

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））

医療観察法における退院後支援に資する研究

令和5年度～令和6年度 総合研究報告書

指定入院医療機関の医療や処遇の均てん化に関する研究

研究分担者 壁屋 康洋 国立病院機構榊原病院

研究要旨：

「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（以下、医療観察法）」での入院医療の長期化が課題とされたが、6年以上の長期入院を経て通院処遇に移行する事例がある¹⁾一方、入院期間に依らず処遇終了して精神保健福祉法入院（以下、処遇終了-入院）する群もある²⁾。処遇終了-入院には年代、診断分類、頻回/長期の行動制限が影響したが、医療機関による差も認められた³⁾。令和2年1月～令和4年12月の3年間集計で施設の処遇終了率は0%から38.7%に分布、平均在院日数は732.0日から2,846.0日に分布し⁴⁾、施設差が大きい。本研究は指定入院医療機関の均てん化のため、施設の運営等の調査（n = 35）、職員個人単位調査（n = 713）、特徴的な施設への訪問調査・インタビュー調査（n = 8）により運用の差を探索した。

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

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

研究協力者（順不同、敬称略）

久保彩子 国立病院機構琉球病院

前上里泰史 同上

諸見秀太 同上

前田佑樹 同上

伊波陽二 同上

大鶴 卓	琉球こころのクリニック
村上 優	さいがた医療センター
高尾 碧	島根県立こころの医療センター
村杉謙次	国立病院機構小諸高原病院
高橋未央	同上
斎藤勝仁	医療法人慈善会 安藤病院
村田昌彦	国立病院機構榊原病院
鬼塚俊明	同上
中辻望来	同上
浅野琴美	同上
榎本翔太	同上
萩原秀典	同上
高野真弘	同上
武川未怜	同上
梨谷寛幸	同上
和田美智子	同上
大居真美	同上

A. 研究目的

医療観察法入院の長期化が課題とされたが、6年以上の長期入院を経て通院処遇に移行する事例がある¹⁾一方、入院期間に依らず処遇終了-入院する群もある²⁾。処遇終了-入院には年代、診断分類、頻回/長期の行動制限が影響したが、医療機関による差も認められた³⁾。令和2年1月～令和4年12月の3年間集計の処遇終了率は0%から38.7%に分布、平均在院日数は732.0日から2,846.0日まで分布し⁴⁾(図1)、施設差が大きい。本研究は処遇終了率と平均在院日数の差に関連する要因を探索し、指定入院医療機関の均てん化につなげることを目的とする。

B. 研究方法

1. 調査対象

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

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

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

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

2. 分析

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

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

2) 処遇終了率・平均在院日数の高低による4群比較：本研究では主たる指標として処遇終了率と平均在院日数を扱うが、両変数の交互作用を検討するため、各々中央値で分け、処遇終了率が中央値より高い施設を高群、中央値以下の施設を低群、平均在院日数が中央値より長い施設を長期群、中央値以下の施設を短期群とし、それらを独立変数、個人単位調査の各尺度を従属変数とした分散分析をおこなった。

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

3) 訪問調査 (表 2)

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

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

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

(倫理面への配慮)

対象 1 全施設調査は指定入院医療機関の全体像を把握する調査で、個々の対象者のデータを収集しない。訪問調査では研究公告 (オプトアウト文書) を榊原病院ホームページに掲載、拒否の機会を保障するとともに、匿名化することで個人情報保護をおこなない、病棟管理者から文書で同意を得ておこなった。

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

国立病院機構榊原病院倫理審査委員会の承認を得て研究をおこなった。

C. 研究結果

1) パフォーマンス指標と職員個人単位調査の相関 (表 3)

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

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

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

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

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

2) 平均在院日数・処遇終了率の高低による4群比較(表4、表5)

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

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

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

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

3) 訪問調査による事例比較(表6、7)

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

4) 訪問調査施設の自由記載比較(表8、9)

施設の特徴を抽出するため、職員個人単

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

5) インタビュー調査「処遇終了についての考え方」(抜粋)(表10)

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

D. 考察

1. 処遇終了率の低下・平均在院日数の短縮につながる要因

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

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

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

2. 処遇終了事例・処遇終了の考え方の比較

本研究では訪問調査により対象期間に処遇終了された事例と、処遇終了されやす

² 既述のように職業性ストレス簡易調査票はすべて

点が高い方がストレスが低い

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

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

3. 医療観察法入院医療の平均在院日数・処遇終了率につながる要因

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

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

E. 結論

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

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

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 壁屋康洋：医療観察法病棟での長期入院、頻回/長期の行動制限、処遇終了-入院に関する全国調査。精神科，2023；43(1)：84-91
- 2) 壁屋康洋：入院医療から治療反応性の断念？データから見る処遇終了-精神保健福祉法入院の運用実態。（第19回日本司法精神医学会大会シンポジウム 医療観察法医療の治療反応性－法施行後の治療技術の進歩を踏まえて）。司法精神医学，2024；19：54-59

2. 学会発表

- 1) 壁屋康洋：入院医療から治療反応性の断念？データから見る処遇終了-精神保健福祉法入院の運用実態。シンポジウム 医療観察法の治療反応性－法施行後の治療技術の進歩を踏まえて。

第19回日本司法精神医学会大会，東京，2023.9.8

- 2) 壁屋康洋，大鶴卓，久保彩子，前上里泰史，諸見秀太，高尾碧，河野稔明，高野真弘：頻回/長期行動制限を受けた対象者の全国調査（3）入院長期化・頻回/長期の行動制限・処遇終了－精神保健福祉法入院への要因探索。第77回国立病院総合医学会，広島，2023.10.21
- 3) 壁屋康洋，久保彩子，前上里泰史，諸見秀太ら：指定入院医療機関の医療や処遇の均てん化に関する研究（1）～医療観察法指定入院医療機関の平均在院日数と処遇終了率に関連する要因の分析。第20回日本司法精神医学会大会，東京，2024.5.24
- 4) 壁屋康洋，前上里泰史，高野真弘：医療観察法入院医療における指定入院医療機関の医療や処遇の均てん化に関する研究（2）～職業性ストレス・多職種連携と施設要因の分析。日本心理臨床学会第43回大会，横浜，2024.8.24
- 5) 壁屋康洋，久保彩子，前上里泰史，諸見秀太ら：指定入院医療機関の医療や処遇の均てん化に関する研究（3）～医療観察法指定入院医療機関の運営におけるNH0/NCと自治体立との比較。第78回国立病院総合医学会，大阪，2024.10.19

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

I. 謝辞

本研究施設単位調査にご協力頂いた医療観察法指定入院医療機関の看護師長、看護副師長、精神保健福祉士、病棟事務官の皆様、個人単位調査にご協力頂いた多職種の皆様、そして訪問調査を受け入れて下さり、調査対象事例の資料を準備し、筆者らのインタビューに応じて下さり、発表同意を頂いた調査対象施設の皆様に心より深謝致します。

参考文献

- 1) 壁屋康洋, 村杉謙次, 高野真弘: 複雑事例のプロファイリングとセグメント化に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金障害者政策総合研究事業(精神障害分野) 医療観察法の制度対象者の治療・支援体制の整備のための研究 (研究代表者: 平林直次) 令和2年度分担研究報告書, 2021
- 2) 壁屋康洋, 高野真弘: 頻回/長期行動制限を受けた対象者の全国調査. 厚生労働科学研究費補助金障害者政策総合研究事業(精神障害分野) 医療観察法における専門的医療の向上と普及に資する研究 (研究代表者: 平林直次) 令和3年度分担研究報告書, 2022
- 3) 壁屋康洋, 大鶴卓, 久保彩子, 前上里泰史ら: 頻回/長期行動制限を受けた対象者の全国調査. 厚生労働科学研究費補助金障害者政策総合研究事業(精神障害分野) 医療観察法における専門的医療の向上と普及に資する研究 (研究代表者: 平林直次) 令和4年度分担研究報告書, 2023
- 4) 壁屋康洋, 久保彩子, 前上里泰史, 諸見秀太ら: 指定入院医療機関の医療や

処遇の均てん化に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金障害者政策総合研究事業(精神障害分野) 医療観察法における退院後支援に資する研究 (研究代表者: 平林直次) 令和5年度 総括・分担研究報告書, 2024

- 5) 下光輝一, 原谷隆史, 他: 職業性ストレス簡易調査票の信頼性の検討と基準値の設定, 労働省平成11年度版「作業関連疾患の予防に関する研究」報告書, 2000
- 6) 壁屋康洋, 久保彩子, 前上里泰史, 諸見秀太ら: 指定入院医療機関の医療や処遇の均てん化に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金障害者政策総合研究事業(精神障害分野) 医療観察法における退院後支援に資する研究 (研究代表者: 平林直次) 令和6年度 総括・分担研究報告書, 2025
- 7) 川上憲人. 厚生労働省厚生労働科学研究費補助金 労働安全衛生総合研究事業 労働者のメンタルヘルス不調の第一次予防の浸透手法に関する調査研究 平成23年度総括・分担研究報告書, 2012
- 8) Tomizawa R., Yamano M. et al.: Validation of a global scale to assess the quality of interpersonal teamwork in mental health settings. The Journal of Mental Health, 2016.
- 9) Edmondson, Amy C. 著 野津智子 訳: 恐れのない組織. 英治出版, 東京, 2021
- 10) Google re:Work. <https://rework.withgoogle.com/jp/guides/understanding-team-effectiveness#identify-dynamics-of-effective-teams> (2024/1/6 閲覧)

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

図1 平均在院日数・処遇終了率（％）による入院医療機関の散布図

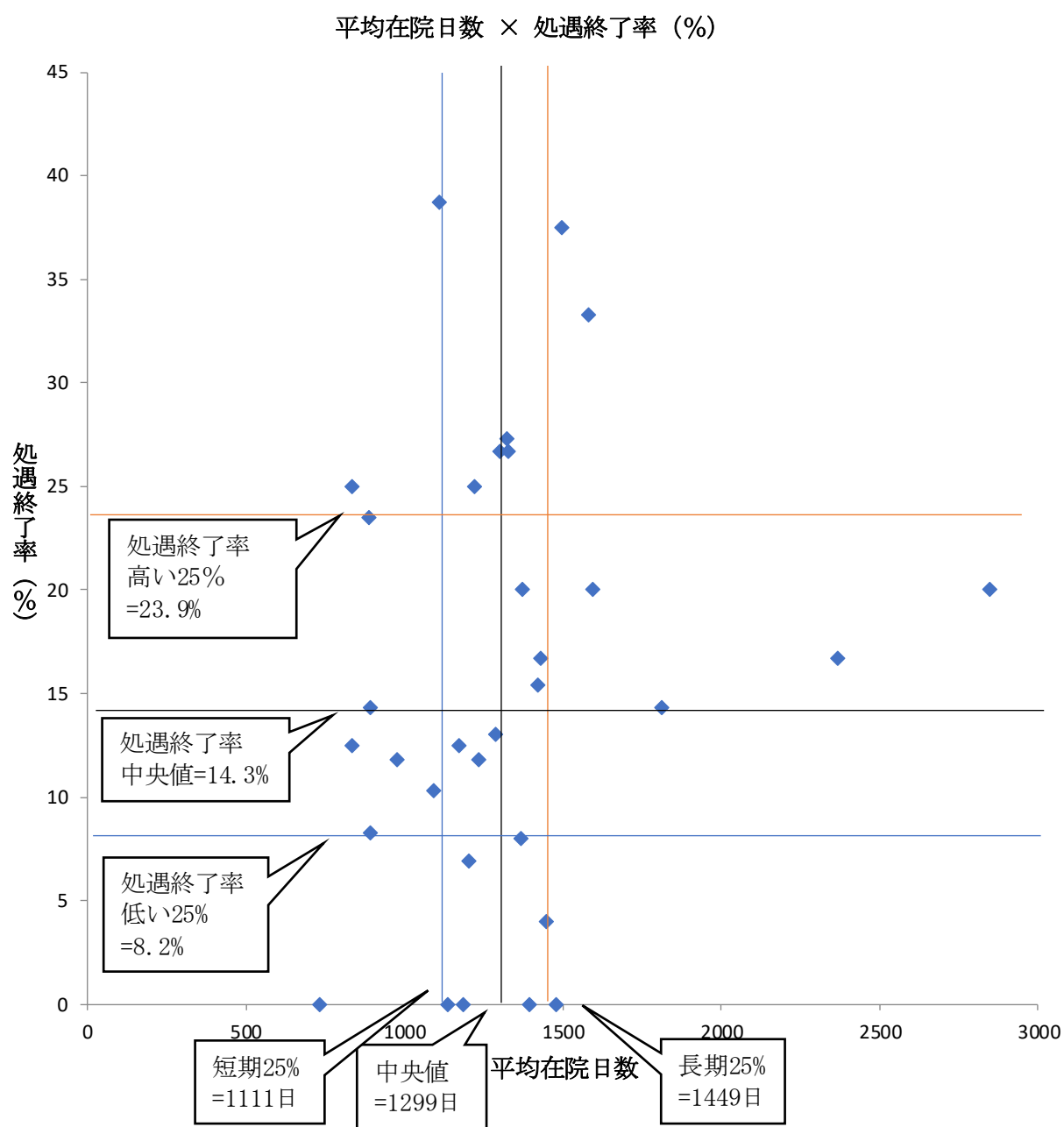


表1 医療観察法指定入院医療機関施設単位調査の調査項目

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

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

CLZ: Clozapine

CP: Chlorpromazine

MDT: Multi-disciplinary Team

CPA: Care Programme Approach

m-ECT: Modified Electro Convulsive Therapy

表2 訪問調査手順

1) 受け入れ施設に依頼し、以下事例を抽出して頂く

(1) 令和2年1月～令和4年12月（3年間）の期間に処遇終了した事例

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

A) 処遇終了理由、入院（または通院先）

B) 主診断・重複障害

C) 入院処遇日数

D) 隔離総回数・隔離総日数・拘束総回数・拘束総日数

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

F) 処遇終了までに取り組んだ治療アプローチ、処方（CLZの有無中心に）

G) （可能なら）初回入院継続申請時＋退院申請時の社会復帰関連指標

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

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

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

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

●70代以上

A) 退院時処遇（単身／家族同居／施設入所／精神保健福祉法入院のいずれか）

B) 主診断・重複障害

C) 入院処遇日数

D) 隔離総回数・隔離総日数・拘束総回数・拘束総日数

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

F) 退院までに取り組んだ治療アプローチ、処方（CLZの有無中心に）

G) （可能なら）初回入院継続申請時＋退院申請時の社会復帰関連指標

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

3) 病棟師長へのインタビュー調査

Q1) 早期退院に向けた工夫、貴院の強みについてお知らせください

Q2) 病棟内学習会をどのように運営しているか教えてください

Q3) 病棟運営の工夫、取り組みについて教えてください

特に職員間の関係構築やチームビルディングに関して

院内暴力、特に職員への暴力が生じた事例への対応に関して

Q4) 処遇終了についての考え方について教えてください

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

4) 病棟医長へのインタビュー調査

Q1) 病棟運営の工夫、取り組みについて教えてください

特に職員間の関係構築やチームビルディングに関して

院内暴力、特に職員への暴力が生じた事例への対応に関して

Q2) 処遇終了についての考え方について教えてください

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

5) コメディカルへのインタビュー調査

Q1) 早期退院に向けた工夫、貴院の強みについてお知らせください

Q2) 処遇終了についての考え方について教えてください

Q3) 病棟運営、職員間の関係構築やチームビルディングに関しての工夫

院内暴力、特に職員への暴力が生じた事例への対応に関して

Q4) 専門職としての役割について教えてください

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

SDM with CF: Shared Decision Making with Case Formulation

CLZ : Clozapine

表3 パフォーマンス指標と職員個人単位調査の順位相関（スピアマン）

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

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

CPAT-J：日本語版精神科多職種チーム医療アセスメントツール

CLZ：Clozapine

CP：Chlorpromazine

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

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

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

CPAT-J：日本語版精神科多職種チーム医療アセスメントツール

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

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

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

CPAT-J：日本語版精神科多職種チーム医療アセスメントツール

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

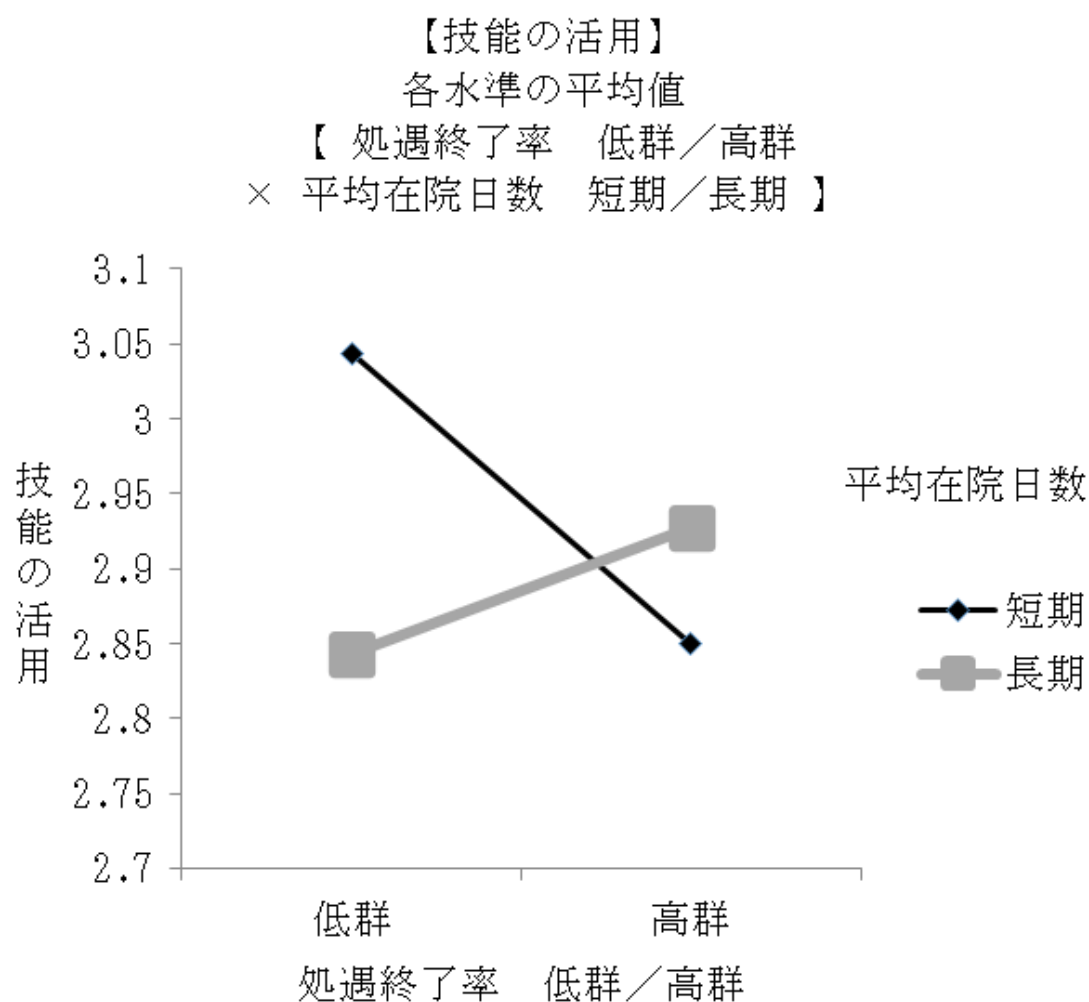
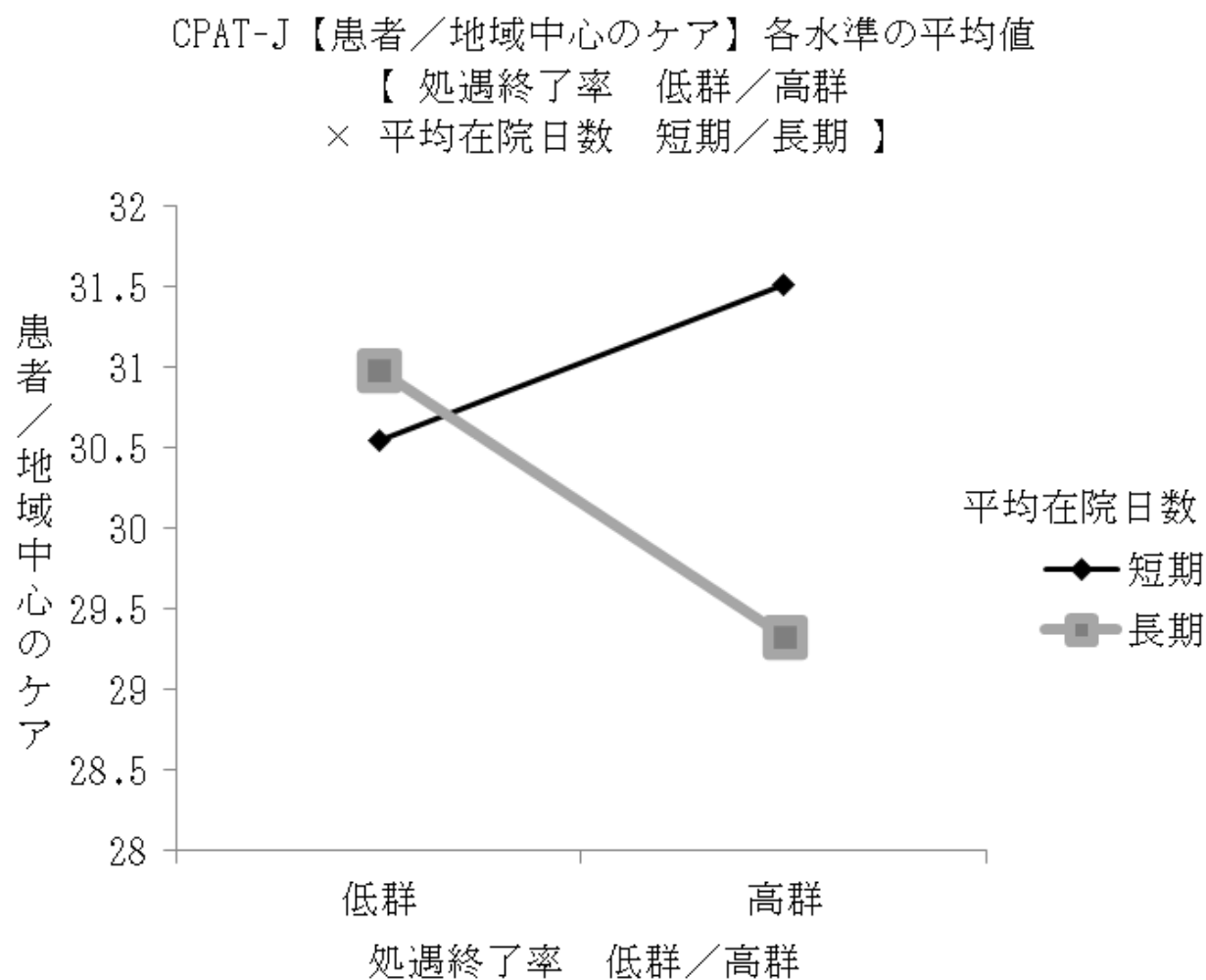


図3 処遇終了率 低群／高群×平均在院日数 短期群／長期群による
CPAT-J【患者／地域中心のケア】



CPAT-J：日本語版精神科多職種チーム医療アセスメントツール

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

処遇終了事例の概略	処遇終了されやすい要因があるが 通院移行した事例の概略
80代 アルツハイマー型認知症（F0） MoCA-J 18点 入院期間=1年 50代 器質性精神障害（F0） IQ=53 行動制限群 入院期間=11年	40代 自閉スペクトラム症（F8）、注意欠如・多動症 短期精神病性障害に抗精神病薬、自閉スペクトラム症への心理教育実施 入院期間=2年半 30代 自閉スペクトラム症（F8） IQ=61 リラックスアイテム使用、施設入所 入院期間=3年
70代 妄想型統合失調症 内省の不十分さ、受け入れ先の希望で処遇終了 入院期間=2年	50代 アルコール依存症（病的酩酊）（F1） アルコール依存症に対する認知行動療法・抗酒剤処方、作業所等で日中活動を組む。 家族同居 入院期間=3年
60代 妄想型統合失調症・視覚障害 行動制限群 「新たなスキル獲得の困難」のため処遇終了 入院期間=4年半	60代 アルコール性精神病（F1）、軽度知的障害 アルコール依存症への治療プログラム 高齢者施設入所 入院期間=2年
40代 妄想型統合失調症 「自分の変化をとらえるセルフモニタリングは病識を構築する際の基礎として必須であるが、できない」ため処遇終了 入院期間=4年	
処 遇 終 了 率 高 ・ 平 均 在 院 日 数 短 期 施 設 60代 アルコール依存症（F1） 離脱せん妄時の対象行為。癌となり大量飲酒する体力なくなり、身体科への入院 入院期間=半年	
60代 アルコール性精神病（F1） 透析～ADL低下し要介護5 処遇終了-通院となり高齢者施設入所 入院期間=1年	
30代 破瓜型統合失調症 IQ=56 行動制限群 薬物療法は一定の効果あったが、「疾病との因果関係を理解することは困難」なため処遇終了 入院期間=3年半	
30代 統合失調症、自閉スペクトラム症 IQ=57 行動制限群 「暴力の抑制が難しく治療反応性がない。本人の変化が困難」なため処遇終了 入院期間=4年半	
30代 妄想型統合失調症 行動制限群 著しい不穏に至ることなく集団の中で過ごすことができるようになったが、「病識や内省の獲得も部分的、強度の確認強迫で生活全般に援助を要する」ため処遇終了 入院期間=6年半	
60代 双極性障害、自閉スペクトラム症、転換性障害 好轉的、不活発で治療に乗らないことから処遇終了 入院期間=2年半	
40代 統合失調症、軽度知的障害 外国籍で日本語困難。当初日本国内の元の居住地に退院する予定であったが、家族との関係の変化から帰国することになり処遇終了 入院期間=1年半	
50代 妄想性障害 治療拒否続き、境界性パーソナリティ障害に診断変更、処遇終了-通院 入院期間=11ヶ月	

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

処遇終了事例の概略	処遇終了されやすい要因があるが 通院移行した事例の概略
30代 統合失調症 退院前ケア会議を機に本人が不安となり自殺念慮。その後退院したがらず、外出泊実施できないため処遇終了 入院期間=7年	30代 残遺型統合失調症 行動制限群 白血球低値のためCLZを慎重に増量し、拘りや衝動性が減少 入院期間=4年半
60代 アルコール依存症（F1） 癌で余命半年となり処遇終了 入院期間=2ヶ月	アルコール性精神病（F1）、軽度知的障害 入院期間=3年
70代 妄想型障害 入院後プログラムの予定や内容を忘れる、自分でポケットに入れたティッシュペーパーを忘れて洗濯して被害的になる等から、認知症（F0）と評価。HDS-R=24点 高齢者施設入所。 入院期間=4年	
30代 統合失調症 行動制限群 「抗精神病薬の効果が限定的なこと、認知機能低下により心理社会的プログラムによる治療の効果が望めないことから治療反応性に疑義が生じている」ため処遇終了-入院 入院期間=7年	
40代 統合失調症 「CLZ投与後他害行為の発生なく、服用を続けることも本人を希望している。幻覚妄想やプログラムの拒否は続いている」ため処遇終了 入院期間=6年	
40代 統合失調症 行動制限群 CLZ導入したが精神症状改善せず、看護師への暴力が繰り返され、隔離を要す。 入院期間=5年	
60代 統合失調症 幻覚妄想は続くが行動化はない 「リハビリテーション行っただが無為な生活。認知機能障害から対象行為についての内省や病識の深まりはみられない」ため処遇終了。 入院期間=5年	

IQ : Intelligence Quotient

MoCA-J : 日本語版Montreal Cognitive Assessment

HDS-R : 改訂 長谷川式簡易知能評価スケール

CLZ : Clozapine

F0 : 器質性精神障害、F1 : 物質使用障害、F7 : 知的障害、F8 : 発達障害

行動制限群 : 隔離回数5回以上、隔離総日数28日以上、拘束1回以上のいずれかを受けた事例

※処遇終了されやすい要因を持つが通院処遇となった事例条件 :

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

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

処遇終了事例の概略	処遇終了されやすい要因があるが 通院移行した事例の概略
50代 統合失調症 癌で余命半年となり「自身の身体的ケアを受け入れながら余生を送るための精神的安定はデボ剤で達成した」ため処遇終了して総合病院精神科へ入院 入院期間=4年	40代 器質性妄想性障害（F0）、器質性パーソナリティ障害、てんかん複雑部分発作、軽度知的障害 コンサルテーション 妄想は持続したが対象から遠ざけ施設入所 入院期間=3年
70代 レビー小体型認知症（F0） HDS-R=8点 「出口を求めて昼夜問わず徘徊。尿失禁。着衣の促しと生活の介助を必要」であり「認知症による医療観察法医療困難」のため処遇終了	20代 妄想型統合失調症、軽度知的障害、自閉スペクトラム症 行動制限群 4回のコンサルテーション、生活の構造化 入院期間=10年
70代 レビー小体型認知症（F0）、うつ病 HDS-R=14点 抑うつに対して、クライシス・プランの作成・使用 高齢者施設入所 入院期間=9ヶ月	60代 器質性妄想性障害（F0）、てんかん 記憶障害あり内省積み重ならないが施設入所 入院期間=3年
90代 他の持続性妄想性障害・特定不能の認知症（F0） HDS-R=10点 抗精神病薬+抗認知症薬、保護的な環境を維持して幻覚妄想は消失しないものの易怒性や行動化は減少 処遇終了-入院 入院期間=6ヶ月	40代 覚醒剤使用による残遺性精神障害（F1） 統合失調症に診断変更、CLZ処方、スキーマ療法にてスキーマと他害行為の関連を学習 入院期間=2年
	30代 統合失調症、自閉スペクトラム症、注意欠如・多動症 行動制限群 m-ECT、CLZ処方するが身体科搬送を要する副作用があり中止。傾聴メインの心理教育で弱みを見せられるように。施設入所を目指す時間がかけて関係構築するため 通院処遇-精神保健福祉法入院 入院期間=6年
	60代 統合失調症、自閉スペクトラム症、注意欠如・多動症 行動制限群 クロザピン処方するが副作用→4分の1から再投与。トラウマワーク実施。高齢者施設入所 入院期間=5年
	30代 統合失調症、自閉スペクトラム症、中等度知的障害 行動制限群 自身の身体への妄想に対し、月1回の画像検査等で安心感を促す。妄想は残存したが言動が影響されることが軽減し施設入所 入院期間=5年
	60代 統合失調症 行動制限群 m-ECT実施するも効果なし。CLZ処方するが徐波化等で中止。再使用検討委員会に意見書提出し再投与。症状のモニタリングできず、支援者用のプラン作り施設入所 入院期間=11年
	30代 統合失調症、自閉スペクトラム症 行動制限群 SDM実施。薬物療法に抵抗あるが緊張病症状の辛さ共有し処方。プログラム拒否に看護師からの促し。 入院期間=6年

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

処遇終了事例の概略	処遇終了されやすい要因があるが 通院移行した事例の概略
	40代 中等度知的障害（F7） IQ=47 自身で活用できないため支援者用クライシスプラン 施設入所 入院期間=1年半
	40代 覚醒剤中毒後遺症（F1）、薬物依存、軽度知的障害 依存症回復支援施設への入所 入院期間=3年
	20代 自閉スペクトラム症（F8）、非定型精神病 行動制限群 共に考え、共に作成していく可視化した治療方針。キー パーソン交替。単身退院。 入院期間=4年
	70代 統合失調症 HDS-R=22点 入院中の生活訓練で居室や浴室の掃除が声掛けなしで できない経験を経てヘルパー利用に合意。単身退院。 入院期間=2年半
	20代 統合失調症、自閉スペクトラム症 行動制限群 戦略的MDT交代、IQ=57 施設入所 入院期間=5年半
	50代 統合失調症、軽度知的障害 行動制限群 CLZ処方、被害妄想・情報処理困難・個人的感情を要因と する3種のケースフォーミュレーション。段ボールハウ ス、日課表の作成 入所施設選定を目指しつつ通院処遇-入院 入院期間=7年

HDS-R：改訂 長谷川式簡易知能評価スケール

CLZ：Clozapine

IQ：Intelligence Quotient

SDM：Shared Decision Making

F0：器質性精神障害、F1：物質使用障害、F7：知的障害、F8：発達障害

行動制限群：隔離回数5回以上、隔離総日数28日以上、拘束1回以上のいずれかを受けた事例

※処遇終了されやすい要因を持つが通院処遇となった事例条件：

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

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

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

IQ : Intelligence Quotient
MDT : Multi-disciplinary Team

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

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

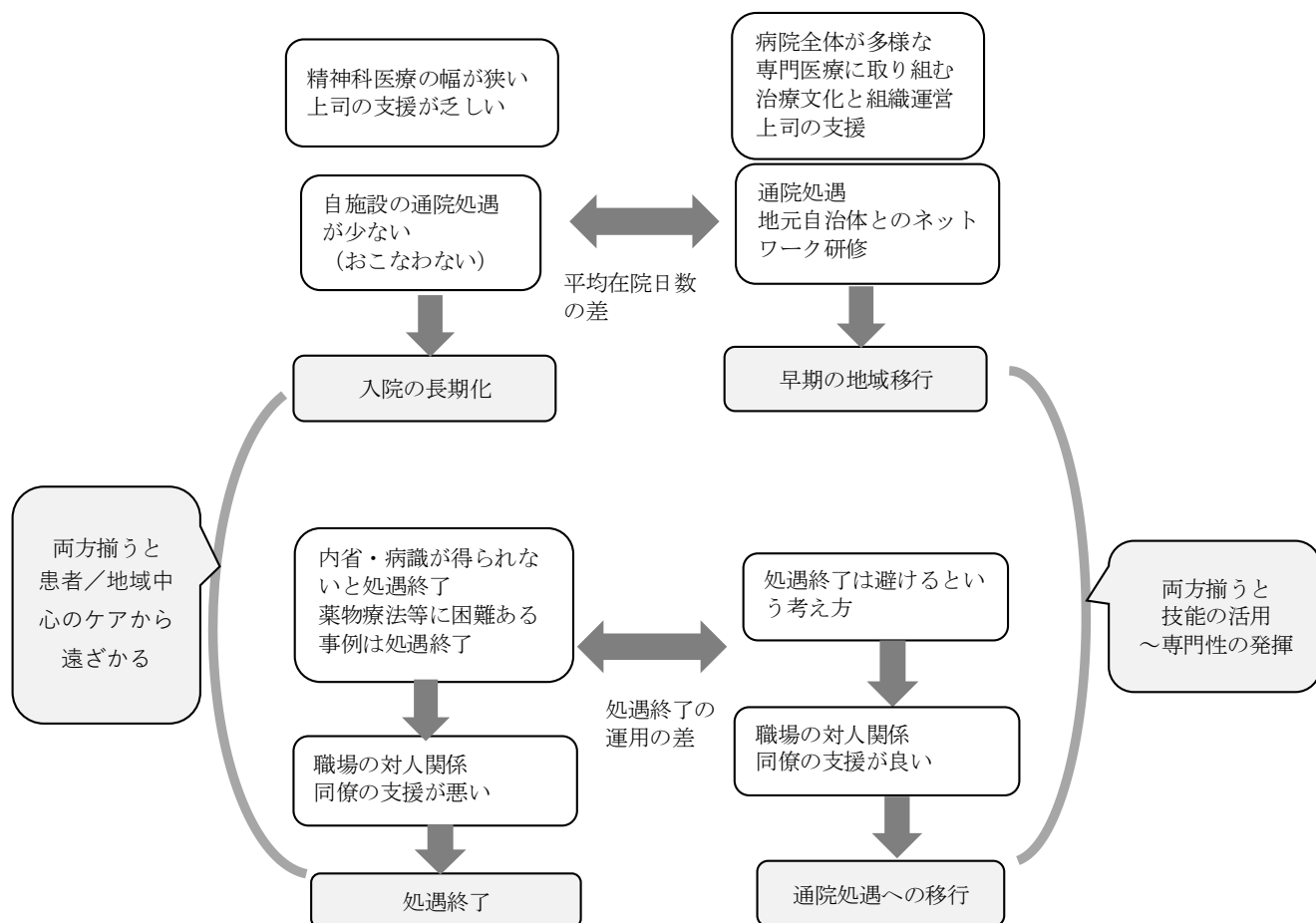
MDT: Multi-disciplinary Team

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

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

CLZ : Clozapine

図4 医療観察法入院医療の平均在院日数・処遇終了率につながる要因（模式図）



厚生労働科学研究費補助金(障害者政策総合研究事業(精神障害分野))
医療観察法における退院後支援に資する研究(研究代表者 平林直次)
分担研究 指定入院医療機関の医療や処遇の均てん化に関する研究(研究分担者 壁屋康洋)

令和 5 年度報告書 データ誤りのおわびと訂正

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

データを修正した結果、表 7・表 8 と本文に以下の訂正が生じますことをご報告いたします。
なお、本文の論旨は通院処遇移行率ではなく処遇終了率を用いて進めておるため、考察・結論や研究要旨には変更ございません。

1) 本文 P4

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

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

2) 表 7

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

表7 パフォーマンス指標の記述統計量

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

3) 表 8

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

表8 施設単位調査各指標間の順位相関係数

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

*:P<0.05 **:P<0.01