

の場合であっても入院地から離れた新しい場所で新しい医療チームとの関係を構築していくことは簡単ではなく、入院中から数カ月以上の期間をかけて体制を整えたいと退院となる。まして「直接通院」の場合には審判によって処遇が決定されるまでの短期間に居住環境や支援体制を整えなければならず、対象者はもちろん、受け入れる医療機関にとっても負担が大きい⁵⁾。したがって「入院によらない医療」が見込まれる事例については、鑑定入院中の社会復帰調整官の役割を「生活環境調査」とするだけでなく、早期から積極的に「生活環境調整」が行えるようにするなど、柔軟な制度運用を可能にすることが有用であろう。

3) 処遇前期の支援の充実

平田³⁾は2009年度における通院対象者の自殺件数について調査し、自身の所属する病院の在宅患者のそれと比較した。その結果、通院対象者100人あたりの年間自殺件数は0.58件であったのに対し、在宅患者は0.45件であったことから、通院対象者の自殺頻度はかなり高いものと推計し注意を促している。

また、筆者らの調査では、自殺や再入院などの事例は通院処遇が開始された後、比較的早期に転帰を迎えていたことから、とくに処遇前期においては医療と精神保健観察の両面から十分な注意を払い、重点的なケアが行えるような支援体制を確立する必要があると思われる。

4) ネットワークの構築と治療プログラムの均てん化

疾病教育、SSTといった一般精神科医療においても広く行われている治療プログラムに加えて、医療観察法対象者に対しては対象行為への内省やアンガーマネジメントなどの各種認知行動療法の実施が推奨されている。しかし、指定通院医療機関のスタッフは一般の精神科臨床と兼務で対応しているため、対象者にかげられる人員と時間には限界がある。

また、指定通院医療機関は原則非公開であるため、医療機関同士の情報交換も十分には行われていない。今後は、通院医療機関におけるネット

ワークを構築し、現行の処遇体制においても実行可能な通院医療向けの治療プログラムを普及させることにより、全国の指定通院医療機関における治療プログラムが均てん化されることが望まれる。

5) 精神保健福祉法による入院の有効な利用

通院対象者の約半数において精神保健福祉法による入院が行われていたが、その入院理由をみると、多職種チームとの信頼関係の構築や地域支援体制の確立を理由とした任意入院が1/3を占めていた。こうした通院開始時の入院は、長期的な視点で考えると、円滑な社会復帰の促進に有効な面もある^{1)・5)}。また、問題行動や病状悪化時の入院に関しても多くの事例は比較的短期間で退院となっていたことからすると、むしろ早期の医療的介入が有効であったと評価することができるかもしれない。ただし、一部には処遇開始間もなくから精神保健福祉法による入院が開始され、長期間継続されている事例も存在する。事例の詳細な検討によりそうした要因を究明し、改善策の特定に努め、処遇決定時の判断にも還元させていくことが重要であると思われる⁵⁾。

おわりに

ここまで述べてきたように、医療観察法は入院処遇、通院処遇のいずれにおいても解決すべき課題が少なくない。しかし、本法の特徴である透明で人権に配慮した処遇と医療方針、患者との協働による治療計画の策定、多職種によるチームアプローチ、アウトリーチを基本とした地域機関による連携などは、一般精神科医療にも寄与するところがある。医療観察法を通してみてきた問題点を見直し、その利点をいかすことにより、わが国の精神医療の発展と改革をもたらすことが期待される。

文 献

- 1) 安藤久美子：指定通院医療機関におけるモニタリングに関する研究。平成23年度厚生労働科学研究費補助金「医療観察法制度の鑑定入院と専門的医療の適正化と向上に関する研究（主任研究者五十嵐禎人）」、pp.97-125, 2012.
- 2) 平林直次：入院医療における治療プログラムの多

いて通院処遇を命じられた所謂「直接通院」者が264名(38.3%)、指定入院医療機関を退院して通院処遇に移行した「移行通院」者が426名(61.7%)であった。

1) 年代・診断・対象行為

通院対象者690名の性別、年代については表1に、診断および対象行為の内訳については表2に示した。年代では30代が31%と最も多かった。診断分類ではF2(統合失調症)が527名(76.4%)で、次いでF3(感情障害)が72名(10.4%)となっていた。また、重複診断を含めるとF1(物質使用障害)と診断された者は77名(11.6%)、F7(精神遅滞)と診断された者は69名(10.0%)であった。対象行為では傷害が222名(32.2%)と最も多く、殺人・殺人未遂199名(28.8%)、放火・放火未遂198名(28.7%)と続いていた。入院対象者と比較すると、性別では女性が、診断分類ではF3(感情障害)がやや多く、対象行為については殺人が少なく、放火が多いという傾向がみられた。

2) 指定通院期間と転帰

通院対象者690名のうち、平成23年7月15日時点において通院処遇を終了していた者は319名(46.2%)であった。処遇終了者の転帰については、一般精神医療に移行した者が269名(84.3%)、死亡が23名(7.2%)、うち自殺による死亡は12名(3.8%)、指定入院医療機関への再入院が17名(5.3%)、精神医療を終了した者が10名(3.1%)となっており、自殺や再入院事例では、通院処遇開始から1年以内に転帰を迎えている者が有意に多かった。

また、通院処遇を終了した319名のうち、死亡や再入院といった特殊な事情により早期に処遇終了となった40名を除いた279名の平均通院継続期間は878.5±282.1日(28.8カ月間、159~1,824日)で、法第44条で示されている通院処遇期間の3年間よりも短かった。なお、直接通院者群と移行通院者群では処遇終了までの期間に有意な差は認められなかった。

3) 精神保健福祉法による入院

通院処遇中に精神保健福祉法による入院を行っていた者は339名(49.1%)で約半数を占めており、のべ入院件数は571件であった。全入院件数を入院形態別に分類すると、任意入院が370件(64.8%)、医療保護入院が191名(33.5%)で、措置入院となっていた者も10名(1.8%)いた。入院理由については、問題行動が168件(29.4%)、環境調整が165件(28.9%)、病状悪化が115件(20.1%)と続いていた。最大入院回数は8回で3名が該当した。いずれの事例も併存している脳器質的疾患、身体疾患の悪化を理由に入退院が繰り返されていた。

4) 通院処遇中の問題行動

通院処遇中に認められた問題行動としては、服薬・通院の不遵守や訪問看護の拒否といった「医療の不遵守」に関する問題行動がみられた者が最も多く150名(21.7%)であった。その他には、言葉の暴力や性的暴力を含む「対人暴力」が認められた者が92名(13.1%)、放火や器物損壊などの「対物暴力」が認められた者が27名(3.9%)であった。これらについては今後も調査を継続し、要因を分析していく予定である。

3. 今後の課題

1) 指定通院医療機関の拡充

指定通院医療機関数については、人口100万人あたり2、3カ所、各都道府県に最低2カ所の指定通院医療機関という当初の目標を達成しているが、地域によっては通院に2時間以上かかるような事例も報告されている。こうした事例では通院の継続や緊急時の対応が困難であるだけでなく、訪問看護の活用にも限界があり、医療機関の偏在がもたらす影響は大きい。指定通院医療機関とは別に、デイケアや訪問看護については近医が担当するような運用も行われているが、今後は人口だけでなく圏域に配慮した医療機関の整備が求められている。

2) 「直接通院」における柔軟な制度運用

通院処遇を開始するに当たっては、「移行通院」

- 様化に関する研究. 平成23年度厚生労働科学研究費補助金「重大な他害行為をおこした精神障害者の適切な処遇及び社会復帰の推進に関する研究(主任研究者 中島豊爾)」, 2012 (in print).
- 3) 平田豊明: 医療観察法の効用と限界をどう評価すべきか? - 法施行後3年半の予後調査から - . 司法精神医学 6 (1): 41 - 46, 2011.
- 4) 厚生労働省: 医療観察法の施行状況. <<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/sinsin/shikou.html>>
- 5) 松原三郎: 通院処遇の実際と問題点. Schizophrenia Frontier 12 (3), 29 - 34, 2011.

日本精神科病院協会主催 平成24年度「精神保健指定医研修会」開催日程

〔更新申請のための研修会〕

回	開催期日	会場	定員
第107回 東京	平成24年7月18日(水)	京王プラザホテル「エミネンスホール」 東京都新宿区西新宿2-2-1 TEL 03-3344-0111	受付 終了
第108回 福岡	平成24年11月8日(木)	ホテル日航福岡「都久志の間」 福岡市博多区博多駅前2-18-25 TEL 092-482-1111	受付 終了
第109回 大阪	平成24年12月5日(水)	シェラトン都ホテル大阪「大和の間」 大阪府天王寺区上本町6-1-55 TEL 06-6773-1111	受付 終了
第110回 愛知	平成25年2月7日(木)	名鉄グランドホテル「柏の間」 名古屋市中村区名駅1-2-4 TEL 052-582-2211	300名 (申込受付中)

平成24年度更新対象者(有効期限が平成25年3月31日までの方)の指定医証番号

指定医取得年度	指定医証番号	指定医取得年度	指定医証番号
昭和52年度	3,973~4,074	平成4年度	8,850~9,168
	4,086~4,088	平成9年度	10,622~11,024
昭和57年度	4,472~4,598	平成14年度	12,761~13,161
昭和62年度	5,064~5,883		14,932・14,933
昭和63年度	5,884~6,500	平成19年度	14,934~15,485

その他、厚生労働省へ「延期申請」を行い、それが受理・承認された指定医

◎研修会案内書は、研修会実施団体のいずれかより、精神保健指定医各人が国に登録の住所地(自宅)へ送付されています。

〔新規申請のための研修会〕

回	開催期日	会場	定員
第3回 東京	平成24年9月24日(月) ~9月26日(水)	第一ホテル東京「ラ・ローズ」 東京都港区新橋1-2-6 TEL 03-3501-4411	300名 (申込受付中)

◎「新規申請のための研修会」は、当協会と全国自治体病院協議会がそれぞれ年1回開催いたします。

医療観察法における 指定入院医療機関の役割と機能 —現状と課題—

平 林 直 次 (国立精神・神経医療研究センター病院 第二精神診療部長)
新 井 薫 (国立精神・神経医療研究センター病院 精神科医師)

目 次

- 1 はじめに
- 2 指定入院医療機関の運用状況
- 3 指定入院医療機関で行われる治療
- 4 医療観察法による入院治療を受けた対象者の予後
- 5 医療観察法における指定入院医療機関の課題

1 はじめに

平成17年7月15日、「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（以下、医療観察法）」が施行され、平成24年6月30日時点までに延べ2,599件の申し立てがなされた。本法に基づく入院決定に至った対象者は1,696人に至り、655人が入院中である。平成22年度末の全国の措置入院患者数が1,515人であったことと比較しても、本法が日本の精神科医療の中で担う役割は大きくなりつつあると言えるだろう。

一方で医療観察法には検討されるべき課題も多い。例えば、国内の精神科医が所属する団体として最大の日本精神神経学会は、ホームページで医

療観察法の施行凍結を求める声明を公表し続けている。そこでは指定医療機関の整備が遅れている点が指摘されているほか、「医療観察法の運営に龐大な国費が投入され、(中略)一般精神科医療の『底上げ』や『地域ケアの充実』は財政的に後送り、ないしは実質的な切り捨てとなる危惧がある」との見解が示されている¹⁾。医療観察法による医療制度は、精神科医の間でも評価が定まっていないのである。

筆者は本稿において、指定入院医療機関の現場の職員の視点からこの制度の現状と課題について論じてみたい。まず最初に指定入院医療機関の運用状況について説明する。次に入院治療の概略を紹介し、対象者の予後について他の精神医療のデータと比較を試みる。最後に、医療観察法における入院治療の課題について考察を試みる。

2 指定入院医療機関の運用状況

指定入院医療機関の整備状況

厚生労働省の発表²⁾によると、平成23年12月31日時点で指定入院医療機関は28か所(666床)となった。指定入院医療機関は720床を目標に整備されており、全国における病床の総数は目標達成に近づいている。問題は施設の偏在である。それは医療観察法の施行直後から指摘されており、平成21年時点では病床の地域偏在について自治体病院の参加を促進する法の環境整備も論じられたことがあった³⁾。しかし、平成24年度になっても北海道や四国には指定入院医療機関が存在していないのである(図1)。

医療観察法は一般精神科医療に比べて多くのコストをかけて手厚い医療を行う特徴があるため、ある程度のアクセスの悪さを許容し地域ごとに機能を集約した施設を作ることは合理的といえる。しかし、対象者の入院地と退院予定地があまり離れていると、退院のための環境調整は困難になる。具体的な例として、宮田らは指定入院医療機関に入院中の対象者が1泊2日の外泊を行う際に必要になる費用を算出した⁴⁾。医療機関と同一の都道府県内に外泊を行う際の費用が平均4,410円であったのに対し、医療機関がある地方

厚生局管轄区域外に外泊を行う際の費用は平均133,390円であった。後者のような条件では、退院地において対象者を支援する関係者が医療機関を訪問する際にも膨大な時間と費用の負担が発生する。これらは結果として退院に向けた地域調整に支障をきたすことになる。

医療観察法が対象者の社会復帰を命題として掲げるからには、指定入院医療機関の位置関係が地域調整の阻害要因となる事態は優先的に是正されるべきである。

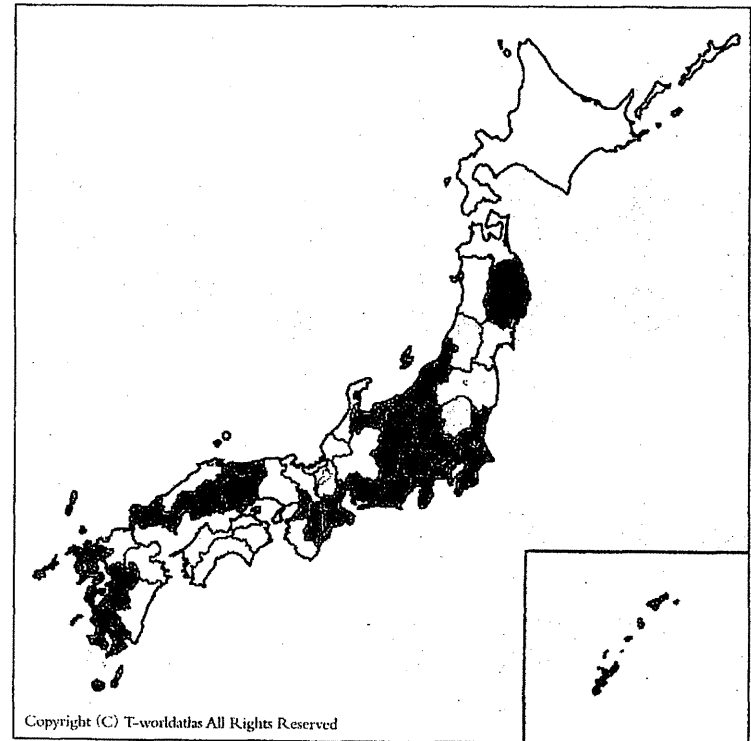


図1：指定入院医療機関の整備状況：濃い灰色に塗られた都道府県には指定入院医療機関が存在。薄い灰色に塗られた都道府県は建設中。(平成23年12月31日現在)

入院処遇を受ける対象者に関する統計情報

入院対象者の属性を調べた各種統計は複数存在するが、ここでは国立精神・神経医療研究センター病院における調査の結果を示す。調査期間は平成17年7月15日から平成23年8月31日までの間である。結果の詳細を表に示し、それぞれについて解説を加える。

表1: 医療観察法入院処遇を受けた対象者の男女比は、男性が85.4%を占め、平均年齢は男女とも40代であった。なお、未成年者は医療観察法の対象とならないが、高齢であることのみを理由に本法の適用が回避されることはない。そのために80歳を超える対象者もしばしば入院決定を受ける。

表2: 対象者の診断はF2(統合失調症圏)が8割ほどであった。F1(物質関連障害)が主診断である者は10%ほどであったが、併存診断として持つ者が12.8%存在しており、対象者の約5分の1は物質関連の問題を持っていた。F3(気分障害)は6.7%であった。F6(パーソナリティ障害)は主診断0.6%に対し併存診断5.8%であった。日本の司法制度ではパーソナリティ障害が心神喪失・心神耗弱の理由と判断されることは稀であるため、医療観察法対象者における有病率が上記のような比率になるものと考えられる。

表3: 対象行為の内訳としては、約4割が殺人・殺人未遂で最多であった。以下、傷害が3割、放火が2割と続く。強盗と強制わいせつ/強姦はそれぞれ5%程度であった。この数字は、医療観察法の申し立てが恣意的なものであることに配慮しながら参照すべきである。ごく軽微な被害の傷害事件などについては、警察官が事件として扱わずに処理したり、検察官が取って医療観察法を申し立てないこともある。(そのほうが治療に有利なことがある。)しかし殺人が発生した場合にそのような処理が行われることは考えにくい。つまり、罪状によって司法手続きの適用閾値が異なるので、医療観察法対象者の対象行為の比率と精神障害者が発生させた全ての事件の比率には相違がありえる。

表4: 医療観察法入院処遇を受けた対象者の治療歴は重要な情報の一つである。対象者の8割以上が、以前に精神科受診歴を持っていた。入院歴

を持つものも6割を超えていた。過去の治療が奏功しなかったこと、あるいは治療を中断してしまったことが、対象行為につながる精神症状と関連している症例が多いと考えられる。

表には無いが、当センターにおいて対象者74名について最終受診日から対象行為発生までの日数を調査した。8名は不明であったが、33名が4週間以内であり、そのうち16名は1週間以内だった。一方で、25名は3ヶ月後以降に対象行為を発生していた。7名は最終受診から2年以上経ってから対象行為を発生していた。対象行為の直前まで通院を継続していた者も少なくはない。一方で約1割の対象者は治療を中断して2年以上も経過してから対象行為が発生させていたということが示唆されている。

表1 入院対象者の性別ごとの比較

	対象者		年齢	
	人数	%	平均値	標準偏差
男性	140	85.4	42.8	15.2
女性	24	14.6	42.5	10.5

表2 精神科診断内訳

	主診断		併存診断	
	人数	%	人数	%
F0	2	(1.2)	1	(1.2)
F1	17	(10.4)	11	(12.8)
F2	130	(79.3)	1	(1.2)
F3	11	(6.7)	0	(0.0)
F4	2	(1.2)	1	(1.2)
F5	0	(0.0)	0	(0.0)
F6	1	(0.6)	5	(5.8)
F7	1	(0.6)	9	(10.5)
F8	0	(0.0)	1	(1.2)
F9	0	(0.0)	0	(0.0)
合計	164	100.0%	29	33.7%

診断コードはICD-10に準拠

表3 対象行為の内訳

	人数	%
殺人	66	40.2
傷害	47	28.7
強盗	9	5.5
強姦・強制わいせつ	8	4.9
放火	34	20.7

表4 精神科受診歴および入院歴

	あり		なし		不明 人数
	人数	%	人数	%	
精神科受診歴	136	82.9	28	17.1	0
精神科入院歴	98	59.8	64	39	2
入院形態別					
措置入院	43	26.2	119	72.6	2
医療保護入院	45	27.4	117	71.3	2
任意入院	29	17.7	133	81.1	2

3 指定入院医療機関で行われる治療

①医療観察法の理念

厚生労働省の医療観察法ガイドラインには法の理念として以下の3項目が挙げられている。

- 「ノーマライゼーションの観点を踏まえた対象者の社会復帰の早期実現」
- 「標準化された臨床データの蓄積に基づく多職種チームによる医療の提供」
- 「プライバシー等人権に配慮しつつ透明性の高い医療の提供」

これらはいずれも医療観察法以前の精神科医療において課題とされていたものである。当時は、触法精神障害者を対象とした医療は、精神保健福祉法に規定される措置入院の制度のみであった。措置入院とは、精神障害のために自傷他害のおそれがある患者に対し、精神保健指定医2名の診察に基づき都道府県知事命令で強制的に入院治療を受けさせる制度である。なお、自傷他害のおそれがなくなった時には措置解除を行うべきとされる。措

置解除は、入院治療にあたる病院の精神保健指定医1名が判断することが通常の方法である。患者本人が退院請求を行い、精神医療審査会の判断に基づいて措置解除を行う方法もある。

医療観察法が施行される少し前にあたる平成13年、「精神科治療学」という医学雑誌で措置入院が特集された。そこでは複数の視点から措置入院制度の抱える問題点についての指摘がなされた。本論ではその中の二つに注目する。一つは措置入院の地域差に触れた岩尾の論文⁵⁾で、もう一つは自傷・他害行為のリスクの予測の困難さと、その責任の所在について論じた澤による論文⁶⁾である。

岩尾の指摘の中でも目を引くのが、措置入院の継続期間は東京都では3か月未満のものが62%であり、富山県では10年以上のものが62%を占めるというデータである。これほどの違いは両地域における患者層の違いだけでは説明できず、措置入院の制度の運用状況に大きな地域差が発生してしまうということが示唆されている。

極端な長期入院は現代の精神科治療の潮流から外れたものであるが、逆に、入院期間が短すぎて治療が不十分なまま退院に至る症例も存在しえる。どの程度の治療を措置入院の制度で行うべきであるのか、判断することは簡単ではない。澤は、措置入院は制度上の歯止めがあり漫然と長期継続することは困難と論じている。その上で澤は措置入院の運用状況のばらつきについて、「措置入院の入院基準、退院基準がはっきりしない」からであると指摘し、措置解除については、自傷・他害の予見を「100%判断することは精神医学の限界を超え不可能とするなら、それは解除判断するのもその指定病院の指定医の業務とするのでなく、公的立場の指定医にさせ、その判断の責任は都道府県知事が負うべきである」と論じている。

医療観察法においては「入退院基準をはっきりさせる」ためのきまりと「入退院の判断を裁判所の業務とする」という制度が定められた点で措置入院とは異なっている。まず入退院基準については、医療観察法の鑑定を行う際から、対象者は「疾病性」「治療反応性」「社会復帰要因」の三つの要素を軸

にその適用を検討される^(注)。疾病性とは、精神障害の有無と対象行為の関連を意味する。例えば、幻覚や妄想が対象行為と関係するの否かと言うことを判断する。治療反応性については、対象者の精神障害が治療によって改善するか、また、その改善を維持して日常生活に反映できるか、ということの評価する。社会復帰要因とは、対象者が地域の中で生活する上で必要な支援や、逆に対象者を不安定化させる要因を示す。例えば、訪問看護の利用で服薬の指導が必要であるとか、知人から大麻を入手して使用することが幻覚の再燃につながるなどという情報について検討する。措置入院の入退院判断（すなわち、自傷他害のおそれの有無）と比べて、上記三要素についての評価はより明確に行われるものと考えられる。

次に、本法で対象者を入退院させる判断の主体は、裁判所において精神科医1名と裁判官1名から設置される「合議体」である。さらに、病院は各対象者につき6ヶ月毎に入院継続の可否を判断し、詳細な情報を添付して裁判所に報告することが義務付けられており、その情報をもとに合議体が入院継続の必要性の有無を判断し、結論を出すことになっている。つまり、治療者と処遇の決定権を持つ者が異なるのである。合議体は医療機関から提供された情報をもとに対象者の入院継続の可否を判断するだけでなく、時に入院機関の治療担当者とカンファレンスを開催し、治療方針について共に検討する役割を持つ。このようにして各対象者につき、治療チームの外部からの評価が定期的に行われることは、治療水準を高め、そのばらつきを是正する圧力としても働いている。

その他にも本法の理念を実現すべくして行われている取り組みとして、指定入院医療機関は毎年相互に職員を派遣して治療内容を検討するピアレビューを行っている。近年においては入院が長期化している症例について検討することに注力されており、これも社会復帰の早期実現、治療水準の均てん化をめざすための仕組みとなっている。医療観察法入院機関は現在でも全国に30程度しかなく、国公立病院や特定独立行政法人に限定されるという条件があって病院間連携が可能になった側面もある。（平成21年6月30

日時点で精神科病院の総数は1,636施設、342,446病床である）

さらに、医療観察法入院機関における医療の透明性を担保するための試みとして、病棟に外部のアドボカシー委員を招聘していることも特筆すべきである。当センターでは病棟に外部の弁護士が定期的に訪問している。対象者が希望すれば病棟内で弁護士の面接を受けられるのである。

(注) 疾病性、治療反応性、社会復帰要因の三つは医療観察法の3要件と呼ばれ、最高裁の解説（最高裁判所事務総局：「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行ったものの医療及び観察等に関する法律」及び「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行ったものの医療及び観察等に関する法律による審判の手続等に関する規則」の解説：平成17年3月、刑事裁判資料第284号）で定義されたものである。

②入院治療の特徴

医療観察法の第1条には、対象者の「病状の改善及び他害行為の防止を図り、もってその社会復帰を促進すること」が目的として掲げられている。社会復帰は現代の精神疾患の治療において普遍的かつ重要な目標であるが、本法対象者においてはそこに他害行為の防止と言う中間目標が加わる。そこで指定入院医療機関での治療は、精神症状の改善を目指しつつ、暴力的な行動の修正にも配慮したものになっている。

精神疾患に対する治療技法には、薬物療法と非薬物療法（心理・社会的治療）が存在する。精神疾患に対する薬物療法の有用性は言うまでも無いが、一定の割合で薬物治療抵抗性の精神症状が出現する。また、薬物療法は症状に合わせて適切に調整できてこそ効果を発揮するが、幻聴や妄想を持つ者が自分の精神症状を正確に把握し表現できるとは限らない。病識欠如は精神疾患全般に出現し得る症状である。さらに、精神症状が悪化した際に適切な対処法を選択できないために暴力的な行動をとる者もある。それらの問題を解決する手助けを行い、薬物療法の治療効果を高めるのが非薬物療法である。

医療観察法の入院治療においては、多職種から提供される徹底した非薬物療法が特徴といえる。本法の病棟には医師、看護師、心理療法士、作業療法士、精神保健福祉士が配属されており、各職種が専門性を活かした治療プログラムを運営している。対象者は複数の治療者の支援を継続的に受けて、各プログラムに数ヶ月ずつの時間をかけて取り組むことになる。

医療観察法入院治療では対象者が自発的に治療に取り組めることに重きを置いている。治療者は対象者の疾病理解を深めさせるほか、健康的な生活を維持するための動機付けを行う。治療遵守の向上のためには、対象者の疾病受容を促進する必要もある。自身が病気であることを受け容れられない対象者は少なくは無い。それは精神科臨床の困難な課題のひとつであり、病識の欠如だけでなく精神疾患に対する知識不足、偏見や恐怖感などが複合的に影響している。

③入院治療の概略

医療観察法病棟では対象者ごとに医師・看護師・心理療法士・作業療法士・精神保健福祉士の5職種からなる担当チーム（multi-disciplinary team:MDT）が組織される。対象者は自分のMDTとのかかわりを軸として病棟内で生活し、それに加えて各専門家の運営するプログラムに参加して治療を受ける。MDTによる面接は対象者の入院直後から、対象者の病状や治療課題に応じて開催され、本人に対する疾患教育や、治療方針の決定、本人からのフィードバックなどの多彩な役割を兼ねている。

対象者は入院すると最初に「急性期」という治療段階に置かれる。「急性期」では精神症状の軽減や治療を受け容れること、病棟生活に慣れることが目標とされる。対象者が「急性期」の課題を達成したと判断される状態になると、病院の管理者の権限で治療段階を「回復期」に変更することができる。この段階の目標としては、病識の獲得、治療の必要性の理解、表現能力の訓練、衝動性のコントロールなどができると定められている。また、病棟から安全に外出することも目標となる。「回復期」の目標を達成すると、同様に「社会復帰期」に変更できる。この段階においては外泊訓練を行いながら家

族や援助者との関係を調整すること、また、疾病に対する病識や自らの行為に対する内省を深め、健康で安全な生活を送る動機を得ることが大きな目標となる。それらの目標を達成したと判断されると、指定入院医療機関での治療は終了し、退院が病院から裁判所に申し立てられる。

治療の評価には、先述した医療観察法の3要件が重要である。対象者の疾病性の理解、つまり正確に診断を付けて、症状がいかにして対象行為を誘発したのかを把握することが、再被害行為の予防の最初のステップとなる。治療反応性の把握は、治療によって対象者がどれくらい変化するかを予測し、それに合わせた治療計画を立てる上では重要な作業である。社会復帰要因の調整は、対象者を地域で生活させるために必須の条件であり、医療機関内外の様々な関係者の協力を要する。

病棟においては対象者の生活そのものに治療的な意味合いを持たせる工夫が為されており、それに加えて多岐にわたる治療プログラムが存在する。以下では具体的な治療内容について、いくつかの代表的なプログラムにも触れながら説明する。

・対象者の日常生活

入院した対象者には個室が与えられ、食事・洗濯・入浴などの身の回りのことや治療プログラムへの参加、余暇活動などに共有スペースを利用する。対象者の居住エリア^(注)は性別と治療の進み度合いに応じて分けられており、それに伴って病棟入院者が小グループに分けられている。各グループは生活エリアを共有するだけでなく、毎朝職員の協力を得ながらミーティングを行って、生活上の決まりごと（例：TVのチャンネルや食堂での座席など）を決めたり、一日の予定についての情報を交換したりする。その場で対象者同士のトラブルについて話し合いを持つこともある。また、社会復帰期グループでは、共同で調理実習を行うこともある。

(注) 対象者の生活エリアは、①急性期②回復期③社会復帰期④共用の四つに区分される。女性は総数が少ないため治療ステージを問わず共用エリアの

居室を貸与される。男性は治療ステージに応じて生活エリアを移動することが想定されているが、各エリアの病床数が限られているため、必ずしも対象者の治療ステージと生活エリアは一致しない。

・疾病教育

入院した対象者が治療の早期から導入されるのが疾病教育のプログラムである。全ての対象者は裁判所で審判を受け、診断名と対象行為の内容を含む決定を宣告されて入院機関へとやってくるのだが、自身の疾病とその症状や治療を正しく理解している対象者はごくわずかである。そのため入院機関のスタッフは、対象者が新しい環境に適応することを支援しながらも、対象者自身が疾病を受け容れ治療に取り組むことを促していく。

疾病教育のためのプログラムは、三段階の構成になっている。最初の段階では、スタッフの自己紹介や病棟のオリエンテーションから始まり、入院環境への適応を支援する。第二の段階で、疾病と治療について学び、病識の獲得を目指す。初期には精神疾患の一般論に触れ、次第に対象者自身の症状を検討するような構成になっている。また、第二段階からは対象者が集団で疾病について学び、ディスカッションを交わすような場面も登場する。第三段階は、病識を持っていることが参加条件であり、対象者の治療における主体性を育成し、再発予防へ自ら取り組めるようにすることが目標になる。この段階で症状悪化のサイン・再発予防のための方策についても検討し、クライシスプランを作成する。

・社会生活技能訓練・集団作業療法

対象者の中には対人交流、特に支援者への相談を不得手とするものも少なくない。そこで社会技能訓練（SST）や、集団作業療法が行われる。挨拶をする、会話を続ける、自己主張をするといったコミュニケーションの技術を、実践を通じて身に付けさせる。その結果、無用な他者との衝突を避けることができるようになったり、支援者への相談・連絡がより容易になったりすることを目指している。

SSTはプログラムの時間内にコミュニケーションの技法について練習し、それを日常生活で活用することが宿題とされる。これは獲得した技法が本人に定着し、実際の生活の中で活用できるようにすることを目的としたものであり、プログラムの重要な課程の一部である。MDTが対象者に課された宿題の練習相手を務めることも多い。

・他害防止プログラム

医療観察法の対象者には、精神科での治療を受けながらも対象行為を発生させたものも少なくない。彼らには、緊急事態に適切に対処する能力を獲得することが他害行為の防止に有用である。自身で解決できない問題に直面したときにどのように行動すればよいかを理解していない対象者も多いため、具体的な思考と行動のための技能を指導することも必要になる。

そのため、他害防止プログラムとして認知行動療法の技法を応用したトレーニングを行っている。プログラムは、問題解決法・かたより思考・社会的推論・コミュニケーションスキルの4部構成になっており、物の考え方やコミュニケーションの基本的な技法を一つずつ習得するように工夫されている。

・物質使用障害治療

物質とはアルコール・覚醒剤・大麻や脱法ドラッグなどの精神作用物質一般を示す。物質使用障害が主診断である場合に限らず、物質依存／乱用は精神障害者の暴力行為のリスクを増大させる因子として示されている⁷⁾。そこで病棟内で毎週1回、物質使用障害の集団療法を行っている。対象者は10名程度のグループを形成し、教材を用いてディスカッションを行う。

全ての入院対象者は臨床心理士によりスクリーニングされ、物質使用と対象行為に関連があると判断されると同プログラムへの参加が推奨される。松本によると①物質使用障害の治療効果は、患者が自発的に参加するか強制的に参加するかであまり変わらない②物質使用障害の治療効果はプログラム提供期間の長さに影響される、という特徴があるため、治療の必要性が高い対象者に対しては、入院期間を通して同プログラムへの参加が強く推奨される⁷⁾。

入院中には精神作用物質を容易に入手できないため、物質使用障害の治療の成果が問われるのは退院後である。物質使用を再開し、精神症状が悪化することを予防するために、様々な対策が講じられる。抗薬物の使用や、自助グループへの参加はよく用いられる手法である。

・内省プログラム

自身の疾病と事件の関連について学ぶプログラムも用意されている。内省プログラムである。今村らは、医療観察法対象者が自らの他害行為へとつながっていく生き方全体を振り返り、変化への動機と被害者への共感性を養うプログラムが必要であると述べている⁸⁾。犯罪加害者には共感性が乏しく暴力肯定的な価値感を持つものもいるが、それは彼ら自身の被虐待歴や暴力の観察学習を経て獲得された特性であることも少なくない。同時に彼らは自らの苦痛を否認し、健康的で向社会的な自己像を持ってなくなる。そのような者が「被害者の気持ちを考えなさい」と反省を強いられても、表面的な謝罪の言葉が出てくるに過ぎない。

そこで内省プログラムでは、以下の3点を目標に集団での治療に取り組む。①自身の心の痛み・悲しみ・怒りと言った感情に気づき、言葉で表現する。②自分の人生を受容し、肯定的な未来の自己イメージや自尊感情を育む。③他害行為に至った要因や同様の行為を防ぐ手立て、自分の果たすことの出来る責任について考える。責任については次のように説明されている。「自らの行動の結果を引き受け、「問題とされる行動」を振り返ること（説明責任）、その振り返りをもとに、将来の再他害行為を防止すること（再他害防止責任）、そして、被害者（家族や地域社会といったコミュニティを含む）に対する謝罪と具体的な償いの行動をとること（謝罪・賠償責任）」⁸⁾

内省プログラムでは具体的な作業として、疾病がどのように対象行為につながっていくかという関連性を図にまとめることを行う。対象者は自分史の作成、事件の振り返り、社会的責任の考察という課題に取り組み得たものを記録に残すことになる。治療者はそれを対象者と共有し、社会生活における治療計画・危機介入のプランを作成することにつなげていくことを支

援する。

なお内省プログラムに対しては外部からの批判もあった。曰く「事件当時を無理に振り返らせる治療法」「自殺を誘発させかねない」といったものである。批判の中にはプログラムの趣旨を理解せずに発せられたものもあるが、対象者の自殺との関連については検証されるべき課題と言える。対象者の自殺に関する統計情報は後述する。

・クライシスプラン作成

入院治療が終盤に差し掛かると、対象者が主体となり、症状のモニタリングと対処行動の一覧表を作成する。対象者の精神症状を健康～緊急事態まで3段階程度に分けて、各状態に応じた本人及び治療者の危機介入の方策をまとめた物を、クライシスプランと呼ぶ。例えば、幻聴や妄想などの精神症状が出現したら、本人は頓服薬を飲み、訪問看護師は主治医に連絡し、と言った具体的な計画を決めておく。そこでは必ず強制入院が必要となるような病状悪化時についても想定し、介入プランを作成しておく。クライシスプランには、精神症状が安定している時に作成された、強制治療に対する事前同意の意味合いが含まれる。症状悪化時には病識が失われると、対象者が自ら適切な治療を受けることができない。そのようなときに可能な限り本人が決めた方法で治療することを取り決めておくと言う点で、リビングウィルの発想と近い。

4 医療観察法による入院治療を受けた対象者の予後

本論ではここまで医療観察法指定入院医療機関における治療について説明してきた。本法による医療は、一般的な精神科医療と比べ、多くの時間と費用が必要とされる。それでは、効果の程はどうであろうか。コストに見合った効果を挙げていると評価することができるだろうか。以下に医療観察法対象者についての予後調査2つを要約して引用する。

・入院対象者の予後の詳細な調査⁹⁾

永田らは医療観察法入院機関から退院した対象者のうち、同意の得られ

た148名を対象に予後調査を行った。観察期間は4日から1,761日であり、中央値は750日であった。暴力的な他害行為の再発は5名(3.4%)にあり、内訳は、傷害1件、暴行2件、強制わいせつ1件、不明1件となる。その他器物損壊が1件発生した。また、自殺が3件発生した。この調査中に医療観察法による再入院が1件認められた。本法による通院処遇中に精神保健福祉法による入院は、58名が延べ93回行った。93回の内訳は、任意入院61回、医療保護入院31回、措置入院1回であった。調査期間に就労したことがある対象者は10名であった。

・対象者の全数把握¹⁰⁾

平田は平成20年12月末における医療観察法対象者の転帰を全数把握して報告した。それによると当初審判で入院処遇となった747例中474例が入院を継続中であり、215例が通院処遇に移行し、58例が処遇終了となっていた。入院からの移行群を含む通院処遇450例では、364例が通院を継続し、86例が終了していた。自殺数は12例(入院中3例、通院中9例)であった。

医療観察法の適用条件を鑑みれば、治療効果の評価には再他害行為の発生を指標のひとつとすることが必要だろう。また、精神科疾患の予後の重要な指標として対象者の自殺にも注目すべきだろう。次に、医療観察法以前の日本や、医療観察法病棟がモデルとした英国の司法精神科病棟における調査を引用する。

・昭和55年に心神喪失・心神耗弱と判断された患者の追跡調査¹¹⁾

Yoshikawaらは、昭和55年に、裁判所もしくは検察により、心神喪失もしくは心神耗弱と裁定されて入院した患者726人のうち、観察期間に退院して追跡調査が可能だった489人について平成3年まで追跡した。調査対象は統合失調症とその他の精神病性障害が合わせて67.3%、気分障害は8.6%、アルコール関連疾患が12.9%、覚せい剤関連疾患が3.1%であった。入院契機となった犯罪は殺人22.1%、傷害15.3%、暴行4.5%、強姦/強制わいせつ4.1%、強盗3.7%、放火14.3%であり、そのほかは

器物損壊、窃盗、詐欺などの犯罪であった。

追跡調査の結果は、52人(10.6%)に65件の暴力犯罪がみられた。再犯までの期間の中央値は669日、平均は977日であった。暴力犯罪の内訳は以下の通り:殺人10件、傷害33件、暴行15件、強姦/強制わいせつ4件、強盗3件。

・触法精神障害者の予後調査¹²⁾

高田は精神鑑定を受けるなどして措置入院になった患者32名(男性24名、女性8名)を調査した。触法行為の種類として、殺人が26例を占め、他に殺人+放火が1例、強姦未遂1例が含まれていた。診断は精神分裂病(筆者注:統合失調症の旧称)が28例を占めた。調査対象の患者のうち3名が自殺した。

・英国での調査¹³⁾

Daviesらは、1983年から2003年に英国司法精神科病棟(medium secure)に入院した595人について調査を行った。観察期間の平均値は9.4年であった。

調査対象のうち、4人が院内で死亡し、550人が退院に至った。550人のうち542人について再判決の情報が得られた。なお542人のうち、mental illnessに該当した364人のうち50人(13.7%)が、また、psychopathic disorderに該当した147人のうち22人(15.0%)が殺人、殺人未遂、強盗、強姦、放火について有罪判決を受けた^(注)。退院から再犯までの時間の平均は3.2年であった。

入院中に4人が死亡し、退院後に53人が死亡した。院内死亡を含めた57人の死亡のうち18人が自殺と認定され、8人は縊首や落下が含まれる死因不明の評決であった。

(注) 英国 mental health act の対象は mental illness, psychopathic disorder, mental impairment, severe mental impairment の4群にカテゴリーされている。精神病性障害や気分障害は mental illness に分類され、パーソナリティ障害が psychopathic disorder とされることが多いよう

である。日本の医療観察法対象者は、mental illness 群と相同性が高い。

本論において Yoshikawa らの調査を参照するうえで注意すべきは、同調査の対象には医療観察法の適応外となる犯罪（窃盗や詐欺など）で入院となった者が 40.5%を占める点と、他害行為の再発を公的記録から抽出している点である。Yoshikawa は院内で発生した暴力は検察の記録に残らないことが多いため、暴力の再発率を低く見積もることになると指摘している。また、Davies らの論文でも他害行為の再発を判決から抽出している。そのような様々な条件の違いから単純な比較は難しいが、Yoshikawa や Davies の調査で調査対象の 10%以上に暴力的な触法行為の再発が認められており、医療観察法対象者の再他害行為発生率は低く抑えられていると言えるだろう。

自殺の発生率については、高田の調査は小規模ではあるが、触法精神障害者の自殺が高頻度に発生することを示唆している。Davies の調査では 595 人のうち自殺は少なくとも 18 人にみられた。なお、平成 11 年時点での自殺死亡率（人口 10 万人対）は日本が 25.0 であるのに対し英国は 7.5 であった¹⁴⁾。国民全体における自殺率にこれだけの違いがあることを踏まえると、医療観察法による医療は触法精神障害者の自殺に抑制的であるとも考えられる。

くりかえし述べるが医療観察法とこれらのデータの比較においては、調査対象の疾病や罪状の違いがあり、単純な比較は適さないという問題がある。また医療観察法対象者の詳細な調査は同意取得者のみを扱っているということも、バイアスが発生する原因となる。医療観察法の治療効果を検証するためには、全ての対象者について再他害行為の発生や入院の有無、自殺の発生に至るまでを把握し、統計情報として公表するような制度が必要である。

5 医療観察法における指定入院医療機関の課題

入院期間について

平成 17 年度の厚生労働科学研究班において、指定入院医療機関で実施

されている評価尺度や社会資源調査に関するデータベースの解析を行った。入院期間を延長させる要因として「陰性症状が強いこと」、「日常生活能力が低いこと」、などが挙げられた。

平林らの調査¹⁵⁾によると、入院機関については平成 20 年度から一貫して中央値、平均値ともに長くなっており、入院期間は長期化する傾向が認められた。以下に同調査の結果を示す。

平成 23 年度の調査では、指定入院医療機関の推計入院日数が、死亡及び抗告退院を除き、処遇終了となった対象者と通院処遇となった対象者を対象として算出された。推計入院日数の平均値及び中央値は、それぞれ 729 日、841 日であった。入院日数と入院継続率との関係について図 2 に示した。

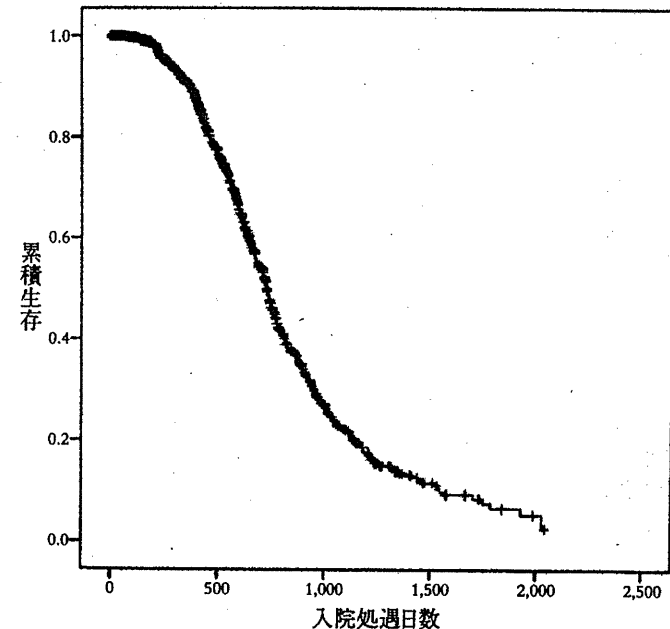


図 2 入院日数と入院継続率

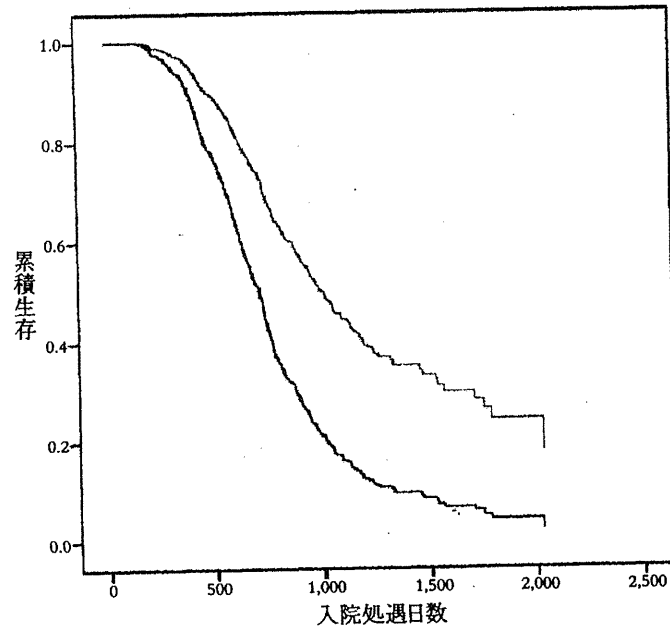


図3 転院経験の有無別 入院継続率 —転院有 —転院無

また、処遇終了となった対象者を除き、転院経験の有無別に、推計入院日数が算出された(図3)。推計入院日数の平均値及び中央値は、転院あり群: 1,134日、986日、転院なし群: 806日、686日であった。転院経験のある対象者の推計入院日数の平均値及び中央値は、転院経験のない対象者に比較して有意に長かった。

転院の有無による入院日数の違いには、対象者の診断や対象行為の種類、症状の重篤さなどが考慮されていない。そのため、もともと退院困難であった対象者が転院有群に多いという交絡因子も考えられる。

上記の調査からは、医療観察法対象者のなかでもより長期にわたって入院治療が必要になる一群が存在することが示唆される。それは陰性症状が強い、日常生活能力が低い、など短期的には改善が難しい要因と関連してい

た。一方で、治療反応性が極めて良好であったり、攻撃性・衝動性がすぐに改善するなどして、より短時間で社会生活に適応できるようになる者もいる。今後はこれらの違いに対応できるように、制度上の工夫がなされても良いと思われる。例えば英国の司法精神科病棟は、保安レベル、職員の配置や治療目標が異なる複数の種類が存在する。医療観察法指定入院医療機関においても、機能的な分化を検討しても良いだろう。

再他害行為と再入院

医療観察法の対象者の多数は入院処遇を受け、その後通院処遇に移行して治療を継続する。症状の悪化に応じて精神保健福祉法に基づく入院を利用しつつ、他害行為の再発を防いでいる。その治療効果の検証にはまだ時間が必要であるが、現在のところは一定の効果を挙げていると評価することもできるだろう。ただし従来の精神科医療と比較すると、本法の医療はかなりの費用と時間をかけて施行されるものと言える。

一つの問題としては、どれだけ手厚い治療を行っても、再他害行為をゼロにはできないことが挙げられる。これは医療の不確実性や再他害行為リスクの予測の困難さを考えれば止むを得ないが、すこしでも再他害行為を減らすための努力を続けるべきであろう。具体的には、再他害行為事例に関する詳細な情報を集積・分析し、それをもとに議論が進められるべきである。

もう一つは、入院の多さである。病状悪化の予防・治療のために入院をするのは現状では必要で止むを得ない対応である。しかし病状のコントロールが入院によらず達成できるのなら、そのほうがより望ましい。入院・退院の繰り返しは対象者の生活の確立を困難にするものであり、医療資源への負担にもなるからである。そこで、対象者が病院外で支援を受ける地域精神保健サービスが充実し、入院医療機関との連携を深めることが求められる。精神科医療がアウトリーチで提供されることが促進され、それを継続できるような医療政策も必要だろう。

医療観察法による治療のあり方について

最後に、触法精神障害者の治療を、一般精神科医療から切り離した制度

で行うことについての考察を行う。この制度には賛否両論があり、本法による医療が一般精神科医療の水準を大きく上回る医療資源を要求する事にも批判があるのは冒頭で触れたとおりである。

本法の処遇を受ける者の大多数は精神科受診歴があったにもかかわらず症状をコントロールできずに事件を起こしていた。逆に、精神科で治療を受ける者の大多数は重大な他害行為を犯したりはしない。また、治療中断は精神症状悪化と関連するが、治療中断後から対象行為までの期間には大きなばらつきがあり、「誰が、いつ、重大な他害行為を発生させるか」判断することは不可能である。そのため、一般精神科医療の水準を満遍なく高めることは、精神障害のために他害行為を犯す者が発生するリスクを減らすためには効率的でない。一方、暴力に関する研究では、暴力を予測する因子として過去の暴力そのものが有用であると示されている¹⁶⁾。つまり、触法精神障害者に対して重点的に医療を施すことは、効率的に再他害行為のリスクを減少させると考えられる。限られた医療資源で精神科医療のさまざまな問題に取り組まなくてはならない現状に対する暫定的な解決策が、医療観察法であると言えるかもしれない。

本法が直面する課題は、日本の精神科医療全体にとっての課題でもある。本法において得られた知見は共有され、精神科医療の進歩に役立てられるべきである。

参考文献

- 1) 医療観察法の施行凍結を求める—施行予定時期を目前にしての声明—日本精神神経学会ホームページ
(http://www.jspn.or.jp/ktj/ktj_k/opinion17_06_24.html)
- 2) 医療観察法指定医療機関の整備状況：厚生労働省ホームページ
(<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/sinsin/shikou.html>)
- 3) 村上優：医療観察法の見直し—指定入院医療機関より：司法精神医学4 (1);52-57, 2009

- 4) 宮田量治、他：医療観察法による遠隔地入院処遇のもたらす指定入院医療機関の負担について：精神神経学雑誌 111 (12);1485-1498, 2009
- 5) 岩尾俊一郎：地域差からみた措置入院：精神科治療学 16 (8);769-774, 2001
- 6) 澤温：入院措置解除をめぐる問題点：精神科治療学 16 (7);675-681, 2001
- 7) 松本俊彦：物質使用障害治療：司法精神医療等人材養成研修会教材集、日本精神科病院協会、精神・神経科学振興財団;393-397, 2007
- 8) 今村扶美、他：内省・洞察：司法精神医療等人材養成研修会教材集、日本精神科病院協会、精神・神経科学振興財団;406-410, 2007
- 9) 永田貴子：医療観察法入院処遇対象者の予後と予後に影響を与える因子に関する研究：平成 23 年度厚生労働科学研究費補助金 重大な他害行為をおこした精神障害者の適切な処遇及び社会復帰の推進に関する研究 分担研究報告書
- 10) 平田豊明：医療観察法の現在 5 年間に浮き上がった問題点 医療観察法の効用と限界をどう評価すべきか？ 法施行後 3 年半の予後調査から 司法精神医学 6 (1);41-46, 2011
- 11) K. Yoshikawa, Violent recidivism among mentally disordered offenders in Japan: Criminal Behaviour and Mental Health,17:137-151, 2007
- 12) 高田進：司法精神鑑定を受けた精神障害者の予後：米子医学雑誌 43 (2); 140-159, 1992
- 13) S.Davies, et al.: Long-term outcomes after discharge from medium secure care: a cause for concern, The British journal of Psychiatry; 191, 70-74, 2007
- 14) 諸外国の自殺死亡率：厚生労働省ホームページ
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/tokusyuu/suicide04/11.html>
- 15) 平林直次：入院医療における治療プログラムの多様化に関する研究：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）分担研究報告書
- 16) 吉川和男：HCR-20 第 2 版 暴力のリスク・アセスメント 日本語版、星和書店、東京、26, 2007

医療観察法と多職種チーム医療*

村上 優

独立行政法人国立病院機構琉球病院 院長

Key Words** 医療観察法、多職種チーム、ガイドライン、共通評価項目

はじめに

医療観察法は2005年7月15日より施行され、現在までに2,114名が医療観察法の医療必要性申し立てを受けて(表1)、現在は入院処遇が1,259名(表2)、通院処遇は936名が受けている(表3)。

医療観察法は、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行ったものについて、医療および保護を行うことが目的となっている。わが国で初めての法律モデルによる強制入院であり、心神喪失等の判断を行うには刑事精神鑑定を経て検察官が申し立てるか、または起訴後に裁判所で同状態にあるとの判決を受けて申し立てが行われる。申し立てが行われれば精神科医師による医療観察法鑑定と、保護観察所に所属する社会復帰調整官の生活環境調査を基礎として、審判やそれに先立つカンファレンスでは精神保健参与員が加わり、精神保健審判員と裁判官の合議で医療観察法医療の必要性に関して検討が行われる。医療観察法の始まりには治療チームとは異なる検察官、弁護士、裁判官などの法律家が実際、かつ具体的に医療の必要性の判断に参加することが最大の特徴である。

* Multi-disciplinary team and the law for medical treatment and observation of those who are not guilty by reason of insanity

** the law for medical treatment and observation of those who are not guilty by reason of insanity, multi-disciplinary team, guidelines, common assessment item for risk

これまでのメディカルモデルの強制力を用いた精神科医療では、治療を担当する医療チームに入院や退院の決定に関する権限が委ねられているが、医療観察法ではこれらの権限は医療チームになく、裁判所に治療経過や状態を報告して判断を仰ぐ。行動制限も外部評価委員を含めた倫理委員会の承認や報告が義務づけられており、医療チーム(とくに医師)に判断を白紙委任する体制でなく、法律や厚生労働省によるガイドラインで権限が明確に規定され、その権限は限定的である。

わが国の精神科医療における多職種協働チームの源流は、アルコール医療より始まるのではなかろうか。外科や内科は医師の指示で診断情報が集まり、医師の判断と指示のもとに治療を進めるために医師中心の多職種チームのヒエラルキーが作られている。精神科も薬物療法が中心で強制的入院が全体を支配していた時代は、医師中心のヒエラルキーが構成されていた。一方で契約での治療関係が主流で、有効な薬物療法の乏しいアルコール医療では、他の専門職種と医師との治療や処遇に関する技術力や権限について大きな格差はなく、専門性を同等に発揮する水平構造のチームと、判断に対する責任を明確にするため医師の判断を仰ぐ垂直構造が交差する協働チームとなっていた。

今日の精神科医療は、ノーマライゼーションの普及とともに自己決定やリカバリーモデルが重視され、当事者活動もさかんになり、またすべての精神科の臨床領域で多職種による多様な治療活動が進んだことにより、医師を頂点とするヒエラルキー構造ではなく、多様な専門性が有機的に協働するチームにシフトしてきた。

その完成型を目指したのは医療観察法の多職種チーム(multi-disciplinary team, 以下、MDTと

表1 申立件数 (平成23年3月31日現在)

北海道 (札幌)	東北 (仙台)	関東 (東京)	中部 (名古屋)	近畿 (大阪)	中国 (広島)	四国 (高松)	九州 (福岡)	合計
108	144	837	188	326	145	80	286	2,114

表2 審判結果 (平成23年3月31日現在)

入院	通院	不処遇	申立却下	取り下げ	合計
1,254	359	332	74	16	2,035

表3 通院(直接・移行通院) (平成23年3月31日現在)

	北海道	東北	関東	中部	近畿	中国	四国	九州	合計
直接通院	25	26	109	25	83	24	24	43	359
移行通院	34	56	226	57	79	30	15	80	577
計	59	82	335	82	162	54	39	123	936

いう)である。医療観察法医療を準備するに当たって、英国のMDTモデルを学んできたが、それ以上にアルコール医療の多職種協働チームを念頭に置き、精神科リハビリテーション、包括的地域精神医療を参考にした。また医師、看護師、精神保健福祉士(PSW)、作業療法士(OT)、心理療法士(CP)、薬剤師は言うに及ばず、法に基づいた病棟運用を行うために配置された事務職や、診療録管理士など専門職種協働の一端を紹介する。

ガイドラインに沿った医療

医療の均質化をめぐる、厚生労働省より指定入院(通院)機関運営ガイドラインと入院(通院)処遇ガイドラインが示されており、法務省より地域処遇ガイドラインが、最高裁判所は医療観察法および審判手続規則解説が示されている。法の施行に合わせて作成されており、実際に施行されて以降の知見を取り込んだ改訂はなされていないが、現在でも多くの点でガイドラインに沿った医療が実施されている^{1, 2)}。

指定入院機関における人員配置(多職種とその数)や人員の役割(管理者、精神保健指定医)、医療の質を確保するための会議(新病棟に係る外部評価会議、運営会議、倫理会議、治療評価会議)が定められており、これらを活用して多職種チームの運営が構成されている。処遇ガイドライ

ンでは「標準化された臨床データの蓄積に基づく多職種チームによる医療提供」が理念として明記され、多職種チームによる医療を前提とした治療の流れが制度化されている(図1)。

治療の基本は、対象者(医療観察法では「患者」とは呼称しない)ごとに担当MDTが構成されて治療を進める核となる。評価や治療計画、それに沿った治療の進行とモニタリング、再評価はこれらの担当MDTが基本案を作成する。その案を毎週開かれる治療評価会議で検討するしくみになっている。治療評価会議に参加するのは、病棟医長と医師、看護師長や看護師、それにCP、OT、PSWの代表で構成されて、担当MDTの評価や計画が見直されていく。また1週間の変化や課題を報告して検討を加えて、医療観察法病棟としてのコンセンサスを得ていく。この作業には各医療観察法病棟施設間での工夫がなされて一律ではないが、琉球病院では問題のあるケースや、定期見直しの場合には時間をかける治療評価会議を設定している。また院長も参加して、病棟スタッフとは異なった視点での検討をする機会もある。いわばMDTという治療チームが、専門職として同じ権限で情報を提供しながら検討した水平的な方針を、病棟として承認する過程である。

運営会議はステージ移行(急性期、回復期、社会復帰期)、初回の外出・外泊、入院継続や退院

の申し立てに関する事項を検討する。院長、診療部長、事務部長、看護部長など管理職と医療観察法病棟の中心スタッフ(医長、看護師長、看護師代表、コメディカルスタッフ)によって報告、検討、決定や承認が行われる。これは治療評価会議で決定権を持たない専門家の水平的な検討の過程を、責任を負う管理者が垂直的に承認していくプロセスである。文書での検討だけでなく、すべて実際にカンファレンスすることで、評価や治療方針は細部や深部にわたっても確認が行われる。琉球病院では管理職による判断根拠の確認作業や意見は厳しく、病棟の決定が差し戻される機会も多々みられる。権限が平等なMDTを基礎にして病棟チームの水平的な検討を前提にして、垂直的な決定をするシステムが十分機能することにより、病院として十分に責任を果たせる判断がなされるしくみになっている。緊急の運営会議も事故(離院や自殺、他害行為)などに対応して開かれ、現場に近いところで管理職が責任を求められるようになっている。

本人の同意によらない治療などに関しては、毎月開かれる外部委員(琉球病院では精神科医師)を交えて倫理会議で事前と事後の検討と評価が行われる。クロザリルの使用、m-ECT、同意のない持続性抗精神病薬注射製剤(デボ剤)は事前承認が前提であり、拘束や隔離、同意によらない注

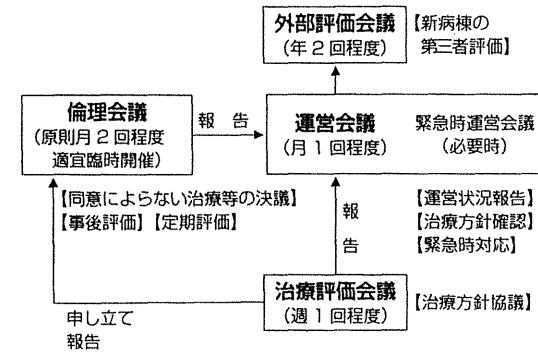


図1 各会議の位置づけ

射などの使用も事後に妥当性の検討が行われる。医療観察法病棟では隔離や拘束は比較のまれであるが、最近はクロザリルの使用に関する検討を提案することが多い。外部委員の同意がなければ院内委員が同意をしても実行できない決まりになっており、施設側は治療の透明性や説明責任を負っている。倫理委員会は月2回を原則としているが、琉球病院の場合は検討事項が少ないために月1回で、緊急時には臨時開催をしている。また外部委員は大学精神科教授や、県立病院院長、病院協会の代表など精神科医として見識の高いメンバーで構成されており、困難症例に関する検討の機会にもなり、施設を超えての治療や行動制限の妥当性の検証ができる。

医療観察法における多職種チームの構成

琉球病院では30床の病床に病棟医長1名(精神保健指定医)、担当医師(精神保健指定医3名、非指定医1名)、看護師43名(看護師長1名、副看護師長2名を含む)、CP3名、OT3名(専任2名、併任1名)、PSW3名(専任2名、併任1名)が配置されている。併任に当たるメンバーは医療観察法の通院処遇に係ることもあり、入院から通院の一貫性を保っている。通院処遇では可能な限り包括的地域精神医療を多職種で構成している。対象者全員に対して、5職種(医師、看護師、

心理士，作業療法士，精神保健福祉士）による担当MDTが構成される。当初より多職種協働が義務づけられている。

多職種チームの機能

対象者は各専門職種の専門による視点より多角的に評価を受けて，治療計画が立案され，定期的に見直し評価されて，治療ステージに沿って社会復帰に向けた工程がたてられる。いわば対象者の個別性を重視し一律ではない治療が構成されるが，そこで最も重要視されることは，当事者自身の治療への参加である。当然，疾病や対象行為を否認し，妄想的な世界から疎通が取れないケースも存在するが，多くは鑑定や審判の経過のなかで，自らの診断や症状について議論を聞く機会があり，その過程を経て処遇が決定されてきているために，まったくの治療拒否はまれで，なんらかの糸口が存在する。多職種の誰かが糸口を探り，疾病に関する情報を提供し，対象者の権利擁護を積極的に行い，共感しながら，治療の有効性を説いていくにはMDTの存在が前提となる。

各職種の役割は専門性により明確に分けられているわけではなく，相互の共同作業が進むと，互いの専門性の理解も深まり，疾病や個人を見る視点が進化し拡大する。ケースフォームフォーミュレーションを作業療法士が実施して心理療法士がフォローする。また集団療法でのファシリテーターや補助者の役割も入れ替わりながら運営される。SSTも看護師が主導して実施されることも一般的である。

認知行動療法は治療セッションだけでなく，ホームワークとして課題が出されると日々の生活中でサポートされ，実際の生活で現れた危機も即座に取り上げられるなど，重層的で切れ目ない治療が可能になる。すべてがいつでも多職種で構成されると感じられるのは，医療観察法のMDTの特徴といえる。

これらを維持するために，MDT会議，MDT面接，治療方針を決めるCPA（care program approach），治療評価会議（病棟で評価や治療を

方向づける），倫理会議（同意によらない治療や処置について外部委員を招いての妥当性の検討），運営会議（ステージ移行，処遇継続や退院の請求）などの，医療観察法での治療を支える枠組みが存在する。複数の協働機会が制度化されており，そのうえに裁判所が退院や入院継続・終了などの処遇を決定する法律モデルの強制入院制度が存在し，制度そのものが多職種により協働作業を加速する。裁判所（裁判官と精神保健審判員）が退院や処遇終了の権限を有しており，社会復帰を進めるのはMDTと対象者が協働して裁判所に回復を証明していく。主治医は医療の権限のすべてが委ねられている一般精神科医療とは異なる構造を有している。

MDTは対象者や裁判所を含めて，多様なコミュニケーションを行い相互の理解を深め重層的なチーム医療となる。

専門性の尊重を基盤とした役割補完，調整能力，関係性の構築がチームに求められる。あらかじめケアコーディネータは決められており，多くはプライマリナースがこの役を担う。彼らの成長は著しく，新しい看護師像を提供するといっても過言ではない。MDTの持つ凝集性や専門性が協働作業を，これまでのチーム医療とは違った水準へ押し上げている。

多くのスタッフに恵まれているからこそできることを列挙すると，次のようになる。第1にすべての対象者が多職種医療を受けることができる。第2に多様な治療（薬物療法，心理社会的療法）が可能になる。第3に隔離・拘束などが大幅に減少する。第4に常時観察などリスクマネジメントが緻密になる。第5に外出や外泊などの調整に多職種で関与して多角的な介入が可能となる。まだ地域との取り決めで，対象者の単独外出や外泊は認められず，この際の医学的管理には人手を要するために，外出や外泊の機会が制限されるなどの課題を有しているものの，グループホームへの試験入所も病院スタッフが関与して行われるので，これら施設の安心にもつながっている。

1. 現場の看護師の指摘

- ・多職種で対象者にアプローチすることで，退院に向け治療のクオリティが向上する。多職種でチームを組むので他の職種の仕事内容も少しはわかり，自己の知識の向上にもつながる。看護師がチームのコーディネータをする役割なので，対象者の退院までのプランをイメージするトレーニングになった。
- ・各職種が専門的な見方，接し方，評価をすることで，より専門的でクオリティの高い関わりができる。専門性を集結することで問題点の共有⇒治療戦略⇒実施⇒評価と治療，看護の継続性を保てる。チーム形成することでモチベーションの維持や困ったときの相談も簡単にできる（治療共同体）。
- ・看護師や医師は問題重視的な考えに偏りがちである。OT，CP，PSWが入ることでそこにのみ着目するのではなく，社会復帰に向けてどうアプローチするべきかがみえてくる。1人の対象者に多職種に関わることは1人の人間の人生（医療観察法における再犯防止や社会全体でフォローできる体制づくり，地域を巻き込む医療，ノーマラーゼーション）をも大きく左右する。
- ・クライシスプランを一緒に考えていく経過のなかで，対象者は退院後のイメージが明確になり，困ったときの相談者の分担等明確にイメージができ，実際にそれを役立てることができる。そのなかで入院時にやるべきチーム役割も明確になる。看護師1人で指導するのではなく，チーム全体で役割分担ができ，得たい結果につなげることができる（1人は憎まれ役，1人は逃げ道役，フォロー役など）。治療計画は対象者の意見を拾うことができ，方向性の修正も容易である。1人でやると偏りがちになるが，事前にMDTで話し合うことで偏りがなくなる。看護だけでは荷が重いケースは，負担が大きいと同じ情報を共有しているスタッフ同士で相談しやすく，精神的負担が軽減できる。
- ・各職種が専門的な関わりを行うことで，対象者自身もスタッフの職種を把握し相談することが

表4

大項目	中項目	小項目
精神医学的要素	精神病症状	6
	非精神病症状	9
	自殺企図	
個人心理的要素	内省・洞察	4
	生活能力	14
	衝動コントロール	5
対人的要素	共感性	
	非社会性	10
	対人暴力	
	個人的支援	
	コミュニティ要因	
	ストレス	
治療的要素	物質乱用	
	現実的計画	8
	コンプライアンス	
	治療効果	
	治療・ケアの継続性	5

でき退院につなげている。1つの職種だけでは負担になってしまうことも，チーム全体で関わることで，いままでの一般精神科と比較して退院に向けての看護展開がスムーズに行えている。各職種の職種内容を理解することで活用方法がわかり不在時はチームで各職種のフォローができる。

2. その課題

- ・医師，コメディカルは受け持ちが多いため，会議などがブッキングすることが多い。看護師は師長がスタッフをまとめる役割を担っているが，コメディカルをまとめる役割を担う人がいない。
- ・看護師は人数が多すぎて情報の共有が難しい。
- ・看護師はケアコーディネータを行う。看護師の経験や力量によりコメディカルへのアプローチに差が生じる。少人数のコメディカルの調整はシフト上難しい。看護師中心のプログラムを運営では，担当看護師を付けると観察者が不在になる。
- ・自分のチームのことでゆとりがなく，チーム以外のことは関心が薄れることがある。チームに任せきりになることもある。

そして医療観察法にとどまらずに「医療観察法から始まったMDTは、本来、一般精神や鑑定入院にあるべき形態だと感じる、医療観察法の医療を成功させることで一般精神に般化させるためにも質の向上を目指す必要があると感じる」との意見が主流である。

共通評価項目の設定

MDTの協働作業を支えているものに、「共通言語」としての共通評価項目の導入がある。医療観察法の医療は、本質的には一般精神科医療と異なるところはない。診断や治療においてその対象者の個性や、多重な課題に沿って緻密に提供されている。統合失調症が90%近くを占めるが、重複障害は知的障害18%、発達障害6%、物質使用障害12%、人格障害4%、脳器質性障害5%と多様な疾患が存在している事実により、その治療も多様さが求められている。

医療観察法医療で一般精神科医療とは異なる点を挙げれば、リスク評価を基本に据えた点である。そのためにHCR-20を基礎としつつも、わが国の精神科医療を念頭に置いて共通評価項目が作られた(表4)。これは過去の出来事や動かない項目(初めての暴力、家族歴、人格評価、PCLなど)は基本情報として押さえることとして、可変的な中項目17項目を挙げて、多職種で評価する方法をとった³⁾。

共通評価項目は基本的にはリスクアセスメントとして機能している。医療観察法での票と治療計画の立案は次のプロセスをたどるように構造化している。共通評価項目の各項目を評価して、暴力リスクについてどのような事態で生じるかのシナリオを想定し、そのシナリオに沿って、どれほどの事態の性質、深刻さの程度、頻度、切迫度、蓋然性を見立て、それに対するマネジメントプランを立案し、これを基礎にして全体的な治療評価と計画をたてる構造をとっている。

ガイドラインを始め、報告書には共通評価項目についての評価を行うことが定められており、各施設とも利用をしている。この評価の構造化が医

療観察法チームの下敷きで、これが共通言語となり意見交換が促進される。職種間でも、チーム間でも、施設間でも同様に使用しているために、医療の均霑化が図りやすい。多職種が有効に機能するためには、法の目的を体現する共通な言語を用いることが必要であり、そのために開発されたのが共通評価項目であった。

新しいチーム医療を求めて

医療観察法は、わが国で初めての法律モデルによる強制医療である。医療福祉関係者だけでなく、法律家(裁判官、検事、弁護士、人権擁護関係)が参加した医療体系である。そのために従来の個人の医師の持つ権限が著しく抑えられている。そのことが多職種医療を加速したともいえる。それぞれが専門職として機能するだけでなく、どのように協働するかを具体的に構造化してきた。

また、対象者全員へ多職種チームを適応してきた。治療評価会議・運営会議・倫理会議などの運用の構造化、共通評価項目のように評価の構造化などの枠はむしろ専門職種の自立を促してきた。対等な立場での協働はおのおのの専門性を高め、単なる多職種とは異なった次元へ医療を進めることができているのではと感じる。

今後はこれらを実際のデータで示すべきで、それは疾病の症状の改善や、病識や内省の深化、対人暴力など問題行動が改善して、その結果としての社会復帰の促進がどれほどに図られたかを示すべきであろう。

医療観察法の附則に述べられているように、医療観察法で得られた体験や効果を、いかに一般精神科医療へ還元するかは、医療観察法に携わる多職種ひとりひとりの役割でもある。

文 献

- 1) 厚生労働省：指定入院医療機関運営ガイドライン。
- 2) 厚生労働省：入院処遇ガイドライン。
- 3) 村上 優：共通評価項目に関する改訂及共通評価項目の研修のためのガイド。他害行為を行った精神障害の診断、治療及び社会復帰支援に関する研究(主任研究者山上 皓)平成19年度報告書, 2008。

特集 医療観察法の存続は可能か——5年後見直しを迎えて——

医療観察法の存続は可能か——指定入院医療機関より——

村上 優

1. はじめに

2005年7月15日に施行された医療観察法は5年を経て、見直しに差し掛かった。図1に示す医療観察法制度が評価を受けるとすれば、第1に医療観察法の入口にあたる「心神喪失等の状態」の評価である刑事責任能力鑑定が円滑に進んでいるか。第2に医療観察法の審判とそれを支える医療観察法の医療必要性に関する鑑定（医療観察法鑑定）が機能しているか。第3には医療観察法指定入院施設が法の目的である「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及び指導をおこなうことによって、その病状の改善及びこれに伴う同様の行為の再発の防止を図り、もってその社会復帰を促進」に向けた医療が提供できているか。第4には医療観察法の体制の下に地域移行と地域でのサポートが整えられたか。第5に医療観察法体制から精神保健福祉法での医療に移行したかである。

視点をかえれば医療供給の観点から、保安処分で議論になった「治療なき拘禁」ではないか、社会復帰促進という法の目的を個別に評価できるか、提供される精神科医療の質と量に関して評価できるか、国連人権原則などに沿った人権の基準を提供できているか、外部評価（行政的・精神医学的・市民的視点で）を受けているか、保護観察所におかれた社会復帰調整官がケアコーディネーターとしての活動を問うことである。医療観察法での精神科医療を抽象的に論じるべきでなく、過渡期的な不十分さを過大に評価せず、またDSPD (dangerous person with severely personality

disorder) のように人格障害を治療対象としている外国の動きを無前提に導入すべきでもない。

2. 刑事責任能力鑑定が円滑に進んでいるか

矯正処遇か医療的処遇かを決定する前提は責任能力の有無である。そのために行われる刑事精神鑑定は重要な意味を持つ。医療観察法がスタートして検事など一部の法律家しか目にしなかった精神鑑定が、弁護士や裁判官、様々な立場の医療関係者に検討されようになった。鑑定様式の提案やモデル化、刑事精神鑑定ワークショップなど研修機会の提供により、客観性や精神医学に基礎を置く判断過程を構造化して、鑑定を専門としない精神科医が参加できるように門戸が広がった。

心神喪失や心神耗弱により責任が問えないと判断されて、検察により医療観察法の申し立てが行われる。重大事件の場合に心神喪失は医療観察法医療の対象で、心神耗弱は刑が減刑されるが基本的に矯正処遇となる。心神喪失・耗弱の判断の差はその後の医療提供の原則に大きな隔たりをもたらす。一度矯正ルートに乗れば刑期が終わるまで変更はできないし、また医療処遇となればその後の経過で責任能力を問うべきと判断されても矯正処遇に移行することはない。わが国では法律的な処遇から治療処遇へのダイバージョンは一方向性であり、矯正処遇や治療の処遇を行った上で再検討して処遇を見直し変更する双方向性に処遇はできない。このために刑事責任能力鑑定と、検察や裁判での責任能力判断は重要である。重大な事件こそ裁判における心神喪失と心神耗弱の判断は

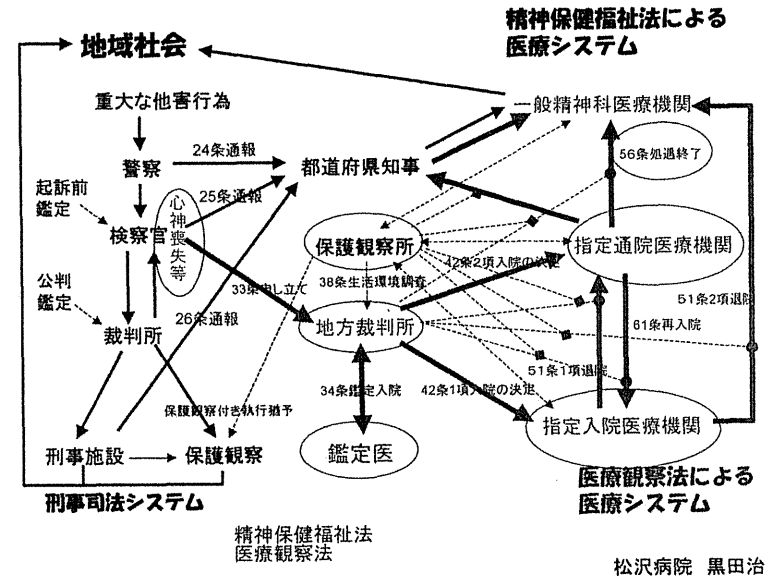


図1 精神保健福祉法による医療システム

その後の処遇に大きな差を生じる。心神喪失では医療観察法医療への申し立てがなされて医療への道がつくが、心神耗弱では刑が減じられて矯正処遇となる。統合失調症の寛解期や急性増悪初期では社会生活を営む中での行為であり、心神耗弱と判断されることも多い。事件を境に疾病が進むことが予測されても、現在の判断では矯正処遇となり医療に特化した処遇は受けることはできない。

医療観察法施行直後の1年間で対象行為にみた鑑定までの経路が報告されている(表1)²⁾。殺人の対象行為でも本鑑定は37.7%でしか実施されていない。傷害で本鑑定がされたのは9.6%と少なく、その多くは簡易鑑定である。簡易鑑定は迅速な処遇決定のため医療への接近性を良くするという利点はあるが、適正な処遇を決定するための鑑定の質と量のバランスでは問題が多い。刑事精神鑑定も医療観察法が施行されて増加している印象がある。これに携わる精神科医師も増加しており、適正な鑑定過程と精神医学的な妥当性をもつ

鑑定内容を得るためには、本鑑定の実施が求められる。

医療観察法の入院対象者は統合失調症圏が87.2%を占めることは、心神喪失や心神耗弱を前提として申し立てられることに由来する(表2)。しかし主病名は統合失調症でも重複障害が47%にみられ知的障害は18%、広汎性発達障害は6%、物質関連障害は12%に併存している(表3)。一方でパーソナリティ障害は少なく、これらの障害は治療へ導入せず矯正処遇、すなわち責任能力を認める方向で判断がされている証左である。しかし医療観察法施設間でのピアレビューを通じてみると、臨床現場では反社会性人格の要素が大きく、妄想や幻聴があるにしても統合失調症とは診断しがたい事例が入院となる症例が少数ながら存在していることも事実である。刑事精神鑑定と検察や裁判所における責任能力判断にさらに注目する必要がある³⁾。

著者所属：独立行政法人国立病院機構琉球病院

表1 対象行為にみた鑑定までの経路

鑑定までの経路	殺人 n=53	放火 n=53	強盗 n=53	強制わいせつ n=13	傷害 n=13	合計 n=187
措置入院あり (%)	5 (9.4)	9 (24.3)	2 (18.1)	4 (30.8)	11 (15.1)	31 (16.6)
簡易鑑定あり (%)	34 (64.2)	24 (64.9)	8 (72.7)	8 (61.5)	52 (71.2)	126 (67.4)
簡易鑑定のみ (%)	23 (43.3)	23 (62.2)	8 (72.7)	8 (61.5)	49 (67.1)	111 (59.4)
本鑑定あり (%)	20 (37.7)	3 (8.1)	0 (0)	0 (0)	7 (9.6)	30 (16)
本鑑定のみ (%)	7 (13.2)	2 (5.4)	0 (0)	0 (0)	4 (5.5)	13 (7)
鑑定なし (%)	5 (9.4)	9 (24.3)	2 (18.1)	4 (30.8)	11 (15.1)	21 (11.6)
不明 (%)	4 (7.5)	0 (0)	1 (9.1)	0 (0)	3 (4.1)	8 (4.3)

表2 医療観察法入院対象者の状況 (2009年3月1日現在)

Fコード	診断	男性	女性	合計	割合
F0	器質性精神障害	7名	2名	9名	1.90%
F1	物質使用障害	27名	1名	28名	5.80%
F2	統合失調症	345名	76名	421名	87.20%
F3	気分障害	10名	9名	19名	3.90%
F4	神経症性障害	2名	0名	2名	0.40%
F6	パーソナリティ障害	2名	2名	4名	0.80%
	合計	393名	90名	483名	100%

表3 入院対象者における重複障害

	合計
n	511
知的障害	90 (18%)
広汎性発達障害	32 (6%)
物質関連障害	60 (12%)
パーソナリティ障害	21 (4%)
F4障害	8 (2%)
F0/G4障害	24 (5%)
身体合併症	76 (15%)

3. 医療観察法の審判とそれを支える

医療観察法鑑定

医療観察法は目的を「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者に対し、その適切な処遇を決定するための手続等を定めることにより、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及び指導をおこなうことによって、その病状の改善及びこれに伴う同様の行為の再発の防止を図り、もってその社会復帰を促進することを目的とする」(第1条1項)と規定し、社会復帰が最終目標であるとしている。医療観察法の医療必要性は3要件(疾病性・治療反応性・社会復帰要因)の判定で、1要件でもなくなれば医療必要性は構成しないとされ、2009年8月の最高裁決定でも確認された。

医療観察法の申立件数と審判結果(2005年7月15日~2009年12月末)は1,632件で、審判結果を示した(図2)。この全国規模でみると入院・通院・不処遇・申立却下の判断傾向は現在までも大きくは変化していない。

医療観察法により医療必要性の鑑定については、厚生労働科学研究班によるモデル鑑定書やその様

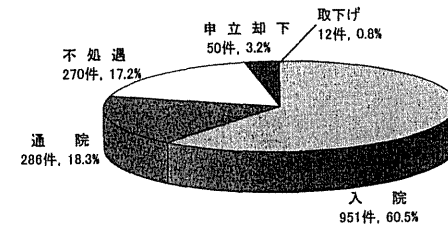


図2 医療観察法の申立件数と審判結果 (2005年7月15日~2009年12月末) 1,569件

表4 精神保健判定医養成

	平成17年	平成18年	平成19年	平成20年	平成21年
人員	449	659	796	873	905

表5 精神保健参与員養成

	平成17年	平成18年	平成19年	平成20年	平成21年
人員	405	524	621	714	737

式を基本とした書式が提案された^{1,2)}。司法精神医療等人材研修企画委員会としての判定と処遇に関するガイドラインを示したにすぎず、厚生労働省や法務省としては明確なものは示しておらず、最高裁判所は「心神喪失者等医療観察法及び審判手続き規則の解説」を提示している。司法精神医療等人材研修企画委員会による年3~4回の研修会(仙台・東京・大阪・福岡会場)は5年を過ぎ、精神保健判定医のべ3,682名と参与員のべ3,001名が受講している。鑑定医や審判員、参与員としての裁判所でのカンファレンスや審判実務を経ることによって医療観察法への理解が深められ、また厚生労働省による判定事例研究会により事例検討によって均霑化が図られている(厚生労働省ホームページ)。

鑑定医の資質の向上の取り組み、医療観察法鑑定によって精神鑑定の視野が広がり、司法精神科医の養成が求められる全体の底上げが図られた。刑事責任能力鑑定でも、多くの精神科医師など専門家が重ねて鑑定書に目を通すために、鑑定人の判

断に対するフィードバックがかかるようになった。

医療観察法医療必要性の3要件(疾病性、治療反応性、社会復帰要件)の概念が定着し、非自発的入院の論理、判断能力についての医学的検討などが行われるようになった。今後は治療反応性や社会復帰要因についてコンセンサスを得る必要がある。また鑑定では個々の鑑定医の見立てと主義を超えた客観性が求められる。

裁判所との問題共有は審判に伴って実施されるカンファレンスによって、決定がどのような効果や意味を持つかの検討が求められるようになった。裁判官の精神障害への理解やとらえ方が広がり、実際の精神科臨床と一致した判断が得られるようになった。特に当初審判をしたチームによって、その後の経過も追っていくと、症状改善までの経過、治療の障壁となる問題を共有するようになった。当初審判だけでなく、入院継続や退院時の審判でもカンファレンス方式がとられるようになった。退院審判では疾病性と社会復帰要因のバランスが議論の争点となることが多いが、これらの審