

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））

医療観察法における退院後支援に資する研究

分担研究報告書

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：

医療観察法入院医療の長期化が課題とされたが、「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」¹⁾では入院6年を超えても改善して通院処遇へ移行した群と改善せず処遇終了して精神保健福祉法入院した群（処遇終了-入院）を認めた。入院期間に依らず頻回/長期の行動制限を受けた行動制限群²⁾でも同様で³⁾、処遇終了-入院の運用に施設差、診断分類による運用の差を認めた⁴⁾。本研究では指定入院医療機関の運用の差をさらに分析するため、重度精神疾患標準的治療法確立事業のデータの利活用に関する研究事業（以下、利活用研究事業）によるデータ（平成17年7月15日～令和元年7月31日に入院処遇となり、令和3年7月31日時点で退院済みの対象者、n = 2,993；対象1）と、指定入院医療機関全35施設から得た施設単位調査（対象2）のデータを用い、入院期間と処遇終了率の施設差とその要因を分析した。

対象1では通院処遇移行までの日数平均、処遇終了率ともに施設間の有意差を認めた。対象2の平均在院日数と処遇終了率は施設ごとの代表値であるため有意性検定はできないが、平均在院日数は732日から2,846日に分布、処遇終了率は0%から38.7%に分布した。両者に有意な相関はなく、平均在院日数は短い処遇終了率が高いという施設も見られた。

平均在院日数の短縮には(1)地元自治体でのネットワーク研修、(2)保護観察所との合同企画、(3)自施設での通院処遇事例数、(4)依存症入院医療管理加算の算定、(5)児童・思春期精神科入院医療管理料の算定、(6)算定している施設基準の種類数が関連し、医療観察法病棟の平均在院日数の短縮のために病院全体の機能の向上、医療観察法にかかわる通院の機能と地域機関との連携の向上が求められた。パフォーマンス指標を全職員で共有している施設は平均在院日数が短く、課題を職員全体で共有することの重要性を認めた。

処遇終了率に関連したのは(1)看護師の男女比、(2)倫理会議頻度、(3)病院全体の病床数、(4)医療観察法病棟を除いた病棟数であり、解釈に困難をきたした。パフォーマンス指標の具体的活用方法の設問には処遇終了率に関する回答がなく、各指定入院医療機関が処遇終了率の問題に意識が向いていない可能性が推察された。本研究では各施設の平均在院日数と処遇終了率を縦横にプロットして示したが、各施設の平均在院日数の裏には、処遇終了の運用の問題もある。処遇終了の運用の問題について全国の指定入院医療機関が喫緊の課題として共有すること、各施設の処遇終了の運用について精査をすることが求められる。

研究協力者（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
高野真弘	同上
武川未怜	同上
中辻望来	同上
梨谷寛幸	同上
和田美智子	同上
榎本翔太	同上
大居真美	同上

A. 研究目的

「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（以下、医療観察法）」の入院の長期化が課題とされたが、「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」¹⁾では入院6年を超えても改善して通院処遇へ移行した群と改善せず処遇終了して精神保健福祉法入院した群(処遇終了-入院)を認めた。入院期間に依らず頻回/長期の行動制限(入院以来5回以上の隔離/合計28日間以上の隔離/1回以上の拘束のいずれか)を受けた行動制限群²⁾でも同様で³⁾、処遇終了-入院の運用に施設差、診断分類による運用の差を認め、特にF1(物質関連障害)で施設差が大きい⁴⁾。

本研究では指定入院医療機関による差をさらに分析し、指定入院医療機関の医療や処遇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：平成17年7月15日の医療観察法制度開始から令和元年7月31日までに医療観察法入院処遇となり、令和3年7月31日時点で

退院済み対象者として利活用研究事業事務局より提供を受けたデータ(n=2,993)。利活用研究事業運営事務局により(ア)オプトアウトの申し出のあった事例、(イ)信頼性が担保できない、明らかな瑕疵を認めたデータが除外されている。

対象2：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。病棟看護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。

2. 統計学的解析

前記の対象1(利活用研究事業データ)に対し以下1~4の解析を、対象2(施設単位調査)に対し以下5~6の解析をおこなった。

1) 処遇終了割合の施設間比較：「頻回/長期の行動制限を受けた対象者の全国調査」³⁾では処遇終了-入院を解析した。本研究では施設要因の分析を進めるため、処遇終了全体と通院処遇への移行の割合について、カイ2乗検定にて施設比較した。転帰が抗告退院や死亡の群は分析から除外した。

2) 処遇終了-医療なし、処遇終了-通院、処遇終了-入院それぞれの割合の施設間比較：前項の解析から、処遇終了を処遇終了-医療なし

(医療観察法処遇を終了して退院後、精神保健福祉法による医療が適用されなかった群)、処遇終了-通院(医療観察法処遇を終了して退院後、精神保健福祉法による通院となった群)、処遇終了-入院(医療観察法処遇を終了して退院後、精神保健福祉法による入院となった群)の3群に分け、通院処遇移行と合わせた4群の割合について、カイ2乗検定にて施設間の差を比較した。前項同様、転帰が抗告退院や死亡である群は除外した。

3) 通院処遇移行までの日数の施設間比較：サンプル中、通院処遇へ移行した群(n=2,451)に関して通院処遇移行までの日数の施設差を分散分析および多重比較を用いて比較した。

4) 処遇終了-通院と診断分類との関連：先行

研究⁴⁾にてF0（器質性精神障害）とF7（知的障害）では処遇終了-入院が多く、F0、F1、F7は早期に処遇終了-入院されやすいことが分かった。本研究では処遇終了-通院について診断分類との関連をカイ2乗検定にて解析した。

5) **施設単位調査項目間の関連**:以降は対象2の解析となる。全指定入院医療機関に調査を行い、量的データはスピアマンの順位相関係数によって各指標間の関連を探索した。有無を問う変数ではダミー変数化して順位相関係数を算出、有意な相関が認められた場合にブルンナー＝ムンツェル検定ないし分散分析で有意差を検証した。

6) **パフォーマンス指標の活用方法**:対象2として指定入院医療機関全施設に調査した内容のうち、パフォーマンス指標の活用方法についての回答を集計し、その傾向を示した。

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

(倫理面への配慮)

対象1は令和3年策定の人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針に則り、利活用研究事業運営事務局にてオプトアウトを行うとともに、住所・氏名など個人を特定できる情報を削除、連結不可能匿名化されたデータを利活用研究事業運営事務局より受け、解析した。

対象2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。

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

C. 研究結果

1) **処遇終了割合の施設間比較**:入院医療機関ごとの処遇終了、通院処遇移行の割合を表2に示す。カイ2乗検定による群間比較の結果、有意な関連が認められた (χ^2 (自由度 = 31) = 94.99, $p < 0.001$, *Cramer's V* = 0.180)。残差分析の結果、再匿名化施設コード101、104、113の3施設が有意に処遇終了が多く、再匿名化施設コード103、110、119、131、132の

5施設が有意に処遇終了が少なかった。表2では処遇終了の多い3施設の再匿名化施設コードを太字で、処遇終了の少ない5施設の再匿名化施設コードに下線をつけて示した。処遇終了の有意に多い施設の処遇終了率は31.3%、27.5%、25.7%であり、有意に少ない施設の処遇終了率は0.0%、3.9%、7.4%、7.6%、8.8%であった。なお表2では各施設の退院者数が大きく異なり、処遇終了の割合が高くとも有意となっていない施設もある。処遇終了・通院処遇移行の実数は施設の特定につながるため示さない。

2) **処遇終了-医療なし、処遇終了-通院、処遇終了-入院それぞれの割合の施設間比較**:入院医療機関ごとの処遇終了-医療なし、処遇終了-通院、処遇終了-入院、通院処遇移行の4群の割合を表3に示す。表3では、前項の解析で処遇終了率の高かった施設のコードを太字、処遇終了率が低かった施設のコードに下線をつけて示した。また処遇終了-入院と通院処遇移行の割合の比較⁴⁾にて処遇終了-入院の多かった施設の処遇終了-入院率を太字で、処遇終了-入院の少なかった施設の処遇終了-入院率に下線をつけて示した。処遇終了-医療なしは2,993例のうち34例に留まり、施設間比較を行うとすべての施設で期待度数が5未満となり、カイ2乗検定が不適となった。処遇終了-通院は総数145例で、施設間比較では20施設が期待度数5未満でカイ2乗検定が不適となった。表3より処遇終了全体の割合が有意に多い3施設のうち2施設(再匿名化施設コード:104、113)が処遇終了-入院の割合では有意でなく、処遇終了-通院の割合がそれぞれ13.5%、9.9%となった。しかし処遇終了-通院が施設間比較に耐えるにはnが不足し、検定結果としては示せない。

3) **通院処遇移行までの日数の施設間比較**:通院処遇移行までの日数の施設間比較の結果を表4に示す。平均日数は675.2日から1,417.3日

まで分布、表 4 では通院処遇移行までの日数の短い順に施設の値を示した。ルビーン検定 ($F = 3.960$, 自由度 = 31, $p < 0.001$) により等分散性が棄却され、Welch 検定の結果 (自由度 = 31, $F = 6.259$, $p < 0.001$)、施設間の有意差を認めた。多重比較(tukey)では、各施設の n の違いもあって結果は一様ではなく、通院処遇移行までの日数平均 675.2 日の施設 (再匿名化施設コード=130) は通院処遇移行までの日数平均が順に 1,109.7、1,112.6、1,135.2、1,264.7 (匿名化施設コード 110、102、101、124) の 4 施設より有意に短い、通院処遇移行までの日数平均 738.0 日の施設 (再匿名化施設コード=118) は通院処遇移行までの日数平均が順に 981.3、1,057.0、1,069.7、1,109.7、1,112.6、1,135.2、1,264.7 (再匿名化施設コード 123、129、107、110、102、101、124) の 7 施設より有意に短い、等となっている。なお、通院処遇移行までの日数平均が 1,417.3 となった施設 (再匿名化施設コード 109) は n が少なく、多重比較にて有意差は認められなかった。図 1 に各施設の通院処遇移行までの日数の分布を示した。

4) 処遇終了-通院と診断分類との関連：診断分類ごとの処遇終了-医療なし、処遇終了-通院、処遇終了-入院と通院処遇移行の 4 群のカイ 2 乗検定結果を表 5 に示す。処遇終了-医療なしは F2 (精神病性障害) 以外すべて期待度数が 5 未満、処遇終了-通院も多くの診断分類で期待度数 5 未満でありカイ 2 乗検定が不適であった。先行研究⁴⁾との比較のため F0、F1、F2、F3 (気分障害)、F7 を残してカイ 2 乗検定を行った (表 6)。その結果、有意な関連を認めた (χ^2 (自由度 = 8) = 236.5, $p < 0.001$, *Cramer's V* = 0.205)。期待度数 5 未満は 3 セル (全体の 20%) に留まり、残差分析の両側 p 値から全ての診断分類で有意な関連が示された。F0 と F7 は処遇終了-通院と処遇終了-入院が共に多く、通院処遇移行が少ない。F1 は処

遇終了-通院が多く、通院処遇移行が少ない。F2 は処遇終了-通院と処遇終了-入院が少なく、通院処遇移行が多い。F3 は処遇終了-入院が少なく、通院処遇移行が多い。

5) 施設単位調査項目間の関連：対象 2 とし

て、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 35 施設から調査票の回答を得た。うち 2 施設は平均在院日数と隔離・拘束実人員数が未算出、3 施設はクロザピン

(Clozapine:以下、CLZ) 処方率・クロルプロマジン (Chlorpromazine:以下、CP) 換算・通院処遇移行率・処遇終了率が未算出で、n が 33 ないし 32 となった。利活用研究事業事務局からパフォーマンス指標として示される、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・処遇終了率の各指標の記述統計量を表 7 に示す。表 7 中、平均在院日数と通院処遇移行率、処遇終了率は令和 2 年 1 月～令和 4 年 12 月の 3 年間の集計であり、平均在院日数は病院報告方式平均在院日数⁵⁾である。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 処方率は正規性が棄却された。

各施設の平均在院日数と処遇終了率を散布図に示す (図 2)。処遇終了率の算出されていない施設を除外し、横軸に平均在院日数、縦軸に処遇終了率をとった。表 7 に示した、平均在院日数・処遇終了率それぞれの第 1 四分位 (平均在院日数の短い方、処遇終了率の低い方 25%)、中央値、第 3 四分位 (平均在院日数の長い方、処遇終了率の多い方 25%) を図中に線で示した。平均在院日数の正規性が棄却されたため平均・標準偏差ではなく中央値と第 1・第 3 四分位点を用いた。処遇終了率は正規性が維持されたが、平均在院日数に合わせて表記した。

利活用研究事業事務局からパフォーマンス指標として示される各指標と、本調査にて収集したデータ (表 1) のうち量的な指標とのスピアマンの順位相関係数を表 8 に示す。転院トライ

アル（他院での治療困難のための転院）は実施が全体で4件のみのため除外した。病院本体の施設基準のうち、地域移行強化病棟は算定施設がなく、CLZ処方全施設で実施可能であったため除外した。表8より平均在院日数と処遇終了率に対し順位相関係数が5%水準で有意となった変数を下記に記す。

平均在院日数：CP換算（正の相関）、地元自治体でのネットワーク研修、保護観察所との合同の企画、通院処遇の有無、通院処遇事例数、依存症入院管理加算、児童・思春期精神科入院医療管理料、施設基準の種類数（以上、負の相関）。

処遇終了率：倫理会議頻度、病院全体の病床数、医療観察法病棟を除いた病棟数（以上、正の相関）、通院処遇移行率、看護師の女性割合（以上、負の相関）。

このうち変数が連続値でなく有無を1,0としたダミー変数の分析について群間比較した。平均在院日数は表7のように正規性が棄却されたため、ブルンナー＝ムンツェル検定で要因ごとに群間比較した（表9）。令和4年4月～令和5年3月までの1年間の通院処遇実施の有無は、ダミー変数による順位相関係数は5%水準で有意となったが、表9のブルンナー＝ムンツェル検定では、通院処遇あり施設（ $n=25$ ）と通院処遇なし施設（ $n=8$ ）の平均在院日数の有意差はなかった。地元自治体でのネットワーク研修、保護観察所との合同の企画はいずれも実施施設が非実施施設より平均在院日数が有意に短かった。施設基準では依存症入院医療管理加算、児童・思春期精神科入院医療管理料について各々算定している施設が算定していない施設より平均在院日数が短くなった。

処遇終了率との順位相関が有意となった要因のうち、倫理会議頻度は月1～2回と答えた施設が1施設のみ、2回が17施設、1回が15施設であった。月1～2回と答えた施設を除き、月2回施設と1回施設とを比較したところ2回

施設の処遇終了率は平均20.5%、 $SD = 8.26$ 、1回施設は平均10.9%、 $SD = 11.1$ 、分散分析の結果（自由度 = 1, $F = 7.59$, $p = 0.010$ ）倫理会議頻度月1回施設の方が、月2回実施している施設より処遇終了率が低かった。

6) パフォーマンス指標の活用方法：対象2として指定入院医療機関に調査した内容のうち、パフォーマンス指標の活用方法について「閲覧することはない」「存在を知らない/知らなかった」「指標を受け取った者による確認のみ」「病棟内で共有している」の4択で回答を得た結果を図3のグラフに示す。35施設中、2施設はパフォーマンス指標が未算出、2施設が「存在を知らない/知らなかった」と答えた。「閲覧することはない」と答えた施設はなく、77%にあたる27施設が「病棟内で共有している」と答えた。27施設の共有の範囲は「病棟管理者」「コアなメンバー」「全職員」「その他」の4択から表10のように分布した。パフォーマンス指標を全職員で共有していると答えた10施設と他の施設について、ブルンナー＝ムンツェル検定で平均在院日数の差を調べたところ、有意な差が認められ（ W （正規近似） = 1.982, $p = 0.047$ ）、全職員で共有している施設（ $n = 10$, 平均 = 1164.8, $SD = 202.6$ ）がその他の施設（ $n = 23$, 平均 = 1408.8, $SD = 478.5$ ）より短かった。処遇終了率は分散分析にて有意な差は認められなかった（ $F = 0.208$, $p = 0.652$ ）。

パフォーマンス指標を「医療の改善のために用いている」として記載された具体的な方法から、「ない」「現時点では有効活用されていない」との回答を除いた全15回答を表11に記す。その記載中に特定の指標に触れているものが9施設あり、うち3施設が平均在院日数に、4施設が行動制限に、3施設がCLZ処方に触れていた。CP換算や通院処遇移行率/処遇終了率に触れたものはなかった。

D. 考察

1) **通院処遇移行までの日数・平均在院日数の施設差**：令和元年7月31日までに医療観察法入院処遇となり、令和3年7月31日までに通院処遇へ移行した2,451例について、入院期間の施設差を見ると表4、図1のように平均675.2日から1,417.3日にまで分布する。最長の施設はnの関係から有意差は認めないが、有意差の生じた平均1,264.7日の施設と比較し1.87倍の日数差がある。この差を埋めるための取り組みがパフォーマンス指標の抽出、ピアレビュー事業などを通じて続けられている。対象2の施設単位調査では、パフォーマンス指標のデータ(表7)を各施設から収集して分析した。パフォーマンス指標の平均在院日数は病院報告方式平均在院日数⁵⁾であり、表4の通院処遇に移行した対象者の日数とは異なる。処遇終了、入院継続中の対象者の日数も含み、表4の値(退院者実績平均日数)⁵⁾より長い。また表4の値が平成17年から令和元年までの入院者の令和3年時点での実績であるのに対し、表7の平均在院日数は令和2年1月～令和4年12月の集計であり、収集期間も異なる。そのため単純な比較はし難いが、表7の平均在院日数は最短732.0日から最長2,846.0日まで開きがある。対象2の施設単位調査は各施設の代表値であるため有意性検定はできないが、平均在院日数の施設差は依然として大きいと考えられる。

2) **平均在院日数の短縮につながる要因**：施設単位調査項目間の関連を分析した結果、CP換算が多いほど平均在院日数が長かった(表8)。相関のため因果関係は不明だが、入院日数が延伸した結果CP換算値が増えている可能性が考えられる。村杉らの調査⁶⁾で平均入院日数への影響が示された外出・外泊頻度は順位相関係数0.173で有意な相関とはならず、月1回の17施設とそれ以上の3施設とを合わせ、月1回未満の13施設との群間比較を行っても、前者の平均在院日数1,369.8日に対し後者の平均在院日

数1,281.2日で、有意差はなかった。村杉らの調査⁶⁾で治療プログラムの内容や実施状況と入院日数との関連を認めなかったが、指定入院医療機関が外出・外泊頻度を意識し、平均在院日数の短縮を意識して務めた結果、10年を経て外出泊の影響は小さくなった可能性があげられる。パフォーマンス指標を全職員で共有していると答えた施設は他の施設より平均在院日数が短く、医療の改善の意識が平均在院日数の短縮につながった可能性がある。一方で本研究から平均在院日数の短縮につながると考えられる要因は、表8、表9より(1)地元自治体でのネットワーク研修、(2)保護観察所との合同企画、(3)自施設での通院処遇、(4)自施設での依存症入院医療管理加算、(5)児童・思春期精神科入院医療管理料、(6)算定している施設基準の種類が多さである。いずれも医療観察法病棟内部のみの取り組みではなく、(1)院外の機関との医療観察法のネットワーク作りと(2)個々の対象者だけでない保護観察所との協働、(3)指定入院だけでなく通院医療機関としての取り組み、(4)(5)(6)病院本体の依存症や児童・思春期に対する専門医療の多様化である。言い換えれば医療観察法病棟の平均在院日数の短縮のためには、医療観察法病棟内の整備・医療観察法病棟内での治療に留まっていたは不十分であり、病院全体の機能の向上と、医療観察法にかかわる通院の機能と地域機関との連携の向上が求められる。

3) **処遇終了の問題**：令和元年7月31日までの期間に医療観察法入院処遇となった2,993例のデータを用いた解析から、処遇終了-入院の有意に多い5施設を認めた⁴⁾。処遇終了全体では3施設が有意に処遇終了が多く、5施設が有意に処遇終了が少なかった。有意に少ない施設は処遇終了率0.0%～8.8%に、有意に多い施設は処遇終了率25.7%から31.3%に分布し、その差は大きい。施設単位調査で得られた令和2年1月～令和4年12月の集計では施設ごとの処遇終了率は0%から38.7%にまで分布する

(図 2)。図 2 との比較のため対象 1 の 2,993 例のデータに基づき、再匿名化施設コードから施設の通院処遇移行までの日数(表 4)と処遇終了率(表 2)を図 4 に散布図で示した。図 2 では病院報告方式平均在院日数が極端に長い施設があり平均在院日数が分散する一方、図 4 で通院処遇に移行した対象者だけの入院日数は相対的に施設差が小さい。処遇終了率は図 4 で母数が大きいと 0%の施設が減少し、施設差が縮減する。しかし上述のように、少ない施設は処遇終了率が 0%~8.8%に留まるが、多い施設は処遇終了率が 25.7%~31.3%にのぼる。

施設単位調査項目間の関連を分析した結果、処遇終了率に関連したのは(1)看護師の女性割合、(2)倫理会議頻度、(3)病院全体の病床数、(4)医療観察法病棟を除いた病棟数である。即ち、(1)女性看護師が多いと処遇終了率が低い、(2)ガイドライン通り月 2 回倫理会議をおこなっている施設は、月 1 回しか倫理会議をおこなわない施設より処遇終了が多い、(3)(4)病院本体が大きいと処遇終了が多いという結果で、解釈が困難である。パフォーマンス指標の共有は平均在院日数には影響したが、処遇終了率には影響しない。平均在院日数と処遇終了の相関は統計的に有意ではなく、特に平均在院日数が短い方 25%に位置する施設であっても処遇終了率が多い方 25%に位置する施設(図 2 左上の領域)が 2 施設ある。平均在院日数を中央値以下、処遇終了を中央値以上に広げると 6 施設が該当する(図 2)。「頻回/長期の行動制限を受けた対象者の全国調査」⁴⁾では処遇終了-入院に影響する要因として診断分類、入院時年代、頻回/長期の行動制限、入院医療機関が抽出された。また本研究では F1 で処遇終了-通院が有意に多いことが示された。実際にどのような事例が処遇終了されているか精査する必要があるが、処遇終了に頼って早期退院をしているならば問題である。パフォーマンス指標の具体的活用方法(表 11)に、処遇終了率に触れた回答がなかったが、指

定入院医療機関が処遇終了率の低下を意識していない懸念もあり、処遇終了の運用格差について全国の課題として意識されたい。

E. 結論

処遇終了-入院の運用が入院医療機関によって差がある⁴⁾ことに加え、処遇終了率の施設差、通院処遇に移行するまでの日数にも施設差が認められた。施設単位調査によって医療観察法病棟の平均在院日数に(1)地元自治体でのネットワーク研修、(2)保護観察所との合同企画、(3)自施設での通院処遇事例数、自施設本体での(4)依存症、(5)児童・思春期など(6)専門医療の種類が多さが関連していることが分かり、医療観察法病棟の平均在院日数の短縮のためには病院全体の機能の向上と、医療観察法にかかわる通院の機能と地域機関との連携の向上が求められる。一方で処遇終了率の施設差に影響する要因は本研究の結果からは解釈が困難であり、パフォーマンス指標の共有が処遇終了率の低下につながっていなかった。入院期間が短期であるが処遇終了率の高い施設もあり、処遇終了の問題を全国の指定入院医療機関が共有する必要がある。今後、処遇終了申請の精査と、処遇終了運用の問題の共有が求められる。

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，山本暢朋：認知機能障害の仮装を疑われた一症例。精神科治療学，2023；38(10):1215-1221.

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

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

I. 謝辞

本研究にあたり、データの抽出・加工にご尽力をいただいた、国立精神・医療研究センターの重度精神疾患標準的治療法確立事業のデータの利活用に関する研究事業運営事務局に、また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、副看護師長、精神保健福祉士、病棟事務官の皆様に深謝致します。

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) 村杉謙次，平林直次，田口寿子，柏木宏子ら：多様で複雑な事例の個別調査及び治療・処遇に関する研究。厚生労働科学研究費補助金障害者政策総合研究事業(精神障害分野) 医療観察法の制度対象者の治療・支援体制の整備のための研究(研究代表者：平林直次) 平成30年度分担研究報告書，2019。
- 3) 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。
- 4) 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。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。
- 5) 河野稔明，岡田孝之，平林直次：医療観察法入院処遇に適した在院期間代表値の選定-3つの平均値に着目して。司法精神医学，2017；12(1)：11-18。
- 6) 村杉謙次，阿部成彰，市川千鶴，瓶田貴和，坂口絵里，竹淵幸子，原田聡，眞瀬垣実加，横田聡子：入院期間の短縮と治療プログラムの効果的实施に関する研究。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) 医療観察法対象者の円滑な社会復帰促進に関する研究(研究代表者：平林直次)，平成25年度分担研究報告書，2014。

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. 2022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：2020年1月～2022年12月
 - 2) 行動制限
 - 隔離の1床あたり実施人数（実人員）2022年1月～2022年12月（1年）
 - 拘束の1床あたり実施人数（実人員）2022年1月～2022年12月（1年）
 - 3) 特殊療法 統合失調症（ICDコード：F2）におけるクロザピン処方率 2022年1月～2022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）2022年1月～2022年12月（1年）
 - 4) 転帰 退院者における転帰の構成割合 2020年1月～2022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Ns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. 2022年4月～2023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（クロザピン処方、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）

CP:Chlorpromazine
 MDT:Multi-Disciplinary Team
 CPA:Care Programme Approach
 m-ECT:Modified Electro Convulsive Therapy

表2 入院医療機関（再匿名化コード）ごとの
処遇終了と通院処遇の2群比較

再匿名化 施設コード	転帰	
	処遇終了	通院処遇
101	31.3%	68.8%
102	12.2%	87.8%
<u>103</u>	8.8%	91.2%
104	25.7%	74.3%
105	24.3%	75.7%
106	11.1%	88.9%
107	20.0%	80.0%
108	22.2%	77.8%
109	0.0%	100.0%
<u>110</u>	3.9%	96.1%
111	21.4%	78.6%
113	27.5%	72.5%
114	12.0%	88.0%
115	14.9%	85.1%
116	12.2%	87.8%
117	11.1%	88.9%
118	21.5%	78.5%
<u>119</u>	7.4%	92.6%
120	15.9%	84.1%
121	21.3%	78.7%
122	18.0%	82.0%
123	13.4%	86.6%
124	28.1%	71.9%
125	25.0%	75.0%
126	13.9%	86.1%
127	19.7%	80.3%
128	13.0%	87.0%
129	19.6%	80.4%
130	8.3%	91.7%
<u>131</u>	0.0%	100.0%
<u>132</u>	7.6%	92.4%
133	24.0%	76.0%
合計	16.7%	83.3%

χ^2 (自由度 = 31) = 94.99, p < 0.001
Cramer's V = 0.180

表3 入院医療機関（再匿名化コード）ごとの処遇終了-医療なし、
処遇終了-通院、処遇終了-入院と通院処遇移行の4群比較

再匿名化 施設コード*	処遇終了 -医療なし	転帰		通院処遇移 行
		処遇終了 -通院	処遇終了 -入院	
101	0.0%	4.2%	27.1%	68.8%
102	0.0%	2.7%	9.5%	87.8%
<u>103</u>	1.1%	2.8%	<u>5.0%</u>	91.2%
104	1.4%	13.5%	10.8%	74.3%
105	0.0%	8.1%	16.2%	75.7%
106	0.0%	0.0%	11.1%	88.9%
107	1.3%	2.5%	16.3%	80.0%
108	0.0%	2.2%	20.0%	77.8%
109	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
<u>110</u>	2.0%	2.0%	<u>0.0%</u>	96.1%
111	4.0%	3.2%	14.3%	78.6%
113	2.8%	9.9%	14.8%	72.5%
114	1.2%	2.4%	8.4%	88.0%
115	0.0%	9.1%	5.8%	85.1%
116	4.1%	0.0%	8.2%	87.8%
117	0.0%	0.0%	11.1%	88.9%
118	0.5%	3.6%	17.4%	78.5%
<u>119</u>	0.0%	2.1%	<u>5.3%</u>	92.6%
120	1.3%	6.4%	8.3%	84.1%
121	0.9%	10.2%	10.2%	78.7%
122	1.0%	5.2%	11.9%	82.0%
123	1.2%	3.7%	8.5%	86.6%
124	6.3%	9.4%	12.5%	71.9%
125	0.0%	0.0%	25.0%	75.0%
126	1.4%	6.9%	5.6%	86.1%
127	1.6%	6.6%	11.5%	80.3%
128	0.0%	13.0%	0.0%	87.0%
129	1.1%	6.5%	12.0%	80.4%
130	0.0%	8.3%	0.0%	91.7%
<u>131</u>	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
<u>132</u>	1.7%	1.7%	4.2%	92.4%
133	0.0%	0.0%	24.0%	76.0%
合 計	1.2%	4.9%	10.7%	83.3%

表4 入院医療機関（再匿名化コード）ごとの
通院処遇移行までの日数

再匿名化 施設コード	平均	標準偏差(SD)
130	675.2	178.6
131	682.3	172.0
118	738.0	413.0
133	746.3	221.6
114	758.0	385.2
103	779.6	488.9
120	795.9	398.2
119	832.1	460.2
104	857.5	412.4
105	873.5	316.7
106	895.4	225.7
132	911.2	469.0
127	920.0	546.9
122	923.3	384.6
115	924.2	471.3
111	931.8	533.4
113	950.2	420.1
121	956.8	448.2
125	961.7	472.4
128	979.9	436.5
126	980.2	422.3
123	981.3	695.7
116	1015.2	352.3
108	1035.7	387.3
129	1057.0	718.6
107	1069.7	556.9
117	1084.2	490.0
110	1109.7	563.5
102	1112.6	637.0
101	1135.2	490.3
124	1264.7	776.2
109	1417.3	844.5

Welch検定（自由度 = 31） $F = 6.259$, $p < 0.001$

図1 入院医療機関（再匿名化コード）ごとの通院移行までの日数平均

各水準の平均値
【再匿名化施設コード】

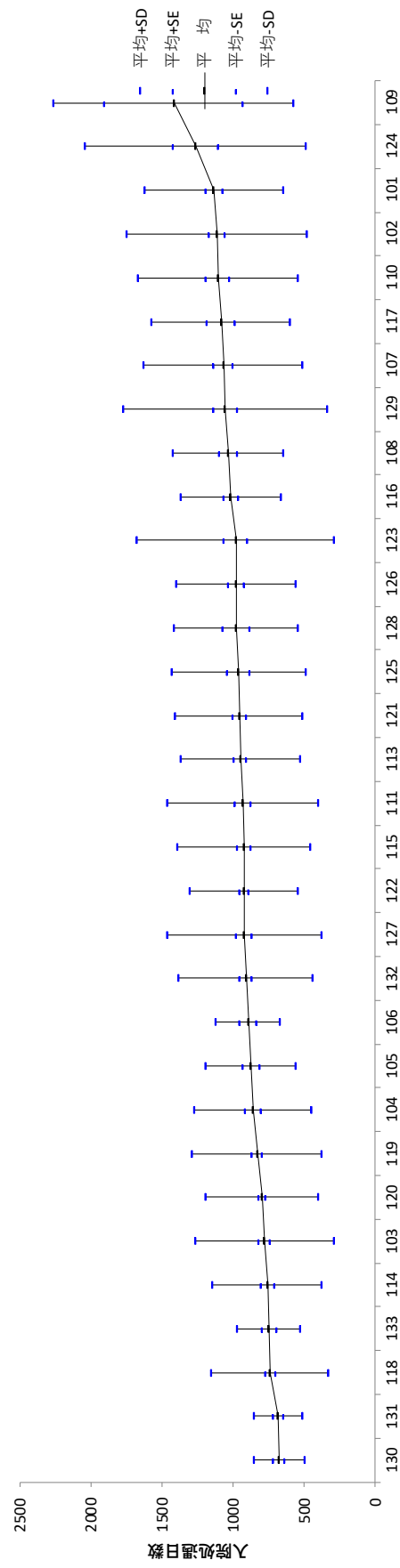


表5 診断分類ごとの処遇終了-医療なし、処遇終了-通院、処遇終了-入院と通院処遇移行の4群比較

主診断分類		処遇終了	処遇終了	処遇終了	通院処遇	合計
		-医療なし	-通院	-入院	移行	
F0 器質性精神障害		3	8	41	34	86
		3.5%	9.3%	47.7%	39.5%	100.0%
F1 物質関連障害		8	24	19	155	206
		3.9%	11.7%	9.2%	75.2%	100.0%
F2 精神病性障害		12	80	218	2017	2327
		0.5%	3.4%	9.4%	86.7%	100.0%
F3 気分障害		3	9	11	175	198
		1.5%	4.5%	5.6%	88.4%	100.0%
F4 不安障害圏		0	4	1	9	14
		0.0%	28.6%	7.1%	64.3%	100.0%
F5 身体関連障害		0	1	0	3	4
		0.0%	25.0%	0.0%	75.0%	100.0%
F6 パーソナリティ障害圏		4	7	3	9	23
		17.4%	30.4%	13.0%	39.1%	100.0%
F7 知的障害		1	6	13	11	31
		3.2%	19.4%	41.9%	35.5%	100.0%
F8 発達障害		0	4	7	35	46
		0.0%	8.7%	15.2%	76.1%	100.0%
F9 行動・情緒障害		2	0	0	2	4
		50.0%	0.0%	0.0%	50.0%	100.0%
G てんかん等		1	2	1	1	5
		20.0%	40.0%	20.0%	20.0%	100.0%
合計		34	145	314	2451	2944
		1.2%	4.9%	10.7%	83.3%	100.0%

主診断分類	期待度数	処遇終了	処遇終了	処遇終了	通院処遇
		-医療なし	-通院	-入院	移行
F0		0.99	4.24	9.17	71.60
F1		2.38	10.15	21.97	171.50
F2		26.87	114.61	248.19	1937.32
F3		2.29	9.75	21.12	164.84
F4		0.16	0.69	1.49	11.66
F5		0.05	0.20	0.43	3.33
F6		0.27	1.13	2.45	19.15
F7		0.36	1.53	3.31	25.81
F8		0.53	2.27	4.91	38.30
F9		0.05	0.20	0.43	3.33
G		0.06	0.25	0.53	4.16

太字：期待度数5未満

表6 診断分類ごとの処遇終了-通院、処遇終了-入院と通院処遇移行の3群比較

		処遇終了- 通院	処遇終了 -入院	通院処遇 移行	合計
主診断分類 (少数削除)	F0 器質性精神障害	8 9.6%	41 49.4%	34 41.0%	83 100.0%
	F1 物質関連障害	24 12.1%	19 9.6%	155 78.3%	198 100.0%
	F2 精神病性障害	80 3.5%	218 9.4%	2017 87.1%	2315 100.0%
	F3 気分障害	9 4.6%	11 5.6%	175 89.7%	195 100.0%
	F7 知的障害	6 20.0%	13 43.3%	11 36.7%	30 100.0%
	合計	127 4.5%	302 10.7%	2392 84.8%	2821 100.0%

期待度数

		処遇終了- 通院	処遇終了 -入院	通院処遇 移行
主診断分類 (少数削除)	F0	3.74	8.89	70.38
	F1	8.91	21.20	167.89
	F2	104.22	247.83	1962.95
	F3	8.78	20.88	165.35
	F7	1.35	3.21	25.44

残 差

		処遇終了- 通院	処遇終了 -入院	通院処遇 移行
主診断分類 (少数削除)	F0	4.263	32.114	-36.378
	F1	15.086	-2.197	-12.889
	F2	-24.220	-29.831	54.051
	F3	0.221	-9.876	9.654
	F7	4.649	9.788	-14.438

調整済み標準化残差 (両側P値)

		処遇終了- 通院	処遇終了 -入院	通院処遇 移行
主診断分類 (少数削除)	F0	0.0220	P < 0.001	P < 0.001
	F1	P < 0.001	0.6005	0.0082
	F2	P < 0.001	P < 0.001	P < 0.001
	F3	0.9369	0.0178	0.0460
	F7	P < 0.001	P < 0.001	P < 0.001

χ^2 (自由度 = 8) = 236.5, p < 0.001
Cramer's V = 0.205

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	シヤピロニ 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

CLZ:Clozapine

CP:Chlorpromazine

図2 平均在院日数・処遇終了率（％）による入院医療機関の散布図

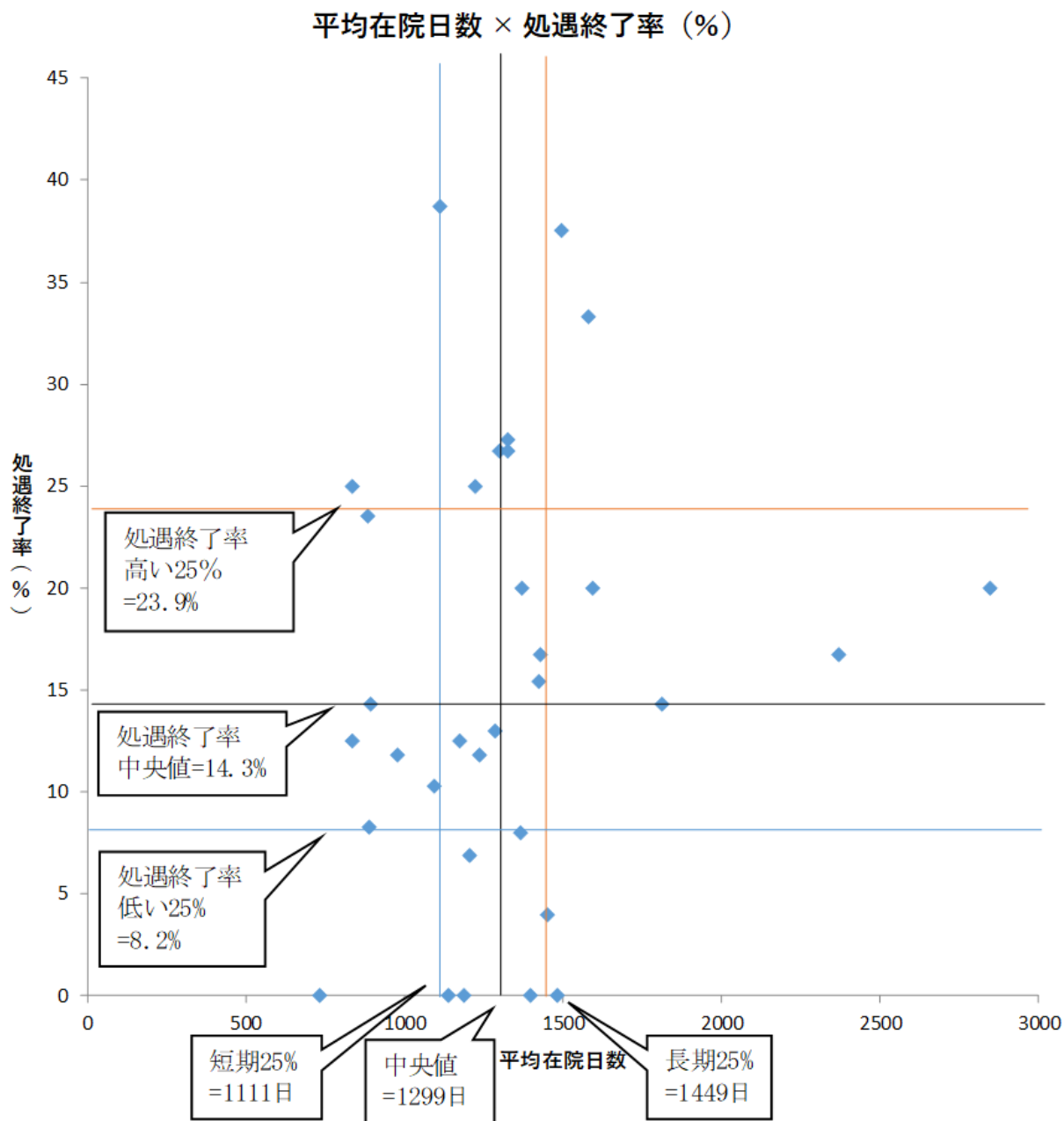


表8 施設単位調査各指標間の順位相関係数

	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

CLZ:Clozapine

CP:Chlorpromazine

MDT:Multi-Disciplinary Team

m-ECT:Modified Electro Convulsive Therapy

表9 要因ごとの平均在院日数の群間比較 ブルンナー＝ムンツェル検定結果

	あり群		なし群		統計量W (正規近似)	両側P値	*: P<0.05		
	n	平均	SD	n				平均	SD
地元自治体でのネットワーク研修	17	1179.5	271.4	16	1500.0	503.0	2.23	0.025	*
保護観察所との合同の企画	20	1207.2	324.7	13	1531.3	499.2	2.35	0.019	*
通院処遇の有無	25	1209.8	281.9	8	1725.8	573.3	1.90	0.057	
依存症入院医療管理加算	19	1207.8	378.8	14	1507.3	439.8	2.07	0.039	*
児童・思春期精神科入院医療管理料	14	1162.7	218.9	19	1461.7	498.7	2.20	0.027	*

図3 パフォーマンス指標の活用方法

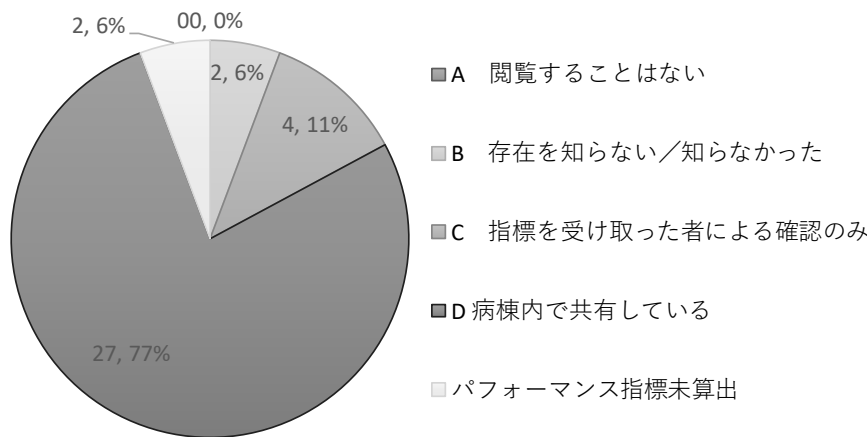


表10 パフォーマンス指標の共有の範囲

共有範囲	施設数
a)病棟管理者	3施設
b)コアなメンバー	11施設
c)全職員	10施設
d)その他	3施設

表11 指標を医療の改善のために用いている具体的な方法（回答施設=15）

パフォーマンス指標活用の具体的な方法	対象とする指標
平均在院日数は全国平均よりも短くなっているため、さらなる短縮のために、入院当初から戦略的に取り組み、長期入院等に関しては、カンファレンス等で対策を検討することにつながっている。隔離拘束に関しては、最小化につなげられていない	平均在院日数，行動制限
各チーム担当が受け持ち患者のデータについて理解し治療に活かしている	不特定
隔離等、行動制限が全国平均より上回っている。行動制限認定看護師へコンサルと、週に1回、多職種（チーム以外）が入ったカンファレンス実施	行動制限
クロザピン導入の検討対象者について、退院支援についても毎週治療評価会議で検討。平均値と自院を比較し、下回っている項目は積極的に改善を働きかけている	クロザピン処方 不特定
運営会議の中で共有を行い、今後のあり方を検討する。長期入院者に対する申立ての考えを改めて裁判所にも長期入院者への対応について介入してもらう	平均在院日数
行動制限、特に拘束が長期化するケースがあった。行動制限最小化のためカンファレンスを実施した	行動制限
隔離拘束カンファを実施し、短縮に向けて	行動制限
具体的な方法はありません。全国的な水準と比べ、当院の課題（入院の長期化など）を認識し、次年度の目標とする	不特定
運営会議でクロザピンの処方率の低さについて話し合い、積極的に導入していく方針となった	クロザピン処方
長期入院している対象者に対して、退院が促進できるように多職種チームで話し合い、改善できるように取り組んでいる	平均在院日数
上記資料を院内でもミーティング等で活用	不特定
他の医療機関と比較のために用いている	不特定
治療評価会議参加メンバー共有時に適正な医療が行われているかをMDT以外のスタッフを交えて改めて評価する機会にする	不特定
クロザピン導入に向けては全国的な使用状況の把握には役立つ。医療観察法の全国的に行われている治療の平均が知れる（目標とすべき？）	クロザピン処方

図4 対象1：利活用研究事業データによる通院移行までの日数平均・処遇終了率（％）による入院医療機関の散布図

