

医療観察法指定入院医療機関の現場から： 問題点と対策

八木 深

Key words

the designated hospital under the Medical Treatment and Supervision Act, risk management, Enhancing Motivation for Treatment, Self-monitoring, the requirements for the application of the treatment under the Medical Treatment and Supervision Act

はじめに

医療観察法（以下「法」）第1条が定める法の目的は、3つに分解される。目的1は病状の改善、目的2は同様の行為の再発の防止、目的3は社会復帰の促進である。目的1により目的2を達成し、社会復帰を促進する。この目的を達成するために、指定入院医療機関には手厚い人員配置がされ、モニタリング研究によると、対象者について「入院時に比し向精神薬の使用量が減少し、共通評価項目からも制度趣旨にそった状態像の変化が示されていた」⁸⁾。本稿では、社会復帰を促進するために、安全管理、通院医療との繋ぎ方などについて、問題点とその対策を取り上げることにする。

1. 指定入院医療機関の安全管理 セキュリティとリスクマネジメント

安全管理にはふたつの視点が必要である。セキュリティの考えとリスクマネジメントの考え方である。セキュリティは、全員一律に適用すべきもので、建物構造や病棟持込禁止物品の設

定などがあげられる。リスクマネジメントは、対象者ひとりひとり個別にリスクを評価し、マネジメントする。セキュリティを重視するあまり、対象者の閉塞感が強くなると、不満から興奮をきたすリスクはかえって上昇する。しかし、開放的処遇を重視し、セキュリティを低くすると、無断退去などのリスクが上昇する。セキュリティとリスクマネジメントのバランスが安全管理上重要である。

指定入院医療機関のセキュリティは、構造面では無断退去されないようにフェンスや二重扉を設けるなどして確保され、ソフト面では急性期では合併症治療等を除き外出・外泊は許可されないなどで確保されている。

指定入院医療機関には手厚い人員配置がされ、①社会復帰を阻害する要因を重視して、個別の観察・評価を継続的に実施し、②対象者の病状に応じて、適切な危機介入を行うことで綿密なリスクマネジメントをしている。①が事故防止対策に相当し、②が緊急対応に相当する²⁾。

事故防止のため、指定入院医療機関では共通評価項目をもとに、多職種チームでシナリオを作成する。共通評価項目は、17の大項目から構

YAGI Fukashi : Medical scene of the designated hospital under the Medical Treatment and Supervision Act: Some problems and their solutions

独立行政法人国立病院機構 東尾張病院：〒463-0802 愛知県名古屋守山区大森北2-1301

成され、「精神医学的要素」、「個人心理的要素」、「対人関係的要素」、「環境要素」、「治療的要素」を含む網羅的なアセスメントツールである。共通評価項目を使用すれば、情報の漏れなくアセスメントが可能になる。

共通評価項目のシナリオは最も避けるべき事態である自傷あるいは他害行為に特化し、コンプライアンスの不良や病状の悪化などの要因はシナリオに関連する要因として重視する。次に、シナリオに対応したプランで最悪の事態を防ぐための治療・マネジメントプランを多職種チームで検討する。その際、以下の点に注意する。
①リスクの注意サインをどのようにしてモニタリングするか？ どのようなことがあればリスクを再評価しなければならないか？
②介入すべき優先度の高い問題は何か？ リスクファクターに対してどのような治療戦略がとられるか？
③リスクの防止のために持続的に必要な支援は何か？
④被害者を保護するために必要なプランは？
⑤その他に考慮すべきことはないか？¹¹⁾。

対象者のリスクを検討し、リスクが上昇していると判断した場合、指定入院医療機関は観察レベルを密にして対応している。

以上のような基本を遵守していれば、適切なリスクマネジメントが可能になるが、現実には、入院継続申立て遅延による処遇終了等の問題も出現している。構造面やソフト面の弱点がないか常に見直し、多職種でダブルチェックするなど自施設内で点検すると同時に、多施設で情報共有していくことで、安全管理の徹底を図っていく必要がある。指定入院医療機関は相互の連携が強く、迅速な情報共有が可能である点は安全管理上有利である。

2. 医療観察法の入院医療

法第1条は、法の目的を達成する手段として、「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」を規定してい

る。

共通評価項目を用い、リスクのシナリオを作成すれば、どのような症状や状況が対象行為と結びつき、要注意かという「読み」が治療者に見えてくる。医療の継続のためには、治療者側の「読み」を対象者といかに共有して行くかの医療戦略が重要である⁹⁾。

医療観察法の医療戦略は、4つのステップで構成される。ステップ①は信頼関係の構築、ステップ②は治療意欲を引き出す試みの実施、ステップ③はセルフモニタリングをもとにした緊急時の介入計画の事前立案、ステップ④は緊急時の早期介入である。このように対象者の治療意欲を引き出しながら、緊急時に早期介入できれば、医療の継続が確保され、再び同様の行為を起こすことなく地元等への円滑な復帰が可能になるはずである⁹⁾。

信頼関係の構築のためには、丁寧にオリエンテーションを実施し、同時に対象行為について対象者と話し合う。対象行為について触れないことは、かえって相互に不信感を作り出してしまふ¹¹⁾。対象行為に触れながら過去を理解し、今後何が必要かについて話し合うことで治療意欲を引き出していく。

医療観察法の医療は、裁判所の審判決定による言わば強制的な医療であるが、対象者の希望やニーズを明確にし、ニーズに沿って治療動機を誘導するのが有効である⁷⁾。信頼関係の構築および治療動機の誘導がされれば、各種プログラムが有効に機能するようになる。

3. 拒否の強い事例への対応例

仮想事例 A 20歳代男性 統合失調症 対象行為 殺人未遂

医療観察法鑑定中に強い拒否が見られ、服薬をすすめると治療スタッフに被害的となり、拒否がさらに強くなるため投薬できずに鑑定期間が終了した。対象行為について、「被害者の立場なんて、今までなかったことがないから分からな

いし、人の立場に立って考えるなんて必要ない。私は私の権利を主張する。私の立場に立って考えることもできないくせに、いつでもやるときはやってやる」と語った。

審判の結果、指定入院医療機関に入院した。入院後、多職種スタッフが繰り返し服薬をすすめたが、被害妄想に基づき、スタッフへの暴言、足蹴りなどの威嚇の態度が頻発した。

入院2週間後、職員に対し危害を加えようとしたため、多職種チーム全員で介入し強力に服薬をすすめた。服薬を拒否したため、次善の策として隔離または注射を提案したところ、服薬に応じた。

服薬開始当初、渋々服薬し、内服の効果はないと減薬を希望していた。入院2ヵ月目、病感を語り始め、徐々に緊張感がとれてきた。入院3ヵ月目、対象行為に関して、被害者に申し訳ないと語るようになった。その後の治療動機はむしろ他の対象者よりも高く、怒りのマネジメントやSSTに積極的に取り組むようになった。

スタッフの関わりが多いことが、粘り強い説得を可能にし、隔離や注射を回避することができた。また、これらの強硬手段を避けたため、拒否や拒絶が続かず、スタッフとの良好な関係が構築されはじめたと考えられる。

この事例以外にも拒否の強い例があるが、治療側がいきなり強制力を発揮するのではなく、隔離拘束を最小限にしながら、多職種で関与し、時機を見て介入することが有効である。職員に対し興奮し、衝動行為に及びそうな時などが、介入のタイミングである。時機を逸さない介入の結果、治療が軌道にのる場合も多い。また対象者同士の会話から、拒否がやわらぐ場合もある。対象行為の取り上げ方は、あくまで今後、同じ事を繰り返さないためにどうしたらよいかという視点を中心にし、対象者を責めているのではないというメッセージが伝わると、否認が解ける場合もある。

4. 通院医療との繋ぎ方

ガイドラインが示すように、「本制度に基づく医療は、病院の設置地域で完結するのではなく、対象者の地元等への円滑な復帰に向けての通過点である」⁵⁾。ガイドラインは、入院治療終了の評価と退院の準備の目安として以下の項目をあげている。①病状が改善し、社会復帰期において一定期間病状の再発が見られない。②必要な医療を自立的に求めることが可能であり、退院後、継続的な治療（通院、訪問看護等）が安定して実施できる。退院後、服薬管理、金銭管理等の社会生活能力が確保されている。③適切な援助体制が整えられており、退院後、安定した治療を継続できるための環境整備、支援体制が確立し、緊急時の介入方法についても地域における支援体制が確立している⁵⁾。この目安は、入院治療の到達目標を示し、この結果、通院医療の継続が担保され再発の可能性が低くなると考えられる。

「必要な医療を自立的に求めることが可能である」ためには、「どのような症状や状況が、対象行為と結びつき要注意かを自分で理解し、現在そのような症状や状況がどの程度あるかに気付くこと」⁹⁾すなわちセルフモニタリングが重要である。

セルフモニタリングの方法として、統合失調症について、再燃防止のための患者用パンフレット等を利用する方法とタイミングを見て個別に介入する手法がある⁹⁾。パンフレット等を使用する方法は、比較的導入が容易である利点をもつが、般化に細心の注意が必要であり、般化されないと絵に描いたものになってしまう。

セルフモニタリングのもうひとつの方法はタイミングをとらえての介入である。例えば、対象者が次のように発言したとする。「今後心配なことは、今回の事件のようなことになったらどうしようかということ。あの時はカーッとやって家族を叩いて怪我をさせてしまった。家族同士が言い合って自分にも言ってきたから。これ

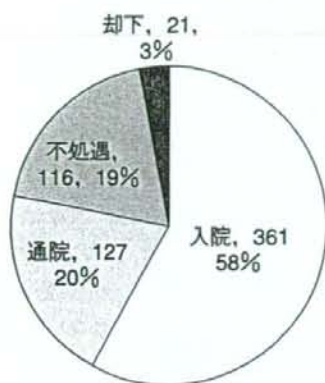


図1 医療観察法決定類型
2007年6月20日時点

表1 指定入院医療機関の状況 2007年6月20日

	稼働病床	入院中	残病床	退院等
武蔵	30+3床	34名	-1床	20名
花巻	30+3床	32名	1床	18名
東尾張	30+3床	34名	-1床	11名
肥前精神	30+3床	35名	-2床	5名
北陸	30+3床	33名	0床	3名
久里浜	15+2床	17名	0床	2名
さいがた	30+3床	33名	0床	2名
小諸高原	15+2床	17名	0床	1名
下総精神	45+5床	41名	9床	3名
琉球病院	15+2床	19名	-2床	0名
合計	270+29床	295名	4床	65名

からは、黙って我慢するしかないのかな」。この発言は、どういう症状・状況が対象行為と結びつき要注意か、どういう対処が必要かを対象者と相談するタイミングがきたことを示している。時機を逃さない介入は、より現実的で、般化しやすい利点をもつ。この際、対象者の言葉でまとめると、対象者に分かりやすい。例えば、要注意の状況として、「家族同士が言い合いをしているとき」など対象者の言葉を抜き出して文書にすると有効である⁹⁾。

指定入院医療機関から地域処遇に関与する諸機関には、円滑な情報伝達が必要である。対象者と相談して文書化したセルフモニタリングとその対処法について、指定入院医療機関と地域処遇諸機関と情報共有することは、同様の行為の再発を防止し社会復帰するために特に重要である。

家族がいないあるいは支援できないなどの理由で、退院後の居住場所が未定の対象者がいる。通院医療に繋ぐ際、居住場所を含めた生活環境調整は入院早期から必須である。十分な生活環境調整を実施するために、社会復帰調整官を適正配置し、ケースロードが過重にならないよう配慮すべきである。対象者がグループホーム等の地域資源を利用できる場合が、円滑な社会復帰が可能になることが多い。各地域で自立支援

法の定める「障害者支援施設の施設入所支援」「居住支援」の拡充が望まれる。

5. 指定入院医療機関の分布の問題

2007年6月20日時点で、692件の申し立てがされ、625件の決定があり、58%が入院、20%が通院、19%が不処遇、3%が申立て却下であった(図1)。また、65名が退院や処遇修了になった。申し立て件数平均は、2.87件/100万人/年で、入院決定平均は、15.6件/月であった。

この時点で入院中の対象者は合計295名で、運用開始した病院は、合計10施設197床でありほぼ満床であった(表1)。入院中対象者の事件地は、北海道・東北36名(12%)、関東甲信越111名(38%)、東海北陸46名(16%)、近畿34名(12%)、中国四国25名(9%)、九州・沖縄43名(15%)であった。

近畿・中国四国の2ブロックで指定入院医療機関が運用開始していないため、2ブロック計59名が自ブロック外の指定入院医療機関に入院した。東海北陸ブロックは、60床+予備7床の運用病床があるが、他ブロック患者を受け入れた結果、自ブロック46名の入院者のうち15名が他ブロックに入院する「ねじれ現象」を起こした。

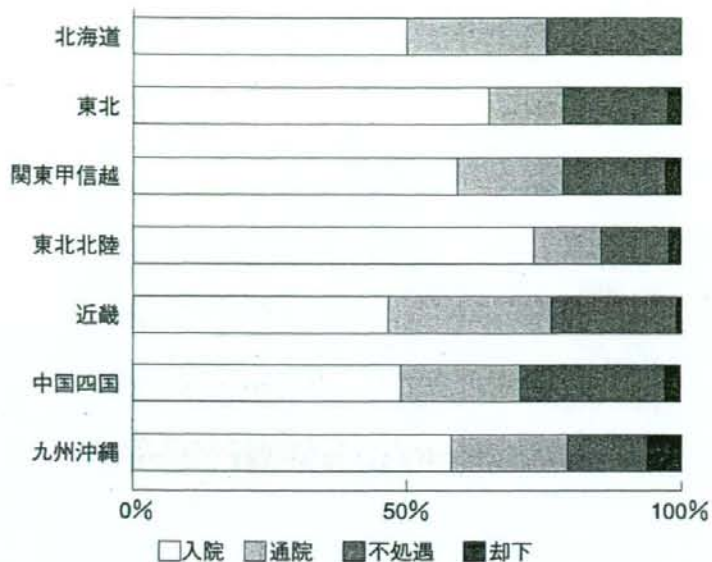


図2 医療観察法ブロック別決定類型 2007年6月20日時点

回復期から外出，社会復帰期から外泊が実施されるが，地元の対象者と遠方地域の対象者では，外泊回数に差が出ざるをえない。指定通院医療機関との連携は重要であるが，遠方か地元かで打ち合わせ回数に差が出る可能性がある。円滑な社会復帰を目指すために空白ブロックの解消が急務である。

また，指定入院医療機関の分布は，処遇決定にも影響を与えている可能性がある。ブロック別の入院決定比率は，北海道50%，東北67%，関東甲信越60%，東海北陸73%，近畿45%，中国四国47%，九州沖縄61%であり，指定入院医療機関がない北海道・近畿・中国四国で入院比率が低い傾向があった(図2)。

6. 医療観察法処遇要件を巡る問題について

最高裁判所は，法の解説(以下，「最高裁解説」)を作成し，処遇要件として以下の3要件がいずれも必要であると提示した³⁾。

- ① 当該対象者が対象行為を行った際の心神喪失又は心神耗弱の状態の原因となった精神

障害と同等の精神障害を有しており，かつ，

- ② そのような精神障害を改善(病状の増悪の抑制を含む)するために，本法による医療を受けさせる必要があること，すなわち，その精神障害が治療可能性のあるものであること。
- ③ 本法による医療を受けさせなければ，その精神障害のために社会復帰の妨げとなる同様の行為を行う具体的・現実的な可能性があり，かつ本法による医療を行うことによって，同様の行為を行うことなく社会復帰することを促進できると見込まれること。

心神喪失等の状態を判断するには，刑事責任能力鑑定の素養が必要である。著者は，厚生科学研究で，精神保健判定医等養成研修会参加者アンケートを実施したが，参加した判定医の3分の1は刑事責任能力鑑定経験がなく，研修の理解度も刑事責任能力鑑定経験者のほうが高かった¹⁰⁾。刑事責任能力鑑定のない判定医の理解度を上昇させるためには，事例提示が重要である。

中島豊爾⁶⁾は対象行為又は責任能力に関して疑義があった事例を提示した。この事例は、簡易鑑定で「会話はスムーズで連合弛緩などの思考障害も感じさせない。これまでの経過より推測して寛解に近い統合失調症の残遺状態」と診断されたが、操作的診断基準を満たさなかった。対象行為は、何とか腹いせをしてやろうと思い、降車駅についてドアが開いたら殴って出てやろうとあらかじめ計画し、乗客を殴打したものであったが、簡易鑑定は心神喪失を認定し、大いに疑問があった。簡易鑑定をもとに検察官は心神喪失を認定し、申し立てを実施した。医療観察法鑑定では混合性人格障害と認定したが、「人格障害の治療は一般にかなり困難だが、医療観察法の入院治療で、この機会に適切かつ十分な治療を試みることに有意義」と結論した。中島はこの事例について、「鑑定医は、当初の診断を覆し、人格障害とした時点で、責任能力鑑定についても再検討するよう積極的に裁判所に提言すべき」、「審判員は、慎重に精読し、必要に応じ再鑑定命令を下すなどの対応を行うべき」、「このような簡易鑑定を行った医師に対するフィードバックの仕組みが必要」と分析しており重要な提言である。

また対象行為時心神喪失等の状態にあっても、心神喪失又は心神耗弱の状態の原因となった精神障害と同等の精神障害を有していなければ、医療観察法処遇要件を満たさない。司法精神医療等人材養成研修企画委員会は、要件を満たさない例として、急性一過性精神病性障害や適応障害等、当該行為を行った際には心神喪失等の状態の原因となるようなアルコール中毒による精神障害があったものの、審判時にはアルコール依存症のみの診断である場合を上げている⁴⁾。しかし、単なるアルコール依存症のみの対象者の入院も現実にはあり、議論がある。

指定入院医療機関で治療を継続してみると、治療可能性に疑義が生ずることがある。統合失調症（特に、特定不能型）と鑑定時に診断され入院した対象者の中に、精神遅滞の適応障害で

あり統合失調症の診断基準を満たさない例などが散見される。一般に精神遅滞の治療可能性は乏しいが、妄想などの症状について治療により改善が可能な場合は慎重な判断が必要である⁴⁾。診断は鑑定の基本であり、鑑定时に操作的診断基準を満たすかどうか検討が必要である。

本法による医療を受けさせなければ、その精神障害のために社会復帰の妨げとなる同様の行為を行う具体的・現実的な可能性については、記載の仕方について今後モデル提示が必要である。司法精神医療等人材養成研修企画委員会は、要件を満たす例として、統合失調症において、審判時点で症状は消失しているが、病識がないなど再発のおそれが高い場合をあげ、要件を満たさない例として、同様の行為を行う漠とした可能性のあるに過ぎない場合および、うつ病において、症状があり自殺のおそれはあるが、拡大自殺を含む他害行為の可能性があると認めることが出来ない場合をあげている。

以上、医療観察法の処遇要件を巡っては未だ判断のばらつきがあり、幅広く事例提示するなどしてフィードバックする必要がある。

7. 身体合併症を巡る問題

現在までに、全国で数例専門的医療を要する重篤な合併症者の入院があり、そのうちの何例かが処遇終了となった。

法第100条第1項により、指定入院医療機関から他院への身体合併症のための外来受診を行うことができ、法第100条3項により、医療観察法の医療を一時停止し、合併症治療のため転院することができる。

指定入院医療機関は単科精神科病院なので、合併症対応には医療連携が重要であるが、現実には合併症治療を実施する施設を探すのに相当苦慮した場合があった。

重症合併症に対応できる総合病院型の指定入院医療機関が各地域にあれば、円滑な合併症対応が可能になると考えられる。また、鑑定段階

で重大な合併症が発見された場合も同様な医療連携確保が切望される。

8. 職員のストレス

指定入院医療機関によっては、燃え尽きによる退職者がある。各機関ごとに状況は違うが、研究と臨床の路線の違いに悩む場合もある。また、中堅やベテラン職員の中には、以前のやり方と医療観察法の手法が違うと感じ自信を喪失したり、戸惑う例もある。

ストレスへの対処は、何かあるごとに職員に声かけすることが重要である。また、職員構成も中堅のみで構成するのではなく、新人も織り交ぜ、中堅に新人指導の役割を与えるなどの工夫も必要と思われる。医療観察法は多職種チーム医療を基本に実践されており、チームの風通しのよさが、医療上も職員のストレス対処上も重要である。

終わりに

医療観察法指定入院医療機関の現場で行われている医療の概略と問題点を概説した。合併症、居住場所、職員のストレスといった問題点は、一般精神医療でも重要な課題であり、医療観察法は、一般精神医療の問題点を、特に地域医療の問題点を拡大鏡で見ると明瞭に示した。問題は新たに発見されたのではなく、再発見されたというべきである。

本稿で強調した治療動機の誘導は、もともと薬物依存の治療で提言されたものであり、セルフモニタリングは元々欧米の一般精神医療において重視されてきたテーマである。医療観察法の医療を一般医療に汎化する素地は元々あるといえる。

文献

- 1) 熊地美枝：触法精神障害者との援助関係に関する研究。生労働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」(主任研究者 松下正明) 平成16年度、総括・分担研究報告、pp542-550, 2005
- 2) 柑本美和：法律について知っておくべきこと。松下正明他編、司法精神医学5、司法精神医療、pp279-286, 中山書店、東京、2006
- 3) 最高裁判所事務総局：「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」及び「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による審判の手続き等に関する規則」の解説、刑事裁判資料第284号、2005
- 4) 司法精神医療等人材養成研修企画委員会医師部会作成：医療観察法による医療の必要性について、2005
- 5) 全国精神保健福祉関係者会議資料：厚生労働省入院処遇ガイドライン、<http://www.mhlw.go.jp/topics/2004/07/tp0727-1.html>
- 6) 中島豊爾：医療観察法の審判において精神保健判定医が留意すべき事項、平成17年度厚生労働科学特別研究、2005
- 7) 村上 優、高橋 昇、大橋秀行：指定入院医療機関における治療プログラム。臨床精神医学35：259-265, 2006
- 8) 八木 深、山上 皓：指定入院医療機関におけるデータ収集とデータ項目の妥当性に関する研究。厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「心神喪失者等医療観察法制度における専門的医療の向上のためのモニタリングに関する研究」(主任研究者、吉川和男) 平成18年度 総括・分担研究報告、pp147-163, 2007
- 9) 八木 深、吉岡真吾、舟橋龍秀：セルフモニタリングツールとしての「グリーンカード」を用いた緊急時の介入。臨床精神医学、36：1143-1151, 2007
- 10) 八木 深：精神保健判定医に必要な知識等の習得方法に関する研究。厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「司法精神医療の適正な実施と普及のあり方に関する研究」(主任研究者 小山 司) 平成18年度 総括・分担研究報告、pp79-104, 2007
- 11) 八木 深：多職種協働によるリスクマネジメント体制。平成19年度 司法精神医療等人材養成研修会資料集

「法と精神医療」第23号抜刷

2008年11月20日発行

医療観察法の治療効果に関する事例検討報告

八木 深

回シンポジウム「医療観察法—疾病性・治療反応性をどう考えるか—」回 ※※※※

医療観察法の治療効果に関する事例検討報告

独立行政法人国立病院機構東尾張病院

八 木 深

やぎよかし

I はじめに

最高裁判所事務総局⁽²⁾は、医療観察法に関する解説を平成17年3月に発表している。この最高裁解説によると、裁判所は、以下の①から③までのいずれもが認められる場合には、入院決定か通院決定をすることとなり、また、①から③までのいずれかが認められない場合は、裁判所は本法による医療を行わない旨（不処遇）の決定をすることになる。

- ①当該対象者が対象行為を行った際の心神喪失又は心神耗弱の状態の原因となった精神障害と同様の精神障害を有している。
 - ②そのような精神障害を改善（病状の増悪の抑制を含む。）するために、本法による医療を行うことが必要であること、すなわち、その精神障害が治療可能性のあるものであること
 - ③本法による医療を受けさせなければ、その精神障害のために社会復帰の妨げとなる同様の行為を行う具体的・現実的な可能性があること
- ①は「疾病性」、②は「治療可能性」、③は「社会復帰要因」とされる。

医療観察法の入院治療は、「早期の社会復帰を目指し、小規模の病棟において、対象者の症状段階に応じて人的・物的資源を集中的に投入し、専門的な医療を提供」し、手厚い医療が実施されている。そのため、一般医療で対

応が困難な重症例についても、医療観察法入院医療では成果をあげるのではないかと期待されている。

最高裁要件②「治療可能性」について検討する場合、医療観察法の入院医療の効果と限界を知ることが重要であり、医療観察法の治療効果に関する事例検討は意義がある。なお、事例は、匿名性を保つため改変を加えた。

II 事 例

(事例1)

対象者は30歳代の日本語を解さない外国人女性。対象行為は、面識のない同国人のアパートを訪れ、包丁を借りその包丁で相手を刺し傷害を負わせたもの。

母国で中学時から飲酒開始し、義務教育終了後にはビール10本・スピリッツボトル半分程度を飲用していた。母国でコカイン・マリファナ使用歴がある。20歳過ぎに初回来日し2年間就労した。この時日本酒1升程度を飲用していた。30歳過ぎに3回目の来日をした。この頃から酒が切れると体が震えるようになり、酒を飲んで欠勤することが多くなった。対象行為7ヶ月前、断酒2日後、「お前を捕まえるぞ」「殴るぞ」「殺すぞ」と幻聴が入り、警官に声の主を捕まえて欲しいと思い、警官を呼ぶために商店のグラスを割り連行されたが、その後幻聴は消えグラス代を弁償して釈放された。

対象行為8日前よりウイスキーや焼酎の連続飲酒を開始し、対象行為3日前には起床できなくなり、結果として断酒状態になり、同日夕から「家族を殺す」「言っているとおりにしないと殺す」という幻聴が入り、しだいに放置できなくなった。声以外にも人影が目の前を通ったり蛇が体に巻き付いてくるのが見えて恐かったという。この状態が3日間続き不眠だった。

対象行為当日、幻聴が持続し、夕方には「包丁を持ちなさい。包丁で相手を傷つけなさい。その通りにしないと家族を殺す」という幻聴が入った。幻聴の命令のまま、面識のない同国人のアパートを訪れ、包丁を借りその包丁

で相手を刺し傷害を負わせ逮捕された。

逮捕翌日に幻聴は消失し、その後一貫して存在しない。心神喪失で不起訴処分になり医療観察法の申し立てがされ、通訳を介して鑑定が実施された。

【対象行為についての鑑定中発言】

「そのときは、声に従わないと家族が殺されると思ってやったが、逮捕の次の日からは、声は一切聞こえていない。逮捕の次の日から、自分が普通の人の戻ったと感じた。普通に戻った後、私は、なぜ何もしていない人を傷つけたのだろうと考えるようになった。しかし、声が聞こえているときには、自分ではどうしようもない。声をコントロールすることはできないし、またいつ聞こえてくるか分からない。」

【医療観察法鑑定結論】

対象者はアルコール依存症に罹患しており、対象行為時アルコール精神病性障害を合併していた。そして、精神病性障害による幻覚妄想状態の圧倒的影響下で対象行為を行った。

現在幻覚妄想は認めないが、アルコールによる精神病性障害は完全に治癒したわけではなく、アルコール離脱時に容易に触発される状態にあると考えられる。アルコール依存症は現在も持続しており、現在の精神障害と対象行為を行った際の心神喪失の状態の原因となった精神障害は同様と考えられる。

アルコール依存症に対しては、教育的アプローチや個人・集団精神療法、抗酒剤の投与などが有効であり治療可能性がある。アルコールによる精神病性障害に関しては、抗精神病薬の投与が症状の再燃を予防するため有効である。

対象者は、本法による医療を受けさせなければ、いずれ再飲酒し、そのため幻覚妄想が再燃し、その圧倒的影響下で同様の行為を行う蓋然性が高い。対象者は外国人で保護者が定まらず、自らの意志で外来治療を長期に継続することは困難であるため、本法による入院治療が必要と判断される。

【医療観察法審判】 本法による入院医療が必要であると決定された。

【医療観察法入院経過】

入院後抗精神病薬の投与は行っていないが、幻覚妄想は認めない。

日本語の理解が出来ないため、全てをローマ字読みに変換しアルコール依存者プログラムを2回実施したが、プログラムの回数が多いことや言葉が理解できないとの不満から、プログラムのファイルを捨てたり、ハンガーストライキが見られた。そのため、翻訳機を持ち込みプログラムの再開を試みるが、正確に翻訳し疎通を図ることが出来ず、中断となってしまった。

言語的疎通がはかれないことから、精神療法等言語的介入も困難であり、対象行為の振り返り（内省洞察）・再発予防について・社会復帰へ向けての話合いも出来ない状況にある。

(事例2)

対象者は30歳代男性。対象行為は、女子高生にいきなり抱きつきその場に押し倒した強制わいせつである。

中学時代成績は中位で高校に進学した。17歳頃、「人が自分の噂をしている」「自分の家を調べられている」等と訴えて部屋に閉居して独語をするようになり、A病院初診し統合失調症と診断され医療保護入院した。その後、怠薬すると、幻覚妄想状態が活発になり、「外に出ると人がつけてくる」「考えたことが人につつぬけになる」と訴えて入退院を繰り返した。25歳頃には思考障害が目立ち、記憶を再生し概念形成することは困難であると判定されている (IQ48)。

X-10年、通院加療中であつたが、女子中学生に強制わいせつ行為をして逮捕された。簡易鑑定が実施され、活発な異常体験と人格水準の著しい低下により理非善悪の認識も表面的で抽象的な理解ができないので心神喪失とされ、B病院に措置入院した。服薬励行と精神療法等で何とか落ち着き、入院7ヶ月後同じようなことは絶対にしないと約束の上退院した。服薬とデポ剤を併用していたが、X年Y月、2ヶ月間の通院中断ののち対象行為に至った。心神喪失で不起訴処分となり、医療観察法の申し立てがされた。

【対象行為についての鑑定中発言】

「薬は、粉薬を約半分にしてのんでいた。事件については、前から考えていた。」という。理由を尋ねると、「懲りた。あっちこっち連れて行かれるのに懲りた。」とのみ答え、逮捕されてから、まずいことをしてしまったと思ったという。被害者の女性を傷つけてしまったという罪責感は殆ど伺えない。相手の立場で考えることは適切にはできない様子である。

【医療観察法鑑定結論】

対象者は、約20年前に統合失調症を発症した。対象行為時、本人の意志を左右するような病的な異常体験が作用したとは考えられないが、人格水準の低下が著しく理非善悪の弁識に従って行動する能力は欠如していた。

現在、「アーメン」というお祈りの幻聴および、周囲からいじめられるという被害関係妄想、滅裂思考に近い連合弛緩などの思考障害が存在し、対象者の談話内容は理解しにくい。了解は不良で「え？」と問い返すこともしばしばあり、疎通性も不良で、人格水準の低下が持続している。対象行為を行った際の心神喪失の状態の原因となった精神障害は現在も持続している。

統合失調症には抗精神病薬を中心とした薬物療法が有効であり、引き続き治療が必要である。対象者はデポ剤を含めた向精神薬の効果が薄れたと思われる通院中断2ヵ月後に対象行為に至った。対象者は病識を欠いており、被害者への共感性も乏しく、再び同様の行為を行うおそれがある。服薬態度や日頃の本人の言動から治療継続の意思は不十分であり、医療観察法による入院処遇が必要と判断する。

【医療観察法審判】本法による入院医療が必要であると決定された。

【医療観察法入院当初状況】

入院当初、空笑・頭痛・めまい・対人緊張と当惑がみられた。牧師さんがお祈りをする声が聞こえるとの発言があり幻聴と頭痛・耳鳴の関係を判断するため頭痛日記を使用し本人の状態の観察を行なった。知的レベルが低く自分の意思や思いを上手く相手に伝えることができないことから他患よりいじめの対象となった。

内省については、男性職員が入院になった経緯を本人に尋ねると当惑し頭を抱える状態であり、女性看護師に「見せてくれないかな」「触らせてくれないかな」と発言し、入院8ヶ月目に実際に手を触る行為があった。

【回復期】

空笑い、両手を合わせながら廊下を徘徊しており、お祈りの幻聴は継続していると思われる。対象者は、教会で牧師さんのお祈りを笑った妹を叱ったことに対して過度の自責感をもっており、そのことがお祈りの幻聴と関係があるのかもしれない。

クワガタの飼育等を通じて病棟生活に慣れるに伴って、対人緊張が改善し、職員と少しずつ話ができるようになり、居室の外へ出ることが多くなり会話の幅もふくらんできた。

治療者との信頼関係は育ってきており、対象行為や担当看護師に対する逸脱行為への内省も少しずつ可能となっている。

病識について当初「病気じゃない」と発言していたが、自分の症状を「気がもれる感じがする。思っていることがわかる気がする」と表現し若干の意識の向上もみられた。

対象者の理解力に合わせて、以下のような治療計画を説明し合意した。

<Aさんに回復期でしてほしいこと>

外出をうまくするために

- ①歩いて迷わずに戻ってこれるようにする
- ②外出の時、他害行為をしない

お薬について

頭がおちつかなくなる病気（先生の説明）

Aさんの症状…気がもれる 思ったことがわかる気がする

⇒良くするために、もっと悪くならないために

お薬はきちんと飲み続ける

【再び同様の行為の防止】

入院8ヶ月目以降、性的逸脱行為はなくなり、対象行為に対し「とんでも

ないことをした」との発言もあった。警察に捕まりたくないという強い嫌悪感があるので、警察に捕まったり、再入院しないために必要な事項を説明し合意した。

〈通院中に A さんが守らなくてはいけないこと〉

今、A さんは退院に向けて治療をしています。退院したあと、警察に捕まったり、再入院しないために、次の4つの約束を絶対に守って下さい。

- ①女の子に絶対触らない、
- ②薬をきちんと飲む。勝手に飲む量を少なくしたり飲むのを止めたりしない、
- ③指定通院医療機関に自分もきちんと通う、
- ④家に来る看護師や社会復帰調整官ときちんと会う。

【入院20ヵ月後】

精神病症状、非精神病症状が重篤な統合失調症の残遺状態にあることにかわりはない。担当看護師等への性的逸脱行為は入院8ヵ月後以降みられておらず、担当看護師とも信頼関係が構築されている。服薬自己管理は現在3—4日分実施しており、自発的に服薬ができるのは6—7割程度に改善した。生活面では挨拶や言ったことの理由の説明ができるなど、意志表示ができるようになってきた。治療プログラムにも声かけ程度で参加できるようになり、時間内集中・継続して取り組み、集団内で適応することができるようになった。退院地として予定している自宅への外泊を実施し、同時に地域ケア会議を行い退院後のサポート体制がととのった。本人と服薬、通院、訪問、他害行為をしないことを合意できた。

III 治療効果についての考察

事例1には、2つの論点がある。1つは、外国人で日本語を理解しないという点、もうひとつは、対象行為時には幻覚妄想状態にあったがその後はアルコール依存症のみが存在している点である。事例2は、慢性総合失調症で

人格水準低下が目立つ点が論点となる。

1 外国人で日本語を理解しないという点

医療観察法の治療は、①内省・洞察プログラム・社会心理教育プログラムなど言語を駆使した治療、②集団力動のなかでの積極的な治療介入を行うこと等に大きな特色がある。外国人でごく単純な日本語のみしか使えず高度な言語交流ができない場合、①のような言語を駆使した治療の実施が困難で、また集団プログラムにも参加できず、医療観察法による医療の利点がほとんど認められない。理論的には、毎回通訳を介して治療プログラムを翻訳すればよいという意見もあるが、現実的には、要所の数回で通訳を介した翻訳をするのが精いっぱいであった。日本語を理解しないという点は、治療可能性の限界点を示していると考えられた。

2 対象行為時には幻覚妄想状態にあったがその後はアルコール依存症のみ存在する点

法施行前に、司法精神医療等人材養成研修企画委員会医師部会が「医療観察法による医療の必要性について」という合意文書を作成し、「今後、この合意文書の記載された要件に着目して、個々の事例における審判のさいの参考とすることが望ましい。」とされている。この文書によると、審判時点において、最高裁要件①当該対象者が対象行為を行った際の心神喪失又は心神耗弱の状態の原因となった精神障害と同様の精神障害を有していることについて、「当該行為を行った際には心神喪失等の状態の原因となるようなアルコール中毒による精神障害があったものの、審判時にはアルコール依存症⁽³⁾のみの診断である場合」には要件を満たさないと考えた。

しかし、法施行後は、事例1のように、「アルコールによる精神病性障害は完全に治癒したわけではなく、アルコール離脱時に容易に触発される状態にあると考えられる。アルコール依存症は現在もあり、現在の精神障害と対象行為を行った際の心神喪失の状態の原因となった精神障害は同様と考えられる。」という意見も散見される。ドイツでは、薬物・アルコール事犯に対する強制治療（禁絶処分）を実施しているが、あまり再犯率を下げなかった

という。アルコール依存症については自己責任にもとづき開放処遇での治療を行うことが基本であると考えられる。

3 慢性統合失調症で人格水準低下が目立つ点

事例2は、思考障害が著明でIQは40台であり、内省や病識、対処スキルの獲得などは統合失調症の人格変化のため困難が予想された。医療観察法入院後も精神病症状が重篤で、独語・放歌・空笑がしばしばみられ、複雑な思考や会話は困難でまとまりがない状態であり、共通評価項目の精神病症状は入院時から2点(あきらかな問題あり)のまま持続した。精神病症状を改善するため各種抗精神病薬を投与したが、発症から20年程度経過しており、治療効果に乏しかった。欧米では、治療抵抗性の統合失調症の場合、clozapineの使用を考慮することが多い。clozapineは、副作用の出現に対し敏速に対処する必要があるが、今後、日本でも使用できるようになるのが望まれる。ただし、事例2のように発症後20年という長期間たった事例への効果は限定的と考えられ、むしろ、慢性重症化を防ぐためにより早期から使用すると効果があると思われる。

医療観察法の医療では、対象行為に至る経緯を詳細に振り返り、再び同様の行為に至るのを防ぐのには何が必要で、どういう状況や症状が要注意であり、要注意の時にどう対処するかを対象者と話し合うのが基本である。要注意症状をセルフモニタリングし、自らSOSを出すなどの対処ができるようになれば、緊急時の介入が円滑になされ、再び同様の行為に至る可能性が低くなる。幻聴が仮に残存しているような場合でも、幻聴が症状であり、どう対処するか対象者本人が理解しているなら、再び同様の行為に至る可能性は低いと思われる。⁽⁴⁾

事例2は、入院になった経緯を尋ねると当惑し頭を抱える状態であり、対象行為に至る経緯を詳細に振り返ることができず、定型的な手法で内省・洞察を深めるのは困難であった。その後、対人緊張の改善に伴い職員と信頼関係が徐々に構築され、性的逸脱行為はなくなり、対象行為に対し「とんでもないことをした」との発言をするようになった。対象者は「警察に捕まりた

くないという強い嫌悪感がある」ので、警察に捕まったり、再入院しないために、4つの約束を絶対に守って欲しいと伝えた。本人の言葉に基づいた介入を実施する点は、通常と同じだが、理解力が限定的であることを踏まえて、明確で簡単な指示を伝えることで、再び同様の行為を防ぐ戦略とした。要注意症状のセルフモニタリングは困難なので、訪問看護等のモニタリングが重要であり、地域ケア会議を行い退院後のサポート体制を整えた。医療観察法の治療効果はかなり限定的であったが、再び同様の行為を起こさないため一定の体制を構築できた。

IV 一般精神医療で対応可能ならば医療観察法医療は不要か

事例2のような慢性重症統合失調症で、人格水準の低下が認められる場合、「通常の入院よりも医療観察法入院のほうが、より望ましい」との意見や「通常の入院で足りる」という意見もあるだろう。

最高裁判所は平成19年7月25日、医療観察法の適用に関して、以下のような職権判断を示した。

最高裁判所 平成19（医へ）4 原審福岡高等裁判所平成19（医ほ）2

主文 本件抗告を却下する。

なお、所論にかんがみ職権で判断すると、医療観察法の目的、その制定経緯等に照らせば、同法は、同法2条3項所定の対象者で医療の必要があるもののうち、対象行為を行った際の精神障害の改善に伴って同様の行為を行うことなく社会に復帰できるようにすることが必要な者を同法による医療の対象とする趣旨であって、同法33条1項の申立てがあった場合に、裁判所は、上記必要が認められる者については、同法42条1項1号の医療を受けさせるために入院をさせる旨の決定、又は同項2号の入院によらない医療を受けさせる旨の決定をしなければならず、上記必要を認めながら、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律による措置入院等の医療で足りるとして医療観察法42条1項3号の同法による医療を行わない旨の決定をすることは許されないものと解するのが相当であり、これと同旨の原判断は正当として是認できる。

上記最高裁判断を、筆者なりにまとめると、最高裁判所は、医療観察法の医療必要性を認めながら一般医療でも対応可能だから医療観察法の医療は不要とした判断を否定したといえる。つまり、「通常の入院で足りる」という理由だけでは、医療観察法不処遇の理由にはならない。

医療観察法の処遇の3要件は、本論文の冒頭に示した通りなので、不処遇の要件として、最高裁3要件のどれかが満たされないことが必要になる。つまり、以下のABCDのいずれかが認められることが必要である。⁽⁵⁾

A 対象行為時の心神喪失等の状態の原因となった精神障害と同等の精神障害がない

B 治療可能性がない

C 本法による医療を行わなくても、再び同様の行為が起きる具体的現実的可能性がない。

D 本法による医療を行っても、同様の行為を行うことなく社会復帰することを促進できると見込まれない

Cについては、以下の「通院処遇ガイドライン処遇終了の目安」が参考になる。

- ・ 病状が改善し、通院後期において一定期間病状の再発がみられない。
- ・ 処遇終了後、継続的な治療（通院、訪問看護等）が安定して実施できる。
- ・ 処遇終了後、服薬管理、金銭管理等の社会生活能力が確保されている。
- ・ 処遇終了後、安定した治療を継続できるための環境整備、支援体制が確立している。
- ・ 緊急時の介入方法についても地域における支援体制が確立している。

従って、一般医療を継続することにより病状の再発の可能性が低い。

本法による医療を行わなくても、再び同様の行為が起きる具体的現実的可能性がない場合を、通院処遇ガイドラインの処遇終了の目安を参照して考えると以下のようになる。⁽⁵⁾

- ・ 病状が改善し、審判時において一定期間病状の再発がみられない。

- ・ 本法による医療を行わなくても、継続的な治療（通院、訪問看護等）が安定して実施できる。
 - ・ 本法による医療を行わなくても、服薬管理、金銭管理等の社会生活能力が確保されている。
 - ・ 本法による医療を行わなくても、安定した治療を継続できるための環境整備、支援体制が確立している。
 - ・ 緊急時の介入方法についても地域における支援体制が確立している。
- 従って、一般医療を継続することにより再び同様の行為が起きる具体的現実的可能性がない。

最高裁判所の職権判断は、医療観察法の医療の「必要を認めながら」、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律による措置入院等の医療で足りる」とした判断を不可としたが、上記のように、「一般医療を継続することにより再び同様の行為が起きる具体的現実的可能性がない」場合には、医療観察法の医療の必要性は認められないといえるので、医療観察法は不要であるといえる。

事例2について医療観察法医療の必要性を検討する。事例2は慢性統合失調症であり、対象行為時の心神喪失等の状態の原因となった精神障害と同等の精神障害が持続している。治療可能性については、人格変化により治療効果はかなり限定的であるが、病状の増悪の抑制は期待できる。服薬・通院中断して対象行為に至り、入院医療開始当初は、病識について「(自分は)病気がない」と発言しており、この状態では、「一般医療を継続することにより再び同様の行為が起きる具体的現実的可能性がない」とは言えないと考えられる。そうすると、医療観察法の医療が必要と判断され入院医療の決定がされるのはやむを得ない。

治療効果が限定的な事例は、社会復帰のめども立たないまま長期に入院する可能性もある。そうすると、D「本法による医療を行っても、同様の行為を行うことなく社会復帰することを促進できると見込まれない」場合に該当する可能性がある。幸いにして、事例2は、再び同様の行為を起こさないた