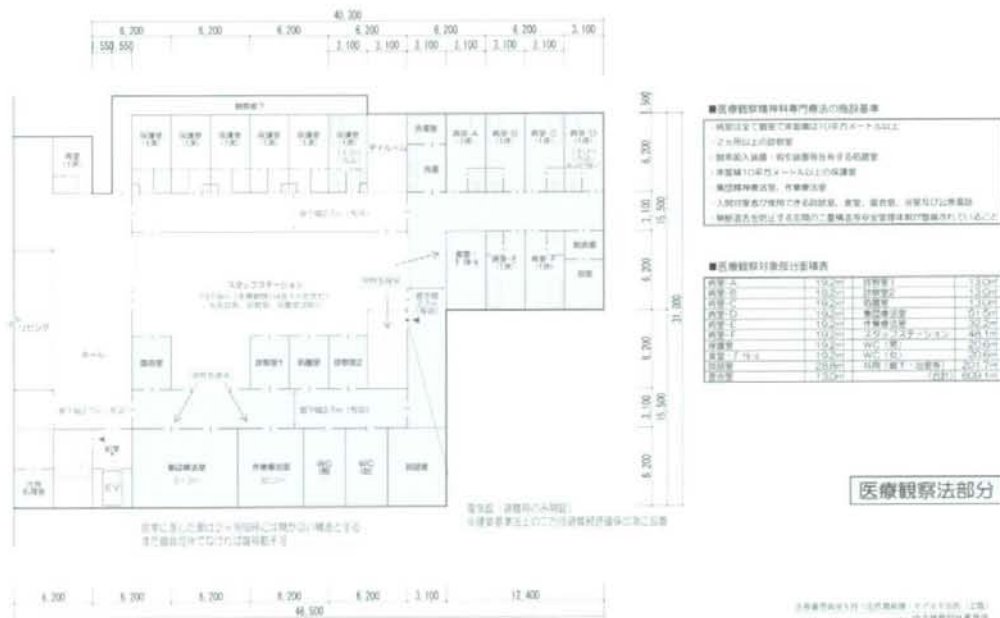


■計画概要
 構造 鉄筋コンクリート造（耐火構造）
 面積 2,270㎡（床面積以外の
 内、医療観察専用室は603㎡）
 階数 2フロア型（地上階は診療棟、地下
 階は給排水・空調機械室・医療観察専用室）
 設備 給排水設備・空調設備・エレベーター・エレベーターホール・エレベーターホール
 Scale 1/200 1/4-1

図1



■医療観察専用室の施設基準
 構造は全て鉄骨で床面積210㎡以内のユニットとし、
 2㎡以上の面積を
 ・耐震構造とし、耐震設計は耐震等級2以上とする
 ・床面積10㎡以内のユニットは2人以上の保護者
 ・検閲専用室、再審専用室
 ・入所者及び検閲者の検閲室、検閲室、検閲室の保護者
 ・検閲室を設けずとも入所者の検閲室を確保し、検閲室とする。

■医療観察専用室仕様表

項目	仕様	単位	数量
耐震構造	鉄骨	㎡	210
床面積	210	㎡	210
天井高	2.4	m	1
床高	0.15	m	1
床	タイル	㎡	210
壁	タイル	㎡	210
天井	タイル	㎡	210
照明	LED	個	210
空調	空調機	台	210
給排水	給排水設備	台	210
電気	電気設備	台	210
消防	消防設備	台	210
その他	その他	台	210

設備概要表は同一施設概要表・エレベーターホール
 Scale 1/200 1/4-1

図2

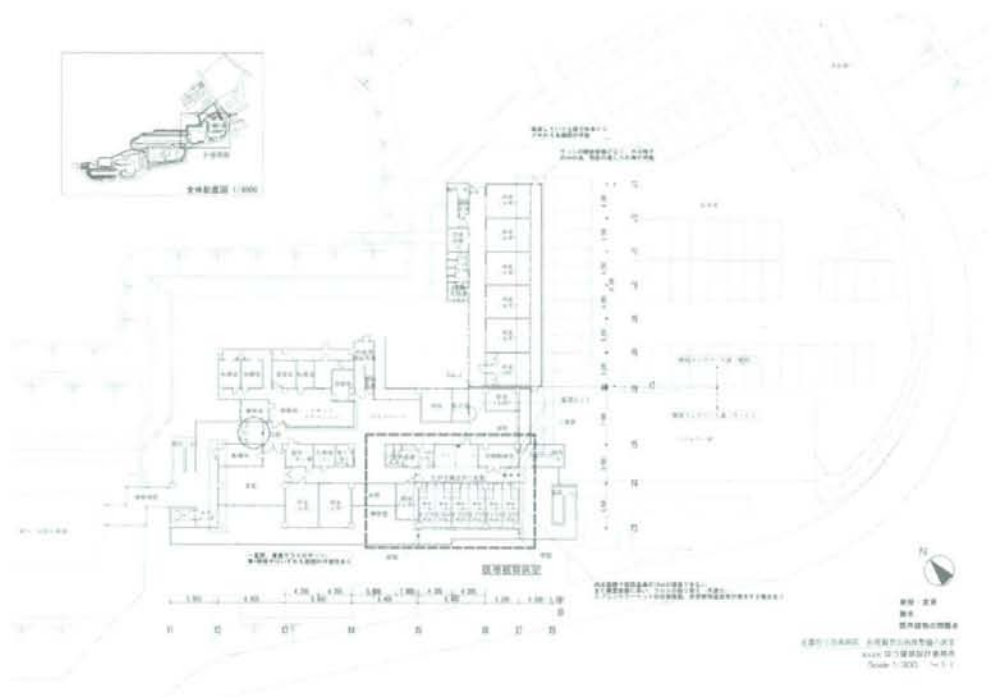


図3

現況

改修後

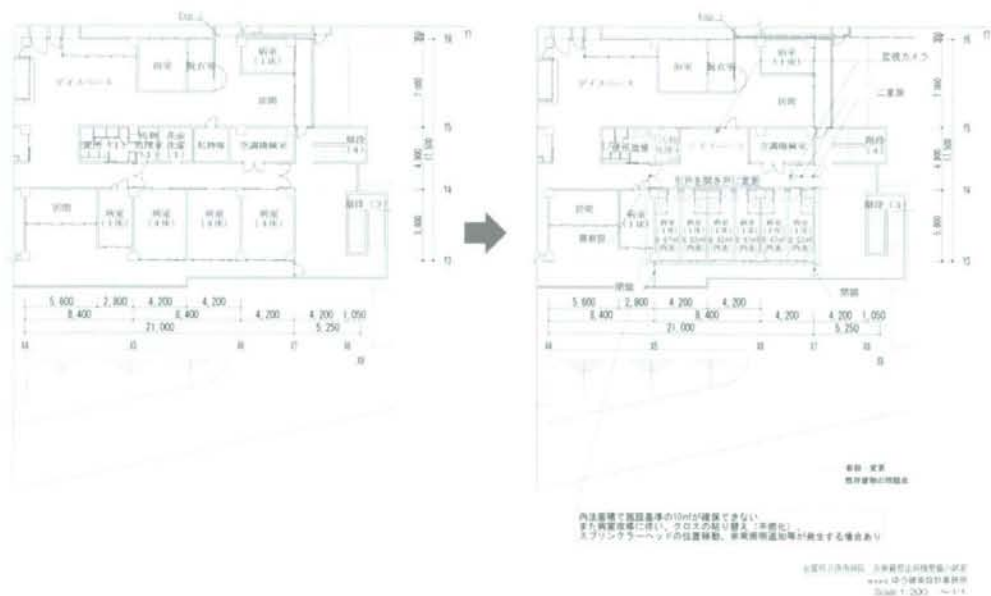


図4

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

（研究代表者：中島 豊爾）

分担研究

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

平成 20 年度

分担研究報告書

平成 21（2009）年 3 月

分担研究者 藤井 康男

山梨県立北病院

平成 20 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：

籠本 孝雄（大阪府立精神医療センター）
奥山 修（大阪府立精神医療センター）
小林 孝文（鳥根県立中央病院）
宮田 量治（山梨県立北病院）
川上 宏人（山梨県立北病院）
三澤 史斉（山梨県立北病院）
小口 芳世（山梨県立北病院）
沢登 豊（山梨県立北病院）
小倉いく子（山梨県立北病院）
名取 真（山梨県立北病院）
清水しおり（山梨県立北病院）
分島 徹（東京都立松沢病院）
丸山 二郎（東京都立松沢病院）
和田 央（京都府立洛南病院）
平田 豊明（静岡県立こころの医療センター）
服部 功（静岡県立こころの医療センター）
来住 由樹（岡山県精神科医療センター）
林田健太郎（長崎県立精神医療センター）
塚田 和美（国立国府台病院）

芦澤 裕子（国立国府台病院）
平林 直次（国立精神・神経センター病院）
中根 潤（国立病院機構 下総精神医療センター）
村杉 謙次（国立病院機構 小諸高原病院）
須藤 徹（国立病院機構 肥前精神医療センター）
西谷 博則（国立病院機構 肥前精神医療センター）
西岡 直也（国立病院機構 久里浜アルコール症センター）
大島 紀人（国立病院機構 花巻病院）
中嶋 正人（国立病院機構 花巻病院）
村田 昌彦（国立病院機構 北陸病院）
前田 佳織（国立病院機構 北陸病院）
五十嵐 孝（国立病院機構 琉球病院）
八木 深（国立病院機構 東尾張病院）
吉岡 眞吾（国立病院機構 東尾張病院）
界外 啓行（国立病院機構 榊原病院）
山口 博之（国立病院機構 賀茂精神医療センター）
桂木 正一（国立病院機構 菊池病院）
川本 孝憲（国立病院機構 さいがた病院）
照屋 初枝（国立病院機構 琉球病院）

研究要旨

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平成 20 年のアンケート調査では、都道府県立精神科病院の中で、医療観察法の入院医療にすでに取り組んでいる、あるいは取り組む予定であるという施設が増加し、その中で小規模併設型を選択する施設も増加してきている。小規模併設型指定入院医療機関の運営については、なお危惧の念があるが、小規模の県では設置すべきという意見もあり、また各都道府県で指定入院医療機関を整備すべきであるという意見もあった。小規模併設型でも急性期から社会復帰期まですべてを行い、一貫した医療を行いたいという希望が明らかであり、既存の病棟の増築などで小規模病棟を計画している施設もあった。一方で、スタッフの増員は必要とする施設がほとんどであった。指定入院医療機関を設置しない理由として、平成 18、20 年いずれも都道府県の反対、地域住民の反対などがあげられており、都道府県立病院だけの意向では設置がなかなか困難である状況も伺えた。そして一部の施設では経営形態の検討が指定入院医療機関の設置にも影響を与えていた。

大阪府立精神医療センターでの平成19年9月7日の5床の小規模併設型病棟開棟から、約1年半の運用経験では、合併症にて転院し治療を受けたケースはあったが、重大な他害行為の再発や離院など大過なく経過し、比較的順調な運用が行えていた。大阪では覚醒剤中毒患者、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てきた病棟を改修して小規模併設型病床5床の整備がされたが、医療観察法指定入院の対象者の受け入れにおいては、精神保健福祉法で入院している親病棟の患者に対して事前に処遇格差に配慮しなければならなかった。しかし、対象者入院後は、親病棟の患者との交流も見られ、対象者に対する恐怖感を訴えることなく経過していた。またプログラム運営などについての配慮の結果、処遇格差はあるものの現在不満を述べる親病棟患者はおらず、処遇格差を理由とした、患者間でのトラブルは開棟後全くなかった。セキュリティについては、ハード面とソフト面での検討が行われ、安全管理マニュアルや看護手順の中で離脱の防止を徹底して、外出・外泊の際は、リスクアセスメントを直近の治療評価会議と外出・外泊直前に実施した。開棟して1年半の間に8名の対象者が入院し、この中で3名が指定入院から退院したが、これら対象者の社会復帰期間は指定入院のクリティカルパスに規定されている期間とほぼ同等であった。3名の指定入院患者の退院については、退院準備が行いやすく、スタッフの負担が少なく、経費が節減でき、入院期間の適正化が図りやすいなどの、地元に着着した小規模併設型の利点が大きく生きたと思われた。

人口88万人と小規模な山梨県での唯一の精神病床を持つ山梨県立北病院は、スーパー救急病棟に増築する形で、5床の小規模併設型指定入院医療機関を設置し、恒常的に運営することになった。この増築部分で、指定通院医療も行う予定である。この計画概要と今後検討すべき事項について簡単にまとめた。

指定入院病床の不足や偏在によって、指定入院対象者は、出身地からはるか遠方の指定入院医療機関に処遇されることがあり問題となっている。各県に小規模病棟なども含めた指定入院医療機関が整備されれば、この問題を解決することができるかもしれない。そこで、指定入院対象者の帰住先都道府県と指定入院病床の整備状況、医療機関ごとの管外入院比率、それをもとにした医療機関類型、帰住先最寄り駅への移動負担（所要時間・移動距離・片道交通費・標準外泊費用）などを検討した。全国に16ある指定入院医療機関すべてから本研究への協力・回答が得られ、指定入院対象者447名（急性期が101名、回復期が213名、社会復帰期が133名）の帰住先などの情報が得られた。この447名を「地元入院者」、「所轄地方厚生局管内入院者（地元入院を除く）」、「所轄地方厚生局管外入院者」の3つのグループに分けると、「地元入院者」は125名、「管内入院者」は166名（37.1%）、「管外入院者」は145名（32.4%）となり、帰住先都道府県が未定の者は11名（2.5%）であった。指定入院医療機関は、「地元特化型」、「地元型」、「管内型」、「管外型」の4つのグループに分けることが可能であった。帰住先最寄り駅への所要時間・移動距離・片道交通費・標準外泊費用は、地元、管内、管外へと拡大するほど延長・増大し、負担は大きくなった。地元入院者の帰住先最寄り駅への所要時間は1時間00分、移動距離も29.8kmと少なく、片道交通費は735円しかかからない。しかし、管内になると、99名の平均値では、2時間51分、165.3km、5764円となり、管外では、76名の平均値で、4時間14分、694.6km、20565円へと増大した。また管外入院者1名の外泊訓練には平均133,390

円かかることも明らかになった。社会復帰期である133名の中で、外泊経験者は79名（59.4%）であったが、地元入院者や管内入院者の方が外泊しやすいということはなく、外泊経験者79名中、地元入院者は22名（27.8%）、管内入院者は36名（45.6%）であり、一方、外泊未経験者54名（40.6%）中、地元入院者は22名（40.7%）、管内入院者は18名（33.3%）であった。しかしスタッフの意見では外泊について「遠距離の移動負担や制約」「外泊時の付き添いスタッフの負担」があげられ、「（スタッフの確保等）外泊のスケジュール調整がつかない」という意見も一部に認められた。今回の調査で、指定入院患者が9名以下しか発生していない都道府県が全国に33府県あり、その中で指定入院病床がない府県は25あったが、このような所に指定入院病床が整備されれば、遠距離の指定入院医療機関への入院は相当数、削減できる。この場合、小規模併設型病棟は有力な選択肢となり、入院対象者は地元入院者中心の構成になりやすく、結果として移動負担が軽く、これらが退院などの点では治療上有利に働く可能性があると考えた。管外入院者の多い指定入院医療機関が比較的大きい移動負担をかかえながら、どのような指定入院医療を展開していくかは、今後、現場の経験の集積を待つべきであり、有効な方法は指定入院医療機関間で共有することも大切だと思われる。

はじめに

「小規模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模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とデボ剤についての検討を行った。

平成19年度には、指定入院中の身体合併症への対応についての調査、大阪府立精神医療センターでのわが国で最初の小規模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、そして小規模病床の普及可能性についての検討を行った。

平成20年度では、指定入院病床が逼迫している現状を鑑み、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再び行い、平成18年度調査

との比較検討した。そして、大阪府立精神医療センターでのわが国で最初の小規模併設型指定入院病棟の運用状況について詳細に報告した。次いで山梨県立北病院におけるスーパー救急併設・指定通院対応の指定入院小規模病棟計画について簡単にまとめた。さらに、指定入院対象者の帰住先調査を行う中で、遠方の指定入院医療機関への入院について詳細に検討し、小規模病棟整備の意義について考察した。

I. 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

A. 研究目的

医療観察法の円滑な運用のためには、指定入院医療機関の整備が必要であるが、国、都道府県または独立行政法人で整備すべく規定されているフル規格の独立型30床規模病棟の設置は必ずしも順調に進まなかった。まもなく小規模独立型病棟(15床)の規格が作られた。しかし、人口の少ない自治体では、フル規格(30

床)はもとより、小規模(15床)ですら病床数は多すぎる。また、15床未満で独立した専門病棟を運営するのは、現実的ではなく、平成17年度の厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学事業)での中島らによって行われた「触法行為を行った精神障害者の治療環境に関する研究」で、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が提案され、これを参考にしながら既存の病棟へ併設して設置するという小規模病棟の新たな基準が作られた。

我々はフル規格、小規模独立型、小規模併設型の3つのタイプの指定入院医療機関について、平成18年9月に全国の自治体立病院にアンケート調査を行い、報告した。その後、国関係の医療施設における指定入院医療機関の整備が進んだが、指定入院病床の逼迫は深刻であり、平成20年9月には特定病床の運用も開始される中で、都道府県立病院における指定入院医療機関の整備が強く求められる事態となった。そこで、今回、平成20年9月に自治体立病院に対して再び平成18年と同様の調査を行い、さらに指定入院病床を設置できる可能性が高い都道府県立単科精神科病院などについて、平成18年と20年の調査結果を比較検討した。

B. 研究方法

平成20年9月に精神科病床を有する全国自治体立病院の院長や精神科担当者(**施設)へ別添したようなアンケート用紙を郵送し、回収した結果を検討した。また都道府県立単科精神科病院(一部精神科を中心とした総合病院も含む)については、平成18年度と20年度の結果を比較した。

C. 研究結果

1. 平成20年度調査結果

1) アンケート回収率と比較対象施設の選定

平成20年度調査では、65施設中49施設(75%)の回答があった。単科精神科病院は43施設中40施設(93%)、総合病院精神科では22施設中9施設(41%)の回収率であった。

2) 指定入院医療機関設置計画や規模

図1に示したように回答があった49施設中21施設(43%)が、すでに設置あるいは前向きに検討していた。「すでに設置している」が3施設、「計画がある」が8施設、「検討中」が10施設であった。また「検討したが困難」としたのが8施設、「設置しない」との回答が20施設であった。「すでに設置」「計画がある」あるいは「検討中」とした施設のほとんどが単科精神科病院であり、総合病院精神科では、「検討したが困難」あるいは「設置しない」との回答が多かった。

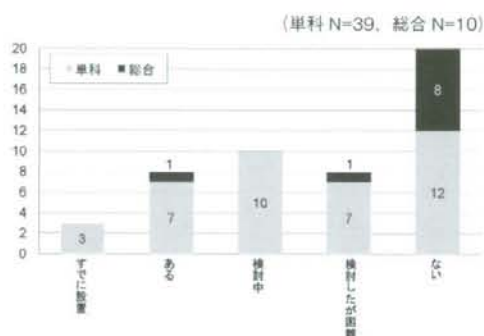


図1 指定入院医療機関設置の計画がありますか

図2には「すでに設置」「ある」「検討中」と答えた単科21病院、総合1病院について、その病床規模を示した。なお現在は小規模病棟であるが、フル規格病棟に移行予定である施設が1施設あり、これについてはそれぞれをカウントした結果、単科病院の回答は21となった。病床規模は、フル規格独立型5、15床規模独立型6、小規模併設型6、未定5となっていた。またフル規格の独立型の病床規模は30床が1施設、33床が3施設、30~40床が1施設であった。15床規模の独立

型では15床が2施設、17床が4施設であった。14床以下の併設型では5床が3施設、6床が2施設、11床が1施設であった。未定の施設も5つあった。



図2 「すでに設置」「ある」「検討中」と答えた場合の病床規模

また図3に「すでに設置」「ある」「検討中」と答えた場合のそれぞれの病床規模について示した。



図3 「すでに設置」「ある」「検討中」と答えた場合の病床規模

3) 指定入院医療設置のメリット

指定入院医療設置のメリットについて病床規模別に図4に示した。フル規格や15床規模の独立型では「高いレベルの精神医療環境」がやや多く、小規模併設型では、「入院から通院の一貫した医療の提供」を選択した施設が多かった。

多かった。

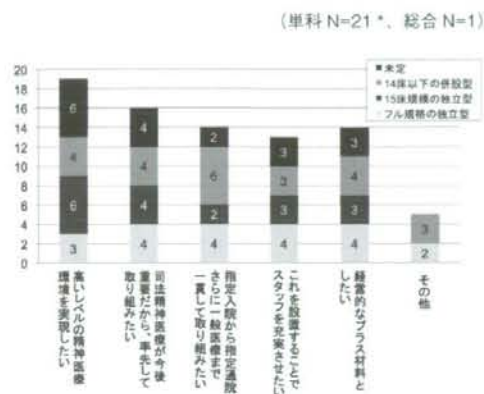


図4 指定入院医療機関を設置することによるメリット(複数回答可)

4) 指定入院患者の地域や段階の希望

受け入れの際の地域的希望では、図5に示すように小規模併設型では「一定の地域に限定」「設置する都道府県に限定」が多かったが、フル規格や15床規模独立型でも同様に限定したいとの希望があった。現状では難しいが、指定入院病床が整備されれば限定したいとの希望もあった。

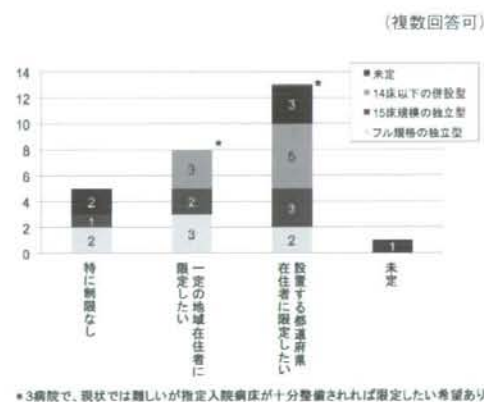


図5 指定入院症例への受け入れ側の地域的希望

指定入院の段階については、図6に示したように、むしろ急性期から社会復帰期まです

べてを行うという希望がほとんどであり、小規模併設型では社会復帰期に限定したいとの希望があった。



図6 指定入院する対象の指定入院の段階についての希望

5) 設置方法

図7に示したように、新築を選択した施設が大部分であったが、小規模併設型では既存病棟への増築、部分改築、そのまま使用などの方法が選択されていた。

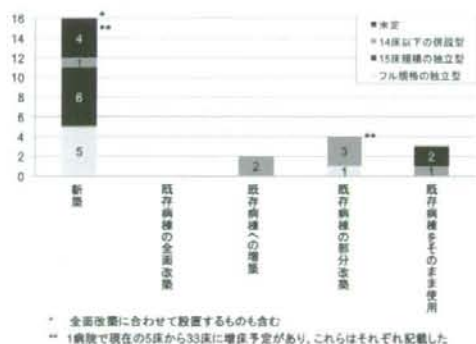


図7 設置方法

6) スタッフの配置方法

指定入院医療機関設置において、18施設でスタッフ増員（定数増加）を行う予定であり、非常勤職員の増員で対応する施設が1、増員なしが1、未定が3であった。

職種別にみると医師では1名増員が3施設、

2名増員が5施設、3名増員が2施設、5名増員が1施設で、未定が7施設であった。

看護師では1～5名増員が4施設、6～10名増員が3施設、21～25名増員が2施設、26～30名増員が1施設、31～35名増員が1施設、41～45名増員が1施設、46～50名増員が1施設、51～55名増員が1施設、未定が7施設であった。

精神保健福祉士では1名増員が6施設、2名増員が4施設、3名増員が4施設、未定が7施設であった。

臨床心理技術者では1名増員が11施設、2名増員が2施設、3名増員が1施設、未定が7施設であった。

作業療法士では1名増員が9施設、2名増員が3施設、未定が7施設であった。

7) 14床以下の併設型病棟についての代表的な意見や経営形態変更の影響

小規模県では、小規模病棟を設置し県内の対象者を全て受け入れるべきである(3)、独立型より難しい面が多い(3)、人員の配置基準、施設基準などの緩和を慎重にすべき(1)、各県に1つ以上設置すべき(1)、補助内容、予算が明確でない(1)。

運営経費が認められたことは有意義(1)、6床では中途半端である(1)などの意見があった。

経営形態の移行については検討中である施設が4あり、この経営形態変更のため、指定入院医療機関が設置困難となっている施設が3あった。

2. 平成18年度と20年度調査の比較

1) 比較対象施設

平成18年度と20年度調査いずれも回答があった36の単科精神科病院（精神科中心の総合病院1を含む）を比較対象施設とした。

2) 指定入院医療機関設置や病床規模

図8に示したように、平成18年度調査では15施設が「検討したが困難」との回答であったが、平成20年度ではこれが7施設と半減した。そして「すでに設置」「計画がある」「検討中」を含めると36施設中21施設(58%)で指定入院医療機関設置に前向きな回答が得られている。

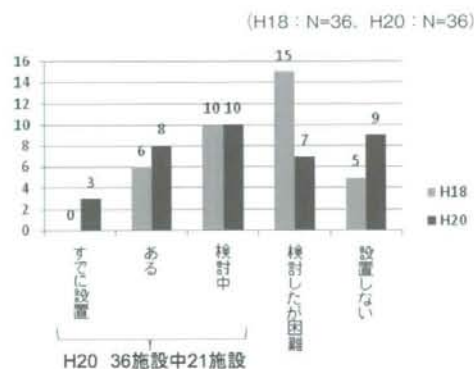
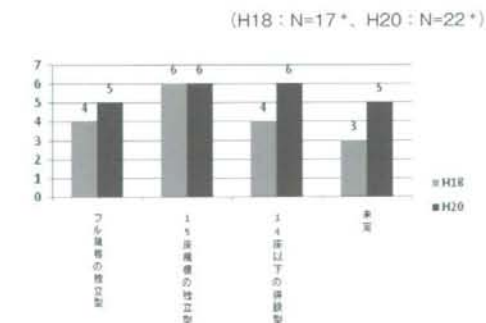


図8 指定入院医療機関設置の計画がありますか

病床規模に関しては、図9に示したようにフル規格が4から5施設、14床以下の併設型が4から6施設に増加していた。



*1病院で現在の3床から33床(H18時点では30床)に増床予定があり、これらはそれぞれ記載した

図9 病床規模

3) 指定入院医療設置のメリット

指定入院医療設置のメリットについては、図10に示したように、「高いレベルの精神医

療環境の実現」が9から17施設に増加し、「病院スタッフの充実」「経営のプラス材料」などをあげた施設数が倍増していた。

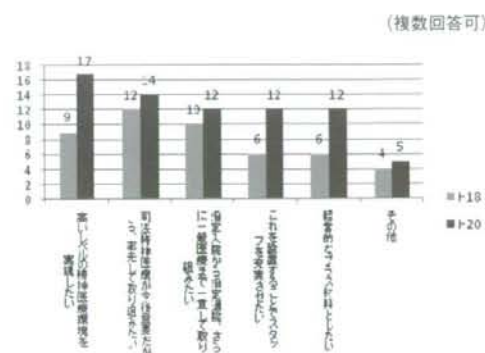
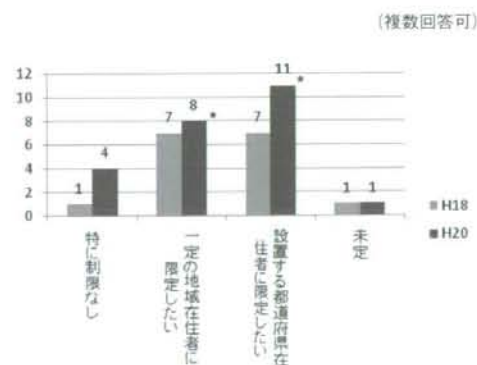


図10 指定入院医療機関を設置することによるメリット

4) 指定入院する対象の指定入院の地域や段階についての希望

受け入れ地域については、一定の地域や設置する都道府県在住者に限定したいという希望が増加しており、3施設では、現状では難しいが指定入院病床が十分整備されれば限定したい希望があった。また段階については、急性期から社会復帰まですべての段階を行うという施設が10から18施設に増加していた。



*3病院で、現状では難しいが指定入院病床が十分整備されれば限定したい希望あり

図11 指定入院症例への受け入れ側の地域的希望

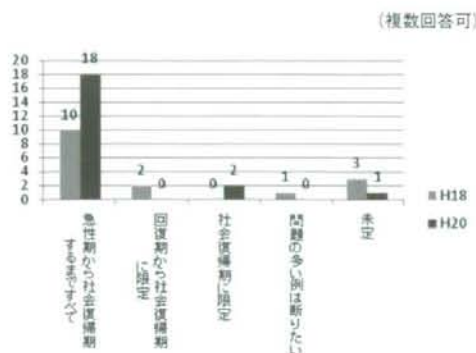


図 12 指定入院する対象の指定入院の段階についての希望

5) 検討したが困難、設置しない理由

図 13 に示したように、困難や設置しない理由は平成 18、20 年いずれも同様であった。都道府県の反対、地域住民の反対などの理由がいずれも多かった。また平成 20 年度調査では経営形態変更が新たな理由としてあげられていた。

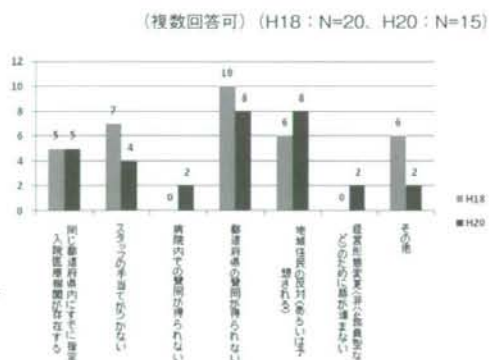


図 13 検討したが、困難・設置しないと答えた場合の理由

3. まとめ

都道府県立精神科病院の中で、医療観察法の入院医療にすでに取り組んでいる、あるいは取り組む予定であるという施設が増加し、その中で小規模併設型を選択する施設も増加してきている。小規模併設型指定入院医療機

関の運営については、なお危惧の念があるが、小規模の県では設置すべきという意見もあり、また各都道府県で指定入院医療機関を整備すべきであるという意見もあった。小規模併設型でも急性期から社会復帰期まですべてを行い、一貫した医療を行いたいという希望が明らかであり、既存の病棟の増築などでこれを計画している施設もあった。一方で、スタッフの増員は必要とする施設がほとんどであった。指定入院医療機関を設置しない理由として、平成 18、20 年いずれも都道府県の反対、地域住民の反対などがあげられており、都道府県立病院だけの意向では設置がなかなか困難である状況も伺えた。そして一部の施設では経営形態の検討が指定入院医療機関の設置にも影響を与えていた。

II. 大阪府立精神医療センターにおける小規模併設型指定入院医療機関の運用

A. 研究目的

大阪府立精神医療センターにおける小規模併設型指定入院病棟の開棟までについては、平成 19 年度の報告書で述べた。今回は、平成 19 年 9 月 7 日の開棟から、約 1 年半の運用経験について報告する。合併症にて転院し治療を受けたケースはあったが、重大な他害行為の再発や離院など大過なく経過し、比較的順調な運用が行えている。

B. 運用経験から得られたこと

1. 精神保健福祉法患者との共存について

1) 精神保健福祉法入院患者の状況

医療観察法指定入院の対象者の受け入れにおいては、精神保健福祉法で入院している患者に対して処遇格差に配慮しなければならない。そのため、予め法律に則った入院であり個室の提供も定められていることなどの説明

が必要と判断した。まず行ったことは、医療観察法の病床があることを面会室に掲示したことと開棟前に入院患者全員に対して「精神の病気によって重大な犯罪（殺人・傷害・強盗・放火・強姦・強制わいせつ）を犯した人が入院してくる。病室は個室を使用する」と説明した。この際、3名の患者が不安（「怖くないですか。医療観察法とは。どんな人が来るのですか。等」）を述べた。

そこで、「病気が原因で重大な犯罪を起こした人に対する医療」、「地方裁判所の命令で入院している」、「法律で定められた医療の提供が必要」、「皆さんと同じように心の病気で治療を受ける」、「個室が提供されることも定められている」等を説明したが、それ以上の不安や意見を述べる患者はいなかった。対象者入院後は、精神保健福祉法患者との交流も見られ、対象者に対する恐怖感を訴えることなく経過している。

しかし、対象者に毎日行われるプログラム提供に対して、精神保健福祉法の患者が、職員に治療格差の不満を述べた。不満の内容は、「あいづらだけ、中庭に出ることが多い（運動プログラム）」、「自分も作業をもっと行いたい」との内容である。そこで、レクリエーションの回数を増やすことや個別に同伴して外食に行くことなど個人的にニーズの充足を行った。また、作業を積極的に行っている病棟へ転棟することや早期の退院促進を図ることも努力している。その結果、処遇格差はあるものの現在不満を述べる患者はいない。また、処遇格差を理由とした、患者間でのトラブルは開棟後全くない。

2) 医療観察法指定入院対象者の状況

精神保健福祉法患者に対する対象者の感想

を尋ねると「怖い人がいる（刺青）」「おもしろい人がいる」「別に・・・」等の意見はあるが、結論としては、個々で感想が異なり共通した感想は聞かれなかった。また、「他の病院に変わりたい。前の病院に戻りたい」の希望・要求はなかった。

そのほか、前医療観察法病棟との比較について対象者の感想を尋ねると「食事おいしい」が全員共通する感想で、病棟の雰囲気は、「どっちもどっち」、「気楽」、「女性が少ない」、「古い」であった。治療については、「同じ」、「忙しい」、「体育館がない」、「看護師がおもしろい」との感想が聞かれた。

2. セキュリティーについて

ハード面では、竣工後43年を経過した従来からの閉鎖病棟であり鉄格子もある。今回変更したところは、出入り口の扉をさらに設けて二重扉にした所である。

ソフト面では、院内・院外の外出時、2名以上の同伴を安全管理マニュアルや看護手順で定め、離脱の危険を防止している。また、スタッフに対して安全管理の意識を高めるため、「離脱は新聞に載る・プレス発表も必要」と説明し、重責を担う自覚を促した。また、離脱防止の観察方法として、常に対象者に焦点をあてるミクロの観察者と全体を観察するマクロの観察者に役割分担するなど個々の役割と責任を明確にした。これは、視野に入れているつもりで観察していても見過ごすことがあるため、焦点を明確にした。

外出・外泊の際は、離脱の予見をアセスメントする必要があるため、表1で示したようなリスクアセスメントを直近の治療評価会議と外出・外泊直前に実施することとした。

外泊及び院外外出許可のリスクアセスメント (治療評価会議で評価する)					
【安全確認項目】 問題あり×・なし○	初期 評価	当日 評価	【自覚確認事項】 問題あり×・なし○	初期 評価	当日 評価
1. 入院治療への拒否傾向			1. 入院治療の同意		
2. 早期退院の焦り			2. 退院までの経過の理解		
3. 強い帰宅願望			3. 外出目的の理解		
4. 拒薬傾向			4. 服薬コンプライアンス		
5. 幻覚妄想状態による行動化			5. 勝手な行動を行わない		
6. 不安・不眠の障害			6. 同伴職員への連絡方法		
7. 抑うつ感情・自殺願望					
8. 将来に対する悲観感情					
9. 他の患者とトラブル					
10. 転院願望			総合評価 : 外出・外泊		

3. 対象者の入退院状況について

開棟してからの対象者の入退院状況について以下に示す。

平成19年9月10日(月)

下総精神医療センター(千葉県)より2名(回復期)転入院

平成19年9月11日(火)

国立精神神経センター武蔵病院(東京都)より1名(回復期)転入院

平成19年9月18日(火)

北陸病院(富山県)より2名(社会復帰期・回復期)転入院

平成20年3月21日

指定通院へ1名移行(入院期間758日)

平成20年3月24日

北陸病院より1名(回復期)転入院

平成20年8月29日

指定通院へ1名移行(入院期間793日)

平成20年9月4日

鑑定入院から急性期ステージとして1名入院

平成20年9月29日

指定通院へ1名移行(入院期間712日)

平成20年10月6日

菊池病院より1名(回復期)転入院

すなわち開棟して1年半の間に8名の対象者が入院し、この中で3名が指定入院から退院したことになる。

4. 指定入院からの退院者について

3名の退院者について以下に概要をまとめた。

Aさん 30歳代 統合失調症（放火）
治療効果があり、内省も見られた。退院2ヵ月前に肺炎の合併症で某医大付属
病院に1週間入院。
アパート退院（独居）

北陸病院 大阪 退院
2006/2/23 2007/9/18 2008/3/21

北陸病院（573日） 大阪（186日） 入院期間（758日）

急性期（161日） 回復期（309日） 社会復帰期（288日）

Bさん 50歳代 統合失調症（殺人）
治療効果はあるが、被害的傾向は残存。
アパート退院（独居）

北陸病院 大阪 退院
2006/6/29 2007/9/18 2008/8/29

北陸病院（447日） 大阪（347日） 入院期間（793日）

急性期（348日） 回復期（256日） 社会復帰期（189日）

Cさん 30歳代 統合失調症 MR（殺人未遂）
一定の治療効果あり、MR（IQ49）にて見守りが必要
指定通院機関に任意入院。その後、援護寮に入寮予定

下総 大阪 退院
2006/10/19 2007/9/10 2008/9/29

下総精神医療センター（327日） 大阪（386日） 入院期間（712日）

急性期（90日） 回復期（458日） 社会復帰期（164日）

これら3名の退院者はAさん 社会復帰期
が288日であったが、その内、大阪では186
日であった。Bさんの社会復帰期は189日で、
これは大阪であった。そしてCさんの社会復
帰期も大阪で164日であった。入院期間につ

いては、個々の病状・学習力で変わるが、病
状が安定し、社会復帰を目指すステージでは、
指定入院のクリティカルパス通りの期間で退
院していることになる。これはこれらの対象
者では、大阪府管内への退院なので、関係機

関と密に情報交換が行われ、退院の準備がスムーズに行うことができたためと考えられる。我々が行った小規模病棟における退院調整の特徴として、次のような点がある。

- i) 大阪管内が退院地
- ii) PSW 等が大阪管内の退院に関する病院・施設等を熟知
- iii) 関係者が大阪管内であるため、CPA を行いやすい。

これらの結果、退院準備が行いやすく、スタッフの負担が少なく、経費が節減でき、入院期間の適正化が図りやすい。これらは、地元に着した小規模併設型の利点が大きく生きた点と思われる。

5. 退院促進への SST について

我々は、他害行為に至る過程を対象者が理解し、治療継続の自覚と他害行為防止のスキルを身につけることに重点をおいてきた。このような取り組みの目的・目標は、以下の通りである。

- i) 医療へのアドヒアランス(主体的参加)へ導く
- ii) 服薬モジュール・症状管理モジュールの理解
- iii) セルフモニタリングの理解と実行
- iv) SOS 発信の理解と実行

これらの点の達成を目指し、SST を 8 セッション 2 回行い、合計 16 セッションで評価している。不足な点は再度行って、理解と実行力の強化を図ることとした。また、セッション半ばでも適時、形成的評価を行って、不十分な点を強化している。

6. 社会復帰期クライシスプラン

社会復帰期においては、以下に示すようなクライシスプランを各対象者に作成し、徹底を図った。

- i) 再発・再燃の予兆を知る
- ii) 具体的な症状の理解をする(不眠・食欲低下・被害的・不安感など)
- iii) SOS 発信のタイミングを知る
- iv) 具体的な相談者の確認を行う
- v) 具体的な連絡先(時間・曜日・休日・正月)を明確にしておく
- vi) 病状悪化時には、短期間の任意入院の理解(休憩入院)も理解しておく

7. 小規模病棟におけるその他の役割

医療観察法に関わるスタッフは、多職種治療チーム(MDT)での評価・治療の経験を積んでいる。このため、鑑定入院を受け入れた時点ですでにMDTを編成して対応している。このような経験や知識を持つスタッフがMDTを編成し鑑定に関わることで、医療観察法医療の適否に焦点が絞れ、入院時基本情報管理シートを活用(指定入院の基礎情報や共通評価)し、必要な情報の収集がおこなえる。そして、小規模病棟であってもより多くのスタッフがMDTを経験し、スタッフの質の向上を図ることもできた。そして、多くのスタッフが医療観察法医療の経験を積む中で、鑑定入院の質のさらなる向上が可能となった。

8. 身体合併症について

開棟後、対象者 1 名に身体合併症が生じた。この対象者は、30 歳代 男性の統合失調症患者であり、対象行為は放火であった。身体合併症が生じた時点では社会復帰期で退院の時期も決定していた。初期症状は腹痛で始まり、血液検査の結果CRPが40以上を示し、非常に強い炎症所見であった。直ちに近隣の病院

に受診した結果、急性肺炎の診断で緊急に入院治療を要した。

医療観察法指定入院対象者であり、第100条の適応を考えながら厚生局と保護観察所に相談したが、最終的に指定入院機関の責任者判断となった。

緊急入院した病院には医療観察法指定入院対象者であることや医療観察法についての法的資料を持参し、入院中の対応について緊急に協議を行った。

対象者は、社会復帰期で退院時期が決定していることや他害性のリスクがないこと、身体面の治療が必要であることの自覚を持っていること等から離院や他害のリスクがないと判断し、日中に看護師1名が付き添い、夜間は、何かあれば病院から急行することで受け入れてくれた。そして、問題なく経過し1週間で退院できた。

付き添いが必要な場合、当該病棟から職員を出すには限界がある。この教訓から今後対象者が身体合併症で入院した場合、付き添い体制のアセスメントを行って、3交代などの付き添いが必要な場合には、病院全体でフォローすることを取り決めた。具体的には、指定入院病棟の各勤務帯スタッフが付き添い、付き添った穴を全病棟でカバーすることである。

身体合併症の付き添いは、他の指定入院機関でも悩み事であり、今後の課題と思われる。

Ⅲ. 山梨県立北病院における小規格併設型病棟計画

A. 研究目的

わが国で最初の小規格併設型指定入院医療機関は、大阪府立精神医療センターに作られて、その実践報告が本報告書にも書かれている。大阪では覚醒剤中毒患者、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

患者等を受け入れてきた病棟を改修して小規格併設型病床5床の整備を行った。また大阪の小規格併設型は今後数年で、病院の全面改修に伴って、フル規格への移行することが予定されている。

一方、人口88万人と小規模な山梨県での唯一の精神病床を持つ山梨県立北病院は、スーパー救急病棟に増築する形で、5床の小規格併設型指定入院医療機関を設置し、恒常的に運営する計画を立てている。そして増築部分で指定通院医療も行う予定である。今回は、この計画について概要をまとめた。

B. 小規格併設型病棟計画

1. 運営方針

指定入院患者は山梨県在住の対象者を優先とする。また、急性期・回復期・社会復帰期のすべての段階を対象者とする。そして指定入院から通院への継続性を高めるために、指定通院もここで行えるように通院のための診察室などを整備し、アウトリーチ機能ももたせる。

2. 増築プランと増員計画

平成17年より運営開始したスーパー救急病棟(1A)は、保護室が3、モニター付の強化個室が8、男女別個室が16、男女別4人部屋が3で構成されている。これに指定入院病床を5、保護室1(親病棟の保護室面積が10㎡未満であるため)、作業療法室や集団精神療法室、スタッフルームなどを設け、さらに診察室や指定通院患者の待機室などの指定通院ゾーンを設置する。この病棟は1階に位置しているため、病棟周囲にフェンスを設置する。平成21年度から増築工事を行い、平成22年夏には運営開始をめざす。精神科医師1名、看護師は4名、精神保健福祉士、作業療法士、臨床心理士は各1名増員を計画している。

3. 現在のスーパー救急病棟の安全管理体制と指定入院病床併設における検討事項

病棟への出入り扉は一重で、金属探知器によるチェックは保護室入室の際のみとしている。散歩は院内規定の自由度の範囲内で行い、面会は主治医の許可さえあれば、面会場所も含め、基本的に制限していない。物品の貸し出しは病状の範囲内で許可している。火災などの場合、病棟内の扉は一斉解除されるシステムとなっており、避難誘導はスタッフが行うことになるが、離院防止には限界がある。また、病室内の設備などが関係した自殺企図も生じており、平成19～20年度にはロッカー内での縊首1件、病室内の内鍵での縊首2件があり、転帰として、既遂例2例、未遂例1例となっている。

指定入院病床が増築される際に、親病棟も含めて、出入り扉は二重とするが、金属探知器によるチェック方法、散歩や面会者、面会場所なども検討が必要である。物品の貸し出しや緊急時の避難体制、これまでの事故を教訓とした病室内設備の見直しも必要である。

4. 現在の治療プログラムと増築後の治療プログラム

1A病棟では、看護師による心理教育プログラム、生活リハビリテーション、アロマセラピーなどを行っており、これに加えて、作業療法士による作業療法、そして看護師および作業療法士共同プログラムも行われている。さらにデイケアにつなげるデイケア試験参加も積極的に行われている。

このような既存のプログラムを強化し、新たに設置される作業療法室や集団精神療法室を中心に、多職種チームによる各種プログラムを運営する予定である。病棟から出る形のプログラムはセキュリティ確保のために、一定の制限が必要になるだろうから、できる限り病棟内で行うプログラムの充実が求めら

れる。

5. 看護体制、研修など

現在のスーパー病棟病棟は看護師24名で、三交代勤務（深夜勤3名、準夜勤3名）で運営されており、固定チーム継続受け持ち制をとっている。

指定入院病床を併設すると看護師28名体制で、三交代勤務（深夜勤3名、準夜勤3名）で固定チーム継続受け持ち制は継続する。そして、スーパー救急担当看護師18名、観察法担当看護師9名（3名は専任）、師長1名の2チーム制とする。観察法担当看護師は指定入院5床、指定通院関連業務、スーパー救急病棟5床を担当する。観察法担当看護師として、通常日勤4～5名、夜勤1名を配置する。観察法専任3名の夜勤は、月6～7回程度として、3名の中で1名は必ず日勤とする。

21年度は現状の人員で、通常業務をしながら、中核スタッフ研修、担当スタッフの研修、セキュリティの向上を検討する必要がある。この場合に、これまでと同等のサービスを保ちつつ、どのように安全性を確保するかが課題であり、セキュリティを向上しつつ、アメニティーを低下させない方策を考えなければならない。そして、指定入院医療を行う中で、病棟全体の治療プログラムを向上させることが目標で、特に「多職種によるプログラム」が鍵になるであろう。

IV. 遠方からの指定入院対象者を受けける指定入院医療機関の移動負担について

A. 研究目的

指定入院病床の不足や偏在によって、指定入院対象者は、ときに、出身地からはるか遠方の指定入院医療機関に処遇されることがあり問題となっている。医療機関が遠方にある

と、家族が対象者に面会するのも、対象者が自宅や居住施設へ外出・外泊するのも、容易ではない。遠方の医療機関に、それぞれが多忙を極める関係者が一同に会するのも一層困難になるかもしれない。指定入院対象者が遠方の指定入院医療機関へ入院すると、このような「遠距離」に由来するさまざまな負担が生じ、対象者を含む関係者やその所属する関係機関はその負担を一緒に負わなければならない。

しかし、全国の指定入院医療機関には、遠方から入院する指定入院対象者がどれくらい居るのか、その実態は十分に把握されていない。本研究では、そこで、遠方への入院（すなわち、遠距離入院）を「地方厚生局の管轄区域外への入院（管外入院）」と規定し、指定入院対象者の帰住先に関して全国の指定入院医療機関にアンケート調査を行った。そこで検討されたのは、指定入院対象者の帰住先都道府県と指定入院病床の整備状況、医療機関ごとの管外入院比率、それをもとにした医療機関類型、帰住先最寄り駅への移動負担（所要時間・移動距離・片道交通費・標準外泊費用）である。

ところで、大阪府立精神医療センターに開設された日本初の小規格併設型病棟は、33床の独立型指定入院病棟を含む新病棟竣工までの暫定的な病棟として平成19年9月から運用が開始されたものであるが、5床の指定入院病床は、対象者の転入院によりたちまち満床となった。しかし、ここに入院した対象者はいずれも帰住先が大阪府内にある「地元」の患者であり、地域機関との連携や外泊等の退院前準備作業はスムーズに進行し、地元の言葉や文化（その象徴としての大阪弁）によるスタッフとのコミュニケーションも対象者には心安らくものがあるらしく、退院実績もあがっている。

指定入院病床を14床以下の病床数で任意に

設定できる小規格併設型病棟は、人口規模の比較的小さな地方自治体立の精神科病院にも取り組みやすい規格サイズであり、複数の地方自治体で開設準備が進んでいる。小規格併設型病棟は、大阪の実例をみる限り、「会う（面会・会議）」、「訪れる（外出・外泊）」などの精神科入院治療にとってのごく基本的な関わりや退院前訓練がスムーズに行えることが強みである。厚生労働省の算定による指定入院病床必要数は720床程度であり、なお未整備の300床が33床の独立型病棟のみで整備されたとすると、指定入院医療機関数はあと9程度増加し、全国で25医療機関程度におさまる。つまり、地元指定入院治療機関のない地方自治体が22程度発生することになり、恒久的に指定入院医療機関がないことによる弊害を受ける地域も出てくるであろう。小規格併設型病棟は、このような医療機関の不足や偏在の問題への解決方法のひとつともなる。

このような見地から、今回は、指定入院病床に入院している全対象者に対して、帰住先とそこへの移動負担について具体的に調査検討した結果を報告する。

B. 研究方法

1. 調査対象と方法

平成20（2008）年9月に国内で開設されていたすべての指定入院医療機関に対して本研究の概要説明、及び、参加・協力を文書により依頼したところ、16ある指定入院医療機関のすべてから調査協力が得られた。そこで、「施設調査票」と「個人調査票」の2種類の調査票を各医療機関担当者あてに送付し、調査票に回答してもらった。調査票には、調査票への記入方法を説明したマニュアルを添付した。

施設調査票に含まれる調査項目は、施設名、平成20年9月30日時点（以下、調査時点）の指定入院対象者数、施設のある都道府県名、最寄り駅の4項目であり、施設毎に1枚作

成した。また、「個人調査票」に含まれる調査項目は、整理番号、調査時点の病期、帰住先の都道府県名、最寄り駅、外泊実績、外泊に関連して発生した困難（外泊したケースのみ自由記載）、外泊していない理由（外泊していないケースのみ7つの選択肢からの複数回答）の7項目であり、指定入院対象者ごとに作成した。個人調査票には、個人が特定できる情報は含まれないように十分配慮し、調査事務局が後日調査票の記載内容を照会できるように患者整理番号を付けたが、整理番号と各医療機関で用いられている患者IDの照会表は各施設内で保管するようにした。

本研究では、「帰住先」を「自宅等、対象者が退院を予定している場所」と定義した。ただし、帰住先が未定のケースでは、調査時点でもっとも適地と考えられる帰住先都道府県名を記入するようにした。また、「最寄り駅」とは、対象者の帰住先にもっとも近い公共交通機関（JRや私鉄など鉄道等）の駅名を、最寄り駅が複数ある場合は、対象者がよく使用する方の駅名を記入してもらった。離島などで、空港や港しかない場合には空港名、ないし、港名を記入してもらった。

2. 本研究に用いられた指標

指定入院対象者の帰住先都道府県データから指定入院医療機関毎に「地元入院者」の比率（地元率）と「管外入院者」の比率（管外率）を算出した。このうち、「地元入院者」とは、入院中の指定入院医療機関のある地方自治体内に帰住先がある指定入院対象者（例えば、武蔵病院へ処遇され、帰住先は東京都内にある対象者）のことであり、地元入院者の比率を「地元率」と呼ぶことにした。一方「管外入院者」とは、入院中の指定入院医療機関がある地方厚生局の管轄区域外に帰住先がある指定入院対象者（例えば、武蔵病院へ処遇され、帰住先が東北厚生局の福島県内にある

対象者）のことであり、管外入院者の比率を「管外率」と呼ぶことにした。本研究では、地方厚生局の管轄区域を7つ（北海道・東北・関東信越・東海北陸・近畿・中国四国・九州）として検討を行った。

ところで、本研究では、地元入院者・管外入院者のほかにも「管内入院者」を規定した。「管内入院者」とは、入院中の指定入院医療機関のある地方厚生局の管轄区域内に帰住先がある指定入院対象者（例えば、武蔵病院へ処遇され、帰住先は関東信越厚生局管轄区域内の群馬県内にある対象者）のことであり。本来、管内入院者には地元入院者も含まれるが、本研究では、管内入院者と言う場合には地元入院者は含めていない。

3. 帰住先への所要時間・費用の計算方法

指定入院対象者の帰住先への移動負担を定量検討するためにインターネット上に一般公開されている「Yahoo!路線情報」を利用して、指定入院医療機関の最寄り駅と対象者の帰住先最寄り駅の2駅間移動にかかる最短時間（所要時間）、移動距離、一人当たり片道交通費を算定した。「Yahoo!路線情報」は、ネット上で公開されている経路検索サービスのひとつであり、移動日、移動手段、出発時刻を入力すると、所要時間・交通費・距離が確認できる。本研究では、検索条件として、仮定の移動日を平日の平成20年12月1日、利用する交通手段は本サービスの初期設定（新幹線・有料特急・高速バス・空路のいずれも使用可）とし、出発時刻は「指定なし」とした。また、調査票の提出が遅れた医療機関1カ所については、「Yahoo!路線情報」のサービス期間が終了し、平成20年12月1日の条件で計算が行えなかったため）仮定の移動日を平成21年1月30日とし、その他の検索条件は同様として検索した。

4. 指定入院医療機関の所在地最適化シュミレーション

本研究では、指定入院病床が充足し、遠距離入院処遇がなくなると、現在ある帰宅先への移動負担がどの程度軽減されるかをシュミレーションした。この際、指定入院医療機関の整備状況をどう描くかによってシュミレーション内容は変わることになる。今回は、地方自治体立精神科病院レベルにまで指定入院病床がくまなく整備され、指定入院治療は、国立ないし自治体立の地元指定入院医療機関内で受けることが可能になる、と仮定し、医療機関所在地の最適化シュミレーションを実施した。最適化シュミレーションは、指定入院医療機関から帰宅先最寄り駅への所要時間が特に長い10例についてのみ実施した。

C. 結果

全国に16ある指定入院医療機関すべてから本研究への協力・回答が得られ、回収された施設調査票は16、個人調査票は447であった。調査票への記載に関しては、施設調査票については、すべての項目に回答が記載されていた。

個人調査票については、対象者の帰宅先都道府県、対象者の病期・外泊の有無については全医療機関から回答が得られたものの、対象者の帰宅先の最寄り駅については、個人情報保護の観点から最寄り駅についての情報開示が許可されず、2医療機関から回答が得られなかった。その結果、最寄り駅未記入の調査票も含めると、経路検索の検討に用いられたのは262名分(58.6%)のデータとなった。

なお、本研究では、指定入院医療機関を記載する際、医療機関名でなく、任意の医療機関番号を使用した。こうした配慮を行ったとしても、ある医療機関番号がどの医療機関に相当するかは、ある程度分かってしまうであろう(例えば、指定入院病床数が5床の医療

機関は「大阪府立精神医療センター」である等)。しかし、本研究事務局では医療機関名についての照会があっても問い合わせには一切応じないつもりである。

1. 調査時点における指定入院対象者の帰宅先都道府県、所轄厚生局と指定入院病床充足率

調査時点(平成20年9月30日)で入院中の対象者は447名であり、急性期が101名、回復期が213名、社会復帰期が133名であった。表2の左側には、指定入院対象者447名の帰宅先都道府県、その都道府県にある指定入院病床数、及び、指定入院病床充足率を一覧表としてまとめた。また、右側には、帰宅先所轄の地方厚生局に関して、同様の数値をまとめた。

都道府県別の指定入院病床充足率は、指定入院医療機関がある16の都道府県では、東京都・大阪府を除くと、すべてで指定入院病床充足率が1を超えており、佐賀県の16.5が最大であった。指定入院対象者の帰宅先としては、20名を超えていたのが、東京都43名(9.6%)、埼玉県・神奈川県29名(それぞれ6.5%)、千葉県26名(5.8%)、北海道24名(5.4%)、大阪府23名(5.1%)、愛知県22名(4.9%)であり、福岡県・兵庫県17名(それぞれ3.8%)が次いでいた。一方、調査当時、指定入院対象者数が10名より少なく一桁であった府県が33あり、この33府県の指定入院対象者の合計数は148名(33.1%)であった。そして、この33府県中に指定入院病床がない府県は25であった。

帰宅先所轄地方厚生局でみると、指定入院病床充足率は、全国7つの厚生局のうち、指定入院病床が充足されていた(充足率1以上となる)のは、充足率の高い順に、中国四国1.83、東海北陸1.63、九州1.40の3厚生局であり、東北0.94、関東甲信越0.89の2厚生局は充足