

れていた。現在のピアレビューの病院では、生活エリアを生活共同体との視点でとらえ、治療ステージではなく生活エリアを優先する結果に至った。そのため、急性期エリアに回復期治療ステージの対象者がいることや、回復期エリアに社会復帰期治療ステージの対象者がいることもある。治療ステージが異なっても、朝の集まりや食事などの日常生活は生活エリアを優先して実施している。

どこの医療観察法病棟においても、今後、治療ステージと生活エリアが一致しないケースが生じることは想定される。その際の対応も検討しておくといふと考える。

病棟の規模は、治療的環境の設定、治療プログラムの運営、般化に影響を及ぼす因子の一つであるが、19床であり、対象者の生活参加レベルの違いも大きく、あるとの印象を受けた。

対象者の知的レベル、年齢層、ステージごとの数などの治療的ニーズを共有できるメンバー、生活歴や年齢構成などが同質なメンバーが集まりにくい環境であることから、効果的な治療的集団を構成することが困難であり、特定の目的をもったプログラムを構成するための対象者を確保することが難しい。

対象者の多くは、一日のほとんどの時間を自室を中心として生活している。プログラム以外の時間にデイルームなどの共有のスペースで過ごすことはほとんどなく、他の対象者と生活上の接触、交流をする場面は非常に限られている。

ピアレビューの施設でいうリフレッシュエリア（運動施設、リラクセスする場所など）は、常時施錠されており、対象者が自発的な参加がしづらい環境である。エアロバイクやトレッドミルがデイルームの片隅に置かれており活動を促進するというメッセージを受け空間構成であるが、モチベーションの低い対象者にとっては、なにかを促される空間は

脅威を感じることもあり、何もすることが見当たらないことも、そこにいるための方法を見出せず、結果的に人が集まらないことになる。

運動をするという動的な場面と静的な生活場面が分かれている方が、対象者のモチベーションレベルが低い場合にも対応でき、自室（自己内の関心レベル）から共有スペース（自他との関係）に生活参加レベル拡大するプロセスを観察することができ、地域生活におけるモチベーションレベルをある程度予測することができるのではないかと考える。

デイルームでは、生活に関連した活動を引き出すための用具はほとんど管理された状況にあり、対象者の自発的な関わりを引き出しにくい。たとえば、ゲームや対人交流を促進するためのアイテムなどがスタッフステーション管理であるため、対象者の自発的な行動に結びつきにくいようである。また、ミーティングのための場所、テレビを見るための場所という受動的な活動参加の場所は確保されているが、対象者同士の関わりをするための共有をするスペースがないことは残念である。セキュリティナースが常駐しているが、目的は管理が主体となるため、監視されているという雰囲気が感じられる。自室から対象者が出てくる時には、スタッフの視線の暴露量が常に強く、デイルームに出てくること自体がストレスになると思われる。

また、スタッフが関わって何らかの生産的な活動や時間の使い方について関わる機会が少ないことから結果的に対象者は個室で過ごすことが多くなり、何らかの理由をもってデイルームにでてくることはほとんど（食事、一日一度の中庭散歩中の喫煙など）みられないため、相互交流による他者との関係の場面がない。これらの点について静的なリスク評価（刺激・変化の少ない環境での観察主体の評価）はできても、動的なリスク（段

階づけた負荷・刺激、変化を与え、個人だけでなく他者との相互交流などを通しての力動的なリスク評価)は把握できないことについて、提案させていただく。このことは、管理的な意識が高い施設では、対象者の行動を過剰に制限してしまうことにより、潜在的なリスクを把握することも制限されてしまい、静かな変化の少ない環境で大きな問題なくすごしたケースが退院後に環境の変化に適應できず、比較的早期にストレスが高じて破綻をきたしやすく、問題がみられないことから対処技法獲得なども十分検討されずに過ごしてしまい、地域生活の簡単な刺激でも調子を崩しかねない状態のまま退院してしまうという危さを示すものである。

また、生活参加の機会を逸することにより、病気や障害による機能の低下を招くだけでなく、生活に参加するための技能も二次的に低下する危険性もある(廃用性障害～作業剥奪による生活機能障害)。

治療プログラム担当のスタッフには、なんとかしたいという思いはあるとのことであるが、ガイドラインによって規定されている条件(セキュリティ関連の決まりごと)を変更することの難しさ(スタッフ全員の理解、各種会議での検討など)があるようである。

②ユニットのプログラムと治療共同体～力動的な治療環境の設定→力動的なアセスメント

対象者同士の関係性の構築がみられないため、社会的環境に所属している感覚は欠如し、生活を共有するために必要な配慮、コミュニケーションのとり方など、病棟生活を社会生活のモデルにして地域で起こる諸問題をテーマにすることは難しい。

他者に対する態度や、共感性、感情表出などをテーマにした「治療プログラム」への関心はあるようであるが、狭義の治療の中でみ

られることは限られており、生活環境を治療的に構築することについて、ハーフサイズ的环境でどのように行っていくのかは、これからの課題といえる。

また、問題が生じないように管理的な側面が協調されることで、問題が潜在化してしまう可能性があり、ピアレビューの施設でも幾度か経験しているが、他施設からの転院者で元の入院医療機関入院中にはプログラムにはほとんど参加できず、自室で閉居しがちで、落ち着いた状態を保っていたというケースが、ピアレビューの施設のセキュリティが低い環境で、生活参加の機会が増えるにつれて、対人的環境でのストレスから潜在化していた症状や反応を露呈するものがある。このことは単に「反応した」「症状の悪化」として捉えるべきでなく、入院中にストレス因子を見出すことによって、対処技能の評価をすることができると考えるべきであろう。

治療協同体という概念は管理下では扱いにくい、管理も必要であるというのが医療観察法の医療の現状である。しかし、この管理については、対象者の理解や協力は必要であり、「暴力を振るわないために自分たちは何ができるのか」という共有できる話題を通して、スタッフ及び対象者が安全な環境を作るにはどうしたらよいか検討することから始めてみてもよいのではないかと。

ユーモア、雰囲気作りなどによって感情の表出の機会を多くするなど、対象者の参加を促進するための働きかけを意識することによって、主体的な参加を引き出すことにつながると感じた。

③治療プログラムの概要

1) 参加したプログラムとその感想

プログラム	感想
朝のつどい	治療ステージ毎に実施する。曜日ごとに取り上げるテーマが決められているなど、工夫がされていた。対象者の気分のモニタリングシート、職員の書記ノートも、一覧化されていた。
社会復帰講座	PSWが中心となり、プログラム内容の検討、司会を行う。退院後の生活に直結した具体的な内容を模擬紙幣、くじなど使用して分かりやすく行っていた。
SST	外来部門の心理士の協力を得て、運営していた。入院生活場面で困っていることを取り上げながら、すぐに活用できる内容を取り上げていた。
創作活動	対象者個別に活動に取り組んでいた。今この活動に取り組むことによって、退院後の生活での趣味や他者交流が広がるなど、対象者個別の課題設定が明確にされていると、対象者自身も、プログラムに参加する職員もプログラムの目的がさらに明確になり、介入方法も具体的になってくるのではないかと感じた。
ケーキ作りの話し合い	対象者自身、楽しみにしている企画であった。対象者それぞれが意見を出し合う中で、職員の役割が明確になっていないところを感じられた。プレミートニングにおいて、今日の話し合いのゴール設定が具体的にされているとよいと感じた。

<治療プログラムを通して感じたこと>

対象者の病棟生活で見せる顔と治療プログラムに参加している際の表情が違う印象をうけた。プログラムの多くは、運営はある程度スムーズに行われていた。一方で、治療プログラムを行う大きな目的のひとつにあげられる日常生活への般化が円滑でないことが残念であった。対象者が参加するプログラムの全工程を通してどのように対象者が変化したか、日常生活場面で困っている出来事をどのように治療プログラムで扱っていくか等、生活場面と治療プログラム課題の連動、そしてプログラムの般化が図れるような工夫を期待する。

【個別面接】

急性期治療ステージ。

担当心理士と担当看護師により定期的に1時間枠を設定して行っている。

対象者は、知的水準が高く、自身の生活の中に妄想体験が確立されている。あるところ理論的に妄想体験を語る。対象者自身の語りを丁寧に時間をかけて聞き、面接の最後に、医療者が感じた感想を投げかけるスタイルで行われていた。

<感じたこと>

医療者からの投げかけが、病的体験のきっかけになると感じ、それが医療的な介入に繋がると感じた。知的水準が高く病識が乏しい中で、医療者への不信感が高まりやすい入院初期において、信頼関係の確立につ

ながる関わりが図れていると感じた。今後の医療的な介入を期待する。

(3) 作業療法プログラム

①作業療法の概要

作業療法のプログラムは、創作（個別目的、創作的活動）を週2回、個別OTを3名程度に行っているのみで、対象者の生活上のニーズ、コミュニケーション、相互交流を促進する機会は限られている。また、段階付けられたプログラムではないため、一時的なニーズに対応することはできても、治療ステージの変化、段階的により困難な課題に取り組むことができず、長期的に見るとある程度のところで能力の向上を図ることができず、必要なニーズを満たしきれないことから、対象者のモチベーションが下がることについて、治療プログラム担当の看護師より相談を受けたが、定期的な評価の実施と再評価時の目標の再確認により、対象者のニーズを把握し、それに応じたプログラムの計画をすることについて助言をしている。

集団の力動を用いるプログラムが少ないため、病棟の生活環境でも意思疎通や相互交流場面が生じにくく、また般化の機会が制限されること、他者との関係性から生じるストレスやリスクを把握することが難しいと思われる。

作業療法での治療的活動の段階づけ（作業的負荷、対人交流レベル等）、病棟における生活様式の多様化など、生活参加領域への介入や対処技能を発揮する機会を充足することについて、多職種と連携していくことによつて、社会生活における課題を明確にでき、治療の目標設定が促進されるのではないかと思われる。

プレ・アフターミーティングなどは毎回行っているが、目的がやや不明確なため、その日の業務の確認に終始し、多職種による

治療的な関わりによる効果を生み出しにくい（看護師が助手的な立場で関わらざるをえず、モチベーションの低下につながりやすい）。協力する看護スタッフがどのように関わるのか、具体的な方策を提示していく必要がある。

プログラムを構成するための時間的な制約（会議の占める割合が高い）もあることから、多様なプログラムを提供することが困難であることも要因であり、多職種で会議、プログラム、生活参加の機会などのバランスについて協議することが求められる。

②作業療法と多職種、他部門との連携

ピアレビューの施設では、現場レベルで作業療法プログラムの計画、実施を円滑に行うことができているが、他施設では作業療法のプログラムの計画は病棟看護師長への計画書の提出、多職種による目的と必要性の理解、承認がないと進めることができず、対象者の特性に応じてプログラムを変化させたり、新たな目的や環境を用いた活動設定については、時間・労力を要することが報告されている。施設13では、開設当初は多職種に対して作業療法の説明がなされており、看護師長および治療プログラム担当看護師・多職種にもある程度の理解を得られているようである。

ただし、医療観察法病棟の開設というイベントは、それまである程度の距離を保って（無関心でいられた）いた多職種が、時間、場所、理念などを共有することになる初めてコンタクトを取る機会である（特に古い国立療養所系の施設）。それまで多職種の連携が円滑でない状況で、相手に自分のことを説明する際の交渉術を備えている必要があるが、医療観察法病棟担当のコメディカルというのは、単に専門職というだけでなく、職種を代表しているという側面が強調されやすい。「○○OTがこう言った」ということはイ

コール「作業療法は〇〇である」というような捉え方をされてしまいがちである。また、そのときの担当の作業療法士との関係性がイコール「多職種と作業療法士全体」の関係性にまで発展してしまうことになり、病棟看護師長を中心として受け入れを左右してしまうことになりかねないのである。

このような状況を生じる背景としては、開設前の準備段階でセキュリティの取り決め段階に多職種（特に作業療法士）が関与していないことが他施設の情報からも把握されているところである。

ピアレビューの施設の開設前準備段階では、病棟運営に関わるすべての事柄に付いて、全職員で取り組んできた経過があり、開棟後も一方的に看護からプログラムの認可を求められることはなく、逆にリハビリテーションに関わる場所、物品の使用について責任を持つことを求められたり、プログラムの発案についても肯定的に受け止められ、実現する方向でサポートをされる関係性を保つことができている。対象者の場合も同様であり、セキュリティは信頼関係によって守られる部分がある。ガイドラインや制限によってすべてのリスクを予測し、防止することは不可能であることをスタッフが自覚している必要があるのである。そうであれば、リスクのある程度予測し、対処するための準備状態は整えた上で、様々な反応や行動を多様な場面で観察されるように、スタッフの信頼と協力が求められる。

セキュリティに関する管理・責任は看護師が主に担うことは明らかであり、その意識が高いことや役割意識をもつことは重要ではある。反面で「多職種はセキュリティについて良く知らない」と言う認識を生み出す危険性もあり、看護師に従属的に病棟運営をしているという理解に発展しやすい。それは看護師だけでなく多職種にも同様の認識を生じさ

せ、「セキュリティは看護師の仕事である」といった対立的な構図を強調されるようになることは、英国の保安施設でも報告されているところである。多職種（作業療法士ら）側も、病棟運営については共有領域としてセキュリティについて高い関心を持ち、病棟運営におけるセキュリティの役割を自覚して、日常的に看護と業務を共有することによって、相互の信頼関係が生まれ、お互いのプログラムに対する許容度は広がることはピアレビューの施設の実情から明らかである。

施設13では、開設当初の担当であった作業療法士は、看護師等に作業療法の説明を繰り返し行っていたとの事であるが、それ以前の作業療法と病棟との関係は、物理的にも心理的にも距離感があり、相互理解に至るまでには困難があったとのことである。

また、人間性はともかく、多職種と交渉する際の姿勢について、自己の立場を強調する姿勢が強かったようである。そのため他の職種からは、距離を置かれた関係が生じていたという。

このことは、この一人の担当者に関わる問題、院内の作業療法部門の立場が反映された結果と思われる。ピアレビューの直前に九州地区の作業療法部門間交換研修が実施され、1ヶ月間A精神医療センターの責任者が、施設13に滞在しており、その報告者からも院内の部門間におけるコミュニケーションの不足が指摘されていた。

現在、病棟担当をしている作業療法スタッフについても、技術的な援助や状況を把握するための定期的なスーパーバイズの間接的な機会はなく、スタッフが病棟における治療プログラムの計画・運営に苦慮していても、直接的な関与はみられていない。

医療観察法病棟に配置されている作業療法士は、卒後すぐに医療観察法に配置された2

年目と初年度の2名であり、いずれも精神科の経験はないスタッフである。作業療法の基本的な技術が未熟なまま、多職種での会議で専門性をアピールすることや、多職種におけるアイデンティティを獲得することで困難に直面している。繰り返し述べているように、多職種チーム医療を構成する際、コメディカルスタッフには、単に個々の対象者への治療を担うだけでなく、専門領域の見識を求められる代表者としての位置づけを求められる。

たまたま配置された個人が、その領域の代表的な考えを求められることから、ある程度の経験を持ったスタッフを配置することが必要であると考え、病院、病棟、作業療法部門の責任者には、多職種医療における人員配置、人材養成についての配慮をしていただくことが必要であると考え。

医療観察法病棟での人員配置の最低条件として、精神科領域で1年以上経験をしたもので、作業療法部門の責任者による適正についての評価がされていることと、それに加えて作業療法部門の責任者による配置後の定期的なスーパービジョン、カウンセリングの実施により、スタッフが病棟で孤立した状態に陥らないような配慮が必要である。

この点については、職場の責任者や病院の管理者の意識改革が求められる。

(4) その他

コメディカルスタッフ

15床のハーフサイズの基準からするとコメディカルの配置数は5名となるが、施設13では、コメディカルに対する看護師長の配慮もみられ、病棟責任者としてすべての職員に対して関心を向けられている。心理士3名（常勤2名、1名はSSTのみの兼務）、精神保健福祉士1名、作業療法士2の計6名が関わっている。

精神保健福祉士は1名しか配置されておら

ず、病棟プログラムおよび退院調整、外出・外泊のすべての業務をこなすことはかなり煩雑な様子が見られている。一人職場では、職種のアイデンティティを確保すること、技術水準を維持することが難しくなることから、できる限り職種ごとに複数のスタッフを確保することが求められる。

心理士、作業療法士については、病棟の責任者である看護師長の理解・配慮もあり、現場の状況に応じた適切な判断がなされて2名配置されている。

作業療法士については、33名のフルスペックでも2名しか配置されておらず、15床では7名程度の担当ケースである。この点については、17名以上の担当ケースをもつ作業療法士の過剰なケースロード数をもつピアレビューの施設などフルスペックの施設においては見直しをする必要があると考える。

心理士の動きについては、対象者、チームの役割などの通常業務だけでなく、チームのスタッフ間のフォローや個別のスタッフへのサポートなどの柔軟な動きがみられている。問題発生後のカウンセリングやデブリーフィングについても、どの職種でも明確にされている部分はないが、この環境における状況を理解されて対応しているようであった。

病棟看護師長は、作業療法士の状況についてもよく把握されており、理解、協力体制は確保されている。また、看護スタッフについても、治療プログラム担当のスタッフがプログラムの計画、運営について積極的に助言を行う方もみられる。今後はこのようなスタッフと連携して、日常生活場面での働きかけを進めていくことが望ましい。

コメディカルスタッフは、病棟および病院内では少数派であり、孤立しがちな存在である。病棟に従事するスタッフはそれ以上に多くの多職種の中にあって、責任や判断を求められることも多く、自己の専門性に関わる間

題を共有することができないことからストレスが高まりやすい。

医療観察法病棟で起こる課題は、その病棟の問題だけでなく、施設全体の問題を露呈していることもあり、組織全体による関わりが不可欠であると考える。

最後に医療観察法の医療、特に多職種医療は未だ理解が共有されているものではない。地域性や施設の特性により、多職種医療といっても、その関係性には随分異なるところがみられる。

多職種医療については、現場の役割だけに着目するのではなく、施設全体での位置づけや効果的な連携方法などについても検討を重ねていく必要がある。

コメディカル（特に作業療法）の位置づけについては、他の職種に比べて少ない人員で行っていることもあり、技術レベルによる成否が非常に顕著に明らかになってしまう傾向がみられている。

他の職種間との関係性構築、病棟運営についての見識、多様なニーズの対象者に対する治療技術を獲得した経験者を登用することが望ましい。またそうすることができない場合には、病院内の所属部門や、他の施設の経験者によるバックアップ体制を構築しておくことが求められる。

3) 自殺に関する研究

平成17年7月の医療観察法の施行後に入院処遇となった対象者の中で、自殺未遂例は23例が報告され、自殺既遂例は2例が報告されている。これらの報告に関して事例の概要をまとめる以下のとおりとなる。

(1) 入院例 自殺未遂 50歳代、対象行為放火、診断F2、予測可能性：あり

事例の概要：第3子として出生。高卒後職を転々とした。18歳でアルコール大量飲酒し

たが35歳で断酒。発病後30年が経過し計18回入退院を繰り返した。最終退院後、グループホームでの生活し通院・服薬も規則的。「食事に毒を入れる」という被害妄想が持続。無断で家に入ってくるので困らせようと思い自室に火をつけた。鑑定入院中もコードを首に巻きつけ自殺企図。医療観察法入院処遇の決定し転院し現在に至る。

自室ベッドに腰掛けて枕カバーを抜き取り自分の首を絞めている。枕カバーと所持の衣類を預かる。「保護室に入れてください」と繰り返す。室内のリネン類カバーと衣類、危険物回収する。NSが付き添い様子を見る。希死念慮の注意観察。常時観察する。

自殺回避の工夫として常時観察、隔離、薬物による鎮静

(2) 入院例 自殺未遂 男性 50歳代 対象行為殺人 F20

事例の概要：40年来の統合失調症で治療も継続的に受けていたが、糖尿病になったことをきっかけに服薬中断し、幻覚妄想悪化。易怒的となり「母親がガラクタを集めるのに腹が立って」母親を撲殺し、医療観察法入院となった。当院転院後、処方減量に伴い再度幻聴を中心とする陽性症状悪化し、本人自室でビニール袋をかぶり自殺企図するも自ら外したため既遂には至らず、スタッフもそのことに気がつかなかったが、約4ヶ月後の患者を交えた話し合いの時に本人の告白があり、そこで初めてスタッフも認識した。自殺予測の可否：事前に希死念慮を伺わせる言動はなく予測は困難であったと思われるが、陽性症状活発であることなどから自殺のリスクを評価する事は必要であったと思われる。

(3) 入院事例、自殺未遂、男、60才代、対象行為殺人、F2

事例の概要：妻が浮気相手と共謀して毒を持っているという被毒妄想が慢性的にあり、服薬自己中断後に増悪し妻を刺殺し医療観察法入院となった。入院後も妻への被害妄想は訂正困難な状態が続いていたが、薬物調整により幻聴消失し治療にも協力的ということもあり、退院に向けて環境調整を始めケアホーム職員を交えCPAを行い、当院近郊の社会復帰施設の見学ツアーに参加した。その直後、自室でズボンを変えてドア上部の留め金に引っ掛けて椅子の上に座しているところを巡回中の看護師が発見し未遂で終わる。理由として「字が書けないことや治療者側との関係を苦しめて」と本人は述べた。

自殺予測の可否とその理由：事前に希死念慮の言動はなく、社会復帰に向けた取り組みも順調に進んでいたことから自殺については留意していなかった。しかし、以前より能力的な問題から字が書けない事を気にしており、また、退院して環境が変わることへの不安を訴えることも多かったことから、予測する事は可能であったと思われる。

(4) 入院事例、自殺未遂、男、40才代、対象行為放火、F20

事例の概要：青年期より他害行為を繰り返しており、傷害事件にて実刑。出所後に頭痛などの身体症状を電磁波と解釈するようになる。精神科治療を受けることなく病状悪化。幻聴と妄想に左右され妄想対象の実家に放火。医療観察法入院処遇開始後、精神症状が悪化し、その苦痛から逃れるために掃除機のコードで首を締めようとする行為が2度見られたが、看護師に発見されて未遂に終わる。

自殺予測の可否とその理由：自殺未遂のエピソードは入院後間もない時期であったことと過去に自殺企図がなかったため、予測は困難であった。しかしながら、今後は病状悪化は自殺リスクの重要なサインとなる

(5) 入院事例、自殺未遂、男性、20才代、対象行為傷害、F20

事例の概要：シンナー吸引で入院治療歴あり。統合失調症と診断され治療を受けてきていた。強盗で逮捕され刑務所も2年間服役。出所後、家族が刑務官に見え傷害を加えた。医療観察法入院後、薬物療法により精神症状は改善されているが、情動のコントロールが非常に悪く些細な刺激に反応。経験の積み重ねによる学習が成立せず、行動の改善が見られていない。ある日の夕方コードを使い、洗面所で両手を使い絞めたものの死ねず、次にベッドに横になり再び首を絞めたものの死に切れず、他の対象者に助けを求めた。将来にたいする不安を抱き、強い自己嫌悪に陥ったのが一番の理由だという。

自殺予測の可否とその理由：情動が不安定であり、攻撃的な言動を示しやすいことはスタッフも認識していたが、自殺企図が行われるとの予測はされていなかった。

(6) 入院事例、自殺未遂、女性、30才代、殺人、F20

事例の概要：「子どもが迫害されている」との妄想に基づき拡大自殺をもくろみ実子を殺害。対象行為から1年目が近づくに伴い子どもを思い悩むようになり、ある日の夜間、ビニール製の袋をつなげ、居室ドア上部の金具にかけているところを、巡視中の看護師に発見されて未遂に終わった。「自分ばかり生きていて申し訳ないと思った。」「子どもに会いたくてしてしまいました。」と振り返っていた。

自殺予測の可否とその理由：実子殺害であり、対象行為への直面化が自然に生じていることと、他者への相談スキルに乏しいことから、自殺のリスクが高いと判断し観察を強化していた。しかしながら手段としてビニール製の袋を利用したことは予想外であった。

(7) 入院事例、自殺未遂、女性、20才代、殺人未遂、F20

事例の概要：不眠時薬を一度口に入れて出し、溜めていた。TVで怖いニュースを見て、自分にも同じようなことが送るのではないかと怖くなり、このまま眠るように死ねたらいいなあと思い、ためていた薬を大量服薬。病棟内をふらついて歩いていたため看護師に理由を聞かれ、大量服薬の事実を供述。

自殺予測の可否とその理由：退院への不安は訴えていたが、死ぬのは怖いと述べており、また過去に自殺企図を行ったこともなかったことから予測はできなかった。

(8) 入院事例、自殺未遂、男性、40才代、放火、F3.

事例の概要：女性との別れ話があり、うつ状態で不眠が持続し、意欲の低下がやや回復に転じ、躁うつ混合状態の中で、自宅に放火をした。医療観察法入院後、退院後の調整が希望通りに調整が進まず、生活基盤の設計が頓挫しているなかで、病棟自室内の空調機の吹き出し口に紐を掛けて絞首による自殺企図で未遂。気分としては、軽うつ期を通り抜けつつある時期であった。入院後、痙性対麻痺と新たに診断され、歩行障害がやや進行していた。遠方の指定通院先しか調整できず、援護寮（2人部屋）での生活を求められていた。自殺予測の可否とその理由：予測不可能であった。自殺企図前には大きな状態の変化がなく、自殺をほのめかす言語化もみられなかった。しかし回避性の人格が基盤にあり、解決困難な葛藤と、うつないし混合状態が重なりと容易に短絡的になると判断された。

(9) 入院事例、自殺未遂、男性、40才代、傷害、F20

事例の概要：朝、ホールの壁掛の金具に衣類を引っ掛け、首を吊ろうとしているところを

他患者が発見。理由を尋ねるも「“死ね”と“死ぬな”が脳の中に埋め込まれてる。今は“死ね”が少し多い」等、要領を得ない返答。前日に初めての院外外出に行ったことも関連していたのか。思考障害の顕著な対象者であり、自殺企図の理由は了解不能であった。

自殺予測の可否とその理由：兄の自殺後に発症しており、「死」はこの対象者にとって重要なテーマではあった。普段から「死への恐怖」を頻繁に口にしていたことはあったが、希死念慮を訴えたことはなかった。思考障害が顕著な患者であり、持続的な希死念慮ではなく、混乱から生じた突発的な行動であったと思われる。約3ヶ月後にも2度、衣類をひも状にして天井を眺めていたりしており、行動は突発的で事前予測はきわめて困難であった。

自殺の可能性を予測することは極めて困難であり、外泊を行う際に自殺のリスクをどう評価するかで苦慮した。予測は困難ながらも、注意サインと思われるものを列挙し、本対象者専用の評価スケールを作成した。

(10) 入院事例、自殺未遂、男性、40才代、傷害、F20

事例の概要：数日前より幻聴が活発となり、「カッターナイフの刃をカチカチさせている音が聞こえる」等と怯え、自室に内側から鍵をかけ、扉にベッドを立てかけてバリケードを築くなどしていた。夕方、自室でタオルを首に巻きつけているところを巡回中のスタッフが発見した。

自殺予測の可否とその理由：「他の患者から狙われている。殺される」という発言があり、自傷、他害のリスクが高まっていることはスタッフも認識していた。常時観察ではなかったが、密な観察を続けていたため、未遂での発見となった。自殺未遂を発見後は急性

期エリアに移し、室内のモニターも含めた常時観察で対応した。

(11) 入院事例、自殺既遂、男性、20才代、殺人未遂、F84、外出中

事例の概要：対象者は、入院後3ヶ月で回復期にステージ変更。入院当初に観察された疑念を中心とした症状は軽快し、入院1ヶ月半を過ぎた頃からはほぼ寛解状態にあった。院内散歩3回の実施でも変化は見られず安定していた。入院後4ヶ月半で初回の院外外出を対象者と共に計画。看護師2名の付添で外出、計画にあった買い物2件目の店舗内で視野内観察中に不明となる。この間、笑顔もあり行動上の異常は全くなかった。直後から捜索を行ったが発見されず、対象者は、遠方にある休職中の職場近くの駅のホームで電車に飛び込み自殺を図った。遺書等もなく、自室の状況も通常と全く変わらない状態のままであった。

自殺予測の可否とその理由：何らの精神症状の変化も観察されておらず、また、事前の対象者の言動にも変化はなかった。予測性はないと言わざるを得ない。

本事例の場合は、寛解状態にあった。本件のような自殺の場合、予見は困難である。医療観察法の医学的管理（具体的には外出外泊時の付添）の範囲、責任等、議論が必要と思われる。医学的な立場、法的な立場を踏まえた議論の必要あると思われる。

(12) 入院事例、自殺未遂、女性、30才代、殺人、F32.3

事例の概要：実子殺害の対象行為。入院後半年ほどで社会復帰期ステージ変更。退院先の自宅（実家）外泊（対象行為は別の場所）を数回実施。退院調整を進めていた。笑顔もあり、変化は観察されなかった。外泊を実施し、墓参りをし、対象行為日を過ぎた直後に

起きた未遂であった。鎮痛剤約100錠を服薬。神経症状を伴うもので、本人からの訴えで大量服薬が判明し、提携病院への緊急搬送、入院となった。後遺症はなし。外泊時に一人で出かけ、鎮痛剤を購入、錠剤をシートから外し、下着の中に隠し持って帰院。帰院時のチェックでは発見されなかった。外泊後、約2週間経過した頃、夜に全錠剤を服用、翌朝、8時過ぎに耳が聞こえにくい等の訴えがあり、大量服薬を告白した。

自殺予測の可否とその理由：本件に関しては、実子が対象行為となっていることから、また、自殺企図が対象行為日の周辺で発生していることから、予測性、予見性を検討し、十分な注意を払う必要を感じている。

(13) 入院事例、自殺未遂、男性、30才代、傷害、F20

事例の概要：約1週間程度の傷害の対象行為。鑑定入院、特定病院入院中に自殺企図3回あり、この間、身体拘束されていた。医療観察法入院後は、行動制限せず、回復期ステージ変更し、院外外出を数回実施していた。組織からの命令や被害的な幻聴の訴えは断続的であった。朝方、自室のドアにパンツの紐を掛けて縊首しようとするが紐が外れて未遂。タオルを首に巻いてテレビを見ているところ声を掛けると告白。「組織から拷問されて死ぬのであればいつか死ななければならない」と言う。直後から切迫感はなく淡々としており通常的生活パターン。常時観察として2週間ほど密着観察をした。組織や幻聴の訴えと生活状況の評価には疑問を残しており、その後も薬物調整し評価を続けている。

自殺予測の可否とその理由：若干の活動性の低下はあったものの、抑鬱や切迫した状態は観察されていなかった。これまでの自殺企図の状況からは、企図行動はあっても既遂には至らないであろうとの評価もあった。また、

企図行動は衝動的なところもあり、行動の予測は困難と思われる。

(14) 入院事例、自殺未遂、50才代、放火未遂、F31

事例の概要：急性期3ヶ月が過ぎたある日、未だうつ状態で軽い希死念慮も認めたため、主治医が内服薬の変更を提案し対象者もそれを受け入れた。しかし、翌日の準夜に対象者からナースコールあり、看護師が部屋を訪ねると着替えを済ませて頭にタオルを巻いており、浴室には濡れた衣類が置いてあった。「死のうと思って、風呂の水の中に入ったけど苦しくて止めた、死にたい気持ちはずっと前からあった。なかなか出来なかったけど今日やろうと思って、夕方からお湯を少しずつ貯めた。」とのことだった。

自殺予測の可否とその理由：軽度の希死念慮は認めていたものの切迫している様子は確認できず、予測は困難であった。

(15) 入院事例、自殺未遂、男性、20才代、強制わいせつ、F20

事例の概要：自殺企図直前に「変な感じがする」と不穏時薬を服用。その際「洗剤飲んでみようかなという感じです。」とスタッフに伝えている。その後『刺激のあることやってみたら?生きてる感じしないでしょ?』という幻聴が出現、死んだら幻聴の声の主に会えるかもしれないと思い、女子トイレで洗剤をコップ一杯一気飲みする。

自殺予測の可否とその理由：予測は不能。直前に自ら不穏であることを察知しスタッフに話す事ができており、ある程度セルフモニタリングが可能だと思われる。

(16) 入院事例、自殺未遂、女性、30才代、放火、F20

事例の概要：仲良くしていた男性対象者が他

の女性対象者と話していることにやきもちを焼き、興奮状態に。その後泣き叫び暴れまわりスタッフが介入し一旦落ち着く。その後常時観察していたが突然床に頭を数回打ちつける。一旦落ち着くもののその後舌を噛む行動にでる。

自殺予測の可否とその理由：予測は不能。他者と思ったような対人関係がとれないと周囲に対して攻撃的になる。一旦落ち着いたあと自傷行為に至りやすい傾向があった。

(17) 入院事例、自殺未遂、男性、30才代、F20.1

事例の概要：入院後よりたびたび妹を殺したという妄想や幻聴により警察への電話がみられている。電話の後、爪やロッカーキーで自分の手首を傷つける様子が観察されている。

自殺予測の可否とその理由：予測は不能。日常的に幻聴や妄想が出現しているが、行動が症状に左右されない場合もあるため予測はしにくい。

(18) 入院事例、自殺既遂、男性、30才代、放火、F20

事例の概要：医療観察法入院後は自室で過ごす事多く対人交流は少なかったが、幻聴・妄想等の訴えは見られず、落ち着いていた。内省については、「悪い事をした。」とは述べるものの、はっきりとした事件の振り返りは行えていない状況であった。入院後2週間して開催されたCPA会議では本人も故郷の医療観察法施設への転院を希望している。その時の医師の診察では、希死念慮については否定している。その後も日常生活には問題はみられなかった。入院3週間後に巡視中の看護師が自室北側、窓のブロックに縊首している対象者を発見した。

自殺回避の工夫：表情や言動などのから得る気分の日内変動を察知できるように、日頃の

観察や関りをMDTで行う。定期的な観察時間だけでなく、不定期な観察も行うことが重要で、同時にライフイベントの前後にも要注意とする。また、日常からハード面からもセキュリティ上問題となるところがないかを検討する必要がある。

自殺予測の可否とその理由：既往歴、鑑定前後での自殺企図はなかった。20分間隔での継続的観察は実施していたが、予測できない縊首行為に至った。

(19) 入院事例、自殺未遂例男性、30才代、殺人未遂、F20

事例の概要：4歳時、両親が離婚。アル中の父に育てられる。大学卒業後に就職したが幻覚妄想状態で発症して精神科に通院。自殺企図歴はある。精神症状の悪化から、同居している父の内妻を包丁で刺した対象行為。医療観察法入院後1年数カ月を経て、精神状態が悪化している時の自殺企図で首筋に発赤を確認したため、常時観察で対応。

自殺回避の工夫：常時観察、その後、隔離・拘束。薬物による鎮静。その後m-ECTも行われた。

自殺予測の可否とその理由：自殺企図の予測可能。

D. 考察と結論

1. 指定入院医療機関に関するピアレビュー (ピアレビュー研究)

医療観察法の指定入院施設は今回の調査時点で17施設が稼働しており、近い将来には国立系2施設、都道府県立病院では10施設が稼働することが予定されている。人口比での病床数、措置入院率や措置入院の在り方、急性期精神科医療、認知行動療法の普及、地域処遇や自立支援法関連の施設などの実態からみて、一般精神科医療の地域差や施設間の差は大きいと言わざるを得ない。医療観察法は裁

判所の命令による強制入院システムであることを考えれば公権力が強く関与した入院といわざるを得ず、法の目的で「社会復帰促進」を保障する上で、医療観察法医療の在り方が地域や施設で大きな開きがあっては法の前の平等が担保できない。このために医療観察法の施行にあたり厚生労働省は入院処遇や通院処遇のガイドラインを作成して標準的医療の確保を求め、また医療監査を毎年詳細に行い施設への指導を強化している。これらの監督する側からの指導だけでは真に医療の均霑化は困難であり、これを止揚する目的で医療観察法医療の現場で働いている専門職種が、同じ困難を感じまたそれを解決する目的で研鑽している専門職による仲間内の監査・検討を行うピアレビュー形式が提案された。これは医療観察法施設の多職種が相互に訪問して、臨床現場を共にして医療観察法医療の標準的に寄与できるという仮説を立てた。その際に社会復帰促進の標準化を念頭に置いて、1) 急性期、回復期、社会復帰期のスムーズな移行、2) 退院申し立ての時期や整えるべき状況、3) 早期ケースワークと退院時期の明確化に関して施設間の異同を検討した。

今回は施設報告を中心に報告をまとめたが、標準化が困難な特殊事例への対応を念頭に置いて、1) 統合失調症残遺型で治療抵抗性 (high dependency) への対処、2) 長期入院化、3) 入院対象者の処遇終了、3) 重複障害、3) 短期入院の症例の集積も合わせて計画した。またピアレビューと受け入れ側施設の多職種チーム multi-disciplinary team (MDT) による検討を原則としており、チームによるピアレビューの在り方や方法についても報告した。

各施設評価に関しては厳しい意見や批判も多くみられるが、基本的には治療プログラムの多様さは共通して評価が高い。多職種チーム医療に関しては、協働してチーム医療を行

うあり方や、意見交換に関する方法、共通評価項目の利用、診療支援システム活用とこれらの方法によらないサマリーシートの作成など、施設間での工夫が示されている。また多職種チームの質や数、また勤務の形態（専任か併任など）も異なり是非が論じられている。治療を深化させるためには専任制度が優位であるが、多様なチームのかかわりでは施設全体で医療観察法を盛りたてるように複数の専門職で業務を振り分ける併任制度も持続可能な医療の形といえる。特に先行施設の看護職では世代交代が始まっており、これは医師や他のコメディカルにも波及しており、医療観察法に係る専門職種の養成の必要性も考えるべきである。訪問した施設と自施設を対比して振り返り報告することを通して、その後の是正を加速させる効果についてピアレビューが触れることが多い。隔離や拘束などの行動制限は医療観察法では少ないが、それを回避する方法に関して意見交換がみられた。

医療観察法は裁判所が処遇決定に大きな役割を果たし、我が国初のリーガルモデルの強制入院制度であるが、その裁判所の機能をフルに引き出すことが困難な患者の社会復帰の促進に効果を上げている。法律や法律家との対話の重要性は表面上の理解をしても、実際は単に書類を提出して判断を仰ぐだけに終わっている地域や施設があり、これに対して裁判所での審議（カンファレンス）の重要性をアピールするピアレビューが多い。入院継続や入院処遇の終了に伴い通院に移行の申し立ての審判などで、直接的な裁判所の関与を求めカンファレンスを積極的に行い論点の整理をすべきとする意見である。医療観察法の処遇決定のプロセスに裁判所を始めとする司法機関が参加し、主導権を握っている事実を医療観察法施設は十分に知り活用すべきである。

一方で地域保健福祉機関との連携に関しての意見は少ない。肯定的でも否定的でもないことの意味は多様である。医療観察法に関してこれら地域の精神保健福祉機関は距離を置き関係性が希薄なために意見が少ないのか、入院施設側が期待をしていないのだろうか。逆に一般精神科医療とは差がないと感じられるほど、医療観察法対象者を引き受けて活発であるのか。また医療観察法入院機関の多職種が地域精神保健福祉に関して関心が薄いことを示しているのかなどである。いずれにしても社会復帰は医療観察法関連施設だけでは進まないことは明白で地域保健福祉機関との関係にピアレビューの意見が示されることを期待する。

個別の長期在院や治療抵抗性の対象者の評価に関しては、資料が集まっており分析を今後していく。医療観察法の施行が4年を過ぎ入院期間の予測が実際を反映して、残留率も予測されてきているので、これらの困難な症例の社会復帰戦略の提案もピアレビューには期待されている。

2. 自殺例や自殺企図例の調査（自殺に関する研究）

医療観察法が施行後4年間で入院対象者に限っては自殺未遂例は23例、自殺既遂例は2例と報告されている。今回の25例に通院対象者は含まれていない。24例は病棟の中での自殺企図で、1例だけが外泊中に自殺を企図した。入院という環境では自殺の手段は縊首に限られ、2例が大量服薬（鎮痛剤、抗精神病薬）、1例が頭部の外傷であり、外泊中の無断退去1例が列車飛び込みであった。

幻覚妄想など病状に関連して衝動性や悲嘆が強まり企図する症例と、子殺しのように贖罪意識が強まり衝動的にまたは計画的に自殺企図する症例、病状は安定して社会復帰を一段進めるが背後にある不安感に突き動かされ

ての自殺企図する症例に分けられる。前者は直接病状に支配されており、薬物療法など治療的な対応を検討し、常時観察など対人サービスで自殺を回避する余地がある。一方で殺人など対象行為自体のストレス、また事件をおこして入院したが社会に戻る自信の無さや不安より生じる絶望感などは、これらが意識的に表現されなければ過小に評価している場合もあり、切迫した予測は難しいといえる。

精神障害と自殺に関して飛鳥井は自殺者のうち、うつ病圏46%、統合失調症圏26%、アルコール薬物依存圏18%と報告している。警察庁のホームページによれば20年度の自殺者のうち、うつ病圏43%、統合失調症圏9%、アルコール薬物依存圏2%と報告している。療法の報告によるとうつ病圏では同等に割合を示すが、他では違いが大きい。松下らはアルコール関連障害と自殺を総説の中で、自殺リスクの程度を示す数値として自殺の生涯リスクを提示し、依存症者は7%、感情障害6%、統合失調症4%と紹介している。アルコール依存は自殺の高いリスクファクターとして再度注目を集めるが、同様に他害行為の高いリスクファクターでもある。

自殺リスクとして触法行為は大きい。触法行為はそれ自体が加害者にとっても大きなストレスとなり精神障害を引き起こし、またすでに患っている精神障害を悪化させ、不安を生じ、自己否定的で、自責的で、自効力を喪失させて社会復帰を阻害する要因となり、社会的に排除され孤立して、それらの集大成として自殺のリスクを高める。触法精神障害者の自殺リスクは再他害行為をいかに防止するかが第1の道である。

MacArthur Studyでは自殺企図は暴力リス

クを低下させると指摘している。治療的に考えれば触法行為で内省して自らの行為に直面化して苦悩する人は再び暴力をふるうことを回避することを示しており、この内省の進め方が第2の道となる。医療観察法では多職種で評価をして治療を組み立てるが、認知科学に基づいた内省プログラムは重要なプログラムの一つである。これは自らの疾病と他害行為の関係を理解することを手助けすることから始まる。

田口は産後うつ病による子殺しを予防するための提言をしているが、その中で「産後の母親のうつ病および子殺しや道連れ自殺のリスク評価を慎重に行う」と挙げている。対象行為が自殺に関連して起きてしまうことを考えれば、第3の道として精神疾患の早期介入が自殺を減らし触法行為を減らすといえる。精神障害の他害行為と自傷行為は「自己か他者に向かって二分される暴力性や衝動性」の表現としてあるとすれば、他害行為を行った精神障害者の自傷リスクは高く、自殺企図の既往がなくても自殺について、第4の道としてそのサインを細かく調べ、自殺企図の可能性を念頭に置いて援助をする必要がある。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究は発表

村上優：触法精神障害者の自殺.精神科治療学,25(2)：231-236、2010

G. 知的財産権の出願・登録状況

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

入院医療における治療プログラムの多様化に関する研究

平成 21 年度
分担研究報告書

平成 22（2010）年 3 月
分担研究者 平林 直次

国立精神・神経センター病院 国立療養所多磨全生園

平成 21 年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）

分担研究報告書

入院医療における治療プログラムの多様化に関する研究

分担研究者：平林 直次 国立精神・神経センター病院 国立療養所多磨全生園

研究協力者：

大森 まゆ（国立精神・神経センター病院）	真栄里 仁（久里浜アルコール症センター）
佐藤真由美（国立精神・神経センター病院）	川本 孝憲（さいがた病院）
永田 貴子（国立精神・神経センター病院）	村杉 謙次（小諸高原病院）
新井 薫（国立精神・神経センター病院）	中根 潤（下総精神医療センター）
朝比奈次郎（国立精神・神経センター病院）	村上 優（琉球病院）
小山明日香（国立精神・神経センター病院）	桂木 正一（菊池病院）
－独立行政法人国立病院機構－	久我 政利（菊池病院）
中嶋 正人（花巻病院）	界外 啓行（榊原病院）
高橋 昇（花巻病院）	山口 博之（賀茂精神医療センター）
八木 深（東尾張病院）	－都道府県立－
吉岡 眞吾（東尾張病院）	森 裕（大阪府立精神医療センター）
須藤 徹（肥前精神医療センター）	来住 由樹（岡山県精神科医療センター）
壁屋 康洋（肥前精神医療センター）	林田健太郎（長崎県立精神医療センター）
村田 昌彦（北陸病院）	武井 満（群馬県立精神医療センター）
西岡 直也（久里浜アルコール症センター）	佐藤 浩司（群馬県立精神医療センター）

研究要旨

1. 指定入院医療機関の実態に関する調査を実施し、医療観察法の見直しや入院処遇ガイドラインの見直しにとって必要不可欠な基礎的データを作成した。
2. 平成17年7月15日医療観察法施行時から平成 21年7月15日現在までに入院処遇となった全対象者について、年齢、性別、診断名、対象行為、入院期間、各治療ステージの期間、転院の有無、転帰についてアンケート調査を行った。なお、調査時点においては、指定入院医療機関は17施設設置されており、総病床数は410床（保護室を除く）であった。
3. アンケート回収率は100%であり、入院処遇対象者の全数調査となった。入院対象者の延数は1,055名（退院308名、抗告退院5名、死亡（自殺）3名、処遇終了82名、入院中468名、転出189名）であった。
4. 抗告退院、死亡、処遇終了を除き、入院処遇を終え退院後通院処遇に移行した対象者は、776名（退院308名、入院継続中468名）であり、Kaplan-Meyer法による「推定」入院日数の中央値および平均値はそれぞれ688日（95%信頼区間650.0-726.0日）、740日（706.0-774.0日）であった。
5. 入院決定者の9.5%が処遇終了となっており、特に70歳以上で処遇終了となるが多かった。

6. 入院期間が長期化する要因として、性別、世代、診断名、転院の有無が抽出された（Log Rank検定）。そこで、これらの因子を独立変数として、また入院期間を従属変数としてCox回帰分析を行った。入院期間を長期化する因子は、69歳以下、F2統合失調症圏、転院の既往であった。
7. 入院決定者の20%程度が推定入院期間1,000日を超えるが、1,250日程度になると退院が進み、入院決定者の10%程度に減少することが予測された。
8. 長期入院対策が最も重要な課題であり、長期入院の実態を調査し過剰な病床整備に陥らないように適切な病床数を設定することや引き続き地域ケアの充実を図るなど、退院促進に努めることが重要であると考えられた。
9. 医療観察法による医療の必要性に関する鑑定時診断と指定入院医療機関の診断の一致率は、91.2%であった。

A. 研究目的

医療観察法施行から4年が過ぎ、指定入院医療機関から退院し、通院処遇となった対象者も徐々に増えつつある。医療観察法施行前に示された入院処遇ガイドラインでは、入院期間は18か月と想定された。実際の退院者の入院期間は必ずしもガイドラインに示されたように一様ではない。

また、退院した対象者も増加しその転帰もしだいに明らかになってきている。平成22年度には医療観察法の見直しが予定されており、医療観察法施行からの実績を踏まえ、入院運営・処遇ガイドラインについても適宜見直しが必要であろう。

本年度の研究目的は、指定入院医療機関による医療の実態（入院対象者の特性、入院期間、身体合併症、行動制限の実施状況、修正型電気けいれん療法の実施状況、クロザピン導入の準備状況など）を継続的にモニタリングし、長期入院対策、指定入院医療機関の医療の均てん化に資する基礎的データを作成することである。

B. 研究方法

1. 入院機関調査

全国のすべての指定入院医療機関を対象として、各機関の運用開始から平成21年7月15日現在までにおける入院対象者の社会的特性（年代、性別）、鑑定時および指定入院医療機関における診断名、対象行為、入院期間、各治療ステージの期間、転院の有無、転帰について調査を行った。各指定入院医療機関に調査用紙等を郵送し回答を得た。なお、プライバシーに配慮し、個別の対象者を特定できる情報は一切収集しなかった。また、統計学的解析はSPSS ver17.0を用いて、Kaplan-Meyer法により入院期間（入院日数）を推計した。

2. 実態調査

平成21年7月15日において設置されていたすべての指定入院医療機関に対して、アンケート調査用紙、「医療観察法指定入院医療機関処遇アンケート調査票」を郵送し医療観察法病棟における医療の実態について調査を行った。

調査項目は、指定入院医療機関の概要、身体合併症、行動制限の実施状況、修正型電気けいれん療法（以下：mECT）の実施状況、

クロザピン導入の準備状況である。なお、アンケート調査に当たっては、各症例のプライバシーに配慮し、個人を特定する情報については一切収集しなかった。ただし、これらのデータについては、現在も収集中であり、統計学的解析については来年度に実施し報告する予定である。

なお、本研究の実施に当たっては、分担研究者の所属する国立精神・神経センター病院に設置された倫理委員会および主任研究者の所属する岡山県精神科医療センターの倫理委員会の承認を得た。

C. 研究結果

平成 21年 7月15日現在、設置されていた指定入院医療機関は全国で17施設あり（表 1-1）、総病床数は410床であった。この17施設に調査用紙等を郵送し、全施設から回答を得た。

1. 指定入院医療機関の推計入院期間

(1) 概要

指定入院医療機関の開設から調査日までの

病棟運用期間は、中央値1,010日（31日～1,444日）であり、平均値は923日であった。指定入院医療機関の病床数は、410床（33床 9施設、17床 6施設、6床 1施設、5床 1施設）であった。調査日までの入院延べ数は、1,055名（退院308名、入院継続中468名、抗告退院5名、死亡3名、処遇終了82名、転出189名）であった。なお、抗告退院とは、対象者等による抗告が認められた退院である。また、転出189名とは、指定入院医療機関の間で転院した対象者であり、転院「元」、転院「先」それぞれで数えられており、調査実施日において入院していた指定入院医療機関に算入して集計した。その結果、調査日時点での延べ入院数は、866名（退院308名、入院継続中468名、抗告退院5名、死亡3名、処遇終了82名）であった（表 1-2）。

これらの対象者の転帰について調査した。処遇終了によって退院となっている対象者は9.5%であった。また、対象者の転帰と年代について調査すると、70歳以上で処遇終了事例の比率が高くなっていた（表 1-3）。

次に、診断別に転帰を集計した（表

表 1-1 指定入院医療機関の整備状況（平成21年 7月15日現在）

	開棟年月日	病床数	運用日数
国立精神・神経センター病院 －独立行政法人国立病院機構－	平成17年 8月 2日	33	1444
花巻病院	平成17年10月 1日	33	1384
東尾張病院	平成17年12月 1日	33	1323
肥前精神医療センター	平成18年 1月 1日	33	1292
北陸病院	平成18年 2月 1日	33	1261
久里浜アルコール症センター	平成18年 4月 1日	17	1202
さいがた病院	平成18年 4月 1日	33	1202
小諸高原病院	平成18年 6月15日	17	1127
下総精神医療センター	平成18年10月10日	33	1010
琉球病院	平成19年 2月 1日	17	896
菊池病院	平成19年 9月 3日	17	682
榊原病院	平成19年10月15日	17	640
賀茂精神医療センター	平成20年 6月24日	33	387
－都道府県立－			
大阪府立精神医療センター	平成19年 9月 7日	5	678
岡山県精神科医療センター	平成19年10月 1日	33	654
長崎県立精神医療センター	平成20年 4月 1日	17	471
群馬県立精神医療センター	平成21年 6月15日	6	31
	計	410	923

1-4)。F2、F3、その他の診断の3群に分けて処遇終了率を比較してみると、F2(6.0%)、F3(2.2%)に比べて、その他の診断(27.9%)では処遇終了となることが有意に多かった(表1-5)。

(2) 推計入院日数

次に、入院後、急性期 → 回復期 → 社会復帰期まで治療ステージが進み、退院許可となった対象者の入院期間を明らかにするために、

抗告退院、死亡、処遇終了にともなう退院者を除き、入院期間の推計を行った。その結果、病状が回復し退院許可となった対象者および入院継続中の対象者数は都合776名(退院308名、入院継続中468名)であった。なお、病床数410床に対して入院継続中468名となったのは、特定医療施設や特定病床に入院中の対象者が含まれていることや、指定入院医療機関では保護室なども病床として入院を受け

表1-2 入院対象者の転帰

	人	パーセント
退院	308	35.6
抗告退院	5	0.6
死亡(自殺)	3	0.3
処遇終了	82	9.5
入院中	468	54.0
合計	866	100.0

表1-3 転帰と年代(人)

	抗告退院	死亡(自殺)	処遇終了	退院	入院中	計
20代	1	2	11	55	74	143
30代	1	0	11	84	153	249
40代	1	1	24	73	102	201
50代	1	0	15	54	83	153
60代	1	0	11	30	51	93
70代	0	0	6	10	4	20
80代	0	0	4	1	1	6
90代	0	0	0	1	0	1
	5	3	82	308	468	866

表1-4 入院対象者の転帰別診断名(ICD-10)

	抗告退院	死亡(自殺)	処遇終了	退院	入院中	計
F0			9	9	7	25
F1	1		10	15	27	53
F2	4	3	40	245	380	672
F3			1	21	24	46
F4			2	2	1	5
F6			8	4	8	20
F7			7	7	5	19
F8			3	4	13	20
F9			1		1	2
G40			1	1	2	4
	5	3	82	308	468	866

表1-5 入院対象者の転帰別診断名(ICD-10)

	F2		F3		その他		計
	n	%	n	%	n	%	
処遇終了	40 ^A	6.0	1 ^A	2.2	41 ^B	27.9	82
退院	245	36.8	21	45.7	42	28.6	308
入院中	380 ^A	57.1	24	52.2	64 ^B	43.5	468
計	245	100.0	45	100.0	42	100.0	858

それぞれの転帰について、異なる肩文字は有意差があることを表す(Bonferroniの修正済み)

入れているからである。以下776名について統計学的解析を実施し、入院期間の推計と入院長期化の因子を抽出した。

a) 全施設を対象とした推計入院日数

入院日数と入院継続率の関係を図1に示し

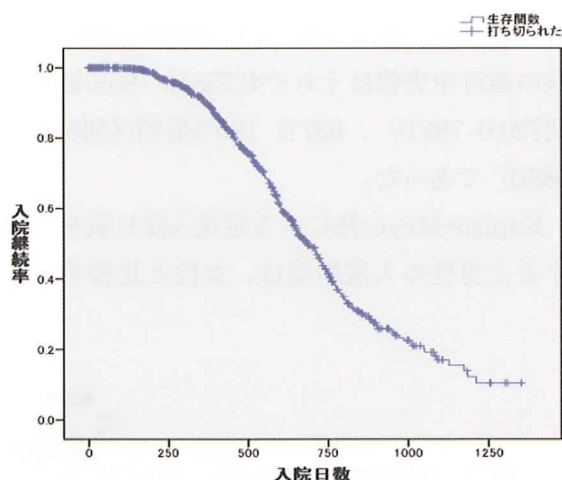


図1 全対象者 入院継続率 (n=776)

た。推計入院日数の中央値および平均値はそれぞれ 688日 (95%信頼区間650.0-726.0日)、740日 (95%信頼区間706.0-774.0日)であった (表2-1)。

b) 指定入院医療機関別の推計入院日数

指定入院医療機関別に入院期間を推計した。なお、入院期間を推計するためには、一定数以上の退院数が必要であることから、その施設における退院数が5以上であり、かつ、その指定入院医療機関の開設日から調査日までの期間が18ヶ月以上の13施設についてのみ推計した。13施設の推計中央値、平均入院日数を表3-1に示した。なお、指定入院医療機関の間で転院が行われていた症例については、転院元の指定入院医療機関に入院日から転院日まで入院し退院には至らなかったとして入院期間を推計した。各施設の推計入院期間の中央値は、530日 (381.0-679.0日) ~

表2-1 全対象者の入院期間 (2008年)

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

Kaplan-Meyer法による推定入院日数

全対象者の入院期間 (2009年)

	日数	95% 信頼区間
中央値	688	(650.0 - 726.0)
平均値	740	(706.0 - 774.0)

Kaplan-Meyer法による推定入院日数

表3-1 入院期間の平均値および中央値 (日)

施設	対象者数	うち退院数	平均値				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
A	41	24	484	26	434	534	530	76	381	679
B	66	33	588	42	506	671	549	65	422	676
C	23	6	655	32	593	717	650	4	641	659
D	33	13	675	71	536	814	635	106	428	842
E	78	43	687	47	595	779	714	71	575	853
F	70	37	701	48	608	795	587	13	562	613
G	54	22	717	54	611	823	684	68	550	818
H	81	41	728	46	637	818	669	61	549	789
I	54	20	735	48	640	830	635	127	387	883
J	54	20	741	34	674	807	757	47	665	849
K	11	5	769	21	727	811	758	38	684	832
L	53	15	806	49	710	903	812	83	649	975
M	72	18	839	64	714	964	972	362	262	1682