

を実現していくために各関係機関と具体的調整を行っていく必要がある。

最後に、本アンケートとは直接関連がなかったため今回は提示しなかったが、われわれは、簡易鑑定と医療観察法に基づく鑑定入院の両方を担当した事例経験を持っている。医療観察法は「触法精神障害者(犯罪行為を行った精神障害者)の処遇にある重大な制度的欠陥を保障できるようになったことに最大の意義がある」と山上¹⁰⁾が指摘している一方で、われわれが前報で指摘した問題¹⁾も含め運用上の問題が報告されている^{3,4,5,8,11)}。このため、今後は、一般精神医療水準の向上、医療観察法の適切な運用、さらに司法精神医学における人材育成といった観点から同法が適用された症例を個々に検討していく予定である。

5 まとめ

1) 本県では現状のままで、今後増加が予想される精神鑑定業務には対応できることが示唆された。

2) 司法精神医学人材育成に関しては、精神鑑定医の養成のみならず、卒前教育の段階から司法精神医学カリキュラムを検討し工夫する必要がある。

3) 精神鑑定医の技能向上のためにも、医療関係者と司法関係者の意見交換の場を設定していく必要がある。

4) 精神鑑定など司法精神医学領域の業務に豊富な経験を持つ医師らが中心となり、司法精神医学教育の中核的施設・部署の設置を推進していく必要がある。

5) 中核となる施設・部署が設置できた場合は、各関係機関とのスムーズな連携および精神鑑定業務の統括・データの集積、研修会・事例検討会の企画および運営を図る。

6) 上記方策は本県においては、実現可能なものであり、司法精神医学システムおよび、そのネットワークの構築は近い将来実現するであろう。

7) 医療観察法が適用された事例を検証するこ

とは、適切な法律の運用のみならず、一般精神医療水準の向上および司法精神医学における人材育成といった観点からも有益と思われるため、今後は事例に関する個々の検討を行っていく予定である。

本研究は、厚生労働科学研究費補助金 こころの健康科学研究事業「司法精神医学の人材育成等に関する研究」研究班(主任研究者 林 拓二)の一環として行った。本論文の要旨の一部は、第103回日本精神神経学会総会(於：高知市)で発表した。

文献

- 1) 赤崎安昭, 橋口 渡, 児玉 圭ほか: 鹿児島県における司法精神鑑定の現状と課題—医療観察法運用上の問題提起も含めて. 九神精医 52: 115-125, 2006
- 2) 平野 誠: 触法精神障害者の治療必要性の判定に関する研究. 厚生労働省科学研究費補助金 こころの健康科学研究事業 触法行為を行った精神障害者の精神医学的評価, 治療, 社会復帰等に関する研究 平成16年度 総括・分担研究報告書(主任研究者: 松下正明). pp73-146, 2005
- 3) 岩成秀夫: 心神喪失者等医療観察法の基礎知識. 精神科治療学 21: 333-336, 2006
- 4) 小沼杏坪: 医療観察法の事例報告—「平成の魔女狩り」の危険あり. 日精協誌 25: 69-71, 2006
- 5) 中谷陽二: 新制度の危うさ—決定の基準と鑑定. 精神医学 46: 796-798, 2004
- 6) 中谷陽二: 司法精神医学入門. 第103回日本精神神経学会総会—精神医学へのこれからの期待・精神医療の新たな試みの発信—抄録集: S126, 2007
- 7) 白石弘巳: 精神鑑定の現状. 精神科 5: 388-392, 2004
- 8) 富田三樹生: 心神喪失者等医療観察法を批判する. 精神科 3: 519-523, 2003
- 9) 和田雅樹: 裁判員制度における精神鑑定をめぐって. 司法精神医学 2: 87-92, 2007
- 10) 山上 皓: 心神喪失者等医療観察法制定の意義. 精神医学 46: 802-804, 2004
- 11) 山上 皓: 医療観察制度に期待される役割. 司法精神医学 1: 19-25, 2006



心神喪失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の概要と課題

赤崎 安昭¹⁾, 森岡 洋史²⁾, 橋口 渡¹⁾
山畑 良蔵³⁾, 上山 健一³⁾, 佐野 輝¹⁾

1) 鹿児島大学大学院 医歯学総合研究科 精神機能病学分野

2) 鹿児島大学保健管理センター

3) 鹿児島県立始良病院

【I. はじめに】

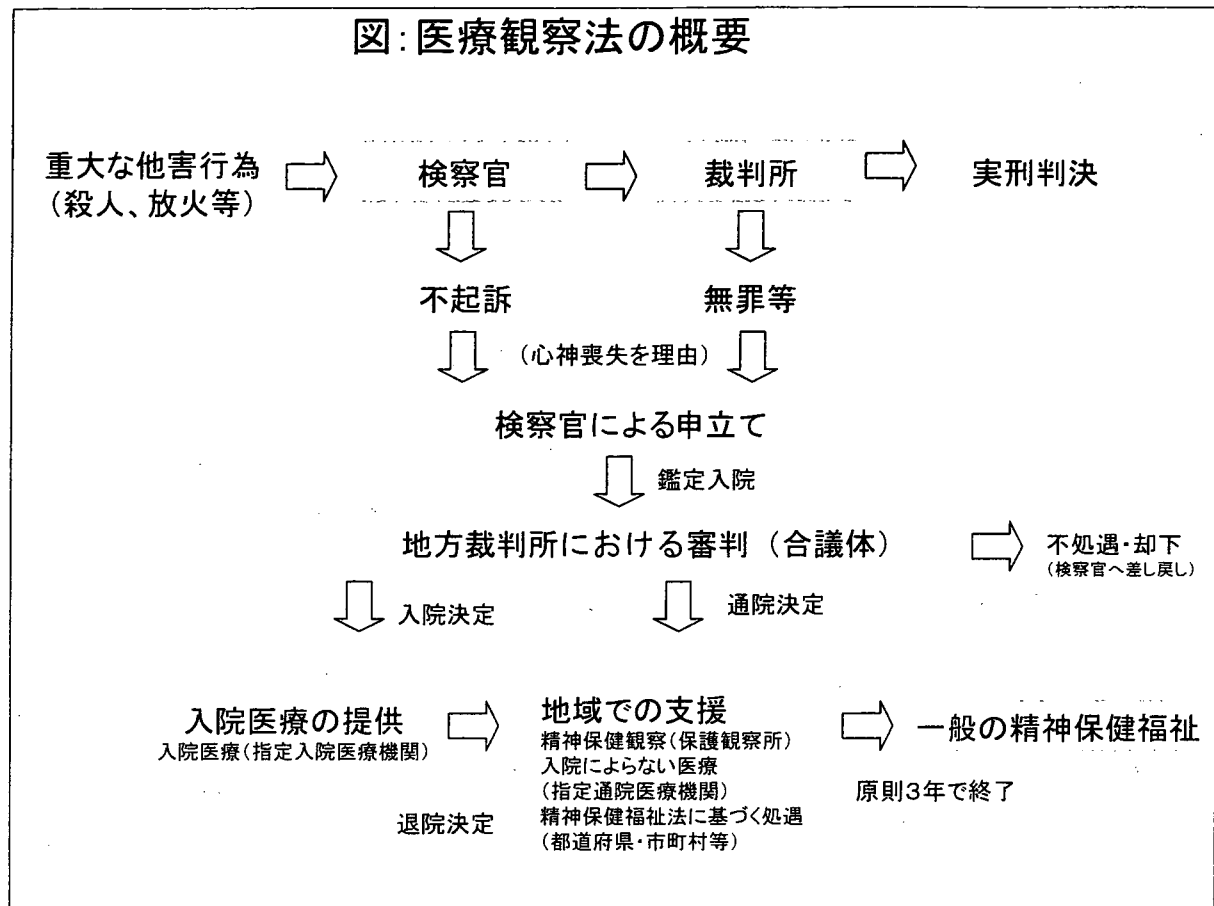
違法行為を行った精神障害者、すなわち触法精神障害者の多くは、これまで、司法精神鑑定である起訴前の簡易又は嘱託精神鑑定等を経て、裁判を受けることなく精神科病院へ措置入院（精神保健福祉法）し、入院後の医療および処遇は、精神科医の判断に委ねられていた。しかし、平成13年6月8日に大阪府池田市で起こった小学校乱入無差別殺傷事件、いわゆる「附属池田小事件」を契機に、精神医療と刑事司法を取り巻く様々な問題が浮き彫りになり、平成15年7月、重大な触法行為を起こした精神障害者に対する「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律」、すなわち「医療観察法」が公布され、2年後の平成17年7月に施行された。こうして医療観察法が施行されたことにより、精神科医の責任は緩和され、触法精神障害者の一部は、国の責任で医療的に処遇されるようになった⁴⁾。しかし、その法律の成立過程において、大きな批判や危惧が指摘された通り、同法を運用していく上では課題が多い³⁾。そこで、本稿では、

医療観察法の概要を示し、自験例を通して運用上の課題の一部について報告する。なお、事例の提示に際しては、個人情報保護に配慮して記載した。

【II. 医療観察法の概要】(図)

医療観察法の目的は、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者（以下：「対象者」）の社会復帰を援助・促進することにある。具体的な手続きとしては、重大な他害行為、すなわち「殺人」、「放火」、「強姦」、「強制わいせつ」、「傷害（軽度を除く）」等を行った者が、心神喪失または心神耗弱を理由に不起訴か、判決において無罪確定または執行猶予等となった場合、検察官は本法に基づく審判の申し立てを地方裁判所に行う。地方裁判所は申し立てを受けると鑑定入院命令を発し、「対象者」は鑑定入院医療機関（鹿児島県では4施設）に鑑定入院する。この時、司法精神鑑定（特に嘱託鑑定）の勾留とは異なり、積極的に薬物療法等の治療が開始されるのもこの法律の特徴である。また、鑑定入院命令と同時に、精神面担当の医師（要資格）、すなわち精神保健判定医の中から精神保健審判員が選

図：医療観察法の概要



定され、精神保健判定医か、あるいは他に選任された鑑定医が、疾病性、治療反応性、社会復帰要因の3つの軸を中心に鑑定を行う。

地方裁判所は、検察官の申し立ての後に、裁判官と精神保健審判員それぞれ1人による合議体を設置し、合議体は、精神保健参与員、社会復帰調整官からも意見も聴取しながら、鑑定書、「対象者」および「対象者」の権利を擁護する付添人（弁護人）の意見を踏まえて審判を行い、入院処遇、通院処遇、不処遇、却下のいずれかを決定する。

入院にせよ通院にせよ、処遇決定後は、指定医療機関において、厚生労働省の定めるガイドライン等にそって治療が行われる。病状が改善し、合議体により、継続的な治療や社会生活能力、各種支援体制等が確保されていると判断されれば処遇終了となり、必要に応じて一般精神科医療におい

て治療を継続することになる²⁾。なお、現時点では鹿児島県には入院の指定医療機関は未設置の状態である。

【Ⅲ.「対象者」の処遇上の課題と対策】

以下に、我々が経験した医療観察法の適用を受け、鑑定入院期間中に身体合併症の治療が必要になった症例（「対象者」）について、概要を示し、その処遇に関する課題と対策を検討する。

(1)「対象者」の提示

「対象者」は30歳代、女性。傷害致死事件を起こしたため逮捕され、刑事訴訟法上の起訴前簡易精神鑑定が実施された。その結果、犯行時は心神耗弱の状態にあったと判断され、医療観察法に基づく鑑定を受けるため単科の精神科病院に入院した。その後、外科手術が必要な身体合併症に罹患していることが判明し、受け入れ先病院を手

配したが難行し、数日後に鹿児島大学病院メンタルケアセンター神経科精神科(当科)に転入院した。身体疾患は幸い軽症であり、手術後のケアも当科で行い、入院5日後には退院し、「対象者」は鑑定入院先の医療機関に移送された。

(2) 処遇上の課題と対策

転院先の手配が難行した背景には、患者が触法精神障害者で、しかも医療観察法上の「対象者」であったことが関与していると考えられた。今回「対象者」が、緊急性を要しない身体疾患であったため、多少の時間を経ても対応できたが、仮に緊急性を要するものであった場合、転院に手間取れば、致命的な事態に至る可能性もある。当科は有床総合病院精神科であるため、このような事例の身体治療を担っていくことも責務であると考えられるが、当科病床が満床であり、かつ緊急性を要する状況であれば、一般の医療機関に身体的治療を依頼せざるを得ない場合もあるかと思わる。その際には、精神科病院と身体科病院同士の連携が極めて重要となる。

厚生労働省は、「鑑定入院中における身体合併症のための転院先の確保については、日頃より医療機関同士の連携を密に行うことを基礎とし、適切な連絡調整のもとで各医療機関の責任において行うこと」と

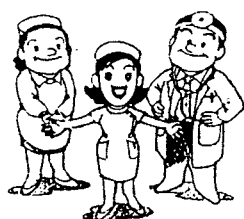
している。「連携を密に行う」ためには一般の医療機関の理解と協力が不可欠と思われるが、そこで問題になるのは、不慣れな精神障害者の身体治療、つまり「対象者」の受け入れ体制であり、精神症状が激しい場合に対応できる病棟・病室のハード面等、この法律に理解を示すのみでは解消されない様々な問題がある。したがって、一般の医療機関で対応する期間だけでも保安員の派遣等人的支援を包含した法的見直しを検討する必要もあると思われる。

医療観察法は、前述したように、批判的意見³⁾もある中で成立した経緯もあることからしても、今後さらなる問題が発生することが予見される。今回、本稿のように「対象者」を個々に検討し、一般医療機関への啓発も行っていくことは、この法律の円滑な運用上大切なことと考える。

なお、本稿の論旨の一部は、九州精神神経学雑誌へ公表済み¹⁾である。

【参考文献】

- 1) 赤崎安昭ほか：鹿児島県における司法精神鑑定の現状と課題－医療観察法運用上の問題提起も含めて、九神精医，52：115，2006.
- 2) 岩城秀夫：心神喪失者等医療観察法の基礎知識，精神科治療学，21：333，2006.
- 3) 中谷陽二：新制度の危うさ－決定の基準と鑑定，精神医学，46：796，2004.
- 4) 山上 皓：心神喪失者等医療観察法制定の意義，精神医学，46：802，2004.



医療経営改善は メディカル・スタッフの確保から！

医師・看護師・准看護師・診療放射線技師
臨床検査技師・理学療法士・作業療法士
など全ての職種が取扱いできます

－多数の求職登録者あり－

求人登録随時受付中

鹿児島県医師協同組合

医療従事者無料職業紹介所

問合先：TEL 099-254-8126

医療観察法の現状,今後の展望

粥川裕平, 吉岡眞吾, 村田昌彦, 富永 格,
舟橋龍秀, 古田寿一, 岡崎祐士

医療観察法の現状,今後の展望

粥川裕平¹⁾, 吉岡眞吾²⁾, 村田昌彦³⁾, 富永 格⁴⁾,
舟橋龍秀²⁾, 古田寿一³⁾, 岡崎祐士⁵⁾

Key words:

criminal irresponsibility, The Japanese psychiatric treatment and observation act for mentally ill offenders with irresponsibility, peculiarity, disparity of treatment, universality

はじめに

わが国の精神障害者の処遇は欧米に遅れること数十年、後追いの施策に終始してきた^{1,6)} 2001年の池田小学校児童殺傷事件を糸口に、世論を煽りながら池田小学校事件とは内的整合性のない医療観察法が上程された。医療観察法以前に検討すべき課題が山積していることが、各方面から指摘されてきた^{2,6,7,8)}。議論不十分なまま医療観察法は成立、2005年7月から施行開始となった。

医療費は一般精神科入院の6倍以上、関与するスタッフも6倍近く、しかも社会復帰と疾病の再発予防を最終目的とする一貫したケアシステムで、これまでとは質的・量的に異なる実体を持った処遇が始まった。

本稿では特殊で稀な処遇に留めることなく、貧困なわが国の精神科医療の改善を展望して調査と考察を試みた。

1. 医療観察法の現状

1. 医療観察法病棟の設置状況

医療観察法病棟は、2007年10月15日現在では、国公立病院14施設で354床が稼働しており、建設中も含めると400床が近々運用されることになるかと予測される。開設年月日と病床数は以下に示す通りである。独立行政法人国立病院機構（旧国立療養所精神病院）を中心に、政策医療として展開されているが、自治体病院においても、医療観察法病棟を設置、あるいは準備中のところもある。

2. 医療観察法施行による申立件数と

その処遇・転帰

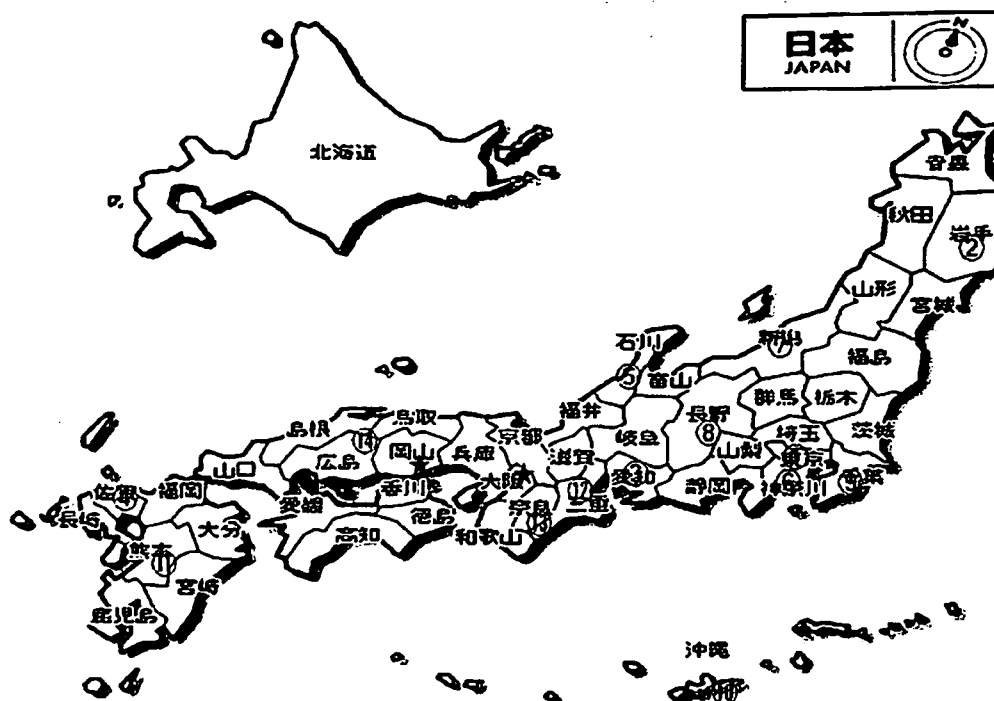
2005年7月～2007年6月までの2年間の申立件数とその処遇・転帰については、申立件数710（男性521、女性189）で、そのうち、指定入院決定366、指定通院決定135、不処遇決定115、却下決定16、申立の取り下げ5、その他73となっている。その他73例は、2007年6月末の時点で当初審判による決定が未了（鑑定中など）と報告されている。

KAYUKAWA Yuhei, YOSHIOKA Shingo, MURATA Masahiko, TOMINAGA Itaru, FUNAHASHI Tatsuhide, FURUTA Hisakazu, OKAZAKI Yuji : Present and Future Direction of The Japanese Psychiatric Treatment and Observation Act for Mentally Ill Offenders with Irresponsibility

1) 国立大学法人名古屋工業大学大学院産業戦略工学専攻 : 〒466-8555 名古屋市昭和区御器所町

2) 独立行政法人国立病院機構 東尾張病院 3) 独立行政法人国立病院機構 北陸病院

4) 独立行政法人国立病院機構 下総精神医療センター 5) 東京都立松沢病院



国立系の施設

- ① 国立精神・神経センター武蔵病院（東京都）H17.7.15 開棟（33床）
- ② NHO 花巻病院（岩手県）H17.10.1 開棟（33床）
- ③ NHO 東尾張病院（愛知県）H17.12.1 開棟（33床）
- ④ NHO 肥前精神医療センター（佐賀県）H18.1.1 開棟（33床）
- ⑤ NHO 北陸病院（富山県）H18.2.1 開棟（33床）
- ⑥ NHO 久里浜アルコール症センター（神奈川県）H18.4.1 開棟（17床）
- ⑦ NHO さいがた病院（新潟県）H18.4.1 開棟（33床）
- ⑧ NHO 小諸高原病院（長野県）H18.6.15 開棟（17床）
- ⑨ NHO 下総精神医療センター（千葉県）H18.10.10 開棟（33床）
- ⑩ NHO 琉球病院（沖縄県）H19.2.1 開棟（17床）
- ⑪ NHO 菊池病院（熊本県）H19.9.3 開棟（17床）
- ⑫ NHO 梶原病院（三重県）H19.10.15 開棟（17床）
- ⑬ NHO 松嶺荘病院（奈良県）建設中
- ⑭ NHO 賀茂精神医療センター（広島県）建設中

（NHO：独立行政法人国立病院機構の略）

自治体系の施設

- ★大阪府立精神医療センター（大阪府）
H19.9.7 開棟（現在5床 将来は33床予定）
- ★岡山県精神科医療センター（岡山県）
H19.10.1 開棟（33床）
- ☆長崎県立精神医療センター（長崎県） 建設中
- ☆東京都立松沢病院（東京都） 準備中

地域別では関東では指定入院が多く、関西では不処遇や通院が多いと指摘されている。施設の偏在と検察側と付添人や医療側の力関係などが、処遇決定に大きく関与していると推察される。

II. 医療観察法の現状と問題点

医療観察法の現状は、医療観察法対象者の鑑定入院、審判、医療観察法病棟での入院処遇、社会復帰調整（保護観察所）、退院後の指定通院など仔細な検討が必要である。付添人弁護士から年数回助言を求められる際に書面を通じて、医療観察法の現状の極一部を覗いて見る立場では、全体状況を知る機会も情報もない。

そこで医療観察法病棟を担っている医療機関にアンケートを送付して、現状を探ることにした。アンケートは、医療観察法病棟の運営の現状を知ること、医療観察法病棟でのケアを精神科医療全般に普遍化する可能性について、という構成になっている。

医療観察法処遇の決定までの鑑定入院や審判、処遇決定後の指定通院や不処遇などについては、まったく知る術がないので、医療観察法の入院処遇を中心とした現状と展望ということに限定される。

Q1. 医療観察法の実施によって国療の位置づけは明確化したが、医療観察法の実施が精神科医療にいかなる影響をもたらしているか。

A1-1 従来は精神保健福祉法の措置入院で済んでいた多くの例が、医療観察法の対象とされているような気がします。軽微な傷害も少なくありません。また治療可能性のない症例も入院処遇となっております。裁判官は、医療観察法の医療が必要であるとの鑑定人の意見があると、たとえ判定医が医療保護入院でよいと主張しても、医療観察法での処遇が必要であるとする傾

向があるようです。医療観察法にのせるべきか否か十分に吟味すべきと思われます。1例のために注がれる医療資源は決して少なくはないのですから。

A1-2 医療観察法施行により、日本の精神医療全体がどのように変わったかまでは把握できませんが、少なくともモデル医療として、1つの治療のあり方を提供し始めていると思います。現場的には殺人や傷害など、いわゆる6罪種およびその未遂事件についての加害精神病患者者は医療観察法がカバーすることになっていますので、そのような方が一般病院に入院する機会が減っていると思います。時折地域にもありますが、「医療観察法による入院」がレッテルとなり退院が困難となることがあります。精神医療の中で偏見が芽生えつつあることを憂慮します。

A1-4 現時点では、この問題について評価するには時期尚早と思われます。対象者が医療観察制度の処遇を終了した後に、社会の中でどう生活を維持してゆくかによって、この制度の価値が一般精神医療の側から評価されてゆくことになると考えられます。そうはいいまして、現実には動き出した制度が、少しずつ影響を与えている面はあると思います。病院全体としては、医療の「公的な役割」を担う重みのようなものが、少しずつ浸透しているように思います。医療とは一義的には「医療を受ける患者さんのために」行うものなのでしょうが、医療観察制度を通して、患者さんだけでなく、家族、被害者、一般社会、司法・行政関係をはじめ関係諸機関で関与する人たち、当院付近の地域住民の方々、この制度を支援して下さる人、この制度を批判する人、そういった人たちとの対話が、明らかに増えました。こういった人たちのそれぞれの思いや意図をも視野に入れるということが増えました。そうした触れ合いの中で、これまでよりも複眼的に精神医療を見るようになったと思いますし、政策医療という言葉に表されるような「精神医療の歴史や動向」をよりリアルに意識するようになったと思います。また、医療観察制

度だけでなく刑事精神鑑定など、司法精神医学の実務を経験するなど、新たな分野での研鑽が始まりました。また、補足的ではありますが、この制度が始まってから、この制度の対象とならないような（重大な他害行為に相当しない触法行為などの）者も含めて、措置入院の通報が減少したと言われていすし、我々も実感しています。

Q2. 医療観察法により手厚いケアが実施されている訳ですが、その治療効果は、従来のマンパワーではなしえなかったレベルに達しているか。

A2-1 確かに手厚いケアによって従来を上回る治療効果が得られている例は存在します。

A2-2 司法精神医学としては素人から始めたこととなりますが、乏しい知識・経験をチーム医療でカバーしている実感はあります。この効果として従来より治療進捗が速いといった印象や、統合失調症でも発達障害合併例などの困難な例に対する改善例があります。一般病棟と比較し、行動制限の頻度がかなり低いことも従来のマンパワーではなしえなかったことと思います

A2-3 従来の医療では達し得なかったレベルに達していると思われますが、それを科学的方法に基づいて証明した研究は未だ出されていません。従って、厳密に言うところ現時点では、エビデンスがなく、不明と考えます。

A2-4 2004年度から2006年度にかけて、医療観察法対象者と措置入院患者の対照比較研究を行いました。この研究では、性別・年齢、診断、対象行為（重大な他害行為）をマッチングさせた医療観察法入院対象者と措置入院患者の比較を行いました。その結果、措置入院に比較して、医療観察法では統計学的に有意に、薬物投与量が少ないこと、隔離・拘束が少ないこと、入院期間については差がないことが明らかになりました。すなわち、この研究からすると、薬物投与量や隔離・拘束については、従来医療ではな

しえなかったレベルに達していると考えられます。これもまだ十分に評価できる時期ではないと思いますが、実感としては「この制度がなかったら、こんな風に良好な治療関係を構築して、早期に地域生活を再獲得することはできなかったであろう」と思われるケースは幾つかあります。それは特に「過去に長期間一般精神医療の治療下にありながら、治療と対決的になり、病状も安定せず、家族や地域の関係者も困窮している中で、対象行為を起こしてこの制度に入った」という人の中から生じたケースです。

医療観察制度の医療には、薬物療法にせよ、治療プログラムにせよ、厳密にこの制度の中でしか施行できない技法はありません。先に触れた「この制度が特に有効であったと思われるケース」は、それらの個々の治療技法が著効したというよりも、その前提となる「治療（者）との信頼関係」がこの密接な関与の中で構築できたことだと思います。

Q3. 不幸にして重大な他害行為により医療観察法対象者になり、その処遇を受けることで一般医療との質的・量的格差（重大な他害行為で対象者となった方が、かえって質の高い精神医療を受けられる）が生じていることはないか。

A3-1 一般医療との格差は、アメニティをはじめとして明らかです。

A3-2 障害をもち、かつ他害行為をしたという二重の不幸を背負った者にこそ手厚い医療が必要だと考えます。医療観察法により入院している対象者は認知に問題がある者が多く、手厚い医療を行う必要があります。逆に一般精神医療の貧困さは以前から指摘されていることであり、医療観察法の理念を現状に合わせて下方修正する必要はないと思います。むしろ治療費を支払い、契約による医療を行う一般精神医療の底上げを行うことが望ましいと思います。

A3-3 ご指摘の格差は生じています。従来の措置入院と医療観察法を比較すると、医療観察法の入院処遇の対象者が手厚い医療を受けていることは事実です。ただし、この対象者は、①刑事責任能力について心神喪失または心神耗弱とされており、犯罪の構成要件を満たしておらず、犯罪とは認定されませんし、犯罪者ではありません。一部は執行猶予を付された犯罪者であり、制度上は拘留期間が未決期間以内となった有罪者も入ります。また、②精神障害に加えて、重大な他害行為を犯しており、社会復帰させるためには通常精神障害者より手厚い医療が必要であると考えられます。

つまり、医療観察法の対象者は犯罪者ではなく、手厚いケアの必要な精神障害者と見なすことができます。その必要なケアが医療観察法を根拠に行われております。一般精神医療との格差はありますが、必要な格差と考えます。医療観察法の対象者は高いケアを必要としております。この高いケアの必要性を考慮すると、医療観察法で行われている手厚い医療は、「十分に手厚い医療」かどうか不明です。わが国で行われている医療観察法による入院医療は、欧米圏と比較するとまだまだ低い水準です。

現在の精神保健福祉施策に必要なことは、一般精神医療について、もっと手厚くすることだと考えます。

A3-4 ある意味で「おっしゃる通り」ということになります。新築の医療観察法の病棟の廊下で当院の一般精神医療の患者さんから、「一体どんな人がここに入らせてもらえるのですか？」と尋ねられたこともありますし、病棟の見学者からも「重大な他害行為をした人が、こんなに手厚い（お金をかけた）医療を（タダで）受けられることには、心情的には納得できない」と言われたこともあります。理念上は、法の附則第3条に記されているように、医療観察制度を通して、日本の精神医療などの向上を意図していることになるので、この制度が「日本の精神医療のモデル」と考えられている面はあると思

います。裏を返せば、一般精神医療がいかに手薄であったか、ということを表しているのでしょう。実務上はセキュリティの面と、治療の実効性の面でこの「手厚さ」は重要です。ただし特に看護スタッフの数の多さは、外出・外泊時の「医学的管理（≡複数のスタッフによる付き添い）」のためにはどうしても必要となってくるのです。それでも複数の対象者が外出・外泊をするようになると、勤務表を組むのに看護師長は頭を悩ませます。セキュリティの面では、他害行為のリスクを下げるためには、病棟の環境を良くすることが大変重要です。指定入院医療機関の中では原則的には隔離処遇は最小限にして、「人で見える（看る）」こととしております。複数の衝動的他害行為のリスクが高い人（一般に想像されるよりはその比率は高くはないのですが）を、常に顔を付き合わせる環境で、かつ限られた空間の中で見てゆくためには、アメニティを良くすることが大変重要です。治療の実効性の面では、「この制度の効果が良かった」と思われるケースでは、スタッフとの信頼関係を通して、治療を信頼することができるようになったケースだと思えます。つまりこれまでの一般精神医療の努力の中で、獲得できなかった「治療への信頼」をここで、ようやく手に入れた人たちだと思われれます。そのためには「この医療の中で自分たちが大切にされている」という実感をもてることが必要なのだと思えます。イギリスやドイツの司法精神医療の現場を見てきますと別の側面を感じます。かの国々では、日本以上に社会の保安を制度の理念上も重視していますので、「保安的な目的で長期間強制的に入院医療を行う」ことの対価として「アメニティの良い施設を用意する」という社会的合意があるように思われました。

Ⅲ. 医療観察法の展望

a. 医療法特例による一般精神病院の低医療費・低技術料政策を放置させないために

精神科に限らずすべての医療において、薬物療法の進歩は言うまでもないが、マンパワーの拡充が決定的であることは論を待たない。医療観察法の展望を2つの点で位置づけるべきだと考える。第1は、一般精神科入院医療とはかけ離れている「厚遇」を、一般精神科医療に敷衍する実践的理論政策的展望である。(この点についてはQ4のアンケートの回答から探ることが出来る)。第2は、司法精神医学の土壌がなかったわが国で、司法精神医学の人材育成の可能性である。

Q4. 医療観察法対象者の特別処遇を、一般精神科入院医療に敷衍・普遍化する道は今後ありうるのか。

9万ベッドの社会的入院を入院外医療にする国策との関係でも、短期入院、社会復帰、再発予防が可能であるというエヴィデンスが出てくれば、モデル医療となることも期待されますが、そうした点での政策的展望はあるのでしょうか。

A4-1 今後の政策的展望については、医療観察法による医療の効果が明確なエビデンスとして出されれば、あると思います。

A4-2 医療観察法では制度的にチーム医療を行うことになっています。このシステムを柔軟に一般精神医療に組み込むことができれば、治療効果は上がるものと思います。そのためには保険点数の見直しなど必要になってくると思います。医療観察法で社会復帰を検討する際に、社会における受け皿の整備状況が貧困なことを痛感します。いわゆる社会的入院を減らすためにも公的・民間による受け皿(具体的には自宅以外の居住地)の整備が必要だと思います。諸外国では寄付などが盛んに行われ、きちんと業績

を評価してNPOなどに資金供与を行い、ホテルなどが運営されています。日本は寄付による資金が集まりにくいようですので、税金などの投入が必要になるでしょう。

A4-3 現時点では正確なデータはありません。今年度の厚生労働科学研究、中島班、分担研究平田班で、その調査が行われる予定です。現時点では具体的実証的データはないと思います。対象行為を入院根拠とする医療観察法による入院処遇と、条件を整えば退院可能とされる社会的入院とは本質的に異なると考えます。ただ、多職種チーム医療、薬物療法から心理社会的治療への重点シフト(各種の治療プログラム)、ケアマネジメントの導入による地域ケア、人権擁護、行動制限の最小化など、医療観察法で開発され改善されつつある手法は一般医療でも応用可能と考えます。このような手法を一般医療に還元するための政策的展望については、厚生労働省にお聞きになっていただいた方がよろしいかと思います。

A4-4 「手厚い医療」の敷衍を直接的な「患者数：スタッフ数」の比率に求めてしまえば、病院の病床数の削減か、スタッフの雇用を増やすことの経済的実現可能性の問題にどうしても制限されてしまいます。しかし、医療の内容に関しては、一般精神医療の中に活かせることは多々あると思います。たとえば

① 多職種治療チームの中で、医師のトップダウン的指示系統を修正し、他の職種の発言権を高め、モチベーションを高めること(その分医師にはチーム・マネジメント能力や患者の総体的把握をチームに説明する能力を高めることが求められるでしょう)。

② 治療の節目に、目標を具体的に設定して医療を行う。

たとえば、「入院治療初期には治療(必要性)の受容、治療関係の確立、病態の安定を目標とし、中期には自分で必要な治療を理解し、自己対処能力を高める(薬の自己管理、頓服薬の選択など)、後期には、退院後の地域生

活の準備（再発時の対処の仕方など。」といったように目標を立てる。

- ③ 患者がアクセス可能な地域の支援体制を整えることを視野に入れる（地域の利用可能な施設や保健所などを活用する術を学ぶ）。
- ④ シナリオをたててマネジメントの準備をする。たとえば、「どういうときに再発のリスクが高まり、再発初期にはどういう兆候が現れやすいか」などについてのシナリオを考える。
- ⑤ 心理社会教育などのプログラムにも、一般医療の中でも応用可能なものがある。

などです。これらは少しずつ当院の一般精神医療の中へも拡がりつつあるようです。

さらに、短期治療のモデルになりうるのかという政策的展望はあるかという問いについてですが、法律の附則第3条に記されているように、日本政府に対し「この法律の対象者だけでなく、この法律の対象とならない精神障害者に対しても、精神医療全般の水準の向上と、精神保健福祉全般の水準の向上を図るものとする」という趣旨のことを求めていますので、その中には総論的には「短期入院治療のモデルとなるべき」という考えは含まれていると思います。

しかしながら、具体的な「政策的展望」ということになると、はっきりしたことは分かりません。と言いますのは、言うまでもなく「短期治療」とは「短期入院治療」のことでしょうから（通院医療をも早期に終了させるべきとのコンセンサスはまだないでしょうし、医療観察法の《指定通院》医療も、ゴールは「一般精神医療へのバトンタッチ」であって、医療観察法の枠内で治療を終結させることを目標とはしていません）、入院医療を短期で終了させるためには、地域での精神障害者の処遇するキャパシティーを高めることが不可欠なのですが、この点の具体策が見えていません。

精神病床数の削減に関しても、高齢化による長期入院者の自然減以上の削減（即ち地域生活）を本気で進めようとしているのか不明です。医

療観察制度に関しても、2005年の施行に当たり、国は指定入院医療機関の整備には熱意がありましたが、指定通院医療機関の整備、および通院医療の前提となる「居住地確保」の対策は後回しになっている、との感がぬぐえません。

b. アンケート調査の感想と若干の考察

わが国の35万床の精神科病床の0.1%程度しか占めていない医療観察法病棟は、運営の上でも人員や予算の大幅な投入など、わが国の入院医療の歴史にはなかった新たな一頁を記していることは確実である。法務省、厚生労働省の意図とは別に、医療観察法病棟を担っている現場の意欲的な精神科医は、「特殊な施設」での「特別処遇」に留まることなく、一般精神科医療のレベルアップに資することを念頭において日々活動されていること、加えて刑事鑑定を行い、司法精神医学の実践と経験が展開され始め、司法精神医学の人材育成が展開していることが読み取れる。

欧米の保安施設とは異なる運用実態であるが、精神保健福祉法による強制入院処遇でも十分と思われるケースまで、一律に医療観察法にと誘導している検察側の姿勢にも問題がありそうである。仮に退院処遇の決定に関して法務省が権限を振るうようになると、社会復帰を目的とする医療観察法は、大きく後退を余儀なくされる。医療側が主導権を取り続けることが可能であれば、わが国の精神科医療全般へのプラスの効果をもたらすことも不可能ではない。

精神科リハビリテーションが社会復帰と就労自立を掲げて外勤療法を実践し職親を開拓した四半前に比べて大きく後退し精神科デイ・ナイトケア、援護寮を含む生活支援センター、小規模作業所など福祉の枠内での無理のない自立を進めている現状からすれば、医療観察法対象者もその枠内での社会復帰を追求することになるであろう。付添人弁護士、精神保健福祉士、社会復帰調整官などとの連携や協議も今後、益々密度濃く行いう必要が出てくる。今後とも開放的

治療・コミュニティケアをすすめて行く上で、極めて稀な現象である精神障害者の他害行為の予知・防止に関する研究^{3,6,9-11)}は、避けて通ることの出来ない課題の1つである。

おわりに

精神科医の団体は医療観察法が成立するまで一貫して反対の立場を表明してきた⁸⁾。精神科医の側は、政策医療として医療観察法病棟によって、存在価値を継続できた旧国立療養所系精神科病院にしても精神科医療全般の展望が開けた訳ではない。まして鑑定入院施設、日精協傘下の病院では、鑑定入院施設を名乗り出たものの、鑑定の質も問われる一面も否定できない。精神保健福祉法の措置入院制度が形骸化され、一律に医療観察法の対象に法務省が動くとするれば問題であること、そうは言っても、一般精神科医療の貧困を放置したままでは、医療側の無力感や虚無感を助長するばかりである。いずれにしても現状評価や展望をするには、時期尚早の感も否めない。

謝辞：本研究は「司法精神医学の人材育成に関する研究」(林 拓二班)の一環として行ったものである。アンケート調査に快く応じて下さった国立精神・神経センター 樋口輝彦総長、平林直次医長はじめ各施設の方々に心から感謝申し上げます。

文献

- 1) 秋元波留夫：司法精神医学の存在理由は何か，精神医学レビュー 19：67-75，1996
- 2) 足立昌勝：触法精神障害者対策は，医療の問題である，法律時報 909号 1-3，2001
- 3) Boeker Hafner: "Gewalttaten Geistestortor" Springer Verlag, 1973
- 4) 井上俊宏，吉川和男，小西聖子ほか：触法精神障害者946例の11年間追跡調査（第二報）-触法行為を頻回に反復する2事例，犯罪学雑誌 61（5）：207-215，1995
- 5) 笠原 嘉：分裂病のこと，笠原 嘉著「精神科医のノート」みすず書房 117-118，1976
- 6) 粥川裕平：精神医学の立場と触法精神障害者問題，法律時報，日本評論社，特集「触法精神障害者問題の法的枠組み」74（2）：43-49，2002
- 7) 日本精神病院協会：重大犯罪を犯した精神障害者の処遇のあり方についての提言，2001
- 8) 精神科七者懇談会：「重大な犯罪を犯した精神障害者の施策に関する緊急声明」『朝日新聞』2001
- 9) Steadman HJ：危険性の予測，精神神経学雑誌 90（3）254-258，1988
- 10) 山上 皓：司法精神医学の現代的課題，我が国における触法精神障害者処遇の現状と問題点，精神神経学雑誌 102（1）：15-22，2000
- 11) 山上 皓，小西聖子，吉川和男ほか：触法精神障害者946例の11年間追跡調査（第一報）-再犯事件487件の概要- Act. Crim. Japon, 61（5）：201-206，1995

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）

司法精神医学の人材育成等に関する研究

平成19年度 総括・分担研究報告書

発 行 日	平成20年3月31日
発 行 者	主任研究者 林 拓二 京都大学大学院医学研究科精神医学 〒606-8507 京都市左京区聖護院川原町54