

者に制作を依頼して2000年10月に完成し、同月に津市で開催された第41回日本児童青年精神医学会総会会場ではじめて一般に供覧した。これで、より美しく効果的にあすなろ学園を理解してもらうことのできるビデオを提供できるようになった。遅ればせながらも、2000年11月にインターネット・ホームページを開設した(<http://www.asunaro.pref.mie.jp/>)。このホームページを見て受診に繋がる子どもも次第に増加しており、入院に際して、あすなろ学園でどのような日常生活が展開するのか、子どもが事前に視覚的に理解することも可能となっている。

周辺地区とのつながりも、たとえば数ヶ月から1-2年であってもあすなろの建っているこの地域で生活する入院児童には大切なことである。地域環境ボランティアの受け入れ、病院の所在地城山地区の地域懇談会に参加する等も、この10年間積極的に行ってきた。この産物として、周辺地区からもあすなろ学園がどのような病院であるか理解されやすくなり、地域の生活をより活かした病院としての位置付けが定まってきたと感じられる。

県立高茶屋病院から分離独立して最初の10年間で、あすなろ学園の事業拡大と特異性の明確化に注がれた時期であるとすれば、二度目の10年間は業務の点検期であったと見ることもできる。地域連携事業についてもそのことを明瞭に指摘することができる。

市町村との協業であった総合子ども相談事業からの撤退、PDD関連地域事業の三重県自閉症・発達障害支援センターへの移管、適応指導教室への技術援助の県教委への移管など、大枠での事業見直しを数多く行ってきた。分離独立以前から数えて40年余にわたって、県内唯一（西日本唯一でもある）の独立した児童精神科医療機関として、関りのあるすべての事業に手を出してきたきらいが従来はあった。そうしなければならないという使命感もあり、やれるといういささかの自負も抱いていた。しかし兵站線の途絶とまでは言わないものの、相当な無理も重ねてきた。加えて、分業・協業へと時代の枠組みは変化しつつある。市町村など従来の地域連携受益者からの事業見直しに対する批判もあった。しかし地方自治体も費用対効果を厳しく求められている。そのところの再整理を、地域連携事業の見直しに関してこの10年間で行ってきたと見るのが妥当な評価であろうかとわれわれは考えている。

第9章 子どもの人権と危機管理

人権が社会の大きな論点となったことは、二十世紀における数少ない人類の成果であると言われている。しかし、わが国の医療には、人権思想が定着し始めてまだ20年も経過していない。納得診療(informed consent)がこれほど喧伝される時代になっているにもかかわらず、それを無視した医療事故の報道は後を絶としない。何故だろう。土木工事現場では労災事故零の日が何十日続いているとか、交番の前には1ヶ月間の交通事故発生件数がいつも掲示されている。しかし、病院ではそのようなことがない。医療機関から事故が公開されることが日常化するまでには、この国ではまだまだ時間がかかるのであろうか。これは、なにも外科的治療のように直接生命の危険に直結する医療部分だけの問題ではない。精神科医療においても類似の課題を担っている。発達障害児医療でも危険を含んでいる。精神療法も、ある種の生体実験と表現することも可能ではないか。医療は常に危険を内包している行為であることをわれわれは忘れてはならない。

児童精神科医療機関は、治療を引き受けている子どもの人権を護り、それが危うくなることのないよう、常時配慮を巡らせていなければならない。1994年4月22日に日本も国連による〈児童の権利条約〉を批准したものの、児童精神科医療の現場ではそのことによってさしたる変化も見られないままに過ぎている。

いつの時代にも、どのような場でも、子どもは老人とともに、人権の危機にまらずさらされる存在である。昨今の児童虐待通報事例が増加していることやその内容、イラクなど戦場における子どもの姿を報道で接するたびに、そのような思いが強まる。人権論では、子どもと受刑者の人権は国家によって無際限に保護されねばならぬと語られている。当人が抗弁の術を持っていないから、というのがその理由である。児童精神科医療の従事者は常々このような視点に立ち、絶えることなく代弁者として子どもの人権を護り続けてゆかねばならない。

日常診療行為の中で事故を防止し、院内感染を予防し、防災対策を施し、患者やその家族から示される苦情・不満等々へ迅速・適確な対応を行えるよう常々準備していることは医療機関にとって必須の条件である。職員が子どもにとって信頼できる存在であり続けるためにも、それらは極めて重要な要件である。それぞれ個々の対処技術としてこれらは見えるものとなるが、その根幹には医療機関としてのあすなろ学園の品質を管理し向上を図ること、および職員が倫理感覚を練磨し続ける努力があるとわれわれは認識している。

1. 院内事故防止対策

医療機関としてもっとも大切な危機管理は、院内事故の防止対策である。

1999年に某大学病院で起きた手術患者の取り違え事故は、社会に大きな衝撃を与えた。このことが契機となって、厚生労働省・各種職能団体・医療労働組合・関係市民団体等から報告書・提言・ガイドラインなどが相次いで提出され、医療事故を防止する対策への関心が一挙に高まった。2002年10月、厚生労働省は安全管理体制の義務化（省令第111号）を行った。あすなろ学園はこの義務化に先立って同年8月に医療安全対策委員会を設置して医療安全管理指針を策定し、インシデント、事故に関する報告を危機管理として捉えるよう努力し、組織全体として子どもの安全管理に取り組む体制を漸次整えてきている。

かつての時代、医療事故に関らず、さまざまな事故が発生すれば、当事者個人の責任が追求されて処分が行われ、それ以上の進展、すなわち当該事故から同じ職場の者が再発防止のために何かを学び取るという発想がなかった。最近の危機管理論では、人為には誤りが発生するものという前提から出発して、個人の責任を問うのではなく、事故が発生したときにどう対処して被害の拡大を防ぎ、以降の同様な事故を防止することに役立てたかを重視するようになってきている。このように社会思想が変化してきたことは、医療機関におけるインシデント報告を可能にした。

1) インシデント報告

事故防止対策の基本は、日常業務の中で一人ひとりがヒヤリとした、ハッと驚いた体験を報告し、情報を共有し、背景要因の分析を行い、組織全体で対策を検討し、そこで決められた対策を周知徹底して実行することにある。

インシデント報告は、あすなろ学園では2001年12月にまず看護室から取り組みを始めた。2003年2月からは全職員を対象とする報告制度にするために報告様式の改良を重ねて現在用いられている統一様式を作成した。報告書提出に対する職員の抵抗感も次第に少なくなって、ゆっくりと定着しつつあるがまだ課題も多く、安全管理能力を高める取り組みを粘り強く組織全体で継続してゆかねばならない。

インシデント報告を導入する際に、全職種からは出ない、とりわけ医師からの報告数が少ないことが定説になっている。あすなろ学園の場合、2004年に提出された76枚中、看護師は37枚（48.7%）、保育士19枚（25.0%）、生活指導員9枚（11.8%）、医師6枚（7.9%）、心理判定員・作業療法士・総合福祉職とほぼ全職種から提出されている。その報告内容は表3の通りである。

報告書のうち、内服投薬に関するものももっとも多く、2002年度12件（3.24%）、2003年度11件（25%）、2004年度16件（21.1%）となっている。3年続けて第1位となっている内服投薬インシデントの背景を検討した結果、看護手順と投薬点検

に不明確なところがあり、そのため業務が標準化されていないことが一因であると分析し、看護手順を修正し業務改善を行っているところである。

表3 インシデント報告書提出状況

内容	内服投薬	調剤ミス	処方ミス	連絡・予約ミス	見失	自傷	怪我	こども同士のトラブル	採血ミス	その他	合計
2002	12	5	2	2	2	1	0	5	2	6	37
2003	11	11	4	3	1	1	1	1	0	11	44
2004	16	0	4	5	3	2	4	12	3	27	76

2) 事故報告

あすなろ学園では、1996年以降毎年年間事故発生状況を業務概要報告に掲載しており、その報告書が各関係機関へ配布されることによって、早い時期から事故の発生状況を公開している。また、1996年と1997年の日本児童青年精神医学会に当時の総看護師長と園長が院内事故に関する研究を3回報告している。

先述の患者取り違え手術事件に関する刑事処分では、事故防止の手引きや内規の策定を怠ったことが主因になったとして、現場で直接患者に関わった者よりも、組織の管理者の責任が重く問われている。あすなろ学園へ入院している子どもの年度別事故発生状況は表4に示す通りである。

表4 事故発生状況

内容	無断外出	偶発事故	触法行為	器物破損	暴力(対子ども)	暴力(対職員)	迷惑行為	事故死	自殺	自殺未遂	その他	合計
1996	24	5		2	2			1				34
1997	42	2	2	1		1	1					49
1998	30	2		2			1					35
1999	21	2	1		1	2	1					28
2000	12	2	4	3	1	3				1		26
2001	21	3	2	4	5		2		1			38
2002	13	1			2						5	21
2003	7	4		1	3						3	18
2004	8				2	1					2	13
合計	178	21	9	13	16	7	5	1	1	1	10	262

あすなろ学園における院内事故の約70%は無断外出である。無断外出児の捜索手順として、〈みどりの会〉と称する対処システムがあり、緊急対応を直ちに発

動できる体制が確立している。〈みどりの会〉とは、かつて入院していた「みどりちゃん」に生じた無断外出時事故を契機として、子どもの安全を守るための適切な捜索体制について協議・実行する会として1972年に設置し、名称は当該児の名前に因んで付けられたものである。みどりの会には患者の安全と事故防止手引き、行方不明の際の捜索手順、無断外出時捜索経路（15種類）、児童捜索メモ、捜索状況メモ、緊急連絡先一覧、公開捜索依頼先一覧等の一式が手引きとして整備されており、無断外出などの際には手引きに沿ってその都度設置される捜索本部の指示のもとに職員が一丸となって行動できる体制を整えている。「みどりの会」手引きが利用されることのないよう、危険を予測した患児の安全管理に努めなければならないことは当然である。現在もこのシステムはあすなろ学園の大切な財産として活用されている。

2. 事故が発生したとき、職員はどう行動するか

実際に事故が発生した場合、職員はどのように行動するか、実際に発生した事故例に修飾を施して、日ごろ行っている事故対応の実情を紹介する。

〈太郎の場合〉

小学校5年生の太郎が見当たらなくなった。秋深まる季節の午後3時ころである。知的障害を伴うPDD児で幼児期からあすなろ学園の発達支援を受けており、短期入院も数回経験している。今回は薬物調整を目的として3ヶ月の予定で入院していた。かつての入院でも、また今回の入院でも姿の見えなくなったことが何回もあり、おおよその行動パターンを見当つけていた。敷地内、建物内、分校校舎など見回った後、太郎が普段利用しているスーパーマーケットなど病院の近辺を病棟職員と他部署の職員で見回った。太郎は言語交流能力がほとんどなく、知的障害児とは見えない風貌であるため、路線バスなど通例の地元協力機関によって保護されない恐れがあることが気がかりであった。

1時間を経過した時点で医局に捜索本部を設置し、職員2名ずつの編成で、所定の6方向への調査を開始した。家族に電話して事情を連絡した。太郎をよく知らない職員には、みどりの会の写真入り資料をコピーして持たせた。20分ごとに各班から状況を携帯電話で報告させ、医局の白板に時系列で情報を記載して、参加職員に正確な情報を共有させるよう努めた。携帯電話が日常化するまでは、捜索用としてテレホンカードを10枚程度、総看護師長室に常備していた。白板の傍らでこれらの情報のコンピュータ入力を行った。一定情報量になる毎に出力して、医局、総務課、看護室、相談室に張り出した。憶測で行動することがないように全職員に情報を共有させるためである。この入力作業は事故処理後直ちに事故報告書を作成することにも役立つ。

午後5時になっても手がかりなく、晩秋の日暮れが迫ってきた。いつもの太郎の失踪とは異なると感じられ、職員に緊迫感が漂い、捜索班を増やした。家族の了解を得て所轄警察署へ保護願を提出すると共に、県内の公共交通機関（タクシー会社を含む）に協力依頼を行った。県の担当課へも電話で事故報告第一報を送った。

夕食の配膳が終わった6時過ぎ、給食部門の職員が勤務終了後に残留する必要があるか否かを問い合わせた。見通し立たない状況を考え、残留するように指示した。

午後8時過ぎ、警察から交通事故の巻き添えに遭った「話をしない少年」がいるけれど、該当者ではないかと問い合わせがあった。直ちに病棟看護師長が入院先の病院に向い、太郎であることを確認した。意識の障害はないけれど、大腿骨を骨折して出血が多いので、救急外来から手術室へ回された。家族へ連絡を取り、収容先の病院へ来てもらった。たまたま太郎の主治医が県外出張中であつたので、園長が同病院へ出向いて家族に経過を説明した。この時点で、捜索協力依頼を行ったところへ電話で顛末報告と協力感謝の意を伝え、太郎と同じ血液型の職員を輸血要員として残し、足止めしていた職員の大半を帰宅させた。入院児には、太郎が交通事故に遭って怪我をして入院したこと、心配するほどではないことを各病棟の看護師長から伝え、普段よりも少し遅い午後9時30分に消灯とした。

事故現場へ駆けつけた報道陣が病院へやってきて、入院児の事故遭遇に関して、病院の管理責任を問う質問が続いた。園長は事情を調査し情報を整理中であるとの理由で即答を避け、2時間のちに文書で事情説明と見解表明を行うと伝えて引き取ってもらい、午後9時30分に文書を報道各社へファクシミリで送付した。

午後11時ころに手術は終了し、輸血も必要ないと判断されたので、捜査本部を解散した。なお、太郎の担当看護師は外科病棟へ一晩付き添うことにした。

事故は、信号のない交差点で車同士が出会い頭に衝突したもので、太郎はたまたま通りかかって巻き込まれたようである。複数の目撃者もあり、太郎に過失はなかった、と警察署から説明を得た。

翌日、危機管理担当者である総看護師長が事故報告書を作成して、県担当課へ提出した。この日の放課後に全入院児をホールに集めてくわしく経過を説明し、交通安全にいつそう注意するように園長が訓示した。

3. 医療事故の公表基準について

児童精神科病院では、無断離院も医療事故の一種であり数も多く、子どもの外出簿記入忘れも含めてよく起ることである。危険が予測されるような事例に関しては、病棟から報告書を看護室へ提出させている。無断離院報告書は病棟職員が作成していたが、その都度の離院を治療の流れからどう理解・解釈するかという

ことが重要であると判断し、1996年からは主治医が意見を書き込む欄を報告書中に作成して使用している。

あすなろ学園は医療法上の病院であり、病院は医療における安全管理を追究していくため、自ら医療事故を公表する責務があるという主旨より、2003年4月に「三重県健康福祉部医療事故等公表基準」「公表基準取扱指針」が策定された。(因みに、他の三重県立4病院は病院事業庁として知事部局から独立しているので、独自に同様の対応方針を作成している。)公表の判断基準として、過失のある医療事故の場合、レベル4(死亡した場合)、レベル3(高度な後遺症が残った場合)はその都度公表、レベル2(中等度の後遺症が残った場合)とレベル1(生活に影響しない軽度な後遺症が残った場合又は入院日数や外来通院の増加が必要になった場合)は年1回の包括公表となっている。先述したように、県庁水準のものとは別途、あすなろ学園は報告書の提出された事故はすべて、毎年1回公開している。

2003年度分から適用となるため、2004年7月に健康福祉部より包括公表の有無の問い合わせがあった。幸いにレベル4、3に該当する事故はなかったが、包括公表レベルに該当する事故があったかどうか、医療安全対策委員会において再確認の討議が行われた。委員会において過失の有無を中心に討議を行い、該当なしと判断してその旨報告した。

4. 感染管理における安全対策

感染管理については1990年以降、MRSAを中心とした院内感染予防対策の重要性が高まる中、1998年の診療報酬改定で「院内感染防止対策」に患者1人1日当たり5点が加算され、感染対策推進の追い風となった。2000年の改定では「院内感染防止対策」は医療施設における当然の義務とされ、未実施施設は患者1人当たり5点減算の扱いとなった。

あすなろ学園の感染対策は、1997年に作成された病院感染対策マニュアルを看護職員の感染対策マニュアル作成委員会によって毎年見直され、修正加筆したものに添って行っている。マニュアルは各部署に配置し活用している。組織としては、1993年10月に院内感染対策委員会を設置し、その後診療報酬との関連で、これまでに5回の要綱改正を行い、現在の体制になっている。この委員会では、感染対策の基本である標準予防策、感染経路別予防策の徹底に取り組むとともに、職員を職業感染から守るための必要な対策として針刺し事故防止への留意、ワクチン接種推奨を継続して行っている。

5. 災害対策

1995年1月に兵庫県南部で発生した大地震は、6,433人の死者を出す大型災害となった。当時の園長が日本児童青年精神医学会理事長の任にあったことから、園

長が震災当日に神戸へ赴き、被災した子どもの精神保健支援活動を開始した。学会の組織立った支援活動は同年3月末日で終了したが、その間、あすなろ学園より医師・心理療法士・児童指導員・事務職員等が被災地援助活動に参加した。その経験を基に、同年、『巨大地震発生から24時間の対応マニュアル』を作成した。これは、地震に限らず、さまざまな自然災害や火災に際しても有効なものと考えている。A3版1枚のポスターに纏めて各職場に通年貼っておくことにした。毎年1回、この内容を再点検して紙色を変更し、作成年月日を改正して貼り直すことにしている。

また、児童精神科医療機関の特殊性から相互援助を体系化することが必要であると考え、1996年2月に開催された全児協大会にあすなろ学園から提案して、全児協病院間の相互支援システム『大規模災害時の相互援助システム手引き』を作成した。何度かの改正が行われ、全児協事務局の置かれているあすなろ学園を基幹局として、有珠山噴火、鳥取地震、東海村臨界事故、新潟県中越地震などの際に発動されている。

日常的な災害対策としては、災害発生時における入院児等の安全確保、被害の最小化を目的に、職員が適切な災害対策活動を行うため、消防法第8条に基づき消防計画を策定している。消防計画では、自主消防組織をはじめ、三重県地域防災計画に基づいた災害配備体制や緊急連絡網等を定めている。また教育訓練として、職員や入院児を対象とした消火訓練、避難誘導訓練を定め、緊急の場合に備えて訓練を年3回程度実施するとともに、病棟においても随時避難訓練を行っている。

あすなろ学園の建物は建築より相当年数を経過し、1969年度に建築された第Ⅱ病棟を使用しており、耐震構造検査で不備が指摘されて2004年夏には同病棟の耐震補強工事を行った。南海・東南海大地震が不可避と言われており、2004年9月には三重県南部に集中豪雨が襲い、大きな災害が発生した。自然災害に際して子どもをどう護るのか、常時点検し続けなければならない課題である。

6. 患児の人権

1999年9月、あすなろ学園内に「医療人権検討委員会」を設置し、月1回の定例開催で活動を始めた。保護室隔離、身体拘束、通信面会、その他の処遇、そして医療保護入院児の対応等について処遇基準を検討し、〈あすなろ手引き〉を作成、周知徹底を図り、患者の権利、児童の権利、職員倫理など、職員の人権意識の醸成に努めてきた。

入院児の処遇等については、精神保健福祉法第38条の6に基づき実地指導が行われ、法に則って行われているか審査されている。あすなろ学園においては、行動制限を行った場合の記録不備の指摘を受けることが多い。法を遵守して行っている行為であっても記録として残っていなければ根拠にならないことを痛切に感

じ、改善に向けて努力しているところである。

児童精神科病棟も成人精神科病棟と同じように公衆電話が設置され、子どもたちはテレホンカードを持っている。多くは、家族や友だちへの電話に使用される。閉鎖病棟に入院していた14歳男子の統合失調症児が病棟内の公衆電話から県庁担当課へ「不当拘禁されている」と救援の電話をかけたことがある。三重県精神科医療審議会で検討され、現地調査が行なわれた。こういうことは児童の権利条約に定められている子どもの意見表明権であるから当然尊重されなければならない。

診療情報は開示が法制化され、その動向の中であすなろ学園内でも 2000年1月に「診療情報の提供に関する指針」を作成し、申請方式で開示する基準を定めた。同年3月には診療情報提供に向けての診療録検討委員会（略称カルテ委員会）が組織され、開示に耐える診療録の検討を行い、2001年4月には新しい診療録が完成して現在に至っている。

医療や人権についての人々の意識の高まりによって診療情報の提供は納得診療の一環として位置付けられ、今日の社会においては不可避の要請であると考えている。これまでに2件の開示請求があり、開示を行っている。

例えば、2002年6月に患者本人からの請求に応じて行った診療情報の開示例は、かつてあすなろ学園に入院していたことのある成人男性からのもので、以下の3点について情報開示を求められた。

- ① 入院中に行われた薬物治療の内容
- ② 自らの記憶を確認するための入院治療経過
- ③ 多少なりとも、自分と親との関係を知りたい

この請求に対して、診療録を基に治療経過報告書を作成して提供し、開示を請求した本人に対して園長が説明を行った。

2003年9月、厚生労働省は「診療情報の提供等に関する指針」を発表し、患者が診療記録の開示を求めた場合には医療機関は、原則としてそれに応じなければならないとした。さらに2005年4月から個人情報保護法が全面施行された。あすなろ学園でも診療情報に対する新たな対応を迫られている。子どもやその親に対して診療記録を開示することは原則として当然とする時代であるが、子どもの理解力、発達水準によって異なる対応が必要な場合もあるのではないか。また、入院診療記録は病棟における子どもたちの集団力動を描写しなければ医療に有効な記録とならぬことが多い。その部分を伏せて一人の子どもの診療記録を親に伝達するのでは実情が理解できないという場合もある。そのような児童精神科特有の情報開示問題に、われわれはどのように行動する必要があるのか、新たな課題が生じている。

7. 開かれたあすなろ学園に向けて

三重県は全国に先駆けて、全庁的に「率先実行取組」という方法で組織内各部門がそれぞれの存在目的・役割を言葉で表わし、その内容を職員一人ひとりが日常業務に組み込み、組織の目標を達成する方策をとっている。

あすなろ学園においても、園長の「率先実行取組」により将来展望や戦略目標を学園内外に明確にしなが、定期的（9月、12月、3月）に進捗管理を行い、病院全体で目標達成に向け目に見えた努力が求められている。その目標戦略の一つに“顧客の理解と対応”の視点があり、今年度もその目標に“顧客満足度の向上”を挙げている。顧客の視点という捉え方は職員の意識改革に繋がるものであり、開かれたあすなろの医療に通じていくものである。

患者満足度調査は外来では2001年度、入院は2003年度から行っている。外来での調査では当初より満足度は上昇している。入院に関しては回収方法に検討の余地もあり回収率が低い。自由記述の欄には患者家族から様々な意見を載せられており、真摯に受け止め改善に繋げる努力をしている。

第10章 管理部の業務

管理部が直接関与する部分においても、この10年は大きく変化した時代であった。医療業界全体の動向、国民総医療費の増大などの国家的な問題、地方分権や費用対効果を強く求められるという地方自治の変貌などと、それは深く関連している。どのように関連しているかの分析を紙面の許される範囲で、病院の記録として留めておくべきいくつかの問題について以下に述べる。

1 財政上の課題

三重県立5病院は、経営健全化を目指して経営コンサルタント会社の協力を得て数年に亘る論議を重ねた結果、あすなろ学園を除く4病院が1999年4月に病院事業庁として知事部局から離れ、公営企業法による運営を開始した。この際、あすなろ学園は1985年に県立高茶屋病院から分離独立して以来、福祉施設としての色合いを併せ持つ医療機関であることから、特別会計条例を施行して一般会計よりの繰り入れを受けることになった経緯がある。そのため、病院事業庁には移行せず健康福祉部こども家庭チーム（旧来の課・現在は、こども家庭室）に属することになった。

以下に、経営関連指標からあすなろ学園が担う財政上の問題について述べる。

表5 収支状況及び病床利用の指標

年度	1995	96	97	98	99	00	01	02	03	04
病床利用率	100.0	92.5	89.3	75.5	69.0	93.9	90.5	90.6	93.1	81.4
平均在院日数	100.0	87.3	59.9	51.8	45.5	46.4	38.6	38.9	47.2	68.8
診療収入等	100.0	99.6	93.6	92.9	87.0	85.0	92.7	109.3	117.9	108.6
支出経費	100.0	105.2	105.8	107.5	102.1	94.9	95.4	95.7	95.3	93.4
一般会計 繰入額(率)	100.0 (42.9)	107.2 (46.0)	115.6 (49.6)	117.9 (50.6)	119.3 (51.2)	113.5 (48.7)	102.6 (44.0)	79.7 (34.2)	70.6 (30.3)	77.6 (33.3)

- (注) ・各項目とも1995年度を100とした指標表示
 ・一般会計繰入額欄の括弧書きは、各年度の歳入額に対する繰入率
 ・病床利用率の2000年度以降は80床が基準
 ・診療収入等には措置費収入・作業収入を含む

金額の実数は資料編に示してある。ここでは理解を容易にするため、この10年の始まる年(1995年)を100とした指標で表示する。診療収入は1996年度までは微減で推移していたが、97年から2001年まで大きく減少している。これは病

床利用率の低下と関連するものである。この低下に対応して2000年度から104床定床のうち80床を予算定床とすることになり、数字上は病床利用率が持ち直した。2002年度は前年度と病床利用率では変化がないにもかかわらず収入が急増している。これは2001年度半ばから診療報酬請求を小児入院管理料として15歳未満の入院児を入院医療包括扱いにしたことで入院単価が大幅に上昇した結果が現れ始めたことを示している。これに伴い、2001年度から小児科医1名が新たに配置されることになった。2004年度には収入額が、6億4千7百万円となり、一般会計からの繰入金は3億2千3百万円で、繰入れ率も33.3%にまで低下させることができた。

収入に関連する数値として、病床利用率を見ておこう。1999年度には利用指数が69.0(利用率にして62.0%)にまで低下している。2000年に予算定床を80床としてからは90から94(利用率にして83%程度)という指数を維持している。1985年に分離独立した当時は、ほぼ100%の病床利用率を維持していたことを考えると、これはまだまだ低い水準とも言える。しかし、その当時は平均在院日数が700日を超えていた(1985年度では707.3日)。その後、B. Migelson が提唱し、B. Nirjeが概念を詳細化して世界に広まったノーマライゼーションの思想がわれわれの領域にも波及してきた。そして、児童精神科病院が内包し易い施設性を排除して医療機関の特性を明確化することが強く求められるようになった。

あすなろ学園が長期入院を解消して施設性を除いてきた過程についてはすでに述べた。われわれは2002年度から入院治療管理システムを導入し、90日程度の入院治療を目標とすることを職員の共通認識とし、平均在院日数の短縮に取り組んでいる。2001年度には、141.8日にまで短縮させることができたが、その後は、被虐待児の入院が増加したために入院の長期化する子どもが増えてきていて、2004年度は、252.6日になった。この場合、医療機関のみの努力では如何ともし難い側面が現れてくる。親元へ戻れぬ子どもの退院先として、情緒障害児短期治療施設の新設や児童養護施設の拡充・質的向上が図られることなくして、あすなろ学園の平均在院日数を短縮させることには限界がある。

一方、診療報酬等の収入については、1985年度に4億円程度であったものが1995年度には6億円近くまで増加したものの支出も大幅に増え、一般会計からの繰入金が1998年度には5億6千6百万に達し、必要経費の50%以上が繰入金で補填される状況になった。また、上述した小児入院管理料を導入して業務の効率化と収入の増加を図り経営健全化に努めたところ、2003年度には6億7千万円余の収入を上げ、一般会計からの繰入も3億円余りまで圧縮され、繰入金は必要経費の30.3%まで低下した。

表6 支出経費の内訳

年度	95	96	97	98	99	00
人件費	847,423	902,034	910,433	926,220	888,871	808,125
事業費	192,190	192,044	189,888	191,514	172,377	178,664
人件費比率	81.5	82.4	82.7	82.9	83.8	81.9
合計	1,039,613	1,094,078	1,100,321	1,117,734	1,061,248	986,789

年度	01	02	03	04
人件費	812,608	810,807	774,970	785,233
事業費	179,651	183,176	206,159	185,734
人件費比率	81.5	81.9	79.0	80.9
合計	992,259	992,259	981,129	970,967

表6に見る通り、総経費の80%程度が人件費で占められている。児童精神科病院の特徴として、高度な医療機器等の整備は必要としなが、手間ひまのかかる医療であること、および医療と同時に入院児の発育をも保障してゆかねばならず、必然的に多数の人員を必要とすることになる。このことは、あすなろ学園における経費の節減が、非常に困難な課題であることを示している。

高茶屋病院から分離独立以来、あすなろ学園は会計処理上はあすなろ学園特別会計を設置しており、収入を上回る支出、所謂赤字については、一般会計からの繰入金として明確に計上され、上述したとおり2003年度は3億6百万円の繰入金が発生している。三重県においては行政システム改革を契機に、各種の事業について公的関与の考え方や透明性の確保などの観点から、事業の見直しと県民への説明責任が求められている。このため、一般会計からの繰入基準を明確にするよう求められている。当院は公立の病院であるが、基本的には医療行為によって得られる診療報酬で必要経費を賄うことを基本と考える。繰入ルールの検討にあたってはこうした状況に配慮し、あすなろ学園が①子どもを対象とした精神科病院、②第1種自閉症施設の福祉施設、③福祉的・行政的な業務等の役割を医療と併行して担い果たしていることを念頭に置いて考えてゆく必要がある。

2 施設整備について

あすなろ学園の施設は、診療本館が1981年度、第1病棟が1982年度、第2病棟が1970年度に整備され、あすなろ分校が1984年度及び1989年度に増設整備されて現在に至っている。建物はすでに30年あるいは20年以上が経過し、建物本体や設備が老朽化してきているだけでなく、時代とともに変化する生活様式や子どもの病態の変化にも対応しきれなくなっている。例えば、現状では4～

3人室が大半であるが、病状・治療目的に応じて個室による対応が必要な場合があること、生活空間として子どものプライバシー（国連子どもの権利条約）が保障される構造が必要になってきていること、また思春期における男女混合病棟の適・不適など、様々な面において病棟の構造にも機能面でも老朽化が顕在化していることが指摘されている。

1995年に発生した阪神・淡路大震災を受けて三重県においても、庁舎の耐震検査が施行され、県庁をはじめとして耐震強化工事が実施されてきた。あすなろ学園も、多くの子どもたちが終日生活していることから、地震や災害に強く安全で安心して生活できる環境を築くことは大きな課題である。このため、現在の建築基準法の適用以前に建てられた第2病棟について、耐震判定で、大地震の振動及び衝撃に対して倒壊又は崩壊の危険性が高いと判定され、国の助成を受けて2004年10月に耐震補強工事は完了した。

現在、三重県を含む東海地域は、東海地震や東南海地震等の大地震とそれ由来する津波が予測され、今後30年間に発生する確率は、東南海地震が60%以上、南海地震が、50%、東海地震はいつ発生してもおかしくないとも言われている。建築構造の問題と併せて、食料、飲料水、寝具、テントその他、災害時に求められる生活必需品の備蓄と品質管理にも心がけている。災害時の対応については、第9章で述べた。

3 給食

子どもたちは病棟で暮らし、育っている。そこには、医療と同時に子どもの生活がある。したがって、あすなろ学園における給食は非常に重要な意味合いを持っている。

本邦における栄養所要量（食事摂取基準）第6次改定版に基づき、健康の保持、生育の保障、子どもにまで広がっている生活習慣病の防止などに十全を期しつつ、治療の一環として生活の楽しみの一部としての膳の一部としての、食事提供を行っている。栄養不足（拒食）、過剰摂取、偏食など、入院児が持つさまざまな食生活上の問題を考慮し、個別性にも配慮している。誕生日のミニ・ケーキ、行事食、選択食やバイキング方式、おもしろクラブと連携した食の祭りなど、楽しみとしての食卓を提供し演出するよう心がけている。給食は伝統的な家庭料理の味を伝える、食べ方に手間がかかる食品を体験させる、様々な食材を味わわせる機会でもある。食卓の雰囲気も、医療機関で栄養摂取を行うのではなく、家庭では子どもの育ちに何が求められるかを検討しつつ、演出と指導が必要である。

診療報酬で加算を請求できる特別食は非常に少ない。常食、常食幼児用以外は、感冒や下痢など軽度身体合併症に対応する食事を供する程度である。

個人栄養指導については栄養指導加算を請求している。医師の指示により、指導を必要とする子ども（入院、外来ともに）に対して栄養指導の予約を受付け、具体的な献立例を提供しながら、目標を持って食事調整を行うことができるよう、管理栄養士が指導を担当している。

子どもの嗜好調査を定期的に行い（表7）、日々の献立に反映させる努力を続けている。最近では、外食が増え簡易調理食品を多用するなど、食習慣が大きく変化しており、そのことが子どもの嗜好にも影響を及ぼしている。入院生活の中で子どもたちの多くの要望にすべて対応することもできず、心身の健全な成育に資する院内食はどうあるべきか、工夫を求められるところである。

表7 嗜好調査

	2000年度	2001年度	2002年度	2003年度	2004年度年
第1位	からあげ	カレー	カレー	からあげ	からあげ
第2位	サンドイッチ	サンドイッチ	すし	焼肉	ラーメン
第3位	ハンバーグ	パン	さしみ	サンドイッチ	ハンバーグ
第4位	カレー	ハンバーグ	サンドイッチ	サラダ	ハンバーガー
第5位	ラーメン	すし サラダ	ハンバーグ	ラーメン	大学芋

4 情報システム化

あすなろ学園における医療情報システム化は、1988年に医療事務の省力化と正確・迅速化を図るために医事会計用としてユーザック事務処理用コンピュータを導入したことに始まる。それまで手書きで行ってきた会計事務を電算化し、利用者サービスの向上を一歩進めた。

その後、全県庁電算化が進められ、全職員1人1台パーソナル・コンピュータ供与が実現した。この流れに相応して、あすなろ学園では医療の質的向上と業務の効率化を進めるため、2000年度にオーダリング医療会計システムを導入した。それまでのオフィス・コンピュータに代わってパーソナル・コンピュータを導入し、外来診療医事に関する部署・業務をネットワーク化することにより、受付・診察室・医事会計・レセプト出力まで一連の業務を電子情報により処理するシステムである。これを基本として、2002年度には投薬に関する外来診療録用印字シールの印刷機能、翌年度には入院投薬に関するオーダリング機能を導入、順次情報のシステム化を進化させている。理想としては、病院機能のすべてに互るトータル・オーダリング・システムを構築することが望まれるが、80床というあすなろ学園の規模では経費上無理がある。

オーダリング・システムとは別途、医事会計システムに蓄積されている患者情報を院内各部署が共有して効率的な患者管理を行い、一貫した適正な医療を維持することにも役立っている。高度情報化に伴い、情報の漏洩や外部からの

侵入などの事故が社会で多発している。そのことの防止にも十全の配慮が続けている。

5 駐車場

あすなろ学園は津市の南端に位置し、公共交通機関を利用して来訪するには不便な場所に立地している。受診者の大半が小さな子どもでもあり、子どもを連れて保護者の来訪ということからも、来院者の大半が自家用車を利用している。さらには、三交代制勤務であることから職員もほとんどが自家用車通勤である。このため、あすなろ学園にとって駐車場を確保することは大きな課題である。発足した時代にはこれほどの乗用車受け入れを考慮してはならず、十分な駐車場を準備していなかった。外来診療に関しては、1997年4月から予約制診療を導入することにより現有駐車場に対応できるようになった。しかし、職員駐車場に広い敷地を要し、研修会など行事の日には来客の駐車場に苦勞していた。

2000年10月、隣接地にあった県立高茶屋病院職員住宅が老朽化して撤去されることになり、周辺の県機関と共同で跡地を借り受け、12月より職員駐車場として利用可能となった。これで平常時の駐車場不足は解消した。しかし、催事の日には混雑が生じ、分校運動場の一部を使用したり、案内・整理係が立つことも必要になる。今後全体整備が実現する際には、充分考慮すべきところである。

6 ヒュッテあすなろ

あすなろ学園の北東隅に古い木造平屋建ての住宅が建っている。元は、「あゆみ寮」と呼ばれた高茶屋病院の付属施設として、社会復帰療法に利用されていた。高茶屋病院が1999年に県立こころの医療センターとして新築整備されて、この建物の役割は終了した。

そこで、あすなろ学園はこの年8月に病院事業庁から土地（396.74㎡）、建物68.04㎡、3DK）を借り受け、若干の補修を行って治療施設として活用することにした。名称は職員から募集して「ヒュッテあすなろ」と名づけられた。

社会復帰に向けて親子の緊張や不安を軽減させるために、食事を共にしたり、宿泊したりすることに用いられ、家族水入らずのゆったりとした面談の場としても活用され、家族機能の再生や補完のために役立っている。自閉症協会三重県支部の会合にも役立っている。

児童虐待事例の治療引き受けが増加し、子どもの治療と同時に家族に対する治療的対応、家族機能の再統合も児童精神科医療にとって喫緊の課題となっている。これは、被虐待児だけではなく、入院してくる子どもの家族が機能低下している事例が多く（第3章）、ヒュッテあすなろの存在理由はますます高まり、一層の施設・設備の充実が求められている。