

医療観察法平成22年再検討を 見据えた意見集約

八木 深

第62回国立病院総合医学会
(平成20年11月12日 於東京)

IRYO Vol. 64 No. 3 (209-212) 2010

要旨

医療観察法の平成22年再検討を見据えて、国立病院機構医療観察法メーリングリストを通じて意見集約を行ったので報告する。「入口」に関して、詐病の見落としなどのため間違っただけで処遇決定された例について、審判をやり直せない問題点が指摘された。「出口」に関して、治療反応性に乏しいものの処遇のあり方について検討が必要という意見があった。「医療観察法鑑定・審判」に関して、鑑定人を鑑定入院施設の医師に限った方が鑑定の質が上がるという意見があった。鑑定センター構想については、司法精神医学が、一部の病院に偏るのを懸念する意見があった。「身体合併症」に関して、医療観察法の医療の中で特殊な身体的治療を行うのは困難という意見があった。「地域処遇」に関して、指定通院医療機関や社会復帰施設などへの経済的・人的援助が必要という意見が多かった。「医療観察法全体のデータ管理」に関して、リスクアセスメントや効果研究のためにデータ管理が必要だが、データアクセス・利用のルール化が必要になるという意見があった。指定入院医療機関整備の遅れにより「特定病床」や「特定医療機関」で「待機」する例が発生しており、機構病院での病床増加、自治体立病院での病床整備、退院促進が大きな課題になっている。

キーワード 医療観察法再検討, 鑑定の質, 長期入院事例, 地域処遇

はじめに

医療観察法附則第4条により、政府は、法施行後5年（平成22年）を経過した場合に、施行状況を国会に報告し、その状況について検討を加え、必要があれば、法制の整備その他の所要の措置を講ずることになっている。日本司法精神医学会は、平成19年5月に医療観察法制度に関する検討委員会を立ち上げ3回審議した。筆者は委員を務め、平成19年10月以降国立病院機構医療観察法メーリングリストを通

じて意見集約を行ったので報告する。メーリングリストに5件、報告者宛てに3件の意見が寄せられた。

「入口」に関する議論

詐病の見落としなどのため間違っただけで処遇決定された例について、審判をやり直せない問題点が指摘された。再審制度によって、矯正施設との行き来・ダイバージョンが可能になるのを期待する意見もあったが、「再審の問題に関しては、刑法の関与する問

国立病院機構東尾張病院

(平成21年3月26日受付, 平成22年3月12日受理)

Summary of the Opinions Regarding a Review of the Medical Treatment and Supervision Act in 2010

Fukashi Yagi, NHO Higashiowari National Hospital

Key Words: review of the medical treatment and supervision act, quality of the psychiatric test, discharge of long cases, community treatment

題であり、容易ではない。むしろ逆に、入院施設がある意味対象者の人権を侵害するような提案することは、誤解を招くと思う。この問題には、慎重になった方がよい」という考えが多かった。対象者の年齢については、「精神疾患を持った未成年が十分にフォローされていない現在の社会状況や、発症時点に近い時期での治療導入の短期的・長期的効果をふまえ、対象年齢を引き下げべきか」「その一方で高齢の対象者の場合、身体合併症や認知機能の問題があり、疾病教育をはじめ、様々なプログラム導入が困難であり、その効果も期待できにくいため、対象年齢の上限設定も必要か」という意見があった。

身体合併症に関して

「合併症治療の入院時、即時、医療観察法の適応を一時中止できるようにして欲しい」「鑑定病院からの情報がないまま、栄養状態が悪く褥創もありADLも全介助レベルの対象者が入院してきた。身体面が改善してからではダメだったのか?」「医療観察法の対象者は、その医療の中で身体的な治療を行うのは困難なので、身体的な治療を優先的に受けてから医療観察法の病院へ来て欲しい」などの意見があった。

今後合併症対応可能な指定入院医療機関の運用が開始されることが望まれる。

「出口」に関する意見

モニタリング研究¹⁾によると、退院事例の共通評価項目変化は、各項目ともに、望ましい方向への変化を示していた。精神病症状 (2.0⇒0.6)、非精神病症状 (1.7⇒0.8)、内省洞察 (1.8⇒0.3)、衝動コントロール (1.2⇒0.3)、共感性 (1.0⇒0.1)、対人暴力 (1.1⇒0.3)、現実的計画 (1.6⇒0.8)、コンプライアンス (1.7⇒0.5)、治療継続性 (1.6⇒0.9)であり、とくに内省洞察・共感性・コンプライアンスが改善しており、この部分は指定入院医療機関の医療の効果を認めた。

運用開始後3年半あまり経過し、慢性かつ重度の統合失調症で改善の見込みがないような長期入院例が散見されるようになってきた。こういった治療反応性に乏しく長期にわたり入院を要する事例について、①精神保健福祉法接続が妥当という意見：「現状では処遇終了の上で精神保健福祉法により入院を

継続せざるを得ないと思う。これは医療観察法が全例治療可能であることを前提としていることからくる歪みだと思う」、②指定入院医療機関で見続けるしかないという意見：「治療反応性がない対象者であっても、指定入院医療機関で、見届けるしか選択肢がないと思うが、そうすると入院病床不足に陥るのは明らか。その対策はわからない」、③特別な施設を創設するという意見があった。

「治療反応性の乏しい対象者を一般の精神病棟に送り込むことが妥当なのか」という意見があり、一般医療に移行する際、医療を継続することにより再び同様の行為がおきないような対処について話し合う必要があると思われた。

医療観察法鑑定・審判に関する意見

メーリングリストの意見では、「鑑定人を鑑定入院施設の医師に限った方が鑑定の質が上がる」「鑑定センター構想については、司法精神医学が、一部の病院に偏るのを懸念する」「鑑定、審判員、検察それぞれの判断にばらつきがある現状をふまえ、レベルの向上と統一は前提ではあるが、それぞれ複数名での判定を考慮すべきか」「審判事前カンファレンスは有効だが、頻繁な出席は重荷で忌避につながる」「鑑定期間が短いと思う。実際、短い期間では診断がつけられないこともあるようだ(パーソナリティなど)。また、鑑定中の情報が少なく、その後の入院で困ることがある。きちんとした情報提供をお願いしたい」などがあった。鑑定人を鑑定施設に限るのは有用と考えられるが、それと同時に、「鑑定入院医療機関」の定義および施設基準等を明確にすべきと思われる。鑑定期間を延長するならば、2-3カ月で終局するという法の本体の改正も必要になるが、そこまでの必要性があるかについては意見の一致は見られていない。

厚生労働省の統計によると、平成20年11月1日までに累計1,265件の申立てがあり、入院715件(60%)、通院224件(19%)、不処遇202件(17%)、申立て却下41件(3%)、取り下げ10件、鑑定中73件であった。地域ごとにみると、入院95%、不処遇5%といった県や入院35%、通院35%、不処遇30%の県もあった。入院決定を人口10万人当たりでみると、全国平均は0.49だが、最低0.10から最高1.50まで大きなばらつきがあった。指定入院医療機関に入院した事例を検討すると、鑑定時統合失調症と診断されたが

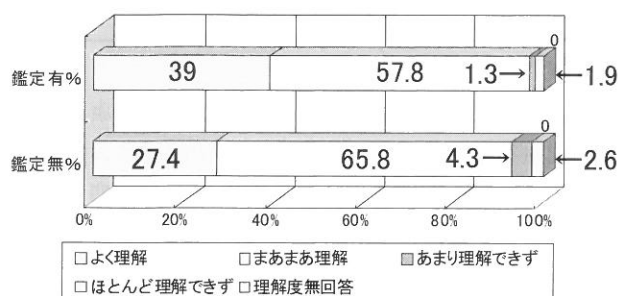


図1 平成19年精神保健判定医養成研修会アンケート 鑑定経験別理解²⁾

対象行為時前後にも鑑定时にも幻覚妄想がなく実はパーソナリティ障害であり対象行為時に心神喪失等の状態になく治療反応性もないと思われる例もあった。審判は個々の事例を独自に判断するが、仮に同じ事例について鑑定・審判したら同じ判断になるのが望ましい。

審判や鑑定の質を担保するために、精神保健判定医のスキルアップが必要である。精神保健判定医等養成研修会において受講生を対象に刑事責任能力鑑定の有無のアンケートを実施したところ²⁾、平成19年初回研修判定医は鑑定経験あり50%（94人）なし50%（93人）であり鑑定経験の有無はほぼ半々であった。また初回・継続受講生を合計した研修会理解度は責任能力鑑定経験のある判定医は、よく理解39%、まあまあ理解57.8%で、鑑定経験のない判定医（よく理解27.4%、まあまあ理解65.8%）より理解度が高かった（図1）。疾病性の判定で求められるのは、心神喪失等の同等の精神障害の有無の判定であり、責任能力鑑定の経験のない医師は責任能力鑑定の素養を研修する必要がある。精神保健判定医の質のばらつきをさらに少なくするためには、実務に直結した研修会を実施する必要がある。必要ならば、厚生労働省令の改定なども要望してゆくことが今後の課題と思われる。

地域処遇に関する意見

「地域処遇の診療報酬アップなど大いに賛成」「指定通院医療機関や社会復帰施設などへの経済的・人的援助が必要。現状では、問題を抱えた対象者を退院させるのに困難を感じる」「病院が頑張っても、受け皿の地域の支援体制に差があり、社会復帰がすまない。治療が終了しても居住地が決まらないうと退院できず入院期間が延びる傾向にある」という意

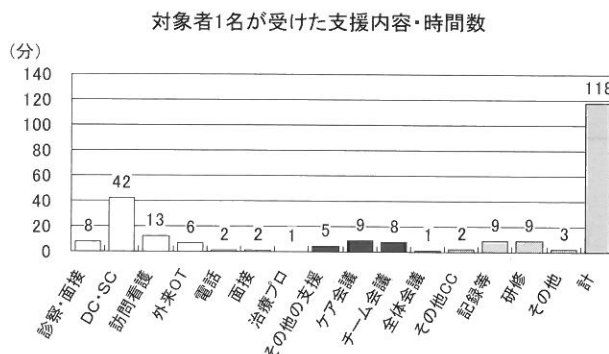


図2 通院医療に要する時間の調査³⁾

注：DC（デイケア）、SC（ショートケア）、外来OT（外来作業療法）、治療プロ（治療プログラム）、その他CC（ケースカンファレンス）

見があった。

指定通院に関する厚生労働科学研究³⁾は、36病院対象者87名職員276名に対して調査を実施し、対象者1人1日当たりに職員は118分の支援時間を要しており、対象者3名程度で専属職員1名が必要になると提言した（図2）。指定通院医療機関の医学管理料をさらに手厚くする必要がある。また同研究によると、難しい通院対象者として①病状が不安定、根深い妄想等が残存している事例、②人格障害的要素を併存している事例、③アドヒアランスや治療・ケアの継続性に問題ある事例、④薬物依存・自殺企図・複雑な問題等のある事例 などがあり、各地域に基幹の指定通院医療機関が必要という意見であった。

医療観察法全体のデータ管理に関する意見

リスクアセスメントや効果研究のためにデータ管理が必要だが、データアクセス・利用のルール化が必要になるという意見があった。

指定入院医療機関の病床について

意見集約を離れるが、指定入院医療機関整備の遅れにより「特定病床」や「特定医療機関」を利用し事実上「待機」している事例が発生しており、機構病院での病床増加、自治体立病院での病床整備、退院促進が大きな課題になっている。

中等度セキュリティ病棟と地域密着型病院の分化がすでに始まっている可能性があり、質をどう担保するのか、どう振り分けるのか、たとえば社会復帰

期の対象者や症状軽快型の対象者を地域密着型に振り分けるのかなどが課題となっている。

おわりに

鑑定については、鑑定入院医療機関の施設基準などの定義が必要と考えられた。また、精神保健判定医養成研修会については、より実務に結び付くよう、省令で決められている時間割の見直しも必要と考えられる。入院病床の確保については、指定入院医療機関の指定基準を拡大し公的病院がより指定を受けやすくする見直しが、通院については、人員をより手厚くするように、医学的管理料の見直しが必要である。社会復帰を目指すという基本理念について、変更意見はなかった。

〔文献〕

- 1) 厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）心神喪失者等医療観察法制度における専門的医療の向上のためのモニタリングに関する研究（主任研修者吉川和男）．分担研究（分担研究者八木深）指定入院医療機関におけるデータ収集とデータ項目の妥当性に関する研究 平成18年度総括・分担報告書．147-163
- 2) 厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）司法精神医療の適正な実施と普及のあり方に関する研究（主任研究者小山司）．分担研究報告書（分担研究者八木深）精神保健判定医に必要な知識等の習得方法に関する研究 平成19年度報告書．61-116
- 3) 厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）他害行為を行った精神障害者の診断、治療及び社会復帰支援に関する研究（主任研究者中島豊爾）．分担研究報告書（分担研究者岩成秀夫）他害行為を行った精神障害者に対する通院医療に関する研究 平成19年度総括・分担報告書．88-113