

## G. 知的財産権の出願・登録

なし

### <研究3> 医療観察法入院施設における事故および安全管理システムの作動状況に関する調査

#### 研究3 研究要旨

医療観察法入院施設の安全性を考えるに当たって、入院施設の中で起こっている事故などの実態を知ることは有益である。しかし、事故ついでの情報収集には様々な制約があるため、今回は非常に簡単な調査にとどまった。不十分ではあるがその結果を報告し、今後の医療観察法入院施設安全性研究の参考にしたい。

#### A. 研究目的

医療観察法入院施設における事故の件数や安全管理システムの作動状況を調査して、医療観察法入院施設の安全性を考えるに当たっての資料とする。

#### B. 研究方法

医療観察法入院施設、8施設に、アンケート調査を行い、6施設から回答を得た(資料③)。件数のみの調査であり、倫理上の問題はないと考えられる。

#### C. 研究結果

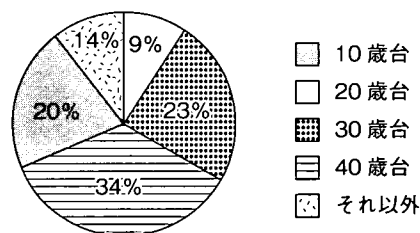
【1】平成18年度、1年間のインシデントアクシデントレポートの件数と実人数は以下のとおりであった。

	件数	1施設あたり件数
インシデントアクシデントレポート	321件	53.5件
実人数	65名	10.8名
1名あたりの件数	4.9件	

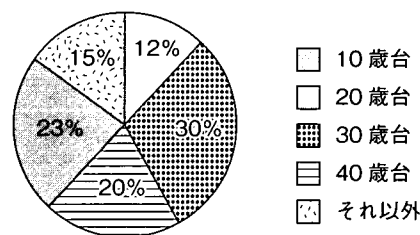
インシデントアクシデントレポートは1施設あたり53.5件。しかし、実人数は10.8名と少なく、同じ対象者がトラブルを引き起こす傾向がうかがえた。なお、実人数65名のうち47

名が男性、19名が女性で、トラブルは男性に多い傾向があった。

【2】(図①)は、インシデントアクシデントレポートの対象となった対象者の年齢別分類を示したものである。(図②)は、入院している全対象者の年齢別分類を示したものである。



図① インシデントアクシデントレポート者の年齢別内訳

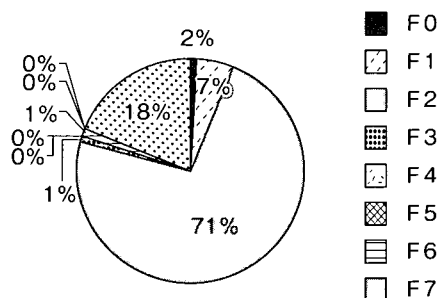


図② 全入院者の年齢別内訳

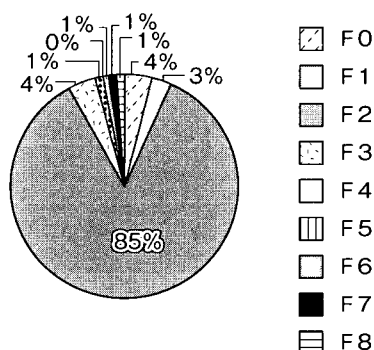
両者を比較すると、インシデントアクシデントレポートの対象となるのは、40歳代が目

立って多いことがわかる。

【3】（図③）は、インシデントアクシデントレポートの対象となった対象者の疾患別分類を示したものである。（図④）は、入院している全対象者の疾患別分類を示したものである。



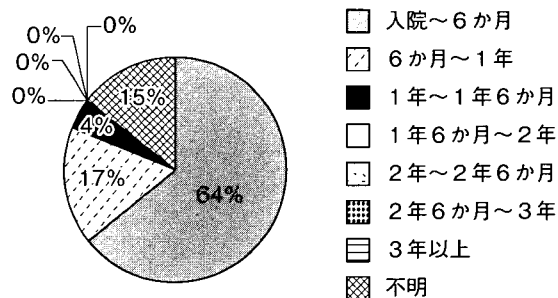
図③ インシデントアクシデントレポート対象者の主診断別内訳



図④ 全入院者の主診断別内訳

両者を比較すると、インシデントアクシデントレポートの対象となるのは、統合失調症は少なく、発達障害が多い。

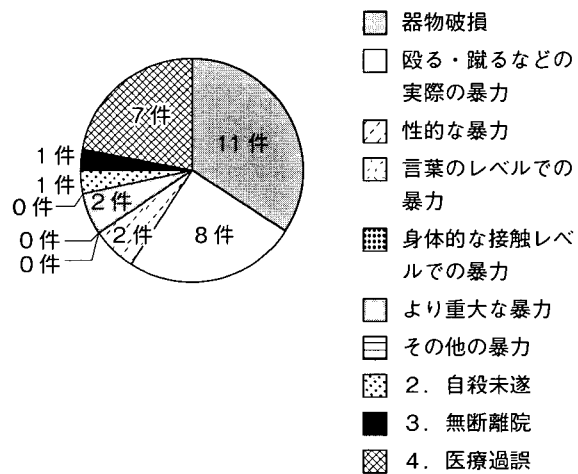
【4】（図⑤）は、インシデントアクシデントレポートが出た時期を示している。全体の3分の2が、入院後6ヶ月以内のものである。



図⑤ 入院後の経過月数別内訳

【5】（図⑥）は、インシデントアクシデントレポートの原因となったトラブルの内容別内訳である。

インシデントアクシデントレポートなので、医療過誤もこれに含まれる。医療過誤は全体の22%であり、これを除けば、器物損壊と対人暴力で、全体の84%を占めた。無断離院と自殺未遂はそれぞれ1件ずつであった。



図⑥ インシデントアクシデントレポートの原因となったトラブルの内容別内訳

【6】緊急アラームの使用頻度は、6施設中、1施設だけが「多い」で、他の施設は「極めて少ない」であった。

【7】金属探知機による危険物の発見件数は、全施設で合計1件であった。

【8】近隣住民から寄せられた苦情は、6施設で合計2件あった。その内容について

て記載を求めたところ、無断離院に関するものであったという回答を得た。

## D. 考察

1. インシデントアクシデントレポートの対象者が40歳代に多い理由は不明である。若年層に比べて発症から時間がたっており、行動抑制力が低下するからだろうか。
2. インシデントアクシデントレポートの対象者は、統合失調症で少なく、発達障害が多い。統合失調症急性期の幻覚妄想によるトラブルが少ないため、適応障害を起こしやすい発達障害が目立つものと考えられる。
3. トラブルの内容で、器物損壊と対人暴力が大半を占めたという結果は、レポートを提出する基準などに影響を受けた可能性がある。
4. 自殺未遂が全施設合計で1件しかなかったことは、観察密度の高さ、心理的サポートの充実などをうかがわせるところである。
5. 無断離院が全施設合計で1件しかなかったことは、観察密度の高さや心理的サポートの充実によるものか、重厚な無断離院防止対策が抑制力として働いたからなのかは、判断できない。
6. 緊急アラームの使用頻度が低いこと、金属探知機による危険物発見件数が少ないことによって、すぐにこれらが不必要であるとはいえない。抑止力として働いている可能性があるからである。

## E. 結論

1. 医療観察法入院施設では、豊富なスタッフによる濃密なかかわりや充実した心理的サポートが、事故防止に大きく寄与していると考えられる。

2. 医療観察法入院施設は、患者の入れ代わりが少なく、対人関係が濃密になりやすい。これは、対人関係能力の低い対象者（発達障害や残遺性人格変化の始まった統合失調症）が、トラブルを起こしやすい環境である可能性がある。

## F. 研究発表

なし

## G. 知的財産権の出願・登録

なし

## 資料① 重大な触法行為を犯した患者の通院医療に関する意識調査シート

この調査は匿名化した上で医師の意識と経験を問うものであり、倫理上の問題は生じないと考えられます。

### 1. 医療観察法通院医療の場に暴力防止策を導入することへの認容度についてお尋ねします

(問1) あなたは、外来診療の場で危険な目にあつた経験がありますか。

- 暴力を受けたことがある
- 暴力を受けるかもしれないという強い恐怖を感じたことがある
- 暴力を受けたことも暴力の恐怖を感じたこともない

(問2) 医療観察法医療外来診療の場に暴力防止策（診察前所持品チェックなど）を実施することについての賛否を問います。

- 賛成
- 反対

(問3) (問2)で「賛成」と答えられた方に、その理由をお尋ねします。(複数回答可)

- 実際に危険だと思うから
- 強制的な医療の場で起こる事故や暴力は、強制する側に防止する責任があるから
- 医療観察法医療の場で事故が起これば、この法の医療を受ける患者全体が危険視されるなど、社会的影響が大きいから
- 医療観察法医療の場で事故が起これば、同法医療発展の妨げとなりかねないから
- その他（ ）

(問4) (問2)で「賛成」と答えられた方に、どのような対象者に事故防止策を実施すべきかをお尋ねします。

- 過去に診察室で暴力を振るつた対象者に限定して実施する
- その他、何らかの基準に基づいて実施する（ ）

(問5) (問2)で「反対」と答えられた方に、その理由をお尋ねします。(複数回答可)

- 危険は否定できないが、医療観察法対象者だけを危険視すべきではないから
- 危険は否定できないが、医療観察法対象者が一般の患者以上に危険という根拠がないから
- 危険は否定できないが、その確率はきわめて低いから
- 危険ではないから
- その他（ ）

(問6) (問2) で「賛成」と答えられた方にお尋ねします。医療観察法外来診療の場以下記のような暴力防止策が施されるとすれば容認できますか。以下の番号でお答えください。

- ① 容認できる
  - ② **限定的**に容認できる (**限定的**の意味は設問によって異なる)
  - ③ 容認できない
- a) スタッフの手による診療前ボディチェック [① ・ ② ・ ③]  
**限定的**の意味：チェックの対象を、過去に外来診察室に刃物等を持ち込んで暴力をふるったことのある者に限定すること
- b) 金属探知機による診療前ボディチェック [① ・ ② ・ ③]  
**限定的**の意味：チェックの対象を、過去に外来診察室に刃物等を持ち込んで暴力をふるったことのある者に限定すること
- c) 呼気アルコール検知器による診療前飲酒チェック [① ・ ② ・ ③]  
**限定的**の意味：チェックの対象を、過去に酩酊して外来診察室で暴力をふるったことのある者に限定すること
- d) 護身用具の常備 [① ・ ② ・ ③]  
**限定的**の意味：護身用具を、防盾などの防御的護身用具に限定すること(スタンガンなどの攻撃的護身用具は使用しない)
- e) 警備員の導入 [① ・ ② ・ ③]  
**限定的**の意味：警備員の業務を、外来診察前ボディチェックと暴力発生時の対応に限定すること(診療の場への同席はさせない)

## 2. 殺人歴のある患者の通院医療についてお尋ねします

(問7) あなたは過去に殺人歴のある患者の主治医をされたことがありますか。ある場合は、その人数もお答えください。(入院・外来を問いません。また、現在勤務されている病院での経験に限りません。)

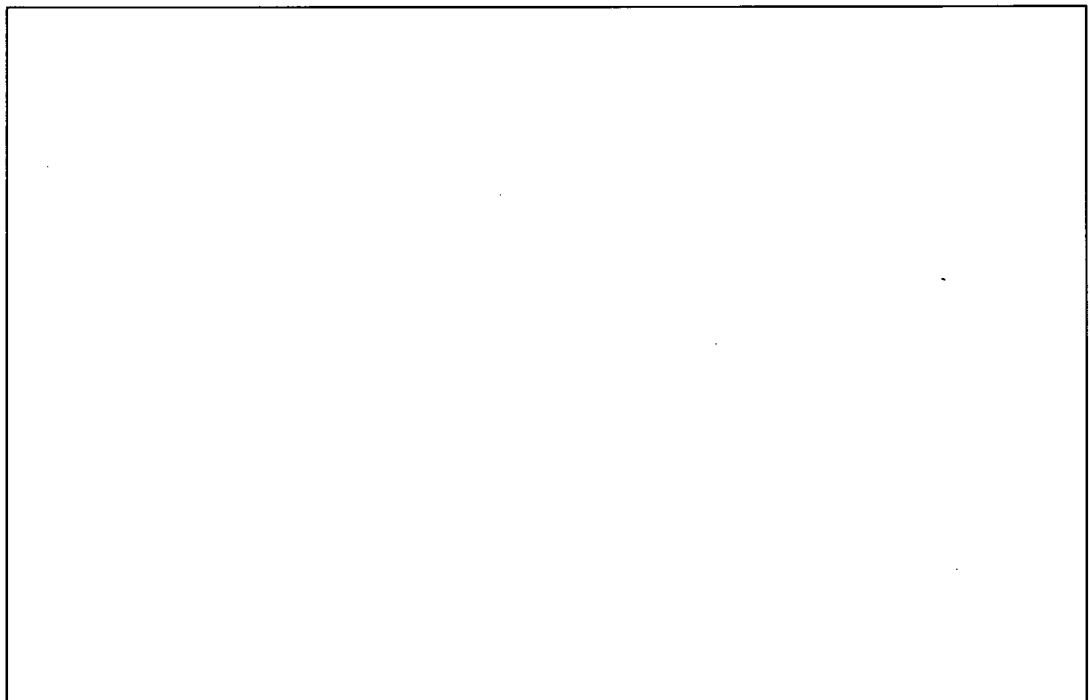
- ない
- ある ( ) 名

(問8) 殺人歴のある患者の通院治療を行う場合、医師は特別な注意を払う必要があると思われますか

- 特別な意識を持つべきではない
- 症例によって特別な注意を払う必要がある
- 一般に特別な注意を払う必要がある

(問9) 殺人歴のある患者の通院医療を行う場合、医師はどのようなことが大切であるとお考えですか (重要と思われる3項目にチェックしてください)

- 医師との信頼関係
- 医師以外の職種で患者と信頼関係にある者が1名以上いること
- 多職種によるチーム医療
- 診察の場で、過去の殺人行為について率直に言葉にして話せること
- 再行動化防止が治療目的のひとつであることを患者と共有すること
- 再燃の兆候や再行動化に至る経過を予測できていること
- 再燃直前あるいは再燃初期での、早めの短期入院
- 患者を追い詰める経済的あるいは環境的要因に常に留意すること
- 殺人歴があるからといって特別視しないこと
- その他 (ご自由に記載ください)



## 資料②

### 重大な触法行為を犯した患者に関する詳細調査シート

(\*) この調査は対象患者・回答医師の匿名化により個人の特定はできませんので、患者へのインフォームドコンセントは必要ありません。

(\*) 回収した調査票へのアクセスは本研究の分担研究者または研究協力者のみに制限し、研究結果の公開は統計的数値化したものに限定します。また調査票は、5年間鍵のかかる場所に保管した上で分担研究者が破棄します。

(注1) この詳細調査シートは、症例1名につき1枚づつご記入願います。

(注2) あなたが対象患者の担当をすでに離れておられる場合には、その時点での状況をご記入ください。

あなたが主治医を担当された「殺人の前歴がある症例」についてお尋ねします。

(問1) 治療経過についてお尋ねします

- 通院治療から開始した
- 入院治療から開始して通院治療に移行した
- 入院治療から開始して通院治療に移行したが現在再入院中である
- 入院治療から開始して通院治療に移行できずに入院中である

(問2) (問1) で「通院治療に移行できずに入院中」とお答えになった方にお尋ねします

1) 入院期間 ( ) 年 ( ) ヶ月

2) 退院できない理由は何ですか (重複不可)

- 統合失調症の陽性症状が活発なため
- 統合失調症の残遺性変化が高度なため
- 統合失調症に薬物関連障害が重複しているため
- 統合失調症に人格障害が重複しているため
- 統合失調症に知的障害が重複しているため
- 統合失調症に発達障害が重複しているため
- 統合失調症以外の治癒しにくい疾患であるため (病名 )
- その他 ( )

3) 無理に退院させるとどのようなことが心配されますか

- 通院医療につながらない
- いったん通院医療につなげても短期で再燃・再行動化しそう
- 再燃・再行動化が急激に起こるため対処できない
- 再燃・再行動化の前兆が見えにくいため対処できない
- その他 ( )

4) 医療観察法通院医療のような手厚い医療が準備されていたとしたら退院は可能だったと思われますか

- 可能であった
- 可能になった可能性がある
- 困難であった

(問3) (問1) で「通院治療から開始した」「通院治療に移行した」「通院治療に移行したが現在入院中」とお答えになった方にお尋ねします

1) 初回入院期間 ( ) 年 ( ) ヶ月

2) 通算の通院期間 ( ) 年 ( ) ヶ月

3) 再入院の回数 ( ) 回

4) 通算の再入院期間 ( ) 年 ( ) ヶ月

5) 殺人行為の詳しい状況

- 刺殺
- 絞殺
- 撲殺
- 不明
- その他 ( )

6) 上記殺人行為以前に同様の行為を行った経歴がありますか

- ない
- あった

7) 同様の行為を行ったことがある場合は、その詳しい状況

- 刺殺
- 絞殺
- 撲殺
- 不明
- その他 ( )

8) 上記殺人行為以後に同様の行為を行ったことがありますか

- ない
- ニアミスがあった
- あった

9) ニアミスあるいは同様の行為を行ったことがある場合は、その詳しい状況

- 刺殺
- 絞殺
- 撲殺
- 不明
- その他 ( )

(問4) あなたがこの症例から得られた「殺人歴のある患者に通院医療を行うときの教訓」のようなものがあればご記載ください。



## 資料③ 医療観察法入院医療の安全性に関する調査シート

この調査には個人情報に含まれませんので、倫理上の問題は生じないと考えられます。なお、Q11 および Q14 につきましては、個人情報を含まない範囲でお答えください。

### I. H18年度のインシデントアクシデントレポートについて

- Q1. 平成18年4月から平成19年3月までに計何件のインシデント・アクシデントレポートが提出されましたか。
- A. ( ) 件
- Q2. 上記インシデント・アクシデントレポートの対象となった患者の実際の実人数は？またその性別の人数は？
- A. 実人数 ( ) 人、うち男性 ( ) 人、女性 ( ) 人
- Q3. 対象者の実人数の主診断別内訳を教えてください
- A. F0 ( ) 人、F1 ( ) 人、F2 ( ) 人、F3 ( ) 人、  
F4 ( ) 人、F5 ( ) 人、F6 ( ) 人、F7 ( ) 人、  
F8 ( ) 人
- Q4. 実人数の年齢別内訳は？
- A. 10歳台 ( ) 人、20歳台 ( ) 人、30歳台 ( ) 人、  
40歳台 ( ) 人、50歳台 ( ) 人、60歳台 ( ) 人、  
70歳以上 ( ) 人
- Q5. インシデント・アクシデントレポート数の入院後の経過月数別内訳を教えてください。

A.

入院後経過月数	インシデント・アクシデントレポートの数
入院～6ヶ月	
6ヶ月～一年	
1年～1年6ヶ月	
1年6ヶ月～2年	
2年～2年6ヶ月	
2年6ヶ月～3年	
3年～	

Q6. 内容別のインシデント・アクシデントレポート数を教えてください。

A.

1. 暴力

器物破損 ( ) 件

殴る・蹴るなどの実際の暴力 ( ) 件

性的な暴力 ( ) 件

そのうち、言葉のレベルでの暴力 ( ) 件

身体的な接触のレベルでの暴力 ( ) 件

より重大な暴力 ( ) 件

その他の暴力（言葉のレベルの暴力など） ( ) 件

2. 自殺未遂 ( ) 件

3. 無断離院 ( ) 件

4. 医療過誤 ( ) 件

II. H18年度の病棟稼働状況

Q7. 平成18年度の新規入院者数、およびその性別、診断別、年齢別、患者数について教えてください。

A. 新規入院者数 ( ) 人

性別：男性 ( ) 人、女性 ( ) 人

診断別：F0 ( ) 人、F1 ( ) 人、F2 ( ) 人、F3 ( ) 人、F4 ( )

人、F5 ( ) 人、F6 ( ) 人、F7 ( ) 人、F8 ( ) 人

年齢別：10歳台 ( ) 人、20歳台 ( ) 人、30歳台 ( ) 人、  
40歳台 ( ) 人、50歳台 ( ) 人、60歳台 ( ) 人、  
70歳以上 ( ) 人

Q8. 平成18年度の退院患者数、およびその性別、診断別、年齢別の患者数を教えてください。

A. 退院患者数 ( ) 人

性別：男性 ( ) 人、女性 ( ) 人

診断別： F0 ( ) 人、F1 ( ) 人、F2 ( ) 人、  
F3 ( ) 人、F4 ( ) 人、F5 ( ) 人、  
F6 ( ) 人、F7 ( ) 人、F8 ( ) 人

年齢別：10歳台 ( ) 人、20歳台 ( ) 人、30歳台 ( ) 人、  
40歳台 ( ) 人、50歳台 ( ) 人、60歳台 ( ) 人、  
70歳以上 ( ) 人

Q9. 平成18年度の平均入院者数は？ ( ) 人

Q10. 医療観察法病棟の病床数は？ ( ) 床

Ⅲ. H18年度にあった近隣住民からの苦情について

Q11. 何件ありましたか？ ( ) 件  
その内容について、簡単に教えてください

[ ]

IV. H18 年度安全管理体制の稼働頻度

Q12. 平成 18 年度のおおよその緊急アラーム使用頻度の印象は、次のうちどれでしょうか？  
(多い 少ない きわめて少ない)

Q13. 平成 18 年度金属探知機による危険物の発見件数は？  
( ) 件

V. H18 年度他科受診件数について

Q14. 受診目的別の件数を教えてください。

1. 精密検査のための受診件数は？ ( ) 件
2. 外科的処置のための受診件数は？ ( ) 件
3. 高度な内科的治療のための受診件数は？ ( ) 件
4. 可能であればその簡単な内容

( )

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）

医療観察法による医療提供のあり方に関する研究

（主任研究者：中島 豊爾）

分担研究

## 指定入院医療機関の小規格病棟の適正運用に関する研究

平成 19 年度

分担研究報告書

平成 20（2008）年 3 月

分担研究者 藤井 康男

山梨県立北病院

平成 19 年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）

分担研究報告書

指定入院医療機関の小規模病棟の適正運用に関する研究

分担研究者：藤井 康男 山梨県立北病院

研究協力者：

小林 孝文（島根県立中央病院）	塚田 和美（国立国府台病院）
籠本 孝雄（大阪府立精神医療センター）	芦澤 裕子（国立国府台病院）
奥山 修（大阪府立精神医療センター）	平林 直次（国立精神・神経センター武蔵病院）
宮田 量治（山梨県立北病院）	中根 潤（独立行政法人国立病院機構下総精神医療センター）
川上 宏人（山梨県立北病院）	村杉 謙次（独立行政法人国立病院機構小諸高原病院）
三澤 史斉（山梨県立北病院）	須藤 徹（独立行政法人国立病院機構肥前精神医療センター）
沢登 豊（山梨県立北病院）	西岡 直也（独立行政法人国立病院機構久里浜アルコール症センター）
小倉いく子（山梨県立北病院）	大島 紀人（独立行政法人国立病院機構花巻病院）
分島 徹（東京都立松沢病院）	村田 昌彦（独立行政法人国立病院機構北陸病院）
丸山 二郎（東京都立松沢病院）	五十嵐 孝（独立行政法人国立病院機構琉球病院）
和田 央（京都府立洛南病院）	八木 深（独立行政法人国立病院機構東尾張病院）
平田 豊明（静岡県立こころの医療センター）	吉岡 眞吾（独立行政法人国立病院機構東尾張病院）
服部 功（静岡県立こころの医療センター）	

研究要旨

今回、身体合併症調査が行われた国立あるいは独立行政法人国立病院機構設立の指定入院医療機関（9施設）では、精神科単科の医療施設は33.3%に過ぎず、CT検査、MRI検査などにも対応している施設が多いが、他の診療科の常勤医は少ない施設が多く、その身体合併症対応能力は十分とはいえない。指定入院医療が開始されてから平成19年7月31日までに10例が身体合併症検査、治療のために転院（転院相当2例を含む）しており、これは全指定入院症例数（359例）の2.8%に相当する。これらの症例は統合失調症圏で幻覚妄想状態であることが多く、精神症状や精神科的治療に起因する身体疾患は少なく、消化器疾患を中心として偶発的な身体疾患合併が多い。症状急変による転院は少なく、検査や治療の予約による転院が多く、転院先は精神科病棟をもつ総合病院が多いが、転院症例の60%は精神科病床以外に入院となっていた。また指定入院医療機関所在地外の都道府県への転院が70%を占めており、移送時間や転院までの期間が比較的長い症例もかなりあった。指定入院医療機関すべてが他の医療機関と身体合併症に関する協定を結んでいるが、転院の際の法律的根拠、診療報酬や治療費の支払い方法が統一されていないことも問題となっていた。また、転院先で複数のスタッフの継続的付き添いが要求されることが多く、指定入院医療機関にとっての過大な負担となることが予想される。これらの調査結果から、指定入院医療中の身体合併症対策には様々な問題が存在すること、今後とも一定の割合でこのような問題の発生が予想されるので早急な対策が必要であること、身

体合併症に対応できるような指定入院医療機関が必要であることなどが明らかになった。

小規模併設型指定入院医療機関の準備から運用までの大阪府立精神医療センター実践報告では、多くの他害性の高い患者の受け入れ、合同カンファレンス、措置解除判定会議などのチーム医療や継続的な支援の経験が指定入院医療にも生かされたことがまず明らかになった。小規模指定入院病棟の整備過程ではフルスペック型と同様の準備と経費が必要となるが、小規模併設型では開設準備専任職員の人件費が出ないため当該病棟に勤務・関与するスタッフが兼任で準備に当たることになり研修なども容易ではなく過大な負担が生じていた。また研修費用などの国費からの支出が十分とは言えないこと、改修工事のための休床部分の診療報酬補填がないことなどが問題となった。一方、指定入院医療を行うという中で、質の高い医療、安全意識について病棟スタッフの意識が高まり、研修などを通じて能力が向上し、チーム医療の向上にも繋がった。さらに指定入院で用いられた治療プログラムや評価ツールを通常の精神保健福祉法入院患者にも活用できるなど、医療観察法の医療を行うことによって、それ以外の医療水準の向上にも結びつく可能性があると思われた。小規模病棟では、基本的にその都道府県内の出身者を受け入れることになるので、外出や外泊などリハビリテーションを効果的に行え、面会やCPA会議なども行いやすく、患者や家族のニーズを受け入れやすく、社会復帰調整官、指定通院医療機関のスタッフや自治体職員などとの連携もとりやすく、地域医療への継続が行いやすいことなどのメリットは指定通院への移行の点でプラスになることが想定された。しかし、小規模併設型では、セキュリティや病棟内のハード面の不足（作業室・体育館・運動場など）が課題となり、また保護室を中心とした一般の精神保健福祉法入院患者と指定入院対象者へのアメニティの高い個室の提供や治療プログラムの違いなどの厚遇という病棟機能の二重構造も問題になった。いずれにせよ法律根拠が異なる医療観察法・精神保健福祉法の併設運営のメリットや問題、注意点についての今後の検証は重要と考えられた。

開設・運営面からみた小規模病床の普及可能性についての検討では、北陸病院のフル規格病棟と大阪精神医療センターの小規模病床の視察をもとにした7領域の比較を行った。セキュリティについては、当然ながら北陸病院（以下、北陸）の方が優れ、大阪精神医療センター（以下、大阪）は、既存の病棟構造や病棟専従の警備員の「非」配置など北陸病院と同等のセキュリティが保証されているとは言えない。アメニティに関しても北陸病院のフル規格病棟は、新規に竣工した病棟であり、昭和40年に竣工した築40年以上既存病棟の病室を改築して小規模病床が整備された大阪とはかなりの差異がある。また大阪は親病棟の入院患者によって独特の緊張感が漂い、敏感な指定入院対象者には精神的負担が少なからずあるかもしれない。治療システムや治療プログラムについては、いずれも同等の治療システム・プログラムが対象者に提供されており、自己決定を尊重した治療方針が立案され、ケアプログラム・アプローチ的対応が取り入れられていた。大阪では「外泊」や親病棟の患者との相互利用的プログラムが存在するものの、優劣の差として一概には評価できないため、ほぼ同一と評価した。会議開催については「指定入院医療機関運営ガイドライン」「入院処遇ガイドライン」に準拠しており、両施設に差は見られなかった。関係機関との連携は、大阪では担当者同士が日頃から「顔の見える」関係がつくられやすく、したがって責任も明確化されやすく、家族、社会復帰調整官、付添人

にとっても、面会や会議への移動・出席負担が圧倒的に少ないなど有利と思われた。北陸では、遠方の対象者も少なくなく、このような距離的な問題が一人当たりの入院期間にどのような影響があるのかの検討が必要と思われた。事前研修やマニュアルの整備については、大阪では専従の職員を準備段階で置けないことがスタッフの大きな負担につながり、ひとつの病棟にある「二重構造」に対して小規格病床のスタッフはより複雑な対応が必要になっていた。

## はじめに

「小規格病棟の適正運用に関する研究」班では、平成18年度は医療観察法の小規格病棟の施設基準と適正運営について整理し、自治体立病院における指定入院医療機関整備の全国状況の把握のためのアンケート調査を行い、医療サイドの考え方や要望などを掘り起こした。そして、医療観察法での医療体制の中での身体合併症治療の現状と問題点の検討を行った。さらに医療観察法と薬物療法について、とくにclozapineとデポ剤についての検討を行った。

平成19年度の本報告書では、まず小林孝文（島根県立中央病院）、宮田量治、三澤史斉、藤井康男（山梨県立北病院）らによる指定入院中の身体合併症への対応についての調査・検討が記載されている。次いで奥山修、籠本孝雄（大阪府立精神医療センター）らによって、わが国で最初の小規格併設型指定入院病棟の開設準備から運用までの実践報告が述べられている。そして最後に宮田量治、小倉いく子（山梨県立北病院）らによる開設・運営面からみた小規格病床の普及可能性についての検討が記載されている。

## I. 医療観察法での指定入院中に合併した身体疾患への対応に関する検討

### A. 研究目的

リスクマネジメントという観点から考えれば、精神科医療においても、身体疾患合併症例への適切な対応を行うことが可能となるようなシステムを構築することが不可欠と考えられている。しかし、この点に関しては未だに多くの課題を抱えているのが現状である。身体疾患の治療に関しては、たとえ精神疾患を有する症例でも一般病棟での対応が可能となるようなシステムを整備すること、スタッフの資質向上に寄与するような研修などを行なうことなどが望ましいが、現実的には、その精神症状や身体疾患の重篤度などを勘案したうえで適切な治療環境を決定することが重要である。措置入院を含む非自発的な入院をしている精神疾患患者が急性期の身体疾患を合併したような際の対応については、治療を提供できる医療機関も限られており、迅速で適切な対応が困難となる可能性があることが以前から指摘されている。

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、医療観察法と略す）に基づいて入院中の精神疾患患者が、当該入院医療機関では検査や治療が困難な身体疾患に罹患したときの対応に関しては、医療観察法第100条、第100条2項、3項、4項に（外出等）（資料1）とい



う規定があり、指定入院医療機関運営ガイドラインにも合併症治療の際の他医療機関への一時的入院(資料 2)に関して記載されている。しかし、法解釈や運用に関しては十分なコンセンサスが得られてはおらず、医療の現場での混乱が予想されている。

本研究では、今年度の目的として、指定入院医療機関で治療中に発生した身体合併症に関する実態調査を行うことによって、指定入院医療機関での身体合併症への対応能力、および転院時の手続きを中心とした他の医療機関との連携状況に関する問題点を把握することをあげた。今回の調査に加えて、来年度に予定されている転院先の医療機関での治療と転帰および転院中の問題点に関する実態調査の結果を併せて検討することで、医療観察法下における身体合併症治療の現状と問題点を明確にし、身体合併症対応型の指定入院医療機関の基準と運営上の問題を検討することを最終的な目的としている。

## B. 研究方法

今回行なった調査のそれぞれについて、その方法の概略を示す。平成 19 年 8 月時点で運用されている指定入院医療機関 10 施設に対して、調査票(調査票 A、調査票 B)を郵送し、該当する症例に関して調査項目への記載を依頼した。調査票は基本的には回答を選択式とし、調査項目から氏名、住所、生年月日など、個人が特定される可能性のあるものは除外した。

今回の調査では、依頼した指定入院医療機関(10 施設)も少なく、また身体疾患のために転院が必要であった症例(10 症例)も少なかったため、統計学的な検討は行っていない。

### 1. 指定入院医療機関における身体疾患への対応に関する実態調査

平成 19 年 7 月 31 日現在での、指定入院医

療機関の施設概要、合併する身体疾患への対応能力、および他機関での検査・治療を要した症例の把握を目的として、各指定入院医療機関の病棟責任医師に対して実態調査を依頼した。

この調査には調査票 A(資料 3)を使用した。その調査項目として、病棟運用開始年月日、施設の概要(全病床数、届出精神科病床数、医療観察法病床数、精神科病床以外の病床、精神科以外の医師、院内で施行可能な検査など)、医療観察法関連の患者が入院する病棟で対応可能な救急処置、医療観察法病棟スタッフへの救命処置や身体疾患に関する研修、身体合併症の対応についての他の医療機関との連携(協定の有無と条件)、医療観察法病棟への入院症例数、他機関での検査・治療を要した症例数、他機関での受入れを拒否された症例数およびその理由などがあげられている。

### 2. 他機関での入院治療が必要となった症例の実態調査

他機関での入院が必要となった症例に関する身体的・精神的状態および転院時手続きの実態を把握することを目的として、転院症例の指定入院医療機関側の主治医に対して実態調査を依頼した。

この調査には調査票 B(資料 4)を使用した。その調査項目として、精神科的診断、転院時の精神状態像、精神科的重篤度、転院した医療機関の概要(所在地、精神科病棟の有無など)、入院を必要とした身体疾患の種類と入院病棟、他機関に依頼した際の対応(交渉した職種、移送時間など)、依頼から転院に至るまでに要した期間、身体疾患のため他機関へ転院した際の法律的根拠、身体合併症治療の費用負担、付き添い職種、身体疾患治療のために要した入院日数、身体疾患の転帰、対応で感じた困難などがあげられている。

これらの調査票の結果を集計して検討する

ことによって、指定入院医療機関へ入院中の患者に転院が必要となる身体疾患が発生する割合が算出可能となるとともに、おもに入院医療機関側からみた医療観察法に関連する合併症治療の課題を把握することが可能となり、適切な身体合併症治療システムを構築する際の資料を得ることが期待される。

## C. 研究結果

### 1. 指定入院医療機関における身体疾患への対応に関する実態調査（調査 A）

平成 19 年 8 月時点で運用されている指定入院医療機関 10 施設のうち、9 施設（90.0%）から回答があった。開設から平成 19 年 7 月 31 日までの間に医療観察法による入院となった症例（図 1）は計 359 例（19～62 例、平均 39.9 例）であった。

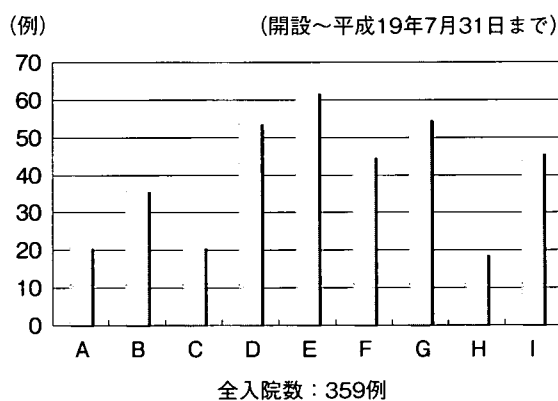


図 1 医療観察法による入院症例数

#### 1) 指定入院医療機関の施設の概要

施設の概要（図 2）をみると、全病床数は 233～923 床（平均 415.3 床）、届出精神科病床数は 170～673 床（平均 340.9 床）、うち医療観察法病床は 17～51 床（平均 29.9 床）となっていた。9 施設のうちの精神科病床のみの病院は 3 施設（33.3%）であり、それ以外の施設には一般病床などが併設されていた。

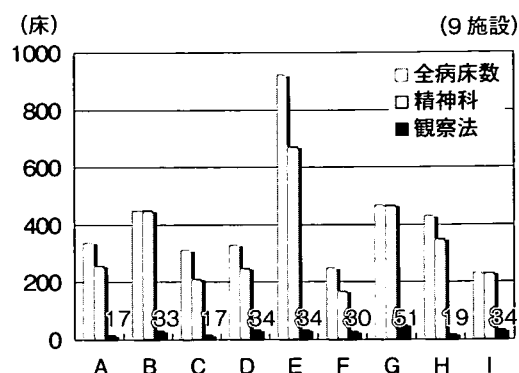


図 2 指定入院医療機関の病床数

院内で施行可能な検査（図 3）についてみると、CT 検査は全施設で可能であった。MRI 検査、超音波検査はともに 7 施設（77.7%）で可能であり、内視鏡検査が可能な施設は 4 施設（44.4%）であった。入院医療施設には一般病棟などは併設されている施設が多いことと関係すると思われるが、院内の検査体制に関しては比較的充実していると考えられる。

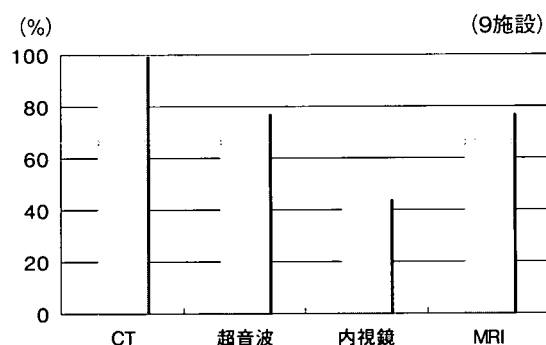


図 3 指定入院医療機関で可能な検査

精神科以外の常勤医師（表 1）をみると、診療科別では内科医が 6 施設（66.7%）で最も多く、次いで小児科医 2 施設（22.2%）、脳外科医 1 施設（11.1%）の順となっていた。しかし、3 施設（33.3%）では精神科以外の常勤医師はおらず、2 施設（22.2%）では内科の非常勤医師のみとなっていた。

表 1 精神科以外の医師数（常勤換算）

施設	(9施設)	
	内科	その他
A	1	小児科: 1
B	3	
C	6	
D	—	
E	19	小児科: 11, 脳外: 3
F	0.5	
G	—	
H	—	
I	0.2	

2) 医療観察法関連の患者が入院する病棟で対応可能な救急処置

医療観察法関連の患者が入院する病棟で対応可能な救急処置を、表 2 に示す。

表 2 医療観察法病棟で対応可能な救急処置

(9施設)

1) 気道の開放と確保 吸引器: 9 (100.0%) 異物除去: 6 (66.7%) 経鼻エアウェイ: 7 (77.8%) 気管内挿管: 8 (88.9%)	4) 心電図 自動解析機能付き心電図: 7 (77.8%) モニター: 8 (88.9%) 心電図伝送: 3 (33.3%)
2) 呼吸の確保 バックバルブマスク: 6 (66.7%) 人工呼吸器: 2 (22.2%)	5) Vf, pulselessVTへの処置 AED: 7 (77.8%) 徐細動器: 1 (11.1%)
3) 循環の確保 輸液: 9 (100%) 心臓マッサージ: 8 (88.9%) 強心剤使用: 7 (77.8%)	6) 観察 血圧測定: 9 (100.0%) パルスオキシメーター: 8 (88.9%)
	7) 救命処置 身体疾患に関する研修 行っている: 6 (66.7%)

気道の開放と確保に関しては、吸引器による口腔内の吸引は全施設で可能であったが、喉頭鏡などによる異物除去は 6 施設 (66.7%)、経鼻エアウェイによる気道確保は 7 施設 (77.8%)、気管内挿管による気道確保は 8 施設 (88.9%) で可能であった。

呼吸の確保に関しては、バックバルブマスクによる人工呼吸は 6 施設 (66.7%) で可能であったが、人工呼吸器が使用できるのは 2 施設 (22.2%) にすぎなかった。

循環の確保に関しては、輸液は全施設で可能であったが、胸骨圧迫式心臓マッサージは 8 施設 (88.9%)、強心剤使用は 7 施設 (77.8%)

で可能となっていた。

自動解析機能付き心電図は 7 施設 (77.8%) で利用可能であったが、心電図モニターは 8 施設 (88.9%)、心電図伝送は 3 施設 (33.3%) で可能であった。

心室細動および無脈性心室頻拍に対する処置として、自動体外式除細動器 (AED) による除細動は 7 施設 (77.8%) で可能であったが、除細動器による除細動が可能な施設は 1 施設 (11.1%) であった。

観察として、全ての施設で血圧測定は可能であり、パルスオキシメーターによる動脈血酸素飽和度の測定も 8 施設 (88.9%) で可能であった。

医療観察法病棟スタッフへの救命処置 (BLS: 一次救命処置) や身体疾患に関する研修を行っているのは 6 施設 (66.7%) あった。

3) 身体合併症に関する他の医療機関との協定

医療観察法関連の身体合併症への対応についてみると、全ての指定入院医療機関で、身体疾患の検査や治療を担当する他の医療機関との間で協定が結ばれていた。協定のうち、治療費の支払い方法と転院中の職員の付き添いに関する内容を表 3 に示す。

表 3 他の医療機関との協定

施設	治療費	付き添い
A	指定入院医療機関負担	2名
B	合併症: 患者負担、 精神障害関連: 指定入院医療 機関負担	2名
C	保険診療+協定で決めた額	2名
D	患者負担	看護師など付き添い
E	合併症: 患者負担、 精神障害関連: 指定入院医療 機関負担	看護師2名
F	指定入院医療機関負担	数名のスタッフ付き添い
G	患者負担	個別協議
H	指定入院医療機関負担	2名
I	合併症: 患者負担、 精神障害関連: 指定入院医療 機関負担	医学的管理を行う

治療費の支払い方法としては、精神障害関連は指定入院医療機関が負担し、合併症関連は患者負担としているものが3施設(33.3%)、すべて指定入院医療機関が負担するとしているものが3施設(33.3%)、すべて患者が負担するとしているものが2施設(22.2%)となっていた。職員の付き添いに関しては、看護師を中心として複数の付き添いが必要となっているものがほとんどであった。

#### 4) 他機関で検査、治療を受けた症例

平成19年7月31日までに、他院で身体疾患のために検査や治療を受けた症例の数を、指定入院医療機関ごとに図4に示す。

他の医療機関で外来治療が必要となった症例は29例、外来検査が必要となった症例は24例であった。他の医療機関で入院治療が必要となった症例は9例、入院検査が必要となった症例は1例であった。

すなわち、身体疾患の検査、治療のために他機関へ入院が必要と考えられた症例は10例となり、これは医療観察法による入院症例数(359例)の2.8%にあたる。このうち、治療や検査の受け入れを拒否された症例はなかったが、2例(20.0%)は後述するような状況で、

日帰り入院、協議の結果転院はせずに元の指定入院医療機関で治療を継続することになった。

#### 5) 調査Aの結果のまとめ

指定入院医療機関のうち、精神科病床のみの施設は33.3%に過ぎず、CT検査、MRI検査、超音波検査などにも対応している施設が多いため、病院全体としての身体疾患の診断に関する能力は比較的高いと考えられる。しかし、他の診療科の常勤医は少ない施設が多く、また医療観察法関連の患者が入院する病棟で対応可能な救急処置、研修状況などに関する調査の結果も併せて考えると、指定入院医療機関内での身体合併症への対応能力は、必ずしも十分とはいえない可能性がある。

全ての指定入院医療機関が他の医療機関と身体合併症治療に関する協定を結んでいるが、その内容は様々であり、特に治療費の支払い方法に関しては施設間での差が大きい。また、指定入院医療機関の複数のスタッフが付き添いをするのが要求されることが多くなっていた。

平成19年7月31日までに10例が身体合併症の検査、治療のために転院(転院相当2

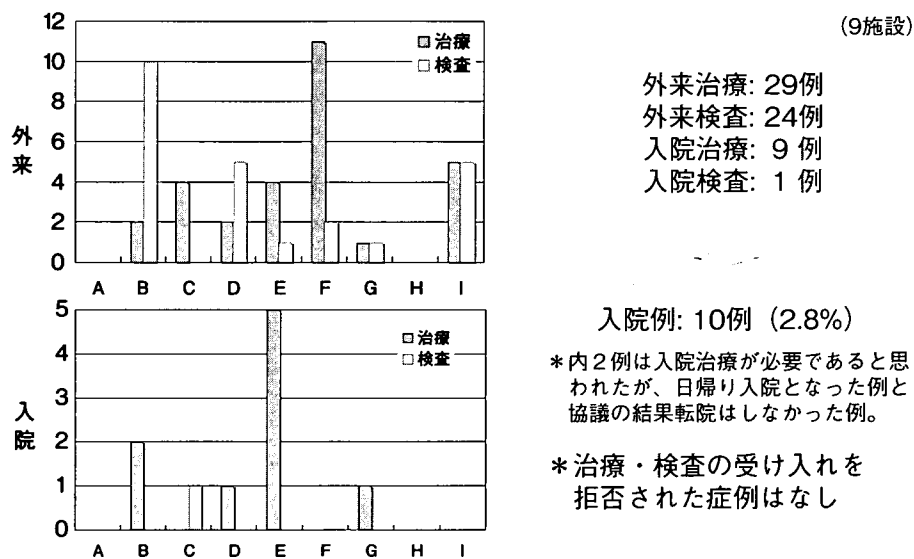


図4 他機関で検査・治療を受けた症例数