

以上のような個々の治療プログラムは、対象者のニーズに応じて治療動機を高めながら実施する必要がある。対象者のニーズを評価し、対象者の動機付けを高め対象者ごとに個別の治療計画を作成することを目的とした治療プログラムが必要不可欠である。また、多職種チームを構成する各職種や各関連機関の連携を深めるための治療プログラムも不可欠である。このような治療プログラムの実施率は、25.0～50.0%と低値であった。

表2-1 指定入院医療機関における治療プログラムの実施状況

	実施施設数	実施率
疾病教育	10	83.3
統合失調症	11	91.7
気分障害(躁うつ病)	7	58.3
服薬に関する心理教育	9	75.0
再発徴候と対処方法	11	91.7
物質使用障害プログラム	9	75.0
その他	7	58.3
対象行為を認識し内省する治療プログラム	7	58.3
殺人・傷害致死・傷害・強盗	7	58.3
強姦・強制わいせつ	6	50.0
放火	3	25.0
被害者に対する共感性を養うための治療プログラム	6	50.0
権利擁護および社会復帰講座		
権利擁護講座(医療観察法について説明する講座)	9	75.0
社会復帰講座	11	91.7
認知行動療法(全体として)	11	91.7
アンガーマネジメント	11	91.7
Enhanced Thinking Skills (ETS)	4	33.3
作業療法		
パラレル作業療法	11	91.7
ドロップ・イン ドロップ・アウト作業療法	4	33.3
生活技能訓練 (SST)	11	91.7
リラクゼーション	6	50.0
ボディワーク	5	41.7
スポーツ	10	83.3
その他		
音楽療法	3	25.0
茶道・生け花などボランティアによる治療プログラム	1	8.3
健康クラブ(生活習慣病予防プログラム)	5	41.7
ウーマンズヘルスプロモーション	1	8.3
家族支援プログラム	4	33.3
治療計画作成と連携		
治療計画作成のための治療プログラム	6	50.0
院内の各職種や地域関連機関連携プログラム	3	25.0

## 2) 治療プログラムの必要性

各治療プログラムの必要性を5段階に分け、回答者からその必要性について回答を得た。治療プログラム別にみた必要性を表2-2に示した。「必須」または「必要性は高い」とした施設の割合を、「必要とした率」として表2-2、最右段に示した。疾病に関する心理教育、対象行為を認識し内省する治療プログラム、権利擁護および社会復帰講座、認知行動療法は、ほぼ100%の施設が必要であ

るとしたのに対して、作業療法(33.3%~91.7%)、治療計画作成と連携に関する治療プログラム(41.7%~58.3%)は低値であった。家族支援プログラムは、83.3%の施設が必要であると回答した。

さらに詳細に検討するために、「必要性は高い」とした施設を除き「必須」と回答した施設のみの割合を検討した。疾病に関する心理教育では、統合失調症の治療プログラムを「必須」とした施設が 91.7%であるのに対して、気分障害 66.7%、物質使用障害プログラム 58.8%と低値であった。対象行為を認識し内省する治療プログラムについては、75.0%の施設が「必須」としていた。対象行為別にみると、41.7~58.3%といずれの対象行為についても低値であった。権利擁護講座および社会復帰講座については、それぞれ 58.3%、91.7%であった。

表2-2 治療プログラム別の必要性和回答数

	必須	必要性は高い	どちらとも言えない	必要性は低い	不必要	未記入	必要とした率
疾病に関する心理教育	11	1	0	0	0	0	100.0
統合失調症	11	1	0	0	0	0	100.0
気分障害(躁うつ病)	8	4	0	0	0	0	100.0
その他	7	3	0	0	0	2	83.3
服薬に関する心理教育	11	0	1	0	0	0	91.7
再発徴候と対処方法	11	1	0	0	0	0	100.0
物質使用障害プログラム	7	5	0	0	0	0	100.0
対象行為を認識し内省する治療プログラム	9	3	0	0	0	0	100.0
殺人・傷害致死・傷害・強盗	7	5	0	0	0	0	100.0
強姦・強制わいせつ	6	5	1	0	0	0	91.7
放火	5	7	0	0	0	0	100.0
被害者に対する共感性を養うための治療プログラム	7	5	0	0	0	0	100.0
権利擁護および社会復帰講座							
権利擁護講座(医療観察法について説明する講座)	7	2	3	0	0	0	75.0
社会復帰講座	11	1	0	0	0	0	100.0
認知行動療法(全体として)	7	4	1	0	0	0	91.7
アンガーマネージメント	7	5	0	0	0	0	100.0
Enhanced Thinking Skills (ETS)	1	8	3	0	0	0	75.0
作業療法							
パラレル作業療法	3	1	8	0	0	0	33.3
ドロップ・イン ドロップ・アウト作業療法	3	4	2	1	0	2	58.3
生活技能訓練(SST)	2	1	9	0	0	0	25.0
リラクゼーション	5	2	4	0	0	1	58.3
ボディワーク	4	5	2	0	0	1	75.0
スポーツ	6	0	6	0	0	0	50.0
その他							
音楽療法	2	3	1	0	0	6	41.7
茶道・生け花などボランティアによるプログラム	2	3	0	4	0	3	41.7
健康クラブ(生活習慣病予防プログラム)	6	3	2	0	0	1	75.0
ウーマンズヘルスプロモーション	1	7	1	1	0	2	66.7
家族支援プログラム	8	2	2	0	0	0	83.3
治療計画作成と連携							
治療計画作成のための治療プログラム	2	3	6	0	0	1	41.7
院内の各職種や地域関連機関連携プログラム	3	4	4	1	0	0	58.3

### 3. 持効性注射剤の投与

持効性注射剤については表 3-1~3 に示したとおり、対象者の 3.3%に投与されていた。また、持効性注射剤の投与を消極的と回答したのは 1 施設のみであった。

表3-1 持効性注射製剤の投与

	人数	比率
あり	11	3.3%
なし	326	96.7%
	337	100.0%

表3-2 持効性注射製剤投与の理由と件数

	件数
内服薬の拒薬	2
内服薬だけでは効果が不十分	4
退院後のアドヒアランスの不良を予想	3
対象者の希望	0
指定通院医療機関の要請	0
回答なし	5
その他	0

表3-3 持効性注射製剤投与に対する姿勢

	件数
積極的に投与	1
かなり積極的に投与	5
どちらとも言えない	4
かなり消極的に投与	1
投与しない	0
回答なし	1
その他	0

#### 4. 身体合併症

平成 18 年 10 月 1 日～平成 19 年 9 月 30 日までに身体合併症のために転院(外泊)、通院処遇に移行、処遇終了のいずれかの適応を受けた対象者は 5 名であった。

表4-1 身体合併症の内訳

性	年	精神科診断	身体合併症	対応
男	～ 30	統合失調症	急性虫垂炎	転院(外泊)
男	～ 70	妄想性障害	肺ガン	処遇終了
女	～ 60	妄想性障害	異型狭心症	転院(外泊)
男	～ 90	持続性認知症	肺気腫	処遇終了
男	～ 80	妄想性障害	慢性腎不全(透析)	通院処遇

#### 5. 電気ケイレン療法の実施状況

医療観察法施行から調査時点までに、医療観察法病棟で mECT が 1 症例に対して実施されていた。対象者は 30 代の男性、統合失調症で、幻覚妄想状態にあり、暴力(対人・対物暴力)、衝動行為が持続していた。薬物抵抗性であり、かつ薬物による副作用が目立ち、mECT が適応とされた。実施に当たっては、文書による説明の上、本人からの同意が取得されていた。また、家族の同意も取得されていた。倫理会議では事前承認を得て、実施中には継続するための事前承認を得て継続実施されていた。

#### 6. 行動制限の実施状況

アンケート調査の対象となった 12 施設は、それぞれ医療観察法病棟の開棟時期が異なっていた。そのため各施設の開棟から平成 19 年 9 月 30 日までに行われたすべての行動制限を調査し、表 5-1～5-3 に示した。調査期間中に行われた拘束・隔離の件数は、隔離 28 件(80.0%)、拘束 7 件(20.0%)であった。行動制限の実施状況を診断別に見ると表 5-4 に示したとおり、F2:74.3%、F6:11.4%、F0、F7:5.7%であった。統合失調症に比較すると、器質性精神障害、人格障害、精神遅滞では、高率に行動制限が実施されていた。行動制限の原因となった症状は表 5-5 に示したとおり、幻覚(7.6%)、妄想(7.6%)と比較して、精神運動興奮(22.7%)、暴力(25.8%)、衝動性(27.3%)が多かった。すなわち、幻覚や妄想を伴わない状態での行動制限が多く認められた。

表 5-6 に示したとおり、行動制限を行った場合、常時(付き添い)または 15 分以内の間隔で対象者の状態が観察されていた。表 5-7～8 に隔離、拘束を実施した理由を示した。行動制限の実施日数は表 5-9 に示したとおりである。なお、部分制限とは一日のうちで行動制限を解除した時間帯

を持つ場合である。行動制限の期間は7日以内が54.8%であったが、28日超も16.1%あり、長期間にわたり行動制限が行われている症例も存在した。なお、拘束期間は10日以内であった。

表5-1 隔離・拘束の実施状況

年代	男	女
～ 10		
～ 20		
～ 30	12	
～ 40	4	5
～ 50	5	1
～ 60	4	3
～ 70		
～ 80		
～ 90	1	
～ 100		
	26	9

表5-2 隔離の実施状況

年代	男	女
～ 10		
～ 20		
～ 30	8	
～ 40	3	5
～ 50	5	1
～ 60	3	3
～ 70		
～ 80		
～ 90		
～ 100		
	19	9

表5-3 拘束の実施状況

年代	男	女
～ 10		
～ 20		
～ 30	4	
～ 40	1	
～ 50		
～ 60	1	
～ 70		
～ 80		
～ 90	1	
～ 100		
	7	0

表5-4 行動制限の診断別内訳

	件数	%
F0	2	5.7
F1	0	0.0
F2	26	74.3
F3	0	0.0
F4	0	0.0
F5	0	0.0
F6	4	11.4
F7	2	5.7
F8	1	2.9
F9	0	0.0
	35	100.0

表5-5 行動制限の原因となった症状(複数回答可)

原因となった症状	隔離		拘束	
幻覚	5	7.6%	3	13.6%
妄想	5	7.6%	3	13.6%
カタレプシー	0	0.0%	0	0.0%
希死念慮	0	0.0%	0	0.0%
精神運動興奮	15	22.7%	4	18.2%
暴力(対人・対物暴力)	17	25.8%	4	18.2%
衝動性	18	27.3%	5	22.7%
多弁・多動	0	0.0%	0	0.0%
観念奔逸	0	0.0%	0	0.0%
行為心拍	0	0.0%	0	0.0%
不安	0	0.0%	0	0.0%
焦燥感	2	3.0%	1	4.5%
抑うつ気分	0	0.0%	0	0.0%
精神運動制止	0	0.0%	0	0.0%
拒薬	0	0.0%	1	4.5%
身体合併症	0	0.0%	0	0.0%
意識障害	0	0.0%	1	4.5%
その他	4	6.1%	0	0.0%
	66	100.0%	22	100.0%

表5-6 行動制限中の観察頻度

観察間隔	隔離	拘束
常時観察	17	5
15分以内	9	
30分以内	1	
60分以内		
未記入	1	2
	28	7

表5-7 隔離理由とその件数(複数回答可)

隔離理由	件数	
刺激を遮断して静穏で保護的な環境を提供することにより症状を緩和するため	14	26%
他害の危険を回避するため	16	30%
自殺あるいは自傷の危険を回避するため	1	2%
他の患者との人間関係が著しく損なわれないように保護するため	15	28%
自傷他害に至るほど攻撃性は強くないが興奮性が顕著である患者を保護するため	2	4%
身体合併症を有する患者の検査および治療を遂行するため	2	4%
部屋がないため	1	2%
未記入	2	4%
	53	100%

表5-8 拘束理由とその件数

拘束理由	他害の危険の回避	自殺・自傷の危険の回避	その他
突発した興奮や暴力的な行動が、脳器質性疾患に起因している可能性が否定できない場合	1		
身体合併症を有する患者に身体への安全性を考慮して選択された薬物の種類あるいは量が鎮静に不十分な場合	1		
患者の体格や興奮の程度を考慮して、隔離のみでは医療者が患者に接近できないため迅速かつ十分な医療行為を行うことが困難な場合	4	1	
せん妄など種々の意識障害の状態にある患者の危険な行動を防止すること			
その他			1
未記入			

表5-9 行動制限(隔離・拘束)の日数

	終日制限	部分制限	合計	
～3日以内	6	7	13	41.9%
～7日以内	4	0	4	12.9%
～14日以内	3	0	3	9.7%
～21日以内	4	1	5	16.1%
～28日以内	1	0	1	3.2%
28日超	0	5	5	16.1%
			31	100.0%
			(未記入4名を除く)	

## 考察

アンケート調査の結果をもとに、指定入院医療機関が重点的に実施すべき治療プログラムの抽出を試みた。また、指定入院医療機関の医療について、持効性注射剤の投与、mECTの実施状況、行動制限の実施状況を通して医療の妥当性を検証するとともに今後の課題を考察した。

## 1. 指定入院医療機関の概要

平成 19 年 9 月 30 日現在の指定入院医療機関の病床数は 186 床であったが、この 1 年間で 304 床まで病床数は増加した。しかし、指定入院医療機関では保護室を一般病室として対象者を受け入れており、調査時点での在院者数は 320 人であった。医療観察法施行前の当初計画では 792 床が必要とされており、調査時点でも病床数は目標数に達していなかった。引き続き指定入院医療機関の建築推進が望まれる。

調査期間中の退院者 73 名の転帰は、通院処遇 57 名(78.1%)、処遇終了 16 名(21.9%)であった。処遇終了とされる場合には、①精神医療の必要性がなくなった場合、②医療観察法による医療の必要性がなくなり、一般の精神医療により適切に医療が提供される場合、③医療観察法による医療の必要性はなくなったが、一般精神医療でも適切な医療が確保されていない場合などが考えられる。退院後の処遇で最も問題となるのは、医療観察法による医療も一般精神医療による医療も確保されていない場合である。今回の調査では退院後の医療の必要性や処遇については調査していないが、今後、処遇終了となった対象者については退院後の医療体制の詳細な調査が必要と考えられた。また、指定入院医療機関が治療可能性なしと判断する基準を示し、指定入院医療機関の退院判断の平準化が必要であろう。

## 2. 治療プログラムの実施状況と必要性

医療観察法施行前から治療プログラムの必要性が強調されてきたこともあり、指定入院医療機関では治療プログラムが活発に開発され臨床実践されつつある<sup>1,2)</sup>。その一方で平成 18 年度の調査報告によると、指定入院医療機関といえども慢性の人員不足の状態に陥っており、指定入院医療機関は対象者の社会復帰にとって必須の治療プログラムを選択し、優先順位を考え効率的に提供する必要がある。

本研究調査の結果から治療プログラムの必要性を明らかにするには、限界が存在している。それは、回答者の職種が医師に限られていること、各指定入院医療機関の運営期間が異なること、治療プログラムの必要性の判断の基準が曖昧であることなどである。これらの限界を踏まえた上で、指定入院医療機関が実施すべき治療プログラムを提案してみたい。

精神障害別に見ると、統合失調症 91.7%と実施率が高いのに対して、気分障害 58.3%、物質使用障害 75.0%と実施率は低かった。統合失調症の治療プログラムを「必須」と回答した施設が 91.7%であるのに対して、気分障害 66.7%および物質使用障害治療プログラムは 58.8%と低値であった。すなわち、統合失調症に比較すると、気分障害や物質使用障害に関する治療プログラムの必要性は低いと考えられていた。その原因として、入院対象者に占める気分障害の割合が 2.8%、物質使用障害の割合が 5.2%と低く、対象者が少ないことから必要性は低いと回答した可能性が考えられる。しかし、気分障害や物質使用障害の対象者は一定の割合で入院していること、物質使用障害は暴力行為のリスクを高めること、重複障害としては必ずしもまれではないことなどを考えると、必要性は高いと考えられる。したがって、統合失調症とともに、気分障害に対する疾病教育および物質使用障害治療プログラムは必須である。

服薬に関する心理教育、再発徴候と対処方法に関する治療プログラムは、それぞれ 75.0%、91.7%の施設で実施されていた。また、多くの施設が「必須」と回答した。服薬に関する心理教育、再発徴候と対処方法に関する治療は、前述の疾病教育とともに必須である。対象行為を認識し内省す

る治療プログラムの実施率は 58.8%と低かった。対象行為別に見ると、強姦・強制わいせつ 50.0%、放火に関する治療プログラム 25.0%と実施率が低かった。「必須」または「必要性は高い」とした施設は 100%であったが、その内訳を見ると、「必須」とした施設は 75%にとどまった。また、対象行為別に見ると、41.7~58.3%といずれの対象行為も低値であった。

以上のことから、指定入院医療機関は、対象行為を認識し内省する治療プログラムの必要性を感じているものの、疾病に関する心理教育と比較すると、実施率は低値にとどまっていた。従来の精神医療では、重大な他害行為は精神障害の結果として 2 次的に誘発されたものとして、精神障害と比較すると、積極的な治療対象とされてこなかった。従来の医療では経験の少ない治療プログラムであり、今後、対象行為を認識し内省する治療プログラムを開発・導入し、根拠に基づいて必要性を改めて評価する必要がある。ただし、欧米圏の司法精神医療施設の治療プログラム、ワークショップの実施状況を考えると必須と考えられる。

権利擁護講座および社会復帰講座、認知行動療法は、調査時点での実施率が高く、その必要性も高いと回答されており、必須の治療と考えられた。ただし、今後、どのような治療プログラムが実施されているのか治療プログラムを詳細に調査する必要がある。

作業療法にはさまざまな治療プログラムが存在し、実施率は 33.3%~91.7%と大きなばらつきを認めた。また、その必要性についての認識も 33.3~75.0%と治療プログラムごとに大きな違いが認められた。この原因としては、回答者の職種が医師であることと強く関連している可能性がある。医師を含め他の職種は、作業療法の必要性に関する認識が十分とは言い難く、このような結果になったと思われる。病棟全体として治療プログラムを考える場合、言語を媒介として行われる治療プログラムだけではなく、活動を通して行われる作業療法は必須であろう<sup>3)</sup>。また、病者としての視点だけではなく生活者としての視点を重視し、エンパワメントを基本とした取り組みが必要であろう。

家族支援プログラムの実施率は、33.3%であり低値であったが、83.3%の施設が必要であると回答した。対象者の家族は加害者の家族であると同時に被害者の家族であることも多い。また、入院中から退院後の支援者としての役割を求められることも多く、心理的負担を感じることも多い。このような家族に対しては、適切な支援が必要であり、家族支援プログラムは必須の治療プログラムと考えられた。

これまで述べてきた治療プログラムは、「症状・服薬のマネジメント」「対象行為」「健康管理」「自立生活技能」「社会生活技能」「教育および就労関連技能」「家族の問題」などに大別される。各職種の担当者は、専門的立場から対象者の評価を行うとともに、動機付けを高める工夫が必要である。このような数々の治療プログラムは、対象者ごとのニーズや適性に応じて、個々の治療プログラムを組み合わせ、ひとつの治療パッケージとして効率的に提供されなければならない。このために、多職種チームは、対象者本人の参加した多職種チーム会議を開催し、対象者の個別のニーズと各職種により実施された専門的評価を基本として、治療計画を作成することが必須である。また、保護観察所の社会復帰調整官を中心とする地域関連機関との連携を深め地域ケア体制を構築し、地域ケア計画を作成する。このような治療計画作成や地域関連機関との連携プログラムは、25.0~50.0%の施設で実施されていたに過ぎず、必要性も 41.7%~58.3%の施設が必要としたに過ぎない。指定入院医療機関では、このような多職種チームによる治療計画の作成や連携を治療プログラムとして意識することなく実施していると考えられるが、治療プログラムとしてその普及をはかり、計画的に医療を展開していくことは必須と考えられる。

指定入院医療機関が実施すべき治療プログラムを考える場合、「対象者の頻度から考えられる必

要性」と「個別の対象者にとっての必要性」を区別する必要がある。対象者の頻度が低いからと言って、個別の対象者にとって必要性が低いとは限らない。本アンケート調査では、この 2 点を明示して必要性を調査しておらず、両者の混合による必要性判断となっている。今後、「対象者の頻度」を考慮しない治療必要性の調査が必要であろう。

すでに述べたとおり、指定入院医療機関においても人手不足が恒常的に続いていることを考えると、頻度の低い精神障害や対象行為に対する治療プログラムは、定期的を実施するよりも、対象者のニーズが発生したときに個別の治療プログラムとして実施するのが効率的である。このためには、頻度の低い治療プログラムであっても、事前に準備しておくのが望ましい。

### 3. 持効性注射剤の投与

持効性注射剤は 3.3%の入院対象者に対して投与されていた。指定通院医療機関からは退院後の薬物アドヒアランスを考慮して積極的に投与すべきとの意見もある。持効性注射剤の投与について消極的と回答したのは、指定入院医療機関 12 施設中 1 施設のみであった。指定入院医療機関は持効性注射剤の投与に概ね積極的な姿勢を持っていた。ただし、持効性注射剤の導入前に、疾病教育や服薬心理教育を実施し、抗精神病薬の必要性に関する知識を十分に提供することが望まれる。その上で、対象者本人の同意を得て施行する必要がある。この際には、統合失調症の認知機能低下による服薬アドヒアランスの不良、過去の服薬中断歴などを参考にすべきであろう。

### 4. 身体合併症

入院処遇中の対象者には、緊急性を要する身体疾患から慢性疾患までさまざまな身体疾患が認められた。また、幅広い診療科での治療が必要であった。今後の身体合併症対策は、「緊急性」「治療期間」「専門性の高さ」の 3 点に配慮し考える必要がある。緊急性の高い身体疾患については、指定入院医療機関の近くに位置する救急医療機関に依頼すべきであろう。専門性の高い高度の医療を必要とする場合、地域の総合病院と連携し、身体合併症医療を提供するのが現実的である。しかし、治療期間の長期化が予想される場合、医療観察法病棟職員による同伴は困難であろう。このため医療観察法病棟は、①緊急性を要しない、②高度の専門性を必要としない、③長期に及ぶ慢性疾患に対応できる機能を備えることが望まれる。

### 5. 電気ケイレン療法の実施状況

指定入院医療機関における電気ケイレン療法の実施状況についてはすでに詳細に述べた。その実施は、医学的適応の判断、対象者の同意の取得、倫理会議の手続きなどにおいて適正であった。

### 6. 行動制限の実施状況

調査期間中に行われた行動制限の件数は、隔離 28 件、拘束 7 件であった。比較対照となるデータが存在しないことから、指定入院医療機関で行われている行動制限が従来の措置入院と比較して少ないと断定することはできない。医療観察法では鑑定入院中に急性期の治療がある程度済んでいることから行動制限が少ない可能性も考慮しなければならない。しかし、入院対象者の特性、対象行為の存在などを考慮すると、経験的に行動制限の実施頻度は低いと考えられる。



精神科主診断別に見ると F2: 74.3%、F6: 11.4%、F0、F7: 5.7%であり、統合失調症で最も多く行動制限が実施されていた。入院対象者に占める割合は、F2: 86.7%、F6: 0.8%、F0: 2.8、F7: 1.2%で、入院対象者に占める割合を考慮すると、器質性精神障害、人格障害、精神遅滞で行動制限が高率に実施されていた。

以上のことを考えると、統合失調症の行動制限とそれ以外の精神障害では、それぞれの精神障害の特性を考慮した行動制限実施の基準が必要と考えられた。

## まとめ

本年度の研究では、指定入院医療機関で実施されている治療プログラムの実態を調査し、指定入院医療機関にとって必須の治療プログラムを明らかにした。しかし、今後、医師だけではなくすべての職種の協力を得て詳細に調査し、指定入院医療機関にとって「必須の治療プログラムリスト」を作成する必要がある。また、行動制限、電気ケイレン療法、持効性注射製剤の投与の実態を通してみると、指定入院医療機関の医療は適切であると考えられた。今後も引き続き、医療の実態調査の継続が必要であろう。

## 論文発表

- 1 中谷陽二, 平田豊明, 平林直次, 川本哲郎, 林幸司. 触法精神障害者のアセスメントと治療. 臨床精神医学 36(9): 1051-1064, 2007
- 2 平林直次. 医療観察法病棟における多職種チーム医療. 精神科臨床サービス 7: 500-507, 2007
- 3 松本俊彦, 今村扶美, 吉澤雅弘, 平林直次. 物質使用障害を併発した触法精神病例の薬物治療・心理社会的治療. 臨床精神薬理 10: 751-758, 2007
- 4 平林直次. 医療観察法. KEYWORD 精神第4版, 樋口輝彦他編, 先端医学社, 東京, pp22-23, 2007
- 6 樽矢敏広, 平林直次. 「医療観察法」における指定入院医療機関における実態. 老年精神医学 18(5), 492-498, 2007
- 7 平林直次. 医療観察法病棟の実際. こころの科学 132: 47-52, 2007
- 8 岡田幸之, 松本俊彦, 野口博文, 安藤久美子, 平林直次, 吉川和男. ICF の精神医療への導入. 精神医学 49 (1), 41-48, 2007
- 10 平林直次, 三澤剛. 医療観察法と入院医療. 精神科 10 (3): 200-204, 2007
- 11 平林直次. 医療観察法病棟における多職種チーム医療. 精神科臨床サービス, 7 (4): 500-507, 2007

## 引用文献

- 1) 指定入院医療機関における医療. 司法精神医療等人材養成研修会 教材集. 社団法人 日本精神科病院協会, 財団法人 精神・神経科学振興財団. pp279-pp458, 2007
- 2) 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
- 3) 平林直次, 三澤剛. 医療観察法と入院医療. 精神科 10 (3): 200-204, 2007

## 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19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19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。

d) 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

e) 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 医療観察法病棟の開設時期をお書きください。

平成 ( )年 ( )月 ( )日

設問2 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。

次のうち現在実施している治療プログラムに○をつけてください。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。さらに、その治療プログラムの必要性についてもお答えください。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		必要度	
	↓	↑	↓	↑	↓	↑
a) 疾病に関する治療プログラム	( )	( )	( )	( )	必要性は高い	必要性は低い
疾病に関する心理教育	( )	( )	( )	( )	必要性は高い	必要性は低い
統合失調症	( )	( )	( )	( )	必要性は高い	必要性は低い
気分障害（躁うつ病）	( )	( )	( )	( )	必要性は高い	必要性は低い
その他（ ）	( )	( )	( )	( )	必要性は高い	必要性は低い
服薬に関する心理教育	( )	( )	( )	( )	必要性は高い	必要性は低い
再発徴候と対処方法	( )	( )	( )	( )	必要性は高い	必要性は低い
物質使用障害プログラム	( )	( )	( )	( )	必要性は高い	必要性は低い
b) 対象行為と内省に関する治療プログラム	( )	( )	( )	( )	必要性は高い	必要性は低い
対象行為を認識し内省する治療プログラム	( )	( )	( )	( )	必要性は高い	必要性は低い
殺人・傷害致死・傷害・強盗	( )	( )	( )	( )	必要性は高い	必要性は低い
強姦・強制わいせつ	( )	( )	( )	( )	必要性は高い	必要性は低い
放火	( )	( )	( )	( )	必要性は高い	必要性は低い
被害者に対する共感性を養うための治療プログラム	( )	( )	( )	( )	必要性は高い	必要性は低い
c) 法律および制度に関するプログラム	( )	( )	( )	( )	必要性は高い	必要性は低い
権利擁護講座（医療観察法について説明する講座）	( )	( )	( )	( )	必要性は高い	必要性は低い
社会復帰講座	( )	( )	( )	( )	必要性は高い	必要性は低い

（社会復帰に必要な制度についての講座 例：生活保護、精神福祉手帳、障害年金、自立支援法など社会復帰によって必要性の高い制度の説明などを行う。）



(「指定入院医療機関の多職種チーム」と「保護観察所をはじめ地域関連機関」との連携のための治療プログラム)

その他 具体的に現在実施中

- 【  ( ) ( ) (必須) 必要性は高い どちらとも言えない 必要性は低い 不必要
  - 【  ( ) ( ) (必須) 必要性は高い どちらとも言えない 必要性は低い 不必要
  - 【  ( ) ( ) (必須) 必要性は高い どちらとも言えない 必要性は低い 不必要
- 上記以外で、今後、必要と考えられる治療プログラム名とその必要度をお書きください。
- 【  ( ) ( ) (必須) 必要性は高い どちらとも言えない 必要性は低い 不必要
  - 【  ( ) ( ) (必須) 必要性は高い どちらとも言えない 必要性は低い 不必要
  - 【  ( ) ( ) (必須) 必要性は高い どちらとも言えない 必要性は低い 不必要

### 設問3 持効注射剤(以下、デポ剤)の使用についてお聞きします。

a) 現在、デポ剤の投与を行っている対象者は何人いますか？

入院対象者 ( ) 人中 ( ) 人

b) デポ剤投与を行っている理由をお答えください(複数回答可)。

- 内服薬の拒薬  内服薬だけでは効果が不十分  退院後のアドヒアランスの不良を予想  対象者の希望  指定通院医療機関の要請
- その他 ( )

c) 指定「通院」医療機関からは、地域処遇中の服薬アドヒアランスを考慮して、指定「入院」医療機関入院中よりデポ剤を投与してほしいとの意見もあります。そこで、入院対象者へのデポ剤投与についての考え方をお聞きします。通院処遇におけるデポ剤投与の必要性(服薬アドヒアランス不良など)を考慮して、対象者の同意があれば入院中より投与しますか？

- 積極的に  かなり積極的に  どちらとも言えない  かなり消極的に  投与しない

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。

なお、調査期間は、平成18年10月1日から平成19年9月30日までの一年間となります。

- 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（外泊）、通院処遇に切り替え、処遇終了した対象者はいますか？   
はい（ ）人 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（ ICD10 F . . . ）（  
ICD10 F . . .）  
身体合併症病名（ ）（  
）

【転院（外泊） 退院後通院処遇 処遇終了】

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（ ICD10 F . . . ）（  
ICD10 F . . .）  
身体合併症病名（ ）（  
）

【転院（外泊） 退院後通院処遇 処遇終了】

- 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 行動制限の実施状況についてお聞きします。

a) 開棟以来、保護室（以下、自室を含む）隔離または身体拘束を実施した対象者はいますか？

保護室隔離 はい いいえ ( ) 人

身体拘束 はい いいえ ( ) 人

b) もし行動制限（隔離または身体拘束）を行った対象者がいた場合、お答えください。なお、同一の症例に対して別の時期に、複数回行動制限を行った場合、それぞれ別の症例として番号をおつけください。同一症例に行動制限を複数回行ったかどうか、5 ページ先の同一症例の有無もご記入ください。

なお、用紙が不足する場合、お手数ですがコピーしてご記入いただければ幸いです。

**保護室隔離症例 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 ( ICD10 F . . . ) ( ICD10 F . . . )

対象行為 (殺人 傷害致死 傷害 強盗 強姦 強制わいせつ 放火)

隔離場所 保護室 自室

**■ 隔離の目的 (複数回答可)**

1. 刺激を遮断して静穏で保護的な環境を提供することにより症状を緩和するため
2. 他害の危険を回避するため
3. 自殺あるいは自傷の危険を回避するため
4. 他の患者との人間関係が著しく損なわれないように保護するため
5. 自傷他害に至るほど攻撃性は強くないが興奮性が顕著である患者を保護するため
6. 身体合併症を有する患者の検査および治療を遂行するため

(平成 11 年度厚生科学研究受補助金 (障害保健福祉総合研究事業) 精神科医療における行動制限の最小化に関する研究より)

**対象症状 (複数回答可)**

- 幻覚 妄想 カタレプシー 希死念慮 精神運動興奮 暴力 (対人・対物暴力)
- 衝動性 多弁・多動 観念奔逸 行為心拍 不安 焦燥感 抑うつ気分 精神運動制止 拒薬
- その他 ( )

行動制限中の観察間隔 常時観察 15 分以内 30 分以内 60 分以内

その他 ( )

	終日	部分隔離 (解錠時間あり)
例: 終日 1 日 + 部分隔離 3 日の場合	1 日	3 日
症例の隔離期間 (日)		

倫理会議での検討 ( あり なし )

ありの場合 (複数回答可) ( 事前 事後 )

検討の結果 ( 承認 不承認 )



**保護室隔離症例 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 ( ICD10 F . . ) ( ICD10 F . . )

対象行為 (殺人 傷害致死 傷害 強盗 強姦 強制わいせつ 放火)

隔離場所 保護室 自室

■隔離の目的 (複数選択可)

1. 刺激を遮断して静穏で保護的な環境を提供することにより症状を緩和するため
2. 他害の危険を回避するため
3. 自殺あるいは自傷の危険を回避するため
4. 他の患者との人間関係が著しく損なわれないように保護するため
5. 自傷他害に至るほど攻撃性は強くないが興奮性が顕著である患者を保護するため
6. 身体合併症を有する患者の検査および治療を遂行するため

(平成 11 年度厚生科学研究受補助金 (障害保健福祉総合研究事業) 精神科医療における行動制限の最小化に関する研究より)

対象症状 (複数回答可)

- 幻覚 妄想 カタレプシー 希死念慮 精神運動興奮 暴力 (対人・対物暴力)
- 衝動性 多弁・多動 観念奔逸 行為心拍 不安 焦燥感 抑うつ気分 精神運動制止 拒薬
- その他 ( )

行動制限中の観察間隔 常時観察 15 分以内 30 分以内 60 分以内  
その他 ( )

	終日	部分隔離 (解錠時間あり)
例：終日 1 日 + 部分隔離 3 日の場合	1 日	3 日
症例の隔離期間 (日)		

倫理会議での検討 ( あり なし )  
 ありの場合 (複数回答可) ( 事前 事後 )  
 検討の結果 ( 承認 不承認 )



身体拘束症例 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 ( ICD10 F . . . ) ( ICD10 F . . . )

対象行為 (殺人 傷害致死 傷害 強盗 強姦 強制わいせつ 放火)

拘束場所 保護室 自室

身体拘束の目的

1. 以下に該当する場合の他害の危険を回避するため
  - (1) 突発した興奮や暴力的な行動が、脳器質性疾患に起因している可能性が否定できない場合
  - (2) 身体合併症を有する患者に身体への安全性を考慮して選択された薬物の種類あるいは量が鎮静に不十分な場合
  - (3) 患者の体格や興奮の程度を考慮して、隔離のみでは医療者が患者に接近できないため迅速かつ十分な医療行為を行うことが困難な場合
2. 以下に該当する場合の自殺あるいは自傷の危険を回避するため
  - (1) 突発した興奮や暴力的な行動が、脳器質性疾患に起因している可能性が否定できない場合
  - (2) 身体合併症を有する患者に身体への安全性を考慮して選択された薬物の種類あるいは量が鎮静に不十分な場合
  - (3) 患者の体格や興奮の程度を考慮して、隔離のみでは医療者が患者に接近できないため迅速かつ十分な医療行為を行うことが困難な場合
3. せん妄など種々の意識障害の状態にある患者の危険な行動を防止すること  
 (平成 11 年度厚生科学研究受補助金 (障害保健福祉総合研究事業) 精神科医療における行動制限の最小化に関する研究より)

対象症状

- 幻覚 妄想 カタレプシー 希死念慮 精神運動興奮 暴力 (対人・対物暴力)
- 衝動性 多弁・多動 観念奔逸 行為心拍 不安 焦燥感 抑うつ気分 精神運動制止 拒薬
- その他 ( )

拘束部位 (複数回答可) (上肢 下肢 体幹 その他【 】)

拘束中の観察間隔 常時観察 15 分以内 30 分以内 60 分以内  
その他 ( )

	終日	部分隔離 (解錠時間あり)
例：終日 1 日 + 部分隔離 3 日の場合	1 日	3 日
症例の隔離期間 (日)		

倫理会議での検討 ( あり なし )

ありの場合 (複数回答可) ( 事前 事後 )

検討の結果 ( 承認 不承認 )

※ 同一症例の有無についてお聞きします。

前記のうち同一症例はありますか？ あり なし

もし、同一の症例がありましたらご記入ください。

例えば、隔離症例 2 と拘束症例 1 が同一症例の場合

(隔離・~~拘束~~) 症例 ( 2 ) = (隔離・拘束) 症例 ( 1 )

隔離症例 3 と隔離症例 4 が同一症例の場合

(隔離・~~拘束~~) 症例 ( 3 ) = (隔離・~~拘束~~) 症例 ( 4 )

同一症例の有無

(隔離・拘束) 症例 ( ) = (隔離・拘束) 症例 ( )

(隔離・拘束) 症例 ( ) = (隔離・拘束) 症例 ( )

(隔離・拘束) 症例 ( ) = (隔離・拘束) 症例 ( )

(隔離・拘束) 症例 ( ) = (隔離・拘束) 症例 ( )

(隔離・拘束) 症例 ( ) = (隔離・拘束) 症例 ( )

(隔離・拘束) 症例 ( ) = (隔離・拘束) 症例 ( )

(隔離・拘束) 症例 ( ) = (隔離・拘束) 症例 ( )

(隔離・拘束) 症例 ( ) = (隔離・拘束) 症例 ( )

(隔離・拘束) 症例 ( ) = (隔離・拘束) 症例 ( )