

原 著

## 医療観察法病棟における重度かつ慢性基準案を用いた 長期入院因子の検討

武田直也<sup>1)</sup>, 柏木宏子<sup>1)</sup>,  
渡辺範雄<sup>2)</sup>, 平林直次<sup>1)</sup>

1) 国立精神・神経医療研究センター病院司法精神診療部

2) 国立精神・神経医療研究センタートランスレーショナルメディカルセンター  
(現所属, 京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻健康増進・行動学)

**要 旨**: 目的: 精神保健福祉法病棟における長期入院に関連する要因を評価するために厚生労働省により策定された「重度かつ慢性」基準案を用いて, 医療観察法病棟における長期入院因子を明らかにすること。

材料と方法: 「重度かつ慢性」基準案は, 精神症状, 行動障害, 生活障害の3つの大項目, およびそれに準ずる身体合併症で構成される。医療観察法病棟の入院期間が2014年1月10日現在, 1年6ヶ月を超える210人を対象とし, 基準案により評点した。評点から1年半, 2年半, 3年半後の転帰を調査し, 入院継続または退院と関連する基準案の各項目を抽出した。

結果: 3年半後に185人が退院し, 25人が入院を継続していた。「重度かつ慢性」基準案の3つの大項目のうち, 精神症状および生活障害が3年半後の入院継続と統計学的に有意に関連していた。精神症状では8項目, 行動障害では3項目, 生活障害では11項目が, どの観察の時点でも有意に入院継続と関連していた ( $p < 0.05$ )。

結論: 医療観察法病棟における長期入院と関連する要因は, 「重度かつ慢性」基準案およびそれに準ずる4項目のうち, 精神症状, 生活障害, および行動障害の下位項目の一部であった。

**キーワード** 医療観察法病棟, 長期入院, 重症かつ慢性因子, 精神症状, 生活障害

### 緒 言

2005年7月15日に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(医療観察法)が施行されて以来, 約15年間運用され, 医療観察制度は我が国の精神医療に定着しつつある。医療観察法による医療では, 多職種多機関の連携を中心とした活発な医療が提供され, 心神喪失または心神耗弱の

状態で重大な他害行為に及んだ精神障害者(対象者)の社会復帰が促進されている<sup>1-3)</sup>。一方, 医療観察法病棟の標準的入院期間は1年半とされているが, 平成27年度(2015年度)累計入院対象者である2,564人について見ると, 入院期間平均値は940日, 中央値は758日であり, およそ2年に及んでいる。2016年7月15日時点では, 標準的入院期間の2倍となる3年以上入院している対象者が2割近く存在する。すなわち医療観察法における重要な課題の一つとして, 厚生労働大臣が指定した入院機関(指定入院医療機関)の対象者の長期入院が指摘されている<sup>4-6)</sup>。

<sup>1)2)</sup> 〒187-0031 東京都小平市小川東町4-1-1

現所属 〒606-8501 京都市左京区吉田近衛町

受付: 2022年5月18日

受理: 2022年8月24日

我が国の医療観察法は、英国の高度・中等度保安病院をモデルに設立されたが、こうした司法精神医療施設における入院の長期化は我が国に限らず各国共通の課題であり、長期化要因に関する多数の報告が行われている<sup>7,8)</sup>。我が国においては、医療観察法病棟の長期入院に関連する要因について大規模調査は厚労省研究班による検討にとどまり、論文化されていない。長期入院化に関連する要因を同定し、入院期間の長期化を予防することは社会復帰を促進する上で重要な課題である。

英国の高度・中等度保安病院の長期入院に関する調査によれば、長期入院に関連する要因として、セキュリティレベルが順調に下がらず高度保安病院と中等度保安病院の間で転院を繰り返す場合、パーソナリティ障害の併存、精神科入院における処遇の困難さの既往、自傷・他害の既往などが指摘されている<sup>9)</sup>。

精神保健福祉法の対象となる患者についても長期入院者の退院促進が課題であり<sup>10)</sup>、平成24年度(2012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により、「重度かつ慢性」の暫定基準が策定された<sup>11)</sup>。本暫定基準では、「地域での受け手がないために退院できない群でなく、医学的・治療的に重度なため慢性に経過する群」「『重度かつ慢性』に相当する患者特性の抽出においては、疾病特性、行動病理、治療抵抗性(反応性)などの軸を考慮すること」とされた。すなわち、本暫定基準は、いわゆる“社会的入院”に関する要因を除いた、長期入院の要因で構成されている。その後、平成27年度(2015年度)の研究班において、身体合併症に関する取り扱いに変更があり、それを除く形で、基準案が策定された<sup>12)</sup>。

医療観察法の対象者においても、精神保健福祉法の患者に対する基準案が有効である可能性がある。そこで、本研究の目的は、医療観察法病棟において入院期間が1年6ヶ月を超える入院対象者に対して、精神保健福祉法による入院のために策定された「重度かつ慢性」の基準案を用いて評価し、1年半後、2年半後、3年半

後の転帰を調べ、社会適応の観点ではなく医学的な観点から医療観察法病棟における長期入院因子を明らかにすることとした。

## 材料および方法

### I 材料

本研究の対象は、調査基準日(2014年1月10日現在)において、全国の指定入院医療機関(医療観察法による入院処遇を担当させるため、厚生労働大臣が指定した医療機関)32施設に入院中の対象者(医療観察法では、処遇対象となった者を対象者と呼ぶ)のうち、入院期間が1年6ヶ月を超えた者とした(調査対象長期入院者)。具体的には、2014年1月10日時点での医療観察法病棟入院対象者791人中、入院期間が1年6ヶ月未満の563人を除外し、残りの228人中、本研究について医療観察法病棟内に掲示し研究不参加の申し出をした2人を除外して、捕捉率99.1%となる226人を登録した。更に転帰不明10人と転院分6名を除外し、最終的に210人を対象とした。

### II 方法

平成24年度(2012年度)の研究班で報告された重度かつ慢性の暫定基準は、①簡易精神症状評価尺度(BPRS, Overall版)、②行動障害評価尺度、③障害者自立支援法医師意見書の「生活障害評価」および「能力障害」の基準、④身体合併症(精神疾患に続発して生じたもの)の4つの評価軸から構成される<sup>11)</sup>。それぞれの評価軸の詳細は、①精神症状:簡易精神症状評価尺度(BPRS, Overall版)総得点45点以上、または、BPRS下位尺度の1項目以上で6点以上に評価された場合、②行動障害:問題行動評価表で1~27のいずれかが「月に1~2回程度」以上に評価された場合、③生活障害:障害者総合支援法医師意見書の「生活障害評価」で「能力障害評価」において、4以上に評価された場合、④身体合併症(水中毒、反復性イレウス、反復性肺炎、その他):精神症状

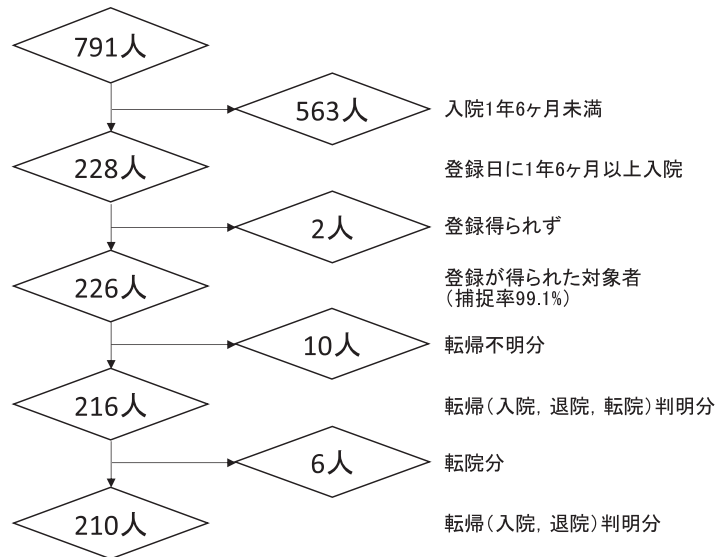


図1. 本研究の対象者を定めた経緯  
2014年（平成26年）1月10日時点で全国の医療観察法病棟に入院していた対象者から、本研究の対象者を定めた経緯を示した。

に伴う身体症状を入院治療が必要な程度に有する場合、である。

平成27年（2015年度）度厚生労働科学研究班により、①精神症状が上記の重症度を満たし、それに加えて、②行動障害、③生活障害のいずれかが上記基準以上である場合に、「重度かつ慢性」の基準を満たすと判定された（以降、基準案）。その際、④身体合併症については、入院治療が必要な程度に有する場合とされ、該当者が少ないと考えられたため、身体合併症がある場合は重度かつ慢性に準ずる扱いとして分けることとされた。

研究協力施設の医師に対して、診療録の記載に基づき、調査基準日における重度かつ慢性の基準案に基づく評点を依頼した。主な調査項目は、年齢性別、入院期間、精神科診断、基準日における重度かつ慢性の基準案に基づく評点、転帰とした。なお、診断基準として国際疾病分類第10版 International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th (ICD-10) を用いた。また1年6ヶ月後、2年

6ヶ月後、3年6ヶ月後の転帰（退院/入院中/転院の別のみ）を転帰調査票に記載し、研究者らの所属施設への郵送を依頼した。

### Ⅲ 対象者の転帰と「重度かつ慢性」基準案の下位項目

長期入院化要因の探索目的で、従属変数として1年半、2年半、3年半後の転帰（退院/入院中）を用いて、また、独立変数として基準案3項目（精神症状、行動障害、生活障害）および身体合併症、それぞれの下位項目、調査日までの入院日数、年数を1項目ずつ投入し、Cox回帰比例ハザード分析を行い、ハザード比が1と比べて有意に小さいかを検定した。なお、探索目的のため、Bonferroni補正は行わず、 $p < 0.05$ を有意とした。

### Ⅳ 対象者の転帰と「重度かつ慢性」基準案3項目

従属変数として1年半、2年半、3年半後の転帰（退院/入院中）を用い、独立変数として

年齢, 男性, 調査日までの入院年数, 「重度かつ慢性」の基準案3項目(精神症状, 行動障害, 生活障害) および身体合併症を投入してCox回帰分析を行った。

## V 統計分析と生命倫理

統計分析はSPSSソフトウェア for Windowsバージョン20.0<sup>®</sup>を使用した。なお, 研究の実施に先立ち, 国立精神・神経医療研究センター倫理委員会の承認を得た(倫理委員会承認番号A2014-004, 課題名 医療観察法病棟における「重度かつ慢性」基準案に関する調査)。

## 結果

### I 対象の概要

対象とした210人の入院期間は, 平均値1,026日, (95%信頼区間974日-1,079日), 中央値943日に及んだ。その中で2015年7月15日までに126人(60.0%)が, 2016年7月15日までに166人(79.0%)が, 2017年7月15日までに185人(88.1%)がそれぞれ退院し, 同日に25人(11.9%)が医療観察法病棟になお入院を継続していた。このうち男性が171人(81.4%)を占めた。ICD-10に基づいて分析す

ると, 186人(88.6%)がF2(統合失調症, 統合失調症型障害及び妄想性障害)と診断され男女とも最多を占めた。次いで男性では11人(6.4%)がF1(精神作用物質使用による精神及び行動の障害)と診断され, 女性では4人(10.3%)がF3(気分(感情)障害)と診断された。なお, 男性のみ3人(1.8%)がF0(症状性を含む器質性精神障害), 2人(1.2%)がF3, 1人(0.6%)がF4(神経症性障害, ストレス関連障害及び身体表現性障害), 2人(1.2%)がF8(心理的発達の障害), 1人(0.6%)がG40(てんかん)と診断された。平均年齢は44歳, (95%信頼区間42-46歳)であり, 対

表1. 転帰

転帰	性別	3年半	
		(n)	(%)
退院	男性	150	87.7%
	女性	35	89.7%
	合計	185	88.1%
入院中	男性	21	12.3%
	女性	4	10.3%
	合計	25	11.9%
計		210	100%

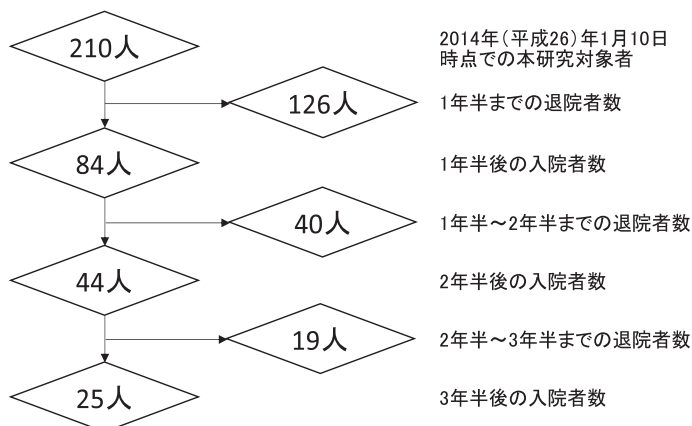


図2. 本研究対象者の転帰  
本研究対象者における調査開始1年半, 2年半, 3年半後の転帰を示した。

象行為別では、男性では傷害が63人(36.8%)であり、女性では殺人未遂が13人(33.3%)を占め最多であった。全体では傷害(34.8%)、殺人未遂(19.5%)、放火(18.1%)、殺人(17.6%)が多く、強盗(3.3%)、強制わいせつ(3.3%)、放火未遂(1.9%)、強盗未遂(1.4%)の順で続いた。以上の項目のうち、強盗、強制わいせつ、放火未遂は男性のみであった。一方、身体合併症については水中毒に15人が、反復性イレウスに8人が、反復性肺炎に4人が、その他の身体合併症に15人が罹患していて、28人がいずれかの身体合併症を有していた。

## II 対象者の転帰と「重度かつ慢性」基準案の下位項目の関与

表2には、「精神症状」、「行動障害」、「生活障害」、「身体合併症」の下位項目についての解析を、Cox回帰分析を用いて探索目的で行った。3年半後の入退院のハザード比、上限値、下限値、p値、有意差有無を示した。なお、誌面の都合から、表には3年半後のp値、有意差有無とハザード比、上限値、下限値を提示した。

3年半後の入院継続と有意に関連していた項目は、以下のとおりであった。「精神症状」では陽性症状、概念の統合障害、猜疑心、幻覚による行動、興奮、非協調性、不自然な思考内容、合計スコアが、「行動障害」では言語的暴力、衝動性、B項、不潔行為、ストレス脆弱性が、「生活障害」では地域生活障害、生活リズム、保清、金銭管理、服薬管理、対人関係、社会的適応を妨げる行為、電話の利用、買い物、日常生活能力の程度、日常生活障害4以上であった。なお、「行動障害」の自殺念慮のみハザード比が1を上回っていて、退院の方がスコアが有意に高い結果であった。

3年半後の結果と1年半後、2年半後の観察時点での結果を比較すると、「精神症状」に関しては陽性症状、概念の統合障害、猜疑心、幻覚による行動、興奮、非協調性、不自然な思考内容、合計スコアが、「行動障害」では衝動性、B項、ストレス脆弱性が、「生活障害」では地

域生活障害、生活リズム、保清、金銭管理、服薬管理、対人関係、社会的適応を妨げる行為、電話の利用、買い物、日常生活能力の程度、日常生活障害4以上が、どの観察の時点でも、有意( $p<0.05$ )に入院継続と関連していた。また、「精神症状」のうち総合精神病理、およびそれに含まれる衝動性、不自然な姿勢、「行動障害」のB項に含まれる衣服を破る・脱ぐについては、3年半後の観察では有意差がないものの、1年半後、もしくは2年半後の観察時点での入院と有意に関連していた。身体合併症については、観察期間を通じ、有意な下位項目は認められなかった。

## III 対象者の転帰と「重度かつ慢性」基準案に含まれる3項目の関与

1年半、2年半、3年半後の従属変数(退院/入院中)に対して、年齢、男性、「精神症状」、「行動障害」、「生活障害」、「身体合併症」、調査日までの入院年数の関わりを表3に示した。基準案に含まれる3項目のうち、「精神症状」および「生活障害」が、1年半、3年半後の調査で入院継続と有意( $p<0.05$ )に関連しており、「生活障害」のみ2年半後の段階でも入院と有意に関連していた。「精神症状」の1年半、3年半後のハザード比は、それぞれ0.581(95%信頼区間0.369-0.915)、0.682(95%信頼区間0.473-0.984)であった。「生活障害」での1年半、2年半、3年半後のハザード比は、それぞれ0.570(95%信頼区間0.351-0.925)、0.607(95%信頼区間0.406-0.907)、0.668(95%信頼区間0.463-0.963)であった。

一方、基準案3項目に含まれる「行動障害」、その他の年齢、男性、「身体合併症」、調査日までの入院年数は、1年半、2年半、3年半後の調査段階での入院と関連しなかった。

## 考 察

本研究は、我が国で長期入院した医療観察法対象者の特徴を報告した最初の研究である。我

表 2-1. 精神症状, 行動障害各項目

精神症状各項目	3 年半				行動障害各項目	3 年半			
	p	Exp(B)	下限	上限		p	Exp(B)	下限	上限
陽性症状	<0.001 **	0.951	0.926	0.978	A 項合計	0.169	0.968	0.925	1.014
概念の統合障害	0.001 **	0.848	0.771	0.934	自殺念慮	0.025 *	1.19	1.022	1.386
誇大性	0.307	0.946	0.851	1.052	自傷行為	0.086	1.261	0.968	1.643
敵意	0.08	0.908	0.816	1.012	言語的暴力	0.013 *	0.809	0.684	0.956
猜疑心	0.009 **	0.881	0.802	0.968	身体的暴力	0.142	0.801	0.596	1.077
幻覚による行動	0.02 *	0.896	0.817	0.983	衝動性	0.032 *	0.833	0.704	0.985
興奮	0.012 *	0.855	0.757	0.966	器物損壊	0.648	0.935	0.701	1.247
陰性症状	0.642	0.987	0.935	1.042	他者への迷惑行為	0.207	0.884	0.731	1.07
情動的引きこもり	0.936	0.996	0.899	1.103	性的逸脱行為	0.162	0.805	0.594	1.091
情動の平板化	0.445	0.962	0.872	1.062	放火	0.5	1.138	0.781	1.659
総合精神病理	0.061	0.979	0.959	1.001	B 項合計	0.031 *	0.981	0.964	0.998
心気症	0.217	0.937	0.844	1.039	失禁	0.475	0.918	0.727	1.16
不安	0.498	0.967	0.877	1.066	不潔行為	0.038 *	0.778	0.613	0.986
罪責感	0.711	1.031	0.877	1.213	衣類を破る・脱ぐ	0.228	0.808	0.572	1.142
緊張	0.599	0.969	0.862	1.089	収集癖	0.466	0.894	0.663	1.207
衝動性と不自然な姿勢	0.096	0.91	0.814	1.017	てんかん発作	0.946	0.976	0.49	1.948
抑うつ気分	0.408	1.071	0.91	1.26	気分易変性	0.131	0.917	0.82	1.026
運動減退	0.664	0.976	0.876	1.088	集中力低下	0.223	0.951	0.878	1.031
非協調性	0.043 *	0.894	0.802	0.996	特定の物や人に対する強いこだわり	0.104	0.928	0.848	1.016
不自然な思考内容	0.02 *	0.906	0.833	0.984	ストレス脆弱性	0.007 **	0.881	0.803	0.965
失見当識	0.557	0.94	0.766	1.155	服薬非遵守	0.829	0.982	0.831	1.159
合計	0.006 **	0.984	0.973	0.995	介助などへの拒否	0.29	0.92	0.788	1.074
					徘徊	0.643	1.045	0.867	1.261
					多動・行動の停止	0.732	0.977	0.853	1.119
					強迫行為	0.26	0.934	0.83	1.051
					過食・拒食	0.823	0.978	0.803	1.191
					多飲水	0.186	0.921	0.814	1.041
					異食	0.412	1.224	0.755	1.984
					物質依存	0.061	1.491	0.981	2.264
					問題行動月 1～2 回以上	0.119	0.782	0.573	1.066

が国で開発された「重度かつ慢性」基準案を用いたこと、転帰調査を3年半にわたって長期間行ったこと、医療観察法病棟に2014年1月10日時点で1年半以上入院していた対象者228人

中226人(99.1%)を対象に解析が行われた、高い捕捉率があることが特筆すべき点である。

精神保健福祉法下で、長期入院者の退院促進のために提案された「重度かつ慢性」の対象と

表 2-2. 生活障害, 身体合併症各項目

生活障害各項目	p	3 年半			身体合併症, 調査日までの入院日数年数	p	3 年半		
		Exp(B)	下限	上限			Exp(B)	下限	上限
行動上の障害	0.906	1.003	0.947	1.064	水中毒	0.591	1.167	0.664	2.053
ベッド上の可動性	0.661	1.089	0.744	1.594	反復性イレウス	0.884	1.058	0.497	2.255
移乗	0.145	1.325	0.908	1.936	反復性肺炎	0.29	0.584	0.216	1.579
食事	0.425	0.89	0.669	1.185	その他	0.85	1.054	0.611	1.82
トイレの使用	0.137	1.217	0.939	1.577	身体合併症あり	0.985	1.004	0.663	1.522
入浴	0.483	0.923	0.738	1.155					
衣服の着脱	0.881	1.022	0.771	1.355	調査日までの入院日数	0.866	1.000	1.000	1.000
地域生活障害	0.004 **	0.960	0.934	0.987	調査日までの入院年数	0.866	0.987	0.851	1.145
食事	0.106	0.914	0.82	1.019					
生活リズム	0.023 *	0.855	0.748	0.978					* <0.05
保清	0.021 *	0.861	0.758	0.978					** <0.01
金銭管理	0.047 *	0.898	0.808	0.999					
服薬管理	0.024 *	0.864	0.762	0.981					
対人関係	0.016 *	0.842	0.732	0.968					
社会的適応を妨げる行為	0.006 **	0.935	0.891	0.981					
電話の利用	0.008 **	0.833	0.728	0.953					
買い物	0.007 **	0.848	0.751	0.957					
交通手段	0.064	0.894	0.794	1.007					
日常生活能力の程度	<0.001 **	0.687	0.588	0.802					
日常生活障害 4 以上	0.001 **	0.569	0.412	0.787					

なる「重度」とは、基準日における重症度であり、基準案に含まれる「精神症状」、「行動障害」、「生活障害」、および最終的な基準案からは外されたが、暫定案には含まれていた「身体合併症」など4つの大項目が、医療観察法対象者の長期入院と関連していると予想された<sup>11-13)</sup>。

## I 長期入院因子

今回の調査結果において表3に着目すると、総合分析では基準案に含まれる「精神症状」および「生活障害」の2つの大項目が入院期間と関連していることが示唆され、従来の報告を裏付けていた。しかし、「行動障害」および基準案からは除かれた「身体合併症」については、「行動障害」の下位項目の一部では入院と関連

していることが示唆されたが、大項目としてはいずれも入院期間との強い関連は見いだされなかった。

「精神症状」、「行動障害」、「生活障害」、「身体合併症」の下位項目(表2-1, 2)に着目すると、「精神症状」における陽性症状、合計スコア、「生活障害」における地域生活障害、社会的適応を妨げる行為が入院期間と関連していることが示唆され、これらは特に重要性が高い合計項目と考えられた。これまでの精神保健福祉法下の患者に関する報告でも年齢<sup>14, 15)</sup>、性別に加えて「精神症状」におけるBPRSの陽性症状<sup>16)</sup>、不安や抑うつ、「生活障害」における金銭管理との関連が指摘されている。「行動障害」に関しては、ストレス脆弱性を含むB項が有意で

表3. 総合分析

1年半				
	p	Exp(B)	95% 信頼区間	
年齢	0.300	1.008	0.993	1.024
男性	0.972	0.992	0.623	1.579
精神症状 (BPRS 合計 45 以上または 1 項目 6 以上)	0.019 *	0.581	0.369	0.915
行動障害 (問題行動月に 1 ~ 2 回程度以上)	0.731	1.076	0.709	1.632
生活障害 (日常生活障害 4 以上)	0.023 *	0.570	0.351	0.925
身体合併症ひとつでもあり	0.559	1.177	0.681	2.034
調査日までの入院年数	0.599	1.050	0.876	1.257
2年半				
	p	Exp(B)	95% 信頼区間	
年齢	0.492	1.005	0.991	1.018
男性	0.718	1.079	0.714	1.630
精神症状 (BPRS 合計 45 以上または 1 項目 6 以上)	0.072	0.698	0.472	1.032
行動障害 (問題行動月に 1 ~ 2 回程度以上)	0.888	1.027	0.708	1.489
生活障害 (日常生活障害 4 以上)	0.015 *	0.607	0.406	0.907
身体合併症ひとつでもあり	0.652	0.892	0.542	1.467
調査日までの入院年数	0.807	0.979	0.829	1.157
3年半				
	p	Exp(B)	95% 信頼区間	
年齢	0.272	1.007	0.994	1.020
男性	0.942	0.986	0.673	1.444
精神症状 (BPRS 合計 45 以上または 1 項目 6 以上)	0.041 *	0.682	0.473	0.984
行動障害 (問題行動月に 1 ~ 2 回程度以上)	0.832	1.040	0.725	1.492
生活障害 (日常生活障害 4 以上)	0.030 *	0.668	0.463	0.963
身体合併症ひとつでもあり	0.671	1.099	0.710	1.702
調査日までの入院年数	0.887	1.011	0.864	1.183

\* &lt; 0.05

あったが、これまでの報告でも「行動障害」の攻撃的インシデント<sup>17)</sup>や物質依存の報告がある。自殺念慮は本研究でも関連が認められ、逆に入院期間を短縮する傾向があった<sup>18)</sup>。「身体合併症」に関しては、糖尿病<sup>19)</sup>、電解質濃度低下・低血圧<sup>20)</sup>、心血管代謝疾患<sup>21)</sup>が入院期間と関連する指摘があるが、本研究では「身体合併症」に該当する対象者が1割程度と少数で

あるためか関連しなかった<sup>22)</sup>。

長期入院因子のうち、「精神症状」がある対象者については、複数の抗精神病薬で十分な治療効果を得られない治療抵抗性統合失調症の対象者に修正型電気けいれん療法<sup>23-25)</sup>およびクロザピン<sup>26, 27)</sup>の早期導入をすること、「生活障害」がある対象者については訪問看護導入を早期に調整することで、より早期の退院を促進



できると考えられる。クロザピンについては、日本では無顆粒球症への懸念から導入が2009年と諸外国より20年遅れ、規制緩和が進んでいないこともあり普及も諸外国の10分の1～100分の1にとどまっている<sup>28)</sup>。採血にて無顆粒球症、高血糖の有無を継続的に確認し、異常値となった場合は速やかに内科医と相談しながら内服調整に当たることにより<sup>29)</sup>、治療抵抗性統合失調症対象者の入院期間短縮に寄与できるものと考えられる。

## II 精神保健福祉法病棟との比較および地域移行のための努力の必要性

精神保健福祉法の対象となる患者については、看護師の人員配置やケア配分が入院期間や隔離解除に関連するとの報告があるが<sup>30-32)</sup>、医療観察法病棟においては、更に豊富な人員配置で、医師、看護師、公認心理師、作業療法士、精神保健福祉士が必ず担当し、多職種チームによる濃厚な心理社会的、生物学的治療を行い、社会復帰を目指すことができる点は入院期間短縮に寄与すると考えられる。

一方、地域移行のためには、「重度かつ慢性」の基準案では表現されにくい、退院後の支援、居住先の調整、地域で生活することに対する不安、家族のサポートの問題が重要な要素となる可能性がある<sup>33-35)</sup>。実際、今回の研究で、「生活障害」に含まれる地域生活障害や社会的適応を妨げる行為が入院と有意であったことも、それを裏付けている。

## III 本研究の制約

本研究の制約として、医療観察法病棟の対象者数は精神保健福祉法病棟の患者数に比べ限られる、調査日までの入院期間が異なる、診断が統合失調症以外も含まれる、主診断のみでアルコール依存症や薬物依存症が併存する場合の言及がない、家族関係、居住先、環境調整など退院後の要因については検討されていない、多重比較の調整が行われていない等の点が挙げられる。医療観察法病棟の対象者数は精神保健福祉

法病棟の患者数に比べ限られる点については、対象者は心神喪失等の状態で重大な他害行為に及んだ者に限られるものであり、物理的な限界として残ると考えられた。調査日までの入院期間が異なる点については、そうした点も踏まえた解析方法が存在しないことから限界として残ると考えられた。診断については9割近くが統合失調症であるが、統合失調症のみについて「重症かつ慢性」の基準案（満たす/満たさない）と転帰（退院/入院継続）から2×2のマトリクス表を作成し、重度かつ慢性の基準案の感度と特異度を求めたところ、全疾患の場合と比べ、感度および特異度ともほぼ同じか、やや下回る結果であった。依存症の影響は不明であるが、依存症の併存は暴力リスクが高いとされる研究もあり<sup>36)</sup>、より慎重な対応が求められる。退院後の要因について検討されていない点については限界として残ると考えられ、今後の調査が望まれる。多重比較の調整については、探索的研究であって項目数が極めて多いことから、今後の仮説を導くことを目的として、見送ることとした。

## 結 論

厚生労働省が精神保健福祉法の患者に対して定めた「重度かつ慢性」基準案を用いて、医療観察法の対象者と長期入院の関連について検討した結果、「重度かつ慢性」基準案3つの大項目のうち、「精神症状」、「生活障害」の2つの大項目、および「行動障害」の下位項目の一部が入院と有意に関連した。

## 謝 辞

終始熱心なご指導を頂いた国立精神・神経医療研究センター病院院長（現理事長）、中込和幸先生に感謝の意を表します。論文作成に向けたデータ収集にあたり、国立精神・神経医療研究センター病院精神科の先生方をはじめ、全国の医療観察法病棟から多くの方々のご協力を頂きました。感謝の意を表します。

## 引用文献

- 1) 平林直次, 竹田康二: 医療観察法と司法医療体制の改革に向けて 医療観察法医療の現状分析からネクストステップに向けて. 司法精神医学, 14(1): 29-34, 2019.
- 2) 竹田康二, 河野稔明, 平林直次: 医療観察法病棟の現況と展望. 精神医学, 62(4): 445-454, 2020.
- 3) Takeda K, Sugawara N, Matsuda T, Shimada A, Nagata T, *et al.*: Mortality and suicide rates in patients discharged from forensic psychiatric wards in Japan. *Comprehensive Psychiatry*, 95: 152131, 2019.
- 4) 平林直次: 指定入院医療機関における長期入院とその対策. 司法精神医学, 5: 87, 2010.
- 5) 平林直次: 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. 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)」平成21~23年度総合研究報告書. 53-78, 2012.
- 6) 平林直次: 医療観察法医療がどのように運営されたか. 精神医学, 60(11): 1-8, 2018.
- 7) 河野稔明, 岡田幸之, 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, 12(1): 11-18, 2017.
- 8) 村上 優: 医療観察法の現在と将来の課題. 日社精医誌, 25: 58-64, 2016.
- 9) Völlm B, Edworthy R, Holley J, Talbot E, Majid S, *et al.*: A mixed-methods study exploring the characteristics and needs of long-stay patients in high and medium secure settings in England: implications for service organization. *Health Services and Delivery Research*, 5(11): 1-234, 2017.
- 10) Tachimori H, Takeshima T, Kono T, Akazawa M, Zhao X, *et al.*: Statistical aspects of psychiatric inpatient care in Japan: Based on a comprehensive nationwide survey of psychiatric hospitals conducted from 1996 to 2012. *Psychiatry Clin Neurosci*, 69(9): 512-522, 2015.
- 11) 安西信雄: 新しい精神科地域医療体制とその評価のあり方に関する研究. 平成24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 報告書(精神障害分野), 2012.
- 12) 安西信雄: 精神障害者の重症度判定及び重症患者の治療体制等に関する研究: 平成27年度総括・分担研究報告書: 平成27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), 2015.
- 13) 安西信雄: 良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針 厚生労働省告示第六十五号, 2014.
- 14) Mino Y, Oshima I, Shimodera S: Association between feasibility of discharge, clinical state, and patient attitude among inpatients with schizophrenia in Japan. *Psychiatry Clin Neurosci*, 63(3): 344-349, 2009.
- 15) Tanioka T, Chiba S, Onishi Y, Kataoka M, Kawamura A, *et al.*: Factors associated with discharge of long-term inpatients with schizophrenia in Japan: a retrospective study. *Issues Ment Health Nurs*, 34(4): 256-264, 2013.
- 16) 大溪俊幸, 網島浩一, 斎藤 治, 堀 彰, 加藤進昌: 統合失調症入院患者の5年予後に関する研究—退院を阻害する原因について—. *IRYO*, 56(12): 706-726, 2002.
- 17) Broderick C, Azizian A, Warburton K: Length of stay for inpatient incompetent to stand trial patients: importance of clinical and demographic variables. *CNS Spectr*, 14: 1-9, 2020.
- 18) Gupta B, Trzepacz PT: Serious overdosers admitted to a general hospital: comparison with non-overdose self-injuries and medically ill patients with suicidal ideation. *Gen Hosp Psychiatry*, 19(3): 209-215, 1997.
- 19) Schoepf D, Uppal H, Potluri R, Heun R: Physical comorbidity and its relevance on mortality in schizophrenia: a naturalistic 12-year follow-up in general hospital admissions. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 264(1): 3-28, 2014.
- 20) Canuso CM, Goldman MB: Clozapine restores water balance in schizophrenic patients with polydipsia-hyponatremia syndrome. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 11(1): 86-90, 1999.
- 21) Erkiran M, Ozünel H, Evren C, Aytacılar S, Kirisci L, *et al.*: Substance abuse amplifies the risk for violence in schizophrenia spectrum disorder. *Addict Behav*, 31(10): 1797-1805, 2006.
- 22) Noohi S, Kalantari S, Hasanvandi S, Elikaei M: Determinants of Length of Stay in a Psychiatric Ward: a Retrospective Chart Review. *Psychiatr Q*, 91(2): 273-287, 2020.
- 23) Grover S, Sahoo S, Rabha A, Koirala R: ECT in schizophrenia: a review of the evidence. *Acta Neuropsychiatr*, 31(3): 115-127, 2019.
- 24) Lally J, Tully J, Robertson D, Stubbs B, Gaughran F, *et al.*: Augmentation of clozapine with electroconvulsive therapy in treatment resistant schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Schizophr Res*, 171(1-3): 215-224, 2016.
- 25) Sanghani SN, Petrides G, Kellner CH: Electroconvulsive therapy (ECT) in schizophrenia: a review of recent literature. *Curr Opin Psychiatry*, 31(3): 213-222, 2018.
- 26) Land R, Siskind D, McArdle P, Kisely S, Winkel K, *et al.*: The impact of clozapine on hospital use: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand*, 35(4): 296-309, 2017.

- 27) Siskind D, McCartney L, Goldschlager R, Kisely S: Clozapine v. first- and second-generation antipsychotics in treatment-refractory schizophrenia: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*, 209(5): 385–392, 2016.
- 28) 橋本亮太：令和3年度第7回薬事・食品衛生審議会薬事分科会医薬品等安全対策部会安全対策調査会議事録，2021。
- 29) クロザリル患者モニタリングサービス（CPMS）運用手順 資料1-5. 令和3年度医薬品等安全対策調査会，2021。
- 30) Kaiser W, Hoffmann K, Isermann M, Priebe S: Long-term patients in supported housing after deinstitutionalisation—part V of the Berlin Deinstitutionalisation Study. *Psychiatr Prax*, 28(5): 235–243, 2001.
- 31) Nagayama Y, Hasegawa M: Nursing care process for releasing psychiatric inpatients from long-term seclusion in Japan: modified grounded theory approach. *Nurs Health Sci*, 16(3): 284–290, 2014.
- 32) Park S, Park S, Lee YJ, Park CS, Jung YC, *et al.*: Nurse Staffing and Health Outcomes of Psychiatric Inpatients: A Secondary Analysis of National Health Insurance Claims Data. *J Korean Acad Nurs*, 50(3): 333–348, 2020.
- 33) 小池純子，針間博彦，宮城純子，森田展彰，中谷陽二：触法精神障害者の長期入院例 社会復帰阻害要因に焦点をあてて。精神医学，56(11): 931–940, 2014。
- 34) 小松 浩，大野高志，米田芳則，石田雄介，槇貴浩，ほか：「重度かつ慢性」基準案の該当および非該当の長期入院患者のself-stigmaに関する予備的研究。精神科，37(4): 448–452, 2020。
- 35) 草地麻実，岩本圭祐，三宅高文，三上敦夫：当院における長期入院症例に関する検討。室蘭病医誌，44(1): 21–23, 2019
- 36) Correll CU, Ng-Mak DS, Stafkey-Mailey D, Farrelly E, Rajagopalan K, *et al.*: Cardiometabolic comorbidities, readmission, and costs in schizophrenia and bipolar disorder: a real-world analysis. *Ann Gen Psychiatry*, 16: 9, 2017.

**Evaluation of Severe and Chronic Factors Which Have Been Proposed as Pre-Established Criteria for Prolonged Hospitalization in the Medical Treatment and Supervision Act Ward in Japan**

Naoya TAKEDA<sup>1)</sup>, Hiroko KASHIWAGI<sup>1)</sup>, Norio WATANABE<sup>2)</sup> and Naotsugu HIRABAYASHI<sup>1)</sup>

*1) Department of Forensic Psychiatry, National Center Hospital, National Center of Neurology and Psychiatry  
2) Translational Medical Center, National Center of Neurology and Psychiatry (Current affiliation: Department of Health Promotion and Human Behavior, School of Public Health, Graduate School of Medicine and Faculty of Medicine Kyoto University)*

**Abstract:** Aims: The Japanese Ministry of Health, Labor and Welfare has formulated the “Severe and chronic” condition to express the circumstances associated with long-term hospitalization. We aimed to demonstrate whether the above proposed criteria are statistically related to long-term hospitalization in the Japanese Medical Treatment and Supervision Act Ward.

**Methods:** The “severe and chronic” proposed criteria consists of “psychiatric symptoms”, “behavioral disorders”, “life disorders”, and “physical complications”. As of January 10, 2014, we registered 210 patients who had been hospitalized in the Medical Treatment and Supervision Act Ward for over a 1 year and 6 months. We investigated their outcomes of one and a half, two and a half, and three and a half years later, respectively. We statistically examined the relationship between hospitalization and individual items of the proposed criteria.

**Results:** 185 were discharged three and a half years later. “Psychiatric symptoms” and “life disorders”, and a part of “behavioral disorders” were statistically associated with the hospitalization outcome as examined at the three and a half years later ( $p < 0.05$ ).

**Conclusions:** “Psychiatric symptoms” and “life disorders”, and a part of “behavioral disorders” of the “severe and chronic” proposed criteria were found to be related to the hospitalization outcome.

**Key words:** medical treatment and supervision act, prolonged hospitalization, severe and chronic factors, psychiatric symptom, life disorders