

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退院後支援に資する研究

令和5年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 平林 直次

令和6（2024）年3月

# 目次

## I. 総括研究報告

医療観察法における退院後支援に資する研究

研究代表者 平林直次 ..... 1

## II. 分担研究報告

1. 通院処遇モニタリングシステムの構築に関する研究

研究分担者 竹田康二 ..... 11

2. 通院処遇の実態把握と課題に関する調査とその解決策の検討

研究分担者 久保彩子 ..... 25

3. 指定通院医療機関の医療および関連機関との連携に関する研究 —複雑事例—

研究分担者 柏木宏子 ..... 42

4. 入院対象者の類型化に基づくクリティカルパスの開発と退院促進

研究分担者 村杉謙次 ..... 54

5. 指定入院医療機関の医療や処遇の均てん化に関する研究

研究分担者 壁屋康洋 ..... 72

6. 医療観察法に必要な人材育成に関する研究

研究分担者 賀古勇輝 ..... 93

III. 成果の刊行に関する一覧表 ..... 107

令和5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退院後支援に資する研究

総括研究報告書

## 医療観察法における退院後支援に資する研究

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：

本研究の研究期間は2年間であり、本報告書はその初年度としての中間報告である。本研究班では、通院処遇に関する実現可能なモニタリングシステムの提案、通院処遇の現状や課題の把握とその解決策の提示、入院対象者の類型化に基づくクリティカルパスの提示や指定入院医療機関の医療の均てん化、医療観察法医療に関する人材育成の促進に関する研究を進めた。

#### 1) 通院処遇

通院処遇モニタリングシステムについては、正確性、実行性、費用対効果を考慮しインターネット回線を利用したElectronic Data Captureシステムによるデータ入力とクラウドサーバーによるデータ保存・管理を行う方針として開発を進めた。

通院処遇の実態調査では困難事例の特徴を抽出し、急性増悪や他害・問題行動そのものや、それらの未然防止に医療機関は困難さを感じている実態が明らかになった。また通院処遇事例の持つ複雑で多様な課題やニーズを分類し、それらに対する支援例をまとめた。指定入院医療機関と指定通院医療機関との相補的連携や、警察との連携などの新たな試みも行われていた。

#### 2) 入院処遇

通院処遇移行までの入院処遇日数と処遇終了率から機能を評価し、指定入院医療機関の類型化を進め、また入院処遇日数と処遇終了率に影響を与える要因を抽出した。

精神科診断6つをとりあげ、クリティカルパス案を作成した。現在、クリティカルパスを使用している施設は半数程度に留まり、クリティカルパスの意義を明確にした自由度の高いクリティカルパスを作成し、使用率の向上を目指すこととした。

#### 3) 医療観察法医療にかかる人材育成

医療観察法医療に関する教育や研修の不足が指摘され、時間や人員の制約を克服するために、オンライン・オンデマンド研修や全施設共通の導入研修、系統的な教育システムの構築が必要と考えられた。

分担研究者氏名（順不同、敬称略）  
竹田康二 国立精神・神経医療研究センター病院  
久保彩子 国立病院機構琉球病院

柏木宏子 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

## A. 研究目的

医療観察法制度における入院処遇では、重度精神疾患標準的治療法確立事業により入院データベースが構築され、実態把握や課題の整理が進んでいる。一方、通院処遇では、同様のデータベースは存在せず、実態の把握や課題の検討は十分には行われていない。各種指標からすると予後や転帰は良好であることが知られているが、指定通院医療機関をはじめ関連機関による個別の手厚い医療の提供によって支えられているところが大きく、その詳細は不明のままである。

入院対象者の類型は明らかになったが、入院処遇ガイドラインには統合失調症の典型例のクリティカルパスしか示されており、類型化に基づく治療や処遇は示されていない。また、指定入院医療機関の医療や処遇判断にはバラツキが存在し、均てん化が求められる。標準的な治療やケアを提供するためには人材確保が必要であるが、特定の職種や地域での人材不足が続いているのが現状である。

本研究の主たる目的は、通院処遇に関する実現可能なモニタリングシステムの提案、通院処遇の現状や課題の把握とその解決策の提示、入院対象者の類型化に基づくクリティカルパスの提示や指定入院医療機関の医療の均てん化、医療観察法医療に関する人材育成の促進である。

## B. 研究方法

入院処遇から通院処遇の移行にとどまらず、処遇終了から精神保健福祉法に基づく医療への円滑な移行を視野に入れ、指定通院・入院医療機関の多職種チーム、訪問看

護ステーションスタッフ、保護観察所の社会復帰調整官、都道府県や市町村の行政担当者、社会復帰施設の支援・援助者を積極的に研究協力者として活用し、職際的な研究を行う。下記、6つの分担研究班を組織する。各分担研究班の役割の明確化、連携強化を目的として研究会議を開催する。

なお、2年間の研究期間を予定しており、本年度はその初年度である。

### 1) 通院処遇モニタリングシステムの構築に関する研究（竹田班）

重度精神疾患標準的治療法確立事業により構築されたネットワークやシステムを有効活用することによって費用対効果が高く、早期の実現可能性の高い通院処遇モニタリングシステムの構築の道筋を示す。初年度には、入院データベースシステムの構築に関わった医療関係者やシステム開発の技術者を交え、システムに求められる要件を明らかにする。次年度には、システム要件に基づいた具体的かつ実現可能な通院処遇モニタリングシステムを開発し、小規模なトライアル研究を行う。

### 2) 通院処遇の実態把握と課題に関する調査とその解決策の検討（久保班）

令和5年度には、通院処遇の実態把握、個別の医療機関による手厚い医療(good practice)を明らかにするために、入院処遇を終了した対象者に関して通院複雑事例の背景を明らかにする実態調査（施設調査、個別調査）、通院処遇終了後調査、退院時処遇終了者調査の3つの調査を実施する。

令和6年度には、引き続き通院処遇の実態や課題を整理するとともに、手厚い医療を明らかにする。

### 3) 指定通院医療機関の医療および関連機関との連携に関する研究 —複雑事例—（柏木班）

令和5年度には通院医療の経験を豊富に持つ都市部と郡部の少なくとも2つの調査対象地域を選定し、多様なニーズのある事例の通院処遇の実態や課題を調査する。調査結果を踏まえ、将来的な精神保健福祉法の地域包括的ケアシステムとの合流も視野に入れ、他の地域への応用を可能とする、指定通院医療機関や関連機関による地域ケア体制のあり方や事例集をまとめる。

#### 4) 入院対象者の類型化に基づくクリティカルパスの開発と退院促進(村杉班)

令和5年度には、すでに報告されている入院処遇12類型から臨床的必要性の高い類型を絞り、入院処遇ガイドラインのクリティカルパスを基本としつつ、指定入院医療機関の多職種チームからなるワーキンググループによりクリティカルパス案を作成する。令和6年度には、病棟から地域への円滑かつ迅速な移行を視野に入れ、指定通院・入院医療機関や社会復帰調整官も含む班会議を開催し、類型化に基づくクリティカルパスを完成する。

#### 5) 指定入院医療機関の医療や処遇の均てん化に関する研究(壁屋班)

通院処遇移行までの入院期間と処遇終了の運用には、事例ごとに、また医療機関ごとにバラツキが存在し、対象者要因と施設要因が影響を与えている。令和5年度には、入院データベースを活用し、通院処遇移行までの期間や処遇終了の運用に対する施設要因を分析する。指定入院医療機関への施設単位調査を実施し、通院処遇移行までの期間の長短・処遇終了率の多寡と関連する要因を調査する。令和6年度には、令和5年度の結果を踏まえて典型例となる数施設を抽出し、Webによる聞き取り調査や訪問調査を行う。入院期間の短縮、処遇終了率の低下に有効と考えられる試みを明らかにしガイドライン改訂の基礎資料とする。

#### 6) 医療観察法に必要な人材育成に関する研究(賀古班)

令和5年度には、指定入院医療機関(全35施設)、指定入院医療機関の医療従事者、指定通院医療機関(病院・診療所全697施設、訪問看護ステーション全693施設)、相談支援事業所(57施設)、就労支援事業所(25施設)、グループホーム(28施設)、大学で精神医学を担当する教室(全90施設)、精神科専門研修プログラム基幹施設(大学と合わせて全242施設)を対象として、現状の教育・研修体制、従事者の実態に関するアンケート調査を行う。なお、医療観察法医療では多職種チームとの協働が不可欠であり、他の職種から求められる資質についても調査する。令和6年度には、班会議を開催し調査結果を検討し、指定医療機関従事者等に求められる知識や経験、教育・研修体制などを明らかにする。

##### (倫理面への配慮)

本研究は、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従って研究を進める。また適宜、所属施設の倫理委員会の承認を受ける。

### C. 研究結果

#### 1) 通院処遇モニタリングシステムの構築に関する研究(竹田班)

データ収集システムについては、セキュリティ、費用対効果、実現可能性を踏まえ、インターネット回線を利用したElectronic Data Capture(以下、EDC)システムによるデータ入力とクラウドサーバーによるデータ保存・管理を行う方針とした。通院処遇モニタリングシステムのデータ収集項目素案を選定した。データ収集項目素案を基としたEDCシステムの画面開発を行った。

## 2) 通院処遇の実態把握と課題に関する調査とその解決策の検討(久保班)

全国 697 の指定通院医療機関を対象とする実態調査では、施設調査 169 施設、個別調査 154 事例を回収した。公的病院は民間病院や診療所と比較し、対象者の同時期の受け入れが多く、困難さを感じる対象者の割合が高い傾向を認めた。個別調査の結果では、通院処遇早期に他害行為や病状悪化を多く認めた。通院処遇上の困難さと関連する要因として、男性、精神保健福祉法入院、問題行動、他害行為、処遇の延長が抽出された。テキストデータ分析では、急性増悪や他害・問題行動の未然防止に関して困難さを感じている実態が明らかとなった。通院複雑事例では、信頼関係構築と情報共有が特有の課題であった。

沖縄県および島根県における通院処遇終了者 96 例の追跡調査の結果、通院処遇終了後も問題行動の増加は認めなかった。ただし、特定の対象者に特定の期間に集中して認められた。通院処遇中は多職種チーム医療とアウトリーチ型支援が手厚く実施されているが、通院処遇ガイドライン以上に密度の高い医療が提供されていた。

退院時処遇終了者調査では研究参加者数が増加してきており、退院時処遇終了者の多く、特に F0 および F2 症例が、医療観察法病棟退院後、精神保健福祉法入院を継続していた。

## 3) 指定通院医療機関の医療および関連機関との連携に関する研究 —複雑事例— (柏木班)

指定通院医療機関の多職種チームから全 43 例(国立精神・神経医療研究センター 25 例、琉球病院 18 例)について、支援者に聞き取り調査を実施した。

通院事例の課題やニーズは、服薬アドヒアランス不良、遵守困難、急性増悪、非精

神病性症状、生活能力、対人関係、物質使用、反社会性(性暴力)、家族支援、その他の項目に分類された。それらに対する支援例をまとめた。複雑で多様なニーズを持つ事例の場合、指定入院医療機関によるバックアップ体制や警察などとの連携が活用されていた。

## 4) 入院対象者の類型化に基づくクリティカルパスの開発と退院促進(村杉班)

クリティカルパスの使用状況は、全国の指定入院医療機関 35 施設中 18 施設と半数強に留まり、クリティカルパス普及が大きな課題であった。普及率を向上するためには、入院処遇ガイドラインへの掲載、厚生労働省のホームページへの掲載、複雑事例に対する介入方法も含めたクラウド上のデータベースの作成、「医療観察法に必要な人材育成に関する研究(賀古班)」と連携した職員教育などが考えられた。クリティカルパス導入の意義として、「入院期間短縮」と「職員教育」に重点を置くことになった。クリティカルパス案に共通する構造としては、「導入時期の目安のチェックシートとしてのシンプルな構造」とし、共通する内容としては、「プロセス重視の方向性や目標設定」とすることが決まった。

下記 6 疾患をとりあげ疾患別にクリティカルパス案を作成し、エキスパートによる検討を行った。F0(症状性を含む器質性精神障害)、F1(精神作用物質使用による精神及び行動の障害)、F2(統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害)、F3(気分障害)、F7(知的障害)、F8(心理的発達の障害)。

## 5) 指定入院医療機関の医療や処遇の均てん化に関する研究(壁屋班)

通院処遇移行までの日数平均、処遇終了率ともに施設間の有意差を認めた。平均入院日数 732 日から 2,846 日に分布、処遇終了率 0% から 38.7% に分布した。両者に有

意な相関はなく、平均在院日数は短いが処遇終了率が高い施設も見られた。

平均在院日数は、地元自治体でのネットワーク研修、保護観察所との合同の企画、通院処遇実施有無、通院処遇事例数、依存症入院管理加算、児童・思春期精神科入院医療管理料、施設基準の種類数と関連していた。また、処遇終了率は、看護師の女性割合、倫理会議頻度、病院全体の病床数、医療観察法病棟を除いた病棟数と関連していた。

## 6) 医療観察法に必要な人材育成に関する研究(賀古班)

アンケート調査の依頼文書を調査対象施設へ郵送し、Google®フォームでアンケートを実施した。合わせて1,777施設に依頼し、321施設から回答が得られ、指定入院医療機関の医療従事者352名から回答が得られた。

指定入院医療機関の調査では、新任者に対する教育・研修が67%で実施されていた。医療従事者(新任者に限らず)に対する施設内での教育・研修が67%で実施されていたが、不定期開催が大部分で、時間や人員の制約から十分な教育・研修は行われていなかった。

指定通院医療機関(病院・診療所)と地域の支援機関(訪問看護ステーション、相談支援事業所、就労支援事業所、グループホーム)の調査では、施設内での教育・研修を行っている施設はそれぞれ17%と22%にとどまり、施設外の研修への参加者も少なく、教育・研修の機会は非常に乏しかった。

大学で精神医学を担当する教室の調査では、医学生に対して医療観察法の講義を行っているのは69%で、単回の講義が大多数であり、実地研修はほとんど行われていなかった。精神科専門研修プログラム基幹施

設の調査では、専攻医に対して医療観察法の講義を行っているのは23%で、実地研修が行われているのは13%のみであった。

## D. 考察

### 1) 通院医療

医療観察法の標準的な処遇では、入院処遇を経て地域処遇(通院処遇)に移行する。処遇終了後は精神保健福祉法による一般精神医療の継続が想定される。医療観察法の運用状況を把握し課題の整理やその解決を図るには、全経過の実態を正確に把握しなければならない。入院データベース事業により入院処遇の実態は把握されているが、通院処遇に関しては同様のデータベースは存在せず、通院処遇モニタリングシステムの構築が不可欠である。しかし、指定通院医療機関は令和5年4月1日現在、病院603施設、診療所94施設に及ぶ。さらに訪問看護ステーション695施設、薬局2,677施設が存在する。調査対象施設が膨大な数に及び、実行性の高い通院処遇モニタリングシステムの構築が求められる。本研究で示した、インターネット回線を利用したEDCシステムによるデータ入力とクラウドサーバーによるデータ保存・管理はこれらの条件を満たす。また、研究開発から事業化の段階に進む際は費用対効果が強く求められる。類似の既存システムから費用を推定したが、比較的安価であり実現可能な範囲内と考えられた。令和6年度は事業化を視野に入れ、費用の概算を示す予定である。

各種指標からすると医療観察法対象者の予後や転帰は良好であることが知られているが、複雑で多様なニーズを持つ通院事例の地域支援は関係機関による手厚い医療の自発的提供によって支えられているところが大きい。一方、複雑で多様なニーズを持つ対象者のプロフィールや提供されている

医療の詳細は不明のままであった。

指定通院医療機関が困難さを抱く対象者のプロフィールとして、男性、精神保健福祉法入院、問題行動、他害行為、処遇の延長が抽出された。急性増悪や他害・問題行動の未然防止に関して困難さを感じている実態が示された。通院複雑事例では信頼関係構築と情報共有に人的資源を投入している実態が明らかとなった。

通院事例の主な課題やニーズを分類し、それらに対する支援例(good practice)をまとめた。新しい試み・工夫としては、指定入院医療機関による通院医療機関のサポート、急性増悪時の入院受け入れ(バックアップ体制)、警察との密接な連携などが行われていた。

このような個別の手厚い医療の提供が普及し継続されるには、経済的裏付けは不可欠である。現行の診療報酬制度の対象でない医療行為であっても、その必要性を検討・評価する必要がある。

## 2) 入院医療

入院データベース事業では指定入院医療機関の機能を示す指標が定期的に報告され、パフォーマンス指標と呼ばれる。パフォーマンス指標には、入院期間、特殊療法、行動制限、転帰などが含まれ、指定入院医療機関の均てん化に役立てられる。指定入院医療機関には入院期間の短縮と同時に、処遇終了率を抑え、通院処遇へのすみやかな移行が求められる。本研究では、通院処遇移行までの期間、処遇終了率それぞれと関連する要因が明らかとなった。平均在院日数は、地域関係機関との連携や病院機能との関連性が推定された。また、処遇終了率は病棟スタッフの性比、倫理会議頻度、病院全体の規模などに関連することが明らかとなったが、その解釈は困難であり、さらなる調査が必要であった。引き続き、通院

処遇移行までの期間や処遇終了の運用に対する施設要因を明らかにし、均てん化のための方策を検討する必要がある。

指定入院医療機関の医療のてん化によって入院処遇ガイドラインに示されたクリティカルパスは大きな効果を示すと考えられる。クリティカルパスは対象の共通性に着目して効果的かつ効率的な医療の提供を目的とする。一方、対象者は医療・保健・福祉領域の複雑で広範なニーズを持っており、個別性の高い治療やケアを必要とする。クリティカルパスの要求する共通性だけでは対象者の持つ個別性を補いきれないこともあり、クリティカルパスの使用率が低値に留まっている可能性がある。

クリティカルパス導入の意義として、「入院期間短縮」と「職員教育」に重点を置き、「導入時期の目安のチェックシートとしてのシンプルな構造」や「プロセス重視の方向性や目標設定」に焦点を絞り検討を進めることとした。このことによりクリティカルパスの自由度が高まり、対象者の持つ個別性に応じた柔軟性の高いクリティカルパスが期待される。また、その普及も期待される。

## 3) 医療観察法にかかる人材育成

現状の教育・研修体制、従事者の実態に関するアンケート調査結果から、指定入院医療機関、指定通院医療機関、大学、精神科専門研修プログラム施設のいずれも、司法精神医学に関する教育が不足している実態が明らかになった。その原因である時間や人員の制約を克服するために、オンライン・オンデマンド研修や全施設共通の導入研修、系統的な教育システムの構築が必要と考えられた。

## E. 結論

医療観察法の運用状況を把握し課題の整



理やその解決を図るには、全経過の実態を把握しなければならない。引き続き通院処遇モニタリングシステムの開発と導入が必要である。

複雑で多様なニーズを持つ事例の地域支援は関係機関による自発的な手厚い医療の提供によって支えられているところが大きい。現行の診療報酬制度の対象でない医療行為であっても、その実効性を検討して評価する必要がある。

指定入院医療機関の均てん化のためには、さらに施設間の格差が生じている要因を明らかにする必要がある。また医療観察法の対象者の特性に見合った自由度の高いクリティカルパスの開発とその普及が必要である。

医療観察法医療に関する教育や研修の不足が指摘され、時間や人員の制約を克服するために、オンライン・オンデマンド研修や全施設共通の導入研修、系統的な教育システムの構築が必要と考えられた。

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

- 1) Junko Koike, Toshiaki Kono, Koji Takeda, Yuji Yamada, Chiyo Fujii and Naotsugu Hirabayashi: Data resource profile of an online database system for forensic mental health services. BMC Medical Informatics and Decision Making, 2024; 24(1): 47.
- 2) 小池純子, 河野稔明, 岡野茉莉子, 竹田康二, 藤井千代, 平林直次: 医療観察法データベースを用いた研究医療観察法対象者の入院期間に影響する因子について. 精神科, 2023;

13(1): 100-108.

- 3) 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-. 精神神経学雑誌, 2023 ; 125(12): 1040-1047.
- 4) 前上里泰史, 大鶴卓, 久保彩子, 諸見秀太, 高尾碧, 壁屋康洋: 通院複雑事例の特徴に関する全国調査. 精神科, 2023; 43(1): 92-99
- 5) 柏木宏子: 攻撃性と心理検査. 臨床精神医学, 2023; 52(6): 613-618.
- 6) 柏木宏子, 平林直次: 医療観察法患者対応における治療同盟. 精神科, 2023; 43(2): 252-257.
- 7) 柏木宏子: 死刑求刑事件と責任能力. 法と精神医療, 2023; 36: 75-92.
- 8) 壁屋康洋: 医療観察法病棟での長期入院, 頻回/長期の行動制限, 処遇終了-入院に関する全国調査. 精神科, 2023 ; 43(1):84-91.
- 9) 壁屋康洋, 山本暢朋: 認知機能障害の仮装を疑われた一症例. 精神科治療学, 2023; 38(10): 1215-1221.

### 2. 学会発表

- 1) Muraoka H, Fukumoto K, Hasegawa N, Yasui-Furukori N, Kodaka F, Ohi K, Kashiwagi H, Matsumoto J, Miura K, Inada K, Watanabe K, Hashimoto R: Effectiveness Of The EGUIDE Program On The Treatment Of Major Depressive Disorder In Japan: The Importance Of Severity Assessment. 34th CINP World Congress of Neuropsychopharmacology, 2023.5.8
- 2) Igarashi S, Tsuboi T, Hasegawa N, Ochi S, Muraoka H, Fukumoto K, Kodaka F, Iga J, Ohi K, Takaesu Y, Kashiwagi H, Tagata H, Iida H,

- Komatsu H, Numnata S, Matsumoto J, Miura K, Yasui-Furukori N, Inada K, Watanabe K, Hashimoto R: Real world survey on psychopharmacology after electroconvulsive therapy in patients with depression: the Effectiveness of Guidelines for Dissemination and Education in Psychiatric Treatment (EGUIDE) project. 34th CINP World Congress of Neuropsychopharmacology, 2023. 5. 8
- 3) 山田悠至, 末吉一貴, 横井優磨, 稲川拓磨, 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の効果と性差. 第 119 回日本精神神経学会学術総会, 神奈川, 2023. 6. 22
- 4) 平林直次: 大会長講演 司法精神医療における強制性と主体性-医療観察法医療の経験から-. 第 19 回日本司法精神医学会大会, 東京, 2023. 9. 8
- 5) 小河原大輔, 島田明裕, 古賀千夏, 千野根理恵子, 宮坂歩, 山本由紀子, 平林直次: 医療観察法指定入院医療機関における CPA 会議の実践報告-対象者中心で行うための工夫. 第 19 回日本司法精神医学会大会, 東京, 2023. 9. 8
- 6) 河野稔明, 小池純子, 竹田康二, 岡野茉莉子, 阿部真貴子, 藤井千代, 平林直次: 動的因子により類型化した医療観察法入院対象者の動的因子による検証-主診断が F2 の事例の分析. 第 19 回日本司法精神医学会大会, 東京, 2023. 9. 8
- 7) 河野稔明, 小池純子, 竹田康二, 壁屋康洋, 曾雌崇弘, 岡野茉莉子, 藤井千代, 平林直次: 医療観察法データベースを用いた基礎的変数による入院対象者の類型化. 第 19 回日本司法精神医学会大会, 東京, 2023. 9. 8
- 8) 山口まりこ, 網干舞, 鈴木敬生, 今村扶美, 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介入をまとめた事例作成の試み. 第 19 回日本司法精神医学会大会, 東京, 2023. 9. 8
- 9) 竹田康二, 野村照幸, 高橋未央, 穂本祥子, 高尾碧, 田上昭子, 安田新, 松田太郎, 和田博行, 荒川育子, 鈴木敬生, 市橋佑香, 柳恵美子, 立山和久, 花田一郎, 矢口勝彦, 橋本亮太, 平林直次: 医療観察法病棟電子図書館プロジェクト. 第 19 回日本司法精神医学会大会, 東京, 2023. 9. 8
- 10) 鈴木敬生, 今村扶美, 平林直次: ストーカー加害者犯罪防止支援の連携の取り組み. 第 19 回日本司法精神医学会大会, 東京, 2023. 9. 8
- 11) 小池純子, 河野稔明, 竹田康二, 岡野茉莉子, 阿部真貴子, 藤井千代, 平林直次: 医療観察法入院対象者における前科前歴のある者の特性について-医療観察法データベースを用いた予備的検討. 第 19 回日本司法精神医学会大会, 東京, 2023. 9. 8
- 12) 石井香織, 渡部智貴, 磯山賢, 大森まゆ, 大町佳永, 勝美学, 平林直次: 国立精神・神経医療研究センターにおける医療観察法対象者のクロザピン投与および血中濃度の実態について. 第 19 回日本司法精神医学会大会, 東京, 2023. 9. 8
- 13) 小池純子, 阿部真貴子, 久保彩子, 中西清晃, 岡野茉莉子, 島田明裕, 松田太郎, 高尾碧, 五十嵐百花, 平

- 林直次，藤井千代：医療観察法通院処遇における臨床課題と支援上の困難－多機関多職種支援者へのグループインタビュー調査．第19回日本司法精神医学会大会，東京，2023.9.9
- 14) 平林直次：シンポジウム2 精神科診療所に期待される指定通院医療機関としての役割 指定入院医療機関の立場から．公益財団法人日本精神神経科診療所協会 2023年度第29回(通算50回) 学術研究会，東京，2023.9.23
- 15) 久保彩子：指定入院・通院医療機関のあらたな治療の試みと治療反応性．第19回日本司法精神医学会大会 シンポジウム「医療観察法医療の治療反応性」，東京，2023.9.8
- 16) 前上里泰史：通院複雑事例の特徴に関する全国調査－物質使用障害の問題行動のある対象者を中心に－．第19回日本司法精神医学会大会，東京，2023.9.8
- 17) 久保彩子：アルコールによる離脱せん妄および精神病性障害、異常酩酊の鑑別が困難だった医療観察法事例の検討．第60回日本犯罪学会総会，東京，2023.11.25
- 18) 柏木宏子：統合失調症とパーソナリティ障害との鑑別が難しい精神鑑定事例．第119回日本精神神経学会学術総会，横浜，2023.6.22
- 19) 越智紳一郎，小高文聰，長谷川尚美，古郡規雄，伊賀淳一，柏木宏子，小松 浩，田形弘実，坪井貴嗣，沼田周助，飯田仁志，五十嵐俊，大井一高，高江洲義和，福本健太郎，村岡寛之，三浦健一郎，松本純弥，上野修一，渡邊 衡一郎，稲田健，橋本亮太：クロザピンが処方可能な施設体制と治療抵抗性の検討が統合失調症の抗精神病薬単剤治療に関連する．第119回日本精神神経学会学術総会，横浜，2023.6.24
- 20) 柏木宏子：精神鑑定の限界－シンポジウムⅢ「法曹三者および精神科医から見た信頼性の高い精神鑑定とは？」．第19回日本司法精神医学会大会，東京，2023.9.9
- 21) 柏木宏子：統合失調症に関連した暴力行為の生物学的基盤に関する研究．第45回日本生物学的精神医学会年会，沖縄，2023.11.6
- 22) 村杉謙次：シンポジウムⅡ 複雑事例へのあらたな治療の試みと治療反応性．第19回日本司法精神医学会大会，東京，2023.9.8
- 23) 壁屋康洋：入院医療から治療反応性の断念？データから見る処遇終了－精神保健福祉法入院の運用実態．シンポジウム 医療観察法の治療反応性－法施行後の治療技術の進歩を踏まえて．第19回日本司法精神医学会大会，東京，2023.9.8
- 24) 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(3) 入院長期化・頻回/長期の行動制限・処遇終了－精神保健福祉法入院への要因探索．第77回国立病院総合医学会，広島，2023.10.21

## Ⅱ. 知的財産権の出願・登録状況

### 1. 特許取得

なし

### 2. 実用新案登録

なし

### 3. その他

なし

### 参考文献

なし

令和5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退院後支援に資する研究  
分担研究報告書

通院処遇モニタリングシステムの構築に関する研究

研究分担者 竹田 康二 国立精神・神経医療研究センター病院

研究要旨：

本研究分担班は、通院処遇の実態把握と医療のさらなる改善を目的として、実現可能性があり、かつ地域司法精神医療の改善に資する通院処遇モニタリングシステム案を提言することを目的としている。

令和5年度は、重度精神疾患標準的治療法確立事業（医療観察法データベース事業）や、国内外の類似先行研究における調査項目、一般・司法精神医療関連心理評価尺度、国内の精神保健福祉制度等を参考として通院処遇モニタリングシステムのデータ収集項目素案を選定した。またデータ収集システムについては、指定通院医療機関（病院または診療所）は施設数が数百に及ぶこと、入院医療における診療支援システムのような共通の診療録がないこと、紙カルテの施設がある可能性もあることなどを考慮した、多機関よりデータ収集可能なシステムが検討された。そこでインターネット回線を利用したEDC(Electronic Data Capture:以下、EDC)システムによるデータ入力とクラウドサーバによるデータ保存・管理の方針を検討し、データ収集項目素案を基としたEDCシステムの画面開発を行った。

令和6年度は、令和5年度に開発したEDCシステムの画面を基礎として通院処遇モニタリングシステムを開発し稼働させることを目指す。開発されたモニタリングシステムを利用した小規模なトライアル研究を実施し、研究協力機関における担当者のデータ入力負担感や収集されたデータの質の評価、運用上の課題などを整理していく。

研究協力者（順不同、敬称略）

河野稔明 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所  
小池純子 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  
久保田涼太郎 国立精神・神経医療研究センター病院

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）」は重大な他害行為を行った触法精神障害者に対する医療と処遇を定めた法律である。

医療観察法医療は全国35の指定入院医療機関に設置された医療観察法病棟における入院医療と、指定通院医療機関における通院医療からなる。

医療観察法は長期にわたる処遇が義務付けられる制度であり、対象者の人権保護のためにもデータとエビデンスに基づいた最新の医療の提供が求められる。そのためには医療の評価のためのモニタリングシステムが不可欠であると考えられる。

入院医療に関しては、平成 29 年より重度精神疾患標準的治療法確立事業（以下、医療観察法データベース事業）により、全国の指定入院医療機関医療情報のデータ収集が開始された<sup>1)</sup>。全国の指定入院医療機関より幹事病院である国立精神・神経医療研究センター（以下、NCNP）病院に仮想専用回線を通じてデータが送信されている。また幹事病院が収集されたデータを分析した統計結果を定期的に厚生労働省や各指定入院医療機関に報告することにより入院医療の均てん化、般化、さらなる改善を目指している。さらに収集されたデータを基に令和 2 年までの入院医療の結果をまとめた「医療観察法統計資料 2020 年版」が NCNP 病院ホームページにて一般向けに公開されている<sup>2)</sup>。医療観察法データベース事業により収集されたデータの利活用研究事業も実施されており、これまでに複数の研究が実施されている<sup>3)</sup>。以上より入院医療については、モニタリングシステムとデータとエビデンスに基づいた医療の実践のための体制が概ね整備されていると言える。

一方で、通院医療に関しては、いくつかの研究でのデータ収集はなされてきたが、公的なモニタリングシステムは構築されていない。医療観察法医療の目的である病状の改善と再他害行為の防止、社会復帰の促進の実践と評価のためには、通院医療のモニタリングシステムの構築が不可欠である。そこで本研究分担班は、通院処遇の実態把握と医療のさらなる改善を目的として、実現可能性があり、かつ地域司法精神医療の

改善に資する通院処遇モニタリングシステム案を提言することを目的としている。

## B. 研究方法

### 1. データ収集項目素案

データ収集項目の検討においては以下の資料等を参考とした（詳細は表 1）。

- (1) 医療観察法データベース事業関連資料
- (2) 過去の大規模な医療観察法通院処遇・処遇終了者研究関連資料
- (3) 海外の類似先行研究等
- (4) 一般・司法精神関連心理評価尺度等
- (5) 国内の精神保健福祉制度
- (6) その他

これらの資料は主にインターネットや、Pubmed、医中誌等の論文検索エンジン、厚生労働科学研究成果データベース等で、関連する単語を検索する等して論文や報告書を収集した。また(b)過去の大規模な医療観察法通院処遇・処遇終了者研究調査項目の一部研究に関しては、研究者から直接、調査項目に関する情報提供を受けた。

### 2. データ収集システム案

NCNP の ARO(Academic Research Organization) 組織となる、NCNP 病院 臨床研究・教育研修部門 情報管理・解析部に相談し、データ収集システムを検討した。

#### (倫理面への配慮)

本研究は令和 5 年度段階ではモニタリングシステムの開発段階であり、倫理審査申請等を行っていない。令和 6 年度以降、開発したモニタリングシステムを利用したトリアル研究等を開始する際は国立精神・神経医療研究センターの倫理委員会等の承認を得て行う。

## C. 研究結果

### 1) データ収集項目素案

データ収集項目素案大分類は以下の通り

である。詳細は表 2-表 7 参照。(※素案であり今後変更の可能性あり。)

- (0) ヘッダー情報
- (1) 年齢
- (2) 性別
- (3) 精神疾患診断
- (4) 身体疾患診断
- (5) 対象行為
- (6) 医療観察法処遇の情報
- (7) 通院処遇転帰
- (8) 処方・注射
- (9) 精神科病棟入院
- (10) 身体科病棟入院
- (11) GAF(Global Assessment of Functioning:以下、GAF)
- (12) CGI-S(Clinical Global Impression-Severity scale:以下、CGI-S)
- (13) CGI-I(Clinical Global Impression-Improvement scale:以下、CGI-I)
- (14) BPRS(Brief Psychiatric Rating Scale:以下、BPRS)
- (15) 犯罪歴等
- (16) 物質関連障害(アルコール除く)
- (17) アルコール
- (18) 喫煙
- (19) 小児期逆境体験歴
- (20) 対象行為前・対象行為時の医療・生活
- (21) 重大な再他害行為
- (22) その他の触法行為
- (23) 問題行動
- (24) 通院処遇期間中刑事司法機関の関与
- (25) 通院医療機関
- (26) 通院処遇期間医療内容
- (27) 行政機関等
- (28) 社会福祉資源等
- (29) 社会生活状況

## 2) データ収集システム案

EDC(Electronic Data Capture:以下、EDC)システムによるデータ入力を行い、クラウ

ドサーバにデータを保存・管理する方針とした。セキュリティに関しては、「精神疾患レジストリ：精神疾患レジストリの構築・統合により新たな診断・治療法を開発するための研究(研究代表者：中込和幸)」をモデルとしたセキュリティ環境を想定した。EDCシステムの入力画面構築を、情報管理・解析部から精神疾患レジストリの IT プラットフォームの開発を担当した株式会社アクセライトに委託し開発した(図 1-4 は開発した入力画面案)。

## D. 考察

### 1) データ収集項目素案

データ収集項目素案は、これまでの医療観察法医療における臨床、研究、事業により得られた知見との連続性、比較可能性が担保できるよう、医療観察法データベース事業によるデータ収集項目や、過去の大規模な医療観察法通院処遇・処遇終了者研究調査でデータ収集されていた項目の中で重要な項目をカバーすることを第一の目的とした。精神症状等の病状評価に関しては疾患によらず評価可能な GAF、CGI、BPRS を採用した。

また医療観察法対象者の小児期逆境体験歴が高いことが臨床的に意見として出ており、海外の研究でも小児期逆境体験と暴力の関係性は報告されていることから、小児期逆境体験歴をデータ収集項目素案に採用した。

その他にも、海外の関連先行研究やデータベース、司法精神関連心理評価尺度(HCR-20、START: STrAtegies for RelaTives、SAPROF: Structured Assessment of PROtective Factors for violence risk など)を参考としながら暴力や問題行動と関連が想定される項目を採用した。

データ収集項目は多岐にわたるため、実

際のデータ入力者の入力負担感等を確認しながらブラッシュアップを目指していく予定である。

## 2) データ収集システム案

指定通院医療機関数は施設数が多く（令和5年4月1日時点で603の病院と94の診療所が指定を受けている<sup>4)</sup>）、医療観察法データベース事業のように、各施設にデータ送信のための仮想専用回線を設置することは困難と考えられた。また医療観察法入院医療で使用されている診療支援システムのような共通した診療記録システムが医療観察法通院医療では使用されておらず、一部の指定通院医療機関では、紙カルテを使用している可能性も想定された。したがって、医療観察法データベース事業で実施している診療記録からの自動抽出システムの導入も不可能と考えられた。

指定通院医療機関は指定入院医療機関と比較しマンパワーが限られていることもあり、各施設の負担感軽減のためには、データの送信頻度は極力少なくする必要があると考えられた。

以上を総合的に検討した結果、モニタリングシステムの構築には、EDCシステムの利用が最も現実的と考えられ、令和5年度は画面構築まで行った。セキュリティ環境は精神疾患レジストリをモデルとして想定しており、データの保存・管理はセキュリティの高いクラウドサーバが検討されている。通院処遇モニタリングシステムでは医療情報に加え触法行為歴を扱うことから、安全なセキュリティ環境を整えていくことが重要である。

## 3) トライアル

令和6年度は令和5年度開発したEDC画面を基にセキュリティの詳細などを整理したうえで、通院処遇モニタリングシステムを開発・稼働し、トライアル研究を行うこ

とを目標とする。数施設の指定通院医療機関に研究協力を依頼し、実際に開発したモニタリングシステムを利用したデータの収集を行い、入力上の負担や運用上の課題などの整理を行う。また全数調査にすべきか定点調査にすべきか、も検討課題である。

並行して関係諸機関と、開発した通院処遇モニタリングシステムに関して意見交換を行い、今後の事業化の可能性や事業化に向けて、改善していくべき点などを検討していく。

## E. 結論

令和5年度は、通院処遇モニタリングシステム案のデータ収集項目、データ収集システムを提言し、画面構築を実施した。令和6年度は、研究ベースで小規模なトライアルを実施し、参加施設の負担感や実現可能性、課題などを整理するとともに、実際の運用に向けた関係諸機関との意見交換も実施する。

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

なし

### 2. 学会発表

なし

## H. 知的財産権の出願・登録状況

### 1. 特許取得

なし

### 2. 実用新案登録

なし



### 3. その他

なし

#### 参考文献

- 1) 久保田涼太郎, 竹田康二, 山田悠至など. 重度精神疾患標準的治療法確立事業(データベース事業について). 精神科, 2023; 43(1): 1-6.
- 2) 医療観察法データベース事業運営委員会 : 医療観察法統計資料 2020 年版. (<https://www.ncnp.go.jp/common/cms/docs/toukeishiryou.pdf>)
- 3) 国立精神・神経医療研究センター病院. 医療観察法データベースを二次利用した研究の実施. (<https://www.ncnp.go.jp/hospital/patient/mtsa.html>)
- 4) 厚生労働省. 指定通院医療機関の指定状況医療観察法ホームページ ([https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/shougai Shahukushi/sinsin/iryokikan\\_sitei.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougai Shahukushi/sinsin/iryokikan_sitei.html))

表1 主な参考文献，ホームページ等

(1)医療観察法データベース事業関連 医療観察法統計資料2020年版. ( <a href="https://www.ncnp.go.jp/common/cms/does/toukeshihiryousu.pdf">https://www.ncnp.go.jp/common/cms/does/toukeshihiryousu.pdf</a> ) 久保田浩太郎, 竹田康二, 山田悠至ほか. 重度精神疾患療養的治療法確立事業運営委員会 (データベース事業) について. 精神科, 2023;43(1):78-83. Kobayashi, H., Kono, T., Takeda, K. et al. Data resource profile of an online database system for forensic mental health services. BMC Med Inform Decis Mak 24, 47 (2024).
(2)過去の女性被疑者医療観察法施設処遇，処遇終了者研究関連 Ando K, Soshi T, Nakazawa K, Noda T, Okada T. Risk Factors for Problematic Behaviors among Forensic Outpatients under the Medical Treatment and Supervision Act in Japan. Front Psychiatry. 2016;7:144. Ando K, Soshi T, Nakazawa K, Noda T, Okada T. 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 司法精神医学研究部, pp. 29-61, 2017 大藤康二, 通院医療法における指定通院医療機関モニタリング調査研究. 研究代表者 岡田幸之. 医療観察統計レポート2017年版. 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 司法精神医学研究部 (研究代表者 平林直次), 2021, pp57-80. 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. 厚生労働科学研究費補助金 障害者政策総合研究事業 (精神障害分野) 医療観察法における専門的医療の向上と普及に資する研究 令和 4 年度総括・分担研究報告書 (研究代表者 平林直次), 2023, p. 25-32. Ando K, Soshi T, Nakazawa K, Noda T, Okada T. Risk Factors for Problematic Behaviors among Forensic Outpatients under the Medical Treatment and Supervision Act in Japan. Front Psychiatry. 2016;7:144. Takeda K, Sugawara N, Matsuda T, et al. Mortality and suicide rates in patients discharged from forensic psychiatric wards in Japan. Compr Psychiatry. 2019;95:182131. Takeda K, Sugawara N, Yamada Y, et al. : Employment-Related Factors of Forensic Psychiatric Outpatients with Psychotic Disorders. Neuropsychiatr Dis Treat. 15 : 3341-3350, 2019 Nagata T, Tachimori H, Nishinaka H, et al. Mentally disordered offenders discharged from designated hospital facilities under the medical treatment and supervision act in Japan: Recidivism and readmission. Crim Behav Ment Health. 2019;29(3):157-167. (3)海外の関連先行研究等 Fazel S, Finafska Z, Coombs C, et al. : Patient outcomes following discharge from secure psychiatric hospitals: systematic review and meta-analysis. Br J Psychiatry. 208(1) : 17-25, 2016 Hughes K, Bellis MA, Hardcastle KA, et al. The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. Lancet Public Health. 2017;2(8):e356-e366. CDC. Adverse Childhood Experiences Resources. ( <a href="https://www.cdc.gov/violenceprevention/aes/resources.html">https://www.cdc.gov/violenceprevention/aes/resources.html</a> ) McKenna B, Sweetman LE. "Models of Care in Forensic Mental Health Services: A review of the international and national literature". ( <a href="https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/models_of_care_in_forensic_mental_health_services_-_final_version_december_2021.pdf">https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/models_of_care_in_forensic_mental_health_services_-_final_version_december_2021.pdf</a> ) [モナハン他著. "暴力のリスクアセスメント 精神障害と暴力に関するマッカーサー研究から" (安藤久美子, 中澤佳奈子 訳) クリストファー・D・ウェズスター他著. "START - 「心配な転落」のリスクと治療反応性の短期アセスメント" (菊池安希子 監訳) C.D.Weberster他著. "IR-20 : 暴力のリスクアセスメント". (吉川陽男 監訳) 菊池安希子. 問題行動の評価：入院時点データの問題行動評価面. 令和元年度厚生労働科学研究費補助金 (障害者政策総合研究事業) 入院中の精神障害者の円滑な退院の地域移行及び地域定着に資する研究：コホート研究 令和元年度 総括・研究分担報告書 (研究代表者 山口剛生), 2020, 47-50. Sumiyoshi C, Sumiyoshi T. Modified social adaptation scale (Work Outcome)-Japanese version. 宮田真治. BPRS 日本語版・評価マニュアル (Ver.1.1) . ( <a href="https://www.ych.pref.yamanashi.jp/kitabyo/wp-content/uploads/sites/2/2022/04/BPRS.pdf">https://www.ych.pref.yamanashi.jp/kitabyo/wp-content/uploads/sites/2/2022/04/BPRS.pdf</a> ) GAP (機能の全体的評価) 尺度 ( <a href="https://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/11/dl/s1111-2a.pdf">https://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/11/dl/s1111-2a.pdf</a> ) (5)国内の精神保健福祉制度 厚生労働行政推進調査事業費補助金「良質な精神保健医療福祉の提供体制構築を目指すモニタリング研究」. 令和4年度 630調査結果 ( <a href="https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/630.html">https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/630.html</a> ) 厚生労働行政推進調査事業費補助金 (障害者政策総合研究事業) 「良質な精神保健医療福祉の提供体制構築を目指すモニタリング研究」 (研究代表者 東京大学大学院医学系研究科 西大輔 : 研究分担者 東洋大学大学院ライフデザイン学研究所 吉田光爾) . 地域精神保健医療福祉資源分析データベース (teamHRD) ( <a href="https://teamhrd.jp/">https://teamhrd.jp/</a> ) 厚生労働省. 「障害福祉サービス等及び障害者児通所支援等の円滑な実施を確保するための基本的な指針」改正後 概要 概要 ( <a href="https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/001114934.pdf">https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/001114934.pdf</a> ) 独立行政法人 福祉医療機構. WM NET. ( <a href="https://www.wm.go.jp/content/wamnet/pepub/top/">https://www.wm.go.jp/content/wamnet/pepub/top/</a> ) (6)その他 UNODC. INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF CRIME FOR STATISTICAL PURPOSES (ICCS) VERSION 1.0. ( <a href="https://unstats.un.org/unsd/statcom/doc15/BG-ICCS-UNODC.pdf">https://unstats.un.org/unsd/statcom/doc15/BG-ICCS-UNODC.pdf</a> ) 厚生労働省地方厚生局薬政課. 不正流通する薬物. ( <a href="https://www.mhlw.go.jp/fusei.html">https://www.mhlw.go.jp/fusei.html</a> ) 法務省. 再犯防止推進白書 (11. 非行少年の手続きに関する流れ). ( <a href="https://www.moj.go.jp/hisho/saibanboushi/html/ns160000.html">https://www.moj.go.jp/hisho/saibanboushi/html/ns160000.html</a> ) 法務省. 刑事事件フローチャート. ( <a href="https://www.moj.go.jp/keijiji/keiji109.html">https://www.moj.go.jp/keijiji/keiji109.html</a> ) 国立研究開発法人国立がん研究センター. がん情報サービス (喫煙率). ( <a href="https://gan.joho.jp/reg_stat/statistics/stat/smoking/index.html">https://gan.joho.jp/reg_stat/statistics/stat/smoking/index.html</a> )

表2 通院処遇モニタリングシステムデータ収集項目素案一覧(1)

0	ヘッダー情報		医療観察法処遇の情報
1	年齢	登録月 登録施設 登録施設分類 登録施設地域分類 医療観察法データベース事業 通院データベース 同意研究 通院処遇開始時年齢 通院処遇終了時年齢 通院処遇終了時性別	医療観察法処遇回数 当該医療観察法処遇開始日 当初審判処遇 入院処遇回数 通院処遇回数 通院処遇移行前入院指定入院医療機関 直近の入院処遇開始日 直近の入院処遇終了日(=通院処遇開始日) 直近の入院処遇日数 通院処遇開始時大区分 通院処遇開始時小区分 本通院処遇中転医 当該施設での通院処遇開始日 当該施設での通院処遇終了日 総通院処遇日数 当該施設通院処遇日数 当該施設通院処遇終了大区分 当該施設通院処遇小区分 当該施設通院処遇終了時精神科医療継続の有無 転医先施設
2	性別		
3	精神疾患診断(通院処遇開始時)		7 通院処遇転帰
3	精神疾患診断(通院処遇終了時)	重複障害1 重複障害2 診断名 重複障害1 重複障害2	
4	身体疾患診断(通院処遇開始時)	診断名1 診断名2 診断名3 診断名4 診断名5	
4	身体疾患診断(通院処遇終了時)	診断名1 診断名2 診断名3 診断名4 診断名5	8 処方・注射(通院処遇開始時) ※各10種類まで入力欄
5	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 対象行為時被害者との同居 放火の被害区分 事件発生地都道府県	8 処方・注射(通院処遇終了時) ※各10種類まで入力欄 抗精神病薬(明細) デポ剤(明細) 抗うつ薬(明細) 気分安定薬(明細) 抗不安薬(明細) 抗パ剤(明細) その他の精神科関連薬剤(明細) 抗精神病薬(明細) デポ剤(明細) 抗うつ薬(明細) 気分安定薬(明細) 抗不安薬(明細) 抗パ剤(明細) その他の精神科関連薬剤(明細)

表3 通院処遇モニタリングシステムデータ収集項目素案一覧 (2)

9 精神科病棟入院 ※50回目まで入力欄 ※入院開始時点の入院形態を入力。	1回目	15 犯罪歴 ※触法行為は20回目まで入力欄	前科前歴(非行歴含む)
	2回目		補導歴
	3回目		初回非行年齢
	4回目		少年触法行為による処分歴
	5回目、...、50回目まで		成人触法行為による財産刑回数
			成人触法行為による自由刑回数
10 身体科病棟入院 ※10回目まで入力欄	1回目	触法行為回数	触法行為回数
	2回目		触法行為回数
	3回目		触法行為回数
	4回目		触法行為回数
	5回目、...、10回目まで		触法行為回数
			触法行為回数
11 GAF	通院処遇開始時		
12 clinical global impression - severity scale (CGI-S)	通院処遇終了時		
	通院処遇開始時		
	通院処遇終了時		
	通院処遇開始時		
13 clinical global impression - improvement scale (CGI-I)	通院処遇終了時		
	通院処遇開始時		
14 BPRS	通院処遇終了時		
	通院処遇開始時		

表4 通院処遇モニタリングシステムデータ収集項目素案一覧 (3)

16 物質関連障害(アルコール除く)	対象行為前規制薬物使用の有無	使用薬物	コード	17 アルコール	対象行為前のアルコール使用障害
			ラベル		対象行為時のアルコール使用
			覚せい剤	18 喫煙	通院処遇中のアルコール使用障害
			コカイン		対象行為前の喫煙
			あへん		対象行為前の喫煙本数
			MDMA		通院処遇開始時の喫煙
			不正入手した鎮静剤/睡眠剤/鎮痛剤		通院処遇開始時の喫煙本数
			幻覚剤(LSD等)		通院処遇終了時の喫煙
			大麻		通院処遇終了時の喫煙本数
			マジックマッシュルーム	19 小児期逆境体験歴	身体的虐待
危険ドラッグ		性的虐待			
その他(有機溶剤等)		感情的虐待			
コード		身体的ネグレクト			
ラベル		心理的ネグレクト			
覚せい剤		家庭内葛藤・不和			
コカイン		両親の別居・離婚			
あへん		家庭内暴力・親密なパートナーからの暴力			
MDMA		家庭内の経済的問題			
不正入手した鎮静剤/睡眠剤/鎮痛剤		家族の精神疾患			
幻覚剤(LSD等)		家族の物質関連障害(アルコール除く)			
大麻		家族のアルコール使用障害			
マジックマッシュルーム		家族の犯罪歴・服役			
危険ドラッグ		家族・近しい親族・友人の死			
その他(有機溶剤等)		いじめ			
コード		家族との別居(児童相談所による保護等)			
ラベル		小児期の重大な病気やケガ			
覚せい剤		最終学歴			
コカイン	20 対象行為前・対象行為時の医療・生活	対象行為直前の居住形態			
あへん		対象行為直前の就労・家庭での仕事・学習			
MDMA		対象行為前精神科通院歴			
不正入手した鎮静剤/睡眠剤/鎮痛剤		対象行為前精神科病棟入院歴			
幻覚剤(LSD等)		対象行為前精神科病棟入院回数			
大麻		対象行為前自殺企図歴			
マジックマッシュルーム		対象行為時治療状況			
危険ドラッグ		対象行為における拡大自給目的			
その他(有機溶剤等)					
コード					
ラベル					
同上項目					

表5 通院処遇モニタリングシステムデータ収集項目素案一覧(4)

21	重大な再被害行為 ※重大な再被害行為は10回目まで入力欄	重大な再被害行為1の発生日 重大な再被害行為1種別 被害者区分 被害者との同居 放火の被害区分 重大な再被害行為1による転帰 重大な再被害行為2の発生日 重大な再被害行為2種別 被害者区分 被害者との同居 放火の被害区分 重大な再被害行為2による転帰 重大な再被害行為3の発生日 重大な再被害行為3種別 被害者区分 被害者との同居 放火の被害区分 重大な再被害行為3による転帰 触法行為回数	23	問題行動 自殺企図 自傷行為 身体的暴力(暴行罪未遂) 非身体的暴力(暴言等) 迷惑行為(大声等) 対人関係トラブル ひきこもり・日中活動不遵守 物資乱用 ゲーム、買い物、スマートフォン、ゲームなど、アルコール・薬物以外の依存行動 アドヒアランスの問題(通院・服薬の不遵守) 医療・保護観察所・行政・福祉関係者の訪問拒否 日常生活上のルール違反 セルフネグレクト 多飲水・水中毒 金銭管理の問題 犯罪行為被害 アドヒアランスの問題 警察の接触(警察官職務執行法5条、その他) 保護(警察官職務執行法3条) 逮捕(刑事訴訟法199条) 送検(刑事訴訟法第246条) 起訴(刑事訴訟法247条)
22	その他の触法行為 ※その他の触法行為は10回目まで入力欄	その他の触法行為1の発生日 その他の触法行為1 その他の触法行為1による転帰 その他の触法行為2の発生日 その他の触法行為2 その他の触法行為2による転帰 その他の触法行為3の発生日 その他の触法行為3 その他の触法行為3による転帰	24	通院処遇期間中刑事司法機関の関与

表6 通院処遇モニタリングシステムデモデータ収集項目素案一覧 (5)

25	<p>通院医療機関 (当該施設通院処遇開始6か月間)</p> <p>通院医療機関等 (当該施設通院処遇終了前6か月間)</p>	<p>診察頻度 多職種会議(MDT会議) 訪問診療 訪問看護 多職種アウトリーチ デイケア 外来作業療法 診察頻度 多職種会議(MDT会議) 訪問診療 訪問看護 多職種アウトリーチ デイケア 外来作業療法</p>	<p>28</p> <p>社会福祉資源等 (当該施設通院処遇開始6か月間)</p>	<p>居室介護 重度訪問介護 同行支援 行動支援 重度障害者等包括支援 療養介護 生活介護 共同生活援助 自立生活援助 自立訓練(機能訓練) 自立訓練(生活訓練) 宿泊型自立訓練 就労移行支援 就労継続支援A型 就労継続支援B型 就労定着支援 地域相談支援(地域移行支援) 地域相談支援(地域定着支援) 計画相談支援 地域活動支援センター利用 ダルク入所 NA・AA参加</p>
26	<p>通院処遇期間医療内容</p>	<p>担当看護師 担当保健福祉士 担当心理療法士 担当作業療法士 担当薬剤師 担当栄養士 修正型電気けいれん療法 クロザピン 持続性注射剤 認知行動療法 動機付け面接 疾病教育 アンガーマネジメント 物質使用障害治療プログラム 内省関連プログラム 家族療法、家族支援</p>	<p>28</p> <p>社会福祉資源等 (当該施設通院処遇終了前6か月間)</p>	<p>居室介護 重度訪問介護 同行支援 行動支援 重度障害者等包括支援 療養介護 生活介護 共同生活援助 自立生活援助 自立訓練(機能訓練) 自立訓練(生活訓練) 宿泊型自立訓練 就労移行支援 就労継続支援A型 就労継続支援B型 就労定着支援 地域相談支援(地域移行支援) 地域相談支援(地域定着支援) 計画相談支援 地域活動支援センター利用 ダルク入所 NA・AA参加</p>
27	<p>行政機関等 (当該施設通院処遇開始6か月間)</p> <p>行政機関等 (当該施設通院処遇終了前6か月間)</p>	<p>ソーシャルスキルトレーニング 保健所職員の訪問・面接 市区町村等職員の訪問・面接 精神保健福祉センター職員の訪問・面接 社会復帰調整官の訪問・面接 ケア会議の開催頻度 保健所職員の訪問・面接 市区町村等職員の訪問・面接 精神保健福祉センター職員の訪問・面接 社会復帰調整官の訪問・面接 ケア会議の開催頻度</p>	<p>28</p> <p>社会福祉資源等 (当該施設通院処遇終了前6か月間)</p>	<p>居室介護 重度訪問介護 同行支援 行動支援 重度障害者等包括支援 療養介護 生活介護 共同生活援助 自立生活援助 自立訓練(機能訓練) 自立訓練(生活訓練) 宿泊型自立訓練 就労移行支援 就労継続支援A型 就労継続支援B型 就労定着支援 地域相談支援(地域移行支援) 地域相談支援(地域定着支援) 計画相談支援 地域活動支援センター利用 ダルク入所 NA・AA参加</p>

表7 通院処遇モニタリングシステムデータ収集項目素案一覧 (6)

29	社会生活状況 (当該施設通院処遇開始6か月間)	生活保護受給 障害年金受給 老齢年金受給 遺族・寡婦年金受給 その他の扶助受給 賃金(一般就労、障害者就労、福祉的就労含む) 貯蓄 資産による収入 家族からの支援 就労・家事・学習
	社会生活状況 (当該施設通院処遇終了前6か月間)	生活保護受給 障害年金受給 老齢年金受給 遺族・寡婦年金受給 その他の扶助受給 賃金(一般就労、障害者就労、福祉的就労含む) 貯蓄 資産による収入 家族からの支援 就労・家事・学習



図1 通院処遇モニタリングシステムデータ入力画面案 (1)

通院処遇 (ベースライン) ● 入力

---

**年齢・性別**

通院処遇開始時年齢	<input type="radio"/> 10才未満 <input type="radio"/> 10-19才 <input type="radio"/> 20-29才 <input checked="" type="radio"/> 30-39才 <input type="radio"/> 40-49才 <input type="radio"/> 50-59才 <input type="radio"/> 60-69才 <input type="radio"/> 70-79才 <input type="radio"/> 80-89才 <input type="radio"/> 90才以上
通院処遇終了時年齢	<input type="radio"/> 10才未満 <input type="radio"/> 10-19才 <input type="radio"/> 20-29才 <input type="radio"/> 30-39才 <input type="radio"/> 40-49才 <input type="radio"/> 50-59才 <input type="radio"/> 60-69才 <input type="radio"/> 70-79才 <input checked="" type="radio"/> 80-89才 <input type="radio"/> 90才以上
通院処遇終了時性別	<input type="radio"/> 男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/> その他

---

**精神疾患診断 (通院処遇開始時)**

診断名	F132 精神安定薬依存
重複障害1	F132 精神安定薬依存
重複障害2	F209 統合失調症

[+ 追加](#)

必要に応じて+ボタンを押下し、すべての項目を入力してください。

図2 通院処遇モニタリングシステムデータ入力画面案 (2)

物質関連障害 (アルコール除く)

対象行為前規制薬物使用歴の有無	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし
使用薬物	<input type="checkbox"/> 覚せい剤 <input type="checkbox"/> コカイン <input type="checkbox"/> あへん <input type="checkbox"/> MDMA <input type="checkbox"/> 不正入手した鎮静剤/睡眠剤/鎮痛剤 <input type="checkbox"/> 幻覚剤 (LSD等) <input checked="" type="checkbox"/> 大麻 <input type="checkbox"/> マジックマッシュルーム <input type="checkbox"/> 危険ドラッグ <input type="checkbox"/> その他 (有機溶剤等)
対象行為前物質関連障害の有無	<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし
対象行為時の規制薬物使用の有無	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし
使用薬物	<input type="checkbox"/> 覚せい剤 <input type="checkbox"/> コカイン <input type="checkbox"/> あへん <input type="checkbox"/> MDMA <input type="checkbox"/> 不正入手した鎮静剤/睡眠剤/鎮痛剤 <input checked="" type="checkbox"/> 幻覚剤 (LSD等) <input type="checkbox"/> 大麻 <input checked="" type="checkbox"/> マジックマッシュルーム <input type="checkbox"/> 危険ドラッグ <input type="checkbox"/> その他 (有機溶剤等)
通院処遇中の規制薬物使用の有無	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし
使用薬物	<input type="checkbox"/> 覚せい剤 <input type="checkbox"/> コカイン <input type="checkbox"/> あへん <input type="checkbox"/> MDMA <input type="checkbox"/> 不正入手した鎮静剤/睡眠剤/鎮痛剤 <input checked="" type="checkbox"/> 幻覚剤 (LSD等) <input type="checkbox"/> 大麻 <input type="checkbox"/> マジックマッシュルーム <input type="checkbox"/> 危険ドラッグ <input type="checkbox"/> その他 (有機溶剤等)

---

**アルコール**

対象行為前のアルコール使用障害	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 不明/不詳
対象行為時のアルコール使用	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> 不明/不詳
通院処遇中のアルコール使用障害	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 不明/不詳

図3 通院処遇モニタリングシステムデータ入力画面案 (3)

処方・注射（通院処遇開始時）

抗精神病薬有無	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	
1	一般名称	<input type="text" value="リスベリドン"/>
	1日量 (mg)	<input type="text" value="10"/> mg

+追加

必要に応じて+ボタンを押下し、すべての項目を入力してください。

デボ剤有無	<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	
抗うつ薬有無	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	
1	一般名称	<input type="text" value="デュロキセチン"/>
	1日量 (mg)	<input type="text" value="60"/> mg

+追加

必要に応じて+ボタンを押下し、すべての項目を入力してください。

気分安定薬有無	<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	
抗不安薬有無	<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	
抗バ剤有無	<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	
その他の精神科関連薬剤有無	<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	

図4 通院処遇モニタリングシステムデータ入力画面案 (4)

精神科病棟入院

1	入院種別	<input type="radio"/> 任意入院 <input type="radio"/> 医療保護入院 <input checked="" type="radio"/> 措置入院 <input type="radio"/> 刑事責任能力鑑定入院 <input type="radio"/> 医療観察法鑑定入院			
	開始日	<input type="text" value="1999"/> 年 <input type="text" value="3"/> 月 <input type="text" value=""/> 日 <input type="text" value=""/>	終了日	<input type="text" value="1999"/> 年 <input type="text" value="12"/> 月 <input type="text" value=""/> 日 <input type="text" value=""/>	

□月不明 日不明

+追加

必要に応じて+ボタンを押下し、すべての項目を入力してください。

身体科病棟入院

1	開始日	<input type="text" value="2023"/> 年 <input type="text" value="3"/> 月 <input type="text" value=""/> 日 <input type="text" value=""/>	終了日	<input type="text" value="2023"/> 年 <input type="text" value=""/> 月 <input type="text" value=""/> 日 <input type="text" value=""/>
	□月不明 <input checked="" type="checkbox"/> 日不明		<input checked="" type="checkbox"/> 月不明 <input checked="" type="checkbox"/> 日不明	
2	開始日	<input type="text" value="2024"/> 年 <input type="text" value="1"/> 月 <input type="text" value=""/> 日 <input type="text" value=""/>	終了日	<input type="text" value="2024"/> 年 <input type="text" value=""/> 月 <input type="text" value=""/> 日 <input type="text" value=""/>
	□月不明 <input checked="" type="checkbox"/> 日不明		<input checked="" type="checkbox"/> 月不明 <input checked="" type="checkbox"/> 日不明	

+追加

必要に応じて+ボタンを押下し、すべての項目を入力してください。

令和5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退院後支援に資する研究

分担研究報告書

## 通院処遇の実態把握と課題に関する調査とその解決策の検討

研究分担者 久保 彩子 国立病院機構琉球病院

### 研究要旨：

本分担研究では、入院処遇を終了した対象者に関して、通院複雑事例の背景を明らかにする実態調査、通院処遇終了後調査、退院時処遇終了者調査の3つの調査を実施した。

全国697の指定通院医療機関に対する実態調査は、支援に困難さを感じる理由や支援の実際を明らかにすることを調査の目的とし、施設調査と個別調査に分け、Webアンケートにより回答を求めた。その結果施設調査では169機関、個別調査154事例が回収できた。

施設調査の結果より、公的病院が民間病院やクリニック・診療所に比較し、対象者の同時期の受け入れが多く、困難さを感じる対象者の割合が高い傾向があると考えられた。また個別調査の結果では、処遇開始1年未満で、他害行為が発生したのが8例中5例で、初回の精神保健福祉法入院となったのが51例中25例といずれも半数前後を占め、比較的早い時期に他害行為の発生や病状の悪化がみられる傾向があり、入院から通院への移行による支援密度の変化が影響していると考えられた。指定通院医療機関が困難さを感じやすい対象者は、男性であることや、通院処遇中の精神保健福祉法入院の経験があること、問題行動、他害行為、通院処遇期間の延長があった対象者であったが、クロザピンの使用や処遇形態はその感じる困難さに影響していなかった。テキストデータの分析では、困難さの理由は、急性増悪や他害・問題行動に関連したものだけではなく、それに至る前、つまり未然防止の段階での困難さも大きな割合を占めた。未然防止の観点において、入院複雑事例に比較すると、通院複雑事例では信頼関係構築と情報共有が通院特有の課題として顕在化しやすいことが分かった。

通院処遇終了者調査は、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。軽微な問題を含めすべての問題行動の発生は、通院処遇の終了後に増加する傾向はなく、問題行動の発生の傾向としては、同一対象者による繰り返し発生や同一期間内の複数回発生がみられていた。通院処遇中における医療支援（訪問・通所ともに）や訪問型支援が処遇終了後と比較して実施比率が高く、前述した実態調査の結果と併せると、通院処遇中は多職種チームを軸とした医療及びアウトリーチ型の支援が手厚く実施されており、通院処遇ガイドラインに沿った対応が活かされている。一方で、困難さによってはガイドラインで想定される以上の多職種の動員が要求されており、指定通院医療機関の負担感に繋がっていると考えられた。

退院時処遇終了者調査は、退院時に同意が得られた者について退院後利用する医療機関にアンケート調査を実施した。徐々に研究参加者数が増加してきており、退院時処遇終了者の多く、特にF0およびF2症例が、医療観察法病棟退院後、精神保健福祉法入院を継続していた。

研究協力者（順不同、敬称略）

前上里泰史 国立病院機構琉球病院  
諸見秀太 同上  
前田佑樹 同上  
長根山由梨 同上  
壁屋康洋 国立病院機構榊原病院  
大鶴 卓 琉球こころのクリニック  
知花浩也 同上  
高尾 碧 島根県立こころの医療センター  
本村啓介 国立病院機構さいがた医療センター  
岡田幸之 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科

## A. 研究目的

医療観察法における通院処遇対象者に関して、令和4年12月に発行された通院処遇統計レポート<sup>1)</sup>によれば、通院処遇期間中に重大な再他害行為の発生は、通院処遇を終了した対象者2,568人のうち17件0.7%と低く留まっているといえる。一方で、これまでの指定通院医療機関に対する調査では、問題行動は対象者の約半数（軽微なものを含める）に認められており<sup>2)</sup>、対応が難しい事例があると答えた指定通院医療機関は47%にのぼった<sup>3)</sup>。これらの結果より、指定通院医療機関をはじめ関連機関による個別の手厚い医療の提供に支えられ、対象者の予後は良好であるといえるが、その一方で問題行動の発生や指定通院医療機関が対応に困難さを感じる対象者が少なからず存在すると考えられる。そのような対象者の背景や、指定通院医療機関が再他害の未然防止の観点でどのような有効な支援を展開しているのかについて明らかになっていない。

すでに入院処遇においては重度精神疾患標準的治療法確立事業により医療観察法入院データベースが構築され、長期入院や頻回/長期行動制限を必要とする、いわゆる入院複雑事例の実態把握や課題の整理が進んでおり、それら入院複

雑事例の約6割は通院処遇に移行することが報告されている<sup>4,5)</sup>が、それら入院複雑事例と通院複雑事例との異同も明らかになっていない。

本研究では全国の指定通院医療機関にアンケート調査を行い、医療観察法通院処遇において複雑な対応を要する対象者、いわゆる通院複雑事例の背景について実態を調査し、それに対しどのような有効な支援が行われているかについて調査することを目的とした。

また医療観察法処遇を終了した後の対象者の予後や転帰を明らかにすることを目的として、医療観察法通院処遇が終了した後の「通院処遇終了者」と、医療観察法病棟を退院と同時に医療観察法による処遇が終了となる「退院時処遇終了者」の両者に関する調査を引き続き実施した。

## B. 研究方法

### 1. 通院複雑事例に関する実態調査

#### 1) 施設調査

全国の指定通院医療機関697機関（令和5年4月1日時点）に対し、医療機関の種類および令和2年7月15日～令和5年7月15日の期間中通院処遇を終了した対象者の人数を調査した。

#### 2) 個別調査

施設調査において調査対象がいる場合、各々の対象者について以下の項目の調査を行った。

- (1) 通院処遇開始時年代（10年階級別）
- (2) 性別
- (3) 対象行為
- (4) 主診断・副診断
- (5) 処遇期間
- (6) 通院処遇中の重大な他害行為の有無
- (7) 通院処遇中の問題行動の有無
- (8) 通院処遇中の精神保健福祉法による入院
- (9) 通院処遇開始時の薬物療法
- (10) 通院処遇終了時点の転帰
- (11) 通院処遇中の就労
- (12) 本対象者への対応の困難度と困難さの

理由および本対象者に対する治療や支援において、労力を要したもしくは工夫した点

回答方法は、施設調査および個別調査ともにウェブ上 (Google<sup>®</sup>フォーム) で求めた。なお、個別調査に回答する機関には、インフォームドコンセントに関する手続きについてオプトアウトを行っていただくよう協力を依頼した。

分析方法について、施設調査では記述統計を行い、個別調査では調査対象事例の困難さと関連のある項目を明らかにするために、困難さを従属変数に、質問項目を独立変数にし、独立性の検定 (カイ 2 乗検定、ノンパラメトリック検定 (Mann-Whitney U-test)) を実施した。また、困難さの頻度を明らかにするために一部の項目についてロジスティック回帰分析を試みた。いずれも解析には SPSS<sup>®</sup> Statistics (Ver29) を使用し、 $p < 0.05$  を統計学的に有意とした。

また回収された「困難さの理由」や、治療や支援に「労力を要した点」「工夫した点」のテキストデータは、指定通院医療機関に共通する課題やその解決策を明らかにするため、KH Corder (Ver. 3) によるテキストマイニングを行い、語の種類や品詞、出現頻度を把握するための抽出語分析を行った。併せて抽出語を活用した共起ネットワーク分析を行い、語と語のつながりを可視化した共起ネットワーク図を作成した。

## 2. 通院処遇終了者に関する予後調査

令和 2 年度より引き続き行っている通院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。

## 3. 退院時処遇終了者に関する予後調査

### 1) 調査対象

令和 3 年 3 月 10 日から令和 5 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令和 5 年 7 月 15 日の間である。

### 2) 調査項目

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

### 3) 調査方法

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

### (倫理面への配慮)

実態調査および通院処遇終了者に関する予後調査は国立病院機構琉球病院倫理審査委員会、退院時処遇終了者に関する予後調査は国立精神・神経医療研究センター倫理委員会より承認を得て実施した。

## C. 研究結果

### 1. 通院複雑事例に関する実態調査

#### 1) 施設調査

回収数は 169 機関で結果は表 1 に示す。調査対象者数について 3 名以上の受け入れがあった機関は、クリニック・診療所が 9%、民間病院が 10%であるのに対し、公的病院は 29%と多かった。

#### 2) 個別調査

回収数は 154 例であり、結果は表 2 に示す。調査対象事例が困難だったと思うかに関する結果について表 3 に示した。「とてもあてはまる」と「やや当てはまる」と答えた 51 例を困難群とし、その他 103 例を対照群として、困難群と対照群の割合を医療機関の種類別にみると、民間病院とクリニック・診療所に対し、公的病

院は困難群の割合が高く、公的病院では指定入院医療機関がある場合とない場合で、その割合に大きな違いはなかった。

また困難群と対照群について指定通院医療機関が感じる困難さの有無を従属変数とし、二項ロジスティック回帰分析を行った(図1)。5%水準で有意となった変数は、性別、精神保健福祉法入院の有無、問題行動の有無、通院処遇期間延長の有無であり、クロザピン(Clozapine:以下、CLZ)の使用および処遇形態の変数は有意ではなかった。

テキストデータの共起ネットワーク分析の結果、困難だった理由について、6つのサブグラフに分類できた(図2)。同様に労力を要した点は5つ(図3)、工夫した点は6つのサブグラフ(図4)に分類できた。

## 2. 通院処遇終了者に関する予後調査

### 1) 社会的特性、精神科診断

回収数は合計97名であり、対象者属性を表4に示した。

### 2) 処遇終了後の入院と支援者の役割

各期間に精神保健福祉法の入院があった対象者および通院処遇終了後に社会復帰調整官の役割を引き継いだ機関を表5に示す。

### 3) 問題行動および転帰

問題行動および転帰の結果は表5に示す。

### 4) 通院処遇開始から通院処遇終了後5年経過における支援内容と支援体制

今回の調査において、通院処遇終了5年後まで追跡できた対象者45名の通院処遇開始から処遇終了5年経過における支援内容ならびに支援体制について、クロス集計表にまとめ(表6)、独立性の検定ならびに残差分析を行った。支援内容に関しては、訪問型医療支援(訪問診療・訪問看護等)、訪問型その他支援(行政職員・相談支援事業所職員・ヘルパー等)、通所型医療支援(デイケア・作業療法等)、通所型その他支援(地域活動支援センター・自立訓練・就労支援・自助

グループ・民間リハビリ施設等)の4つの支援内容に分類し、対象期間内に利用した支援をカウントした。その結果、訪問型医療支援・訪問型その他支援・通所型医療支援については、経年経過と支援を受けた人数に統計的に有意な関連があった。訪問型医療支援ならびに訪問型その他支援では、通院開始時と通院終了1年前における支援を受けた人数の比率が高く、通所型医療支援では通院開始時と通院終了2年後における支援を受けた人数の比率が高かった。一方で、通所型その他支援は、経年経過と支援を受けた人数に関して統計的に有意な関連はみられなかった。支援体制に関しては、いずれの体制も通院開始時と通院終了1年前の活用数の比率が統計的に有意に高かった。また、ケア会議においては、通院処遇終了1年後以降の活用数に比率は統計的に有意に低く、モニタリングシートならびにクライシスプランにおいては、通院終了4年後の活用数が有意に低かった。

また、支援内容ならびに支援体制について、問題行動歴の有無による比較を行うため、通院処遇開始から通院処遇終了5年経過における支援内容・体制を問題行動歴の有無についてクロス集計表にまとめ(表7)、独立性の検定を行った。なお問題行動歴については、1対象者あたり調査対象期間中に1度でも問題行動があった場合を「問題行動あり」群とした。「問題行動あり」群における問題行動経過の種類としては、「通院処遇中・終了後ともにあり」「処遇中あり・終了後なし」「処遇中なし・終了後あり」の3つが含まれた。その結果、支援内容および支援体制ともに、問題行動歴の有無と通院処遇開始時から処遇終了5年後の経過との間に統計的に有意な関連性はなかった。

## 3. 退院時処遇終了者に関する予後調査

研究開始から令和5年7月15日までの期間で、16施設のうち10施設において、退院時処遇終了者は計55名発生し、うち23名(40.9%)で研究への同意を取得できた(前回

報告後から発生した退院時処遇終了者は 24 名、うち 13 名で研究同意取得)。研究対象者全 23 名の結果については、表 8 に示す。

## D. 考察

### 1. 通院複雑事例に関する実態調査

#### 1) 施設調査

施設調査の回収状況は例年より 169 機関と平成 31 年から令和 2 年にかけて行われた同様の調査より少なかった。要因としては施設調査と個別調査を同時に行ったことで、回答者が回答への負担が強いと感じられた影響が考えられた。全国の指定通院医療機関 697 機関の内訳は、公的病院 74 (11%)、民間病院 537 (77%)、クリニック・診療所 86 (12%) であり、本調査の結果と比較すると回答した医療機関は若干公的病院の割合が高く民間病院が低い。調査回答者の職種の割合は精神保健福祉士が目立って多かった。

公的病院が民間病院やクリニック・診療所に比較し、対象者の同時期の受け入れが多く、困難を感じる対象者の割合が高い傾向があると考えられた。

#### 2) 個別調査

個別調査については平成 31 年から令和 4 年にかけて行われた同様の調査に比べ若干多く回答が得られた。得られた症例は、性別、年代、本法対象となった対象行為、主診断、通院処遇日数、通院形態、転帰などの割合について通院処遇統計レポート<sup>1)</sup>と比較すると、概ね同様であると考えられ、母集団を反映する標本が回収できたと考えられた。

調査対象者の通院処遇中の他害行為の発生は 5%であり、通院処遇統計レポートで報告される重大な他害行為の発生率 0.7%とは差があるが、同レポートは申し立ての要件にあたるような重大な他害行為と限定しており、本調査では非身体的暴力や申し立ての要件に当てはまらないような身体的暴力も含んでいることが影響していると考えられた。

処遇開始 1 年未満で、他害行為が発生したのが 8 例中 5 例で、初回の精神保健福祉法入院となったのが 51 例中 25 例といずれも半数前後を占め、比較的早い時期に他害行為の発生や病状の悪化がみられる傾向があり、入院から通院への移行による支援密度の変化が影響している可能性が考えられた。

指定通院医療機関が困難さを感じやすい対象者は、男性であることや、通院処遇中の精神保健福祉法入院の経験があること、問題行動、他害行為、通院処遇期間の延長があった対象者であると考えられた。

CLZ の使用については、入院複雑事例の特徴の一つとして「CLZ の使用割合の高さ」が挙げられ、CLZ 使用対象者は入院処遇期間が長期かつ行動制限率が高いことから、より治療困難な患者が多いと推測されるが、退院後の通院処遇においては CLZ の使用が指定通院医療機関の感じる困難さに影響していないと考えられた。令和 4 年度の通院処遇終了後の調査では、CLZ を使用した対象者群が、同剤を使用しない対象者群と比較し、通院処遇中から通院処遇終了後にかけて問題行動の発生に差がなかったことが報告されており、問題行動の発生が抑えられていることが、指定通院医療機関の感じる困難さに影響していない要因の一つであると推測される。

テキストデータの分析結果より、指定通院医療機関の感じる困難さの理由としては、病状の急性増悪に関連したものだけではなく、急性増悪や他害・問題行動に至る前、未然防止の段階での困難さも大きな割合を占めている。具体的には、家族の影響、治療同盟の構築、病識内省および生活能力の乏しさ、病状不安定などであり、これらにより関係機関の受け入れ困難からの支援体制の破綻や、治療継続の困難さから症状悪化や問題行動、他害行為を招き、緊急避難的な非同意入院やその入院の長期化に至ることがある。そして時には処遇終了後の支援体制の破綻につながる。他には、直接通院および初め

て受け入れる対象者や身体合併症を有する対象者への対応の困難さが挙げられた。

未然防止の観点において、入院複雑事例では日常生活能力や対人関係課題などのセルフコントロール困難や疾病治療困難が中心的な課題であったが、通院処遇では対象者・家族、関係機関との信頼関係構築に関わる課題がより重要視されていると考えられた。また、直接通院対象者についてテキスト分析では困難さに挙げられたが、量的分析では困難さに影響しておらず、開始時に特に課題になりやすいことを考慮すると、対象者要因というより体制整備などの施設要因が大きいのと考えられる。

次に、未然防止や急性増悪に関連した困難さに対し労力を要している点として、日中活動など生活場面における訪問看護を主とした見守り体制や、家族や関係機関の受け入れに配慮した連絡調整や協力関係の維持、問題行動や症状悪化時の方針変更・共有・入院などの緊急時対応に労力を要しているなどが挙げられた。

また困難な場合の支援において工夫している点については、指定通院医療機関内多職種チーム (Multi-disciplinary Team:以下、MDT) による治療方針策定のための協議や方針の統一を軸としながら、外来診察以外での多職種による面接を導入し、本人や家族の意向を最大限尊重しながら信頼関係構築を重視した支援を目指している。同時に関係機関、特に社会復帰調整官や直接支援を行うスタッフとの連携を重視し、ケア会議以外の場面での関係者との情報共有や協議を丁寧に行っているなどが挙げられた。

困難さの理由やそれに関わる労力は様々だが、工夫している点について MDT 単位での評価・支援計画の策定、それに続く情報共有と処遇方針の統一およびそれを支える関係維持を目的とした各職種個別による介入を行うことに集約された。MDT 会議とケア会議、外来診察、訪問援助を通じて、対象者・家族および多機関への介入を行うという点では通院処遇ガイドラインに沿っ

た対応が活かされていると考えられた一方で、困難さに応じて、ガイドライン上で想定される MDT 会議およびケア会議以外の場面における、情報共有や処遇方針統一のための関係機関との連携努力があり、また外来診察や訪問援助においては想定以上の多職種の動員が要求されると考えられた。

## 2. 通院処遇終了者に関する予後調査

### 1) 転帰および問題行動

令和 5 年度の調査においても、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、その後医療観察法再処遇となった。通院処遇終了時の転帰として、77%が一般精神医療での通院、9%が精神保健福祉法の入院であった。また、軽微な問題を含めすべての問題行動の発生は、通院処遇の終了後に増加する傾向はなく、問題行動の発生の傾向としては、同一対象者による繰り返し発生や同一期間内の複数回発生がみられていた。これらのことから、医療観察法による医療から一般精神医療による体制の変化はあるものの、重大な他害行為も含めての問題行動の発生は低く抑えられており、問題行動の発生も一部の対象者に限られる傾向が示唆された。これは一般精神医療への支援移行がほとんどの対象者においてはスムーズに行われているものの、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と予想される対象者（通院複雑事例）においては、一般精神医療へ移行した後も、より丁寧で手厚い支援の継続が必要であり、それが一定程度いることが考えられる。

### 2) 通院処遇から一般精神医療への移行における支援内容と支援体制

今回の研究報告では、通院処遇終了 5 年後まで追跡できた対象者についての支援内容ならびに支援体制について分析を行った。その結果、通院処遇中における医療支援（訪問・通所ともに）や訪問型支援が処遇終了後と比較して実施比率が高かった。また、ケア会議やクライシス



プラン、セルフモニタリングシートの活用においても、通院処遇中の活用比率が高い結果であった。これらのことは、医療観察法による処遇中は、医療及びアウトリーチ型の支援が手厚く実施されていると考えられる。これは、医療観察入院処遇から通院処遇へ移行する経過において、対象者の地域生活定着のために医療観察法による医療的介入・支援が効果的に支えることができていると考えられる。この支援体制は、一般精神医療へ移行していく過程で、地域生活における医療支援の密度が適切な形で移行できているとも考えられる。

支援内容や支援体制の在り方に関しては、軽微な問題行動も含めた問題行動の発生傾向が同一対象者による繰り返しまたは、同一対象者による同一期間内の複数回発生することをふまえて考えると、医療観察法による処遇終了後も、一定程度の対象者においては、医療的介入・支援に関して、対象者特性や支援の在り方をより丁寧に評価し実施する支援の枠組みが維持できる必要があると考える。

### 3. 退院時処遇終了者に関する予後調査

研究対象者の診断は F0 が 17%、F1 が 9 % 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、61%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 23 名のうち 17 名（74%）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 10 名（44 %）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。F0 の症例では 50 %、F2 では 78.6 % が退院直後から医療保護入院していたのに対して、F1, F3, F7 では医療保護入院した者はいなかった。今回の調査期間でも、再他害行為やアルコール・薬物の摂取はほとんど認められなかったが、それは大半の研究対象者が入院中であったためであると考えられた。

退院後、クライシスプランを「そのまま活用している」5 名の平均年齢は 44.2 歳、「加筆・修正して活用している」2 名の平均年齢は 45.5 歳であったのに対して、「活用していない」8 名の平均年齢は 65.8 歳、他の者 4 名の平均年齢は 75.3 歳と、大きな差がみられた。医療観察法医療に特徴的なツールを活用するうえで、年齢が制約となっている可能性が示唆された。

## E. 結論

通院処遇においては、急性増悪時とともに、未然防止にも困難さを感じ労力を要する。信頼関係構築と情報共有は通院特有の課題として顕在化しやすい。通院処遇中は、医療及びアウトリーチ型の支援が手厚く実施されており、通院処遇ガイドラインに沿った対応が活かされている一方で、困難さによってはガイドラインで想定される以上の多職種の動員が要求されており、指定通院医療機関の負担感に繋がっている。そして同時期に受け入れの多い医療機関ほどその負担感は大きいと考えられた。

今回の調査では、公的病院や精神保健福祉士の回答割合が高かったため、今後は背景の異なる医療機関の多職種にインタビュー調査などを加えて検証する必要がある。また通院処遇中の課題に対し入院処遇中の予測性を探るため、入院中の指標を加えて分析を行う必要がある。

退院時処遇終了者に関する予後調査研究は徐々に研究参加者数が増加してきた。退院時処遇終了者の多く、とくに F0 および F2 症例が、医療観察法病棟退院後、精神保健福祉法入院を継続していた。

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

1) 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  
- 精神神経学雑誌, 2023 ; 125(12):  
1040-1047.

- 2) 前上里泰史, 大鶴卓, 久保彩子, 諸見秀太, 高尾碧, 壁屋康洋: 通院複雑事例の特徴に関する全国調査. 精神科, 2023; 43(1): 92-99.

## 2. 学会発表

- 1) 久保彩子: 指定入院・通院医療機関のあらたな治療の試みと治療反応性. 第19回日本司法精神医学会大会 シンポジウム「医療観察法医療の治療反応性」, 東京, 2023. 9. 8
- 2) 前上里泰史: 通院複雑事例の特徴に関する全国調査－物質使用障害の問題行動のある対象者を中心に－. 第19回日本司法精神医学会大会, 東京, 2023. 9. 8
- 3) 久保彩子: アルコールによる離脱せん妄および精神病性障害、異常酩酊の鑑別が困難だった医療観察法事例の検討. 第60回日本犯罪学会総会, 東京, 2023. 11. 25

## H. 知的財産権の出願・登録状況

### 1. 特許取得

なし

### 2. 実用新案登録

なし

### 3. その他

なし

## I. 謝辞

本研究にあたり、調査にご協力頂いた医療観察法指定通院医療機関の皆様に深謝致します。

## 参考文献

- 1) 国立精神・神経医療研究センター: 医療観

察法関連資料. 通院処遇統計レポート  
(2020年版)

(<https://www.ncnp.go.jp/shiryoku/iryokansatsuho.html>) (参照 2024. 1. 21)

- 2) 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(精神障害分野)) 医療観察法制度の鑑定入院と専門医療の適正化と向上に関する研究 総括・分担研究報告書, 111-135, 2013.
- 3) 大鶴卓: 通院医療の実態を把握するための体制構築に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金障害者政策総合研究事業(精神障害分野) 医療観察法の制度対象者の治療・支援体制の整備のための研究(研究代表者: 平林直次) 令和2年度分担研究報告書, 2021.
- 4) 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 平成30年度～令和2年度 総合研究報告書, 50-56, 2021.
- 5) 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.

表1 調査対象者数別施設数

	公的病院	民間病院	クリニック・診療所	全施設
	38 (22%)	111 (66%)	20 (12%)	169 (100%)
施設あたり受け入れ人数	0人	71	12	97
1人	8	19	6	33
2人	5	11	0	16
3人	6	7	1	14
4人	2	2	1	5
5人	0	1	0	1
6～人	3	0	0	3

調査票回答者職種 (%)

医師 6% 看護師 5% 精神保健福祉士 76% 作業療法士 3% 臨床心理技術者 4% その他 6%

表2 個別調査結果 n=154

項目	結果
1. 性別	男性:106 女性:48
2. 通院処遇開始時の年代	20代:5 30代:39 40代:42 50代:36 60代:19 70代:13
3. 本法処遇のきっかけとなった対象行為 (同時に複数の対象行為を含む)	殺人・殺人未遂:56 傷害:58 放火:31 強姦わいせつ:5 強制性交等:0 強盗:10
4-1. 通院処遇開始時の主診断名 (ICD-10)	F0:3 F1:7 F2:120 F3:20 F4:1 F5:1 F6:0 F7:0 F8:2 F9:0
4-2. 通院処遇開始時の副診断名 (ICD-10) n=44	F0:1 F1:8 F2:3 F3:1 F4:4 F5:1 F6:2 F7:14 F8:8 F9:2
5-1. 入院処遇期間 (日) n=122	0-1.6年:17 1.6-3年:53 3年-4.5年:36 4.5-6年:9 6年以上:7
5-2. 処遇形態	移行通院:132 直接通院:22
5-3. 通院処遇期間 (日)	平均:989日 中央値:1094日 最小値:21日 最大値:1826日
6. 通院処遇中の他害行為について	なし:146 あり:8
6-1. 通院処遇中の他害行為ありの場合、他害行為の種類 (同時に複数の他害行為を含む)	他者への非身体的暴力:3 他者への身体的暴力:5 殺人・殺人未遂:1 放火:1
6-2. 通院処遇中の他害行為が起きるまでの日数	平均:475日 中央値:322日 最小値:42日 最大値:1327日
7. 通院処遇中の問題行動	なし:130 あり:24
7-1. 通院処遇中の問題行動ありの場合、問題行動の種類 (複数回答可)	自傷・自殺:4 医療への不順守:9 物質使用関連問題:6 その他:11
8. 通院処遇中の精神保健福祉法による入院の有無	なし:103 あり:51
8-1. 通院処遇中の精神保健福祉法による入院「あり」の場合、初回の入院形態	任意入院:26 医療保護入院:24 措置入院:1
8-2. 通院処遇中の精神保健福祉法による入院「あり」の場合、通院処遇開始後から初回入院までの日数	180日未満:19 180-360日:6 360-540日:7 540-720日:4 720-900日:1 900-1080日:8 1080日以上:0
8-3. 通院処遇期間中の精神保健福祉法による入院回数	1回:20 2回:16 3回:8 4回:4 5回:1 6回以上:2
8-4. 通院処遇期間中の精神保健福祉法による非同意入院回数	1回:25 2回:5 3回:3 4回:2 5回:0 6回以上:1
8-5. 通院処遇期間中の精神保健福祉法による入院日数 (総日数)	平均:273日 中央値:142日 最小値:4日 最大値:1432日
8-6. 通院処遇期間中の精神保健福祉法による入院のうち、非同意入院日数 (総数)	平均:274日 中央値:112日 最小値:11日 最大値:1432日
9. 通院処遇開始時の主な薬物療法	クロザピン:28 持続性注射:35 クロザピン・持続性注射以外:91
9-1. 通院処遇中における薬物療法の中絶の有無	中絶なし:147 中絶あり:7
9-1-1. 「中絶あり」の場合、中絶理由	対象者の意志:6 その他:1
9-1-2. 中絶までの日数	平均:748日 中央値:845日 最小値:140日 最大値:1386日
10. 通院処遇終了時点における対象者の状況	精神保健福祉法による通院:128 精神保健福祉法による入院:9 精神科医療の終了:1 医療観察法による入院:5 逮捕・拘留:0 死亡:6 その他:5
11. 就労について	一般就労:10 障害者枠:11 未就労:133
12. 本事例は困難だったと思いますか?	とてもあてはまる:17 ややあてはまる:34 どちらでもない:47 あまりあてはまらない:47 全くあてはまらない:9

表3 指定通院医療機関が感じる困難さ

本対象者は困難だったと思いますか？ n=154		困難群 51例
とてもあてはまる	17	
ややあてはまる	34	
どちらでもない	47	
あまりあてはまらない	47	対照群 103例
まったくあてはまらない	9	

困難群と対照群の医療機関別割合

医療機関の種類	困難群	対照群
公的医療機関-指定入院医療機関である	17 (40.5%)	25 (59.5%)
公的医療機関-指定入院医療機関でない	7 (43.8%)	9 (56.2%)
民間病院	24 (28.6%)	60 (71.4%)
クリニック・診療所	3 (25.0%)	9 (75.0%)

図1 指定通院医療機関が感じる困難さ

カテゴリ変数のコーディング

	度数	パラメータ コーディング (1)
6. 他審行為: 1 な し: 0	0 1 8	.000 1.000
1 移行通院 2 直接通院	1 2 24	.000 1.000
8. 入院の有無 1 あり0 なし	0 1 51	.000 1.000
9. 通院処遇開始時の主な 薬物療法 1 CLZ 2 その他	1 26 2 128	.000 1.000
問題行動の有無	0 1 24	.000 1.000
5-3. 通院処遇日数 延長あり	0 1 16	.000 1.000
性別 1 男性 2 女性	1 106 48	.000 1.000

CLZ : Clozapine

方程式中の変数

ステップ1 <sup>a</sup>	B	標準誤差	Wald	自由度	有意確率	Exp(B)	EXP(B)の95%信頼区間 下限	上限
性別 1 男性 2 女性(1)	-1.096	.501	4.779	1	.029	.334	.125	.893
1 移行通院 2 直接通院(1)	.883	.578	2.333	1	.127	2.419	.779	7.514
8. 入院の有無 1 あり0 なし (1)	1.099	.440	6.224	1	.013	3.000	1.266	7.111
9. 通院処遇開始時の主な 薬物療法 1 CLZ 2 その他(1)	-.656	.537	1.493	1	.222	.519	.181	1.486
問題行動の有無(1)	2.036	.607	11.245	1	.001	7.661	2.330	25.182
5-3. 通院処遇日数 延長あり(1)	1.492	.626	5.679	1	.017	4.447	1.303	15.172
6. 他審行為: 1 な し: 0(1)	1.008	.987	1.043	1	.307	2.741	.396	18.968
定数	-1.006	.506	3.960	1	.047	.366		

a. ステップ1: 投入された変数 性別

- 1 男性
- 2 女性, 1 移行通院
- 2 直接通院, 8. 入院の有無 1 あり0 なし, 9. 通院処遇開始時の主な薬物療法
- 1 CLZ
- 2 その他, 問題行動の有無, 5-3. 通院処遇日数
- 延長あり, 6. 他審行為: 1 なし: 0

二項ロジスティック回帰分析

CLZ : Clozapine

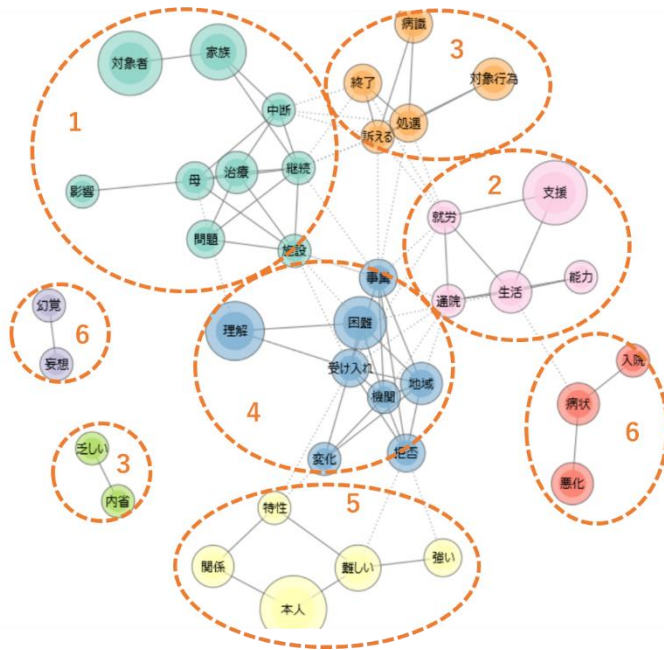


図2 困難さの理由 共起ネットワーク図

サブグラフ	困難さの理由
1	対象者と家族の関係、母の影響、施設継続の問題が治療継続の問題につながる
2	通院での生活能力への支援や就労支援の難しさ
3	対象行為の振り返りや内省・病識の乏しさから処遇への不満を訴え、処遇終了後の破綻につながる
4	対象者の変化への理解が難しく、地域の機関や事業所の受け入れ困難や拒否につながる
5	不安やこだわりの強さ、特性から、本人との関係構築が難しい
6	幻覚や妄想、病状悪化による入院

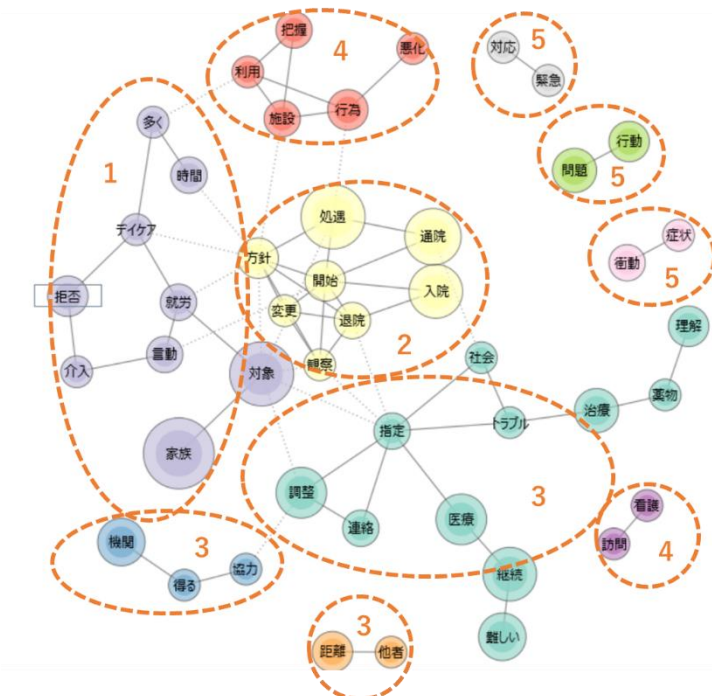


図3 労力を要した点 共起ネットワーク図

サブグラフ	労力を要した点
1	デイケアや就労での否定的な言動、介入拒否がある対象者への支援 家族への支援
2	通院処遇開始時の観察や病状悪化による入院、方針変更
3	家族や関係機関との連絡調整や社会復帰調整官や関係機関の協力を得ること 他者との距離が保てず、生活の維持および治療継続が難しい
4	施設利用継続が難しくならないよう病状悪化・衝動行為のサインの把握 訪問看護による状況把握
5	問題行動や精神病症状による衝動行為などの緊急時対応

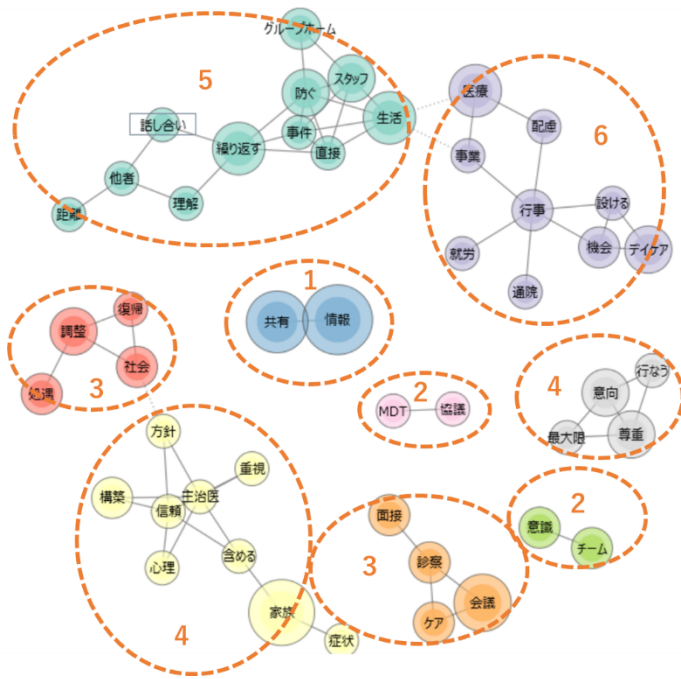


図4 工夫した点 共起ネットワーク図

サブグラフ	工夫した点
1	情報共有
2	MDTによる協議 チームで支援を意識づけする
3	診察場面以外での多職種面接 ケア会議だけではない関係者会議 社会復帰調整官との連携
4	家族への支援 主治医との信頼関係構築を重視 本人意向を最大限尊重
5	直接支援を行うスタッフやグループホームスタッフとの話し合いや理解を促すための本人との話し合いを繰り返す
6	就労やデイケア、行事などの社会参加を支援し、支援者と医療との連携を密にする



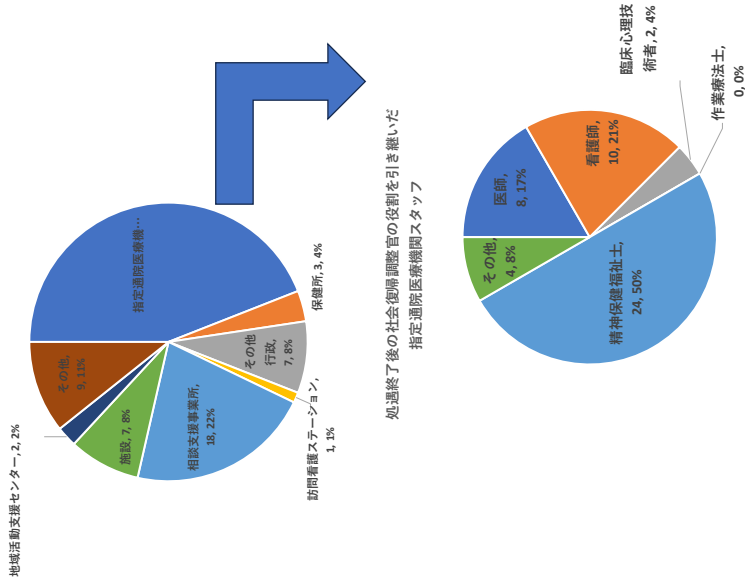
表4 通院処遇終了者 対象者属性 n=97

項目	結果
1. 性別	男性:78 女性:19
2. 通院処遇開始時の年代	20代:6 30代:14 40代:27 50代:23 60代:18 70代:8 80歳以上:1
3. 本法処遇のきっかけとなった対象行為 (同時に複数の対象行為含む)	殺人・殺人未遂:19 傷害:44 放火:25 強制わいせつ:5 強制性交等:1 強盗:3
4-1. 通院処遇開始時の主診断名 (ICD-10)	F0:1 F1:1 F2:85 F3:6 F6:1 F7:1 F8:1 不明:1
4-2. 通院処遇開始時の副診断名 (ICD-10)	F1:8 F3:1 F4:1 F7:17 F8:2 重複なし:68
5. 入院処遇期間 (日) n=122	0-1.6年:17 1.6-3年:53 3年-4.5年:36 4.5-6年:9 6年以上:7
6. 処遇形態	移行通院:78 直接通院:16 不明:3
7. 処遇終了形態	満期終了:55 早期終了:32 処遇延長:1 不明:9

表5 通院処遇開始～処遇終了5年後における精神保健福祉法の入院、転院、問題行動、引き続き機関

n数	97	92	81	72	64	49	46
	通院開始～1年後	終了1年前～終了	通院終了～1年後	終了1年後～2年後	終了2年後～3年後	終了3年後～4年後	終了4年後～5年後
<b>精神保健福祉法の入院</b>							
入院あり	29	23	19	15	11	7	11
措置入院	1	0	1	1	1	0	0
調整入院	10	-	-	-	-	-	-
<b>転院</b>							
精神保健福祉法通院	-	71	65	61	56	42	39
精神保健福祉法入院	-	9	7	6	6	4	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	1
死亡・自殺	-	1	0	1	0	0	0
死亡・不明	-	0	0	1	0	0	0
通院先変更	-	9	5	1	1	0	2
医療終了	-	0	0	0	0	0	0
上記以外の状況で通院無	-	0	2	0	0	2	1
転院不明	-	1	0	1	0	0	0
<b>問題行動</b>							
重大な他害行為	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	5
性的逸脱行為	1	2	1	0	1	0	0
自殺未遂	0	1	1	0	0	0	1
自殺既遂	1	1	0	1	0	0	0
自傷	2	1	1	1	1	0	1
その他問題行動	10	9	11	7	3	3	2

処遇終了後の社会復帰調整官の役割を引き継いだ機関



処遇終了後の社会復帰調整官の役割を引き継いだ指定通院医療機関スタッフ

表6 通院開始～終了後5年後における支援内容ならびに支援体制の活用数 n=45

	通院開始～1年後	終了1年前～終了	通院終了～1年後	終了1年後～2年後	終了2年後～3年後	終了3年後～4年後	終了4年後～5年後
訪問型医療支援	40	41	34	33	31	32	31
訪問型その他支援	34	33	23	21	16	14	17
通所型医療支援	33	32	33	25	24	21	18
通所型その他支援	25	27	26	26	27	23	20
ケア会議	42	42	14	13	11	7	9
モニタリングシート	23	21	10	7	7	5	7
クライシスプラン	25	25	13	13	13	8	11

表7 通院処遇終了者 支援内容および支援体制と問題行動との関連

問題行動あり n=20	開始 - 1年後		終了1年前 - 終了		終了 - 1年後		終了1年後 - 2年後		終了2年後 - 3年後		終了3年後 - 4年後		終了4年後 - 5年後	
	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし
訪問型医療支援	16	24	16	25	22	8	11	22	12	19	12	20	11	20
訪問型その他支援	16	18	15	18	15	12	8	13	7	9	6	8	6	11
通所型医療支援	13	20	13	19	18	8	9	16	12	12	10	11	8	10
通所型その他支援	9	16	13	14	14	8	12	14	14	13	10	13	8	12
ケア会議	20	22	19	23	8	6	5	8	6	5	3	4	5	4
モニタリングシート	14	9	13	8	7	3	5	2	4	3	3	2	4	3
クライシスプラン	8	17	9	16	5	8	6	7	5	8	4	4	5	6

表8 退院時処遇終了者の転帰・予後 n=23

項目	結果
1. 性別	男性:18 女性:5
2. 平均年齢	61歳 (男性:61歳 女性:62歳)
3. 本法処遇のきっかけとなった対象行為	殺人:3 殺人未遂:3 傷害:6 放火:9 放火未遂:1 強制わいせつ:1
4. 退院時の主診断名 (ICD-10)	F0:4 F1:2 F2:14 F3:2 F7:1
5. 退院後の治療	継続中:19 中断:1 転院:1 終了 (病死および突然死):2
6. 現在の居住形態 n=19	入院中:14 家族同居:1 介護保険施設:1 グループホーム:3
7. 生計 (複数選択可)	貯蓄:3 家族からの支援:5 障害年金:12 生活保護:3 その他:3
8. クライシスプランの活用 n=19	そのまま活用:5 加筆・修正して活用:2 活用していない:8 その他:4
9. 再他害行為	1名 (医療保護入院継続中だが、スタッフへの暴言・暴力がとぎにある) あり:17
10. 精神保健福祉法による入院経験	全日医療保護入院継続:10 任意入院に変更し入院継続:2 グループホーム:1
11. 退院当初医療保護入院だった者の現在 (調査日時点) の状況 n=13	自殺企図、アルコール・薬物摂取、医療観察法による再処遇、就労に至った者はいずれもいなかった。



	クリニック
蕪木雅士	周愛巢鴨クリニック
須藤康宏	医療法人社団 メンタルクリニックなごみ
菊池達郎	宮城県立精神医療センター
島田明裕	国立精神・神経医療研究センター病院
大町佳永	同上
大森まゆ	同上
槇野絵里子	同上
宮崎真理子	同上
立山和久	同上
平林直次	同上

## A. 研究目的

### A-1. 背景

医療観察法の目的は、その第一条において、「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者に対し、その適切な処遇を決定するための手続等を定めることにより、継続的かつ適切な医療並びにその確保のために必要な観察及び指導を行うことによって、その病状の改善及びこれに伴う同様の行為の再発の防止を図り、もってその社会復帰を促進すること」とされている<sup>1,2)</sup>。

平成15年7月15日から、令和2年12月31日の間に通院処遇を終了した2,568名のうち、通院処遇中の重大な再他害行為の発生があった割合は、0.7%と低く、ほとんどの対象者は、通院処遇において対象行為と同様の行為の発生の予防が成功している<sup>3)</sup>。他方で、通院処遇中に精神保健福祉法に基づく入院を経験した者の割合は50%であり、非自発的入院経験者の割合は24.5%であった<sup>3)</sup>。厚生労働省による、「最近の精神保健医療福祉施策の動向について(平成30年12月18日)」

<https://www.mhlw.go.jp/content/1220000/0/000462293.pdf>)によると、精神保健福

祉法病棟からの退院患者の再入院率は、退院後6か月時点で約30%、1年時点で約37%であった。また、精神保健福祉法病棟に長期入院した患者の退院促進後の予後に関するシステマティックレビュー<sup>4)</sup>では、統合失調症罹患患者で1年以上の長期入院患者の4-10年間の再入院率は約60%であったと報告されている。医療観察法病棟への入院期間は標準的には1年半であり、退院後は3年間(5年まで延長可)通院処遇が行われるため、単純な比較はできないが、医療観察法通院処遇中に入院を経験した対象者の割合が、一般精神科と比較して高いとは言えず、適宜入院をしながらも通院処遇で支えていると考えられる。入院病床を持たない指定通院医療機関のクリニック等は、バックベットのある精神科病院との連携が必要となり、入院時は各関係機関の連携体制も重要となるが、その方法に関するガイドラインは存在しない。

医療観察法指定入院医療機関への再入院は3.3%、死亡による通院処遇終了は3.8%にみられた<sup>3)</sup>。また、通院処遇中の自殺ケースは少なくないことが報告されている<sup>5)</sup>。

通院処遇の実態や課題に関するこれまでの報告では、医療観察法通院医療機関における課題を抽出した報告が存在する。そのなかでは、通院医療機関のスキルの不十分さ、関係機関の連携の不十分さ、指定入院医療機関から通院医療機関への情報提供の重要性、物質使用障害を伴うケースの特別な受け入れ体制の必要性、業務量負担、支援に対する不安などの課題が抽出されている<sup>6,7,8)</sup>。他方で、これらの課題に対して、解決法を提示した報告は研究者が調べた限りほとんどない。

医療観察法入院期間の在院日数は年々増加しており、施行当初に期待された、1年半の入院期間の目安は、大幅に超えている

9)。一部の対象者は、入院期間が5年を超えており、そのようなケースを受け入れる指定通院医療機関の不足が問題となっている<sup>10, 11)</sup>。その要因として考えられる、退院後の地域支援に対する地域関係者の不安や抵抗を減じることが、入院期間の短縮のためには必要である。そのためには、地域処遇が困難と思われる多様なニーズのある事例であっても、関係機関の連携・情報共有や、新たな技術を含む医療の提供、地域資源の活用により、退院後地域生活を支え続けている好事例・解決方法を収集し、実現可能な方法を示すことが重要である。

#### A-2. 目的

医療観察法指定通院医療機関の多様なニーズのある事例の支援の方法（関係機関の連携や、地域資源、新たな治療技術、医療）を探索し、好事例・解決方法を収集し、郡部と都市部において実現可能な支援方法を示すことで、地域支援者の医療観察法対象者の受け入れに対する不安や抵抗を軽減させ、動機づけを高めることを目的とする。その先に、医療観察法指定通院医療機関数および受け入れ対象者数の増加、そして、医療観察法入院期間の短縮につなげることが期待でき、医療観察法対象者の社会復帰の促進に貢献する。

## B. 研究方法

### 1. 調査対象

＜都市部と郡部について＞

都市部：人口密度が1,000人/km<sup>2</sup>以上の都道府県(※)、政令指定都市、人口50万以上の市

※住民基本台帳（令和3年1月1日現在）、総務省統計局資料、全国都道府県市区町村別面積調（国土地理院：令和4年1月1日現在）より作成された資料参照  
[https://www.mlit.go.jp/road/toukei\\_cho](https://www.mlit.go.jp/road/toukei_cho)

[usa/road\\_db/pdf/2022/doc19.pdf](https://www.mlit.go.jp/road_db/pdf/2022/doc19.pdf)

郡部：上記以外

都市部：国立精神・神経医療研究センター、東京都立松沢病院、周愛巢鴨クリニック、ほっとステーション大通公園メンタルクリニック、岡山県精神科医療センター

郡部：琉球病院、肥前精神医療センター、福島県立ふくしま医療センターこころの杜、メンタルクリニックなごみ、宮城県立精神医療センター

#### 1-1. 聞き取り調査研究の対象となる支援者

1) 医療観察法通院処遇に多職種チームとしてかかわった事のある支援者（医師、看護師、精神保健福祉士、作業療法士、臨床心理技術者等）で、本研究の調査項目（医療の質や関係機関の連携等）について回答を得るのにふさわしいと考えられる職種の支援者。2) 説明文書と口頭にて説明を受け、本研究の目的を理解し、同意文書に署名することで同意したもの。

#### 1-2. 症例研究の対象となる対象者（元対象者を含む）

1) 医療観察法通院処遇中の対象者、および、医療観察法通院処遇終了者で未成年者は含まれない。2) 説明文書と口頭で説明を受け、理解し、同意文書に署名することで同意したもの。3) 1) を満たし、転医や所在不明その他の理由で、連絡が取れないもので、オプトアウトに拒否のなかったもの。4) 「社会復帰関連指標」：【衝動コントロール】【非精神病性症状 3) 怒り】【日常生活能力 3) 家事や料理】【物質乱用】【性的逸脱行動】【個人的支援】（以下、社会復帰関連指標）の一つ以上が1点以上である症例で、関連機関との連携や画期的な支援方法等が

奏功していると考えられ、症例研究としてまとめる意義があると考えられるケース。具体的には、前回退院後、医療観察法の再入院の申立てがなく、精神保健福祉法による長期の入院に至っていない(調査時点で、入院よりも地域生活の方が長い) ケース。

## 2. 調査項目

2-1) 支援者に対して半構造化面接で質問する内容

- 医療観察法を通院処遇中、処遇終了者の人数
- 退院時点で、共通評価項目の社会復帰関連指標のうち 1 つ以上に問題があったが、医療観察法の再入院申立てや、長期の精神保健福祉法入院に至ることなく(現時点で、入院よりも地域生活期間の方が長い)、通院処遇中ないし通院処遇が終了したケースの有無
- 診断と対象行為
- 退院時点で、上記の共通評価項目の社会復帰関連指標のどの項目に問題があったか
- 退院が可能となったのは、どのような支援体制(関連機関の連携、治療内容、等)が実現したからか
- 退院後の問題行動、その問題行動への対応と結果、その後の経過についての概要
- 通院処遇中の治療内容の概要
- 連携機関
- 地域資源
- 通院処遇中に精神保健福祉法の入院があれば、頻度、期間、入退院理由の概要
- その他に、そのケースの特徴や問題、連携の工夫、支援の工夫、奏功した治療等

※連携機関と地域資源のチェックリストは表 1、表 2 参照。

2-2) 診療録等、生活環境調査、医療観察法鑑定を基に、症例情報シートに記載。必要に応じて担当多職種チームの担当者への聞き取りを行う。

- 都市部か郡部か
- 年齢(40代など)、性別、診断、対象行為、対象行為日(X年Y月Z日)
- 発達歴・生活歴・現病歴の概要
- 医療観察法入院期間での治療と入院期間
- 退院時、退院後の社会復帰関連指標
- 退院後の問題行動、対応、経過
- 通院処遇中の治療内容
- 連携機関、地域資源
- 精神保健福祉法入院の有無と内容
- その他(その他の特徴、支援、連携、治療の工夫等)

## 3. 調査方法

3-1) 研究代表者、研究責任者、共同研究者が、医療観察法通院医療機関(上記の都市部 5 機関、郡部 5 機関)の、多職種チームの支援者：医師、看護師、作業療法士、臨床心理技術者、精神保健福祉士のうち、その機関において、聞き取り調査を受けるのに適した職種より、説明・同意取得をしたうえで、半構造化面接により聞き取り調査による情報収集を行う。

3-2) 症例報告をする意義が高いケースについて、対象者(元対象者含む)に同意を取得したうえで、各施設の支援者が、診療録等から情報を収集する。※転医や処遇終了によって同意取得が困難な場合はオプトアウトとする。

## 4. データ解析

統計解析は特に行っていない。治療・支援と連携に分けて、課題やニーズのカテゴリ

リーごとに具体例と、それに応じた対応策や実践について記述した。最終的には、好実践集および事例集としてまとめ、全国の医療観察法指定通院医療機関に配布する予定である。

### (倫理面への配慮)

本研究は国立精神・神経医療研究センター倫理委員会より承認を得て実施している(承認番号 B2023-084)。

## C. 研究結果

令和5年度は、全43例(国立精神・神経医療研究センターの事例25例と、琉球病院の事例18例)について、支援者に聞き取り調査を実施した。研究参加に同意し聞き取り調査に協力した多職種は、精神保健福祉士4名、看護師2名、作業療法士2名、医師2名、臨床心理技術者1名であった。

### 1. 治療・支援

聞き取り調査の対象となった事例の課題やニーズは、服薬アドヒアランス不良、遵守困難、急性増悪、非精神病性症状、生活能力、対人関係、物質使用、反社会性(性暴力)、家族支援、その他の項目に分類し、それぞれの課題の具体例と、それらに対する対応や実践例を表3に示した。

### 2. 連携・地域資源

指定入院医療機関のバックアップ体制と、警察との連携については、表4に示した。

### 3. 治療開発

社会復帰促進サポート事業として、居住系サービス事業所研修(元対象者を含めて意見交換などを行い、受け入れ可能なグループホームを増やすことを目指す)、入院および通院対象者へのプログラムでの講師・または座談会(おもに、対象者の不安軽減や退院に向けた治療意欲の向上のため)で、元対象者に講師を依頼し、講演会と座談会

を実施した。今後は、処遇中の対象者の面接場面やケア会議に同席する処遇協力(孤立感や不安感の軽減やアドボケイトが目的)も検討している。

## D. 考察

一般的に、退院後の地域生活では、入院中には見えなかった本人の強みや地域資源が活かされて、回復が促進される側面がある一方で、入院中には予測することが困難な事態や課題が発生することも珍しいことではない。困難な状況や課題が発生した際には、多職種チームによる頻回の面接や訪問、地域支援者とのWeb会議や密な情報共有、緊急ケア会議が共通して行われていた。対人過敏さや衝動コントロールの不良さに起因する、施設での適応困難への対応は、施設の変更という対応をとる場合と、支援を投入して単身生活に移行する場合とで別れ、指定通院医療機関間差や地域差がある可能性がある。

指定入院医療機関の役割、警察との連携は、地域差がある可能性がある。指定入院医療機関が、退院後のフォローも行うことは、退院が促進されることに加えて、指定入院医療機関へのフィードバックが可能となり、指定入院医療機関に勤務する支援者のためにも学びの機会となりえ、治療技術の向上にも寄与する可能性がある。

## E. 結論

リスクアセスメント(リスク要因と保護要因の評価とケースフォーミュレーションの繰り返し、保護要因の発見と構築、マネジメントプランの策定と見直し)、関係機関の連携、専門的治療の提供は、司法精神保健サービスの特徴である。

通院期間中に、再入院申立てが検討される程度の不遵守や問題行動、精神症状悪



化がみられるものの、様々な工夫により地域で支援し続け、比較的長期の地域生活が実現しているケースがある。関係機関の連携、介入のポイントの見極め、転院、転居、専門的治療や観察の密度の変更（上げることあれば下げることもある）など、本人の意向に沿うことを基本にしつつ、個別性を重視した対応がなされている。また、IT技術等の活用、ピアサポートなどの効果も期待され、今後は方法の開発と普及が期待される。

指定入院医療機関のバックアップ体制・警察との協力関係には地域差がある可能性がある。困難な事例の受け入れ先や相談先、通院先が見つからないケースの一時的な通院先、等の役割のある医療機関があれば、対象者の退院と社会復帰が促進される可能性があり、方法の開発と普及が望まれる。対象行為のきっかけとなった精神障害とは無関係に生じる反社会的エピソードについて、いかに線引きを行うか、あるいはどのような対応がよりアウトカムを改善させるかもまた、司法関係者との議論が欠かせないだろう。

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

- 1) 柏木宏子：攻撃性と心理検査. 臨床精神医学, 2023; 52(6): 613-618.
- 2) 柏木宏子, 平林直次: 医療観察法患者対応における治療同盟. 精神科, 2023; 43(2): 252-257.
- 3) 柏木宏子: 死刑求刑事件と責任能力. 法と精神医療, 2023; 36: 75-92.

### 2. 学会発表

- 1) Muraoka H, Fukumoto K, Hasegawa N, Yasui-Furukori N, Kodaka F, Ohi K, Kashiwagi H, Matsumoto J, Miura K, Inada K, Watanabe K, Hashimoto R: Effectiveness Of The EGUIDE Program On The Treatment Of Major Depressive Disorder In Japan: The Importance Of Severity Assessment. 34th CINP World Congress of Neuropsychopharmacology, 2023. 5. 8
- 2) Igarashi S, Tsuboi T, Hasegawa N, Ochi S, Muraoka H, Fukumoto K, Kodaka F, Iga J, Ohi K, Takaesu Y, Kashiwagi H, Tagata H, Iida H, Komatsu H, Numnata S, Matsumoto J, Miura K, Yasui-Furukori N, Inada K, Watanabe K, Hashimoto R: Real world survey on psychopharmacology after electroconvulsive therapy in patients with depression: the Effectiveness of Guidelines for Dissemination and Education in Psychiatric Treatment (EGUIDE) project. 34th CINP World Congress of Neuropsychopharmacology, 2023. 5. 8
- 3) 柏木宏子: 統合失調症とパーソナリティ障害との鑑別が難しい精神鑑定事例. 第119回日本精神神経学会学術総会, 横浜, 2023. 6. 22
- 4) 越智紳一郎, 小高文聡, 長谷川尚美, 古郡規雄, 伊賀淳一, 柏木宏子, 小松浩, 田形弘実, 坪井貴嗣, 沼田周助, 飯田仁志, 五十嵐俊, 大井一高, 高江洲義和, 福本健太郎, 村岡寛之, 三浦健一郎, 松本純弥, 上野修一, 渡邊衡一郎, 稲田健, 橋本亮太: クロザピンが処方可能な施設体制と治療抵抗性の検討が統合失調症の抗精神病薬単剤治療に関連する. 第119回日本精神神

経学会学術総会，横浜，2023.6.24

- 5) 柏木宏子:精神鑑定の限界ーシンポジウムⅢ「法曹三者および精神科医から見た信頼性の高い精神鑑定とは？」. 第19回日本司法精神医学会大会，東京，2023.9.9
- 6) 柏木宏子:統合失調症に関連した暴力行為の生物学的基盤に関する研究. 第45回日本生物学的精神医学会年会，沖縄，2023.11.6

## H. 知的財産権の出願・登録状況

### 1. 特許取得

なし

### 2. 実用新案登録

なし

### 3. その他

なし

## I. 謝辞

本調査にあたり多大なる御協力をいただいた、医療観察法通院医療機関の多職種の皆様に深謝致します。

## 参考文献

- 1) 医療観察法審判ハンドブック 第2版 2013年6月 厚生労働科学研究 障害者対策総合研究事業
- 2) 心神喪失者等医療観察法 医療観察法各種ガイドライン等 厚生労働省 [https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000197589\\_00007.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000197589_00007.html)
- 3) 通院処遇統計レポート(2020年版) 精神・神経疾患研究開発費研究課題「重症精神障害者とその家族の効果的な地域生活支援体制に関する基盤的研究」(研究代表者 藤井千代) 分担研究課題「医

療観察法通院処遇者のモニタリング方法の開発」(分担研究者 平林直次)

- 4) 中西三春，佐藤さやか: 精神科長期入院患者の退院促進後の予後に関するシステマティックレビュー. 厚生労働科学研究費補助金 精神保健・福祉に関するエビデンスのプラットフォーム構築および精神科長期入院患者の退院促進後の予後に関する検討のための研究. [https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/2019/192131/201918028A\\_upload/201918028A0004.pdf](https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/2019/192131/201918028A_upload/201918028A0004.pdf)
- 5) Takeda K, Sugawara N, Matsuda T, et al: Mortality and suicide rates in patients discharged from forensic psychiatric wards in Japan. *Compr Psychiatry*, 2019; 95: 152131.
- 6) 塩谷幸祐，安達寛人，田口玲子，境原三津夫: 医療観察法指定通院医療機関における課題と対策. *新潟看護ケア研究学会誌*，2017; 3: 29-36.
- 7) 武田俊信，石塚伸一，長谷川直実: 物質使用障害における医療観察法通院処遇の現状と課題. *臨床精神医学*，2021; 50(8): 873-881.
- 8) 原田小夜，辻本哲士，角野文彦，中原由美: 医療観察法対象者の地域ケアにおける保健所の支援実態 司法精神医療機関と行政機関の連携の課題. *厚生*の指標. 2016; 63(7): 20-28.
- 9) 医療観察法統計資料 2020年版 重度精神疾患標準的治療法確立事業運営委員会 平成30～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)「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)
- 10) 中根潤: 医療観察法医療から地域精神保健への移行 医療観察法医療から地

域精神保健への移行． 司法精神医学，  
2017； 12(1)： 77-80.

- 11) 田口寿子， 村松太郎． 医療観察法の現状と問題点 対象者の多くが社会復帰を実現。ただ通院医療を担う病院の不足など課題は多い． 日本医事新報，  
2017； 4389： 59-60.

表1 連携機関・地域資源リスト1

- 
- 精神保健福祉センター
  - 発達障害者支援センター
  - 保健所
  - 精神保健福祉課
  - 指定通院医療機関
    - デイケア
    - 多職種面談
    - ACT
    - 訪問看護
    - IPS
  - 指定入院医療機関
    - 相談・助言
    - 転院の相談
    - バックベッド（指定通院医療機関からの急性憎悪時の精神保健福祉法入院受け入れ）
  - 地域生活支援事業所
    - 移動支援
    - 地域活動支援センター
  - 就労支援事業所
    - 就労継続支援
      - A型事業所
      - B型事業所
    - 就労移行支援事業所
    - 就労定着支援
  - 地域包括支援センター
  - 訪問看護ステーション
  - 基幹相談支援センター
    - 一般相談支援事業所
    - 地域相談支援
      - 地域移行支援
      - 地域定着支援(24h)
    - 特定相談支援事業所
    - 計画相談支援
      - サービス利用支援
      - 継続サービス利用支援
  - 地域生活定着支援センター
    - 相談・訓練・就労援助等
  - 警察
  - 処遇終了後のケアコーディネーター
  - その他の連携機関
- 

ACT Assertive Community Treatment：包括型地域生活支援プログラム

IPS Individual Placement and Support：個別型就労支援モデル

表2 連携機関・地域資源リスト2

---

- 家族支援
  - 生活保護
  - 社会福祉協議会
    - 成年後見制度 補佐 補助 後見
  - ハローワーク
  - 職業能力開発学校（一般/障害者）
  - 住居
    - 家族同居
    - 宿泊型自立訓練
    - 共同生活援助
    - グループホーム（滞在型）
    - 福祉ホーム
    - 更生保護施設
  - DARC
  - 自助グループ
    - NA
    - AA
  - ピアサポート
  - 地域クラブ活動
  - 一般企業・アルバイト
  - NPO
  - 民生委員
  - ボランティア
  - よりそい弁護士制度
  - ホームロイヤー（高齢）
  - NPO法人（司法・福祉）
  - 法テラスのバックアップ
  - その他
- 

AA Alcoholics Anonymous：アルコール依存の自助グループ

NA Narcotics Anonymous：薬物依存の自助グループ

DARC：Drug Addiction Rehabilitation Center：民間の薬物依存症リハビリ施設

表3 治療・支援の実践例

課題やニーズ	具体例	対応・実践例
いずれの場合も、本人を中心とした話し合いを重ねることや、共同意思決定、本人のストレングスも視野に入れた支援が基本		
<b>服薬アドヒアランス</b>	拒薬	訪問看護とヘルパーによる服薬確認（土日対応、2カ所の訪問看護で対応）
	LAI拒否	MDTや医師の面前で内服することでの服薬確認 訪問看護ステーションに通って内服し服薬確認（本人の希望） クロザピン血中濃度測定による服薬状況の確認、必要時粉碎 DARCの支援者がLINEで空き袋の写真を撮影し、訪問看護と共有 訪問看護の職員が電話で服薬確認
	出奔し方不明（対人過敏さから）、無断外泊	5～6回の施設（DARCやGH）変更、信頼関係のある寮長に合わせて施設移動、一時的な入院
	門限や、GH職員との面接時間が守れない その他の施設のルールが守れず関係破綻	MDT面接の頻度を高め、面接内容をGH職員と共有 GHを退所し、十分な支援を投入した上で単身生活へ移行
<b>遵守困難</b>	無断で夜間の仕事（飲酒を伴う）に従事	週2回以上のMDT面接（仕事の悩みを扱う）、MDTの自宅訪問、生活状況の確認と援助
	相談なしに就職活動	本人に任せつつ、MDTとは相談できる関係性作りを優先し、症状や生活状況をモニタリング
	性的逸脱等ルール不遵守	1回/月のケア会議を継続し、MDT面接では1年先のロードマップを毎回共有
	通院困難	通院が必須の日（CPMS採血とクロザピン処方日等）には、訪問看護による自宅からの送り出しや、社会復帰調整官の同伴
<b>急性増悪</b>	対象行為時と同様の症状再燃	連日の診察・MDT面接、夜間救急対応、自宅訪問、必要に応じ入院 安定後も残存する幻覚妄想に対し、臨床心理技術者による認知行動療法の継続
	命令幻聴の影響で被害者のところに行き、金銭の要求	本人と指定入担当MDTも参加する緊急ケア会議を実施し、1時間程度話し合った後は安定（クロザピン反応不良例であり、薬物治療に限界あり。支援者とのつながりや、対話が有効であった）
	自傷 器物破損	緊急MDT会議、緊急ケア会議、MDTによる頻回の自宅訪問
	訪問看護への暴力	緊急MDT会議、緊急ケア会議、訪問看護体制の見直し（待機者や緊急連絡方法の確認）
<b>非精神病性症状</b>	身体愁訴と不安・恐怖の増悪	GH職員による夜間の長時間対応
	救急車を頻回に呼ぶ	24時間対応可能な訪問看護を導入し、まず電話で相談し状態を確認。区分認定の見直し
<b>生活能力</b>	浴室も本や物であふれる	OT・PSWが自宅訪問し、棚・本棚の組み立て作業や、整理を一緒に実施
	通所先への道順が分からない	OT・PSWが訪問し、道順確認と写真入りの地図を作成
	書類手続きができない	訪問看護、MDT（PSW等）が手続きに同伴
	金銭管理	社会福祉協議会、成年後見制度の活用
<b>対人関係</b>	外出、身体疾患受診	地域定着支援（24時間電話対応）の導入、移動支援
	対人過敏さからの暴言、トラブル	単身生活へ移行、個室へ移動、臨床心理技術者による心理面接の継続
	訪問看護拒否	安定した関係を築くことができる少数の支援者で対応
	訪問看護への暴言や暴力 指導に対しイライラ 依存、操作性	訪問看護とはカフェに行くなど一緒に外出、侵襲の少ない楽しい会話を優先 スマホの操作の練習を個別OTで実施 交換ノートに毎週関わったすべての支援者が記載、MDTによる面接や自宅訪問の回数増加
<b>物質使用</b>	施設内での大麻使用	刺激の少ない他県のダルクに移動、そこで3ステージでステップアップするプログラムにて動機づけを実施。指定通は2回変更（ダルク移動前の指定通Aから、移動後のダルク近隣の指定通Bに変更し、プログラム終了後は、元のダルクに戻り、入院処遇を受けた指定入C（指定通C）に転医し通院。ダルクのプログラムに参加しながら単身生活に移行し安定）
	飲酒・薬物再使用	隠れ飲み・薬物使用を避けるため、相談できる関係構築を優先、症状と生活状況のモニタリングを強化 関係機関（通所先、訪問看護等）間での密な情報共有 クライシスプランの修正（例：精神病性症状や生活状況に着目）
<b>反社会性 性犯罪</b>	脅迫・ほめかし	迅速に対応（精神症状が疑われる場合は入院を視野） 精神症状と関連が乏しい場合は警察対応を検討
<b>家族支援</b>	家族の精神疾患の否認	指定入の家族会に継続参加
	家族の飲酒、暴言	MDTが家族との定期面接を実施
<b>その他の課題やニーズ</b>	予期せぬ妊娠（不特定の異性）	周産期・出産後のサポート、関係機関との連携
	ストレングス	YouTube発信、ラジオ発信、事業所のボーナスや表彰、やりがいのある作業や仕事
	IT技術	本人のスマホ活用支援、スマホ・タブレット等の活用による遠隔診察の検討 速やかな情報共有のためのセキュリティ一面を含む技術の向上

LAI：Long Acting Injection（持続性抗精神病薬注射剤） MDT：多職種チーム GH：グループホーム

指定通：指定通院医療機関 指定入：指定入院医療機関

CPMS：クロザピンモニタリングサービス

DARC：Drug Addiction Rehabilitation Center（民間の薬物依存症リハビリ施設）

OT：作業療法士 PSW：精神保健福祉士

スマホ：スマートフォン

表4 指定入院医療機関や警察のバックアップ体制

連携機関	具体例・実践例
指定入院医療機関	<p>指定入担当MDTのケア会議への参加</p> <p>指定入担当MDTによるWeb会議での助言</p> <p>通院先が見つかるまでの期間、一時的に指定入に通院</p> <p>通院先の担当者との関係悪化による診察拒否、病状悪化時等→指定入に転医し通院</p> <p>関係構築が困難な事例、特性の理解や対応に工夫を要する事例、クロザピン反応不良例のなかでも対応に苦慮する症状が残存する事例など、複雑で多様なニーズのある事例に限って、指定入担当者が通院でも継続して担当</p> <p>バックベツド</p>
警察	<p>入院中からMDT会議やCPA会議に警察が参加</p> <p>ケア会議に警察が参加</p> <p>クライシスプランに記載</p>
MDT：多職種チーム	<p>指定入：指定入院医療機関 CPA：ケアプログラムアプロローチ</p>

令和5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退院後支援に資する研究

分担研究報告書

## 入院対象者の類型化に基づくクリティカルパスの開発と退院促進

研究分担者 村杉 謙次 国立病院機構小諸高原病院

本研究はすでに報告されている医療観察法入院処遇12類型から臨床的必要性の高い類型を絞り、入院処遇ガイドラインのクリティカルパスを基本としつつ、指定入院医療機関の多職種から成るエキスパートによりクリティカルパスを作成することを目的とする。

令和5年度の本研究においては、全国の指定入院医療機関を対象としたクリティカルパスの使用状況に関するアンケート調査と、平成27～29年度の「医療観察法の諸ガイドラインの見直しの必要性に関する研究（村杉班）」において作成した統合失調症事例のクリティカルパス案ならびに重複障害コ・パス案を草案とした、疾患別のクリティカルパス案の作成と検討を行った。その結果、以下の結論が得られた。

- ・クリティカルパスの使用状況としては、全国の指定入院医療機関35施設中18施設と半数強の割合に留まる
  - ・クリティカルパス導入の意義として、特に入院期間短縮と職員教育に重点を置くこととする
  - ・各疾患のクリティカルパス案に共通する構造としては、「導入時期の目安のチェックシートとしてのシンプルな構造」とし、共通する内容としては、「プロセス重視の方向性や目標設定」とする
  - ・クリティカルパス普及に関する具体的・実際的方法について検討する必要がある
- これらの結論をもとに、以下の方針が策定された。
- ・エキスパート会議により抽出された意見に基づき疾患ごとのクリティカルパス案の修正を図る
  - ・エキスパート会議やアンケート調査を通し、意見集約を図り、疾患ごとのクリティカルパスを完成する
  - ・クリティカルパスの試用研究として、傾向スコアを用いたクリティカルパス案試用群と未使用群の比較検討を計画する
  - ・クリティカルパスの普及方法として今後の改定が見込まれる入院処遇ガイドラインへの掲載、厚生労働省のホームページへの掲載、複雑事例に対する介入方法も含めたクラウド上のデータベースの作成、「医療観察法に必要な人材育成に関する研究（賀古班）」と連携した職員教育の場での普及等の方法を具体的に検討する

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

柏木宏子 同上



鈴木敬生	同上
島田明裕	同上
津田哲也	同上
塚田浩行	同上
山元直道	同上
壁屋康洋	国立病院機構榊原病院
高野真弘	同上
榎本翔太	同上
是木明宏	同上
武川未怜	同上
中辻望来	同上
本村啓介	国立病院機構さいがた医療センター
小川太郎	同上
野村照幸	同上
藤崎直人	同上
久保彩子	国立病院機構琉球病院
前上里泰史	同上
山城琢也	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
船戸一基	同上
駿河勇太	同上
高張陽子	同上
高橋未央	国立病院機構小諸高原病院
斎藤勝仁	同上
若林可織	同上
矢島秀晃	同上
岩井邦寿	同上
藤野健一	同上
宮沢泰裕	同上
堀内泉辞	同上

## A. 研究目的

「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（以下、医療観察法）」が施行され、18年が経過した。令和4年度の「医療観察法対象者の類型化に関する研究（河野班）」におい

て、医療観察法入院処遇対象者（以下、対象者）の類型として、疾患や対象行為別に12の類型に分けられることが示されたが、法施行時に厚生労働省から示された入院処遇ガイドライン（以下、ガイドライン）には統合失調症の典型例のクリティカルパスしか示されておらず、類型化に基づく治療や処遇は示されていない現状がある。またガイドラインに示されている統合失調症事例のクリティカルパスについても、臨床現場での使用頻度は多くなく、実際の医療内容との乖離が認められる。

令和5年度の本研究においては、12類型から臨床的必要性の高い類型を絞り、平成27～29年度にかけて実施した「医療観察法の諸ガイドラインの見直しの必要性に関する研究（村杉班）」において作成した統合失調症事例のクリティカルパス案ならびに重複障害コ・パス案を草案としつつ、指定入院医療機関の多職種からなるエキスパートにより病棟から地域への円滑かつ迅速な移行を視野に入れた、類型化に基づくクリティカルパス案を作成することを目的とする。

## B. 研究方法

### 1) アンケート調査

壁屋班の協力を仰ぎ、全国の指定入院医療機関に所属する医療観察法病棟看護師長を対象に、クリティカルパスの使用状況に関するアンケート調査を実施し、医療観察法入院処遇におけるクリティカルパスの普及度や必要性、クリティカルパスに求められる内容について検討する。

### 2) エキスパート会議

「医療観察法対象者の類型化に関する研究（令和4年度河野班）」において報告された入院処遇12類型から臨床的必要性の高い類型を絞り、「国立研究開発法人 日本医療研究開発機構委託研究 医療観察法の

諸ガイドラインの見直しの必要性に関する研究（平成 27～29 年度村杉班）」において作成した統合失調症事例のクリティカルパス（以下、AMED 村杉班パス）ならびに重複障害コ・パス案を草案としつつ、アンケート調査の結果も踏まえながら、医療観察法入院医療の多職種から成るエキスパートを参集しての研究分担班会議（以下、エキスパート会議）においてクリティカルパス案を作成する。

#### （倫理面への配慮）

本研究は国立病院機構小諸高原病院倫理委員会より承認を得て実施している（承認番号 5-1）。

### C. 研究結果

#### 1) アンケート調査結果

全国の指定入院医療機関全 35 施設より回答が得られた。クリティカルパスの使用状況については、入院処遇ガイドラインに記載されたクリティカルパスを使用している施設が 4 施設、同クリティカルパスをもとに修正した院内版を使用している施設が 4 施設、AMED 村杉班パス（自施設での修正を含む）を使用している施設が 4 施設、自施設独自に作成したクリティカルパスを使用している施設が 6 施設との結果が得られ、クリティカルパスの使用については、35 施設中 18 施設と、半数強の割合に留まっていることが判明した（表 1）。

#### 2) クリティカルパス作成における基本方針

クリティカルパス導入効果や目的としては、チーム医療の推進、患者参加型医療の提供、質保証・質改善（医療安全、リスク管理、業務改善・効率化）、経営戦略（入院期間短縮、業務効率化、コスト管理）、職員教育といったものが一般的には提唱されている。本研究におけるクリティカルパスの

導入目的としては、多職種チーム医療の推進、業務改善・効率化、入院期間短縮、職員教育に重点を置く方針とした。

#### 3) 臨床的必要性の高い類型

「医療観察法対象者の類型化に関する研究（令和 4 年度河野班）」において、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活用した統計的解析・検討の結果、国際疾病分類（ICD-10）に準じて、以下のように入院処遇 12 類型が示された。

F0 高齢者・認知症

F0 比較的若年・器質性精神障害

F1（患者特性は同質だが処遇に施設差か）

F2 重複障害 F8

F2 重複障害 F1/F7

F2 重複障害なし（年齢・性別で修飾）

F3 女性の嬰兒殺害

F3 双極性障害の粗暴行為

F3 それ以外の気分障害

F7（性別で修飾される）

F8（重複障害 F7 で修飾される）

その他の主診断

それぞれの類型の全入院対象者に占める割合には明らかな差異があるものの、類型ごとの入院治療における課題や治療困難さ、クリティカルパスの必要性における差を明確化できないため、F0（症状性を含む器質性精神障害）、F1（精神作用物質使用による精神及び行動の障害）、F2（統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害）、F3（気分障害）、F7（知的障害）、F8（心理的発達の障害）それぞれのクリティカルパス案を作成する方針とした。

#### 4) クリティカルパス案の作成

F0 については、対象疾患として主に認知症を想定し、重症度評価では軽度認知障害から軽度認知症の段階を想定した。認知症医療の分野においては、介護保険や地域包括支援センターを中心としたケアは充実し

ており、福祉サービスを併用できれば、他の疾患に比べて短期的に地域移行に至ることのできる可能性と、入院の長期化が認知機能や身体機能に及ぼす弊害に着目し、入院期間の短縮を主目的としたクリティカルパス案を作成する方針とした。既存の精神科病院協会のクリティカルパス等を参考に、検査方法や会議の日程などを付け加え、できるだけ単純化した内容を目指し、F0 クリティカルパス案を作成した（図1）。

F1 については、「再使用に関わるリスク評価」「医療観察法医療の必要性の判断」「様々な病態に対する治療戦略」との論点で整理し、「従来より自由度の高い外泊における評価」「適応判断に関するコンセンサス」に重点を置いた F1 クリティカルパス案を作成した（図2）。

F2 については、AMED 村杉班パス（図3）を草案としつつ、各施設に同パスが普及していない現状も踏まえ、「各期で評価や治療導入の指標になるもの」「対象者と共有でき使用しやすいパス」「評価期間の幅を持たせる」といった観点で F2 クリティカルパス案を作成した。診療支援システム上での使用を想定したエクセルシートで作成し、アウトカム確認の欄の設定と達成状況を色分けできるように工夫も追加した（図4）。

F3 については、うつ病治療ガイドライン第2版や Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) を参考にしつつ、うつ病の自殺予防と双極性障害の他害防止という2つの視点でのクリティカルパス案を作成した。うつ病においては、グリーンケアや放火プログラム、女性特有の家事・育児能力、産後、月経、更年期への配慮に重点を置き、双極性障害については、衝動性・攻撃性と小児期逆境体験との関連について着目した内容とした（図5、図6）。

F7 については、主診断が F2 で F7 を併存

している事例、特に中等度知的障害を想定し、クリティカルパス案を作成した。処遇中の関わりについては、対象者の特性評価が中心となり、医療観察法による医療をどの程度、実施するかを検討していく必要があることを、図7に示す流れで検討しつつ、適宜3要件を検討し疾病性・治療反応性の評価に基づき、処遇終了の検討も必要となる場合があることを盛り込んだ内容とした（図8）。

F8 については、図9で示すように、発達特性と二次障害に着目しつつ、法務省による発達上の課題を有する在院者に対する処遇プログラム実施ガイドラインと英国国立医療技術評価機構（NICE）によるガイドラインを参考にクリティカルパス案を作成した（図10）。

## 5) エキスパートによるクリティカルパス案の検討

エキスパート会議において各クリティカルパス案の内容を検討した。F0 クリティカルパス案については、以下のような意見が抽出された。

- ・変性疾患に伴う高齢者に対するパスと外傷などに伴う高次脳機能障害に対する主に若年者を対象としたパスの必要性
- ・画像検査・心理検査の半年間隔での実施
- ・再被害行為のリスク軽減における環境調整の重要性
- ・早期からの地域との連携促進
- ・認知機能や日常生活動作を低下させないための作業療法や理学療法、関わりを増やす等の工夫
- ・成年後見制度の入院初期からの検討
- ・生活史や職業歴の十分な共有と実際の生活への応用
- ・集団生活適応の可能性、日中活動の評価を回復期から開始

F1 クリティカルパス案については、以

下のような意見が抽出された。

- ・入院初期からの地域支援者との情報共有
- ・病状が安定していれば、早期の退院を目指すとともに外出外泊の機会を多くする
- ・再使用に至るプロセスの把握
- ・指定入院医療機関が精神保健福祉法入院を受け入れる等、地域支援者の受け入れがスムーズになるような配慮
- ・違法薬物使用時の対応に関する支援者の立場による対応の検討

F2クリティカルパス案については、以下のような意見が抽出された。

- ・導入時期の目安のチェックシートとしての使用
- ・プロセス重視の方向性や目標設定
- ・身体検査や支持的精神療法の追加、頓用薬の検討の時期の順延
- ・対象者との共有はロードマップやケアマップ等で行う

F3クリティカルパス案については、以下のような意見が抽出された。

- ・うつ病と双極性障害を分ける必要はなく、嬰兒殺しのみ別パスとするのはどうか
- ・心理教育や認知行動療法、支持的精神療法の追加
- ・家族との再統合についての言及
- ・女性の為のプログラムの実施
- ・社会復帰期から退院後約半年の時期の自殺リスクへの対処
- ・債務整理や就労支援の必要性

F7クリティカルパス案については、以下のような意見が抽出された。

- ・対象者の能力に合わせたアプローチ
- ・行動療法や早期からの環境調整が主体
- ・リスク低減を強調しすぎず、安易に処遇終了にならないような配慮
- ・F8の概念的な特徴、二次障害をもっている人も多いためトラウマケアを組み込む
- ・経過と共に、知的能力の低さに気づく事

例や、F2の病状が顕在化してくる事例もあるため疾病性の精緻な評価が必要

- ・成年後見制度や療育手帳取得の必要性
  - ・幼少期からの振り返りが治療同盟の構築やトラウマケアにつながる
  - ・誤学習の基盤には愛着障害なども隠れている可能性
  - ・ケースフォーミュレーションを担当多職種チーム（Multi-Disciplinary Team：以下、MDT）外のスタッフとも確認する必要性。MDTが孤立しないような工夫の必要性
- F8クリティカルパス案については、以下のような意見が抽出された。

- ・F2パスに次ぐ使用頻度を想定。プロセス重視の方向性や目標設定、簡素な構造
- ・F8とF9を一緒にしたパスとして、F9は薬物療法も含める
- ・多職種でなるべく早期に診断を検討
- ・社会認知ならびに対人関係のトレーニング等の導入
- ・併存するF2による認知力・社会機能の低下もみられるため薬剤選択も重要
- ・複雑事例化を予防する上で、関係構築困難に陥らないために、達成目標の強弱をつける
- ・認知機能リハビリテーション、アンガーマネジメントの導入
- ・急性一過性精神病性障害の疾病教育が必要な場合も
- ・準備性を醸成する上で、対象者の困り感を丁寧に共有していくことが重要
- ・心理教育や内省プログラム等を退院前にを行い、治療に対する動機付けを高める
- ・地域との合同カンファレンスや家族への疾病教育を行い、周囲の変化や強みの発見、個別性への配慮を促す
- ・生活機能障害が重篤な対象者が多く、生活機能障害は退院後の再被害行為に相関するため、障害の重症度評価や生活能力

向上プログラムの導入が必要

- ・介入方法における引き出しの多さが重要であり、介入方法に関するデータベースがあればよいか

## D. 考察

### 1) クリティカルパス案の内容について

エキスパート会議において、各疾患のクリティカルパス案の内容を検討する前提として、医療観察法入院医療におけるクリティカルパス導入の意義が、議論の俎上にあがった。研究計画では、クリティカルパス導入の意義として、多職種チーム医療の推進、業務改善・効率化、入院期間短縮、職員教育を挙げたが、特に入院期間短縮と職員教育に重点を置く方針とした。その前提を基に、各疾患のクリティカルパス案に共通する構造としては、「導入時期の目安のチェックシートとしての簡素な構造」とする方針とした。またクリティカルパス案の内容としては、プロセス重視の方向性や目標設定、いわゆるタスク・オリエンテッドの内容とすることも共通の要素とした。

疾患ごとのクリティカルパス案については、エキスパート会議により抽出された意見に基づく修正を行っていく方針としつつ、大枠の方針としては、短期入院が見込めるF0・F1については、具体的な期間を明記することで、入院期間の短縮につながる可能性が考えられた。また複雑事例化しやすいF7・F8については、達成目標の強弱をつける工夫や、コンサルテーション、MDTの再編成、転院等の介入の検討必要性を明記することで、社会復帰の促進や処遇終了率の低下につながる可能性が考えられた。

### 2) クリティカルパスの普及方法について

クリティカルパスの使用状況に関するアンケート調査の結果からも、各指定入院医療機関において、クリティカルパスが十

分に使用されていない状況が明確となった。AMED村杉班パスについては、研究報告書への掲載や各種研修会・学会等での告知という方法で浸透を図ったものの、普及にはつながっていない現状があり、普及方法について検討する必要がある。今後の改定が見込まれる入院処遇ガイドラインへの掲載、厚生労働省のホームページへの掲載、複雑事例に対する介入方法も含めたクラウド上のデータベースの作成、医療観察法に必要な人材育成に関する研究（賀古班）と連携した職員教育の場での普及等の方法を具体的に検討していく必要性が考えられた。

## E. 結論

令和5年度においては、全国の指定入院医療機関を対象としたクリティカルパスの使用状況に関するアンケート調査と、エキスパート会議による疾患別のクリティカルパス案の作成・検討を行った。その結果、以下の結論が得られた。

- ・クリティカルパスの使用状況としては、全国の指定入院医療機関35施設中18施設と半数強の割合に留まる
- ・クリティカルパス導入の意義として、特に入院期間短縮と職員教育に重点を置くこととする
- ・各疾患のクリティカルパス案に共通する構造としては、「導入時期の目安のチェックシートとしてのシンプルな構造」とし、共通する内容としては、「プロセス重視の方向性や目標設定」とする
- ・短期入院が見込めるF0・F1については、具体的な期間を明記することで、入院期間の短縮につなげていく。
- ・複雑事例化しやすいF7・F8については、達成目標の強弱をつける工夫や、コンサルテーション、MDTの再編成、転院等の介入方法の検討必要性を明記することで、

社会復帰の促進や処遇終了率の低下につなげていく

- ・クリティカルパス普及に関する具体的・実際的方法について検討する必要がある  
これらの結論をもとに、以下の方針が策定された。
- ・エキスパート会議により抽出された意見に基づき疾患ごとのクリティカルパス案の修正を図る
- ・エキスパート会議やアンケート調査を行いつつ、意見集約を図り、疾患ごとのクリティカルパスを完成させる
- ・クリティカルパスの試用研究として、傾向スコアを用いたクリティカルパス案試用群と未使用群の比較検討を計画する
- ・クリティカルパスの普及方法として今後の改定が見込まれる入院処遇ガイドラインへの掲載、厚生労働省のホームページへの掲載、複雑事例に対する介入方法も含めたクラウド上のデータベースの作成、「医療観察法に必要な人材育成に関する研究（賀古班）」と連携した職員教育の場での普及等の方法を具体的に検討する

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

なし

### 2. 学会発表

村杉謙次：シンポジウムⅡ 複雑事例へのあらたな治療の試みと治療反応性、第19回日本司法精神医学会大会，東京，2023.9.8

## 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

## I. 謝辞

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

## 参考文献

- 1) クリニカルパス実践テキスト、日本クリニカルパス学会 学術・出版委員会監修、医学書院、2023
- 2) 医療観察法対象者の類型化に関する研究、河野稔明、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）
- 3) 医療観察法の諸ガイドラインの見直しの必要性に関する研究、村杉謙次、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年度研究開発分担報告書）

表1 クリテikalパスの利用状況 (n=35)

クリテikalパスの種類	使用施設数
入院処遇ガイドラインに記載されたクリテikalパス	4
上記をもとに修正した院内版	4
AMED村杉班によって作成されたクリテikalパス (修正した院内版も含む)	4
自施設が独自に作成したクリテikalパス	6

AMED：国立研究開発法人日本医療研究開発機構

図1 F0ク リ テ イ カ ル パ ス 案

急性期				回復期			社会復帰期			
短期 目標	認知機能低下について理解を深める	周辺症状について理解する	現在の思いや考えの程度を表現できるか確認する	医療観察法の入院治療に耐えうるかを継続的に評価する	認知症に関する治療ゴールを明確化する	認知機能低下を予防するためのプログラム(作業療法等)	処遇終了を旨指すなら速やかな退院先調整を実施	福祉サービスと連携し地域環境の整備を進める	クライシスプランの対処法を地域で共有する	通院処遇の必要性を検討する
	アブローチ	<input type="checkbox"/> 認知機能低下について情報を収集する(対象者、家族、地域関係者、鑑定書、生活環境調査書より) <input type="checkbox"/> 認知機能低下の評価(HDS-R、MMSE、CDR、NPIなど) <input type="checkbox"/> 画像検査(頭部MRI、SPECTなど) <input type="checkbox"/> 生活歴、嗜好、趣味など詳しく対象者から聴取 <input type="checkbox"/> 診断の確定 <input type="checkbox"/> 対象行為と現在の認知機能低下の関連性も加味してCFを作成 <input type="checkbox"/> 早期から対象者との関りに重点を置き、なじみの関係を築くことを目標とする	<input type="checkbox"/> 認知機能の再評価を行う(進行が早い場合には入院継続の見直しを検討する) <input type="checkbox"/> 自史の作成 <input type="checkbox"/> 福祉サービスと連携を視野に、退院後の金銭管理や身体介護について検討を始める <input type="checkbox"/> 認知機能障害にも対応したクライシスプランを作成する <input type="checkbox"/> 外出訓練による機能評価(日常生活、社会性)を行う	<input type="checkbox"/> 外泊前のケア会議 <input type="checkbox"/> 退院候補先(自宅、施設、病院等)への外泊訓練をする <input type="checkbox"/> 認知機能の再評価を行い、残存している生活機能について共有する <input type="checkbox"/> クライシスプランを共有し、通院関係者とともに実行可能か確認する <input type="checkbox"/> 外泊開始後もクライシスプラン実践の評価と修正を繰り返す						

HDS-R : 改訂長谷川式簡易知能評価スケール  
 MMSE : Mini Mental State Examination  
 CDR : 臨床的認知症尺度  
 NPI : Neuropsychiatric Inventory



図2 F1クリティカルパス案

急性期			回復期			社会復帰期	
短期目標	自分の物質使用に伴う問題について知る	自分の物質使用歴についてスタッフに話すことができる	自分の物質に對する現在の思いや欲求について話すことができる	物質使用の有害さについて知っている	物質使用に至らないための対処法について考える	地域のグループについて知り、自分に必要かを検討し、自助グループへの参加を決める	物質使用による他人へのリスクが高まることを理解し、クライシスプランに反映させる
中期目標	自分の物質使用について知る	自分の物質使用歴についてスタッフに話すことができる	自分の物質に對する現在の思いや欲求について話すことができる	物質使用の有害さについて知っている	物質使用に至らないための対処法について考える	地域のグループについて知り、自分に必要かを検討し、自助グループへの参加を決める	物質使用による他人へのリスクが高まることを理解し、クライシスプランに反映させる
長期目標	自分の物質使用に伴う問題について知る	自分の物質使用歴についてスタッフに話すことができる	自分の物質に對する現在の思いや欲求について話すことができる	物質使用の有害さについて知っている	物質使用に至らないための対処法について考える	地域のグループについて知り、自分に必要かを検討し、自助グループへの参加を決める	物質使用による他人へのリスクが高まることを理解し、クライシスプランに反映させる
アブローチ	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ 物質使用歴について情報を収集する。(対象者家族、地域関係者、鑑定書、生活環境調査書より)</li> <li>□ スクリーニング(AUDIT、DAST-20)</li> <li>□ 物質使用の状況について詳しく対象者から聴取する。</li> <li>□ 診断の確定(処遇の継続が課題となる場合は抗精神病薬の中止を行い、疾病性、治療反応性、社会復帰要因を慎重に検討する)</li> <li>□ 対象行為と現在の物質使用障害の関連性に関して、ケースフォーミュレーションを対象者と共に作成する。</li> <li>□ 物質使用障害プログラムの開始を検討し、必要なら早期の導入を行う。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ 物質使用障害を含めた自分史の作成を行う。</li> <li>□ 院内散歩、院外外出で物質使用に関連した状況の同定、入手ルートの同定を行う。</li> <li>□ 物質使用に関連した状況へ暴露させ、セルフモニタリング項目を追加する。</li> <li>□ 退院後の金銭管理や出納帳の活用について検討を始める。</li> <li>□ 自助グループ等に関する情報提供や見学、体験利用を行う。</li> <li>□ 物質使用障害にも対応したクライシスプランを作成する。</li> <li>□ 社会復帰阻害要因を考慮しながら居住地や、指定通院先、日中活動の場などの支援体制について検討し決定する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ CFを共有し、治療のターゲットとゴールを明確にする。</li> <li>□ クライシスプランを共有し、通院関係者とともに実行可能を確認する。</li> <li>□ 再使用時の対応や外泊の中止基準を共有する。</li> <li>□ 外泊開始後もクライシスプラン実践の評価と修正を繰り返す。</li> </ul> <p>【外泊の段階付け】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>□ 初期は従来の医学的管理下において、緊急時対応は指定入院医療機関の職員が行う。</li> <li>□ 初期の外泊の評価を以て、必要な場合には、長期・自由度の高い外泊を行う。指定入院医療期間に責任所在があることを前提として、状況に応じた医学的管理を行う。緊急時対応は、通院関係者と共に実践することが望ましい。</li> </ul>	<p>【外泊前のケア会議】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>□ CFを共有し、治療のターゲットとゴールを明確にする。</li> <li>□ クライシスプランを共有し、通院関係者とともに実行可能を確認する。</li> <li>□ 再使用時の対応や外泊の中止基準を共有する。</li> <li>□ 外泊開始後もクライシスプラン実践の評価と修正を繰り返す。</li> </ul> <p>【外泊の段階付け】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>□ 初期は従来の医学的管理下において、緊急時対応は指定入院医療機関の職員が行う。</li> <li>□ 初期の外泊の評価を以て、必要な場合には、長期・自由度の高い外泊を行う。指定入院医療期間に責任所在があることを前提として、状況に応じた医学的管理を行う。緊急時対応は、通院関係者と共に実践することが望ましい。</li> </ul>	<p>地域環境の中での物質使用に対する欲求やその使用について話すことができる</p> <p>クライシスプランの対処法を地域で実践する</p>		

AUDIT：アルコール使用障害同定テスト  
DAST-20：The Drug Abuse Screening Test  
CF：ケースフォーミュレーション





図5 F3クリティカルパス案（うつ病）

急性期		達成目標
Dr	<ul style="list-style-type: none"> <li>薬物療法</li> <li>rTMS</li> <li>mECT</li> <li>診断再検討（精神疾患、知的能力、PMS、PMDD、更年期障害）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○自身の心身の状態が落ち着いていると実感できる</li> <li>○基本的な生活リズムが安定する</li> <li>○スタッフと落ち着いて会話できる</li> <li>○入院に至った経過を理解できる</li> <li>○病棟のルールを理解して過ごすことができる</li> <li>○困ったことがあればスタッフに相談できる</li> <li>○自分自身のことについて話すことができる</li> </ul>
Ns	<ul style="list-style-type: none"> <li>生活リズム、自己管理能力評価・調整</li> <li>月経リズム評価</li> </ul>	
OT	<ul style="list-style-type: none"> <li>活動場面でのアセスメント</li> <li>自宅生活で困難であったことについて聴取</li> </ul>	
CP	<ul style="list-style-type: none"> <li>各種心理検査の実施（悲嘆尺度、うつ病尺度、トラウマ）</li> <li>CF作成</li> </ul>	
PSW	<ul style="list-style-type: none"> <li>入院処遇に関する説明</li> <li>家族、関係者から情報収集</li> </ul>	
MDT	<ul style="list-style-type: none"> <li>治療同盟の構築</li> <li>初期評価、治療計画作成</li> <li>病的体験、精神状態の改善</li> <li>身体的回復と精神的安定</li> <li>治療への動機付けの確認</li> </ul>	
回復期		達成目標
Dr	<ul style="list-style-type: none"> <li>薬剤調整</li> <li>婦人科疾患治療</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○病識の獲得</li> <li>○対象行為についての内省を得る（生きていく意欲の獲得）</li> <li>○症状の消失、平素からの自己コントロール</li> <li>○退院後の生活を現実的に計画できる</li> <li>○継続的な医療の必要性を理解できる</li> <li>○適切な方法で自己表現ができる</li> <li>○社会復帰に向けて現実的かつ具体的な目標を立てられる</li> <li>○スタッフに援助を求めることができる</li> </ul>
Ns	<ul style="list-style-type: none"> <li>セルフモニタリングの作成、実施</li> <li>対象行為の内容に関連するプログラム</li> <li>家事、育児能力評価</li> <li>月経コントロール（セルフモニタリング）</li> </ul>	
OT	<ul style="list-style-type: none"> <li>リラクゼーション</li> <li>家事・育児シミュレーション</li> </ul>	
CP	<ul style="list-style-type: none"> <li>心理検査結果の共有</li> <li>心理面接（トラウマケア、悲嘆）</li> <li>対象行為の内容に関連するプログラム</li> <li>内省プログラム（抱えながら生きていくことができる）</li> <li>クライシスプランの作成</li> <li>マインドフルネス</li> </ul>	
PSW	<ul style="list-style-type: none"> <li>社会資源に関するプログラム</li> <li>退院地の環境調整（本人の能力をカバーできる社会資源）</li> </ul>	
MDT	<ul style="list-style-type: none"> <li>日常生活能力の回復</li> <li>病識の獲得と自己コントロール能力の獲得</li> <li>計画された多職種チームによる多様な治療</li> <li>病状の安定による外出の実施</li> </ul>	
社会復帰期		達成目標
Dr	<ul style="list-style-type: none"> <li>薬剤調整</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○回復期よりも病識・内省を深める</li> <li>○健康で安全な生活を送る動機づけを得る</li> <li>○治療の継続の必要性を理解する</li> <li>○置かれている状況を現実的に理解し、他者の協力を得ながら健康で安全な生活を目指す</li> <li>○怒りや衝動性をコントロールできる</li> <li>○社会資源の活用を体験できる</li> <li>○退院地・通院先の関係者と関係を構築する</li> <li>○病状悪化時の兆候を理解し、危機管理を学ぶ</li> </ul>
Ns	<ul style="list-style-type: none"> <li>セルフモニタリングの実施、再評価</li> <li>クライシスプランの実施</li> <li>退院地での家事・育児実践</li> </ul>	
OT	<ul style="list-style-type: none"> <li>外泊での技能の実践</li> </ul>	
CP	<ul style="list-style-type: none"> <li>心理面接</li> <li>クライシスプランの実施</li> <li>評価尺度</li> </ul>	
PSW	<ul style="list-style-type: none"> <li>特性に配慮した外泊体験</li> <li>退院先と情報共有</li> <li>遺族ケア</li> </ul>	
MDT	<ul style="list-style-type: none"> <li>社会生活能力（服薬・金銭管理）の回復安定</li> <li>社会復帰の計画に沿ったケアの実施</li> <li>継続的な病状の安定による外泊の実施</li> </ul>	

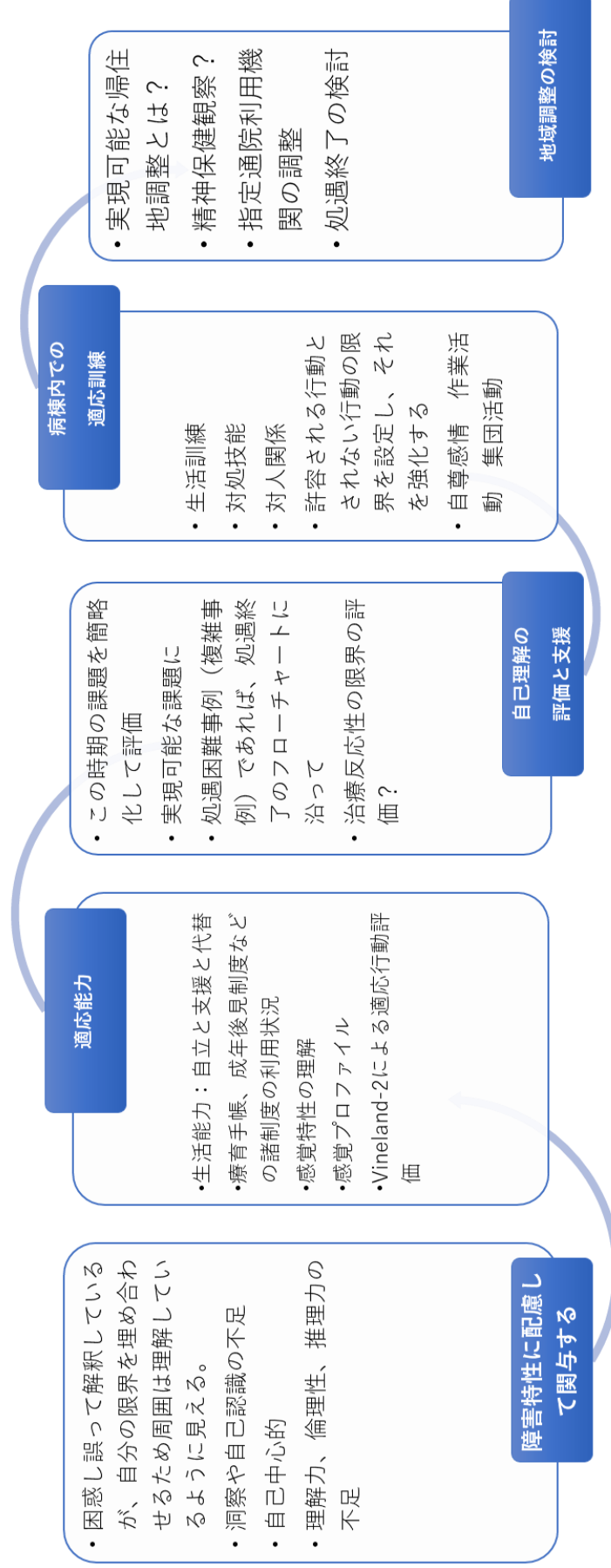
Dr：医師 Ns：看護師 OT：作業療法士 CP：臨床心理技術者 PSW：精神保健福祉士  
MDT：Multi-Disciplinary Team  
γTMS：経頭蓋磁気刺激療法  
mECT：修正型電気けいれん療法  
PMS：月経前症候群  
PMDD：月経前不快気分障害  
CF：ケースフォーミュレーション

図6 F3クリティカルパス案（双極性障害）

急性期		達成目標
Dr	・薬物療法 ・診断再検討 ・刺激薬剤、物質使用中止	○自身の状態が落ち着いていると実感できる ○基本的な生活リズムが安定する ○スタッフと落ち着いて会話できる ○入院に至った経過を理解できる ○病棟のルールを理解して過ごすことができる ○困ったことがあればスタッフに相談できる ○自分自身のことについて話すことができる
Ns	・日常生活リズムの安定 ・薬物・アルコール使用歴	
OT	・活動場面でのアセスメント	
CP	・生育歴・逆境体験について評価 ・CF作成 ・心理面接（YMRS等）	
PSW	・入院処遇に関する説明 ・家族、関係者から情報収集	本人の目標
MDT	・治療同盟の構築 ・初期評価、治療計画作成 ・病的体験、精神状態の改善 ・身体的回復と精神的安定 ・治療への動機付けの確認	
回復期		達成目標
Dr	・薬物療法 ・併存疾患の治療	○病識の獲得 ○対象行為についての内省を得る ○症状の消失、コントロール ○退院後の生活を現実的に計画できる ○継続的な医療の必要性を理解できる ○適切な方法で自己表現ができる ○社会復帰に向けて現実的かつ具体的な目標を立てられる ○スタッフに援助を求めることができる
Ns	・セルフモニタリングの作成、実施 ・疾病教育 ・院内環境調整・SST ・対象行為の内容に関連するプログラム ・内省プログラム ・クライシスプランの作成	
OT	・本人の特性を考慮した作業療法活動（強みの発見） ・課題に応じた技能の練習	
CP	・認知行動療法 ・心理教育（パーソナリティに関する） ・TIC ・物質依存に関するプログラム ・対人関係療法 ・クライシスプランの作成	
PSW	・社会資源に関するプログラム	本人の目標
MDT	・日常生活能力の回復 ・病識の獲得と自己コントロール能力の獲得 ・計画された多職種チームによる多様な治療 ・病状の安定による外出の実施	
社会復帰期		達成目標
Dr	・薬物療法 ・薬物調整	○回復期よりも病識・内省を深める ○健康で安全な生活を送る動機づけを得る ○治療の継続の必要性を理解する ○置かれている状況を現実的に理解し、他者の協力を得ながら健康で安全な生活を目指す ○怒りや衝動性をコントロールできる ○社会資源の活用を体験できる ○退院地・通院先の関係者と関係を構築する ○病状悪化時の兆候を理解し、危機管理を学ぶ
Ns	・セルフモニタリングの実施、再評価 ・クライシスプランの実施	
OT	・本人の特性を考慮した作業療法活動（強みの発見） ・外泊での技能の評価	
CP	・心理面接 ・クライシスプランの実施	
PSW	・特性に配慮した外泊体験 ・退院先と情報共有	本人の目標
MDT	・社会生活能力（服薬・金銭管理）の回復安定 ・社会復帰の計画に沿ったケアの実施 ・継続的な病状の安定による外泊の実施	

Dr：医師 Ns：看護師 OT：作業療法士 CP：臨床心理技術者 PSW：精神保健福祉士  
MDT：Multi-Disciplinary Team  
CF：ケースフォーミュレーション  
YMRS：ヤング躁病評価尺度  
SST：生活技能訓練  
TIC：トラウマインフォームドケア

図7 F7クリエイティブカルパス案作成における課題の整理



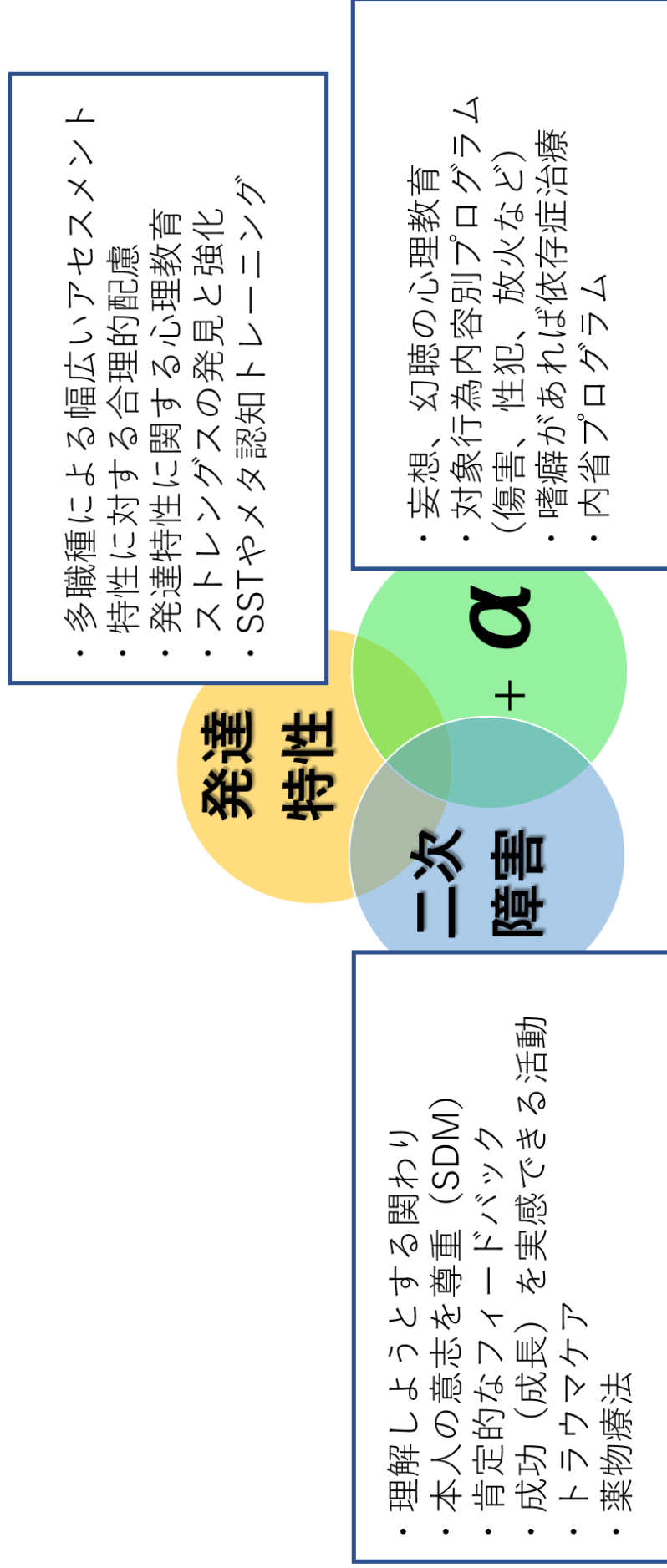
Vineland-2：適応行動尺度

図8 F7クリティカルパス案

急性期		達成目標
Dr	・薬物療法 ・診断の検討、3要件の再検討	○基本的な生活リズムの確立 ○スタッフと落ち着いて会話できる ○病棟ルールに沿った生活 ○入院に至った経緯の理解
Ns	・面接 ・特性評価（知的障害に配慮した） ・生活能力評価 ・環境調整	
OT	・感覚プロフィール ・活動場面でのアセスメント ・適応能力の評価	
CP	・各種心理検査（WAISなど） ・心理面接	本人の目標
PSW	・入院処遇の説明 ・家族、関係者からの情報収集 ・社会資源の利用状況（療育手帳など）	本人の目標
MDT	・治療同盟の構築 ・初期評価、治療計画作成 ・精神的安定性と精神状態の改善	
回復期		達成目標
Dr	・薬物療法 ・診断の検討、3要件の再検討 ・処遇継続/終了を検討	○病棟ルールに沿った生活 ○入院に至った経緯の理解 ○スタッフに援助を求められることができる能力に応じた活動に取り組める ○本人特性に配慮した環境の中で問題行動なく生活ができる ○適切な方法で自己表現ができる ○スタッフに援助を求められることができる ○退院後の生活目標の共有ができる
Ns	・面接 ・特性評価（知的障害に配慮した） ・生活能力評価と生活課題の改善、SST ・内省プログラム、本人の生活歴の振り返り	
OT	・活動場面でのアセスメント ・適応能力の評価（Vineland-2、適応行動評価） ・本人の特性に配慮した活動（強みの発見） ・課題に応じた技能の練習	
CP	・各種心理検査結果の共有 ・心理面接（対象行為の振り返り） ・内省プログラム ・クライシスプランの作成	本人の目標
PSW	・家族、関係者からの情報収集 ・社会資源の利用状況（療育手帳など） ・処遇終了/継続にむけた調整、居住地・通院先の選定	本人の目標
MDT	・日常生活能力の回復 ・病状の安定による外出実施 ・自己コントロール能力の改善 ・本人の特性理解に基づいた多様な治療的関与	
社会復帰期		達成目標
Dr	・薬物療法 ・診断の検討、3要件の再検討 ・処遇継続/終了を検討	○病棟ルールに沿った生活 ○治療の継続性の理解 ○スタッフに援助を求められることができる能力に応じた活動に取り組める ○適切な方法で自己表現ができる ○退院後の生活目標の共有ができる ○退院地・通院先の関係者と関係を構築 ○本人特性に配慮した環境の中で問題行動なく生活ができる
Ns	・面接 ・本人の特性理解に基づいた関与 ・生活能力評価と生活課題の改善 ・（セルフ）モニタリングの実施と評価 ・クライシスプランの作成・実施	
OT	・適応能力の評価（Vineland-2、適応行動評価） ・本人の特性に配慮した活動（強みの発見） ・居住地課題に応じた技能の練習 ・外泊での技能定着訓練	
CP	・心理面接 ・内省プログラム ・クライシスプランの実施	本人の目標
PSW	・特性に配慮した居住地調整、および外泊訓練 ・退院先との情報共有 ・処遇終了/継続にむけた調整、社会資源の調整	本人の目標
MDT	・社会生活能力の回復安定 ・社会復帰計画に沿ったケアの実施 ・継続的な病状の安定による外泊の実施	

Dr：医師 Ns：看護師 OT：作業療法士 CP：臨床心理技術者 PSW：精神保健福祉士  
MDT：Multi-Disciplinary Team  
WPPSI：ウェクスラー式幼児用知能検査  
WAIS：ウェクスラー式成人用知能検査  
SST：生活技能訓練  
Vineland-2：適応行動尺度

図9 F8クリティカルパス案作成における課題の整理



SST : 生活技能訓練  
SDM : 共同意思決定



図10 F8クリティカルパス案

急性期		達成目標
Dr	・薬物療法 ・診断再検討	○自身の状態が落ち着いていると実感できる ○基本的な生活リズムが安定する ○スタッフと落ち着いて会話できる ○入院に至った経過を理解できる ○病棟のルールを理解して過ごすことができる ○困ったことがあればスタッフに相談できる ○自分自身のことについて話すことができる
Ns	・看護面接 ・各種質問紙の実施 ・疾病教育（発達特性含む） ・院内環境調整	
OT	・感覚プロファイルの実施 ・活動場面でのアセスメント	
CP	・各種心理検査の実施（PARS、AQなど） ・CF作成 ・心理面接	
PSW	・入院処遇に関する説明 ・家族、関係者から情報収集	
MDT	・治療同盟の構築 ・初期評価、治療計画作成 ・病的体験、精神状態の改善 ・身体的回復と精神的安定 ・治療への動機付けの確認	本人の目標
回復期		達成目標
Dr	・薬物療法 ・薬物調整	○病識の獲得 ○対象行為についての内省を得る ○症状の消失、コントロール ○発達特性を理解することができる ○退院後の生活を現実的に計画できる ○継続的な医療の必要性を理解できる ○適切な方法で自己表現ができる ○社会復帰に向けて現実的かつ具体的な目標が立てられる ○スタッフに援助を求めることができる
Ns	・セルフモニタリングの作成、実施 ・疾病教育（発達特性含む） ・院内環境調整、SST ・対象行為の内容に関連するプログラム ・内省プログラム ・クライシスプランの作成	
OT	・本人の特性を考慮した活動（強みの発見） ・課題に応じた技能の練習	
CP	・心理検査結果の共有 ・心理面接（トラウマケア） ・発達特性の心理教育・妄想、幻聴の心理教育 ・対象行為の内容に関連するプログラム ・内省プログラム ・クライシスプランの作成	
PSW	・社会資源に関するプログラム ・発達特性を考慮した退院先の選定	
MDT	・日常生活能力の回復 ・病識の獲得と自己コントロール能力の獲得 ・計画された多職種チームによる多様な治療 ・病状の安定による外出の実施	本人の目標
社会復帰期		達成目標
Dr	・薬物療法 ・薬物調整	○回復期よりも病識・内省を深める ○健康で安全な生活を送る動機づけを得る ○治療の継続の必要性を理解する ○置かれている状況を現実的に理解し、他者の協力を得ながら健康で安全な生活を目指す ○怒りや衝動性をコントロールできる ○社会資源の活用を体験できる ○退院地・通院先の関係者と関係を構築する ○病状悪化時の兆候を理解し、危機管理を学ぶ ○自身の発達特性を他者に伝えることができる
Ns	・セルフモニタリングの実施、再評価 ・クライシスプランの実施	
OT	・本人の特性を考慮した活動（強みの発見） ・外泊での技能の評価	
CP	・心理面接 ・クライシスプランの実施	
PSW	・特性に配慮した外泊体験 ・退院先と情報共有	
MDT	・社会生活能力（服薬・金銭管理）の回復安定 ・社会復帰の計画に沿ったケアの実施 ・継続的な病状の安定による外泊の実施	本人の目標

Dr：医師 Ns：看護師 OT：作業療法士 CP：臨床心理技術者 PSW：精神保健福祉士  
MDT：Multi-Disciplinary Team  
PARS：親面接式自閉症スペクトラム症評定尺度  
AQ：自閉症スペクトラム指数  
CF：ケースフォーミュレーション  
SST：生活技能訓練

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退院後支援に資する研究

分担研究報告書

### 指定入院医療機関の医療や処遇の均てん化に関する研究

研究分担者 壁屋 康洋 国立病院機構榊原病院

#### 研究要旨：

医療観察法入院医療の長期化が課題とされたが、「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」<sup>1)</sup>では入院6年を超えても改善して通院処遇へ移行した群と改善せず処遇終了して精神保健福祉法入院した群（処遇終了-入院）を認めた。入院期間に依らず頻回/長期の行動制限を受けた行動制限群<sup>2)</sup>でも同様で<sup>3)</sup>、処遇終了-入院の運用に施設差、診断分類による運用の差を認めた<sup>4)</sup>。本研究では指定入院医療機関の運用の差をさらに分析するため、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（以下、利活用研究事業）によるデータ（平成17年7月15日～令和元年7月31日に入院処遇となり、令和3年7月31日時点で退院済みの対象者、n = 2,993；対象1）と、指定入院医療機関全35施設から得た施設単位調査（対象2）のデータを用い、入院期間と処遇終了率の施設差とその要因を分析した。

対象1では通院処遇移行までの日数平均、処遇終了率ともに施設間の有意差を認めた。対象2の平均在院日数と処遇終了率は施設ごとの代表値であるため有意性検定はできないが、平均在院日数は732日から2,846日に分布、処遇終了率は0%から38.7%に分布した。両者に有意な相関はなく、平均在院日数は短い処遇終了率が高いという施設も見られた。

平均在院日数の短縮には(1)地元自治体でのネットワーク研修、(2)保護観察所との合同企画、(3)自施設での通院処遇事例数、(4)依存症入院医療管理加算の算定、(5)児童・思春期精神科入院医療管理料の算定、(6)算定している施設基準の種類数が関連し、医療観察法病棟の平均在院日数の短縮のために病院全体の機能の向上、医療観察法にかかわる通院の機能と地域機関との連携の向上が求められた。パフォーマンス指標を全職員で共有している施設は平均在院日数が短く、課題を職員全体で共有することの重要性を認めた。

処遇終了率に関連したのは(1)看護師の男女比、(2)倫理会議頻度、(3)病院全体の病床数、(4)医療観察法病棟を除いた病棟数であり、解釈に困難をきたした。パフォーマンス指標の具体的活用方法の設問には処遇終了率に関する回答がなく、各指定入院医療機関が処遇終了率の問題に意識が向いていない可能性が推察された。本研究では各施設の平均在院日数と処遇終了率を縦横にプロットして示したが、各施設の平均在院日数の裏には、処遇終了の運用の問題もある。処遇終了の運用の問題について全国の指定入院医療機関が喫緊の課題として共有すること、各施設の処遇終了の運用について精査をすることが求められる。

#### 研究協力者（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  
前田佑樹 同上  
伊波陽二 同上

大鶴 卓	琉球こころのクリニック
村上 優	さいがた医療センター
高尾 碧	島根県立こころの医療センター
村杉謙次	国立病院機構小諸高原病院
高橋未央	同上
斎藤勝仁	医療法人慈善会 安藤病院
村田昌彦	国立病院機構榊原病院
鬼塚俊明	同上
高野真弘	同上
武川未怜	同上
中辻望来	同上
梨谷寛幸	同上
和田美智子	同上
榎本翔太	同上
大居真美	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）」の入院の長期化が課題とされたが、「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」<sup>1)</sup>では入院6年を超えても改善して通院処遇へ移行した群と改善せず処遇終了して精神保健福祉法入院した群(処遇終了-入院)を認めた。入院期間に依らず頻回/長期の行動制限(入院以来5回以上の隔離/合計28日間以上の隔離/1回以上の拘束のいずれか)を受けた行動制限群<sup>2)</sup>でも同様で<sup>3)</sup>、処遇終了-入院の運用に施設差、診断分類による運用の差を認め、特にF1(物質関連障害)で施設差が大きい<sup>4)</sup>。

本研究では指定入院医療機関による差をさらに分析し、指定入院医療機関の医療や処遇の均てん化につなげることを目的とする。

## B. 研究方法

### 1. 調査対象

対象1：平成17年7月15日の医療観察法制度開始から令和元年7月31日までに医療観察法入院処遇となり、令和3年7月31日時点で

退院済み対象者として利活用研究事業事務局より提供を受けたデータ(n=2,993)。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。

対象2：令和5年7月時点で稼働中の医療観察法指定入院医療機関全施設。病棟看護師長に調査票を依頼し、平均在院日数や処遇終了率、病棟の運営や病院本体の機能について、施設単位の調査をおこなった。調査項目は表1に示す。

### 2. 統計学的解析

前記の対象1(利活用研究事業データ)に対し以下1~4の解析を、対象2(施設単位調査)に対し以下5~6の解析をおこなった。

1) 処遇終了割合の施設間比較：「頻回/長期の行動制限を受けた対象者の全国調査」<sup>3)</sup>では処遇終了-入院を解析した。本研究では施設要因の分析を進めるため、処遇終了全体と通院処遇への移行の割合について、カイ2乗検定にて施設比較した。転帰が抗告退院や死亡の群は分析から除外した。

2) 処遇終了-医療なし、処遇終了-通院、処遇終了-入院それぞれの割合の施設間比較：前項の解析から、処遇終了を処遇終了-医療なし

(医療観察法処遇を終了して退院後、精神保健福祉法による医療が適用されなかった群)、処遇終了-通院(医療観察法処遇を終了して退院後、精神保健福祉法による通院となった群)、処遇終了-入院(医療観察法処遇を終了して退院後、精神保健福祉法による入院となった群)の3群に分け、通院処遇移行と合わせた4群の割合について、カイ2乗検定にて施設間の差を比較した。前項同様、転帰が抗告退院や死亡である群は除外した。

3) 通院処遇移行までの日数の施設間比較：サンプル中、通院処遇へ移行した群(n=2,451)に関して通院処遇移行までの日数の施設差を分散分析および多重比較を用いて比較した。

4) 処遇終了-通院と診断分類との関連：先行

研究<sup>4)</sup>にてF0（器質性精神障害）とF7（知的障害）では処遇終了-入院が多く、F0、F1、F7は早期に処遇終了-入院されやすいことが分かった。本研究では処遇終了-通院について診断分類との関連をカイ2乗検定にて解析した。

**5) 施設単位調査項目間の関連:**以降は対象2の解析となる。全指定入院医療機関に調査を行い、量的データはスピアマンの順位相関係数によって各指標間の関連を探索した。有無を問う変数ではダミー変数化して順位相関係数を算出、有意な相関が認められた場合にブルンナー＝ムンツェル検定ないし分散分析で有意差を検証した。

**6) パフォーマンス指標の活用方法:**対象2として指定入院医療機関全施設に調査した内容のうち、パフォーマンス指標の活用方法についての回答を集計し、その傾向を示した。

解析はエクセル統計(BellCurve<sup>®</sup> for Excel)を使用し、 $p < 0.05$ を統計学的に有意とした。

#### (倫理面への配慮)

対象1は令和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事務局より受け、解析した。

対象2は指定入院医療機関の全体像を把握する調査で、個々の対象者のデータを収集しない。

筆頭著者の所属する国立病院機構榊原病院倫理審査委員会の承認を得て研究を行った。

### C. 研究結果

**1) 処遇終了割合の施設間比較:**入院医療機関ごとの処遇終了、通院処遇移行の割合を表2に示す。カイ2乗検定による群間比較の結果、有意な関連が認められた ( $\chi^2$ (自由度 = 31) = 94.99,  $p < 0.001$ , *Cramer's V* = 0.180)。残差分析の結果、再匿名化施設コード101、104、113の3施設が有意に処遇終了が多く、再匿名化施設コード103、110、119、131、132の

5施設が有意に処遇終了が少なかった。表2では処遇終了の多い3施設の再匿名化施設コードを太字で、処遇終了の少ない5施設の再匿名化施設コードに下線をつけて示した。処遇終了の有意に多い施設の処遇終了率は31.3%、27.5%、25.7%であり、有意に少ない施設の処遇終了率は0.0%、3.9%、7.4%、7.6%、8.8%であった。なお表2では各施設の退院者数が大きく異なり、処遇終了の割合が高くとも有意となっていない施設もある。処遇終了・通院処遇移行の実数は施設の特定につながるため示さない。

**2) 処遇終了-医療なし、処遇終了-通院、処遇終了-入院それぞれの割合の施設間比較:**入院医療機関ごとの処遇終了-医療なし、処遇終了-通院、処遇終了-入院、通院処遇移行の4群の割合を表3に示す。表3では、前項の解析で処遇終了率の高かった施設のコードを太字、処遇終了率が低かった施設のコードに下線をつけて示した。また処遇終了-入院と通院処遇移行の割合の比較<sup>4)</sup>にて処遇終了-入院の多かった施設の処遇終了-入院率を太字で、処遇終了-入院の少なかった施設の処遇終了-入院率に下線をつけて示した。処遇終了-医療なしは2,993例のうち34例に留まり、施設間比較を行うとすべての施設で期待度数が5未満となり、カイ2乗検定が不適となった。処遇終了-通院は総数145例で、施設間比較では20施設が期待度数5未満でカイ2乗検定が不適となった。表3より処遇終了全体の割合が有意に多い3施設のうち2施設（再匿名化施設コード:104、113）が処遇終了-入院の割合では有意でなく、処遇終了-通院の割合がそれぞれ13.5%、9.9%となった。しかし処遇終了-通院が施設間比較に耐えるにはnが不足し、検定結果としては示せない。

**3) 通院処遇移行までの日数の施設間比較:**通院処遇移行までの日数の施設間比較の結果を表4に示す。平均日数は675.2日から1,417.3日

まで分布、表 4 では通院処遇移行までの日数の短い順に施設の値を示した。ルビーン検定 ( $F = 3.960$ , 自由度 = 31,  $p < 0.001$ ) により等分散性が棄却され、Welch 検定の結果 (自由度 = 31,  $F = 6.259$ ,  $p < 0.001$ )、施設間の有意差を認めた。多重比較(tukey)では、各施設の n の違いもあって結果は一様ではなく、通院処遇移行までの日数平均 675.2 日の施設 (再匿名化施設コード=130) は通院処遇移行までの日数平均が順に 1,109.7、1,112.6、1,135.2、1,264.7 (匿名化施設コード 110、102、101、124) の 4 施設より有意に短い、通院処遇移行までの日数平均 738.0 日の施設 (再匿名化施設コード=118) は通院処遇移行までの日数平均が順に 981.3、1,057.0、1,069.7、1,109.7、1,112.6、1,135.2、1,264.7 (再匿名化施設コード 123、129、107、110、102、101、124) の 7 施設より有意に短い、等となっている。なお、通院処遇移行までの日数平均が 1,417.3 となった施設 (再匿名化施設コード 109) は n が少なく、多重比較にて有意差は認められなかった。図 1 に各施設の通院処遇移行までの日数の分布を示した。

**4) 処遇終了-通院と診断分類との関連：診断分類ごとの処遇終了-医療なし、処遇終了-通院、処遇終了-入院と通院処遇移行の 4 群のカイ 2 乗検定結果を表 5 に示す。処遇終了-医療なしは F2 (精神病性障害) 以外すべて期待度数が 5 未満、処遇終了-通院も多くの診断分類で期待度数 5 未満でありカイ 2 乗検定が不適であった。先行研究<sup>4)</sup>との比較のため F0、F1、F2、F3 (気分障害)、F7 を残してカイ 2 乗検定を行った (表 6)。その結果、有意な関連を認めた ( $\chi^2$ (自由度 = 8) = 236.5,  $p < 0.001$ , *Cramer's V* = 0.205)。期待度数 5 未満は 3 セル (全体の 20%) に留まり、残差分析の両側 p 値から全ての診断分類で有意な関連が示された。F0 と F7 は処遇終了-通院と処遇終了-入院が共に多く、通院処遇移行が少ない。F1 は処**

遇終了-通院が多く、通院処遇移行が少ない。F2 は処遇終了-通院と処遇終了-入院が少なく、通院処遇移行が多い。F3 は処遇終了-入院が少なく、通院処遇移行が多い。

#### 5) 施設単位調査項目間の関連：対象 2 とし

て、令和 5 年 7 月時点で稼働中の医療観察法指定入院医療機関全 35 施設から調査票の回答を得た。うち 2 施設は平均在院日数と隔離・拘束実人員数が未算出、3 施設はクロザピン

(Clozapine:以下、CLZ) 処方率・クロルプロマジン (Chlorpromazine:以下、CP) 換算・通院処遇移行率・処遇終了率が未算出で、n が 33 ないし 32 となった。利活用研究事業事務局からパフォーマンス指標として示される、平均在院日数・隔離実人員・拘束実人員・CLZ 処方率・CP 換算・通院処遇移行率・処遇終了率の各指標の記述統計量を表 7 に示す。表 7 中、平均在院日数と通院処遇移行率、処遇終了率は令和 2 年 1 月～令和 4 年 12 月の 3 年間の集計であり、平均在院日数は病院報告方式平均在院日数<sup>5)</sup>である。各指標に正規性の検定をおこなったところ平均在院日数・隔離実人員・拘束実人員・CLZ 処方率は正規性が棄却された。

各施設の平均在院日数と処遇終了率を散布図に示す (図 2)。処遇終了率の算出されていない施設を除外し、横軸に平均在院日数、縦軸に処遇終了率をとった。表 7 に示した、平均在院日数・処遇終了率それぞれの第 1 四分位 (平均在院日数の短い方、処遇終了率の低い方 25%)、中央値、第 3 四分位 (平均在院日数の長い方、処遇終了率の多い方 25%) を図中に線で示した。平均在院日数の正規性が棄却されたため平均・標準偏差ではなく中央値と第 1・第 3 四分位点を用いた。処遇終了率は正規性が維持されたが、平均在院日数に合わせて表記した。

利活用研究事業事務局からパフォーマンス指標として示される各指標と、本調査にて収集したデータ (表 1) のうち量的な指標とのスピアマンの順位相関係数を表 8 に示す。転院トライ

アル（他院での治療困難のための転院）は実施が全体で4件のみのため除外した。病院本体の施設基準のうち、地域移行強化病棟は算定施設がなく、CLZ処方全施設で実施可能であったため除外した。表8より平均在院日数と処遇終了率に対し順位相関係数が5%水準で有意となった変数を下記に記す。

平均在院日数：CP換算（正の相関）、地元自治体でのネットワーク研修、保護観察所との合同の企画、通院処遇の有無、通院処遇事例数、依存症入院管理加算、児童・思春期精神科入院医療管理料、施設基準の種類数（以上、負の相関）。

処遇終了率：倫理会議頻度、病院全体の病床数、医療観察法病棟を除いた病棟数（以上、正の相関）、通院処遇移行率、看護師の女性割合（以上、負の相関）。

このうち変数が連続値でなく有無を1,0としたダミー変数の分析について群間比較した。平均在院日数は表7のように正規性が棄却されたため、ブルンナー＝ムンツェル検定で要因ごとに群間比較した（表9）。令和4年4月～令和5年3月までの1年間の通院処遇実施の有無は、ダミー変数による順位相関係数は5%水準で有意となったが、表9のブルンナー＝ムンツェル検定では、通院処遇あり施設（ $n=25$ ）と通院処遇なし施設（ $n=8$ ）の平均在院日数の有意差はなかった。地元自治体でのネットワーク研修、保護観察所との合同の企画はいずれも実施施設が非実施施設より平均在院日数が有意に短かった。施設基準では依存症入院医療管理加算、児童・思春期精神科入院医療管理料について各々算定している施設が算定していない施設より平均在院日数が短くなった。

処遇終了率との順位相関が有意となった要因のうち、倫理会議頻度は月1～2回と答えた施設が1施設のみ、2回が17施設、1回が15施設であった。月1～2回と答えた施設を除き、月2回施設と1回施設とを比較したところ2回

施設の処遇終了率は平均20.5%、 $SD = 8.26$ 、1回施設は平均10.9%、 $SD = 11.1$ 、分散分析の結果（自由度 = 1,  $F = 7.59$ ,  $p = 0.010$ ）倫理会議頻度月1回施設の方が、月2回実施している施設より処遇終了率が低かった。

**6) パフォーマンス指標の活用方法：**対象2として指定入院医療機関に調査した内容のうち、パフォーマンス指標の活用方法について「閲覧することはない」「存在を知らない/知らなかった」「指標を受け取った者による確認のみ」「病棟内で共有している」の4択で回答を得た結果を図3のグラフに示す。35施設中、2施設はパフォーマンス指標が未算出、2施設が「存在を知らない/知らなかった」と答えた。「閲覧することはない」と答えた施設はなく、77%にあたる27施設が「病棟内で共有している」と答えた。27施設の共有の範囲は「病棟管理者」「コアなメンバー」「全職員」「その他」の4択から表10のように分布した。パフォーマンス指標を全職員で共有していると答えた10施設と他の施設について、ブルンナー＝ムンツェル検定で平均在院日数の差を調べたところ、有意な差が認められ（ $W$ （正規近似） = 1.982,  $p = 0.047$ ）、全職員で共有している施設（ $n = 10$ , 平均 = 1164.8,  $SD = 202.6$ ）がその他の施設（ $n = 23$ , 平均 = 1408.8,  $SD = 478.5$ ）より短かった。処遇終了率は分散分析にて有意な差は認められなかった（ $F = 0.208$ ,  $p = 0.652$ ）。

パフォーマンス指標を「医療の改善のために用いている」として記載された具体的な方法から、「ない」「現時点では有効活用されていない」との回答を除いた全15回答を表11に記す。その記載中に特定の指標に触れているものが9施設あり、うち3施設が平均在院日数に、4施設が行動制限に、3施設がCLZ処方に触れていた。CP換算や通院処遇移行率/処遇終了率に触れたものはなかった。

## D. 考察

1) **通院処遇移行までの日数・平均在院日数の施設差**：令和元年7月31日までに医療観察法入院処遇となり、令和3年7月31日までに通院処遇へ移行した2,451例について、入院期間の施設差を見ると表4、図1のように平均675.2日から1,417.3日にまで分布する。最長の施設はnの関係から有意差は認めないが、有意差の生じた平均1,264.7日の施設と比較し1.87倍の日数差がある。この差を埋めるための取り組みがパフォーマンス指標の抽出、ピアレビュー事業などを通じて続けられている。対象2の施設単位調査では、パフォーマンス指標のデータ(表7)を各施設から収集して分析した。パフォーマンス指標の平均在院日数は病院報告方式平均在院日数<sup>5)</sup>であり、表4の通院処遇に移行した対象者の日数とは異なる。処遇終了、入院継続中の対象者の日数も含み、表4の値(退院者実績平均日数)<sup>5)</sup>より長い。また表4の値が平成17年から令和元年までの入院者の令和3年時点での実績であるのに対し、表7の平均在院日数は令和2年1月～令和4年12月の集計であり、収集期間も異なる。そのため単純な比較はし難いが、表7の平均在院日数は最短732.0日から最長2,846.0日まで開きがある。対象2の施設単位調査は各施設の代表値であるため有意性検定はできないが、平均在院日数の施設差は依然として大きいと考えられる。

2) **平均在院日数の短縮につながる要因**：施設単位調査項目間の関連を分析した結果、CP換算が多いほど平均在院日数が長かった(表8)。相関のため因果関係は不明だが、入院日数が延伸した結果CP換算値が増えている可能性が考えられる。村杉らの調査<sup>6)</sup>で平均入院日数への影響が示された外出・外泊頻度は順位相関係数0.173で有意な相関とはならず、月1回の17施設とそれ以上の3施設とを合わせ、月1回未満の13施設との群間比較を行っても、前者の平均在院日数1,369.8日に対し後者の平均在院日

数1,281.2日で、有意差はなかった。村杉らの調査<sup>6)</sup>で治療プログラムの内容や実施状況と入院日数との関連を認めなかったが、指定入院医療機関が外出・外泊頻度を意識し、平均在院日数の短縮を意識して務めた結果、10年を経て外出泊の影響は小さくなった可能性があげられる。パフォーマンス指標を全職員で共有していると答えた施設は他の施設より平均在院日数が短く、医療の改善の意識が平均在院日数の短縮につながった可能性がある。一方で本研究から平均在院日数の短縮につながると考えられる要因は、表8、表9より(1)地元自治体でのネットワーク研修、(2)保護観察所との合同企画、(3)自施設での通院処遇、(4)自施設での依存症入院医療管理加算、(5)児童・思春期精神科入院医療管理料、(6)算定している施設基準の種類が多さである。いずれも医療観察法病棟内部のみの取り組みではなく、(1)院外の機関との医療観察法のネットワーク作りと(2)個々の対象者だけでない保護観察所との協働、(3)指定入院だけでなく通院医療機関としての取り組み、(4)(5)(6)病院本体の依存症や児童・思春期に対する専門医療の多様化である。言い換えれば医療観察法病棟の平均在院日数の短縮のためには、医療観察法病棟内の整備・医療観察法病棟内での治療に留まっていたは不十分であり、病院全体の機能の向上と、医療観察法にかかわる通院の機能と地域機関との連携の向上が求められる。

3) **処遇終了の問題**：令和元年7月31日までの期間に医療観察法入院処遇となった2,993例のデータを用いた解析から、処遇終了-入院の有意に多い5施設を認めた<sup>4)</sup>。処遇終了全体では3施設が有意に処遇終了が多く、5施設が有意に処遇終了が少なかった。有意に少ない施設は処遇終了率0.0%～8.8%に、有意に多い施設は処遇終了率25.7%から31.3%に分布し、その差は大きい。施設単位調査で得られた令和2年1月～令和4年12月の集計では施設ごとの処遇終了率は0%から38.7%にまで分布する

(図 2)。図 2 との比較のため対象 1 の 2,993 例のデータに基づき、再匿名化施設コードから施設の通院処遇移行までの日数(表 4)と処遇終了率(表 2)を図 4 に散布図で示した。図 2 では病院報告方式平均在院日数が極端に長い施設があり平均在院日数が分散する一方、図 4 で通院処遇に移行した対象者だけの入院日数は相対的に施設差が小さい。処遇終了率は図 4 で母数が大きいと 0%の施設が減少し、施設差が縮減する。しかし上述のように、少ない施設は処遇終了率が 0%~8.8%に留まるが、多い施設は処遇終了率が 25.7%~31.3%にのぼる。

施設単位調査項目間の関連を分析した結果、処遇終了率に関連したのは(1)看護師の女性割合、(2)倫理会議頻度、(3)病院全体の病床数、(4)医療観察法病棟を除いた病棟数である。即ち、(1)女性看護師が多いと処遇終了率が低い、(2)ガイドライン通り月 2 回倫理会議をおこなっている施設は、月 1 回しか倫理会議をおこなわない施設より処遇終了が多い、(3)(4)病院本体が大きいと処遇終了が多いという結果で、解釈が困難である。パフォーマンス指標の共有は平均在院日数には影響したが、処遇終了率には影響しない。平均在院日数と処遇終了の相関は統計的に有意ではなく、特に平均在院日数が短い方 25%に位置する施設であっても処遇終了率が多い方 25%に位置する施設(図 2 左上の領域)が 2 施設ある。平均在院日数を中央値以下、処遇終了を中央値以上に広げると 6 施設が該当する(図 2)。「頻回/長期の行動制限を受けた対象者の全国調査」<sup>4)</sup>では処遇終了-入院に影響する要因として診断分類、入院時年代、頻回/長期の行動制限、入院医療機関が抽出された。また本研究では F1 で処遇終了-通院が有意に多いことが示された。実際にどのような事例が処遇終了されているか精査する必要があるが、処遇終了に頼って早期退院をしているならば問題である。パフォーマンス指標の具体的活用方法(表 11)に、処遇終了率に触れた回答がなかったが、指

定入院医療機関が処遇終了率の低下を意識していない懸念もあり、処遇終了の運用格差について全国の課題として意識されたい。

## E. 結論

処遇終了-入院の運用が入院医療機関によって差がある<sup>4)</sup>ことに加え、処遇終了率の施設差、通院処遇に移行するまでの日数にも施設差が認められた。施設単位調査によって医療観察法病棟の平均在院日数に(1)地元自治体でのネットワーク研修、(2)保護観察所との合同企画、(3)自施設での通院処遇事例数、自施設本体での(4)依存症、(5)児童・思春期など(6)専門医療の種類が多さが関連していることが分かり、医療観察法病棟の平均在院日数の短縮のためには病院全体の機能の向上と、医療観察法にかかわる通院の機能と地域機関との連携の向上が求められる。一方で処遇終了率の施設差に影響する要因は本研究の結果からは解釈が困難であり、パフォーマンス指標の共有が処遇終了率の低下につながっていなかった。入院期間が短期であるが処遇終了率の高い施設もあり、処遇終了の問題を全国の指定入院医療機関が共有する必要がある。今後、処遇終了申請の精査と、処遇終了運用の問題の共有が求められる。

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

- 1) 壁屋康洋：医療観察法病棟での長期入院、頻回/長期の行動制限、処遇終了-入院に関する全国調査。精神科，2023；43(1):84-91.
- 2) 壁屋康洋，山本暢朋：認知機能障害の仮装を疑われた一症例。精神科治療学，2023；38(10):1215-1221.



## 2. 学会発表

- 1) 壁屋康洋：入院医療から治療反応性の断念？データから見る処遇終了-精神保健福祉法入院の運用実態。シンポジウム 医療観察法の治療反応性-法施行後の治療技術の進歩を踏まえて。第19回日本司法精神医学学会大会，東京，2023.9.8
- 2) 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 (3) 入院長期化・頻回/長期の行動制限・処遇終了-精神保健福祉法入院への要因探索。第77回国立病院総合医学会，広島，2023.10.21

## H. 知的財産権の出願・登録状況

### 1. 特許取得

なし

### 2. 実用新案登録

なし

### 3. その他

なし

## I. 謝辞

本研究にあたり、データの抽出・加工にご尽力をいただいた、国立精神・医療研究センターの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、また施設単位調査にご協力頂いた医療観察法指定入院医療機関の看護師長、副看護師長、精神保健福祉士、病棟事務官の皆様に深謝致します。

## 参考文献

- 1) 壁屋康洋，村杉謙次，高野真弘：複雑事例のプロファイリングとセグメント化に関する研究。厚生労働科学研究費補助金障害者政策総合研究事業(精神障害分野) 医療観

察法の制度対象者の治療・支援体制の整備のための研究(研究代表者：平林直次) 令和2年度分担研究報告書，2021。

- 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) 河野稔明，岡田孝之，平林直次：医療観察法入院処遇に適した在院期間代表値の選定-3つの平均値に着目して。司法精神医学，2017；12(1)：11-18。
- 6) 村杉謙次，阿部成彰，市川千鶴，瓶田貴和，坂口絵里，竹淵幸子，原田聡，眞瀬垣実加，横田聡子：入院期間の短縮と治療プログラムの効果的实施に関する研究。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) 医療観察法対象者の円滑な社会復帰促進に関する研究(研究代表者：平林直次)，平成25年度分担研究報告書，2014。

表1 医療観察法指定入院医療機関施設単位調査の調査項目

1. 2022年12月付パフォーマンス指標
  - 1) 平均在院日数（集計期間3年） 直近：2020年1月～2022年12月
  - 2) 行動制限
    - 隔離の1床あたり実施人数（実人員）2022年1月～2022年12月（1年）
    - 拘束の1床あたり実施人数（実人員）2022年1月～2022年12月（1年）
  - 3) 特殊療法 統合失調症（ICDコード：F2）におけるクロザピン処方率 2022年1月～2022年12月（1年）
    - 抗精神病薬が処方・注射された対象者における1日量の平均値（CP換算・mg）2022年1月～2022年12月（1年）
  - 4) 転帰 退院者における転帰の構成割合 2020年1月～2022年12月（3年）
    - 通院処遇への移行率 処遇終了（裁判所の決定）率
2. パフォーマンス指標の活用方法
3. 2023年7月現在の医療観察法病棟の体制・運用
  - 1) 病床数（予備病床含む） うち入院数
  - 2) 入院中事例のうち、以下にあてはまる人数
    - 退院予定地が貴院所在の都道府県内
    - 医療観察法再入院事例
    - 再処遇事例
    - 転院トライアル（他院での治療困難のための転院）受入事例
    - MDT交代の取り組み（※職員の勤務異動とは関係なく、治療の膠着状態を改善する等の目的による担当MDTの交代）
    - 過去5年間での実施件数
  - 3) 従事スタッフ数 職種別専従・専任人数、男女別人数
  - 4) 対象者1名に対する担当Nsの数
  - 5) 運営会議の頻度
  - 6) 運営会議の職種別参加人数
  - 7) 倫理会議の頻度
  - 8) 倫理会議の外部委員の人数
  - 9) 回復期・社会復帰期の対象者1人1ヶ月あたりの外出・外泊の回数（概数）
  - 10) 退院申請時、裁判所での審判期日への対象者の出廷有無
  - 11) 各事例でのMDT会議の開催頻度
  - 12) 病棟内学習会の有無と年間頻度
  - 13) 病棟理念（自由記載）
  - 14) 病棟の年度目標、年度目標のための行動計画（自由記載）
  - 15) 通院処遇への移行時に依存症回復者施設に入所した事例の有無
  - 16) 地元自治体での医療観察法ネットワーク研修／会議の有無と参加施設
4. 退院促進に向けた工夫、自院の強み（自由記載）
5. クリティカルパス（クリニカルパス）の使用
6. 処遇終了の判断基準の有無と内容
7. 保護観察所・社会復帰調整官との連携
  - 1) 社会復帰調整官の治療評価会議への参加有無と頻度
  - 2) 各事例で社会復帰調整官が対象者と面接（Web含む）を行う頻度（概数）
  - 3) 各事例で社会復帰調整官が担当MDTと意見交換（CPA会議・拡大MDT会議・ケア会議含む）を行う頻度（概数）
  - 4) 保護観察所／社会復帰調整官との合同の企画／プログラム／研修会などの有無
  - 5) 社会復帰調整官との連携のしやすさ（7件法）
  - 6) その他、保護観察所／社会復帰調整官との連携についての意見・課題（自由記載）
8. 2022年4月～2023年3月までの1年間の病院全体の状況
  - 1) 刑事責任能力鑑定の入院有無
  - 2) 医療観察法鑑定の入院有無
  - 3) 医療観察法通院の事例有無、過去1年通院処遇事例数
  - 4) 病院全体の病床数
  - 5) 医療観察法病棟を除いた病棟数
  - 6) 自院の有している施設基準・診療報酬加算
  - 7) 自院での特殊療法（クロザピン処方、m-ECT）の可否
9. 自院医療観察法病棟で入院長期化の要因と考えられるもの（自由記載）

CP:Chlorpromazine  
 MDT:Multi-Disciplinary Team  
 CPA:Care Programme Approach  
 m-ECT:Modified Electro Convulsive Therapy

表2 入院医療機関（再匿名化コード）ごとの  
処遇終了と通院処遇の2群比較

再匿名化 施設コード	転帰	
	処遇終了	通院処遇
<b>101</b>	31.3%	68.8%
102	12.2%	87.8%
<u>103</u>	8.8%	91.2%
<b>104</b>	25.7%	74.3%
105	24.3%	75.7%
106	11.1%	88.9%
107	20.0%	80.0%
108	22.2%	77.8%
109	0.0%	100.0%
<u>110</u>	3.9%	96.1%
111	21.4%	78.6%
<b>113</b>	27.5%	72.5%
114	12.0%	88.0%
115	14.9%	85.1%
116	12.2%	87.8%
117	11.1%	88.9%
118	21.5%	78.5%
<u>119</u>	7.4%	92.6%
120	15.9%	84.1%
121	21.3%	78.7%
122	18.0%	82.0%
123	13.4%	86.6%
124	28.1%	71.9%
125	25.0%	75.0%
126	13.9%	86.1%
127	19.7%	80.3%
128	13.0%	87.0%
129	19.6%	80.4%
130	8.3%	91.7%
<u>131</u>	0.0%	100.0%
<u>132</u>	7.6%	92.4%
133	24.0%	76.0%
合計	16.7%	83.3%

$\chi^2$ (自由度 = 31) = 94.99, p < 0.001  
Cramer's V = 0.180

表3 入院医療機関（再匿名化コード）ごとの処遇終了-医療なし、  
処遇終了-通院、処遇終了-入院と通院処遇移行の4群比較

再匿名化 施設コード*	処遇終了 -医療なし	転帰		通院処遇移 行
		処遇終了 -通院	処遇終了 -入院	
<b>101</b>	0.0%	4.2%	<b>27.1%</b>	68.8%
102	0.0%	2.7%	9.5%	87.8%
<u>103</u>	1.1%	2.8%	<u>5.0%</u>	91.2%
<b>104</b>	1.4%	13.5%	10.8%	74.3%
105	0.0%	8.1%	16.2%	75.7%
106	0.0%	0.0%	11.1%	88.9%
107	1.3%	2.5%	16.3%	80.0%
108	0.0%	2.2%	<b>20.0%</b>	77.8%
109	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
<u>110</u>	2.0%	2.0%	<u>0.0%</u>	96.1%
111	4.0%	3.2%	14.3%	78.6%
<b>113</b>	2.8%	9.9%	14.8%	72.5%
114	1.2%	2.4%	8.4%	88.0%
115	0.0%	9.1%	5.8%	85.1%
116	4.1%	0.0%	8.2%	87.8%
117	0.0%	0.0%	11.1%	88.9%
118	0.5%	3.6%	<b>17.4%</b>	78.5%
<u>119</u>	0.0%	2.1%	<u>5.3%</u>	92.6%
120	1.3%	6.4%	8.3%	84.1%
121	0.9%	10.2%	10.2%	78.7%
122	1.0%	5.2%	11.9%	82.0%
123	1.2%	3.7%	8.5%	86.6%
124	6.3%	9.4%	12.5%	71.9%
125	0.0%	0.0%	<b>25.0%</b>	75.0%
126	1.4%	6.9%	5.6%	86.1%
127	1.6%	6.6%	11.5%	80.3%
128	0.0%	13.0%	0.0%	87.0%
129	1.1%	6.5%	12.0%	80.4%
130	0.0%	8.3%	0.0%	91.7%
<u>131</u>	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
<u>132</u>	1.7%	1.7%	4.2%	92.4%
133	0.0%	0.0%	<b>24.0%</b>	76.0%
合 計	1.2%	4.9%	10.7%	83.3%

表4 入院医療機関（再匿名化コード）ごとの  
通院処遇移行までの日数

再匿名化 施設コード	平均	標準偏差(SD)
130	675.2	178.6
131	682.3	172.0
118	738.0	413.0
133	746.3	221.6
114	758.0	385.2
103	779.6	488.9
120	795.9	398.2
119	832.1	460.2
104	857.5	412.4
105	873.5	316.7
106	895.4	225.7
132	911.2	469.0
127	920.0	546.9
122	923.3	384.6
115	924.2	471.3
111	931.8	533.4
113	950.2	420.1
121	956.8	448.2
125	961.7	472.4
128	979.9	436.5
126	980.2	422.3
123	981.3	695.7
116	1015.2	352.3
108	1035.7	387.3
129	1057.0	718.6
107	1069.7	556.9
117	1084.2	490.0
110	1109.7	563.5
102	1112.6	637.0
101	1135.2	490.3
124	1264.7	776.2
109	1417.3	844.5

Welch検定（自由度 = 31） $F = 6.259$ ,  $p < 0.001$

図1 入院医療機関（再匿名化コード）ごとの通院移行までの日数平均

各水準の平均値  
【再匿名化施設コード】

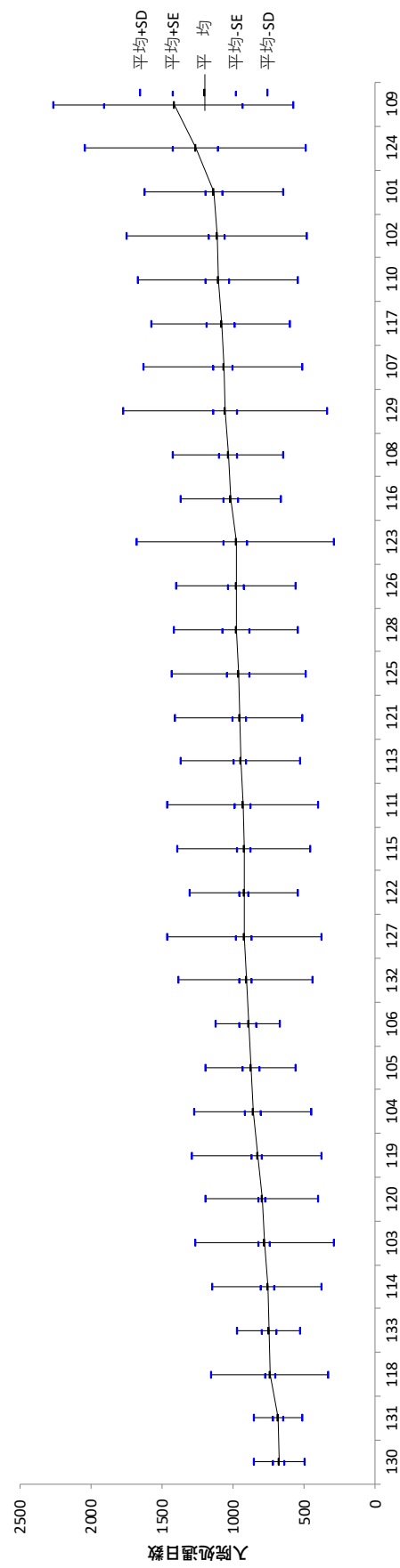


表5 診断分類ごとの処遇終了-医療なし、処遇終了-通院、処遇終了-入院と通院処遇移行の4群比較

主診断分類		処遇終了	処遇終了	処遇終了	通院処遇	合計
		-医療なし	-通院	-入院	移行	
F0 器質性精神障害		3	8	41	34	86
		3.5%	9.3%	47.7%	39.5%	100.0%
F1 物質関連障害		8	24	19	155	206
		3.9%	11.7%	9.2%	75.2%	100.0%
F2 精神病性障害		12	80	218	2017	2327
		0.5%	3.4%	9.4%	86.7%	100.0%
F3 気分障害		3	9	11	175	198
		1.5%	4.5%	5.6%	88.4%	100.0%
F4 不安障害圏		0	4	1	9	14
		0.0%	28.6%	7.1%	64.3%	100.0%
F5 身体関連障害		0	1	0	3	4
		0.0%	25.0%	0.0%	75.0%	100.0%
F6 パーソナリティ障害圏		4	7	3	9	23
		17.4%	30.4%	13.0%	39.1%	100.0%
F7 知的障害		1	6	13	11	31
		3.2%	19.4%	41.9%	35.5%	100.0%
F8 発達障害		0	4	7	35	46
		0.0%	8.7%	15.2%	76.1%	100.0%
F9 行動・情緒障害		2	0	0	2	4
		50.0%	0.0%	0.0%	50.0%	100.0%
G てんかん等		1	2	1	1	5
		20.0%	40.0%	20.0%	20.0%	100.0%
合計		34	145	314	2451	2944
		1.2%	4.9%	10.7%	83.3%	100.0%

主診断分類		処遇終了	処遇終了	処遇終了	通院処遇
		-医療なし	-通院	-入院	移行
F0		<b>0.99</b>	<b>4.24</b>	9.17	71.60
F1		<b>2.38</b>	10.15	21.97	171.50
F2		26.87	114.61	248.19	1937.32
F3		<b>2.29</b>	9.75	21.12	164.84
F4		<b>0.16</b>	<b>0.69</b>	<b>1.49</b>	11.66
F5		<b>0.05</b>	<b>0.20</b>	<b>0.43</b>	<b>3.33</b>
F6		<b>0.27</b>	<b>1.13</b>	<b>2.45</b>	19.15
F7		<b>0.36</b>	<b>1.53</b>	<b>3.31</b>	25.81
F8		<b>0.53</b>	<b>2.27</b>	<b>4.91</b>	38.30
F9		<b>0.05</b>	<b>0.20</b>	<b>0.43</b>	<b>3.33</b>
G		<b>0.06</b>	<b>0.25</b>	<b>0.53</b>	<b>4.16</b>

太字：期待度数5未満

表6 診断分類ごとの処遇終了-通院、処遇終了-入院と通院処遇移行の3群比較

		処遇終了- 通院	処遇終了 -入院	通院処遇 移行	合計
主診断分類 (少数削除)	F0 器質性精神障害	8 9.6%	41 49.4%	34 41.0%	83 100.0%
	F1 物質関連障害	24 12.1%	19 9.6%	155 78.3%	198 100.0%
	F2 精神病性障害	80 3.5%	218 9.4%	2017 87.1%	2315 100.0%
	F3 気分障害	9 4.6%	11 5.6%	175 89.7%	195 100.0%
	F7 知的障害	6 20.0%	13 43.3%	11 36.7%	30 100.0%
	合計	127 4.5%	302 10.7%	2392 84.8%	2821 100.0%

期待度数

		処遇終了- 通院	処遇終了 -入院	通院処遇 移行
主診断分類 (少数削除)	F0	<b>3.74</b>	8.89	70.38
	F1	8.91	21.20	167.89
	F2	104.22	247.83	1962.95
	F3	8.78	20.88	165.35
	F7	<b>1.35</b>	<b>3.21</b>	25.44

残差

		処遇終了- 通院	処遇終了 -入院	通院処遇 移行
主診断分類 (少数削除)	F0	4.263	32.114	-36.378
	F1	15.086	-2.197	-12.889
	F2	-24.220	-29.831	54.051
	F3	0.221	-9.876	9.654
	F7	4.649	9.788	-14.438

調整済み標準化残差 (両側P値)

		処遇終了- 通院	処遇終了 -入院	通院処遇 移行
主診断分類 (少数削除)	F0	0.0220	P < 0.001	P < 0.001
	F1	P < 0.001	0.6005	0.0082
	F2	P < 0.001	P < 0.001	P < 0.001
	F3	0.9369	0.0178	0.0460
	F7	P < 0.001	P < 0.001	P < 0.001

$\chi^2$ (自由度 = 8) = 236.5, p < 0.001  
Cramer's V = 0.205



表7 パフォーマンス指標の記述統計量

指標	n	平均	SD	最小値	最大値	シヤピロニ ウィルク検定		第1 四分位数	中央値	第3 四分位数
						統計量	P値			
平均在院日数	33	1334.9	426.5	732.0	2846.0	0.860	P < 0.001	1111	1299	1449
隔離実人員	33	0.19	0.19	0.00	1.00	0.731	P < 0.001	0.09	0.15	0.24
拘束実人員	33	0.04	0.04	0.00	0.18	0.786	P < 0.001	0	0.03	0.06
CLZ処方率(%)	32	31.4	15.9	8.1	82.2	0.934	0.049	21.2	29	39.6
CP換算	32	665.3	200.7	175.0	1135.0	0.961	0.288	602.3	670	766.3
通院処遇移行率(%)	32	82.6	10.6	61.3	100	0.966	0.389	75.7	83.3	87.5
処遇終了率(%)	32	15.6	10.8	0	38.7	0.956	0.209	8.2	14.3	23.9

CLZ:Clozapine

CP:Chlorpromazine

図2 平均在院日数・処遇終了率（％）による入院医療機関の散布図

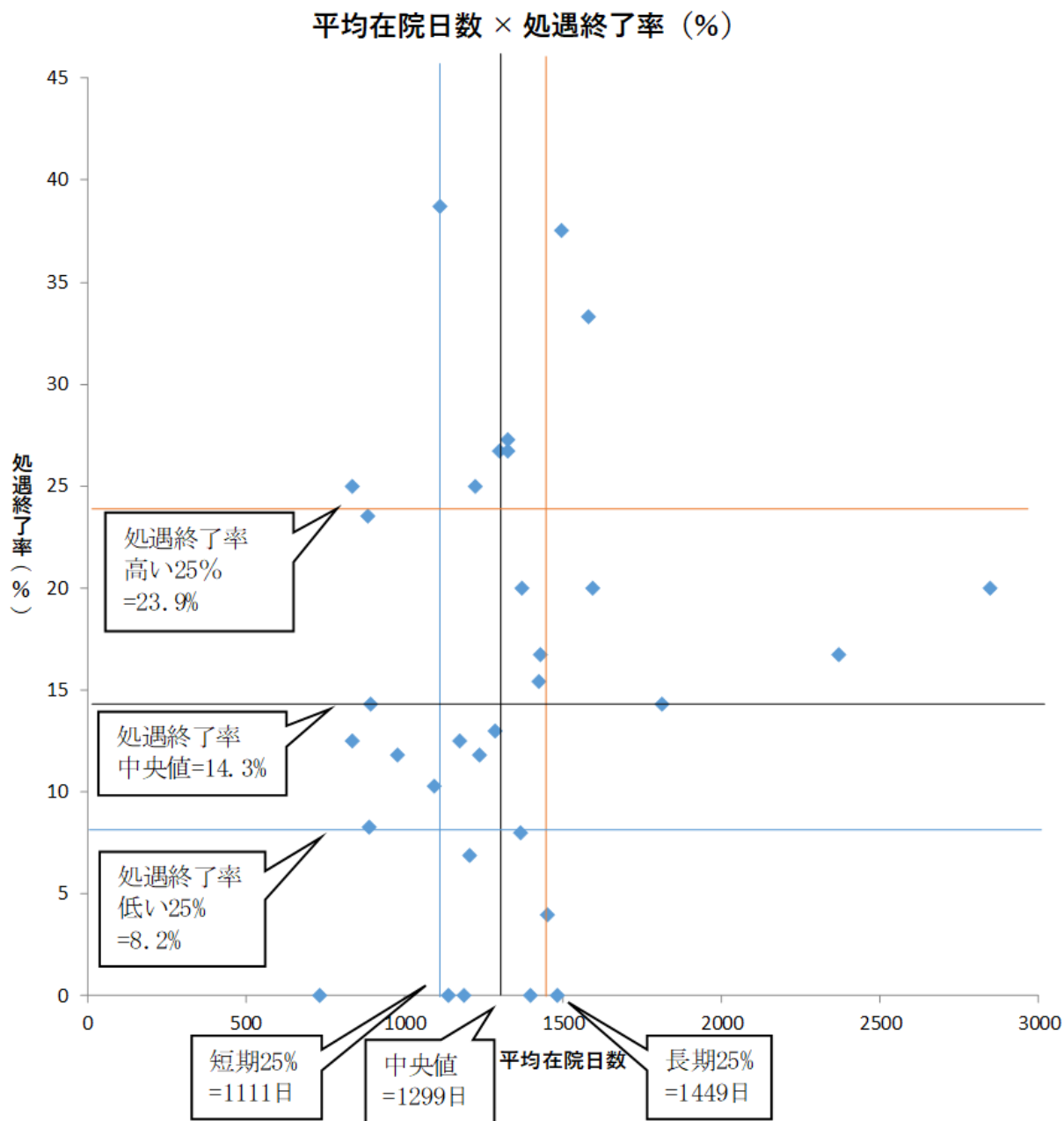


表8 施設単位調査各指標間の順位相関係数

	平均在院 日数	隔離 実人員	拘束 実人員	CLZ処方率	CP換算	通院処遇 移行率	処遇終了率
<b>パフォーマンス指標</b>							
平均在院日数	1.000	-0.082	0.037	0.068	<b>0.502 **</b>	-0.104	0.216
隔離実人員	-0.082	1.000	-0.040	0.007	-0.035	0.177	-0.165
拘束実人員	0.037	-0.040	1.000	0.090	0.022	-0.356	0.317
CLZ処方率	0.068	0.007	0.090	1.000	-0.091	0.127	-0.057
CP換算	<b>0.502 **</b>	-0.035	0.022	-0.091	1.000	0.050	0.059
通院移行率	-0.104	0.177	<b>-0.356 *</b>	0.127	0.050	1.000	<b>-0.941 **</b>
処遇終了率	0.216	-0.165	0.317	-0.057	0.059	<b>-0.941 **</b>	1.000
<b>医療観察法病棟の体制・運用</b>							
病床数	-0.037	-0.295	0.330	0.098	0.149	-0.135	0.067
地元都道府県内対象者割合	-0.003	<b>-0.378 *</b>	-0.099	-0.217	-0.013	0.024	-0.023
再入院対象者入院数	-0.167	-0.062	0.387	<b>0.453 **</b>	-0.153	-0.032	-0.005
再処遇対象者入院数	-0.211	-0.157	0.240	-0.012	0.004	-0.040	0.023
再入院または再処遇対象者の割合	-0.143	-0.136	<b>0.485 **</b>	0.287	-0.071	-0.130	0.135
MDT交代の取り組み 過去5年間実施件数	-0.190	0.086	0.128	-0.042	0.257	-0.195	0.191
Ns女性割合	-0.056	-0.017	-0.056	0.089	-0.034	<b>0.411 *</b>	<b>-0.466 **</b>
倫理会議頻度	-0.010	-0.250	0.303	-0.291	0.022	<b>-0.489 **</b>	<b>0.501 **</b>
外出・外泊 1ヶ月あたり回数	0.173	0.102	0.011	<b>0.439 *</b>	0.089	0.105	-0.059
審判期日の対象者の出廷有無	0.055	-0.045	0.224	-0.122	0.041	-0.116	0.099
MDT会議開催頻度	-0.083	-0.068	<b>-0.366 *</b>	-0.049	-0.177	0.313	-0.312
病棟内学習会年回数	-0.025	0.217	0.145	-0.071	-0.097	-0.186	0.128
回復者施設入所無	-0.132	0.118	0.239	0.146	0.018	-0.004	-0.113
地元自治体ネットワーク研修有無	<b>-0.376 *</b>	-0.285	-0.112	0.091	-0.322	-0.244	0.176
クリティカルパス使用有無	0.192	0.084	<b>0.493 **</b>	<b>0.380 *</b>	0.081	0.014	0.044
<b>保護観察所・社会復帰調整官との連携</b>							
社会復帰調整官の治療評価会議参加有無	0.071	0.197	-0.038	0.276	0.038	0.335	-0.304
社会復帰調整官の治療評価会議への参加頻度	0.135	0.154	0.047	<b>0.357 *</b>	0.063	0.231	-0.190
社会復帰調整官の面接頻度	-0.235	-0.094	0.048	0.039	-0.092	-0.070	0.027
調整官とMDTとの意見交換頻度	0.105	0.253	-0.112	0.140	0.118	-0.016	0.115
保護観察所合同企画有無	<b>-0.352 *</b>	0.196	-0.048	<b>0.357 *</b>	-0.182	-0.110	0.117
社会復帰調整官との連携のしやすさ (7件法)	0.197	0.089	-0.275	0.198	-0.058	0.146	-0.079
<b>2022年4月～2023年3月までの1年間の病院全体の状況</b>							
責任能力鑑定入院有無	-0.014	-0.240	0.173	0.045	-0.290	-0.102	0.019
医療観察法鑑定入院有無	-0.204	-0.080	-0.047	0.084	-0.131	-0.128	0.082
通院処遇の有無	<b>-0.490 **</b>	0.045	-0.292	0.213	-0.184	0.145	-0.172
指定通院医療機関実施有無	-0.266	0.111	-0.283	0.290	0.110	0.204	-0.134
通院処遇事例数	<b>-0.464 *</b>	0.126	-0.118	<b>0.489 **</b>	-0.295	0.045	-0.033
病院全体の病床数	0.175	-0.310	0.023	0.039	0.148	<b>-0.421 *</b>	<b>0.364 *</b>
医療観察法病棟を除いた病棟数	0.162	-0.243	-0.158	0.104	0.024	<b>-0.431 *</b>	<b>0.383 *</b>
m-ECT実施可否	-0.163	-0.153	-0.108	0.208	0.130	0.234	-0.160
<b>自院の有している施設基準・診療報酬加算</b>							
精神科救急病棟	-0.106	0.086	-0.116	-0.082	-0.185	-0.029	0.021
精神科急性期治療病棟	-0.132	-0.223	-0.004	0.004	-0.117	-0.079	-0.015
依存症入院医療管理加算	<b>-0.399 *</b>	-0.039	0.062	-0.107	-0.059	0.176	-0.214
児童・思春期精神科入院医療管理料	<b>-0.386 *</b>	-0.045	-0.072	-0.082	<b>-0.532 **</b>	0.065	-0.144
摂食障害入院管理加算	-0.193	<b>-0.388 *</b>	0.004	-0.256	0.075	0.016	-0.121
認知症疾患医療センター	-0.118	-0.070	0.155	-0.146	-0.139	0.029	0.033
重度心身障害児(者)病棟	0.076	-0.104	0.203	0.181	0.169	-0.230	0.245
地域移行実施加算	-0.045	0.157	0.017	0.098	0.156	-0.071	0.020
施設基準種類数	<b>-0.376 *</b>	-0.197	0.021	-0.087	-0.217	0.091	-0.167

\*:P<0.05 \*\*:P<0.01

CLZ:Clozapine

CP:Chlorpromazine

MDT:Multi-Disciplinary Team

m-ECT:Modified Electro Convulsive Therapy

表9 要因ごとの平均在院日数の群間比較 ブルンナー＝ムンツェル検定結果

	あり群		なし群		統計量W (正規近似)	両側P値	*: P<0.05		
	n	平均	SD	n				平均	SD
地元自治体でのネットワーク研修	17	1179.5	271.4	16	1500.0	503.0	2.23	0.025	*
保護観察所との合同の企画	20	1207.2	324.7	13	1531.3	499.2	2.35	0.019	*
通院処遇の有無	25	1209.8	281.9	8	1725.8	573.3	1.90	0.057	
依存症入院医療管理加算	19	1207.8	378.8	14	1507.3	439.8	2.07	0.039	*
児童・思春期精神科入院医療管理料	14	1162.7	218.9	19	1461.7	498.7	2.20	0.027	*

図3 パフォーマンス指標の活用方法

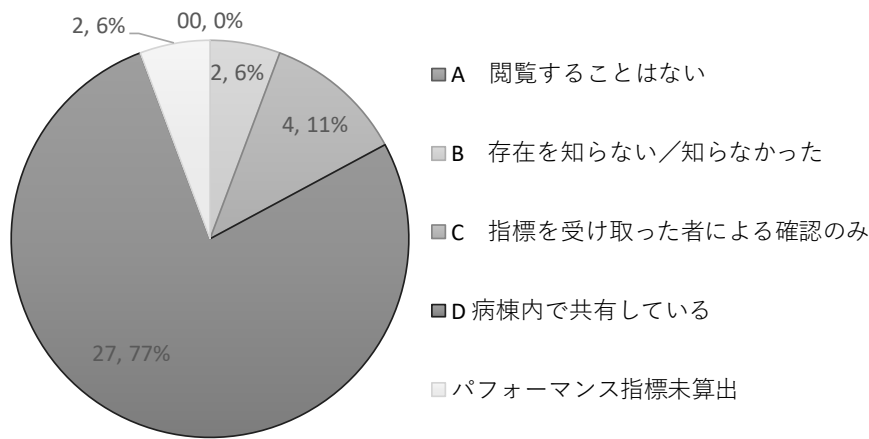


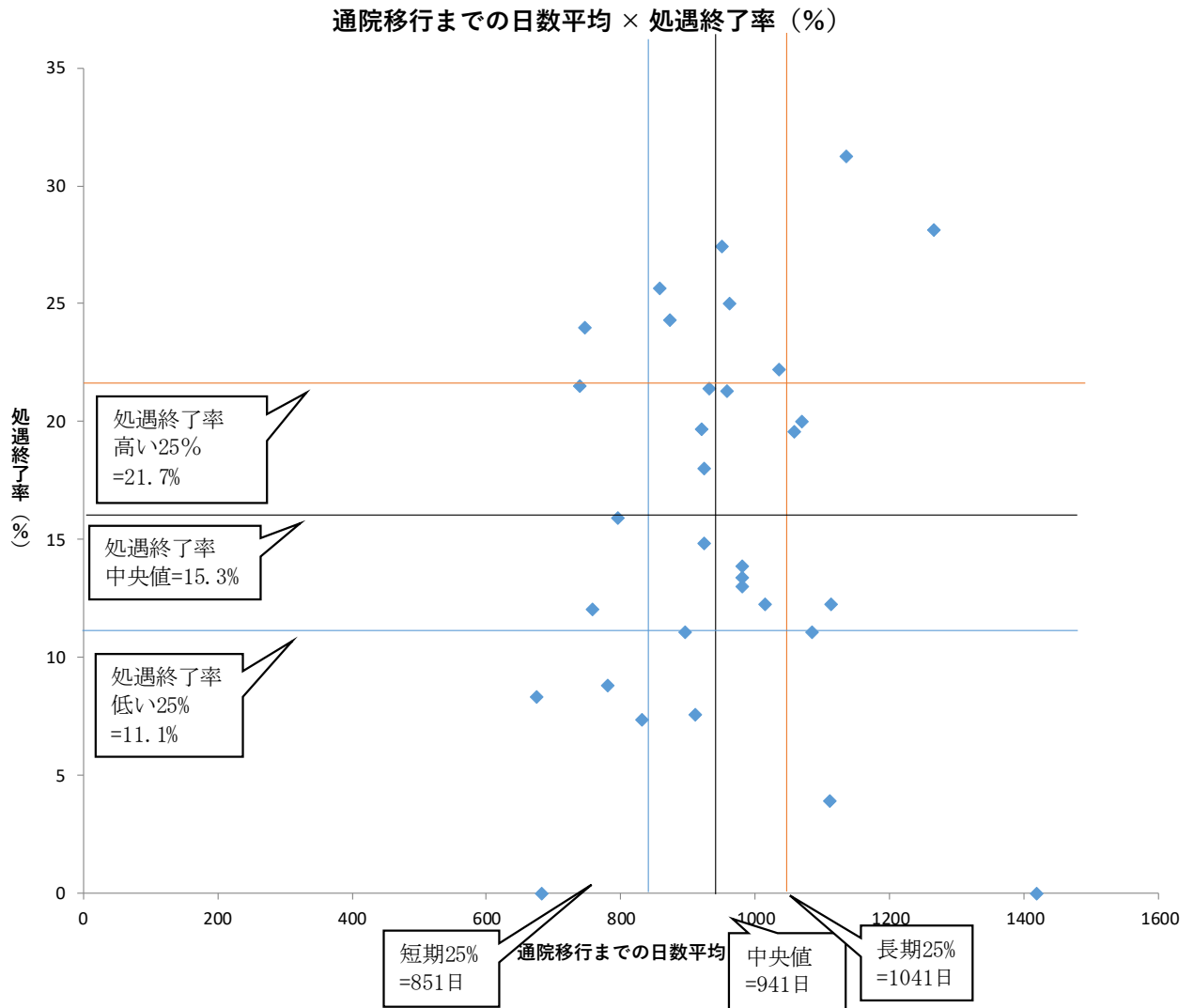
表10 パフォーマンス指標の共有の範囲

共有範囲	施設数
a)病棟管理者	3施設
b)コアなメンバー	11施設
c)全職員	10施設
d)その他	3施設

表11 指標を医療の改善のために用いている具体的な方法（回答施設=15）

パフォーマンス指標活用の具体的な方法	対象とする指標
平均在院日数は全国平均よりも短くなっているため、さらなる短縮のために、入院当初から戦略的に取り組み、長期入院等に関しては、カンファレンス等で対策を検討することにつながっている。隔離拘束に関しては、最小化につなげられていない	平均在院日数，行動制限
各チーム担当が受け持ち患者のデータについて理解し治療に活かしている	不特定
隔離等、行動制限が全国平均より上回っている。行動制限認定看護師へコンサルと、週に1回、多職種（チーム以外）が入ったカンファレンス実施	行動制限
クロザピン導入の検討対象者について、退院支援についても毎週治療評価会議で検討。平均値と自院を比較し、下回っている項目は積極的に改善を働きかけている	クロザピン処方 不特定
運営会議の中で共有を行い、今後のあり方を検討する。長期入院者に対する申立ての考えを改めて裁判所にも長期入院者への対応について介入してもらう	平均在院日数
行動制限、特に拘束が長期化するケースがあった。行動制限最小化のためカンファレンスを実施した	行動制限
隔離拘束カンファを実施し、短縮に向けて	行動制限
具体的な方法はありません。全国的な水準と比べ、当院の課題（入院の長期化など）を認識し、次年度の目標とする	不特定
運営会議でクロザピンの処方率の低さについて話し合い、積極的に導入していく方針となった	クロザピン処方
長期入院している対象者に対して、退院が促進できるように多職種チームで話し合い、改善できるように取り組んでいる	平均在院日数
上記資料を院内でもミーティング等で活用	不特定
他の医療機関と比較のために用いている	不特定
治療評価会議参加メンバー共有時に適正な医療が行われているかをMDT以外のスタッフを交えて改めて評価する機会にする	不特定
クロザピン導入に向けては全国的な使用状況の把握には役立つ。医療観察法の全国的に行われている治療の平均が知れる（目標とすべき？）	クロザピン処方

図4 対象1：利活用研究事業データによる通院移行までの日数平均・処遇終了率（％）による入院医療機関の散布図



令和5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退院後支援に資する研究

分担研究報告書

### 医療観察法に必要な人材育成に関する研究

研究分担者 賀古 勇輝 北海道大学病院附属司法精神医療センター

#### 研究要旨：

本研究は、医療観察法指定入院医療機関や指定通院医療機関、相談支援事業所、グループホーム、就労支援事業所、大学の精神医学を担当する教室、精神科専門研修プログラムの基幹施設に対してアンケート調査を実施し、医療観察法医療や司法精神医学に関して現在行われている教育・研修の実態と望まれる教育・研修について明らかにすることを目的としている。

対象は、指定入院医療機関（全35施設）、指定入院医療機関の医療従事者、指定通院医療機関（病院・診療所全697施設、訪問看護ステーション全693施設）、相談支援事業所（57施設）、就労支援事業所（25施設）、グループホーム（28施設）、大学で精神医学を担当する教室（全90施設）、精神科専門研修プログラム基幹施設（大学と合わせて全242施設）とした。アンケート調査への依頼文書を郵送し、Google<sup>®</sup>フォームでアンケートを実施した。合わせて1,777施設に依頼し、321施設からの回答が得られ、指定入院医療機関の医療従事者352名からの回答が得られた。

指定入院医療機関の調査では、新任者に対する教育・研修が67%で実施されていた。医療従事者（新任者に限らず）に対する施設内での教育・研修が67%で実施されていたが、不定期開催が大部分で、時間や人員の制約から十分な教育・研修は行われていなかった。医療従事者が自身に不足していると感じるものとして、アセスメント能力やトラウマ関連、医療観察制度の概要・理念、発達障害、パーソナリティ、面接技術、治療プログラムなどが挙げられた。

指定通院医療機関（病院・診療所）と地域の支援機関（訪問看護ステーション、相談支援事業所、就労支援事業所、グループホーム）の調査では、施設内での教育・研修を行っている施設はそれぞれ17%と22%にとどまり、施設外の研修への参加者も少なく、教育・研修の機会は非常に乏しかった。指定通院医療機関（病院・診療所）から指定入院医療機関に対して求めるものとしては、病棟と地域とのギャップを理解して治療・ケアに当たることを望む意見が最多であった。

大学で精神医学を担当する教室の調査では、医学生に対して医療観察法の講義を行っているのは69%で、単回の講義が大多数であり、実地研修はほとんど行われていなかった。精神科専門研修プログラム基幹施設の調査では、専攻医に対して医療観察法の講義を行っているのは23%で、実地研修が行われているのは13%のみであった。

時間や人員の制約を克服するために、オンライン・オンデマンド研修や全施設共通の導入研修、体系的な教育システムの構築を望む声が多数寄せられた。

## A. 研究目的

「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（以下、医療観察法）」による医療は、指定入院医療機関と指定通院医療機関（病院・診療所、訪問看護ステーションなど）が中心となって行われており、保護観察所の社会復帰調整官や相談支援事業所職員、共同生活援助事業所（以下、グループホーム）職員、就労支援事業所職員などの地域の支援者が多数関わっている。

医療観察法医療では一般の精神医療に比して重症かつ難治性の患者が多く、自傷他害のリスクも高く、他害行為に対する内省を促したり、地域との強固な連携体制を構築したりしなければならないという特殊性があり、再他害行為を防止しつつ社会復帰を促進させるという本法の目的を達成するためには、関わる医療者や地域の支援者には高度な知識と技術が求められる。しかし、医療観察法医療に携わる者に対する十分な教育体制や研修システムは整備されていないのが現状である。

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

本研究は、医療観察法指定入院医療機関や指定通院医療機関、相談支援事業所、グループホーム、就労支援事業所、大学の精神医学を担当する教室、精神科専門研修プログラムの基幹施設に対してアンケート調査を実施し、医療観察法医療や司法精神医学に関して現在行われている教育・研修の実態と望まれる教育・研修について明らかにすることを目的としている。

## B. 研究方法

### 1. 調査対象

対象は、令和5年4月1日時点の全国の指定入院医療機関（全35施設）の代表者、指定入院医療機関の医療従事者、指定通院医療機関（病院・診療所）（全697施設）の代表者、指定通院医療機関（訪問看護ステーション）（全693施設）の代表者、指定入院医療機関から情報提供された相談支援事業所（57施設）、就労支援事業所（25施設）、グループホーム（28施設）、大学で精神医学を担当する教室（全90施設）の代表者、精神科専門研修プログラム基幹施設（大学と合わせて全242施設）の代表者のうち、調査に同意の得られた者である。

### 2. 調査項目

#### 1) 指定入院医療機関

- ・過去1年間での教育・研修の状況
  - ・医療観察法病棟への新任者に対する施設内での教育・研修
  - ・医療従事者への施設内での教育・研修
  - ・医療従事者への施設外での研修
- ・教育・研修の実施に関する課題
- ・その他、教育・研修に関する意見

#### 2) 指定入院医療機関の医療従事者

- ・開棟前研修（医療観察法病棟開設前に実施される研修）の受講歴、満足度
- ・医療観察法病棟への新任者に対する施設内での教育・研修の受講歴、満足度
- ・指定入院医療機関従事者研修会参加歴
- ・指定通院医療機関従事者研修会参加歴
- ・過去1年間で経験した医療観察法・司法精神医療の教育・研修
- ・医療観察法病棟で勤務するにあたって自身に現在不足していると感じる知識・経験、自身に必要と思われる教育・研修
- ・医療観察法病棟に従事する他の職種、社会復帰調整官、指定通院医療機関、地域の支援者（訪問看護師、グループホーム、就労支援事業所、相談支援事業所）に対して求めたい知識・経験、受けてもらい



たい教育・研修

- ・その他、医療観察法病棟医療従事者への教育・研修に関する意見
- 3) 指定通院医療機関（病院・診療所）
- ・医療観察法通院処遇対象者数
  - ・医療観察法対象者を担当しうる医療スタッフに対する教育・研修の実施状況
  - ・指定通院・入院医療機関従事者研修会に参加歴のあるスタッフ数
  - ・過去1年間の医療観察法病棟医療従事者の施設外での研修、施設内での教育・研修
  - ・指定通院医療機関医療従事者に対して求めたい知識・経験、受けてもらいたい教育・研修
  - ・教育・研修の実施に関する課題
  - ・指定入院医療機関、社会復帰調整官、地域の支援者（訪問看護師、グループホーム、就労支援事業所、相談支援事業所）に対して求めたい知識・経験、受けてもらいたい教育・研修
  - ・その他、指定通院医療機関医療従事者への教育・研修に関する取り組みや意見
- 4) 指定通院医療機関（訪問看護ステーション）、相談支援事業所、就労支援事業所、グループホーム
- ・これまでに受け入れた医療観察法通院処遇対象者数
  - ・医療観察法対象者を担当しうるスタッフに対する教育・研修の実施状況
  - ・指定通院医療機関従事者研修会に参加歴のあるスタッフ数（訪問看護ステーションのみ）
  - ・過去1年間の施設外での研修、施設内での教育・研修
  - ・教育・研修の実施に関する課題
  - ・医療観察法病棟に従事する他の職種、社会復帰調整官、指定通院医療機関、地域の支援者（訪問看護師、グループホーム、就労支援事業所、相談支援事業所）に対

して求めたい知識・経験、受けてもらいたい教育・研修

- ・その他、教育・研修に関する取り組みや意見
- 5) 大学で精神医学を担当する教室
- ・司法精神医学に関する学生に対する教育・研修（精神鑑定、医療観察法、矯正医療など）（過去1年間）
  - ・司法精神医学に関する教育・研修の実施に関する課題
  - ・その他、司法精神医学に関する教育・研修に関する取り組みや意見
- 6) 精神科専門研修プログラム基幹施設
- ・専攻医・研修医に対する司法精神医学に関する教育・研修（精神鑑定、医療観察法、矯正医療など）（過去1年間）（連携施設での教育・研修も含む）
  - ・司法精神医学に関する教育・研修の実施に関する課題
  - ・その他、司法精神医学に関する教育・研修に関する取り組みや意見

### 3. 調査方法

指定入院医療機関、指定通院医療機関（病院・診療所、訪問看護ステーション）、相談支援事業所、就労支援事業所、グループホーム、大学で精神医学を担当する教室、精神科専門研修プログラム基幹施設のそれぞれの代表者にアンケート調査の依頼文書を郵送した。アンケート調査にはGoogle<sup>®</sup>フォームを用い、依頼文書の中にURLとQRコードを掲載し、説明文書を同封し、アンケート調査への同意はGoogle<sup>®</sup>フォームの中で入力する形式とした。

指定入院医療機関の医療従事者に対する調査は、各機関の代表者から所属する医療従事者に依頼文書を配布してもらった。

### 4. データ解析

Google<sup>®</sup>フォームから入力されたデータをダウンロードし、選択項目はその比率を

算出し、フリー入力項目は研究分担者が類似の回答を集約して回答数を算出した。

### (倫理面への配慮)

本研究は北海道大学病院生命・医学系研究倫理審査委員会より承認を得て実施している（実施許可番号：指 023-0305）。

## C. 研究結果

### 1) 指定入院医療機関の調査（図 1）

全国の指定入院医療機関 35 施設中 27 施設から回答を得た（回収率 77%）。

医療観察法病棟への新任者に対して過去 1 年間に行われた教育・研修については、ありが 67%、なしが 33%であった。教育・研修の内容としては、全職種で行っている施設が多かったが、看護師中心の施設が 22%で、医師のみ除かれている施設も少数存在した。方法は講義形式や動画視聴が大多数で、ワークショップや抄読会が少数であった。時間は数時間以内が 28%、1 日間（8 時間以内）が 17%、2 日間が 22%、3 日以上が 33%であった。扱われた内容は、医療観察制度全般、各職種の役割、リスクマネジメント、セキュリティ、共通評価項目、治療プログラム、CVPPP（包括的暴力防止プログラム）（Comprehensive Violence Prevention and Protection Programme：以下 CVPPP）、治療共同体、各種疾患、薬物療法、チーム医療などであった。

医療観察法病棟に勤務する医療従事者（新任者に限らず）に対して過去 1 年間に施設内で行われた教育・研修については、ありが 67%、なしが 33%であった。教育・研修の内容としては、全職種で行われている施設が多かったが、看護師のみの施設が 33%に上り、医師のみ除かれている施設も少数存在した。方法は講義（オンライン含む）が大多数で、ワークショップと動画視

聴、抄読会が少数であった。頻度は不定期開催が 67%で、毎週開催が 17%、毎月開催が 17%であった。扱われた内容は、CVPPP、治療プログラム、医療倫理、認知行動療法、クライシスプラン、ケースフォーミュレーション、トラウマインフォームドケア、オープンダイアログ、電気けいれん療法、共通評価項目、作業療法、内省、精神鑑定、成年後見制度などであった。

過去 1 年間に施設外での各種研修に参加したスタッフの人数は、図 1 の通りであるが、医療観察法関連職種研修会への参加が最も多くすべての施設が参加しており、次いでブロック会議（医療観察法データベース事業の一環として近年開始された会議）が多かった。

教育・研修に関する意見としては、オンライン・オンデマンド研修や全施設共通の導入研修、系統的な教育システムの構築を望む声が多数寄せられた。

### 2) 指定入院医療機関の医療従事者の調査（図 2）

指定入院医療機関の医療従事者 352 名から回答が得られた。

各種研修の参加歴としては、開棟前研修が 20%、新任者に対する施設内での教育・研修が 69%、指定入院医療機関従事者研修会が 64%、指定通院医療機関従事者研修会が 19%、過去 1 年間では医療観察法関連職種研修会が 36%、医療観察法 MDT（Multi-disciplinary team：以下 MDT）研修が 22%、ブロック会議が 21%などであった。

自身に現在不足していると感じる知識・経験、自身に必要と思われる教育・研修については、アセスメント能力（ケースフォーミュレーション、共通評価項目、アセスメントツールなど）が最も多く、トラウマ関連（トラウマインフォームドケア、愛着）、医療観察制度の概要・理念、発達障害、パ

ーソナリティ、面接技術（動機づけ面接、オープンダイアログ、ラポール形成など）、治療プログラム（内省、認知行動療法、心理教育など）、地域調整（社会資源、社会福祉制度）、クライシスプラン、ケアコーディネーター業務、CVPPP、薬物療法（クロザピンなど）が多かった。

社会復帰調整官に対して求めたいものとしては、コミュニケーション能力やMDTと協働するスキルを挙げる意見が最も多く、地域・家族との調整能力、指定入院医療機関・精神科医療機関でのソーシャルワーク経験、直接の支援者としての経験、医療福祉制度の知識、面接技術、アセスメント能力（ケースフォーミュレーション、共通評価項目など）、トラウマインフォームドケア、リカバリーの視点や倫理研修、基本的な精神疾患の知識、クライシスプラン、治療プログラムなどが挙げられた。また、社会復帰調整官個々人の差や地域差を指摘する意見が多数あった。

指定通院医療機関のスタッフに対して求めたいものとしては、クライシスプランの知識が最多で、治療プログラム、アセスメント能力（ケースフォーミュレーション、共通評価項目など）、医療観察制度の概要・理念、トラウマインフォームドケア、リカバリーの視点などが挙げられた。

地域の支援者に対して求めたいものとしては、医療観察制度の概要・理念とクライシスプランが最多で、入院処遇の実際、アセスメント能力（ケースフォーミュレーション、共通評価項目など）、トラウマインフォームドケア、リカバリーの視点・ステージ、基本的な精神疾患の知識などが挙げられた。

### 3) 指定通院医療機関（病院・診療所）の調査（図3）

全国の指定通院医療機関（病院・診療所）

697施設中94施設から回答を得た（回収率13%）。過去に通院処遇対象者を受け入れたことのある施設は93%であり、1名から最多の75名までの幅があった。指定通院医療機関従事者研修会に参加歴があるスタッフの在籍する施設は85%であり、参加人数は1名から30名まで幅があった。

過去1年間に施設外での各種研修に参加したスタッフの人数は、図3の通りであるが、最も多くのスタッフが参加した医療観察法関連職種研修会でも参加者のいる施設は41%にとどまっていた。過去1年間に施設内で教育・研修が行われた施設は17%にとどまっていた。

指定通院医療機関のスタッフに対して求めたいものとしては、医療観察制度の概要や処遇の流れが最多で、必要書類などの実務的な知識、治療プログラム、地域連携、クライシスプラン、トラウマインフォームドケア、クロザピン、面接技術（動機づけ面接、オープンダイアログ）、ケースフォーミュレーション、リスクアセスメント・マネジメントなどが挙げられた。

指定入院医療機関のMDTに対して求めたいものとしては、病棟と地域とのギャップを理解した治療・ケアを挙げる意見が最多であった。その他、クライシスプラン、共通評価項目、面接技術（動機づけ面接、オープンダイアログ）、トラウマインフォームドケア、薬物療法（クロザピン、副作用）などが挙げられた。

社会復帰調整官に対して求めたいものとしては、精神医療・精神医学の基本的知識、社会資源の活用方法や調整能力を挙げる意見が最多であり、対象者への接し方、権利擁護、トラウマインフォームドケア、指定入院医療機関での勤務経験などが挙げられていた。また、個々の社会復帰調整官による方針や支援内容の差が大きいため共通の

方針で業務をできるような研修を望む声が多かった。

教育・研修に関する意見としては、時間や人員の制約があるため金銭的な支援がなければ教育・研修の充実させることは難しいとの意見が多く、オンライン・オンデマンド研修、処遇困難例の対応に関する研修、指定入院医療機関からの引き継ぎに関する研修、地域単位での研修などの必要性が挙げられた。

#### 4) 地域の支援機関（訪問看護ステーション、相談支援事業所、就労支援事業所、グループホーム）の調査（図4）

全国の指定通院医療機関（訪問看護ステーション）693施設中82施設から回答を得た（回収率12%）。相談支援事業所と就労支援事業所、グループホームは依頼した110施設中36施設から回答を得た（回収率33%）。過去に通院処遇対象者を受け入れたことのある施設は91%であり（訪問看護ステーションのみでは93%）、1名から最多の17名までの幅があった。訪問看護ステーションのなかで指定通院医療機関従事者研修会に参加歴があるスタッフの在籍する施設は68%であり、参加人数は1名から10名まで幅があった。

過去1年間に施設外での各種研修に参加したスタッフの人数は、図4の通りであるが、最も多くのスタッフが参加した医療観察法関連職種研修会でも参加者のいる施設は39%にとどまっていた。

通院処遇対象者の診療に携わる可能性のあるスタッフに対して過去1年間に施設内で教育・研修が行われた施設は22%にとどまっていた。

#### 5) 大学で精神医学を担当する教室の調査（図5）

大学で精神医学を担当する教室90施設中39施設から回答を得た（回収率43%）。

過去1年間の医学生に対する講義で医療観察法を扱っている大学は69%、精神鑑定は38%、矯正医療は23%であり、医学生に対する実地研修で医療観察法を扱っている大学は5%、精神鑑定は3%、矯正医療は0%であった。

医学生への教育についての意見としては、講義のコマ数の問題や人員不足などから司法精神医学にまで手が回っていない現状が問題点として挙げられていた。

#### 6) 精神科専門研修プログラム基幹施設の調査（図6）

精神科専門研修プログラム基幹施設（大学病院も含む）242施設中83施設から回答を得た（回収率34%）。

過去1年間の専攻医・研修医に対する講義で医療観察法を扱っている施設は23%、精神鑑定は22%、矯正医療は6%であり、専攻医・研修医に対する実地研修で医療観察法を扱っている大学は13%、精神鑑定は19%、矯正医療は0%であった。

教育・研修に関する意見としては、一般臨床に重きを置かざるを得ず司法精神医学の早期曝露ができていないこと、目先の診療に追われて教育・研修のシステム作りができていないこと、働き方改革などもあり司法精神医学、特に精神鑑定のようなきに時間外・施設外の研修が難しくなっている現状が問題点として挙げられていた。

#### 7) 教育・研修を実施するにあたっての課題（図7）

選択肢を提示して複数回答可とするアンケートであったが、どの施設属性においても、施設内で教育・研修を実施する時間の確保を課題として挙げている施設が6割を超えていた。講師など人材の確保、人員不足（施設外研修へ派遣する際の勤務者の確保など）を半数前後の施設が挙げており、次いで経費の確保が選ばれていた。施設属

性では、指定入院医療機関がいずれの項目でも課題として挙げる割合が高かった。

## D. 考察

### 1) 指定入院医療機関

指定入院医療機関は開設から時間が経過している施設が多く、開棟前研修の経験者は減っている。新任者に対する研修は3分の2の施設で行われているが、実務的な研修が多く、多忙さもあいまって、医療観察法の理念や対象者理解、治療のための研修は十分行われていない。一方、入職時に膨大な机上研修を行っても、病棟業務を経験していない中では十分な習得に至らないという意見も多かった。

指定入院医療機関の全職員に対する平素の研修の実施状況は施設間格差が大きく、全く行われていないか、単発の講義などにとどまる施設が大部分で、定期的な研修を行っている施設は2割程度である。

新任者以外のスタッフも受けられる研修が求められており、全国規模の研修会だけでは機会が不十分で、多忙さや人員不足を考慮すると全国共通の研修システムやオンデマンド研修が望まれている。

### 2) 指定通院医療機関（病院・診療所）

大部分の指定通院医療機関では従事者研修会受講者がいるが、継続的な研修に参加するスタッフのいる施設や、自施設で研修を行っている施設は非常に少ない。

医療観察法自体が施設内で十分認知されていなかったり、症例が少なかったりするために経験するスタッフも少なく、そこに研修や教育エフォートを避けない実情があるようであった。地域での研修が不足していることも問題として指摘された。

指定入院医療機関への要望として、入院処遇と通院処遇の圧倒的な差（人員や診療報酬など）を理解した上で治療・ケアにあ

たってほしいとの意見が非常に多かった。

指定通院医療機関に自前での研修を求めるのは難しいと思われ、指定入院医療機関や保護観察所などが主導しての研修の機会の増加、もしくは全国共通の研修システムが望まれる。

### 3) 地域の支援機関

9割以上の施設で通院処遇の対象者の受け入れ経験があったが、医療観察法や司法精神医療に関する教育・研修に参加しているスタッフは少なく、訪問看護ステーションに限ると通院処遇の対象者の受け入れ経験がある施設が93%であるにもかかわらず、従事者研修会の受講者が在籍していない施設が約3分1に上っていた。

教育・研修のニーズとしては、医療観察制度全般についての知識を挙げた施設が大多数であり、訪問看護ステーションでは指定通院医療機関従事者研修会への参加が望ましいとする意見が多かったが、時間や人員の確保の難しさがあり、オンデマンド研修のニーズが高かった。

### 4) 大学・精神科専門研修プログラム基幹施設

大学で医学生に対して医療観察法の講義を行っている施設は約3分の2であり、精神科系統講義の1コマである司法精神医学の講義の中で触れている施設が大部分である。実習を行っている施設は少数であった。

精神鑑定や矯正医療についてはさらに扱っている施設は少なく、医学生に対して司法精神医学に関する早期曝露はほとんど行われていない現状が明らかとなった。

精神科専門研修プログラムでは医療観察法をはじめとして司法精神医学に関する講義や実習を行っている施設は医学生に対してよりも非常に少なく、専攻医に対して医療観察法病棟での研修はほとんど行われていなかった。

わが国の精神医療の現場で最も充実した人員配置で手厚い医療が行われている医療観察法病棟を若い精神科医や精神医療従事者に早期曝露させる必要があると思われた。そのためには、精神科専門医や精神保健指定医の資格取得にあたって医療観察法医療の経験が重要視されるような働きかけや、少なくとも医療観察法病棟での勤務が資格取得に向けての障壁とならないような工夫が必要であると思われる。

## E. 結論

令和5年度は、指定入院医療機関、指定通院医療機関（病院・診療所、訪問看護ステーション）、相談支援事業所、就労支援事業所、グループホーム、大学で精神医学を担当する教室、精神科専門研修プログラム基幹施設の合わせて1,777施設にアンケート調査依頼を郵送し、321施設からの回答が得られ、指定入院医療機関の医療従事者352名からの回答が得られた。

指定医療機関や地域の支援機関では、医療観察法に関する平素からの教育・研修の必要性を感じており、指定入院医療機関の医療従事者も自身に不足している知識や経験があることを認識しつつも、時間や人員の制約などから十分な教育・研修が実施できていない現状が明らかとなった。

大学や精神科専門研修プログラム基幹施設では医学生や専攻医に対して医療観察法をはじめとした司法精神医学に関する教育・研修を実施できている施設はわずかであり、人材育成の土台作りも十分とは言えない現状が明らかとなった。

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

なし

### 2. 学会発表

なし

## H. 知的財産権の出願・登録状況

### 1. 特許取得

なし

### 2. 実用新案登録

なし

### 3. その他

なし

## I. 謝辞

本調査にご協力をいただいた全国の医療観察法指定入院医療機関の代表者と病棟スタッフの皆様、および指定通院医療機関（病院・診療所・訪問看護ステーション）の代表者の皆様、相談支援事業所・就労支援事業所・グループホームの管理者の皆様、大学精神医学教室の代表者の皆様、精神科専門研修プログラム基幹施設の代表者の皆様に深謝致します。

## 参考文献

なし

図1 指定入院医療機関で過去1年間に施設外での各種研修に参加したスタッフ人数

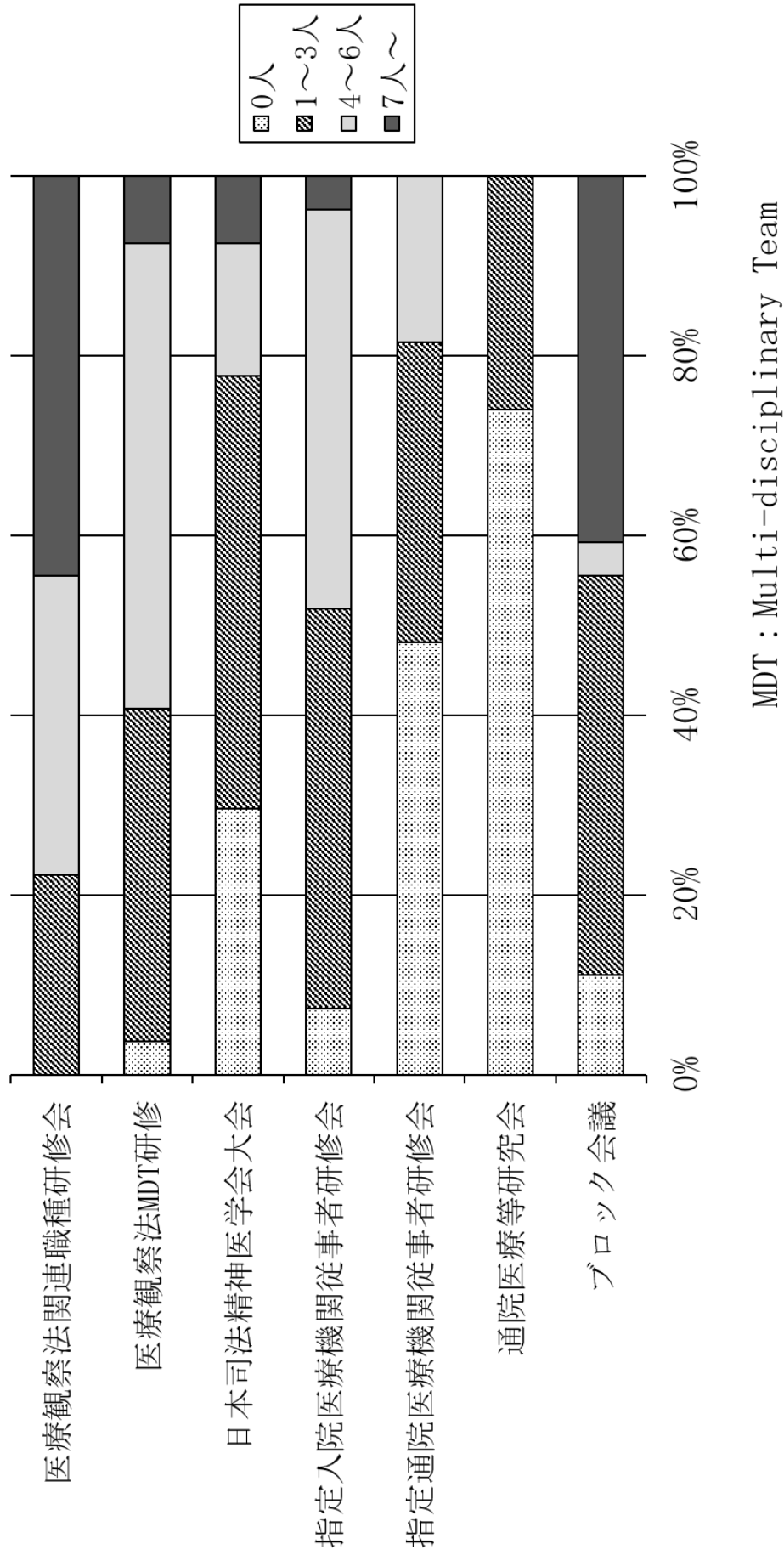
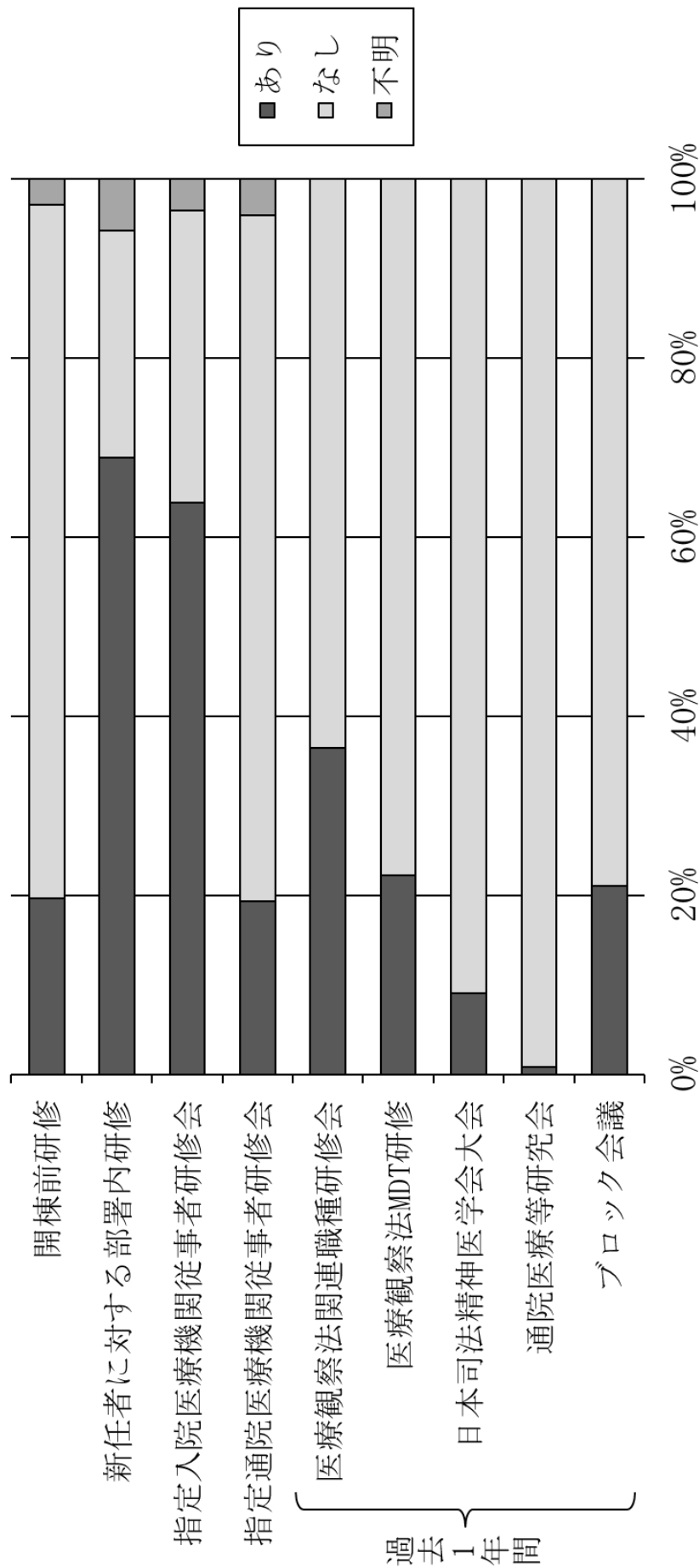


図2 指定入院医療機関の医療従事者の各種研修の参加歴



MDT : Multi-disciplinary Team



図3 指定通院医療機関で過去1年間に施設外での各種研修に参加したスタッフ人数

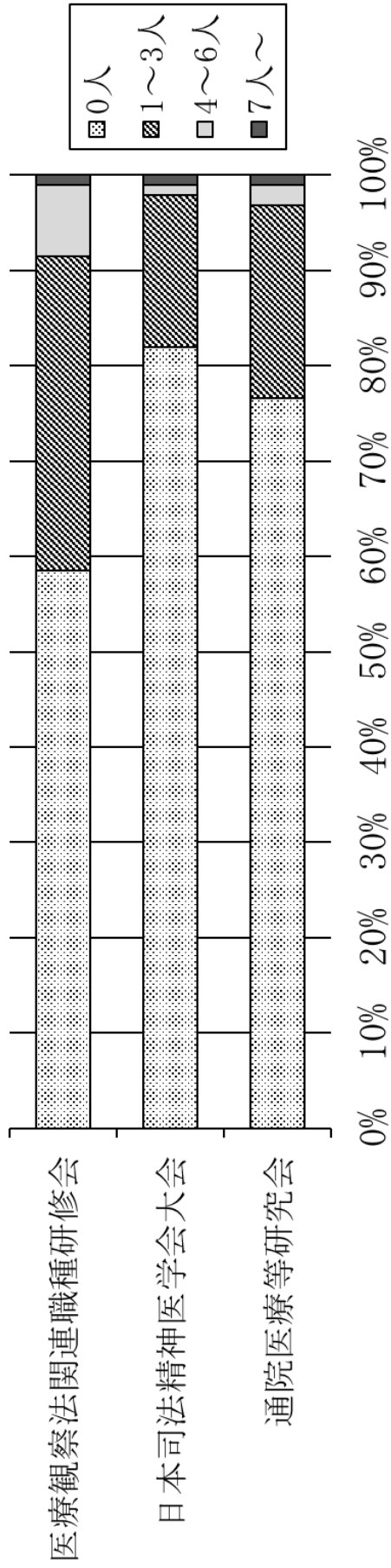


図4 地域の支援機関（訪問看護ステーション、相談支援事業所、就労支援事業所、グループホーム）で過去1年間に施設外での各種研修に参加したスタッフ人数

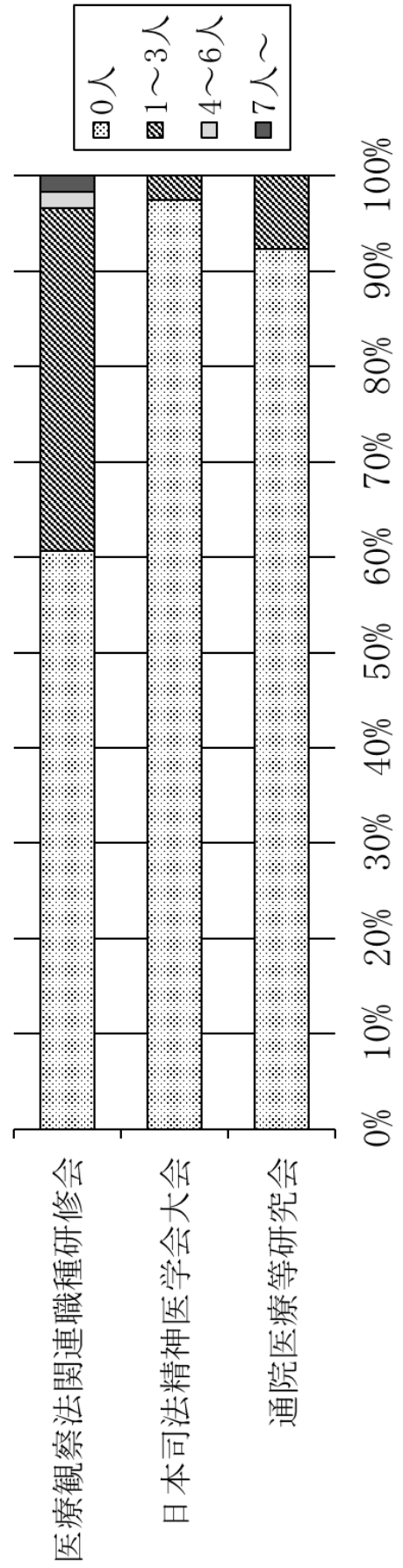


図5 大学における医学生に対する教育・研修状況

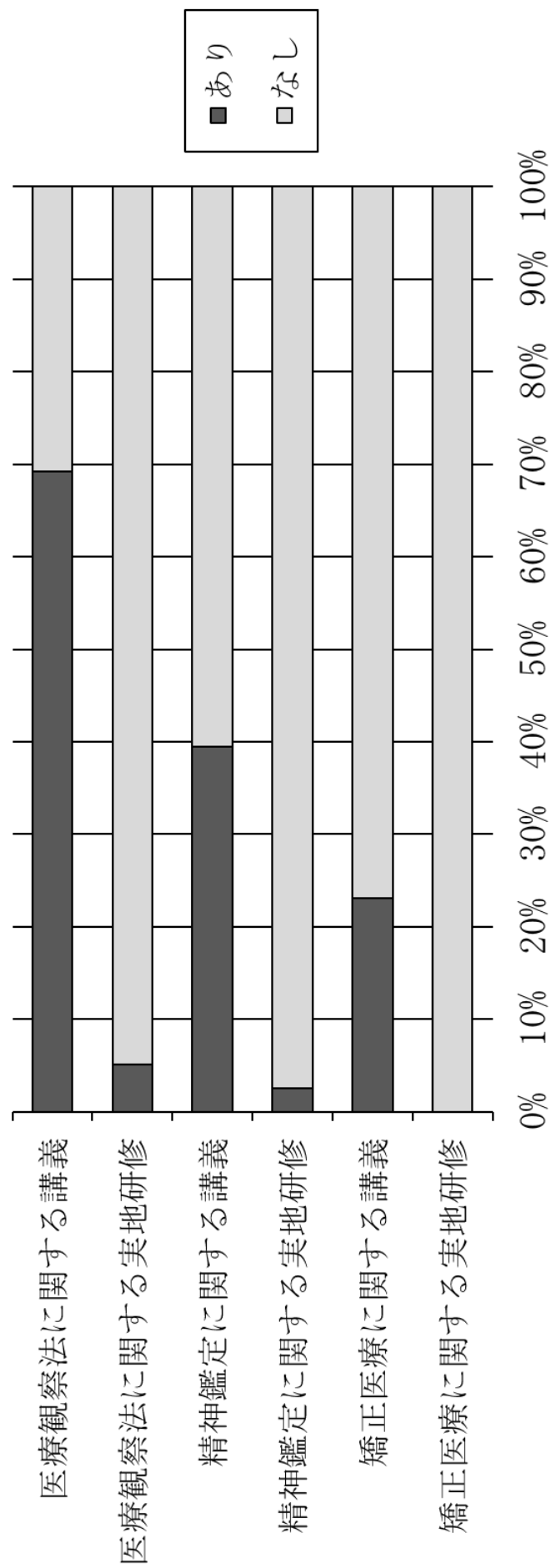


図6 精神科専門研修プログラム基幹施設における専攻医に対する教育・研修状況

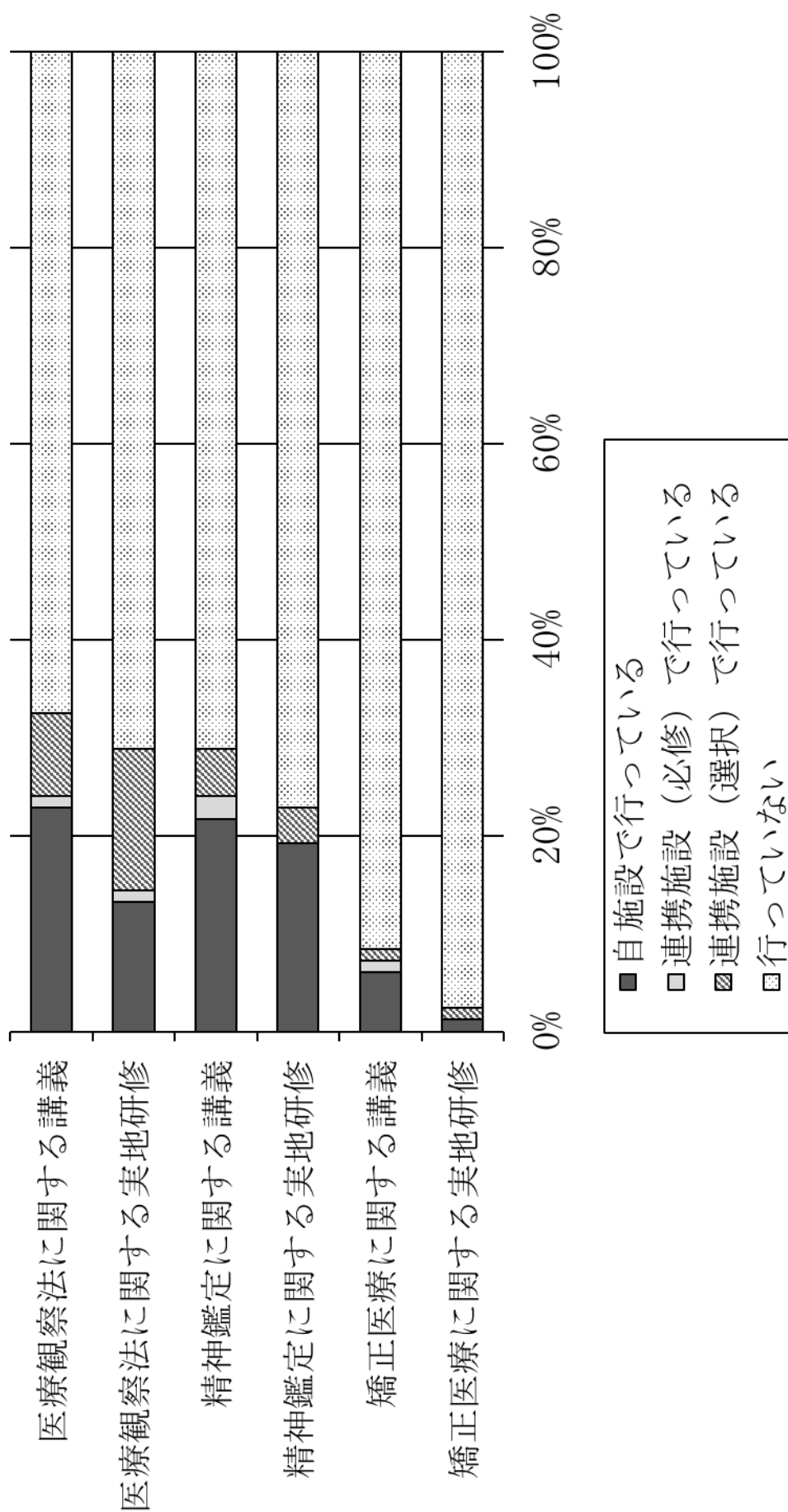
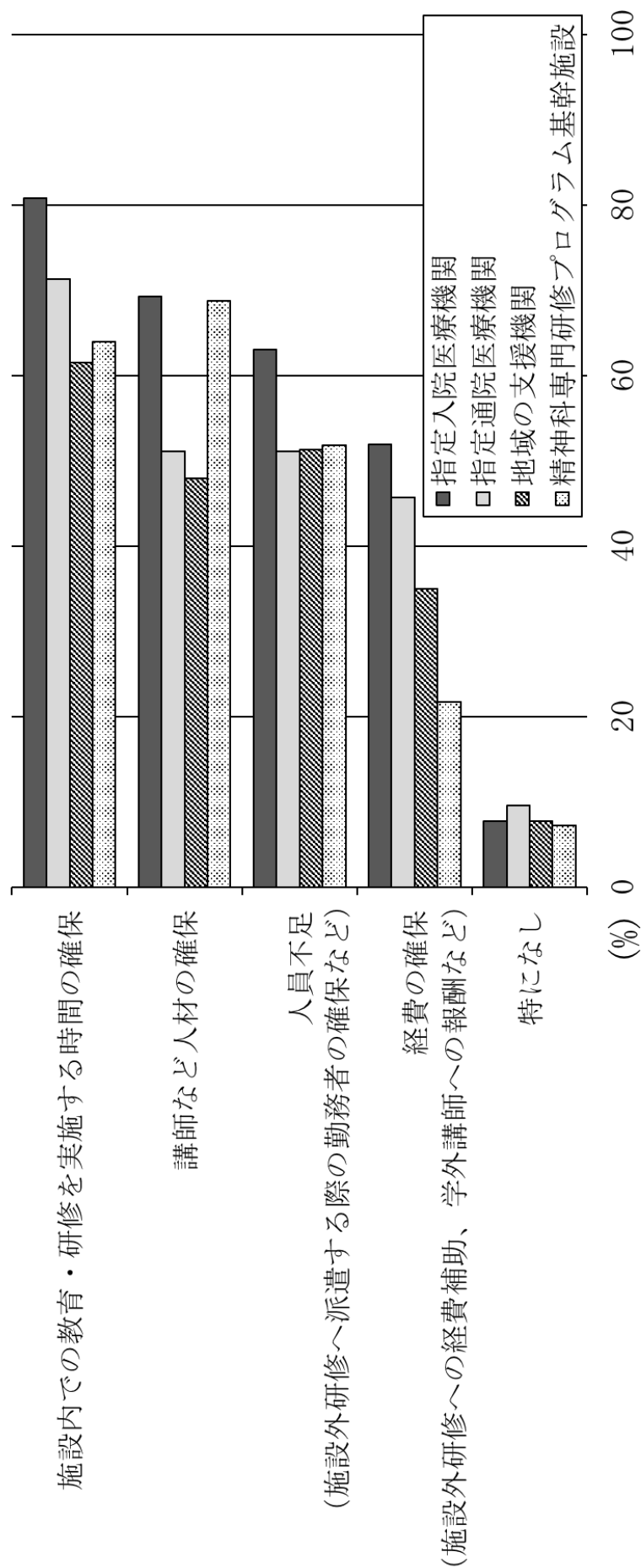


図7 教育・研修を実施するにあたって課題（複数回答可）



## 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
中島美鈴, 壁屋康洋	司法・犯罪領域の 制度と法(1)刑事	伊藤直文, 岡田裕子, 下山晴彦	公認心理師スタンダードシリーズ23 関係行政論	ミネルヴァ書房	東京	2023年	144-154

## 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
Junko Koike, Toshiaki Kono, Koji Takeda, Yuji Yamada, Chiyo Fujiil and Naotsugu Hirabayashi	Data resource profile of an online database system for forensic mental health services	BMC Medical Informatics and Decision Making	24巻1号	47	2024年
久保彩子	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-	精神神経学雑 誌	125巻12号	1040-1047	2023年
前上里泰史	通院複雑事例の特徴に関 する全国調査	精神科	43巻1号	92-99	2023年
壁屋康洋	医療観察法病棟での長期 入院, 頻回/長期の行動制 限, 処遇終了-入院に関す る全国調査	精神科	43巻1号	84-91	2023年
壁屋康洋, 山本暢 朋	認知機能障害の仮装を疑 われた一症例	精神科治療学	38巻10号	1215-1221	2023年

厚生労働大臣 殿

機関名 国立研究開発法人  
国立精神・神経医療研究センター

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 中込 和幸

次の職員の令和5年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業

2. 研究課題名 医療観察法における退院後支援に資する研究

3. 研究者名 (所属部局・職名) 病院 司法精神診療部・部長

(氏名・フリガナ) 平林 直次・ヒラバヤシ ナオツグ

## 4. 倫理審査の状況

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

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

## その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

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

## 5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

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

## 6. 利益相反の管理

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

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 国立研究開発法人  
国立精神・神経医療研究センター

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 中込 和幸

次の職員の令和5年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業
2. 研究課題名 医療観察法における退院後支援に資する研究
3. 研究者名 (所属部局・職名) 病院 司法精神診療部・第二司法精神科医師  
(氏名・フリガナ) 竹田 康二・タケダ コウジ

## 4. 倫理審査の状況

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

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

## その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

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

## 5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

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

## 6. 利益相反の管理

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

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和6年3月4日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立病院機構琉球病院

所属研究機関長 職名 院長

氏名 福治 康秀

次の職員の令和5年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業

2. 研究課題名 医療観察法における退院後支援に資する研究

3. 研究者名 (所属部局・職名) 医局・医長

(氏名・フリガナ) 久保彩子 クボサイコ

#### 4. 倫理審査の状況

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

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

#### その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

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

#### 5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

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

#### 6. 利益相反の管理

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

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。



令和6年4月3日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立研究開発法人  
国立精神・神経医療研究センター

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 中込 和幸

次の職員の令和5年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業
2. 研究課題名 医療観察法における退院後支援に資する研究
3. 研究者名 (所属部局・職名) 病院 司法精神診療部・第三司法精神科医長  
(氏名・フリガナ) 柏木 宏子・カシワギ ヒロコ

4. 倫理審査の状況

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

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

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

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

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

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

6. 利益相反の管理

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

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和6年3月1日

厚生労働大臣 殿

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

次の職員の令和5年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業
2. 研究課題名 医療観察法における退院後支援に資する研究
3. 研究者名 (所属部局・職名) 独立行政法人国立病院機構 小諸高原病院・院長  
(氏名・フリガナ) 村杉 謙次・ムラスギ ケンジ

4. 倫理審査の状況

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

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

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

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

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

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

6. 利益相反の管理

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

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 国立病院機構榊原病院

所属研究機関長 職名 院長

氏名 鬼塚 俊明

次の職員の令和5年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業

2. 研究課題名 医療観察法における退院後支援に資する研究

3. 研究者名 (所属部局・職名) 心理療法室 主任心理療法士

(氏名・フリガナ) 壁屋 康洋 (カベヤ ヤスヒロ)

## 4. 倫理審査の状況

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

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

## その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

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

## 5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

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

## 6. 利益相反の管理

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

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 北海道大学  
所属研究機関長 職名 総長  
氏名 寶金 清博

次の職員の令和5年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業
2. 研究課題名 医療観察法における退院後支援に資する研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 北海道大学病院附属司法精神医療センター・センター長／准教授  
(氏名・フリガナ) 賀古 勇輝・カコ ユウキ

## 4. 倫理審査の状況

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

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

## その他 (特記事項)

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

## 5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

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

## 6. 利益相反の管理

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

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