

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る点は、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ろう。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としないということ、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。大阪の小規模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）。小規模病床でのみ（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という。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、何らかの関係がつけ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」関係がつけられやすく、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ら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も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5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5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5 設備、運営面からみたフル規格と小規格の比較

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

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、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ぬ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治体からの理解も得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得ないが、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、数年程度で閉鎖されることが見込まれるため、大掛かりな改修工事を行われず、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、長年培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、対象者の移動にとまら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、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ころむ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。

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

Ⅲ．小規格併設型指定入院医療機関の準備から運用までの実践報告

A．準備から運用開始まで

1．歴史的経緯

昭和38年麻薬取締法の制定を受けて政府は、全国で7カ所に麻薬中毒者を治療する司法病棟を整備することとなった。大阪府立精神医療センター（当時、大阪府立中宮病院）の第1病棟は、この際に整備された施設であり、昭和40年開設された。

構造は、3階建ての病棟で、1階が女性病棟、2階が男性病棟（第1病棟2階）であり、3階は麻薬中毒患者のリハビリテーションなどを行う付帯設備となっていた。本病棟の開設後、本来の目的であった麻薬中毒のための入院患者は少数であり、代わりに覚醒剤中毒患者、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る病棟として機能することになった。本病棟の開設以後42年が経過したが、第1病棟2階の改修によって医療観察法小規模併設型病床5床の整備を行うことになり、この病棟は再び司法的役割をはたすことになった。

2. 大阪府立精神医療センターが行ってきた医療と医療観察法医療の類似性

1) 他害性の高い患者の受入

大阪府立精神医療センターでは、殺人・傷害・放火・強姦等の刑法犯歴を持つ多数の患者を公的精神科医療施設の役割として受け入れ、治療し、できる限り退院させ地域移行させている。これらから得られた多くの経験と知識は、まさに、医療観察法の指定入院医療の基盤となるものであった。

2) 合同カンファレンス

第1病棟2階における従来からの入院患者の中には、殺人や傷害、強姦などをおこしたことがある強い他害性を有している患者や、覚醒剤等薬物中毒患者が多数おり、それらの中には暴力団員などの他害性がある人格障害患者もいる。このような患者に対しては、リスクアセスメントに基づいた方針決定が重要となる。しかし、閉鎖的処遇の解除や外出・外泊・退院などの決定に対しては、これらの他害性をもっと患者からの強迫や強要があり、医師や看護師は個人的攻撃を受けやすいことになる。

このような状況を打破するために、医師、看護師、精神保健福祉士からなる合議体を形成し、毎週行われる合同カンファレンスの場で処遇や治療に関する決定をすることになっている。このカンファレンスは、20年以上前より行っており、医療観察法における治療評価会議やMDT会議に相当することを我々は既に行っていたことになる。

3) 措置解除判定会議

措置入院症例については、従来は主治医が措置解除やその後の処遇について判断してきた。しかし、重大な事件を起こした措置入院となった背景を考えると、措置解除などを主治医の判断だけに任せることについては、主治医には迷いと重い責任がのしかかることになる。このため、重大な事件を起こし措置入院となったケースに対しては、措置解除やその処遇に関して判断する際に、主治医からの提案に基づいて院長、副院長、医務局長、看護師長、事務局も交えた措置解除判定会議が、平成13年より運営規約を定めて、大阪府立精神医療センターで開催されてきた。この会議で得られた結論は、当然ながら病院全体の方針となり、それまで主治医だけに責任が押しつけられていた状況から大きな変化が認められた。この措置解除判定会議のありかたは、医療観察法での運営会議にあたるものと考えられるが、従来の措置入院制度におけるこのような経験は、今回の小規模病棟運営に大きく寄与した。

4) 患者・家族を交えた医療・看護計画

平成13年より、医療・看護計画の作成・実行にあたっては、医師の治療方針、担当看護師の看護方針、精神保健福祉士の意見に加えて、かならず患者の意見、家族の意見を取り入れて、統合的に計画してきている。これによって、医療者側からの一方的な流れから患者・家族も参加する医療に変わってきた。このような方向性も、医療観察法におけるMDT会議や臨床心理技術者A会議につながるものであった。

3. 小規模併設型指定入院医療機関の設置準備

大阪府立精神医療センターの医療観察病床は、築42年を迎えた急性期閉鎖病棟（第1

病棟(2階)の8床室と6床室を改修し、個室5床を設置した。この準備経過を表6に示した。詳細については、平成19年度の小規模病棟報告書を参照されたい。

4. 医療観察法の治療プログラム

医療観察法の治療プログラムを表7に示した。毎朝、心身の状況、本日の予定などについて話し合う(朝の集い)、疾病理解・服薬理解の教育、心理教育(個人・集団)例えば怒りのマネジメント、作業療法・レクリエーション・中庭活動(運動)、権利擁護・社会資源講座、看護教育・SST、院内散歩・院外外出・外泊などであり、各職種面談:内省・洞察や再犯の防止、退院後の生活について重点を置き、医療継続の自覚を促していくことにして

いる。そこでは①何かおかしい、②へんだへんだ・しんどい・眠れない③訳わからん、④幻覚妄想状態、⑤心神耗弱・喪失、⑥他害行為という段階を想定して、①から⑥のプロセスを対象者が自覚すること、何処の段階で助けを求めれば良いのかを学習し、実際に実行できる事が重要としている。

我々は、従前から他害行為の可能性が高い患者に積極的に取り組んできたが、今回、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個々の意識がさらに高まり、研修などを通じて能力が向上した実感がある。コメディカルのコミュニケーションもいっそう密となり、チーム医療の向上にも繋がった。はっきり言って「職員目の色が違ってきた」という印象であり、指定

表6 医療観察法開棟に関する経過と内容

内 容	経過										
	1期	2期	3期	4期	5期	6期	7期	8期	9期	10期	
机上研修	○										○
職員研修	○										○
患者への説明											
開業式(19年10月)											
開業式(19年11月)											
開業式(19年12月)											
開業式(20年1月)											
開業式(20年2月)											
開業式(20年3月)											
開業式(20年4月)											
開業式(20年5月)											
開業式(20年6月)											
開業式(20年7月)											
開業式(20年8月)											
開業式(20年9月)											
開業式(20年10月)											
開業式(20年11月)											
開業式(20年12月)											
開業式(21年1月)											
開業式(21年2月)											
開業式(21年3月)											
開業式(21年4月)											
開業式(21年5月)											
開業式(21年6月)											
開業式(21年7月)											
開業式(21年8月)											
開業式(21年9月)											
開業式(21年10月)											
開業式(21年11月)											
開業式(21年12月)											
開業式(22年1月)											
開業式(22年2月)											
開業式(22年3月)											
開業式(22年4月)											
開業式(22年5月)											
開業式(22年6月)											
開業式(22年7月)											
開業式(22年8月)											
開業式(22年9月)											
開業式(22年10月)											
開業式(22年11月)											
開業式(22年12月)											
開業式(23年1月)											
開業式(23年2月)											
開業式(23年3月)											
開業式(23年4月)											
開業式(23年5月)											
開業式(23年6月)											
開業式(23年7月)											
開業式(23年8月)											
開業式(23年9月)											
開業式(23年10月)											
開業式(23年11月)											
開業式(23年12月)											
開業式(24年1月)											
開業式(24年2月)											
開業式(24年3月)											
開業式(24年4月)											
開業式(24年5月)											
開業式(24年6月)											
開業式(24年7月)											
開業式(24年8月)											
開業式(24年9月)											
開業式(24年10月)											
開業式(24年11月)											
開業式(24年12月)											
開業式(25年1月)											
開業式(25年2月)											
開業式(25年3月)											
開業式(25年4月)											
開業式(25年5月)											
開業式(25年6月)											
開業式(25年7月)											
開業式(25年8月)											
開業式(25年9月)											
開業式(25年10月)											
開業式(25年11月)											
開業式(25年12月)											
開業式(26年1月)											
開業式(26年2月)											
開業式(26年3月)											
開業式(26年4月)											
開業式(26年5月)											
開業式(26年6月)											
開業式(26年7月)											
開業式(26年8月)											
開業式(26年9月)											
開業式(26年10月)											
開業式(26年11月)											
開業式(26年12月)											
開業式(27年1月)											
開業式(27年2月)											
開業式(27年3月)											
開業式(27年4月)											
開業式(27年5月)											
開業式(27年6月)											
開業式(27年7月)											
開業式(27年8月)											
開業式(27年9月)											
開業式(27年10月)											
開業式(27年11月)											
開業式(27年12月)											
開業式(28年1月)											
開業式(28年2月)											
開業式(28年3月)											
開業式(28年4月)											
開業式(28年5月)											
開業式(28年6月)											
開業式(28年7月)											
開業式(28年8月)											
開業式(28年9月)											
開業式(28年10月)											
開業式(28年11月)											
開業式(28年12月)											
開業式(29年1月)											
開業式(29年2月)											
開業式(29年3月)											
開業式(29年4月)											
開業式(29年5月)											
開業式(29年6月)											
開業式(29年7月)											
開業式(29年8月)											
開業式(29年9月)											
開業式(29年10月)											
開業式(29年11月)											
開業式(29年12月)											
開業式(30年1月)											
開業式(30年2月)											
開業式(30年3月)											
開業式(30年4月)											
開業式(30年5月)											
開業式(30年6月)											
開業式(30年7月)											
開業式(30年8月)											
開業式(30年9月)											
開業式(30年10月)											
開業式(30年11月)											
開業式(30年12月)											
開業式(31年1月)											
開業式(31年2月)											
開業式(31年3月)											
開業式(31年4月)											
開業式(31年5月)											
開業式(31年6月)											
開業式(31年7月)											
開業式(31年8月)											
開業式(31年9月)											
開業式(31年10月)											
開業式(31年11月)											
開業式(31年12月)											
開業式(32年1月)											

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が認められた。

対象者にしてみれば、出身地の大阪で医療を受けられるということは、方言や地方の慣習などもストレスがかかりにくい。そして通常の精神保健福祉法入院患者に提供するレクリエーションにも参加できることは併設型のメリットと言えよう。

5. 小規模併設型病棟を運用する上での問題 や注意点

開設準備に関わる職員の過重な業務量・責務の問題が大きい。フル規格や15床の小規模などの医療観察法専門病棟では、人件費が準備段階から交付されるため、例として6ヵ月前から数名の専従職員を配置し、遅くとも開棟1ヵ月前にはスタッフ全員が揃って、医療観察に関する専門の学習や電子カルテシステムの練習、包括的暴力防止プログラムの研修が受けられる。しかし小規模併設型病棟では専任勤務ではないため運営している病棟の管理を行いながら医療観察法の開設準備を行うため二重の責務を負うことになる。病棟を運営しながらの研修では、スタッフ全員が同時に研修できないことも大きなデメリットである。これらの点については、次項でも述べたが早急な対策が望まれる。

小規模併設型では、当然ながらセキュリティについては、フル規格よりも劣ることは避けられない。外部からの侵入や面会者の所持品、精神保健福祉法患者からの授受に対しては限界がある。また、保安要員がいない事も課題である。そして入院患者間の情報漏洩、外部流出のおそれも否定できない。

また1病棟3階に多目的室・診察室を設けており、治療プログラムは、主にこの多

目的室で実施している。病棟内のハード面の不足（作業室・体育館・運動場など）や十分とは言えない看護の人員、精神保健福祉法入院患者への従来医療の併存が、医療観察法標準治療の専門性向上に集中できないという側面もある。

一方、指定入院対象者について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厚遇に対する、一般の精神保健福祉法入院患者の思いもあり、なぜこのような差異があるのかを理解頂くことは容易ではない。行政医療（措置入院等）・処遇困難患者の医療は保護室を中心とした医療となっているが、医療観察法においては、隔離が殆ど不要であり、社会復帰を前提とした治療プログラムが行われ、病棟機能の二重構造が明確となってしまう。精神保健福祉法病床は、36床（一般室22床、個室3床、保護室11床）医療観察法病床は、5床であるが、指定入院の個室5室のゾーンは、夜間22時から朝6時半まで扉を閉めて、一般の精神保健福祉法入院患者と分けることにしているが、これはむしろ指定入院患者よりも他害性が高い一般患者からのリスクを考えた上でのことである。

スタッフは、医師3名・看護師29名・臨床心理技術者2名・精神保健福祉士2名・作業療法士1名・事務1名であるが、パラメディカルは兼務も多い。看護師の勤務態勢は、日勤9名以上・準夜4名・深夜3名の3交代制である。これでも十分な人員配置とは言えない中で、毎週火曜日の治療評価実施（週評価）、毎月の医療観察法運営会議（1ヵ月評価）、運営会議で入院継続の評価（6ヵ月評価）、臨時評価（複数名で適宜実施）、MDT・臨床心理技術者A会議（適宜実施）などの各種会議の開催・必要書類の作成が業務量を増やすことにも注意が必要である。当然ながら小規模であっても近隣住人への説明は必要で、地域連絡会議の委員依頼も必要とな

る。

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には、種々の問題や注意点があり、今後はこれらに向けた研究が必要である。

B. 運用開始後 1 年半での実践報告

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した。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。

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满を述べた。不满の内容は、「あいつらだけ、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出にいくことなど個人的にニーズの充足を行った。また、作業を積極的にや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に努力している。その結果、処遇格差はあるものの現在不满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「食事がおいしい」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 8 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。

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

表 8 外泊及び院外外出許可のリスクアセスメント

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		

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。

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

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）

- 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み、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、急性膵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。

IV. 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。

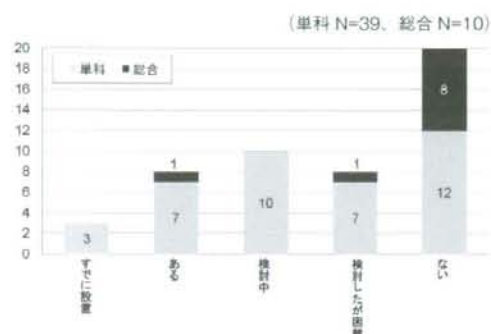


図 1 指定入院医療機関設置の計画がありますか

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。

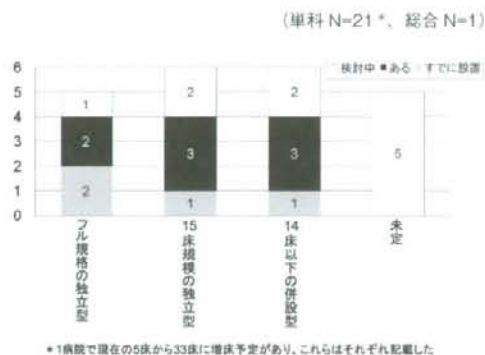


図 3 「すでに設置」「ある」「検討中」と答えた場合の病床規模

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。

(単科 N=21*, 総合 N=1)

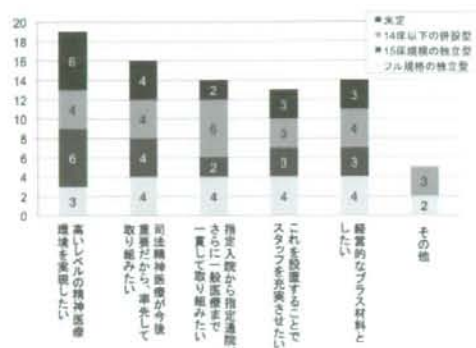
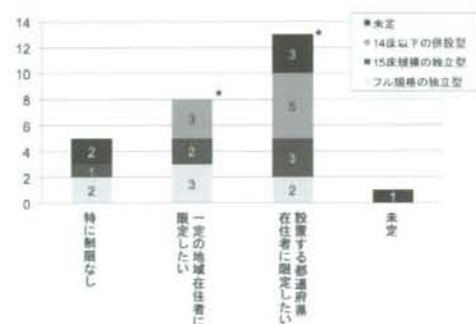


図4 指定入院医療機関を設置することによるメリット (複数回答可)

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。

(複数回答可)



*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。

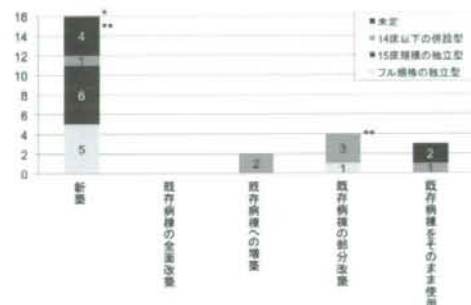
(複数回答可)



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。



* 全面改築に合わせて設置するものも含む

** 1病院で現在の5床から33床に増床予定があり、これらはそれぞれ記載した

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、小規格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。

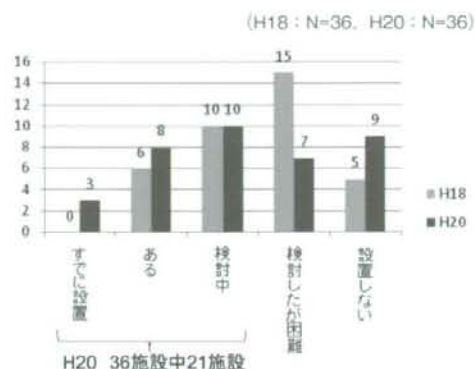
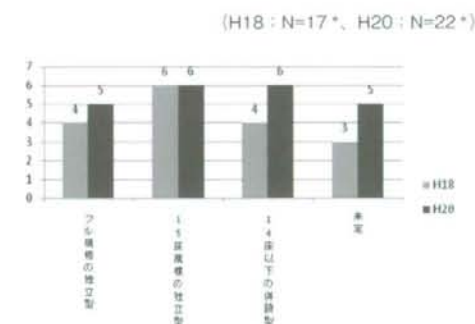


図8 指定入院医療機関設置の計画がありますか

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5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。

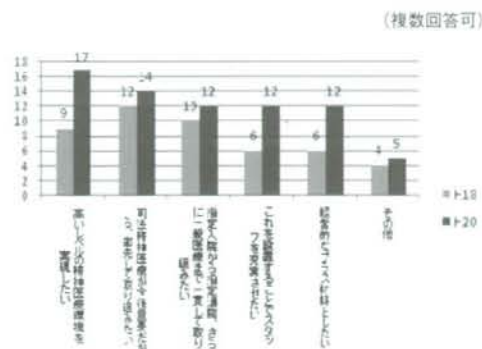
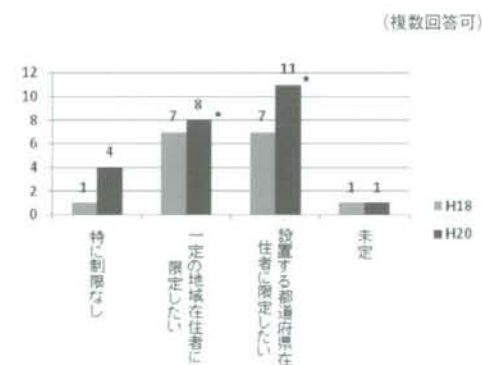


図 10 指定入院医療機関を設置することによるメリット

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施設で、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

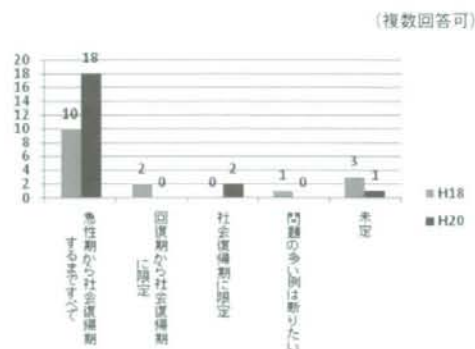


図 12 指定入院する対象の指定入院の段階についての希望

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。

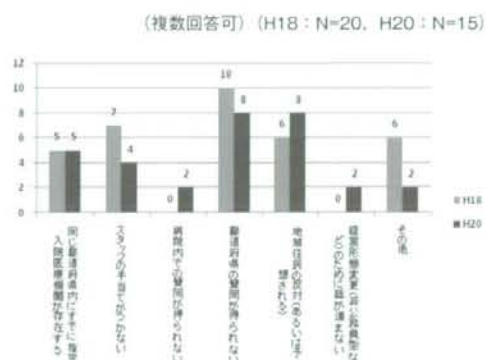


図 13 検討したが、困難・設置しないと答えた場合の理由

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。

V. 遠方からの指定入院対象者を受け 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模併設型病棟は、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ぐものがあるらしく、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模併設型病棟は、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。小規模併設型病棟は、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、地元で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。小規模併設型病棟は、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「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、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. 帰宅先への所要時間・費用の計算方法

指定入院対象者の帰宅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宅先最寄り駅の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、仮想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)仮想の移動日を平成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ミュレーション

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ミュレーションした。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ミュ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ミュレーションを実

施した。最適化シミュレーションは、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あった。

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