

表12 BS病棟の治療プログラム一覧（平成22年2月28日現在）

| プログラム名 | 中心職種 | 内容 |
|-----------------|---------|---------------|
| 朝の集い | 看護 | 毎朝、集団、約20分 |
| ユニット・ミーティング | 看護 | 毎週月曜日、約30分 |
| 健康増進講座 | 看護 | 隔週火曜日、約60分 |
| 集団散歩 | 看護 | 毎週水曜日、約40分 |
| レクリエーション | 看護 | 毎週日曜日、約90分 |
| リラクゼーション | 看護 | 毎週土曜日、1～2時間 |
| 疾病教育プログラム | 看護 | MDTで日程調整 |
| 内省プログラム | 心理 | 毎週1回 |
| 集団療法(お茶会) | 心理 | 個別or集団、毎週1回 |
| 認知行動療法 | 心理 | 現在は個別プログラムで実施 |
| 退院準備プログラム | 心理 | 週1回 |
| パラレルOT | 作業療法士 | 毎週金曜日 |
| SST | 作業療法士 | 回数設定の上クールで実施 |
| ダンス・ムーブメント・セラピー | 作業療法士 | 毎週木曜日 |
| ストレッチ | 作業療法士 | 毎週月曜日 |
| 調理実習等 | 作業療法士 | 随時 |
| 薬剤指導 | 薬剤師 | 個別関与 |
| 集団お薬プログラム | 薬剤師 | 毎月1回(全4回) |
| 社会復帰講座 | 精神保健福祉士 | 隔週1回(全8回) |
| 権利擁護講座 | 精神保健福祉士 | 個別関与 |
| 回診 | 医師 | 平日、毎日 |
| 個別面接 | 医師 | 随時 |
| その他 | | |

15

表13 群馬県立精神医療センター・医療観察法医療実績

H.21.6.15 : 指定入院医療機関(平成21年6月15日第6号)
 平成21年6月15日～平成22年2月18日までの実績
 入院総数:8名 退院者:2名 現入院者数:6名

| 入院決定 | | 当院入院経過 | | | | | 回復期ステージ開始日 | 社会復帰期ステージ開始日 | 退院日 |
|-----------|----------------------------|----------|-------|----|----|----|------------|--------------|-----------|
| 年月日 | 入院先 | 転入院日 | 治療期 | 散歩 | 外出 | 外泊 | | | |
| H19.11.9 | 岡山県精神科医療センター—久里浜アルコール症センター | H21.6.18 | | | | | H20.5.7 | H20.12.2 | H21.12.17 |
| H20.10.21 | さいがた病院 | H21.6.22 | 回復期 | ○ | × | × | H21.11.20 | | |
| H19.9.14 | 小諸高原病院 | H21.6.25 | | | | | H20.1.21 | H20.8.25 | H22.1.28 |
| H20.9.8 | さいがた病院 | H21.6.29 | 社会復帰期 | ○ | ○ | × | H20.11.4 | H22.1.1 | |
| H20.12.18 | 小諸高原病院 | H21.7.2 | 回復期 | ○ | ○ | × | H21.4.9 | | |
| H20.3.27 | さいがた病院 | H21.7.6 | 回復期 | ○ | ○ | × | H20.6.27 | | |
| H21.7.7 | 当院(特定病床) | | 回復期 | ○ | ○ | × | H21.10.1 | | |
| H22.1.8 | 当院(特定病床) | | 急性期 | × | × | × | | | 16 |

「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多職種よりの報告」
レポート(1) 前原智之(医師の立場から)

(1)開設前の準備に関して:病棟準備、事前研修等

当病棟は、6床＋特定病床1床の小規模病棟ながら、1名の責任医＋3名の医師でシェアしている。4名とも90床の一般精神科病棟と医療観察法病棟の掛け持ちであり、当病棟に専属医師は居ない。私は、3名の医師のうちの一人であり、病院・病棟運営や編成に関して知恵もなければ、発言し決定する立場にはない。まだ開設前の医療観察法病棟への、私の配属が決定したのは、開設4か月前であった。病棟は殆ど出来上がっていたし、研修についても、責任医はじめワーキンググループのお膳立ての上で進み、何を苦悩するでもなく、目の前の精神科救急・急性期病棟の業務に追われる日々を暮らしていた。先に述べたように、病棟準備に関して、私のハード面への関与は全くない。事前研修に関しては、国立精神神経センター病院の半日の見学と院内での1週間の研修であり、実際の医療観察法入院業務を思い描くには、振り返ると極めてブアであった。その分、中心メンバーにかかる負担が大きかったのではないかとと思う。

(2)実際の運用状況:B1(一般男子閉鎖病棟)、B5(医療観察法病棟)の人員配置、具体的実務内容等

医師の人員配置に関しては、上に述べた通り、当病棟に専属医師は居ない。一般精神科病棟90床、医療観察法病棟6床に入院する全患者に対しての毎日回診、週1日の外来再診業務、週2日の外来初診業務、突然舞い込む措置診察、刑事鑑定といったように、日々の業務は雑多であり、各種会議も含めると余裕があるとは決して言い難い。

(3)今後の課題:小規模病棟、小規模病棟、など

当院の小規模病棟は、本院の旧閉鎖病棟の片ユニットを改修したものである。病室は通常規格より小さなエラストピアをはめ込んだものが4床と、同程度の広さのトイレなし、以前の大部屋を改修した、ベッドと簡素なシェルフのみが置いてある個室が3床、テイルームは本院と同じであり、アメニティはお世辞にも良いとは言えず、スタッフが小物で趣向を凝らしてはいるものの、各地にある独立したフル規格病棟や小規模病棟には遠く及ばない。体育館や内庭などは当然ない。小規模であるが故に、スタッフの専属化も不可能であるし、マンパワーが潤沢であると感じた事は一度もない。また、対象者に関しても、対象行為や年齢、生育史や趣味嗜好などの共通項を持ったグループを作ることが出来ず、治療の面でもピアサポートの面でも集団特性を活かすことは難しい。もちろん、治療プログラムに依存せず、個別性をより生かした治療を考えざるを得ないという、後ろ向きなメリットは思い付かなくはない。しかし、小規模病棟とそれよりも大きな病棟との間には、対象者を取り巻く環境に埋めがたい格差が否応なく存在しているように見える。そして何よりも、ここで業務に当たっている私自身が、研修を積み、司法精神医学分野にアイデンティティを置くような専門家ではないのである。ただ一つ思うことは、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、両個性を包容し、葛藤し続けることが要求される。これは、小規模病棟ならではのことであり、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。

17

「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多職種よりの報告」
レポート(2)小野里聡(看護師の立場から・その1看護師長)

(1)開設前の準備に関して:病棟準備、事前研修等

平成20年7月の小規模病棟開設決定を受けて、翌8月に大阪府立精神医療センター見学実施。10月に第1回開設準備室打合せ会議を開催し、①各種マニュアル作成・整備②事前研修派遣職員の人選③小規模病棟開設に向けた在院患者調整等を検討課題とした。平成21年1月第2回準備室打合せ会議で、①国立精神・神経センター病院での実務研修の派遣人数・時期を決定②マニュアル原案作成③支援システム導入のキックオフ会議開催等を決定した。2月から3月にかけて、国立精神・神経センター病院での2週間の実務研修実施。

3月の第3回準備室打合せ会議で、病棟研修・支援システム研修の内容検討。同月第4回準備室打合せ会議で、①病棟研修プログラムの決定②各種会議の構成員等を検討。4月の新年度第1回準備室打合せ会議で、本県対象者の現状把握と受入れについて検討。同月関東信越厚生局・前橋保護観察所との打合せ会議で、対象者の受入れの順番を確認した。その他、作業部会で必要備品の購入や支援システムの項目検討等も並行して行った。

5月11日～13日支援システム研修、5月18日～22日共通評価項目を中心に病棟研修実施。6月7日地域説明・見学会。6月12日前橋地裁の裁判官等と、審判の開催や連れ戻し状の発令等についての事前協議を行い、6月15日の開棟を迎えた。

準備期間が実質半年程しかなく、当センターらしい大雑把な準備状態で、事前研修にしても病棟を運営しながらのため、看護は6人しか参加させることができなかった。それでも何とか開棟にこぎつけることができたのは、当センターがこれまで推進してきた医療が、医療観察法病棟への準備状態を作っていたためと思う。

(2)実際の運用状況:B1(一般男子閉鎖病棟)、B5(医療観察法病棟)の人員配置、具体的実務内容等

看護師20名＋助手1名の配置で、B1＝25名前後(保護室除き28床)、B5＝6名の病棟を看ている。夜勤体制は、準夜勤2名＋22時までの超遅勤1名、深夜勤3名。日勤は8～9名の配置である。

精神保健福祉法のB1ユニットには重症者が多く、かなり手がかかる。そのような中で、B5ユニットではプログラム、外出・外泊付添、時に常時観察と人手が必要なことがたくさんあるが、調整と工夫でなんとか乗り切っている。

(3)今後の課題:小規模病棟、小規模病棟、など

併設型小規模病床のデメリットは、すべての職種が業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てしまうため、まったく意味を持たないことになる。したがって独立した病棟にしないと人員が確保できない。

18

「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多職種よりの報告」
レポート(3) 荒井弘幸(看護師の立場から・その2副師長)

(1) 開設前の準備に関して: 病棟準備、事前研修等

日本精神科看護協会の司法精神看護Ⅰ・Ⅱに看護師2名が参加し伝達講習会あり。その2名を含めた6人が2名ずつ平成21年2月～3月にかけて、国立精神・神経センター病院での2週間の実務研修を実施した。当センターでは医療観察法の鑑定入院を受けていたが、入院処遇に於いてどのような看護を展開していけばいいのか、実際の現場で学んできたことは大きく、当センターで事前に準備しなくてはならないこと等再確認できた。実務研修できなかった他のメンバーに研修伝達するのにも、その日の勤務者が全員参加しやすい時間(昼食後)などを利用し、伝達し情報の共有化を図った。また、BS病棟のガイドライン・安全管理マニュアルについて内容の確認を行ったが、既存の患者様の看護と並行してであったので、時間的に厳しい時もあった。

準備期間に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のと、措置入院患者などENT前には支援会議などを開き地域調整をしていたことなど、国立精神・神経センター病院での情報伝達をするのに、呼び方は違うが近いものがあったのでイメージし易く、当センターとの比較もできていたように思う。

(2) 実際の運用状況: B1(一般男子閉鎖病棟)、BS(医療観察法病棟)の人員配置、具体的実務内容等

病棟長が勤務を作っているが、プログラム・MDT・CPA・外出付き添い・外泊付き添い等予定がある中で、勤務を組むのは大変であり、BS病棟が開棟前よりNsの勤務はバラバラにならざるを得ない。その勤務表をみて週刊予定表を組むのが副師長であるが、BSユニットだけでなくB1ユニットも重症者病棟であり、介助を要し手がかかる人が多い為、その辺を考慮しての振り分けも必要である。

色々、相談・話し合いをしながら、限られた中で安心・安全に業務をするにはどうしたらいいのか考えた末、現状の形で行っている。

* 日勤: 8～9名(看護師長・看護助手1名を含む場合あり)・早出2名、遅出2名含む ・BS: 3名+午後は+1名 ・B1: 3～4名

* 深夜: 3名 ・BS: 1名 ・B1: 2名

* 準夜: 2名+超遅出が22時まで。

* BSは22時までを超遅出が見て準夜の二人に申し送りする。それ以降は準夜の二人で看る ・B1は準夜の2名

BSユニットが6名とはいえ、各会議やプログラムにはそれなりの時間がかり、外出や外泊の時には実際職員は病棟にはいないことになる。また常時観察では1:1で看なくてはならないし、夜勤帯では実際には1名減で仕事をしているのと同じ状況である。今後似たようなケースの対象者が入院となり二人となった場合、今の体制ではかなり厳しい。

(3) 今後の課題: 小規模病棟・小規模病棟、など

フルスペック33床の病棟と比較して、まず初めにマンパワーの違いを感じる。当センターのように小規模であると指定基準の意味をなさない。精神保健福祉法入院患者様の看護に手を抜くこともできず、併設する病棟にもよると思うが、介護的な部分も大きく、時間を取られてしまっているのが現状である。また他の職種は兼務である為、常に病棟にすることができない。それを考えると、併設ではなく独立した病棟で人数をきちんと確保した中での医療観察法病棟が望ましいのではないかと併設だと両方が中途半端になってしまうような気がするし、司法に於いては格差を感じてしまう。

「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多職種よりの報告」
レポート(4) 岡田秀美(臨床心理技術者の立場から)

(1) 開設前の準備に関して: 病棟準備、事前研修等

医療観察法病棟を支えるスタッフのソフト面での充実は重要であり、他の職種同様に3名の心理士も、関係する多くの研修に参加した。しかし、それだけでなく、もっと以前の土壌改良のような準備があってこそ、心理士のソフトランディングが果たせたと考える。ひとつには、開棟3年前に正規の心理士の人員が2名から3名に増えたことが挙げられる。これによって、個別面接中心の心理療法とテストという従来の心理業務から、一般医療の中で構造化したプログラムと多職種チーム医療による病棟業務にだんだん軸足を移していくことが可能になった。次に、増員から開棟までに3年間の助走期間があったこともありたいことであった。心理士同士で協力し、それぞれ急性期病棟・リハビリ病棟・思春期病棟で模索しながら構造化したプログラムを試行的に実践してきた経過がある。一般病棟で、構造化した疾病教育を多職種で担うことから始まった多職種チーム医療であるが、看護を始めメディカルの人員も潤沢とは言えず、スムーズに実践できたわけではない。トップダウンの方針ながら、負担感と不慣れさがあり、定着していくまでには長い月日がかかった。企画と多職種協働と実践のプロセスでの苦勞を全員の心理士で共有できたことは大きな収穫であったと思う。

(2) 実際の運用状況: B1(一般男子閉鎖病棟)、BS(医療観察法病棟)の人員配置、具体的実務内容等

6人の小規模病棟では、心理士を専任とすることは難しく、3人の心理士がこれまで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。開設から半年、新しい病棟業務を担うためにはこれまで一般病棟で実施してきたことを多少縮小していった。心理士は一般病棟での疾病教育のコーディネート役をフェイドアウトせざるを得ない状況になり、コーディネーターは看護に移行しつつある。医療観察法病棟は特別な病棟であるが、そこで働くメディカル心理士は一般病棟にも行き来する。医療観察法病棟の疾病教育のテキストは一般病棟で使っていたものであり、「お茶会」も一般病棟で展開していたものである。また、医療観察法病棟で実施していることも、一般医療でも活用できるものはほとんど活用する。例えば、「クライシスプラン」がある。当院の担う政策医療の使命上、一般医療でも非自発的な入院が多い。またCPA会議と性質を同じくする支援会議を開催しており、機関の連携を盛り込むことも可能で、クライシスプランを本人・家族・関係機関と共に作成することは、非自発的な入院患者の再発防止に役立つと考えられる。このように兼任だからこそ医療観察法病棟と一般病棟の双方の流れが開設当初からあった。

(3) 今後の課題: 小規模病棟・小規模病棟、など

小規模病棟では7人の対象者を3人の兼務心理士で分担して、多少の高揚感を共有しながら創成期の病棟でいろいろな試みをしてきた。しかし、17床になれば、専任心理士(1名配置)は必然的な流れであり、医療観察病棟に専念できるメリットはある。小規模では兼任のバランス取りが課題であったが、対象者7名の少人数だからこそ、複数の心理士で協力しながら剛柔合わせながらのプログラム展開が可能であった。剛柔合わせは内省展開を阻むものではなく、多面的役割を持つ対象として統合を促したように思う。しかし、今後、17床で1名の心理士となった場合、優先すべき業務を選択しなければならぬ。センター病院では看護師が受容的な役割を担い、内省という「えぐい」ところを担う心理士の役割をバックアップしていると聞き及んでいる。心理士に限らずマイノリティになるメディカルスタッフが何を使命とするか。職能と人員の両方を勘案しながら、職種でどのように機能分化をしながら相補的に協働するかが課題となる。

「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多職種よりの報告」
レポート(5) 青木はつ江(作業療法士の立場から)

(1)開設前の準備に関して:病棟準備、事前研修等

国立精神神経センター病院での2週間の研修により、作業療法士が対象者の外出付添いやMDT会議の参加のためプログラムは欠席となることや、対象者のレベルに応じた作業療法を提供している実際を見ることができ、勉強になった。必要物品に関しては、この業務を担当していない作業療法士と話し合った上で購入した。院内で外部講師を招いての1週間の研修、診療支援システムの操作の研修を受講した。

(2)実際の運用状況:B1(一般男子閉鎖病棟)、BS(医療観察法病棟)の人員配置、具体的実務内容等

B1(重症治療病棟)BS(司法病棟)を一人が兼務している。B1病棟の病棟内で行う作業療法は週に2回実施している。B1病棟の患者様が病棟外作業療法に参加する時にオリエンテーションをしながら参加日程を決める。病棟外での作業療法の実施は他の作業療法士が担当している。また、病棟外での作業療法を実施時にその担当職員が出張等で不在の時にはその業務を臨時で手伝える。B1病棟で行われている金曜会というコミュニティミーティングに参加することもあり、その運営の会議も参加している。病棟外の作業療法に看護師の付添いが必要な患者様の参加は、看護師さんの付添いが難しいため参加できない日が増えた。

BS病棟で定期的に担当しているプログラムは1 朝のつどいを週1回 2 ストレッチを週1回 3 SSTを週1回 4 ダンスセラピーを週1回 5 パラレルOTを週1回である。その他に治療評価会議、拡大MDT会議、B病棟治療会議に参加する。不定期に行う業務としては、院内散歩、外泊・外出時の付添、CPA会議、MDT会議がある。

6か月ごと裁判所に提出する職種ごとのサマリー作成、共通評価項目やICF評価の担当するところの入力がある。CPA会議やMDT会議は一人の作業療法士が担当しているので重なる時間に複数の対象者の会議が行われる場合はどちらか一方にしか出られないこともある。書類作成には時間がかかられるが、再提出を求められることも頻繁にあった。運営会議は報告当番になった時に出席する。

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やっているかに対してどうだったのか対象者から、また転院前の病院の資料から知り全員がやれそうなプログラムとして30分だけのストレッチの時間を企画した。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、プログラムによりその日によりできたりできなかったりである。

(3)今後の課題:小規模病棟、小規模病棟、など

現在の小規模だと6、7人の対象者と職員数という小集団しか作れない。もう少し多い集団の中での対象者の様子を実際に知ることが今のところ難しい。そのため一般病棟に入院する患者様と一緒に作業療法を実施するプログラムを設定することによりそれを補うのかどうか、それが必要なかを検討する必要がある。プログラムは事前に打ち合わせができ、実施後に振り返ることができること。定期的にプログラムを見直しをしていくこと。作業療法士の評価技術をあげて評価の視点を多く持つこと。観察や場面からの評価だけでなく、AMPS他いろいろな評価の方法を勉強すれば活かせるのではないかと。 21

「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多職種よりの報告」
レポート(6) 川島篤視(薬剤師の立場から)

(1)開設前の準備に関して:病棟準備、事前研修等

医療観察法では現在、薬剤師は多職種チーム医療において人員配置基準がない。そのため、どこかの病院でも薬剤師は正式なメンバーとして多職種チームには入っていない。しかし当センターは薬剤師もメンバーとして入ることになった。医療観察法病棟では何をどうするのか、薬剤師が行えるプログラムでのポジションを考えるべく病棟開設前、国立精神・神経センターへ研修に行った。そこでは服薬教育は必ずプログラムとして組み込まれ、それを看護師など薬剤師以外の職種が行っており、ここに薬剤師が行う役割があるように思えた。当センターでは従来から一般病棟で疾病教育プログラムや個別指導で培ってきた経験があり、医療観察病棟に薬剤師が携わることに当然のことのように思われた。そして研修先でのテキストや当センターでの服薬教育テキストの良い部分を取り上げながらオリジナルのテキストを作成した(作成中のももある)。

(2)実際の運用状況:B1(一般男子閉鎖病棟)、BS(医療観察法病棟)の人員配置、具体的実務内容等

薬剤師はB1病棟、BS病棟を兼務しながら2名で担当している。B1病棟では通常通りの薬剤管理指導を、BS病棟では処方支援、処方薬の反応性、副作用チェック、評価を最低週1回の面接を原則とした個別服薬教育や、服薬自己管理指導を多職種と協力しながら行っている。また、月に1回の集団服薬プログラムを設けた。それは「服薬の必要性、対象行為時や現在の服薬状況、忘れずに正しく服薬するには」など対象者の発言を聞くことによる他の対象者が自分の中で整理されていき、気付かなかったことや参考になったこと、服薬の必要性に気づくこと等を目的に行っている。その他、散歩、外出や外泊や個別散歩の付添い、月1回開かれる運営会議での対象者の治療状況の報告など他の職種同様、共同して行っている。また、毎週行われる治療評価会議への参加、MDT会議、CPA会議へも参加している。

(3)今後の課題:小規模病棟、小規模病棟、など

今後の薬剤師の課題はまず病棟の大小に限らず、薬剤選択の支援や提案を行い、医師をはじめ、他の職種が同感を得るような説明を行えるようになること。薬の必要性を薬学的観点から説得力のあるものとして対象者に提供することも課題となる。また今後、小規模病棟になった場合の集団服薬プログラムの運営をどのように行っていくべきなのか、例えば治療期別なのか疾病別なのか等である。

次に精神科薬剤師の人員配置基準の問題である。医療法によれば精神科薬剤師は一般病院と比べ約半分である。そういう状況にあるが、薬剤師による服薬教育(個人、集団)などを治療プログラムとして取り入れた。また、薬物投与設計支援や多職種と同様に対象者の外出や外泊の付き添い等も行っている。医療観察法をきっかけに精神科薬剤師の専門性が求められるようになったことは対象者および一般入院患者へ良質な医療を提供するだけでなく、精神科医療の向上にも繋がっていくと思われる。小規模病棟になった場合、上述の定数配置基準では小規模病棟のように関わることは困難であり、一般業務にも支障を来すことが予想される。そのため、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。 22

「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多職種よりの報告」
レポート(7)山田竜一(精神保健福祉士の立場から)

(1)開設前の準備に関して:病棟準備、事前研修等

医療観察法病棟に携わっている精神保健福祉士は、平成17年より鑑定入院医療機関、指定通院医療機関の担当精神保健福祉士として業務を行っており、医療観察法関係の研修についても、平成17年度の「司法精神医療等人材養成研修会」をはじめとして、松原班主催の「通院医療等研修会」等の各種研修会に参加していた。

入院病棟準備のための事前研修としては、平成20年2月18日から同年2月27日までの「平成19年度精神科急性期医療等専門家養成研修」を受講、オーストラリアのビクトリア州Thomas Embling Hospitalの司法病棟にて、触法精神障害者のリスクアセスメント、ケースワーク、治療方法について学んだ。さらに平成20年11月18日から同年11月21日まで「第3回司法精神医学研修」を受講し、アセスメント方法(共通評価項目、HCR-20)、司法精神療法について学んだ。その他、大阪県立精神医療センターの視察、国立精神・神経センター病院の病棟研修、当センターにおける事前研修等を経て、病棟開設に至った。精神保健福祉士個人レベルとしては、4年以上の医療観察法に関する実務経験・研修経験があったため、準備期間は十分であったと考えられる。

(2)実際の運用状況:B1(一般男子閉鎖病棟)、B5(医療観察法病棟)の人員配置、具体的実務内容等

人員配置としては、B5に対して1名、リハビリ病棟3棟に対して2名となっている。医療観察法病棟と一般病棟との兼務はない。具体的な医療観察法病棟業務としては、個別の権利擁護講座、集団の社会復帰講座といった治療プログラムの他、CPA会議やMDT会議の調整・進行役、具体的な退院調整に伴う実務を行っている。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。

(3)今後の課題:小規模病棟、小規模病棟、など

現在、B5病棟を担当している精神保健福祉士以外は、医療観察法入院医療にほとんど関与していないため、一般精神医療との相互作用が少ないことが現在の課題であると思われる。小規模病棟と小規模病棟との比較では、充実した看護スタッフ数、対象者がステップアップを実感できる病棟構造、グループの凝集性の生かしやすいさ、などを考えれば小規模病棟のメリットがより大きいと考えるが、増床してもコメディカルの配置基準は大きく変わらないため、17床になると逆にコメディカル1人あたりの負担は増えると思われる。

23

「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多職種よりの報告」
レポート(8)五十嵐明子(事務職の立場から)

(1)開設前の準備に関して:病棟準備、事前研修等

病棟開設3か月前に事務職として採用された。一般事務としての募集であったため、過去に医療機関での職務経験は全くなかった。「診療支援システム研修」は上司の配慮により2日間同じ研修を受けたが、事務の仕事イメージするのは難しかった。後日診療支援システムのテスト環境を準備してもらい、実際に入力作業を体験できたことは非常によかったと思う。また、「医療観察法病棟研修」を他職種のスタッフと一緒に聞き、医療観察法の内容を多少理解することができた。しかし事務の仕事を理解するには至らなかった。

(2)実際の運用状況:B1(一般男子閉鎖病棟)、B5(医療観察法病棟)の人員配置、具体的実務内容等

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。しかしながら、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。

(3)今後の課題:小規模病棟、小規模病棟、など

<事務マニュアルの必要性>

まず、当センター内で事務職の交代、人数の変更にも対応し、事務業務を平準化するために、誰でも見れば業務可能な「事務マニュアル」が必要であると思う。(現在作成中)

また、病院間のつながりから考えると、対象者が転院してくるに当たり、病院によって引き継ぎの資料や、システム入力の方法にばらつきが見られた。MOMテクノロジーとも協力し、病院間の「転院マニュアル」等の事務マニュアルも必要であると思う。

<執務場所について>

現在の事務の執務場所として医事課は妥当である。なぜなら事務担当者に病院業務の経験がないため、親病院の事務従事者に相談、指示を仰ぐことが多いからである。ただし、他職種チームとコミュニケーションが取りにくいというデメリットはある。事務担当者が、医療機関の事務業務を理解し、医療観察法事務の仕事が確立するまでは現状のままが妥当である。今後医療観察法事務の仕事が確立し、小規模病棟になった場合の執務場所は病棟内が望ましい。現在より他職種チームとコミュニケーションがとりやすいこと、書類を1か所で保管できるなどがメリットである。

<コミュニケーションについて>

他職種チームと事務担当者間のコミュニケーションについて2点提案したい。まず、小規模病棟になり対象が増えると、事務担当者が対象者の活動について把握することが現在より困難になることが考えられる。その場合、事務担当者はまずケアコーディネーターに確認を取るような関係を構築したい。また、コミュニケーションをとるに当たり、直接話をするというのが一番確実であるが、それが難しい場合も考えられる。伝達する内容については吟味しなければならないが、「診療支援システム・グループウェア」の「掲示板」と「メッセージ」など、ツールの更なる活用を提案したい。

表14 群馬県立精神医療センターと大阪府立精神医療センターの現況・比較1
(開設日～平成22年2月1日)

| 内容 | 大阪府立精神医療センター | 群馬県立精神医療センター |
|--------------|--|---|
| 開設日 | 平成19年9月7日 | 平成21年6月15日 |
| 病床数 | 全病床数:41床、医療観察法病床数:5床 病棟構造は、男子閉鎖病棟 | 全病床数:40床、医療観察法病床数:6床 病棟構造は、男子閉鎖病棟34床及び男女混合(医療観察) |
| 医師 | 専任:0名 兼務:2名(内容:従前の病棟、並びに外来業務) | 専任:0名 兼務:4名(内容:従前の病棟、並びに外来業務) |
| 看護師 | 専任:0名 兼務:29名(兼務内容:親病棟に関する業務) | 専任:0名 兼務:21名(兼務内容:親病棟に関する業務) |
| 臨床心理技術者 | 専任:0名 兼務:2名(兼務内容:従前の病棟業務) | 専任:0名 兼務:3名(兼務内容:従前の病棟、外来業務) |
| 作業療法士 | 専任:0名 兼務:2名(兼務内容:従前の病棟業務) | 専任:0名 兼務:1名(兼務内容:従前の病棟業務) |
| 精神保健福祉士 | 専任:0名 兼務:2名 (兼務内容:従前の病棟業務) | 専任:0名 兼務:1名 (兼務内容:入院に限定しない医療観察法医療全般業務) |
| 薬剤師 | 専任:0名 兼務:0名 | 専任:0名 兼務:2名 |
| 事務 | 専任:1名 兼務:0名 | 専任:1名 兼務:0名 |
| 実績(対象者動向) | 入院総数:13名 退院者:9名 現入院者数:4名 | 入院総数:8名 退院者:2名 現入院者数:6名 |
| 一般病床との共用・区分① | 現在、職員、患者共用で運用。小規模であれば共用の方がいい。 | 現在、職員は兼任、患者は区分で運用。小規模において、一般病床と医療観察は区分した方がいいか不明。 |
| アメニティー | 「医療観察法病棟専門アメニティーあり(O)」「一般病棟と共有アメニティーあり(O)」「病棟内デイルームを利用(O)」 | 「医療観察法病棟専門アメニティーあり(O)」「一般病棟と共有アメニティーあり(X)」「病棟内デイルームを利用(O)」 |
| 一般病床との共用・区分② | メリット:「スタッフ配置を兼務で賄えるから。」「親病棟のプログラム(レクリエーション)にも参加できるから。」「幅広い層の患者を診ることで、視野が広がるから。」 | メリット:「法的枠組み、治療構造が別の患者を共用で処遇せず、区分することにより、対象者自身の認識も治療者の認識もメリハリが維持される。」「同病棟であるのに、女子患者の入院も応需できる。」 |
| 一般病床との共用・区分③ | デメリット:「minimum requirementとして、知識、設備はフル規格のものとの大差がない必要が求められること。」「スケールメリットを利用した集団療法などのプログラムができないこと」「精神保健福祉法患者との処遇の比較があり、統一した対応が出来ない場合もあること。」「上の理由から、病棟の枠組みが二重構造となり複雑な対応が必要となること。」 | デメリット:「区分されたユニットであることにより、マンパワーが分断され、慢性的に人員不足状態が続く。」「小規模のために対象者集団が数名に限られ、集団プログラムが困難。」「人員不足の問題より、対象者の中で2名の像開く状態、常時観察が出現した場合に対応が困難。」「区分された環境の空間は、あくまで暫定とするべき。」 |

表15 群馬県立精神医療センターと大阪府立精神医療センターの現況・比較2
(開設日～平成22年2月1日)

| 内容 | 大阪府立精神医療センター | 群馬県立精神医療センター |
|-----------|---|---|
| 指定通院医療機関 | (O) | (O) |
| 鑑定入院の有無 | (O) | (O) |
| 入院～通院の一貫性 | 「大阪府の対象者の入院に限られるため、社会復帰への地域以降が容易である。」「負担にはなるが、他の指定通院医療機関で断られるような重大事案の対象者について、一貫した関わりを維持することができる。」「対象者の医療が一貫して行なわれやすい。」「対象者の情報の共有が、入院ユニットと外来ユニットの間でできる。」 | 群馬県の特性もあるが、行政救急～刑事鑑定～鑑定入院～入院処遇～通院処遇を一貫して実施できる環境は、対象者自身、関係者等に多くの利益をもたらすと考える。例として、「地域処遇ガイドライン」を参照すると、社会復帰調整官は、鑑定、入院、通院各々の処遇の分断を何とか阻止するよう構造化されているが、現実として困難であり、まずは地域ごとに完結できる医療環境の構築が重要と考える。 |
| 今後の病棟予定 | 「24年度に33床のフルスペック病棟を開設予定。」 | 「23年度末に15+α床の小規模病棟を開設予定。」 |
| 後発病院への提言 | 「新しいことに取り組むには、困難が伴うが、それをこれまでの精神科医療に還元してゆけることという利点がある。」「地域に根ざした入院施設になるためには、指定通院も同時に行なうべきと思われる。」「当初は、特定のスタッフの関わりによって運営されてゆくことになり、医療観察法病床以外のスタッフの関心も維持してゆく必要があると思われる(継続的な医療観察法に関連する研修、教育など)」「指定入院医療機関としての最低限のガイドラインのレベルは維持する必要があると思われるが、各施設ごとの、また、各地域ごとのバリエーションが、いろいろな意味においてあった方がよいように思われる。」 | 現時点で、小規模病棟のモデルとして、大阪、群馬が先行しているが、その内容は、「一般医療・共用タイプ」と「一般医療・区分タイプ」に分けられる。各々は、現状の小規模病棟はあくまで暫定病棟とし、将来、フルスペック型、小規模型に進もうとしているので一律には語れないが、恒久的に小規模病棟を開設するのであれば、①マンパワーの有効利用、②プログラムの有効利用、③ハード(施設)の有効利用、等の観点より「共用型」が推奨されると考える。その際に課題となるのは、①一般病棟側の患者との力動的問題、②安全管理の問題、③個別対応に要する従事者の意識の問題、等が挙げられると考える。 |

(群馬県立精神医療センターは公立病院として
政策医療の義務より下記全ての実務を担う)

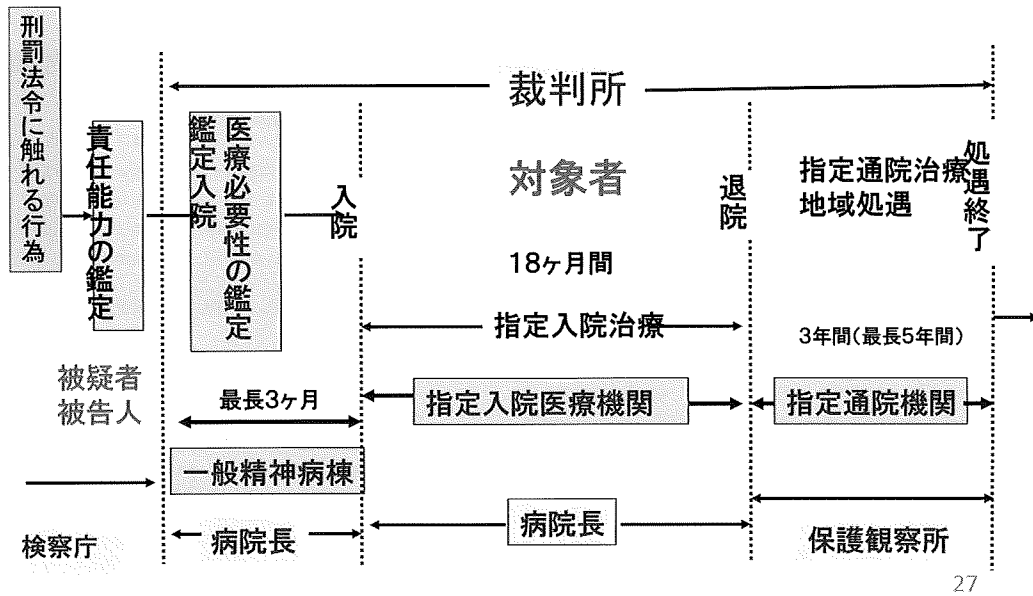


図4 医療観察法の流れと責任体制

資料1 群馬県立精神医療センター「医療観察法関連・拡大運営会議」について(平成22年3月～)

群馬県立精神医療センターでは、平成22年6月15日に指定入院医療機関が開設されたと同時に「医療観察法運営会議」が設置された。これは、医療観察法指定入院医療機関の必置・会議である。当センターでは、指定入院医療機関が開設される以前より、行政救急、刑事鑑定等の経緯より医療観察法医療対応の必要性の可能性がある患者群に対して、「コア会議」という司法医療中心の会議を実施していた。この「コア会議」の対象主体は、鑑定入院、通院処遇であった。現在も当センターでは、「鑑定入院」「入院処遇」「通院処遇」を一貫して実施している。全体の状況を俯瞰するためには旧来の「コア会議」と「運営会議」の機能を合一する必要性がある。それ故「コア会議+運営会議=拡大運営会議」という構造を実施する。

「拡大運営会議」

(目的)

群馬県立精神医療センターにおける医療観察法医療を中心とした司法精神医療領域全般の主に実務に関する報告・議論・確認・承認等を行うものとする。

(内容)

- ①入院処遇に関する報告・議論・確認・承認等
- ②通院処遇に関する報告・議論・確認・承認等
- ③一般医療(司法医療に関連する)、刑事鑑定等に関する報告・議論・確認・承認等
- ④緊急対応を要する事項(入院処遇、通院処遇、鑑定入院等)の周知徹底
- ⑤その他

(委員)

「群馬県立精神医療センター医療観察法運営会議設置規程」に準じる。

表16 群馬県立精神医療センター・小規模病棟の特色と課題

- 一般病床(精神保健福祉法・患者)と完全に区分。
- 大半の職員が一般病床との兼務により、一般医療との乖離を免れる。
- ユニット区分により、セキュリティを高水準保持。
- ユニット区分により、個人情報保護を高水準保持。
- 多職種チームに薬剤師が常勤。
- 6床規模により、各ステージの集団療法はほぼ不可能。
- 6床規模により県内シェアを完全には担えない。
- 一般病床との完全区分より、兼務職員の負担が倍増。
- 一般病床との完全区分より、対象者2名の常時観察は不可能。
- 一般病床との完全区分より、病棟外での完全複数対応は不可能。
- ダウンサイジングによる空き病棟利用により、アメニティー空間確保。
- 少数集団のため、ピアサポートのポテンシャル不十分。
- 群馬県の特色である「行政救急→刑事鑑定→医療観察法鑑定→入院処遇→通院処遇→一般医療までの医療一貫性」により、継続的サポートが可能。
- 独立型・小規模病棟建設を予定している(暫定病棟)。

29

医療観察法の申し立て対象者は法施行以前の措置移送でどのように処遇されていたか
—群馬県における措置移送事例と医療観察法申し立て事例の比較—

研究協力者：

芦名 孝一（群馬県こころの健康センター・精神科救急情報センター） 赤田卓志朗（群馬県こころの健康センター・精神科救急情報センター）

研究要旨

医療観察法による申し立ての対象となる者は放火、傷害、強姦、殺人などの対象行為を行い、その行為の時点で心神喪失または心神耗弱であったとされた精神障害者であり、かつ検察官が非自発的治療を必要と見なした者である。一方、措置移送の対象は精神障害による自傷他害のおそれを有し、非自発的治療を必要と見なされた者である。おそらく医療観察法施行以前には対象行為に相当する他害の事実から自傷他害の恐れを有すると見なされた精神障害者は措置移送の対象とされていたであろう。換言すれば、措置移送対象者の中の一部分が法施行以後に医療観察法の申し立ての対象者に移行したと見なすことも出来るだろう。そうであるとすれば、その「一部分」とはどのような部分なのだろうか。

本報告では「一部分」の範囲を確定することを目指し、群馬県における法施行以前の措置移送対象者と法施行以降の医療観察法申し立て対象者を比較検討した。

比較対象として2001年度から2004年度までの群馬県の措置移送対象846人の内、通報時に対象行為に相当する他害の事実を有し、司法機関の関与の後に非自発的入院となった37事例を抽出した。これらを25条通報され措置入院となったA群、25条通報され医療保護入院となったB群、24条通報され措置入院となったC群、24条通報され医療保護入院となったD群に分け、このA群～D群から段階的に範囲を広げていく形で①群～⑤群の比較対象群を設定した。

この各比較対象群と2006年6月(群馬県内で最初の申し立て事例)から2009年6月までの医療観察法申し立て対象者16例＝医観法群の件数、男性占拠率、F2占拠率、「家庭外他害」占拠率を比較した。

比較の結果、措置移送群の中の比較的広い範囲が医観法群に相応していた。これより群馬県においては法施行以前であれば送検されず措置入院ともならなかった範囲の対象者が、法施行後には医療観察法の申し立て対象となっていると推測され、医療観察法がいわば「間口を拡げる」方向で積極的に運用されている可能性が示唆された。

A. 研究目的

医療観察法の申し立て対象者は放火、傷害、強姦、殺人などのいわゆる対象行為に相当する他害の事実を伴い、かつ非自発的入院による治療が必要とされた精神障害者でもある。このような対象者の多くは医療観察法施

行以前には精神保健福祉法の措置移送の対象とされていたと思われる。言い換えれば法施行以前の措置移送対象者のうちの一定の部分が法施行以後には医療観察法の申し立て対象者に移行したと見なすことができる。

医療観察法施行以前の措置移送対象者から診断、他害行為の内容などの構成が実際の医

療観察法対象者に類似した群を抽出できれば、その群は法施行以後には医療観察法対象とされた可能性が高い。

またこのような一群が措置移送対象者の中でどのような「範囲」を占めるかが分かれば、それは医療観察法申し立て件数を予測するための手がかりとなるだろう。

また、この「範囲」が措置移送対象者のより広い部分を占めるのか否かを検討することで、実際の医療観察法が積極的に運用されているのか否かを判断する手がかりとなるかも知れない。

そこで、本報告では措置移送対象者の中から医療観察法対象者たり得る範囲を段階的に設定し、それぞれを構成する措置移送対象者と実際の医療観察法対象者を比較検討した。

対象と方法

措置移送対象者中の段階的な範囲の設定

他害の事実を伴う精神障害者への処遇は、他害の事実に対する司法対応と精神障害に対する医療対応の2つの側面を持つ。措置移送においても医療観察法対応においても、対

象者は司法対応の過程のある段階から医療対応過程に参入し病状に応じて処遇が決定される。それ故、法施行後には医療観察法対象者となり得る措置移送対象者を抽出するためには司法と医療のそれぞれ対象者に関する程度を指標とすることになる。

ここで措置移送と医療観察法の対応過程を並置すれば図1のようになる。措置移送対象者への司法対応の程度は、23条一般人申請から26条矯正施設長通報までの各通報形態に反映され、23条→24条→25条→26条と司法対応の程度が強まっていると見ることができる。医療観察法対象者への司法関与の程度を「検察官が関与するが実刑にならない」とすれば、それに相当する措置移送対象者は25条通報対象者である。さらに司法の関与の程度を「司法機関が関与するが実刑にならない」と拡大すれば24条通報対象者も含まれることになる。23条対象者は司法機関が関与しないことで条件から外れ、26条対象者は実刑（もしくはそれに準じる司法対応）を受けていることで条件から外れている。

措置移送対象者と医療観察法対象者への医

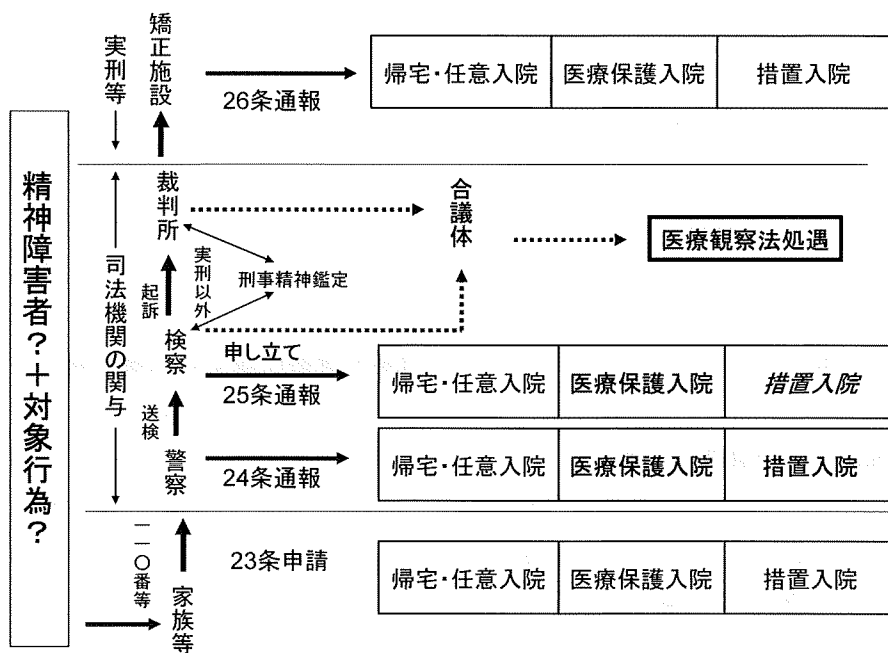


図1 精神障害と他外行為が疑われた者の医療的振り分けの概要

療の関与の程度を比較する場合に、単純に非自発的入院の有無を問題にするならば、医療観察法の入院処遇が措置移送の措置入院と医療保護入院に相当することになる。しかし医療観察法対象者の多くは刑事司法鑑定を受け心神喪失もしくは心神耗弱と判断され、一定の疾病性を認められた上で医療観察法の申し立てされ、さらに申し立て後には処遇決定の如何に関わりなく医療観察法鑑定入院となる。つまり医療観察法の申し立て対象者は一定の疾病性を認められ非自発的入院となり、医療の関与の程度に関して医療観察法申し立ての対象者は措置移送の結果が非自発的入院となった対象者に相当する。その範囲を限定すれば措置入院対象者が、広くとれば医療保護入院対象者までが含まれることになる。

このように、措置移送対象者中で司法対応と医療対応の程度について医療観察法申し立て対象者に相当するのは、対象行為に相当する他害の事実を有し、範囲を絞れば25条通報により措置入院とされた者であり、広げれば25条により医療保護入院とされた者や、24条通報により措置入院・医療保護入院とされた者が含まれる。

以下、本報告では、群馬県こころの健康センター（精神保健福祉センター）に精神科救急情報センター（以下、情報センター）が置かれ県内の措置移送に関する情報が一元化された2001年度以降、医療観察法施行前年の2004年度までの4年間の措置移送対象者と、県内で最初の事例から3年間の医療観察法申し立て対象者を比較することになる。

比較対象者の抽出と比較項目の設定

2001年度から2004年度までの群馬県内の措置移送対象者のべ846件中、着火行為や治療を要する程度以上に被害者を負傷させるなどの対象行為に相当する他害の事実を有し24条通報もしくは25条通報され、通報時点の年齢が

20歳以上であった事例はのべ55件であり、そのうち処遇結果が措置入院または医療保護入院となった事例はのべ37件だった。（非自発的入院とならなかった18件の内訳は、24条では診察実施後に任意入院1、帰宅など6、診察不実施8。25条では診察実施後帰宅1、診察不実施2だった。）

この37件を通報形態と処遇結果によってAからDの4群に分け、それぞれの全件数、性別、診断別、他害の対象別の件数を表2に示した。さらに2006年度途中から2009年度途中までの3年間の群馬県内の医療観察法の申し立て事例16件について同様に表1に示した。

表1の各群を比較すると、医療観察法群の件数はA、B、C群を合わせたものと同程度であった。またB群の件数の少なさを考慮すれば、25条群で24条群より「家庭外の他害」の比率が高く、措置群は医療保護群よりF2（統合失調症圏）の比率が高い。このことは「家庭外他害」が「家庭内他害」よりも司法の関与を要する程度が高く、F2事例がF2以外の事例よりも医療の関与を要する程度が高いことを意味すると考えることができる。医観法群は「家庭外他害」比、F2比の何れも25条群と24条群、措置群と医療保護群の間であった。また男性比は、B群を度外視すれば、A、C、D各群よりも医観法群で低かった。

以上より、後述の比較対象群と医観法群の比較の指標として、件数、F2比、「家庭外他害」比、男性比を用いることとした。

比較対象群の設定と比較結果

上記A～D群の関係を司法の関与の程度と医療の関与の程度を軸に配置した概念図を図2に示す。ここで医療と司法の関与がより限定的な範囲から拡大される方向で範囲を設定すれば、

1 群 = A群 = 25条措置群

2 群 = A + B群 = 25条群

表1 医療観察法に相当する措置移送群と医療観察法群の概要

| | 件数 | 性別 | | 男性比 | 診断別 | | | | F2比 | 他害の対象別 | | |
|-------------|----|----|---|------|-----|----|----|-----|-----|--------|-----|------|
| | | 男 | 女 | | F1 | F2 | F3 | F6他 | | 家庭内 | 家庭外 | 家庭外比 |
| A群 25条措置 | 9 | 9 | 0 | 100% | | 8 | 1 | | 89% | 1 | 8 | 89% |
| B群 25条医保 | 2 | 1 | 1 | 50% | | 1 | | 1 | 50% | | 2 | 100% |
| C群 24条措置 | 5 | 4 | 1 | 80% | 1 | 4 | | | 80% | 5 | | 0 |
| D群 24条医保 | 21 | 17 | 4 | 81% | 3 | 10 | 2 | 6 | 48% | 16 | 5 | 24% |
| 医観法群 | 16 | 11 | 5 | 69% | 1 | 12 | 1 | 2 | 75% | 9 | 7 | 44% |

表2 比較対象群と医療観察法群の比較

| | 件数 | 男性占拠率 | F2占拠率 | 「家庭外他害」占拠率 |
|-------------|---------|-------|-------|------------|
| ①25条措置群 | 9 | 100% | 89% | 89% |
| ②25条群 | 11 | 82% | 82% | 91% |
| ③措置群 | 14 | 93% | 86% | 57% |
| ④25条・24条措置群 | 16 | 88% | 81% | 63% |
| ⑤25条・24条群 | 37 | 84% | 62% | 41% |
| 医療観察法群 | 16(21*) | 69% | 75% | 44% |

* 3年分を4年分に換算

3 群 = A + C群 = 措置群

4 群 = A + B + C群 = 25条・24条措置群

5 群 = A + B + C + D群 = 25条・24条群

と設定出来る。

これら各群と医療観察法申し立て群について、件数と男性比、F2比、「家庭外他害」比を表3に示した。

件数 各比較群は4年分の、医療観察法群は3年分の件数であるため、医療観法群を4/3倍（小数点以下は四捨五入）として比較した。①群から⑤群まで順に件数が増し、医療観察法群は④群と⑤群の間だった。

男性比 各比較群では①、③、④、⑤、②

群の順で男性占拠率が低くなった。医療観察法群では全ての比較群より男性比が低かった。

F2比 各比較群では①、③、④、②、⑤群の順でF2占拠率が低くなった。医療観察法群のF2比は②群と⑤群の間だった。

「家庭外他害」比 各比較群では②、①、④、③、⑤群の順で「家庭外での他害行為」占拠率が低くなった。医療観察法群は③群と⑤群の間だった。

結果と考察

医療観察法群は件数、F2比、「家庭外他

害」比では①～④群中で最低値の群と⑤群の中間だった。前述のようにF2比が医療関与の程度、「家庭外被害」比が司法関与の程度をそれぞれ示すのであれば、医観法群は25条・24条措置群と24条医療保護群の中間に位置づけられる。これから法施行以前の25条措置群の範囲だけではなく、24条医療保護群の一部に食い込む形で医観法群に相当する範囲が設定できるだろう

医観法群の男性比が①～⑤群のいずれよりも低いことから、措置移送群の範囲で女性

がより医療観察法対象となりやすい傾向があるか、あるいは医療観察法施行以前には措置移送群が想定する範囲には含まれなかった事例が新たに医療観察法の対象とされたことを示しているのかもしれない。A～C群においても医療観察法対象とはならない事例が存在すれば、図2の中で医療観察法群が占める範囲を想定し図式化すれば図3のようになる。

これまでの比較検討から医観法群に相当する、法施行以前の措置移送対象者の範囲は少なくとも①=A=25条措置群よりも広い範囲

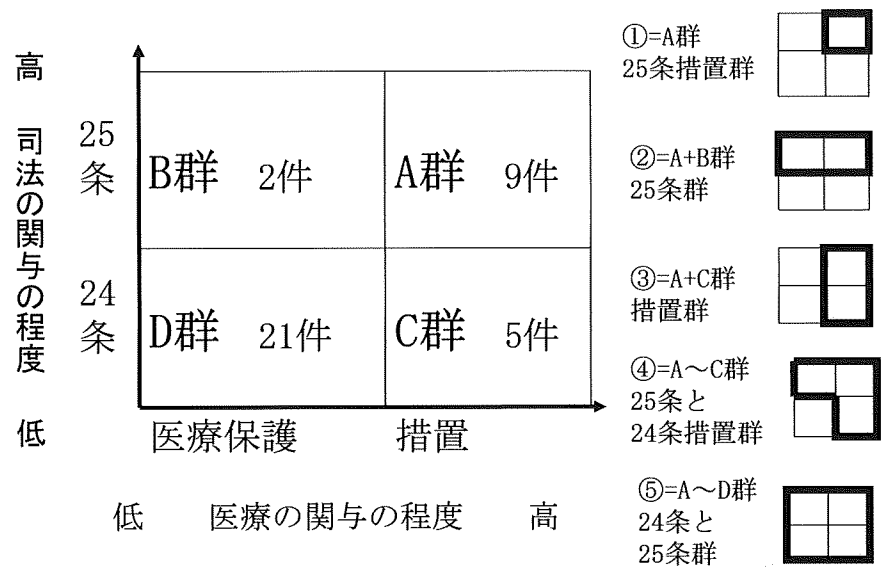


図2 比較対象群の概念図

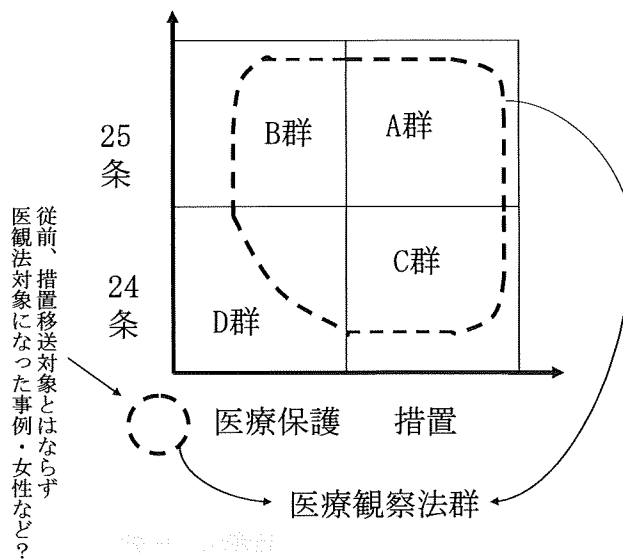


図3 医療観察法群と比較対象群の重なり

に設定されると考えられる。このことは法施行以前には検察官が関与しなかった対象者が法施行以降には検察官により医療観察対象とされたと見ることが出来る。このことから医療観察法が従前よりも広い範囲を対象に積極的に運用されているのではないかと考えられた。

申し立て件数について言及するならば、医療観察法対象者が従来の25条措置群相当の範囲に限定された場合、法施行以前の実績を踏まえれば、予想される群馬県内の申し立て件数は年間2、3件である。一方で25条群・24条措置に24条医療保護群の一部を合わせた範囲とすれば予想件数は年間5乃至9件となり、2006年度2件、2007年度7件、2008年度5件、2009年度5件という実際の申し立て件数にも見合ったものであった。

以上、本報告では医療観察法施行以前の措

置移送事例と医療観察法申し立て事例の比較を試みた。今後、さらに比較検討の精度を高め有効性を確立するためには事例数を増やす必要があり、それは経年的にデータを蓄積していく縦断的な方法と、他の都道府県についても同様に検討する横断的な方法が考えられる。しかし地域が違えば、あるいは同じ地域でも時期により措置移送のあり方は相当に変化している可能性があり、そのような違いを、どのように評価しどのように取り扱うかが課題となる。

また、医療観察法施行以降にも対象行為に相当する他害行為をして措置移送対象となる者が存在し、そのような法施行以降の措置移送群の存在を反映させた上で、医療観察法群との量的・質的關係を比較検討する必要があるだろう。

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

通院医療の実態把握に関する研究

平成 21 年度
分担研究報告書

平成 22（2010）年 3 月
分担研究者 松原 三郎
松原病院

分担研究報告書

通院医療の実態把握に関する研究

分担研究者：松原 三郎 松原病院

研究協力者：

秋月 玲子（松原病院）

吉川 明弘（松原病院）

中村美智代（松原病院）

研究要旨

医療観察法における通院医療の質を向上させることを目的として、以下の2項目について研究を行った。（1）指定通院医療機関ならびに通院症遇対象者の実態に関するアンケート調査の実施。全国の指定通院医療機関に対してアンケート調査を実施した。①施設調査：各医療機関がもつ機能と通院医療の実施状況、②個別事例調査：通院対象者ならびに処遇終了者に関する個別の状況調査、に分けて実施した。回収は56.1%で、171施設、対象者246名に関する回答が得られた。通院対象者の増加に伴って、通院対象者のいない指定通院医療機関は23.2%にまで減少し、対象者のある医療機関では、平均が2.3人であった。通院対象では、直接通院30.9%、移行通院が69.1%と移行通院者数が直接通院を上回る結果であった。118名の処遇終了者が報告されたが、このうち、42.7%が3年間の法定終了期間より短縮していた。また、短縮終了者の82%については、症状や社会復帰要因の改善に伴うものであり、治療反応性から対象外とされた例は8%に過ぎなかった。

（2）指定通院医療機関においては、多職種チームが常に連携を保ちながら対象者の治療と生活支援に当たる必要がある。この多職種チーム活動を円滑に行なうために、「多職種チーム（MDT）経過シート」を開発し、松原病院を中心として使用を開始した。経過シートは、各職種が共通言語として、「共通評価項目」を基本とし、対象者の変化に気づいた時には、できるだけ、具体的に变化した共通評価項目を示しながら、経過シートに書き込むようにしている。職種間が共通意識を持ちながら治療に当たることができた。

A. 研究目的

心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（以下、医療観察法）は施行後間もなく5年目を迎え、改正を検討する時期に来ている。法改正に向け様々な側面からの検証を行う必要がある中で、通院医療においては、施行当初より入院医療に比べ様々な面での立ち遅れや制度

上の整備が十分でないことが指摘されてきた。本研究では、全国各地域における通院医療の実態について継続的に幅広く調査し、現状における課題を明らかにすること、また、前年度までの同様の調査結果と比較し、5年が経過する中で通院医療がどのように推移しているのかを把握することを目的とした。また同時に、通院医療を円滑に行うための手法の開発についても検討を行った。

B. 研究方法

(1) 医療観察法通院処遇アンケート

全国305の指定通院医療機関に対し、各医療機関の持つ機能や通院処遇対象者の状況等についてアンケート調査を行った(資料1)。対象者に関する調査では、現在処遇を継続している対象者と、現在までに処遇を終えている処遇終了者についてそれぞれ回答を求めた。

(2) 通院処遇対象者に対して多職種チームで関わる手法の開発

通院医療を円滑に進めていくためには、多職種チーム内での綿密な連携が重要となる。中でも訪問看護など、対象者の実際の生活空間で直接対象者に接するスタッフの役割は大きい。安定した地域生活を支えていくためには、訪問看護師等が中心となって対象者の状態をできるだけ正確に把握することが必要であり、またそれらの情報は迅速にチーム内で共有されなければならない。多職種チーム会議ではそれらの情報をもとに、その時点での課題や今後の治療目標について検討し、対象者の地域生活の安定化に向けて意見の統一化を図る必要がある。本研究では、それらの情報共有や会議における検討事項の集約に役立つツールとして、「MDT経過シート」の開発を行った。

「MDT経過シート」とは、各職種が1週間毎の単位でその間の経過をパソコン上に入力し、全ての職種が同一画面上でそれぞれของทีมスタッフがどういう介入を行っているかを一覧で見られるようにしたものである。各経過は、共通評価項目上ではどの項目に関連するかを同時に記録できるようになっており、1ヶ月の枠に合わせて共通評価項目の入力欄を設けてあるため、直近1ヶ月間の経過を見ながら評価できることで評価時間やチーム会議の効率化・短縮化が図れ、また、前回との評価の比較も容易にできるようになっている。

今回、この「MDT経過シート」を3名の通院処遇対象者について適用し、円滑な通院医療を行う上でどのような効果を持つかを検討した。また、平成22年2月6日に班会議を行い、参加が得られた2医療機関に対しシートを配布して効果判定に協力してもらった。

(倫理面への配慮) アンケート調査で集積した情報については厳重に管理し、個別の内容が漏洩しないように細心の注意を払った。

C. 研究結果

(1) 医療観察法通院処遇アンケート結果(資料2)

アンケートは305の指定通院医療機関のうち、171件の回答が得られた。回収率は56.1%であった。医療機関の機能について問うものについてはデータに欠損のあった3件を除外し、168件を分析の対象とした。有効回答率は98.2%であった。各対象者については、通院処遇継続中の対象者では欠損データを除き246件、処遇を終了した対象者では同様に118件について回答が得られ、有効回答率はそれぞれ97.2%、97.5%であった。

以下に主な結果について概観すると、各医療機関の機能については訪問看護担当の平均スタッフ数が兼任を含めて看護師4.2人、精神

MDT経過シート

保健福祉士3.0人、作業療法士1.7人と、看護師・精神保健福祉士については平成20年度調査（強制通院と地域医療のあり方に関する研究 研究代表者小山司、研究分担者松原三郎にて実施）と比較してそれぞれ1人以上増加していた。1医療機関毎の対象者数は2.3人で、前年度調査とは変化がないが、これまで対象者を1人も迎えていない医療機関の割合は37.2%から23.2%と減少しており、新規対象者数とともに終了者数も増えてきたことで現時点での対象者数としては前年度との変化がなかったものと思われる。そのように平均的に対象者がいる状況が継続する中で、訪問看護スタッフ数なども強化が図られているのかもしれない。対象者の状況については、まず通院処遇継続中の対象者について、通院処遇の開始状況では直接通院が30.9%、移行通院が69.1%と、平成18年度調査（強制通院と地域医療のあり方に関する研究 研究代表者小山司、研究分担者松原三郎にて実施）と比較すると数字がほぼ逆転している。これは施行年数が経過する中で、入院処遇を終えた対象者が通院処遇へ移行する割合が増えてきていることが考えられる。診断名の特徴をみると、直接通院ではF1が9.2%、F3が15.8%と比較的多かった。移行通院ではこれらの割合は両者とも5%前後であった。通院処遇開始時の入院の有無は全体では24.4%だが、直接入院では44.7%、移行入院では15.3%と開始状況により大きく異なっていた。またこれは地域別でも、東北・近畿地区においては3～4割、一方北海道・関東信越・東海北陸地区では1割以下と、かなり差があった。近畿地区は直接通院自体が他の地区と比べて多いが、開始時には精神保健福祉法上の入院からスタートせざるを得ない状況があると考えられる。通院の状況では、サービス全体の利用状況については訪問看護と何らかの通所サービスを同時に利用している割合が直接通院よりも移行通

院群において多く、また、多職種チームの構成についても直接通院よりも移行通院群の方がより多いスタッフ数・より多い職種数で構成されているなど、移行通院群の方が比較的手厚いチーム医療体制で処遇されている印象があった。地域ケア会議への参加機関数、本人・家族の参加割合は両者ともにそれ程変わらなかった。本人・家族の参加については、地域別では10%前後から6割近くまで地域によって差が大きかった。共通評価項目を開始状況別にみると、それ程極端な差ではないものの、内省・洞察、共感性の項目において直接通院群の方が問題と挙げる割合が多かった。他、治療的要素の5項目では全て移行通院よりも直接通院群の方で問題であるとする割合が多かった。これはそれぞれの群の性質的な特徴によるものか、入院医療を受けているかどうかによる違いかは明らかではない。

また、処遇終了対象者については、42.7%が3年間のガイドライン上の予定期間を短縮して終了しており、期間の途中で再他害行為が生じ再入院や刑事手続きに移行した者は2.6%、処遇の途中で対象者死亡例は7.7%であった。期間を短縮した終了者のうちでは82.0%が疾病性・社会復帰要因の面で改善がみられたからであったが、8.0%は治療反応性の面で法適用の対象外とされ処遇終了となっていた。外来通院の継続状況は77.3%がそのまま通院を継続、17.5%が他院へ転院、その時点で通院自体を終了したのは5.2%であった。外来通院はこのように多くが継続されていても、多職種チーム会議やケア会議については継続していたのはそれぞれ4.0%、9.3%であった。共通評価項目や終了時の評価全体では、通院処遇継続中の対象者と比べ「概ね問題なし」とする割合が多く、GAFも高く、比較的安定した状態で処遇を終えていることが窺われた。

その他の調査結果については資料2に記し、更に詳細を分析中である。

(2) 「MDT経過シート」は現在3名の対象者について用いており、他の北陸3県の医療機関についても配布しているが、現在実際に使用しながら通院医療の円滑化に果たす効果を検討中である。現時点では、主に訪問看護などのアウトリーチによって得られた、実際の生活上の細かい点までの情報共有を多職種チーム全体で迅速に行える面で有用であること、一方で他で既に記録等を行っている各種ツールとの統合をどのように行うかという点は課題に挙がっていた。今後対象者を増やし、検討を続けていく予定である。

D. 考察

(1) アンケート調査結果について

①指定通院医療機関では、当該通院事業に関わるスタッフとして、訪問看護師が重要な役割を持つが、各医療機関の訪問看護師数は4.2人と平成20年度調査に比較して1名が増加している。また、精神保健福祉士ならびに作業療法士についても1名ずつ増加している。いずれも微増ではあるが、指定通院医療機関となる病院は、比較的多機能な病院が多く、地域移行に関係するスタッフの増員に努めていることが示された。これまで、厚労省が通院医学管理料の増額に努めてきたが、この効果の現れと見ることもできる。今後、指定通院医療機関に対して通院医学管理料をさらに増額することで、一層有効な結果が得られるものと考えられる。

医師以外の多職種チームの構成員についてみると、訪問看護師(30.2%)、精神保健福祉士(26.8%)、作業療法士(9.8%)、心理士(9.6%)、薬剤師(2%)の順であった。他方、訪問を担当している職種では、看護師が92.1%で、精神保健福祉士は6.7%に過ぎなかった。

②通院対象者数は、平成21年12月末では、厚労省の報告によれば、通院対象者数は450

人、このうち、直接通院者235人(52.2%)、移行通院者215名(47.8%)である。また、処遇終了者数は85人(期間満了8、処遇終了決定59、再入院4、死亡14)である。今回、報告された通院対象者は246人で厚労省報告の54.7%に相当する。また、処遇終了者数は118名であるが、厚労省報告の85名よりも多い数字が得られている。報告よりも多い結果が得られていることについては、現在、その理由を検索中である。回答を報告した168医療機関で平均すると、1医療機関あたりの通院対象者数は、平均2.3人と平成20年に比して変化はないが、対象者がいない指定通院医療機関は23.2%と平成20年度調査の37.2%に比して大きく減少している。全体の4分の3以上の指定通院医療機関において通院対象者がいることになる。

③通院対象者の状況では、全体の9.8%において精神保健福祉法入院を行なっている。モニタリング研究中の吉川班のデータでは、約3分の1が通院途中で精神保健福祉法入院を経験しているとのことである。当該法の原因となった対象行為をみると、直接通院では放火(35.3%)、傷害(29.4%)、殺人(26.5%)の順であるが、移行通院では傷害(41.8%)、殺人(26.1%)、放火(23.5%)の順で、直接通院群では放火が最も多い。この傾向は、これまでの報告と同一であり、気分障害や、知的障害を伴った事例に多いとされている事実と合致する。診断分類では、いずれもF2が最も多いが、移行通院では84.1%であるのに比して、直接通院では65.8%にすぎない。また、直接通院群では、F3が15.3%、F1が9.2%であり、これまでの報告と同一の結果である。合併症の状況を見ると、23.4%において身体合併症があり、そのうちの38.5%(全体の9%)については専門医による診療が必要とされ、常に10%程度の重度の身体合併症がいることを念頭に置かなければならない。

④治療期間について：通院期間をガイドラインに沿って分類すると、通院前期（22%）、中期（53.2%）、後期（24%）であった。4年以上の延長が行なわれているのは1.6%にすぎなかった。圧倒的に通院中期が多い。また、平均通院期間は480.5日であった。

⑤精神保健福祉法による入院についてみると、通院開始時に入院となった事例は24.4%と約4分の1に達している。その理由は通院の支援体制の整備等が最も多い。通院経過中の入院は29.4%に及んでおり、前述の吉川班の報告と同様に、約30%が入院をしており、精神保健福祉法を利用した入院が通院処遇上では重要な位置を占めていることが示されている。また、9.8%については、継続的な入院が行なわれている事実も見逃せない。

⑥居住施設・就労について：55%が家族と同居し、続いて、単身（26.1%）、施設入居（15.3%）である。特に、直接通院群では、家族と同居が71%にも及んでいる。また、就労をしている対象者は非正規雇用も含めて8.1%にすぎない。

⑦医療保険サービスによる支援：訪問看護の利用は全体の76%に及び、その利用頻度は週に1回が最も多い（37.8%）。デイケアの利用は54.5%に止まっている。また、訪問看護とデイケアの併用についても55%に止まっている。

⑧対象者の評価：GAFスコアーでは、60-51が25.1%と最も多く、その平均は57.4%であった。共通評価項目の内容を見ると、その問題点を分析すると、環境的要素（31.5%）、個人心理的要素（25.1%）、精神医学的要素（21.4%）、治療的要素（15.2%）の順であった。全体的な安定状況については、概ね安定（71.2%）、やや不安定（23.9%）、かなり不安定（5%）であった。不安定と判定された対象者は5%と少数派ではあるが、これらの対象者の支援を以下に行なうべきかについて、今後、十分に検討する必要がある。

⑨処遇終了者について：118人の処遇終了者の疾患分類は、F2（74.4%）、F3（13.7%）、F1（4.3%）であった。あえて、終了となりやすい疾患をあげれば、F3、F2があげられる。また、直接通院の方が処遇終了となる割合が多い（65.8%）。さらに終了時点での共通評価項目を見ると、明らかに項目の点数は、いずれも軽減している。

（2）多職種チーム（MDT）経過シートの有効性について

松原病院通院中の対象者3名について試行したところ、特に訪問看護師が、経過中に対象者の変化を最も早く、また、的確に把握していることが分かった。また、訪問を実施している精神保健福祉士においても、同様なことが言えた。訪問中に気づいた対象者の変化をできるだけ早めにチームに伝え、また、その内容を共通評価項目を利用して、的確に伝達することは極めて重要なことである。この点では、ソフトの開発は有効であった。今後、さらに、工夫を重ねて、行政側担当者、保健センター担当者、さらには、社会復帰調整官との連携が可能となるようにすることが求められる。

E. 結論

（1）全国の指定通院医療機関に対してアンケート調査を実施した。施設調査では、次第に参画するスタッフが増加していることがうかがえる。

（2）通院対象者の増加に伴って、約77%の指定通院医療機関が対象者の治療に当たるまでに増加した。

（3）対象者について分析すると、疾病分類では、直接通院ではF2が65.8%にとどまり、対象行為も放火が35.3%と最も多かった。

（4）通院処遇中の精神保健福祉法入院は約30%について行なわれており、通院治療上では重要な要素となっていることが示された。