

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 6 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 平林 直次

令和 7（2025）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 24

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 45

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 66

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 82

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 97

III. 成果の刊行に関する一覧表 108

令和 6 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、本報告書はその最終年度報告である。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開発、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養成の促進に関する研究を行った。

- ・Electronic Data Capture (EDC) 画面を基に通院処遇モニタリングシステムを開発し、小規模ながら試験的運用を行った。
- ・通院処遇では信頼関係の構築や情報共有が手厚く行われ、精神保健福祉士や看護師が大きな役割を果たしていたが、診療報酬請求の対象外であった。
- ・平均在院日数と関連する要因は、病院全体の機能、医療観察法にかかわる通院の機能と地域機関との連携であった。
- ・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、クリティカルパスを作成した。今後、医療の均てん化や入院期間の短縮のために臨床使用率を高める必要がある。
- ・医療観察法医療の従事者のアンケート調査に基づき、教育研修に活用できる動画ライブラリーと研修モデルを作成し、国立精神・神経医療研究センターのホームページに掲載した。

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
賀古勇輝	北海道大学病院附属司法精神医療センター

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らず、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養成の促進である。

令和6年度は最終年度であり、本年度の目的はさらに研究を進め研究成果をまとめ公表することである。

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班会議を開催する。

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。令和5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。令和6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）

通院対象者の受け入れ経験が多い指定通院医療機関を抽出し多職種に対して、アンケート調査および半構造化面接を実施する。エキスパート会議を開催し、指定通院医療機関の支援実態や課題、その解決策について提言をまとめる（研究1）。

医療観察法入院処遇データベースと実態調査で得られた通院処遇個別事例を連結し、通院処遇の困難さに影響する因子を抽出する（研究2）。

令和5年度に引き続き退院時処遇終了者の予後調査を実施する（研究3）。

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）

医療観察法通院医療の豊富な経験を持つ、郡部および都市部の指定通院医療機関を選定し、多様なニーズのある事例の通院処遇の実態や課題を引き続き調査し症例数を増やす。調査結果を踏まえ、地域包括的ケアシステムとの融合、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6年度の本研究においては、令和5年度に作成した疾患別のクリティカルパス案の試用結果も踏まえ、2回の研究分担班会議を開催し、クリティカルパスの検討と修正を行う。またクリティカルパスの普及方法を検討する。

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

指定入院医療機関の運用の差を分析するため、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年度のアナケート調査により、研修としてのニーズの高かった項目に加え、研究代表者や研究分担者、研究協力者からの意見を集約し、研修動画の内容や講師を選定し、推奨度を設定する。また、精神保健判定医等養成研修会のeラーニングで使用されている動画の一部を研修動画としてライブラリーに組み入れる。さらに研修動画を活用した研修モデルを（1）指定入院医療機関の新入職員向け、（2）指定入院医療機関の継続勤務者向け、（3）指定通院医療機関（病院・診療所）の勤務者向け、（4）地域の支援者（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）向けの4種類を作成する。

（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こととする。

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）

国立精神・神経医療研究センター病院臨床研究・教育研修部門 情報管理・解析部と連携して、令和5年度に作成したElectronic Data Capture (EDC) 画面を基に通院処遇モニタリングシステムを開発した。

さらに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開始した。施設区分ごとの収集データの質の違いやデータ提出負担感を評価するために自治体立、国立病院機構、民間の病院・診療所といった異なる形態の施設に共同研究機関としての参加を依頼した。

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)

他害行為などの未然防止の観点で行われる信頼関係構築や情報共有に関する支援は、主に精神保健福祉士の労力により支えられていた。信頼関係の構築に関わる支援として多職種によるチーム面接や個別面接が行われていたが、中でも精神保健福祉士や看護師による面接が定期的に行われていた。情報共有に関わる支援では、社会復帰調整官とともに精神保健福祉士が中心的役割を担っていた。一方、精神保健福祉士は高い経験や技術が求められ葛藤を抱きやすい実情を抱えていた。実働時間調査では、通院処遇開始前に約10時間の業務が発生していた。処遇中および処遇終了後も信頼関係構築および情報共有に関

する手厚い支援により良好な予後が支えられている一方で、手厚い支援の提供には労力を要し高い技術が求められるなどの課題があり、多職種雇用の財源確保の必要性が明らかとなった。

社会復帰関連指標の高さが通院移行後の精神保健福祉法入院や指定通院医療機関の感じる困難さと関連することが分かり、社会復帰関連指標は通院複雑事例の予測に有用な指標であると考えられた。

退院時処遇終了者 29 名のうち 21 名が退院時より精神保健福祉法による入院となり、その後 14 人（66.7%；全体の 48.3%）は調査期間を通して入院を継続していた。また医療観察法の対象となる程度ではないが再被害行為は 4 人に認められるなど、治療や支援の難しい実態が明らかとなった。

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）

指定通院医療機関では、複雑事例の円滑な通院処遇を実施するために、指定入院医療機関への退院後の通院、多職種面接、多職種訪問が行われていた。また、社会復帰調整官と協力し、家族支援、住居形態の変更などが積極的に行われていた。社会復帰調整官による受診同伴、訪問も行われていた。

都市部では多機関による専門的かつ多様な医療・保健・福祉サービスが提供される一方、郡部では指定通院医療機関が中心となり集約的なサービス提供を行う傾向が認められた。

医療観察法医療の経験者は非経験者と比較すると、指定入院医療機関による通院処遇での役割と関与、トラウマインフォームドケアの有効性、クロザピン血中濃度測定の有効性、薬物治療抵抗性の精神病症状

への認知行動療法の有効性を高く評価していた。

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）

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した。

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、入院期間短縮、職員教育に重点を置いた。

入院対象者の主診断の約 8 割を占める統合失調症事例のクリティカルパスは共通パスとして、他の疾患のクリティカルパスは疾患別コ・パスとして作成した。

各クリティカルパス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」とした。

5) 通院医療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）

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に関連した。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かった。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、解釈に困難であった。

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間

題に意識が向いていない可能性が推察された。

6) 医療観察法に必要な人材育成に関する研究(賀古班)

研修動画の内容は、令和5年度アンケート調査の中でニーズの高かったものを中心に、医療観察法指定入院医療機関、指定通院医療機関（病院・診療所）、地域の支援者（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）で勤務するスタッフにそれぞれ適したものを準備した。25名以上の講師による50本以上から成る動画ライブラリーを構築し、国立精神・神経医療研究センターのYouTubeチャンネルにおいて順次公開した。

D. 考察

1) 通院医療

本研究で構築した、インターネット回線を利用したEDCシステムを用いたデータ入力とクラウドサーバーによるデータ保存・管理では専用の回線や端末を必要とせず、膨大な数に及び変動する指定入院医療機関の実態調査を可能にする。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が、本システムの開発に投入した費用や、次年度以降の維持費も比較的安価と見積もられ（年間200－300万円）、高い費用対効果が期待される。

すでに運用されている入院データベースシステムと連結して、入院処遇から通院処遇まで一貫した処遇の実態把握が可能となり、行政施策や研究活動への利用が期待される(竹田班)。

他害行為などの未然防止の観点で行われる信頼関係構築や情報共有に関する支援は、主に精神保健福祉士や看護師により支えられていた。医療観察法医療では指定通院医療機関は通院処遇開始から処遇終

了まで指定入院医療機関や社会復帰調整官をはじめ地域関連機関との密接な連携が不可欠でありが、精神保健福祉士がその役割を担っていた。一方、精神保健福祉士は高い経験や技術が求められ葛藤を抱きやすい実情を抱えていた。

信頼関係の構築に関わる支援として多職種によるチーム面接や個別面接が行われていたが、中でも精神保健福祉士や看護師による面接が定期的に行われていた。医療観察法対象者では医療的支援や援助に加え、生活障害を持つものも多く生活支援や援助が重要であり、看護師がその役割を果たしていると考えられた。

精神保健福祉士や看護師による上記の手厚い支援は診療報酬請求の対象外であり、経済的裏付けの検討が必要である(久保班)。

社会復帰関連指標は通院複雑事例の予測に有用な指標であることが明らかとなった(久保班)。社会復帰関連指標で一定の重症度を持つ事例を対象とした調査からは、多職種多機関による医療・保健・福祉領域に及ぶ専門的かつ多様なサービスが提供されている実態が明らかとなった。都市部では多機関が連携し提供し、郡部では指定通院医療機関が中心となり集約的に提供していた(柏木班)。精神医療資源の分布には地域差があり、それに応じた都市部モデルと郡部モデルによる柔軟な対応が求められる。

医療観察法対象者は重複障害、治療抵抗性統合失調症、小児期逆境体験、医療におけるトラウマ体験などを通して複雑化しており、医療観察法経験者は、指定入院医療機関の通院処遇での役割と関与、トラウマインフォームドケア、クロザピン血中濃度測定、薬物治療抵抗性の精神病症状への認知行動療法の有効性を高く評価してい

た。

複雑事例の中には複数回に及ぶ措置入院歴を持つ者もまれではなく、対象行為に至る前、すなわち精神保健福祉法による医療において、上記のような治療を積極的に提供することにより、対象行為の発生を抑制できる可能性がある。医療観察法による postvention から精神保健福祉法による prevention へのパラダイムシフトが必要であろう。

2) 入院医療

データベース事業で報告されるいわゆる“パフォーマンス指標”からすると、指定入院医療機関には格差が存在し、その均てん化が求められている。パフォーマンス指標には、入院期間、特殊療法、行動制限、転帰などが含まれるが、平均在院日数との関連は認められない。本研究班の結果からすると、平均在院日数と関連するのは、病院全体の機能、医療観察法にかかわる通院の機能と地域機関との連携であった。したがって平均在院日数を短縮するためには、病院全体の機能を高め、指定通院医療機関の指定を受け、地域の関連機関との連携を深めることが必要であろう。また、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が重要であろう（壁屋班）。

クリティカルパスの臨床使用により、指定入院医療機関の医療の均てん化や平均在院日数の短縮が期待される。しかし、従来作成されたクリティカルパスの臨床使用率は低い水準にとどまり、その使用率の向上が大きな課題であった。

本研究では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

絞りクリティカルパスを作成した。すなわち、開発されたクリティカルパスは、導入による業務負荷の新たな発生を避け、業務負荷の軽減をもたらすクリティカルパスとして工夫されており、臨床有用性が高いと考えられる（村杉班）。

今後、ホームページでのクリティカルパスの掲載や、研修用動画の作成、医療観察法関連職種研修会・医療観察法多職種チーム研修における紹介と演習などを実施し、広く臨床に普及させる必要がある。

開発されたクリティカルパスは、対象行為を踏まえた治療や、社会復帰調整官の関与など、医療観察法に特化した項目を除けば一般精神医療でも十分利用可能である。今後、医療観察法制度だけではなく広く精神保健福祉法制度でも使用されることが望まれる。

3) 医療観察法にかかる人材育成

医療観察法制度が開始され20年が経ち、クロザピン導入、多職種チーム医療、各種の治療プログラムの開発と実施、認知行動療法、セルフモニタリングとクライシスプラン、ケアマネジメント、生活障害と生活支援・援助などさまざまな専門的技法が開発され定着しつつある。医療観察法制度の発展に伴って習得すべき医療・保健・福祉技術は増大し、いずれも熟練した専門職によって支えられてきた。医療観察法制度開始時の理念や目標の継承も重大な課題である。しかし研修に必要な時間や人員の制約がある中、教育・研修が不足しているのも事実である。本研究の成果物を利用することにより、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が可能となり、医療観察法医療を維持するために必要な人材養成が期待される。引き続き医療観察制度の発展にあわせて動画ライブラリーが充実して

いくことが望まれる（賀古班）。

E. 結論

- 1) 本研究により開発された通院処遇モニタリングシステムを指定通院医療機関に広く展開するとともに、入院データベースと連結して入院から通院まで一貫したモニタリング体制を構築する必要がある。また、安定的運営のために事業化が望まれる。
- 2) 通院処遇における医療は多職種チームによる手厚い医療により支えられているが、中でも精神保健福祉士や看護師による信頼関係の構築、精神保健福祉士による情報共有が重要である。しかし、診療報酬の対象とはされておらず、今後、人件費に相当する財源確保が必要である。
- 3) 平均在院日数を短縮するためには、病院全体の機能を高め、指定通院医療機関の指定を受け、地域の関連機関との連携を深める必要がある。
- 4) 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、作成されたクリティカルパスを反映して、入院処遇ガイドラインを改訂する必要がある。
- 5) 本研究において構築された動画や資料のライブラリーや、研修モデルを用いて医療観察法関連の人材養成研修を推進する必要がある。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Masaya Ito, Akiko Katayanagi, Mitsuhiro Miyamae, et al:
Cognitive Processing Therapy for Posttraumatic Stress Disorder in Japan

- A Randomized Clinical Trial. JAMA Network Open, 2025; 8(2): e2458059 (doi:10.1001/jamanetworkopen.2024.58059)
- 2) Koji Takeda, Hiroko Kashiwagi, Keisuke Takanobu, Ryotaro Kubota, Ryo Naoe, Yuji Yamada, Junko Koike, Toshiaki Kono, Yuki Kako, Naotsugu Hirabayashi: Current status and features of antipsychotic prescriptions in Japanese forensic psychiatric wards based on a forensic inpatient database. Neuropsychopharmacol Reports, 2025; 45(1):1-11
 - 3) Toshinori Nakamura, Ryuji Furihata, Naomi Hasegawa, Fumitoshi Kodaka, Hiroyuki Muraoka, Kayo Ichihashi, Shinichiro Ochi, Shusuke Numata, Takashi Tsuboi, Manabu Makinodan, Hitoshi Iida, Toshiaki Onitsuka, Hiroko Kashiwagi, Masahiro Takeshima, Naoki Hashimoto, Tatsuya Nagasawa, Masahide Usami, Hirotaka Yamagata, Yoshikazu Takaesu, Kenichiro Miura, Junya Matsumoto, Kazutaka Ohi, Hisashi Yamada, Hikaru Hori, Ken Inada, Koichiro Watanabe, Ryota Hashimoto, Norio Yasui-Furukori. The effect of education regarding treatment guidelines for schizophrenia and major depressive disorders on psychiatrists' hypnotic medication prescribing behavior: a multicenter study. BMC

psychiatry, 2024; 24(1):399-399

- 4) Katsuhito Saitoh, Daimei Sasayama, Tomonari Yoshizawa, Mio Suzuki, Kenji Murasugi, Shinsuke Washizuka: Comparative Empirical Analysis of Challenging Inpatients under the Medical Treatment and Supervision Act and the Mental Health and Welfare Act. 信州医学雑誌, 2024; 72(2): 95-105
- 5) 平林直次: 第 19 回日本司法精神医学会大会 大会長講演 強制性と主体性—医療観察法医療の経験から—。司法精神医学, 2024; 19(1): 3-8
- 6) 平林直次: 第 19 回日本司法精神医学会大会 報告 第 19 回日本司法精神医学会大会を終えて。司法精神医学, 2024; 19(1): 133-134
- 7) 柏木宏子: 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? 精神鑑定の限界 なぜ精神科医には分からないかを説明する試み。司法精神医学, 2024; 19 (1): 80-88
- 8) 村杉謙次: 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シンポジウム 医療観察法医療の治療反応性—法施行後の治療技術の進歩を踏まえて)。司法精神医学, 2024; 19: 47-53
- 9) 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。(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—法施行後の治療技術の進歩を踏まえて)。司法精神医学, 2024; 19: 54-59

2. 学会発表

- 1) Ochi S., Kodaka F., Hasegawa N., Iga J., Kashiwagi H., Komatsu H., Tagata H., Tsuoi T., Numata S., Iida H., Igarashi S., Ohi K., Fukumoto K., Muraoka H., Matsumoto J., Miura K., Ueno S., Watanabe K., Inada K., Hashimoto R., Yasui-Furukori N: Associations of clozapine available institution and the diagnosis of subgroups about treatment-resistant schizophrenia or not with a higher rate of antipsychotic monotherapy and lower other concomitant psychotropics in overall schizophrenia treatment: A real-world nationwide study. CINP 2024 (World Congress Collegium Internationale Neuro-Psychopharmacologicum) 2024.5.24
- 2) 樋口早子, 大町佳永, 大森まゆ, 竹田康二, 柏木宏子, 加藤愛理, 槇野絵里子, 久保田涼太郎, 近藤忠之, 平林直次: 医療観察法処遇終了退院となる入院対象者について—認知機能が顕著に低下した高齢者の事例。第 20 回日本司法精神医学会大会, 東京, 2024.5.24
- 3) 柏木宏子, 大森まゆ, 近藤忠之, 槇野絵里子, 山下真吾, 平林直次: 司法精神医学コンサルティングの実践報告。第 20 回日本司法精神医学会大会, 東京, 2024.5.24
- 4) 柏木宏子, 大森まゆ, 近藤忠之, 槇野絵里子, 山下真吾, 平林直次: 司法精神医学コンサルティングの実践報告。第 20 回日本司法精神医学会大

- 会，東京，2024.5.24
- 5) 柏木宏子，三枝華子，平林直次：裁判員裁判で心神耗弱が認定された放火症の一例．第20回日本司法精神医学会大会，東京，2024.5.24
 - 6) 久保彩子：医療観察法通院処遇の実態把握と課題に関する調査．第20回日本司法精神医学会大会，東京，2024.5.24
 - 7) 前上里泰史：通院複雑事例の特徴に関する全国調査 - 医療観察法再入院事例を中心に - ．第20回日本司法精神医学会大会，東京，2024.5.25
 - 8) 久保彩子：医療観察法における通院医療の現在と未来．第1回日本外来精神医学会学術総会，東京，2024.9.22
 - 9) 稲川雄太，岡本智子，小川眞太郎，柏木宏子，吉田寿美子，林幼偉，山村 隆，高橋祐二：中枢神経系炎症性脱髄疾患患者における小児期逆境体験とメンタルヘルスに関する研究．第36回日本神経免疫学会学術集会，2024.10.3
 - 10) 村岡寛之，福本健太郎，長谷川尚美，古郡規雄，小高文聰，大井一高，柏木宏子，松本純弥，三浦健一郎，稲田健，渡邊衡一郎，橋本亮太：大うつ病性障害の治療における EGUIDE プログラムと重症度記載の有効性の検討．第120回日本精神神経学会学術総会，2024.6.21
 - 11) 越智紳一郎，小高文聰，長谷川尚美，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，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，古郡規雄：Associations of clozapine available institution and the diagnosis of subgroups about treatment resistant schizophrenia or not with higher rate of antipsychotic monotherapy and lower other concomitant psychotropics in overall schizophrenia treatment: A real-world nationwide study．第18回日本統合失調症学会，2024.4.14
 - 12) 村杉謙次：研究班報告 医療観察法における退院後支援に資する研究 入院部門の研究報告．第19回医療観察法関連職種研修会，栃木，2024.7.19
 - 13) 壁屋康洋，久保彩子，前上里泰史，諸見秀太ら：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(1)～医療観察法指定入院医療機関の平均在院日数と処遇終了率に関連する要因の分析．第20回日本司法精神医学会大会，東京，2024.5.24
 - 14) 壁屋康洋，前上里泰史，高野真弘：医療観察法入院医療における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(2)～職業性ストレス・多職種連携と施設要因の分析．日本心理臨床学会第43回大会，横浜，2024.8.24
 - 15) 壁屋康洋，久保彩子，前上里泰史，諸見秀太ら：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(3)～医療観察法指定入院医療機関の運営における NH0/NC と自治体立との比較．第78回国立病院総合医学会，大阪，2024.10.19
 - 16) 賀古勇輝：指定医療機関における教育・研修についての実態調査，第19回医療観察法関連職種研修会，宇都

宮，2024.7.19

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

なし

参考文献

なし

令和6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6年度は、令和5年度に選定した収集項目素案と開発したElectronic Data Capture（EDC）画面を基に、国立精神・神経医療研究センター病院臨床研究・教育研修部門情報管理・解析部と連携して、通院処遇モニタリングシステムを開発した。

通院処遇モニタリングシステムは、国立精神・神経医療研究センター病院臨床研究・教育研修部門情報管理・解析部が管理する、安全が確保された医療分野向け文書管理クラウドサービスを使用する。

さらに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開始した。トライアル研究では予後と関連する因子の同定、収集されたデータの質の評価、研究協力機関における担当者のデータ入力負担感等を基に今後の運用上の課題などを整理することを目的としている。施設区分ごとの収集データの質の違いやデータ提出負担感の評価するために自治体立、国立病院機構、民間の病院・クリニックといった異なる形態の施設に共同研究機関としての参加を依頼した。

本研究班により、EDCシステムを利用した通院処遇モニタリングシステムが構築された。今後、トライアル研究の結果を踏まえて、通院処遇モニタリングシステムを利用した研究の多施設化、研究事業化に向けた取り組みを進めていく。

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地域精神保健・法制度研究部
小池純子 同上
本村啓介 国立病院機構肥前精神医療センター
野村照幸 国立病院機構さいがた医療センター
久保彩子 国立病院機構琉球病院

八木 深 国立病院機構花巻病院
仲谷佳高 大阪精神医療センター
橘高 一 福島県立ふくしま医療センターこころの杜
安田 新 神奈川県立精神医療センター
村田昌彦 松原病院
津久江亮太郎 瀬野川病院
東 健太郎 錦糸町クボタクリニック
蕪木雅士 周愛利田クリニック

近藤忠之	国立精神・神経医療研究センター病院司法精神診療部
新田斉久	同上
久保田涼太郎	同上
小居秀紀	国立精神・神経医療研究センター病院臨床研究・教育研修部門情報管理・解析部
津野良子	同上
保谷岳彦	同上

A. 研究目的

「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（以下、医療観察法）」は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¹⁾。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²⁾。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³⁾。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、通院処遇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た。

B. 研究方法

1. 通院処遇モニタリングシステムの開発

令和 5 年度は通院処遇モニタリングシステムのデータ収集項目素案と EDC（Electronic Data Capture: 以下、EDC）システムを利用したデータ収集システム案を検討し、入力画面を開発した。令和 6 年度は、令和 5 年度の成果をベースとして、NCNP 病院 臨床研究・教育研修部門 情報管理・解析部と連携して、実際に通院処遇モニタリングシステムを開発した。

2. 通院処遇モニタリングシステムを利用したトライアル研究

開発した通院処遇モニタリングシステムを利用したトライアル研究を開始した。

（倫理面への配慮）

通院処遇モニタリングシステムを利用したトライアル研究は NCNP 倫理委員会の承認を得て開始した（課題名 通院処遇モニタリングシステムの構築 承認番号 B2024-104）。研究の実施についての必要な情報を NCNP 倫理委員会のホームページおよび、既存情報の提供を行う施設におけるホームページまたは施設内の掲示板に掲示することで、情報提供者に情報の提供を拒否できる機会を保障する。また通院処遇モニタリングシステムを利用したトライアル研究における「モニタリングシステム」を改善するための、システムの入力方法等についてのアンケート調査に関しては、共同研究機関のデータ入力担当者に対して適切な同意（具体的な方法：WEB アンケート調査フォーム画面冒頭に簡略化した説明文を提示するアンケート画面に同意に関する確認欄を設け、同意を選択することによって同意とみなす）を取得して実施する。

C. 研究結果

1. 通院処遇モニタリングシステムの開発

1) データ収集項目

データ収集項目の大分類は以下のとおりである。令和 5 年度の素案に共通評価項目を追加した。共通評価項目はデータ収集項目を指定通院医療機関治療評価シートに入力する項目に限定した（表 1～表 6）。

(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)
- (12) CGI(Clinical Global Impression Scale)
- (13) BPRS(Brief Psychiatric Rating Scale)
- (14) 共通評価項目第 2・3 版
- (15) 犯罪歴
- (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) 重大な再被害行為
- (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

通院処遇モニタリングシステムは、安全が確保された EDC システムを使用してデータを収集する。各施設のデータ入力担当者は二重認証システムにより通院処遇モニタリングシステムにログインし、EDC システムの WEB 画面から、データ入力する。どの研究対象者の情報であるかが直ちに判別できないように、名前、住所、固定電話番号、携帯電話番号、メールアドレス等のデータはデータ入力されない。また各施設は自施設対象者のデータのみしか閲覧できない。

システムは Amazon Web Services (AWS) の国内サーバ（国内法準拠）に構築されており、収集されたデータは NCNP 病院臨床研

究・教育研修部門情報管理・解析部で管理するデータベースで管理する。

2. 通院処遇モニタリングシステムを利用したトライアル研究

トライアル研究は、全国 12 の指定通院医療機関が参加し研究を開始した。施設区分ごとの収集データの質の違いやデータ提出負担感を評価するために自治体立、国立病院機構、民間の病院・クリニックといった異なる形態の施設に共同研究機関としての参加を依頼した。

研究計画・事務を NCNP 病院司法精神診療部が担当し、システム・データ管理を NCNP 病院臨床研究・教育研修部門情報管理・解析部が担当することで、それぞれの専門性を生かした分業体制を構築した。

ICCS(International Classification of Crime for Statistical Purposes)の収集項目の日本語訳資料(本研究班研究者等訳)、入力薬剤一覧表などを含めた通院処遇モニタリングシステムシステム入力マニュアル(図 1-2)を作成し共同研究機関に配布した。

現在、共同研究機関からのデータ収集中である。

1) 通院処遇モニタリングシステムに入力された臨床データを用いた分析

開発した通院処遇モニタリングシステムを利用し通院処遇終了者のデータを収集し、通院処遇終了者の予後と関連する因子を同定すること、収集データの質の評価をすることを目的とする。対象は 2018 年 1 月 1 日から 2023 年 12 月 31 日の間に医療観察法通院処遇が終了した対象者である。収集される情報と情報の収集・管理方法は、1)通院処遇モニタリングシステムの開発の 1. データ収集項目と 2. データ収集システムに記載の通りである。

プライマリーアウトカムは収集された通

院終了者の予後と関連する因子の同定である。予後は重大な他害行為、自殺企図、精神保健福祉法入院などの項目を 10 万人年粗率、累積発生率等で定量化し、関連する因子の同定を目的とした分析を行う。セカンダリーアウトカムは収集データの質の評価(入力率など)である。

2) 「モニタリングシステム」を改善するための、システムの入力方法等についてのアンケート調査

データ提出機関の負担感などを明らかにし、今後の研究事業化に向けた課題と知見を収集することを目的とする。

対象は、構築したモニタリングシステムへの入力を行った共同研究機関の研究分担者である。

各共同研究機関のデータ入力者に対して、回答者の職種、回答者の通院処遇経験年数、通院処遇モニタリングシステムへの入力に関する質問(平均入力時間、入力時間がかかった項目、入力困難な項目、記載がなかった項目、入力量、負担感)、実施しやすいモニタリング方法、通院処遇モニタリングで把握できるといいと思う情報(自由記載)、その他、意見(自由記載)を調査する。アンケート調査は WEB アンケートフォームを利用して実施する。

D. 考察

1. 通院処遇モニタリングシステムの開発

本システムは EDC システムを利用している。医療観察法データベース事業と異なり、仮想専用回線やデータベースシステムと診療支援システム間の連携、自動抽出システムの開発等が不要である。展開力やコスト、改修の簡易さなどの点でメリットが大きい。

一方、指定通院医療機関側でのデータ入力が必要となるため人的、時間的負担が生じる。トライアル研究の結果等も踏まえて、

指定通院医療機関側の入力負担が軽減する方法を引き続き検討していく必要がある。

2. 通院処遇モニタリングシステムを利用したトライアル研究

データ収集項目は多岐にわたる。トライアル研究により予後と関連する項目や収集データの質を明らかにすることで、通院処遇モニタリングシステムにおけるデータ収集項目を絞っていくことが検討される。データ入力者へのアンケート調査結果を基に、データ入力頻度等も検討していく必要がある。

さらにトライアル研究の結果を基に、通院処遇モニタリングシステムを利用した研究の多施設展開・研究事業化を目指すとともに、将来的な入院データベースとの一元化に向けた検討も進めていく。

トライアル研究は通院処遇終了者を対象とした後ろ向きコホート調査であるが、今後、定時モニタリングを検討していくのであれば、データの質向上と入力負担感軽減を目的として、研究参加施設に対して、日々の診療でも活用可能なデータ入力項目を整理したシートの配布なども検討していくことが望ましいと考える。

E. 結論

通院処遇モニタリングシステムを開発し、通院処遇終了者を対象としたトライアル研究を開始した。今後は、収集されたデータの解析や質の評価を実施し、データ入力者の負担感なども評価する。トライアル研究の結果を基に、通院処遇モニタリングシステムを利用した研究の多施設展開・研究事業化を目指していく。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

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/toukeishiryoku.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>)

表1 通院処遇モニタリングシステムデータ収集項目1

0	ヘッダー情報	登録月	6	医療観察法処遇の情報	医療観察法処遇回数
		登録施設			当該医療観察法処遇開始日
		研究識別者コード			当初審判処遇
1	年齢	通院処遇開始時年齢			入院処遇回数
		通院処遇終了時年齢			通院処遇回数
2	性別	通院処遇終了時性別			通院処遇移行前入院指定入院医療機関
3	精神疾患診断(通院処遇開始時)	診断名			直近の入院処遇開始日
		重複障害1			直近の入院処遇終了日(=通院処遇開始日)
		重複障害2			直近の入院処遇日数
	精神疾患診断(通院処遇終了時)	診断名			通院処遇開始時大区分
		重複障害1			通院処遇開始時小区分
		重複障害2	7	通院処遇中転帰	本通院処遇中転医
4	身体疾患診断(通院処遇開始時)	診断名1			当該施設での通院処遇開始日
		診断名2			当該施設での通院処遇終了日
		診断名3			総通院処遇日数
		診断名4			当該施設通院処遇日数
		診断名5			当該施設通院処遇終了大区分
	身体疾患診断(通院処遇終了時)	診断名1			当該施設通院処遇小区分
		診断名2			当該施設通院処遇終了時精神科医療継続の有無
		診断名3			転医先施設
		診断名4	8	処方・注射(通院処遇開始時) ※各10種類まで入力欄	抗精神病薬(明細)
		診断名5			デポ剤(明細)
5	対象行為	対象行為1種別			抗うつ薬(明細)
		対象行為2種別			気分安定薬(明細)
		対象行為3種別			抗不安薬(明細)
		被害者区分			抗パ剤(明細)
		対象行為時被害者との同居			その他の精神科関連薬剤(明細)
		放火の被害区分		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)
		事件発生地都道府県			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2 通院処遇モニタリングシステムデータ収集項目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 2回目 3回目 4回目 5回目、、、50回目まで	14 共通評価項目 15 犯罪歴 ※触法行為は20回目まで入力欄	通院処遇開始時 通院処遇終了時 前科前歴(非行歴含む) 補導歴 非行歴 初回非行年齢 少年触法行為による処分歴 成人触法行為による財産刑歴 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歴 成人触法行為による自由刑回数 触法行為歴
10	身体科病棟入院 ※10回目まで入力欄	1回目 2回目 3回目 4回目 5回目、、、10回目まで		触法行為回数 触法行為歴1 触法行為歴2 触法行為歴3 触法行為歴4 触法行為歴5
11	GAF	通院処遇開始時 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 通院処遇終了時		
12	clinical global impression - severity scale (CGI-S) clinical global impression - improvement scale (CGI-I)			
13	BPRS			

表3 通院処遇モニタリングシステムデータ収集項目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歴の有無		17 アルコール	対象行為前のアルコール使用障害
	使用薬物	ラベル		対象行為時のアルコール使用
		覚せい剤		通院処遇中のアルコール使用障害
		コカイン		
		あへん		
		MDMA		
		不正入手した鎮静剤／睡眠剤／鎮痛剤		
		幻覚剤(LSD等)		
		大麻		
		マジックマッシュルーム		
危険ドラッグ				
	対象行為前物質関連障害の有無		18 喫煙	対象行為前の喫煙
	使用薬物	ラベル		対象行為前の喫煙本数
		覚せい剤		通院処遇開始時の喫煙
		コカイン		通院処遇開始時の喫煙本数
		あへん		通院処遇終了時の喫煙
		MDMA		通院処遇終了時の喫煙本数
		不正入手した鎮静剤／睡眠剤／鎮痛剤		
		幻覚剤(LSD等)		
		大麻		
		マジックマッシュルーム		
危険ドラッグ				
	対象行為時の規制薬物使用		19 小児期逆境体験歴	身体的虐待
	使用薬物	ラベル		性的虐待
		覚せい剤		感情的虐待
		コカイン		身体的ネグレクト
		あへん		心理的ネグレクト
		MDMA		家庭内葛藤・不和
		不正入手した鎮静剤／睡眠剤／鎮痛剤		両親の別居・離婚
		幻覚剤(LSD等)		家庭内暴力・親密なパートナーからの暴力
		大麻		家庭内の経済的問題
		マジックマッシュルーム		家族の精神疾患
危険ドラッグ	家族の物質関連障害(アルコール除く)			
	対象行為時の規制薬物使用		20 対象行為前・対象行為時の医療・生活	家族の犯罪歴・服役
	使用薬物	ラベル		家族・近い親族・友人の死
		覚せい剤		いじめ
		コカイン		家族との別居(児童相談所による保護等)
		あへん		小児期の重大な病気やケガ
		MDMA		最終学歴
		不正入手した鎮静剤／睡眠剤／鎮痛剤		対象行為直前の居住形態
		幻覚剤(LSD等)		対象行為直前の就労・家庭での仕事・学習
		大麻		対象行為前精神科通院歴
		マジックマッシュルーム		対象行為前精神科病棟入院歴
危険ドラッグ	対象行為前精神科病棟入院回数			
	通院処遇中の規制薬物使用			対象行為前自殺企図歴
	使用薬物			対象行為時治療状況
	同上項目			対象行為における拡大自殺目的

表4 通院処遇モニタリングシステムデータ収集項目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	23	問題行動	自殺企図
		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			
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	放火の被害区分	24	通院処遇期間中刑事司法機関の関与	自傷行為 身体的暴力(暴行罪未満) 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 ギャンブル、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2条、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)
		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			
		その他の触法行為1の発生日			
23	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	25	通院処遇期間中刑事司法機関の関与	アドヒアランスの問題 警察の接触(警察官職務執行法2条、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)
		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			
24	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3	26	通院処遇期間中刑事司法機関の関与	アドヒアランスの問題 警察の接触(警察官職務執行法2条、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)
		その他の触法行為3による転帰			
		その他の触法行為4の発生日			
		その他の触法行為4			
		その他の触法行為4による転帰			
		その他の触法行為5の発生日			

表5 通院処遇モニタリングシステムデータ収集項目5

25	通院医療機関等 (当該施設通院処遇開始6か月間)	診察頻度 多職種会議(MDT会議)	28	社会福祉資源等 (当該施設通院処遇開始6か月間)	居宅介護 重度訪問介護 同行援護 行動援護 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
		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			
26	通院医療機関等 (当該施設通院処遇終了前6か月間)	診察頻度 多職種会議(MDT会議)	28	社会福祉資源等 (当該施設通院処遇終了前6か月間)	居宅介護 重度訪問介護 同行援護 行動援護 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
		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			
27	行政機関等 (当該施設通院処遇開始6か月間)	担当看護師 担当精神保健福祉士 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 持効性注射剤 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 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	28	社会福祉資源等 (当該施設通院処遇終了前6か月間)	居宅介護 重度訪問介護 同行援護 行動援護 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
		担当看護士 担当精神保健福祉士 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 持効性注射剤 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 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			

表6 通院処遇モニタリングシステムデータ収集項目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

処方・注射

抗精神病薬有無		☒ あり ☐ なし
1	一般名称	
	1日量 (mg)	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。

デポ剤有無	☐ あり ☐ なし
抗うつ薬有無	☐ あり ☐ なし
気分安定薬有無	☐ あり ☐ なし
抗不安薬有無	☐ あり ☐ なし
抗バ剤有無	☐ あり ☐ なし
その他の精神科関連薬剤有無	☐ あり ☐ なし

- いずれの項目も、ありを選択すると入力欄が作成されますので、入力してください。
- 商品名ではなく、一般名称での入力をお願いします(**別資料参照してください**)。
- 複数ある場合は、+追加ボタンをクリックしますと入力欄が作成されますので入力してください。
- **抗精神病薬の入力欄は、内服、貼付剤のみ**入力してください(デポ剤はデポ剤の欄に入力してください。)
- デポ剤は1日量ではなく、1回量(1回の注射での投与量)を入力してください。

物質関連障害(アルコール除く)

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	☒ なし ☐ あり ☐ 不明/不詳
対象行為前物質関連障害の有無	☐ なし ☐ あり ☒ 不明/不詳
対象行為時の規制薬物使用の有無	☐ なし ☐ あり ☒ 不明/不詳
通院処遇中の規制薬物使用の有無	☒ なし ☐ あり ☐ 不明/不詳

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

- それぞれ該当する項目を、なし、あり、不明/不詳から選択してください。
- ありを選択すると、使用薬物の入力欄が作成されますので、入力してください。
- 対象行為前物質関連使用障害は、物質乱用、物質依存症、物質による精神障害などが該当します。
- 対象行為時の規制薬物使用の有無は、**対象行為前1か月以内**に使用歴がある場合、「あり」を選択してください。

令和 6 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：

令和 6 年度は、指定通院医療機関の支援実態の解明（研究 1）と通院複雑事例の解明や分類を行う（研究 2）ことを目的とした。また令和 5 年度に引き続き退院時処遇終了者の予後を明らかにすることを目的とした調査を実施（研究 3）した。

研究 1：令和 5 年度実態調査で明らかとなった未然防止の観点で行われる信頼関係構築や情報共有に関わる支援課題についてさらに具体化する目的で、対象者の受け入れ経験が多いエキスパートといえる指定通院医療機関 7 機関の多職種 32 名に対し、リッカート尺度を用いたアンケート調査および半構造化面接を用いたインタビュー調査を実施した。その後インタビューを行ったエキスパート機関 7 機関からの代表者と保護観察所統括社会復帰調整官を招集しエキスパート会議を開催し、指定通院医療機関における支援実態や課題、その解決策について提言をまとめた。アンケート調査の結果、信頼関係構築および情報共有に関わる支援について、どちらも支援者の 100%が重要であると回答した。それら支援の労力は一般医療における支援と比較し労力を要していると感じており、その感じる労力については精神保健福祉士が最も一般医療との差が明らかであった。インタビュー調査では、信頼関係構築に関わる支援は一般医療では主となる診察や訪問援助以外に、多職種によるチーム面接や個別面接が行われており、中でも精神保健福祉士や看護師による面接は定期的に行われていた。情報共有に関わる支援については、情報共有は入院によらない環境下では、あえてこまめに機会を作る必要があるため労力を要し、制度上ケアコーディネーター役割を担う社会復帰調整官とともに指定通院医療機関の専門職が多職種多機関連携を支える重要な役割を担っており、職種としては精神保健福祉士が中心的に担っていることが明らかになった。その役割は医療観察法がモデルとする CPA (Care Programme Approach: 以下、CPA) において要となるケアマネージャーであり、主に引き受けている精神保健福祉士は他業務との兼任の中、その多様な業務をこなし、高い経験や技術が求められ葛藤を抱きやすい実情も明らかとなった。インタビュー調査に付随して行われた実働時間調査では、診療報酬で算定できない直接サービスとして、通院処遇開始前は約 10 時間近くの業務が発生しており、処遇中に行われた定期的な多職種による面接を、処遇終了後も同様に継続している機関は少なくなかった。エキスパート会議では医師以外のコメディカルが自立して信頼関係構築および情報共有に関わる手厚い支援を実践し、通院処遇対象者の良好な予後を支えている一方で、手厚い支援の提供には労力を要し高い技術が求められるなどの課題があり、多職種雇用の財源確保や指定入院医療機関の後方支援が解決策となる可能性があることが提言としてまとめられた。

研究 2：医療観察法入院データベースより得られた 1,534 名と令和 5 年度実態調査で得られた個別事例

のうち、移行通院者 130 名とのデータ照合の結果、103 例が連結でき、これらの解析を行った。その結果、社会復帰関連指標の高さが通院移行後の精神保健福祉法入院や指定通院医療機関の感じる困難さに影響していることが分かり、社会復帰関連指標は通院複雑事例の予測に有用な指標であると考えられた。

研究 3：令和 3 年度より引き続き行われた退院時処遇終了者調査では、退院時に同意が得られた者について、退院後利用する医療機関にアンケート調査を実施した。令和 6 年度までに合計 29 名のデータが収集され徐々に研究参加者割合が高くなっている。退院時処遇終了者のうち 21 名が退院時より精神保健福祉法による入院となり、その後 14 人（66.7%；全体の 48.3%）は調査期間を通して入院を継続していた。また医療観察法の対象となる程度ではないが再他害行為は 4 人に認められるなど、社会復帰促進に関わる治療や支援が難しい実態が明らかとなった。

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	国立病院機構肥前精神医療センター
岡田幸之	東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科

のを含める）に認められており²⁾、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³⁾。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。そのような通院処遇中に複雑な対応を要する通院複雑事例の背景や、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が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いるが、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。

本研究では通院処遇における支援実態の解明、および通院複雑事例の解明と分類を行うことを目的として令和 5 年度は全国の指定通院医療機関にアンケート調査を行い、通院医療における支援および通院複雑事例の背景について調査を行った。

実態調査を踏まえ、未然防止の観点で行われる信頼関係構築や情報共有に関わる支援課題について具体化することを目的として研究 1 を実施し、また通院複雑事例の解明と分類を目的とし

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（医療観察法）」における通院処遇は英国のケアマネジメント手法である CPA (Care Programme Approach：以下、CPA) をモデルとして取り入れ多機関多職種による医療及び支援が実践されている。令和 4 年 12 月に発行された通院処遇統計レポート¹⁾によれば、通院処遇期間中に重大な再他害行為の発生は 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

て研究2を実施した。さらに令和5年度に引き続き、退院時処遇終了者の予後を明らかにすることを目的とした調査を実施（研究3）した。

B. 研究方法

研究1. 通院処遇における支援課題の検討

1) インタビュー調査

研究対象者は令和5年度行った実態調査に回答した指定通院医療機関のうち、診療所・クリニック、指定入院機関ではない病院、指定入院医療機関である病院に分けて、対象者の受け入れの多い医療機関をエキスパート機関として7機関を選定した。調査は研究責任者が令和6年9月から10月にかけてエキスパート機関を訪問し行った。支援にかかる労力を10件法、支援の重要性を5件法の質問紙によるアンケート調査と半構造化面接を用いたインタビュー調査を行った。また令和6年12月には追加調査として、多職種による診療報酬で算定できない直接サービスの実働時間に関する質問紙をオンラインでエキスパート機関に送付し回収した。

2) エキスパート会議

インタビュー調査で得られた意見をエキスパートによる提言として取りまとめるため、エキスパート機関の代表者に加え保護観察所統括社会復帰調整官を招集し、令和6年11月10日にエキスパート会議を開催した。

研究2. 通院複雑事例の解明および分類の検討

1) 解析対象

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で、令和5年度実態調査で回答が得られた154名のうち、入院処遇を終了して通院処遇に移行（移行通院）した130名。

2) 解析方法

重度精神疾患標準的治療確立事業（医療観察法入院データベース）のデータの利活用に関する研究事業の研究利活用委員会に利活用申請を

行い承認を取得し、医療観察法病棟に、2005年7月15日～2023年7月15日までに入院し、2015年7月15日～2023年7月15日までに通院移行した医療観察法対象者退院患者の入院複雑事例に関わる因子となる行動制限や入院期間、共通評価項目等に関するデータの提供を受け、上記解析対象者のデータと、入院および退院年月、年齢（10年齢階級別）、性別（男女）、対象行為、精神科主診断（ICD-10）で照らし合わせた。そして、連結可能であった者については、令和5年の調査結果で明らかとなった指定通院医療機関の感じる困難さに関連する通院処遇移行後の予後（再被害行為や自傷・自殺を含む問題行動、精神保健福祉法入院、通院処遇延長）と、入院複雑事例に関わる因子の関連について、統計学的な解析を行った。

研究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6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6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、再被害行為の有無、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)

研究 1 および 2 については、国立病院機構琉球病院倫理審査委員会、研究 3 については国立精神・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

研究 1. 通院処遇における支援課題の検討

1) インタビュー調査

エキスパート機関 7 機関の多職種 32 名が参加した。エキスパート機関の概要を表 1 に、また多職種 32 名の内訳を表 2 に示した。

アンケート調査の結果は、信頼関係構築および情報共有に関わる支援の労力は一般医療と比較し有意に高かったが、職種によって異なり、特に精神保健福祉士では差が明らかであった

(図 1) またそれら支援が対象者の社会復帰の促進や再被害行為の未然防止において重要な支援かどうかについては、それぞれ 9 割以上の多職種が「とてもそう思う」と答え、「ややそう思う」を合わせると、どちらも多職種の 100% が重要であると回答した。

インタビュー調査により、信頼関係構築に関わる支援について、一般医療では主として実践される診察や訪問援助以外に、多職種によるチーム面接や個別面接が行われており、中でも精神保健福祉士や看護師による面接は定期的に行われていた。情報共有に関わる支援については、情報共有は入院によらない環境下では、あえてこまめに機会を作る必要があるため労力を要し、制度上ケアコーディネーター役割を担う社会復帰調整官とともに指定通院医療機関の専門職が多職種多機関連携を支える重要な役割を担っており、職種としては精神保健福祉士が中心的に担っていた。その役割を担う精神保健福祉士は他業務との兼任の中、その多様な業務をこなし、高い経験や技術が求められ葛藤を抱きやすい実情も明らかとなった。

追加調査として行われた実働時間調査では、診療報酬で算定できない直接サービスとして、通院処遇開始前は平均 580 分の実働時間が生じていることが分かり、処遇中に行われた定期的な多職種による面接を、処遇終了後も同様に継続している機関は少なくなかった(表 4、5、6、7)。

2) エキスパート会議

エキスパート各機関からの代表が計 8 名、地域処遇の責任主体である保護観察所の統括社会復帰調整官 2 名が参加した。

会議では先に行われたインタビュー結果に関して討議され、医師以外のコメディカルが自立して信頼関係構築および情報共有に関わる手厚い支援を実践し、通院処遇対象者の良好な予後を支えている一方で、手厚い支援の提供には労力を要し高い技術が求められるなどの課題があり、多職種雇用の財源確保や指定入院医療機関の後方支援が解決策となる可能性があることが提言としてまとめられた。(表 3)

研究 2. 通院複雑事例の解明および分類の検討

医療観察法入院データベースより得られた 1,534 名と昨年実態調査で得られた個別事例のうち、移行通院者 130 名とのデータ照合の結果、103 例(表 8) が連結でき、これらの解析を行った。精神保健福祉法入院の有無を目的変数としてロジスティック回帰分析を行った結果、社会復帰関連指標が精神保健福祉法入院に対するオッズ比が 1.419 ($P=0.002$) と 1 を上回り有意差が示された。(表 9)

指定通院医療機関の感じる困難さの有無を目的変数としてロジスティック回帰分析を行った結果、社会復帰関連指標が指定通院機関の感じる困難さに対するオッズ比が 1.233 ($P=0.042$) と 1 を上回り有意差が示された。(表 10)

通院処遇中の精神保健福祉法入院の発生を目的変数として、Cox 比例ハザードモデルによる生存時間分析を行った結果、入院処遇中の行動

制限の有った場合のハザード比が 2.172 (P=0.036) と 1 を上回り有意差が示された。

(図 2)

退院時社会復帰関連指標が通院移行後の精神保健福祉法による入院の有無を予測するか検証するために、ROC 解析を行った結果、通院処遇中の精神保健福祉法による入院の AUC が 0.712 (95%信頼区間 0.60~0.71) であった。(図 3)

研究 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 6 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 67 名発生し、うち 29 名(43.3%)で研究への同意を取得できた。研究対象者全 29 名の結果概要については、表 11 に示した。

D. 考察

研究 1. 通院処遇における支援課題の検討

令和 6 年度の調査結果を通して明らかとなったのは、指定通院医療機関の多職種チーム、特に医師以外の専門職が労力をかけて実働している実態であった。信頼関係構築に関わる支援においては、特に精神保健福祉士や看護師が中心的な役割を担っており、診療報酬に算定できない定期的な個別面接もしくは多職種チーム面接を実施しており、しばしばそれらの支援は通院処遇終了後も継続していた。また情報共有に関わる支援においては、主に精神保健福祉士が社会復帰調整官とともに地域処遇における多職種多機関連携を支える役割を担っていた。信頼関係構築とともに情報共有に関わる支援における役割を担う精神保健福祉士は、まさに医療観察法がモデルとするケアマネジメント手法である CPA において要となるケアマネージャーであるといえる。法施行当初、社会復帰調整官とは別に CPA に準じて直接サービスを提供するケアマネージャーを指定通院医療機関に配置するほうが有効に機能することが指摘されていたが⁴⁾、実際はその役割に関してガイドライン上では明

確な位置づけには至らなかった。一方で現在の支援実態としては、指定通院医療機関内の特定の職種がその役割を果たしていた。実働時間調査ではすべての期間において、それら職種に中心的に実働時間が発生している結果となっており、これまで行われた指定通院医療機関における業務量調査と同様の結果である⁵⁾と考えられた。さらにそれら職種は高い技術や経験が求められ、実際それら職種は両方とも専門職としての職種経験が長い傾向が見られた。

令和 5 年度調査結果から、そのような対象者との信頼関係および多機関多職種連携を強化するような働きかけは、通院処遇では基盤となる支援でありながら、複雑な対応を要する事例に対し指定通院医療機関がより一層の手厚さを要すると考える重要な支援であるであることが分かり、その意義としては対象者の変化に対する早期介入や、パーソナルネットワークの強化、地域社会における対象者やその家族らの孤立を防ぎ処遇終了後の支援破綻を防止するなどの意義があると考えられ、その支援ニーズに応じた手厚さが通院複雑事例を含む通院処遇対象者の良好な予後を支えていると思われた。

このような高い技術が必要とされる実務に一定の人材を配置し、時間と労力を割く支援実態からは、特に規模の小さい診療所・クリニックや、対象者受け入れの多い指定通院医療機関ほど負担が大きくなると考えられ、この課題を解決するには通院複雑事例にも対応可能な多職種雇用の財源確保のための体制整備が喫緊の課題となる。また高い技術を担保するため、これら専門職の役割を明確に位置付け、現状行われる指定通院医療機関に対する従事者研修とは別に専任研修が実施される必要がある。

研究 2. 通院複雑事例の解明および分類の検討

令和 5 年度調査では、指定通院医療機関の感じる困難さ影響を与える要因として挙げられたのは、通院処遇中の再被害行為や自傷自殺を含

む問題行動や精神保健福祉法による入院、通院処遇期間延長であった。

令和6年度の解析の結果としてまず挙げられることとしては、退院時の社会復帰関連指標が指定通院医療機関の感じる困難さに影響を与えているというものである。この社会復帰関連指標についてはこれまでの報告より、通院移行後の暴力や問題行動だけではなく、入院処遇中の行動制限や通院処遇日数に関連していることが分かっており、入院処遇中の支援の困難さを客観的に予測する指標となりうるということが分かっている。今回の解析結果より社会復帰関連指標が指定通院医療機関の感じる困難さを予測しうる結果となったことから、指定通院医療機関の感じる困難さは、指定通院医療機関の経験や力量によらず、対象者の要因に影響されている結果と考えられる。令和5年度調査結果で対象者を多く受け入れ経験がより豊富な公的病院が、診療所・クリニックや民間病院より困難と感じる対象者の割合が高かったこともその結果を支持しているといえる。以上から、指定通院医療機関が対象者の支援において感じる困難さは複雑な対応を要する対象者要因のために生じていると考えられ、通院複雑事例を表すものであるといえる。これにより、令和5年度調査で、指定通院医療機関の感じる困難さに影響を与える要因として挙げられた、通院処遇中の再他害行為や自傷自殺を含む問題行動や精神保健福祉法による入院、通院処遇期間延長については、これらが通院複雑事例のプロファイルと考えられた。

また社会復帰関連指標が、通院処遇中の精神保健福祉法による入院について予測能が高いことが分かり、退院時に通院複雑事例となりうる群が一定程度予測できる結果となった。大鶴によれば⁶⁾、通院複雑事例の中に、多項目の共通評価項目の評点が高い状態で通院処遇が開始される群があり、通院複雑事例の中核となりうる群であると指摘している。今回の解析により、

社会復帰関連指標が高止まりのまま通院移行する群については、入院中に一定の困難さを抱え、治療によっても一定程度の困難さが残存したまま通院移行し、通院移行後、危機回避目的といえる精神保健福祉法入院をしやすい複雑な対応を要するため、指定通院医療機関が困難さを感じやすいといえ、これらは通院複雑事例の中核群であることが明らかとなった。

研究3. 退院時処遇終了者に関する予後調査

調査期間中、16施設のうち10施設において発生した退院時処遇終了者について、令和5年度は55名中23名(40.9%)であったが、令和6年度は67名中29名(43.3%)と研究同意が得られる対象者の割合が徐々に高くなっている。

退院時年齢は、60-70代にピークがあるが、30代にも小さなピークが見られた。診断別割合について、入院処遇対象者全体と比較して、F2が最多である点は同じであるが、その割合はより低い傾向がみられた。診断別に退院時年齢の分布をみると、F0患者は40代、50代、60代および90代に分散していた。F1患者は60代と70代(の男性)であった。それに対してF2は30代から80代まで広く分布しており、退院時年代の30代と70代のピークを構成する主要な疾患群はいずれもF2であった。その他、F7は30代、F8は20代(いずれも1人ずつ)と、若い傾向がみられた。

入院処遇期間については、2年以内に半数の15人が処遇終了退院した。90代の患者は1年以内で退院となっているものの、70代および80代にはそれぞれ5年以上の入院を経て退院となった者もあり、全体として退院時年代と入院処遇期間の相関は明らかでなかった。F2患者に限定し、入院処遇年数と退院時年代との関係をみると、30代から60代までは、3年以内の退院は1人のみと例外的であった。70代になると、3年以内の退院患者が半数以上を占めていたが、70代および80代でも、5年以上の入院を経て退院

となる者もみられた。F0 は 1 年以内に 6 割、3 年以内に全例が退院、F1 は 2 年以内に全例が退院、その他、F3 は 3 年以内、F4、F7、F8 も 2 年以内に全例が退院していたのに対し、F2 患者のみ、1 年以内の者から 7 年以上の者まで、幅広く分布していた。

退院後の再他害行為は、医療観察法の対象にならない程度のものが 4 人 (13.8%) に認められた。自殺企図があった者は 1 人 (70 代、女性) であった。対象行為前からアルコール・薬物の問題を持っていた者は 9 人 (31.0%) であったが、期間中のアルコール摂取は 1 人についてのみ報告され、もともとアルコールの問題のない方の、問題のない飲酒であった。

医療観察法による再入院となった者はなく、退院日より精神保健福祉法入院をしていた 21 名中 14 人 (66.7%；全体の 48.3%) は調査期間を通して入院中、2 人 (9.5%) は調査期間中に死亡した。21 人のうち 5 人 (23.8%) はその後退院した (グループホーム 2 人、介護保険施設 2 人、単身 1 人)。逆に、退院時介護保険施設に入所したのち、病状悪化により精神保健福祉法入院した者も 1 人いた。

E. 結論

通院複雑事例を含む通院処遇対象者の良好な予後を支える支援において、指定通院医療機関の特定の職種が果たす役割や意義は大きく、その役割を明確に位置付け、指定通院医療機関の多職種雇用の財源確保の整備が必要である。そのため、通院複雑事例のプロファイルが判明し、そのうち入院から通院にわたり複雑な対応を必要とする通院複雑事例中核群が明らかとなったこと、さらには入院処遇中にその予測が可能であることが分かった意義は大きい。今後はさらに通院複雑事例のプロファイルをもつ群のさらなる類型化や、通院複雑事例に対する入院処遇から通院処遇に至る好実践を蓄積することが期

待される。引き続き行われた退院時処遇終了者調査は、徐々に研究参加者割合が高くなっている。退院時処遇終了者のうち約半数が入院処遇終了後長期間入院を継続しており、医療観察法の対象となる程度ではないが再他害行為は 4 人に認められるなど、社会復帰促進に関わる治療や支援が難しい実態が明らかとなった。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

- 1) 久保彩子：医療観察法通院処遇の実態把握と課題に関する調査．第 20 回日本司法精神医学会大会，東京，2024.5.24
- 2) 前上里泰史：通院複雑事例の特徴に関する全国調査 - 医療観察法再入院事例を中心に - ．第 20 回日本司法精神医学会大会，東京，2024.5.25
- 3) 久保彩子：医療観察法における通院医療の現在と未来．第 1 回日本外来精神医学会学術総会，東京，2024.9.22

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、インタビュー調査およびエキスパート会議にご協力頂いた医療観察法指定通院医療機関の皆様および保護観察所の皆様、そしてエキスパート会議にオブザーバーとしてご参加いただいた新潟医療福祉大学の野村照幸教授および国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所地域精神保健・法制度研究部の小池純子室長に深謝致します。

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/shiryou/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) 岩成秀夫：触法精神障害者の社会復帰と通院医療に関する研究．厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）触法行為を行った精神障害者の精神医学的評価、治療、社会復帰等に関する研究 平成 16 年度 分担研究報告書，287-302，2005
- 5) 石井秀樹、岩成秀夫：他害行為を行った精神障害者に対する通院医療に関する研究．厚

生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）総括研究報告書，平成 18 年度 総括・分担研究報告書，56-65，2007

- 6) 大鶴卓：直接通院の実態および通院処遇複雑事例の特徴に関する全国調査．令和 4 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））医療観察法における専門的医療の向上と普及に資する研究 分担研究報告書．83-102，2023

表1 インタビューを実施した指定通院医療機関

種類	名称	場所	規模 (職員数・病床数)	指定年数	受け入れ 対象者数
精神科診療所・ク リニック	丸野クリニック	福岡	9	5	4
	小石川メンタルクリニック	東京	15	7	8
非指定入院医療機 関	瀬野川病院	広島	312	18	45
	松原病院	石川	455	19	14
	沖縄県立精和病院	沖縄	250	19	22
指定入院医療機関	神奈川県立精神医療センター	神奈川	323	19	78
	国立精神・神経医療研究センター病院	東京	191	12	36

表2 インタビュアー参加者

	Dr	Ns	PSW	OT	CP	その他	計
丸野クリニック	1	1	1	0	0	1	4
小石川メンタルクリニック	1	0	2	0	2	0	5
瀬野川病院	1	0	1	0	1	0	3
松原病院	1	2	1	1	1	0	6
沖縄県立精和病院	1	1	2	0	1	0	5
神奈川県立精神医療センター	1	1	1	0	1	0	4
国立精神・神経医療研究センター病院	1	1	1	1	1	0	5
計	7	6	9	2	7	1	32

Dr：医師 Ns：看護師 PSW：精神保健福祉士 OT：作業療法士 CP：臨床心理技術者

図1 信頼関係構築・情報共有に関わる支援の労力（一般医療との比較）

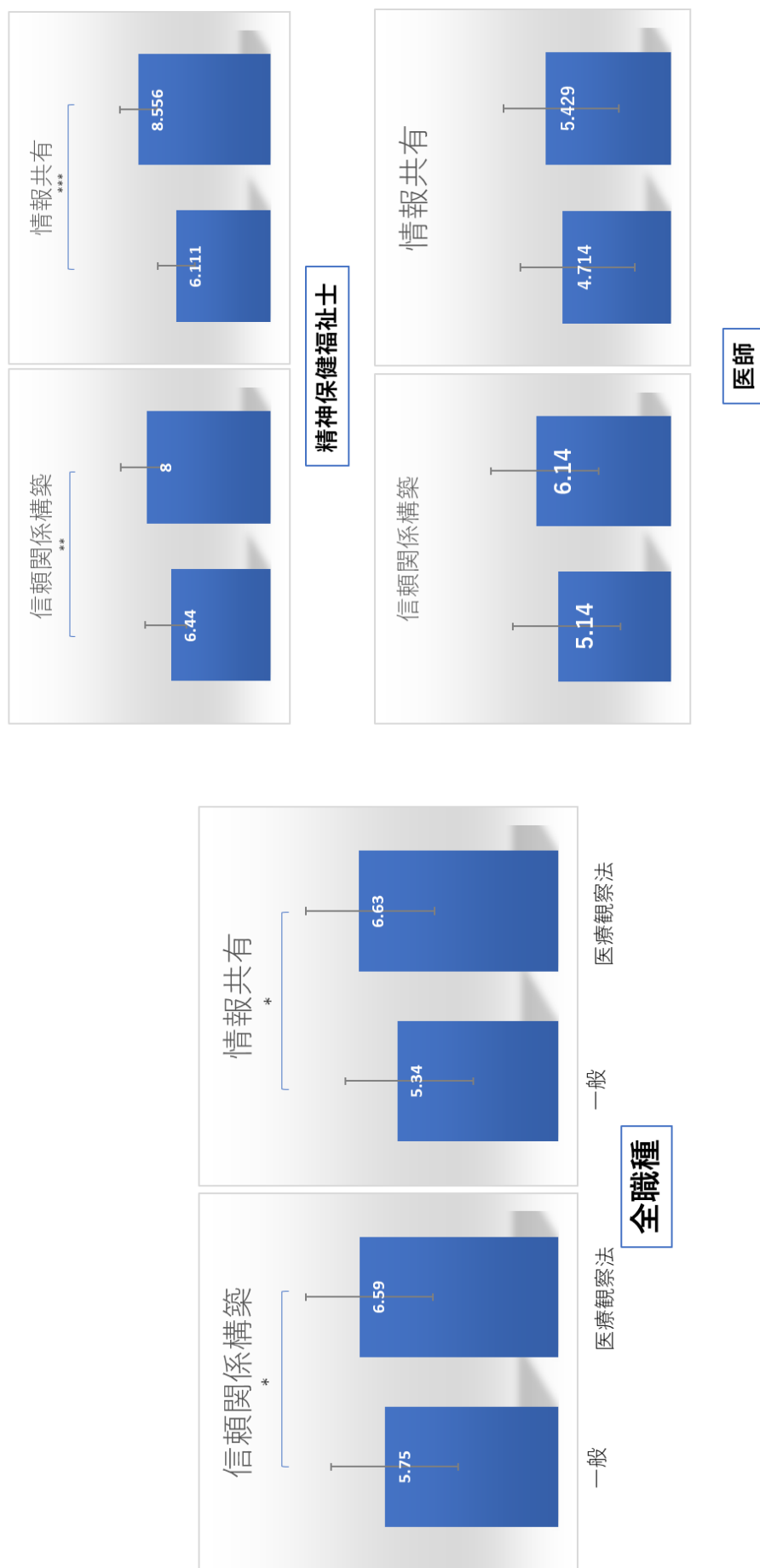


表3 エキスパート会議による提言

- 医師以外のコメディカルが自立して、信頼関係構築および情報共有に関わる支援を実践することが、一般医療とは違う医療観察法通院ならではの手厚さを支えている。
- 移行後の医療や支援の継続性を担保するために、移行期（入院→通院・通院→一般医療）には特に手厚い支援が行われている。
- 多職種による手厚い支援は、医療の継続および再被害防止、社会復帰の促進において重要であり、対象者の良好な予後に寄与していると考えられた。
- コメディカルによる手厚い支援の実践には労力を要し役割負担は重く、豊富な臨床経験や高い技術が求められる。
- 新規開拓とともに、対象者を複数受け入れている指定通院医療機関の支援ニーズに応じた体制の整備を考える必要があり、多職種の雇用の財源確保や指定入院医療機関の後方支援が解決策になる可能性がある。

表4 実働時間調査（受け入れ前）

医療機関名	職種（複数可）	支援内容	1回あたりかかった時間	頻度および回数	備考	合計時間1機関あたり
1 丸野クリニック	PSW	指定入院医療機関が当院に来た際に面談	1時間	2回		
	PSW	受診前にて情報の共有と調整	20分	4回		
	PSW	指定入院医療機関に出向いて面接	1時間	1回	病院までの往復3時間	7H20M 440
2 瀬野川病院	PSW、CP	・指定入院医療機関に出向いて面接 ・保護観察所からの情報提供	2時間 30分	1回 1回	1人当たり1回 同上	2H30M 150
	Dr、Ns、PSW	指定入院医療機関に出向きケア会議	1時間	1回		
	Dr、Ns、PSW	当院でのケア会議	1時間	3回		
3 沖縄県立精和病院	Dr、Ns、PSW	書類作成（基本情報シートなど）	1時間30分	1～2回		
	Ns、PSW	指定入院医療機関に出向きm-ECT見学	1時間	1回		
	Dr、Ns、PSW	m-ECT治療に関する説明、面談調整	1時間	1回		9H 540
	PSW	指定入院医療機関に出向いての面接や電話対応模擬受診時の面談による信頼関係の構築	3～4時間	2～3回		6～12H 540
4 小石川メンタルクリニック	SW、Ns、OT	指定入院医療機関に出向いて面接	1時間～2時間	5回		
	SW、Ns、OT	精神科デイケア体験受入れ	6時間	3回		23～28H 1530
	Dr	模擬（他科）受診	30分	2回	指定入院医療機関に私費請求	
	CP	心理検査	2時間	1回	指定入院医療機関に私費請求	
5 松原病院	Ns	模擬訪問看護	60分	1回	指定入院医療機関に私費請求	
	PSW、必要に応じてMDTのメンバー	退院前ケア会議に参加。MDTからの情報収集等。	1時間から1時間半	1～2回		1～3H 120
	Ns、OT、SW	当院で行われるCPA会議に参加	2時間	5回		10H 600
7 国立精神・神経医療研究センター病院	Dr、Ns、OT、SW	指定入院医療機関に出向いてCPA会議に参加（東京都立松沢病院からの受け入れ時）	4時間（移動2時間、CPA会議2時間）	3回		12H 720

PSW：精神保健福祉士 CP：臨床心理技術者 Dr：医師 Ns：看護師 SW：ソーシャルワーカー OT：作業療法士
m-ECT：修正型電気けいれん療法 MDT：多職種チーム CPA：Care Programme Approach

表5 実働時間調査（処遇中）

医療機関名	職種（複数可）	支援内容	1回あたりかかった時間	頻度および回数	治療ステージ	
1 丸野クリニック	PSW、CP	医師診察とは別に個別面接（クライシスプランを含めて）	1時間	1回/週	前期	
	PSW、CP	医師診察とは別に個別面接（クライシスプランを含めて）	1時間	1回/2週		中期
	PSW	家族との面談	1時間	2ヶ月に1回	前期	中期
	PSW	障害福祉事業所へのサポート	1時間	2回/月	前期	中期
	PSW	被害者家族の支援者との情報共有及び調整	30分	2回/月	前期	中期
2 瀬野川病院	PSW、Ns	支援機関との電話による情報共有及び調整	30分	3回/週	前期	中期
	PSW、Ns	支援機関との電話による情報共有及び調整	30分	2回/週		後期
	PSW、CP	医師診察とは別に個別面接	45分	2週1回	前期	中期
	CP	医師診察とは別に個別面接	60分	2週間に1回	前期	後期
	Ns	本人とクライシスプランの見直し、変更	30分	週1回	前期	
3 沖縄県立精神医療センター	PSW、Ns（デイケア）	医師診察とは別に個別面接（セルフモニタリング）	20分	週1回	前期	中期
	PSW、Ns（デイケア）	関係機関との連絡調整	10分	月1～2回	前期	中期
	OT、CP	ケア会議前に面接、評価	30分	月1回		
	PSW	ECTメンテナンステ目的の入院調整（関係機関連携含む）	1時間	月1回		
	PSW	一般科に入院（自傷など）した際、関係機関との調整や転入院調整	30分	都度		中期
4 小石川メンタルクリニック	PSW	医師診察とは別に個別面接と関係機関との連絡調整。入院調整。	30分	週1回	前期	
5 松原病院	SW、OT、CP	個別面談 セルフチェックシート確認など	15分	週1回	前期	後期
	Ns、SW	疾病教育・クライシスプラン作成	60分	週1回×8回ほど	前期	
	SW、Ns	物件探し・生活物品確保等の外出同行	2～3時間	5回	前期	
6 神奈川県立精神医療センター	PSW、CP	医師診察とは別に個別面接。精神保健福祉法上の入院中に定期面接等。	30分程度	1週間に1回から月に1回（個別ケースに合わせて）	前期	中期
7 国立精神・神経医療研究センター病院	Ns、OT、CP、SW	多職種面接	30分	週1回	前期	後期

PSW：精神保健福祉士 CP：臨床心理技術者 Ns：看護師 OT：作業療法士 SW：ソーシャルワーカー
m-ECT：修正型電気けいれん療法

表6 実働時間調査（処遇終了前）

医療機関名	職種（複数可）	支援内容	1回あたりかかった時間	頻度および回数	備考
1 丸野クリニック	PSW、Ns	支援機関との電話による情報共有及び調整	30分	2回/週	
	PSW、CP	医師診察とは別に個別面接（クライシスプランを含めて）	1時間	1回/2週	
	PSW	家族との面談	1時間	2ヶ月に1回	
	PSW	自立支援医療サービスなどの調整、申請支援	1時間	2回	自立支援医療担当者が医療観察法の内容を知っている場合は良いが、知らない場合など説明の時間も要する
2 瀬野川病院	PSW、CP	定期とは別にケア会議	45分	1回	処遇終了前に1回開催
3 沖縄県立精神病院	Ns、CP、PSW	クライシスプラン見直しのカンファレンス	1時間	2回	
	Dr、Ns、CP、PSW	指定入院医療機関との会議（処遇終了に向けて）	1時間	1回	
4 小石川メンタルクリニック	PSW	終了に向けた個別面談	30分	週1回程度	
5 松原病院	Ns、OT、SW	クライシスプラン見直しの個別面接	30分	5回	左記以外に訪問看護内で行うことも多い
	SW、Ns	家族面接または電話	30分	1回	
	SW	ケア会議以外の各機関との協議	30分	2回	
	Dr、Ns、OT、SW	処遇終了（または再入院）審判及び事前CC参加	2時間	1～2回	
6 神奈川県立精神医療センター	PSW、MDTメンバー	他医療機関や関係機関へ対象者の受け入れの相談、訪問、助言等。	1時間～2時間	先方の必要性や依頼に応じて。	
7 国立精神・神経医療研究センター病院	Ns、OT、CP、SW	多職種面接にて、終了後の医療・支援体制の希望や確認を行っている。	30分	4回	

PSW：精神保健福祉士 CP：臨床心理技術者 Ns：看護師 Dr：医師 OT：作業療法士 SW：ソーシャルワーカー
MDT：多職種チーム CC：ケースカンファレンス

表7 実働時間調査（処遇終了後）

医療機関名	職種（複数可）	支援内容	1回あたりかかった時間	頻度および回数	備考
1 丸野クリニック	PSW、Ns	支援機関との電話による情報共有及び調整	30分	2回/週	
	PSW、CP	医師診察とは別に個別面接（クライシスプランを含めて）	1時間	1回/2週	
	PSW	家族との面談	1時間	2ヶ月に1回	
	PSW	医療機関主催のケア会議の継続	1時間	2ヶ月に1回	対象者に応じて機関と継続回数を設定
2 瀬野川病院	PSW、CP	当事者同士のグループ運営	30分	月1回	デイケア内で自 助グループ的活 動を運営
3 沖縄県立精神病院	PSW（デイケア）	モニタリング（関係者会議）	1時間	年2～3回	
	PSW（デイケア）	就労支援（見学同行、連絡調整）	1時間	月3～4回	
	PSW	関係機関と連携（電話）	15分	月3～4回	処遇終了後の3ヶ月の間に多い
4 小石川メンタルクリニック	PSW	個別面談及び関係機関との連絡調整	30分	週1回	
5 松原病院	Dr、Ns、OT、SW	多職種チームカンファレンス	30分	3月に1回	
	SW、Ns	個別面接	15分	週1回～月1回	
6 神奈川県立精神医療センター	PSW	当院の場合、指定通院医療機関として終了後も当院継続しているケースがほとんどなので、ケア会議、関係機関との情報共有、入院必要時の調整など続いていることが多い。	その支援内容による。	随時	
7 国立精神・神経医療研究センター病院	Ns、OT、CP、SW	多職種面接	20分	週1回	

PSW：精神保健福祉士 Ns：看護師 CP：臨床心理技術者 Dr：医師 OT：作業療法士 SW：ソーシャルワーカー

表8 入院データと通院データの連結解析を行った事例の概要 n=103

項目		結果
1. 性別	男性:74 女性:29	
2. 入院処遇開始時年齢	20代:9 30代:28 40代:35 50代:16 60代:11 70代:4	
3. 入院時診断	F0(器質性精神病):1 F1(精神作用物質使用による精神および行動の障害):5 F2(統合失調症および妄想性障害):82 F3 (気分障害):10 F4(神経症性障害、ストレス関連傷害及び身体表現性障害):1 F5(生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群):1 F6(成人の人格及び行動の障害):0 F7(知的障害):0 F8(心理的発達の障害):3 F9(小児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害):0	
4. 対象行為	殺人・殺人未遂:40 傷害:37 放火:17 強制猥褻:3 強制性交等:0 強盗 (未遂含む) :6	
5. 入院処遇日数平均	平均:1,118.1日 中央値:1,038.0日 最長:4,235日 最小:300日	
6. 入院中の行動制限 (隔離・拘束)	あり:26 なし:77	
7. 退院時社会復帰関連指標得点平均	3.2	
8. 物質乱用の既往	あり:24 なし:78 不明:1	
9. 入院医療機関の転院	あり:7 なし:96	

表9 退院時社会復帰関連指標の通院中の精神保健福祉法による入院の有無への影響

	B	標準誤差	Wald	自由度	有意水準	Exp (B)	
						下限	上限
性別	-0.418	0.468	0.8	1	0.371	0.658	1.646
退院時社会復帰関連指標	0.339	0.111	9.358	1	0.002	1.403	1.743
入院時年齢分類コード	0.081	0.174	0.218	1	0.64	1.085	1.526
定数	-1.691	1.019	2.754	1	0.097	0.184	

表10 退院時社会復帰関連指標の指定通院医療機関が感じる困難さへの影響

	B	標準誤差	Wald	自由度	有意水準	Exp (B)	
						下限	上限
性別	1.141	0.555	4.229	1	0.04	3.128	9.277
入院時年齢分類コード	0.018	0.174	0.011	1	0.918	1.018	1.432
社会復帰関連指標	0.21	0.103	4.13	1	0.042	1.233	1.51
定数	-2.367	1.061	4.977	1	0.026	0.094	

図2 入院処遇中の行動制限の有無と通院処遇中の初回精神保健福祉法入院までの期間のCox回帰分析

Exp(B)				
B	標準誤差	Wald	自由度	有意水準
入院中の行動制限の有無	0.776	0.37	4.399	1
		0.036	2.172	1.052
				4.483

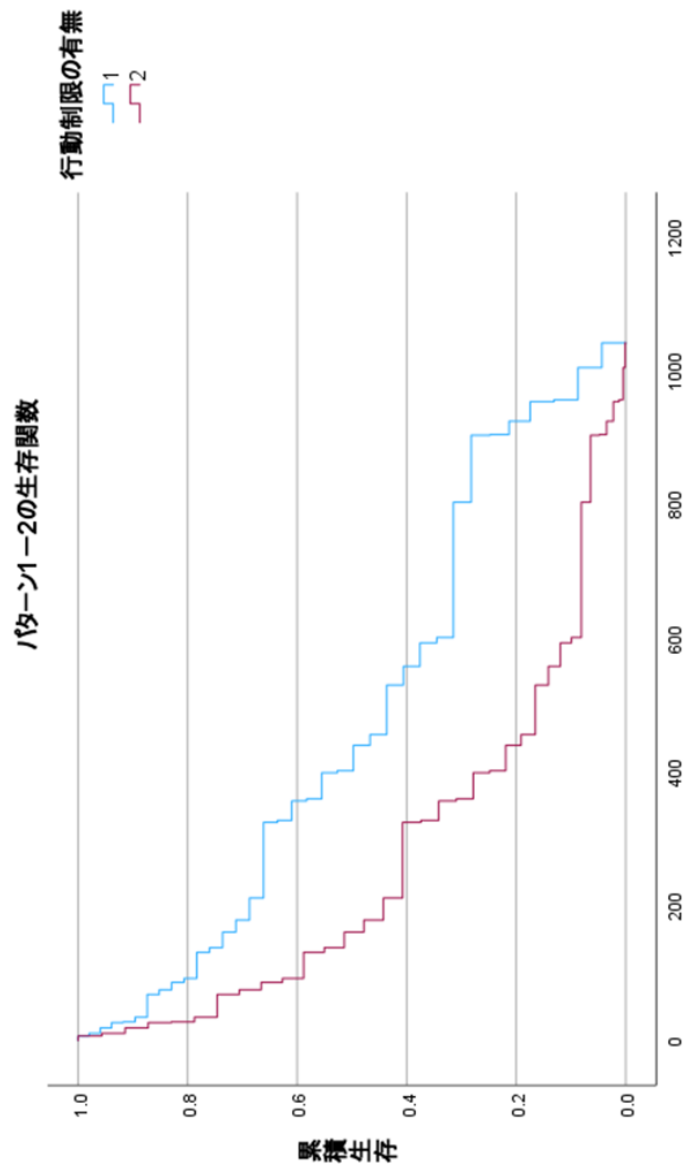
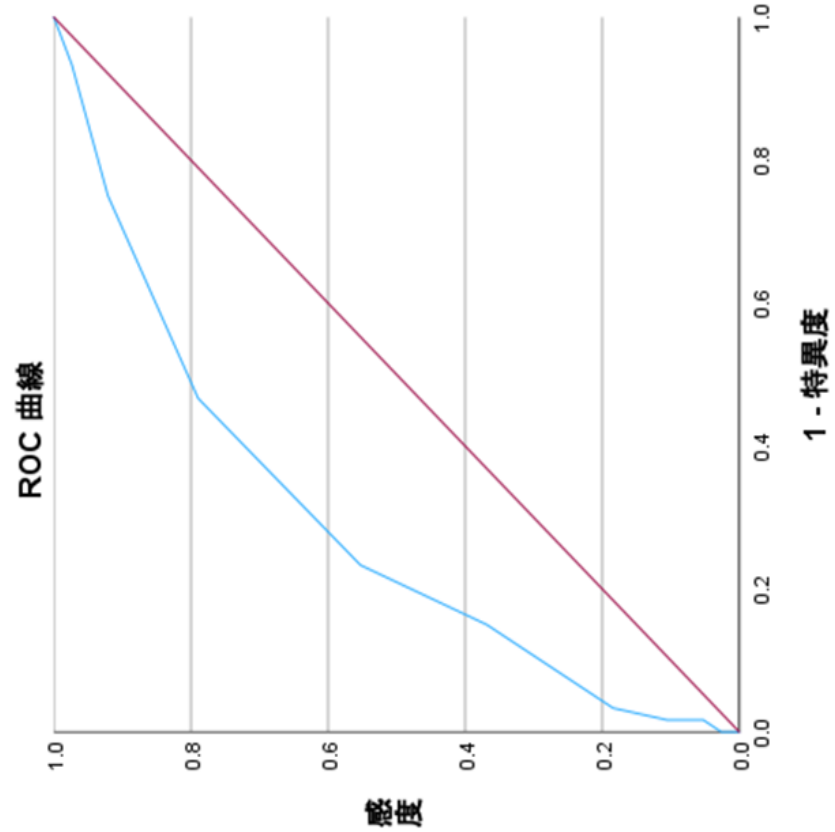


図3 社会復帰関連指標と通院中の精神保健福祉法入院有無のROC曲線

面積	標準偏差a	漸近有意確率b	漸近95%信頼区間	
			下限	上限
0.712	0.054	0.000	0.607	0.817



対角セグメントは同一値により生成されます。

表11 退院時処遇終了者の転帰・予後 n=29

項目		結果
1. 性別		男性:24 女性:5
2. 平均年齢		60.3歳 (男性:59.8歳 女性:62.6歳)
3. 本法処遇のきっかけとなった対象行為		殺人:4 殺人未遂:4 傷害:8 放火:11 放火未遂:1 強制わいせつ:1
4. 入院処遇期間		平均1031日 (男性:1037日 女性:1000日)
5. 退院時の主診断名 (ICD-10)		F0:5 F1:3 F2:16 F3:2 F4:1 F7:1 F8:1
6. 退院後の治療		継続中:23 中断:1 転院:1 終了 (病死および突然死):2
7. 退院時の居住形態		入院継続:21 家族同居:1 介護保険施設:2 グループホーム:2 単身:1 その他:2
8. 生計 (複数選択可)		貯蓄:4 家族からの支援:5 障害年金:16 生活保護:8 その他:8
9. 再被害行為		4名 (医療観察法の対象にならない程度のもの)
10. 精神保健福祉法による入院経験		あり:22
11. 退院入院継続した者の現在の状況 (調査日時点) の状況 n=21		全日入院継続:14 単身:1 グループホーム:2 介護保険施設:2 死亡:2

令和6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

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 国立精神・神経医療研究センター病院

研究要旨：

本研究は、医療観察法指定通院医療機関の多様なニーズのある事例の支援の方法（関係機関の連携を含む）を探索し、好事例・解決方法を抽出し、郡部と都市部において有効性が期待される支援方法を示すことで、複雑事例の医療観察法病棟からの退院と社会復帰を促進することを目的とする。

退院時点で、共通評価項目の社会復帰関連指標：【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】のうち 1 項目以上が 1 点以上で、通院開始後も困難や問題への対応を要した事例を中心に、調査時点で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経過した（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（ $n=121$ ）について、医療観察法通院医療機関（都市部 5 機関、郡部 5 機関）の、多職種チームの支援者（計 26 名、精神保健福祉士 14 名、看護師 4 名、作業療法士 2 名、医師 5 名、臨床心理技術者 1 名）から、半構造化面接による聞き取り調査により情報収集した。医療や関係機関との連携、福祉サービス、その他の支援について、都市部と郡部で比較した。また、困難な状況への取り組みや実践方法を抽出した。抽出した 122 の取り組みや実践例について、24 名の精神科医（司法 12 名、一般 12 名）によるエキスパートオピニオン調査を実施し、有効の選択率が 70%以上のものを抽出した。

研究協力者（順不同、敬称略）

久保彩子 国立病院機構琉球病院
荒川育子 東京都立松沢病院
木下英俊 国立病院機構肥前精神医療センター
石津すぐる 岡山県精神科医療センター
竹田康二 福島県立ふくしま医療センター
長谷川直実 医療法人社団ほっとステーション大通公園メンタ

ルクリニク

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
平林直次 同上

A. 研究目的

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^{1,2,3)}。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⁴⁾。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^{5,6)}。

本研究では、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、医療、福祉、新たな治療技術等）を探索し、困難な状況に対する工夫や解決方法などの実践例を収集し、郡部と都市部における支援方法を検討する。それらの有効性をエキスパートオピニオン調査にて批判的に吟味するとともに、医療観察法と一般医療の差異を検討する。これらを通して、医療観察法通院処遇対象者を地域で支援していく動機づけの向上のきっかけとし、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、医療観察法対象者の退院および社会復帰の促進に貢献することを目的とする。

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/km² 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_chousa/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、周愛巣鴨クリニック、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. エキスパートオピニオン調査の対象となる精神科医

1) 医療観察法通院処遇にかかわった経験や実績があり、本研究への参加が適切だと考えられる精神科医（※聞き取り調査に参加した者も含んでよいこととする。なぜなら、我が国の医療観察法通院医療をリードする精神科医が複数含まれているため）、

または、2) 一般精神科にて入院に頼らない医療を地域で展開した経験や実績があり、本研究への参加が適切だと考えられる精神科医、かつ 3) グーグルフォームで説明を読み同意を取得(氏名のみ公表することも同意内容に含まれる)した者。

2. 調査項目

2-1) 支援者に対して半構造化面接で聞き取り調査をする内容

- (1) 医療観察法を通院処遇中、処遇終了者の人数
- (2) 退院時点で、共通評価項目の社会復帰関連指標のうち1項目以上に問題があったが、調査時点で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
- (3) 診断と対象行為
- (4) 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
- (5) 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
- (6) 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
- (7) 通院処遇中の治療内容の概要
- (8) 連携機関(リストは令和5年度報告書)
- (9) 地域資源(リストは令和5年度報告書)
- (10) 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
- (11) 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

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) 支援者への聞き取り調査で抽出した、治療や支援の実践例および連携体制について、エキスパートオピニオン調査を実施し、「有効」「どちらとも言えない」「無効」の3択で選択しそれぞれのパーセンテージを示すとともに、70%以上の有効選択率のものを太字等にする。また、エキスパートの意見や助言、注意すべき視点等についても示し、批判的に吟味する。

4. データ解析

都市部及び郡部の医療観察法指定通院医療機関の、連携機関、医療、福祉サービス、その他の連携や支援については、記述統計を示すとともに、都市部と郡部の利用率・実施率において、カイ二乗検定で比較した(20%以上のセルで期待度数が5未満では、Fisherの正確検定を用いた)。探索的に行った研究であることから、有意水準は $p < 0.05$ とした。

エキスパートオピニオン調査では、「有効」「どちらとも言えない」「無効」の選択率を、全体、司法、一般のエキスパートごとに示し、有効選択率が70%以上のものを強調した。また、司法と一般の選択率を、カイ二乗検定で比較した(2群比較となり、20%以上のセルで期待度数が5未満では、Fisherの正確検定を用いた)。

(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

1. 聞き取り調査

1-1. 症例数と聞き取り調査の参加者数

全 121 例（都市部 76 例：国立精神・神経医療研究センター 28 例、東京都立松沢病院 19 例、周愛巣鴨クリニック 6 例、ほっとステーション大通公園メンタルクリニック 9 例、岡山県精神科医療センター 14 例）（郡部 45 例：琉球病院 19 例、肥前精神医療センター 13 例、福島県立ふくしま医療センターこころの杜 3 例、メンタルクリニックなごみ 2 例、宮城県立精神医療センター 8 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 14 名、看護師 4 名、作業療法士 2 名、医師 5 名、臨床心理技術者 1 名であった。

1-2. 結果

入院していた指定入院医療機関の役割と連携、社会復帰調整官の役割、医療、MDT(Multi-disciplinary Team)会議、ケア会議、家族支援、連携機関、連携団体、個別連携、福祉サービス、就労、生活支援(金銭管理、ヘルパー)、住居、その他(社会復帰促進サポーター)について、都市部と郡部での件数とその利用率の比較を表 1 に示した。該当なしの機関や医療、福祉は、IPS (Individual Placement and Support)、地域生活定着支援センター、農福連携、発達障害者支援センター、職業能力開発学校、地域クラブ活動、民生委員、ボランティア、ホームロイヤー、NPO 法人(司法・福祉)であった。

2. エキスパートオピニオン調査

2-1. 調査協力者

朝倉崇文、芦名孝一、石津すぐる、伊藤順一郎、今井淳司、太田順一郎、大鶴卓、小澤篤嗣、勝元榮一、川副泰成、久保彩子、黒木規臣、黒田治、佐久間寛之、佐竹直子、田口寿子、谷口研一郎、趙岳人、長野敏宏、

成瀬暢也、長谷川直実、平林直次、村田昌彦、安田由華(五十音順)の計 24 名が参加した。精神科経験年数は、平均 31 年(17～44 年)であった。医療観察法病棟勤務経験のあるものを司法専門家とし、それ以外を一般精神とした。司法は 12 名、一般は 12 名となった。

2-2. 結果

121 例の聞き取り調査から得られた、122 の困難な状況に対する取り組みや工夫・実践方法について、＜全体的な支援に関して＞＜通院処遇への移行(退院)前後の課題に関して＞＜本人が入院していた医療観察法指定入院医療機関(指定入)の役割＞＜服薬アドヒアランス＞＜法や地域支援者との約束や基本的なルールなどの遵守困難、適応困難＞＜通院困難、通所困難が生じた場合＞＜施設適応＞＜急性増悪、ストレス脆弱性、残存する精神病性症状＞＜非精神病性症状＞＜生活能力に関する支援＞＜対人関係＞＜物質使用＞＜反社会性や、性犯罪等の発露＞＜家族支援＞＜医療観察法通院処遇終了前後の課題＞＜その他の課題やニーズ＞に分類し、「有効」「どちらとも言えない」「無効」の選択率と、司法と一般のエキスパートの選択率の比較、実践例に対するエキスパートオピニオンを、表 2～表 14 に示した。

D. 考察

1. 複雑事例の医療観察法通院処遇の特徴

複雑事例等により通院先が見つからない、あるいは、信頼関係構築や特性理解に時間を要するなどが背景にあり、入院と同じチームが通院でも受け持つことのメリットが大きいなどの理由で、入院していた指定入院医療機関が通院も引き続き受け持つ例は少なくない(33 例)。多職種面談(74 例)、多職種訪問(20 例)は少なくない。

社会復帰調整官の受診同伴(33例)、社会復帰調整官の訪問(26例)は一定数みられ、医療観察法の特徴といえる。こういった社会復帰調整官の積極的な関わりは地域支援者の安心感につながったという意見もみられた。家族支援(多職種や社会復帰調整官等による継続的な面談)を行っているケースは、都市・郡部問わず少なくない(40例)ことも明らかとなった。また、処遇中に住居が変更することが一定数あり(38例)、中には施設に適應することが困難となり、単身生活や施設の転居をしている例も複数みられた。その他、個別ケースにおいて様々な工夫がされている。

2. 複雑事例の医療観察法通院処遇の地域差

精神保健福祉センターとの連携、複雑事例等により指定入院医療機関に引き続き通院する例、指定入院医療機関担当者による相談・助言、社会復帰調整官の受診同伴、社会復帰調整官の訪問、多職種面談、緊急多職種チーム会議、訪問看護ステーション、2か所の訪問看護利用、地域活動支援センター、成年後見制度の活用、ヘルパーの利用、処遇中の単身生活の経験、処遇中の一般就労の経験は、都市部が郡部と比較して割合が多かった。逆に、指定通院医療機関の病院の訪問看護の利用、B型事業所利用、共同生活援助の入居率は、郡部が都市部と比較して多かった。

3. エキスパートオピニオン調査から見える医療観察法複雑事例のニーズと医療の特徴

3-1. 司法・一般精神科医の両方のコンセンサス(70%以上が有効を選択)のある取り組みのまとめ

(1) 本人を中心とした話し合い、共同意思決定を目指すこと、ストレングスの視点を持つこと、問題行動に対しては、そ

の解決法を探る前に、まず、その背景や理由を理解するよう努めること、といった基本的な取り組み。

- (2) 退院後の生活イメージが一致しない場合は、リフレクティングによる対話の促進、本人の希望に沿うにはどうしたらいいか話し合う。
- (3) 指定入から指定通への情報共有は、リスクだけでなくストレングス(保護要因)も重要。
- (4) 信頼関係構築のため、ニーズには迅速かつ真剣に対応する。
- (5) 多職種によるアウトリーチ、往診の有効性。
- (6) 社会復帰調整官や地域関係者の訪問、必要時の社会復帰調整官の受診同伴。
- (7) 2か所の訪問看護やヘルパーによる服薬確認。
- (8) ヘルパーや訪問看護などの支援を充たせることによる単身生活の実現。
- (9) 危機介入は迅速に行う。
- (10) 事例によるが、オープンダイアログの要素を取り入れた緊急ケア会議。
- (11) 多職種訪問、多職種面談による生活相談による生活能力支援。
- (12) 多職種面接、社会福祉協議会、成年後見制度の活用による金銭管理・相談。
- (13) 地域定着支援(24時間対応)による単身生活支援。
- (14) 対人過敏さによるトラブル等の環境調整のための単身生活支援。
- (15) 安定した関係のある少数のスタッフでの対応し、本人のペースに合わせる。
- (16) 飲酒等の物質使用時、相談できる関係の維持を優先。
- (17) 再使用そのものよりも、対象行為につながる精神病性症状や生活状況に着目する。
- (18) 家族の精神疾患否認、過度な感情表出、

問題行動がある場合は、多職種チームや社会復帰調整官が継続的に面接を行う。

- (19) 処遇終了後は、本人が役に立つと考える支援（多職種面接や生活相談）を継続する。
- (20) リスクシナリオやクライシスプランは適宜修正していく。

3-2. 有効性に対する意見がばらつく取り組み（あるいは、医療観察法に特徴的な医療）のまとめ

- (1) 指定入院医療機関の役割（困難事例をそのまま引き受ける等）や助言をすることについては意見がばらつく。指定通院医療機関のチームが難しい事例に対して主体的に覚悟をもって関わるといふ姿勢の育成を妨げるかもしれないとの意見がみられた。
- (2) トラウマインフォームドケアの有効選択率は一般よりも司法の専門家が高いことから、司法ではトラウマのある人をより多く診ている可能性がある。
- (3) 拒薬時の対応について、医師や多職種チームの面前内服、ピアサポーターとの共有や訪問看護による電話確認、入院、LAI（Long Acting Injection）変更については、意見が分かれ、否定的な意見も少なくない。
- (4) クロザピンの血中濃度測定の有効選択率は司法で高く、一般では低い。
- (5) 薬物治療抵抗性の精神病症状への認知行動療法の有効選択率は、司法で高く、一般で低い。
 - ・医療観察法病棟経験者はクロザピンや認知行動療法になじみがある可能性が示唆された。
 - ・一般の地域支援では、精神病症状よりも生活支援に力点が置かれている可能性がある。

- (6) 警察や麻薬取締官がケア会議参加することに対しては慎重な意見が多い。無効選択率が比較的高い。
- (7) 条件反射制限法、ARP（アルコールリハビリテーションプログラム）目的入院は特に一般で有効選択率が低い。
- (8) 再入院申立てや処遇終了の考え方は司法内でも一般内でもばらつきがみられる。

E. 結論

本調査により、医療観察法通院処遇に特徴的な支援が抽出された。地域差や施設間差がみられることが示唆された。また、複雑事例の退院を促進し、地域で支援するための様々な取り組みを見出した。これらは、指定通院医療機関の基幹型（より医療観察法に特徴的な手厚い支援が可能な医療機関）と標準型（一般精神科医療にて利用可能なサービス）のモデルと両者の連携モデルについて提唱するための資料や、医療観察法指定入院医療機関の複雑事例を、入院が長期化する前に退院及び社会復帰を促進するための支援モデルを提唱するための資料となる。今後はこれらの実現可能性と有効性を調査することが望まれ、医療観察法対象者の退院及び社会復帰の促進に寄与することが期待される。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Koji Takeda, Hiroko Kashiwagi, Keisuke Takanobu, Ryotaro Kubota, Ryo Naoe, Yuji Yamada, Junko Koike, Toshiaki Kono, Yuki Kako, Naotsugu Hirabayashi: Current status and

features of antipsychotic prescriptions in Japanese forensic psychiatric wards based on a forensic inpatient database. Neuropsychopharmacol Reports, 2025; 45(1):1-11

- 2) 柏木宏子: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? 精神鑑定の限界 なぜ精神科医には分からないかを説明する試み. 司法精神医学, 2024; 19 (1): 80-88
- 3) Toshinori Nakamura, Ryuji Furihata, Naomi Hasegawa, Fumitoshi Kodaka, Hiroyuki Muraoka, Kayo Ichihashi, Shinichiro Ochi, Shusuke Numata, Takashi Tsuboi, Manabu Makinodan, Hitoshi Iida, Toshiaki Onitsuka, Hiroko Kashiwagi, Masahiro Takeshima, Naoki Hashimoto, Tatsuya Nagasawa, Masahide Usami, Hirotaka Yamagata, Yoshikazu Takaesu, Kenichiro Miura, Junya Matsumoto, Kazutaka Ohi, Hisashi Yamada, Hikaru Hori, Ken Inada, Koichiro Watanabe, Ryota Hashimoto, Norio Yasui-Furukori. The effect of education regarding treatment guidelines for schizophrenia and major depressive disorders on psychiatrists' hypnotic medication prescribing behavior: a multicenter study. BMC psychiatry, 2024; 24(1):399-399

2. 学会発表

- 1) 稲川雄太, 岡本智子, 小川眞太郎, 柏木宏子, 吉田寿美子, 林幼偉, 山村隆, 高橋祐二:中枢神経系炎症性脱髄疾患患者における小児期逆境体験とメ

ンタルヘルスに関する研究.第 36 回日本神経免疫学会学術集会, 2024.10.3

- 2) 村岡寛之, 福本健太郎, 長谷川尚美, 古郡規雄, 小高文聰, 大井一高, 柏木宏子, 松本純弥, 三浦健一郎, 稲田健, 渡邊衡一郎, 橋本亮太:大うつ病性障害の治療における EGUIDE プログラムと重症度記載の有効性の検討. 第 120 回日本精神神経学会学術総会, 2024.6.21
- 3) Ochi S., Kodaka F., Hasegawa N., Iga J., Kashiwagi H., Komatsu H., Tagata H., Tsuoi T., Numata S., Iida H., Igarashi S., Ohi K., Fukumoto K., Muraoka H., Matsumoto J., Miura K., Ueno S., Watanabe K., Inada K., Hashimoto R., Yasui-Furukori N: Associations of clozapine available institution and the diagnosis of subgroups about treatment-resistant schizophrenia or not with a higher rate of antipsychotic monotherapy and lower other concomitant psychotropics in overall schizophrenia treatment: A real-world nationwide study. CINP 2024 (World Congress Collegium Internationale Neuro-Psychopharmacologicum) 2024.5.24.
- 4) 柏木宏子, 三枝華子, 平林直次: 裁判員裁判で心神耗弱が認定された放火症の一例. 第 20 回日本司法精神医学会大会, 2024.5.25
- 5) 樋口早子, 大町佳永, 大森まゆ, 竹田康二, 柏木宏子, 加藤愛理, 槇野絵里子, 久保田涼太郎, 近藤忠之, 平林直次:医療観察法処遇終了退院となる入院対象者について-認知機能が顕著に低下した高齢者の事例.第 20 回日本司

法精神医学会大会， 2024. 5. 24

- 6) 柏木宏子，大森まゆ，近藤忠之，槇野絵里子，山下真吾，平林直次：司法精神医学コンサルティングの実践報告．第 20 回日本司法精神医学会大会，2024. 5. 24
- 7) 越智紳一郎，小高文聰，長谷川尚美，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，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，古郡規雄：Associations of clozapine available institution and the diagnosis of subgroups about treatment resistant schizophrenia or not with higher rate of antipsychotic monotherapy and lower other concomitant psychotropics in overall schizophrenia treatment: A real-world nationwide study. 第 18 回日本統合失調症学会， 2024. 4. 14

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、および、エキスパートオピニオン調査にご協力くださった精神科医の皆様に深謝致します。

参考文献

- 1) 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
- 2) 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.
- 3) 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．厚生指標．2016；63(7)：20-28
- 4) 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）
- 5) 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
- 6) 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 指定通院医療機関（指定通）の医療、支援、連携、福祉サービス、その他の件数及び都市部と郡部の比較

	全体 (n=121)	都市部 (n=76)	郡部 (n=45)	都市部vs郡部 カイ二乗検定*(p)
入院していた指定入の役割と連携				
困難事例等で指定通が見つからずに指定入に通院**	33	30	3	9.0×10^{-5}
最初のみ安定するまで指定入に通院**	3	2	1	0.89
指定入院医療機関担当者による				
相談・助言	12	12	0	0.005
転院の相談	2	1	1	0.81
バックベッド	7	6	1	0.19
社会復帰調整官の役割				
社会復帰調整官の受診同伴**	33	31	2	1.4×10^{-5}
社会復帰調整官の訪問**	26	23	3	0.0023
医療、MDT会議、ケア会議、家族支援				
入院(精神保健福祉法)経験あり	47	29	18	0.84
指定通院医療機関の				
デイケア	51	29	22	0.25
多職種面談	74	55	19	0.001
多職種訪問	20	14	6	0.47
ACT	1	0	1	0.37
訪問看護	74	36	38	5.2×10^{-5}
訪問看護ステーション	43	42	1	3.8×10^{-9}
訪問看護あり	104	66	38	0.71
訪問看護2か所から(通院病院と訪問看護ステーション)	13	12	1	0.02
別病院の外来OT	3	3	0	0.24
別病院のデイケア	4	4	0	0.15
緊急MDT会議**	15	14	1	0.009
緊急ケア会議**	13	11	2	0.085
家族支援(MDTか社会復帰調整官による面接)	40	27	13	0.45
連携機関、連携団体、個別連携				
精神保健福祉センター	90	66	24	4.5×10^{-5}
保健所	109	67	42	0.28
精神保健福祉課	93	56	37	0.28
地域生活支援事業所	27	22	5	0.023
地域包括支援センター	2	1	1	0.61
基幹相談支援センター	14	7	7	0.29
警察	4	3	1	0.52
麻薬取締官	1	1	0	0.63
自助グループ	11	7	4	0.61
NA	4	2	2	0.48
AA	4	4	0	0.15
断酒会	2	0	2	0.14
ピアサポート	6	6	0	0.057
よりそい弁護士制度	3	3	0	0.24
福祉サービス、就労、生活支援(金銭管理、ヘルパー)				
地域生活支援事業所				
移動支援	2	1	1	0.61
地域活動支援センター	24	20	4	0.02
就労継続支援				
A型事業所	4	3	1	0.52
B型事業所	47	24	23	0.033
就労移行支援事業所	3	3	0	0.24
就労定着支援	2	2	0	0.39
一般相談支援事業所				
地域移行支援	1	1	0	0.63
地域定着支援(24h)	5	4	1	0.38
特定相談支援事業所				
計画相談支援	56	32	24	0.23
生活保護	46	29	17	0.97
社会福祉協議会	7	5	2	0.48
成年後見制度の利用	11	10	1	0.038
ハローワーク	1	0	1	0.37
一般就労	12	11	1	0.025
ショートステイ	1	1	0	0.63
ヘルパー	10	10	0	0.0075
住居、その他(社会復帰促進サポーター)				
処遇中に単身生活の経験あり	41	33	8	0.004
処遇中に住居の変更あり	38	23	15	0.73
家族同居	23	16	7	0.46
宿泊型自立訓練	8	4	4	0.34
共同生活援助	39	18	21	0.0089
グループホーム(滞在型)	29	17	12	0.59
福祉ホーム	1	0	1	0.37
更生保護施設	1	1	0	0.63
救護施設	2	2	0	0.39
養護老人ホーム	4	3	1	0.52
ダルク	8	5	3	0.63
社会復帰促進サポーター(元対象者がピアサポートとして活躍)	2	2	0	0.39

*20%以上のセルで期待度数が5未満では、Fisherの正確検定

**インタビューで把握できた件数であり、全件数を把握しているわけではない項目

指定通: 指定通院医療機関 指定入: 指定入院医療機関

MDT: Multi-disciplinary Team: 多職種チーム

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

OT: Occupational Therapy: 作業療法

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

NA: アルコホリック・アノニマス: アルコール依存の自助グループ

AA: ナルコティクス・アノニマス: 薬物依存の自助グループ

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

表2 全体的な支援に関するエキスパートオピニオン調査

	全体				司法 (医観法病棟経験)				一般				司法vs一般 カイ二乗検定 (p)*	
	有効		どちらとも 言えない		無効		有効		どちらとも 言えない		無効			
	n=24 %	n=24 %	n=24 %	n=24 %	n=12 %	n=12 %	n=12 %	n=12 %	n=12 %	n=12 %	n=12 %			
全体的な支援に関して														
1 本人を中心とした話し合いを重ねることが重要である	100	0	0	0	100	0	0	100	0	0	100	0	0	1
2 ストレングスを視野に入れた支援が重要である	100	0	0	0	100	0	0	100	0	0	100	0	0	1
3 本人と支援者との共同意思決定を目指すことが重要である	100	0	0	0	100	0	0	100	0	0	100	0	0	1
4 問題となるような行動がみられる場合は、支援者はまずその背景や理由を深く理解するように努める	95.8	4.2	0	0	100	0	0	91.7	8.3	0	0	0	0	0.5
司法・エキスパートオピニオン														
・SDMと入院期間のバランスを上手にとることが大切														
・4に関し、対象者自身の主体性の下にその主観的現実を実感できると良い														
・1と3 強制医療であるからこそ、対話を重視しSDMを最重視する必要があると実感している														
・背景や理由の理解を深めることをしなければ新たな介入方法の発見はなされず、また、他の支援者や他機関からの情報提供があっても理解ができなくなり、治療者（機関）としての発展がとまり、困難事例の治療が行き詰まる恐れがある														
一般・エキスパートオピニオン														
・疾患によって各々の有効性が異なるのではないかと														
・医療観察法通院医療のみならず、一般精神科診療においても、すべて重要な問いかけであると考え														
・地域で働く臨床医であれば、だれでも「有効」と答えるように思われる														

*2群の場合、20%以上のセルで期待度数が5未満では、Fisherの正確検定

SDM: Shared Decision Making：共同意思決定

表3 通院処遇への移行(退院) 前後の課題に関するエキスパートオピニオン調査

	全体 どちらと も言えな い			司法（医観法病棟経験） どちらと も言えな い			一般 どちらと も言えな い			司法vs一般 カイニ乗検定 (p)*
	有効 n =24 %	無効 n =24 %	無効 n =24 %	有効 n =12 %	無効 n =12 %	無効 n =12 %	有効 n =12 %	無効 n =12 %		
通院処遇への移行(退院) 前後の課題に関して										
1 医療観察法の再入院を繰り返している、病状が不安定等により、通院先の地域の不安が強い場合、指定入と地域支援者などで長期にわたり、高い頻度でWeb会議を行う（例：3年間、1カ月に1回のWeb会議）	82.6	13	4.3	83.3	16.7	0	81.8	9.1	9.1	0.51
2 医療観察法の再入院を繰り返している、病状が不安定等により、通院先の地域の不安が強い場合、本人が通所訓練をしているところに地域の支援者が同席して、本人の様子を共有する	95.8	4.2	0	100	0	0	91.7	8.3	0	0.5
3 医療観察法の再入院を繰り返している、病状が不安定、生活能力障害が強い等により、通院先の地域の不安が強い場合、指定通と訪問看護ステーションの2か所から訪問看護を導入する(特別	66.7	29.2	4.2	66.7	33.3	0	66.6	25	8.3	0.56
4 医療観察法の再入院を繰り返している、病状が不安定、社会機能や生活能力障害が強い等により、通院先の地域の不安が強い場合、社会復帰調整官が受診同伴する（例：最初の1年は毎回受診同伴）	75	20.8	4.2	75	25	0	75	16.7	8.3	0.55
5 本人が、変化に脆弱で信頼関係構築困難な場合、入院中から、CPA会議に通院担当予定の多職種が長期間頻回に参加、面接、繰り返し模擬受診を行う（具体例：半年間に3回多職種がCPA会議に参加、1回約30分の医師面接とMDT面接、3回の模擬受診（約15分））	70.8	29.2	0	83.3	16.7	0	58.3	41.7	0	0.19
6 本人が、信頼関係構築困難な場合、本人から相談があればタイムリーに対応し、多職種でニーズに答え、真剣に取り扱う	95.8	4.2	0	100	0	0	91.7	8.3	0	0.5
7 本人が、信頼関係構築困難な場合、週に1回MDTで訪問（例：一緒にラーメンを食べに行く）	79.1	20.8	0	83.3	16.7	0	75	25	0	0.5
8 本人が、医療不信が強いなどで信頼関係構築困難な場合、トラウマインフォームドケアを念頭に置く	62.5	37.5	0	83.3	16.7	0	41.7	58.3	0	0.045
9 退院後の生活イメージについて、支援者と本人のギャップがある場合、可能な限り本人が最初から会議に参加して、地域支援者の意見交換を聴いてもらう（リフレクティング）などして、本	91.7	8.3	0	91.7	8.3	0	91.7	8.3	0	0.76
10 退院後の生活イメージについて、支援者と本人のギャップがある場合、本人の希望に沿うには何ができるか話し合う	91.7	8.3	0	91.7	8.3	0	91.7	8.3	0	0.76
11 指定入から指定通への情報共有の仕方については、事例検討という形で、地域関係者とケースフォーミュレーションを行い、リスクや課題だけではなく、その人の人となりや、どのように対応すると安定するのか、ストレngthsは何か、リスクを代償する要因(保護要因)も指定入から情報提供する	95.8	4.2	0	100	0	0	91.7	8.3	0	0.5
司法・エキスパートオピニオン										
・3は治療方針の統一性が担保されること、5は望ましいが現実的にはなかなか通院先が頻回に指定入を訪問することは困難										
・有効ではあるが、コストへの手当がなく、ほとんどがコストパフォーマンスが悪い方法										
・どれも原則的に有効だと思うが、侵襲的になる場合もあり得る。本人の希望が前提。実施以前に本人に説明し、限界設定を明らかにしたうえで同意を得るプロセスが必要										
・指定通、社会復帰調整官の負担が大きすぎるため、実施は現実的ではないものがある										
・3については、指定通と訪問看護ステーションがタイムリーに記録を共有できる体制、密な連携体制を組めるならば有効であるが、現状の訪問看護ステーションとの紙面でのやり取りだけでは、（やらないよりは良いことは認めるが）有効性は低いと考える。4については、同伴者は社会復帰調整官が良いのか、それとも地域支援者が良いのかは迷う。強制医療の枠組みを明示するために社会復帰調整官が良い場合もあると思うが、日常的に本人の生活や支援を担当する支援者が対話を重ねながら同伴するほうが、より治療継続性が高まると感じる。11については、指定入からの情報提供が病状やリスクに偏っていると感じる。病状や内服管理、通院手段や通所スケジュールの枠組みの話が多く、本人のニーズやストレngthsなどの保護因子の情報提供が少ない。ただし、入院ではニーズや生活評価に限界があることも理解している。入院中に病状やリスクだけでなく、保護因子についても評価し、それを退院計画・処遇実施計画に載せることを必須とし、それを指定通院医療機関に引き継ぐ体制を作ってほしい										
・再入院を繰り返す場合、まずは薬物治療や支援体制の見直しが十分になされるべきだと考える。それでも指定入院が頻繁にWeb会議をする必要があるようなケースについては、同じ都道府県内ならば指定入が通院医療も請け負うようにする方が良いと思うが、都道府県外であるのなら止むを得ないと思う										
一般・エキスパートオピニオン										
・本人抜きのWEB会議は無意味でしょう										
・5、11 本人抜きで事例検討やCPAを重ねることのリスクを十分に考慮する必要があると思われる。どんなに質の高いアセスメントをしていても、地域で支援を担う人が、本人との関係を構築するためのアセスメントになっているとは限らない。よけいな情報や先入観が、関係を妨げる可能性があることに配慮が必要だと考える										

*2群の場合、20%以上のセルで期待度数が5未満では、Fisherの正確検定

CPA: Care Programme Approach MDT: Multi-disciplinary Team: 多職種チーム

指定通: 指定通院医療機関 指定入: 指定入院医療機関

表4 本人が入院していた医療観察法指定入院医療機関(指定入)の役割に関するエキスパートオピニオン調査

	全体			司法（医観法病棟経験）			一般			司法vs一般 カイニ乗検定 (p)*
	有効	どちらとも 言えない	無効	有効	どちらとも 言えない	無効	有効	どちらとも 言えない	無効	
	n=24 %	n=24 %	n=24 %	n=12 %	n=12 %	n=12 %	n=12 %	n=12 %	n=12 %	
本人が入院していた指定入の役割										
1 退院後、病状等が不安定となった場合は、指定入担当MDT がケア会議へ参加する	75	20.8	4.2	91.7	8.3	0	58.3	33.3	8.3	0.16
2 退院後、病状等が不安定となった場合は、指定入担当MDT がWeb会議で助言する	75	16.7	8.3	83.3	16.7	0	66.7	16.7	16.7	0.33
3 候補の指定通から、病状や支援体制の不安などを理由に受 け入れを断られた場合、一定期間指定入に通院し、安定してい ることを確認してから候補の指定通に転医する	79.2	20.9	0	91.7	8.3	0	66.7	33.3	0	0.16
4 本人と通院先(指定通)の担当者との関係が悪化し、治療が 継続できない場合、指定入に転医し通院する	41.7	58.3	0	41.7	58.3	0	41.7	58.3	0	1
5 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、指定通が見つからないなど、複雑で多様なニー ズのある事例に限って、指定入がそのまま通院も引き受け、指 定入担当者が通院でも継続して担当する	62.5	37.5	0	75	25	0	50	50	0	0.2
6 通院先が無床の場合、指定入がバックベッドとなる	83.3	16.7	0	100	0	0	66.7	33.3	0	0.047
司法・エキスパートオピニオン										
・退院したのちも指定入が通院医療機関と連絡を取り合いつつ、必要時に相談に応じることは、入院医療機関にとってもフィードバックを受けられるのでメリットがある。困難な事例こそ、入院医療機関に通院することが望ましいし、対象者にとっても安定に寄与する ・持続可能なやり方の確立を常に考える必要がある。だれかの無償の努力にならないようなやり方をまず考えるべき ・このセクションは地域間の地理的条件に左右される。遠隔地で退院したケースについて、4は有害でもあり得る ・退院後に指定入の担当チームが介入することは退院直後は必要かつ有効な事例や状況もあると思うが、指定通のチームが難しい事例に対して主体的に覚悟をもって関わるという姿勢の育成を妨げるかもしれないので、長期的な介入は望ましくないと考える。また、「難渋したら指定入に転院して通院」ということを原則可能にしてしまうことも、同じ理由であまり賛成できない（事例によって、それがベストであるという入通院双方の関係者が合意できる場合ならありだと思う）。指定通も困難事例に関わり続けることによって、支援力を磨ける部分があると思う。通院処遇に移行後にどこまで指定入が関わるのか、という点は今後もっと議論してもいいかもしれない ・1と2については、退院後1年以内であれば有効だが、1年以上経つと入院中の状況や評価があまり役に立たないだろうと思う。5については、複雑で多様なニーズのある事例に限って、指定入がそのまま通院も引き受け、指定入担当者が通院でも継続して担当することは有効と感じる。ただし、このような困難な事例を指定入チームが診続けることで、指定通担当者のスキルが向上しないリスクもあると考える。1年程度は指定通院が主担当となるが、指定入も協働チームとして一緒に診続け、1年程度で指定通だけで対応できるソフトランディングが良いと感じている ・4当院からの通院移行なのであれば、その結論に至れば、引き受けするのは当然という感覚はある。なるべく継続いただけるよう手を尽くすとも思う ・5はもう少し射程を広げても良いと思う										
一般・エキスパートオピニオン										
・おそらく「困難事例」は生活の維持の方に困難があるのではないかと。安心して暮らせる居住施設や人とのつながりができる場が重要なのではないかと ・指定入自体野多職種の能力およびケア態度に差が大きく、特に医師については、能力差があまりに大きい。そのため、一概には頼れるかは言えない ・通院も再入院も、ご本人の生活圏と指定入の位置が適切な場合有効かと思う。ただ、それが必ずしも本人にとって納得がいく、適切入院治療となるのかかなり心配。安易な入院の繰り返しになると、支援者には地域で支え切る力が見つからないし、本人も支援者を信頼しなくなる。また、入院や通院適応の必要性の解釈が拡大され続け、指定入の本来の目的からはずれ、一般の精神科病院化しかならない問題がある。治療だけを考えると入院から在宅は一貫して行うことは効果的な場合も多いが、制度の運用や、地域の支援力の醸成を考えると、入院も通院もともにもどさず、地域で支え切る方向へ一貫した運用をする方がいいと考える										

*2群の場合、20%以上のセルで期待度数が5未満では、Fisherの正確検定

指定通：指定通院医療機関 指定入：指定入院医療機関

MDT: Multi-disciplinary Team: 多職種チーム

表5 服薬アドヒアランスについてのエキスパートオピニオン調査

	全体			司法（医観法病棟経験）			一般			司法vs一般 カイニ乗検定 (p)*
	有効	どちらとも言えない	無効	有効	どちらとも言えない	無効	有効	どちらとも言えない	無効	
	n=24 %	n=24 %	n=24 %	n=12 %	n=12 %	n=12 %	n=12 %	n=12 %	n=12 %	
服薬アドヒアランスについて										
1 拒薬があった場合、拒否の理由や背景を探索し理解するよう努め、支援者で共有する	96.8	4.2	0	100	0	0	91.7	8.3	0	0.5
2 服薬が困難な場合、認知機能が影響している場合は確認方法の見直し、拒薬の場合心理教育を行う	87	13	0	91.7	8.3	0	81.8	18.2	0	0.47
3 服薬を自己中断したあとに、症状が悪化し暴力などの衝動行為が出現した場合、入院をすすめ、LAIの導入をすすめる	66.7	29.2	4.2	58.3	41.7	0	75	16.7	8.3	0.28
4 服薬を自己断薬し暴力などの衝動行為が出現した場合でも、精神保健福祉法で立て直せる診立てならば、(医療観察法の)再入院の申立てはしない	45.8	54.2	0	50	50	0	41.7	58.3	0	0.68
5 安定した服薬ができない場合、訪問看護とヘルパーによる服薬確認を行う（土日対応、2カ所の訪問看護で対応）	83.3	12.5	4.2	91.7	83.3	0	75	16.7	8.3	0.46
6 LAIを拒否し、さらに安定した服薬ができない場合、MDTや医師の面前で内服することでの服薬確認する	29.1	58.3	12.5	33.3	66.7	0	25	50	25	0.18
7 LAIを拒否し、さらに安定した服薬ができない場合、訪問看護ステーションに通って内服し服薬確認(例：本人の希望で、朝バン屋に行くついでに訪問看護ステーションに寄る)	41.7	54.2	4.2	50	50	0	33.3	58.3	8.3	0.48
8 クロザピンの安定した服薬ができない場合、クロザピン血中濃度測定による服薬状況の確認	62.5	29.2	8.3	91.7	8.3	0	33.3	50	16.7	0.012
9 クロザピンの安定した服薬ができない場合、必要時粉碎する	50	29.2	20.8	66.7	25	8.3	33.3	33.3	33.3	0.19
10 安定した服薬ができない場合、ダルクの支援者(ピアサポーター)と、LINEで空き袋の写真を共有する	29.2	54.2	16.7	50	50	0	8.3	58.3	33.3	0.022
11 安定した服薬ができない場合、訪問看護の職員が電話で服薬確認をする	41.7	58.3	0	66.7	33.3	0	16.7	83.3	0	0.013
司法・エキスパートオピニオン					一般・エキスパートオピニオン					
・服薬が円滑にいかない根本的な原因を調べるのが大切で、そのために精神保健福祉法入院や再入院で体制を立て直すことが良い場合もあるかと思う ・実施以前に本人の同意・動機づけによって有効となり得る ・6と7は実施できるなら有効だと思うが、実施は現実的には難しいと思う ・6と7は有効だが、継続性に課題があると考ええる。内服継続に困難がある対象者に、更に負担を強いる支援は継続し辛いだろうと考える。アウトリーチ・通所・通院などで本人と対面する機会を増やし、多職種・多機関で内服確認する体制を作る方が継続性が高いと考える ・6～11 当然有効な場合もあると思うが、対象者が同意することなど、いくつかの前提があるように思う					・内服遵守ができないケースにおいては、行動分析的なアプローチと、主治医の患者に対する態度が重要 ・「服薬していれば安定する」という神話をいつまでも信じていていいのか？心理社会的サポートの充実の方が必要なのではないか。精神科医のアウトリーチも必要なのではないか ・服薬ありき、の未熟な印象。拒薬は、ご本人との関係を構築する大切なチャンスだと考えている。内服するしないという課題を中心に据えたと何も見えなくなるし、本人を歪んでアセスメントしてしまう。拒薬したらダメ、暴力ふるったらダメ、だけでは先にすすまない。心理教育も未熟だと思う。仮説以上のエビデンスができていない以上やむなしだと思うが、医療者の謙虚さと本人と気持ちが一致した時に次の関係性にすすむと考える。服薬なしのまま（ひやひやししながら）フォローする期間も決して無駄にならない。地域の支援者の「監視」体制になってしまうと、本人は必ず離れていくと思う ・以前の治療歴を考えると、拒薬（LAI拒否も含めて）があるようなら診療所での対応は困難と考える					

*2群の場合、20%以上のセルで期待度数が5未満では、Fisherの正確検定

LAI: Long Acting Injection: 持続性抗精神病薬筋肉注射

MDT: Multi-disciplinary Team: 多職種チーム

表6 法や地域支援者との約束や基本的なルールなどの遵守困難、通応困難、通院通所困難、施設通応に関するエキスパートオピニオン調査

	有効	全体	無効	司法（医観法病棟経験）			有効	一般	無効	司法vs一般 カイ二乗検定(p)*
		どちらとも 言えない		有効	どちらとも 言えない	無効		どちらとも 言えない		
	n=24 %	n=24 %	n=24 %	n=12 %	n=12 %	n=12 %	n=12 %	n=12 %	n=12 %	
法や地域支援者との約束や基本的なルールなどの遵守困難、通応困難										
1 出奔し行方不明(対人過敏さから)、無断外泊などが生じた場合、一時的な入院の後、複数回入所施設を変更する（例：5～6回の施設(ダルクやGH)変更、信頼関係のある寮長に合わせて施設移動する）	50	50	0	58.3	41.7	0	41.7	58.3	0	0.41
2 出奔し行方不明(対人過敏さから)、無断外泊などが生じた場合、PSW、生活保護担当者、社会復帰調整官で探し、福祉事務所で話を聞いて、病院に行き診察を受ける	66.7	29.2	4.2	75	16.7	8.3	58.3	41.7	0	0.28
3 門限や、GH職員との面接時間が守れないなどの場合、指定通のMDT面接の頻度を高め、面接内容をGH職員と共有する	79.2	20.8	0	91.7	8.3	0	66.7	33.3	0	0.16
4 施設のルールが守れず退所勧告を受けた場合、GHを退所し、十分な支援を投入した上で単身生活へ移行する	33.3	62.5	4.2	41.7	58.3	0	25	66.7	8.3	0.46
5 施設のルールが守れず退所勧告を受けた場合、緩やかなGHへ移動する	41.7	54.2	4.2	50	50	0	33.3	58.3	8.3	0.48
6 無断で夜間の仕事(飲酒を伴う)に従事したことがなかった場合は、MDT面接の頻度やMDTによる自宅訪問の頻度を高め、生活状況の確認と援助を行う（例：週2以上のMDT面接(仕事の悩みを扱う)、MDTの自宅訪問)	66.7	33.3	0	83.3	16.7	0	50	50	0	0.097
7 相談なしに就職活動をしていることが分かった場合は、本人に任せつつ、MDTとは相談できる関係性作りを優先し、症状や生活状況のモニタリングを行う	70.8	29.2	0	75	25	0	66.7	33.3	0	0.5
8 性的逸脱、恐喝、出奔等のルール不遵守が続く場合は、ケア会議の頻度を高め（例：1回/月を継続する）、MDT面接では1年先のロードマップを毎回共有する	62.5	37.5	0	66.7	33.3	0	58.3	41.7	0	0.5
9 性的逸脱、恐喝、出奔等のルール不遵守が続く場合は、ケア会議の司会を順番に交えて、権限を持っている人を特定しない	16.7	75	8.3	16.7	75	8.3	16.7	75	8.3	1
10 デイケア拒否がみられた場合には、拒否の理や背景を探索し理解するよう努め、支援者で共有する	95.8	4.2	0	100	0	0	91.7	8.3	0	0.5
11 デイケア拒否がみられた場合には、代わりの居場所（例えば、自宅の店番、図書館、市民センターのクラブなどの地域資源）を見つける	66.7	33.3	0	66.7	33.3	0	66.7	33.3	0	0.67
12 デイケア拒否がみられた場合には、訪問看護と診察のみとして、今後についてはケア会議で話し合っていく	50	50	0	58.3	41.7	0	41.7	58.3	0	0.41
13 集団生活（GH、作業所、デイケア）になじまない場合は、アパート単身生活で、日中活動なし（訪看と診察のみ）とする	37.5	62.5	0	50	50	0	25	75	0	0.2
14 集団生活（GH、作業所、デイケア）になじまない場合は、日中活動に行くことを要求されない、ゆるやかなGHへの入所する	66.7	33.3	0	58.3	41.7	0	75	25	0	0.33
通院困難、通所困難が生じた場合										
15 通院困難(拒否)、通所困難(拒否)が生じた場合には、社会復帰調整官の受診同伴をする	75	20.8	4.2	83.3	16.7	0	66.7	25	8.3	0.49
16 通院困難(拒否)、通所困難(拒否)が生じた場合には、ヘルパーによる受診同伴をする	37.5	50	12.5	58.3	41.7	0	16.7	58.3	25	0.047
17 通院困難(拒否)、通所困難(拒否)が生じた場合には、老人ホームや救護施設の職員が受診同伴する	45.8	45.8	8.3	58.3	33.3	8.3	33.3	58.3	8.3	0.44
18 通院困難(拒否)、通所困難(拒否)が生じた場合、通院が必須の日（CPMS（クロザピンモニタリングサービス）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(タクシーに乗せる)を行う	50	50	0	66.7	33.3	0	33.3	66.7	0	0.1
19 通院困難(拒否)、通所困難(拒否)が生じた場合、タクシーで病院に到着後、MDTによるタクシーの出迎えを行う	41.7	54.2	4.2	66.7	33.3	0	16.7	75	8.3	0.038
20 通院困難(拒否)、通所困難(拒否)が生じた場合、PSWが迎えに行く	54.2	41.7	4.2	58.3	41.2	0	50	41.8	8.3	0.58
21 通院困難(拒否)、通所困難(拒否)が生じた場合、ピアサポーターによる送り迎えをする	37.5	58.3	4.2	50	50	0	25	66.7	8.3	0.32
22 通院困難(拒否)、通所困難(拒否)が生じた場合、往診する	75	25	0	75	25	0	75	25	0	0.68
23 通院困難(拒否)、通所困難(拒否)が生じた場合、本人の自宅でケア会議を行う	58.3	37.5	4.2	66.7	33.3	0	50	41.7	8.3	0.5
24 通院困難(拒否)、通所困難(拒否)が生じた場合、他科受診のため、地域定着支援(24h)等による移動支援を入れる	54.2	33.3	12.5	66.7	25	8.3	41.7	41.7	16.7	0.47
施設通応について										
1 日中の作業・活動が困難でグループホーム等への通応困難がある場合、自由に過ごしていいGHへ移動する(例：専門職ではない施設、精米搬送の手伝いなどの役割を持つ)	66.7	29.2	4.2	75	25	0	58.3	33.3	8.3	0.5
2 日中の作業・活動が困難でグループホーム等への通応困難がある場合、単身アパート生活に移行し、本人のニーズに応じて訪問看護やヘルパー等による支援を充実させる	79.2	16.7	4.2	83.3	16.7	0	75	16.7	8.3	0.59
3 日中の作業・活動が困難でグループホーム等への通応困難がある場合、地域資源（図書館や公園等）の活用を検討する	58.3	33.3	8.3	75	25	0	41.7	41.7	16.7	0.16

司法・エキスパートオピニオン

・施設での不適応はどのような理由かを精査する必要がある、直ちに緩い環境を提案すればよいとは限らない。明確な逸脱、違法行為にはMDTだけで対応するのではなく、警察や調整官と緊密に連携して対応する必要がある。通院拒否が続く場合は状態が悪化している可能性があるので、ヘルパーに突入させるリスクは賭するべきではない。きちんとリスクを評価して、対応する職種を決めるべき

・持続可能なやり方、それを保障するコストが必要

・どれも本人が受け入れられるなら有効。そうでない場合、何らかの法的根拠に基づき働きかける＝通院処遇下に果たされる条件について自覚を促す

・通院困難な場合、ヘルパー以外の定期的な同伴や往診などは現実的にできないのではないかな。施設職員に通院同伴を依頼すると、負担増となって以後医観法対象者を受け入れてもらえなくなる可能性もあるので、これは避けた方がいいと思う。1、4、5、12は事例によって有効か無効かは異なる

・MDTを含めた特定の支援者が思いついてくれたり、へこたれず共に見いだす形で、試みるなかで、よい方への変化が、対象者から報告されるということかもしれないと思う

・通所拒否、通院拒否、内服拒否、反社会的行動（触法行為）はリスクレベルが違うと考える。通所拒否レベルでは、見守りや対話を許可する対応で良いと思う。一方、治療拒否、触法行為は、再被害行為のリスクが高まるため見守りや対話の強化に加え、治療同伴、内服確認、治療や支援方針の変更、入院も含めた検討などリスク回避の様々な方策が必要となると考える

・日中活動の何が不適応を生じているのか精査が必要。医療者は通剰に保護的になりがちだが、支援があれば意外と自立した生活を送ることができる場合があり、支援の厚さがポイントなように思う

・対人関係構築が困難であり、それがストレスになる例については、孤立しないよう見守りを入れながら、対人関係を減らした生活のほうが有効と感じる

*2群の場合、20%以上のセルで期待度数が5未満では、Fisherの正確検定

GH:Group Home

PSW: Psychiatric Social Worker: 精神保健福祉士

MDT: Multi-disciplinary Team: 多職種チーム

一般・エキスパートオピニオン

・基本的に個別性を踏まえ、状況共有、分析、試験的に介入、評価が必要

・「管理」を地域で行うことによって、果たして当事者は安定するのか。どのような環境が当事者の安心につながるのかということについては、本人も交えた丁寧な検討が必要なのではないか。ピアサポーターを管理のために使ってはいけない

・このセクションも通院ありき、通所ありきの設問にみえる。どの設問も支援者の方法（引き出し）的にはすべて「あり」なものであると思うが、その時の本人にとって有効かどうかは、状況によってかなり異なる。拒薬と同じで、通院拒否、通所拒否も本人との関係を改善したり、本人の安心感、安全感を醸成するとてもいいチャンスなので、丁寧に考えるべきタイミングだと思う。社会復帰調整官の項目だけ有効にチェックを入れた。どこかで歯止めをかけることは必要だと思われ、これまでの流れを熟知し、本人もそのことを知ってくれている人として認識している調整官の同伴は、必要時であってもいいかと思う

・4.5 施設のルールが守れない理由によっては回答が変わると思う

表7 急性増悪、ストレス脆弱性、残存する精神病的症状、非精神病的症状についてのエキスパートオピニオン調査

	全体			司法（医観法病棟経験）			一般			司法vs一般 カイ二乗検定 (p)*
	有効	どちらとも 言えない	無効	有効	どちらとも 言えない	無効	有効	どちらとも 言えない	無効	
	n=24 %	n=24 %	n=24 %	n=12 %	n=12 %	n=12 %	n=12 %	n=12 %	n=12 %	
急性増悪、ストレス脆弱性、残存する精神病的症状について										
1 対象行為時と同様の症状が再燃した場合、連日の診察・MDT面接、夜間救急対応、自宅訪問、必要に応じ入院を検討する	91.7	8.3	0	83.3	16.7	0	100	0	0	0.24
2 クロザピン抵抗性の幻覚妄想がある場合、臨床心理技術者による精神病的症状に対する認知行動療法を継続する	45.8	37.5	16.7	75	25	0	16.7	50	33.3	0.0089
3 クロザピン抵抗性の幻覚妄想がある場合、本人と支援者による交換ノートによる密な情報共有と本人の孤立感防止に努める	62.5	29.2	8.3	91.7	8.3	0	33.3	50	16.7	0.012
4 命令幻聴の影響で被害者のところに行き、金銭の要求をするなどの行動がみられた場合、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）	82.6	13	4.3	83.3	16.7	0	81.8	9.1	9.1	0.51
5 重大ではない他害行為（隣人宅への侵入、暴力、失火等）が生じた場合、措置入院や医療保護入院で対応し回復した場合には、（医療観察法の）再入院を申し立てないこともある	62.5	37.5	0	50	50	0	75	25	0	0.2
6 自傷、器物破損などが生じた場合、緊急MDT会議、緊急ケア会議、MDTによる頻回の自宅訪問を実施	83.3	16.7	0	83.3	16.7	0	83.3	16.7	0	0.7
7 警察を呼んで騒ぐことを繰り返す、嫉妬、無断で休むなどが繰り返された場合、社会復帰調整官の定期的な自宅訪問をする(例：1週間に1回、社会復帰調整官が訪問看護と同居)	79.2	8.3	12.5	75	16.7	8.3	83.3	0	16.7	0.3
8 訪問看護への暴力が生じた場合、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）を行う	87.5	12.5	0	75	25	0	100	0	0	0.11
9 その他、ストレス脆弱で症状悪化を繰り返す場合、頻回のMDTによる自宅訪問（例：週1回の自宅訪問や外出）	75	20.8	4.2	83.3	16.7	0	66.7	25	8.3	0.49
非精神病的症状について										
1 身体愁訴と不安・恐怖の増悪時、GH職員による夜間の長時間対応	29.1	54.2	16.7	41.7	58.3	0	16.7	50	33.3	0.068
2 救急車を頻回に呼ぶ場合、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。区分認定の見直しを行う	66.7	33.3	0	66.7	33.3	0	66.7	33.3	0	0.67
3 不安や孤立、希死念慮がみられる場合、MDTによる自宅訪問を行う	79.2	20.8	0	75	25	0	83.3	16.7	0	0.5
4 不安や孤立、希死念慮がみられる場合、ピアサポーターによる自宅訪問を行う	75	25	0	66.7	33.3	0	83.3	16.7	0	0.32
司法・エキスパートオピニオン ・オープンダイアログ的な介入はやったことがないが、効果あるように思い、将来に期待している。ACT的な介入は効果があると思う。不安定な場合、精神保健福祉法入院か、再入院が必要か、調整官と密接な連携が必要 ・指定通によっては（特にクリニック）、マンパワー的に頻回の診察やMDTでの自宅訪問は実施困難ではないでしょうか。もちろん実施できれば有効であることは明らかだが、特に他害リスクが高まっているなど緊急性が高い場合には、精神保健福祉法入院を選択する方が安全だと思う ・5は程度や状況により判断すると考えます。万引きなど軽度のレベルでは再入院なしにするが、別の触法行為が起こったが、再他害行為が切迫していたと判断した場合は、再入院も検討する。8について、対物暴力と対人暴力はリスクレベルが違うと判断する。対人暴力を起こした際は、入院も含めた緊急対応を検討する ・逸脱行為が出た場合、地域支援者への負担が大きく、疾病性が高い行為であれば入院で立て直しを行うべきであるように思う ・費用対効果の検証は常に必要 ・いずれの設問も「有効」と考えるが、現実的には通常業務も抱えており、実行することは困難なことが残念。将来当たり前のように行われることに期待する ・（非精神病的症状の）1はそこまで職員に負担を求めることは難しい。2は救急車を呼ぶ理由によってはこの対応でいいかわからない 一般・エキスパートオピニオン ・①軽犯罪に対して医療だけで対応するのは筋違いなのではないか。きちんと警察に対応してもらうことも必要なのではないか（一市民として）。②信頼関係のある支援関係をいかに形成・持続するかということが重要なのではない ・「認知行動療法」決して万能ではない。「交換ノート」となるとなおさら。暴力などの次につながってしまうリスクに対しては対応がむなしだと思う ・（非精神病的症状への対応について）こららの状況では、支援する側の不安や消耗についても配慮が必要。スタッフが安心して不安を語る状況が必要										

*2群の場合、20%以上のセルで期待度数が5未満では、Fisherの正確検定

GH:Group Home

MDT: Multi-disciplinary Team: 多職種チーム

指定通：指定通院医療機関

表8 生活能力に関する支援についてのエキスパートオピニオン調査

	全体			司法（医観法病棟経験）			一般			司法vs一般 カイニ乗検定 (p)*
	有効	どちらとも 言えない	無効	有効	どちらとも 言えない	無効	有効	どちらとも 言えない	無効	
	n=24 %	n=24 %	n=24 %	n=12 %	n=12 %	n=12 %	n=12 %	n=12 %	n=12 %	
生活能力に関する支援										
1 浴室も本や物であふれるなどの場合、OT・PSWが自宅訪問し、棚・本棚の組み立て作業や、整理を一緒に実施し、生活の質を高める	91.3	8.7	0	91.7	8.3	0	91	9.1	0	0.74
2 通所先への道順が分からない場合、OT・PSWが訪問し、道順確認と写真入りの地図を作成する	91.7	8.3	0	100	0	0	83.3	16.7	0	0.24
3 書類の手続きができない場合、訪問看護、MDT（PSW等）が手続きに同伴する	100	0	0	100	0	0	100	0	0	1
4 金銭管理ができない場合、通院MDT（Ns、PSW、OTら）による金銭管理の相談や支援（出納帳の作成、レシートの確認）	79.2	20.8	0	83.3	16.7	0	75	25	0	0.5
5 金銭管理ができない場合、グループホーム世話人や相談事業所職員による金銭管理の相談・支援	91.7	4.2	4.2	91.7	8.3	0	91.7	0	8.3	0.37
6 金銭管理ができない場合、社会福祉協議会のスタッフによる金銭管理の支援	95.8	4.2	0	91.7	8.3	0	100	0	0	0.5
7 金銭管理ができない場合、成年後見制度を活用し、保佐人等が金銭管理の相談や支援を行う	95.8	4.2	0	100	0	0	91.7	8.3	0	0.5
8 金銭管理ができない場合、寄り添い弁護士制度の一時的な活用	75	20.8	4.2	83.3	16.7	0	66.7	25	8.3	0.49
9 外出困難な場合、地域定着支援(24時間電話対応)の導入、移動支援をつける	100	0	0	100	0	0	100	0	0	1
司法・エキスパートオピニオン					一般・エキスパートオピニオン					
・自立を損なわない支援が望ましい					・余りにも多くの多職種が関わると本人が混乱することもあるため、個性					
・すべて有効と考える。ただし、生活能力が低下し直接支援が必要な例に、指定通院医療					を重視してケア方針は決めるべき					
機関のスタッフの介入を強化するほうが良いのか、地域支援者の介入を強化する方がよい					・地域の中にMDTをつくるということが、前提であろう					
のかは迷う。ボランティアの支援は継続性が担保できないため、まずは制度を利用した地域					・どれも、ご本人が受け入れてくれた上で、場合によって、の上の回答で					
支援者の介入を強化し、それが難しい部分に指定通院医療機関の支援をいれるほうがよい					す。グループホーム世話人など、そこだけで支援が完結するところでの金銭					
と考ええる					管理は（やむを得ない場合もあるが）絶対にさけるべき					

*2群の場合、20%以上のセルで期待度数が5未満では、Fisherの正確検定

OT: Occupational Therapist: 作業療法士

PSW: Psychiatric Social Worker: 精神保健福祉士

MDT: Multi-disciplinary Team: 多職種チーム

Ns: Nurse: 看護師

表9 対人関係の課題についてのエキスパートオピニオン調査

	全体 どちらとも言えない			司法（医観法病棟経験） どちらとも言えない			一般 どちらとも言えない			司法vs一般 カイニ乗検定 (p)*
	有効 n=24 %	無効 n=24 %	無効 n=24 %	有効 n=12 %	無効 n=12 %	無効 n=12 %	有効 n=12 %	無効 n=12 %	無効 n=12 %	
対人関係の課題について										
1 対人過敏さからの暴言、トラブルを繰り返す場合、単身生活へ移行、個室へ移動により環境調整を行う	87.5	8.3	4.2	100	0	0	75	16.7	8.3	0.18
2 対人過敏さからの暴言、トラブルを繰り返す場合、臨床心理技術者による心理面接を継続する（例：週に1回30分以上の心理面接）	45.8	45.8	8.3	50	50	0	41.7	41.7	16.7	0.34
3 訪問看護拒否があった場合、安定した関係を築くことができる少数の支援者で対応	75	25	0	75	25	0	75	25	0	0.68
4 訪問看護への暴言や暴力がみられる場合、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させる	62.5	25	12.5	66.7	33.3	0	58.3	16.7	25	0.15
5 指導やルールに対してイライラして従うことができない場合、関係性のあるスタッフが対応し、本人のペースに合わせる	91.6	8.3	0	100	0	0	83.3	16.7	0	0.24
6 通所先の支援者や利用者への暴力がみられた場合、精神病症状が原因の場合は入院で薬物調整を行い、その他の原因の場合はレスパイト入院、臨床心理技術者との1〜2週間に1回の面接	70.8	25	4.2	83.3	16.7	0	58.3	33.3	8.3	0.33
7 直接指導されるとイライラする場合、スマホの操作の練習を個別OTで実施する	45.8	50	4.2	50	50	0	41.7	50	8.3	0.58
8 依存や操作性を地域支援者が指摘した場合、交換ノートに毎週関わったすべての支援者が記載	25	66.7	8.3	33.3	58.3	8.3	16.7	75	8.3	0.63
9 依存や操作性を地域支援者が指摘した場合、MDTによる面接や自宅訪問の回数増加	33.3	58.3	8.3	41.7	50	8.3	25	66.7	8.3	0.68
司法・エキスパートオピニオン										
・不安定な状態への介入は長時間あるいは密な介入が不安定性を悪化させることがあり、少し引いた対応なども場合により必要と思います。依存症の対象者とはすべてのスタッフと信頼関係を構築するとは限らないので、「すべての」支援者が記載するべきかは議論があるところでしょう。ノートへの記載自体はとても良いと思う ・2は事例によるため「どちらとも言えない」、9は面接などを頻回に行うことは依存や操作性を助長する（それに振り回される）と思うため「無効」とした ・7については、個別OTでスマホ操作練習だけでは効果はないと思うが、スマホなどでのデバイスを利用したほうが、本人と意思疎通が容易になるならば、有効だと感じる。8と9については、依存性や操作性を感じた時に、何を目標としてノートや面接頻度を上げるかが重要と考える。まずは、対象者本人と支援者が、課題を共有することが大切であり、それを解決する手段として、ノートや面接などを行うと考えます。課題共有なしで解決方法を実施するなら、効果は限定的だと考える										
一般・エキスパートオピニオン										
・6は入院ありき、ではないと思う ・8交換ノートでなくても連携を密にして事実関係の証拠を残す他の代替手段でも良いと思う。9依存しているので、頻回の面接にするのが有効な場合とそうでない場合があると思う ・基本的に、暴力に対しては、一般市民と同等の対応が原則ではないのか										

*2群の場合、20%以上のセルで期待度数が5未満では、Fisherの正確検定

MDT: Multi-disciplinary Team: 多職種チーム

OT: Occupational Therapist: 作業療法

スマホ：スマートフォン

表10 物質使用についてのエキスパートオピニオン調査

	全体 どちらとも 言えない			司法（医観法病棟経験） どちらとも 言えない			一般 どちらとも 言えない			司法vs一般 カイ二乗検定 (p)*
	有効	も言えない	無効	有効	も言えない	無効	有効	も言えない	無効	
	n=24 %	n=24 %	n=24 %	n=12 %	n=12 %	n=12 %	n=12 %	n=12 %	n=12 %	
物質使用について										
1 施設内での大麻等の違法薬物の使用や他の入所者とのやり取りがあった場合、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)	62.5	33.3	4.2	83.3	16.7	0	41.7	50	8.3	0.097
2 飲酒・薬物再使用があった場合、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する	91.7	8.3	0	100	0	0	83.3	16.7	0	0.24
3 飲酒・薬物再使用があった場合、関係機関(通所先、訪問看護等) 間での密な情報共有を行う	83.3	12.5	4.2	100	0	0	66.7	25	8.3	0.091
4 飲酒・薬物再使用があった場合、クライシスプランの修正(例：再使用そのものよりも、対象行為につながるシナリオを再検討し、対象行為につながる精神病的症状や生活状況に着目する)	95.8	4.2	0	100	0	0	91.7	8.3	0	0.5
5 飲酒・薬物再使用があった場合、ARP目的入院(任意入院)をする	45.8	54.2	0	66.7	33.3	0	25	75	0	0.041
6 飲酒・薬物再使用があった場合、3カ月の入院(任意入院)により、条件反射制御法を実施する	20.8	58.3	20.8	25	66.7	8.3	16.7	50	33.3	0.32
7 飲酒・薬物再使用が繰り返される場合、麻薬取締官がケア会議に参加する	29.2	29.2	41.7	41.7	33.3	25	16.7	25	58.3	0.22
司法・エキスパートオピニオン				一般・エキスパートオピニオン						
・積極的に麻薬取締官を同席する必要はないと思うが、対象者の特性、違法薬物への傾倒が強い場合などは検討に値すると思う				・違法薬物や飲酒の使用を、別の問題行動と区別しすぎず、状況分析と本人との安心できる場の構築を努力するべき						
・5は再使用の程度・頻度による、7は麻薬取締官が対応すべき薬物は限られている				・依存については、対人的なネットワークが本人の周りにあるのが必要なのではないか						
・6は依存症のスタンダードな治療法まで確立されておらず、オプション治療と考える。7は、誰が連絡し麻薬取締官を会議に呼んだのかを説明する必要があると考える。麻薬取締官が参加すると、対象者が正直に話すことは難しくなると考える				・7 ケア会議は、ご本人にとって安心できる内容が話し合われる場所である。麻薬取締官の力を借りる場合もあるが、ここは一線引くべきではないかと考える						
・条件反射法の経験がないので実感はないが、依存症治療で一番大切なのは技法よりも信頼関係の中で取り組めることのように思う										

*2群の場合、20%以上のセルで期待度数が5未満では、Fisherの正確検定
指定通：指定通院医療機関 指定入：指定入院医療機関
ARP: Alcohol Rehabilitaion Program: アルコールリハビリテーションプログラム

表11 反社会性や、性犯罪等の発露についてのエキスパートオピニオン調査

	全体			司法（医観法病棟経験）			一般			司法vs一般 カイニ乗検定 (p)*
	有効	どちらとも 言えない	無効	有効	どちらとも 言えない	無効	有効	どちらとも 言えない	無効	
	n=24 %	n=24 %	n=24 %	n=12 %	n=12 %	n=12 %	n=12 %	n=12 %	n=12 %	
反社会性や、性犯罪等の発露について										
1 社会的な脅威となるような行為、脅迫・ほめかし等が みられた場合、迅速に対応する(精神症状が疑われる場合は 入院を視野)	91.7	8.3	0	100	0	0	83.3	16.7	0	0.24
2 社会的な脅威となるような行為、脅迫・ほめかし等が みられた場合、喫茶店などに移動し複数の支援者と本人と で話し合う	45.8	33.3	20.8	41.7	41.7	16.7	50	25	25	0.67
3 社会的な脅威となるような行為、脅迫・ほめかし等が みられた場合、精神症状と関連が乏しい場合は警察対応を 検討	75	25	0	91.7	8.3	0	58.3	41.7	0	0.077
4 病状とは関連の乏しい反社会的な行為を繰り返す場合、 入院中からMDT会議やCPA会議に警察が参加する	41.7	41.7	16.7	50	41.7	8.3	33.3	41.7	25	0.5
5 病状とは関連の乏しい反社会的な行為を繰り返す場合、 ケア会議に警察が参加する	50	33.3	16.7	66.7	25	8.3	33.3	41.7	25	0.24
6 病状とは関連の乏しい反社会的な行為を繰り返す場合、 警察の関与についてクライシスプランに記載する	75	16.7	8.3	83.3	16.7	0	66.7	16.7	16.7	0.33
司法・エキスパートオピニオン						一般・エキスパートオピニオン				
・毅然とした対応が必要な場合、喫茶店は不適切						・発言そのものより、切迫性の程度が重要				
・反社会的行動においては、リスクレベル、病状の影響度、性格（特性）の影響度など総合的に判断して決めるしかないと考える						・基本的には一般市民と同等の対応が原則ではないか				
・警察の導入は慎重さが必要だが、対象者の特性（ASD傾向など）、設問のように対象行為に精神症状が関与しない場合は警察官を会議に参加してもらうことで再被害行為を抑制したことがあった						・警察はご本人の「味方」になって参加することが前提である				
・ケア会議に警察の参加を求めることには慎重であるべきだと考えるし、実現も困難と思うという理由で「無効」とした										
・警察が協力してくれるかと本人同意が微妙かと思われた										

*2群の場合、20%以上のセルで期待度数が5未満では、Fisherの正確検定

MDT: Multi-disciplinary Team: 多職種チーム

CPA: Care Programme Approach

ASD: Autism Spectrum Disorder: 自閉スペクトラム症

表12 家族支援についてのエキスパートオピニオン調査

	全体			司法（医観法病棟経験）			一般			司法vs一般
	有効	どちらとも言えない	無効	有効	どちらとも言えない	無効	有効	どちらとも言えない	無効	カイニ乗検定(p)*
	n=24 %	n=24 %	n=24 %	n=12 %	n=12 %	n=12 %	n=12 %	n=12 %	n=12 %	
家族支援について										
1 家族が精神疾患を否認している場合、希望に応じて指定入の家族会に継続して参加する	87.5	12.5	0	91.7	8.3	0	83.3	16.7	0	0.5
2 家族が精神疾患を否認している場合、MDTが家族との定期面接を実施する	91.7	8.3	0	91.7	8.3	0	91.7	8.3	0	0.76
3 家族の飲酒や暴言、本人への過度な感情表出がみられる場合、社会復帰調整官の家族との定期面接を行う	87.5	12.5	0	83.3	16.7	0	91.7	8.3	0	0.5
4 家族の飲酒や暴言、本人への過度な感情表出がみられる場合、MDTが家族との定期面接を実施する	87.5	12.5	0	91.7	8.3	0	83.3	16.7	0	0.5
5 家族の身体的・精神的機能障害がみられる場合、家族の支援者もケア会議に参加し本人の支援チームに入る	70.8	29.2	0	58.3	41.7	0	83.3	16.7	0	0.19
司法・エキスパートオピニオン						一般・エキスパートオピニオン				
・家族の理解が得られにくい場合、調整官も家族と対立するような場合、裁判所から家族に弁護士をつけてもらい、その弁護士からも介入してもらおうと意外とうまくいく場合があった						・家族も含めた本人のネットワークは、リソースであり、支援の対象でもある				
・5は有効だが、家族の支援者は、本人の支援者ではないため、情報共有などの間接支援の役割にしておく必要があると考える										
*2群の場合、20%以上のセルで期待度数が5未満では、Fisherの正確検定										
指定入：指定入院医療機関										
MDT: Multi-disciplinary Team: 多職種チーム										

表13 医療観察法通院処遇終了前後の課題についてのエキスパートオピニオン調査

	全体			司法（医観法病棟経験）			一般			司法vs一般 カイ二乗検定 (p)*
	有効	どちらとも 言えない	無効	有効	どちらとも 言えない	無効	有効	どちらとも 言えない	無効	
	n=24 %	n=24 %	n=24 %	n=12 %	n=12 %	n=12 %	n=12 %	n=12 %	n=12 %	
医療観察法通院処遇終了前後の課題について										
1 暴力や精神症状悪化、治療拒否がみられる場合は、処遇延長とする	79.2	20.8	0	91.7	8.3	0	66.7	33.3	0	0.16
2 通院を継続することに同意しない場合で、症状が安定し判断能力を有し、信念等により通院を拒否する場合は処遇延長はしないこともある	45.8	33.3	20.8	25	66.7	8.3	66.7	0	33.3	0.0024
3 処遇終了後一般精神科への移行後には、特別相談支援の計画相談支援員が中心となって、ケア会議を継続する	58.3	41.7	0	58.3	41.7	0	58.3	41.7	0	1
4 処遇終了後一般精神科への移行後には、病院のPSWが中心となって、ケア会議を継続する	62.5	33.3	4.2	66.7	33.3	0	58.3	33.3	8.3	0.57
5 処遇終了後一般精神科への移行後には、本人が役に立つと考えているMDT面接や生活相談を継続する	87.5	8.3	0	100	0	0	75	16.7	8.3	0.18
司法・エキスパートオピニオン					一般・エキスパートオピニオン					
・通院を忌避する場合、状態が悪化すると同意能力が失われるので、通院が必要であることを示すためにもあえて通院期間を延長したほうが良いと思う（2年必要かは別） ・2は、治療終了が再他害行為に繋がる可能性が高いと評価している場合は、指定通院だけで判断せず、裁判所に早期終了（もしくは延長）を申し立て、判断を委ねると考える。3から5は、必要な例には継続したほうが良いが、不要と評価した例には、一般精神医療保健福祉の制度や体制でフォローした方が継続すると考える。個人的な意見だが、通院処遇中のような密なケア会議・見守りが必要な例は、10～20例に1例くらいと感じる					・いずれの場合も地域の人的資源の増強が前提 ・ケア会議のコーディネートを職種なので固定化するのは課題が多いと考える。本人にとって一番適切なケアマネージャーは誰か、また、そのケアマネージャーが孤立しないようにするにはどうすればいいか、など慎重にあるべきだと思う					
*2群の場合、20%以上のセルで期待度数が5未満では、Fisherの正確検定										
PSW: Psychiatric Social Worker: 精神保健福祉士										
MDT: Multi-disciplinary Team: 多職種チーム										
指定通：指定通院医療機関										

表14 その他の課題やニーズのエキスパートオピニオン調査と、全体を通しての意見・助言・批判

	全体			司法（医観法病棟経験）			一般			司法vs一般 カイ二乗検定 (p)*
	有効 n=24 %	どちらとも 言えない n=24 %	無効 n=24 %	有効 n=12 %	どちらとも 言えない n=12 %	無効 n=12 %	有効 n=12 %	どちらとも 言えない n=12 %	無効 n=12 %	
その他の課題やニーズ										
1 予期せぬ妊娠(不特定の異性と)がみられた場合、本人の意向を尊重する。周産期・出産後のサポート、関係機関との連携を強化する	91.7	8.3	0	91.7	8.3	0	91.7	8.3	0	0.76
2 騙されやすく、反社会組織等から搾取された場合、寄り添い弁護士制度を活用する	100	0	0	100	0	0	100	0	0	1
3 ストレngthsとして、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がある	83.3	8.3	8.3	100	0	0	66.7	16.7	16.7	0.091
4 IT技術の活用として、本人のスマホ活用支援を行う	79.2	20.8	0	83.3	16.7	0	75	25	0	0.5
5 IT技術の活用として、スマホ・タブレット等の活用による遠隔診察を行う	54.2	41.7	4.2	66.7	33.3	0	41.7	50	8.3	0.35
6 IT技術の活用として、速やかな情報共有のためのセキュリティ面を含む技術の向上が必要	95.8	4.2	0	100	0	0	91.7	8.3	0	0.5
7 リスクシナリオ・クライシスプランについて、通院後も新たにリスクシナリオを作成し、随時クライシスプランを修正していく	91.7	4.2	4.2	100	0	0	83.3	8.3	8.3	0.34
8 モニタリングシートを作成する際に、関係者にアンケート用紙を配布し、結果を見ながら本人と一緒にモニタリングシートを作成する	66.7	29.2	4.2	66.7	33.3	0	66.7	25	8.3	0.56
9 処遇終了時は本人にピアサポートとしての活動への協力を打診し、本人がピアサポートとして活躍することを希望した場合、処遇終了後に社会復帰促進サポーターとして登録し、医療観察法病棟での講演や、GH職員向けの講演、医療観察法対象者への個別の支援等を行う	79.2	20.8	0	91.7	8.3	0	66.7	33.3	0	0.16
司法・エキスパートオピニオン					一般・エキスパートオピニオン					
・IT技術を利用することが効果的な対象者がいると考えるが、どのような対象者に、どのように活用すればよいのか、よくわからない					・前提として地域社会が多様性に対して寛容である文化であることも重要					
・ITに関しては、自我漏洩体験があるあるいはその不安がある対象者の場合、有効でない場合があると思う。また、人と直接的に会うことでの安心感は大きいのでITは補助的なものだと考える。ITを有効に活用するには、それ以前に関係構築を十分に行なっているという前提が必要だと思う					・ストレングスの内容が未熟に思える。ピアサポートから講演までであるが、かなり慎重に考慮することも多々あると思う					
<全体を通しての意見・助言・批判>					<全体を通しての意見・助言・批判>					
・ITの活用やオープンダイアログなどが導入されると、もっと予後が良くなるであろう					・地域社会の文化が「地域のメンタルヘルス」の重要性を理解して、入院に頼らないメンタルヘルスについての理解が進んでいることが必要。そのため					
・ストレングスモデル、リカバリーオリエンテッドケア、治療同盟の構築、レジリエンスの向上といったやり方は医療観察法のみならず精神科全体の進む道だと思う。医療観察法がその牽引役となることを願っている					の地域を耕す活動をメンタルヘルスの経験者や家族とともにしていることも必要だと考える					
・それぞれの事例は個別具体的に有効だったと思われるが、それを有効たらしめた準備段階での本人と支援者とのやり取り・プロセスが重要だったと思われる					・指定通院医療機関（民間の医療機関）での臨床実践を想定して回答した。充実したアフターケアを行うには、医師不足・スタッフ不足の解消を後押しする財源問題など、解決すべき課題が多いと感じた。現実問題として、月1回の会議開催についても、一部の医師・スタッフだけに業務が集中し、燃え尽きの問題や医療観察法に関与する者とならない者との職場内分断問題などが派生することが、容易に想像される。財源だけの問題ではないことは承知の上で、指定通院医療に対しては、指定入院と同等か、それ以上の財源・人的資源の投入を期待する					

*2群の場合、20%以上のセルで期待度数が5未満では、Fisherの正確検定

IT:Internet Tecnology

スマホ：スマートフォン

GH:Group Home

令和 6 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

研究要旨：

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 6 年度の本研究においては、令和 5 年度に作成した疾患別のクリティカルパス案の試用結果も踏まえ、2 度の研究分担班会議において、クリティカルパスの検討と修正を行った。またクリティカルパスの普及方法における検討も行った。その結果、以下の結論が得られた。

- ・ 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、入院期間短縮、職員教育に重点を置く。
- ・ 医療観察法入院対象者の主診断の約 8 割を占める統合失調症事例のクリティカルパスは共通パスとして、他の疾患のクリティカルパスは疾患別コ・パスとして作成する。
- ・ 各クリティカルパス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。
- ・ 共通クリティカルパスならびに疾患別コ・パスの試用を行い、少数例ながら概ね肯定的な評価が得られた。
- ・ 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。

- ・ 各指定入院医療機関への普及を進めると共に、試用事例数を増やし、クリティカルパスの効果判定と、それらの知見に基づく修正を行っていく。
- ・ 国立精神・神経医療研究センター病院ならびに小諸高原病院のホームページへのクリティカルパスの掲載や、「医療観察法に必要な人材育成に関する研究（賀古班）」と連携した研修用動画の作成、医療観察法関連職種研修会・医療観察法 MDT(Multi-disciplinary Team)研修における紹介と演習を具体的に検討し、実践していく。

研究協力者（順不同、敬称略）

平林直次 国立精神・神経医療研究センター病院

柏木宏子 同上

竹田康二 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
中辻望来	同上
浅野琴美	同上
本村啓介	国立病院機構肥前精神医療センター
藤崎直人	国立病院機構さいがた医療センター
久保彩子	国立病院機構琉球病院
前田佑樹	同上
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
高張陽子	同上
國田幸治	同上
鈴木未央	国立病院機構小諸高原病院
小川太郎	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
野村照幸	新潟医療福祉大学
松浦佳代	国立看護大学校
坂田正史	長野地方裁判所
根岸達也	法務省保護局
小澤光俊	水戸保護観察所

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6年度の本研究においては、令和5年度に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年度～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案（以下、AMED村杉班パス）ならびに重複障害コ・パス案（以下、AMED村杉班コ・パス）をもとに作成した疾患別のクリティカルパス案を修正し、疾患別クリティカルパスを完成することを目的とする。また全国の指定入院医療機関の均てん化の一助となるよう、作成した疾患別クリティカルパスの普及方法に関する検討も目的とする。

B. 研究方法

エキスパート会議

医療観察法入院・通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、令和5年度に作成した疾患別のクリティカルパス案の内容を検討し、意見集約、修正を行う。さらに、エキスパート会議の研究協力者に加え、医療観察法に関わる裁判所、法務省、保護観察所、大学等の多職

種も参集した研究分担班会議において、疾患別クリティカルパス案の試用も踏まえた再検討を行い、更なる意見集約と修正を重ね、疾患別クリティカルパスを完成させる。また同会議において、令和5年度に実施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の結果を踏まえ、指定入院医療機関に効果的に普及させる具体的な方法についての検討も行う。

（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) クリティカルパス作成における基本方針

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、入院期間短縮、職員教育に重点を置く方針とした。各クリティカルパス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視覚的にわかりやすく簡素化した構造とし、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した。

本クリティカルパスは対象者の約8割を占め、疾病及び関連保健問題の国際統計分類（以下、ICD-10）のF2に分類される統合失調症圏を想定した共通クリティカルパスと、主診断もしくは副診断としての他の疾患（F0：器質性精神障害、F1：物質使用障害、F3：気分障害、F7：知的障害、F8：発達障害、F9：行動・情緒障害）を想定した疾患別コ・パスに分けることとした。

本クリティカルパスは、担当多職種チーム（以下、MDT）が主体となり、導入時期の目安のチェックシートとして使用するものであり、対象者の診断や病態に応じ、共通

クリティカルパスに加え、疾患別コ・パスの使用を検討する形とした。また疾患別コ・パスにおいては、特に重視すべき事項について、Key Pointとして記述することとした。

2) 共通クリティカルパス

令和5年度研究においてAMED村杉班パスを草案とし、「各期での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クリティカルパス」「評価期間の幅を持たせる」といった観点で作成したF2クリティカルパス案に、以下の加筆・修正を行った。

- ・ F2 クリティカルパスから共通クリティカルパスへの名称変更
- ・ 保護要因に着目し調整官・地域との連携をより強固にするための目標の追加
- ・ MDT 面接での確認項目の追加
- ・ 推奨レベルや実施状況による色分け、アウトカム確認欄の設定
- ・ 情報リテラシー項目の追加
- ・ クライシスプランの緊急時のみではなく平時での活用促進をはかる必要性

また F2 クリティカルパス案を小諸高原病院ならびに榺原病院で導入し、試用したMDTより以下の評価が得られた。

- ・ 以前のものよりすっきりしていて見やすく、プルダウンで色分けもしやすい。
- ・ 情報量が絞られていて、各ステージでのやるべきことが明確。
- ・ 急性期から保護要因に着目する意識が生まれた。
- ・ 評価期間に余裕があることで、MDTからのプログラムの押しつけにならずに対象者のペースを尊重できる。
- ・ 縦軸で見た時の項目の連動性の意味合いを理解できた。
- ・ 導入時期の前後関係がわかりにくいものがある。
- ・ 導入予定なしと決定できずに、いつまで

も検討中が続いてしまう項目もある。

- ・スマートフォン使用へのハードルが高く、情報リテラシープログラムに対する現実味が感じられない。
- ・アウトカム確認部分の活用方法のイメージが不明瞭。

上記の検討や修正を踏まえ共通クリティカルパスを作成した（図 1）。

3) F0 コ・パス

令和 5 年度研究において、対象疾患として軽度認知障害から軽度認知症を想定し、精神科病院協会の認知症クリニカルパスを参考に、入院期間の短縮を主目的に作成した F0 クリティカルパス案に、以下の加筆・修正を行った。

- ・変性疾患に伴う認知症群（高齢者）に対するクリティカルパスと外傷などに伴う高次脳機能障害群（主に若年者）に対するクリティカルパスの 2 つのパスの必要性
- ・薬物調整と環境調整、ならびに心身機能の維持を主軸とした内容
- ・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、関わりの増加、定期的な画像検査・心理検査等の工夫
- ・長期入院は機能維持の弊害となるため、急性期のうちに退院時期を明確化
- ・早期退院に向けた早期からの地域連携や環境調整の重要性
- ・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の必要性
- ・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

また F0 クリティカルパス案を小諸高原病院で導入し、試用した MDT より以下の評価が得られた。

- ・AMED 村杉班パスと比べて簡素に仕上が

っている。

- ・F2 併存の場合、どちらのパスもチェックが必要になるのか？
- ・チェックの基準が不明瞭。
- ・認知症の生活能力評価は実際の生活場面と病棟場面では発揮できる能力が異なるため正確な評価は難しい。
- ・病棟内でできる活動には限界があるが、リスクをかけて外出を行う必要はないのでは？
- ・例えば、前頭側頭型認知症の診断がついた場合、ステージ移行する必要があるのか？
- ・必ずしも目標達成やアプローチが満たされなくても、退院環境や治療方針によりステージ移行ができるという文言はあったほうがよいか。
- ・介護サービスにも該当せず、退院先がない若年者については、クリティカルパスに乗せることで処遇終了の可能性がないと思わせるのもどうか。
- ・一方で若年者は手厚い支援が必要な群であり、処遇終了の可能性を記載することにも懸念がある。

上記の検討や修正を踏まえ F0 コ・パスを作成した（図 2：認知症群・高齢者、図 3：高次脳機能障害群・主に若年者）。

4) F1 コ・パス

令和 5 年度研究において、AMED 村杉班コ・パスを草案とし、通院複雑事例の特徴に関する全国調査（久保班）の結果も参考にして、「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」「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」との論点で整理し作成した F1 クリティカルパス案に、以下の加筆・修正を行った。

- ・F1 が併存症の場合や主診断の場合、対象

行為時に一過性の幻覚妄想・意識障害が存在したが鑑定時には依存症単独の場合など、いずれの病態でも入院時早期より物質使用プログラムの導入を図る

- ・一定期間帰住地に外泊し、指定通院医療機関を中心とした外来支援の実践を行うのが理想的
- ・一方で早期退院や再使用時の対応については支援者間で葛藤が生じやすく、協議を丁寧に行う必要性の強調
- ・外泊時は医学的管理や責任所在に関して明確化し、再使用時の対応、中止基準を関係機関で共有する必要があることの記載
- ・自助グループへの参加の積極的な勧奨
また F1 クリティカルパス案を琉球病院で導入し、試用した MDT より以下の評価が得られた。
- ・半年程度での早期の退院について話合うが、保護観察所より早くて1年といわれている。
- ・早期退院を想定するとガイドライン上、回復期が最も短縮される。外出による暴露を通じた対処法や、新たな生き方を考えるなど重要なテーマであるが、他に自助グループや回復支援施設での体験、定着に向けた金銭管理の見直しなどの生活訓練などが並行して行われるため、十分に時間をかけられないことは必至。
- ・依存症対象者の受け入れについては、指定通院医療機関は特に苦手意識を抱きやすく、受け入れ可能な医療機関が限られ、調整は難航する可能性がある。
- ・入院医療はあくまで準備期間であり、地域生活での実際的な介入が中心的。
- ・指定通院医療機関、保護観察所の受け入れが課題。
- ・入院中に何をどこまでやる必要があるかについてのコンセンサスの必要性。

上記の検討や修正を踏まえ F1 コ・パスを作成した（図 4）。

5) F3 コ・パス

令和 5 年度研究において、うつ病治療ガイドライン第 2 版や Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) を草案としつつ、自殺予防やグリーンケア、放火プログラム、女性性への配慮、小児期逆境体験等に重点を置き作成した F3 クリティカルパス案に、以下の加筆・修正を行い、F3 コ・パスを作成した（図 5）。

- ・令和 5 年度はうつ病の自殺予防、双極性障害の他害という 2 つのクリティカルパスの作成を検討したが、気分障害として 1 つのパスにまとめる
- ・実子殺しの事例は自殺リスクが高いため、内省プログラムにおける配慮が必要
- ・通院処遇に移行する時期等、環境変化のタイミングは特に自殺リスクが高まるため、入院処遇中から対象者や地域支援者との間でリスクや対処方法を共有する必要性
- ・精神病性うつ病事例に対する幻覚妄想状態へのアプローチは共通クリティカルパスと重なるため、気分症状にフォーカスを当てたものとする
- ・退院調整に大きく影響するため、早期から家族との再統合の可能性についての検討を行う必要性

6) F7 コ・パス

令和 5 年度研究において、特に中等度知的障害を想定し、「発達障害領域における司法精神科作業療法」を参考に作成した F7 クリティカルパス案に、以下の加筆・修正を行った。

- ・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性
- ・対象者の能力や限界に合わせたアプロ

一チが必要であり、行動療法と環境調整が主体

- ・ MDT で作成したケースフォーミュレーションを MDT 以外の病棟スタッフとも確認する必要性
- ・ MDT が孤立しないための工夫

また F7 クリティカルパス案を小諸高原病院で導入し、試用した MDT より以下の評価が得られた。

- ・ AMED 村杉班パスと比べて簡素に仕上がっていて、簡単にチェックができる。
- ・ AMED 村杉班パスよりも特性が考慮されており、F7 の診断がつかなくても、知的能力が乏しい対象者に使用可能。
- ・ MDT 内の意見のばらつきが軽減する。
- ・ 必ずしも目標達成やアプローチが満たされなくても、退院環境や治療方針によりステージ移行ができるという文言はあったほうがよいか。

上記の検討や修正を踏まえ F7 コ・パスを作成した（図 6）。

7) F8・F9 コ・パス

令和 5 年度研究で、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」や AMED 村杉班コ・パス等を参考に作成した F8 クリティカルパス案に、以下の加筆・修正を行った。

- ・ F8 に「注意欠陥・多動症の診断・治療ガイドライン 第 5 版」を参考とした F9 の要素も組み入れる
- ・ 診断の必要性の強調
- ・ 段階的評価の実施
- ・ 複雑事例化する可能性を踏まえた診立て直しと再介入に関する言及

また、F8・F9 クリティカルパス案を小諸高原病院で導入し、試用した MDT より以下の評価が得られた。

- ・ MDT の考えの整理や動機づけに繋がる。

- ・ 段階的評価により、達成した部分と未達成の部分のどちらも意識することができる。

- ・ 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ことができる。

- ・ 個別性に配慮した評価が可能になる。

- ・ MDT の治療方針がまとまりやすくなる。

- ・ このパスを対象者と共有して確認しても良いのではないか。

上記の検討や修正を踏まえ F8・F9 コ・パスを作成した（図 7）。

8) クリティカルパスマニュアルの検討

クリティカルパスの使用における前提や使用方法、使用にあたっての注意、バリエーションの扱い等に関して記したクリティカルパスマニュアルも作成し、エキスパート会議内で検討し、修正を行った（図 8）。

9) クリティカルパスの普及方法の検討

指定入院医療機関へのクリティカルパスの普及方法を検討し以下の方法が抽出された。

- ・ 国立精神・神経医療研究センター病院ならびに小諸高原病院のホームページへの掲載
- ・ 「医療観察法に必要な人材育成に関する研究（賀古班）」と連携した研修用動画の作成
- ・ 医療観察法関連職種研修会、医療観察法 MDT 研修における紹介と演習

D. 考察

1) クリティカルパスの試用について

令和 5 年度研究において作成した疾患別クリティカルパス案に、2 度のエキスパート会議において検討した内容に基づいた修正を行い、共通クリティカルパスと疾患別コ・パスを作成した。共通クリティカルパスと F0 コ・パス、F1 コ・パス、F7 コ・パ

ス、F8・9 コ・パスについては、少数例ながら対象者へのアプローチに導入し、試用した MDT からは、概ね肯定的な評価が得られた。今後各指定入院医療機関への普及を進めると共に、試用事例数を増加させ、クリティカルパスの効果判定と、それらの知見に基づく修正を行っていく必要がある。

2) クリティカルパスの普及方法について

令和 5 年度に実施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現状が明確となっている。AMED 村杉班パス・AMED 村杉班コ・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るため、普及方法について検討する必要がある。今後国立精神・神経医療研究センター病院ならびに小諸高原病院のホームページへのクリティカルパスの掲載や、「医療観察法に必要な人材育成に関する研究（賀古班）」と連携した研修用動画の作成、医療観察法関連職種研修会・医療観察法 MDT 研修におけるクリティカルパスの紹介を具体的に検討し、実践していく必要がある。

E. 結論

令和 6 年度の本研究においては、令和 5 年度に作成した疾患別のクリティカルパス案の修正を行うと共に、クリティカルパスの試用と普及方法の検討も行った。その結果、以下の結論が得られた。

- ・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、入院期間短縮、職員教育に重点を置く。
- ・本クリティカルパスは F2 を想定した共通クリティカルパスと、主診断もしくはは

副診断としての他の疾患を想定した疾患別コ・パスとで構成される。

- ・各クリティカルパス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。
- ・共通クリティカルパスならびに疾患別コ・パスの試用を行い、少数例ながら概ね肯定的な評価が得られた。

これらの結論をもとに、以下の方針が策定された。

- ・各指定入院医療機関への普及を進めると共に、試用事例数を増やし、クリティカルパスの効果判定と、それらの知見に基づく修正を行っていく。
- ・国立精神・神経医療研究センター病院ならびに小諸高原病院のホームページへのクリティカルパスの掲載や、「医療観察法に必要な人材育成に関する研究（賀古班）」と連携した研修用動画の作成、医療観察法関連職種研修会・医療観察法 MDT 研修における紹介と演習を具体的に検討し、実践していく。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Katsuhito Saitoh, Daimei Sasayama, Tomonari Yoshizawa, Mio Suzuki, Kenji Murasugi, Shinsuke Washizuka : Comparative Empirical Analysis of Challenging Inpatients under the Medical Treatment and Supervision Act and the Mental Health and Welfare Act. 信州医学雑誌, 2024; 72(2): 95-105

- 2) 村杉謙次: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シンポジウム 医療観察法医療の治療反応性―法施行後の治療技術の進歩を踏まえて). 司法精神医学, 2024; 19: 47-53
- 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)

2. 学会発表

村杉謙次: 研究班報告 医療観察法における退院後支援に資する研究 入院部門の研究報告. 第19回医療観察法関連職種研修会, 栃木, 2024.7.19

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)

医療観察法共通クリティカルパス

★プログラム導入について★

導入済み		
導入検討中		
導入予定なし		

【共通バス使用ルール】

プログラムの導入や検査・アセスメントの実施状況
プログラムについてMOTで検討し、右記の色分け表に沿ってプ
ルダウンを用いカラーリングする

図2 F0コホパス（認知症群・高齢者）

	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する - 周辺症状について理解する - 現在の思いや考えをどの程度表現できるか確認する	- 治療ゴールを明確化する - 認知機能および身体機能の低下を予防する - 退院に向けた帰住地調整や社会資源の調整	- 福祉サービスと地域環境の整備を進める - 退院候補先への外泊訓練をおこなう - モニタリング・クライシスプランを作成し地域支援者と共有し実施する
アプローチ	□ 類型確定の諸検査の検討と実施（必要時は外出による検査を検討する） □ 薬物療法および環境調整によるせん妄など周辺症状の改善 □ 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） □ 認知機能の評価（HDS-R・MMSE・CDR・NPIなど） □ 身体機能評価・ADL評価 □ 生活歴、嗜好、趣味など詳しく対象者から聴取し機能低下防止を含む諸活動への導入 □ 対象行為と認知機能低下の関連性を加味したCFを作成 □ 早期退院を想定し初回CPAなど必要な福祉サービスの検討を開始	□ 治療効果の評価と治療方針の再検討 □ 認知機能の再評価（進行が早い場合には入院継続の見直しを検討） □ IADL・従前作業等の評価 □ 認知機能および身体機能の低下を予防する（作業療法・運動療法・疾患別リハ等を高頻度で実施） □ 生活史や個人の価値観を尊重した健康的な時間の提供 □ 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 □ 成年後見制度など社会資源の検討	□ 画像検査（退院前評価として） □ 認知機能、生活機能の再評価 □ 利用する社会資源・福祉サービスの決定 □ 支援者が利用できるモニタリングプランの作成 □ 支援者が利用できるクライシスプランの作成

Key Point：認知症の類型に応じた評価及び治療を検討する。認知症の診断が確定後、再被害のリスクの低下が認められ、より適切な医療の提供が見込まれる場合は、入院期間を短縮し速やかに通院移行を進める。対象者の疾病特性や理解力に制限がある場合は、各項目の達成が難しい場合が想定されるため、再被害行為の防止のための代替方法の確立など保護要因の強化も含めて治療の進捗として評価する。また、病識や内省についても本人の能力や理解力に応じた段階付けを設定するなど十分配慮する。なお、F0コ・パスについては、他の疾患別コ・パスの目標欄が対象者主体で記載されているのに対し、認知機能の問題もあるため、MDT主体で記載されている。

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
ADL: 日常生活動作
CF: ケースフォーミュレーション
CPA: Care Programme Approach
IADL: 手段的日常生活動作
MDT: 担当多職種チーム

図3 F0コ・パス（高次脳機能障害群・主に若年者）

	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する - 病態部位と特性について理解する - 現在の思いや考えをどの程度表現できるか確認する	- 本人の特性を理解し治療ゴールを明確化する - 認知機能および問題行動の軽減を図る - 認知機能、身体機能の低下を予防する	- 福祉サービスと連携し地域環境の整備を進める - 退院候補先への外泊訓練をおこなう - モニタリング・クライシスプランを作成し地域支援者と共有し実施する
アプローチ	- 諸検査の検討と実施（必要時は外出による検査を検討する） - 認知機能・特性について情報を収集する（家族、地域関係者、鑑定書、生活環境調査等） - 身体機能評価・ADL評価 - 生活歴、嗜好、趣味など詳しく対象者から聴取 - 対象行為と認知機能およびの問題行動との関連性も加味してCFを作成 - 退院後に必要な福祉サービスの検討を開始	- 治療効果の評価と治療方針の再検討 - 認知機能の再評価を行う（認知・行動・人格） - 問題行動を評価し軽減を図る（行動療法・認知リハ・環境調整など） - 集団活動、集団生活への適応評価 - 適応行動評価（Vineland-2など）と	- 支援者が使用できるモニタリングの実施と評価 - 支援者が使用できるクライシスプランの作成と実施

Key Point：対象者の疾病特性や理解力に制限がある場合は、各項目の達成が難しい場合が想定されるため、再危害行為の防止のための代替方法の確立など、保護要因の強化も含めて治療の進捗として評価する。なお、F0コ・パスについては、他の疾患別コ・パスの目標欄が対象者主体で記載されているのに対し、認知機能の問題もあるため、MDT主体で記載されている。

ADL：日常生活動作
CF：ケースフォーミュレーション
Vineland-2：適応行動尺度
MDT：担当多職種チーム

図4 F1コ・パス

	急性期	回復期	社会復帰期
短期目標	・物質使用歴について話すことができる ・物質に対する現在の思いや欲求について話すことができる ・物質使用に伴う問題について考え始める	・依存性物質を見たり、手にした時の思いや欲求、身体への反応について話すことができる。 ・物質使用のメリット・デメリットについて知る。 ・物質再使用に関わる対処法について考える。物質使用以外の楽しみを探す。 ・地域の自助グループや依存症回復支援施設等について知り、自分にとって必要かどうかを考える。 ・物質使用によって自傷・他害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。	・地域生活における物質に対する欲求やその使用について向き合い、再使用のリスクを同定し、その予防策について協議できる ・クライシスプランを利用し、パーソナルカバリーを目標とした安定した地域生活を実践できる
アプローチ	□スクリーニング(AUDIT、DAST-20) □物質使用の状況について詳しく対象者から聴取する。 □対象行為と物質使用障害のを念頭に再使用に至るプロセスを含めたCFを対象者と共に作成し、治療目標とゴールを同定する。 □物質使用障害PG・家族支援の必要性を検討し、必要なら早期の導入を行う □CPA会議において地域関係者を含め、対象者とともに課題を共有する。	□物質使用に至った背景や生きづらさを踏まえた自分史を作成し、使用に関連した状況や人間関係を同定する。 □物質使用に関連した状況を再体験し、セルフモニタリング項目を見直す。 □自助グループおよび依存症回復支援施設等に関する情報提供や見学、体験利用を行う。 □外泊に向け、抗酒剤や断酒補助薬などの必要性を検討する □退院後の金銭管理や出納帳の活用について検討する。 □物質使用時の対応を含めたクライシスプランを作成する。 □社会復帰阻害要因を考慮しながら居住地や、指定通院医療機関、日中活動の場などについて決定する。その際には、CPA会議などで通院関係者を含めて十分に協議し、地域資源や機能を考慮して判断する。	□地域生活における物質に対する欲求やその使用について、セルフモニタリング、CF、クライシスプランを加筆修正し活用する(再使用せずに過ごせた努力を共に認め合う視点を加えることが望ましい) □外泊が地域移行に向けて必須であり、その継続/中止基準や再使用時の対応について、通院関係者に十分に説明する

Key Point：物質使用障害を有する対象者は様々な病態を呈し、反社会性を有する場合もあるため、本法医療の必要性に疑義が生じる可能性がある。しかし、安易に処遇終了するのではなく、対象行為と物質使用の関連性を十分評価すべきである。入院処遇を継続する場合にはその評価を基に、漫然とした入院とならないよう治療のターゲットとゴールを定める。他診断が存在する場合にも物質使用歴を積極的に聴取し、F1の併存を見逃さないように留意する。F1が併存している場合には、可能な限り本コ・パスを導入する。

物質使用ができない入院環境下では物質使用障害に関わるリスクアセスメントおよびマネジメントに限界があることを念頭に、通院移行後に起こりうる事態を対象者とともにアセスメントしマネジメントできるよう、入院中に地域生活を想定した環境下で実践を積み重ね、通院移行することが望ましい。物質使用障害を有する対象者への社会復帰支援については、関係者間で（保護観察所や自助グループなどの地域関係者と医療機関、または入院医療機関と通院医療機関）支援への考え方や方法が異なる場合が少なくない。そのため、早期より対象者の社会復帰に向けた最適な支援について、十分に関係者間で協議を重ねる努力が必要がある。

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
PG：プログラム
CPA：Care Programme Approach

図5 F3コ・パス

	急性期	回復期	社会復帰期
短期目標	気分症状、精神病症状の改善	認知の偏り(認知スキーマ)について認識し、対処方法を考える	自分の想い(自傷・自殺を含む)を地域支援者にも伝えることができる
アプローチ	☐ 症状評価(抑うつ症状、躁症状、精神病症状) ☐ 婦人科的問題の評価 ☐ 薬物療法、mECT、rTMS ☐ 心理検査(悲嘆尺度、うつ病尺度、トラウマに関する尺度、躁病尺度など) ☐ 対人関係能力の評価 ☐ 家族との再統合の評価・促進(両親、配偶者、子) ☐ 家族との再統合に向けた行政へのアプローチの検討	☐ 婦人科的問題への介入(月経コントロール、更年期障害、疾病教育) ☐ CBT(認知再構成法など) ☐ 退院後の就業に関する検討(復職支援など) ☐ 家族との再統合に関わる社会資源(児童相談所、子ども家庭支援センターなど)との連携 ☐ 悲嘆へのケア	☐ 自殺予防に関する関係機関との連携強化 ☐ 退院後の(指定通での)悲嘆に関する心理面接導入の検討 ☐ 退院後の悲嘆のプロセスに関する心理教育(地域関係者とも共有)

Key Point

- うつ病であっても他害行為を伴ううつ病であり、精神病症状の評価、対人関係の苦しさへのアプローチは重要。
- 家族機能の問題は帰住先や支援体制構築の問題に直結するため、入院早期から確認する必要があるが、病状が改善するまで家族としては受け入れ困難な場合もあるため継続評価が必要。
- 実子殺し、拡大自殺の場合は本人の自傷・自殺リスクが高い。入院初期、内省プログラム開始時、外泊開始時は特に注意する必要があるため、MDT面接や心理面接を通して本人の状態把握や予防に努める。支援者が大きく変わる際(退院など)は、本人が自分の想いを表出し難くなる可能性があるため、事前の心理教育や地域支援者との連携強化によって自殺予防に繋げることも重要。また疾患が気分障害に該当しなくても、当該対象行為については本コ・パスが有用と考えられる。

mECT: 修正型電気けいれん療法
 γTMS: 経頭蓋磁気刺激療法
 CBT: 認知行動療法
 MDT: 担当多職種チーム

図6 F7コ・パス

	急性期	回復期	社会復帰期
短期目標	• 病棟の日課に沿った生活を送ることができる • スタッフと落ち着いて会話できる • 入院に至った経緯が理解できる	• 能力に応じた治療的な活動に取り組むことができる • 本人特性に配慮した環境を行い安定した生活を送ることができる • 退院生活の目標を共有する	• モニタリングプラン・クライシスプランの作成と実施 • 退院地・通院先の関係者と関係構築をすすめる • 帰住地調整、外泊訓練を行い退院調整を進める
アプローチ	□ 治療同盟の構築困難が予想されるため丁寧な治療関係の醸成を図る □ 各種検査(WAIS・感覚プロファイルなど) □ 行動障害の問題の評価 □ 情報処理特性の把握	□ 治療効果の評価と治療方針の再検討 □ 行動障害の問題の評価とアプローチ □ 適応能力の評価(Vineland-2など) □ 本人の生活歴の振り返りを継続する(逆境体験を含む) □ 本人の特性に配慮した諸活動による強みの発見 □ 情報処理特性に配慮したコミュニケーションツールの利用 □ 他の発達障害(ASD・ADHD)の再評価 □ MDTから病棟に向けてCFの共有(必要に応じて)	□ 支援者が使用できるモニタリングの作成と実施 □ 支援者が使用できるクライシスプランの作成と実施 □ 利用する社会資源・福祉サービスの決定

Key Point：対象者の疾病特性や理解力に制限がある場合は、各項目の達成が難しい場合が想定されるため、再被害行為の防止のための代替方法の確立など保護要因の強化も含めて治療の進捗として評価する。また、病識や内省についても本人の能力や理解力に応じた段階付けを設定するなど配慮する。内省の理解促進のため、本人の情報処理特性を踏まえた様々な工夫を検討する（図式化や写真などの活用、対象行為場所への外出等）

WAIS:ウェクスラー式知能検査
 Vineland-2: 適応行動尺度
 ASD: 自閉スペクトラム症
 ADHD: 注意欠陥多動症
 MDT: 担当多職種チーム
 CF: ケースフォーミュレーション

	急性期	回復期	社会復帰期
短期目標	・落ち着いて会話ができる ・入院に至った経過を理解できる(納得は不十分でも可) ・病棟ルールを理解して入院生活が送れる	・発達特性を理解することができる ・怒りや衝動性をコントロールできる ・社会復帰に向けた現実的な見通しの獲得 ・スタッフに援助を求めることができる ・自身の希望を伝えることができる	・適切な形で自己表現ができる ・発達特性に考慮した外出泊を体験できる ・退院地、通院先の関係者との関係構築 ・発達特性を他者に伝えることができる ・自身の希望を達成する為に行動できる
アプローチ	☐ 多職種による診断再検討 ☐ 薬物療法の検討(ADHD治療薬) ☐ 各職種面接(共同意思決定を基に) ☐ 心理教育(発達障害、急性一過性精神障害など) ☐ 発達特性を把握する為の心理検査(WAIS, PARS, AQ, CAARS, TMT, WCST, FAB等) ☐ 情報処理特性の把握 ☐ 発達特性と対象行為の関連性の検討 ☐ 入院処遇に関する説明(必要なら複数回) ☐ 家族・関係者からの情報収集(発達特性)	☐ 治療同盟の評価と改善 ☐ 診断再検討(急性期で未決定の場合) ☐ 薬物療法(ADHD治療薬の調整、効果判定) ☐ 特性に考慮した活動(強みの発見) ☐ 課題に応じた技能の評価と練習 ☐ 家族教育(発達特性について)	☐ 心理教育(まとめとおさらいによる般化) ☐ 発達特性について再確認 ☐ 内省プログラムの振り返り ☐ 特性を考慮した活動(強みの定着) ☐ 外出での技能評価と改善(生活能力向上) ☐ 特性に配慮した外出泊体験 ☐ 退院・通院先と情報共有(発達特性) ☐ 家族教育(発達特性・今後の関わり方等)

Key Point

- ・入院後早期に総合的な視点から診断の再検討を行う。
- ・回復期移行後、治療が難渋する場合はMDTの再編成、他の指定入院医療機関によるコンサルテーション導入を検討する。
- ・発達障害の診断がつかない事例であっても、入院治療の中で発達障害傾向が窺える場合は本コ・パスの活用を検討する。
- ・発達障害傾向が強い場合、対人接触の増加への苦痛が大きくなる場合がある為、合理的配慮の視点も意識することが望ましい。

○・・・実施済み 一定の効果がみられる。
 △・・・実施したが効果今一つ、もしくは実施途中。
 ー・・・今後実施を検討、もしくは未実施。
 ×・・・実施したが効果なし

ADHD: 注意欠陥多動症
 WAIS: ウェクスラー式知能検査
 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
 CAARS: Connors' Adult ADHD Rating Scales
 TMT: Trail Making Test
 WCST: Wisconsin Card Sorting Test
 FAB: 前頭葉機能検査
 MDT: 担当多職種チーム

使用における前提について

- ・クリティカルパスは、「患者のための目標(アウトカム)を示し、その目標を最適効率で達成するための理想的なスタッフ活動の順序とタイミンングを提供するもの(Karen Zander,1985)」と定義づけられている。
- ・クリティカルパスは、チーム医療の推進や患者参加型医療の提供、質保証・質改善、経営改善等の多くの領域において有効性を示すとされているが、本クリティカルパスは主にチーム医療の推進、入院期間の短縮、職員教育の領域での効果を期待して作成したものである。
- ・本クリティカルパスは医療観察法入院処遇対象者(以下、対象者)の約8割を占める統合失調症圏(ICD-10:F2)を想定した共通クリティカルパスと、主診断もしくは副診断としての他の疾患を想定した疾患別コ・パスとで構成されている。
- ・各指定入院医療機関において実施可能なアプローチや検査等の内容が異なる状況もあるため、本クリティカルパスに記されたアプローチや検査内容を、適宜類似した他のアプローチ・検査に変更することは可能であり、評価方法においても実施の有無による評価や段階的な評価など、弾力的な運用が可能である。
- ・疾患別コ・パスについては、共通クリティカルパスと重複する部分は削除しており、あえて重複して記載されている部分については、疾患・病態特異性のある重要な部分である。

使用方法について

- ・本クリティカルパスは、担当多職種チーム(以下、MDT)が主体となり、『導入時期の目安のチェックシート』として使用するものであり、対象者の診断や病態に応じ、共通クリティカルパスに加え、疾患別コ・パスの使用を検討する。
- ・本クリティカルパスは、毎月のMDT会議において、対象者の治療の進捗状況を確認し、今後の治療方針を検討する際に使用し、主にMDT内のケアコーディネーターが入力するものとする。
- ・本クリティカルパスの活用方法として、MDT面接において治療の進捗状況について対象者と共有する際に活用したり、裁判所への入院継続申立や退院許可の申立の際に添付し、合議体に治療の進捗状況について伝える際に活用することも考えうる。

バリエーションについて

- ・本クリティカルパスは、MDT視点で作成されたものであり、クリティカルパスの使用が管理的に偏った関わりにつながる可能性について常に意識し、対象者視点での目標・課題についても十分に汲み取っていく必要がある。
- ・ケースフォーミュレーションによって抽出された個別の治療課題に対しては、本クリティカルパスに記された治療内容に加える形で個別の治療を導入する。
- ・特定の対象者および特定の状況によっては、本クリティカルパスから逸脱することも容認され、逸脱することにより良い治療効果が得られることもある。
- ・対象者の病態や想定される退院環境、治療方針によっては、本クリティカルパスに示された目標やアプローチが全て達成されなくても、治療ステージの移行や地域移行が可能である。

令和6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

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：

「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（以下、医療観察法）」に基づく入院医療の長期化が課題とされたが、6年以上の長期入院を経て通院処遇に移行する事例がある¹⁾一方で、入院期間に依らず処遇終了して精神保健福祉法入院する群（以下、処遇終了-入院）もある²⁾。処遇終了の運用には年代、診断分類、頻回/長期の行動制限の有無が影響しているが、医療機関による差も認められた³⁾。本研究1年目の結果⁴⁾より令和2年1月～令和4年12月の3年間集計の施設ごとの処遇終了率は0%から38.7%に分布し、施設間の差が大きい。

本研究では指定入院医療機関の均てん化につなげることを目的とし、処遇終了事例、および処遇終了されやすい要因をもつが通院処遇へと移行した事例の施設比較をおこなう。事例を通じ施設間の処遇判断と医療実践の差を比較するとともに、通院処遇につなげるための手がかりを探る。

令和2年1月～令和4年12月の3年間の集計による処遇終了率が中央値より高い施設を高群、中央値以下の施設を低群、平均在院日数が中央値より長い施設を長期群、中央値以下の施設を短期群とし、高群・短期群から2施設、高群・長期群から2施設、低群・短期群から4施設抽出しして訪問し、3年間に処遇終了された事例・処遇終了されやすい要因をもつが通院処遇へ移行した事例を比較した。その結果、高群4施設では上記期間に処遇終了された事例は20例、処遇終了されやすい要因をもつが通院処遇へと移行した事例は6例であり、低群4施設では処遇終了された事例は4施設、処遇終了されやすい要因をもつが通院処遇へと移行した事例は15例であった。70代以上の認知症、癌などの重篤な身体疾患は両群とも処遇終了されていたが、低群4施設では他の理由での処遇終了はなく、高群4施設では暴力抑制困難、治療拒否、内省・病識の困難を理由に処遇終了され、この3要素は処遇判断に施設差がみられた。処遇終了の判断基準について多施設で検討すること、処遇終了率の低い施設で取り組まれていたアプローチを広めることが求められる。

研究協力者（順不同、敬称略）

久保彩子 国立病院機構琉球病院

前上里泰史 同上

諸見秀太 同上

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

村田昌彦 国立病院機構榊原病院

鬼塚俊明 同上

中辻望来 同上

浅野琴美	同上
榎本翔太	同上
萩原秀典	同上
高野真弘	同上
武川未怜	同上
梨谷寛幸	同上
和田美智子	同上
大居真美	同上

A. 研究目的

医療観察法入院医療の長期化が課題とされたが、6年以上の長期入院を経て通院処遇に移行する事例がある¹⁾一方で、入院期間に依らず処遇終了して精神保健福祉法入院する群（以下、処遇終了-入院）もある²⁾。処遇終了の運用には年代、診断分類、頻回/長期の行動制限の有無が影響しているが、医療機関による差も認められた³⁾。本研究1年目の結果⁴⁾より令和2年1月～令和4年12月の3年間集計の施設ごとの処遇終了率は0%から38.7%に分布しており施設間の差が大きい。入院期間が短期であるが処遇終了率の高い施設もあり⁴⁾、早期退院が処遇終了に依るものであれば問題であり、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⁴⁾。本研究は指定入院医療機関の医療や処遇の均てん化を目的に、施設による処遇終了の運用と医療内容を比較し、処遇終了に至る課題とアプローチ方法を探る。

B. 研究方法

医療観察法指定入院医療機関（n = 35）に対し、本研究1年目で実施した平均在院日数・処遇終了率（いずれも令和2年1月～令和4年12月の3年間の集計；図1）を各々中央値で分け、処遇終了率が中央値より高い施設を高群、中央値以下の施設を低群、平均在院日数が中央値より長い施設を長期群、中央値以下の施設を短期群とし、高群・短期群から2施設、高群・長期

群から2施設、低群・短期群から4施設抽出して訪問し、表1の手順に沿って事例の調査をおこなった。事例調査では処遇終了されやすい要因として1)主診断がF0（器質性精神障害：以下、F0）、F1（物質使用障害：以下、F1）、F7（知的障害：以下、F7）、F8（発達障害：以下、F8）の事例、2)隔離回数5回以上、隔離総日数28日以上、拘束1回以上のいずれかのある事例（以下、行動制限群）、3)入院時代70代以上を基準とした。「頻回/長期行動制限を受けた対象者の全国調査」³⁾による処遇終了-入院されやすさを根拠としているが、F1とF8は入院日数の分布³⁾から通院処遇への移行に比して早期に処遇終了されやすいために対象に含み、年代は70代以上を基準とした。

（倫理面への配慮）

研究公告（オプトアウト文書）を榊原病院ホームページに掲載し、拒否の機会を保障するとともに、匿名化することで個人情報保護をおこない、調査協力依頼状に説明文書を添付して病棟管理者から文書で同意を得た。

筆頭著者の所属する国立病院機構榊原病院倫理審査委員会の承認（2024-03）を得て研究を行った。

C. 研究結果

本研究で訪問調査をおこなった8施設のうち、施設の処遇終了率が中央値より高い4施設（高群・長期群2施設、高群・短期群2施設；以下、高群施設）において令和2年1月～令和4年12月の3年間に処遇終了された事例は20例、処遇終了されやすい要因をもつが通院処遇へと移行した事例は6例であった。施設の処遇終了率が中央値以下、かつ平均在院日数が中央値以下の4施設（低群・短期群：以下、低群施設）では同じ3年間に処遇終了された事例は4施設、処遇終了されやすい要因をもつが通院処

遇へと移行した事例は 15 例であった。これらの事例を共通の特徴により表 2～表 8 に分類、低群施設に類似した事例が見られず表 2～表 8 に分類できなかった高群施設の処遇終了事例を表 9 に示した。表中、低群施設では処遇終了事例は F0・70 代以上（表 2）と身体疾患（表 4）のみであり、表 3 および表 4～表 8 では表の右側は低群施設の通院処遇への移行事例の概略を示した。行動制限群（表 5）は高群施設に 1 例通院処遇への移行事例があり、処遇終了事例の下に記した。表 7（F1）および表 8（F7、F8）は処遇終了事例がなく、通院処遇への移行事例を表の左側に示した。表 9 は高群施設の事例のみであるが、対比のために右側を空欄とした。

D. 考察

1. 特徴・分類ごとの比較

本研究で収集した事例のデータは平均在院日数・処遇終了率の特徴から抜粋した高群施設・低群施設各 4 施設のものであり、量的な比較には限界があるが、表 2～表 9 の分類に沿ってその差を考察する。

1) F0（器質性精神障害）・70 代以上（表 2）

重度精神疾患標準的治療法確立事業（以下、利活用研究事業）のデータを用い、平成 17 年 7 月 15 日の医療観察法制度開始から令和 1 年 7 月 31 日まで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 2,993 例を分析した結果³⁾、処遇終了-入院率が全体で 10.5%のところ F0 に限ると 46.1%が処遇終了-入院とされていた³⁾。また同調査では入院時年代が 60 代で 19.5%、70 代で 24.1%、80 代で 46.7%が処遇終了-入院されており、年代が上がるほど処遇終了されやすいことも明らかになっている。F0 に 60 歳以上が掛け合わされるとさらに処遇終了-入院率が上がる³⁾ことも明らかになっている。本研究の調査では F0 は 8 施設で 8 例みられ、70 代以上は認知症、60 代以下は器

質性妄想性障害ないし器質性精神障害の診断であり、70 代以上（表 2）と 60 代以下（表 3）とに分けて論じる。

表 2 より F0 かつ 70 代以上の 5 例はいずれも認知症と診断され、処遇終了されていた。ただし、高群施設の事例は軽度認知障害（MCI）の評価尺度である、日本語版 Montreal Cognitive Assessment（MoCA-J）で評価された 1 例、および HDS-R（改訂 長谷川式簡易知能評価スケール：以下、HDS-R）の評価が 24 点とカットオフ値より高い 1 例であった。一方で低群施設では HDS-R での点数が 8 点、14 点、10 点と、より低い結果であった。高齢の F0、とりわけ認知症は処遇終了との判断がされやすいと言えるが、処遇終了率の高い施設と低い施設とで認知症として処遇終了する基準に差が疑われる。

2) F0（器質性精神障害）・60 代以下（表 3）

前記のように F0 事例を年代で分けると 60 代以下は 3 例であり、いずれも認知症の診断ではなく器質性精神障害ないし器質性妄想性障害であった。高群施設の 1 例は処遇終了され、低群施設の 2 例はいずれも通院処遇へと移行していた（表 3）。あくまで高群 4 例・低群 4 例の比較に留まり全体の合意とは言い難いものの、F0 でも高齢の認知症は処遇終了との判断で一致されやすい反面、若年の器質性精神障害は判断に差が生じる。また高群施設の事例は統合失調症・知的障害から器質性精神障害へと診断変更しており、低群施設の 1 例は器質性妄想性障害から妄想型統合失調症に診断変更されていた。これらの診断では治療可能性の判断が変わり得るため、診断変更と治療介入の変化も考えられる。高群施設の 1 例は行動制限群でもあり、後述する暴力抑制困難による処遇終了の側面も強い。

3) 身体疾患（表 4）

前述の利活用研究事業の 2,993 例のデータ分析³⁾では処遇終了の理由は収集できていなかった

たが、本研究の訪問調査では癌などの身体疾患を理由とした処遇終了が高群施設で3例、低群施設で1例みられた（表4）。癌で余命宣告された状態、一定以上に身体機能の低下した状態であれば処遇終了との考えがうかがわれる。後述するよう F1（物質使用障害）では処遇終了-入院する事例は通院処遇へ移行する事例より早期に退院（処遇終了-入院）する傾向があった³⁾が、本調査で身体疾患を理由とした処遇終了4例中3例が F1、アルコール依存症ないしアルコール性精神病であった。逆に後述するように F1（表7）事例に身体疾患以外の理由での処遇終了事例はみられなかった。アルコールが多種の癌をはじめとして多くの身体疾患の発生率を高める⁵⁾ことから、F1の処遇終了の早さは身体疾患の生じやすさが影響している可能性も考えられる。

4) 行動制限群（隔離回数5回以上、隔離総日数28日以上、拘束1回以上のいずれかのある事例）（表5）

前述の利活用研究事業の2,993例のデータ分析³⁾では行動制限群は27.3%が処遇終了-入院となり、その他の事例8.2%より多い。また施設要因の分析では処遇終了-入院の有意に多い5施設は他の施設に比べ、頻回/長期の行動制限を受けた事例の処遇終了率が56.6%と、他の施設（24.6%）に比して高いことが明らかになっている⁶⁾。本研究の訪問調査対象施設のうち高群4施設では通院処遇へと移行した事例が1例、処遇終了事例が6例であったのに対し、低群施設では11例が全て通院処遇へと移行した。低群施設の11例のうち7例を表5に示し、1例は自閉スペクトラム症（F8）のため後述する表8に、3例は対比のため後述する表6「5) 治療拒否」に示した。

高群施設では暴力の抑制が難しいため処遇終了した事例と、表中に下線で示した「疾病との因果関係を理解することは困難」など内省・病

識の困難を理由にした処遇終了、視覚障害により「新たなスキル獲得困難」のための処遇終了がみられた。低群施設では全例通院処遇へと移行しており、トラウマワーク、安心感を促すためのアプローチがなされ、またクロザピン（以下、CLZ）を処方した際に副作用で中止となった事例に対し、4分の1から再投与、再使用検討委員会に意見書を提出して再投与するなど繰り返し試みられている。施設入所を目指しつつ通院処遇であるが精神保健福祉法入院した事例（通院処遇-入院）も2例ある。

なお本研究で収集した事例では低群施設に行動制限群が多いため、低群施設に行動制限が多い可能性も疑われる。パフォーマンス指標から高群施設と低群施設の行動制限を比較すると、隔離実人員で高群（平均 = 0.173、*SD* = 0.051）より低群（平均 = 0.268、*SD* = 0.149）で分散が大きい、分散分析の結果 $F = 2.168$ 、 $p = 0.191$ となり有意差は認められなかった。拘束実人員も高群（平均 = 0.053、*SD* = 0.015）より低群（平均 = 0.038、*SD* = 0.057）で分散がやや大きい、分散分析の結果 $F = 0.261$ 、 $p = 0.628$ となり有意差は認められない。

5) 治療拒否（表6）

表4の身体疾患同様、治療拒否は先の量的研究からはデータとして抽出できていない³⁾が、高群施設では行動制限群にも該当せず、治療拒否が続いていた事例の処遇終了が見られたため「治療拒否」と分類し表6に示した。高群施設の1例はパーソナリティ障害に診断変更したことが主たる処遇終了理由であるが、治療拒否が続いていたため表6に示した。

低群施設では治療拒否による処遇終了はみられなかった。行動制限群のうち3事例に治療拒否に対する取り組みが記されていたことから表6に示した。タイミングを変えながら入院導入プログラムを実施、看護師からの促し、場合によっては戦略的 MDT（Multi-disciplinary）

Team：以下、MDT）交代もおこない、治療に応じられるための試みが続けられていた。

6) F1(物質使用障害)(表 7)

F1(物質使用障害)は前述の利活用研究事業の2,993例のデータ分析³⁾から処遇終了-入院が多いわけではないが、処遇終了-入院する事例は通院処遇へと移行する事例より早期に退院(処遇終了-入院)していることが分かっている。また処遇終了-入院の多い施設ではF1で処遇終了-入院されやすい³⁾ことも分かっている。しかし本調査で認められたF1の処遇終了事例は3例全てが身体疾患を理由としたため表4に示した。表7では、高群施設と低群施設での通院処遇への移行事例(それぞれ3例、2例)を示した。

依存症に対する治療プログラム、回復者施設への入所などを通じて通院処遇へ移行している。低群施設では残遺性精神病性障害から統合失調症に診断変更しCLZ投与した事例もある。

7) F7(知的障害)、F8(発達障害)(表 8)

F7が主診断の事例は処遇終了-入院率39.4%と処遇終了-入院されやすい³⁾ことが分かっている。F8は処遇終了-入院の頻度、入院期間ともに有意な差は認められていないが、入院期間のヒストグラム³⁾で処遇終了-入院事例の入院期間を見ると1例の外れ値を除いて通院処遇移行事例より早い傾向がうかがわれたため、事例収集し、表8に示した。いずれの施設でもF7ないしF8を理由とした処遇終了はみられなかったため、高群施設と低群施設での通院処遇移行事例を示した。

F7では自身で活用できないために支援者用クライシスプランを作成、F8では自閉スペクトラム症への心理教育、リラックスアイテムの使用、治療方針を可視化するなど、特性に合わせたアプローチが高群施設・低群施設ともに試みられていた。

8) その他、内省・病識(表 9)

処遇終了高群施設では表2～表8のカテゴリに当てはまらない処遇終了事例が計4例認められた。1例は外国籍の事例が帰国予定となったために処遇終了したもの、3例は内省・病識の困難やセルフモニタリング能力を根拠とした処遇終了であった。

高群施設では4)行動制限群(表5)にも内省・病識の困難を理由とした処遇終了(下線部)があり、内省・病識の困難を理由とした処遇終了は高群施設の特徴と考えられる。低群施設では2)F0・60代以下(表3)、4)行動制限群(表5)、7)F7(表8)に下線で示したように、妄想の対象から遠ざける、支援者用のプランを作る試みにより通院処遇へ移行しており、内省・病識の困難を理由とした処遇終了はみられない。

2. 処遇終了理由の共通点と相違点

本研究では指定入院医療機関の均てん化を目指し、処遇終了率高群施設と低群施設の事例を比較した。上述のように処遇終了率低群施設では本調査で認められた処遇終了事例は70代以上の認知症と身体疾患のみであり、認知症でも高群施設の認知症より認知機能が低い事例であった。低群施設ではみられず、高群施設でみられた処遇終了理由としては暴力抑制困難(表3、表5)、治療拒否(表6)、内省・病識の困難(表5、表9)が挙げられる。4施設ずつの比較に留まるため一般化には限界があるが、この3要素を処遇終了すべき根拠と考えるか否かで施設間に差が認められる。全国の指定入院医療機関の医療と処遇判断の均てん化に向けて、処遇終了判断の基準について検討することが求められる。

3. 通院処遇へ移行するための試み

本研究では処遇終了の判断基準の施設差を抽出したが、処遇終了率を低下させるには、前項に示した暴力抑制困難、治療拒否、内省・病識の困難に対するアプローチを共有する必要もある。既述のように、暴力抑制困難に対しては、CLZ使用で副作用が生じた場合の4分の1から

再投与、再使用検討委員会に意見書を提出して再投与という方法、暴力の背景にトラウマや不安がうかがわれる場合はトラウマワーク、安心感・心理的保護を促すためのアプローチが挙げられる。

治療拒否に対しては看護師からの促し、タイミングを変えながらプログラムを実施、場合によっては戦略的 MDT 交代もある。Shared Decision Making with Case Formulation¹⁾(以下、SDM with CF)⁷⁾を実施し、他機関からの視点を取り入れると共に対象者との共同意思決定を作り直す取り組みもみられた。

内省・病識の課題には支援者用クライシスプランを作成して施設入所をする方法が複数の事例でとられ、妄想の対象から遠ざける環境調整をした事例もあった。

ピアレビュー時等にコンサルテーション⁸⁾を受け、他機関から助言を得ることも低群施設では認められ、SDM with CF や戦略的 MDT 交代も含め、担当 MDT の外部あるいは外部機関からの視点を取り入れること、言い換えると外部に開かれることの重要性も示唆される。

量的研究から施設の処遇終了率と職員個人の職業性ストレス簡易調査票⁹⁾【職場での対人関係】および【同僚の支援】との相関が認められた¹⁰⁾。処遇終了率を下げるには多職種連携の基盤となる職場の対人関係を改善し、互いに助け合える体制を作ることも求められる。

E. 結論

本研究にて処遇終了率が中央値より高い4施設、中央値以下の4施設を訪問し、処遇終了事例を比較した結果、70代以上の認知症事例と癌など重篤な身体疾患の事例は処遇終了率の低い施設でも処遇終了されていた。一方で処遇終了率の高い施設では暴力抑制困難、治療拒否、内

省・病識の困難を理由に処遇終了された事例が見られたが、処遇終了率の低い施設では同様の理由での処遇終了はみられなかった。全国の指定入院医療機関の医療や処遇の均てん化のため、処遇終了の判断基準について検討すること、処遇終了率の低い施設で取り組まれていたアプローチを広めることが求められる。そのためにも、各機関が外部に開かれて他機関の視点を取り入れること、内部の対人関係の改善から多職種連携の基盤を整えることも重要である。

F. 研究発表

1. 論文発表

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。(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-法施行後の治療技術の進歩を踏まえて)。司法精神医学, 2024; 19: 54-59

2. 学会発表

- 1) 壁屋康洋, 久保彩子, 前上里泰史, 諸見秀太ら: 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(1)~医療観察法指定入院医療機関の平均在院日数と処遇終了率に関連する要因の分析. 第20回日本司法精神医学会大会, 東京, 2024. 5. 24.
- 2) 壁屋康洋, 前上里泰史, 高野真弘: 医療観察法入院医療における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(2)~職業性ストレス・多職種連携と施設要因の分析. 日本心理臨床学会第43回大会, 横浜, 2024. 8. 24.
- 3) 壁屋康洋, 久保彩子, 前上里泰史, 諸見秀太ら: 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(3)~医療観察法指定

¹⁾ 小諸高原病院の高橋未央医師が訪問、対象事例との面接の中で、対象事例の希望を中心に据

える形でケースフォーミュレーションを立て、治療計画を作成・実施する取り組み⁷⁾

入院医療機関の運営におけるNH0/NCと自治体立との比較. 第78回国立病院総合医学会, 大阪, 2024. 10. 19.

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

H. 謝辞

本研究にあたり訪問調査を受け入れて下さり、調査対象事例の資料を準備し、筆者らのインタビューに応じて下さり、発表同意を頂いた調査対象施設の皆様に心より深謝致します。

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) 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
- 3) 壁屋康洋, 大鶴卓, 久保彩子, 前上里泰史ら: 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
- 4) 壁屋康洋, 久保彩子, 前上里泰史, 諸見秀太ら: 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. 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(研究代表者: 平林直次) 令和5年度 総括・分担研究報告書, 2024
- 5) 樋口進, 斎藤利和, 湯本洋介(編): 新アルコール・薬物使用障害の診断治療ガイドライン. 新興医学出版社, 東京. 2018
- 6) 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
- 7) 村杉謙次, 平林直次, 今村扶美, 鈴木敬生ら: 複雑で多様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
- 8) 今村扶美, 鈴木敬生, 島田明裕, 村田雄一ら: 従来対応が難しいとされた複雑事例に対する心理社会的介入方法に関する研究. 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・支援体制整備のための研究(研究代表者: 平林直次) 平成30年度~令和2年度総合研究報告書, 2021
- 9) 下光輝一, 原谷隆史, 他: 職業性ストレス簡易調査票の信頼性の検討と基準値の設定, 労働省平成11年度版「作業関連疾患の予防に関する研究」報告書, 2000

- 10) 壁屋康洋，久保彩子，前上里泰史，諸見秀
太ら：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．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（研究代表者：平林直次）令和 5
年度～令和 6 年度 総合研究報告書，2025

図1 平均在院日数・処遇終了率（％）による入院医療機関の散布図

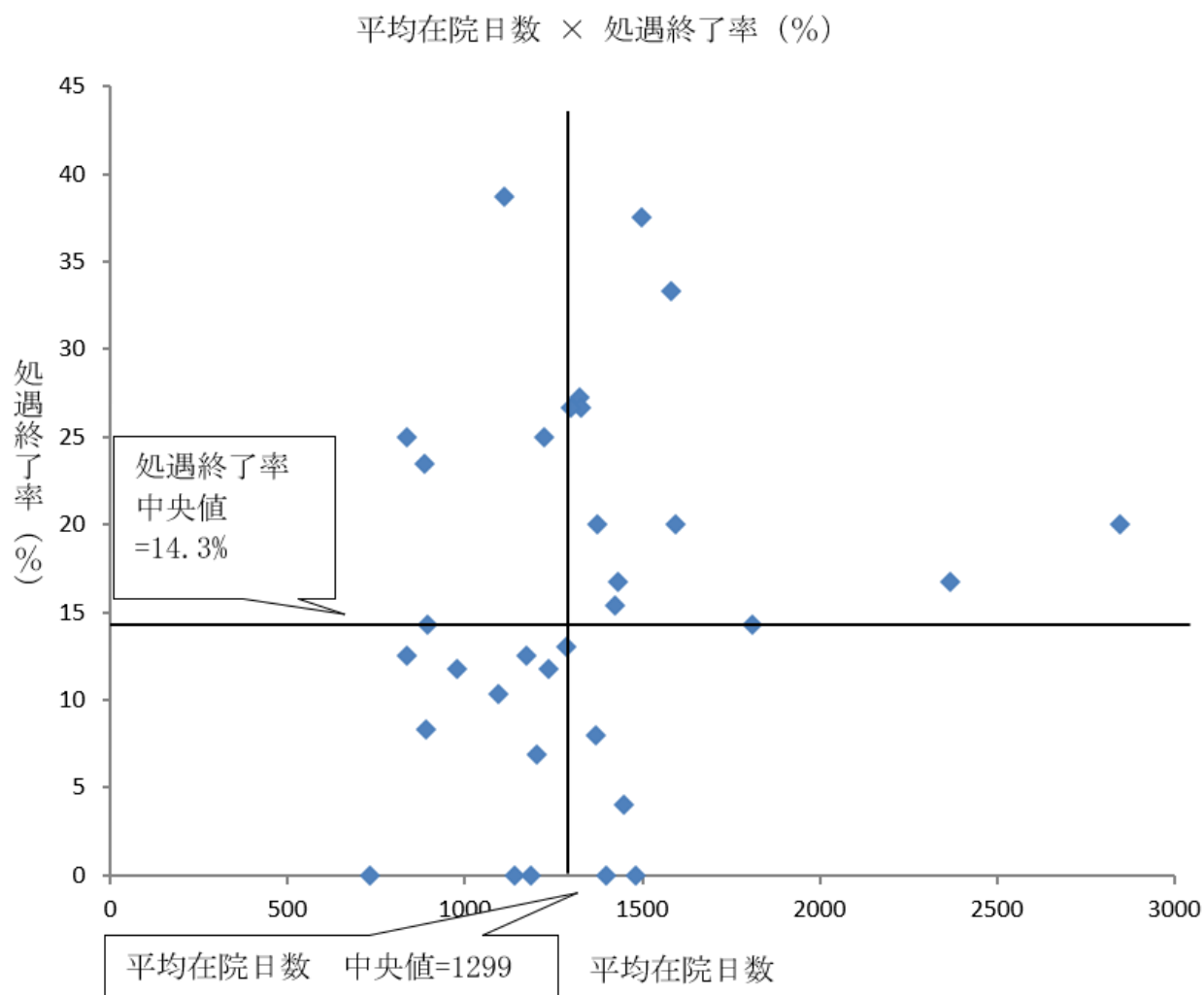


表1 訪問調査手順

1) 受け入れ施設に依頼し、以下事例を抽出して頂く

(1) 令和2年1月～令和4年12月（3年間）の期間に処遇終了した事例

→該当事例（全例）を受け入れ施設に抽出して頂き、下記A～G（少なくとも下記A～D）の項目は受け入れ施設に調べて頂く。事前に把握できなかった項目は訪問時に調べさせて頂く

A) 処遇終了理由、入院（または通院先）

B) 主診断・重複障害

C) 入院処遇日数

D) 隔離総回数・隔離総日数・拘束総回数・拘束総日数

E) 処遇終了前にコンサルテーション、SDM with CF（小諸高原病院 高橋先生）、転院トライアル、52条再鑑定のいずれかを行ったか

F) 処遇終了までに取り組んだ治療アプローチ、処方（CLZの有無中心に）

G) （可能なら）初回入院継続申請時＋退院申請時の社会復帰関連指標

(2) 令和2年1月～令和4年12月（3年間）の期間に通院処遇へ移行した事例のうち、以下のいずれかに該当する事例。

→該当事例（全例）を受け入れ施設に抽出して頂き、下記A～G（少なくとも下記A～D）の項目は受け入れ施設に調べて頂く。事前に把握できなかった項目は訪問時に調べさせて頂く

●主診断がF0（器質性精神障害）、F1（物質使用障害）、F7（知的障害）、F8（発達障害）

●隔離回数5回以上、隔離総日数28日以上、拘束1回以上のいずれかのある事例（行動制限群）

●70代以上

A) 退院時処遇（単身／家族同居／施設入所／精神保健福祉法入院のいずれか）

B) 主診断・重複障害

C) 入院処遇日数

D) 隔離総回数・隔離総日数・拘束総回数・拘束総日数

E) コンサルテーション、SDM with CF（小諸高原病院 高橋先生）、転院トライアル、52条再鑑定のいずれかを行ったか

F) 退院までに取り組んだ治療アプローチ、処方（CLZの有無中心に）

G) （可能なら）初回入院継続申請時＋退院申請時の社会復帰関連指標

2) 上記1)で抽出した事例について、どのような取り組みをしたか（上記F）、苦労した点などを可能な範囲で聞き取りさせて頂く

SDM with CF: Shared Decision Making with Case Formulation

CLZ: Clozapine

表2 訪問調査による事例比較 1) F0（器質性精神障害）・70代以上

処遇終了率高群施設（4施設） 処遇終了事例の概略	処遇終了率低群施設（4施設） 処遇終了事例の概略
80代 アルツハイマー型認知症（F0） MoCA-J=18点 ADL自立、「汚れていない」と更衣は週1回 処遇終了-入院 入院期間=1年 70代 妄想型障害 入院後プログラムの予定や内容を忘れる、自分でポケットに入れたティッシュペーパーを忘れて洗濯して被害的になる等から、認知症（F0）と評価 HDS-R=24点 高齢者施設入所 入院期間=4年	70代 レビー小体型認知症（F0） HDS-R=8点 「出口を求めて昼夜問わず徘徊。尿失禁。着衣の促しと生活の介助を必要」であり「認知症による医療観察法医療困難」のため処遇終了 70代 レビー小体型認知症（F0）、うつ病 HDS-R=14点 抑うつに対して、クライシス・プランの作成・使用 高齢者施設入所 入院期間=9ヶ月 90代 他の持続性妄想性障害・特定不能の認知症（F0） HDS-R=10点 抗精神病薬+抗認知症薬、保護的な環境を維持して幻覚妄想は消失しないものの易怒性や行動化は減少 処遇終了-入院 入院期間=6ヶ月
MoCA-J: 日本語版Montreal Cognitive Assessment ADL: Activities of Daily Living HDS-R: 改訂 長谷川式簡易知能評価スケール	

表3 訪問調査による事例比較 2) F0（器質性精神障害）・60代以下

処遇終了率高群施設（4施設） 処遇終了事例の概略	処遇終了率低群施設（4施設） 通院処遇への移行事例の概略
50代 器質性精神障害（F0） IQ=53 当初審判時は統合失調症・知的障害 行動制限群 他者の言動でイライラ、スタッフへの暴力から隔離 トークンは効果あったが続かない CLZ肝障害、イレウスで中止。mECT効果なし 処遇終了-入院 入院期間=11年	40代 器質性妄想性障害（F0）・器質性パーソナリ ティ障害・てんかん複雑部分発作・軽度知的障害 コンサルテーション受ける <u>妄想は持続したが対象から遠ざけ施設入所</u> 入院期間=3年 60代 器質性妄想性障害（F0）・てんかん（鑑定 時） →入院後、妄想性統合失調症・てんかんへ診断変 更 <u>記憶障害あり内省積み重ならないが施設入所</u> 入院期間=3年
行動制限群：（入院以来隔離回数5回以上、隔離総日数28日以上、拘束1回以上のいずれかのある事例） CLZ: Clozapine m-ECT: Modified Electro Convulsive Therapy	

表4 訪問調査による事例比較 3) 身体疾患

処遇終了率高群施設（4施設） 処遇終了事例の概略	処遇終了率低群施設（4施設） 処遇終了事例の概略
60代 アルコール依存症（F1） 離脱せん妄時の対 象行為。癌となり大量飲酒する体力なくなり、身体 科への入院 入院期間=半年 60代 アルコール性精神病（F1） 透析～ADL低下 し要介護5 処遇終了-通院となり高齢者施設入所 入院期間=1年 60代 アルコール依存症（F1） 癌で余命半年となり処遇終了 入院期間=2ヶ月	50代 統合失調症 癌で余命半年となり「自身の身 体的ケアを受け入れながら余生を送るための精神的 安定はデボ剤で達成した」ため処遇終了して総合病 院精神科へ入院 入院期間=4年

ADL: Activities of Daily Living

表5 訪問調査による事例比較 4) 行動制限群（隔離回数5回以上、隔離総日数28日以上、拘束1回以上のいずれかのある事例）

処遇終了率高群施設（4施設） 処遇終了事例の概略	処遇終了率低群施設（4施設） 通院処遇への移行事例の概略
30代 破瓜型統合失調症 IQ=56 行動制限群 薬物療法は一定の効果あったが、「 <u>疾病との因果関係を理解することは困難</u> 」なため処遇終了 親から受けた暴力のフラッシュバック、幻聴→暴力→隔離や身体拘束→CLZで改善もあったが退院要求から暴力→幻聴より知的障害による混乱としOLZへ処遇終了-入院 入院期間=3年半	60代 統合失調症、自閉スペクトラム症、注意欠如・多動症 行動制限群 CLZ処方するが副作用→4分の1から再投与。 対人関係トラブルの繰り返し～トラウマの影響と捉えトラウマワーク、MDTによる心理的保護続ける 高齢者施設入所 入院期間=5年
30代 統合失調症、自閉スペクトラム症 IQ=57 行動制限群 再入院事例 CLZ+頓服使用→一定の衝動コントロール 「暴力の抑制が難しく治療反応性がない。本人の変化が困難」なため処遇終了-入院 入院期間=4年半	20代 妄想型統合失調症、軽度知的障害、自閉スペクトラム症 行動制限群 4回のコンサルテーション、生活の構造化、不快感のモニタリング、相談スキルトレーニング 自施設への通院、隣接の自立訓練施設入所 入院期間=10年
40代 統合失調症 行動制限群 CLZ導入したが精神症状改善せず、看護師への暴力が繰り返され、隔離を要す 入院期間=5年	30代 統合失調症、自閉スペクトラム症、注意欠如・多動症 行動制限群 m-ECT、CLZ処方するが身体科搬送を要する副作用があり中止。傾聴メインの心理教育で弱みを見せられるように。施設入所を目指す時間をかけて関係構築するため通院処遇-精神保健福祉法入院 入院期間=6年
30代 統合失調症 行動制限群 「抗精神病薬の効果が限定的なこと、認知機能低下により心理社会的プログラムによる治療の効果が望めないことから治療反応性に疑義が生じている」 「対象行為そのものへの後悔はあるが、そこから <u>内省は深まらず</u> 」処遇終了-入院 入院期間=7年	60代 統合失調症 行動制限群 m-ECT実施するも効果なし。CLZ処方するが徐波化等で中止。再使用検討委員会に意見書提出し再投与。 <u>症状のモニタリングできず、支援者用のプラン作り</u> 施設入所 入院期間=11年
60代 妄想型統合失調症・視覚障害 行動制限群 「新たなスキル獲得の困難」のため処遇終了 入院期間=4年半	60代 統合失調症、自閉スペクトラム症、注意欠如・多動症 行動制限群 CLZ処方するが副作用→4分の1から再投与。トラウマワーク実施。高齢者施設入所 入院期間=5年
30代 妄想型統合失調症 行動制限群 著しい不穏に至ることなく集団の中で過ごすことができるようになったが、「病識や内省の獲得も部分的、強度の確認強迫で生活全般に援助を要する」ため処遇終了 入院期間=6年半	30代 統合失調症、自閉スペクトラム症、中等度知的障害 行動制限群 自身の身体への妄想に対し、月1回の画像検査等で安心感を促す。妄想は残存したが言動が影響されることが軽減し施設入所 入院期間=5年
処遇終了率高群施設（4施設） 通院処遇への移行事例の概略	処遇終了率低群施設（4施設） 通院処遇への移行事例の概略
30代 残遺型統合失調症 行動制限群 白血球低値のためCLZを慎重に増量し、拘りや衝動性が減少 入院期間=4年半	50代 統合失調症、軽度知的障害 行動制限群 CLZ処方、被害妄想・情報処理困難・個人的感情を要因とする3種のケースフォーミュレーション。段ボールハウス、日課表の作成 入所施設選定を目指しつつ通院処遇-入院 入院期間=7年

行動制限群：（入院以来隔離回数5回以上、隔離総日数28日以上、拘束1回以上のいずれかのある事例）

IQ: Intelligence Quotient

CLZ: Clozapine

OLZ: Olanzapine

MDT: Multi-disciplinary Team

m-ECT: Modified Electro Convulsive Therapy

通院処遇-入院（通院処遇となると同時に精神保健福祉法入院）

表6 訪問調査による事例比較 5) 治療拒否

処遇終了率高群施設（4施設） 処遇終了事例の概略	処遇終了率低群施設（4施設） 通院処遇への移行事例の概略
40代 統合失調症 「CLZ投与後他害行為の発生なく、服用を続けることも本人を希望している。幻覚妄想やプログラムの拒否は続いている」ため処遇終了 入院期間=6年	30代 統合失調症、自閉スペクトラム症、中等度知的障害 行動制限群 入院導入プログラムを半年後・2年半後とタイミング変えながら実施。3年後に心理教育 入院期間=5年
30代 統合失調症 退院前ケア会議を機に本人が不安となり自殺念慮。その後退院したがらず、外出泊実施できないため処遇終了 入院期間=7年	30代 統合失調症、自閉スペクトラム症 行動制限群 SDM with CF実施。薬物療法の抵抗に緊張病症状の辛さ共有。プログラム拒否に看護師から促し 入院期間=6年
60代 双極性障害、自閉スペクトラム症、転換性障害 好褥的、不活発で治療に乗らないことから処遇終了 入院期間=2年半	20代 統合失調症、自閉スペクトラム症 行動制限群 戦略的MDT交代、本人のニーズに合わせた課題設定施設入所 入院期間=5年半
50代 妄想性障害 治療拒否続き、境界性パーソナリティ障害に診断変更、処遇終了-通院 入院期間=11ヶ月	

CLZ: Clozapine
SDM with CF: Shared Decision Making with Case Formulation
MDT: Multi-disciplinary Team

表7 訪問調査による事例比較 6) F1（物質使用障害）

処遇終了率高群施設（4施設） 通院処遇への移行事例の概略	処遇終了率低群施設（4施設） 通院処遇への移行事例の概略
50代 アルコール依存症（病的酩酊）（F1） アルコール依存症に対する認知行動療法・抗酒剤処方、作業所等で日中活動を組む 家族同居 入院期間=3年	40代 覚醒剤使用による残遺性精神病性障害（F1） 統合失調症に診断変更、CLZ処方、スキーマ療法にてスキーマと他害行為の関連を学習 入院期間=2年
60代 アルコール性精神病（F1）、軽度知的障害 アルコール依存症への治療プログラム 高齢者施設入所 入院期間=2年	40代 覚醒剤中毒後遺症（F1）、薬物依存、軽度知的障害 依存症回復支援施設への入所 入院期間=3年
アルコール性精神病（F1）、軽度知的障害 入院期間=3年	

CLZ: Clozapine

表8 訪問調査による事例比較 7) F7（知的障害）、F8（発達障害）

処遇終了率高群施設（4施設） 通院処遇への移行事例の概略	処遇終了率低群施設（4施設） 通院処遇への移行事例の概略
40代 自閉スペクトラム症（F8）、注意欠如・多動症 短期精神病性障害に抗精神病薬、自閉スペクトラム症への心理教育実施 入院期間=2年半	40代 中等度知的障害（F7） IQ=47 自身で活用できないため支援者用クライシスプラン施設入所 入院期間=1年半
30代 自閉スペクトラム症（F8） IQ=61 リラックスアイテム使用、施設入所 入院期間=3年	20代 自閉スペクトラム症（F8）、非定型精神病 行動制限群 共に作成していく可視化した治療方針 入院期間=4年

IQ: Intelligence Quotient

表9 訪問調査による事例比較 8) その他、内省・洞察

処遇終了率高群施設（4施設） 処遇終了事例の概略	処遇終了率低群施設（4施設） 処遇終了事例の概略
40代 統合失調症、軽度知的障害 外国籍で日本語困難。当初日本国内の元の居住地に退院する予定であったが、家族との関係の変化から帰国することになり処遇終了 入院期間=1年半	事例なし
70代 妄想型統合失調症 内省の不十分さ、受け入れ先の希望で処遇終了 入院期間=2年	
40代 妄想型統合失調症 「自分の変化をとらえるセルフモニタリングは病識を構築する際の基礎として必須であるが、できない」ため処遇終了 入院期間=4年	
60代 統合失調症 幻覚妄想は続くが行動化はない 「リハビリテーション行ったが無為な生活。認知機能障害から対象行為についての内省や病識の深まりはみられない」ため処遇終了 入院期間=5年	

令和 6 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、令和 5 年度に実施した医療観察法指定医療機関や地域の支援機関に対するアンケート調査において、オンデマンド研修や系統的な研修システムの構築が望まれていたことを受けて、研修に活用できる動画や資料のライブラリーを構築し、研修モデルを作成することを目的としている。

研修動画の内容は、令和 5 年度アンケート調査の中でニーズの高かったものを中心に、医療観察法指定入院医療機関、指定通院医療機関（病院・診療所）、地域の支援者（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）で勤務するスタッフにそれぞれ適したものを準備した。医療観察法の総論や処遇全般に関する動画としては、制度全般と理念、各種ガイドライン、入院処遇の流れ、クリティカルパス、各種会議、地域支援・通院処遇の実際など、各職種や機関の役割に関する動画としては、各医療職の他、訪問看護、グループホームなど、治療や評価に関する動画としては、共通評価項目、ケースフォーミュレーション、セルフモニタリングシート、クライシスプラン、心理教育、内省プログラム、薬物療法、家族支援、動機づけ面接、トラウマインフォームドケアなど、疾患に関する動画としては、統合失調症、神経発達症、物質使用症など、その他の動画としては、権利擁護、加害者臨床とスティグマ、治療共同体・チーム医療、被害者の視点などを作成した。25 名以上の講師による 50 本以上から成る動画ライブラリーを構築し、国立精神・神経医療研究センターの YouTube チャンネルにおいて順次公開した。

研修モデルとしては、(1) 指定入院医療機関の新入職員向け、(2) 指定入院医療機関の継続勤務者向け、(3) 指定通院医療機関（病院・診療所）の勤務者向け、(4) 地域の支援者（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）向けの 4 種類を作成した。

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
竹田康二	同上
塚田浩行	同上
島田明裕	同上
津田哲也	同上

鈴木敬生	同上
宮崎真理子	同上
山本輝之	成城大学
来住由樹	岡山県精神科医療センター
田上昭子	同上
村杉謙次	国立病院機構小諸高原病院
立山和久	国立病院機構久里浜医療セ

ンター

三澤孝夫	駒澤大学
熊地美枝	岩手医科大学
壁屋康洋	国立病院機構榊原病院
砥上恭子	国立病院機構肥前精神医療 センター
平山泰照	同上
豊巻敦人	北海道大学
石川修平	同上
野村照幸	国立病院機構さいがた医療 センター
佐久間寛之	同上
菊池安希子	武蔵野大学
國田幸治	北海道大学病院附属司法精 神医療センター
下里誠二	信州大学
望月和代	北星学園大学
前上里泰史	国立病院機構琉球病院
吉岡眞吾	愛知県精神医療センター
河合孝司	訪問看護ステーション north-ACT
関口暁雄	埼玉県済生会鴻巣医療福祉 センター

A. 研究目的

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

令和5年度に実施した指定医療機関や地域の支援機関に対するアンケート調査では、各機関で十分な研修が実施できていない現状が明らかとなり、時間や人員、経費の不足などがその理由として挙げられていた。さらに、オンデマンド研修や系統的な研修システムの構築が望まれていた。この結果を受けて、本研究は、研修に活用できる動画や資料のライブラリーを構築し、研修モデルを作成することを目的としている。

B. 研究方法

令和5年度のアンケート調査により、研修としてのニーズの高かった項目に加え、令和6年5月の研究班会議、同年6月の分担班会議で、研究代表者や研究分担者、研究協力者からの意見を集約し、研修動画の内容や講師を選定し、推奨度を設定した。また、精神保健判定医等養成研修会のeラーニングで使用されている動画の一部を各講師と主催する日本精神科病院協会の許可のもと、研修動画としてライブラリーに組み入れた。

さらに研修動画を活用した研修モデルを（1）指定入院医療機関の新入職員向け、（2）指定入院医療機関の継続勤務者向け、（3）指定通院医療機関（病院・診療所）の勤務者向け、（4）地域の支援者（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）向けの4種類作

成した。

(倫理面への配慮)

該当なし

C. 研究結果

1) 研修動画リスト

1. 医療観察法の総論や処遇全般に関する動画として以下を作成した。

- ・医療観察制度全般と理念
- ・医療観察法の概要（法学：総論・審判手続）
- ・医療観察法における医療と法
- ・各種ガイドラインについて
- ・入院処遇の流れ
- ・入院処遇の実際
- ・医療観察法クリティカルパスについて
- ・入院処遇における各種会議について
- ・地域支援・通院処遇の実際

2. 各職種や機関の役割に関する動画として以下を作成した。

- ・指定入院医療機関における医師の役割
- ・指定入院医療機関における看護師の役割、コーディネーター業務
- ・精神保健福祉士の役割
- ・心理士の役割
- ・作業療法士の役割
- ・訪問看護での対応
- ・グループホームでの対応

3. 治療や評価に関する動画として以下を作成した。

- ・共通評価項目
- ・アセスメント・評価尺度
- ・認知機能障害
- ・ケースフォーミュレーション
- ・セルフモニタリングシート（入院処遇）
- ・セルフモニタリングシート（通院処遇）
- ・クライシスプラン（入院処遇）
- ・クライシスプラン（通院処遇）

・リスクアセスメント、セキュリティ、暴力対応

・入院処遇における治療プログラムについて

- ・心理教育（総論、統合失調症）
- ・心理教育（気分症：うつ病、双極症）
- ・認知行動療法の基本
- ・精神症の認知行動療法（Cognitive Behavioral Therapy for psychosis: CBTp）

- ・内省プログラム
- ・認知機能リハビリテーション
- ・包括的暴力防止プログラム（Comprehensive Violence Prevention and Protection Program: CVPPP）

- ・動機づけ面接
- ・トラウマインフォームドケア
- ・家族支援
- ・統合失調症の薬物療法（医療従事者編）
- ・統合失調症の薬物療法（支援者編）
- ・統合失調症の薬物療法（クロザピン編）

4. 疾患に関する動画として以下を作成した。

- ・精神障害の診断と治療
- ・統合失調症
- ・神経発達症
- ・物質使用症
- ・気分症

5. その他の動画として以下を作成した。

- ・対象者の権利擁護と専門職の対応
- ・加害者臨床と支援者の持つスティグマ
- ・治療共同体、チーム医療
- ・入院処遇での診療録記載方法
- ・書類作成方法～裁判所提出書類～
- ・医療観察法に関係する制度の説明
- ・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）
- ・被害者の視点

2) 研修動画の公開方法

国立精神・神経医療センターの YouTube チャンネル (NCNPchannel) に再生リストを作成し、動画の内容に応じて公開もしくは限定公開に分けてアップロードした。

<https://www.youtube.com/@NCNPchannel/playlists>

また、動画のスライド資料を国立精神・神経医療センター病院のホームページ内から閲覧、ダウンロードできるようにした。

3) 研修モデル (図 1、表 1、図 2、図 3)

研修モデルは、(1) 指定入院医療機関の新入職員向け、(2) 指定入院医療機関の継続勤務者向け、(3) 指定通院医療機関 (病院・診療所) の勤務者向け、(4) 地域の支援者 (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) 向けの 4 種類を作成した。ただし、この中でも精神科経験の有無や医療観察法対象者の対応経験の有無、職種などによって必要な研修の内容は多様であると思われ、研修モデルは随時アレンジして活用してもらうことを想定している。また、各施設のさまざまな事情により、勤務時間内に参集して研修することが困難であったり、時間が限られたりする場合は、動画視聴で個別研修することも可能であると思われる。

研修モデルについては、国立精神・神経医療研究センター病院のホームページで閲覧できるようにした。

(1) 指定入院医療機関の新入職員向けの研修モデルについては図 1 に示したが、3 日間 (計 21 時間) をモデルとした。医療観察制度の総論や理念に関するもの、各職種の役割、評価方法、治療プログラム、精神疾患、記録など医療観察法入院処遇の概要や理念を理解するための内容を 1 日目と 2 日目に組み入れた。3 日目にはセルフモニタリングシートやクライシスプラン、ガイドライン、入院処遇の流れ、クリティカ

ルパス、各種会議、外出泊時の対応、書類作成方法などより実務的な内容を入れ、ケースフォーミュレーションや家族支援、被害者の視点、神経発達症、認知機能障害などを組み入れた。

(2) 指定入院医療機関の継続勤務者向けの研修モデルは表 1 に示したが、継続勤務者の多くが長時間の研修を同時に受けることは現実的ではないと思われ、30 分程度の研修を定期的 to 実施するようなモデルとした。実施可能な頻度は施設差があると思われるが、月 1 回ないし月 2 回以上の開催が望ましいとした。

表 1 のように、本研究で作成した研修動画を活用できる内容としたが、内部研修のほかに、地域の指定通院医療機関や地域の支援者、社会復帰調整官らと合同での対面研修の開催を強く推奨した。

また、他の指定入院医療機関との情報共有ができる研修会や会議等への参加も強く推奨した (例: ブロック会議、関連職種研修会、MDT (Multi-disciplinary Team: 以下、MDT) 研修、ピアレビュー等)。

(3) 指定通院医療機関 (病院・診療所) の勤務者向けの研修モデルは図 2 に示したが、2 日間 (計 14 時間) をモデルとした。医療観察制度の総論や理念に関するもの、セルフモニタリングシートやクライシスプラン、地域支援・通院処遇の実際、共通評価項目などを 1 日目に組み入れた。2 日目には治療プログラムや精神科診断と治療の総論、疾患各論 (統合失調症、神経発達症)、認知機能障害、家族支援、被害者の視点などを組み入れたが、2 日目は経験の浅い職員など必要性に応じて組み合わせることを推奨した。

研修動画を活用した内部研修のほかに、地域の指定入院医療機関や地域の支援者、社会復帰調整官らと合同での対面研修の

開催を強く推奨した。

(4) 地域の支援者（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）向けの研修モデルは図 3 に示したが、1.5 日間（計 10 時間）をモデルとした。医療観察制度の総論や理念に関するもの、セルフモニタリングシートやクライシスプラン、地域支援・通院処遇の実際、訪問看護やグループホームでの対応、共通評価項目などを 1 日目に組み入れた。2 日目には治療プログラムや精神科診断と治療の総論、疾患各論（統合失調症、神経発達症）、認知機能障害、家族支援、被害者の視点などを組み入れたが、2 日目は経験の浅い職員など必要性に応じて組み合わせることを推奨した。

研修動画を活用した内部研修のほかに、地域の指定入院医療機関や指定通院医療機関、社会復帰調整官らと合同での対面研修の開催を強く推奨した。

D. 考察

1) 研修動画

研修動画のライブラリーは、25 名以上の講師による 50 本以上から構成されているが、令和 5 年度アンケート調査の結果を踏まえ、医療観察法の総論や理念、評価方法、治療プログラム、実務的内容などのほか、医療観察法に限らない精神医学的知識も含まれており、医療観察法医療に携わる者のニーズにはある程度こたえられる内容になっているのではないと思われる。

しかし、全ての領域を網羅しているとまでは言えず、各動画の時間もあえて長時間とはせず、大部分が 15～30 分程度であり、動画内容だけで十分な知識が得られるわけではない。各動画ではさらなる学習のための参考図書や文献などが紹介されており、動画は学習の入り口としての位置付け

であると考えている。

また、動画が各施設での研修に活用されることを期待しつつも、動画視聴という受動的で一方向の研修に終始してしまい、施設内での双方向の対面研修がおろそかになることも懸念され、アナウンスする際はこの点を十分留意する必要があると思われる。

2) 研修モデル

1. 指定入院医療機関の新入職員向け

令和 5 年度アンケート調査では、新入職員に研修を実施していると回答した施設は 3 分の 2 にとどまり、実施していた施設でもその研修時間は数時間以内（約 3 割）から 3 日間以上（約 3 割）と大きな差があった。指定入院医療機関の従事者への調査では、自身が受けた新入職員向け研修では十分でなかった内容を挙げる意見も多く、各施設のさまざまな事情はあるものと思われるが、今回提唱した研修モデルは 3 日間（21 時間）とした。

また、同じくアンケート調査で、入職直後に詰め込み式で研修を受けても学習効果が低く、一部は一定期間の勤務経験後に受けたほうがよいとの意見が複数寄せられていた。このため、3 日間の研修のうち、特に 3 日目は勤務開始から 1～2 週間経過し、ある程度業務の流れを体験した頃に実施する方法も提案した。これも各施設のさまざまな事情を勘案して、適切な時期に実施するのがよいと思われる。

2. 指定入院医療機関の継続勤務者向け

令和 5 年度アンケート調査では、継続勤務者に研修を実施していると回答した施設は 3 分の 2 にとどまり、実施していた施設でもその頻度は不定期開催がほとんどであった。一方で、毎月開催、毎週開催している施設も各 3 施設あり、差が顕著であった。

繁忙な業務の中で定期的に研修を実施することは容易なことではないと思われるが、最高水準の医療の提供が求められている医療観察法入院医療において、勤務者の継続的な学習は不可欠であり、全国35カ所の指定入院医療機関の施設間差を是正するためにも、ある程度の頻度で研修の機会を勤務者に提供する必要があるものと思われる。これらを考慮し、提唱した研修モデルでは、30分程度の内部研修を月1回ないし月2回以上で開催することを推奨した。

研修内容としては、研修動画を活用できる25項目をリストにしたが、各施設の状況に応じて取捨選択してよいと思われる。また、内部研修のほかに、地域の指定通院医療機関や地域の支援者、社会復帰調整官らと合同での対面研修の開催を強く推奨した。各対象者の地域調整の中で地域の指定通院医療機関や支援者とは日々情報共有していると思われるが、参集して特定のテーマで合同研修を行ったり、困難事例の検討会を開催したりするなど、地域と顔の見える関係を構築できる研修が望まれる。

また、他の指定入院医療機関との情報共有ができる研修会や会議等への参加も強く推奨した。令和5年度アンケート調査でも他の指定入院医療機関との情報共有や研修を望む声が多く、医療観察法関連職種研修会や医療観察法MDT研修、ピアレビューなどの機会が考えられるが、参加施設は多いものの、各施設の参加人数は限られており、ニーズは満たされていないようである。近年開始されたブロック会議など、指定入院医療機関同士での現場レベルでの情報共有や研修の機会が望まれる。

3. 指定通院医療機関（病院・診療所）の勤務者向け

令和5年度アンケート調査では、勤務者

に対して医療観察法に関連する内部研修を行っているという回答した施設は17%にとどまり、実施していた施設でも単発の開催がほとんどであった。

医療観察法医療が業務の主体ではない指定通院医療機関において、医療観察法に関連する研修を定期的に開催するというのは現実的ではない可能性があるが、通院処遇の対象者を担当する際には、一定の研修を実施して知識を習得しておくことが望ましく、フルコースで2日間の研修モデルを提案した。

また、内部研修のほかに、地域の指定入院医療機関や地域の支援者、社会復帰調整官らと合同での対面研修への参加を強く推奨した。各対象者のCPA（Care Programme Approach：以下、CPA）会議やケア会議での情報共有以外に、参集して特定のテーマで合同研修を行ったり、困難事例の検討会に参加したりすることが望まれる。

4. 地域の支援者（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）向け

令和5年度アンケート調査では、勤務者に対して医療観察法に関連する内部研修を行っているという回答した施設は11%にとどまり、実施していた施設でも年1回の開催が半数で、定期的に開催している施設はほとんどなかった。

医療観察法対象者の受け入れ人数が少ない施設では、医療観察法に関する基本的知識を有している勤務者が限られていたり、精神障害患者自体の対応経験が少ない支援者では、精神医療や精神医学に関する基本的知識を学習する必要がある場合も少なくない。医療観察法に特化した研修を平素から行うことは少ないと思われるが、通院処遇の対象者を担当する際には、一定の研修を実施して知識を習得しておくこ

とが望ましく、フルコースで 1.5 日間の研修モデルを提案した。

また、内部研修のほかに、地域の指定入院医療機関や指定通院医療機関、社会復帰調整官らと合同での対面研修への参加を強く推奨した。各対象者の CPA 会議やケア会議での情報共有以外に、参集して特定のテーマで合同研修を行ったり、困難事例の検討会に参加したりすることが望まれる。

E. 結論

令和 5 年度に実施した医療観察法医療に携わる指定医療機関と地域の支援者に対するアンケート調査の結果、各施設での研修が十分に行われておらず、この問題を解消するためにオンデマンド研修に活用できる動画や資料が望まれていたことを受けて、研修動画のライブラリーを構築した。25 名以上の講師による 50 本以上から構成されるライブラリーであり、医療観察法医療全体を網羅する内容となった。

さらに、研修動画を活用した研修モデルを作成し、(1) 指定入院医療機関の新入職員向け、(2) 指定入院医療機関の継続勤務者向け、(3) 指定通院医療機関（病院・診療所）の勤務者向け、(4) 地域の支援者（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）向けの 4 種類をそろえた。

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

賀古勇輝：指定医療機関における教育・研修についての実態調査，第 19 回医療観察法関連職種研修会，宇都宮，2024. 7. 19

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、そして研修動画の作成にご協力いただいた全国の各領域の専門家の皆様に深謝致します。

参考文献

なし

表1 研修モデル（指定入院医療機関の継続勤務者向け）

- ※ 30分程度の内部研修を定期的実施することを想定して内容のモデルを作成した。頻度は月1回ないし月2回以上の開催が望ましい。
- ※ いずれの項目も本研究で作成された研修動画が活用可能である。
- ※ 内部研修のほかに、地域の指定通院医療機関、地域の支援者、社会復帰調整官らと合同での対面研修の開催が強く推奨される。
- ※ 他の指定入院医療機関との情報共有ができる研修会や会議等への参加も強く推奨される（例：ブロック会議、関連職種研修会、MDT研修、ピアレビュー等）。

	内容	YouTube 動画No.
1	医療観察法クリティカルパスについて	6
2	対象者の権利擁護とそれに携わる専門職の対応	13
3	加害者臨床、支援者の持つスティグマ	14
4	治療共同体、チーム医療	15
5	共通評価項目（第3版）について①活用編	16
6	共通評価項目（第3版）について②評定編	17
7	医療観察法におけるアセスメント・評価尺度	18
8	入院処遇におけるセルフモニタリングシート	23
9	入院処遇におけるクライシスプラン	21
10	ケースフォーミュレーション	20
11	入院処遇における治療プログラムについて	27
12	心理教育（総論、統合失調症）	28
13	認知行動療法の基本	30
14	精神症の認知行動療法（CBTp）	31
15	内省プログラム	32
16	トラウマインフォームドケア	37
17	医療観察法対象者の家族支援	38
18	統合失調症	40
19	神経発達症	41
20	統合失調症の薬物療法	44
21	クロザピン治療	46
22	リスクアセスメント、セキュリティ、暴力対応	47
23	医療観察法に関係する精神保健福祉制度の説明	48
24	地域支援・通院処遇の実際	49
25	医療観察法データベース事業	53

MDT: Multi-disciplinary Team

CBTp: Cognitive Behavioral Therapy for psychosis

図1 研修モデル (指定入院医療機関の新入職員向け)

9:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00
1日目	医療観察制度全般と理念 (1) 権利擁護(13) 加害者臨床・ステイグマ (14)	各職種の役割 (医師(7)、 看護師(8)、精神保健福 祉士(9)、心理士(10))	休 憩	各職種の役割 (作業 療法士(11)、社会復 帰調整官)	治療共同体・チーム 医療(15) トラウマインフォー ムドケア(37)		CVPPP(34) リスクアセスメント、 セキュリティ、暴力 対応(47)	
	治療プログラム(27) 心理教育 (総論、統合失 調症) (28) 内省プログラム(32)	認知行動療法の基本(30) CBTp(31)	休 憩	精神障害の診断と 治療(39) 統合失調症(40) 統合失調症の薬物 療法(45)	共通評価項目(16, 17) アセスメント・評価尺度 (18)		電子カルテ操作説明 診療録記載方法(26- 1) データベース事業 (53)	
	セルフモニタリングシー ト(24) クライシスプラン(22) ケースフォーミュレー ション(20)	各種ガイドライン(4) 入院処遇の流れ(5-1) クリティカルパス(6) 各種会議(25)	休 憩	精神保健福祉に関す る制度の説明(48) 家族支援(38) 被害者の視点(54)	神経発達症(41) 認知機能障害(19)		外出泊時の対応 書類作成方法(26- 2)	

※ 下線は本研究で作成された研修動画を活用できる (YouTubeチャンネルの動画No. を付記)。
※ 3日間の研修は連日である必要はなく、特に3日目は勤務開始1〜2週間後に実施する方法も考えられる。

図2 研修モデル（指定通院医療機関（病院・診療所）の勤務者向け）

9:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00
1 日目								
	<u>医療観察制度全般と理念</u> <u>(1)</u> 権利擁護 (13) 加害者臨床・ステイグマ <u>(14)</u>	<u>セルフモニタリングシート</u> <u>(24)</u> クライシスプラン (22) ケースフォーミュレーション <u>(20)</u>	<u>休憩</u>	<u>精神保健福祉に関する制度の説明 (48)</u> <u>精神保健福祉士の役割 (9)</u> <u>地域支援・通院処遇の実際 (49)</u>	<u>治療共同体・チーム医療 (15)</u> <u>トラウマインフォームドケア (37)</u>	<u>共通評価項目</u> <u>(16, 17)</u>		
2 日目								
	<u>治療プログラム (27)</u> <u>心理教育 (総論、統合失調症) (28)</u> <u>内省プログラム (32)</u>	<u>精神障害の診断と治療</u> <u>(39)</u> <u>統合失調症 (40)</u> <u>統合失調症の薬物療法 (45)</u>	<u>休憩</u>	<u>クロザピン治療 (46)</u> <u>神経発達症 (41)</u>	<u>家族支援 (38)</u> <u>被害者の視点 (54)</u>	<u>認知行動療法の基本</u> <u>(30)</u> <u>認知機能障害 (19)</u>		

※ 下線は本研究で作成された研修動画を活用できる（YouTubeチャンネルの動画No.を付記）。
※ 1日目は必修とし、2日目は経験の浅い職員など必要性に応じて組み合わせることが望ましい。
※ 内部研修のほか、地域の指定入院医療機関、地域の支援者、社会復帰調整官らと合同での対面研修への参加が強く推奨される。

図3 研修モデル（地域の支援者向け）

9:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00
1日目	医療観察制度全般と理念 (1) 権利擁護(13) 加害者臨床・ステイグマ (14)	セルフモニタリングシー ト(24) クライシスプラン(22) ケースフオーミュレー ション(20)	休憩	精神保健福祉に関する制 度の説明(48) 精神保健福祉士の役割(9) 地域支援・通院処遇の実 際(49)		治療共同体・チーム 医療(15) トラウマインフォー ムドケア(37)		訪問看護の対応 (51) グループホーム の対応(52)
	精神障害の診断と治療 (39) 統合失調症(40) 統合失調症の薬物療法 (45)	心理教育（総論、統合失 調症）(28) 神経発達症(41) 家族支援(38)						
2日目								

- ※ 下線は本研究で作成された研修動画を活用できる（YouTubeチャンネルの動画No.を付記）。
- ※ 1日目は必修とし、2日目は経験の浅い職員など必要性に応じて組み合わせることが望ましい。
- ※ 内部研修のほか、地域指定入院医療機関、指定通院医療機関、社会復帰調整官らと合同での対面研修への参加が強く推奨される。

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
久保彩子	心神喪失者等医療観察法	永井良三ほか	精神科研修ノート 改訂第3版	診断と治療社	東京	2024年	601-604

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
平林直次	第19回日本司法精神医学会大会 大会長講演 強制性と主体性—医療観察法医療の経験から—	司法精神医学	19巻1号	3-8	2024年
平林直次	第19回日本司法精神医学会大会 報告 第19回日本司法精神医学会大会を終えて	司法精神医学	19巻1号	133-134	2024年
Masaya Ito, Akiko Katayanagi, Mitsuhiro Miyamae, et al	Cognitive Processing Therapy for Posttraumatic Stress Disorder in Japan A Randomized Clinical Trial	JAMA Network Open	8巻2号	e2458059	2025年
Katsuhito Saitoh, Daimei Sasayama, Tomonari Yoshizawa, Mio Suzuki, Kenji Murasugi, Shinsuke Washizuka	Comparative Empirical Analysis of Challenging Inpatients under the Medical Treatment and Supervision Act and the Mental Health and Welfare Act.	信州医学雑誌	72巻2号	95-105	2024年
村杉謙次	複雑事例へのあらたな治療の試みと治療反応性	司法精神医学	19巻1号	47-53	2024年

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。（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－法施行後の治療技術の進歩を踏まえて）	司法精神医学	19巻	54-59	2024年
------	--	--------	-----	-------	-------

令和7年5月9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6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)	☒	☐	☒	国立精神・神経医療研究センター倫理委員会	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☒	☐		☐
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	☐	☒	☐		☐
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：)	☐	☒	☐		☐

(※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 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (有の場合はその内容: 企業から物品購入または業務委託を行う場合には、取引の必要性を十分に吟味し、透明性及公正性に十分に留意して契

	約を行ってください。)
--	-------------

- (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7年5月9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6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) 司法精神診療部 第二司法精神科医長
(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)	☒	☐	☒	国立精神・神経医療研究センター倫理委員会	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☒	☐		☐
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	☐	☒	☐		☐
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：)	☐	☒	☐		☐

(※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 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (有の場合はその内容：本研究で使用する EDC システムの開発・管理会社である株式会社アクセライト (データ管理、モニタリング、統計・解析又は監

	査に関する役務の場合は、有償でも申告対象（一部分でも関与している場合を含む））に関して、「以下に記載する事項に留意の上、研究を実施してください」とのコメントあり：企業から物品購入または業務委託を行う場合には、取引の必要性を十分に吟味し、透明性や公正性に十分に留意して契約を行ってください。）
--	---

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

厚生労働大臣 殿

機関名 国立病院機構琉球病院

所属研究機関長 職 名 院長

氏 名 福治 康秀

次の職員の令和6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)	☒	☐	☒	琉球病院	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☒	☐		☐
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	☐	☒	☐		☐
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：)	☐	☒	☐		☐

(※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 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☐ 無 ☒ (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7年5月9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6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)	☒	☐	☒	国立精神・神経医療研究センター倫理委員会	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☒	☐		☐
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	☐	☒	☐		☐
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：)	☐	☒	☐		☐

(※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 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容：)

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

厚生労働大臣 殿

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

次の職員の令和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)	☒	☐	☒	国立病院機構小諸高原病院	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☒	☐		☐
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	☐	☒	☐		☐
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：)	☐	☒	☐		☐

(※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 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☐ 無 ☒ (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7年3月7日

厚生労働大臣 殿

機関名 独立行政法人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6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 室長

(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)	☒	☐	☒	国立病院機構榊原病院	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☒	☐		☐
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	☐	☒	☐		☐
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：)	☐	☒	☐		☐

(※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 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☐ 無 ☒ (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6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)	☒	☐	☒	北海道大学	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☒	☐		☐
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	☐	☒	☐		☐
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：)	☐	☒	☐		☐

(※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 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☐ 無 ☒ (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。