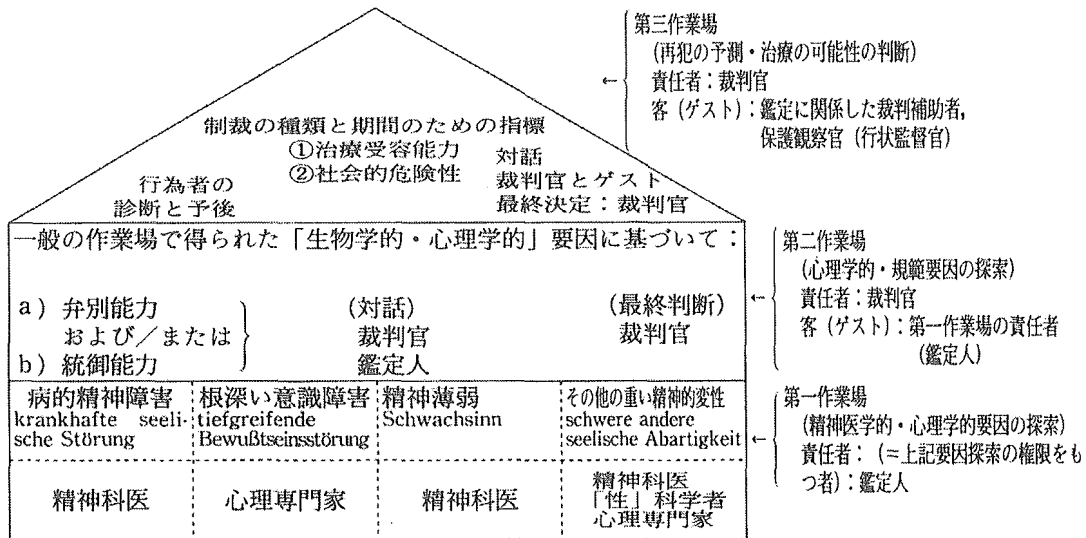


図2 ドイツにおける「責任能力」鑑定手続の流れ



図1 ドイツ刑法第20条（責任無能力）判定の構造図



注 Blau: Prolegomena zur strafrechtlichen Schuldfähigkeit. Jura, 1982, S. 404.を参照し作成した。

上のシェーマのように、ドイツの検察官は、重大事件については、刑事訴訟法152条(国家訴追主義・起訴法定主義)2項「検察官は、法律に別段の定めのある場合を除き、訴追可能なすべての犯罪に対して、事実に関する十分な根拠が存在する限り、手続きをとらなければならない。」の規定により、原則として、事件を訴追しなければならない。

しかし、責任無能力が明らかな、触法患者に対しては、ドイツ刑訴法413条(検察官の申立て)は、「検察官は、行為者の責任無能力又は訴訟無能力により刑事手続を遂行しない場合において、改善保安処分を言い渡すことが法律上許され、かつ、捜査の結果によればその言渡しが見込まれるときは、独立の手続きで改善保安処分を言い渡すよう請求できる。」(保安手続)と規定し、検察官にその「処分」の独立請求権を附与している。そして、この申請を受けた執行裁判官が、刑法62条(比例性の原則)に基づき、刑法63条の精神病院収容処分、64条の禁絶施設収容処分、66条の保安監置施設収容処分のいずれかを選択し、執行する。

筆者は、10回ほどミュンヘン地方裁判所で鑑定人付の裁判を傍聴し、その際、友人の鑑定書を閲覧したが、ほとんどの鑑定書には、犯行時の精神状態と犯行との因果関係の証明とともに処分執行先の施設名まで具体的に記載し裁判官への具体的提案を見ることができた。

そして、この場合の司法精神科医の役割は、ドイツ刑訴法246a条(医師たる鑑定人)「被告人の精神病院、禁絶施設への収容又は被告人を保安監置に付することが予測されるときは、公判において、被告人の心身の状態と治療の見込み(Behandlungsaussicht)について鑑定人を尋問しなければならない。鑑定人が、まだ被告人を診察していないときは、公判前にその機会を与えなければならない。」に基づい

ている。また、1998年の刑法改正で *Behandlungsaussicht*（治療の見込み・可能性＝つまり、再犯の危険性の除去の可能性に関する「保安」に関する鑑定）も司法精神科医に課せられることになった。

裁判所が、行為者の限定責任能力を認定した場合には、精神病院収容処分と自由刑とを併科することができる。そして、裁判所は、また、精神科施設への収容を命ずる場合には、必要的に鑑定人に対して、当該「精神障害」と予測される触法行為との関係、再犯予測の蓋然性、必要な場合にはその障害の治療可能性などに関して鑑定を求めなければならない（刑訴法第246a条「*Arzlicher Sachverständiger*」）。

更に、1998年の刑法改正では、常習的な性犯罪者に科せられてきた刑法66条の「保安監置」処分の収容要件も拡大された。改正法では、この処分による収容10年経過後に、被収容者がその者の『性癖』の結果、なお重大な犯罪を行う「危険性がある」かどうかと「処遇の可能性がある」かどうかについて、検討すべきであるとし、特別に重大なケースの場合には、無期限の『収容も可能となった。そして、その判断を司法精神科医などに求めるべきであるとしたのである（刑訴法246a条＝医師たる鑑定人）。また、同時に改正された行刑法9条により、こうした施設での社会治療的処遇が義務づけられることにもなった。(1)

この改正に対してネドピル教授は、「司法精神医学的視点からいえば、『性癖』(Hang)があるというためには、ただ単に再犯の危険性があるという消極的な犯罪予測だけでは十分ではない。また、人間科学的視点からいえば、『性癖』があると仮定するためには、経験に根拠付けられた再犯予測以上の明確な根拠が必要である。『性癖』を仮定する基準として、再犯の危険性(可能性)と統計的に考えられる犯罪の予測の両方が吟味されるべきであるときに刑事訴訟法第246a条による鑑定人の招致は有意義であり、また適切であるように思われる。」としている。

注：

(1) これにつき、前掲拙著39頁以下では、「ドイツの「刑と処分」の二元制は、責任主義の危機をどのように克服したのかどうかについて若干みておこう。すでに死刑を廃止し、刑と処分の二元制を採用しているドイツでもトルコ人一家20数人を焼殺した北ドイツのメルン事件やゾーリングン事件が未成年者も含む若いドイツ人により引き起こされ、その余韻が消えないうちに、1994年9月22日、17歳の時にすでに15件の性犯罪を行ってアイケルポルンのリップシュタット司法精神病院に収容されていた24歳(犯行時)のDirk, S.という精神病患者が、7年間この病院で治療を受けていたが、開放的治療方針による院外外出制を利用して、病院の近くに住む7歳の女の子を強姦した上、ナイフで13カ所も刺して殺害するという事件が起きた(アイケルポルン事件)。そして、この事件に関する判決が1995年10月17日に出され、15年の自由刑と無期限の精神病院収容処分が併科して言渡された(南ドイツ新聞10月18日付。現在はニーダーザクセン州のモーリングン司法精神病院へ収容中)。15年の有期自由刑では軽過ぎるとして、当然ながら世論の一部にはこういう残虐な事件に対しては『死刑』の復活を望む意見も出されている。しかし、行為者が精神病院に入院中の者で外出許可を取って外出し、その外出中の犯行であったために、院長の管理責任として業務上の過失致死責任の追及と同時に患者である加害者への厳しい責任の追及を求める意見もある。また、こういう『他害の危険』のある患者の開放治療を可能にしている刑事治療処分制度にこそ問題があり、その処分制度の強化を望む声も日増しに高まっている(こうした世論のプレッシャーを受けた政府は、1998年に刑法を改正してその厳罰化を計ったのである)。さらに、この行為者は結局、限定責任能力と認定された

ために、こういう限定責任能力者を責任無能力者と同一に処遇するのはやはり無理があるのではないかという疑問から、1985年1月1日をもって削除された『社会治療処分』制度を復活させて半治療・半刑罰的な内容をもった処分として運用し、こうした常習的で凶悪な性的精神病質（人格異常）犯罪者に対する特別な刑事政策を推進すべきであるとする意見も採用されて、この「社会治療」モデルが約15年振りに復活したのである。例えば、モデル病院としてバイエルン州のシュトラウピンク司法精神病院が注目されている。」とした。(2) 前掲拙著・268頁以下。

## **[V] 外来治療における司法精神科医の役割と責任—開放治療とチーム医療における司法精神科医とパラメヂカル・スタッフとの協働**

### **(1) 司法精神医療における施設内治療から地域内治療への移行の拡大に伴う課題**

ネドピル教授は、触法精神障害者に対する外来治療のサービスの重要性が国際的にも認知され始めていると主張している。

この外来治療には、3つの長所があると言われている。すなわち、(1)社会内での外来治療は患者にとっては早期の釈放が可能となるし、その治療により保安も十分に確保される、(2)治療側の施設にとっても収容期間が短縮され、経費などの負担が軽減される、(3)人権費などの削減によって刑事政策全体のコストダウンにもなる、からである。ミュラー・イスベルナーによれば、司法精神科的外来治療は、再犯率の低下にも貢献しているとしている。もちろん、こうした外来患者に対しては、頻繁に危機介入をすることが必要である。このようなやり方は、決して新しいものではなくすでに伝統的な病院精神医学の手法として、例えば、どの疾病の再発を回避したり、寛解させたりできるかとか、患者の高度な危険性を減弱・低下させるかということに関して、すでに実施されてきたものである。

### **(2) ドイツにおける「処分執行」からの釈放モデル**

刑法第63条の「精神病院」収容からの退院は、もっぱら予測される再犯の危険性の判断にかかっている。

禁絶施設収容（同64条）からの仮退所は、当該患者（被収容者）の社会的予測が良好であるか若しくは執行期間が2年に達しており、又は患者をこの期間経過後釈放すべきであるか、或いは、その後治療の見込みがないと判明したときなどの場合に行われる。

刑法第67d条2項は、患者が自由になっても重大な触法行為を行わないであろうということが期待（予測）できる場合に釈放すると規定している。

しかし、同法は1998年の改正によって厳罰化されたにもかかわらず、予測（診断）と結びつく一定の非安定性を問題にしており、最終的な残りの危険性が排除されなければならないというところまでは要求していない。

しかしながら、法律の変更によって被収容者にとりその釈放が大変難しくなったし、処分執行施設の担当医や鑑定人にも大きな負担が加わることになった。

担当医の責任を厳しくすると、彼らは保身医療に走り、患者の釈放数は低下し、釈

放や退院条件についての鑑定件数が、明らかに増加し、被收容者数も常時増加傾向にある。処分執行からの入・退所に関する原則が連邦全体としては統一されたにもかかわらず処分執行法による收容条件は各州ごとにまちまちに規定されることになった。そのために処遇条件、処遇緩和条件、休暇の条件などが、各州によりそれぞれ不統一なものになった。

### (3) 処分施設の仮退院者への必要的行状監督制度

触法精神障害者に対する刑事治療処分制度を持たないわが国においては、措置入院患者の退院後の治療的、保護的アフター・ケア・システムが全く行われていない。そのために、あるときは退院直後に再犯を行ったり、あるときは再犯を恐れる病院側の都合で入院期間の長期化が見られたりするるのである。

こうした状態を放置したままにすると、司法精神医療の開放化・外来治療化に対する地域住民の不安や不信が益々増大し「開放治療」や「任意入院」を中心とした患者の人権を考慮した医療姿勢そのものが、医師の保身医療の蔓延とともに、後退を余儀なくされることになる。

ドイツでは、精神病院收容処分(刑法 63 条)と禁絶施設收容処分(刑法 64 条)に付された者には、刑法 67 b 条、67 c 条と 67 d 条によって「行状監督」という特別の保護観察に付される。また、例えば、性犯罪者や放火などの一定の犯罪で有罪の言渡しを受けた者にも刑罰に付加する形で行状監督を命ずることができる。

この「行状監督」は、保護観察と同じく当該患者や対象者の社会復帰を援助し補助するとともに、公共の安全の確保にも資することを目的とするものである。対象者は、保護観察官(Bewahrungshelfer)(行状監督官)のもとで、一定の指示(遵守事項)に従って行動する。この行状監督の期間は2年以上5年以下であったが、98年の改正で「無期限」になった。但し、裁判所は途中でもそれを解除することができる。

もし、被監督者(対象者)が(外来の)治療に行けという指示に従わなかったり、行かなかつたりした場合には行状監督未執行として扱うことができる。その場合には、裁判所は新たに治療(例えば、神経弛緩剤の投与、嫌悪療法、精神療法など)を命ずることができる。

さて、「行状監督」とは、危険な犯罪者に対する自由剥奪を伴わない一種の対人的刑事処分であり、対象者の社会復帰の援護と生活の保護を主たる目的としつつ、社会の安全を確保するため対象者の行動や行状を社会内で厳しく指導・監督することを目的とした制度である。

行状監督の担い手は、行状監督官(保護観察官)である。ドイツの場合、通常、保護観察官は、地方裁判所に属し、この地裁の所長が、その地裁の行状監督所の所長、次長、所員を任命し、所轄事項の処理に当たらせる。

実際のケース・ワークは、これも1975年に発足した「執行裁判官」制度による「執行裁判官」の指揮の下、行状監督官により実施される。

日本の保護観察所は、法務省管轄なので、その点に違いがある。監督の内容は、対象者と面接し、手紙や電話での相談を受けるほか、教育、職業の斡旋、失業保険などの社会保険などの申請の援助のサービスを行う。

行状監督期間中の「遵守事項」などの違反行為に対しては、「再收容」の措置や事情によっては、「指示違反の罪」で告訴することも出来る。しかし、実務においては当事

者間の信頼関係が大切にされ、こうした処分は、通常では、行われない。行状監督中の「指示違反」は、刑法145条aによる。「行状監督期間中に、第68条b第1項に記載した種類の一定の指示に違反し、そしてこれによって、処分の目的を危うくした者は、1年以下の自由刑又は罰金に処する。この行為は、監督所（第68条a）の告訴がなければ訴追されない。」と規定して、行状監督官の法的身分を保障しているのである。新「医療観察法」における「社会復帰調整官」にもドイツ型の法的地位が確保されなければならない。

## [VI] 司法精神医学会活動と常設特別調査委員会の設置

前述の池田小事件の時のように、治療や保護関係者を含めて誰も責任をとらなかったが、ドイツでは、例えば、アイケルボルン事件後、シューラー＝シュプリングホルム教授等の法律家を含めた調査委員会が即座に設置され、当病院の処遇の実態に関する分析・検討・批判だけではなく、今後の治療指針や改善策についても具体的な提案をし、場合によっては医師やスタッフの刑事責任の追及さえも行われており、世論の不信感の払拭に努めている点等である。(1)

しかし、わが国の場合には、事件後に、発表された精神神経学会の「名古屋市『守山荘事件』」の調査委員会報告書（精神神経誌 97 巻 10 号 1995 年 876 頁以下）等も内容は非常に玉虫色ではあるが、結局は、関係者の治療・管理上の責任に関しては一切言及していない。わが国では、刑事治療処分の導入に反対する者は、精神保健福祉法の整備・充実で触法患者対策は十分であると主張するが、現実には、仲間のかばい合いで、患者や被害者の問題の本筋の解決とはほど遠い状況にあるといえよう。

また、事件後およそ1年経った1995年10月28・29両日ミュンヘン大学のネドピル教授の下「司法精神医学秋季学会」が開催された。この両日の学会報告と討論は、アイケルボルン事件後、マスメディアと世論から寄せられた「処分執行制度」への批判やその制度を支えている司法精神医学や司法心理学に対する批判への反論や批判を受け入れて前向きに改革案を提示するものであった。(2)

こうした特別調査委員会の設立は、新しく立ち上がる、「司法精神医学会」の重要な学会活動にしていかなければならない。

注：

(1) 犯罪学・刑法改正雑誌 (Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform) 79 巻 3 号 1996 年 147 頁以下。

(2) 前掲拙著『人格障害犯罪者と社会治療』39頁以下。

## [VII] 結びにかえて—司法精神医学会による専門医認定制度の導入の必要性

さて、最後に、医療観察法113条（人材の確保等）は、「国は、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者に対し専門的知識に基づくより適切な処遇を行うことができるようにするため、保護観察所等関係機関の職員に専門的知識を有する人材を確保し、その資質を向上させるように努めなければならない。」と規定しているし、86条（精神保健指定医の必置）は、「指定医療機関の管理者は、その指定医療機関に常時勤務する精神保健指定医を置かなければならない」と規定している。この法律を適正に運用していくためには、上記の人材の養成は急務である。

そして、同研究所のもう一つの特徴は、鑑定留置中の患者の同意の下に、法学部の刑事法担当者と共同して行われる司法精神医学・刑事法学合同講義の中で、患者を講

義室に招き入れて、聴講者にデモンストレーションされ、聴講学生などにも質問の機会も与えられていることである。この講義では、われわれ刑事法スタッフが検察調書をもとに刑事法的視点からの事件の概略を述べ(15-20分)次いで、主治医やネドピル教授がその所見を述べたあと、患者を教室に招き入れて約20分にわたり患者への問診のデモンストレーションを行い、最後に、心理テストの結果が約10分間紹介される。

また、ドイツでは、15年程前から司法精神医学専門医教育コースが設置され、若手の専門家の育成が行われている。とくにネドピル教授が主催する教育セミナーにも筆者は参加したので若干紹介しておきたい。このセミナーは、ミュンヘン近郊のシュタンベルク湖岸のニーダーベッキンにあるセミナーハウスで、毎年一週間合宿形式で行われる。この教育セミナーには、若手の精神科医と心理士が約50名参加している。そして、各セミナー約15名の参加者に、様々なテーマが与えられ一人の司法精神医学者、一人の司法心理学者、一人の法律家(刑法学者や連邦刑事裁判所判事、検察官、刑事弁護士等)の2~3人一組でセミナーをすすめていく。そして、3年間(3週間)でこのコースを修了する。そして、司法精神科医の資格を取得するには、刑法、民法、行政法、行刑法、処分執行法、少年裁判所法等を60時間以上履修し、50の鑑定書を作成し、3週間3回(9週間)の処分執行施設での実習を終えたあと、修了試験に合格する必要がある。これに合格すると、司法精神医学の専門医として各州の裁判での鑑定医や処分執行施設の専門医として活躍することになる。

また、刑事治療処分制度の運用には大変費用がかかるため(シュトラウビンの司法精神病院では、収容者一人当たり一日約3~4万円)、財務省や内務省・厚生省などの関係者も学会などに出席し、専門家との活発な討論が行われている。ドイツではこうした司法精神医学会が中心となった教育プログラムを通して多くの専門家が養成されており、こうした専門家により精神鑑定業務や精神病院収容処分の執行業務が支えられて成果をあげているのである。(1)

最後に約15年前からドイツ司法精神医学教育に専念し、大変な苦勞の末、今や、国際的にも司法精神医学の第一人者になったミュンヘン大学の友人ノルベルト・ネドピル司法精神医学教授の司法精神医学の専門家をめざす若い医学生へのメッセージを掲げて結びにかえたい。

「ドイツにおいても同様に、世論やマスコミの司法精神医学やそれを標榜する者への批判は、全く情け容赦のない偏見に満ちたものであります。その場合、司法精神科医は、そうした世論に屈したり、医学の大原則や専門家としての本分に反するような政治的決断の手先になってしまう危険に陥りやすいものです。

こうした心ない批判や偏見を克服するためにも、まさに、精神科医として、一人の人間として出来ることの限界を率直に明らかにしていくことと、自らは、全能ではないということを実感してその限界を超えないという、司法精神科医としての特別の謙虚さと確固とした信念が要求されているのです。」(2)

注：

- (1) 詳細は、山内俊雄分担研究班・平成15年『報告書』(2004年3月)71頁以下の加藤久雄「心神喪失者等医療観察法運用と司法精神医学教育システムの確立にむけて」を参照。また、前掲拙著『民事刑法入門』第15章588頁以下。
- (2) 前掲拙著『人格障害犯罪者と社会治療』288頁以下。

司法精神医療従事者の研修・教育ならびに専門家養成システムの作成と実行に関する研究



通院医療・地域処遇に関する課題

松原 三郎

(松原病院)

## はじめに

平成 16 年度から「司法精神医療等人材養成研修会」が開催され、その中で通院処遇に関するパネルディスカッションが山内俊雄先生（埼玉医科大学学長）の司会で開催された。通院医療では多職種チームによる治療が基本であり、また、保護観察所が開催するケア会議では処遇の実施計画が検討される。いずれにおいても各職種が役割を明確にして連携することが極めて重要である。このことを踏まえて、パネルディスカッションでは各職種から積極的な発表が行われ、これをもとに受講生を交えてディスカッションが加えられた。

研修会を開催する中で、これらパネルディスカッションの内容を記録し、次年度以降の研修に役立てる必要があるとの意見があり、また同時に通院医療と地域処遇の双方を総合的に検討して行くことも重要であるとの提案もされた。これらの提案を実現するために「通院処遇検討委員会」が立ち上げられた。この小冊子は、平成 16 年度司法精神医療等人材養成研修会パネルディスカッションで、各職種が発表した部分を「各論」として収載し、その後のディスカッションで課題として挙げられものを選び「総論」として収載したものである。今後、さらに検討が加えられて「マニュアル」とよぶにふさわしいものとして行きたい。

（松原三郎）

## 総論

### 「心神喪失者等医療観察法」における通院医療と地域処遇に関する課題

松原三郎（松原病院）

平成17年7月から施行が予定されている「医療観察法」は、これまでわが国には欠落していた犯罪を起こした精神障害者に対して適切な医療と社会復帰への道を開くものとして評価できる。特に、裁判所が加わった審判制度や濃密な入院医療システムは、法的な論拠を明確にするだけでなく、わが国の精神科医療の質の向上に大きく貢献するものと期待される。他方、審判、入院医療施設、通院医療、さらには、地域処遇の中に幾つかの問題を指摘せざるを得ない。将来の課題も含めて検討すべき問題点を示してみたい。

(1) 審判の過程では、従来から起訴前（簡易）精神鑑定の内容が不統一であることが指摘されてきたが、この法律における審判においてもその課題が払拭されたわけではない。鑑定に関わる専門組織を整備する必要がある、同時に鑑定入院医療機関については公的な機関として整備する必要がある。

(2) 現在想定されている指定入院医療機関の医療内容は高度なものであり、司法精神医療が一般精神医療を超えて犯罪に至った問題や心理機制にまでもアプローチする治療が期待される。しかし、密度の高い入院医療の成果を地域医療にまで結びつけるシステムが十分とは言えない。このために、入院医療の内容を統一化するのではなく、入院医療施設そのものを治療内容や地域との密着度から類型化する必要がある。入院医療チームと地域医療チームとの連携が不十分であることは多くの関係者から指摘されてきている。このためには、地域医療と入院医療が一体のものとなるようにシステムを変える必要がある。現状では、退院前に指定入院・通院医療機関と保護観察所が十分に時間をかけて、対象者の理解を得ながら進めて行くことが重要となる。

(3) 入院医療施設建築の過程で明らかとなった地域住民からの反対運動は、精神障害者に対する偏見の根深さを浮き彫りにした。それは、わが国が単一的な村社会であり、異質なものを排除する傾向が強いからだとの概念的な解釈で済まされるのではなく、精神障害者を他の二障害と同様な障害者として位置付ける考えが国民の間で十分に定着していないことが最大の要因と解釈すべきである。そして、偏見は犯罪を起こした精神障害者に対しては一層激しい。精神医療関係者の中にあっても犯罪を起こした精神障害者に対する恐れと危惧が過大であることも大きな問題である。今後、時間をかけて解決すべき課題であると思われる。

(4) 地域医療においては、保護観察所が行う精神保健観察との連携が未知数であるために多くの指定通院医療機関が不安を拭えない状況にある。精神症状の増悪によって入院医療が必要な状況は年間で20～30%に及ぶものと推定される。入院医療そのものが決してまれに起こるものではないと予想される。精神症状悪化の要因においては、服薬の中断だけでなく、多くの場合には生活環境の変化が要因となることが少なくない。対象者にとって医療と生活支援の差は医療保険と福祉的給付の違いだけであって、本来両者は不分離であって一体のものとして提

供されなければならない。指定通院医療機関と保護観察所間の連携は極めて重要であり、特に精神症状や生活状況の変化が生じたときには、即座に両者の協力がなされるものでなくてはならない。また、ケア会議と通院医療機関内の多職種チームとの連携を密にするために医療チームの連絡担当者を明確にするなどの工夫も必要である。

(5) 本来、地域医療・地域処遇を開始する以前に、対象者の治療上・生活上の問題点が明確化され、地域生活上で注意すべき点の対象者に明確に伝えられ認知されていなければならない。地域における司法精神医療は、これら対象者の「守るべき事項」、あるいは、「注意すべき事項」をもとにして、対象者の持つ問題点を3～5年の間に減少させることが具体的な治療・生活支援の目標となるべきである。このような取り組みのためには、前述した入院医療機関との事前の連携が極めて重要であることは明らかである。

(6) 通院中の対象者の精神症状が悪化し、入院による治療が必要となった時には、担当する指定通院医療機関において入院するのが原則であるが、精神症状や行動障害が激しい場合には当該の医療機関での治療が困難となることが予想される。これを解決するためには、重装備の基幹的な医療機関への転院が必要となるが、本法に伝えられるような基幹的医療機関が地域によっては必ずしも整備されていない、また、公私を問わず基幹的な医療機関への行政的な援助が明確でない、さらには、転院等の連携を誰が調整するのかも明確でない。この法律による入院医療への移行までの期間、管理と治療を行わなければならない指定通院医療機関の負担は極めて大きい。早急な改善策を「地域の意見交換会」の中で求めるべきである。

(7) 審判の過程で本法による医療の対象とならなかった精神障害者の中には、治療によっても社会復帰が望めない重症の精神障害者や知的障害者などが含まれる可能性が高い。これらの人達が、長期間にわたって維持治療と保護が行われるべき医療機関の整備が早急に必要である。当然のことながら公的医療機関、あるいはそれに準ずる援助を得ている機関で行われるべきである。長期重症者の問題は未だに解決されていない。

(8) 本法の成立によっても、「麻薬覚せい剤等の物質依存症者」、「人格障害者」、さらには、「性的行動障害者」などの問題は解決されるものではない。特に薬物依存そのものの治療は一般の精神科医療機関では困難である場合が少なくない。今後、新たに薬物依存症治療にかかわる専門施設の整備や、人格障害者の治療が可能な施設の整備が必要となる。

わが国の司法精神医療は緒についたばかりであり、これらの問題点を検討しながら将来の改善につなげることが必要である。そして、それまでは、諸機関が連携しながら乗り越えて行く努力が求められる。

## 指定通院医療機関から一般精神医療機関への移行

吉川和男（国立精神・神経センター）

現在のところ、医療観察法における指定通院医療機関がどのような機関になるのか不透明なところが多いが、厚生労働省は人口 100 万あたり 2 ないし 3 カ所、各都道府県に最低 2 カ所の確保を目標としている。このうち、精神医療を専門に行う都道府県立病院は基本的に候補とする予定であるとされる。また、目標確保数に及ばない場合には、一定水準以上の医療が提供出来る民間医療機関等の中からも指定する予定となっている。

指定通院医療機関の条件には、常勤の精神保健指定医がいること、臨床心理技術者、作業療法士、精神保健福祉士等の多職種が配置されていることという人員配置の要件と、適正な医療の提供として、訪問看護の提供、精神科デイケアの提供、病状悪化時における適切な入院医療体制の確保などが挙げられている。このような医療サービスを単独で提供できる指定通院医療機関を基幹型とし、周囲の関係機関との連携で提供出来る場合を補完型と区別して考えているようである。

指定通院医療機関の役割としては、指定入院医療機関から退院、あるいは通院決定を受けた対象者について、対象者の状況に応じて、訪問や通院による専門的な医療を提供することになっている。専門的な医療としては、指定入院医療機関でも提供されるリスク・アセスメントや司法精神療法の提供は極めて重要であるが、このような専門医療が全ての指定通院医療機関で提供できるのか、あるいはこれらの医療機関に対するトレーニングが今後どのような形で行われるのか全く不透明である。例えば、英国の司法精神科地域医療サービスにおける治療プログラム内容に関する調査では、怒りのマネージメント（56%）、認知行動療法（52%）、人格障害者治療プログラム（40%）、性犯罪治療プログラム（36%）、精神分析療法（20%）、家族療法（20%）、物質乱用治療プログラム（16%）といった多彩な専門治療プログラムが提供されている。

また、指定入院医療機関の専門病棟には、新しい治療環境と人的資源が投入されるが、通院処遇においては、少なくとも病棟という物理的ハードウェアがないため、対象者を地域社会という広範な場所で適切に処遇していくには、治療構造としてのケア・マネージメントが必要となる。例えば、英国においては、Care Program Approach (CPA) という制度を導入することで地域精神医療の関係機関の連携を強固にしている。

通院処遇においても専門病棟と同様に人的資源は通常精神障害者のケア以上に要求され、実際、諸外国では医療の中断による再発や再入院のリスクを下げるため、訪問看護のように医療チームが積極的に対象者の居宅に向いて行ってサービスを提供するアウトリーチ型の医療を展開するところが増えてきている。実際、英国の CPA の対象者の中でも、特に司法精神科医療の対象者は、専門チームによるアウトリーチ型のケアが提供されることがほとんどである。アウトリーチによる精神医療の実際の効果としては、再入院率を減少させ、かつ入院の必要性が生じても入院期間を減少させること、通常の外来通院や他のケース・マネージメント・サービスと比べ、サービスへの継続性が保たれ、住居の安定性が高いこと、患者の詳細な情報が現

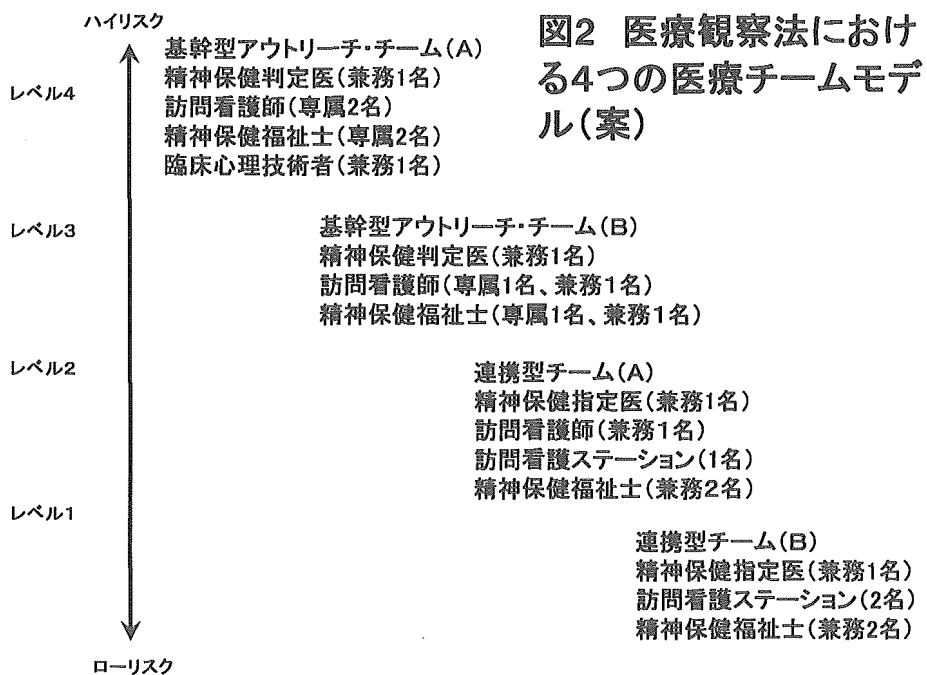
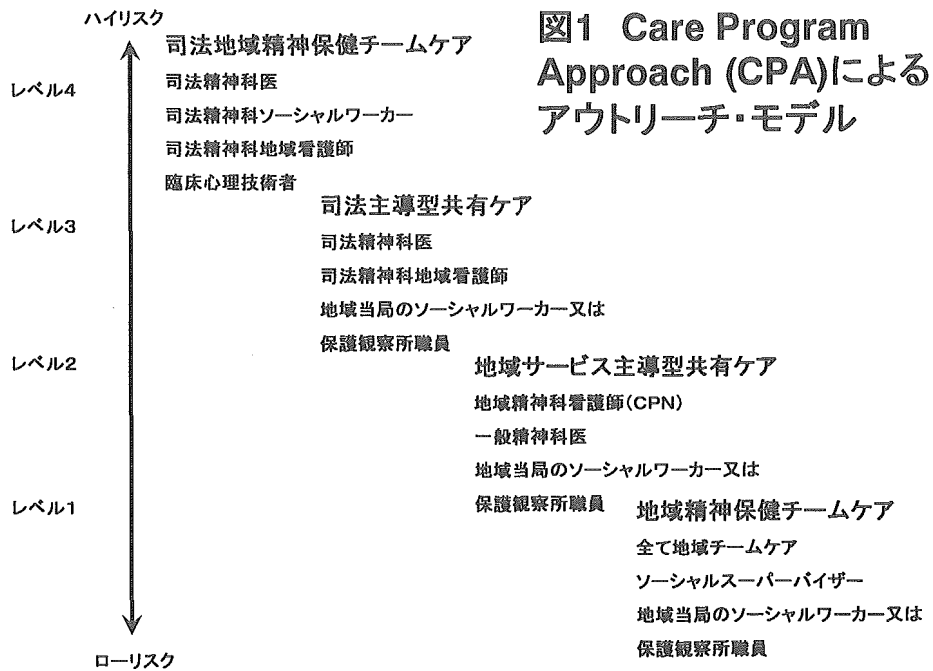
場から直接得られることで、迅速な危機的介入が可能なこと、単一チームなのでコミュニケーション上の問題が少なく、治療同盟を強化しやすいこと、そして何よりも、患者と家族側の満足度が高いことが示されている。

このようなアウトリーチによる精神医療サービスの提供は無期限が望ましいとされてきたが、最近では、徐々にフェードアウトする方が、患者の自立性を促し、かつ、コスト面での効率性も高いと言われてきている。図1に示したように、英国のCPAではCPAのレベルを患者の必要度に応じてさらに4段階に分け、レベル4は司法地域精神保健の専門チームによる濃厚な直接介入型、レベル1は関係機関の連携を中心とするように、サービスを段階的にフェードアウトする考え方が取り入れられている。医療観察法の指定通院医療機関においても独自に訪問看護サービスや緊急時の入院ベッドを備えている基幹型と周囲との連携によってこれらのサービスを提供できる補完型が想定されているが、図2に示すように指定通院医療機関においても対象者のサービスの必要度を考慮してより専門性の高い機関と一般精神医療に近い機関と振り分けがなされるような仕組みがあった方が限られた医療資源を有効に活用できるのではないかと思われるのである。むしろ、対象者の自立を促しながら指定通院医療機関から一般の精神医療へ円滑に移行していくためには、必ずしも通院処遇の全ての過程において濃厚なアウトリーチ型の地域司法精神医療が提供されなければならないわけではないと筆者は考える。

地域司法精神医療が進んだ英国においては、確かに専門性の高いアウトリーチ・チームや司法精神科患者専門のホステル（グループホーム）が整備されてきており、精神障害と犯罪者という複雑な面をもった患者同士のピアサポートを受けられる点での有益性も指摘されている。しかし、一方で、司法精神医療と一般精神医療との間に深い溝が生じ、一旦、司法精神科を通過した患者が一般精神医療での治療を受けにくくなるというパラレルリズムやセクショナルリズムが生じているのも事実である。

医療観察法制度において再入院を考慮しなければならない場合の対処方法の選択肢として厚生労働省は、通院処遇中には精神保健福祉法上の全ての入院形態がとりうることから、精神保健福祉法に新設された指定通院医療機関の管理者及び保護観察所の長による通報（26条第3項）による措置入院を用いることを提唱している。このような手続きを取らざるを得ないのは、指定入院医療機関への再入院の申し立ての手続きには一定の時間を要すること、また、必ずしも指定通院医療機関の近傍に設置されていない指定入院医療機関への移送に時間を要すること、さらに、限られた指定入院医療機関のベッドが確保されるまでに一定の時間を要するためである。このような再入院の遅延は医療観察法制度の不備であるから、措置入院によって対象者を受け入れるのは本末転倒と批判する意見が聞かれるのも理解できないわけではない。しかし、専門医療機関である指定入院医療機関は今後もその数は限定的にならざるを得なく、限られた医療資源を有効に活用すること、患者の利益を最優先にすることを考えるならば、いったんは措置入院で緊急的な介入を講じることは非合理的なこととは思われない。むしろ、医療観察法制度の対象者という理由で一般精神医療から排除することの方が、前述したようなパラレルリズムやセクショナルリズムを蔓延させることになりかねないのではないかと思われる。医療観察法制度の対象者を最終的に一般精神医療に移行させて社会復帰させていくことが、この制度の目標であるならば、むしろ、一般精神医療で利用できる限りの選択肢を最大限に用いるべ

きではないかと筆者は考える。



## 指定通院医療機関と保護観察所との連携のあり方について

岩成秀夫（神奈川県立精神医療センター・芹香病院）

医療観察法においては、「継続的かつ適切な医療並びにその確保のために必要な観察及び指導を行うことによって、その病状の改善及びこれに伴う同様の行為の再発の防止を図り、もってその社会復帰を促進することを目的とする。」とされているように、病状の改善を維持することが同様の行為の再発の防止にもつながり、ひいてはその社会復帰を促進するという考え方に立っている。そして病状の改善を維持する手段として、継続的かつ適切な医療を提供することと、その確保のために必要な観察及び指導を行うことが定められている。これを通院医療において考えると、前者は指定通院医療機関の役割であり、後者は主として保護観察所の役割ということになる。つまり指定通院医療機関と保護観察所とは常に密接な連携を図り、この通院医療を適切に維持することで、対象者の病状の再発・再燃を未然に防止することが重要な役割となる。また万一再発したときには迅速に対処できるよう体制を整えておくことも必要である。

### 1 指定通院医療機関における対応

指定通院医療機関は、対象者の医学的管理すなわちステージに応じた適切な医療サービスを提供することで、その病状の改善を維持し社会復帰に向けた支援を行っていくことが最大の役割となる。そのため通常の外来診療だけでなく、デイケアや訪問看護、一時的な入院が必要になった場合の精神保健福祉法に基づく入院受け入れなど、ある程度多様な医療サービスが提供できる医療機関であることが必要である。またその施設基準についても、運営・管理面及び人員配置面で一定水準以上の医療が行える医療機関であることが求められている。これらの条件を満たす医療機関は基幹型の指定通院医療機関といわれるものであり、それ以外に訪問看護やデイケア等を他施設に依頼する形で通院医療を行う補完型の指定通院医療機関という形も存在する。

特に数人以上の対象者の通院医療を担当する基幹型指定通院医療機関においては、指定通院医療機関運営ガイドラインや通院処遇ガイドライン、あるいは地域処遇ガイドラインに沿った通院医療を実施しようとする、その業務量と責任は相当なものになることが予想される。

入院による医療を経る場合は、対象者が指定入院医療機関に入院中のある時期に、地方厚生局より指定通院医療機関内定の通知を受けることになるが、その時から指定通院医療機関の関与は始まる。これ以降通院医療開始までに、指定通院医療機関には次のような業務が想定される。順調な場合、入院医療 18 ヶ月間の最後の 6 ヶ月間が社会復帰期となるが、この時期には退院地への外泊等が行われる。この場合の指定通院医療機関への受診等の受け入れ。保護観察所が主催するケア会議に地域の精神保健福祉機関等とともに出席し、対象者の処遇の実施計画を策定しておくこと。対象者との信頼関係構築等のために行う指定入院医療機関での何回かの面会等。また通院開始までには、指定通院医療機関内に多職種チームを設置し、対象者について個別の治療計画も作成しなければならない。

通院医療開始後も指定通院医療機関においては、多職種チーム会議により個別の治療計画を毎月評価し翌月の治療プログラムを作成することと、3 ヶ月に 1 度はその間の評価を行い翌 3



ヶ月の治療計画を作成すること。また保護観察所でのケア会議にも出席し処遇の実施計画の見直しを行うことや、地域の関係諸機関との連絡会議等への出席も必要になってくるだろう。

一定水準以上の通院医療を実施するには以上のような業務が必要となるが、数人以上の対象者を担当する基幹型指定通院医療機関においては、固定メンバーの多職種チームの設置とはいかないまでも、専任に近い形の医療観察法担当者（とりあえず「ケア調整者」とする）を置かなければ、責任を伴うこれらの業務をこなすことはできないものと考えられる。

またこの通院医療においては、再発防止のために医療中断にならない工夫が大切である。そのため病院から地域に出向いて行うアウトリーチ型医療が特に重要であり、中でも訪問看護の必要性が高い。入院も可能な基幹型指定通院医療機関の医師が対象者の自宅を訪問すると、対象者に不必要な身構えを引き起こす可能性もあるが、その点普段から顔なじみの訪問看護担当者の場合は、対象者の安心感と信頼感を維持する効果が大きいと思われる。そういう意味で指定通院医療機関では臨機応変な訪問看護が行える体制を取っておく必要がある。上記の「ケア調整者」も、単に会議の取りまとめや記録の作成、諸機関との連絡、あるいは各種サービスの斡旋のみではなく、自らも訪問看護に出かけるなど対象者と直接関わることも大切である。

## 2 指定通院医療機関と保護観察所との連携等について

医療観察法では保護観察所に社会復帰調整官が置かれ、対象者の精神保健観察と生活環境の調査及びその調整等を行い、その社会復帰を支援することになった。これは1つの前進であるが、平成16年度末で社会復帰調整官は全国で56人しか採用されておらず、配置される保護観察所も北海道を除けば各都府県に原則1ヶ所しか存在しない。将来対象者の増加に伴い社会復帰調整官が増員されることになるが、各都府県1ヶ所の保護観察所から都府県内全ての地域の対象者について日常的に把握することは困難だと思われる。

そこで重要になるのは、基幹型指定通院医療機関の「ケア調整者」（医療観察法担当者）である。基幹型指定通院医療機関が都道府県内で適切に配置され、そこに少なくとも1人の「ケア調整者」が置かれる体制が取れば、司法サイドの社会復帰調整官と医療サイドの「ケア調整者」が普段から密接に連携することで、対象者への各種サービスの提供と精神保健観察は一層充実することになる。また地域の精神保健福祉行政機関では「担当者」を置き、社会復帰調整官や「ケア調整者」と連携しながら行政的な支援を行うことで、対象者への支援体制はさらに十全なものとなろう。対象者のケアに直接関わる者が日頃から顔の見える関係を維持しておくことが、突発的な問題の発生時においても円滑な対応を可能にするものと考えられる。

医療観察法に基づく処遇遂行のリーダーは保護観察所であるが、各種問題発生時の責任は上記三者（保護観察所、指定通院医療機関、行政機関）がそれぞれの立場において共有することになる。それぞれの立場とは、保護観察所はよりリスクマネジメントの側面に、指定通院医療機関はよりケアマネジメントの側面に、そして行政機関はより行政的な支援の側面に比重が置かれることになる。

また地域の関係諸機関（保護観察所、指定通院医療機関、精神保健福祉行政機関、精神保健福祉センター、社会復帰施設等）は定期的に連絡調整会議等を持ち、医療観察法通院処遇を遂行する上での問題点を、率直に話し合うとともに、互いに協力しながら常に前向きに解決していこうという心構えを持ち続けることが必要であると思われる。

## 通院医療と地域処遇における情報の取扱いについて

町野 朔（上智大学）・山本輝之（名古屋大学）

### 1 地域処遇における対象者の個人情報の取扱い

(1) たとえば、対象者に対して住居を準備する場合、保護観察所からその貸主に対して、対象者に関する情報を提供することが許されるのか。また、対象者が民間の社会復帰施設、生活支援センターを利用する場合、保護観察所からその施設のスタッフに対して、彼に関する情報を提供することが許されるのか。

最高裁の判例には、区役所が、弁護士法 23 条の 2 に基づく弁護士会からの前科の照会に対して、必要性の有無を十分検討することなく漫然とこれに応じたことが違法とされ、原告の損害賠償請求が認められたものがある（最判昭和 56 年 4 月 14 日民集 35 卷 3 号 620 頁）。このように、紹介が法令に基づくであったとしても、その範囲を逸脱したセンシティブな個人情報の通報が違法となることは言うまでもない。

(2) このような民法 709 条の不法行為の成否の問題とは別に、本年 4 月 1 日に施行される個人情報保護法（個人情報の保護に関する法律）は、本人の同意のない個人情報の目的外利用や第三者への提供を原則として禁止している（個人情報保護法 16 条・23 条。行政機関については行政機関個人情報保護法〔行政機関の保有する個人情報の保護に関する法律〕8 条、独立行政法人については独立行政法人等個人情報保護法〔独立行政法人等の保有する個人情報の保護に関する法律〕9 条。いずれの違反にも罰則はない）。

行政機関、独立行政機関が医療観察法における通院医療に関係する場合には、上記の禁止が及ぶ。私的機関である医療事業者が「個人情報取扱事業者」としての上記の法的義務を負うのは、識別される特定の個人の数の合計が過去 6 ヶ月以内のいずれの日においても 5,000 を超える者に限られているから（個人情報保護法 2 条 3 項 5 号・同施行令 2 条）、それに該当するものは多くないと思われる。しかし、厚生労働省の「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」（平成 16 年 12 月 24 日）I 2-3 は、「病院、診療所、薬局、介護保険法に規定する居宅サービス事業を行う者等の事業者等」について、「個人情報取扱事業者」としての法令上の義務がないとしても、個人情報保護法の要求する義務の履行を行うことが望ましいとしている。医療観察法の下での通院医療に関係する医療事業者についても、このように考えるべきであろう。

(3) 通院医療に関係する者が個人情報取扱業者また、「公衆衛生の向上……のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき」には、事前に本人の同意を得ることなく個人データを第三者に提供することができる（個人情報保護法 23 条 1 項 3 号。なお、行政機関個人情報保護法 8 条 2 項 4 号、独立行政法人等個人情報保護法 9 条 2 項 4 号は「特別の理由」としてその許容性を定めている）。これによるならば、他の医療関係者への対象者の個人情報の提供は、医療観察法の規定する通院医療の実施に必要な範囲においては、本人の事前の同意がなくても、許されるのが原則である。本人の事前の承諾がない以上情報提

供が許されないとすると、医療観察法 108 条・109 条の予定している関係諸機関の連携による円滑な地域処遇が、きわめて困難となる。上記の厚労省ガイドラインⅢ 5.(2)③も医療実施の上で他の機関と連携が必要な場合をこのような事例として想定している。

もちろん、すべての医療と同様、地域精神医療も対象者の協力を得ながら実行されるのが望ましいから、必要な範囲で個人情報の第三者提供が行われることがあることを、本人に説明しておくべきであろう。しかし、具体的な情報の提供に関して、個別的にその事前の承諾が必要とされるという訳ではない。

## 2 他害行為のおそれがある場合の情報提供の許容性とその義務

対象者による他害行為のおそれが特定人に向けられており、指定通院医療の管理者や保護観察所の長がそれを認識した場合、彼に対してその危険を通報することが許されるかも問題とされる。特に医師には守秘義務がある（刑法 134 条 1 項）が、このような場合は、まさに、人の生命、身体を保護するために必要な場合であるから、刑法の許容する「正当な理由」がある場合に当たることは明らかである。

問題は、指定通医療機関の管理者や保護観察所の長が、そのような場合に、その者に対して通報を行う義務もあるかである。タラソフ事件において、カリフォルニア州最高裁判所は、加害者から被害者の殺害を打ち明けられていた大学内のカウンセラーが被害者に警告しなかったことは専門家としての義務違反であるとして、大学の責任を認めた（1976 年）。しかし、もし指定通医療機関の管理者や保護観察所の長にこのような義務を一律に負わせるとすると、対象者と彼らとの信頼関係が破壊され、彼らはその業務を円滑に遂行することが不可能になる。基本的には、このような法的警告義務は医療者には一般的には存在しないのであって、例外的に存在するのは、危険が差し迫っている場合に限られる理解すべきものと思われる。タラソフ判決以後のアメリカの判例にも、この判決の妥当範囲を制限しようとするものが出されている。

## 地域処遇における問題

### 今福章二（法務省保護局）

医療観察法が打ち出した新機軸のうち、処遇決定に関する新たな枠組みの創設と手厚い医療を確保するための専門病棟の設置は、目に見える改革であり分かりやすい。しかし、退院後のケア体制を確保することを目指した地域処遇面での改革は、期待が大きい反面、外から見えにくく実務者や専門家の間でも理解を得るのに時間を要する。

医療観察法における地域処遇の見えにくさには、①地域社会における処遇においては、単一の機関ではなく、多機関による協働体制が前提とされていること、②従来の精神保健福祉法の枠組みが維持され、それを基盤に成立する制度とされていること、③多機関の中に保護観察所の社会復帰調整官が新たに加わったことなどの背景事情が存すると思われる。しかし、これらの点について理解が深まり、今後様々な実践によって裏打ちがなされていくことが、実は医療観察法が目指す地域処遇の成否を左右することになると言えよう。

#### 1 多機関による協働体制

医療観察法に基づく地域処遇は、継続的かつ適切な「医療」の提供、継続的な医療を確保するための「精神保健観察」の実施、必要な精神保健福祉サービス等の「援助」の提供の3つの要素から構成され、これらが処遇の実施計画に基づいて行われなければならないこととされた（法104・105条）。これにより、指定通院医療機関が通院医療の、保護観察所が精神保健観察の、都道府県・市町村及びその専門機関が援助の、それぞれ実施責任を負うことを前提に、これらが統一的に実施されるような仕組みが創設されることとなった。これまでは、精神病院や保健所における先進的な取組や一部ワーカーによるやむにやまれぬ献身的な働き等に依拠していた現実から一步抜け出して、多機関が個別の対象者の社会復帰を図るために協働する仕組みが制度化された訳である。これは日本では初めての試みである。新たな土俵で旧態依然とした責任の押し付け合いをする愚をくり返すことなく、各機関に本来期待される役割をそれぞれが冷静に受け止めつつ、この枠組みの妙味を遺憾なく発揮しうる運用が期待される。

しかし、精神障害者に対する社会復帰・地域支援等のシステムが、日本において質・量ともに立ち遅れている現状の中では、連携の内実が伴わず、絵に描いた餅となるおそれがない訳ではない。取り分け、住居の確保や精神障害者の利用可能な社会資源の不足、精神科救急体制の問題、住民側の根強い偏見などの問題点が指摘される中で、精神障害者の地域生活の支援のため、精神保健福祉全般の水準の向上が図られること、その中で医療観察法の対象者が自然な形で適切なサービスを得られる体制が作られることが必要である（法附則3）。

#### 2 精神保健福祉法を基盤とする枠組み

継続的な医療に加えて、対象者が安定した社会生活を営むのに必要な社会的支援が生活の場で提供されることが対象者の社会復帰の促進を図る上で不可欠である。この点で、医療観察法は、一部規定（法91条）を除けば、独自の援助サービスを規定しておらず、むしろ、医療観察法の通院対象者も一般の精神障害者と同じく、都道府県・市町村等による精神保健福祉法等の規定に基づいたサービスを受取ることを前提としている。この点で、「医療観察法に都