



私事ですが、医療観察法病棟（北海道大学病院附属司法精神医療センター）に勤務するようになって約4年が経過しました。北海道初の医療観察法病棟であり、大学病院が運営するのは全国で初のことです。その立ち上げの責任者として奔走してきたわけですが、医療観察法入院医療に身を置いたことは、精神科医になって四半世紀を過ぎた著者にとって医師人生のターニングポイントになったように感じています。

ご存じの学会員が多いかと思いますが、昨年で施行20年を迎えた『医療観察法』は、心神喪失などの状態で重大な他害行為（殺人、傷害、放火など）を起こし、不起訴や無罪、執行猶予となった者に対して医療を提供する制度であり、入院医療の対象となるのは大多数が統合失調症患者さんです。全国35施設での平均在院日数は現在3年強と長いですが、大多数の患者さんは地域生活に復帰しており、通院処遇（約3年間）での再他害行為は1%弱となっています。いまだに賛否ある制度ですし、実際に課題も多いことは否定しませんが、本法の整備前や諸外国と比較して、再他害行為の頻度は大幅に低減できており（ゼロではありませんが）、超長期入院となることも格段に減っているものと思われます。医療費は国費で賄われ、一般的な精神病床と比較して入院診療報酬は4~5倍、医師や看護師の配置は病床数との比率で単純計算すると約6倍です。それだけのお金が投入されているぶん、最も望ましい医療で患者さんを社会復帰させるという使命が課せられます。

少々くだけた言い方にしますと、さまざまな事情（発達特性、逆境体験、精神医療不信など）でこじれてしまった患者さんを多職種チーム医療で徹底的にリカバリーさせるという医療です。著者も20年以上、散々統合失調症患者さんを診療してきたつもりでしたし、薬物療法以外の心理教育や認知行動療法などもいくらか専門としてきました。また、多職種チーム医療にも注力してきた自負がありましたが、医療観察法病棟で勤務するなかでこれまでの認識をあらためさせられたり、目から鱗を落とされたりすることがいくつもありました。統合失調症患者さんのリカバリーの目標設定が低すぎたこと、非薬物療法で改善させられる部分がたくさんあるのだということ、クロザピンの威力を

過小評価していたこと、多職種チーム医療への理解が浅かったこと、統合失調症患者さんのパーソナリティ・発達特性・逆境体験などへの理解不足、など反省点を挙げるときりがありません。もう遅いですが、一般精神医療のなかで著者がこれまで担当してきた患者さんに謝りたい気持ちです。今の自分ならもう少しましな医療を提供でき、リカバリーを後押しできただろうと思うのです。

通常の医療現場では「医師の指示のもと」という枕詞で主治医が頂点に立つ構造になりがちですが、医療観察法病棟では医師が書く指示箋は処方箋くらいのもので、各職種がそれぞれの専門性を発揮し、自身の考えで責任をもって、有機的に動くような仕組みになっています。医師は最後の責任をとる覚悟は保ちつつも、他職種の本物の力量に白旗を揚げる体験をしなければなりません。医師の権威やプライドは患者さんのリカバリーに何の役にも立ちません。このような現場をできる限り若い医師に経験してほしいのです。指定入院医療機関を担っているのは、国立もしくは県立の精神科病院であり精神科専門研修プログラムの基幹施設ですから、医療観察法病棟を経験している専攻医も少なくないとは思いますが、先端をいく医育機関である大学病院がこれまで担ってこなかったことは非常にもったいないことであったと感じます。最も困難な患者さんを、社会的責務を負いつつ覚悟をもって担当し、本物のチーム医療を駆使して、徹底的にリカバリーを追及するという病棟を、若い医師に一度は経験してもらいたいです。

さらに研究機関である大学病院唯一の指定入院医療機関として研究にも力を入れていかなければなりません。司法精神医療は対象者数が限られることや倫理的な問題などから臨床研究を行ううえでの難しさがあります。しかし、研究へのアプローチの仕方は工夫の余地があり、これから本誌に掲載されるような報告がこの領域から多数出てくることを期待しております。最後に宣伝で恐縮ですが、第22回日本司法精神医学会大会が本年6月に北海道大学で開催されます（<https://www.c-linkage.co.jp/jsfmh22/>）。少しでも多くの方に医療観察法病棟医療や司法精神医療に触れていただければ幸いです。

賀古勇輝