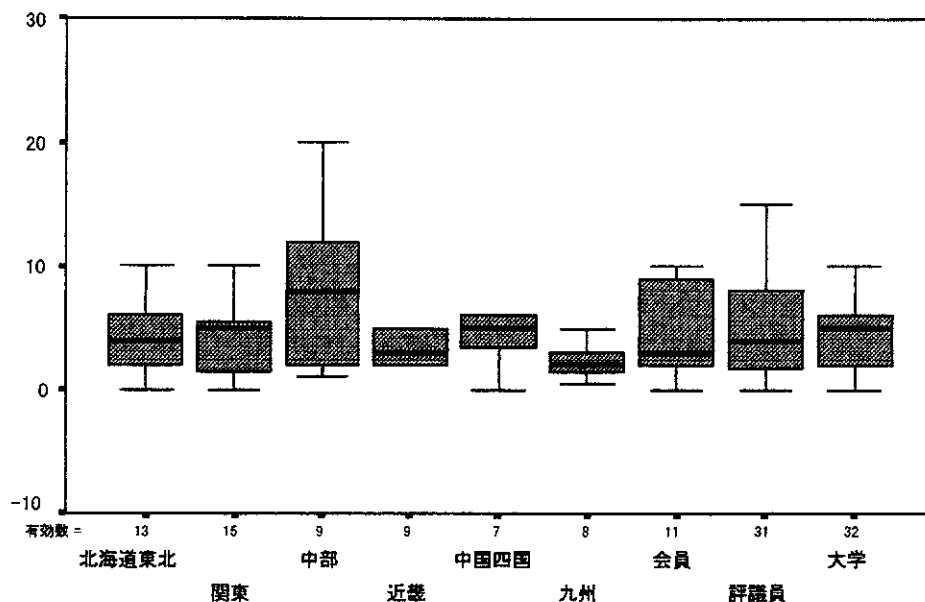
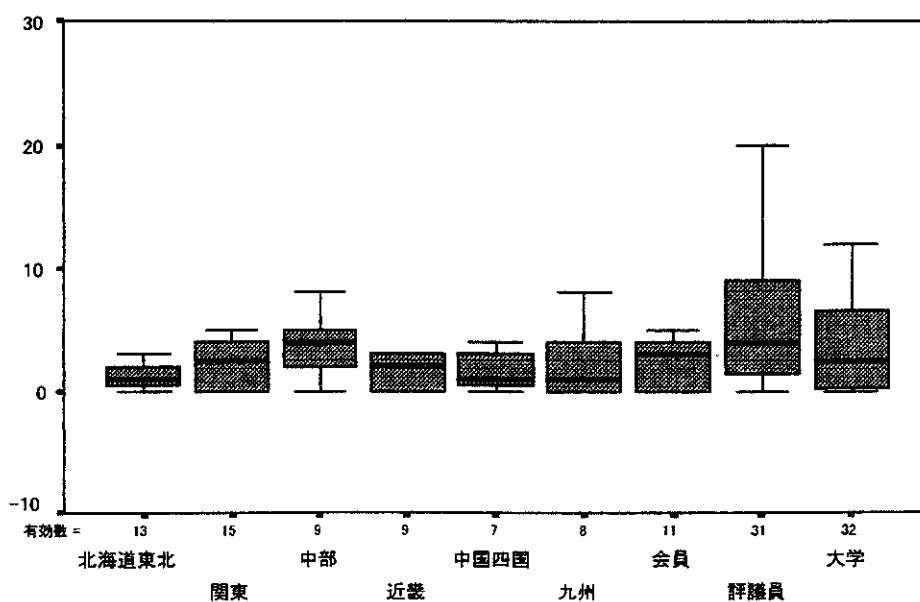


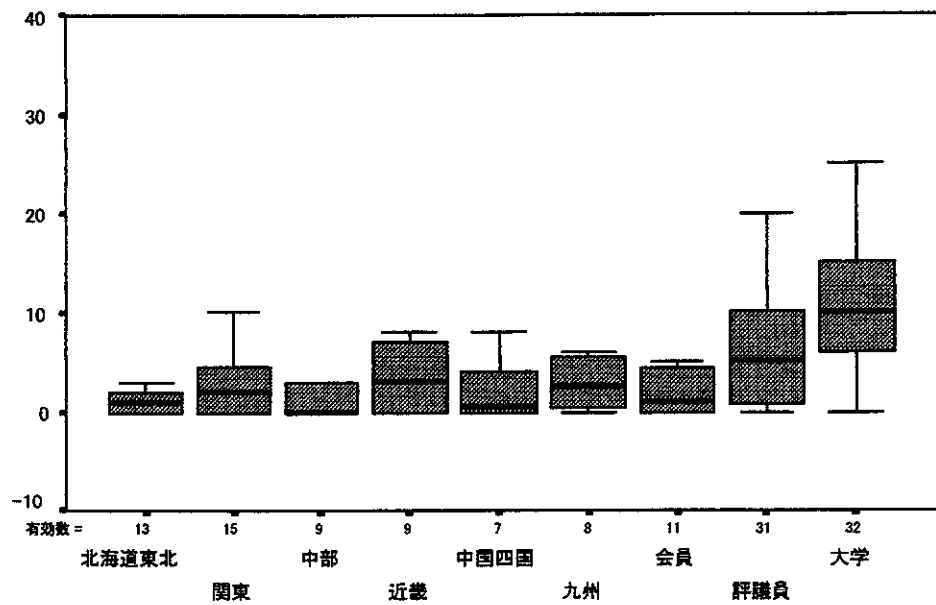
患者への診療に直接関連する管理・事務作業（例：カルテ記入などの患者の記録、紹介状の作成など患者に関する連絡、保険や利用度審査、患者への診療に関するその他の事務処理、スタッフの指導、広報活動；施設の管理）



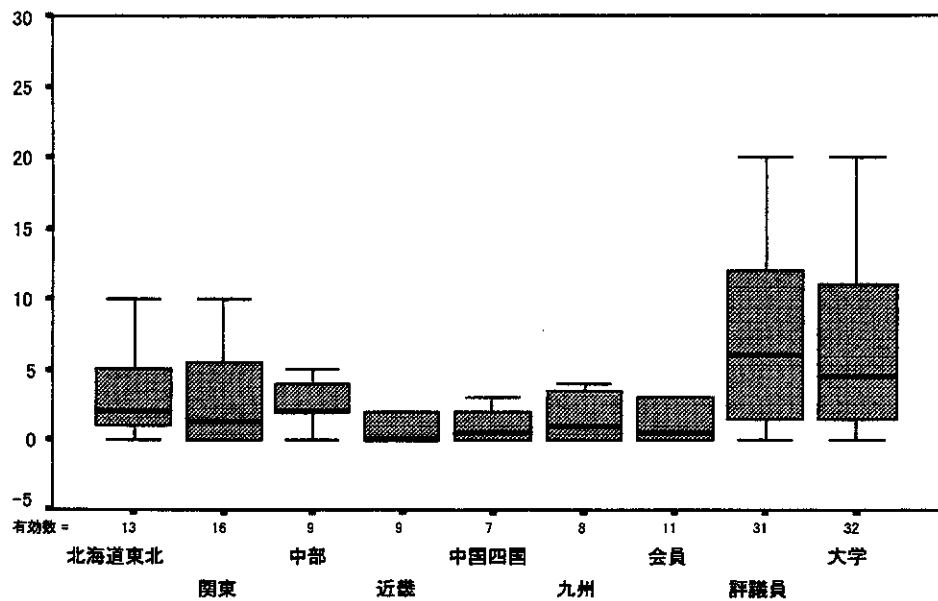
患者への診療には直接関連しない管理・事務作業（例：職員委員会、雇用されているかあなたが経営・管理者である病院、他の医療施設、診療所、集団、その他の組織の管理）



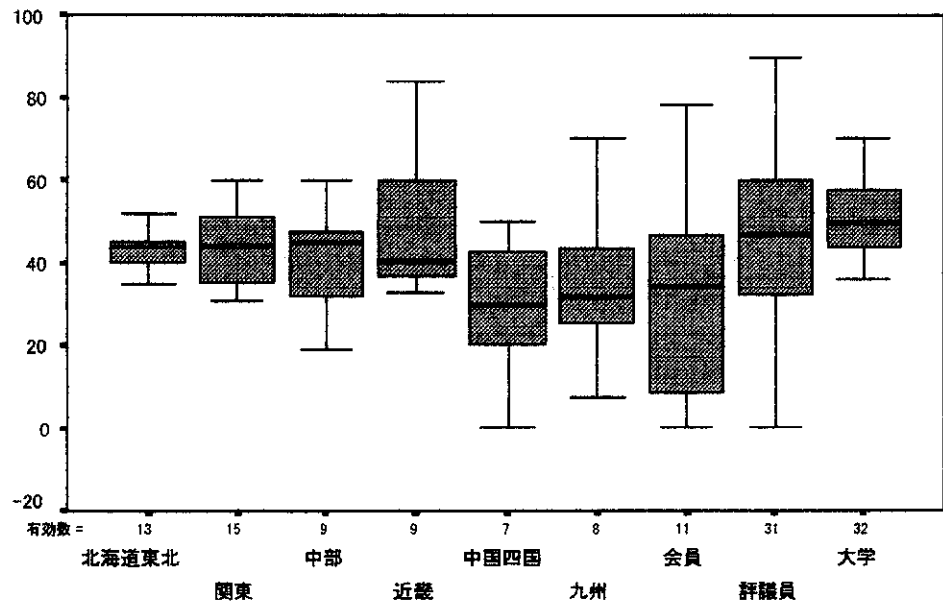
医学研究（助成があろうとなかろうと、新しい医学的知見や論文執筆に関連する活動または薬物や医療機器の認可を支援する活動）



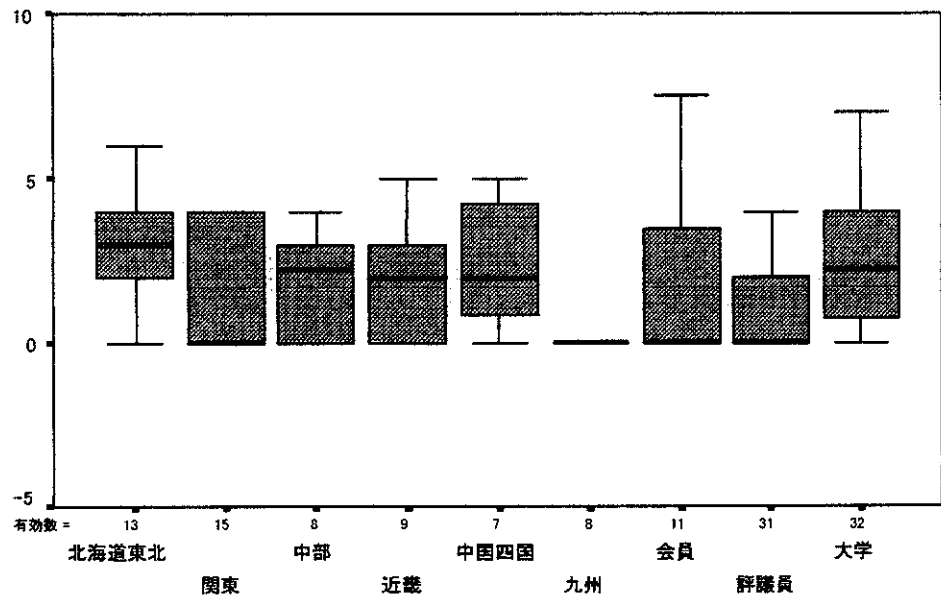
その他の専門活動（例：原稿執筆、教育、学会活動）



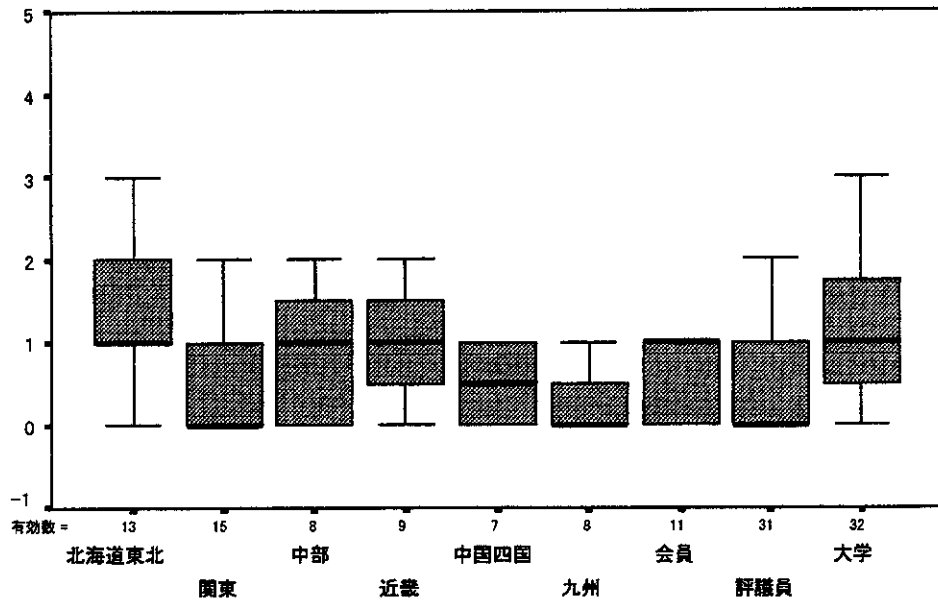
専門家としての全勤務時間（合計）



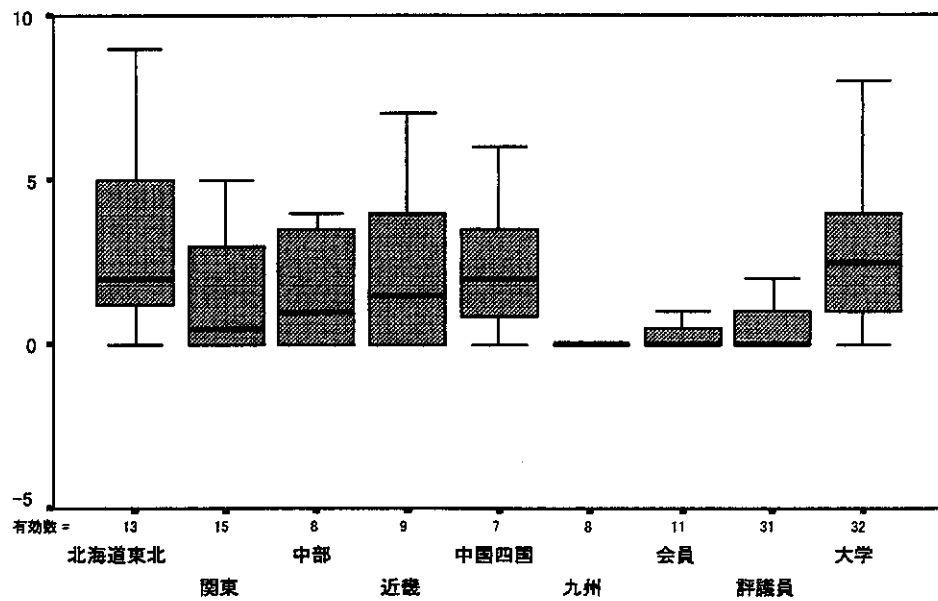
平均夜間当直日数（月平均回数）



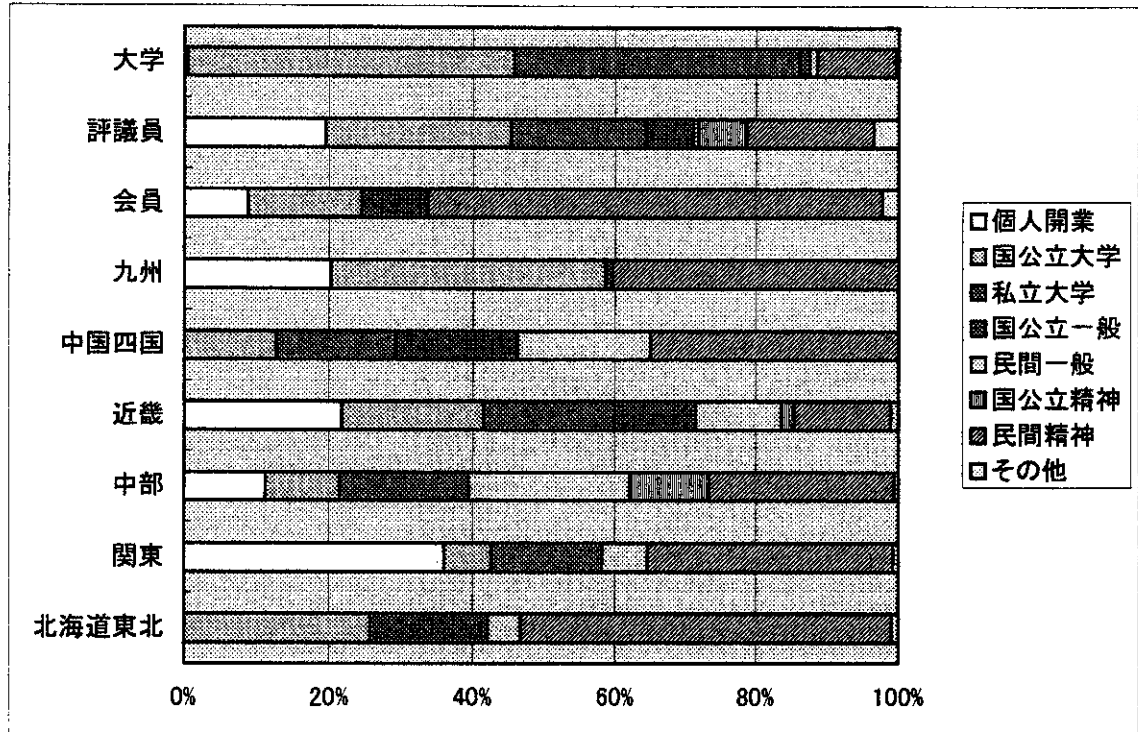
休祭日の日直 (月平均回数)



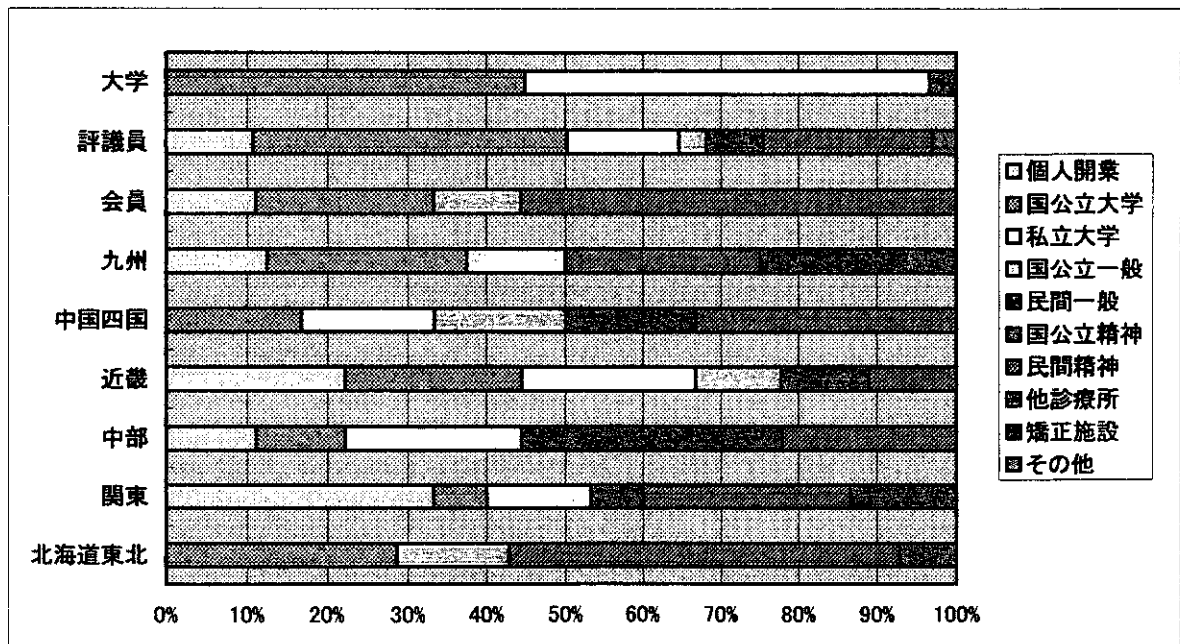
夜間当直回数 (月平均回数)



8. 診療場所ごとの時間割合

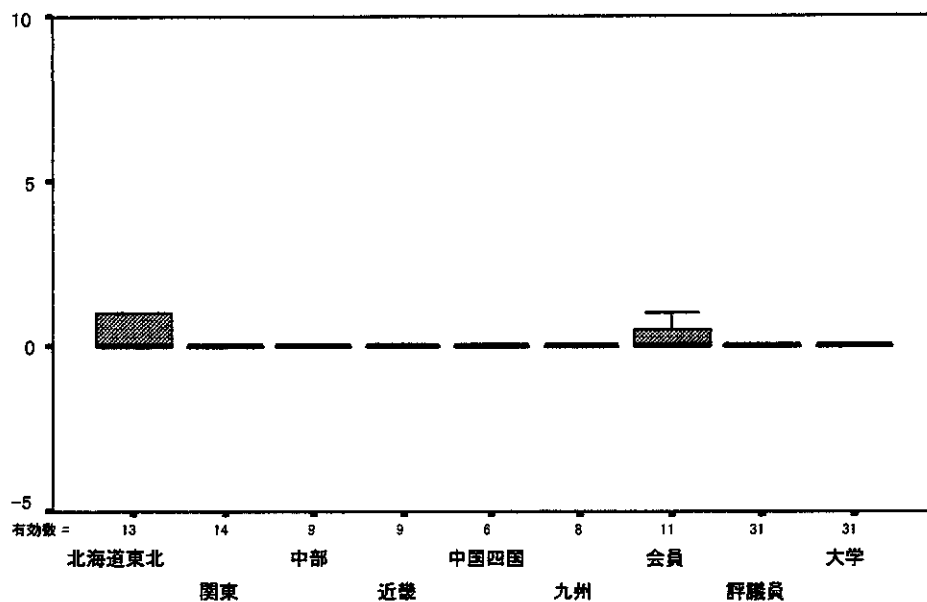


9. 通常の診療を行った「最近の日常的な1週間」で、問8のうちもっとも多くの患者を診療している場所

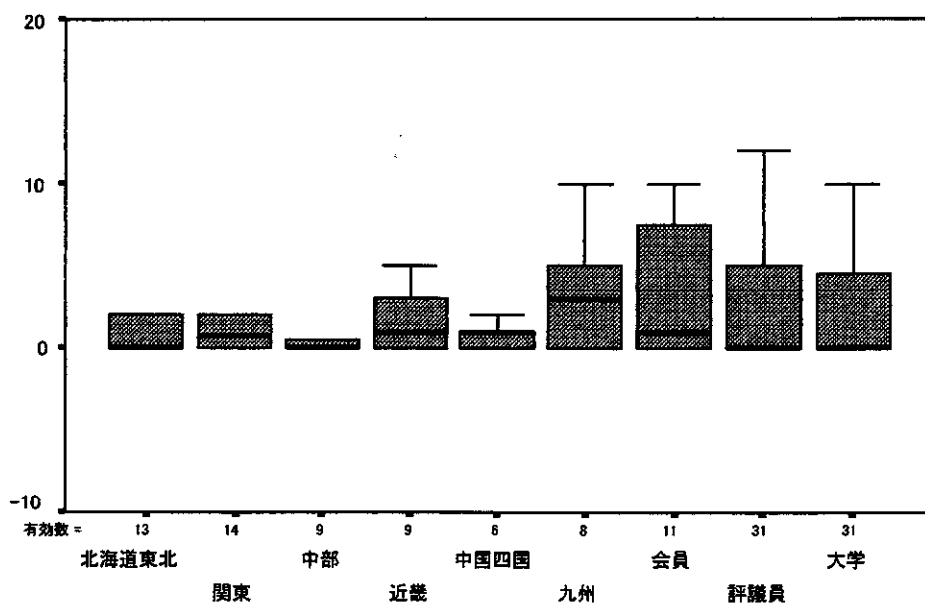


10. 「最近の日常的な1ヶ月間」で、専門家的な時間の中で以下の活動に何パーセントを費やしましたか：(ない場合は、「0」と記入してください)

触法患者に対する活動



Telemedicine 活動 (例：電話を中心とした相談、診療)



ご自身のことについてお伺いいたします

性別

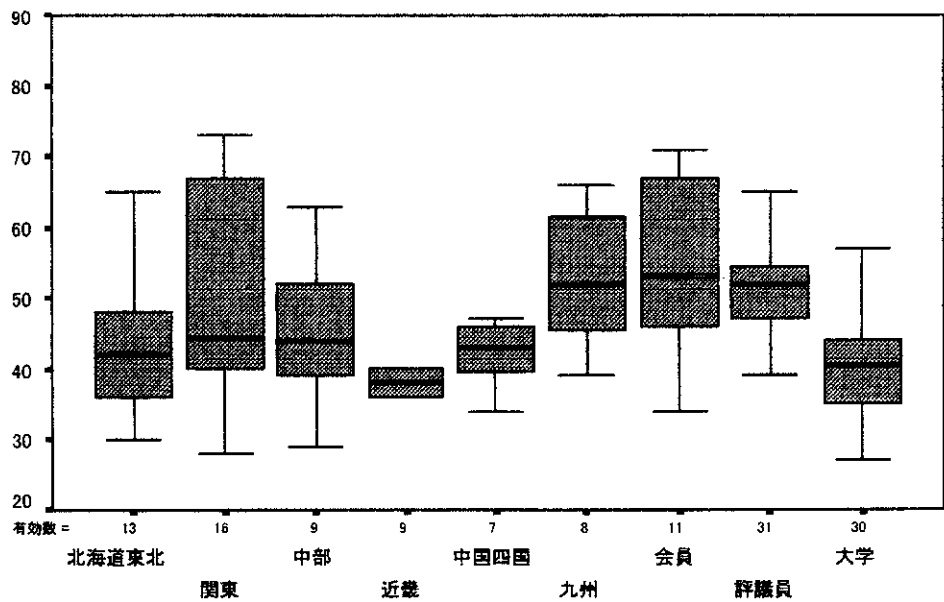
|       | 男性      | 女性      |
|-------|---------|---------|
| 北海道東北 | 13(100) |         |
| 関東    | 12(75)  | 4(25)   |
| 中部    | 7(77.8) | 2(22.2) |
| 近畿    | 6(66.7) | 3(33.3) |
| 中国四国  | 7(100)  |         |
| 九州    | 5(62.5) | 3(37.5) |

|     | 男性       | 女性     |
|-----|----------|--------|
| 会員  | 11(100)  | 0      |
| 評議員 | 31(96.9) | 1(3.1) |
| 大学  | 28(93.3) | 2(6.7) |

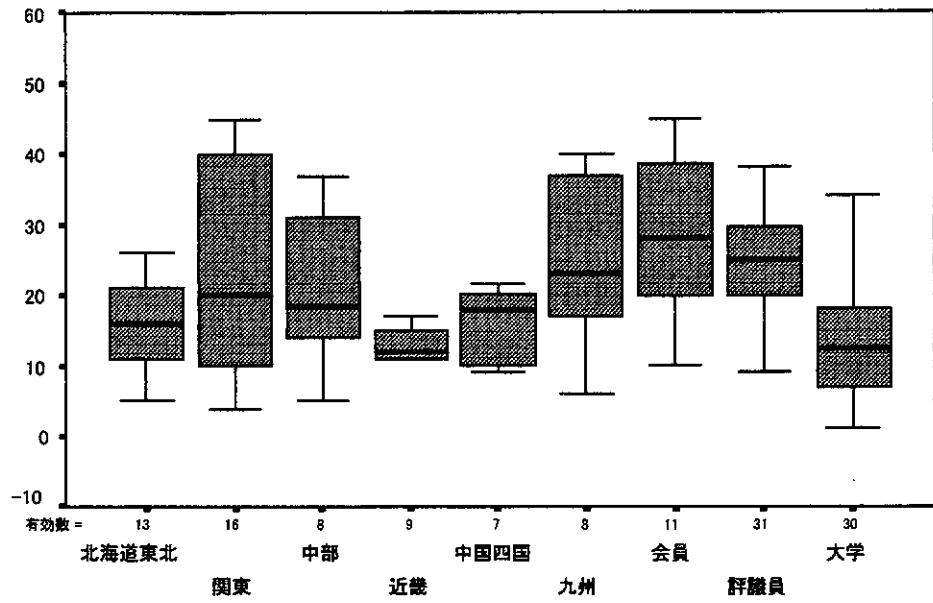
( )内は%

( )内は%

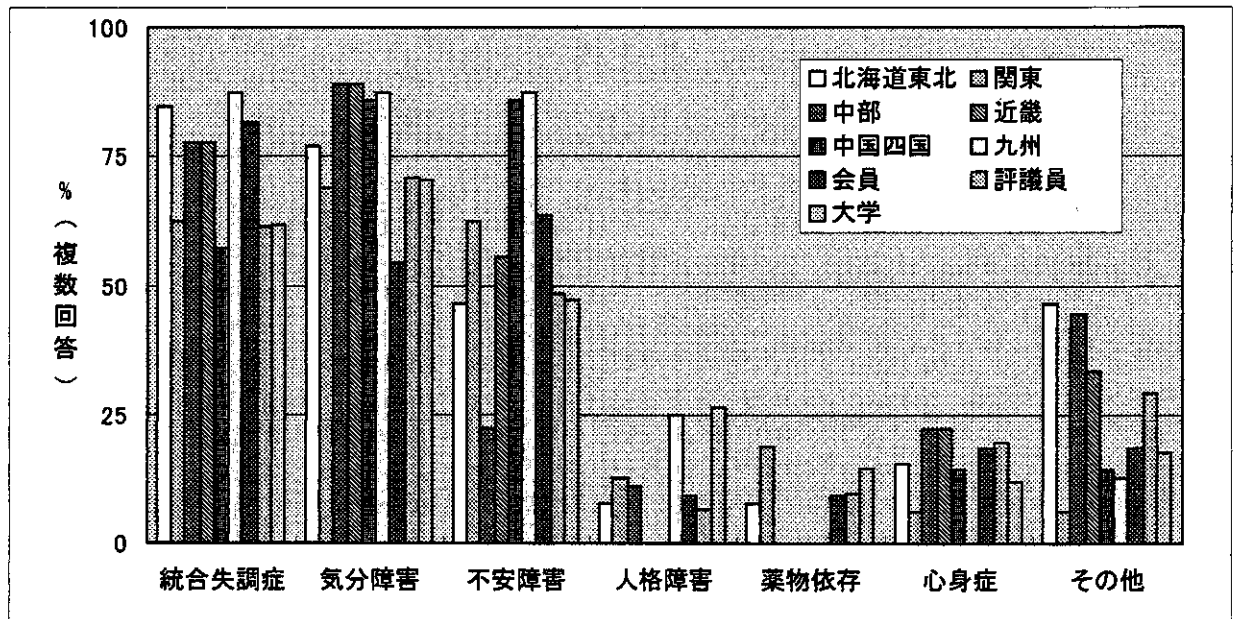
年齢



経験年数

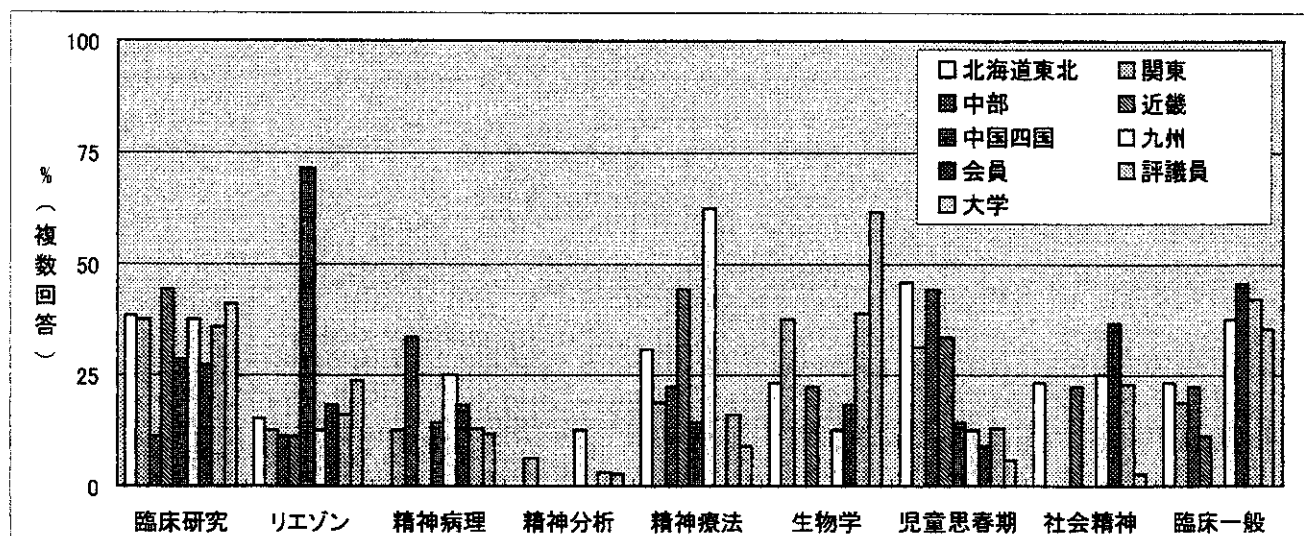


● 専門疾患 (重複回答)





● Subspecialty (重複回答)



# 厚生省科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）

## 分担研究報告書

### －精神病院等の設備構造及び人員配置の在り方に関する研究－

触法行為を繰り返す治療困難者が入院する施設の設備構造、人員配置、治療内容に関する研究

分担研究者

山上 皓 東京医科歯科大学難治疾患研究所

平成 12、13 年度の、全国の精神病院を対象とするアンケート調査に基づく措置入院患者の治療経過等の調査研究に引き続き、平成 14 年度は、司法の側から見た 25 条通報事例の追跡調査を行った。具体的には、法務省の協力を得て、1994 年 1 年間に法務省に報告された 1,132 例の触法精神障害者における、25 条通報の結果と、その後 7 年間の再犯の追跡調査を行った。その結果、次のような点を明らかにすることが出来た。

#### 【25 条通報結果】

- ① 25 条通報に基づいてなされた措置診察を受けた 936 例のうち、要措置と判定されたのは 622 例であった。
- ② 要措置の判定には、罪種と障害名、および地域の問題などの要因が影響を及ぼしていると思われる。
- ③ 罪種別では、殺人、放火、傷害で要措置判定率（以下、措置率と略記）が高く、窃盗・詐欺および薬物関連犯罪で要措置率が低い。
- ④ 障害名別では、精神分裂病圏で措置率が最も高く、精神遅滞で措置率が低い。
- ⑤ 措置率は、その管轄地域（都道府県単位）による地域差も大きい。

#### 【再犯追跡調査結果】

- ⑥ 1994 年の犯行後に措置入院した事例のうち、追跡可能であった 595 例について、2001 年末までの 7 年間の再犯を調査し、このうち 90 人が再犯をしていることを見出した。
- ⑦ 再犯者 90 人の再犯件数は総計 176 件におよび、5 件以上のものが 3 人いた。
- ⑧ 1994 年に措置入院しなかった事例群（その他処遇群）と比べると、再犯率は寧ろその他処遇群の方が大きい。
- ⑨ しかし、措置入院した事例群の再犯罪種のうち、措置入院しなかった事例群と比較して相対的に高い割合を示していたのは、殺人（6 件）、放火（5 件）などの凶悪事件であった。
- ⑩ その他処遇群の再犯の多くは、窃盗・詐欺等、比較的軽微な犯罪によって占められる。
- ⑪ 「その他処遇群」の再犯にも凶悪犯罪が見られ、とくに強盗や強姦・強制猥褻における再犯者率は、措置入院群のそれを上回る。

再犯追跡調査については、1 年間で出来ることには限界があったが、この調査で得られた資料を、今後さらに詳細に分析する努力を続けたいと考えている。

#### 研究班研究者 所属施設名及び職名

|       |             |       |
|-------|-------------|-------|
| 長尾 卓夫 | 高岡病院        | 院長    |
| 岡江 晃  | 京都洛南病院      | 副院長   |
| 浅井 邦彦 | 浅井病院        | 院長    |
| 岡田 幸之 | 東京医科歯科大学    | 難研助教授 |
| 渡邊 和美 | 科学警察研究所     |       |
| 西村 秋生 | 国立医療病院管理研究所 | 主任研究官 |
| 吉川 和男 | 国立精神神経センター  | 医長    |

#### A. 研究の目的

平成 12、13 年度には、精神病院を対象とするアンケート調査によって、精神保健福祉法第 25 条通報に基づく措置入院患者の治療経過等について分析を加えた。平成 14 年度は、検察官による 25 条通報により、どのような患者が措置入院をするのか、そして措置入院が、その

後の再犯の予防にどの程度役立っているかなどを明らかにするため、触法精神障害者の再犯歴に関する追跡調査を行った。

## B. 研究方法

法務省の協力を得て、1994年1年間に法務省に全国から報告された1,132例の触法精神障害者(精神障害を理由に検察官による不起訴処分を受け、あるいは裁判官により心神喪失ないし心神耗弱と判定された者)について、事件後の25条通報の有無、通報結果、措置入院の有無、その後2001年末に到るまでの間の再犯の有無等を調査した。

## C. 調査結果および考察

### (A) 25条通報の結果

対象者1,132例中、25条通報をされた者は1,066例であったが、そのうち指定医による

表1 触法精神障害者936例の措置診察結果

|                  |             | 総数<br>(人) | 要措置<br>(人) | 措置<br>率(%)     |
|------------------|-------------|-----------|------------|----------------|
| 総数               |             | 936       | 622        | 66.5%          |
| 罪<br>種<br>別      | 殺人          | 136       | 116        | 85.3%          |
|                  | 放火          | 77        | 63         | 81.8%          |
|                  | 強盗          | 39        | 27         | 69.2%          |
|                  | 強姦・猥褻       | 30        | 19         | 63.3%          |
|                  | 傷害          | 154       | 126        | 81.8%          |
|                  | 暴行・脅迫等      | 54        | 33         | 61.1%          |
|                  | 器物損壊        | 58        | 42         | 72.4%          |
|                  | 窃盗・詐欺       | 245       | 122        | 49.8%          |
|                  | 薬物関連犯罪      | 27        | 9          | 33.3%          |
|                  | その他         | 116       | 65         | 56.0%          |
| 障<br>害<br>名<br>別 | 精神分裂病圏      | 574       | 420        | 73.2%          |
|                  | 躁うつ病圏       | 52        | 26         | 50.0%          |
|                  | 薬物関連障害      | 146       | 84         | 57.5%          |
|                  | 精神遅滞等       | 22        | 7          | 31.8%          |
|                  | 人格障害<br>その他 | 16<br>126 | 9<br>76    | 56.3%<br>60.3% |

措置診察を受けた者は936例であった。措置診察の結果、要措置とされた者は622人、不要措置とされたのは314人であった。

25条通報に基づく措置診察を受けた936人中、措置入院を要すると判定されたのは622人で、比率(要措置率)で見れば66.5%であった。表1に示すように、罪種別や障害名別によって、要措置率は大きく異なる。

罪種別では、殺人の場合に要措置率が最も高く、85.3%に達するのに対し、窃盗・詐欺では、その比率は33.3%にとどまる。障害名別で見ると、精神分裂病圏では、要措置率が73.2%に達するのに対し、精神遅滞等においては、その比率は31.8%にとどまっている。

なお、この表には示してはいないが、都道府県別に見ると、措置診察の結果、要措置と判定される比率には、都道府県により数倍の差がみられ、要措置率には地位差が大きい。

各事例の特徴と措置判定の関係を見ると、判定結果を左右する要因として、事件の重大性(罪種別が関連)、治療の可能性(障害名別が関連)、地域社会の事情、患者と家族との関係、職業や住居の有無などの要因が、複雑に関与していることが窺われた。

### (B) 25条通報事例による再犯

前記した25条通報事例について、2001年末までの7年間の再犯追跡調査を実施した。

表2は、指標犯行時の措置入院の有無別に、再犯の有無を示すものである。

#### 1) 再犯率

表2より、この7年間で再犯を行った者は総計209人で、そのうち、指標犯行後に措置入院をした群(措置入院群)に属するのは90人、その他の処遇を受けた群(その他処遇群)に属

するのは119人であった。再犯率は措置入院群において15%、その他の処遇群で23%と、措置入院群の方が寧ろ低い結果となった。

表2 指標犯行時措置入院の有無と追跡期間内再犯の有無のクロス表

|       | 再犯なし       | 再犯あり       | 総計   |
|-------|------------|------------|------|
| 措置入院  | 505(84.9%) | 90(15.1%)  | 595  |
| その他処遇 | 394(76.8%) | 119(23.2%) | 513  |
| 合計    | 899(81.1%) | 209(18.9%) | 1108 |

### 2) 再犯件数

再犯が見られた209人の再犯件数の総計は449件であった。表3は、「措置入院群」と「その他処遇群」について、再犯件数の分布を調べたものである。

表3 指標犯行時措置入院の有無と再犯回数クロス表

|       | 1件 | 2件 | 3件 | 4件 | 5件以上 | 総計  |
|-------|----|----|----|----|------|-----|
| 措置入院  | 44 | 21 | 15 | 7  | 3    | 90  |
| その他処遇 | 44 | 31 | 24 | 8  | 12   | 119 |
| 合計    | 88 | 52 | 39 | 15 | 15   | 209 |

表3より、「措置入院群」と「その他処遇群」との間に顕著な差はないが、5件以上と、犯行を頻回反復する事例が、「その他処遇群」に多いことが目につく。

### 3) 再犯罪名と再犯者率

表4は、7年間の再犯総件数449件について、その再犯罪名別内訳を、「措置入院群」と「その他処遇群」の別により示すものである。この表より、次のような事実が指摘される。

- ①「措置入院群」においては、凶悪犯罪である殺人と放火において、再犯者率が高い。

表4 再犯者率(罪種別・処遇別)

|       | 措置入院群 | %   | その他処遇群 | %    | 全体   | %   |
|-------|-------|-----|--------|------|------|-----|
| 対象例総数 | 595   | 100 | 513    | 100  | 1108 | 100 |
| 殺人    | 5     | 0.8 | 2      | 0.4  | 7    | 0.6 |
| 放火    | 5     | 0.8 | 1      | 0.2  | 6    | 0.5 |
| 強盗    | 0     | 0.0 | 3      | 0.6  | 3    | 0.3 |
| 傷害致死  | 1     | 0.2 | 0      | 0.0  | 1    | 0.1 |
| 強姦・猥褻 | 2     | 0.3 | 3      | 0.6  | 5    | 0.5 |
| 恐喝    | 2     | 0.3 | 6      | 1.2  | 8    | 0.7 |
| 傷害    | 23    | 3.9 | 23     | 4.5  | 46   | 4.2 |
| 器物損壊要 | 6     | 1.0 | 10     | 1.9  | 16   | 1.4 |
| 暴行    | 5     | 0.8 | 8      | 1.6  | 13   | 1.2 |
| 脅迫    | 0     | 0.0 | 1      | 0.2  | 1    | 0.1 |
| 窃盗    | 29    | 4.9 | 57     | 11.1 | 86   | 7.8 |
| 詐欺    | 7     | 1.2 | 13     | 2.5  | 20   | 1.8 |
| 覚醒剤取締 | 17    | 2.9 | 16     | 3.1  | 33   | 3.0 |
| その他薬物 | 3     | 0.5 | 9      | 1.8  | 12   | 1.1 |
| 交通妨害等 | 1     | 0.2 | 5      | 1.0  | 6    | 0.5 |
| 暴力行為等 | 2     | 0.3 | 8      | 1.6  | 10   | 0.9 |
| 銃刀法取締 | 5     | 0.8 | 5      | 1.0  | 10   | 0.9 |
| 売春防止法 | 1     | 0.2 | 0      | 0.0  | 1    | 0.1 |
| その他   | 13    | 2.2 | 17     | 3.3  | 30   | 2.7 |

- ②しかし、「その他処遇群」でも、再犯には殺人2件、放火2件、強盗3件、強姦・強制猥褻4件等、凶悪事件が多数含まれている。

- ③「その他処遇群」には、「措置入院群」に比べて窃盗(100件)、詐欺(23件)など、比較的軽微な罪種の再犯が有意に多く、これがこの群の再犯者率を高める役割を果たしている。

### D. 結論

平成14年度の研究は、1994年の1年間に法務省に報告された1,132例の触法精神障害者における、25条通報の結果と、その後7年間の再犯の追跡調査に関する分析である。1年

間で実施できることには限界があったが、次のような点を明らかにすることが出来た。

#### 【25条通報結果】

- ① 25条通報に基づく措置診察を受けた936例のうち、要措置と判定されたのは622例であった。
- ② 要措置の判定には、罪種と障害名、および地域の問題などの要因が影響を及ぼしていると思われる。
- ③ 罪種別では、殺人、放火、傷害で要措置判定率（以下、措置率と略記）が高く、窃盗・詐欺および薬物関連犯罪で要措置率が低い。
- ④ 障害名別では、精神分裂病圏で措置率が最も高く、精神遅滞で措置率が低い。
- ⑤ 措置率には、その管轄地域（都道府県単位）による、地域差も大きい。

#### 【再犯追跡調査結果】

- ⑥ 1994年の犯行補に措置入院した事例のうち、追跡可能であった595例について、2001年末までの7年間の再犯を調査し、このうち90人が再犯をしていることを見出した。
- ⑦ 再犯者90人の再犯件数は総計176件におよび、5件以上のものが3人いた。
- ⑧ 1994年に措置入院しなかった事例群（その他処遇群）と比べると、再犯率は寧ろその他処遇群の方が大きい。
- ⑨ しかし、措置入院した事例群の再犯罪種のうち、措置入院しなかった事例群と比較して相対的に高い割合を示していたのは、殺人（6件）、放火（5件）などの凶悪事件であった。
- ⑩ 「その他処遇群」の再犯の多くは、窃盗・詐欺等、比較的軽微な犯罪によって占められる。

- ⑪ 「その他処遇群」の再犯にも凶悪犯罪が見られ、とくに強盗や強姦・強制猥褻における再犯者率は、措置入院群のそれを上回る。

#### E. 健康危険情報

なし

－精神病院等の設備構造及び人員配置の在り方に関する研究－

## 薬物中毒等の専門病棟における設備構造及び人員配置に関する研究

小宮山徳太郎 国立精神・神経センター武蔵病院

研究要旨：薬物依存症を中核に中毒性精神病、急性薬物中毒など精神病院が引受けべき薬物関連患者の専門病棟の設備構造及び人員配置の必要条件を考える資料を得る目的で、専門病棟の現況を、病棟構造、人員配置、治療サービス内容の調査を行った。研究方法：第1回調査は平成13年に301箇所の医療機関等へアンケート形式で実施した。第2回調査は、平成13年調査で把握した専門病棟15施設へ再度アンケート調査を行った。その回答をもとにニードに則した病棟の構造や人員配置について検討を行った。結果：2回の調査に基づいて、薬物依存症患者の処遇状況、薬物依存症専門病棟の治療理念、専門病棟のあり方、専門病棟の現況、薬物依存症治療のための閉鎖病棟の運用、専門病棟の設備構造の現況、および専門病棟の医療サービスを行う場所と規模についての結果を得た。まとめ：21世紀の薬物依存症の専門病棟は閉鎖病棟の男女混合病棟で、矯正施設とは異なった雰囲気を持った病棟が望まれる。薬物依存症専門病棟は他の疾患と変わらない病棟構造になることを期待したい。

### A. 研究目的

薬物依存症の入院治療は、薬物依存症の疾病観や治療観で多様になっている。この多様性を類型化すれば国立病院・療養所で行われている3類型になりそうである。

その一つは、国立下総療養所で行われている、アルコール依存症治療のいわゆる久里浜方式と呼ばれる入院治療に準じて、任意性を重視した2～3ヶ月間の比較的短期間の入院治療を閉鎖病棟で行うもの（小宮山、2002）、もう一つが国立肥前療養所で行われている1クール1ヶ月で、3クルールの教育・自助会ミーティング重視の任意入院治療を開放病棟で行ったりダルクメンバーの解毒治療を閉鎖病棟で2週間の任意入院で行ったりするもの（村上ら、2001）、もう一つが我々国立精神・神経センター武蔵病院で行っている比較的重篤な症例に遷延性退薬徴候

（三ツ汐ら、1998）を治療の主眼として任意入院、医療保護入院、措置入院の全ての入院形態の入院治療を閉鎖病棟で行うもの（小宮山ら、2001）の3つである。21世紀の精神科病院で薬物依存症の専門病棟がこの3類型の中から発展するのかそれとも全く異なったものが志向されるのか検討し与えられた課題を果たすことにする。

全国の薬物依存症に関連があると考えられる国公立病院、民間病院、精神保健福祉センター、精神科クリニック等へのアンケート調査を行い、薬物依存症患者の入院治療の実態を探り、また薬物依存症専門病棟へアンケートを行って専門病棟のあり方などを検討してきた結果から21世紀の薬物依存症専門病棟のあるべき姿を探ることにしたい。

## B. 研究方法

本研究では、平成 13 年および平成 14 年に調査を実施した。

平成 13 年調査は、2 月 23 日～3 月 10 日の期間に 301 箇所の医療機関等へアンケート形式で実施した。159 箇所から回答を得た。そのうち専門病棟は国立療養所 4 箇所、自治体病院 3 箇所、民間病院 8 箇所の計 15 箇所にあった。

平成 14 年調査は、平成 13 年調査で把握した専門病棟 15 施設へ平成 14 年 2 月 6～20 日の期間に再度アンケート調査を行い 12 箇所から回答を得た。その回答をもとにニーズに則した病棟の構造や人員配置について検討を行った。

## C. 研究結果

### 1) 薬物依存症患者の処遇状況

平成 13 年 2 月 23 日～3 月 10 日の期間に 301 箇所の医療機関等へ行ったアンケート調査で 159 箇所から回答を得た（小宮山、2001）。そのうち専門病棟は国立療養所 4 箇所、自治体病院 3 箇所、民間病院 8 箇所の計 15 箇所にあった。専門病棟でないところで薬物依存症の入院治療を引き受けていたのは、民間精神病院 21 箇所、自治体立病院 35 箇所、国立病院 10 箇所、国立療養所 5 箇所の計 71 箇所であった。専門病棟と非専門病棟の合計 86 箇所の医療施設に平成 12 年中に入院した薬物依存症患者の総数は 1414 名で、そのうち専門病棟には 768 名で全体の 54.3%が入院していた（表一1）。

専門病棟の開放か閉鎖かの区別を見ると、専門病棟 15 箇所のうち 8 箇所が閉鎖病棟で、先の 3 類型の内、国立肥前療養所は解毒治療を一般精神の閉鎖病棟で行っているが、教育・自助会ミーティング重視の入院治療は開放病棟で行っているので開放病棟に数えられている。

専門病棟の病床数をみると（表一2）、閉鎖病棟の病床数は 40～58 床になっているようで、8 床の回答はアルコール依存症病棟内の閉鎖部分の 8 床を用いるという回答であった。開放病棟も 40～50 床で規模は閉鎖病棟とほぼ同じであ

った。一方、開閉両様併用は民間病院の 2 箇所に限られ病床数も大規模なのは、その病院全体がアルコール・薬物依存症専門病院であることを反映していた。

### 2) 薬物依存症専門病棟の治療理念（表一3）

病棟構造は、本来であれば治療理念を実現できるように工夫されたものであるべきであろう。その点から見ると、3 類型のうち国立下総療養所は治療理念や治療内容に即した新病棟を作り上げている（小宮山、2002）。他の 2 箇所は治療理念を病棟構造に適応させているのが実情である。

治療理念についてアンケートした結果は、薬物依存症専門病棟では 7 割以上の施設が社会復帰までを視野に入れている。それに対して、非専門病棟や入院治療しない医療施設や非入院施設の精神科クリニックや精神保健福祉センターまでみると、入院治療する患者数が減るに従って社会復帰を治療理念にするところが減少する。それに対して解毒を治療理念にする施設が多くなり社会復帰は自助会に任せるところの割合が高くなっている。このアンケートの結果に従えば、3 類型のうち国立肥前療養所は専門病棟ではあっても非専門病棟や非入院治療の施設の側に近い治療理念を持った施設ということになる。それはダルクとの連携の強さ（村上ら、2001）からも理解できる。

### 3) 専門病棟のあり方

薬物依存症は、その薬物が違法薬物であれば流通量が限られている間はその薬物が流通する特定集団に限られる。その集団を構成する特異な偏りのある人々の中にその薬物依存症が発生する。そのため特異な人格の上に薬物依存症が発症するように見える。それ故、特異な人格を矯正するという意味合いの治療が薬物依存症の治療と考えられる傾向があったのは事実であろう。ところが流通量が大きくなると特定集団から一般市民にその薬物が流通するようになり、一般市民の中に薬物依存症が発症してくる。そうなるの特異な人格の上に発症するという考え

方に一致しなくなる。こうなると矯正的な治療ではない別の治療が求められる。覚醒剤依存症を例に考えてみれば理解出来る。覚醒剤依存症は一般市民の中に広く行き渡った薬物依存症になっていて、特異な人格ではない普通の人々に男女の別なく発症している。この傾向は残念ながら 21 世紀も続きそうである。そこで、矯正施設でない男女混合の閉鎖病棟が今後の薬物依存症専門病棟の 1 つのあり方であるように思うのは筆者だけではないであろう。

そこで、専門病棟の男女混合病棟の現状を知ることから検討を次に進める。

#### 4) 専門病棟の現況

平成 13 年のアンケートで把握した専門病棟 15 施設へ、平成 14 年 2 月 6～20 日の期間にアンケート調査を行い 12 箇所から回答を得た(表-4)。12 箇所の総病床数は 903 床で、そのうち男女混合病床は 7 箇所の合計 284 床で専門病棟の 31.5%であった。そのうち閉鎖病棟 5 箇所の合計は 194 床で 21.5%に当たった。一方、非混合病棟は 619 床でそのうち閉鎖病棟の病床数は 382 床で専門病棟の 42.3%であった。開放病棟の病床数は混合病棟 90 床、非混合病棟 234 床の合計 324 床で専門病棟の 35.9%であった。この結果からみると混合閉鎖病棟は少数派に見える。非混合の開閉両様併用の 2 箇所の病床数の合計が 457 床で専門病床の半数余となる 50.6%を占めていた。そこでこの 2 箇所の病床数を差し引いた 10 箇所の病床合計 446 床について検討し直してみると、混合閉鎖病棟の病床数は 43.5%を占めることになる。その割合から混合閉鎖病棟は少数派ではないようにみえる。一方、非混合の開閉両様併用の病床数を差引くと非混合の開放病棟は 1 箇所の 50 床だけになる。

この結果から、国立肥前療養所のような非混合の開放病棟で教育・自助会ミーティング重視の治療理念がまだ広く認知されていないようにみえる。あるいは開放病棟で教育・自助会ミーティング重視の治療を行う、非入院治療に近い病棟の必要度は混合閉鎖病棟に比べて高くないのかも知れない。そして将来は、教育・自助会

ミーティング重視の治療は入院治療からクリニック等の非入院の治療形態に移行し、短期の解毒治療との組み合わせが進むのかもしれない。

#### 5) 薬物依存症治療のための閉鎖病棟の運用

閉鎖病棟であっても任意入院はありうる。その場合は任意入院のお知らせを行い人権がどのように保護されるかを説明することは当然であり、その上で行動制限をする根拠を説明し、行動制限する旨の文書を作成して渡すことを忘れてはならない。閉鎖病棟への入院が本人の意思による入院であるから、任意入院患者の「開放処遇の制限」に当たらないとする考え(小宮山、2002)があるようだがそれには同意できない。なぜなら、開放処遇で保障される人権が治療目的で制限される事実を患者さんに伝えることは人権保護の観点から大切と考えるからである。これは法の精神でもあろう。

閉鎖病棟への入院を法に従って正しく運用する限り、閉鎖病棟の方が対象とできる患者さんの範囲は広がる。また、閉鎖病棟に任意の入院をするという事情はそれだけ重篤でなければ説得力を持たないという点で治療者側は入院症例を安易に決めることが出来なくなる。そこで初発段階の症例や断薬意欲の明瞭な症例は非入院の教育・自助会ミーティング重視の薬物専門外来治療や個別精神療法の外来治療(薬物依存症の治療経験がある精神科医であれば専門外来でなくても治療可能な症例はあると筆者は考えている)を選択することになり、断薬意欲を持っても実現が困難な症例や非入院では治療が困難な重症例が閉鎖の専門病棟の治療を選択することになるのが自然な成り行きに思える。

#### 6) 専門病棟の設備構造の現況

保護室(隔離治療室)は回答のあった 12 箇所の専門病棟のうち 10 箇所に設置されていた。そのうち 9 箇所に観察廊下があり 6 箇所が看護室と接していた。パイピングは混合病棟の 2 箇所のみであったが、非混合病棟の 3 箇所ではパイピングの必要性を感じていた。

食堂をみると混合病棟 7 箇所のうち 5 箇所が



デイルームの兼用で、食堂が独立しているのは2箇所、そのうちの1箇所は各自ベッド上で食事をすると回答している。非混合病棟ではデイルームとの兼用2箇所、独立して食堂があるのは3箇所であった。

一箇所に集合して食事を一斉に取るのは食事の自然な風景ではない。食事は全員が同時に取るのではなく、少数が会して食事が取れる食堂を備えるのが自然な気がする。または、各自ベッド上で取るのも一般科の病室のようで良い方法かも知れない。

廊下との区切りがないデイルームを食堂に兼用するのは衛生上も好ましくない。本来は食堂はデイルームから区別されるべきであろう。病室を明るく保つ意味からデイルームと廊下の区別は腰高のパネルや植栽で区切るのがよいが、そのような区切りは混合病棟の2箇所に見られただけであった。

浴室については、混合病棟7箇所のうち5箇所が男女同じ浴室を時刻や曜日による男女の区別で入浴する工夫をしていた。理想を言えば男女別の浴室があるのが望ましいが、2箇所ですべてようになっていた。

精神病棟では便所や洗面所は病室とは別に置くのが一般的だが、アメニティーを考えれば、各病室に便所と洗面所を設置するのが望ましい。そうなれば便所と洗面所の男女の区分は不要になる。そこで、病室毎に便所と洗面所を設置することにどの程度同意が得られるかアンケートしたところ、意図したわけではなかったが意見が3分したのは興味深い(表-5)。全体としては両方とも設置する方向にあると言えそうである。

病棟内の警報システムは全ての病棟が有していたが、それは専門病棟であるためではないようである。病棟監視システムは1箇所で設置していた。出入口や窓枠開放警告システムはどこにもなかったが、看護師室から死角部分に監視カメラを設置しているところが1箇所あった。矯正施設では監視を徹底する必要がある。矯正施設によらない監視システムでもその中で働く者は気付かぬうちに監視人の役割を演じか

ねない。そのような雰囲気を醸し出さないためには監視システムは保護室以外はないほうがよいように思う。

#### 7) 専門病棟の医療サービスを行う場所と規模

治療内容と病棟構造についてアンケートして回答のあった12箇所で見ると、12箇所全てで個人精神療法、集団精神療法、疾病教育、作業療法、運動療法を行っていた。自助会メッセージは11箇所、家族療法は8箇所、芸術療法は5箇所、内観療法3箇所、行動療法と認知行動療法は各2箇所で行っていた。

集団精神療法は、集団療法室、面談コーナー、ミーティングルーム、デイルーム、リハビリテーション棟会議室、小ホール、デイナイト棟病室、食堂、大会議室と実施場所は多様で規模は8~10名、25~30名、40~70名、100名と巾が大きかった。

疾病教育は、8~10名では学習コーナー、学習室、看護室など集団精神療法と違った所で実施されたが10名以上では集団精神療法と同じ場所で同規模だった。

作業療法も運動療法も参加人員に応じてまたその病棟の状況に応じて様々に場所を設定して行っていた。

内観療法は、内観室で1名あるいは内観療法室、内観研修棟で2~8名の集中内観を行う所と、日常内観を全患者210名が同時にベッド上で行う所があった。

芸術療法、認知療法、認知行動療法に特別な治療室があるわけではなく、自助会メッセージも家族療法も規模に応じて様々な場所を利用して行っていた。

#### D. 考察

以上の結果をふまえて、専門病棟の今後あるべき方向について論じる。

21世紀の薬物依存症の専門病棟は閉鎖病棟の男女混合病棟で、矯正施設とは異なった雰囲気を持った病棟が望まれる。

そこに必置するのは、病室、保護室(隔離治

療室)、浴室、食堂、デイルーム、集団療法室、疾病教育室、作業療法室、運動療法室、面会室、洗濯室、看護師室、診察室、談話室などがある。

まず、アメニティー向上の観点から病室毎に洗面所と便所を付設することを提案したい。

そこで病室には便所と洗面所付き、洗面所のみ付き、どちらもないものの3通りの病室モジュールを準備する。保護室にはドア付き便所完備、ドアなし便所付き、便所なしなどいく通りもの保護室モジュールを準備する。デイルームには喫煙室あり、吸煙テーブルあり、喫煙対策なし、廊下との区切りあり、区切りなしなど複数のデイルームモジュールを準備する。他にも同様に複数のモジュールを準備する。そしてどのモジュールを選ぶかは病院の選択になるがアメニティー度が高いものには病棟入院料の加算を認めるなどの施策を講じて病棟の改善を促すというのはどうであろうか。

#### E. 結論

21世紀の薬物依存症専門病棟は他の疾患と変わらない病棟構造になることを期待したい。そうすれば、矯正的雰囲気は払拭され、好ましい治療的雰囲気が病棟内に生まれ、落ち着いた雰囲気で入院治療が行われることと思う。

#### F. 健康危険情報 なし

#### G. 研究発表

1)小宮山徳太郎：薬物中毒等の専門病棟におけ

る設備構造及び人員配置の在り方に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金：障害保健福祉総合研究事業「精神病院等の設備構造及び人員配置の在り方に関する研究」(主任研究者樋口輝彦)平成12年度総括・分担研究報告書、pp91-99、2001. 3

2)小宮山徳太郎、三ツ汐 洋、関本正規：国立精神科医療施設における3つの治療モデル：脳に鍵をかける－行動薬理学的視点からの治療. 精神医学 2001；43：470-476

3)小宮山徳太郎：薬物中毒等の専門病棟における設備構造及び人員配置の在り方に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金：障害保健福祉総合研究事業「精神病院等の設備構造及び人員配置の在り方に関する研究」(主任研究者樋口輝彦)平成13年度総括・分担研究報告書、pp63-72、2002. 3

3)小沼杏平：国立精神科医療施設における3つの治療モデル：病棟に鍵をかける－薬物依存症専門病棟での治療. 精神医学 2001；43：477-483

#### H. 知的所有権の出願・取得状況 なし

#### 参考文献

1)三ツ汐 洋、小宮山徳太郎：遷延性退薬兆候について. 日ア精医誌 1998；5：25-31

2)村上 優、比江島誠人、杠 岳人、遠藤光一：国立精神科医療施設における3つの治療モデル：心に鍵をかける－自助グループとの連携による治療. 精神医学 2001；43：485-91

表1. 薬物依存症患者の入院先

| 専門病棟       |                  | 非専門病棟      |             |
|------------|------------------|------------|-------------|
| 国立療養所(4ヶ所) | 261名(18.5%)      | 国立療養所(5ヶ所) | 19名(1.3%)   |
| 公立病院(3)    | 239(16.9)        | 公立病院(35)   | 348(24.6)   |
| 民間病院(8)    | 268(19.0)        | 民間病院(21)   | 159(11.2)   |
|            |                  | 国立病院(10)   | 120(8.5)    |
| 合計         | 15ヶ所 768名(54.3%) | 71ヶ所       | 646名(45.7%) |

(平成12年中、入院患者総数1414名)

表2. 入院先別病棟配置の比較

|        | 専門病棟<br>(N=15)                      | 非専門病棟 $\geq 10$<br>(N=24)           | 非専門病棟 $< 10$<br>(N=44)            |
|--------|-------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| 開放病棟のみ | 4箇所<br>公3 民1<br>40~50床              | 5箇所<br>公4 民1<br>30~50床              | 7箇所<br>公4 民3<br>33~130床           |
| 閉鎖病棟のみ | 8箇所<br>公4 民4<br>8~58床               | 8箇所<br>公7 民1<br>20~60床              | 19箇所<br>公15 民4<br>1~123床          |
| 開閉両様並用 | 2箇所<br>公0 民2<br>71~116/<br>110~160床 | 11箇所<br>公6 民5<br>40~200/<br>10~179床 | 15箇所<br>公9 民6<br>1~130/<br>1~140床 |
| 無回答    | 0                                   | 2                                   | 3                                 |

非専門病棟 $\geq 10$ ：平成12年中に10名以上の入院があった非専門病棟  
 非専門病棟 $< 10$ ：平成12年中に10名未満の入院があった非専門病棟  
 非専門病棟の病床数の回答幅が大きいのは薬物依存症患者の入院病棟や病床が決まっている所はその数を回答し入院病棟や病床が決まっていない所は病院全体の病床数を回答したことによると考えられる。

表3. 治療理念の施設間比較

|            | 入院治療(+)        |                         |                         | 入院治療(-)    |            |
|------------|----------------|-------------------------|-------------------------|------------|------------|
|            | 専門病棟<br>(n=15) | 非専門病棟<br>≥10名<br>(n=24) | 非専門病棟<br><10名<br>(n=44) | 治療引受け<br>+ | 治療引受け<br>- |
|            | (n=15)         | (n=24)                  | (n=44)                  | (n=19)     | (n=57)     |
| 1)解毒       | 0%             | 29.2%                   | 38.6%                   | 5.3%       | 7.0%       |
| 2)社会復帰は自助会 | 13.3           | 12.5                    | 15.9                    | 10.5       | 49.1       |
| 3)社会復帰も行う  | 73.3           | 50.0                    | 43.2                    | 26.3       | 29.8       |
| 4)その他      | 6.7            | 4.2                     | 0                       | 5.3        | 5.3        |
| 5)無回答      | 6.7            | 4.2                     | 2.3                     | 52.6       | 8.8        |

入院治療 (+)：平成 12 年中に入院治療を行った施設

入院治療 (-)：平成 12 年中に入院治療を行わなかった施設

治療引受け +：平成 12 年中に薬物依存症の治療に関った施設

-：平成 12 年中に薬物依存症の治療に関らなかった施設

非専門病棟 ≥10：平成 12 年中に 10 名以上の入院があった非専門病棟

<10：平成 12 年中に 10 名未満の入院があった非専門病棟