

ては、事前に既存の指定入院医療機関の多職種（医師、看護師、臨床心理技術者、作業療法士、精神保健福祉士など）から意見を聴取した上で、具体的にアンケート用紙の質問項目を作成した。

調査項目は、地域別施設数と病床数、現在の入院数、ユニット別の病床数、職員数、運営と各種のミーティング、治療プログラム、身体合併症の発生状況と問題点、院外外出・外泊の現状と問題点などである。なお、アンケート調査に当たっては、各事例のプライバシーに配慮し、個人を特定する情報については調査を行わなかった。ただし、身体合併症については、各事例の性別、年代、精神科診断名、身体合併症病名に限って調査を行った。

結 果

平成 18 年 9 月 30 日現在、設置されていた指定入院医療機関は全国で 8 施設あり、総病床数は 186 床あった（表 1-1）。この 8 施設にアンケート用紙を送付し、全施設から回答を得た。

1. 地域別指定医療機関数と病床数

表 1-2 に、英国（2002）と日本（2006）における、精神科病床数と司法精神病棟の病床数を示した。また、それぞれ人口 10 万対精神科病床数を算出した。人口 10 万対精神科病床数でみると、英国 54.5 床、日本 276.7 床であり、日本の人口 10 万対病床数は英国の約 5 倍であった。司法病棟の病床数について見ると、英国 3,601 床であり、日本 186 床であった。また、人口 10 万対病床数に換算すると、英国 6.08 床、日本 0.15 床であり、英国は日本の約 40.7 倍の病床を持っていた。精神科病床に占める司法病棟の病床数を見ると、英国は 11.2%、日本 0.053% であり、日本の司法病棟の病床数の精神科病床数に占める割合の低さが目立っていた。すなわち、我が国は、英国と比較すると精神科病床を多く持っているものの、精神科病床全体に占める司法病棟の病床の割合は極めて低い水準であった。

次に、我が国の医療観察法病棟の病床数を地域別に検討し、表 1-3 に示した。東日本では関東甲信越、東北、北海道を合計すると 5 施設、112 床が設置されていたが、西日本では東海北陸、九州のみで、3 施設、74 床が設置されているだけであった。さらに、全国を 6 つのブロックに分けて見ると、中国四国、近畿の 2 つのブロックに指定入院医療機関が未設置であった。関東甲信越には 4 施設ともっとも多く設置されていた。しかし、人口 10 万対病床数に換算してみると、関東甲信越であっても、0.17 床と低い水準にとどまっていた。

以上のとおり、我が国の医療観察法病棟の設置状況には地域偏在が存在していた。

2. 調査時点での全国の入院対象者数

調査時点での入院対象者数を表 1-4 に示した。合計 169 人の入院対象者がおり、男性 132 名（78%）、女性 37 名（22%）であった。医療観察法施行前は、入院対象者の男女比は 10 対 1 と予想されたが、施行後の結果では 5 対 1 であり、女性対象者の数が事前の予想よりも多かった。

3. ユニット別病床数および保護室数

医療観察法病棟は治療ステージに応じて、急性期ユニット、回復期ユニット、社会復帰期ユニットからなる。また、男性と女性の両者が入院することを前提に作られたのが共用ユニットである。女性が入院するのは主として共用ユニットである。現在のユニット別病床数を調査し、また実際に病棟を運用してみて、何床が理想的なユニット別病床数であるかを調査した。理想のユニット別病床数とは、総病床数を現在のままとした時に、ユニット別に何床の病床数が良いと考えられるかを質問したものである。表 1-5-1 から表 1-5-8 に、現在と理想のユニット別病床数を示した。また、理想の病床数を現在の病床数で除し、現在の病床数に対して、どの程度、増減させると理想の病床数になるかを検討した。なお、指定入院医療機関によって、保護室を病床数として数える施設と数えない施設があった。

医療観察法病棟は、総病床数から、①33 床または 34 床からなる法施行前から計画された規模の病棟（以下、標準型）、②15 床または 16 床からなる小規模病棟、③24 床からなる暫定病棟の 3 タイプに分けられた。

急性期ユニットの病床数については、現在の病床数を基準とするとその 52%から 100%が理想の病床数であると回答していた。現在の病床数よりも病床を減らしてもよいとする施設が 3 施設、現状のままでよいとする施設が 5 施設であった。一方、急性期ユニットの総病床数に占める比率を増やすべきであるとした施設はなかった。

回復期ユニットの病床数については、現在の病床数を基準とすると、その 64%から 104%までが理想の病床数であると回答していた。回復期ユニットの病床数には、2つの異なる回答が得られた。33 床または 34 床からなる標準型の病棟では、3 施設中 3 施設が病床数を減らすべきと考えていた。一方、小規模病棟では 5 施設がほぼ現状の病床数のままでよいとしていた。

社会復帰期ユニットの病床数については、病棟全体の規模を問わずに 5 施設が現状維持と回答していた。1 施設は、8 床から 18 床と大幅な増床が必要としていた。社会復帰期ユニットの中に、援護寮など居住型の間施設に近い病室を作り、対象者の日常生活能力を評価したり、試験外泊の実施前に外泊中の生活を模擬的に体験したりできる病室の設置が必要であるという意見もあった。

共用ユニットについては、病床数に関する回答だけではなく、設置する必要性の有無について判断した回答までであった。共用ユニットは、増床すべきとする回答、削減すべきとする回答、現在共用ユニットを持っているが不要とする回答、現在共用ユニットがなく新たに設置すべきとする回答まで、さまざまな回答が認められた。

保護室については、表 1-6 に示したとおり、8 施設のうち 7 施設が 1 室の保護室を設置しており、残りの 1 施設が 2 室の保護室を設置していた。現在の保護室数によらず、保護室の不足を感じている施設は、1 施設もなかった。

4. 職種別職員数

医療観察法病棟では、多職種チームによる医療が基本である。入院運営ガイドラインでは、指定入院医療機関が満たすべき事項として、医師、看護師、臨床心理技術者、作業療法士、精神保健福祉士の人員数を定めている。現在、指定入院医療機関では、この規定に従って人員を確保し、多職種チーム医療を行っているが、はたして多職種チーム医療を機能的に行うのに必要な職種別人数であるか、また不足する職種はないかなどを明らかにするために、現在の医療スタッフ数と理想の医療スタッフ数を職種別に調査し、表 2-1 から表 2-8 に一覧表にして示した。

現在の医療スタッフ数よりも理想の医療スタッフ数が多いと回答している場合、現在の医療スタッフ数では不足していると考えており、回答者は医療スタッフ数の増員を希望していることになる。医師については 8 施設中 7 施設、看護師については 8 施設中 5 施設が不足していると回答した。コメディカルの中では、作業療法士と精神保健福祉士の不足が目立ち、8 施設中 7 施設が不足していると回答した。

5. 医療観察法病棟の運営と各種ミーティング

医療観察法施行前に行われた人材養成研修会など事前の準備の段階より、医療観察法病棟では治療共同体 (therapeutic community) の概念を取り入れ運営が行われる予定であった。そこで治療共同体の概念に基づいた病棟運営の実施状況とその効果について調査し、表 3-1 に示した。また、各種のミーティングについて、「朝のミーティング」「ユニットミーティング」「全体ミーティング」の実施状況について質問した。

8 施設すべての指定入院医療機関で、治療共同体の概念を取り入れた運営が行われており、すべての施設が治療共同体の概念に基づいた運営は有効であると回答した。朝のミーティング、ユニットミーティング、全体ミーティングの実施状況は、それぞれ 8 施設、7 施設、6 施設であり、多くの施設がミーティングを行っていた。

6. 治療プログラムの実施状況と今後必要なプログラム

医療観察法病棟では、職種別または多職種協働によって各種の治療プログラムが実施されている。これらの治療プログラムは、個人療法または集団療法として提供される。定期的実施日を決めて、テキストやワークブックなどのツールを用いて、ある程度構造化されたプログラムとして提供されることもあるし、不定期の構造化されないプログラムとして提供されることもある。今回のアンケートでは、ある程度、構造化された治療プログラムの実施状況を調査した。設問では、国立精神・神経センター武蔵病院で実施されている治療プログラムを一覧表に示し、実施の有無を回答してもらった。また、各指定入院医療機関で独自に行っている治療プログラムについては、その治療プログラムを自由記載してもらった。表 3-2 に、結果を示した。

8 施設すべての指定入院医療機関で「疾病教育」と「服薬心理教育」の治療プログラムが

実施されていた。「対象行為を認識し内省する治療プログラム」「被害者に対する共感性を養うためのプログラム」は、それぞれ4施設、1施設であった。つまり、疾病に関する治療プログラムに比較すると、対象行為に関する治療プログラムを実施している指定入院医療機関は少なかった。また、現在、未実施の施設であっても、すべての施設が実施が必要であると回答した。

「権利擁護講座（医療観察法について説明する講座）」「社会復帰講座（社会復帰に必要な制度についての講座、例：生活保護の取得と受給）」は、それぞれ7施設、5施設で実施されていた。未実施のすべての施設が、今後、実施が必要であると回答した。

医療観察法施行前からアンガーマネジメントをはじめとする認知行動療法の治療効果が期待され、臨床心理技術者を中心に導入の準備が進められた。認知行動療法は構造化された治療プログラムとして7施設ですでに実施されていた。「物質使用障害プログラム」はアルコールや各種の規制対象となる物質の依存・乱用に対する治療プログラムである。実施している施設は3施設のみであり、5施設で今後実施が必要であると回答した。

「パラレル作業療法」は8施設すべてで実施されており、「ドロップ・イン ドロップ・アウトの作業療法」についても6施設で実施されていた。その他、各施設で独自に行われている治療プログラムを表3-3に示した。

7. 身体合併症

各指定入院医療機関の身体合併症に対する準備状況、発生した際の付き添い予定職種と人数、身体合併症治療のための転院経験の有無について質問し、表4-1から表4-3に示した。

8施設すべての医療機関が身体合併症の発生時に備え、身体合併症治療のための受け入れ先病院と協定を結んでいた。身体合併症のために転院した場合、対象者に付き添う職種は、すべての施設が看護師と回答していた。付き添い人数は、1人または2人であった。いずれにしても、身体合併症に備え、8施設すべての施設が地域の身体合併症受け入れ病院と協定を結び、身体合併症が実際に発生した際には1名から2名の看護師の付き添いを予定していた。

また、医療観察法病棟開棟からアンケート実施時まで、身体合併症の治療目的での転院を8施設のうち4施設で経験していた。身体合併症のため転院した入院対象者の社会的特性、精神科診断名、身体合併症名を表4-4に示した。身体合併症治療のための転院者を性別にみると男4名、女1名で、年代別では30歳代が3名、70歳代と80歳代が各1名認められた。5名中4名が統合失調症で、消化器系出血、代謝性疾患、循環器疾患、大量服薬、悪性腫瘍とさまざまな合併症が認められた。特に注目すべきは、消化器出血、大量服薬など緊急性の高い身体合併症が発生していることと、悪性腫瘍のように専門医療が必要な身体疾患が発生していることである。

身体合併症の治療目的の転院に際しての困難について質問し、表4-5に示した。身体合併症転院の経験をした4施設のうち3施設が転院の際の困難さを感じていた。その困難さの

理由は、様々であった。

以上のように、医療観察法が施行されて短期間のうちに多くの施設で身体合併症のための転院を経験していた。また、身体合併症発生時に備え事前に協定書を作り、身体合併症を持つ対象者の受け入れを目的とした転院先を確保していたが、実際の転院に際しては様々な理由から転院の困難さを感じていた。

8. 外出・外泊

医療観察法では、外出・外泊は、院内散歩、院外外出、外泊の3種類に区別される。指定入院医療機関と退院地は都道府県を越えた遠隔地に位置することも多く、また外出・外泊の際には指定入院医療機関の医学的管理下で実施することが求められている。このようなことから、外出・外泊の実施に際しては、指定入院医療機関に様々な負担が生じている可能性がある。

表 5-1 に院外外出・外泊の際の困難さとその理由を一覧表にして示した。8施設すべての施設が、院外外出・外泊の実施の際に困難さを感じていた。また、その理由は多岐にわたっていた。

「医学的管理下」での外出・外泊として、看護師を中心とする職員同伴が行われている。その一方で、これまでの精神保健福祉法で行われてきたように、同伴なしの院外外出・外泊による地域での評価や訓練が必要とする意見もある。そこで、院外外出・外泊に際しての職員同伴の必要性とその理由について質問し、表 5-2 に示した。院外外出・外泊の際に同伴を必要とする施設は6施設で、2施設では不要であると回答した。その理由については、「同伴では退院後の生活などを十分に評価できない」「マンパワーの確保の困難さから外出・外泊の回数が制限される」からと回答していた。一方で、同伴が必要とする理由は、「安全性の確保のため」と回答した。

現在、医療観察法の入院処遇では、院外外出・外泊の実施については運営会議で検討し、指定医療機関の管理者が決定する。一方、諸外国では裁判所が院外外出・外泊を許可する国もある。そこで、院外外出・外泊の決定を行うべき機関について質問した。その結果、指定入院医療機関の管理者の権限で決定すべきとする施設が6施設、裁判所などの第三者機関で決定すべきとする施設が2施設であった。

以上のとおり、指定入院医療機関ではさまざまな理由から院外外出・外泊の実施に際しては困難さを感じていた。また、院外外出・外泊の際の職員の同伴の必要性については、必要とする意見と必要ないとする意見があった。また、多くの指定入院医療機関は院外外出・外泊の決定は現行どおり、指定入院医療機関の管理者が行うべきであると考えていた。

考 察

アンケート結果を元に、指定入院医療機関の現状と今後のあり方として、ハードウェア、ソフトウェア、治療プログラム、院外外出・外泊、身体合併症医療について検討してみた。

1. 地域別指定入院医療機関数と病床数

精神科病床数を人口10万対病床数で見ると、英国54.5床、日本276.7床であり、日本の精神科一般病床数は英国の約5倍であった。司法病棟の病床数についてみると、英国3,601床であり、日本186床であった。また、人口10万対病床数に換算すると、英国6.08床、日本0.15床であり、英国は日本の約40.7倍であった。また、司法病棟の病床数が精神科病床数に占める割合は、英国11.2%、日本0.053%であり、日本は精神病床を多く持っているものの、司法病棟の病床数は極めて低い水準にあることが明らかであった。

厚生労働省が医療観察法施行前に発表した指定医療機関の設置に関する計画によると、各指定入院医療機関は、33床の規模とされ、地域バランスを考慮し、人口500万人あたり1ヶ所程度、全国に24ヶ所、指定入院医療機関を設置する予定であった。つまり、全国に792床確保される予定であった。

以上のことから、我が国の指定入院医療機関の病床数は英国との比較においても、当初予定との比較においても極めて低い水準にとどまっていることが明らかである。

全国を6つのブロックに分けてみると、中国四国、近畿の2つのブロックに指定入院医療機関の未設置地域が存在していた。また、最も多く設置されていた関東甲信越でも、人口10万対病床数に換算してみると、0.17床と低い水準にとどまっていた。つまり、我が国の医療観察法病棟の設置地域には地域偏在があることが明らかであった。

医療観察法が施行されてから平成19年1月11日までの全国の申立状況と、その決定の内訳を表6-1に示した。全国の申立件数は513件で、決定件数は411件である。そのうち、入院決定が229件(55.7%)、通院決定が95件(23.1%)となっている。また、全国を7ブロックに分けてみると、入院決定率の低いのは、北海道47.6%、近畿37.1%、中国四国44.7%となっている。この3ブロックの通院決定率をみると、それぞれ38.1%、37.1%、27.7%であり、通院決定率の高い上位3ブロックである。さらに、この3ブロックは、表1-3に示したように、指定入院医療機関の未設置地域でもある。つまり、我が国の指定入院医療機関の設置状況には、大きな地域偏在が存在し、未設置地域においてはブロックを超えた指定入院医療機関への入院決定を避け、通院決定が行われているのであろう。このような運用の現実は統計上も明らかであるが、実際に審判に携わる付添人の立場から実際の決定例が報告されている³⁾。

³⁾ 伊賀興一：施行後一年の医療観察法制度に見た付添人の業務と役割。季刊 刑事弁護。49：83-87, 2007

岩成らは⁴⁾、通院決定となった55%から60%の者が通院医療を開始されず、とりあえず精神保健福祉法による任意入院または医療保護入院から開始されていることを報告している。伊賀は付添人の立場から、「任意入院や医療保護入院を社会復帰条件整備の助走期間と位置づけることも可能で現実的であるし、これらの入院においても社会復帰調整官の関与や付添人の活動も期待できること」から、「精神保健福祉法と医療観察法の関係を対立的、もしくは排他的に見る必要はない」としている。しかし、必ずしも助走期間程度の短期間にとどまらず、長期間にわたり精神保健福祉法による入院が継続されている事例があると聞く。都道府県を越えた遠方の指定入院医療機関への入院を避け、通院処遇となった場合、対象者の社会復帰を促進することもあれば、阻害することもある。このような対象者にとっての利益と不利益を十分に考慮した入院決定または通院決定が行われることが望まれるのである。

指定入院医療機関の総病床数の不足や地域偏在を考えると、地元に着した指定入院医療機関が早期に建設されることが望まれる。

2. 調査時点での全国の入院対象者数

今回の調査の結果では、医療観察法の施行前の予測よりも、対象者に占める女性の割合が高く、今後、女性用ユニットの病床数、運用方法を検討する必要がある。対象者の中では女性は少数集団であり、また対象行為には強姦、強制わいせつなどが含まれており、今後、共用ユニットの病床数を見直す必要があると考えられる。

3. ユニット別病床数および保護室数

アンケートに答えた8施設の総病床数、規模は、前述のとおり、①33床または34床からなる医療観察法施行前から計画された規模の病棟（以下、標準型）、②15床または16床からなる小規模病棟、③24床からなる暫定病棟の3タイプに分けられた。この病床の規模が異なることもあり、アンケートの回答者が理想とする各ユニットの病床数の比率には大きな違いが認められた。このような違いのある中で、回答者に共通に認められた意見は、急性期ユニットの病床数の現状維持または削減、社会復帰期ユニットの増床である。

このような意見の背景には、指定入院医療機関入院前に、約2ヶ月間にわたり鑑定入院による治療を受けており、急性期ユニットに3ヶ月間まで入院する必要がない対象者が含まれていることが考えられる。また、全病室が個室であることから、回復期ユニットであっても急性期症状にある程度対応可能であることも影響しているであろう。全室個室であ

⁴⁾ 岩成秀夫: 触法精神障害者の社会復帰と通院医療に関する研究. 平成17年度厚生労働科学研究費補助金. 触法行為を行った精神障害者の精神医学的評価、治療、社会復帰棟に関する研究 総合研究報告書 平成17年度総括・分担研究報告書. 主任研究者 松下正明, 東京, pp1-48, 2006

ることはプライバシーを保障し、日常生活における安心感を与えていると考えられる。病棟全体は広いパーソナルスペースが確保されているだけでなく、アトリウム(天窓のある空間)、作業療法エリア、広い廊下など十分な共用空間も確保されている^{5),6)}。さらに病棟内には、看護師を中心に多くのスタッフが配置されており、病状の悪化を早期に発見したり、対象者の日常生活上の相談に応じたりすることができる。

以上のようなプライバシーの確保されたアメニティの高い病棟構造や手厚いマンパワーによって、急性期ユニットの病床数が少なくても運営可能になっているのではないかと考えられる。

医療観察法施行後まもない時期であり、退院決定を受けた対象者の数は多くない。それでも、アパートの単身、家族との同居、知的障害者入所施設、入所型授産施設など、退院先は多岐にわたっている。対象者の退院先を考える場合、対象者の精神症状、病識とそれに基づく治療へのアドヒアランス、日常生活能力、家族との関係、社会生活能力など、さまざまな面から評価する必要がある。このような評価を行う場合、退院後の住居や地域への院外外出・外泊が最も有効な手段のひとつであるが、医療観察法による入院処遇中の対象者の院外外出・外泊の際には、医療的観察下での実施が求められており、指定入院医療機関の職員が同伴しているのが現状である。このような外出・外泊では、対象者の評価を十分には行うことができず、また外出・外泊の回数自体も限られているのが現状であろう。単身生活が退院後に予定されている場合など、より退院後の生活に近い条件での評価を行うことが有効である。

以上のように考えると、医療観察法病棟の中に地域生活を模擬的に体験させる病床を設置すべきとの回答があったことも理解できるが、生活訓練施設の充実と ACT (Assertive Community Treatment) をはじめとする訪問型ケアの充実による早期退院こそが望まれるであろう。

保護室数については、標準型、小規模病棟、暫定病棟のいずれのタイプであっても現時点では 1 室または 2 室で十分と回答していた。保護室数は少なくても可能としている理由は、急性期ユニットの病床数を現状維持または削減して可能としている理由と共通していると考えられる。

厚生労働省から出された「医療観察法下の行動制限等に関する告示」によれば、「精神保健福祉法下の告示で既に定められている行動制限や基準と同様のものを定めることとして差し支えない。」とされており、通信、面会、隔離、身体拘束などの行動制限の実施は、精神保健福祉法と同じ手続きで実施することになっている。

各指定入院医療機関では、精神保健福祉法と同様に行動制限を最小化するために様々な

5) 平林直次, 樋口輝彦: 医療観察法による入院病棟の開設. 医療の広場: 45(10): 5-8, 2005

6) 佐藤るみ子: 濃厚なかかわりとチームアプローチからケアの原点を見つめる 触法精神障害者の看護実践の試み. 精神科看護 11 (132): 55-60, 2005

取り組みが行われている。その取り組みの詳細は省くが、医療観察法群と措置入院群の比較研究では、行動制限の実施状況に関しても検討が行われており、医療観察法群では措置入院群に比べ、行動制限の実施が少ないことが示されている⁷⁾。このような行動制限の少ない理由としては、全室が個室でありパーソナルスペースが十分に確保されていること、廊下、デイルーム、作業療法ユニットなど共用部分が多いことが考えられる。また、従来のように人手不足を補うためにやむを得ず行われてきた行動制限を行わず、手厚いマンパワーで対応していることが考えられる。ただし、医療観察法施行後の期間が短いこともあり、今後の動向が注目される。

4. 職種別職員数

8施設中7施設で、医師、作業療法士、精神保健福祉士の増員が必要であると回答しており、現在の人員配置で増員の希望が強いのは、医師、作業療法士、精神保健福祉士である。看護師についても、8施設中5施設が増員を希望していた。

医療観察法病棟での業務を考えると、外部評価会議、運営会議、治療評価会議、倫理会議、地域連絡会議などガイドラインに定められた会議だけではなく、担当多職種チーム会議、CPA会議（地域関連機関との連携会議）など各種の会議が行われている。

指定入院医療機関は、6ヶ月毎の入院継続の申立や退院申立を行わなければならないが、この際には裁判所への提出書類が必要であり、その作成には対象者の評価や書類作成のために多大な時間が必要である。

指定入院医療機関では表3-2に示したように各種の治療プログラムが実施されている。治療プログラムでは、リーダー、コ・リーダー、記録など多数の病棟スタッフを必要とする。治療プログラムの前後には、プレミーティングとアフタミーティングが必要であり、多くの時間を要する。指定入院医療機関では、今後、さらに表3-2のように治療プログラムを増やしていくことを予定しており、さらに多くの病棟スタッフが必要になると予想される。

前述のとおり、外出・外泊の実施には、1名の対象者に対して2名以上の病棟スタッフが同伴しており、表5-1のように、すべての施設が同伴職員の不足を訴えている。また、身体合併症が発生すると、身体科への受診や転院が必要となり、この際にも医学的管理下に置くことが必要であり、同伴職員が必要となる。

以上のとおり、従来の精神医療と比較すると、手厚い人手が確保されている指定入院医療機関であっても、各種会議、裁判所への提出書類、治療プログラム、外出・外泊の付き添いなどから恒常的に人手の不足が続いている。したがって、その業務内容から見た適正な人員確保が望まれる。

⁷⁾ 平林直次: 重度精神障害者に対する地域でのモニタリング体制, 支援方法の開発に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金. 重度精神障害者の治療及び治療効果等のモニタリングに関する研究, 主任研究者 吉川和男, 総括・分担研究報告書, pp49-76, 2006

5. 医療観察法病棟の運営と各種ミーティング

すべての指定入院医療機関で、治療共同体の概念を取り入れた運営が行われており、すべての施設から治療共同体の概念に基づいた運営は有効であるとの回答があった。今後、さらに運営の方法やミーティングの実施方法など検討を進めていく必要がある。

6. 治療プログラムの実施状況と今後必要な治療プログラム

医療観察法施行前からアンガーマネージメントをはじめとする認知行動療法の治療効果が期待され、導入の準備が進められた。多くの指定入院医療機関で様々な治療プログラムが試みられており、また今後すべての施設で新たな治療プログラムの実施を検討していた。

入院処遇ガイドラインでは、「他害行為について認識し、自ら防止できる力を獲得すること」と、「被害者に対する共感性を養うこと」も目標・理念としている。精神保健福祉法では、このような対象行為の振り返りや被害者への共感性を含む具体的な医療の内容についての規定はなく、指定医療機関による新たな取り組みが期待されている。このような対象行為に焦点を当てた治療プログラムの開発が必要である。また、放火や強制わいせつなど、これまでに治療経験の少ない対象行為に対する治療プログラムの開発も望まれる。

Hwu HG らは⁸⁾、退院時の精神症状を陽性症状と陰性症状に分け、退院から1年後と2年後の社会機能や陽性症状スコアとの関係を検討している。退院時の陽性症状は退院後の社会機能や陽性症状と関連せず、陰性症状がこれらと関連していることを報告している。この結果を考慮すると、陰性症状に対する治療プログラムや地域での生活支援システムの構築が重要であろう。また、陽性症状に焦点を当てた治療プログラムであっても、その効果は陰性症状によって影響される可能性があり、陰性症状を持った対象者に対する効果的な治療プログラムの提供が必要であろう。同様に知的障害に対しても考慮が必要であろう。

今後、精神障害と同時に対象行為に焦点を当てた治療プログラムが必要である。また統合失調症では陽性症状だけではなく陰性症状に対する治療プログラムの開発や、陽性症状に対しての治療プログラムであっても、陰性症状や知的障害を持つ対象者に効果的な治療プログラムが必要である。

7. 外出・外泊

入院から通院に段階的に円滑に移行させるためには、退院後の居住先に試験外泊を行う必要がある。その際には、指定通院医療機関に受診するとともに、通所施設見学、保護観察所への訪問、退院地で行われるケア会議への参加などを通じて、退院後の担当者と直接会って面接し、“顔見せ”を行うことは、きわめて重要である。指定入院医療機関は、回復期

⁸⁾ Hwu HG, Tan H, Chen CC, Yeh LL. Negative symptoms at discharge and outcome in schizophrenia. Br J Psychiatry 166(1): 61-67, 1995

から院外外出を、社会復帰期から外泊を実施することができる。ただし、入院処遇ガイドラインによれば、院外外出・外泊は「慎重な病状評価を実施の上、指定入院医療機関の管理者の責任において、医学的管理下により行われる。」とされており、実際の外泊の際には、精神保健福祉士1名、看護師2名程度が対象者に付き添っているのが現状である。院外外出・外泊先が遠方の場合、手厚いマンパワーを持つ指定入院医療機関といえども、通常業務もあり、大きな負担を強いられる。今後、院外外出・外泊の機会を増やし社会復帰を促進していくためには、退院地に近い地域に根ざした指定入院医療機関を整備すべきである。

その一方で、院外外出・外泊の実施方法を検討すべきである。これまでの精神保健福祉法では、措置入院、医療保護入院、任意入院と段階的に入院形態を変更し、段階的に自由度を高め最終的には患者だけで院外外出・外泊（単独外出・外泊）をさせてきた。単独外出・外泊では、退院後の地域生活を想定して、どのような課題があるのかを評価し、また地域生活の練習の機会として活用されてきた。しかし、現在、医療観察法で行われている同伴の院外外出・外泊だけでは、ストレス状況下での対処能力を含む地域生活能力の評価や、練習の機会としては不十分である。もともと医療観察法の対象者は精神保健福祉法で治療されてきた精神障害者であり、同伴者なしでの院外外出・外泊の機会を提供するのが自然である。その際には、多職種チームが共通評価項目を用いて十分な評価を行った上で、危機介入を含めた綿密な計画を作成し、院外外出・外泊を行うのが現実的である。

米国では、院外外出・外泊の決定については、州立病院が裁判所に届け出て、その決定を待って外出・外泊を実施しているという。今回のアンケート結果では、外出・外泊の決定は、指定入院医療機関の管理者とする回答が6施設、裁判所など第三者機関で決定すべきとする回答が2施設であった。両者には、外出・外泊の許可に至る過程の迅速性、指定入院医療機関への負担、決定過程でのセカンドオピニオンの取り込みなど、長所と短所があり、様々な面から検討することが望まれる。

8. 身体合併症

現時点では、総合病院に設置された指定入院医療機関（病棟やユニット）はない。平成18年9月30日までに身体合併症のために全国で5例の転院が行われていた。その内訳では、「痔核からの出血」「胃潰瘍による吐血」「大量服薬」「異型狭心症」など重症度や緊急性によっては3次あるいは2次救急の対象となる症例も含まれていた。また、「縦隔腫瘍」の症例など専門的治療が長期間に及ぶ症例も認められた。

従来からも精神医療の課題として指摘されてきたが、身体合併症を引き受ける医療機関の選定と確保、移送方法、転院後の「(指定入院医療機関による)医学的管理の下」での医療の進め方、行動制限の実施の根拠の整理などは、今後、解決していかなければならない大きな課題である。個別の指定入院医療機関による努力だけではなく、医療観察法対象者の身体合併症対応システムの確立が望まれる。

おわりに

医療観察法施行前より、様々な視点から指定医療機関における医療について議論されてきた。平成 17 年 7 月 15 日医療観察法が施行されるとともに、順次、指定入院医療機関の運営が開始され、試行錯誤を繰り返しながら指定入院医療機関における医療が形作られてきた。それまで想像上の医療だったものが実務上の医療となり、多くの課題も明らかになりつつある。また、医療観察法施行から約 1 年半が経過し、さらに今後、新たな指定入院医療機関の設置が予定されている。このような現状を考えると、医療観察法施行後の経験を踏まえ、指定入院医療機関の医療観察法病棟の現状を今後も明らかにするとともに、よりよい医療観察法病棟のモデルを模索していく必要がある。

まとめ

1. 地域別指定入院医療機関数と病床数

人口 10 万対病床数で見ると、英国 54.5 床、日本 276.7 床であり、日本の精神科一般病床数は英国の約 5 倍であった。司法病棟の病床数についてみると、英国 3,601 床であり、日本 186 床であった。また、人口 10 万対病床数に換算すると、英国 6.08 床、日本 0.15 床であり、英国は日本の約 40.7 倍であった。司法病棟の病床数が精神科病床数に占める割合は、英国 11.2%、日本 0.053%であり、日本は精神病床を多く持っているものの、司法病棟の病床数は極めて低い水準にあることが明らかであった。

2. 調査時点での全国の入院対象者数

今回の調査の結果では、医療観察法の施行前の予測よりも、対象者に占める女性の割合が高く、今後、女性用ユニットの病床数、運用方法を検討する必要がある。

3. ユニット別病床数および保護室数

アンケートに答えた 8 施設の総病床数、規模は、前述のとおり、①33 床または 34 床からなる医療観察法施行前から計画された規模の病棟（以下、標準型）、②15 床または 16 床からなる小規模病棟、③24 床からなる暫定病棟の 3 タイプに分けられた。この病床の規模が異なることもあり、アンケートの回答者が理想とする各ユニットの病床数の比率には大きな違いが認められた。このような違いのある中で、回答者に共通に認められた意見は、急性期ユニットの病床数の現状維持または削減、社会復帰期ユニットの増床である。保護室数については、標準型、小規模病棟、暫定病棟のいずれのタイプであっても現時点では 1 室または 2 室で十分と回答していた。

4. 職種別職員数

従来の精神医療と比較すると、手厚い人手が確保されている指定入院医療機関であっても、各種会議、裁判所への提出書類、治療プログラム、外出・外泊の付き添いなどから恒常的に人手不足が続いている。したがって、その業務内容から見た適正な人員確保が望まれる。特に、医師、作業療法士、精神保健福祉士の不足が目立っていた。

5. 医療観察法病棟の運営と各種ミーティング

アンケートに回答したすべての指定入院医療機関で、治療共同体の概念を取り入れた運営が行われており、すべての施設から治療共同体の概念に基づいた運営は有効であるとの回答があった。

6. 治療プログラムの実施状況と今後必要なプログラム

多くの指定入院医療機関で様々な治療プログラムが試みられており、また今後すべての施設で新たな治療プログラムの実施を検討していた。今後、精神障害と同時に対象行為に焦点を当てた治療プログラムが必要である。また統合失調症では陽性症状だけではなく陰性症状に対する治療プログラムの開発や、陽性症状に対しての治療プログラムであっても、陰性症状や知的障害を持つ対象者に効果的な治療プログラムが必要である。

7. 外出・外泊

院外外出・外泊先が遠方の場合、手厚いマンパワーを持つ指定入院医療機関といえども、通常業務もあり、大きな負担を強いられる。今後、院外外出・外泊の機会を増やし社会復帰を促進していくためには、退院地に近い地域に根ざした指定入院医療機関を整備すべきである。

8. 身体合併症

医療観察法施行から平成 18 年 9 月 30 日までに身体合併症のために全国で 5 例の転院が行われていた。その内訳では、重症度や緊急性の高い症例も含まれており、今後 2 次救急と 3 次救急に分けて合併症対応手順を考える必要があった。

論文発表

1. 平林直次. わが国における司法精神医療の進め方—指定入院医療機関から—. 司法精神医学 1(1): 26-33, 2006
2. 平林直次. 医療観察法病棟の実際. こころの科学 132: 47-52, 2007
3. 安藤久美子, 野田隆政, 平林直次. 心神喪失者等医療観察法. コア・ローテーション精神科 (改訂 2 版), 武田雅俊・鹿島晴雄編, 金芳堂, 東京, 2007
4. 平林直次, 安藤久美子. ケアマネジメント. 特集/今日の精神科治療指針 臨床精神医学 35: 513-518, 2006
5. 平林直次. 入院患者にどのような医療を提供しているのか. 季刊 刑事弁護 49: 107-111, 2007
6. 平林直次. 医療観察法と入院医療. 精神科 10(3): 2007(印刷中)

学会発表

1. 平林直次. 司法精神医療に関するミニシンポジウム『医師の立場』. 2006 年 5 月, 東京, 第 2 回日本司法精神医学会
2. 安藤久美子, 猪俣健一, 島田亜紀子, 朝波千尋, 水野由紀子, 澤 恭弘, 津久江亮太郎, 樽矢敏広, 吉澤雅弘, 平林直次. 指定入院医療機関における対象行為への直面化の

- 取り組み. 2006年5月, 東京, 第2回日本司法精神医学会
3. 小松容子, 生井淳子, 金子一恵, 佐藤るみ子, 平林直次. 入院環境適応プログラム実践報告. 2006年5月, 東京, 第2回日本司法精神医学会
 4. 永田貴子, 平林直次, 津久江亮太郎, 岡田幸之. 加害行為後, PTSD 類似の症状が出現した統合失調症の一例. 2006年5月, 東京, 第2回日本司法精神医学会
 5. 今村扶美, 松本俊彦, 藤岡淳子, 岩崎さやか, 朝波千尋, 安藤久美子, 平林直次, 吉川和男. 心神喪失者等医療観察法指定入院医療機関における内省治療プログラムの開発. 2006年5月, 東京, 第2回日本司法精神医学会
 6. 津久江亮太郎, 松本俊彦, 吉澤雅弘, 今村扶美, 安藤久美子, 原田隆之, 平林直次, 和田清, 吉川和男. 武蔵病院医療観察法病棟における, 物質使用障害プログラムについて. 2006年5月, 東京, 第2回日本司法精神医学会
 7. 永田貴子, 平林直次, 津久江亮太郎, 岡田幸之. 他害行為後に PTSD 類似の症状を認めた統合失調症3例の経験. 2007年3月, 東京, 日本トラウマティック・ストレス学会, シンポジウム 加害者に認められた PTSD 類似症状

医療観察法指定入院医療機関処遇アンケート調査票

(平成 18 年 9 月 30 日現在にて、ご記入をお願いします。)

設問 1 貴施設の地域（厚生局）と病床数をお聞きします。

a) 厚生局（○をつけてください）

1 九州 2 四国 3 中国四国 4 近畿 5 東海北陸 6 関東信越 7 東北 8 北海道

b) 平成 18 年 9 月 30 日現在の入院数 () 人 内訳 男 () 人 女 () 人

c) 現在の総病床数のままとした場合、ユニットごとの病床数は何床ずつが良いと思いますか？

	現在	理想
医療観察法病棟の総病床数	() 床	→ () 床
急性期ユニット	() 床	→ () 床
回復期ユニット	() 床	→ () 床
社会復帰期ユニット	() 床	→ () 床
共用ユニット	() 床	→ () 床
その他ユニット	() 床	→ () 床
保護室	() 床	→ () 床

d) 現在、保護室が不足していると思いますか？ はい いいえ

設問 2 医療観察法病棟のスタッフ数をお書きください。

a) 医療観察法病棟 専従職員

Dr () 名 Ns () 名 CP () 名 OT () 名 PSW () 名 その他 () 人

b) 医療観察法病棟 非専従職員

Dr () 名 Ns () 名 CP () 名 OT () 名 PSW () 名 その他 () 人

現在の貴施設の病棟を運営するために最低必要なスタッフ数をお書きください。

c) 医療観察法病棟 専従職員

Dr () 名 Ns () 名 CP () 名 OT () 名 PSW () 名 その他 () 人

d) 医療観察法病棟 非専従職員

Dr () 名 Ns () 名 CP () 名 OT () 名 PSW () 名 その他 () 人

設問3 医療観察法病棟で行われている治療プログラムについてお聞きします。

- a) 病棟の運営は治療共同体の概念を取り入れて運営している。 はい いいえ
 治療共同体の概念による運営は有効である。 はい いいえ
- b) 各種のミーティングを実施している。
- | | | |
|------------|-----------------------------|------------------------------|
| 朝のミーティング | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ユニットミーティング | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 全体ミーティング | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
- c) 治療プログラムについてお聞きします。

次のうち現在実施している治療プログラムに○をしてください。また、今後、実施が必要と考えられる治療プログラムをお答えください。治療プログラムの実施形態は個人でも集団でもかまいません。ただし、ある程度、構造化された治療プログラム（例えば、毎週曜日を決めて、テキストを用いて行うなど）についてのみお答えください。

現在実施中

今後、必要

疾病に関する心理教育 ()

()

服薬に関する心理教育 ()

()

対象行為を認識し内省する治療プログラム ()

()

被害者に対する共感性を養うための治療プログラム ()

()

権利擁護講座（医療観察法に関する講座） ()

()

社会復帰講座 ()

()

（社会復帰に必要な制度についての講座 例：生活保護）

認知行動療法 ()

()

物質使用障害の治療プログラム ()

()

パラレル作業療法 ()

()

ドロップ・イン ドロップ・アウトの作業療法 ()

()

その他 具体的に現在実施中 () () ()

今後、必要 () () () ()

設問4 身体合併症治療のための転院についてお聞きします。

- a) 身体合併症のための協定を結んでいる病院はありますか? はい いいえ
- b) 転院中(1週間以内の外泊を含む)に、付き添いを求められた場合、付き添う職種とその人数をお答えください。
Dr ()名 Ns ()名 CP ()名 OT ()名 PSW ()名 その他 ()人
身体合併症のために転院した対象者はいますか? はい いいえ

症例1 年齢 0~9 ~10 ~20 ~30 ~40 ~50 ~60 ~70
~80 ~90
性別 1. 男 2. 女
精神科診断名 () ()
身体合併症病名 () ()

症例2 年齢 0~9 ~10 ~20 ~30 ~40 ~50 ~60 ~70
~80 ~90
性別 1. 男 2. 女
精神科診断名 () ()
身体合併症病名 () ()

- c) 上記b)で「はい」と答えた方にお聞きします。転院に際して困難を感じましたか?
はい いいえ
- d) どのようなことで困難を感じましたか?
転院先の確保 付き添い職員の確保 移送 手続き上の問題 その他

設問5 外出・外泊についてお聞きします。

- a) 外出・外泊について困難を感じていますか? はい いいえ
もし、感じている場合、その理由は、どのようなことによりますか?
職員の不足 交通・宿泊費用 遠距離 安全性
その他
- b) 現時点では、院内散歩、外出・外泊には、必ず職員が同伴することになっています。その一方で、多職種チームで十分に評価した上で行えば、同伴は不要であるという意見もあります。
今後も、外出・外泊の際には、必ず職員の同伴が必要と思いますか?

はい いいえ

c) それは、どのような理由によりますか？

- 同伴では退院後の生活などを十分に評価できない
- 同伴ではマンパワーによって外出・外泊の実施回数が制限される
- 安全性の確保のために同伴が必要である
- その他 ()

d) 初回の外出・外泊の可否の決定は、対象者の申請に基づいて、入院医療機関が意見を述べ裁判所が最終決定するシステムがとられている国もあります。次のいずれの方法が望ましいと考えますか？

- 指定入院医療機関の管理者の責任で決定
- 裁判所など第3者機関で決定
- その他 ()

以上です。ご協力ありがとうございました。その他、指定入院医療機関の運営や医療について意見がございましたら、お書きください。

お問い合わせ先

国立精神・神経センター武蔵病院 精神科 平林直次

東京都小平市小川東町 4-1-1 042-341-2711

表 1-1 アンケートに回答した施設と病床数

施設名	病床数
肥前精神医療センター	16
東尾張病院	24
北陸病院	34
武蔵病院	33
小諸高原病院	15
久里浜アルコール症センター	15
さいがた病院	15
花巻病院	34
計	186

表 1-2 日本と英国の精神病床数

	英国 (2002)		日本 (2006)	
	病床数	人口 10 万対病床数	病床数	人口 10 万対病床数
人口数	59,230,000		127,687,000	
精神科病床数	32,270	54.5	353,319	276.7
司法精神病棟	3,601	6.08	186	0.15
高度保安病棟	1,651			
地域保安病棟	1,950			
総病床数に占める 司法病棟の割合	11.2%		0.053%	

表 1-3 地域別指定入院医療機関数と病床数

地域	施設数	病床数	人口数	人口 10 万対病床数
九州	1	16	14,713,000	0.11
中国四国	0	0	11,762,000	0.00
近畿	0	0	21,714,000	0.00
東海北陸	2	58	17,306,000	0.34
関東甲信越	4	78	46,999,000	0.17
北海道東北	1	34	15,261,000	0.22
計	8	186	127,755,000	0.15

表 1-4 全国の指定入院医療機関の入院対象者数

(平成 18 年 9 月 30 日現在)

男	132	78%
女	37	22%
計	169	100%

表 1-5-1 施設 1

	現在		理想		理想/現在
	数	割合	数	割合	
総病床数	33	100%	33	100%	
急性期ユニット	6	18%	4	12%	67%
回復期ユニット	14	42%	13	39%	93%
社会復帰期ユニット	8	24%	8	24%	100%
共用ユニット	5	15%	6	18%	120%
その他ユニット	0	0%	2	6%	
保護室	1	3%	1	3%	100%

表 1-5-2 施設 2

	現在		理想		理想/現在
	数	割合	数	割合	
総病床数	15	100%	36	100%	
急性期ユニット	4	27%	5	14%	52%
回復期ユニット	4	27%	10	28%	104%
社会復帰期ユニット	6	40%	15	42%	104%
共用ユニット	0	0%	5	14%	新設
その他ユニット	0	0%	0	0%	
保護室	1	7%	1	3%	42%