

番号	訪問先	訪問	項目番号	学んだ項目	ピアレビューの意見	3カ月後の自施設での検討
43	9	12	3	朝の申し送り時のプログラム担当のミーティング	その日に行われるプログラム担当が集まり話をしてきた。	
44			1	3ヶ月毎の評価の徹底	しっかりと定期的に評価できている。	
45			2	カルテ整理	外出・外泊の書類を別ファイルに整理することで見やすくなる。	
46	11	13	3	プログラム	導入判断をMDTとプログラム係で調整し、一定の参加数で実施している。	
47			4	園芸プログラム		
48			5	セルフモニタリング	チェックシートが統一された物を使用していた	
49			6	治療評価会議	1時間半と短時間に終了出来ている	
50			7	中庭の開放時間	開放時間が長く、対象者の窮屈感がないと考える。	
51			1	必ずプログラム前に目標の確認、意識付けをきちんとしていた点	プログラムへの目的と意識付けの確認のために必ず実施している。	
52			2	安易にこちらから呼びに行かず、自立を促す方法をとっていた点	対象者自身が生活をコントロールできるように支援するため。	
53			3	院内の医療観察法病棟以外のプログラムへの積極的な参加（デイケア）を行っている点	デイケアスタッフともMDT会議を共有し、可能な限り実施したいと考えていた。今回運営会議を通して初めて実施したが、今後も運用していきたい。	
54	20	23	4	弁護士など司法関係者との連携による権利擁護の重要性	当院でも継続して検討していく課題と考えている。可能であればアドボケイトの場として弁護士さんに病棟へ伺ってもらえるように調整したい。	
55			5	審判シミュレーションの実施の検討	最初は本人のリハーサル程度で考えていたが、行ううちに内省を深める良い機会になっていると感じている。継続したい。	
56			6	MDT会議の定期的な実施と、そこに合わせて必ずMDT面接を実施し、本人との意思疎通を実施している点	本人との信頼関係を築く上でも重要視している。継続していきたい。	
57			1	対象者同伴のMDTミーティング	責任、観察レベル、プログラム他、治療の局面を全て対象者に明らかにし、対象者の裁量を治療に反映させる	
58	11	13	2	プログラムへの看護師の積極的登用	看護師主体の疾病教育等	
59			3	家族ゼミナール	集団家族心理教育の計画と実施の必要を監事ながら実施に至っていない	
60			1	看護計画の定期評価	看護の視点で、問題解決の実施と評価によって質の担保を行っている	
61	1	14	2	最教育プログラムのシステム	各プログラムの再教育があらかじめ強化されている。	
62			3	プログラムの内容	楽しめかつ実践的なプログラム作成がなされている。	
63	6	17	1	条件反射制御法	先進的な取り組み。	結果を教えてください対象者の特性に合わせ導入も検討。
64	10	8	1	「withP」	対象者の希望を前もって紙面に記載してもらい、院内CPAを実施する形式は患者の参加態度を向上する可能性あり	
65	24	21	1	リスクアセスメント	ツールがシステムティックに使われており有効	
66			2	退院促進プログラム	多種のプログラムが有機的に結び付けられている	

表7 ピアレビューが学んだ事項の技術移転

番号	訪問先	訪問	項目番号	学んだ項目	ピアレビューの意見	3カ月後の自施設での検討
1	23	24	1	行動制限の最小化・最適化	リスクアセスメント、観察レベルの見直しにより、不要な行動制限は行わないように努めていた	
2			2	CVPPPトレーニングの構造化	トレーナー養成研修に則した内容で研修をされていることには驚いた。特にロールプレイを含むチームテクニクスを実施されていることは学びになった	
3			3	配置換え職員のオリエンテーションの構造化	当院では配置換え職員に対する教育システムがなく、参考になった	
4			4	独自のシートによる長期的な治療計画の作成、スケジュール管理	長期的な治療計画やスケジュール管理は学びになった。スタッフ間での治療方針の共有にも役立つと感じた	
5	4	2	1	WRAP	ピアサポーターを招聘し、患者主体の参加型PGとなっている。健康的な生活の知恵・価値観を出し合うPGであり、クライシスプラン作成時、対処法を押しつけでなく、自分で導き出す方法を学ぶことができる有意義なPG	
6	3	5	1	エリアミーティング	何か問題が起こったときに問題を対象者と共にタイムリーに取り扱える場があることが参考になった	
7			2	申し送り	トピックスがある場合、各モジュールからの情報提供が全体に向けて口頭で伝えられることで情報共有しやすい。モジュール間の風通しが良い。	
8			3	WRAP	対象者がリカバリーしていく一翼を担っている	
9	2	15	1	服薬自己管理プログラム	パスを利用することで円滑に導入、実施	
10			2	ステージアップ時の評価シート	課題の達成度や治療の進捗状況がMDTによって整理されており、治療評価会議・運営会議に提出されている	
11			3	パスに沿った治療の進展	パスを重視することでスムーズな治療進行	
12	30	26	1	本人、家族が同席の心理教育	本人、家族個別の心理教育だけでなく同席して行なう機会がある方が、より効果的である	
13	21	19	1	MDT会議における本人参加	会議後の面接は行っているが、会議中に参加することを検討したい	
14			2	看護師健康増進プログラムの実施	プログラムの導入を検討したい	
15	16	22	1	運営会議の中で入退院者情報を共有	情報の共有	
16			2	各種プログラムについて	集団プログラムとしておこなわれており有効ではないかと考えた	
17	29	18	1	社会復帰調整官の会議への参加	社会復帰調整官との連携が積極的に図られる	
18	9	12	1	治療評価会議の記録の仕方が整理されている	「現状の課題」「治療・取組」「反応と達成度」「問題点」「トピックス」に分かれていた	
19			2	対象者にインターネットができる環境が提供されている	外出計画を一緒に立てることに活用するなど、対象者の主体性を引き出す使用ができていた	
20	11	13	1	外出・外泊の承認	2回目以降は運営会議でなく直接病院長の承認を得ている	
21			2	暖房温度を20度に設定	若干寒い、季節を感じ、資源節約に利する。	
23	1	14	1	アンガーマネジメントプログラム	自施設では導入されていないので見習いたい	
24			2	ロードマッププログラム	自施設では導入されていないので見習いたい	
25			3	外泊体験報告会	外泊の目的や意義について、認識の深化にとっても役立っている	
26			4	集団CBTプログラム	参加者の実体験に即した楽しめるプログラム作成がなされている	

番号	訪問先	訪問	項目番号	学んだ項目	ピアレビューの意見	3カ月後の自施設での検討
27	6	17	1	対象者の自主性を尊重したプログラム	当院には欠けている部分であり、導入を前向きに検討する	
28			2	身体感覚への働きかけ	当院には欠けている部分であり、導入を前向きに検討する	
29			3	プログラムでのウォーミングアップの充実	ウォーミングアップの重要性を再確認した。	
30			4	外出泊の行程の図式化	外出泊のイメージが具体化しリスクアセスメントも実際的となる印象	
31			5	暴力被害の振り返りの構造化	暴力被害の程度に関わらず必要なサポートを得ながらスタッフ間で共有できている。	
32	10	8	1	放火プログラム	放火による問題を自覚できない対象に有効に働く可能性あり	

表8 自由意見

番号	訪問先施設	訪問施設ピアレビュー	意見
1	2	15	<p>調査期間内に自殺・自殺未遂の症例は認められなかった。</p> <p>全体的な雰囲気として、ゆとりがあり、対象者に安心感を与えるような印象を受けた。</p> <p>MDTの持ち方も効率的で、多職種でしっかり議論されていた。</p> <p>治療はパスにのっとりスムーズに行われており、治療の質が統一されていた。服薬自己管理のプログラムが充実しており、誤薬の少なさが印象的であった。</p> <p>プログラムでは、集団でのアプローチが充実しており、有効に機能していた。また、対象者が主体的に課題に取り組めることが出来るように工夫されていた。</p> <p>退院した対象者の家族の参加など、興味深い家族教室が行われていた。</p> <p>裁判所との連携もしっかりなされていた。</p> <p>今後の課題として、パスで漏れてしまう部分（たとえば、家族への介入、内省のさらなる深化等）への個別アプローチの充実が必要であると考えられた。</p> <p>また、人口比に比べ地域の指定通院医療機関数が少なく、地域調整に難渋している事例が多く見られたが、調整官とも連携し、地域の医療機関に医療観察法を理解してもらうような取り組みも必要であると思われた。</p> <p>治療反応性が見極めが早い印象を受けたため、クロザピンの導入などを進めていく必要を感じた。</p>
2	23	24 12	<p>参考になった事柄としては1) 対象者ごとの「月別予定表」にてスケジュールが可視的に管理されていたこと、2) プライマリNsのケアに対する意識の強さが感じられたこと、3) 全体的なスーパーバイズを病棟医長が行っており、対象者それぞれに対する具体的な介入方針が示されていること、4) 個別プログラムが多数存在し、丁寧なケアが提供されていること、5) CVPPPの勉強・実践に意欲的であること、6) クロザピン導入や単剤処方など適切な薬物療法が実践されていること、7) ガイドラインに忠実な医療を実践できていることが挙げられた。</p> <p>一方で今後の改善が期待される点としては1) 長期在院の対象者が多数存在し、ステージ移行や退院に向けた取り組みの強化が求められること、2) 1) のためには急性期・回復期・社会復帰期の明確な治療指標が必要であること、3) クロザピンの導入促進など薬物療法の更なる展開が期待されること、4) 「物質使用障害プログラム」など集団プログラムの開始や各種治療プログラムの深化が期待されること、5) セルフモニタリングの更なる実施の必要性が挙げられた。今回のピアレビューを通して、他院における医療観察法医療の実際を学ぶことができ、非常に有意義であった。また一方で当院の医療の現状についても考えさせられることが多かった。今回参考になった事柄を持ち帰るとともに、考えられる課題点に対しては多職種で共有し、積極的な改善に努めていきたい。</p>

番号	訪問先施設	訪問施設ピアレビュー	意見
3	3	5	病棟全体について：施設が新しく開放的な構造となっている。
			またアトリウムには娯楽物品が設置してあり、スタッフや対象者が集まりやすく過ごしやすい工夫がみられた。セキュリティ・アメニティでのバランス良い評価が成されており、そういった面からも開放的な良い印象を受けた。スタッフはモチベーションが高い。楽しそうに働いている。互いによく声を掛け合い、笑顔が多く見られ雰囲気も良い。
			MDT、治療評価会議：各職種から対象者の治療方針についてガイドラインに則りながら明確な根拠を基に積極的な意見交換と情報共有がしっかりと行われていた。また必要性があればMDTで治療プログラムを実践したりと個別の対応が柔軟になされている。スタッフ一人一人が自身の役割を理解して対象者と関わっている。それらの事が会議の場でも自信をもってプレゼンテーションできることに繋がっている。
			運営会議：外出泊や入院継続などの案件に関して、3要件（疾病性、治療反応性、社会復帰阻害要因）などの根拠を独自のシートを使用して文章化し、プロジェクターに投影するなど視覚的にもわかりやすく、ディスカッションが効率的に行われている。
			プログラムその他運営について：治療プログラムが充実している。およそ半年ごとに評価・見直しが行われている。効果や在り方を見直していくことでスタッフのモチベーション維持につながっているのではないかと考える。病棟合同のプログラムやプログラムミーティングを行い、効率よく運営している。意見交換して足並みを揃えており、病棟間の連携がとれている。
			今回、限られた時間で実際に参加できたプログラムは少なかった。中でも毎週開催されているエリアミーティングにて病棟内で起きたトラブル（暴力）について被害者と加害者の気持ちについて考える場を作っていたことが印象的だった。対象行為、内省といった対象者の課題について多職種でどのように取り扱っていけば良いのかを思案していたが、今回のエリアミーティングを通して、対象者全体で話し合う、暴力について考えることは内省を深める上でとても意味のあると感じた。またエリアミーティングのように自身の意見を述べる機会が意図的に設けられている事によって、回復、社会復帰をしていく上で必要となる、他者に考えを伝える、助けを求めるといったスキルが強化されていくと思われる。このようなアプローチ方法があると学んだ。自施設に持ち帰り実践していきたい。
			ピアレビュー全体について：他施設にくる貴重な機会であったが資料の作成に追われ、プログラム見学やスタッフと情報交換する時間が期待したほど確保できなかったことが残念です。資料の作成作業がもっとコンパクトにならないのでしょうか。
4	3	5	スタッフの皆様が懇切丁寧に対応していただき、大変感謝いたします。
			修正型電気けいれん療法やクロザピン療法を適切に運用されており、見習いたいです。
			医師、看護師をはじめ多職種の皆様のモチベーションの高さに感銘いたしました。
			運営会議では、意見交換や質疑応答などが活発になされ、病院幹部の意識の高さが感じられた。また、外出・泊や入院継続および退院の申し立てなどの案件について、根拠に基づいてしっかりとした検討がなされていたのが素晴らしいと思いました。
			医師の人数が多いのがうらやましいです。
5	17	20	入院期間としては平均501日と短く、順調に退院している印象を受けた。長期入院となっている症例は、県外の方が多く、調整が困難であるとの理由である。
			多彩なプログラムが用意されており、ケアマップというプログラムの進み方が書かれたものを使って、今治療がどの段階にあるのかを対象者と一緒に確認していた。集団プログラムはパスに乗って進む印象もあり、個性は少ないのではないかと感じたが、その分個別のプログラムで補っていた。特徴的なプログラムとしては、服薬中断プログラムや被害者の気持ちを考える会である。服薬中断プログラムは、安全に薬をやめる最後の機会であり、行うことで対象者との信頼が深まる利点があるとのこと。被害者の気持ちを考える会では、DVDや被害者の手記を使って感想を言い合う取組をしていた。
			全体的に時間を有効に使っているという印象を受けた。MDT会議は1時間以内で終了し、参加するスタッフは目的によって変わっていた。プログラムの時間帯や時間枠も考えられており、一日のスケジュール管理が徹底されていた。対象者との関わりは支持的で、思っていることを言いやすい環境にあると感じた。
			今回のピアレビューでは、スケジュール・時間管理やさまざまなプログラムの必要性を学んだ。当院でも学んだ点を生かし、取り組んでいきたい。
6	26	27	概ねガイドラインに沿った入院期間となっている。入院→ステージ移行→退院までの流れを意識し、社会復帰に向けての具体的な目標を持って、治療が実施されている印象を受けた。治療評価会議・運営会議においても、こういった流れが明示され、個々の症例について具体的に話し合われていた。運営会議では通院処遇の症例のケースも話し合われていたが、線引きの難しさを感じた。
			MDT間の話し合いが比較的密に行われており、また、対象者にも積極的に会議への参加を促して治療意欲を引き出している点は非常に評価できる。また、スタッフの意識の高さを感じた。

番号	訪問先施設	訪問施設 ピア レビュー	意見
6	26	27	<p>SCIT、認知リハビリテーション、退院準備プログラムなど、独自のプログラムを実施していた。特に、豊富な資料を用いて認知機能に注目したプログラムを行っている点は感銘を受けた。個々の症例に対するアセスメントもしっかりしていた。</p> <p>病棟は救急・急性期病棟と連続した構造となっており、治療等において、双方の病棟に有益な面がみられた。また、リスクマネジメントの面で独自の工夫や注意を行っていた。一方で、スタッフが少ないため、個々の対応で全体が手薄になる事が時にあり、リスク管理の難しさも窺えた。</p>
7	30	26	<p>ケアマネジメント、会議、プログラムの運営をはじめとして、あらゆる点で、マニュアルで推奨されている点だけでなく、独自の業務内容についても、確実に丁寧に臨床、治療を行なっていることに強く感銘を受けた。</p> <p>こうした治療実践をベースに、今後更により良くするための提案としては、治療プログラムについては、現在実施している内容について、対象者本人の知識や技能の般化が十分に獲得されるまでは、その評価を基に継続して繰り返し実施する事の必要性を感じた。また、そうした知識の獲得や技能の般化をより強化するためには、ICFの心身機能レベルの改善や向上を目指した、認知機能リハビリテーションをはじめとするプログラムをより高頻度を実施することがより効果的であると考えられる。後者については、すでに実施に向けた準備が始まっていると言う事なので、今後の実践の展開、報告が聞ける事を期待している。</p>
8	5	1	<p>しおさい病棟における入院処遇全般は広域の入院、転入・転出のケース等を抱えながらも、おおむね良好に運営されている。</p> <p>その柱となっているのはMDT・院内ケア会議が毎月定期的に行われているためであろうと推測される。それにより対象者のモチベーションを低下させず治療の進展に一躍を果たしている事、そして多職種チームの関係性を担保し情報の共有や治療方針の決定が確実に実践されているからではないかと思う。</p> <p>今後の発展、多職種チーム医療の向上を考えると、日々実践される治療プログラムのさらなる再構築と職種間の各割分担、目的と実施のタイミングなど病棟全員で考えプログラム全体のマネジメントを確立していく必要があるのではないかと思う。多職種が目的達成のために病棟運営のさらなる創意と工夫を目指すことで、多職種間の関係性の向上が期待され評価会議などの運営にも良い影響をもたらす病棟全体の治療の流れがよりよくなると感じる。</p>
9	9	12	<p>全般的な印象：スタッフ間の風通しは良く活発に意見交換されていた。各職種が専門性や工夫を生かしたプログラムや個別介入が行われていた。また評価と方針の見直しは定期的に行われていた。改善点として多職種と対象者が連動した治療が少ない印象を受けた。治療課題を明確にし、多職種が連動して治療を行うことでさらに治療効果が上がると思われる。</p> <p>入院期間：1年半を超える長期入院者が65%、2年を超えるそれが45%で、それを防ぐ病棟全体としての戦略が必要と思われる。クロザピン治療、多職種治療やプログラムの連動は必要であろう。入院後2年経過しても具体的な退院先や通院治療のイメージがない対象者も少なくなく、入院早期より退院後の治療や生活のイメージを明確にし、それに向けた治療戦略を立てる必要がある。</p> <p>薬物療法：暴力行為・病状悪化のために長期の隔離、ステージダウンを行っている対象者が複数いた。その理由としてPDDや人格特性が大きな原因である症例もあるが、精神病症状が不安定でストレスにより容易に病状が再燃する症例もいた。特に陽性症状が残存するため治療が長期化している症例が多い印象であり積極的にクロザピンの投与を検討する必要があると思われる。</p> <p>治療プログラム：プログラムについては、看護師が積極的に各学習プログラムを運営していることが印象的であった。ホームワークの設定やそのフォローもできている。しかしその内容は多岐にわたり分散しており、多職種による関与が少ない様子であった。プログラムの企画・作成段階から多職種が関わることにより、さらに厚みのある内容や運営においても連動性のあるプログラムが提供されることが期待できる。ゾーン・全体ミーティングについては、対立構造になることも多く現在は行われていなかった。治療共同体の理念を基盤とする対象者中心の治療文化を作るためには、その再開が望まれる。</p> <p>MDT・CPA：CPAはマイウェイプログラムをモデルに、対象者のニーズを考慮した開催がなされているようであった。しかしCPAとMDT面接の目的や内容が混在している印象も受けた。共通評価項目の評価や治療計画の見直しは構造化・効率化されており、開催は定期的でスムーズであった。しかし、特に治療計画の見直しについては効率化されすぎている印象も受けた。治療目標やその達成度については、もう少し多職種で協議する必要があると考える。</p> <p>看護観察：スタッフステーション越しの対応が多く、急性期・共有ゾーンの扉が閉鎖し、マンパワーでの対応が不足している。各アトリウムにスタッフを配置して観察を行い、リスク評価を行いながら、急性期・共有ゾーンの扉をオープンにしていくことが望ましい。</p>
10	19	28	<p>医療観察法病棟が運営開始され5年が経過しており、ドクター以外は専属で異動も少なく固定されたメンバーで成熟したMDT会議や面接が実施できている印象であった。スタッフの人間関係も良好で情報共有も病棟師長の下で適切にされていると感じた。</p> <p>プログラムに関しては小規模ということで個人プログラムが中心となっていたが、集団の治療的な利用を当院とも情報を共有しながら進めていければと考えた。</p>

番号	訪問先施設	訪問施設ピアレビュー	意見
11	21	19	MDT会議は個別に評価を行った上で、開催間隔を設定するなど工夫が成されていた。話し合うポイントがP-Nsがある程度、整理されており、短い時間で効果的な話し合いがなされている。
			全体的にシステムの利用が少ない。その分独自の工夫された様式を利用し情報の共有は行われていた。システムの利用を活発に行うことで、情報の一元化は可能であるように思われた。
			フロアの利用はステージ別ではなく、リスク評価別になっており、ハードの違いはあるものの、当院でも工夫ができないものかと参考になった。
			ハード面において、角張ったところが当院に比して多いように感じられる。そのことでの自傷行為もあったとのことから今後の対策が期待される
			プログラムについてはリスク評価がしっかりなされ、自由度の高いものになっていたり、薬剤師がSSTを行うなど特筆すべき点もあった。
			鑑定から関わることで、対象者の情報が病院内としては共有しやすさがあったと考える。
12	29	18	社会復帰調整官がどの会議にも出席していた。⇒退院後の対象者の情報も把握しやすいし、地域の情報も定期的に収集できる（5床がすべて大阪の対象者のため、社会復帰調整官が出席しやすい環境にある）
			MDTに本人も参加され、本人の要望や思いを丁寧に汲みながらも、MDTとして伝えるべきことはしっかりと伝え、本人と話し合いながら治療をすすめる環境づくりができています（1例の見学からの所感）。
			他の医療観察法病棟からの転院の対象者のみのため、入院機関が長期になっている。回復期において、転院前の病院でなされていなかった服薬自己管理・症状自己管理・疾患教育などがされていないケースがあり、転院後の社会復帰期で行っているため、社会復帰期が長期にならざるを得ない状況。また、回復期で退院地が決定していないケースが多い。
			小規模病棟からフルスペックの病棟に移行するに当たっての問題が表出してくる可能性。現在男性中心で関わる人が多いが、今後は女性看護師も入ってくるため集団の力動等、注意深く観察が必要になってくる。
			小規模病棟のため、個別の心理社会教育が多い。フルスペックになれば集団療法ができるようになり、治療効果が高まる可能性が高い。
			グループホームへの外泊（徒歩で行くことが可能）などが頻繁にでき、地域の資源が多く、地域の理解も高い。
13	20	23	本院での取り組みと比較すると、弁護士などの司法関係者との共同作業の模索など、共通した課題も多かった。
			病棟全体が開放的な雰囲気大切に、対象者について、『信頼する姿勢』が多く見受けられたように感じる。
			ソーシャルワーカーとして、本病棟の中でどのように対象者に寄り添い、多職種での協働の中で内外ともに有機的につながって行くのかを改めて考える機会となった。
			指定入院医療機関で出来ることは限られている。対象者は当然地域の復していくため、地域生活を想定しつつ、いかに入院期間から地域での生活と、地域での本人を含んだ環境調整とそのコーディネートが必須であることが、本訪問で改めて考えさせられる点であった。
			具体的にはクライシスプランを入院中から完成させ、社会復帰期から具体的に運用していくこと、積極的かつ定期的なCPAの開催など、学ぶ点は多い。
			社会復帰調整官との関係性については、本院における調整官との関係性は適切に行うことが出来ているんだという振り返りにもなった。
			薬物療法に関しては、難治例に早めにクロザピンを使用し、症状の改善がなされている点が評価できると思われた。また抗精神病薬の単剤化は、症例の困難さを考えると、まだ十分とは言えないが、やむを得ない状況と考えられる。定期的なMDT開催、審判シミュレーションを頻回に行うなど評価出来る点が多かった。カルテ記載については、一部医師の記載が少ない部分があり、回診時の記載を定期的に行うなど工夫が必要と思われた。
			今後は、地域生活に向けたマネジメントのよりの確かなシステム作りが急務であり、その点を改めて考えるよい機会となった。今後の支援に活かしていきたい。
			本院においては、医療観察法病棟開棟から3年が経過している。これまでの自分達が行ってきた治療や支援の現状を踏まえた上で、ピアレビューによる評価という目的と併せて、他病棟での経験を通してたくさんのことを学び、考える良い機会を得ることが出来たと考える。
			特に、プログラムへの取り組みの仕組み、MDTでの対象者への関わり方や考え方、その姿勢など、学ぶべき点が多く見受けられた。
			この経験を病棟内できちんと伝達し、今後の治療と支援に活かしていかなければならないと感じた。

番号	訪問先施設	訪問施設ピアレビュー	意見
14	28	30	<p>1階に病棟があり、精神保健福祉法病棟(40床)との混合病棟。12床のうち2床は隔離対応ができ、モニターを設置。構造上、ステージ別のユニットが作れず。エリア分けもできないため、女性対象者は廊下奥の個室を使用している。</p> <p>4階に集団精神療法室や作業療法室、院内外泊用の和室などがあり、そこでプログラムを行っているが、1階の2室ある診察室でプログラムをすることもある。4階を使用する場合、移動時にエレベーターを使用する。密室となるエレベーター内や4階でのトラブル発生時の問題が残り、セキュリティ関係では苦慮されているとのことだった。今後も検討を続け、よりセキュリティが高まる方法があれば良い。面会者は入り口前でボディチェックするが、金属探知機のゲートはない。ボディチェックの方法が一目でわかるような工夫や、医療観察法に準じたボディチェックについてトラブルとなった経緯もあり、面会者に応じてボディチェック方法を分けるようにするなどの工夫も見られた。</p> <p>職種間の関係性も良く職種間で対等に意見できる雰囲気がありつつ、各職種のプロ意識が活かされやすい環境ではないかと感じた。併設病床の問題、マンパワーの問題などで病棟運営、プログラム運営に問題を抱えている。決定打的な解決策がなかなか出ないにしろ、その問題についての意識が高く、なんとかならないかと各職種の立場から高い問題意識を持って考えられていたのはとても良い姿勢と感じた。</p>
15	1	14	<p>約8年の歴史ある病棟で、プログラムの充実や看護師の活躍など見習う部分が多かった。</p> <p>また、当病棟に比較して治療評価会議が非常に議論しやすい雰囲気で行われており、当病棟もなんとかしてそのような雰囲気作りをする必要があると思われた。</p> <p>クロザピン使用例が非常に多くなってきているが、不穏がそれほど著しいわけではない場合には、もう少し、非定型薬もしくはハロペリドールなどの定型薬への反応性を確認してもいいのではないかと思われた。</p> <p>その他、ほぼ見習うべき点であったが、改善すべき点もいくつかあったため、それらは添付のパワーポイントにまとめフィードバックした。</p> <p>プログラムは肥大化し易い傾向にあるが、量的にも上手くまとめられた範囲で行われている。</p> <p>特記したいのは、外泊体験報告会と呼ばれる外泊後の対象者による他の対象者へ向けた報告会。外泊の目的や意義について、その認識を深化させる試みを模索するにはすぐれた取り組みだと感じた。</p> <p>アセスメントツールは定期的にしっか行われており、治療計画の評価も実施されている。ここで、気になる点は、看護計画がしっかりと立てられ、毎月の評価も行われているが、看護計画と治療計画の明確な違いについて理解できなかった。</p> <p>スタッフ間の情報交換が朝の引き継ぎ時に短時間みられるが、二つに分かれたNSステーションで相互の対象者の情報交換についてその後は特別には行われず、構造面・運用面での工夫とすれば午後一番での情報交換の時間がとれればと感じた。</p> <p>付与された資料では、12ヶ月以内に社会復帰へ移行をしたのは38%を占め、その40%がスタンダードでの退院につながっている。また、全体で処遇終了は13%、転院者に限ってみると転院者の22%が処遇終了。20ヶ月以上の長期入院で転院者が占める割合は23%に上り、転院者を前提にしたプログラムを考えるいい機会ではないか考える。</p> <p>プログラムや教材などのネーミングの上手さに惹きつけられた。意欲的とは言い難い対象者の方の意欲を、少しでも引き出せるように考えたとのこと。その他にもゲーム感覚で取り組めるような形を導入しており、切磋琢磨されていたのだと感じた。また入院から退院までの道筋がわかりにくい、刑務所ならば刑期がはっきりしているのに、と刑務所経験のある対象者の方々から言われたことがあるのだが、花巻病院では『ロードマッププログラム』という形で示されていた。集団の力動性と、個別対応のきめ細やかさを両立させていることに、感銘を受けた。</p> <p>対象者全員のミーティングは、自治を感じる雰囲気で行われており、そのために椅子の並べ方や、スタッフの入り方などいろいろと工夫を重ねた話を伺った。イギリスに比べればまだ不十分ですとのスタッフの言葉。慢心することなく日々の業務に励んで、実地に触れる機会をいただけて感謝している。</p>
16	11	13	<ol style="list-style-type: none"> <li>ピアレビュー事業について：相互評価の事業だが先行しての実施だったため段取りが掴めず、スタンダードな観察や職員へのインタビュー、講評のやり方について戸惑いが多かった。</li> <li>ハード面で感じたこと：いかめしく厳重な外周フェンス。建物は口の字型で広大な中庭にはテニスコートが一面整備されている。園芸、ウォーキング、キャッチボール等がのびのびできる羨ましい環境であった。死角は多い構造だがセキュリティで汲々としている印象は受けなかった。ナースステーション内は整然としており、不要な物は置いていない。カルテもわかりやすく整理されており、保管場所も棚の中と徹底されていた。</li> <li>スタッフについて：現在も開棟当時の看護師が14名残っており、コメディカルもベテランをうまく配置している。全体的に管理的な雰囲気が少ないのはスタッフの経験が豊富ませいか？</li> </ol>



番号	訪問先施設	訪問施設ピアレビュー	意見
16	11	13	4. 治療プログラムについて：対象者のニーズに合わせて多様なプログラムを提供している。同じ時間帯に3つのプログラムが動いていることもあり、スタッフ体制も最少限でコストパフォーマンスが高い印象を受けた。
			5. 開棟後6年を経てなお、看護が高い活動性を保ちながら、医療の高い質を維持していることに感銘を受けた。開棟からのコアメンバーを残している病院全体の大局的な方針によるところが大きいと感じた。
			6. その中で病棟医長を中心に、医師が多忙ながらも医療観察法のみならず、司法精神医療全般に力を注いでいる姿が心強かった。個人的には、なかなか良くなならない対象者を治療反応性の欠如を理由に、医観法からは外すべきでないかと考えがちであるが、医観法病棟以上に人的資源が配置されている病棟がない現状では、抱え込まずるを得ないという覚悟を決めることができたと思う。
			7. イギリスの司法研修以上に、このピアレビューの制度は参加者にとって利するところが大いと思う。病棟の中心メンバーだけでなく、若手（というよりは中堅）の医師などの参加も認めるべきではないだろうか。
			1. ピアレビューについて
			・施設同士の情報交換が不足していた。
			・新設病棟という意識が緊張を強化した。
			・当センターとの違いは色々あったが、その都度質問するにもタイミングが取りにくかった。
			・チェック項目に理解しにくい言葉が数カ所あったので優しい言葉に変えて欲しい。
			2. 施設について
			・構造が大きく違い、中庭の広さは伸び伸びとした環境でうらやましい。
			・各ユニットの対象者収容人員をほぼ均等にしているところに驚いた。
			・構造上、対象者同士の交流が多くは無いように感じた。
			・広いスペースがあり、レクリエーションを計画しなくても対象者の気分転換がしやすい印象。
			3. 対象者について
			・医観法でも難しい症例があり、今後も増加していく印象があり対策が必要と考える。
			・入院期間についても、長期入院はどの施設にもあるのだと考える。
			4. 治療プログラムについて
			・CPAの使い方の違いがあり戸惑った（CPA-対象者を含めたMDT会議）
			・MDT会議は3ヶ月毎の17項目評価を確実に実施できる方法と参考になった。（MDT会議が3ヶ月に1回では少ない印象、対象者と共に進めていく事が大事であると少ない経験から思う）
・全体ミーティングで、対象者同志の情報交換を実施して見習いたい。			
・対象者レベルに合わせたプログラムが作成されており、参考にしたい。			
・疾患教育の中でクライシスプランに繋がる教育を入院初期から導入している所も、見習っていく必要がある。			
17	16	22	月に1回、対象者を交えたMDT面接（ナビゲーションプログラム）を行っており、対象者との関係のあり方が参考になりました。
			裁判所への申し立てで、コメディカルの見解がないので、様式の違いがあった。特定のDrは自分なりの意見を記載して提出している。
18	10	8	・33床の病棟を平成20年6月に開棟し、4年が経過している。入院の長期化例が多い印象ではあるが、困難例を通院処遇まで移行できている症例が増えてきている様子。治療プログラムは看護師が主体的に関わっており、それを多職種が専門性を生かし、お互いに補い合って企画運営している。
			・患者の主体性を重んじるというアプローチの理念があることは、あらゆる面に表れているが、患者の潜在的なニーズを掘り起こす動機づけのスキルの向上が期待される。
			・自殺既遂例を経験したことから自殺リスクの構造的な評価システムが確立された点は評価できる。
			・暴力のリスク・アセスメントのポイントが、医師から他職種に伝達されてもよいように思われる。運営会議で議論されているようなリスク・アセスメントのポイントが、治療評価会議でも議論されることが望まれる。
			・協議した点については自院での取り組みを紹介した。いずれの点についても前向きに取り組むという方向で受け入れられ、今回のピアレビューでのやりとりが有効だった。



番号	訪問先施設	訪問施設ピアレビュー	意見
19	6	17	<p>平均入院日数(通院処遇に移行した45例)は903.750日と長期であるが、中央値をみると668.0日であり、入院機関が3年を超えた超長期入院事例何例かの退院促進が図れば、平均入院日数は短縮すると考えられる。以下に、当院と比較した上での、入院機関の長期化要因について記述する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・多角的・独創的な治療プログラムが準備され、継続的に実施されている。各職種のモチベーションも高く、それぞれの役割を高いレベルで果たしているが、入院期間への意識が全体的に低く、長期入院事例に対する多職種間の連動が乏しい。</li> <li>・対象者の自主性を重視したプログラムが多い一方で、生活場面では『責任をとること』への意識が強く、対象者の思いやニーズを十分に汲み取ることができず、対象者とMDTが対立構造に陥っているケースも散見される。</li> <li>・自傷・他害のリスクのある対象者に対しては手厚く、綿密に多職種が関わっているが、問題が表面化しにくい長期入院例に対しては、MDTによる継続したアプローチと検討が乏しく、治療評議会や運営会議等の機会を利用して、病棟全体で課題と方針を検討する場面もみられない。</li> <li>・MDTレベル、病棟レベルで入院治療の行程管理を行う存在がない。</li> <li>・クロザピンの未導入。</li> </ul> <p>今回、レビューの職種が3職種と増え、期間も5日間が確保され、並行してレビューとしての課題も増えたが、各施設の改善に直結するような内容となっており、これまでの『言いつ放し』になりがちな状況からより実践的・具体的なものに進化したと感じる。</p>
20	27	29	<p>同じ小規模病棟であるが、ピアレビュー施設は一般の病棟に併設されており、訪問先施設では親病棟なるものは存在するものの病棟の構造や看護スタッフの体制は独立しており、その相違点が治療体制や会議の態様等に反映されていて興味深かった。</p> <p>少数で限定されたスタッフに関わることによって各々のスタッフ間における対象者の情報共有は相当精度の高いものとなり得ると思われ、実際に訪問先施設の情報共有はすばらしかった。</p> <p>限定的なスタッフでのかわりは多方面からの視点、意見が得られにくくなるであろうし、それゆえ、特に治療に行き詰ったときはその状況の打開が困難となるおそれがある。</p> <p>訪問先施設においては、対象者の個別性を重視し、プログラムを対象者ごとに何度も練り直しながら粘り強く治療を行っていくことでスタッフの数的不利を克服しているように見受けられた。</p> <p>ただひとつ残念に感じたことは、非常に丁寧な治療を提供されているが、現在のところ他施設への転院ケースが多く、通院処遇への移行まで治療に携われる機会が少ないという点である。このことは開棟から期間が浅いということや周辺の医療観察法病床の状況等が影響していると思われ、今後、地元の対象者が増加していく中で、より訪問先施設の良さが発揮されていくのではないかと思われた。</p>
21	4	2	<p>①対象者の選定を鑑定段階で見極めること。</p> <p>疾患が重度で、精神遅滞や自閉等の発達障害のある症例や、長期に渡り精神科での治療(他害行為により複数回の措置・医療保護入院歴のある者)を受けているにも関わらず犯罪を起こした者、非常に治療反応性の低い症例、認知症症例は医療観察法の適応から除外されるべきではないか提案する。</p> <p>②入院期間を明確にすること。</p> <p>高度で濃厚な医療を提供している病院でも長期入院が生じている。治療ガイドラインから大幅に入院期間が延長されている症例は処遇終了を検討するべきではないか。膨大な医療費が問題になっている今日、費用対効果をふまえて再考すべきではないか提案する。</p> <p>③病院間での人員配置の格差を無くすこと。</p> <p>同じ医療観察入院施設で格差が生じ、医療サービスの質的・量的な格差が生じてしまう。結果、治療実績にも格差生じ、対象者にとってどこの入院処遇施設に入院するかで受けられるサービスの差が生じ、結果、対象者の不利益になると考えスタッフ配置(医師・コメディカル)の格差がありスタッフの人員増加・適正な配置を要求する。</p> <p>④訪問病院について</p> <p>プログラムにWARPや外部講師を活用するなど、新たな試みに取り組んでいる一方、既存のプログラムにおいても定期的なトレーニングを通してスタッフ全員がプログラムの司会・進行のスキルや内容の維持・向上に努めている。</p> <p>クロザピン使用やm-ECTの併用も試みられており、治療効果が得られている。</p> <p>以下の項目の詳細については、同封したパワーポイントを参照してください。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・全体の印象・NS・モジュール・MDT・治療評価会議・治療計画・治療の進め方・プログラム・アメニティー重視の病棟運営</li> </ul>

番号	訪問先施設	訪問施設 ピア レビュー	意見
22	25	3	<p>指定入院医療機関としては新しいが、既に指定通院医療機関としては実績がある。既に多職種チーム医療は完全に根付いており、各職種がそれぞれに評価を行い、それに基づき討論をきちんと行っている。</p> <p>病院全体で医療観察法医療を支える体制が既にあり、また外部の意見を取り入れていく積極性もある。この勢いを保って指定入院医療機関としての実績を積み重ねていくことを願う。</p>
23	24	21	<p>マンパワーの減少は今回ピアレビューで指摘した本院の長所を削ぎ、改善すべきと思われる状況をさらに深刻化させることにつながると思われる。</p> <p>このような状況に対して短期的にはMDTの強化、看護職の役割の拡大で対応せざるを得ないとして、長期的には安定した医師の供給体制の確立が必要である。</p> <p>県内での医師確保が困難である場合に、入院処遇機関として広域から対象者を受け入れ、広域圏の基幹病棟として稼働していることを踏まえれば、少なくとも管轄範囲全体から医師を供給体制の構築が必要であり、少なくとも当局はそのような問題意識を持つべきである。</p> <p>看護師の視点からだ看護師一人一人は素晴らしいが、反面ケアコーディネーターの役割遂行がまだまだ不十分な印象を受けた。</p> <p>入院時面接時のシステム化（司会は看護師が担い、担当MDTが社会復帰における協力者であること、そして対象者自身に何故入院になったのか対象行為は何なのかを語ってもらう、退院までの見通しを伝えるなど）することを提案した。そういったことが、治療共同体理念における看護師自身の社会的学習と成長を促すものと考ええる。</p>

厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合研究事業（精神障害分野）

医療観察法の向上と関係機関の連携に関する研究

（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 24 年度

分担研究報告書

平成 25（2013）年 3 月

分担研究者 平林 直次

国立精神・神経医療研究センター病院

平成24年度厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合研究事業（精神障害分野）

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・神経医療研究センター病院

研究協力者：

朝比奈次郎（国立精神・神経医療研究センター病院）

佐藤真由美（国立精神・神経医療研究センター病院）

新井 薫（国立精神・神経医療研究センター病院）

永田 貴子（国立精神・神経医療研究センター病院）

大森 まゆ（国立精神・神経医療研究センター病院）

黒木 規臣（国立精神・神経医療研究センター病院）

－独立行政法人国立病院機構－

中嶋 正人（花巻病院）

八木 深（東尾張病院）

須藤 徹（肥前精神医療センター）

村田 昌彦（北陸病院）

西岡 直也（久里浜アルコール症センター）

上馬場伸始（さいがた病院）

村杉 謙次（小諸高原病院）

中根 潤（下総精神医療センター）

大鶴 卓（琉球病院）

桂木 正一（菊池病院）

界外 啓之（榊原病院）

山口 博之（賀茂精神医療センター）

中谷 紀子（やまと精神医療センター）

土井 清（鳥取医療センター）

－都道府県立－

西倉 秀哉（大阪府立精神医療センター）

来住 由樹（岡山県精神科医療センター）

林田健太郎（長崎県病院企業団 長崎県精神医療センター）

赤田卓志朗（群馬県立精神医療センター）

長澤 淳也（長野県立こころの医療センター 駒ヶ根）

小澤 篤嗣（神奈川県立精神医療センター 芹香病院）

宮田 量治（山梨県立北病院）

村上 直人（静岡県立こころの医療センター）

黒田 治（東京都立松沢病院）

山畑 良蔵（鹿児島県立始良病院）

妹尾 栄一（茨城県立こころの医療センター）

竹林 宏（埼玉県立精神医療センター）

兼行 浩史（山口県立こころの医療センター）

研究要旨

1. 平成24年度においては、研究1「指定入院医療機関における入院期間調査」および研究2「入院医療機関の医療の実態調査」および研究3「Fidelity check sheetを用いた指定入院医療機関の機能調査」の3つの研究を継続実施した。
2. **研究1**：全国の指定入院医療機関28施設を対象として、Kaplan-Meyer法により入院日数を推計した。推計入院日数の中央値763日（95%信頼区間740-785日）、平均値は912日（95%信頼区間871-952日）であった。一方、その伸び率には鈍化傾向が認められた。
3. **研究2**：病床あたりの年間隔離実施件数を経年的に見ると、平成19年度から平成23年度まで男性0.064～0.101/床/年の範囲内で推移していたが、平成24年度には0.176/床/年へと増加した。拘束については、平成19年度から平成23年度まで男性0.013～0.024/床/年の範囲内で推移していたが、平成24年度には0.036/床/年となった。

4. 長期行動制限実施例や行動制限頻回反復例が増加しており、個別調査が必要と考えられた。
5. 修正型電気けいれん療法（m-ECT）の実施状況は、医療観察法施行から平成23年度まで20名であったが、平成24年度一年間で14名に実施された。また、倫理会議における事前承認が57.1%と減少していた。入院処遇ガイドラインの周知徹底が必要である。
6. **研究3**：ピアレビュー実施の際に、指定入院医療機関のFidelityを確保するためチェックシート（指定入院医療機関機能評価シート）を用いて、全国の指定入院医療機関の機能を評価した。
7. 今後、ピアレビューの機能評価ツールとして、評価項目や評価方法の改訂に加え、各施設へのフィードバック方法等を検討する必要性が認められた。

平成24年度においては、研究1「指定入院医療機関における入院期間調査」および研究2「入院医療機関の医療の実態調査」および研究3「Fidelity check sheetを用いた指定入院医療機関の機能調査」の3つの研究を実施した。

## 研究1. 指定入院医療機関における入院期間調査

### A. 研究目的

平成17年に医療観察法が施行され、平成19年度より毎年7月15日を調査日として、全国の指定入院医療機関の推計入院期間を継続的にモニタリングしてきた。本研究の目的は、全国の指定入院医療機関の入院期間を推計し、医療観察制度の基礎的資料を提供することである。

### B. 研究方法と対象

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24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配布し回答を得た。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 ver 17.0®を用いて、Kaplan-Meyer法により入院期間（入院日数）を推計した。推計入院日数の比較にはCox回帰分析を用いて $p < 0.05$ を有意とした。

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・神経医療研究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

#### 1. 概要

平成24年7月15日調査日現在において全国に設置されていた指定入院医療機関は、表1-1-1に示したとおり、28施設であった。また、指定入院医療機関の病床数から標準型33床以上、小規模病棟17床、小規格病棟5床程度の3つに分類した。運用日数は623日～2,923日であった。また、表1-1-2に示したとおり、医療観察法が平成17年7月15日に施行されてから調査日までに、指定入院医療機関が受け入れた対象者数は1,882名であった。なお、これには指定入院医療機関の間での転院例327名、処遇不明例12名が含まれていた。転院例については、平成24年7月15日現在において入院していた医療機関の入院対象者として取り扱った。

転院例を除く入院対象者1,543名の年代性別

表 1-1-1 指定入院医療機関の整備状況（平成24年7月15日現在）

	開棟年月日	病棟規模	運用日数
独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター病院	平成17年7月15日	1	2,923
－独立行政法人国立病院機構－			
花巻病院	平成17年10月1日	1	2,845
東尾張病院	平成17年12月1日	1	2,784
肥前精神医療センター	平成18年1月1日	1	2,753
北陸病院	平成18年2月1日	1	2,722
久里浜アルコール症センター	平成18年4月1日	1	2,663
さいがた病院	平成18年4月1日	1	2,663
小諸高原病院	平成18年6月15日	2	2,588
下総精神医療センター	平成18年10月10日	1	2,471
琉球病院	平成19年2月1日	1	2,357
菊池病院	平成19年9月3日	1	2,143
榊原病院	平成19年10月15日	2	2,101
賀茂精神医療センター	平成20年6月24日	1	1,848
やまと精神医療センター	平成22年8月1日	1	1,080
鳥取医療センター	平成22年5月1日	3	1,172
－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	3	2,139
岡山県精神科医療センター	平成19年10月1日	1	2,115
長崎県病院企業団 長崎県精神医療センター	平成20年4月1日	2	1,932
群馬県立精神医療センター	平成21年6月15日	3	1,492
長野県立こころの医療センター駒ヶ根	平成22年3月15日	3	1,219
神奈川県立精神医療センター芹香病院	平成22年2月1日	3	1,261
山梨県立北病院	平成22年7月1日	3	1,111
静岡県立こころの医療センター	平成21年3月24日	2	1,575
東京都立松沢病院	平成22年3月1日	1	1,233
鹿児島県立始良病院	平成22年7月1日	2	1,111
茨城県立こころの医療センター	平成23年10月1日	2	654
埼玉県立精神医療センター	平成23年11月1日	1	623
山口県立こころの医療センター	平成23年2月1日	3	896
			1,335

1：標準病棟、2：小規模病棟、3：小規格病棟

表 1-1-2 施設別 転入院数

	入院数	(%)	転入者数*	(%)
独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター病院	195	( 10.4)	43	(22.1)
花巻病院	145	( 7.7)	18	(12.4)
東尾張病院	136	( 7.2)	8	( 5.9)
肥前精神医療センター	143	( 7.6)	6	( 4.2)
北陸病院	133	( 7.1)	8	( 6.0)
久里浜アルコール症センター	139	( 7.4)	28	(20.1)
さいがた病院	127	( 6.7)	4	( 3.1)
小諸高原病院	78	( 4.1)	10	(12.8)
下総精神医療センター	139	( 7.4)	16	(11.5)
琉球病院	102	( 5.4)	9	( 8.8)

菊池病院	66	( 3.5)	10	(15.2)
榊原病院	19	( 1.0)	13	(68.4)
賀茂精神医療センター	84	( 4.5)	24	(28.6)
やまと精神医療センター	39	( 2.1)	7	(17.9)
鳥取医療センター	12	( 0.6)	0	( 0.0)
大阪府立精神医療センター	21	( 1.1)	4	(19.0)
岡山県精神科医療センター	110	( 5.8)	24	(21.8)
長崎県病院企業団 長崎県精神医療センター	20	( 1.1)	12	(60.0)
群馬県立精神医療センター	21	( 1.1)	20	(95.2)
長野県立こころの医療センター駒ヶ根	9	( 0.5)	4	(44.4)
神奈川県立精神医療センター芹香病院	4	( 0.2)	3	(75.0)
山梨県立北病院	4	( 0.2)	3	(75.0)
静岡県立こころの医療センター	12	( 0.6)	8	(66.7)
東京都立松沢病院	51	( 2.7)	17	(33.3)
鹿児島県立始良病院	19	( 1.0)	12	(63.2)
茨城県立こころの医療センター	19	( 1.0)	18	(94.7)
埼玉県立精神医療センター	33	( 1.8)	30	(90.9)
山口県立こころの医療センター	2	( 0.1)	1	(50.0)
計	1,882	(100.0)	360	

\*: 転入院者の中には、複数回転院した者が含まれており、転院経験者327名よりも多くなっている。

内訳、ICD-10による診断内訳、対象行為の内訳をそれぞれ表1-1-3～5に示した。

調査時点における転帰は、表1-2-1に示したとおり、入院中648名(34.4%)、転院327名(17.4%)、退院895名(47.6%)、処遇不明12名(0.6%)であった。表1-2-2、表1-2-3にそれぞれ年代別および性別転帰を示した。

## 2. 推計入院期間

指定入院医療機関の推計入院日数については、死亡および抗告退院を除き、処遇終了となった対象者と通院処遇となった対象者を対象として算出した。表1-3-1に示したとおり、推計入院日数の平均値および中央値は、それぞれ864日(95%信頼区間830-898日)、744日(95%信頼区間723-764日)であった。入院日数と入院継続率との関係については図1に示した。

次に、入院処遇から通院処遇に移行するまでの標準的な期間を明らかにするために、処遇終了となった対象者も除き、通院処遇となった対象者についてのみ推計入院日数を算

出した。表1-3-2に示したとおり、推計入院日数の平均値および中央値は、それぞれ912日(95%信頼区間871-952日)、763日(95%信頼区間740-785日)であった。入院日数と入院継続率との関係については図2に示した。また、平成20～24年度までの5年間における推計入院日数の推移を表1-3-3に示した。推計入院日数は毎年伸びる傾向を示していたが、その伸び率は鈍化する傾向が認められた。

性別推計入院日数の平均値および中央値は、表1-3-4に示したとおり、それぞれ、男：930日(95%信頼区間885-976日)、774日(95%信頼区間743-804日)、女：852日(95%信頼区間754-950日)、736日(95%信頼区間677-794日)であった。男性は女性より有意に入院日数が長かった。

指定入院医療機関においては退院後の地域調整を目的としてしばしば退院地に近い指定入院医療機関への転院が行われる。この転院経験の有無別に、推計入院日数を算出し表1-3-5に示し、入院日数と入院継続率との関係を図3に示した。推計入院日数の平均値お



表 1-1-3 入院対象者の年代・性別

	女	男	計
20代	47	223	270
30代	99	346	445
40代	75	269	344
50代	61	223	284
60代	29	120	149
70代	8	33	41
80代	1	8	9
90才以上	0	1	1
計	320	1,223	1,543

表 1-1-4 診断内訳 (ICD-10)

	退院	入院中	計
F 0	30	11	40
F 1	71	32	103
F 2	695	551	1,246
F 3	48	23	71
F 4	5	5	10
F 6	9	6	15
F 7	15	6	21
F 8	18	9	27
F 9	2	1	3
G 3	1	1	2
G 4	1	2	3
疾病無し	0	1	1
計	895	648	1,543

表 1-1-5 対象行為の内訳

	退院	入院中	計
強姦	1	1	2
強姦未遂	10	4	14
強制わいせつ	31	23	54
強制わいせつ未遂	4	4	8
強盗	23	17	40
強盗未遂	14	11	25
殺人	141	108	249
殺人未遂	146	110	256
傷害	301	211	512
放火	194	142	336
放火未遂	30	17	47
計	895	648	1,543

表 1-2-1 H24年7月15日現在の転帰

	入院中	退院 (895)										転院	不明	計		
		抗告退院		死亡 (10)		処遇終了 (170)			通院処遇 (699)						処遇不明	計
		自殺	病死	医療なし	通院	入院	家族同居	施設入所	単身	入院						
人	648	7	7	3	13	48	109	237	186	159	117	9	895	327	12	1,882
%	34.4	0.4	0.4	0.2	0.7	2.6	5.8	12.6	9.9	8.4	6.2	0.5	47.6	17.4	0.6	100.0

表 1-2-2 転帰と年代

	入院中	退院					不明	合計
		抗告退院	死亡	処遇終了	通院処遇	不明		
20代	112	1	2	19	132	4	270	
30代	195	1	0	36	211	2	445	
40代	163	1	2	22	155	1	344	
50代	104	2	1	44	131	2	284	
60代	54	2	4	35	54	0	149	
70代	19	0	1	9	12	0	41	
80代	1	0	0	5	3	0	9	
90才以上	0	0	0	0	1	0	1	
計	648	7	10	170	699	9	1,543	

表1-2-3 転帰と性別

	退院					計	転院	入院中	不明	計
	抗告退院	死亡	処遇終了	通院処遇	不明					
女	1	0	29	145	3	178	55	142	2	377
男	6	10	141	554	6	717	272	506	10	1,505
計	7	10	170	699	9	895	327	648	12	1,882

表1-3-1 対象者の入院期間（平成24年度） n=1,517（事象の数869）

	日数	95%信頼区間
平均値	864	(830-898)
中央値	744	(723-764)

kaplan-meyer法による推定入院日数：入院－退院（通院処遇および処遇終了）を対象とした場合

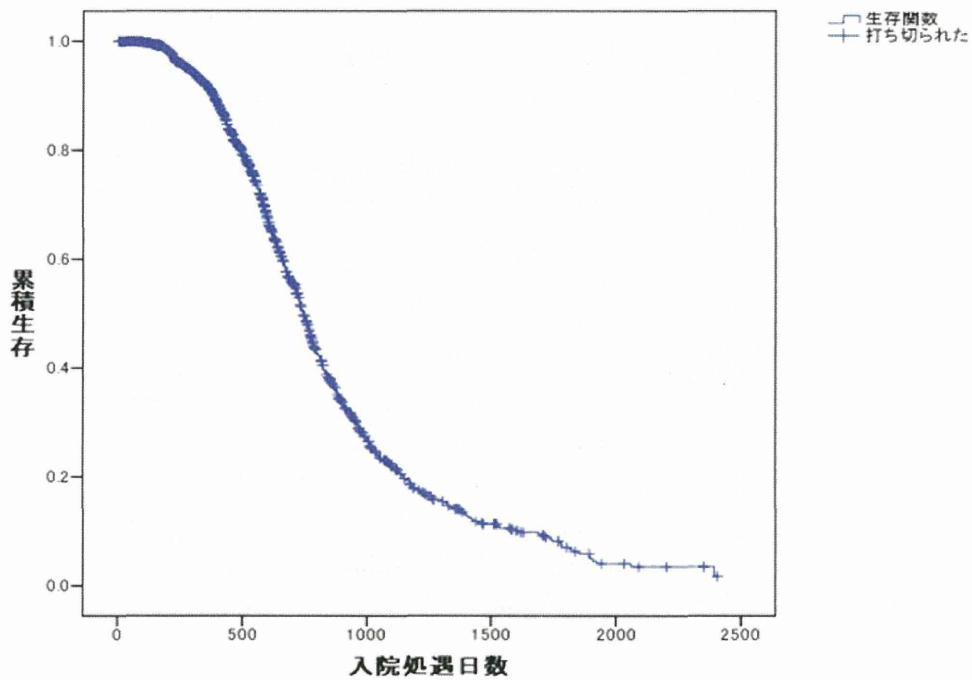


図1 入院日数と入院継続率（n=1,517）

表1-3-2 対象者の入院期間（平成24年度） n=1,347（事象の数699）

	日数	95%信頼区間
平均値	912	(871-952)
中央値	763	(740-785)

kaplan-meyer法による推定入院日数：入院－退院（通院処遇）を対象とした場合

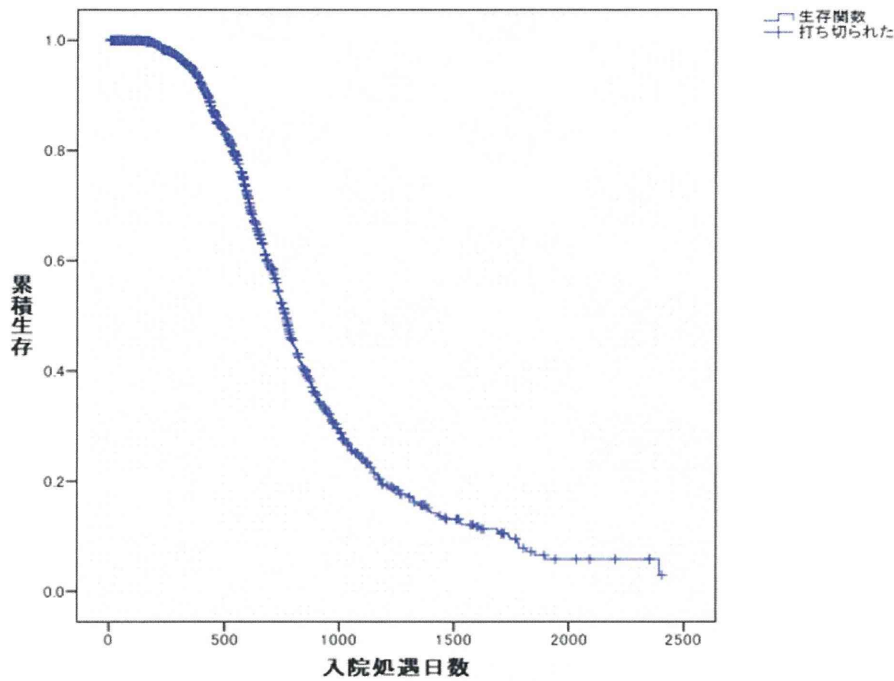


図2 入院日数と入院継続率 (n=1,347)

表1-3-3 年度別推計入院日数

	中央値		平均値	
	日数	95%信頼区間	日数	95%信頼区間
H20年度 (n=625)	603	(577-629)	620	(591-650)
H21年度 (n=766)	688	(650-726)	740	(706-774)
H22年度 (n=863)	727	(695-759)	821	(779-864)
H23年度 (n=1,086)	748	(725-771)	897	(852-942)
H24年度 (n=1,347)	763	(740-785)	912	(871-952)

Kaplan-Meyer法による推定入院日数：入院－退院（通院処遇）を対象とした場合

表1-3-4 性別推計入院日数（平成24年度）

	中央値		平均値	
	日数	95%信頼区間	日数	95%信頼区間
女 (n=287)	736	(677-794)	852	(754-950)
男 (n=1,060)	774	(743-804)	930	(885-976)

kaplan-meyer法による推定入院日数：入院－退院（通院処遇）を対象とした場合

表1-3-5 転院の有無別全対象者の入院期間（平成24年度）

		n	日数	95%信頼区間
平均値	転院なし	1,135	841	(802-881)
	あり	212	1,233	(1,108-1,358)
中央値	転院なし	1,135	727	(698-755)
	あり	212	1,011	(895-1,126)

Kaplan-Meyer法による推定入院日数：入院－退院（通院処遇）を対象とした場合

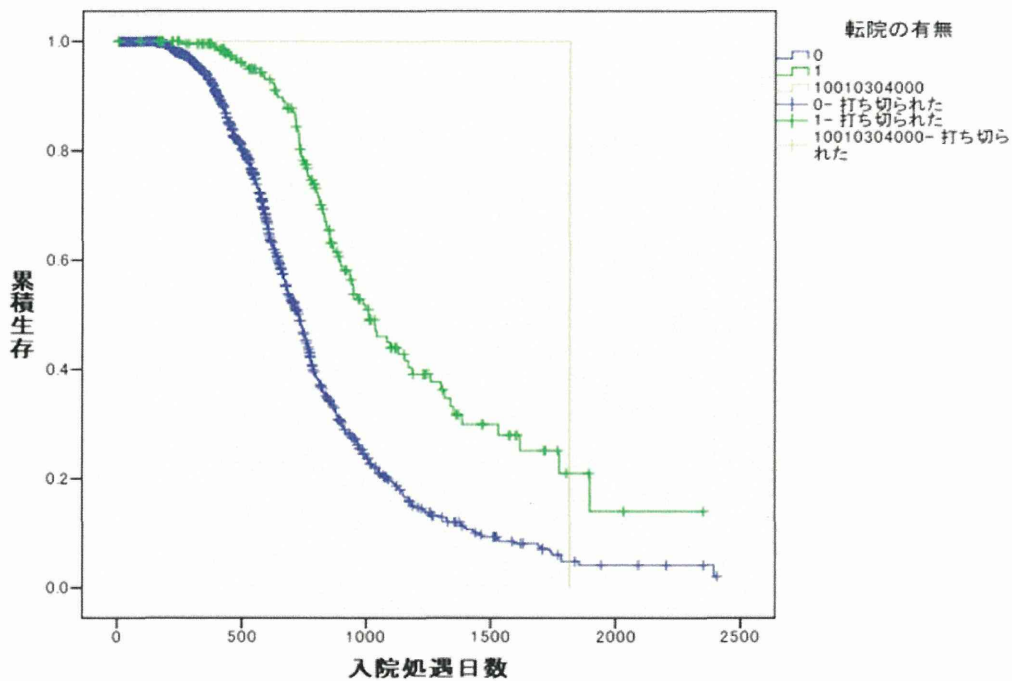


図3 転院経験の有無別 入院継続率

よび中央値は、転院あり群：1,233日（95%信頼区間1,108-1,358日）、1,011日（95%信頼区間895-1,126日）、転院なし群：841日（95%信頼区間802-881日）、727日（95%信頼区間698-755日）であった。転院経験のある対象者は転院経験のない対象者に比較して推計入院日数の平均値および中央値は有意に長かった。

#### D. 考察

対象者の社会的特性、診断および対象行為の内訳は平成20～24年度まで明らかな変化を認めなかった。

入院期間については、平成20年度から一貫して中央値および平均値ともに伸びる傾向を示し、入院期間は長期化する傾向が認められ、長期入院対策が喫緊の課題であることに変わりはない。一方、その伸び率には鈍化傾向が認められた。

入院期間に影響を与える因子として、性別、転院の有無を検討した。平成23年度の結果でも、入院期間は男性が女性より有意に長かった。欧米圏での研究によると、精神障害者で

は、男性が女性より暴力リスクが高いことが報告されており<sup>1,2)</sup>、入院期間に影響を与えている可能性がある。男性の入院期間を長期化させる要因については、引き続き検討が必要である。

転院の経験を持つ対象者は、持たない対象者と比較すると有意に入院期間が長いことが明らかとなった。平成23年度の結果でも確認されたことである。

平成23年度の報告書において転院事例が長期化する背景には、環境調整がもともと困難な事例であること、遠隔地の入院により環境調整の困難さがあることを挙げた。今後も同様の傾向を示すことが予想される。その一方で病床の整備は進んでおり、遠隔地への入院数が減っていくことや社会復帰調整官の増員により、転院経験者の入院期間の短縮が期待される。

今後は入院対象者数の増減、入院期間の動向、指定入院医療機関の転院の有無、各治療ステージの期間、退院時の転帰などのデータを全国規模で収集し、医療観察法入院処遇に

関する基礎的データを定期的に更新していくことが必要である。

平成22年度には全国の指定入院医療機関で使用されている「診療支援システム」と呼ばれる電子カルテに、連結不可能匿名化した上で、社会的特性、診断名、対象行為、入院期間などに関するデータを排出する機能を付加し、当班以外の厚生労働科学研究班とも協力し、診療情報管理担当者を全国より集め、定期的に研修会を開催した。これらの研究活動を通して正確なデータを定期的に効率よく収集できるようになりつつある。しかし、これらのデータ収集を継続するには、電子カルテの維持・更新、全国研修会の開催など、ある程度の経済的な裏付けが必要である。厚生労働科学研究費だけではまかないきれず、今後、指定入院医療機関に関する基礎的データの収集については事業化が必要であろう。

文献)

- 1) Elbogen, BE, Johnson, CS. The Intricate Link between Violence and Mental Disorder Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Arch Gen Psychiatry. 2009; 66 (2): 152-161
- 2) Robbins PC, Monahan J, Silver E. Mental disorder, violence, and gender. Law Hum Behav. 2003 27 (6): 561-71

## 研究2. 指定入院医療機関における対象者の実態調査

### A. 研究目的

研究2の目的は、指定入院医療機関における、行動制限、修正型電気けいれん療法(m-ECT)、身体合併症医療、クロザピンの投与状況、対象者の同意によらない持効性注射剤の投与状況等を調査し、同医療機関における医療の実態を明らかにすることである。

### B. 研究方法と対象

平成24年7月15日において設置されていた医療観察法病棟に従事する病棟医長を対象として、郵送によるアンケート調査を行った。アンケート調査票は、平成23年度に用いた「医療観察法指定入院医療機関処遇アンケート調査票」を一部改訂し用いた。調査項目は、行動制限の実施状況、身体合併症医療、m-ECTの実施やクロザピンの投与状況等についてである。調査期間は平成23年7月16日～平成24年7月15日までである。本調査は平成19年度から継続されており、平成24年度の医療の実態を示すとともに、これまでに蓄積されたデータと比較することにより経年的変化を検討した。

医療観察法施行日である7月15日にさまざま調査が実施されており、入院医療の実態に関する本調査においても平成22年度より調査日を7月15日とした。このため平成22年度の調査期間は88日短くなっている。

また、行動制限を頻回に繰り返す対象者、あるいは長期間の行動制限を必要とする対象者が存在し、全国の指定入院医療機関の行動制限の実施数に大きな影響を与えていた。そこで指定入院医療機関の行動制限の実施状況の全体的な動向を明らかにするために、5回を超える頻回実施者および365日を超える長期間の行動制限実施者については集計対象から除き、個別の検討を行った。

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。

### C. 結果

調査実施日平成24年7月15日時点において全国に28の指定入院医療機関が設置されており、22施設から回答が得られ回収率は78.6%であった。以下、項目別に結果を示した。