

資料 6

医療観察法不処遇および却下事例に関する調査

(_____ 保護観察所 回答日 20__ 年 月 日)

1. 貴保護観察所がこれまでに担当した医療観察法申し立て事例のうち、当初審判で不処遇となった事例について、以下の設問にお答え下さい。

(1) 不処遇の事例数
_____ 件

(2) 不処遇事例の内訳 (10 例を超える場合は、この用紙をコピーして追加願います)

No.	性別	決定時年齢	最終診断 (注 1)	対象行為 (注 2)	刑事処分 (注 3)	不処遇理由 (注 4)	転帰 (注 5)
1	男・女						
2	男・女						
3	男・女						
4	男・女						
5	男・女						
6	男・女						
7	男・女						
8	男・女						
9	男・女						
10	男・女						

注 1 : 当初審判における最終的な主診断を以下から選択して記号を記入してください。

F0 脳器質性精神障害、F1 物質使用障害、F2 精神病性障害、F3 気分障害、F4 神経症性障害、
F5 生理機能関連障害、F6 人格障害、F7 知的障害、F8 発達障害、F9 その他の精神障害
G4 てんかん関連障害、O 精神障害に該当しない

注 2 : 該当する以下の対象行為の番号を記入して下さい (複数選択可)。

1.殺人、2.殺人未遂、3.傷害致死、4.傷害、5.放火、6.放火未遂、7.強盗、8.強盗未遂、9.強姦、
10.強姦未遂、11.強制わいせつ、12.その他

注 3 : 今回の対象行為に関する刑事処分について、以下の項目から該当する番号を記入して下さい。

1.不起訴、2.起訴猶予、3.無罪、4.有罪 (執行猶予付き)、5.有罪 (執行猶予なし)、6.不明

注 4 : 不処遇となった主たる理由について、以下の項目から該当する番号を記入して下さい。

1.精神障害に該当しない、2.責任能力が問える、3.対象行為が主診断に基づく行為ではない、
4.治療反応性が認められない、5.あえて医療観察法による医療の必要がない、6.その他(この場合は、
具体的な決定理由を後記願います)

注 5 : 不処遇決定直後の医療的な転帰について、以下の項目から該当する番号を記入して下さい。

1.精神保健福祉法による入院、2.在宅+通院治療、3.在宅+医療不要、4.勾留+通院治療、
5.勾留+医療不要、6.その他 (この場合は、具体的な転帰を後記願います)

(3) 不処遇の理由が「その他」の事例番号 (No.) と、決定理由をご記入願います。

(4) 不処遇決定後の転帰が「その他」の事例番号 (No.) と、その内容をご記入願います。

(5) 不処遇決定後の処遇が調整困難であった事例の番号 (No.) と、その内容をお聞かせ下さい。

2. 貴保護観察所がこれまでに担当した医療観察法申し立て事例のうち、当初審判で却下となった事例について、以下の設問にお答え下さい。

(1) 却下の事例数
_____件

(2) 却下事例の内訳 (10 例を超える場合は、この用紙をコピーして追加願います)

No.	性別	決定時年齢	最終診断 (注1)	対象行為 (注2)	刑事処分 (注3)	却下理由 (注4)	転帰 (注5)
1	男・女						
2	男・女						
3	男・女						
4	男・女						
5	男・女						
6	男・女						
7	男・女						
8	男・女						
9	男・女						
10	男・女						

注1: 不処遇事例と同じです。

注2: 同上

注3: 同上

注4: 却下となった主たる理由について、以下の項目から該当する番号を記入して下さい。

1.対象行為が存在しない、2.心神喪失者もしくは心神耗弱者でない、3.その他(この場合は、具体的な決定理由を後記願います)

注5: 却下決定直後の医療的な転帰について、以下の項目から該当する番号を記入して下さい。

1.精神保健福祉法による入院、2.在宅+通院治療、3.在宅+医療不要、4.勾留+通院治療、
5.勾留+医療不要、6.その他(この場合は、具体的な転帰を後記願います)

(3) 却下の理由が「その他」の事例番号 (No.) と、決定理由をご記入願います。

(4) 却下決定後の転帰が「その他」の事例番号 (No.) と、その内容をご記入願います。

(5) 却下決定後の処遇が調整困難であった事例の番号 (No.) と、その内容をお聞かせ下さい。

ご協力ありがとうございました！

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安全管理体制に関する研究

平成 18 年度～20 年度

総合研究報告書

平成 21（2009）年 3 月

分担研究者 岡江 晃

京都府立洛南病院

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）

平成18年度～平成20年度 総合研究報告書

指定入院医療機関の安全管理体制に関する研究

分担研究者：岡江 晃 京都府立洛南病院長

研究協力者：

川畑 俊貴（京都府立洛南病院）

和田 央（京都府立洛南病院）

研究要旨

アンケート調査結果により指定入院病棟（フル規格病棟）における安全性は高いことが明らかになった。その要因は、十分に配慮された構造面や備品、そして豊富な治療スタッフによる濃密な関わりや心理的サポートが事故防止に寄与していることが示唆された。

指定通院の安全管理体制は、指定入院病棟と比較すると極めて手薄である。自治体精神科病院の医師へのアンケート調査結果からは、今後通院医療の安全管理体制、特に治療者の被暴力への防止対策なども検討する必要があることが示唆された。

住民説明会用のQ&A集作成に当たっての指定入院医療機関への聞き取り調査等によって、近隣住民に無断離院防止対策への関心が高く、対象者は常に危険な存在という誤解があること等が明らかになった。

建築士により14床以下の併設型小規格病棟の新築および既存病棟改修の試案・平面図を作成した。安全性を構造・備品および物品管理等から考えると、仮に一般入院と指定入院の交流を想定する場合は、指定入院の時点において自傷他害のリスクが比較的高くない者、あるいはフル規格病棟での入院治療によりそのリスクが低くなり指定入院・社会復帰期となった者の治療を行うことが妥当ではないかと考えられた。

A. 研究目的

医療観察法指定入院病棟（フル規格病棟）、指定通院および14床以下の併設型小規格病棟において、「自傷」「他害」「離院」「近隣住民の安全」等にしばって調査と考察を行うことにより、今後の医療観察法医療における安全管理体制のより良い構築のために寄与したい。

B. 研究方法

平成18年度は、指定入院病棟（フル規格、8施設）と自治体立精神科病院急性期病棟

（9施設）および同慢性期病棟（9施設）に対して、施設・設備と事故件数のアンケート調査を行った。そして指定通院の安全性検討のための予備的調査として、自治体立精神科病院の医師に対して、外来における患者からの暴力等の経験についてのアンケート調査を行い、183名から回答を得た。

平成19年度は、住民説明会用のQ&A集作成のために、これまでの指定入院病棟開設に当たっての住民説明会等における住民意見の聞き取り調査を行った。また平成18年度に引き続き、自治体立精神科病院の医師に対して、外来における暴力等の安全管理体制に関する

意識等のアンケート調査を行い、73名からの回答を得た。そして指定入院病棟に対してインシデント・アクシデントレポートに関するアンケート調査を行い、6施設より回答が得られた。

平成19年度は、建築士とともに指定入院病棟の見学と調査を行い、さらに京都府立洛南病院既存病棟の調査と設計図面を基にして、建築士による新築の併設型小規模病棟と既存病棟改修案の試案・平面図の作成し、課題等を検討した。そして数カ所の指定入院病棟（フル規格病棟）の物品管理についての安全管理マニュアルを得ることができた。

C. 研究結果

1. 平成18年度研究結果は、指定入院病棟は自治体病院一般精神科病棟と比較すると、自殺・自殺企図、離院・離院企図、他害行為の発生率は遙かに少なかった。

また自治体立精神科病院の医師183名からの回答結果は、被暴力あるいはそのニアミスの経験は118名であり、暴力の半数は初診時や治療中断時に発生し、約4割が統合失調症であり、約3割の医師がまったく暴力を予想していなく、比較的危険性の高い暴力を起こした患者のうち約4割弱に触法歴があったなどであった。

さらに広い観点から安全性と関連すると思われる「修正型電気けいれん療法の効果と安全性に関する報告」、「クロザピンの効果と安全性に関する報告」をまとめた。

2. 平成19年度研究結果は、指定入院病棟開設に当たっての近隣住民の不安を把握すると共に指定入院病棟運用の実態を説明することにより近隣住民の理解を得るために、住民説明会用の「よくあるご質問（Q&A集）」を作成した。

また自治体立精神科病院の医師73名からの回答では、今後の指定通院において何らかの

暴力防止等の必要性を感じていることが示された。

そして指定入院病棟6施設から得られたインシデント・アクシデントレポートに関するアンケートからは、重大な他害行為、自殺未遂、無断離院はごく少なかったことが明らかになった。

3. 平成20年度研究結果は、一般精神科病棟に併設される14床以下の併設型小規模病棟について、新築と既存病棟改修の試案・平面図を作成した。

D. 考察

1. 指定入院病棟における安全性

自殺・自殺企図、離院・離院企図、他害行為の発生率は低く、また重大な他害行為、自殺未遂、無断離院はごく少なかった。これは十分に配慮された構造面や備品、そして豊富な治療スタッフによる濃密な関わりや心理的サポートが事故防止に寄与していることが示唆された。

2. 指定通院における安全性

指定入院病棟の手厚い安全管理体制と比較すると極めて手薄である。自治体立精神科病院の医師の回答からは、今後通院医療の安全管理体制、特に治療者の被暴力への防止対策なども検討される必要があることが示唆された。

3. 住民説明会用のQ&A集

作成に当たって、近隣住民に無断離院防止対策への関心が高く、対象者は危険な存在という誤解があること等が明らかになった。これらの意見に留意したQ&A集作成となった。

4. 14床以下の併設型小規模病棟に関する構造面等の安全性

新築では、外周の2重フェンスを避ける為に2階以上に病棟を設置、病棟入口は2重扉、病棟全体の窓構造の工夫や強化ガラス、一般入院と指定入院との境界は施錠可能な扉

の設置、などを基本的考えとした。一般入院と指定入院を完全に分離するなら、独立型指定入院病棟とはほぼ同等のセキュリティを確保できる。また一般入院と指定入院との交流を想定したとしても、危険物や違法薬物等の持ち込みや離院に関しては、独立型指定入院病棟に近いセキュリティが確保できる。しかし物品管理等から自傷他害の防止にはかなりの課題が残る。

既存病棟改修では空間確保などの理由により、完全に分離することは困難な場合があると考えられる。一般入院の部分の建築や備品に相当のコストをかけたとしてもセキュリティには種々の課題が残る。

E. 結論

1. 指定入院病棟（フル規格病棟）における安全性は高い。十分に配慮された構造面や備品、そして豊富な治療スタッフによる濃密な関わりや心理的サポートが事故防止に寄与していることが示唆された。
2. 指定通院における安全性は、指定入院病棟の手厚い安全管理体制と比較すると極めて手薄である。今後通院医療の安全管理体制、特に治療者の被暴力への防止対策など

も検討される必要があることが示唆された。

3. 住民説明会用のQ&A集作成に当たって、近隣住民に無断離院防止対策への関心が高く、対象者は常に危険な存在という誤解があること等が明らかになった。
4. 新築あるいは既存病棟改修のいずれでも14床以下の併設型小規格病棟は、仮に一般入院と指定入院の交流を想定する場合には、指定入院の時点において自傷他害のリスクが比較的高くない者、あるいはフル規格病棟での入院治療によりそのリスクが低くなり指定入院・社会復帰期となった者の治療を行うことが妥当ではないかと考えられた。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

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格病棟の適正運用に関する研究

平成 18 年度～20 年度

総合研究報告書

平成 21（2009）年 3 月

分担研究者 藤井 康男

山梨県立北病院

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）
平成 18 年度～平成 20 年度 総合研究報告書
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：

龍本 孝雄（大阪府立精神医療センター）	芦澤 裕子（国立国府台病院）
奥山 修（大阪府立精神医療センター）	平林 直次（国立精神・神経センター病院）
小林 孝文（鳥根県立中央病院）	中根 潤（国立病院機構 下総精神医療センター）
宮田 量治（山梨県立北病院）	村杉 謙次（国立病院機構 小諸高原病院）
川上 宏人（山梨県立北病院）	須藤 徹（国立病院機構 肥前精神医療センター）
三澤 史斉（山梨県立北病院）	西谷 博則（国立病院機構 肥前精神医療センター）
小口 芳世（山梨県立北病院）	西岡 直也（国立病院機構 久里浜アルコール症センター）
沢登 豊（山梨県立北病院）	大鳥 紀人（国立病院機構 花巻病院）
小倉いく子（山梨県立北病院）	中嶋 正人（国立病院機構 花巻病院）
名取 真（山梨県立北病院）	村田 昌彦（国立病院機構 北陸病院）
清水しおり（山梨県立北病院）	前田 佳織（国立病院機構 北陸病院）
分島 徹（東京都立松沢病院）	五十 嵐孝（国立病院機構 琉球病院）
丸山 二郎（東京都立松沢病院）	八木 深（国立病院機構 東尾張病院）
和田 央（京都府立洛南病院）	吉岡 眞吾（国立病院機構 東尾張病院）
平田 豊明（静岡県立こころの医療センター）	界外 啓行（国立病院機構 榊原病院）
服部 功（静岡県立こころの医療センター）	山口 博之（国立病院機構 賀茂精神医療センター）
来住 由樹（岡山県精神科医療センター）	桂木 正一（国立病院機構 菊池病院）
林田健太郎（長崎県立精神医療センター）	川本 孝憲（国立病院機構 さいがた病院）
塚田 和美（国立国府台病院）	照屋 初枝（国立病院機構 琉球病院）

研究要旨

小規模病棟の基準について整理し、小規模病棟とフル規格病棟を比較し、人員配置については、医師では 1～12 床までは小規模病棟の方が医師比率が高いが、看護比率では小規模病棟は大部分で比率が低いこと、コメディカルスタッフについては、すべての場合で小規模病棟の方が高い密度で配置されていることを明らかにした。

開設・運営面からみた小規模病床の普及可能性についての検討では、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模病床の視察をもとにした 7 領域の比較を行った。セキユリティについては、当然ながら北陸病院（以下、北陸）の方が優れ、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」配置など北陸病院と同等のセキユリティが保証されているとは言えない。アメニティに関しても北陸病院のフル規格病棟は、新規に竣工した病棟であり、昭和 40 年に竣工した築 40 年以上既存病棟の病室を改築して小規模病床が整備された大阪とはかなりの差異があった。また大阪は親病棟の入院患者によって独特

の緊張感が漂い、敏感な指定入院対象者には精神的負担が少なからずあるかもしれない。治療システムや治療プログラムについては、いずれ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た。大阪では「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、ほぼ同一と評価した。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。関係機関との連携は、大阪では、担当者同士が日頃から「顔の見える」関係がつけられやすく、したがって責任も明確化されやすく、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など有利と思われる。北陸では、遠方の対象者も少なくなく、このような距離的な問題が一人当たりの入院期間にどのような影響があるのかの検討が必要と思われた。事前研修やマニュアルの整備については、大阪では専従の職員を準備段階で置けないことがスタッフの大きな負担につながり、ひとつの病棟にある「二重構造」に対して小規模病棟のスタッフはより複雑な対応が必要になっていた。

小規模併設型指定入院医療機関の準備から運用開始までの大阪府立精神医療センター 実践報告では、他害性の高い患者を多く受け入れ、合同カンファレンス、措置解除判定会議などのチーム治療や継続的な支援の経験が指定入院医療にも生かされたことがまず明らかになった。そして、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の意識が高まり、研修などを通じて能力が向上し、チーム医療の向上にも繋がった。さらに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の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にも結びつく可能性があると思われた。小規模病棟では、基本的にその都道府県内の出身者を受け入れることになるので、外出や外泊などリハビリテーションを効果的に行え、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となどのメリットは指定通院への移行の点でプラスになることが想定された。しかし、小規模併設型では、セキュリティや病棟内のハード面の不足（作業室・体育館・運動場など）が課題となり、また保護室を中心とした一般の精神保健福祉法入院患者と指定入院対象者へ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の厚遇という病棟機能の二重構造も問題になった。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のメリットや問題、注意点についての今後の検証は重要と考えられた。

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、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親病棟入院患者が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親病棟入院患者で不満を述べる患者はおらず、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、地元に着した小規模併設型の利点が大きく生きたとと思われる。

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平成18年、20年の2回行った。平成20年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た。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。

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、5,764円となり、管外では、76名の平均値で、4時間14分、694.6km、20,565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。

指定入院中の身体合併症の対応は、医療観察法での医療になお残された重大な課題である。この実態を把握するために、平成 19 年に国立あるいは独立行政法人国立病院機構設立の指定入院医療機関 (9 施設) において身体合併症調査を行った。その結果、指定入院医療機関は精神科単科の医療施設は 33.3% に過ぎず、CT 検査、MRI 検査などにも対応している施設が多いが、他の診療科の常勤医は少ない施設が多く、その身体合併症対応能力は十分とはいえなかった。指定入院医療が開始されてから平成 19 年 7 月 31 日までに 10 例が身体合併症検査、治療のために転院 (転院相当 2 例を含む) しており、これは全指定入院症例数 (359 例) の 2.8% に相当する。これらの症例は統合失調症圏で幻覚妄想状態であることが多く、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合併が多い。症状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く、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% は精神科病床以外に入院となっていた。また指定入院医療機関所在地外の都道府県への転院が 70% を占めており、移送時間や転院までの期間が比較的長い症例もかなりあった。指定入院医療機関すべてが他の医療機関と身体合併症に関する協定を結んでいるが、転院の際の法律的根拠、診療報酬や治療費の支払い方法が統一されていないことも問題となっていた。また、転院先で複数のスタッフの継続的付き添いが要求されることが多く、指定入院医療機関にとっての過大な負担となることが予想される。これらの調査結果から、指定入院医療中の身体合併症対策は様々な問題が存在すること、今後とも一定の割合でこのような問題が生じることが予想されるので早急な対策が必要であること、医療観察法に関連する医療の中に、身体合併症に対応できるような指定入院医療機関を組み込むことが望ましいと考えられた。

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。

この総括報告書では、我々の3年間の検討結果の中で、小規模病棟の施設基準と小規模病床の普及可能性についての検討、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立ち上げから運用開始後1年半までの実践報告、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、指定入院対象者の帰住先調査、指定入院中の身体合併症への対応についての調査について示した。

I. 小規模病棟基準についての検討

医療観察法は平成17年7月15日に施行され、わが国で初めての司法精神医療制度がスタートした。本法の円滑な運用のためには、指定入院医療機関の整備が急務となった。しかし、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。

中島らのバリエーションは、社会復帰期の対象者を受け入れ、地元自治体で退院準備、地域調整を積極的、効率的に行う「併設・社会復帰期入院病床群」、指定入院医療機関に入院中に当該の医療施設では対応が困難な身体疾患を併設した対象者を受け入れ、精神医療を継続しつつ他の診療科と協力して身体疾患の治療を行う「合併症対応型」、急性期治療が終了した対象者を受け入れ、地元で綿密な社会復帰訓練を行う「併設・回復期以後入院病床群」、年間数名しか対象者が出ないような県の既存病床において、経済的裏付けの上、現行の措置入院よりも質の高い医療を行う「併

設・小規模病床群」、比較的軽症であるまたは再発性であるなど、経過の見通しが立てやすい対象者を入院当初から地元の自治体病院で受け入れるといった運用上の配慮を行い、早期退院・早期社会復帰を目指す「独立型」などが提案された。

最終的に厚生労働省で決まった14床以下の小規模併設型指定入院医療機関では、社会復帰期などの各治療段階別の受け入れは規定されず、運用上の工夫で対応するとされた。また身体合併症対応型も、コメディカルの配置を免除する形で規定された。一方で、小規模併設型では運用経費や開設準備費が国庫負担の対象からはずされるなどの動きもあり、このような形の指定入院医療機関を具体的な整備は、なかなか進まないのが現状である。

確かに、入院医療から通院医療へのスムーズな移行には、各都道府県に網羅的に指定入院医療機関があったほうが良く、小規模併設型の意義は大きいと考えられる。しかし、小規模併設型でフル規格と同等の治療プログラムや各種会議の開催などが行えるかどうかの心配もある。そして指定入院対象者が同じ病

棟で治療を受ける小規模併設型治療ができるなら、フル規格で重装備と言えるほどに整備されたセキュリティー対応は本当に必要なのかなど、様々な議論が出ていることも事実である。

このため、本研究ではまず、小規模併設型においてフル規格病棟と同程度の指定入院医療が実施可能かどうかを施設基準の観点から検討することにした。

表1にフル規格と小規模、小規模併設型の場合の施設及び設備基準、表2に人員配置基準を示した。また、表3にはこの人員配置基準に基づくスタッフ数と病床に対するスタッフ比率を、フル規格、小規模、小規模併設型それぞれについて示した。そしてスタッフ比率をフル規格、小規模と小規模併設型の病床別に比べてみると、医師では1～12床までは小規模併設型の方が医師比率が高い(表3の青色部分)。逆に看護比率では小規模併設型は大部分で比率が低いことになる。そしてコメディカルスタッフについては、すべての場合で小規模併設型の方が高い密度で配置されていることになった。

表1 施設基準の比較

	フル規格病棟	小規模病棟	小規模併設型
病床数	30	15	14以下
診察室(2カ所以上)	○	○	△(親病棟で可)
配管ありの処置室	○	○	△(親病棟で可)
広さ10㎡以上の保護室	○	○	△(親病棟で可)
集団精神療法室	○	△(改修の場合は、安全管理体制が確保できれば、様外でも可)	△(改修の場合は、安全管理体制が確保できれば、様外でも可)
作業療法室	○	△(改修の場合は、安全管理体制が確保できれば、様外でも可)	△(改修の場合は、安全管理体制が確保できれば、様外でも可)
談話室	△(食堂との兼用可)	△(食堂との兼用可)	△(親病棟で可)
食堂	○	○	△(親病棟で可)
面会室(3カ所目以降の診察室と兼用可)	○	○	△(親病棟で可)
浴室	○	○	△(親病棟で可)
公衆電話	○	○	△(親病棟で可)

表 2 人員配置基準

	フル規格病棟	小規格病棟
常勤医	8:1 (1/2以上は専従)	同左
指定医	病棟専従1人以上	同左
常勤看護師	1:1.3 + 4	1:1.3
日中	1.5:1	同左
夜間 (専従3人以上)	6:1	同左
常勤の臨床心理技術者、作業療法士、精神保健福祉士	5:1 + 1	同左*

* 5床以下の場合は常勤スタッフ数は、2名であるが、平成17年の省令により指定入院施設は、コメディカルスタッフを3職種すべて配置しなければならないため、1名は非常勤でも可、3名必要である。

表 3 人員配置基準に基づくスタッフ数と病床に対するスタッフ比率

	フル規格病棟	小規格病棟	小規格病棟													
			14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
病床数	30	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
常勤医	4	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1
常勤看護師	42	24	19	17	16	15	15	12	11	10	9	7	6	4	3	2
日中	20	10	8	8	7	7	6	5	4	3	3	2	2	1	1	1
夜間 (専従3人以上)	5	3	3	3	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1
常勤の臨床心理技術者、作業療法士、精神保健福祉士	7	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
必要スタッフ小計	54	30	25	23	22	21	18	17	15	14	12	11	10	8	7	6
スタッフ比率	1.80	2.00	1.79	1.77	1.83	1.91	1.80	1.88	1.88	2.00	2.00	2.20	2.30	2.87	3.50	6.00
医師比率	0.13	0.13	0.14	0.15	0.17	0.18	0.20	0.22	0.13	0.14	0.17	0.20	0.25	0.33	0.50	1.00
看護師比率	1.43	1.60	1.34	1.31	1.38	1.40	1.39	1.40	1.43	1.43	1.50	1.50	1.50	1.90	2.50	7.00
コメディカルスタッフ比率	0.23	0.27	0.29	0.31	0.33	0.38	0.30	0.33	0.38	0.43	0.50	0.50	0.75	1.00	1.50	3.00

II. 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. 研究方法

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した。

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。

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模病床が整備され、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、小規模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。

小規模病床では、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模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が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、病棟内にあつ

て、対象者専用のものとして用意されている。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らう）。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

準則しており、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。

対象者の居住地にある関係機関との連携については、大阪では、対象者の居住地が（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（残業手当なしの）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。

C. 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厳重であり、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）、親病棟への入退場の際に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、比較的自由的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4）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