

安藤久美子, 美濃由紀子, 岡田幸之, 菊池安希子, 佐野雅隆, 八木深, 吉川和男	医療観察法の運用の実態と今後の課題	社会精神医学雑誌	18(2)	246-251	2009
西中宏史, 福井裕輝	性犯罪者治療の現状と課題	精神科治療学	24(9)	1109-1115	2009
大澤達哉, 西中宏史, 福井裕輝, 吉川和男, 吉川真理	「精神鑑定と責任能力」Q&A 集	こころの臨床 a'・la・carte	28(3)	392-444	2009
永田貴子, 平林直次	司法精神医学医療における特効性注射剤の意義	臨床精神薬理	12	1135-1141	2009
佐藤真由美, 平林直次	医療観察法における行動制限-行動制限の最小化・最適化を目指して-	日本精神科病院協会雑誌	28(10)	43-48	2009
松原三郎	医療観察法対象者の地域サポートの将来	臨床精神医学	38(5)	641-645	2009
松原三郎	医療観察法の将来象	精神医学	51(12)	1144-1145	2009
菊池安希子, 美濃由紀子	国立精神・神経センター・医療観察法病棟が、そのプログラムとノウハウを公開します①「まずは治療プログラムの枠組みを紹介します」	精神看護	13(1)	69-74	2010
美濃由紀子, 安藤久美子, 岡田幸之, 佐野雅隆, 菊池安希子, 吉川和男	指定通院医療機関におけるモニタリングに関する研究-通院処遇期間の推定と精神保健福祉法入院の併用実態分析を中心に-	臨床精神医学	39(1)	93-100	2010
松原三郎, 八木深, 村上優, 平林直次, 土居正典, 水留正流, 池田太郎	ニューヨークにおける一般精神医療施策、触法精神障害者医療施策	司法精神医学	5(1)		2010
美濃由紀子, 安藤久美子, 岡田幸之, 菊池安希子, 佐野雅隆, 吉川和男	医療観察法制度における通院処遇期間中の精神保健福祉法による入院併用の実態-指定通院医療機関のモニタリング調査3年目の結果から-	司法精神医学	5(1)	118	2010
菊池安希子, 岩崎さやか, 水野由紀子, 美濃由紀子, 朝波千尋, 樽矢敏広, 安藤	医療観察法病棟における一般的他害行為防止プログラムの試行(2)	司法精神医学	5(1)	131	2010

久美子, 平林直次, 吉川和男					
安藤久美子, 岡田幸之	家族病理の視点からみた司法精神鑑定	家族療法研究	27(3)	242-247	2010
菊池安希子	幻覚・妄想の認知行動療法	精神看護	13(6)	44-51	2010.
菊池安希子	国立精神・神経センター・医療観察法病棟が、そのプログラムとノウハウを公開します「幻覚・妄想の認知行動療法」	精神看護	13(6)	44-51	2010
菊池安希子, 美濃由紀子	国立精神・神経センター・医療観察法病棟が、そのプログラムとノウハウを公開します「まずは治療プログラムの枠組みを紹介します」	精神看護	13(1)	69-74	2010
松原三郎	触法精神障害者の地域ケアはいかにあるべきか	臨床精神医学	39(10)	1321-1328	2010
美濃由紀子, 安藤久美子, 岡田幸之, 佐野雅隆, 菊池安希子, 吉川和男	指定通院医療機関におけるモニタリングに関する研究 通院処遇期間の推定と精神保健福祉法入院の併用実態分析を中心に	臨床精神医学	39(1)	93-100	2010
岡田幸之, 安藤久美子	自閉症スペクトラム障害にみられる特徴と反社会的行動	精神科治療学	25(12)	1653-1660	2010
大島郁葉, 福井裕輝	非社会性パーソナリティ障害	精神科治療学	25(増刊号)	226-227	2010
菊池安希子	協働する見立て: ケース・フォーミュレーション	ブリースサイコセラピー研究	18(2)	89-101	2009 (2010年発行)
菊池安希子	触法行為を伴った精神病体験の扱いについて	精神神経学雑誌	112(9)	872-876	2010
菊池安希子	認知機能障害としての統合失調症, 認知矯正療法と認知行動療法の役割	こころのりんしょうa'・la・carte	29(2)	227-232	2010
菊池安希子	薬物依存の現在「薬物をやっているかは、どのようにしたらわかりますか?」Q&A集	こころのりんしょうa'・la・carte	29(1)	21	2010
菊池安希子, 岩崎	国立精神・神経医療研究	精神看護	14(1)	28-36	2011

さやか, 美濃由紀子	センター・医療観察法病棟が、そのプログラムとノウハウを公開します「暴力という問題解決をやめるための介入思考スキル強化プログラム」				
Fukui H, Nishinaka H, Makino T, Takahashi T	Delay and Probability Discounting in Psychopathic Traits.	Psychiatry research			(in press)
Moriguchi Y, Oishi N, Murai T, Fukui H, Fukuyama H	Effects of adolescent substance abuse on executive function, personality, and behavior - An analysis of juvenile reformatory students -	The Asian Journal of Child Care			(in press)

Ⅲ. 研究成果の刊行物・別刷

特集***

触法精神障害者の地域ケアはいかにあるべきか

松原 三郎

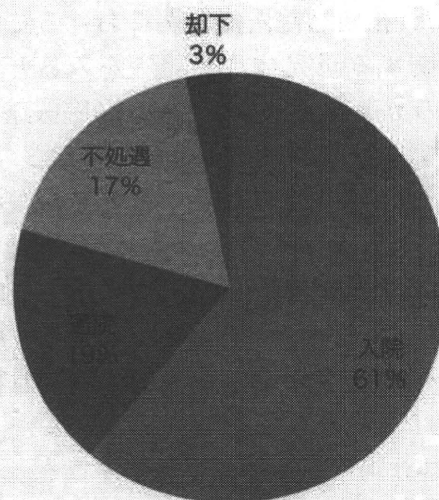
Key Words

医療観察法, 指定通院医療機関, 処遇の実施計画

1 はじめに

厚生労働省の報告では、2010年3月1日の時点では、1,702件の医療観察法の申し立てが行われている。取り下げられた10件と鑑定中の73件を除く1,619件の審判の状況は図1に示すとおりである。ここでは、入院決定と通院決定の比は約3対1である。さらに、入院決定を受けた対象者のうち同日までに退院許可を受けた者は517人に達している。

他方、法務省保護局の報告では、2009年12月31日の時点では、381人が退院許可を受けており、通院決定の286人と合わせると667人が通院処遇に移行しているが、このうち、108人(16.2%)が処遇終了、64人(9.6%)が期間満了、9人(1.3%)が再入院となっている。結果として、486名が同時点で通院処遇を受けていることになる。処遇終了者のうち13人が死亡(必ずしも自殺ではない)また、10人において、3年間から5年間への通院処遇の延長が行われている。さらに、再他害行為(必ずしも前回と同一の他害



1,619 件の審判結果 (2010年3月1日)

図1 医療観察法の申し立てなどの状況

行為ではない)は4例(0.8%)があげられている。

2 医療観察法による通院・地域処遇の成果について

過去4年以上にわたる医療観察法の施行状況を見ると、再入院の発生や再他害行為の発生率は、これまでの措置入院制度と比較すると、その成果は極めて大きいのではないかと推定され

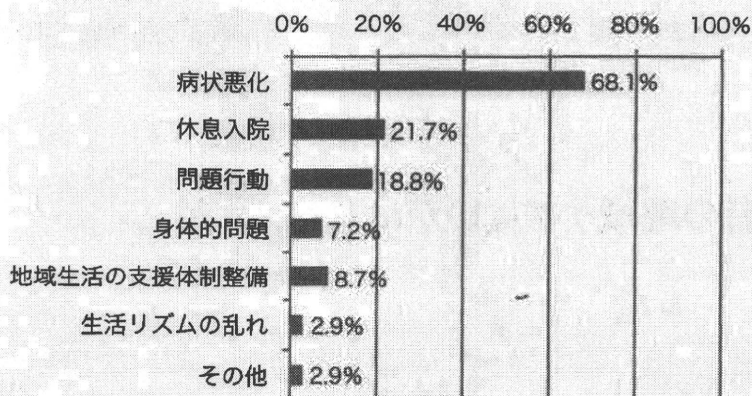


図2 経過中入院の理由

る。

厚生労働科学研究吉川班(2009年度報告)で行われた「指定通院医療機関におけるモニタリングに関する研究」の報告書²⁾をみると、通院処遇中の対象者について各指定通院医療機関から匿名で回答が得られた267人のうち、137人(51.3%)が通院処遇の途中でなんらかの精神保健福祉法による入院を行っている。処遇中の問題行動(19項目)の発生は、軽微な物も含めて116人(43.5%)において認められるが、重大と思われる問題行動(対人的暴力行動、対物的暴力行動)は44人(21.4%)であった。また、直接通院と移行通院対象者間で比較すると、わずかに直接通院患者の方が問題行動の発生は多かった。この結果を見ると、指定通院医療機関への一時的な入院や、事件にまでは至らない問題行動の発生は、比較的多く認められるが、前節で示した、「再入院(1.3%)」や「再他害行為(0.8%)」にまで至る者は極めて少なく、それ以前に指定通院医療機関・保護観察所(社会復帰調整官)・地方行政機関(保健所等)が一体となって対応が図られていることを示唆している。

厚生労働科学研究中島班(2009年度報告)のうち、松原分担研究が行った指定通院医療機関に対するアンケート調査では、246人の通院対象者に関するデータが得られているが、通院の経過途中(通院開始時を除く)に精神保健福祉法による入院を経験または入院中である対象者

は29.4%であり、その68.1%が病状の悪化を理由としている(図2)。そして、現時点での総合的な評価は、「おおむね安定(71.2%)」、「やや不安定(23.9%)」、「かなり不安定(5.0%)」であり、比較的安定した通院対象者が多いことが分かる。また、通院処遇が終了した対象者118人では、41.0%が3年間の満期で終了しており、42.7%が短縮して終了している。さらに、処遇終了者の94.8%が通院を継続しており(うち、他院へ転院17.5%)、医療の継続性に良好な結果を示していることも示されている。

筆者は1996～2005年までの10年間に自院で措置入院を行った40名について分析を行ったが¹⁾、40名のうち17名(42.5%)については、重大な他害行為を起こしており、医療観察法に該当すると思われる事例であった。また、5名(12.5%)は薬物依存、パーソナリティ障害などのために重大な他害行為はあっても医療観察法に該当しない者として除外した。17名のうち、6名(35.2%)は入院が継続していた。退院した11名についてみると、4名(36.4%)が良好に社会適応し通院も行われていた(経過良好群)。1名(9.0%)が入退院を繰り返し、6名(63.6%)が通院を中断している。このように、退院困難群が35.2%に達し、さらに、退院後の治療中断が63.6%にも及んでいた事実と比較すると、現在の医療観察法の医療によって回復が図られ、さらに、通院においては、その継続が図られてい

る点での成果は明らかである。

3 通院医療における成果の要因について

通院医療で示されたこれらの成果の要因として、(1)ケア会議が開かれ、「指定通院医療機関の多職種チーム」と「保護観察所社会復帰調整官」、さらには、「地域行政機関」などが関わることで、手厚い処遇が行われていること、(2)法に基づいて、対象者には「医療を受ける義務」が課せられていること、の2つが挙げられる。このうちのいずれがより大きな要因になったかは不明であるが、いずれもが大きな成果に繋がっていると言える。

1. 多機関・多職種によるケア体制の効果

医療観察法第104条では、保護観察所が指定通院医療機関や地域の行政と協力して「処遇の実施計画」の策定を求めている。医療観察法第106条では、保護観察所が指定通院医療機関や地域の行政から報告を求めるなどして、対象者が「医療を受けているか否か」、「その生活の状況」を見守る精神保健観察を規定している。さらに、医療観察法第108条では、処遇の実施計画が適正かつ円滑に実施されるように、指定通院医療機関、地域行政、さらには、関係機関間の緊密な連携を求めている。医療観察法はこのように多機関・多職種の緊密な連携を求めており、多機関がケア会議に参加することが求められ、「処遇の実施計画」の実施に協力することが求められている。

わが国の地域精神医療においては、①地域内の居住施設の極端な不足、②訪問看護など医療保険に基づくアウトリーチサービスの不足、③就労訓練やデイサービスなどの福祉的サービスの不足などが挙げられてきた。このような社会資源の不足した状況にあっても、常にケアマネジメントの重要性が指摘されてきた。しかし、それに対応する精神保健福祉サービスの不足が著しいために、その効果は疑問視されてきた。今回、医療観察法通院医療では、前記のように

大きな成果をあげているが、この要因の1つは、ケアマネジメントが法的に義務付けられ、さらに、多機関・多職種が緊密に連携して、「処遇の実施計画」のもとで、一体となって各種サービスを提供することが義務付けられたことである。法的に定められケアマネジメントの強力を改めて感ずる。多機関・多職種が総合的に緊密に連携すれば、ケアマネジメント型の包括的地域支援を可能にするといえる。

前記の松原分担研究によるアンケート調査では、ケア会議は月に1回の割合で実施されている。指定通院医療機関では、外来通院が78.8%において週に1回の割合で行われ、75.2%が訪問看護を利用し、49.5%がデイケアに通所をしている。すなわち、現状では、通院>訪問看護>デイケアの順で通院医療が提供されており、特に、訪問看護が中心的な役割を果たしていることが分かる。訪問看護はアウトリーチサービスの中心であるが、実際には、実施頻度は、週に1回(37.8%)が最も多く、これが、院内の多職種チームによって支えられている。すなわち、これまでの病院医療による地域精神医療とは異なって、医療観察法では、アウトリーチ中心の通院医療が行われているということが出来る(図3~5)。

2. 医療の継続が法によって義務付けられている効果

医療観察法第42条では審判による決定を示し、第2項では通院決定を規定している。さらに、医療観察法第43条2項では、「(通院医療の決定を受けた者)は、指定通院医療機関による入院によらない医療を受けなければならない」と規定されている。精神保健観察では、医療観察法第106条2項では「継続的な医療を受けさせるために必要な指導その他の措置を講ずる」とある。具体的には医療観察法第107条3項では、「保護観察所の長から出頭を求められた時にはこれに応ずること」と規定されている。さらに、医療観察法第59条では、保護観察所の長による「再入院の申し立て」の規定もある。このよう

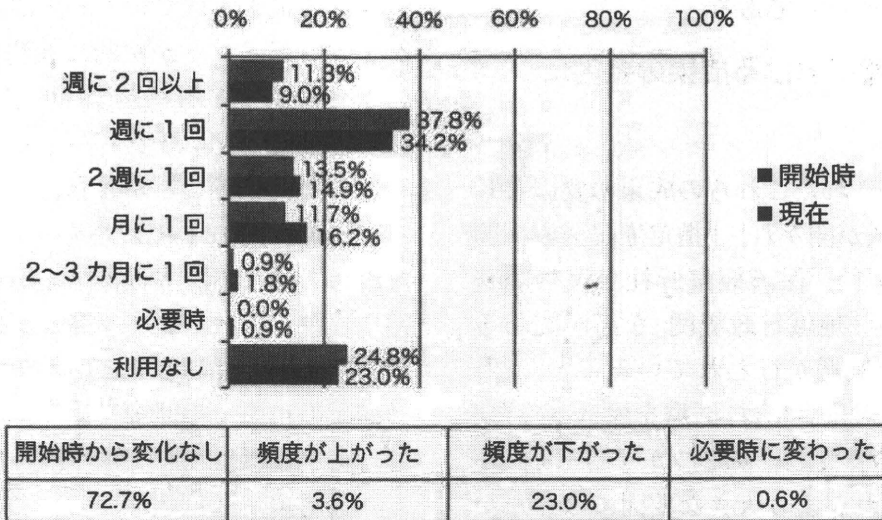


図3 訪問看護の利用度・頻度

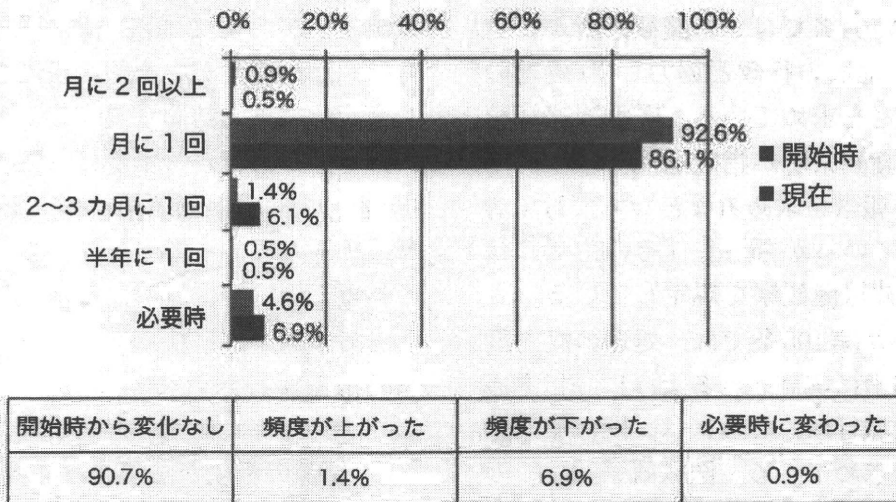


図4 多職種チーム会議の頻度

に、医療観察法の通院医療では、医療を継続的に受ける義務が規定されており、そのために、保護観察所による「精神保健観察」が重要な役割を持っている。まさに、医療観察法の中心的な課題であるといえる。

それでは、通院が法によって義務付けられていることは、治療上の効果に結びついているのだろうか。この効果は事例によって異なるものと思われる。病識があり、自ら医療継続の必要性を理解している事例と、法で決められた義務として「心ならずも」通院を受けている事例とは

大きく異なる。前者を中心とすれば、アウトリーチサービスの密度が大きな効果として現れ、後者では、法的な枠組みが効果として現れる。カナダで実施されている「通院命令(Conditional Treatment Order; CTO)」では、法による効果が実証され、さらに、ニューヨーク州では、「支援通院命令(Assisted Outpatient Treatment Program; AOT)」があるが、いずれも、法による強制的通院が治療的效果と再犯の予防に効果があることが認められている。わが国において、強制的通院の効果を実証するためには、通院処

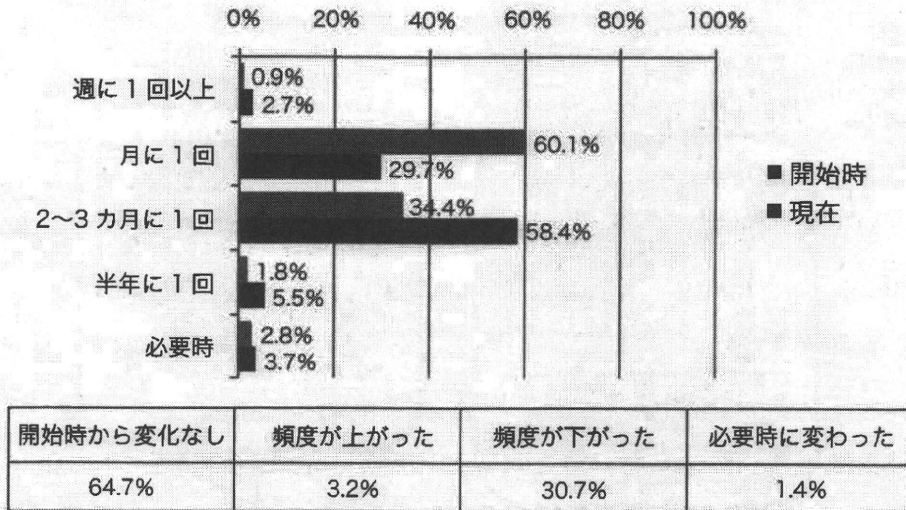


図5 ケア会議の頻度

遇が終了した事例の積み重ねや、措置入院事例との詳細な比較検討が必要であろう。

4 今後、触法精神障害者の地域ケアはいかにあるべきか

医療観察法における地域ケアの充実を図るためには、いくつかの点を提言したい。

1. 指定通院利用機関に対する「通院対象者通院医学管理料」の増額

現在1カ月当たりの診療報酬額は、通院前期(8,250点)、通院中期(7,250点)、通院後期(6,250点)、急性増悪包括管理料(39,000点)である。さらに、常時3名以上の通院対象者を受け入れ、作業療法士、精神保健福祉士または臨床心理技術者を常時2名以上配置している場合には、通院対象者社会復帰体制強化加算として、前記2,000点(加算後：10,250点)、中期1,500点(加算後：8,750点)、後期1,500点(加算後：7,750点)。加算が行われた場合には、3名を管理した場合には31,560点から23,250点となるが、この加算を対象者1名から実施すべきである。

2. 訪問看護基本料の増額

医療観察訪問看護管理料が月の初日に730点、2日目以降295点が加算された。医療観察訪問看護基本料(I)では、1回について555点を算定できるが、前期においては週に5回まで

算定が可能で、その他は3回までである。病院訪問看護であっても24時間体制を敷いていれば、訪問看護ステーションと同額の加算が得られるようにすべきである。

3. 指定通院医療機関の機能の強化

現状では、医療保険に関する部分は指定通院医療機関が行い、精神保健観察と生活環境の整備については保護観察所社会復帰調整官が行っている。訪問看護や精神保健福祉士(PSW)による訪問などは、生活支援にも立ち入るものであり、指定通院医療機関は「生活支援」についても参画できるようにすべきである。むしろ、社会復帰調整官は精神保健観察や、病状悪化時の対応に専念すべきであると考え。1～3で示すような加算は、徐々にではあるが、指定通院医療機関の地域精神医療の機能を高めていくものと思われる。わが国の「地域精神医療福祉の底上げ」においては、指定通院医療機関の機能を高めることが最も効果的で効率的な手法であると考え。

4. 精神保健福祉法入院の国費化

法の実施以来、病状が悪化しても再入院や再他害行為に至る割合は少数にとどまっている。この理由の1つには、早めに精神保健福祉法入院が行われていることが大きな効果を示している。通院途中では約30%の人達が精神保健福

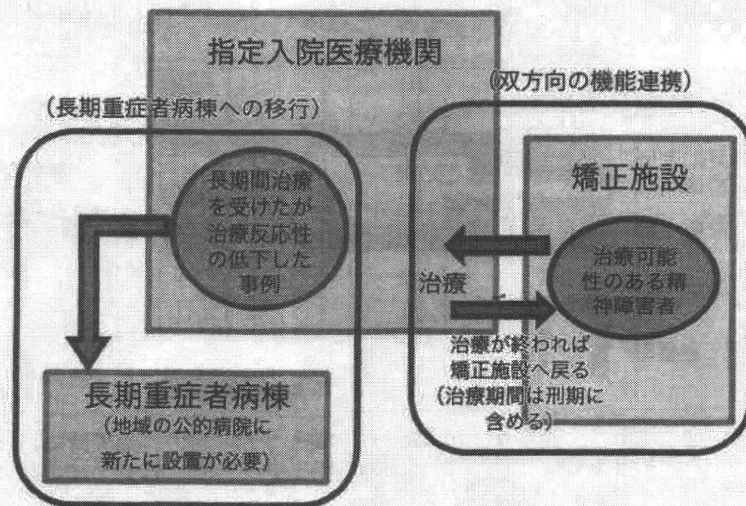


図6 触法精神障害者の入院治療（将来像）

祉法入院を行っており、この部分を国費とすることには大きな意義が見いだせるし、また、医療を受ける義務がある人達の医療が自己負担によって行われていることには大きな矛盾がある。長期間の入院を避けることを勧告すれば、4カ月間に限定して国費化すべきである。

5. 病状悪化時の強制的入院の枠組み強化

指定通院医療機関への入院の形態は、吉川班のモニタリング研究によれば、任意入院(64.4%)、医療保護入院(35.1%)、措置入院(0.5%)である。予想以上に医療保護入院の割合が多いことが分かる。このような時点では、指定通院医療機関の主治医が強制的な入院のための手続きを担わされていることになる。本来、精神保健観察の下にある対象者であるから、指定入院医療機関への強制的な入院については、措置入院と同様に、保護観察所の支援が欠かせない。指定通院医療機関の主治医をサポートするためにも、指定通院医療機関への一時的な入院治療が強制的に必要な場合は、保護観察所の長によって強制入院の手続きが行われるべきである。

6. 通院・地域処遇の枠組みの強化

医療観察法では、通院対象者への強制的な枠組みが不十分である。前述のように、対象者において通院・服薬などが行われなくなったとき

には、医療観察法第107条(守るべき事項)にもとづき、出頭を命じたり、その他必要な処置をとったりすることができる。しかし、再入院の申し立て以外に強制的な枠組みは漠然としており、むしろ、保護観察に準じて、地方裁判所の合議体は「特別遵守事項」を指定したり、遵守事項が守られなかったり医療の継続が困難と認められれば、保護観察所の長の判断で引致または、指定入院医療機関での診察を強制させるなどの処置が可能となるようにすべきである。

5 医療観察法の将来像を探る

今後の長期的な視点から、医療観察法の進む方向について意見を述べたい。

1. 指定入院医療機関と矯正施設との連携が必要

精神障害者に対する精神鑑定が徐々に判定内容の厳しさが目立つようになり、結果として、限定責任判定の下で、精神障害を持ちながら矯正施設に入所する人達が増加している。この人達の治療は、一般の矯正施設か、あるいは、医療刑務所内で行われているのが現状である。詳細な実態調査を待たなければならないが、医療刑務所であっても治療が困難である事例が少な

くないものと予想される。また、訴訟能力に問題のある人達に対しても、高度な精神医療を受けることができるシステムが必要であると考えている。また、医療刑務所から指定入院医療機関での治療に移行した場合でも、その期間が刑期に含まれるような法的な枠組みが必要であろう(図6)。

2. 法の申し立ては罪種からリスク判定へ

現在、医療観察法の申し立ては、対象行為が六罪種に限定されている。本来、罪種と医療観察法による治療の必要性とは合致するものでない。この矛盾を解決するためには、罪種による判定よりも、重大な他害行為を起こした精神障害者のリスクが十分に考慮されるシステムに移行する必要がある。しかし、現状のリスク判定状況を見ると、いまだに十分な方式として完成しているとはいえない点があり、今後の研究を待つ必要があると思われる。しかし、早急にその判定方式の実現を求めるものとして、指定入院医療機関に長期に入院治療を行っても改善が困難と認められる事例については、一般精神科病院において処遇する必要があるが、このときに治療反応性だけでなく、リスク判定についても正確に行われる必要がある。

3. 各都道府県立病院に長期重症者病棟が必要

指定入院医療機関内での治療が長期に及んでも、その症状の改善が進まず、治療反応性が消失した判定された場合には、処遇が終了されて、一般精神科病院に精神保健福祉法の枠内で治療が行われることになる。この点では2つの問題点がある。①このような事例を受け入れる病棟が一般の精神科病院にはないこと。このためには、長期に重症な患者を受け入れることができる人員基準の高い「長期重症者病棟」の設置が必要になる。各都道府県立病院に設置を義務付けるべきである。②処遇終了となれば、その人の退院などについては当該医療機関の医師の自由裁量となる。再び、処遇の困難な患者を安易に

退院に向けるようなことがないように、「通院医療」の枠組みの中で、裁判所合議体の監視下に置かれるようなシステムを新たに導入すべきである。

4. 物質使用障害者に対する別個の治療システムが必要

アルコール依存症者や、覚せい剤・コカインなどの麻薬中毒患者については、退院後のフォローを医療観察法に委ねることには反対する。むしろ、専門的な診療所を各地に配置して、尿中の薬物検出や集団療法が行えるような設備が必要となろう。医療観察法とは別個に、「治療処分」を含む新たな法体系が必要であろう。

5. 性犯罪者への治療と地域内のフォローは、保護観察所が行うべきである

欧米と同様に、今後、性犯罪者の急激な増加が見込まれる。性犯罪者の多くは責任能力が保たれており、矯正施設内での治療システムが必要である。また、退院後についても、特別遵守事項等を駆使しながら、保護観察所がそれを行うことを原則とすべきである。

6 おわりに

医療観察法は施行後5年を迎えようとしている。この法律は、わが国独自の法体系であり、その治療や社会復帰の成果は、世界的にも多くの国々から注目を集めている。いくつかの点で改善が必要と思われるが、現在の骨格を崩すことなく、より強固な医療観察法となるように、徐々に改善を図るべきである。

文献

- 1) 秋月玲子, 松原三郎: 共通評価項目による予後の評価と多職種チームの対応. 司法精神医学 2: 99, 2007
- 2) 吉川和男, 安藤久美子: 厚生労働科学研究こころの健康科学研究事業 心神喪失者等医療観察法制度における専門的医療の向上に関する研究 平成 22 年度総括・分担研究報告書, 2010

* * *

Summary

Problems in community care for the mentally disordered offenders in Japan

MATSUBARA Saburo

At the end of 2009, almost 490 offenders were cared under the compulsory outpatient treatment program of "the Act for the Medical Treatment and Supervision of Insane Persons Who Caused Serious Harm" which was enacted in July 2003. In these 56 months, only 1.3% (9 cases) of outpatients was re-admitted in the inpatient care hospitals and only 0.8 % (4 cases) patients committed the second offense. There are 320 designated hospitals for outpatient care, however, their functions for the community care are very poor; small number of visiting nurses and social workers for the out-reach care. The success in the community care under the Act could be explained by the system of the community care, such as the "individual implementation plan" should be drawn up at the care conference, which involves many organizations related to the community care. Moreover, it was suggested that the compulsory outpatient treatment under the Act itself is very effective.

医療観察法における施設基盤の整備

吉川 和男 佐野 雅隆

臨床精神医学 第38巻 第5号 別刷

アークメディア

特集

心神喪失者等
医療観察法の
改正をめぐって

第4部 入院医療

1. 医療観察法における施設基盤の整備

吉川 和男¹⁾ 佐野 雅隆²⁾

Key words: 司法精神医学, 医療観察法, 指定入院医療機関, 特定医療施設, 特定病床

1 はじめに

医療観察法制度は、平成13年6月8日、大阪で発生した池田小学校児童殺傷事件を契機に国会で審議が開始され、平成15年7月16日には公布され、平成17年7月15日より施行というかなり短期間のうちに誕生した制度である。このため、3年を経過した現時点で、いくつか問題が生じるのもやむを得ないものと思われる。しかし、この制度の運用の根幹に関わる施設基盤の整備が進んでいない状況については、慎重に経過を追っていく必要がある。本稿では、施設基盤の整備状況を概観し、これに対処するために省令改正によって誕生した特定医療施設の特定病床について述べ、ここから付随するいくつかの問題点について必要病床数のシュミレーションを用いて考察したい。

2 施設基盤の整備状況の遅れ

指定入院医療機関は、執筆段階で、表に示したように、国関係では13カ所、都道府県関係では3カ所が指定されている。また、国関係では、国立精神・神経センター病院(東京都)ではさらに合併症対応病棟として新たに33床が建設準備中で

あり、国立病院機構琉球病院(沖縄県)では17床が今年度中に増築開棟予定、国立病院機構松籟荘病院(奈良県)は33床で今年度中に新規開棟予定となっている。さらに、都道府県関係では、現在5床の大阪府立精神医療センターが将来33床での運営を予定し、東京都立松沢病院が33床、茨城県立友部病院が17床、鹿児島県立始良病院が17床、山形県立鶴岡病院が17床、長野県立駒ヶ根病院が5床、群馬県立精神医療センターが6床、山梨県立北病院が5床でそれぞれ建設準備中であるとされる。つまり、国関係では14の精神科病院に465床、都道府県関係では10の精神科病院に183床を整備する予定であるとし、今後、原則としてすべての都道府県での整備を目指すことで、全国で総計720床程度の病床を整備することを目標としている。

しかし、現在、指定入院医療機関の整備がかなり遅れているのが現状である。その理由としては、地域住民からの合意が得られないことに加え、特に、都道府県関係では病院側が了解しても、都道府県が指定医療機関の設置に消極的な姿勢を示していることがあげられる。その理由は地域によってさまざまではあるが、共通しているのは、他県の患者まで治療することの理由がみいだせないということであろう。都道府県関係の病床数が5床

Provision of forensic mental health beds in Japan

¹⁾ YOSHIKAWA Kazuo 国立精神・神経センター精神保健研究所司法精神医学研究部 [〒187-8553 小平市小川東町4-1-1]

²⁾ SANO Masataka 早稲田大学創造理工学研究科経営システム工学

表 指定入院医療機関の整備状況（平成21年3月31日現在）

病院名	都道府県	病床数	開棟日
国関係			
①国立精神・神経センター病院	東京都	33	平成17年7月15日
②国立病院機構花巻病院	岩手県	33	平成17年10月1日
③国立病院機構東尾張病院	愛知県	33	平成17年12月1日
④国立病院機構肥前精神医療センター	佐賀県	33	平成18年1月1日
⑤国立病院機構北陸病院	富山県	33	平成18年2月1日
⑥国立病院機構久里浜アルコール症センター	神奈川県	50	平成18年4月1日
⑦国立病院機構さいがた病院	新潟県	33	平成18年4月1日
⑧国立病院機構小諸高原病院	長野県	17	平成18年6月15日
⑨国立病院機構下総精神医療センター	千葉県	33	平成18年10月10日
⑩国立病院機構琉球病院	沖縄県	17	平成19年2月1日
⑪国立病院機構菊池病院	熊本県	17	平成19年9月3日
⑫国立病院機構神原病院	三重県	17	平成19年10月15日
⑬国立病院機構賀茂精神医療センター	広島県	33	平成20年6月24日
都道府県関係			
⑭岡山県立精神科医療センター	岡山県	33	平成19年10月1日
⑮大阪府立精神医療センター	大阪府	5	平成19年9月7日
⑯長崎県立精神科医療センター	長崎県	17	平成20年4月1日
合計		437	

や17床といった小規模なものが予定されているのは、そのような理由からである。

3 特定医療施設および特定病床の設置

指定入院医療機関の深刻な病床不足を受け、平成20年8月1日、厚生労働省は医療観察法に基づく指定医療機関等に関する省令の一部(附則第2条)を改正する省令を公布・施行している。この省令の概要は、指定入院医療機関の病床不足時の臨時的、応急的な措置として、厚生労働大臣が、当分の間、すべての指定入院医療機関において病床不足が生じた場合に、特定医療施設、または、特定病床と呼ばれる指定入院医療機関以外の医療施設の病床において、入院による医療を行う措置を実施できるようにしたものである。

ここでいう特定医療施設、特定病床とは、具体的には、国または都道府県が設置する精神科病院、都道府県または都道府県および都道府県以外の地方公共団体が設立した地方独立行政法人が設置する精神科病院、精神保健福祉法第19条の8に規定する指定病院、さらに、指定通院医療機関の指定

を受けた病院である。

特定医療施設および特定病床への入院には、二つの形態がある。すなわち、改正附則第2条1項による入院と2項による入院である。いわゆる1項入院は、鑑定入院後に入院決定を受けた者に対してなされ、「当該指定入院医療機関に勤務する精神保健指定医の診察の結果、その症状に照らし、上記の措置の実施によりその精神障害の特性に応じ、円滑な社会復帰を促進するために必要な医療を受けることができなくなるおそれがないと認められるもの」と規定されている。また、2項入院は、指定入院医療機関において社会復帰期にある者に対してなされ、「当該指定入院医療機関に勤務する精神保健指定医の診察の結果、当該者に対する医療の提供の経過およびその症状に照らし、早期に社会復帰することが可能であり、および上記の措置を実施した場合においても、その円滑な社会復帰を促進するために必要な医療を受けるにあたって支障が生じないと認められるもの」と規定されている。

いずれの入院においても、その管理責任は、その入院を委託した指定入院医療機関にあり、その

指定入院医療機関の医師、看護師、その他の職員は、治療計画を策定し、定期的な診察や病状の評価を行いながら、治療計画に基づいた適切な医療を提供することになっている。ただし、入院期間は1項、2項入院ともに基本は3カ月で、2項入院に限って、さらに3カ月の延長が認められている。また、1項入院で入院している者は、指定入院医療機関の病床に空きが出た場合には、速やかに指定入院医療機関に移送することになっている。

なお、1項入院の対象者を入院させる特定医療施設においては、「健康保険法に基づく診療報酬の算定の方法により、精神科救急入院料または精神科急性期治療病棟入院料の施設基準を満たしている病棟を有すること」、2項入院の対象者を入院させる特定医療施設においては、「健康保険法に基づく診療報酬の算定の方法により、精神科病棟入院基本料1または2の施設基準を満たし、かつ、精神科作業療法、入院生活技能訓練療法および精神科退院前訪問指導料の算定実績があり、当該医療機関内に精神保健福祉士および作業療法士または臨床心理技術者を配置し、社会復帰に関する十分な体制を確保していること」との一定の条件が付されている。

この省令改正に先立って、厚労省は、平成20年7月18日付で、パブリックコメントを募集した。パブリックコメントはのべ8通であり、いずれも導入に否定的な意見であったが、それに対して、厚労省側の返答としては、病床不足の応急的な措置であり、ご理解いただきたいといった趣旨の回答をしている。

この省令等の一部改正に対して、日本精神科病院協会は、平成20年8月11日付で、今回の措置は臨時応急的な対応策として認めざるを得ないとしながらも、「(医療観察法)が重大な他害行為を行った者に対して円滑な社会復帰ができるように質の高い医療を専門医療施設で行うことを基本理念としていることからすれば、本法の根幹を揺るがす事態に陥っていると指摘するを得ない。本法の目的を達成するためには、まず、指定入院医療機関病床の整備を最優先課題として努力をすべきであり、また同時に今回やむを得ず行われる特定医療施設の利用については、その医療内容や人

権の確保等が十分な程度に行われるように配慮されなければならない」との要望書を厚労省に提出している。

しかし、厚労省はこれらの応急措置によっても病床不足の問題は乗り切ることが困難であったと思われ、平成21年2月13日付で、再び、省令の再改正のためのパブリックコメントを募集した後、平成21年3月10日に再度改正省令を公布施行した。主な改正点は、特定病床のいわゆる1項入院のうち指定入院医療機関に設置されている特定病床に限って入院期間の上限3カ月を6カ月に延長することと、特定医療施設の設置基準を緩和することの2点である。寄せられたパブリックコメントはのべ4通で、すべてこの2点の改正に対する批判であった。これらに対する回答として厚労省は、「特定病床による対応については、指定入院医療機関の施設を活用するものであり、専用病床と比べると人員配置は低いものの、対象者病状の把握や病状に応じた医療の提供という面では特定医療施設における対応よりも優れているものであると考えており、現下の病床不足の状況においては、特定病床による対応を一定程度増やす必要がある」と回答している。また、設置基準の緩和については、「現在の都道府県立病院には、精神科救急入院料や精神科急性期治療病棟入院料を算定していない病棟が多くなっており、都道府県立病院が特定医療施設になれないケースがあり、調整に支障を来している」からであるとの理由が示された。

ここで、特定病床に対する入院費の支払いについて若干触れておきたい。特定医療施設側は、特定病床に対する費用として、鑑定入院の入院費と同額を指定入院医療機関側に請求できる。ご存じの方も多いと思うが、鑑定入院費用は保護室の利用の有無(保護室利用料は1日1万円)によっても異なるが、1日あたり約5万円を裁判所に請求できる。一方、指定入院医療機関側は、1項入院中の対象者であれば、急性期の入院医学管理料として約6万6千円を請求でき、2項入院であれば、対象者は社会復帰期にあるため、約5万8千円を請求できることになっている。指定入院医療機関はこの中から、特定医療施設に対して入院医療

費を支払うのである。さて、日本精神科病院協会からは、2回目の省令改正後は、特定病床に対する要望や声明は出されなかった。その理由は、特定指定病床を引き受けることによる収益面でのメリットがあることがわかったからではないと思われる。

現在までのところ(平成21年3月)、この特定医療施設および特定病床の利用状況の詳細は公表されていないが、例えば、1項入院については、入院期間は数日から数カ月とばらつきが多いが、平均して40日程度であり、対象となった延べ人数も60数名ともいわれている。また、2項入院については、いまだ10名未満で、さほど多くは利用されていないようである。

特定医療施設と特定病床の問題としては、指定入院医療機関で当初想定されていた、手厚い人員配置による、専門的な治療を提供できないことがあげられる。医療観察法施行時より、最も人手を要する急性期の治療を鑑定入院中に指定入院医療機関よりも人員配置が薄い一般精神科病院で施さなければならない問題が指摘されていたが、その問題が1項入院の導入によってさらに深刻なものとなる可能性がある。また、2項入院を導入することによって、指定入院医療機関が社会復帰期にある患者のリハビリテーションや家族調整を十分にしないまま、対象者を他病院に転院させてしまうことが常態化してしまう懸念もある。さらに、いずれの入院形態であっても、管理責任は当該の指定入院医療機関にあることから、指定入院医療機関のスタッフは頻回な出張を余儀なくされることになる。しかし、特定指定病床の患者の管理を任される指定入院医療機関の人員は増員されておらず、実質的にオーバーベッドの状態を対象者の治療にあたっているのである。

このような状況が長引くと、指定入院医療機関に勤務するスタッフが、患者を最後まで治療しようという責任感や義務感を維持することが難しくなったり、出張や雑務に追われて、肝心の本体の病棟業務に集中できず、事故やトラブルを引き起こし、パーンアウトによって就労意欲をなくしてしまうことも懸念される。

4 必要病床数のシュミレーション

厚労省は医療観察法制度を始めるにあたって、措置入院制度の時の平均在院日数を参考に必要病床数を算定した。そこで、われわれは、実際の運用が始まった医療観察法制度のデータに基づいて、あらためて医療観察法制度に必要な指定入院医療機関の病床数を統計学的にシュミレーションし直してみることにした。月別の入院決定数は、法務省の公開データから算出した値を基にし、シュミレーションの条件として、4週に一度、平均20件(標準偏差5件)の正規分布に従った患者が入院決定を受けると仮定した。

なお、われわれが毎年実施しているモニタリング調査¹⁾では、通院処遇に至った入院処遇の事例の入院日数は、平均441.8日(SD=155.4中央値=434最小値=47最大値=861)である。この平均入院日数は、現段階では、早期退院者が多く出ているデータであることから、本来の平均在院日数よりも短い可能性が高い。そこで、現在入院処遇中の事例を含めて最尤法による推定を行ったところ、平均523.0日(SD=212.3)となり、現時点では、平均在院日数はほぼ1年半であると考えられた。

このことから、ここでは平均在院日数を75週(1年半)とし、さらに、治療困難者や処遇困難者の蓄積から、平均在院日数が増えていく可能性も考慮して、100週(2年)、150週(3年)となった場合の必要病床数についてもシュミレーションを行った。

図に示したように、75週(1年半)、100週(2年)、150週(3年)のそれぞれについて1週目から250週までの入院患者数を時系列で捕捉し、上記した条件で100回試行したときの患者数の平均値をグラフ化した。このグラフより、開始直後は入院患者数が直線的に増加していき、それぞれ約420床、550床、800床程度で平衡状態になることがわかる。また、平衡状態になるまでの時間としては約100週、125週、170週を必要とすることもわかる。すなわち、平均在院日数が厚生労働省の予測どおり1年半で十分であるならば、2年を少し経過した時点において420床で病床数が平衡状態となる

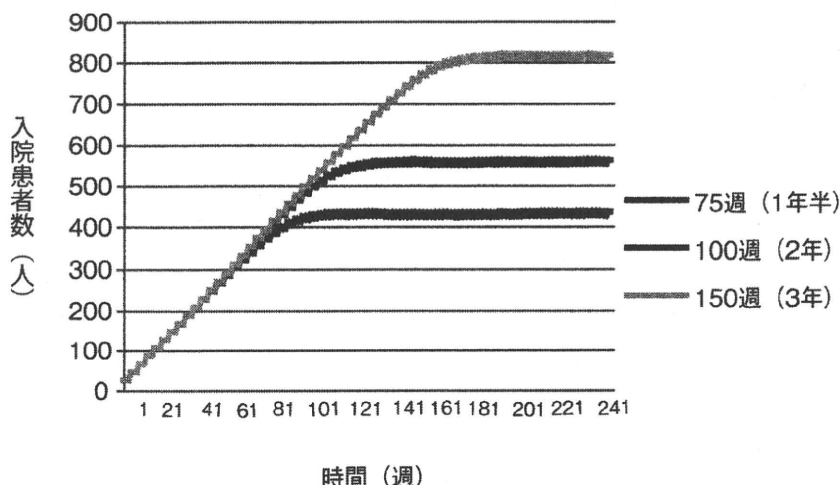


図1 指定入院医療機関の必要病床数のシュミレーション

はずである。しかし、実際には3年が経過した時点で、総病床数が437床となっても病床不足が改善されていない現状を鑑みると、平均在院日数は今後1年半よりも若干長くなっていくのではないかと推察される。今後、いわゆる処遇困難例が蓄積していくにつれ、この日数は、長くなる可能性が高く、厚生労働省が目標としている720床で、どこまで対処できるのか見守っていく必要がある。他方、平均在院日数を1年半に維持するために、処遇困難例を治療不可能という理由で入院処遇の対象外として退院の申立てをしていけば、今後はこのような事例が一般の精神科病院に転院させられ、そこで蓄積されていくことになりかねない。

英国の司法精神科病院は、必要な保安レベルに合わせて、高度、中等度、低度の3段階に分かれている。そして、平均在院日数は、高度保安病院で7～8年、中等度保安ユニットで3～4年、低度保安ユニットで1～2年といわれている。わが国の指定入院医療機関は英国の中等度保安ユニットをモデルとしたが、平均在院日数の点からみると、残念ながら今のところ低度保安ユニットのレベルである。触法精神障害者の治療には、長い時間がかかること²⁾をわれわれは認識し直さなければならない。

5 おわりに

現在の医療観察法の指定入院医療機関の病床数は、わが国の司法精神科医療を維持するにはぎりぎりの数であり、しかも、それは1年半という極めて短い平均在院日数によってなんとか維持されている状態である。しかし、この入院期間は、手厚い医療を対象者に施すには十分であるとはいえず、ときには、対象者への治療も道半ばで、病床数不足の解消のためという行政的な要請によって絶たれてしまう可能性もある。このような指定入院医療機関における司法精神科医療が、果たして、一般の精神科医療関係者、司法関係者、あるいは国民からの期待に十分応えているといえるのか、あらためて議論する必要がある。

文献

- 1) 厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「心神喪失者等医療観察法制度における専門的医療の向上に関する研究」(主任研究者: 吉川和男). 平成20年度総括・分担研究報告書, 2009
- 2) Maden A: Treating Violence-a guide to risk management in mental health. Oxford University Press New York, 2007 (トニー・メイデン: 暴力を治療するー精神保健におけるリスク・マネージメント・ガイドー. 吉川和男訳: 星和書店, 東京, 2009)

第28回日本社会精神医学会

シンポジウムⅣ 心神喪失者等医療観察法と地域サポート

医療観察法の運用の実態と今後の課題

安藤久美子, 美濃由紀子, 岡田幸之,
菊池安希子, 佐野雅隆, 八木 深, 吉川和男

日本社会精神医学会雑誌 Vol.18 No.2 (2009) 別刷

表1 対象行為種別内訳

対象行為種	N (%)	入院対象者 (N=271)	(%)	通院対象者 (N = 119)	(%)
殺人 / (うち殺人未遂件数)		74 / (44)	(27.3)	15 / (8)	(12.6)
放火 / (うち放火未遂件数)		69 / (10)	(25.5)	41 / (6)	(34.5)
強盗		15	(5.5)	5	(4.2)
強制わいせつ		15	(5.5)	17	(14.3)
傷害 (傷害致死を含む)		88	(32.5)	47	(39.5)
不明		10	(3.7)	0	
合計 (重複回答あり)		271	(100.0)	125	(100.0)

*対象行為種の「殺人」「放火」「強盗」「強制わいせつ」については、医療観察法第二条第二項により未遂事件も含まれる。

指定入院医療機関の整備が不十分であり、全国数箇所に点在するのみであったことが影響していた可能性がある。入院病床数自体に限りがあったことだけではなく、支援の中心となることが多い親族らの居住地から離れて遠方の入院施設で治療を受けることによるデメリットの方が大きいなどの理由で、通院医療がより適切であると判断されたと考えられるかもしれない。

現在では全国の指定医療機関の拡充にともない、医療機関の偏在化も緩和されつつあり、その運用をとりまく状況も変わってきていると思われる。そこで、本法施行後3年半の経過を振り返り、実際の医療や処遇がどのように行われてきたのかについて以下に細かく検討してみたい。

3. 指定入院医療機関における運用の実態

本稿では、医療観察法による医療や処遇の運用の実態について明らかにするため、厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「心神喪失者等医療観察法制度における専門的医療の向上に関する研究(主任研究者吉川和男)」の結果に基づいて、入院処遇と通院処遇に分けて検討した。なお、本研究では個人名、住所地の詳細等の個人が特定できる情報についてはデータの収集範囲から除外し、データはすべて匿名化したものを用いており、国立精神・神経センターの倫理審査委員会の承認を得て実施したものである。

(1) 入院対象者の特性

「指定入院医療機関におけるモニタリングに関する研究(分担研究者八木深)」⁶⁾では、全国の6箇所の指定入院医療機関から協力を得て、入院処遇の実態について定期的に調査を実施している。本研究の対象は、平成20年7月15日時点で指定入院医療機関において入院処遇を受けている合計323名である。これは、厚生労働省によって発表されている平成20年7月1日時点における全国の入院対象者数423例の76.4%にあたる。

本研究において収集できた情報のなかから、本調査の対象者について人口統計学的変数をみると、性別(N=219)は男性168名(77%)、女性51名(23%)で、平均年齢は41.1±12.3歳であった。対象行為の内訳(N=271)は、傷害(傷害致死を含む)が88例(32.5%)で最も多く、次に殺人・殺人未遂が74例(27.3%) (うち、未遂44例)、放火・放火未遂が69例(25.5%) (うち未遂10例)と続いていた(表1)。ICD-10(国際疾病分類第10版精神および行動の障害)による疾患名の内訳(N=272)は「F2:統合失調症型障害および妄想性障害」が204例(75%)と最も多く全体の4分の3を占めており、次に「F3:気分障害」16例(5.9%)、「F1:精神作用物質使用による精神および行動の障害」11例(4.0%)と続いていた(表2)。

また、厚生労働省では「処遇ガイドライン」のなかで対象者の特性を評価するためのツールとして「共通評価項目」を提唱している。「共通評価項目」とは、生物学、社会学および心理学的視点か