

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る。

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、それを繰り返す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。

## 第167回北陸精神神経学会教育講演

## 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。

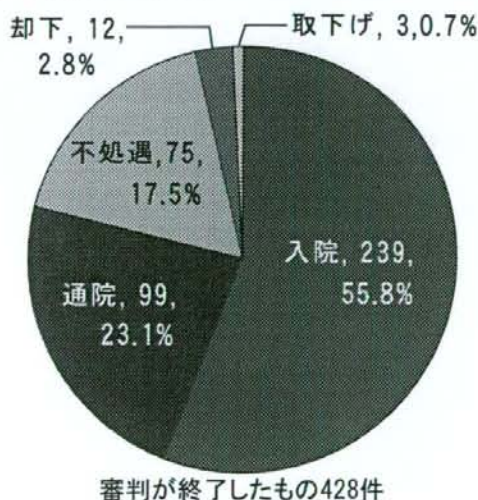


図1 医療観察法申立て状況 審判決定別  
(平成19年1月31日現在)

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

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。

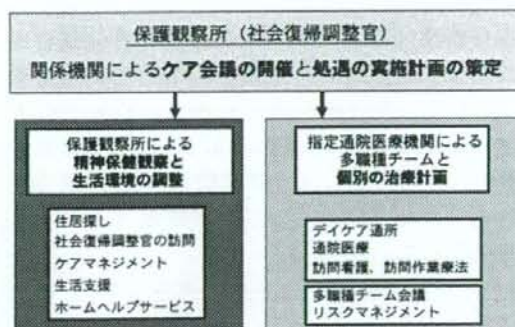


図2 通院医療と地域処遇との関係

### 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

害においてもかなりの治療が図られる。かといって、いずれにおいても病識は不十分なままの場合が多く、通院医療の継続が当初から困難な場合もある。さらに、通院医療と共に日常生活の自立的な継続が困難な場合が少なくない。これらの問題を解決するために、通院決定と同時に精神保健福祉法上の入院が行われて、生活環境が整うまでの待機状態が作られることもある。このような非定型的な手法は、結果として長期の入院に陥る場合が少なくなく、決して望ましい形ではない。むしろ、入院により十分に病識が獲得されるまでの間、治療が進められ、さらに、十分に地域での受け入れ態勢が整ってから退院とすべきである。

特に、入院医療施設がなかった近畿地区ではこのような非定型的な通院処遇となる場合が多く、結果として、審判結果の37%が通院処遇で、入院処遇はそれと同数となるような結果である。

また、直接通院となった事例をみると、疾患別では統合失調症の割合が低く(66%)、これに対して物質使用障害が12%と大幅に増えている(図3)。このことは、依存症状をもつ対象者の経過観察に通院医療が利用されていることが伺える。本来は依存症状の治療については、本法の通院医療には不向きであると考えられる。

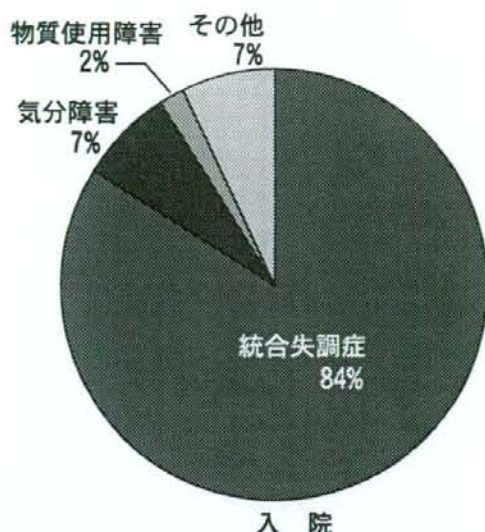
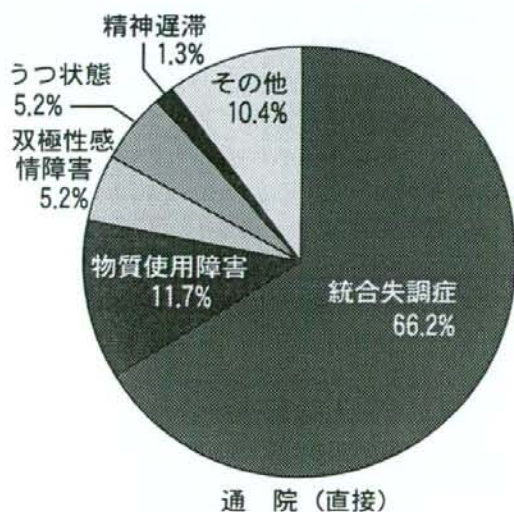


図3 入院処遇と通院処遇(直接)の疾病分類

このように、施行直後とは言え、通院医療ではその対象者の選定において問題例が少なくなく、今後の改善が望まれる。

##### 5. 多職種チームによる医療

多職種によるチーム医療では、各職種が責任をもって対象者の状態の評価を行い、さらに今後の治療方針を提案する。さらに多職種チーム会議を開催して、最終的に治療方針を決定する。決定された内容は対象者に明示されて、本人の同意を得るような努力が払われる。その内容は、薬物療法はもちろんのこと、心理教育(統合失調症、気分障害など)、物質依存への教育など多岐にわたるが、それぞれの担当職種がプログラムの進行状況と本人の理解の程度、あるいは、精神状態の評価などを並行的に加える必要がある。対象者の精神状態や治療の進行状況は多面的に捉えられ、問題点も明確になってくる。

評価の方法として「共通評価項目」があげられるが、多職種による活動の中心は個別の職種によるチーム医療である。そのために、対象者の治療目標に合致した治療プログラムの設定が重要となる。治療プログラムとしては別表のような項目が考えられる(表1)。この中では、担当者を例示したが各医療機関で変更

することは可能である。多職種チームの基本は各職種による評価と治療計画であるが、実態はそれに基づいて治療プログラムを実施していくことにある。

多職種チームの中での、アウトリーチ機能では、訪問看護が最も効果的な手法である。実際には、各医療機関がもつ訪問看護師の数は1～2名にとどまっており、現状では指定通院医療機関のもつアウトリーチ機能は脆弱である。このために、医療観察法における訪問看護料は、通常よりも高く算定することも必要である。

表1 通院医療で必要な治療プログラム

▶ 医療観察法についての説明：医師
▶ 多職種チームによる医療の説明： 医師、ケア調整者
▶ 疾病に関する心理教育 (統合失調症、気分障害など)：看護師
▶ 薬剤とその副作用に関する心理教育：薬剤師
▶ 人格障害に対する心理教育：心理士
▶ 怒りの制御教育：心理士
▶ 対象行為の内省教育：心理士
▶ 生活機能回復プログラム：作業療法士
▶ 社会生活技能訓練：看護師
▶ 社会資源の利用：PSW
▶ 物質依存治療プログラム：不特定

## 6. 居住施設の問題

対象者は、約65%が家族と同居をしているが、約29%はアパート等で单身生活を行っており、さらに6.5%がグループホームを中心とする各種の居住施設を利用している(平成18年度調査)(図4)。

対象者にとって最も安定的な居住場所は家庭であることは当然のことであるが、対象者の精神症状が落ち着いており、また、日常生活能力が確保されている場合には单身生活が可能である。この場合には、週に1～2回程度の訪問看護や、デイケアの通所対応が可能となる。また、同様にグループホームも单身アパートに準じて利用が可能である。ところが、精神症状が不安定であったり、日常生活能力が十分でない場合には、24時間にわたってケ

アが可能な施設が求められる。援護寮やケアホームがこれに相当するが、この部分は量的に極めて少ないために、居住場所の確保は極めて困難になる。

病院周辺に手厚い支援が可能な社会復帰施設や、ケアの密度の高いグループホームがある場合には、退院への道筋を作りやすいが、そうでない場合には対応が困難となる。

さらに、一部には、直接通院や指定入院医療機関からの退院に際して、一定期間指定通院医療機関に精神保健福祉法による入院を行って、実際の生活訓練を実施した後にアパートやグループホームに再退院する手法がとられることもある。やはり、24時間ケアを必要とする事例を支える施設が、量的に十分とは言えないのが実情である。大都市部では、この法律のためにケアホームが必要となるかもしれない。

その他 (5件) 内訳  
 6.5% | ・援護寮・入院中・グループホーム  
 ・病院スタッフ常駐ケア付アパート

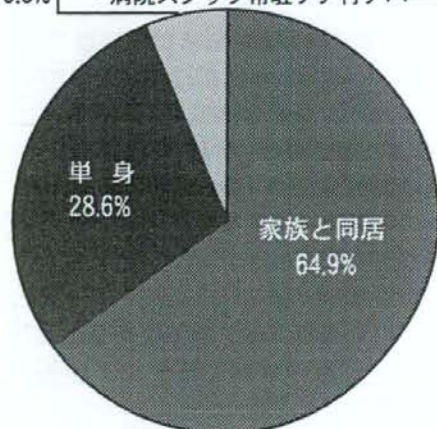


図4 通院処遇中の居住状況 (回答77件)

## 7. 通院処遇と精神保健観察の枠組みの問題

対象者は法42条によって、医療を受ける義務を負っているが、それが中断した場合には、保護観察所に対して報告を行い、協力を求めることになる。保護観察所では、社会復帰調整官を派遣して、通院するように、あるいは、内服をするように勧めるが、その効果が不十分



な場合には、面談を求めることになる。これにも応じなかった場合には、法107条の「対象者の守るべき事項」に違反することになって、再入院の審査が始まることになる。少なくとも、対象者の病状悪化に、または、治療中断については再入院の手続きは、直ぐに作動するものではない。

むしろ重要なのは、病状悪化時の対応を早めにとることであり、段階別に、「第1段階：病状再燃初期、早期警告症状が出現」「第2段階：病状再燃中期、幻覚妄想が持続するなど早急な対応が必要な場合」「第3段階：緊急事態、自傷他害の恐れがある場合」などに分けるとすれば、早期から対応して、必要であれば、早めに精神保健福祉法による入院を行うことが最良であろう。ところが、このような入院では、入院料については一般保険料で支払われるために、対象者の負担は大きい。一定期間（3ヶ月間程度）は医療観察法の費用でまかなわれるべきである。

## 8. 通院医療上の問題点と今後の課題

通院処遇上の問題点を列挙すると以下のようによままとめることができる。

- (1) 現状では、各指定通院医療機関が通院処遇のために配置できる人員は不足しており、特に訪問看護などアウトリーチに関する機能は不十分である。
- (2) 特に、ケア会議への参加、多職種チーム会議、さらには、個別の治療プログラムの実施など、多くの時間を裂く必要があり、関係職員には大きな負担である。
- (3) このような人員不足の状況を解決するためには、通院医学管理料や訪問看護料を大幅に増額する必要がある。
- (4) 通院医療における多職種チーム医療を充実させるために、各種の治療プログラムを整備する必要がある。
- (5) 精神保健観察が充実するように、社会復帰調整官を増員する必要がある。
- (6) 医療と地域生活支援が乖離しないように、十分な連携が必要であるが、医療機関が行

う生活支援に対しても一定以上の報酬上の評価が必要である。

(7) 居住施設、特に夜間においてもケアができる施設の増設が必要である。

(8) 病状悪化時に精神保健福祉法による入院を行った場合には、一定期間（3ヶ月間程度）は医療観察法に基づく費用でまかなわれるべきである。

(9) 指定入院医療機関を地域型と中央型にわけ、各都道府県には通院・地域処遇と連携した入院施設が必要である。

(10) 鑑定入院医療機関を拠点化し、鑑定ならびに鑑定入院中の治療の質を向上させる必要がある。

## 9. おわりに

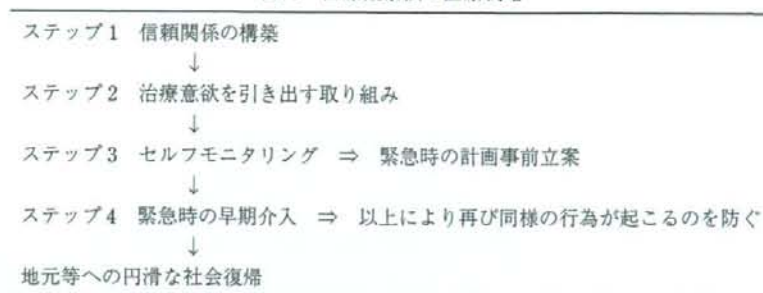
施行から2年以上を経過したが、通院医療の機能を充実させる必要性がますます明確になった。指定通院医療機関においても多職種によるチーム医療が十分に機能するように、通院医学管理料をはじめとして、医療観察法に関する訪問看護料や訪問介護に関する部分を大幅に引き上げる必要がある。このように指定通院医療機関への援助は、最も効果的に地域精神医療の底上げにつながるものと考え

## 参 考 文 献

- 1) 日本精神科病院協会, 精神・神経科学振興財団: 司法精神医療等人材養成研修会ガイドライン集, 2007
- 2) 日本精神科病院協会, 精神・神経科学振興財団: 司法精神医療等人材養成研修会教材集, 2007
- 3) 小山司 ほか: 厚生労働科学研究費補助金 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 平成18年度総括・分担研究報告書, 2007



表1 医療観察法の医療戦略



なる。

共通評価項目のもう1つの特色は、網羅的にアセスメントした後、情報を統合しリスクの文脈を把握する点にある。どのような状況で再び同様の行為が起こる可能性があるかについて、リスクのシナリオを作成し文脈を把握した後、対応策を検討し、その後アセスメントをもとにした治療計画を作成する。共通評価項目は、単なるアセスメントツールではなく、治療計画作成を支援するツールといえる。

### 3 医療の継続を確保するための戦略

法第1条は、法の目的を達成する手段として、「継続的かつ適切な医療並びにその確保のために必要な観察および指導を行うこと」を規定している。

対象者は、医療を受ける義務があるという決定を裁判所の審判で受けており、医療観察法による医療は強制的側面を持つ。しかし、通院医療においては、強制的側面を強調しても対象者が医療を中断する可能性がある。医療の継続は、地域処遇に関与する機関にとって特に重要な課題である。

共通評価項目を用いてアセスメントしてリスクのシナリオを作成すれば、どのような症状や状況が対象行為と結びついて要注意となるのか、その「読み」が治療者に見えてくる。医療の継続のためには、治療者の「読み」を対象者といかに共有してゆくかの医療戦略が重要である。

医療観察法の医療戦略は、4つのステップで構成される。ステップ1は信頼関係の構築、ステップ2は治療意欲を引き出す試みの実施、ステップ

3はセルフモニタリングをもとにした緊急時の介入計画の事前立案、ステップ4は緊急時の早期介入である。このように対象者の治療意欲を引き出しながら、緊急時に早期介入できれば、医療の継続が確保され、再び同様の行為を起こすことなく地元などへの円滑な復帰が可能になるはずである(表1)。

信頼関係の構築のためには、チームで綿密なオリエンテーションを実施し、医療観察法の制度理解と対象行為の確認を行う。初日に懇切丁寧に時間をかけることが特に推奨される。

対象行為に触れることで、信頼関係の構築が阻害されるのではないかと危惧するむきもあることと思う。しかし、《事件についての話し合いの乏しさ》は患者と看護師の双方に不信感を生じさせ、患者は不信感→見捨てられ感→孤立感、看護師は不信感→接近の困難性→無力感をたどり、さらなる不信感に陥る<sup>4)</sup>。対象行為を積極的に取り上げ対象者と話し合うことができれば治療者と対象者の両方に信頼感が芽生えたと期待できる。対象行為を否認する対象者も少なくないが、生育歴をたどりながら対象行為に至った経緯を詳細に確認してゆくことで、信頼関係を醸成する戦略とするのである。過去をしっかりと理解することは、内省の深化にも貢献する。

対象行為に至った経緯が確認されると、どのような症状や状況が対象行為と結びつき要注意かという文脈が見えてくる。このとき、治療者が理解するだけでなく、対象者がこの結びつきを理解することが重要である。どのような症状や状況が要注意かを対象者とともに考えることは、セルフモニタリングの第一歩である。要注意症状・状況が確

認されれば、要注意症状・状況が出現したときのように対処するかを対象者と話し合い、治療意欲を引き出しながら緊急時の介入計画を立て、対象者の同意を得ることが可能になる。

緊急時の介入はタイミングを逃さず早期に実施することが重要である。

#### 4 セルフモニタリングの方法

Brokovec TDおよびBrian Sharplessによると、「セルフ・モニタリング(SM)はさまざまな問題に対する行動療法の基本的なスキル」であり、3つの理由で重要であるという。第1に、「患者には諸要因の間の因果関係を理解してもらい、自分たちの思考、イメージ、感情のパターンが内界・外界にどのような客観的効果を持つかを理解してもらうことが重要である。これは、患者が自分の習慣的なパターンに主体的に働きかける基盤となる。」、第2に「気づくのが早いほど、能動的な選択を行って、循環に入らないような対処を、より効果的に行うことができる。」、第3に、「自分自身や環境を客観的に観察するセルフモニタリングによって、患者は自分の認知が作り上げた幻想ではなく、実際にあるものを見つめ、そこに生きるということを考えるようになる。」<sup>2)</sup>。詳しくは成書を参照されたい。

本稿では、「どのような症状や状況が対象行為と結びつき要注意かを自分で理解し、現在要注意症状や状況がどの程度あるかに気づくこと」をセルフモニタリングと呼ぶことにする。セルフモニタリングを通して、対象者自身が同様の行為の再発という悪循環に入りかけているかどうか早期に気づき、この悪循環に入らないよう対処できるのが目標になる。

セルフモニタリングの具体的な方法として、統合失調症再燃防止のための患者用パンフレット<sup>2)</sup>を利用する手法がある。第1段階として、疾病教育などで一般的要注意症状を対象者に説明する。第2段階として、対象者自身に一般的要注意症状のどれがあったかをチェックしてもらう。第3段階として、パンフレットにない要注意症状があるか話し合う。第4段階として、要注意症状が出現

したときの一般的対処法を説明する。第5段階として、対象者の対処法を尋ね、緊急時の介入計画を立て対象者の同意を得る。この方法は、雛形があるので導入しやすく入院医療に比べて人員が厚くない通院医療でも実施可能と思われる。注意点として、対象者にパンフレットを渡して読んでおくように伝えるだけでは不十分であること、型にとられると対象者にとって本当に注意がいる状況・症状を見落とす可能性があること、対象者がひととおりこの方法を教わっても般化できるかフォローが必要であることなどがある。

セルフモニタリングのもう1つの方法として、パンフレットを用いず、タイミングを見て個別に介入する手法がある。

例えば、対象者が次のように発言したと仮定してみる。「今後心配なことは、今回の事件のようなことになったらどうしようかということ。あときはかーっとなって家族を叩いて怪我をさせてしまった。家族同士がいい合って自分にもいつてきたから。これからは、黙って我慢するしかないのかな」。

対象者の発言を分析すると、次のようになる。  
①同様の行為を繰り返したくない、②家族がいい合っている状況が対象行為に結びついたという理解、③今後家族がいい合っていたら黙るといふ仕方に対処、④黙るといふ対処は最善とは思わないが他の対処がわからない。

この発言は、どのような状況・症状が要注意でどのように対処するのがよいかともに考える介入のタイミングがきたことを示している。対象者の発言は些細と思っても記録に残す習慣が必要である。記録に残せば、チームで対応を検討できる。

タイミングをとらえて、どのような症状・状況が要注意か、どのような対処が必要かを対象者と相談し、対象者のことばでまとめると、対象者にわかりやすい。例えば、要注意の状況として、「家族同士がいい合いをしているとき」など対象者のことばを抜き出して文書にすると有効である。

次に、どういうふうにしたらいいのかという対処法を対象者に考えてもらう。治療者側があらかじめ対処法を提示するのではなく、一緒に考えてみるという姿勢で対応し、「仲のよい家族に相談

〇〇病院 通院者グリーンカード (緊急時等連絡カード)	
(表)	
様 番号	
1	いつもこのカードを持っていてください。
2	〇〇病院への連絡の際、「グリーンカードをもっている〇〇です。番号は_____です。」とお伝えください。
3	連絡先 〇〇病院 (まるまるびょういん) 電話 〇〇〇—〇〇〇—〇〇〇
4	担当者 主治医 ケア調整者 主担当看護師 副担当看護師 家族の連絡先
5	落ち着いて、どのような様子かをお知らせ下さい。
6	落ち着いて、指示を聞いて下さい。
7	〇〇病院で必要と判断した場合、社会復帰調整官等関係機関に連絡します。

図1 グリーンカード表

する」、「テレビを見る」、「部屋で一人になる」といった対象者のことばで対処法を文書化する。その後、治療者側の読みにしたがって、「それでもだめだったらどうするの」と問いかけ、「病院に電話する」という答えを引き出す。最後に、治療者側から、「家族を傷つけたくなったとき」「通院できなくなったとき」には絶対連絡して欲しいと提案する。このようにセルフモニタリングから危機介入計画が作成可能になる。

## 5 医療観察法通院医療における早期介入の重要性

通院医療の安全管理の総論として、危機的状況に陥らないよう予防することが重要であり、不幸にして危機的状況に陥った場合、状況をすばやく評価し、迅速な危機介入を実施する必要がある。危機はいきなり到来するのではなく、危機に至る段階がある<sup>8)</sup>。

第1段階は、「病状再燃初期」であり、早期警告症状が出現している場合である。この段階での対応の原則は、セルフモニタリングツールを使用して説明し、薬物調整・環境調整を実施する。訪問回数を増やし、同意を得られるなら休息のための任意入院も考慮する。

第2段階は、「病状再燃中期」であり、自傷他害

はないが服薬中断などにより病状悪化している場合である。この段階での対応の原則は、あらかじめの取り決めに従い、入院の同意を得られ閉鎖環境を必要としないなら任意入院をすすめる。同意が得られず、服薬中断などにより入院治療が不可欠なら、保護者の同意を得ての医療保護入院を考慮する。迅速に介入するため、訪問回数を増やすとともに、医療保護入院を必要とする事態に備え保護者との連絡を密にする。

第3段階は、「緊急事態」であり、病状悪化し自傷他害のおそれがある場合である。この段階では、精神保健福祉法26条の3により、医療観察法通院医療の対象者に自傷他害のおそれがあるときは、指定通院医療機関の管理者および保護観察所の長は通報する義務があるので措置入院を考慮した対応が必要である。

第4段階は、「(再)入院申し立て」である。法第59条によると、保護観察所の長は、「同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するために入院をさせてこの法律による医療を受けさせる必要があると認めるに至った場合」に、医療観察法の(再)入院の申し立てを行う。

医療観察法の通院処遇で重要なのは、第1段階での早期介入である。第1段階で時機を逸せず介入すれば、第2段階・第3段階・第4段階への進

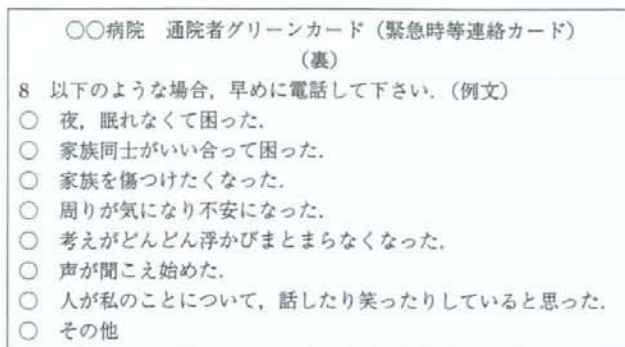


図2 グリーンカード裏

展を防止できる。早期介入の際、セルフモニタリングツールを用いた説明が有効である。

## 6 医療観察法通院医療における「グリーンカード」の考案

指定通院医療機関は、「通院対象者通院医学管理料の施設基準に係る届出書」の提出を求められている（障精第0802004号）。その中で、「緊急時の連絡・対応方法」について、「患者等への説明文書の例等、参考書類を添付すること。」となっている。東尾張病院では、緊急時の連絡・対応方法について説明するために、対象者などに配布するカードを考案し「グリーンカード」と命名した<sup>9)</sup>。

「グリーンカード」の表には、病院の電話番号と主治医・ケア調整者・主担当看護師・副担当看護師の各氏名および家族の連絡先を明記してある。これは、緊急時に対象者が動転していると主治医名などを即座に思い出せない可能性があるからである。なお「ケア調整者」は、岩成らが提案した職種で、「保健医療福祉サイドにおいて独自のケアマネージャーの役割を果たす者」であり、「社会復帰調整官と連携協力して本法の通院医療を遂行する」<sup>3)</sup>。東尾張病院では外来看護師長をケア調整者に任命し社会復帰調整官との連絡窓口にしていく。さらに、グリーンカードをいつも所持していること、緊急連絡時にはグリーンカードを所持している旨伝えること、落ち着いてどのような様子か知らせること、落ち着いて指示に従うこと、必要に応じて病院から社会復帰調整官に連絡することなどの一般的な事項を記載した（図1）。

「グリーンカード」の裏には、「以下のような場合、早めに電話して下さい」と記載し、対象者と相談した要注意症状・要注意状況を記載している。この際、できるだけ対象者のことばを抜き出すのが望ましい。例えば、「家族同士がいい合っているとき」「家族を傷つけたくなったとき」「通院できなくなったとき」などである。要注意症状や状況は、対象者と継続的に相談するのが望まれ、話し合いの結果でグリーンカードを改訂するのがよい。

当初審判で通院決定がなされた場合など、通院処遇開始前に十分な話し合いをする時間がない場合などは、再燃防止のための患者用パンフレットに記載されている一般的な要注意症状を参考にして「グリーンカード」の裏面に記載する方法もある。例えば、「夜眠れない」「声が聞こえる」「考えがどんどん浮かびまともにならない」「周りが気になり不安になった」などである（図2）。

「グリーンカード」を利用した緊急時の対応手順例を以下に示す。

- ①通院対象者などに緊急時の対応方法を記載したカードを事前によく説明し配布する。
- ②通院対象者などが、当院に連絡する場合、グリーンカード所持者であることを伝えてもらう。当院は、グリーンカード所持者リストを用意し、氏名を聞いてだけでグリーンカード所持者であることがわかるようにする。
- ③グリーンカード所持者からの連絡は、原則としてケア調整者が受ける。
- ④連絡を受けたケア調整者は、所定の書式に連

絡日時・対応者氏名・連絡内容を記載し、保存してある緊急時対応法に従って指示し、指示内容を記載する。

- ⑤時間外では、事務当直が連絡を受け、当直医・当直看護師長に「グリーンカード所持者」からの連絡であることを明らかにして対応依頼する。
- ⑥連絡を受けた当直医または当直看護師長は、所定の書式に連絡日時・対応者氏名・連絡内容を記載し、保存してある緊急時対応法に従って指示し、指示内容を記載する。
- ⑦ケア調整者(時間外は、当直医・当直看護師長)は、緊急と判断した場合には、内容を社会復帰調整官・主治医および当院緊急連絡網で連絡する。
- ⑧必要により、緊急受診をすすめる。
- ⑨緊急訪問必要かどうか、緊急会議で検討する。
- ⑩事態が切迫している場合は、警察に保護要請する。
- ⑪緊急措置入院必要と判断されるなら、社会復帰調整官の指示を仰ぎ、関係保健所に連絡する。

緊急時の対応法は、事前に対象者と相談しておく。一般的には、頓服を服用する、それでも安定しないなら病院に連絡する、といった方法がある。「仲のよい家族に相談する」、「テレビを見る」、「部屋で一人になる」といった対象者のことばを引用した対処法は対象者にわかりやすい。対象者の不安が強く自ら対処法を考えることができないような場合には、「好きな音楽を聴いてみる」「散歩をしてみる」「深呼吸をしてみる」「外の風景を眺める」といった注意そらしや「嫌なイメージが浮かんだときにストップと自分でいってみる」といった思考制止法、「楽しいイメージを思い浮かべてみる」といったイメージ置換法を提案してみる方法もある。詳しくは成書を参照されたい。こういった対処法を文書化し、本人の同意を得て、診療録や対応ファイルに保存し、当直者など担当者以外も指示できるようにしておくことが重要である。

## 7 「グリーンカード」運用モデル

グリーンカードを利用した仮想モデル通院事例を提示する。なお、モデル事例は仮想であり、実際の事例との関連はない。

40歳代統合失調症男性で、20年ぐらい前に就職を契機に発症し、服薬中断すると、幻覚妄想が再燃し入退院を繰り返していた。

対象行為2カ月前に服薬中断し、対人関係のストレスも重なり不眠となり、自ら以前通院していた病院を受診した。しかし副作用を嫌い睡眠薬のみ服用し抗精神病薬は服用しなかった。対象行為の3日前に「そわそわして何かしそうな感じがする」と病院に電話した。対象行為当日、家族と口論になり傷害を加え、審判で通院処遇が決定された。

通院処遇の可能性があると判明した段階から、オリエンテーションおよびセリフモニタリングを実施し、緊急時の対処法も、通院開始前に準備した。鑑定情報から対人関係のストレスがあると再燃しやすいこと、自らSOSを出せること、就労をあせり通院中断しやすいことなどが判明した。家でも苦労は絶えない、職場でも苦労が絶えないというところで、断れなくなってしまう傾向があり、ストレスをためると幻覚妄想状態になりやすいので、家庭を安定させることが重要と考えられた。

週1回の外来診察、職員2名での訪問看護を開始した。訪問看護実施記録は、対象者の氏名、記載者の氏名、治療ステージ、訪問看護第何回目まで次回訪問がいつかという基礎情報を記載し、さらに、対象者の早期警告症状、早期警告症状が出現した場合の対処法、残薬チェック欄および患者の状態を色で記載した。対象者の発言や観察事項は、共通評価項目のどの項目にあたるかを明示した(図3)。なお、東尾張病院では、訪問看護職員は携帯電話を持参し、対象者の状況を色で病院に伝達している。要注意状態の場合、例えば「黄色の紙が欲しい」などと伝達することになっている。

### 第1回訪問看護記録

1)「ゴミだらけで、毎日掃除しています」。(共

## 指定通院医療訪問看護実施記録

対象者氏名	様		記載者氏名	
訪問日時	年 月 日 ( )		時 分～	時 分
訪問スタッフ	Ns :	Dr :	CP :	PSW : OT :
訪問回数	第 回		治療ステージ	前期 ・ 中期 ・ 後期
訪問間隔	回 / 週		次回訪問予定日	年 月 日 ( )
早期警告症状				
リスクの状況	□青：異常なし □黄：やや不安定 □赤：不安定 □真っ赤：援助要請			
残薬数	朝薬	昼薬	夕薬	就前薬 頓服薬
共通評価項目 (17項目 + 個別項目)				
1. 精神病的症状	2. 非精神病的症状	3. 自殺企図	4. 内省・洞察	
5. 生活能力	6. 衝動コントロール	7. 共感性	8. 非社会性	
9. 対人暴力	10. 個人支援	11. コミュニティー要因	12. ストレス	
13. 物質乱用	14. 現実的計画	15. コンプライアンス	16. 治療効果	
17. 治療ケアの継続性	その他 ( )			
共通評価項目に基づいた経過記録 ※各項目の記載内容に評価を付ける				評価
例) 非精神病的症状	D) 全然眠れない。頓服もきかない。だんだん状態が悪くなっている。 A) 困っているなら入院して休みましょう。 R) 入院はしたくないと答える。			2
次回訪問時の留意事項及び訪問スタッフへの依頼				

図3 訪問実施記録書式例

通評価項目：ストレス・生活能力)

掃除ができるという点で生活能力が保持されているとの評価と同時に、家庭内のことを全部対象者が背負っているという点でストレス因子があると評価した。

2) 「子供がお金欲しいといい困る。」(共通評価項目：ストレス)

ストレス因子は一般に重要な情報で、以前に、家庭内ストレスで状態悪化した経歴があるので、特に注意が必要。

3) 「グリーンカード」(共通評価項目：現実的計画)

対象者のストレス状況を把握した訪問看護職員が「グリーンカードはどこにありますか」と聞いてみたところ、「引き出しの中にしまいこんである」という答え。職員は「やんわりと「そこが一番手の届きやすいところですか」「もっといい場所はないですか」というニュアンスを含めて尋ねた。

第2回訪問看護記録 黄色(要注意)

1) 「薬を飲んでも眠れない。やる気がなくて、昼間も横になっていて、憂うつさが強くなって、状態が悪くなった」(共通評価項目：非精神病的症状・生活リズム)

切迫感があり要注意と判定し、以前話し合った計画に従い、「困っているなら、入院して休みましょう」と、提案したが対象者は拒否した。

2) 「グリーンカード」(共通評価項目：現実的計画)

「グリーンカードはどこにあるの」と訪問看護職員が尋ねると、「財布の中に入れてある」との答え。グリーンカードを取り出して、一緒に見ながら、「このカードを見て、いつでも連絡下さい」と伝え、いつでも受け入れOKというサインを出した。

3) 服薬状況(共通評価項目：コンプライアンス)  
薬は、一応服薬しているが、薬物調整をしないと服薬中断のリスクがある。



## 第3回訪問看護記録

1)「薬が変わってからよく眠れるようになって、よだれが出るのが止まってよかった」(共通評価項目:非精神病性症状・コンプライアンス)

薬物調整の結果、抑うつや不眠症状が改善し、薬に対する不満もなくなった。

## 第4回訪問看護記録

1)「もう、働こうと思う。毎日、退屈で、ビデオが壊れて修理代もいる」「訪問看護とか忙しいでしょうから、もうやめさせてもらおうかと思えます」(共通評価項目:ストレス・治療ケアの継続性)

「まだ働くのは早い」と頭ごなしにいきなり否定すると、本人のニーズを否定することになるので、信頼関係が損なわれる可能性がある。訪問看護スタッフは、「ケア会議で話しましょう。それまでは、今までと同じで」と提案し、対象者も受け入れた。

## 第1回ケア会議記録

## 1)就労について

就労すると通院中断する可能性があるのが心配だと対象者に伝え、次のケア会議まで待つことで合意した。いきなり就労を考えずに、施設見学をすすめたが、対象者は拒否した。

## 2)訪問看護について

「訪問看護は薬の確認するだけで、それで交通費を払うのは考えもんだ」という発言あり。訪問看護のあり方を考える必要がある。

## 第5回訪問看護記録

## 1)訪問看護(共通評価項目:現実的計画)

訪問看護時、一緒にストレス解消の散歩をしましょうと提案すると、対象者は同意した。信頼関係の確立が必要な時期と考えられる。

## 2)ストレス対処(共通評価項目:現実的計画)

断れないことが対象者のストレスになると職員が考えて、断る練習をしたらどうかと提案したが、対象者は合意しなかった。まだプログラムの導入のタイミングでない様子。対象者の同意を得られない計画は現実的計画とならない。

## 第6回訪問看護記録

1)「働きたいのにみんな駄目だという。家にも何もすることがない。就職の話は止められたが、嫌だ、働きたい、働ける。」(共通評価項目:

ストレス・治療ケアの継続性)

スタッフは就労は時期尚早と考えているが、対象者と溝がある。「授産施設に行ったほうが道が広がる」と再び提案したが、対象者は拒否した。ケア会議で再度検討必要。

## 第2回ケア会議記録

就労が時期尚早と伝えてばかりでは、治療関係が崩れるのではないかと判断し、必ず通院ができるという条件で就労を許可した。

## 第7回訪問看護記録

1)「面接に行ったが、いくつも断られた。「あなたみたいな人はむいていない」とほろくそにいわれた。現実には厳しい」(共通評価項目:ストレス)

対象者は現実的なストレスに直面している。就労したいと思い面接を受けたが、現実には厳しかったと落ち込んでいる。

2)「グリーンカード」(共通評価項目:現実的計画)

対象者がストレス状況にあるとスタッフは考え、グリーンカードの裏に何が書いてあるかを対象者に尋ねた。対象者は、夜眠れなくなる、いらいらすることが多くなったら要注意と2つ答えた。まだ幾つか記載してあるが、「これから少しずつ覚えていこう」と確認した。対象者は、不眠をきっかけに対象行為前に通院再開しているので、不眠が要注意ということは理解している。スタッフとしては他のいくつかの点でもSOSを出してほしいと考えている。

## 第8回訪問看護記録

1)「愚痴をこぼしてしまいますけど」という発言(共通評価項目:治療ケアの継続性)

スタッフは、「愚痴をこぼしてくれるほうがいいんですよ」という対応をした。信頼関係が構築されつつある。

2)「グリーンカード」(共通評価項目:現実的計画)

グリーンカードを見ながら要注意サインを振りかえると、「たばこが増える、忘れっぽくなる」と自ら語る。自分なりに考えてこういうときに要注意だという発言は重要である。グリーンカードは、対象者のことばを引用して変更してゆく。

## 8 おわりに 「グリーンカード」の効用

セルフモニタリングツールとしての「グリーンカード」を用いた緊急時の介入法を紹介し、通院医療の1つのモデルを提示した。

グリーンカードは対象者に渡すだけではあまり有効でない。対象者に「困ったときいつでもグリーンカードでSOSを出して下さい」というメッセージを伝え、折に触れて、「グリーンカードのことを覚えていますか?」「今、グリーンカードのサインはありそうですか?」というようにグリーンカードの要注意症状を話題にするのが有効である。グリーンカードが特に有効なタイミングは、ストレスがかかったときである。1人1人何がストレスになるか違うので、訪問看護などでその見極めをしながら早期に介入するのが重要である。

### 文献

- 1) Beck JS : Cognitive Therapy : Basics and Beyond. Guilford, 1995 (伊藤絵美, 神村栄一, 藤澤大介訳: 認知療法実践ガイド 基礎から応用まで, 星和書店, 東京, 2004)
- 2) Hayes SC, Follette VM, Linehan MM : Mindfulness and Acceptance: Expanding the Cognitive-Behavioral Tradition. The Guilford Press, 2004 (春木豊監修, 武藤崇監訳, 伊藤義徳, 杉浦義典: マインドフルネス&アクセプタンス—認知行動療法の新次元. プレーン出版, 東京, 2005) (特にpp308-309)
- 3) 岩成秀夫: 触法精神障害者の社会復帰と通院治療に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「触法行為を行った精神障害者の精神医学的評価, 治療, 社会復帰等に関する研究」(主任研究者 松下正明) 平成16年度 総括・分担研究報告, pp287-302, 平成17年3月
- 4) 熊地美枝: 触法精神障害者との援助関係に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「触法行為を行った精神障害者の精神医学的評価, 治療, 社会復帰等に関する研究」(主任研究者 松下正明) 平成16年度 総括・分担研究報告, pp542-550, 平成17年3月
- 5) 松原三郎: 指定通院医療機関における治療プログラム. 臨床精神医学 35 : 267-275, 2006
- 6) 村上 優, 高橋 昇, 大橋秀行: 指定入院医療機関における治療プログラム. 臨床精神医学 35 : 259-265, 2006
- 7) Scheifler PL, Weiden PJ, Gever MP : Helping yourself to prevent relapse. Team Solutions™ (上島国利, 染矢俊幸監修: 再燃を防ぐために, インターネットで公開)
- 8) 八木 深: 医療観察法通院医療における安全管理. 厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「触法行為を行った精神障害者の精神医学的評価, 治療, 社会復帰等に関する研究」(主任研究者 松下正明) 平成16年度 総括・分担研究報告, pp338-348, 平成17年3月
- 9) 八木 深: 指定通院医療機関における「緊急時の連絡・対応方法」について. 厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「触法行為を行った精神障害者の精神医学的評価, 治療, 社会復帰等に関する研究」(主任研究者 松下正明) 平成17年度 総括・分担研究報告, pp419-424, 平成18年3月

\* \* \*

## 特集◆触法精神障害者のアセスメントと治療

## 医療観察法精神鑑定の現状と問題点について

—東尾張病院における法施行後16例の鑑定経験から—

吉岡 眞吾<sup>1)</sup> 藤井 洋一郎<sup>2)</sup>  
八木 深<sup>1)</sup> 舟橋 龍秀<sup>1)</sup>

抄録：東尾張病院(以下、当院)では平成17年7月の医療観察法(以下同法)の施行以来その鑑定入院、指定入院、指定通院の三者を併せて担当している。平成19年5月1日までに16例の同法精神鑑定(以下、同法鑑定)を終了し当初審判の決定を得た。内訳は指定入院決定が12例(75%)、指定通院が2例(12.5%)、不処遇が2例、却下が0である。なお平成19年1月時点で全国統計での指定入院決定比率は56.1%である。同法鑑定は刑事責任能力に関する精神鑑定と比し、主に以下の相違点をもつ。①目的は同法による医療の必要性の鑑定、②刑事責任能力判断は決定済み、③鑑定結果は合議体審判によって検討、④鑑定作業に治療を組み込む、⑤同法医療による事後検証が可能。この中でも⑤の事後検証に同法鑑定の最大の特徴がある。上記⑤に関連して同法鑑定による診断変更、さらに同法指定入院医療による診断変更に焦点を当てた。1. 同法鑑定にて刑事鑑定の診断が変更されたものが全16例中3例あった。それは3例とも統合失調症の診断が他の疾患へそれぞれ変更された。2. 同法指定入院医療による診断変更は全16例中1例あった。それは軽度精神遅滞+衝動型パーソナリティ障害から統合失調症へである。診断変更の要因としては情報の質と量の相違がまずあげられる。刑事鑑定よりも同法鑑定が、さらに同法指定入院医療の方が情報が格段に多様かつ多量となる。また精神鑑定という帰納的分類的診断と、入院治療における演繹的戦略的診断とは診断の概念に相違があり得る。そしてこの同法処遇中の診断変更を裁判所がいかに評価すべきかは今後の課題である。

臨床精神医学 36 : 1093 ~ 1099

**Key words** : 医療観察法(Medical Treatment and Supervision Act), 精神鑑定(psychiatric examination), 裁判所による審判(adjudgement by court), 指定入院医療機関(the designated hospital for inpatient), 指定通院医療機関(the designated hospital for outpatient)

## 1 はじめに

心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療および観察等に関する法律(以下、医療

観察法あるいは同法)が平成17年7月15日に施行されて以来、まもなく満2年を迎えようとしている<sup>注1)</sup>。独立行政法人国立病院機構東尾張病院(以下、当院)においては、同法の施行に際し、鑑定入院、指定入院医療、指定通院医療の3者を併せ

The present condition and problems on psychiatric examination under the Medical Treatment and Supervision Act  
—Our experience of 16 cases in the Higashi Owari National Hospital since the enforcement of the law—

<sup>1)</sup> YOSHIOKA Shingo, YAGI Fukashi and FUNAHASHI Tatsuhide

独立行政法人国立病院機構東尾張病院 [〒463-0802 名古屋市守山区大森北 2-1301]

<sup>2)</sup> FUJII Yoichiro 医療法人愛精会あいせい紀年病院

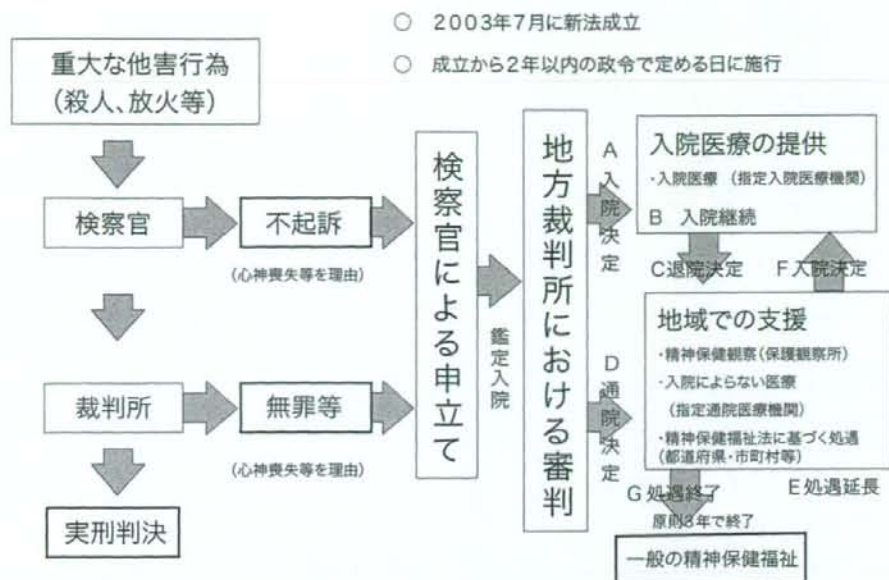


図1 医療観察法のしくみ（「医療観察法指定入院医療機関運営ガイドラインから」引用）

て担当することになった<sup>注2)</sup>。当院では同法施行後平成19年1月15日現在までに計16例の同法精神鑑定入院を受け入れ、同年5月31までにはその全例の鑑定作業ならびに地方裁判所による審判が終了し、処遇が決定している。

平成19年1月15日の時点で、全国で同法申し立て件数は513件であることから、当院はそのうちの約3%を一施設で担当したことになる<sup>注3)</sup>。本稿では当院での同法の精神鑑定の結果やその後の経過を報告するとともに、そこに認められる特徴や問題点などについて検討したい。

## 2 医療観察法による処遇決定までの流れ

医療観察法は、重大な他害行為（刑法に規定された殺人、放火、強盗、傷害、強姦、強制わいせつの6罪種に相当する行為。このうち殺人、放火、強盗、強姦についてはその未遂罪も含む）を働いて逮捕送検された者のうち、刑事責任能力について

精神障害により心神喪失または心神耗弱の認定を受けて、不起訴、無罪、執行猶予などの身柄を拘束されない司法処遇が決定された者について、再び検察が一元的に地方裁判所に同法による入院の申し立てを行うことにより同法の運用が開始される。それを受けて同法による対象者の処遇の適応が検討される。その検討の場とはここに述べる医療観察法による精神鑑定を経た地方裁判所による当初審判である。この当初審判で同法の処遇について、①指定入院医療機関による入院医療、②指定通院医療機関による通院医療、③不処遇、④却下の4つのうちから1つが選択されることになる。

不処遇と却下は紛らわしく思われるかもしれない。不処遇は対象者が同法適応を検討する対象としては認められるが、病状その他の理由で同法による医療を行うまでもなく、一般精神医療（精神保健福祉法下）で処遇可能と判断される者等であり、却下とは同法適応を検討すべき対象と見なされない者である。却下例としては審判で、対象行

注1：本稿執筆日時を平成19年5月31日とする。

注2：平成19年5月31日現在、同法指定入院医療機関は全国で10カ所であるが、同法の鑑定入院、指定入院医療、指定通院医療の3者ともに担当している施設は、独立行政法人国立病院機構琉球病院と当院の2カ所のみである。

注3：正確なデータは得られていないが、平成19年1月15日の時点で同法精神鑑定医療機関は約200余カ所といわれており、この数字も全国有数のものとのことである。