

例を含む)している。これは指定入院医療機関の全入院症例数(359例)の2.8%にあたる。

## 2. 他院での入院治療が必要となった症例の実態調査(調査B)

### 1) 精神的診断

身体疾患の検査、治療のために転院が必要となった症例の精神科的診断などを表4に示す。

表4 転院が必要となった症例の精神科的診断

(10例、IおよびJは転院相当)

患者	ICD-10	性別	年齢	転院直前の精神状態像	精神疾患の重篤度(CGI-S)
A	F3	女	34	抑うつ状態	軽度
B	F2	男	22	幻覚妄想状態・残遺状態	顕著
C	F2	男	38	幻覚妄想状態	中度
D	F2	男	78	幻覚妄想状態・認知症状	軽度
E	F2	男	78	幻覚妄想状態・認知症状	軽度
F	F2	男	62	寛解状態	正常
G	F2	男	46	幻覚妄想状態	中度
H	F2	男	41	幻覚妄想状態	中度
I	F2	女	50	幻覚妄想状態	軽度
J	F2	男	65	寛解状態	軽度

ICD-10による分類では統合失調症圏が9例(90.0%)とほとんどであり、気分障害圏は1例(10.0%)であった。性別では男性8例(80.0%)、女性2例(20.0%)となっており、男性が多くなっていた。年齢は22~78歳(平均51.4歳)であった。転院直前の精神状態像では、幻覚妄想状態を呈していたものが7例(70.0%)で最も多く、次いで寛解状態2例(20.0%)、抑うつ状態1例(10.0%)の順となっていた。精神疾患の重篤度(CGI-S)をみると、顕著1例(10.0%)、中度3例(30.0%)、軽度5例(50.0%)、正常1例(10.0%)となっており、比較的軽いものが多かった。

### 2) 他機関での入院治療を必要とした身体疾患

他機関での入院治療を必要とした身体疾患の種類、身体疾患の重篤度、転院した時の状況を表5に示す。

表5 他機関での入院治療を必要とした身体疾患

(10例、IおよびJは転院相当)

患者	症状	身体疾患の重篤度	転院した時の状況
A	解熱鎮痛剤の過量服薬(自殺企図)	生命の危険性は少ない	治療あるいは検査の予約
B	急性虫垂炎	症状改善が期待できる	症状の急変
C	糖尿病1型による血糖値の変動大	症状改善が期待できる	治療あるいは検査の予約
D	胃潰瘍	生命の危険性がある	症状の急変
E	胃潰瘍	生命の危険性は少ない	治療あるいは検査の予約
F	肺がん	生命の危険性がある	治療あるいは検査の予約
G	大腸癌	生命の危険性がある	治療あるいは検査の予約
H	縦隔腫瘍	生命の危険性がある	治療あるいは検査の予約
I	大腸憩室炎・腹膜炎	症状改善が期待できる	症状の急変
J	異型狭心症	症状改善が期待できる	治療あるいは検査の予約

平均入院日数20.7日

身体疾患としては消化器疾患が5例(50.0%)で最も多く、自殺企図に起因する身体疾患(解熱鎮痛剤の過量服薬)、内分泌代謝疾患、呼吸器疾患、循環器疾患、その他が各1例(10.0%)となっていた。主な身体疾患が悪性腫瘍であるものが3例(30.0%)あったが、主な身体疾患が精神科的な治療(身体拘束など)に起因すると考えられた症例はなかった。身体疾患に起因する症状急変による転院は3例(30.0%)と比較的少なく、7例(70.0%)は治療あるいは検査の予約による転院であった。実際に転院となった症例8例の平均入院日数は20.7日であった。

### 3) 転院先の医療機関

転院先の医療機関を表6に示した。これを見てみると、全ての症例(10例)でいわゆる総合病院への転院となっており、身体科の専門病院へ転院となったものはなかった。転院先の精神科の状況を見てみると、常勤の精神科医がいる施設への転院が9例(90.0%)であり、精神科医が不在の施設への転院は1例(10.0%)であった。転院先に精神科病棟がある医療機関への転院が9例(90.0%)あり、精神科病棟がない医療機関への転院は1例(10.0%)であった。8例(80.0%)が身体合併症治療に関する協定を結んでいる医療機関への転院となっていたが、2例(20.0%)は協定

を結んでいない医療機関へ転院となっていた。

表 6 転院先の医療機関の特徴

医療機関の種類 (n = 10)	
いわゆる総合病院	10
身体科の専門病院	0
その他	0
転院先の精神科医師 (n = 10)	
常勤	9
非常勤	0
不在	1
転院先の精神科病棟 (n = 10)	
あり	9
なし	1
合併症治療に関する協定 (n = 10)	
結んでいる	8
結んでいない	2

転院先の医療機関の所在地 (図 5) をみてみると、同じ二次医療圏内の医療機関へ転院となった症例は 1 例 (10.0%) に過ぎず、同じ都道府県内の他の二次医療圏内の医療機関へ転院となった症例 2 例 (20.0%) を加えても、同じ都道府県内での対応が可能だった症例は 3 例 (30.0%) であり、他の 7 例 (70.0%) は他の都道府県の医療機関に転院となっていた。

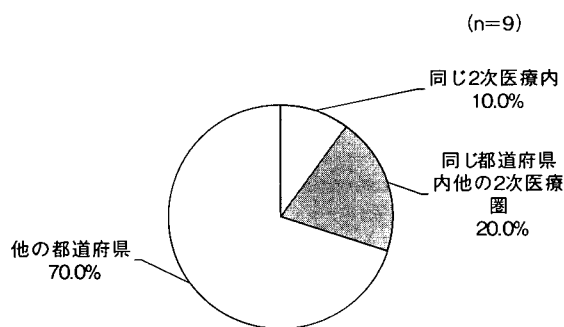


図 5 転院先の医療機関の所在地

身体疾患治療のために転院となった診療科 (図 6) をみてみると、精神科が 4 例 (40.0%) で最も多く、次いで救命救急科 3 例 (30.0%)、外科 2 例 (20.0%)、内科 (循環器科) 1 例 (10.0%) となっていた。

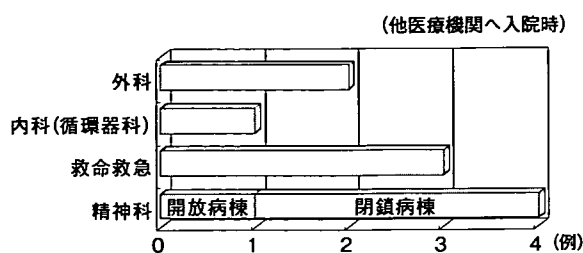


図 6 身体疾患治療のために転院となった診療科

身体疾患の転帰 (図 7) をみてみると、治癒 (3 例、30.0%)、軽快 (3 例、30.0%) で全体の 60.0% を占めているが、不変 2 例 (20.0%)、死亡 2 例 (20.0%) と必ずしも予後が良くない症例も 40.0% に及んでいる。

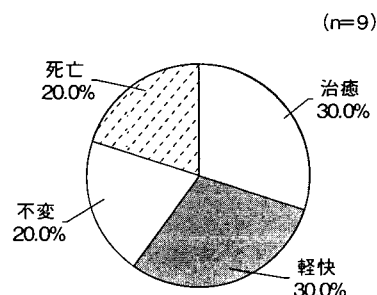
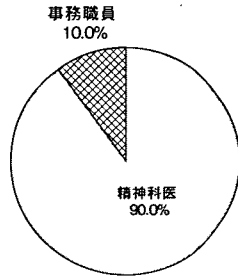


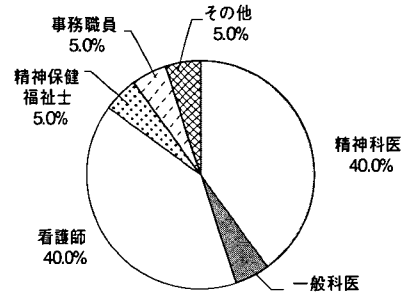
図 7 身体疾患の転帰

#### 4) 他院に依頼した際の対応

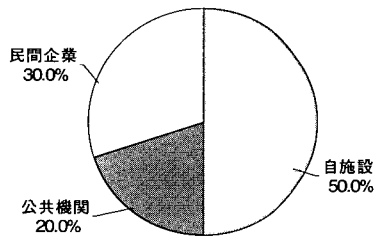
転院を依頼する際の交渉で中心となった職種を 図 8 に示した。これを見ると精神科医が 9 例 (90.0%) で最も多く、事務職員が 1 例 (10.0%) となっていた。転院に同伴した職員 (複数回答) としては、精神科医、看護師がともに 40.0% で最も多く、一般科医、精神保健福祉士、事務職員、その他が各 5.0% となっていた。転院の際に使用した車両は、自施設のものを使用したのが 5 例 (50.0%) で最も多く、民間企業に依頼したものが 3 例 (30.0%)、公共機関を利用したものが 2 例 (20.0%) あった。移送に要した時間をみてみると、片道 30 分以内が 5 例 (50.0%) で最も多かったが、片道 1 時間以内 2 例 (20.0%)、片道 2 時間以内 2 例 (20.0%)、片道 2 時間以上 1 例 (10.0%)



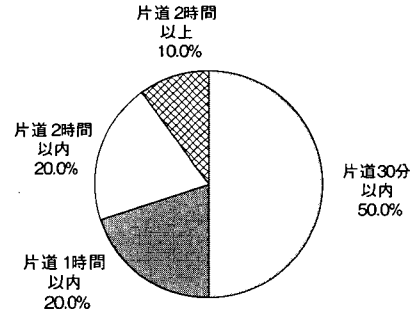
転院を依頼する際の交渉で中心となった職種 (n=10)



転院に同伴した職員 (複数回答)



転院の際に使用した車両 (n=10)



移送に要した時間 (n=10)

図8 他機関に依頼した際の対応

となっており、移送に比較的長時間を要する症例もみられる。

依頼から転院に至るまでに要した期間 (図9) をみてみると、即日転院が2例 (22.2%)、翌日転院が1例 (11.1%)、3日以内が2例 (22.2%)、1週間以内が1例 (11.1%)、1週間以上が2例 (22.2%)、その他1例 (11.1%) となっており、比較的早期の転院が実現できている症例が多いが、1週間程度かかる症例も稀ではない。

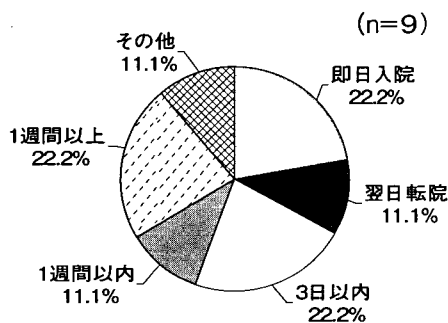


図9 依頼から転院にいたるまでに要した期間 (n=9)

表7に転院となる医療機関が決定するまでの経緯、法的根拠、費用負担を示した。転院となる経緯では、全ての症例で初めに交渉した医療機関に転院となっており、複数の医療機関と交渉したものはなかった。

身体疾患のため他機関へ転院した際の法的根拠については、医療観察法第100条2項 (1週間以内の外泊) が2例 (22.2%)、医療観察法第100条3項 (一時指定入院の中止) が1例 (11.1%)、医療観察法での入院を継続している形で実際は転院が4例 (44.5%)、医療観察法による処遇終了が1例 (11.1%)、その他が1例 (11.1%) となっていた。

他医療機関へ入院した際の身体合併症治療への費用負担に関しては、転院先の医療機関が依頼元 (指定入院医療機関) に請求したものが8例 (88.9%) で最も多く、転院先の医療機関が医療保険で請求したものが1例 (11.1%) となっていた。

表 7 転院時の法的根拠、費用負担

転院となる医療機関が決定するまでの経緯 (n=9)	
初めに交渉した医療機関に転院	9
複数の医療機関と交渉	0
身体疾患のため他機関へ転院した際の法的根拠 (n=9)	
医療観察法第100条2項 (1週間以内の外泊)	2
医療観察法第100条3項 (一時指定入院の中止)	1
医療観察法での入院を継続している形で実際は転院	4
医療観察法による処遇終了	1
その他	1
他医療機関へ入院した際の身体合併症治療への費用負担 (n=9)	
転院先の医療機関が医療保険で請求	1
転院先の医療機関が依頼元(指定入院医療機関)に請求	8

他医療機関への入院中の付き添い (図 10) についてみてみると、5 例 (55.6%) では付き添いが必要であり、4 例 (44.4%) では付き添いが不要であった。付き添いは不要であった症例をみてみると、1 例は医療観察法による処遇を終了したうえで転院となっていた。3 例は同じ組織内の別の医療機関への転院となっており、職員が兼務することによって、週 1 回程度転院元の職員 (医師、看護師) が往診または訪問して対応していた。

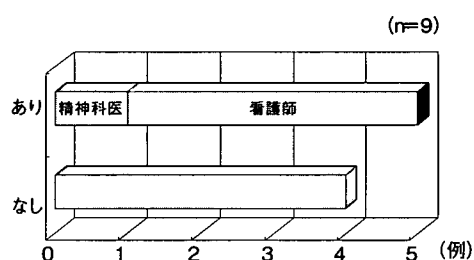


図 10 他医療機関へ入院中の付き添い

症例への対応で感じた困難 (図 11) についての複数回答では、転院先の確保が 4 例で最も多く、次いで付き添い職員の確保 (2 例)、移送 (2 例)、手続き上の問題 (2 例) となっていた。自由意見としては、法解釈が未整理であり、対応や解釈の標準化が必要と思ったとの回答、受け入れ先は比較的的理解のある状

況であったが、それでも過大な要求 (24 時間目を離すな) が付き添い職員に求められたとの回答があった。

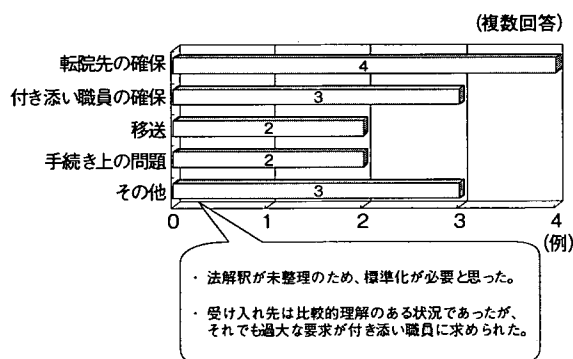


図 11 症例への対応で感じた困難

5) 転院が必要と考えられたが、結局転院には至らなかった症例 (表 8)

症例 I は 50 歳の女性で、統合失調症圏と考えられていた。転院時には軽度の幻覚妄想状態を呈していた。合併した身体疾患は大腸憩室炎穿孔による限局性の腹膜炎であり、症状の急変による転院が考慮されたが、入院治療の必要性について、受診した医療機関でも判断に迷い、結局転院には至らなかった。転院を依頼した医療機関とは、緊急時や身体疾患治療が必要な時に受け入れをしてもらうように事前の協定を結んでいたが、管理者層に情報がとどまり、救急部や精神科などの相談窓

口をたらい回しにされる結果となり、受診までに 1 時間近く要した。

症例 J は 65 歳の男性で、統合失調症圏と考えられていた。転院時には寛解状態であった。合併した身体疾患は異型狭心症であり、診断確定のための心臓カテーテル検査が必要と考えられた。転院を依頼した医療機関には常勤の精神科医はおらず、事前の協定は結んでいたが、付き添い職員の役割や診療報酬についての調整に苦慮し、結局、外来受診後に転院先の指示で日帰り入院となった。

表 8 入院治療を受けることが出来なかった症例

患者	病名	問題点
I	大腸憩室炎	元々緊急時や身体疾患治療が必要な時に受け入れをしてもらうよう事前の協定を結んでいたが、管理者層に情報がとどまり、救急部や精神科など相談窓口をたらい回しにされる結果となり、受診までに 1 時間近く要した。
J	異型狭心症	転院先での付き添い職員の役割や診療報酬について転院先との調整に苦慮した。

○患者 I は入院には至らなかったが、憩室炎穿孔による限局性の腹膜炎で、入院治療の必要性について、受診時の病院でも迷われた症例。

○患者 J は外来受診後、転院先の指示で日帰り入院となった症例。

## 6) 調査 B の結果のまとめ

指定入院医療機関から身体疾患の検査・治療のために転院が必要と考えられた症例は、統合失調症圏で、幻覚妄想状態を呈していた症例が多かった。精神症状や精神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の合併が多かった。症状の急変による転院は 30.0% と比較的少なく、検査や治療の予約による転院が多かった。

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 60.0% は精神科病床以外に入院となっていた。他の都道府県の医療機関に転院となったものが 70.0% を占めており、移送時間も比較的長く、転院までの期間も比較的長い症例があり、転院に 1 週間以上かかったものが 22.2% あった。

転院に関する協定が結ばれていてもそれが

周知されておらず、実際の運用において支障をきたしている例もみられた。転院の際の法的根拠、診療報酬に関しても、それぞれの指定入院医療施設での解釈が異なり、統一されていないのが現状である。

## D. 考察

### 1. 研究方法の妥当性と限界

精神科領域における身体疾患合併症例の発生頻度を的確に把握することは困難であり、未だに十分な調査、検討ができていない。その理由は多岐にわたるが、合併する身体疾患の多様性、調査対象とする身体疾患の定義の曖昧さ、精神科を含む医療機関の分布状況の地域格差、医療機関によって差異が大きい身体疾患・精神疾患への対応能力、などがあげられる。本研究においても、これらの諸問題が十分に解決されているとはいえないが、可能な限り均一な条件下での全数に近い症例を把握するように試みた。

本研究では、指定入院医療機関 10 施設に実態調査を依頼し、9 施設 (90.0%) から回答があった。このことから、指定入院医療機関へ入院中の患者のなかで、身体疾患の検査・治療のために他院に転院となった症例のほとんどすべてを把握することができたと考えられる。さらに、転院先の医療機関としては、精神科病棟を持つ総合病院がほとんどであった (90.0% の症例に対応) ことを併せて考えれば、医療観察法下の入院治療における身体疾患合併症例の発症頻度、および総合病院に設置される身体合併症に対応可能な小規模病棟の必要病床数を推測するための資料として利用できる可能性もあり、この点に関しては本研究の意義は十分にあるものと考えられる。

### 2. 指定入院医療機関で発症した身体疾患合併症例の特徴

八田ら<sup>1)</sup>の報告 (厚生労働科学研究) によ

れば、精神疾患・身体疾患ともに入院水準の身体合併症の発症は、人口10万人対25（東京都）～36（島根県）<sup>2)</sup>と推定されている。今回の調査では、指定入院医療機関9施設へ入院となった359例のうち、10名が身体疾患の検査・治療のために転院（2名の転院相当も含む）となっており、これは指定入院医療機関の全入院症例数の2.8%にあたる。これらの数字を単純に比較することはできないが、医療観察法下の入院患者では転院を必要とするような身体疾患を合併する可能性が高いと考えられるため、このことを念頭においた上で対応することが必要となる。

検査・治療のために転院となった症例では、症状の急変による転院が30.0%であり、検査や治療の予約による転院が70.0%を占めていた。このことは、石橋ら<sup>3)</sup>をはじめとして従来多く報告されてきた症状の急変による転院の多さとは異なる結果となっている。この差異に関して推測される原因のひとつとして、指定入院医療機関は病院全体としての身体疾患の診断能力が他の精神科病院に比べて比較的高いと考えられることがあげられる。身体疾患は早期に発見して対応することが重要であるが、その際には診断機器の有無とともに、救命処置をはじめとする身体疾患への対応能力および関連する研修の有無が大きな影響を与えられられる。しかし、現在運用中の指定入院医療機関でも、他の診療科の常勤医が少ない施設が多いこともあり、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も否定できない。今後、自治体立の医療観察法病棟が増加することが期待されているが、その中には身体疾患の検査や治療に関する対応能力があまり高くない精神科病院が含まれる可能性がある。また、今回の調査で報告された身体合併症には、精神症状や精神的治療に起因する身体疾患は少なく、偶発的な身体疾患の合併が多かったことを併せて考

えれば、医療観察法下のみならず、精神科領域の全般において、救命救急処置を含む一般的な身体疾患への対応能力を向上させることは重要な課題である。個々の医療機関での教育・研修が必要なことは言うまでもないが、それだけでは不十分であり、精神科医を養成する過程で、一定期間精神科救急や身体合併症治療の経験を積めるような研修制度を作ることが必要と考えられる。

### 3. 転院先となった医療機関の特徴

身体疾患の検査・治療が必要となった症例の転院先としては、精神科病棟をもつ総合病院が多く（90.0%）、事前に協定を結んでいる医療機関が多かった（80.0%）。他の都道府県の医療機関へ転院となった症例が70.0%にも及んでおり、転院までの期間は比較的長いものもみられた。

前述したように、今回の調査で把握できた身体疾患合併症例は、症状の急変による転院は比較的少なく、検査や治療の予約による転院が多かった。一般的には、症状の急変による転院の場合には、遠方の医療機関へ搬送することが困難になり、より短期間のうちに転院先を見つけなければならない症例が多くなると考えられる。今回の調査でも、胃潰瘍からの動脈性の出血（症状の急変）がみられた症例では、協定を結んでいないが同じ都道府県内にある医療機関へ転院して治療を受けている。転院となった症例の60.0%は精神科病床以外に入院となっており、転院先の医療機関での精神科と他の診療科との連携の重要性が示唆される結果となっている。

身体疾患合併症例への対応を適切に行うためには、身体症状・精神症状の急変にも対応できるような精神科病棟をもつ総合病院が、その中核として機能できるようなシステムを構築することが必要である。しかし、総合病院精神科の病床数は近年急速に減少しつつあ

り、精神保健指定医を含む医師の確保も困難になってきている。理想的には二次医療圏に最低 1 ヶ所の精神科病床を持つ総合病院精神科を設置することが望ましいが、現在の医療経済的状况などを考えれば、その実現は困難である。医療観察法に関連する処遇という観点からみても、精神科救急や合併症治療を行っている総合病院精神科の機能を適切に評価し、それを維持・向上させるための方略が必要であろう。

#### 4. 転院の際の手続きなどに関する課題

##### 1) 転院に関する法律的根拠

合併する身体疾患の検査・治療のために転院となる際には、医療観察法による処遇を終了して医療法あるいは精神保健福祉法での入院となることは少なく、多くの場合には医療観察法による入院処遇は継続しながら、医療法あるいは精神保健福祉法による入院治療を平行して行うことになる。(指定入院医療機関に入院したまま、他施設にも一時的に入院している状態)医療観察法には第 100 条 2 項(1 週間以内の外泊)、第 100 条 3 項(一時指定入院の中止)という規定があり、これに従って対応するのであるが、法律の記載に曖昧な点もあり、解釈・運用上のコンセンサスが得られていない。

医療観察法による処遇継続が必要と考えられる身体疾患合併症例が転院する際には、いくつかの方法が考えられる。まず、転院の際に入院すべき指定入院医療機関を変更するという方法である。これは、指定入院医療機関により身体管理能力などに差がある場合において行われる可能性がある。将来的に総合病院精神科のなかで指定入院医療機関(小規模病棟)に指定されるような施設が相当数出てくれば、精神症状と身体症状の両者を勘案した上での入院施設の変更が可能となるかもしれない。このような指定入院医療機関の変更

に際しては、転院元の職員の付き添いなどは必要がない。あるいはフル規格、小規模病棟の指定入院医療機関で、身体合併症対応に特化した施設が一定数できれば、身体合併症対応に対してかなりの安心感が得られるだろう。その場合に、クロザピンの指定入院医療機関での処方によって、血液内科専門医の確保が望ましい。

次に、医療観察法 100 条 2 項に基づく他施設入院という方法でも対応可能である。これは他施設に入院中であるが、医療観察法では 1 週間以内の外泊の扱いになるので、当然その間は転院元の指定入院医療機関の責任で、付き添いなどが必要となる。

さらに、医療観察法 100 条 3 項に基づく他施設入院という方法もある。これは、医療観察法による入院処遇は継続しているが、この期間は、指定入院医療機関は対象者に対する医療を行わないことができるとされている。つまり、対象者に対する医学的管理の義務も免除されるが、この期間において指定入院医療機関が医療を行うことを禁止するものではなく、医学的管理を行っても差し支えないため、他施設入院中には、指定入院医療機関の職員が付き添うことは可能である。現実的には、医療機関相互の協定によって、転院中の付き添いを要求されることがほとんどである。

それ以外にも、転院を依頼された医療機関と転院元の指定入院医療機関が、同じ組織内に属している場合には、互いの医療機関での職員兼任というような扱いにして、転院元の職員の付き添いの負担を軽減しているような例もあるが、このような方法がとれる施設は限られている。

以上みてきたように、医療観察法による入院処遇が継続していれば、指定入院医療機関を変更することが可能となる以外には、他の医療機関との協定が必要であり、転院中の付き添いも含めて医学的管理が転院元の指定入

院医療機関に依頼されることになる。今回の調査で把握された身体疾患合併症例では、その平均入院日数は20.7日であった。これは、一般的な身体疾患治療のための入院日数としてはあまり長いとはいえない数字と思われる。しかし、この間、看護師を中心として複数の職員を付き添いとすることは、人的には比較的恵まれていると考えられている指定入院医療機関にとっても、大きな負担となる。しかし、場合によっては（例えば脳出血など意識障害があり、体動などもみられないような場合）、転院中も付き添いなどが必要とされない状況も考えられる。このあたりは個々の症例ごとに判断するしかないと思われるが、ある程度の状況設定をした上で対応の統一をはかることが必要と考えられる。

## 2) 診療報酬について

転院した上で身体疾患の治療をする場合、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することが一般的である。しかし、身体疾患の中には精神症状に起因するもの（例えば抑うつ状態に起因する自殺企図など）、精神科的な治療に起因するもの（例えば向精神薬による悪性症候群など）も珍しくないため、精神障害関連と合併症関連とを厳密に区別することが困難なことが多い。今回の調査では、他医療機関へ入院した際の身体合併症治療への費用負担に関しては、転院先の医療機関が依頼元（指定入院医療機関）に請求したものが88.9%で最も多く、転院先の医療機関が医療保険で請求したものが11.1%となっていた。この点に関しても、ある程度の状況設定をした上で対応の統一をはかることが必要である。

## 5. 今後の課題

本研究では、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について検討した。

その結果、入院症例の2.8%に転院が必要な身体疾患間がみられたこと、病院としての診断能力はある程度高いと考えられるが、身体疾患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こと、身体合併症治療に関する協定の内容は様々であり、治療費の支払い方法などに関しては施設間での差が大きいこと、精神症状や精神科的治療に起因する身体疾患は少なく偶発的な身体疾患の合併が多かったこと、転院先は精神科病棟をもつ総合病院が多いこと、他の都道府県の医療機関に転院となったものが多く、移送時間も比較的長く、転院までの期間も比較的長い症例があったこと、などがわかった。転院に関する協定が結ばれていてもそれが周知されておらず、実際の運用において支障をきたしている例もみられた。転院の際の法律的根拠、診療報酬に関しても、それぞれの指定入院医療施設での解釈が異なり、統一されていない。

今年度は、主に指定入院医療機関からみた身体合併症医療の現状と問題点を明らかにすることが主な目的であったが、来年度は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を行う予定にしている。今回の調査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予定である。

## E. 結論

本調査の結果は、下記のような概要にまとめることができる。

1. 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能力は比較的高い。

2. 他の診療科の常勤医は少ない施設が多く、医療観察法病棟で対応可能な救急処置、研修状況などを考慮すれば、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。
3. 指定入院医療機関の全入院症例数の2.8%が、身体疾患の検査・治療のために転院が必要と判断された。
4. 身体疾患合併症例には、統合失調症圏で、幻覚妄想状態を呈していた症例が多かった。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の合併が多かった。症状の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かった。
5. 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60.0%は精神科病床以外に入院となっていた。他の都道府県の医療機関に転院となったものが70.0%を占めており、移送時間も比較的長く、転院までの期間も比較的長い症例があった。
6. 転院に関する協定が結ばれていてもそれが周知されておらず、実際の運用において支障をきたしている例もみられた。転院の際の法律的根拠、診療報酬に関しても、それぞれの指定入院医療施設での解釈が異なり、統一されていない。
7. 法律を含むシステム整備が必要であるとともに、精神科医療機関での一般的な身体疾患への対応能力向上も必要である。

## F. 健康危険情報

特になし

## G. 研究発表

特になし

## H. 知的財産権の出願・登録状況

特になし

### I. 文献

- 1) 八田耕太郎、菊本弘次、羽藤邦利ほか：実証的な精神科救急医療の構築および精神科救急・精神科領域における身体合併症に関する研究.精神科救急医療、特に身体疾患や認知症疾患合併症例の対応に関する研究（平成19年度総括・分担研究報告書.主任研究者黒澤尚）：71-96、2008.
- 2) 小林孝文、稲垣卓司、大竹 徹ほか：地方における精神科領域の身体合併症に関する研究.精神科救急医療、特に身体疾患や認知症疾患合併症例の対応に関する研究（平成19年度総括・分担研究報告書.主任研究者黒澤尚）：97-126、2008.
- 3) 石橋照子、小林孝文、吉田厚子：精神科身体合併症の発見の端緒に関する研究.日本医学看護学教育学会誌、12：3-7、2003.

### II. 小規模併設型指定入院医療機関の準備から運用までの実践報告

#### A. 歴史的経緯

昭和38年麻薬取締法の制定を受けて政府は、全国で7カ所に麻薬中毒者を治療する司法病棟を整備することとなった。大阪府立精神医療センター（当時、大阪府立中宮病院）の第1病棟は、この際に整備された施設であり、昭和40年開設された。

構造は、3階建ての病棟で、1階が女性病棟、2階が男性病棟（第1病棟2階）であり、3階は麻薬中毒患者のリハビリテーションなどを行う付帯設備となっていた。本病棟の開設後、本来の目的であった麻薬中毒のための入院患者は少数であり、代わりに覚醒剤中毒

患者、他害性の強い治療困難患者、重大事犯を起こした精神疾患患者等を受け入れる病棟として機能することになった。本病棟の開設以後42年が経過したが、第1病棟2階の改修によって医療観察法小規格併設型病床5床の整備を行うことになり、この病棟は再び司法的役割をはたすことになった。

## B. 大阪府立精神医療センターが行ってきた医療と医療観察法医療の類似性

### 1. 他害性の高い患者の受入

大阪府立精神医療センターでは、殺人・傷害・放火・強姦等の刑法犯歴を持つ多数の患者を公的精神科医療施設の役割として受け入れ、治療し、できる限り退院させ地域移行させている。これらから得られた多くの経験と知識は、まさに、医療観察法の指定入院医療の基盤となるものであった。

### 2. 合同カンファレンス

第1病棟2階における従来からの入院患者の中には、殺人や傷害、強姦などをおこしたことがある強い他害性を有している患者や、覚醒剤等薬物中毒患者が多数おり、それらの中には暴力団員などの他害性がある人格障害患者もいる。このような患者に対しては、リスクアセスメントに基づいた方針決定が重要となる。しかし、閉鎖的処遇の解除や外出・外泊・退院などの決定に対しては、これらの他害性を持つ患者からの脅迫や強要があり、医師や看護師は個人的攻撃を受けやすいことになる。

このような状況を打破するために、医師、看護師、精神保健福祉士からなる合議体を形成し、毎週行われる合同カンファレンスの場で処遇や治療に関する決定をすることになっている。このカンファレンスは、20年以上前より行っており、医療観察法における治療評価

会議やMDT会議に相当することを我々は既に行っていたことになる。

### 3. 措置解除判定会議

措置入院症例については、従来は主治医が措置解除やその後の処遇について判断してきた。しかし、重大な事件を起こした措置入院となった背景を考えると、措置解除などを主治医の判断だけに任せることについては、主治医には迷いと重い責任がのしかかることになる。このため、重大な事件を起こし措置入院となったケースに対しては、措置解除やその処遇に関して判断する際に、主治医からの提案に基づいて院長、副院長、医務局長、看護師長、事務局も交えた措置解除判定会議が、平成13年より運営規約を定めて、大阪府立精神医療センターで開催されてきた。この会議で得られた結論は、当然ながら病院全体の方針となり、それまで主治医だけに責任が押しつけられていた状況から大きな変化が認められた。この措置解除判定会議のありかたは、医療観察法での運営会議にあたるものと考えられるが、従来の措置入院制度におけるこのような経験は、今回の小規格病棟運営に大きく寄与した。

### 4. 患者・家族を交えた医療・看護計画

平成13年より、医療・看護計画の作成・実行にあたっては、医師の治療方針、担当看護師の看護方針、精神保健福祉士の意見に加えて、かならず患者の意見、家族の意見を取り入れて、統合的に計画してきている。これによって、医療者側からの一方向的な流れから患者・家族も参加する医療に変わってきた。このような方向性も、医療観察法におけるMDT会議や臨床心理技術者CPA会議につながるものであった。

## C. 小規格併設型指定入院医療機関の設置から運営開始まで

大阪府立精神医療センターの医療観察病床は、築42年を迎えた急性期閉鎖病棟（第1病棟2階）の8床室と6床室を改修し、個室5床を設置した。この準備経過を表9に示したが、さらに詳細に以下に述べよう。

### 1. 平成17年

大阪で行われた精神・神経科学振興財団の3日間研修に看護師3名や臨床心理技術者などが参加して机上研修などを行った。これは指定通院医療を行うための研修であった。9

月30日には花巻病院・武蔵病院で指定入院医療機関の見学を行った。

### 2. 平成18年

8月4日に大阪府健康福祉部地域保健福祉室精神保健疾病対策課、地方独立行政法人大阪府立病院機構本部、大阪府立精神医療センターで、指定入院医療機関の整備状況、心神喪失者等医療観察法の施行状況、平成18年度心神喪失者等医療観察法指定医療入院医療機関施設・設備整備費及び運営負担金について（設計・工事時期、職員の確保、研修、その他）についての会議を行った。この会議では、

表9 医療観察法開棟に関する経過と内容

内 容	17年		18年					19年								
	9月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月
机上研修	○				○										○	○
施設見学	○									○				○		
本庁との打ち合わせ		○							○	○						
講演会(村上先生)			○													
準備連絡会(5職種と事務局)				○				○		○	○	○	○	○		
設計事務所				○					○	○	○	○	○	○	○	
NYC海外研修					○											
厚労省来院						○							○			
厚労省へ上京							○	○								
MOM Technology								○	○	○	○	○	○	○	○	
病院機構									○	○						
リーダー研修の打合せ										○						
リーダー研修プログラム打合せ										○						
厚労省国費についての確認										○						
精神・神経科学振興財団										○	○	○	○	○	○	
国立精神・神経センター										○				○		
東尾張病院リーダー研修											○	○				
開棟前病棟全体研修の情報収集												○				
開棟前病棟全体研修プログラム作成												○				
開棟前病棟全体研修講師依頼												○	○			
開棟前病棟全体研修日程調整												○	○			
改築工事に関わる病床調整												○			○	
施工業者対応											○	○	○	○	○	○
医療観察関連研修会												○				
共通評価演習													○			
保護観察所													○			
住民対応資料作成													○			
転入受け入れ患者との面談(出張)														○		
開棟前病棟全体研修														○		
個人情報審議会(カメラ設置について)														○	○	○
保健所検査															○	
近畿厚生局設置審査															○	
人権センター															○	
医療観察に関する書類											○	○	○	○	○	
会議外部委員との折衝													○	○		

小規模入院病床の整備を行う前提で話し合い、正式な決定は病院機構理事会で後日の予定となった。

9月21日に琉球病院院長 村上 優先生を大阪府立精神医療センターに招き、半日の講演をしていただく。同時に医療観察に関するデータを入手した。

10月2日に医療観察法に関わる準備連絡会を院内で行う。メンバーは医師2名、看護師1名、精神保健福祉士1名、作業療法士1名、臨床心理技術者1名、薬剤師1名、事務局4名であった。ここで指定入院医療機関開設に向けてのスケジュールの確認、開設に向けて何が必要かを話し合った。そして事務手続きを厚生労働省に問い合わせること、改修工事での設計会社の選択（入札手続きも含む）、研修（厚生労働省、神経科学振興財団等への問い合わせ）、書類の準備（運営指針・マニュアル、業務手順等の入手）などを検討した。

11月4日～11月19日の期間、精神科急性期医療と専門科養成研修でニューヨークにおける司法精神医療研修を受けた。これには医師、看護師、精神保健福祉士、作業療法士、臨床心理技術者が各1名ずつ参加した。

12月14日には厚生労働省より3名が来院し、改修病棟の視察及び医療観察法全般に関する質疑応答を行った。

### 3. 平成19年

1月には厚生労働省へ事務局が出張し、運営に関わる国費支出の問答や事業計画の打ち合わせを行った。

2月14日には医療観察法に関わる準備連絡会を行い、厚生労働省との検討内容の報告及び今後の予定の確認、電子カルテについて情報収集（MOM Technology）を行った。

2月23日には厚生労働省へ院長・大阪府担当者・病院事務局が行き、開設準備に関わる運営経費及び開設準備費の国費負担に関して

要望書（15床未満についても15床以上と同様に国費負担を要望）を提出した。

3月26日には医療観察法指定入院医療機関での電子カルテについて、MOM Technologyによる説明会が行われた。

3月28日には病院機構本部理事会にて医療観察法指定入院病床の開設を決定した。

3月29日に設計事務所と改修工事予算見積、及び改修工事の日程など打ち合わせた。

4月2日に医療観察法に関わる準備連絡会を行い、改修工事、工事の日程などについて打ち合わせ、今後の準備について打ち合わせた。

4月6日に東尾張病院に医師1名、看護師1名、精神保健福祉士1名の3名で出張して医療観察に関する情報に収集で開棟に至るまでの経過を説明してもらい、必要書類のファイルを入手した。また指定入院病棟を見学し開棟までのエピソードを聞いた。

4月9日にリーダー研修に関しての受け入れを東尾張病院に依頼し、受け入れ可能な回答を得た。

4月12日に東尾張病院に研修プログラムの依頼を行ったが、大阪府立精神医療センターでは病棟を運用しながらの準備で専任がいないため長期の研修は困難であること、触法患者への対応は従前から行われていること、精神保健福祉法に基づく患者との併設型病棟になるため、医療観察法病棟での研修で踏襲できないものがあること、運営方針やマニュアル等、種々の書類に関して入手していること、鑑定入院を受け入れていること、指定通院を受け入れていること等の理由で研修期間2～4週を1週間に短縮してもらうように要請し、1週間プログラムを作成してもらった。

4月16日に厚生労働省にリーダー研修に関して国費での出張費について問い合わせを行った。（財）精神・神経科学振興財団の担当者にリーダー研修について問うが、財団は、

開棟 1 ヶ月前の病棟研修（10 日間）の研修に  
関与しており、リーダー研修は、関与してい  
ないとのことであった。病棟研修については、  
19 年度に大阪府立精神医療センターでの研修  
を受け付ける旨を回答して頂く。この時点で、  
病棟研修については、財団が全て行うと判断  
した。

4 月 17 日、東尾張病院での研修日程（案）  
を送信した。

4 月 24 日に設計事務所と病棟改修工事に  
関する実施設計図の確認と打ち合わせを行う。  
今後、入札手続きに進むことも確認する。また  
同日、東尾張病院にて幹部会議でリーダー  
研修受け入れの了承を得る。事務局には、東  
尾張病院への研修依頼公文書発送を依頼する。

4 月 27 日に事務局・大阪府疾病対策課が厚  
生労働省へ出向く。

5 月 2 日に準備室会議を行い、リーダー研  
修経費・病棟改修・電子カルテ等について検  
討する。

5 月 21 ～ 25 日に東尾張病院にてリーダー  
研修（看護師 3 名、精神保健福祉士 1 名、  
臨床心理技術者 1 名）。

5 月 28 日～ 6 月 2 日に東尾張病院にて  
リーダー研修（医師 1 名、看護師 3 名、精  
神保健福祉士 1 名、臨床心理技術者 1 名）、  
医療安全管理者が 3 日間現状把握のため研修  
した。

6 月 4 ～ 8 日に東尾張病院にてリーダー  
研修（看護師 4 名、精神保健福祉士 1 名、  
臨床心理技術者 1 名、作業療法士 1 名）。事  
務局 3 名が、事務関係の情報収集（1 日間）

6 月 11 ～ 15 日に東尾張病院でリーダー研  
修（医師 1 名、看護師 3 名、精神保健福祉  
士 1 名、臨床心理技術者 1 名）

6 月 18 ～ 22 日に（財）精神・神経科学振  
興財団机上研修（3 日間）・開棟前病棟研修  
の打ち合わせをメール・電話で行う。この時、  
研修プログラム・研修講師・日程について開

棟を前にした病院が全て設定すると聞き、あ  
わてて研修の計画を立て始める。

（財）精神・神経科学振興財団研修事業担  
当部は、派遣依頼と旅費・謝金の手配のみであ  
った。計画の立案・講師折衝・日程調整につ  
いては、期限が限られているため、切羽詰ま  
った準備となる。研修予定は、8 月下旬の 10  
日間と決定。研修プログラムの参考として、下  
総・小諸・菊池病院の研修プログラムを入手  
する。

6 月 19 ～ 25 日に改築工事のための病床  
調整をする。1 病棟 1 階天井からの工事、  
1 病棟 2 階個室 5 床への改修工事のため、  
1-1 では 2 部屋 13 ベット、1-2 では、2  
部屋 14 ベットの移動及び院内転棟を進める。

6 月 27 日に設計・施工業者との打合せを行  
う。当初予定の改修工事では、治療プロ  
グラムや面談が行える部屋が少ないため急遽、  
設計変更、追加工事の要請となり、この件  
について話し合う。

6 月 29 ～ 30 日に医療観察法関連職種研  
修会があり国立武蔵病院が事務局となり東  
京市ヶ谷で 300 人を超える多職種が集まり  
研修が行われる。交流会では、開棟前病棟  
全体研修の講師を依頼するため人の輪を借  
りて 4 人を確保できた。大阪府立精神医  
療センターからの参加は、医師 3 名、  
看護師 2 名、精神保健福祉士 1 名、  
臨床心理技術者 1 名、作業療法士 1 名  
であった。

7 月 2 日に設計及び施工業者打合せを行  
う。以前から契約や設計に関する打合せが  
適宜行われ、本日より病棟改修工事が始  
まる。以後、週 1 回定例会議を行うこと  
となる。準備連絡会は適宜開扉となる。  
運営指針を初め安全マニュアル・診療支  
援に関する規定、看護手順などの作成が  
始まる。

7 月 6 ～ 7 日に MOM Technology と電  
子カルテ導入に向けた打合せ（この件に  
関しても数回の打合せあり）、マスター  
作成に関する諸部門との打合せを行う。

7月13日に共通評価の演習、鑑定入院患者の多職種による共通評価を行う。共通評価に関して、常時、資料を置き学習することとなる

7月18日に厚生労働省2名、厚生局2名が来院、開棟に向けたヒアリング及び視察。転院患者の調整についても話し合われる。

7月20日に大阪保護観察所 社会復帰調整官と転院で受け入れる患者の情報交換を行う。社会復帰調整官による情報の提供と転院患者の調整で、北陸病院4名、武蔵病院1名、下総精神医療センター2名の情報（内5名を内定）が得られた。

7月24日に住民代表への説明を行う。6月より枚方市役所の住民代表に対する担当課に依頼して説明の機会を依頼しており、本日が初めての説明となる。出向いたのは、大阪府健康福祉部精神保健疾病対策課2名と当センター事務局長、事務局次長、経理マネージャーの計5名で、院長や看護部長、副看護部長（医療観察病棟準備担当）が、説明をするのは、住民の意見を踏まえて行うこととなった。まずは、事務的な報告説明とした。また、地域連絡会議の委員になって頂くことを依頼する。

8月2日に住民からの返事があり、地域代表の方から住民の了承が得られたので地域連絡会議の委員就任を受託してくれる。この時点でほぼ医療観察病床の開設が可能となる。

8月6日に開棟日が病院運営会議にて9月10日（月）に決定

8月6～9日にMOM TechnologyのSEによる診療支援システムの研修。医師・看護師・臨床心理技術者、作業療法士、精神保健福祉士、薬剤師・栄養士・事務員も行う。基本的に1日コースで研修内容を設定し、1日10人（PC10台を準備）、4日間で延べ40人が研修を受ける。北陸病院に医師1名・看護師1名が、転院患者の情報収集・面談・転院調

整のため出張する。対象者は2名であった。旅費に関しては、転院に関する運営金（国費）へ請求した。

8月9～10日に国立武蔵病院、下総精神医療センターに医師1名・看護師1名が、転院患者の情報収集・面談・転院調整のため出張する。旅費に関しては、転院に関する運営金（国費）の請求した。国立武蔵病院は、「転院に関して具体的なことは厚生労働省から聞いていない」との返事であったが、対象者との面談を行う。対象者は、国立武蔵病院1名、下総精神医療センター2名であった。

8月29日に1病棟2階の改築工事竣工。この後保健所の検査予定。

9月5日に保健所による新病床の審査。

9月7日に近畿厚生局による新病床の審査がとおり、この日が開設日となる。大阪府健康福祉部の部長・次長ほかの視察、人権センター及び医療観察法に異議のある人の見学があった。意見としては、単に法律に反対するのでは無く、実態を知り、人権に配慮した運用を提案していきたいと述べる。細部の調整等最終的に部屋の点検を行い、3階の工事（作業室・診察室・会議室等）は、9/18完了予定となる。

9月10日、病床の運用開始（開棟日）に下総精神医療センターより2名転入院。

9月10～12日にMOM Technologyが本日より3日間システム不具合等に備え、応援に来てくれる。システム不具合は無かったが、システム操作で不明な点を指導してもらう。開棟から3日間は、来て頂く事が結果として必要であった。

9月11日に国立武蔵病院より1名転入院。コメディカルが集合し、治療評価会議を行う。（昨日入院の2名分）支援システムの操作に不慣れなため、疑問点はMOMに聞いて補完した。患者の情報資料については、過去の治

療評価（1週間・1ヶ月・6ヶ月）が必要であり、取り寄せは必須条件であった。

9月12日、システムについて実際に運用を開始すると何が必要なのか？何か抜けていないか？などの思いがでてきた。1～2週間運用後、不明な点をまとめて、必要ならば出張も踏まえ、再学習することにした。

#### 4. 総括

運用開始後、前入院施設の治療評価シートやサマリーを参考に治療を開始した。前入院施設のプログラムをそのまま踏襲は出来ないが、医療観察法第1条の目的を果たすため、治療の方向性を明確にしてコメディカルで対応した。

プログラムは、朝の集いに始まり、作業療法、心理面接、疾病教育、ゲームレク、中庭での運動等を週間予定とし、特に問題なく行うことが出来ている。しかし、治療評価では、前施設の治療評価シートを入力したうえで、評価していくが、前施設の評価内容に疑問や違和感を感じたり、情報が不足するなど評価に戸惑うことが多々あった。そして、大阪府立精神医療センターとしての総合評価・治療方針は1ヶ月以上を要した。その後、治療評価会議を行う過程で「転院者の評価」に関しては、前施設の評価はあくまでも参考とし、新規入院の様に入院2週後に評価し、その後2週評価を基に再評価していくことが良いのではないかと感じた。つまり、前施設の評価を引き継いで行うよりも新規作成から行うことが評価を行いやすいと感じた。何故、新規から評価を行う方が良いのかを考察すると、転院による物理的・人的環境の変化やプログラムの変化などが要因し、日常生活での言動に変化をもたらしているのではないかと考えられる。そして、病気そのもの急激な変化はないが、言動の変化が前施設の評価内容と微妙に合致せず、違和感を感じたと考えられる。故に、

過去のデータはあくまでも参考とし、現状生活の分析を行って現在の状況にあった評価を行うことが望ましいのではないかと考える。

診療支援システムにおいては、当初、入力ミスや入力漏れもあったが、日を追うごとに慣れ、約2ヶ月を経過した現在では、特に問題なく活用できている。ただ、掲示板など従来からある他のシステムを併用しているため、併設運営の病棟では、機能を十分に生かせない面はある。

#### D. 併設型指定入院医療機関設置のメリット

小規模病棟に入院する対象者は、基本的に小規模病棟を管轄する都道府県内の出身者を受け入れることになる。開設後、下総精神医療センター（千葉県）より2名（回復期）、国立武蔵病院（東京都）より1名（回復期）、北陸病院（富山県）より2名（社会復帰期・回復期）の転入があり、これらの対象者はいずれも大阪が帰住地であり、今後の外出や外泊などリハビリを効果的に行えることが予想される。また家族の面会や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。これは極めて大きなメリットであり、しばしば交通が不便な遠隔地にあるフル規格の指定入院医療機関よりもはるかに指定通院への移行の点でプラスになると思われる。これらの点については、今後検証していくつもりである。

医療観察法の治療プログラムを表10に示した。毎朝、心身の状況、本日の予定などについて話し合う（朝の集い）、疾病理解・服薬理解の教育、心理教育（個人・集団）例えば怒りのマネジメント、作業療法・レクリエーション・中庭活動（運動）、権利擁護・社会資源講座、看護教育・SST、院内散歩・院外外出・

外泊などであり、各職種面談：内省・洞察や再犯の防止、退院後の生活について重点を置き、医療継続の自覚を促していくことにしている。そこでは①何かおかしい、②へんだへんだ・しんどい・眠れない③訳わからん、④幻覚妄想状態、⑤心神耗弱・喪失、⑥他害行為という段階を想定して、①から⑥のプロセスを対象者が自覚すること、何処の段階で助けを求めれば良いのかを学習し、実際に実行できる事が重要としている。

我々は、従前から他害行為の可能性が高い患者に積極的に取り組んできたが、今回、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個々の意識がさらに高まり、研修などを通じて能力が向上した実感がある。コメディカルコミュニケーションもいっそう密となり、チーム医療の向上にも繋がった。はっきり言って「職員の目の色が違って来た」という印象であり、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が認められた。

対象者にしてみれば、出身地の大阪で医療を受けられるということは、方言や地方の慣習などもストレスがかかりにくい。そして通

常精神保健福祉法入院患者に提供するレクリエーションにも参加できることは併設型のメリットと言えよう。

## E. 小規模併設型病棟を運用する上での問題や注意点

開設準備に関わる職員の過大な業務量・責務の問題が大きい。フル規格や15床の小規模などの医療観察法専門病棟では、人件費が準備段階から交付されるため、例として6ヵ月前から数名の専従職員を配置し、遅くとも開棟1ヵ月前にはスタッフ全員が揃って、医療観察に関する専門の学習や電子カルテシステムの練習、包括的暴力防止プログラムの研修が受けられる。しかし小規模併設型病棟では専任勤務ではないため運営している病棟の管理を行いながら医療観察法の開設準備を行うため二重の責務を負うことになる。病棟を運営しながらの研修では、スタッフ全員が同時に研修できないことも大きなデメリットである。これらの点については、次項でも述べたが早急な対策が望まれる。

小規模併設型では、当然ながらセキュリティについては、フル規格よりも劣ることは避けられない。外部からの侵入や面会者の所持品、精神保健福祉法患者からの授受に対しては限界がある。また、保安要員がいない事も課題である。そして入院患者間の情報漏洩、外部

表 10 指定入院医療対象者への週間プログラム

月	火	水	木	金	土	日
モーニングケア／朝の集い（週間スケジュール・当日スケジュール）						
週間ミーティング	治療評価会議	権利擁護社会資源の講座（PSW）	疾病理解服薬プログラム（Dr）	心理教育個人・集団（CP）	読書奨励	休息
OTレクカラオケ	各患者の治療評価シート作成	レクリエーション（Ns）	作業療法（OT）看護教育 SST（Ns）	中庭運動	休日レク	休息
散歩	MDT会議散歩	散歩	散歩	症状への理解	看護教育	



流出のおそれも否定できない。

また 1 病棟 3 階に多目的室・診察室を設置しており、治療プログラムは、主にこの多目的室で実施している。病棟内のハード面の不足（作業室・体育館・運動場など）や十分とは言えない看護の人員、精神保健福祉法入院患者への従来医療の併存が、医療観察法標準治療の専門性向上に集中できないという側面もある。

一方、指定入院対象者についてのアメニティーの高い個室の提供や治療プログラムの違いなど厚遇に対する、一般の精神保健福祉法入院患者の思いもあり、なぜこのような差異があるのかを理解頂くことは容易ではない。行政医療（措置入院等）・処遇困難患者の医療は保護室を中心とした医療となっているが、医療観察法においては、隔離が殆ど不要であり、社会復帰を前提とした治療プログラムが行われ、病棟機能の二重構造が明確となってしまう。精神保健福祉法病床は、36 床（一般室 22 床、個室 3 床、保護室 11 床）で、医療観察法病床は、5 床であるが、指定入院の個室 5 床のゾーンは、夜間 22 時から朝 6 時半まで扉を閉めて、一般の精神保健福祉法入院患者と分けることにしているが、これはむしろ指定入院患者よりも他害性が高い一般患者からのリスクを考えた上でのことである。

スタッフは、医師 3 名・看護師 29 名・臨床心理技術者 2 名・精神保健福祉士 2 名・作業療法士 1 名・事務 1 名であるが、パラメディカルは兼務も多い。看護師の勤務態勢は、日勤 9 名以上・準夜 4 名・深夜 3 名の 3 交代制である。これでも十分な人員配置とは言えない中で、毎週火曜日の治療評価実施（週評価）、毎月の医療観察法運営会議（1 ヶ月評価）、運営会議で入院継続の評価（6 ヶ月評価）、臨時評価（複数名で適宜実施）、MDT・CPA 会議（適宜実施）などの各種会議の開催・必要書類の作成が業務量を増やすこ

とにも注意が必要である。当然ながら小規格であっても近隣住人への説明は必要で、地域連絡会議の委員依頼も必要となる。

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には、種々の問題や注意点があり、今後はこれらに向けた研究が必要である。

## F. 準備経費や医業収入減収の問題

厚生労働省の準備経費（人件費等）における支出の例として、国庫金交付の制限（障精発第 0608001 号：医療観察に関する運営費負担金の取扱）では、30 床規模で開棟前 6 ヶ月間で 166,759 千円を例示している。一方、15 床未満の小規格病棟の場合は、開設準備経費（人件費・研修費・旅費等）、運営費（開設後、充床率約 9 割になるまでの診療報酬補填）は支払われない。特に開設準備経費に関しては、小規格病棟でもフル規格並みの準備が必要であるので、ぜひこれが支払われる体制が必要である。研修費に関しては、「(財)精神・神経科学振興財団及び国立精神・神経センターが行う医療観察病棟の医療従事者に対する研修に参加するための旅費を対象とする」とあり、国立精神・神経センター武蔵病院への研修と開棟前病棟全体研修（講師が当該病院へ出張してくる）の経費は国費であるが、これだけでは研修は不十分であり今回は持ち出しとなった。

そして開設準備専任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、当然、現状の病棟運営を兼ねるため過重な労働となってしまった。業務内容の主なもの、医療観察に関する情報収集・マニュアル作成、厚生労働省・本庁との打合せ、設計施工業者との打合せ、研修、電子カルテマスター作成、開棟前病棟全体研修のプログラム作成・講師折衝・実施、関係機関対応、住民説明準備、個人情報審議

会（観察カメラ）対応、転院受け入れ準備等。以上は、5床であっても30床の規格と同様であり、当然のこととして開設準備専任の人員のための費用が国費で支払われるべきである。

また大阪の場合は第1病棟2階の14床及び第1病棟1階の13床（1階の休床は、2階の配水管工事のため）が工事期間中（約2ヵ月）休床となり、この期間に減収となった。2階以上の病棟改修は、下の階からの工事も必要となり、部分休床が必要となることに注意が必要であり、この休床部分の診療報酬補填はなくこれも今後検討が必要である。

### Ⅲ．開設・運営面からみた小規格病床の普及可能性について－国立病院機構北陸病院・医療観察法フル規格病棟、及び、大阪府精神医療センター・小規格病床（病棟併設型）の視察から

#### A．研究目的

小規格病床（病棟併設型）は、定床が14床以下の指定入院病床であり、医療観察法による指定入院病床が絶対的に不足しつつある現在、病床確保のための特効薬として期待されるばかりか、既存の指定入院医療機関がはらむ運営上の問題（遠隔地から入院した対象者にとって、帰住地確保や指定通院医療機関との連携が困難である等）を解決するための具体案としても期待されている<sup>1)</sup>。しかし、小規格病床の設置が期待される自治体立精神科病院の取り組みには相当の温度差があり、現時点では、大阪府立精神医療センターに暫定的（つまり、フル規格による指定入院病床の運用が開始されるまでの間）に5床の運用が開始されたのみであり、小規格病床の併設を新たに計画する自治体立精神科病院はいまのところほとんどない。小規格病床は、また、既存の精神科病棟に併設される形で設置され

ることが想定されており、新規に竣工されたフル規格病棟のような高いセキュリティは保証されておらず、医療観察法による指定入院医療の質の低下をもたらすのではないかとの危惧も一部ではささやかれている。

本研究は、北陸病院に設立されたフル規格病棟（「6病棟」）の視察（平成18年10月13日）、及び、大阪府立精神医療センターにおいて平成19年度から運用のはじまった本邦初の小規格病床（いわゆる「親病棟」）の定床41床のうち、5床が小規格病床として改修され指定入院医療に充当されている）の視察（平成20年1月15日）により収集された情報・データ等を以下の方法により比較することで小規格病床の開設・運営についての筆者らの見解をまとめたものである。

#### B．研究方法

村上による報告<sup>3)</sup>をもとにして、主に、指定入院医療機関の治療環境や治療システムに関して視察時に確認すべき点を整理し一覧表（チェックリスト）を作成した。また、視察時に収集した情報やデータ、及び、本研究班の会議・報告会等によりかわされた議論をもとに、この一覧表の一部項目を修正した。その結果、この一覧表には、セキュリティ、個人情報保護、アメニティ、治療システム・プログラム、各種会議、関係機関との連携、マニュアルの整備の7領域75項目が含まれるものとなった。平成18年10月13日の北陸病院の視察、及び、視察時に資料として提供された「独立行政法人国立病院機構北陸病院6病棟安全管理マニュアルVer1.2」「6病棟セキュリティ運用規定」「外出・外泊マニュアルVer1.2」、及び、平成20年1月15日の大阪府精神医療センターの視察により得られた情報をもとに一覧表を完成し、それをもとに、視察時の観察結果もあわせて、フル規格の指定入院病床と小規格病床の比較検討を行った。

## C. 研究結果

調査結果は一覧表（表 11）にまとめ、以下には北陸病院のフル規格病棟と大阪の小規格病床を比較検討した事項について記載した。

### 1. セキュリティ

セキュリティについては、北陸病院（以下、北陸）の方が重厚堅牢であり、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」配置により規定されるところが大きく、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状況であった。両者の大きな違いは、第一には、安全管理体制の違いである。北陸では、病棟の入り口に 24 時間常駐の警備員がおり、警備員室には、セキュリティ管理のための電子システムが設置・活用されており、警備員により観察法病棟への入退場について効果的かつきめ細かい対応が行われていた。例えば、2 通りの鍵（カードキーとシリンダーキーを併用）の活用（当該病棟スタッフでさえも入退場にチェックがかかり、警備室の許可がなければ容易には病棟へ入退場できない等）、金属探知器等による危険物の持ち込み防止（専用の台上で警備員が行い、ボディチェックもあわせて実施される）、完全予約制の面会（面会者は予約の上、面会許可が必要であり、面会時には本人を確認するための身分証明証等の提示が求められる）などである。北陸病院では、さらに、二重フェンス、侵入者への振動センサー・赤外線装置、外部監視モニターが病棟外に敷設され、警備室にて常時監視が行われており、結果として、部外者による対象者への接触等はほとんど不可能である。一方、大阪では、既存の病棟へ併設された形で小規格病床が整備され、病棟専従の警備員は配置されておらず、病棟への入退場についてのセキュリティ保証は看護業務の一部であった。大阪

でも金属探知器は使用できるが、小規格病床の病室は一般者の立ち入りが可能な病院敷地に隣接しており、梯子等を用いれば対象者へ密かに接触することが不可能ではない（ただし、病床は 2 階にあり、地上高がある上、人目につきやすく、対象者に密かに接触をはかることは相当困難と考えられる）。

一方、対象者の離棟（病棟から逃亡すること）については、いずれの施設においても、玄関・窓・非常ドアなどから職員に気づかれずに対象者が離棟することは困難である。

小規格病床では、対象者が親病棟の入院患者と接触できる（つまり、チェックレベルの低い一般入院患者から危険物を入手するかもしれない）ため、親病棟の入院患者に対しても一定のセキュリティ対策は必要である。大阪の親病棟は、麻薬中毒患者収容施設を母体とした病棟であり、入院患者のなかには重大犯罪経験者が少なくなく、危険物持ち込みを防止するための金属探知器は小規格病床が併設される以前からすでに導入されていた。大阪では、しかし北陸のように、全例に毎回、金属探知器による所持品検査を課してはならず、金属探知器の使用状況については施設間に差が認められた。対象者が病室内で自殺等を企てることへの対策は、いずれの施設にも部屋に監視用モニターが設置され、スタッフルームで観察可能であり、防止対策がとられていた。

### 2. 個人情報保護

いずれの施設においても指定入院医療に共通の電子カルテシステム（MOM）が採用されているため、情報システムのセキュリティレベルは共通と言える。しかし、大阪では、院内他部門・外部・指定医療機関間の情報提供についての指針整備が遅れていた。スタッフの口から個人情報漏洩するリスクについては、施設間に差があるとは思われない（いず

表 11 フル規格病棟と併設型小規格病床の比較

	北陸病院	大阪精神医療センター		
	フル規格病棟	小規格病床内	親病棟内	棟外
セキュリティ				
二重構造の玄関	○	×	○	
適切な窓施設（強化ガラスなど）	○	○	○（アクリル）	
病棟内外の安全管理体制	○	△	△	
待合室	○	×	×	
待機員配置（24時間）	○	×	×	○
待機員配置（夜間のみ）	—	×	×	○
セキュリティー管理電子システム	○	△	×	
パニックボタン（壁に敷設）	○	×	○	
パニックアラーム（職員所持）	○	△（夜間警報ブザー所持）	△（夜間警報ブザー所持）	
中庭	○	○	○	
病棟周囲のフェンス	○	○	○	
侵入者への振動センサー	○	×	×	
赤外線装置	○	×	×	
外部監視モニター	○	×	×	正門待機室に設置
一般病棟との適切な仕切り構造	—	○	○	
棟外外出後の金属探知器使用	○	○	○	
入棟時スタッフへの金属探知器使用	○	×	×	
面会者への金属探知器使用	○	○	×	
個人情報保護				
電子カルテ	○	○		
記録の保存管理システム	○	○		
院内他部門への情報提供指針	○	×		
外部への情報提供指針	○	×	（地域連絡会議で提供）	
指定通院医療機関への情報提供指針	○	×		
非対象患者との接触	なし	○		
アメニティ				
10平米以上の個室	○	○	×	
予備病床	○	×	×	
病床数に含まれない隔離室	○	×	×	
複数の診察室	○	○	×	
集団精神療法室	○	○	×	
作業療法室	○	○	×	
食堂・デイルーム	○	○	○	
生活訓練室	○	×	×	
面会室（診察室3カ所以上なら兼用可）	○	○	○	
ホール（アトリウム）	○	×	×	
治療ステージ別ユニット構造	○	×	×	
体育館	○	×	×	○
ジム	○	×	×	
中庭（散策・運動）	○	○	○	
中庭（園芸）	○	×	×	
カンファレンス室	○	×	×	
ナースステーション	○	○	○	
治療システム・プログラム				
自己決定を尊重した治療的環境	○	○	○	
多職種チーム	○	○	○	
薬物療法	○	○	○	
デボ剤の使用	○	○	○	
クロザピンの使用	×	×	×	
修正型電気けいれん治療	△（提携病院で）	×	×	×
外出・外泊	○	○	○	
精神療法	○	○	○	
認知行動療法	○	○	○	
内省・洞察プログラム	○	○	×	
衝動性コントロール・プログラム	○	○	×	
疾患別心理教育	○	○	×	
個別的な治療評価・プログラム作成	○	○	○	
毎週、翌週のプログラム	○	○	×	
毎月、翌月のプログラム	○	×	×	
3ヶ月ごと、翌3ヶ月のプログラム	○	×	×	
6ヶ月ごと、治療継続必要性を評価	○	○	×	
18ヶ月以降は、1～3ヶ月ごとに治療継続必要性を評価	○	×	—	
ケア・プログラム・アプローチ	○	○	×	
各種会議の開催				
外部評価会議（年2回程度）	○	○	—	
運営会議（月1回）	○	○	—	
倫理会議（原則月2回、適宜開催）	○	○	—	
治療評価会議（週1回）	○	○	—	
地域連絡会議	○	○	—	
研修会	○	○	○	○
関係機関との連携				
合併症受け入れ病院との連携	○	○	○	○
無断退去時の連絡体制	○	○	○	○
周辺住民の意見等を聞く恒常的窓口設置	○	×	×	×
保護観察所との連携	○	○	—	—
入院処遇改善への取り組み	○	○	○	○
各種マニュアルの整備				
医療安全管理マニュアル	○	○	○	
事故対応マニュアル	○	○	○	
火災発生時の対応マニュアル	○	○	○	
無断退去時等の対応マニュアル	○	○	○	