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社会復帰を促進するための連携等の方策を推進するための研究

令和７年度　総括・分担研究報告書

研究代表者　竹田　康二

令和８（2026）年３月

目　次

**I. 総括研究報告**

医療観察法における円滑な社会復帰を促進するための連携等の方策を推進するための研究
研究代表者　　竹田康二　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1

**II. 分担研究報告**

1．医療観察法モニタリングシステムの一元化に向けた検討とガイドライン改定に向けた基礎資料の作成
研究分担者　竹田康二　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・11

2．指定入院医療機関の機能改善とクリティカルパスに関する研究
研究分担者　壁屋康洋　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・17
（執筆分担者　村杉謙次）

3．医療観察法病棟看護師の機能・役割に関する実態調査と看護教育モデルの実践及び効果検証
研究分担者　松浦佳代　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・59

4．指定通院医療機関の量的実態調査と通院処遇における多機関連携モデルの提言
研究分担者　三品竜浩・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・76
（執筆分担者　久保彩子）

5．医療観察法医療の効果検証と系統的教育・研修モデルの構築
（その1）医療観察法における薬物療法・心理社会療法の効果検証
研究分担者　賀古勇輝・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 102
（その2）系統的教育・研修モデル（医師、心理療法士、作業療法士、精神保健福祉士）の構築
研究分担者　賀古勇輝　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 116

**III. 成果の刊行に関する一覧表**　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 135

令和 7 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））
医療観察法における円滑な社会復帰を促進するための
連携等の方策を推進するための研究
総括研究報告書

研究代表者　竹田　康二　　国立精神・神経医療研究センター病院

**研究要旨：**

本研究班は、医療観察法入院・通院処遇における課題解決に向けた研究を実施し、今後の改善に向けた方策を提案すること、各研究結果等を基に医療観察法ガイドライン改定等にかかる基礎資料を作成することを目的とする。さらに入院・通院処遇を一貫してモニタリング可能な体制構築に向けた提言、医療観察法医療の系統的教育・研修体制の開発も目指す。

本報告書は 3 か年計画の初年度に関して報告する。

1） 医療観察法モニタリングシステムの一元化に向けた検討とガイドライン改定に向けた基礎資料の作成

多職種チームにより現行の通院・入院処遇ガイドラインの精査を行い、古い法令等に基づく記載、実臨床と乖離しており修正が望ましい記載を整理した。Minds 形式に基づいた医療観察法臨床ガイドライン作成のための統括委員会を立ち上げた。医療観察法災害ガイドラインを基に、実際の災害を想定した事例による机上研修を実施した。医療観察法、一般精神医学、法学、倫理、データベース等の専門家により構成された医療観察法モニタリングシステムの一元化に関する検討会を開催した。

2）指定入院医療機関の機能改善とクリティカルパスに関する研究

指定入院医療機関 3 施設に機能改善に向けたコンサルティングを試行している。医療観察法対象者の処遇終了基準に関する検討会を開催した。指定入院医療機関の 3 名の医師が処遇終了類型に関する意見を提示し、参加した 66 名のうち、発言した 7 名の意見を 4 つの論点に整理した。クリティカルパス研修会を 2 回開催し、参加者数はそれぞれ 26 施設 61 名、31 施設 131 名であった。

3）医療観察法病棟看護師の機能・役割に関する実態調査と看護教育モデルの実践及び効果検証

全国 33 の指定入院医療機関の承諾を得て、医療観察法病棟の看護業務の実態把握に関する施設別調査および看護師個別調査を実施した。令和 8 年 2 月時点で施設別調査 32 施設 33 病棟、看護師個別調査 363 名から回答を得た。外出外泊業務と隔離実施延べ日数との関連など、看護実践とアウトカムとの関連が認められたが、関連の程度は限定的であった。医療観察法病棟勤務年数は司法精神看護実践能力得点と関連していた。さらに司法精神看護実践能力は病棟組織風土とも関連していた。

4）指定通院医療機関の量的実態調査と通院処遇における多機関連携モデルの提言

指定通院医療機関の業務量調査では、22 機関 42 名から回答が得られ、事例数は後ろ向き 57 例、前向き 18 例であった。後ろ向き調査では、通院打診から開始まで平均約 14 か月を要し、業務量のピークは処遇開始の 3〜4 か月前に集中していた。法務省保護局および保護観察所、指定通院医療機関、地域関係機関の協力のもと、全国から 2 か所の地域処遇多職種チームを対象として、医療観察法にお

ける通院処遇の支援過程および処遇結果に着目したインタビュー調査を実施した。
5）医療観察法医療の効果検証と系統的教育・研修モデルの構築
医療観察法研修動画に関するアンケート調査を実施した。指定入院医療機関に対する調査では、研修動画について自己研鑽での視聴を推奨・アナウンスした施設は86%に上り、新入職員に対する研修で使用した施設は38%、継続勤務者に対する研修で使用した施設は29%であった。薬物療法（ADHD治療薬、クロザピン）の実態調査と効果検証、作業療法の実態調査、対象行為に関する原因帰属研究も実施を進めている。

研究分担者（順不同、敬称略）
壁屋康洋　国立病院機構榊原病院
松浦佳代　国立看護大学校
三品竜浩　岩手県立大学
賀古勇輝　北海道大学病院附属司法精神医療センター

研究協力者（順不同、敬称略）
村杉謙次　国立病院機構小諸高原病院
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
茨木丈博　東京科学大学
高尾　碧　島根県立こころの医療センター
山元直道　国立精神・神経医療研究センター病院
静川憲一　北海道大学病院附属司法精神医療センター
本間稔宏　福島県立ふくしま医療センターこころの杜

## A．研究目的

医療観察法が施行され、20年が経過した。重大な再他害行為率が低水準で推移していること[1]、大半の通院処遇対象者が原則3年の通院処遇期間を延長することなく、処遇を終了していること[2]などは、医療観察法制度が示せた結果として一定の評価ができる。さらに平成29年に開始された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における医療のモニタリング体制と、それにより収集された情報によるデータベースが構築された。データベースに基づいた全国の指定入院医療機関への医療情報のフィードバックや、国立精神・神経医療研究センターが実施する研究二次利活用事業は、医療観察法入院医療の般化、均てん化、研究を促進している。

しかしながら、残された課題もある。医療観察法入院処遇に関しては、平均在院日数が入院処遇ガイドラインの標準的治療期間を上回る水準で推移していること、行動制限経験率が経年的に上昇していることなどがあげられる[1]。指定入院医療機関間における平均在院日数、処遇終了率の違いも大きい（0～38.7%）[3]。また医療観察法医療は統合失調症モデルで構築されており、知的障害、発達障害等の重複障害を有する対象者や、長期入院・行動制限経験群などの複雑事例に対する治療法は十分に確立されていない。また医療観察法医療で実施されている薬物療法や心理社会的治療に関する効果検証も十分ではない。

通院処遇に関しては、入院医療と異なり、

公的なモニタリングシステムが構築されていないことから医療実態が十分に明らかとなっていない。指定通院医療機関の約半数が通院処遇対象者の対応に困難さを感じている[4]。また複雑事例などの地域処遇への移行が困難な症例においては、処遇中、そして処遇終了後も地域支援者による手厚い支援が重要であると推測されるが、多機関連携やケアマネジメントに関する具体的取り組みは不明な点が多い。

本研究はこれらの入院・通院処遇における課題解決に向けた研究を実施し、今後の改善に向けた方策を提案すること、各研究結果等を基に医療観察法ガイドライン改定等にかかる基礎資料を作成することを目的とする。さらに入院・通院処遇を一貫してモニタリング可能な体制構築に向けた提言や、医療観察法医療の系統的教育・研修体制の開発も目指している。

本研究班では上記の目的を達成するために５つの分担班を構成した。

**1) 医療観察法モニタリングシステムの一元化に向けた検討とガイドライン改定に向けた基礎資料の作成（研究 1、2）**

医療観察法医療では、医療観察法や各種関連法規に加えて、厚生労働省、法務省が作成した地域処遇ガイドライン、指定入院医療機関運営ガイドライン、入院処遇ガイドライン、指定通院医療機関運営ガイドライン、通院処遇ガイドライン、医療観察法災害ガイドライン（以下、各種公的ガイドライン）が定められており、関連法規や各種公的ガイドラインに基づいた医療の実施が求められている。

各種公的ガイドラインはこれまで大幅な改定なく経過したが、医療観察法施行 20 年が経過した今、医療観察法医療の均てん化、般化、さらなる改善のためには、医療観察法医療の現況や、最新の国内外の司法・一般精神保健福祉領域における知見等が適切に反映される形でのガイドラインの改定と、ガイドラインに基づく医療の啓蒙が望まれる。そこで本分担研究班は、各種公的ガイドライン改定のための基礎資料作成を目的としている（研究 1)。

また 2017 年より医療観察法データベース事業が開始されており、入院処遇に関しては公的モニタリングシステムとデータベースが構築されている。一方で、通院医療に関しては公的なモニタリングシステムは構築されておらず、大きな課題である。また入院・通院処遇が一元化されたデータベースの構築が、医療観察法の真のアウトカムの評価のためには不可欠である。本分担研究班は、入院・通院処遇を一元化してモニタリング可能なシステムを提言することも目的としている（研究 2)。

**2) 指定入院医療機関の機能改善とクリティカルパスに関する研究（研究 3、4）**

平均在院日数の短縮につながる要因として、多様な専門医療に取り組む治療文化や組織運営、上司の支援があることが、処遇終了率に影響する要因として医療観察法医療と処遇終了に対する考え方、職場の対人関係が推測されている[3]。指定入院医療機関のコンサルティングを試み、指定入院医療機関の機能改善の手法を探る。また処遇終了率は 0%～38.7%に分布し[3]、施設によって処遇終了率に差が大きい。処遇終了の判断基準について多施設で検討することを通じ、指定入院医療機関の機能改善と均てん化につなげる（研究 3)。

医療観察法クリティカルパス[5]は、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を想定した疾患別コ・パスからなる。医療観察法クリティカルパスの普及と効

果検証を行う(研究 4)。

**3) 医療観察法病棟看護師の機能・役割に関する実態調査と看護教育モデルの実践及び効果検証（研究 5）**

医療観察法病棟で最も人員が多い職種である看護師の機能や役割の評価および効果に関する全施設病棟看護師を対象とした大規模調査はこれまで行われていない。本研究の目的は、医療観察法病棟における看護実践とアウトカムとの関連、司法精神看護実践能力と看護実践との関連、司法精神看護実践能力と病棟組織風土との関連についての探索的検討を通じた医療観察法病棟看護師の機能や役割の明確化である。

**4) 指定通院医療機関の量的実態調査と通院処遇における多機関連携モデルの提言（研究 6、7）**

指定通院医療機関の約半数が通院処遇対象者の対応に困難さを感じているが[4)]、その量的負担の実態は明らかでない。さらに通院処遇中のみだけでなく、通院処遇開始前の準備に関わる業務の労力についても一定程度を要する[6)]。医療観察法通院処遇における量的実態調査を行う（研究 6)。

通院処遇期における支援判断や処遇終了判断がいかなるプロセスを経て形成されるのか、対象者の意思や価値観が支援判断にどのように位置付けられているのか、支援者間の共通理解や役割調整がいかに構築されているのかについては、なお体系的な検討の余地がある。医療観察法における通院処遇を対象として、支援判断及び処遇終了判断の形成過程について、ケアマネジメント及び地域マネジメントの観点から検討し多機関連携モデルの提言を行う（研究 7)。

**5) 医療観察法医療の効果検証と系統的教育・研修モデルの構築（研究 8、9）**

本研究は、医療観察法医療の質を向上させるために、医療従事者に対する系統的な教育・研修モデルを構築することを目的としている。医療観察法支援者研修動画ライブラリーや研修モデル[7)]の活用状況を調査し、研修動画の内容をさらに充実させるとともに、医療観察法医療を担う職種毎にも研修モデルを作成する（研究 8)。

また、教育・研修モデル構築のための基礎情報収集を目的として、医療観察法で実施されている薬物療法や心理社会療法の実態調査や効果検証も行う（研究 9)。

## B．研究方法

**1) 医療観察法モニタリングシステムの一元化に向けた検討とガイドライン改定に向けた基礎資料の作成**

ガイドラインの改定に向けた基礎資料の作成（研究 1）については、通院処遇ガイドライン、入院処遇ガイドラインは、医師、看護師、公認心理師、作業療法士、精神保健福祉士による多職種チームを編成し、現行のガイドライン精査と、各分担研究班の研究結果も踏まえた改定案の作成を目指す。医療観察法災害ガイドラインは他の各種公的ガイドラインと異なり、比較的新しい時期（平成 30 年）に策定されている。しかし、これまで医療観察法災害ガイドラインを用いた実際の災害を想定した事例に基づく訓練は実施されていない。ガイドラインの精査に加え、実際の災害を想定した机上訓練を実施することで課題を確認し、改定案の作成を目指す。各種公的ガイドラインには安定性も求められることから、最新の知見に合わせて頻回に更新していくことは現実的ではない。そのため、各種公的ガイドラインとは別に、クリニカルクエ

ッション形式の医療観察法臨床ガイドラインを作成し、各種公的ガイドラインに、参照資料として記載されることを目指す。

医療観察法モニタリングシステムの一元化に関して（研究 2)、有識者による検討会を設置する。有識者の構成は、医療観察法、一般精神医学、法学、倫理、データベースなどの分野の専門家によって構成した。

**2）指定入院医療機関の機能改善とクリティカルパスに関する研究**

機能改善研究については（研究 3)、3 施設を対象として、施設調査、個人調査、施設アセスメントの作成、コンサルテーションと、それらに基づいた取り組みの実践を進めている。処遇終了基準については、公開の検討会で議論する。

クリティカルパスに関する研究（研究 4）に関しては、令和 7 年度は、医療観察法クリティカルパス研修（以下、クリティカルパス研修）を開催した。また医療観察法 MDT 研修（以下、MDT 研修）内でも、医療観察法クリティカルパスに関する講義とグループワークのセッションを設定した。さらに、クリティカルパス研修ならびに MDT 研修の参加者全員に医療観察法クリティカルパスを配布した。

**3） 医療観察法病棟看護師の機能・役割に関する実態調査と看護教育モデルの実践及び効果検証**

令和 7 年度は、全国 33 の指定入院医療機関の承諾を得て、医療観察法病棟の看護業務の実態把握に関する施設別調査および看護師個別調査を実施した。施設別調査では、医療観察法病棟の体制・運用、医療観察法病棟看護師の勤務状況等を調査した。看護師個別調査では、属性、看護実践、司法精神看護実践に関する自信の程度（日本語版司法精神看護実践能力測定尺度)、現在勤務する医療観察法病棟の雰囲気（組織風土測定尺度）を調査した。

**4） 指定通院医療機関の量的実態調査と通院処遇における多機関連携モデルの提言**

量的実態調査については（研究 6)、令和 7 年度は通院処遇開始時点を起点として、後ろ向きおよび前向きに業務量を調査した。後ろ向き調査では、過去に行われた通院処遇開始前の準備に関わる業務量を調査した。前向き調査では、調査開始時点で、まだ通院処遇が開始されておらず受け入れ準備に関わる業務を行っている医療観察法通院対象者がいる指定通院医療機関の担当者が、令和 7 年 10 月から 11 月に行った当該業務量を調査した。

多機関連携モデルの提言に関しては（研究 7)、令和 7 年度は、法務省保護局および保護観察所、指定通院医療機関、地域関係機関の協力のもと、全国から 2 か所の地域処遇多職種チームを対象として、医療観察法における通院処遇の支援過程および処遇結果に着目したインタビュー調査を実施した。

**5） 医療観察法医療の効果検証と系統的教育・研修モデルの構築**

系統的教育・研修モデルの構築（研究 8）に関しては、令和 7 年度は、全国の指定入院・通院医療機関、相談支援事業所、就労支援事業所、グループホームの代表者と指定入院医療機関の医療従事者に対してアンケート調査を実施し、研修動画や研修モデルの活用状況を調査し、その結果も踏まえて研修動画を追加する作業を開始した。

薬物療法や心理社会療法の実態調査と効果検証に関しては（研究 9)、令和 7 年度は、ADHD の診断や ADHD 治療薬の処方状況を調査する横断研究（以下、ADHD 研

究）を実施した。

**（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則って実施する。各研究の実施に当たっては、適宜、研究代表者、研究分担者等が所属する機関に設置された倫理委員会の承認を得て実施する。

## C．研究結果

### 1） 医療観察法モニタリングシステムの一元化に向けた検討とガイドライン改定に向けた基礎資料の作成

多職種チームにより、入院・通院処遇ガイドラインの修正素案の作成に着手した。災害ガイドラインを用いて、島根県立こころの医療センター医療観察法病棟を中心として、大規模地震発生を想定した避難・転院訓練を実施した。Minds[3)]形式に基づいた医療観察法臨床ガイドライン作成のための統括委員会を立ち上げ、診療ガイドライン作成グループメンバーを決定した（研究 1)。

令和 7 年 10 月、本分担研究班と有識者による第一回医療観察法モニタリングシステムの一元化に関する検討会を開催し、研究班が提示した検討課題に関して有識者による意見を求めた（研究 2)。

### 2）指定入院医療機関の機能改善とクリティカルパスに関する研究

機能改善研究に関しては（研究 3)、指定入院医療機関 3 施設にコンサルティングを試行中であり、従事者アンケートにて評価、各施設のアセスメントを共有して施設ごとの課題への対策を進めた令和 7 年 9 月、処遇終了基準に関する検討会を公開で実施した。処遇終了事例を 8 類型に分け提示し、指定入院医療機関の病棟医長経験のある 3 名の医師が各類型への意見を提示、フロアとのディスカッションを進めた。検討会に参加した 66 名のうち、発言した 7 名の意見を 4 つの論点に整理した。

クリティカルパス研修会には 26 施設 61 名参加し、研修の満足度は 7 件法で平均 4.8 点と高かった。MDT 研修（31 施設 131 名が参加）内でも、医療観察法クリティカルパスに関する講義とグループワークを実施した（研究 4)。

### 3） 医療観察法病棟看護師の機能・役割に関する実態調査と看護教育モデルの実践及び効果検証

調査方法は Web 質問紙調査とし、令和 8 年 2 月 9 日時点で施設別調査 32 施設 33 病棟､看護師個別調査 363 名から回答を得た。解析の結果、外出外泊業務と隔離実施延べ日数との関連など、看護実践とアウトカムとの関連が認められたが、その関連の程度は限定的であった。また、医療観察法病棟勤務年数は司法精神看護実践能力得点と関連しており、専門性の形成には医療観察法医療特有の実践経験が関与している可能性が示唆された。さらに、司法精神看護実践能力は病棟組織風土と関連しており、専門性の形成が個人要因のみならず病棟組織風土とも関連することが示された。

### 4） 指定通院医療機関の量的実態調査と通院処遇における多機関連携モデルの提言

指定通院医療機関の業務量調査では、22 機関 42 名から回答が得られ、事例数は後ろ向き 57 例、前向き 18 例であった。後ろ向き調査では、通院打診から開始まで平均約 14 か月を要し、業務量のピークは処遇開始の 3～4 か月前に集中していた（研究 6)。

法務省保護局および保護観察所、指定通院医療機関、地域関係機関の協力のもと、

全国から2か所の地域処遇多職種チームを対象として、医療観察法における通院処遇の支援過程および処遇結果に着目したインタビュー調査を実施した（研究7）。

**5） 医療観察法医療の効果検証と系統的教育・研修モデルの構築**

アンケート調査は合わせて1,706施設に依頼し、254施設からの回答が得られ、指定入院医療機関の医療従事者248名からの回答が得られた。指定入院医療機関の調査では、研修動画について自己研鑽での視聴を推奨･アナウンスした施設は86%に上り、新入職員に対する研修で使用した施設は38%、継続勤務者に対する研修で使用した施設は29%であった（研究8）。

ADHD研究の中間解析では、全国17施設（48.6%）、総入院者数371名を解析対象とした。ADHDの診断を受けている患者は13名（3.5%）であった。ADHD治療薬の処方を受けている入院者は15名（4.0%）であった。ADHD診断者に対する治療薬処方率は61.5%であり、約4割の診断例が未治療であった。クロザピンの有効性を検証するためのミラーイメージ研究、触法行為の原因帰属と精神症状との関連を調査する横断研究、入院処遇における作業療法（以下、OT）の実態調査を令和8年度のデータ収集に向けて計画立案した（研究9）。

**D．考察**

本研究班は初年度であり、各研究分担班の研究は着手したところであり、考察できる内容は限られているが、概ね計画通りに進行している。

ガイドラインの改定のための基礎資料の作成については（研究1）、当初は既存の各種公的ガイドラインの改定のみを目指していたが、国内外の最新の知見を定期的にアップデートしていくことを考えた際に、研究者主導で更新が可能な臨床ガイドラインを作成することが、適切であると考えられ、国立精神・神経医療研究センターを発行元として予定する医療観察法臨床ガイドラインの作成に着手した。災害に対する備えは急務であり、災害ガイドラインの改定案は令和8年度中の作成を目指す。

医療観察法モニタリングシステムの一元化に関しては、令和7年度の検討会における議論を基に、医療観察法データベース事業事務局や令和7年度より精神・神経疾患研究開発費にて実施している「通院処遇モニタリングシステム構築」研究班とも連携し、一元化に関する具体案を作成し、令和8年度の有識者による検討会にて提示し、議論をする方針である（研究2）。

処遇終了基準に関する検討については、令和8年度以降、法曹関係者など医療以外の専門家も含めた検討会の開催を検討している（研究3）。クリティカルパスに関する研究については今後、効果検証研究を予定している。クリティカルパスを試行した対象者・MDTの対象者向けには共同意思決定度と治療同盟尺度の内容に即したアンケート調査を、MDT向けには医療観察法クリティカルパスの使用感に関するアンケート調査を実施予定である（研究4）。

医療観察法病棟看護師の機能・役割に関する実態調査の結果からは、医療観察法病棟看護師の機能は、治療と対象者の生活を繋ぐ機能、病棟内の安全管理機能、対象者の安全と地域生活移行を支える機能、対象者が自らの生活を主体的に営む力を支える機能から構成されると推測された。今後、看護業務マニュアル調査も行い、系統的司法精神看護教育モデルの構築を進めるとともに、訪問看護師でも評価可能な、医療

観察法に基づく司法精神看護実践能力自己評価尺度項目の開発も進める（研究 5)。

指定通院医療機関の量的実態調査では、通院処遇開始前の業務時間と従事人数には強い正の相関が認められ、業務負担が大きい事例ほど多くの人員を必要としていた。また、業務時間の分布は二極化しており、特に対象者の複雑性が高い事例では著しく多くの時間を要していた。令和 8 年度は、一般精神医療と比較可能な形で、指定通院医療機関へのプロセス調査を実施し、医療観察法におけるケアマネジメントの量的実態をさらに明らかとしていく（研究 6)。

多機関連携モデルに関する研究については、引き続き、最大 6 ケースを対象とした調査を行い、逐語録の確認後に TEM、SCAT 等を用いた質的分析を実施し、通院処遇におけるケアマネジメント及び地域マネジメントの構造を明確化するとともに、再他害防止及び地域生活定着に資する支援モデルの整理を行う予定である（研究 7)。

系統的教育・研修モデルの構築に関しては（研究 8)、指定入院医療機関では、研修動画ライブラリーや研修モデルについてある程度認知されており、研修などでも活用されている一方、指定通院医療機関や地域の支援機関では、研修動画ライブラリーや研修モデルについて十分認知されておらず、周知を強化する必要性があることが明らかとなった。アンケート調査結果を踏まえて、研修動画を追加・改訂していく。

医療観察法医療の効果検証研究については（研究 9)、ADHD 研究の中間解析では医療観察法入院患者における ADHD 診断率は 3.5%、ADHD 治療薬処方率は 4.0%であり、この診断率は海外の司法精神医療病棟における報告(約 15%)と比較して低く、過小診断の可能性が示唆された。また、ADHD 診断例の約 4 割が未治療である実態も明らかとなった。令和 8 年度は、クロザピンの効果検証、OT の実態調査、対象行為に関する原因帰属研究を開始する。

## E．結論

医療観察法に関する入院・通院処遇における複数の課題に関して、多職種、多機関が連携し研究を開始した。各種公的ガイドラインの改定、入院・通院処遇を一貫したモニタリングシステムの構築、系統的教育・研修体制の構築、そしてその結果として対象者の社会復帰が促進されるよう引き続き、研究を進めていく。

## F．健康危険情報

なし

## G．研究発表

### 1．論文発表


1) 久保彩子:司法精神医学への招待:精神医学と法律の接点(Vol.7)医療観察法医療の現状と課題 : 通院処遇. 医学のあゆみ, 2025; 293(11): 1105-1109

2) Shizukawa K, Thanetnit C, Dendumrongkul P, Lee W, Ohki E: Forensic psychiatric systems for mentally disordered offenders in East Asia: A comparative narrative review of Japan, South Korea, and Thailand. Asian J Psychiatr, 2026; 116: 104843


### 2．学会発表


1) 竹田康二: 医療観察制度のあゆみとこれから～20 年の軌跡を振り返る. 日本更生保護学会第 14 回大会, 東京, 2025.12.6

2) 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（4）～処遇終了事例の比較．第21回日本司法精神医学会大会，岡山，2025.9.27.

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（5）～医療観察法指定入院医療機関の平均在院日数・処遇終了率につながる要因．第79回国立病院総合医学会，金沢，2025.11.8.

4) 久保彩子: 医療観察法通院処遇の実態把握と課題解決の検討．第 21 回日本司法精神医学会大会,岡山，2025.9.26

5) 賀古勇輝：医療観察法の人材育成と治療効果検証に関する研究グループより，第 20 回医療観察法関連職種研修会，長崎，2025.7.4

6) 賀古勇輝，直江亮，國田幸治，駿河勇太，曳田憲昭，本間龍介，高張陽子，杉山正記，榊原則寛，作間真一，生田真弥，中村郁哉，芳賀司，工藤美紀，藤井絵理奈，佐々木勇人，苫米地淳子，高信径介，三井信幸：クロザピンと ADHD 治療薬の併用が奏効した ADHD、ASD を併存した治療抵抗性統合失調症の 2 症例，第 19 回日本統合失調症学会，大阪，2025.4.26

7) 賀古勇輝，高信径介，木村憲一，榊原則寛：クロザピンと他の向精神薬との併用療法についての検討．第 20 回医療観察法関連職種研修会，長崎，2025.7.5

8) 賀古勇輝：対談 1「治療抵抗性統合失調症の治療」を深く考える～精密な診断・評価と治療の洗練～，第 21 回日本司法精神医学会大会，岡山，2025.9.26

9) 賀古勇輝：教育講演 1　触法精神障害者の未来を「ともにつくる」～総力戦でリカバリーを追及する～，日本精神障害者リハビリテーション学会第 32 回札幌大会，札幌，2025.10.25（口演）

10) Kimura K, Thanetnint C, Lee W, Ohki E: Case Conference: Approaches to Treatment-Resistant Schizophrenia in Patients Who Have Committed Criminal Acts. PRCP and WACP 2025 Joint Congress, Tokyo, 2025.9.26.

## H．知的財産権の出願・登録状況

### 1．特許取得

なし

### 2．実用新案登録

なし

### 3．その他

なし

## 参考文献


1) 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
https://www.ncnp.go.jp/common/cms/docs/toukeishiryou20221226.pdf

2) 通院処遇統計レポート（2020 年版）．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　精神保健研究所地域精神保健・法制度研究部
https://www.ncnp.go.jp/common/cms/docs/tsuinshogu_toukei.pdf

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．厚生労働科学研究費補助金障害者政策総合研究事業(精神障害分野）医療観察法における退院後支援に資する研究（研究代表者：平林直次），令和 5 年度～令

和 6 年度 総合研究報告書, 2025
4) 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). 平成 30 年度～令和 2 年度 総合研究報告, 2021.
5) 村杉謙次: 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. 厚生労働科学研究費補助金障害者政策総合研究事業(精神障害分野)医療観察法における退院後支援に資する研究（研究代表者：平林直次), 令和 5 年度～令和 6 年度 総合研究報告書, 2025
6) 久保彩子：通院処遇の実態把握課題に関する調査とその解決策の検討. 令和 6 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業(精神障害分野)）医療観察法における退院後支援に資する研究 分担研究報告書, 24-44, 2025
7) 賀古勇輝: 医療観察法に必要な人材育成に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金障害者政策総合研究事業(精神障害分野) 医療観察法における退院後支援に資する研究（研究代表者：平林直次), 令和 5 年度～令和 6 年度 総合研究報告書, 2025

令和７年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））
医療観察法における円滑な社会復帰を促進するための
連携等の方策を推進するための研究
分担研究報告書

# 医療観察法モニタリングシステムの一元化に向けた検討と ガイドライン改定に向けた基礎資料の作成

研究分担者　竹田　康二　　国立精神・神経医療研究センター病院

**研究要旨：**

本分担研究班は、入院・通院を一元化してモニタリング可能なシステムを構築すること、医療観察法各種ガイドラインの改定に向けた基礎資料の作成を目的としている。

医療観察法各種ガイドラインの改定に向けた基礎資料の作成に関しては、(1) 医師、看護師、公認心理師、作業療法士、精神保健福祉士による多職種チームを編成し、現行の入院処遇ガイドライン、通院処遇ガイドラインの精査と改定案の作成に着手した。作成方針として、古い法令に基づく記載・実臨床と乖離した記載のアップデート、臨床ガイドラインの作成に伴う内容上の役割分担、参照関係の整理、構成の見直し・可読性の向上を立てた。今後、他の分担研究班の研究結果も踏まえて、改定案の作成を進めていく。(2) クリニカルクエッション形式の医療観察法臨床ガイドライン作成に着手した。臨床ガイドラインは医療観察法各種ガイドラインに、参照資料として引用される形式で、活用されることを目指す。令和 7 年 10 月、Minds 形式に基づいた医療観察法臨床ガイドライン作成のための統括委員会を立ち上げ、委員会の指名に基づき、令和８年２月、診療ガイドライン作成グループメンバーを決定した。(3) 医療観察法災害ガイドラインは平成 30 年のガイドライン作成後、これまで実際の災害を想定した検証が実施されたことがなかった。また災害派遣精神医療チームや広域災害・救急医療情報システムの改定に合わせたガイドラインの修正も必要である。令和８年１月、島根県立こころの医療センター医療観察法病棟を中心とした机上訓練を実施し、現行ガイドラインの課題を検討した。今後、ガイドラインの精査や机上訓練により得られた課題を基に改定案を作成する。

医療観察法モニタリングシステムの一元化に関しては、医療観察法、一般精神医学、倫理、法学、データベース等の専門家により構成された有識者による検討会を立ち上げ、令和 7 年 10 月に第 1 回の検討会を開催した。検討会では一元化に向けた倫理的、技術的課題や参加施設の負担感、動機付けなどについて有識者より意見が出た。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）事務局や、令和７年度より精神・神経疾患研究開発費にて実施している「通院処遇モニタリングシステム構築」研究班とも連携し、令和７年度の検討会における議論を基に、本分担研究班にて、入院・通院を一元化してモニタリング可能なシステムの具体案を作成し、令和８年度の有識者による検討会にて提示し、議論を進めていく方針である。

研究協力者（順不同、敬称略）
茨木丈博　東京科学大学保健管理センター
高尾　碧　島根県立こころの医療センター
前田佑樹　国立精神・神経医療研究センター
新田斉久　同上
島田明裕　同上
朝波千尋　同上
小砂哲太郎　同上
瓶田貴和　同上
宮崎真理子　同上
鈴木敬生　同上
平位和寛　国立病院機構福岡病院
藤江直輝　大阪精神医療センター
小坂靖和　岡山県精神科医療センター
牧野秀鏡　同上
郡司　聡　群馬県立精神医療センター
石田正人　神奈川県立こども病院
辛島昌秀　茨城県立こころの医療センター
岡庭隆門　静岡県立こころの医療センター
知花浩也　琉球こころのクリニック

## A．研究目的

### 1. ガイドライン改定に向けた基礎資料の作成

医療観察法医療では、医療観察法や各種関連法規に加えて、厚生労働省、法務省が作成した地域処遇ガイドライン、指定入院医療機関運営ガイドライン、入院処遇ガイドライン、指定通院医療機関運営ガイドライン、通院処遇ガイドライン、医療観察法災害ガイドライン（以下、各種公的ガイドライン）が定められており、関連法規や各種公的ガイドラインに基づいた医療の実施が求められている。

医療観察法施行後 20 年間、各種公的ガイドラインは大きな改定なく経過した（医療観察法災害ガイドラインは平成 30 年策定)。臨床的な感覚としては、各種公的ガイドラインの存在を知っている医療観察法病棟スタッフは多くはなく、またガイドラインを詳しく学んだことのあるスタッフはもっと少ないのが実態であると推測される。

医療観察法医療の均てん化、般化、さらなる改善のためには、医療観察法医療の現況や、最新の国内外の司法・一般精神保健福祉領域における知見等が適切に反映される形でのガイドラインの改定と、ガイドラインに基づく医療の啓蒙が望まれる。

そこで本分担研究班は、各種公的ガイドライン改定のための基礎資料作成を目的とする。

### 2. 医療観察法モニタリングシステムの一元化

「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（以下、医療観察法)」が施行され、20 年が経過した。司法統計によると、この間に医療観察法による処遇の対象となった者は、累計で 5,000 人を超えると推計される[1)]。

医療観察法は、多額の公費を投じる強制医療であり、人権的制約も極めて強い。医療の実態を説明する統計データは不可欠である。また医療観察法附則 3 条 2 項は、「同法医療の水準向上に努めると共に、精神保健医療福祉全般の水準向上も図る」ことを定める。そのため、2017 年より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）が開始され、入院医療に関するモニタリングシステムとそれにより収集された大規模データベースが構築され、各指定入院医療機関への結果のフ

ィードバックなどを通じて、入院医療の均てん化、般化、改善を目指している。さらに、医療観察法データベース事業で収集されたデータベースの二次利活用研究事業も実施されており[2)]、これまで大規模データベースに基づいた研究が複数実施されてきた。

一方で、通院医療に関しては公的なモニタリングシステムやデータベースの構築、研究利活用事業は実施されておらず、大きな課題である。そのため令和 5～6 年度の厚生労働科学研究班「医療観察法における退院後支援に資する研究（平林班）」の「通院処遇モニタリングシステムの構築に関する研究（竹田分担班）」では、Electronic Data Capture System（EDCS）を利用した通院処遇モニタリングシステムを構築し、多施設の指定通院医療機関（公的病院だけでなく、民間病院、クリニックを含む）による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。トライアル研究の継続と大規模化、研究事業化に向けた取り組みが令和 7 年度から 3 か年計画で国立精神・神経医療研究センター（以下、NCNP）精神・神経疾患研究開発費「医療観察法通院処遇モニタリングシステムの開発（研究代表者竹田康二）」として実施されている。

本分担研究は、医療観察法データベース事業とその研究二次利活用研究事業、現在トライアル研究中の通院処遇モニタリングシステムを基に、入院・通院を一元化してモニタリング可能なシステムの構築を提言することを目的としている。

## B．研究方法

### 1. ガイドライン改定に向けた基礎資料の作成

1）通院処遇ガイドライン、入院処遇ガイドライン

医療観察法医療の経験のある医師、看護師、公認心理師、作業療法士、精神保健福祉士による多職種チームを編成した。現行の入院処遇ガイドライン、通院処遇ガイドラインの精査と、各分担研究班の研究結果も踏まえた改定案の作成を目指す。

2）医療観察法災害ガイドライン

医療観察法災害ガイドラインは他の各種公的ガイドラインと異なり、比較的新しい時期（平成 30 年）に策定されている。しかし、これまで医療観察法災害ガイドラインを用いた実際の災害を想定した訓練は実施されていない。また災害派遣精神医療チーム（以下、DPAT）や広域災害・救急医療情報システム（以下、EMIS）の改定に合わせたガイドラインの修正も必要である。そのためガイドラインの精査に加え、実際の災害を想定した机上訓練を実施することで課題を確認し、改定案の作成を目指す。

3）医療観察法臨床ガイドライン

医療観察法附則 3 条 1 項は「指定医療機関における医療が、最新の司法精神医学の知見を踏まえた専門的なものとなるよう、その水準の向上に努めるものとする。」と定めている。しかしながら、各種公的ガイドラインには安定性も求められることから、最新の知見に合わせて頻回に更新していくことは現実的ではない。そのため、各種公的ガイドラインとは別に、クリニカルクエッション形式の医療観察法臨床ガイドラインを作成し、各種公的ガイドラインに、参照資料として記載されることを目指す。

### 2. 医療観察法モニタリングシステムの一元化

1）検討会の設置

医療観察法モニタリングシステムの一

元化に関して、有識者による検討会を設置する。有識者の構成は、医療観察法、一般精神医学、法学、倫理、データベースなどの分野の専門家によって構成する。

2）関係機関との連携

一元化案の検討に際しては、医療観察法データベース事業事務局、NCNP 精神・神経疾患研究開発費「医療観察法通院処遇モニタリングシステムの開発」研究班と連携して進める。

**（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則って実施する。各研究の実施に当たっては、適宜、研究代表者、研究分担者等が所属する機関に設置された倫理委員会の承認を得て実施する。

## C．研究結果

### 1. ガイドライン改定に向けた基礎資料の作成

1）通院処遇ガイドライン、入院処遇ガイドライン

多職種により、各職種の業務に該当する箇所の古い法令に基づく記載・実臨床と乖離しており修正が望ましい記載（例:「臨床心理技術者」、個人情報保護法関係、外泊が週 1 回で設定、5 泊・7 泊等の設定（クリティカルパス内））の一覧を作成した。

また、臨床ガイドラインの作成に伴う内容上の役割分担、参照関係の整理、構成の見直し・可読性の向上を共有した。

2）医療観察法災害ガイドライン

島根県立こころの医療センターの医療観察法病棟が大規模地震により継続利用不能となった状況を想定し、災害ガイドラインを用いて避難・転院訓練を実施した。

ガイドラインの精査や机上訓練の結果からはガイドライン改定に向けた意見として、以下の項目等が挙げられた。

緊急避難：現状では院外外出（法 100 条 1 項）による敷地外への避難を想定しているが、医療観察法病棟が独立した建屋を有している病院が多いことを考えると、「他の病棟（精神保健福祉法病棟）に被害がなかった場合」も想定した記載があっても良い。

文言：過去に改定された他のガイドラインとの整合性を合わせるため「新病棟」という文言の削除、「保健医療福祉調整本部」などの文言の追記、EMIS が新システムに移行したことに伴う表記の修正。

3）医療観察法臨床ガイドライン

Minds[3)]形式に基づいた医療観察法臨床ガイドライン作成のための統括委員会を立ち上げ、令和 7 年 10 月、初回ミーティングを開催し稼働した。統括委員会委員は学識者 5 名で構成した。事務局は NCNP 病院司法精神診療部に設置し、発行元は NCNP とする方針を共有した。また利益相反管理方針を定め、統括委員会委員は、事務局に利益相反に関する申告を行った。令和 8 年 1 月に開催した第 2 回統括委員会ミーティングにおいて、ガイドラインの作成目的を以下のとおり、定めた。

・医療観察法入院・通院医療におけるアセスメント、マネジメントに関する科学的情報を示し、推奨される介入を提示する。

・医療観察法に限らない司法精神医療に関する背景疑問も含める。

・ アセスメント、マネジメントに関する科学的情報の根拠として、一般・矯正医療における情報も含める。

さらに、統括委員会の指名に基づき、令和 8 年 2 月、診療ガイドライン作成グループメンバー15 名を決定した。

### 2. 医療観察法モニタリングシステムの一元化

令和 7 年 10 月、本分担研究班と有識者による第 1 回医療観察法モニタリングシステムの一元化に関する検討会を開催した。本分担研究班からは「事業として実施する際の根拠」、「研究事業に関する倫理的手続き」、「クラウド化する際の技術的課題」、「データの入力量・負担軽減」、「指定通院医療機関への参加動機付け」、「悉皆調査、サンプリング調査の検討」などのテーマを挙げ有識者による意見を求めた。

## D．考察

### 1．ガイドライン改定に向けた基礎資料の作成

本分担研究班では、各種公的ガイドラインの中でも、入院処遇ガイドライン、通院処遇ガイドライン、災害ガイドラインに関する改定案の作成を目指している。入院処遇ガイドライン、通院処遇ガイドラインに関連する内容として、他の分担研究班において、クリティカルパスの効果検証、教育研修体制の構築等に関する研究を実施している。令和 8 年度は、各分担研究班や医療観察法臨床ガイドライン診療作成グループと連携して改定案を作成していく。災害ガイドラインに関しては、ガイドラインの精査や今年度の訓練で得られた結果を基に、令和 8 年度中に改定案をまとめる。

### 2．医療観察法モニタリングシステムの一元化

医療観察法モニタリングシステムの一元化に向けた議論を進めるためには、NCNP 精神・神経疾患研究開発費「医療観察法通院処遇モニタリングシステムの開発」研究班で実施しているトライアル研究の結果や、全国の指定通院医療機関に対する通院処遇モニタリングシステムへの参加希望等に関するアンケート調査結果が不可欠である。上記の研究結果は、令和 8 年度上半期には概ね出揃っていることが想定される。令和 8 年度は、令和 7 年度の検討会で有識者より得られた意見を基に、医療観察法データベース事業事務局、NCNP 精神・神経疾患研究開発費「医療観察法通院処遇モニタリングシステムの開発」研究班と連携して具体的な一元化案を作成し、第 2 回検討会に提出し議論を進める。

## E．結論

ガイドライン改定に向けた基礎資料の作成に関しては、各種公的ガイドラインの精査を始め、改定案作成の方針を固めた。災害ガイドラインの机上訓練を実施し、医療観察法臨床ガイドラインの統括委員会を立ち上げ、診療ガイドライン作成グループメンバーを決定した。医療観察法モニタリングシステムの一元化に関しては、有識者による検討会を立ち上げ開催した。

来年度以降、他の分担研究班や関係する研究グループや機関と連携し、両研究を進めていく。

## F．健康危険情報

なし

## G．研究発表

### 1．論文発表

なし

### 2．学会発表

竹田康二．医療観察制度のあゆみとこれから～20 年の軌跡を振り返る．日本更生保護学会第 14 回大会，東京，2025.12.6

## H．知的財産権の出願・登録状況

### 1．特許取得

なし

## 2. 実用新案登録

なし

## 3. その他

なし

## 参考文献

1) 裁判所ホームページ　司法統計
https://www.courts.go.jp/toukei_siryou/shihotokei_nenpo/index.html
2) 国立精神・神経医療研究センターホームページ　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/patient/mtsa.php
3) 公益財団法人 日本医療機能評価機構 ホームページ　Mindsガイドラインライブラリ
https://minds.jcqhc.or.jp/

令和 7 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））
医療観察法における円滑な社会復帰を促進するための
連携等の方策を推進するための研究
「指定入院医療機関の機能改善とクリティカルパスに関する研究」
分担研究報告書

# 機能改善に向けたコンサルティング、処遇終了基準に関する検討

研究分担者　壁屋　康洋　　国立病院機構榊原病院

**研究要旨：**

「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（以下、医療観察法)」に基づく指定入院医療機関は 35 施設となった。重度精神疾患標準的治療法確立事業事務局からパフォーマンス指標として各施設に示されるデータのうち、令和 2 年 1 月～令和 4 年 12 月の 3 年間集計の各施設の平均在院日数は 732.0 日から 2,846.0 日、処遇終了率は 0%～38.7%に分布し、施設差がうかがわれた[1)]。本研究では指定入院医療機関のコンサルティングを試み、施設の機能改善の手法を探る研究 1、処遇終了基準に関する検討会をおこない処遇終了運用の均てん化を目指す研究 2 をおこなう。

研究 1：令和 2 年 1 月～令和 4 年 12 月の 3 年間集計の平均在院日数と処遇終了率[1)]がともに第 3 四分位点を超える A 病院、平均在院日数が最長の B 病院、平均在院日数が第 1 四分位点未満の C 病院の 3 施設に対し、機能改善の取り組みを試みる。本論では 3 施設のアセスメントを示した。今後 2 年間で取り組みを続け、コンサルティング手法の定式化を目指す。

研究 2：令和 2 年 1 月～令和 4 年 12 月の 3 年間集計の処遇終了率が中央値より高い 4 施設と中央値以下の 4 施設[1)]を訪問し、同期間に生じた処遇終了事例 22 例、処遇終了されやすい要因として、(A) 主診断が器質性精神障害（以下、F0)、物質使用障害（以下、F1)、知的障害（以下、F7)、発達障害（以下、F8)、(B) 頻回/長期の行動制限（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（行動制限群)、(C) 70 代以上のいずれかに該当するが通院処遇へ移行した事例 17 例の概略[2)]を用い、1)身体疾患、2)外国への帰国、3)F0 高齢者（認知症)、4) 頻回/長期の行動制限～暴力抑制困難、5) 治療拒否、6) 内省・洞察の欠如、7) F0 60 代以下（器質性精神障害)、8) F1・F7・F8 の計 8 類型に分けて提示し、処遇終了基準の検討会をおこなった。指定入院医療機関の病棟医長経験のある 3 名の医師が各類型への意見を提示、検討会に参加した 66 名のうち、発言した 7 名の意見を 4 つの論点に整理した。

検討会にて、外国への帰国事例、再他害リスクの低減した身体疾患を有する事例、同様に再他害リスクが低減した中等度以上の認知症高齢者事例は処遇終了が是認された。内省・洞察の欠如や治療拒否による処遇終了は不適当とみなされたが、治療拒否する事例のトラウマのアプローチについては参加者から指定入院の強制治療への反対意見もあった。暴力抑制困難など治療困難事例については処遇終了判断のプロセスを決めるべきとの主張がなされ、(1)ブロック会議、(2)平均在院日数短期・処遇終了低群施設と対象施設との検討、(3) 転院が方法として挙がった。一方で医療観察法制度の経過の中で治療技術や支援体制の向上も指摘され、処遇終了基準は変化することも考えられた。そのため検討会は繰り返しお

こなう必要がある。また医療観察法制度の運用を鑑みると、鑑定や裁判所による審判など複数のチェックがあって入院が決定されているため、医療者だけで処遇終了を考えるべきではないとの意見もある。今後は裁判所など医療以外の立場も含めた検討会が求められる。

研究協力者（順不同、敬称略）
村杉謙次　国立病院機構小諸高原病院
堀内泉辞　同上
若林可織　同上
矢島秀晃　同上
小川太郎　同上
宮沢泰裕　同上
井上貴裕　千葉大学医学部附属病院
野村照幸　新潟医療福祉大学心理健康学科
松浦佳代　国立看護大学校
橋本隆紀　国立病院機構北陸病院
沼田俊也　同上
荒井宏文　同上
石津すぐる　岡山県精神科医療センター
大鶴　卓　琉球こころのクリニック
久保彩子　国立病院機構琉球病院
鬼塚俊明　国立病院機構榊原病院
髙野真弘　同上
浅野琴美　同上
中辻望来　同上
田本　満　同上
村田昌彦　社会医療法人財団松原愛育会
松原病院

医療観察法に基づく指定入院医療機関は 35 施設となった。重度精神疾患標準的治療法確立事業事務局からパフォーマンス指標として各施設に示されるデータのうち、令和 2 年 1 月～令和 4 年 12 月の 3 年間集計の各施設の平均在院日数は 732.0 日から 2,846.0 日、処遇終了率は 0%～38.7%に分布し、施設差がうかがわれた[1)]。本研究は指定入院医療機関のコンサルティングを試み、施設の機能改善の手法を探る研究 1、処遇終了基準に関する検討会をおこない処遇終了の均てん化を目指す研究 2 をおこなう。

**研究 1：機能改善研究**

**A．研究目的**

前述のように医療観察法指定入院医療機関に施設差がうかがわれた。「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)]から平均在院日数の短縮につながる要因に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、上司の支援があること、処遇終了率に影響する要因には医療観察法医療と処遇終了に対する考え方、職場の対人関係が示された[1)]。これらは病院の治療文化、組織運営、病棟内の職場の人間関係などを含むため、改善策は一様には考えにくい。指定入院医療機関のコンサルティングを試み、指定入院医療機関の機能改善の手法を探ることが本研究の目的である。

**B．研究方法**

**1. 対象**

「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)]にて訪問調査をおこなった施設から、令和 2 年 1 月～令和 4 年 12 月の 3 年間集計の平均在院日数と処遇終了率をもとに特徴の異なる以下 3 施設をコンサルティングの対象とした。3 施設の平均在院日数・処遇終了率を図 1 に示す。

A 病院：上記 3 年間集計の平均在院日数と処遇終了率がともに第 3 四分位点を超える（長期・高処遇終了率施設）

B 病院：平均在院日数が最長（超長期入院施設）

C 病院：平均在院日数が第 1 四分位点未満（短期入院施設）

## 2. コンサルティング方法

上記 3 施設に以下のステップでコンサルティングを進めている。

1) 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、(1)病棟の運営や病院本体の機能に関する施設単位調査 [1]ならびに(2)以下 6 種を含む職員個人単位調査 [1]を実施。

(ア)　職業性ストレス簡易調査票 [3]

(イ)　日本語版精神科多職種チーム医療アセスメントツール（以下、CPAT-J）[4]

(ウ)　心理的安全性 [5]

(エ)　社会復帰調整官との連携のしやすさ

(オ)　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）

(カ)　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)これらの調査結果を 3 施設それぞれにフィードバックし、ディスカッションをおこなう。A 病院と B 病院には分担研究者が職員へのインタビュー調査をおこない、それらの結果を施設のアセスメントとして図式化したものを提示した。C 病院は平均在院日数も短く、比較的機能の高い施設として、自施設でアセスメントを図式化するよう依頼した。

3)3施設がそれぞれに取り組み事項を検討し、定期的に会議で互いの進捗状況を共有した。

## （倫理面への配慮）

調査機関に対象施設に入院中であった対象者は退院済みのため、診療録・入院継続申立書・退院申立書を閲覧し、個人を特定できないよう要約した上で発表する場合があるとして研究公告(オプトアウト文書)を榊原病院ホームページに掲載、拒否の機会を保証した。医療機関とその職員に対する介入研究であり、患者への医療行為や侵襲がないことを伝え、病棟管理者から文書で同意を得た。

国立病院機構榊原病院倫理審査委員会の承認(2024-10)を得て研究をおこなった。

## C．研究結果

A 病院・B 病院について、施設単位調査・職員個人単位調査および訪問調査 [1]にて得られた特徴を表 1・表 2 に示す。そこから得られ、当該施設スタッフに共有したアセスメントを図 2・図 3 に示す。図 2・図 3 では「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」[1]として作成された包括的な模式図から、多職種連携の実態を含めてアセスメントとした。それぞれ図の上部に＜制度への考え＞＜専門医療・通院処遇＞を配し、最下部に多職種連携の基盤となる対人関係を配し、その右上に連携の方法、左上にその結果や内容を配した。図では量的研究 [1) 6)]から認められた＜専門医療・通院処遇＞＜職場内対人関係＞の要因と平均在院日数・処遇終了率を色付きの角丸ボックス、事例の経過やインタビューから質的に抽出された要因を白色の四角形ボックスで示した。

A 病院は処遇終了率が高く、平均在院日数も長い。職員個人単位調査では職業性ストレス簡易調査票 [3]【職場での対人関係】【同僚の支援】、CPAT-J[4]【患者／地域中心のケア】が最下位となったほか、【上司の支援】も低い。自由記載に「他職種から認められにくい」「看護師の地位向上」とあり、多職種連携の基盤の課題が窺えた。インタビューでは「口調の強い人の発言で発言しにくい」「MDT（多職種チーム）で決まった方針が覆される」と語られ、会議で主張しにくい状況、主張しても覆される状況が語られた。面接を拒否された職種が他職種と連動できず、関わりが途絶えたまま数年後に処遇終了された事例もあった。「対象行為についての内省や病識の深まりはみられない」等の理由から処遇終了を生じ、処遇終了事例の受け入れ先がないこと、また治療可能とした入院決定判

断を問題視する主張もあった。病院本体の専門医療や通院処遇の体制も不足し、職員の技能の活用や連携が困難な中、入院長期化や処遇終了につながる。スムーズに通院処遇へ移行できない状況から、入院決定判断や受け入れ先を課題に挙げ、悪循環に陥っていると捉えられ、図2のように図式化した。

B病院は平均在院日数が突出して長い。職員個人単位調査による【職場での対人関係】が30施設中28位と低く、心理的安全性[5]は調査施設中最も低かった。インタビューでも「カンファレンスは批判ばかり」「職員間の対立があった」状況が語られた。MDT会議で方針を決めず、自身の主張に基づいて行動し、担当コメディカルの知らないところで方針が決められることもあったという。「医療観察法おかしい」「対象者に甘い」と主張をする職員もいて、職員がまとまらない状況が語られた。病院本体で依存症への診療はおこなっているが、児童ともに施設基準には至っていなかった。保護観察所との合同企画や自施設での通院処遇も以前はおこなっていたが、調査期間には実施がなかったという。連携できず、制度への考えにズレが生じ、対象者の入院長期化との関連を図3のように図式化した。

C病院について施設単位調査・職員個人単位調査および訪問調査[1]にて得られた特徴を表3に示すが、アセスメントは研究分担者ではなくC病院施設スタッフが図4のようにおこなった。C病院のセルフアセスメントでは、令和2年1月～令和4年12月の3年間集計の平均在院日数は第1四分位点以下の早期退院であるにもかかわらず、平均在院日数の長期化が生じていることを課題に挙げ、職場内対人関係も話しやすい一方でことなかれ主義が生じ、緊張感が薄いと自己分析した。

これら各施設のアセスメントを施設内で共有し、3施設がそれぞれに取り組みを進め、定期的に互いの進捗状況を共有している。本研究で各施設の取り組みは令和9年まで続くものであり、これらの取り組みの効果は本研究最終年度に評価する。

## D．考察

本研究で進めているように、「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」[1]をもとに施設の特徴をアセスメントし、図式化することができる。各施設の課題は一様ではなく、アセスメントに応じた取り組みが求められる。本研究はその取り組みの効果を評価し、コンサルティングの手法を定式化することを目的としているが、本年はその1年目として開始したところであり、効果評価と定式化は最終年度におこなう。

## 研究2：処遇終了基準に関する検討会

## A．研究目的

医療観察法が施行された平成17年7月15日から令和元年7月31日までに入院処遇となり、令和3年7月31日時点で退院済みの対象者2,993例のデータでは各施設の処遇終了率は0%～31.3%に分布[6]した。令和2年1月～令和4年12月の3年間集計の各施設の処遇終了率は0%～38.7%に分布し[6]、施設によって処遇終了率に差が大きい。指定入院医療機関から処遇終了と同時の精神保健福祉法入院（以下、処遇終了-入院）の運用には医療機関による有意な差が認められ[7]、物質使用障害（以下、F1）ではその差がさらに大きくなる[7]こと、頻回/長期の行動制限を受けた事例でも処遇終了-入院の施設差が広がることが明らかになっている[8]。令和2年1月～令和4年12月の3年間集計の処遇終了率が中央値より高い4施設と中央値以下の4施設を訪問し、病棟管理者や病棟職員へのインタビュー調査をし、処遇終了に対する考え方を聴取したところ、施設によって処遇終了に対す

る考え方が異なること、それによって処遇終了の運用に差が生じることがうかがえた[1)]。本研究は上記各4施設にて3年間に処遇終了された事例・処遇終了されやすい要因をもつが通院処遇へ移行した事例[2)]を比較し、処遇終了の判断基準について多施設で検討することを通じ、指定入院医療機関の機能改善と均てん化につなげることを目的とする。

## B．研究方法

処遇終了基準に関する検討会：処遇終了の判断基準について多施設で検討するため、第21回司法精神医学会大会に合わせて処遇終了基準に関する検討会を公開で実施した。後述する事例を8類型に分け素材とし筆者が提示、指定入院医療機関の病棟医長経験のある3名の医師（石津すぐる・本村啓介・大鶴卓）が各類型への意見を提示、村杉謙次の座長にてフロアとのディスカッションを進めた。

検討会の素材とした事例:「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)]にて、令和2年1月～令和4年12月の3年間集計の処遇終了率が中央値より高く平均在院日数が中央値以下の2施設、および処遇終了率と平均在院日数がともに中央値を超える2施設（処遇終了率高群施設）、平均在院日数が中央値以下かつ処遇終了率が中央値以下の4施設（処遇終了率低群施設）を訪問した。そこで収集した上記3年間での処遇終了事例および処遇終了されやすい要因を持つが通院処遇に移行した事例[2)]を検討会の素材とした。調査手順並びに処遇終了されやすい要因として収集した条件を表4に、事例を類型ごとに表5に示した。表5では、処遇終了率低群施設では 4）以降の累計に処遇終了事例がなく、対比のために同じ類型で通院処遇へ移行した事例を示した。8）F1・F7・F8の類型では処遇終了率高群施設・低群施設共に当該期間に処遇終了事例がみられず、通院処遇へ移行した事例を示した。

**（倫理面への配慮）**

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

筆頭著者の所属する国立病院機構榊原病院倫理審査委員会の承認(2025-01)を得て研究を行った。

## C．研究結果

処遇終了基準に関する検討会にて、表5に示した8カテゴリごとに登壇した3名の医師の意見を表6に示した。2)外国への帰国は処遇終了が認められるとして3人の意見が一致、5)治療拒否と6)内省・洞察の欠如は処遇終了は認められないとして3人の意見は一致した。1)身体疾患に関しては、本村と大鶴は処遇終了意見であった。石津は癌のターミナルであっても再他害行為リスクがある場合、指定通院の継続が可能な場合は通院処遇が望ましいがケースバイケースとした。その他がんのターミナルで全身状態が悪化するなどで再他害行為遂行のリスクが下がっている場合は処遇終了が望ましいという意見であった。その他、3)器質性精神障害（以下、F0）高齢者（認知症）、4)頻回/長期の行動制限～暴力抑制困難事例、7)F0　60代以下（器質性精神障害）、8)F1、知的障害（以下、F7）発達障害（以下、F8）はそれぞれ事例ごとに検討が必要となる△との判断が見られた。村杉が座長として3名の意見を整理した上で、処遇終了までの判断過程の案として図5を示し一般参加者からの意見を求めた。検討会に参加した一般参加者は66名で、うち7名の医師が発言した。7名の発言内容を4カテゴリに分類し、表7～表10に示した。

## D．考察

### 1. カテゴリごとの処遇終了基準

本研究による処遇終了基準に関する検討会では、表 7 に示したように、「良い処遇終了と悪い処遇終了」がある、言い換えると処遇終了が妥当と判断される事例と、不適切な処遇終了があるとの意見が大勢であった。カテゴリごとの検討では、上述のように 2)外国への帰国は処遇終了が妥当の意見で一致し、医療観察法制度の制約から国外では地域処遇ができないため、処遇終了相当と考えられた。

1)身体疾患は再他害リスクが低減し、身体治療と通院処遇の両立が困難な場合は処遇終了が妥当との判断は一致している。3)F0 高齢者も中等度以上の認知症かつ再他害リスクが低減していれば処遇終了も適当、軽度以下の認知症は通院処遇へつなげるべきとの見解で一致している。この両群は再他害リスクが一つの基準となっている。

6)内省・洞察の欠如は処遇終了は認められないとの見解で一致をみた。

一方で 5)治療拒否に関しては登壇した 3 名の医師からは不適当との意見で一致したが、参加者から「トラウマに限り△」との意見が提示された（表 7)。トラウマ治療は任意で行うべきとの主張であったが、これに対しては反論もあり、意見が分かれた。

8)F1、F7、F8 は 3 名の登壇者がいずれも△としてケースバイケースとの判断であった。石津からは場合分けによる判断意見が提示されたが、このカテゴリでは詳細な議論ができなかったのは、「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]による訪問調査で処遇終了事例が 1)身体疾患との重複以外に認められず、筆者からの提示事例数が少なかったことに依る。今後事例を集積し、再度検討することが必要であろう。

4)頻回/長期の行動制限～暴力抑制困難事例、7)F0　60 代以下（器質性精神障害）の両群については、大鶴が前者に処遇終了不適との判断を示した他は△判断であった。上記 1)身体疾患および 3)F0 高齢者では再他害リスク低減が条件とされたが、本カテゴリでは再他害リスクが認められたとしても治療反応性が争点となっている。また頻回/長期の行動制限（行動制限群）は統計的に有意に処遇終了-入院となりやすい要因の中では、最も実数の多い要因[7]であった。実数の多いカテゴリに対して明確な意見の一致をみていないが、この点に関しては、参加者から議論のなされた「処遇終了のプロセス」が相応する領域である。

### 2. 処遇終了のプロセス

表 8 のように「諦める処遇終了は最小化したほうが良い」「安易な形にしないことが大事で、そのためのプロセスは必要だろう」等の意見が出された。その中で(1)ブロック会議、(2)平均在院日数短期・処遇終了低群施設と対象施設との検討、(3) 転院が方法として出され、外の医療機関と検討することの必要性が挙げられた。村杉から図 5 のように処遇終了までの判断過程案を示したが、図 5 にある転院トライアルに加え、(1)指定入院医療機関が地域ブロックごとにおこなっている会議での検討と (2) 平均在院日数短期・処遇終了低群施設による検討が挙げられた。前者は現在会議が各ブロックでおこなわれているため、すぐに取り入れることも可能と考えられる。後者は全く新しい案であり、今後の体制整備が必要となる。現在厚生労働省により進められているピアレビュー事業と併せて検討することも一つの方法と考えられる。いずれの方法にせよ、暴力抑制困難など治療を諦める形での処遇終了に関してはプロセスを決め、当該施設だけで判断しないことの重要性が認められた。

### 3. 第三者の意見を入れる仕組み

上記のようにカテゴリごとの処遇終了基準を検討し、特に治療困難例に関しては処遇終了のプロセスを定めることの重要性が挙げられた。一方で表 9 のように、鑑定・裁判所で入院医療の必要性が認定された事例を医療者だけで判断することの是非が問われた。村杉による図 5 では処遇終了判断過程の最後に法 52 条鑑定を入れ、鑑定・裁判所が再度検討することを求めた。本検討会ではフロアから発言した一般参加者 7 名はすべて医師であり、登壇者も検討の素材を提示した筆者以外は皆医師である。社会復帰調整官や裁判官など医療機関以外を含んだ検討も求められる。

### 4. 治療技術・支援体制の向上

表 10 には「多職種チームが個別性を高めるために、毎日精進していけるかが使命」と医療者の使命感を挙げる意見があり、「治療技法も昔はクロザピン少なかったのが一般的になってきた」「ある程度今までの医療の中でできなかったケースを積極的に診て新しいアプローチすることで、治療技術の向上とかもあって、わずかではあるかもしれませんがこの 20 年間で対象とするケースが増えてきたり、新しい方向が出てきた」と実際に治療技法や対象が拡大したことを述べる発言があった。逆に「だんだんハードルが下がっていって、これは難しいんじゃないかというのがいろんなところから出てくると、治療的な能力が落ちるということが非常に危惧がされました」と、処遇終了退院の繰り返しによって治療能力の低下の懸念が表明された。言い換えると治療反応性は固定的なものではなく、年数を経ることで拡大することが期待される。その一方、制度運用によっては狭まるおそれもある。この点を踏まえると、カテゴリごとの処遇終了基準は必要とはいえ、永続的な基準はできない。このような検討会も繰り返しおこなわれ、見直されることが求められる。

## E．結論

本研究にておこなった処遇終了基準に関する検討会にて、外国への帰国事例、再他害リスクの低減した身体疾患を有する事例、同様に再他害リスクが低減した中等度以上の認知症高齢者事例は処遇終了が是認された。内省・洞察の欠如や治療拒否による処遇終了は不適当とみなされたが、トラウマ治療については意見が割れた。暴力抑制困難など治療困難事例については処遇終了判断のプロセスを決めるべきとの主張がなされ、(1)ブロック会議、(2)平均在院日数短期・処遇終了低群施設と対象施設との検討、(3) 転院が方法として挙がった。一方で年余にわたる医療観察法制度の運用を見ると治療技術や支援体制の向上も指摘され、処遇終了基準は変化することも考えられた。そのため今回のような検討会は繰り返しおこなう必要がある。また医療観察法制度の運用を鑑みると、鑑定や裁判所による審判など複数のチェックがあって入院が決定されているため、医療者だけで処遇終了を考えるべきではないとの意見もあり、今後は裁判所など医療以外の立場も含めた検討会が求められる。

機能改善研究（研究1）は令和9年度まで取り組みを続け、効果を検証したい。

## F．健康危険情報

なし

## G．研究発表

### 1．論文発表

なし

### 2．学会発表

1) 壁屋康洋，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（4）～処遇終了事例の比較　第21回日本司法精神医学会大会,岡山市,2025.9.27.

2） 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（5）～医療観察法指定入院医療機関の平均在院日数・処遇終了率につながる要因．第79回国立病院総合医学会，金沢市，2025.11.8.

## H．知的財産権の出願・登録状況

### 1．特許取得

なし

### 2．実用新案登録

なし

### 3．その他

なし

## Ⅰ．謝辞

本研究にあたり、機能改善研究に参加してくださった3施設に心より深謝いたします。また処遇終了基準に関する検討会に参加して下さり、ご意見いただいた皆様に感謝申し上げます。

## 参考文献

1） 壁屋康洋，久保彩子，前上里泰史，諸見秀太ら：指定入院医療機関の医療や処遇の均てん化に関する研究．厚生労働科学研究費補助金障害者政策総合研究事業(精神障害分野）医療観察法における退院後支援に資する研究（研究代表者：平林直次），令和5年度～令和6年度 総合研究報告書，2025

2） 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

3） 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

4） 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.

5） Edmondson，Amy C. 著　野津智子　訳：恐れのない組織．英治出版，東京,2021.

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5年度 総括・分担研究報告書，2024

7） 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

8） 壁屋康洋：医療観察法病棟での長期入院，頻回/長期の行動制限,処遇終了-入院に関する全国調査．精神科，2023；43(1),84-91

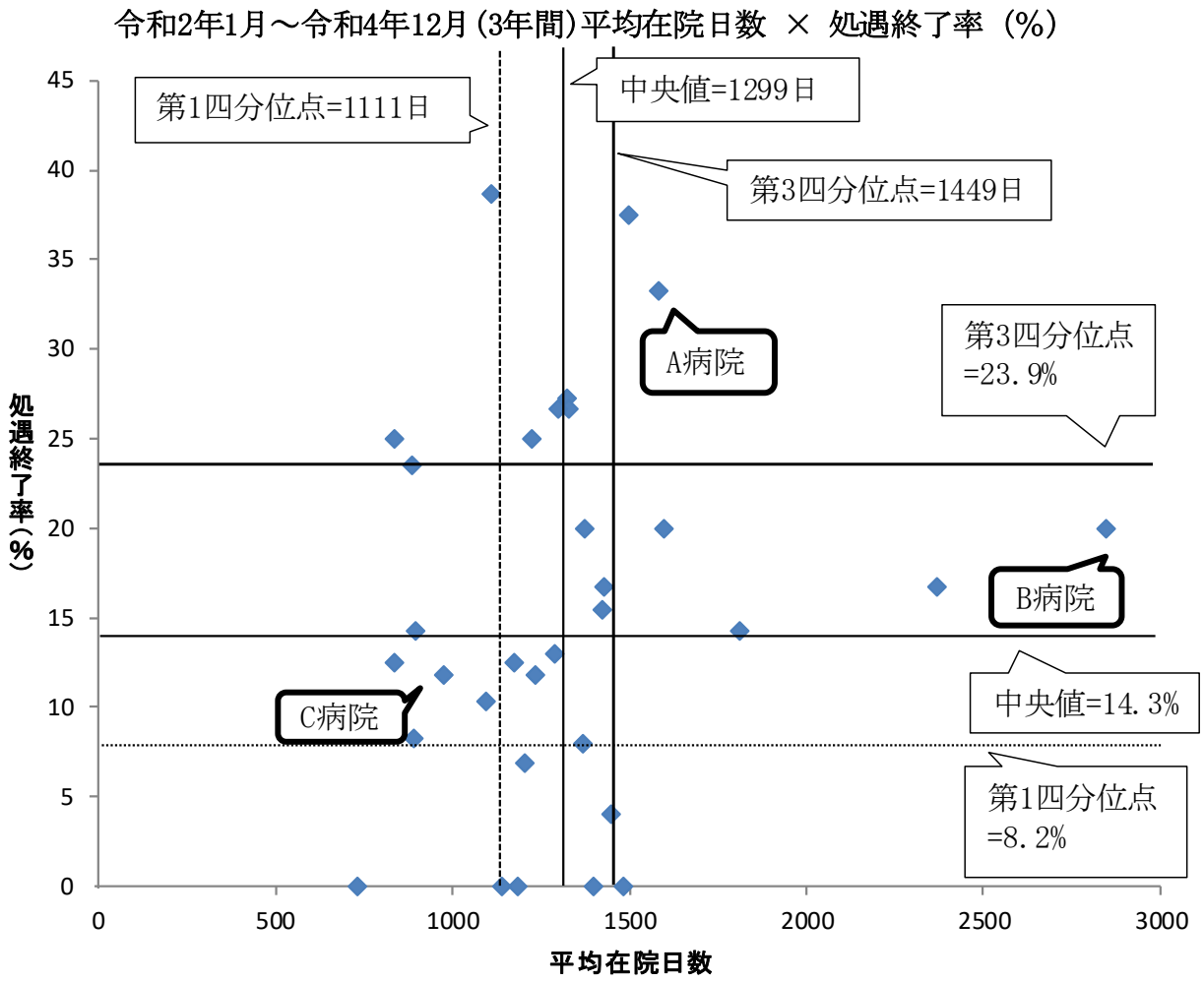



図1　平均在院日数・処遇終了率（%）による入院医療機関の散布図
（文献1)より再掲）

表1　A病院（長期・高処遇終了率）の特徴

| | | |
|---|---|---|
| 施設単位調査 | 地元自治体ネットワーク研修 | なし |
| | 保護観察所合同企画 | なし |
| | 依存症入院医療管理加算 | なし |
| | 児童・思春期精神科入院医療管理料 | なし |
| | 通院処遇事例数（2022年4月～2023年3月） | 0例 |
| | パフォーマンス指標の共有の範囲 | 病棟医長、病棟師長 |
| 職員個人単位調査 | 職業性ストレス簡易調査票【上司の支援】 | 29位／30施設中 |
| | 同【職場での対人関係】 | 30位／30施設中 |
| | 同【同僚の支援】 | 30位／30施設中 |
| | 同【技能の活用】 | 29位／30施設中 |
| | CPAT-J【患者／地域中心のケア】 | 30位／30施設中 |
| 自由記載項目（要約） | 職員個人単位調査：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 | 入院環境が良すぎる(2名)<br>他職種から認められにくい<br>特定の職種の力が強すぎ<br>職種による業務量の偏り<br>外出泊へのフォローの乏しさ（2名）<br>全体を統括する人がいない |
| | 職員個人単位調査：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 | 多職種協働、MDTの協力、コミュニケーション（各1名）<br>看護師の地位向上<br>スタッフが安心して働ける環境<br>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） |
| 訪問調査 | 処遇終了事例数（2020年1月－2022年12月） | 6例 |
| | 処遇終了理由 | 認知症、身体合併症、暴力の持続、治療拒否、内省（2例） |
| | 処遇終了されやすい要因を持つが通院処遇へ移行した事例数 | 1例 |
| | 処遇終了に対する考え方 | 入口に問題がある<br>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 |
| 特記事項 | インタビューにて「多職種連携が希薄」、「口調の強い人の発言で発言しにくい」 | |
| | その他：MDTで決まった方針が看護師の会議で覆される | |
| | その他：他職種への批判 | |
| | その他：入院期間5年で処遇終了になった事例：特定の職種が対象者から面接を拒否されていたが、精神症状を聴取できていた職種との合同面接は1度きり。処遇終了前数年にわたり2職種が関わりない状態で経過した | |

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[4)]

MDT：Multidisciplinary Team

※処遇終了されやすい要因を持つが通院処遇へ移行した事例条件：

●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）

●頻回/長期の行動制限（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

●入院時年齢70代以上

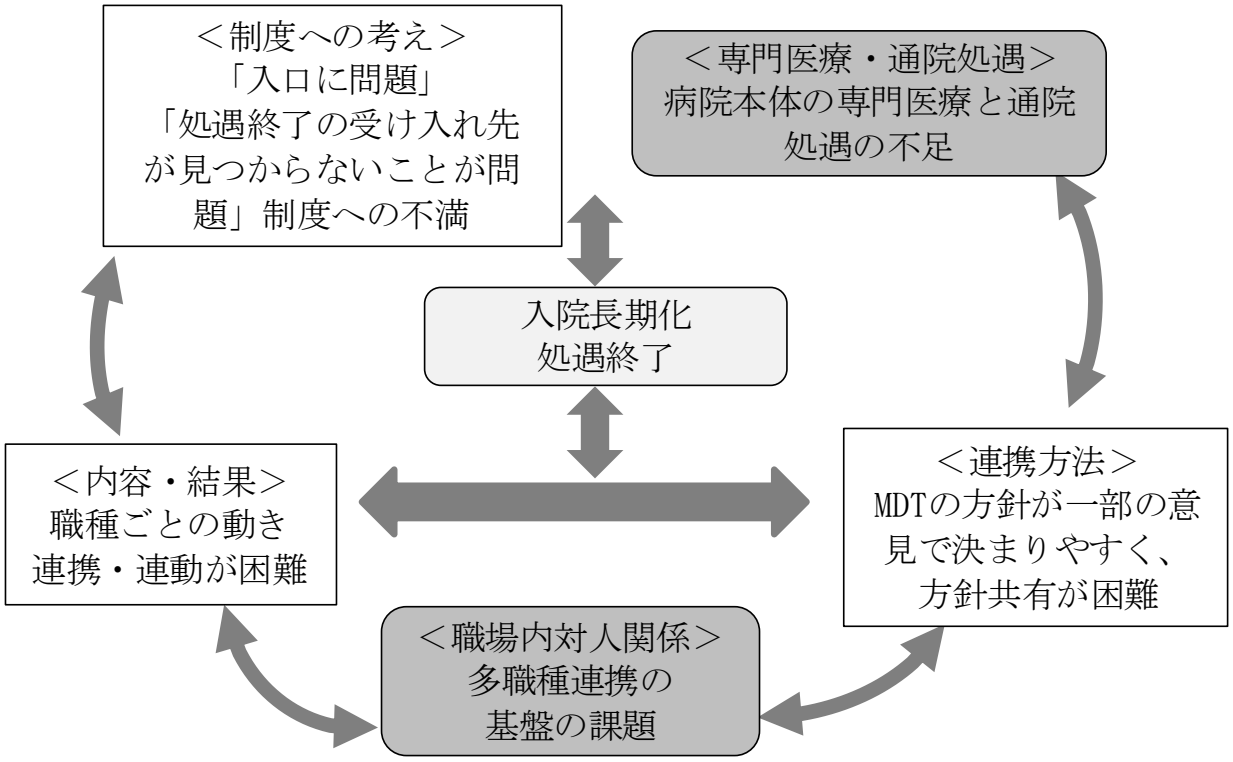



図2　A病院（長期・高処遇終了率）のアセスメント

表2　B病院（超長期入院）の特徴

| | | |
|---|---|---|
| 施設単位調査 | 地元自治体ネットワーク研修 | なし |
| | 保護観察所合同企画 | なし |
| | 依存症入院医療管理加算 | なし |
| | 児童・思春期精神科入院医療管理料 | なし |
| | 通院処遇事例数（2022年4月～2023年3月） | 0例 |
| | パフォーマンス指標の共有の範囲 | 病棟医長、病棟師長、副看護師長 |
| 職員個人単位調査 | 職業性ストレス簡易調査票【上司の支援】 | 18位／30施設中 |
| | 同【職場での対人関係】 | 28位／30施設中 |
| | 同【同僚の支援】 | 10位／30施設中 |
| | 同【技能の活用】 | 30位／30施設中 |
| | CPAT-J【患者／地域中心のケア】 | 20位／30施設中 |
| 自由記載項目（要約） 職員個人単位調査 | 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 | 適応ではないと感じる対象者が多い<br>リスク管理が厳しい<br>勤務表が希望通りに行かない<br>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<br>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 |
| | 医療観察法入院医療としてあなたが重要と考えている事柄 | 社会復帰のための能力<br>対象者がスタッフに安心できる<br>チームワーク<br>医療観察法の構造が、スタッフや対象者およぼす影響を意識すること<br>精神症状の安定 |
| 訪問調査 | 処遇終了事例数（2020年1月－2022年12月） | 1例 |
| | 処遇終了理由 | 治療拒否 |
| | 処遇終了されやすい要因を持つが通院処遇へ移行した事例数 | 1例 |
| | 処遇終了に対する考え方 | なるべく出さないようにしている |
| 特記事項 その他 | 職業性ストレス簡易調査票【仕事の量的負担】1位／30施設中<br>心理的安全性[5]、CPAT-J【チームワークのためのコミュニケーション】30位／30施設中<br>インタビューにて「カンファレンスは批判ばかり」「職員間の対立があった」<br>担当コメディカルの知らないうちに方針が決まることがある | |

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[4]

※処遇終了されやすい要因を持つが通院処遇へ移行した事例条件：

●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）

●頻回/長期の行動制限（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

●入院時年齢70代以上

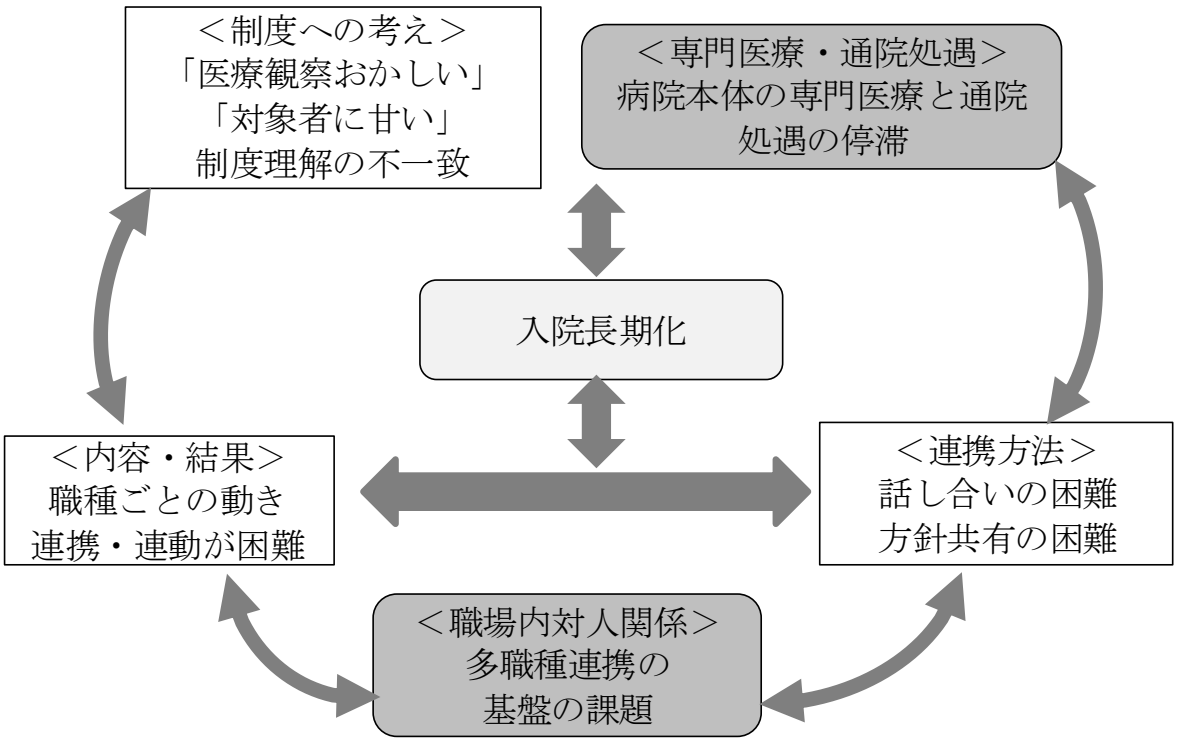



図3　B病院（超長期入院）のアセスメント

表3　C病院（短期入院）の特徴

| | | |
|---|---|---|
| 施設単位調査 | 地元自治体ネットワーク研修 | 有 |
| | 保護観察所合同企画 | 有 |
| | 依存症入院医療管理加算 | 有 |
| | 児童・思春期精神科入院医療管理料 | なし |
| | 通院処遇事例数（2022年4月～2023年3月） | 5例 |
| | パフォーマンス指標の共有の範囲 | 院長、副院長、病棟師長、副看護師長、コメディカル |
| 職員個人単位調査 | 職業性ストレス簡易調査票【上司の支援】 | 3位／30施設中 |
| | 同【職場での対人関係】 | 5位／30施設中 |
| | 同【同僚の支援】 | 1位／30施設中 |
| | 同【技能の活用】 | 11位／30施設中 |
| | CPAT-J【患者／地域中心のケア】 | 8位／30施設中 |
| 自由記載項目（要約） 職員個人単位調査 | 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 | MDT会議の時間確保が難しい<br>医観法の対象者か疑問と思われる対象者／心神喪失や心神耗弱と思われない対象者<br>方向性の受け止め方に温度差<br>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<br>環境調整が遅い |
| | 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 | 再他害防止（３）<br>対象者のニーズ／対象者中心／自己決定権（５）<br>対象者に偏見をもたないこと<br>リカバリとリスクアセスメントのバランス<br>内省、対処行動 |
| 訪問調査 | 処遇終了事例数（2020年1月－2022年12月） | 2例 |
| | 処遇終了理由 | 認知症 |
| | 処遇終了されやすい要因を持つが通院処遇へ移行した事例数 | 5例 |
| 特記事項 その他 | 職業性ストレス簡易調査票【活気】【憂うつ感】1位／30施設中 | |

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[4)]

※処遇終了されやすい要因を持つが通院処遇へ移行した事例条件：

●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）

●頻回/長期の行動制限（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

●入院時年齢70代以上

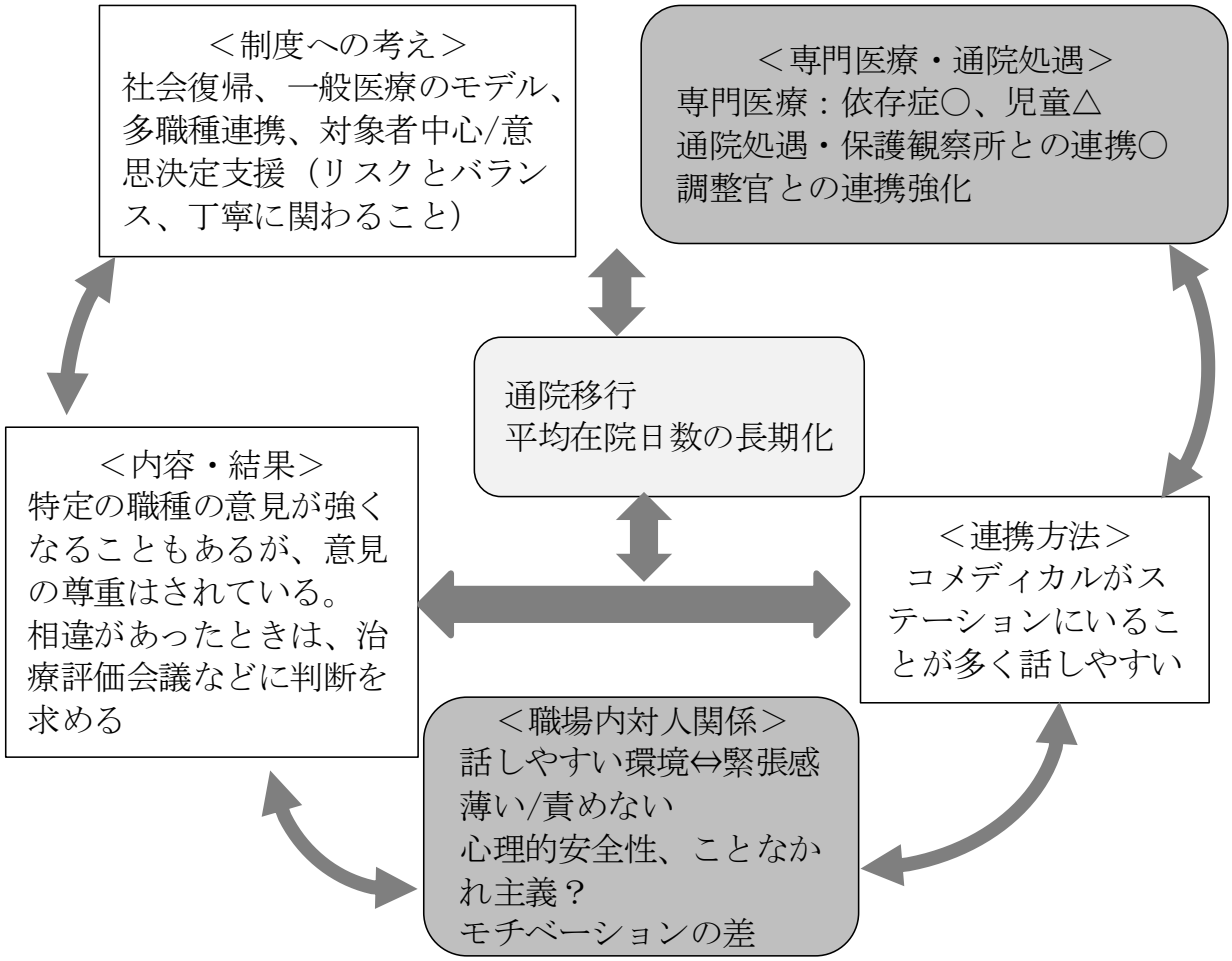



図4　C病院（短期入院）のセルフアセスメント

表4　事例の収集条件と情報

(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

下記A～G（少なくとも下記A～D）の項目は受け入れ施設に抽出を依頼。事前に把握できなかった項目は訪問時に調査する

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　髙橋先生）、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)処遇終了されやすい要因を持つが、同期間に通院処遇へ移行した事例。下記のいずれか

●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

下記A～G（少なくとも下記A～D）の項目は受け入れ施設に抽出を依頼。事前に把握できなかった項目は訪問時に調査する

A)退院時処遇（単身／家族同居／施設入所／精神保健福祉法入院のいずれか）

B) 主診断・重複障害

C)入院処遇日数

D) 隔離総回数・隔離総日数・拘束総回数・拘束総日数

E)コンサルテーション、SDM with CF（小諸高原病院　髙橋先生）、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

SDM with CF:Shared Decision Making with Case Formulation
CLZ:Clozapine

表5　処遇終了基準に関する検討会事例

1）身体疾患

| 処遇終了率高群施設（4施設）処遇終了事例の概略 | 処遇終了率低群施設（4施設）処遇終了事例の概略 |
|---|---|
| 60代　アルコール依存症（F1）　離脱せん妄時の対象行為。癌となり大量飲酒する体力なくなり、身体科への入院<br>入院期間=半年<br><br>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<br>入院期間=1年<br><br>60代　アルコール依存症（F1）<br>癌で余命半年となり処遇終了<br>入院期間=2ヶ月 | 50代　統合失調症　癌で余命半年となり「自身の身体的ケアを受け入れながら余生を送るための精神的安定はデポ剤で達成した」ため処遇終了して総合病院精神科へ入院<br>入院期間=4年 |

2）外国への帰国

| 処遇終了率高群施設（4施設）処遇終了事例の概略 | 処遇終了率低群施設（4施設） |
|---|---|
| 40代　統合失調症、軽度知的障害　外国籍で日本語困難。<br>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<br>入院期間=1年半 | 該当なし |

3）F0　高齢者（70代以上）（認知症）

| 処遇終了率高群施設（4施設）処遇終了事例の概略 | 処遇終了率低群施設（4施設）処遇終了事例の概略 |
|---|---|
| 80代　アルツハイマー型認知症（F0）<br>MoCA-J　18点<br>ADL自立、「汚れていない」と更衣は週1回<br>処遇終了-入院<br>入院期間=1年<br><br>70代　妄想型障害<br>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。<br>HDS-R=24点<br>高齢者施設入所。<br>入院期間=4年 | 70代　レビー小体型認知症（F0）<br>HDS-R=8点<br>「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<br><br>70代　レビー小体型認知症（F0）、うつ病<br>HDS-R=14点<br>抑うつに対して、クライシス・プランの作成・使用<br>高齢者施設入所<br>入院期間=9ヶ月<br><br>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<br>入院期間=6ヶ月 |

表5　処遇終了基準に関する検討会事例

4）頻回/長期の行動制限～暴力抑制困難
（入院以降、隔離回数5回以上、隔離総日数28日以上、拘束1回以上のいずれか有り）

| 処遇終了率高群施設（4施設）処遇終了事例の概略 | 処遇終了率低群施設（4施設）**通院処遇への移行**事例の概略 |
|---|---|
| 30代　破瓜型統合失調症　IQ=56　行動制限群<br>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<br>親から受けた暴力のフラッシュバック、幻聴→暴力→隔離や身体拘束→CLZで改善もあったが退院要求から暴力→幻聴より知的障害による混乱としOLZへ<br>処遇終了-入院<br>入院期間=3年半 | 60代　統合失調症、自閉スペクトラム症、注意欠如・多動症　行動制限群<br>CLZ処方するが副作用→4分の1から再投与。<br>対人関係トラブルの繰り返し～トラウマの影響と捉えトラウマワーク、MDTによる心理的保護続ける<br>高齢者施設入所<br>入院期間=5年 |
| 30代　統合失調症、自閉スペクトラム症　IQ=57　行動制限群　再入院事例<br>CLZ＋頓服使用→一定の衝動コントロール<br>「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<br>入院期間=4年半 | 20代　妄想型統合失調症、軽度知的障害、自閉スペクトラム症　行動制限群<br>4回のコンサルテーション、生活の構造化、不快感情のモニタリング、相談スキルトレーニング 自施設への通院、隣接の自立訓練施設入所<br>入院期間=10年 |
| 30代　統合失調症　行動制限群<br>「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」<br>「対象行為そのものへの後悔はあるが、そこから内省は深まらず～」処遇終了-入院<br>入院期間=7年年 | 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<br>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。施設入所を目指すが時間をかけて関係構築するため通院処遇-精神保健福祉法入院<br>入院期間=6年 |
| 40代　統合失調症　行動制限群<br>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。<br>入院期間=5年 | 60代　統合失調症　行動制限群<br>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。<br>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<br>入院期間=11年 |

5）治療拒否

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

表5　処遇終了基準に関する検討会事例

6）内省・洞察の欠如

| 処遇終了率高群施設（4施設）処遇終了事例の概略 | 処遇終了率低群施設（4施設） |
|---|---|
| 70代　妄想型統合失調症<br>内省の不十分さ、受け入れ先の希望で処遇終了<br>入院期間=2年<br><br>40代　妄想型統合失調症<br>「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<br>入院期間=4<br><br>60代　統合失調症　幻覚妄想は続くが行動化はない<br>「リハビリテーション行ったが無為な生活。認知機能障害から対象行為についての内省や病識の深まりはみられない」ため処遇終了<br>入院期間=5年 | 該当なし |

7）F0　60代以下（器質性精神障害）　※診断変更

| 処遇終了率高群施設（4施設）処遇終了事例の概略 | 処遇終了率低群施設（4施設）**通院処遇への移行**事例の概略 |
|---|---|
| 50代　器質性精神障害（F0）　IQ=53<br>当初審判時は統合失調症・知的障害<br>行動制限群<br>他者の言動でイライラ、スタッフへの暴力から隔離<br>トークン効果あるが続かない<br>CLZ肝障害、イレウスで中止。mECT効果なし<br>処遇終了-入院<br>入院期間=11年 | 40代　器質性妄想性障害（F0）・器質性パーソナリティ障害・てんかん複雑部分発作・軽度知的障害<br>コンサルテーション受ける<br>妄想は持続したが対象から遠ざけ施設入所<br>入院期間=3年<br><br>60代　器質性妄想性障害（F0）・てんかん（鑑定時）<br>→入院後、妄想性統合失調症・てんかん　へ診断変更<br>記憶障害あり内省積み重ならないが施設入所<br>入院期間=3年 |

8）F1・F7・F8～全例通院移行

| 処遇終了率高群施設（4施設）**通院処遇への移行**事例の概略 | 処遇終了率低群施設（4施設）**通院処遇への移行**事例の概略 |
|---|---|
| 50代　アルコール依存症（病的酩酊）（F1）　アルコール依存症に対する認知行動療法・抗酒剤処方、作業所等で日中活動を組む。<br>家族同居<br>入院期間=3年 | 40代　覚醒剤使用による残遺性性精神病性障害（F1）<br>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<br>入院期間=2年 |
| 60代　アルコール性精神病（F1）、軽度知的障害<br>アルコール依存症への治療プログラム<br>高齢者施設入所<br>入院期間=2年 | 40代　覚醒剤中毒後遺症（F1）、薬物依存、軽度知的障害<br>依存症回復支援施設への入所<br>入院期間=3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<br>入院期間=2年半 | 40代　中等度知的障害（F7）　IQ=47<br>自身で活用できないため支援者用クライシスプラン<br>施設入所<br>入院期間=1年半 |
| 30代　自閉スペクトラム症（F8）　IQ=61<br>リラックスアイテム使用、施設入所<br>入院期間=3年 | 20代　自閉スペクトラム症（F8）、非定型精神病<br>行動制限群　共に作成していく可視化した治療方針<br>入院期間=4年 |

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
ADL：Activities of Daily Living
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
行動制限群：（入院以来隔離回数5回以上、隔離総日数28日以上、拘束1回以上のいずれかのある事例）
IQ：Intelligence Quotient
CLZ：Clozapine
OLZ:Olanzapine
MDT:Multi-Disciprinaly Team
m-ECT:Modified Electro Convulsive Therapy
通院処遇-入院（通院処遇となると同時に精神保健福祉法入院）
SDM with CF:Shared Decision Making with Case Formulation

表6　処遇終了基準に関する検討会事例　登壇者意見まとめ

| カテゴリ | 石津Dr | 本村Dr | 大鶴Dr |
|---|---|---|---|
| 1)身体疾患 | △（場合分け有り）<br><br>○癌のターミナル ＋全身状態悪化など再他害行為遂行のリスクが下がっている／＋ターミナルケアを受けながら指定通院医療の継続が困難な場合→処遇終了<br>×ないし△<br>癌のターミナルであっても 再他害行為リスクあり<br>指定通院の継続が可能な場合<br>→通院処遇望ましいが<br>ケースバイケース | ○ | ○ |
| 2)外国への帰国 | ○ | ○ | ○ |
| 3)F0　高齢者（70代以上）（認知症） | △（場合分け有り）<br><br>×HDS-R21点以上など認知機能や自立度が比較的高い場合 | △<br>軽度はがんばるべき | △<br><br>○認知症が重度＆再他害行為リスクが著しく低減→処遇終了<br>×認知症が軽度＆再他害行為リスクが残る場合→不適 |
| 4)頻回/長期の行動制限<br>～暴力抑制困難 | △（場合分け有り）<br><br>×他害リスクが高い事例は基本的に不可<br>△知的障害＋ASD（ADHD）など強度行動障害<br>△認知症＆要行動制限<br>→通院処遇を付けるケースあって良い<br>△CLZ、ECTなど生物学低治療、心理社会的治療を尽くし、受け入れ医療機関と十分協議した上検討だが一般精神科はマンパワー限られる | △<br>事例により許容できる<br>10年は頑張るつもりで | × |
| 5)治療拒否 | × | × | × |
| 6)内省・洞察の欠如 | × | × | × |
| 7)F0　60代以下（器質性精神障害） | △<br><br>患者群として均一な群でないため<br>できる限り治療は尽くすべき<br>統合失調症の発症を考えクロザピンも検討したい | △<br><br>事例により許容できる | △<br>濃密で多層的な多職種治療・多機関連携が必要な触法精神障害者の中核群<br>ただし11年間濃厚な治療を行っても困難が強い症例で処遇終了もやむなし |

表6　処遇終了基準に関する検討会事例　登壇者意見まとめ

| カテゴリ | 石津Dr | 本村Dr | 大鶴Dr |
|---|---|---|---|
| 8)F1・F7・F8 | △（場合分け有り）<br><br>F1<br>○アルコール依存症が主診断<br>○アルコール性精神病で摂取時のみ惹起＆心理社会的治療が十分できる<br>△アルコール性精神病 ＆認知機能の問題で心理社会的治療が十分できない時<br>×アルコール性精神病 ＆持続する精神病症状<br>×覚醒剤残遺性精神病性障害<br><br>F7<br>○中等度以上の知的障害強度行動障害として障害者福祉・医療の連携につなげることができれば<br>△暴力リスクが著しく高いケース<br><br>F8<br>×ASDに精神症状ある時 | △<br><br>ケースバイケース | △<br><br>F1,F7,F8単独診断で対象行為時に疾病性を満たさない例<br>ただし、治療継続が必要な場合は慎重に |

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
HDS-R：改訂 長谷川式簡易知能評価スケール
ASD：自閉スペクトラム症
ADHD：注意欠如多動症
CLZ：Clozapine
ECT:Electro Convulsive Therapy

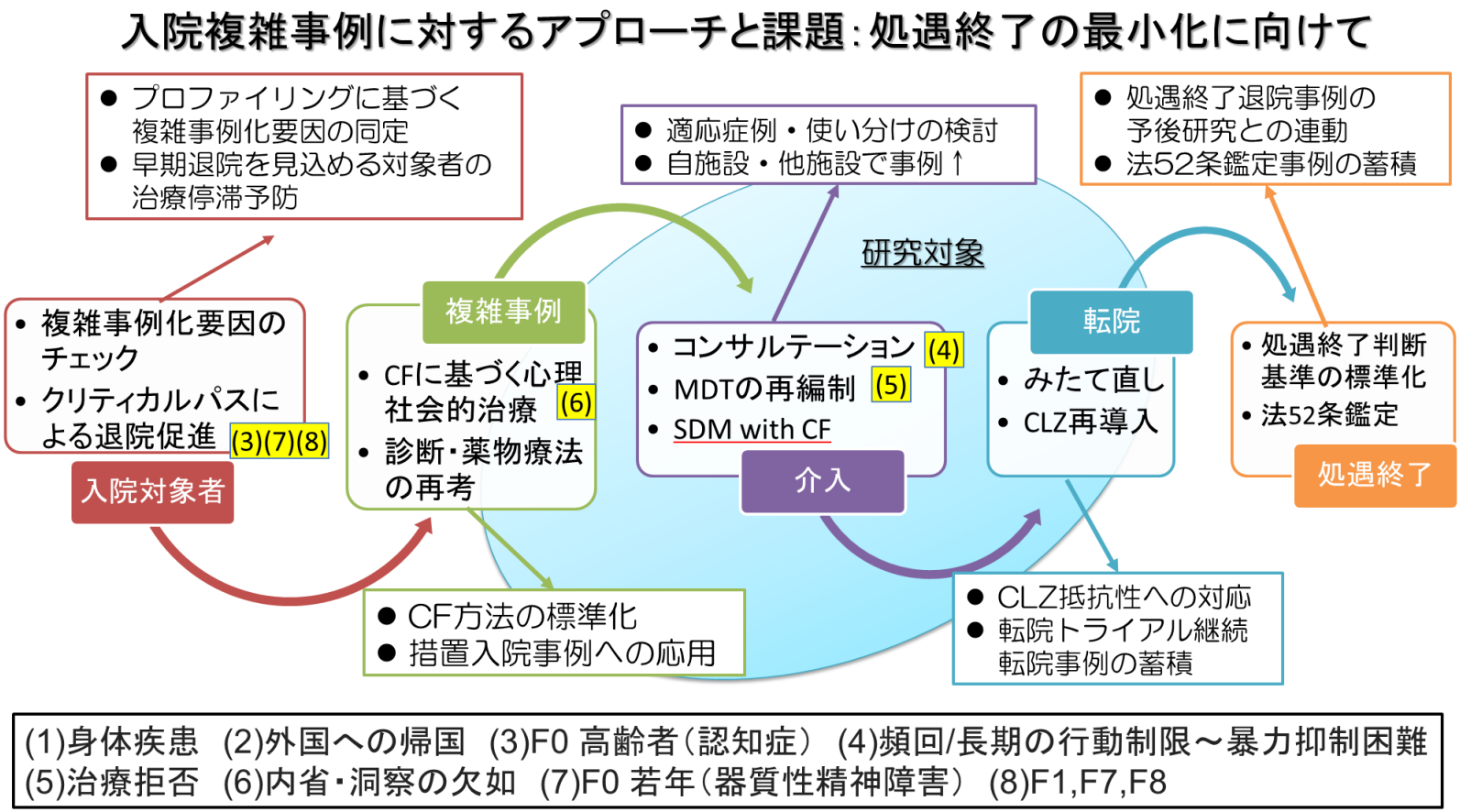



図5　処遇終了までの判断過程案（村杉）

MDT:Multi-Disciprinaly Team
SDM with CF:Shared Decision Making with Case Formulation
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

表7　処遇終了基準に関する検討会　論点1）良い処遇終了と悪い処遇終了

| | |
|---|---|
| 1 | 「処遇終了にも大きく分けて2種類ある。つまりは本人にメリットがある、患者さんのためになる処遇終了と、それは関係なくこちらが諦める処遇終了。大きくはその２つ。」「要はターミナルケアを受けるためとかいろんなことを勘案して、処遇終了した方が本人のためになるであろうという場合は良いと思う。」 |
| 2 | 「アウトカムは患者さんが地域でちゃんと生活できる。ただそれだけだと思う。それができてるんなら処遇終了で構わないです。身体的ケアがしっかり受けれるなら早く処遇終了した方が良い。医療の完成度だけ高めようとすると入院期間長く10年超えんとあかんことがあるかもしれない。そこに関しても逆の方向からの意見もあると思います。アウトカム一つ、統一というかここにいない人も含めて考えないといけない。想像力を、医療観察法を主にやっている人だけでなく、医療観察法をやっていない人も、あるいは一般の市民も裁判官もどう考えるかと考えると、在宅に帰れて、在宅に帰れるだけじゃないし、その人が何とかその人らしく生きれる、孤独を選ぶ人もいるかもしれないし、誰かとつながることを選ぶ人もいるかもしれない。それぞれの価値観。僕の価値観では一緒にいてほしいと思うが、それはわれわれの勝手な価値観。村上先生が仰ることは一方では同意する。それはきちんとチーム医療が在宅でもおこなわれながらケア密度を保っている医療を広げたいという思いを乗せると、処遇終了を減らして、受け入れ手があったとしてもそこに指定通院で受けてもらうという思いもよくわかる。そこは分けて考えた方がいいと思う。患者さんの幸せを前提に考えると仰ったケースは処遇終了でいいし。一方で、在宅医療の密度がもっと上がるということを目標にすると、もちろん指定通院先を広げる努力はするけれど、それだけではなく多くの精神科医療の従事者が在宅で患者さんが生きていくのが普通となっていくように理念とか政府とかそれぞれできることをやっていくことのような気がします。」 |
| 3 | 「その患者さんがどのような形で退院できるのか、地域処遇できるのかと考えたときに、時間とメリットを考慮した時に処遇終了は有りだと思いますし、どうしても統合失調症が慢性化して脆弱化したときにどうしても地域処遇できない人は一部いる。」 |
| 4 | 「あんまり成功していないけど処遇終了の場合分けをシンポジウムでさせて頂いた。<br>良い処遇終了と悪い処遇終了があると思っている」 |
| 5 | 「治療拒否の対象者さんにおける処遇終了に関してですが、個人的にはトラウマに限り△と考えるところがあります。指定入院医療機関の医療環境はトラウマインフォームドケア(TIC)の環境づくりになっていくと思うんですが、私は個人的には一般精神の方ではトラウマ患者さんの治療で場合によっては催眠法をすることもある。統合失調症の患者と違い、トラウマのアプローチは100％合意がなければ侵襲的な治療になるので、選択をしないと。TIC自体も傷をどういうふうに取り扱うか。積極的にこうするようなアプローチをするときは患者さんの判断にゆだねる環境づくりをするところからTICであると個人的には解釈している。そうなると指定入院の入院環境はどうやっても強制的な入院治療をする場。構造自体がTICの環境づくりに限界があると思っています。であるとトラウマに対して、入院治療の場に居続けること、一日一日居続けること自体がトラウマ、TICの考えに基づけば一日一日が加害になってしまうのではないかと思う。そう考えるとトラウマの患者さんに関して言うと8に近い。傷を開けないまま生活することを患者さんが選択するならそれを尊重する。その選択を尊重して処遇終了することを多職種チーム（MDT）で協議していくような様子を対象者に見せることが、患者さんにとっては信頼できるMDTとして認識していただくようになるのではと思う。我々としてはいくらTICの環境づくりをしていかなければならないとはいえ、制度自体の作り方に限界があるということをみないといけないのではないか」<br><br>（5への反論）トラウマインフォームドケアの視点から見たとき、確かに強制性という枠組みから見ると再加害になるという視点は重要で配慮しないといけないと思うんですが、実際にスタッフを見ていくと作業療法とか心理療法とか生活の細かい支援とか、そういった強制的な枠組みの中で依存と反発を繰り返すところを丁寧に見ていって、いわゆる信頼関係をスタッフと作る中ではじめてトラウマ体験に対してポジティブな体験をして回復につながっていくな、という印象を受けていて、一概にこの環境はダメだとは言いきれずに考えています。」 |

表8　処遇終了基準に関する検討会　論点2）処遇終了のプロセスを考えるべき

| | |
|---|---|
| 1 | 「こちらがこれ以上厳しいという諦める処遇終了は最小化したほうが良いと思う。諦める方の処遇終了に関してはハードルを設けたほうが良い。治せる施設に移す、ブロック会議の中で少なくとも諦める方の処遇終了に関しては許可をもらう。諦めてしまって他の目が入らない処遇終了を減らさなきゃならないという気がしました」 |
| 2 | 「転院の部分です。自分たちがバンザイになった時は転院できるのは大事。」「重い人を診ようとして行くと、重い人の回復は薬もいいけど薬じゃない前提なんですよ。薬もいるけどその人とつながることができるか。本当にわずかな信頼を重ねることができるか。いったん一時的に診て次に戻したらいいか、ということになりにくい。重い人をいったん受けて、重い人が回復に向かうのをやりきるのを診ていくと、重い人を診るところには重い人が増えていく。するとどこかで、ダムが決壊するということがあちこちで起きるかもしれない。そのことはなかなか難しい。転院をもっと自由にするにはどう準備をすればいいか。ちょっとよそで1回診てもらうということをするにはどうしたらいいか。流動化をする方法をもう少し具体化することができると双方良いんじゃないか。非常に苦しくなっている病院においても、患者さん自身も回復する場所をどこかで見つける。そんなことを実現するには何がいるんだろう。」 |
| 3 | 「処遇終了は将来的にもゼロにならないと思う。だけどそれを安易な形にしないことが大事で、そのためのプロセスは必要だろう。」「チームを一つのチームだけで引っ張らないとか、病棟もそのチームだけでやらせないとか。一つの医療機関だけでやらないように、転院であるとか転院のブロック会議とかもありますが、制度的に、壁屋が発表してくれた4つのディメンションがある中で、左下（平均在院日数短期・処遇終了率低群）の優等生的な施設が合議するときに課題となる施設に入ってもらって、出すか出さないかよりも、どういう方法があるのか、そういう建設的な意見を出しながら、それで対応してもどうしてもダメな場合というのは処遇終了有りなんじゃないか、あるいはどういうふうな対応の仕方ががあるんじゃないかというのが話し合えるといいんじゃないかと思います。」「処遇終了は決して良いわけではないが、どういう形でやっていくかということをどういう形でやっていくかということを、こういう形でずっと継続的に話し合っていく、議題にしていくこと、より減らしていく、治療技法も昔はクロザピン少なかったのが一般的になってきたように変わっていくわけですから、そういったところを継続して話し合っていければと思う」 |
| 4 | 「全体聴いていて思ったんですけど、あくまでも今回は研究班ということで考えたんですけど、処遇終了基準を決めるのか、処遇終了判断のプロセスを考えるのか。自分としてはプロセスを考える方が現実的じゃないかと思っています。決めていくときにどういった手順を踏まえないといけないかとか、さっき議論出ていたブロック会議の中で、客観的な意見の中で処遇終了の申し立てをするかしないか、ある程度外の医療機関と検討していいという感じがしました」「共通性に注目して一般的なルール作りをするのか、個別性に注目して個別的な検討プロセスをどうするのか、方向性が必要じゃないかと思います。」「近くに力強い指定通院医療機関があると処遇終了せずにするという気がしています。指定入院医療機関と指定通院医療機関の、特に指定通院医療機関による地域ケアの能力とかそういったもので処遇終了基準が変わってくるという視点を何らかの形で盛り込めないか」 |

表9　処遇終了基準に関する検討会　論点3）第三者の意見を入れる仕組みが必要

| | |
|---|---|
| 1 | 「医療観察法は裁判所も関わる、鑑定でも必要だと言われて、厳然たる事実が重なってきて入ってきている。われわれ医療者が勝手に判断すべきものではない。治療抵抗性が問題になる方と言うと、指定通で集団適応が良くないと指定通に行けないとか。ある意味通院処遇のモデルになる、医療の完成度を高める話になるんですけど、そういうふうになっていかないと通院医療にならないというのは当てはめだと思う。医療観察法は我々多職種チームが個別性を高めるために、毎日精進をしていけるかが使命だと思っている。個別性を考えていくと、治療反応性に問題がある方を考えるときに、どれを診るべきかというよりどれを諦めるべきかと考えた方が良いというのが私の意見。諦め方を考えるときに医療者が判断するというところをどういう風に考えるかですけど、通常裁判所に申し立てをすると裁判官や審判員は指定入院医療機関の意見に引っ張られるということはどうしてもある。村杉先生に示して頂いた図のように、手続き、第三者の意見を入れられるような仕組み、手続きを考えるのが妥当ではないかと思います。治療反応性に問題がある方の第三者の意見を入れる仕組みづくりをぜひ考えたい。」 |

指定通：指定通院医療機関

表10　処遇終了基準に関する検討会　論点4）治療技術・支援体制の向上

| | |
|---|---|
| 1 | （再掲）「医療観察法は我々多職種チームが個別性を高めるために、毎日精進をしていけるかが使命だと思っている」 |
| 2 | 「処遇終了がファストパスみたいな感じになっちゃった。この人何ともならないし、処遇終了という札を出せば裁判所も認めてくれるから退院になるんじゃないかという話が、だんだん、当初は本当に困っていたが、だんだんハードルが下がっていって、これは難しいんじゃないかというのがいろんなところから出てくると、治療的な能力が落ちるということが非常に危惧がされました」 |
| 3 | （再掲）「治療技法も昔はクロザピン少なかったのが一般的になってきたように変わっていくわけですから、そういったところを継続して話し合っていければと思う」 |
| 4 | 「処遇終了に対しては根性論みたいに頑張るという感じではなく、ある程度今までの医療の中でできなかったケースを積極的に診て新しいアプローチすることで、治療技術の向上とかもあって、わずかではあるかもしれませんがこの20年間で対象とするケースが増えてきたり、新しい方向が出てきたように思います。あと医療機関一つだとどうしてもその中で限られた医療の可能性があるわけですけど、（中略）ブロック会議、指定通院医療機関に入ってもらってもいいが、医療機関の連合体としての治療能力とか、そういったものをもっと活用していくような方向も確かに良いと思う」 |

令和７年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））
医療観察法における円滑な社会復帰を促進するための
連携等の方策を推進するための研究
「指定入院医療機関の機能改善とクリティカルパスに関する研究」
（壁屋分担班）研究協力報告書

# クリティカルパスの利用促進、実態調査、効果検証

研究協力者　村杉 謙次　　国立病院機構小諸高原病院

**研究要旨：**

本研究は、令和５年度から令和６年度にかけて作成した医療観察法クリティカルパスの普及と効果検証を行うことを主目的とする。

令和７年度の本研究においては、普及方法の柱として、「教育と研修」「具体的な活用例の提示」「ツールの配布」「メリットの明確化」「実践サポート」の５項目を挙げ、各項目を念頭に置いた２度の研修会を開催し、研修終了後に研修内容やクリティカルパスに関するアンケート調査も実施した。また効果検証の方法として、実際にクリティカルパスを試行した担当多職種チーム（以下、MDT）や医療観察法入院対象者（以下、対象者）の評価に基づく判定を検討し、調査票を作成した。その結果、以下の結論が得られた。

- クリティカルパス研修と MDT 研修という形式の違う２つの研修に対する評価を通し、クリティカルパス研修が、クリティカルパスの普及という観点で、より有用である可能性が示唆された。
- クリティカルパス研修が有用性を示した要因としては、クリティカルパスに特化した自由参加型の集合形式の研修であり、普及方法の５つの柱である「教育と研修」「具体的な活用例の提示」「ツールの配布」「メリットの明確化」「実践サポート」の全ての要素を満たした構成であることが考えられた。
- クリティカルパスの効果検証を行うには、研究協力施設数の増加が不可欠となり、クリティカルパスが指定入院医療機関の課題である均てん化や入院期間の短縮、処遇終了率の低下を目指す上での一助となる可能性を示していくことが、研究協力施設数の増加につながるものと考えられる。
- クリティカルパス研修方式の研修を開催し、その中で指定通院医療機関の課題解消に向けた一助としてのクリティカルパスの有用性を示すと共に、実践サポートの方法として、クリティカルパス導入施設に対するフォローアップ体制について検討していく。
- クリティカルパスの普及並びに研究協力施設数の増加を促進するためにも、今後改定が見込まれるガイドラインへの医療観察法クリティカルパスの収載を目指していく必要がある。

研究協力者（順不同、敬称略）
壁屋康洋　国立病院機構榊原病院

竹田康二　国立精神・神経医療研究センター病院

鈴木敬生　同上
津田哲也　同上
塚田浩行　同上
山元直道　同上
鬼塚俊明　国立病院機構榊原病院
髙野真弘　同上
中辻望来　同上
浅野琴美　同上
田本　満　同上
久保彩子　国立病院機構琉球病院
前上里泰史　同上
山城琢也　同上
賀古勇輝　北海道大学病院附属司法精神医療センター
福澤宏之　同上
高張陽子　同上
國田幸治　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
小川太郎　国立病院機構小諸高原病院
若林可織　同上
矢島秀晃　同上
宮沢泰裕　同上
堀内泉辞　同上
藤野健一　同上

## A．研究目的

「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（以下、医療観察法)」が施行され、20年が経過した。医療観察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、他の疾患や類型に対する治療や処遇は示されていない現状や、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ことを踏まえ、令和5年度・6年度の「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」研究において、医療観察法クリティカルパスを作成した。

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（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。

令和7年度の本研究は、医療観察法クリティカルパスの普及と効果検証を行うことを主目的に実施する。

## B．研究方法

### 1) 普及方法

「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ならびに重複障害コ・パス案については、研究報告書への掲載や各種研修会・学会での告知という方法で浸透を図ったものの、十分に各指定入院医療機関に普及させることができなかった。そこで令和7年度の本研

究においては、以前のクリティカルパスの普及において不足していたと考えられる「教育と研修」「具体的な活用例の提示」「ツールの配布」「メリットの明確化」「実践サポート」を普及方針の柱として設定した。そして、これらの方針に則った研修の場として、医療観察法クリティカルパス研修（以下、クリティカルパス研修）を計画し開催した。また例年開催される医療観察法 MDT 研修（以下、MDT 研修）内でも、医療観察法クリティカルパスに関る講義とグループワークのセッションを設定した。さらに、クリティカルパス研修ならびに MDT 研修の参加者全員に医療観察法クリティカルパスを配布した。

### 2）効果検証

クリティカルパス研修に参加した 26 施設を対象に、「1.クリティカルパスを試行することが可能であり、対象者・MDT に対するアンケートにも回答することが可能」「2.クリティカルパスを試行することは可能であるが、対象者・MDT に対するアンケートに回答することは困難」「3.クリティカルパスを試行することは困難であるが、対象者・MDT に対するアンケートには回答することが可能」のいずれかの形での、本研究への協力依頼を行った。

クリティカルパスを試行した対象者・MDT の評価に基づく検証方法を検討し、対象者向けには共同意思決定度（以下、SDM-Q-9）と治療同盟尺度（以下、WAI）の内容に即したアンケート調査（図 1）を、MDT 向けには医療観察法クリティカルパスの使用感に関するアンケート調査（図 2）を検討し、調査票を作成した。また壁屋班の指定入院医療機関の機能改善研究として、各指定入院医療機関ならびに所属する職員を対象として収集する平均在院日数と日本語版精神科多職種チーム医療アセスメントツール（以下、CPAT-J）の評点を、調査票の結果と共にクリティカルパス試行施設および非試行施設とで比較することとした。

### （倫理面への配慮）

本研究は研究分担者が所属している国立病院機構榊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 2024-10）。

## C．研究結果

### 1）クリティカルパス研修

令和 7 年 7 月 5 日に、集合形式で以下の内容で開催した。

- 医療観察法クリティカルパスの概要説明
- 共通クリティカルパス、疾患別コ・パスの具体的な運用説明
- クリティカルパスの病棟への展開方法の説明
- クリティカルパス運用シミュレーション（実際にクリティカルパスを操作、参照しながらの個別ワーク）

研修参加施設数は 26 施設で、参加者数は 66 名であった。研修終了後に各参加者に研修の満足度や各クリティカルパスの使用感、クリティカルパス使用により期待できる効果、臨床業務の中での使用可能性に関するアンケート調査を実施し、61 名の参加者より回答を得た（回収率 92.4%）。参加者のうち過半数の 33 名（54%）が医療観察法病棟の経験年数が 5 年以下であったが、経験年数が 10 年以上の職員も 17 名（28%）参加していた（図 3）。

研修の満足度は 7 件法で平均 4.8 点と高く（図 4）、クリティカルパス使用により期待できる効果については、複数回答可の選択式で調査を行い、「指定入院医療機関の均てん化への期待」が最多（54 名：88.5%）で

あり、次いで「治療状況の共有と確認」(53名:86.9%)、「スタッフ教育」(51名:83.6%)の順に期待が寄せられた（図5)。

臨床業務の中での使用可能性については、「取り入れたいが時間を要する」が最多（22名：36%）であり、次いで「MDTごとに実施可能な事例もある」(16名：30%)、「病棟として実施可能」(16名：26%）となっており、「使用は困難」との回答は0名であった（図6)。

各クリティカルパスの使いやすさと有用性については、7件法による評価を実施し、全て平均4点以上の概ね肯定的な評価が得られた（図7～図13)。

研修やクリティカルパスに対する自由記載では23名（回答者の38%）から、以下のような意見が得られた。

・視覚化・可視化の有用性
・ロードマップとしての対象者との共有
・導入には前向きであるが、使用開始までの困難の予想
・クリティカルパスを使用する側の均てん化への意識の必要性

**2）MDT研修**

令和7年10月3日に「MDTの連動の評価とクリティカルパス」とのテーマで、Webによる配信形式で開催され、研修の一部として、医療観察法クリティカルパスの概要や使用方法に関する講義と、入院複雑事例に対し、クリティカルパスの使用を推奨した形でのグループワークを実施した。研修参加施設数は31施設であり、参加者数は131名であった。研修終了後のアンケート調査の一部で、医療観察法クリティカルパスの使用感に関する調査を実施した。評価方法は、クリティカルパス研修後のアンケート調査と同様に、各クリティカルパスの使いやすさと有用性に関する7段階評価を行った。

アンケート調査への回答者は、129名（回収率98.5%）であり、そのうち98名（76%）が医療観察法病棟の経験年数が5年以下であった（図3)。各クリティカルパスの使いやすさ・有用性については、3点台後半～4点台前半の評価が得られ、クリティカルパス研修後のアンケート調査と比較し、総じてやや低い評価となった（図7～図13)。

クリティカルパスに対する自由記載では、10名（回答者の8%）から以下のような意見が得られた。

・日々の業務やクリティカルパスの見直しにおける活用
・使用方法に関する理解が向上
・入院期間の短縮や指定入院医療機関の均てん化を念頭に置いたクリティカルパスの使用の必要性

**3）クリティカルパスの効果検証**

クリティカルパス研修やMDT研修を通し、クリティカルパスの試行研究への協力依頼を行い、「1.クリティカルパスを試行することが可能であり、対象者・MDTに対するアンケートにも回答することが可能」な施設が7施設、「2.クリティカルパスを試行することは可能であるが、対象者・MDTに対するアンケートに回答することは困難」な施設が4施設、「3.クリティカルパスを試行することは困難であるが、対象者・MDTに対するアンケートには回答することが可能」な施設が5施設との回答が得られた。

令和9年度に、前述した調査票と平均在院日数、CPAT-Jによる評価を行い、医療観察法クリティカルパスの修正を行うと共に、クリティカルパス試行施設および非試行施設との間で、病棟機能に関する比較・検討を行う予定である。

## D．考察

**1）クリティカルパスの普及について**

研修後のアンケート調査の結果からは、総じてクリティカルパスの使用感や有用性、研修の内容に関し、クリティカルパス研修の方がMDT研修会よりも肯定的な評価が得られた。その背景としては、クリティカルパス研修がクリティカルパスに特化した自由参加の研修であり、クリティカルパスへの関心度が高いスタッフの参加率が高かったことが要因として考えられる。またクリティカルパス研修が、普及方法の5つの柱である「教育と研修」「具体的な活用例の提示」「ツールの配布」「メリットの明確化」「実践サポート」の全ての要素を満たした構成であり、一方でMDT研修が「教育と研修」「ツールの配布」の2つの要素のみを満たす構成となっていることも評価の差異として表れているものと考えられる。その他、クリティカルパス研修が集合形式であるのに対しMDT研修はWeb形式であることや、クリティカルパス研修参加者の方が医療観察法病棟経験年数が長い傾向にあり、臨床現場におけるクリティカルパスの有用性についてより考える機会が多い状況にあることも評価の差異に影響している可能性も考えられる。

少なくとも普及という観点からは、いかにクリティカルパス使用に関する動機づけの高いスタッフを巻き込み、病棟にフィードバックしていただくかが重要であると考えられるため、今後も「クリティカルパス研修」方式の研修を開催していく必要がある。

令和8年度は関連職種研修会において、クリティカルパス研修の時間を設けると共に、「実践サポート」として、パス導入（予定）施設に対する導入支援やフォローアップ体制について検討していく。

**2）クリティカルパスの効果検証について**

クリティカルパスの効果検証を行う上で、研究協力施設数の増加が不可欠となる。指定入院医療機関の均てん化や入院期間の短縮、処遇終了率の低下等、指定入院医療機関に求められている課題について改めて共有するとともに、それらの課題に取り組む一助としてクリティカルパスが有用となる可能性を繰り返し示していくことが、研究協力施設数の増加につながるものと考えられる。また今後改定が見込まれるガイドラインに医療観察法クリティカルパスが収載される見込みとすることも、クリティカルパスの普及並びに研究協力に向けた動きを促進する大きな要因になるものと考えられる。

## E．結論

令和7年度の本研究においては、令和5年度・6年度に作成した医療観察法クリティカルパスの普及に向けた取り組みを行うと共に、医療観察法クリティカルパスの効果検証に関する検討も行った。その結果、以下の結論が得られた。

- クリティカルパス研修とMDT研修という形式の違う2つの研修に対する評価を通し、クリティカルパス研修が、クリティカルパスの普及という観点で、より有用である可能性が示唆された。
- クリティカルパス研修が有用性を示した要因としては、クリティカルパスに特化した自由参加の集合形式の研修であり、クリティカルパスへの関心度が高いスタッフの参加率が高かったことが考えられる。
- またクリティカルパス研修が、普及方法の5つの柱である「教育と研修」「具体的な活用例の提示」「ツールの配布」「メリットの明確化」「実践サポート」の全ての要素を満たした構成であることも要

因として考えられる。

・クリティカルパスの効果検証を行うには、研究協力施設数の増加が不可欠となり、クリティカルパスが指定入院医療機関の課題である均てん化や入院期間の短縮、処遇終了率の低下を目指していく上での一助となる可能性を示していくことが、研究協力施設数の増加につながるものと考えられる。

これらの結論をもとに、以下の方針が策定された。

・今後もクリティカルパス研修方式の研修を開催し、その中で指定入院医療機関の課題解消に向けた一助としてのクリティカルパスの有用性も示していく。
・実践サポートの方法として、パス導入（予定）施設に対する導入支援やフォローアップ体制について検討していく。
・クリティカルパスの普及並びに研究協力施設数の増加を促進するためにも、今後改定が見込まれるガイドラインへの医療観察法クリティカルパスの収載に向けて継続して働きかけていく。

## F．健康危険情報

なし

## G．研究発表

### 1．論文発表

なし

### 2．学会発表

なし

## H．知的財産権の出願・登録状況

### 1．特許取得

なし

### 2．実用新案登録

なし

### 3．その他

なし

## I．謝辞

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

## 参考文献

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

図1 調査票（対象者向けアンケート）

## 対象者向けアンケート

医療観察法病棟での入院治療を振り返り、主観で構いませんので、以下の質問において、当てはまる数字に○をつけてください。

**【目標の一致】**

●私は、医師またはMDTとの面接（以下、面接）の効果について、心配している。
1.全くない　2.めったにない　3.時々しかない　4.時にはある　5.しばしばある
6.たいていいつも、またはとてもそうだ　　7.いつも、または完全にそうだ

●面接で行っていることは、私に新しい見方を提供してくれる。
1.全くない　2.めったにない　3.時々しかない　4.時にはある　5.しばしばある
6.たいていいつも、またはとてもそうだ　　7.いつも、または完全にそうだ

●医師またはMDTは私が達成すべき目標を正確にとらえている。
1.全くない　2.めったにない　3.時々しかない　4.時にはある　5.しばしばある
6.たいていいつも、またはとてもそうだ　　7.いつも、または完全にそうだ

●面接の目的をはっきりさせることができたらと思う。
1.全くない　2.めったにない　3.時々しかない　4.時にはある　5.しばしばある
6.たいていいつも、またはとてもそうだ　　7.いつも、または完全にそうだ

●面接での目標は私にとって、重要である。
1.全くない　2.めったにない　3.時々しかない　4.時にはある　5.しばしばある
6.たいていいつも、またはとてもそうだ　　7.いつも、または完全にそうだ

●面接でしていることは、私の変えたいと思っている目標に達成する助けとなると感じる。
1.全くない　2.めったにない　3.時々しかない　4.時にはある　5.しばしばある
6.たいていいつも、またはとてもそうだ　　7.いつも、または完全にそうだ

●医師またはMDTと私は、お互いに合意した目標に向かって面接をしている。
1.全くない　2.めったにない　3.時々しかない　4.時にはある　5.しばしばある
6.たいていいつも、またはとてもそうだ　　7.いつも、または完全にそうだ

●面接を通して、自分がどのように変わることができるか、よりはっきりしてきた。
1.全くない　2.めったにない　3.時々しかない　4.時にはある　5.しばしばある
6.たいていいつも、またはとてもそうだ　　7.いつも、または完全にそうだ

●医師またはMDTと私は、私の問題について異なった考えをもっている。
1.全くない　2.めったにない　3.時々しかない　4.時にはある　5.しばしばある
6.たいていいつも、またはとてもそうだ　　7.いつも、または完全にそうだ

●医師またはMDTと私は、この面接での目標を協力して設定した。
1.全くない　2.めったにない　3.時々しかない　4.時にはある　5.しばしばある
6.たいていいつも、またはとてもそうだ　　7.いつも、または完全にそうだ

●私にとっていい変化は何か、私たちはよく理解するようになった。
1.全くない　2.めったにない　3.時々しかない　4.時にはある　5.しばしばある
6.たいていいつも、またはとてもそうだ　　7.いつも、または完全にそうだ

●この面接の結果がどのようになるのか、見当がつかない。
1.全くない　2.めったにない　3.時々しかない　4.時にはある　5.しばしばある
6.たいていいつも、またはとてもそうだ　　7.いつも、または完全にそうだ

図1 調査票（対象者向けアンケート）

**【課題の一致】**

●医師またはMDTと私は、私の状況を改善するために、面接で行うことについて合意している。
1.全くない　2.めったにない　3.時々しかない　4.時にはある　5.しばしばある
6.たいていいつも、またはとてもそうだ　　7.いつも、または完全にそうだ

●私は、面接でしていることに、当惑させられることがある。
1.全くない　2.めったにない　3.時々しかない　4.時にはある　5.しばしばある
6.たいていいつも、またはとてもそうだ　　7.いつも、または完全にそうだ

●面接から私が得るべきものについて、医師またはMDTと私は意見が違う。
1.全くない　2.めったにない　3.時々しかない　4.時にはある　5.しばしばある
6.たいていいつも、またはとてもそうだ　　7.いつも、または完全にそうだ

●医師またはMDTと私の時間の使い方は効果的でないように思う。
1.全くない　2.めったにない　3.時々しかない　4.時にはある　5.しばしばある
6.たいていいつも、またはとてもそうだ　　7.いつも、または完全にそうだ

●医師またはMDTは、私が面接でしようとしていることを理解していないと思う。
1.全くない　2.めったにない　3.時々しかない　4.時にはある　5.しばしばある
6.たいていいつも、またはとてもそうだ　　7.いつも、または完全にそうだ

●私は、面接での私の責任を理解している。
1.全くない　2.めったにない　3.時々しかない　4.時にはある　5.しばしばある
6.たいていいつも、またはとてもそうだ　　7.いつも、または完全にそうだ

●面接でしていることは、私の関心事と、関係ないように思う。
1.全くない　2.めったにない　3.時々しかない　4.時にはある　5.しばしばある
6.たいていいつも、またはとてもそうだ　　7.いつも、または完全にそうだ

●医師またはMDTが私に面接中に何をしてほしいか、はっきりわかる。
1.全くない　2.めったにない　3.時々しかない　4.時にはある5.しばしばある
6.たいていいつも、またはとてもそうだ　　7.いつも、または完全にそうだ

●私にとって、面接でするべきことについて、私たちは合意している。
1.全くない　2.めったにない　3.時々しかない　4.時にはある5.しばしばある
6.たいていいつも、またはとてもそうだ　　7.いつも、または完全にそうだ

●私は、この面接に対して、不満を感じている。
1.全くない　2.めったにない　3.時々しかない　4.時にはある5.しばしばある
6.たいていいつも、またはとてもそうだ　　7.いつも、または完全にそうだ

●医師またはMDTが私にするようにすすめることは、よくわからない。
1.全くない　2.めったにない　3.時々しかない　4.時にはある　5.しばしばある
6.たいていいつも、またはとてもそうだ　　7.いつも、または完全にそうだ

●私の問題について今行っているやり方は、あっていると思う。
1.全くない　2.めったにない　3.時々しかない　4.時にはある　5.しばしばある
6.たいていいつも、またはとてもそうだ　　7.いつも、または完全にそうだ

図1 調査票（対象者向けアンケート）

**【情緒的絆】**

●医師またはMDTといると居心地が悪い。
1.全くない　2.めったにない　3.時々しかない　4.時にはある　5.しばしばある
6.たいていいつも、またはとてもそうだ　　7.いつも、または完全にそうだ

●医師またはMDTと私は、お互いを理解している。
1.全くない　2.めったにない　3.時々しかない　4.時にはある　5.しばしばある
6.たいていいつも、またはとてもそうだ　　7.いつも、または完全にそうだ

●医師またはMDTは私のことを好いていてくれていると思う。
1.全くない　2.めったにない　3.時々しかない　4.時にはある　5.しばしばある
6.たいていいつも、またはとてもそうだ　　7.いつも、または完全にそうだ

●医師またはMDTは私の幸せを本当に心配してくれている。
1.全くない　2.めったにない　3.時々しかない　4.時にはある　5.しばしばある
6.たいていいつも、またはとてもそうだ　　7.いつも、または完全にそうだ

●医師またはMDTと私は、お互いに敬意を払っている。
1.全くない　2.めったにない　3.時々しかない　4.時にはある　5.しばしばある
6.たいていいつも、またはとてもそうだ　　7.いつも、または完全にそうだ

●医師またはMDTは私に対する気持ちに、完全には正直でないと感じる。
1.全くない　2.めったにない　3.時々しかない　4.時にはある　5.しばしばある
6.たいていいつも、またはとてもそうだ　　7.いつも、または完全にそうだ

●医師またはMDTは私を助けてくれる能力をもっていると確信している。
1.全くない　2.めったにない　3.時々しかない　4.時にはある　5.しばしばある
6.たいていいつも、またはとてもそうだ　　7.いつも、または完全にそうだ

●医師またはMDTは私のことを、高く評価していると感じる。
1.全くない　2.めったにない　3.時々しかない　4.時にはある　5.しばしばある
6.たいていいつも、またはとてもそうだ　　7.いつも、または完全にそうだ

●医師またはMDTと私は、お互いを信頼している。
1.全くない　2.めったにない　3.時々しかない　4.時にはある　5.しばしばある
6.たいていいつも、またはとてもそうだ　　7.いつも、または完全にそうだ

●医師またはMDTとの関係は、私にとってとても大切である。
1.全くない　2.めったにない　3.時々しかない　4.時にはある　5.しばしばある
6.たいていいつも、またはとてもそうだ　　7.いつも、または完全にそうだ

●私が間違ったことを言ったりしたりしたら、医師またはMDTは私との面接をやめるような気がする。
1.全くない　2.めったにない　3.時々しかない　4.時にはある　5.しばしばある
6.たいていいつも、またはとてもそうだ　　7.いつも、または完全にそうだ

●医師またはMDTがいいと思わないことを、私がしても、医師またはMDTは私のことを心配してくると思う。
1.全くない　2.めったにない　3.時々しかない　4.時にはある　5.しばしばある
6.たいていいつも、またはとてもそうだ　　7.いつも、または完全にそうだ

図1 調査票（対象者向けアンケート）

**【共有決定度】**

●医師またはMDTは、治療に関して何らかの決定をしなければならない事があるということを明確に伝えてくれた。
1.全く当てはまらない 2.ほとんど当てはまらない 3.どちらかといえば当てはまらない
4.どちらかといえば当てはまる　5.おおむね当てはまる　6.よく当てはまる

●医師またはMDTは、私がどのように決定に関わりたいかを丁寧に確認をしてくれた。
1.全く当てはまらない 2.ほとんど当てはまらない 3.どちらかといえば当てはまらない
4.どちらかといえば当てはまる　5.おおむね当てはまる　6.よく当てはまる

●医師またはMDTは、今回の病状に対して様々な治療の選択肢があることを伝えてくれた。
1.全く当てはまらない 2.ほとんど当てはまらない 3.どちらかといえば当てはまらない
4.どちらかといえば当てはまる　5.おおむね当てはまる　6.よく当てはまる

●医師またはMDTは、それぞれの選択肢におけるメリット(利点)とデメリット(欠点)を明確に説明してくれた。
1.全く当てはまらない 2.ほとんど当てはまらない 3.どちらかといえば当てはまらない
4.どちらかといえば当てはまる　5.おおむね当てはまる　6.よく当てはまる

●医師またはMDTは、（説明された）すべての情報を理解できるように私をサポートしてくれた。
1.全く当てはまらない 2.ほとんど当てはまらない 3.どちらかといえば当てはまらない
4.どちらかといえば当てはまる　5.おおむね当てはまる　6.よく当てはまる

●医師またはMDTは、私が治療においてどの選択肢を希望するのか訊いてくれた。
1.全く当てはまらない 2.ほとんど当てはまらない 3.どちらかといえば当てはまらない
4.どちらかといえば当てはまる　5.おおむね当てはまる　6.よく当てはまる

●医師またはMDTと私は、それぞれの治療方法について徹底的に比較検討した。
1.全く当てはまらない 2.ほとんど当てはまらない 3.どちらかといえば当てはまらない
4.どちらかといえば当てはまる　5.おおむね当てはまる　6.よく当てはまる

●医師またはMDTと私は、一緒に治療上の選択肢を選んだ。
1.全く当てはまらない 2.ほとんど当てはまらない 3.どちらかといえば当てはまらない
4.どちらかといえば当てはまる　5.おおむね当てはまる　6.よく当てはまる

●医師またはMDTと私は、今後の治療の進め方について合意した。
1.全く当てはまらない 2.ほとんど当てはまらない 3.どちらかといえば当てはまらない
4.どちらかといえば当てはまる　5.おおむね当てはまる　6.よく当てはまる

ご協力、ありがとうございました。
記入漏れがないかご確認お願いいたします。

図2 調査票（MDT向けアンケート）

## パスの使用感に関するスタッフアンケート

施設名（　　）※施設名は試行施設と未試行施設の比較のために必要ですのでご記入ください。施設名は発表には用いません。

職種（　　）　　医療観察法病棟経験年数（　　年）

『クリティカルパス』を使用してどのように感じたか、主観で構いませんので以下の　質問にそれぞれ０～６の7段階でお答えください。

**【クリティカルパスの効果について】**

１．『クリティカルパス』は指定入院医療機関の均てん化に役立つ
　全く当てはまらない　０　１　２　３　４　５　６　非常に当てはまる

２．『クリティカルパス』はスタッフ教育に役立つ
　全く当てはまらない　０　１　２　３　４　５　６　非常に当てはまる

３．『クリティカルパス』は入院期間の短縮につながる
　全く当てはまらない　０　１　２　３　４　５　６　非常に当てはまる

４．『クリティカルパス』は治療状況の確認と共有に役立つ
　全く当てはまらない　０　１　２　３　４　５　６　非常に当てはまる

５．『クリティカルパス』は困難症例の検討に役立つ
　全く当てはまらない　０　１　２　３　４　５　６　非常に当てはまる

６．『クリティカルパス』を使用することで、多職種連携がスムーズになる
　全く当てはまらない　０　１　２　３　４　５　６　非常に当てはまる

**【クリティカルパスと治療プログラムの連動性】**

７．『クリティカルパス』を使用することで、入院治療の見通しが持てる
　全く当てはまらない　０　１　２　３　４　５　６　非常に当てはまる

８．『クリティカルパス』の各ステージで行うプログラムの内容は適当である
　全く当てはまらない　０　１　２　３　４　５　６　非常に当てはまる

９．『クリティカルパス』を使用することで、多職種間・プログラム間の連動性を意識できる
　全く当てはまらない　０　１　２　３　４　５　６　非常に当てはまる

**【クリティカルパスの活用について】**

１０．『クリティカルパス』を使用することで、対象者視点での治療を意識できる
全く当てはまらない　０　１　２　３　４　５　６　非常に当てはまる

１１．『クリティカルパス』を使用することで、CPA会議などで調整官との連携がスムーズになる
全く当てはまらない　０　１　２　３　４　５　６　非常に当てはまる

１２．『クリティカルパス』は家族や地域支援者への治療進捗の説明に役立つ
全く当てはまらない　０　１　２　３　４　５　６　非常に当てはまる

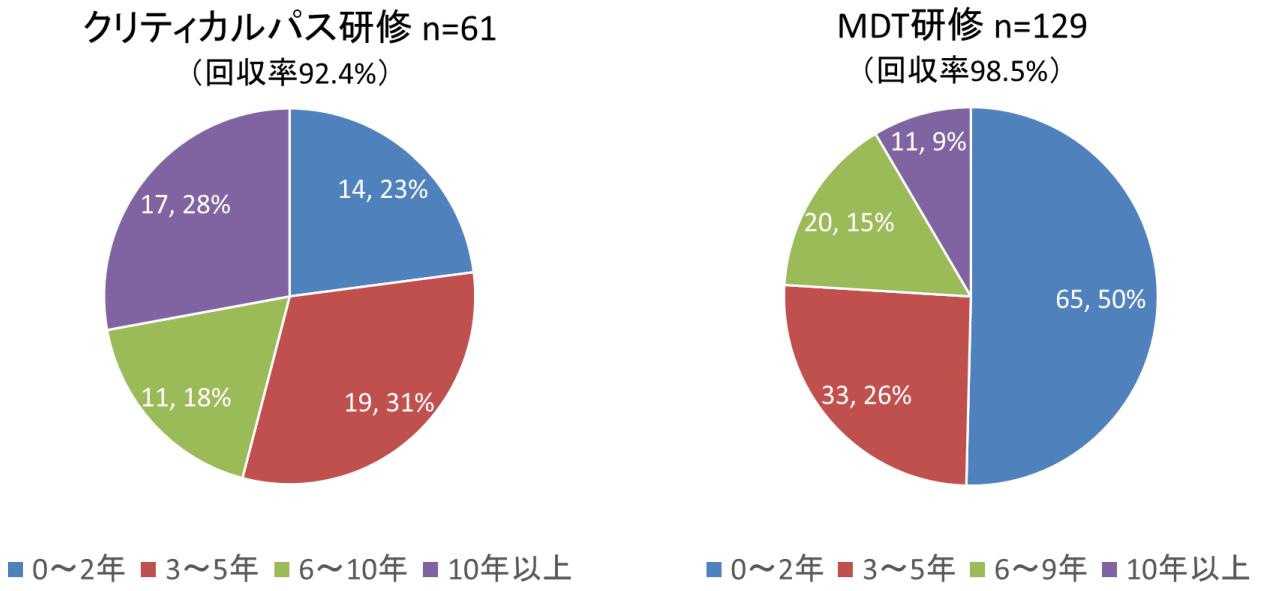
１３．『クリティカルパス』は入院継続や退院申し立ての判断材料に活用できる
全く当てはまらない　０　１　２　３　４　５　６　非常に当てはまる

１４．『クリティカルパス』は裁判所への提出書類の一部として活用できる
全く当てはまらない　０　１　２　３　４　５　６　非常に当てはまる

１５．共通パス、コ・パスそれぞれについて改善した方がよい点や使いにくかった点などございましたら　ご自由にご記入ください。

| |
|---|
| |

ご協力、ありがとうございました。
記入漏れがないかご確認お願いいたします。




MDT: Multidisciplinary Team

図3 研修参加者の医療観察法病棟経験年数

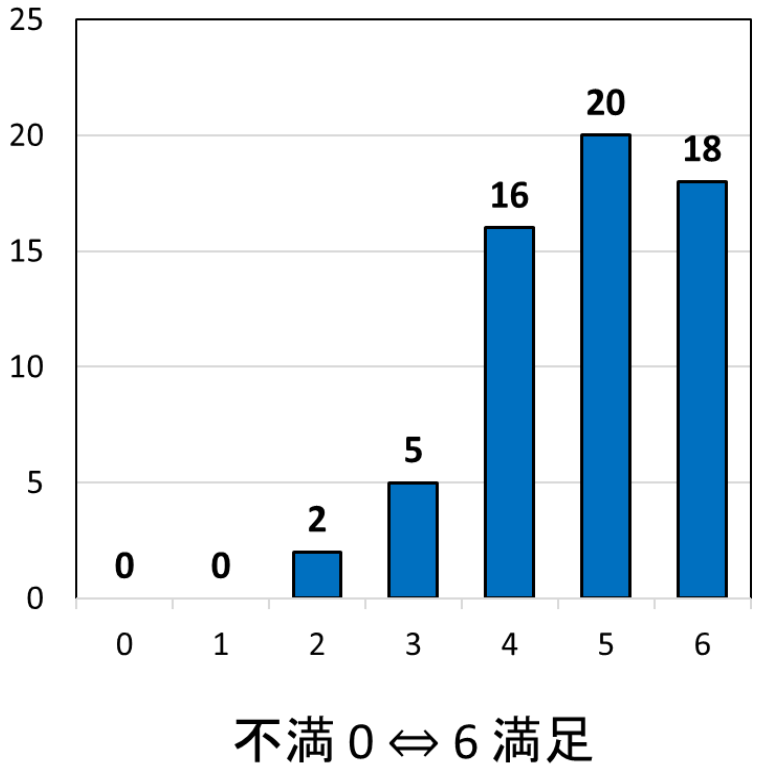



図4 クリティカルパス研修の満足度

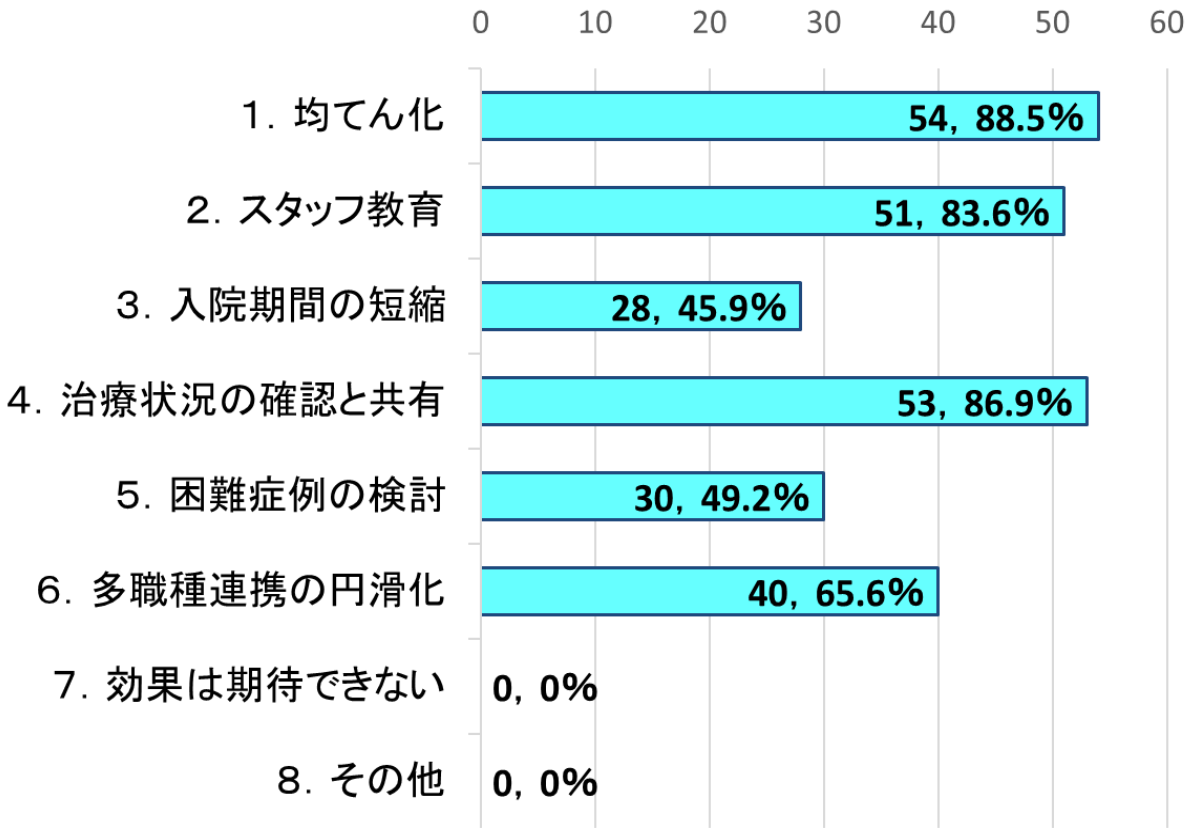
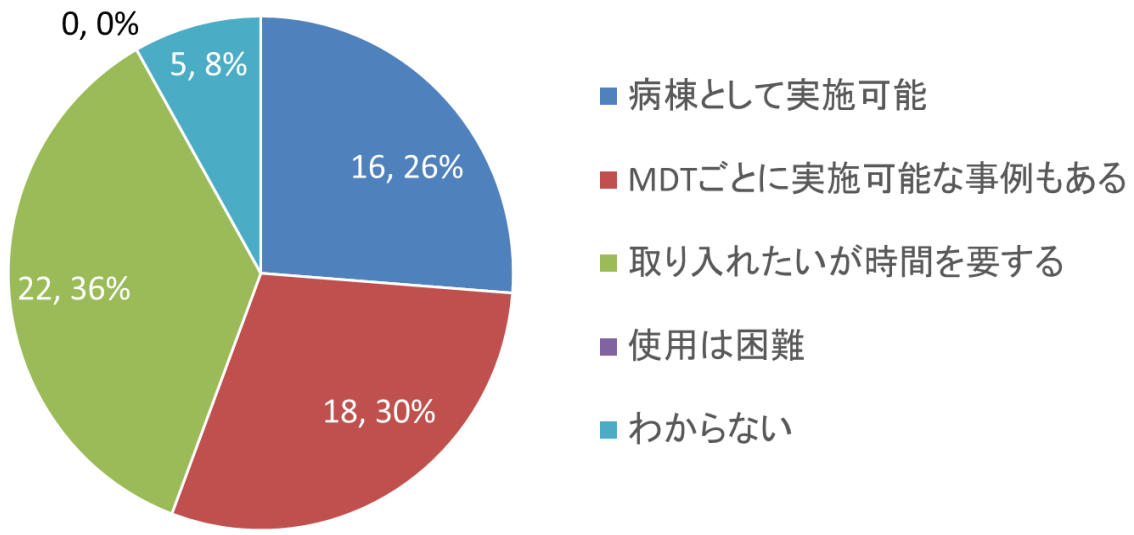
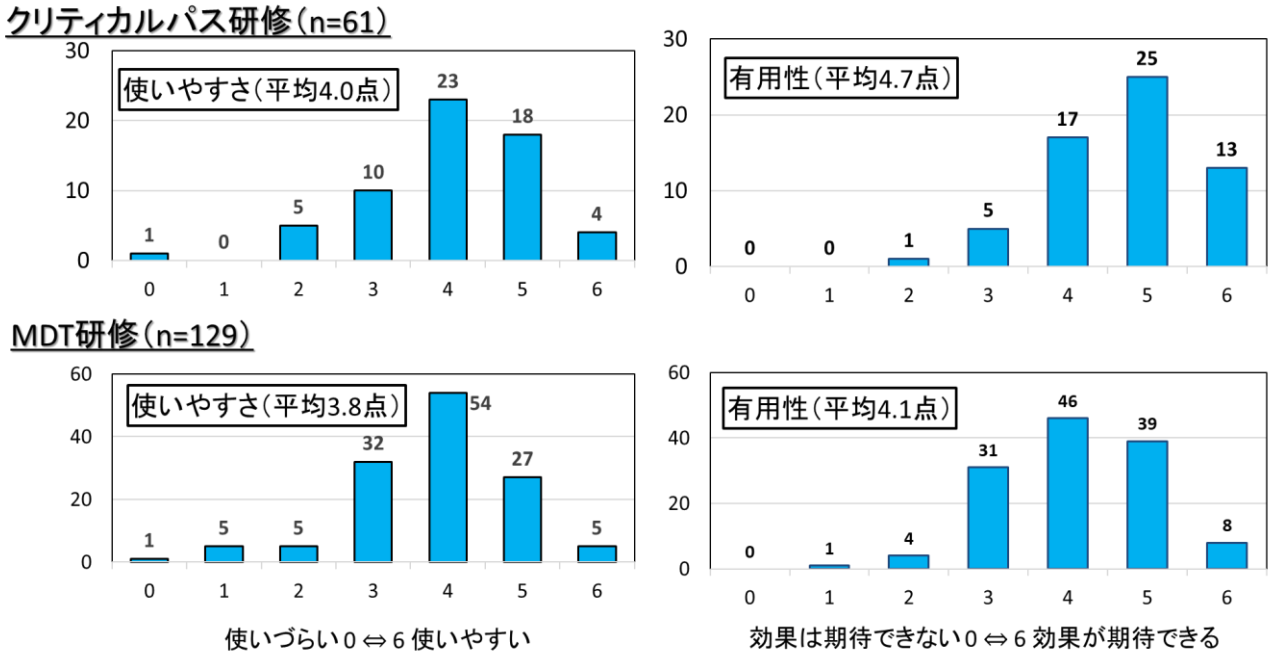



図5 クリティカルパス使用により期待できる効果



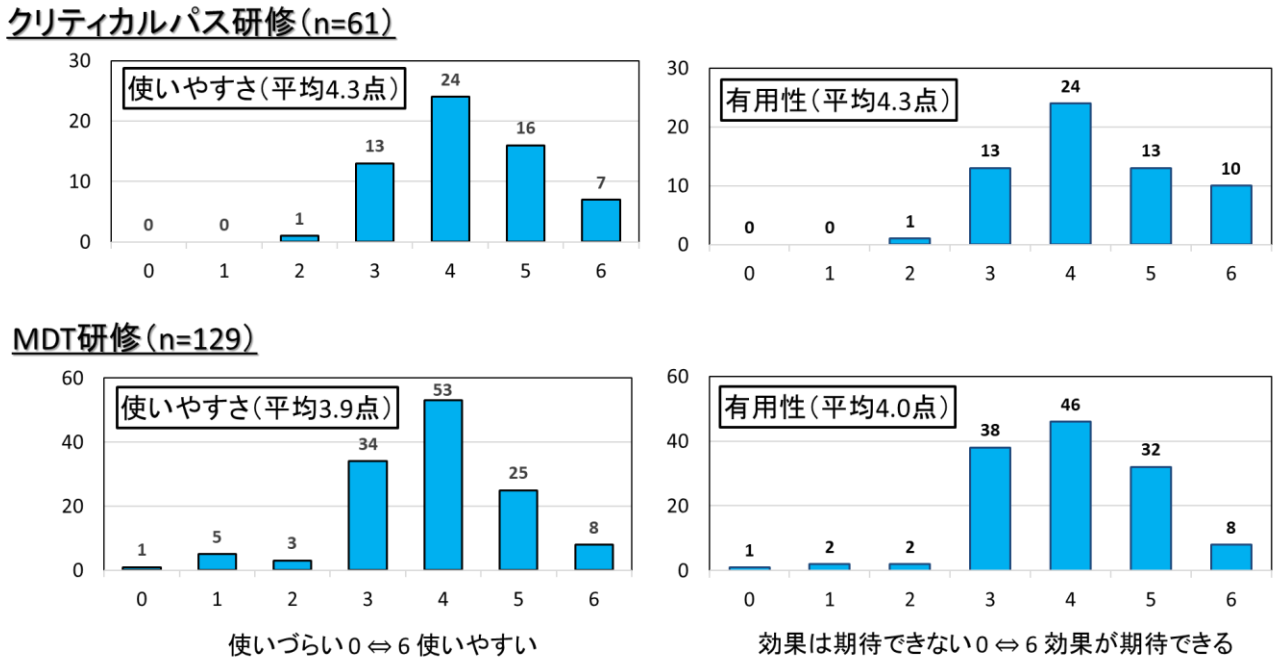

MDT: Multidisciplinary Team

図6 臨床業務の中での使用可能性



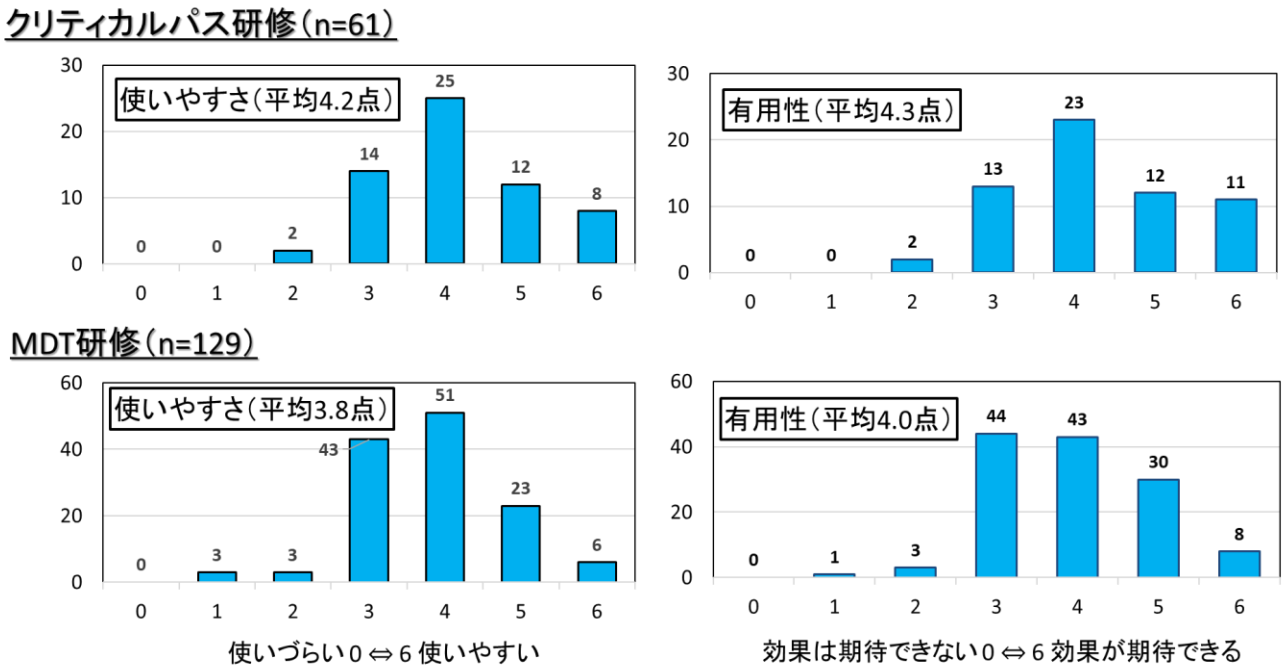

MDT: Multidisciplinary Team

図7 共通クリティカルパスの使用感（7件法）



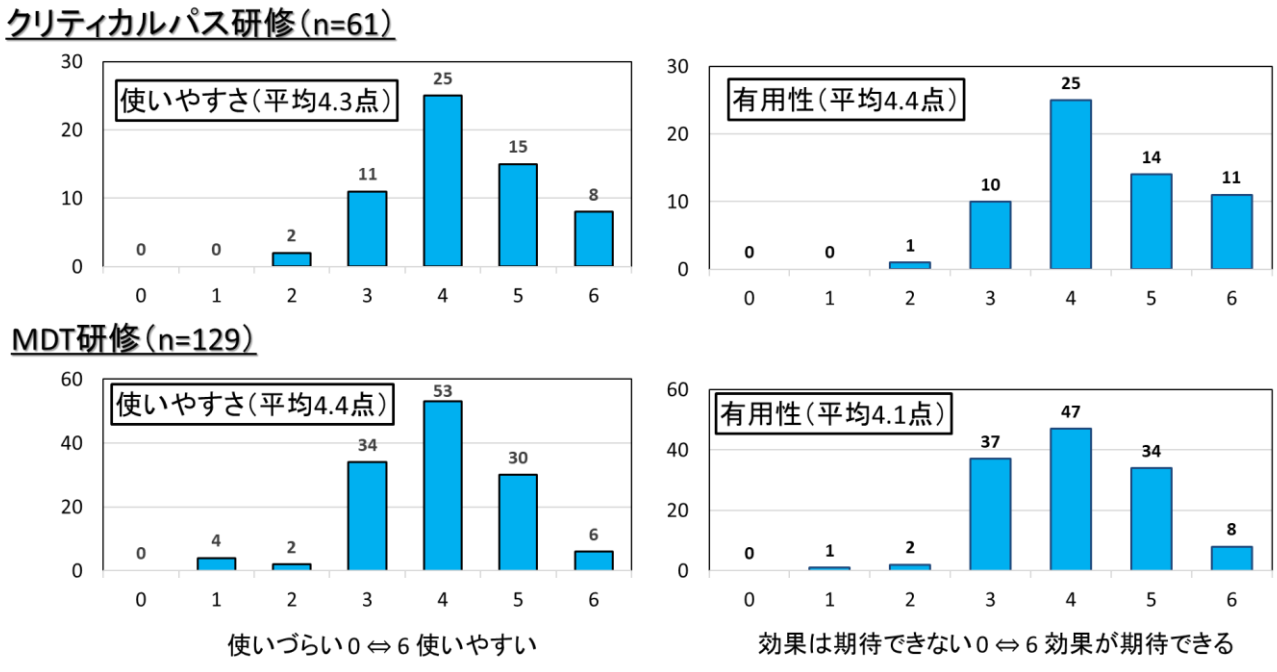

MDT: Multidisciplinary Team

図8 FOコ・パス（認知症群・高齢者）の使用感（7件法）



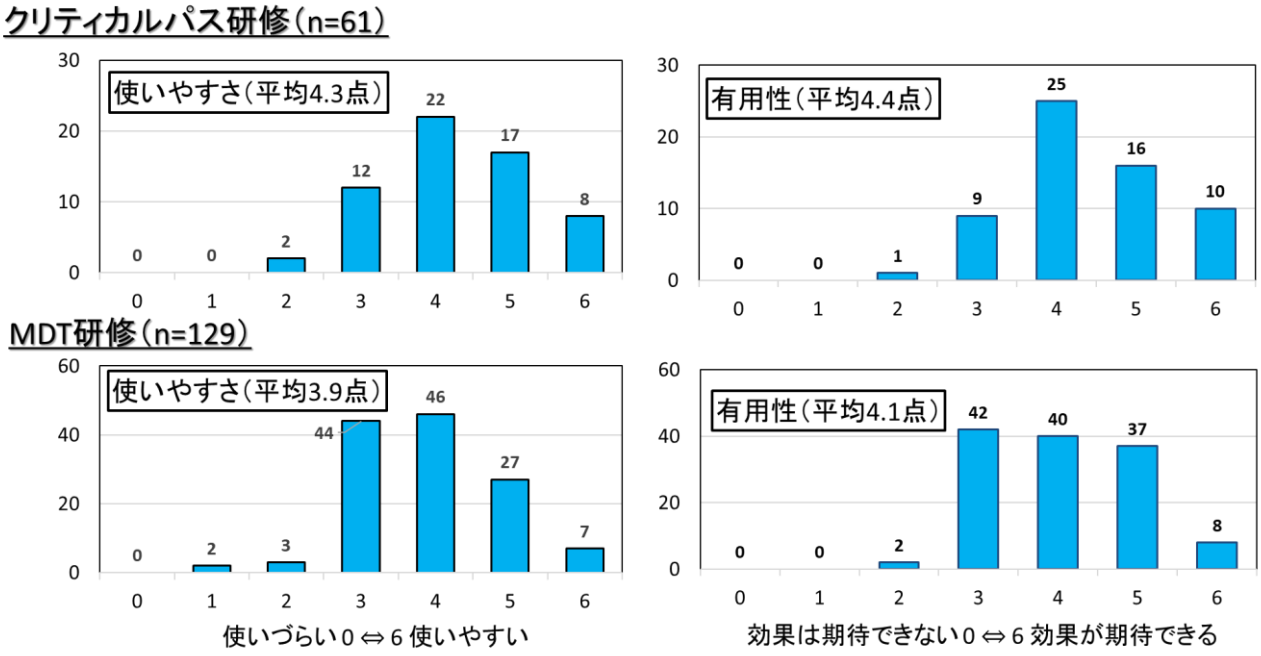

MDT: Multidisciplinary Team

図9 F0コ・パス（高次脳機能障害群・若年者）の使用感（7件法）



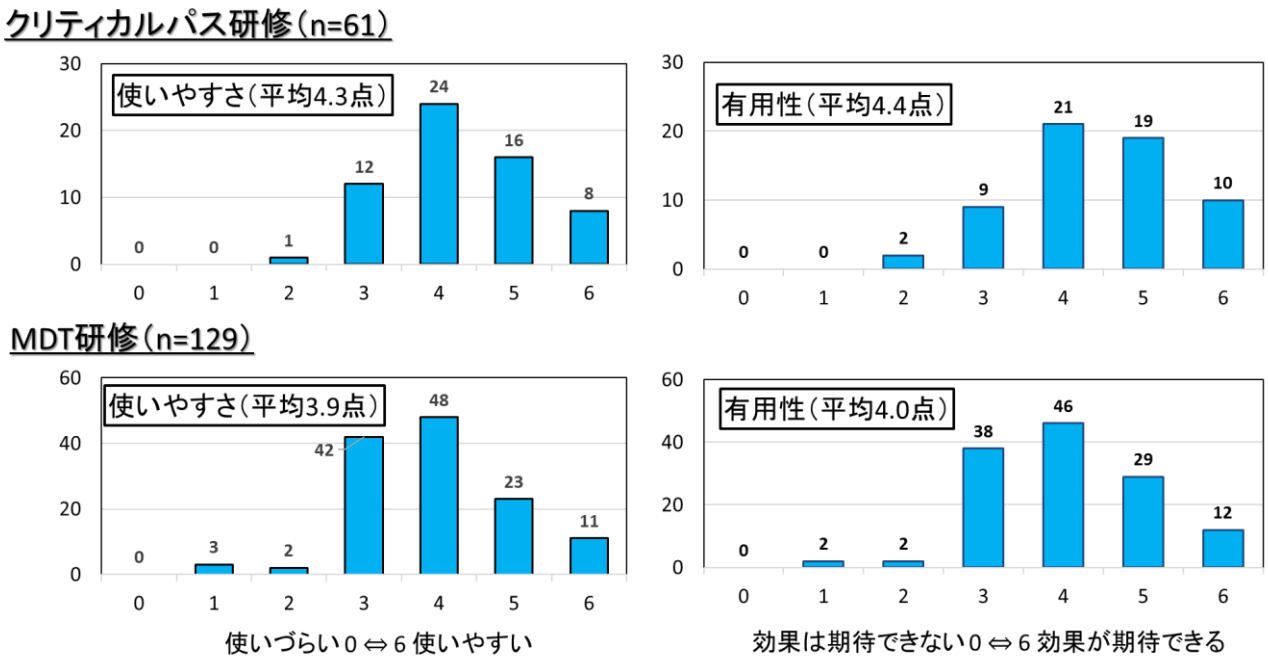

MDT: Multidisciplinary Team

図10 F1コ・パスの使用感（7件法）



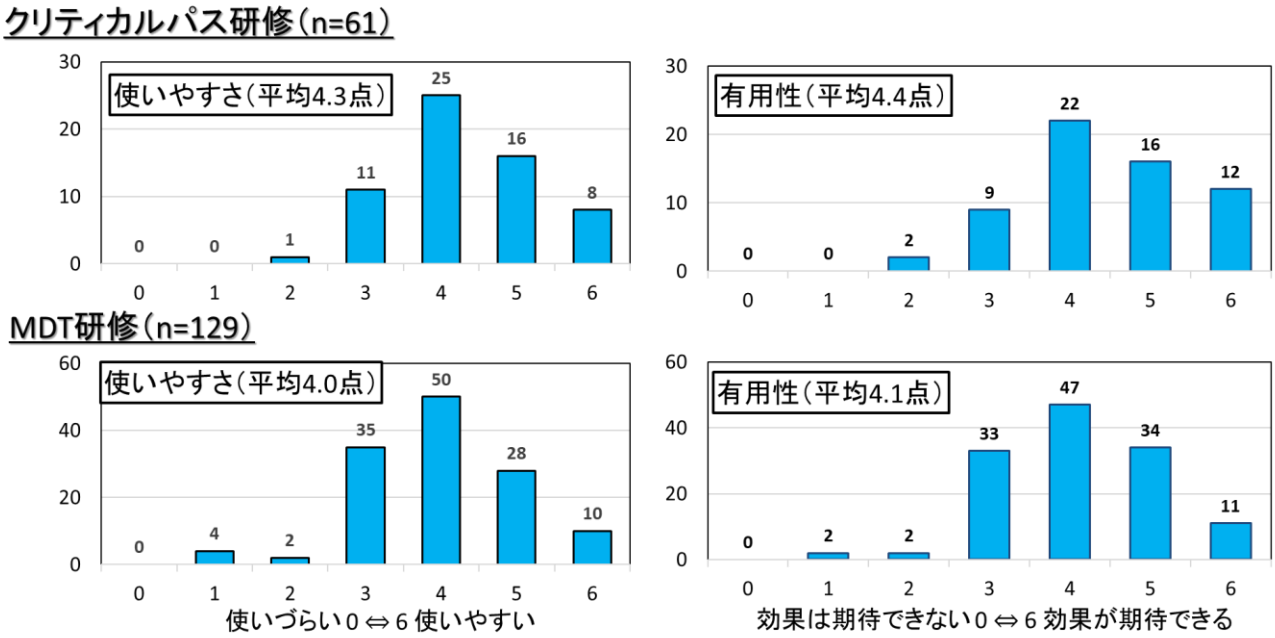

MDT: Multidisciplinary Team

図11 F3コ・パスの使用感（7件法）




MDT: Multidisciplinary Team

図12 F7コ・パスの使用感（7件法）




MDT: Multidisciplinary Team

図13 F8･F9 コ･パスの使用感（7件法）

令和 7 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））
医療観察法における円滑な社会復帰を促進するための
連携等の方策を推進するための研究
分担研究報告書

# 医療観察法病棟看護師の機能・役割に関する実態調査と看護教育モデルの実践及び効果検証

研究分担者　松浦　佳代　　国立看護大学校

**研究要旨：**

本研究は、医療観察法病棟の看護業務の実態を調査し、看護師の機能・役割と医療観察法医療・治療効果との関連を検討すること、指定通院医療機関の看護師も対象とした系統的司法精神看護教育を開発・実践し、効果等を検証することを目的としている。令和 7 年度は、全国 33 の指定入院医療機関の承諾を得て、医療観察法病棟の看護業務の実態把握に関する施設別調査および看護師個別調査を実施した。本研究の目的は、医療観察法病棟における看護実践とアウトカムとの関連、司法精神看護実践能力と看護実践との関連、ならびに司法精神看護実践能力と病棟組織風土との関連を探索的に検討し、医療観察法病棟看護師の機能および役割を明確化することである。調査方法は Web 質問紙調査とし、令和 8 年 2 月 9 日時点で施設別調査 32 施設 33 病棟、看護師個別調査 363 名から回答を得た。

解析の結果、外出外泊業務と隔離実施延べ日数との関連など、看護実践とアウトカムとの関連が認められたが、その関連の程度は限定的であった。また、医療観察法病棟勤務年数は司法精神看護実践能力得点と関連しており、専門性の形成には医療観察法医療特有の実践経験が関与している可能性が示唆された。さらに、司法精神看護実践能力は病棟組織風土と関連しており、専門性の形成が個人要因のみならず病棟組織風土とも関連することが示された。これらの結果を踏まえ、医療観察法病棟看護師の機能は、治療と対象者の生活を繋ぐ機能、病棟内の安全管理機能、対象者の安全と地域生活移行を支える機能、対象者が自らの生活を主体的に営む力を支える機能に整理された。

研究協力者（順不同、敬称略）
壁屋康洋　国立病院機構榊原病院
本間稔宏　福島県立ふくしま医療センターこころの杜
瓶田貴和　国立精神・神経医療研究センター病院
矢島秀晃　国立病院機構小諸高原病院
村上裕樹　島根県立こころの医療センター

## Ａ．研究目的

医療観察法入院処遇における医療提供体制の均てん化と改善のため、課題解決に向けた研究は重要であるが、医療観察法病棟で最も人員が多い職種である看護師の機能や役割の評価および効果に関する全施設病棟看護師を対象とした大規模調査はこれまで行われていない。

本研究の目的は、医療観察法病棟における看護実践とアウトカムとの関連(解析 1)、司法精神看護実践能力と看護実践との関連（解析 2)、司法精神看護実践能力と病棟組織風土との関連（解析 3）についての探索的検討を通じた医療観察法病棟看護師の機能や役割の明確化である。

## B．研究方法

### 1．調査対象

調査対象施設は指定入院医療機関 35 施設のうち研究協力承諾が得られた施設とした。調査は施設別調査、看護師個別調査の 2 つを実施した。施設別調査は医療観察法病棟の看護管理者を対象とした。看護師個別調査は、医療観察法病棟の看護師（病棟看護師長を除く）を対象とした。

### 2．調査項目

#### 1)施設別調査

項目の詳細は表 1 に記載した。

(1)医療観察法病棟の体制・運用
(2)医療観察法病棟看護師の勤務状況
(3)2024 年 12 月付パフォーマンス指標等
(4)回答者連絡先

#### 2)看護師個別調査

項目の詳細は表 2 に記載した。

(1)属性
(2)看護実践
(3)司法精神看護実践に関する自信の程度

本項目は日本語版司法精神看護実践能力測定尺度を用いて測定した[1)]。

本尺度は全 40 項目 4 因子構造、第 1 因子（理念に基づいたケア)、第 2 因子（対象者との関係構築)、第 3 因子（治療プログラム・治療的環境の構築と維持)、第 4 因子（組織の機能促進・スタッフの成長）である。

(4) 現在勤務する医療観察法病棟の雰囲気

本項目は病棟の組織風土測定尺度を用いて測定した[2)]。本尺度は全 14 項目 4 因子構造、第 1 因子（コントロール感)、第 2 因子（スタッフのモラール)、第 3 因子（親密さ)、第 4 因子（学習雰囲気）である。

施設別調査、看護師個別調査項目の一部では調査時点を指定して回答を依頼した。その他は回答時点の回答を依頼した。

### 3．調査方法

指定入院医療機関 35 施設の看護部長宛てに研究協力依頼文書一式を送付し、研究協力承諾が得られた 33 施設に調査協力依頼文書を送付し、研究参加候補者への配布を依頼した。

施設別調査の研究参加候補者には依頼文書に記載した連絡用 QR コードを通じて連絡先を収集後、Web 調査用 URL を送付した。Web 調査画面で研究参加同意取得および適格性基準の確認後、Web 調査票への回答を依頼した。

看護師個別調査の研究参加候補者には依頼文書に記載した調査票 QR コードへのアクセスを通じて研究参加同意と適格性基準の確認後、Web 調査票への回答を依頼した。調査票 QR コードは施設別に作成した。1 施設 2 病棟設置の施設については病棟別に QR コードを作成した。

収集データはパスワード管理機能付き外部電子媒体にダウンロードして厳重に管理した。解析用データは、施設別調査結果については施設名を施設 ID に変換、回答者の個人情報を削除したものを使用した。看護師個別調査結果については施設 ID を含む文字列で構成する看護師 ID を付与し、解析用データとした。

調査は研究協力承諾順に開始した。調査期間は施設別調査が約 2～3 週間、看護師個別調査が 4 週間程度とした。調査期間は令和 7 年 11 月 21 日～令和 8 年 3 月末（予定）である。

**4.データ解析**

施設別調査および看護師個別調査結果の各調査項目について記述集計を行った。看護師個別調査のうち自由記載回答は内容別に分類整理した。解析 1～3 では、探索的に相関分析を行った。

解析 1 では施設別調査結果を用い、看護業務と施設アウトカムとの関連について、Spearman の順位相関係数を算出することで検討した。

解析 2 および解析 3 では、看護師個別調査結果を用いた。解析 2 では、司法精神看護実践能力と病棟看護師の個人属性および経験との関連について、Spearman の順位相関係数を算出することで検討した。また、群間比較には Mann-Whitney の U 検定を用いた。解析 3 では、病棟組織風土と司法精神看護実践能力との関連について、Spearman の順位相関係数を算出することで検討した。

欠損値のある回答は各項目の解析から除外した。施設別調査の一部項目では、回答内容の妥当性を確認できない場合があったため、当該回答は記述統計から除外し、関連項目の回答を用いて近似値を算出した。全ての統計解析には SPSS®version29 を用い、有意水準は両側 $p<0.05$ とした。

**（倫理面への配慮）**

本研究は国立健康危機管理研究機構倫理審査委員会より承認を得て実施した（承認番号 JIHS-S-005156-00、JIHS-S-005156-01）。

**Ｃ．研究結果**

令和 8 年 2 月 9 日時点で、施設別調査は 32 施設 33 病棟（回収率 91.4%）、看護師個別調査は 363 名（回収率 33.0%）からの回答を得た。

**1） 施設別調査　記述統計**

表 3、表 4、表 5 に、施設別調査の記述統計を示す。表 5 では一部の変数で施設間に大きなばらつきが認められたが、特定の値を外れ値として扱わず、分布の幅として提示した。本結果から、6 か月間に院外外出業務に従事した看護師業務量は、小規模病棟で平均 22.4 人、ハーフサイズ病棟で 43.4 人、フルサイズ病棟で 68.5 人であった。外泊業務についても同様に複数の看護師が関与しており、外出外泊支援は特定の担当者に限定された業務ではなく、病棟看護師の広範な関与のもとで実施されている実態が示された。

**2）看護師個別調査　記述統計**

表 6 に、看護師個別調査の記述統計を示す。表 7 に、看護面接で扱う内容に関する自由記載回答を分類した結果を示す。

**(3)日本語版司法精神看護実践能力測定尺度（FPNC-J）の得点分布**

表 8 に、日本語版司法精神看護実践能力測定尺度の総得点および因子別得点の分布を示す。

**(4)病棟の職場風土測定尺度の得点分布**

表 9 に、病棟の職場風土測定尺度の総得点および因子別得点の分布を示す。

**3)解析 1　医療観察法病棟における看護実践とアウトカムとの関連**

表 10 に、施設別調査に基づく看護業務（外出外泊業務）と施設別および病棟別アウトカムとの関連を示す。院内外出業務に従事した看護師業務量は、平均在院日数との間に正の相関が認められた（$\rho = .472$）。また、院外外出および外泊業務に従事した看護師業務量、ならびに院外外出業務に従事した看護師延べ人数は、隔離実施延べ日数との間に負の相関が認められた（$\rho = -.423 \sim -.379$）。一方で、身体拘束実施延べ

日数との間には関連は認められなかった。さらに、院外外出業務に従事した看護師延べ人数は、処遇終了率との間に正の相関が認められた（ρ＝.359)。

以上より、外出外泊業務と各アウトカムとの関連は一様ではなく、アウトカムによって関連の有無が異なる結果であった。

**4)解析 2　司法精神看護実践能力と看護実践との関連**

表 11 に、看護師個別調査の各変数と日本語版司法精神看護実践能力測定尺度の総得点との関連を示す。看護師臨床経験年数（ρ＝.124）および対象者受け持ち人数（ρ＝.107）は、実践能力総得点との間に弱い正の相関が認められた。また、医療観察法病棟勤務年数は、他の変数と比較して相対的に大きい正の相関を示した（ρ＝.302)。看護面接実施頻度（ρ＝.164)、院外業務回数（ρ＝.159）および外泊業務回数（ρ＝.187）も総得点と正の関連を示した。一方、年齢層、看護面接実施時間、1 日平均治療プログラム参加回数との関連は小さかった。

表 12 に、研修参加の有無による日本語版司法精神看護実践能力測定尺度の総得点の群間比較を示す。すべての研修において、参加あり群は参加なし群より高い平均ランクを示した。研修の種類によって平均ランクの差の大きさにはばらつきがみられたが、方向性はいずれも同様であった。

**5)解析 3　司法精神看護実践能力と病棟組織風土との関連**

表 13 に、日本語版司法精神看護実践能力測定尺度の得点と病棟の組織風土尺度得点との関連を示す。司法精神看護実践能力総得点は、病棟組織風土尺度の各因子および総得点との間に弱い正の相関を示した（ρ ＝.121～.227)。また、司法精神看護実践能力の各下位因子得点についても、病棟組織風土尺度の各因子および総得点との間に弱い正の相関が認められた（ρ＝.098～.281)。とくに、司法精神看護実践能力の第 4 因子（組織の機能促進・スタッフの成長）は、病棟組織風土の第 4 因子（学習雰囲気）との間で最も高い相関を示した。

## D．考察

**1）医療観察法病棟看護師の業務特性**

施設別調査および看護師個別調査の記述統計から、医療観察法病棟における看護実践は、平均在院日数が一定期間に及び、回復期・社会復帰期の対象者が中心の枠組みのもとで、対象者の段階的な地域移行を支える継続的関わりとして位置づけられる。同時に、セキュリティ業務、常時観察などのリスク管理業務、治療プログラムへの日常的な関与が担当制で実施されていることから、看護実践は病棟の安全管理体制や治療提供体制に規定されている状況が確認できた。

また、看護師の医療観察法病棟勤務年数は 5 年程度であり、定期的な配置異動の影響が推測された。対象者の平均在院日数を踏まえると、入院から退院までを一貫して担当する経験が蓄積されにくい可能性が考えられた。

**2）医療観察法病棟における看護実践とアウトカムの関連**

解析 1 の結果から、外出外泊業務と一部のアウトカムとの関連が認められ、看護実践と治療過程との関連が存在する可能性が示唆された。しかし、その関連の程度は強くはなく、看護実践が単独でアウトカムを規定するものではなかった。入院処遇ガイドライン[3)]に記載された看護業務は治療ステージ別に整理されている。看護実践が一部のアウトカムと一定の関連を有する可能性はあるものの、慎重に検討する必要

がある。

**3)医療観察法病棟看護師の専門性の獲得**

解析 2 の結果から、病棟勤務年数が長いほど司法精神看護実践能力尺度の得点が高い傾向がみられた。このことは、医療観察法病棟における司法精神看護の専門性が、急性期・回復期・社会復帰期の経験の積み重ねによって形成される可能性を示している。定期的な配置転換を踏まえると、看護師が各治療ステージの実践経験を効果的に短期間で獲得すること、自身が所属する多職種チーム外の看護師とも共有できることが専門性の形成と継承の鍵になると考えられる。

解析 3 では、実践能力と病棟の学習雰囲気との関連が確認され、専門性の形成が看護師の個人要因のみならず職場環境とも関連することが示された。今後、病棟風土を構成する特性を向上する取り組みを検討し、専門性の獲得向上に貢献したい。

**3) 医療観察法病棟看護の機能と役割**

本研究結果を踏まえ、医療観察法病棟看護師の機能および役割について検討する。

**(1)治療と対象者の生活を繋ぐ機能**

看護師個別調査の結果、受け持ち対象者に対する定期的な看護面接は、週 1 回以上実施している者が約 4 割を占め、月 1 回以上実施している者は約 7 割に達していた。また、1 回あたり 20 分以上の面接を実施している者も約 4 割に及んでいた。これらの結果は、看護面接が日常的かつ一定の時間を確保して実施されている実践であることを示している。看護面接の内容として、治療プログラムの導入や参加状況の確認、日常生活への般化、外出外泊の計画や振り返り、退院後の生活の話し合いなどが挙げられていた。これらは、看護面接という業務を通じて、治療が対象者の生活にどのように活かされるかを継続的に対象者と共に検討する実践と解釈できる。また、解析 2 の結果から、看護面接の実施頻度が司法精神看護実践能力得点と関連していた一方、面接時間との関連は認められなかった。時間の長さよりも、日常的に対象者と関わり、生活に即した内容を継続的に検討する実践の積み重ねが実践能力と関係し得る可能性を示唆している。

以上から、医療観察法病棟看護師の機能は、提供された治療が対象者の生活で活かされるように支える機能と整理できる。看護師は、多職種により提供される治療内容を対象者の生活の場に取り入れる調整者としての役割を担うと位置づけられる。

**(2) 病棟内の安全管理機能**

施設別調査の結果から、セキュリティ業務が担当制で運用されている実態が確認され、看護師個別調査における看護面接の内容では、対象者の精神症状の把握、問題行動や暴力行為の振り返りなどが挙げられていた。

以上から、医療観察法病棟の看護師の機能は病棟内の安全を管理する機能と整理できる。看護師は安全を確保する存在だけではなく、治療が継続可能な環境を維持する調整者の役割を担うと位置づけられる。

なお、解析 1 の結果では、外出外泊業務と隔離実施延べ日数と関連が認められた。この結果の解釈は慎重に行う必要があるが、外出外泊業務を通じて蓄積されたリスク評価や調整の経験が、病棟内における隔離に過度に依存しない安全管理の実践と関連している可能性も考えられる。

**(3)対象者の安全と地域生活移行を支える機能**

施設別調査の結果から、外出外泊業務には複数の看護師が関与しており、外出外泊支援が特定の担当者に限定された業務ではなく、病棟看護師の広範な関与のもとで

実施されている実態が示された。

外出外泊業務は、対象者に起こり得るリスクを踏まえ、日常的なセルフモニタリングの作成・活用やクライシスプランの立案・評価を含む一連の判断と調整を伴う実践である。看護師個別調査における看護面接の内容からも、これらの実践が看護面接という枠組みのもとで継続的に実施されていることが示された。さらに、外出外泊業務は、安全管理にとどまらず、限られた時間内で生活場面を経験する機会を設け、対象者が生活上の課題や対処方法を具体的に把握し、将来の生活をイメージできるよう支援する側面も有する。看護面接の内容に、外出外泊の計画や準備、実施後の振り返りが挙げられていたことからも、外出外泊はリスク評価の機会であると同時に、地域生活移行支援と位置づけられる。

以上から、医療観察法病棟看護師の機能は、病棟外での対象者の安全確保と地域生活移行支援との両立を図るための様々な調整を行う機能、すなわち安全と地域生活移行を支える機能と整理できる。看護師は、病棟内で安全管理機能において蓄積した情報や経験をもとに、外出外泊を計画・実施・評価・判断し、地域生活移行を支える役割を担う。外出外泊業務における他職種の関与状況については本研究では把握していないため、今後の検討が必要である。

**（4）対象者が自らの生活を主体的に営む力を支える機能**

看護師個別調査の結果、受け持ち対象者に対する看護面接が日常的かつ一定の時間を確保して実施されている実践であることが示された。看護面接の内容として、退院後の生活、金銭管理、対人関係、治療上の目標、対処法の検討などが扱われていた。これらは、対象者が退院後の生活を具体的に想定し、自らの状態や課題を理解しながら生活を組み立てていく過程を支える実践と解釈できる。

以上から、医療観察法病棟看護師の機能には、対象者が自らの状態を理解し、生活場面に応じて行動を調整しながら生活を営む力を育むことを支える機能が含まれていると整理できる。看護師は、対象者が将来の生活を主体的に選択し、実行していく過程を段階的に支える役割を担うと位置づけられる。

**4）本研究の限界と今後の課題**

本研究は施設別調査および看護師個別調査を通じて医療観察法病棟看護師の機能と役割の整理を試みたが、質問紙調査という方法上の特性から、各施設における具体的な実践運用までは十分に把握できていない。今後は、各施設の看護業務に関連する文書を収集し、文書研究を通じて本研究の知見を補完的に検討する必要がある。

## Ｅ．結論

本研究は、医療観察法病棟における看護実践とアウトカム、司法精神看護実践能力と実践経験・病棟組織風土との関連を探索的に検討し、看護師の機能・役割の整理を試みた。その結果、外出外泊業務と隔離日数との関連など一部の関連が示されたが、影響は限定的であった。また、病棟勤務年数や学習環境は実践能力と関連していた。これらを踏まえ、医療観察法病棟看護師の機能は、治療と対象者の生活を繋ぐ機能、病棟内の安全管理機能、対象者の安全と地域生活移行を支える機能、対象者が自らの生活を主体的に営む力を支える機能から構成されると整理された。

## Ｆ．健康危険情報

なし

## G．研究発表

### 1．論文発表

なし

### 2．学会発表

なし

## H．知的財産権の出願・登録状況

### 1．特許取得

なし

### 2．実用新案登録

なし

### 3．その他

なし

## I．謝辞

本研究にあたり、施設別調査や看護師個別調査に多大なる御協力をいただいた全国の医療観察法指定入院医療機関の看護部ならびに医療観察法病棟（ユニット含む）の看護師の皆様、関連部署の皆様のご協力に深謝致します。

## 参考文献

1) A Survey for Examining the Validity and Reliability of the Japanese Version of the Forensic Psychiatric Nursing Competence Scale. Matsuura K, Timmons D, Takano A. International Journal of Forensic Mental Health 23(3): 210-221, 2022

2) 組織風土が看護師のストレッサー，バーンアウト，離職意図に与える影響の分析．塚本尚子，野村明美．日本看護研究学会雑誌 30(2)，2007

3) 入院処遇ガイドライン．厚生労働省，https://www.mhlw.go.jp/content/126

表1　施設別調査の調査項目

| 大項目 | | 項目 |
|---|---|---|
| 1.医療観察法病棟の体制・運用 | 1) | 病棟の病床数（予備病床を含む） |
| | 2) | 現在の入院数 |
| | 3) | 入院者の治療ステージ別人数（急性期・回復期・社会復帰期） |
| | 4) | 入院中の対象者のうち、以下に該当する事例数 |
| | | 退院予定地が施設所在地の都道府県外である事例 |
| | | 医療観察法　再入院事例 |
| | | 医療観察法　再処遇事例 |
| | | 施設外通院を必要とする身体合併症がある事例 |
| | 5) | 病棟に所属するスタッフ数　職種別専従／専任別人数、男女別人数 |
| | 6) | 看護師の職員数 |
| | 7) | 月平均1日当たり看護師配置数 |
| | 8) | 病棟の夜勤時間帯　準夜勤帯／夜勤帯の開始時刻（時・分）、終了時刻（時・分） |
| | 9) | 看護師の勤務実績表の有無 |
| 2.医療観察法病棟看護師の勤務状況 | 1) | 病棟看護師の勤務形態 |
| | 2) | 看護師の勤務帯別配置人数 |
| | 3) | 日勤のみ勤務している看護師の人数 |
| | 4) | 時短勤務をしている看護師の人数 |
| | 5) | 看護師の年齢別の人数 |
| | 6) | 看護師の医療観察法病棟勤務年数（通算年数）別の人数 |
| | 7) | 運営会議および倫理会議の開催頻度、各会議への看護師の平均参加人数 |
| | 8) | セキュリティ業務（鍵・危険物の管理）の担当 |
| | 9) | セキュリティ業務（来館者の荷物・ボディチェック）の担当 |
| | 10) | 治療プログラムの総数　調査時点：2025年10月現在 |
| | 11) | １日あたりの治療プログラムの平均実施数 |
| | 12) | 治療プログラムにおける看護師の関与担当者の決め方 |
| | 13) | 外出外泊の実施対象者数および延べ実施回数や泊数、看護師実人数　集計期間：2025年4月～2025年9月（6か月間） |
| | 14) | 院外外出・外泊業務に従事した看護師の延べ人数　集計期間：2025年4月～2025年9月（6か月間） |
| | 15) | 常時観察の実施の有無　集計期間：2025年4月～2025年9月（6か月間） |
| | 16) | 常時観察を実施した理由 |
| | 17) | 常時観察を実施していない理由 |
| | 18) | 安全管理について、常時観察以外にどのような対策を行っているか |
| 3.2024年12月付パフォーマンス指標等 | 1) | 平均在院日数　集計期間：2022年1月～2024年12月（3年間） |
| | 2) | 退院者における転帰の構成割合　集計期間：2022年1月～2024年12月（3年間） |
| | 3) | 通院処遇への移行率、通院終了率（裁判所の決定）集計期間：2022年1月～2024年12月（3年間） |
| | 4) | 退院者数　集計期間：2022年1月～2024年12月（3年間） |
| | 5) | 行動制限（隔離・身体的拘束）の延べ実施日数　集計期間：2025年4月～9月（6か月間） |

注）13)の「看護師実人数」は、外出外泊業務に要した総時間を、常勤看護師1人あたりの基準勤務時間（8時間）で除して算出した値である。

表2　看護師個別調査の調査項目

| 大項目 | 項目 |
|---|---|
| 1.属性 | 1) 年齢層（選択回答） |
| | 2) 性別（選択回答） |
| | 3) 最終学歴（選択回答） |
| | 4) 看護師臨床経験年数（選択回答） |
| | 5) 医療観察法病棟での勤務年数（選択回答） |
| | 6) 医療観察法病棟以外での精神科勤務経験の有無 |
| | 7) 医療観察法病棟以外での精神科勤務経験（複数回答）<br>精神科救急病棟（スーパー救急）<br>精神科急性期病棟<br>精神科療養病棟（慢性期・長期入院患者の支援を中心とした病棟）<br>依存症専門病棟<br>児童思春期病棟<br>認知症病棟<br>精神科外来<br>精神科デイケア<br>精神科訪問看護<br>その他 |
| | 8) 医療観察法に関連する研修への参加経験の有無 |
| | 9) 医療観察法に関連する研修への参加経験（複数回答）<br>指定入院医療機関従事者研修<br>医療観察法関連職種研修会<br>医療観察法MDT研修会<br>CVPPP研修会<br>その他 |
| 2. 看護実践 | 1) 現在受け持っている対象者の人数（選択回答） |
| | 2) 受け持ち対象者への看護において、実践経験がある治療ステージ（選択回答） |
| | 3) 受け持ち対象者に実施している定期的な看護面接のおおよその頻度（選択回答） |
| | 4) 受け持ち対象者に実施している定期的な看護面接の1回あたりのおおよその平均時間（選択回答） |
| | 5) 受け持ち対象者に実施している定期的な看護面接で取り上げている内容（自由記載） |
| | 6) 院外外出業務回数　集計期間：2025年7月～9月（3か月間）（選択回答） |
| | 7) 外泊業務回数　　集計期間：2025年7月～9月（3か月間）（選択回答） |
| | 8) 1日平均　治療プログラム参加回数　集計期間：2025年10月（1か月間）（選択回答） |
| 3. 司法精神看護の実践に関する自信の程度 | 日本語版司法精神看護実践能力測定尺度（FPNC-J）40項目 |
| 4. 現在勤務する医療観察法病棟の雰囲気 | 病棟の職場風土測定尺度　14項目 |

表3 施設別調査の記述統計　n=33

| | | 小規格病棟・ユニット n=5 | | | ハーフサイズ病棟 n=13 | | | フルサイズ病棟 n=15 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 変数 | 平均 | SD | 中央値 | 平均 | SD | 中央値 | 平均 | SD | 中央値 |
| 施設属性 | 病床稼働率（%） | 87.2 | 19.4 | 93.8 | 90.5 | 94.1 | 11.1 | 83.0 | 12.7 | 83.3 |
| | 急性期対象者の割合（%） | 10.8 | 15.8 | 4.2 | 10.7 | 9.7 | 9.0 | 17.0 | 8.8 | 18.5 |
| | 回復期対象者の割合（%） | 47.5 | 19.1 | 49.4 | 57.1 | 16.5 | 59.4 | 52.0 | 11.8 | 55.9 |
| | 社会復帰期対象者の割合（%） | 41.6 | 16.7 | 41.4 | 32.3 | 13.2 | 33.6 | 31.5 | 7.5 | 29.4 |
| | 退院予定地が施設所在都道府県外の事例数（件） | 1.8 | 1.2 | 2.0 | 6.5 | 5.6 | 6.0 | 10.4 | 9.0 | 9.0 |
| | 再入院対象者の事例数（件） | 0.5 | 0.8 | 0.0 | 0.8 | 0.9 | 0.5 | 0.8 | 1.0 | 0.0 |
| | 再処遇対象者の事例数（件） | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.4 | 0.5 | 0.0 | 1.0 | 1.1 | 1.0 |
| | 施設外通院を必要とする身体合併症の事例数（件） | 0.7 | 1.2 | 0.0 | 0.4 | 1.0 | 0.0 | 1.4 | 2.1 | 0.0 |
| | 治療プログラムの総数（個） | 20.2 | 1.64 | 21.0 | 27.1 | 25.0 | 9.6 | 22.1 | 6.3 | 21.5 |
| | 運営会議 開催頻度（回/月） | 1.0 | 0.0 | 1.0 | 1.4 | 0.5 | 1.0 | 1.1 | 0.4 | 1.0 |
| | 倫理会議 開催頻度（回/月） | 1.5 | 0.5 | 1.5 | 1.7 | 0.5 | 2.0 | 1.6 | 0.5 | 2.0 |
| 看護師勤務状況 | 看護師／総職員割合（%） | 59.4 | 9.1 | 61.3 | 75.0 | 5.5 | 76.2 | 76.5 | 4.9 | 77.4 |
| | 女性看護師割合（%） | 42.6 | 4.8 | 43.1 | 50.7 | 7.7 | 50.0 | 46.4 | 11.3 | 46.5 |
| | 1日当たり看護師配置数（近似）（人/日） | 6.6 | 2.3 | 7.1 | 13.2 | 1.9 | 13.5 | 21.0 | 2.3 | 20.3 |
| | 日勤のみ勤務している看護師数（人） | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.6 | 0.0 | 1.2 | 1.7 | 1.5 | 1.0 |
| | 時短勤務をしている看護師数（人） | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.6 | 0.0 | 0.8 | 1.5 | 1.1 | 2.0 |
| | （施設推定）看護師平均年齢（歳） | 39.8 | 2.9 | 40.0 | 45.0 | 3.9 | 45.2 | 45.3 | 3.2 | 45.6 |
| | （施設推定）看護師平均勤務年数（年） | 3.3 | 0.5 | 3.3 | 4.6 | 2.2 | 3.9 | 5.9 | 1.6 | 5.4 |
| | 看護師の年齢別割合 | | | | | | | | | |
| | 20－29歳（%） | 9.1 | 2.7 | 8.3 | 7.4 | 8.0 | 5.3 | 7.3 | 6.9 | 4.7 |
| | 30－39歳（%） | 30.5 | 18.2 | 33.3 | 7.4 | 11.7 | 22.1 | 22.3 | 11.0 | 18.6 |
| | 40－49歳（%） | 44.8 | 14.9 | 50.0 | 34.2 | 12.0 | 36.2 | 32.6 | 12.3 | 29.5 |
| | 50－59歳（%） | 9.4 | 6.4 | 11.1 | 29.9 | 13.1 | 26.8 | 33.0 | 14.8 | 39.0 |
| | 60歳以上（%） | 2.5 | 5.6 | 0.0 | 4.9 | 6.5 | 2.0 | 4.5 | 3.1 | 4.7 |
| | 看護師の病棟勤務年数別割合 | | | | | | | | | |
| | 1年未満（%） | 7.9 | 12.5 | 0.0 | 16.9 | 11.8 | 17.7 | 12.0 | 7.7 | 14.0 |
| | 1－3年未満（%） | 28.4 | 21.6 | 25.0 | 22.4 | 13.8 | 23.3 | 18.9 | 10.8 | 16.3 |
| | 3－5年未満（%） | 29.9 | 29.8 | 25.0 | 28.3 | 22.1 | 22.5 | 19.5 | 10.5 | 18.6 |
| | 5－10年未満（%） | 24.0 | 23.6 | 21.4 | 22.1 | 17.0 | 19.1 | 30.0 | 14.7 | 30.2 |
| | 10年以上（%） | 5.8 | 8.1 | 0.0 | 9.8 | 18.8 | 2.0 | 19.2 | 14.5 | 16.3 |
| 看護業務（外出外泊、運営会議・倫理会議） | 院内外出業務に従事した看護師業務量（人） | 8.2 | 6.0 | 11.0 | 6.3 | 9.1 | 2.6 | 21.7 | 33.4 | 6.1 |
| | 院外外出業務に従事した看護師業務量（人） | 22.4 | 18.9 | 10.0 | 43.4 | 35.4 | 29.0 | 68.5 | 48.2 | 79.1 |
| | 外泊業務に従事した看護師業務量（人） | 22.4 | 35.2 | 8.0 | 27.3 | 23.3 | 24.5 | 97.1 | 124.6 | 32.1 |
| | 院外外出に従事した看護師延べ人数（人） | 50.7 | 18.7 | 43.5 | 97.2 | 57.9 | 74.5 | 148.3 | 87.3 | 126.0 |
| | 外泊に従事した看護師延べ人数（人） | 16.0 | 14.5 | 9.0 | 32.7 | 27.3 | 29.0 | 83.6 | 72.6 | 54.0 |
| | 運営会議　看護師の平均参加人数（人） | 3.2 | 1.0 | 3.5 | 3.3 | 1.0 | 3.0 | 3.2 | 2.4 | 2.5 |
| | 倫理会議　看護師の平均参加人数（人） | 2.7 | 0.8 | 2.5 | 2.5 | 0.7 | 3.0 | 1.7 | 1.2 | 1.5 |
| 施設別アウトカム | 平均在院日数（日） | 1132.2 | 140.0 | 1099.5 | 1233.0 | 253.1 | 1246.5 | 1408.3 | 332.7 | 1401.0 |
| | 通院移行率（%） | 91.7 | 12.9 | 100.0 | 85.4 | 8.6 | 85.5 | 84.4 | 6.0 | 84.4 |
| | 通院終了率（%） | 4.3 | 10.1 | 0.0 | 13.1 | 7.2 | 13.3 | 14.0 | 5.3 | 14.1 |

注）それぞれの項目について、欠損値のある対象施設や対象病棟は除外して記述統計した。施設別アウトカムは32施設の集計値である。

表4 施設別調査の記述統計つづき　看護業務（セキュリティ・安全管理・治療プログラム）　n=33

| 項目 | n | % |
|---|---|---|
| セキュリティ業務（鍵・危険物の管理）の担当（選択回答） | | |
| 各勤務帯のリーダーが担当 | 3 | 9.1 |
| 各勤務帯の係が担当 | 27 | 81.8 |
| その他 | 3 | 9.1 |
| ・担当は決まっていない。その時対応できる看護師が対応。向精神薬の鍵はリーダー | | |
| セキュリティ業務（来館者の荷物・ボディチェック）の担当（選択回答） | | |
| 各勤務帯の係が担当 | 22 | 66.7 |
| 担当は決めず、連絡を受けた看護師が対応 | 10 | 30.3 |
| その他 | 1 | 3.0 |
| ・業務調整で決めている（係ではない） | | |
| 常時観察の実施の有無 | | |
| 実施有り | 25 | 75.8 |
| 常時観察の実施理由（複数回答可） | | |
| 入院時の状態 | 11 | 33.3 |
| 自傷リスク | 17 | 48.5 |
| 他害リスク | 19 | 57.6 |
| 行動制限上の必要性 | 17 | 51.5 |
| その他 | 1 | 3.0 |
| ・身体合併症による | | |
| 常時観察を実施していない理由（複数回答可） | | |
| 該当患者がいなかった | 6 | 18.2 |
| 代替的な対応方法があった | 3 | 9.1 |
| 必要性がなかった | 1 | 3.6 |
| 人員不足 | 1 | 3.0 |
| 実施基準が不明確 | 0 | 0.0 |
| その他 | 1 | 3.6 |
| ・常時観察は行わず5分観察を最大の責任観察レベルとしているため | | |
| 常時観察以外の対策（自由記述） | 5 | 15.1 |
| ・開棟時は配膳口がなく、看護師複数名で都度対応していたが、看護師からの要望が強いためその後取り付けた | | |
| ・急性期ユニットではユニット閉鎖し使用。急性期ユニットは常時スタッフが常駐し観察を実施している。 | | |
| ・モニターでの観察および15分ごとの巡室 | | |
| ・すべての対象者の部屋に、モニターと集音器が設置されている。観察レベルに合わせて時間ごとに（常時、15分、30分、1時間）目視観察を行っている。 | | |
| ・巡視時間の検討（15分巡視、30分巡視） | | |
| ・定期的な巡視のほかに，不定期の巡視，時間帯でユニット待機をすることはある | | |
| 1日平均実施治療プログラム数（選択回答） | | |
| 0-1個 | 0 | 0.0 |
| 2-3個 | 17 | 51.5 |
| 4-5個 | 16 | 48.5 |
| 6個以上 | 0 | 0.00 |
| 治療プログラム　担当者の割り当て方法（複数回答可） | | |
| シフトローテーションによる割り当て | 24 | 72.7 |
| プログラムごとに担当者を固定 | 15 | 45.5 |
| リーダーが状況に応じて柔軟に割り当て | 14 | 42.4 |
| 看護師の自発的参加による | 3 | 9.1 |
| その都度割り当て | 2 | 6.1 |
| その他 | 3 | 9.1 |
| ・プログラム総括が主担当を決定 | | |
| ・現在プログラム担当者以外での参加を進めている | | |

注）それぞれの項目について、欠損値のある対象施設は除外して記述統計した。

表5　施設別調査の記述統計つづき　病棟別アウトカム　n=33

| | | 小規格病棟・ユニット n=5 | | | ハーフサイズ病棟 n=13 | | | フルサイズ病棟 n=15 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 変数 | 平均 | SD | 中央値 ［最小-最大］ | 平均 | SD | 中央値 ［最小-最大］ | 平均 | SD | 中央値 ［最小-最大］ |
| 病棟別アウトカム | 院内外出 実施対象者数（人） | 5.0 | 1.7 | 5.5 [3-7] | 8.1 | 6.3 | 6.0 [0-17] | 13.7 | 9.8 | 12.5 [2-31] |
| | 院外外出 実施対象者数（人） | 6.5 | 3.1 | 6.5 [3-12] | 14.7 | 3.4 | 15.0 [8-20] | 36.3 | 24.5 | 27.5 [15-84] |
| | 外泊 実施対象者数（人） | 2.3 | 1.2 | 2.5 [1-4] | 4.0 | 2.3 | 4.5 [1-7] | 9.1 | 4.5 | 9.0 [3-16] |
| | 院内外出 実施回数（回） | 42.2 | 30.7 | 30.5 [15-90] | 34.2 | 66.5 | 8.5 [0-240] | 158.9 | 296.3 | 18.0 [2-861] |
| | 院外外出 実施回数（回） | 35.2 | 11.0 | 38.0 [22-46] | 61.8 | 40.8 | 51.5 [28-172] | 78.0 | 27.5 | 79.0 [15-132] |
| | 外泊 実施回数（回） | 8.3 | 8.3 | 5.0 [1-23] | 17.5 | 16.2 | 11.0 [3-48] | 42.3 | 38.5 | 32.5 [4-147] |
| | 退院者数（人） | 6.2 | 2.6 | 6.5 [2-10] | 14.9 | 3.9 | 16.0 [7-20] | 26.1 | 9.4 | 28.0 [13-41] |
| | 隔離　実施日数（日） | 98.2 | 108.6 | 55.0 [4-274] | 151.6 | 244.5 | 54.5 [0-869] | 79.8 | 78.9 | 69.0 [0-261] |
| | 身体拘束　実施日数（日） | 27.3 | 46.7 | 0.0 [0-113] | 17.3 | 52.4 | 0.0 [0-183] | 36.7 | 50.1 | 3.0 [0-128] |

注）それぞれの項目について、欠損値のある対象病棟は除外して記述統計した。

表6 看護師個別調査の記述統計　n=363

| 変数 | | n | % |
|---|---|---|---|
| 性別（選択回答） | 男性 | 189 | 52.1 |
| | 女性 | 169 | 46.6 |
| | その他／ノンバイナリー | 3 | 0.8 |
| | 回答しない | 2 | 0.6 |
| 年齢層（選択回答） | 20～29歳 | 27 | 7.4 |
| | 30～39歳 | 89 | 24.5 |
| | 40～49歳 | 129 | 35.5 |
| | 50～59歳 | 100 | 27.5 |
| | 60歳以上 | 18 | 5.0 |
| 最終学歴（選択回答） | 専門学校 | 243 | 66.9 |
| | 短期大学 | 18 | 5.0 |
| | 4年制大学 | 91 | 25.1 |
| | 大学院修士課程 | 8 | 2.2 |
| | 大学院博士課程 | 1 | 0.3 |
| | その他 | 2 | 0.6 |
| | ・衛生看護専攻科、5年一貫の看護科卒 | | |
| 病棟規模 | 小規格病棟・ユニット | 43 | 11.8 |
| | ハーフスペック病棟 | 139 | 38.3 |
| | フルスペック病棟 | 181 | 49.9 |
| 看護師経験年数（選択回答） | 1年未満 | 2 | 0.6 |
| | 1年以上～3年未満 | 5 | 1.4 |
| | 3年以上～5年未満 | 13 | 3.6 |
| | 5年以上～10年未満 | 55 | 15.2 |
| | 10年以上～15年未満 | 65 | 17.9 |
| | 15年以上 | 223 | 61.4 |
| 医療観察法病棟勤務年数（選択回答） | 1年未満 | 44 | 12.1 |
| | 1年以上～3年未満 | 86 | 23.7 |
| | 3年以上～5年未満 | 86 | 23.7 |
| | 5年以上～10年未満 | 93 | 25.6 |
| | 10年以上～15年未満 | 45 | 12.4 |
| | 15年以上 | 9 | 2.5 |
| 受け持ち対象者への看護実践の経験がある治療ステージ（複数回答） | 急性期 | 229 | 63.1 |
| | 回復期 | 296 | 81.5 |
| | 社会復帰期 | 234 | 64.5 |
| 受け持ち対象者への看護実践の経験がある治療ステージの数（選択回答） | 0ステージ | 10 | 2.8 |
| | 1ステージ | 110 | 30.3 |
| | 2ステージ | 80 | 22.0 |
| | 3ステージ | 163 | 44.9 |
| 医療観察法病棟以外での精神科勤務経験 | あり | 324 | 89.3 |
| | なし | 39 | 10.7 |
| 医療観察法病棟以外での精神科勤務経験　種類（複数回答） | 精神科救急病棟（スーパー救急） | 117 | 32.2 |
| | 精神科急性期病棟 | 176 | 48.5 |
| | 精神科療養病棟 | 217 | 59.8 |
| | 依存症病棟 | 38 | 10.5 |
| | 児童思春期病棟 | 42 | 11.6 |
| | 認知症病棟 | 46 | 12.7 |
| | 精神科外来 | 26 | 7.2 |
| | 精神科デイケア | 13 | 3.6 |
| | 精神科訪問看護 | 25 | 6.9 |
| | その他 | 1 | 0.3 |
| | 内科合併症病棟 | 1 | 0.3 |

| 変数 | | n | % |
|---|---|---|---|
| 医療観察法に関する研修への参加経験 | あり | 282 | 77.7 |
| | なし | 81 | 22.3 |
| 参加経験のある研修（複数回答） | 指定入院医療機関従事者研修 | 206 | 56.7 |
| | 医療観察法MDT研修会 | 74 | 20.4 |
| | 医療観察法関連職種研修会 | 170 | 46.8 |
| | CVPPP研修会 | 145 | 39.9 |
| | その他 | 12 | 3.7 |
| | 医療観察法診療情報管理研修会 | 3 | 0.9 |
| | 指定通院医療機関従事者研修 | 2 | 0.7 |
| | 司法精神医学会 | 1 | 0.3 |
| | 転入時病棟内研修 | 1 | 0.3 |
| | データベース事業 | 1 | 0.3 |
| | 医療観察法実務者研修　旧名称上級者研修 | 1 | 0.3 |
| | 処遇終了基準の検討会 | 1 | 0.3 |
| | クリティカルパス研修 | 1 | 0.3 |
| | ピアレビュー | 1 | 0.3 |
| 現在受け持っている対象者の人数（選択回答） | 0名 | 52 | 14.3 |
| | 1名 | 137 | 37.7 |
| | 2名 | 140 | 38.6 |
| | 3名 | 26 | 7.2 |
| | 4名 | 8 | 2.2 |
| 受け持ち対象者に実施している定期的な看護面接のおおよその頻度（選択回答） | 勤務時には毎回実施 | 34 | 9.4 |
| | 週に1回実施 | 127 | 35.0 |
| | 2週に1回実施 | 49 | 13.5 |
| | 3週に1回実施 | 16 | 4.4 |
| | 月に1回実施 | 79 | 21.8 |
| 受け持ち対象者に実施している定期的な看護面接の1回あたりのおおよその平均時間（選択回答） | 10分未満 | 55 | 15.2 |
| | 10分以上～20分未満 | 115 | 31.7 |
| | 20分以上～30分未満 | 80 | 22.0 |
| | 30分以上 | 69 | 19.0 |
| | 時間を記録していない／わからない | 44 | 12.1 |
| 院外外出業務実施回数　集計期間：2025年7月～9月（3か月間）（選択回答） | 0回 | 84 | 23.1 |
| | 1回 | 90 | 24.8 |
| | 2回 | 79 | 21.8 |
| | 3回 | 77 | 21.2 |
| | 4回 | 14 | 3.9 |
| | 5回以上 | 19 | 5.2 |
| 外泊業務実施回数　集計期間：2025年7月～9月（3か月間）（選択回答） | 0回 | 261 | 71.9 |
| | 1回 | 62 | 17.1 |
| | 2回 | 20 | 5.5 |
| | 3回 | 18 | 5.0 |
| | 4回 | 1 | 0.3 |
| | 5回以上 | 1 | 0.3 |
| 1日平均治療プログラム参加回数　集計期間：2025年10月（1か月間）（選択回答） | 0回 | 27 | 7.4 |
| | 1回 | 131 | 36.1 |
| | 2回 | 81 | 22.3 |
| | 3回 | 44 | 12.1 |
| | 4回 | 16 | 4.4 |
| | 5回以上 | 64 | 17.6 |

注）それぞれの項目について、欠損値のある対象者は除外して記述統計した。

CVPPP: Comprehensive Violence Prevention and Protection Program

表7 看護師個別調査　看護面接で取り扱う内容（自由記載）　記載ありn=334

| カテゴリー名 | 要素数（件） |
|---|---|
| 対象者の入院生活全般 | 129 |
| 対象者の困りごと | 102 |
| 外出外泊の計画や準備、実施後の振り返り | 84 |
| 治療プログラムの導入や参加状況の確認や日常生活での般化 | 80 |
| 疾患や治療、病感・病識について | 71 |
| 対象者の精神症状の把握 | 68 |
| 薬物療法（効果や副作用、内服自己管理状況） | 63 |
| 対象者の要望や希望 | 54 |
| 対象者の退院後の生活 | 53 |
| 対象者の治療上の課題 | 51 |
| 対象行為や内省に関すること | 50 |
| 対象者の体調全般 | 39 |
| 対象者の対人関係（他の対象者、スタッフ、MDT） | 39 |
| セルフモニタリングの作成や活用状況の確認 | 39 |
| 今後の予定の共有 | 34 |
| 治療上の目標 | 33 |
| クライシスプランの作成や活用状況の確認 | 29 |
| 身体面の観察や把握 | 28 |
| 金銭管理 | 25 |
| 疾患教育 | 24 |
| MDT会議やCPA会議の準備や説明、実施後の振り返り | 22 |
| 看護計画の説明や評価 | 21 |
| 看護アセスメントの実施 | 21 |
| 対象者の興味や関心、気になっていること | 19 |
| 治療計画の説明や評価 | 19 |
| 問題行動や暴力行為・粗暴行為の振り返り | 17 |
| 治療や入院に関する対象者の意向や認識・受け止め | 15 |
| 関係構築を目的とした雑談や交流 | 14 |
| 制度（医療観察法制度、裁判所書類、処遇計画書など） | 14 |
| 家族関係 | 12 |
| ストレス内容やストレス発散方法 | 12 |
| 入院前の生活に関する情報収集 | 11 |
| 対処法の提案や話し合い | 10 |
| 対象者の頑張りや取り組みへのフィードバック | 7 |
| 看護師個別で行うプログラム | 5 |

MDT: Multi-disciplinaly Team

CPA: Care Programme Approach

表8　日本語版司法精神看護実践能力測定尺度の得点分布　n=363

| 項目 | 平均 | SD | 中央値 ［最小-最大］ |
|---|---|---|---|
| 総得点　（全40項目計200点） | 74.3 | 39.3 | 76 [0-166] |
| 第1因子（理念に基づいたケア　8項目40点） | 16.2 | 8.6 | 16 [0-37] |
| 第2因子（対象者との関係構築　11項目55点） | 20.1 | 11.1 | 21 [0-47] |
| 第3因子（治療プログラム・治療的環境の構築と維持 13項目65点） | 23.8 | 12.8 | 23 [0-54] |
| 第4因子（組織の機能促進・スタッフの成長　8項目40点） | 14.3 | 8.8 | 13 [0-38] |



表9　病棟の職場風土測定尺度の得点分布　n=363

| 項目 | 平均 | SD | 中央値 ［最小-最大］ |
|---|---|---|---|
| 総得点（14項目計70点） | 48.7 | 8.4 | 49 [18-70] |
| 第1因子（コントロール感　4項目20点） | 15.8 | 2.7 | 16 [5-20] |
| 第2因子（スタッフのモラール　3項目15点） | 10.9 | 2.4 | 11 [3-15] |
| 第3因子（親密さ　4項目20点） | 12.5 | 3.1 | 12 [4-20] |
| 第4因子（学習雰囲気　3項目15点） | 9.5 | 2.2 | 9 [3-15] |

表10　解析1　外出外泊業務とアウトカムとの関連（スピアマンの順位相関係数）n=33

| 変数 | 施設別アウトカム　3年間　n=32 | | | 病棟別アウトカム n=33 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 平均在院日数（日） | 通院移行率（%） | 処遇終了率（%） | 退院者数（人）3年間 | 隔離日数（日）6か月間 | 身体拘束日数（日）6か月間 |
| 院内外出業務に従事した看護師業務量（人）6か月間 | .472* | -.316 | .226 | -.191 | -.229 | -.083 |
| 院外外出業務に従事した看護師業務量（人）6か月間 | .380 | -.242 | .234 | .252 | -.404* | -.051 |
| 外泊業務に従事した看護師業務量（人）6か月間 | .168 | -.156 | .211 | .312 | -.379* | .131 |
| 院外外出に従事した看護師延べ人数（人）6か月間 | .170 | -.031 | .042 | .539 | -.423* | .067 |
| 外泊に従事した看護師延べ人数（人）6か月間 | .200 | -.281 | .359* | .525 | -.286 | .083 |

注）それぞれの項目について、欠損値のある対象施設や病棟は除外した。1施設に2病棟を有する施設については、施設別アウトカムとの関連分析においては各変数を平均化し、1施設1値として解析した。

＊　p＜.05



表11　解析2　看護師の属性や看護実践と日本語版司法精神看護実践能力測定尺度総得点との関連　n=363

| 変数 | Spearman’s ρ |
|---|---|
| 年齢層 | .084 |
| 看護師臨床経験年数 | .124* |
| 医療観察法病棟勤務年数 | .302* |
| 対象者受け持ち人数 | .107* |
| 看護面接実施頻度 | .164 |
| 看護面接実施時間 | .055 |
| 院外業務回数（3か月間） | .159 |
| 外泊業務回数（3か月間） | .187 |
| 1日平均治療プログラム参加回数 | .079 |

＊　p＜.05

表12　解析2　研修参加の有無による日本語版司法精神看護実践能力測定尺度　総得点の群間比較　n=363

| | 参加あり | | 参加なし | | p値 |
|---|---|---|---|---|---|
| | n | 平均ランク | n | 平均ランク | |
| 医療観察法に関連する研修 | 282 | 194.1 | 81 | 140.1 | ＜.001 |
| 指定入院医療機関従事者研修 | 206 | 199.6 | 157 | 158.9 | ＜.001 |
| 医療観察法関連職種研修会 | 170 | 205.6 | 193 | 161.2 | ＜.001 |
| 医療観察法MDT研修会 | 74 | 216.7 | 289 | 173.1 | .001 |
| CVPPP研修会 | 145 | 203.6 | 218 | 167.7 | .001 |

注）Mann-WhitneyのU検定を用いた。

MDT: Multi-disciprinaly Team

CVPPP：Comprehensive Violence Prevention and Protection Programme



表13　解析3　日本語版司法精神看護実践能力測定尺度得点と病棟の職場風土測定尺度得点との関連（スピアマンの順位相関係数）n=363

| | | 病棟の職場風土測定尺度 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 第1因子（コントロール感） | 第2因子（スタッフのモラー | 第3因子（親密さ） | 第4因子（学習雰囲気） | 総得点 |
| 日本語版司法精神看護実践能力測定尺度 | 第1因子（理念に基づいたケア） | .201 | .098 | .144 | .189 | .181 |
| | 第2因子（対象者との関係構築） | .214 | .125* | .165 | .196 | .202 |
| | 第3因子（治療プログラム・治療的環境の構築と維持） | .183 | .099 | .125* | .211 | .175 |
| | 第4因子（組織の機能促進・スタッフの成長） | .222 | .144 | .196 | .281 | .251 |
| | 総得点 | .212 | .121* | .159 | .227 | .207 |

＊ p ＜ .05

令和 7 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））
医療観察法における円滑な社会復帰を促進するための
連携等の方策を推進するための研究
「指定通院医療機関の量的実態調査と通院処遇における多機関連携モデルの提言」
分担研究報告書

# 通院処遇における地域マネジメントの実態分析
## ― 社会復帰調整官および地域支援者の判断プロセスと共同意思決定に着目したケアマネジメントについて ―

研究分担者　三品　竜浩　　岩手県立大学

**研究要旨：**

本研究は、医療観察法における通院処遇において、社会復帰調整官および地域支援者の共通理解に基づき、対象者個別の支援判断を担うケアマネジメントと、支援体制全体を調整する地域マネジメントの実態を把握し、両者の相互作用を通じて対象者との共同意思決定（以下、SDM）形成へと段階的に移行していくプロセスと、その成立に影響を与える要因を明らかにするとともに、再現可能な支援モデルとして整理することを目的としている。

令和 7 年度は、法務省保護局および保護観察所、指定通院医療機関、地域関係機関の協力のもと、全国から 2 か所の地域処遇多職種チームを対象として、医療観察法における通院処遇の支援過程および処遇結果に着目したインタビュー調査を実施した。具体的には、社会復帰調整官および地域支援者による地域マネジメントとケアマネジメントの実態を把握し、対象者との SDM 形成がどのように成立・変容していくのかを、処遇対象者の類型化後に類型別のケース分析およびグループインタビューを通じて整理・分析した。

まず、通院処遇終了ケースを処遇結果および支援上の特徴に基づき、早期終了（A 群）、期間満了終了（B 群）、処遇延長（C 群）に類型化し、さらに各群内での支援態様やリスク状況の差異を整理した。これにより、処遇が安定的に終了したケースだけでなく、潜在的リスクを残したまま終了に至ったケースや、処遇延長を要したケースを含めて分析対象とする枠組みを構築した。

次に、B2（潜在リスクを伴う期間満了終了）および C2（高リスクによる延長）ケースを対象に、宮城県および東京都の 2 地域においてグループインタビュー調査を実施した。調査には、社会復帰調整官、指定通院医療機関医師・精神保健福祉士・看護師、訪問看護ステーション、福祉事業所、行政機関等、多職種・多機関の実務経験者が参加し、通院処遇における判断過程や支援上の葛藤、協働の実態について聞き取りを行った。現在までに 2 グループの調査を完了しており、逐語録作成後、内容確認を経たうえで量的・質的分析を進めている。

途中所見として、通院処遇における支援は、権利的・戦略的観点から一貫して対象者のニーズを起点に構築されており、処遇期間中および終了時において、対象者との SDM が一定程度機能してい

ることが示唆された。一方で、処遇延長の是非をめぐる判断には常に迷いが伴い、単なるリスク回避ではなく、支援関係の継続性や蓄積を重視した協議が行われていた語りが見られた。

また、各支援者の支援観や判断基準は、明示的に共有されている場合と暗黙知として共有されている場合が混在しており、その揺れが支援内容や負荷配分に影響している実態も示唆された。特に状況悪化時には、調整官や特定の支援者に負荷が集中しやすく、処遇終了後の地域支援・マネジメントへの移行に困難を感じる場面が生じていた。

処遇延長判断に関しては、形式的な意思表明よりも、支援者が対象者の価値観や本音をどの程度把握できているかが重要であり、重大事態に至らない現実的なリスクアセスメントが成立している場合には、延長回避や終了判断につながる可能性が示唆された。

さらに、クライシスプランについては、通院処遇中に明示的に活用されていないケースが多かったものの、医療保護入院後も支援関係が破綻しなかった点から、関係性の安全性を優先した地域支援チームの関わりが一定の効果を持っていた可能性が示された。

以上の結果から、通院処遇における意思決定は、個別のケアマネジメントと、支援体制全体を調整する地域マネジメントが相互に作用する中で行われており、その安定が対象者との SDM 形成を支える基盤となっていることが示唆された。

今後は、A1・A2・B1・C1 群に該当する事例の探索および調査協力依頼を行い、グループインタビューを継続的に実施する。あわせて、逐語録の作成および分析を進め、TEM 等の分析枠組みを用いて支援過程と判断の分岐点を整理する。さらに、得られた分析結果をもとに報告書作成、学会発表、論文化を行うとともに、分析成果を踏まえた社会復帰調整官全体を対象としたアンケート調査の準備を進めることで、質的・量的調査からの知見を接続し、通院処遇における再現可能な支援モデルの精緻化を図る予定である。

研究協力者（順不同、敬称略）
本間（照井）稔宏　福島県立医科大学*
稲村義輝　東京保護観察所
高橋陽介　久里浜医療センター
蕪木雅士　周愛巣鴨クリニック
野村照幸　新潟医療福祉大学
島田明裕　国立精神・神経医療研究センター病院
狩野俊介　東北福祉大学
相澤洸太　特定非営利活動法人ソキウス
佐藤和弘　肥前精神医療センター
関口暁雄　済生会鴻巣病院
*: 執筆者

## A．研究目的

医療観察法が施行されてから約 20 年が経過し、平成 17 年 7 月 15 日から令和 2 年 12 月 31 日の間に通院処遇を終了した者は 2,568 名にのぼることが公式統計で報告されている[1)]。これは通院処遇が制度として定着し、多くの対象者が地域生活に移行したことを示している。

通院処遇は、対象者の再他害行為防止と地域生活への復帰を図るために、指定通院医療機関による医療提供と、保護観察所の社会復帰調整官によるマネジメントを中心とする複数の地域関係機関による地域

支援体制であり、対象者とその家族と多職種による協働を前提として実践されている。

柏木の研究では、複雑困難事例における支援実態および有効と考えられる取り組みの整理が行われた。その結果、地域資源の偏在、情報共有の不足、服薬アドヒアランスや物質使用への対応の難しさ、家族関係や生活能力に関する課題などが指摘されるとともに、基幹型・標準型モデルの枠組み整理など、支援体制を構造的に捉える視点が提示された[2)]。

また、久保による通院複雑事例を対象とした研究では、通院複雑事例における具体的な困難場面と支援上の工夫に焦点が当てられ、多職種協働の実践過程、情報共有の方法、家族支援や危機対応の調整の実態が整理された。特に、支援過程における調整や労力の実態について語りがみられ、制度面および実践面の双方における検討課題が示されている[3)]。

これらの先行研究の蓄積により、通院処遇における支援体制の構造や実践上の課題は一定程度整理されてきた。一方で、通院処遇期における支援判断や処遇終了判断がいかなるプロセスを経て形成されるのか、とりわけ対象者本人の意思や価値観が支援判断にどのように位置付けられているのか、また支援者間の共通理解や役割調整がいかに構築されているのかについては、なお体系的な検討の余地がある。特に、通院処遇延長を伴う複雑困難事例における判断過程の構造的な分析は十分とはいえない。

本研究は、医療観察法における通院処遇を対象として、支援判断及び処遇終了判断の形成過程について、ケアマネジメント及び地域マネジメントの観点から検討することを目的とする。研究方法としては、令和7年度は社会復帰調整官や指定通院医療機関等の地域支援者を対象とした質的調査を開始し、令和8年度以降に社会復帰調整官を対象とした量的調査を組み合わせて実施する予定である。

令和7年度は、その第一段階として地域支援者へのグループインタビュー等による質的調査を開始し、支援判断及び処遇終了判断に関わる実践上の論点や判断過程の特徴について探索的に整理を行う。今後は、質的調査で得られた知見を踏まえ、社会復帰調整官を対象とした量的調査を実施し、判断形成過程に関わる要因の傾向や全体像について検討を進める予定である。具体的には、社会復帰調整官及び地域支援者の共通理解に基づく地域マネジメントとケアマネジメントの実態を把握し、両者の相互作用が対象者との協働的意思決定へと段階的に移行するプロセス及びその成立要因を検討する。

さらに、対象者への直接支援及び関係機関間の支援方針の調整を通じて、処遇期間中のみならず処遇終了後の地域生活適応や、精神障害の受容及びセルフマネジメント意識の形成への寄与を検討する。これらの知見を基に、通院処遇における支援過程及び判断構造を整理し、再現可能な支援モデルとして提示する。

## B．研究方法

### 1．調査対象

調査対象は、これまでに本研究で分析対象として取り上げる通院処遇事例に関与した社会復帰調整官、指定通院医療機関のスタッフ及び地域支援者とした。

調査対象ケースは、法務省保護局との事前調整結果を踏まえ、処遇結果の異なる事例群（早期終了・期間満了終了・処遇延長）を網羅的に含めることを基本方針とし、A1

～C2 に該当する最大 6 ケースを対象とした。まず、通院処遇終了ケースを処遇結果および支援上の特徴に基づき、早期終了（A 群）、期間満了終了（B 群）、処遇延長（C 群）に類型化し、さらに各群内での支援態様やリスク状況の差異を整理した。これにより、処遇が安定的に終了したケースだけでなく、潜在的リスクを残したまま終了に至ったケースや、処遇延長を要したケースを含めて分析対象とする枠組みを構築した。

また、地域的偏在を可能な限り回避する観点から、全国各地から事例を探索し、特に処遇延長ケースについては、全国的に該当事例数が限られることを踏まえ、可能な範囲で調査対象に含めた。

また、処遇終了後の経過年数については原則として条件を設けず、調査実施時点で再処遇中でない事例を対象とした。

なお，本研究では支援過程の把握の観点から，担当社会復帰調整官の継続関与を考慮することを想定していたが，事例選定の実際の状況を踏まえ，当該条件の取扱いについては今後，法務省保護局と協議のうえ，必要に応じて検討する。

本研究では、処遇中の支援過程のみならず、処遇終了後における地域資源への繋がりや支援移行の実態についても分析対象に含め、再発防止及び地域生活定着に資する支援構造の把握を目指した。

## 2. 調査項目

1）基本属性

本研究では、対象者そのものの属性情報を収集していないが、通院処遇に関与した支援者個人の属性情報を把握するため、次の項目を調査した。

・支援者個人の専門職種
・支援者の医療・福祉分野での経験年数
・支援者が通院処遇に関与した期間
・支援者の所属機関

これらの支援者属性情報は、質的分析において支援の実践や判断プロセスに影響を与える背景要因として整理・検討する。

2）通院処遇における支援実践及び判断プロセスの調査項目

本研究では、通院処遇における支援実践及び判断プロセスを多面的に把握するため、以下の調査項目を設定した。

（1）支援チームとしての関わりの全体像
（2）通院処遇（退院）に至るまでの準備と移行
（3）指定入院医療機関との情報共有・役割調整
（4）通院処遇開始当初の見立てと支援判断
（5）通院処遇期間中の支援実践と連携の変化
（6）処遇終了を見据えた時期の対応
（7）処遇終了直後及び終了後の状況
（8）医療観察法処遇と一般精神保健福祉サービスの相違点
（9）制度間ギャップを踏まえた示唆

これらの調査項目は、通院処遇開始から終了後に至る支援プロセスを時系列的に整理・分析することを目的として設定したものである。必要に応じて、質的分析の進捗に基づき追加的な情報を収集・整理した。

## 3. 調査方法

本研究の実施にあたり、まず法務省保護局総務課精神保健観察企画官室と複数回の事前協議を行い、研究内容及び調査方法について確認を得た。その上で、令和 8 年 1 月に、同室を通じて全国の保護観察所に対し、本研究への協力についての通知を行った。以後、法務省保護局との協議結果を踏まえ、調査対象となる通院処遇事例に関与した社会復帰調整官及び関係機関の探索を行った。

地域関係機関については、指定入院医

療機関等の協力のもと、スノーボールサンプリングによる探索を行い、当該事例の支援に関与した指定通院医療機関及び地域支援機関に対して研究協力の依頼を行った。研究協力の依頼にあたっては、研究の目的及び方法、調査への参加が任意であること、参加しないことによる不利益が生じないことについて、文書及び口頭により説明を行い、調査への参加意向を確認した。

インタビュー調査は、あらかじめ作成したインタビューガイドに基づき、関係機関で構成される支援チーム単位のグループインタビューとして実施した。調査当日は、研究内容及び倫理的配慮について改めて説明を行い、研究協力に関する同意を文書で取得したうえで実施した。調査への参加は自由意思に基づくものとし、調査途中であっても参加の撤回が可能であることを説明した。

インタビューは研究責任者及び分担研究者が進行を担当し、参加者の発言を録音した。録音データは逐語録を作成し、個人名や所属機関名など研究対象者の特定につながる情報を削除又は一般化することで匿名化を行った。逐語録作成後は、参加者による内容確認の機会を経たうえで、必要に応じて修正を行う予定である。

**4.データ解析**

本研究では、通院処遇における支援実践及び判断プロセスを明らかにすることを目的として、参加者による逐語録内容の確認を経た上で、逐語録データを用いた質的分析を行う予定である。分析にあたっては、支援者の語りに着目し、支援判断の背景、関係機関間の調整過程、支援の変化や葛藤がどのように生じているかを整理する。

具体的には、逐語録を精読したうえで、TEM、SCAT 等の質的分析手法を用い、支援判断や意思決定に関わる記述を抽出し、概念化及びコード化を行う。その後、コード間の関係性を検討し、通院処遇におけるケアマネジメント及び地域マネジメントの構造、ならびに対象者との共同意思決定（以下、SDM）の形成過程を分析する。

また、処遇結果の異なる事例群間での比較を行い、支援過程や判断の分岐点に共通する特徴及び相違点を整理する。分析にあたっては、通院処遇の各時期における支援体制の変化を時間的な流れとして捉える視点を重視し、支援の積み重ねや転換点がどのように生じているかを検討する。

これらの分析結果を踏まえ、通院処遇における支援実践の特徴及び課題を整理するとともに、再発防止及び地域生活定着に資する再現可能な支援モデルの構築に向けた示唆を導出する予定である。

**（倫理面への配慮）**

本研究は公立大学法人岩手県立大学研究倫理審査委員会より承認を得て実施している（承認番号 629,承認日令和 7 年 11 月 11 日）。

## C．研究結果

本結果は、逐語録作成および参加者による内容確認を経た正式な質的分析に先立ち、グループインタビュー実施後に整理された暫定的所見である。今後の逐語録確認および質的分析過程において、内容が修正・精緻化される可能性がある。

1）共通して語られた支援の前提構造

研究協力者の語りにおいては、支援は対象者のニーズを起点として構築されてい

るとの認識が共有されていた。また、処遇中および終了時において、SDM が一定程度機能していたとの語りが複数認められた。

処遇延長の是非については迷いが伴うとの語りがあり、単なるリスク回避にとどまらず、支援関係の継続性や蓄積を重視した協議が行われていたとの認識が示された。

さらに、強制性や管理を前面に出すのではなく、本人の価値観を尊重する姿勢が支援チーム内で重視されていたとの語りが認められた。

また、支援の困難さが支援者間の共通理解や相互支援意識を促す契機となっていた傾向が示された。

2）支援観及び実践上の揺れ

各支援者の支援観や支援姿勢については、明示的に共有された場面と、暗黙の理解として共有されていた場面が混在していたとの語りが認められた。

医療や支援を提供しつつ対象者のニーズに寄り添う実践については、実践できた側面と十分には実践できなかった側面が併存していたとの発言がみられた。

再発や一時的な支援離脱については、「再発が支援再構築の契機となり得る」との認識が一部の語りの中で示された。

また、状況悪化時に特定の支援者へ負担が集中する場合があるとの語りがあり、処遇終了後の支援移行に困難さを感じるとの発言も認められた。

3）処遇延長判断の分岐点

処遇延長判断に関しては、本人が大切にしている価値や意向が支援者間で共有されていたこと、および重大事態には至らないというリスクアセスメントが一定程度成立していたことが語られた。

また、本人の形式的な意思表明のみならず、日常的関わりの中で把握された本人の意向や価値観が重視されていたとの語りが認められた。

4）医療観察法における支援構造の特性

通院処遇においては、本人の意思決定と医療・支援提供の調整が継続的に行われていたとの語りがみられた。

また、対象者と支援者の対立構造を強調しない支援のあり方が重視されていた可能性が示唆された。

一般精神医療と比較した場合の相違点については、不確実性の中で関係性と支援プロセスを維持する姿勢が重視されていたとの発言が認められた。

さらに、支援チームメンバー間の支援観の相違が、支援内容や状況判断に一定の影響を与えていた可能性が示された。

5）クライシスプランをめぐる論点

通院処遇中におけるクライシスプランの具体的活用については、明示的な言及は多くは認められなかった。

一方で、医療保護入院後も支援関係が維持されていた点については、関係性の安全性を重視した支援チームの関わりの結果として解釈し得るとの語りがあった。

また、入院処遇中におけるクライシスプラン作成過程が、対象者と支援者の関係性に影響を与えていた可能性も示唆された。

6）支援者の姿勢とチームマネジメント

支援が停滞する状況においては、不確実性に耐えつつ支援を継続する姿勢の重要性が語られた。

指定通院医療機関が支援者間の関係調整に関与していたとの語りが認められた。

また、社会復帰調整官に対しては、判断や方向性を示す役割が期待される側面とともに、支援チームが分断されないよう関係を維持する役割が期待されていたとの語りが得られた。

本章で示した内容は、逐語録確認および

質的分析を経る前段階で整理された暫定的所見であり、今後の TEM、SCAT 等による分析過程において再構成される予定である。

## D．考察

本章で整理した結果は、逐語録確認及び質的分析に先立つ暫定所見であり、確定的結論を示すものではない。

しかしながら、研究協力者の語りからは、通院処遇が対象者のニーズを起点に構成され、支援関係の継続性を重視しながら判断が行われている実態がうかがわれた。これは、医療観察法第 1 条に定められた「継続的かつ適切な医療並びに観察及び指導を行うことによって、その病状の改善及び同様の行為の再発の防止を図り、もってその社会復帰を促進する」という理念の具体化過程の一端を示すものと考えられる。

一方で、支援観の共有のあり方、処遇延長判断の分岐構造、支援負担の偏在、終了後の地域移行の困難性等については、今後の質的分析においてさらに精査すべき論点として整理された。

今後、TEM、SCAT 等を用いた分析を通じて、時間的推移及び構造的関係性を明確化し、通院処遇におけるケアマネジメント及び地域マネジメントの再構成を試みる予定である。

本研究の成果は、通院処遇の実践構造を整理する基礎資料として、今後のガイドライン検討や実務研修における検討材料となる可能性がある。

## E．結論

本研究は、医療観察法における通院処遇を対象とし、社会復帰調整官及び地域支援者の語りを通じて、支援実践及び判断プロセスの実態を整理することを目的として実施した。

令和 7 年度は、処遇結果の異なる複数事例を対象にグループインタビューを実施し、暫定的な所見を整理した。その結果、支援は対象者のニーズを起点に構成され、支援関係の継続性を重視しながら処遇判断が行われている実態が語られた。また、処遇延長判断や支援移行の過程においては、不確実性の中での協働的判断が行われている可能性が示唆された。

一方で、支援観の共有の在り方、支援負担の偏在、処遇終了後の地域支援移行の課題等については、今後の質的分析においてさらに検討を要する論点として整理された。

今後は、A1・A2・B1・C1 群に該当する事例の探索および調査を行い、逐語録の確認後に TEM、SCAT 等を用いた質的分析を実施し、通院処遇におけるケアマネジメント及び地域マネジメントの構造を明確化するとともに、再他害防止及び地域生活定着に資する支援モデルの整理を行う予定である。

## F．健康危険情報

なし

## G．研究発表

### 1．論文発表

なし

### 2．学会発表

なし

## H．知的財産権の出願・登録状況

### 1．特許取得

なし

### 2．実用新案登録

なし

### 3. その他

なし


### I. 謝辞

本調査にあたり多大なる御協力をいただいた法務省保護局精神保健観察企画官室の皆様、全国保護観察所の皆様、および全国の医療観察法支援者の皆様のご協力に深謝致します。


### 参考文献


1) 通院処遇統計レポート2020年版　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　精神保健研究所　地域精神保健・法制度研究部
2) 柏木宏子：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―．令和5年度厚生労働科学研究費補助金医療観察法における退院後支援に資する研究分担研究報告書，42-53，2023
3) 久保彩子：医療観察法における退院後支援に資する研究」分担研究報告書、令和5年度厚生労働科学研究費補助金医療観察法における退院後支援に資する研究分担研究報告書，25-41，2023

令和 7 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））
医療観察法における円滑な社会復帰を促進するための
連携等の方策を推進するための研究
「指定通院医療機関の量的実態調査と通院処遇における多機関連携モデルの提言」
（三品分担班）研究協力報告書

# 指定通院医療機関の量的実態調査

研究協力者　久保　彩子　　国立病院機構琉球病院

**研究要旨：**

本研究は、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者を対象とする医療観察法に基づく通院処遇開始前の準備業務量を量的に明らかにすることを目的とした。医療観察法通院処遇開始前の準備業務は多大な負担を要する一方で、診療報酬が業務量に見合っていないことが指摘されている。

調査対象は、指定通院医療機関に所属し、医療観察法通院処遇に多職種チームとして関与した医療者である。後ろ向き調査では通院処遇開始前の全準備期間、前向き調査では令和 7 年 10 月 1 日から 11 月 30 日までの業務量を、対象者ごとに収集した。調査項目は、関係機関との会議、対象者面接、関係機関との情報共有、院内体制整備などであり、それぞれについて時間、回数、関与職種および人数を把握した。

回答は 22 機関 42 名から得られ、事例数は後ろ向き 57 例、前向き 18 例であった。後ろ向き調査では、通院打診から開始まで平均約 14 か月を要し、業務量のピークは処遇開始の 3〜4 か月前に集中していた。体験デイケアを除いた準備業務時間の中央値は 795 分であり、業務内容別では関係機関との会議と情報共有に最も多くの時間が割かれていた。業務時間と従事人数には強い正の相関が認められ、業務負担が大きい事例ほど多くの人員を必要としていた。また、業務時間の分布は二極化しており、特に対象者の複雑性が高い事例では著しく多くの時間を要していた。前向き調査においても同様に、関係機関との会議や情報共有が中心的な業務であり、精神保健福祉士と看護師の関与が多かった。業務負担の理由としては、会議や情報共有の長時間化・多頻度化、調整の困難さ、対象者の状態の不安定さなどが挙げられた。

精神科病院退院後のアウトカムを改善する介入として Transitional intervention が注目されており、通院処遇開始前の準備の多くはこの効果的な介入にあたると考えられる。しかし通院処遇開始前の準備は長期にわたり、多職種による支援を要すること、特に対象者の複雑性が業務量を大きく左右することが示された。現行の一律な診療報酬制度では、複雑な事例を積極的に受け入れる限られた指定通院医療機関ほど負担が増大し、診療報酬との乖離が生じる可能性がある。通院処遇開始前からの丁寧な支援は、病状悪化や再他害行為の防止、処遇終了後の医療および支援の継続性向上に寄与する重要な要素であり、今後は業務実態を踏まえた診療報酬上の評価の見直しが望まれる。

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
長根山由梨　同上
大鶴　卓　琉球こころのクリニック
小池純子　国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
本間稔宏　福島県立医科大学
高尾　碧　島根県立こころの医療センター

## 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）」では、対象者に対して、医療と司法の協力体制に基づく専門的かつ継続的な医療と福祉サービスを確保することにより、社会復帰と再他害行為の防止を目的とする。医療観察法処遇には入院処遇と通院処遇があるが、処遇決定対象者の約 8 割は入院処遇からスタートし、通院処遇へと移行する[1)]。

これまでの通院処遇に関する研究[2)]では、指定通院医療機関の約半数は通院処遇対象者の対応に困難さを感じており、医療者と対象者間の信頼関係構築および情報提供に関わる支援には特に労力を要していることがわかってきている。また通院処遇開始前の準備に関わる業務の労力についても一定程度を要していることがわかってきた一方で、現在その業務に対する診療報酬が、その業務量に見合っていないことが指摘されている。

本調査では、医療観察法通院処遇が開始される前の準備に関わる業務量を量的に調査することを目的とする。

## B．研究方法

### 1．調査対象

対象となるのは指定通院医療機関に在籍し、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医療者（医師、看護師、精神保健福祉士、作業療法士、心理療法士等）で、かつ研究概要について文書にて説明を受け、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である。

### 2．調査項目

下記の調査項目に関して、医療観察法通院対象者ごとに回答を求める。

・関係機関会議（回数・時間・職種・人数）
・対象者面接（回数・時間・職種・人数）
・関係機関の情報共有（回数・時間・職種・人数）
・院内体制整備（回数・時間・職種・人数）
・通院打診を受けてから通院処遇開始まで、もしくは現在までの月数
・業務量・支援量が多かった月とその理由
・負担となった業務とその理由

→これらの調査項目について、後ろ向きの調査では、準備期間中のすべて業務量を記載する。また前向きの調査では、令和 7 年 10 月 1 日から 11 月 30 日の日毎の業務量を記載する。

### 3．調査方法

本調査では、通院処遇開始時点を起点として、後ろ向きおよび前向きに業務量を調査する。後ろ向き調査では、調査開始時点で通院処遇が開始している医療観察法通院対象者がいる指定通院医療機関の担当者が、医療観察法通院対象者ごとに、すでに過去に行われた通院処遇開始前の準備に関わる業務量を、後ろ向きの調査用紙（表 1）に回答を記入する。

前向き調査では、調査開始時点で保護観察所社会復帰調整官からの医療観察法通院対象者の受け入れの打診があったが、まだ通院処遇が開始されておらず受

け入れ準備に関わる業務を行っている医療観察法通院対象者がいる指定通院医療機関の担当者が、令和 7 年 10 月 1 日から 11 月 30 日の期間中に行った当該業務量を医療観察法通院対象者毎に、前向きの調査用紙（表 2）に回答を記入する。

一つの指定通院医療機関で、上記対象となる医療観察法対象者が複数いる場合にはそのすべてについて医療観察法通院対象者毎に回答を求めるものとする。

データ収集方法について、選定された指定医療機関の研究対象者に対し調査票をメールまたは郵送にて配布し、自記式回答にて行う。回答した調査票は、メールまたは郵送にて回収する。

**4.データ解析**

後ろ向き調査および前向き調査で情報を得た、通院処遇開始前の準備に関する業務について、準備期間、業務時間、頻度、従事した人数および職種について、要約統計量を算出し、一部項目については業務内容によって層別化した。

さらに業務時間と従事した人数の関連、もしくは業務内容別に要した時間それぞれの関連を検討するため、スピアマンの順位相関係数を算出し確認した。

解析には SPSS®version29.0 を用い、相関係数の算出においては、有意水準を $p<0.05$ とした。業務負担の理由などのテキストデータの要約については、生成 AI（Microsoft Copilot）を使用し、研究協力者が内容を確認した。

**（倫理面への配慮）**

本研究は国立病院機構琉球病院倫理委員会より承認を得て実施した。（承認番号 7-4）

## C．研究結果

**1）調査回答数（表 3）**

質問票の配布は,令和 5 年度筆者らの行った指定通院医療機関に対する調査で、複数事例の回答があった 41 機関を選定し配布を行った。その結果 22 機関より回答が得られ、調査回答者は 42 名で、職種別でみると精神保健福祉士が 88%と多くを占めた。

回答された事例数は、後ろ向き調査は 57 例、前向き調査は 18 例であった。

**2）通院処遇開始前準備期間と日数（表 3）**

後ろ向き調査では、保護観察所の受け入れ打診から通院処遇開始までの期間について平均 13.94 カ月、中央値 12 カ月であり、業務量のピークは処遇開始前の平均 3.75 カ月、中央値 3 カ月であった。

前向き調査では、調査期間 2 か月間の業務日数について平均 5.5 日、中央値 4 日であり、調査時点は通院打診から、平均 10.59 カ月目、中央値 5 ケ月目であった。

**3）後ろ向き調査 57 例・従事した時間（表 4、 図 2、図 3、図 5）**

従事した総時間は、平均 992.68 分（標準偏差 946.61）、中央値は 795 分であった。この項目の回答に外れ値が多かったため、検討したところ、外れ値が「対象者面接」の項目によって生じており、その 7 割強を占めていたのが体験デイケアの時間であったため、体験デイケアの有無が分布のばらつきに強く影響していた可能性を考えた。そのため、体験デイケアを除いた総時間を改めて算出し、その結果平均は 662.86 分（標準偏差 386.26）、中央値は 610 分となった。

体験デイケアを除く総時間を業務内容別に分け要約統計量を算出したところ、「関係機関との会議」がもっとも多く「関係機関との情報共有」がそれに続いた。

また業務内容別の業務の頻度は、「関係機関との情報共有」が他に比べて最も頻回

に実施されていた。

**4）後ろ向き調査 57 例・従事した人数（表 4、図 6、図 7）**

従事した総人数の平均は 63.19 人、中央値は 37 人であった。これを業務別でみると、「関係機関との会議」が最も多くの職員が関与していた。

次に、従事した総人数について職種別に平均および中央値をみると、精神保健福祉士が最も多く参加しており、次いで看護師が続いた。

**5）前向き調査 18 例・従事した時間（表 5、図 4）**

従事した総時間は、平均 255.06 分（標準偏差 365.04）、中央値 127.5 分であった。こちらも後ろ向き調査と同じく、体験デイケアを除く総時間を改めて算出した。その結果、平均 195.05 分（標準偏差 235.04）、中央値 127.5 分であった。

体験デイケアを除く総時間を業務内容別に分け、平均値、中央値をそれぞれ算出したところ、「関係機関との情報共有」がもっとも多く「関係機関との会議」がそれに続いた。

**6）前向き調査 18 例・従事した人数（表 5）**

従事した総人数の平均は 14.67 人、中央値は 9 人であった。これを業務別でみると、「関係機関との情報共有」が最も多くの職員が関与していた。

次に、従事した総人数を職種別にみると、精神保健福祉士が最も多く参加しており、それに看護師が続いた。

**7）業務量が負担となった理由（図 1、表 6）**

後ろ向き調査と前向き調査で業務量が負担となった業務の種類を複数回答可で求め、それぞれ挙げた理由をテキストデータで収集した。

その結果、後ろ向き調査で最も業務負担があったと回答したのは、「関係機関との会議」の 24 件であり、ついで「関係機関との情報共有」が 21 件と続き、「対象者面接」は 5 件と最も回答が少なかった。

前向き調査では、「院内体制整備」が最も多い 4 件であり、次いで「関係機関との会議」および「関係機関との情報共有」がそれぞれ 3 件、「対象者面接」が最も少ない 2 件であった。

負担となった理由を要約すると、「関係機関との会議」では、長時間化、多頻度化、調整困難が主な負担となっており、対象者の状態や社会的背景が複雑なほど協議回数が増え業務負担が増大していた。

「関係機関との情報共有」では、情報量の多さや、重複、調整の難しさが負担の中心となり、対象者の状態が不安定なほど、共有頻度が増え、心理的負担も増大していた。

「対象者との面接」では、対象者の特性、具体的には病識欠如やリスク、コミュニケーション困難などで面接負担が増大し、時間的負担に加えて、心理的負担の両面が強調される結果となった。

院内体制整備では、院内調整や資料作成、短期間対応、すなわち処遇開始までの期間が短い場合には負担が増大していた。特に経験の少ないスタッフが多い場合には、確認作業が増え負担が増大していた。

## D．考察

**1）開始前準備の期間および時間、人数**

通院処遇開始前準備は平均 14 か月を要し、処遇開始 3～4 か月前すなわち、退院申請前後に業務のピークがあると考えられる。

業務の頻度としては他の業務の頻度が限られているのに対し、「関係機関との情報共有」は頻度が高く、準備期間が長いほど累積負担がかかることが予測された。頻

度が限られる「関係機関との会議」「対象者面接」「院内体制整備」については、前向き調査の調査期間である2か月間という限られた期間では、情報共有以外の実際の業務量を把握することが難しいと考えられた。

平均と中央値、標準偏差をみると、体験デイケアを除いた業務総時間、従事総人数のばらつきは非常に大きい。また業務時間と従事した人数について相関係数を算出した結果、体験デイケアを除いた場合の相関係数が 0.728($p$=<0.001)、体験デイケアを含む場合の相関係数が 0.752($p$=<0.001)といずれもほぼ直線的な正の相関があり（図 8)、業務時間を要する対象者ほどマンパワーを必要としていると考えられた。

体験デイケアを除く業務時間の分布では（図 9）著しく時間を要しているといえる900分を超えるケースが11例19.3%と、少なくない割合で存在し、中央値を大きく下回る 350 分以下が 26.3%を占め、業務時間の分布が二極化していると考えられた。体験デイケアを含む業務時間が 1,000 分を超えるケースも 12 例 21%存在しており、通院処遇開始前の準備に著しく時間を要する対象者が一定数存在していることが明らかとなった。

業務の総時間を業務別にみると、「関係機関との会議」や「関係機関との情報共有」に多くの時間が割かれていた。2 つの相関は相関係数 0.386（$p$=0.003）と弱い相関に留まり、どちらかが単独で膨大な時間が割かれる事例と双方ともに時間が割かれる事例に分かれた。それぞれの負担となった理由をみると、いずれも対象者の状態により業務負担が量的に増えていた。つまり業務時間を要するような複雑な事情を抱える対象者では、関係機関との会議もしくは情報共有にかかる時間が増大し、場合によっては会議という限られた機会だけでは、十分な情報共有や合意形成が難しいため、こまめな情報共有の機会を要する対象者もいると考えられた。

「対象者面接」は、体験デイケアを除くと、模擬診察や多職種チーム面接、個別面接が含まれるが、業務時間と従事した人数がともに最も少なかった。一方で変動係数および相対的 IQR は（表 4）他の業務と比較すると高く、対象者面接は必要性が分かれる業務と考えられた。負担となった理由では、対象者の特性すなわち、病識欠如や、リスクの高さ、コミュニケーション困難などの事情によって面接負担を増大しており、時間的負担のみならず心理的負担の両面が強調された。

従事した人数を職種ごとにみると、精神保健福祉士はすべての業務に主に関与しており、次いで看護師の関与が多かった。作業療法士、心理療法士、医師の関与は限定的であった。作業療法士と心理療法士は事例の必要性に応じて対応し、医師は監督的役割が主体であると考えられた。

通院処遇開始前準備として通院処遇ガイドライン上では対象者と面談を行い関係構築に務めることを求めているが、デイケアを除いた対象者面接、すなわち模擬診察や多職種チーム面接、個別面接に関わる職種を比較すると、医師の関与は最も低く、他の業務同様、精神保健福祉士と看護師が中心的に関わっていた。医師が中心的に関わると想定された模擬診察についてみても、後ろ向き調査で模擬診察が行われた 30 例中 10 例が医師のみが診察しており、他20例は他の職種がともに関与していた。

以上から、対象者との信頼関係構築を目的とした「対象者面接」は、模擬診察を含めて、医師単独というより多職種を中心に支援が提供されていた。

精神科病院からの退院後のアウトカム

を改善するものとして Transitional intervention （以下、移行期介入）の効果が注目されており、早期精神科再入院や強制入院、退院後のケアの継続性などに効果がある[3)4)5)]ことが示されている。橋渡し要素を含む効果的な移行期介入として挙げられるもののうち、移行期マネージャーの存在や入院スタッフが外来医療や地域サービス提供者とタイムリーに連絡を取ることが挙げられており、本研究結果に示された、関係機関との会議や情報共有は中核的要素に相当すると考えられた。また、指定通院医療機関の精神保健福祉士や看護師が直接支援を含む移行期介入を担っており、移行期マネージャーとして機能している可能性があった。

「対象者面接」にあたると思われる退院前に外来精神科医療提供者と面会することについては、報告が少なく現在のところエビデンスは明らかではない。しかし、司法精神医療という強制性の高い医療の中では、支援を提供するうえで信頼関係構築に課題があるケースが多いため、対象者の必要性に応じた柔軟な対応が求められるといえる。

**2）診療報酬算定上の課題**

通院処遇ガイドライン上では、通院処遇開始前の調整について、ケア会議の参加に加えて、関係機関との連携や情報共有により処遇実施計画や医療内容の検討を行うことや、対象者との面談により関係構築に努めることを推奨している。令和5年度に実施された指定通院医療機関への実態調査[6)]および令和6年度に実施された指定通院医療機関へのインタビュー調査[2)]において、対象者との信頼関係構築および関係機関との情報共有に関わる支援は、重要な支援であると同時に、複雑な対応を要する対象者では労力を要する支援であると指定通院医療機関が位置づけていた。

今回の調査では通院処遇開始前の準備としては、「関係機関との会議」や「関係機関との情報共有」に最も時間を要しており、「対象者面接」は対象者の特性により関係構築に課題がある場合に、多職種により行われていた。

現在通院処遇開始前の調整については、通院医学管理事前調整加算として2,400点が、通院処遇開始時に1回のみ加算できる。比較する材料として通院処遇中の指定通院医療機関のケア会議参加を挙げると、通院処遇中のケア会議はその参加の都度、通院医学管理情報提供加算として1,200点が請求できることになっており、単純に考えれば、通院処遇開始前の調整に関してはケア会議参加2回と同等と判断できる。一方で、今回の調査で通院処遇開始前の準備はガイドラインで推奨されるように会議への参加以外にも情報共有や対象者面接が行われており、その他院内体制整備にも取り組まれていた。後ろ向き調査の「関係機関との会議」への参加に絞ってみても、会議への参加回数の平均値は 3.26 回、中央値は 3 回、要した時間の平均値は 282.98 分、中央値は240分となっており、診療報酬上では、ケア会議参加2回分を超えていると想定される。さらには、参加回数が 5 回を超える対象者は57例中12例で21.1%を占め、さらに会議参加全体に要した時間が 450 分以上となっている対象者は 57 例中 14 例 24.6%を占めた。これら「関係機関との会議」に加えて、対象者の状態によっては「関係機関との情報共有」に時間を要する場合があり、さらに信頼関係構築のために丁寧に「対象者面接」が並行して行われている状況を考慮すると、対象者の状態や特性のために開始前の準備に時間を要する、つまり複雑な対応を要する事例を

受け入れる指定通院医療機関では診療報酬に見合わなくなる可能性が示唆された。

大鶴[7]によれば、通院対象者を一定期間、一定数受け入れることで臨床経験を重ねる指定通院医療機関が受け入れ数が増加する傾向に加えて、対象者を多く受け入れている医療機関は診療機能が多彩で職員数も多い特徴がみられた。一方で、指定通院医療機関全体をみると、受け入れ経験数が少ない指定通院医療機関が多くを占めていた。以上から、元来診療機能が多彩でマンパワーがあり、豊富な臨床経験を重ね積極的に対象者を受け入れる指定通院医療機関は限られると考えられる。

また久保[3]によれば、通院処遇対象者をより多く受け入れている指定通院医療機関は、支援に困難さを感じる対象者の割合は高かったことを報告しており、前述のような限られた指定通院医療機関が複雑な対応を要する通院処遇対象者を含めて積極的に受け入れていると考えられる。

まとめると、個別事例の複雑性が通院処遇受け入れ前の準備の業務量に強く影響していることが明らかとなり、複雑な対応を要する事例を含めて積極的に受け入れる指定通院医療機関が、現行の一律の診療報酬加算に従えば、複雑な対応を要する事例を受け入れれば受け入れるほど負担が大きくなり、診療報酬に見合わない支援を提供せざるを得なくなると考えられた。

令和6年度に実施された指定通院医療機関へのインタビュー[2]では信頼関係構築や情報共有に関わる支援を丁寧に行う意義として、早期介入による病状悪化や再他害行為の防止、通院処遇終了後の医療や支援の継続性を高めることが挙げられており、対象者の必要性に応じて通院処遇開始前からその支援が開始されていると考えられる。このような通院処遇や処遇終了後を見据えて、通院処遇開始前から始まる、対象者の状況や特性に柔軟に応じた指定通院医療機関による丁寧な支援が、通院処遇対象者の良好な予後を支える一因であると考えられた。

## E．結論

令和7年度は、41の指定通院医療機関に対し医療観察法通院処遇が開始される前の準備に関わる業務量を量的に調査した。得られた回答は22機関から計75例であった。通院処遇開始前準備には中央値795分の業務時間を要し、業務負担の中心は「関係機関との会議」「情報共有」であるが、対象者の複雑性によって必要な業務時間が大きく変動し、業務量が多いケースほど多人数の職員で関わっていた。

通院処遇開始前から始まる、対象者の状況や特性に柔軟に応じた指定通院医療機関による丁寧な支援が通院処遇開始後の早期介入を可能にし、それによって病状の再燃や再他害行為の防止、処遇終了後の医療及び支援の継続性を高めると考えられる。しかし、現行の一律の診療報酬制度に従えば、複雑な対応を要する場合を含めて積極的に受け入れる指定通院医療機関が、複雑な対応を要する対象者を受け入れれば受け入れるほど通院処遇開始前準備の業務負担が大きくなり、診療報酬に見合わない支援を提供せざるを得なくなる現状が喫緊の課題であると考えられた。

## F．健康危険情報

なし

## G．研究発表

### 1．論文発表

久保彩子:司法精神医学への招待：精神医学と法律の接点(Vol.7)医療観察法医

療の現状と課題 ： 通院処遇. 医学のあゆみ, 2025; 293(11): 1105-1109

## 2. 学会発表

久保彩子: 医療観察法通院処遇の実態把握と課題解決の検討. 第 21 回日本司法精神医学会大会,岡山, 2025.9.26

## H. 知的財産権の出願・登録状況

### 1. 特許取得

なし

### 2. 実用新案登録

なし

### 3. その他

なし

## I. 謝辞

本調査にあたり多大なる御協力をいただいた全国指定通院医療機関スタッフの皆様のご協力に深謝致します。

## 参考文献

1) 通院処遇統計レポート 2020 年版　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　精神保健研究所　地域精神保健・法制度研究部
2) 久保彩子：通院処遇の実態把握課題に関する調査とその解決策の検討. 令和 6 年度厚生労働科学研究費補助金(障害者政策総合研究事業(精神障害分野))医療観察法における退院後支援に資する研究　分担研究報告書, 24-44, 2025
3) Vigod , et al.: Transitional interventions to reduce early psychiatric readmissions in adults:systematicreview.The British Journal of Psychiatry(2013) , 202, 187-194.
4) Dixon L, et al.: Use of a critical time intervention to promote continuity of care after psychiatric inpatient hospitalization. Psychiatr Serv (2009) 60(4):451-8.
5) Lay B, et al.: Outcomes of a psycho-education and monitoring programme to prevent compulsory admission to psychiatric inpatient care: A randomised controlled trial. Psychol Med (2018) 48(5):849-60.
6) 久保彩子：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. 令和 5 年度厚生労働科学研究費補助金(障害者政策総合研究事業 (精神障害分野))医療観察法における退院後支援に資する研究　分担研究報告書, 25-41, 2024
7) 大鶴卓：指定通院医療機関の機能分化に関する研究. 平成 28 年度国立研究開発法人　日本医療研究開発機構委託研究　長寿・障害総合研究事業　障害者対策総合研究開発事業 (精神障害分野)医療観察法における、新たな治療介入方法や、行動制御に関わる指標の開発等に関する研究　研究開発分担報告書, 93-102,2017

表1

①後ろ向き調査票　※こちらのシートは後ろ向き調査用

対象者ID：　　シート作成者：　　作成者職種：

| 項目 | 活動内容 | 活動場所 | 回数 | 合計時間 | 移動時間合計 | 参加スタッフ人数 | スタッフの内訳 | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | Ns | PSW | OT | CP | 他 | Dr |
| 関係機関との会議 | CPA会議 | □ 院外 | 回 | 分 | 分 | 名 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | | □ 院内 | 回 | 分 | | 名 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | | □ オンライン | 回 | 分 | | 名 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | ケア会議 | □ 院外 | 回 | 分 | 分 | 名 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | | □ 院内 | 回 | 分 | | 名 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | | □ オンライン | 回 | 分 | | 名 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | その他調整会議 | □ 院外 | 回 | 分 | 分 | 名 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | | □ 院内 | 回 | 分 | | 名 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | | □ オンライン | 回 | 分 | | 名 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 対象者面接 | 模擬診察 | □ 院外 | 回 | 分 | 分 | 名 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | | □ 院内 | 回 | 分 | | 名 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | | □ オンライン | 回 | 分 | | 名 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | 模擬訪問看護 | □ 院外 | 回 | 分 | 分 | 名 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | | □ 院内 | 回 | 分 | | 名 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | | □ オンライン | 回 | 分 | | 名 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | 体験デイケア | □ | 回 | 分 | | 名 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | チーム面接 | □ 院外 | 回 | 分 | 分 | 名 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | | □ 院内 | 回 | 分 | | 名 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | | □ オンライン | 回 | 分 | | 名 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | 個別面接 | □ 院外 | 回 | 分 | 分 | 名 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | | □ 院内 | 回 | 分 | | 名 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | | □ オンライン | 回 | 分 | | 名 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 関係機関との情報共有 | 指定入院医療機関 | □ 院外 | 回 | 分 | 分 | 名 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | | □ 院内 | 回 | 分 | | 名 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | | □ 電話/メール/オンライン | 回 | 分 | | 名 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | 保護観察所 | □ 院外 | 回 | 分 | 分 | 名 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | | □ 院内 | 回 | 分 | | 名 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | | □ 電話/メール/オンライン | 回 | 分 | | 名 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | 行政機関 | □ 院外 | 回 | 分 | 分 | 名 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | | □ 院内 | 回 | 分 | | 名 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | | □ 電話/メール/オンライン | 回 | 分 | | 名 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | 障害福祉サービス事業所 | □ 院外 | 回 | 分 | 分 | 名 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | | □ 院内 | 回 | 分 | | 名 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | | □ 電話/メール/オンライン | 回 | 分 | | 名 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | 訪問看護ステーション | □ 院外 | 回 | 分 | 分 | 名 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | | □ 院内 | 回 | 分 | | 名 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | | □ 電話/メール/オンライン | 回 | 分 | | 名 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | 家族 | □ 院外 | 回 | 分 | 分 | 名 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | | □ 院内 | 回 | 分 | | 名 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | | □ 電話/メール/オンライン | 回 | 分 | | 名 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | その他 | □ 院外 | 回 | 分 | 分 | 名 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | | □ 院内 | 回 | 分 | | 名 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | | □ 電話/メール/オンライン | 回 | 分 | | 名 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 院内体制整備 | MDT会議 | | 回 | 分 | | 名 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | MDT内打ち合わせ・相談 | | 回 | 分 | | 名 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | MDT会議以外の院内会議・委員会 | | 回 | 分 | | 名 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | 研修 | | 回 | 分 | | 名 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | その他 | | 回 | 分 | | 名 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | 資料作成・記録作成（会議記録等） | | 回 | 分 | | 名 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |

| 上記業務項目の中で、負担となった業務に当てはまる項目に☑をつけてください（複数回答可）。またその理由を記載してください。 | | 理由： |
|---|---|---|
| | □ 関係機関との会議 | |
| | □ 対象者面接 | |
| | □ 関係機関との情報共有 | |
| | □ 院内体制整備 | |

| 打診～通院処遇開始までの期間 | ヶ月 | 左記期間の中で最も業務量が多かった月は、通院処遇開始の何ヶ月前になりますか。　通院処遇開始＿＿＿＿＿＿ヶ月前 |
|---|---|---|
| 最も業務量が多かった月について、その理由を記載してください。 | 理由： | |

表2

②-2前向き調査票（集計用）※こちらのシートは10/1～11/30間の業務量合計を記入してください。

対象者ID：

シート作成者：　　作成者職種：

| 項目 | 活動内容 | | 活動場所 | 合計回数 | 合計時間 | 移動時間合計 | 合計参加スタッフ人数 | スタッフの内訳（合計人数） | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | Ns | PSW | OT | CP | 他 | Dr |
| 関係機関との会議 | CPA会議 | □ | 院外 | 回 | 分 | 分 | 名 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | | □ | 院内 | 回 | 分 | | 名 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | | □ | オンライン | 回 | 分 | | 名 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | ケア会議 | □ | 院外 | 回 | 分 | 分 | 名 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | | □ | 院内 | 回 | 分 | | 名 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | | □ | オンライン | 回 | 分 | | 名 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | その他調整会議 | □ | 院外 | 回 | 分 | 分 | 名 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | | □ | 院内 | 回 | 分 | | 名 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | | □ | オンライン | 回 | 分 | | 名 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 対象者面接 | 模擬診察 | □ | 院外 | 回 | 分 | 分 | 名 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | | □ | 院内 | 回 | 分 | | 名 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | | □ | オンライン | 回 | 分 | | 名 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | 模擬訪問看護 | □ | 院外 | 回 | 分 | 分 | 名 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | | □ | 院内 | 回 | 分 | | 名 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | | □ | オンライン | 回 | 分 | | 名 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | 体験デイケア | □ | | 回 | 分 | | 名 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | チーム面接 | □ | 院外 | 回 | 分 | 分 | 名 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | | □ | 院内 | 回 | 分 | | 名 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | | □ | オンライン | 回 | 分 | | 名 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | 個別面接 | □ | 院外 | 回 | 分 | 分 | 名 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | | □ | 院内 | 回 | 分 | | 名 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | | □ | オンライン | 回 | 分 | | 名 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 関係機関との情報共有 | 指定入院医療機関 | □ | 院外 | 回 | 分 | 分 | 名 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | | □ | 院内 | 回 | 分 | | 名 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | | □ | 電話/メール/オンライン | 回 | 分 | | 名 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | 保護観察所 | □ | 院外 | 回 | 分 | 分 | 名 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | | □ | 院内 | 回 | 分 | | 名 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | | □ | 電話/メール/オンライン | 回 | 分 | | 名 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | 行政機関 | □ | 院外 | 回 | 分 | 分 | 名 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | | □ | 院内 | 回 | 分 | | 名 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | | □ | 電話/メール/オンライン | 回 | 分 | | 名 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | 障害福祉サービス事業所 | □ | 院外 | 回 | 分 | 分 | 名 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | | □ | 院内 | 回 | 分 | | 名 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | | □ | 電話/メール/オンライン | 回 | 分 | | 名 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | 訪問看護ステーション | □ | 院外 | 回 | 分 | 分 | 名 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | | □ | 院内 | 回 | 分 | | 名 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | | □ | 電話/メール/オンライン | 回 | 分 | | 名 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | 家族 | □ | 院外 | 回 | 分 | 分 | 名 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | | □ | 院内 | 回 | 分 | | 名 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | | □ | 電話/メール/オンライン | 回 | 分 | | 名 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | その他 | □ | 院外 | 回 | 分 | 分 | 名 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | | □ | 院内 | 回 | 分 | | 名 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | | □ | 電話/メール/オンライン | 回 | 分 | | 名 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 院内体制整備 | MDT会議 | | | 回 | 分 | | 名 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | MDT内打ち合わせ・相談 | | | 回 | 分 | | 名 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | MDT会議以外の院内会議・委員会 | | | 回 | 分 | | 名 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | 研修 | | | 回 | 分 | | 名 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | その他 | | | 回 | 分 | | 名 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | 資料作成・記録作成（会議記録等） | | | 回 | 分 | | 名 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |

| | |
|---|---|
| 10/1～11/30期間における業務日数合計 | 日 |
| この2ヶ月間は通院打診を受けて何ヶ月目ですか | ヶ月目 |

| | | |
|---|---|---|
| 上記業務項目の中で、負担となった業務に当てはまる項目に☑をつけてください（複数回答可）。またその理由を記載してください。 | □ | 関係機関との会議 |
| | □ | 対象者面接 |
| | □ | 関係機関との情報共有 |
| | □ | 院内体制整備 |

理由：

**表3 調査概要**

| | |
|---|---|
| 調査回答機関（n=41） | 回答有22　調査対象該当なし1 研究協力できない1　回答無17 |
| 調査回答者内訳（n=42） | PSW(MHSW)37 CP2 不明3 |
| 回答事例数（n=75） | 後ろ向き調査57　前向き調査18 |

**調査種類別概要**

| 調査種類 | 調査概要項目 | 平均±SD | 中央値［四分位範囲］ | 最小値 | 最大値 |
|---|---|---|---|---|---|
| 後ろ向き調査 | 通院打診～処遇開始までの月数 | 13.94±9.68 | 12［7-19］ | 0.5 | 50 |
| | 最も業務量が多かった月（処遇開始何ヶ月前） | 3.75±3.63 | 3［1-4.75］ | 0.5 | 20 |
| 前向き調査 | 調査期間（10/1-11/31）における業務日数（日） | 5.5±4.67 | 4［2-7.5］ | 1 | 18 |
| | 調査時点における通院打診何ヶ月目（月） | 10.59±12.37 | 5［3-8］ | 0 | 36 |

**表4　後ろ向き調査結果57例**

| | 業務総時間（体験デイケア含） | | | 業務総時間（体験デイケアなし） | | | | | 回数 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 時間（分）移動時間含む | | | 時間（分）移動時間含む | | | 変動係数（SD/平均） | 相対IQR（IQR/中央値） | （回） | |
| | 平均値 | 中央値 | 標準偏差 | 平均値 | 中央値 | 標準偏差 | | | 平均値 | 中央値 |
| **関係機関との会議** | 282.98 | 240 | 214.54 | 282.98 | 240 | 214.54 | 0.8 | 1.3 | 3.26 | 3 |
| **対象者面接** | 437.46 | 90 | 771.84 | 107.63 | 65 | 135.88 | 1.3 | 1.5 | 5.00 | 3 |
| **関係機関との情報共有** | 152.37 | 105 | 160.36 | 152.37 | 105 | 160.36 | 1.1 | 1.1 | 14.72 | 10 |
| **院内体制整備** | 119.88 | 90 | 119.41 | 119.88 | 90 | 119.41 | 1.0 | 2.0 | 8.88 | 3 |
| **計** | 992.68 | 795 | 946.61 | 662.86 | 610 | 386.26 | 0.6 | 0.9 | | |

| | 従事した人数（延べ） | | | 従事した職種（延べ） | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | （人） | | | Ns | | PSW | | OT | | CP | | Dr | | 他 | |
| | 平均値 | 中央値 | 標準偏差 | 平均値 | 中央値 | 平均値 | 中央値 | 平均値 | 中央値 | 平均値 | 中央値 | 平均値 | 中央値 | 平均値 | 中央値 |
| **関係機関との会議** | 19.11 | 12 | 20.73 | 3.91 | 2 | 5.61 | 3 | 1.33 | 0 | 1.96 | 1 | 3.11 | 2 | 3.21 | 0 |
| **対象者面接** | 11.67 | 5 | 18.85 | 3.18 | 1 | 3.33 | 1 | 1.60 | 0 | 1.18 | 0 | 0.98 | 1 | 1.37 | 0 |
| **関係機関との情報共有** | 13.98 | 6 | 14.97 | 0.46 | 0 | 12.11 | 5 | 0.11 | 0 | 0.14 | 0 | 0.16 | 0 | 0.05 | 0 |
| **院内体制整備** | 18.44 | 7 | 39.32 | 3.33 | 1 | 7.89 | 2 | 1.93 | 0 | 2.11 | 0 | 2.81 | 1 | 0.33 | 0 |
| **計** | 63.19 | 37 | 67.20 | 10.88 | 6 | 28.95 | 15 | 4.96 | 2 | 5.39 | 4 | 7.05 | 5 | 4.96 | 0 |

Ns: 看護師　PSW: 精神保健福祉士　OT: 作業療法士　CP: 心理療法士　Dr: 医師

**表5　前向き調査結果 18例**

| | 業務総時間（体験デイケア含） | | | 業務総時間（体験デイケアなし） | | | 回数 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 時間（分）移動時間含む | | | 時間（分）移動時間含む | | | （回） | |
| | 平均値 | 中央値 | 標準偏差 | 平均値 | 中央値 | 標準偏差 | 平均値 | 中央値 |
| **関係機関との会議** | 50.28 | 57.5 | 49.96 | 50.28 | 57.5 | 49.96 | 0.61 | 1 |
| **対象者面接** | 108.89 | 0 | 286.22 | 48.89 | 0 | 93.38 | 1.28 | 0 |
| **関係機関との情報共有** | 60.56 | 20 | 116.26 | 60.56 | 20 | 116.26 | 4.72 | 2 |
| **院内体制整備** | 35.33 | 12.5 | 48.41 | 35.33 | 12.5 | 48.41 | 1.72 | 1 |
| **計** | 255.06 | 127.5 | 365.04 | 195.06 | 127.5 | 235.04 | | |

| | 従事した人数（延べ） | | | 従事した職種（延べ） | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | （人） | | | Ns | | PSW | | OT | | CP | | Dr | | 他 | |
| | 平均値 | 中央値 | 標準偏差 | 平均値 | 中央値 | 平均値 | 中央値 | 平均値 | 中央値 | 平均値 | 中央値 | 平均値 | 中央値 | 平均値 | 中央値 |
| **関係機関との会議** | 2.22 | 2.5 | 2.05 | 1.00 | 0 | 0.50 | 0 | 0.50 | 0 | 0.33 | 0 | 0.28 | 0 | 0.06 | 0 |
| **対象者面接** | 2.28 | 0 | 5.83 | 0.44 | 0 | 0.89 | 0 | 0.28 | 0 | 0.56 | 0 | 0.11 | 0 | 0.00 | 0 |
| **関係機関との情報共有** | 6.06 | 2.5 | 7.87 | 0.44 | 0 | 4.83 | 2 | 0.44 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.33 | 0 |
| **院内体制整備** | 4.11 | 1 | 5.91 | 0.56 | 0 | 2.61 | 1 | 0.22 | 0 | 0.56 | 0 | 1.00 | 0 | 0.28 | 0 |
| **計** | 14.67 | 9 | 14.25 | 2.44 | 2 | 8.83 | 5 | 1.44 | 1 | 1.44 | 1 | 1.39 | 1 | 0.67 | 0 |

Ns: 看護師　PSW: 精神保健福祉士　OT: 作業療法士　CP: 心理療法士　Dr: 医師

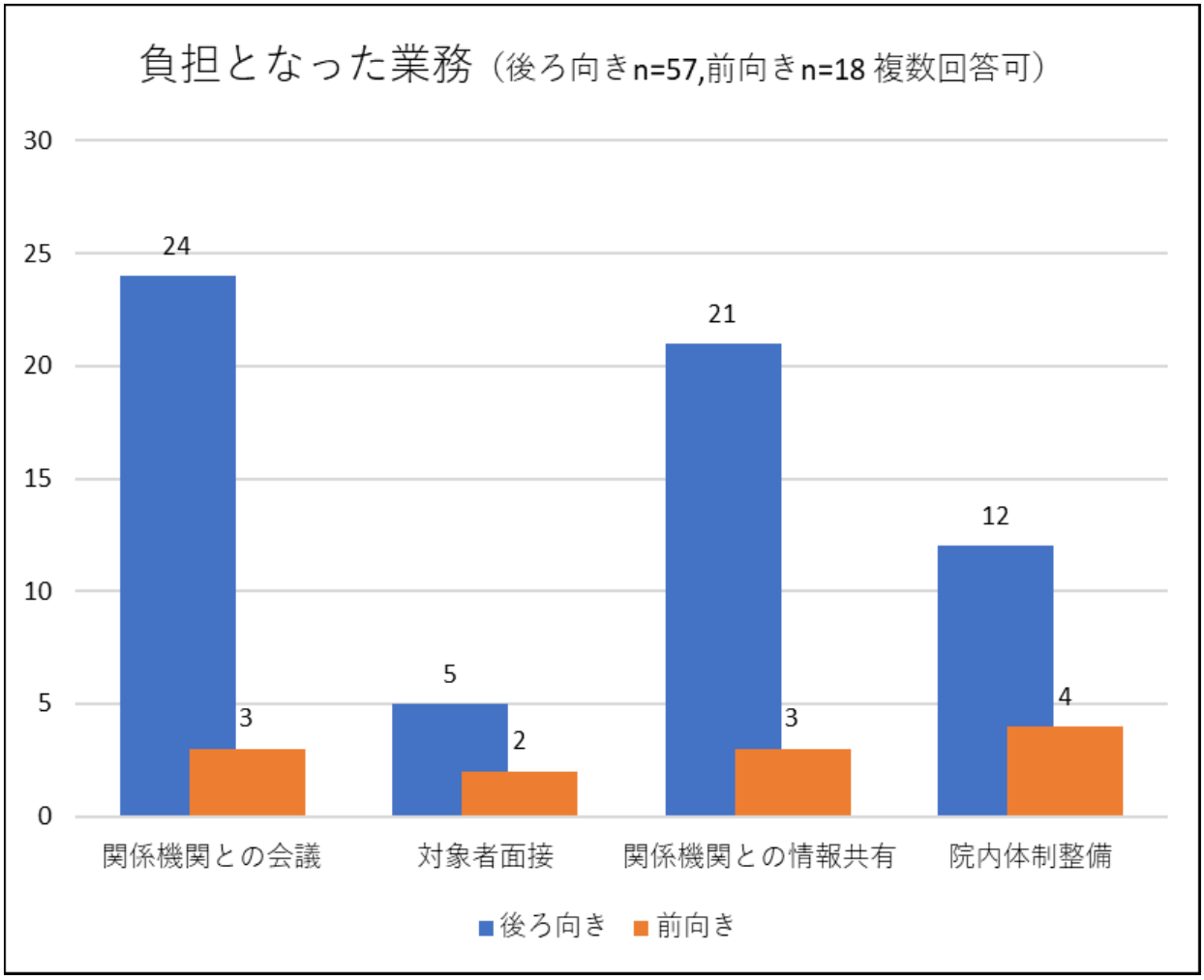

負担となった業務（後ろ向きn=57,前向きn=18 複数回答可）
30
25
20
15
10
5
0
24
3
5
2
21
3
12
4
関係機関との会議
対象者面接
関係機関との情報共有
院内体制整備
後ろ向き
前向き

**図1　負担となった業務**

**表6 負担となった理由**

| 業務内容 | 負担となった理由 |
|---|---|
| 関係機関との会議 | 指定入院機関とのCPA会議の時間、2時間程と長かった |
| | 開始直後時期の会議が2時間に及ぶこともあり、長時間の開催となると他業務への支障が生じる |
| | 打診を受けてから本人の退院先の変更があり、通院処遇が始まるまで何度も関係機関での会議を要したため |
| | 通院処遇開始前のケア会議や初回外来通院における日程調整で、保護観察所（社会復帰調整官）と、何度も連絡・調整を行う必要があったため |
| | CPA会議、退院前ケア会議の時間が長かったため |
| | ケア会議が長かったため |
| | 当院入院から通院処遇へ移行のため、情報共有にはそれほど時間がかからず、退院前ケア会議に時間がかかったのみ。 |
| | 場所、スタッフ間の日時調整に時間と手間を要した |
| | 当院の通院患者であったこともあり、CPA会議の時点から会議への参加を求められたため |
| | 離婚問題があり、対策や対象者の精神状態について検討を重ねる必要があった |
| | 県外の指定入院医療機関からの受け入れであり、リモート会議などにより、調整業務の量が増したこともあったが、比較的円滑に通院処遇に移行できた |
| | 生活介護への入所調整であったが、疾病（小児性愛）・対象行為の特性から施設内での受け入れ態勢がまとまらず、時間を要した。同施設入所中の別対象者（他入院医療機関からの指定通院ん受け入れ）が、再他害行為を起こしたことも重なり、いったん受け入れが白紙となった。また、認知行動療法CRCT（条件反射制御法）の取り組みにて改善をはかった事例であったが、特殊な治療法を指定通院担当者や施設が引継ぎ実践するのは限界があった |
| | リスクが高まった時の対応について意見がまとまらず平行線。入院中に取り組んでもらいたい課題を共有することに回数を要した |
| | 一方的に話す対象者だったので、ケア会議に長い時間を要した |
| 対象者面接 | デイケア体験の時間が長かったため |
| | ADHDの対象者。病識がなく、通院処遇への理解も困難なことから、ケア会議では処遇内容をめぐって通院側関係者と対象者による平行した話し合いが続いた。過去に当院での治療歴（トラブル歴）があり、近隣病院全て受け入れ不可の対象者でもあったため、再他害リスクを抱えた状態での受け入れにストレスも大きかった。関係構築のため、ケア会議やプレデイケア内での対象者とのMDT面接を繰り返した。 |
| | 模擬診察・訪問看護は行ってよかったと思うが、診療報酬に反映されることがないため、時間はとられるが対価がないことが負担と感じた |
| 関係機関との情報共有 | 会議の場だけに限らず、電話連絡の中でも細やかな情報共有があり、さらに書面での共有もあるため重複する内容が多く感じた |
| | 電話連絡や各機関との情報共有が多かった。（開始準備期間と新型コロナの流行が重なり、本人の状況以外で、情報共有や再調整などの必要があった |
| | 会議の場だけに限らず、電話連絡の中でも情報共有があり、さらに書面でも共有があるため、重複することが多く感じた |
| | 負担ではないが、情報共有や連絡調整のための電話連絡がかなり多い |
| | 入院処遇の治療反応性が限定的だったため、情報共有の回数、時間が増え、負担となった |
| | 情報共有に関する資料作成や、文書整理。受け入れ決定後から通院処遇までに時間を要したため |
| | 受け入れがコロナ禍の期間と重なり、オンライン会議は普及したこともあり、指定入院医療機関へ直接赴いて打合せする時間は減った（この点は善し悪しがある）。一方で、指定入院医療機関からは綿密な情報はいただけるものの、実際の地域生活を想定した支援の準備やクライシスプランの作成などは、やはりかなり回数や時間を重ねて協議していかないと、指定入院医療機関や担当社会復帰調整官等へ十分に伝わらない面がある。 |
| | 対象者の病状悪化、コロナ禍等で予定変更が何度かあり、調整に時間を取られた |
| | 情報整理、それに伴う記録作成 |
| | 指定入院医療機関と指定通院医療機関が同じであるが、担当スタッフが異なる職種も多く、両者での情報共有の時間を要したため |
| | 日程調整に苦労した |
| | ケア会議や保護観察所との連絡に加えて、かなり頻回に指定入院医療機関と連携した |
| | 対象者の病識欠如、再入院事例のため、通院処遇順守に対して指定通院スタッフの不安が強かった。指定入院医療機関と保護観察所は「問題なし」と認識しており、通院担当者側の心情への理解が得られず、具体的な対策の話し合いも受け入れられなかった。温度差の大きい状態で話が進むため、担当者は精神的な負担を強く感じていた。※地方裁判所による退院申し立ての審議時には、指定通院側の不安と同様の内容（通院処遇不順守の懸念）が口頭で出されており、ケア会議での指定通院側の主張は正当なものであったと考えている。 |
| | 対象者の表出が乏しく、関係機関との情報共有が肝になった |
| | 社会復帰調整で退院予定が延びたとき、関係機関との調整に時間がかかった |
| | 飲酒リスクの高い対象者のため、飲酒時の対応について丁寧に協議した |
| 院内体制整備 | 通常の支援と変わらないが、初めての医療観察法業務にとまどいを感じたため |
| | 院内関係者内での対象者情報の周知や入院担当PSWから情報を引き継ぎ、資料等を作成することに時間を要したため |
| | 複雑なケースだったため、院内関係者内での対象者情報の周知や入院担当SWから情報を引き継ぐことに時間を要したため |
| | 当院入院処遇から通院受け入れ（精神保健福祉法入院）について、院内での調査、確認が必要だったため |
| | 調整官からの情報のみでなく、指定入院医療機関からの情報収集を行い、院内の調整を図る必要があるため、時間を要した |
| | 関係機関とのやりとりや院内での情報の周知・調整を密にやらなければならなかった |
| | 打診から通院処遇までの期間が短かったため |
| | 受診頻度や外来OTなどの受け入れについて、受け入れ経験のないスタッフが多く、確認する機会を多く要したため |
| | 同月に調整会議とチーム面接をそれぞれ60分程度行ったため |
| | コロナ流行、対象者の知的能力の限界を加味しての退院後の課題をどのように引き受けていくかを体制整備するために院内外で何度も協議を重ねる必要があったため |
| | 書類作成 |

CPA: Care Programme Approach
ADHD: Attention-Deficit Hyperactivity Disorder
MDT：Multi-disciplinaly Team
OT: Occupational Therapy

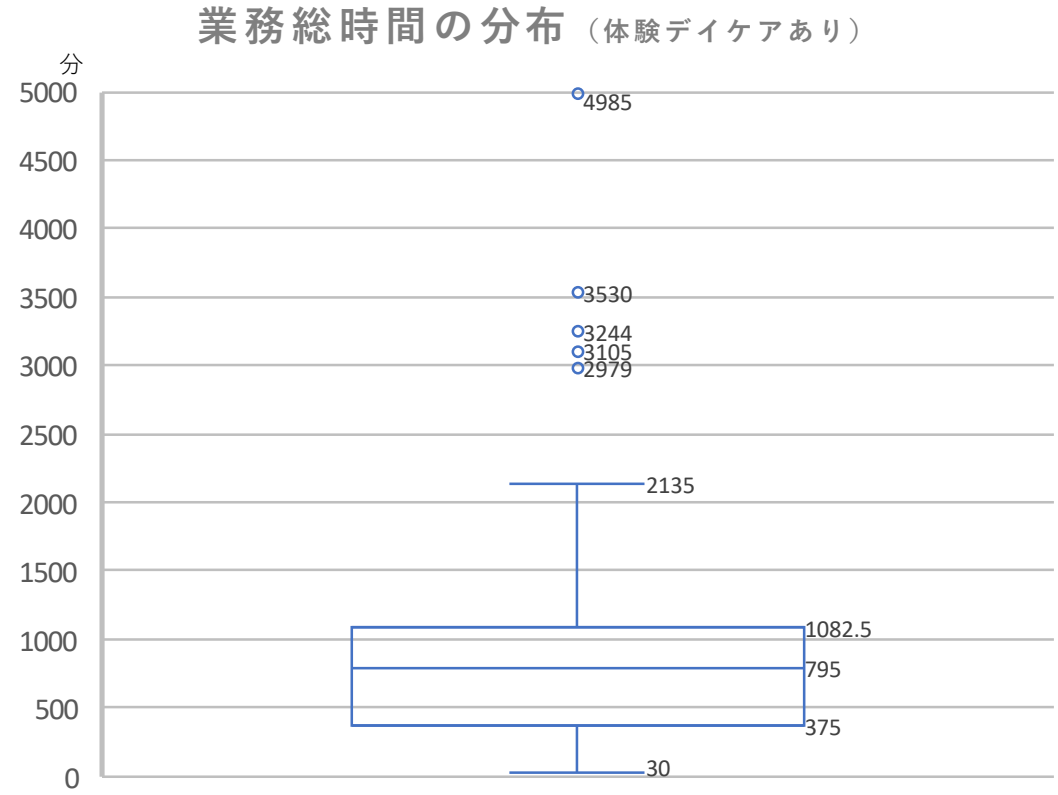



**図2　業務総時間の分布（後ろ向き調査・体験デイケアあり）**

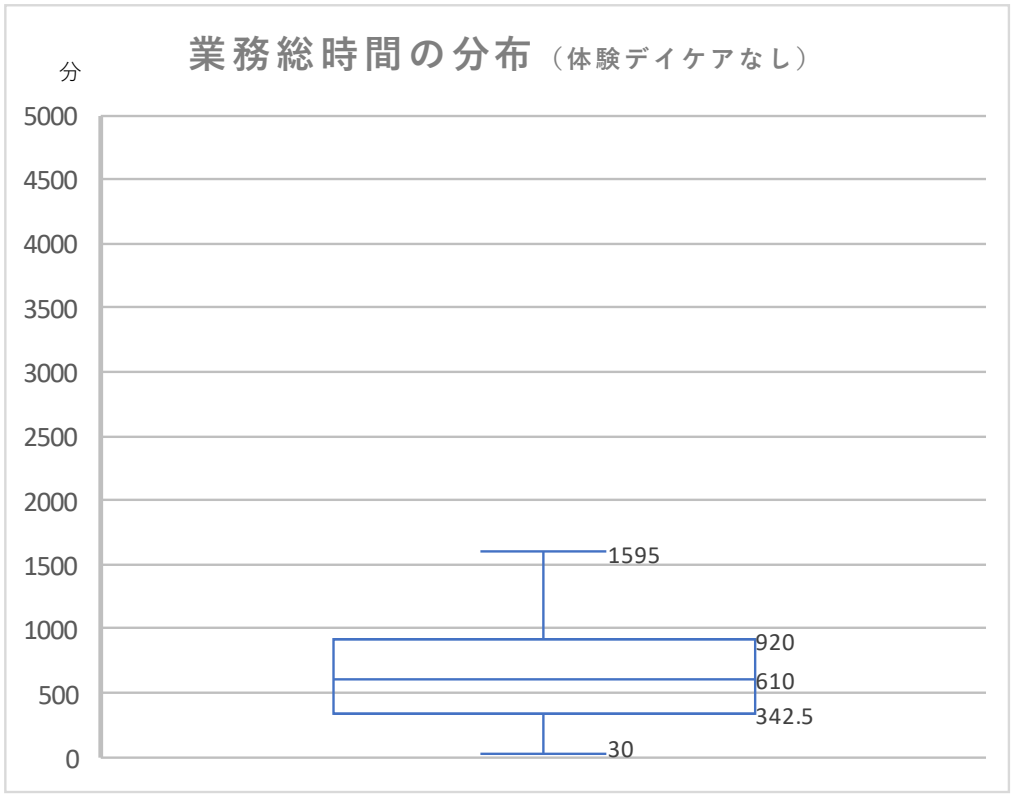



**図3　業務総時間の分布（後ろ向き調査・体験デイケアなし）**

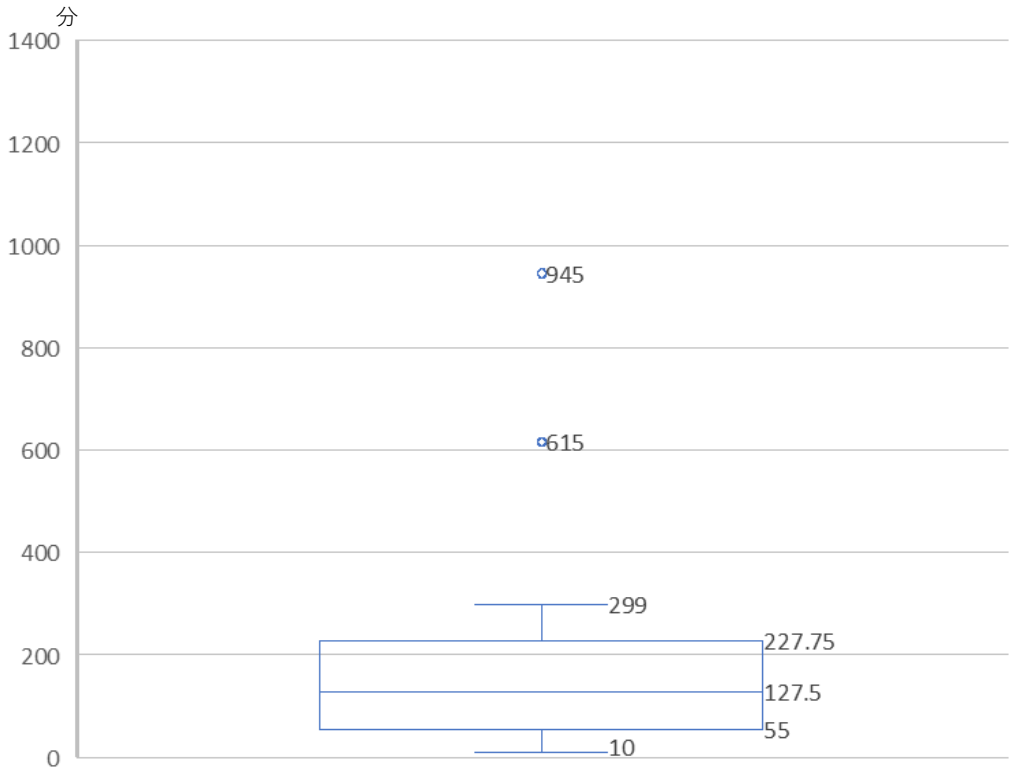



**図4　業務総時間の分布（体験デイケアなし　前向き調査）**

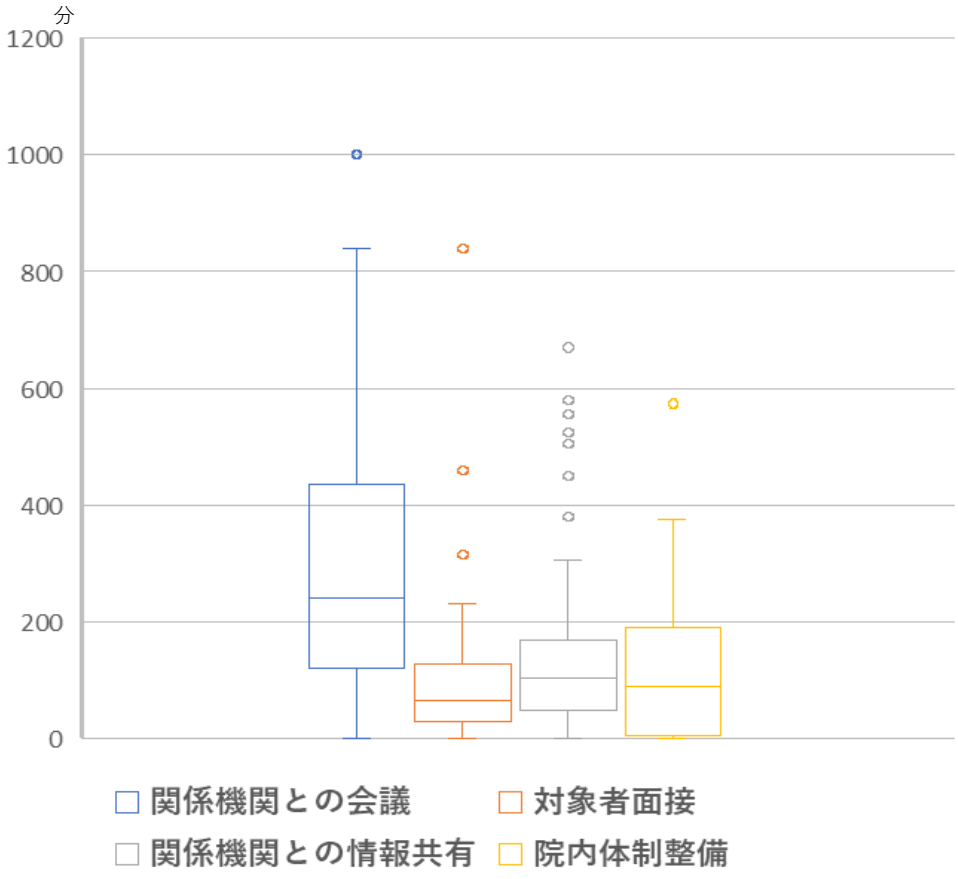



**図5　業務内容別時間の分布（体験デイケア除く）後ろ向き調査**

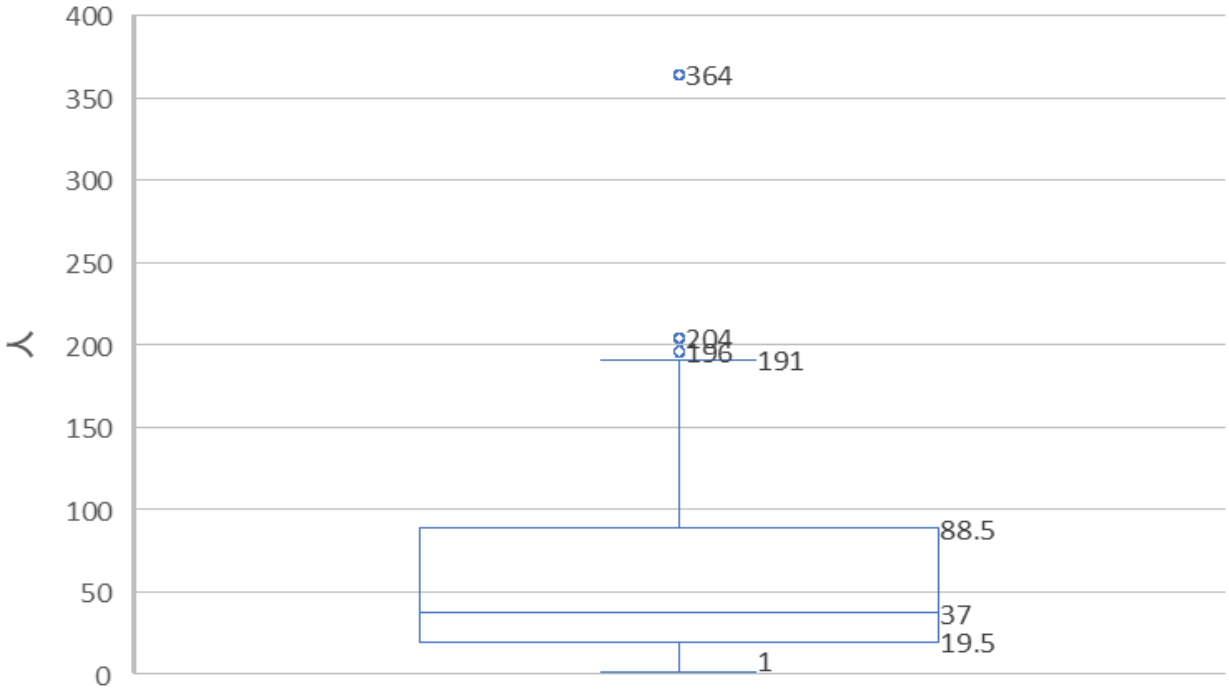



**図6　従事した総人数（後ろ向き調査）**

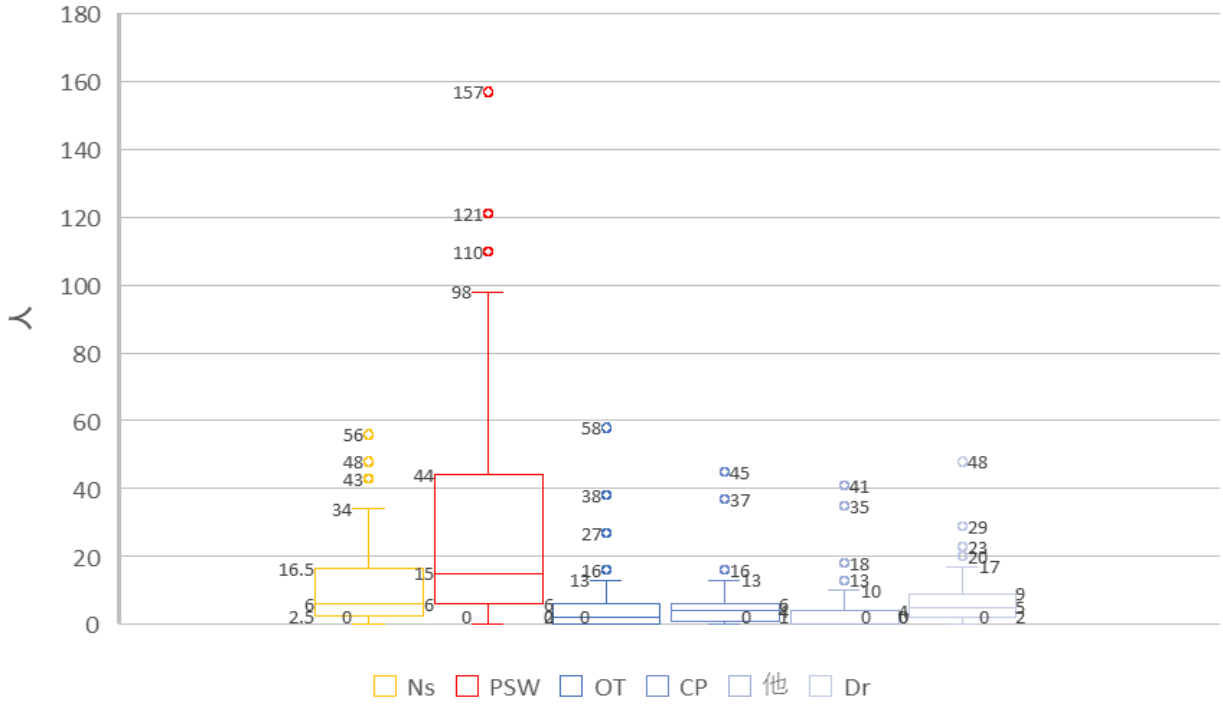



**図7　職種別従事した総人数の分布（後ろ向き調査）**

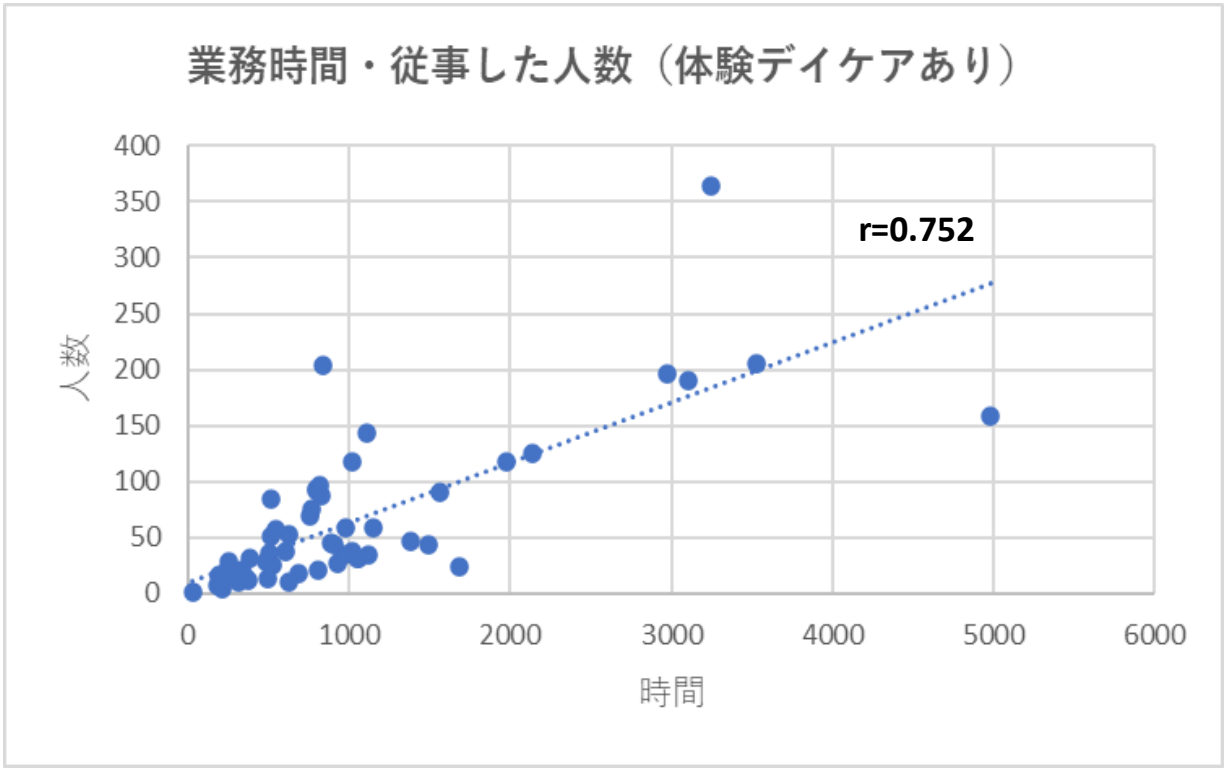



**図8　業務時間・従事した人数　散布図**

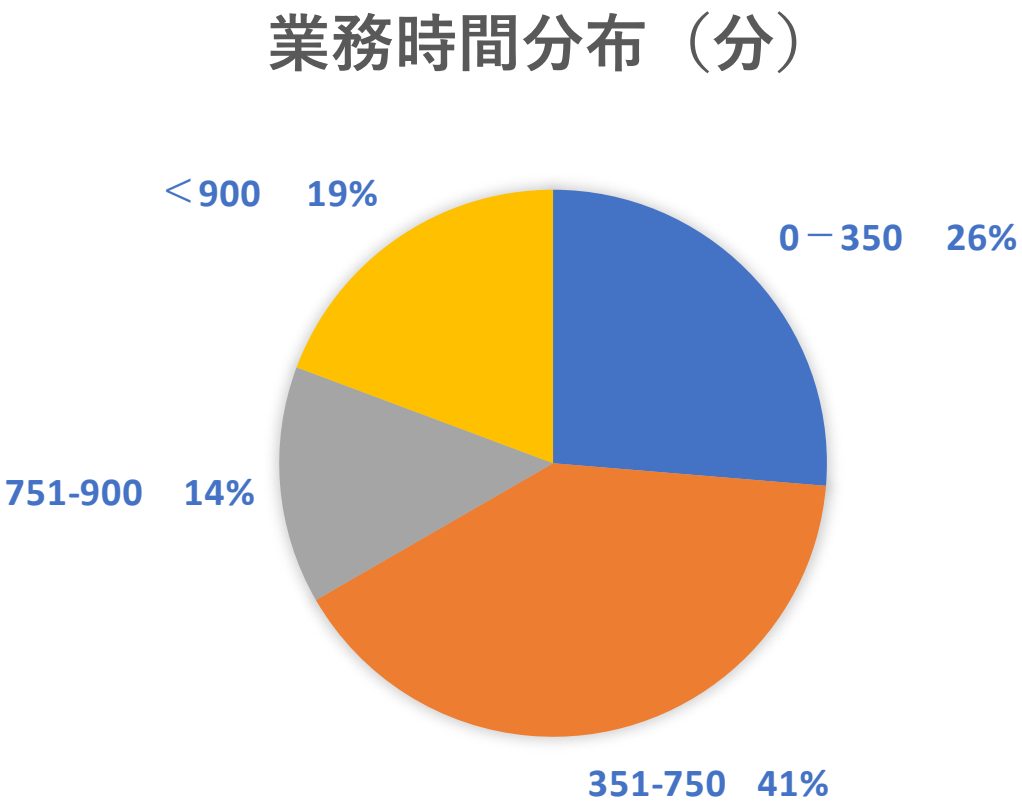



**図9　業務時間分布（体験デイケアなし）**

令和 7 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））
医療観察法における円滑な社会復帰を促進するための
連携等の方策を推進するための研究
分担研究報告書

# 医療観察法医療の効果検証と系統的教育・研修モデルの構築
## （その 1）医療観察法における薬物療法・心理社会療法の効果検証

研究分担者　賀古　勇輝　　北海道大学病院附属司法精神医療センター

**研究要旨：**

本研究は、医療観察法における薬物療法や心理社会療法の実態を把握し、効果を検証することを目的としている。医療観察法入院医療におけるクロザピンをはじめとする抗精神病薬の有効性に関する医療観察法データベースなどを用いた検証、注意欠如多動症（Attention-Deficit Hyperactivity Disorder：以下、ADHD）の診断や ADHD 治療薬の使用状況の調査、内省プログラムの効果指標となる触法行為の原因帰属と精神症状との関連の調査、作業療法（Occupational Therapy：以下、OT）の実態調査と効果検証などを令和 9 年度までの達成目標としている。

令和 7 年度は、ADHD の診断や ADHD 治療薬の処方状況を調査する横断研究（以下、ADHD 研究）を実施した。また、クロザピンの有効性を検証するためのミラーイメージ研究（以下、クロザピン研究）、触法行為の原因帰属と精神症状との関連を調査する横断研究（以下、原因帰属研究）、入院処遇における OT の実態調査（以下、OT 研究）を令和 8 年度のデータ収集に向けて計画立案した。

ADHD 研究では、全国 35 の指定入院医療機関を対象に横断調査を実施し、17 施設（48.6%）、総入院者数 371 名を解析対象とした。ADHD の診断を受けている患者は 13 名（3.5%）であり、海外の司法精神医療病棟における報告（約 15%）と比較して低く、ADHD が過小診断されている可能性が示唆された。ADHD 治療薬の処方を受けている入院者は 15 名（4.0%）であった。ADHD 診断者に対する治療薬処方率は 61.5%であり、約 4 割の診断例が未治療であることが明らかとなった。ADHD 治療薬の処方率は、DSM-5 並びに DSM-5-TR 使用施設で 5.6%、ICD-10 使用施設で 1.4%であり、有意差は認められなかったものの、ICD-10 使用施設で処方率が低い傾向が示された（p=0.058）。ADHD 治療薬としてはグアンファシンが最も多く使用されており（10 名）、次いでアトモキセチン（6 名）であった。

クロザピン研究では、医療観察法データベースを用いて、クロザピン導入前後 6 ヵ月の行動制限や暴力行為、改訂版共通評価項目等を比較するミラーイメージデザインの解析を行う予定である。

原因帰属研究では、GBAI-RJ（Gudjonsson Blame Attribution Inventory-Revised 日本語版：以下、GBAI-RJ）で測定する帰属の得点と、PANSS（陽性・陰性症状評価尺度：以下、PANSS）で測定された精神症状との関連を横断研究で調査する予定である。

OT 研究では、指定入院医療機関で勤務する作業療法士（Registered Occupational Therapist：以下、OTR）を対象にアンケート調査を実施し、OT プログラムの内容等について調査する予定である。

研究協力者（順不同、敬称略）
荒川育子　東京都立松沢病院*
山元直道　国立精神・神経医療研究センター病院*
静川憲一　北海道大学病院附属司法精神医療センター*
國田幸治　同上
駿河勇太　同上
曳田憲昭　同上
石岡俊之　神戸大学
*: 執筆者

## 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）」に基づく入院医療では、薬物療法やさまざまな心理社会療法が行われているが、それぞれの効果については十分検証されていない。抗精神病薬としては治療抵抗性統合失調症治療薬であるクロザピンが積極的に使用されているが、その有効性も十分検証できていない。心理社会療法に関しては各施設で内容が十分統制されていないことや、同時並行でさまざまな治療プログラムが実施されることなどから効果を検証するための研究を実施することの困難さもある。

### 1）ADHD 研究

ADHD の併存や ADHD 治療薬の併用は、医療観察法入院処遇対象者の治療経過に影響しうるが、その診断や治療の実態は体系的に把握されていない。本研究は、医療観察法病棟における ADHD 診断、評価尺度の使用状況および ADHD 治療薬の処方実態を調査し、今後の診断や治療の質的向上に資する知見を得ることを目的にしている。

### 2）クロザピン研究

クロザピンは治療抵抗性統合失調症に対して唯一有効性が確認されている抗精神病薬である。医療観察法入院処遇対象者においては、統合失調症患者の 3 割以上で使用されており、有用な薬剤であると思われるが、医療観察法医療において量的研究で効果を検証した報告は皆無である。

本研究では、医療観察法入院処遇対象者においてクロザピン導入前後の行動制限や暴力行為を比較し、その効果を明らかにすることを目的としている。

### 3）原因帰属研究

医療観察法入院処遇では、再他害行為の防止のための取り組みの一つとして、内省プログラムを行うことが多い。内省はさまざまな要素で構成されるが、重要な要素の一つとして、病気が社会的な行動にどのような影響を与えるか、特に触法行為との関係についての洞察がある。研究協力者の荒川らは、自身の触法行為に関する帰属を測定する尺度である GBAI-R[1] の日本語版（GBAI-RJ）を開発した[2,3]。

本研究では、GBAI-RJ で測定する帰属の得点と、PANSS による精神症状との関係を探索的に解析することを目的とする。

### 4）OT 研究

医療観察法下における OT は、退院後の地域生活を見据えた日常生活・社会生活の再体験を通じて生活技能を再獲得させ、意味ある作業・役割の回復を促すことで、地域生活再建と再他害行為の防止を目指す重要な支援である。しかし、介入内容や評価尺度、評価プロセスが統一されていないことや OTR 向けの系統的な教育・研修モデルが未整備であることなどから、量的研究で効果を検証した研究は十分ではない。

本研究の目的は、指定入院医療機関の OTR に対してアンケート調査を行い、実施されている OT の現状を把握することである。これを基に医療観察法における OT の実践基盤を整備し、効果検証を可能にする

ための環境の構築を見据えている。

## B．研究方法

### 1．調査対象

#### 1）ADHD 研究

対象は、医療観察法病棟入院患者の診療に従事する常勤の精神科医（1 機関につき 1 名)、また、本調査に同意した精神科医が勤務する指定入院医療機関に入院中の対象者のうち、ADHD と診断されている、または、ADHD 治療薬を内服中の者である。

#### 2）クロザピン研究

医療観察法データベース（指定入院医療機関 35 施設の月次データ）を利用し、データベース登録時に 20～59 歳で、ICD-10（International Classification of Diseases Version 10：以下、ICD-10）で統合失調症と診断され、入院中にクロザピン治療を受けた経験がある者とする。重篤な身体合併症を有する者、入院日からクロザピン導入までの期間が 6 ヶ月未満の者は除外する。症例数として 200 名以上を目指す。

#### 3）原因帰属研究

対象は、医療観察法病棟の入院患者のうち、20 歳以上で同意が得られた者とする。中等度・重度知的障害者や自由意思の表明が十分にできないと判断された者は除外し、100 名以上を目指す。

#### 4）OT 研究

対象は、指定入院医療機関に勤務している OTR と、司法精神科作業療法メーリングリストに登録している医療観察法入院医療の経験が 3 年以上ある OTR とする。

### 2．調査項目

#### 1）ADHD 研究

1-1）当該指定入院医療機関に関する項目

医療観察法病棟の総入院患者数、ADHD の診断を受けている入院患者数、ADHD 治療薬を内服している入院患者数、ADHD の診断で主に用いる診断基準、診断補助に用いる評価尺度、診断補助に用いる診断面接ツール、ADHD の診断には至らないが、不注意・多動性・衝動性等に対して ADHD 治療薬が処方されているケースの有無

1-2）個々の入院処遇対象者に関する事項

ADHD の診断が確定した時期、主診断、ADHD 以外の併存診断、性別、調査時年齢、入院時年齢、入院日、ADHD 治療薬の処方の有無、ADHD 治療薬の薬剤名、投与量。

#### 2）クロザピン研究

医療観察法データベースから以下の情報を抽出する。基本情報（年齢、性別、診断、対象行為、犯罪歴、薬物・アルコール問題、身体合併症)、処方、隔離・身体的拘束、院内暴力、評価尺度（改訂版共通評価項目、GAF（機能の全体的評定尺度))。

#### 3）原因帰属研究

GBAI-RJ（総得点、下位因子得点（罪悪感因子、外部帰属因子、精神要素帰属因子))、PANSS（総得点、下位因子得点（陽性尺度、陰性尺度、総合精神病理尺度))、人口統計学的データ（年齢、性別、教育歴、飲酒歴、精神作用物質の使用歴)、臨床的データ（入退院日、主診断、併存診断、知能指数、医療観察法入院処遇における治療ステージ、GAF 得点、内省プログラム施行の有無)、触法行為のデータ（事件日、罪種、責任能力、法的ステイタス、以前の犯歴)。

#### 4）OT 研究

OTR の基本属性（施設名、年齢、性別、医療観察法経験年数、総臨床経験年数等)、自施設の OT プログラムの内容、使用している評価尺度など。

### 3．調査方法

#### 1）ADHD 研究

全国の指定入院医療機関に依頼し、各施設から常勤精神科医 1 名に Google フォーム®によるアンケート調査への協力を依頼

した。取得されたデータは、回答順に通し番号で管理するとともに、患者情報については研究用 ID を付与して取り扱い､氏名、住所等の直接識別子を含まない形で収集した。アンケート回答の確認、回答不備の連絡、同意撤回機会の保障を目的として、精神科医の氏名、メールアドレス、所属医療機関名を収集した。収集された情報は北海道大学病院附属司法精神医療センターにおいて適切に管理し、解析を行った。

**2）クロザピン研究**

国立精神・神経医療研究センターが保有する医療観察法データベースを利用し、クロザピン導入前後 6 ヶ月の評価項目を比較する（ミラーイメージデザイン)。

**3）原因帰属研究**

各研究協力機関で研究参加の同意を書面で取得する｡研究参加者 1 名につき 1 回、GBAI-RJ を施行するが、自記式質問紙であり、研究参加者の診療に直接携わらない研究協力者によって回収を行う。各研究協力機関で氏名等の個人情報を削除して匿名化した上で、収集したデータを入力した電子ファイルを、パスワードを設定して東京都立松沢病院に送付し、データ解析を行う。

**4）OT 研究**

令和 8 年度に全国の指定入院医療機関に勤務している OTR と司法精神科作業療法メーリングリストに登録している OTR に対して、Google フォーム®を用いたアンケート調査を実施する。電子データは国立精神・神経医療研究センター病院の精神科リハビリテーション部受付の施錠付き書庫で保管をし、施錠して管理をする。データを匿名化し、解析を行う。

**4.データ解析**

**1）ADHD 研究**

指定入院医療機関における ADHD の診断率､ADHD 治療薬の処方率などについて解析を行った。解析には SPSS®を用いた。統計上、$p<0.05$ を有意とした。ADHD の診断基準・評価尺度・診断面接ツールの使用状況と ADHD 診断率･治療薬処方率との関連、患者属性と ADHD 治療薬の処方有無との関連、治療薬の投与量などについて検討した。

**2）クロザピン研究**

クロザピン導入前後での行動制限の回数・日数や暴力行為、改訂版共通評価項目の変化量について解析を行う。各変数の正規性を Shapiro-Wilk test 等で確認し、対応のある t 検定と Wilcoxon 順位和検定を適宜用いる。カテゴリカル変数に関しては、McNemar 検定を用いる。交絡因子の影響を調整するため、一般化線形混合モデルの使用を検討する。

**3）原因帰属研究**

GBAI-RJ の各下位因子のそれぞれにおいて、PANSS の得点を比較するにあたり群間要因を 2 グループ（GBAI-RJ の高得点群と低得点群)、群内要因を PANSS の各下位因子として分散分析を実施する。

**4）OT 研究**

各データの記述統計分析を行う。

**（倫理面への配慮）**

**1）ADHD 研究**

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（承認番号：指 025-0321)。

**2）クロザピン研究**

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（承認番号：指 025-0269)。

**3）原因帰属研究**

東京都立病院機構の倫理委員会より承認を得る予定である。

**4）OT 研究**

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る予定である。

## C．研究結果

### 1) ADHD 研究

#### 1-1) 回答施設の概要・基本集計(表 1)

18 施設から回答が得られ、研究参加への同意が得られた施設は 17 施設(48.6%)であった。総入院患者数は 371 名であった。このうち、ADHD の診断を受けているのは 13 名(3.5%)、ADHD 治療薬の処方を受けているのは 15 名(4.0%)であった。ADHD 診断者に対する治療薬処方の割合は 61.5%(8/13)であった。

#### 1-2) ADHD 診断基準の使用状況(表 2)

主に用いられている ADHD 診断基準は、DSM-5-TR（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision:以下、DSM-5-TR）が 9 施設(52.9%)と最も多く、次いで ICD-10 が 7 施設(41.2%)、DSM-5（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition：以下、DSM-5）が 1 施設(5.9%)の順であった。

#### 1-3) ADHD 診断補助尺度の使用状況(表 3)

ADHD 診断補助尺度を使用している施設は 15 施設(88.2%)であった。使用している尺度は、CAARS（Conners' Adult ADHD Rating Scale：以下、CAARS）が 15 施設(88.2%)と最も多く、次いで ASRS（Adult ADHD Self-Report Scale：以下、ASRS）が 4 施設(23.5%)、ADHD-RS（ADHD Rating Scale:以下、ADHD-RS）が 3 施設(17.6%)、WURS（Wender Utah Rating Scale：以下、WURS）が 1 施設(5.9%)の順であった。

#### 1-4) ADHD 診断面接ツールの使用状況(表 4)

ADHD 診断面接ツールを使用している施設は 2 施設(11.8%)であった。使用しているツールの内訳は、DIVA（Diagnostic Interview for ADHD in adults:以下、DIVA）が 1 施設(5.9%)、CAADID（Conners' Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-Ⅳ：以下、CAADID）が 1 施設(5.9%)であった。

#### 1-5) 評価尺度・診断面接ツール使用の有無と ADHD 診断率・処方率の関連(表 5)

評価尺度使用の有無別では、尺度使用あり群の ADHD 診断率は 3.4%(12/348)、尺度使用なし群は 4.3%(1/23)であり、有意差はなかった。治療薬処方率は、尺度使用あり群 3.7%(13/335)、尺度使用なし群 8.7%(2/21)であり、有意差はなかった。

診断面接ツール使用の有無別では、使用あり群の ADHD 診断率は 3.2%(1/31)、使用なし群は 3.5%(12/340)であり、有意差はなかった。治療薬処方率は、ツール使用あり群 6.8%(2/29)、使用なし群 3.8%(13/327)であり、有意差はなかった。

診断基準別(DSM 系 vs ICD-10)では、DSM 系使用施設の ADHD 診断率は 3.9%(9/233)、ICD-10 使用施設は 2.9%(4/138)であり、有意差はなかった。治療薬処方率は、DSM 系使用施設 5.6%(13/220)、ICD-10 使用施設 1.4%(2/136)であり、有意差は認められなかったが、ICD-10 使用施設で処方率が低い傾向が認められた(p=0.058)。

#### 1-6) 対象者の属性と ADHD 治療薬処方有無の関連(表 6)

ADHD の診断を有する患者 13 名を対象に解析した。このうち ADHD 治療薬処方あり群は 8 名、処方なし群は 5 名であった。

平均年齢は処方あり群で 46.4±10.6 歳、処方なし群で 42.4±10.4 歳であり、有意差はなかった。性別は、処方あり群で男性 6 名(75.0%)、処方なし群で男性 4 名(80.0%)であり、有意差はなかった。

主診断カテゴリ(統合失調症 vs その他)では、処方あり群で統合失調症 6 名(75.0%)、処方なし群で統合失調症 4 名

(80.0%)であり、有意差はなかった。

### 1-7) ADHD 治療薬の種類別投与量(表 7)

ADHD 治療薬の処方内容が確認できた 16 件(併用 1 例を含む)を対象とした。

薬剤別では、グアンファシンが 10 名、アトモキセチンが 6 名であった。グアンファシンの 1 日投与量は平均 4.0±1.9mg、中央値 4.5mg、アトモキセチンは平均 100.0±21.9mg、中央値 100.0mg であった。

## D．考察

### 1) ADHD 研究

### 1-1) 過去の研究結果との比較

本研究で得られた ADHD 診断率 3.5%は、一般成人における ADHD 有病率(2.58-6.76%)[4]と同程度である。しかし、日本の医療観察法病棟に相当する海外の司法精神医療病棟における ADHD 有病率は約 15%[5,6]と報告されており、本研究の結果は海外の知見と比較して著しく低い。この乖離は、医療観察法入院患者において ADHD が過小診断されている可能性を示唆している。

診断基準別の検討では、ICD-10 使用施設において ADHD 治療薬処方率が低い傾向が認められた(p=0.058)。先行研究において、ICD-10 よりも DSM-IV 診断基準を用いた場合に精神病性障害患者における ADHD の有病率が高くなることが報告されており[7]、DSM-5 がより広範な症状スペクトラムを包含する診断基準であることが、この傾向に関連している可能性がある。

### 1-2) 低い ADHD 診断率の背景要因の検討

ADHD 診断率の低さには、複数の背景要因が関与していると考えられる。第一に、医療観察法入院患者の主診断の多くは統合失調症であり、統合失調症による精神症状と ADHD による精神症状との明確な区別が困難であること、また、統合失調症と ADHD の併存例に関する臨床ガイドラインが存在しないことから、ADHD 症状が主診断の付随症状や薬剤の副作用として解釈されている可能性がある。第二に、精神科専門医研修プログラムの教育課程において、成人期 ADHD を含む神経発達症の診断・治療に関する教育、および司法精神医学に関する専門的な臨床訓練や継続教育の機会が不足している可能性がある。第三に、成人の自己報告による回想精度は低く、特に司法精神医学領域においては他の精神疾患により精神症状が説明可能と判断される場合、既に ADHD と診断されていた症例においても診断が他の精神疾患に変更される可能性がある。第四に、構造化診断面接ツールの使用率の低さ(11.8%)が、診断精度に影響を及ぼしている可能性が考えられる。CAARS 等の評価尺度は多くの施設で広く使用されているものの、これらは本来スクリーニングツールとして位置づけられており、併存する精神疾患が存在する場合の鑑別診断や確定診断に対する感度・特異度は不十分であることが指摘されている[8]。一方、構造化診断面接ツールである DIVA の感度・特異度はそれぞれ 91.3%・93.6%と高い値が報告されており[9]、このような診断精度の高いツールの普及不足が、本研究における診断率の低さに寄与している可能性が示唆される。

### 1-3) ADHD 治療薬の選択

ADHD 治療薬の選択に関しては、本研究では非中枢刺激薬であるグアンファシンとアトモキセチンのみが使用されていた。これは、統合失調症患者においては中枢刺激薬による幻覚妄想の増悪リスクへの懸念のため、安全性を優先した臨床判断を反映していると考えられる。

### 1-4) 研究の限界点

本研究にはいくつかの限界点が存在する。第一に、横断研究であるため、因果関

係を推定することができない。第二に、サンプルサイズの限界が挙げられる。特に、ADHD 診断を有する患者は 13 名と少数であり、統計解析において有意差の検出力が不足していると考えられる。第三に、治療効果や予後に関するデータが含まれていない点である。ADHD 治療薬の投与が、実際に衝動性の改善や暴力行為の減少、再犯予防に寄与しているかについては、後向きまたは前向き研究による検討が必要である。

## Ｅ．結論

### 1）ADHD 研究

本研究により、医療観察法入院患者における ADHD 診断率は 3.5%、ADHD 治療薬処方率は 4.0%であることが明らかとなった。この診断率は海外の司法精神医療病棟における報告(約 15%)と比較して著しく低く、過小診断の可能性が強く示唆された。また、ADHD 診断例の約 4 割が未治療である実態も明らかとなった。診断ツールの使用状況としては、評価尺度は広く普及している一方で、構造化診断面接ツールの使用は限定的であった。

本研究はサンプル数の制約により統計的検出力が不足しており、評価ツールの使用と診断率・処方率との関連について有意な差を検出することが困難であった。本研究は現在進行中の調査の中間報告であることを踏まえ、今後も継続的に全国の医療観察法指定入院医療機関からの協力を得ながらデータ収集を進める必要がある。また、ADHD 診断や ADHD 治療薬の投与が治療経過や予後に与える影響を明らかにするためには、長期的な追跡調査を含む更なる研究が必要である。

## Ｆ．健康危険情報

なし

## Ｇ．研究発表

### 1．論文発表

Shizukawa K, Thanetnit C, Dendumrongkul P, Lee W, Ohki E: Forensic psychiatric systems for mentally disordered offenders in East Asia: A comparative narrative review of Japan, South Korea, and Thailand. Asian J Psychiatr, 2026; 116: 104843

### 2．学会発表

1) 賀古勇輝，直江亮，國田幸治，駿河勇太，曳田憲昭，本間龍介，高張陽子，杉山正記，榊原則寛，作間真一，生田真弥，中村郁哉，芳賀司，工藤美紀，藤井絵理奈，佐々木勇人，苫米地淳子，高信径介，三井信幸：クロザピンと ADHD 治療薬の併用が奏効した ADHD、ASD を併存した治療抵抗性統合失調症の 2 症例，第 19 回日本統合失調症学会，大阪，2025.4.26
2) 賀古勇輝，高信径介，木村憲一，榊原則寛：クロザピンと他の向精神薬との併用療法についての検討．第 20 回医療観察法関連職種研修会，長崎，2025.7.5
3) 賀古勇輝：対談 1「治療抵抗性統合失調症の治療」を深く考える～精密な診断・評価と治療の洗練～，第 21 回日本司法精神医学会大会，岡山，2025.9.26
4) 賀古勇輝：教育講演 1　触法精神障害者の未来を「ともにつくる」～総力戦でリカバリーを追及する～，日本精神障害者リハビリテーション学会第 32 回札幌大会，札幌，2025.10.25（口演）
5) Kimura K, Thanetnint C, Lee W, Ohki E: Case Conference: Approaches to Treatment-Resistant Schizophrenia

in Patients Who Have Committed Criminal Acts. PRCP and WACP 2025 Joint Congress, Tokyo, 2025.9.26.

## 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

ADHD 研究における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指定入院医療機関の先生方に深く御礼申し上げます。

## 参考文献

1) Gudjonsson GH, Singh KK: The revised Gudjonsson blame attribution inventory. Pers Individ Dif, 1989; 10(1): 67-70
2) Arakawa I, Sekiguchi Y, Takeda K, et al: Assessing attribution in the criminal behavior of mentally disordered offenders: developing a Japanese version of the Gudjonsson blame attribution inventory-revised. PCN Rep, 2023; 2(3): p.e134
3) Arakawa I, Kuroki N, Takahashi H, et al: Association of self-rated attribution of blame for criminal acts and of psychiatric symptoms among patients undergoing specialist forensic psychiatric treatment in Japan. Crim Behav Ment Health, 2025; 35(3): 153-160
4) Song P, Zha M, Yang Q, et al: The prevalence of adult attention-deficit hyperactivity disorder: A global systematic review and meta-analysis. J Glob Health, 2021; 11: 04009
5) Woon LSC, Zakaria H: Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder in a Malaysian Forensic Mental Hospital: a Cross-sectional Study. East Asian Arch Psychiatry, 2019; 29(4): 118-123
6) Walker F, Murphy D, Gröger L, et al: Prevalence of Neurodiversity in a UK High Secure Psychiatric Hospital Cohort: A Records Study. Crim Behav Ment Health, 2025; 35(3): 170-178
7) Cheng N, Bryce S, Takagi M, et al: The Prevalence of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Psychotic Disorders: Systematic Review and Meta-analysis. Schizophr Bull, 2025; 51(6): 1514-1528
8) Grogan K, Gormley CI, Rooney B,et al: Differential diagnosis and comorbidity of ADHD and anxiety in adults. Br J Clin Psychol, 2018; 57(1): 99-115
9) Hong M, Kooij JJS, Kim B, et al: Validity of the Korean Version of DIVA-5: A Semi-Structured Diagnostic Interview for Adult ADHD. Neuropsychiatr Dis Treat, 2020; 16: 2371-2376

表1 基本集計

| | |
|---|---|
| 解析対象施設数 | 17施設 |
| 総入院者数 | 371名 |
| ADHD診断者数 | 13名 |
| ADHD治療薬処方者数 | 15名 |
| ADHD診断率 | 3.5%(13/371) |
| ADHD治療薬処方率 | 4%(15/371) |
| 診断者に対する処方割合 | 61.5%(8/13) |

表2 主に用いるADHD診断基準の内訳 n=17

| | 施設数 | % |
|---|---|---|
| DSM-5-TR | 9 | 52.9 |
| ICD-10 | 7 | 41.2 |
| DSM-5 | 1 | 5.9 |
| 計 | 17 | 100 |

DSM-5-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision

ICD-10: International Classification of Diseases Version 10

DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition

表3-1 ADHD診断補助尺度の使用有無　n=17

| | 施設数 | % |
|---|---|---|
| 尺度使用あり | 15 | 88.2 |
| 尺度使用なし | 2 | 11.8 |
| 計 | 17 | 100 |

表3-2　使用尺度の内訳（複数選択可）n=17

| | 施設数 | % |
|---|---|---|
| CAARS | 15 | 88.2 |
| ASRS | 4 | 23.5 |
| ADHD-RS | 3 | 17.6 |
| WURS | 1 | 5.9 |

CAARS: Conners' Adult ADHD Rating Scale

ASRS: Adult ADHD Self-Report Scale

ADHD-RS: ADHD Rating Scale

WURS: Wender Utah Rating Scale

表4-1 ADHD診断面接ツール使用有無　n=17

| | 施設数 | % |
|---|---|---|
| 使用あり | 2 | 11.8 |
| 使用なし | 15 | 88.2 |
| 計 | 17 | 100 |



表4-2 ツール内訳　n=17

| | 施設数 | % |
|---|---|---|
| DIVA | 1 | 5.9 |
| CAADID | 1 | 5.9 |

DIVA: Diagnostic Interview for ADHD in adults

CAADID: Conners' Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-Ⅳ

表5 評価尺度・診断面接ツール使用の有無とADHD診断率・処方率の関連

| | 評価尺度 | | 診断面接ツール | | 診断基準 | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 項目 | 使用あり(n=348) | 使用なし(n=23) | 使用あり(n=31) | 使用なし(n=340) | DSM-5・DSM-5-TR(n=233) | ICD-10(n=138) |
| ADHD診断あり | 12 | 1 | 1 | 12 | 9 | 4 |
| ADHD診断なし | 336 | 22 | 30 | 328 | 224 | 134 |
| 診断率(%) | 3.4 | 4.3 | 3.2 | 3.5 | 3.9 | 2.9 |
| p値（診断） | 0.571 | | 1.000 | | 0.774 | |
| 処方あり | 13 | 2 | 2 | 13 | 13 | 2 |
| 処方なし | 335 | 21 | 29 | 327 | 220 | 136 |
| 処方率(%) | 3.7 | 8.7 | 6.8 | 3.8 | 5.6 | 1.4 |
| p値（処方） | 0.236 | | 0.362 | | 0.058 | |

*Fisherの正確確率検定（期待度数<5のセルがあるため）

表6 ADHD患者の属性とADHD治療薬処方有無の関連　n=13

| 項目 | 処方あり(n=8) | 処方なし(n=5) | p値 |
|---|---|---|---|
| 年齢 (平均±SD) | 46.4±10.6歳 | 42.4±10.4歳 | 0.833 |
| 性別 (男性) | 6 (75.0%) | 4 (80.0%) | 1.000 |
| 主診断 (統合失調症) | 6 (75.0%) | 4 (80.0%) | 1.000 |
| 計 | 8 | 5 | |

*年齢は*Student*の*t*検定　*性別、主診断は*Fisher*の正確確率検定



表7 ADHD治療薬の種類別投与量

| 薬剤名 | n | 平均±SD | 中央値 |
|---|---|---|---|
| グアンファシン | 10 | 4.0±1.9 | 4.5 |
| アトモキセチン | 6 | 100.0±21.9 | 100 |
| 計 | 16 | | |

*併用1名を含む。

令和 7 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））
医療観察法における円滑な社会復帰を促進するための
連携等の方策を推進するための研究
分担研究報告書

# 医療観察法医療の効果検証と系統的教育・研修モデルの構築
# （その 2）系統的教育・研修モデル（医師、心理療法士、作業療法士、精神保健福祉士）の構築

研究分担者　賀古　勇輝　　北海道大学病院附属司法精神医療センター

**研究要旨：**

本研究は、医療観察法医療の質を向上させるために、医療従事者に対する系統的な教育・研修モデルを構築することを目的としている。令和 5、6 年度の厚生労働科学研究費補助金で行われた「医療観察法における退院後支援に資する研究」の中の分担研究「医療観察法に必要な人材育成に関する研究」において作成した医療観察法支援者研修動画ライブラリーや研修モデルの活用状況を調査し、研修動画の内容をさらに充実させるとともに、医療観察法医療を担う職種毎にも研修モデルを作成していくことを令和 9 年度までの達成目標としている。

令和 7 年度は、全国の指定入院・通院医療機関、相談支援事業所、就労支援事業所、グループホームの代表者と指定入院医療機関の医療従事者に対してアンケート調査を実施し、研修動画や研修モデルの活用状況を調査し、その結果も踏まえて研修動画を追加する作業を開始した。

アンケート調査は合わせて 1,706 施設に依頼し、254 施設からの回答が得られ、指定入院医療機関の医療従事者 248 名からの回答が得られた。指定入院医療機関の調査では、研修動画について自己研鑽での視聴を推奨・アナウンスした施設は 86%に上り、新入職員に対する研修で使用した施設は 38%、継続勤務者に対する研修で使用した施設は 29%であった。研修モデルについては、新入職員の研修で参考にした施設が 38%、継続勤務者に対する研修で参考にした施設が 33%であった。指定入院医療機関に勤務する医療従事者への個別調査では、自己研鑽として研修動画を視聴した者が 45%に上った。一方、指定通院医療機関や地域の支援機関の調査では、研修動画ライブラリーの存在を知らなかったと回答した施設が約 7 割に上り、情報の周知が不十分であることが明らかとなった。

研修動画に対するニーズとしては、視聴時間がより短い動画（15 分程度まで）を希望する意見が多く、内容としては事例やロールプレイなどより実際的な内容のニーズが高かった。アンケート結果などを踏まえて、新たに治療共同体、サイコーシスの認知行動療法、対話実践・当事者研究、社会復帰調整官の業務等の研修動画を追加した。

研究協力者（順不同、敬称略）
津田哲也　国立精神・神経医療センター病院
菊池安希子　武蔵野大学

高張陽子　北海道大学病院附属司法精神医療センター
中山貴樹　札幌保護観察所
森元隆文　札幌医科大学

## A．研究目的

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

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

本研究は、医療観察法医療の質を向上させるために、医療従事者に対する系統的な教育・研修モデルを構築することを目的としている。令和 5、6 年度の厚生労働科学研究費補助金で行われた「医療観察法における退院後支援に資する研究」の中の分担研究「医療観察法に必要な人材育成に関する研究」において作成した医療観察法支援者研修動画ライブラリー（以下、研修動画ライブラリー）や研修モデルの活用状況を調査し、研修動画の内容をさらに充実させるとともに、医療観察法医療を担う職種毎にも研修モデルを作成していくことを令和 9 年度までの達成目標としている。

## B．研究方法

### 1．調査対象

対象は、令和 7 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 738 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 828 施設)の代表者、指定入院医療機関から情報提供された地域の支援機関（相談支援事業所、就労支援事業所、グループホーム)（全 105 施設）の代表者のうち、調査に同意の得られた者である。

### 2．調査項目

1）指定入院医療機関の代表者
・研修動画ライブラリーの活用状況
・集合研修で対象となった職種、使用された動画の本数
・施設として追加してほしい研修動画
・研修モデルの活用状況
・新入職員に対する研修モデルに関しての意見
・継続勤務者に対する研修モデルに関しての意見
・その他、教育・研修に関する意見
2）指定入院医療機関の医療従事者
・研修動画ライブラリーの活用状況
・追加してほしい研修動画
・その他、教育・研修に関する意見
3）指定通院医療機関（病院・診療所）の代表者
・研修動画ライブラリーの活用状況
・施設として追加してほしい研修動画
・研修モデルの活用状況
・研修モデルに関しての意見

・その他、教育・研修に関する意見

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

・研修動画ライブラリーの活用状況
・施設として追加してほしい研修動画
・研修モデルの活用状況
・研修モデルに関しての意見
・その他、教育・研修に関する意見

**3. 調査方法**

指定入院医療機関、指定通院医療機関（病院・診療所、訪問看護ステーション)、相談支援事業所、就労支援事業所、グループホーム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。さらに、指定入院医療機関に勤務する心理療法士、作業療法士、精神保健福祉士のメーリングリストを用いてアンケートへの協力を依頼した。

**4.データ解析**

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において倫理審査の必要性について検討され、人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針の対象外であるため審査不要である旨、確認されている。

**C．研究結果**

1) 指定入院医療機関の代表者への調査

全国の指定入院医療機関35施設中21施設から回答を得た（回収率60%)。

研修動画ライブラリーの活用状況については図1に示すように、勤務者に対して自己研鑽での視聴を推奨・アナウンスした施設が86%に上り、継続勤務者に対する研修で使用した施設が29%、新入職員に対する研修で使用した施設が38%であった。研修動画ライブラリーの存在は知っていたが、活用されず、アナウンスも行われなかった施設と研修動画ライブラリーの存在を知らなかった施設が各1施設であった。対象となった職種は継続勤務者の研修では看護師が100%で､他の職種が50%であり、新入職員の研修では看護師100%、他職種25%であった。活用した動画の本数は継続勤務者の研修では1～10本、新入職員の研修では1～40本であった。

研修モデル（図2、表1）の活用状況については、図3に示すように、継続勤務者に対する研修で参考にした施設が32%、新入職員に対する研修で参考にした施設が38%であった一方で、研修モデルの存在は知っていたが活用することはなかった施設が38%であった。対象となった職種は継続勤務者の研修では看護師が100%で､他の職種が0%であり、新入職員の研修では看護師100%、他職種13%であった。

施設として追加してほしい研修動画（テーマ、講師、動画の長さなど）についての意見を列挙する。研修動画の時間については､「15分～20分程度が理想。30分以上は集中できる環境にはない。」「1回の視聴が15分まで、それ以上なら分割がありがた

い。」「(集合研修で) 10 分ほどの動画をみて知識の確認または再確認の作業をした後、相互理解につながるようスタッフ同士でディスカッションするのがよい。」といった意見が出された。動画の内容については、「スマートフォンなどネットデジタル機器についての考え方」「無断退去発生時対応」「災害時対応」「身体合併症発生時の対応」「診療報酬・施設基準」「包括的支援の仕組み」「地域の障害福祉サービスの基礎」などを新たに増やしてほしいとの意見や、「共通評価項目」「ケースフォーミュレーション」「クライシスプラン」「診療録記載」などをさらに充実させてほしいとの意見が出された。

新入職員に対する研修モデル（図 2）に関しての意見（内容や分量、時期、各施設の事情など）については、「病棟オリエンテーション時に研修動画を使用し、その上で当該病棟での細かなポイントを講義した。」「必要な知識が網羅されているため、次年度の教育体制として検討している。」「オリエンテーションは1日で行っているため、使用する動画を絞った。」「おさえておかなければならない項目はすべて網羅されているように感じたが、当院の医療観察法病棟が未成熟であり、研修モデルの中身に追いつけていない現状がネックである。」「一般の精神病棟との異動があり、研修を受けても理念の理解が難しく浸透しづらい。」「日々勤務しながらの教育には、人と時間が足りない。」「ボリュームがあり研修時間の確保が困難だった。」「全動画を入職時に見せるのは難しく、自己研鑽も含めて進めている。」「初日に研修した後、実践をしていく中で、研修動画の視聴を組み込んで理解を深める形をとっている。」「臨床を経験してもらいながら、動画を活用して理解ができるよう研修を組み立てている。」「ボリュームとしては 30 分くらいだと臨床の隙間時間で研修がしやすい。」といった意見が出された。

継続勤務者に対する研修モデルに関しての意見（内容や分量、時期、各施設の事情など）としては、「勤務時間内で全体での視聴時間確保は難しい一方、業務上必要不可欠な知識と考える。」「自己研鑽レベルから一段進め、年間自己教育計画の具体的方法として計画するよう指導したい。」「ボリュームや内容がよいので活用している。」「医療観察法をしっかり理解した上で業務にあたることは、経験が長いスタッフでも必要なことだと思っていたので、初心に戻るきっかけとして大変有用であった。」「トラウマインフォームドケアの講義を必ず視聴するよう伝えている。」「看護部は研修を見るように環境やシステムを考えて実践しているが、医局をはじめ他部署は参加しない。」「継続勤務者の研修は定期的には実施するのが難しい。」といった意見が出された。

その他、教育・研修に関する意見としては、「新しく医療観察法に配属になると、一週間程オリエンテーションを実施していたが、担当するスタッフによって内容が異なっていた。今回の動画は、統一した内容で指導できるためとてもありがたい。」「新入職員の研修はこれまで自前で行ってきたが、病棟経験が最長でも5年程度のため、講師となるスタッフも制度などへの理解が不十分であった。こうした研修動画はぜひ活用していきたい。」「継続勤務者向けの研修は行っていなかったが、今後研修動画を活用していきたい。」「新任者研修だけではなく継続勤務者の研修にももっと力を入れていこうと思う。」「研修は看護師に任せっきりになっていたので、他職種もコミットしていこうと思う。」「看護師の人事異

動が多いため育成に苦慮しているところであり、有益なツールを提供してもらったので今後活用したい。」「動画を繰り返し視聴できるシステムがとても有用。」「新入職員には初期に研修を詰め込むのではなく、最初2日間研修をし、あとは臨床を経験しながら2ヵ月くらいかけて研修している。」といった意見が出された。

2) 指定入院医療機関の医療従事者への調査

指定入院医療機関の医療従事者248名から回答が得られた。

研修動画ライブラリーの活用状況については図4に示すように、自己研鑽として使用した者が45%、継続勤務者に対する集合研修で使用した者が15%、新入職員に対する集合研修で使用した者が9%であった。研修動画ライブラリーの存在は知っていたが、視聴することはなかった者が14%、研修動画ライブラリーの存在を知らなかった者が32%であった。

追加してほしい研修動画(テーマ、講師、動画の長さなど)についての意見を列挙する。内容としては、リカバリーを目指す認知療法(以下、CT-R)、メタ認知トレーニング、WRAP(元気回復行動プラン)、アンガーマネジメント、包括的暴力防止プログラム(以下、CVPPP)の実技、ケースフォーミュレーションの具体的な使い方、リカバリーの視点での実際の介入、ストレングスモデル、保護要因、リカバリーの視点、アセスメントツールの活用、クリティカルパス、情報リテラシー、スマートフォンの使用、プログラムのロールプレイ動画、各種プログラムの内容や運営マニュアル、プログラムの工夫・ファシリテーション、CPA(Care Programme Approach)会議、ケアマネジメント、指定通院医療機関の受入れ促進の工夫、精神保健福祉士の実務マニュアル、心理士の取り組みの実際、具体的な看護面接、看護師の役割の具体例、高齢患者の入院治療、知的障害・発達障害・パーソナリティ障害併存例、外出泊の対応、困難事例、無断退去、入院から退院までの一連の経過を事例で説明、退院した患者・処遇終了した患者のインタビュー、各動画の続編(具体的なプログラム、事例など)といった意見が出された。研修動画の時間については、「15～30分がよい。」「10分程度なら勤務中に視聴しやすい。同じテーマを3回に分けたりしてもよいのでは。」「20分程度が視聴しやすい。」「業務の間を縫って活用するには時間が長すぎる。」「自己研鑽では20分以上は手が出にくい。」といった意見が出された。

3) 指定通院医療機関(病院・診療所)への調査

全国の指定通院医療機関(病院・診療所)738施設中112施設から回答を得た(回収率15%)。

研修動画ライブラリーの活用状況については図5に示すように、勤務者に対して自己研鑽での視聴を推奨・アナウンスした施設が14%、継続勤務者に対する研修で使用した施設が4%、新入職員に対する研修で使用した施設が3%であった。研修動画ライブラリーの存在は知っていたが、活用されず、アナウンスも行われなかった施設が13%、研修動画ライブラリーの存在を知らなかった施設が71%に上った。

研修モデル(図6)の活用状況については、図7に示すように、継続勤務者に対する研修で参考にした施設が3%、新入職員に対する研修で参考にした施設が1%、研修モデルの存在は知っていたが活用することはなかった施設が21%、研修モデルの存在を知らなかった施設が71%であった。

施設として追加してほしい研修動画(テ

ーマ、講師、動画の長さなど）としては、CVPPP、医療倫理、権利擁護、物品管理、リカバリー志向、ストレングスモデル、CT-R、SAPROF（暴力リスクの保護要因評価ガイドライン）、小児期逆境体験、隔離拘束削減、通院処遇に移行する際に起きやすい問題、緊急ケア会議が開催される実際の流れ、処遇終了後の治療中断による再発の具体例、処遇終了後の治療継続へのモチベーション維持や支援方法といった意見が出された。

研修モデルに関しての意見（内容や分量、時期、各施設の事情など）としては、「研修動画・研修モデルのアナウンスを強化してほしい。」「2 日間終日の研修は業務に差し支え実際的でない。」「小規模なクリニックでは長時間の研修は無理。」「通常業務を行いながら医療観察法の研修機会を作るのは難しい。」「モニタリング、クライシスプラン、ケースフォーミュレーションの研修はもっと長い時間が必要。」「重要な内容がコンパクトに収まっていて良い。」といった意見が出された。

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）828 施設中 96 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 105 施設中 25 施設から回答を得た(回収率 24%)。

研修動画ライブラリーの活用状況については図 8 に示すように、勤務者に対して自己研鑽での視聴を推奨・アナウンスした施設が 21%、継続勤務者に対する研修で使用した施設が 3%、新入職員に対する研修で使用した施設が 0%であった。研修動画ライブラリーの存在は知っていたが、活用されず、アナウンスも行われなかった施設が 10%、研修動画ライブラリーの存在を知らなかった施設が 67%に上った。

研修モデル（図 9）の活用状況については、図 10 に示すように、継続勤務者に対する研修で参考にした施設が 4%、新入職員に対する研修で参考にした施設が 0%、研修モデルの存在は知っていたが活用することはなかった施設が 12%、研修モデルの存在を知らなかった施設が 74%であった。

施設として追加してほしい研修動画、研修動画・モデルについての意見としては、「研修動画・研修モデルのアナウンスを強化してほしい。」「虐待による影響、虐待防止」「対応困難事例などの具体的対応内容」「通院処遇終了後のフォローと医療機関、障害福祉行政との連携」「福祉サービスを利用すると計画相談が必要となることにも触れたほうがよい。」「都道府県・保健所・市町村・医療機関・相談支援事業所・サービス提供事業所それぞれの役割について」「研修動画のボリュームには満足している。」「非専門職にもわかりやすい動画が必要。」「5～10 分程度の短い動画を希望する。」「一つの動画は 10～20 分が望ましい。」といった意見が出された。

## D．考察

1） 指定入院医療機関

指定入院医療機関では、研修動画ライブラリーや研修モデルについてある程度認知されており、大多数の施設で自己研鑽での視聴を推奨されており、継続勤務者や新入職員に対する研修でも 3 割前後の施設で活用されていた。しかし、指定入院医療機関の医療従事者への個別調査では、自己研鑽で視聴した者は半分まで至らず、研修動画ライブラリーの存在を知らない者も約 3 割に上った。

研修動画に対するニーズとしては、視聴

時間がより短い動画（15 分程度まで）を希望する意見が多く、内容としては研修動画ライブラリーにまだ盛り込まれていない治療プログラムや病棟運営上の実際的な対応、事例やロールプレイなどより実際的な内容のニーズが高かった。

2）指定通院医療機関（病院・診療所）

指定通院医療機関（病院・診療所）では、約 7 割の施設で研修動画ライブラリーの存在を認知しておらず、継続勤務者や新入職員に対する研修で活用されているのはごくわずかであった。

研修動画に対するニーズとしては、通院処遇中や処遇終了後の実際的なテーマへのニーズが高かった。研修モデルについては、有用な内容なので周知を強化してほしいとの意見がある一方で、忙しい平素の業務の中に長時間の研修を組み込むことは難しいとの意見も複数出された。

3）地域の支援機関

地域の支援機関（訪問看護ステーション、相談支援事業所、就労支援事業所、グループホーム）では、指定通院医療機関（病院・診療所）と同様に約 7 割の施設で研修動画ライブラリーの存在を認知しておらず、自己研鑽での視聴を推奨・アナウンスしている施設も約 2 割あったものの、職員に対する研修で活用されているのはごくわずかであった。

研修動画に対するニーズとしては、通院処遇や地域精神保健福祉に関するテーマへのニーズが高かった。研修動画・研修モデルについては、有用な内容なので周知を強化してほしいとの意見がある一方で、非専門職でもわかりやすいより平易な内容の研修動画や 10 分前後の短い視聴時間の研修動画を要望する意見も複数出された。

4）研修動画ライブラリーの追加

アンケート結果などを踏まえて、新たに治療共同体、サイコーシスの認知行動療法、対話実践・当事者研究、社会復帰調整官の業務等の研修動画を追加した。今後、CT-R やメタ認知トレーニングなどの治療プログラムや架空事例を用いた実際的な解説、より短時間の動画などを追加していく予定である。

## E．結論

令和 7 年度は、全国の指定入院・通院医療機関、相談支援事業所、就労支援事業所、グループホームの代表者と指定入院医療機関の医療従事者に対してアンケート調査を実施し、研修動画や研修モデルの活用状況を調査し、その結果も踏まえて研修動画を追加する作業を開始した。

アンケート調査は合わせて 1,706 施設に依頼し、254 施設からの回答が得られ、指定入院医療機関の医療従事者 248 名からの回答が得られた。指定入院医療機関では、研修動画ライブラリーや研修モデルについてある程度認知されており、自己研鑽での個別視聴や継続勤務者・新入職員に対する研修などで活用されていた。しかし、指定通院医療機関や地域の支援機関では、研修動画ライブラリーや研修モデルについて十分認知されておらず、周知を強化する必要性があることが明らかとなった。

アンケート調査結果を踏まえて、新たな研修動画を追加し始め、次年度以降も随時追加・改訂していく予定である。

## F．健康危険情報

なし

## G．研究発表

### 1．論文発表

なし

## 2. 学会発表

賀古勇輝：医療観察法の人材育成と治療効果検証に関する研究グループより，第 20 回医療観察法関連職種研修会，長崎，2025.7.4

## H. 知的財産権の出願・登録状況

### 1. 特許取得

なし

### 2. 実用新案登録

なし

### 3. その他

なし

## I. 謝辞

本調査にご協力をいただいた全国の医療観察法指定入院医療機関の代表者と病棟スタッフの皆様、および指定通院医療機関（病院・診療所・訪問看護ステーション）の代表者の皆様、相談支援事業所・就労支援事業所・グループホームの管理者の皆様、そして研修動画の作成にご協力いただいた全国の各領域の専門家の皆様に深謝致します。

## 参考文献

なし

# 表1　研修モデル（指定入院医療機関の継続勤務者向け）

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

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

MDT: Multi-disciprinaly Team
CBTp: Cognitive Behavioral Therapy for psychosis

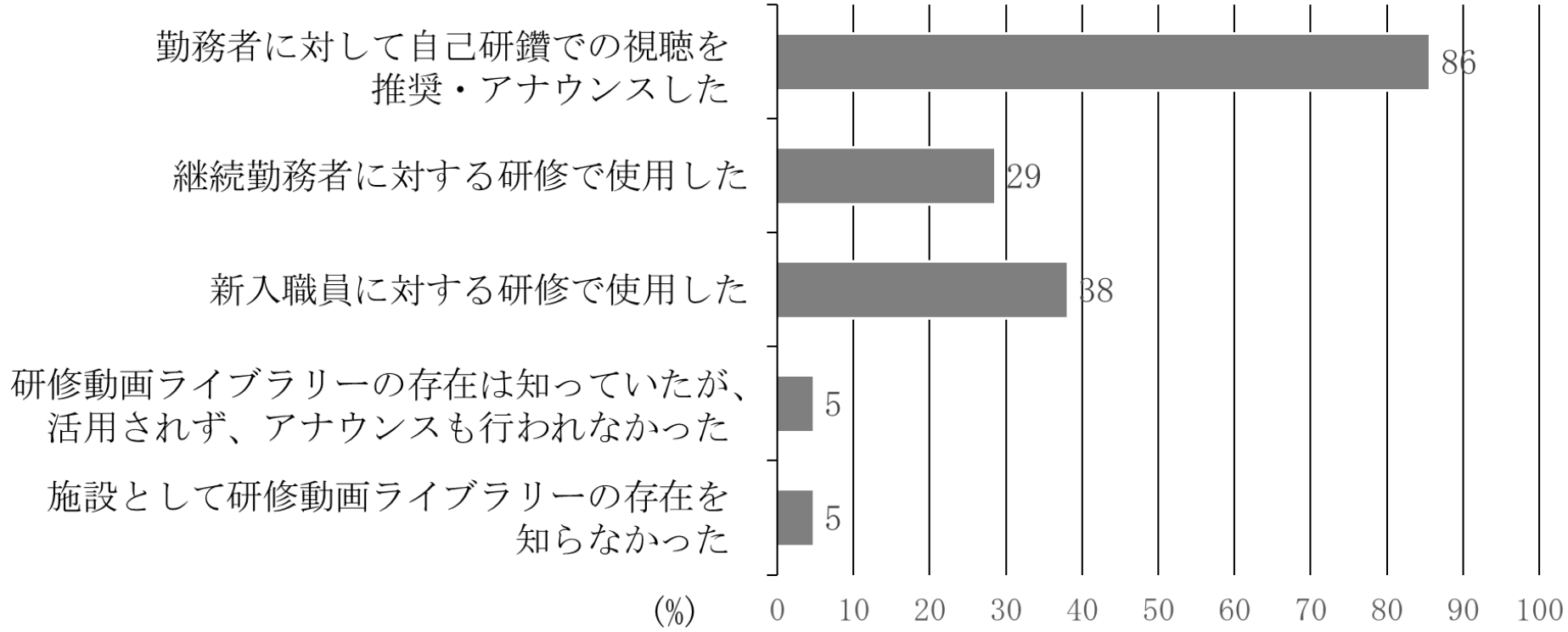



図1　指定入院医療機関における医療観察法支援者研修動画ライブラリーの活用状況

| | 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)<br>権利擁護(13)<br>加害者臨床・スティグマ(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)<br>トラウマインフォームドケア(37) | | CVPPP(34)<br>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)<br>心理教育（総論、統合失調症）(28)<br>内省プログラム(32) | | 認知行動療法の基本(30)<br>CBTp(31) | | 休憩 | 精神障害の診断と治療(39)<br>統合失調症(40)<br>統合失調症の薬物療法(45) | 共通評価項目(16,17)<br>アセスメント・評価尺度(18) | | 電子カルテ操作説明<br>診療録記載方法(26-1)<br>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)<br>クライシスプラン(22)<br>ケースフォーミュレーション(20) | | 各種ガイドライン(4)<br>入院処遇の流れ(5-1)<br>クリティカルパス(6)<br>各種会議(25) | | 休憩 | 精神保健福祉に関する制度の説明(48)<br>家族支援(38)<br>被害者の視点(54) | 神経発達症(41)<br>認知機能障害(19) | | 外出泊時の対応<br>書類作成方法(26-2) |

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

図2　研修モデル（指定入院医療機関の新入職員向け）

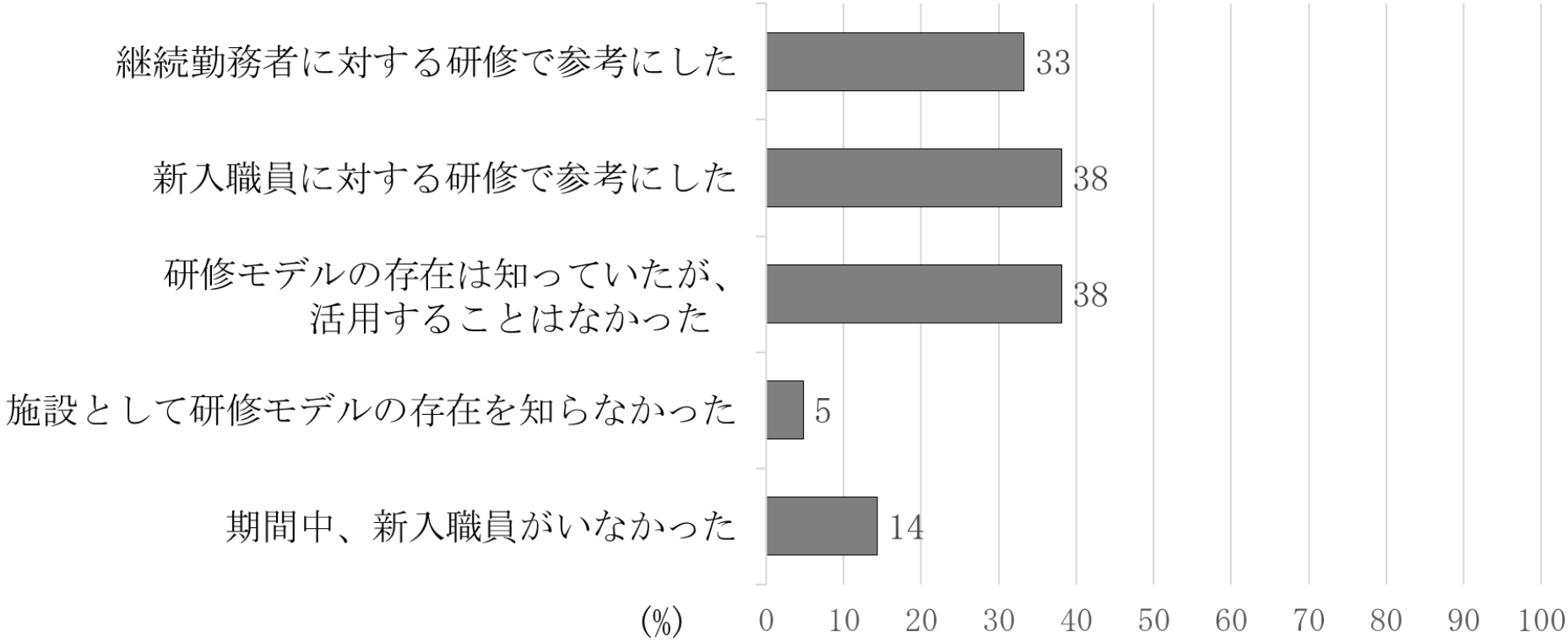



図3　指定入院医療機関における研修モデルの活用状況

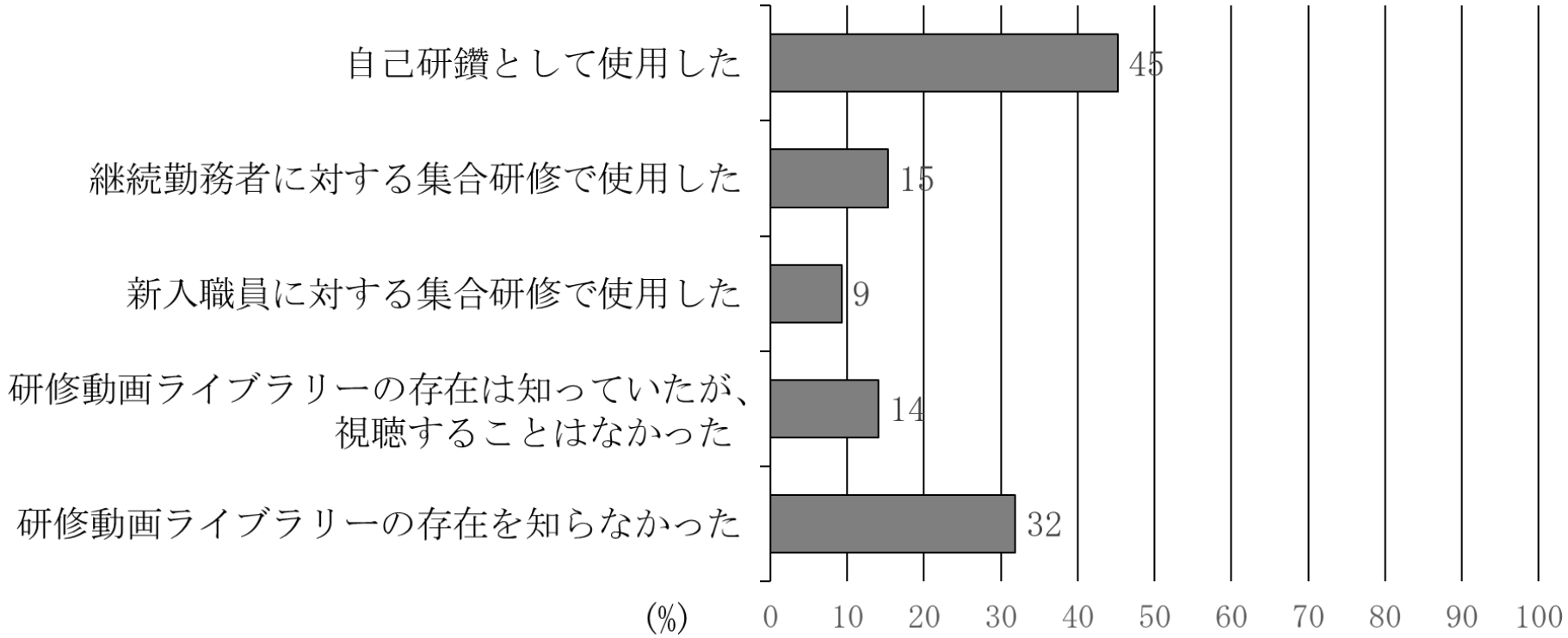



図4　指定入院医療機関の医療従事者個人における医療観察法支援者研修動画ライブラリーの活用状況

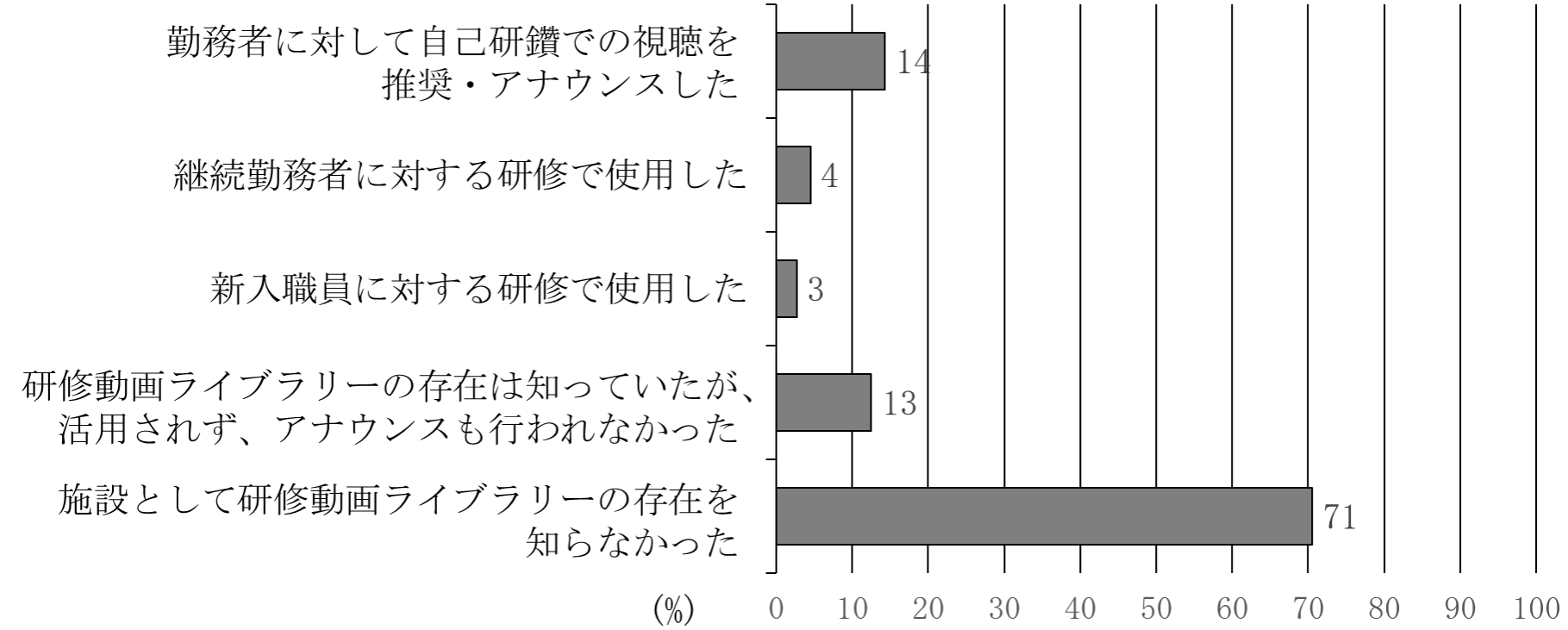



図5　指定通院医療機関（病院・診療所）における医療観察法支援者研修動画ライブラリーの活用状況

| | 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)<br>権利擁護(13)<br>加害者臨床・スティグマ(14) | | セルフモニタリングシート(24)<br>クライシスプラン(22)<br>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)<br>精神保健福祉士の役割(9)<br>地域支援・通院処遇の実際(49) | | 治療共同体・チーム医療(15)<br>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)<br>心理教育（総論、統合失調症）(28)<br>内省プログラム(32) | | 精神障害の診断と治療(39)<br>統合失調症(40)<br>統合失調症の薬物療法(45) | 休憩 | クロザピン治療(46)<br>神経発達症(41) | | 家族支援(38)<br>被害者の視点(54) | | 認知行動療法の基本(30)<br>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、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6　研修モデル（指定通院医療機関（病院・診療所）の勤務者向け）

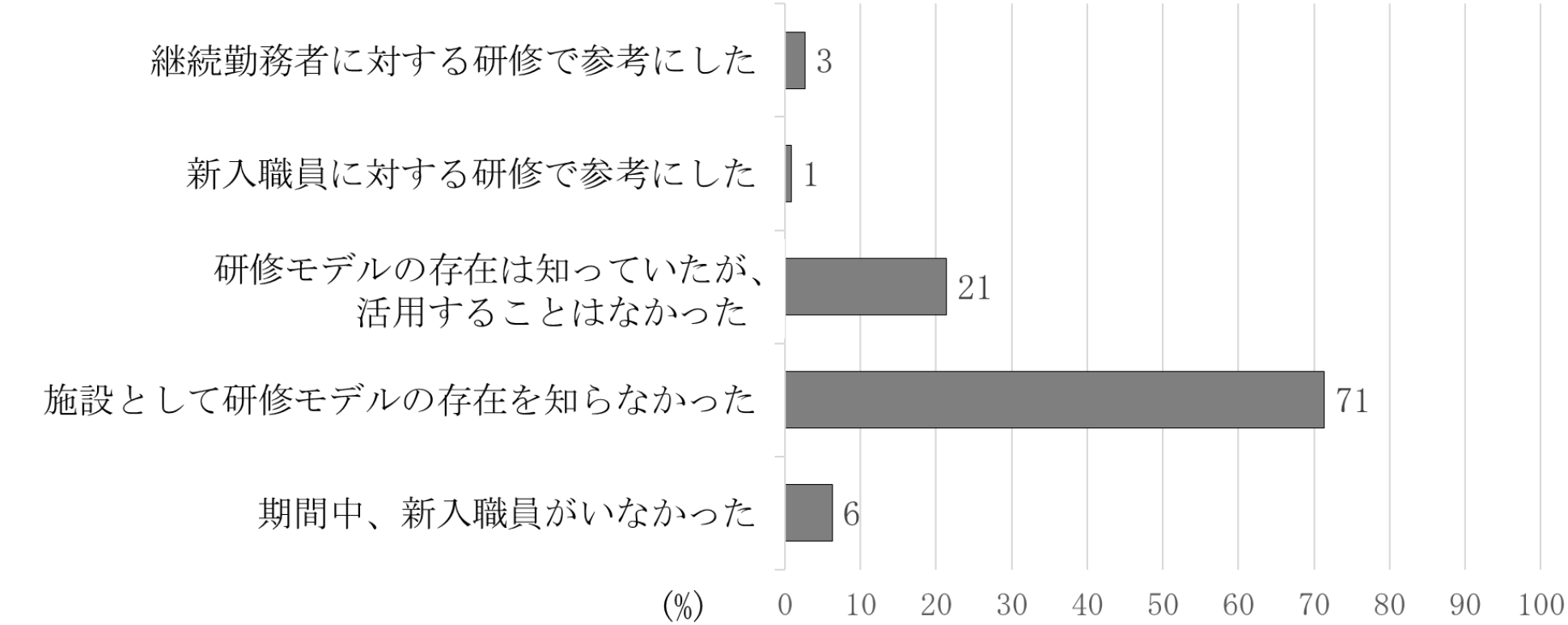



図7　指定通院医療機関（病院・診療所）における研修モデルの活用状況

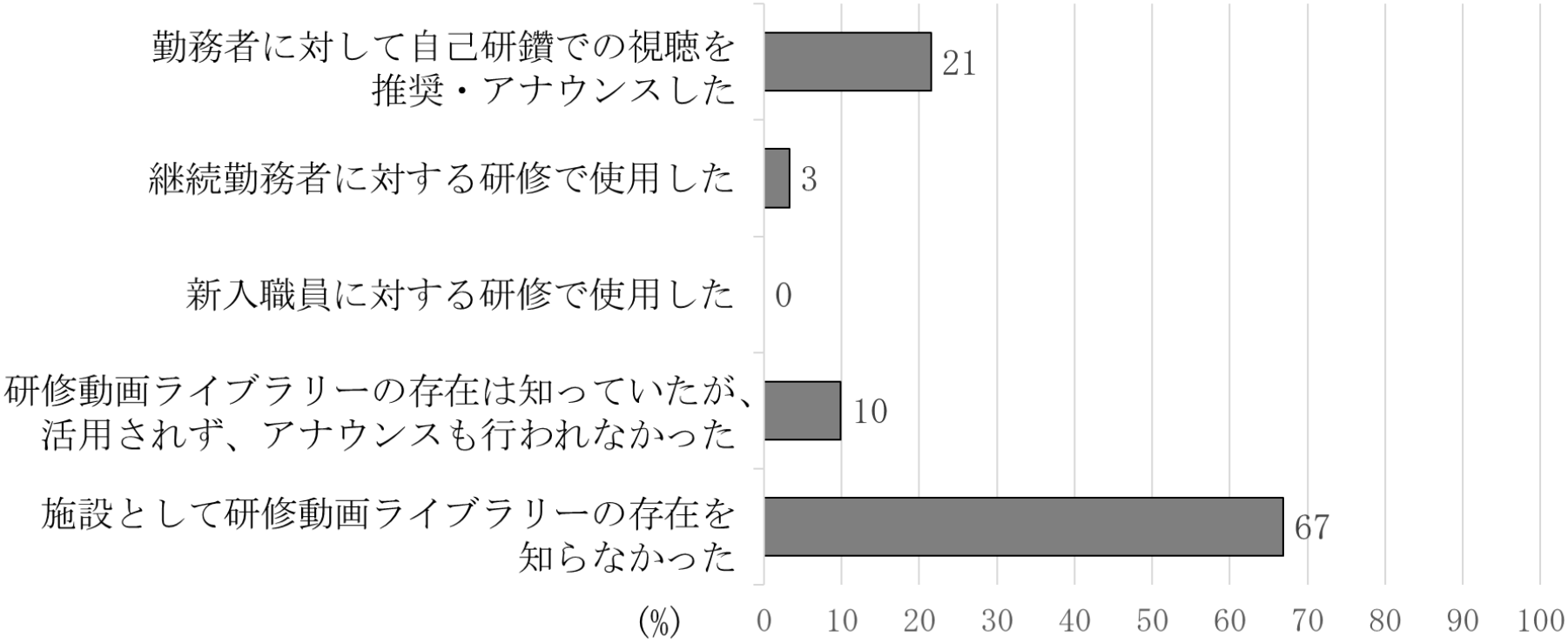



図8　地域の支援機関（訪問看護ステーション、相談支援事業所、就労支援事業所、グループホーム）における医療観察法支援者研修動画ライブラリーの活用状況

| | 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)<br>権利擁護(13)<br>加害者臨床・スティグマ(14) | | セルフモニタリングシート(24)<br>クライシスプラン(22)<br>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)<br>精神保健福祉士の役割(9)<br>地域支援・通院処遇の実際(49) | 治療共同体・チーム医療(15)<br>トラウマインフォームドケア(37) | | 訪問看護の対応(51)<br>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)<br>統合失調症(40)<br>統合失調症の薬物療法(45) | | 心理教育（総論、統合失調症）(28)<br>神経発達症(41)<br>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、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。

図9　研修モデル（地域の支援者向け）

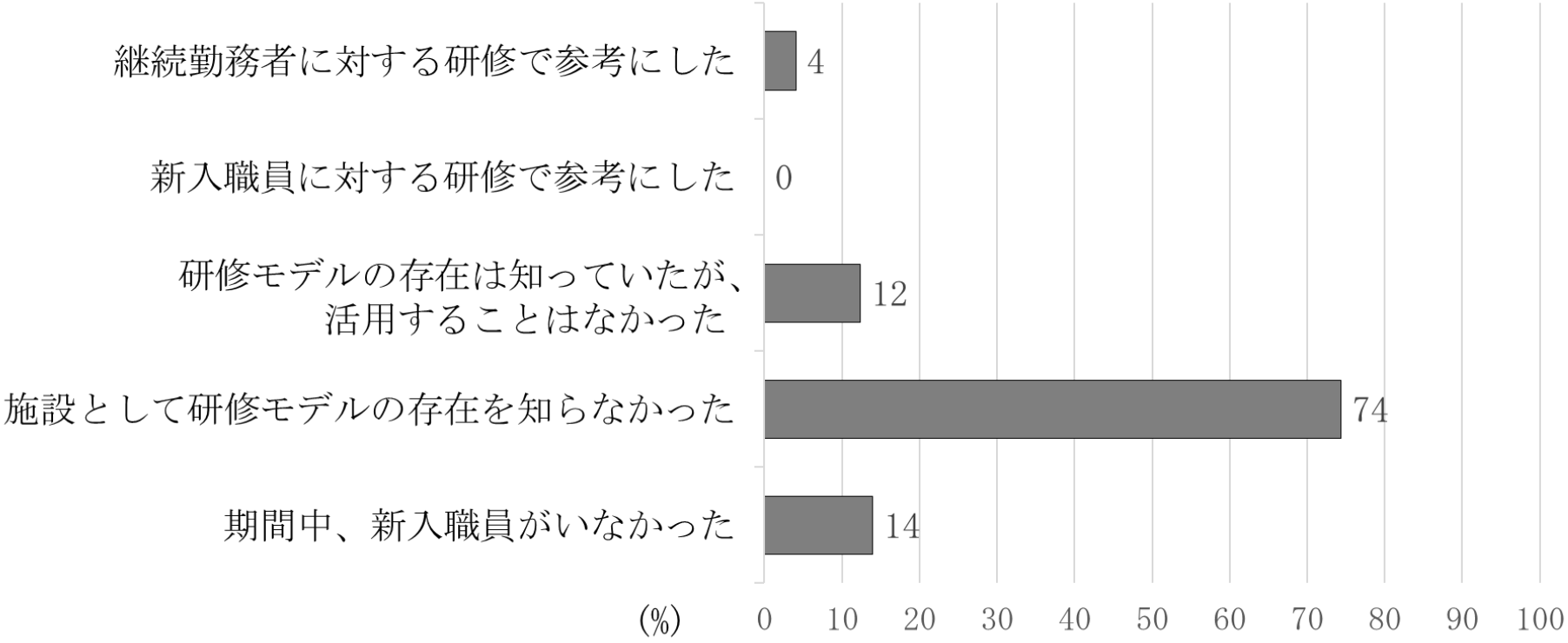



図10　地域の支援機関（訪問看護ステーション、相談支援事業所、就労支援事業所、グループホーム）における研修モデルの活用状況

別紙４

研究成果の刊行に関する一覧表レイアウト

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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 |
|---|---|---|---|---|---|
| 久保彩子 | 司法精神医学への招待：精神医学と法律の接点(Vol.7)医療観察法医療の現状と課題：通院処遇 | 医学のあゆみ | 293巻11号 | 1105-1109 | 2025年 |
| Shizukawa K, Thanetnit C, Dendumronkul P, Lee W, Ohki E | Forensic psychiatric systems for mentally disordered offenders in East Asia: A comparative narrative review of Japan, South Korea, and Thailand | Asian Journal of Psychiatry | 116(104843) | 1-3 | 2026年 |

令和８年４月１３日

厚生労働大臣　殿

機関名　国立研究開発法人
国立精神・神経医療研究センター

所属研究機関長　職　名 理事長

氏　名　中込　和幸

次の職員の令和７年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　障害者政策総合研究事業

２．研究課題名 医療観察法における円滑な社会復帰を促進するための連携等の方策を推進するための研究

３．研究者名　（所属部局・職名）司法精神診療部・第二司法精神科医長

（氏名・フリガナ）竹田　康二・タケダ　コウジ

４．倫理審査の状況

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

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

その他（特記事項）

研究代表者としての倫理審査申請はない。研究分担者として実施している研究は、現段階では倫理審査を必要としない。

（※2）未審査の場合は、その理由を記載すること。

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

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

| | |
|---|---|
| 研究倫理教育の受講状況 | 受講 ■　　未受講 □ |

６．利益相反の管理

| | |
|---|---|
| 当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定 | 有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　） |
| 当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無 | 有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　　） |
| 当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無 | 有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　） |
| 当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無 | 有 ■　無 □（有の場合はその内容：当該業務委託について、取引の必要性、契約手続の透明性、公正性、取引条件の適正性を確保いただくことをご留意く |

| | |
|---|---|
| | ださい。一法人との産学連携活動の規模が大きい場合には、当該法人との間に利害関係が存在し、利益相反による弊害発生が懸念される状況にあるといえます。当該法人の利益を優先することなく、当該研究が科学的に公正な内容となるように留意し、研究成果公表時には COI 開示を徹底ください。） |

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和８年３月2日

厚生労働大臣　殿

機関名　国立病院機構榊原病院

所属研究機関長　職　名　院長

氏　名　鬼塚俊明

次の職員の令和７年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　障害者政策総合研究事業

２．研究課題名　医療観察法における円滑な社会復帰を促進するための連携等の方策を推進するための研究

３．研究者名　（所属部局・職名）　心理療法室・主任心理療法士

（氏名・フリガナ）　壁屋康洋・カベヤヤスヒロ

４．倫理審査の状況

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

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

その他（特記事項）

（※2）未審査の場合は、その理由を記載すること。

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

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

| | |
|---|---|
| 研究倫理教育の受講状況 | 受講 ■　未受講 □ |

６．利益相反の管理

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

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和８年２月25日

厚生労働大臣　殿

機関名　国立健康危機管理研究機構

所属研究機関長　職　名　理事長

氏　名　國土　典宏

次の職員の令和７年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　障害者政策総合研究事業

２．研究課題名　医療観察法における円滑な社会復帰を促進するための連携等の方策を推進するための研究

３．研究者名　（所属部局・職名）国立健康危機管理研究機構・国立看護大学校・講師

（氏名・フリガナ）松浦佳代・マツウラカヨ

４．倫理審査の状況

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

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

その他（特記事項）

（※2）未審査の場合は、その理由を記載すること。

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

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

| | |
|---|---|
| 研究倫理教育の受講状況 | 受講 ■　未受講 □ |

６．利益相反の管理

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

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和８年１月14日

厚生労働大臣　　殿

機関名　岩手県立大学

所属研究機関長　職　名　学長

氏　名　鈴木　厚人

次の職員の令和７年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　障害者政策総合研究事業

２．研究課題名　医療観察法における円滑な社会復帰を促進するための連携等の方策を推進するための研究

３．研究者名　（所属部署・職名）　社会福祉学部　講師

（氏名・フリガナ）　三品　竜浩（ミシナ　タツヒロ）

４．倫理審査の状況

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

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

その他（特記事項）

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

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

| | |
|---|---|
| 研究倫理教育の受講状況 | 受講 ☑　未受講 □ |

６．利益相反の管理

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

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

令和８年３月２日

厚生労働大臣　殿

機関名　北海道大学

所属研究機関長　職　名　総長

氏　名　賓金　清博

次の職員の令和７年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　障害者政策総合研究事業

２．研究課題名　医療観察法における円滑な社会復帰を促進するための連携等の方策を推進するための研究

３．研究者名　（所属部署・職名）北海道大学病院・准教授

（氏名・フリガナ）賀古　勇輝・カコ　ユウキ

４．倫理審査の状況

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

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

その他（特記事項）

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

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

| | |
|---|---|
| 研究倫理教育の受講状況 | 受講 ■　未受講 □ |

６．利益相反の管理

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

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