

指定入院から通院までを一貫して行える医療機関のことを本研究では「指定入通院医療機関」と呼ぶことにし、その意義について表1のようにまとめた。診療情報を正確に伝達したり、スタッフへの信頼関係が対象者の中に築かれることで、通院医療への移行はスムーズに行える。通院後も最新の治療手段が継続できれば、例えば、治療抵抗性の対象者にクロザピン投与などの治療方針を入院中から用いることが可能となる。指定入院医療から指定通院医療への移行の際、医療機関を変更しなくてもよい「指定入通院医療機関」には、医療継続性が担保されやすく、臨床上大きなメリットがあると考えられる。このような施設が、対象者の利用しやすい（アクセスしやすい）場所に広く整備されることは理想的であろう。しかし、1)の結果を踏まえると、指定入院医療→指定通院医療を継続的に提供できる医療機関は（平成21年7月15日現在「指定入通院医療機関」は全国に10施設のみと）わずかしかなく、指定入院医療から指定通院医療へ処遇変更されるケースでは、ほぼ全例（95%以上の対象者）で医療機関の変更を余儀なくされる。したがって、医療継続性は、医療機関の変更によってもよく担保されるように、引き続き、指定入院医療機関と指定通院医療機関との間でさまざまな工夫を重ねてゆく必要がある。

3) 例外的な指定入通院医療機関の位置づけ

指定入通院医療機関である岡山県精神科医療センターに代表されるように、施設の所在する二次診療圏の人口比率が自治体人口の3割を越える施設が全国には4つある（表2）。つまり、このような施設では、地元自治体出身の対象者帰住先が（対象事件の発生比率は人口比率に相似すると仮定すると）施設の「お膝元」地域となる可能性が高い。このような例外的な指定入通院医療機関では、対象者には同一施設で一貫した治療を受けら

れるメリットがあり、施設側には（指定入通院を一貫した方針で治療できるという臨床経験を豊富に蓄積できるものの）大量の指定通院対象者を抱えこむリスクが生じうる。同じ二次診療圏内に複数の指定通院医療機関を確保する等、指定通院にかかる負担が地域諸機関に分散されるような協力体制を作ることも必要かもしれない。

「指定入通院医療機関」では、対象者が施設の所在する地元自治体の住民である場合、鑑定入院から指定入院・指定通院までのすべての処遇プロセスを同一の医療機関で治療する例も出てくると考えられる。このようなケースでは、医療継続性は完璧に保証される一方、まったく同じ治療方針が長期にわたって実施されることの弊害が生じるかもしれない。外部評価会議などにより、そのような（生じうる）弊害を十分監視できるのかどうか検証することも大切になる。地元対象者でも、対象事件の起こった生々しい地域から遠ざけて、縁のない地域で処遇したいケースもあるという。対象者の中には、指定入通院医療機関も通院圏内だが、通院処遇を機に医療機関を変わりたい（例えば、元の担当医のいる施設、あるいは、通院の所要時間が少ない施設等）と考える者もあるであろう。医療継続性は、ともすると、対象者への医療機関側の勝手な押しつけや思い込みにより、対象者の意向をくじく可能性もあり、その点に十分配慮することが大切である。

調査 B

結果

1) 医療観察法による医療整備状況区分（表4）

表4のように、指定入院医療機関、指定入通院医療機関、指定通院医療機関の有無、施設数により、医療観察法による医療の整備状況を3水準（A・C・D）6カテゴリーに

区分した。整備状況がもっともよい水準Aでは、ある圏域内に、それぞれ1つ以上の指定入院医療機関、指定通院医療機関（あるいは、1つ以上の指定入通院医療機関）が存在しており、対象者は、治療期間を通して、常に「利用しやすい（アクセスのよい）」場所にある医療機関を利用できる（ただし、指定入院医療機関にあっては、空床を確保できることが条件となる）。

一方、水準Cでは、ある圏域内に1つ以上の指定入院医療機関、または、指定通院医療機関があり、入院ないし通院のいずれかの時期には、対象者は、「利用しやすい（アクセスのよい）」場所にある医療機関を利用できる。しかし、入院・通院のいずれかの治療は「利用しづらく」、圏域外への移動を余儀なくされる。水準Dでは、ある圏域内に医療観察法による医療機関がまったくないため、全治療期間を通して、圏域外への移動を余儀なくされる。したがって、本研究では、医療整備状況が「水準A」の圏域を「最良ないし良好」、「水準C」の圏域を「やや不良」、「水準D」の圏域を「不良」と呼ぶことにした。

カテゴリーは、医療機関への「利用しやすさ」に差はないと考えられるが、医療サービスの観点からは必ずしも同一とは言えないも

のであり、水準Aで3つ、水準Cで2つのカテゴリーに区分した。したがって、カテゴリー数としては、水準D（1カテゴリー）をあわせて6つとなった。

2) 二次診療圏別岩手県の医療観察法による医療整備状況（表5-1）

岩手県（二次診療圏数：9）には、指定入通院医療機関が0施設、指定入院医療機関が1施設、指定通院医療機関が5施設ある。各施設の分布は、表5-1のごとくとなり、同一の二次診療圏内に指定入院医療機関と指定通院医療機関の両方がある圏域はなかった。したがって、水準Aは9つの二次診療圏中、ひとつもなく、C-1が1圏域、C-2が5圏域、Dが4圏域であった。

3) 二次診療圏別山梨県の医療観察法による医療整備状況（表5-2）

山梨県（二次診療圏数：4）には、指定入通院医療機関が0施設、指定入院医療機関が0施設、指定通院医療機関が3施設ある。各施設の分布は、表5-2のごとくとなり、C-2が2圏域、Dが2圏域であった。

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月以降では、山梨県の医療観察法による医療整備状況は、急速に改善され、指定入通院医療機関が1施設、指定入院

表4. 指定入通院医療の整備状況区分

指定入院機関	指定入通院機関	指定通院機関	コード	整備状況
なし	あり	あり	A-1	最良
なし	あり	なし	A-2	良好
あり	なし	あり	A-3	良好
あり	なし	なし	C-1	やや不良
なし	なし	あり	C-2	やや不良
なし	なし	なし	D	不良

医療機関が0施設、指定通院医療機関が2施設となる。つまり、それまでになかったA水準の圏域が生まれ、A-1が1圏域、C-2が1圏域、Dが2圏域となる。

4) 岩手県・山梨県における医療観察法による医療整備区分の人口比率（表6）

二次診療圏ごとの人口を3水準・6カテゴリーの区分に割り当て、県の人口に対する比

率を求めると、岩手県では、県民の75%がC水準、25%がD水準の地域に居住していると言える。一方、山梨県は、県民の70%がC水準、30%がD水準の地域に居住しているが、平成22年7月以降、指定入通院医療機関が稼働開始されると、県民の53%はA水準の地域で居住することになり、残る47%のうち、17%がC水準、30%がD水準ということに

表5-1. 二次診療圏別岩手県の医療観察法による医療整備状況

都道府県名	二次診療圏名	人口	指定入院機関	指定入通院機関	指定通院機関	整備区分
岩手県	28 盛岡	482,834			2	C-2
	29 岩手中部	237,653	1			C-1
	30 胆江	146,568				D
	31 両磐	143,315			1	C-2
	32 気仙	74,302				D
	33 釜石	59,430				D
	34 宮古	99,629			1	C-2
	35 久慈	68,248				D
	36 二戸	65,687			1	C-2
	小計	1,377,666	1	0	5	-

指定入院医療機関、指定入通院医療機関のない都道府県は、CかDのどちらにしかならない。

二次診療圏の区分は、平成20年度のものを使用した。

人口は、住民基本台帳(平成19年3月31日)にもとづく(ただし、一部、市町村合併による影響は反映できていない)。

表5-2. 二次診療圏別山梨県の医療観察法による医療整備状況

都道府県名	二次診療圏名	人口	指定入院機関	指定入通院機関	指定通院機関	整備区分
山梨県	148 中北	467,922			2	C-2
	149 峡東	147,425			1	C-2
	150 峡南	63,503				D
	151 富士・東部	196,771				D
	小計	875,621	0	0	3	-
山梨県(H22以降)	148 中北	467,922		1	1	A-1
	149 峡東	147,425			1	C-2
	150 峡南	63,503				D
	151 富士・東部	196,771				D
	小計	875,621	0	1	2	-

指定入院医療機関、指定入通院医療機関のない都道府県は、CかDのどちらにしかならない。

二次診療圏の区分は、平成20年度のものを使用した。

人口は、住民基本台帳(平成19年3月31日)にもとづく(ただし、一部、市町村合併による影響は反映できていない)。

表6. 岩手・山梨両県の医療観察法による医療整備区分の人口比率

整備区分	A-1	A-2	A-3	A	C-1	C-2	C	D	Total
岩手県	0	0	0	0	237,653	791,465	1,029,118	348,548	1,377,666
	0.00	0.00	0.00	0.00	0.17	0.57	0.75	0.25	1.00
山梨県	0	0	0	0	0	615,347	615,347	260,274	875,621
	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.70	0.70	0.30	1.00
山梨県 (H22.7.以降)	467,922	0	0	467,922	0	147,425	147,425	260,274	875,621
	0.53	0.00	0.00	0.53	0.00	0.17	0.17	0.30	1.00

なる。

考察

1) 医療観察法による医療整備区分の人口比率による検討

本研究では、医療の整備状況を3区分6カテゴリーとして検討を行った。二次診療圏内に区分の高い医療が整備されていれば、その圏域の住民には「利用しやすい」医療観察法にもとづく医療が提供されていると言える。

しかし、驚くことに、岩手県では比較的早い時期から花巻病院が稼働してきたにもかかわらず、医療観察法による医療整備状況を二次診療圏単位で検討すると、県内に水準Aの圏域がひとつもなく、県民の75%がC水準、25%がD水準であり、医療整備状況は「やや不良」ないし「不良」と評価された。

指定入院医療→指定通院医療へ移行し、数年間以上、医療観察法による医療を受ける対象者には、受診にともなう負担は、極力少ない方がよいと考えられる。全国には、指定入院医療機関がない自治体が30あることが大きな問題となっているが、県内に指定入院医療機関が整備されたとしても自治体の住民に「水準A」のサービスが提供できていないと

いうことは驚きであり、様々な困難があるにせよ、利用者の視点からサービス提供の充実化を図ることが大切と考えられた。

一方、山梨県は、指定入院医療機関がないにもかかわらず、二次診療圏別の検討では、県民の70%がC水準であり、医療観察法による医療整備状況は、岩手県とほぼ同等であった。山梨県では、さらに、県立北病院の指定入院病床が平成22年7月以降に稼働開始されると、県民の53%が一気にA水準となり、岡山県の46%を抜いて、全国最高水準の整備状況となる。このように住民の半数にとって水準Aが保証されたサービスであるなら、本システムは「利用しやすい」継続可能なシステムとみなされうるのではないだろうか。

岩手県で整備状況をさらに改善するにはどのような方法があるだろうか。第一に、指定通院医療機関をさらに確保し、自治体内をくまなくカバーしてゆくことが大切となるが、医師不足が深刻な東北地域ではそれは困難であるらしく、現状を維持してゆくことが今後可能かどうかすら疑問もあるという。指定通院医療機関が確保された場合には、医療観察法による標準的な医療の質を確保できるように（経験症例数の少ない施設スタッフに対し

ても)教育や研修の機会が必要となる。さらに、県内に指定通院医療機関を求めることにこだわらず、新幹線等を使用しての県外への受診ということも考えられるかもしれない。指定通院医療機関が県外の対象者をスムーズに受け入れるには、どのような準備が必要かも考えてゆくべきであろう。

第二に、指定入院医療機関(花巻病院)でも通院医療が行えるようにすることが考えられる。しかしこれには、病棟開設当初の地元住民等との確認事項などをクリアする必要がある、実施は容易ではないかもしれない。また、岩手県の花巻病院が指定通院を開始できたとしても、過疎地域にある花巻病院では、A水準は17.3%となるに過ぎない。山梨県のような小規模な自治体と違って、面積の広い岩手県(二次診療圏が9つもある)では、通院医療に際して、岩成が指摘するように、非都市型の通院治療戦略(例えば、対象者は一時的に医療機関のそばの共同住居に居住する、比較的早期に医療観察法による処遇を終了し一般医療へ移行する、等)を強化する必要があるかもしれない。

2)整備状況区分の意義:整備状況の検討に二次診療圏は適切な単位と言えるか?

医療観察法のような非一般的医療システムの整備状況を二次診療圏単位で検討することは適切とは言えず、精神科救急医療圏を用いるべき(その方がベターでは?)との指摘もある。しかし、医療観察法による医療は比較的長期にわたって継続されるものであるし、治療対象となる対象者の精神機能は十分高いとは言えず、対象者の中には、自力で自発的通院が継続できるほどの機能レベルに達していない者もあるかもしれない。精神科救急医療圏は、救急時の単回の受診を想定してつくられており、通院治療で一般に導入されるような外来部門サービス(例えば、デイケアや訪問等)の「利用しやすさ」は想定されてい

ない。

二次診療圏単位では精神科の一般医療すら整備されていない地域もあろうが、医療観察法による医療の整備は、ある程度多くの住民にとって使いやすいシステムとなることが大切であり(例えば、7割以上の者に水準C以上が保証?)、二次診療圏による医療整備状況の把握は重要な視点を提供するものと考えられる。水準Dを極力なくしていく努力、水準Aを極力増やしていく努力を今後も惜しまないことが大切であろう。岩手県の例を参照すると、県内に指定入院医療機関があっても(現状、指定入院病床がまったくない自治体の方が優勢なのだが...)住民の「利用しやすさ」にはなお多くの課題が残されていることも銘記すべきである。

3)「利用しにくさ」を担保する別の戦略があるか?

指定入院医療機関が遠隔地にある場合、本人が自宅へ外泊する際の負担は大きくなる。と同時に、家族や地元の社会復帰調整官等の関係者が入院先の医療機関を訪れる負担も大きくなる。入院中は、外泊時の(費用上の、あるいは、付き添いなどによるマンパワー上の)負担を指定入院医療機関がもっぱら負うことになり、回数は(結果として)比較的限定されてくる(ようである)。深刻な場面とは、したがって、対象者が通院治療へ移行し、指定通院医療機関が遠隔地にある場合であろう。指定通院医療機関が遠隔地にある場合、通院費用や労力が(対象者や家族にとって)大きな負担になる可能性がある。その負担が負えないため、ケースによっては、一時的に指定通院先の医療機関に近い共同住居に入居したり、比較的早期に医療観察法による処遇を終了し一般医療へ移行する等の対応が必要になるであろう。通院費用の公的補助が有効となるケースも一定数存在するのではないだろうか。

4) 指定通院医療機関が非公開とされている点に関して

本研究では、岩手県と山梨県についての検討が行えたが、指定通院医療機関の所在や名称については「非公開」となっており、他の都道府県に関して、同様の検討は行えなかった。指定通院医療機関についての情報が非公開とされているのはもっぱら施設側の意向であると言われている。しかし、非公開であることによって、医療観察法による医療整備状況については概略しか把握できず、自治体内の地域格差や自治体間の格差についても検討が行えない状況であり、真の姿が見えないことに不安と苛立ちを禁じ得ない。

まとめ

医療観察法による医療は、一般の精神科医療とは異なり、少数の患者を対象とする医療システムである。しかし、対象者の回復や社会復帰を促進するためには、一般医療と同様に、「利用しやすい（アクセスしやすい）」医療機関が地域に整備され、必要な医療が継続提供できる体制をつくるのが大切である。ところが、現実には、対象者の居住地により医療機関の「利用しやすさ」には大きな格差があり、入院医療において狭義の「利用しやすさ」（二次診療圏内で医療が受けられる）を享受できる国民は5%（20人に1人）に過ぎない。また、指定入通院医療機関は、稼働中の指定入院医療機関6割であり、入院医療から通院医療を同一医療機関で継続的に受けられる対象者はごくわずかしかない。つまり、通院医療への移行段階で、入院対象者の治療やケアは他施設への変更を余儀なくさ

れている。対象者の（入院中に提供された濃厚な）医療・ケアから（短時間・低頻度の引き継ぎによっても）スムーズに通院医療へ移行できる方法を確立することが急務である。

医療観察法による医療整備については、山梨県立北病院の例のように、指定入院病床が開設されただけで、その地域の住民（県民の53%）には整備状況が格段に改善する例もあり、指定入院医療機関は、地域の要請があれば、指定通院医療にも関与すべきだと思われる。しかし、指定通院対象者が一施設に集中する可能性のある医療機関（例えば、その所在する二次診療圏の人口比率が高い医療機関、もしくは、東京都のように二次診療圏の人口絶対数が多い地域にある医療機関）では、同じ二次診療圏内に複数の指定通院医療機関を確保する等、指定通院医療にかかる負担が地域諸機関に分散されるような協力体制を作ることも必要かもしれない。

引用文献

- 岩成秀夫：通院医療モデルの構築に関する研究（報告会資料）．厚生労働科学研究 ころの健康科学研究事業「医療観察法における医療の質の向上に関する研究」平成21年度中島班第3回班会議（平成22年1月24日、東京）
- 宮田量治、小口芳世、藤井康男、他：医療観察法による遠隔地入院処遇のもたらす指定入院医療機関の負担について．精神神経学雑誌 第111巻：1485-1498, 2009

（執筆担当：宮田量治、藤井康男）

群馬県立精神医療センター・医療観察法・小規模病棟の運用実態に関する研究

研究協力者：

佐藤 浩司（群馬県立精神医療センター）

青木はつ江（群馬県立精神医療センター）

前原 智之（群馬県立精神医療センター）

川島 篤視（群馬県立精神医療センター）

小野 里聡（群馬県立精神医療センター）

山田 竜一（群馬県立精神医療センター）

荒井 弘幸（群馬県立精神医療センター）

五十嵐明子（群馬県立精神医療センター）

岡田 秀美（群馬県立精神医療センター）

森 裕（大阪府立精神医療センター）

研究要旨

平成18年度～平成20年度にかけての「指定入院医療機関の小規模病棟の適正運用に関する研究」（分担研究者：藤井康男 山梨県立北病院）の研究報告内で、「小規模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（大阪府立精神医療センター）」が提示された。本研究は同研究を引き継ぐものである。

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開設（平成19年9月7日）から約2年を経て、群馬県立精神医療センターでは、平成21年6月15日より小規模併設型指定入院病棟を開設した。本研究では、大阪府立精神医療センターによる先行研究に準じて、①開設に至る経過、②開設後の運用状況、当病棟に携わる多職種医療スタッフよりの報告、④当センターの特色、大阪府立精神医療センターとの比較等を提示した。

運用実態の報告は、後発施設にとって、利点、不利点等具体的な参考となり、新たな指定入院医療機関開設の重要な指針の一つになると考える。

A. 研究目的

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）での中島らの報告「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示された。その研究における小規模病棟のバリエーションは、「併設・社会復帰期入院病床群」「合併症対応型」「併設・回復期以後入院病床群」「併設・小規模病床群」「独立型」等であった。以上のような机上の提言・シミュレーションに併せて、実際の小規模病棟・運用実態を提示することは、適切な現実把握、今後の課題検討に関して有効と考えられる。

本研究は、先行研究（大阪府立精神医療センター）を引き継ぐ形で「群馬県立精神医療センター・併設型小規模病棟の運用実態」を報告するものである。実体の報告により、「先行・小規模病棟との内容比較」「小規模病棟の意義、課題」「標準規格、小規模病棟との比較」等を考察する。

B. 研究方法

平成21年6月15日、群馬県立精神医療センターは自治体立精神科病院として大阪府立精神医療センターに次ぎ、2番目の医療観察法・併設型小規模病棟（全6床+鑑定入院用病床1床）を開設した。当センターに医療観察法病棟が開設されるに至った経緯、開設前の準備、運用実態、多職種・実務者レポート、

大阪府立精神医療センターとの比較等を具体的に検討し、小規模病棟の現状と課題を明らかにする。

C. 研究結果

1. 医療観察法病棟開設に至る歴史的経緯

群馬県立精神医療センター（以下、当院）は、戦後10年ほどして開設された群馬県立単科精神科病院である。開設当時は高崎市に存立していたが、その後現在の伊勢崎市に移設した。その当時は、療養施設趣の強い長閑な一精神病院であった。平成3年2月、当院が県内一極集中の形で行政救急（警察官通報主体）を開始した以降、当院の在り方はしだいに変貌していった。他病院処遇困難患者、人格障害者、薬物依存者等社会内処遇の困難な人たちの受け入れを求められることになった。そのため病棟は、暴力、威嚇等に晒され混乱した。その状況に対して、適切な病院作りの方針（①原則後方転送なしの精神科救急の実践、②県内治療困難事例の受け入れ、③県内精神鑑定の一括受け入れ）が打ち出され、この方針を実現するための病院改革が進められた。病棟機能分化の推進（平成13年～）、修正型電気けいれん療法の導入（平成14年4月～）、完全複数当直医体制（指定医1名、非指定医1名）の開始（平成15年4月～）、スーパー救急病棟始動（平成15年8月）、病床数のダウンサイジング（平成17年4月、372→265床）。このような院内調整の努力により、年間入院患者数の飛躍的な増加、平均在院日数の短縮化が進んだ（平成20年度実績 年間入院者数：767人、平均在院日数：87日）。（表1）

「武井班」（『主任研究者：松下正明「触法行為を行った精神障害者の精神医学的評価、治療等に関する基礎的研究」分担研究者：武井満「触法精神障害者の治療プログラムに関する研究」（平成14～17年）」、『主

任研究者：山上皓「他害行為を行った精神障害者の診断、治療、社会復帰支援等に関する研究（総括）」分担研究者：武井満「他害行為を行った精神障害者の入院医療に関する研究」（平成18～20年）」の研究が、平成14年より開始された。研究の開始当時は、医療観察法の制定以前であったが、平成15年7月に同法が公布され、「武井班」はその医療内容の具体化に当たった。平成18年以降は、施行された医療観察法のモニターに留まらず、触法精神障害者の処遇、受け入れ機関の実態把握を行った。武井班の研究内容は、当院の医療内容を基軸にしつつ、医療観察法医療の構築を主体とし、司法精神医療に深くコミットメントした。（表2）

2. 開設前の準備に関して

当院の医療観察法病棟開設に関しては、他の医療施設に比べ、開棟が予定される以前よりある程度の準備状態にあった。その内容は、①医療観察法以前より触法精神障害者の精神科医療対応を実践・継続していたこと、②措置対応の患者に関してはほぼ全例、精神科救急情報センターとの提携で定期的な支援会議（医療観察法医療でのCPA会議、ケア会議に当たる）を実施していたこと、③既に鑑定入院機関、医療観察法指定通院機関として医療観察法医療の知識を有していたこと、④一般医療、鑑定入院医療等で多職種チーム医療を実施していたこと、⑤治療を構造的に実施するための治療プログラムの開発・実践を始めていたこと、などが挙げられる。また同法成立と同時に、司法病棟開設に向かって準備が開始されていた。その主体として、当院内では「医療観察法コア会議（平成18年～）」という名のもとに、医療観察法医療実践の実務者会議が指定入院医療機関開設に至るまで継続された（会議内容の主体は、鑑定入院、通院処遇の実務であった）。（表3）

病棟開設は、国と自治体レベルの行政間の調整であり、当院の意図とは別に遅々として進まず、平成17年7月の医療観察法施行から4年の歳月を経た。この間、医療観察法病棟の病床不足が深刻化し、厚生労働省は、平成20年8月1日に省令の一部改正を公布・施行した（いわゆる特定病床）。この状況で当院における医療観察法病棟開設は一気に進展し、同年10月10日の群馬県議会での予算議決により決定した。申請・検査・監査等に関しては、当院と厚生労働省のコミュニケーション不足によって設計の不備の調整の問題が生じ、開棟間際まで折衝を要した。（表4）

同年10月より院内準備室を設置し、複数回の打合せを繰り返した。（表5）

頻回の地域住民・関係者への説明会では、これまでの当院の医療実績を評価していただいたためか、ほとんど反対意見は聞かれなかった。（表6）

予定された病棟構造は、既存病棟を利用した小規格病棟であり、同様の形態の先行施設である大阪府立精神医療センターに対して医療観察法病棟研修視察を行った（同年8月）。開設間際まで実務者の医療観察法研修（外部見学研修、電子カルテ・医療観察法支援システム研修、院内研修等）が続けられたが、医療観察法病棟の専従の実務者はほぼ皆無で、筆者を含め全員が日常業務を調整しながらの研修であり、十分な研修時間の確保は不可能であった（病棟開設直前の研修は必修であるにも関わらず、病院側の認識も不十分であり、研修施行側の構造も不十分であり、小規格病棟における実務者に対する予算体制も不十分であり、再考の必要性がある。）。（表7）（表8）

以上の経過で、平成21年6月15日に医療観察法病棟（小規格併設型・全6床）が開設された。

3. 人員、構造、備品

群馬県立精神医療センターは、医療観察法病床も含めて、全病床数265床で運用している。急性期病棟群より、リハビリ病棟群への一貫した流れを構築し、可能な限り不要な長期在院を防止する考え方を基本にしている。小規格併設型・医療観察法病棟は、そのような中であって男子回復期病棟（一般病棟）に併設される形で開設された。（図1）

人員配置は、医師4名（指定医2名、男子回復期病棟34床、男女開放リハビリ病棟54床兼務）、看護21名（男子回復期病棟兼務）、薬剤師（2名兼務）、精神保健福祉士（1名兼務）、作業療法士（1名兼務）、臨床心理士（3名兼務）、事務職（1名兼務）、嘱託事務（1名専従）である。なお当院のMDTでは、薬剤師を必置として運用している。（表9）

病棟構造に関しては、2階一般病棟の片側ユニットをリフォームしたものであり、男子回復期病棟（全34床）とナースステーションを中央に挟み、入り口の側面に間仕切りを設置し、一般患者との人的交流を全くしない構造にした（完全区分型）。病棟全体をB病棟、一般男子回復期病棟をB1病棟、併設型小規格病棟をBS病棟と命名した。BS病棟は全6床だが、もう1床を鑑定入院、鑑定留置用の個室として設置した。（図2）

BS病棟は、一般病棟の片側ユニットのリフォームであり、6～7名（特定病床）の対象者の居住、生活空間は極めて狭小である。そのことによる不利益、ストレスを解消する目的で、これまでのダウンサイジングにより完全空き病棟になった1階旧B病棟（現D病棟）をBS病棟の同病棟内アメニティーゾーン（実際には1階、2階の違いがあり、移動するためには一旦病棟外に出ることになる。）として利用することにした。ここで、グランドゴルフ、ウォーキング、お茶会、会議等を実施

している。(図3)

BS病棟運用のために様々な備品を購入した。備品に関しては、曖昧なイメージの下に購入すると無駄な物品と成り得る可能性があり、既存のプログラムや一般医療の実践からの経験則、また先行施設での情報を十分に集約する必要性があった。(表10)

4. プログラム、運用実態

BS病棟のプログラムは、これまでの当院の既存プログラム、先行施設のプログラム等を参考に、実務者の合議により、準備、実施された。プログラムの主体は、「疾病教育プログラム」と「内省プログラム」になるが、対象者の人数が少ないため、各ステージにおける集団療法は困難である。小集団の不利性をできる限り軽減するように様々な工夫を試みているが、不十分な面は否めない(平成21年12月のピアレビューの際に、センター病院職員よりプログラム不足を指摘されている。)(表11)(表12)

平成22年3月、対象者同士の暴力事故一歩手前のヒヤリハットが起きた。それに対して、対象者内のユニットミーティングに取り上げ、さらに各対象者にその出来事の自身の思いをMDTが面接で聴取することにより、病棟内での一つの出来事が、各対象者の内省に役立ち、病棟内力動の向上に繋がるという小規模病棟での利点と考えられる迅速性と凝集性が認められた。

当院の医療観察法病棟は、平成21年6月15日に開設され、それ以降現在(平成22年2月28日現在)まで、8名の対象者を受け入れ、2名の対象者を退院させ、現在6名在院、満床という状況である。入院対象者の居住地は、全て群馬県内である。

① Aさん(男性)統合失調症：平成19年11月9日入院(岡山県立精神医療センター)、平成21年6月18日当院転入院、平

成21年12月17日退院、現在当院通院中(通院処遇)。

② Bさん(女性)情緒不安定性人格障害：平成20年10月21日入院(さいがた病院)、平成21年6月22日当院転入院、平成22年2月28日現在、回復期、入院処遇中。

③ Cさん(男性)覚せい剤使用、遅発性精神病性障害：平成19年9月14日入院(小諸高原病院)、平成21年6月25日当院転入院、平成22年1月28日退院、現在当院通院中(通院処遇)。

④ Dさん(男性)うつ病：平成20年9月8日入院(さいがた病院)、平成21年6月29日当院転入院、平成22年2月28日現在、社会復帰期、入院処遇中。

⑤ Eさん(女性)妄想性障害：平成20年12月18日入院(小諸高原病院)、平成21年7月2日当院転入院、平成22年2月28日現在、回復期、入院処遇中。

⑥ Fさん(男性)統合失調症：平成20年3月27日入院(さいがた病院)、平成21年7月6日当院転入院、平成22年2月28日現在、回復期、入院処遇中。

⑦ Gさん(男性)統合失調症：平成21年7月7日入院(特定病床)、平成21年12月17日(医療観察法病床)、平成22年2月28日現在、回復期、入院処遇中。

⑧ Hさん(女性)統合失調症：平成22年1月8日入院(特定病床)、平成22年1月28日(医療観察法病床)、平成22年2月28日現在、急性期、入院処遇中。

開設以来現在まで、日々の実務において、治療の困難さ、ヒヤリハットは認められるが、概ね順調に病棟は運営され、身体合併症、無断退去等の緊急事態には至っていない。(表13)

5. 多職種・実務者によるレポート

開設前段階より現在まで、準備、実務に関

与した多職種・実務者（医師、看護師、臨床心理技術者、作業療法士、薬剤師、精神保健福祉士、事務）が記載した報告書の幾つかを抜粋する。

「医療観察法医療と精神保健福祉法医療が併存している環境に居ることで、多かれ少なかれ精神科医療業界がはらんでいる矛盾に直面させられる。はざまに身を置く私たちには、両価性を包容し、葛藤し続けることが要求される。これは、小規格病棟ならではのものであり、私たち一人一人をユニークな治療者として深化させてくれるような体験であることは確かであろう」。（医師：レポート1）

「小規格病床のデメリットは、全ての職種が兼務で運営せざるを得ないこと。また、指定基準での1:1.3という看護配置基準は、精神保健福祉法病棟の看護配置基準に包含されるため、意味を持たない。独立した病棟にしないと人員確保は困難」。（看護師：レポート2）

「準備期間が限られた中でのスタートとなったが、当センターでは疾病教育プログラム等で、多職種での関わりが増えていたこと、措置入院患者には支援会議などを開き地域調整をしていたことなど、国立センター病院での情報伝達と、近いものがあったのでイメージし易く、当院との比較もできていたように思う」。（看護師：レポート3）

「6人の小規格病棟では、心理士を専任とすることは難しく、3人の心理士が他の病棟を兼任しながら担当した。医療観察法病棟では、集団と個別での内省プログラム、お茶会のような共に飲食をして安心を提供するような集団プログラム、クライシスプランの作成、そのほか外出・外泊・院内散歩の同伴などを担った」。（臨床心理技術者：レポート4）

「当院の開設当初の対象者は転院者だった

ので、転院前にどんなプログラムを受け、それに対してどうだったのか、対象者及び転院前の病院の資料から情報を得、全員がやれそうなプログラムとして30分のストレッチを企画した。プログラムは実施前後に参加者間で準備と振り返りができるとよいが、日によって、できたりできなかつたりである」。（作業療法士：レポート5）

「医療観察法での治療の枠組みとしてまずは薬剤師が法律に定数として入ることが望まれる」。（薬剤師：レポート6）

「多職種の協同という点では、これまでの一般医療、鑑定入院、通院処遇の経験があったため、大きな戸惑いはないものの、時間的な余裕が少ないのが現状である。今回初めて県内に指定入院医療機関が出来たため、家族調整、環境調整がスムーズに行えるようになったと実感できている」。（精神保健福祉士：レポート7）

「当初は手探りの状態でのスタートであった。わからないことは他病院の事務担当者に確認したが、いつも快く教えていただき感謝している。現在、ほぼ一通り入退院を経験し、業務内容を理解した。しかし、付随する細かな業務などもあり、今後さらに理解を深めたい。医療観察法事務の仕事が確立し、軌道に乗れば、事務職は1名、週30時間で十分である」。（事務：レポート8）

概要すると、①小規格併設型での人員不足、兼務業務による多忙・困難性、②開設以来8カ月を経て、業務に慣れてきた実感、③これまでの当院の実践と重ね合わせた実務の遣り甲斐、④独立型小規模病棟への期待、などが読み取れる。

6. 大阪府立精神医療センターとの比較

大阪府立精神医療センター（小規格併設型の先行施設）との比較を試みる。

① 類似点

- ・多職種実務者が兼務であること
- ・旧来の治療困難男子患者病棟との併設であること
- ・鑑定入院・通院処遇の施設であること
- ・病床数が5～6と近似していること
- ・社会復帰期に特化していないこと
- ・将来的には独立病棟を計画しており、暫定病棟であること
- ・地元対象者が主体であり、アクセスが便利であること
- ・一般病床+医療観察法病床は、41（大阪）、40（群馬）で、ほぼ一致していること

② 相違点

- ・対象者と一般患者は共用の病棟生活（大阪）、対象者と一般患者を完全に区分（群馬）
- ・共用のため一般病棟のアメニティーの利用可能（大阪）、暫定的に空き病棟をアメニティーゾーンとして医療観察法病棟に提供（群馬）（大阪＞群馬）
- ・対象者は男子のみ（大阪）、男女ともに受け入れ可能（群馬）（群馬＞大阪）
- ・看護師数29名（大阪）＞21名（群馬）
- ・対象者、一般患者共用のため、職員の人的資源活用が優位（大阪＞群馬）
- ・完全区分のため、セキュリティの点で優位（群馬＞大阪）
- ・完全区分のため、個人情報保護の点で優位（群馬＞大阪）
- ・共用利用により、一般医療、観察法医療の両プログラムの活用が可能（大阪＞群馬）
- ・共用のため、入院患者数が多く、集団療法が利用しやすい（大阪＞群馬）
- ・ピアサポートのポテンシャルが上がる（大阪＞群馬）
- ・少人数集団のため、危機的状況への迅速介入がしやすい（群馬＞大阪）

以上のように、小規格併設型における共用型（大阪）、完全区分型（群馬）には各々特徴が認められ、両者にメリット、デメリットがあることが分かる。（表14）（表15）

D. 考察

群馬県立精神医療センターでは、医療観察法鑑定から指定入院医療機関、指定通院医療機関までを、一貫して実践している。そこで各々の段階において医療内容の質を一定に担保するため、指定入院医療機関に必置の運営会議や倫理会議を拡大させることで、鑑定入院や通院処遇に関する議論もできる場を確保してきた。（図4）（資料1）

医療観察法病棟は、「標準型（30床、独立型）」「小規模（15床、独立型）」「小規格（14床以下、併設型）」の3パターンに分類されつつある。小規格併設型は、医療内容の均てん化、ケアの手厚さ、セキュリティ等の点では、小規模、標準型のレベルからは明らかに見劣りし、同様の質を保持することは不可能である。一方で、後発の小規格併設型病棟を予定する山梨県では、対象者の発生頻度において小規格型で病床数は十分であり、地域性や治療の一貫性（鑑定入院、通院処遇も含めた）を考慮した場合には小規格型で十分という考え方にある。医療観察法病棟の3パターンにおける「医療内容の均てん化」と「医療の一貫性」という利点・不利点の課題は改めて考えを深める必要がある。

大坂と群馬の違いは、一般医療共用型（大阪）と完全区分型（群馬）であるが、「そもそも一般医療患者と医療観察法対象者を同一のフロアで医療することは是なのか？」という議論も有り得る。しかし医療内容を見ると、共用型における集団性、実務者・人員の有効利用等、現実的な医療としては一定の優位性も認められる。大阪も群馬も小規格併設型の親病棟に在院する患者群は、旧来の精神

保健福祉法の枠で、一般医療に入院したものであり、医療観察法施行後であれば、同患者群の多くは医療観察法病棟に入院した可能性が高い。

本研究を総括する。本研究はあくまで、小規模併設型病棟の運用実態・報告であり、所感は述べられるが、結論を提示することは困難である。しかし次に述べる二方向に関する課題と検討の継続を挙げることはできるだろう。

- ① 小規模併設型病棟は、良くも悪くも一般医療（精神保健福祉法医療）に開かれた構造となる。その点を見据えることより、精神保健福祉法における措置、医療保護、任意入院等の旧来の入院形態自体の問題の見直しのきっかけになる可能性を有する。また医療観察法医療の実務が一般医療への底上げに繋がる契機になる可能性を有する。
- ② 小規模病棟は、標準型病棟、小規模病棟に対して、入院処遇という枠組み内では医療内容、人的資源、個人情報保護、セキュリティー等に見劣りする。しかしその一方、地域性、アクセス、治療の一貫性等の点で利点をもたらす可能性が高い。これらの要素を基礎に今後の医療観

察法病棟の均てん化と機能化の両方向の検討が可能になるだろう。（表16）

E. 参考文献

藤井康男ほか：指定入院医療機関の小規模病棟の適正運用に関する研究（平成18年度・平成19年度・平成20年度総括・分担研究報告書 平成18年度～平成20年度総合研究報告書、主任研究者中島豊爾）125-142, 2007. 111-158, 2008. 93-119, 2009. 101-157, 2009.

F. 研究発表

佐藤浩司：群馬県立精神医療センター・医療観察法病棟開設始末記.精神科治療学 24（9）；1041-1047, 2009

佐藤浩司：「群馬県立精神医療センター・司法病棟に関する基調報告」心神喪失者等医療観察法関係研究協議会（平成22年3月16日 前橋地方裁判所主催）

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得：なし
2. 実用新案取得：なし
3. その他：なし

表1 群馬県行政救急と群馬県立精神医療センターの変遷

S.61.12	:「群馬県精神科救急医療体制整備対策専門部会」設置
H.3.2	:「群馬県夜間・休日精神科救急医療」実施(3次救急のみ)
H.6	:覚せい剤患者等の集中で看護からの嘆願書
H.9.3	:「県下指定病院による輪番制対応」開始(2次救急)
H.12.12	:「第1次精神科救急情報センター」開始(精神医療センター内)
H.13.4	:「第2次精神科救急情報センター」始動(こころの健康センターに移す)
H.13.7	:一貫した精神科入院医療に対応できる病棟再編成開始
H.14.4	:修正電気けいれん療法(m-ECT)開始
H.15.4	:完全複数当直医体制開始(指定医1名、非指定医1名)
H.15.4	:サイマトロン導入(ECT)
H.15.8	:スーパー救急病棟始動
H.16.1	:「第3次精神科救急情報センター」始動(こころの健康センター内)
H.17.4	:病床数を372→265床に縮小
H.17.4	:病棟再編成一応の完結
H.17.7	: <u>鑑定入院医療機関に推薦される(裁判所名簿登録)</u>
H.17.7	: <u>指定通院医療機関(平成17年7月15日第3号)</u>
H.21.6	: <u>指定入院医療機関(平成21年6月15日第6号)</u>

1

表2 「武井班」(厚生労働省科学研究費補助金「こころの科学研究事業」)

平成14~17年度、18~20年度までの研究内容

<ul style="list-style-type: none"> 主任研究者:松下正明「触法行為を行った精神障害者の精神医学的評価、治療等に関する基礎的研究」 分担研究者:武井満「触法精神障害者の治療プログラムに関する研究」 平成14年度:国内、欧米における司法精神医療の現状把握、分析 平成15年度:司法精神病棟入院治療プログラムの作成 平成16年度:実例における医療観察法下での治療シミュレーション事例作成。 平成17年度:司法精神医療内容の深化のため「直面化をめぐって」のワークショップ開催 主任研究者:山上皓「他害行為を行った精神障害者の診断、治療、社会復帰支援等に関する研究(総括)」 分担研究者:武井満「他害行為を行った精神障害者の入院医療に関する研究」 研究主旨:本邦における、触法精神障害者の処遇の全体像の調査・研究を実施。 平成18年度:「指定入院医療機関の実態調査(アンケート等)」「医療観察法医療での治療プログラム作成」「臨床心理技術者の業務検討」「スーパー救急病棟アンケート」「一般医療における触法精神障害者の事例検討会(群馬県立精神医療センター)」 平成19年度:「指定入院医療機関の実態調査(アンケート等)」「医療観察法医療での治療プログラム作成」「臨床心理技術者の業務検討」「スーパー救急病棟アンケート」「一般医療における触法精神障害者の事例検討会(松沢病院)」「北九州医療刑務所視察研修」 平成20年度:「指定入院医療機関の実態調査(アンケート等)」「医療観察法医療での治療プログラム作成」「臨床心理技術者の業務検討」「一般医療における触法精神障害者の事例検討会(岡本台病院)」「関東医療少年院視察研修」
--

2

表3 医療観察法施行前後時期における
群馬県立精神医療センター内外の取り組み

- *「触法病棟準備会」(院内研究会)
平成15年10月1日～平成17年3月31日合計13回の研究会会議開催を経て、報告書をまとめる。
- *「心神喪失者等医療観察法」に関する意見交換会
(平成16年6月23日～)(主催:こころの健康センター)
参加団体:保健予防課、各保健所、こころの健康センター、群馬県立精神医療センター、日精協群馬県支部、保護観察所
- *「精神保健福祉審議会」での医療観察法医療の必要性提言
(平成17年度～)
- *「心神喪失者等医療観察法関係研究協議会」(平成17年度～)
主催:前橋地方裁判所 参加者:裁判所、精神保健判定医、参与員、その他
- * 医療観察法コア会議(院内会議)(平成18年度～)

3

表4 施設・設備整備等

時期	内容
H20.8.8	厚生労働省との打合せ(県庁)
H20.10.10	予算議決(9月補正)
H20.10.24	設計業務入札(一契約締結)
H20.11.4	設計業者・県庁建築住宅課との打合せ(第1回)
H20.11.7	厚生労働省との打合せ(厚生労働省)
H20.11.20	設計業者・県庁建築住宅課との打合せ(第2回)
H20.12.5	設計変更委託締結
H20.12.8	設計業者・県庁建築住宅課との打合せ(第3回)
H20.12.9	関東信越厚生局との打合せ(群馬県立精神医療センター)
H20.12.26	設計終了
H21.1.5	電子カルテ(医療観察法診療支援システム)購入契約締結
～H21.1.18	旧C病棟物品整理(第1回)
H21.1.21	電子カルテ導入キックオフ会議
H21.1.30	厚生労働省へ書類提出(工事繰り越し、進捗状況報告)
H21.2.20	電子カルテ導入部門別打合せ
H.21.2.24	病棟改修工事入札(一契約締結)
H21.2.27	病棟改修工事業者との打合せ(第1回)
H21.3.11	病棟改修工事開始
H21.6.5	医療観察病床竣工、検査、引き渡し
H21.6.15	医療観察病床開設

4

表5 開設準備室・準備会議

時期	内容
H20.10.22	準備会議開催
H20.10.29	準備室打合せ(第1回)
H20.11.1	準備室設置
H20.11.4	管理会議(第8回)
H20.11.26	連絡会議(第8回)
H21.1.15	準備室打合せ(第2回)
H21.3.6	準備室打合せ(第3回)
H21.3.23	準備室打合せ(第4回)
H21.4.10	準備室打合せ(第5回)
H21.5.7	準備室打合せ(第6回)
H21.5.13	準備室打合せ(第7回)

表6 住民説明

時期、	内容
H20.7.28～10.6	地元区長・民生委員・健康推進員、地元選出県議、伊勢崎市、病院局等説明(計19回)
H20.11.14	地域関係者との意見交換会
H21.3	改修工事開始にあたり、地元区長、近隣住民にあいさつ
H21.6.7	地域説明・見学会

表7 BS病棟開設前、研修・先進地視察

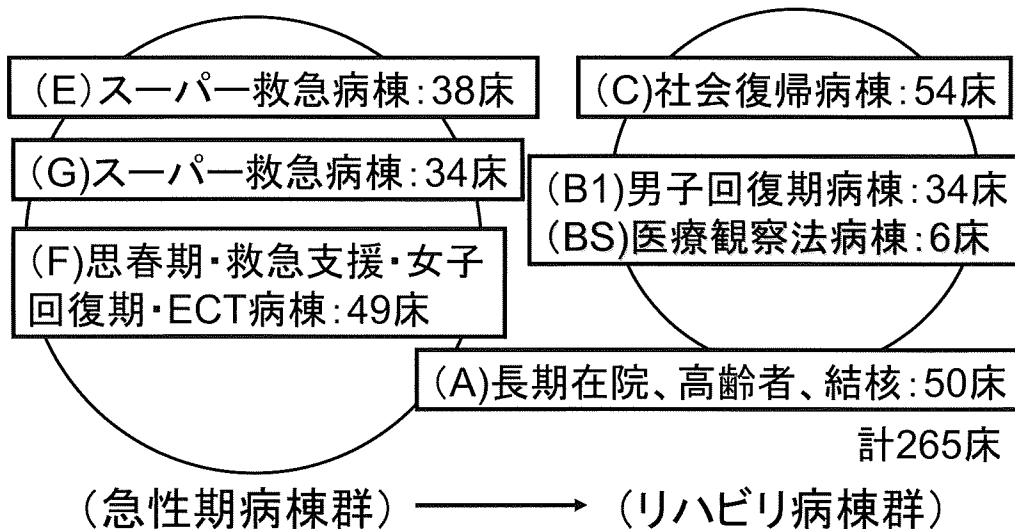
日程	項目	職種等
H20.8.8	大阪府立精神医療センター視察	Ns、事務
H20.11.18	研修検討案作成⇒国立精神・神経センターに依頼	
H20.11.18～21	第3回司法精神医学研修参加	国立精神・神経センター主催 CP,PSWの2名
H20.12.8～10	司法精神科専門研修会参加	肥前精神医療センター主催 Ns,CP,PSWの5名
H21.1.23	国立精神・神経センター訪問・打合せ	Ns,事務
H21.2.16～3.27	派遣研修	Dr,Ns,CP,PSW,OTの12名
H21.5.11～13	指定入院医療機関電子カルテ操作研修	Dr,Ns,CP,PSW,OT,薬剤師、事務の37名
H21.5.18～20	派遣研修(国立精神・神経センター)	薬剤師2名
H21.5.18～22	医療観察法病棟全体研修(指定入院医療機関従事者研修会)	Dr,Ns,CP,PSW,OT,薬剤師の31名
H21.5.26	指定入院医療機関職員研修会(さいたま市:関東信越厚生局)	Dr,Ns,PSW,事務の7名

7

表8 医療観察法病棟全体研修（指定入院医療機関従事者研修会）

研修日	時間	研修課題	講師
第1日 H.21.5.18(月)	9:00~12:15 13:30~17:00	開講挨拶 オリエンテーション 医療観察法総論 薬剤部の業務と課題 リハビリテーション科の業務と課題 心理判定化の業務と課題 怒りのマネジメント	精神・神経科学振興財団理事長 高橋清久 当センター・研修担当者 院長 薬剤部長 リハビリテーション課長 心理判定課長 東尾張病院 山本心理士
第2日 H.21.5.19(火)	9:00~10:30 10:45~12:15 13:30~17:00	医療安全 併設型小規模病棟の運営と課題 医療観察法と共通評価項目 指定入院医療機関でのカンファレンスの流れ 項目の解説 評定演習1 解説1	当センターGRM 看護師長 肥前精神医療センター 壁屋心理士
第3日 H.21.5.20(水)	9:00~12:15 13:00~16:30	評価演習2 解説2 モデルディスカッション 評定演習3 解説3	同上
第4日 H.21.5.21(木)	9:00~12:30 13:30~15:30 15:30~17:00	評定演習4 解説4 診療支援システム概説 診療支援システムを用いた会議の流れと提出文書 診療支援システム入力演習 MDTと各種会議	同上 当センターPSW
第5日 H.21.5.22(金)	9:00~12:30	指定入院医療機関での具体的な処遇実務 閉講挨拶	司法病棟担当医師 院長

8



入院から退院までの一貫した医療の流れ・適切な専門医療

9

図1 「病棟機能特化（平成22年2月4日現在）」

表9 群馬県立精神医療センター・BS病棟・人員配置

- (1) 医師(4名・指定医2名・兼務)
 - ・B病棟(男子閉鎖・回復期病棟34床+BS病棟6床(医療観察法病棟))
 - ・C病棟(男女・社会復帰・開放病棟54床)
- (2) 看護配置(21名・兼務)
 - ・BS病棟6床: 看護師8人
 - ・B1病棟(男子閉鎖・回復期病棟)34床: 看護師11准看護師1看護助手1計13人
 - ・B病棟合計:40床: 看護師19准看護師1看護助手1計21人
- (3) 作業療法士(1名・兼務)
 - ・BS病棟6床+B1病棟34床を1名で対応
- (4) 臨床心理技術者(3名・兼務)
 - ・BS病棟の他、他の入院病棟、外来等の兼務
- (4) 精神保健福祉士(1名・兼務)
 - ・入院処遇 及び 通院処遇 及び 鑑定入院 等の対応
- (5) 薬剤師(2名・兼務)
 - ・BS病棟 及び他病棟、外来の調剤、薬剤指導等
- (6) 事務(嘱託事務1名・専任)
 - ・BS病棟 及び各種会議等の調整

10

表10 医療観察病棟用備品・消耗品要望一覧

品目(規格)	数量	31	61	91
1 コードロックカー(備付)	1	31プリンター PIXUS MP540	61ジグソーパズル108P	91ザル 中
2 備品用カバー(備付)	1	32個人用木工用具セット	62ジグソーパズル300P	92スライサーセット
3 ITOKI HTM-109AAL-WE	2	33 レザークラフト 基礎工用具材料セット	63 カラーペン ユニブロック8色セット	93包丁
4 備品用ロッカー(備付)	1	34 レザークラフト 牛革半履 1.3mm	64 太極タイプ	94卓板
5 備品用ロッカー(備付)	1	35 200デシ 7294-471	65 64種ドラバステル 38色	95スプーン 大
6 備品用ロッカー(備付)	1	36 キーボード YAMAHA APX-500	66 罫用紙 7536-205	96スプーン 小
7 備品用ロッカー(備付)	1	37 キーボード WK210	67 罫口 白 8切判 100枚	97フォーク 大
8 備品用ロッカー(備付)	1	38 キーボード CS-7W	68 6色罫用紙27色 28枚入り	98フォーク 小
9 備品用ロッカー(備付)	1	39 キーボード LPA-646	69 67はさみ キャップ付き	99おたま
10 備品用ロッカー(備付)	1	40 キーボード K9191243	70 エクスサイズストレッチマットH9125	100 汗用おわん
11 備品用ロッカー(備付)	1	41 CDラジカセ 東芝TV-CP5(P)	71 CDラジカセ 東芝TV-CP5(P)	101 メラミンご飯茶碗
12 デジタルカメラ	1	42 收音器 タイガ一機きたてミニ	72 收音器 10415cm	102 メラミンお皿 大
13 カルテフフォン	1	43 対応なべ 大動 22cm	73 対球ラケット	103 メラミンお皿 中
14 PLUS FY-1060	1	44 対応フライパン ベベローナ21cm	74 対球ボール	104 メラミンお皿 小
15 Wi-Fi	1	45 対応なべ 大動 16cm	75 対球ラケット	105 メラミン小鉢
16 はじめのWi-Fi	1	46 ラジカセ DVD	76 対球ボール	106 お箸
17 水筒の運入	1	47 ラジカセ DVD	77 対球ラケット	107 洗いばし
18 マリオカーTV	1	48 キーボードヘッドフォン	78 対球ボール	108 雑物お籠
19 記録用(PHM20)	1	49 キーボードヘッドフォン	79 対球ラケット	109 茶器セット 10個入り ティーポット含む
20 記録用(PHM20)	1	50 アイロン	80 対球ボール	110 料理用はかり
21 記録用(PHM20)	1	51 アイロン	81 対球ラケット	111 軽量カップ・スプーンセット
22 ウェブカメラ 記録用	1	52 ノースネクスト	82 対球ボール	112 パソコン(診療支援システム)
23 ライフサイズ終身前を返して	1	53 ノースネクスト	83 対球ラケット	113 プリンター(支援システム用)
24 ノートパソコン	2	54 ノースネクスト	84 対球ボール	合計
25 ノートパソコン	1	55 ノースネクスト	85 対球ラケット	428
26 ミックキングライター	1	56 ノースネクスト	86 対球ボール	
27 (KZ-FH5-1)	1	57 ノースネクスト	87 対球ラケット	
28 (東芝 ER-F7-S)	1	58 ノースネクスト	88 対球ボール	
29 録音機	1	59 ノースネクスト	89 対球ラケット	
30 シン ジャメモロックカッター内臓	1	60 ノースネクスト	90 対球ボール	
電子シン	1	61 ノースネクスト	91 対球ラケット	

13

表11 BS病棟の週間予定表(平成22年2月28日現在)

	時間	日	月	火	水	木	金	土
BS	9	:30 朝のつどい	:10 朝のつどい	:10 朝のつどい	:10 朝のつどい	:10 朝のつどい	:10 朝のつどい	:30 朝のつどい
	10		:30 OT ストレッチ	健康増進講座	社会復帰講座	:30 DMT	:30 パラレル OT	
	11		:10 ユニットミーティング	(Ns 第2・第4)	(PSW 隔週全8回)		(1FのBS病棟利用含)	
	12			(1FのBS病棟利用含)				
	AM		入浴 12:00買い物注文 伝票 提出			入浴 12:00買い物注文 伝票 提出		入浴

BS	13				:15~ グループ ウォーキング 40分 ×2グループ			
	14	:30 レクリエーション		:00 SST(第2休 み)	お茶会	お茶講座		:30 リラクゼーション
	15	(1FのBS病棟利用 含)	:00 内省プログラム (⑩回+映画の全⑩ 回)		:00 お茶会 (CP・内省プロ・内 省ムービー含)	(Ph 第1・全④回)		(映画鑑賞もあり)
	16		:30 終了					
	PM	リネン交換	16:30 注文 品販売			16:15 注文品 販売	評価会議 拡大MDT 病棟カンファレンス	14