

医療観察法の将来

村上 優[†]第67回国立病院総合医学会
(平成25年11月9日 於金沢)

IRYO Vol. 69 No. 7 (347-350) 2015

要旨

2005年7月に施行された医療観察法医療は精神科領域の政策医療として、その多くを国立病院機構の精神科施設が担ってきた。施行後10年近くを経て制度は安定してきており、入院期間は平均763日で予定された18カ月よりは長い。触法精神障害者^{*1}の社会復帰も促進し再被害行為も低い。わが国ではじめての法律モデルの強制入院で裁判所の合議体が治療必要性を判断する。法と精神科医療の対話で運営されているが、いまだ成熟していないところがあり、審判前の手続きで関係者のカンファレンスが当初審判だけでなく入院継続や退院請求時にも必要である。10%程度に3年を超える超長期入院がみられるが、クロザピン使用や多職種で行う心理社会的アプローチを継続するなかで退院促進すべきだと思われる。

地域差に加えて入院期間の施設差が大きく、2008年より多職種による医療観察法施設の相互訪問と相互の検討（ピアレビュー）^{※2}がなされている。2012年には国の事業として制度化されて医療観察法医療の均霑化^{※2}に役立っている。医療観察法の対象は疾病性、治療反応性、社会復帰要因（阻害要因としては他害行為をおこすリスク）の3要件が存在するケースであるが、この判断の基礎となる刑事精神鑑定や医療観察法鑑定、裁判（審判）のあり方が重要な意味を持つ。対象者ごとに医師、看護師、心理士、作業療法士、精神保健福祉士が多職種チームを組み、また地域には保護観察所に置かれた社会復帰調整官が地域支援をコーディネートする。

キーワード 医療観察法, 社会復帰, 再被害行為

はじめに

わが国の精神科病床は他国に比べて人口比2.6床／千と著しく多い。社会復帰を促進する目的でさま

ざまな施策が進められているが、いまだその効果は十分ではない。2005年に「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者に対する医療及び観察に関する法律」（医療観察法と略す）が施行された。これ

※1 触法精神障害者：心神喪失または心神耗弱の状態（精神障害のために善悪の区別がつかないなど刑事責任を問えない状態で殺人や他害行為を行った者）

※2 均霑化：地域格差をなくして、どこ地域でも等しく高度な医療を受けることができるようにすること。

国立病院機構琉球病院（現所属 榊原病院） †医師
(平成27年1月13日、平成27年5月8日受理)

The Future of Medical Care and Observation Act

Masaru Murakami, NHO Ryukyu Hospital

(Received Jan. 13, 2015, Accepted May. 8, 2015)

Key Words: Medical Care and Observation Act, rehabilitation, recidivism

N=237

人	日数	行為	内容	対処	対象行為	状況
	400	物損	他人の携帯電話を破損	24条措置通報		通院中
①	681	傷害	他患者に暴行	精神保健福祉法入院継続	殺人	入院中
	755	傷害	看護師を殴打	任意から医療保護入院に切替		入院中
②	402	傷害	主治医を殴打	再入院申し立て	傷害	通院中
③	856	傷害	不明	措置入院→再入院申し立て	殺人	不明
④	1007	傷害	他患者を殴打	裂傷に対し縫合処置 事件にせず	殺人	入院中
⑤	不明	わいせつ	痴漢行為	不明	わいせつ	通院中
⑥	211	わいせつ	保健師に嫌がらせ	ケア会議で指導	わいせつ	通院中
	709	わいせつ	訪問看護師に嫌がらせ	ケア会議で指導		通院中
⑦	36	不明	不明	不明	放火	不明

図 1 再他害行為等

まで一般精神科医療でみてきた「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者」に対して、その安全な社会復帰を促進することを目的として、裁判所での審判を経て強制入院させる制度である。これまで精神科医のみが判断していた医療モデルの強制入院制度から、裁判官と精神保健審判員の合議により判断する法律モデルの強制入院制度である。発足の当時は保安処分となり治療なき拘禁となるとの批判もあったが、社会復帰を促進するという法の目的や関係者の努力により、わが国の精神科医療では最も多くの人材を投入した精神科専門医療として成果をあげている。その6割の病床を運営するNHO施設は政策医療としての役割を発揮してきた。法が施行されて10年近くとなり、次の10年のあり方を見据えた評価と改革が必要となっている。

2013年での評価

医療観察法の入院医療施設は全国に30施設800床が整備されて、当初の予定であった720床を超えている。一方で医療観察法の指定通院医療施設は407施設で、まだ通院施設の不足がみられており、身近で通院医療を受けることが円滑にできないという指摘もある。医療観察法医療は安定的な運用に移行しつつあるが、一部地域（とくに北海道）には入院施設がなく、また通院施設は都市部での不足も含めて地域差が大きい。

再他害行為なく社会復帰促進については図1に示したように重大とされる行為の発生率は1.7%で他国に比して低く抑えられている。これは対象者の主病名にパーソナリティ障害が含まれていないということ念頭に置くとしても、重複障害ではこの障害に加えて物質使用障害や知的障害・発達障害が4割にみられることを考えれば、わが国での比較データはないがこの制度の安全化社会復帰への効果と評価できる。

入院期間は当初想定された18カ月よりは長い表1に示すように中央値763日、平均値で912日となっている。多くの入院対象者は2年以内に退院するが20%程度が長期に、さらに10%が3年以上の超長期入院となっている。長期化要因の多くは治療抵抗性で精神状態の安定が不十分であり、そのために衝動性が高く再他害行為の可能性が高くて退院が遅れている。2009年よりわが国でも治療抵抗性統合失調症の治療薬であるクロザピンが登場したが、医療観察法医療の場面での使用が少ないことも一因である。琉球病院では3年以上の長期入院者にクロザピンを使用することで精神状態が改善して、超長期入院者が退院し、その後入院者の30%-40%にクロザピン投与が試みられている。クロザピン使用を困難にしている一因には通院施設での継続が確保できないなど、地域的な要因も挙げられる。

地域差に加えて入院期間の施設差が大きく、2008年より多職種による医療観察法施設の相互訪問と相

表 1 年度別推計入院日数

	中央値		平均値	
	日数	95%信頼区間	日数	95%信頼区間
H20 年度 (n=625)	603	(577-629)	620	(591-650)
H21 年度 (n=766)	688	(650-726)	740	(706-774)
H22 年度 (n=863)	727	(695-759)	821	(779-864)
H23 年度 (n=1,086)	748	(725-771)	897	(852-942)
H24 年度 (n=1,347)	763	(740-785)	912	(871-952)

Kaplan-Meyer 法による推定入院日数：入院－退院（通院処遇）を対象とした場合

互の検討（ピアレビュー）がなされている。2012年には国の事業として制度化されて医療観察法医療の均霑化に役立っている。そこで集積された長期入院例の検討でもクロザピンの可能性は強調すべきであろう。

医療観察法の対象は疾病性、治療反応性、社会復帰要因（阻害要因としては他害行為をおこすリスク）の3要件が存在するケースであるが、この判断の基礎となる刑事精神鑑定や医療観察法鑑定、裁判（審判）のあり方が重要な意味を持つ。刑事精神鑑定に関しては日本司法精神医学会が、2014年より刑事精神鑑定の学会認定医制度を始めることになっており、精神鑑定の質の改善が期待される。また審判のあり方も当初の処遇を決める当初審判にあたってはカンファレンス（審判外の手続き）を経ることにより、法律家（裁判官、検察官、弁護士）と医療（鑑定医、精神保健審判員、精神保健参与員）のこの医療観察法医療の必要性をめぐる会話、コミュニケーションが進んできた。今後はこれら当初審判だけでなく入院継続や入院によらない医療のあり方などでも、広く審判前のカンファレンスが実施されるように期待したい。医療観察法は法律モデルの強制入院であり法律と医療の対話が進むことが、この法による精神障害者治療を進めることにつながる。

医療観察法医療の特徴はその心理社会的医療の豊富さ、多様さである。そのために対象者ごとに医師、看護師、心理士、作業療法士、精神保健福祉士が多職種チームを組み、また地域には保護観察所に置かれた社会復帰調整官が地域支援をコーディネートする。そこでは疾病教育、内省プログラム、怒りのマネジメント、SMARPP（せりがや覚せい剤依存再

発防止プログラム（Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program：SMARPP）による物質使用など認知行動療法を多く取り入れた治療が展開され、これに限らずに生活技術をあげるために社会生活技能訓練（Social Skills Training：SST）^{※3}や生活訓練室など病棟内にダイニングキッチンを持つ部屋を準備するところも増えてきている。

今後の10年

今後の10年では第1に医療観察法の定着した安定的な運用への配慮が求められる。まずは地域に入院施設がない北海道に指定入院医療施設を設置すべきである。入院施設よりのフィードバックが地域に直接なされることによって法への理解が進み、またパーソナリティ障害のように医療観察法が本来的に対象とすべきか否かの議論が進むであろう。なにより地域での医療を円滑に進めるために、数値目標をたてて通院施設を増やすべきで、加えて積極的地域生活支援 ACT やクロザピンなど高規格の外来施設を広げることが求められる。このためにも、通院施設でも多職種チームが活動できる財政的な基盤を提供することが求められる。この法による医療の本来の成否は通院医療の充実によるといっても過言ではない。

関連職種は病院の多職種チーム MDT の発展に限らず、地域でのコーディネーターの社会復帰調整官、保健師などの地域の支援者、グループホームや包括地域生活支援センターなど多様な支援者のネットワークをつくる必要がある。その方法論であるケア・プログラム・アプローチ CPA の普及や、危

※3 社会生活技能訓練（Social Skills Training：SST）：対人交流における障害の原因が社会機能の欠如にあるととらえ、不適切な行動を修正し、必要な社会技能を習得することを目的とした治療法である。

機対応を念頭においての危機管理の体制の整備が整えば社会復帰は促進される。とくに ACT や医療観察法に理解をもつグループホームなどを広げることが期待される。

治療困難例の社会復帰へは地域での受け皿や支援体制を整えるのは前提として、より情動を安定化させ、精神病状態を改善させることが必須である。このためにクロザピンを使用できる医療機関、時に通院施設を増やすことに配慮が必要である。クロザピン使用基準の見直しや、基幹と補完の通院施設が連携をすべきである。計画されている難治性精神疾患地域連携事業が進み、必要な患者に必要な治療が届けられれば、これら治療抵抗性にある対象者の社会復帰も著しく進むと期待できる。

また法と医療の対話を進め、より精度の高い精神鑑定を行うために精神鑑定センターを確立すべきである。18カ月の入院期間を適正化すべきで、多くのケースではこの18カ月は2年の目標を立てるとして、

それ以上となる長期、超長期の入院者に対する治療や支援戦略の構築が必要である。そのためのクロザピンの導入を進め、多職種チームの方法論と専門性を確立すべきである。それは広く認知行動療法・SST・心理教育など心理社会的治療の成果を利用できるように標準化を行っていく。

相互交流と研鑽の場であるピアレビューが制度として定着することで、医療の質が守られてくる。そして医療観察法医療にとどまらず、一般医療にもこれらの方法論が広がること期待したい。

〈本論文は第67回国立病院総合医学会シンポジウム「セーフティーネット医療の10年後ーそのために今何をすべきかー」において、「医療観察法の将来」として発表した内容に加筆したものである。〉

著者の利益相反：本論文発表内容に関連して申告なし。