

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））

医療観察法における退院後支援に資する研究

令和 5 年度～令和 6 年度 総合研究報告書

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 26

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 46

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 60

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 74

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 100

III. 成果の刊行に関する一覧表 117

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））

医療観察法における退院後支援に資する研究

令和5年度～令和6年度 総合研究報告書

医療観察法における退院後支援に資する研究

代表研究者 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の方策、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実施し、以下の成果を得た。

1. 通院処遇モニタリングシステムを構築し、その試験運用を開始した。今後、既存の入院データベースと連結し、入院から通院まで全経過を追跡できるプラットフォーム構築が必要である。
2. 類型化に基づく、疾患別、入院クリティカルパスを作成した。今後、同クリティカルパスを入院処遇ガイドラインに反映して臨床利用率を向上させる必要がある。
3. 通院複雑事例、中核群は通院処遇中に精神保健福祉法に至りやすく、社会復帰関連要因が高得点であり、入院複雑事例と同一の可能性が示唆された。また、対象者との信頼関係構築や関係機関の情報共有が特定の職種により、手厚く行われていたが、診療報酬の対象とされておらず、経済的裏付けが必要である。
4. 医療観察法施行後、20年が経ち、医療観察法医療の実践を通して開発・導入・発展してきた医療観察法医療に特徴的な医療が明らかとなった。通院医療では、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、クロザピンとその血中濃度測定、薬物治療抵抗性の精神病症状への認知行動療法などが含まれていた。医療観察法通院医療の実績や研究調査を踏まえた通院処遇ガイドラインの改訂に着手する必要がある。
5. 平均在院日数の短縮、早期の地域移行につながる要因は地域処遇への関与、多様な専門医療に取り組む病院の治療文化・組織運営と上司の支援、処遇終了につながる要因は医療観察法医療と処遇終了に対する考え方、職場の対人関係であることが示唆された。
6. 上記の医療観察法医療に特徴的な医療は、精神科一般医療の経験者にとっては経験に乏しい医療であり、新配属者の技術習得や、経験者の技術水準の維持・向上にとって教育・研修は極めて重要な課題である。本研究班では、研修に活用できる動画のライブラリーと研修モデルを作成した。

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

一病院

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。

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、職制的な研究を行う。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。

本研究の研究期間は2年間であり、令和5年度、令和6年度総括研究報告書を踏まえ、研究成果の利活用についてさらに検討を進める。

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、文献的考察も踏ま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）

通院処遇の全体像を明らかにするために、通院複雑事例に関する実態調査、通院処遇終了後調査、退院時処遇修了者調査の主に3つの調査研究を行う。

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）

社会復帰関連指標の評価点と通院処遇中に困難状況が発生し対応を要した事例(n=121)について、医療観察法通院医療機関（都市部5、郡部5機関）の多職種チームから、半構造化面接による聞き取り調査を行う。抽出された取り組みや実践例について、医療観察法医療経験者と未経験者による有効性評価を行う。

4. 入院対象者の類型化に基づくクリティカルパスの開発と退院促進（村杉班）

令和5年度に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、令和 6 年度の本研究においては、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（壁屋班）

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、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）

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を選定し、データ収集項目素案を基とした EDC システムの画面開発を行った。データ収集システムについては、インターネット回線を利用した EDC (Electronic Data Capture) システムによるデータ入力とクラウドサーバによるデータ保存・管理の方針とした。

令和 6 年度は、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・解析部と連携して、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。

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）

研究 1 通院複雑事例に関する実態調査

未然防止の観点で行われる信頼関係構築および情報共有に関わる支援は、複雑事例に対してより一層の手厚さを要する重要な支援であることが明らかとなった。

指定通院医療機関の多職種チーム内の専門職、特に精神保健福祉士や看護師が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、また同時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うことで通院複雑事例を含む通院処遇対象者の社会復帰が促進されていた。一方、その役割遂行には、多様な業務をこなし、高い技術や経験が求められることで葛藤を抱きやすい実情が明らかとなった。

通院複雑事例のプロファイルとしては、再他害行為を含む問題行動や精神保健福祉法による入院が主であり、その他は自傷自殺および通院処遇期間延長の 3 つに分けられた。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く複雑な対応を要する一群が存在し、通院複雑事例の中核群であった。退院時の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った。

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、支援ニーズに応じたインセンティブの強化が必要であった。

研究 2 通院処遇終了後調査

処遇終了後 5 年間の重大な再被害行為の累積発生率は 1.92%であった。対象者の支援ニーズに応じて、処遇終了後も処遇中の医療及び支援の枠組みを一定程度維持する必要があると考えられた。

研究 3 退院時処遇終了者調査

令和 6 年度までに合計 29 名のデータが収集された。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被害行為は 4 人に認められた。

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未経験者と比較す

ると、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。

以上の結果を踏まえ、医療観察法通院医療機関の基幹型モデルと標準型モデル、それぞれの役割と連携モデルを示した。また、複雑事例の退院及び社会復帰を促進する、指定入院医療機関と指定通院医療機関の連携イメージを示した。

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）

疾病及び関連保健問題の国際統計分類の 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・パスを作成した。試用した担当多職種チームからは、概ね肯定的な評価が得られた。

5. 指定入院医療機関の医療や処遇の均てん化に関する研究（壁屋班）

職員個人単位調査での職業性ストレス簡易調査票 5) 【上司の支援】が所属施設の平均在院日数と有意な相関、同【職場での対人関係】【同僚の支援】が施設の処遇終了率と有意な相関を示した。

施設によって処遇終了に対する考え方、治療反応性の判断基準が異なり、処遇終了率の高い 4 施設では、認知症の軽度認知障害、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ていたが、処遇終了の少ない 4 施設では重度の身体疾患（癌）と HDS-R（改訂 長谷川式簡易知能評価スケール）20 点未満の認知症に限られていた。

平均在院日数の短縮、早期の地域移行につながる要因は地域処遇への関与、多様な専門医療に取り組む病院の治療文化・組織運営と上司の

支援、処遇終了につながる要因は医療観察法医療と処遇終了に対する考え方、職場の対人関係であることが示唆された。

6. 医療観察法に必要な人材育成に関する研究(賀古班)

医療観察法医療に携わる全国の機関に対して教育・研修についての実態調査を実施し、勤務者のニーズを満たすほどの十分な教育・研修が行われていないことが明らかとなり、時間や人員、経費の不足などがその要因として挙げられた。オンデマンド研修に活用できるような動画や資料などの必要性が高いことも明らかとなった。

研修に活用できる動画のライブラリーと研修モデルを作成した。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。

D. 考察

1) 3つのプラットフォームの構築

本研究は、特定の仮説検証を目的とせず、通院処遇に焦点化しつつ、医療観察制度の長期的向上を真に実現するための調査・研究、臨床診療、教育・研修にかんする3つのプラットフォーム構築を目的とした。

そのひとつとして通院処遇のモニタリングシステムを完成させた。今後、指定通院医療機関に広く展開しデータ収集を進め、通院データベースを構築する準備を整えた。既存の入院データベースとの連結により、入院から通院まで全経過を追跡できるプラットフォーム構築に道筋

を立てた(竹田班)。入院・通院データベースの構築とその安定的かつ継続的な運用体制の構築が事業化も含め望まれる。

このような入院から通院まで一貫したデータベースは国内外でもまれであり、行政的かつ学術的価値の高いデータの集積が期待される。

入院処遇ガイドラインに示されたクリティカルパスは医療観察法施行時に示されたままであり、同法施行後の医療経験に基づくクリティカルパスの作成が長年にわたり期待されてきた。本研究班では、入院対象者の類型化に基づく、臨床支援型クリティカルパスを作成した。いわば入院診療の土台・基盤となるプラットフォームであり、入院医療の均てん化・向上、さらに効率化が期待される(村杉班)(壁屋班)。本クリティカルパスの反映も含め、入院処遇ガイドラインの早期の改訂が必要であろう。

本研究班では通院複雑事例に焦点化した調査や、その医療の実態調査を実施した。医療観察法医療に特徴的な試みとして、指定入院医療機関の通院処遇への関与、トラウマインフォームドケア、クロザピンとその血中濃度測定、薬物治療抵抗性の精神病症状への認知行動療法などが抽出された。また、複雑事例の持つ多様なニーズに応えるために、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も明らかとなった。さらに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)。

これらの医療観察法医療を通して発達し定着しつつある新たな技術は、通院処遇ガイドラインには記載されていないものの少なくない。医療観察法通院医療の実践や研究調査を踏まえた通院処遇ガイドラインの改訂も検討すべき時期にある。その際には、現行の診療報酬の対象とされない対象者との信頼関係の構築や多機関での情報共有の手厚い試みにも診療報酬の裏付け

が必要である（久保班）。

医療観察法制度が運用され 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技法が開発され定着しつつある。精神科一般医療の経験者にとっては経験する機会が乏しい医療も多く、新規配属者の技術習得や、経験者の技術水準の維持・向上にとって教育・研修は極めて重要である。しかし時間的および人的制約があり、教育・研修の機会が不足していたのも事実である。本研究班では、研修に活用できる動画のライブラリーと研修モデルを作成した（賀古班）。今後も発展し続ける医療観察法医療にに応じて、新しい内容を取り入れてライブラリーをアップデートしていく必要がある。

2) 複雑事例

入院複雑事例については、行動制限の実施の有無や頻度、入院期間から一定のプロファイルが示されてきた。一方、通院複雑事例にはその定義はなく、入院複雑事例との異同も不明であった。本研究を通して、通院複雑事例のプロファイルとしては、再被害行為を含む問題行動や精神保健福祉法による入院が主であり、その他は自傷自殺および通院処遇期間延長の 3 つに分けられることが明らかとなった。また通院処遇中には、危機回避目的の精神保健福祉法入院に至りやすい特徴が明らかとなった。入院処遇から通院処遇移行時の社会復帰関連指標は通院複雑事例の予測に有用であった（久保班）。すなわち入院複雑事例は行動制限や長期入院、通院複雑事例は精神保健福祉法入院のプロファイルを持つことが明らかとなり、両者は社会復帰関連指標が高得点の傾向にあり、同一であることが示唆された。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などが挙げられた。通院複雑事例の医療については、医療観察制度運用後 20 年の中で開発・導入・発展してきた医療観察法に特徴的な医療によって支えられている実態が明らかになった。

E. 結論

- 1) 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し、入院データベースと連結し、入院から通院まで全経過を追跡できるプラットフォームを構築する必要がある。
- 2) 安定的かつ継続的な運用体制の構築のために入院・通院モニタリングシステムの事業化が望まれる。
- 3) 類型化に基づくクリティカルパスを反映した入院処遇ガイドライン改訂が必要である。
- 4) 医療観察法医療により開発・導入・発展してきた同医療に特徴的な医療を踏まえ、通院処遇ガイドライン改訂に着手する必要がある。
- 5) 研修に活用できる動画のライブラリーと研修モデルが作成されたが、維持・運営するための事業化が必要である。

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Junko Koike, Toshiaki Kono, Koji Takeda, Yuji Yamada, Chiyo Fujii and Naotsugu Hirabayashi: Data resource profile of an online database system for forensic mental health services. BMC Medical Informatics and Decision Making, 2024; 24(1): 47
- 2) 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)

- 3) 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
- 4) 小池純子, 河野稔明, 岡野茉莉子, 竹田康二, 藤井千代, 平林直次: 医療観察法データベースを用いた研究 医療観察法対象者の入院期間に影響する因子について. 精神科, 2023; 13(1): 100-108
- 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: 攻撃性と心理検査. 臨床精神医学, 2023; 52(6): 613-618
- 8) 柏木宏子, 平林直次: 医療観察法患者対応における治療同盟. 精神科, 2023; 43(2): 252-257
- 9) 柏木宏子: 死刑求刑事件と責任能力. 法と精神医療, 2023; 36: 75-92
- 10) 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
- 11) 高橋未央, 野村照幸, 村杉謙次, 平林直次: 医療観察法複雑事例に対する共同意思決

定の有効性についての報告 ～ケースフォーミュレーションを用いて～. 司法精神医学, 2023; 18: 80

- 12) 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
- 13) 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
- 14) 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) 山田悠至, 末吉一貴, 横井優磨, 稲川拓磨, 平林直次, 白間綾, 住吉太幹: 統合失調症の社会認知機能障害に対する経頭蓋直流刺激の効果と性差. 第 119 回日本精神神経学会学術総会, 神奈川, 2023. 6. 22
- 2) 平林直次: 大会長講演 司法精神医療における強制性と主体性-医療観察法医療の経験から—. 第 19 回日本司法精神医学会大会, 東京, 2023. 9. 8
- 3) 小河原大輔, 島田明裕, 古賀千夏, 千野根理恵子, 宮坂歩, 山本由紀子, 平林直次: 医療観察法指定入院医療機関における CPA 会議の実践報告—対象者中心で行うための工夫. 第 19 回日本司法精神医学会大会, 東京, 2023. 9. 8

- 4) 河野稔明, 小池純子, 竹田康二, 岡野茉莉子, 阿部真貴子, 藤井千代, 平林直次: 動的因子により類型化した医療観察法入院対象者の動的因子による検証ー主診断が F2 の事例の分析. 第 19 回日本司法精神医学会大会, 東京, 2023. 9. 8
- 5) 河野稔明, 小池純子, 竹田康二, 壁屋康洋, 曾雌崇弘, 岡野茉莉子, 藤井千代, 平林直次: 医療観察法データベースを用いた基礎的変数による入院対象者の類型化. 第 19 回日本司法精神医学会大会, 東京, 2023. 9. 8
- 6) 山口まりこ, 網干舞, 鈴木敬生, 今村扶美, 平林直次: 医療観察法指定入院医療機関における複雑事例にみられる治療課題と介入をまとめた事例作成の試み. 第 19 回日本司法精神医学会大会, 東京, 2023. 9. 8
- 7) 竹田康二, 野村照幸, 高橋未央, 穂本祥子, 高尾碧, 田上昭子, 安田新, 松田太郎, 和田博行, 荒川育子, 鈴木敬生, 市橋佑香, 柳恵美子, 立山和久, 花田一郎, 矢口勝彦, 橋本亮太, 平林直次: 医療観察法病棟電子図書館プロジェクト. 第 19 回日本司法精神医学会大会, 東京, 2023. 9. 8
- 8) 鈴木敬生, 今村扶美, 平林直次: ストーカー加害者犯罪防止支援の連携の取り組み. 第 19 回日本司法精神医学会大会, 東京, 2023. 9. 8
- 9) 小池純子, 河野稔明, 竹田康二, 岡野茉莉子, 阿部真貴子, 藤井千代, 平林直次: 医療観察法入院対象者における前科前歴のある者の特性についてー医療観察法データベースを用いた予備的検討. 第 19 回日本司法精神医学会大会, 東京, 2023. 9. 8
- 10) 石井香織, 渡部智貴, 磯山賢, 大森まゆ, 大町佳永, 勝美学, 平林直次: 国立精神・神経医療研究センターにおける医療観察法対象者のクロザピン投与および血中濃度の実態について. 第 19 回日本司法精神医学会大会, 東京, 2023. 9. 8
- 11) 小池純子, 阿部真貴子, 久保彩子, 中西清晃, 岡野茉莉子, 島田明裕, 松田太郎, 高尾碧, 五十嵐百花, 平林直次, 藤井千代: 医療観察法通院処遇における臨床課題と支援上の困難ー多機関多職種支援者へのグループインタビュー調査. 第 19 回日本司法精神医学会大会, 東京, 2023. 9. 9
- 12) 平林直次: シンポジウム 2 精神科診療所に期待される指定通院医療機関としての役割 指定入院医療機関の立場から. 公益財団法人日本精神神経科診療所協会 2023 年度第 29 回 (通算 50 回) 学術研究会, 東京, 2023. 9. 23
- 13) 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ー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
- 14) 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
- 15) 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
- 16) 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
- 17) 柏木宏子: 統合失調症とパーソナリティ障害との鑑別が難しい精神鑑定事例.

第 119 回日本精神神経学会学術総会，横浜，2023. 6. 22

- 18) 柏木宏子：精神鑑定の限界ーシンポジウムⅢ「法曹三者および精神科医から見た信頼性の高い精神鑑定とは？」. 第 19 回日本司法精神医学会大会，東京，2023. 9. 9
- 19) 柏木宏子：統合失調症に関連した暴力行為の生物学的基盤に関する研究. 第 45 回日本生物学的精神医学会年会，沖縄，2023. 11. 6
- 20) 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
- 21) 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
- 22) 村杉謙次：シンポジウムⅡ 複雑事例へのあらたな治療の試みと治療反応性. 第 19 回日本司法精神医学会大会，東京，2023. 9. 8
- 23) 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
- 24) 壁屋康洋：入院医療から治療反応性の断念？データから見る処遇終了-精神保健福祉法入院の運用実態. シンポジウム 医療観察法の治療反応性ー法施行後の治療技術の進歩を踏まえて. 第 19 回日本司法精神医学会大会，東京，2023. 9. 8
- 25) 壁屋康洋，大鶴卓，久保彩子，前上里泰史，諸見秀太，高尾碧，河野稔明，高野真弘：頻回/長期行動制限を受けた対象者の全国調査 (3) 入院長期化・頻回/長期の行動制限・処遇終了ー精神保健福祉法入院への要

因探索. 第 77 回国立病院総合医学会，広島，2023. 10. 21

- 26) 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
- 27) 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
- 28) 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
- 29) 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

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

なし

参考文献

なし

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））

医療観察法における退院後支援に資する研究

令和5年度～令和6年度 総合研究報告書

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：

令和5～6年度において、通院処遇モニタリングシステムを開発し、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。

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

令和6年度は、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、各研究機関からの臨床情報の収集には、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。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。トライアル研究では予後と関連する因子の同定や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などを調査し、データ収集項目の検討、運用上の課題などを整理することを目的としている。

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、2017 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

令和6年度に、開発した通院処遇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。

(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の倫理委員会等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

令和5年度に実施したデータ収集項目の検討においては以下の資料等を参考とした(詳細は表1参照)。

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

(5) 国内の精神保健福祉制度

(6) その他

これらの資料は主にインターネットや、Pubmed、医中誌等の論文検索エンジン、厚生労働科学研究成果データベース等で、関連する単語を検索する等して論文や報告書を収集した(表1)。また(2)過去の大規模な医療観察法通院処遇・処遇終了者研究調査項目の一部研究に関しては、研究者から直接、調査項目に関する情報提供を受けた。令和6年度は、令和5年度に作成した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。

データ収集項目の大分類は以下のとおりである(項目の詳細は表2～表7参照)

(0) ヘッダー情報

(1) 年齢

(2) 性別

(3) 精神疾患診断

(4) 身体疾患診断

(5) 対象行為

(6) 医療観察法処遇の情報

(7) 通院処遇転帰

(8) 処方・注射

(9) 精神科病棟入院

(10) 身体科病棟入院

(11) GAF(Global Assessment of Functioning:以下、GAF)

(12) CGI(Clinical Global Impression Scale:以下、CGI)

(13) BPRS(Brief Psychiatric Rating Scale:以下、BPRS)

(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

令和5年度は、NCNPのARO(Academic Research Organization)組織となる、NCNP 病院 臨床研究・教育研修部門 情報管理・解析部に相談し、データ収集システムを検討した。EDC(Electronic Data Capture:以下、EDC)システムによるデータ入力を行い、クラウドサーバにデータを保存・管理する方針とした。

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・解析部と連携して同部が管理する、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した、通院処遇モニタリングシステムを開発した。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令和6年12月に研究を開始した。通院処遇モニタリングシステム入力における、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・入力内容に関する問い合わせ窓口・事務をNCNP 病院司法精神診療部が担当し、通院処遇モニタリングシステム・データ管理を同院臨床研究・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。

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処遇終了者の予後と関連する因子の同定である。予後は重大な被害行為、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。

ICCS(International Classification of Crime for statistical Purposes)のデータ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ており、現在、各共同研究機関からのデータ収集中である。

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とし、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、通院処遇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

1) データ収集項目

データ収集項目は、これまでの医療観察法医療における臨床、研究、事業により得られた知見との連続性、比較可能性が担保できるよう、医療観察法データベース事業によるデータ収集項目や、過去の大規模な医療観察法通院処遇・処遇終了者研究調査でデータ収集されていた項目の中で重要な項目をカバーすることを第一の目的とした。精神症状等の病状評価に関しては疾患によらず評価可能な GAF、CGI、BPRS を採用した。また医療観察法対象者の小児期逆境体験歴が高いことが臨床的に意見として出ており、海外の研究でも小児期逆境体験と暴力加害・被害の関係性は報告されていることから、小児期

逆境体験歴をデータ収集項目に採用した。

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

2) データ収集システム

指定通院医療機関数は施設数が多く（令和 5 年 4 月 1 日時点で 603 の病院と 94 の診療所が指定を受けている⁴⁾）、医療観察法データベース事業のように、各施設にデータ送信のための仮想専用回線を設置することは困難と考えられた。また医療観察法入院医療で使用されている診療支援システムのような共通した診療記録システムが医療観察法通院医療では使用されておらず、一部の指定通院機関では、紙カルテを使用している可能性も想定された。したがって、医療観察法データベース事業で実施している診療記録からの自動抽出システムの導入も不可能と考えられた。以上を総合的に検討した結果、モニタリングシステムの構築には、インターネットを利用した EDC システムの利用が最も現実的と考えられた。そこで NCNP 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利用した通院処遇モニタリングシステムを開発した。

本システムは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

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、今後、
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。さら
にデータ入力者へのアンケート調査結果を基に、
負担感も鑑みて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. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

参考文献

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

表1 主な参考資料、ホームページ等

(1)医療観察法データベース事業関連	
医療観察法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/toukaihiryou.pdf)	
久保田淳太郎、竹田東二、山田悠至ほか、重度精神疾患懲罰的治療法確立事業運営委員会（データベース事業）について。精神科。2023;43(1):78-83.	
Kolke, J., Kono, T., Takeda, K. et al. Data resource profile of an online database system for forensic mental health services. BMC Med Inform Decis Mak 24, 47 (2024).	
(2)過去の大使館な医療観察法通院処遇・処遇終了者研究関連	
国立精神・神経医療研究センター病院司法精神診療部、国立精神・神経医療研究センター 地域精神保健・法制度研究部。 “通院処遇統計レポート (2020 年版)”。	
安藤久美子、医療観察法における指定通院医療機関モニタリング調査研究。研究代表者 岡田竜之、医療観察統計レポート2017年版。国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター 司法精神医学研究部。pp. 29-61. 2017	
大鶴暁。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。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））医療観察法の制度対象者の治療・支援体制の整備のための研究。平成 30 年度～令和 2 年度 総合研究報告書（研究代表者 平林直次）。2021, pp57-80.	
竹田東二。指定入院医療機関退院後の予後に関する全国調査。厚生労働科学研究費補助金 障害者政策総合研究事業（精神障害分野）医療観察法における専門的医療の向上と普及に関する研究。令和 4 年度総括・分担研究報告書(研究代表者 平林直次)。2023, p. 25-32.	
Audo K, Soshi T, Nakazawa K, Noda T, Okada T. Risk Factors for Problematic Behaviors among Forensic Outpatients under the Medical Treatment and Supervision Act in Japan. Front Psychiatry. 2016;7:144.	
Takeda K, Sugawara N, Matsuda T, et al. Mortality and suicide rates in patients discharged from forensic psychiatric wards in Japan. Compr Psychiatry. 2019;95:152131.	
Takeda K, Sugawara N, Yamada Y, et al. : Employment-Related Factors of Forensic Psychiatric Outpatients with Psychotic Disorders. Neuropsychiatr Dis Treat. 15 : 3341-3350, 2019	
Nagata T, Tachimori H, Nishinaka H., et al. Mentally disordered offenders discharged from designated hospital facilities under the medical treatment and supervision act in Japan: Reoffending and readmission. Crim Behav Ment Health. 2019;29(3):157-167.	
(3)海外の関連先行研究等	
Fazel S, Finfiska Z, Goks C, et al. : Patient outcomes following discharge from secure psychiatric hospitals: systematic review and meta-analysis. Br J Psychiatry. 208(1) : 17-25, 2016	
Hughes K, Bellis MA, Harcourt KA, et al. The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. Lancet Public Health. 2017;2(8) :e356-e366.	
CDC. Adverse Childhood Experiences Resources. (https://www.cdc.gov/violenceprevention/aces/resources.html)	
McKenna B, Sweetman LE. “Models of Care in Forensic Mental Health Services: A review of the international and national literature”. (https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/models_of_care_in_forensic_mental_health_services_-_final_version_december_2021.pdf)	
(4)一般・司法精神関連心理評価尺度等	
「モナハン他著。 “暴力のリスクアセスメント 精神障害と暴力に関するマッカーサー研究から”（安藤久美子、中澤奈子 訳）	
クリストファー・D・ウェブスター他著。 “START - 「心配な転帰」のリスクと治療反応性の短期アセスメント”（菊池安希子 監訳）	
C. D. Webster他著。 “RC-20 : 暴力のリスク・アセスメント”。（吉川和男 監訳）	
菊池安希子。問題行動の評価：入院時点データの問題行動評価。令和元年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）入院中の精神障害者の円滑な早期の地域移行及び地域定着に資する研究：コホート研究 令和元年度 総括・研究分担報告書(研究代表者 山口創生)。2020, 47-50.	
Sumiyoshi C, Sumiyoshi T. Modified social adaptation scale (Work Outcome)-Japanese version.	
宮田薫治。BPRS 日本語版・評価マニュアル (Ver.1.1) 。 (https://www.ych.pref.yamanashi.jp/kitabyo/wp-content/uploads/sites/2/2022/04/BPRS.pdf)	
GAF（機能の全体的評価）尺度 (https://www.mhlw.go.jp/shingiji/2003/11/d1/s1111-2a.pdf)	
(5)国内の精神保健福祉制度	
厚生労働行政推進調査事業費補助金『良質な精神保健医療福祉の提供体制構築を目指したモニタリング研究』研究班。令和4年度 630調査結果 (https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/630.html)	
厚生労働行政推進調査事業費補助金（障害者政策総合研究事業）「良質な精神保健医療福祉の提供体制構築を目指したモニタリング研究」 （研究代表者 東京大学大学院医学系研究科 西大輔：研究分担者 データベース (ReMiRAD) (https://remirad.jp/)	
厚生労働省。『障害福祉サービス等及び障害児通所支援等の円滑な実施を確保するための基本的な指針』改正後 概要 (https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/001114934.pdf)	
独立行政法人 福祉医療機構。WMI NET. (https://www.wmi.go.jp/content/wmnet/pcpub/top/)	
(6)その他	
UNDOC. INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF CRIME FOR STATISTICAL PURPOSES (ICCS) VERSION 1.0. (https://unstats.un.org/unsd/statcom/doc15/BO-ICCS-UNDOC.pdf)	
厚生労働省地方厚生局麻薬取締部。不正流通する薬物。 (https://www.ncd.mhlw.go.jp/fusei.html)	
法務省。再犯防止推進白書（11. 非行少年の手続きに関する流れ）。 (https://www.moj.go.jp/hisho/saibanboushi/html/ns160000.html)	
法務省。刑事事件フローチャート。 (https://www.moj.go.jp/keijiji/keiji109.html)	
国立研究開発法人国立がん研究センター。がん情報サービス(喫煙率)。 (https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/smoking/index.html)	

表2 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			直近の入院処遇回数
	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			総通院処遇回数
		診断名4			当該施設通院処遇回数
		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			デボ剤(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			デボ剤(明細)
					抗うつ薬(明細)
					気分安定薬(明細)
					抗不安薬(明細)
					抗パ剤(明細)
					その他の精神科関連薬剤(明細)

表3 通院処遇モニタリングシステムデータ収集項目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	14 共通評価項目	通院処遇開始時
		2回目	15 犯罪歴 ※触法行為歴は20回目まで入力欄	通院処遇終了時
		3回目		前科前歴(非行歴含む)
		4回目		補導歴
		5回目、、50回目まで		非行歴
				初回非行年齢
10	身体科病棟入院 ※10回目まで入力欄	1回目		少年触法行為による処分歴
		2回目		成人触法行為による財産刑歴
		3回目		成人触法行為による財産刑回数
		4回目		成人触法行為による自由刑歴
		5回目、、10回目まで		成人触法行為による自由刑回数
				触法行為歴
11	GAF	1回目		触法行為回数
		2回目		触法行為回数1
		3回目		触法行為回数2
		4回目		触法行為回数3
		5回目、、10回目まで		触法行為回数4
				触法行為回数5
12	clinical global impression - severity scale (CGI-S)	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		
13	clinical global impression - improvement scale (CGI-I)	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		
13	BPRS	通院処遇開始時		
		通院処遇終了時		

表4 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	コード ラベル 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)	17 アルコール	対象行為前のアルコール使用障害 対象行為時のアルコール使用 通院処遇中のアルコール使用障害 対象行為前の喫煙 対象行為前の喫煙本数 通院処遇開始時の喫煙 通院処遇開始時の喫煙本数 通院処遇終了時の喫煙 通院処遇終了時の喫煙本数
	使用薬物		18 喫煙	
			19 小児期逆境体験歴	身体的虐待 性的虐待 感情的虐待 身体的ネグレクト 心理的ネグレクト 家庭内葛藤・不和 両親の別居・離婚 家庭内暴力・親密なパートナーからの暴力 家庭内の経済的問題 家族の精神疾患 家族の物質関連障害(アルコール除く) 家族のアルコール使用障害 家族の犯罪歴・服役 家族・近しい親族・友人の死 いじめ
	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	小児期の重大な病気やケガ 最終学歴 対象行為直前の居住形態 対象行為直前の就労・家庭での仕事・学習 対象行為前精神科通院歴 対象行為前精神科病棟入院歴 対象行為前精神科病棟入院回数 対象行為前自殺企図歴 対象行為時治療状況 対象行為における拡大自殺目的
	使用薬物			
	通院処遇中の規制薬物使用			
	使用薬物			

表5 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 重大な再被害行為1種別 被害者区分 被害者との同居 放火の被害区分 重大な再被害行為1による転帰 重大な再被害行為2の発生日 重大な再被害行為2種別 被害者区分 被害者との同居 放火の被害区分 重大な再被害行為2による転帰 重大な再被害行為3の発生日 重大な再被害行為3種別 被害者区分 被害者との同居 放火の被害区分 重大な再被害行為3による転帰	23	問題行動	自殺企図 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
22	その他の触法行為 ※その他の触法行為は10回目まで入力欄	その他の触法行為1の発生日 その他の触法行為1 その他の触法行為1による転帰 その他の触法行為2の発生日 その他の触法行為2 その他の触法行為2による転帰 その他の触法行為3の発生日 その他の触法行為3 その他の触法行為3による転帰	24	通院処遇期間中刑事司法機関の関与	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)

表6 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 (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) 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	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
	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) 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			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
26	通院処遇期間医療内容	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 持続性注射剤 認知行動療法 動機付け面接 疾病教育 アンガーマネジメント 物質使用障害治療プログラム 内省関連プログラム 家族療法・家族支援 ソーシャリスクリトレーニング		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
27	行政機関等 (当該施設通院処遇開始6か月間)	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			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
	行政機関等 (当該施設通院処遇終了前6か月間)	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			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

表7 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
		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
	社会生活状況 (当該施設通院処遇終了前6か月間)	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。

通院処遇期間中刑事司法機関の関与

通院処遇期間中刑事司法機関の関与	
警察の接触（警察官職務執行法2条、5条、その他）	☐ なし ☐ 1回 ☐ 2回以上 ☐ 不明/不詳
保護（警察官職務執行法3条）	☐ なし ☐ 1回 ☐ 2回以上 ☐ 不明/不詳
逮捕（刑事訴訟法199条）	☐ なし ☐ 1回 ☐ 2回以上 ☐ 不明/不詳
送検（刑事訴訟法第246条）	☐ なし ☐ 1回 ☐ 2回以上 ☐ 不明/不詳
起訴（刑事訴訟法247条）	☐ なし ☐ 1回 ☐ 2回以上 ☐ 不明/不詳

- ・当該通院処遇期間中の刑事司法機関の関与の有無を入力する欄です。
- ・それぞれ該当する項目を選択してください。
- ・警察官職務執行法、刑事訴訟法は次ページ以降を参照ください。

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））

医療観察法における退院後支援に資する研究

令和5年度～令和6年度 総合研究報告書

通院処遇の実態把握と課題に関する調査とその解決策の検討

研究分担者 久保 彩子 国立病院機構琉球病院

研究要旨：

本分担研究では、令和5年度から令和6年度にかけて主に3つの調査研究を実施した。

研究1 通院複雑事例に関する実態調査

通院複雑事例の背景および指定通院医療機関により行われる有効な支援を明らかにするため、4段階に分けて調査及び分析を行った。令和5年度は、全国の指定通院医療機関697機関に対しアンケート調査を実施し、民間病院やクリニック診療所に比較し公的病院は対象者の受け入れが多く困難と感じる対象者の割合が高い傾向が認められた。指定通院医療機関が感じる困難さに影響を与えているのは、精神保健福祉法入院の有無、問題行動の有無、通院処遇期間延長の有無であった。未然防止の観点で行われる信頼関係構築および情報共有に関わる支援が、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った。令和6年度のインタビュー調査およびエキスパート会議によって、指定通院医療機関の多職種チーム内の専門職、特に精神保健福祉士や看護師が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、また同時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うことで通院複雑事例を含む通院処遇対象者の社会復帰が促進される一方、その役割遂行には、多様な業務をこなし、高い技術や経験が求められることで葛藤を抱きやすい実情も明らかとなった。医療観察法入院データベースから得られた情報と令和5年の実態調査で得られた通院処遇対象者の情報の連結が可能であった103例の解析の結果、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、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生じていると考えられた。その結果、通院複雑事例のプロファイルとしては、再他害行為を含む問題行動や精神保健福祉法による入院が主であり、その他は自傷自殺および通院処遇期間延長の3つに分けられた。そのうち、社会復帰関連指標が高止まりのまま通院移行する群が、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通院複雑事例の中核群であり、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。背景が明らかとなった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、支援ニーズに応じたインセンティブの強化が必要である。

研究2 通院処遇終了後調査

令和2年度から令和5年度まで沖縄県内8施設、島根県内5施設の指定通院医療機関に対し通院処遇終了者に関する調査を行った。処遇終了後5年間の重大な再被害行為の累積発生率は1.92%であり、軽微な問題を含めすべての問題行動の発生は、通院処遇の終了後に増加する傾向はなく、問題行動の発生の傾向としては、同一対象者による繰り返し発生や同一期間内の複数回発生がみられていた。対象者の支援ニーズに応じて、処遇終了後も処遇中の医療及び支援の枠組みを一定程度維持する必要があると思われた。

研究3 退院時処遇終了者調査

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被害行為は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

このため、本研究では医療観察法通院処遇において複雑な対応を要する対象者、いわゆる通院複雑事例の背景およびそれらに対する有効な支援の実態を明らかにすること、また処遇終了後の予後について明らかにすること目的として、指定医療機関に対する調査研究を行った。

B. 研究方法

研究1 通院複雑事例に関する実態調査

1) 令和5年度アンケート調査

令和5年度は、全国の指定通院医療機関697機関(令和5年4月1日時点)に対しアンケート調査を実施し、ウェブ上で回答を求めた。調査は2つに分けて行い、まず施設調査として、医療機関の種類および令和2年7月15日～令和5年7月15日の期間中通院処遇を終了した対象者の人数を調査し、次に個別調査として、通院処遇が終了した各々の対象者に関する治療状況や予後、転帰に関する調査を行った。得られた調査結果に関して、記述統計や指定通院医療機関の感じる困難さに影響を与える項目を明らかにするための統計的解析を行った。また「困難さの理由」や、治療や支援に「労力を要した

A. 研究目的

「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律(医療観察法)」における通院処遇対象者に関して、指定通院医療機関をはじめ関係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。

点」「工夫した点」に関して得られたテキストデータは、指定通院医療機関に共通する課題やその解決策を明らかにするため、KH Corder (Ver. 3) によるテキストマイニングを行った。

2) 令和 6 年度インタビュー調査

令和 5 年度行った実態調査で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、研究責任者が令和 6 年 9 月から 10 月にかけてそれらエキスパート機関を訪問し、インタビュー調査を行った。令和 5 年度調査結果で得られた、未然防止の観点で行われ通院処遇で課題となりやすい信頼関係構築と情報共有に関わる支援について、その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を行い、支援課題を具体化するため半構造化面接を用いたインタビュー調査を行った。また同年 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。

3) 令和 6 年度エキスパート会議

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。

4) 通院複雑事例の解明および分類の検討

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、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た。提供されたデータに対し、令和 5 年度アンケート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 2 通院処遇終了後調査

令和 2 年度より引き続き行ってきた通院処遇終了者に関する調査は、令和 5 年度まで実施した。方法としては、通院処遇を行っており、本調査開始時点で回答が得られた指定通院医療機関（沖縄県内 8 施設、島根県内 5 施設）に対し、医療観察法通院処遇対象者の処遇から処遇終了後の医療及びケア体制に関する質問票を郵送で送付し、通院処遇担当者に同意を得て記入を依頼し、郵送にて回収した。

研究 3 退院時処遇終了者調査

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 通院複雑事例に関する実態調査

1) 令和5年度アンケート調査

施設調査では169機関より、個別調査では154例の回答が得られた。調査対象期間中に3名以上の対象者受け入れがあった機関は、クリニック・診療所が9%、民間病院が10%であるのに対し、公的病院は29%と多かった。調査対象事例が困難だったと回答した事例は51例33%を占めており、その割合を医療機関の種類別にみると、民間病院28.6%とクリニック・診療所が25%に対し、公的病院は42.1%と困難だったと回答した事例の割合が高かった。(表1)

調査対象事例が困難だったと回答した51例を困難群とし、その他103例を対照群として、指定通院医療機関が感じる困難さの有無を従属変数とし、二項ロジスティック回帰分析を行った。5%水準で有意となった変数は、性別、精神保健福祉法入院の有無、問題行動の有無、通院処遇期間延長の有無であり、クロザピンの使用および処遇形態の変数は有意ではなかった。(図1)

テキストマイニングによる共起ネットワーク分析の結果、困難だった理由について、6つの

サブグラフに分類できた(図2)。同様に労力を要した点は5つ(図3)、工夫した点は6つのサブグラフ(図4)に分類できた。

2) 令和6年度インタビュー調査

エキスパート機関7機関の多職種32名が参加した。インタビューとともに行われ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く、特に精神保健福祉士では差が明らかであった(図5)。またそれら支援が対象者の社会復帰の促進や再他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。

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ることが明らかとなった。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い、職種としては精神保健福祉士が中心的であった。その役割を遂行する際に、他業務との兼任の中で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2)。

3) 令和6年度エキスパート会議

エキスパート各機関からの代表者が計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。

4) 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名と令和5年実態調査で得られた移行通院者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。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3) また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4)

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6) 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7)

研究2 通院処遇終了後調査

回収された事例数は97名であり、そのうち、

処遇終了後の回答が得られた82名において、重大な他害行為の発生が処遇終了後3~4年後に1件1名あり、処遇終了後5年間の重大な再他害行為の累積発生率は1.92%であった(図8)。軽微な問題を含めすべての問題行動の発生は、通院処遇の終了後に増加する傾向はなく、問題行動の発生の傾向としては、同一対象者による繰り返し発生や同一期間内の複数回発生がみられていた。処遇終了後に社会復帰調整官の役割を引き継いだ機関は44%と指定通院医療機関が最も多く、その役割を最も多く担っていたのは精神保健福祉士で50%を占め、次いで21%が看護師であった。通院処遇終了5年後まで追跡できた対象者45名の通院処遇開始から処遇終了5年後の支援内容ならびに支援体制を比較したところ、訪問型医療支援・訪問型その他支援・通所型医療支援については、経年経過と支援を受けた人数に統計的に有意な関連があった。

研究3 退院時処遇終了者調査

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5に示した。

D. 考察

研究1 通院複雑事例に関する実態調査

令和5年度の実態調査では、公的病院が民間病院やクリニック・診療所に比較し、対象者の同時期の受け入れが多く、困難さを感じる対象者の割合が高い傾向があり、経験や規模によって感じる困難さが影響されている可能性は低いと考えられた。分析の結果、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は、男性、通院処遇中の精神保健福祉法入院の経験があること、問題行動、他害行為、通院処遇期間の延長が挙げられた。令和6年度には、令和5年度の個別調査で得られた通院処遇中のデー

タと医療観察法入院データベースより得た入院処遇中のデータの連結解析の結果より、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および通院移行後の精神保健福祉法入院に影響を与えていることが分かった。社会復帰関連指標の評価項目は主に対象者要因を評価したもので構成され、入院中の支援の困難さを客観的に予測する指標でもあることから、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。

これらプロファイルについて、大鶴の報告¹⁾では、自傷・自殺や通院処遇期間延長の事例は問題行動等とは違う背景を有することが指摘された。また精神保健福祉法入院が危機回避目的に行われることを鑑みると、再他害行為を含む問題行動があった群と精神保健福祉法による入院をした群は連続線上にある、背景が似通った群であると考えられる。そのため通院複雑事例のプロファイルとしては、再他害行為を含む問題行動や精神保健福祉法による入院があった群が主であり、その他は自傷自殺および通院処遇期間延長の3つに分けられるといえる。

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ことが分かった。社会復帰関連指標が入院処遇中の行動制限や通院移行までの日数に関連しており入院処遇中の支援の困難さを予測する指標でもあることから、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。

指定通院医療機関の支援実態について、令和5年度の調査では未然防止の観点で行われる信頼関係構築および情報共有に関わる支援が、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った。令和6年度はこの2つの支援実態をインタビュー調査およびエキスパート会議を通して解明することを試み、それら支援において指定通院医療機関の多職種チーム内の専門職、特に精神保健福祉士や看護師が時間と労力をかけて実働している実態が浮き彫りとなった。診療報酬に算定できない訪問援助以外の場面で定期的な個別面接もしくは多職種チーム面接を実施し、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。また同時に精神保健福祉士は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、すなわち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（Care Programme Approach：以下、CPA）において要となるケアマネージャー役割を担っていた。実働時間調査では時期によらず、それら職種に中心的に実働時間が発生しており、それら職種が両方とも専門職としての職種経験が長いことから、多様な業務をこなし、高い技術や経験が求められることで葛藤を抱きやすい実情も明らかとなった。

通院複雑事例に対する、この高い技術を要する特定の職種の丁寧な働きかけが、通院処遇対象者の処遇中および処遇終了後の良好な予後を支えている重要な要素と思われる。通院対象者

社会復帰体制強化加算など受け入れ人数を軸としたインセンティブの強化は行われてきたが、新たに通院複雑事例が要する支援の手厚さを軸としたインセンティブの強化を図る必要があり、その体制整備が喫緊の課題となる。その体制の実現により入院複雑事例として、通院受け入れに課題が生じ入院が長期化しやすいと考えられる通院複雑事例中核群の退院促進に一定の効果が期待できる。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、現在すでに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 通院処遇終了後調査

通院処遇中における訪問および通所による医療支援やその他の訪問型支援は処遇終了後と比較して実施比率が高く、医療観察法による処遇中は、医療及びアウトリーチ型の支援が手厚く実施されていると考えられる。

このように処遇終了後は支援内容の変化はあるものの、重大な他害行為も含めた問題行動の発生は低く抑えられており、問題行動の発生も一部の対象者に限られる傾向が示唆された。一部ではあるが、問題行動の発生が繰り返したまたは、同一期間内に複数回発生する対象者については、対象者の支援ニーズに応じて、処遇終了後も処遇中の医療及び支援の枠組みを一定程度維持する必要があると思われる。

研究 3 退院時処遇終了者調査

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、処遇中と処遇終了後の支援ニーズに応じたインセンティブの強化が必要である。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、そして処遇終了後に至る好実践を蓄積することが期待される。

令和 3 年度から継続して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、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、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

本研究の実施にあたり、調査にご協力いただきました全国の指定入院医療機関および指定通院医療機関、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) 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.

表1 指定通院医療機関が感じる困難さ

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

困難群と対照群の医療機関別割合

医療機関の種類	困難群	対照群
公的医療機関-指定入院医療機関である	17 (40.5%)	25 (59.5%)
公的医療機関-指定入院医療機関でない	7 (43.8%)	9 (56.2%)
民間病院 n=84	24 (28.6%)	60 (71.4%)
クリニック・診療所 n=12	3 (25.0%)	9 (75.0%)

図1 指定通院医療機関が感じる困難さ

カテゴリ変数のコーディング

	パラメータ コーディング	
	度数	(1)
6. 他害行為：1なし：0	0	146
1移行通院	1	8
2直接通院	1	130
8入院の有無1あり0なし	2	24
1移行通院	0	103
2直接通院(1)	1	51
8入院の有無1あり0なし	1	26
9. 通院処遇開始時の主な薬物療法	2	128
1CLZ	0	130
2その他	1	24
問題行動の有無	0	138
5-3. 通院処遇日数延長あり	1	16
性別	1	106
1男性	2	48
2女性		

CLZ : Clozapine

方程式中の変数

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

a. ステップ1: 投入された変数 性別

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

二項ロジスティック回帰分析

CLZ : Clozapine

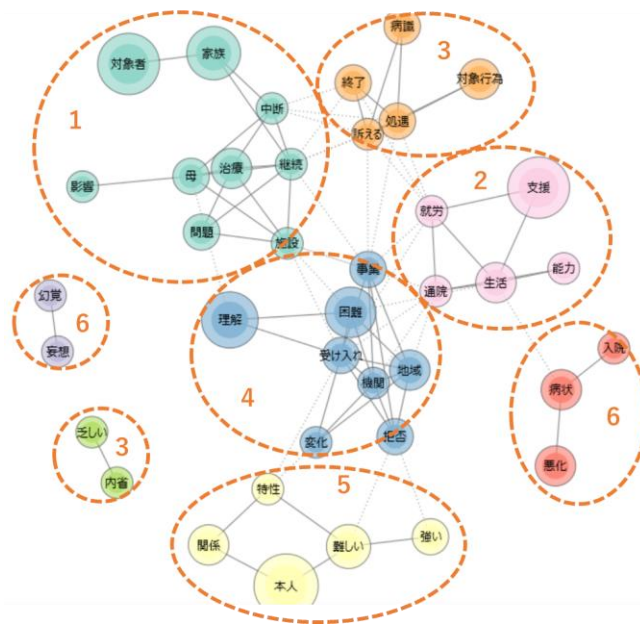


図2 困難さの理由 共起ネットワーク図

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

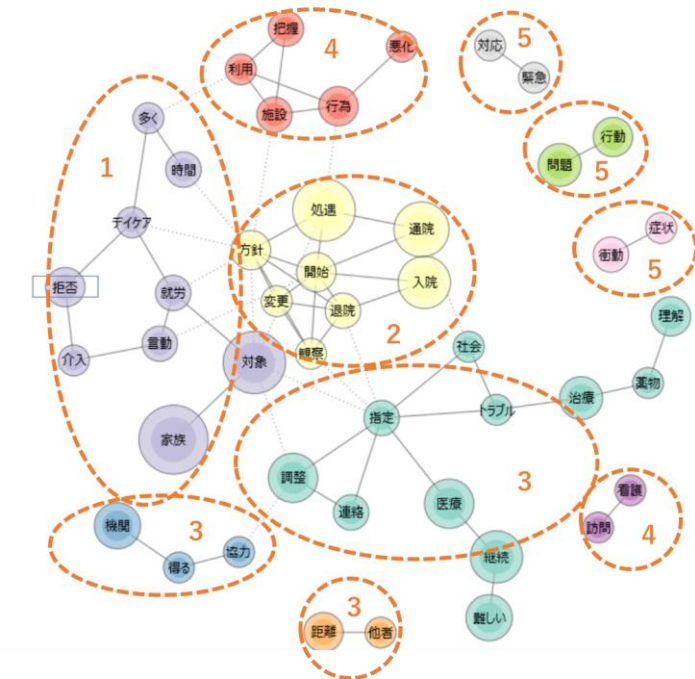


図3 労力を要した点 共起ネットワーク図

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

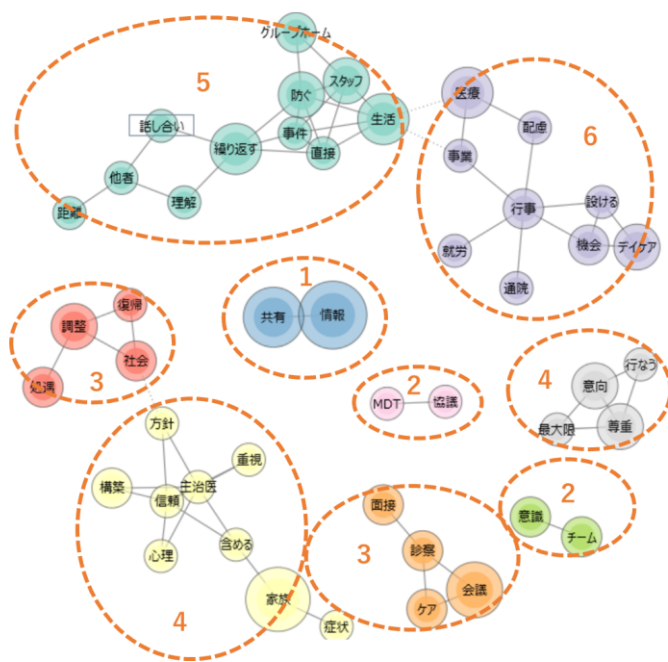
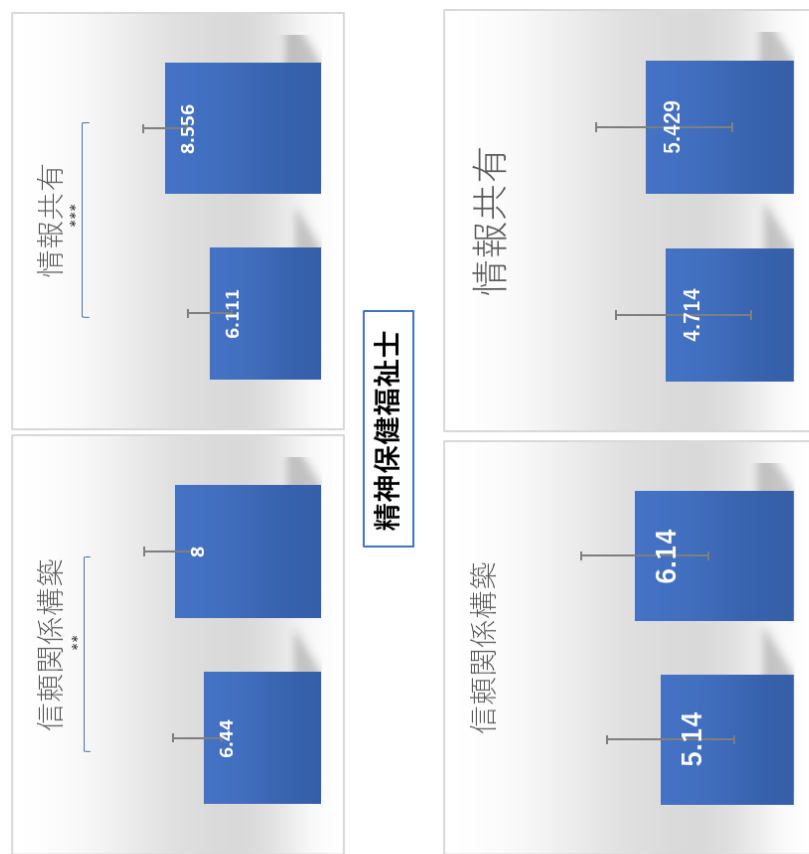
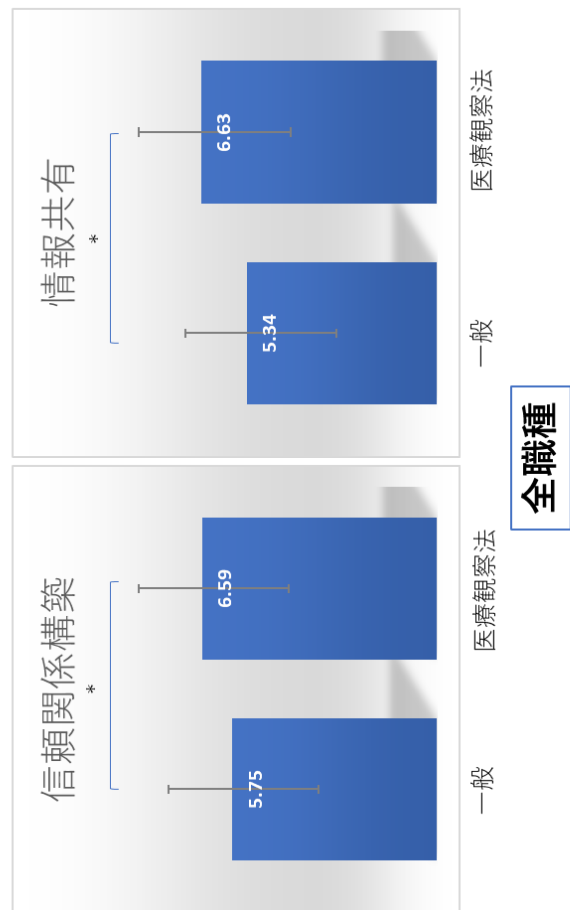


図4 工夫した点 共起ネットワーク図

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

図5 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）



医師

表2 実働時間調査（算定できない支援内容を調査）

受け入れ前	各機関の平均値580分 →東京都福祉保健局調査時（2014）は平均10時間であり、概ね違いはない。 指定入院医療機関以外の指定通院医療機関はケア会議以外に入院先に向いて個別面談などを行っていた。 その場合すべてPSWが単独もしくは複数で行っており、受け入れ前の調整はPSWが要になっている。
処遇中	算定できない直接サービスを定期的に提供していた。 すべての機関で医師診察とは別に通院時に個別面接および多職種チーム面接を行っており、職種別にみるとすべてPSWが関わっていた。 その頻度は1週～2週に1回、時間は15分～1時間と幅がある。 算定できないサービスは前期が最も多く、後期になるに従い漸減していた。
処遇終了前	定期で行う個別面接内で処遇終了に向けた調整を行われる機関が4機関あり、その場合にそれまでより時間を長くとして面接していた。 その他、家族調整、他機関との調整、審判への参加が行われていた。
処遇終了後	定期のコメディカル面接が処遇終了後もそのまま続いている機関は4機関あった。
その他	全期間にわたり、クリニックでは単職種（特にPSW）で手厚い医療を支えている傾向にあるが、かかる時間数などは病院と大きく違いはなく、より単職種への負担が大きいと考えられた。

PSW：精神保健福祉士

表3 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)	
						95%信頼区間	
						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4 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)	
						95%信頼区間	
						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6 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
			下限	上限

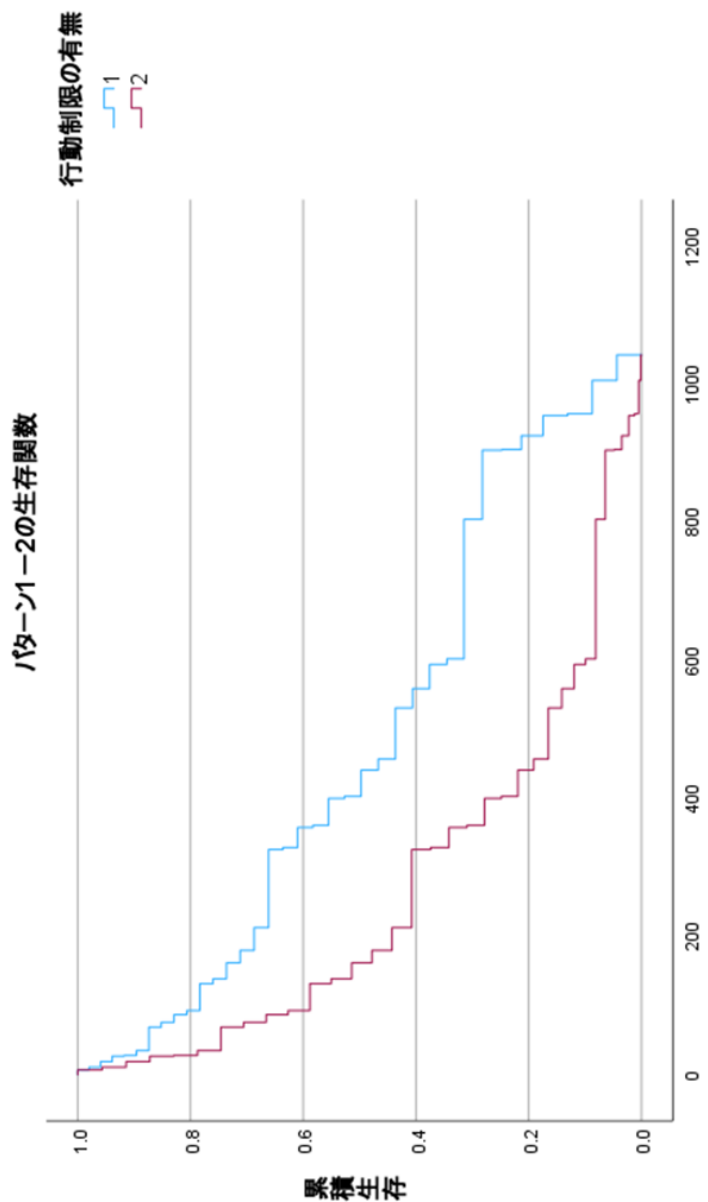


図7 社会復帰関連指標と通院中の精神保健福祉法入院有無のROC曲線

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

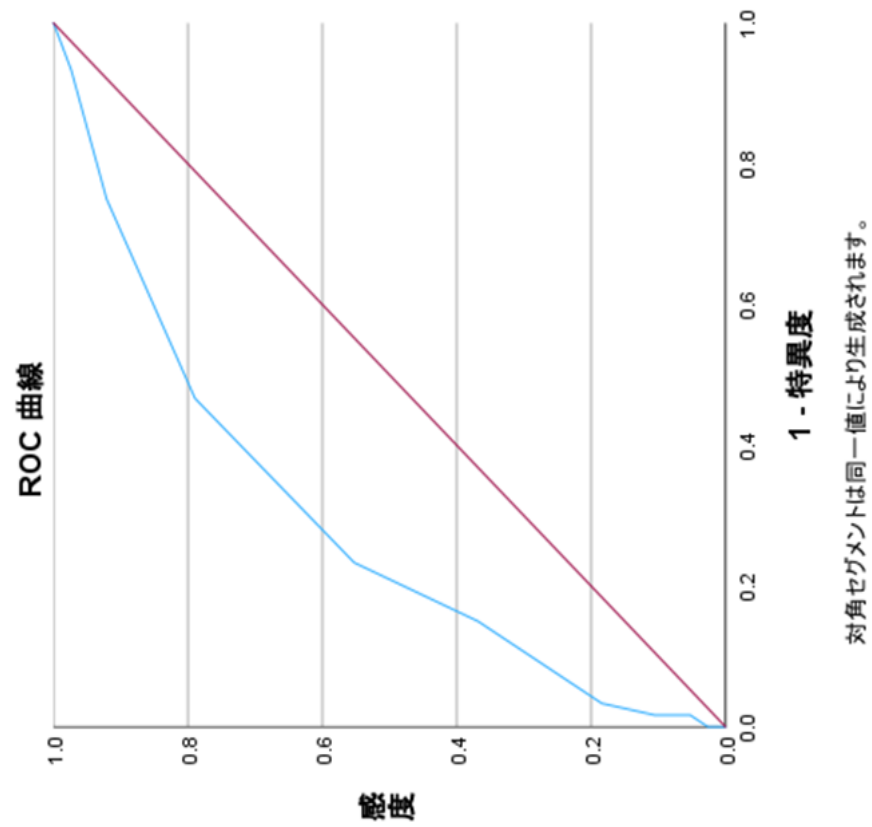
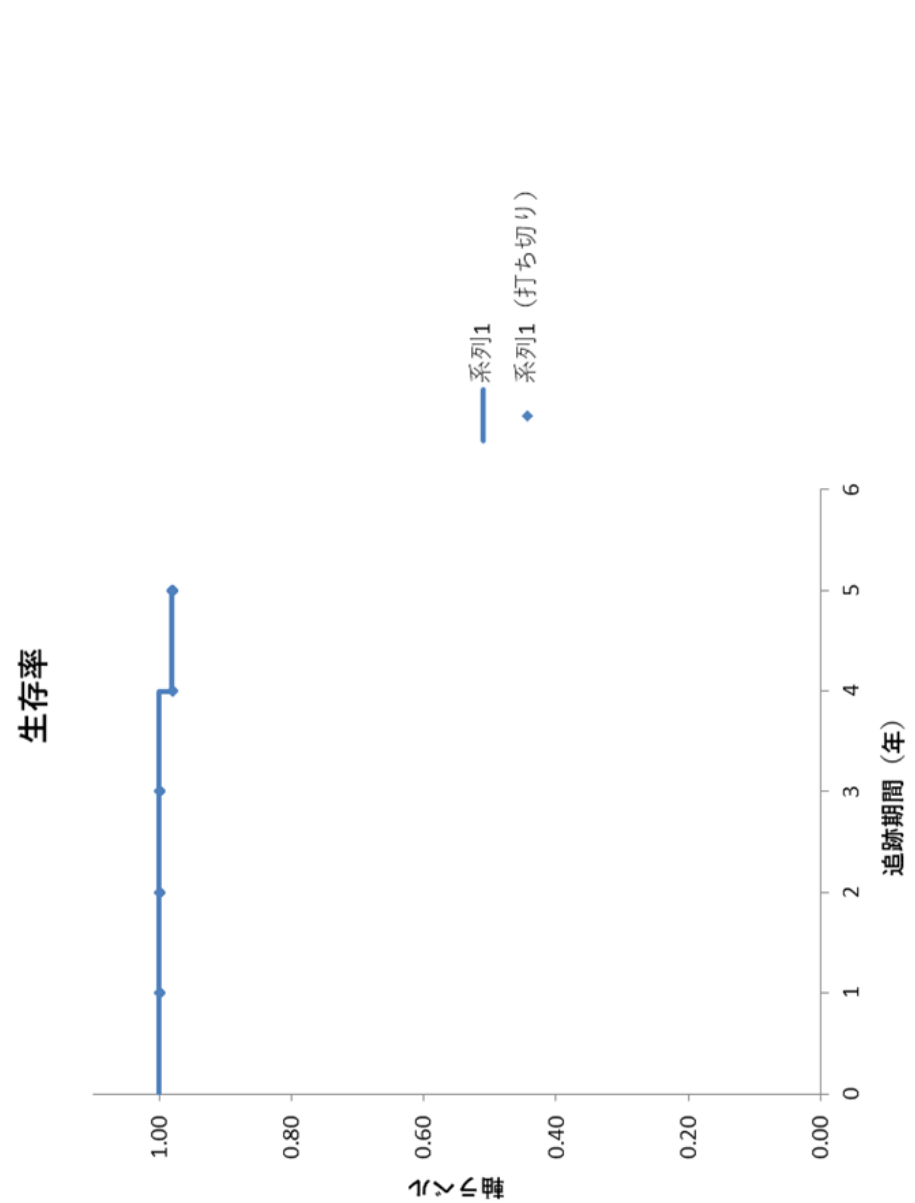


図8 通院処遇終了者 再被害行為の累積発生率



医療観察再処遇にあたる重大な被害行為の発生
82名中1名1件（処遇終了3年後－4年後）

累積発生率 1.92%/5年

表5 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 (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

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））

医療観察法における退院後支援に資する研究

令和5年度～令和6年度 総合研究報告書

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：

1. 医療観察法通院処遇における、多様なニーズのある事例(複雑事例)の医療や福祉サービス、関係機関との連携等について調査した。退院時点で共通評価項目の社会復帰関連指標のうち1項目以上が1点以上で、通院開始後も困難な状況や問題行動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)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、都市部と郡部を比較した。また、困難な状況や問題行動に対する取り組みや実践方法を抽出した。
 2. 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。
- これらをもとに、医療観察法通院医療機関の基幹型モデルと標準型モデルの役割と連携のモデルを提言する。また、医療観察法入院医療機関処遇下の複雑事例の退院及び社会復帰を促進する、通院医療の手厚い支援のイメージを提言する。

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
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
こころの杜
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ック
蕪木雅士 周愛巣鴨クリニック
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
宮崎真理子 同上
立山和久 同上（令和5年度）
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. エク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・実施率について、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%以上のものを抽出した。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 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、谷口研一朗、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 の困難な状況や問題行動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)、中には施設に適応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た。

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(表2～表5)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) 指定入院医療機関から指定通院医療機関への情報共有は、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実さ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(意見は令和6年度報告書参照)

- (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う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、否定的な意見もみられた。

- (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。これらをもとに、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図1に示した。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図2に示した。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) 柏木宏子：攻撃性と心理検査．臨床精神医学，2023；52(6)：613-618
- 2) 柏木宏子，平林直次：医療観察法患者対応における治療同盟．精神科，2023；43(2)：252-257
- 3) 柏木宏子：死刑求刑事件と責任能力．法と精神医療，2023；36：75-92
- 4) 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

2. 学会発表

- 1) 柏木宏子：統合失調症とパーソナリティ障害との鑑別が難しい精神鑑定事例．第119回日本精神神経学会学術総会，横浜，2023.6.22
- 2) 柏木宏子：精神鑑定の限界—シンポジウムⅢ「法曹三者および精神科医から見た信頼性の高い精神鑑定とは？」．第19回日本司法精神医学会大会，東京，2023.9.9
- 3) 柏木宏子：統合失調症に関連した暴力行為の生物学的基盤に関する研究．第45回日本生物学的精神医学会年会，沖縄，2023.11.6
- 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) 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

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. 厚生の指標. 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:

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

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

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 エキスパートオピニオン調査-全体の有効選択率70%以上

	全体			司法（医観法病棟経験）			一般			司法 v s 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 %	
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	100	0	0	100	0	0	1
2 ストレngthsを視野に入れた支援が重要である	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	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	100	0	0	91.7	8.3	0	0.5
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として長期にわたり、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
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
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（リフレクティグ）などして、本人も含めてオープンに話し合う	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
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										
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
6 通院先が無床の場合、指定入院医療機関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
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
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

*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 指定通：指定通院医療機関

CPA: Care Programme Approach

MDT: Multi-disciplinary Team: 多職種チーム

表3 エキスパートオピニオン調査-全体の有効選択率70%以上

	有効	全体 どちらとも 言えない	無効	司法 有効	司法（医観法病棟経験） どちらとも 言えない	無効	有効	一般 どちらとも 言えない	無効	司法vs一般 カイ二乗検定 (p)*
	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、適応困難										
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
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
10 デイク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、支援者と共有する	95.8	4.2	0	100	0	0	91.7	8.3	0	0.5
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
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
施設適応について										
2 日中の作業・活動が困難でグループホーム等への適応困難がある場合、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
急性増悪、ストレス脆弱性、残存する精神病性症状について										
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
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
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
非精神病性症状について										
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

*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

指定通：指定通院医療機関

MDT: Multi-disciplinary Team: 多職種チーム

表4 エキスパートオピニオン調査-全体の有効選択率70%以上

	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	カイ二乗検定 (p)*
	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、整理と一緒に実施し、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
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
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
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
物質使用について										
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性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

*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5 エキスパートオピニオン調査-全体の有効選択率70%以上

	有効	全体 どちらとも 言えない	無効	有効	司法（医観法病棟経験） どちらとも 言えない	無効	有効	一般 どちらとも 言えない	無効	司法vs一般 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
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・ほの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
3 社会的な脅威となるような行為、脅迫・ほの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
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
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
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
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、事業所のポスターや表彰、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
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
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

*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

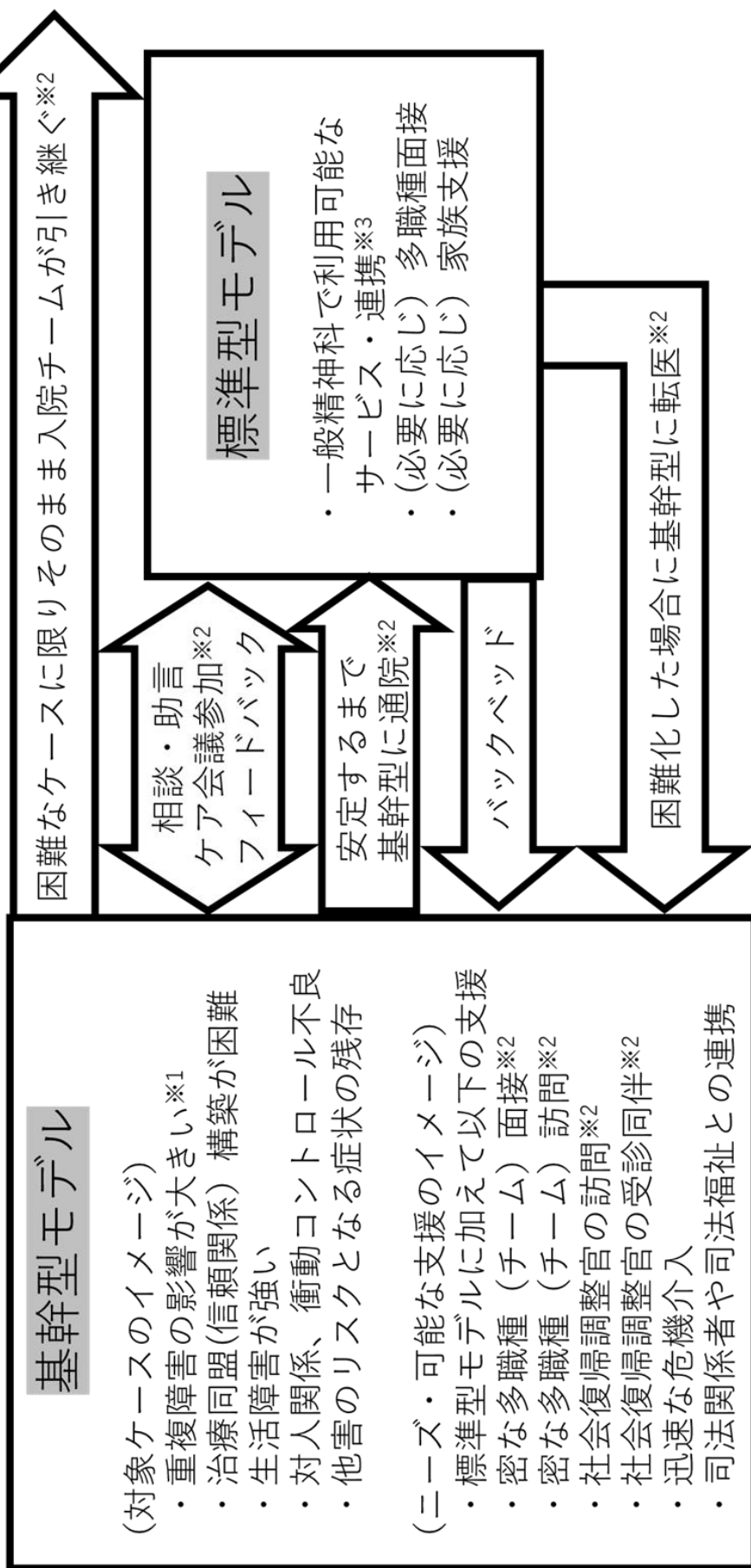
MDT: Multi-disciplinary Team: 多職種チーム

IT: Internet Technology

スマホ: スマートフォン

GH: Group Home

図1 都市型と郡部型の基幹型と標準型の役割と連携のモデルイメージ

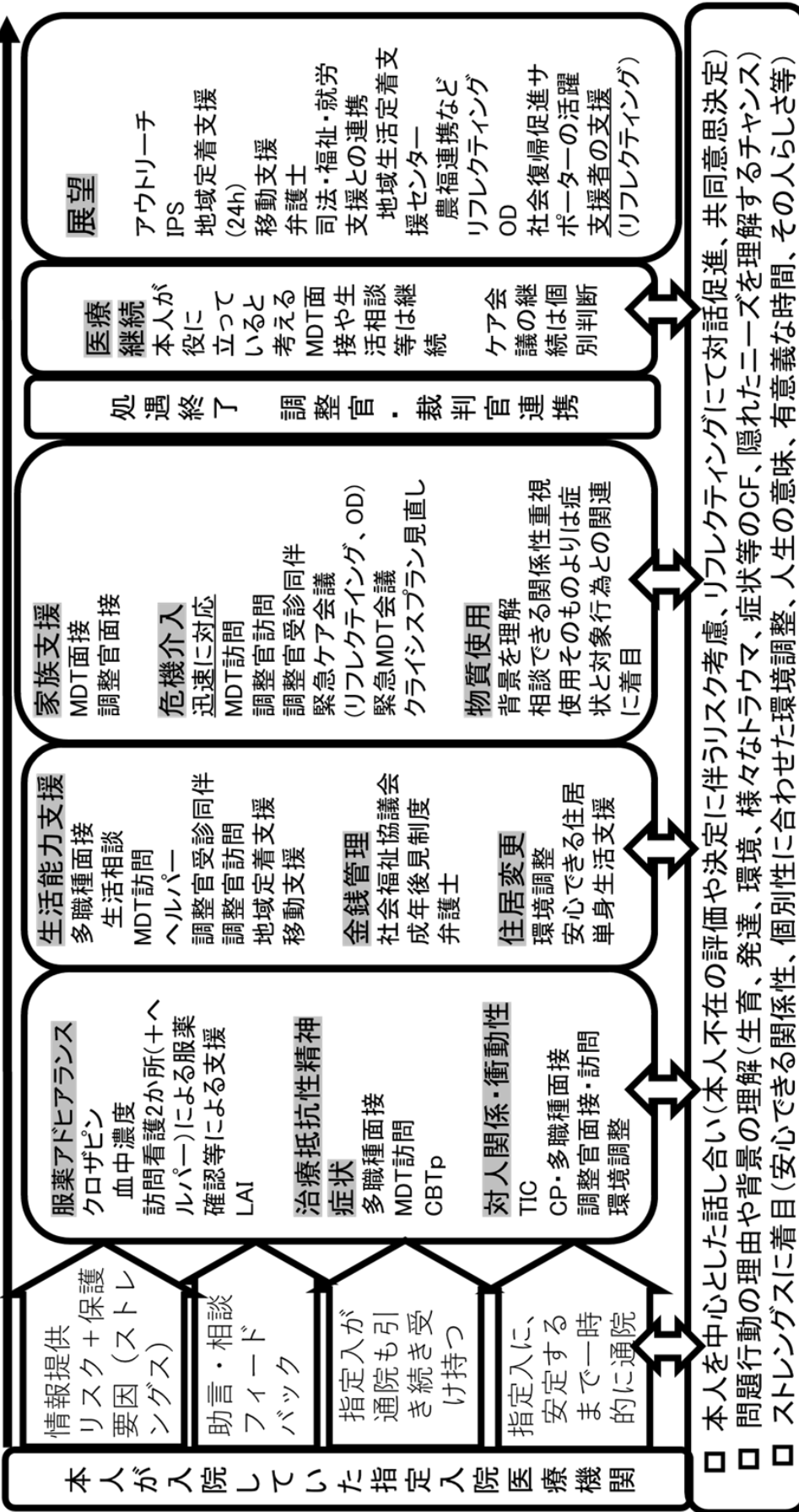


※1 神経発達症、パーソナリティ症、物質使用症等の1つ以上の併存や、生育歴やトラウマを考慮すべきケースが想定される

※2 都市部か郡部かや交通の便などの地域差が想定され、地域によっては実現が困難な場合がある(適宜Web会議も検討)

※3 都市部では、複数の訪問看護ステーションやヘルパーによる手厚い支援を入れた単身生活や、成年後見制度の活用が多い

図2 医療観察法指定入院医療機関を退院した対象者への手厚い支援のイメージと展望—複雑事例の退院促進—



指定入：指定入院医療機関，調整官：社会復帰調整官，LAI: Long Acting Injection: 持効性抗精神病薬筋肉注射，MDT: Multi-disciplinary Team: 多職種チーム，CBT p：Cognitive Behavioral therapy, TIC: Trauma Informed Care, CP: Clinical psychologist: 臨床心理技術者，IPS：Individual Placement and support, OD :Open Dialogue, CF：Case Formulation

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））

医療観察法における退院後支援に資する研究

令和5年度～令和6年度 総合研究報告書

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：

1. 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して実施した。
2. 令和5年度の本研究においては、全国の指定入院医療機関を対象としたクリティカルパスの使用状況に関するアンケート調査と、平成27年度～29年度の「医療観察法の諸ガイドラインの見直しの必要性に関する研究（村杉班）」において作成した統合失調症事例のクリティカルパス案ならびに重複障害コ・パス案等を草案とした、疾患別のクリティカルパス案の作成と検討を行った。
3. 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関する検討も行った。
4. 疾病及び関連保健問題の国際統計分類の 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・パスを作成し、少数例ながら試用した担当多職種チーム（Multi-disciplinary Team：以下、MDT）からは、概ね肯定的な評価が得られた。
5. 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等、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必要がある。

研究協力者（順不同、敬称略）

平林直次 国立精神・神経医療研究センター病院
柏木宏子 同上
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

武川未怜	同上
中辻望来	同上
浅野琴美	同上
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
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
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
船戸一基	同上
駿河勇太	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

医療観察法が施行され、約 20 年が経過した。令和 4 年度の「医療観察法対象者の類型化に関する研究（河野班）」において、医療観察法入院処遇対象者（以下、対象者）の類型として、疾患や対象行為別に 12 の類型に分けられることが示されたが、法施行時に厚生労働省から示さ

れた入院処遇ガイドライン（以下、ガイドライン）には統合失調症の典型例のクリティカルパスしか示されておらず、類型化に基づく治療や処遇は示されていない現状がある。またガイドラインに示されている統合失調症事例のクリティカルパスについても、臨床現場での使用頻度は多くなく、実際の医療内容との乖離が認められる。

令和 5 年度～6 年度の本研究においては、12 類型から臨床的必要性の高い類型を絞り、「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）を草案としつつ、指定入院医療機関や指定通院医療機関、保護観察所、裁判所等の多職種からな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）により、病棟から地域への円滑かつ迅速な移行を視野に入れた、疾患別のクリティカルパスを作成することを目的とする。

B. 研究方法

1) アンケート調査

全国の指定入院医療機関 35 施設に所属する医療観察法病棟師長を対象に、クリティカルパスの使用状況に関するアンケート調査を実施し、医療観察法入院処遇におけるクリティカルパスの普及度や必要性について検討する。

2) エクスパート会議

入院処遇 12 類型から臨床的必要性の高い類型を絞り、AMED 村杉班パスならびに AMED 村杉班コ・パスを草案としつつ、アンケート調査の結果も踏まえながら、指定入院医療機関を中心とした第 1 回のエキスパート会議において疾患別クリティカルパス案を作成する。

指定入院医療機関に加え、指定通院医療機関の視点も加味した第2回のエキスパート会議において、疾患別クリティカルパス案を修正する。

さらに保護観察所や裁判所等の視点を加えた第3回のエキスパート会議において、疾患別クリティカルパス案の試用結果を踏まえたさらなる検討と意見集約を行い、疾患別クリティカルパスを完成させると共に、クリティカルパスの普及方法について検討する。

（倫理面への配慮）

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

C. 研究結果

1) アンケート調査

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

2) クリティカルパス作成における基本方針

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医療観察法入院処遇対象者（以下、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（Multi-disciplinary Team：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。

3) クリティカルパスの作成

共通クリティカルパスは 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」「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」「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」といった観点での検討と修正を重ね、作成した（図 1）。

F0 コ・パスは、対象疾患として軽度認知障害から軽度認知症を想定し、精神科病院協会のクリティカルパスを草案とし、入院期間の短縮を主目的としたクリティカルパスを作成した。その過程で、「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

する」「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」「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」「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」といった観点での検討と修正を重ねて完成に至った（図2・図3）。

F1 コ・パスは、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」との論点で整理し作成した。その過程で、「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」「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必要性」「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」「自助グループへの参加の積極的な勧奨」といった観点での検討と修正を重ねて完成に至った（図4）。

F3 コ・パスは、うつ病治療ガイドライン第2版やCanadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) を草案としつつ、自殺予防やグリーフケア、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。その過程で、「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があること」「気分症状にフォーカスを当てた内容」「早期からの家族との再統合の可能性についての検討」といった観点での検討と修正を重ねて完成に至った（図5）。

F7 コ・パスは対象疾患として中等度知的障害

を想定し、「発達障害領域における司法精神科作業療法」を参考にして作成した。その過程で、「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ーチの必要性」「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の必要性」といった観点での検討と修正を重ねて完成に至った（図6）。

F8・F9 コ・パスは、AMED 村杉班コ・パスを草案とし、「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」「注意欠陥・多動症の診断・治療ガイドライン 第5版」等を参考にして、発達特性と二次障害へのアプローチに重点を置き作成した。その過程で、「診断の必要性の強調」「段階的評価の必要性」「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」といった観点での検討と修正を重ねて完成に至った（図7）。

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5年度～6年度の本研究においては、共通クリティカルパスならびに疾患別コ・パスを作成すると共に、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。
- ・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。
- ・少数例ながら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、概ね肯定的な評価が得られた。
- ・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必要がある。
- ・普及方法については、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研修における紹介を具体的に検討し、実践していく。

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 高橋未央, 野村照幸, 村杉謙次, 平林直次：医療観察法複雑事例に対する共同意思決定の有効性についての報告 ～ケースフォーミュレーションを用いて～. 司法精神医学, 2023; 18: 80
- 2) 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
- 3) 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

2. 学会発表

- 1) 村杉謙次：シンポジウムⅡ 複雑事例へのあらたな治療の試みと治療反応性. 第 19 回日本司法精神医学会大会, 東京, 2023.9.8
- 2) 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

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

H. 謝辞

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

参考文献

- 1) クリニカルパス実践テキスト. 日本クリニカルパス学会 学術・出版委員会監修. 医学書院, 2023
- 2) 医療観察法対象者の類型化に関する研究. 河野稔明. 医療観察法における専門的医療の向上と普及に資する研究. (令和 3 年度～令和 4 年度 総合研究報告書)
- 3) 医療観察法の諸ガイドラインの見直しの必要性に関する研究. 村杉謙次. 医療観察法における、新たな治療介入法や、行動制御に係る指標の開発等に関する研究 (平成 29 年度研究開発分担報告書)

表1 クリティカルパスの利用状況 (n=35)

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

AMED：国立研究開発法人日本医療研究開発機構

★プログラム導入について★

導入済み	導入後計中	導入予定なし
------	-------	--------

【共通バス使用ルール】

プログラムの導入と検査・アセスメントの実施状況についてMDTで後計し、右記の色分け表に沿ってプログラムの導入と検査・アセスメントの実施状況を確認する。

図2 F0コ・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がら聴取り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などで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(高次脳機能障害者・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。なお、F0コ・パスについては、他の疾患別コ・パスの目録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、パーソナルリハビリ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す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	自分の思い(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宅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、本人が自分の思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が重要。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 ・帰宅地調整、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

図7 F8・F9コ・パス

	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 一定の効果が見られる。
 △・・・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。
 x・・・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: Conners' 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

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））

医療観察法における退院後支援に資する研究

令和5年度～令和6年度 総合研究報告書

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）」での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、入院期間に依らず処遇終了して精神保健福祉法入院（以下、処遇終了-入院）する群もある²⁾。処遇終了-入院には年代、診断分類、頻回/長期の行動制限が影響したが、医療機関による差も認められた³⁾。令和2年1月～令和4年12月の3年間集計で施設の処遇終了率は0%から38.7%に分布、平均在院日数は732.0日から2,846.0日に分布し⁴⁾、施設差が大きい。本研究は指定入院医療機関の均てん化のため、施設の運営等の調査（n = 35）、職員個人単位調査（n = 713）、特徴的な施設への訪問調査・インタビュー調査（n = 8）により運用の差を探索した。

職員個人単位調査での職業性ストレス簡易調査票⁵⁾【上司の支援】が所属施設の平均在院日数と有意な相関（スピアマン $r = -0.386$ ）、同【職場での対人関係】【同僚の支援】が施設の処遇終了率と有意な相関を示した（それぞれスピアマン $r = -0.481$ 、 -0.441 ）。訪問調査にて処遇終了事例の調査、および処遇終了されやすい要因（主診断が器質性精神障害（F0）、物質使用障害（F1）、知的障害（F7）、発達障害（F8）、入院時年齢70代以上、頻回/長期の行動制限）をもつが通院処遇に移行した事例の調査、インタビュー調査をおこなったところ、施設によって処遇終了に対する考え方、治療反応性の判断基準が異なり、処遇終了率の高い4施設では、認知症の手前の軽度認知障害、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ていたが、処遇終了の少ない4施設では重度の身体疾患（癌）とHDS-R（改訂 長谷川式簡易知能評価スケール）20点未満の認知症に限られていた⁶⁾。

本研究から平均在院日数の短縮、早期の地域移行につながる要因は地域処遇への関与、多様な専門医療に取り組む病院の治療文化・組織運営と上司の支援、処遇終了につながる要因は医療観察法医療と処遇終了に対する考え方、職場の対人関係であることが示唆された。病院の運営と職場の対人関係の状態、また改善に寄与する打開策は一樣ではないが、医療観察法医療全体の向上と均てん化のための、各施設の取り組みが求められる。

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
斎藤勝仁	医療法人慈善会 安藤病院
村田昌彦	国立病院機構榊原病院
鬼塚俊明	同上
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、入院期間に依らず処遇終了-入院する群もある²⁾。処遇終了-入院には年代、診断分類、頻回/長期の行動制限が影響したが、医療機関による差も認められた³⁾。令和2年1月～令和4年12月の3年間集計の処遇終了率は0%から38.7%に分布、平均在院日数は732.0日から2,846.0日まで分布し⁴⁾(図1)、施設差が大きい。本研究は処遇終了率と平均在院日数の差に関連する要因を探索し、指定入院医療機関の均てん化につなげることを目的とする。

B. 研究方法

1. 調査対象

対象1：令和5年7月時点で稼働中の医療観察法指定入院医療機関全施設(n = 35)。

病棟師長に調査票を依頼し、平均在院日数や処遇終了率、病棟の運営や病院本体の機能について、施設単位の調査をおこなった。調査項目は表1に示す。また調査結果から典型例となる施設を抽出し、訪問調査を行い、病棟管理者や病棟職員へのインタビュー、診療録の閲覧を通じ、処遇終了の運用の特徴を分析した。

対象2：医療観察法指定入院医療機関従事者(職員個人単位)。医療観察法病棟看護師長を介し、各施設職員に以下6種の調査を依頼した(調査期間：令和5年7月～9月)。

- 1) 職業性ストレス簡易調査票⁵⁾：57項目を20の下位尺度⁷⁾に分けて集計した。
- 2) CPAT-J(日本語版精神科多職種チーム医療アセスメントツール)⁸⁾：多職種チームの機能を測る自記式尺度で、患者／地域中心のケア、チームワークのためのコミュニケーション、専門職種間の葛藤(逆転項目)、役割の明確化、チームを取り巻く環境の5因子、ならびに合計点を用いて評価した。
- 3) 心理的安全性⁹⁾：Google Re:Work¹⁰⁾によりチームの効果性に影響する因子として注目された。Edmondson⁹⁾による7項目の尺度を用いた。
- 4) 社会復帰調整官との連携のしやすさ：非常に困難(0)～非常にスムーズ(6)の7件法で回答を求めた。
- 5) あなたが貴院の医療観察法病棟に従事するに当たり、病棟運営の在り方や方針について疑問ないし問題と思われる事柄(自由記載)
- 6) 医療観察法入院医療としてあなたが重要と考えている事柄(自由記載)

2. 分析

- 1) パフォーマンス指標と職員個人単位調査の相関：対象1の全施設調査に対象2の職員個人単位1)～4)の各尺度の平均値を

施設代表値として投入し、施設のパフォーマンス指標の各値とのスピアマンの順位相関を求めた。

2) 処遇終了率・平均在院日数の高低による4群比較：本研究では主たる指標として処遇終了率と平均在院日数を扱うが、両変数の交互作用を検討するため、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、それらを独立変数、個人単位調査の各尺度を従属変数とした分散分析をおこなった。

量的データの統計解析はエクセル統計(BellCurve[®] for Excel)を使用、 $p < 0.05$ を統計学的に有意とした。

3) 訪問調査 (表 2)

指定入院医療機関への訪問調査は、処遇終了率と平均在院日数の分布 (図 1) から処遇終了率低群かつ平均在院日数短期群、高群かつ短期群、高群かつ長期群から抽出して訪問し、表 2 の手順に沿って事例の調査とインタビュー調査をおこなった。

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) 入院時年代 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。

インタビュー調査は表 2 に準じたが、施設の特徴に関する質問も適宜追加した。

(倫理面への配慮)

対象 1 全施設調査は指定入院医療機関の全体像を把握する調査で、個々の対象者のデータを収集しない。訪問調査では研究公告 (オプトアウト文書) を榊原病院ホームページに掲載、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ない、病棟管理者から文書で同意を得ておこなった。

対象 2 は医療観察法指定入院医療機関の従事者に対する調査である。施設間比較のため、施設名と職種、性別、経験年数の回答を求め、変数として解析するが、結果は統計的に処理すること、任意の調査であることを調査票の表書きで説明することにより、対象者の人権を擁護した。

国立病院機構榊原病院倫理審査委員会の承認を得て研究をおこなった。

C. 研究結果

1) パフォーマンス指標と職員個人単位調査の相関 (表 3)

対象 1 施設単位調査の回収数は 35 (回収率 100%) だが、平均在院日数、処遇終了率などの数値に未算出施設があったこと、職員個人単位調査は施設ごとの回収数が 10 に満たない 8 施設は平均が施設の代表値と言いたため解析から除外したこと、分析に用いた n は 27 ないし 26 となった。パフォーマンス指標として配布されている指標のうち、通院処遇移行率はほぼ処遇終了率の裏返しのため解析から除外した¹⁾。平均在院日数、処遇終了率、隔離実人員、拘束実人員、クロザピン (Clozapine:

¹⁾ 通院処遇移行率を用いた解析は本研究の令和 5 年度報告書⁴⁾ に示していました (表 8) が、通院処遇移行

率に関する値が誤っておりました。お詫び申し上げます。正しい値は本報告書別紙にて記載します。

以下、CLZ) 処方率、クロルプロマジン (Chlorpromazine: 以下、CP) 換算の6種のパフォーマンス指標と職員個人単位調査の項目との順位相関係数(スピアマン)、検定結果を表3に示した。

nが26ないし27に留まるため、統計的に有意な相関は少ない。平均在院日数は職業性ストレス簡易調査票【上司の支援】と負の相関、処遇終了率は【職場での対人関係】【同僚の支援】と負の相関、CLZ処方率は同【仕事のコントロール】【活気】【イライラ感】【疲労感】【不安感】【憂うつ感】【身体愁訴】と正の相関、CP換算は同【上司の支援】【同僚の支援】と負の相関を示した。なお職業性ストレス簡易調査票の下位尺度はすべて点が高い方がストレスが低い／状態が良い方を指す。CPAT-Jとその下位尺度、心理的安全性、社会復帰調整官との連携のしやすさは有意な相関はなかった。

2) 平均在院日数・処遇終了率の高低による4群比較(表4、表5)

個人単位調査の回収数(n = 713)から平均在院日数ないし処遇終了率の算出されていない施設の回答を除外し、674例を分析の対象とした。処遇終了率低群・高群、平均在院日数短期群・長期群を掛け合わせた4群の個人単位調査の各尺度の平均と標準偏差を表4に、各尺度の分散分析結果を表5に示す。表5にて等分散性の検定(ルビーン)にて等分散性が棄却された、職業性ストレス簡易調査票【職場環境】、同【働きがい】、同【上司の支援】、心理的安全性は分散分析が実施できなかった。

表5より交互作用が有意となったのは職業性ストレス簡易調査票【技能の活用】およびCPAT-J【患者／地域中心のケア】である。【技能の活用】の各水準の平均値を図2に示す。単純主効果の検定(Scheffe)より処遇終了率低群では平均在院日数短期群

が長期群よりも【技能の活用】が高い(統計量 = 4.97, $p = 0.026$)、平均在院日数短期群では処遇終了率低群が高群よりも【技能の活用】が高く(統計量 = 5.16, $p = 0.023$)、処遇終了率高群、平均在院日数短期群では差がなかった。即ち処遇終了率が低く平均在院日数も短い施設では技能の活用がよりできていると評価された。表4中、他より高くなった低群かつ短期群の平均値を太字で示した。

CPAT-J【患者／地域中心のケア】の各水準の平均値を図3に示す。単純主効果の検定(Scheffe)より処遇終了率高群では平均在院日数長期群が短期群よりも【患者／地域中心のケア】が低い(統計量 = 8.37, $p = 0.004$)。平均在院日数長期群では処遇終了率高群が低群よりも【患者／地域中心のケア】が低く(統計量 = 4.48, $p = 0.035$)、処遇終了率低群、平均在院日数短期群では差がなかった。即ち処遇終了率が高く平均在院日数も長い施設では患者／地域中心のケアがよりできていないと評価された。表4中、他より低い高群かつ長期群の平均値を下線で示した。

3) 訪問調査による事例比較(表6、7)

処遇終了率高・平均在院日数短期群から2施設、処遇終了率高群・平均在院日数長期群から2施設の計4施設で令和2年1月～令和4年12月の処遇終了事例、処遇終了されやすい要因(表2)をもつが通院処遇へ移行した事例の概略を表6に示した。処遇終了率低・平均在院日数短期群から4施設の令和2年1月～令和4年12月の処遇終了事例、処遇終了されやすい要因(表2)をもつが通院処遇へ移行した事例の概略を表7に示した。表6および表7中、処遇終了されやすい要因を太字で記した。

4) 訪問調査施設の自由記載比較(表8、9)

施設の特徴を抽出するため、職員個人単

位調査から自由記載の2項目「あなたが貴院の医療観察法病棟に従事するに当たり、病棟運営の在り方や方針について疑問ないし問題と思われる事柄」「医療観察法入院医療としてあなたが重要と考えている事柄」を表8・表9に要約して抽出した。

5) インタビュー調査「処遇終了についての考え方」(抜粋)(表10)

訪問調査で病棟医長、病棟師長、各コメディカルにインタビュー調査をおこなった中から、処遇終了についての考え方を要約、抜粋して表10に示した。

D. 考察

1. 処遇終了率の低下・平均在院日数の短縮につながる要因

パフォーマンス指標と職員個人単位調査の相関の結果、処遇終了率の低い施設ほど職員の評価による「職場での対人関係」と「同僚の支援」が良い。同様に平均在院日数が短い施設ほど「上司の支援」が良い。本研究令和5年度に施設単位調査を分析した結果⁴⁾、地元自治体でのネットワーク研修、保護観察所との合同企画、自施設での通院処遇事例数の多さ、依存症入院管理加算の算定、児童・思春期精神科入院医療管理料の算定、自施設が算定している医療管理料・施設基準の種類数の多さ、全職員でのパフォーマンス指標の共有がそれぞれ平均在院日数の短さに関連することが明らかになった⁴⁾。本研究での「上司の支援」を加えると、病院全体が依存症や児童などの多様な専門医療に取り組み、パフォーマンス指標を全職員で共有し、上司がスタッフを支援する、病院の治療文化や組織運営が平均在院日数の短縮につながると考えられる。通院処遇に積極的に取り組み、保護観察所や地域関係機関と連携・交流する

ことも平均在院日数の短縮につながり、医療観察法病棟単体ではなく、病院としての積極的な地域医療と地域に向けた発信も影響する。表3よりCLZ処方率が高いほど職員の「仕事のコントロール」「活気」が高く、「イライラ感」「疲労感」「不安感」「憂うつ感」「身体愁訴」がいずれも低い²⁾との結果が得られ、いわばCLZ使用は職員の精神的健康に寄与する、もしくは職員の精神的健康度が高いとCLZが使用されやすいと言える。因果関係は不明で、職員の精神的健康度が高いと、対象者の問題に振り回されずに病状として捉えてCLZを使用することができる、あるいは積極的にCLZを使用する治療文化のある病棟の方が職員の精神的健康度が高いと推測される。特に後者は平均在院日数の短縮要因ともつながる。

表3より処遇終了率の低下には【職場での対人関係】【同僚の支援】が関連する。CPAT-Jや心理的安全性が|0.2|～|0.3|台の順位相関係数で統計的に有意とはならなかったのに対し、【職場での対人関係】【同僚の支援】が|0.4|台の順位相関係数で統計的に有意となり、多職種連携より以前の職員の対人関係の方が鋭敏に処遇終了に関連したと言える。そして多職種連携の基盤となる対人関係と、病院の治療文化・組織運営が揃うことで処遇終了率の低下と平均在院日数の短縮を得ると考えられる。表5・図2から処遇終了率が低く平均在院日数も短い施設が他より【技能の活用】が高いことから、低い処遇終了率と早期退院の両方を果たす施設運営において職員の技能が活用されやすいと言える。

2. 処遇終了事例・処遇終了の考え方の比較

本研究では訪問調査により対象期間に処遇終了された事例と、処遇終了されやす

² 既述のように職業性ストレス簡易調査票はすべて

点が高い方がストレスが低い

い要因があるが通院移行された事例を抽出した(表 6、7)。施設の処遇終了率と平均在院日数を基準に訪問施設を選択したため、一定の偏りを有した一部施設についての症例報告という限界を持つが、表 6 に示した処遇終了率高群 4 施設では処遇終了事例 20 例、処遇終了されやすい要因を持つ通院移行事例 6 例に対し、表 7 に示した処遇終了率低・平均在院日数短期群 4 施設では処遇終了 4 例、処遇終了されやすい要因を持つ通院移行事例 15 例であり、比率が異なる。処遇終了事例の内訳を見ると、処遇終了率低・平均在院日数短期群での処遇終了事例は身体疾患と認知症に限られる。処遇終了されやすい要因を持つ通院移行事例 15 例のうち 9 例を占める行動制限群は 4 年を超えて通院処遇に移行し、入院期間が長期に及んでも処遇終了されていない。処遇終了率高群では行動制限群の通院移行は 1 例、処遇終了は 6 例である。認知症による処遇終了事例は 2 例であるが、1 例は軽度認知機能障害の評価尺度(日本語版 Montreal Cognitive Assessment; MoCA-J)での評価を根拠とし、HDS-R(改訂 長谷川式簡易知能評価スケール)の結果が示された 1 例も 24 点とカットオフ値を上回る。処遇終了理由の多くは治療反応性とされる¹¹⁾が、治療反応性の基準に施設差が疑われる。また処遇終了率高群では内省・病識を理由と挙げた処遇終了事例が 4 例ある。表 8・表 9 より、個人単位調査の自由記載「医療観察法入院医療としてあなたが重要と考えている事柄」に内省を挙げた職員も処遇終了率高群施設に多く見られ、処遇終了率低群施設では「再被害防止」を重要と挙げて支援者用プランを作って施設入所した事例が複数あるのと対照的である。処遇終了率の高い施設と低い施設とでは、治療反応性の基準、および医療観察法医療

に対する捉え方に差異がうかがわれる。表 10 に示した、処遇終了についての考え方は一様ではなく、処遇終了率低群施設でも「沈黙していく人を医療観察法で作らない」「選択肢にない」との主張から「絶対やらないというわけではない」という言葉もある。しかし処遇終了率高群施設では一定の選択肢として処遇終了を捉え、処遇終了の幅に差がみられる。

3. 医療観察法入院医療の平均在院日数・処遇終了率につながる要因

本研究で抽出された、平均在院日数につながる要因、処遇終了に影響する要因を合わせ、図 4 に模式図としてまとめた。平均在院日数の短縮につながる要因は依存症入院医療管理加算、児童・思春期精神科入院医療加算などに示される多様な専門医療に取り組む治療文化や組織運営、上司の支援である。処遇終了には医療観察法医療と処遇終了に対する考え方、職場の対人関係が影響する。病院の治療文化、組織運営、病棟内の職場の人間関係などで、その差、また改善に寄与する打開策は一様ではない。しかし医療観察法指定入院医療機関の均てん化のため、各施設の質向上が求められる。病院の治療文化の改善は容易でなくとも、地元自治体でのネットワーク研修や保護観察所との合同企画等、地域処遇との連携強化は始めたい。

なお病院組織運営が医療に与える影響という課題は医療観察法医療に限らないと考えられるが、本研究では指定入院医療機関のみの比較であり、一般精神科医療との差は不明であることを注記しておく。

E. 結論

本研究の施設単位調査・職員個人単位調査を統合し、変数間の関連を調べたところ、平均在院日数の短縮、早期の地域移行につ

ながる要因は地域処遇への関与、多様な専門医療に取り組む病院の治療文化・組織運営と上司の支援、処遇終了につながる要因は職場の対人関係であることが示唆された。処遇終了率の高い施設と低い施設とを訪問し、事例を調査した結果、またインタビューや職員個人単位調査への回答を比較した結果、医療観察法医療と処遇終了に対する考え方に差異がうかがわれ、処遇終了の運用の差につながっていることが推察された。病院の運営と職場の対人関係の状態をアセスメントし改善策を探り、医療観察法医療全体の向上と均てん化に向けて各施設で取り組みを進めることが求められると共に、処遇終了に対する考え方についての検討が今一度求められる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 壁屋康洋：医療観察法病棟での長期入院、頻回/長期の行動制限、処遇終了-入院に関する全国調査。精神科，2023；43(1)：84-91
- 2) 壁屋康洋：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：入院医療から治療反応性の断念？データから見る処遇終了-精神保健福祉法入院の運用実態。シンポジウム 医療観察法の治療反応性－法施行後の治療技術の進歩を踏まえて。

第19回日本司法精神医学会大会，東京，2023.9.8

- 2) 壁屋康洋，大鶴卓，久保彩子，前上里泰史，諸見秀太，高尾碧，河野稔明，高野真弘：頻回/長期行動制限を受けた対象者の全国調査（3）入院長期化・頻回/長期の行動制限・処遇終了－精神保健福祉法入院への要因探索。第77回国立病院総合医学会，広島，2023.10.21
- 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（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
- 4) 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
- 5) 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

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

本研究施設単位調査にご協力頂いた医療観察法指定入院医療機関の看護師長、看護副師長、精神保健福祉士、病棟事務官の皆様、個人単位調査にご協力頂いた多職種の皆様、そして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) 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
- 6) 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6年度 総括・分担研究報告書, 2025
- 7) 川上憲人. 厚生労働省厚生労働科学研究費補助金 労働安全衛生総合研究事業 労働者のメンタルヘルス不調の第一次予防の浸透手法に関する調査研究 平成23年度総括・分担研究報告書, 2012
- 8) Tomizawa R., Yamano M. et al.: Validation of a global scale to assess the quality of interpersonal teamwork in mental health settings. The Journal of Mental Health, 2016.
- 9) Edmondson, Amy C. 著 野津智子 訳: 恐れのない組織. 英治出版, 東京, 2021
- 10) Google re:Work. <https://rework.withgoogle.com/jp/guides/understanding-team-effectiveness#identify-dynamics-of-effective-teams> (2024/1/6 閲覧)

- 11) 村田昌彦：医療観察法における入院
処遇から処遇終了退院となる事例に
ついて－法施行後の傾向と問題点に
ついて．司法精神医学，10(1), 2015

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

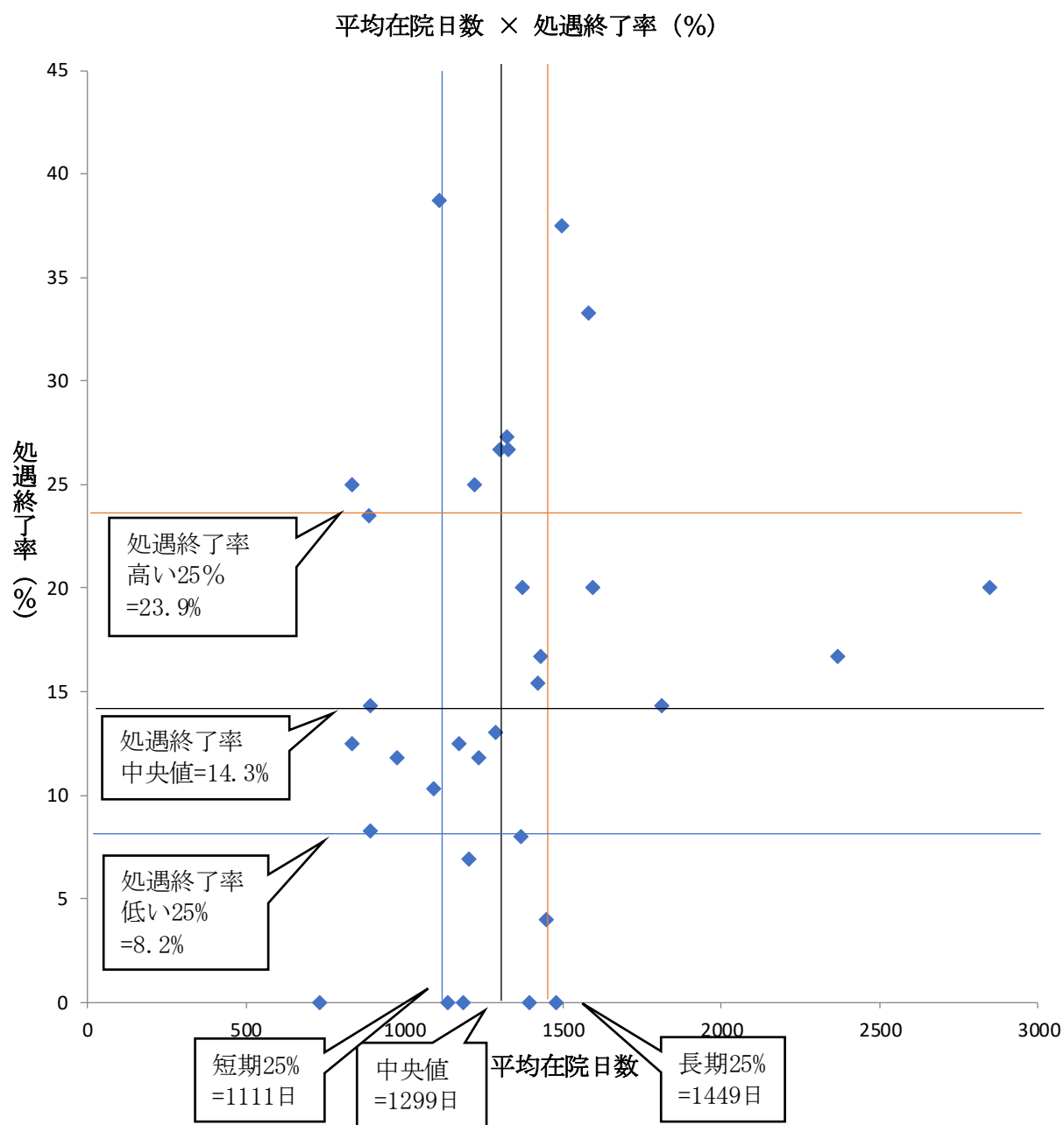


表1 医療観察法指定入院医療機関施設単位調査の調査項目

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

ICD: 疾病及び関連保健問題の国際統計分類
(International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)

CLZ: Clozapine

CP: Chlorpromazine

MDT: Multi-disciplinary Team

CPA: Care Programme Approach

m-ECT: Modified Electro Convulsive Therapy

表2 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）、苦勞した点などを可能な範囲で聞き取りさせて頂く

3) 病棟師長へのインタビュー調査

Q1) 早期退院に向けた工夫、貴院の強みについてお知らせください

Q2) 病棟内学習会をどのように運営しているか教えてください

Q3) 病棟運営の工夫、取り組みについて教えてください

特に職員間の関係構築やチームビルディングに関して

院内暴力、特に職員への暴力が生じた事例への対応に関して

Q4) 処遇終了についての考え方について教えてください

Q5) もし他施設の医療観察法病棟と比較が可能であれば、他院と貴院の違いを教えてください。

4) 病棟医長へのインタビュー調査

Q1) 病棟運営の工夫、取り組みについて教えてください

特に職員間の関係構築やチームビルディングに関して

院内暴力、特に職員への暴力が生じた事例への対応に関して

Q2) 処遇終了についての考え方について教えてください

Q3) もし他施設の医療観察法病棟と比較が可能であれば、他院と貴院の違いを教えてください

5) コメディカルへのインタビュー調査

Q1) 早期退院に向けた工夫、貴院の強みについてお知らせください

Q2) 処遇終了についての考え方について教えてください

Q3) 病棟運営、職員間の関係構築やチームビルディングに関しての工夫

院内暴力、特に職員への暴力が生じた事例への対応に関して

Q4) 専門職としての役割について教えてください

Q5) もし他施設の医療観察法病棟と比較が可能であれば、他院と貴院の違いを教えてください。

SDM with CF: Shared Decision Making with Case Formulation

CLZ : Clozapine

表3 パフォーマンス指標と職員個人単位調査の順位相関（スピアマン）

		平均在院日数	処遇終了率	隔離実人員	拘束実人員	CLZ処方率	CP換算
		n=27	n=26	n=27	n=27	n=26	n=26
職業性ストレス簡易調査票下位尺度	仕事の量的負担	-0.161	0.203	-0.064	0.021	-0.034	0.020
	仕事の質的負担	-0.023	0.056	-0.223	0.139	0.276	0.154
	仕事の身体的負担	0.093	0.007	-0.180	0.009	0.225	0.223
	仕事のコントロール	0.032	-0.187	-0.136	-0.162	0.396 *	0.034
	技能の活用	-0.241	-0.092	-0.052	0.001	0.025	0.116
	職場での対人関係	-0.253	-0.481 *	0.086	-0.359	0.127	-0.337
	職場環境	-0.075	0.131	0.036	-0.090	0.216	-0.212
	仕事の適正	0.097	-0.112	0.050	-0.206	0.241	0.109
	働きがい	-0.016	-0.266	-0.015	-0.023	0.364	-0.036
	活気	-0.272	-0.050	-0.060	0.163	0.456 *	-0.041
	イライラ感	-0.088	-0.200	-0.158	-0.087	0.472 *	-0.175
	疲労感	-0.350	-0.047	-0.124	0.041	0.566 **	-0.242
	不安感	-0.307	0.019	-0.099	0.124	0.540 **	-0.074
	憂うつ感	-0.225	0.128	-0.075	0.192	0.483 *	-0.203
	身体愁訴	-0.377	0.213	-0.197	0.067	0.429 *	-0.228
	上司の支援	-0.386 *	-0.263	-0.059	-0.099	0.177	-0.404 *
CPAT-J下位尺度	同僚の支援	-0.375	-0.441 *	0.043	-0.165	0.101	-0.390 *
	家族・友人の支援	-0.204	-0.054	0.110	0.310	0.146	-0.235
	仕事の満足度	-0.236	-0.143	0.019	-0.065	0.320	-0.220
	家庭の満足度	-0.172	0.150	-0.005	0.095	0.178	-0.110
	CPAT-J合計	-0.324	-0.239	-0.056	0.083	0.154	-0.279
CPAT-J下位尺度	患者／地域中心のケア	-0.294	-0.049	-0.121	0.154	0.092	-0.176
	チームワークのためのコミュニケーション	-0.158	-0.201	-0.107	0.136	0.036	-0.213
	専門職種間の葛藤	0.152	0.343	0.263	0.037	-0.217	0.181
	役割の明確化	-0.148	-0.302	0.292	0.079	0.113	-0.357
CPAT-J下位尺度	チームを取り巻く環境	-0.294	-0.238	0.025	-0.044	0.302	-0.275
	心理的安全性	-0.082	-0.277	-0.120	-0.159	0.230	-0.275
社会復帰調整官との連携のしやすさ		-0.049	-0.384	0.125	-0.371	-0.150	-0.220

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

CPAT-J：日本語版精神科多職種チーム医療アセスメントツール

CLZ：Clozapine

CP：Chlorpromazine

表4 処遇終了率・平均在院日数の高低による4群比較～各尺度の平均・標準偏差 (SD)

		処遇終了率 平均在院日数 n=275		処遇終了率 平均在院日数 n=115		処遇終了率 平均在院日数 n=133		処遇終了率 平均在院日数 n=151	
		平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD
職業性ストレス簡易調査票下位尺度	仕事の量的負担	1.95	0.65	2.04	0.72	2.08	0.68	2.18	0.70
	仕事の質的負担	1.84	0.58	1.84	0.60	1.88	0.67	1.90	0.62
	仕事の身体的負担	3.08	0.79	3.14	0.76	3.05	0.77	3.13	0.82
	仕事のコントロール	2.57	0.62	2.62	0.60	2.55	0.65	2.59	0.69
	技能の活用	3.04	0.81	2.84	0.79	2.85	0.75	2.93	0.86
	職場での対人関係	2.75	0.04	2.67	0.06	2.66	0.05	2.53	0.05
	職場環境	2.69	0.92	2.87	0.87	3.08	0.74	2.65	0.96
	仕事の適正	2.72	0.86	2.77	0.80	2.70	0.85	2.70	0.91
	働きがい	2.99	0.85	2.82	0.89	2.74	0.96	2.81	0.91
	活気	2.39	0.77	2.20	0.70	2.28	0.75	2.31	0.74
	イライラ感	2.80	0.79	2.70	0.82	2.67	0.76	2.67	0.82
	疲労感	2.52	0.83	2.42	0.85	2.48	0.75	2.42	0.81
	不安感	2.77	0.80	2.68	0.74	2.72	0.68	2.74	0.80
	憂うつ感	3.02	0.71	2.92	0.70	3.00	0.64	3.02	0.72
	身体愁訴	3.04	0.66	2.88	0.61	3.10	0.61	3.01	0.64
	上司の支援	3.07	0.69	2.81	0.73	3.01	0.74	2.70	0.80
	同僚の支援	3.12	0.61	3.07	0.59	3.10	0.65	2.92	0.70
CPAT-J下位尺度	家族・友人の支援	3.34	0.70	3.26	0.75	3.30	0.68	3.27	0.77
	仕事の満足度	2.81	0.81	2.70	0.79	2.68	0.84	2.71	0.85
	家庭の満足度	3.15	0.72	3.09	0.79	3.14	0.76	3.11	0.82
CPAT-J合計		102.91	18.17	103.80	15.89	103.42	15.73	99.01	16.15
CPAT-J下位尺度	患者／地域中心のケア	30.55	6.50	30.99	6.82	31.51	5.95	<u>29.33</u>	5.99
	チームワークのためのコミュニケーション	20.52	4.62	20.75	3.78	20.59	4.42	19.78	4.54
	専門職種間の葛藤	14.14	4.42	14.07	3.85	14.36	4.25	15.09	4.24
	役割の明確化	20.03	4.26	20.38	3.72	19.77	3.64	19.68	3.64
	チームを取り巻く環境	13.95	3.74	13.75	3.58	13.91	3.51	13.30	3.56
心理的安全性		34.78	7.62	35.38	6.47	35.01	6.91	33.23	7.72
社会復帰調整官との連携のしやすさ		0.61	0.21	0.62	0.14	0.55	0.08	0.48	0.22

分散分析で交互作用が有意となり、単純主効果の検定から他より有意に高い値を太字で示した
分散分析で交互作用が有意となり、単純主効果の検定から他より有意に低い値を下線で示した

CPAT-J：日本語版精神科多職種チーム医療アセスメントツール

表5 処遇終了率・平均在院日数の高低による4群比較～等分散性の検定と分散分析結果

		分散分析結果							
		等分散性の検定 ルビーン検定		処遇終了率 主効果		平均在院日数 主効果		交互作用	
		F値	P値	F値	P値	F値	P値	F値	P値
職業性 ストレス 簡易 調査 票 下 位 尺 度	仕事の量的負担	1.03	0.379	5.95	0.015 *	2.99	0.084	0.00	0.979
	仕事の質的負担	1.73	0.160	1.14	0.285	0.03	0.862	0.04	0.844
	仕事の身体的負担	1.25	0.290	0.14	0.707	1.19	0.276	0.03	0.866
	仕事のコントロール	1.11	0.344	0.22	0.638	0.91	0.339	0.01	0.925
	技能の活用	1.24	0.293	0.70	0.402	0.87	0.352	4.46	0.035 *
	職場での対人関係	2.41	0.066	4.86	0.028 *	4.40	0.036 *	0.34	0.560
	職場環境	8.80	0.000 **						
	仕事の適正	1.41	0.238	0.36	0.548	0.12	0.731	0.09	0.761
	働きがい	3.01	0.029 *						
	活気	0.58	0.629	0.00	0.987	1.69	0.194	2.99	0.084
	イライラ感	0.88	0.451	1.43	0.232	0.68	0.409	0.56	0.454
	疲労感	0.87	0.458	0.09	0.770	1.40	0.238	0.15	0.697
	不安感	1.90	0.129	0.01	0.931	0.23	0.634	0.70	0.404
	憂うつ感	0.88	0.450	0.45	0.502	0.57	0.451	0.96	0.327
	身体愁訴	0.81	0.489	3.50	0.062	5.55	0.019 *	0.55	0.460
	上司の支援	2.78	0.041 *						
	同僚の支援	1.34	0.262	2.77	0.096	5.10	0.024 *	1.47	0.225
	家族・友人の支援	1.00	0.393	0.07	0.785	0.75	0.385	0.24	0.622
	仕事の満足度	1.36	0.255	0.83	0.364	0.39	0.533	1.22	0.271
	家庭の満足度	1.00	0.391	0.02	0.876	0.56	0.457	0.07	0.797
CPAT-J合計		0.41	0.743	2.42	0.120	1.64	0.201	3.71	0.054
C P A T J 下 位 尺 度	患者／地域中心のケア	1.24	0.295	0.46	0.499	2.84	0.092	6.47	0.011 *
	チームワークのための コミュニケーション	1.01	0.388	1.53	0.216	0.66	0.418	2.08	0.149
	専門職種間の葛藤	0.85	0.466	3.21	0.074	0.90	0.343	1.32	0.252
	役割の明確化	0.74	0.530	2.28	0.131	0.18	0.674	0.47	0.492
	チームを取り巻く環境	0.05	0.986	0.68	0.410	1.88	0.170	0.46	0.498
心理的安全性		3.15	0.024 *						
社会復帰調整官との 連携のしやすさ		0.16	0.925	4.53	0.034 *	0.09	0.764	0.96	0.327

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

CPAT-J：日本語版精神科多職種チーム医療アセスメントツール

図2 処遇終了率 低群／高群 × 平均在院日数 短期群／長期群による
【技能の活用】

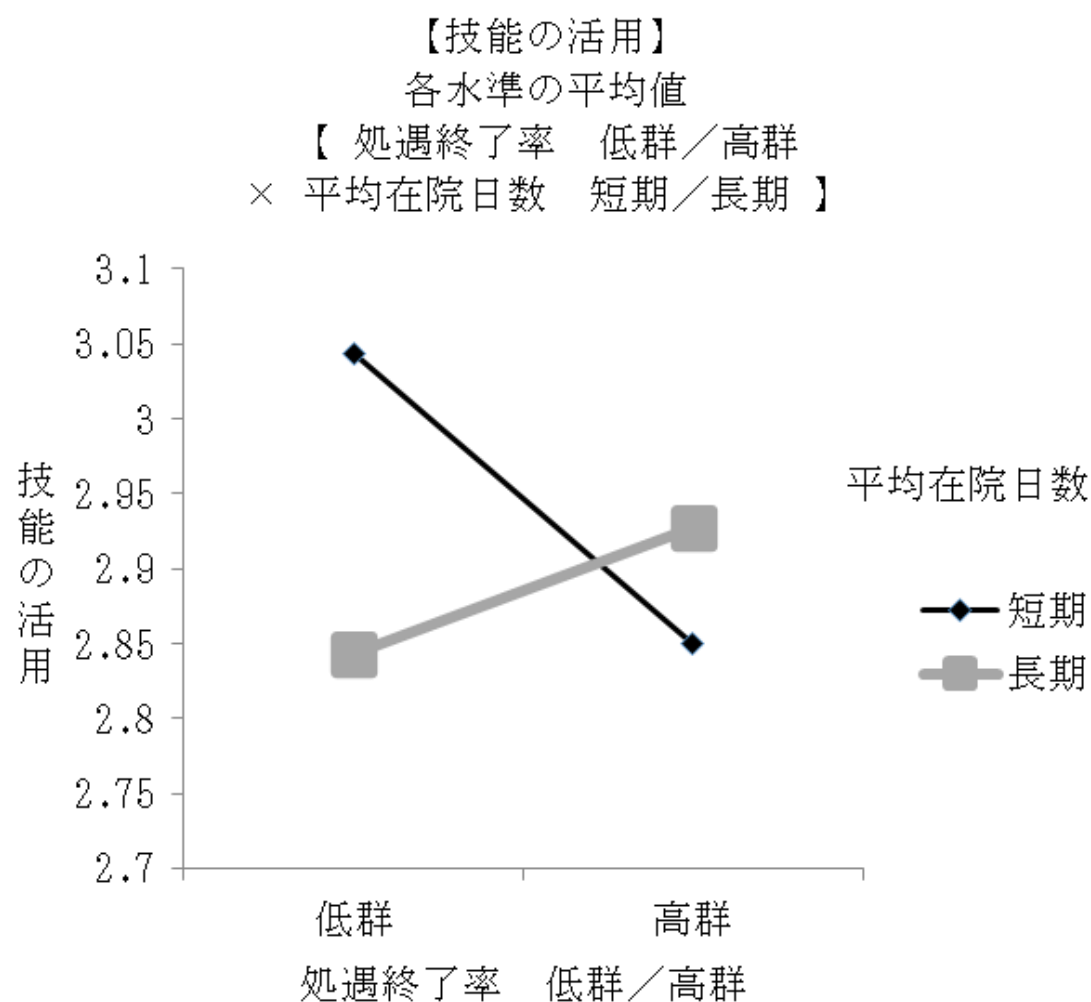
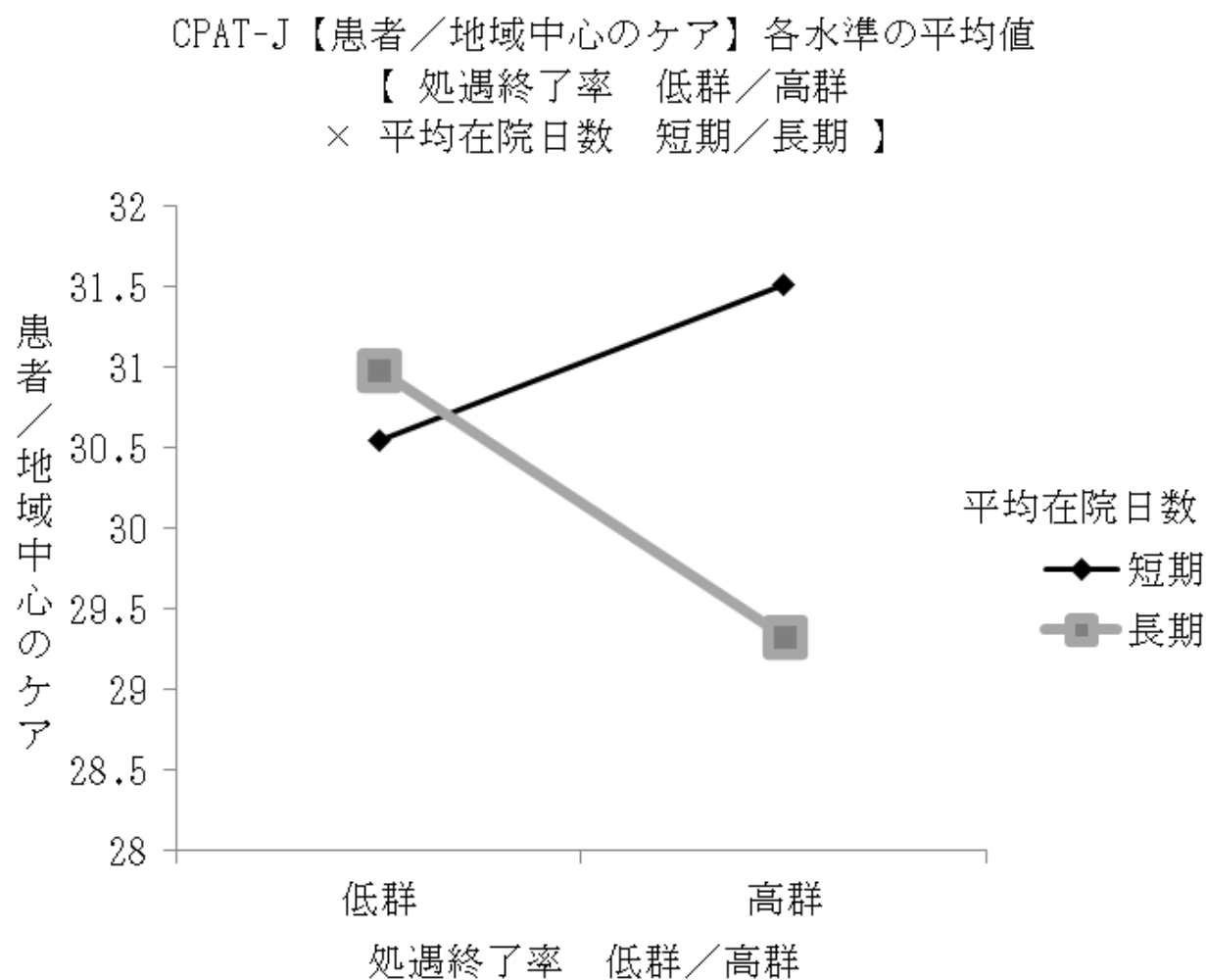


図3 処遇終了率 低群／高群×平均在院日数 短期群／長期群による
CPAT-J【患者／地域中心のケア】



CPAT-J：日本語版精神科多職種チーム医療アセスメントツール

表6 処遇終了率高・平均在院日数短期群（2施設）および処遇終了率高・平均在院日数長期群（2施設）の
処遇終了事例・処遇終了されやすい要因があるが通院移行した事例の概略

処遇終了事例の概略	処遇終了されやすい要因があるが 通院移行した事例の概略
80代 アルツハイマー型認知症（F0） MoCA-J 18点 入院期間=1年 50代 器質性精神障害（F0） IQ=53 行動制限群 入院期間=11年	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 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
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	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
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 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 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	
処 遇 終 了 率 高 ・ 平 均 在 院 日 数 短 期 施 設 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	
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、「疾病との因果関係を理解することは困難」なため処遇終了 入院期間=3年半	
30代 統合失調症、自閉スペクトラム症 IQ=57 行動制限群 「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 入院期間=4年半	
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	
60代 双極性障害、自閉スペクトラム症、転換性障害 好轉的、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	
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	
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	

表6 処遇終了率高・平均在院日数短期群（2施設）および処遇終了率高・平均在院日数長期群（2施設）の
処遇終了事例・処遇終了されやすい要因があるが通院移行した事例の概略

処遇終了事例の概略	処遇終了されやすい要因があるが 通院移行した事例の概略
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 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
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	アルコール性精神病（F1）、軽度知的障害 入院期間=3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	
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」ため処遇終了-入院 入院期間=7年	
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	
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	
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だが無為な生活。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	

IQ : Intelligence Quotient

MoCA-J : 日本語版Montreal Cognitive Assessment

HDS-R : 改訂 長谷川式簡易知能評価スケール

CLZ : Clozapine

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

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回以上のいずれかを受けた事例

※処遇終了されやすい要因を持つが通院処遇となった事例条件 :

- 主診断がF0、F1、F7、F8
- 行動制限群
- 入院時年代70代以上

表7 処遇終了率低・平均在院日数短期群（4施設）の処遇終了事例・処遇終了されやすい要因があるが通院移行した事例の概略

処遇終了事例の概略	処遇終了されやすい要因があるが 通院移行した事例の概略
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	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 妄想は持続したが対象から遠ざけ施設入所 入院期間=3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	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 入院期間=10年
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	60代 器質性妄想性障害（F0）、てんかん 記憶障害あり内省積み重ならないが施設入所 入院期間=3年
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	40代 覚醒剤使用による残遺性精神障害（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
	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が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
	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 クロザピン処方するが副作用→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 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
	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。症状のモニタリングできず、支援者用のプラン作り施設入所 入院期間=11年
	30代 統合失調症、自閉スペクトラム症 行動制限群 SDM実施。薬物療法に抵抗あるが緊張病症状の辛さ共有し処方。プログラム拒否に看護師からの促し。 入院期間=6年

表7 処遇終了率低・平均在院日数短期群（4施設）の処遇終了事例・処遇終了されやすい要因があるが通院移行した事例の概略

処遇終了事例の概略	処遇終了されやすい要因があるが 通院移行した事例の概略
	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
	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
	20代 自閉スペクトラム症（F8）、非定型精神病 行動制限群 共に考え、共に作成していく可視化した治療方針。キー パーソン交替。単身退院。 入院期間=4年
	70代 統合失調症 HDS-R=22点 入院中の生活訓練で居室や浴室の掃除が声掛けなしで できない経験を経てヘルパー利用に合意。単身退院。 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、IQ=57 施設入所 入院期間=5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

HDS-R：改訂 長谷川式簡易知能評価スケール

CLZ：Clozapine

IQ：Intelligence Quotient

SDM：Shared Decision Making

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

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回以上のいずれかを受けた事例

※処遇終了されやすい要因を持つが通院処遇となった事例条件：

- 主診断がF0、F1、F7、F8
- 行動制限群
- 入院時年代70代以上

表8 処遇終了率高・平均在院日数短期群（2施設）および処遇終了率高・平均在院日数長期群（2施設）の個人単位調査自由記載項目

処 遇 終 了 率 高 群 ・ 平 均 在 院 日 数 短 期 施 設	医療観察法病棟に従事するに当たり、病棟運営の在り方や方針について、疑問ないし問題と思われる事柄	医療観察法入院医療としてあなたが重要と考えている事柄
	発達の問題や低IQなど反応性の難しい対象者の入院処遇（5名）	内省、対象行為の責任の自覚（4名）
	処遇合議体のあり方	病識、注意サインの把握（2名）
	コメディカルが病棟にいない（3名）	本人の意見、協働意思決定（3名）
	研修運営などで病棟業務に集中できない	多職種連携、チームワーク（2名）
	チーム外の意見の取り入れにくさ（3）	地域調整、退院後のフォロー（各1名）
	犯罪を犯した者には厳しい制度があって良いと思う	積極的な外出泊による社会に戻るためのスキル獲得 必要に応じた強い治療 再被害の予防
	リスク管理（2名）	内省（2名）
	担当看護師の役割が大きい（2名）	再生産性と地域社会の治安
	治療が深まっていないのに退院になる 継続したスタッフ教育、質の維持の困難	対象者と共に考え、共に学び、成長していく 対象者が主体的に取り組む姿勢とその支援 社会復帰の促進、地域に出た際の安心できる環境整備（各1名） 基本は通常の医療～手厚くする 自分の心の葛藤、支援者の心身のストレスコントロール（各1名） アセスメントに基づくチーム医療
処 遇 終 了 率 高 群 ・ 平 均 在 院 日 数 長 期 施 設	入院環境が良すぎる（2名）	多職種協働、MDTの協力、コミュニケーション（各1名）
	他職種から認められにくい	看護師の地位向上
	特定の職種の力が強すぎ	スタッフが安心して働ける環境
	職種による業務量の偏り	処遇終了の受け入れ先が見つからない、転院先の受け入れが悪い（各1名）
	外出泊へのフォローの乏しさ（2名）	
	全体を統括する人がいない	
	適応ではないと感じる対象者が多い	社会復帰のための能力
	リスク管理が厳しい	対象者がスタッフに安心できる
	勤務表が希望通りに行かない	チームワーク
	看護部の人員配置や、看護師長による統制～病院の中で考慮がされていない 本人の意向のみでは何も進まず長期入院で困難事例となっている	医療観察法の構造が、スタッフや対象者および影響を意識すること 精神症状の安定

IQ : Intelligence Quotient
MDT : Multi-disciplinary Team

表9 処遇終了率低・平均在院日数短期群（4施設）の訪問調査実施施設の個人単位調査自由記載項目

医療観察法病棟に従事するに当たり、病棟運営の在り方や方針について、疑問ないし問題と思われる事柄	医療観察法入院医療としてあなたが重要と考えている事柄
他病棟への応援が多い	再他害防止(2名)
看護師によって能力やモチベーションに差が大きい	対象者のニーズ・意向(3名)
スタッフにより業務負担の差が大きい(2名)	対象者との連携、共同意思決定(4名)
チームによる差、対応が個々に委ねられやすい(2名)	地域とのギャップをなくす(2名)
	チームワーク、チーム医療(3名)
患者対応の時間不足(2名)	社会復帰(3名)
教育(3名)	再他害防止(2名)
処 スタッフの関係(2名)	MDTの連携(2名)
遇 主治医によって治療方針が異なる	人権。倫理観
終 司法に返せない	共同意思決定
了 処遇終了を容認しないところ	対象者のニーズ
率 小規模のため業務が兼務(2名)	内省と社会復帰(2名)
低 対象者同士の学びができない	ムリなく社会に出られる支援
・ 管理的過ぎる、制限が多い(各1名)	社会との差を埋める
平 コメディカルは他の病院とつながりがあるが、看護と医師が	病気と対象行為を引き受けた上で、支援を受けて新たな人生を歩むこと
均 少なく、意欲に差がある	セルフモニタリングできるようになるよう支援すること
在 地域支援の困難さ	対象者との良好な関係
日 チーム全体で話し合える時間の不足	法の理解
数 処遇終了の扱い～3年は維持しようとする	チームワーク
短 多職種チーム会議の時間確保が難しい(2名)	再他害防止(3名)
期 医観法の対象者か疑問と思われる対象者／心神喪失や心神耗	対象者のニーズ／対象者中心／自己決定権(5名)
群 弱と思われない対象者(2名)	
方向性の受け止め方に温度差	対象者に偏見をもたないこと
対象行為の原因と考えられる点を改善できないまま退院を進めること	リハビリとリスクアセスメントのバランス
環境調整が遅い	倫理観
	内省、対処行動
	地域調整

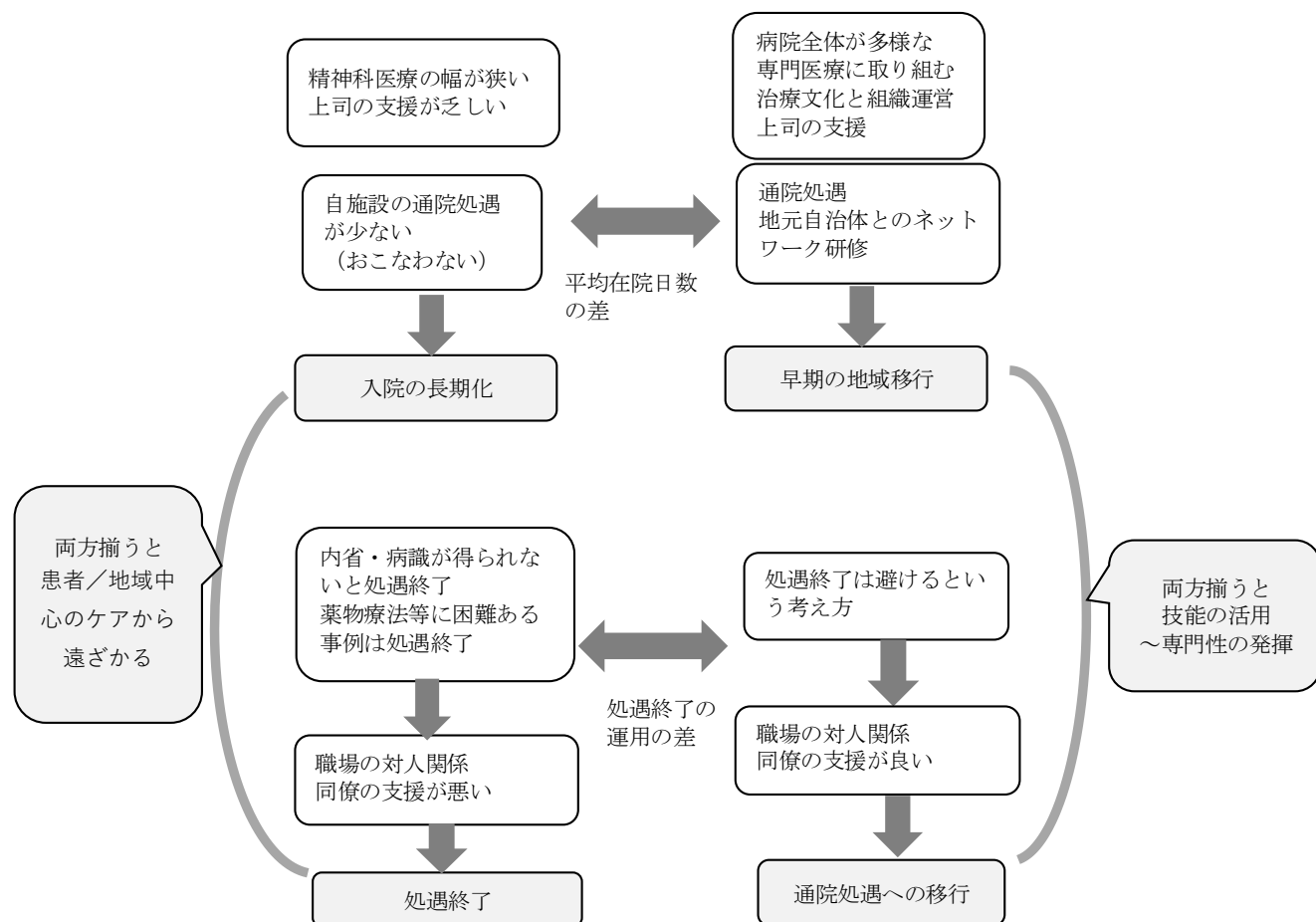
MDT: Multi-disciplinary Team

表10 処遇終了率高群施設および処遇終了率低群施設での「処遇終了についての考え方」抜粋

処遇終了率高群施設	処遇終了率低群施設
暴力的な対象者は病棟を守るために早く退院させた方が 良いと思う面があり、これが処遇終了に繋がった 身体合併症と認知症が多い 治療に応じなかったり、能力が低かったり、病識が乏し かったりすると、処遇終了して入院、という感じがある 統合失調症であるがCLZも電気痙攣療法も効かずよくな らなかった対象者を処遇終了にしていた 統合失調症だとしても慢性で自閉症スペクトラムや知的 障害が強いと処遇終了にしようという流れがある 一部の調整官から処遇終了にしてと言われることがある 処遇終了はできれば避けたいが、関わりようがないとい う表現をされる場合が多い 入口に問題がある。CLZを使ったら良くなる可能性があ ると鑑定と言われるが、発症して数十年経っている チャレンジできる環境だから、できるだけ実績を残すべ きとは思っている。すぐに反応性がないからとかではな く、いろんな方法を試して、と思っている 裁判から期待されるものが最初からフィットしない人も いれば、治療反応が限定的という人もいるので、やっ てみて治療が進まない人はある程度いる	処遇終了すると沈黙していく人が生じてしまう。医 観法でそれを作らないように 処遇終了は選択肢にない 絶対やらない、というわけではない。悩ましい方も いる、行き場がない。治療反応性があるから悩む せざるを得ない人がいないくらい。警察沙汰になっ た人は困難さがある。最後まで付き合うという意識 が一致しているんだと思う。ブロック交流会でも知 恵を出し合っている うちで出来ることはないか考える。治療のアイデア を出す

CLZ : Clozapine

図4 医療観察法入院医療の平均在院日数・処遇終了率につながる要因（模式図）



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)

分担研究 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)

令和 5 年度報告書 データ誤りのおわびと訂正

このたび表記前年度の分担研究報告書に、通院処遇移行率に関してデータの誤りがございました。表 7 の「通院処遇移行率最小値=8.3%」がデータの入力誤りでした。お詫び申し上げます。

データを修正した結果、表 7・表 8 と本文に以下の訂正が生じますことをご報告いたします。

なお、本文の論旨は通院処遇移行率ではなく処遇終了率を用いて進めておるため、考察・結論や研究要旨には変更ございません。

1) 本文 P4

「各指標に正規性の検定をおこなったところ平均在院日数・隔離実人員・拘束実人員・CLZ 処方率・~~通院処遇移行率~~は正規性が棄却された。」

通院処遇移行率の誤入力を修正したところ、正規性は維持されたため、上記のように「通院処遇移行率」は削除し、修正いたします。

2) 表 7

通院処遇移行率に関する値が誤りであり、以下の赤字部分のように修正いたします。

表7 パフォーマンス指標の記述統計量

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

3) 表 8

表 7 同様、通院処遇移行率に関する値が誤りであり、以下の赤字部分のように修正します。

表8 施設単位調査各指標間の順位相関係数

	平均在院 日数	隔離 実人員	拘束 実人員	CLZ処方率	CP換算	通院処遇 移行率	処遇終了率
パフォーマンス指標							
平均在院日数	1. 000	-0. 082	0. 037	0. 068	0. 502 **	-0. 104	0. 216
隔離実人員	-0. 082	1. 000	-0. 040	0. 007	-0. 035	0. 177	-0. 165
拘束実人員	0. 037	-0. 040	1. 000	0. 090	0. 022	-0. 356	0. 317
CLZ処方率	0. 068	0. 007	0. 090	1. 000	-0. 091	0. 127	-0. 057
CP換算	0. 502 **	-0. 035	0. 022	-0. 091	1. 000	0. 050	0. 059
通院移行率	-0. 104	0. 177	-0. 356 *	0. 127	0. 050	1. 000	-0. 941 **
処遇終了率	0. 216	-0. 165	0. 317	-0. 057	0. 059	-0. 941 **	1. 000
医療観察法病棟の体制・運用							
病床数	-0. 037	-0. 295	0. 330	0. 098	0. 149	-0. 135	0. 067
地元都道府県内対象者割合	-0. 003	-0. 378 *	-0. 099	-0. 217	-0. 013	0. 024	-0. 023
再入院対象者入院数	-0. 167	-0. 062	0. 387	0. 453 **	-0. 153	-0. 032	-0. 005
再処遇対象者入院数	-0. 211	-0. 157	0. 240	-0. 012	0. 004	-0. 040	0. 023
再入院または再処遇対象者の割合	-0. 143	-0. 136	0. 485 **	0. 287	-0. 071	-0. 130	0. 135
MDT交代の取り組み 過去5年間実施件数	-0. 190	0. 086	0. 128	-0. 042	0. 257	-0. 195	0. 191
Ns女性割合	-0. 056	-0. 017	-0. 056	0. 089	-0. 034	0. 411 *	-0. 466 **
倫理会議頻度	-0. 010	-0. 250	0. 303	-0. 291	0. 022	-0. 489 **	0. 501 **
外出・外泊 1ヶ月あたり回数	0. 173	0. 102	0. 011	0. 439 *	0. 089	0. 105	-0. 059
審判期日の対象者の出廷有無	0. 055	-0. 045	0. 224	-0. 122	0. 041	-0. 116	0. 099
MDT会議開催頻度	-0. 083	-0. 068	-0. 366 *	-0. 049	-0. 177	0. 313	-0. 312
病棟内学習会年回数	-0. 025	0. 217	0. 145	-0. 071	-0. 097	-0. 186	0. 128
回復者施設入所有無	-0. 132	0. 118	0. 239	0. 146	0. 018	-0. 004	-0. 113
地元自治体ネットワーク研修有無	-0. 376 *	-0. 285	-0. 112	0. 091	-0. 322	-0. 244	0. 176
クリティカルパス使用有無	0. 192	0. 084	0. 493 **	0. 380 *	0. 081	0. 014	0. 044
保護観察所・社会復帰調整官との連携							
社会復帰調整官の治療評価会議参加有無	0. 071	0. 197	-0. 038	0. 276	0. 038	0. 335	-0. 304
社会復帰調整官の治療評価会議への参加頻度	0. 135	0. 154	0. 047	0. 357 *	0. 063	0. 231	-0. 190
社会復帰調整官の面接頻度	-0. 235	-0. 094	0. 048	0. 039	-0. 092	-0. 070	0. 027
調整官とMDTとの意見交換頻度	0. 105	0. 253	-0. 112	0. 140	0. 118	-0. 016	0. 115
保護観察所合同企画有無	-0. 352 *	0. 196	-0. 048	0. 357 *	-0. 182	-0. 110	0. 117
社会復帰調整官との連携のしやすさ（7件法）	0. 197	0. 089	-0. 275	0. 198	-0. 058	0. 146	-0. 079
2022年4月～2023年3月までの1年間の病院全体の状況							
責任能力鑑定入院有無	-0. 014	-0. 240	0. 173	0. 045	-0. 290	-0. 102	0. 019
医療観察法鑑定入院有無	-0. 204	-0. 080	-0. 047	0. 084	-0. 131	-0. 128	0. 082
通院処遇の有無	-0. 490 **	0. 045	-0. 292	0. 213	-0. 184	0. 145	-0. 172
指定通院医療機関実施有無	-0. 266	0. 111	-0. 283	0. 290	0. 110	0. 204	-0. 134
通院処遇事例数	-0. 464 *	0. 126	-0. 118	0. 489 **	-0. 295	0. 045	-0. 033
病院全体の病床数	0. 175	-0. 310	0. 023	0. 039	0. 148	-0. 421 *	0. 364 *
医療観察法病棟を除いた病棟数	0. 162	-0. 243	-0. 158	0. 104	0. 024	-0. 431 *	0. 383 *
m-ECT実施可否	-0. 163	-0. 153	-0. 108	0. 208	0. 130	0. 234	-0. 160
自院の有している施設基準・診療報酬加算							
精神科救急病棟	-0. 106	0. 086	-0. 116	-0. 082	-0. 185	-0. 029	0. 021
精神科急性期治療病棟	-0. 132	-0. 223	-0. 004	0. 004	-0. 117	-0. 079	-0. 015
依存症入院医療管理加算	-0. 399 *	-0. 039	0. 062	-0. 107	-0. 059	0. 176	-0. 214
児童・思春期精神科入院医療管理料	-0. 386 *	-0. 045	-0. 072	-0. 082	-0. 532 **	0. 065	-0. 144
摂食障害入院管理加算	-0. 193	-0. 388 *	0. 004	-0. 256	0. 075	0. 016	-0. 121
認知症疾患医療センター	-0. 118	-0. 070	0. 155	-0. 146	-0. 139	0. 029	0. 033
重度心身障害児（者）病棟	0. 076	-0. 104	0. 203	0. 181	0. 169	-0. 230	0. 245
地域移行実施加算	-0. 045	0. 157	0. 017	0. 098	0. 156	-0. 071	0. 020
施設基準種類数	-0. 376 *	-0. 197	0. 021	-0. 087	-0. 217	0. 091	-0. 167

*:P<0.05 **:P<0.01

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））

医療観察法における退院後支援に資する研究

令和5年度～令和6年度 総合研究報告書

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：

1. 令和5、6年度において、医療観察法医療に携わる全国の機関に対して教育・研修についての実態調査を実施し、その結果を踏まえて研修に活用できる資料や研修モデルを作成した。
2. 令和5年度は、全国の医療観察法指定入院医療機関の代表者と医療観察法病棟の医療従事者、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、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、大学精神医学教室の代表者、精神科専門研修プログラム基幹施設の代表者に対してアンケート調査を実施した。全1,777施設に調査を依頼し、338施設から回答が得られ（回収率19%）、医療観察法病棟の医療従事者354名からの回答が得られた。施設差はあるものの、全体として勤務者のニーズを満たすほどの十分な教育・研修が行われていないことが明らかとなり、時間や人員、経費の不足などがその要因として挙げられた。オンデマンド研修に活用できるような動画や資料などの必要性が高いことも明らかとなった。
3. 令和6年度は、全国の専門家の協力を得て、研修に活用できる動画のライブラリーと研修モデルを作成した。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ことが指摘されている。

本研究は、全国の医療観察法医療に携わる医

療福祉関係者に対する教育・研修についての実態調査を網羅的に行い、研修を活性化するための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

1. 調査対象

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

2. 調査項目

アンケート調査の主な質問項目は以下の通りである。

1) 指定入院医療機関

- ・過去1年間での教育・研修の状況
 - ・医療観察法病棟への新入職員に対する施設内での教育・研修
 - ・医療従事者への施設内外での教育・研修
- ・教育・研修の実施に関する課題

2) 指定入院医療機関の医療従事者

- ・開棟前研修と新入職員に対する施設内での教育・研修の受講歴、満足度
- ・指定入院・通院医療機関従事者研修会参加歴
- ・過去1年間で経験した医療観察法・司法精神医療の教育・研修
- ・自身に現在不足していると感じる知識・経験、自身に必要と思われる教育・研修
- ・他の職種、社会復帰調整官、指定通院医療機関、地域の支援者（訪問看護師、グループホ

ーム、就労支援事業所、相談支援事業所）に対して求めたい知識・経験、受けてもらいたい教育・研修

3) 指定通院医療機関（病院・診療所）

- ・指定通院・入院医療機関従事者研修会に参加歴のあるスタッフ数
- ・過去1年間の施設内外での教育・研修
- ・指定通院医療機関医療従事者に対して求めたい知識・経験、受けてもらいたい教育・研修
- ・教育・研修の実施に関する課題
- ・指定入院医療機関、社会復帰調整官、地域の支援者（訪問看護師、グループホーム、就労支援事業所、相談支援事業所）に対して求めたい知識・経験、受けてもらいたい教育・研修

4) 指定通院医療機関（訪問看護ステーション）、相談支援事業所、就労支援事業所、グループホーム

- ・指定通院医療機関従事者研修会に参加歴のあるスタッフ数（訪問看護ステーションのみ）
- ・過去1年間の施設内外での教育・研修
- ・教育・研修の実施に関する課題
- ・医療観察法病棟に従事する他の職種、社会復帰調整官、指定通院医療機関、地域の支援者（訪問看護師、グループホーム、就労支援事業所、相談支援事業所）に対して求めたい知識・経験、受けてもらいたい教育・研修

5) 大学で精神医学を担当する教室

- ・司法精神医学に関する学生に対する教育・研修（精神鑑定、医療観察法、矯正医療など）
- ・司法精神医学に関する教育・研修の実施に関する課題

6) 精神科専門研修プログラム基幹施設

- ・専攻医・研修医に対する司法精神医学に関する教育・研修（精神鑑定、医療観察法、矯正医療など）（連携施設での教育・研修も含む）
- ・司法精神医学に関する教育・研修の実施に関する課題

3. 調査方法

アンケート調査については、指定入院医療機関、指定通院医療機関（病院・診療所、訪問看護ステーション）、相談支援事業所、就労支援事業所、グループホーム、大学で精神医学を担当する教室、精神科専門研修プログラム基幹施設のそれぞれの代表者にアンケート調査の依頼文書を郵送した。アンケート調査には Google[®] フォームを用い、依頼文書の中に URL と QR コードを掲載し、説明文書を同封し、アンケート調査への同意は Google[®] フォームの中で入力する形式とした。指定入院医療機関の医療従事者に対する調査は、各機関の代表者から所属する医療従事者に依頼文書を配布してもらった。

研修動画ライブラリーについては、アンケート調査で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、研修動画の内容と講師を選定した。

研修モデルについては、(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種類作成した。

4. データ解析

アンケート調査結果の解析は、Google[®] フォームから入力されたデータをダウンロードし、選択項目はその比率を算出し、フリー入力項目は研究分担者が類似の回答を集約して回答数を算出した。

（倫理面への配慮）

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

C. 研究結果

1. アンケート調査結果

1) 指定入院医療機関の調査（図 1）

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

医療観察法病棟への新任者に対して過去 1 年間に行われた教育・研修については、ありが 67%、なしが 33%であった。実施している施設における時間は数時間以内が 28%、1 日間（8 時間以内）が 17%、2 日間が 22%、3 日以上が 33%であった。

医療観察法病棟に勤務する医療従事者（新任者に限らず）に対して過去 1 年間に施設内で行われた教育・研修については、ありが 67%、なしが 33%であった。実施している施設における頻度は不定期開催が 67%で、毎週開催が 17%、毎月開催が 17%であった。

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

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

2) 指定入院医療機関の医療従事者の調査（図 2）

指定入院医療機関の医療従事者 354 名から回答が得られた。

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

自身に現在不足していると感じる知識・経験、

自身に必要と思われる教育・研修については、アセスメント能力（ケースフォーミュレーション、共通評価項目、アセスメントツールなど）が最も多く、トラウマ関連（トラウマインフォームドケア、愛着）、医療観察制度の概要・理念、発達障害、パーソナリティ、面接技術（動機づけ面接、オープンダイアログ、ラポール形成など）、治療プログラム（内省、認知行動療法、心理教育など）、地域調整（社会資源、社会福祉制度）、クライシスプラン、ケアコーディネーター業務、包括的暴力防止プログラム（Comprehensive Violence Prevention and Protection Program: 以下、CVPPP）、薬物療法（クロザピンなど）が多かった。

3) 指定通院医療機関（病院・診療所）の調査

全国の指定通院医療機関（病院・診療所）697 施設中 98 施設から回答を得た（回収率 14%）。過去に通院処遇対象者を受け入れたことのある施設は 93%であり、1 名から最多の 75 名までの幅があった。過去 1 年間に施設内で医療観察法に関連する教育・研修が行われた施設は 17%にとどまっていた。

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

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

4) 地域の支援機関（訪問看護ステーション、相

談支援事業所、就労支援事業所、グループホーム)の調査

全国の指定通院医療機関(訪問看護ステーション)693施設中85施設から回答を得た(回収率12%)。相談支援事業所と就労支援事業所、グループホームは依頼した110施設中38施設から回答を得た(回収率35%)。過去に通院処遇対象者を受け入れたことのある施設は91%であり(訪問看護ステーションのみでは93%)、1名から最多の17名までの幅があった。通院処遇対象者の診療に携わる可能性のあるスタッフに対して過去1年間に施設内で医療観察法に関する教育・研修が行われた施設は11%にとどまっていた。

自施設のスタッフに対して求めたいものとしては、医療観察制度の概要や処遇の流れが最多で、各機関・各職種の役割・連携・チーム医療、従事者研修会などの外部研修、地域精神保健福祉に関連した制度・社会資源、クライシスプラン、精神疾患に関する知識、治療プログラム・心理教育、権利擁護・倫理などが挙げられた。

教育・研修に関する意見としては、オンライン・オンデマンド研修を希望する意見が最も多く、研修会の情報が十分届いていないことや研修機会が少ないことを指摘する意見も多かった。

5) 大学で精神医学を担当する教室の調査(図3)

大学で精神医学を担当する教室90施設中40施設から回答を得た(回収率44%)。

過去1年間の医学生に対する講義で医療観察法を扱っている大学は70%、精神鑑定は40%、矯正医療は23%であり、医学生に対する実地研修で医療観察法を扱っている大学は5%、精神鑑定は5%、矯正医療は0%であった。

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

6) 精神科専門研修プログラム基幹施設の調査

(図4)

精神科専門研修プログラム基幹施設(大学病院も含む)242施設中90施設から回答を得た(回収率37%)。

過去1年間の専攻医・研修医に対する講義で医療観察法を扱っている施設は27%、精神鑑定は24%、矯正医療は7%であり、専攻医・研修医に対する実地研修で医療観察法を扱っている施設は16%、精神鑑定は23%、矯正医療は0%であった。

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

7) 教育・研修についての課題(図5)

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

2. 研修動画リスト

医療観察法の総論や処遇全般に関する動画としては、医療観察制度全般と理念、各種ガイドライン、入院処遇の流れ、医療観察法クリティカルパス、入院処遇における各種会議、地域支援・通院処遇の実際などを作成した。

各職種や機関の役割に関する動画としては、医師、看護師・コーディネーター、精神保健福祉士、心理士、作業療法士それぞれの役割、訪問看護での対応、グループホームでの対応など

を作成した。

治療や評価に関する動画としては、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、クライシスプラン、リスクアセスメント・セキュリティ・暴力対応、治療プログラム、心理教育、認知行動療法、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、薬物療法などを作成した。

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、気分症などを作成した。

その他の動画としては、権利擁護、加害者臨床・スティグマ、治療共同体・チーム医療、診療録記載方法、裁判所提出書類作成方法、精神保健福祉制度、医療観察法データベース事業、被害者の視点などを作成した。

合計で 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・神経医療センターの YouTube チャンネルにおいて順次公開した。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 6、表 1、図 7、図 8）

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る、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。

(1) 指定入院医療機関の新入職員向けのモデル（図 6）は 3 日間（計 21 時間）とした。(2) 指定入院医療機関の継続勤務者向けのモデル（表 1）は 30 分程度の研修を定期的を実施するような形式とし、月 1 回ないし月 2 回以上の開催が望ましいとした。(3) 指定通院医療機関（病院・診療所）の勤務者向けのモデル（図 7）は 2 日間（計 14 時間）とした。(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）向けのモデル（図 8）は 1.5 日間（計 10 時間）とした。

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

D. 考察

1. アンケート調査

1) 指定入院医療機関

新任者に対する研修は 3 分の 2 の施設で行われているが、実務的な研修が多く、多忙さもあいまって、医療観察法の理念や対象者理解、治療のための研修は十分行われていない。一方、入職時に膨大な机上研修を行っても、病棟業務を経験していない中では十分な習得に至らないという意見も多かった。

指定入院医療機関の全職員に対する平素の研修の実施状況は施設間格差が大きく、全く行われていないか、単発の講義などにとどまる施設が大部分で、定期的な研修を行っている施設は 2 割程度である。新任者以外のスタッフも受けられる研修が求められており、全国規模の研修会だけでは機会が不十分で、多忙さや人員不足を考慮すると全国共通の研修システムやオンデマンド研修が望まれている。

2) 指定通院医療機関（病院・診療所）

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

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

3) 地域の支援機関

9 割以上の施設で通院処遇の対象者の受け入れ経験があったが、医療観察法や司法精神医療に関する教育・研修に参加しているスタッフは少なかった。

教育・研修のニーズとしては、医療観察制度全般についての知識を挙げた施設が大多数であったが、時間や人員の確保の難しさがあり、オンデマンド研修のニーズが高かった。

4) 大学・精神科専門研修プログラム基幹施設

大学で医学生に対して医療観察法の講義を行っている施設は7割であり、精神科系統講義の1コマである司法精神医学の講義の中で触れている施設が大部分である。実習を行っている施設は少数であった。精神鑑定や矯正医療についてはさらに扱っている施設は少なく、医学生に対して司法精神医学に関する早期曝露はほとんど行われていない現状が明らかとなった。

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

わが国の精神医療の現場で最も充実した人員配置で手厚い医療が行われている医療観察法病棟を若い精神科医や精神医療従事者に早期曝露させる必要があると思われた。そのためには、精神科専門医や精神保健指定医の資格取得にあたって医療観察法医療の経験が重要視されるよ

うな働きかけや、少なくとも医療観察法病棟での勤務が資格取得に向けての障壁とならないような工夫が必要であると思われる。

2. 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。

3. 研修モデル

1) 指定入院医療機関の新入職員向け

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時間に大きな差があった。医療観察法病棟スタッフは自身が受けた新入職員向け研修では十分でなかったとする意見が多く、3日間(21時間)の研修モデルを提唱した。

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

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、その頻度も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。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、地域の関係者と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。

3) 指定通院医療機関（病院・診療所）の勤務者向け

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、地域の関係者との対面研修への参加を強く推奨した。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

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、地域の関係者との対面研修への参加を強く推奨した。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

アンケート調査の結果から、指定医療機関や地域の支援機関では、医療観察法に関する平素からの教育・研修の必要性を感じており、指定入院医療機関の医療従事者も自身に不足して

いる知識や経験があることを認識しつつも、時間や人員の制約などから十分な教育・研修が実施できていない現状が明らかとなった。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。さらに、研修動画を活用した研修モデルを提案した。

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

1) 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

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

アンケート調査にご協力をいただいた全国の医療観察法医療に携わる医療福祉関係者の皆様、大学精神医学教室の代表者の皆様、精神科専門研修プログラム基幹施設の代表者の皆様、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

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

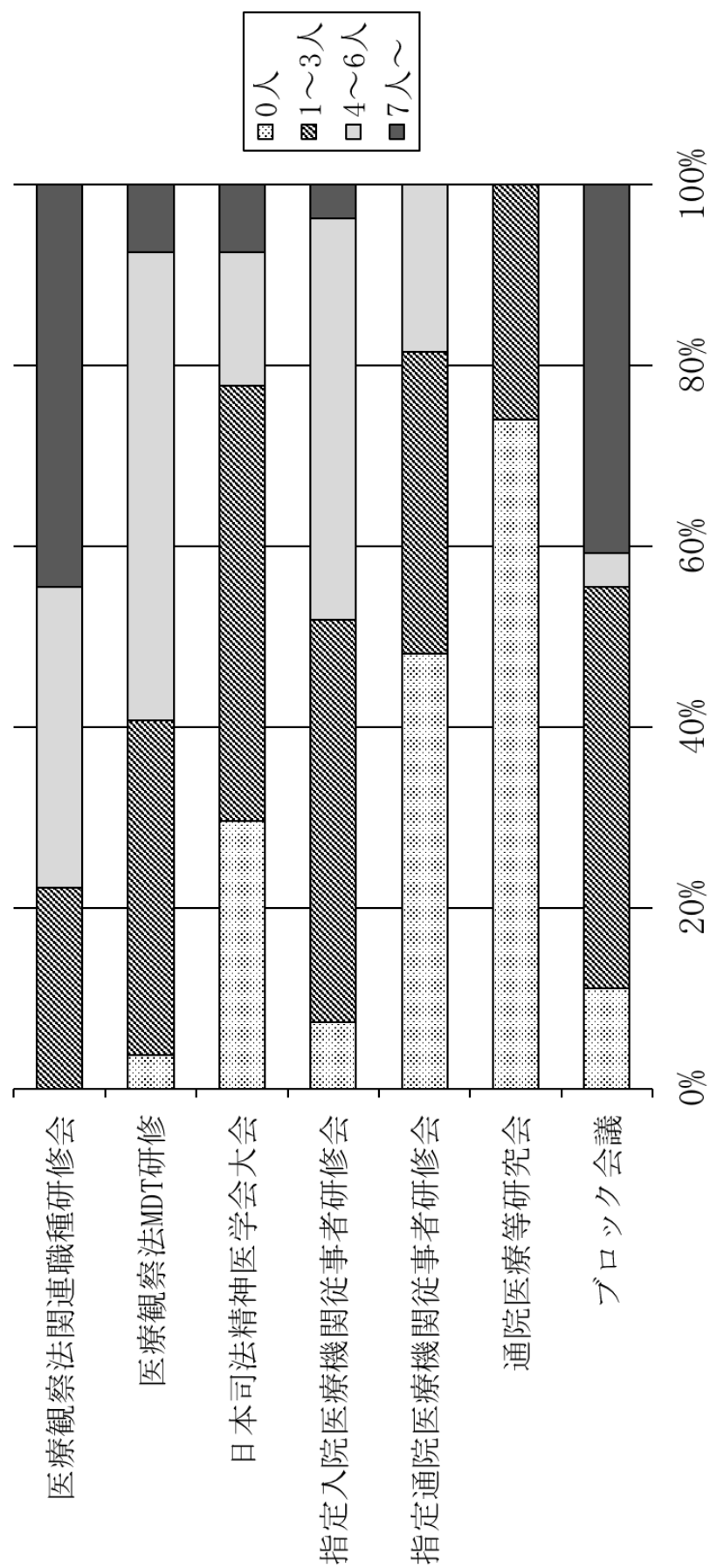


図2 指定入院医療機関の医療従事者の各種研修の参加歴

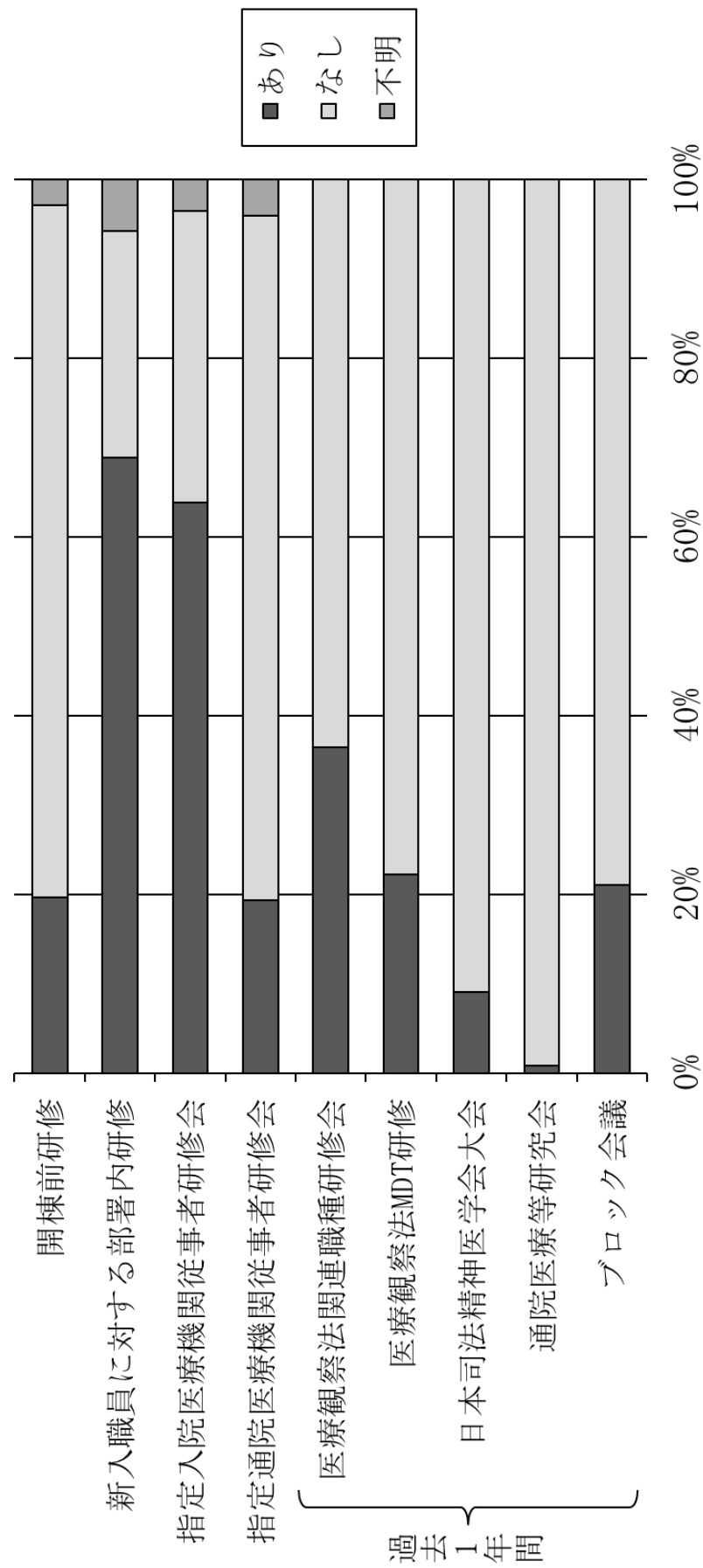


図3 大学における医学生に対する教育・研修状況

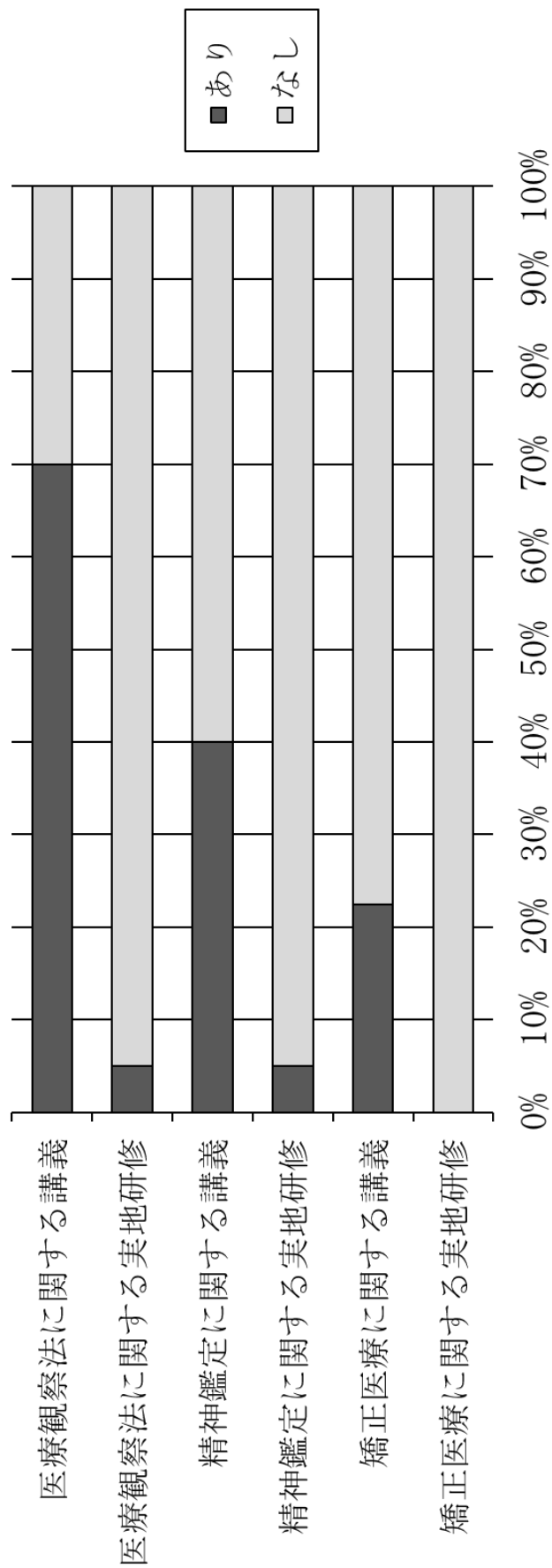


図4 精神科専門研修プログラム基幹施設における専攻医に対する教育・研修状況

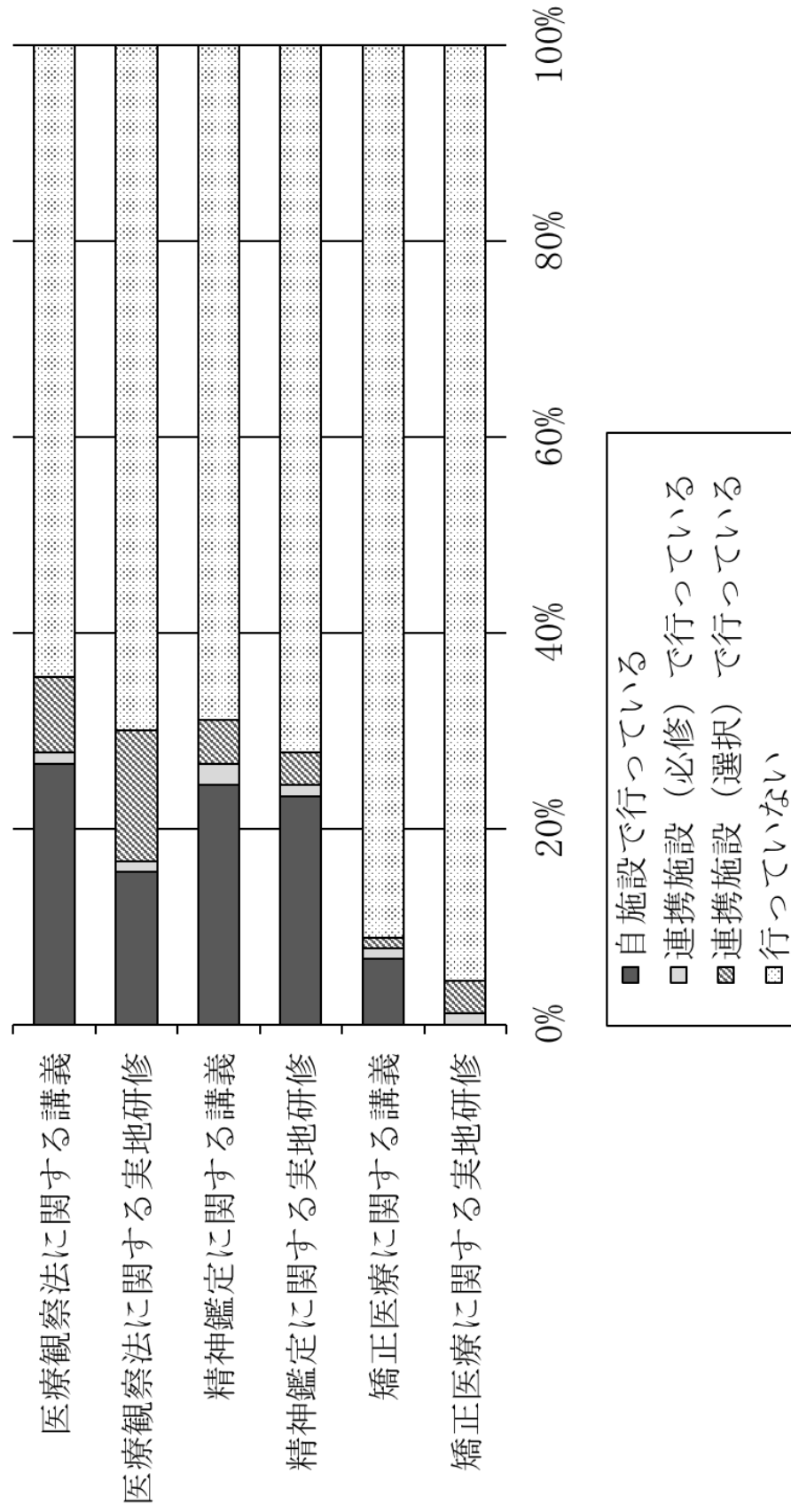


図5 教育・研修を実施するにあたって課題（複数回答可）

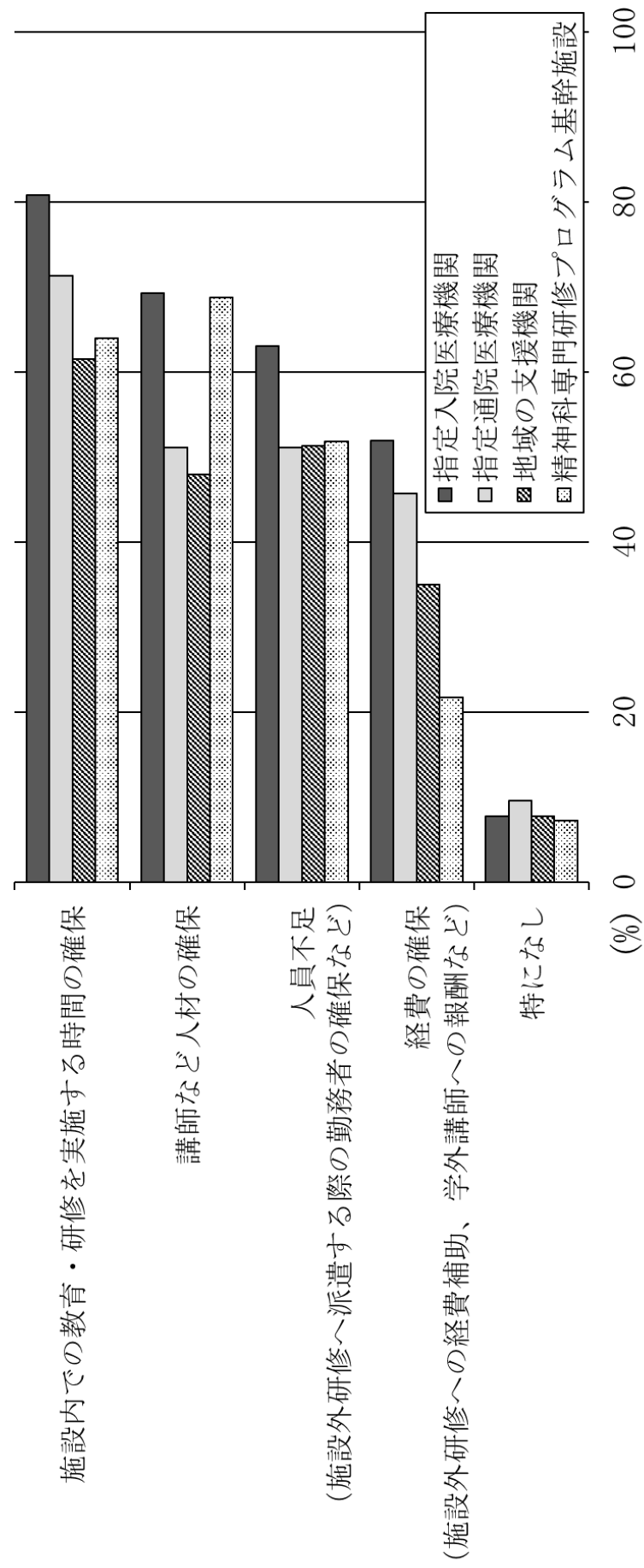


図6 研修モデル（指定入院医療機関の新入職員向け）

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)	
2日目	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)	
3日目	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)	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	精神保健福祉に關す 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。

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評価編	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7 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								
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) ケースフォーミュレー 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)	共通評価項目 (16, 17)		
2 日目								
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)	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)	休 憩		クロザピン治療 (46) 神経発達症 (41)	家族支援 (38) 被害者の視点 (54)	認知行動療法の基本 (30) 認知機能障害 (19)		

※ 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。

※ 内部研修のほかには、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8 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)
2 日 目	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)						

- ※ 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。
- ※ 内部研修のほかには、地域の指定入院医療機関、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
Junko Koike, Toshiaki Kono, Koji Takeda, Yuji Yamada, Chiyo Fujiil and Naotsugu Hirabayashi	Data resource profile of an online database system for forensic mental health services	BMC Medical Informatics and Decision Making	24巻1号	47	2024年
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
久保彩子	医療観察法におけるクロザピン治療-地域生活を見据えた治療抵抗性統合失調症治療-	日本精神神経学雑誌	125巻12号	1040-1047	2023年
柏木宏子, 平林直次	医療観察法患者対応における治療同盟	精神科	43巻2号	252-257	2023年

高橋未央, 野村照幸, 村杉謙次, 平林直次	医療観察法複雑事例に対する共同意思決定の有効性についての報告～ケースフォーミュレーションを用いて～	司法精神医学	18巻1号	80	2023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	医療観察法病棟での長期入院, 頻回/長期の行動制限, 処遇終了ー入院に関する全国調査.	精神科	43巻1号	84-91	2023年
壁屋康洋	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ー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