

受け入れ施設	派遣施設	期間	派遣者職種	氏名
花巻	琉球	11月16日～11月20日	医師	村上 優
		11月30日～12月4日	心理士	前上里 泰史
下総	小諸高原	12月7日～12月11日	医師	村杉 謙次
			心理士	竹内 泉
久里浜	岡山	11月24日～11月27日	医師 看護師長	来住 由樹 町 和夫
小諸高原	さいがた	11月16日～11月20日	心理士	大原 薫
		1月12日～1月15日	医師	伊澤 寛志
さいがた	北陸	12月7日～12月11日	医師 副師長	村田 昌彦 寺谷
北陸	榊原	12月14日～12月18日	医師 心理士	岸田 学 中川 桜
榊原	東尾張	11月30日～12月4日	医師 心理士	吉岡 眞吾 山本 哲裕
東尾張	大阪	12月7日～12月11日	医師 看護師	森 裕 西田
大阪	賀茂		医師 看護医師	
岡山	花巻	12月7日～12月11日	医師 心理士	石丸 正吾 高橋 昇
賀茂	肥前	12月14日～12月15日	医師	須藤 徹
		12月16日～12月18日	医師	中川 伸明
		12月14日～12月18日	看護師	四宮
肥前	センター病院	11月2日～11月6日	PSW 心理士	澤 恭弘 今村 扶美
長崎	菊池	11月30日～12月4日	医師 看護師長	久我 政利 中川 光幸
菊池	長崎	11月16日～11月20日	副院長 看護師長	林田 健太郎 山中
琉球	久里浜	12月8日～12月11日	医師	真栄里 仁
		12月21日～12月25日	看護師	加藤 紘子
菊池病院	センター	調整中	看護師	大迫 充江
		12月7日～12月11日	作業療法士	三澤 剛
さいがた病院	センター	11月16日～11月20日	看護師	高野 和夫
		11月30日～12月4日	作業療法士	山野 真弓
群馬	センター	12月1日～12月3日	医師	平林 直次
		11月30日～12月4日	PSW	三澤 孝夫
センター	群馬	12月14日～12月18日	心理士	簗浦由香
		12月14日～12月18日	看護師	荒井弘之

ピアレビューの報告は、施設の全体評価、類型化した症例の評価、専門職種での機能評価、MDTの機能評価、治療評価会議や運営会議・倫理会議の評価を基礎とした。

2) 自殺企図に関する研究

自殺企図のあった症例に関してMDTの評価を様式（別紙3）に沿って実施した。

C. 研究結果

1) ピアレビューによる施設の全体評価

(1) 施設11

CPA・MDTはすべての職種が意見を述べられる良い雰囲気であった。活発なMDTにより迅速な治療方針の修正を行うことによって早期の退院につながる。情報交換の割合が多く感じられた。入院前MDTで、離院や自傷他害のリスクについての話題がない症例があり、カンファレンスシートにリスクも記載する必要がみられる。

治療評価会議は事前に各職種が一週間の状況を記載して、少なくともプライマリナースは記載しており効率よい印象を持ち、担当スタッフが不在した場合も情報交換ができる。病棟の規模がハーフサイズで対象者全員の処遇の状況が把握しやすいが、“今後の治療方針”に3カ月毎に行っている評価や今後3カ月の方針が記載すれば、治療の進捗状況がわかりやすく課題の見落としも無くなる。

運営会議では運営会議の出席者は、病棟医及び病棟師長と病院管理者で、MDTから出された議題は基本的に承認され、スムーズに会議がなされている。普段からの情報交換がスムーズに行われ、MDTが尊重されていることは良いが、一方で、治療に時間がかかっているケースや処遇困難例に対しMDTの治療指針が出せないケースに対し、運営会議がスーパーバイズし、MDTの後押しをする機能があまり果たされていない印象を持った。

治療プログラムに関して集団プログラムは、複数のOTを中心に活発に実施されている印象であった。CP及びPSWは単独職種ということもあり、個別の関わりで忙しい業務をこなしている。各対象者の外泊等に人数を割かれる理由で、集団プログラムは一週間前に予定時間を組むなど小規模施設の利点を生かし柔軟に対応しているが、統合失調症といった病理に対しては、各職種のバウンダリーの設定は重要なことであり、治療としての再評価が必要である。治療に難渋するケースやリスクの高い対象者に対しては、MDTとは別に同職種がアドバイスすることや支えが必要になる場合がある。こういった時に、単独で観察法病棟に専従する場合と、複数で一般医療と観察法病棟を兼任する場合と考えられるが、今後の大きな課題であると感じた

全体の印象として病棟スタッフ全体のまとまりがよく、情報の把握についても周知されている様子で活気がある。大規模施設に比べスタッフの数に制約があることと、集団を形成するにも導入時期や対象者選択の問題もあり集団プログラムの運営は難しい要素が多いと思われるが、アニマルセラピーなど新しい試みにも挑戦し意欲が強く感じられた。一方で難事例を抱え、社会復帰が進展しない事にジレンマを感じてMDTは心身共に疲弊してしまう事があるが、その対象者は一番手厚く心のこもった治療を受けており、悪い状態ながらも安定している状態であることも多い。直接的な治療による効果が望めない対象者であっても、病棟の雰囲気や職員同士の向社会的なつながりを対象者が見ることにより伝わっていくこともある。健康的な病棟運営を続けていくことは有意義で重要であるという基本姿勢を忘れない重要性を感じた。

(2) 施設7

治療ステージと期間について、高いレベル

でのゴールを目指すのが困難な例では、本法入院処遇から通院処遇下での精神保健福祉法の入院を経て施設入所を目指している例や、本法入院処遇から処遇終了で施設入所を目指している例があるが、このような例では回復期を経ずに社会復帰期に移行させていくなど、柔軟に運営されていた。

各種会議の在り方では治療プログラム内容を、治療プログラム委員会の検討後に治療評価会議で検討し、ある時には治療評価会議での検討後に治療プログラム委員会でも検討するなど、治療プログラム内容が治療プログラム委員会だけで検討・実施されるのではなく、様々なレベルから検討されている。課題として服薬中断によって早期警告症状への理解や、薬の望ましい効果への自覚を促すようなプログラムが実施されているが、実施する場合は倫理会議でも検討すべき問題ではないかとの意見がある。

共通評価項目については多職種チームにて短時間で効率よくまとめている。課題として「自殺企図」では、安全管理マニュアルで自殺予防対策として自殺の危険因子を評価することとしているので、共通評価項目の「自殺企図」を評価する際に、自殺の危険因子を評価してもよいかもしれない。「非精神病性症状」の「知的障害」では、入院中に評価している認知機能障害もできるだけ記載し、認知機能障害は統合失調症において心理社会的転帰を予測する指標ともなる。「病識」では、早期警告症状や、薬効の体感など、望ましい病識を評価を取り入れる。「個人的支援」では、統合失調症の家族心理教育で重視される、家族が服薬継続の重要性を理解できているかについて記載し、キーパーソンの一人として退院後に精神保健福祉法上の保護者の義務を果たせる程度にその内容を理解しているかを評価する。「ストレス」では、ストレスラーだけでなく、獲得されている対処技

能についても評価する。「物質乱用」では、飲酒歴があるだけでは、点数としては0点だが、精神障害者が飲酒すると暴力リスクが高くなるとも報告されているため、飲酒歴も記載する。「コンプライアンス」では、狭義の服薬コンプライアンスを評価だけでなく、モチベーションや、薬物療法以外の心理社会的介入へのコンプライアンスについても評価する。

患者処遇のありかたでは個別プログラムが豊富であり、そのプログラムも多職種チームで検討し、プログラム名は対象者自身に名付けてもらうようにして動機付けを図ろうとするなど、対象者を中心に治療を考えている点の評価させる。

行動制限（隔離・拘束・私物や金銭管理、その他）については病識欠如からの拒薬で興奮して暴力を繰り返していた例や、多飲水の悪化で身体管理を要する例で隔離が実施されていた。

外出外泊について、事前に外出泊が可能な理由を詳細に記した書類を作成して、運営会議に諮っている。外泊時には、あらかじめ外泊先の警察署や精神保健福祉センターの電話番号もひかえているなど、リスクマネジメントに十分な配慮がなされている。また、不穏時、自傷自殺企図、暴力、無断退去時などの対応方法も具体的に記載されている。

身体合併症医療では精神科のある総合病院と、精神科のない総合病院と提携している。ピック病など神経疾患が疑われ、大学病院で脳SPECTを実施の上、神経内科教授と精神科教授の診察を受けた例があるなど、必要時には十分な連携をとることができていた。

薬物療法（特に統合失調症件）の実情（単剤化・併用薬・最大使用量・クロザピンの使用計画）ではジプレキサの処方が多く用量は5～35mgと適量である。他にはセロクエル2例、ロナセン1例、エビリファイ1例で単剤

化されていた。1例だけ3剤併用となっていたが、多飲水で薬物療法が困難なケースで、セロクエル1200mg、ロナセン24mg、ジプレキサ10mgが処方されていた。併用薬としては、パキシルやデパケンが処方が多く、パキシルは精神遅滞などの衝動性に対して処方している。

心理社会的治療は多彩な集団・個別のプログラムが作られ、実践されていた。治療プログラム委員会と治療評価会議の双方でプログラム内容が検討され、実施されていた。プログラム数が多く整理が必要で、今後退院した対象者のアンケートを通して、効果を調べる予定とされている。治療プログラム委員会では、たいへん多くのプログラムが動いている事がわかった。対象者の特性に合わせてテキストを柔軟に修正しており、集団プログラムに担当の看護師が入っている事で働きかけや連携がしやすく、プログラムの運営をサポートしている。病識やコンプライアンスの乏しい人に、「病気の検証プログラム」として断薬と認知行動療法の行動実験を組み合わせたプログラムがあって注目した。

病棟管理・チームのありかたでは、骨折などで緊急に外出を検討せざるをえない場合は院長室に直接病棟スタッフや幹部が集まって検討している。外出外泊時や、ステージ移行時に、幹部に提出している書類には、かなりの詳細にわたった評価が記載されており、安全に十分な配慮がされた医療となっている。

MDT（医師・看護師・精神保健福祉士・作業療法士・臨床心理士）は各種会議にて多職種による活発な意見交換がなされていた。MDT会議が滞ることのないように、3職種集まる小MDT、通常のMDT、本人入りMDTの実施をした実績表をつけており、本人がMDTに加わることが促されており、治療アドヒアランスの向上に配慮されていると考えられる。

CPAは急性期でも、後半には対象者も参加し、本人の意思表示もできていた。第1回目CPA会議で、現状報告にとどまらず、自宅退院を目指すなど、今後の方向性をおおまかに決めるようにしている。

人員配置の実際（医師・看護師・CP・OT・PSW・事務職）では専属医師1名、看護師25名、CP2名、OT1名（+併任2名）、PSW1名、事務職1名で、医師と精神保健福祉士が少ない。医療観察法病棟専属の医師と、一般精神科担当の医師との間で意思疎通を図り医師体制を増やす工夫をした方がよい。

保護観察所との関係（県内・県外社会復帰調整官）では、県外の社会復帰調整官とはまずまず疎通がとれているが、県内の保護観察所が消極的である。

裁判所との関係につちえ、遇終了例では、すべて地方裁判所から裁判官と審判員による訪問を受けている。困難例などでは、入院継続決定の際でも、病院から裁判官や審判員に来院を要請するとよい。

地元とは定期的な地域連絡会議が行われている。開棟当初から地域の反対が強いため、地域連絡会議を年3回実施しており、理解が得られてきている。

今回のピアレビューを通して、主に共通評価項目の評価方法の工夫を通して、より有効な再発予防策や安全管理の向上に資する提言をするにとどまった感があるが、病棟医長からは刺激になった旨の感想をえた。レビュアーの病院は、入院期間が長期化している傾向が強く、該当ステージの課題達成を目指すだけでなく、長期的視点を持って治療を行っていく必要性などが指摘されていた。このような状況下で、標準的な入院期間で運営されている医療観察法病棟のピアレビューにより、退院申立てや入院継続確認申立て文書を一通り閲覧させていただくなどの過程で、入

院時よりどのように長期的展望を持つよう心掛けるのがよいかについて、貴重な示唆を得ることができた。今回のピアレビューを無駄にすることなく、レビューアの関与している医療観察法病棟の入院期間を短縮化させていく様々な取り組みを継続していきたい。このようなピアレビューがより頻度多く、より多くの職種も参加する形で行うことができるようになれば、医療観察法による医療の質の向上をはかることも十分可能ではないかと考えた。

(3) 施設5

全体の印象は大規模施設で十字型の病棟は広く、ゆったりと落ち着いた雰囲気。病棟の中央にラウンジスペースがあり、対象者が交流する様子も見られたが、多くの対象者は各エリア内で主に時間を過ごしているようであった。フルサイズの病棟ではスタッフの関与しない中での対象者同士の交流が多い印象を受けた。ピアレビュー期間中に対象者が不穏状態となり、隔離による行動制限の検討がなされたが、病棟が広い分スタッフの目の届きにくいという難しさがあり、観察方法について時間をかけて議論されていた。コメディカルもほぼ全員が医療観察法病棟に専従であり、病棟に携わる時間は十分に確保されているようであった。

治療プログラムについて多職種により、疾患教育、権利擁護講座、社会復帰講座、作業療法（ボディワーク、創作他）、CBT入門、アルコール・薬物プログラム、個別面接等が行われている。看護師と共に対象者が中庭を散歩する姿が良く見かけられ、入院生活での閉塞感によるストレスの低減や関係の構築に繋がっていると感じた。内容に応じた対象者の選別、プログラムへの動機付けが適切になされており、グループでは参加しやすい雰囲気作りが心掛けられていた。参加した「CBT

入門」と「アルコール・薬物プログラム」ではCP3名と看護師1名で実施。導入前にプログラムの目的や参加する意味について、それぞれの対象者個人にとっての話し合いが個別面接できちんに行われており、対象者は目的を意識して参加できている。飲み物を提供するなど、対象者がリラックスできるように工夫されている。グループの初回であったが、プログラムの内容に対して自発的な発言や質問などが挙がり、対象者は積極的に参加していた。アフターミーティングでは、プログラムの振り返りのほか、今後より良くグループを進めるための改善点についても話し合われた。「アルコール・薬物プログラム」は医師1名、看護師1名、CP1名で実施しリラックスした雰囲気作りが心掛けられていた。自分にとって飲酒や薬物使用に繋がる要因と歯止めになる要因を挙げ、表にまとめるという内容で、表面的な内容に留まる者もいたが、スタッフが具体例を話すことで対象者からの発言を引き出していた。

治療評価会議は医師とコメディカルが持ち回りで司会を担当。各対象者の担当チームの1人が状況等を報告、必要に応じて周囲がコメントするという流れで2時間弱で終了した。全体的に慣れている様子であり、的を絞って報告や話し合いが行われている印象を受けた。

MDT会議は、概ねプライマリーNsが進行役。ガイドラインに沿って、基本的には週1回実施しており、頻回に集まる時間を設けることで、対象者の状態変化への細かな対応やチーム間の情報共有が行いやすくなる一方、日程調整が難しくチーム全員が揃わないこともしばしばあるようだった。

(4) 施設3

多職種医療チームMDTの機能として各職種が、対象者に関する情報を隈無く把握して

いる。MDT内における各職種の情報共有がなされ、病棟医長が各症例の問題点を把握されており、担当MDTに対してフィードバックがなされている。MDT会議における発言についてみても、各職種がほぼ均一に行なっており、一部職種先行型のMDTではなく、one for all, all for oneの姿勢が貫かれている。課題はMDT会議に参加した数が限られているので、断言はできないが、各職種が“平等”な地位にあるように思われるため、ともすれば、議論が煮詰まった時に、チームを前に進めてゆく力動の希薄さが存在するかもしれない。場合によっては、チームの中でリーダーシップを取って、チームの方向性を決定付ける時にも必要と思われた。多職種チームが、それぞれの職種の領分だけに留まらず、対象者の情報について把握している。

治療プログラムは経験年数を重ねていることから、各プログラム場面において、混乱などが生じることもなく、スムーズに流れていた。一つのプログラム（たとえば、パラレルOT）についても、他職種が関わるということが、ごくごく自然に行なわれていた。

治療評価会議は各職種均一な発言量で、対象者の情報、並びに問題点の共有化が図られており、議論の仕方がスムーズであった。運営会議ではやや施設長の見解が力を持っている印象であるが、施設としては、一定の方向付けがなしえており、治療を進めてゆくといった点には力強さを感じた。会議の進行は、問題がある事例のみについて、intensiveに議論するというスタイル。

スタッフの動きでは一日の始まりの時点で、各職種がその日一日の動きを把握している。状態がすぐれない対象者の言動について、やや、看護スタッフが過敏になっているところが見受けられ、問題解決が主治医に委ねられるといった現場に遭遇した。診療支援システムでは治療評価会議では、診療支援シ

ステムだけでなく、必要な書類の共有化が図られており、参照したい時にすみやかに利用できる環境が整っている。

全体として多職種による医療が実践されている。指定通院医療を行なっていること、社会復帰調整官との関係性がとれていることなどから、退院促進に向けてのアドバンテージが大きい。指定入院施設の草分け的存在でもあり、各種プログラムや病棟運営が、目立った問題などなく、ごく自然に行なわれている。刑事精神鑑定に関わっている医師が多く、司法と精神科医療を合わせた全体的な視点が備わっていることがあげられる。

困難症例の検討では男（30代 F2 被害妄想に基づいた殺人）で退院困難群。精神科通院中に、同居家族である兄に対する被害妄想が増悪し、それに基づいたと思われる殺人未遂の対象行為を行った。薬物療法の調整を行ってきているが、入院後40ヶ月が経過した現在もなお、病勢が強く、兄に対する被害妄想が持続し、他害のリスクも残存している。加えて、入院施設が対象者にとって“安全”な場所であると受け止めており、退院に向けたモチベーションが得られにくい事情にある。問題の概要は病状の安定化が求められるが、クロザピンやmECTの導入は難しく、治療反応性の限界を身とざるを得ない事情の下、入院処遇の長期化が続いている。また、退院に向けた働きを行おうとしても、兄への他害リスクの存在に加え、対象者自身が施設内適応してしまっており、いわば、八方塞がりの状況にある。問題解決への意見として治療抵抗性等といった要因により、長期に渡る取り組みが必要な事案であると思われるから、時間軸という治療変数のモーメントを除去した方がよいと思われ、治療反応性の不在を根拠として、法による処遇終了を申し立て、精神保健福祉法による入院継続が望ましいと思われた。

短期入院群の症例では男（30代 F2 重篤な傷害）。就労歴が10年以上ある、精神科歴のない対象者。眼を付けられると被注察感が生じ、それがヤクザであり、撲滅する指示を受けているといった信念に繋がっていった。対象行為も通行人に対して、自分に眼を付けたヤクザだと思い立腹し、手で数十回顔面を殴るものであった。症状は投薬により消退する。医療観察病棟開設初期の対象者であり、再他害行為および再燃を防ぐ、具体的な注意サインの抽出やセルフモニタリング、対処方法への取り組みが不十分であった。退院前に他の対象者に対する他害行為を契機として、それらに対して介入することができていった。問題概要：対象行為に対しては、対象がヤクザであるといった認識は継続。家族の支援が得にくく、また治療の継続性についても確信が持てない状況であった。退院前の他の対象者に対して実際に凝視されていたことがきっかけであったが、暴力行為に及んでしまった。問題解決への意見：他の対象者に対する他害行為を契機として、また、指定入院が終了してからの地域処遇のなかで社会復帰調整官の果たした役割が大きく、セルフモニタリングや内省等の深まりが得られていった。さらに就労活動に繋がっていった。

長期入院群では男（40代 F2 重篤な傷害）。精神科通院中に病勢の増悪があったと思われる中、父に対するカプグラ妄想に基づき、傷害の対象行為を行った。その結果、父親は植物状態に陥り、退院を想定したキーパーソンが不在の状態となった。元来の思考形式として、猜疑的、両価的なところがあり、親しかった相手に対しても、病状の影響を受けた時には、攻撃性を呈することがある。治療スタッフに対しても懐疑的であって、治療同盟が構築されにくい事情にある。問題の概要：病状の不安定さに加え、元来、対象者に備わっていたと思われる、多罰的、

猜疑的な思考様式が、病状の影響を受けて不安定に変化してしまう傾向がある。薬物療法の調整も困難を極め、治療スタッフに対する猜疑心が高まった場合には、拒薬を呈することがある。対象者は、退院への希望は抱いているものの、キーパーソンであった父親に頼ることもできなくなり、具体的な退院イメージが描けない事情にある。問題解決（社会復帰の促進）への意見：病識や病感はないものの、退院したいという対象者の欲求自体は存在しているようであるから、薬物療法などによる病状の安定化を図ることを第一としつつ、治療同盟関係の構築を目指すことが望まれるのではないかと思われた。いずれにしても、今後、さらなる長期化が想定されると思われる。

（5）施設54

開棟して間もなく、入院期間調査が行われた同年7月15日までの運営期間は、1ヶ月足らずであった。このため、入院期間は算出できなかった。調査時点までに、7名の対象者を受け入れており、そのうち6名が退院地調整目的の転院であった。また、ほとんどの事例が県内の事例であり、今後、円滑な通院処遇への移行が期待された。

施設概要では小規模規格病棟（6床）の場合、構造上、各期のユニットが無く、生活上での変化も乏しいため、対象者にステージ移行の実感がわきにくい。小規模規格病棟（6床）の場合、長期間安定しない対象者をどのように処遇すればよいか、病棟構造上、困難な場面が多く認められた。医療観察病棟内に事務がない、事務（裁判関連の書類等）を保管する部屋などが病棟内になく、効率が悪い。権利擁護関係について、外部機関からの相談者が病棟に入れる体制がない。

担当多職種チームは、医師、看護師、作業療法士、心理療法士、精神保健福祉士、薬剤

師より構成されていた。薬剤師が参加していることが特徴であり、薬剤指導などが実施されており、今後他の施設への波及が期待された。

多職種医療チームMDTの機能では多職種チーム会議では、すべての職種が発言しており、各職種のバランスがよかった。また、対象者自身の参加時間も長く、対象者の理解や同意を求めながら治療計画が作成されていた。多職種チーム会議には、ホワイトボードが用いられており、対象者の理解が深まるような工夫がなされていた。チームとしての凝集性はよいが、そのチームが一つの方向に偏ったときに方向修正したり、欠けている視点を指摘するスーパービジョンシステムが必要である。

治療プログラムではほとんどの治療プログラムが、1職種でなく複数の職種による多職種チームで機関・運営されており、多職種によるアセスメント、助言等に有効に行われている。各種のプログラム用シートやテキストなどが良く整っている。治療プログラムについて、病棟外から外部講師（外来訪問運除チーム、ダンスセラピストや社会復帰調整官など）を招いていることで、そのカリキュラムや内容に幅を持たせることに成功している。MDTチームに薬剤師が入っているため、服薬指導などが有効に行われている。また、治療プログラムにも参加しており、各プログラムにおいて有効な助言を行う体制がある。社会復帰講座など、講義形式の治療プログラムについても、パワーポイントやテキストを書き込み式にするなど、対象者の積極的な参加を促すため工夫が多く見られた。

治療評価会議では発言がひとつの職種に偏ることなく、一様に意見を言うことが出来ている。職種間に信頼関係が出来ており、お互いに尊重しながらも、各専門分野について、意見を言うことが出来ている。治療評価

会議では、診療支援システムへの文書入力時間が多く、議論の時間が比較的短い印象がある。治療評価会議でのケース説明においては、今後の展開より問題点の指摘が多かった。ケアマネジメントにくらべ、ケアアセスメントについての発言が多い。

退院を促進するために入院医療と通院医療の両者を担当している。また、施設内には援護寮が設置されており、退院後の住居確保も比較的容易であろう。さらに県立こころの健康センターが近くにあり、アウトリーチサービスや救急医療システムを提供する環境が整えられている。これらの関連機関がきわめて密接に連携しており、今後、退院の促進が期待される。一方で指定入院医療機関としては、7床からなる小規模病棟であり、治療プログラム数は十分とは言えない。病棟内生活でも治療プログラムでも、参加者は固定されており、対象者同士の凝集性は高いが、集団を活かした治療プログラムは実施しにくい。気分障害1名は、統合失調症6名と治療プログラムに参加しており、気分障害に特化した治療プログラムを提供しにくいことがあげられるが、地域ケア体性が充実しており、入院医療に要求される達成水準は低くても、通院処遇への移行が可能と考えられた。今後のひとつのモデルとなろう。

医療観察法システムとして医療観察法による鑑定入院、通院医療、入院医療を実施しており、医療観察法の一連の機能を有している。また、刑事責任能力鑑定、措置入院、精神科救急医療など、広範囲な精神医療に対応可能である。県立精神医療センターの全体の雰囲気は、職種を超えた一体感があり、またスタッフは県立病院としてきわめて困難な精神医療を受け持っているという自負や自尊心を持っているように感じた。このことが新しい試みや困難な事への挑戦の原動力となっていた。

(6) 施設 2

入院期間よりみると1年以内と1年6ヶ月の退院の2峰性が残って、早期退院というコンセプトが維持されている。平均入院期間(653.8日=平均値、714.0日=中央値)で、800日を超える長期入院は25%程度と予想されるが、現在入院者では6名(17%)である。その特徴をあげると①短期入院群の特徴や戦略の分析、②長期入院者に対する対策、③この1年間でみれば診療圏として転入はあっても、転出はないことがあげられる。

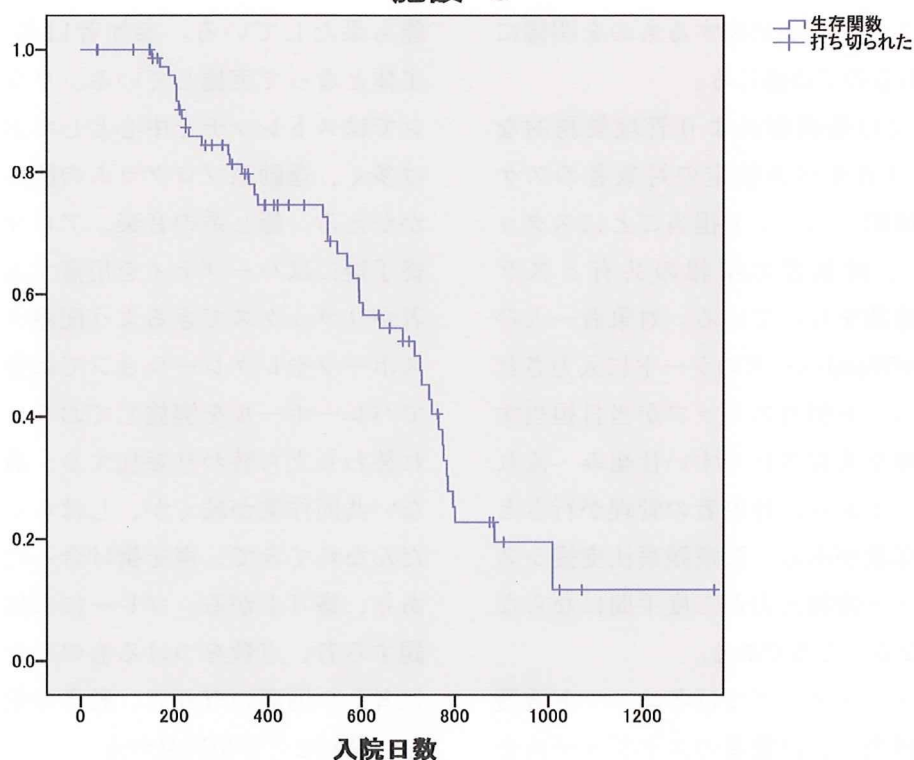
入院対象者の概要では18か月以上の入院者は8名で、知的障害の重複=IQ60±5程度の軽度遅滞を含み、中核群の統合失調症が中心であるが物質使用障害(アルコール、覚醒剤、

シンナー)の重複6名、明らかな合併の指摘はないがADHD1名、この他にもPDDを念頭に置くべきと思われる症例が1名いる。問題となる症例としてFTDも疑いさらに精査すべき症例、入院中の殺人、複数殺人などリスクアセスメントに慎重を要する症例がいる。1000日を超える長期入院2名、退院が想定できない1名と課題を残す。

全体として病棟運営、治療の理念、準備性、方向性は円滑、工夫、先駆的など多い。病棟開設後4年MDTの年輪を感じるが、中心メンバーは不動のままで、この構造が変化することを想定した準備は整えられているのか。(国立13施設の立ち上げ看護師長の継続は3名だけ)、新人研修、教育、技術

平均値 (a)				中央値			
推定値	標準誤差	95% 信頼区間		推定値	標準誤差	95% 信頼区間	
		下限	上限			下限	上限
653.8	45.3	564.9	742.7	714.0	82.4	552.4	875.5

施設 5



の開発戦略はあるのか、院内での評価・分析・検討能力をさらに高めるために医師の強化や院長の活用を検討すべきである。

申し送りでは看護師長より管理業務的な伝達事項と注目すべき特定の対象者のスケジュールの確認しユニット担当ごとにスタッフが集まり、対象者の情報の共有とスケジュールの確認を行っている。対象者一人ひとりの情報がWardベースのシートに入力されており、ユニット担当スタッフが当日担当する対象者情報を共有されやすい仕組み・流れができあがっており、対象者の管理が行きとどいている印象がある。医療観察法支援システムとシートと情報入力が二度手間にならないかが気になるところである。

ユニットミーティングでは各ユニット看護師が司会を担当し、対象者のスケジュールを報告する。印象としてスタッフ間で当日担当する対象者のスケジュールが管理・共有されている一方、ほとんどの参加者は一言も発言することなく、受動的に参加している。このミーティングをする意味は何なのか、考えさせられる。ユニットミーティングを行う表向きの理由とスタッフが意図するものを明確にする必要があるのでは感じる。

申し送りでは看護師長より管理業務的な伝達事項と注目すべき特定の対象者のスケジュールの確認しユニット担当ごとにスタッフが集まり、対象者の情報の共有とスケジュールの確認を行っている。対象者一人ひとりの情報がWardベースのシートに入力されており、ユニット担当スタッフが当日担当する対象者情報を共有されやすい仕組み・流れができあがっており、対象者の管理が行きとどいている印象がある。医療観察法支援システムとシートと情報入力が二度手間にならないかが気になるところである。

ユニットミーティングでは各ユニット看護師が司会を担当し、対象者のスケジュールを

報告する。印象としてスタッフ間で当日担当する対象者のスケジュールが管理・共有されている一方、ほとんどの参加者は一言も発言することなく、受動的に参加している。このミーティングをする意味は何なのか、考えさせられる。ユニットミーティングを行う表向きの理由とスタッフが意図するものを明確にする必要があるのでは感じる。

治療プログラムのパラレルOTでは、入れ替わり、立ち替わり15名～20名程度の参加。スタッフはOTを中心に看護師が付き添いで5名程度参加。対象者は革細工、絵画、パズル、PCでゲーム、インターネット、音楽を聴く、卓球、筋トレ、など自分のやりたいことを自由に取り組んでいる。自分のやりたいことを自分のペースで取り組んでおり、すべての活動は対象者の主体性と責任に基づいて行われている。対象者の主体性を大切にしている担当スタッフの方針がうかがえる。また、スタッフも対象者の作業に共同して取り組むことが関わりのきっかけになっており、ただの作業療法に止まらず、関わりのきっかけを作ったり、情報収集するための場としての機能も果たしている。参加者11名、Ns3名が主体となって実施している。リラクゼーションではストレッチを中心としており、参加者は多く、運動系プログラムの関心の高さがうかがえる。癒し系の音楽、アロマを用意し、終了後にはハーブティを用意するなど、参加者がリラックスできるよう配慮されている。スポーツやレクリエーションでは参加者の希望でバレーボールを実施しており、十数名が入れ替わり立ち替わり参加する。最初はぎこちない共同作業が続くが、しばらくするとだんだんなれてきて、声を掛け合ったり、拍手があり、盛り上がる。プレーに参加する者、傍観する者、点数をつけるものなど、対象者の他者との協調の取り方、動きの柔軟性、集中力、役割などが垣間見れる。

幻聴グループでは参加者9名+見学者2名、スタッフ3名で実施。幻聴を“正体不明の声”として、その影響について対象者の意見を聞きながら進行している。パワーポイントを使用し、視覚的にわかりやすく、対象者の“正体不明の声”をタイムリーに入力している。対象者が挙手をして自らの幻聴体験のことや、すでに参加し終えた見学者からの「幻覚、妄想があるけれど他の人の体験を聞きたかった」との感想が印象的で、一部の対象者は自分の体験に今なお戸惑いを感じていて、他者の体験談や自分の体験を聞いてほしいのではなかろうか。そのような対象者向けのプログラムを立ち上げてみてはと感じた。心理教育Ⅰでも対象者4名、スタッフ3名で実施。スタンダードな内容でパワーポイントを使用し、非常にわかりやすいものとなっている。スタッフの質問に対する対象者の答えが教科書的な印象がぬぐえないが、時折「事件起こす前も調子は良かった」「薬が効いている感じはあまりしない」など本音が出る。効いている感じがしないのにどうして薬を飲み続ける必要があるのか、調子が良かったと思っていたのに、どうして今はそう思わなくなってきたのか、話し合いを対象者同士で深めるともっと良い内容のプログラムになるような感じがする。心理教育Ⅱでは参加者11名、スタッフ4名（OT2、PSW2）で、今回はPSWから退院後の就労に関する内容で進められ、各自退院後どういことをしたいか、発表していた。各対象者から退院後の生活の希望（主に就労?）に関する話を聞き、実際に利用できる資源についてスタッフから説明する。対象者に退院後の生活や就労の希望をくみながら、プログラムを進行し、参加者の発言をそのままタイムリーにスライドに映し、わかりやすい内容である。ただ、これから希望を持って考えていく内容であるはずなのに、参加者が自分自身のこれからの展望に

どの程度興味・関心を持って参加していたのか少し疑問が残る。司会・進行・入力をひとりで担当しており大変だと思う。他のスタッフも参加しているのに、十分に活用できていない印象がある。

治療評価会議では全対象者の状況確認と情報の共有がされている。他職種が状況や印象を自由に話し合える雰囲気を感じる。ケースの進行状況と今後の大まかな見通しを指摘する役割を看護師長・医長などが担っておりケースマネジメントがしっかりされている印象を受ける。総合評価、治療課題、情報欄の入力できる独自のシートが作成されており、問題点がフォーカスしやすい仕組みになっている。診療支援システムよりこちらの方が情報が整理しやすい点で優れている印象を受ける一方、支援システムとの住み分けや利用意義は何だろうと考えさせられる。またロングの治療強化会議が設定されており3事例を検討していた。チームスタッフが共通評価項目を元に評価し、問題点と方針を検討する。他職種で参加し、各職種からの意見や方針について議論されている。共通評価項目が十分活用されている。数ある問題点のどこから介入を考えているのか、それが現実的に可能かどうか議論されている。独自で作成された情報シートが、問題を抽出しやすくしており、問題点の明確化、検討したい点がわかりやすくなっている。課題として治療や状態評価について視点を変えて議論すべきで、たとえば病院管理者のSupervisionを受け、より客観性を求めるためのプロセスを作るべきである。

全体ですぐれている点は、MDTが実施されると、共通評価項目による評価から治療計画の評価、さらには新たな治療計画の立案と次回の評価日のスケジュールの確定などの流れが徹底されている。このために対象者の問題や課題がフォーカスしやすいシステムで、スタッフの患者管理が行き届いている。プログ

ラムのプレゼンがわかりやすい。

課題としてプログラムがやりっ放しになっていないか、プログラム中の参加スタッフの動きの確認や次回に向けた取り組みをプレ・アフターミーティングで確認する必要があるのではないか、プログラムで学習したことが般化されているか、般化するために日常生活でスタッフからどのようなフォローが必要なのか話し合う必要がある。看護師が頑張っているが、不慣れな印象がある。そのうえ周囲のスタッフからのフォローもないため、これではだれもが司会をやりたがらなくなることが予想される。慣れない司会に慣れていくことも大切だが、集団を運営していくために他のスタッフはどのようなフォローが必要なのか考えてみてはどうだろうか。対象者から、「〇〇さんが気になる」「〇〇なのではないか?」と不信感や妄想的な訴えがスタッフに相談されたときに、スタッフは対象者がそのような訴えがあることを把握し、リスクになるものであるか評価、アセスメントすることができているがその後の具体的な対応がない。再他害行為を断ち切るための重要なプロセスであり、そのような相談に対応し、対象者が安心できるような関わりを対象者と話し合い、対処方法を見つけていく必要がある。これらの介入によって対象者と治療者が同一の目標、すなわち再他害行為をしないための関わり-治療同盟を組めるチャンスが生まれ、プログラムで学習したことを般化するチャンスが生まれるが、そのためには各スタッフが対象者がどのプログラムに参加しているのか把握する必要がある。

「クライシスプラン」と「症状悪化時の対処方法」の違いについて、クライシスプランは、実際に対象者が退院し生活するなかで、立案したプランが実施可能なものかどうか検証され、その都度改訂・修正されるものであ

るから、入院中に立案するクライシスプランはあくまで青写真であり、クライシスプランや症状対処が、退院していった対象者に実施可能で役立つものであるかどうか、追跡調査をする必要がある。

指定通院医療施設となる戦略を持つべきで、通院でもっとも大切なことは、入院以上に対象者に合わせたプログラムで、具体的には訪問看護の充実である。ACTやOTP (optimal treatment program) など地域医療の戦略的展開を期待する。

裁判所との関係では司法システム（裁判所）を取り込んだ医療観察法システムの活用が乏しく、医療に偏っている。当初審判・入院継続・退院の申し立てなどの審判でカンファレンスが実施されていない。司法との対話を重ね、裁判所機能に期待すべきで、裁判所は結果をジャッジするだけでなく、社会復帰までの過程への関与を求めてジャッジをする体制に変換すべきであり、そのためにカンファレンス重視し、困難は医療だけが抱え込まない様にすべきである。

スタッフ一人ひとりに治療の進み方、伝達、状態評価、治療計画の立案などが周知・徹底されており、この点についてはスタッフ間で均霑化されている。これまで不具合の調整、試行錯誤など繰り返されてきた結果であると考えられる。より良い病棟運営、治療環境を目指していく上でこれらの努力を他施設も見習うべきではなかろうか。現在の円滑なMDTを将来にも維持し、MDTが停滞をしないためにより高い機能を求め、高次の専門家ネットワークを形成すべきである。

現在でも高い水準で精神科医療は十分に出来ており、医療観察法で用意された道具もよく用いられている。医療観察法ガイドラインや理念を向上させる役割を持ち、医療観察法医療の道を開発し、先駆者となり、足跡を残し、新しい課題に組織する気概を示す。また

医療観察法病棟だけが突出したり、孤立せずに病院全体、地域全体の人材や英知を活用する体制を願う。

(7) 施設10

対象者のプロフィールでは診断名では統合失調症が80%と全国（85%）と同様に最多、アルコール問題を有する者は19%と、国立神経精神センター対象者（23%）と同程度である。121名の対象者のうち4名が急性期（19%）、回復期16名（57%）、社会復帰期5名（24%）となっていた。また急性期の日数が確定・確認できたもの（16名）では、平均日数は121.3日となっており、同様に回復期では183.3日となっていた。ステージアップの基準を明確化しており、急性期の日数がガイドラインの3カ月より長めになっている。

薬物療法では第二世代抗精神病薬を中心とした処方であり、重篤な患者が多いにもかかわらず

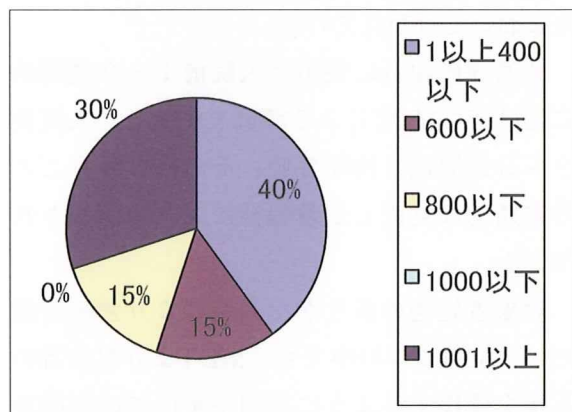
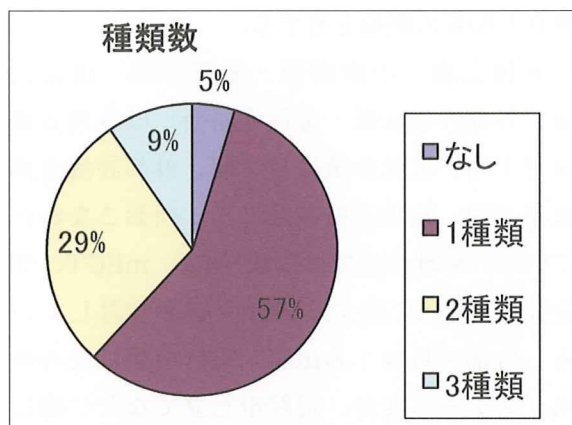
ならず単剤が多い。アルコール精神病の一例を除いた全員に抗精神病薬が用いられていた。平均の抗精神病薬種類数は1.4種類、トータル抗精神病薬の使用量はCP換算で、平均701mg/dayとなっていた（いずれも未使用の一例を除く）。クロザピンも平成22年より病院として導入予定である。

職員数は小規模施設であるが医師5名（全員他病棟と併任）、看護師26名（師長1名、副師長3名、チームよりゾーン担当制を重視）、CP3名（2名が併任）、OT2名（1名が併任）、PSW2名（病棟専属）で、評価できる点は病棟外のスタッフも多く関わることで医療観察法への理解が進むし、多くのスタッフが対象者に関わり負担が軽減されることである。しかし医師が全員併任であり会議への参加困難となる場合があり、ゾーン担当制の為、対象者とNsとのかかわりが薄くなる可能性がある。

心理社会的治療としては対象者のニーズに応じた個別のプログラムが充実し、各職種が一体となって実施されており、対象者がリラックスでき、参加意識がもちやすい雰囲気作りがみられるが、課題としてコメディカルが中心であり、看護師が実施するプログラムが少ない。

倫理会議は元院長や大学教授などが5名の固定メンバーの輪番制で定期には毎月1回開催され、症例検討会としても有効利用されている。外部評価会議、地域連絡会は各々年2回開催されている。裁判所の審判合議体会議としては裁判官や判定医、入院医療機関関係者を交えた会議であり率直で実質的な意見交換がされ、関係者が直接話が出来る場が定期的にあることで社会復帰にむけたネットワークづくりにプラスとなる。

治療評価会議は事前入力を行うことで、会議の効率化を図られ、各職種からの意見も活発に見られ、全体的に意見が言い易い雰囲気



で、治療方針は治療評価会議で決定するとの原則が徹底している。医師、看護師長、副看護師長、心理士、精神科ソーシャルワーカー等の各職種が参加している。22名の対象者に対し、1時間45分程度の会議時間であった。議題としては、各対象者の週のまとめと、今後の計画、チームから挙げられた観察レベルのダウンの検討と承認、ステージアップの検討と運営会議送付の承認等が行われている。

CPA会議は社会復帰調整官が日常的に病院に来院しており、調整官と院内スタッフとの間に一体感があり会議が開催しやすく率直で実質的な意見交換がされている。県外の対象者の場合には数か月間があき県外対象者のCPA開催頻度が少ないことがある。病院内部からの参加者が少なく、事前に論点整理がされておらず議論が効率的でなく長時間（2時間）

行動制限（隔離・拘束・私物や金銭管理、その他）では自殺企図後のリスクの高い患者に対しても常時観察で対応するなど隔離・拘束を少なくするための工夫が随所にみられた。レビュー期間中の隔離・拘束はなかった。また、金銭管理も極力自己管理となっていた。私物に関しても、筆記用具やベルト、ひもなどについても危険性を評価したうえで許可しているなど対象者の自己管理の範囲が広い印象で、対象者の尊厳に十分に配慮することで対象者のモチベーションを高めている。一方では、対象者の自己管理の範囲が広いことで、事故が起きた際に批判を受けるリスクもある。現在の暫定病棟ではゾーン分けができないため、急性期から社会復帰期までの様々な状態の対象者が混在しており、その中では自己管理の範囲が広いことは心配である。

MDTの在り方（医師・看護師・精神保健福祉士・作業療法士・臨床心理士）では、週のMDT会議は現在なく、週のまとめはプライ

マリナーズが記載している。また、月MDT会議（対象者を交えて会議も含む）は、3か月に一度程度を目標としているが実際にはそれより間隔が延長することもある。会議が少ないことによりプログラムや外泊等の余裕が出来るが、チーム全員で集まって対象者の状態を評価し治療方針を決定する機会や、患者を交えた会議が少なくMDTが様々な決定に躊躇している場面があり、その結果として治療が停滞している対象者を見落とす可能性がある。また治療計画が、立案はされているが、その後の評価や見直しが少ない。

（8）施設13

治療ステージと期間では急性期がやや長く4ヶ月、しかし回復期は短い傾向。多くの対象者が12ヶ月以内で社会復帰期には入る。入院が1年6ヶ月を超える対象者が6名。ステージ変更はガイドラインに沿って、社会復帰期に向けた取り組みがされている。一方で長期入院者の問題を有する。

各種会議（治療評価・倫理会議・運営会議・外部評価会議・地域連絡会）は倫理会議は月1回、運営会議は月2回、外部評価会議は年1回、地域連絡会議は年1回おこなわれている。倫理会議では隔離・拘束、mECT、学会発表・研究に関する倫理要綱を検討している。外部委員は1名出席。運営会議は院外外出、ステージ変更、退院申し立てなどに関して行われ月2回。院外外出ではすべてのケースにおいて行われている。

共通評価項目に使用は入院前1～2週間前に受け持ちMDTによる評価を実施し、入院後2～3週間後に初期評価、その後3か月ごとの定期的な見直しが多職種により評価がされている。

対象者処遇のありかた入院時より強制医療という位置づけの中でも、MDTより対象者の人権を確保するように説明や紙面での説明を

おこなっている。また、ユニットに各自治体の関係各所に連絡ができるような掲示物をおこない処遇の改善に努めている。

行動制限（隔離・拘束・私物や金銭管理、その他）では現在隔離・拘束はなく、半年で見ても隔離者は3名である。私物は殆どが個人管理、管理が困難な対象者については、MDTで都度検討している。金銭管理も同様、病院の事務所に預けているケースもある。行動制限は、他に代替方法が無い場合に行なわれており最小化・最適化に関して試みている。私物や金銭管理については、各MDTが個々の対象者に即してステップアップが図られている。

外出外泊について、外出は1週間に2回、外泊は月3回を実施している。しかし、外泊などが遠方になると必然的に回数は減ってくる。また、外出と外泊やケア会議などが重複する場合は日程調整に苦慮している。都度の担当MDT会議、運営会議で明確な検討と評価がされている。外出・外泊おける日程調整は大変だが、対象者の帰住先となる生活環境に慣れ、社会復帰が円滑に行なわれるように継続すべきである。

mECTは一人の対象者に計3クール行われた。倫理会議で検討し対象者の同意は得られなかったため保護者の同意で始め、途中で対象者自身同意した。麻酔医によりmECTを施行している

薬物療法（特に統合失調症件）の実情では、ほとんどのケースで抗精神病薬の単剤化が行われていた。最大使用量をわずかに超えて使用しているケースがみられたが、多くのケースで投与量は多くなかった。クロザピン使用は準備中であり副作用についても内科医がいるため問題はない。

心理社会的治療について、集団プログラムは2種類/週、個人プログラム10種類、不定期に個人心理面接をしている。全てに心理士

と多職種で関わっているのも、対象者を含めた情報の共有が図られており、ステージの変更や退院に向けた取り組みができています。課題として各プログラムが独立しているのも、関連付けもできるようなすり合わせも必要である。

MDTの在り方（医師・看護師・精神保健福祉士・作業療法士・臨床心理士）では各職種が対等の立場から率直に意見交換がされており、MDTでの関わりができています。しかし、カルテ上の情報からは、多職種での関わりが客観的に見えない。また、MDT会議の日程調整が困難な為に、プライマリー看護師は休日や夜勤明けで会議に参加している時もある。人員配置の実際（医師・看護師・CP・OT・PSW・事務職）は医師2名・看護師27名・CP2.5名・OT2名・PSW1名・事務職1名である。

裁判所との関係は基本的には、裁判所とは電話での連絡を行なっているが、審判前には裁判官が来院し、ケア会議をおこなっており、裁判所との情報交換と今後の方針を共有できている。

地元自治体の援助機関として医療観察法鑑定入院機関は県内の民間・県立病院がある。指定通院医療機関は、県内3ヶ所である。指定通院医療機関を増やす為の地元自治体の協力と指定入院医療機関の啓蒙活動が重要である。

地元、社会復帰施設との関係では、県内の援護寮は4ヶ所であるが、まだ地元からの入所はない。通院対象者は自宅あるいはアパートを賃貸しながら通院している。対象者が家族県外では、対象行為が殺人や放火といったバッグランドのある対象者の受入れについて、情報提供の段階での難色を示され断られることがあった。今後、地元の社会復帰施設を利用する対象者が発生するときに情報提供と実際の対象者との面接を実施してもらう

ことでスムーズな社会復帰につなげて頂きたい。

全体的な印象として多職種チームアプローチが機能している。

(9) 施設8

治療ステージと期間としては回復期が長く急性期が短縮した。課題として退院後の帰住地を早期から詰めておく必要あり。MDTのありかたとして、月に1度から3ヶ月に1度開催され、状態が不安定な対象者については頻回に行われており、MDTミーティングに対象者本人を参加させて問題点の共有、コントロールを図る努力がされている。課題として開催頻度をもう少しコントロールすることが望ましい。職種間で対等であるという意識がまだ不十分で対象者処遇について防衛的なスタッフがいる。

人員配置は医師6名（専属2名）、看護師43名、CP5名（司法病棟メインは3名）、OT3名（専属2名）、PSW3名（12月に1名増員予定）、事務職1名で、本体病院との掛け持ちもあるが、比較的充足されているように思える。

入院期間が長いようであるが、対象者の帰住地が交通の便が非常に悪く外泊等行うことが困難で、医師数が不足しており、入院期間の短縮に向けて積極的に働きかけることが困難である。しかし各職種のモチベーションが高く、情熱的に対象者の治療にあたっている。日常生活スキルプログラムなどのユニークなプログラムもあり、退院へのソフトランディングが配慮されている。

(10) 施設4

全体的な印象として優れている点、実施できている点は、病棟の雰囲気があたたかく、心地よい治療環境、治療者-患者関係が構築されている。対象者の情報共有や治療方針の立

案が、多職種で効果的に行われている。特に心理士業務について言えば、各種心理検査や面接所見をもとに、心理としての入院初期の見立てと治療方針の立案がしっかりと行われている。治療プログラムが充実しており、医療観察法病棟において必要と思われるプログラムが一通り実施されている。また、多職種が連携して効果的に治療プログラムを運用している。会議が無駄なく効率的に実施されている。

今後の改善が期待される点は、入院時の多職種チームによるインテーク面接の実施。全員で顔合わせを行い、対象行為や今後の治療について共有することは、入院時の儀式としても治療をスムーズに進めていくためにも効果的と思われる。対象者本人が参加する会議の活用。スタッフだけではなく、本人を含めて治療課題や今後の方針を検討していく機会をもっと増やしていけると、より主体的かつ効果的な治療が実現するのではないかと思われる。地域関係者とのより早い段階での顔合わせ。当院では、入院初期の段階から地域関係者を招いてのケア会議を行っている。肥前では院内でのケア会議があまり行われていないとのことであったが、可能な範囲で実施できるとより効果的ではないか。ゾーンミーティング、全体ミーティングの活用。暴力発生時、ルール違反やトラブル発生時に、ミーティングで話し合う機会は持ってこなかったとのことであったが、問題が発生した際に、それをきちんと言葉にして話し合っていく作業は、治療的に非常に有効と思われる。当院においては、たとえば暴力やルール違反が発生した際、それをどのように感じたか、よりよい解決を図るにはどうしたらよいか、治療環境を守っていくためにはどうしたらよいか等を話し合う時間をなるべく持つように心掛けている。治療プログラムにおけるNsの役割の増強されているが、現在、治療プログラム

のファシリテーターは心理士が担っているものが多かったが、Nsにもファシリテーター役に積極的に関与してもらえるとより効果的に治療が進むのではと感じた。また、各治療プログラムに参加するNsが1名であり、少なめと感じた。当院においては、治療プログラムが2つ3つ同時並行して実施されているにもかかわらず、1つのプログラムに対して少なくとも1名、多くの場合2名程度のNsが参加している。心理士が出張等で不在時にプログラムが中止になってしまうことは残念であり、Nsが治療プログラムに割ける時間をより充実させていけるとよいのではと思われた。

審判への対象者の参加。隣県の地裁以外では、ほとんど実施されていないとのことであった。レビューアの施設ではほとんどの対象者が審判に参加しており、退院前の区切りとしても、治療的にもよい効果があると感じており、審判の場を可能な範囲でさらに活用していけるとよいのではないかと。

その他に参考になった点は病院本体の心理室業務と医療観察法病棟における心理業務とをどのように両立させているかという点で、参考になる点が多かった。当院ではスタッフステーションで預かっている鉛筆やボールペンについて、自施設では自己管理が認められていた。その分、月に1回、受け持ちによる私物チェックを行い、危険物を中心に適切に自己管理が行われているかを評価していた。セキュリティについては施設ごとの状況に応じて柔軟に対応していく必要があると感じるとともに、施設が違ってもある程度統一した方が転院時の対象者の混乱は少なくなるのではとも感じた。

(11) 施設51

施設は5床の小規格ユニットである。治療ステージと期間では5人のうち、急性期1人、回復期2人、社会復帰期2人で、回復期

が長めになっているが、社会復帰期になれば6か月前後で退院している患者が多い。

各種会議（治療評価・倫理会議・運営会議・外部評価会議・地域連絡会）は治療評価会議や運営会議は適切に行われている。倫理会議に関しては外部の委員を3人任命し行っている。倫理会議は定期的な開催ではなく、何か問題があったときのみとなっている。

患者処遇のありかたとして、病棟は精神保健福祉法下の男子急性期病棟と共用となっている。精神保健福祉法下の患者とのやりとりが必然的に発生するため、外部からの情報やモノの持ち込みの危険性は常にある。

行動制限（隔離・拘束・私物や金銭管理、その他）に関して、金銭管理においては、院内売店専用カードを基本としているため（他の精神保健福祉法患者も使っている）、患者自身が金銭を持つことはあまりない。私物についてはMDTで評価し、自己管理できるものはしている。課題として院内売店専用カードはトラブルを未然に防ぐ一つの答えではあるが、社会復帰を見据えた対応の場合、患者によっては金銭の病棟内での自己管理を検討する余地もあろう。

心理社会的治療では心理士の介入あり、患者全員参加のSSTなどが毎週行われている。外部からの人権擁護のための面接が定期的に行われている。

病棟管理・チームは病棟は精神保健福祉法下の男子急性期病棟と共用となっている。またPSW、CP、OTなどコメディカルは兼任である。MDTの在り方（医師・看護師・精神保健福祉士・作業療法士・臨床心理士）として、多職種によるMDTは最低でも月1回以上適宜開催されている。

CPAは地元の社会復帰調整官の訪問は頻繁にあり、それに伴いCPAも随時開催。対象者が県内なので連携が行いやすい。

人員配置（医師・看護師・CP・OT・

PSW・事務職)は医師・コメディカルについては兼任。看護師は全員男性で、小規模病棟では専任は現実的ではない。

地元自治体の援助機関として人権擁護のための外部の面接を定期的実施している。近いこともあるが、CPA等には福祉からの参加も多く、地元の施設を外泊訓練として使用し既存の施設の有効利用ができています。

その他参考事項として対象施設は、小規模病棟であり、また府内のみの患者を受け入れている。小規模のメリットを生かした小回りが利く運用ができており、退院促進に関しては明らかにレビュアーの勤務しているフルスペック病棟よりも機動的に動ける印象を持った。しかし、病棟内でのプログラムの充実はフルスペック病棟よりも劣るのはいたしかたなく、また病棟が精神保健福祉法病棟の共用であることが、運営上・治療上の問題を孕んでいる。よって急性期からの治療の場としては大規模病棟のメリットが大きく、やはり回復期までは大規模病棟で、社会復帰期は地元の小規模病棟でという住み分けが一つの解答になろう。

2) ピアレビューのモデル化 (施設1から施設13へのレビュー)

今回のピアレビューでは、先方施設がすでに他施設のピアレビューを受けた直後であった。また、本来のピアレビューの原則どおり、ピアレビューを受ける側がピアレビューに期待すること(個人の技量、施設の環境等の改善、向上などの目的に沿って、外部の信頼できるものから助言、評価を求めるもの)が明確であったことから、一般論的なレビューに時間を割くことをせず、病棟看護師長、作業療法および治療プログラム担当の看護を中心とする多職種チームから依頼されていた「多職種チーム医療」、「病棟全体の治療的環境」、「作業療法の展開」などの特

定の課、題に応える形で行うこととなり、多職種と作業療法士の連携を中心に実際の対象者との関わり、プログラムを通してリハビリテーション部門の運営について議論、提案をさせていただいた。

レビュー期間中には監査もあり、病棟全体は多忙な中での受け入れだったと思うが、レビューとの意見交換の場を設ける等、受け入れ側の体制はおおむね整っていたと感じた。

以下に参加した会議や治療プログラム、構造設備などについて、意見交換会で述べたことを中心に報告する。

(1) 多職種チーム医療について

①多職種チーム(MDTチーム)による関わり ～MDTミーティング、共通評価等

各担当者の多職種(MDTチーム)は、ガイドラインなどの原則に沿って、対象者の評価、治療の方向性についてほぼすべての職種が集まるように調整して、多職種チームミーティング(MDT会議)を開催している。

対象者の情報共有、関与は個々の多職種で行っており、MDT会議で共有しているが、対象者の会議への参加の度合いがやや低い様子が見受けられる。個別の多職種とのかかわりの中で、それぞれで伝えられる内容にずれを生じることもあり、直接対象者に確認したり、方向性について対象者のネガティブな感情を含めて拾いあげる面接をさらに頻繁に行うことで、より効果的な関わりができるのではないかと感じた。

スタッフの数が多き状況に対象者が置かれることで、対象者に過剰なストレスがかかることを配慮をしているとのことであるが、対象者との日常的な関わりでは、対象者中心のアプローチができていることから、懸念される反応が起こることよりも、対象者自身が治療に参加しているという意識を向上することにつながると思われる。

定期評価を実施するということが重要であることはいうまでもないことであるが、その反面で会議に要する時間帯が比較的多いという印象を持たざるを得ない。ちなみに作業療法プログラムの時間は週2コマしか取れておらず、それ以上増やすことは会議の時間確保のために困難であるとのことであった。

②担当多職種（MDT）チームの位置づけ

何かと話題になる対象者の担当MDTの負担は大きい。なんらかの問題が生じた場合、担当MDTが勤務するまで対応を先延ばしにするのではなく、その勤務帯で対応できるとよいと思った。そのためには、担当MDTの治療方針からそれないように、担当MDTと看護チームとの情報の共有が必要である。24時間対象者の生活に寄り添う看護師は、その時その場でかかわっている。担当MDTが出勤するまで、待つことはない。

その場で、担当MDTの方針に沿って、じっくりとかかわり、担当MDTが出勤した時点で、出来事の確認や振り返り面接をしていけるとよいのではないかと思う。大変な対象者ほど、看護チーム全体でかかわっていく気持ちでないと、職員のモチベーションの維持は困難であると考える。

チームが対象者のケア、治療の方向性を評価・判断するという独立性は保たれており、各チームの担当者にも責任感、役割意識の強さが感じられる。評価計画、会議の運営がしっかりしていることから、各チームのプライマリー看護師は、ケアコーディネーターの意識の高さが伺われた。

ただ、対象者の治療へのコンプライアンスが思わしくなく、問題行動を繰り返すケースでは、このことがチームの対応の問題として捉えられるベクトルに向いてしまうこと（対応の責任についてMDTチームの責任を追及する傾向）もあり、各対象者の担当チームと

周囲のスタッフ（モジュール等）との連携には、独立性とフォローアップをどのようにバランスをとっていくのか、当該病院に限らず多職種で考えていかなければならない問題であろう。

例えば、対象者に深刻な問題が起きたときの多職種チームへのフォロー、デブリーフィングの体制については、明確にしがたい部分もあるであろうが、チームの意識が高いということは、責任感が高く、自責的になることも考えられる。チーム以外のスタッフが対象者にどのように関わり、またスタッフに対してどのようにフィードバックをするのか、サポートをするのか、「そっとしておく、見守る」ということがうまく伝わる組織のコミュニケーションを促進することが医療観察法医療における多職種チームに必要であることを感じた。

【MDT会議の状況の実際】

ケース①入院13か月目、社会復帰治療ステージ。

今回のMDT会議での議題は、共通評価項目の見直し、外泊開始の提案、電気シェーバーの自己管理の検討、退院時期までのタイムスケジュールの確認と明確にされていた。多職種での意見交換を行いながら、話し合いはスムーズに進んでいた。事前にプライマリー看護師が共通評価項目の見直しを行い、準備していたとのことであった。

<感じたこと>

対象者自身の問題として、「病識がない」ことから、内省が深まらない、症状セルフモニタリングが困難であると会議の中では話されていた。しかし、対象者自身は、医療観察法における通院医療が終了となった後の通院方法も気にしていたことから、継続した医療とのつながりを想定できていたと思えた。長い未治療の後の今回の入院

であり、本人としては病気であることを言語化して認めることが困難であったのではないだろうか。本人なりの病識が獲得されるアプローチができていたケースと思われる。気になった点として、ホテル外泊2回、退院先となるアパートへの外泊が1、2回という計画では、退院後の独居生活を想定するとやや少ないのではないかと感じた。

ケース②入院3ヶ月目、急性期治療ステージ。

入院3ヶ月の共通評価項目見直しを行う。対象行為は目的を持って行い、意図して行ったと考えられるケース。対象行為が起きた地元では、迷惑行為を行う人である意味有名な対象者であったという背景。

<感じたこと>

今後の方針として、処遇終了の方向で手続きを進めている。それと並行して、処遇終了とならなかった場合は、どのように入院治療を進めていくかも想定しておかないと、処遇終了とならなかった場合に、対象者も担当MDTも治療継続の目的を見失ってしまいそうな印象を受けた。

【治療評価会議の実際】

対象者18名を1時間40分程度で行う。通常より時間を要したとのことで、丁寧に行う配慮をしていたと思われる。対象者の経過報告を勤務している担当看護師が行い、参加多職種メンバー全体で経過を共有していく形で進行する。話し合われた内容を、書記担当者が日付とともに追記し、先週までの話し合われた内容に、今週プレゼンされた内容が追加記載されていく。

<感じたこと>

この記録方法は、1週間ごとのトピックスが分かりやすいという利点がある。私自身、同様の記録方法をとっている施設を見

学したことがある。

ピアレビューの病院は、事前に担当看護師が中心となって1週間の経過を記載しており、その内容を承認していく形の記録となり、1週間ごとのMDT評価記録と治療評価会議での承認記録として、似た内容の記録が2つ並ぶことになる。33名の会議を行うためには、事前に記録されていた方が、会議は効率的に進みやすいとも考えられる。また、対象者の経過報告は担当MDTが中心に行っていることにも違いを感じた。

治療評価会議の進め方や記録方法に若干の相違があるということがみえてた。それぞれに利点があるといえる。今後、観察法病棟として、この相違を統一していくか、いろいろな運営方法があるとして施設ごとに任せていくか、検討が必要かもしれない。

(2) 治療的環境とリハビリテーション

～治療の般化、動的なリスクアセスメント、生活能力の評価・介入

①治療的環境

病棟内のベッド・テーブル・イスなどが、医療品ではない家具で配置されているなど、病棟全体が退院後の生活により近いレイアウトになっている印象だった。ホールなどの共有スペースは、整理整頓されていたがやや狭く感じた。施設構造上、急性期エリアが回復期・社会復帰エリアと施錠されて、ユニットが隔離されていた。

対象者の治療ステージと生活するエリア(ユニット・ゾーン)が異なる場合が生じて、カンファレンスの議題にあがっていた。ピアレビューの病院においても、入退院数が増えていく中で、治療ステージと生活エリアの相違が生じるケースがみられる時期があった。その際も、現在の当該病院と同様に、治療ステージを優先するのか、生活エリアを優先するのか、職員間での話し合いが繰り返さ