

表2 H20.9.30の指定入院対象者447名の帰住先都道府県、帰住先所轄厚生局と指定入院病床数、及び、指定入院病床充足率

帰住先都道府県	指定入院者数	指定病床数	充足率	帰住先所轄厚生局	指定入院者数	指定病床数	充足率				
北海道	24	0	0.00	北海道	24	0	0.00				
青森県	7	0	0.00	東北	35	33	0.94				
岩手県	7	33	4.71								
宮城県	8	0	0.00								
秋田県	4	0	0.00								
山形県	3	0	0.00								
福島県	6	0	0.00								
茨城県	12	0	0.00	関東信越	168	149	0.89				
栃木県	6	0	0.00								
群馬県	7	0	0.00								
埼玉県	29	0	0.00								
千葉県	26	33	1.27								
東京都	43	33	0.77								
神奈川県	29	33	1.14								
新潟県	7	33	4.71								
山梨県	1	0	0.00								
長野県	8	17	2.13								
富山県	3	33	11.00					東海北陸	51	83	1.63
石川県	1	0	0.00								
岐阜県	6	0	0.00								
静岡県	13	0	0.00								
愛知県	22	33	1.50								
三重県	6	17	2.83								
福井県	8	0	0.00								
滋賀県	3	0	0.00								
京都府	6	0	0.00	近畿	62	5	0.08				
大阪府	23	5	0.22								
兵庫県	17	0	0.00								
奈良県	2	0	0.00								
和歌山県	3	0	0.00								
鳥取県	1	0	0.00								
島根県	1	0	0.00					中国四国	36	66	1.83
岡山県	4	33	8.25								
広島県	10	33	3.30								
山口県	6	0	0.00								
徳島県	3	0	0.00								
香川県	3	0	0.00								
愛媛県	5	0	0.00								
高知県	3	0	0.00								
福岡県	17	0	0.00	九州	60	84	1.40				
佐賀県	2	33	16.50								
長崎県	8	17	2.13								
熊本県	4	17	4.25								
大分県	1	0	0.00								
宮崎県	5	0	0.00								
鹿児島県	10	0	0.00								
沖縄県	13	17	1.31								
未定	11	-	-					未定	11	-	-
合計	447	420						合計	447	420	

指定入院病床充足率とは、指定入院者数に対する指定病床数の比率のことである。

率が1に近く、かなり充足されていた。一方、北海道、近畿の充足率は、それぞれ、0.00、0.08であり、北海道厚生局、及び、近畿厚生局管内の指定入院病床がほかの管轄区域と比較してかなり不足していることが明らかとなった。

なお、本研究で確認された指定入院対象者数447名とは、調査時点の国内の指定入院病床数420床を27名分上回っている。このようなことが生じるのは、指定入院医療機関が(指定入院病床の不足を補おうとして)定床数を超える入院対象者を(独自の工夫等により病床を確保して)受け入れていたり、先の特例による入院待機者のデータも含んでいる(入院待機者も、書類上は指定入院医療機関に入院していることになる)からである。本研究では、しかし、入院待機者がどのくらい含まれているかについての正確な数は不明である。

2. 帰住先による指定入院対象者属性

指定入院対象者447名を帰住先都道府県データによって「地元入院者」、「管内入院者」、「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名であり、「地元率」は28.0%であった(図14)。また、「管内入院者」は166名(37.1%)、「管外入院者」は145名(32.4%)であり、「非地元」となる入院者は311名であった(「非地元率」は、したがって、69.6%)。調査時、帰住先都道府県が未定の者は11名(2.5%)であった。

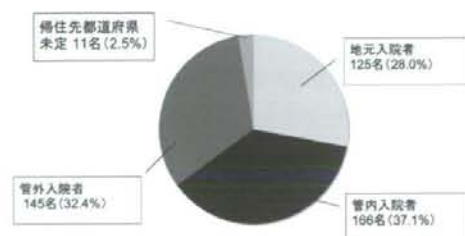


図14 H20.9.30に入院中の指定入院対象者447名の帰住先属性

調査時点で地元入院者の比率が高い順に16の指定入院医療機関を並べると、図15のようになり(図中、棒グラフの下に付けられた番号は、任意の指定入院医療機関番号である)、医療機関によって入院患者の帰住先属性に差が見られた。例えば、医療機関15では、すべてが地元入院者で占められており、地元率が100%と突出していた。医療機関3、10、1、6、では、地元入院者が半数以上おり、管外入院者は少なかった。また、医療機関12、13、11、14、5では、管外入院者が半数以上おり、地元入院者は20%程度であった。医療機関4、8、7は、管内入院者が60%を超過し、地元入院者・管外入院者は少なかった。

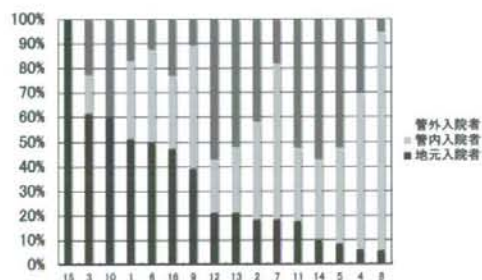


図15 H20.9.30の全国16カ所の指定入院医療機関別、指定入院対象者の帰住先属性比率

このように帰住先都道府県データにもとづいて入院者属性の比率を算出すると、指定入院医療機関は、いくつかのグループに分類できるようであり、以下にさらに検討を行った。

3. 地元率・管外率による指定入院医療機関の種類

その結果、地元率と管外率の2指標を用いると、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(表3)。

表3 地元率・管外率による指定入院医療機関の類型

医療機関番号	指定入院者数	帰住先都道府県の記載あり	地元入院者数	地元率	管外入院者数	管外率	類型	典型的
15	4	4	4	1.00	0	0.00	特化	*
3	34	26	16	0.62	8	0.23	地元	*
10	20	20	12	0.60	8	0.40	地元	*
1	35	35	18	0.51	8	0.17	地元	*
8	33	32	16	0.50	4	0.13	地元	*
16	17	17	8	0.47	4	0.24	地元	*
9	37	36	14	0.38	4	0.11	地元	*
7	24	33	6	0.18	8	0.18	管外	*
4	33	33	2	0.06	10	0.30	管内	*
8	17	17	1	0.06	1	0.06	管内	*
12	33	33	7	0.21	19	0.58	管外	*
13	19	19	4	0.21	10	0.53	管外	*
2	36	36	7	0.18	16	0.42	管外	*
11	17	17	3	0.18	8	0.53	管外	*
14	40	40	4	0.10	23	0.58	管外	*
5	36	36	3	0.08	19	0.53	管外	*
合計	447	438	125	0.29	145	0.33		

表4 指定入院対象者の帰住先属性比率にもとづく指定入院医療機関の類型

類型	説明	地元入院者	管内入院者	管外入院者
地元特化型	入院者のほとんどすべてが地元入院者	***	-	-
地元型	地元入院者が半数以上おり、他の入院者も多くは管内入院者で、管外入院者は少ない	***	**	*
管内型	管内入院者が半数以上おり、地元入院者・管外入院者は少ない	*	***	*
管外型	管外入院者が半数以上おり、地元入院者・管内入院者は少ない	*	**	***

「地元特化型」は、地元率が極めて高く、医療機関15のみがこれに分類された。また、「地元型」は、地元率が比較的高く、管外率が比較的低い医療機関であり、7つの医療機関がこれに分類された。このうち、医療機関3、1、6は、もともと「地元型」らしい典型的な医療機関と言えよう。一方、医療機関8は、地元率は高いものの、地元入院者以外はすべて管外入院者で占められており、管外率は40%と高かった。これを「管外型」としないのは、管外型ほど管外率が高くなく、地元率が60%と高いためである。医療機関16、及び、9は、地元率が半数に届かず「管内型」にも似ているが、「管内型」の地元率は20%以下と低いため、「地元型」の方に区分された。

「管内型」は、地元率も管外率も比較的低く、管内入院者が多い医療機関であり、医療機関7、4、8の3つの医療機関がこれに分類された。例えば、医療機関8では、管内入院者が88%を占め、地元入院者も管外入院者もこ

くわずかしか入院していなかった。

「管外型」は、地元率が低く、管外率が高い医療機関であり、6つの医療機関がこれに分類された。医療機関2を除く5つの医療機関では、いずれも、管外率が50%を超えていた。医療機関2の管外率は42%とやや低いが、地元率は、他の「管外型」医療機関と同等程度であり、「管外型」に区分された。

指定入院対象者の帰住先属性比率にもとづいて、指定入院医療機関の4類型をまとめたものが表4である。

4. 指定入院医療機関最寄り駅から指定入院対象者の帰住先最寄り駅への所要時間

指定入院対象者262名の帰住先最寄り駅データから、帰住先最寄り駅への平均所要時間は2時間38分と算定された。所要時間の度数分布では、図16のように、最頻値は「2時間以内（1時間は超えるが2時間以内には目的地へ到着）」が63名（24.4%）であったが、所要

時間が4時間を超えるものがあわせて60名(22.9%)おり、最長は7時間58分であった。なお、ここで算定された所要時間は、公共交通機関を利用した場合の医療機関最寄り駅から帰住先最寄り駅への所要時間であり、医療機関から最寄り駅、及び、最寄り駅からの現地までの移動時間は含まれていない。つまり、実際の所要時間は、算定された値よりさらに延長することになる。

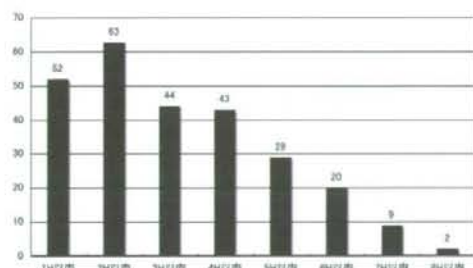


図16 指定入院対象者262名の指定入院医療機関最寄り駅から帰住先最寄り駅への所要時間分布

5. 帰住先による移動負担

指定入院対象者の帰住先の違いによる平均的な移動負担としては、表5のような4つの負担指標を算定した。それによると、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、負担は大きくなる。地元入院者87名の平均値では、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円へと増大する。

表5にある「標準外泊費用」は、指定入院対象者1名に職員2名が付き添い1泊2日の外泊を行った場合にかかる推定費用のことで、片道交通費を6倍し、1泊の宿泊費・スタッフ2名分(1名当たり5000円)を加算して算出した費用である。ただし、地元入院者については、スタッフが自宅等へ待機しビジネスホテルを利用しないことも少なくないため、宿泊費10000円は計上しなかった。管外の標準宿泊費用が突出していることが目立ち、管外入院者1名の外泊訓練には平均133,390円かかることは驚きである。

6. 指定入院医療機関類型による移動負担

指定入院医療機関類型と移動負担について上記と同様の検討を行った結果を表6にまとめた。地元特化型の医療機関15では、所要時間、移動距離、片道交通費、標準外泊費用が表4の地元入院者についての負担と同程度であった。医療機関15を基準にして、その他の医療機関の移動負担を評価すると、算定された12の医療機関すべてで移動負担は大きく、地元型、管内型、管外型の順で移動負担は大きくなることが確認された。しかし、管内型と管外型の移動負担にはわずかな差がなく、医療機関14では、地元型に匹敵する程度の移動負担しかなかった。管内型、及び、管外型では、帰住先への所要時間が3時間以上かかっており、最長は、医療機関13の4時間26分だった。

表5 帰住先による移動負担

対象者属性	指定入院者数	所要時間	移動距離	片道交通費	標準外泊費用
地元入院者	87	1:00	29.8 km	¥735	¥4,410
管内入院者	99	2:51	165.3 km	¥5,764	¥44,584
管外入院者	76	4:14	694.6 km	¥20,565	¥133,390

標準外泊費用は、職員2名付き添いの上、1泊2日した場合の経費総額を算出した。付き添いスタッフの宿泊費は、一泊5000円とし、対象者が地元の場合は、宿泊費用を計上しなかった。

表6 指定入院医療機関の類型による移動負担

医療機関番号	類型	指定入院患者数	最寄り駅の距離あり	所要時間	移動距離	片道交通費	標準外泊費用
15	地元特化	4	4	1:08	42.8	¥880	¥5,180
3	地元	34	20	1:22	79.8	¥2,858	¥18,951
10	地元	20	20	1:30	550.5	¥11,532	¥72,889
1	地元	35	35	1:43	182.8	¥4,825	¥33,808
6	地元	33	12	2:02	173.5	¥5,378	¥37,255
16	地元	17	15	2:51	347.1	¥10,289	¥67,089
9	地元	37	19	2:08	158	¥4,025	¥30,464
小計		178	121	1:52	236	¥6,181	¥41,718
7	管内	34	21	4:04	290.8	¥9,279	¥64,243
4	管内	33	20	3:00	288.4	¥11,384	¥77,364
8	管内	17	12	3:25	254.7	¥7,589	¥55,535
小計		84	53	3:31	285.4	¥9,894	¥87,223
12	管外	33	0	-	-	-	-
13	管外	19	17	4:26	610.4	¥18,312	¥117,521
2	管外	38	26	4:05	371.4	¥15,002	¥98,880
11	管外	17	16	2:45	189.4	¥4,784	¥35,708
14	管外	40	25	1:58	193.1	¥6,187	¥45,923
5	管外	36	0	-	-	-	-
小計		183	84	3:18	332.1	¥11,098	¥75,043

移動距離の単位はkmである

表7 帰住先最寄り駅への所要時間が特に長い10例についての指定入院医療機関の所在地最適化シミュレーション

医療機関番号	帰住先都道府県	指定入院医療機関 → 帰住先最寄り駅			地元自治体病院 → 帰住先最寄り駅		
		所要時間	移動距離	片道交通費	所要時間	移動距離	片道交通費
2	北海道	7:58	1245.8	¥41,830	6:44	457.4	¥13,120
7	青森県	7:47	1028	¥38,450	2:13	38.4	¥740
8	北海道	6:57	1261.2	¥28,890	5:23	358.8	¥11,170
2	北海道	6:45	362.5	¥10,250	6:57	481.9	¥12,880
7	青森県	6:45	1006.7	¥38,780	0:00	0	¥0
13	宮城県	6:43	487.7	¥25,070	2:02	46.4	¥1,080
2	北海道	6:39	394.3	¥10,270	6:41	456.9	¥13,120
13	栃木県	6:37	1221.2	¥31,870	1:58	56.2	¥3,180
2	北海道	6:33	612.6	¥28,200	6:24	313.2	¥8,380
13	兵庫県	6:12	709.1	¥20,770	1:41	83.5	¥3,790
平均値		6:53	835.9	¥27,535	4:00	228.4	¥8,744

移動距離の単位はkmである

7. 指定入院医療機関の所在地最適化シミュレーション

帰住先最寄り駅への所要時間が特に長い10例について指定入院医療機関の所在地最適化シミュレーションを行ったところ、10例の平均所要時間は6時間53分から41.9%減少して4時間00分に、移動距離は835.9kmから72.7%減少して228.4kmに、片道交通費は27535円から75.5%減少して6744円になった(表7)。

本シミュレーションでは、帰住先が青森県内にある例のように、所要時間が6時間45

分から一気に0分になった例もある一方、帰住先が北海道内にある5例では、道内の自治体立病院に指定入院病床が開設されたとしても、広大な道内の移動負担はなお大きいことが改めて確認された。

8. 社会復帰期入院対象者の外泊の有無とスタッフの外泊負担

447名のうち、社会復帰期の入院者は133名(29.8%)であり、調査当時、外泊経験者が79名(59.4%)であった。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、図

17に示したように外泊経験者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。

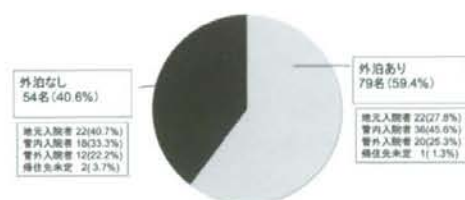


図17 調査時点で入院中の指定入院対象者447名中、社会復帰期133名の外泊実績と帰住先属性

本研究では、外泊を経験した指定入院対象者79名の指定入院医療機関スタッフに外泊についてのコメントを自由に記載してもらったところ、「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」「受け入れ先の確保」「その他」に関して表8のようなコメントが得られた。また、外泊していない指定入院対象者54名については、調査時点で外泊していない理由を複数回答可として5つの選択肢から回答を求めたところ、回答のあった49名のうち、「帰住先がないため」が27名(55.1%)、「家族が反対しているため」が9名(18.4%)、「本人が反対しているため」が0名であり、「(スタッフの確保等)外泊のスケジュール調整がつかない」は7名(14.9%)であった。一方、「近日中に外泊の予定がある」が17名(34.7%)であった。

D. 考察

本報告によって、指定入院医療機関が指定入院対象者の遠距離入院を受けることによって、医療機関には過大な移動負担が生じることが確認された。特に、移動負担がもっとも大きい「管外入院者」では、帰住先への平均

的な所要時間が4時間14分、片道交通費が20,565円、標準外泊費が133,390円であった。H20年9月30日時点の全国の指定入院医療機関入院処遇中の対象者447名のうち、管外入院者の比率は、全入院者の約1/3に相当する145名(32.4%)もあり、指定入院医療機関の管外入院者の割合は、もっとも高い医療機関(医療機関12、14)では0.58と約6割にも及んでいた。医療機関側の移動負担(時間や経費に換算できない負担も含めて)が大きいということは、同時に、家族等の移動負担が大きいということでもある。指定入院病床の空床状況によって遠距離入院させられたりさせられなかったりする、というのは不合理であろう。今後、指定入院病床の整備により病床の不足が早急に解消されることを期待するしかないと考えられる。

指定入院対象者の遠距離入院の最大の要因は、指定入院病床の不足である。しかし、指定入院病床の偏在も大きな要因である。つまり、北海道地方、及び、近畿地方には指定入院病床がほとんど整備されておらず、帰住先が北海道か近畿地方の指定入院対象者はほぼ自動的に管外入院となり、その結果、他の地域への負担ともなっている。近畿地方には、近接する区域に少なくとも2つの指定入院医療機関があるものの、北海道には移動負担の少ない場所に指定入院医療機関がなく、この問題はより深刻である。指定入院病床の偏在は、さらに、地方厚生局レベルにおいて指定入院病床が充足している管轄区域(東海北陸、中国四国、九州)でも無視できない問題が含まれる。表5で示されたように、「管内入院者」の帰住先への所要時間は2時間51分、片道交通費は5,764円、標準外泊費用は44,584円であり、移動負担は、管外入院者ほどではないにしても相当の負担と考えられた。管内といっても、広大であり、また、交通機関の整備状況によっては、距離以上に時間がかかるケー

表 8 指定入院対象者の外泊にかかわった指定入院医療機関スタッフの外泊に関するコメント

<p>1. 遠距離の移動負担や制約</p> <p>外泊してみても自宅の様子がわかった。実際に住むにはかなりの手入れが必要な家であった。近くであれば回復期からの外出で自宅の様子を確認することができたはずで、退院調整も早く進められたと思われる。</p> <p>遠方で片道1時間かかること。施設への情報伝達を行ってから実際に外泊できるまで半年もかかってしまった。</p> <p>病院から外泊先が遠方であるため、計画に時間や労力を要す。土地勘もないため本人も不安だと思う。</p> <p>千葉から北海道で遠距離だった。</p> <p>遠隔地への外泊のため対象者の身体的な負担が大きい。</p> <p>精神症状は全く落ち着いているが、腰痛などの身体的問題があって、移動などに配慮が必要である。</p> <p>移動の疲れもあってか、合併症が再発し、オペが必要な状態とされた。今後退院の調整のため、外泊を計画しなければならないが、体調が心配される。</p> <p>移動時間がとても長く、患者様だけでなくスタッフの負担も大きい。看護師1名だけでなく精神だけでなく身体管理の点で不安が強い。遠隔地への外泊のため身体的、精神的に対象者の負担が大きい。</p> <p>備付予定地が遠方であり、繰り返し行うことが困難である。地元の施設等を見学する場合も、時間やその範囲が限られてしまう。</p> <p>退院後は施設入所を想定しており、体験利用を実施したが、遠方のため施設が希望する長期・複数回実施するのが出来なかった。1週間を超えない外泊→移動日等で訓練期間にロス。長期の外泊→同伴体制の調整困難。</p>
<p>2. 外泊時の付き添いスタッフの負担</p> <p>遠方の外泊のため職員のやりくり</p> <p>長期外泊のための職員のやりくり</p> <p>看護寮への長期間の外泊が必要であり、付き添いスタッフの確保が困難。</p> <p>対象者に対しては困難と感じたことはありません。待機時ストレスを感じます。</p> <p>長期外泊は困ります。施設側との話し合いが合わず、すれ違いが多かった。施設での待機は考える物がありました。出来ればたくない。</p> <p>スタッフが運転する公用車で外泊地まで向かうため、負担が大きかった。</p> <p>対象者の外泊先の近くにスタッフの待機場所が確保困難であったため、やや離れた場所で宿泊先を確保。この際緊急時の対応にタイムラグが生じてしまうことに危惧があった。</p>
<p>3. 受け入れ先の確保</p> <p>受け入れ先の見通しが立つまでに時間がかかり、対象者の盛り上がり時期とズレてしまった。決定してからは急速に進んでいるが、対象者にとってとまどいが大きく最大限のフォローが必要となっている。</p> <p>自宅退院困難。施設から断られることも想定されるため、いくつかの候補施設を体験することが必須になる。</p> <p>受け入れ施設が医療観察法の理解に乏しい</p> <p>施設への外泊をし退院準備をしているが、入所が確定していない。</p> <p>アパート探し(独居予定)に苦労した</p> <p>身寄りがなく賃貸契約ができないため、住居の確保が困難だった</p> <p>地域住民の受け入れ体制</p> <p>対象者家族宅近隣にアパートが多く、退院が決まっても短期間でアパートの選定はできそうだが、退院予定先の病院へのアクセスがやや困難な場所になる。</p>
<p>4. その他</p> <p>キーパーソンが(一人も)いなかった。</p> <p>社会復帰調整官及び退院後の関係機関との日程調整に苦慮した。</p> <p>生活支援施設への退院を予定し、試験利用したが、施設入所への意思が固まらない。病院(病棟)の生活が快適で施設と比べてしまう。退院したくないと言う。</p> <p>本人が外泊を嫌がった。外泊に家族が難色を示した。</p> <p>対象者に歩行障害があり、体力的に困難</p> <p>乗り物酔い</p> <p>初回の外泊の中で、本人の数多いニーズを満たすことが困難。</p> <p>交通の便が悪い(バス等が少ない)</p>

スもある。ある対象者にどの指定入院医療機関を使うかは、現在のように病床が不足している状況下では選択の余地がないが、将来、選択できるほど空床が確保された場合、管外の医療機関を用いたほうが対象者の移動負担が少ないケースもあり、地方厚生局の管轄区域にこだわらないベッドマネジメントも大切になると考えられた。

本研究において注目すべきことは、調査時点において、表 2 に示したように指定入院患者が 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 あったということである。このような府県では、僅かずつでも指定入院病床が整備されれば、指定入院病床充足率も（1 以上の数値が）確保され、結果として、遠距離入院は相当数、削減できると考えられる。指定入院患者の発生が比較的少ないような地方自治体にとっては、33 床ないし 17 床の独立型病棟は難しくても、14 床以下の病床数を任意に規定できる小規格併設型病棟は比較的取り組みやすい規格サイズと考えられる。病床数が少ないと、入院対象者は地元入院者中心の構成になりやすく（例えば、医療機関 15）、地元型ないし地元特化型（表 4）の医療機関として治療上も有利になるかもしれない。地元入院者の移動負担は、帰住先への所要時間が 1 時間、片道交通費が 735 円、標準外泊費用が 4,410 円であり、外出程度の用件なら、半日程度の所要時間で済ませることも可能であろう。

本研究では、帰住先に関する入院者属性による 2 指標（地元率と管外率）により、指定入院医療機関を 4 つに分類し検討を行ったが、管内型と管外型の医療機関には、帰住先への移動負担に大きな差が認められなかった（表 6）。管内型と管外型の移動負担が近接したのは、管外型の医療機関のなかに「地元型医療機関」に匹敵する程、移動負担の極めて少な

い医療機関が含まれ（医療機関 14 や 11）、管外型の平均値を押し下げたことによると考えられた。医療機関 14 や 11 の移動負担が少なかったのは、これらの医療機関が交通の要所にある上、隣県（しかし管外）の患者を比較的多く処遇していたためである。

いずれにしても、本研究により、指定入院医療機関が表 4 に示したような 4 つの類型に分類された意義は大きいと思われる。医療観察法下の治療とは、言うまでもなく、入院治療で完結するものではなからう。指定入院対象者の社会復帰を促進し、重大な他害行為の再発防止をはかるためには、対象者の帰住先地域との連携がなにより大切になる。にもかかわらず、管外型や管内型の医療機関には、移動負担が明らかに大きいにもかかわらず、地元特化型や地元型の医療機関と同じ程度のマンパワーしか与えられていない。

本研究では指定入院対象者を「地元入院者」「管内入院者」「管外入院者」の 3 つのグループに分けて検討を行ったが、これらの属性の違いについて、われわれがどのような見解をもっているかを本人・家族の立場、及び、医療機関側の立場からここで簡単に整理しておく。「地元入院者」とは、本人・家族にとっては、地元医療機関で治療を受けることができる点で安心感が大きく、外泊や面会に際しての移動負担はもっとも少ない。医療機関にとっては、地域連携が行いやすいが地域移行後の対象者の再犯防止の責任はもっとも強く求められる。

「管内入院者」とは、本人・家族にとっては、地方厚生局の管轄区域が広いいため、ある程度遠方の医療機関に入院することになっても仕方がないとあきらめもつく。しかし、移動負担は小さいとは言えず、不満も生じる。医療機関にとっては、地域連携が行いづらくなり、再犯防止の責任は「やや」あいまいとなる。対象者の地域移行については、地元の指定通

院医療機関等に「やや」頼りがちとなる。

「管外入院者」とは、本人・家族にとっては、病院が遠隔地にあることにより、不満は大きい。移動負担がまかなえず、面会できないケースも多くなる。医療機関にとっては、地域連携が行いづらくなり、再犯防止の責任は「やや」あいまいとなる。対象者の地域移行については、地元の指定通院医療機関等に「かなり」頼りがちとなる。

このようなわれわれの「先入観」は、偏った見方なのかもしれない。しかし、医療機関が遠方にあることへの不満は、関係者にこのような疑いを育むものであることを忘れるべきではない。今後、地元入院者と比較して、管外や管内の入院者は、入院期間や治療方針への影響をどれくらい受けるのか等を精密に検討し、医療観察法による指定入院医療の質がどの指定入院対象者でも同程度に保証されていることを示していくことが大切になると思われる。

われわれは、遠距離入院の対象者であれば、退院支援の最終仕上げは、転院した上で地元の指定通院医療機関で行った方がよいケースもあると考える。遠距離の指定入院医療機関に入院した対象者に対して指定入院医療機関が必要十分な退院準備作業（例えば、地元居住施設が求めるような長期外泊等）を行うことは現実的に難しいからである。遠隔地であることは、家族や関係者との（心理的）距離を生みやすく、生の情報も得にくくなる。そのようなハンディキャップのなかで治療の任にあたる医療機関のスタッフは本当に大変だと思う。しかし、そうだとすると、余り楽観的に地元の医療機関を頼ることは慎むべきである。絶対に成功すると信じて地元の指定入院医療機関に転院したものの、当初の計画が頓挫するということもあるかもしれない。指定入院対象者の遠距離入院については、入院途中でも積極的に帰住先により近い指定入院

医療機関への転院をはかった方がよいのか等、今後さらに詳しい検討が必要だと思われる。下総精神医療センターの藤井らによる報告では、安易な転院に警鐘を鳴らす事例が報告されており、対象者の心情をまず第一に考慮した対応が重要となることは確認するまでもないことである。地元入院者であっても、指定入院医療機関が別の指定通院医療機関に変更となるケースでは、これと類似の問題が発生しうると考えられるが、ここではこの点に言及するにとどめる。

本研究は、公共交通機関を用いた場合の帰住先への移動負担に関して検討したものが、指定入院医療機関によっては、鉄道等を使用せず、公用車等により外出・外泊対応しているところもあると思われる。沖縄本島には、鉄道の駅に匹敵するような公共交通機関の駅が「那覇空港」しかなく、島内の移動には自動車やバスが用いられている。本研究では、その結果、「独立行政法人国立病院機構琉球病院」と帰住先が沖縄本島内にある対象者の帰住先の最寄り駅はどちらも「那覇空港」になってしまい、実際には、自動車による移動負担があっても、該当ケースでは、帰住先への所要時間・距離・片道交通費等はすべて「0」と算定された。このような結果は不合理ではあったが、全体の結果に影響しないことが確認されたため、本研究ではこれらのデータも除外しなかった。

いずれにしても、本研究は、全国一律の方法論を適用した結果であり、地域の特殊性を反映していない点があるかもしれない。本研究は、指定入院対象者の「出身地」ではなく「帰住先」に着目したことがユニークな点だと思う。しかし、指定入院対象者の出身地と帰住先とは、ほとんどのケースで一致するのかもしれない。どの程度一致しないケースがあるのかは今後機会があれば検討したい。

E. まとめ

本研究では、14床以下の小規模併設型病棟の整備が進むことにより、指定入院対象者の発生件数が比較的少なく、指定入院病床をもっていない25府県では、指定入院病床の充足率が十分確保され、遠距離入院が削減されることを強調した。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。

参考文献

- 武井 満：他害行為を行った精神障害者の入院医療に関する研究。平成18年度厚生労働科学研究費補助金 他害行為を行った精神障害者の診断、治療及び社会復帰試験に関する研究 総括研究報告書 平成18年度総括・分担研究報告書（主任研究者 山下皓）、東京、pp97-、2007
- 藤井龍一、山本暢朋、他：下総精神医療センター医療観察法病棟の経験。（1）課題と問題点。臨床精神医学。36：1115-1123、2007

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

入院対象者の病状評価に関する研究

平成 20 年度

分担研究報告書

平成 21（2009）年 3 月

分担研究者 来住 由樹

地方独立行政法人岡山県精神科医療センター

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

入院対象者の病状評価に関する研究

分担研究者： 来住 由樹 地方独立行政法人岡山県精神科医療センター

研究協力者：

村上 優（独立行政法人国立病院機構琉球病院）

村田 昌彦（国立病院機構北陸病院）

平林 直次（国立精神・神経センター病院）

川畑 俊貴（京都府立洛南病院）

樽矢 敏広（国立精神・神経センター病院）

森 裕（大阪府立精神医療センター）

安藤久美子（国立精神・神経センター病院）

須藤 徹（国立病院機構肥前精神医療センター）

大迫 充江（国立精神・神経センター病院）

西谷 博利（国立病院機構肥前精神医療センター）

八木 深（国立病院機構東尾張病院）

高橋 昇（国立病院機構花巻病院）

吉岡 眞吾（国立病院機構東尾張病院）

竹中 央（岡山県精神科医療センター）

研究要旨

医療観察入院病棟におけるピアレビュー研究では、各施設の入院期間を計るために予備調査を実施し、推計入院期間は中央値603日、平均値で620日を示した。そしてこれは入院施設により相違しているため、医療観察法の目的である社会復帰の促進のために入院期間が短縮することができるか否か、問題点はどこにあるのかをピアレビューという手法で介入を行った。それにより短期入院群の可能性、退院促進に関する方略・方策に関して簡単なチェック項目を作り実施し、多職種によるピアレビューの方法論に関して2病院での実際を報告した。

また入院対象者の主診断と精神科併存症についての検討を、一つのパイロット施設でおこなった。精神遅滞（8/56=14%）、広汎性発達障害（5/56=9%）、物質関連障害（全体で16/56=29%、統合失調症で14/48=29%）の併存率は高く、統合失調症に伴う認知機能低下が重度である事例（9/48=19%）も多く、これらに対応できる治療構造と治療プログラムの準備が不可欠であると考えられた。一方で人格障害の診断は少なく、責任能力が認める運用がきちんとなされていると推察された。

広汎性発達障害の診断は、まだ鑑定や日常臨床において十分な共有がなされておらず、その結果として、審判時に統合失調症であり、入院後に広汎性発達障害と診断される事例が散見された。また広汎性発達障害の診断での審判では却下となる事例がみられる一方で、入院決定を受ける事例もあり、審判の均霑化が必要と考えられた。なお基盤障害として広汎性発達障害を含む発達障害を診断することは治療構造を発達障害モデルで構成するために不可欠であり、併存診断は対象者に適正で濃厚な医療を提供し社会復帰を促進するために重要であると考えられた。

研究1. 医療観察法入院病棟におけるピアレビュー

執筆担当研究協力者：村上優 独立行政法人国立病院機構琉球病院

研究協力者：

平林 直次・樽矢 敏広・大迫 充江（国立精神・神経センター病院）

八木 深（独立行政法人国立病院機構東尾張病院）

須藤 徹・西谷 博利（独立行政法人国立病院機構肥前精神医療センター）

來住 由樹（地方独立法人岡山精神医療センター）

高橋 昇（独立行政法人国立病院機構花巻病院）

研究要旨

各施設の入院期間を計るために予備調査を実施し、推計入院期間は中央値603日、平均値で620日を示した。これは入院施設により相違している。これをもとに医療観察法の目的である社会復帰の促進のために入院期間が短縮することができるか否か、問題点はどこにあるのかをピアレビューという手法で介入を行った。ピアレビューは診療や臨床行為で研究が最終目的ではない。今回は短期入院群の可能性、退院促進に関する方略・方策に関して簡単なチェック項目を作り実施したが、多職種によるピアレビューの方法論に関して2病院での実際を報告した。

A. 研究目的

医療観察法入院施設について入院医療のあり方を相互に交流することにより、より退院促進および医療の平準化を図る。

B. 研究方法

医療観察法入院施設を実施している全施設を対象に、武蔵・東尾張・花巻・岡山・肥前・琉球病院の多職種（医師を中心に）を派遣し同僚審査する。共に協議することで医療観察法の入院医療の課題や問題点を検討し、退院促進および医療の平準化に資する方略や方策を提案する。派遣期間はおおむね2週間とする。派遣職員の滞在や診療や各種会議への参加に各施設は理解と協力をする。

ピアレビューの方法は以下のとおり。

1) 各施設の入院期間を計るために予備調査を実施する。本年7月15日までに入院した

各症例ごとに①入院日、②退院日、③転院日と転院先施設を同日付で調査する。

2) 実際のピアレビューは診療や臨床行為で研究が最終目的ではない。

3) ピアレビューは短期入院群の可能性、退院促進に関する方略・方策に関して簡単なチェック項目を作り、その他はエキスパートコンセンサスで実施する。

（倫理面への配慮）

ピアレビューは診療の援助として機能しており、社会復帰を促進する法律の目的に沿って診療にアドバイスをした。また調査に当たり中心施設の岡山県精神医療センターの倫理委員会の審査を受けた。

ピアレビューの対象施設と派遣施設

	派遣担当者	派遣施設	時期
花巻	來住	岡山	
武蔵	(看護)	肥前	
下総	平林・村上	武蔵・琉球	

久里浜	村上	琉球	
小諸高原	平林	武蔵・琉球	
さいがた	樽矢	武蔵・琉球	
東尾張	高橋	花巻	
榊原	八木	東尾張	
北陸	須藤	肥前	
賀茂	栄住	岡山	
肥前	(PSW)	武蔵	
菊池	須藤	肥前	
琉球	(看護)	武蔵	
岡山	(MDT)	肥前	
大阪	八木	東尾張	
長崎	須藤	肥前	

C. 研究結果

1. 平成20年7月15日現在の病床数は404床で開設後1年6ヵ月を経た指定入院医療施設を対象に、入院期間調査を行った。

指定入院医療機関の整備状況 (平成20年7月15日現在)

	開棟年月日	病床数	運用日数
国立精神・神経センター病院	平成17年8月2日	33	1078
独立行政法人国立病院機構			
花巻病院	平成17年10月1日	33	1018
東尾張病院	平成17年12月1日	33	957
肥前精神医療センター	平成18年1月1日	33	926
北陸病院	平成18年2月1日	33	895
久里浜アルコール症センター	平成18年4月1日	17	836
さいがた病院	平成18年4月1日	33	836
小諸高原病院	平成18年6月15日	17	761
下総精神医療センター	平成18年10月10日	33	644
琉球病院	平成19年2月1日	17	530
菊池病院	平成19年9月3日	17	316
榊原病院	平成19年10月15日	17	274
賀茂精神医療センター	平成20年6月24日	33	21

— 都道府県立 —

大阪府立精神医療センター	平成19年9月7日	5	312
岡山県精神科医療センター	平成19年10月1日	33	288
長崎県立精神医療センター	平成20年4月1日	17	105
計			404

入院期間調査対象は開設して1年半を過ぎ指定入院施設10施設とした。これらの施設に平成20年7月15日現在入院数と患者数を以下に示す。

指定入院医療機関入院数と退院数

	退院	入院継続中	計
転院なし	175	320	495
あり	29	101	130
計	204	421	625

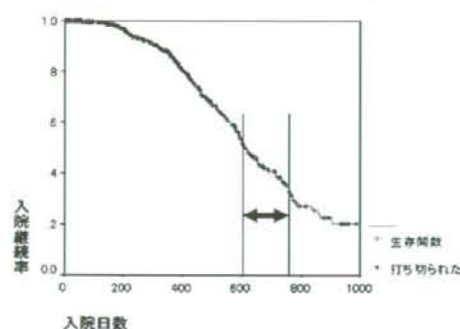
入院対象者についてKaplan-Meyer法で入院期間を推計すると中央値は603日、平均値で620日となり、ガイドラインに示される1年6ヵ月(547日)を2ヵ月過ぎる。

	日数	95% 信頼区間
中央値	603	(576.8 - 629.1)
平均値	620	(590.5 - 649.7)

Kaplan-Meyer法による
推定入院日数

10施設の全入院者の推計の退院曲線では開設後1,000日で20%の入院対象者がまだ入院している可能性があるとして推計される。

入院日数と入院継続率



入院期間は施設によって以下のように差が認められる。

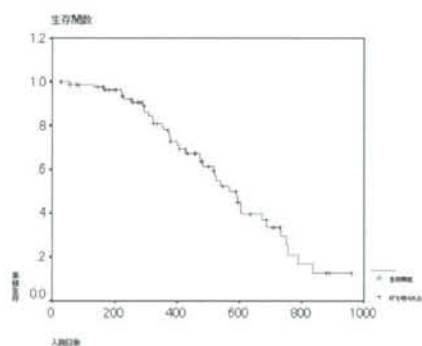
施設別入院期間

施設	入院数	退院数	推定入院		運営日数	退院率
			中央値	平均値		
1	60	14	554 (419.1 - 688.8)	588 (503.6 - 672.4)	836	23.3
2	64	7	611 (572.8 - 649.1)	571 (528.5 - 613.6)	644	10.9
3	64	28	688 (539.4 - 836.6)	602 (517.1 - 687.4)	1018	43.8
4	8	0			836	0.0
5	35	15	425 (382.3 - 467.7)	449 (392.4 - 505.2)	761	42.9
6	62	24	583 (528.6 - 637.4)	592 (514.9 - 668.6)	957	38.7
7	67	21	549 (414.3 - 683.7)	552 (471.9 - 632.4)	926	31.3
8	69	34	520 (453.0 - 587.0)	536 (485.9 - 607.1)	1078	49.3
9	66	18	617 (497.7 - 736.3)	616 (531.6 - 700.4)	895	27.3
10	25	3		421 (393.0 - 448.5)	530	12.0

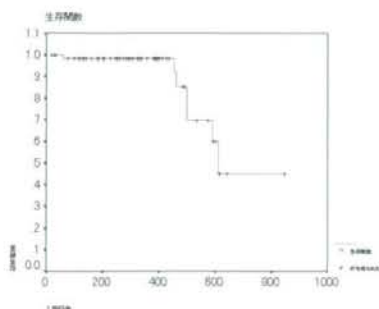
平成20年7月15日段階では最短で425日、最長で616日の入院期間が予想されて、施設間での差に關しての考察が必要とされた。

施設ごとの入院継続率を図にすると4つのパターンがみられる。第1は退院が入院後180日を過ぎて直線的に進み、長期化する率が10%程度となる施設、第2はガイドラインに沿うが短期入院群がなく手順を踏入院が長期化する傾向を示す群、第3には短期入院が中心の群、第4には短期入院と長期入院の二相性になる群である。現在、医療観察法の医療必要性に疑義があり、入院・通院の処遇に關して意見が分かれる場合に、入院を選択する傾向がある。

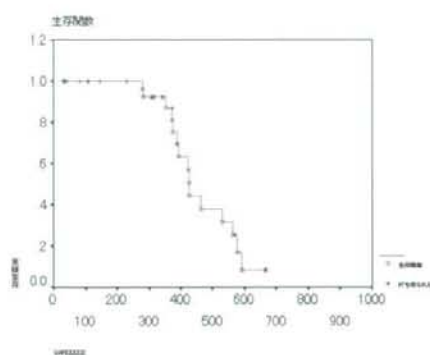
第1群 標準型



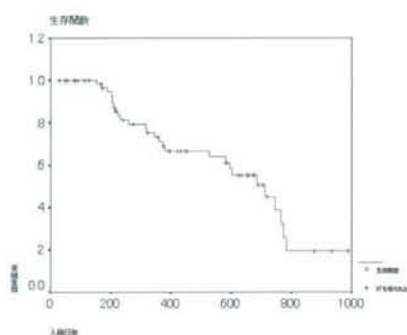
第2群 ガイドラインを遵守するが長期化



第3群 短期入院群



第4群 二相性



2. 多職種によるピアレビュー

1) A病院の場合

i. 在院者の概要

在院者の概要を表1に示した。平成20年6月2日時点での在院者は34名で、男女の内訳は男性26名、女性8名であった。共用ユニットはすべて女性で占められており、さらに社会復帰期ユニットに3名の女性を収容していた。平均年齢は41.2歳（最小値23歳、最大値65歳、SD12.1）であった。治療ステージ別の在院者は急性期8名、回復期20名、社会復帰期6名であった。表1に示している各治療ステージの日数は、調査日を平成20年6月2日とし、その日までの日数で計算している。各治療ステージの日数の平均は表2に示した。

入院処遇ガイドラインより急性期90日、回復期270日、回復期180日、在院日数540日を基

準とし、これを越えている数値には下線を付した。急性期が90日を越えているものは対象者34名中20名、回復期が270日を越えているものは回復期以上に進んでいる対象者24名中5名、社会復帰期が180日を越えているものは社会復帰期以上に進んでいる対象者6名中3名であった。在院期間が540日を超えているものは34名中3名であった。

表1 急性期、回復期、社会復帰期の日数および在院日数の平均

	平均	最小値	最大値	SD
急性期	158.3	12	554	134.1
回復期	184.3	8	518	142.3
社会復帰期	165.8	27	265	97.1
在院日数	328.4	12	775	192.5

鑑定入院時の診断の内訳（表3）は覚せい剤精神病が1名、統合失調症圏（持続性妄想性障害含む）が26名、気分障害圏が7名であった。鑑定書において副診断の記載があったものは5名で、その内訳を表4に示す。対象行為の内訳は表4に示した。

表2 主診断（鑑定時）の内訳

F1	1
F2	26
F3	7

表3 副診断（鑑定時）の内訳

F1	1
F6	1
F7	3

表4 対象行為の内訳

	既遂	未遂
殺人	2	8
傷害	13	
放火	7	2
強制わいせつ	1	
強盗	1	

ii. ピアレビューの内容

相談された内容は大きく分けて、(1)「治療が長期化している事例」についての相談と(2)「病棟内の対象者の対応」についてである。長期化している事例は①「急性期の段階で治療方針が定まらず前に進めなくなっている場合」と、②「回復期後半まで進んでいるが退院先の調整が進まなくなっている場合」があった。A病院の場合には退院先の見通しが立ち外泊の具体的な計画が立てられる段階になってから社会復帰期に進むという習慣があり、社会復帰期まで進んでいる事例で見通しが立たなくなっている事例はなかった。

(1) 治療が長期化している事例

①急性期の段階で治療方針が定まらず、前に進めなくなっている場合

入院処遇ガイドラインには急性期の課題として・・・が挙げられている。このガイドラインの文言は抽象的で、その場その場の状況によって意味の捉え方が異なり、基準があいまいになるとの理由から、「A病院21病棟ステージ移行基準」を独自に作成している。この移行基準の急性期の課題は以下のとおりである。

【急性期の課題】回復期の移行の目安

- ・病状安定（外出に支障がない程度）
- ・生活リズムの安定
- ・服薬を拒否しない
- ・服薬の効果が体験的に分かる
- ・プログラムに参加する
- ・病歴を話す（病識は問わない）
- ・対象疾患と治療の基礎知識を持つ
- ・悩みや自分が困っている症状について相談する
- ・対象行為を認め、それについて話す
- ・病棟規則を破らない
- ・入院の法的位置づけを理解する

入院処遇ガイドラインにおけるステージご

との目標からさらに細かい基準を作ることなく、対象者やその場の状況に流されることなく、すべての対象者に共通の基準で治療を進めることができる。このことは根拠に基づいた医療や、透明性の高い医療を行ううえで有用である。一方で多様な特徴を持つ対象者に対して一律の基準を明確にしすぎることで、個別の目標を反映させることが困難になり、本来の治療の流れを阻害することにもなり得る。また、対象者のそのときそのときの横断的な状態を評価する近視眼的な視点に陥りがちで、入院治療のゴールまでを見通して治療方針を作成することが困難になることも考えられる。

急性期の期間が90日から150日程度に延長されている事例にそのような傾向が多く見られたため、その対象者のゴールはどの程度かという大まかな見通しを持ちながら治療を進め、その対象者にとって、どのような課題が急性期において重要になるかを逆算的に考えるという方法を提示した。

②退院先の調整に困難を抱えている

このような事例の原因として考えられるのは、疾病のコントロールが十分に進んでいないもの、残された症状に対してリスク・マネジメントをする方法が地域資源にないことなどが挙げられる。これらはA病院に特異的なものではなく、国立精神・神経センター病院でも同様の問題を抱える事例がある。これらの問題を解決する方法として

- ・入院において解決できる問題とそうでない問題を明らかにする。
- ・治療のゴールを想定して、課題を設定する。
- ・できるだけ早く社会復帰調整官との意見の一致を図る。
- ・ケア会議で現状の確認のみではなく、かならずその時点での見通しを具体的な数字で伝える（6ヵ月後には退院申し

立てをする。1年以内の退院をめざすなど)。

などの具体的な工夫を提示した。見通しはあくまでもその時点での見通しでよく、その後の具体的な取り組みの結果見通しに変更されることはまったく問題ない。治療の効果がある程度見えてから、退院先の想定をするというのでは、地域調整が後手に回る可能性が高くなると思われる。

iii. その他

入院期間に関連すること以外で相談を受けた内容としては(1)多職種チーム内の力動に関する問題、(2)対象者のスタッフに対する暴力の対応に関する問題などがあった。

(1) 多職種チーム内の力動に関する問題

この問題はすべての指定入院医療機関で少なからず起きている問題であり、A病院に特徴的なものは見当たらなかった。対象者の治療がうまくいかないときや、見通しが立たないときに、普段は気にならないチーム内のずれが大きな問題に感じられることがあり、常にゴールを想定しながら治療方針を立てるといふ前述の工夫によって治療の見通しが立つことで、チーム内の意識のずれなどはそれほど気にならなくなると考えられる。そのためあくまでもその対象者の治療方針に関するアドバイスにとどめ、チーム内力動にまで踏み込んで助言することはしなかった。

ただ、治療期間がある程度長期化し、チーム内の人間関係が対象者の治療の進めにくさに影響を与えることもある。この場合同じ病棟内のスタッフ同士では解決が困難な場合、同じ医療機関の別の部署のスタッフでは医療観察法の医療の内容を知らないため有効な相談が行えないと考えられる。このような場合には今回のピアレビューのような、「客観的な立場にあって、医療観察法の医療に従事しているもの」が有効なスーパーバイザーになる

可能性がある。

2) B病院の場合

i. ケースマネジメントと病棟運営

MDTやCPAなどの会議にも9日間で14ケースと多くの参加させてもらい、意見をもらう場を設けてもらった。さらにピアレビュー後半には、意見交換の時間を設定してもらい、レビューの意見に耳を傾けるという受け入れ側の体制が整備されていた。

参加した内容ごとに簡単に私見をまとめ、後半)に「ピアレビュー全体をまとめて」として、ピアレビューを通して感じたB病院の現状と今後期待すること、およびその対応策を経験からまとめる。

【MDT、CPA参加】

以下の14ケースに参加する。全体的にMDTでの情報の整理や共有はできている。今後の課題としては、対象者の治療課題について、「誰(どの職種)がどのように行なっていくか」を具体的に明確にしていくことで、治療の進展につながると感じた。

ケース①：父親への傷害、遠方から母親と姉と社会復帰調整官の面会あり、MDT面接に参加する。母親は対象者のことを心配している。姉は優しい父親に暴力をふるった対象者を許せず面会は拒否している。姉は高齢の母親を気遣って病院にやってきた。

<感じたこと>母親と姉は加害者の家族であり、被害者の家族でもある。非常に複雑で辛い立場、地域生活を送る中での困難さを理解するかわかりが必要である。対象者の状況を伝えるとともに、今後も何らかの形で対象者を支えていくことになる家族への支援も重要である。

ケース②：処遇終了で転院の方向。MDTでは、「ストレス→多飲水→暴力→謝罪」のサ

イクルがみえている。ずっとここに入院して
いたい中での転院の話であり、その準備のた
めの外出後から様子に変化してきている。
MDTとしては、方針もはっきりしておらず、
どのように対応していけばいいか悩んでい
る。

<伝えたこと>処遇終了で転院する方針は決
まっている。このまま入院して欲しい対象者
が不安定になることは予測されることであ
る。MDTへの信頼感も高い。その不安定の表
出に付き合っていく、現状の対応で問題はな
いと感じる。課題として、対象者の不安定に
なるサイクルがわかっているのだから、その
サイクルをたつ対処方法を本人と医療者に共
有されていないことが残念である。

<感じたこと>社会復帰が目的の医療観察法
の中で、このまま入院して欲しい気持ちにな
ることは、入院時からの退院への介入が不足
していたのではないかと感じた。

ケース③：本人の生活のために先祖代々の土
地を両親が手放したが、その理解ができず、
修正困難な土地取られ妄想になっている。病
識も非常に乏しい。退院後の生活支援が充分
ではないと予測されるが、具体的な退院の調
整が進まずに困っている。

<伝えたこと>予測される問題は大きいだろ
うが、できること（できそうなこと）から実
施していくしかない。受身だけではなく、退
院に向けての話し合いの調整を、誰が、いつ
までに、行なっていくか、具体的に決めてい
くこと（職種の治療ターゲットの設定）を行
なうことを伝える。

ケース④（調整官、訪問看護、デイケア、地
域の支援施設からの参加あり）：退院前のク
ライシスプラン立案を行なう。飲酒の問題、
粗暴行為などで過去に頻回の入院歴があり、
参加者は対象者を知っている中での話し合い

であった。

<感じたこと>参加者にとって過去の粗暴な
対象者の印象が強いためか、話し合いからイ
メージされる対象者は粗暴行為に至る対象者
像であった。医療観察法における医療で対象
者がどのように変化したか、見えてきずら
かったこと、粗暴行為に至ることが予測され
るならそうならないための介入がみえてこ
ななかったことは残念である。また、クライシ
スプランが医療者と本人によって作成されて
いたが、医療者側の視点が強い印象がした。対
象者自身の病気の捉え方、病気との付き合い
方がみえづらい。これでは医療の主体が医療
者であり、対象者ではないのではないかと。

ケース⑤：居住地は遠方である。家族は退院
後の本人の生活支援への協力は得られている。
しかし、今回の入院前からの医療機関への
不信感が強く、通院機関の決定に影響を
与えており、退院地の調整が困難となってい
る。本人は対象行為、疾病ともに否認してい
たが、医師らの直面化を図る面接を繰り返
し行なう中で少しずつ変化してきている。

<伝えたこと>対象行為を否定する対象者への
介入が成功しつつあるケースである。このよ
うなケースを繰り返していくことが医療の質
の向上につながる。退院調整に関しては、困
難が予測されるケースである。対象者の治療
性が進んでも、退院先が決まらず入院が長期
化してしまう可能性がある。居住地の近くに
転院することを視野に入れて早期の退院調整
を図っていく必要がある。

ケース⑥：社会復帰ステージ、初回外泊は問
題なく実施できた。2回目の外泊計画につい
て話し合う。退院後の生活と対象者の脆弱性
を考慮して、デイケア見学の調整、外泊中に
一人で過ごす時間、家族と過ごす時間を設定
していく。対象者が家族と過ごす時間は、家

族からに定時連絡をもらうことにしている。
<伝えたこと>退院後の生活を考慮できた計画である。今後、家族と一緒に過ごす時間が増える中で、家族は何を悪化時のサインとみていくか、家族指導を家族が理解できるように紙面などを用いて行なっていけるとよい。入院前まで一緒に生活していた家族にとっては、悪化時のサインが「前にもあったこと」で見過ごされることもある。医療者に連絡をする状態レベルを具体的に家族に伝えていけるとよい。

ケース⑦：精神症状がみられるが、本人なりには幸せそうに過ごせていて、薬物治療による症状コントロールは現状でベスト。IQが低く、心理検査の結果では視覚認知の方がスムーズである。日常生活の中では、入浴時に入浴道具の持参を忘れるなど、忘れっぽさがあり声かけを要する。家族の理解・協力とも良好で、退院先は整っている。キーパーソンが高齢であり、対象者を支援していく家族調整をしていく。

<伝えたこと>退院先は整っているが、対象者の疾病性の改善に限度があるため、ある程度の疾病性の面を考慮したゴール設定を明確しておいたほうがよい。日常生活の忘れっぽさは、カードの利用など視覚認知への働きかけはどうだろうか。また、家族が協力的であり一緒に生活をしていく中、家族への疾病教育も必要である。

ケース⑧（他者評価会議：調整官参加）：家族が精神疾患への理解がない。家族も対象者は自宅への退院を希望しているが、自宅に退院することで病状悪化をまねき、他害行為をおこすと考えられる。退院地の調整が困難である。対象者自身が自分で生活していくと、決心して自律していけるといいが。まずは、親子分離していく理由と必要性を対象者と家

族に伝えていく。対象者は退院を強く希望しているので、対象者自身が変化していくと信じてかかわっていく。

<感じたこと>非常に困難なケースである。東京であれば、対象者が入所可能な施設があるだろうが、社会資源が限られている沖縄では、退院先を探すことから困難である。対象者自身の幸せは何か、難しいケースではあるが、対象者が変化してきていることに期待を持ちたい（持つしかない）。

ケース⑨：被害者である家族や知人への共感性が養われない。知識は表面的である。病識や内省など、現実感が乏しく深みが伴わない。対象者の現状をMDTで共有し、各職種でアプローチしていく役割を事前に決める。本人を交えて話し合いを行い、本人が困っていること、やりたいことを本人の言葉で表現してもらいながら、中心となって関わっていく担当者を伝えていく。

<感じたこと>事前の情報の共有が効果的に行なえていたこともあり、本人が感じていることを治療課題に効果的につなげていくことができていた。本人が感じていることと、医療者間の情報共有にズレがなくスムーズに展開されていた。

ケース⑩：MDT（調整官参加）：退院地が遠方であり退院にむけての調整プランをたてる。病状は安定しつつあるが、被害者への謝罪の気持ちや家族の地域生活への影響への配慮がないなど内省が深まらない。今後、対象行為地付近に外泊をしていくが、宿泊先をホテルにするか、対象行為地でもある家族の家にするか、今後の方向性を話し合っていく。

<伝えたこと>退院までのおおまかなプラン（ステージ移行、外泊回数、外泊中にやること等）をその実施時期を考えながら検討していく。そうすると、退院まで2回外泊する予