

て、第 106 号第 2 項各号に定める観察、指導等の措置を行うことになる。また、それまで当該通院患者に対して本法による医療を提供してきた指定通院医療機関においても、入院によらない医療を提供する義務は継続することになるが、この場合に必要な医療は当該入院先において提供されることとなるので、実際上は当該入院先の医療機関の管理者等と連携しつつ、患者の状態の確認等の管理を行っていくこととなろう。

(平成 17 年 3 月 刑事裁判資料第 284 号 最高裁判所事務総局)

3) 医療的側面からの検討

ここでは通院処遇における精神保健福祉法の入院について、医療的に見て対象者に最も適切なあり方は何かを考えてみたい。医療観察法の医療は、重大な他害行為を行った精神障害者に対して義務として課された医療という側面があり、そのため特に入院処遇においては厳密な手続と厳重な管理が行われる。しかしその一方、適切な医療の継続を保証し病状の安定を維持することが同様の行為の再発の防止につながるという考え方のもとに、社会復帰の促進を目的として、一般精神科医療から比較すると格段に手厚い医療が施されることになっている。義務として厳重に管理されるという不利益はあるかもしれないが、そこで行われている医療は今までよりは良質なものが目指されており、その意味では対象者にとって利益のあるものとなっている。

まず入院を要する程度の病状悪化時の対応について考えてみたい。医療観察法の通院対象者が入院を要する程度の病状悪化が起きたとすれば、論理的には医療観察法の入院処遇で対応すべきものともいえる。しかし入院処遇に至るまでの手続に要する時間や厳密さ、あるいは多くの場合、指定通院医療機関と指定入院医療機関が異なるため医療の一貫性が損なわれやすいことなどを考慮すれば、医療観察法の入院医療よりは手厚くないかもしれないが従来の精神保健福祉法の入院医療で対処する方が対象者にとっても利点大きいものと思われる。しかし精神保健福祉法の入院が半年も 1 年も続くような事態になることは、逆に対象者にとって不利益になるので、なかなか改善が見られないときは医療観察法の入院処遇の申立てをすべきものと考ええる。

では直接通院や移行通院のときの通院開始時の精神保健福祉法の入院についてはどのように考えるべきであろうか。病状は改善しているが居住場所の設定等に少し手間取るような場合は、あえて入院処遇にしたり、入院処遇期間を長引かせたりすることなく精神保健福祉法の任意入院から通院処遇を開始することは、対象者にとってもメリットのあることであり有用な方法だと考えられる。また直接通院の場合にありがちな通院開始準備が整わないとか、対象者との信頼関係が十分できていないなどの理由による精神保健福祉法の入院からの開始については、通院医療の経験が蓄積されるに従い減少する可能性があることと、もともと短期の入院が前提になっているので必要に応じて任意入院で行うことは対象者にとっても不利益とは言えないだろう。

一方、病状は改善していないが入院処遇にするほどでもないとか、入院処遇で治療反応性がなかったとして通院処遇になった場合はどうだろうか。このようなとき多くの場合、精神保健福祉法の医療保護入院で対応されているようである。やがて病状が改善して退院できる場合はいいが、いつまでも精神保健福祉法の入院が続くような事態になったらどのように対処すべきなのだろうか。入院処遇にするほど

でもないという理由で精神保健福祉法の入院から開始された場合は、なかなか改善しないならば入院処遇の申立てをするという考え方がある。しかし入院処遇で治療反応性がないという理由で精神保健福祉法の入院が始まった場合は、その方法もとれないだろう。もともと入院処遇で治療反応性がないならば通院処遇でも治療反応性はないはずであり、審判の決定そのものに問題があったともいえる。最長5年が経過しても病状が改善しないままであったり、治療反応性がないとして医療観察法不処遇が決まったりすると、やはり対象者は精神保健福祉法の入院を継続することになるだろう。すると治療困難な事例は結局一般精神科医療で対応することになり、これでは今までと何が変わったのだろうかという医療観察法の根幹に係る疑問が改めて浮上するのではないだろうか。今はまだ司法精神医療の初歩的段階であり、このような矛盾点の克服には至らないだろうが、いずれわが国の司法精神医療が進化していくためには、この問題は避けて通れないものだと思う。

以上のように医療的側面からは、通院処遇中の比較的短期間の精神保健福祉法の入院は、対象者に関わっている指定通院医療機関やそこと密接な連携のある医療機関に入院するならば、医療の継続性や通院処遇の円滑な開始という観点からは、対象者の利に適うものと判断される。しかし、それが半年とか1年とかの長期に及ぶ場合は、その間本来の通院処遇を行えていないことと、手厚い入院処遇の機会を逸していることで、対象者に不利益になる可能性がある。それゆえ早期に退院に持ち込むか、入院処遇の申立てをするなどして、いたずらに精神保健福祉法の入院が長期化することは避けなければならないだろう。

4) 対象者の視点からの検討

ここでは対象者の視点から考察してみたい。一般的に言えば、対象者にとって医療観察法でも精神保健福祉法でも明確に区別できていることは少ないのではないだろうか。どちらの法律であっても、入院は入院、通院は通院、と受け取られるのが普通であると思う。通院処遇に決定したので通院のつもりでいたら、精神保健福祉法の入院になってしまったのでは半ば騙されたような気持ちになる対象者がいてもおかしくはない。病状が改善している状態で精神保健福祉法の入院が必要な場合は、対象者に十分説明した上で原則として任意入院で入院するべきであろうし、必要最小限の期間に限定されるべきものと考ええる。

さらに対象者にとって合点がいかないのは、医療観察法で規定される通院処遇中であり、精神保健観察が続けられ、指定通院医療機関の多職種チームも関わることになっているのに、精神保健福祉法の入院のときだけは費用が自己負担になることだろう。最高裁事務総局の解説は出されているものの、大方を納得させるだけの理由は提示されていないように思われる。

5) まとめ

通院処遇中の精神保健福祉法による入院について、現状を検証するとともに、法的側面、医療的側面及び対象者の視点から検討してみた。アンケート調査からは、直接通院も移行通院も含めて、通院処遇開始以後、精神保健福祉法の入院経験がある者が少なくとも41人(36%)いることが分かった。

医療観察法115条で定められているように、通院処遇中の精神保健福祉法の入院は法的には問題はない対応であり、比較的短期間に限定されるならば、対象者の利益を損なうこともなく、病状の改善を図ったり通院処遇を円滑に開始したりすることに役立つものである。ただ病状の改善が十分得られず長期

に及ぶ場合は、早めに入院処遇の申立てを行うことが必要であるし、居住場所等の設定ができず長期に及ぶ場合などは、思い切って場所を変えるなどの対策も求められるだろう。

いずれにしても対象者にとっては、病状が安定しているならば通院処遇はできるだけ通院で行うべきであろうし、費用も国庫による負担が適切ではないだろうか。

3. 現場から見た通院処遇判断の適切性の検討（葛山の報告書を参照）

医療観察法が施行され一年半以上たち、多くの事例が通院処遇となるなか、審判における通院決定に疑問を抱かざる得ないケースが全国各地で発生している。現場では処遇決定後、関係各機関、各職種で協力体制を作り、ケースを引き受け、治療を開始することになる。しかし、どうしてこのケースが「通院」と審判で判断されたのかと悩む事例や、治療開始と同時に現場が混乱をきたす事例がある。そのような2事例を検討し、下記のような問題点があることが分かった。

- (1) 病状、病態が、医療観察法で対処すべきものかどうかの判断基準があいまいである。司法対応が優先されるべき事例が、安易に不起訴処分となり医療観察法適応という流れになっていないか。
- (2) 「通院」の審判基準、決定根拠は、あるのか。合議体で意見の一致を見ないときに「通院」とするような判断は、「通院」の現場では納得できない。「通院」が治療的であるか、そして「通院」が可能かという視点をもって審判してほしい。
- (3) 審判時、明らかに強制力を持った入院治療が必要な事例を「通院」とするのは、医療観察法のレッテルだけ付けて精神科医療保健福祉の現場に丸投げしているのではないのか。
- (4) 「通院」の現場は人的、金銭的資源が極めて乏しい。治療プログラムを組むことも現状では、限られた施設以外、不可能に近い。「通院」への要求水準は高く、資源は各機関の持ち出しという「通院」の体制で医療観察法は維持できるのか。

まず、本法律に関わる人たちは「現場を知る」ことが必要不可欠である。精神医療保健福祉がどのような状況に置かれているのか、理解なくして「通院処遇」判断はできないはずである。「通院」に関わる関係各機関は、社会復帰調整官の配置以外は既存の資源で対応している。本法律では、「鑑定入院」「指定入院医療機関」に手厚い支援があるのに対し、「通院」関係の各機関にはきわめて貧弱な支援しかない。当事者を前にしたら治療的関わりをするであろうという、善意に依存した体制と言うのは言いすぎであろうか。

審判については、上記の「問題点の整理」でも多くの指摘をしており重複するが、「入院までは要らないから通院処遇」というような安易な判断ではなく、「通院」が治療的であり、実際通院が可能なケースに対し「通院」の判断をしていただきたい。

事例検討のなかでも述べたが、精神作用物質依存（アルコール依存症を含む）に対して、医療観察法は治療的にもならず、解決策でもない。犯罪行為に対しては、法律に従い犯罪に見合った罪を償い、そのなかで「ふりかえり」「内省、洞察」をすることが重要である。「司法」と「医療」は、お互いどちらかに押し付けあうことをやめるべき時がきている。司法的対応が困難なケースでも、医療機関で加療し症状が落ち着いた時点で司法的手続きを再開できる道を残しておくことも必要であろう。

以上より「通院処遇判断の適切性」を確保するため、次のことを提案したい。まず、地域差、検察官

判断、付添人の考えや動き、裁判官判断、精神保健審判員の考えなどは、ある程度の差異が出て当然であろう。しかし、「現場」を知らず判断し行動する人達の意見が主流になって処遇が決まっていくことは避けなければならない。「現場」の声を出せる仕組みが必要である。保護観察所単位で、困惑した事例、混乱した事例をまとめ、その審判に関わった人達に還元する機会をもつ。裁判官、検察官、弁護士と鑑定医、判定医、指定医療機関の関係者、そして社会復帰調整官がお互いに討議できる機会をつくる必要があるのではないか。そして、そこで大切なのは、違う立場の意見を聞く耳を持つことであろう。全国レベルでは、鑑定、審判の検討会をもち、鑑定や審判の基準をある程度標準化する努力が必要と考える。

4. 指定通院医療機関における通院医療に要する時間の調査（石井の報告書を参照）

通院医療では、外来診療、デイケア、OT、訪問看護、心理面接、PSW の支援など幾つかの医療サービスが組み合わされて提供されている。またケア会議は、通院処遇に関係する様々な機関が参加することになっている。これら司法を含めたさまざまな機関、職種との連携はいわば多文化間の交流でもあり、それぞれの能力と限界をお互いが理解していく作業が必要になる。今回はその一助となるとともに、指定通院医療機関でどれだけの時間をこの通院医療に割いているのか、業務時間とその内容についてアンケート形式による調査を行なった。これは業務実態を明確にすると共に、各職種に必要な時間数を算出し、指定入院医療機関に比べて圧倒的に少ない指定通院医療機関におけるマンパワーや予算的な手当てを確保することを目的としている。

しかし、例えば人手不足のために止むを得ず十分な時間が割けないのに、少ない時間で足りていると誤認する恐れもあり、どのようなデザインの調査が妥当であるか検討する必要があるため、今年度はパイロット・スタディとして、研究班に参加している 9 医療機関の内、実際に対象者のいる 7 医療機関をアンケート調査の対象とした。

調査項目については通院処遇ガイドラインで示されている内容を参考として、研究班 会議において検討の上で作成したが、直接処遇、会議、間接業務とできるだけ広範囲に実態が反映されるものとした。調査期間は平成 19 年 1 月 29 日（月）から 2 月 12 日（月）（休日もあり実質 10 日間）とし、調査表を郵送して記入してもらった形式とした。

その結果、7 病院における 8 職種、46 名の方から回答を回収できた。対象者数は 13 名で内 1 名が精神保健福祉法上の入院中であった。各病院の対象者は 1～2 名がほとんどであり、体制作りも進めながらひとつずつ取り組んでいるという印象であった。

各病院において、対象者 1 人あたりに 1 日にかかる時間は、通院サービス関係では 3～137 分、会議関係では 7～44 分、記録関係などでは 6～79 分とかなりバラツキが見られた。平均化するのはかなり困難であるが、大雑把に捉えると 1 医療機関における 1 日の関わりは 2 時間程度となっている。通院サービスの比重が多いのは順に OT、DC、看護師で、会議の比重が多いのは順に医師、心理担当、PSW であり、記録・研修などが多いのは順に心理担当、PSW、医師であった。また固定プログラムを持たない中で、PSW の関わりが 2 番目に多い点が注目された。

業務内容についても各職種の取り組み状況を大枠でイメージすることができた。医療機関ごとにバラツキ見られたが、会議に流されずに、できるだけ通院サービスの時間を確保しようという取り組みが感

じられた。一方でチーム・ケア会議が定例化している動きも見られた。薬剤師や医事担当も加わるなど病院ならではの多職種チームでの支援を行っている医療機関もあった。

PSW は面接や家族支援、資源・制度利用支援などの本来業務とあわせて、訪問看護の同行や院内外の連絡調整などを担っていると思われ、業務量全体の中でも次点につけた。通院処遇、地域処遇における PSW（精神保健福祉士）の業務についてはあまり明記されていないので、こうした調査にて現状把握を進め、この制度における役割や業務を明確に位置づけていく必要がある。これはもちろん他の職種にも重なる話でもある。

全体として今のところ通院処遇は徐々にという動きであり、今回の 7 医療機関でも工夫しながら対応している様子が見えてきた。この調査においては、ごく単純な平均時間であるが、1 日に各病院で 2 時間程度、各職種においては 40 分程度が、対象者 1 名に関わっている時間と算出された。しかし当然ながら今後、地域で生活をしていく方は増えていくわけであり、その動きはある日ドラスティックに進む可能性も否定できない。入院機関という器の必要性は認めるが、いずれはほとんど通院となるわけであり、できるだけ早急に通院処遇（地域処遇）にマンパワーや財源を向ける具体的な対策を考えて進めていく必要がある。

D. 結 論

平成 18 年度は、1) 通院処遇の実態調査を実施して、医療観察法の実施から 1 年半程度が経過した通院処遇の現状について把握することを主要なテーマとし、現場にかなりの困惑と混乱をもたらしている 2 つの問題、2) 通院処遇中の精神保健福祉法による入院と 3) 現場から見た通院処遇判断の適切性、について事例研究も含めて検討を行った。また入院処遇に比較してマンパワー等への手当てが格段に少ない通院医療を実施するに際して、指定通院医療機関の負担状況を把握するため 4) 指定通院医療機関における通院医療に要する時間の調査を行った。

その結果、通院処遇の実態調査については、約 90%に相当する 116 人の通院対象者のデータが得られた。116 人の内訳は、当初審判で直接通院決定された直接通院が 84 人（72%）、入院処遇から退院決定され通院処遇に移行した移行通院が 32 人（28%）であり、医療観察法の医療の進行に従い、入院処遇からの移行通院が増えてきている状況が明らかとなった。通院開始時の対応としては、全体では精神保健福祉法の入院なしで通院医療を開始した者が 77 人（66%）であり、精神保健福祉法の入院から開始した者が 39 人（34%）であった。昨年度の調査では、直接通院の場合、半数以上が精神保健福祉法の入院から開始されていたのに比べ、今回はそれが 42%に低下していた。また外来診療、デイケア、訪問看護などの医療サービスの提供状況であるが、サービスの種類によって特徴が見られた。外来診療は多くの場合、週 1 回から開始され時間の経過とともに隔週に移行するという傾向であった。デイケアは事例によって利用状況が分かれており、利用なしの事例が半数前後存在していた。訪問看護は、利用なしは 3 割前後に減少し、何とか訪問看護は実施しようという姿勢が見えるが、実施しても週 1～2 回が限度のようであり、週 1 回未満も少なからず存在した。通院処遇対象者の全体的経過は、安定が 49%、概ね安定が 33%、病状など不安定が 10%などであり、約 1 割に不安定な者が見られていた。ケア会議

の開催頻度は、開始時は概ね月に1回程度であり、その後必要に応じて2～3ヶ月に1回程度開催される場合が多いようである。社会復帰施設等の利用状況については、通院処遇の4人に1人が利用していた。最後に地域関係機関の連携状況であるが、全体としてある程度以上協力連携体制が確保されている場合が94%にも達しており、現時点における地域関係機関の協力連携体制は、ごく一部を除いて良好であった。

通院処遇中の精神保健福祉法による入院について、現状を検証するとともに、法的側面、医療的側面及び対象者の視点から検討した。アンケート調査からは、通院処遇開始以後、精神保健福祉法の入院経験がある者が41人(36%)いた。医療観察法115条で定められているように、通院処遇中の精神保健福祉法の入院は法的には問題はない対応であり、比較的短期間に限定されるならば、対象者の利益を損なうこともなく、病状の改善や通院処遇の円滑な開始に役立つものである。ただ病状の改善が十分得られず長期に及ぶ場合は、早めに入院処遇の申立てを行うことが必要であるし、居住場所等の設定ができず長期に及ぶ場合などは、思い切って場所を変えるなどの対策も求められるだろう。いずれにしても対象者にとっては、病状が安定しているならば通院処遇はできるだけ通院で行うべきであろうし、費用も国庫による負担が考慮すべきではないだろうか。

現場から審判における通院処遇の判断をみていると、疑問を抱かざるを得ない事例が少なからず存在する。通院処遇判断の適切性を確保するため、次のような対策をとるべきではないだろうか。通院処遇が適切であり可能であるかの判断には、審判に関わる人たちにも審判結果が現場にどのような影響をもたらしているか知らせる必要がある。そのため保護観察所単位で、困惑した事例、混乱した事例をまとめ、その審判に関わった人達に還元する機会をもつこと、裁判官、検察官、弁護士と鑑定医、判定医、指定医療機関の関係者、そして社会復帰調整官がお互いに討議できる機会をつくることなどが求められる。また、全国レベルでは、鑑定、審判の検討会をもち、鑑定や審判の基準に現場の視点を持ち込む努力も必要であると考えられる。

指定通院医療機関でどれだけの時間をこの通院医療に割いているのか、業務時間とその内容についてアンケート形式による調査を行なった。研究協力者の所属する7病院、8職種、46名から回答を回収できた。対象者数は13名で内1名が精神保健福祉法上の入院中であった。各病院の対象者は1～2名がほとんどであり、全体として、今のところ通院処遇は体制整備をしながら徐々に実施しているという動きであり、今回の7医療機関でも工夫しながら対応している様子がうかがわれた。対象者1名に関わっている時間は、ばらつきが大きいですが、1日に各病院で2時間程度、各職種においては40分程度という結果であった。今後対象者が急速に増加することも考えられるので、できるだけ早期のマンパワーの確保や予算の手当てが必要ではないかと思われた。

E. 健康危険情報

特になし。

F. 研究発表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
岩成秀夫	指定通院医療機関における治療	松下正明	司法精神医療5	中山書店	東京	2006	362-367

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
岩成秀夫	医療観察法の基礎知識	精神科治療学	21	333-336	2006
岩成秀夫	医療観察法の運用 通院処遇	全国自治体病院協議会雑誌	45	52-54	2006
岩成秀夫	医療観察法の運用の実態と問題点 —通院処遇—	精神神経学雑誌	108	1040-1045	2006

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし。

資料 1 (別紙 1)

医療観察法通院処遇アンケート調査実施手順等について

1. アンケート調査の実施手順

このアンケート調査は、以下の手順で実施いたしますので、よろしくご協力をお願いいたします。

1) 調査者は保護観察所に以下の書類一式を郵送します。

- ① 保護観察所に対する「お願い」
- ② 別紙 1 「アンケート調査実施手順等」
- ③ 保護観察所が回答に用いる「調査票 A と B」

(調査票 A は対象者ごとに 1 部。調査票 B は保護観察所として 1 部)

調査票 A は多めに送りますが、万一不足の際は、大変申し訳ありませんが、コピーしてご記入下さるようお願い致します。

- ④ 保護観察所からの返信用「封筒」(宛先は調査者)

2) 保護観察所においては、それぞれご回答の上、調査票を調査者に対し直接返送してください。

2. アンケート調査の留意事項

- アンケート調査日は平成 19 年 1 月 15 日 (月) としますので、その時点における通院対象者(終了・入院を含む)についてご回答下さい。
- アンケート調査票 A は、対象者 1 人につき 1 部記入して下さい。記入方法は調査票をご覧ください。
- アンケート調査表 B は各保護観察所で 1 部記入してください。
- アンケート調査票は、平成 19 年 2 月 9 日 (金) までにご返送いただけるようお願い致します。

3. アンケート調査結果の報告

- 報告は、個別の対象者についてではなく、全体の集計結果について行うことになります。
- 調査結果は、平成 18 年度厚生労働科学研究「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 山上 皓) 及び「医療観察法による医療提供のあり方に関する研究」(主任研究者 中島豊爾) の総括研究報告書に掲載されますが、ご協力いただいた保護観察所にもご報告いたします。

4. その他、個人情報保護、お問合せなど

- 調査票は個人が特定されない形の設問にしてあります。またご記入いただいた調査票の管理につきましても、調査者が細心の注意を払って保管し、研究終了後には適切な方法で廃棄処分致します。
- またご協力いただいた機関名が、同意なしに公表されることはありません。
- なお本調査に対するお問合せは、直接下記の調査者に対し行って下さるようお願い致します。

調査者(分担研究者): 岩成秀夫(所属: 神奈川県立精神医療センター 芹香病院)

川副泰成(所属: 国保旭中央病院)

連絡先・返送先: 〒233-0006 横浜市港南区 芹が谷 2-5-1

神奈川県立精神医療センター 芹香病院

TEL: 045-822-0241 FAX: 045-825-3852

E-mail: iwanari.1kic@pref.kanagawa.jp

資料 2 医療観察法通院処遇アンケート調査票 A (平成 18 年度版)

<記入方法・留意事項>

- ・ 選択肢については、該当番号に○をつけてください。また () 内には、回答をご記入下さい。
- ・ 通院対象者 1人につき1部ご記入をお願いします。

ご記入日 () 年 () 月 () 日

設問 1 貴施設において調査時点で担当されている通院対象者についてお尋ねします。

- 性別
1 男性 2 女性
 - 年齢
1 10代 2 20代 3 30代 4 40代 5 50代 6 60代 7 70代 8 80代
9 90代
 - 家族状況 (血族や婚姻などの親族関係で直接結びついている集団を家族と考えて下さい)
1 家族と同居 2 家族と別居 3 単身者 4 その他 ()
 - 住居状況 (事件直前の状況。住居不定は月に2回以上転居。住居なしはいわゆるホームレスです)
1 自家 2 社宅 3 民間賃貸住宅 4 公共賃貸住宅 5 社会復帰施設等
6 住居不定 7 住居なし 8 その他 ()
 - 経済状況 (事件直前の対象者の収入から判断して下さい。有職はアルバイト・パート等を含みます)
1 有職・自活可 2 有職・自活不可 3 無職・自活可 4 無職・自活不可
5 生活保護 6 その他 ()
 - 重大な他害行為の種類 (複数回答可。5、6、7、8は未遂も含みます)
1 殺人 2 殺人未遂 3 傷害 (全治1ヶ月以上) 4 傷害 (全治1ヶ月未満)
5 強盗 6 放火 7 強姦 8 強制わいせつ 9 その他 ()
 - 過去の犯罪歴 (全生活史について事件化もしくは事例化している範囲で判断して下さい。なお重大な他害行為とは6. の1~8に該当する行為をいいます)
1 重大な他害行為あり 2 重大でない他害行為あり 3 他害行為なし 4 不明
 - 事件前5年間の行動傾向 (病状によるものも含みます)
8-1 (粗暴傾向) 1 あり 2 なし 3 どちらともいえない
8-2 (性的逸脱傾向) 1 あり 2 なし 3 どちらともいえない
 - 精神科主病名と副病名 (ICD-10) (以下の病名一覧の番号から適当なものを記入して下さい。)
9-1 主病名 ()
9-2 副病名 ()
- <病名一覧>
- F0 症状性を含む器質性精神障害
 - F1 精神作用物質による精神および行動の障害
 - F2 統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害
 - F3 気分 (感情) 障害
 - F4 神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害
 - F5 生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群
 - F6 成人の人格および行動の障害
 - F7 精神遅滞
 - F8 心理的発達の障害
 - F9 小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害
- 事件前5年間の精神科治療歴
1 入院歴あり 2 入院歴はないが通院歴あり 3 精神科治療歴なし 4 不明

- 4 その他の医療サービス (利用されているものに○)
心理療法・外来作業療法・服薬指導・栄養指導・その他 ()
- 20-2 調査時点の医療サービス
- 1 外来診療 週 () 回
- 2 デイケア 週 () 回 デイケア利用なしの理由 ()
- 3 訪問看護 週 () 回 訪問看護利用なしの理由 ()
- 4 その他の医療サービス (利用されているものに○)
心理療法・外来作業療法・服薬指導・栄養指導・その他 ()
21. 通院処遇対象者の現状
- 21-1 全体的経過
- 1 安定して通院処遇を継続
- 2 概ね安定して通院処遇を継続
- 3 病状など不安定なため通院処遇の継続に心配がある
その内容 ()
- 4 その他 ()
- 21-2 調査時点における精神保健福祉法の入院 (通院処遇開始以後)
- 1 なし
- 2 あり () 回目 通算入院期間 () ヶ月
- 3 過去にあり () 回 通算入院期間 () ヶ月
22. 通院処遇中の精神保健福祉法の入院
- 1 原則行うべきではない
- 2 円滑な通院処遇と社会復帰を目的として短期間に限定するならば行っても良い
- 3 医療観察法で可能とされているので必要なら自由に行っても良い
- 4 自由に行うべきである
- 5 その他 ()
23. ケア会議について
- 1 指定通院医療機関等の初診日までの開催頻度 () 回
- 2 参加施設 (該当項目に○)
指定通院医療機関等・保健所・精神保健福祉センター・精神保健福祉主管課 (都道府県・市町村)、地域生活支援センター・社会復帰施設・
その他 ()
- 3 通院医療開始直後の開催頻度 () 月に () 回
- 4 今回の調査時点での開催頻度 () 月に () 回
24. 社会復帰施設等の利用状況 (調査時点の状況)
- 1 利用している
施設の種類 居住系 ()
日中活動系 ()
- 2 利用していない
- 3 その他 ()
25. 地域の関係諸機関の協力連携体制について
- 1 積極的に協力連携していただいている。
- 2 ある程度協力連携していただいている。
- 3 協力連携体制が十分とは言えず苦勞することも少なくない。
- 4 協力連携体制が取れずに困っている。
- 5 その他 ()

設問 2 この対象者の通院処遇についてご意見があればお聞かせ下さい。
(質問項目以外の事柄や今後の問題などに関するご意見、あるいは受け入れについてのご感想など)

設問 3 医療観察法通院処遇についてのご意見があればお聞かせ下さい。
(この対象者の受け入れを通して医療観察法の通院処遇についてお気づきになった点など)

ご協力ありがとうございました。

資料 3 医療観察法通院処遇アンケート調査票 B (平成 18 年度版)

ご記入日 () 年 () 月 () 日

設問 1 調査時点において処遇終了になった方はいらっしゃいますか。

1 あり () 名 2 なし

設問 2 処遇終了事例の概要を教えてください。(凡例を参考に適切な数字を記入して下さい)

事例	1.性別	2.年齢	3.重大な他害行為	4.精神科主病名	5.通院処遇の期間	6.処遇終了後の対応
1						
2						

設問 3 調査時点において(再)入院処遇になった方はいらっしゃいますか。

1 あり () 名 2 なし

設問 4 (再)入院処遇事例の概要を教えてください。(凡例を参考に適切な数字を記入して下さい)

事例	1.性別	2.年齢	3.重大な他害行為	4.精神科主病名	5.通院処遇の期間	7.(再)入院の理由
1						
2						

設問 5 処遇終了事例や(再)入院処遇事例についてお気づきの点があればご記入下さい。

<凡 例>

1. 性別：1 男性 2 女性
2. 年齢：1 10代 2 20代 3 30代 4 40代 5 50代 6 60代 7 70代 8 80代 9 90代
3. 重大な他害行為の種類(複数回答可。5、6、7、8は未遂も含みます)
 - 1 殺人 2 殺人未遂 3 傷害(全治1ヶ月以上) 4 傷害(全治1ヶ月未満)
 - 5 強盗 6 放火 7 強姦 8 強制わいせつ 9 その他
4. 精神科主病名(ICD-10)(以下の病名一覧の番号から適当なものを記入して下さい。)
 - 1 F0 症状性を含む器質性精神障害 2 F1 精神作用物質による精神および行動の障害
 - 3 F2 統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害 4 F3 気分(感情)障害
 - 5 F4 神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害
 - 6 F5 生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群
 - 7 F6 成人の人格および行動の障害 8 F7 精神遅滞 9 F8 心理的発達の障害
 - 10 F9 小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害
5. 通院処遇の期間：()ヶ月<開始から終了まで または 開始から(再)入院処遇まで>
6. 処遇終了後の対応
 - 1 指定通院医療機関に通院 2 元の通院医療機関に通院 3 上記以外の医療機関に通院
 - 4 精神科の通院自体も終了 5 その他(死亡、身体合併症による終了を含む)
7. (再)入院処遇の理由
 - 1 精神病状の悪化のため 2 社会復帰阻害要因の悪化のため 3 両者(1と2) 4 その他

「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」(分担研究者 岩成秀夫)

現場から見た通院処遇判断の適切性

研究協力者 葛山秀則 兵庫県立光風病院

1. はじめに

心神喪失者等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律(以下「医療観察法」という)が施行され一年半以上たち、多くの事例が通院処遇となるなか、通院審判に疑問を抱かざる得ないケースが全国各地で発生している。その問題点を整理し、現在考えうる対応策を提案する。

2. 事例から問題点を考える

現場では処遇決定後、関係各機関、各職種で協力体制を作り、ケースを引き受け、治療を開始することになる。しかし、どうしてこのケースが「通院」と審判されたのかと悩む事例や、治療開始と同時に現場が混乱をきたす事例がある。そのような事例を通して問題点の整理を試みたい。提示事例は、個人が特定できないように簡略化し、核心部分は変質しない範囲で一部内容変更したことを御了解いただきたい。

また、本稿では「通院」は医療観察法による入院によらない処遇を、「入院」は医療観察法による指定入院医療機関への入院を指すものとする。

事例1

40代 男性

対象行為 放火

病名 アルコール使用による精神および行動の障害
軽度精神遅滞

経過 飲酒して自宅に放火を繰り返していた。懲役3年、執行猶予4年の判決で保護観察中、再度自宅に放火。心神喪失の鑑定後、3カ所以上の精神科病院に入院した。(措置入院も含むが詳細は不明)前回放火の2年後、再び自宅放火。鑑定となるが、心神喪失の判断。精神科病院に任意入院するも不満を訴え自主退院となる。1年後、自宅放火、不起訴処分となり、医療観察法の申立て。鑑定入院後、審判は「通院処遇」となり、直接通院処遇が開始となった。1ヵ月後からは、飲酒エピソードのため危機介入を繰り返すこととなった。

事例2

30代 男性

対象行為 傷害

病名 統合失調症

経過 注察妄想、被害妄想出現し、幻覚妄想活発であったが、約8年未治療であった。家族への暴力も出現し、開業医と相談、ブラインドで抗精神病薬を投与したが、効果は不十分であった。夜間通行人の女性顔面を突然殴打し犯人は逃走するという傷害事件があり、事件3日後自宅に警官が行き逮捕となった。本人は事件への関与を強く否定した。逮捕当初、証拠もはっきりせず、家族も本人の犯行ではないと考えていた。後に追加証拠で家族は本人の犯行であろうと認めた。本人は、家族への暴力については認めるが、対象行為となった傷害事件に対しては、「自分はやっていない」とはっきり否定し続けた。簡易鑑定を経て不起訴となり、医療観察法の申立て、鑑定入院後、「通院処遇」の審判が出た。しかし、病状は入院加療が必要な状態である。本人は治療拒否しており医療保護入院となる。

事例から考える事

現場が混乱する事例のほとんどは「直接通院」である。「直接通院」とは、鑑定入院の後、審判で通院処遇の判断が出て、指定入院医療機関での入院治療を経ず、指定通院医療機関での治療が開始となるものを指す。今回提示した事例も「直接通院」である。

さて、ここから事例に基づき問題点を考えてみたい。

1例目である。まず、病状、病態が医療観察法での対処をすべきものであるのかという疑問が生じる。本法律が施行される前から、アルコール関連疾患と精神遅滞は、司法対応優先か、医療優先かで悩むケースが生じていた。酩酊時犯罪の責任能力判断も、基本的には責任を問う方向が定着してきたと感じているが、鑑定医、検察官の判断にはまだ大きな偏りがある。極端な場合は、被疑者が「覚えていない」との供述を根拠に病的酩酊と鑑定し、結果、不起訴処分となるようなことがある。そして、同一人物が再三、同様の司法判断を下されていたケースもある。飲酒によって引き起こされる事態についての認識や飲酒自体の持つ危険性を知っていて飲酒した場合は、犯行前後の記憶があいまいであっても、飲酒行為自体を本人の自由意志で選んだ時点で責任が発生していると考ええる。

本例も、繰返される飲酒時放火に対し、次第に司法対応から不起訴処分、医療対応にシフトしてきた。一度、責任無能力の鑑定が出た人物には、別件でも有責性を問うのが難しくなるのが、現場の感覚である。医療観察法が施行され、当然のごとく申立てされ鑑定入院となっている。

司法に戻すという選択肢は残されていたのか。あったがあえて選ばなかったのか。審判で、裁判所は「入院」「通院」「不処遇」「却下」の選択をするがその決定に至る経緯は、「通院」の現場から詳細は見えない。裁判官と精神保健審判員の意見が「入院」と「通院」に割れた場合は、軽い処遇を選ぶという根拠のもと「通院」が決定する。この審判決定に至るまでの問題点は、あとで考察したい。

本例にもどる。「通院」決定後は、社会復帰調整官が、指定通院医療機関、精神保健福祉関係諸機関と協議のうえ「処遇の実施計画」を作成する。この例では、飲酒が対象行為と密接な関係であり、飲酒時の対応に、担当者特に社会復帰調整官は相当の労力を要している。治療的観点からは、アルコール依存症治療では「飲酒問題をどれだけ自分自身の問題としてとらえさせるか」「飲酒によって引き起こされた問題には自分自身で対応させ、洞察させる。他者がしりぬぐいをしない」という原則があり、そこから、「気づき」が生まれる。しかし、本例では、「精神保健観察」として飲酒時に介入せざるを得なくなった。「通院」にそのような負担が生じることは想定外であっただろう。少なくとも、「通院」

に付けられた人的資源では、すぐ限界に達する。そして、その介入行為自体が、治療的にならないと考えられる。それでは、治療的な対応とはいかなるものか。認知行動療法を含む依存症治療プログラムや自助グループへの参加が考えられる。しかし、どちらも自ら参加し取り組むよう設定されており、強制されるということになじまない。アルコールに限らないが実際「通院」というなかで、しかも現有資源で「プログラム」を組むことが可能なのか。さらに「直接通院」であればプログラムへの導入も必要となる。「入院」を経てきたケースの「プログラム」継続もままならない現実があるのに、何ができるのか。本例に限らず、「通院」に関わる関係機関の人的資源は各機関の持ち出しであり、通常業務に医療観察法の「通院」業務が加わる構造である。

2 例目を考えてみる。治療の必要性はあるのだろう。しかし、本人が一貫して対象行為を認めていないこと、現行犯逮捕でないこと、当初は確定的な証拠もそろっていなかったことなど考えると、司法的解決ができていないのかとの疑問がある。病状不安定で論理的思考や反論が困難ななかで、付添人が真実を追及する熱意がなかったら冤罪を簡単に生み出してしまうのではないか。医療観察法にのせるには、より慎重であるべきであろう。

そして、鑑定入院を経て審判は「通院処遇」すなわち「医療観察法での入院によらない医療を受けさせる」。しかし、病状は不安定で外来通院での治療継続は困難との判断から医療保護入院となっている。本人にとっては、入院によらないと言っておいて強制的な入院になるのは、全く納得できない話だったのではなかろうか。審判までの経緯の細部は不明であるが、「指定入院医療機関への入院」までは必要ないが「不処遇」にもできないと考えて「通院」としたなら極めて安易な考えだろう。「通院」の現場には、人も金もなく、ただ、責任だけが付いてくる、と言ったら言い過ぎであろうか。対応に困惑するケースでなくともぎりぎりの人的資源でやりくりしているのが現実である。審判に関わる者は、この「通院」の現場をしっかりと認識していただきたい。

以上をふまえ、問題点の整理をしたい。

問題点の整理

- (1) 病状、病態が、医療観察法で対処すべきものかどうかの判断基準があいまいである。司法対応が優先されるべき事例が、安易に不起訴処分となり医療観察法適応という流れになっていないか。
- (2) 「通院」の審判基準、決定根拠は、あるのか。合議体で意見の一致を見ないときに「通院」とするような判断は、「通院」の現場では納得できない。「通院」が治療的であるか、そして「通院」が可能かという視点をもって審判してほしい。
- (3) 審判時、明らかに強制力を持った入院治療が必要な事例を「通院」とするのは、医療観察法のレッテルだけ付けて精神科医療保健福祉の現場に丸投げしているのではないのか。
- (4) 「通院」の現場は人的、金銭的資源が極めて乏しい。治療プログラムを組むことも現状では、限られた施設以外、不可能に近い。「通院」への要求水準は高く、資源は各機関の持ち出しという「通院」の体制で医療観察法は維持できるのか。

3. 考 察

まず、本法律に関わる人たちは「現場を知る」ことが必要不可欠である。精神医療保健福祉がどのような状況に置かれているのか、理解なくして「通院処遇」判断はできないはずである。別の報告でも指摘があると思うが、「障害者自立支援法」により社会復帰施設は様々な困難に直面している。そのなかで、医療観察法での「通院」対象者が、地域で生活するため社会資源の利用を考えた時、どこまでの個人情報を出せるのか。医療観察法が偏見を生み、社会資源を利用できないという事態も報告されている。

「通院」に関わる関係各機関は、社会復帰調整官の配置以外は既存の資源で対応している。本法律では、「鑑定入院」「指定入院医療機関」に手厚い支援があるのに対し、「通院」関係の各機関にはきわめて貧弱な支援しかない。当事者を前にしたら治療的関わりをするであろうという、善意に依存した体制と言うのは言いすぎであろうか。

審判については、上記の「問題点の整理」でも多くの指摘をしており重複するが、「入院までは要らないから通院処遇」というような安易な判断ではなく、「通院」が治療的であり、実際通院が可能なケースに対し「通院」の判断をしていただきたい。さらにさかのぼると、警察、検察、簡易鑑定、本鑑定、裁判所での、責任能力判断及び司法的処遇に、疑義のある事例がある。責任能力が十分に保たれ、刑に服すべき事例が本法律の対象とならないためには、簡易鑑定が重要である。しかし、これには極端な地域差と、簡易鑑定の鑑定医によって判断基準が大きく食い違うのが現実である。検察官の判断も重要であるが、簡易鑑定結果と検察官判断は、ほぼ連動していると思われる。不起訴処分となり、医療観察法の申立てとなれば、同法による鑑定入院となる。その際、「責任能力（理非弁別能力およびそれに基づいて行動する能力）」を鑑定項目に加える必要があるのではないのか。簡易鑑定とは比較にならない量の情報と

24 時間体制での病状観察ができるのであるから、より正確に判断できるはずである。

事例検討のなかでも述べたが、精神作用物質依存（アルコール依存症を含む）に対して、医療観察法は治療的にもならず、解決策でもない。犯罪行為に対しては、法律に従い犯罪に見合った罪を償い、そのなかで「ふりかえり」「内省、洞察」をすることが重要である。病気を理由に司法的処遇が停止することは、治療的でないばかりか、犯行に対する反省を軽減させてしまう。矯正施設内で治療的アプローチや治療プログラムに導入できれば、その後の生活で自発的な医療への関わりや自助グループへの参加の道が見えてくる事例は確実に増えるであろう。依存性疾患だけでなく、矯正施設内の精神科医療の充実が緊急の課題である。近年、出所後即 26 条通報されるケースが増えている印象がある。そのようなケースは、矯正施設内でほとんど治療されていない事や、出所後に向けての医療保健福祉的準備が全くなされていない事があたりまえのようになっている。医療観察法での退院に向けての準備が濃厚であると極めて対照的である。矯正施設内の精神科医療の充実は、「刑に服すべき」人が医療観察法の対象者とならないためにも重要である。そして精神科が関与する病気がある場合、医療優先の名のもと安易に不起訴処分とする悪しき風習をなくす機会にもなると考える。

「司法」と「医療」は、お互いどちらかに押し付けあうことをやめるべき時がきている。司法的対応が困難なケースでも、医療機関で加療し症状が落ち着いた時点で司法的手続きを再開できる道を残しておくことも必要であろう。矯正施設内で精神症状悪化し精神科病院での加療が必要な時には、症状改善まで入院加療し、また矯正施設に戻る事もありうる。現に、矯正施設からの一時的入院を受け入れた話は聞こえてくる。しかし、それはまだまれなケースである。前述の 26 条通報の例では、精神症状悪化に対し適切な医療を提供できていない。

4. おわりに

「通院」の現場から見えてくるのが、多すぎて話が広がりすぎてしまったことをお許し願いたい。話を戻す。「通院処遇判断の適切性」を確保するため、次のことを提案したい。

まず、地域差、検察官判断、付添人の考えや動き、裁判官判断、精神保健審判員の考えなどは、ある程度の差異が出て当然であろう。しかし、「現場」を知らず判断し行動する人達の意見が主流になって処遇が決まっていくことは避けなければならない。「現場」の声を出せる仕組みが必要である。保護観察所単位で、困惑した事例、混乱した事例をまとめ、その審判に関わった人達に還元する機会をもつ。裁判官、検察官、弁護士と鑑定医、判定医、指定医療機関の関係者、そして社会復帰調整官がお互いに討議できる機会をつくる必要があるのではないか。そして、そこで大切なのは、違う立場の意見を聞く耳を持つことであろう。全国レベルでは、鑑定、審判の検討会をもち、鑑定や審判の基準をある程度標準化する努力が必要と考える。

医療観察法の問題点は、あまりにも多いが、なかでも「通院」の現場には手付かずの問題が山積している。「入院」だけでなく「通院」にも注意を向けていただくことをお願いして本稿を終わる。

「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」(分担研究者 岩成秀夫)

指定通院医療機関における通院医療に要する時間の調査

研究協力者 石井利樹 神奈川県立精神医療センター芹香病院

1. 調査の主旨

通院医療では外来診療、デイケア、OT、訪問看護、心理面接、PSW の支援などが幾つか組み合わせて提供されている。対象者により頻度の違いはあるが、おおむね週 1 回程度の診療、週 1~3 回程度のデイケア (OT)、週 1 回程度の訪問看護、診療に合わせた PSW 面接などがひとつのパッケージと考えられるが、こうした直接処遇のみならず、チーム会議、全体会議、ケア会議などの会議や記録、評価シート作成、研修会、そして院内外の調整など間接業務が占める割合も大きい。最初から多職種・多機関チームで動いていくことは今後の精神科医療、地域支援におけるひとつのモデルに成り得ると思われるが、一方で司法を含めたさまざまな機関、職種との連携はいわば多文化間の交流でもあり、それぞれのストレングスと限界をお互いが理解していく作業が必要になる。今回はその一助となるように、通院医療機関における業務時間とその内容についてアンケート形式による調査を行なった。これは業務実態を明確にすると共に、時間数とマンパワーを算出し、入院医療機関に比べて圧倒的に少ない通院医療機関において必要な人員、報酬が位置づけられることを目的としている。

2. 調査概要

今年度はパイロットスタディとして、研究班に参加している 9 医療機関の内、実際に対象者のいる 7 医療機関から回答をいただいた。回答先は以下の通りである。

国立病院機構東尾張病院
埼玉県立精神保健福祉センター
京都府立洛南病院
大阪府立精神医療センター
兵庫県立光風病院
総合病院国保旭中央病院
神奈川県立精神医療センター芹香病院

調査項目については通院処遇ガイドラインで示されている内容を参考として、研究班 会議において検討の上で作成したが、主旨でも触れたように、直接処遇、会議、間接業務とできるだけ広範囲に実態が反映されるものとした。調査期間は平成 19 年 1 月 29 日 (月) から 2 月 12 日 (月) とし、調査表 (資料 3) を郵送して記入してもらった形式とした。

詳細は手引き (資料 2) に記してあるが、実際に通院処遇を行なっている方のみならず精神保健福祉法上の入院になっている方も含む形とした。これは調査時点で入院処遇からの移行通院がまだ少ないこと、鑑定入院から直接通院になった方が予想以上に多いが、そこには精神保健福祉法上の入院になっている方が散見されることを考慮したものである。

3. 調査対象者の属性

7病院における8職種、46名の方から、回答いただいた。対象者数は13名で内1名が精神保健福祉法上の入院をされていた。今回は移行通院か直接通院かについては設問をしなかったため不明である。内訳を以下に示す。

表 1 医療機関別職種の内訳と対象者数

	A病院	B病院	C病院	D病院	E病院	F病院	G病院	計
医師	1	1	1	2	2	1	4	12名
看護師	1	1	1	3	2	1	2	11名
O T				2	1	1	1	5名
D C			1				2	3名
心理担当	1			1	1	1	1	5名
PSW		1	1	2	2	1	1	8名
薬剤師		1						1名
医事担当					1			1名
	3名	4名	4名	10名	9名	5名	11名	46名
通院中	1	1	1	1	2	2	4	12名
入院中				1				1名

表1のように各医療機関における対象者数は1~4名であった。職種としては医師が一番多く、次に看護師、PSWと続いている。デイケアよりOTの関わりの方がやや多い。1名ではあるが薬剤師がプログラムを提供していることも興味深い。また、医事担当がチーム会議に参加しているところもあり、多職種チームの幅の広がりを感じられた。

表 2 職種別の対象者数

	職員数 (46名)	対象者数 (13名)	職種1名あたり
医師	12	13	1.08
看護師	11	13	1.18
O T	5	5	1
D C	3	3	1
心理担当	5	7	1.4
PSW	8	12	1.5
薬剤師	1	1	1
医事担当	1	2	2

医師、看護師は対象者全員に関わっている(表2)。PSWもほぼ関わっている。心理担当は半数強の