

5) 医療観察法医療を実施しての実感

やって良かった、どちらとも言えない、今後はやりたくない

その理由：

6) 医療観察法の裁判官や社会復帰調整官が関与する仕組みについて

(実際に裁判官や社会復帰調整官が病棟へ来ていると思います)

必要、どちらとも言えない、不要

その理由：

3. その他：自由記載があればお願いします。

資料2 医療観察法病棟に関する職員アンケートの結果

平成21年11月26日
群馬県立精神医療センター

◎対象者 医療観察病棟担当医師、看護師、PSW、OT、心理、薬剤師 30名
◎実施期間 平成21年11月5日～11月20日

1. 医療観察法病棟の現状分析に関して

1) 病棟設置の必要性について	
必要	25
どちらとも言えない	4
不要	0
無回答	1

○「必要」と答えた理由

- ・ 公立病院としての責務
- ・ 県立病院の役割
- ・ 政策医療を実行するのは当然
- ・ 精神科医療の向上のため
- ・ 群馬県内の対象者は地元で対応すべき
- ・ 社会復帰のために地元での治療が必要
- ・ 各県ごとにあった方がよい
- ・ 手厚い医療の提供
- ・ 人権を守るため治療的でもある
- ・ 社会的ニーズ
- ・ 以前から問題になる患者がいた
- ・ 司法手続きを踏むことが必要
- ・ 県立病院が生き残るため

○「どちらとも言えない」答えた理由

- ・ 県立病院が生き残るのに必要

2) 事前研修について	
良かった	14
どちらとも言えない	6
内容不十分	8
不要	0
無回答	2

○「良かった」と答えた理由

- ・ある程度のことを学ばなければ不安、看護に必要
- ・具体的なイメージづくりにはならなかったが、何もしないよりは全然良い。
- ・知っているつもりで知らないこと、誤解していることがたくさんあり良い勉強の機会になった。
- ・支援システム、パソコン講習を直前に受けておいたことが役に立った。
- ・今までの流れを知ることができ知識が増えた。当院の生い立ちと他のスタッフの実践に誇りと気概を持てた。
- ・集中的に受けることによって、研修の振り返りになった。
- ・医療観察法について学習できた。
- ・心構えができた。

○「どちらとも言えない」と答えた理由

- ・気持ちの準備はできた。
- ・支援システムは実際に使用してみないとわからない部分も多い。
- ・開棟後のフォローも含めて研修は必要。

○「内容不十分」と答えた理由

- ・現場レベルでどういった対応や医療をおこなっているのか、具体的な研修が少なくイメージがわかなかった。
- ・業務の都合で研修を受けられたのが一日のみであったためよくわからないままのスタートになってしまった。
- ・2日間の施設見学をかねた研修と共通評価項目の研修では不十分と思います。
- ・BSユニットを担当する全員が受けられていない。
- ・長期間できず短すぎた印象である。病棟研修にはより多くのスタッフが参加できると良かった。
- ・昼休みに病棟で行ったものしか参加できていない。配属の人は全員きちんと事前研修が必要だと思う。

3) 現状のBSユニットの運営について

問題はない	1
どちらとも言えない	14
問題がある	15
無回答	0

○「どちらとも言えない」と答えた理由

- ・マンパワー不足
- ・スタッフ不足
- ・対象者へ関われない
- ・人手不足でいずれ限界
- ・経験しながら模索
- ・ようやく軌道に乗り始めた・

- ・対応をいろいろと検討している状況
- ・ノウハウがない
- ・準備期間が短い
- ・中途半端であるがやらなくてはいけない
- ・B1の患者との質の違いで混乱

○「問題がある」と答えた理由

- ・マンパワー不足
- ・人員不足
- ・スタッフ不足
- ・少ない人員
- ・手厚い看護ができない
- ・BSに集中できない
- ・散歩の回数ができない
- ・全職種が兼務
- ・併設は厳しい
- ・構造上の問題
- ・設備が不備
- ・施設不足（体育館がないなど）
- ・B1患者の悪影響がある
- ・一緒ではどちらにも集中できない
- ・他の病棟へのしわ寄せ
- ・事務、病棟間の連携が不十分
- ・フルスペックとの格差を感じる
- ・急性期と他の期が混同

4) 現状のB1ユニットの運営について

問題はない	1
どちらとも言えない	13
問題がある	16
無回答	0

○「どちらとも言えない」と答えた理由

- ・医療観察法と並行して行うのは時間とマンパワーが限界
- ・治療が手薄になる
- ・B1病棟の患者が増えたら対象者を十分に看ることが出来ない
- ・B1の方が大変だと思う

○「問題がある」と答えた理由

- ・看護不足
- ・BSに人手をとられてしまう

- ・マンパワー不足で以前出来たことが出来なくなっている
- ・合併病棟では人手がかけられない
- ・B1へ手がかけられない
- ・B1病棟に時間がかけられない
- ・看護が手薄
- ・散歩に行かせられない
- ・決められた業務しかできない
- ・中途半端で救急支援の役割が大変
- ・省略されている
- ・サービスが低下されている
- ・B1には身体的にも手のかかる患者が多いが疎かになる
- ・日々の業務が忙しすぎる
- ・B1の治療が手薄になり散歩などが出来ない

5) 現状のB病棟全体の運営について

問題はない	1
どちらとも言えない	10
問題がある	19
無回答	0

○「どちらとも言えない」と答えた理由

- ・明らかに看護の人手不足
- ・他病棟の応援でなんとか成り立っているが今後は難しい
- ・併設は大変
- ・とりあえずやったが身体合併症など今後のことを考えると大変
- ・限られた人員の中で皆努力しているが課題に直面している

○「問題がある」と答えた理由

- ・「どちらとも言えない」と答えた理由と同様
- ・人員確保
- ・マンパワー不足で併設の運営は厳しい
- ・人員不足
- ・危ない橋を渡っている感じがある
- ・どちらも中途半端になる
- ・BSの方にウエイトがかかってしまう
- ・B1に治療構造化による良い影響もありえるが人手不足が問題
- ・マンパワー不足と複雑な関わりで疲弊する
- ・BSに多くの時間がかかってしまう
- ・B1に関われる時間が減って集中できない
- ・スタッフが少なくB1が少なくなる
- ・B1とBSで差がある
- ・両方では中途半端

- ・法の異なる対象者を同一病棟でやるのは看護にとってとても大変
- ・やりにくい

6) 本格的な小規模病棟（17床予定）にしていくことについて

積極的に進めるべき	13
どちらとも言えない	17
積極的に進めるべきでない	0
無回答	0

○「積極的に進めるべき」と答えた理由

- ・県内の対象者を受入きれてない現状は問題。やはり必要だと考える
- ・医療観察法の理念と一人でも多くの人に手厚い医療を提供しなくてはと思う
- ・医療観察法医療に専従できないことはサービスの質にかかわる
- ・集中して医療観察法を行える
- ・司法専門病棟は必要
- ・マンパワーを確保できるのなら進めるべき
- ・マンパワーを確保するためにも
- ・一般病棟と一緒にでは集中して行えない
- ・看護の質の向上に有効
- ・若いスタッフの学習の場になる
- ・治療の醍醐味を味わえる

○「どちらとも言えない」と答えた理由

- ・スタッフを完全に整えることが条件
- ・必要だがスタッフの不足では危険
- ・7床でもうまくいってないため更に増えると不安
- ・進める以上はコメディカルの人員配置をきちんとして欲しい
- ・現在の問題点をクリアしてからでない不安
- ・小規模病棟として独立させた方が良いが17床では多いと思う
- ・17床の方がはるかに良いと思うが、県内に17名も対象者がいるかどうか微妙
- ・もう少しベット数が多い方が効率が良いのではないかと
- ・小規格の施設基準を改善すればより人口規模にあった病棟が各地にできるかとも考える
- ・進めていくべきだが人間的な面を考える必要がある

2. 今後の予測し得る課題等に関して

1) 厚労省のガイドラインについて

概ね問題ない	9
どちらとも言えない	16
問題がある	4
無回答	1

- 概ね問題ないと答えた理由
 - ・ 共通評価項目は次回検討する問題と思う
 - ・ 概ね全てがフォローできていると思う
 - ・ 今までの治療より丁寧にしていると思うから

- どちらとも言えないとした理由
 - ・ ガイドライン通りにはいかない対象者がいるため
 - ・ 現場を見て変えていくべきものは柔軟にかえていくなどいろいろな方法があると思う
 - ・ 自分自身、充分理解しきれていない
 - ・ スタッフが分かりやすいように変えていく必要があるのではないか
 - ・ 良くできているが現実に即した改訂は必要と思う

- 問題があるとした理由
 - ・ 一般独法でもできるということだが、必要なスタッフをきちんと揃えてできるのか疑問
 - ・ ベッドの空きまちが許可されているのはおかしい
 - ・ 時間設定に無理があるように思う
 - ・ 重大な他害行為があった者となない者で治療が違うのは矛盾を感じる

2) 多職種チームについて

概ね順調	19
どちらとも言えない	9
課題が多い	2
無回答	0

- 「概ね順調」と答えた理由
 - ・ それぞれの役割、特性を生かして促進的に関わっている
 - ・ スタッフ感のコミュニケーションはよい
 - ・ スタッフが協力してやろうという雰囲気はある
 - ・ 順調だがマンパワー不足が問題
 - ・ 各職種が自分の考えを尊重してくれる。また他の職種の意見や考えがとて

も参考になる

- ・ だいぶ慣れてきた。更に進めたい
- ・ 兼務のためなかなか時間が取れない
- ・ 皆限られた中で頑張っている

○「どちらとも言えない」と答えた理由

- ・ 治療構造としてはうまく機能し始めている
- ・ 掛け持ちが多いので調整が必要
- ・ 効果は感じているがまだ経験不足

○「課題が多い」と答えた理由

- ・ 発展途上である。情報共有まではたしているがこれでなければまだ確立していない
- ・ 掛け持ちが多い

3) 一般病棟で鑑定入院業務を行っていることについて

問題ない	1
どちらとも言えない	20
課題が多い	9
無回答	0

○「問題ない」と答えた理由

- ・ 心理としては問題ない。しかし一般病棟での鑑定では、担当する看護師の負担が集中するように思う。

○「どちらとも言えない」と答えた理由

- ・ 方法がまちまちである。なにかマニュアルがあった方がよいと思う。
- ・ わからない。
- ・ 多職種チームに慣れているスタッフで行える良さはあるが仕事量が増える。
- ・ 一般病棟であっても良い気はするがわからない。
- ・ 今の現状を考えると仕方ないのではないか。
- ・ 多職種チームの動きを一般病棟にも般化できる機会になっている。おかげで治療プログラムを導入しやすい風土ができた。しかしスタッフの負担が大きく負担を軽減するやり方を模索する必要がある。
- ・ わかりません。
- ・ できれば医療観察法病棟がよいのか？
- ・ 多職種チーム会議を経験できるのはメリット。治療環境は悪い。
- ・ 幅広い人材が経験できることは良いと思う。
- ・ 一般の患者に手がかかる人や問題のある人がいた場合支障を来すことも考えられる。
- ・ 流れとしてみるができるのは良いと思うが、扱いの違う患者と一緒にする危険性も考えられる。

○「課題が多い」と答えた理由

- ・ 司法に関する考えが医療観察法病棟を経験している看護師とは違っている。
- ・ 人員不足。
- ・ 業務多忙。
- ・ 分けた方がよい。
- ・ 問題があるが医療観察法病棟で診るのも現実的ではないと思う。
- ・ たとえ一人でもマンパワーがさかれてしまう。

4) 当センターの一般精神科医療の向上に良い影響が出ているかどうか

出ている	17
どちらとも言えない	9
ない	2
悪影響がある	0
無回答	2

○「出ている」と答えた理由

- ・ どの病棟でも医療観察法の治療の仕方が情報として伝わるようになっており、治療プログラムの導入などやりやすい
- ・ 自分で考えるので医療の向上につながる
- ・ 責任感、社会貢献、精神医療の向上、個人の資質の向上などメリットが限りなくある
- ・ 一般医療にもいかせる
- ・ 一般患者に対する関わり方が変わってきた
- ・ 多職種で関わるのが当たり前になっていけばよい
- ・ 良い方向は出ているが実践できるまでにはまだ障害も多いと思う
- ・ 多職種チーム医療の実現に向かっている
- ・ 一般病棟での応用が十分出来る
- ・ 医療観察法ができて深く医療に関わることが出来ている
- ・ 新しい医療を取り入れていくことが向上につながる
- ・ 若いスタッフが視点やセンスを磨くのによい

○「どちらとも言えない」と答えた理由

- ・ 一般医療との連携はスムーズである
- ・ BS病棟が別物となるのでまだわからない
- ・ スタッフの意識次第

○「ない」と答えた理由

- ・ まだ時間がかかる。スタッフの意識改革とマンパワーの増強が必要
- ・ しわ寄せがいつている
- ・ 多職種チームの関わりは良い方向である。但し、B1の患者さんに格差があっかわいそう

5) 医療観察法医療を実施しての実感

やって良かった	17
どちらとも言えない	11
今後はやりたくない	1
無回答	1

○「やって良かった」と答えた理由

- ・ スキルアップに繋がる。アイデンティティについて考えさせられた
- ・ 精神医療の先端に触れていると思う
- ・ じっくり治療に取り組める
- ・ チーム医療を学ぶことができ、必要性が実感できた
- ・ 精神科医療の奥深さとやりがいを感じた
- ・ 今後も積極的に業務に取り組みたい
- ・ B1の患者の看護展開においても応用が出来た
- ・ これからも経験と勉強を続けてゆきたい
- ・ ガイドラインがイメージされているので仕事がやりやすい
- ・ 深い評価をして考えるようになった
- ・ より広い視野を持つ機会となった。チームの力はすごいと思う

○「どちらとも言えない」と答えた理由

- ・ 単独の病棟で必要な人員が整えばやっても良い
- ・ 時間外の業務が増えて私生活とのバランスが崩れる
- ・ 法を犯した人なのにといい気持ちもなくはない
- ・ 書類や手続きが多く大変。会議が多く時間が取られる
- ・ やって悪かったわけではない。ただ課題が多く何とも言えない

○「今後はやりたくない」

- ・ 書類が多い

6) 医療観察法の裁判官や社会復帰調整官が関与する仕組みについて

必要	24
どちらとも言えない	5
不要	0
無回答	1

○「必要」と答えた理由

- ・ 必須であり重要な役割を担っている。出向いてもらえるのはありがたい。
- ・ 全部病院ではカバーしきれない。
- ・ 対象者もこの法律に基づいて治療を受けていることが実感できる。
- ・ 地域に戻る上で調整してくれる人は必要。

- ・関わりは多い方がよい。
- ・社会に対象者を帰すわけだから。
- ・医療にできることは限られている。人権に関わることでもあり、多様な価値観を含むべき。法の論理も必要。
- ・裁判官が入院の説明をしたり、調整官が社会復帰の方向性を付けていくことは必要だと考える。
- ・病院以外の機関が関わることは様々な視点で客観しされ、公平な援助や支援を受けることができる。
- ・退院審判や処遇終了審判でも当初審判のように丁寧にやって欲しい。
- ・スムーズな社会復帰やその後の関わりを円滑にするため必要。
- ・司法の枠組の意識は他害行為の防止の治療目標にとって対象者にもスタッフにも必要。

○「どちらとも言えない」と答えた理由

- ・社会復帰調整官は良いと思うが、裁判官の必要性はわからない。
- ・よく分からない。
- ・裁判官が中立性を持てるかというところがどうかと思う。

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

研究協力者：

藤井 康男（山梨県立北病院）

宮田 量治（山梨県立北病院）

研究要旨

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、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、さらに既存の病棟へ併設して設置するという小規格病棟の新たな基準が作られた。指定入院医療機関は、国立病院機構の精神科病院にまず整備されていき、県立精神科病院への設置も強く要請される事態となった。そこで、平成18年、20年、21年の3回にわたり、全国自治体立精神科病院の院長や精神科担当者に対して指定入院医療機関整備についてのアンケート調査を行った。平成21年調査では、「すでに指定入院医療機関を設置、予定、検討中」を合計した数は21となり、フル規格独立型6、小規模独立型7、小規格併設型8になった。対象者については、一定の地域に限定させたいとの希望がフル規格にも多くなり、また指定入院医療のすべての段階を行うという考え方が小規格も含めて主流となっていた。平成18、20、21年の3つの調査の比較では、「すでに設置、予定、検討中」を合計した数はそれぞれ14、19、21と増加しており、とくに小規格併設型が平成20年から平成21年で増加が目立っていた。自治体立病院が指定入院医療機関を設置しない理由では、「すでに設置」「スタッフの手当が困難」が多く、「都道府県の反対」「地域住民の反対」は減少していた。さらに個別の意見として、小規格併設型でのマンパワー不足（外泊時、身体合併症の際）、経営問題、セキュリティーなどが懸念されていた。

I. はじめに

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格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、小規格併設型の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、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。このような状況の中で平成20年9月に2回目

のアンケート調査を行った。その後、自治体立病院でも指定入院医療機関整備の動きも進み、小規模併設型病棟も複数運営が開始される状況となり、長期的には指定入院病床が充足される見通しも出てきた。一方、自治体立病院の経営形態の見直しが進む中で、非公務員型独立行政法人に移行する病院も多くなり、そこでの指定入院医療機関設置の可能性も議論されるようになってきた。そこで今回、平成21年10月に、自治体立病院に対して再び平成18年、平成20年と同様の調査を行うと共に、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、20年、21年の調査結果を比較検討した。

II. 研究方法

平成21年10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、20年度、21年度の結果を比較した。

III. 研究結果

1. 平成21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21年度調査では、65施設中50施設（77%）の回答があった。単科精神科病院は43施設中37施設（86%）、総合病院精神科では22施設中13施設（59%）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50施設中21施設（42%）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5施設、「計画がある」が10施設、「検討中」が6施設であった。また「検討したが困難」としたのが11施設、「設置しない」との回答が18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に示したように回答があった50施設中21施設（42%）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5施設、「計画がある」が10施設、「検討中」が6施設であった。また「検討したが困難」としたのが11施設、「設置しない」との回答が18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。

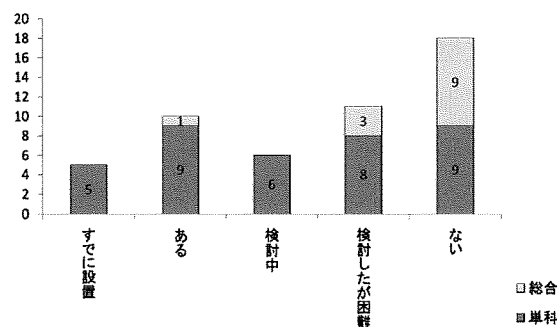


図1. 指定入院医療機関設置の計画がありますか（単科N=37、総合N=13）

図2には「すでに設置」「ある」「検討中」と答えた単科20病院、総合1病院について、その病床規模を示した。病床規模は、フル規格独立型6、15床規模独立型7、小規模併設型8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、35床が2施設であった。15床規模の独立型では15床が3施設、17床が4施設であった。14床以下の併設型では2床が2施設、5床が4施設、6床が1施設、8床が1施設であった。

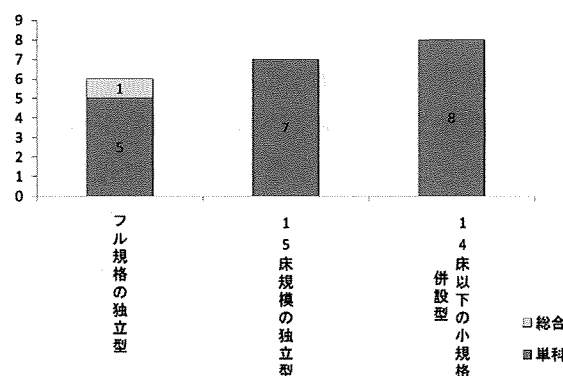


図2. 「すでに設置」「ある」「検討中」と答えた場合の病床規模（単科N=20、総合N=1）

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。

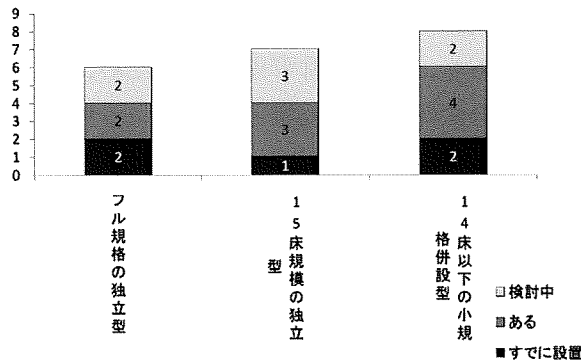


図3. 「すでに設置」「ある」「検討中」と答えた場合の病床規模 (単科N=20、総合N=1)

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。

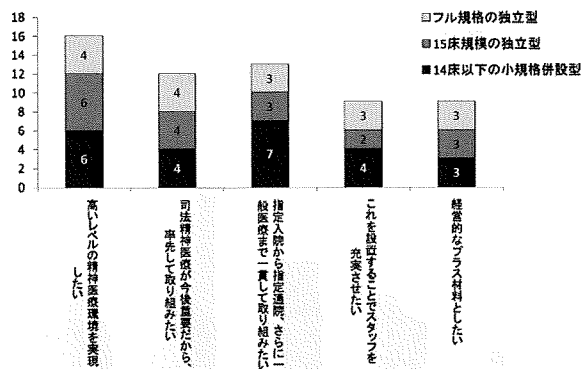


図4. 指定入院医療機関を設置することによるメリット (複数回答可)

4) 指定入院対象者の地域や段階の希望

対象者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。

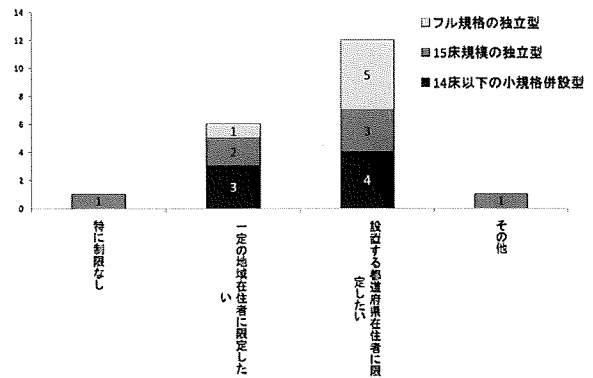


図5. 指定入院症例への受け入れ側の地域的希望

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った。

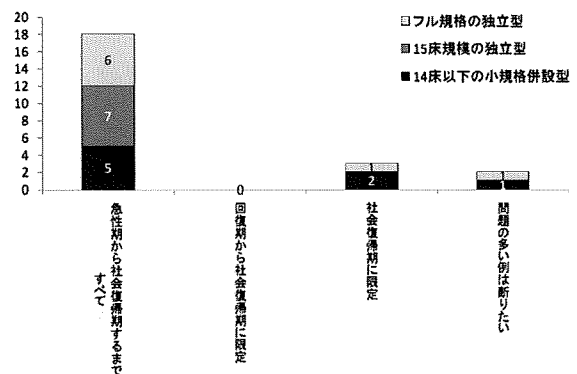


図6. 指定入院する対象の指定入院の段階についての希望 (複数回答可)

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、部分改築などの方法が選択されていた。

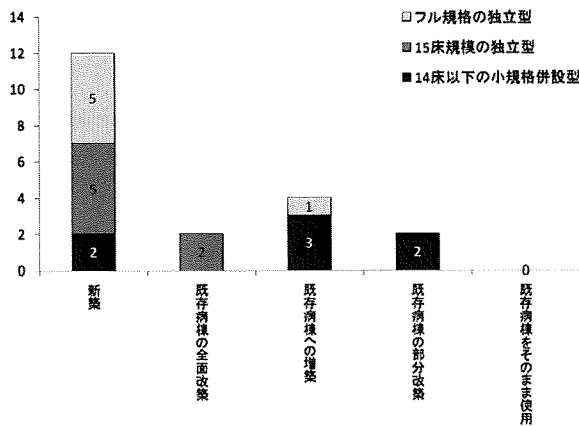


図7. 設置方法

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、未定が3施設であった。

職種別にみると医師では1名増員が6施設、2名増員が2施設、3名増員が1施設、4名増員が2施設で、未定が3施設であった。

看護師では1～5名増員が3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0施設、41～45名増員が1施設、46～50名増員が1施設、未定が2施設であった。

精神保健福祉士では1名増員が7施設、2名増員が3施設、3名増員が2施設、未定が3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3施設であった。

作業療法士では1名増員が11施設、2名増員が2施設、未定が3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

マンパワーの不足が課題（6）、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（2）、運営が難しい（1）、中途半端は経済的に不利（1）異なる法律の患者への処遇の差別が生じる恐れ

（1）などの意見があった。また小規格併設型でのマンパワー不足（外泊、合併症）、経営、セキュリティなどへの懸念も述べられていた。

経営形態の変更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も認められた。

2. 平成18年度、20年度、21年度調査の比較検討

1) 比較対象施設

平成18年度、20年度、21年度の調査いずれも回答があった33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14施設が「検討したが困難」との回答であったが、平成20年度、21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」が増加し、これらと「検討中」を含めると33施設中21施設（64%）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。

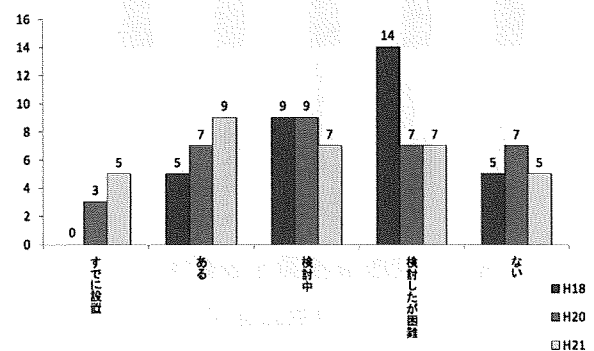


図8. 指定入院医療機関設置の計画がありますか（H18:N=33、H20:N=33、H21:N=33）

これら21施設の病床規模に関しては、図

9に示したようにフル規格が平成18年度では4、20年度では5、21年度では6施設と増加し、小規模独立型も14床以下の小規格併設型も増加していた。小規格併設型は平成18年度では3、20年度では5、21年度では8施設へと増加していた。

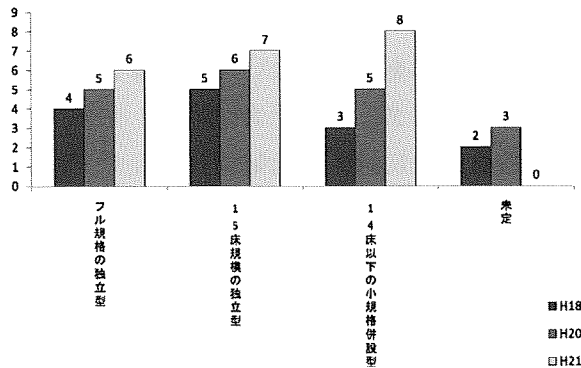


図9. 病床規模

(H18:N=14、H20:N=19、H21:N=21)

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、「高いレベルの精神医療環境の実現」が平成18年度の9から平成20年度、21年度の16施設に増加し、「指定入院から指定通院まで一貫して取り組みたい」も増加傾向が明らかであった。

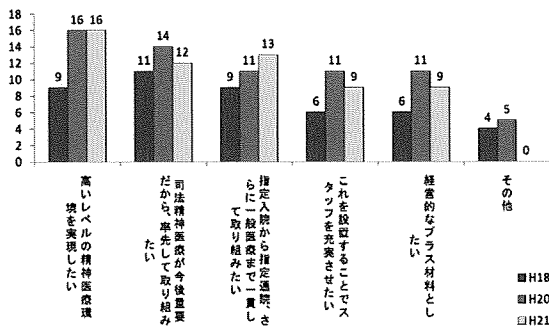


図10. 指定入院医療機関を設置することによるメリット (複数回答可)

4) 指定入院対象者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、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いた。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いたいという施設が増加傾向を示していた。

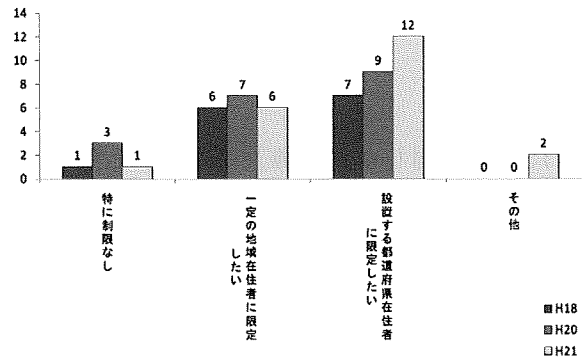


図11. 指定入院症例への受け入れ側の地域的希望 (H18:N=14、H20:N=19、H21:N=21)

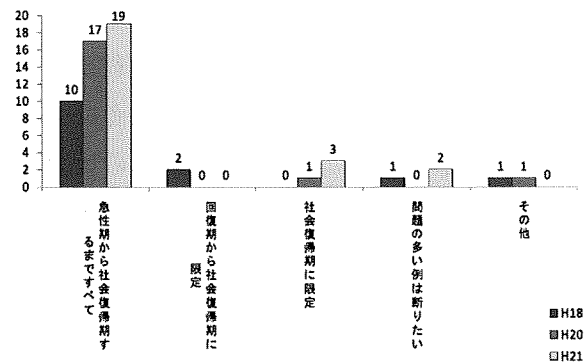


図12. 指定入院する対象の指定入院の段階についての希望 (複数回答可)

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21年度では同じ都道府県内にすでに指定入院医療機関が存在するという理由が最も多くなったが、反対に、都道府県の反対、地域住民の反対という理由は減少していた。

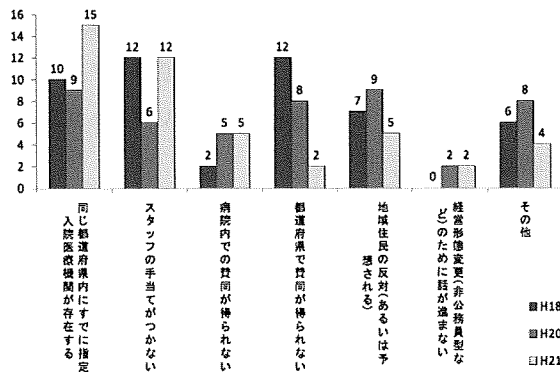


図13. 「検討したが困難」「ない」と答えた場合の理由（複数回答可）（H18：N=20、H20：N=15、H21：N=29）

IV. まとめ

平成21年調査では、「すでに指定入院医療機関を設置、予定、検討中」を合計した数は21となり、自治体立精神科においても指定入院医療機関設置が一つの流れになっていることが分かる。そして、自治体立精神科という立場から、受け入れる指定入院対象者については、一定の地域に限定させたいとの希望がフル規格にも多くなり、また指定入院医療のすべての段階を行うという考え方が小規格も含めて主流となっていた。これらは、その地域で発生した指定入院対象者を、自らの地域内で指定入院医療機関を設置して、高いレベルの精神医療環境の中で、入院から通院の一

貫した医療の提供を実現させたいという流れが自治体立精神科の中にあることが明らかになってきた。

平成18、20、21年の3つの調査の比較では、「すでに設置、予定、検討中」を合計した数はそれぞれ14、19、21と増加しており、とくに小規格併設型が平成20年から平成21年で増加が目立っていた。自治体立病院が指定入院医療機関を設置しない理由では、「すでに設置」「スタッフの手当が困難」が多く、「都道府県の反対」「地域住民の反対」は減少していた。さらに個別の意見として、小規格併設型でのマンパワー不足（外泊時、身体合併症の際）、経営問題、セキュリティーなどが懸念されていた。

今後、指定入院病床が充足されていくとしても、その地域偏在の問題はなお大きく、まだ設置されていない北海道や四国地域や大幅に不足している東北地域などへの指定入院医療機関の整備が重要であり、自治体立精神科に期待される役割は大きい。元々地域に根ざした精神科病院であることの多い自治体立精神科として、医療観察法における医療は今後の精神医療全体の発展を見据える上でも重要であり、積極的に関わっていく必要があるだろう。

指定入院医療機関の整備状況に関する検討：

鑑定入院・指定通院医療への関与、及び、医療観察法による医療の「利用しやすさ」

研究協力者：

藤井 康男（山梨県立北病院）

宮田 量治（山梨県立北病院）

はじめに

医療観察法による医療により指定入院から指定通院へ処遇されるケースでは、標準的な治療期間として指定入院（1.5年）・指定通院（3年）の合計4.5年程度が想定されている。この間、治療施設の変更等により、対象者への治療に「医療継続性」が保証されないと、正確な診療情報の伝達・用いられた治療手段の継続・スタッフとの信頼関係は失われ、通院治療における責任の所在もあいまいとなり、ときに、対象者の回復や社会復帰が中断する事態も生じうる（表1）。

本研究では、鑑定入院や指定通院医療への指定入院医療機関の関与に注目し、医療継続性の点ではもっとも優れていると思われる医療機関（指定入院治療と指定通院治療を行っており、対象者の条件が合致すれば、入通院治療を一貫して行える医療機関）が国内にどの程度整備されているかを調査し、人口統計（都府県人口・二次診療圏人口）をもとに「利用しやすさ」について検討を行った（調査A）。

さらに、指定通院医療機関の所在地が判明

表1. 医療継続性の意義

-
- 正確な診療情報が把握可能
 - ・ 治療初期からの改善プロセス
 - ・ 本人とスタッフの関わりの中から作られたルールや判断基準
 - すべての医療機関に普及しているとはいえない治療手段が継続可能
 - ・ 特別な技法を用いた心理社会的治療
 - ・ 保険外診療（例えば、高用量のオランザピン）
 - ・ デボ剤
 - ・ メンテナンスmECT
 - ・ クロザピン
 - 馴染みのスタッフとの信頼関係が維持可能
 - 通院医療移行後の責任の所在が明確
-

している2県（岩手県及び山梨県）については、二次診療圏単位で医療観察法による医療の整備状況を詳しく検討した（調査B）。

研究方法と対象

調査 A：鑑定入院・指定通院医療への指定入院医療機関の関与

1) 平成21年7月15日時点で稼働中の17の指定入院医療機関に対して、各施設が（要請があった場合に）鑑定入院、ないし、指定通院医療が行えるかどうかをアンケート調査した。また、本研究では、指定通院医療が行える指定入院医療機関を「指定入通院医療機関」と呼ぶことにした。

2) 次に、本研究では、指定入院医療機関のある二次診療圏に注目し、都府県人口に対して、指定入院医療機関、ないし、指定入通院医療機関のある二次診療圏の人口比率を算出した。

3) さらに、指定入院医療機関のある都府県に注目し、全国の人口に対して、指定入院医療機関（7都県）、ないし、指定入通院医療機関（10府県）のある都府県の人口比率を算出した。また、全国の人口に対して、指定入院医療機関（7の二次診療圏）、ないし、指定入通院医療機関（10の二次診療圏）のある二次診療圏の人口比率を算出した。

4) 二次診療圏は、一般に公開されているデータ（平成20年度の二次診療圏区分で、各二次診療圏の人口は、平成19年3月31日の住民基本台帳（ただし、一部、市町村合併による影響は反映できていない）にもとづく）を使用した。

調査 B : 医療観察法による医療の整備状況 (岩手県、山梨県を例に)

1) 本研究では、医療観察法による医療の整備状況を表4のごとく3水準・6カテゴリーに区分した。

2) 指定通院医療機関の所在地が判明している岩手県、及び、山梨県に関して、各県の二次診療圏ごとに医療観察法による医療の整備区分を特定した。また、山梨県については、指定入院医療機関稼働後(山梨県立北病院に指定入院病床が稼働開始される平成22年7月以降)の整備区分の変化についても検討した。

3) 調査Aと同様の方法により、県人口に対して、岩手県、及び、山梨県の医療観察法による医療整備区分の人口比率を算出した。

調査 A

結果

1) アンケートの回答率

平成21年7月15日時点で稼働中の指定入院医療機関17施設に対してアンケート調査を行ったところ、すべての施設より回答があり、回答率は100%であった。

2) 鑑定入院、及び、指定通院医療への指定入院医療機関の関与(表2)

鑑定入院は17施設すべてで行われていた(100%)が、指定通院医療については、17施設のうち10施設でしか行われておらず、指定入院医療から指定通院医療が継続的に行える「指定入通院医療機関」は17施設中10施設(58.8%)であった。

3) 指定入院医療機関・指定入通院医療機関の所在する二次診療圏の人口比率(都府県人口に対する)(表2)

指定入院医療機関の所在する二次診療圏の都府県人口に対する比率を平成19年3月31日の住民基本台帳(ただし、一部、市町村合併による影響は反映できていない)にもとづ

くデータにより算出したところ、表2のごとくとなった。例えば、国立精神神経センター病院は、その所在する二次診療圏「北多摩北部」の人口は699124であり、東京都の人口に対する比率は0.06であった。全国の17の指定入院医療機関のうち、所在する二次診療圏の人口比率が高い施設を順にあげると、岡山県精神科医療センター(0.46)、肥前精神医療センター(0.41)、琉球病院(0.35)、東尾張病院(0.30)、榊原病院(0.25)であり、逆に低い施設は、センター病院(0.06)、賀茂精神医療センター(0.08)、久里浜アルコール症センター(0.09)、菊池病院(0.09)、小諸高原病院(0.10)であった。17施設平均の二次診療圏の人口比率は、0.15であり、都府県内に指定入院医療機関があったとしても、都府県の住民の大部分にとって、指定入院医療機関は「利用しづらい(アクセスしづらい)」場所にあると考えられた。

4) 指定入院医療機関・指定入通院医療機関の所在する都府県の人口・人口比率、二次診療圏の人口・人口比率(全国の人口に対する)(表3)

日本の人口に対して、指定入院医療機関のある7都県・7の二次診療圏、及び、指定入通院医療機関のある10府県・10の二次診療圏の人口と人口比率を算出した(表3)。指定入通院医療機関がある10府県の人口は30229670であり、日本の人口に対する比率は0.24であった。また指定入院医療機関ないし指定入通院医療機関がある17都府県の人口は64894705へ増加し、日本の人口に対する比率は0.51であった。同様に、指定入通院医療機関がある10の二次診療圏の人口は6269281であり、日本の人口に対する比率は0.05であった。また指定入院医療機関ないし指定入通院医療機関がある17の二次診療圏の人口は9693793へ増加し、日本の人口に対する比率は0.08であった。

表2. 指定入院医療機関の鑑定入院・指定通院医療への関与と医療機関の所在する都府県・二次診療圏の人口

施設番号	施設名称	所在都府県	鑑定入院	指定入院	指定通院	指定入通院	都府県人口	都府県内の二次診療圏数	施設が所在する二次診療圏の人口	施設が所在する二次診療圏人口比率
52	岡山県精神科医療センター	岡山県	○	○	○	○	1,957,264	5	906,983	0.46
04	国立病院機構 肥前精神医療センター	佐賀県	○	○	○	○	866,369	5	357,905	0.41
10	国立病院機構 琉球病院	沖縄県	○	○	○	○	1,361,594	5	477,401	0.35
03	国立病院機構 東尾張病院	愛知県	○	○	○	○	7,254,704	11	2,154,287	0.30
11	国立病院機構 榊原病院	三重県	○	○	×	×	1,866,963	4	464,435	0.25
53	長崎県立精神医療センター	長崎県	○	○	○	○	1,478,632	9	274,430	0.19
02	国立病院機構 花巻病院	岩手県	○	○	×	×	1,385,041	9	237,653	0.17
06	国立病院機構 下総病院	千葉県	○	○	×	×	6,056,462	9	917,521	0.15
51	大阪府立精神医療センター	大阪府	○	○	○	○	8,817,166	8	1,183,482	0.13
05	国立病院機構 北陸病院	富山県	○	○	×	×	1,111,729	4	140,877	0.13
08	国立病院機構 さいがた病院	新潟県	○	○	○	○	2,431,459	7	296,183	0.12
54	群馬県立精神医療センター	群馬県	○	○	○	○	2,024,135	10	235,029	0.12
07	国立病院機構 小諸高原病院	長野県	○	○	○	○	2,106,114	10	214,194	0.10
13	国立病院機構 菊池病院	熊本県	○	○	○	○	1,842,233	11	169,387	0.09
09	国立病院機構 久里浜アルコール症センター	神奈川県	○	○	×	×	8,791,597	11	748,173	0.09
12	国立病院機構 賀茂精神医療センター	広島県	○	○	×	×	2,876,642	7	216,729	0.08
01	国立精神神経センター病院	東京都	○	○	×	×	12,576,601	13	699,124	0.06
小計(17施設)		-	17/17 (1.00)	17/17 (1.00)	10/17 (0.59)	10/17 (0.59)	64,894,705	138	9,893,793	0.15
全国の人口・二次診療圏数						127,767,994	358			

表3. 指定入通院医療機関、指定入院医療機関へのアクセスが容易な者の比率

	都府県人口	日本の人口に対する比率	二次診療圏人口	日本の人口に対する比率
指定入院機関あり(7都県)	34,665,035	0.27	3,424,512	0.03
指定入通院機関あり(10府県)	30,229,670	0.24	6,269,281	0.05
合計	64,894,705	0.51	9,693,793	0.08

考察

1) 指定入院医療機関の「利用しやすさ」について

本研究では、指定入院医療機関の「利用しやすさ」に関して、「指定入院医療機関が二次診療圏内にある」ならもともと「利用しやすい」と仮定して検討を行った。

平成21年7月15日時点で指定入院医療機関は17都府県において稼働しており、日本の総人口に対する17都府県の人口比率は0.51であった(表3)。国民の51%にとって、指定入院医療機関は、居住する自治体内に整備されているということになる。しかし、その範囲を

二次診療圏に限定すると、日本の総人口に対して、指定入院医療機関がある17の二次診療圏(全国の二次診療圏数358の4.7%に相当)の人口比率は0.08となり、国民の8%にしか「利用しやすい」指定入院医療機関は整備されていない、ということになる。この検討を「指定入通院医療機関」に限定すると、この比率は、表3のように、それぞれ0.24、0.05と低下し、ほとんど(95%)の国民にとって、指定入通院医療機関は「利用しやすい」場所には存在しないということになる。

2) 指定入通院医療機関の意義と医療継続性の保証