

れの施設においても、対象者の個人情報を漏洩するスタッフはいないはずである)。対象者の口から個人情報が漏洩するリスクについては、対象者には守秘義務はなく、身近な人に向けて入院中に見聞した事項について興味本位的に語られる可能性はあるかもしれない(ただし、これについても、施設により差があるとは思われない)。大阪では親病棟入院患者から(特にこれらの患者の退院後)の情報漏洩リスクがあり、これについては完全な抑止体制は困難と思われる。

3. アメニティ

北陸病院のフル規格病棟は、新規に竣工した病棟であり、新しく、明るく、広々とした申し分のない施設である。病棟は、治療ステージ(急性期、回復期、社会復帰期)に対応するユニット構造を有しており、機能的にもすぐれている。病室(エアコン、トイレ・洗面台付き)の広さは十分であり、附属施設(精神療法室、作業療法室、食堂、生活訓練室、面会室、体育館、ジム)は充実し、病棟内にあって、対象者専用のもので用意されている。病棟外には、二重のフェンスがあるが、庭などの空間によって、圧迫感を感じられない。

一方、大阪は、既存病棟の病室を改築して小規格病床が整備されたものであり、親病棟は昭和40年に竣工した築40年以上になる古い建物である。小規格病床の病室は8人室、及び、6人室を改修してつくられた真新しい病室(エアコン、トイレ・洗面台付き)で、広さは十分あるものの、奥行き割に幅の狭い(「うなぎの寝床」的)部屋である(旧病室の形に由来したものである)。改修整備された作業療法室などの附属施設は、上の階(小規格病床は2階、附属施設は3階)にあり、対象者専用の施設であるが、利用する際には施錠されたドアにしきられた階段室へ一旦出て移動しなければならない(大阪の親病棟は

麻薬中毒患者収容施設を母体としていることから、その附属施設として上の階に配置された施設群には階段室を利用して移動できるため(階段が長く急峻であるものの)アクセシビリティは比較的良好である。このようなアクセシビリティの高さは、必ずしも小規格病床に保証されているものではなかろう)。大阪の病棟は、建築様式には行動成長期の日本を感じさせるような堂々とした風格があり、天井高も十分に高く、窓には格子がはまっているものの、落ち着いたよい雰囲気をもっている。しかし、親病棟の入院患者によりつくられる雰囲気は一種の「精神科病院くささ」があり、強面(こわもて)の患者が小規格病床に隣接した定員8名の病室(つまり、同じ病棟にいながら、対象者に比較すると親病棟の入院患者は不利な治療環境に甘んじている)にたたずんでいる等、独特の緊張感が漂い、敏感な対象者には精神的負担が少なからずあるかもしれない。

4. 治療システム・プログラム

治療システムや治療プログラムについては、北陸にも大阪に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る。両施設の治療内容に大きな差が認められないのは、指定入院医療機関においては「入院処遇ガイドライン」にもとづく標準化された治療が実践されているためであろう。

対象者と一般患者の交流の有無については両施設に差が認められた。つまり、大阪では、親病棟の入院患者向けプログラムに対象者が(希望すれば)参加できる(ただし、対象者向けのプログラムに親病棟の入院患者は参加できない)が、北陸では、対象者が一般入院患者と交流すること自体が厳しく制限されていた。治療オプションに関しても若干の施設差があった。修正型電気けいれん治療(mECT)

は、北陸病院では院内で実施されておらず、必要時、提携先の精神科病院に対象者を搬送した上で実施される。大阪では、mECTの実施予定がなかった。外出・外泊については、いずれの施設も対象者の必要に応じて実施されているが、大阪の対象者は帰住地が大阪府内と施設近郊にあり、対象者の帰住地が国内に広く分布する北陸病院と比較すると、対象者に外泊を試みる場合の施設側の移動負担（人間的・経済的・時間的）は、理論上きわめて少ないと考えられた（ただし、両施設の外泊負担についての詳細な比較データは現時点では存在しない）。

また、治療抵抗性例への効果が期待される薬剤・クロザピンについては、上市されたとしても使用が許可される医療機関は制限される見込みであり、当面、いずれの施設でもクロザピンを使用できる見込みはなかった。

5. 会議開催

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、外部評価両施設に差は見られなかった。

6. 関係機関との連携

関係機関との連携は、いずれの施設においても必要に応じて実施されていた。合併症発生時の受け入れ病院は、施設毎に、周辺の総合病院とのあいだで連携がはかられていた。大阪では、周辺住民の意見等を聞く恒常的窓口がまだ設置されていなかった。

対象者の帰住地にある関係機関との連携については、大阪では、対象者の帰住地が（いまのところ）府内に限局していることから直接担当者が会うことも容易であったが、北陸では、遠方の対象者も少なくなく、担当者同士の連携は、電話などの通信手段による連携が主体と考えられた（ただし、両施設の連携

方法についての詳細な比較データは現時点では存在しない）。

7. マニュアルの整備

マニュアルの整備については、両施設とも必要なマニュアルが整備されていた。後発の大阪は、小規格病床の開設に際して、開設準備に専念できるスタッフが一人もおらず、マニュアル作成担当者が時間外勤務によりマニュアルを作成したとのことであった。

D. 考察

1. セキュリティ

セキュリティレベルは、北陸病院の方が明らかに嚴重であり、大阪は見劣りすると言わざるを得ない。

大阪精神医療センターに開設された小規格病床は、旧来の病棟の一部を改修して併設された小規格病床であり、当該病棟に入院患者をかかえながら大掛かりな改修工事（このような工事には騒音が伴うばかりでなく、当該病棟や階下の病棟の入院患者を他病棟へ移動させたりしなければならないであろう。病院としては、一時的に、入院制限などの対策を講じる必要性もあるかもしれない）を行うことは実施上、相当の困難がある。また、大阪精神医療センターでは、近い将来、病棟の全面的な建て替え工事が計画されており、小規格病床は数年間程度の暫定的な使用しか想定されておらず、この時期に大掛かりな改修を行うことには病院側が消極的であったとも考えられる。

小規格病床では、24時間常駐の警備員を配置することが義務づけられておらず（換言すると、金銭的保証がないということである）、親病棟への入退場に際して行われるセキュリティチェックは、看護師の業務の一部となる。北陸では、警備員がセキュリティチェックを非常に効果的に、かつ、きめ細かく行ってい

たが、看護師が、看護業務のかたわら、警備員のように厳密な確認作業を行うことは困難と思われる。看護師が、対象者に対して、また、親病棟の入院患者に対して、頻回にボディチェックや金属探知器による所持品確認を行えば、スタッフと患者の信頼関係をつくることは難しくなる。構造上の工夫を行うことにより（例えば、明るい警備室的な空間をつくり通過式の金属探知器を設置する、等）セキュリティチェックをもっとスマートに行ったり、金属探知器をかざして全身をくまなく確認するような時間のかかる作業負担を軽減できるかもしれない。

部外者の侵入については、大阪では、既存の病棟構造にほとんど手を加えていない（侵入防止のための柵をひとつ設置した）が、もっと堅牢なシステムは（お金さえかければ）導入できたかもしれない。そうしなかったのは、大阪のスタッフの判断である。そこまでしなくても部外者の侵入は防げるという自負のようなものがあつたのであり、それは、親病棟が麻薬中毒者収容施設として設置され、その後、長年にわたって重大犯罪を経験した精神障害者を収容し、その治療にあたってきたためであろう。一方で、この親病棟の構造がセキュリティ的観点から特にすぐれていたかという点、大阪の当該病棟は、一般的な精神科の閉鎖病棟である。階上に作業室・会議室や屋上（軽いスポーツやいこいの空間として設置されたい）が附属している、という点が異なるだけに見える。

つまりは、大阪の小規格病床は、北陸（武蔵病院に開設された病床のセキュリティレベルを参照している）ほどの厳密なセキュリティチェックが対象者に対して常に必要なのか、疑問を呈しているとも言えよう。棟内・棟外のセキュリティ構造が北陸病院に見劣りすることがどれほどの問題となるのか、今後の大阪の運用状況をうかがいながら、慎重に検討

していく必要があるかもしれない。

2. 個人情報保護

個人情報保護について気になる点としては、大阪の親病棟の入院患者が入院処遇とされた対象者より「口が軽い」かどうかという点である。対象者同士は、お互いの秘密を守ろうとするかもしれないが、一方、大阪の親病棟の入院患者は、自分たちとは違い丁重に対応されている対象者たちについて興味本位でいろいろと探索するかもしれない。精神科病院では、患者同士が活発に情報交換しており（例えば、スタッフの退職や異動について、スタッフより早く知っていたりする）、対象者から知り得た情報は、親病棟の入院患者（対象者たち）が、比較的自由な外出ができる者もいるであろう。つまり他病棟の患者との接触も可能である）を通して、病院中にうわさされ、広められることになるかもしれない。このようなことが本当にありうるのか、今後の検証が必要である。対象者に対して、自身の個人情報について、気軽に口外しない方がよいことを日頃からスタッフが指導・監督していくことも必要である。

なお、大阪には、視察当時、情報提供についての指針が整備されていなかったが、今後、必要に応じて整備されると思われる。したがって、本稿において特段、議論すべき問題にはならないであろう。

3. アメニティ

一覧表（表11）の比較によると、アメニティは大阪の小規格病床の方が明らかに見劣りしていると考えられる。しかし、施設環境の違いは、北陸病院のフル規格病棟が新規に竣工されたものであり、大阪の病床が昭和40年に竣工した建物の一部を改修して開設されたものであることを考慮すれば、当然の違いとも言える。大阪の親病棟は、天井の高さは

じゅうぶんであり、古いながらも格式が感じられるものであり、一部の者（例えば、中高年齢者の患者）には、好ましく受けとめられるかもしれない。しかしながら、大阪の病棟には、いわゆる精神科病棟の象徴ともいえるべき鉄格子が設置されており、アトリウムや中庭など、居心地のよさや快適さを醸成するような精神的空間がなく、病室以外で対象者が自由にアクセスできる場所は食堂兼ホール（しかも、親病棟の入院患者と共用）のみである。作業療法室などの附属施設は、上の階にあってアクセス性は比較的よいものの、鍵付きのドアにしきられた階段室を経由しなければ移動できず、対象者の希望により自由に行き来ができない。つまり、大阪は、国内においては標準的な（ただし、時代遅れとなりつつある）精神科病棟そのものであり、そのような環境下で精神科治療を受けている患者は全国に少なくない。しかし、医療観察法による入院処遇を受けている対象者のアメニティと比較すると、明らかに見劣りする、ということである。フル規格病棟の病室を経験した対象者が転院してきた場合、両者を比較する（批判的）視点が生まれるが、当初から大阪に入院処遇された対象者では、入院環境というのは、そのようなものであると受けとめられるのかもしれない。少なくとも病室については、多少いびつな構造（細長い病室）ではあるものの、大阪の小規格病床もフル規格病棟の標準仕様（10平方メートル以上、エアコン、トイレ・洗面台付き）が提供されており、病室の環境については、いずれの施設においても同等であるということを改めて強調しておきたい。

ところで、アメニティ、つまり快適な環境を考慮する点で、今回もっとも重要と思われた点は、親病棟の入院患者のつくる病棟内の雰囲気である。大阪の親病棟は、重大犯罪を経験したような精神障害患者が少なくなく、その対応のために、病棟スタッフは全員男性

であるなど「ものものしさ」がつきまとう。また、親病棟の病室は、8人室・6人室などの旧来の病棟構造が改修されることなく使用されており、対象者の使用している個室との間にはアメニティ上、歴然とした格差がある。大阪では、夜間、小規格病床と一般病室のあいだに設けられた仕切りドアを施錠しているが、その理由とは、対象者を一般患者（特別待遇と映る対象者に対して陰性感情などを生じうる）から保護するためであり、冗談とも言えないような状況が生まれているという。

対象者にとって親病棟の入院患者とは、医療観察法による入院処遇ガイドラインとはまったく異なる治療方針のもとに入院治療を受けている患者である。特別待遇されている自身の特殊性を痛感することによって、自責的になったり、医療観察法による入院処遇システムへの批判を行ったり、あるいは、触法行為への洞察を（フル規格病棟に処遇された患者よりも）深める可能性もあるかもしれない。いずれにせよ、小規格病床を新たに開設する場合、親病棟がどのような性質や構造をもっているかによって対象者と親病棟の入院患者の双方に相応の影響があることには配慮すべきである。

アメニティは、治療者の治療理念を反映するものであり、最良のアメニティを提供することに努力を惜しむべきではなからう。しかし、社会復帰の観点からは、快適すぎる治療環境から思わぬ問題が生じうることを指摘しておきたい。入院施設の治療環境があまりにも行き届いていれば、帰住先の環境（対象者によっては、必ずしも恵まれているとは言えないであろう）との落差は大きくなり、対象者は退院や転院に対して足踏みする可能性がある（報告者の一人は、入院処遇中の対象者が積極的に退院したがないということ、あるフル規格病棟の職員から聞いたことがある）。さらには、その後に利用する居住施設や

一般の精神科病院のアメニティに対象者は批判的な態度をとるかもしれない。控え目にしか言えないことであるが、大阪の小規格病床に処遇された対象者は、(北陸病院に比較して明らかに見劣りするアメニティのもとでも)その人なりに、与えられた環境の中から社会復帰へのイメージを育み、帰住地の環境にもスムーズに適応していけるような逞しさを習得していくのであろう。対象者にとって大切なのは、言うまでもなく、人(スタッフ、そして、家族)による治療・支援体制であり、施設面での見劣りが退院・社会復帰への大きなマイナスになるということはないのではないかと思われる。

4. 治療システム・プログラム

提供されている治療システムやプログラムについては、2つの施設間に明白な差は認められなかった。指定入院医療機関では「入院処遇ガイドライン」にもとづく標準化された医療が実施されているためである。

しかしながら、対象者の「外泊」については、大阪の方が圧倒的に有利であった。ここでは指定入院医療機関が行う「外泊」について詳しく説明しないが、外泊中の対象者には、複数のスタッフが同行し、夜間も含めて、緊急時に迅速に対応できる体制がつくられる。つまり、対象者の外泊が病院近郊であれば、スタッフは、自宅で「オンコール(電話があれば駆けつける)」という対応が可能である。ところが、遠隔地への外泊では、対象者に複数のスタッフが同行した上、スタッフは対象者の外泊期間中、遠方の都市のビジネスホテル等で待機していなければならない。一時期に複数の対象者が県外へ外泊に出ることは難しく、ひとりの対象者が遠隔地への外泊を気軽に何回も繰り返すことなどは、実際には相当困難であり、外泊のインターバルを短くすることも困難であろう。大阪が「外泊」に関し

て有利になるのは、しかし、大阪の治療レベルが北陸より優れているからではない。対象者の帰住先が大阪に限定されているためである。大阪の小規格病床に遠隔地の対象者が処遇されてくれば、スタッフの絶対数が少ない大阪では、北陸以上に深刻な問題を生じうるであろう。

大阪でみられるその他のユニークな特徴としては、親病棟の入院患者向けプログラムに対象者も参加できる点がある(ただし、視察時点において、対象者にそれらのプログラムへ積極的に参加させる方針はとられていなかった)。小規格病床でのみ(日常的に)実施できるこれらプログラムの有用性については現時点では不明である。しかし、プログラム作成には、施設固有の治療環境(大阪では、対象者と親病棟の入院患者の接触を制限することは病棟構造上不可能である)を効果的に取り入れていく柔軟性も大切かもしれない。

修正型電気けいれん治療(mECT)が視察時点においてはいずれの施設においても行いづらく(北陸では、提携先の精神科病院に対象者が外泊の形で転院し実施されるが大阪では実施の予定はない)、さらに、クロザピンについては、本邦においてたとえ上市されたとしても、当面、使用できない点などは、今後の課題と言えそうである。

5. 会議開催

いずれの施設においてもガイドラインにそった各種会議が開催されており、頻度について差は認められない。しかし、対象者の多い北陸と異なり、大阪では対象者1名に費やされる会議時間は長いかもしれない。会議における時間対効果など、今後の検討が必要であろう。

6. 関係機関との連携

関係機関の連携については、先の「外泊」

と同じことが浮上する。つまり、北陸には対象者の帰住地が遠方でしかも全国に散らばっている（したがって、担当者間の関係を対象者ごとにいちいち作らなければならないであろう）が故の困難性があり、大阪には関係機関との連携が簡便にストレスなく行える（府内の関係スタッフ同士には、日頃から、何らかの関係がつくられていると思われる）有利さがある。いずれの施設においても、関係機関との連携には電話などの通信手段が活用される一方、担当者同士が直接会う（大阪ではそれが容易である）ことで対象者の支援による影響が生まれることが現実にはある。大阪では、担当者同士が日頃から「顔の見える」関係がつくれやすく、したがって責任も明確化されやすく、ケース毎の細やかな情報交換も大阪弁を使って行うことができる。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。

このような違いがあるからといって、直ちに連携による成否とは直結しないかもしれないが、北陸では大きな移動負担にスタッフや関係者は耐えなければならず、病棟内業務に費やされるエネルギーが削がれる可能性を検討しなければならないであろう。対象者一人当たりの入院期間が延長しうることに配慮しなければなるまい。このようなマイナスの影響がどの程度あるかについては、今後、慎重な検討が必要である。

7. マニュアルの整備

必要なマニュアルは、いずれの施設にもよく整備されていた。指定入院医療機関で用いられているマニュアルは、先行する施設（例えば、武蔵病院）のマニュアルが母体となっている。したがって、北陸でも、大阪でも、マニュアル作成に際しては、参照資料があったと思われる。

大阪では、しかし、マニュアル作成に際し

て専従の職員を置くことができず、担当スタッフが時間外勤務等をしてしながら作成し、その苦勞もひとしおであったという。大阪では、病床開設前に必要となるスタッフへの事前研修についても、同様の問題が発生した。つまり小規格病床の開設準備は、フル規格病棟のようにまったく新規に病棟が開棟されるケースとは異なり、通常業務を行いながら実施せざるをえない。一度に多くのスタッフを研修に出せないこと（そうすれば、通常業務が不可能となる）、研修費に公費を充てづらいことなど、事前研修に関する問題については、大阪からの報告に詳しいためここでは言及しないが、わずか5床の小規格病床であっても、マニュアル整備や事前研修には、フル規格病棟の開設とまったく同程度の準備作業が必要であり、（指定入院医療担当スタッフはまったく新しい治療パラダイムにもとづく医療を提供しなければならないのに）開設準備に専従スタッフを置けないなどの困難があることには注目すべきである。

8. 総合評価

以上、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格病床の視察をもとにした7領域の比較を行ってきた。最後に2施設間の総合評価を表2のごとくに行ってみた。この表中にもちいられた等号や不等号は、優劣比較のニュアンスをもっており、これまで本報告書中に記載した比較検討についての報告者の主観的評価である。フル規格病棟と小規格病床の大きな違いは、セキュリティ、アメニティについては、フル規格に分があり、関係機関の連携には、小規格病床がまさに機動力を発揮しうる。この表12にあるもうひとつの重要な視点は、先ほどの述べた通り、小規格病床は、フル規格に比べて病床数は少ないものの、開設・運営にかかる負担は、決して少なくないということである。また、治療

システム・プログラムについては、「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、ニアリーイコールとした。

表 12 設備・運営面からみた小規格病床

セキュリティ	フル>小規格
アメニティ	フル>小規格
治療プログラム	フル≒小規格
各種会議	フル=小規格
関係機関との連携	フル<小規格
事前研修	フル=小規格
マニュアル作成	フル=小規格
スタッフの負担	フル≒小規格

この表には、試みとして、「スタッフの負担」という評価項目を追加してあるが、2施設の負担は同じ質のものとは思われず、ニアリーイコールとしてある。小規格病床のスタッフは精神保健福祉法下で治療されている親病棟の入院患者と医療観察法下の入院処遇を受けている対象者に対応しており、ひとつの病棟にある「二重構造」に対してより複雑な対応が必要かもしれない。大阪には、小規格病床付きの作業療法士が1名しか置かれておらず、担当スタッフは、役割を他の作業療法士と分割できず、あらゆる対象者のニーズにこたえなければならない（マルチタレントであることが要求される）。しかし、このような違いは施設の性質による違いであり、2施設のスタッフの負担に優劣軽重があるとは思われない。対象者の入院処遇に関わるスタッフは、どの医療施設においてもすでに相当の負担（あるいは、自己犠牲？）を強いられているようであり、持ちうる最大限のエネルギーが対象者の回復に向けて日々投入されているのである。

9. 入院処遇から通院処遇への継続性：来年度の課題として

本報告は、小規格病床の位置づけや重要性

をあらためて確認したものである。小規格病床では、明らかに、対象者の入院処遇から通院処遇への移行がスムーズであり、フル規格病棟のもつ限界をあっさりと凌駕するものとなるであろう。自治体の人口規模にフィットした指定入院医療機関が都道府県ごとにくまなく設置されるべきとの指摘は少なくなく^{1) 2)}、まさにそのような整備が早急に実現することによってしか、医療観察法にもとづく処遇は円滑に行われないのではないかとも思われる。大阪の先駆的試みが全国に波及することを期待したい。

小規格病床のもつ機動力は、しかし、地元出身者を受け入れることにより発揮されるものであり、遠隔地の対象者を処遇すればその有利さは消失し、スタッフの絶対数が少ない点で、小規格病床の運営には深刻な問題が発生しうることを忘れてはならない。地元出身ではない対象者が多くなれば、開設を予定している各自自治体からの理解もえられなくなるであろう。

小規格病床には、セキュリティやアメニティの裏付けも大切であり、大阪のような（フル規格病棟に見劣りする）病床が典型とされるべきではない。今後、小規格病床が開設されるにあたっては、各施設の特色を生かし、さまざまな観点から改良・工夫が継続されるべきである。本報告は、もっぱら視察にもとづく考察であり、現場スタッフの認識とズレがあるかもしれない。また、本研究班としては、来年度に向けて、小規格病床の運営が「外泊」や「会議開催」や「面会」などについて、どの程度、有利に働いているか、さらには、対象者の入院処遇期間短縮への具体的な効果があるのか等についてさらに検討するべきである。

10. 本研究の限界として：大阪精神医療センターの小規格病床の特殊性

小規格病床は、既存の親病棟に併設されるかたちで開設されるため、フル規格病棟のような均一性は担保されえないが、建築上の工夫をすることにより、セキュリティ・アメニティについてのさらなる改善を求めることは可能であろう（ただし、その到達点をどの程度とするかについては、今後、慎重に議論する必要もありそうである）。大阪府立精神医療センターに併設された小規格病床は、少なくとも3つの点で特殊性をもっており、この研究から得られた結果を一般化する際には注意しなければならない。まず第一点は、大阪の小規格病床は、新病棟が建設されるまでの間の暫定的な運用をめざした病床である点である。つまり、数年程度で閉棟されることが見込まれるため、大掛かりな改修工事行われず、当面の使用にたえるということが重視された。部外者の侵入についても、北陸病院のような最高レベルのセキュリティを求めず、長年つちかわれてきた病院のノウハウを活用すれば対応可能と判断した。

第二点は、大阪の親病棟が（全国的にみてもめずらしい）麻薬中毒者収容施設として設立されたものであり、病棟の階上には、この施設の附属施設として、作業室・会議室、屋上庭園などが当初から設置されていた点である。つまり、施設構造上、病棟（二階）の上の階（三階）に階段室を経由すると、病棟外へ出なくとも関連施設へ移動できる。大阪では、これらの関連施設を小規模に改修して対象者の専用施設とした。小規格病床においては、対象者の入院処遇に必要な関連施設の一部は病棟内でなく院内に確保すればよいとされているが、棟外の施設を大阪のようなアクセス性のよい場所に確保できるとは限らず、対象者の移動にともなうリスクが生じうるであろう。

さらに第三点としては、大阪の親病棟のスタッフが重大犯罪を経験した入院患者の対応に非常に慣れている点である。これについては、本稿の前段にある報告書に詳細に記載されている通りであるが、親病棟の入院患者には重大犯罪の経験者が少なくなく、それに対して大阪では当該病棟スタッフをすべて男性にしたり、スタッフ個人に責任を負わせないようなシステムとして「措置解除判定会議」を開催し、入院患者から特定のスタッフが威圧されたりしない工夫を重ねてきた。報告者個人としては、対象者が（重大犯罪者であるからといって）特別であるとは考えられないのであるが、経験が乏しいスタッフが多い病棟などでは、堅牢な構造や安全管理システムによってスタッフの不安を軽減するような措置をこうじる必要性が高くなるのかもしれない。いずれにしても、ソフト面の改良や病院・親病棟のおかれた環境や立地を生かした建築上の工夫によって、大阪よりもさらに安全・快適な小規格病床を開設することは可能であろう（もちろん、大阪でも日々経験を重ねて、視察当時よりさらによりよい治療環境がつけられているであろう）。小規格病床の開設にあたっては、医療観察法の理念にしたがった質の高い医療が提供できるような治療環境の確保に努めるべきであり、開設準備にあたっては、それらが可能となるような十分な手当も求めてゆきたいものである。

E. 文献

- 1) 中島豊爾（分担研究者）：触法行為を行った精神障害者の治療環境に関する研究：医療観察法・指定入院医療機関のバリエーションについての考え方。平成17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）触法行為を行った精神障害者の精神医学的評価、治療、社会復帰に関する研究。分担研究報告書、2005

- 2) 松原三郎：医療観察法がわが国の精神科医療を変えるか？日精協誌. 25：92-99, 2006
- 3) 村上優：医療観察法における治療環境の進歩と問題点. 臨床精神薬理. 10：727-734, 2007

心神喪失者等医療観察法における身体合併症治療・法的根拠

(外出等)

(心神喪失者等医療観察法 抜粋)

第百条 指定入院医療機関の管理者は、当該指定入院医療機関に入院している者を、当該指定入院医療機関に勤務する医師又は看護師による付添いその他の方法による医学的管理の下に、当該指定入院医療機関の敷地外に外出させることができる。

二 その者が精神障害の医療以外の医療を受けるために他の医療施設に通院する必要がある場合

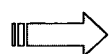
2 指定入院医療機関の管理者は、当該指定入院医療機関に入院している者を、前項に規定する医学的管理の下に、一週間を超えない期間を限り、当該指定入院医療機関の敷地外に外泊させることができる。

3 指定入院医療機関の管理者は、当該指定入院医療機関に入院している者が精神障害の医療以外の医療を受けるために他の医療施設に入院する必要がある場合には、その者を他の医療施設に入院させることができる。この場合において、当該入院に係る医療が開始された日の翌日から当該入院に係る医療が終了した日の前日までの間に限り、その者に対する同項に規定する医療を行わないことができる。

指定入院医療機関運営ガイドライン

合併症治療の際の他医療機関への一時的入院

- この入院の実施は、対象者の医療上の必要性に基づき、指定入院医療機関の管理者の責任により実施されるものである。
- この入院が実施された場合には、指定入院医療機関は、地方厚生局及び居住地を管轄する保護観察所に対し、その旨及び当該入院対象者の氏名、当該他の医療施設の名称、所在地及び電話番号その他の連絡先、当該他の医療施設に入院させた日時並びに当該他の医療施設に入院させた理由を速やかに連絡する。(令第9条)
- 入院対象者が当該他の医療施設から退院したときは、地方厚生局及び居住地を管轄する保護観察所に対し、その旨及び退院した日時を速やかに連絡する。(令第9条)
- この入院が円滑に行われるよう、指定入院医療機関は、日頃から地域の医療機関との連携・連絡体制を整備しておくこと。



指定入院医療機関と身体疾患治療機関との協定が必要

資料3

指定入院医療機関での身体疾患への対応に関する実態調査

平成19年7月31日現在の状況について、下記の項目の該当する個所に○、数値あるいは設問に応じた具体的な記載をお願いいたします。

1. 病棟運用開始年月日についてお答え下さい。
(年 月 日)

2. 施設の概要についてお答え下さい。
 - 1) 全病床数： 床

 - 2) 届出精神科病床数： 床 (医療観察法： 床)

 - 3) 精神科病床以外の病床
a: あり (一般病床： 床、療養病床： 床、その他： 床)
b: なし

 - 4) 精神科以外の医師 (常勤換算)
a: あり (数の多い診療科： 科 名、 科 名、 科 名)
b: なし

 - 5) 院内で施行可能な検査 (可能な検査に○)
a: CT 検査
b: 超音波検査
c: 内視鏡検査
d: MRI 検査
e: その他 ()

3. 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 (可能な処置に○) についてお答え下さい。
 - 1) 気道の開放と確保
a: 吸引器による口腔内の吸引
b: 喉頭鏡などによる異物除去
c: 経鼻エアウェイによる気道確保
d: 気管内挿管による気道確保

5. 医療観察法関連の身体合併症の対応についての他の医療機関との連携についてお答え下さい。

a : 依頼する医療機関が決まっている

ア : 治療に関する協定（施設間の合意も含む）あり

その協定（合意）の概要 :

治療費の支払い方法 :

転院中の職員の付き添い :

その他 :

イ : 治療に関する協定（施設間の合意も含む）なし

b : 依頼する医療機関が決まっていない

c : その他 ()

6. 平成19年7月31日までの医療観察法病棟への入院症例数についてお答え下さい。
(名)

7. 問6における身体合併症についてお答え下さい。(実数でご回答下さい)

- 1) 身体疾患のために他機関での入院治療を受けた症例数 : 名
- 2) 身体疾患のために他機関での外来治療を受けた症例数 : 名
- 3) 診断などのために他機関での入院検査を受けた症例数 : 名
- 4) 診断などのために他機関での外来検査を受けた症例数 : 名

身体疾患のために他医療機関に入院した全症例数 : 名

*例 : 身体疾患のため外来通院を3回行い、検査入院を2回、その後入院治療を2回受けた場合。1)、3)、4)にそれぞれ1名、全症例数1名としてご回答下さい。

8. 身体疾患のため他医療機関での治療・検査が必須と思われたが、受け入れを拒否された症例の有無についてお答え下さい。

a : あり

具体的な状況を記載して下さい(可能であれば症例数もお願いいたします)

b : なし

9. 身体疾患のため他医療機関での治療・検査が必須と思われたが、本人または家族の反対で行えなかった症例の有無についてお答え下さい。

1) 本人の反対で他医療機関での治療・検査が行えなかった症例

a : あり

具体的な状況を記載して下さい（可能であれば症例数もお願いいたします）

b : なし

2) 家族の反対で他医療機関での治療・検査が行えなかった症例

a : あり

具体的な状況を記載して下さい（可能であれば症例数もお願いいたします）

b : なし

10. 医療観察法関連の身体合併症の対応についての自由記載（現状、要望など）についてお答え下さい。

今後、アンケートの内容についてお伺いさせていただくことがあるかもしれませんので、お手数ですが下記のご施設名、ご芳名、メールアドレスのご記入を必ずお願いいたします。

ご施設名 : _____

ご芳名 : _____

メールアドレス : _____

以上です。ご協力ありがとうございました。

資料4

身体合併症のために他医療機関での入院が必要となった症例の実態調査

医療観察法による入院中に、身体疾患の治療を受けるために、他医療機関での入院が必要であった症例について、下記の項目の該当する個所に○、数値あるいは設問に応じた具体的な症状や状況などをご記入下さい。

1. 基本情報についてお答え下さい。

- 1) 性別 (a: 男性 b: 女性)
- 2) 他の医療機関へ入院となった時の年齢 (歳)

2. 精神科的診断 (ICD-10 コード 1桁) (主なもの1つに○) についてお答え下さい。

- | | | |
|-------|--------|--------|
| a: F0 | b: F1 | c: F2 |
| d: F3 | e: F4 | f: F5 |
| g: F6 | h: F7 | i: F8 |
| j: F9 | k: F99 | l: G40 |

3. 他医療機関転院直前の精神状態像についてお答え下さい。

(主要なものを最多で3つまで選択、重篤なものから記載)

- 1) _____ 2) _____ 3) _____

- | | |
|---------------------------------------|-----------------|
| a: 抑うつ状態 | b: 躁状態 |
| c: 不安・焦燥状態 | d: 幻覚妄想状態 |
| e: 精神運動興奮状態 | f: 依存・嗜癖 |
| g: 知能障害 (認知症状態、知的障害) | h: 意識障害 (せん妄など) |
| i: 心気状態 | j: 寛解状態 |
| k: その他 () | l: 不明 |

4. 精神疾患の重篤度（他医療機関転院時）について、お答え下さい。

ご自身の臨床経験上から、転院時における精神科的重篤度を総合的に以下の7段階から評価して下さい。

- a: 正常
- b: 精神疾患の境界線上
- c: 軽度の精神疾患
- d: 中等度の精神疾患
- e: 顕著な精神疾患
- f: 重度の精神疾患
- g: 非常に重度の精神疾患

5. 転院した医療機関についてお答え下さい。

（医療機関名： ）

1) 医療機関の種類

- a: いわゆる総合病院
- b: 身体科の専門病院
- c: その他（ ）

2) 転院先の精神科医師は（ a: 常勤 b: 非常勤 c: 不在 ）

3) 転院先に精神科病棟は（ a: あり b: なし ）

4) 合併症治療に関する協定は（ a: 結んでいる b: 結んでいない ）

6. 転院先の医療機関の所在地についてお答え下さい。

（ ）（市名、郡名まで記載）

- a: 依頼元と同じ2次医療圏内
- b: 同じ都道府県内の他の2次医療圏
- c: 他の都道府県
- d: その他（ ）

10. 主な身体疾患が自傷・自殺企図に起因するか否かについてお答え下さい。

- a: 自殺企図に起因する (主な自殺企図の手段: _____)
- b: 自殺企図に起因しない
- c: 不明

11. 主な身体疾患が精神科的な治療に起因するか否かについてお答え下さい。

- a: 精神科的な治療に起因する可能性が高い
 - ア) 向精神薬
 - イ) 隔離
 - ウ) 身体拘束
 - エ) その他 (_____)
- b: 精神科的な治療に起因しない
- c: 不明

12. 身体疾患の重篤度 (他機関転院時) についてお答え下さい。

- a: すぐに治療を開始しなければ、生命の危険がある
- b: 後遺症が出る可能性はあるが生命の危険は少ない
- c: 生命の危険は少なく、殆ど症状改善が期待できる
- d: 生命の危険性はない
- e: その他 (_____)

13. 他機関に転院した時の状況についてお答え下さい。

- a: 症状の急変による
- b: 治療あるいは検査の予約による
- c: その他 (_____)

1 4. 他機関に依頼した際の対応についてお答え下さい。

1) 転院を依頼する際の交渉で中心となった職種（主なもの1つに○）

- a: 精神科医
- b: 一般科医
- c: 精神保健福祉士
- d: 事務職員
- e: その他

2) 転院に同伴した職員（該当するものすべてに○）

- a: 精神科医
- b: 一般科医
- c: 看護師
- d: 精神保健福祉士
- e: 事務職員
- f: その他

3) 転院の際に使用した車両についてお答え下さい。

- a: 自施設
- b: 公共機関（消防署など）
- c: 民間企業
- d: その他

4) 移送に要した時間（片道 約 時間）

- a: 片道 30 分以内
- b: 片道 1 時間以内
- c: 片道 2 時間以内
- d: 片道 2 時間以上

1 5. 依頼から転院に至るまでに要した期間についてお答え下さい。

- a: 即日転院
- b: 翌日転院
- c: 3 日以内
- d: 1 週間以内
- e: 1 週間以上
- f: その他 ()

16. 転院となる医療機関が決定するまでの経緯についてお答え下さい。

- a: 始めに交渉した医療機関に転院
- b: 複数の医療機関と交渉した

17. 身体疾患のため他機関へ転院した際の法律的根拠についてお答え下さい。

- a: 医療観察法第100条2項(1週間以内の外泊)
- b: 医療観察法第100条3項(一時指定入院医療の中止)
- c: 貴院への入院を継続している形で実際は転院している
- d: その他()

18. 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ついてお答え下さい。

- a: 転院先の医療機関が医療保険で請求
- b: 転院先の医療機関が依頼元(指定入院医療機関)に請求
- c: その他()

19. 他医療機関へ入院中の貴施設による主な付き添い職種についてお答え下さい。

- a: 付き添いあり(付き添い期間: 日、1日あたりの最大人数: 人)
 - ア) 精神科医 イ) 看護師 ウ) 精神保健福祉士
 - エ) 作業療法士 オ) 臨床心理技術者 カ) その他()

b: 付き添いなし

c: その他()

20. 身体疾患治療のために要した他機関での入院日数についてお答え下さい。

- a: 日
- b: 入院中