

小諸高原病院における
医療観察法入院医療 レビューを終えて

◎ 病棟構造

また、保護室のトイレは居住範囲と部屋が分離しており、より快適に過ごすことができる配慮を感じたが、同時に、利用者の特性を考えると、リスク管理に関する懸念も覚えた。

小諸高原病院における
医療観察法入院医療 レビューを終えて

◎ 朝のユニットミーティング

対象者自身から、睡眠やその朝の気分だけでなく、その一日の過ごし方も自分の言葉で供述していただく。

花巻病院では日中無為臥床がちに過ごしてしまう方のモチベーションや対応に苦慮しており、ヒントとして考えを深めたい。

小諸高原病院における
医療観察法入院医療 レビューを終えて

◎ 服薬中断プログラム

薬剤有効性や治療継続必要性の認識に課題を持つ対象者を選択し、担当チームで1日2回本人の体験や精神状態の変化をききとる。そして、病状サインと照らし合わせ、病状悪化のプロセスを共有し、クライスプランの本人の自覚や実効性を確認・強化するプログラム

小諸高原病院における
医療観察法入院医療 レビューを終えて

◎ 服薬中断プログラム

実際の病状悪化プロセスを対象者とリアルタイムに共有し、クライスプランを実際に一緒に使ってみる稀有でとても重要な機会であり、退院後のクライスプランの実効性の向上が期待できる。花巻病院にも導入を考えなければいけない。しかも対立構造にならない所に治療者の手腕を感じた。

小諸高原病院における
医療観察法入院医療 レビューを終えて

◎ 性暴力防止プログラム

非常に共有し難い課題であるはずだが、対象者と課題・目的を共有し、共に前に進んでいる。スタッフの前向きな治療姿勢と患者さんを良くしようという情熱を感じた。対象者もその情熱に呼応するように一步一步進むことができていることも賞賛に値する。

小諸高原病院における
医療観察法入院医療 レビューを終えて

◎ 課題発見プログラム

対象者の方は様々な課題を抱えているが、それに気づき、自覚し、自身で変わろうとするモチベーションを持つことができない場合も残念ながら多い。どの施設でもこの課題につきあっているが、打破する方策が持てないでいることも事実である。

小諸高原病院における 医療観察法入院医療 レビューを終えて

◎ 課題発見プログラム

しかし、退院後の地域社会の生活を考えると、その課題がネックになって生活の破綻や対人トラブルを生じ、治療継続の支障となり、病状悪化から再犯に結びつくことが大いに懸念される。

小諸高原病院における 医療観察法入院医療 レビューを終えて

◎ 課題発見プログラム

病棟外の人と、喫茶という目的を持った対人接触をおこなう場面を設定し、対象者自身にも「実際の体験」という最も分かり易い形で提示できる実践的なプログラムである。金銭が発生することなど幾つかの問題は残るが、われわれ臨床に携わる者にとって共感するところが大きい。

小諸高原病院における 医療観察法入院医療 レビューを終えて

◎ 被害者の気持ちについて考える会

現在 小諸高原病院が有している高い治療プログラムの水準に留まらず、さらに新しいプログラムを取り入れる姿勢から、この小諸高原病院 医療観察法病棟の未来を感じた。

小諸高原病院における 医療観察法入院医療 レビューを終えて

最後に

このピアレビューを通して、実子殺害のケースなど、同じところで同じように悩み考えている事をより明確に知ることができました。今後は施設間の連携を進め、悩みを共有し、知恵を出しあい、孤立感を低下すべきという想いを新たにしました。

国立病院機構 榊原病院ピアレビュー

- 国立精神神経医療研究センター病院
- 黒木規臣, 村田琢磨, 川地拓

全体の印象

- 豊富なOTプログラム
- 定期的な心理面接
- 多様な病棟プログラム
- 熱心な疾病へのアプローチ
- プログラムアプローチの般化
- MDT面接

精神・神経センター病院 ピアレビュー報告

独立行政法人国立病院機構 琉球病院
村上 優

統合失調症圏での治療反応性

- 維持的治療が状態の維持には不可欠
- これ以上の状態改善は見込めない
- 3要件の改善 特に他害リスクの低減
- 治療についての検証
 - 薬物療法:クロザピンの使用が基準
 - mECT:維持的が現実的でない
 - 心理社会的治療:多様なアプローチ
- 処遇終了後の受け入れ基準
 - 公的病院での入院継続

58

通院医療機関の未整備

- 通院施設が少ない・偏在している・集中して受け入れ制限・専門領域
- 今後はクロザピン使用例の通院先
- 公的医療機関が通院施設となる
- 基幹・補完通院医療機関の関係
- 入院施設としては「退院が可能」との判断で審判の場での調整に期待
- 民間病院へ依頼:限界・条件

59

医療観察法にのせるべきケースか？

- 些細な対象行為 他害リスクの評価
 - 「疾病と対象行為の関係が乏しい」(疾病性の問題)
 - 医療観察法では「治療」や「社会復帰を促進する」観点で可能性を狭める
 - 医療観察法ではあまりにも枠組みが大きすぎる
- ➡ 明らかに精神保健福祉法での対応が望ましい場合の当初審判入院判断

60

社会的支援の充実

- 通院先も決定。生保受給。帰住先は生活保護の管轄下にある更生施設で4人部屋。
- 集団生活のトラブルが予想される。ストレス脆弱性はある。金銭関係のトラブル。対策を考える必要あり。落ち着いたら単身アパートか。般化は難しい。これからも色々あるだろうと推測されるがそのフォローを受け入れる。



公的機関がサポートすると困難事例でも退院可能。

61

入院中の他害症例の検討

- 医療が提供される中での対象行為の位置づけ
- 期間はあくが、これまでも4回繰り返される
- 他害リスクは低減し自傷リスクが高じる
- 治療抵抗性で限界

62

家族調整に困難を有する症例

- 治療障害要因は、本人特性と母親。母親はおそらく未治療の統合失調症。攻撃的。着地点の設定が難しい。退院後の調整が進まない。家族が未治療の統合失調症、発達障害
- その家族がキーパーソンの場合
- 治療への最大の障害要因となった場合の対応

55

転院と入院期間

- 現在1年11か月の入院で、当初の5か月は他の入院施設に入院
- 転院をめぐって数ヶ月のロスが生じる
- 社会復帰が容易・難しい症例で店員の時期の設定

56

国立病院機構花巻病院 ピアレビュー 総評

賀茂精神医療センター
中村元信
村山大佑

全体として感じたこと

- 焦点化、項目化された評価とアプローチ
- 透明性の確保(病棟内でも)
- 病棟としての責任で治療を行う

- 良くも悪くも地域性
- 効率化 vs 受容?

環境

- 施設の広さとゆったりとした環境
- 患者さんが穏やか、スタッフも穏やか

- 受入れエリアの広大さ(北海道・東北地方)
地域資源を活用しにくい現状
(調整官・家族との連携・外出泊で大変そう)

治療評価会議

- 工夫された会議運営
- 会議シートの活用による議論の促進
(項目の事前作成と入力)
- 対象行為日・入院日・自殺企図の確認
- 3段階のセーフティネット(週・月・3月)によるMDTの抱え込みからの開放
→一方でプレッシャーの中、フォローが必要なケースもありますか？

治療プログラム運営

- ロードマッププログラムを中心軸に据え、治療の方向性を具体化し、各プログラムを有機的につないでいる
- グループの構成に関して、患者個人の特性や行動を把握した上でのカップリングがなされている
- 多職種による落ち着いた運営

治療プログラム

- スタッフ教育、伝達
経験の蓄積と積極的な試行錯誤
目的志向と自己研鑽
- セッションの工夫、効率化
短時間で焦点化した内容
記録等の効率化
パワーポイントを用いた板書の工夫

プログラムパス ロードマップ・プログラム

- 医療観察法の入院処遇での課題を的確に伝えることができている。
- 患者さんに見通しをもってもらうことで、目的意識や安心感、達成感も生まれている。
- 病棟を支えるNsから発案されたとのことで、治療の原動力として、スタッフも患者も全体的に前向きになりやすいのではないかと。

プログラムパス ロードマップ・プログラム

- 視聴覚教材や患者目線での内省の振り返り、課題の外在化によって、安全に対象行為にかかわっていているという印象がある。
- スタッフも患者とともに目標を共有しやすくなる。

プログラムパス ロードマップ・プログラム

- 流れに乗れないケースが出た場合に、どうやって流れに戻せるかという視点だけでなく「その人のロードマップ」をパスなしでどう描いていくのか。
- 社会復帰期においては、疾病治療主体から生活・人生主体のリハビリテーションも含めて取り組まれると、より「ロードマップ」の価値が高まるのではないかと考えます。

今後として

- 現状としては医療観察法による入院を適切に実施し、かつ効率的に標準化されつつあると思います。
- 一方で、現在まで培われてきた「花巻らしさ」が維持されれば問題ないと思うが、今後プログラムのさらなる拡大や治療の標準化が進んだときに、形式にとらわれてしまう懸念があります。

厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合研究事業（精神障害分野）

医療観察法における医療の質の向上に関する研究

（研究代表者：中島 豊爾）

分担研究

入院医療における治療プログラムの多様化に関する研究

平成 23 年度

分担研究報告書

平成 24（2012）年 3 月

分担研究者 平林 直次

国立精神・神経医療研究センター病院

平成23年度厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合研究事業（精神障害分野）

分担研究報告書

入院医療における治療プログラムの多様化に関する研究

分担研究者：平林 直次 国立精神・神経医療研究センター病院

研究協力者（50音順）：	大鶴 卓（琉球病院）
朝比奈次郎（国立精神・神経医療研究センター病院）	桂木 正一（菊池病院）
新井 薫（国立精神・神経医療研究センター病院）	界外 啓之（榊原病院）
大森 まゆ（国立精神・神経医療研究センター病院）	山口 博之（賀茂精神医療センター）
黒木 規臣（国立精神・神経医療研究センター病院）	中谷 紀子（やまと精神医療センター）
永田 貴子（国立精神・神経医療研究センター病院）	土井 清（鳥取医療センター）
松本 聡子（国立精神・神経医療研究センター病院）	森 裕（大阪府立精神医療センター）
大森 まゆ（独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター病院）	来住 由樹（岡山県精神科医療センター）
黒木 規臣（独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター病院）	林田健太郎（長崎県病院企業団 長崎県精神医療センター）
中嶋 正人（花巻病院）	赤田卓志朗（群馬県立精神医療センター）
八木 深（東尾張病院）	長澤 淳也（長野県立こころの医療センター 駒ヶ根）
須藤 徹（肥前精神医療センター）	小澤 篤嗣（神奈川県立精神医療センター 芹香病院）
村田 昌彦（北陸病院）	宮田 量治（山梨県立北病院）
西岡 直也（久里浜アルコール症センター）	村上 直人（静岡県立こころの医療センター）
伊澤 寛志（国立病院機構さいがた病院）	黒田 治（東京都立松沢病院）
村杉 謙次（小諸高原病院）	山畑 良蔵（鹿児島県立始良病院）
中根 潤（下総精神医療センター）	

研究要旨

1. 平成23年度においては、研究1「指定入院医療機関における入院期間調査」および研究2「入院医療機関の医療の実態調査」および研究3「Fidelity check sheetを用いた指定入院医療機関の機能調査」の3つの研究を継続実施した。
2. **研究1**：全国の指定入院医療機関25施設について、入院処遇から通院処遇に移行する標準的期間を推定するために、抗告退院、病死、処遇終了を除いた1,206名（退院後通院処遇に移行486名、退院後処遇終了130名、入院中590名）について、Kaplan-Meyer法により入院日数を推計した。推計入院日数の中央値748日（95%信頼区間725-771日）、平均値は897日（95%信頼区間852-942日）であった。
3. **研究2**：病床あたりの隔離実施件数は平成19年度の男性0.064、女性0.030/床/年から、平成23年度の男性0.138、女性0.047/床/年へと男女ともに増加傾向を示した。また、病床あたりの拘束実施件数は、約0.01～0.03/床/年の間で推移しており、経年的変化を認めなかった。

4. 修正型電気けいれん療法（m-ECT）の実施状況に顕著な変化は認められず、概ね適切に実施されていると判断された。
5. 指定入院医療機関16施設中10施設でクロザピン投与可能であり、クロザピン導入が確実に進んでいることが確認された。
6. **研究3**：指定入院医療機関のFidelityを確保するためチェックシートを用いて、全国の指定入院医療機関の機能を評価した。
7. チェックシートを集計した結果、「対象者参加型多職種チーム会議の実施」「共通評価項目による定期的評価」「治療共同体のイメージによる病棟運営」「薬剤師の関わりの不足」といった点が今後の課題として挙げられた。

平成23年度においては、研究1「指定入院医療機関における入院期間調査」および研究2「入院医療機関の医療の実態調査」および研究3「Fidelity check sheetを用いた指定入院医療機関の機能調査」の3つの研究を実施した。

研究1. 指定入院医療機関における入院期間調査

A. 研究目的

平成17年に医療観察法が施行され、平成19年度より毎年7月15日を調査日として、全国の指定入院医療機関の推計入院期間を継続的にモニタリングしてきた。本研究の目的は、全国の指定入院医療機関の入院期間を推計し、医療観察制度の基礎的資料を提供することである。

B. 研究方法と対象

全国のすべての指定入院医療機関を対象として、各機関の運用開始から平成23年7月15日現在までにおける入院対象者の社会的特性（年代、性別）、鑑定時および指定入院医療機関における診断名、対象行為、入院期間、各治療ステージの期間、転院の有無、転帰について調査を行った。各指定入院医療機関に調査用紙等（USB）を郵送し回答を得た。なお、プライバシーに配慮し、個別の対象者を特定

できる情報は一切収集しなかった。また、統計学的解析はSPSS ver17.0商標登録を用いて、Kaplan-Meyer法により入院期間（入院日数）を推計した。また、推計入院日数の比較にはCox回帰分析を用いて $p < 0.05$ を有意とした。

なお、本研究の実施に当たっては、分担研究者の所属する国立精神・神経医療研究センター病院に設置された倫理委員会および主任研究者の所属する岡山県精神科医療センターの倫理委員会の承認を得た。

C. 研究結果

1. 概要

平成23年7月15日調査日現在において全国に設置されていた指定入院医療機関は、表1-1-1に示したとおり、25施設であった。また、指定入院医療機関の病床数から標準型33床以上、小規模病棟17床、小規格病棟5床程度の3つに分類した。総病床数は666床であり、運用日数は379日～2,191日であった。また、表1-1-2に示したとおり、医療観察法が平成17年7月15日に施行されてから調査日までに、指定入院医療機関が受け入れた対象者数は1,496名であった。なお、これには指定入院医療機関の間での転院症例255名が含まれていた。

転院例を除く入院対象者1,241名の年代性別内訳、ICD-10による診断内訳、対象行為の内訳をそれぞれ表1-1-3～5に示した。

調査時点における転帰は、表1-2-1に示

表 1-1-1 指定入院医療機関の整備状況（平成23年7月15日現在）

	開棟年月日	病棟規模	運用日数
独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター病院	平成17年7月15日	1	2,191
－独立行政法人国立病院機構－			
花巻病院	平成17年10月1日	1	2,113
東尾張病院	平成17年12月1日	1	2,052
肥前精神医療センター	平成18年1月1日	1	2,021
北陸病院	平成18年2月1日	1	1,990
久里浜アルコール症センター	平成18年4月1日	1	1,931
さいがた病院	平成18年4月1日	1	1,931
小諸高原病院	平成18年6月15日	2	1,856
下総精神医療センター	平成18年10月10日	1	1,739
琉球病院	平成19年2月1日	1	1,625
菊池病院	平成19年9月3日	1	1,411
榊原病院	平成19年10月15日	2	1,369
賀茂精神医療センター	平成20年6月24日	1	1,116
やまと精神医療センター	平成22年8月1日	1	348
鳥取医療センター	平成22年5月1日	3	440
－都道府県立－			
大阪府立精神医療センター	平成19年9月7日	3	1,407
岡山県精神科医療センター	平成19年10月1日	1	1,383
長崎県病院企業団 長崎県精神医療センター	平成20年4月1日	2	1,200
群馬県立精神医療センター	平成21年6月15日	3	760
長野県立こころの医療センター駒ヶ根	平成22年3月15日	3	487
神奈川県立精神医療センター 芹香病院	平成22年2月1日	3	529
山梨県立北病院	平成22年7月1日	3	379
静岡県立こころの医療センター	平成21年3月24日	2	843
東京都立松沢病院	平成22年3月1日	1	501
鹿児島県立始良病院	平成22年7月1日	2	379
		平均	1,280

1：標準病棟、2：小規模病棟、3：小規格病棟

表 1-1-2 施設別 転入院数

	入院数	全体に占める割合	転入者数	転入院率
独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター病院	165	11.0	25	15.2
花巻病院	125	8.4	23	18.4
東尾張病院	34	2.3	2	5.9
肥前精神医療センター	130	8.7	28	21.5
北陸病院	119	8.0	4	3.4
久里浜アルコール症センター	133	8.9	26	19.5
さいがた病院	113	7.6	7	6.2
小諸高原病院	70	4.7	5	7.1
下総精神医療センター	122	8.2	14	11.5
琉球病院	79	5.3	2	2.5
菊池病院	57	3.8	10	17.5
榊原病院	20	1.3	1	5.0
賀茂精神医療センター	70	4.7	18	25.7
やまと精神医療センター	34	2.3	9	26.5

鳥取医療センター	9	0.6	0	0.0
大阪府立精神医療センター	18	1.2	17	94.4
岡山県精神科医療センター	100	6.7	20	20.0
長崎県病院企業団 長崎県精神医療センター	19	1.3	2	10.5
群馬県立精神医療センター	11	0.7	9	81.8
長野県立こころの医療センター駒ヶ根	4	0.3	2	50.0
神奈川県立精神医療センター 芹香病院	2	0.1	2	100.0
山梨県立北病院	4	0.3	3	75.0
静岡県立こころの医療センター	9	0.6	8	88.9
東京都立松沢病院	32	2.1	13	40.6
鹿児島県立始良病院	17	1.1	11	64.7
計	1,496	100	261	

表 1-1-3 入院対象者の年代・性別

	男	女	計
20代	183	38	221
30代	288	74	362
40代	200	61	261
50代	194	51	245
60代	94	23	117
70代	20	6	26
80代	8	1	9
計	987	254	1,241

表 1-1-4 診断内訳 (ICD-10)

	入院中	退院	計
F0	9	22	31
F1	36	50	86
F2	493	488	981
F3	31	33	64
F4	3	5	8
F5	0	0	0
F6	5	8	13
F7	6	12	18
F8	9	15	24
F9	0	2	2
G30	0	1	1
G40	0	1	1
不明	7	5	12
計	599	642	1,241

表 1-1-5 対象行為の内訳

	入院中	退院	計
殺人	105	100	205
殺人未遂	101	101	202
傷害	198	222	420
強盗	11	15	26
強盗未遂	9	11	20
放火	135	133	268
放火未遂	12	23	35
強姦	1	0	1
強姦未遂	3	9	12
強制わいせつ	20	25	45
強制わいせつ未遂	3	2	5
不明	1	1	2
計	599	642	1,241

表 1-2-1 H23年7月15日現在の転帰

	入院中	退院										不明	計	転院	計	
		抗告退院	死亡		処遇終了			通院処遇								計
			自殺	病死	なし	通院	入院	家族	施設	単身	入院					
人	599	4	4	2	11	36	85	167	131	113	80	9	642	255	1,496	
%	40.0	0.3	0.3	0.1	0.7	2.4	5.7	11.2	8.8	7.6	5.3	0.6	42.9	17.0	100.0	

したとおり、入院中599名(40.0%)、転院255名(17.0%)、退院642(42.9%)であった。退院の内訳は、通院処遇491名(32.8%)、処遇終了132名(8.8%)、死亡6名(病死2名、自殺4名)(0.4%)、抗告退院4名(0.3%)であった。また、通院処遇の開始と同時に精神保健福祉法の入院となった者は80名(5.3%)であった。

表1-2-2、表1-2-3にそれぞれ年代別および性別転帰を示した。

2. 推計入院期間

指定入院医療機関の推計入院日数については、死亡および抗告退院を除き、処遇終了となった対象者と通院処遇となった対象者を対象として算出した。表1-3-1に示したとおり、推計入院日数の平均値および中央値は、それぞれ729日(95%信頼区間700-758日)、841日(95%信頼区間804-878日)であった。入院日数と入院継続率との関係については図1に示した。

次に、入院処遇から通院処遇に移行するまでの標準的な期間を明らかにするために、処遇終了となった対象者も除き、通院処遇となった対象者についてのみ推計入院日数を算出した。表1-3-2に示したとおり、推計入院日数の平均値および中央値は、それぞれ748日(95%信頼区間725-771日)、897日(95%信頼区間852-942日)であった。入院日数と入院継続率との関係については図2に示した。また、平成20~23年度までの4年間における推計入院日数の推移を表1-3-3に示した。推計入院日数は毎年伸びていた。

性別推計入院日数の平均値および中央値は、表1-3-4に示したとおり、それぞれ、男：755日(95%信頼区間865-965日)、915日(95%信頼区間649-823日)、女：736日(95%信頼区間649-823日)、810日(95%信頼区間705-905日)であった。男性は女性より有意に入院日数が長かった(Cox回帰分析、 $p < 0.037$)。

診断別推計入院日数の平均値および中央値は、表1-3-5に示した。推計入院日数を比較してみると、それぞれ、F2：903日(95%信頼区間854-952日)、756日(95%信頼区間726-786日)であった。

指定入院医療機関においては退院後の地域調整を目的としてしばしば退院地に近い指定入院医療機関への転院が行われる。この転院経験の有無別に、推計入院日数を算出し表1-3-6に示し、入院日数と入院継続率との関係を図3に示した。推計入院日数の平均値および中央値は、転院あり群：1,134日(95%信頼区間1,040-1,227日)、986日(95%信頼区間895-1,077日)、転院なし群：806日(95%信頼区間759-853日)、686日(95%信頼区間653-719日)であった。転院経験のある対象者は転院経験のない対象者に比較して推計入院日数の平均値および中央値は有意に長かった。

D. 考察

対象者の社会的特性、診断および対象行為の内訳は平成20~23年度まで明らかな変化を認めなかった。

入院期間については、平成20年度から一貫して中央値および平均値ともに長くなっており、入院期間は長期化する傾向が認められ、長期入院化対策が喫緊の課題であることは変わりなかった。

入院期間に影響を与える因子として、年代、性別、診断名、転院の有無を検討した。転院の経験を持つ対象者は、持たない対象者と比較すると有意に入院期間が長いことが明らかとなった。平成21年度の結果でも確認されたことであり、このような傾向が今後も続くことが予想される。

事件地に最も近い指定入院医療機関に空床がなく、遠隔地の指定入院医療機関に入院することも希ではない。このような場合、退院後の環境調整を目的として、入院地から退院

表 1-2-2 転帰と年代

	入院中	退院					計	計
		抗告退院	死亡	処遇終了	通院処遇	不明		
20代	100	1	2	18	96	4	121	221
30代	182	1	0	28	149	2	180	362
40代	127	1	1	22	109	1	134	261
50代	117	1	0	35	90	2	128	245
60代	57	0	3	21	36	0	60	117
70代	12	0	0	5	9	0	14	26
80代	4	0	0	3	2	0	5	9
計	599	4	6	132	491	9	642	1,241

表 1-2-3 入院対象者の転帰と性別

	退院						転院	入院中	計
	抗告退院	死亡	処遇終了	通院処遇	不明	計			
女	1	0	22	100	3	126	40	128	294
男	3	6	110	391	6	516	215	471	1,202
計	4	6	132	491	9	642	255	599	1,496

表 1-3-1 対象者の入院期間（平成23年度）n=1,219（事象の数623）

	日数	95% 信頼区間
中央値	729	(700-758)
平均値	841	(804-878)

Kaplan-Meyer法による推定入院日数：入院－退院（通院処遇&処遇終了）を対象とした場合

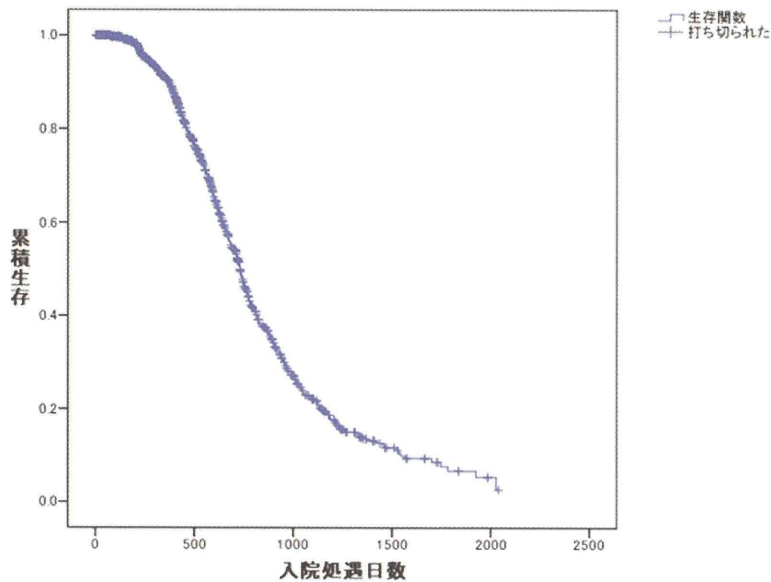


図 1 入院日数と入院継続率 (n=1,219)

表 1-3-2 対象者の入院期間（平成23年度）n=1,086（事象の数596）

	日数	95% 信頼区間
中央値	748	(725-771)
平均値	897	(852-942)

Kaplan-Meyer法による推定入院日数：入院－退院（通院処遇）を対象とした場合

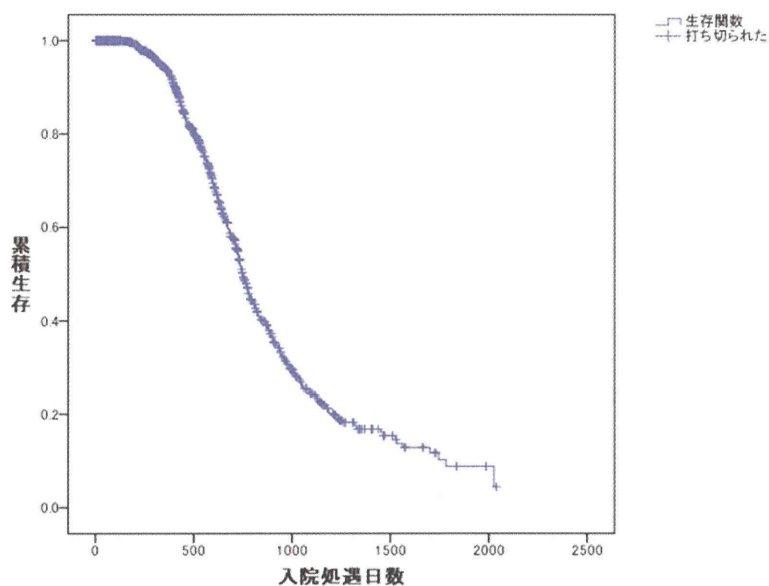


図 2 入院日数と入院継続率（n=1,086）

表 1-3-3 年度別推計入院日数

	中央値		平均値	
	日数	95% 信頼区間	日数	95% 信頼区間
H20年度 (n=625)	603	(577-629)	620	(591-650)
H21年度 (n=766)	688	(650-726)	740	(706-774)
H22年度 (n=863)	727	(695-759)	821	(779-864)
H23年度 (n=1,086)	748	(725-771)	897	(852-942)

Kaplan-Meyer法による推定入院日数：入院－退院（通院処遇）を対象とした場合

表 1-3-4 性別入院期間（平成23年度）

	中央値		平均値	
	日数	95% 信頼区間	日数	95% 信頼区間
女 (n=227)	736	(649-823)	810	(705-905)
男 (n=859)	755	(724-786)	915	(865-965)

Kaplan-Meyer法による推定入院日数：入院－退院（通院処遇）を対象とした場合

表 1-3-5 診断別入院日数（平成23年度）

	中央値		平均値	
	日数	95% 信頼区間	日数	95% 信頼区間
F0 (n=19)	716	(543-889)	776	(644-909)
F1 (n=66)	680	(518-842)	711	(612-810)
F2 (n=892)	756	(726-786)	903	(854-952)
F3 (n=60)	680	(481-879)	778	(611-944)
F4 (n=6)	744	(0-1,872)	1,275	(352-2,197)
F5 (n=0)	-	-	-	-
F6 (n=7)	385	-	803	(264-1,342)
F7 (n=9)	1,123	-	933	(653-1,213)
F8 (n=17)	890	(480-1,300)	1,037	(654-1,421)
F9 (n=1)	435	-	435	(435-435)
その他 (n=9)	650	(563-737)	903	(511-1,295)

Kaplan-Meyer法による推定入院日数：入院－退院（通院処遇）を対象とした場合

表 1-3-6 転院の有無別全対象者の入院期間（平成23年度）

		n	日数	95% 信頼区間
中央値	転院なし	876	686	(653-719)
	あり	210	986	(895-1,077)
平均値	転院なし	876	806	(759-853)
	あり	210	1,134	(1,040-1,227)

Kaplan-Meyer法による推定入院日数：入院－退院（通院処遇）を対象とした場合

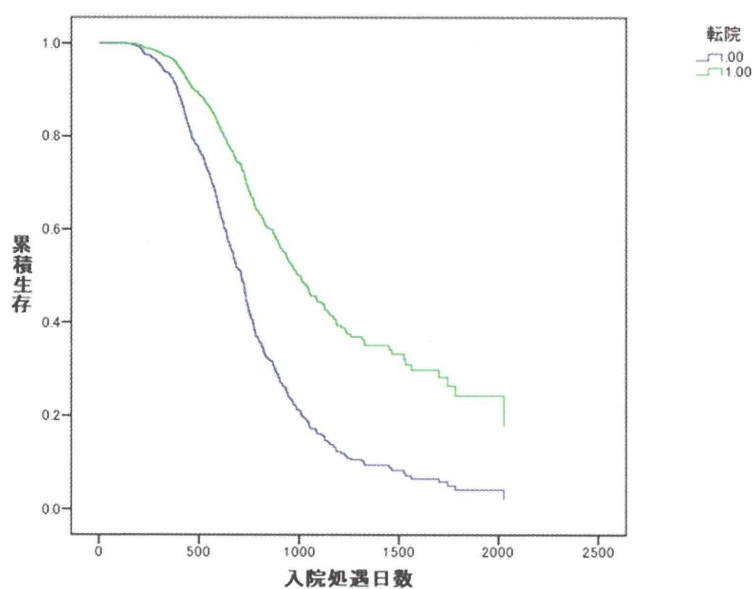


図 3 転院経験の有無別 入院継続率

地の指定入院医療機関に転院することがある。環境調整が難航する事例の場合、長期入院化しがちであり、退院地に転院してから環境調整がようやく進展する症例も多い。つまり、長期入院は、転院による影響だけではなく、もともとの退院困難性によるところが大きいと考えられる。

平成22年度報告書において、長期入院化対策を考える上では、信頼性の高い入院期間の推計、および長期入院化が停止し定常状態に達するまでに要する期間を予測する必要があることを指摘した。今後は入院対象者数の増減、入院期間の動向、指定入院医療機関の転院の有無、各治療ステージの期間、退院時の転帰などのデータを全国規模で収集し、医療観察法入院処遇に関する基礎的データを定期的に更新していくことが期待される。

平成22年度には全国の指定入院医療機関で使用されている「診療支援システム」と呼ばれる電子カルテに、連結不可能匿名化した上で、社会的特性、診断名、対象行為、入院期間などに関するデータを排出する機能を付加した。さらに本年度においては、当班以外の厚生労働科学研究班とも協力し、診療情報管理担当者を全国より集め、研修会を開催した。これらの研究活動を通して全国の指定入院医療機関から正確なデータを定期的かつ継続的に迅速に集める手順ができあがりつつある。これも本研究班の大きな成果のひとつである。しかし、これらのデータ収集を継続するには、電子カルテの維持・更新、全国研修会の開催など、ある程度の経済的な裏付けが必要である。厚生労働科学研究費だけではまかないきれず、今後、指定入院医療機関に関する基礎的データの収集については事業化が必要であろう。

研究2. 指定入院医療機関における対象者の実態調査

A. 研究目的

研究2の目的は、指定入院医療機関における、行動制限、修正型m-ECT、身体合併症医療、クロザピンの投与状況、対象者の同意によらない持効性注射製剤の投与状況等を調査し、同医療機関における医療の実態を明らかにすることである。

B. 研究方法と対象

平成23年7月15日において設置されていた医療観察法病棟に従事する病棟医長を対象として、郵送によるアンケート調査を行った。アンケート調査票は、平成22年度に用いた「医療観察法指定入院医療機関処遇アンケート調査票」を用いた。調査項目は、行動制限の実施状況、身体合併症医療、m-ECTの実施やクロザピンの投与状況等についてである。調査期間は平成22年7月16日～平成23年7月15日までである。本調査は平成19年度から継続されており、平成23年度の医療の実態を示すとともに、これまでに蓄積されたデータと比較することにより経年的変化を検討した。

医療観察法施行日である7月15日にさまざま調査が実施されており、入院医療の実態に関する本調査においても平成22年度より調査日を7月15日とした。このため平成22年度の調査期間は88日短くなっている。

また、行動制限を頻回に繰り返した対象者が存在し、全国の指定入院医療機関の行動制限の実施件数に大きな影響を与えていた。そこで指定入院医療機関の行動制限の実施状況の全体的な動向を明らかにするために、5回を超える頻回実施者については集計対象から除き、個別の検討を行った。

C. 結果

調査実施日平成23年7月15日時点において全国に25の指定入院医療機関が設置されており、16施設から回答が得られ回収率は64.0%であり、昨年の76.0%から減少した。なお、アンケート調査に当たっては、各症例のプライバシーに配慮し、個人を特定する情報については一切収集しなかった。

1. 行動制限の実施状況

本年度の全国の指定入院医療機関における行動制限の実施件数は延べ84件であった。全行動制限、隔離、拘束の実施件数については、性別・年代別に表2-1-1～表2-1-3に示した。平成22年度には行動制限を多数回繰り返した対象者は2名(13回、9回)であったが、平成23年度は4名(21回、14回、8回、7回)であった。

総病床数で総行動制限の実施数を除して、1病床あたりの年間行動制限実施件数を計算し、表2-1-4～6に示した。平成23年度の調査期間中における行動制限の実施率は、男性0.165、女性0.064/床/年であった。病床当たりの隔離実施件数は平成19年度の男性0.064、女性0.030/床/年から、平成23年度の男性0.138、女性0.047/床/年へと男女ともに増加傾向を示した。また、病床あたりの拘束実施件数は、約0.01～0.03/床/年の間で推移しており、経年的変化を認めなかった。

平成22年度と平成23年度の診断別行動制限の実施件数を表2-1-7に示した。平成22年度にはF6に対して実施された行動制限が27.7%を占めていたが、平成23年度にはF6に対しての行動制限は実施されていなかった。その影響を受け、全行動制限に占めるF2(統合失調症圏)の割合は49.4%から70.2%に増加した。

年度別に行動制限の原因となった症状を表2-1-8(隔離)と表2-1-9(拘束)に示した(アンケート調査では複数選択が可能)。

隔離では、暴力67.7%と衝動性67.7%が、約3分の2の症例で認められ最も多かった。次いで、精神運動興奮56.9%、妄想36.9%、幻覚30.8%、焦燥感21.5%が多い症状であった。拘束では、衝動性が83.3%と最も多く、次いで精神運動興奮77.8%、暴力50.0%、幻覚38.9%、妄想38.9%、不安38.9%、多弁・多動27.8%と多かった。隔離では幻覚、衝動性、観念逸脱、多弁・多動、焦燥感、拒薬といった症状が平成22年度より増加した。拘束では、幻覚、妄想、暴力、多弁・多動、不安、焦燥、拒薬といった症状が平成22年度より増加し、希死念慮が大きく減少した。

行動制限中の観察頻度を表2-1-10に示した。行動制限実施時に常時観察が行われていた頻度は隔離62.9%、拘束82.5%であった。隔離36.0%、拘束12.7%においては常時観察が行われていなかった。

行動制限の理由とその件数については、表2-1-11(隔離)、表2-1-12(拘束)に示した。「自殺企図または自傷行為が著しく切迫している状態」を理由に、隔離を実施したものは29.2%、拘束を実施したものは36.5%であった。

平成19年度から平成23年度までに実施された行動制限の実数を実施期間別に表2-1-13に示した。また、平成23年度については表2-1-14に示した。行動制限の実施期間については統計学的には明らかな経年的変化は認められず、7日以内、7日超28日以内、28日超それぞれ約3分の1であった。また、平成23年度の行動制限の実施日数についても、行動制限の実施期間が3日以内23.8%であるのに対して、それを超えるものが76.2%あり、行動制限の期間は3日以上に及ぶことが多かった。また、行動制限の実施期間が365日を超える長期隔離症例が3名含まれていた。その詳細を表2-1-15に示した。すべて男性で、30～40歳代、精神科診断は広汎性発達障害と

統合失調症であった。対象症状は、症例1と2に関しては、幻覚妄想は認めず、暴力、衝動性、不安や焦燥が中心であった。

本年度、行動制限を頻回に繰り返した4症例を表2-1-16に示した。性別は男性3名、女性1名、年齢はすべて30歳代、診断は統合

失調症または精神遅滞であった。隔離2名、拘束2名であった。また、行動制限期間に幅を認めたが、4名中3名は行動制限実施期間は28日以内であり、中央値が2または4日であった。行動制限を21回繰り返した症例は、多飲水が主たる理由であった。

表2-1-1 年代別男女別全行動制限の実施状況

年代	男	女
～20 (10代)	0	0
～30 (20代)	11	1
～40 (30代)	36	12
～50 (40代)	4	2
～60 (50代)	11	2
～70 (60代)	5	0
～80 (70代)	0	0
～90 (80代)	0	0
	67	17

表2-1-2 年代別男女別隔離の実施状況

年代	男	女
～20 (10代)	0	0
～30 (20代)	10	1
～40 (30代)	29	5
～50 (40代)	3	2
～60 (50代)	9	2
～70 (60代)	5	0
～80 (70代)	0	0
～90 (80代)	0	0
	56	10

表2-1-3 年代別男女別拘束の実施状況

年代	男	女
～20 (10代)	0	0
～30 (20代)	1	0
～40 (30代)	7	7
～50 (40代)	1	0
～60 (50代)	2	0
～70 (60代)	0	0
～80 (70代)	0	0
～90 (80代)	0	0
	11	7

表2-1-4 行動制限実施状況

年度	男	女
H19	0.087	0.030
H20	0.119	0.031
H21	0.154	0.032
H22	0.123	0.035
H23	0.165	0.064
	(件数/床/年)	

表2-1-5 隔離実施状況

年度	男	女
H19	0.064	0.030
H20	0.095	0.031
H21	0.132	0.017
H22	0.110	0.020
H23	0.138	0.047
	(件数/床/年)	

表2-1-6 拘束実施状況

年度	男	女
H19	0.023	0.000
H20	0.024	0.000
H21	0.022	0.015
H22	0.013	0.015
H23	0.027	0.017
	(件数/床/年)	

表2-1-7 行動制限の診断別内訳

	全体	件数	%	H23年度	件数		H22年度	件数
F0		10	3.0%		1	1.2%		0
F1		7	2.1%		2	2.4%		2
F2		215	65.2%		59	70.2%		41
F3		12	3.6%		5	6.0%		0
F4		3	0.9%		0	0.0%		0
F5		0	0.0%		0	0.0%		0
F6		35	10.6%		0	0.0%		23
F7		25	7.6%		9	10.7%		11
F8		20	6.1%		7	8.3%		4
F9		0	0.0%		0	0.0%		0
G4		1	0.3%		0	0.0%		1
不明		2	0.6%		1	1.2%		1

表2-1-8 年度別隔離の原因となった症状

	H19年度	H20	H21	H22	H23
幻覚	19.2%	37.3%	19.0%	22.4%	30.8%
妄想	19.2%	41.2%	31.7%	32.8%	36.9%
カタレプシー	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
希死念慮	0.0%	2.0%	9.5%	5.2%	3.1%
精神運動興奮	57.7%	54.9%	58.7%	50.0%	56.9%
暴力	65.4%	80.4%	57.1%	70.7%	67.7%
衝動性	69.2%	47.1%	52.4%	55.2%	67.7%
多弁・多動	0.0%	3.9%	6.3%	5.2%	12.3%
観念逸脱	0.0%	2.0%	0.0%	0.0%	7.7%
行為心拍	0.0%	2.0%	0.0%	0.0%	1.5%
不安	0.0%	5.9%	6.3%	12.1%	10.8%
焦燥感	7.7%	15.7%	14.3%	13.8%	21.5%
抑うつ気分	0.0%	2.0%	0.0%	0.0%	0.0%
精神運動制止	0.0%	2.0%	0.0%	0.0%	0.0%
拒薬	0.0%	9.8%	4.8%	3.4%	6.2%
その他	53.8%	41.2%	9.5%	5.2%	7.7%

複数回答可

表2-1-9 年度別拘束の原因となった症状

	H19年度	H20	H21	H22	H23年度
幻覚	42.9%	30.0%	13.3%	15.8%	38.9%
妄想	42.9%	25.0%	13.3%	26.3%	38.9%
カタレプシー	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
希死念慮	0.0%	5.0%	33.3%	78.9%	44.4%
精神運動興奮	57.1%	35.0%	66.7%	89.5%	77.8%
暴力	57.1%	25.0%	60.0%	10.5%	50.0%
衝動性	71.4%	15.0%	73.3%	84.2%	83.3%
多弁・多動	0.0%	0.0%	13.3%	15.8%	27.8%
観念逸脱	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
行為心拍	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
不安	0.0%	5.0%	0.0%	0.0%	38.9%
焦燥感	14.3%	15.0%	20.0%	0.0%	33.3%
抑うつ気分	0.0%	5.0%	0.0%	0.0%	0.0%
精神運動制止	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
拒薬	14.3%	5.0%	13.3%	0.0%	5.6%
その他	0.0%	0.0%	20.0%	10.5%	5.6%

複数回答可

表2-1-10 行動制限中の観察頻度（平成19～23年度）

観察間隔	隔離	拘束
常時観察	168	52
15分以内	83	7
30分以内	12	1
60分以内	1	0
未記入	3	3
計	267	63

表2-1-11 隔離理由とその件数（複数回答可） 全体（H19-H23年度）

隔離理由	件数	
他の入院対象者との人間関係を著しく損なうおそれがあるなど、その言動が自身の病状や予後に悪く影響する状態	102	38.2%
自殺企図または自傷行為が著しく切迫している状態	78	29.2%
他の入院対象者に対する暴力行為や著しい迷惑行為、器物破損行為が認められ、他の方法ではこれを防ぎきれない状態	99	37.1%
急性精神運動興奮等のため、不隠、多動、爆発性などが目立ち、一般の病室では医療または保護を図ることが著しく困難な状態	95	35.6%
身体的合併症の検査および処置等のため、隔離処遇が必要な場合	52	19.5%
その他	12	4.5%

表2-1-12 拘束理由とその件数（複数回答可） 全体（H19-H23年度）

拘束理由	件数	
ア. 自殺企図または自傷行為が著しく切迫している状態	23	36.5%
イ. 多動または不隠が顕著である状態	45	71.4%
アまたはイの他に、精神障害のためにそのまま放置すれば自身の生命に危険が及ぶおそれがある状態	13	20.6%
その他	18	28.6%

表2-1-13 行動制限（隔離・拘束）の実施期間（H19-H23年度）

	制限日数	
～3日以内	78	24.6%
～7日以内	44	13.9%
～14日以内	38	12.0%
～21日以内	38	12.0%
～28日以内	18	5.7%
28日超	101	31.9%
	317	100.0%

制限日数=終日制限日数+部分制限日数

表2-1-14 行動制限（隔離・拘束）の実施期間（H23年度）

	制限日数	
～3日以内	20	23.8%
～7日以内	7	8.3%
～14日以内	13	15.5%
～21日以内	13	15.5%
～28日以内	4	4.8%
28日超	27	32.1%
	84	100.0%

表2-1-15 長期行動制限症例の詳細

症例番号	性	年代	主診断名	副診断名	対象行為	行動制限	対象症状
1	男	40	広汎性発達障害	なし	殺人未遂	隔離	暴力、衝動性、不安、焦燥感
2	男	30	統合失調症	広汎性発達障害	傷害	隔離	暴力、衝動性、焦燥感
3	男	30	統合失調症	なし	傷害	隔離	幻覚、妄想、精神運動興奮、暴力、不安、焦燥感

表2-1-16 頻回重複行動制限症例の詳細

症例番号	性	年代	主診断名	副診断名	対象行為	行動制限	重複回数	最小値(日)	最大値(日)	中央値(日)	対象症状(対象症状となった全体の回数に対する割合)
1	男	30	統合失調症	なし	殺人	隔離	21	1	70	2	幻覚(19.0%)、妄想(19.0%)、暴力(19.0%)、衝動性(19.0%)、多飲水(81.0%)
2	男	30	統合失調症	なし	放火	隔離	7	9	22	15	幻覚(14.3%)、妄想(28.6%)、精神運動興奮(100%)、多弁多動(100%)、観念奔逸(100%)
3	男	30	精神遅滞	統合失調症	傷害	拘束	8	2	26	4	幻覚(100%)、妄想(100%)、精神運動興奮(75.0%)、衝動性(62.5%)、不安(100%)、焦燥感(100%)
4	女	30	統合失調症	精神遅滞	放火	拘束	14	1	15	4	精神運動興奮(100%)、希死念慮(64.3%)、暴力(71.4%)、衝動性(85.7%)、多弁多動(50.0%)

2. m-ECT (modified electric convulsive therapy) の実施状況

医療観察法施行後、調査日までにm-ECTが施行された対象者は、20名(男性19名、女性1名)であった。その対象者の背景を表2-2-1~3に示した。精神科診断は、統合失調症19名、急性一過性精神病性障害1名であった。m-ECTの種類では、無けいれんと有けいれんにて施行された1名が含まれていた。m-ECT適応と判断した理由は、精神症状18名(90%)、薬物抵抗性12名(60%)が多かった。m-ECTの対象とした症状(複数回答可)は、暴力が14名(70%)、幻覚11名(55%)、妄想11名(55%)が多かった(表2-2-4)。倫理会議での承認状況については、事前承認15名であったが、事後承認3名が含まれていた(2名は倫理会議における承認結果未回答)。本年

度において事後承認例はなかった。

3. 身体合併症

医療観察法病棟に入院処遇中に身体合併症のため転院(外泊)、処遇終了、通院処遇となった者は、平成19年度:5名、平成20年度:8名、平成21年度:10名、平成22年度:2名、平成23年度:5名であった。表2-3-1~2に対象者の年代性別および精神科診断内訳を示した。

表2-3-3に、転帰別に身体合併症の診断名をまとめた。処遇終了または通院処遇へ移行した症例は7名中5名が悪性腫瘍であり、専門的医療が継続的に必要とされる疾患であった。転院を必要とした身体合併症としては、急性虫垂炎と胆嚢炎が4名ずつでともに最も多かった。