

定事例ケースブック」)の形で公表し、制度を円滑に運用する上で有用な情報を提供することによって、精神保健判定医の質のさらなる向上を図ることを目的とする。

2. 養成研修会受講生アンケート

初回および継続両方の受講生を対象に全会場でアンケートを実施し養成研修会の実際を把握し、司法精神医療等人材養成研修企画委員会(以下「企画委員会」という)に対し養成研修会プログラムの改善提言を実施することを目的とする。

3. 医療観察法入院プログラム紹介ビデオDVD版作成

指定入院医療機関の医療の質を均霑化し、かつ、精神保健判定医が正しく治療可能性を判定するのを目的として、医療観察法入院プログラムを紹介し周知するために作成したビデオのDVD版を作成する。

4. 医療観察法仮想判定事例ケースブック配布およびアンケート

制度を円滑に運用する上で有用な情報を提供し精神保健判定医の質のさらなる向上を図ることを目的に、前年度作成した医療観察法仮想判定事例ケースブックを精神保健判定医に配布しアンケートを実施する。

B. 研究方法

1. 判定事例研究会への事例提供と判定事例ケースブック作成

ア 判定事例研究会への事例提供

厚生労働省が判定事例研究会を主催し、研究班が事例を提供する。

厚生労働省が都道府県精神保健福祉主管部(局)からの推薦を受けて受講生を決定し、平成24年度は、11月30日東京、12月14日仙台、1月25日大阪、2月22日福岡の4会場で判定事例研究会を開催する。1事例あたり合計105分 1)事例提示者の発表時間20分、2)受講生からの事実確認質問受け付け5分、3)各班での討論40分、4)

班長から発表・討議20分、5)講師補足説明10分、6)回答用紙記入時間10分で実施する。

討議する内容は、研究班で協議し、1)診断名、2)弁識能力、制御能力、3)疾病性、4)治療可能性、5)同様の行為を繰り返す具体的、現実的可能性、6)医療観察法の処遇、7)さらに知りたい情報とし、結論・理由についてまとめた。回答用紙は、同様の項目で構成し、グループの意見にかかわらず、受講生個人の意見として各事例ごとに匿名で記入してもらい、同意を得た場合、判定事例研究会の最後に回収する。

イ 判定事例ケースブック

判定事例研究会で検討した事例を大幅に仮想化し、医療観察法の審判や鑑定の考え方の道筋を指し示し判定事例ケースブックの形で整理する。

ケースブックの構成は、以下のようにする。A)事例の概要【年齢 性別】【鑑定时診断】【対象行為】【家族歴】【生活歴】【現病歴】、B)事例の検討【診断名】【弁識能力・制御能力】【疾病性】【治療可能性】【同様の行為を繰り返す具体的現実的可能性】【医療観察法の処遇】、C)その後の経過、D)論点の整理

【倫理的問題の有無の検討】本研究は、医療観察法の鑑定・審判・医療の目的で収集されたデータを事後に検討し、今後の鑑定・審判・医療の向上をはかるものであり、介入を伴わないレトロスペクティブな観察研究に該当する。本研究はケースブックや学会・論文発表という形式で公開の研究発表を意図しており、連結可能匿名化情報を扱うので、「臨床研究に関する倫理指針」(平成20年7月31日改)の適用範囲となる。個人情報の保護について、公表にあたって被験者が特定されないようにする。

判定事例ケースブックモデル事例作成に際して、個人情報保護し事例が特定されないように、以下の点に留意し仮想モデル化した。1) 氏名・住所・や学校名、病院名、会社名などすべての固有名詞は出てきた固有名詞の順にA、B、C、・・・などアルファベット1文字のみで記載する。2) 年齢については、30代等と記載し明示しない。さらに、例えば30代を20代に変更することも考慮する。3) 性別や家族構成についても、可能な限り変更する。4) 出来事についても、可能な限り改変し、特定されないように対処する。

2. 養成研修会受講生アンケート

養成研修会の実態を把握するため、平成24年度は全会場、全職種418名(判定医153名参与223名福祉職42名)にアンケート(資料1)を実施した。

アンケート項目は、平成19年以降同一であり、0初回・継続の別 1参加種別(精神保健判定医・精神保健参与員・福祉職) 2判定医について、刑事責任能力鑑定の経験有無(簡易鑑定・嘱託鑑定・公判鑑定) 3判定医について措置入院の要否に係る診察の経験有無 4研修内容全体の有用性について 5講義内容全体の理解度について 6特に有用と思った項目 7もっと理解を深めたいと思った項目 8内容が重複していると思った項目 9今後の研修会の進め方等についての意見で構成した。

3. 医療観察法入院プログラム紹介DVD版作成

受講生アンケートで、「入院医療はビデオや見学ができるイメージがしやすい。」という意見があり、平成20年度にプログラム紹介ビデオを作成し、精神保健判定医等養成研修会や従事者研修等において、指定入院医療機関の入院医療の説明に使用した。

今回、幅広く医療観察法の医療を紹介するのに使用できるようDVD版作成する。

C. 研究結果

1. 判定事例ケースブック用仮想事例作成

【対象者】50歳代、女性

【対象行為】傷害(生活訓練施設内)

【家族歴】父はアルコール依存症に罹患し妻への暴力があった。妹はX-20年頃、非定型精神病の診断で精神科に通院している。

【既往歴】特記事項なし

【生活歴】同胞3人第2子長女として出生し、発達に異常なかった。物心ついた頃両親が別居し母がパートをしたが、生活は苦しかった。

対象者は小中学校で勉強は苦手だった。兄の印象では可愛いくおとなしい子供で、友達が少なく妹と遊ぶことが多かった。中学時代は運動部に入部し非行歴はなかった。成績不良のため高校進学は諦め、中学卒業後就職したが半年ほどで辞め職場を転々とした。

【アルコール・薬物歴】依存症と診断されたことはないが20歳代より大量飲酒が続いた。入院中や施設内では飲酒しないが、退院・退所後、酒や浪費で金を使い果たし家族に繰り返し無心した。違法薬物使用歴はない。

【現病歴】対象者によると、23歳頃初めて幻聴が聞こえ、その後消えることなく、25歳時、「やれ」という声が聞こえた。同僚にもその声が聞こえていると思い、自分がやられるのではないかと気が気ではなく、福祉センターに相談し、精神科病院に1年間入院した。

30歳ごろ、「死ぬ」との幻聴が常に聞こえ精神科病院に入院した。退院先がないとの理由で長期の入院(5年、12年)であった。対象者によると「入院後も幻聴は消えることはなかった。自分は病気と思っていなかったが、言われたので仕方なく入院していた」。

X-4年、退院後、対象者は生活訓練施設に入所し問題行動を認めなかった。X-1年に退所し、実家で母と兄と妹の4人で生活した。対象者は、生活保護費が入ると酒や買い物で保護費を使い果たしたため、再度生活訓練施設へ入所した。再入所後、金銭への執着が強く、施設の使用料の説明を再三求めた。声が大きく怒鳴るように話すため、一部の入所者は恐がったが暴力行為はなかった。対象者によると「出て行け」との幻聴が常に聞こえた。

【対象行為前後の精神状態】X年Y月上旬抗精神病薬を自己中断し、対象行為前日昼食

時に他入所者がぶつかり食事がこぼれて対象者の服についた時に易怒的になり大声で、「こんな国籍不明の著名なスパイがいるからしゃべりたくないんだ。わざとやっている。外にも国籍不明の人が、ここにはたくさんいる」と怒鳴った。入所後このような易怒的な行為は初めてであった。対象行為当日、朝礼時にも妄想的内容を大声で怒鳴り、職員が話を聞いても滅裂で何度も同じ話を繰り返すため、受診した。退所者は、入院を勧められたが拒否し、フルデカシン 1A を筋注され経過観察になった。同日夜、隣室の女性入所者の声で「一日中でもしゃべるよ」という幻聴が聞こえ、眠れなくなりイライラし、対象者は追い詰められ切羽詰り、被害者が気に入らない女同士を対戦させようと仕向けていると思い込み、被害者を傷つけて今後そういう事をしないように脅かそうと考えた。足音が聞こえたので包丁を持って廊下へ出て、廊下にいた被害者に声をかけ、いきなり斬りつけて全治1か月の重傷を負わせた。その後、特に取り乱すことなく、警察に逮捕された。

X年Y+4月まで起訴前嘱託鑑定が実施された。対象者は、被害関係妄想に支配され、滅裂で思路障害も著明であり、心神喪失と判断とされ、医療観察法の申し立てがされた。

【医療観察法鑑定中の治療と精神状態】医療観察法鑑定入院直後、常に独り言があり、幻聴は継続し、電波体験も訴え、易怒性も認めため隔離室で治療を開始した。薬物調整で易怒性は改善したが、幻聴や妄想は持続した。

対象行為前、通院が不規則で薬を飲み忘れていた可能性を指摘すると「足が痛かったから薬をのまなかった」と答えた。対象行為に関する話をすると、他に犯人がいると確信し反省の言葉は全くない。病識は欠如したままで、服薬管理がされなければ怠薬し症状再燃し同様の対象行為を起こす事が懸念される。

【臨床検査】血液検査、尿検査、頭部MRI、胸部X線、心電図とも異常所見は認めなかった。

【心理テスト】WAIS-III知能検査：全IQ72、言語性IQ82、動作性IQ67で言語性IQ>動作性IQであった。視覚的短期記憶が低く、物事を素早く処理する事が苦手だと思われる。ロールシャッハテスト：反応数9で、情緒的な混乱や防衛的な態度の表れと考える。想像性に欠け衝動性は認知されずに抑圧され、退行した状態である。

【医療観察法鑑定主文】

(1) 疾病性：妄想型統合失調症 (F20.0) と診断する。対象行為は幻聴に支配され被害関係妄想と思路障害と自我障害を呈し思考・感情が著しく障害された状態で行われた。

(2) 治療反応性：統合失調症に対し抗精神病薬は有効であり、対象者についても一定の効果を認め、易怒性は改善し会話の疎通も良く治療に協力的になったが、同級生の幻聴やテレパシー等の症状は持続した。

(3) 社会復帰要因：対象者は「自分はちょっとやっただけで大げがさせてはいない。他に犯人がいて自分は濡れ衣を着せられた」と確信し内省が全くない。今後適正な治療介入を行わなければ、同様の暴力行為を繰り返す可能性は高いと考えられる。医療観察法という明確な法律的な枠組みがあれば、対象者は治療的接触を得やすいが、通常の治療関係では退院後の対応が非常に困難であろう。

【決定】対象行為7か月後入院処遇となった。

【指定入院医療機関での主な治療内容】

①薬物療法 リスペリドン 12mg、オランザピン 20mg、クエチアピン 600mg、ゾテピン 400mg を投与したが、幻覚妄想に支配された病状は不変。服薬コンプライアンスも不良で処方変更にも強く抵抗する。水中毒・頸部ディスキネジアも持続した。

②疾病教育、個別心理面接 病識を欠いた状態が続いた

③内省、個別面接 対象行為の否認が続いた

④集団プログラム（作業療法・ミーティング等） 参加は受動的だが、特に問題ない。

⑤個別のセルフモニタリング 病状理解には繋がっていない。

⑥外出訓練 外出時に特に問題行動はない。

⑦病棟内生活は自閉的であり、時に強い口調になることはあるが暴力には発展しない。

【X+2年8月（4回目の入院継続）時に裁判所に提出された医療観察法入院治療経過】

薬物調整を続け不眠や易怒性は改善したが幻覚妄想は活発で、現実と病的世界の区別ができない状態が続いている。

対象行為について「自分はちょっとやっただけで第1発見者の女性が本当の犯人。」と話し続けるが、「怒鳴ったことは悪いことをした。謝りたいと思います」とも話し、表面的ではあるが被害者への謝罪の弁はある。

疾病教育等治療プログラムへ参加するが、「不眠症だけが病気」と話し、病識を欠き、症状や治療の必要性の理解は進展がない。

服薬コンプライアンスも不良で処方変更にも強く抵抗し、副作用として水中毒・頸部ディスキネジアも持続した。

個別心理教育として、本人と「人目が気になる」「睡眠」「食欲」「生活で困っていること」「今日の総合点」「声のきつさの点数」をモニタリングのポイントとして共有し、毎日職員と一緒にシートに記載しているが、病的

体験に支配され、病状の理解には繋がらない。

家族は、これまで本人の自己中心的な言動に振り回されてきたため退院後の支援・同居を拒否し、その他本人を支援する人はいない。

施設内の対象行為であり、単身生活を考えざるを得ないが、退院後の単身生活能力は課題が多い。特に金銭管理については、金が手に入れば無計画に散財し、お金が少なくなれば我慢するパターンが入院中にも認められる。これまでの経過で、他者からの監督が無い状況で、怠業・飲酒・浪費を繰り返しており、監督がない環境では、容易に治療中断し生活も破綻すると予想される。本人はそれを問題とは考えず洞察も進んでいない。病識や事件の内省も欠き、生活能力も乏しく退院地は未定である。生活保護を受給し経済的な基盤はあるが、金銭・病状・生活・安全管理能力を欠き、退院後の支援体制も未定である。

幻覚妄想に支配された言動が続いているが、病棟内では、治療継続や生活は確保できており、ストレス時に易怒的となり大声はあるが、暴力に至ることはない。

本人は治療が終わり退院可能な状態だと考えており、治療者の課題や問題点の提示は拒否が続き、退院に向けての具体的な計画案を立案できない状況が続いている。

【4回目の入院継続審判での裁判官の意見】

2年を超える医療観察法入院継続審判事例であり、審判前に裁判所にて裁判官・審判員・参与員、医療観察法病棟担当職員が参加しカンファレンスが開催された。裁判官より「現時点で、入院生活では治療も担保でき、対象行為と同様の行為を防止することが可能となっているのではないかと。医療観察法入院では社会的入院を認めることはできない。現時点で病状の改善が見込める明確な治療方針がなければ、治療反応性がなくなったと判断し、処遇終了を検討する必要がある。」との意見があった。

【その後の治療経過】

治療抵抗性と判断し、倫理会議承認後 X+2 年 10 月よりクロザピン投与開始した。クロザピン 200~300mg に増量した時期より、拒否的な態度を認めなくなり、疎通性や接触性が改善し、現実的な話が可能になり、幻覚妄想は改善し病的体験に支配された言動が少しずつ減った。クロザピン 400mg を継続し、幻覚妄想は持続しているが心理的距離が取れ、それに影響された発言はなくなった。以前は気に入らないと威圧的・一方的に持論を話し続けたが、周囲の意見を受け入れ自身の考えを修正できるようになった。

「クロザリルに変わって楽になったので

続けたい」、「以前はすぐに怒っていたが、今は怒らずに冷静に対処できるようになり、クロザリルの効果だと思う」と話し、治療の継続必要性を理解し内服自己管理を続けた。

対象行為について、「自分はちょっとやっただけで、第 1 発見者の女性が本当の犯人」との妄想的解釈は変化ないが、被害者を刃物で切りつけたことは認め謝罪の言葉もでている。2 度と同様の行為を行ってはならないこと、そのために治療が必要なことは理解し、同様の行為の防止は可能になった。

X+3 年にグループホーム管理人が面会し、翌月より退院を想定した生活訓練を開始し、翌々月には外泊訓練を開始した。生活保護を受給し金銭管理も外泊でも現実的な使用ができ、断酒を続け浪費はしないと決意は高い。

退院後の週 4 回デイケア参加、週 1 回訪問看護、週 1 回通院を計画し、その訓練を続け、ケア会議を行い、地域支援体制を整えた。

X+3 年退院し、グループホームで金銭管理・飲酒・浪費の問題もなく職員の評価も良好である。クロザピンの内服も継続している。

【論点の整理】

本事例の論点は以下の 2 点に集約される。

- ① 統合失調症の治療可能性判断のあり方
- ② 1 年半を超える医療観察法入院の審判のあり方

本事例がクロザピン発売前ならば、治療可能性が非常に乏しいこと、精神保健福祉法の入院であれば他害リスクも軽減できることより、この時点で処遇終了の判断も可能と考える。現在では治療抵抗性統合失調症者に対し、高規格の病棟と人員が配置されている医療観察法では、高度な医療の提供が求められている。現在の日本の医療水準から考えると、医療観察法では治療抵抗性統合失調症者に対し、積極的にクロザピンの処方を行い、その効果判定後に処遇を検討すべきと考える。

また、病状改善の見込みが乏しいままでの漫然とした入院処遇の継続は避けなければならない。1 年半を超える入院対象者の入院継続審判前には、裁判官・審判員・参与員・入院医療機関職員（必要があれば対象者も）が参加するカンファレンスを開催し、治療内容をチェックする機能が必要である。

2. 精神保健判定医等養成研修会受講生アンケート

1) アンケート回収率・参加種別

平成 24 年度研修参加職種構成は、当該研修実施者の統計で、判定医 37% (初回 32%)、参与員 53% (初回 49%)、福祉職 10% (初回

19%)であった。

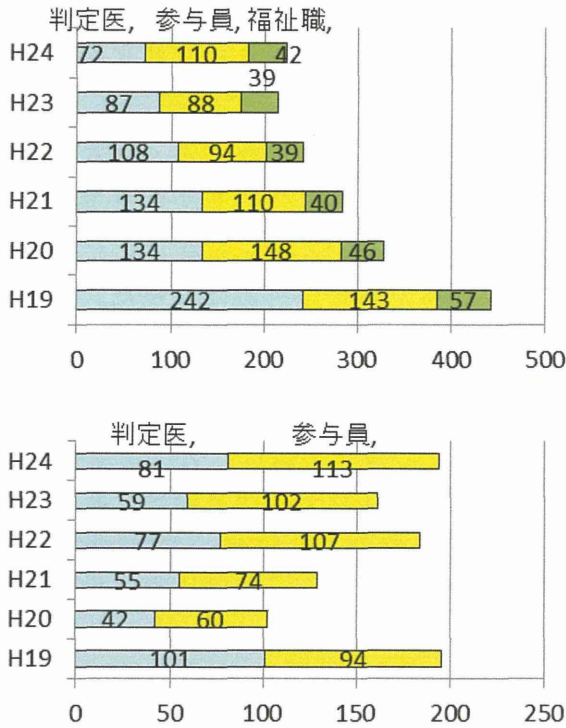


図1 参加職種初回 (上) 同 継続 (下)

全会場、全職種で初回参加者 224 名および継続研修参加者 194 名合計 418 名中 364 名から回答を得た。アンケート回収率は 87.1%であり、昨年の回収率 84%を上回った。

2) 判定医の責任能力鑑定経験の有無

平成 19 年度から平成 24 年度までの 6 年間の初回研修会参加者判定医 653 名が責任能力鑑定経験について回答し、鑑定経験あり 51.1% (334 名)、なし 43.5% (284 名)、無回答 5.4% (35 名)であった。責任能力鑑定経験者は若干無経験者を上回る程度の低い割合であった。

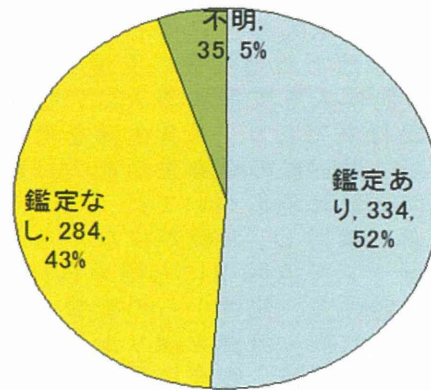


図2 H19-24 年度累計初回責任鑑定経験

平成 19 年度から平成 24 年度まで 6 年間で責任能力鑑定経験がある判定医の鑑定内訳は、簡易鑑定のみ 135 名 (41%)、起訴前嘱託鑑定のみ 22 名 (7%)、簡易鑑定および起訴前嘱託鑑定 58 名 (17%)、公判鑑定のみ 32 名 (10%)、簡易鑑定および公判鑑定 17 名 (5%)、起訴前嘱託鑑定および公判鑑定 8 名 (2%)、全て 37 名 (11%)、鑑定経験内容無回答 24 名 (7%)であった。公判鑑定経験は 94 名 (29%)であった

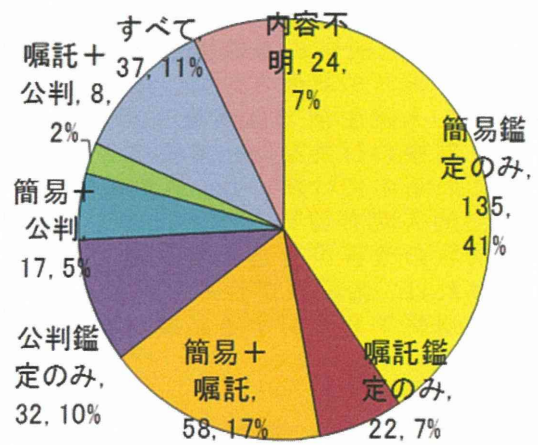


図3 判定医責任能力鑑定経験累計 H19-H24

3) 研修の有用性について

平成 24 年度は全体で有用 70%まあまあ有用 27%あまり有用でない 0%有用でない 1%無回答 2%であった。有用と答えたものは昨年度より 4 ポイント増え最近 6 年間で最高であった。

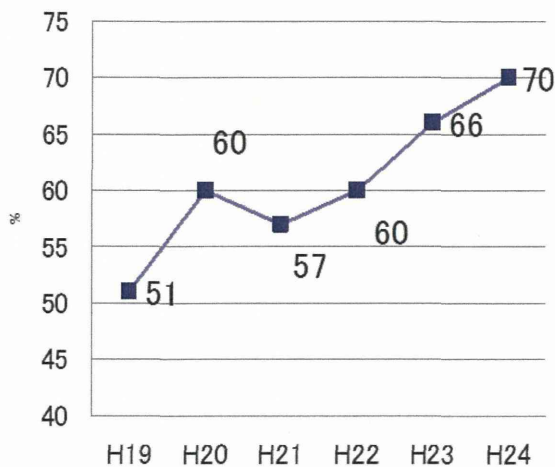


図4 有用回答%(H19-H24)

平成24年度職種毎の有用性意見を分析すると、判定医の64.1%、参与員の72.7%、福祉職の75%が有用と回答し、参与員>判定医>福祉職であった。例年と比較すると参与員・福祉職の有用度が増加し、判定医の有用度が低下した。

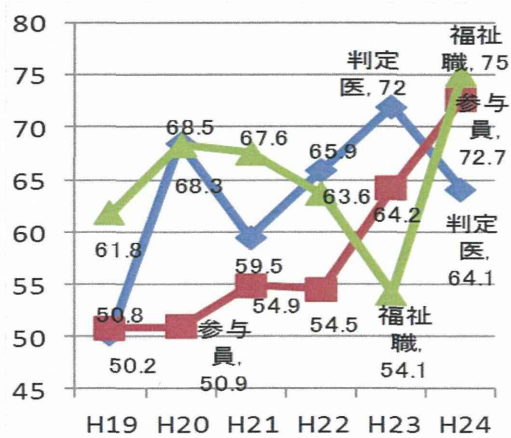


図5 有用回答%職種別(H19-H24)

4) 研修会の理解度

平成24年度の理解度は全体でよく理解38%、まあまあ理解58%、あまり理解できず2%、ほとんど理解できず0%、理解度無回答2%であった。よく理解できた割合は昨年度を3ポイント上回り最近6年間で最高であった。

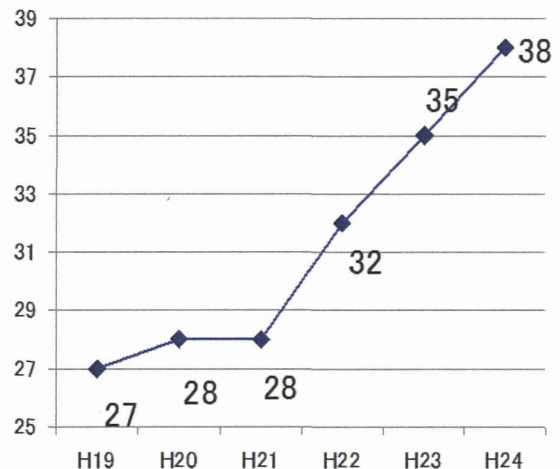


図6 よく理解%(H19-H24)

平成24年度の職種別の理解度は、よく理解と回答したのは判定医の45%、参与員の35%、福祉職29%であった。判定医の理解度は引き続き高く、福祉職の理解度は大幅に上昇し、参与員の理解度は昨年より若干低かった。

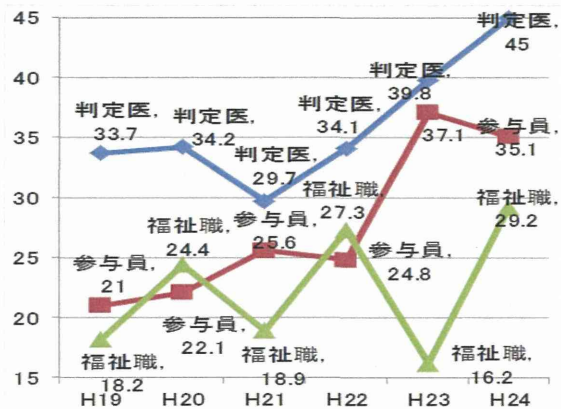


図7 理解度職種別(H19-H24)

平成24年度は鑑定経験がある判定医の45%がよく理解したと回答し、鑑定経験がない判定医の46%がよく理解したと回答した。鑑定経験の有無による判定医の理解度の差は解消した。

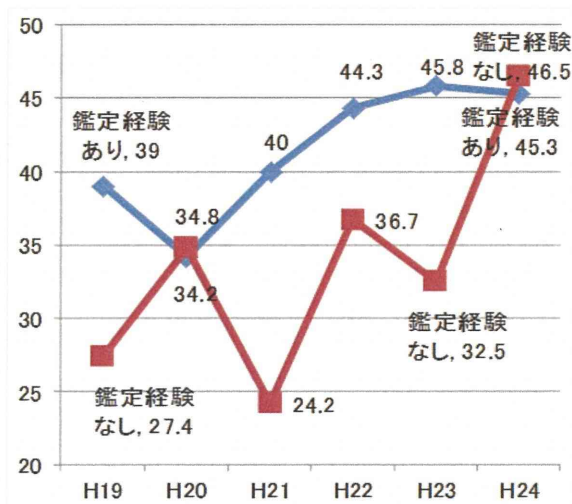


図 8 よく理解%鑑定経験別

5) 特に有用だと思った項目 (自由記載)

364 名が、356 件の有用項目を挙げた(資料 2)。有用項目にあげた人の割合が 1 番高かったのは、先行研究が提案し平成 22 年度に導入されたグループディスカッションであった。96 件全体の 26.4%、初回受講生の 20%、継続受講生の 36.7%が有用項目にあげた。職種別では、判定医の 22.9%、参与員の 31.6%が有用項目にあげた。

2 番目に高かったのは、参与員の業務と責任 25.9%であった。3 番目に高かったのは、審判シミュレーション 21%であった。その他は、④参与員業務演習 17.6%、⑤医療観察法の処遇の歴史 14.4%、⑥事例報告 9.1% ⑦入院医療 7.2%であった。

6) もっと理解を深めたいと思った項目

364 名が 156 件の意見を述べ意見比率は平均 0.43 で昨年度 0.23 より上昇した(資料 2)。内訳は、①参与員関連 22 件②グループディスカッション 14 件③法学 12 件(早すぎて分からなかった)であった。

7) 内容が重複していると思った項目

「重複は理解を助ける」という重複可の意見が 14 件、重複不可の意見が 7 件あった。法の概念や治療の概念が重複しているという意見、「内容が細かすぎることで疲れから

全体的な理解があいまいになってしまった。」という意見もあった(資料 2)。

8) 今後の研修会の進め方等について

グループディスカッションについて 40 件(初回 18 継続 22、判定医 12 参与員 28)の意見があり、「多くの方の意見を伺い一緒に考える機会はとても貴重であった。」という肯定意見が多かった。他は、「ディスカッションする時間がなさすぎる。検討するポイントを明示して欲しい。」という意見があった。講義は、「一部の講義はかけ足になりスライドの説明が不十分であった。今後はもっと十分は時間配分をお願いしたい。」という意見があった(資料 2)。

判定医の自由意見として、「本来観察法ができる過程で精神科特例の廃止がいわれたはずなので、ぜひ一般精神科病床の質の向上をすべきである。」「刑事事件で一般の社会復帰の流れがどうなっているのか、現場の状況と医療観察法はどのように違うのか知りたい。」「精神保健審判員・医療観察法鑑定を行うことを希望しても回ってこない医師もいる。そのことについて触れてほしい。」「事例をたくさん知りたい。」という意見があった。

参与員の自由意見として、「指定医療機関の人が多いようなので、参加者同士のグループワークがあるとよい。」「初回研修では言葉や流れがつかめずつながらないこともありもしくは 2 回にわけ前期、後期にしてみらえると後期で具体的な質問ができる。」「法施行直後の研修会と比べ具体的事例が積み上げられそれを生きた材料として使えるようになり、内容が充実したと感じた。」「自分の地域で医療観察法の処遇が行われているかわかればより具体的なイメージが持てる。」「医療観察法に従事している者への研修内容の優遇措置など検討してほしい

い。」という意見があった。

3. 医療観察法入院プログラム紹介 DVD 版作成

作成方法は、仮想事例のシナリオを作成し、国立病院機構東尾張病院と花巻病院の協力を得て、職員を模擬患者にして撮影を行った。

作成項目は以下の通りである。

- ①入院時オリエンテーション(東尾張病院)
- ②アンガーマネジメント(東尾張病院)
- ③セルフモニタリング導入(東尾張病院)
- ④マイウェイプログラム1(花巻病院)
- ⑤マイウェイプログラム2(花巻病院)

4. 医療観察法仮想判定事例ケースブック配布およびアンケート

厚生労働省が作成し、最高裁判所に提出している精神保健判定医名簿には、研究目的での名簿使用に同意するかどうかのチェック欄がある。今回、医療観察法の実施状況を直接調査するため、厚生労働省に対し、研究目的のアンケート送付のために判定名簿の許可申請提出して、許可され、医療観察法仮想判定事例ケースブックを同封し、ケースブックの有用性を含むアンケートを実施した。アンケートは、締め切りが2月末日なので、次年度に集計結果を報告する。

D. 考察

1. 判定事例研究会への事例提供と医療観察法仮想判定事例ケースブック作成

本年度は、治療抵抗性統合失調症に対する治療薬クロザリルの使用の有無によって、治療可能性の考え方に影響が出るとと思われる事例を判定事例研究会に提示した。

「医療観察法では治療抵抗性統合失調症者に対し、積極的にクロザピンの処方を行い、その効果判定後に処遇を検討すべきと考える」というまとめは、妥当だと考えら

れた。指定入院医療機関は、クロザリルの使用が可能であることが求められている。同時に、医療観察法の通院医療でも、クロザリルの使用が可能な体制の構築が重要である。

2. 養成研修会受講生アンケート

平成24年度養成研修会でアンケートを実施し有用と答えたものが全体で70%あり最近6年間で最高であり、よく理解できたと回答できたものは38%でこれも最近6年間で最高であった。先行研究の提案したグループディスカッションを有用と評価する受講生が多かった。判定医については、理解度は前年度を上回り鑑定経験の有無での理解度の差も解消し好調であった。

あまり有用でなかったと回答した受講生は、「実際事例に携わる機会がすくないので有効かどうか不明である。」という意見を述べており、実務をしながらの研修が意味を持つと考えられた。厚生労働省が主催する判定事例研究会は、実務についている判定医に対する研修として有用性が高いと考えられる。また、幅広く司法精神医学をテーマにしたシンポジウムの開催も有効と考えられる。

3. 医療観察法入院プログラム紹介 DVD 版作成

入院時オリエンテーションでは、対象者が持参した決定書を一緒にみて、対象行為の確認を行う。アンガーマネジメントでは、他人と自らの感情認知が低下していることを想定して、こぶしを握って眉毛を釣り上げている体の状態から感情から判断するバイパスを提案している。セルフモニタリングでは、外泊時に対象者が漏らした言葉、あの時と同じことになったらどうしよう、を糸口に、どういう時が注意のいる状態かを対象者の言葉で聞き出している。マイウ

エイプログラムでは、対象者の望んでいることは何かを聞きだし、退院して一人暮らしして、働きたいなどという思いも否定せずに、働く準備で作業をしてみてもどうかなどプログラムに結び付けて、動機誘導を図っている。どのプログラムも医療観察法らしい特徴を有しているが、動機誘導やセルフモニタリングは、一般医療にも汎化すべき重要項目であり、幅広い層に知ってもらうのは有意義であろう。

4. 医療観察法仮想判定事例ケースブック配布およびアンケート

判定医名簿登載者に、「医療観察法仮想判定事例ケースブック」を配布し、鑑定や審判に迷う事例の考え方の道筋を示したことは、判定医の質の確保の上で意味が大きいと考えられる。

E. 結論

精神保健判定医の質を担保するために、判定医等養成研修会の質のさらなる向上が必要である。養成研修会で受講生アンケートを実施し、結果を企画委員会にフィードバック

することで、受講生の理解度および有用度は毎年向上しており、引き続きアンケートを実施し企画委員会にフィードバックするのが有用である。

すでに実務についている判定医については、医療観察法鑑定・審判時の考え方の整理・周知が重要である。厚生労働省が主催する判定事例研究会では、実務についている判定医に研修の機会を提供するとともに、判定に苦慮する事例をエキスパートとして検討していただき考え方を整理した。事例を仮想化し、医療観察法仮想判定事例ケースブックを作成し、広く、判定医に周知することは今後も重要であると考えられる。

今後は、幅広く司法精神医学および医療をテーマにして、シンポジウムを開催してゆくことも模索したい。

F. 健康危険情報 なし

G. 論文発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録情報 なし

資料 1

精神保健判定医等養成研修会受講生アンケート

厚生労働科学研究 精神保健判定医の質の担保に関する研究班
分担研究者 独立行政法人国立病院機構 東尾張病院 八木 深

アンケートご協力をお願い

精神保健判定医等養成研修会ご参加お疲れ様でした。今後の研修をよりよいものにするために、研究班として提言したいと思っております。つきましては、以下のアンケートにご協力いただければ幸いです。

- 0 初回・継続の別（どれかひとつを丸で囲んで下さい） 初回研修・継続研修
- 1 参加種別（どれかひとつを丸で囲んで下さい）
精神保健判定医・精神保健参与員・福祉職員
- 2 刑事責任能力鑑定の経験（精神保健判定医の方のみ回答してください）
あり（簡易鑑定・嘱託鑑定・公判鑑定）・なし
- 3 措置入院の可否に係る診察の経験（精神保健判定医の方のみ回答してください）
あり・なし
- 4 研修内容全体の有用性について（どれかひとつを丸で囲んで下さい）
① 有用であった ② まあまあ有用であった ③ あまり有用でなかった
④ 殆んど役に立たなかった
- 5 講義内容全体の理解度について
① よく理解できた ② まあまあ理解できた ③ よく理解できなかった
④ 殆んど理解できなかった
- 6 特に有用と思った項目（いくつでも可）

- 7 もっと理解を深めたいと思った項目（いくつでも可）

- 8 内容が重複していると思った項目

- 9 今後の研修会の進め方等についてのご意見（自由記載。不足する場合は裏面を使用して下さい）

資料 2 アンケート 研修関連意見

【有用項目】

H24年度有用項目 複数回答356件

初回195(医63参108福24)継続169(医68参101)計364人

- 1 グループディスカッション26.4%(96件/340人)
初回19.9%(34/171)継続36.7%(62/169)
判定医22.9%(30/131)参与員31.6%(66/209)
- 2 参与員の業務と責任25.9%(28件/108人)
- 3 審判シミュレーション21.0%(41件/195人)
判定医22.2%(14/63)参与員22.2%(24/108)福祉職員20.8%(5/24)
- 4 参与員業務演習 17.6%(19件/108人)
- 5 医療観察法の処遇の歴史14.4%(28件/195人)
- 6 法学12.3%(24件/195人)
- 7 事例報告9.1%(31件/340人)
初回8.2%(14/171)継続8.1%(17/209)
判定医11.5%(15/131)参与員7.7%(16/209)
- 8 入院医療7.2%(14件/195人)

【もっと理解を深めたい項目】

- ・ 156 件/364 人平均 0.43 (H22 年平均 0.31H23 平均 0.23)

○参与員関連 22 件

○グループディスカッション 14 件

○法学 12 件

○通院関係 9 件

*参与員の具体的業務（考え方、役割、視点）

*法学は早すぎて分からなかった。

*入院か通院かの判断基準や通院開始事例について知りたい。

【「重複」についての自由意見】 17 件

○重複項目

- ・ 法の概要 法の流れ
- ・ 施行状況

○自由意見 41 件

重複可 14 件 判定医 4 参与員 7 福祉職 3

- ・ 「重複は理解を助ける」

○重複不可という意見は 7 件（判定医 2 参与員 5 福祉 0）あった。その理由として、判定医は、「内容が細かすぎることと疲れから全体的な理解があいまいになってしまった。」、「何回も同じスライドが出ていたようだった。」、参与員は、「内容の重複を省けば時間的にも短縮でると思う。」、「骨格につい

ては 1 限のみでよい。どの講師も内容が重複しており効率が悪いと思う。」というものであった。

【講義方法全体について】

- ・ 一部の講義はかけ足になりスライドの説明が不十分であった。今後はもっと十分は時間配分をお願いしたい。
- ・ 法律について講義時間が短いこともあるかと思われるが説明がやや尻切れの印象だった。
- ・ 講義の進行が早く内容についていけない。早口の先生もあり自分の中で理解していく余裕がなかった。

【グループディスカッション】 40 件(初回 18 継続 22) (医 12 参 28)

- ・ とても良かったが、ディスカッションする時間がなさすぎる。検討するポイントを明示して欲しい。短時間で検討しやすい資料にして欲しい。(15 件)
 - ・ 実例をもとにグループ討議できて有用だった。
 - ・ 多くの方の意見を伺い一緒に考える機会はとても貴重であった。
 - ・ 考え方を学び共有できとても有意義でした。
 - ・ 法を理解している人とできてない人との差が大きくディスカッションにならず大変だ。
 - ・ 1 グループ 5 人程度の方が話しやすい。9 名では少し話し辛かった。
 - ・ ディスカッション I・II それぞれ事前に講義説明を行ったほうがよいと思う。
- ### 【審判シミュレーション】
- ・ 審判シミュレーション自体はよかったが、鑑定書、生活環境調査等もう少し読み込む時間がほしかった。
 - ・ 受身でなく受講者の参加型の感覚が特によかった。

- ・ 大変有用でした。具体的なイメージができた。
- ・ 審判での業務の確認行為ができた。
- ・ 事例を用いてよりわかりやすかった。

【法学】

- ・ 医療観察法終了後の地域精神保健対応になった場合に対象者が悪化しないためどう支援していくかもっと理解したい。
- ・ 医療観察法のプログラムが手厚くなされていることをあらためて感じた。
- ・ 医療観察法と措置入院の考え方の違いが理解できた。

【講義方法 参与員】

- ・ 我が国における医療観察法の施行状況の現状の詳しい説明がほしかった。
- ・ もっと現場の具体例をおりまぜて講義を進めて行ってほしい。
- ・ 通院治療になったケースについてのかかわりについてもっと理解を深めたかった。
- ・ 実務面特に不処遇について理解を深めたい。

【講義方法 福祉職】

- ・ 通院から処遇終了となる時の移行期間の支援展開や具体的な事例を学べるとよかった。
- ・ 医療観察法のプログラムが大変手厚くなされていることを実感できた。
- ・ 審判シミュレーションも事例を用いてよりわかりやすかった。
- ・ 全体的に医師向けの話が多く、専門用語もでていたので3職種の合同の講義は全体が理解しやすい内容だといえると思う。

【講義方法 鑑定他】

- ・ 審判においての具体的なポイントや視点、鑑定書や生活環境調査書の書き込み方や読み込み方など詳しく教えてほしい。

- ・ 共通評価項目の話は解りやすいが、初めての人には難しいのではないか。

- ・ 日本の刑事司法についてももう少し初歩的な話を聞けるとよかった。

- ・ 刑務所や保護観察所など社会の安全性向上にどのような役割対応をしているのか、医療観察法とどのように違うのか知りたい。

【過密スケジュール 14件】

○判定医 8件

- ・ 内容的にはどれも有用と思われましたが、講義形式の内容が続いたため、集中力維持に限界を感じた。

○参与員 12件

- ・ 1日8時間ぐらいの講義はハードすぎる。1こま45分から1時間以内にしてほしい。

○福祉職 1件

- ・ 短期日程に多くの項目を詰めこんでいるので集中力を保つのが難しかった。

【会場 14件】

1 東京会場 11件

- ・ 冷房が効きすぎだった。とにかく寒かった。
- ・ 前方の画面が見づらかった。
- ・ 長時間の講義なのに休憩の場所が少ない。
- ・ 昼食を食べられるスペースがほしい。

2 大阪会場 3件

- ・ エアコンが効きすぎて2日間体がとても冷え切ってしまった。
- ・ 発言者の声が聞こえず有効な議論が聞き取りづらかった。

【運営 14件】

- ・ 勉強会、情報交換会の開催を希望する。
- ・ 終了者についての追跡調査や終了者についてのデータがあっても良いのでは

ないか。

- ・ 開催時期（8月盆前）を考慮してほしい

【あまり有用でなかったと回答した受講生】

- ・ シミュレーションの際、事前に資料に目を通したかった。
- ・ 実際事例に携わる機会がすくないので有効かどうか不明である。
- ・ システム自体の理解が乏しいので全体的に復習が必要と思った。

【資料 18件】

- ・ 日数の件もありできれば事前に資料を参加者に郵送して目を通したい。
- ・ 資料回収時に個人情報に属さない部分は資料が欲しかった。
- ・ パワーポイントの資料で青い背景のスライドに赤字テキストを用いるとスクリーン上では全く読めなくなる。黄色字を使用してほしい。
- ・ グループディスカッションの資料は文字が小さく読みづらい。文字の統一をしてほしい。
- ・ 医療観察法のハンドブックは毎回必ず配布してほしい。

【その他意見 判定医 8件】

- ・ 本来観察法ができる過程で精神科特例の廃止がいわれたはずなので、ぜひ一般精神科病床の質の向上をすべきである。
- ・ 刑事事件で一般の社会復帰の流れがどうなっているのか、現場の状況と医療観察法はどのように違うのか知りたい。
- ・ 精神保健審判員・医療観察法鑑定を行うことを希望しても回ってこない医師もいる。そのことについて触れてほしい。
- ・ 実例をたくさん知りたい。

【その他意見 参与員 13件】

- ・ 指定医療機関の人が多いようなの

で、参加者同士のグループワークがあるとよい

- ・ 初回研修では言葉や流れがつかめずつながらないこともありもしくは2回にわけ前期、後期にしてもらえると後期で具体的な質問ができる。
- ・ 法施行直後の研修会と比べ具体的事例が積み上げられそれを生きた材料として使えるようになり、内容が充実したと感じた。
- ・ 自分の地域で医療観察法の処遇が行われているかわかればより具体的なイメージが持てる。
- ・ 医療観察法に従事している者への研修内容の優遇措置など検討してほしい。

【まとめ】

○本年度は昨年度に引き続き、理解度・有用度とも過去最高であった。

○本研究が提唱した、グループディスカッションを有用とする意見が多かった。

○鑑定経験有無別の理解度の差は消失した。

分担研究報告

司法精神医療における退院調整・社会復帰援助を行う
関係機関職員の支援と研修方法の開発に関する研究

資料1：研究報告書用【資料①】MDT用 Total Guidebook.pdf

資料2：研究報告書用【資料②】アセスメント票.pdf

三澤 孝夫

国立精神・神経医療研究センター

平成24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

司法精神医療における退院調整・社会復帰援助を行う
関係機関職員の支援と研修方法の開発に関する研究

分担研究者：三澤 孝夫 国立精神・神経医療研究センター

研究協力者

- ◇相川 あや子 聖学院大学(社会福祉学) ◇伊東 秀幸 田園調布学園大学(社会福祉学)
◇岩崎 香 早稲田大学(社会福祉学) ◇上野 容子 東京家政大学(社会福祉学)
◇太智 晶子 国立精神・神経医療研究センター
◇金成 透 所沢慈光病院 ◇垣内 佐智子 高知保護観察所
◇熊地 美枝 国立精神・神経医療研究センター
◇重吉 大輔 千葉保護観察所 ◇澤 恭弘 国立精神・神経医療研究センター
◇高崎 邦子 国立精神・神経医療研究センター
◇高橋 理沙 信州大学(看護学) ◇松坂 あづさ さいたま保護観察所
◇嶺 香一郎 福岡保護観察所 ◇八木 深 国立病院機構 東尾張病院

研究要旨

本研究は、海外で先進的に行われている司法精神医療・福祉のケアマネジメント手法等を参考として、医療観察法における地域への円滑な退院調整・社会復帰援助のために必要となる知識・技術を明らかにする。そして、その研修および実際の業務を支援していくためのツールを開発していく。また、関係機関等とも協力し、研修方法等について、具体的な提言を行っていく。本研究 初年度では、海外で先進的に行われている司法精神医療・福祉のケアマネジメント手法等を参考として、医療観察法における地域への円滑な退院調整・社会復帰援助のために必要となる知識・技術を明らかにし、実際の業務を支援していくためのツールを開発していく。また、財団での従事者研修でのアンケートや司法精神部の協力を得てアンケートをとっている。

次年度以降、引き続き研修および実際の業務を支援していくためのツールや研修用の教材などを開発していくとともに、関係機関等とも協力し、研修方法等について、具体的な提言を行っていく。あわせて、モデルとなる研修内容、項目等を提案していく。

◆調査対象及び協力施設等

【国内 / 「司法精神医療福祉研究会」等】
国立精神・神経研究センター病院（指定入院・通院医療機関）/ 茨城県立友部病院（指定入院・通院医療機関）/ 神奈川県立精神医療センター芹香病院（指定入院・通院医療機関）/ 独立行政法人国立病院機構 久里浜アルコール症センター（指定入院医療機関）/ 栃木県立岡本台病院（指定通院医療機関）/ 都立松沢病院（指定入院・通院医療機関）/ 井の頭病院（指定通院医療機関）/ 薫風会山田病院（指定通院医療機関）/ こころのホスピタル町田（指定通院医療機関）/ 周愛利田クリニック（指定通院医療機関）/ 高月病院（指定通院医療機関）/ 多摩中央病院（指定通院医療機関）/ 所沢慈光病院 / 千葉大学付属病院（指定通院医療機関）/ 東京海道病院（指定通院医療機関）/ 東京武蔵野病院（指定通院医療機関）/ 根岸病院（指定通院医療機関）/ 長谷川病院（指定通院医療機関）/ 成仁病院（指定通院医療機関）/ 多摩あおば病院（指定通院医療機関）/ 大内病院（指定通院医療機関）/ 東京足立病院（指定通院医療機関）/ 東京保護観察所（保護観察所）/ 東京保護観察所 立川支部（保護観察所）/ さいたま保護観察所（保護観察所）/ 千葉保護観察所（保護観察所）/ 高知保護観察所（保護観察所）/ 福岡保護観察所（保護観察所）/ 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（研究・教育機関）/ 田園調布学園大学（研究・教育機関）/ 信州大学（研究・教育機関）/ 聖学院大学（研究・教育機関）/ 早稲田大学（研究・教育機関）

【英国等】

Institute of Psychiatry(精神保健研究所) /Broadmoor Hospital(High Secure Hospital) /Chaucer Community Resource Center(Community Resource Center) /Denishill Unit (Bethlem Royal Hospital) /(MSU) /Camberwell Green Magistrates' Court(治安判事裁判所) /Orchard Lodge(青少年更正施設) /Belmarsh Prison (Healthcare Unit) /(拘置所/刑務所) /Maudsley Hospital(Southwark自治体) /ASW事務所(ASW事務所) /MailStone(ホステル) /Shaftesbury Clinic(MSU) /Shaftesbury Clinic(ASW事務所) /St.Martin of Tours House(ホステル) /The Maroon Day Center(デイセンター) /Central Criminal Court(中央刑事裁判所) /Castle Day Center(デイセンター) /Maudsley Hospital(Southwark自治体) /Southwark MIND(民間当事者団体) /Bracton Centre(MSU) /※順不

A. 研究目的

本研究では、海外で先進的に行われている司法精神医療・福祉のケアマネジメント手法、研修方法やその内容等を参考として、医療観察法における入院処遇から通院処遇・地域への円滑な退院調整・社会復帰援助のために必要となる知識・技術を明らかにする。そして、関係機関等とも協力し、現在、医療観察法における入院処遇から通院処遇・地域への退院調整・社会復帰援助に関わっている指定入院医療機関、指定通院医療機関、保護観察所、保健所、都道府県、市区町村、社会復帰施設等の職員への研修方法について、具体的な提言を行っていく。

また、医療観察法における入院処遇から通院処遇・地域への退院調整・社会復帰援助に実際に関わっている指定入院医療機関、指定通院医療機関、保護観察所、保健所、都道府県、市区町村、社会復帰施設等と協力し、医療観察法における通院処遇・地域への円滑な退院調整・社会復帰援助を支援していくためのツールを開発していく。

B. 研究方法

本研究の初年度は、海外で先進的に行われている司法精神医療・福祉のケアマネジメント手法、研修方法やその内容等を参考として、医療観察法における地域への円滑な退院調整・社会復帰援助のために必要となる知識・技術を明らかにするため、海外(特に、医療観察法とその制度のモデルとなった英国の司法精神医療・保健・福祉システムなど)を調査するとともに、精神保健福祉、ケアマネジメント、司法精神保健福祉などを専門とする援助者、研究者の協力を得て、これらの円滑な退院調整・社会復帰援助を行うためのケアマネジメントや援助者への研修方法等について、聞き取り調査を行い、KJ法で結果を分類し、内容を複数の専門家を確認し、妥当性を検討した。

また、現在、医療観察法における入院から地域への退院調整・社会復帰援助に関わっている指定入院医療機関、指定通院医療機関、保護観察所、保健所、都道府県、市区町村、社会復帰施設等のなどの関係機関で構成されている司法精神医療福祉研究会(東京、関東甲信越地域を中心に、80施設程度の関係機関が登録している司法精神医療・保健・福祉の研究団体)の協力を得て、「処遇実施計画書(医療観察法の地域ケア計画書)」について、医療観察法対象者が、退院から地域への円滑な移行がしや

すい調整、作成方法等を提案している。

特に、司法精神医療・保健・福祉において重要とされる「クライシスプラン(病状悪化時などの緊急時対応計画)」については、対象者も含めた通院処遇を担当する指定通院医療機関や保護観察所、保健所、都道府県、市区町村、社会復帰施設等の関係職員が、理解しやすく、緊急時に迅速に援助、介入しやすい様式や作成マニュアルなどを作成した。

次年度以降について、初年度で調査した海外で先進的に行われている司法精神医療・保健・福祉の制度や実践を参考に、国内の各地域行われ始めている司法精神医療の取り組みなども調査し、医療観察法における入院処遇から通院処遇・地域への円滑な退院調整・社会復帰援助の方法のモデルを明らかにしていく。また、初年度で、提案した①「処遇実施計画書(医療観察法の地域ケア計画書)」「クライシスプラン(病状悪化時などの緊急時対応計画)」の様式や作成マニュアル、②「対象者の地域ケア計画(処遇実施計画)と対象行為に伴う生活状況の改善・変化への理解と認識に関するアセスメント票」を関係機関と協力し、実際に利用し、その効果を検証していくとともに、引き続き、その他の「入院処遇から通院処遇・地域への円滑な退院調整・社会復帰援助のための研修および実際の業務を支援していくためのツール」を開発していく。また、関係機関等とも協力し、研修方法等について、具体的な提言を行っていく。

(倫理面への配慮)

本研究のこの初年度の研究においては、調査内容及び支援ツールの作成においても、海外の聞き取り及び文献調査、精神保健福祉、ケアマネジメント、司法精神保健福祉などについて専門とする援助者、研究者への聞き

取り調査等に限定して実施している。そのため、プライバシー情報など、個々人を特定できる情報は入っておらず、本研究により、医療観察法の対象者などの個人の利益が損なわれるような可能性はなく、倫理上の問題はないと考える。

C. 研究結果

1. 英国における司法精神医療・保健・福祉の発展過程の調査と提言

英国における司法精神医療・保健・福祉の発展過程の調査を行い、退院調整、社会復帰援助を円滑に行うために必要となる重要な技術と司法精神医療・保健・福祉の担当者に必要な研修内容を明らかにし、提言を行った。

-英国の司法精神医療・保健・福祉モデルを参考にした我が国の司法精神医療における退院調整、社会復帰援助を円滑に行うために必要な技術と関係機関や施設職員への研修内容-

現在、最も司法精神医療・保健・福祉制度が順調に機能しているといわれる英国の司法精神医療・保健・福祉の制度について、その発展過程および、問題となった事項、退院調整、社会復帰援助を円滑に行うために重要視しなければならない制度や技術、そのために必要となる関係機関、施設職員への研修内容について、英国の各司法精神医療機関や精神保健福祉、ケアマネジメント、司法精神保健福祉などを専門とする援助者、研究者などより資料提供を受け、また聞き取り調査を行い、司法精神医療における退院調整、社会復帰援助を円滑に行うために必要な技術と関係機関や施設職員への研修内容等について、以下のように明らかにした。

【司法精神医療・保健・福祉の先進国といわれる英国の現状と発展過程】英国の司法精神

1) 医療制度と我が国の医療観察法

心神喪失等の状態で重大な他害行為などを行った精神障害者に対して、我が国では、医療観察法とその関連制度を中心に、対象者の処遇の決定、治療・援助等が行われる体制などが整いつつある。この我が国の医療観察法とその関連制度は、英国の心神喪失等により犯罪行為をした精神障害者の司法制度、医療・保健・福祉制度に、大きな影響を受けて成立した経緯がある。特に、1980年代から行われはじめた英国の司法精神医療・保健・福祉制度の改革が、我が国の医療観察制度全体に与えた影響は大きい。

2) 英国の精神医療・保健・福祉制度についての国際的な評価

我が国の『心神喪失者等医療観察法』のモデルとなり、司法精神医学の先進国として知られる英国は、また欧米諸国の中でも脱施設化、そして地域ケアへの展開などで先鞭をつけ、精神医療・保健・福祉における制度やサービスの開発について、主導的に行ってきた福祉国家としてもよく知られている。特に、1983年の精神保健法(Mental Health Act 1983)や1990年の地域ケア法(Community Care Act)、1999年の精神保健に関するナショナル・サービス・フレームワーク(National Service Framework for Mental Health, NHS Plan)と続く、英国の精神医療・保健・福祉の改革については、英国内の対象となる精神障害者の77%が肯定的な評価をしている。また、国際的にも評価が高く、2008年、世界保健機構(WHO)の欧州支部は、英国の精神保健サービスを、欧州各国が模範とす

べきモデルとして紹介している。

3) 英国における司法精神医療・保健・福祉制度の変遷

英国は、司法精神医療・保健・福祉の分野においても、各関係機関が連携し、司法精神医療の入院対象者の退院支援や社会復帰援助を欧米諸国の中でも比較的順調に行っている国とされており、欧米諸国の司法精神医療・保健・福祉の各分野の研究者、実務者の注目を集めている。

しかし、英国においても、1980年代前半頃まで、司法精神医療・保健・福祉分野の各関係機関は、それぞれ独自に対象者へのサービスは行ってはいたが、各関係機関の連携は希薄であり、対象者の退院支援や社会復帰援助などが、有機的に行われていなかった。司法精神医療と保健・福祉分野の関係機関の連携が改善され、司法精神医療を受けた入院対象者の退院促進・社会復帰が大きく進んでいったのは、1990年に入ってからである。

英国における司法精神医療制度の歴史は古く、その始まりは、国王暗殺未遂事件(ハットフィールド事件)を契機とした1808年の州精神收容施設法まで遡ることができる。しかし、この法律により整備された施設の多くは、医療機関と言うより收容所としての性格が強いものであった。その後、英国においても幾度かの制度改正が行われ、收容所ではなく医療機関としての高度保安病院(High Security Hospital)が整備されていった。この英国の高度保安病院は、この当時まだ、欧米諸国においても、一般の精神障害者が、「治療」ではなく「收容」されていた状況の中において、司法精神医療の対象者について医療機関による「治療」という方針を打ち出したことでも、先進的であった。

4) 1980年代以前の司法精神医療の問題点と高度保安病院(High Security Hospital)

これらの高度保安病院の立地は、いずれも郊外であった。そして、英国の司法精神医療における入院医療は、対象患者が増えていっても、高度保安病院の設置数自体を各地に増やすことをせず、それぞれの高度保安病院は、病床数を増床し、敷地を拡張し、巨大な施設になっていった。そのため、英国内全域で結局、4カ所(現在では、3ヶ所)しか設置されず、結果として、それぞれの高度保安病院が、非常に広域の入院対象者を担当することになる。

退院調整においては、司法精神医療対象者であっても、一般の精神障害者と同じく退院後に、地域の精神科医療・保健・福祉施設などが、必要なケアを継続して提供していく必要がある。特に、司法精神医療の対象者は、その病状や性格傾向、家族や退院地域での状況、介入方法など地域での処遇において難しい問題を抱えていることが多い。そのため、一般の精神障害者に比べ、より多くの地域の精神科医療・保健・福祉などの関係施設が、有機的に連携し、手厚いケアを提供していくことが必要となる。また、司法精神医療は、その独特の問題として、退院予定先地域の住民の偏見、援助者も含め、対象者への嫌悪、不安から拒否感を持つものも多く、その退院調整については、家族や地域の精神医療・保健・福祉関係者とのきめ細かな意見交換・連携体制の構築と、より丁寧なケアマネジメントによる綿密なケア計画の作成が必要となるといわれていた。

しかし、1980年代前半までの英国では、我が国の8割程度の国土面積(人口は、我が国の5割程度)に対して司法精神医療のみを専門に行う4カ所(現在では、3ヶ所)の高度保安病

院(500～1000 床程度:当時)といわれる大規模な入院施設で、国内全ての司法精神医療の入院患者の治療を集約的に行っていた。そのため、一般の精神科医療機関に比べて、まず物理的な距離の面から、入院患者のそれぞれの退院予定地域へのきめ細かな退院調整や働きかけを行うことが難しかった。また、一般の精神医療に比べ、当時の司法精神医療の関係者全般に入院患者への退院調整や社会復帰に対する意識が低く、また、当時の英国政府も、司法精神医療の入院患者の将来の処遇について明確な方針を示さなかったため、高度保安病院の退院調整能力は、総じて低く、退院していく患者も、非常に少なかった。

また、司法精神医療・保健・福祉制度は、一般に専門性が高く、司法・行政などの手続きシステムも複雑になっている。そのため、司法精神医療の入院施設からの退院調整や社会復帰援助には、司法精神医療、司法制度、司法福祉などの専門的知識やケアマネジメント、実際の援助方法についての高度の知識とノウハウなどが要求される。しかし、当時の英国では、地域の精神医療・保健・福祉の関係者へのこのような専門知識やノウハウについて研修、司法精神医療の社会的入院についての啓発活動も少なく、地域の関係機関との連携・調整は、進めにくい状況だった。このような当時の状況から、退院予定地域の各関係機関などと連携することには、制度上の障害が多く、困難が大きかった。

そのため、英国では、地域において精神障害者関連の社会復帰施設や制度が整備され、精神障害者の退院促進が進展していった1970年代後半以降になっても、司法精神医療・福祉分野における入院対象者の退院支援・社会復帰援助は、大きく立ち後れていた。

5) 1980年代の司法精神医療・保健・福祉の改革

-地域保安病棟(Regional Secure Unit)の整備と司法精神医療における退院促進-

このような状況の中、1975年にイギリスの『精神病患者等関連法規についての王立委員会』から出された『パトラー報告書』は、司法精神医療における高度保安病院の過剰収容改善と入院期間の長期化、社会的入院の常態化を問題とし、司法精神医療の入院患者の社会復帰の促進のため、退院や個別援助の調整が行いやすい対象者の居住地近くに、治療・リハビリテーション・社会復帰援助を重視した数十床という小規模の地域病棟の整備を提言した。この提言を受け1983年に成立したイギリスの精神衛生法には、対象者の居住地などに近い地域での小規模(30床から100床程度)の地域保安病棟(Regional Secure Unit)の整備を推進することが明記された。

その後、1980年代後半頃より、英国は、司法精神医療の入院対象者への退院促進、社会復帰援助に積極的に取り組んでいくことになる。司法精神医療を専門に行う医療機関については、退院予定地域の医療・保健・福祉の各関係機関とできるだけ連携しやすいように、対象者の居住地等の近い地域で整備することとし、司法精神医療を行う小規模(30床から100床程度)の地域保安病棟を、各地域の一般精神病院内に設置することとした。そして、人口100万人に対して30床程度を整備の目標として、このような地域保安病棟を英国全土に整備していったことにより、1980年代後半以降、徐々に司法精神医療における退院調整のための環境が整っていったとされている。