

平成 20 年度 分担研究報告書

入院精神医療から地域精神医療への転換に関する研究

分担研究者 小宮山 徳太郎

「入院精神医療から地域精神医療への転換に関する研究」

分担研究者 小宮山徳太郎 医療法人栗山会飯田病院 副院長
研究協力者 南風原 泰 医療法人栗山会飯田病院 精神科科长
篠田 守 医療法人栗山会飯田病院 看護副部長

研究要旨

当院は平成10年から3年間で88床削減するために操作的に患者を退院させた。昨年度の研究で退院に関わった看護師へのアンケート調査から操作的退院の患者要件は、幻覚妄想があってもADLが十分でなくても服薬中断の危険があっても、症状による混乱が生じないことや症状悪化を訴え注射などを求める自身の危機管理能力が備わっていることであった。また、多職種合同が退院後の支援に貢献したことも分かった。

本年度は、昨年は発見できなかった操作的退院の会議録をもとに多職種合同の詳細を明らかにし、昨年は出来なかったカルテ調査から退院後の経過実態を明らかにした。カルテ調査の結果は退院先をグループホーム（以下GH）、アパートS（以下AP-S）、他病院、施設の4群に分けて検討した。また、GH-Hの運営費の実態も検討した。

退院後の1週間はデイケアスタッフ、OTR、病棟スタッフ（PSW、薬剤師）、訪問看護師、ボランティア看護師、病棟看護師、地域ケア部門スタッフの多職種が合同で支援を行い、その後2年間は他職種の地域ケア部門がサポートしていた実態が明らかになった。これらの多職種合同の支援体制の対象であったGHとAP-Sで入院月密度（入院月数÷経過月数）×100%を退院前後で比較検討した。入院月密度がGHでは74.5±30.28%から19.2±26.90%、AP-Sでは78.9±43.47%から3.4±6.40%へ減少していた。この結果は支援体制の有効性を実証したと言えよう。

処方薬の投与量をCP換算量とDZP換算量を算出してみると退院時では施設退院した患者のCP換算量、DZP換算量とも他の3群に比して有意に少なかった。それは施設へ退院した患者に精神病状態の占める割合が他に比して少なかったことによると考えられる。

GHやAP-Sへ退院した者の退院3年後および現在（退院後7-10年後）のCP換算量の退院時の換算量に対する変化を検討するとGHでは1.6±0.86倍、3.5±3.86倍、AP-Sでは2.7±5.16倍、3.7±6.64倍といずれも退院時より処方量が増えているGHよりAP-Sで増加傾向より顕著であった。この結果は、患者にとってグループホームやアパートは病棟に比べると対人的にも空間的にも「ゆとり」や「緩衝」が限られ症状の増悪を少なからず招いていることを示唆した結果と考えられる。なお、DZP換算量はGHやAP-SではCPZ換算量の増加に呼応するように減少していた。

GH-Hの運営は平成12年には管理人とヘルパーの2人体制であったが、自立支援法施行後は世話人1人の体制にして収支の均衡を図っていた。しかし、障害区分や入居者数の日々の変動で収支が変動する実態が明らかになった。

はじめに

当院は平成 10 年から 3 年間で 88 床削減するために操作的（作為的を改め）に患者を退院させている。昨年度は、病床削減に関わった 6 名の看護師長に自由記載のアンケート調査を実施した。その結果、退院出来た患者の内訳や操作的退院を可能にした多職種合同から ACT-I と呼べる体制が整ってきたことなどが明らかになった。その中で、法定外の施設を運営管理したり就労支援したりするなど有限会社 S F の果たす役割が少なくないことも分かった。

本年度は、昨年アンケートで概ね把握できた操作的退院を可能にした支援体制の詳細を明らかにするために当時の資料を探し出したり、その支援体制の有効性の有無を明確にする意図から患者カルテを調査したりしたので報告する。加えて、グループホームの経営の実態を把握したので付言する。

1) 概観

当院は明治 39 年（1903 年）開設され現在は内科、外科、整形外科、泌尿器科、眼科など一般科病床 212 床（内重急性 21 床）と精神科病床 240 床を有する病院である。

当院が存する飯田下伊那圏域の面積は大阪府より若干広く 1,912.2 k m²で、精神科病床は県立阿南病院の 46 床と当院の 240 床の合計 286 床で圏域人口 17 万 5 千人余に対して 286 床は人口万対 16.3 床となっている。これは平成 19 年の全国平均の 27.5 床をはるかに少ない病床数になっている。

病床削減の経過は図-1 に示したとおりである。88 床削減を実現した過程で多職種合同が退院を円滑にし、また意図せずして出来上がっている ACT-I が機能しているこ

となど複合的に作用してきた。その結果、当院の精神科平均在院日数は平成 20 年では 170.7 日であった。これは平成 19 年の全国平均の 317.9 日を大きく下回っている。

2) 退院後支援体制

昨年アンケート調査の結果、幻覚妄想があっても ADL が十分でなくても服薬中断の危険があっても、症状による混乱が生じないことや症状悪化を訴え注射などを求める自身の危機管理能力が備わっていることが退院を可能にしたことが分かった。そのような患者側の要件で退院を可能にした背景に退院後支援体制を多職種で整えていたことが考えられる。操作的退院の会議録から当時の具体的な組織や勤務体制などが明確になった。

退院後 1 週間は多職種同時介入で支援しその後 2 年間を危機介入チームによって支援していた実態が会議録から明らかになった。

退院後 1 週間の多職種同時介入は図-2 に示したようにデイケアスタッフ、OTR、病棟スタッフ（PSW、薬剤師）、訪問看護師、ボランティア看護師、病棟看護師、地域ケア部門スタッフが日中から切れ目がないようにアパート S（以下 AP-S と略記）は夜間 10 時までグループホーム（以下 GH と略記）は翌朝まで介入していた。地域ケア部門スタッフは GH で当直を行っていた。

ボランティア看護師は精神科経験が 10 年以上の退職看護師で、食事作りや掃除の協力などの生活支援と個別指導、服薬指導、医療機関への情報提供などの医療支援を行っていた。

退院後 1 週間を経過したあとの 2 年間を危機介入チームで支援体制をとっていた。

危機介入チームは外来看護師、訪問看護師、デイケアスタッフ、PSW、薬剤師、OTR、医師から構成され、特に緊急時は A 群：PSW、看護師、CW、B 群：OTR、薬剤師、C 群：医師の各群から 1 名ずつで緊急体制を組織して臨機応変な対応を行った。

他に、日常的な支援には地域ケア部門が機能していた。表-1 に示したように多職種で構成され個別支援、入居施設職員との連絡調整、夜間休日の緊急支援などを行った。部門会議が住居ケアの必要な退院患者の支援内容の検討や関連住居への入居者の調整を行うなどのほか情報を共有する意義は大きかった。

3) 操作的退院患者のカルテ調査項目

調査対象は操作的退院の会議録で判明した患者 80 名で、昨年アンケートで分かった患者より 1 名多かった。

患者カルテを元に退院時年齢、ICD 診断分類、初診年月日、入院期間、入院回数、住居区分、日中活動、住居区分、人的支援、訪問人員、就労、再入院回数、再入院期間、再退院後住居区分、現在の住居区分、ケースマネージャー、協力家族、現在の強力家族、現在の通院状況、退院時と 3 年後と現在あるいは死亡時との 3 時点での処方薬の CP 換算量及びジアゼパム換算量などを調査した。なお、調査日は平成 20 年 11 月 30 日とした。

退院先を GH、AP-S、他病院、施設の 4 つに分け、退院先で患者を 4 群に分けた。GH (7 箇所) へ 27 名、AP-S へ 16 名、他病院 (2 箇所) へ 16 名、施設 (8 箇所) へ 21 名が退院をしている。

AP-S は当院関連の有限会社「サン・フィールド」(以下 SF と略記) が運営する無認

可住居であるが世話人を置いて朝夕の食事の賄いを行っている。SF は他に世話人を置いた賄いつきの住居の運営や徒歩圏外にある GH の患者や援護寮の高齢患者のデイケア参加に送迎車を運行している。

4) 操作的退院患者の内訳

まず ICD 診断病名をみると F2 の統合失調症圏が GH は 85.2%、AP-S は 81.3%、他病院は 87.5% と 80% 以上であったのに対し施設は 38.1% と F2 の占め割合が小さかった。それは施設適応の疾患がそれぞれ占めていたためと考えられる (表-2)。

退院時年齢をみると、GH は 52.8±11.3 歳、AP-S は 52.6±12.6 歳、他病院は 58.0±9.65 歳であったのに対して施設は 73.9±5.46 歳で他の 3 群に対して有意に高い年齢であった。また総在院月数をみても GH は 189.4±154.57 カ月、AP-S は 195.2±162.15 カ月、他病院は 224.2±157.63 カ月であったのに対して施設は 295.0±177.24 カ月で他の 3 者に対して有意に長かった。また、他病院は GH に対して有意に長かった。他病院や施設へ退院した患者の年齢や総在院月数が大きいのは入院が施設化していたことを意味する結果と言える。

5) 操作的退院患者の現況

他病院や施設へ退院した者は、2) で述べた当院の退院後支援体制の外になる。それ以外の GH と AP-S へ退院した者の現況を調べた結果を表-3 に示した。調査日に当院に入院中の者が GH で 5 名、AP-S で 2 名いたが長期の入院になっているか否かは後で述べる。GH に退院後から継続入居している者は 6 名で 22.2%、AP-S に継続して入居しているのは 5 名で 31.3% であった。

死亡者はGHで5名18.5%、AP-Sで3名18.8%であった。自殺者は両群に各1名いたが、GHの者は操作的退院後21ヶ月目で、AP-Sの者は57ヶ月目であった。操作的退院から自殺までの経過月数を考えれば2名とも操作的退院が自殺の誘因でないことは明らかである。

6) 退院後支援体制と日中活動

退院時のケースマネージャーを調べてみると、GHでは20名が当院のPSW、7名が地域支援センターのPSWであった。AP-Sでは14名が当院のPSW、2名が他機関のPSWであった。他病院では16名全てが当院のPSW、施設では19名が当院PSWで2名が他機関PSWであった。退院後ケースマネージャーに変更のあったのは、GHで当院PSWから地域支援センターPSWに担当替えがあった者が2名、地域支援センターから当院へ担当替えのあった者が2名いた。またAP-Sで当院PSWから地域支援センターへ担当替えがあった者が2名いた。それら以外は退院時のケースマネージャーに変更がないまま現在に至っている。

退院後の日中活動、人的支援、訪問の内訳を表4に示した。ここでいう人的支援とは生活の場所で医療以外の関与の全てを含むのに対して、訪問とは訪問医療で診療報酬の対象となる訪問活動をいう。日中活動のC；社会復帰施設とは作業所や支援センターのことである。

日中活動を見るとGHではデイケアが圧倒的の多く27名中19名であったのに対してAP-SではデイケアとOTの両方へ曜日を変えて参加したものが最も多く16名中7名であった。人的支援ではGHもAP-Sも支援センター、世話人、訪問看護師の3者が支

援しているものが最も多くそれぞれ27名中11名と16名中8名であった。訪問では訪問看護師、PSW、デイケアスタッフ、病棟看護師の多様な組み合わせが見られた。GHでは訪問看護師とPSWの2者が27名中11名最も多かったがAP-Sでは際立って多いという組み合わせは見られず、訪問看護師、PSW、デイケアスタッフの3者が16名中4名で最も多かった。

7) 入院月密度

経過月数に対する総入院月数の占める割合を入院月密度として、初回入院から操作的退院までの入院月密度と操作的退院から調査日まであるいは死亡までの入院月密度を調べた結果を表5に示した。操作的退院までの入院月密度は、GHが $74.5 \pm 30.28\%$ 、AP-Sが $78.9 \pm 43.47\%$ 、他病院が $85.9 \pm 22.14\%$ 、施設が $83.7 \pm 33.94\%$ であった。操作的退院から平成20年11月30日まであるいは死亡までの入院月密度を退院後支援体制が関わったGHが $19.2 \pm 26.90\%$ 、AP-Sが $3.4 \pm 6.40\%$ であった。

入院月密度がGHでは $74.5 \pm 30.28\%$ から $19.2 \pm 26.90\%$ 、AP-Sでは $78.9 \pm 43.47\%$ から $3.4 \pm 6.40\%$ へ著しい減少が明らかになったことから支援体制の有効性が実証できたと考えられる。

8) 処方薬容量の変遷

操作的退院時の処方薬を稲垣・稲田の換算表(臨床精神薬理9:1443-7,2006)に従ってmajor tranquilizerをCP換算量で、睡眠薬や抗不安薬をDZP換算量で求めた結果を表6に示した。CP換算量ではGHが $899.6 \pm 780.27\text{mg}$ 、AP-Sが $787.9 \pm 969.45\text{mg}$ 、他病院が $781.6 \pm 691.05\text{mg}$ 、施

設が $133.2 \pm 160.85\text{mg}$ で施設の投与量が他の3群に比して有意に少なかった。DZP換算量ではGHが $18.8 \pm 14.48\text{mg}$ 、AP-Sが $14.9 \pm 9.71\text{mg}$ 、他病院が $13.0 \pm 11.79\text{mg}$ 、施設が $6.2 \pm 5.44\text{mg}$ でここでも施設の投与量が他の3群に比して有意に少なかった。また、GHの投与量はAP-Sや他病院に比して有意に多かった。

操作的退院後の症状経過を概ね反映すると思われる処方量の変動を検討する目的で退院時の処方量に対する比率、処方変動比率を検討した。GHとAP-Sの2群で、操作的退院後3年の時点と調査現時点の2時点の処方変動比率を求めた結果を表-7に示した。

CP換算量はGHでは3年後が 1.6 ± 0.86 倍、現在が 3.5 ± 3.86 倍と退院時に比していずれの調査時点でも操作的退院時に比して処方量が増大していた。その増大の傾向は3年後の増大に比して7-10年経過した現在の増大が有意に大きかった。AP-Sでは3年後が 2.7 ± 5.16 倍、現在が 3.7 ± 6.64 倍と退院時に比していずれの調査時点でも操作的退院時に比して処方量が増大していた。その増大の割合はGHより有意に大きかった。またGH同様AP-Sでも3年後の増大に比して現在の増大がより大きかったが両者に有意な差は見られなかった。

DZP換算量はGHでは3年後が 1.5 ± 0.9 倍、現在が 0.9 ± 2.17 倍、AP-Sでは3年後が 0.7 ± 0.31 倍、現在が 0.5 ± 0.41 倍であった。ここではGHで3年後は操作的退院時に比して増大していたが現在ではわずかに減少傾向が見られた。AP-Sでは3年後も現在も退院時に比して減少していて、3年後の減少に比して現在の減少が有意に小さか

った。

CP換算量が操作的退院時に比して3年後および7-10年経過した現在で増大していたのに対してDZP換算量が減少傾向を示したのは処方がminor tranquilizerからmajor tranquilizerへシフトしたことを意味する。それはCP換算量の増大傾向と呼応する結果と言える。

操作的退院後のCP換算量が増大したという結果は、長期に入院していた患者にとってグループホームやアパートは病棟に比べると对人的にも空間的にも「ゆとり」や「緩衝」が限られていることから症状の増悪を招いていたことを示唆した結果といる。

9) GH-Hの運営費

GH-Hは篤志家に提供され当院関連の社会福祉法人K会が平成10年2月から運営している定員女性5名の住居で、操作的退院を行った最初のGHである。所在地は徒歩圏外であるため、デイケアへは有限会社SFが送迎車の運行を行っている。

GH-Hの運営費の内訳を、平成12年度と平成19年度について表-8に示した。収入の部の家賃は、患者が障害年金から支出可能な額を勘案した額を5万円として、入居を開始した平成10年から同額で今日に至っている。支出の部の借用料は、入居開始時は月額6万円だったが平成19年度は7万5千円になっていた。

平成12年度は入居者が5名いたので家賃250,000円に補助金266,000円を合わせた収入合計は516,000円であった。それに対し支出は表のようで合計は531,000円であった。従って月に15,000円の赤字になっていた。

平成18年4月の障害者自立支援法の施行

により GH・H の主な収入がそれまで定額であった補助金から介護訓練等給付費となり入居者の障害区分や日々の入居者数で収入が左右されるようになった。平成 19 年度の入居者 3 名のうち 1 名は区分 5 で給付費は 353 点に小規模加算の 37 点が加わって 390 点すなわち 1 日 3900 円の給付を受けていた。他の 2 名は非該当のため給付費は 171 点に小規模加算の 37 点を加えて 208 点で 1 日 2080 円の給付を受けていた。2 名のときは区分 5 の人と区分なしの人がいたときでそのときの収支を表にした。2 名からの家賃収入 100,000 円に 2 名の給付費の月額合計 179,400 円を加えた 279,400 円が月額の総収入となった。支出では、借用料 75,000 円、人件費が月額では 157,500 円、食費が 1 人 15,000 円で 2 名では月額 30,000 円、水道光熱に雑費等を含だ支出が 41,000 円であった。月額の支出総額は 303,500 円となり 24,100 円の赤字になっていた。3 名入居のときは 1 名が区分 5 で他の 2 名は区分なしであったので、給付費は 1 日 806 点の 8,060 円で、給付費合計は 241,800 円であった。月額総収入は 3 名分の家賃 150,000 円を加えた 391,800 円となった。支出は 2 名のときに比して食費で 15,000 円と水道光熱費等で 12,000 円の増加があり月額の支出総額は 330,500 円となり 61,300 円の黒字になっていた。通年では 2 名の期間が 6 ヶ月、3 名の期間が 6 ヶ月で通年では 223,200 円の黒字であった。GH・H の運営は平成 12 年には管理人とヘルパーの 2 人体制であったが、自立支援法施行後は世話人 1 人の体制で収支の均衡を図っているが、障害区分や入居者数の日々の変動で収支が変動する実態が明らかにな

った。

まとめ

昨年度はアンケート調査の結果、幻覚妄想があっても ADL が十分でなくても服薬中断の危険があっても、症状による混乱が生じないことや症状悪化を訴え注射などを求める自身の危機管理能力が備わっていることが退院を可能にしたことが分かった。

今年度は操作的退院の会議録から、そのような患者の退院を支えた退院後 1 週間の多職種同時介入やその後 2 年間の危機介入チームや地域ケア部門からの支援など多職種合同の支援体制の詳細が明らかになった。この多職種合同は日常化し意図せず現在では ACT-I と呼べるものになっている。

支援対象となった GH や AP-S の患者でカルテから算出した入院月密度が操作的他院前に比して退院後では著しく減少していたことから退院後の支援体制が有効に機能していたことを実証することができた。

しかし、カルテから薬物の処方量を CP 換算量と DZP 換算量を算出してみると、CP 換算量の平均値が、退院 3 年後では GH で退院時の 1.6、AP-S で 2.7 倍、退院後 7-10 年経過した現在では GH で 3.5 倍、AP-S で 3.7 倍に上昇していた。これは、GH や AP-S では病棟生活に比して対人的にも空間的にも「ゆとり」や「緩衝」が限られていることで緊張を強いられ症状の増悪傾向をもたらしていると推定される。グループホームやアパート生活が病棟生活に比べて好ましいという考えは安易なのかもしれない。そのような事態を薬物療法のほか日常的な多職種合同の関与、すなわち ACT-I が地域生活を支えているように思える。

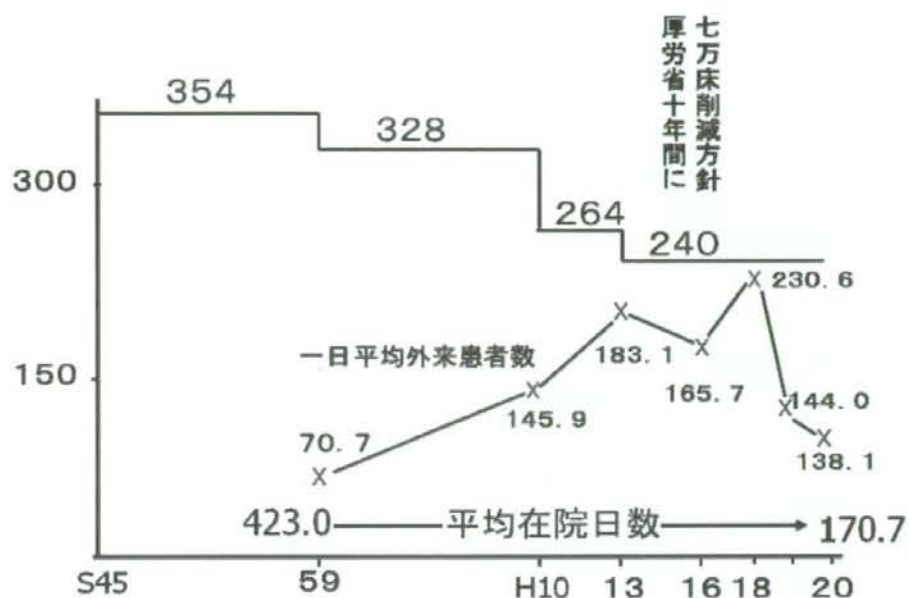


図-1 病床の推移

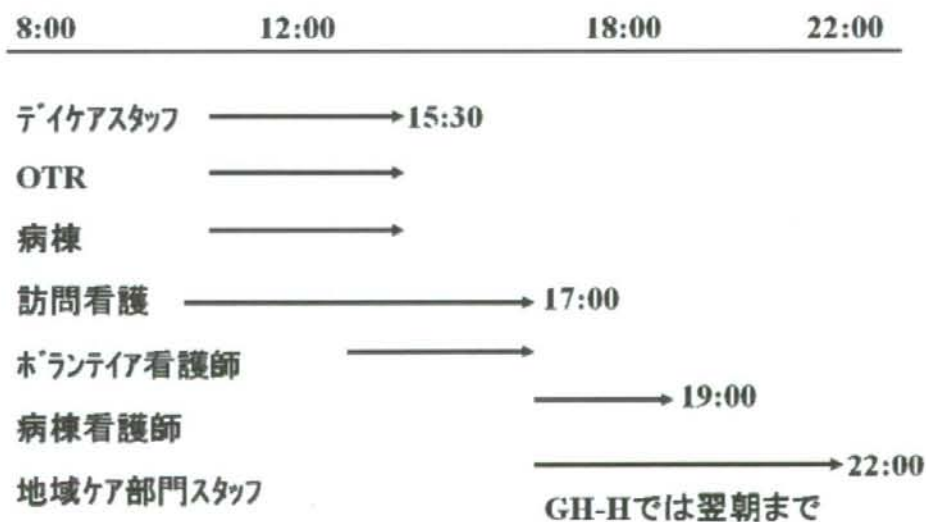


図-2 AP-S 退院後 1 週間の支援体制

表-1 地域ケア部門の体制と支援

構成メンバー

外来看護師 訪問看護師 デイケアスタッフ PSW
 生活支援センター 援護寮スタッフ
 (有限会社SFスタッフ OTR 医師) ():不定期参加

通常支援

個別支援

入居施設職員との連絡調整
 夜間、休日緊急支援

部門会議

住居ケアの必要な退院患者への支援内容検討
 関連住居の入居者調整
 情報の共有化

表-2 操作的退院患者の診断病名

	ICD-10分類						計
	F0	F1	F2	F3	F4	F7	
GH (7箇所)		1	23	2	1	1	27
AP-S (1箇所)			13	1	1	1	16
他病院 (2箇所)	1		14			1	16
施設 (8箇所)	5	1	8	4	2	1	21

表-3 操作的退院者の7-10年後状況

退院先	調査時(2000. 11. 30)状況						
	GH	AP-S	援護寮	病院	施設	自宅	死亡
GH(27)	6	3	3	5	5	0	5(1)
AP-S(16)	1	5	1	2	3	1	3(1)

(自殺)

表-4 退院後の日中活動、人的支援、訪問

他院先	日中活動	人的支援	訪問
GH	A;19 B;4	A/B/C;11	A/B/C/D;5 A/B/C;6
	D;1 E;3	B/C;7 C;9	A/B;11 A/C;1 B/C;2 A;2
AP-S	A;2 A/B;7	A/B/C;8	A/B/C/D;3 A/B/C;4
	B;2 B/C;2	A/B;1 B/C;4	A/B;2 A/B/D;2 A;3
	C;1 D;2	B;2 C;1	ナシ;2

日中活動: A;デイケア B;OT C;社会復帰施設 D;自室 E;他
 人的支援: A;支援センター B;世話人 C;訪問看護 D;他
 訪問: A;訪問看護師 B;PSW C;デイケアスタッフ D;病棟看護師

表-5 入院月密度 (%)

		初回入院～退院	退院後～現在／死亡
GH	27	74.5±30.28(a)	19.2±26.90(x)
AP-S	16	78.9±43.47(b)	3.4±6.40(y)
他病院	16	85.9±22.14(c)	
施設	2	83.7±33.94(d)	

p<0.5: a vs c,d

p<0.05: x vs y

入院月密度 = (総入院月数 / 経過月数) * 100

表-6 退院時処方量*

		CP換算mg	DZP換算mg
GH	24	899.6±780.27(a)	22 18.8±14.48(x)
AP-S	15	787.9±969.45(b)	11 14.9±9.71(y)
他病院	13	781.6±691.05(c)	15 13.0±11.79(z)
施設	12	133.2±160.85(d)	17 6.2±5.44(w)

p<0.005: d vs a

p<0.002: w vs x, p<0.01: w vs y

p<0.05: d vs b,c

p<0.1: w vs z, p<0.5: x vs y,z

*: 稲垣中、稲田俊哉 (臨床精神薬理、2006) による

表-7 処方量変動比率（処方量／退院時処方量）

退院先	人数	3年後	人数	現在
CP換算処方量				
GH	21	1.6±0.86(a)	15	3.5±3.86(c)
AP-S	12	2.7±5.16(b)	6	3.7±6.64(d)
DZP換算処方量				
GH	19	1.5±0.9(x)	8	0.9±2.17(z)
AP-S	9	0.7±0.31(y)	5	0.5±0.41(w)
		p<0.5: a vs b		p<0.1: a vs c
		p<0.05: x vs y		p<0.5: x vs z, y vs w

表-8 GH-H 運営費の内訳

	平成12年度	平成19年度
区分5／区分ナシ(自立支援法)		
収入の部		
公的補助金	266,000	→ * 3,900/1人 / * 2,080/1人
家賃	50,000/1人	→ 50,000/1人 * : 含小規模加算
支出の部		
借用料	60,000	→ 75,000
諸経費		
食費	16,000/1人	→ 15,000/1人
人件費	190,000/管理人	→ 120,000/世話人(支援員兼任)
	73,000/ヘルパー	→ 0
水道光熱費他	128,000(5名)	→ 41,000(2名) / 53,000(3名)

平成 20 年度 刊行物に関する一覧表

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の 編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
松原三郎	医療観察法における指定通院医療機関の役割と課題	中谷陽二	精神科医療と法	弘文堂	東京	2008年	145-158
松原三郎	わが国の精神科医療とその課題	松原三郎	専門医のための精神科リユミエール4 精神障害者のリハビリテーションと社会復帰	中山書店	東京	2008年	2-17
伊豫雅臣	精神科プライマリ・ケアの必要性と役割	伊豫雅臣	専門医のための精神科臨床リユミエール7, 精神科プライマリ・ケア	中山書店	東京	2008年	2-12
渡邊博幸、 伊豫雅臣	統合失調症患者が未治療や治療中断後、入院してきた場合に、リスペリドンで治療開始するかオラザピンにするか迷いますが、この使い分けを教えてください。	藤井康男	統合失調症の薬物療法 100のQ&A	星和書店	東京	2008年	10-13

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
松原三郎	病棟機能分化からみた精神科救急病棟のあり方	日精協誌	27(5)	390-395	2008. 5
松原三郎	医療観察法の地域サポートとACT	臨床精神医学	37(8)	1029-1036	2008. 8
松原三郎	精神病床利用状況調査からみたわが国の精神科医療の課題	日精協誌	27(11)	967-979	2008. 11
Matsuzawa D, et al.	Negative Correlation between Brain Glutathione Level and Negative Symptoms in Schizophrenia: A 3T ¹ H-MRS Study	PLoS ONE	3(4)	e1944.	2008. 4
Kanahara N, et al.	Does hypofrontality expand to global brain area in progression of schizophrenia?: A cross-sectional study between first-episode and chronic schizophrenia	Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry			2009 (in press)
Iyo M, et al.	Fluoxetine as a sigma-1 receptor agonist improved cognitive impairments in a patient with schizophrenia	Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry	32(4)	1072-1073	2008. 5

研究成果の刊行物・別刷

医療観察法における指定通院医療機関の 役割と課題

松原三郎

- I はじめに
- II いくつかの問題点
- III 指定通院医療機関の現状
- IV 医療観察法における指定通院医療機関の役割
- V 指定通院医療機関における医療
- VI 通院医療上の課題
- VII おわりに

I はじめに

平成17年7月15日から施行された「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律」は、2年を経て755件の申立てが行われた。審判が確定した667件では、入院医療57%、通院医療22%、不処遇18%、却下3%であった。この間、当初の不確定な時期であることも影響して、種々の問題点が浮き彫りになってきている。このような中において、指定通院医療機関の機能が指定入院医療機関以上に重要な役割を求められることが明らかとなり、また同時に、わが国における地域精神医療サービスの貧困さが、指定通院医療機関の機能を十分に発揮できない状況に追い込んでいる実態も明らかとなってきている。これら指定通院医療機関が抱える問題点を指摘しながら、本来あるべき指定通院医療機関のあり方を再度検討したい。

II いくつかの問題点

施行1年を経て指摘されてきた問題点としては、鑑定入院を中心に以下

のようなものが挙げられており、早急な改善が求められる。

(1) 検察官による申立てにおいては、微罪と思われる傷害の例が多数申し立てられており、本来、手厚い医療が必要な人達への医療であるべきものが、罪名だけで自動的に申し立てられていることには疑問が残る。また、処分保留のまま措置入院となり、本法による申立てを行うか否か判断を急ぐように医療機関側から求めてあったにもかかわらず、治療が進み、すでに退院し、社会復帰状態にあるにもかかわらず、その時点で申立てが行われるなど、法の本来の趣旨とは異なった状況が散見されている。

(2) 鑑定入院と鑑定については、鑑定入院のガイドラインが未整備であることで、対象者の権利擁護に関する部分が不明確であり、また強制的治療に関する規定も不明確なままである。さらに、鑑定医が行う鑑定の様式や判定基準が不明確であるために鑑定結果について鑑定医間の平準化が十分に図られていない。とくに、人格障害合併例、薬物依存例などに判定の差が認められ、さらに、入院・通院の判定についても差異が大きい。

(3) 対象者が他害行為により逮捕されたのち、指定入院医療機関に収容されるまでには、4か月以上を要しているのが現状である。対象者によっては、他害行為の内容は軽微であり、また、それをくり返す可能性も低い場合には、従来の措置入院で十分に対応可能であり、また、その方が早期に治療を開始することができ、予後も良好であるものと思われる（実際に早期治療の効果が示されている）。本法への申立ての基準を再考する必要がある。

(4) 鑑定入院中の治療が大きな効果をあげている。近年、急性期における薬物療法の効果には目覚ましいものがあり、事件後2～3か月間に相当する鑑定入院の時期はきわめて重要な治療時期である。この治療内容を高めるために、鑑定入院医療機関の数を限定して、その質を向上させる必要がある。

(5) 通院による医療が適当であると判定する場合には、対象者が「医療を継続することの必要性を理解している」ことが必要であるが、このことが十分に吟味されないままに通院医療となり、この結果通院医療でありながら、病状の悪化のために精神保健福祉法による入院となっている例も少なくない。

(6) 入院医療を行った対象者の中には、人格障害や薬物（アルコール）依存例が少なからず混入している。これらの事例が入院当初に示した一過性の幻覚妄想は、入院による治療が行われた結果、人格障害と依存症だけが残遺した状態となる。この状態では、本来、この法律による医療には該当しない「不処遇」との審判が下されるべきであるが、実際には「通院処遇」に審判が下され、安易に指定通院医療機関に移行することになってしまっている。本来、指定入院医療機関が責任をもって不処遇の判定を具申すべきものがなされないままに通院処遇に流れている状況である。

(7) その他、指定入院医療機関における人員や費用の不足については、後節で述べたい。

III 指定通院医療機関の現状

平成20年3月時点では、鑑定入院医療機関は382か所必要のところ、236か所であり、このうち国公立病院は52か所（22%）である。指定入院医療機関は24か所必要とされているが12か所にとどまっている。指定通院医療機関は382か所必要のところ、260か所でこのうち国公立病院は49か所（19%）である。指定通院医療機関の主力は民間精神科病院であることは明らかである。

指定通院医療機関の推薦においては、各都道府県に最低2か所、100万人に対して3～4か所、看護基準3対1以上、精神保健指定医が常勤し、訪問看護を実施している。補完型施設としてデイケアや訪問看護のみ実施、などが条件であった。これら当初の基準については、各指定通院医療機関はほぼ満たしているものと思われるが、実際には、ガイドラインから多職種チームを構成する必要があることから、複数の精神保健指定医、複数の精神保健福祉士や訪問看護師が必要となる。さらに、訪問看護が実施されているだけでなく、デイケアや作業療法が実施され、臨床心理士も配置されていることが好ましい。

指定通院医療機関における医療の中心は、外来受診、デイケア、訪問看護の3者である。とくに、対象者の生活そのものに入り込み、指導援助を行う訪問看護の役割は重要である。地域において精神障害者を援助し再燃

を防ぐためには、医療と生活支援が統合的に継続的に行われる必要がある。しかし、対象者に対する医療と支援をアウトリーチ型で行う時には、訪問看護（医療）だけでなく、ホームヘルプサービス（福祉サービス）や保健師（地域保健）の援助が必要であり、この部分は後述するケア会議において調整が図られることになるが、実際の例をみると医療側の訪問看護師の負担がきわめて大きい。アンケート調査では、医療観察法のために専用の職員を配属している医療機関はなく、すべてが兼任で行われている。

しかし、実際には、かなり密度の高い医療・援助を行っても、本来の病状の不安定さから症状が再燃して精神保健福祉法による入院が行われてしまったり、あるいは、人格障害・アルコール依存については、指定通院医療機関はほとんど対応ができない状況も明らかとなっている。

IV 医療観察法における指定通院医療機関の役割

医療観察法の第1条には「……継続的かつ適切な医療及び指導を行うことによって、その病状の改善及びこれに伴う同様の行為の再発の防止を図り、もってその社会復帰を促進することを目的とする」とあるが、この中では、継続的な医療と指導が重要な要素となっている。指定通院医療機関は第42条第2項に示された「入院によらない医療」の決定から、第56条に示された「処遇終了の決定」までの間、原則3年以内（延長で最大5年まで、第44条）にわたって、前述した「医療と指導」を保護観察所と連携しながら実施することになる。第91条には、指定通院医療機関は対象者の「相談に応じ、必要な援助を行い、医療・保健・福祉の関係機関との連絡調整に努めなければならない」とされ、さらに、「保護観察所の長との連携を図らなければならない」と規定されている。

指定通院医療機関における医療と指導は厚生労働大臣の行う指導（第82条）に従って実施される。この指導は具体的には、「指定通院医療機関運営ガイドライン」と「通院処遇ガイドライン」であり、必要に応じて「地域処遇ガイドライン」を参考とすることになる。

第104条には、保護観察所の長によるケア会議の開催と「処遇の実施計画」の策定が規定されている。第2項では、「指定通院医療機関による医

療」、「指定通院医療機関による第91条に基づく援助」、「保護観察所による精神保健観察」、「地域行政による保健・福祉の援助」が記載され、対象者に対する医療と指導・援助は「指定通院医療機関、保護観察所、地域保健福祉」の3者によって構成されていることがわかる。そして、指定通院医療機関による医療も保護観察所による精神保健観察のいずれもが、処遇の実施計画に基づいて行われなければならない（第105条）。

「地域社会における処遇のガイドライン」によれば、処遇の実施計画に記載すべき内容は、指定通院医療機関に関しては、主治医、医療方針、通院・訪問等の頻度、精神保健観察では、目的、接触の方法、指導事項、地域保健福祉では援助の内容・方法、症状悪化時の緊急時の対応などであるが（抜粋）、計画の内容については、対象者に「懇切・丁寧に説明し、同意を得るように努める」とされている。いずれにせよ、指定通院医療機関は処遇の実施計画に基づいて医療と援助を行い、医療機関内では「多職種チーム」を構成し、あらためて対象者について「個別の治療計画」を作成する必要がある。

とくに保護観察所との連携は重要である。保護観察所は処遇の実施計画に基づく生活環境の調整（第101条）とともに、精神保健観察（第106条）を行う。精神保健観察の枠組みは、第43条2項に示されている、「（対象者）は厚生労働大臣の定める指定通院医療機関による入院によらない医療を受けなければならない」、さらには、第107条において、対象者が「守るべき事項」が定められている。その内容は、一定の住居に居住し、移転・長期の旅行の届出、保護観察所の長の出頭の求めに応ずることである。

対象者の病状については、指定通院医療機関は「この法律による医療の必要が認められなくなった時」「病状が悪化し再入院の必要を認めた時」にはただちに保護観察所の長に報告する義務がある（第110条1項）。また、「通院医療の期間の延長の必要があると認めた時」にも通知する（同条第2項）。また、指定通院医療機関の管理者は、医療を受けていない（第43条）ならびに、守るべき事項（第107条）が遵守されていない状況では、すみやかに、保護観察所に通報すべきとされている。いずれも保護観察所への報告と連携が重要である。

保護観察所の長は、対象者の病状が悪化したことを受けて、精神保健福