

の考えていた犯行計画を実現することは困難であった。賽銭投入口付近でライターに点火しようとしただけでは、未だお堂焼損の具体的危険性を発生させる行為を開始したとはいえない。以上の考察によれば、本件記録上、未だ実行の着手があったと認めるには足りず、対象者の前記行為は予備の段階にとどまるものというほかない。未遂罪の成立を認めた原決定には重大な事実の誤認があるというべきである。そうすると、医療観察法は、非現住建造物放火の予備罪を対象行為にしていないから（同法第2条2項）、治療の必要性を判断するまでもなく、原決定は取消しを免れない。

まとめると、対象者の行った方法では火はつかないので放火未遂にあたらず、放火予備罪は対象行為にあたらぬので、入院決定を取り消し申立てを却下したということになる。その方法では火がつかないということを見つけた付添い人はエライと言うべきだろう。

法律家にとっては、対象行為の認定が取り消され抗告が成立し一件落着だろう。医療者としては、抗告成立の通知書を受け取ってからが大変であった。元対象者Bは、精神科の入院治療が必要であり、入院が取り消されたと同時に病院の玄関でサヨナラすることは不可能な精神状態にあった。Bの郷里は遠く、家族の支援もなく、単身では帰郷できない状態であり、地元の転院先を探す必要があった。当院はすでに医療観察法の医療をBに対し終了し、社会復帰調整官も役割を終了しており、誰がどうケースワークするかが宙に浮いた。当院が一般医療を引き受ける必然はなかったが、Bは精神保健福祉法により当院一般病棟に入院した。その後、付添い人が尽力し郷里の転院先が見つかり、旅費は本人が出し、転院の際特別に当院職員が付き添い転院した。当然そうすべきだと思える方もいるかもしれないが、当院は、Bに対しては指定入院医療機関ではなくなっているのである。一般医療の転院の際、救急転送を除いて職員が付き添うことは通常はない。医療観察法は、抗告の規定をもつが、現状復帰をどうするかは想定していなかった。今後の課題であろう。

今後同様の事例が出た時はどう対応すればよいだろうか。抗告が成立し入

院決定が取り消されそうだという情報を、できるだけ早く指定入院医療機関に伝えて欲しい。入院時には、いつ入院があるというアナウンスが決定前に必須であり、実際そう運用されている。入院取り消し時にも、事前に知らせがあれば、精神保健福祉法入院の手筈や、あるいは、地元へ外出して、地元で決定を受け取るという方法も可能であろう。つまり、医療観察法の入院中に、「現状復帰」し、決定を受けることも考えられる。医療観察法の処遇中は、社会復帰調整官を含めた関係者がいるので、ケースワークなど対処しやすい。

文書を発出した書記官に対して、土日いきなり特別送達されると対応が困難な場合があること、一般医療での治療が必要で転院調整に苦慮したことなどの顛末を伝え理解していただいた。法と精神医療との対話が大切であることを痛感した。

6 ある申立て事例の鑑定証人尋問公判記録 岡目八目

公判判決を經由して医療観察法の申立てがされた場合、精神鑑定書が医療観察法鑑定資料になり、責任能力がどう判断されたかが分かり司法精神医学の勉強になる。ある時、精神鑑定書に加えて鑑定証人尋問公判記録が送付されてきた。初老男性で精神科受診歴がなく、起訴前簡易鑑定で妄想性障害と診断されたが、公判鑑定で統合失調症と診断された事例であった。当院急性期病棟に入院し医療観察法の鑑定を実施し、毎週の回診で複数の医師が事例の状態を観察した。当院医師の意見は、対象者に思考障害はなく、疎通性は良好で、統合失調症らしさを感じないという点で一致した。起訴前の簡易鑑定の診断が正しいと思われた。公判尋問記録を見て、少々驚いた。公判鑑定人は、公判で簡易鑑定との違いを尋ねられたところ、「あんな若造の言う事と、経験豊かな我輩の意見とどっちをとるのだ。我輩が統合失調症というのだから統合失調症なのだ。」と憤慨しながら供述していた。うーむ、これではいけない、と唸るしかなかった。

このすぐ後、筆者は、刑事責任能力鑑定を受託するから依頼して欲しいと、無謀にも検察事務官に「逆指名」した。このようなお目出度い精神科医はめったにいないであろう。この後、精神鑑定の依頼が集中豪雨のように押し寄せ、自ら言い出した手前断るわけにも行かず、5年間で簡易鑑定43件、起訴前嘱託鑑定6件、公判鑑定9件、医療観察法鑑定12件の合計70件を一人で経験し、それでもさばききれず、院長や同僚も鑑定に巻き込むことになった。当地の精神鑑定地図は大きく変わり、当院への医療観察法鑑定・刑事責任能力鑑定の依頼が急増した。

医療観察法指定入院機関で精神鑑定を実施するメリットは、自らが簡易鑑定や本鑑定あるいは公判鑑定を実施した事例が、医療観察法の申立てがされ入院してくると、鑑定後の経過が明確になる点にある。自分の書いた意見書や鑑定書が、その後の裁判でどう扱われたかを知ることが極めて重要だが、何よりも、本人のその後の経過は鑑定が正しかったかどうかを明かに示すので大変勉強になる。ある時、終始無言で、薄ら笑いを浮かべながら、胸の前で、手を奇妙に動かし続ける女性事例を経験した。判断に困り、依頼者の許可をとりビデオ撮影し病院で他の医師と合議した。統合失調症が疑われると思ったが、何か引っかかる点が最後まであった。この例は、医療観察法の申立てがされ他院に鑑定入院した途端、「普通の人」になりすらすら話し奇妙な動作もなくなったという。判断に迷う例は、当院に鑑定留置し時間をかけて行動を観察すべきだった。次の例。簡易鑑定で、高齢男性でうつ病で精神病像ありと筆者が診断し、その後医療観察法の申立てがされ、他院に鑑定入院し、認知症の専門家が認知症と診断した。初期に認知機能の低下よりも幻覚妄想が先行する例があり、SPECT検査等を実施していれば、特徴的な所見が得られたであろうと指摘された。指定入院医療機関の医師はこのようなフィードバックのかかりやすい立場にあり、刑事責任能力鑑定を行う好適地にいると言えよう。

7 終わりに 山本論文との対話

個人的な経験をまとめると、医療観察法の幕開け前に、住民の疑心暗鬼のトレマを目の当たりにし、リーダーたちと「坂の上の雲」を目指し、開幕後、法と精神医療の対話をしながら、指定入院医療機関が精神鑑定を実施する好適地であることを発見したということになる。

⁽⁵⁾ 山本教授は本誌で簡易鑑定の問題を指摘したが、問題を解く鍵は、十分なフィードバックがかかり、しかも、公平中立な場での鑑定の実施であろう。指定入院医療機関はフィードバックがかかりやすい好適地である。しかし、一極集中した場合、外部の目がないと独善的になる可能性があるため、複数の機関や人が鑑定に関与するのが同時に大切である。「我輩が統合失調症というのだから統合失調症なのだ。」ではまずい。

⁽⁵⁾ 山本教授が述べた責任能力と処遇申立てのリンクについて、感想を述べる。マクノートンルールで責任能力を判定する英国は、日本ほどではないが、精神障害者に対しても完全責任を認定することが多く、実刑にかえて病院入院命令を出す、または実刑を下し医療が必要なら病院に移送するシステムをもつ。ダイバージョンスystemは、責任は責任、医療が必要なら医療と割り切る点で、日本人にも比較的理解しやすい。ただし重要な差異を見逃してはならない、英国は死刑廃止国である。我が国で、死刑判決を下し医療が必要なら病院に移送し、改善後死刑を執行するとしたら倫理上重大な問題を提起するだろう。

⁽⁵⁾ 山本教授の述べた「疑わしきは医療へ」という点について、感想を述べる。当院のOBは、「地獄への道は善意で敷き詰められている。」という名言を残した。「あなたのためだから」あるいは、「世のためだから」という「善意」にご用心。山本教授は善意で医療をお勧めになったが、「あなたのためだから、ここにいきましょう。」「世の中のためだからここにいきましょう。」という善意で、一生収容されるという地獄を見る人が出るのではないか。医療

観察法は、重大な他害行為を行った精神障害者の「社会復帰」を目的として掲げた世界的にも類をみない法律である。5年経過し、この目的は堅持すべきだと思う。

このような無礼な意見を述べられるのも、筆者が山本教授に何回もお会いしており教授ならお許し頂けるだろうことを知っているからである。多くの法律家と知り合い、法と精神医療との対話ができるようになったのも、医療観察法のおかげである。

文献

- (1) 木村敏 分裂病の時間論 自己・あいだ・時間 弘文堂 (1989/09) 131頁
- (2) クラウス・コンラート 分裂病のはじまり—妄想のゲシュタルト分析の試み 岩崎学術出版社 (1995/03)
- (3) 厚生労働省 http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/04/dl/s0411-7i_0002.pdf
- (4) 司馬遼太郎 坂の上の雲 文藝春秋 新装版版 (1999/01)
- (5) 山本輝之 心神喪失者等医療観察法の見直しに向けて 法と精神医療第25号 (2010年) (本誌)

「法と精神医療」第26号抜刷
2011年11月1日発行

医療観察法における通院処遇

松原三郎

医療観察法における通院処遇

松原病院

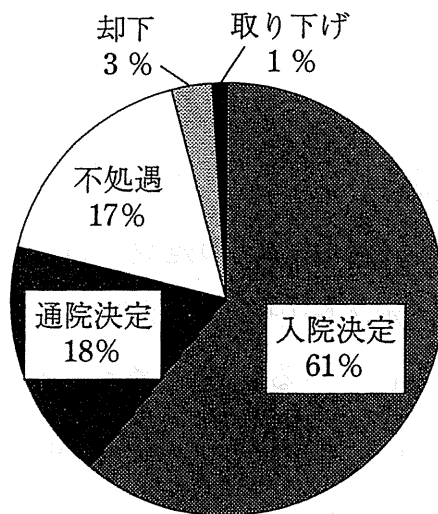
松 原 三 郎

まつばらさぶろう

1. はじめに

平成17年7月15日施行された医療観察法は、平成22年7月で5年目を迎える。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。累計では、申立件数は1,838件で、このうち1,771件について結審をしている。1,771件の内訳では、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)。さらに、通院申立についてみると、799件が申し立てられ、このうち、直接通院324件、移行通院324件である。既に通院

図1 審判結果(1,771件)(H22.7.31.までの累計)



処遇を終了している事例は278件あり、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、対象者自身が治療を継続的に行う必要性を認識できるようになるまでの治療を目標としている。そして、この目標を実現するために、医療観察法では一定期間（原則3年間）医療を受けることが義務付けられている（精神保健観察）。保護観察所と連携した、この強制通院のシステムこそが医療観察法の最も重要な局面である。本稿では、通院処遇の現状と問題点を示し、今後の改善への道筋を示したい。

2. 指定通院医療機関アンケート調査の結果

平成21年12月から平成22年1月までの間に全国305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。171機関から回答が得られ、回収率は56.1%、246件の通院継続中のデータが得られた。

（1）性別・年齢・対象行為・疾患分類： 男性70.9%、女性29.1%、年齢では、30代（30.3%）が最も多く、40代（21.3%）、50代（20.1%）、20代（17.2%）と続いた。対象行為では、直接通院と移行通院では差異が認められた。直接通院では放火（35.3%）、傷害（29.4%）、殺人（26.5%）の順であるが、移行通院では傷害（41.8%）、殺人（26.1%）、放火（23.5%）の順である（図2）。同様に疾病分類では、直接通院では、統合失調症圏は65.8%、気分障害（15.8%）、物質使用障害（9.2%）であるが、移行通院では、統合失調症圏が84.1%にも及んでいる（図3）。この差異では、気分障害などでは放火に及ぶ場合が多く、また、鑑定入院中に回復が認められる場合が少ない。このような疾病特性を反映しているものと考えられる。現在処遇中の対象者について処遇期間をみると、通院前期（22%）、通院中期（52.4%）、通院後期（24%）、通院延長中（1.6%）である。

図2 対象行為 開始状況別

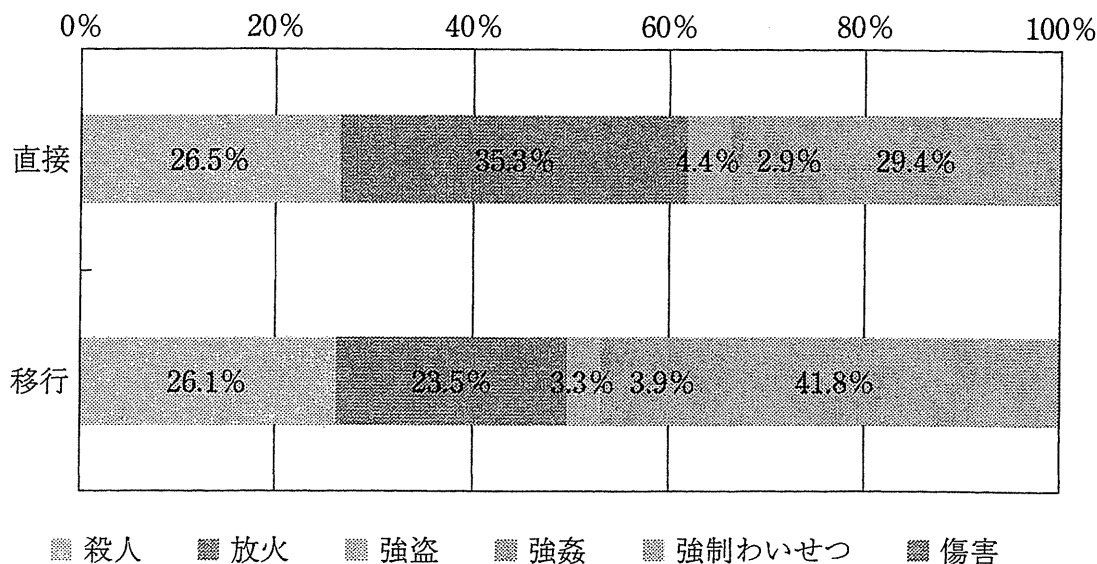
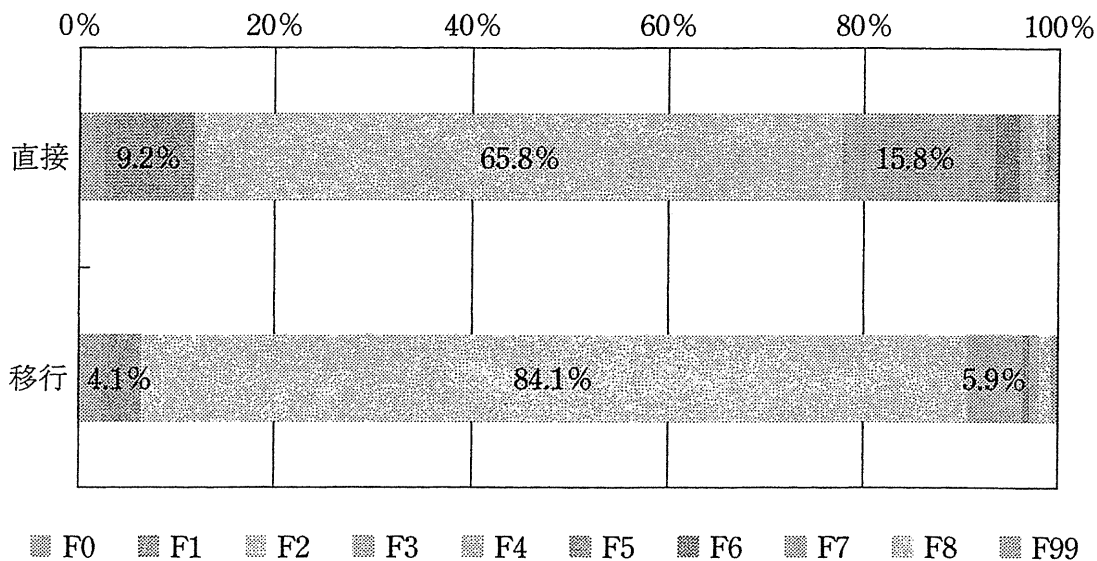


図3 主診断 開始状況別



(2) 通院処遇中の精神保健福祉法入院： 通院開始時には、24.4%が精神保健福祉法入院を行っている。その入院の理由では、「地域生活の支援体制の構築 (60%)」, 「居住地が未定 (38.3%)」であった。さらに、通院処遇の経過中に精神保健福祉法入院を行った事例は23.1%であったが、その理由は、「病状悪化 (68.1%)」, 「休息入院 (21.7%)」であった。全経過中では、45.5%が精神保健福祉法入院を経験しており、現在も入院が継続している事例は9.8%にも及んでいる (図4)。このように、通院処遇中の精神保健法入

図4 精神保健福祉法入院の有無（全体）

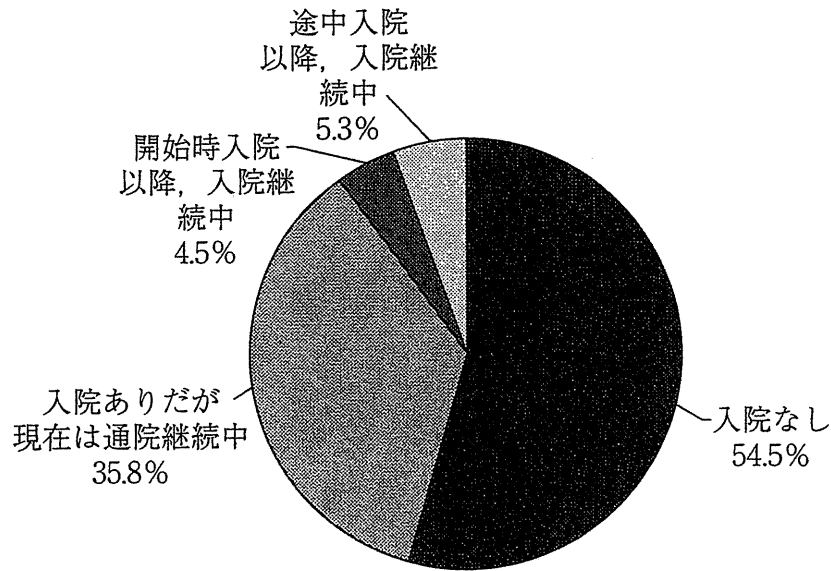
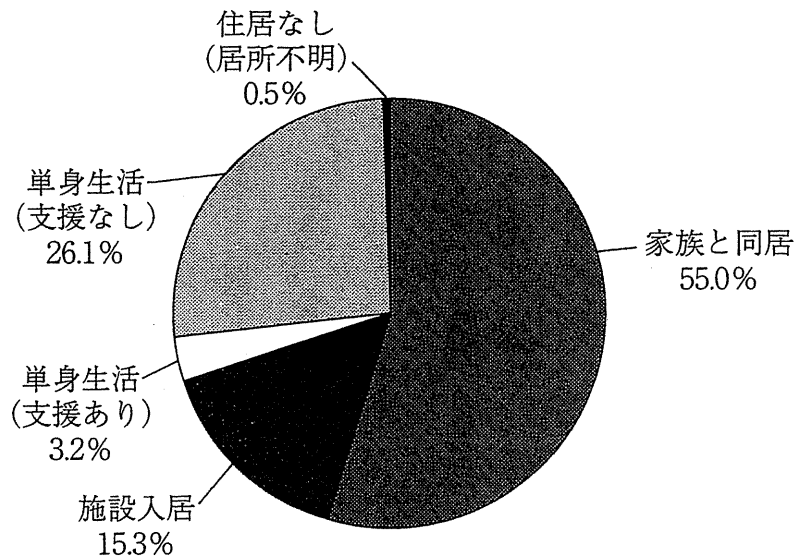


図5 居住状況（現在通院継続中のみ）



院は大きな意味を持っており、治療上も必要なものと位置づけられるべきである。通院処遇中の精神保健福祉法入院については、一定期間（約4ヵ月間）は国費による援助がみとめられるべきである。

（3）住居・就労・収入：住居では、「家族と同居（55%）」、「単身生活（29.3%）」、「施設入居（15.3%）」である（図5）。これまでの精神障害者の例に比較して単身生活の割合が多い。これは、集団的活動が不得意な人達が多いことが挙げられるが、同時に、GAF 評価尺度では、51以上が70.5%と、比較

的日常生活能力の高い人達が多いことも影響しているものと考えられる。しかしながら、就労の状況を見ると、91.9%が就労をしておらず、就労にまで至ることの困難さがあることは強調されなくてはならない。その結果、収入面では、年金受給(45.7%)、生活保護(25.1%)、家族の援助(22.8%)となっている。

(4) 外来受診・日中活動・訪問看護・ケア会議： 外来受診は、通院開始当初は毎週受診が行われるが、安定した後では、週1回(44.1%)、2～3週に1回(45%)である。主な日中の活動状況を見ると、デイケア通所(49.5%)、作業所・自立支援施設(5%)、通所サービス利用なし(27%)である。デイケアの利用についても、週に3回以上では25%にとどまっている。訪問看護の利用では75.2%が利用しているが、週1回以上(43.2%)、2週に1回(14.9%)である(図6)。外来受診以外では訪問看護が大きな役割を果たしていることが示されている。ケア会議の開催状況では、開始当初では60.1%が毎月おこなわれているが、安定するにつれて、2～3ヶ月に1回程度(58.4%)に変化している。

(5) 通院対象者の精神症状： 前述したように、GAF評価尺度から見ると、GAF51以上が70.5%、GAF71以上が23.5%にも及んでいる。このこと

図6 訪問看護の利用度・頻度

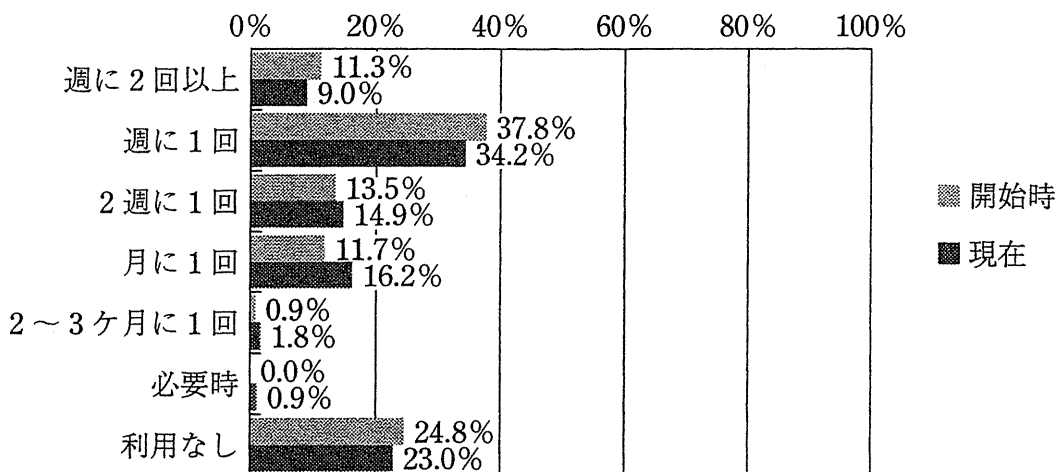


図7 各種評価尺度 GAF

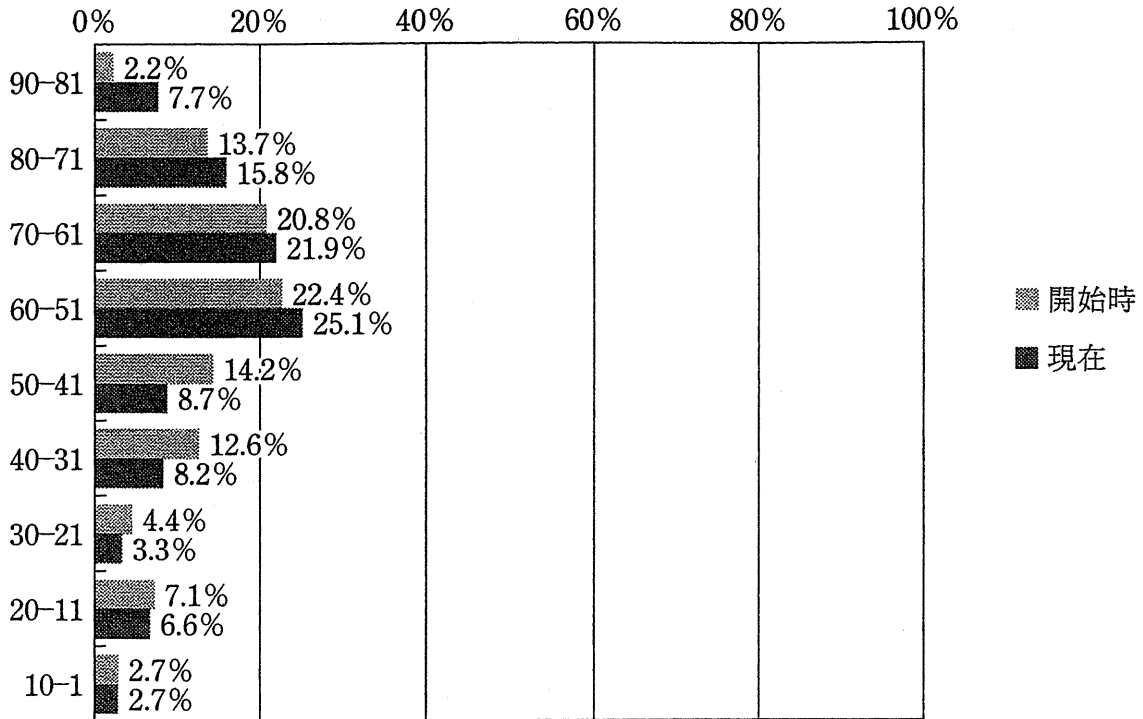
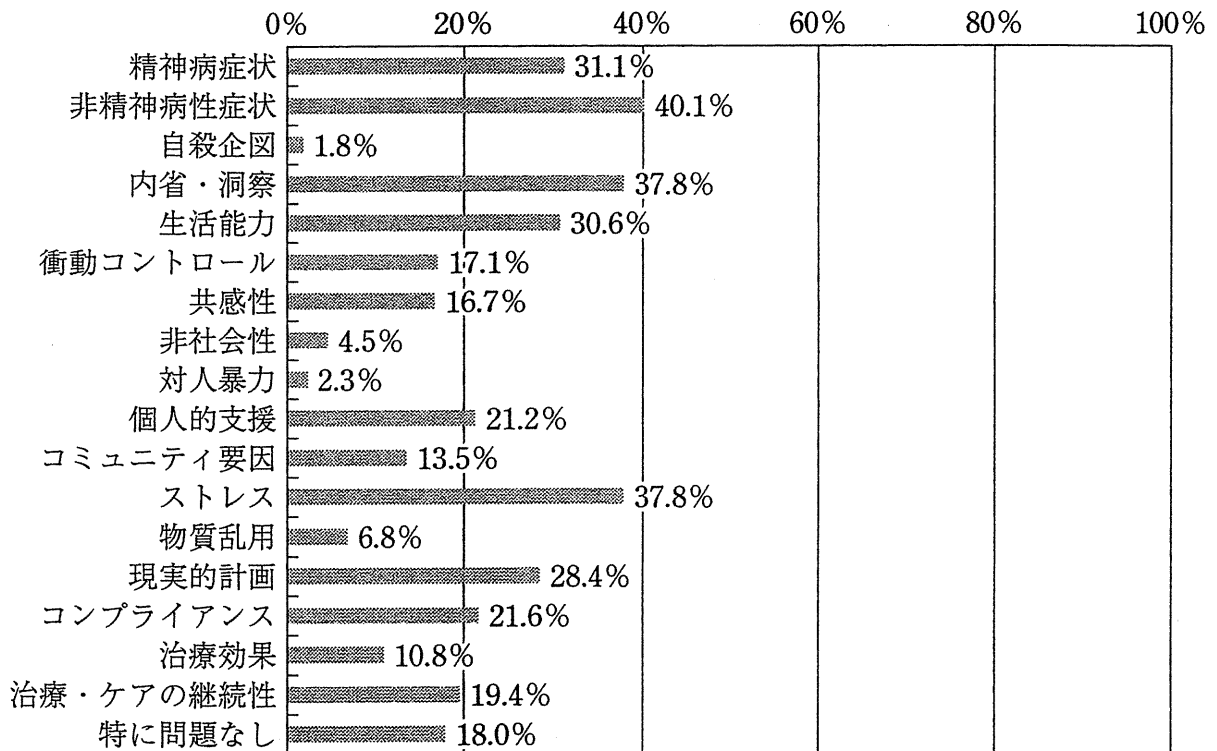


図8 共通評価項目上の問題点



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

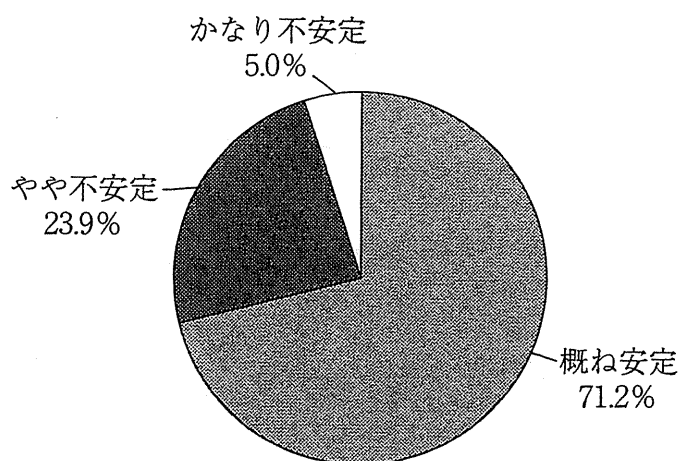


図10 通院処遇終了状況

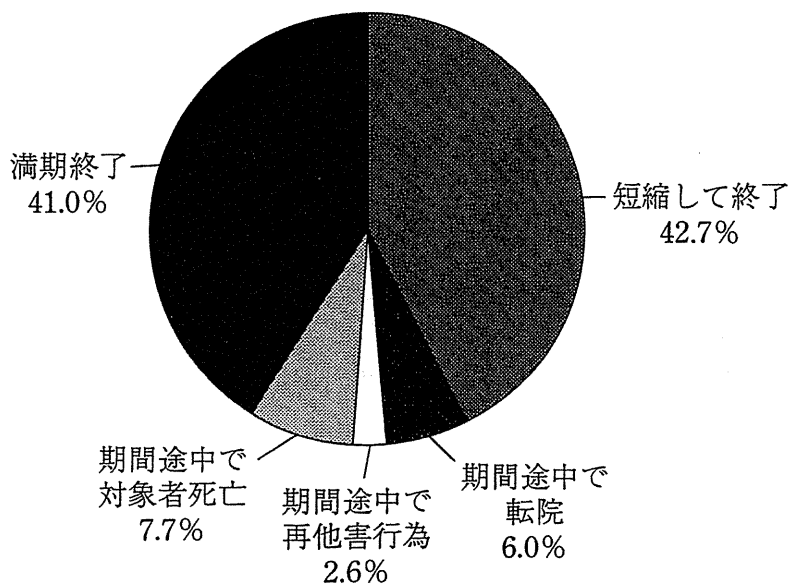
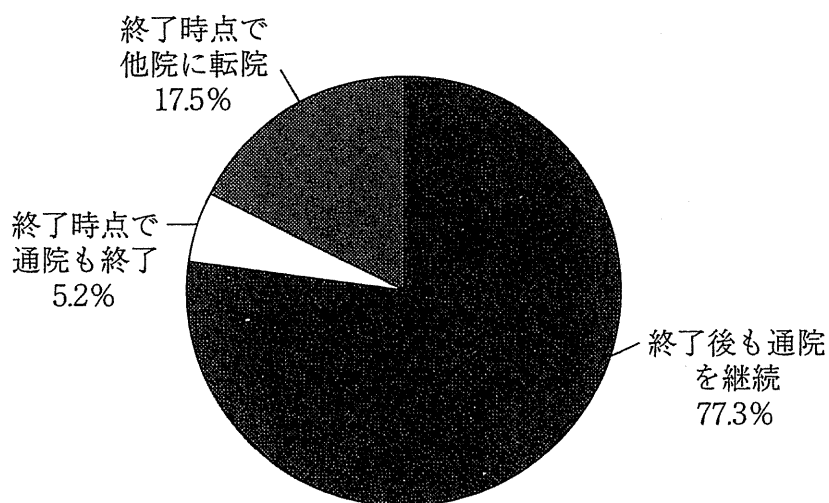


図11 外来通院の継続状況



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が, 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る、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はなく、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

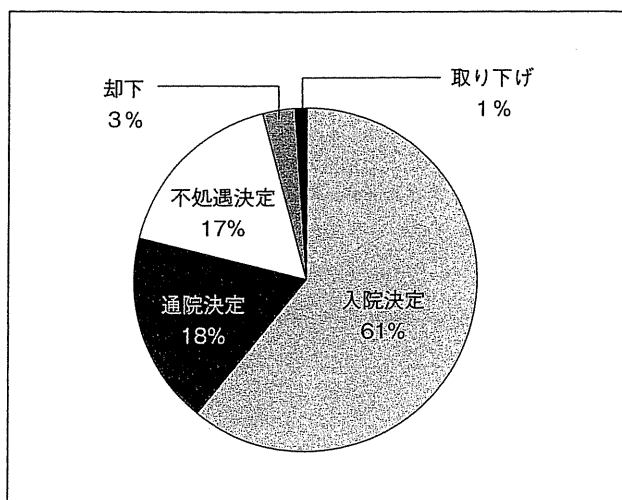


図1. 審判結果(1,771件)(平成22年7月31日までの累計)

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。そのほかに、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、

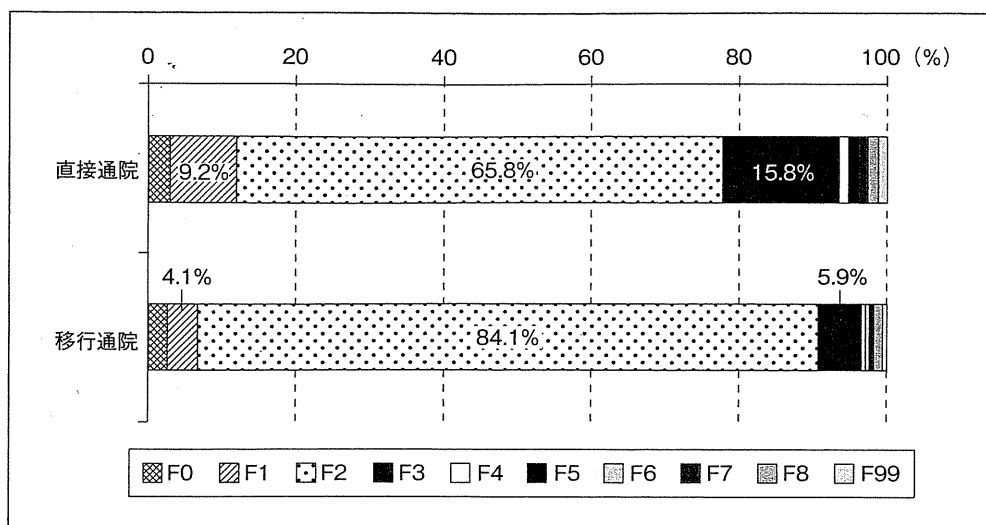


図2. 主診断—開始状況別

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

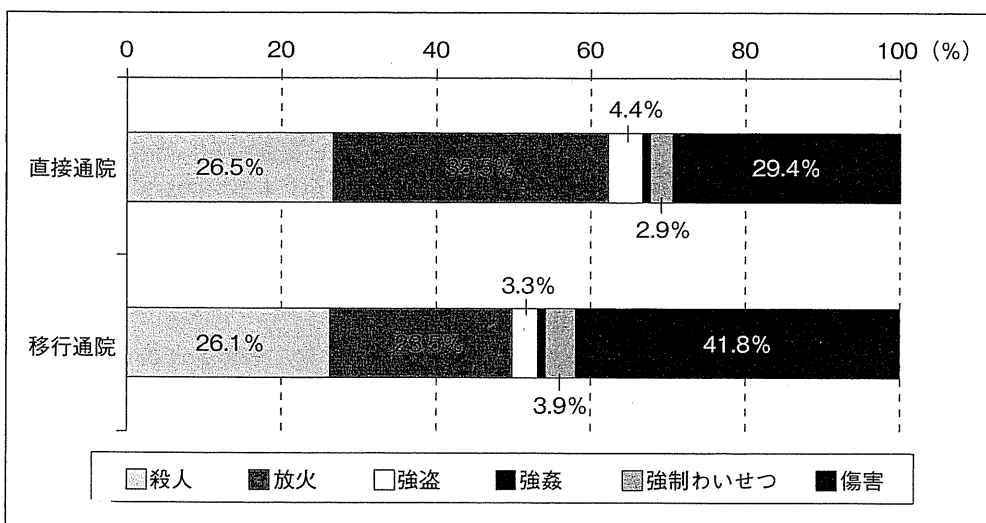


図3. 対象行為—開始状況別

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)。