

起訴とする。不起訴となった被疑者は、犯行が殺人などの重大犯罪の場合は医療観察法の対象となるが、微罪であれば精神保健福祉法による措置入院となり、それ以後司法システムは関与せず、対象者の退院などの処遇は病院に一任される。

まれな例となるが、一般の関心の高い重大犯罪においては、起訴前に正式な鑑定が実施されることがある。この場合は、鑑定期間として、二～三か月を必要とする。最近の例では「秋葉原通り魔事件」の犯人に対して、起訴前に本鑑定が実施された。

また公判の段階で、鑑定が行われることもある。これにはいろいろなケースがあるが、弁護側が被告の刑を軽くするために、法廷戦術の一つとして、精神鑑定を申請する場合が少なくない。この場合、いったん裁判を中断して精神鑑定を行い、鑑定書が完成した段階で裁判が再開される。鑑定人は裁判所に証人として召喚され、公判で証言を行うことになる。明らかに心神喪失と考えられるケースは検察が不起訴としているため、裁判における鑑定例は評価の困難なものが多くなる傾向がある。

一方、医療観察法における鑑定は、起訴前鑑定、公判における鑑定とは、幾分意味合いが異なる。医療観察法の鑑定においては、被疑者はすでに心神喪失あるいは心神耗弱と認定されており、鑑定においては今後の対象者の治療の処遇の内容について検討される。

司法改革の一端として、2009年から、裁判員制度が導入されることが決定しており、各地の裁判所ではその予行練習としての模擬裁判が繰り返し行われている。この新しい制度においては、殺人、放火などの重大

事件において、裁判官三名と一般から選ばれた裁判員六名が合議の上、被告が有罪か無罪かを決定し、さらに量刑まで行うこととなっている。

この裁判員制度による実際の裁判において、被告の中には精神障害が疑われるものもみられることが予想される。このため裁判員となったものは、精神鑑定の結果を検討し、刑法39条による心神喪失あるいは心神耗弱に相当するか判断をすることが求められることになる。

しかしながら、裁判員となる一般の人々において、通常はそれほどなじみのない精神疾患の症状や経過を理解するだけでもたいへんなことである上に、責任能力について判断を下さなければならないというのはかなりの負担である。しかも、裁判員制度による裁判は、四日程度で結論を出すことになっているため、時間的な余裕もない。

一般的に刑事事件における責任能力は、弁識能力と制御能力から構成されている。しかしながら、これは数値化できる概念ではなく、精神科医でも意見が分かれることが少なくない。かつて被告が統合失調症であれば、例外なく責任能力はないと考えられたこともあった。しかし、実際の統合失調症においては、その症状や社会適応のレベルは千差万別であり、現在は個々の症例に応じて、判断を下すことが一般的になっている。

実際的には責任能力の有無については、判断に迷うことが多く、職業裁判官ではない裁判員には荷が重いと思われる。最高裁の資料においては、責任能力を判定するにあたって考慮すべき点として、動機が一般的に理解できるものであったか（妄想など

による奇異なものでないか)、犯行が計画的・合理的なものであったか、犯行後の証拠隠滅、弁明などから悪いことをしたという自覚があったかどうか、犯行前の生活状況が病気の影響を受けたものであったか、などの点をあげているが、現実的には判断が難しい例が少なくない。

本研究においては、精神鑑定の客観性、科学性について、多くの鑑定書に基づいて検証し、実際の裁判と司法精神医療における指針を得ることを目的とする。

本研究における資料は、東大病院精神科および都立松沢病院において行われた約百例の精神鑑定である。これらの精神鑑定を多方面から検証し、精神鑑定の問題点を明らかにするとともに今後の指針を得ることが本研究の目的である。

C 研究結果

現在秋元波留夫氏、加藤伸勝氏などによる主要な鑑定書の電子化が進行中であり、その一部を資料中として作成する予定である。さらにどのような項目を評価すべきか、

現在検討を行っている。

D 考察

現在は予備的な段階であるが、精神鑑定について分析を行うことは、今後の司法精神医療にとって重要性が高いものと考えられる。

E 結論

今後対象とする精神鑑定の例を増やし、司法精神医療に寄与することが望まれる。

F 健康危険情報

なし

G 研究発表

1. 岩波明「裁判員制度と精神鑑定」メンタルケア連携ミーティング(2008年9月)
1. 佐木隆三、岩波明、大谷昭宏、宮崎哲弥「精神鑑定の暴走を許すな」諸君 2008年8月号

H 知的財産権の出現・登録状況

なし

強制通院制度と地域医療のあり方に関する研究

分担研究者 松原三郎¹⁾

研究協力者 藤村尚宏²⁾ 平林直次³⁾ 安藤久美子³⁾ 三澤孝夫³⁾ 三澤剛³⁾ 生井淳子³⁾ 今村扶美³⁾ 松本俊彦⁴⁾ 菊池安希子⁴⁾ 永田貴子⁵⁾ 嶺蔭英信⁵⁾ 野澤慎一郎 秋月玲子¹⁾ 田野島隆⁶⁾ 石野和代⁷⁾ 吉岡眞吾⁸⁾ 小林英一⁹⁾ 鈴木恵利子¹⁰⁾ 花田照久²⁾ 斎藤雅¹¹⁾ 熊谷雅之¹²⁾

¹⁾ 松原病院 ²⁾ 東京武蔵野病院 ³⁾ 国立精神・神経センター病院 ⁴⁾ 国立精神・神経センター 精神保健研究所 ⁵⁾ 根岸病院 ⁶⁾ 札幌トロイカ病院 ⁷⁾ 瀬野川病院 ⁸⁾ 高岡病院 ⁹⁾ 東尾張病院 ¹⁰⁾ 舞子浜病院 ¹¹⁾ 八幡厚生病院 ¹²⁾ 雁の巣病院

研究要旨

(1) 研究代表者開催の班会議への参加：平成 18 年～平成 20 年度までの間に、札幌で開催された班会議に出席して、分担研究の進捗状況ならびに、研究結果の報告を行い、分担研究者間で各種の課題について意見交換を行った。

(2) 指定通院医療機関ならびに通院対象者に関する調査研究：平成 19 年 1～2 月の間に全国 145 の指定通院医療機関を対象としてアンケート調査を実施した。この調査では、指定通院医療機関の機能を中心に質問が行われた。さらに、平成 20 年 11～12 月の間に同種のアンケート調査を実施したが、この調査では、通院対象者の状況を中心に分析が行われた。

(3) 「通院医療等研究会」の開催：平成 18 年度中には、2 回にわたって、日本精神科病院協会会員の指定通院医療機関が集まって事例を示しながら研究会が実施された。平成 18 年 2 月からは、全国の指定通院医療機関（公私を問わず）に参加を呼びかけて、開催された。平成 19 年 2 月、ならびに、平成 20 年 2 月（実施予定）においても実施される。

(4) 「医療観察法通院処遇対象者のための通院治療プログラム集」の作成：平成 19 年中に分担研究会を兼ねたうえで、指定通院医療機関のための治療プログラム集を作成した。この結果は、PDF ファイルとして CD に収め、各指定医療機関に配布した。

(5) 各種の学会への参加：①平成 19 年 6 月イタリア・パドバで開催された 30th International Academy of Law and Mental Health にてシンポジウム「New Trends in Law And Mental Health In Japan」のシンポジストとして「Mentally disordered offenders under Japan's new legislation: how are they treated?」と題して発表した。②平成 19 年 3 月 11・12 日に沖縄・那覇で開催された「精神医療法研究会国際シンポジウム」に参加し、「触法精神障害者の地域精神医療—リスクアセスメントと治療評価—」の司会を行った。③平成 19 年 11 月 17 日（東京）に開催された国際シンポジウム「リスクアセスメント手法の刑事司法への適用」にて、「日本の司法地域精神医療制度シンポジウム」にて「わが国における医療観察法通院医療」と題して発表した。

(6) 平成 19 年 12 月 2～8 日、英国司法精神医療視察では視察責任者として、地域司法精神医療を中心に視察を行った。さらに、新たに改正となった英国精神保健法の改正に関する知見を広げる

ために、11月2日から、再度英国を視察し、新たな情報（地域における更生保護事業、精神鑑定の実情視察）の獲得に努めた。

（7）招聘外国人講演会の開催：地域における司法精神医療は将来的には「包括的地域医療（Assertive Community Treatment: ACT）」が主流となるものと考え、カナダから「Steve Lurie氏」を招聘し、東京と大阪の2回にわたって講演会を実施した。

（8）研究事業報告書の作成：3年間にわたる研究事業を総括し、その内容を冊子にまとめ、関係者に配布する。

A. 研究目的

医療観察法では、心神喪失または心神耗弱など、責任能力に問題のある状態で犯罪が行われ、そのために、責任能力判定や、また、国が責任をもって、その対象者の治療を行う。しかし、最終的には、対象者は地域に戻り、強制通院制度のもとで通院医療が行われることになる。この点では、強制通院ならびに通院医療は、この法では最も重視されるべきものといえる。

当研究の目的は、①新たな医療観察法の中で行われている通院医療の運用状況と問題点を明らかにする、②運用が円滑に進むように「治療プログラム」など技術的支援を行う、③諸外国における司法精神医療の状況を視察報告する、④問題点を明らかにし、今後の改善策を検討する。

B. 研究方法

（1）指定通院医療機関ならびに通院対象者に関する調査研究：平成19年度には指定通院医療機関を対象としてアンケート調査を実施した。226ヶ所の指定通院医療機関に郵送して行われた。これによって、指定通院医療機関の機能を検討した。平成20年11～12月の間に同種のアンケート調査を実施し、通院対象者の精神症状や生活環境を中心に調査が行われている（調査結果分析中）。

（2）「通院医療等研究会」は、全国の指定医療機関に参加を呼び掛け、平成18年から、本年度までに3回にわたって開催されている。この中では、通院事例の発表と討議、さらに、多

人数の通院対象者をもつ医療機関を中心とするシンポジウム、さらには、通院プログラムの実施法に関する教育講演などが行われている。

（3）平成19年度には「医療観察法通院処遇対象者のための通院治療プログラム集」を作成し、プログラムの内容はPDFファイルとしてCDに収めて、各指定医療機関に配布した。内容的には難解な部分もあり、今後は使用方法などについて教育プログラムを実施していく必要がある。

（4）学会等への参加では、①平成19年6月イタリア・パドバで開催された30th International Academy of Law and Mental Healthに参加発表。②平成19年3月11・12日に沖縄・那覇で開催された「精神医療法研究会国際シンポジウム」に参加司会。③平成19年11月17日（東京）に開催された国際シンポジウムへの参加発表。

（4）英国司法精神医療視察：平成19年12月2日から8日の間に、精神科医7名と法律家1名で英国視察を行った。ロンドン大学のレクチャーを受け、種々の施設を見学した。特に地域司法精神医療を中心に視察を行った。さらに、新たに改正となった英国精神保健法の改正に関する知見を広げるために、平成20年11月2日から英国ロンドンを再訪して、地域における更生事業、患者支援団体などを視察した。

（5）招聘外国人講演会の開催：諸外国における「包括的地域医療（Assertive Community Treatment: ACT）」を理解するために、最も盛んにおこなわれているカナダ・トロントから

「Steve Lurie 氏」を招聘し、東京と大阪の2回にわたって講演会を実施した。

(倫理面への配慮) いずれの研究会においても、参加者においては守秘義務を持つものだけに限り、また、同時に個人の情報に関する資料については、会において検討が終わった後には、その資料を回収し破棄した。

C. 研究結果

(1) 指定通院医療機関ならびに通院対象者に関する調査研究：平成19年2月には226か所の指定通院医療機関に対して郵送によるアンケート調査を実施した。145の指定通院医療機関(回収率64.2%)から回答が寄せられた。この結果、各指定通院医療機関は大きな努力を払いながら通院医療を行っているが、実際には、多職種のチームを構成するほどに人員が整っていないことが示された。特に、訪問看護などアウトリーチの機能を担う人員が不足していることが示された。調査結果については、別紙1にて示した。平成20年11～12月の間に同種のアンケート調査を実施し、通院対象者の精神症状や生活環境を中心に調査が行われている(調査結果分析中)。

(2) 「通院医療等研究会」は、平成18年から、本年度までに毎年2月に開催され、今年度で3回をむかえた。通院事例報告を中心とする一般演題では、人員の少ない中でも社会復帰調整官など他の機関と連携をとりながら通院医療を継続している様子が示され、各指定通院医療機関の職員間での討議が行われた。シンポジウムでは、通院医療上の問題点が示され(第2回)、第3回では通院治療プログラムの説明がなされる予定である。

(3) 「医療観察法通院処遇対象者のための通院治療プログラム集」では、以下の項目について作成した。今後も改訂を加えていく必要がある。以下には記載項目を示す・

I-1 多職種チーム医療(平林直次)

1. チーム医療の必要性

2. 多職種チームの決定
3. ケア・コーディネーターの決定
4. 多職種チーム会議
5. ケア計画の文書化
6. ケア計画の定期的見直し

I-2 法律について：医療観察制度とは？(三澤孝夫)

・医療観察法の目的

「抗告申立て」、「医療終了申立て」について
医療観察法における通院医療とは？

- ・指定通院医療機関
- ・保護観察所

医療観察法における保護観察所の業務

- ・通院医療の期間
- ・精神科リハビリテーションと訪問看護
「(地域)処遇の実施計画」とケア会議
- ・「(地域)処遇の実施計画」
- ・ケア会議

医療観察法における通院医療と精神保健福祉法による入院

- ・指定通院医療機関における精神科入院の医療費

II 社会資源について(野澤慎一郎)

1. 医療について(治療を受ける時)
2. 年金について
3. 「精神障害者保健福祉手帳」について
4. 生活保護について
5. 緊急援助資金について
6. 生活福祉資金について
7. 障がい者サービスについて
8. 就労について
9. 「住まい」について
10. 権利を守るしくみ

III-1-1 疾病教育 統合失調症(永田貴子・生井淳子)

1. 通院開始に当たって
2. 症状の確認と症状悪化時の対処法
3. 病気の特徴、経過について
4. 薬の効果、副作用
5. 再発予防について

6. 回復するために大切なこと
 7. リハビリテーション
- III-1-2 通院版 CBT 入門 (菊池安希子・安藤久美子)
- 第1回 CBT 入門の概要
 - 第2回 幻覚や妄想は誰でも体験する可能性がある
 - 第3回 病的妄想になるメカニズム
 - 第4回 統合失調症の心理治療戦略 I
 - 第5回 統合失調症の心理治療戦略 II
- III-2-1 疾病教育 気分障害 (秋月玲子)
1. 通院開始に当たって
 2. 症状の確認と対処法
 3. 病気の特徴と経過について
 4. 薬の効果と副作用
 5. 再発予防について
 6. 危機状況の回避:自殺を考えた時の対処
 7. 回復とリハビリテーション
 8. 認知行動療法入門
- III-2-2 疾病教育 うつ病 (松原三郎)
1. なぜうつ病はおこるのか?
 2. うつ病の症状と悪化の過程
 3. うつ病の治療
 4. うつ病の回復過程 (1)
 5. うつ病の回復過程 (2)
 6. 悪化を予防する生活のあり方
 7. 自分の症状を振り返る
- III-3 物質使用障害治療プログラム (松本俊彦)
1. なぜアルコールをやめなきゃいけないの?
 2. 引き金と欲求 (1)
 3. 引き金と欲求 (2)
 4. 精神障害とアルコール・薬物乱用
 5. アルコール・薬物となじみ深いものとお別れしよう
 6. アルコール・薬物のある生活からの回復段階——通院開始後の最初の1年間
 7. アルコールと薬物を使わない生活を送るために注意すべきこと
8. 退院後の生活のスケジュールを立ててみよう
 9. 合法ドラッグとしてのアルコール
 10. マリファナはタバコより安全?
 11. 引き金—考え—欲求—使用
 12. あなたのまわりにある引き金について
 13. あなたのなかにある引き金について
 14. 回復のために (1) ——信頼と正直さ
 15. 回復のために (2) ——社会復帰と仲間
 16. 覚せい剤の身体・脳への影響
 17. 依存症ってどんな病気?
 18. 危険な状況を察知する
 19. アルコールを止めるための三本柱——抗酒剤について
 20. 再発を防ぐには
 21. アルコールに問題を抱えた人の予後
 22. 再発の正当化
 23. アルコールによる身体の障害 (1) 肝臓の病気
 24. 性の問題と休日の過ごし方
 25. アルコールによる身体の障害 (2) その他の臓器の病気
 26. 「強くなるより賢くなれ」
 27. アルコールによる脳・神経・筋肉の障害
 28. あなたの再発・再使用のサイクルは?
- IV 内省プログラム (今村扶美)
1. ウォーミングアップ
 2. なぜ今わたしはここにいるのか?
 3. 自分史①～家族の中の私～
 4. 自分史②～社会の中の私～
 5. 自分史③～暴力と私～
 6. 対象行為①～加害にいたった自分について～
 7. 対象行為②～被害者・遺族について～
 8. 対象行為③～病気とその他の側面について～
 9. 対象行為が生じるまでのサイクル
 10. わたしたちに何ができるだろうか?①～対処プランの作成～

11. わたしたちに何ができるだろうか? ②～
社会的な責任について～

V 生活機能回復プログラム (三澤剛)

1. 生活機能を目的としたかわり
2. アセスメントおよび評価
 - ・リハビリテーションのための包括的なアセスメント
 - ・地域での生活参加に必要な能力の評価
3. 生活機能を目的としたプログラム
 - ・生活機能への包括的なアプローチ
 - ・毎日の生活のための準備

これらの各プログラムをPDFファイルにして、CDを作成し、指定通院医療機関にお知らせし、希望される機関に実費負担で配布した。

(4) 学会等への参加では、①平成19年6月イタリア・パドバで開催された30th International Academy of Law and Mental Healthにてシンポジウム「New Trends in Law And Mental Health In Japan」のシンポジストとして「Mentally disordered offenders under Japan's new legislation: how are they treated?」と題して発表した。さらに、平成20年6月に開催される32thIALMH総会においても参加し、発表の予定である。②平成19年3月11・12日に沖縄・那覇で開催された「精神医療法研究会国際シンポジウム」では、スイス・チューリッヒで行われているFOTRESによるリスクアセスメントが紹介され、「リスクアセスメントと治療評価」に関するシンポジウムの司会を行った。③平成19年11月17日(東京)に開催された国際シンポジウムでは、米国ウィスコンシン大学George Palerumo教授を招いて「リスクアセスメント手法の刑事司法への適用」と題して講演を聞くとともに、関連のシンポジウムを開催して、松原三郎、村上優、岩井宣子、五十嵐禎人が参加して講演と討議を行った。

(4) 英国ロンドンにおける地域司法精神医療

視察

平成19年12月の英国視察はロンドン大学Dr. David Reiss氏のアレンジによって視察団の受け入れが行われた。視察先は地域司法精神医療を中心に以下のとおりである。

12/3 Trust Headquarters

12/4 Camberwell Green
New Hope Project

12/5 London Probation
RSU SEMINAR DAY
TOUR OF THE ORCHARD

12/6 Landor House
Turning Point- Douglas House Project

12/7 Ealing Approved Premises (Bail Hostel)

Work Rehabilitation

これらの視察内容は既に日本精神科病院雑誌に掲載されている(別紙3・刊行物参照)。

平成20年11月2日から行われた英国視察では、英国の精神保健法の改正に伴って司法精神医療がいかなる影響を受けたかについての視察、さらに、地域司法精神医療では、更生事業団体、患者支援団体(NPO)、さらには、精神鑑定に関する視察が行われた。視察先は別紙4に示す通りである。特にこの中では、地域精神医療を支える慈善団体やNPO等が大きな効果を示していたことが印象的であった。また、英国で実施された精神保健法の改正についてその内容が確認できた。

(6) 外国人招聘事業に伴う講演会の開催: 精神神経財団による外国人招聘事業では、「包括的地域医療 (Assertive Community Treatment: ACT)」を理解するために、最も盛んにおこなわれているカナダ・トロントからカナダ・トロント地区精神保健協会 Executive DirectorであるDr. Steve Lurieを招聘したが、この講演会を東京(上智大学)と大阪(さわかみ病院)の2か所で開催した。講演内容のうち、さわかみ病院講演で使用されたスライド(和訳)を資料として

添付する（別紙5）。

D. 考察

(1) 「指定通院医療機関に対するアンケート調査」：医療観察法施行開始当初から、通院医療への財政的な援助が極めて少ないことが指摘されてきている。アンケート結果では、各病院に配置されている訪問看護師は1~2名にすぎず、また、PSWも通院対象者のために、十分に割かれていない。結果として、各指定通院医療機関のアウトリーチ機能は極めて低く、ようやく、社会復帰調整官の援助によって成り立っている。通院対象者に多職種でかかわろうとする場合には、専任のPSWなどを配置する必要があり、特に、通院対象者が3名になれば、その必要性は明らかとなる。

通院対象者の精神状態、環境状態などについては、今後の結果分析によって明らかになるものと思われるが、支援の内容によってその結果は大きく左右されるものと推定される。

(2) 通院医療等研究会の開催

開催ごとに4~5件の通院事例が一般演題として発表された。いずれの医療機関においても、丁寧なフォローが行われていることが示されたが、やはり問題の中心は、指定通院医療機関における人員の不足である。この解決のためには、「通院医学管理料」の増額によって専任のPSWなどの雇用を誘導することが有効であろう。さらに、訪問看護師を中心とする「アウトリーチ機能の充実」も緊急の課題として指摘された。

他方では、治療プログラムが未整備であるために、心理教育や認知行動療法などが十分に行われていないことが示された。

(3) 「医療観察法通院処遇対象者のための通院治療プログラム集」の作成

医療観察法における通院医療では、「多職種チーム医療」を基本として行うべきであるが（通院医療ガイドライン）、実際には、そのための「通院治療プログラム」が十分に整備され

ていなかった。今回、武蔵病院で使用されている入院治療プログラムを参考にしながら、また、武蔵病院、国立精神神経センター等のスタッフの協力を得ながら、「通院治療プログラム」の作成を行った。500頁以上にわたる内容は、これまでの精神科医療の中では画期的なものと言える。これによって、通院医療における多職種チーム医療の内容が明らかとなり、同時にその効果が示されるものとなる。この内容を広く流布するために、CDに焼き付けた形で各指定通院医療機関に配布した。

(4) 各種学会活動から得られた知見

30th International Academy of Law and Mental Healthにおけるシンポジウム New Trends in Law And Mental Health In Japanでの発表をはじめとして、多くの外国司法精神医学者と交流することができた。その中では、まず責任能力判定を重視し、あくまでも心神喪失もしくは心神耗弱と判定された者のみを医療観察法治療の対象としていることに評価する意見が多かった。諸外国では、人格障害をはじめとして、治療困難者が続出しており、わが国独特の「責任能力判定」を前提とした「犯罪を起した精神障害者治療」については、高い評価が得られた。他方、通院医療では、それを支える地域精神医療がわが国では不十分であるために、社会復帰調整官の力に頼らざるを得ないという問題点が指摘された。

(5) 英国地域司法精神医療の視察

今回の視察団の受け入れは、Forensic Psychiatry Education Programとして、NHSトラストが受け入れてくれたものである。内容的には、「各種治療プログラム、地域医療システム」の紹介。視察としてMedium SecureのRegional Secure Unit (RSU)、南ロンドン地区地域精神医療支援チームの視察、各種中間施設の視察(New Hope Project, Jigsaw House, Butler House)などであったが、わが国と比較して多くの相違点を知ることができた（別紙として論文を添付）。

(6)カナダ・トロントにおけるACTについて。

Dr. Steve LurieによるトロントにおけるACTの効果は、特に再入院の防止という点では目を見張る効果が示されている。ACTはその人員の配置法から「Hospital-Base」と「Home-base」の2種に分けることができるが、対象者を、医療から就労まで、密着した方法で支える後者のほうが本格的なものと言える。これに対して「Hospital-Base」のタイプは、病院から交代に人員が派遣されるものであり、日本で行われている「訪問看護」に似たものである。わが国では「Home-Base」のものをすぐに取り入れることは困難であり、この点では、「Hospital-Base」の方法を中心に拡大をすべきであると思われる。

E. 結論

わが国における地域司法精神医療における問題点を以下のようにまとめることができる。

(1) 通院医療における「治療プログラム」が不足している。

このことは、直接通院群にとっては深刻な問題であり、早急な改善が必要である。また、通院医療における「多職種チーム医療」のあり方も明確にするものである。

(2) 指定通院医療機関では、専任の人材の配置を。

訪問看護師を中心として、アウトリーチ機能を支える人材が極めて不足している。一部の民間精神科病院では、病院周辺(30分以内)に密度の高い在宅チーム医療を展開しており、これによって本法の対象者が支えられている。しかし、地方ではこのようなチーム医療の展開は困難である。

(3) 全地域的な在宅医療を展開するためには、英国で行われているような「Care Approach Program: CPA」など普遍的な地域医療システムの導入が必要である。しかし、将来的には、ACTなど強力な支援システムが有効になるであろう。しかしながら、現実的には、医療観察法で

は「処遇の実施計画の策定」をもとに、社会復帰調整官と病院スタッフが連携しながら「Hospital-Base」の形で多職種・多機関で総合的に・包括的に支えていく手法にならざるを得ない。

このような中であって、指定通院医療機関が「専任のPSWなど」を持つことで、その機能は飛躍的に伸びるであろう。この点を実現することで、指定通院医療機関の機能が高まるばかりでなく、引いては、地域精神医療の底上げになるものと考えられる。

(4) 強制通院システムの見直しが必要。

本法における強制通院は、精神保健観察によって行われているが、その枠組みが不十分である。ようやく法107条によって、対象者が「守るべき事項」が示されているに過ぎない。精神保健観察の枠組みを強化して、もっときめ細く、確実な医療が行えるように制度の改正が必要である。さらに、「再入院」等の処置が「地域型指定通院医療機関」との間でさらに容易に実施できるようにする必要がある。特に、今後、物質使用障害事例や人格障害併発事例が増えれば、このような対策は必要である。

(5) 地域型入院医療機関の整備。一定程度の入院治療が進んだ場合には、地域に密着した形で、治療と生活訓練が行われるべきである。このためには、指定入院医療だけに限定せずに「鑑定入院、指定入院、さらには、初期の措置入院」などを総合的に受け入れることができる「総合司法病棟」が必要である。

(6) 安易な精神保健福祉法入院への移行をやめる。

指定入院医療機関では、病床の不足と、「治療反応性」へのこだわりが強いために、精神保健福祉法入院への移行が増加しつつある。統合失調症例が「欠陥状態あるいは荒廃状態」と烙印を押されて、一般精神科病院に安易に下されるようなことは防がなくてはならない。

また、人格障害や物質使用障害、あるいは、性犯罪者などが安易に通院医療に回されるこ

とも防がなくてはならない。病床不足に惑わされることなく、まず、指定入院医療機関の病床整備を優先的に行い、その後は、長期例、物質使用障害例、さらには、身体合併症例などに対応できるように指定入院医療機関病床の機能分化を進める必要がある。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 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～. 臨床精神薬理学 10 (5) .773-778 2007.5
- 2) 「医療観察法」における通院医療と高齢者. 老年精神医学雑誌 18(5).509-513 2007.5
- 3) 医療観察法の概要と精神科医療に与える影響. 精神保健福祉法の最新知識改訂版 中央法規 147-165 2007.8
- 4) 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. 日精協誌 26(9).824-825 2007.9
- 5) 医療観察法における指定通院医療機関の役割と課題. 中谷陽二(編)精神科医療と法 弘文堂 145-158 2008.8
- 6) 医療観察法の地域サポートと ACT. 臨床精神医学 37(8)1029-1036 2008.8

7) 英国ロンドンにおける地域司法精神医療視察報告. 日精協誌 27(11)1026-1037 2008.11

8)

2. 学会発表

- 1) 民間病院から見た通院医療. 第3回日本司法精神医学会大会 シンポジウム 2007.5.25 東京
- 2) 医療観察法における通院処遇の現状と課題 第167回北陸精神神経学会 2007.6.24 金沢
- 3) 医療観察法施行上の問題について 第16回北陸司法精神医学懇話会 2007.7.14 金沢
- 4) 直接通院になった統合失調症の一例. 第17回北陸司法精神医学懇話会 2008.7.12 金沢
- 5) 心神喪失者医療観察法. 第36回日本精神科病院協会精神医学会 パネルディスカッション 2008.10.10 盛岡

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

(別紙 1)

◆国際シンポジウム「リスクアセスメント手法の刑事司法への適用」

とき：2007年11月17日 12：45 開場 13：30 開始

ところ：上智大学2号館17階 第2会議室 (JR・地下鉄四ツ谷駅下車、徒歩5分)

その他：参加費無料・事前申込制*・同時通訳付

(*氏名・連絡先を事務局メールアドレスまでお送りください。)

<プログラム>

13：30 - 13：35 開会の辞 (町野朔)

13：35 - 14：50 基調講演：刑事司法制度の各局面における再犯テスト

ジョージ・パレルモ教授 (ウィスコンシン大学)

14：50 - 15：50 話題提供

- ・ 日本におけるリスク・アセスメントの実際…村上 優 (国立琉球病院長)
- ・ 医療観察法におけるリスク評価——司法の観点から…鈴木秀行 (東京地方裁判所判事)
- ・ 日本の司法地域精神医療制度…松原三郎 (松原病院理事長)

15：50 - 16：05 休憩

16：05 - 17：25 ミニシンポジウム

司会：町野 朔 (上智大学法科大学院教授)

中谷陽二 (筑波大学大学院総合人間科学研究科教授)

シンポジスト：

- ・ ジョージ・パレルモ
- ・ 村上 優
- ・ 鈴木秀行
- ・ 松原三郎
- ・ 岩井宜子 (専修大学法科大学院教授)
- ・ 五十嵐禎人 (千葉大学社会精神保健教育研究センター教授)

17：25 - 17：30 閉会の辞 (中谷陽二)

(別紙 2)

第2回 通院医療等研究会

(改訂版)

日時：平成20年2月9日(土) 13:00 (12:00受付開始)

会場：明治製菓(株)本社 地下講堂(B1F) (裏面地図)

〒104-8002 東京都中央区京橋2丁目4番16号

TEL 03-3272-6511 (土・日のみ)

参加費：無料

プログラム

13:00 開会

13:05 一般演題

- 1) 通院処遇の途中で医療保護入院となった双極性感情障害の一例
田野島 隆 (医療法人共栄会 札幌トロイカ病院)
- 2) 通院医療の現状と問題点～通院処遇患者の訪問看護を通して～
石野和代 (医療法人せのがわ 瀬野川病院)
- 3) 指定通院医療に他院(一般精神医療)のアルコール依存症治療を
並行導入した一例
吉岡真吾 (独立行政法人国立病院機構 東尾張病院)
- 4) 当院における指定通院医療の現状
小林英一 (医療法人恵風会 高岡病院)
- 5) 通院指定医療機関において処遇に迷う事例の一考察
鈴木恵利子 (財団法人磐城済世会 舞子浜病院)

14:30 シンポジウム 「指定通院医療機関の課題」

司会 吉川和男 (国立精神・神経センター)

1. 花田照久 (東京武蔵野病院)
「医療観察法における通院医療の現状と問題点」 (40分)
2. 美濃由紀子 (国立精神・神経センター 精神保健研究所)
「モニタリング研究から見た通院処遇の現状と課題」 (15分)
3. 稲村義輝 (横浜保護観察所)
「社会復帰調整官から見た指定通院医療機関の問題点」 (15分)
4. 松原三郎 (松原病院)
「指定通院医療機関における問題点について」 (15分)

17:00 閉会

<問合せ先> 〒920-8654 石川県金沢市石引4-3-5 松原病院
TEL076-231-4138 FAX076-231-4110
E-Mail matsubarahospital@ishikawa.med.or.jp
通院医療等研究会 主催者 松原三郎
事務担当：一ノ宮・秋月

SCHEDULE FOR DELEGATION LED BY PROFESSOR MACHINO

Monday 3th November

10am – 11am Visit to NACRO

Park Place, 10-12 Lawn Lane, London SW8 1UD
Tel 020 7840 7200

1pm-2pm Visit to Rethink to meet Ms. Jane Harris
Head of Campaigns and Media

89 Albert Embankment, London SE1 7TP

Tuesday 4th November

1pm – 3pm Visit to approved premises, to meet with Mr Rhys Morgan,
Senior Probation Officer:

Canadian Avenue Approved Premises
7 Canadian Avenue
London SE6 3AU
Tel: 020 8690 3234

Wednesday 5th November

10am – 3pm Visit to HMP Grendon to meet Dr. Richard Shucker

HM Prison Gendon
Grendon Underwood
Buckinghamshire HP18 0TL
Tel: 01296 443000

Thursday 6th November

10am – 12pm Visit to Lambeth Hospital, Bridge House Medium Secure Unit
To meet Professor Tom Fahy Head of Institute of Psychiatry

Lambeth Hospital 108 Landor Road Stockwell London SW9 9NT
Tel: 020 3228 6279

2pm-6pm Visit to Bethlem Royal Hospital, River House to meet
Dr. Colin Campbell Psychiatrist
River House Bethlem Royal Hospital Monks Orchard Road
BECKENHAM BR3 3BX

Friday 7th November

10am – 3pm Visit to Broadmoor Hospital to meet Dr. Murrey

Broadmoor Hospital
Crowthorne
Berkshire RG45 7EG

カナダの精神保健政策とサービス： 聞きたかったけど聞けずにしたこと

ステイーヴ・ルリー
カナダ精神保健協会 トロント支部
2008年7月
slurie@cmha-toronto.net



背景

- カナダは連邦制
- 保健医療は州の管轄であり、州はサービス提供と財源の大半に責任をもつ。
- 連邦政府による保健医療への支出分は、現在、全体の25%。

背景

- アボリジニの人々、連邦の刑務官、および軍人の精神保健サービスについては連邦政府の管轄
- 州立精神病院等の収容施設（アサイラム）については、19・20世紀には、州に財政的責任
- 英連邦自治領の精神保健への補助金が、1940-50年代、一般病院の精神科の発展のために使われた

現状

- 脱施設化：1959年—1979年の間に精神科病院の病床数がかなり減り（1000人あたり4床から1床に）、一般病院に入院施設ができた
- オンタリオ州では、この間、11,000床から4,000床に
- 本格的な地域精神保健サービスの発展の歩みはゆっくりとしたものだった

現状

- すべての州が精神保健システムを改革しようとしているが、カナダには全般的な戦略がない
- 2006年5月の上院委員会報告『遂に闇から外へ』は、これから10年間で、57,000のサポート付き居住施設の設置すること、地域精神保健と依存症サービスに対して20億ドル以上を支出することを提言

現状

- オンタリオ州は、1979年以来、地域重視の視点からの報告書を数多く出してきており、地域精神保健の予算は、1985年の4,200万ドルから6億1,300万ドルまで増加している
- すべての州において、精神保健についての地区ベース（リージョナル）の財政支出構造がある

オンタリオ州:最近の動向

- 2004年以来、危機対応、ACT、ケースマネジメント、早期精神病介入、司法精神保健サービスに2億2000万ドルを支出
- データが向上、研究・評価(SEI)、プログラム基準が増加
- サービスネットワークが発展中
- LHIN(ローカル保健統合ネットワーク)に、精神保健と依存症サービスの計画作りと財政支出の権限

オンタリオ州

- 合理化されたアクセス・プロジェクトが発展しつつある
- 最近の選挙期間中、関係者は予算増額を要求。SSOIは、待ち時間の短縮と医療へのアクセスを焦点に
- 数値目標や予算に関しては、保健戦略10年計画の発表待ち
- 14のうち11のLHINが、精神保健と依存症を優先項目に

カナダ:最近の動向

- 2006年の上院委員会報告『遂に間から外へ』は、大規模な改革と予算増額を要請
- 57,000のサポート付き居住施設の設置、およびピアサポートを含む各種サービスへの財政支出を提言
- 10年間で、費用は53億ドルと推計
- 2007年、精神保健委員会設立

精神保健委員会

- 政府関係者、および各地の家族とコンシューマーのリーダーで構成
- 8つの諮問委員会には、カナダ全土から120人のボランティアが関与
- 年間予算1500万ドル(2010年まで)

精神保健委員会の役割

- 以下の方策によって、心の病のある人々の生活向上を促進すること
- 反スティグマ・キャンペーン
- 知識の交換
- 2011年までに、カナダ精神保健戦略を作り上げること

精神保健委員会の活動

- 以下の活動をすでに開始
- 反スティグマ・キャンペーンは、まず、若者と保健医療従事者を対象に
- 精神保健戦略を策定中
- 2008年の連邦予算で発表された1億1000万ドルのホームレス施策のプランニング

地域のサービス

- ケースマネジメントは、ほとんどの地域で行われているが、順番待ちがある
- オンタリオ州では、州の基準を作成
- クライアントとスタッフの比率は20対1

ケースマネジメント

- 集中的なケースマネジメントは、単なる仲介機能を超えた集中的な関与的サービス
- コンシューマーとの信頼関係を築き、コンシューマーの助けとなる継続的な支援を提供
- 最も制限の少ない自然な環境で機能し、生活の質の向上を達成
- コンシューマーは変化とサービス横断的環境を必要とするので、ケースマネージャーは関与を維持
- 集中的なケースマネジメント・サービスを優先的に受けるのは、保健省の重度精神病の定義に当てはまり、継続的で長期的な支援を必要とする人

ケースマネジメント

- サービス提供は、オフィスではなく地域で
- 週5日、提供可能
- 24時間/週7日の危機対応サービスについてアセスメントする過程をサービスプランに盛り込む必要あり

ケースマネジメント

- 2006-2007年の間に、オンタリオ州でケースマネジメント・サービスを受けたのは39,217人
- 訪問はトータルで659,992回、月平均1.4回
- ケアが十分に集中的でないという研究結果が出ている
- 2006-2007年の間に7,700万ドルを支出
- 平均コストは、1,705ドル

ACTチーム

- ACTの対象者

ACTは以下のようなクライアントのためのもの:
重度精神病の継続的徴状がある

- 頻回で長期の入院
- 日常生活、仕事、居住の諸活動に影響を及ぼすような深刻な機能障害
- 生存のためのニーズを満たせない

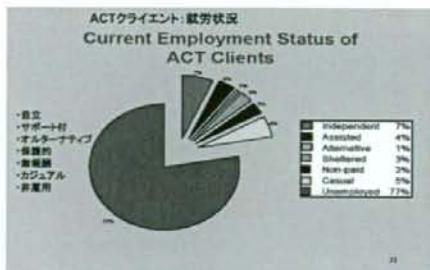
また、以下のようなクライアントのためのもの:
薬物濫用障害を併せ持つ

- 過去に犯罪歴があるか、犯罪に関わるリスクが大きい

ACT チーム

- 精神科医、看護師、ソーシャルワーカー、ピアサポート・ワーカーから成る多職種チーム
- スタッフとクライアントの比率は1対10
- 24時間/週7日のサービス
- 基準は、週平均3.5回の訪問を求めている

ACT



ACT



ACT

平均的ACTクライアントの病院利用
(オンタリオ州)

- 平均的クライアントは、ACT開始以前の2年間で、年に67日の入院
- カナダの研究によれば、ACT以前、年に50日の入院が、コスト効率の限界点

ACT

ACTのクライアントへの効果

- ACT開始以前の2年間、平均入院日数67日
- ACT開始1年後の平均的入院日数=24日(64%減)
- 2年後=19日(71%減)
- 3年後=15日(78%減)
- 4年後=13日(81%減)
- 5年後=13日(81%減)
- 6年後=12日(82%減)

ACT



ACT

2006-07年 入院日数ゼロのACTケースの割合
Percentage of Provincial ACT Caseload that Used Zero Hospital Days in 2006-07



2006-07年 ACTクライアントの入院日数ゼロの割合は66%です。
4,525人のACTクライアントのうち、2,991人(66%)が入院日数ゼロです。

ACT

ACTによる入院日数削減の価値

Value of Reduced ACT Hospital
Bed Day Utilization Projected to 4525
Clients



4525 Clients. Pre-ACT average of 87 Bed Days, declined to 24 Avg. Bed Days after 1 year in ACT

N.B. - If's rounded off to the nearest thousand

Using Average Bed Cost of \$532*

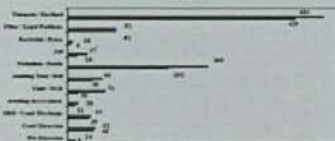
* Based on Average Bed Day Cost. This figure does not include research or financial costs.

Source: (Sept. 20, 2007), "Programs: Knowledge From Progress in Community" (Slide 18)

ACT - 刑事司法との関わり

クライアントと刑事司法 (ACT前・後)

Pre-Post Criminal Justice
Status of ACT Clients
(As of March 31, 2007)



Pre-ACT = 500 of ACT; 1000 of 10% have criminal justice issues.

Post-ACT = 500 of ACT; 1000 of 10% have criminal justice issues.

No Legal Problems: Remaining: 3445, Current: 3731

ACT clients with criminal justice issues: 1000, Current: 1000

ACT clients with criminal justice issues: 1000, Current: 1000

サポート付き住宅

- 2006-2007年、オンタリオ州では10,166人がサポート付き住宅で暮らしていた
- 3,600万ドルを支出
- ほとんどは単身者向けアパートで、ケースワーカーなし居住ワーカーが支援を提供
- オンタリオ州では、さらに少なくとも推計で23,000の住居が必要
- 1日当たりのコストは17-33ドル

セーフ・ベッド

- 短期居住のためのベッドは、入院するほどではない人に対し、病院が関わらない24時間週7日の支援を提供
- 利用は30日以内
- 1日あたりのコストは238ドルで、病院でのコストよりはるかに安い
- 2006-2007年の間に、1925人がセーフ・ベッドを利用し、コストは410万ドル

ピアサポート

- 2006-2007年の間に、27,588人がピアサポートなしセルフ・ヘルプを利用
- コストは全体で580万ドル、一人当たり158ドル
- 409人が、オルタナティブ・ビジネスで雇用され、費用は160万ドル
- 7,079人の家族が支援を受け、費用は一人当たり98ドル

課題

- リハビリ重視のシステムを作ることでピアサポートの拡大
- 多様性に対応すること
- プライマリ・ケアと統合すること
- 新たな財政支出なしにできる、質の向上を追究すること
- エビデンスに基づいたケア vs. 社会的決定因
- 成人と子どもで管轄が異なる