

は対象者の多くが日常生活・社会生活でも適応性を保っていることを示している。他方、GAF30以下が12.5%もいることも見逃すことはできない(図7)。さらに詳細に、共通評価項目上、特に問題となる項目を列挙すると、非精神病性症状(40.1%)、内省・洞察(37.8%)、ストレス(37.8%)、精神病症状(31.1%)、生活能力(30.6%)などが目立つ項目である(図8)。すなわち、病識の欠如と精神病症状の残存が問題となる一方で、対人関係や生活能力にかかわる非精神病性症状が大きな問題として残っていることが示されている。後者の問題の解決には、多職種による生活支援こそ、重要な要素であることが示されている。しかし、全体評価をみると、GAFでの結果同様に、概ね安定(71.2%)、やや不安定(23.9%)、かなり不安定(5%)として示されている(図9)。

(6) 通院処遇の終了状況： 通院処遇が終了した事例についてみると、満期終了(41%)、短縮終了(42.7%)でほぼ同数であった(図10)。短縮終了の理由は82%と圧倒的に「疾病性・社会復帰要因の改善」を挙げている。さらに終了後の通院状況をみると、「終了後も通院を継続(77.3%)」、「終了後転院(17.5%)」、「終了時点で通院終了(5.2%)」で、95%程度において、一般精神科医療の下で治療が継続されていることが示された(図11)。

図9 現時点での評価 症状

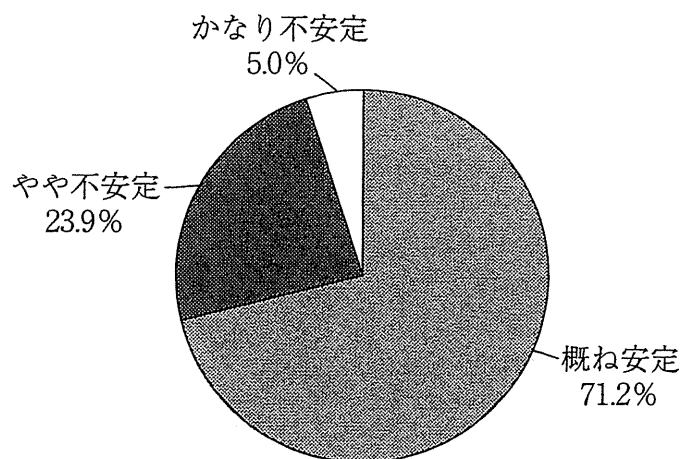


図10 通院処遇終了状況

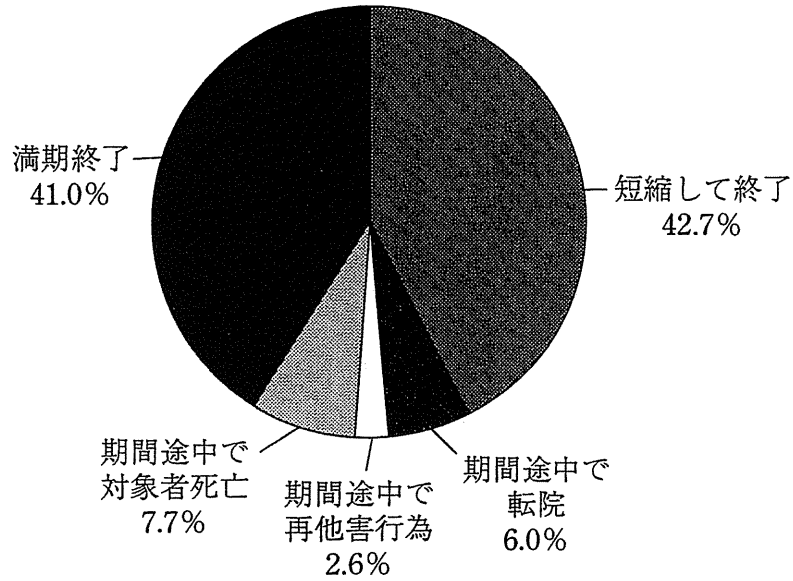
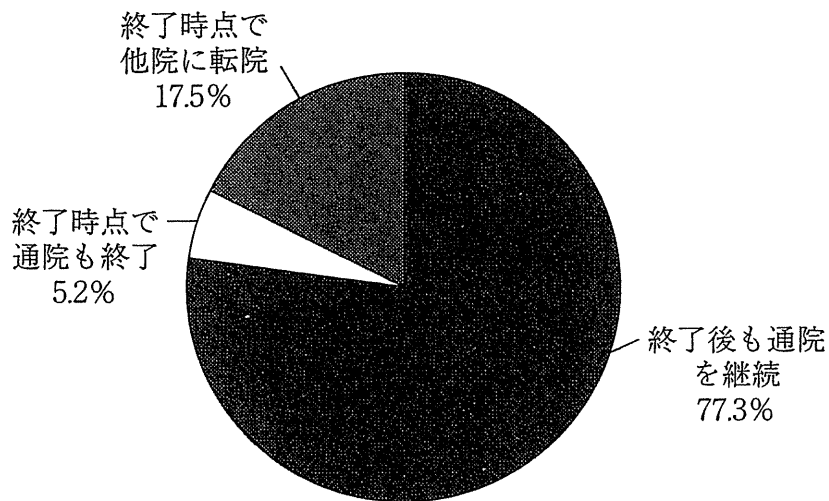


図11 外来通院の継続状況



3. 通院処遇における強制的医療の効果

医療観察法第42条第2項、第43条では、通院処遇の決定を受けた対象者は、指定通院医療機関による医療を受ける義務を示している。そして、第44条では、その期間は3年間とされている。さらに、第106条・107条では、保護観察所と連携した精神保健観察の枠組みが示されている。3年間にわたる

医療を受ける義務は、対象者にとってどのような効果があるのだろうか？その内容を典型的な事例の中で示したい。

(事例40代男性, 統合失調症, 強制わいせつ致傷) 自動車整備工として働いていたが, 幻聴とともに, 同僚から嫌がらせを受けていると感じて, 職場で同僚を殴る(20歳代)。統合失調症の診断で2ヶ月間入院。その後はアルバイトを転々としていたが, 時に幻聴を生ずるために精神科クリニックに通院していた。X年になり, 不動産会社の女子社員が自分のことを好きだと言っていると幻聴で感じて, 他の社員がいない時に店内に押し入り, 女子社員を押し倒して, 馬乗りになる。不起訴となったが, 鑑定入院中の治療で幻聴が消退したために通院処遇となった。しかし, 病識はなく, 「薬は飲まなくても大丈夫」という。多職種チームが, 兄と連携して, 通院服薬を続ける。次第に, 訪問看護師や精神保健福祉士に心を開くようになり, 本人が兄の印刷業を手伝いたいと言うために, それを援助する。次第に病状は安定化した。本人も兄も, 満期までの医療観察法の継続を希望する。

この事例では, 通院当初では, 病識等が不十分であるために, 強制的通院制度が, 医療の継続に効果を示していたが, 多職種が家族と連携しながらきめ細かく接することで, 本人も次第に安定化していった。医療観察法では, 多職種チームによる支援が大きな効果を示しており, 一見, 強制的通院によらなくても治療の継続が可能のように見えるが, 実際には, 強制的医療の枠組みが, 特に当初においては効果を示していることが多い。

従来から, 強制通院による効果よりも, 濃密な包括的多職種在宅支援(Assertive Community Treatment)の方がより効果的であるとの議論があったが, その効果は事例ごとに異なるものと思われる。事例の多くは, 当初から強制通院の枠組みから始まることで, 通院が継続的に行われ, また, ケア会議によって多職種の機能連携がなされ, それに伴って, 比較的濃密に訪問看護やデイケア, さらに, 社会復帰調整官による生活支援が効果を示して行くものと考えられる。すなわち, ケア会議で「処遇の実施計画」を策定し, 多

職種が連携して支援に当たることが、包括的多職種在宅支援と同様な効果を示しているものと考えられる。

4. 再入院例

通院申立事例799件のうち、11例(1.4%)において、医療観察法による再入院が行われている。このうち、5例について、検討することが可能であった。男性(4名)、女性(1名)で、疾患分類では、統合失調症(4名、このうち1名は覚せい剤使用の既往)、物質使用障害(覚せい剤)1名である。これらの事例の特徴は、病状悪化までの期間が短いことである。悪化までの期間は「半月、1ヶ月半、2ヶ月、5ヶ月、1年半(病状悪化は1ヶ月後から)」であった。すなわち、前例が5カ月以内に病状悪化を示している。悪化の原因については、2名については、物質使用障害の既往が、指定入院医療機関でも正確に把握できていなかった。3名については、本人自身のストレス耐性の弱さがあって、環境変化で容易に再燃を繰り返す事例である。後者のような事例は、環境的に恵まれた指定入院医療機関では発見しにくいのではないかと想像される。

これらの問題を防止するためには、以下のような注意が必要である。(1) 指定入院医療機関、あるいは、鑑定入院医療機関からの治療情報を綿密に受け継ぐこと。(2) ケア会議では、初期の6ヶ月間については、比較的濃密なケアを計画すること。(3) 病状悪化時の対応を綿密に行うこと。(3) 物質使用障害などの過去の情報は、指定入院医療機関でさえ、見逃されることがあるので、家族などを交えて、生活歴などを再度取り直す必要がある。(4) 病状の悪化については、保護観察所と連携して、早めに精神保健福祉法入院をとること。

5. 終わりに

過去5年間に799件の通院処遇が申し立てられ、そのうち、45.5% (363人)が途中で精神保健福祉法入院となっている。このうち、病状の悪化のためとされたのは、247人 (30.9%) である。これらは早めの対応がなされたために、再入院や再他害行為にまでは至っていない。再入院・再他害行為となった事例は13例 (1.6%) に過ぎない。このような点から、医療観察法による通院処遇は、強制医療の要素を持ち、それが有効に働きながら、最終的には良好な結果を示していると言えるのではないか。このことについては、さらに詳細に検討を加える必要がある。

文献

- (1) 松原三郎：医療観察法が一般精神科医療に与えた影響について。司法精神医学6 (1) 81-86, 2011
- (2) 松原三郎：平成21年度厚生労働科学研究こころの健康科学研究事業 分担研究報告書「通院医療の実態把握に関する研究」, 医療観察法における医療の質の向上に関する研究総括・分担報告書169-204, 2010

通院処遇の実際と問題点

Forensic outpatient treatment ; Reality and problem

松原 三郎

Saburo Matsubara

社会医療法人財団松原愛育会松原病院院長

要約

医療観察法では、通院対象者の安定した精神状態と地域生活を実現するために、さまざまな工夫が組み込まれている。通院対象者は保護観察所が行う「精神保健観察」によって医療を継続して受ける義務が課せられる。他方、実施側は医療と生活支援を一体的に行うために、ケア会議を開いて「処遇の実施計画」を策定する。関係機関は、この計画に沿って支援することが求められる。指定通院医療機関では、対象者の病状の悪化時には、早めに精神保健福祉法による入院治療を行っており、このことが良好な通院処遇の実績を生む要素となっている。また、日常生活では、訪問看護などアウトリーチ型のサービスを駆使して支援が行われており、その内容も多職種によって支えられたものである。現在、再入院・再他害行為などは、通院対象者の2%程度にとどまっており、また、通院処遇終了後の一般医療での通院継続も90%を超える成果を上げている。このような良好な結果は、単に強制的な通院によるものだけでなく、社会復帰調整官や多職種チームが手厚く関わったことが大きな要因といえる。

Key Words 医療観察法, 通院処遇, 強制通院, 多職種チーム

はじめに

平成17年7月15日に施行された「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等に関する法律」(医療観察法)は、平成22年7月で5年目を迎えた。厚生労働省は、平成22年7月31日までの累計を国会に報告した。過去5年間の申立件数は1,838件で、このうち結審した1,771件についてその内容を示している。1,771件のうち、入院決定が61%、通院決定が18%、不処遇決定が17%、却下が3%の順である(図1)。5年間の通院処遇は799件が申し立てられたが、このうち、直接通院324件、移行通院324件である。すでに通院処遇を終了している事例は278件あり、平成22年7月31日時点で通院

を継続している事例は521件である。指定入院医療機関の病床数は599床であることから、早晚、通院処遇対象者数は、入院処遇対象者数を上回るものと予想される。

医療観察法では、これまでの措置入院が行ってきた自傷他害のおそれに関する治療にとどまらず、再び同様な行為が起こることがないように十分に治療を行うことにある。そこでは、薬物療法だけにとどまることはなく、対象者自身が治療の意味を理解し、自ら継続的に治療を受けることができるようになることを治療の目標としている。さらに、本法では、退院後も対象者の医療が継続的に行われるように、一定期間(原則3年間)は通院による医療を受けることが義務付けられている。このことを担保するために、保護観察所と連携した「精神保健観察」が行われる。この強制通院のシステムこそが医療観察法

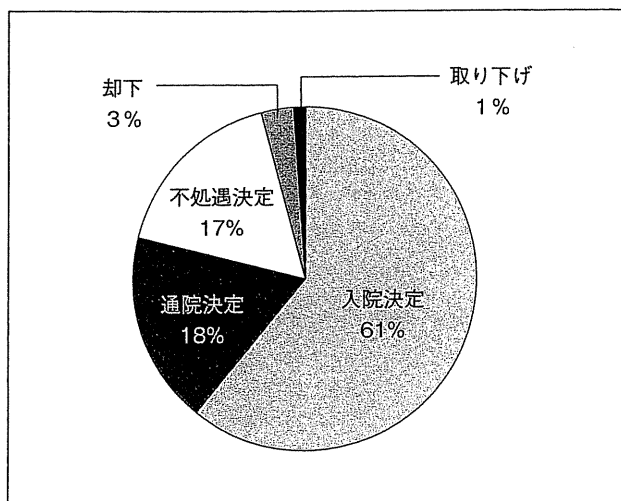


図1. 審判結果(1,771件) (平成22年7月31日までの累計)

の最も重要な部分である。本稿では、種々のアンケート調査から得られた結果をもとに通院処遇の現状と問題点を示したい。

1 通院処遇の体制

平成23年3月時点で、指定入院医療機関は国および都道府県立病院(独立行政法人)によって運営されている。病床数は616床稼働しており、目標の800床の77%にあたる。当初からの指定入院病床の不足はようやく解消の方向に向かっているが、いまだ予断を許さない。指定通院医療機関は345の精神科病院と23の精神科診療所が指定を受けている。そのほか、薬局や訪問看護ステーションも指定を受けている。

鑑定医療機関は302医療機関が指定を受けており、その多くが指定通院医療機関を受けている。

指定通院医療機関が指定を受ける条件は、①常勤の精神保健指定医が配置されている、②臨床心理技術者、作業療法士、精神保健福祉士などが配置され多職種チームの編成が可能であること、③病状悪化時の入院医療体制のために、15対1以上の看護体制があること、④基幹型では精神科デイケアが設置されていること、などである。

対象者の医療と生活支援を確保するために、①ケア会議に参加し、対象者の「処遇の実施計画」の策定に協力

する、②通院処遇となった対象者を多職種チームで支えるために多職種チーム会議が開催され、「個別の治療計画」が対象者を交えて検討されること、③病状悪化時の対策について対象者を交えて検討しておくこと、④共通評価項目を中心として、定期的に病状の評価が行われる、⑤社会復帰調整官、地域行政機関や社会復帰施設などとの連携を密にすること、などをしなくてはならない。

2 直接通院と間接通院対象者

当初審判で本法の適応ではあるが、病状が安定しているために、当初から通院による医療での処遇が適当と認められた対象者は、正式な名称ではないが、「直接通院」と呼んでいる。これに対して、指定入院医療機関で一定期間(1年6ヵ月間が標準)の治療が行われ、病状が安定していると認められた対象者については、入院医療から退院して通院医療となることが認められる。この場合を「移行通院」と呼んでいる。

本法が目指す医療の目標は、「対象行為を行った際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰する」ために、自らの医療を受ける必要性を理解し、また、円滑な社会生活を送ることができるよう援助機関との連携を保つ必要がある。このような内容については、指定入院医療機関における医療を受けた対象者については理解が得られたものとみなされるが、「直接通院」対象者の場合には、そのための治療期間がほとんどないために、通院を開始してから、本法のもつ意味の説明から開始し、また、種々の疾病教育や認知行動療法などを行う必要がある。他方、「移行通院」では、種々の治療プログラムを経てから通院医療が開始されているが、それでも、通院医療への転換では戸惑うことが少なくない。

平成21年に実施した、全国の指定通院医療機関を対象としたアンケート調査では、直接通院対象者と移行通院対象者とでは、両者の疾病分類や対象行為との間では、差異が認められる(図2, 3)。移行通院対象者では、統合失調症が84.1%と圧倒的に多いが、直接通院では統合失調症は、65.8%にとどまり、気分障害が15.8%、物質使用障害が9.2%と移行通院に比較して高い。さらに、

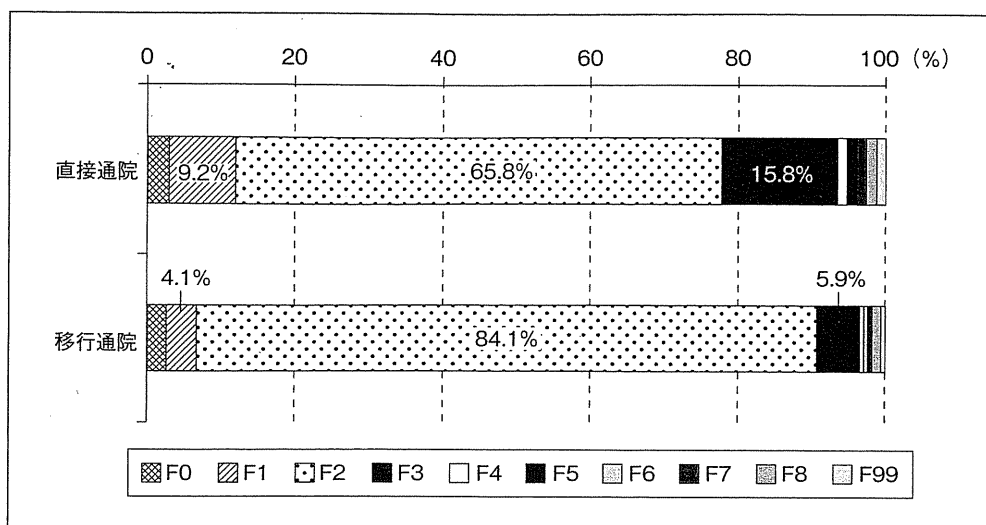


図2. 主診断—開始状況別

F0：症状性を含む器質性精神障害，F1：精神作用物質使用による精神および行動の障害，F2：統合失調症，統合失調症型障害および妄想性障害，F3：気分（感情）障害，F4：神経症性障害，ストレス関連障害および身体表現性障害，F5：生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群，F6：成人の人格および行動の障害，F7：知的障害（精神遅滞），F8：心理的発達の障害，F9：小児（児童）期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害，F99：詳細不明の精神障害

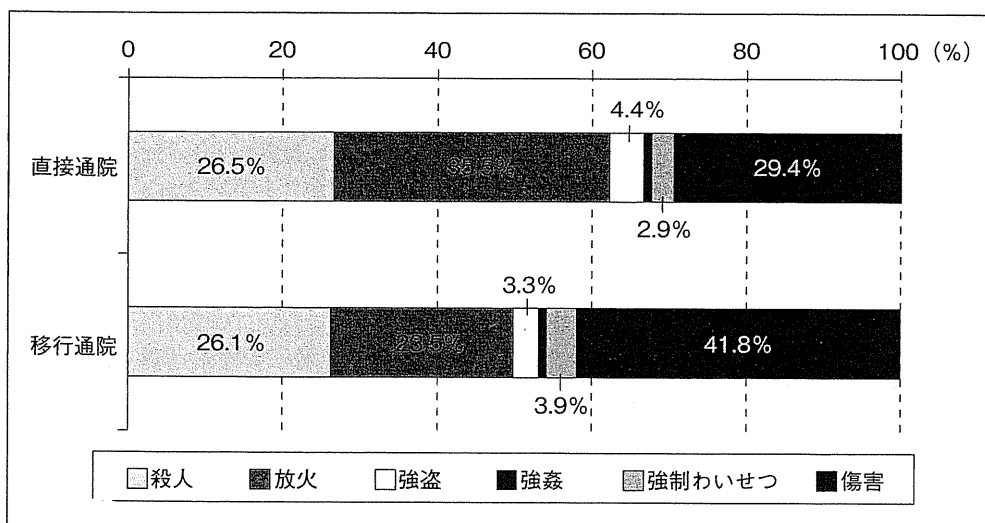


図3. 対象行為—開始状況別

対象行為では，移行通院では傷害が41.8%と最も高く，これに，殺人(26.1%)，放火(23.5%)が続く。これに対して，直接通院では，放火が35.5%と最も高く，これに，傷害(29.4%)，殺人(26.5%)が続く。この差異は，直接通院では，気分障害や物質使用障害対象者が，鑑定入院中に比較的早期に症状が改善している結果であると考察できる。



多職種チームの関わり

アンケート調査では，外来受診は，当初は週に1回が78.8%と最も多く，次第に安定すると，週に1回と2～3週に1回がほぼ同数となる(図4)。

訪問看護は、全体の75%程度が利用しており、その役割の重要性が示されている。当初、週に1回が37.8%と最も多いが、安定しても週に1回が最も多い(図5)。

デイケアの利用は、55%程度にとどまっているが、その利用頻度についても、週に2~3回にとどまっている場合が多い(25.2%)。デイケアの利用が半数近くにとどまっても、現状では、通院処遇対象者に対しては大きな役割を果たしている(図6)。

ケア会議については、当初は月に1回程度が60.1%であるが、安定化すれば2~3ヵ月に1回が58.4%となる(図7)。

このように多職種チームでは、訪問看護師が大きな役

割を果たすことが多く、特に対象者の生活の場に直接関与した治療の効果では、アウトリーチによる治療を主体とする必要性を示している。

居住施設では、家族と同居が55%と最も多いが、施設入居は15.3%にとどまり、かわって単身生活が29.3%にも及んでいる。就労では、正社員・臨時を問わず、就労している対象者は8.1%にとどまっている。



通院処遇途中の精神保健福祉法入院

全経過中で、指定通院医療機関に精神保健福祉法による入院を行った対象者は、全体の45.5%にもものぼる(図

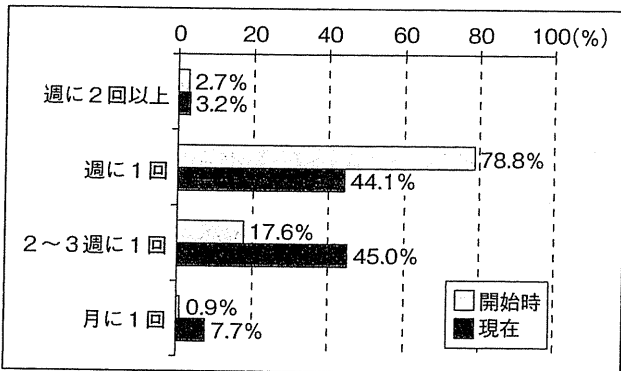


図4. 外来受診の頻度 (n=222)

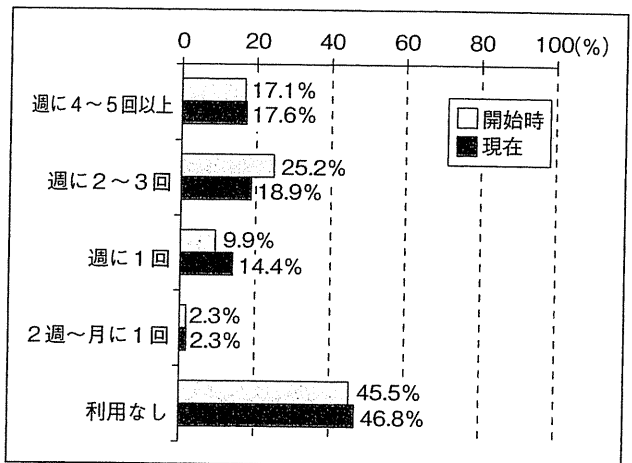


図6. デイケアの利用度・頻度 (n=222)

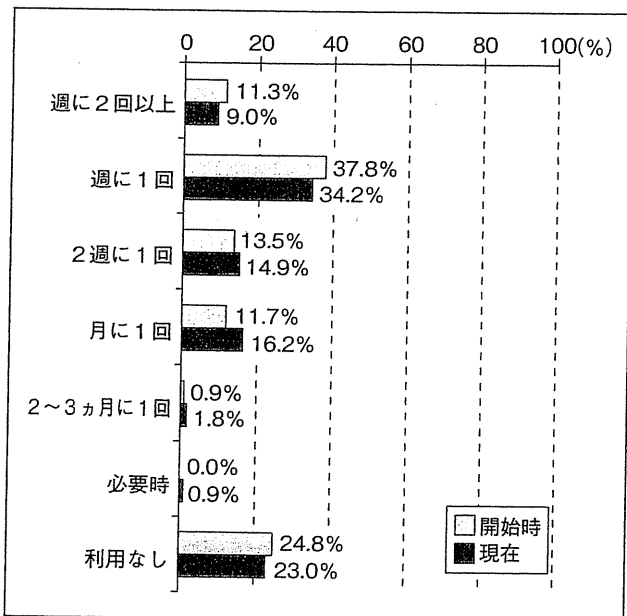


図5. 訪問看護の利用度・頻度 (n=222)

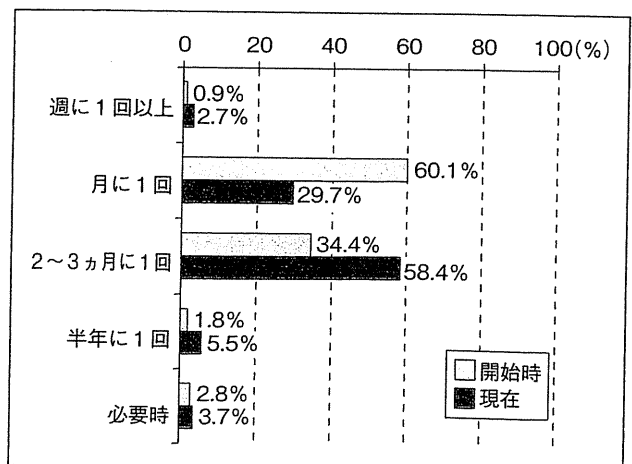


図7. ケア会議の頻度 (n=222)

8)。通院開始時に入院を行った者は、24.4%であり、その理由をみると地域支援体制の構築が60%に及ぶ。しかし、24.4%のうち4.5%については、その後も入院が継続して認められている。他方、通院処遇の途中で指定通院医療機関に入院となった事例は29.4%であるが、その理由をみると、病状の悪化が68.1%と最も多い(図9)。そして、そのうちの5.3%については、その後も入院が継続している。

これらの結果をみると、通院開始時の入院は、その後の通院を円滑に行うために、比較的有効であることが示されている。しかし、その一部については、入院が長期化することもあることから注意が必要である。他方、約

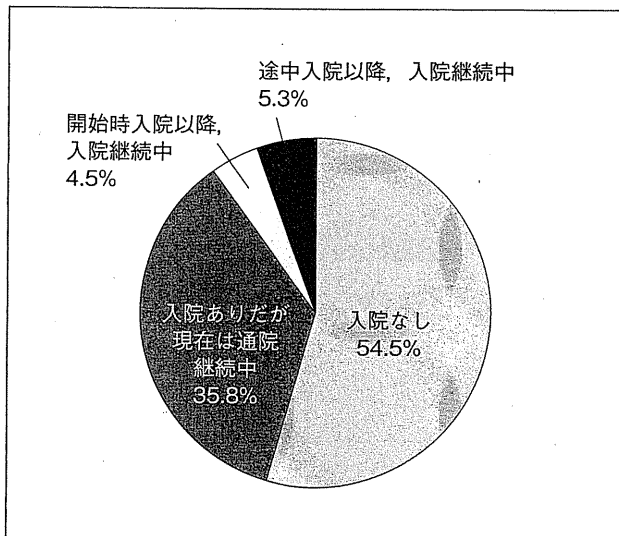


図8. 入院経験の有無(全体) (n=246)

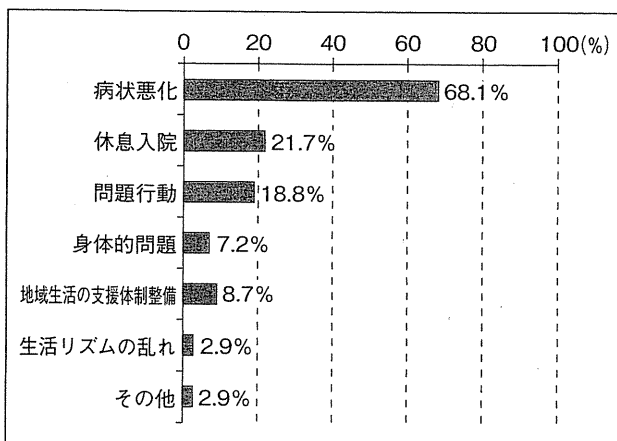


図9. 経過中入院の理由 (n=69)

30%に及ぶ対象者が病状の悪化のために、入院となっているが、その人達の82%は順調に回復して再び通院に戻っている。この意味からも、通院途中で早めに入院が行われることは、病状を安定化させるという点では、きわめて有効であることがわかる。また、この点から、一定期間については(約4ヵ月間)、精神保健福祉法入院であっても、国費で入院費が支払われるべきである。

5 再入院事例

医療観察法では、指定通院医療機関に一時的に入院しても病状の改善が思わしくないときに、あるいは、病状の悪化が激しいときには、指定入院医療機関への再入院が規定されている(医療観察法59~63条)。これまでに、全国で20例近くが再入院を行ったと報告されているが、それらの事例の詳細をすべて調査することは難しい。しかしながら、研究班で調査した10例(いずれも移行通院例)をみると、再入院の契機となった病状悪化は、いずれも5ヵ月以内の早期に生じている。これら再入院に繋がる問題の発生を防止するためには、以下のような注意が必要である。①指定入院医療機関、あるいは、鑑定入院医療機関からの治療情報を綿密に受け継ぐこと。②ケア会議では、初期の6ヵ月間については、比較的濃密なケアを計画すること。③病状悪化時の対応を綿密に行うこと。④物質使用障害などの過去の情報は、指定入院医療機関でさえ見逃されることがあるので、家族などを交えて、生活歴などを再度取り直す必要がある。⑤病状の悪化については、保護観察所と連携して、早めに精神保健福祉法入院をとること。以上のような部分について、注意しながら、通院処遇を進めるべきである。

6 通院処遇の要点

前述したように、医療観察法の通院処遇では、法に定められた強制通院の制度と、多職種チームによる医療・生活支援を包括的に行おうとする比較的濃密な支援体制がある。そのいずれが、対象者にとって効果的かは議論のあるところである。

何例かの対象者をみると、この2つの要素がどのように効果的かは事例によって異なるといえる。ある事例では、通院当初から、病識がなく、「なぜ通院しなければならないのか」と不満を漏らし、強制通院があるために、不満ながらも通院や訪問看護を受け入れていた。ところが、通院が開始されて1年半を過ぎた時点で、兄弟や支援チームの援助によって、兄の印刷業を手伝うことになった。仕事が順調に進むにつれて、「やはり薬を飲まなくてはいけない、チームに守られて安心だ」などの言葉が出るようになり、穏やかに過ごせるようになった。すなわち、当初は強制通院の効果ではあったが、多職種チーム医療が次第に、本人に安心感と自覚を生むようになったものと考えられる。このように医療観察法による通院治療は、多職種チームを中心として大きな成果を上げつつある。

おわりに

指定入院医療機関の不足や、鑑定内容の不均一さから、当初は混乱が認められたが、医療観察法による医療は次

第に安定化し、その内容も充実化している。通院処遇の中心的役割をしているのは、訪問看護師であるが、社会復帰調整官の役割もきわめて大きい。対象者宅にまで出かけて、対象者が生活する場で医療や生活支援を行うという、従来にない治療形式が円滑に進められているのは、「ケア会議」、「処遇の実施計画」、「個別の治療計画」、「精神保健観察」など、ケアマネジメントが法的に定められていることが大きく影響している。その結果、実質的に「多職種による包括的援助」が可能となっているからであろう。

●参考文献●

- 1) 松原三郎：医療観察法が一般精神科医療に与えた影響について。司法精神医学 6：81-86, 2011
- 2) 松原三郎：通院医療の実態把握に関する研究。平成21年度厚生労働科学研究こころの健康科学研究事業、医療観察法における医療の質の向上に関する研究—総括・分担研究報告書. 169-204, 2010
- 3) 松原三郎：医療観察法制度全般に対する医学的視点からの評価研究。平成22年度厚生労働科学研究障害者対策総合研究事業、医療観察法の運用面の改善等に関する研究—総括・分担研究報告書. 67-74, 2011

平成23年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業・精神障害分野）
「医療観察法の運用面の改善等に関する研究」
総括・分担研究報告

発行 平成24年3月
発行者 小山 司（研究代表者）
連絡先 北海道大学大学院医学研究科精神医学分野
060-8638
札幌市北区北15条西7丁目
TEL 011-716-1161（内線5973）
FAX 011-706-5081

