

6. 訪問したピアレビューが協議指摘事項を訪問先と検討し、その提案した事項の扱いを後日フォローアップして提案が活かされているかを評価するシステムを作る。
7. ピアレビューが訪問先施設より学び、自施設に取り入れた事項の経過を評価するシステムを作る。

B. 研究方法

厚生労働省の事業として旅費などの経費はピアレビューのマッチングに沿って双方の病院事務が担当した。訪問のマッチング(表1)は研究班で検討したものを参考に本省で決定された。今回は施設規模の同じくする施設を原則とした。訪問は3職種で1名は医師とし、プログラムリーダーと看護師の2名より構成し、訪問期間は5日間を原則とした。小規格ユニットなどでは適宜期間短縮することは可能としたが、多職種の原則は遵守することにした。ピアレビューの資質は指定入院医療機関職員の業務としても実施するもので、守秘義務など医療観察法施設の基本ルールや治療プログラムを熟知しているスタッフを当てるように依頼した。

ピアレビューの目的に沿ってピアレビューの基本評価、事例報告(長期入院・暴力リスクが高い症例・クロザピン症例、自殺企図症例)、提案と協議事項リスト、ピアレビューが学んだ事項リスト、自由記載と講評で使用した資料(パワーポイント資料)の報告を依頼した。

C. 結果

1. クロザピン治療及び長期もしくは頻回隔離の検討

平成26年度ピアレビューで、新規長期入院例(平成25年7月16日より平成26年7月15日までの間に18か月が経過した症例)の対象者142例を集積し、「①現実的な退院の見通しが立っている」「②条件が整えば退院可能となる」「③

現時点で退院の見通しが立っていない」の3群に分けた。

さらに③について、「A クロザピンで病状改善が見込める」「B 通常の薬物療法を行い心理社会的治療や環境調整を強化すれば将来は退院が見込める」「C 退院は極めて困難」「D 処遇終了が望ましい」の4群に分けて検討した。また、平成24・25年度の結果との比較を行った。その結果26年度は①40名、②40名、③62名(A 24名、B 33名、C 4名、D 1名)であった。

1) A：クロザピンで病状改善が見込める

表 1

		H24・25年度	H26年度
症例数		64	24
性別	男	55	16
	女	9	8
	不明	1	0
年代	20代	8	6
	30代	25	7
	40代	15	9
	50代	11	2
	60代	5	0
	70代以上	0	0
	不明	1	0
対象行為	殺人	23	9
	傷害	27	5
	放火	12	9
	強制わいせつ	2	1
	強姦	1	0
	強盗	2	0
主診断	F1	1	0
	F2	61	24
	F8	2	0
副診断	F0	0	1
	F2	1	0
	F6	1	1
	F7	8	4
	F8	3	0

・症例1、2は表6にしめす。

2) B：通常の薬物療法を行い心理社会的治療や環境調整を強化すれば将来は退院が見込める

表2

		H24・25年度	H26年度
症例数		31	33
性別	男	23	24
	女	8	9
年代	20代	4	5
	30代	6	4
	40代	9	7
	50代	6	9
	60代	5	7
	70代以上	1	1
対象行為	殺人	10	11
	傷害	10	10
	放火	7	7
	強制わいせつ	2	3
	強姦	1	1
	強盗	1	1
主診断	F0	2	0
	F1	1	0
	F2	24	29
	F3	2	4
	F4	1	0
	F8	1	0
副診断	F0	0	2
	F1	2	1
	F7	3	6
	F8	3	1

・症例3、4、5、6は表6にしめす。

3) C：退院は極めて困難

表3

		H24・25年度	H26年度
症例数		14	4
性別	男	11	1
	女	3	3
年代	20代	2	1
	30代	5	1
	40代	3	1

		H24・25年度	H26年度
年代	50代	2	1
	60代	0	0
	70代以上	1	0
	不明	1	0
対象行為	殺人	8	3
	傷害	5	0
	放火	0	1
	強制わいせつ	1	0
	強姦	2	0
主診断	強盗	0	0
	F2	14	3
	F7	0	1
副診断	F6	1	0
	F7	3	1
	F8	4	0

・症例7、8、9、10は表6にしめす。

4) D：処遇終了が望ましい

・症例11は表にしめす。

5) クロザピン使用症例

合計24例（①3例、②5例、③A 4例、③B 9例、③C 3例）

平成26年度のピアレビュー時における全国の指定入院医療機関でのクロザピン治療中の対象者は92例であった。全国の指定入院医療機関病床の総数792床で計算すると11.6%の対象者がクロザピン治療を受けていた。

クロザピン治療例数は各指定入院医療機関で最大値9例～最少値0例と格差が大きかった。クロザピン治療中の対象者が5例以上いる指定入院医療機関は8施設(25%)、3-4例は9施設(28%)、1-2例は8施設(25%)、0例は7施設(22%)あった(表1)。ただし、クロザピン治療が0例の7施設のうち、2施設はクロザピン導入予定者がいた。クロザピンを積極的に処方する施設、消極的な施設に二分されている可能性が示唆された。

平成26年度のピアレビュー時のデータ

対象者の権利擁護について、講座ではわかりやすく、その都度理解度の確認を行うなどの工夫がみられた。看護心理教育と連動している部分もあり、対象者にはより理解しやすいと感じた。

を基に、全国の指定入院医療機関で7日以上
の長期もしくは年3回以上の頻回行動制限例
について検討した。長期もしくは頻回行動制限
例は最大値4例～最少値0例であった。長期も
しくは頻回行動制限例が4例は1施設（3%）、
2例は5施設（16%）、1例は14施設（44%）、0
人は10施設（31%）あり、人数が不明な指定入
院医療機関が2施設（6%）あった（表2）。

全国の指定入院医療機関のクロザピン治療
と長期もしくは頻回行動制限例のデータより、
その関係性について検討した。クロザピン治療
が0例の指定入院医療機関は7施設あり、こ
の中で長期もしくは頻回行動制限例が2例以
上あった指定入院医療機関は3施設（43%）あ
った。一方クロザピン治療が5例以上の指定入
院医療機関は8施設あり、この中で長期もしく
は頻回行動制限例が2例以上あった指定入院
医療機関は1施設（14%）であり、クロザピン治
療を積極的に使用する指定入院医療機関では、
行動制限が減少できる可能性が示唆された。

2. 協議・指摘事項の評価システム

26年度のピアレビューにおけるピアレビュー
の提案事項は95項目、協議事項46項目があり、
検討して必要があれば改善がなされ報告され
ている。従来は提案や協議を行ったがその後の
経過を把握することが難しく、それぞれの施設
に任されていた。

提案事項はCPAなどの開催頻度、各種会議
の地域職員への参加呼びかけ、治療計画の見
直し、多職種チームのあり方、治療評価会議
の参加者（特に医師）、チームの情報共有のあ

り方、業務軽減への工夫、事務職員の業務見
直しと専属化、社会復帰における地域調整、外
泊計画の見直し、安全管理、観察レベルの見
直し（特に5分観察の提案）、CVPPPのトレ
ーニング、長期入院の検討、困難事例への取
り組み、生活技能への介入、プログラム数の豊
富化、性犯罪・放火プログラムの導入、発達障
害の評価、アルコール問題のスクリーニング、
服薬回数などの薬物療法、クロザピンの導入
や活用、NEARなど認知リハビリテーション、
家族へのアプローチの工夫、権利擁護での弁
護士の活用、裁判所や審判員の関与や定期カ
ンファレンスの実施（入院継続や退院申請に参
加）など多岐にわたる。

ピアレビューをした体験を自由記載で記入す
ると、訪問施設の印象や感想や次施設への振
り返りをするとところが最も力点が置かれてい
る。概観するとピアレビューとして訪問する側
も、まあ受け入れるし瀬も真摯に熱心に医療
観察法医療を向上させようとする意見に溢れ
ている。現場で交流することの必要性を強く感
じたとする意見が多い。

実例をいくつか紹介する。

「病院全体に先駆けてあえて医療観察法病棟
がクロザリル導入や禁煙導入をしているところ
は、積極性、柔軟性を感じた。MDT会議で
はメンバーそれぞれの意見を尊重する姿勢が
見て取れ、MDTの機能が正常に発揮されてい
ると感じた。それぞれの職種が自分のベストを
尽くす姿勢が見て取れ、とても感動した。対象
者のレベルに合わせた集団治療プログラムが
複数用意され、対象者が自身に合った集団治
療プログラムを選択することができることが
良い点であると感じた。今後は処遇終了では
なく正規ルートでの退院ができるように、また、
クロザリル内服中の対象者の退院先が確保で
きるように千葉県の指定通院医療機関への働
きかけが重要であると感じた。今後は処遇終
了ではなく正規ルートでの退院ができるように、

また、クロザリル内服中の対象者の退院先が確保できるように指定通院医療機関への働きかけが重要であると感じた。治療評価会議では看護が中心となり、MOMシステムの「まとめ」を活用して情報を共有、漏れのない運営をしているのがいい。看護主体のプログラムが多く、積極性があると感じた。常時観察は1時間交代制をとっており、職員の負担とリスクが軽減できている。弁護士の無料相談もあり、人権が守られている。医療観察法の申し立てがなされた段階から、保護者の権利が発生するため、早期に保護者選任手続きの説明など介入が必要である。」

「他施設の状況を実際に知る機会を得、医療観察法入院という同様の病棟運営・治療を行っているが、施設により多くの違いがあることを改めて感じた。一つには、当施設が2階建てで居住エリアと活動エリアが階で分かれているのに比べ、この病棟は1フロアという構造的な違いが、運営や治療に影響しているようだ。対象者が自由に行動できるエリアが多く、プログラムへの参加がしやすい、居場所を確保しやすい、外気浴が容易にできるなどの利点を感じた。創作活動や体を動かすプログラムも多く実施でき、対象者の自主的参加もしやすい環境という印象を受けた。当院でも、構造的な制約は仕方のない面があるが、その中で何か工夫できないかと考えさせられた。対象者の住所地が県外の方が半数以上であり、退院支援のための外出や環境調整に苦慮されていると思うが、入院期間がそれほど長期になっていないようであった。院外の関係者との連携の仕方の工夫などあると思われるが、今回詳しく知ることができなかった。それでも、長期入院者の退院支援の困難さでは共通の悩みが見受けられ、帰宅先、指定通院医療機関や支援体制確保などについて、指定入院医療機関同士及び他の関係機関との意見交換なども必要ではないかと感じた」

「CPA会議は12月に5件計画されており、積極的に地域との関わりを持っていると感じた。それぞれの職種が退院に向けた治療を意識しており、その姿勢が在院日数の短縮に繋がっていると思われる。MDT会議・MDT面接も数多く開催されており、活動的に治療を行っているという印象であった。外出泊時におけるリスクアセスメント・マネジメントのシナリオが具体的に描けておらず、リスクの捉え方が大まかであると感じた。例えば、当院では入院翌日に検査のために棟外に出ていく事は考えられないが、ほとんどの方が入院翌日に検査に行っているのでは、違和感はないですか、何かあればCVPPPで対応しますというスタッフの言葉に驚きを感じた。付添スタッフは、鑑定書情報と半日の対象者の状態観察だけでリスクアセスメントとマネジメントを行い、病棟外に出ていくのであろうか？アンテナの高さだけではリスクの回避や、より適切な対処は困難であると思われる。」

「集団の治療プログラムで、医療観察法病棟以外の病棟と共同で実施されるものがあり、マンパワーや各対象者に適したプログラムの選択にあたり効果的と感じた。また、プログラムがシステム化されており、各経過で取り組むプログラム、個人から集団さらに個人等、検討されていた。1つのプログラムを集中して行うとともに、プログラムからプログラムへの流れができていた。プログラムのシラバスがあり、必要な人に、必要な時期に活用できるようになっていた。」

「病棟全体の運営を見ても取りまとめ役が明確で、意思決定も非常にスピーディーであった。会議一つを取ってみても、職員全員がその会議で検討すべき内容を理解していたようだし、時間の使い方が非常にうまかった。会議は重要であることは言うまでもないが、それぞれの内容を明確化することで、議論が深まり時間の短縮化につながり、個々のケースにか

かわる時間を確保できているのではないかと
思われる。]

「社会復帰調整官がMDT会議に出席し、治療計画や共通評価項目の検討にまで参加していた。家族教室へも講師参加するなど入院中から治療チームの一員としてしっかりと位置づけられている。」

「5床の小規格併設型であり、個別のプログラムと全体のプログラムを組み合わせ、プログラム運営を行っていました。一方で、余暇活動の充実を目的とするようなレクレーションなどが少ないことも特徴的であったと考えられました。認知機能などに特化したプログラム作りとなっていました。小規格併設型であり、疾患に特化した集団のプログラム運営は難しい印象でした。専属となっている職種を軸とした、プログラム運営がなされていました。」

「併設病棟の看護スタッフは夜勤・日勤帯において両入院者を兼務しながら治療にあたっているため、マンパワーが活かさない構造となっている。マンパワー不足の影響としては、観察、集団プログラム、外出・外泊など人員の確保に苦慮する場面が多い。小規格としての患者数が少ないため集団のプログラム化が促進されにくい点がある。その反面MDTとしてのフットワークは良好であり、定例や緊急のMDT会議を開催している。情報の共有については情報シートなどで共有化のため工夫をしながら両入院者のケアに係わっている。病棟構造としては小規格であるため狭さがあり、隔離室も精神保健福祉法の患者の使用でベットコントロールを常に余技なくされている。

狭い病棟であるため、積極的な中庭の使用や別の階に移動してプログラム活動やレク活動をしたり宿泊訓練をしたりと積極的に工夫されている」

「行動範囲の制限がやや多い（急性期エリアとリハビリテーションエリアが常時施錠され

ている等）こと、治療プログラムの導入が遅いこと、グループプログラムが少ないこと、行動制限の実施が少なくないことから、対象者に負荷がかかることを心配するあまりに、治療的な介入に対して慎重になりすぎている面があると感じた。手厚い人的サポートが得られる入院期間中に、退院後にかかりうる負荷を安全な形で経験できる機会を積極的に提供し、アセスメントと治療に役立てることが、入院治療の効率化と有効化につながると考えられた。」

「小規格ユニットでのレビューということで2日間コースであった。症例数は少ないものの、観察ポイント自体は多岐にわたり、また今年度から新たな調査項目も増えているため、少なくとも3日間のコースが現実的と考えられた。」

3. 自殺未遂及び既遂の報告より

平成26年調査では、この1年間に自殺未遂10例と自殺既遂2例の報告があった。自傷と他害には関連が多いことが知られている。

未遂の報告には予測性なく事後に「行動化しない約束を結ぶ。洗濯剤や石鹼、シャンプー、イヤホン、乾電池などをスタッフ管理とした」「セキュリティや常時の配置の指標見直し、死にたい気持ちを積極的にきいていく。約束をとる」「観察・異常の早期発見。室内の石鹼類・シート類など、危険物を預かり、常時観察で対応」と観察レベルやリスクアセスメントで対応すると報告されている。一方で「常時観察から15分の観察レベルになるが、状態不安定のため、再度常時観察を行う。スタッフは希死年慮の確認を行っていた。洗剤等の危険物の持ち込みのリスク評価が必要。常時観察でも、自殺企図のリスクが高い方には意識して観察し関わる必要がある。病棟のハード面として、死角が多い、モニターが少ない、スタッフステーションから居室までが遠い、対象者数が多い

ためリスクの高い方が多くなればマンパワーが不足となると考える」と体制強化に課題を残すとする見解もある。

「自殺企図前に被害妄想が悪化しており、無断離院未遂を起こす等問題行動がみられている。しかし抑うつは感じられず、希死念慮を思わせる言動は乏しかった。また企図時もNsコールで行動をほのめかしており、自身の体重がかからないような状態で衣類を首に巻いていたことから、心情をスタッフに伝えるための手段であった可能性も高い。しかし、希死念慮が切迫しておらずとも、自傷行為を繰り返す中で既遂に至る可能性もあるため、病状悪化時には観察を密にする必要がある」と警告している。「入院後のMDTとの面接や家族との面会等現実に触れる機会が増え、内省が深まったことによる病状の悪化が考えられる。本人は言語化が不得手であり、また病状悪化時に思考や言動がまとまらなくなる傾向があるため、希死念慮を含め本人の内面の葛藤を具体的に把握することが難しいケースである」と内省への働きかけに言及している。

既遂例では「リスクアセスメントより、安全な環境の提供を意識する。不安拡大時に希死念慮増強のため観察レベルを30分から15分に変更。行動注意の意思統一を図る。入院時より、自殺企図のリスクが高いとアセスメントし慎重に関わっていた。日々の関わりの中での変化も捉え、話し合い、観察レベルの変更や情報交換を行っていたが、対象者の不安、心配等が高まり自死に至った。常時観察、トイレ内の本人の存在を確認しなければ防止が難しかったと考える。夜勤帯での人数の少なさ、広範囲の居室状況、リスクの高い方が多いとマンパワーに限界が生じる」と意見している。

同様に既遂例で「外泊を重ねた後での自殺既遂例。生活能力は保たれており、経済的にも安定しているため、退院に向けては順調であるという評価がなされていた。前日は、前向きな

発言も目立っており、今後の予定のための買い物等も行っていたため、予測は困難であったと思われる。ただ、家族の再統合を進めていったとは言え、妄想の対象である配偶者への疑念は残存しており、また地域生活への不安も強く、その中での同居という選択肢はリスクが高かったように思われる。ただ、様々な要因を考慮し、自宅同居に至ったのだと考えられる。そのため、本人が退院後の生活を受け入れていけるよう、本人のペースに合わせた治療の提供や、率直な思いを話せるような場が必要となるように考えられる。」と家族での自傷リスク評価の難しさを示している。

D. 考察

平成26年度のピアレビュー時における全国の指定入院医療機関でのクロザピン治療中の対象者は92例であり、全国の指定入院医療機関病床の総数792床で計算すると11.6%の対象者がクロザピン治療を受けていた。平成26年11月に全国でCPMS登録されクロザピン治療を受けた患者は2,948例であり、平成23年の全国調査では17.2万人の統合失調症者が精神科病院で入院治療を受けており、この公表されたデータから考えると1.7%しかクロザピン治療を受けていないことになる。一般精神科治療と比較し、医療観察法病棟ではクロザピン治療に積極的に取り組んでいると言える。

しかし、クロザピン治療例数は最大値9例～最少値0例と指定入院医療機関間で格差が大きい点は課題である。クロザピン治療例が5例以上いる指定入院医療機関は8施設(25%)ある一方で、8施設は1-2例(25%)、7施設は0例(22%)に留まっている。約半数近くの指定入院医療機関はクロザピン治療を全く行っていないか、1-2例しか行っていない現状から考えると、クロザピン治療に積極的な指定入院医療機関と、消極的な機関に二分化されている可能性がある。今後、医療観察

法医療でクロザピン治療を推進するためには、特に消極的な機関に介入が必要と考える。

また、海外文献等によると日本の指定入院医療機関に当たるイギリスの保安病棟では60-80%がクロザピン治療を受けていると考えられ、現在の指定入院医療機関の11.6%の治療率はいまだ低いと言える。全統合失調症患者の治療抵抗性統合失調症者は20～30%存在することより、まずは20～30%のクロザピン治療率を目指すことが現実的であろう。

平成26年度のピアレビュー時のデータを基に、全国の指定入院医療機関で7日以上長期もしくは年に3回以上の頻回行動制限例について検討した。長期もしくは頻回行動制限例は最大値4例～最少値0例であり、4例は1施設(3%)、2例は5施設(16%)、1例は14施設(44%)、0人は10施設(31%)あり、人数が不明な指定入院医療機関が2施設(6%)あった。長期もしくは頻回行動制限は1施設だけ4例認めしたが、74%の施設は1例もしくは0例であり、行動制限の長期化が進行している傾向は少ないと考える。

全国の指定入院医療機関のクロザピン治療と長期もしくは頻回行動制限例の関係性についても検討した。クロザピン治療が0例の指定入院医療機関は7施設あり、この中で長期もしくは頻回行動制限例が2例以上あった指定入院医療機関は3施設、43%であった。一方クロザピン治療が5例以上の指定入院医療機関は8施設で、この中で長期もしくは頻回行動制限例が2例以上あった指定入院医療機関は1施設、14%であった。このデータからはクロザピン治療を積極的に使用する指定入院医療機関は、消極的な機関に比べると行動制限が減少できる可能性が示唆された。ただし、指定入院医療機関は病床数、患者背景、地域の医療状況等が違うため、今回のデータだけで結論を出すことはできない。

表4：全国の指定入院医療機関のクロザピン治療者数

クロザピン治療者数	施設数(割合)
5例以上	8施設(25%)
3-4例	9施設(28%)
1-2例	8施設(25%)
0例	7施設(22%)

表5：全国の指定入院医療機関の長期(7日以上)もしくは頻回(3回以上)行動制限者数

長期もしくは頻回行動制限者数	施設数(割合)
4例	1施設(3%)
2例	5施設(16%)
1例	14施設(44%)
0例	10施設(31%)
人数不明	2施設(6%)

精神科領域での事業としてのピアレビューは医療観察法入院施設が初めてである。これまで研究として行われてきたが、予算上の制限があり、ピアレビュー期間やメンバーに限りがあった。今回は3職種で5日間のピアレビューが実施されて成果をえた。

基本評価ではガイドラインに沿っての医療であるが、入院期間が長期化する傾向があるもの、社会復帰促進への意向は明確に示されて、そのための提案を訪問施設職員とピアレビュー共に意識して意見交換に励んでいる。長期入院症例及びその可能性が高い暴力リスクの高い症例の集積を通して、対策を検討して改善を提案している。そのためにはクロザピン導入は不可避であり、その成功症例が報告された。しかし治療効果が限定的な症例や副作用で使用が困難となりクロザピン抵抗性というカテゴリーも出てきている。

D. 結論

今回は医療観察法病棟の基本的評価として全体的な評価、長期入院症例とそれに関連する暴力や治療抵抗性症例に関して、双方性の意見や情報交流の在り方を可視的で、その後の変化を評価しうる方法で実行した。同じ方法を踏襲しながら、重点項目として安全やリスクアセスメントとリスクマネジメント、社会復帰促進へ多様な試み、具体的な治療プログラムの評価や技術移転、多職種チームの運用

などに焦点を合わせる方法も導入して、医療観察法医療の均霑化を図ることに寄与する。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

表6

番号	性	年代	対象行為	主診断	副診断	病歴	対象行為
1	女	40	放火未遂	F2		高校1年から不登校。自閉的な生活となり、母親に対する暴力が増えた。X年からクリニックに通院、適応障害と診断された。幻聴や被害妄想、母親への暴力のため4回入院。奇声や暴れることからアパートで独居。ATMの端末を蹴るなどの粗暴行動あり。アパートを退去させられたため最終入院後はクリニックの管理下にあるマンションに居住しACTサービスを受けていた。	「火をつけろ」との幻聴に影響され、放火した。
2	女	40	殺人	F2		X-11年(28歳)離婚。離婚後、子どもを引き取り、実母とともに生活。X-10年、奇異な行動や暴力行為が続き、精神科を受診したがすぐに治療は中断した。同年、無理心中を図り子ども2人を同乗させたまま車で海に飛び込み、2人を殺害し、懲役6年の刑が確定。X-3年の出所時に刑務所長の通報で、措置入院となり、計3回の入院を行い、通院とデイケア通所を継続していた中で、X年に対象行為に至った。	自宅において、祖母(当時90代)に対し、殺意をもって、就寝中の同人の首にロープを巻き付けて締め、頸部圧迫(絞頸)による窒息によって死亡させて殺害した。
3	男	60	放火	F3		28歳から躁病相とうつ病相を反復、入院も計16回と頻回。経過中の自傷他害はいずれもうつ病相で生じており、対象行為以外に手首自傷がみられている。躁病相では多弁多動、逸脱行為、乱費、威嚇、易怒性、誇大性等がみられている。	うつで混乱状態となり、ガソリンを家に撒き放火した。

治療経過	コメント1	コメント2	退院可能性	CLZ
入院後も幻聴体験が持続し、不穏となると椅子を投げるなどの行動化も生じていた。EPSも生じやすく、薬物調整も困難である。自己の希望が通らない時に不機嫌になりかんしゃくを起こす行動パターンも持続している。若干落ち着くようになったがなお不安定な状況が持続している。	活発な病的体験に影響を受けており、思考内容が整わず、周囲との折り合いが悪くなると易刺激的になりうる状況である。抗精神病薬(QTP、ニューレプチル)の増量によりコントロールを凶っているが、治療抵抗性が強い場合はクロザピンの使用も選択肢として必要かと思われる。同剤による衝動的な問題への緩和作用に期待したい。	疎通性は不良で、拒否性が強い。スプーンで床頭台をたたき続けるなどの常同的な行動も認められ、話の内容もまとまりに欠いている。しかし洗濯は自力で行うことが可能であり、看護師との関係性は良好で、看護師を思いやるような発言もあり、保たれている部分も確認できた。ロドピンで悪性症候群の既往あり。	③A	
ロナセン24mg、インヴェガ9mg、セロクエル600mgなどの十分量の薬物療法を1剤もしくは2剤併用で行っているが、病状は不安定で暴力行為による隔離を約4か月間継続している。徐々に開放時間は延長されているが、病状は未だ不安定である。母親に対しくり返し疾病教育を続けているが、理解が乏しい状態が続いている。クロザピン治療を開始予定としている。	病状は不安定で衝動性が高く暴力行為のリスクが高く、十分量の薬物療法においても改善が乏しい例である。自傷や他害のリスクは非常に高く、クロザピン治療に加え丁寧な心理的介入、環境調整、母親への疾病教育を行う必要がある。	クロザピン治療は必須であるが、それだけでリスクを低減させることは難しく、医療観察法の入院治療を時間をかけて丁寧に行い社会復帰を目指す必要がある症例である。	③A	
入院後うつ病相は観察されず、刺激やストレスで躁転を繰り返した。向精神薬増量でふらつき・嚥下など身体機能が強く損なわれ、白血球数と好中球数の減少傾向が持続し、隔離による刺激・ストレスの統制を行わざるを得ない状況が続いた。主剤を非定型抗精神病薬からスルトプリドに切り替え躁病相の出現は軽減しつつある。帰住地域への外出を計画中。	気分安定剤と複数の抗精神病薬を併用したが、日常の刺激に容易に反応して躁状態の再発を繰り返した。また、眠気や好中球減少等の副作用により薬物調整が必要となった。慎重に時間開放を繰り返してようやく隔離解除となった。今後もさらなる薬物調整の可能性等も検討しつつ病状の安定を目指していただきたい。		③B (mECTも検討)	

番号	性	年代	対象行為	主診断	副診断	病歴	対象行為
4	女	20	殺人	F3		父のDVで両親離婚、母はアルコール依存症。小学生の頃より万引きを繰り返す。高校卒業後、就職するが8ヶ月で退職。その後再就職するが、X年4月頃よりイライラして不眠が生じる。同年5月には浪費傾向が出現し、妻子ある男性と交際開始。同年6月近医にて「双極性感情障害」とされ、医療保護入院する。7月には気分高陽傾向であったが退院。その後、服薬を自己中断した。	X年7月、入水自殺しようとしているのを警察が発見し保護される。その後帰宅するも、翌日実母を殺害した。
5	男	20	強制わいせつ未遂	F2	F7	中学入学後、勝手な行動が目立ち、対人トラブルが多く精神科を受診。X年高校に進学。異常行動が見られ精神科に入院し統合失調症と診断。X+4年、両親に被害妄想を抱き、父親を骨折させるほどの暴力がみられ措置入院。退院後は3年間デイケア通所したが、入退院を繰り返した。対象行為前は服薬が不規則になった。	被害女性に対し、わいせつ行為をする目的で暴行を加えたが、同女がその場から逃走したため、その目的を遂げなかった。
6	男	60	強盗未遂	F2		X-36年頃から不眠、落ち着かなさ、仕事の成績低下などあり精神科受診。X-18年には被害妄想を訴え、X-17年に離婚した。この頃から同居の実母に暴力を振るうようになり入院し生活保護を受けた。以後転院し途中身体科入院を挟んで X-13年まで入院。X-9年にはわいせつ行為で措置入院。X-3年にも他人に包丁を突きつけ措置入院となった。対象行為直前にデボ剤中止して以来怠薬傾向になった。	X年、店で店員に包丁を突きつけ、100万円を要求したが、店員が警察に通報したため目的を達せなかった。
7	男	40	殺人未遂	F2		幼少期より敏感さあり。生活態度が変化しX-11年クリニックを受診し、2週間に1回通院。X-17年、統合失調症で入院し、退院後通院とデイケアに通った。X-4年以降、入退院を繰り返す。入院中は被害妄想や興奮などのため隔離拘束を要した。X-1年同級生の家に無断で侵入し住人を脅迫するなどし入院。対象行為数日前より、不眠、意味不明な言動で救急外来受診を繰り返した。	X年、実母を手拳で殴打した後、殺意をもって包丁で左頬を切りつけ、右側腹部を突き刺して殺害しようとしたが、実弟に取り押さえられたため、全治2週間を要する傷害を負わせたにとどまった。

治療経過	コメント1	コメント2	退院可能性	CLZ
<p>転入院当初は環境の違いに混乱し、妄想様の発言や注意喚起様の自殺企図が出現した。また、抑うつ状態で緘黙が続いたこともあり転院後の治療はスロースタートになった。現在はある程度活動性をキープした状態を維持している。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・前病院との治療方針や治療環境の差による治療進行の遅れ ・抑うつ、緘黙状態時のスタッフの対応方法の統一、混乱 ・本人に好意を持った男性対象者同士がバトルに至ってしまう ・薬物療法…アナフラニール注射は効果なし→リフレックスで躁転→リチウム+アリピプラゾール改善→アリピプラゾールで錐体外路症状出現→バルプロ酸600mgで抑うつ→ラミクタール100mg+ジプレキサ 	<p>恋愛等を含む女性の健康をテーマにしたようなプログラムを組むと良いと思う。</p>	<p>家庭環境が複雑な症例なので、退院調整が困難であることが伺える。</p>	<p>③B (パーソナリティ、知的能力の評価は？ OLZ大量？)</p>	
<p>入院後、精神病性症状や気分症状は寛解状態であり、大きなトラブルはなかった。しかし、その知的な問題や未熟なパーソナリティから退行がみられ職員に対して依存的であった。対象行為に対しては、反省の弁を述べるものの表面的である。病識や治療必要性に対する理解も同様に深まりがない。</p>	<p>知的な課題から対象行為に対する内省の深まりがなく他罰的である。また、セルフモニタリングができず病識の獲得には至っていない。そのことから、治療の必要性や自立に向けた取り組みに対する理解に乏しく、家族や支援者に対する退行がみられた。</p>	<p>知的な特性から疾病理解や内省の獲得が困難なケース。薬物治療により精神病症状や気分の安定につながったことで衝動性はある程度減じたよう。セルフケア能力が低く、地域での生活において包括的な支援が必要になるが、病的退行もみられるため、自立促進的に働きかける取り組みが必要である。</p>	<p>③B</p>	
<p>X年7月にA病院に入院後、同年11月にB病院に転院。病識や対象行為への認識、処遇の意味についての理解が全く欠けていた。その後の治療により明らかな陽性症状は見られなくなり、自ら「薬は大事だから飲みます。」と言っている。しかし奇妙なこだわり・行動は持続し、病識についても中途半端。</p>	<p>長期に通院。入院しながらも、病状不安定なまま適応水準を低下させて来た症例で、従来の精神保健福祉法体制の不備がこの症例の経過に集約されていると言える。</p>	<p>今後、多職種による心理社会的プログラムを継続し、更なる改善を目指す。本人の機能低下が著しいとして、低下しているなりの適応の方法を身に付けて行くという視点が必要な場合もあるだろう。</p>	<p>③B</p>	
<p>妄想、幻聴があり、独語、空笑も目立つ。プログラムへの参加も拒否。非常に易怒的で暴言を吐くことが多かった。CLZを開始したが、倦怠感を理由に拒薬したため中止。翌年、職員に対し殴りかかったため隔離。母親よりCLZ投与の同意を取得し、本人に未告知で投与開始。CLZ250mgで興奮がみられなくなったため、身体拘束解除とした。その後600mgまで漸増したところ、幻覚妄想や独語空笑は変化がないが、衝動性は減じ隔離解除となった。現在のところ、一部職員とは落ち着いて会話ができて、暴力行為もみられない状態が続いている。</p>	<p>病識がなく治療に対し否定的である。CLZ導入後から衝動性は減じているものの異常体験は活発に残存し、二重見当識のなかで生活を送っている。特定のスタッフとの会話はかろうじてできるが、治療の話題になると不機嫌になるなど、疾病理解が深まらない。セルフケア能力も低下しており、支援を要するが介入が難しい。</p>	<p>基本的な信頼関係が築くことが難しく、治療や生活への支援介入が困難である。病識に乏しく治療の必要性が深化しないため、治療継続性にも課題が残る。急性期ステージでの療養が1年半経過していることから、治療の受け入れや治療関係の構築の困難さがうかがえる。今後は地元の指定入院機関へ転院予定である。</p>	<p>③C (併用も検討)</p>	○

番号	性	年代	対象行為	主診断	副診断	病歴	対象行為
8	女	30	殺人未遂	F2		X-17年(16歳)よりクリニック通院。X-7年、同棲相手を包丁で刺し、起訴猶予となる。X-4年、父を包丁で刺した。そのため医療観察法入院となった。X-2年通院処遇開始。その間、入院を繰り返す。X年7月に母親を蹴飛ばし包丁を持ち「殺すぞ」と怒鳴る、電車内の乗客を蹴るなどの行為も起こし、措置入院となる。X年8月、再入院の申し立てがなされた。	X-2年、実父(当時70代)に対して殺意をもって、包丁でその腹部を突き刺したが、同人に全治約25日間を要する傷害を負わせたにとどまった。
9	女	50	殺人	F7		小学5学年から特殊学級。高校進学せず。過量服薬の既往あり。X-32年、半年間入院。X-15年、自傷・自殺企図などで入院。X-10年、被害妄想、焦燥、不穏で入院を反復。衝動性に基づく粗暴行為、妄想に基づいた家族への問題行動があり。入院中5回に亘る自殺企図があり、他患者を殺して刑務所に入りたいという言動があり、その後入院中に対象行為。	X年、70代女性に対し殺意を持って、その頸部に針金様のものを巻きつけて締めつけた上、同人の顔に枕を押しつけ、絞頸及鼻口閉塞により窒息死させて殺害した。
10	女	20	放火	F2	F7	未熟児で出生し幼少期より知的障害あり。兄弟は全員父親が異なり、母は養育放棄して家出を繰り返した。中卒後は引きこもり、20歳時母の蒸発を機に自傷、器物破損を繰り返し、精神科受診。24歳より幻聴、独語が出現した。対象行為の数か月前より、警察に自殺をほのめかす、大量服薬したと嘘をついて救急搬送を要請する等を繰り返していた。	自宅に放火し全焼させた。
11	男	70以上	殺人未遂	F1		若年時より大量飲酒であったが、アルコール問題に向き合うことはなかった。過去に酩酊下で対人トラブルが数回あり、その中には傷害事件になったものが2件あり1度服役している。アルコール依存症については対象行為時まで指摘されることはなく未治療で経過していた。	被害者を物干し竿で殴り、殺意を持って包丁で胸部を刺そうとしたが抵抗され同人に対して加療1週間におよぶ傷害を負わせるにとどまった。

治療経過	コメント1	コメント2	退院可能性	CLZ
再入院後、被害的な訴えや暴言が出現、主治医に対し暴力。m-ECT実施、疎通性が改善しクロザピンを開始した。状態は徐々に安定し、プログラム参加もしていた。現在は日課には定期的には参加できず、プログラムにも参加したくないなどの発言も聞かれ、幻聴などの精神症状やスタッフに対する被害感も持続している。また、基本的な生活習慣も倦怠感や精神症状などを理由にほとんどしない状態である。	反社会的なパーソナリティ傾向と医療観察法による再入院が、入院を長期化させている最大の要因であると思われる。また、クロザピンによる一定の治療効果も得られているが、ECTによる治療効果が顕著に認められていることを考慮すると、クロザピン継続に加えてmaintenanceECTも検討すべきと思われる。	異常体験だけでなく、パーソナリティの偏向性も病状や犯罪に大きく影響している可能性が高いと思われる。医療観察法の適応を含めて、処遇終了についても検討する必要があると思われる。	③C mECT (併用も検討)	○
A病院に入院。精神病症状見られず統合失調症を診断から除外した。本人は知的障害有し言語できず要因の詳細は不明だが、対象行為の内省が深まるにつれ、自殺企図・自傷を反復したため、抗精神病薬を継続し観察レベルをそのたびに上げざるを得ない状況が続いた。そのため入院処遇の進捗には時間を要した。X+3年9月B病院に転院。	統合失調症診断を除外後も、知的障害の診断で入院処遇が継続されているケース。精神病症状の関与するものであれば薬物療法による改善に期待できるが、知的障害とその長年の経過で生じている自傷・他害であればこの先も長期的な関与が必要と考えられる。本人の特性と課題の明確化、そして限界の査定とそれを補完する周囲の体制、クライシスプランを整えることが必要。		③C (診断再考)	
入院時より、自傷、粗暴行為、逸脱行為あり。暴力行為で、X年3-9月隔離。以降、異食あり。同年10月回復期に移行、運動や散歩を行うも、異食や器物破損で、X+1年2月4日間隔離、6月8日間隔離、解除当日器物破損で再隔離し、現在まで隔離継続。同年4月よりCLZ投与開始。好中球減少での一時休薬中、著しい精神運動興奮状態となった。	・隔離中必ずしも常時観察がなされておらず、むしろスタッフの気を引くための逸脱行動が増えた印象。常時観察で対象者と関わりつつ、本人が望ましい行動を行った際に正のフィードバックが行われるような治療構造の工夫ができるとよい。	CLZを含め、薬物療法の効果は極めて限定的(休薬中の精神運動興奮状態は離脱によるものの可能性)。精神病よりは、知的障害による現実検討障害と、幼少期からのネグレクトによる不安定な対人関係が逸脱行動に影響している印象。行動療法的な関わりで環境への適応を促すことは必要。施設内適応がある程度得られた後は、治療反応性について検討し、医療観察法の入院が長期化しない配慮が必要。	③C	○
入院時より認知能力、ADLが低下し介助が必要なことが多い。物質プログラムを個別で実施しているが理解力が乏しい。他のプログラムは声掛けすると参加するが、自発的に参加することはない。内省も数回試みたが無然とした態度をとり、対象行為に向き合う姿勢はみられない。	治療意欲、理解力の乏しい対象者に対して、各職種同士が協力し粘り強く向き合っている。身体管理もきめ細やかに行われている。カルテ記載は濃密でありながら要点をおさえている。	長年にわたるアルコール多飲、アルコール依存である上に、対象行為時まで未治療であり、高齢、認知能力の低下、ADL低下が認められ、大きな改善を望むことは難しい症例である。目標を高く設定すると、それをいつまでも達成できず、入院期間がいたずらに長期化するので、目標の設定に工夫が必要である。	③D	

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）

医療観察法の向上と関係機関の連携に関する研究

（研究代表者：中島 豊爾）

分担研究

指定入院医療機関に関する基礎的調査と医療の向上に関する研究

平成 26 年度

分担研究報告書

平成 27（2015）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

分担研究報告書

指定入院医療機関に関する基礎的調査と医療の向上に関する研究

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：

朝比奈次郎（国立精神・神経医療研究センター病院）

佐藤真由美（国立療養所多磨全生園）

永田 貴子（国立精神・神経医療研究センター病院）

池澤 聡（国立精神・神経医療研究センター病院）

大森 まゆ（国立精神・神経医療研究センター病院）

田口 寿子（国立精神・神経医療研究センター病院）

研究要旨

1. 平成26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」を継続実施した。
2. **研究1**：全国の指定入院医療機関30施設32病棟を対象として、Kaplan-Meier法により入院日数を推計した。推計入院日数の中央値は772日（95%信頼区間751-792日）、平均値は989日（95%信頼区間946-1,032日）であった。
3. **研究2**：病床あたりの年間隔離実施件数を経年的に見ると、平成19年度から平成25年度まで0.107~0.223/床/年の範囲内で推移していたが、平成26年度は、0.205/床/年であった。拘束については、平成19年度から平成25年度まで0.023から0.047/床/年で推移していたが、平成26年度には0.048/床/年となり、増加傾向を認めた。
4. 修正型電気けいれん療法（m-ECT）の実施状況は、医療観察法施行から平成25年度まで47名であったが、平成26年度は1年間で20名に実施された。平成26年度の調査期間中にクロザピン投与を受けていた者は85名であった。修正型電気けいれん療法m-ECT（modified electric convulsive therapy）およびクロザピン投与は増加傾向を示した。m-ECTについては倫理会議による事前承認率が低下しており、入院処遇ガイドラインの徹底が必要である。

平成26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」の2つの研究を実施した。

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。

研究1. 指定入院医療機関における入院期間調査

B. 研究方法と対象

A. 研究目的

平成17年に医療観察法が施行され、平成19

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26年7月15日現在までにおける入院対象者の社会学的特

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®を用いて、Kaplan-Meier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研究代表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26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、30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、小規模病棟5床程度の3つに分類した。運用日数は256日～3,287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2,655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502名が含まれていた。転院例については、平成26年7月15日現在または退院時において入院していた医療機関の入院対象者として集計した。転院例を除いた2,153名の対象者の年代、性別、ICD-10による診断内訳、対象行為の内訳はそれぞれ表1-1-3～5に示した。

調査時点における転帰は、表1-2-1に示したとおり、入院中754名（28.4%）、退院1,399名（52.7%）、転院502名（18.9%）であった。退

院の内訳は、通院処遇1,110名（79.3%）、処遇終了258名（18.4%）、死亡18名（1.3%）、抗告退院10名（0.7%）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925日（95%信頼区間890-961日）、750日（95%信頼区間729-770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989日（95%信頼区間946-1,032日）、772日（95%信頼区間751-792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20～26年度までの7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る傾向を示していた。

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：1,008日（95%信頼区間959-1,057日）、783日（95%信頼区間755-810日）、女：924日（95%信頼区間832-1,016日）、759日（95%信頼区間729-788日）であった。有意差は無かった。入院日数と入院継続率との関係については図3に示した。

指定入院医療機関においては退院後の地域調整など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1-3-5に示し、入院日数と入院継続率との

表1-1-1 指定入院医療機関の整備状況 (平成26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 -独立行政法人国立病院機構-	平成17年7月15日	1	3,287
花巻病院	平成17年10月1日	1	3,209
東尾張病院	平成17年12月1日	1	3,148
肥前精神医療センター	平成18年1月1日	1	3,117
北陸病院	平成18年2月1日	1	3,086
久里浜医療センター	平成18年4月1日	1	3,027
さいがた医療	平成18年4月1日	1	3,027
小諸高原病院	平成18年6月15日	2	2,952
下総精神医療センター	平成18年10月10日	1	2,835
琉球病院	平成19年2月1日	1	2,721
菊池病院	平成19年9月3日	1	2,507
榊原病院	平成19年10月15日	2	2,465
賀茂精神医療センター	平成20年6月24日	1	2,212
やまと精神医療センター	平成22年8月1日	1	1,444
鳥取医療センター	平成22年5月1日	3	1,536
-都道府県立-			
山口県立こころの医療センター	平成23年2月1日	3	1,260
埼玉県立精神医療センター	平成23年10月1日	1	1,018
茨城県立こころの医療センター	平成23年10月1日	2	1,018
大阪府立精神医療センター	平成19年9月7日	3	2,503
岡山県精神科医療センター	平成19年10月1日	1	2,479
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	2,296
群馬県立精神医療センター	平成21年6月15日	2	1,856
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	2	1,583
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	1,625
山梨県立北病院	平成22年7月1日	3	1,475
静岡県立こころの医療センター	平成21年3月24日	2	1,939
東京都立松沢病院	平成22年3月1日	1	1,597
鹿児島県立始良病院	平成22年7月1日	2	1,475
栃木県立岡本台病院	平成25年6月1日	2	409
滋賀県立精神医療センター	平成25年11月1日	2	256
		平均	2,176

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
独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター病院 -独立行政法人国立病院機構-	265	7.4%
花巻病院	173	4.3%
東尾張病院	172	2.5%
肥前精神医療センター	175	1.9%
北陸病院	164	2.1%
久里浜医療センター	198	6.4%
さいがた医療	159	0.8%
小諸高原病院	92	1.6%
下総精神医療センター	162	5.1%
琉球病院	133	1.9%

菊池病院	78	2.3%
榊原病院	69	3.3%
賀茂精神医療センター	106	6.8%
やまと精神医療センター	64	3.5%
鳥取医療センター	28	0.4%
－都道府県立－		
大阪府立精神医療センター	58	9.1%
岡山県精神科医療センター	135	7.2%
長崎県病院企業団 長崎県精神医療センター	69	2.5%
群馬県立精神医療センター	29	3.9%
長野県立こころの医療センター駒ヶ根	16	0.6%
神奈川県立精神医療センター芹香病院	43	3.1%
山梨県立北病院	16	1.6%
静岡県立こころの医療センター	14	1.9%
東京都立松沢病院	79	4.1%
鹿児島県立始良病院	16	1.6%
茨城県立こころの医療センター	35	2.5%
埼玉県立医療センター	58	5.8%
栃木県立岡本台病院	18	1.6%
山口県立こころの医療センター	12	1.4%
滋賀県立精神医療センター	19	2.9%
計	2,655	100.0%

表 1-1-3 入院対象者の年代・性別

	男	女	計
20代	258	60	318
30代	415	122	537
40代	367	107	474
50代	383	147	530
60代	174	44	218
70代	44	15	59
80代	14	2	16
90才以上	1	0	1
計	1,656	497	2,153

表 1-1-4 診断内訳 (ICD-10)

	退院	入院中	計
F 0	47	9	55
F 1	107	49	156
F 2	1,095	624	1,719
F 3	78	43	121
F 4	9	5	14
F 5	1	1	2
F 6	14	4	18
F 7	22	9	31
F 8	20	9	29
F 9	2	1	3
G 3	2	0	2
G 4	2	0	2
計	1,399	754	2,153

表 1-1-5 対象行為の内訳

	退院	入院中	計
殺人	220	134	354
殺人未遂	226	142	368
傷害	460	269	729
強盗	39	21	60
強盗未遂	25	11	36
強姦	1	0	1
強姦未遂	11	2	13
強制猥褻	47	20	67
強制猥褻未遂	6	4	10
放火	318	137	455
放火未遂	45	11	56
なし	1	3	4
計	1,399	754	2,153

表 1-2-1 H26年 7月15日現在の転帰

入院中	754 (28.4%)				
退院	1,399 (52.7%)	通院処遇	1,110 (79.3%)	家族同居	340 (30.6%)
				施設入所	324 (29.2%)
				単身	257 (23.2%)
				入院	189 (17.0%)
		処遇終了	258 (18.4%)	医療なし	19 (7.4%)
				通院	78 (30.2%)
				入院	161 (62.4%)
		抗告退院	10 (0.7%)		10 (100.0%)
		死亡	18 (1.3%)	自殺	10 (55.6%)
				病死	8 (44.4%)
		不明	3 (0.2%)		
転院	502 (18.9%)				
計	2,655 (100.0%)				

表 1-2-2 転帰と年代

	入院中	退院					計	転院	計
		抗告退院	死亡	処遇終了	通院処遇	不明			
20代	101	1	2	26	188	0	217	76	395
30代	183	3	1	49	301	0	354	134	671
40代	204	0	4	36	228	2	270	122	596
50代	167	4	5	76	278	0	363	119	649
60代	78	2	4	45	89	0	140	35	253
70代	19	0	2	18	20	0	40	15	74
80代	2	0	0	9	5	0	14	1	17
90才以上	0	0	0	0	1	0	1	0	1
	754						1,399	502	2,655

表 1-2-3 転帰と性別

	入院中	退院					計	転院	計
		抗告退院	死亡	処遇終了	通院処遇	不明			
女	178	3	4	58	254	0	319	101	598
男	576	7	14	201	856	2	1,080	401	2,047
	754	10	18	259	1,110	2	1,399	502	2,655

表 1-3-1 対象者の入院期間 n=2,123 (事象の数1,369)

	日数	95%信頼区間
中央値	750	(729-770)
平均値	925	(890-961)

Kaplan-Meier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

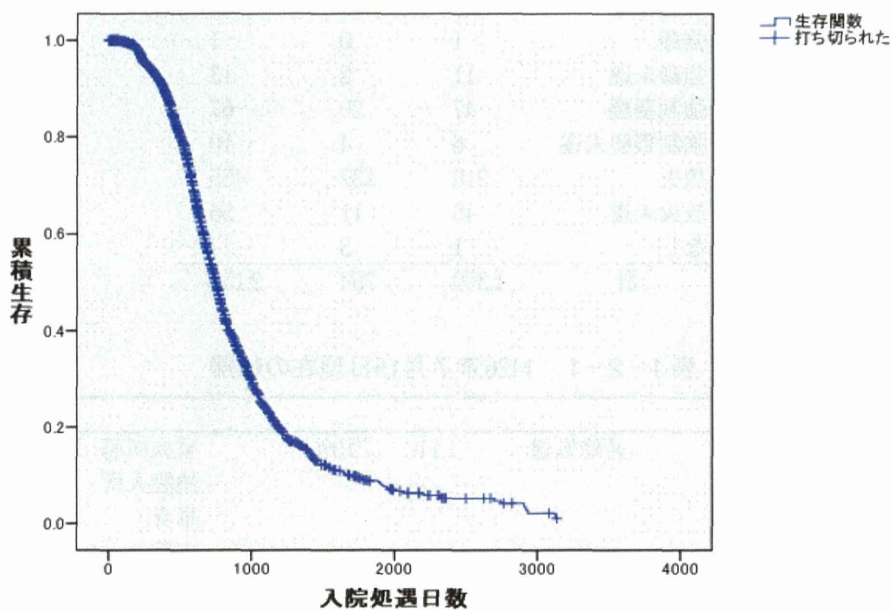


図 1

表 1-3-2 対象者の入院期間 n=1,864 (事象の数1,110)

	日数	95%信頼区間
中央値	772	(751-792)
平均値	989	(946-1,032)

Kaplan-Meier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

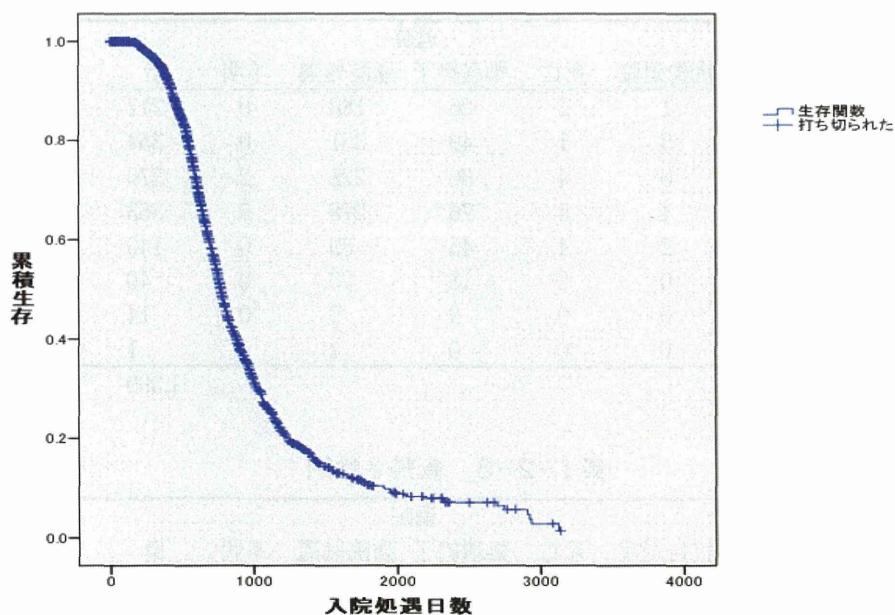


図 2