

図18 却下の理由

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

（主任研究者：中島 豊爾）

分担研究

指定入院医療機関の安全管理体制に関する研究

平成 19 年度

分担研究報告書

平成 20（2008）年 3 月

分担研究者 岡江 晃

京都府立洛南病院

平成 19 年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）

分担研究報告書

指定入院医療機関の安全管理体制に関する研究

分担研究者：岡江 晃 京都府立洛南病院長

研究協力者：

荒木 均（茨城県立友部病院）

安藤久美子（国立精神・神経センター武蔵病院）

飯島壽佐美（秋田県立リハビリテーション・精神医療センター）

上山 健一（鹿児島県立始良病院）

小澤 篤嗣（神奈川県立精神医療センター芹香病院）

小野 嘉也（国立精神・神経センター武蔵病院）

籠本 孝雄（大阪府立精神医療センター）

川上 宏人（山梨県立北病院）

川畑 俊貴（京都府立洛南病院）

来住 由樹（岡山県精神科医療センター）

倉田 孝一（石川県立高松病院）

幸地 芳朗（兵庫県立光風病院）

小高 晃（宮城県立精神医療センター）

佐藤 伸一（国立病院機構 花巻病院）

高野 和夫（国立精神・神経センター武蔵病院）

高橋 克朗（長崎県立精神医療センター）

田中 邦明（埼玉県立精神医療センター）

樽矢 敏広（国立精神・神経センター武蔵病院）

中嶋 正人（国立病院機構 花巻病院）

西谷 博則（国立病院機構 肥前精神医療センター）

野田 隆政（国立精神・神経センター武蔵病院）

波多野和夫（滋賀県立精神医療センター）

花輪昭太郎（熊本県立こころの医療センター）

平井 慎二（国立病院機構 下総精神医療センター）

平田 豊明（静岡県立こころの医療センター）

平林 直次（国立精神・神経センター武蔵病院）

藤井 康男（山梨県立北病院）

藤川 尚宏（福岡県立精神医療センター太宰府病院）

堀 彰（栃木県立岡本台病院）

馬島 将行（和歌山県立こころの医療センター）

松本 文彦（国立病院機構 下総精神医療センター）

村上 優（国立病院機構 琉球病院）

村田 昌彦（国立病院機構 北陸病院）

八木 深（国立病院機構 東尾張病院）

吉岡 眞吾（国立病院機構 東尾張病院）

分島 徹（東京都立松沢病院）

和田 央（京都府立洛南病院）

<研究 1> 医療観察法病棟近隣住民の不安に関する研究

研究要旨

近隣住民の不安を把握しこれを参考にすれば、病棟のセキュリティー改善を効率的に行えるはずである。また、医療観察法医療が社会全体に受け入れられるためには、まず近隣住民に医療観察法病棟を受け入れてもらうことが第一歩となる。以上、二つの意味において、医療観察法病棟近隣住民の不安を把握しこれを解消する努力は、きわめて重要である。

医療観察法病棟の安全性については、私たちの意識と近隣住民が持つ危機感の間にはかなりの乖離がある。乖離の原因は、互いが置かれている立場の違いによるところが大きい。医療観察法の運用実態に関する知識の差やこの法の必要性に関する認識の差も、その原因になっている。したがって、医療観察法病棟の開設・運営にあたっては、少なくともこのような知識・認識の差を、できる限り埋めようとする努力が不可欠である。

本項は、医療観察法病棟近隣住民のもつ不安の概要を調べ、近隣住民の理解を得るために

は、こういった点をどのように説明すべきかを考え、これをもって、医療観察法医療が社会に受け入れられることに資そうとするものである。

A. 研究目的

本項の研究目的は以下の3点である。

- ① 近隣住民が医療観察法病棟に対して抱く不安の概要を明らかにする。
- ② 近隣住民の不安を軽減するのに必要な説明項目を明らかにする。
- ③ それぞれの説明項目について、適切な説明のあり方を探る。

B. 研究方法

医療観察法病棟開設に当たっての住民説明会を経験した医師に聞き取り調査を行い、その結果を整理分類して分析を試みた。

倫理面への配慮から、調査項目は住民説明会における質疑応答の概要を聞くにとどめ、住民から出された質問や意見の具体的内容を収集することはしなかった。

C. 研究結果

医療観察法病棟開設に当たっての住民説明会における、近隣住民の関心度に関する調査結果は以下のとおりである。

なお、調査によれば、住民は、第一に対象者の離院防止策、第二に医療観察法通院医療の安全性に高い関心を持っていることが伺われた。また、医療観察法医療の内容や仕組みに対する関心も非常に高かった。

施設基準	関心度第1位	関心度第2位	関心度第3位
A 医療観察法病棟	離院防止策	通院医療の安全性	離院時対策
B 医療観察法病棟	離院防止策	通院医療の安全性	医療観察法医療の仕組み
C 医療観察法病棟	離院防止策	医療観察法医療の内容	医療観察法医療の仕組み
D 医療観察法病棟	離院防止策	離院時対策	通院医療の安全性

D. 考察

研究結果を基に、必要な説明項目を設定するに当たって、以下の点に留意した。

1. 無断離院防止対策については近隣住民の関心が非常に高かったので、丁寧な説明が必要と考え、災害時、外出外泊時、他科受診時など、さまざまな状況ごとに項目を分けて掲げた。
2. 「対象者は常に危険な存在である」という誤解は、近隣住民の不安の潜在的原因となっている。また、「対象者は医療観察法医療によっても治らない」という誤解は、近隣住民の不満の潜在的原因となっている。これらの誤解を解くことは、あらゆる説明の前提として必要不可欠であり、それぞれ項目を分けて掲げた。
3. 通院医療については「再発」にまつわる問題が大きなテーマである。通院医療が再発を起こしにくい仕組みになっていることを説明するとともに、再発時の対処についても項目を分けて掲げた。
4. 地域連絡協議会は、病院の地域に対する

基本的姿勢を示すものであるから、一つの項目を立てて掲げた。

以上に留意して、必要な説明項目を以下の20項目に設定した。

I. 医療観察法に関すること

- ① 医療観察法の目的
- ② 対象者にとっての医療観察法の利点
- ③ 社会にとっての医療観察法の利点
- ④ 医療観察法の仕組み
- ⑤ 指定通院医療機関・指定入院医療機関のあらまし

II. 対象者の性質に関すること

- ① 対象者は特に危険な存在ではないこと
- ② 対象者は治療によって治ること

III. 医療観察法入院医療に関すること

- ① 医療観察法入院医療の内容
- ② 医療観察法入院医療の利点
- ③ 医療観察法入院病棟の構造と雰囲気
- ④ 医療観察法入院病棟における無断離院防止対策
- ⑤ 医療観察法入院病棟における無断離院時の対応
- ⑥ 医療観察法入院病棟の災害時の安全管理対策
- ⑦ 医療観察法入院医療対象者の外出・外泊時の安全管理対策
- ⑧ 医療観察法入院医療対象者の一般科受診時の安全管理対策

IV. 医療観察法通院医療に関連すること

- ① 医療観察法入院医療対象者の退院判断
- ② 医療観察法入院医療対象者の退院後の処遇
- ③ 医療観察法通院医療対象者の再発時の安全管理対策

- ④ 医療観察法通院医療の終了判断

V. 今後の地域住民との対話に関すること

- ① 病院と地域住民との協議のあり方

E. 結論

説明の必要な20項目に適切と思われる説明を加えた資料を試作して、これを本研究の結論とする。

医療観察法病棟開設の際には、住民説明会が必ず行われることになっている。しかし、家族全員がこれに出席することは困難であろう。本資料は、説明会に出席できなかった人でも、これを読めば説明の要旨をつかめるように、簡潔なものとした。

また、掲げられた20項目を概観すると、法律、医療から建築物の構造、精神障害氏に対する一般的誤解など、きわめて多岐にわたる内容となっている。これらすべてを順序だてて説明すれば、近隣住民にとってとっつきにくい資料となりかねない。そこで、問題意識を明確にしながら読めるように、Q&A方式のスタイルを選択した。

医療観察法入院病棟近隣住民説明用資料の試作「よくあるご質問（Q&A集）」を章末に掲載する。

F. 研究発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録

なし

よくあるご質問 (Q&A 集)

Q1 医療観察法の目的やメリットは何ですか？

精神の障害のために善悪の区別がつかないなど、通常の刑事責任を問えない状態のうち、全く責任を問えない場合を心神喪失、限定的な責任しか問えない場合を心神耗弱と言います。医療観察法は、重大な他害行為を行いながら心神喪失や心神耗弱のために罪に問えない人に、密度の濃い医療を提供し、その社会復帰を促進することを目的とした法律です。

病気のために他害行為を行った人に「刑罰」を与えても、幻覚や妄想で考えが混乱しているため、内省や教訓を得ることはできません。このような人が、再び不幸な事態を繰り返さない状態で社会復帰を果たすためには、まず「医療」を提供して病状の改善を図り、その上で自らの行為を見つめなおしてもらうという過程が必要です。

医療観察法によって、病気のために他害行為を行った人が、再び同様の事態を引き起こすという不幸なケースは減少すると期待されています。

Q2 なぜ医療観察法ができたのですか？

これまでは、病気のために他害行為を行った人には、精神保健福祉法に基づく措置入院制度によって医療を提供することが通例でした。しかし、精神保健福祉法に基づく一般精神医療では、このような人に対する専門的治療を行うに必要なスタッフや施設が確保できませんでした。また、退院後の継続的な医療を確保するための仕組みがないことも大きな問題でした。医療観察法は、これらの点を改善するために作られた法律です。

医療観察法では、国の責任において、病気のために他害行為を行った人に対する手厚い専門的な入院医療と退院後の継続的な通院医療を提供することになりました。

Q3 どのような人が医療観察法の対象となるのですか？

心神喪失または心神耗弱の状態で重大な犯罪行為を行った人が、医療観察法の対象となります。重大な犯罪行為とは、殺人・放火・強盗・強姦・強制わいせつ（これらの未遂も含みます）・傷害に当たる行為をいいます。

具体的には、これらの重大な他害行為を行った人の中で、①心神喪失または心神耗弱のために不起訴処分となった人、②心神喪失のために無罪が確定した人、③心神耗弱のために減刑され執行猶予が付いた人、がこの法による医療の対象です。これに該当

する人が出れば、検察官が地方裁判所に申し立てを行って、医療観察法医療の要否を決める審判の手続きが開始されます。

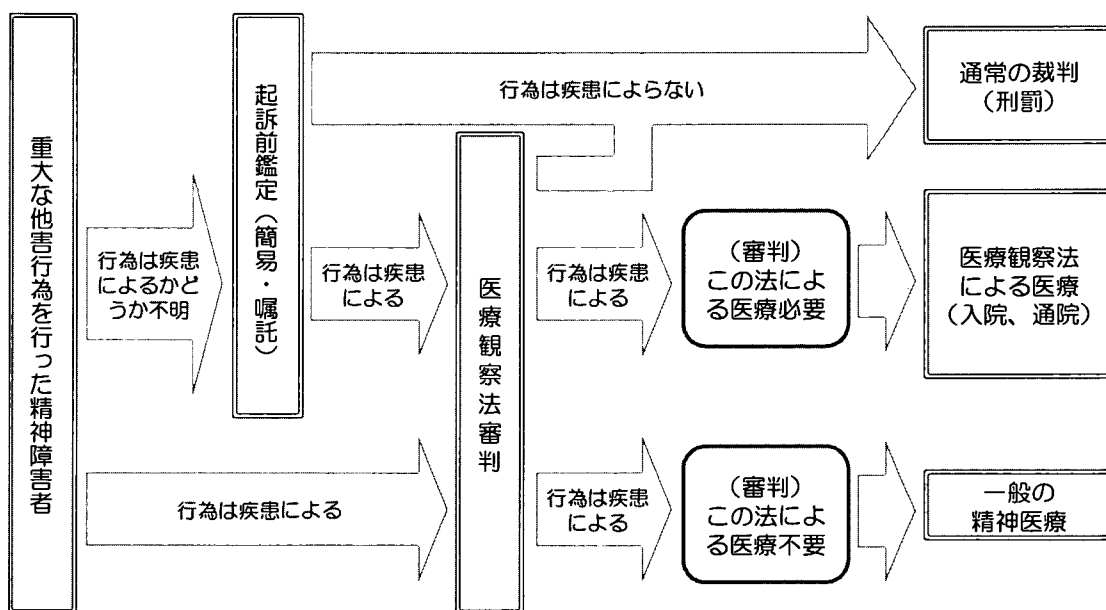
Q4 医療観察法の入院や通院は誰がどのようにして決めるのですか？

医療観察法では、この法の対象となる人（対象者と言います）の入院や通院を、地方裁判所で行われる「審判」で決定します。

検察官から地方裁判所に、この法による処遇を求める「申し立て」がなされると、裁判所は裁判官と精神科医師（精神保健判定医という特別な資格をもつ精神科医師）の2名からなる「合議体」を結成します。合議体は速やかに精神保健判定医あるいはそれに相当する医師に精神鑑定を、社会復帰調整官（保護観察所に新設された役職でこの法の対象者のケアと調査を専門に行う）に生活環境調査を命じます。その後に関われる審判の場では、鑑定結果と調査結果を参考にしながら検察官と付添人（審判の場で対象者の立場に立って弁護する弁護士）双方の主張があらゆる角度から検討されます。最終的には合議体が対象者の処遇について、「医療観察法による入院医療が必要」「医療観察法による通院医療が必要」「医療観察法による医療は不要」のいずれかの決定を下します。この決定に基づいてその後の医療が展開されることになります。

医療観察法は、裁判官と医師がそれぞれの専門性を生かして決定にかかわって、安全性と治療性の双方を考慮した最善の結論を出す仕組みになっています。

（医療観察法医療が決定するまでの流れ）



Q5 医療観察法による医療はどこでどのようにして行われるのですか？

医療観察法医療は、厚生労働大臣が指定した医療機関が行います。一般の精神科医療機関は、この法の医療を行うことはできません。この法の入院医療・通院医療を行うように指定された医療機関をそれぞれ「指定入院医療機関」「指定通院医療機関」といいます。

指定入院医療機関の運営は、国立、都道府県立、あるいは特定（地方）独立行政法人の病院に限定されています。国の費用でこれらの病院にセキュリティーの高い病棟を設置して、医師・看護師・精神保健福祉士・作業療法士・臨床心理技術者など、手厚い人員を配置します。このような医療観察法入院病棟は、各都道府県に1ヶ所程度あることが望ましいとする意見が多く、厚生労働省においても各都道府県に整備の要請を行っているところです。

指定通院医療機関には、国公立に限らず一定水準の医療が提供できる民間病院も指定されます。すでに全国で260ヶ所程度の医療機関が指定通院医療機関に指定されています。指定通院医療機関は保護観察所や保健所などの外部機関と綿密に連携をとりながら、手厚いチーム医療を行います。これらにかかる費用も国費によって賄われます。

Q6 医療観察法で入院となる人はどのような人たちですか？

また、そのような人たちが医療観察法入院医療で本当に治るのですか？

重大な犯罪を行った人といえばとても怖い人と思われがちですが、実際には一般の精神科病棟に入院する人たちとそれほど変わらないことが、これまでの指定入院医療機関の経験からわかってきました。以下の表には、病棟内で起こった暴力事故の件数が示されています。結果にはスタッフ数の違いなど様々な要因が関与していますが、少なくともこの法の対象者が特別に危険な人たちであるとは言えないようです。

施設基準	暴力事故件数	1施設あたりの暴力事故件数
医療観察法病棟 (8施設調査)	23	3.29
一般の精神科病棟 (18施設調査)	144	8.47

(平成18年度厚生労働科学研究「医療観察法による医療提供のあり方に関する研究」より)

また、「医療観察法医療によって本当にこのような患者が治るのか」という疑問をもたれる方も多いようですが、裁判所が「医療観察法による医療が必要である」と決定するためには「治療が可能である」ことが条件とされています。したがって医療観察法病棟に入院する対象者は、もとより治療効果が期待できる人たちに限られているのです。

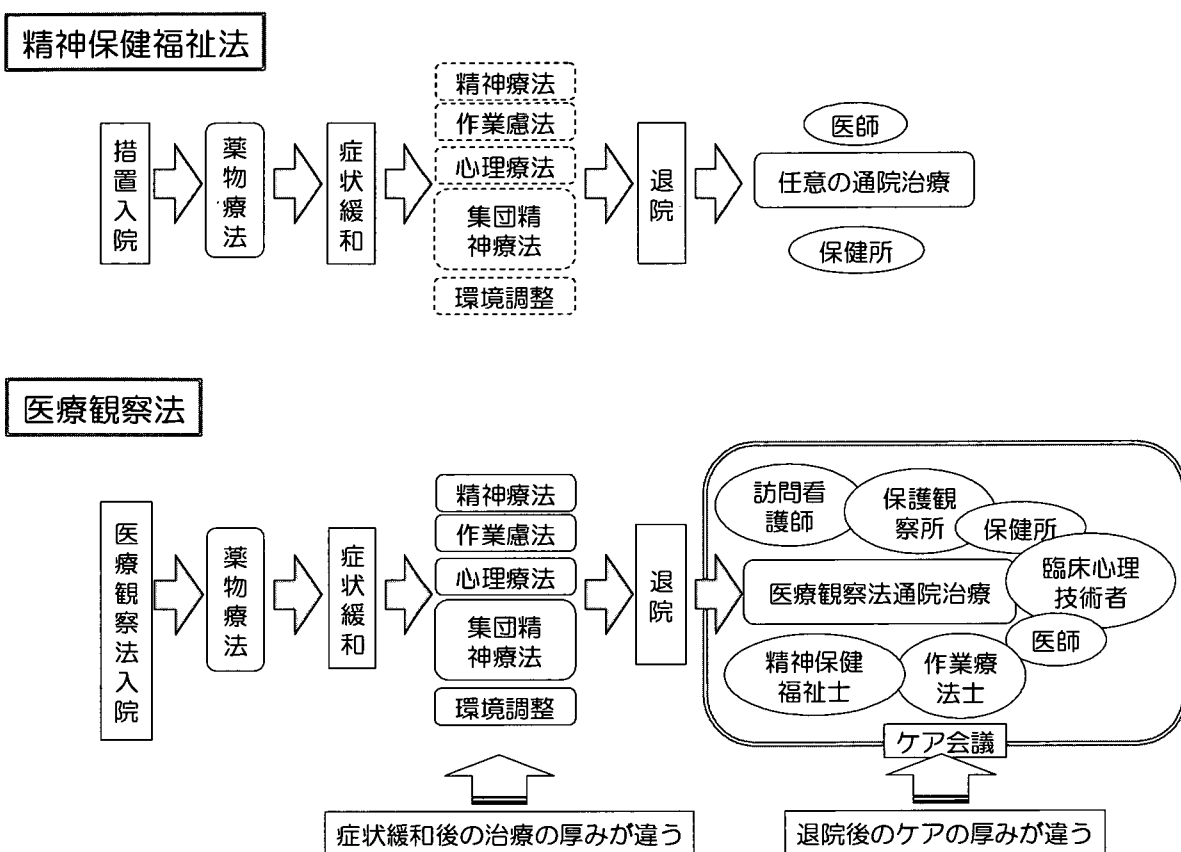
対象者の多くは、幻覚・妄想によって犯罪行為を行った人たちです。幻覚・妄想状態は薬物療法によって治りやすい上に、これを施した後に医療観察法医療が得意とする心理療法を行えば、これまでにない深い意味での治療が可能になると期待されています。

**Q7 医療観察法入院医療では、どのような治療が行われますか？
またそれは、一般の精神科入院医療とどこがどうちがうのですか？**

心理療法は、これまでの精神科入院医療ではほとんど行われてこなかった治療法です。医療観察法入院医療では、さまざまな心理療法が取り入れられました。これらが、これまでにない深い治療効果を発揮すると期待されています。また精神科患者は、入院治療でいったん治っても、入院前と同じ環境に戻ると同じストレスを受けて再発することがしばしばあります。医療観察法入院医療では、地元の保護観察所、保健所、病院などと連携をとって、退院後に再発しないための準備を行います。

一般の精神科入院医療は「患者自身の保護」や「自傷他害の恐れを取り除くこと」が目的なので、治療はどうしても薬物療法に終始しがちでした。しかし医療観察法入院医療は、「患者が再び同様の行為を繰り返すことなく社会復帰を図る」ことを目的としているので、上記のような手厚い医療が行われるようになりました。

(医療観察法医療と精神保健福祉法医療 治療の流れの比較)



Q8 医療観察法入院医療で行われる心理療法とは、具体的にどのようなものですか？

病気のメカニズムや病気と犯罪行為の関係を深く理解させるためのプログラム、犯罪行為と直面するためのプログラム、内省を促すプログラム、衝動的にならないようにするためのスキルを身につけるためのプログラムなど、患者が再び同様の行為を繰り返すことが無いように、さまざまな心理療法が行われます。

Q9 医療観察法病棟の中はどんな雰囲気ですか？

医療観察法病棟は、一般の精神科病棟に比べるとスペースが広く、スタッフも多く配置されています。病室は全室個室で専用の体育館が病棟内にあり、長い入院生活でもできるだけ閉塞感を感じないように配慮されています。また、豊富なスタッフが濃密にかかわることによって患者のストレスをいち早く察知し、ストレスがたまることのないように対処します。

病室は、急性期ゾーン・回復期ゾーン・社会復帰期ゾーンに分かれていて、対象者は病状の回復につれて各ゾーンを移動していきます。急性期ゾーンは最も病状の不安定な対象者用の区域です。密度の濃い観察をしやすいように配置されており、ゾーン全体を閉鎖することもできます。社会復帰期ゾーンはすでに病状の回復した対象者用の区域です。個室にシャワーや家具を配備して居住感を保ち、長い入院生活でもストレスがたまりにくいように工夫されています。

医療観察法病棟見取り図の1例

Q10 医療観察法病棟では無断退去防止のためにどのような対策がとられていますか？

これまで建設された病棟では、医療観察法病棟ではすべての窓には強化ガラスが使用されていて、窓から病棟外へ出ることはできないようになっています。出入り口は2重扉になっていて、インターロックシステム（一方の扉が開いているときはもう一方は決して開かない方式）が採用されています。出入り口には常駐の警備員を配置して、ここをすり抜けることがないようにしています。運動場は高いフェンスで囲まれています。フェンスは赤外線カメラや振動センサーによって24時間、監視されています。病棟内外には多数の監視カメラおよび赤外線カメラが配備されていますが、これらはすべてコンピューターによって一括管理されていて、無断退去にはいち早く察知できるようになっています。

施設基準	無断退去件数 (総数)	無断退去件数 (1施設あたり)	無断退去を企図件数 (総数)	無断退去企図件数 (1施設あたり)
医療観察法病棟(8施設調査)	0	0	1	0.13
一般精神科病棟(18施設調査)	40	2.22	39	2.17

(平成18年度厚生労働科学研究「医療観察法による医療提供のあり方に関する研究」より)

Q11 医療観察法病棟から無断退去があった場合、どのような対応がとられますか？

万が一、対象者が無断退去した場合は、直ちに警察と協力して捜索に当たります。近

隣住民の皆様および付近の保育園・幼稚園・小学校中学校の管理者様への連絡は、遅滞なく速やかに行います。連絡方法については、協議によって予め決めておくことになっています。

医療観察法入院病棟には、一般の精神科病棟のおよそ3倍のスタッフが勤務しており、長時間、無断退去に気づかないといった事態はあまり考えられません。また、病棟内外の監視カメラおよび赤外線カメラも、無断退去のすみやかな発見に威力を発揮するので、無断退去が起これば極めて早い時期に、近隣住民の皆様はその事実をお伝えすることができると思っています。

Q12 病院に対する要望などは、どのような方法で伝えればいいのですか？

近隣住民の皆様と病院関係者が話し合う「地域連絡協議会」を定期的を開催します。地域連絡協議会では病院側から当該病棟の運営報告を行いますが、近隣住民の方からのご要望やご質問もこの場でお受けいたします。会の開催頻度は皆様と話し合って決めることとなりますが、年に1~2回という場合が多いようです。

また、急なご要望等があれば、いつでも病院の担当窓口にご連絡ください。内容に応じて対応を検討させていただきます。必要であれば、臨時の地域連絡協議会を開催することもあります。

Q13 医療観察法病棟では災害などの緊急事態に際してどのような安全管理対策がとられますか？

地震や火事などの災害時には、対象者は運動場に避難することになっています。出入り口の扉を開放して、対象者を一挙に病棟の管理外に出すということは、通常の災害では想定していません。

避難場所となる運動場は、指のかからない特殊な高いフェンスで囲まれています。災害時には多数のスタッフがここに集まる手順になっているので、災害に乗じて対象者がフェンスを乗り越え離院するという事はまず考えられません。

写真：緊急アラーム・フェンス

**Q14 入院中の対象者が外出や外泊をすることはありますか？
あるとすれば、どのような安全管理対策がとられるのですか？**

精神疾患の症状は、病棟で消退していても社会に戻ると再燃することがしばしばあります。生活環境から来るストレスが精神疾患に非常に大きな影響を及ぼすからです。退院の可否を考えるとときには、退院後の生活環境がどの程度のストレスになるかを予

め想定しなければなりません。想定できない場合には、患者を実際に退院環境において観察することが必要になります。特に医療観察法医療では、退院後の生活環境ストレスを十分に見極めないまま退院に踏み切るということはできません。したがって多くのケースで、退院を決める前の外泊・外出が行われると考えてください。

外泊・外出中の安全は十分な数のスタッフが付き添うことによって確保します。対象者を一人で外出させるということは決してありません。

Q15 医療観察法病棟において、身体的な治療や検査が必要になったときはどのように対応されるのですか？

点滴程度の身体管理や簡単な身体的治療は、一般診療科の嘱託医などが病棟内で行います。手術やMRIなどの大掛かりな機器を要する検査や治療は、それが可能な医療機関で受けてもらうことになります。

他科受診は、外出・外泊の扱いとなります。一般の外出・外泊と同じように、十分なスタッフが同行して安全性を確保します。

Q16 医療観察法入院医療では退院に向けてどのような準備がなされますか？

医療観察法入院医療では対象者がその地元で円滑に社会復帰できるように、入院当初から退院に向けた取り組みを行います。

対象者が社会復帰するためには、医療確保と生活支援が大切です。指定入院医療機関が退院地の保護観察所、指定通院医療機関、精神保健福祉センター、保健所などと連携して、住居の確保や地域処遇のための体制整備を進めます。

Q17 退院の許可は誰がどのようにしてするのですか？十分に治りきらないうちに退院となることはありませんか？

医療観察法通院医療で、再び同様の行為を行うことなく社会復帰を目指せると判断されれば退院となります。すなわち、通院でも安全に治療が継続できるということが退院の主たる条件です。

退院の許可は裁判所が行います。具体的には、指定入院医療機関からの退院の申立てにより、裁判官と精神保健審判員が公正に判断して退院を決定します。裁判所が判断することにより、客観性が確保される仕組みになっています。

Q18 退院した人はどのように処遇されるのですか？

退院後は原則として元の居住地に戻っていただきます。指定入院医療機関或いは通院医療機関周辺に新たに住居を確保して居住させるということは原則としてありません。治療は居住地域の指定通院医療機関に引き継がれます。指定通院医療機関への通院は、医療観察法が対象者に義務として課すものです。このような通院制度はこれまで日本には無かったもので、医療中断の防止に役立つと考えられています。

また医療観察法通院医療では、保護観察所、指定通院医療機関、保健所、精神保健福祉センターなど、多くの機関が連携を取り合っており対象者の援助・見守りを行います。各機関の連携を図るために、保護観察所が中心となって「ケア会議」が開催されます。関係機関は、ここで処遇の実施状況など必要な情報を共有し、処遇方針の統一を図ります。このような密度の濃いかかわりと連携によって、対象者がいつの間にか通院しなくなって病気が再発するということは非常に少なくなると考えられています。

Q19 医療観察法通院医療中に再発した場合、どのような対応がとられるのですか？

一般に、精神疾患が突然、本格的な再発をきたすということはありません。本格的な再発は、長期間にわたって再発の傾向を見逃したり再発に十分な対応ができなかったりした場合に起こります。医療観察法通院医療は、一般の精神科通院医療と比べると観察密度やケア能力が非常に高いので、多くの場合、再発初期に発見して対応を開始することができます。再発初期であればケアの密度を高めることによって安全に乗り切ることが可能ですし、通院処遇中でも精神保健福祉法に基づく入院（いわゆる一般の精神科病院への入院）が認められていますので、ときにこのような入院も交えれば、大半のケースにおいて本格的な再発を未然に防ぐことができると考えられます。

万が一、本格的な再発が起きれば、保護観察所の長が裁判所に申請して、再度、医療観察法による入院を行うこともできます。

Q20 医療観察法通院医療終了の決定はどのようにして下されるのですか？

医療観察法通院医療は、原則 3 年間で終了となります。期間を満了せずに処遇を終了する場合は、裁判所の決定が必要です。一方で、3 年を経過してもなお医療観察法通院医療の継続が必要であれば、2 年を限度に延長が可能ですが、この場合も裁判所の決定が必要となっています。

指定通院医療の終了及び延長に裁判所が関与することによって、安全性や客観性が確保できるようになっています。

研究要旨

医療観察法による通院医療を受ける対象者は、基本的に、病気についての理解があり、再発しないための知識を身につけ、再発しないための環境が整った人たちである。医療観察法に基づく手厚い医療と生活支援を受け、本格的な再発を起こす可能性は極めて小さい。しかし、だからといって、対象者の再発に対する備えをまったく欠いて良いというわけではない。対象者に対して義務として課す通院である限りは、通院医療の場の安全確保についてそれなりの配慮は必要であろうと思われる。一方で、この法の通院医療対象者は、通常精神医療よりも相当に厳密な評価を受けたうえで、再発の可能性が低いことが確認された人たちである。彼らだけに特別な安全管理対策をしなくては、バランスを欠いたことであるのも事実である。通院医療における安全管理対策は、安全確保への責任と人権への配慮が錯綜する非常にデリケートな問題であり、簡単に結論の出ることではない。

本研究では、精神保健福祉法下で重大な犯罪を行った精神科患者の医療にたずさわってきた医師が、外来診療の場の安全管理対策についてどのような考えを持っているかを調査した。条件のまったく違う医療観察法通院医療に直接つながるものではないが、何らかの参考になると考えている。

A. 研究目的

本研究の主な目的は以下の2点である。

- ① 精神保健福祉法下で、重大な犯罪を行った精神科患者の医療にたずさわってきた医師が、様々な安全管理対策に対してどのような考えをもっているかを明らかにする。
- ② 精神保健福祉法下で、重大な犯罪を行ったために社会復帰阻害要因が比較的大きかった精神科患者の医療にたずさわってきた医師が、このような患者の社会復帰にどのような要素が重要と考えているかを明らかにする。

B. 研究方法

15の自治体立精神科病院の医師にアンケート調査を行った。調査票は「重大な犯罪行為を行った患者の通院医療に関する意識調査」（資料①）と「重大な犯罪行為を行った患者に関する詳細調査」（資料②）の2種類で、

11施設73名の医師から回答を得た。施設としての回答率は73.3%、医師全数から見た回答率は、約51%であった。

「重大な犯罪行為を行った患者の通院医療に関する意識調査」は、医師自身の意識と経験を問うものであり、倫理上の問題はないと考えられる。

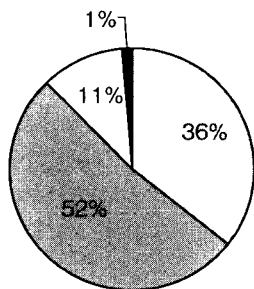
「重大な犯罪行為を行った患者に関する詳細調査」は、調査内容は一般的項目に限定され、調査対象者と回答医師は匿名化しているため、個人の特定は不可能であり、倫理上の問題はない。

C. 研究結果

- 【1】図①～図⑩は、外来診療の場における暴力防止策についての、医師の意識調査の結果である。

(図①)

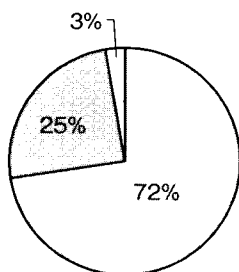
問1 あなたは外来診療の場で危険な目にあった経験がありますか



- 暴力を受けたことがある
- 暴力を受けるかもしれないという強い恐怖を感じたことがある
- 暴力を受けたことも暴力の恐怖を感じたこともない
- 無効

(図②)

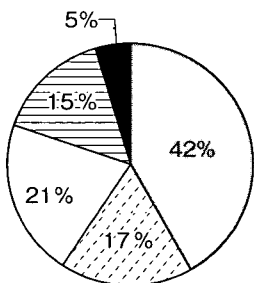
問2 医療観察法医療外来診療の場に暴力防止策（診察前所持品チェックなど）を実施することへの賛否を問います



- 賛成
- 反対
- 無効

(図③)

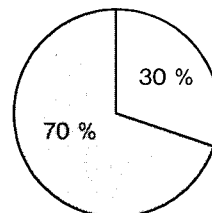
問3 問2で「賛成」と答えられた方に、その理由をお尋ねします（複数回答可）



- 実際に危険だと思うから
- 強制的な医療の場で起こる事故や暴力は、強制する側に防止する責任があるから
- 医療観察法医療の場で事故が起これば、この法の医療を受ける患者全体が危険視されるなど、社会的影響が大きいから
- 医療観察法医療の場で事故が起これば、同法医療発展の妨げとなりかねないから
- その他

(図④)

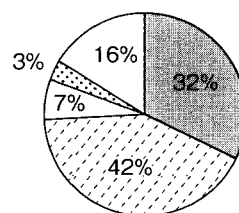
問4 問2で「賛成」と答えられた方に、どのような対象者に事故防止策を実施すべきかをお尋ねします



- 過去に診察室で暴力を振るった対象者に限定して実施する
- その他、何らかの基準に基づいて実施する

(図⑤)

問5 問2で「反対」と答えられた方にその理由をお尋ねします（複数回答可）



- 危険は否定できないが、医療観察法対象者だけを危険視すべきではないから
- 危険は否定できないが、医療観察法対象者が一般の患者以上に危険という根拠がないから
- 危険は否定できないが、その確率はさきわめて低いから
- 危険ではないから
- その他

(図①) は非暴力の経験についてたずねた結果である。32%の医師が暴力を受けた経験があり、暴力の恐怖を感じた医師56%を合わせると88%の医師が、何らかの危険な場面に遭遇していることになる。

(図②) は、医療観察法外来診療の場に何らかの暴力防止策を導入することへの賛否を尋ねた。72%の医師が賛成としている。

(図③) は、暴力防止策導入に賛成の理由を尋ねた。実際に危険だからという医師が42%で最も多く、大きな暴力問題が起こったときの社会的影響などを心配する医師がそれに続いた。

(図④) は、暴力防止策を実施する対象者をどのように決めるべきかについて尋ねた。

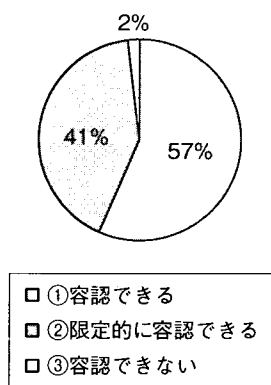
外来診療の場での暴力歴のある者に留めるべきとする意見は30%にとどまり、何らかの基準を設けて外来での暴力歴がない者にも適用すべきという医師が70%を占めた。

(図⑤)は、暴力防止策導入に反対の理由を尋ねた。衣料観察法対象者だけを危険視すべきでない、あるいはする根拠がないとする医師が全体の4分の3を占めた。

次に、一般的な暴力防止策についての容認度を尋ねた。スタッフによるボディチェック、金属探知機、呼気アルコール検知器、護身用具常備、警備員導入についての容認度が、以下、図⑥～図⑩に示されている。

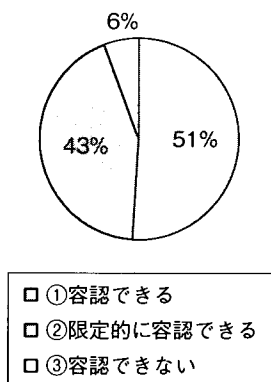
(図⑥)

a) スタッフの手による診察前ボディチェック



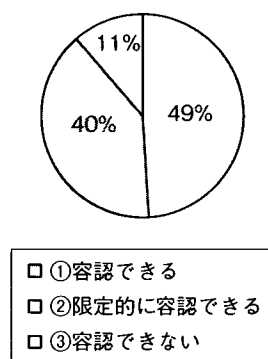
(図⑦)

b) 金属探知器による診察前ボディチェック



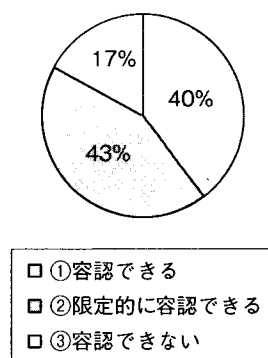
(図⑧)

c) 呼気アルコール検知器による診療前飲酒チェック



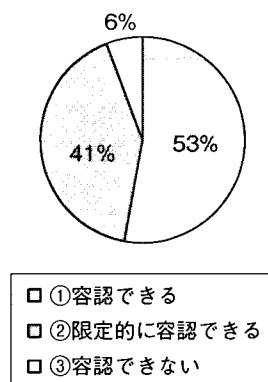
(図⑨)

d) 護身用具の常備



(図⑩)

e) 警備員の導入



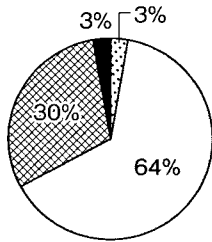
「容認できない」が最も多かった護身用具の常備でさえも、17%にとどまった。それ以外の暴力防止策については、「無条件に容認できる」とした医師が半数または半数を越えていた。

【2】 (図⑪) は、殺人歴のある患者の外来診療に関する意思の意識調査結果である。

少なくとも一部の患者に対して特別な注意が必要とする医師が、全体の94%を占めた。

(図⑪)

問8 殺人歴のある患者の通院医療を行う場合、医師は特別な注意を払う必要があると思われますか



- 特別な意識を持つべきではない
- 症例によって特別な注意を払う必要がある
- 一般に特別な注意を払う必要がある
- 無効

【3】 (図⑫) は、殺人歴のある患者の外来治療を遂行するのに重要と考える要素について尋ねた。

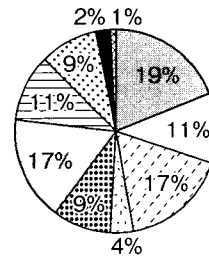
医師との信頼関係、多職種チーム医療、再燃・再行動化の予測をあげた医師が多く、それぞれ17~19%を占めた。

次に、医師以外の信頼できるスタッフの存在、再行動化防止意識の共有、早めの短期入院、生活支援などが続き、それぞれ9~11%であった。

殺人歴があるからと言って特別視しないこととする意見は2%にとどまった。

(図⑫)

問9 殺人歴のある患者の通院医療を行う場合、医師にはどのようなことが大切であるとお考えですか (重要と思われる3項目にチェックしてください)



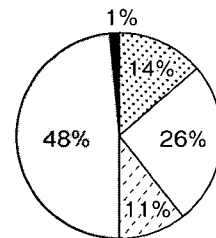
- 医師との信頼関係
- 医師以外の職種で患者と信頼関係にあるものが1名以上いること
- 多職種によるチーム医療
- 診察の場で、過去の殺人行為について率直に言葉にして話せること
- 再行動化防止が治療目的のひとつであることを患者と共有すること
- 再燃の兆候や再行動化に至る経過を予測できていること
- 再燃直前あるいは再燃初期での、早めの短期入院
- 患者を追い詰める経済的あるいは環境的要因に常に留意すること
- 殺人歴があるからといって特別視しないこと
- その他

【4】 図⑬~図⑱は、殺人歴のある患者の治療に関する調査結果である。

(図⑬) は、治療経過についての調査結果である。外来治療で維持できているものは40%にとどまり、約60%は結果的に入院中ということであった。全体のほぼ半数が、一度も退院できないでいることがわかった。

(図⑬)

問1 治療経過についてお尋ねします



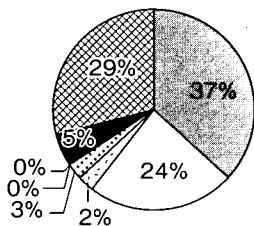
- 通院治療から開始した
- 入院治療から開始して通院治療に移行した
- 入院治療から開始して通院治療に移行したが現在再入院中である
- 入院治療から開始して通院治療に移行できずに入院中である
- (無効)

(図⑭)は、殺人歴のある患者が退院できない理由を尋ねたものである。統合失調症陽性症状が原因とするものが37%、統合失調症残遺性変化が24%であり、それぞれ原因の第1位、第2位であった。逆に、統合失調症以外の疾患は、統合失調症と他の疾患の重複症例を合わせても10%にとどまり、予想外に少なかった。

その他の中には、退院後の受け入れが困難という理由が多かった。受け入れ困難という中には、家族が受け入れない場合、地域が受け入れない場合、住居が確保できない場合など、様々なケースが見られた。

(図⑭)

2) 退院できない理由は何ですか (重複不可)



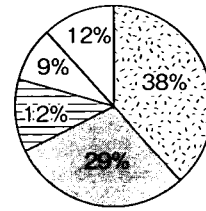
- 統合失調症の陽性症状が活発なため
- 統合失調症の残遺性変化が高度なため
- 統合失調症に薬物関連障害が重複しているため
- 統合失調症に人格障害が重複しているため
- 統合失調症に知的障害が重複しているため
- 統合失調症に発達障害が重複しているため
- 統合失調症以外の治癒しにくい疾患であるため
- その他

(図⑮)は、殺人歴があつて退院できない患者を無理に退院させた場合、どのようなことになると予想しているかをたずねたものである。

通院治療につながらないとするものが38%、再燃・再行動化に対処できないとするものが合わせて50%に達した。

(図⑮)

3) 無理に退院させるとどのようなことが心配されますか

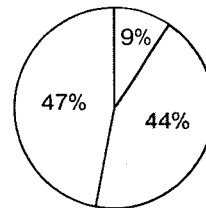


- 通院治療につながらない
- いったん通院治療につなげても短期で再燃・再行動化しそう
- 再燃・再行動化が急激に起こるため対処できない
- 再燃・再行動化の前兆が見えにくいため対処できない
- その他

(図⑯)は、殺人歴があつて退院できない患者が、仮に医療観察法通院医療のような手厚い医療制度があればどのようなことと思われるかをたずねた。「退院ができた」あるいは「退院ができた可能性がある」を合わせると53%となり、「退院はできなかった」の47%を上回った。

(図⑯)

4) 医療観察法通院医療のような手厚い医療が準備されていたとしたら退院は可能だったと思われませんか

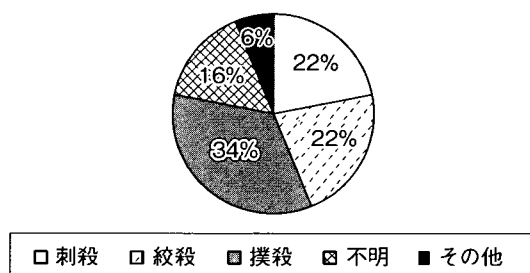


- 可能であった
- 可能になった可能性がある
- 困難であった

(図⑰)は、殺人好意の方法についてたずねたものである。

(図17)

5) 殺人行為の詳しい状況

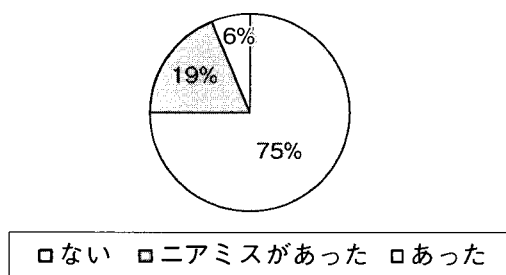


(図18) は、その後、同様の行為を繰り返したかどうかをたずねたものである。

類似の行為（殺人未遂・傷害）を含めれば、全体の約4分の1が再行動化していることがわかった。

(図18)

8) 上記殺人行為以後に同様の行為を行ったことがありますか



D. 考察

調査は医師の漠然とした印象を問う項目が多い。また、医療観察法通院医療を実際に行っている医師とまったく知らない医師を分けずに質問している。すなわち、調査は不均一な医師の意識調査にすぎず、調査結果の意味することにはおのずと限界がある。したがって、調査結果の評価はこの点を踏まえた上で進める必要がある。

まず、自治体立単科精神病院に勤務する医師たちの多くは、現行の医療観察法通院治療の対象者に該当するような患者の治療に従事してきたことが伺える。

外来診療の場における事故防止策について、半数近くの医師が「限定的容認」として

いることについては、解釈の分かれるところである。「本来、事故防止策は必要ないが、やむを得ず一部の対象者に容認」という消極派なのか、「本来、事故防止策は必要であるが、全例に適用する必要はない」という積極派なのかが不明である。おそらくまったく意味の違う両者が含まれていて、単純に一方的解釈をすべきではなかろう。

E. 結論

1. 自治体立単科精神病院に勤務する医師たちは、今後の医療観察法通院医療における外来診療のあり方として、なんらかの暴力防止策の必要性を感じている。
2. 暴力防止策とならんで、対象者の状態評価が重要であることは、多くの医師の指摘するところであった。また医療観察法医療での事故発生が、医療観察法に及ぼす影響を危惧する意見も多数あった。
3. 殺人行為を伴う精神障害者の約半数は、一度も外来治療を経ることなく入院したままであり、その平均入院期間は8年を越えている。これらの患者が入院継続を余儀なくされている、最大の要因は、個々の患者の精神症状であるが、退院後の受入の貧困も無視できない。
4. 外来への移行が困難な殺人行為を伴う精神障害者の治療について、約半数の医師は、医療観察法通院治療に期待しているが、残りの半数は、同法をもってしても外来治療への移行は困難と考えている。
5. 殺人行為を伴う精神障害者の残りの半数は、なんらかの形で外来治療も経ている。しかしそのうちの2割については、犯行後、再び同様の行為、あるいはそれに類似の行為を繰り返している。

F. 研究発表

なし