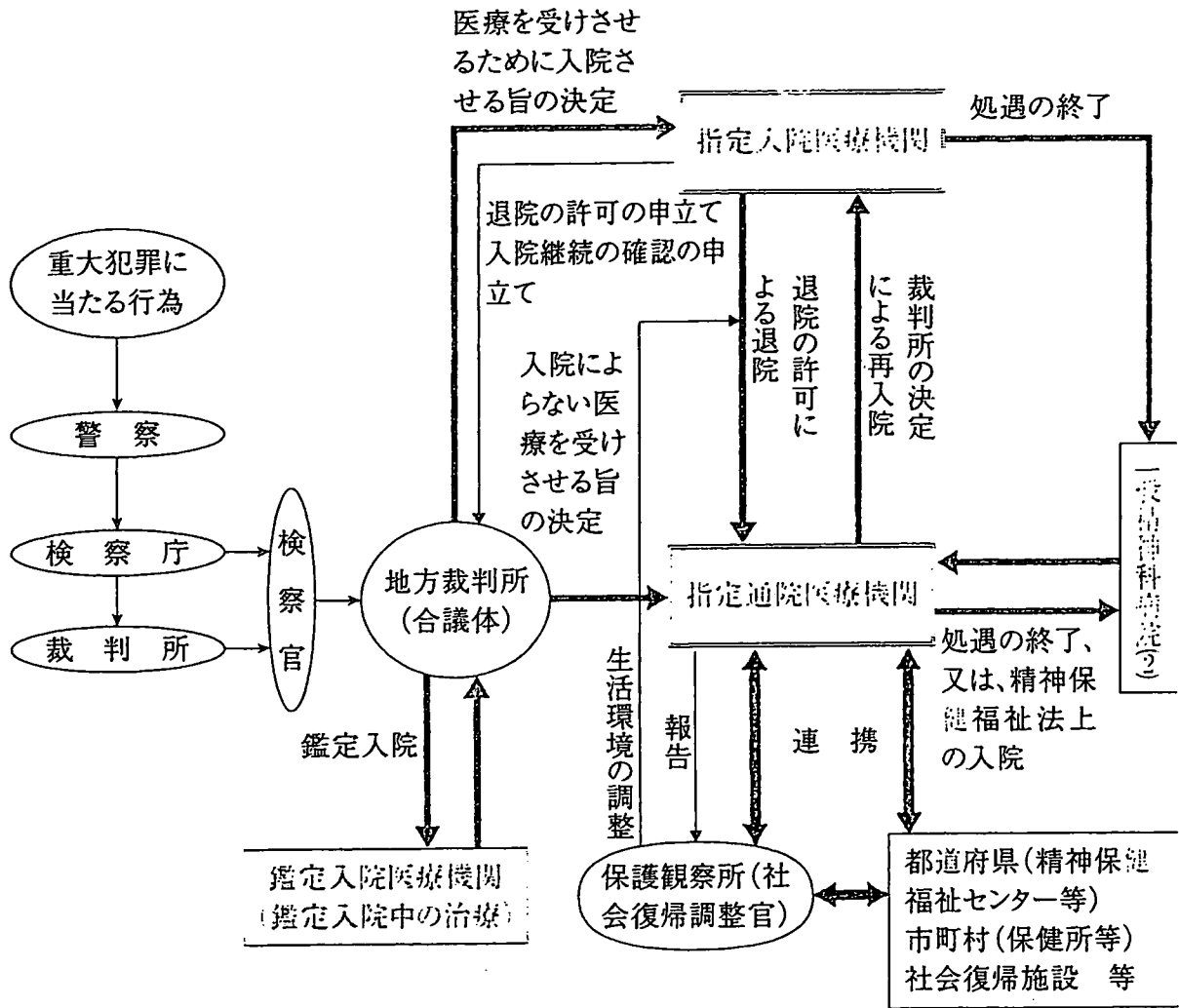


図6-1 対象者への医療の提供（フローチャート）



最高裁) このために、鑑定入院の二か月間には多くの例において幻覚妄想が消退し、また、通院による医療が可能となるまでに回復する。

6 医療

① 入院による医療

指定入院医療機関は全国二四病院・七二〇床が予定されているが、平成十八年七月時点では、八医療機関、一七五床にとどまっている。指定入院医療機関では、三〇床が基本であるが、病床数がより少ない(一五床以下)ものも開設されている。

入院による医療については、一八か月間を標準の治療期間としている。

「急性期(最初の三か月間)」、「回復期(九か月間)」、そして、「社会復帰期(六か月間)」であるが、これらのステージ

に順じて入院医療施設も三区画に分けられている。スタッフの数は、患者三〇人に対して医師四名（常勤二名）、看護師四三名程度、病棟作業療法士二名、心理技術者一〜三名、精神保健福祉士一名、事務員一〜二名が標準である。このスタッフ数によってはじめて多職種から構成されるチーム医療が実現するものであり、わが国の司法精神科医療が、ようやく世界的なレベルにまで到達したものと考えられる。

指定入院医療機関に示された入院処遇ガイドラインでは、治療目標は対象者の社会復帰であることは当然であるが、以下のような項目が設定されている。①症状の改善と継続的かつ適切な医療を確保する、②様々な問題を前向きに解決する意欲や社会で安定して生活する能力を高める、③他害行為の問題を認識し自ら防止する力を高める、④被害者に対する共感性を養う。

これらの治療目標は急性期、回復期、社会復帰期のそれぞれで異なるものとなっているが、入院医療の終了時には以下の項目が満足される状態とされている。①病状が安定している（社会復帰期において、一定期間病状の再燃がみられない）、②必要な医療を自律的に求めることが可能である（退院後、継続的な医療が安定して実施できる、服薬管理や金銭管理等の社会生活能力が確保されている）、③適切な援助体制が整えられている（安定した治療が継続できるための環境整備・支援体制、緊急時の介入方法・支援体制が確立している）。

このような状態が確認された場合には、指定入院医療機関の管理者は、地方裁判所に対して退院の申し立てを行い、それを受けて合議体が審査を行う。

入院中においては、薬物療法は新規抗精神病薬を中心に投与し、さらに、心理技術者が関わった「心理教育」「ST」「認知行動療法」「怒りをコントロールする力を身につけさせるアンガーマネジメント」「薬物・アルコール依存治療プログラム」などが加えられている。実際には、一年半を待たずに多くの例が退院して通院処遇に移行しており、現状では、指定通院医療機関における医療は、一定の基準を超えた充実した医療が提供されているといえる。

状況である。

② 通院による医療

指定通院医療機関の指定は、都道府県に最低二か所、人口一〇〇万に対して三〜四か所が目安となり、全国で三八二か所が必要数とされている。しかしながら、現状では二三二か所にとどまっている。指定条件は、精神保健指定医の常勤とともに、看護基準が三対一以上であり、これによって通院途中での病状の悪化に対して、精神保健福祉法に基づく一時的な入院が可能となる。

指定通院医療機関における医療は、入院医療と同様に医師、看護師（訪問担当）、精神保健福祉士、心理技術者、作業療法士、などが多職種のチームを形成して、対象者の医療と生活支援を円滑に行うことにある。指定入院医療機関とは異なつて、これらのスタッフが専属でチームを形成することはなく、兼任の状態が必要に応じてチームを形成することになる。

対象者を受け入れる際には、多職種チームによる「個別の治療計画」が立てられるが、これについては、後に述べる「処遇の実施計画」に基づいて策定されるものである。いずれの計画についても、対象者本人が出席したうえで、その同意を得ながら進めることが望ましい。チームは共通評価項目を用いながら、対象者の精神症状や日常生活について定期的にアセスメントし、これに基づいて治療計画を立てることが義務付けられている。

計画は三年以内での一般医療への移行を目標として、前期（一〜六か月）、中期（七〜二四か月）、後期（二五〜三十六か月）の三ステージに分けられる。三年間の通院による医療が標準であるが、二年間に限って延長することができ（第四十四条）。

7 地域医療における処遇

通院による医療では、前項のように多職種チームが対象者の通院医療を継続し、本人が社会生活に適応できるように支援を行う。しかし、通院が継続するように精神保健観察による働きかけが保護観察所によってなされる。その基本にあるのは、第七十七条に示されている「対象者の守るべき事項」である。第七十七条では、①一定の住居に住すること、②住居の移転、長期の旅行は届け出る、③保護観察所の長から出頭・面会を求められた場合には応ずることを規定している。

保護観察所が果たすべき最も大きな役割は、「生活環境の調整」である(第七十一条)。社会復帰調整官が中心となつて、住居や精神保健・障害者自立支援法のサービスを組み合わせることで、対象者の生活が円滑に進むように調整を行う。医療保険以外のサービスとしては、ホームヘルプサービスやショートステイ、さらには、障害者自立支援法に基づき、自立生活訓練や就労支援サービスである。

これら精神保健観察や生活環境の調整が、指定医療機関による医療と有効に連携して行われるためには、対象者の医療と生活支援サービス全体をマネジメントする必要がある。この役割は、保護観察所が主催する「ケア会議」が重要な役割を果たす。指定通院医療機関、保健所、主管部局、社会復帰施設関係者等が集まり「処遇の実施計画」を策定する(第七十四条)。「処遇の実施計画」の策定においては、関係機関だけでなく、対象者本人の同意を得る努力もなされるべきである。

対象者の地域における生活は指定通院医療機関による医療と、保護観察所が行う精神保健観察と生活環境の調整という二つの流れのもとで行われるが、いずれもスタッフが不足していたり、あるいは、地域の精神障害者サービスそのものが貧困な状況であるために、通院による処遇では困難をきたす場合が少なくない。今後これらの点の改善が求められる。

8 一年間の集計

平成十七年七月十五日から施行された心神喪失者等医療観察法は平成十八年七月十四日で一年を迎えた。この間、三四四件の申し立てが行われた。申し立てられた事例について、その罪名をみると、傷害が三七%と最も多く、これに殺人（殺人未遂も含む）が二五%、放火二四%が続いた。審判が終了した二六九件にその審判結果についてみると、五四%が入院による医療の決定で、通院は二六%であった。通院決定が入院決定の半数に及んでおり、この点では予想以上に通院例（直接通院）が多くみられた。

指定通院医療機関の課題と薬物療法

—民間病院の立場から—

松原三郎*

抄録：心神喪失者等医療観察法では、入院によらない医療について、指定通院医療機関が受け持つこととなっている。また、保護観察所による精神保健観察も行われ、医療面と生活支援面とがケア会議を基盤として総合的に提供される。しかし、通院処遇は我が国においては、初めての経験であり、戸惑いは隠せない。それは、通院処遇における各種治療法が確立していない、通院処遇にかかわる人員が圧倒的に不足している、居住施設が不十分である等、結果としてケア会議で策定される処遇の実施計画そのものが不十分なものに終わっている現状がある。精神障害者を地域で支えることの重要さは誰しもが認識していることであるが、わが国の精神医療では、この点が脆弱であり、このことが医療観察法の施行によってますます浮き彫りになったと言える。この問題について比較的総合的な力をもつ民間精神科病院が積極的に協力をしているが、十分に応えることができない状況ではない。

臨床精神薬理 10 : 773-778, 2007

Key words : forensic psychiatry, community treatment order, designated hospitals for outpatient care

I. はじめに

平成17年7月15日に施行された医療観察法（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）は、1年間で344件の申し立てが行われ（月平均28.7件）、このうち54%が入院医療と審判され、その約半数にあたる26%が通院医療となった（図1）。また、指定入院医療機関での治療が進んだ結果、退院となった対象者を加えると、既に100名をこえる対象者が通院処遇となっている（8月31日時点では、通院

処遇84名、うち直接群73名、移行群11名）。これらの対象者の個別の情報は公表されることがないので、疾病分離や年齢などを集計処理するまでには至っていない。早急に実施しなければならない課題である。

II. 指定通院医療機関の状況

指定通院医療機関は医療観察法施行前から、厚生労働省が示した必要数は全国で382カ所である。これは、100万人に1カ所、各県に2カ所以上とした結果であるが、その内容としては、病状悪化時の入院を前提として、看護基準が3対1以上、訪問看護が実施されていること（補完型に委託可）、また、指定医のほかに看護師・PSW（精神保健福祉士）・臨床心理技術者・作業療法士などによる治療チームが構成できることが好ましいとされている。現在、244カ所の医療機関が指定

Problems in the designated hospital for outpatients in the Act for the Medical Treatment and Supervision of insane persons who caused serious Harm.

*医療法人財団松原愛育会 松原病院

〒920-8654 石川県金沢市石引4-3-5

Saburo Matsubara : Matsubara Hospital. 4-3-5, Ishibiki, Kanazawa, Ishikawa, 920-8654, Japan.

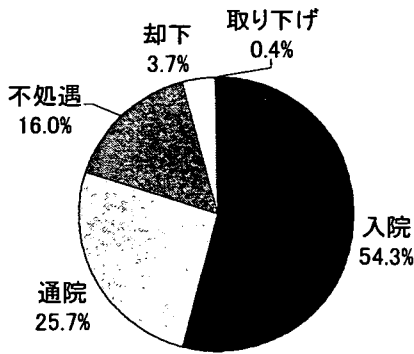


図1 審判結果269件(申立て件数344件, 平成18年7月14日現在)

を受けており、このうち81%が民間病院である。また、各県2カ所以上とされているにもかかわらず、滋賀県と群馬県においては、未だ1カ所しか指定を受けておらず、地域における民間精神科病院の協力が問われる現状である(表1)。

指定通院医療機関では、民間精神科病院が主体となっている。これは、人員枠の規制が厳しい公的医療機関に比して、民間精神科病院では必要に応じて、PSWをはじめとする地域支援の人材を多く配置したり、訪問看護やデイ・ケアを実施したりするために、通院医療機関としては民間精神科病院の方が適している場合が多いためである。しかしながら、医療観察法施行後1年4ヵ月を経たところで、通院医療と地域処遇においては、様々な問題点が指摘されており、今後、議論を煮詰めながら4年後の法改正に提言をしなければならない。

Ⅲ. 医療観察法における基本的な課題

1. 法体系の基本的な枠組みの問題

従来から指摘されてきたことであるが、わが国の精神科医療の法体系が不明確な状況にあり、このことが医療観察法施行によってますます明らかとなった。医療観察法では、第1条(目的等)に「その病状の改善及びこれに伴う同様の行為の再発の防止を図り、もってその社会復帰を促進することを目的とする」と書かれているように、社会復帰が目的であり、対象者においては治療可能性の存否が重要視される。重大な他害行為を行った

表1 医療観察法の施行状況(平成18年8月31日現在)

1. 指定入院医療機関	既に稼動(8カ所, 定員210名, 154名入院中) 建設中(2カ所)
2. 指定通院医療機関	244病院(必要数382の64%, このうち民間81%) 地域に1カ所のみ(群馬県, 滋賀県)
3. 鑑定入院医療機関	222病院(必要数382の58%, このうち民間77%)
4. 精神保健判定医数(449名→平成18年中に約700名) 精神保健参与員数(405名→平成18年中に約550名)	

者であっても、責任能力のある者はもとより治療可能性のないものについては、医療観察法の対象外とされ、矯正施設または措置入院となる。対象外とされる人格障害、物質使用障害、精神遅滞、認知症等については、これまでと変わらず精神保健福祉法29条の「精神障害者であり、かつ、医療及び保護のために入院させなければその精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがあると認めるとき」の条項が適用されて、精神科病院での入院につながってしまう図式には変わりがない。「医療と保護」が明確に分離されていないわが国の精神科医療については、今後、時間をかけて基本的な見直しをすることが必要であろう。これについての議論なしには、人格障害者、薬物依存症者等を治療対象とするか否かの議論を進めることはできない。また、医療観察法と措置入院の役割分担についても慎重に議論をして行く必要がある。

2. 鑑定と審判における問題

起訴前簡易鑑定の平準化が図られていないことは従来から指摘されてきた。また、今回の医療観察法における鑑定においても鑑定人による判定のばらつきが一定程度認められている。さらに、審判においては、入院による医療かまたは通院による医療かのいずれによるかについての判定では、差異が大きい。この点を明確にするために、人材養成企画委員会医師部会では判定上の基準を示したが、十分に周知されていない状況がある。このことは、入院医療ばかりでなく、通院医療への影響も大きい。

3. 通院医療開始時には、地域処遇との連携が難しいことが少なくない

特に直接通院の場合には、地域生活上の能力が確保されておらず、このために、一旦指定通院医療機関に精神保健法による入院をせざるを得ない場合が少なくない。指定入院からの移行群であっても、地域処遇との連携については困難な場合が少なくない。要は、地域に密着した指定入院医療機関がなく、退院に向けた、地域における生活訓練が不十分なままに終わっているのである。このような点からは、指定入院医療機関を中央型と地域型に二分し、後者においては都道府県毎に設置し、地域生活との連携や、円滑な一時入院が可能となるようにすべきである。また、一時入院が精神保健法での入院という保険診療で支払われることにも問題がある。

4. 悪化時の対応が速やかに行えない

県立病院など中核的な精神科病院の活動が不十分な地域では、症状悪化時の対応が困難となる場合が少なくない。政策医療に対応できる公的病院が県内に1カ所あることが必要である。また、精神保健観察の枠組み自体が緩やかであり、迅速に強制力を発揮できる構造になっていない。

5. 地域では医療と福祉が乖離している問題

わが国特有の縦割り行政のために、通院医療と保護観察所が行う環境調整とが乖離している。これを補うためにケア会議で策定された「処遇の実施計画」のみが両者を連携する唯一の手立てである。ましてやACT（包括的地域生活支援プログラム）のような指定通院医療機関に属した総合的な支援体制は本法では育たない。

6. 極端な経費不足

指定通院医療機関は、対象者を受け入れるために、多職種チームを立ち上げ、さらにそのチーム内には「ケア調整者」と呼ばれる担当者を置いている。また、病院スタッフが何度もケア会議に出席し、連携に努めている。このような努力に対する通院管理料はわずかに55,000円にすぎず、十分なものとは言えない。

IV. 通院医療の実際

通院医療では、問題となる事例をいくつかのタイプに分類することができる。

(1) 病状が不安定であるにもかかわらず通院となってしまう例

当初は病状が安定しているように見えたが、通院医療・地域処遇を開始して早期に病状が再燃して、このために、指定通院医療機関への入院や、再入院の申し立てが必要となった例。鑑定入院による早期の治療が功を奏して、一時的には幻覚妄想は治まっていますが、病識の欠如や不適応状態を生じ易いために再燃する。指定入院医療機関への再入院を繰り返すことが予想される。

(2) 病識が欠如しているために服薬の継続や、生活リズムの安定が困難な例

訪問看護による服薬指導、デイケア利用時の服薬、あるいは、デポ剤など、各種の方法を実施する。

(3) 幻覚妄想については、一定以上に治まっていますが、生活障害の程度が著しい例：生活全般にわたる手厚い援助が必要な例

実際には一人暮らしの経験がない例、軽度精神遅滞の例などがあるが、十分な生活援助が再燃を防ぐことからすれば、24時間365日の援助が可能な生活訓練施設や福祉ホームB（ケアホーム）が居住施設として選ばれる。

(4) 知的障害、認知症、あるいは、高度脳機能障害を併発している例

前記のような生活上の援助が可能な施設への入所が必要となるが、アスペルガーなどが併存している場合には、集団生活そのものが困難である場合が少なくなく、生活環境の調整が難しくなる。

(5) 物質使用障害を併発している例

アルコール依存症、覚せい剤依存症などを併発しているために通院医療を困難としている例が、今後多く出現することが考えられる。重度な例では、通院医療機関そのものが依存症専門機関であることが必要となるが、一般的には、自助グループへの参加（断酒会、AAなど）や、覚せい剤な

どにおいては、予め、定期的な尿検査について同意を得ておく必要がある。これらの例に関する通院プログラムの作成が必要である。

(6) 不安障害や人格障害を並存している例

家族間調整や環境調整が必要であると同時に、心理カウンセリングを併用する必要がある。しかし、現状では、このために臨床心理技術者を配置する余裕のない医療機関が多く、また本人側の同意が得られない場合も少なくないものと想像される。

(7) 衝動制御障害や性犯罪など犯罪と結び付きやすい問題を並存している例

これらの例については、現状では、その対象者の責任能力に基づいて対処することが基本であるが、実際にはこれらの例の治療可能性についても検討が加えられるべきである。

以上の問題解決のためにはいくつかの課題がある。

- ①対象者の生活障害の程度を入院中から具体的に評価し、技能訓練などを積極的に行う必要がある。実際には、指定入院医療機関を中央型と地域型とに分け、後者において地域生活訓練を行うことが必要である。
- ②今後の緊急の課題として、退院後、24時間365日のケアが可能な施設（従来の生活訓練施設やB型福祉ホームに準ずるケアホーム・福祉ホーム）の増設が必要である。
- ③指定通院医療機関が、物質使用障害例や人格障害例などに対する各種のプログラムを実施できるようにするための人員の配置が可能となるように、一定の補助金あるいは、管理料の大幅な引き上げが必要である。同様なことは、多職種による訪問型チームを育成するためにも必要である。

V. 通院医療における薬物療法

1. 通院処遇ガイドライン

通院処遇ガイドライン¹²⁾では、「各疾患のアルゴリズム（治療指針）に沿って多剤を避け、同種同効の薬剤は単剤を基本とする」と記載され、さらに具体的に、（統合失調症の）薬剤の使用方法

については、「統合失調症治療ガイドライン（精神医学講座担当者会議監修）などを参考にするとされている。この内容は「入院処遇ガイドライン」と同様なものである。さらに、各ステージに応じて「（共通評価項目を用いた）継続的な評価」を「多職種チーム」で行い、治療方針を決定する（個別の治療計画の策定）こととしている。前期通院医療（通院開始から6ヵ月）では円滑な通院医療への移行が目標とされ、訪問看護の開始と「服薬の確認」が重視されている。中期通院医療（7ヵ月から24ヵ月）では限定的な社会活動への参加と定着、さらに、疾病の自己管理や社会生活能力の維持が目標とされており、自己管理に基づく「確実な服薬」が重視されている。後期通院医療（25ヵ月から36ヵ月）では地域社会への参加の継続・拡大、さらに、処遇の終了を目標とし、一般精神医療に移行後も「継続した必要な服薬」が行えることが重視されている。

2. 従来薬の使用と血中濃度の測定

統合失調症を中心に述べれば、従来薬の中心はhaloperidolであった。既に司法精神医学におけるアルゴリズムが発表されているが²⁾、この中では、非定型抗精神病薬が中心となっている。しかしながら拒薬を生じた場合には、haloperidol等の従来薬を筋注することで精神症状の改善を図っており、一定の従来薬との併用は必要とされている。従来薬であるhaloperidolは精神科救急医療において、興奮を伴う患者に有効であることが知られており³⁾、筋肉注射や点滴を併用することで大きな効果が示されてきた。また、haloperidolは血中濃度の測定が容易であり、コンプライアンスに関するモニタリングが可能である。また、haloperidolはデポ剤の使用も可能であり、血中濃度のモニタリングとデポ剤併行が行えるhaloperidolは現在でも司法精神医学では有用視されている。実際に、カナダをはじめとする諸外国では、退院時の条件（conditioning）として血中濃度測定があげられている場合が少なくない。

3. 非定型抗精神病薬の効果

Clozapineは治療抵抗性の統合失調症に対して

優れた効果を示すことが知られている⁹⁾。そして、司法精神分野でも非定型抗精神病薬が使用されるようになったが、実際には、興奮や衝動性などの問題行動に対しては、clozapine 以外の非定型抗精神病薬は、従来薬との効果の差は明らかではなかった。もちろん、錐体外路症状を中心とする副作用については、明らかに従来薬よりも優れており、特に興奮状態が著しい場合を除いて、ほとんどが新規抗精神病薬を用いているのが現状である。しかし、新規抗精神病薬では、前記の血中濃度モニタリングができないこと、さらには、デポ剤が使用できないことがあげられてきたが、risperidone では、デポ剤が商品化され、司法精神医学分野での有用性が期待される。

ところが、Muirhead ら⁹⁾の報告では、通院治療命を受けた統合失調症対象者では、その病状の改善は明らかに認められるが、治療のための薬剤投与が経口投与かデポ剤使用かによって、治療効果に有意な差はなかったとしている。このことは、血中濃度モニタリングが困難な非定型抗精神病薬の使用について、有利な結果であると言える。今後、デポ剤の効果については慎重に検討すべきであろう。

4. コンプライアンスの悪い例への対応

入院医療においても服薬管理とコンプライアンスの維持は大きな問題である。このために、心理教育や個人精神療法が大きな役割を果たすものと考えられている。しかしながら、コンプライアンスの確保は、通院医療における統合失調症や双極性障害では極めて重要な要素であるので、現状ではモニタリングが可能となるように工夫をせざるを得ない。このために、新規抗精神病薬を主剤として使用しながら、少量のhaloperidolを併用したり、あるいは、haloperidolデポ剤を併用することが、実際には行われている。

VI. おわりに

わが国の司法精神医療は、治療可能性を追い求めていながら、その内容では、人格障害、物質使用障害、知的障害などの混入を防ぎ切れていな

い。実際に、社会の要請が大きいために混入せざるを得ないのかもしれない。このような曖昧な状況が、指定通院医療機関への負担となって申しかかりつつある。また、通院を支える指定通院医療機関の機能は、特に人員面で不足しており、地域処遇の基盤も満足な整備状況ではない。

さらに、司法精神医療では決め手となる、clozapine や risperidone デポ剤の使用も本邦では認められていない。現段階ではようやく、指定入院医療機関の整備が軌道に乗ったところであるが、指定通院医療機関の整備については、見放されたままである。今後、整備のためにと厳しい運動を展開して行かなければならないと考えている。

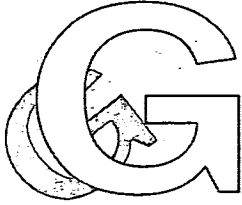
文 献

- 1) Buckley, P. F., Kausch, O., Gardner, G.: Clozapine treatment of schizophrenia; implications for forensic psychiatry. *J. Clin. Forensic Med.*, 2: 9-16, 1995.
- 2) Buscema, C. A., Abbasi, Q. A., Barry, D. J. et al.: An algorithm for the treatment of schizophrenia in the correctional setting: the Forensic Algorithm Project. *J. Clin. Psychiatry*, 61(10): 767-783, 2000.
- 3) Cavanaugh, S. V.: Psychiatric emergencies. *Med. Clin. North Am.*, 70(5): 1185-1202, 1986.
- 4) Citrome, L., Volavka, J., Czobor, P. et al.: Effects of clozapine, olanzapine, risperidone, and haloperidol on hostility among patients with schizophrenia. *Psychiatr. Serv.*, 52: 1510-1514, 2002.
- 5) Ebrahim, G. M., Gibler, B., Gacono, C. B. et al.: Patient response to clozapine in a forensic psychiatric hospital. *Hosp. Community Psychiatry*, 45: 271-273, 1994.
- 6) Kane, J. M., Honigfield, G., Singer, J. et al.: Clozapine for the treatment-resistant schizophrenia. A double-blind comparison with chlorpromazine. *Arch. Gen. Psychiatry*, 45: 789-796, 1988.
- 7) Marco, C. A., Vaughan, J.: Emergency management of agitation in schizophrenia. *Am. J. Emerg. Med.*, 23(6): 767-776, 2005.
- 8) Mohan, R., Slade, M., Fahy, T. A.: Clinical characteristics of community forensic mental health services. *Psychiatr. Serv.*, 55: 1294-1298, 2004.
- 9) Muirhead, D., Harvey, C., Ingram, G.: Effectiveness of community treatment orders for treat-

- ment of schizophrenia with oral or depot antipsychotic medication : clinical outcomes. *Aust. N J Psychiatry*, 40(6-7) : 596-605, 2006.
- 10) Paton, C., Garcia, J. A., Brooke, D. : Use of atypical antipsychotics by consultant psychiatrists working in forensic settings. *Psychiatric Bulletin*, 26 : 172-174, 2002.
 - 11) Smith, H. and White, T. : The effect of clozapine on the social behaviour schedule in patients attending a forensic psychiatry day hospital. *Med. Sci. Law*, 44 : 213-216, 2004.
 - 12) 財団法人精神神経科学振興財団 : 平成17年度司法精神医療等人材養成研修会ガイドライン集. 2005.

特集

高齢者と医療観察法



「医療観察法」における通院医療と 高齢者

松原三郎

抄録

医療観察法の対象者の高齢化率は10%前後と想定され、通院事例においても同様な傾向が認められた。高齢通院事例では、対象行為では放火事例が最も多く、これに殺人（未遂も含む）と傷害が続いた。主診断名ではアルコール依存症（33%）と認知症（33%）が並んでいるが、実際には認知症を併存している事例は多いものと予想できる。アルコール依存症では、責任能力鑑定を慎重に行う必要があるばかりでなく、この法律による通院医療となった場合には、断酒等を継続することへの困難が想定される。このために、対象者がアルコール依存症や薬物依存症の場合には、依存症治療が可能な指定通院医療機関が選別される必要がある。認知症事例の場合には、治療反応性に限界がある事例が少なくない。このために、事例に適した入院医療施設や介護保険サービスを行い、治療反応性が消退した場合には本法による処遇の終了が申し立てられるべきである。

Key words : 指定通院医療機関, 通院処遇, 地域処遇, 認知症高齢者

老年精神医学雑誌 18 : 509-513, 2007

はじめに

医療観察法の通院医療では、退院後も原則3年間にわたる「精神保健観察」のもとで、対象者への医療と環境調整が継続的に提供され、さらに、安定した日常生活が続くように協力することで、再び同様な他害行為に至るような病状の再燃を防ぐことを目指している。この意味では通院医療がきわめて重要な役割をもっている。しかし、各指定通院医療機関における医療は貧弱な地域精神科医療のなかで、乏しい人員を何とか工面しながら犠牲的な活動を強いられているのが現状である。このまま放置すれば、通院対象者が増えるにたがって、指定通院医療機関が窮地に立たされるのではないかと危惧される。

1 通院処遇の高齢者

申し立てられた数は、平成19年2月末で500人を超えていると報告されているが、平成18年12月末までの審判結果421件の結果をみると、入院処遇は56.1%、通院処遇は23.5%となっている（図1）。しかしながら、入院／通院の比率には地域差が認められ、とくに近畿地区では入院／通院の比率が逆転していることが特徴的である。これには、何らかの恣意的な活動が影響している可能性もあるので、今後の検討が必要である。通院医療に関する調査は平成19年1月の時点で行われ、そのなかでは、通院例では、入院例と比較して、対象行為では放火例が多いこと、また疾患分類では、入院例と同様に統合失調症の割合が最も多いが、入院例では85%であるのに比して、通院例（直接通院）では66%と低い。そのぶん、物質使

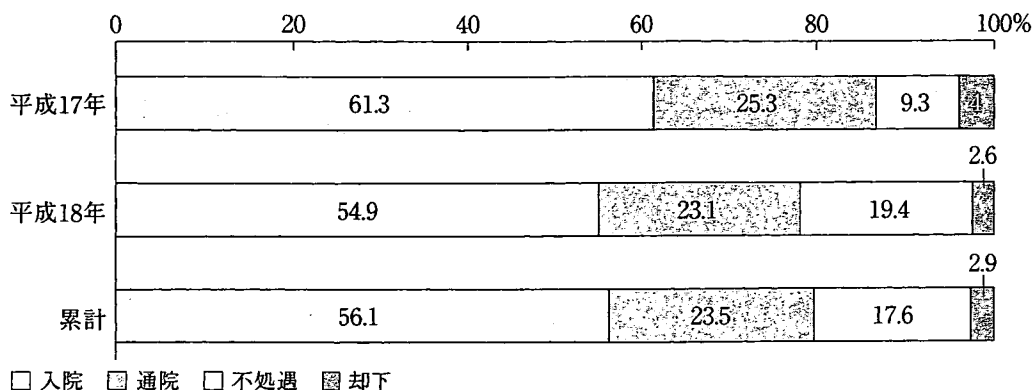


図1 審判結果 (平成18年12月31日まで)

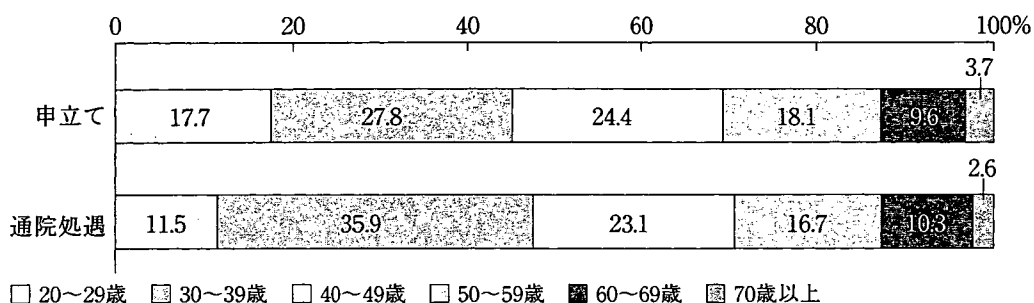


図2 年齢構成の比較 (申立て498件, 通院処遇78件)

表1 65歳以上通院事例

	年齢	性別	病名	対象行為	認知症	居住
1	65~70	男性	てんかん精神病	放火未遂	知的障害あり	グループホーム
2	65~70	男性	アルコール依存症	放火殺人未遂	なし	自宅
3	65~70	男性	妄想性障害	傷害	なし	自宅
4	65~70	男性	アルコール離脱せん妄	放火未遂	なし	自宅
5	80~85	男性	アルツハイマー型認知症	傷害	あり	グループホーム
6	90~95	男性	血管性認知症	殺人未遂	あり	介護老人福祉施設

用障害の部分が増加している。

年齢の分布をみると、通院例では申立て総数に比較して、20歳代が占める割合が減少し、そのぶん、30歳代の増加が認められる。他方、50歳以上では入院と通院ではほとんど差がない(図2)。筆者らが行った通院事例の調査では、78事例中、65歳以上は6人で、高齢化率は7.7%であった。

2 通院処遇事例

表1は、通院医療等研究会や他の事例検討のなかで知り得た65歳以上の通院処遇事例6例をまとめたものである。全員が男性であり、対象行為では、放火未遂が半数(3例)を占めていることが特徴的である。また、診断名ではアルコール依存症が2例、さらに、認知症を伴ったものが2例であった。それぞれの事例の詳細を知ることは困難

□特集

を伴うが、知り得た範囲で検討を試みる。

〈事例1〉てんかん精神病

放火未遂であるが、幻覚妄想とともに元来から知的障害と衝動的な傾向を伴っていた事例。知的障害があるために今後の通院処遇上の困難が予想される。

〈事例2〉アルコール依存症

複雑醗酵下で衝動的に行われた放火・殺人未遂。事件当時の責任能力の問題とともに、アルコール依存症治療の治療自体が医療観察法での治療に適しているか否かの検討も必要である。精神保健観察下で物質使用障害の治療を継続することはきわめて困難であろう。

〈事例3〉対象行為：傷害

妄想性障害の診断で通院医療が行われたが、通院開始後、抑うつ症状が加わりこのために自殺企図も生ずるなど病状が不安定となる。はたして通院医療の判断が正しかったのか、あるいは、指定通院医療機関にのみ一方的に負担がかかっているのではないかと危惧される事例である。

〈事例4〉アルコール依存症、アルコール離脱せん妄

せん妄状態での放火未遂。通院のほかに断酒会、同家族会への参加が行われている。

〈事例5〉アルツハイマー型認知症

認知症の程度は中等度であるが被害妄想に基づいて傷害事件を引き起こしたが、鑑定入院薬物療法によって妄想状態の改善が行われ、その後、通院処遇では介護保険サービスである認知症対応型共同生活介護に入居となる。その後の治療反応性がないものとし、処遇終了となっている。

〈事例6〉血管性認知症

90歳代。2年前に脳梗塞を生じて歩行困難と認知症症状を呈していた。情動の不安定と物盗られ妄想をもつようになる。妄想に基づき家族を刃物で刺す（殺人未遂）。指定入院医療機関に入院となったが、ごく少量の抗精神病薬によって情動面は安定したが、物盗られ妄想はほとんど変わらず認知症の回復も期待できないために、入院2か月

後に介護老人福祉施設に退院となった。精神保健観察は継続されている。

これらの6事例をみると、責任能力判定では事例1と2が問題となり、アルコール依存症治療の本法での適性については事例2と4が問題となる。アルコール依存症や覚醒剤依存症など物質使用障害者の通院治療が、この法律による治療に適しているか否かについては、今後の検討課題である。また、事例3では、安易な通院医療への決定は、本人の病状を不安定化させ、通院医療機関に過大な負担を背負わせることになる。さらに事例5と6は認知症を伴った事例であるが、以下には通院にまで至っていない事例も示す。

3 通院以外の認知症事例

〈事例7〉60歳代、男性、アルツハイマー型認知症

統合失調症で長年通院をしていたが、しだいにアルツハイマー型認知症が加わり、事件当時は改訂長谷川式簡易知能評価スケール（HDS-R）は10点と重度認知症の状態であった。夜間せん妄を起こして、障子に火をつけるがボヤで消火。検察官が申立てをしようとしたが、精神保健審判員の経験のある主治医が重度の認知症であるために治療反応性がないことを指摘したところ、検察官からの申立ては行われなかったこととなった。これまで通院していた病院の老人性認知症治療病棟に医療保護入院となった。

〈事例8〉60歳代、男性、急性一過性精神病性障害

体調の不良や家族内のトラブルからしだいに抑うつ的、罪業的となる。自殺を目的としてティッシュに火をつけボヤを起こす。鑑定入院中ではHDS-Rは26点と高く、MRIでも軽度な脳萎縮のみであった。指定入院医療機関に入院となったが、しだいに疎通性や活動性は低下し、認知症症状も明らかとなった。幻視体験もあることからレビー小体型認知症等が疑われ検査・経過観察中である。鑑定入院中には明らかではなかったが、指定入院

医療機関でしだいに認知症が明らかとなった事例である。

4 医療観察法における高齢者の特徴

精神科病院入院患者のうち65歳以上の高齢者は35%を超えているのに比して、医療観察法における被申立者では、10%前後である。医療観察法の対象者では30歳代が最も多く、高齢者の割合は低いのが特徴的である。犯罪統計でも高齢者の割合は9.4%であり、本法における状況と類似している。

1. 対象行為

前述したように、通院処遇者では対象行為のうち放火事件が最も多いが、高齢通院者では、この傾向がとくに著しい（今回調査例では50%）。この理由は明らかではないが、高齢者では傷害等の暴力的な犯罪の割合が低いことが影響しているものと想像される。

2. 疾病の特徴

次の特徴としては、アルコール依存症による割合が高いことである。長年にわたる大量飲酒の結果、複雑酩酊や離脱性せん妄を生じ、事件となる傾向は高い。アルコール依存症治療を通院処遇で行おうとすると、それに適した指定通院医療機関が限定される。また、依存症治療そのものが医療の範疇だけで行われるべきでなく、自助グループへの参加や家族の協力も重要な要素である。この点では、アルコール依存症の治療の受け入れが可能な医療機関、あるいは、薬物依存症治療の受け入れが可能な医療機関など、それぞれの指定通院医療機関のもっている機能とその意思を再確認する必要がある。地域によっては受け入れ可能な医療機関がない場合も生じてくる可能性もある。今後は行政的に依存症治療の拠点を整備する必要がある。

3. 認知症事例

今回の6例のうち2例は認知症を主病名としているものである。また、軽度認知症を併存している事例も少なくないものと思われる。2例ともに

「物盗られ妄想」に基づいて対象行為が発生したものであるが、周知のように物盗られ妄想は記憶障害から派生して生じたものであるため、妄想そのものを根絶的に治療することは不可能である。また、他の妄想とは異なり抗精神病薬の効果も多くは期待できない。攻撃的な部分を抗精神病薬等で軽減することが主になる。したがって、指定入院医療機関における治療まで必要となる事例はほとんどないものと思われる。また、いったん安定すれば、治療不可能な部分のみが残遺するので、この法律による医療から外す必要もでてくる（処遇の終了）。

さらに、事例7では、この法律による申立てとなる前に、主治医の適切な判断で、「明らかに申立ての必要のない例」として申立てを防止し、結果として鑑定入院となるのを防ぐことができていた。

事例8では、診断が困難な認知症事例では、そのまま指定入院医療機関へ入院もあり得ることを示しており、指定入院医療機関での治療・経過観察のうえで診断が明確になる場合もあり得るものと思われる。このために、事例によっては、諸検査が可能な大学病院や総合病院と距離的に近い指定入院医療機関が選ばれるべきであろう。また、高齢者の場合には、身体的な合併症を併発している例も少なくないものと想定されるが、内科医等の診察・治療を受けることができるように配慮しなければならない。事例ごとに合併症治療が可能となる指定医療機関が選ばれる必要がある。

おわりに

医療観察法の適用となった高齢者では、他の年代の対象者と比較して、対象行為では傷害など暴力的な犯罪の割合は少なく、放火の割合が多くなっている。疾病分類ではアルコール依存症の割合が高く、また、認知症を併発している事例も少なくない。今回は検索できなかったが、身体合併症を併発している事例も多いものと予想される。このようなことから以下のことを問題点としてあげ

□特集

ることができる。

(1) 放火事例では、気分障害やアルコール依存症等、疾患特性から鑑定入院中に治療が進み、通院処遇となる事例の割合が多い。

(2) 高齢者では、アルコール依存症事例の割合が多く、このことでは、アルコール依存症における責任能力鑑定が重要であり、また、通院処遇となった場合には、その治療に適した通院医療機関が選ばれる必要がある。同様なことは、薬物依存事例でもいえる。

(3) 高齢者では、認知症が主病名である事例、または、認知症を併存している事例が少なくない。認知症に伴う被害妄想などについては、治療反応性が限定され、また、治療においては介護的な要素が大きな効果を示す。したがって認知症事例の多くは、この法律による医療の効果はきわめて限定的であり、鑑定や審判は慎重に行われるべきである。

(4) 高齢者では、認知症の確定診断が困難であるために、指定医療機関内で諸検査・経過観察を行わなければならない場合もある。このためには、

諸検査が可能な大学病院・総合病院に近い場所にある指定入院医療機関が選ばれるべきである。

(5) 高齢者では、身体的な合併症を併存していることが少なくない。このような事例では、前述と同様に、指定医療機関が選択されるべきである。

(6) 今後、高齢者事例が増加していく可能性があるが、通院・地域処遇では、介護保険サービスとの連携が重要となる。指定通院医療機関のケア調整者、社会復帰調整官、さらには、介護保険ケアマネジャー間の連携が必要となる。現状では介護保険ケアマネジャーへの啓発活動はほとんど行われておらず、早急に対応策を検討しなければならない課題である。

参考文献

- 1) 法務省法務総合研究所：平成17年版犯罪白書。国立印刷局（2005）。
- 2) 小山 司ほか：平成18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 司法精神医療の適正な実施と普及のあり方に関する研究報告書。2007年（印刷中）。



医療観察法では 指定通院医療機関の機能の充実が緊急課題

常務理事 松原 三郎

心神喪失者等医療観察法は平成17年7月15日から施行され、丸2年を経たところである。平成22年7月15日以降にこの法の一部改正が行われるが、それを待つまでもなく、多くの法施行上の問題点が指摘されている。現在、日精協政策委員会医療観察法検討部会で施行上の問題点が検討されているが、この中で改善が必要とされる項目は「鑑定入院」と「指定通院医療機関による医療」に集中している。ここでは、とくに後者について提言を行いたい。

現在、指定通院医療機関は全国で232医療機関が指定されているが、当初の整備基準では、各都道府県に最低2カ所、人口百万人当たり3～4カ所で、382カ所が整備目標であったが、現状では整備目標の60.1%が達成されたにすぎない。指定された医療機関のうち、70%が民間精神科病院であることから、全国各地にくまなく存在する民間精神科病院がその役割を果たすことが求められていると言える。しかし、このような政策医療に協力する場合にはそれなりに条件が整備されることが重要である。とくにわが国では、各精神科病院には地域精神医療を行えるような十分な人員が配置されておらず、また、障害者自立支援法が施行されたとは言え、地域の社会資源もきわめて乏しい状況にあることから、指定通院医療機関への特別な援助なしには、この法律による通院医療が立ち行かないことは明らかである。逆に言えば、指定通院医療機関を中心にその機能を高めることで、もっとも効率的にわが国の地域精神科医療の底上げができるものと考えられる。

(1) 適切に人員が確保できない状況

指定通院医療機関では、通院対象者に対して「多職種チーム」を構成して対応することが求められている。この場合には、医師、看護師（訪問看護、外来看護）、臨床心理技術者、PSW、作業療法士、さらには、デイケアスタッフなど、6～7名が必要である。当初はいずれも兼任で参加するが、対象者が3名以上程度になると兼任で人員を充当することは困難になり、専属者を作る必要が出てくる。実際には、多職種チームに対象者との面接、訪問、援助だけでなく、定期的な評価と治療計画の作成（共通評価項目と、診療報酬請求に必要なシートの記載、個別の治療計画の作成）、さらには、ケア会議への参加など多くの業務が付加される。いつも人員の不足にあえいでいる精神科医療機関にとっては大きな負担である。このための費用としては、通院医学管理料が5万5千円（通院初期）にすぎず、とても正常な運用を期待しているとは思えない金額である。少なくとも現在の5倍以上の管理料が必要であるが、指定通院医療機関が積極的に包括的地域医療チーム（ACT）を形成しようとするれば現在の10倍程度の管理料が必要になる。ACTの実施は、濃密な医療と生活支援の提供によって、社会復帰を促進するだけでなく、再入院を予防するうえではきわめて有効な方法であることは周知のことである。これを指定通院医療機関を中心に実施していくことは、きわめて有効な底上げ方法と言えるのではないか。

(2) 通院治療プログラムの整備が不十分である

指定通院医療機関による対象者の治療の点では、

治療プログラムが十分に整備されていない状況がある。通院処遇となる対象者は、入院医療機関から移行してくる群（移行群）と、審判から直接通院処遇となった対象者（直接群）とに分けられる。移行群では入院治療中に行われた治療を円滑に引き継ぎ、あるいは、それを繰り返し行うことでより強固なものとして向上させることが求められる。とくに直接群では、医療観察法における医療の説明と理解、心理教育（疾病教育）、生活機能の向上、社会資源の利用、怒りや依存症等のコントロール方法など、多くの治療プログラムが求められる。現在、厚生労働科学研究を利用しながら、通院医療機関のための治療プログラムを作成中であるが、時期的には遅きに失しており、この法の事前整備段階では、通院処遇に関する部分はまったくおざなりにされてきたことがうかがえる。

（3）指定入院医療機関との連携を見直す必要がある

対象者が入院処遇となった場合には、住居地から離れて入院治療を受けることは一定程度仕方がないこととして認められるが、実際に地域生活に戻す場合には、地域での受け入れ整備と対象者自身の移行準備期間が必要である。ときには、いったん精神保健福祉法による入院を指定通院医療機関で行うことも視野に入れなくてはならない。これらを円滑に行うためには、地域型の指定入院医療機関を全ての都道府県に作る必要がある。整備が進まない場合には、民間精神科病院の参入も必要となるかもしれない。

さらに、通院処遇の途中で病状が悪化した場合には、地域型入院医療機関に入院することが理想的であるが、現状では指定入院医療機関に入院せざるを得ない。この場合には、一定期間は措置入院のように国の費用で行うべきである。この方法は、前記の指定入院医療機関からの移行時にも期間を限って行えるようにすべきである。

（4）地域処遇との連携を見直す必要がある

指定入院医療機関が行おうとしている包括的な通院医療は、チームとして広く生活支援までも含んだものである。ところが、生活環境の整備や、各種の障害福祉サービスの利用は、現在のガイドラインでは、社会復帰調整官の役割となっている。社会復帰調整官がケアマネージャーとして役割を果たすことに反対はしないが、医療機関側のチームの機能整備に抑制を加えてしまっている。地域に住む対象者の医療と生活支援は決して別々のチャンネルで行われるべきではなくて、1つのチームとして連携しながら行われるべきである。

さらに、退院後の居住先が確保できない場合が少なくない。このために、対象者のための中間施設が必要と思われる。実際には、夜間も含めたケアが必要であるが、夜間ケアを実現するためには障害者自立支援法では、ケアホームを利用しなければならない。しかし、障害程度区分が4以上でなければ十分な夜間人員が確保できないという矛盾がある。このために、専用の中間施設の整備が求められる。

（5）一層の関連機関の連携が必要

対象者に関する「処遇の実施計画」をもとに地域での医療と生活が円滑に進むように、指定入院医療機関だけでなく、多くの関係機関が協力することが求められる。このように法で規定されることによって実施計画（実際にはケアマネジメントそのもの）が有効に働く。しかしながら、薬物依存症、人格障害などへの対応はこのシステムでは十分な対応はできない。このために、「薬物・アルコール治療センター」を各所に整備したり、責任能力のある人たちの治療を進めるために、矯正施設内での治療を充実させたりすることが求められる。医療観察法は、この法律だけで完結するものではない。精神保健福祉法を始めとする関係法規の整備・協力があってこそ本来の対象者の社会復帰という目的が果たせるものと理解している。

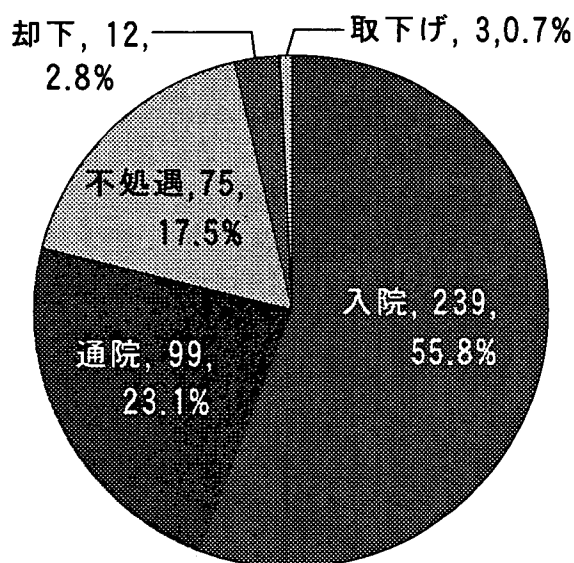
医療観察法における通院医療の現状と課題

松原 三郎

松原病院

1. はじめに

平成17年7月15日から施行された「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に関する法律」(以下、医療観察法)は、毎月平均30件余の申し立てが行われ、既に654件をこえている(平成19年4月30日時点)。平成19年1月31日時点で審判が終了した428件について、その審判結果を見ると(図1)、入院医療56%、通院医療23%、不処遇18%となっている。入院処遇と通院処遇の比はほぼ2対1であるが、通院医療を受けている対象者は、入院医療から退院許可を受けた45名を加えると、4月末時点では、160人程度にまで増加しつつある。



審判が終了したもの428件
図1 医療観察法申立て状況 審判決定別
(平成19年1月31日現在)

医療観察法の特徴は、重大な犯罪を行った精神障害者を比較的高度な医療によって確実

に治療を進め、さらに、退院後においても一定期間はその医療の継続を確保することで病状の再燃を防ごうとするものである。通院医療において平行して実施される「精神保健観察」は、治療の継続と再燃を防ぐ目的では、極めて重要な役割を持っている。ある意味では、通院医療と精神保健観察の実施こそが本法の中心的な課題であるとも言える。

2. 医療観察法による通院医療の現状

指定通院医療機関は現在、260医療機関が指定され、このうち81%が民間精神科病院である。民間精神科病院も一定の社会的な役割を果たすことが求められている。他方、指定入院医療機関13カ所(314床)、鑑定入院医療機関は全国235カ所、精神保健判定医658名、精神保健審判員523名の体制である。

指定入院医療機関における医療が、通常精神保健福祉法による医療とは異なり、手厚いスタッフの配置の元で、高度なチーム医療が行われているのに比して、指定通院医療機関における医療は、現状の精神保健福祉法による医療と基本的に変わらない。機能が高まっている部分があるとするれば、保護観察所管轄の社会復帰調整官の存在や、法の中で規定されている関係諸機関の協力義務であろう。基本的には通院医療そのものは現状の医療レベルと全く変わらない状況で行われている。

ところが、「通院処遇ガイドライン」「指定通院医療機関運営ガイドライン」では、指定通院医療機関においても多職種によるチーム医療

が求められており、これを基本として「個別の治療計画」を作成しながら通院医療を実施して行くには、相当のスタッフを配置する必要があるが、現状は殆んどそれに見合った人員を配置することができない。多職種による医療チームは、医師、外来看護師、訪問看護師、臨床心理技術者、作業療法士、薬剤師、栄養士などから構成されるが、この法律のために専用に雇用された人員はなく、全て兼任の元で行われる。このように、医療観察法における通院医療は極めて不十分な人員体制からスタートしている。通院医療の問題点はこの一語につきる。

3. 指定通院医療機関を取り巻く連携体制

(図2)

本法の特徴は、通院処遇と保護観察所が行う地域処遇との間で医療と生活支援とを分担し合う図式になっていることである。この間を調整するのは、保護観察所が開催するケア会議であり、また、この中で策定される「処遇の実施計画」が対象者医療と生活の基本的な枠組みを決定する。

処遇の実施計画の策定の過程では、各関係者が十分に話し合い、対象者にとって最も有効な支援体制を検討することであるが、その内容を対象者自身が十分に理解し、自らの治療の持つ意味を正確に認識している必要がある。この意味でも、通院医療を開始する対象者が、自らの疾病と治療の継続の意味を理解していることが必要になる。この点については、司法精神医療人材養成企画委員会では、入院によらない医療の例示を次のように規定している。「対象者が医療の必要性を十分に認識し、通院医療に対する十分な同意が得られる場合」「その医療を継続する条件が整わない場合には、入院による医療から始める必要がある」。このように、通院医療では、対象者自身の医療の必要性の認識が重要なポイントとなっている。

さらに、指定通院医療機関では、前述のように「個別の治療計画」が作られ、その部分につ

いても対象者の理解を得ながら行われるが、実施上では、対象者ばかりでなく、保護観察所(社会復帰調整官)、保健所、市町村役場、社会復帰施設などとの連携が必要となる。通院処遇では「指定通院医療機関」「保護観察所」「行政諸機関」の3者間の連携が極めて重要である。

この連携を円滑に進めるためには、指定通院医療機関内の多職種チームの中に、「ケア調整者」、すなわち、対象者や関係機関との連携の窓口となるべきキーパーソンが必要となる。

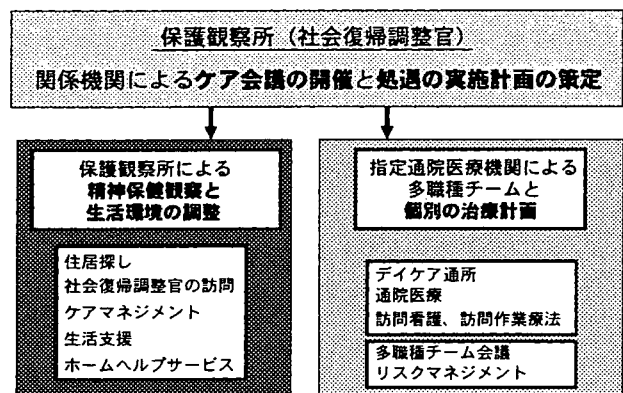


図2 通院医療と地域処遇との関係

4. 通院処遇に関する審判上の問題

人材養成企画委員会が、通院処遇では対象者が自らの医療の必要性について十分に理解をしていることが本法の通院医療のうえでは極めて重要であることを考慮の上、通院医療の決定には慎重であるべきとの見解を示してきたにもかかわらず、通院医療の決定が安易になされているきらいがある。医療観察法における治療では、これまでの措置入院における治療のように、幻覚妄想が消退して自傷他害の恐れがなくなることを目的としているのではなく、継続的な医療の必要性の理解と事件への内省までも含む完成度の高い治療を目指すことを考えれば、当然通院医療においては、いわゆる病識が十分か否かが大きな問題となる。

鑑定入院中には、通常の急性期治療が約2ヶ月間にわたって行われるために、統合失調症ではその多くは幻覚妄想が消退し、気分障