

デルファイパネリスト候補者に対し、研究内容を記載した説明同意文書を送付し、返送を要請する。返送された同意書にデルファイパネリスト候補者の記名があることを以て研究参加の同意が得られたものとする。

(3) デルファイラウンド

調査票とデルファイパネルが完成した後、デルファイラウンドを実施する。デルファイラウンドは最大計5回まで行われる。

第1ラウンド

調査票に収録された「アウトカム指標候補」を第一次調査票としてパネリストに送付する。

パネリストは「アウトカム指標候補」のそれぞれについて、各項目が鑑定入院のアウトカム指標としてふさわしいか否かを評点する。この評点はImpact Pointと称し、Likert Scaleによる5段階評価（5：極めてふさわしい、4：ややふさわしい、3：どちらともいえない、2：あまりふさわしくない、1：全くふさわしくない）で行う。また、その際パネリストは、調査票に収録されていない内容であってパネリストが「鑑定入院のアウトカム指標」にふさわしいと考えられる新たな項目を自由に追加記載することができることとする。

第2ラウンド

返送された調査票を集計し、各「アウトカム指標候補」に付されたImpact Pointの合計点をパネリスト数で除した平均点（IP-1）を算出し、各項目名とIP-1を付して第二次調査票に収録する。またこの際、第1ラウンドでパネリストによって追加された項目も同時に収録する。

パネリストは第二次調査票を閲覧したうえで、「アウトカム指標候補」のそれぞれについて、各項目が鑑定入院のアウトカム指標としてふさわしいか否かを同様に評点する。

第3ラウンド

返送された調査票を集計し、各「アウトカム指標候補」に付されたImpact Pointの合計点をパネリスト数で除した平均点（IP-2）を算出し、各項目名とIP-2を付して第三次調査票に収録する。

パネリストは第三次調査票を閲覧したうえで、「アウトカム指標候補」のそれぞれについて、各項目が鑑定入院のアウトカム指標としてふさわしいか否かを同様に評点する。

第4ラウンド

返送された調査票を集計し、各「アウトカム指標候補」に付されたImpact Pointの合計点をパネリスト数で除した平均点（IP-3）を算出し、各項目名とIP-3を付して第四次調査票に収録する。なお、このとき、第四次調査票と第三次調査票を比較し、すべての項目において、IP-3をIP-2で除した数値が0.95以上1.05未満であった場合、第4ラウンドは行わず、調査終了とする。

パネリストは第四次調査票を閲覧したうえで、「アウトカム指標候補」のそれぞれについて、各項目が鑑定入院のアウトカム指標としてふさわしいか否かを同様に評点する。

第5ラウンド

返送された調査票を集計し、各「アウトカム指標候補」に付されたImpact Pointの合計点をパネリスト数で除した平均点（IP-4）を算出し、各項目名と

IP-4を付して第五次調査票に収載する。なお、このとき、第五次調査票と第四次調査票を比較し、すべての項目において、IP-4をIP-3で除した数値が0.95以上1.05未満であった場合、第5ラウンドは行わず、調査終了とする。

パネリストは第五次調査票を閲覧したうえで、「アウトカム指標候補」のそれぞれについて、各項目が鑑定入院のアウトカム指標としてふさわしいか否かを同様に評点する。

デルファイラウンドは第5ラウンドまでで終了とする。返送された調査票を集計し、各「アウトカム指標候補」に付されたImpact Pointの合計点をパネリスト数で除した平均点（IP-5）を算出する。

得られた調査結果を整理して「鑑定入院のアウトカム指標」とする。

（倫理面への配慮）

本研究は患者を対象とするものではない。

デルファイパネリストに対しては前述の通り事前に書面による同意を得たうえで研究を行うこととする。

本研究の計画は「鑑定入院のアウトカム指標の確立に関する研究（実施責任者：五十嵐禎人）」として千葉大学大学院医学研究院の倫理審査に付され、平成24年8月29日（千大医総第364号）に承認を受けたものである。

C. 研究結果

平成25年2月末現在における本研究計画の進捗状況は、第2ラウンドの途上にある。

まず、アウトカム指標の項目抽出については以下の通りである。

(1) 医学中央雑誌によって検出された計68報の文献を精読した。そのうち55報において計231項目のアウトカム関連記載が抽

出された。

(2) Pubmedによって検出された計3報の文献を精読した。他の文献と重複しないアウトカム関連記載は抽出されなかった。

(3) LEXデータベースによって検出された計17種類の判例を精読した。そのうち鑑定入院に関する記載があったものは12報であった。これらの文献からアウトカム関連記載として5項目が抽出された。

(4) Googleインターネット検索によって検出された計100種類のウェブサイトを精読した。その内訳は、判例（裁判所の判例またはそれに対する意見を述べるもの）10報、病院紹介（病院の紹介において鑑定入院に言及しているもの）15報、ニュース（報道において鑑定入院に言及しているもの）6報、意見（鑑定入院の運用について何らかの意見表明をしているもの）27報、文献（鑑定入院に関する記述を含む文献）17報、公文書（行政機関により作成されたもの）4報、その他（上記のいずれにも当てはまらないもの）5報であった。また、鑑定入院とは直接関係のないウェブサイトが16報検出された。これらの文献からアウトカム関連項目として38項目が抽出された。

以上、現時点において総計274項目のアウトカム関連項目が抽出された。

これらの項目について、重複の除外や抽象度の調整等を行い、最終的に233項目をアウトカム指標として選定した。

次に、デルファイパネリストの選定については下記の通りである。

(1) 前述のデータベースにおいて複数回名前の収載されていた者は、医師28名、医師を除く医療従事者5名、法曹1名であった。

- (2) このうち、除外基準を満たさず、かつ研究協力の同意が得られた医師10名、医師を除く医療従事者3名がデルファイパネリストとして選定された。
- (3) 我々は日本司法精神医学会から医師3名の推薦を受け、これを各々本人の同意を受けデルファイパネリストとして選定した。
- (4) 当初我々は日本弁護士連合会に研究協力を要請したが、日本弁護士連合会は要請を断った。このため我々は、複数回の医療観察法付添人経験を有する弁護士3名を各々本人の同意を得てデルファイパネリストの法曹枠として選定した。

以上により、医師13名、医師を除く医療従事者3名、法曹3名、計19名からなるデルファイパネルが組織された。

続いて、第1ラウンドが行われた。このラウンドにおいては、プロトコルに沿って、デルファイパネリストから新たな項目や各指標における文言の修正を得たため、項目数は重複を含め計413項目となっている。

現在は第2ラウンドの途上にあり、今年度末に研究を終了する予定である。

D. 考察

今回我々は、鑑定入院の運用の適正化を図るために、鑑定入院のアウトカム評価指標の作成を試みた。現在、研究は当初の計画から若干の修正を受けて進捗しているところである。

E. 結論

我々は、医療観察法鑑定入院制度の適切な運用のために、デルファイ法を用いて鑑定入院のアウトカム評価指標を作成することを試みた。研究は現在進捗中である。

F. 研究発表

1. 論文発表
準備中。
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。

平成 25 年度 分担研究報告書

指定入院医療機関モニタリングに関する研究

研究分担者 菊池 安希子

分担研究報告書

指定入院医療機関モニタリングに関する研究

研究分担者：菊池 安希子 独立行政法人国立精神・神経医療研究センター

精神保健研究所 司法精神医学研究部 室長

研究要旨

【目的】医療観察法の施行から8年が経過した。医療観察法をめぐる病床数の推移や治療の現状をマクロ的な視点で把握し、政策の影響を分析していくことは重要な社会政策上の一課題である。本研究ではモニタリングデータを収集し、指定入院医療機関における対象者の状況を分析しているが、本年度は最終的なクリーニングを終えたデータで集計を確定し、さらに入院長期化の要因と指摘されている転院に着目した分析を行った。

【方法】第1年度から第2年度にかけて医療観察法指定入院医療機関26病院（2011年7月時点の全数）に調査協力を依頼し、訪問によりデータを収集した。収集したデータをデータベース化し、第3年度である本年度は最終的なクリーニングを行った。その上で、法施行から2011年7月14日までの6年間に各病院で入院処遇を開始した対象者1,361名について、同日時点で基礎集計を行うとともに、転院に着目した分析を行った。

【結果と考察】対象者の性別は男性、主診断はF2統合失調症等が大半を占め、入院時年齢は30代が最多であった。対象行為は殺人等、傷害、放火等で9割強を占めた。転院歴を有する対象者は269名（19.8%）で、経年的には2006・2007年度（X年度はX暦年7月15日～[X+1]暦年7月14日）に入院した対象者で割合が高く、いずれも3割を超えた。在院期間を生存分析により入院年度間で比較したところ、経年的に一貫した延長傾向が示された。6年間に退院した対象者は765名（56.2%）で、このうち通常退院は750名であった。通常退院者の在院期間（実績値）は平均633日で、2年以上は240名（32.0%）であった。転院は2007年度に97件と多く生じたが、その後は年間50件台で推移していた。居住地から遠方の病院で入院処遇開始となった対象者では転院が有意に多く、また通常退院者のうち、転院歴を有する者は有しない者に比して在院期間が有意に長かった。遠方で入院処遇を開始した対象者に限っても、近隣の病院へ転院した対象者では、転院せずに退院した対象者より通算在院期間が有意に長く、転院が本来の機能を果たしていない可能性が示唆された。

【結論】入院処遇開始が最近であることと転院歴を有することは、在院期間延長の関連要因であったが、転院歴のある対象者は経年的に減少しており、在院期間の経年的な延長には転院以外の要因があるものと思われる。対象者の早期社会復帰と入院処遇に係る医療資源の効率的な運用には、十分な治療を確保したうえでの在院期間短縮が望ましく、経年的な在院期間延長の要因と、転院で在院が延長する理由を探索することが必要である。

研究協力者：

河野 稔明 (国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)
岡田 幸之 (国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)
安藤久美子 (国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)
津村 秀樹 (国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)
長沼 洋一 (東海大学)
長沼 葉月 (首都大学東京)
佐野 雅隆 (東京理科大学)
安藤 幸宏 (長崎県精神医療センター)
磯村 信治 (山口県立こころの医療センター)
今井 淳司 (東京都立松沢病院)
岩間 久行 (神奈川県立精神医療センター 芹香病院)
上馬場伸始 (さいがた病院)
大鶴 卓 (琉球病院)
桂木 正一 (菊池病院)
来住 由樹 (岡山県精神科医療センター)
下田光太郎 (鳥取医療センター)
武井 満 (群馬県立精神医療センター)
中川 伸明 (肥前精神医療センター)
中嶋 正人 (花巻病院)
中谷 紀子 (やまと精神医療センター)
中根 潤 (下総精神医療センター)
長澤 淳也 (長野県立こころの医療センター 駒ヶ根)
西岡 直也 (久里浜医療センター)
野田 哲朗 (大阪府立精神医療センター)
平林 直次 (国立精神・神経医療研究センター病院)
三澤 史斉 (山梨県立北病院)
村上 直人 (静岡県立こころの医療センター)

村杉 謙次 (小諸高原病院)
村田 昌彦 (北陸病院)
吉岡 眞吾 (東尾張病院)
山口 博之 (賀茂精神医療センター)
山畑 良蔵 (鹿児島県立始良病院)
山本 暢朋 (榊原病院)

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）」の施行から8年が経過した。

各地域の指定入院医療機関の設置は着実に進んでおり、病床についても徐々に増えてきている。まだ地域偏在はみられるものの、病床数の不足は以前より緩和されつつある。とはいえ、24条通報などで対応された事件などを考慮するとまだ不足しているという報告[1]もみられる。

各地で治療的取り組みが蓄積されていく中で、退院後の通院先の未整備、入院の長期化、治療困難事例の存在といった課題が指摘されるようになり、特に長期化の要因として転院の問題など[2]が報告されている。そこで治療の適正化を図って、通院に関する診療報酬の強化、長期入院者に対する診療報酬の通減などの政策的取り組みが行われている。

これらの医療観察法をめぐる病床数の推移や治療の現状をマクロ的な視点で把握し、政策の影響を分析していくことは重要な社会政策上の一課題である。このような評価を行うためには、モニタリングデータを収集し、適切な手法を用いた分析を行うことが重要である。本研究では、指定入院医療機関における対象者の概要の推移を把握し、検討することを目的とした。

本研究では、一昨年度（2011年度）から昨

年度（2012年度）にかけて収集したモニタリングデータについて、昨年度に基礎集計の報告を行ったが、本年度は最終的なクリーニングを終えたデータで集計を確定し、さらに入院長期化の要因と指摘されている転院に着目した分析を行ったので報告する。

B. 研究方法

1) 対象施設

2011年7月15日時点で医療観察法指定入院医療機関（以下、特に必要がある場合を除いて、単に「病院」と称する）であった26施設に調査への協力を依頼した。

全病院から調査への同意が得られた。

2) 対象とする対象者

調査時点までに各病院に医療観察法による入院をした全対象者とした。

3) データ収集

医療観察法病棟の診療において作成される各種シート（または、これにかわる情報が得られるもの）のデータファイル、および各病院に導入されている診療支援システムから患者管理欄（未導入の病院についてはこれに該当する項目）で閲覧できるデータを匿名化して収集した。

データ収集は、2011年9月から2012年8月にかけて各病院を訪問して行った。個人情報はその場で削除した上で、ロックのかかるフラッシュメモリーに保存するか（電子データ）、写しを取り（紙データ）、持ち帰った。

収集の方法および対象については、昨年度の研究報告書に詳細が記載されている。

4) データの整理とクリーニング

各病院から収集したデータは、分担研究者

の所属する研究部のセキュリティ管理区域に設置されたコンピューターに保存している。本年度は、各病院のデータを結合してデータベース化した上でクリーニングを行った。

具体的には、転院元の退院日と転院先の入院日の不一致、入院日と急性期ステージ開始日の不一致、記載されている対象行為の転院元と転院先での不一致、医療観察法処遇終了と記録されながら指定通院医療機関の記載もあるといった、退院状況に関する矛盾、通院処遇移行の場合の通院先情報の欠損などを、各種シートを参照しながら解消していった。

収集したデータのみでは確実な情報が得られない場合は、病院に照会を行った。照会の必要な事項を対象者ごとにリスト化し、また該当する対象者を病院ごとにリスト化した上で、2013年10月から11月にかけて、各病院の担当者に電話、電子メール、または郵便で照会した。その結果、すべての要照会事項が解消され、クリーニングが完了した。

5) データ集計

本研究では、対象者の概要、入院処遇終了者の概要について基礎集計を行い、さらに転院に関する分析を行う。

各病院から収集したデータについて、指定入院医療機関間での転院者については、各病院のデータを把握できる限り結合した。なお、再入院者については、データを結合せずに集計した。

なお本研究では、経年的な推移を観察するため、集計年度を設定している。昨年度の報告までは一集計年度の期間を7月16日から翌年7月15日までとしていたが、医療観察法の施行当日（2005年7月15日）を最初の集計年度の開始日とするのが妥当と考えられるため、本年度の報告では集計年度の区切りを下

記のように1日繰り上げた。以下では、会計年度との区別が必要な場合を除き、集計年度を単に「年度」と称する。

- 2005年度
2005年7月15日～2006年7月14日
- 2006年度
2006年7月15日～2007年7月14日
……
- 2010年度
2010年7月15日～2011年7月14日

6) 用語

以下の記述では読みやすさのため、すでに定義したもの以外に、用語を次のように定義する。

- 入院 = 入院処遇の開始
 - 在院 = 入院処遇を継続している状態
 - 転院 = 指定入院医療機関を移ること（特定医療施設との移動は含まない。）
 - 退院 = 入院処遇の終了
 - 通常退院 = 死亡、抗告、別件での逮捕・有罪判決などに伴うものでない、通常の入院処遇終了
 - 通院移行 = 入院処遇を終了し、通院処遇を開始すること
 - 処遇終了 = 通院処遇に移行せず、医療観察法の処遇を終了すること
- (以上は「～する」と動詞化して、または他の語と組み合わせることで複合名詞化して用いることがある。)
- 居住地域 = 居住地を管轄する厚生局の名称に冠されている地域
 - 近隣地 = 管轄する厚生局が同一の地域
 - 遠隔地 = 管轄する厚生局が異なる地域
 - 観察打切時 = 2011年7月14日（同日時点で入院処遇継続中の対象者に対して用いる。)

(倫理面への配慮)

本研究は、(独)国立精神・神経医療研究センターの研究倫理審査委員会の承認を受け実施された。また、データを提供する病院においても、必要と判断される場合は、病院もしくは自治体に設置された研究倫理審査委員会の承認、または病院から審査を委任された(独)国立精神・神経医療研究センター研究倫理審査委員会の承認を得て調査を実施した。

データの収集に際しては個人を同定しうる情報を厳密に削除しているほか、データを保存する記憶メディアを二重に暗号化するなど、データの取り扱いには最大限の配慮を払って調査を実施した。

C. 研究結果

1) 対象者

全26施設において、医療観察法施行から2010年度までの6年間に入院した対象者は1,361名であった。なお、それより半月短い2011年6月30日までの人数は1,347名であり、厚生労働省が公表した人数と一致した。年度別には、2005年度から順に、146名、229名、256名、231名、215名、284名であった。

対象者の性別、入院時年齢、主診断、対象行為については、昨年度の研究報告書で入院年度別の数値も含めて集計しているが、データクリーニング・年度区切り変更後の再集計結果を表1に掲載する。性別では男性が大半(79.1%)を占め、入院時年齢は30代(29.6%)が、主診断ではF2統合失調症等(80.6%)が最多であった。対象行為は殺人等と傷害がほぼ同数、放火等がそれよりやや少なく、これら3種類で9割強を占めた。

入院時の居住地域は関東信越(35.1%)が最多で、近畿(14.2%)、九州(13.2%)と続いた。指定入院医療機関のない北海道は

5.1%、居住地が不定・不明であった対象者は6.3%であった(表1)。

遠隔地で入院した対象者は465名(34.2%)であった。経年的には、割合が大きく低下している(表1、図1)。

再入院として入院した対象者は10名(0.7%)であり、このうち1名は当初審判で通院処遇と決定されていた。法施行3年目の2007年度以降、毎年2~3名(1%前後)で推移している(表1)。

転院歴(退院または観察打切時まで)を有する対象者は269名(19.8%)であった。経年的には、2006・2007年度に入院した対象者で割合が高く、いずれも3割を超えた(表1、図2)。

2011年7月14日までに退院した対象者は765名(56.2%)で、このうち通常退院は750名であった。2005年度に入院した対象者でも、5名(3.4%)が在院中であった(表1、図3)。

2) 在院期間

(1) 入院処遇通常終了者の概要

2011年7月14日までに通常退院した対象者750名について基本属性を集計した。入院年度別の対象者数は、2005年度から順に、138名、216名、213名、155名、28名、0名であった。2010年度は退院した者がまだいないため、年度別の集計は2009年度までの5ヶ年で行った。

通院移行となった対象者は614名(81.9%)であった。経年的には、治療反応性や社会復帰要因の消失などによる早期の処遇終了が割合に強く影響していると思われる2009年度を除いても、割合がやや大きく変動した(表2)。

転院歴を有する対象者は、全体で166名(22.1%)であり、その割合は2006年度入院(29.2%)をピークに低下し、2009年度入院

では10.7%であった(表2、図4)。

退院時の居住地は関東信越(33.7%)が最多で、九州(14.1%)、近畿(13.3%)と続いた(表2)。

遠隔地で退院した対象者は、222名(29.6%)であった。2007年度以降、割合が緩やかに低下している(表2)。

在院期間2年以上の対象者は240名(32.0%)で、平均値は633日であった。治療ステージ別には、通算の平均値で、急性期126日、回復期268日、社会復帰期238日であった(表2)。

(2) 在院期間の推定

前項で示した在院期間は通常退院者における実績値であり、2011年7月14日時点で在院中の対象者は数値に反映されていない。入院年度が下るほど在院中の対象者の割合が上昇し、在院期間には早期に退院した対象者がより強く反映されるため、平均値は短くなる。そのため、観察打切時に在院中の対象者も反映されるKaplan-Meier生存分析によって推定在院期間を算出し、入院年度間の比較を行った。なお、入院年度間で観察期間を揃えるため、各入院年度とも翌年度末で観察を打ち切ったデータを用いた(例:2005年度入院は2007年7月14日まで観察)。また、2010年度入院では退院者がまだいないため、2009年度までに入院した者を対象とし、通常退院でない退院者は除外した(分析対象者数1,067名)。

その結果、推定在院期間の平均値は全体で608日となり、経年的に一貫して延長し(表3)、2006~2008の各年度は2005年度に比して、2009年度は2006~2008の各年度に比して、有意に長かった(表4、図5)。なお、翌年度末での観察打ち切りにより、在院期間の入院年度間比較はより正確になるが、推定値そのものは過少に算出されていることに注意が必

要である。

3) 転院に関する分析

(1) 転院の記述統計と内容

先述のとおり、転院歴（退院または観察打切時まで）を有する対象者269名であるが、転院回数別には1回256名、2回12名、3回1名となっており、延べ283件の転院が発生した。転院が発生した年度別には、2007年度が97件と最多で、その後も年間50件台で推移している（表5、図6）。

居住地が不定・不明の者を除く、転院が1回のみを対象者244名について、転院元と転院先が近隣地か遠隔地かで4つに分類すると、遠隔地から近隣地への転院が約半数を占め、近隣地から近隣地への転院と合わせると、85%以上が転院後に近隣地での入院処遇を受けていた（表6）。

2回以上転院した対象者13名について、その内容を分類したところ、転院により居住地に近づいていることが示唆されたのは8名、合併症治療や電気痙攣療法といった医学的な理由によるものは4名（転院3回の1名を含む）、在院した3ヶ所の指定入院医療機関がすべて異なる厚生局管内で転院の意図が不明であったものが1名となった（表7）。

(2) 転院歴の有無に関連する患者属性

転院歴を有する対象者の割合は、女性に比して男性で（ $p=0.02$ ）、近隣地で入院した者に比して遠隔地で入院した者で（ $p<0.01$ ）、それぞれ有意に高かった（表8）。入院時年齢、主診断、対象行為、入院時の居住地域、退院時または観察打切時の居住地域は、転院歴の有無に有意な関連がなかった。

(3) 転院と在院期間の関連

2011年7月14日までの通常退院者750名を、転院歴の有無で転院あり群（166名）と転院なし群（584名）に分け、在院期間を比較したところ、転院あり群のほうが有意に長く、転院なし群との差は平均で7ヶ月を超えた。治療ステージ別には、急性期では有意差がなかったが、回復期、社会復帰期では転院あり群のほうが有意に長かった（表9）。

転院があると在院期間が延長することが示されたが、一方で転院の多くは入院処遇先を居住地に近づけ、地域処遇に向けた準備をしやすくするために行われると考えられる。そこで、遠隔地で入院した対象者の中で、近隣地への転院の有無により在院期間がどのように異なるかを検討した。遠隔地で入院し、2011年7月14日までに通常退院した者のうち、転院のなかった195名（遠隔地退院群）と、近隣地への転院を1回のみ経験し、それ以外の転院はなかった80名（近隣地転院群）の在院期間を比較したところ、近隣地転院群のほうが有意に長く、遠隔地退院群との差は平均で9ヶ月近くに及んだ（表10）。

D. 考察

本年度のデータクリーニングにより、対象者数が昨年度の報告から若干変わったが、2011年6月30日時点の入院処遇決定者数が厚生労働省の公表値と一致したことは、本研究のデータがより正確になったことを傍証している。

対象者全体の集計として、本年度は新たに遠隔地での入院および転院の状況に着目した。遠隔地での入院は経年的に減少しており、また転院も入院が最近の対象者では一時期よりも減少している。これは、指定入院医療機関の整備が進むにつれて当初から近隣地

に入院できる対象者が増加し、近隣地に指定入院医療機関が整備された、または空床ができた機会に転院することが少なくなったためと考えられる。

通常退院した対象者の在院期間は平均633日と、ガイドラインに示された標準の1年半を3ヶ月ほど超過した。また、在院期間は経年的に延長してきている。生存分析で算出された推定在院期間の平均値は、各年度とも観察を翌年度末で打ち切った関係で実際よりも相当に短くなっているが、すでに大半が退院している初期の対象者の実績在院期間が示すように、最終的には標準の期間を大幅に超過して在院する対象者が多くを占めるようになるであろう。

転院の発生状況を見ると、2007年度が非常に多かったが、制度開始直後の病床不足による全国での病床の融通と、開棟による対象者の移動の多さが伺われる。省令により特定病床の設置が認められたのは2008年8月1日であった [3]。特定病床で処遇を受けた対象者は、実際には正規の医療観察法病棟との間で移動しているが、この頃から集計上は転院の発生が落ち着いている。

転院の多くは近隣地への移動となっており、想定される転院の趣旨に合致していた。一方で、転院歴を有する対象者では在院期間が延長することが再確認された。転院のしやすさには遠隔地への入院が関連していたが、遠隔地へ入院した対象者に限っても、転院が在院期間の延長と関連していた。このことから、転院の主要な目的の一つは退院を円滑にすることであるにもかかわらず、転院が本来の機能を果たしていない可能性が示唆された。しかし、転院した対象者とそうでない対象者が同質であるとは限らない。転院した対象者では退院調整難渋要因 [4] がより多かつ

た可能性があり、臨床的、社会的な差異を検討する必要があるだろう。

本年度は、データクリーニング・年度区切り変更後の基礎集計を報告し、さらに転院に関する分析を行った。在院期間は入院が最近の対象者ほど延長する傾向が確認された。また、転院歴を有する対象者では、そうでない対象者より在院期間が延長した。転院歴を有する対象者の割合は経年的に低下しているため、在院期間の経年的な延長は転院によっては説明がつかず、転院以外の要因があるものと思われる。

対象者の早期社会復帰と入院処遇に係る医療資源の効率的な運用には、十分な治療を確保したうえでの在院期間短縮が望ましく、経年的な在院期間延長の要因と、転院で在院が延長する理由を探索することが必要である。

E. 結論

一昨年度から昨年度にかけて収集した、入院処遇対象者の悉皆データのうち、基礎情報に相当する患者管理欄のデータをクリーニングしてデータベース化し、医療観察法の入院処遇を継続的にモニタリングするための基盤の一部が整った。

本年度の分析では、在院期間が経年的に延長していることが示され、また転院が在院期間の延長に関連することを再確認したが、その理由を追究するには収集データを用いたさらなる分析が必要である。

F. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表

1) Kikuchi A, Naganuma Y, Ando K, Okada T: Characteristics and Length of Stay of Patients Admitted to Forensic Units in Japan. The 13th

International Conference of Forensic Mental Health Services, Maastricht, Netherlands, 2013/6/18-21.

G. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

H. 引用文献

- 1) 武井満, 赤田卓志朗, 芦名幸一: 群馬県と全国における医療観察法対象者の予測値に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金(障害者対策総合研究事業)「医療観察法における医療の質の向上に関する研究」平成22年度総括・分担報告書, 2011, pp.185-203.
- 2) 西村大樹: 入院対象者の社会復帰に関する研究: 1) 指定入院医療機関における地域移行にいたるまでの期間および長期化要因の検討. 厚生労働科学研究費補助金(障害者対策総合研究事業)「医療観察法における医療の質の向上に関する研究」平成22年度総括・分担報告書, 2011, pp.70-95.
- 3) 厚生労働省: 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に基づく指定医療機関等に関する省令の一部を改正する省令. 平成20年厚生労働省令第133号, 2008.
- 4) 菊池安希子, 長沼洋一, 安藤久美子, 岡田幸之: 医療観察法の運用状況. Schizophrenia Frontier 12: 155-160, 2011.

I. 謝辞

本研究の実施にあたっては、全国の指定入院医療機関のみなさまに多大なるご厚意とご支援・ご協力をいただきました。厚く御礼申し上げます。

表1 対象者の基本属性と処遇の状況

	全体 (n=1,361)	入院処遇開始年度					
		2005 (n=146)	2006 (n=229)	2007 (n=256)	2008 (n=231)	2009 (n=215)	2010 (n=284)
性別							
男	1,076 (79.1)	115 (78.8)	184 (80.3)	208 (81.3)	185 (80.1)	170 (79.1)	214 (75.4)
女	285 (20.9)	31 (21.2)	45 (19.7)	48 (18.8)	46 (19.9)	45 (20.9)	70 (24.6)
入院処遇開始時年齢							
平均 [SD]	43.2 [13.4]	42.6 [13.7]	41.9 [13.0]	43.2 [12.8]	43.3 [13.8]	44.1 [13.3]	44.0 [13.6]
20代	224 (16.5)	28 (19.2)	43 (18.8)	39 (15.2)	41 (17.7)	33 (15.3)	40 (14.1)
30代	403 (29.6)	44 (30.1)	69 (30.1)	78 (30.5)	70 (30.3)	55 (25.6)	87 (30.6)
40代	297 (21.8)	31 (21.2)	53 (23.1)	54 (21.1)	50 (21.6)	49 (22.8)	60 (21.1)
50代	260 (19.1)	25 (17.1)	40 (17.5)	54 (21.1)	38 (16.5)	46 (21.4)	57 (20.1)
60代	135 (9.9)	11 (7.5)	19 (8.3)	25 (9.8)	23 (10.0)	27 (12.6)	30 (10.6)
70代以上	42 (3.1)	7 (4.8)	5 (2.2)	6 (2.3)	9 (3.9)	5 (2.3)	10 (3.5)
主診断 ¹⁾							
F0	36 (2.6)	4 (2.7)	5 (2.2)	10 (3.9)	9 (3.9)	6 (2.8)	2 (0.7)
F1	89 (6.5)	9 (6.2)	12 (5.2)	23 (9.0)	8 (3.5)	17 (7.9)	20 (7.0)
F2	1,097 (80.6)	120 (82.2)	189 (82.5)	200 (78.1)	182 (78.8)	176 (81.9)	230 (81.0)
F3	72 (5.3)	8 (5.5)	11 (4.8)	11 (4.3)	15 (6.5)	10 (4.7)	17 (6.0)
F4	10 (0.7)	2 (1.4)	1 (0.4)	2 (0.8)	3 (1.3)	0 (0.0)	2 (0.7)
F6	14 (1.0)	1 (0.7)	2 (0.9)	2 (0.8)	4 (1.7)	0 (0.0)	5 (1.8)
F7	17 (1.2)	0 (0.0)	4 (1.7)	3 (1.2)	5 (2.2)	4 (1.9)	1 (0.4)
F8	24 (1.8)	2 (1.4)	5 (2.2)	5 (2.0)	5 (2.2)	2 (0.9)	5 (1.8)
その他	2 (0.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (0.7)
対象行為 ²⁾							
殺人等	448 (32.9)	48 (32.9)	76 (33.2)	76 (29.7)	79 (34.2)	70 (32.6)	99 (34.9)
傷害	455 (33.4)	45 (30.8)	67 (29.3)	94 (36.7)	84 (36.4)	83 (38.6)	82 (28.9)
放火等	336 (24.7)	31 (21.2)	67 (29.3)	62 (24.2)	49 (21.2)	51 (23.7)	76 (26.8)
強盗等	54 (4.0)	8 (5.5)	10 (4.4)	13 (5.1)	7 (3.0)	6 (2.8)	10 (3.5)
強姦等	68 (5.0)	14 (9.6)	9 (3.9)	11 (4.3)	12 (5.2)	5 (2.3)	17 (6.0)
入院処遇開始時の居住地 (管轄厚生局)							
北海道	69 (5.1)	3 (2.1)	15 (6.6)	11 (4.3)	14 (6.1)	9 (4.2)	17 (6.0)
東北	88 (6.5)	11 (7.5)	14 (6.1)	21 (8.2)	20 (8.7)	11 (5.1)	11 (3.9)
関東信越	478 (35.1)	50 (34.2)	80 (34.9)	92 (35.9)	78 (33.8)	80 (37.2)	98 (34.5)
東海北陸	149 (10.9)	18 (12.3)	29 (12.7)	33 (12.9)	23 (10.0)	23 (10.7)	23 (8.1)
近畿	193 (14.2)	16 (11.0)	33 (14.4)	33 (12.9)	35 (15.2)	34 (15.8)	42 (14.8)
中国四国	119 (8.7)	16 (11.0)	13 (5.7)	20 (7.8)	16 (6.9)	20 (9.3)	34 (12.0)
九州	179 (13.2)	23 (15.8)	31 (13.5)	32 (12.5)	35 (15.2)	26 (12.1)	32 (11.3)
不定・不明	86 (6.3)	9 (6.2)	14 (6.1)	14 (5.5)	10 (4.3)	12 (5.6)	27 (9.5)
遠隔地での入院処遇開始							
はい	465 (34.2)	78 (53.4)	96 (41.9)	108 (42.2)	66 (28.6)	59 (27.4)	58 (20.4)
いいえ	810 (59.5)	59 (40.4)	119 (52.0)	134 (52.3)	155 (67.1)	144 (67.0)	199 (70.1)
不明	86 (6.3)	9 (6.2)	14 (6.1)	14 (5.5)	10 (4.3)	12 (5.6)	27 (9.5)
再入院としての入院処遇開始							
はい	10 (0.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (0.8)	2 (0.9)	3 (1.4)	3 (1.1)
移行通院より	9 (0.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.4)	2 (0.9)	3 (1.4)	3 (1.1)
直接通院より	1 (0.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
いいえ	1,351 (99.3)	146 (100.0)	229 (100.0)	254 (99.2)	229 (99.1)	212 (98.6)	281 (98.9)
転院歴 (入院処遇終了または2011年7月14日まで)							
あり	269 (19.8)	28 (19.2)	71 (31.0)	79 (30.9)	40 (17.3)	43 (20.0)	8 (2.8)
なし	1,092 (80.2)	118 (80.8)	158 (69.0)	177 (69.1)	191 (82.7)	172 (80.0)	276 (97.2)
入院処遇終了 (2011年7月14日まで)							
はい	765 (56.2)	141 (96.6)	219 (95.6)	217 (84.8)	160 (69.3)	28 (13.0)	0 (0.0)
通常退院	750 (55.1)	138 (94.5)	216 (94.3)	213 (83.2)	155 (67.1)	28 (13.0)	0 (0.0)
その他の退院	15 (1.1)	3 (2.1)	3 (1.3)	4 (1.6)	5 (2.2)	0 (0.0)	0 (0.0)
いいえ	596 (43.8)	5 (3.4)	10 (4.4)	39 (15.2)	71 (30.7)	187 (87.0)	284 (100.0)

※表中の数値は該当者数 (割合)、または平均値 [標準偏差]。割合は百分率。

1) ICD-10による。F0=症状性を含む器質性精神障害、F1=精神作用物質使用による精神及び行動の障害、F2=統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害、F3=気分 (感情) 障害、F4=神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害、F6=成人のパーソナリティ及び行動の障害、F7=精神遅滞 [知的障害]、F8=心理的発達の障害。

2) 傷害以外 (〇〇等と表記されたもの) は未遂を含む。強姦等は強制わいせつ (同未遂) も含む。

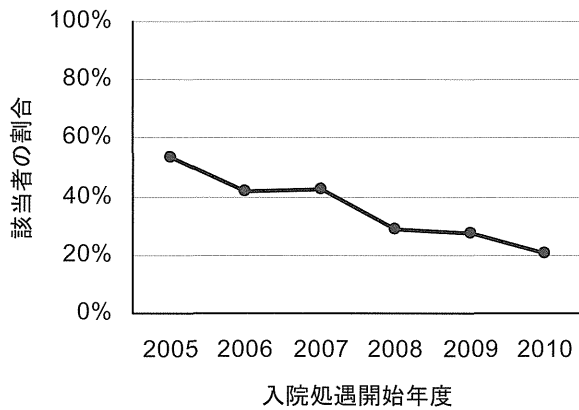


図1 遠隔地（居住地と異なる厚生局管内）での入院処遇開始

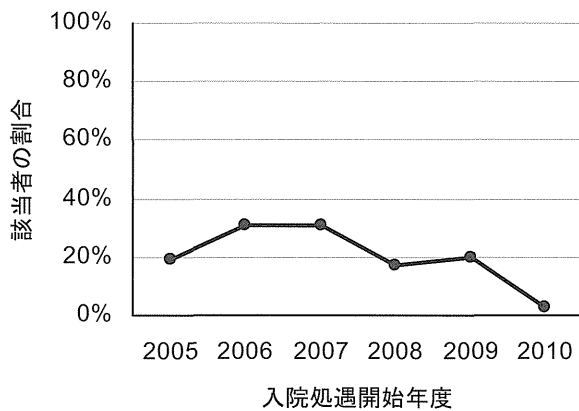


図2 転院歴（入院処遇終了または2011年7月14日まで）

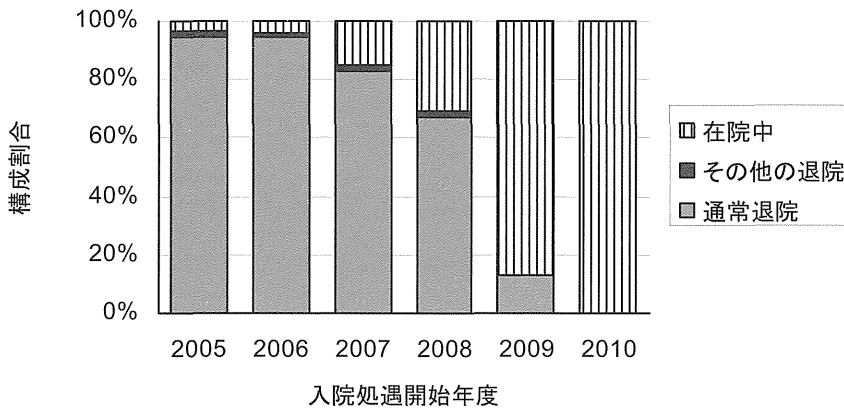


図3 入院処遇終了の状況（2011年7月14日時点の転帰）

※その他の退院とは、死亡、抗告、別件での逮捕・有罪判決などに伴う入院処遇終了をいう。

表2 入院処遇通常終了者の概要

	合計 (n=750)	入院処遇開始年度				
		2005 (n=138)	2006 (n=216)	2007 (n=213)	2008 (n=155)	2009 (n=28)
入院処遇終了後の処遇						
通院処遇開始	614 (81.9)	124 (89.9)	173 (80.1)	167 (78.4)	133 (85.8)	17 (60.7)
医療観察法処遇終了	136 (18.1)	14 (10.1)	43 (19.9)	46 (21.6)	22 (14.2)	11 (39.3)
転院歴						
あり	166 (22.1)	26 (18.8)	63 (29.2)	56 (26.3)	18 (11.6)	3 (10.7)
なし	584 (77.9)	112 (81.2)	153 (70.8)	157 (73.7)	137 (88.4)	25 (89.3)
入院処遇終了時の居住地域 (管轄厚生局)						
北海道	36 (4.8)	3 (2.2)	14 (6.5)	8 (3.8)	9 (5.8)	2 (7.1)
東北	68 (9.1)	13 (9.4)	14 (6.5)	21 (9.9)	17 (11.0)	3 (10.7)
関東信越	253 (33.7)	46 (33.3)	73 (33.8)	80 (37.6)	46 (29.7)	8 (28.6)
東海北陸	91 (12.1)	17 (12.3)	28 (13.0)	27 (12.7)	17 (11.0)	2 (7.1)
近畿	100 (13.3)	15 (10.9)	30 (13.9)	28 (13.1)	23 (14.8)	4 (14.3)
中国四国	57 (7.6)	14 (10.1)	12 (5.6)	15 (7.0)	12 (7.7)	4 (14.3)
九州	106 (14.1)	20 (14.5)	34 (15.7)	25 (11.7)	23 (14.8)	4 (14.3)
不定・不明	39 (5.2)	10 (7.2)	11 (5.1)	9 (4.2)	8 (5.2)	1 (3.6)
遠隔地での入院処遇終了						
はい	222 (29.6)	56 (40.6)	59 (27.3)	63 (29.6)	38 (24.5)	6 (21.4)
いいえ	489 (65.2)	72 (52.2)	146 (67.6)	141 (66.2)	109 (70.3)	21 (75.0)
不明	39 (5.2)	10 (7.2)	11 (5.1)	9 (4.2)	8 (5.2)	1 (3.6)
在院2年以上						
はい	240 (32.0)	36 (26.1)	83 (38.4)	82 (38.5)	39 (25.2)	0 (0.0)
いいえ	510 (68.0)	102 (73.9)	133 (61.6)	131 (61.5)	116 (74.8)	28 (100.0)
在院期間 (日)	633 [280]	585 [342]	692 [306]	659 [252]	595 [192]	426 [168]
急性期	126 [84]	103 [73]	138 [106]	134 [79]	122 [57]	113 [71]
回復期	268 [195]	242 [224]	308 [231]	270 [171]	251 [135]	177 [123]
社会復帰期	238 [182]	240 [209]	246 [209]	255 [174]	222 [123]	136 [118]

※表中の数値は該当者数 (割合)、または平均値 [標準偏差]。割合は百分率。

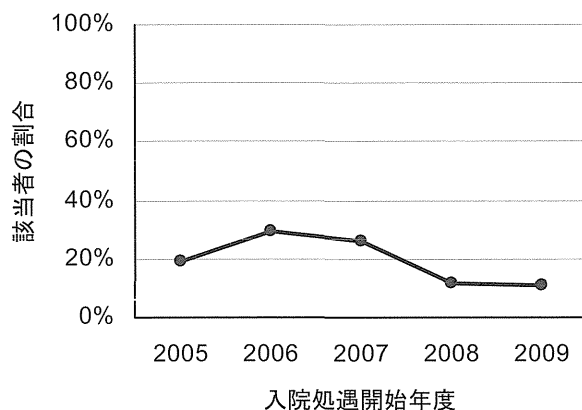


図4 入院処遇通常終了者における転院歴

表3 推定在院期間 (Kaplan-Meier 生存分析)

入院年度	平均値 ¹⁾	[95%信頼区間]	中央値
2005 (n=143)	496	[466-526]	589
2006 (n=227)	591	[567-615]	713
2007 (n=254)	601	[580-622]	669
2008 (n=228)	615	[593-636]	- ²⁾
2009 (n=215)	678	[660-696]	- ²⁾
全体 (n=1,067)	608	[597-619]	713

- 1) 観察打ち切例 (翌年度末時点で入院継続中の者) の在院期間は、その最長期間を上限として計算される。入院年度間の大小比較には妥当な指標であるが、各年度とも真の値はこれらより大幅に大きくなる。
- 2) 入院処遇終了者が半数に満たないため算出されない。

表4 在院期間の入院処遇開始年度間での比較 (Kaplan-Meier 生存分析)

入院処遇 開始年度	入院処遇開始年度							
	2005		2006		2007		2008	
	χ^2	p	χ^2	p	χ^2	p	χ^2	p
2006	11.1	<0.01						
2007	18.0	<0.01	0.6	0.43				
2008	22.2	<0.01	2.0	0.15	0.4	0.52		
2009	63.0	<0.01	30.8	<0.01	25.4	<0.01	20.0	<0.01

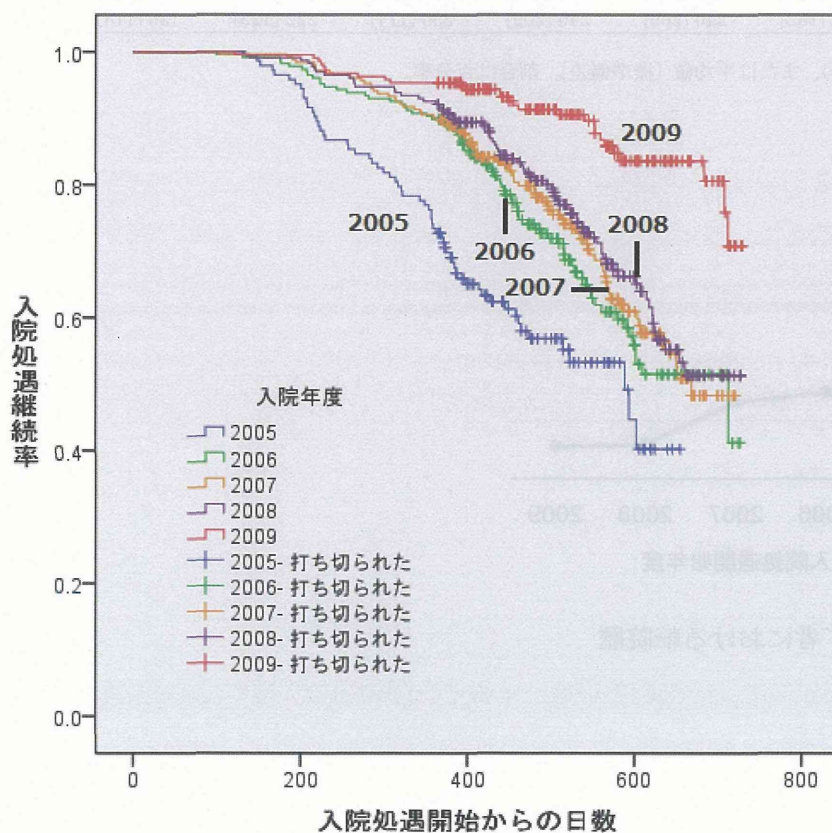


図5 入院処遇開始年度別の生存曲線 (入院継続中の対象者の割合)

表 5 年度別の転院件数

年度	件数
2005	5
2006	24
2007	97
2008	56
2009	51
2010	50
合計	283

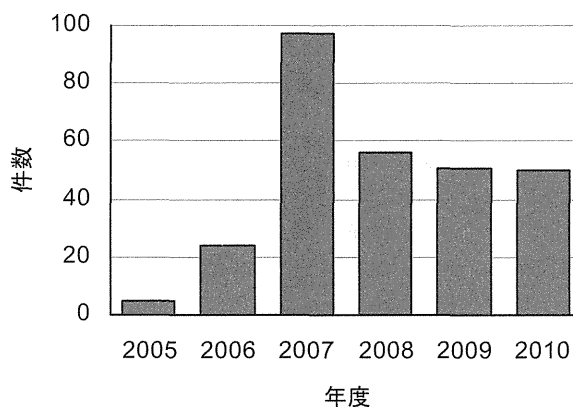


図 6 年度別の転院件数

表 6 対象者居住地と指定入院医療機関所在地との位置関係で分類した転院の内容

転院の内容	件数 (割合)
近隣地から近隣地へ	88 (36.1%)
近隣地から遠隔地へ	5 (2.0%)
遠隔地から近隣地へ	121 (49.6%)
遠隔地から遠隔地へ	30 (12.3%)
合計	244 (100.0%)

※居住地が不定・不明の者を除く、転院が1回のみを対象者で集計。

※近隣地とは管轄する厚生局が居住地と同一の地域、遠隔地とはそれが異なる地域。

表 7 2回以上転院した対象者の転院の内容

転院の内容	人数
居住地への接近が示唆されるもの (いずれも転院は2回)	8
遠隔地→近隣地他県→県内	4
居住地は不明だが、2ヶ所目と3ヶ所目は同一厚生局管内	1
遠隔地→遠隔地→近隣地	3
医学的理由 (合併症治療、電気痙攣療法) で一時的に 在院した指定入院医療機関はすべて異なる厚生局管内	4
	1
合計	13

表 8 転院歴の有無に有意に関連した患者属性

	対象者数	転院歴あり
性別		p=0.02
男	1,076	227 (21.1%)
女	285	42 (14.7%)
遠隔地での入院処遇開始 ¹⁾		p<0.01
はい	465	154 (33.1%)
いいえ	810	97 (12.0%)

1) 居住地が不定・不明の者は除いて検定。

表 9 入院処遇通常終了者における転院歴の有無別の在院期間

	転院歴あり	転院歴なし	t	p
	(n=166)	(n=584)		
	平均 [SD]	平均 [SD]		
在院期間 (日)	801 [310]	585 [252]	8.23	<0.01
急性期	134 [79]	124 [85]	1.26	0.21
回復期	378 [246]	237 [166]	6.97	<0.01
社会復帰期	289 [229]	224 [164]	3.41	<0.01

表 10 入院処遇通常終了者における近隣地への転院の有無別の在院期間

	遠隔地退院群 ¹⁾	近隣地転院群 ²⁾	t	p
	(n=195)	(n=80)		
	平均 [SD]	平均 [SD]		
在院期間 (日)	546 [254]	814 [315]	7.41	<0.01

1) 遠隔地で入院し、転院はせずに 2011 年 7 月 14 日までに通常退院した対象者。

2) 遠隔地で入院し、転院は近隣地への 1 回のみで、2011 年 7 月 14 日までに通常退院した対象者。

平成 25 年度 分担研究報告書

指定通院医療機関モニタリング調査研究

研究分担者 安藤 久美子

分担研究報告書

指定通院医療機関モニタリング調査研究

研究分担者：安藤 久美子 独立行政法人国立精神・神経医療研究センター

精神保健研究所 司法精神医学研究部 室長

研究要旨

本研究では、医療観察法の通院処遇者に関する情報を収集し、評価・分析することにより、本制度における通院医療の実態について探るとともに、今後のよりよい法改正にむけて、本制度の医療と処遇に関する課題を明らかにすることを目的としている。本年度は、全国の指定通院医療機関の協力によって、全通院対象者の約9割以上にあたると推定される1,232件のデータを収集し、分析を行った。

対象者の疾患分類では、統合失調症圏が77%、感情障害圏が10%を占めており、これらの割合を本法施行当初と比べると、入院処遇からの移行通院対象者が増えていることにより、F2圏は増加傾向に、F3圏は減少傾向にあることがわかった。対象者の性別および年齢の分布については昨年度の結果とほぼ同様で、30代が最も多く全体の30%を占めており、次に40代が22%となっていた。また、50代以上の者も全体の3分の1を占めており、なかでも70代以上の高齢者の累計数は46名（3.8%）であった。高齢者の場合には、身体的な合併症や認知症などの併存疾患に関する問題も大きいため、今後は地域の医療機関との連携をどのように充実させていくのが重要な課題となってくる可能性が示唆された。

精神保健福祉法による入院に関する分析では、例年と同様に約半数の事例において通院処遇中に入院治療を受けていることが明らかになった。入院の理由についてみると、通院処遇開始直後から入院が開始されているケースは「環境調整」のための入院が多く、通院処遇の途中からの入院が開始されているケースでは「病状悪化」や「問題行動」を理由に入院治療が行われていることがわかった。

処遇終了者の分析では、すでに700件以上の事例が処遇を終えており、通院処遇に至るまでの形式別に処遇期間を比較してみると、直接通院群の方が移行通院群よりも早期に処遇終了を迎えていることがわかった。また、一般精神医療に移行された事例の86%が処遇終了後も同じ医療機関での治療が継続されており、なかには地域の行政機関との連携も保ちながら本法による処遇を終了した患者の治療と生活を支えている事例も散見された。こうした取り組みは、より長期的な視点からみても患者の病状の悪化や再他害行為の防止に大きく貢献するものと思われた。

今後もこのような研究を継続し、偏りのない情報をより広く集めること、そして本研究によって見出された課題を全国の指定通院医療機関の現場にフィードバックしていくことは、本法における専門的医療のさらなる向上にも大きく寄与するものと思われた。