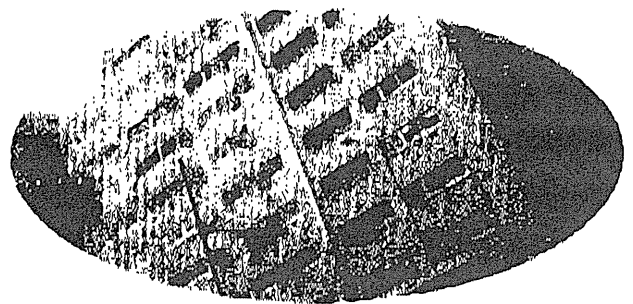


して打ち出していた。^{*16} 具体的には、町野教授が提案されているように、^{*17} 精神障害者と精神医療とを仲介し、精神障害者の権利を擁護する存在としての patient advocate 制度の導入、精神医療審査会の整備・充実ということこそが検討されるべきであるように思われる。

(5) 法律案は、附則に「政府は、この法律の施行後三年を目途として、新法の施行の状況並びに精神保健及び精神障害者福祉を取り巻く環境の変化を勘案し、医療保護入院における移送及び入院の手続の在り方並びに医療保護入院者の退院による地域における生活への移行を促進するための措置の在り方について検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする」とする定めを設けた(8条)。このような規定を置いたということは、立案当局者自身も、今回の法律案における医療保護入院制度に関する規定には多くの課題が存在することを認めているということである。したがって、施行後3年を目途として、以上で指摘した問題点を踏まえて、医療保護入院に関する規定を修正する見直しが必要であるように思われる。



* 16 里見和夫「精神保健福祉法の一部改正案等と精神障害者の権利擁護——医療保護入院の見直し等の問題点」3頁参照。<http://www.psy-jinken-osaka.org/itibukaisei.pdf#search>

* 17 町野翔・前掲論文51頁。

医療観察法における通院医療

Forensic community treatment in Act for the medical treatment and Supervision of persons insane persons who caused serious harm

松原三郎

Saburo Matsubara

Key words 医療観察法 (Act on medical care and treatment for persons who have caused serious cases under the condition of insanity), 通院医療 (outpatient treatment), 指定通院医療機関 (designated hospital for outpatient treatment), 多職種チーム (multi-disciplinary team : MDT)

1. 医療観察法の特徴

医療観察法では、医療と司法の双方が加わることで強制的な医療が担保されている。通院医療では、法43条では対象者が医療を受ける義務が明示され、さらに、法106条に基づく精神保健観察が強制的な通院医療を支えている。さらに、治療の内容では質の高い医療が求められ、このために多職種がかかわった医療を基本としている。通院医療では、指定通院医療機関や関係機関が参加したケア会議において「処遇の実施計画(法104条)」が策定され、これに基づいて指定通院医療機関では多職種がかかわった「個別の治療計画」が作成される。関係機関は法108条に基づいて相互の連携を確保することが求められている。いずれも、法によって規定されている。

現在、指定通院医療機関は診療所を含めて430医療機関が指定されている。数としては一応整っているように見えるが、その数は都道府県によって差異があり、また、その分布についても、各二次医療圏をカバーしてはいない。また、医療観察

法における通院医療は、現行の一般精神科医療を基盤として、それを利用しながら運用されている。ところが、わが国の地域精神科医療の現状は乏しい社会資源と人材の不足に喘いでおり、とても医療観察法が求めるような通院医療を実現できる状態にない。指定通院医療機関においても、専任スタッフはもちろんのこと、アウトリーチの主体となる訪問看護師や精神保健福祉士の数は各指定通院医療機関の平均で3.0人にすぎない。また、精神保健観察の中心的な役割を担う社会復帰調整官についても、各保護観察所に1人を確保するにとどまっている。このような状況のなかで、通院医療が成功するかについては、当初から悲観的な意見が多かった。

2. 医療観察法の年次変化

2011年12月31日の時点では、医療観察法の申立ては2,457件にのぼっているが、このうち、審判が決定したのは2,358件である。その内訳は、入院決定63.1%、通院決定16.4%、不処遇16.5%、却下3.5%、取り下げ5.5%である。入院決定数と

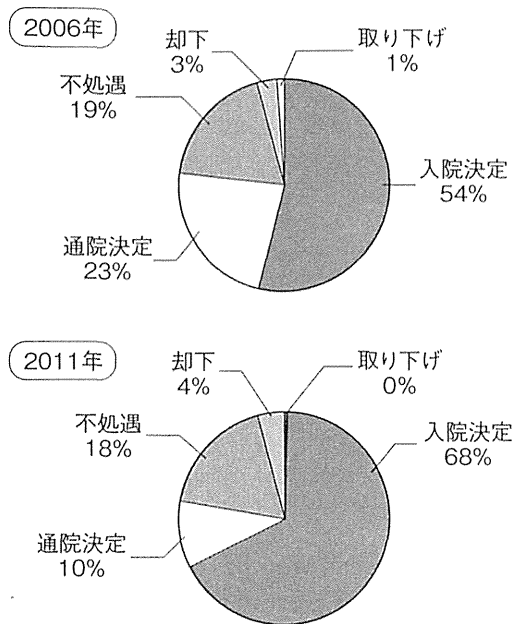


図1 処遇の内訳

通院決定数の比は3.85対1である。この比率は、施行当初と近年とでは大きく異なっている。2006年では入院決定54%、通院決定23%で、その比は2.35対1であるが、2011年をみると入院68%、通院10%で、その比は6.8対1である。当初に比べて入院処遇の割合が著しく拡大していることがわかる（図1）。

2006年当初に通院処遇の対象者数が高かったのは、指定入院医療機関における病床数が少なく、入院決定後に対象者は佐賀県、沖縄県、岩手県など遠方の指定入院医療機関に送られることが多く、このために、できるだけ通院処遇で治療を行おうとする傾向があったからであった。2011年末では、整備された病床数は666床と整備目標の81%に達しており、この結果、入院処遇の割合が上昇したものと考えられる。しかし、現状の入院処遇/通院処遇の比率が適正なものなのか、それとも、入院決定の割合が高すぎるのか（あるいは、通院決定の割合が低すぎるのか）については、今後の議論が待たれる。いずれにせよ、通院医療がより充実したものになれば、通院処遇が占める割合は現状よりも高くなることが期待される。

通院処遇を受けている対象者数は、直接通院者と一定期間入院医療を行った後に通院医療に移行

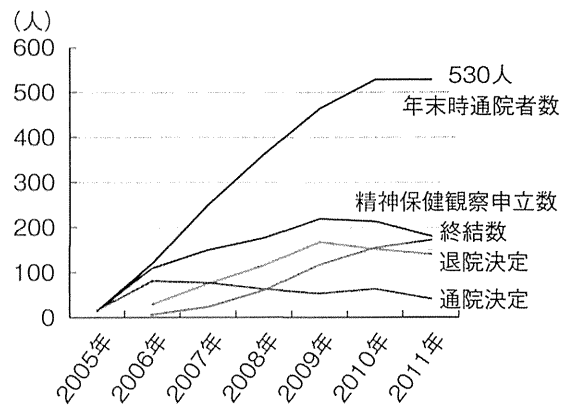


図2 精神保健観察の年次推移

した対象者数の和から、処遇終了者（終結数）、再入院者、さらに、死亡者を差し引いた数で表される。通院処遇者数は、2008年で300人を超え、2011年末では530人に達している。現在、通院決定数は年間180人程度であり、他方、終結数もほぼ同数に達している。この結果、通院処遇者数は現状の530人から600人程度で定常化する可能性がある（図2）。

3. 指定通院医療機関の状況

2006年、2010年には、厚生労働科学研究の補助を受けて、指定通院医療機関ならびに通院対象者に関するアンケート調査を実施してきた。

a. 指定通院医療機関の機能

2010年には436事例の回答が得られた。このうち75%が民間医療機関であった。また、鑑定入院医療機関は273病院あり、このうち、民間医療機関は78%であった。このことは、医療観察法の通院医療では、民間精神科病院の協力が必須であることを示している。他方、各指定通院医療機関がもつ機能を調査したところ、デイケアをもつ医療機関は92%、病院訪問看護または訪問看護ステーションの実施は93.5%であった。また、各種居住施設を併設している医療機関は49%であった。指定通院医療機関は、比較的中規模以上（300床以上）で、デイケアや訪問看護だけでなく、各種の社会復帰機能をもつ医療機関が多いことがわかる。すなわち、今後の精神科医療機関像では、

多機能で、地域にアプローチする機能をもっていることが求められることがイメージされる。

b. 訪問看護機能

前述のように訪問看護は指定通院医療機関にとってきわめて重要な機能である。訪問看護は93.5%が実施し、5.4%が外部委託を行っていた。また、実施している医療機関の26.1%が訪問看護ステーションによる運営を行っていた。訪問看護師は平均で4.2人配置されていたが、精神保健福祉士による実施では3.0人配置されていた。いずれも、2008年からの2年間で1人ずつ増員されており、各指定通院医療機関がアウトリーチ機能を強化していることがわかる。

c. 通院対象者数

2006年調査では、通院対象者ありと回答した医療機関は35.5%でその平均数は1.4人であった。2010年調査では76.8%において通院対象者があり、その数は平均2.3人、最大12人であった。その後も通院対象者数は増加しており、1.7倍程度まで増加していると推定できる。

4. 通院対象者の状況

a. 対象者の疾患分類と対象行為

通院対象者の70.9%が男性、29.1%が女性であった。疾患分類では、入院からの移行通院と直接通

院対象者では差異がみられた。前者では84.1%が統合失調症圏であったが、後者では統合失調症圏は65.8%にとどまり、気分障害15.8%、物質使用障害9.2%であった。鑑定入院終了時には比較的病状が安定している気分障害や物質使用障害が加わってきている。対象行為をみると、移行通院では、傷害(41.8%)、殺人・殺人未遂(26.1%)、放火(23.5%)の順であるが、直接通院では、放火(35.3%)、傷害(29.4%)、殺人・殺人未遂(26.5%)の順であった(図3)。直接通院で放火が多いのは、気分障害などの割合が多いためと考えられる。

b. 対象者の居住状況

居住施設でも移行通院と直接通院では差異が認められる。移行通院では、家族と同居(47.7%)、単身生活(28.1%)、施設入居(20.9%)。直接通院では、家族と同居(71.0%)、単身生活(21.7%)、施設入居(2.9%)であった。家族と同居の場合には直接通院となりやすく、これに対して、移行通院では、施設入居を利用するなど住居の問題が重くのしかかっていることが示されている。入院処遇か通院処遇かの判断において、居住施設の問題が影響を与えているものと推定される(図4)。

c. 対象者の生活状況

通院対象者で就労をしている人は8.1%にすぎない。この結果、生活のための収入源は年金受給(45.7%)、生活保護(25.1%)、家族の援助(22.8%)、就労・貯蓄(6.4%)であり、経済的には苦しい立

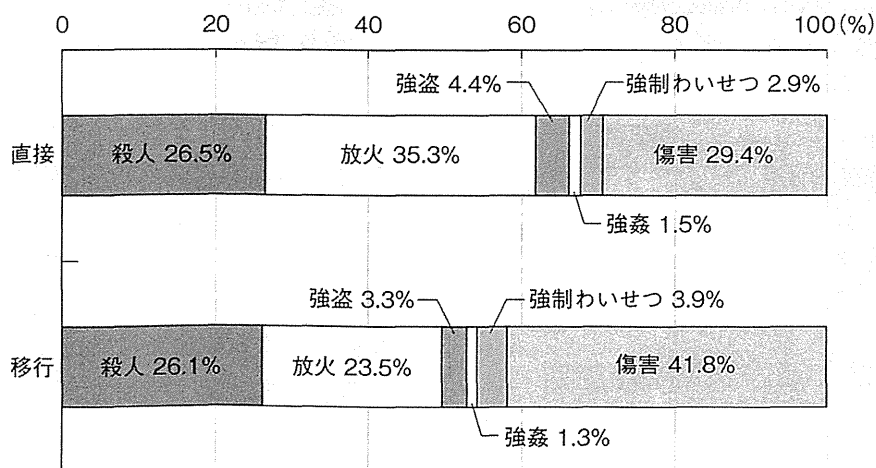


図3 対象行為 開始状況別 (2010年)

場にあることが示された。そして、日中の利用場所では、デイケア (49.5%)、通所サービス利用なし (27.0%)、作業所 (12.7%) であった。デイケアが日中の活動場所として大きな役割を果たしていることがわかる。デイケアの利用状況を分析すると、週に2～3回 (18.9%)、週に4～5回以上 (17.6%)、週に1回 (14.4%) で、バラつきが大きい。

5. 処遇の実施計画の実施状況

多職種・多機関、さらには対象者とその家族も参加のもとで策定された処遇の実施計画は、対象

者の状況に応じて実施されている。

a. 実施活動の頻度

ケア会議は当初には月に1回開催 (60.1%)、2～3か月に1回 (34.4%) であるが、6か月以上を経ると、月に1回 (29.7%)、2～3か月に1回 (58.4%) と頻度は低下している。外来受診では、当初では週に1回 (78.5%)、2～3週に1回 (17.6%) であるが、6か月以上を経ると週に1回 (44.1%)、2～3週に1回 (45.0%) と受診頻度は低下している。訪問看護の頻度は実施当初では、週に2回以上 (11.3%)、週に1回 (37.8%)、2週

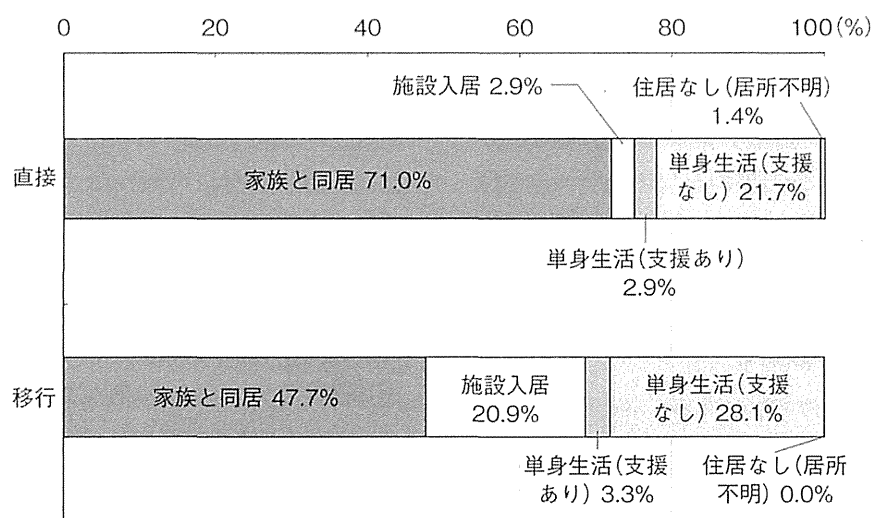


図4 居住状況 開始状況別 (2010年) (n=222)

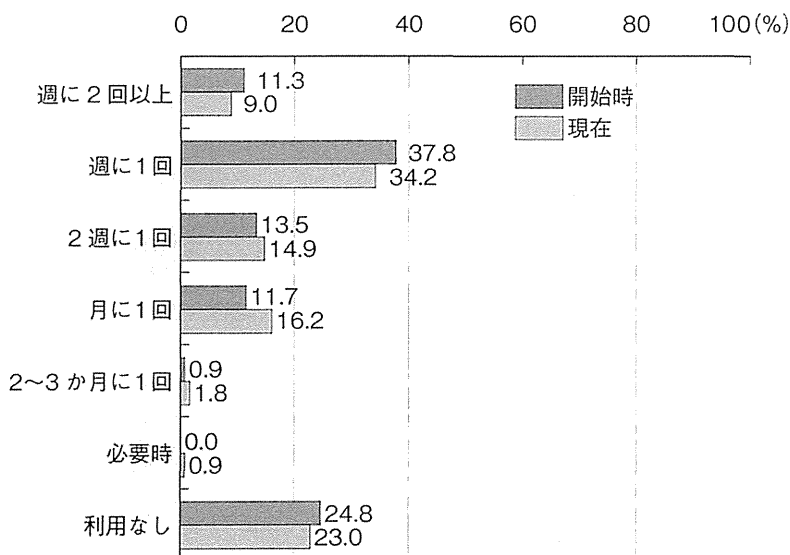


図5 訪問看護の利用度・頻度 (2010年)

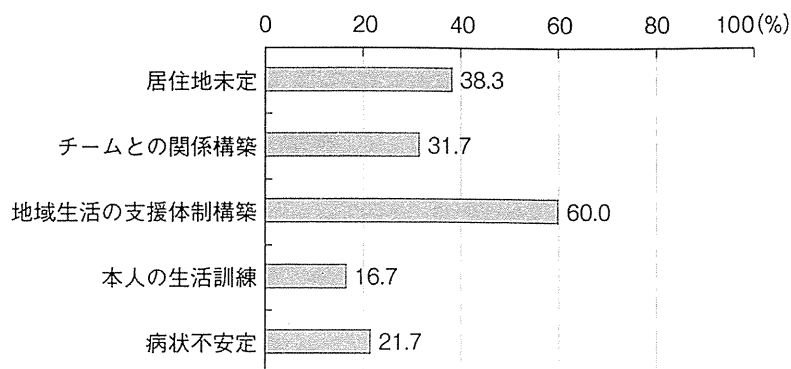


図6 開始時入院ありの理由 (2010年)

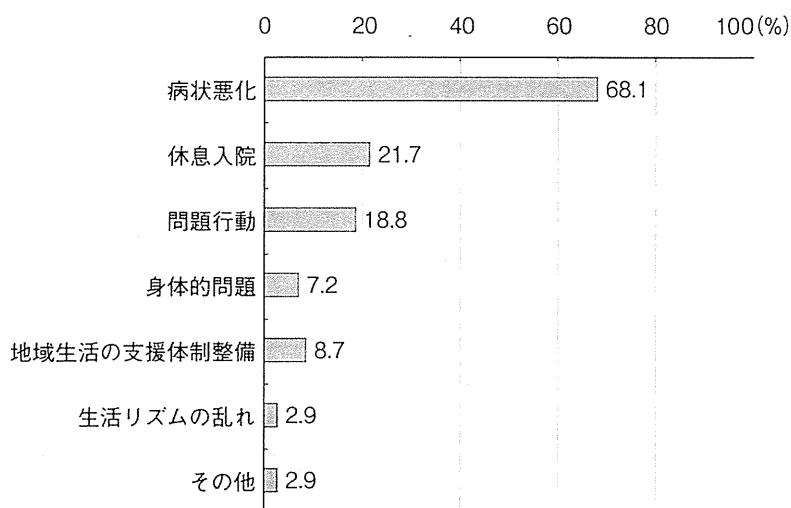


図7 経過中入院の理由 (2010年)

に1回 (13.5%), 月に1回 (11.7%) であるが, 6か月以上を経ると, 週に2回以上 (9.0%), 週に1回 (34.2%), 2週に1回 (14.9%), 月に1回 (16.2%) であった. その頻度は低下しているが, 他のサービスに比較して, 頻度の低下は少ない (図5).

b. 共通評価項目からの評価

指定通院医療機関では共通評価項目を用いて, 定期的に病状を評価することが義務づけられている. 共通評価項目の各項目の陽性率を集計すると, 内省・洞察項目では直接群 (43.5%), 移行群 (35.3%) であるが, 入院治療によって内省・洞察が進んでいることが示されている. 他方, 非精神病性症状 (42.5%) は移行群が高い. 移行群では, 対象者がより重症であることで, 治療困難な部分が残っているものと思われる. 総合的な

判定では, 対象者の精神症状は, おおむね安定 (71.2%), やや不安定 (23.9%) であった. 精神症状などをもちながらも, 多職種チームや多機関の連携で支えられていることが示されている.

6. 再入院の状況

通院対象者では, 指定通院医療機関に精神保健福祉法による入院を行う場合と, 病状悪化を理由に指定入院医療機関に再入院をする場合が考えられる.

a. 指定通院医療機関へ精神保健福祉法による入院

2010年度調査時点では, 246対象者のうち9.8%が精神保健福祉法入院を行っている. 他方, 通院

開始時に入院治療となったのは24.4%であり、このときの入院理由では、60%が「地域生活の支援体制構築」であった。また、通院処遇の途中で入院となったのは29.4%であるが、入院理由では「病状悪化」68.1%、「休息入院」21.7%であった(図6, 7)。

一般の精神科医療では、退院後精神科デイケアに通所している患者では、退院後1年以内では28%が入院し、2年以内では37%、3年以内では44%にまで達している。調査時点での通院対象者の通院期間の平均は480日(1年4か月)であるが、一般の精神科医療では1年4か月では約32%が再入院をしている。今回の調査では途中入院が29.4%であるが、この入院の多くは慎重を期して早めの入院を行っており、実際の一般医療よりもかなり多めに傾いている。少なくとも、1年4か月の時点では、一般医療よりも5%以上少ない値であるということが出来る。このような意味では、精神保健福祉法入院が医療観察法通院医療のなかで大きな役割を果たしていることがわかる。

b. 指定入院医療機関への再入院

通院処遇中に病状が悪化し、一時的な精神保健福祉法入院では十分な効果がない場合には、指定通院医療機関への再入院が行われる。2010年7月までには全国で10例が再入院決定を行っている。2011年末までに、18例の存在を把握したが、当研究班で把握できたのは16例であった。

16例は、男性13例、女性3例。移行通院例10例、直接通院例6例であった。対象行為では、殺人・殺人未遂7例、傷害3例、強制わいせつ3例、放火2例、強盗1例であった。病名では、統合失

調症11例、物質使用障害3例、気分障害1例、パーソナリティ障害1例であった。特徴的なのは病状悪化までの期間であるが、平均で131日である。最短では3日、最長で1年である。68%が4か月以内に病状を悪化させ、81%が6か月以内である。1年間通院を行った事例は3例(19%)であった。すなわち、6か月以内に悪化する事例と1年までの長期事例とに分けることができる。しかも、6か月以内例と1年余りの2群に分けることができる。直接通院例では3週間以内と短期例が多い。移行通院例でも6か月以内例が90%に及ぶことには対策が必要であろう(図8)。病状悪化の内容を分析すると、「物質使用障害の併存」4例、「知的障害の併存」4例、「通院決定の判断に問題」4例、「対象者のストレス耐性の弱さ」4例であった。特に対象者のストレス耐性の弱さについては、入院医療機関での治療を十分に行っても再燃していることから、通院開始までに十分な期間をもち、実際の居住施設等での習熟を十分に行う必要がある。また、地域型入院医療機関をさらに増設して、地域処遇の訓練期間を十分に行う必要がある。

c. 医療観察法再入院事例の発生割合

前述したように、現在530人の通院対象者が存在する。再入院者数は、通院対象者の増加に従って増加するものと考えられる。2009年には5人の再入院(1.1%)、2010年には5人の再入院(0.9%)、2011年には16人の再入院(2.3%)。いずれも、病状悪化例としてあげればきわめて低い数字であるといえる。このように低い数字で治まっている原因は、医療観察法通院処遇における「強制的通院が義務付けられている」「多職種・多機関が関

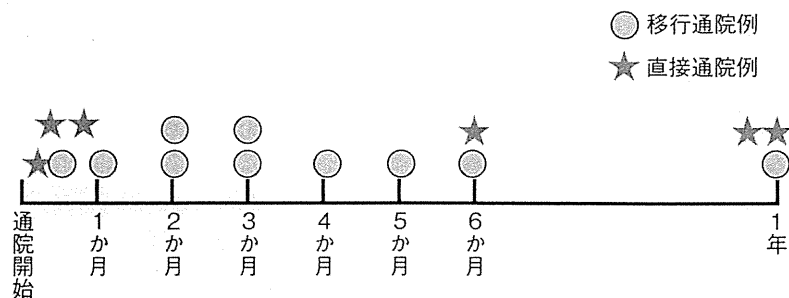


図8 病状悪化までの期間

わる法体系」「アウトリーチを中心とする多職種チームの効果」、さらに、「精神保健福祉法入院が早めに行われることで、本格的な病状悪化を防いでいる」ことなどがあげられる。

7. 医療観察法通院医療の実際

医療観察法通院医療の重要な要素は「強制的通院」「多職種による支援」である。しかし、この2つの要素が連携してこそ、理想的な通院医療が行われる。

a. 事例1

40歳代男性、統合失調症。数年前から自分が危険人物として監視されていると感じていた。旅行先では、北朝鮮の工作員に殺されると感じて、逃れるために部屋に火を放った。2年間の指定入院医療機関での治療の後通院医療を開始。アパートで単身生活をし、デイケアも就労訓練への参加も拒否。病識は欠如しており、ようやく外来通院と訪問看護を受けるが、「医療観察法が終わったら通院しない」という。それでも訪問看護師との対話は次第に増え、1年半を過ぎた頃から被害妄想が減弱してくる。周囲の勧めで兄が行う電気工事の手伝いをするようになり、電気工事士の免許もとる。

この事例では、当初は受診については拒否的であったが、強制的通院が義務づけられているために受診は保たれてきた。訪問看護師等多職種がかかわることで次第に病識が獲得され、就労も含めて自らの生活を実体化している。「強制通院」と「多職種による支援」が複合的に効果を示した事例である。

b. 事例2

30歳代女性、妄想性障害。夫が浮気をしていると邪推し、連日のように夫を責め立てる。X年に就寝中の夫を包丁で刺す。傷害で申し立てられ、直接通院となる。夫に理解があり、同居することで通院医療が開始された。しかし、本人は病識が欠如して内省も乏しかった。通院に時間をか

けて、主治医が夫同席の家族療法を続け、訪問看護も併用した。次第に強直的な思考が崩れ始め、ようやく2年を経た頃から病識が得られた。

この事例でも当初は「強制的通院」が効果を示していたが、主治医を含む多職種がかかわることで、病識を獲得するまでになった。

c. 医療観察法通院医療の実際

「強制的通院」と「多職種による支援」は、双方が連携することで効果が発揮される。特に後者の多職種支援については、包括的地域支援(ACT)であることが理想ではあるが、多職種がチームを組んで支援をし続けることが重要な要素である。また、このことによって、病状の悪化等も早期に把握することができる。

おわりに

医療観察法における通院医療は、当初その運営にさまざまな不安要素が予想された。しかし、施行から6年を経て、通院医療については、一定以上の成果が認められている。その成果の特徴は以下のようにまとめることができる。

- (1) 強制通院制度が一定の効果をあげている。
- (2) ケア会議に多職種・多機関が参加して「処遇の実実施計画」が策定され、これに協力することが法で定められている。
- (3) アウトリーチを中心とする多職種チームが成果を上げている。
- (4) 対象者・家族を巻き込んだ治療計画や病状悪化時の対応策が効果を示している。
- (5) 指定通院医療機関への精神保健福祉法による入院が、病状悪化を早めに防止している。
- (6) 一般精神科医療、特に地域精神科医療に対して、多くの知見を与えて、その底上げに貢献している。

厚生労働科学研究に協力をいただいた協力研究者の方々、また、アンケート調査にご協力いただいた指定医療機関のみなさまに感謝いたします。

文献

- 1) 厚生労働省ホームページ：心神喪失者等医療観察法にかかる申立、決定等の状況 (http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaihashukushi/sinsin/index.html)
- 2) 松原三郎：平成18年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）分担報告書「強制通院制度と地域医療のあり方に関する研究」. 2007
- 3) 松原三郎：平成21年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）分担報告書「通院医療の実態把握に関する研究」医療観察法通院処遇アンケート調査報告書. 2010
- 4) 松原三郎：平成22年度障害者対策総合研究事業（精神障害分野）分担研究報告書「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」. 2011
- 5) 松原三郎：平成23年度障害者対策総合研究事業（精神障害分野）分担研究報告書「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」. 2012

学会認定精神鑑定医制度の概要について

Overview of psychiatric examination expert certified by the Japanese society of forensic mental health

松原三郎

Saburo Matsubara

Key words 精神鑑定 (psychiatric examination), 学会認定精神鑑定医制度 (psychiatric examination expert certified by the Japanese society of forensic mental health)

はじめに

司法精神医学では精神鑑定は最も重要な課題である。特に責任能力鑑定は司法精神医学の原点といえるほどに重要な業務である。これまで、精神鑑定の研修は、大学の精神医学教室が精神鑑定を行う場合に若い精神科医がそれを手伝う形式で行われることが多かった。その折には、すでに出版された専門書や、上級医師の直接の指導によって支えられてきた。しかし、系統的な研修の方式はなかった。

近年になって、いくつかの重大事件のなかで複数提出された精神鑑定書の内容に差異がみられた。また、医療観察法が施行されると、医療観察法鑑定だけでなく責任能力鑑定においても、その内容に大きなバラツキがあることが指摘された。その原因では、精神保健判定医の約半数が精神鑑定の経験がないことや、あるいは、症例によって(または、疾患によって)、責任能力の判定に意見の相違があることも指摘された。

このような意見に従って、日本司法精神医学会は、2009年から「刑事精神鑑定ワークショップ」を開催した。2日間にわたるワークショップでは、多くの精神疾患の責任能力判定の基本原則を示すことができた。さらに、精神鑑定に関する専門医

制度の導入を求める声も聞かれるようになった。

1. 専門医制度と学会認定医制度

2011年2月に開催された日本司法精神医学会理事会では、第2回刑事精神鑑定ワークショップの開催報告とともに、「専門医制度の要否を含め、専門医制度に関する検討は研修・教育企画委員会が行う」ことが協議決定された。さらに、2011年6月理事会、評議員会、さらに総会において、専門医制度の検討を研修・教育企画委員会が行うとともに、その委員については必要に応じて拡大することが認められた。

2012年になり、研修・教育企画委員会では、本格的に専門医制度の検討に入った。専門医制度は、(社)日本専門医制評価・認定機構が管轄しているが、その基本条件は「会員千人以上の学術団体(法人)、5年以上の研修制度、資格認定試験、定期的な更新制度」などであるが、これらについてはいずれも当学会がその基本基準に到達することは、当分の間可能とは思われない。そのために、委員会では当学会が独自に「認定医制度」を導入することが適切であると判断した。名称は「日本司法精神医学会認定精神鑑定医制度」となる。

日本司法精神医学会 研修・教育企画委員会委員長
社会医療法人財団松原愛育会松原病院 (☎ 920-8654 石川県金沢市石引 4-3-5)
Social Medical Corporation Foundation of Matsubara-Aiikukai Matsubara Hospital

1881-0330/13/¥500/ 論文 /JCOPY

司法精神医学 8(1):85-87, 2013

85

2. 学会認定精神鑑定医制度の概要(図1)

以下には、学会認定精神鑑定医制度規則，ならびに、同施行細則の内容に沿って、その内容を記述する。

(1) 目的：すぐれた精神鑑定医を養成し、また、生涯にわたる相互研鑽を図り、もって司法精神医学の発展に貢献するとともに、国民の信頼に応えうる精神鑑定が実施できる制度を確立することを目的とする。

(2) 受験資格：①日本国の医師免許証を有する。②申請時に当学会会員である。③精神保健指定医、および、日本精神神経学会専門医である（ただし、施行5年間はどちらか一方の資格で要件を満たす）。④刑事精神鑑定ワークショップ、および、事例検討会を受講している。⑤申請時に受験資格がわかる所定の履歴書を提出する。

(3) 書類審査：刑事精神鑑定書5件を提出。ただし、起訴前本鑑定（鑑定留置を伴うもの）、または、裁判所嘱託による公判・公判前鑑定であること。過去5年以内の鑑定であること。5件のうち2件は簡易精神鑑定、または、医療観察法鑑定でも代

用できる。

(4) 書類審査の内容：①精神鑑定書として必要な形式を整えている。②鑑定書には、事件内容、被鑑定人の生活歴、現病歴、犯行当時の精神状態など必要な情報が集められている。③精神医学的に正確な診断が行われ、その根拠が示されている。④精神鑑定を行うにあたって、鑑定人の公平な立場が確保されている。⑤責任能力判定では、病状、事件当時の精神状態、理非善悪の判断能力とそれに従って行動する能力の程度について適切に検討されている。⑥必要な各種検査が行われている。⑦その他、精神鑑定に必要な事項を備えている。

(5) 面接審査：書類審査に合格した者について面接審査が行われる。3名の試験委員によって行われる。提出した精神鑑定書の内容について口頭試問。精神鑑定に関する知識、資質などについて口頭による審査。

(6) 認定：審査は研修・教育企画委員会委員ならびに理事会において承認された試験委員によって行われる。試験委員会において総合的審査が行われた後、理事会に報告され承認を得る。

(7) 認定後：学会認定精神鑑定医の認定証を発行するとともに、学会認定精神鑑定医名簿に記載さ

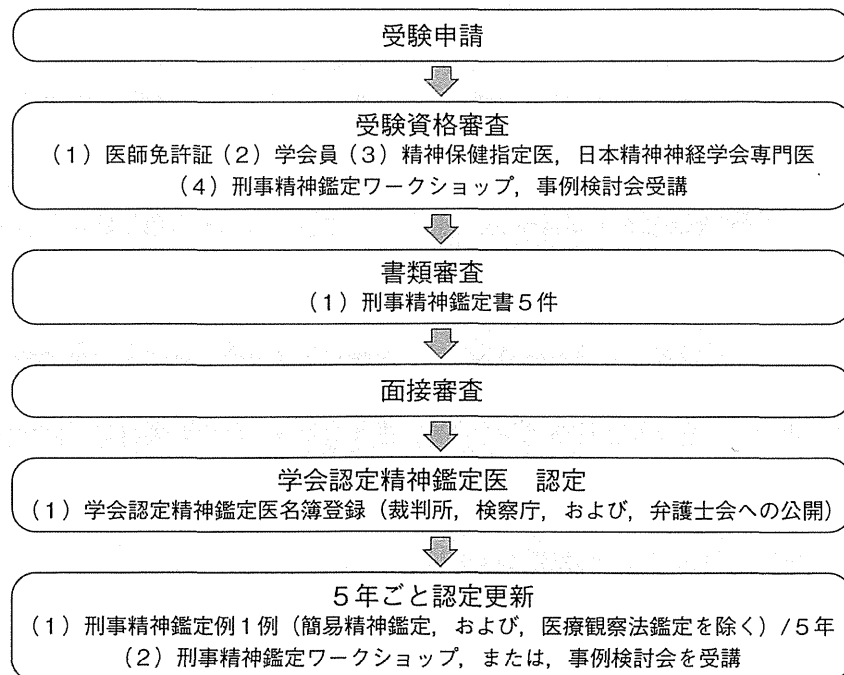


図1 学会認定精神鑑定医制度の概要(1)

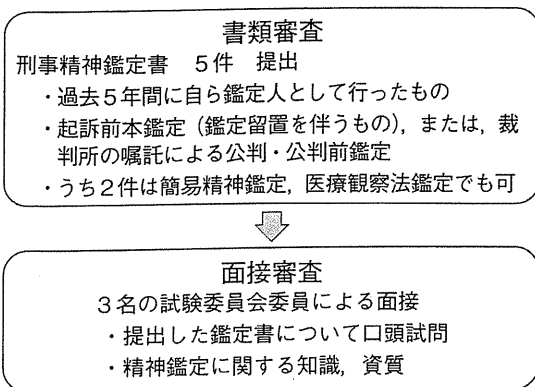


図2 学会認定精神鑑定医制度の概要(2)

れる。この名簿は学会機関誌で公示され、裁判所、検察庁、ならびに弁護士会に報告される。

(8) 認定更新：5年ごとに学会認定精神鑑定医資格の更新をしなくてはならない。このとき、①過去5年以内に行った刑事精神鑑定例1例（簡易精神鑑定、および、医療観察法鑑定を除く）。②過去5年以内に学会が開催する刑事精神鑑定ワークショップ、または、事例検討会を受講している。

(9) 指定研修施設：精神鑑定の研修を促進するために、機関の了解を得て指定研修施設を指定する。当該施設では、①精神鑑定の見学、②鑑定助手として研修が行われる、③指定施設内での鑑定会議への出席、④その他、症例検討会などへの出席。

(10) 指定研修施設の認定基準：①刑事責任能力

鑑定の経験のある精神保健指定医が複数名常勤している。②年間に5件以上の刑事責任能力鑑定が行われている（簡易精神鑑定を除く）。③心理検査が実施できる。④精神鑑定会議が開催されている。⑤認定にあたっては研修・教育企画委員会が選定し、理事会に報告され承認を受ける。

3. 今後必要となる検討事項

2012年6月の理事会、評議員会、ならびに、総会において、学会認定精神鑑定医制度の概要が承認された。しかし、実施については、今後いくつかの準備作業が必要である。以下には、必要と思われる準備作業を列挙する。

- (1) 学会認定精神鑑定医制度規則、ならびに、施行細則の確定。
- (2) 受験申請書等、各種所定書類の整備。精神鑑定書提出にかかる様式の確定。
- (3) 試験委員の選定
- (4) 書類審査、および、面接試験における審査基準の明確化。
- (5) 受験審査料の確定
- (6) 認定審査実施時期の確定
- (7) 指定研修施設の認定

これらの確定作業を急ぎ、その内容を順次会員に報告していく方針である。

2 指定医療機関等の現状

現在の施行状況を見ると、678床の指定入院機関が整備されており、目標の9割以上が整備されている。指定通院医療機関は総数438のうち、54が都道府県立病院であり、384が民間の精神科病院である。指定通院医療機関の主体は民間精神科病院であり、政策医療に協力する民間病院が期待された。指定通院医療機関は、訪問看護、デイサービスなどいろいろな治療機能を持つ必要があり、多機能な中規模の精神科病院の存在がこれから見直されていくことになる。鑑定入院医療機関は216あり、民間病院でもかなり精神鑑定を行っている。精神保健判定医については、1千名を超えてはいるが4割程度は鑑定の経験がないという状況であり、今後、安定した精神鑑定を行うことが大きな課題である。鑑定入院医療機関については、MRIなどの画像診断が出来る、心理検査が実施できる等の機能が必要であるが、これについては多少問題がある。鑑定内容に問題がある事例があることをうけて、厚労省は判定事例研究会を開催して、その中で鑑定が難しいとされている人格障害や発達障害の問題を研究会として明らかにしていくことが行われている。八木先生を中心に行われてきたが、その中で明らかとなったこととして、医療観察法鑑定では、責任能力判定、治療反応性、さらには、入院医療が適切か通院医療が適切かという複雑な判定が求められていることである。

3 5年目の報告

平成24年7月に厚生労働省は医療観察法の施行状況を国会に報告した。申立件数は1,800件あまりで、終結した件数が1,765件であった。この結果をグラフにすると入院決定が61%、通院決定が18%、不処遇が17%である(図1)。これを医療観察法が施行された翌年の平成18年と23年を比較すると、初期においては入院決定は54%、不処遇は18%と19%であり差はないが、通院は

23%と非常に多かった。特に近畿地区は、入院と通院が半々という結果であった。実際に近畿地区は訪問看護ステーションが精神障害者を多数受け入れおり、この地区では、通院処遇の機能が高いと言える。地域の機能によって、通院の%が変わることが明らかとなった。しかし、指定入院医療機関で行われる入院医療の中で、治療プログラムが研究され、一定程度入院治療を行った方が後の

経過が良いことが明らかとなり、入院医療から始めて内省や病識を獲得することの必要性が強調されるようになった。その結果、入院医療の平均が68%になったものと考えている。

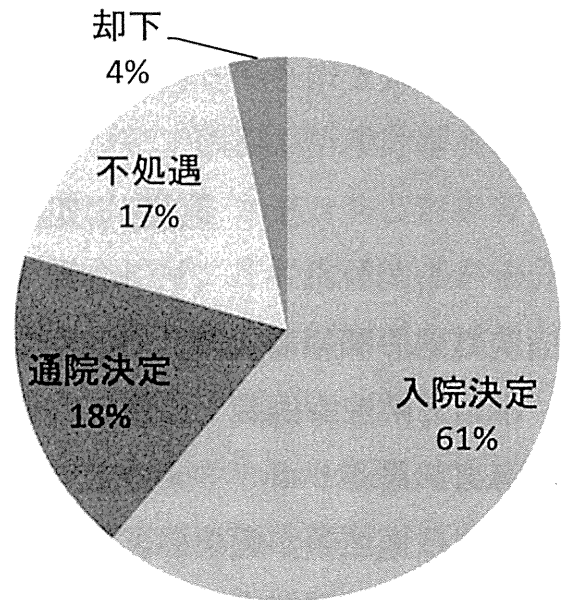


図1 審判結果（厚労省報告：1,765件）

4 指定通院医療機関が抱える問題

通院申し立てには、直接と移行通院があり、また、通院が終了となるものもあり、通院処遇を受けている対象者の総数は月によって異なる。グラフにすると平成23年には544人であるが、通院対象者数は次第に増加してきている。

このような中で不足しているのは社会復帰調整官であるが、各都道府県あたり2名の確保を目標としている。指定通院医療機関によって、通院対象者数は大きく異なる。平成21年度調査では、指定通院医療機関のうち23.2%には通院対象者がいない状況で、対象者がいる場合には、平均2.3人である。他方、10名を超える通院対象者をもつ医療機関も少なくない。対象者数に見合ったスタッフをそろえるのが難しくなっている。このために厚生労働省が通院医学管理料を増額したが、それでも、医療観察法の専任スタッフを雇うの

は困難な状況であり、指定通院医療機関の負担が重くなってきている。また、訪問看護師数を増やそうにも看護師不足のために困難な状況が続いている。

5 重要な処遇の実施計画の策定

通院処遇の開始時には、「処遇の実施計画」を策定するが、実施については、指定通院医療機関と保護観察所が連携をとり、さらに、都道府県・市町村の担当部局もサポートするという形である。しかし、行政・保健センターの協力には地域差が大きい。指定通院医療機関は医師、訪問看護師、作業療法士等の多職種チームを形成して個別の治療計画を作って医療保険サービスを駆使しながら通院医療を行っている。保護観察所は、精神保健観察と生活環境調整の二つを行い、社会復帰調整官が主役である(図2)。

通院処遇の流れでは、審判と同時に通院が開始される直接通院と、入院処遇を受けた後退院審判を受けてから通院する移行通院があり、どちらも原則3年間の通院で必要であればさらに2年間延長できることになっている。そ

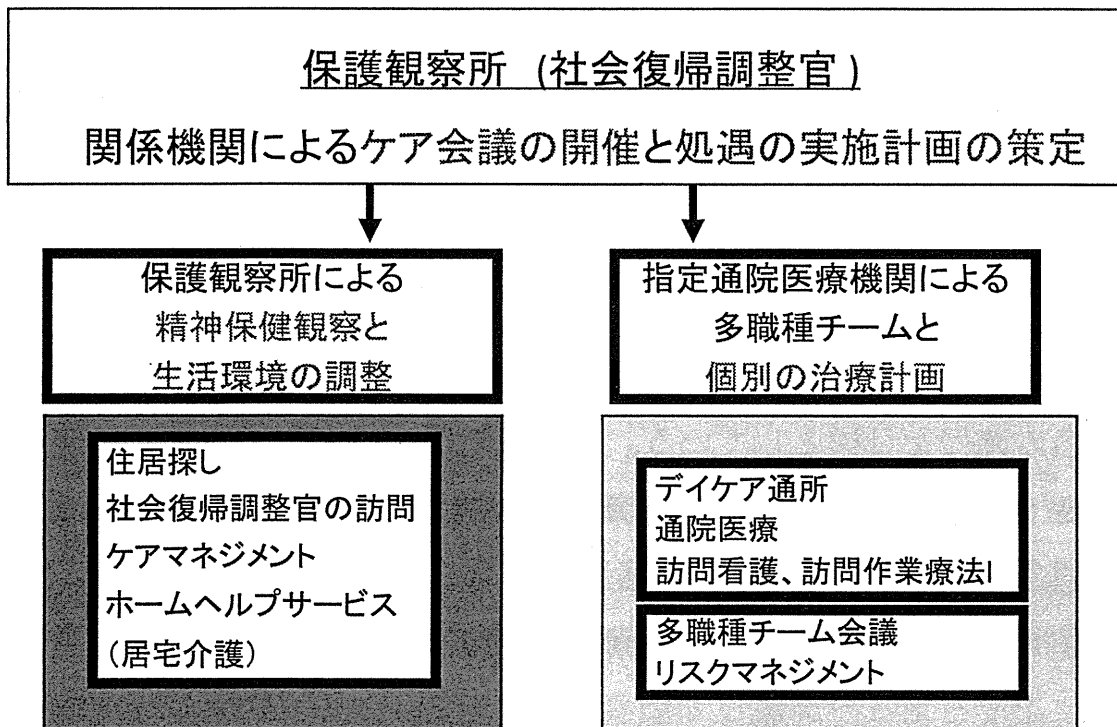


図2 通院医療と地域処遇

して、3年間の処遇のうち一般の精神科医療に移行して、その後も医療を継続するというのが通院処遇の目標である。

指定通院医療機関ではこの実施計画にもとづいて個別の治療計画を作成し、多職種チームが動き始めることになっている。時に、スタッフと対象者との信頼関係が非常に重要になる。直接通院の場合には、この信頼関係が十分に構築されないまま通院が始まり、そういう点では当初、信頼関係を結ぶのが難しい場合もある。

処遇の実施計画は医療観察法の第104条に含まれており、処遇の実施計画を定めなければならない、そのときは指定通院医療機関と都道府県市町村との間で協議の上で定めなくてはならない。指定通院医療機関は社会復帰促進のために相談に応じて必要な援助を行い、ならびにその保護者および精神障害者の医療、保健、福祉に関する機関の連絡調整をおこなわなければならない。さらに精神保健福祉法47、49条に記載されているように、都道府県、市町村、保健所は相談に応じそして連携を図るように努めなければならない。処遇実施計画はケアプランであるが、ある意味ではいろんな各機関が連携して参加しなければならないと理解すべきである。普通に精神科病院を退院

(法104条) 保護観察所は指定通院医療機関と管轄する都道府県及び市町村と協議のうえ処遇の実施計画を定めなければならない。

(指定通院医療機関) 通院対象者の社会復帰の促進を図るため、その者の相談に応じ、必要な援助を行い、並びにその保護者及び精神障害者の医療・保健・福祉に関する機関との連絡調整を行うように努めなければならない。

(精神保健福祉法第47・49条) 都道府県、市町村、保健所は精神障害者及びその家族等からの相談に応じ、その他の関係行政機関と密接な連携を図るよう努めなければならない。市町村は、精神障害者から求めがあつたときは、当該精神障害者の希望、精神障害の状態、社会復帰の促進及び自立と社会経済活動への参加の促進のために必要な指導及び訓練その他の援助の内容等を勘案し、当該精神障害者が最も適切な障害福祉サービス事業の利用ができるよう、相談に応じ、必要な助言を行うものとする。

図3 処遇の実施計画の策定

通院前期 (1～6M)	訪問看護 2～3/w OT,DC	入院医療から通院医療へ円滑に移行。 通院開始時点の評価、治療計画作成。 毎週通院。基礎的社会生活能力確保。
通院中期 (7～24M)	訪問看護 1～3/w OT,DC	限定的な社会活動への参加。 2週間に1回の通院。疾病の自己管理、 社会生活能力の維持。
通院後期 (25～36M)	訪問看護 1～3/w OT,DC	地域社会への参加の拡大。2週間に1回 の通院。一般精神医療への移行準備。確 実な服薬。

図4 通院医療の治療ステージ分類

した人々は、現在は専門医がいろいろケアプランを作成するが、強制力が弱いもので、イギリスのCPAのようなきめ細かさはない。医療観察法の処遇の実施計画は、法律的に協力関係を求めているという意味では非常に力強い。保護観察所は指定通院医療機関、精神保健センター、保健所、市町村が参加をしたケア体制が作られている(図3)。

ケアプランの流れをみると、通院医療は前期、中期、後期の3つのステージに分けられて支援が行われる(図4)。最初の6ヵ月の前期では、訪問看護、デイケアが頻回に行われ、基礎的な社会生活能力の確保、すなわち、確実に通院、服薬し、生活リズムを整え、掃除をし食事をするという基礎的な社会生活能力を最初の6ヵ月で構成することになっている。中期では、訪問看護の回数も少し減ってきて、通院は2週間に1回程度とガイドラインに示してある。これによって自ら疾病を理解して服薬をし、自己管理する。そしてデイケアでは参加するだけでなく他の人とのコミュニケーションをとる、近所の清掃活動に参加するといった社会生活能力を維持される。後期では、地域社会への参加が拡大し、例えば選挙に行く、地域の活動に参加する等が行われ、一般医療への移行が準備される。実際のところは、前期、中期、後期と通院処遇の方達には個人差はあり、ガイドライン通りに進むものではない。ガイドラインでは、クリニカルパスが作られ、訪問看護やデイケアの回数が

示されている。実際に行ってみると、デイケアには行きたくないという人も多く、訪問看護に来てくれるなどという本人、家族もいる。なかなか実施するのは難しいが、それぞれのチームが工夫しながら頑張っているのが現状である。

6 病状悪化時の対応

病状悪化時の対応を処遇実施計画に記載しなければならないが、第1段階、第2段階、第3段階と分けて、非常に悪くなってからではなくて、早い段階でキャッチすることが重要である。病状をきちんと把握することが通院処遇のなかでは重要である。第3段階で緊急で自傷他害のおそれのある場合は、保護観察所の長が措置通報をすることができることになっている。例えば、以前に殺人を犯したときと同じような幻覚妄想が出て落ち着かない場合は、自傷他害のおそれがあると判断すべきである。この保護観察所の長の通報義務はいいものではあるが、緊急にこれで動き出したことはなく、ほとんどの場合指定通院医療機関で強制的に入院させている。そういう意味で、病状悪化時の対応というのは指定通院医療機関の機能に頼っているのが現状である。

7 通院処遇の終了状況

通院処遇の終了の目安は、再燃がないこと、継続的な治療が行われていること等が要件であるが、平成21年度のアンケート調査では、3年間の通院処遇の途中で終了しているものが約半数である。実際には、通院処遇を継続して満期終了を希望する対象者、家族が増えている。それは医療費が無料、丁寧に支援してくれるから安心感があるからで、これを「だらだら通院」と呼んでいる。やはり、早期の終了を目指すのが本来の姿であることは言うまでもない。

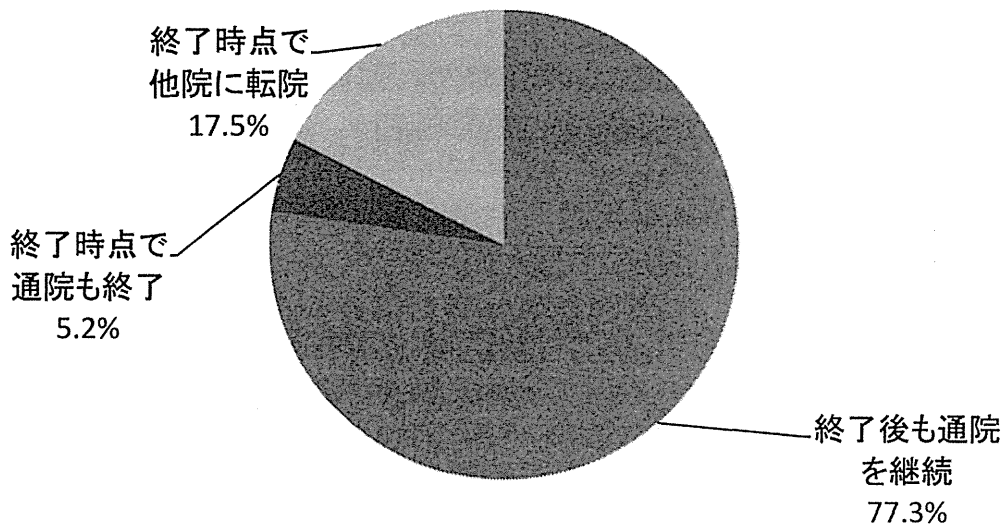


図5 外来通院の継続状況

通院処遇が終了した後については、長期的なフォローというのはまだできていない。平成21年度の段階の調査では処遇終了後、外来通院がどれだけ継続しているかをみると、継続しているは77.3%、終了時点で他院に転院が17.5%、この転院した内の77%が通院継続しているとしたならば、全体の9割近くは終了後も通院を継続しているといえる。医療観察法の通院医療がこのあと長い期間どうなるかという課題があるが、通院処遇終了後も医療が継続しているという現状をみると通院処遇は成功しているといえる（図5）。

8 通院事例の紹介

これは移行通院で○歳男性、統合失調症。警察から危険人物として監視されていると感じるようになり、ホテルに泊まっているときに、部屋の周りを殺人集団に取り囲まれ殺されると思い、部屋に火を放って逃げようとして、放火の罪で医療観察法の申立が行われ、入院処遇となった。2年1ヵ月の治療後、通院開始。家族の協力も得て市内のアパートに住むが、デイケア通所しないと言う。早く仕事がしたい、医療観察法が終わったら通院しないと病識が欠如した状態であった。それでも多職種チームが根気強く、本人の家まで行き、服薬をしているかどうかの確認や通院を勧めてみたりとずっと支