

## 司法精神医学の「未来」

The future of forensic psychiatry

武井 満  
Mitsuru Takei

**Summary** 医療観察法の成立とその意義について論じ、司法精神医学の確立を目指す立場から、まず精神保健福祉法通報制度の検証を行い、35万床の起源について言及した。次に司法精神医学の用語について、有責性の視点から整理と定義を試み、「刑罰法令に触れる行為」を行った者について、どのような枠組みでの処遇が適切であるか、そのあり方について検討した。

最後に移送制度を契機として立ち上がった群馬県精神科救急情報センターの成立とその意義について紹介し、マンパワーの充実したアウトリーチ活動のできる救急情報センターの存在は、医療観察法にとって車の両輪の一つになりうることを示した。

**Key words** 司法精神医学 (forensic psychiatry), 用語の定義 (definition of forensic psychiatry terms), 医療観察法 (Medical Treatment and Supervision Act), 触法精神障害者 (mental disorders not guilty), 精神障害犯罪者 (mental disorders guilty)

### はじめに

精神科医療は精神保健福祉法に基づいて行われていることから、精神科医療の現状を分析するためには精神保健福祉法について検証することを欠かすことはできない。言うまでもなく、精神科医療の最大の特徴は一般身体科では通常はありえない「強制処遇」という課題が内在していることであり、この司法的課題を探求することなくして精神科医療の現状と今後のあり方を語ることは困難であると筆者は考える。

わが国の司法精神医学はまだまだ始まったばかりであるが、本論では措置入院制度のうち、特に精神保健福祉法の24条から26条までの通報制度の仕

組みに的を絞って、司法精神医学的視点からの検証を行い、医療観察法成立の必然性の背景について考察し、これまであらゆるところで行き詰まっていたわが国の精神科医療の突破口を開くべく、司法精神医学の今後について語るものである。

### 1. 精神保健福祉法の司法精神医学的検証

#### a. 精神保健福祉法通報制度の仕組みと問題点

##### 1. 法24条：警察官通報について (図1)

一般的に物を壊したり人に危害を加えたりなど、

社会的に問題となる行為が行われたとき、周囲の人たちによる対応では手に負えなければ、警察官が呼ばれることになる。その場合、法的に警察官がとれる対応は主に次の2通りしかない。一つは事件として立件して検察庁に送致することであり、もう一つが警察官職務執行法に基づいて保護することである。

まず事件として立件して検察庁に送致する場合であるが、立件するためには関係者の調書をとるなどの確かな証拠集めをしなければならない。検察庁に送致されれば、検察官の調べがあり、弁護士も付くことになる。したがって、曖昧な内容では送検ができないだけでなく、仮に送検したとしても、検察官はその内容如何によっては起訴できないとするかもしれない。

立件できないとすると残りは保護されるということになるが、警察は受け皿機関ではないことから、何らかのかたちで保護した身柄の処遇を考えなければならない。行為の内容にもよるが、通常であれば、身柄を引き受ける家族が確認でき、本人も反省することができて警察官の言うことに従えるような状態であれば、特別な被害届出でもなにかぎりは説諭して家に帰すということになる。しかし、保護された者のなかには、実際に暴力行為や器物破損、時には放火などの「刑罰法令に触

れる行為」を行っており、なおかつ激しい興奮などがあって放置できない状態にあり、加えて引き受ける身寄りもないかすぐには見つからないなど、いずれにしても身柄をそのまま解放することができない状態にある場合が少なくない。このようにみえてくると、保護した身柄の処遇に苦慮する警察の立場がよく理解できる。実はこのような場合にあって、そのような身柄を引き受けてきたのがこれまでの精神科病院であった。そのときの理由は、意味不明なことを言っている、興奮が激しくて手に負えない、精神科受診歴がある、入院歴があるなどであり、現場の警察官の判断により「精神障害による他害のおそれあり」として保健所に通報されることになる。

これが精神保健福祉法24条の警察官通報（24条通報ともいう）であり、通報を受けて都道府県知事の命令による措置診察が行われ、その結果、精神障害で自傷・他害のおそれがあり医療と保護の必要があると判断されると本人の意志に反しても措置入院などの強制入院になるということになる。この場合、入院を断ることはたいへん難しく、いったん措置診察が行われれば、仮にその者が激しい暴力行為や放火などの重大犯罪に相当する行為を行っていたとしても、精神障害による他害行為

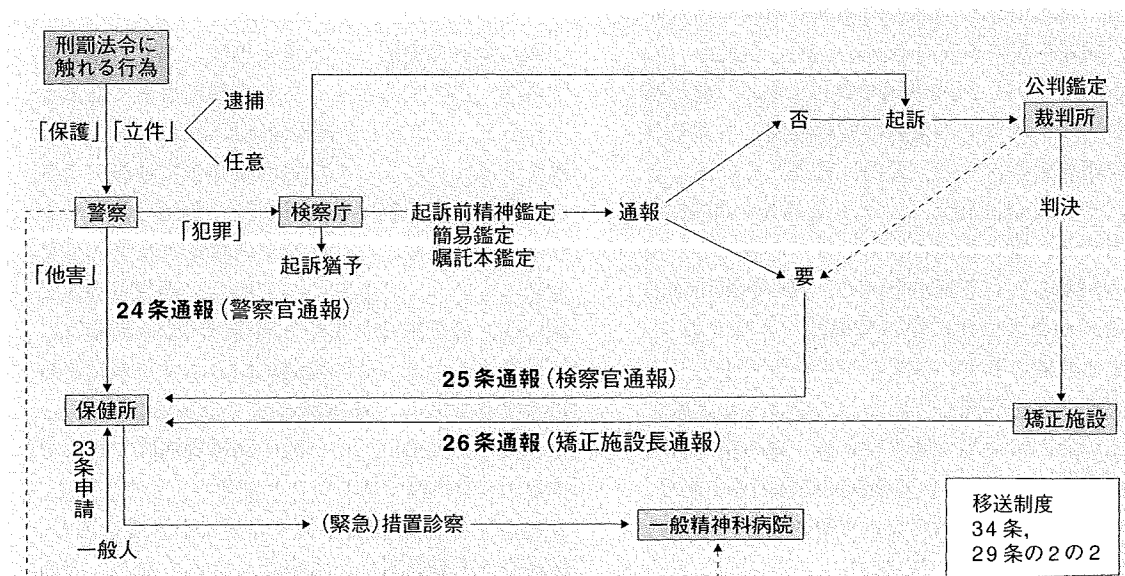


図1 精神保健福祉法通報制度の仕組みとその問題点

ということを理由にして、病院側は患者として受け入れざるをえないのが実態である。

本来ならば犯罪と他害の相違（犯罪も他害も刑罰法令に触れる行為であり、精神障害による場合を他害と呼んでいるにすぎない）、有責性を問うべきかどうかの判断（精神障害だからといって責任能力がないとはかぎらない）、治療は請け負うにしてもその際の身柄の責任の所在（他害の事実があった場合は、病院で治療を行うことはあっても、身柄の責任の所在は刑事司法にある）など、明確にしておかなければならない課題が多々あることになるが、この問題の所在を理解している関係者は少なく、いずれも現場主義的に運用されているのが実態となっている。このような警察官通報に基づく入院は、昼間だけでなく夜間休日であっても行われており、実はこれが精神科救急（ハード救急、行政救急、三次救急）そのものである。

患者としていったん病院へ入院すると、その後の身柄の扱いはすべて医療側に任されてしまい、仮に重大な他害行為を行った者であっても、少なくとも医療観察法施行以前にあっては、よほどのことがないかぎりには刑事司法上の責任を問われることはまずないといってよかった。この24条の警察官通報だけでも、全国的には少なくとも年間1万件以上あるといわれており（ただし警察と精神科病院、都道府県担当課の関係は不明瞭な場合が多く、通報件数の本当の実態は不明）、群馬県（人口200万人）だけでも年間200件以上ある（群馬県に関しては、すべての通報は行政機関である精神科救急情報センターで一元的に管理していることから、データは正確）。この24条通報の問題は、繰り返すと、重大な他害行為を行った者でも、精神障害があるという理由だけで、何ら刑事司法的な手続きがなされずに精神科病院へ入院となり、そのまま放置されている場合が少なからずありうるということの意味している。このような実態を知っているのは現場の警察官と第一線の精神科病院で治療にかかわっている病院関係者のみであり、24条の通報件数は暗数となって犯罪白書にも明確なカタチでは載せられていない。

## 2. 法25条：検察官通報について（図1）

次に事件として立件された場合であるが、被疑者は検察庁に送致されるが、被疑者に過去精神科の入院歴や通院歴があったり、調書の内容や態度などから精神障害の存在が疑われると、検察官は精神科医に精神鑑定を依頼することになる。これが起訴前精神鑑定だが、鑑定の結果、もし精神障害者であるとされると、あくまでも検察官の判断ではあるが、精神保健福祉法の25条に基づき検察官によって都道府県知事に通報がなされ、被疑者は措置診察を経て精神科病院へ強制入院させられることになる。

このようにして、精神障害者で責任能力に問題があるとされると、起訴されることなく精神科病院へ入院となり、その後の刑事司法的関与は一切なくなり、身柄の処遇はすべて受け皿となった精神科病院の責任となる。日本の刑事裁判の結果は99.8%有罪であるが、そのような不自然なことが成り立ってきた背景には、日本の刑事司法システムでは裁判で有罪と予測される被疑者のみが被告として起訴され、起訴猶予もあるが、それ以外の者は警察官通報と検察官通報により、精神科病院へ入院させてきたことによるといえよう。

## 3. 法26条：矯正施設長の通報について（図1）

次に裁判で実刑となり矯正施設に入った場合であるが、出所するとき、もし精神障害者であるとされると、ここでも精神保健福祉法の26条により、矯正施設長の長によって都道府県知事に通報がなされ、措置診察を経て精神科病院へ強制入院させられることになる。これが矯正施設長の通報（26条通報ともいう）であり、この場合、通報事例のなかには、矯正施設すなわち刑務所内でも刑務官に乱暴をするなど、その処遇に困るような事例が時に含まれており、精神障害者ではあるにしても、それだけを理由にして一般の精神科病院で対応できるような事例ではないことが多い。したがって、このような26条通報事例を安易に引き受けると、保護室での長期対応を余儀なくされるなど、その病院の運営自体に支障をきたすといった状況に陥ることがあり、課題の多い通報形態である。この

問題については医療観察法が施行されている現在も、手つかずの状態になっている。

以上述べてきたように、24条から26条まで（23条の一般人の通報も入れると23条から26条まで）、医療観察法施行以前は極言すると「刑罰法令に触れる行為」を行った者の受け皿は一般精神科病院が刑務所しかなく、精神障害者であるとされると、最終的にはすべて一般の精神科病院へ集まるような仕組みになっていた。

加えて、通報による措置診察の対象者ではなくても、本来の精神疾患患者はもちろん、福祉的対応となるべき生活困窮者までもが、無原則に精神科病院へ強制入院となっていたことから、精神科病院は社会のブラックボックスとして治療体制の整備がなされないままに肥大化していき、現在の35万床という巨大な受け皿になっていったものと考えられる。

## 2. 医療観察法の成立とその意義

医療観察法が施行されても、精神保健福祉法の

通報制度そのものはそのまま生きていることから、前述してきたように特に24条通報や26条通報に関してはなお課題を残していることになるが、以下の3点に関しては少なくとも大きく改革が進んだといえよう<sup>2)</sup>。

### a. 司法精神医療のための受け皿ができたこと（図2）

これまでわが国には一般精神病床しか存在していなかったが、医療観察法の施行により触法精神障害者を専門に治療するための病棟として、医療観察法病棟が受け皿として整備されるようになった。これにより、ようやく精神科医療は触法精神障害者問題の呪縛から解放され、精神科医療全体の底上げを図るきっかけを得ることができるようになった。

医療観察法以前は、重大犯罪を犯した精神障害者であっても、一般の精神障害者と同じ条件で治療を行っていたことから、濃厚なかかわり合いが必要とされる触法精神障害者に対しては、保護室への長期収容などの過剰な管理や逆に危険性を無視した開放処遇など、現場は相反する二重基準で

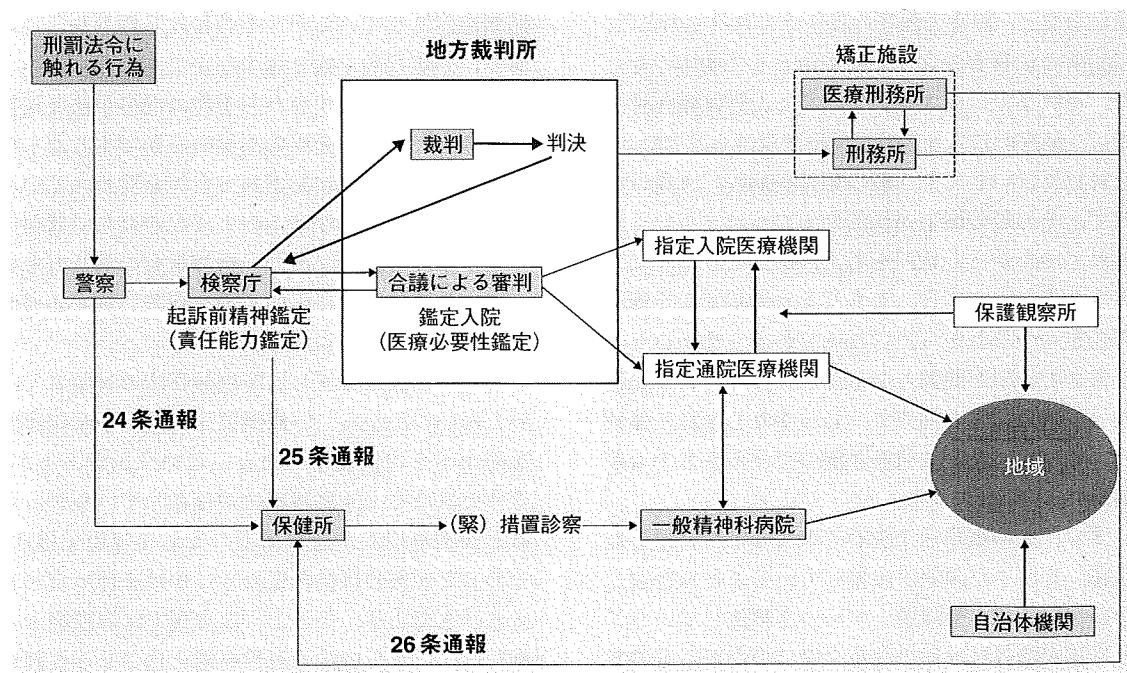


図2 精神保健福祉法通報制度と医療観察法の関係

治療を行わなければならない、病院内では時に暴力行為や放火などが頻発し、患者の人権と安全に配慮して医療を行うことは著しく困難であった。当然そのことは一般精神病床の治療環境をも悪化させることになり、ひいては一般精神障害者の治療そのものをも阻害するような状況を生んできた。

医療観察法の病棟はイギリスの地域保安病院(RSU)をモデルにしていると思われるが、これによりわが国で初めて、十分な医療スタッフが付いて治療ができる司法精神医療のための病棟ができたということになる。課題は多いが、これまでのところ実際の運営は、関係者の努力もあり順調に経過していると考えられる。

## b. 責任体制の構築について(図2)

医療観察法以前にあっては、触法精神障害者の医療は一般医療側に丸投げされ、負いきれない、あるいは負うべきでない責任を全面的に負わされてきたが、医療観察法では検察官の申立てに基づいて裁判官と精神保健判定医の2人による合議で審判がなされ(実際の審判では、さらに弁護士、検察官、精神保健参与員、社会復帰調整官など多数が関与する)、司法に責任が生じたことと、通院となった場合には、保護観察所の関与を一定期間受けるなど、厚生労働省の責任はもちろんのこと、裁判所と法務省の責任体制が国として明確になった。これまでは重大犯罪を起こした触法精神障害者は、刑務所に入り十分な医療が受けられないか、それ以外はいきなり一般の精神科病院に丸投げされて、その後の刑事司法的フォローはまったくなされていなかった状況を考えれば、これは実に大きな進歩といえよう。もちろん自治体でなく国が責任をもつことから、これまでのようなかたちで経営上の赤字が問題となることはなく、日本の精神科医療の歴史上初めて、しっかりした責任体制の下で本格的な司法精神医療のできるシステムが構築されたことになる。

すでに医療観察法が施行されて4年が経過した現在、まだまだ課題が山積していることは否定しないが、これらの課題一つ一つを解決していくこと自体が精神科医療の改革全般につながるものであり、重大な他害行為を行った者についての責任

体制が明確化されたことにより、時間はかかるがその実現は十分に可能であると考えられる。また、医療観察法の施行により全国に指定入院医療機関ができ上がった暁には、問題を共有化した数多くの司法精神医学の専門家集団が誕生することになるが、すでに共通の問題意識の下、たとえば医療関係者と法曹関係者とのあいだでは活発な交流が生じており、これらはわが国の司法と精神科医療をとりまく社会基盤の整備という視点からみて必ず大きな力になるはずであり、今後の精神医療改革に対して拍車がかかることが期待される。

## c. 刑事司法手続と通報制度運用の適正化

医療観察法施行以前は一般の精神科病院が矯正施設しか受け皿がなかったこともあり、責任能力判断に極端な偏りが生じることがまれではなかった。また、医療のための受け皿は一般精神科病院のみであったことから、通報制度の運用自体にも自ずと限界があった。

池田小学校事件の背景を考えたとき、宅間死刑囚(以下、彼)は、警察で立件された後、過去精神科の入院歴があったことから起訴前精神鑑定(簡易鑑定)がなされ、25条の検察官通報で精神科病院へ入院となっている。退院後もたびたび彼は問題を起こしているが、その後は立件されることなく、問題行動を繰り返すなかであの大事件へとつながっている。すなわち事件は刑事司法と精神科医療をとりまく運用の不備のなかで生じたものであり、もし彼が起訴されて責任を問われていれば、少なくとも事件はあのようなかたちでは起こらなかった可能性があり、精神鑑定のあり方も含んだ、通報制度の運用の不備を検証し直す必要があることをあの事件は示している。

たしかに彼は必ずしも医療観察法の対象者とはいえないことから、医療観察法は池田小学校事件を防止するには役に立たないという説があるが、そうではなく、医療観察法が存在していなかったことが刑事司法と通報制度の安易な運用を招き、そのことがあの事件を生むきっかけを作ったと考えべきである。そのような意味で医療観察法の施行は、これらの法の運用を適正化させる役割を少しずつではあるが果たすようになってきており、

このことは長期的にみれば大小の事件を減少させていくことにつながっていくものと期待される。

### 3. 司法精神医学の未来

#### a. 司法精神医学用語の定義

司法精神医学について語るには、用語の定義がなされている必要があるが、残念ながらわが国ではまだその段階までには至っていないのが現状である。たとえば触法精神障害者という言葉一つを取り上げてみても、医療関係者は単に「法に触れる行為を行った精神障害者」という意味にとらえているようであり、一方、法曹関係者は「法に触れる行為を行ったが責任能力を問えない精神障害者」ととらえているようであり、判然としない。これでは医療関係者と法曹関係者との会話を進めようとしても難しいだけでなく、英訳などの翻訳をする場合にも困難が生じてしまうことになる。そこであくまでも私案ではあるが、司法精神医学確立のための一助になることを期待して司法精神医学の用語についての定義を試みることにする(図3)。

#### 1. 「刑罰法令に触れる行為」について

一般的には、社会的に問題となる行為は違法行為や迷惑行為、触法行為、犯罪的行為、問題行為などと呼ばれ、場面に応じてさまざまに使われているが、ここでは「刑罰法令に触れる行為」としてまとめて整理することにする。この言葉は、精神保健福祉法の28条の2の逐条解説にある他害行為の定義から引用したものである。以下、参考までにその部分を引用する。

「入院させなければその精神障害のために、次の表に示した病状又は状態像により、自殺企図、自己の生命、身体を害する行為(以下「自傷行為」という。)又は殺人、傷害、暴行、性的問題行動、侮辱、器物破損、強盗、恐喝、窃盗、詐欺、放火、弄火等他の者の生命、身体、貞操、名誉、財産等又は社会的公益等に害を及ぼす行為(以下「他害行為」といい、原則として刑罰法令に触れる程度の行為をいう。)を引き起こすおそれがあると認め

た場合に行うものとする」<sup>3)</sup>。

この場合、「程度」という言葉が入っているが、それは精神保健福祉法が他害行為を同じ刑罰法令に触れる行為であっても、行為としては軽いということ的印象づけるために行った恣意的定義と考えられる。次項でふれるように、そこには深い意図が隠されていると推測されるが、他害行為には殺人も含まれることから、程度といった曖昧な表現は避けるべきと筆者は考える。いずれにしてもそれはそれでまた別の司法精神医学的課題にもなることから、ここではともかく「刑罰法令に触れる行為」としてまとめるものである。

#### 2. 有責性と用語の定義

「刑罰法令に触れる行為」が行われた場合、まず警察がかかわることになるが、その行為が精神障害の状態において行われたと警察官が推測すると、上記の逐条解説にある通りそれは「他害行為」と呼ばれることになる。一方、健全な状態で行われた行為であると推定されると、警察は犯罪が行われたと思料して立件し、検察庁に被疑者として送致することになる。この段階ではまだ犯罪としては確定されていないことから、その場合は引き続き「刑罰法令に触れる行為」と呼ばれるのが正しいと思われる。また「他害行為」については、軽微な内容であれば、保護扱いとなって精神障害者による刑罰法令に触れる行為として病院での治療が優先され、24条の警察官通報等により一般精神科病院による対応が求められる。ただし少なくとも一定以上の他害行為、特に重大な他害行為に関しては、保護ではなく立件されて検察庁に送致されることが筋となる。

この他害行為者の扱いについては、精神科救急の場面でしばしば経験されるように、実際の線引きはたいへん難しく、「程度」という言葉が用いられているのも、この辺の事情によると考えられるが、いずれにしても警察とのあいだでトラブルになりやすい問題が含まれていることを理解しておく必要がある。この問題の解決には、精神障害者の移送制度のうちの29条の2の2の措置入院の移送制度を活用する必要があるが、この点に関しては次の精神科救急情報センターの項で述べる。

さて次に事件として警察により立件されて検察庁に送致された場合であるが、検察庁は被疑者に関し、犯罪の定義の3要素である<違法性><構成要件該当性><有責性>について検討することになる。その結果、起訴できるということになると、通常は裁判所に起訴されて、裁判で犯罪かどうか、すなわち犯罪の3要素が満たされているかどうかで改めて本格的に争われることになる。

なお、起訴する前に検察庁の段階で有責性に問題があることが疑われると、責任能力の鑑定が行われ、その結果責任能力に問題があることが明らかになれば不起訴処分となって、医療観察法が施行されている現在は、重大な他害行為であれば医療観察法への申立てがなされることになる。

ところで「触法」という言葉は14歳未満の触法少年は責任無能力であることに由来し、触法という言葉にはそのような意味があることから、この言葉を活用すれば、精神障害のために責任無能力であると判断された者の行為は「触法行為」と呼ばれ、それらの人たちを「触法精神障害者」と呼

ぶことにすれば、法曹関係者の考え方に医療関係者の考え方を一致させることができる。その場合の疾病性は統合失調症を中心とした精神病圏の疾患であることが想定され、その多くは重大な他害行為であれば医療観察法医療の対象ということになる。限定責任能力の場合は、「触法行為」として医療観察法の対象になることもあれば、後述するように「犯罪行為」として矯正施設の対象になることもある。

さて裁判で完全責任能力になった場合であるが、それらの行為は責任能力に問題がないことから、触法行為に対して「犯罪行為」と呼び、それらの人たちは「犯罪者」と呼ばれることになる。本来ならばこの3分類に整理することで終了することになるが、実際の処遇に関して、医療的視点や再犯予防という視点に立ってみると多々問題があることがわかる。特に図3において点線で囲って示したように、完全責任能力または限定責任能力で有罪になり刑に服することになった人たちのなかには、精神科医療を必要とする精神障害者が少な

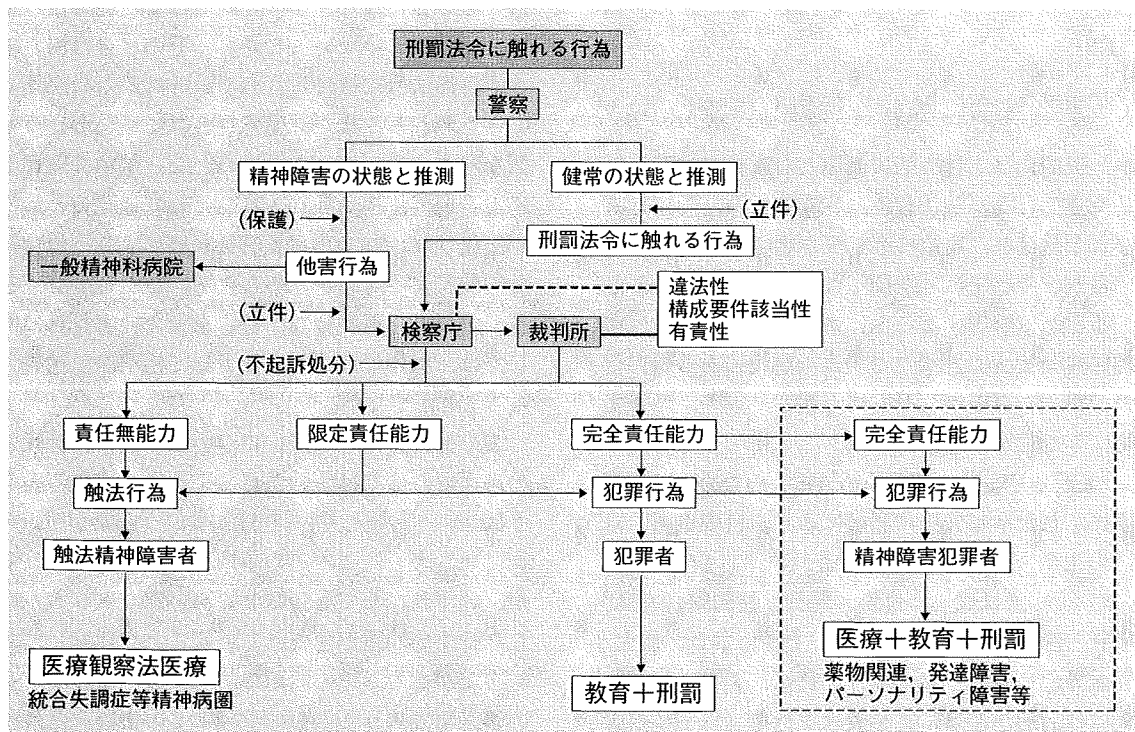


図3 司法精神医学用語の定義 (私案)



からず認められるのが実態であり、それらを単に犯罪者と一括りにするには無理があるといわねばならない。そこでここでは、それらの人々を単なる犯罪者としてではなく「精神障害犯罪者」と呼ぶことにする。このような精神障害犯罪者の疾患内容は薬物関連や発達障害、パーソナリティ障害、知的障害など、その疾病性は多岐にわたることが想定される。

このように司法精神医学の用語を定義しつつ検討すると、触法精神障害者は医療観察法の対象となり、犯罪者と精神障害犯罪者は矯正処遇の対象となるが、何らかの疾病性を有する精神障害犯罪者の場合には、その処遇のあり方を変えていく必要があることが理解される。すなわち矯正施設という枠組みは同じであっても、犯罪者はおそらく教育と刑罰が処遇の中心となり、精神障害犯罪者は教育と刑罰に加えて医療が処遇の中心ということになる。

医療刑務所にあっても一定程度の医療が提供されていることを否定するものではないが、精神障害犯罪者に対してどのような医療をいかなるかたちで提供するのが最も適切であるかは、ダイバージョンの問題も含めまだまだ検討していく必要があると考えられ、医療観察法が施行されている現在、次のステップとして、今後の大きな課題になると考えられる。

## b. 刑罰法令に触れる行為を行った者の処遇システムの構築<sup>4)</sup>

図2は精神保健福祉法の通報制度と医療観察法との関係を示した図であるが、この図2は見方を変えれば、「刑罰法令に触れる行為」を行った者どのような流れに従って振り分けられ、処遇されていくのかを示したものであるともいえる。すなわち図2は、「刑罰法令に触れる行為を行った者の処遇システム図」であることとらえることが可能であり、医療観察法の施行により、われわれは初めてこれらの行為を行った者がどのような枠組みで医療や教育や刑罰などの処遇を受けるのが最も適切であるかを本格的に議論することが可能になったといえよう。

罪と罰という課題は、人間社会の本質の一端を

成すものであり、そのあり方は近代社会にとって最も根本的な命題となるはずのものであるが、われわれ精神科医や法曹関係者は、この根源的な問いに対して、始まったばかりではあるが、司法精神医学の視点から答えていく必要があり、そのことが新たなシステムを構築していくことにつながるようになるといえよう。

また、その目指すべきシステムの内容は、新たな罰を作り出すことにあるのではなく、人間社会にとっての基本的基盤としての、公平で透明性の担保された、人間の尊厳と人権と社会の安全と被害者の救済を考えたものでなければならない。司法精神医学の存在理由はまさにその一点にあると考えられる。

具体的には入り口、受け皿、出口、地域処遇という一連の流れをシステムとしてどのように整備するのかということであり、それは精神保健福祉法と医療観察法と刑法とをいかにつなぐかということでもある。もちろんこのことは加害者と被害者の双方の問いに答えられるものでなければならない。

次に以上の観点に立って、群馬県における精神科救急情報センターの意義とその活動について、入り口問題と地域処遇問題という観点から紹介する。

## c. 群馬県精神科救急情報センターの成立意義とその活動内容<sup>5)</sup>：医療観察法との関係

群馬県では精神障害者移送制度の実施をきっかけとして、2004年1月、こころの健康センター（精神保健福祉センター）に精神科救急情報センター（以下、救急情報センター）が立ち上がった。こころの健康センターの全スタッフ数は45人であり、うち常勤は31人で、そのうち常勤精神科医は4人となっている。これらの職員のほとんどは、一般の精神保健福祉業務に加え、救急情報センター業務として移送制度の業務を行っている（図4）。

精神障害者の移送制度には34条の医療保護入院と29条の2の2の措置入院の移送とがあるが、救急情報センターは主に措置入院の移送制度を実施している。具体的には精神保健福祉法の23条、24



条、25条、26条の全通報は救急情報センターに入り、それらの通報に対して、365日24時間（ただし夜間10時以降は電話のみの対応）、移送制度の手続きに則って事前調査と措置診察、搬送等の業務を実施している（図5）。

その運営には多数のマンパワーが不可欠であるが、その効果はきわめて高く、現在、人権を守った安全な移送業務が実施できるようになっている。精神障害者の移送とは、単に移送業務にとどまるものではなく、要は都道府県知事がどのような体制で精神保健福祉行政に取り組むかを意味しており、救急情報センターへの機能の集中とそれを裏づけるマンパワーの充実、移送業務だけでなく多方面に及ぶことになる。

具体的にいえば、マンパワーの充実がスタッフが積極的に外へ出かけアウトリーチ活動を行うことを可能にしており、地域に問題がありそのことが保健福祉事務所に情報として入れば、保健福祉事務所の地域活動の限界を超えて、救急情報センターから医師を含むチームを組んで出かける仕組みになっている<sup>6)</sup>。これによって事例化するのを未然に防ぐなど、問題が大きくなる前に対応するこ

とが可能となっている。また、移送制度で措置入院等となった事例に対しては、全例で当該病院と救急情報センターが一緒になって支援会議を実施しており、社会復帰の促進と再発防止、再被害行為防止について大きな効果をあげている<sup>7)</sup>。

また、救急情報センターでは2か月に一度の頻度で、県警本部、検察庁、弁護士、県担当課、保健所長会、大学教授、県立および民間病院長などが集まり、1事例について約1時間半をかけて事例



図4 群馬県精神科救急情報センター

2004年1月から開始。精神保健福祉センター内に設置。措置権限を有する。  
全スタッフ数45人、うち常勤31人、常勤精神科医4人。

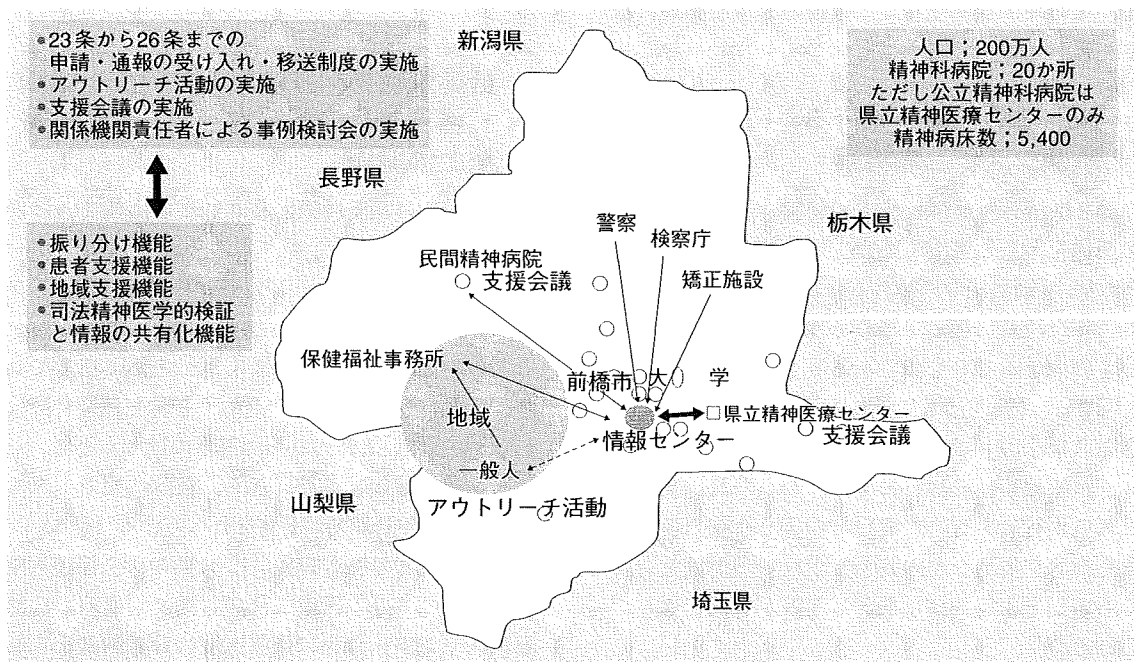


図5 群馬県精神科救急情報センターの機能とその役割

検討会を実施している。各関係機関の責任者の集まりによる検討会であることから、その司法精神医学的意義はきわめて高いものとなっている。

このような諸活動により、たとえば群馬県では、現在、治療困難患者はいるがいわゆる処遇困難患者問題はほぼ解消されているといった状況にある。これらの活動は、当然、予防精神医学的活動にもなっていることから、医療観察法の対象者を減少させることにもつながっている。

このように実はマンパワーのある救急情報センターの存在は、刑罰法令に触れる行為を行った者の処遇システム図のところであれば、医療観察法の入り口のところと地域処遇について、自治体行政の立場から責任を果たしているということになり、そのような意味では救急情報センターと医療観察法は表裏一体をなして、車の両輪としてそれぞれの役割を果たしていると考えられる。各都道府県にこのような救急情報センターができることを筆者は切望するものである。

---

## まとめ

---

- (1) 精神保健福祉法のうち、35万床の起源となった通報制度の仕組みについて、司法精神医学的視点から検証した。
- (2) 医療観察法の成立とその意義について、受け皿の整備、責任体制の明確化、通報制度運用の適正化の3点から論じた。
- (3) 司法精神医学の用語について、現状をふまえて、有責性の視点から定義を試みた。
- (4) 精神保健福祉法通報制度と医療観察法の仕組みとを一体となって理解することで、初めて「刑罰法令に触れる行為を行った者の処遇のあり方」について、本格的に議論することが可能になった。
- (5) 移送制度を活用して立ち上がった群馬県精神科救急情報センターの活動を取り上げ、一般精神科医療に加えて、医療観察法においてもその役割はさらに重要となっていることを示した。

## 文献

- 1) 武井 満：精神保健福祉通報制度の問題点と司法精神医学的課題—触法精神障害者治療現場の現状から。精神医学 44 (6)：619-625, 2002
- 2) 武井 満：精神保健福祉法における医療の問題点と医療観察法成立の意義。武井 満 (編), 医療観察法と事例シュミレーション, pp1-6, 星和書店, 東京, 2008
- 3) 精神保健福祉研究会 (監修)：三訂精神保健福祉法詳解, pp261-262, 中央法規, 東京, 2007
- 4) 武井 満：「刑罰法令に触れる行為」をめぐって—その処遇システム。こころの科学 132：83-88, 2007
- 5) 芦名孝一：群馬県における「行政型」精神科救急情報センターの成立とその意義—医療と司法のはざままで苦慮した3症例を通して。法と精神科臨床 7：16-26, 2005
- 6) 赤田卓志朗：群馬県精神科救急情報センターにおけるアウトリーチ活動—危機介入を中心とした訪問活動の現状と分析。精神医学 50 (12)：1203-1210, 2008
- 7) 赤田卓志朗：群馬県における精神科ハード救急事例への再入院予防の取り組み—関係機関による退院前支援会議の効果。心と社会 127：59-65, 2007

# 医療観察法対象者の地域サポートの将来像

松原三郎

臨床精神医学 第38巻 第5号 別刷

アークメディア

## 特集

心神喪失者等  
医療観察法の  
改正をめぐって

## 第5部 通院医療

1. 医療観察法対象者の  
地域サポートの将来像

松原三郎

Key words: 医療観察法, 通院処遇, ACT, 指定通院医療機関, 地域サポート

## 1 はじめに

通院・地域処遇の立ち遅れは施行当初から指摘されてきた。その最も大きな理由は、わが国の地域精神科医療そのものが未発達であることであるが、さらに、当法では通院対象者に対する枠組み自体が奇妙な形で二分化していることにも起因している。すなわち、通院処遇を受けている対象者は、指定通院医療機関が行う医療(狭義に医療保険部分だけ)と保護観察所(実際には社会復帰調整官)が行う精神保健観察と環境調整(福祉的部分の調整)とにサービス提供者が二分されている。法の仕組みとしてはケア会議で「処遇の実施計画」を策定するなどの措置はとられているものの、財政投入の責任を誰が担うかについては、当初から不明確・不十分なままで、指定通院医療機関には十分な財政的な裏付けのないままに、医療機関側の犠牲的精神のみで運用されるという機能不全の状況が続いている。他方、本来は精神保健観察に集中すべき社会復帰調整官の業務は、日常生活支援にまで拡大したケアマネージャーそのものとなってしまい、業務的に際限のない状態に陥ってしまっている。

## 2 通院・地域処遇上の問題点

通院・地域処遇上で法改正が必要と思われる点を列挙すると以下のような項目があげられる。

## 1. 医療とケアの提供調整は指定通院医療機関が主体的に行う

本法では、指定通院医療機関に関する規定は少なく、果たすべき役割も細かには規定されていない。第82条ではガイドラインに沿って医療を提供する義務が示され、第83条では診療指針と報酬は保険診療に従う旨が記載され、第91条では、社会復帰の促進のために、本人の相談に応じるとともに関係機関や保護観察所との連携が義務付けられているにすぎない。具体的な指針はガイドラインによるものとされている。通院処遇となった対象者に対する保護観察所の役割は、第101条における「生活環境の調整」と106条では「精神保健観察」で示されている。ガイドラインでは、指定通院医療機関運営ガイドラインと通院処遇ガイドラインが厚労省から示されているが、この中では、指定通院医療機関が行う直接の業務は、診療報酬に記載された内容に限定され、その他は連携・相談に属している。

しかし、現実には多くの指定通院医療機関で受診・投薬だけでなく、PSWによる生活支援やグループホームなどにおける居住支援や居宅介護等

Prospects of community care for mentally disordered offenders

MATSUBARA Saburo 医療法人財団松原愛育会松原病院 [〒920-8654 金沢市石引4-3-5]

も行っており、医療保険と福祉的援助とは混在一体となって提供されている。今後、法の中で指定通院医療機関による医療の提供と生活環境の調整の両者を主体的に行える枠組みが必要である(91条)。もちろん、社会復帰調整官等保護観察所への報告・連携が求められることは当然のことである。

## 2. 通院中の精神保健福祉法による入院は国費による医療観察法入院とすべき

現在も通院対象者の約5分の1において、指定通院医療機関に一時的に精神保健福祉法による入院が行われている。これまでも再入院を繰り返した事例が多だけに、一時的な入院がありうることを前提として、通院処遇の枠組みが再検討されるべきである。一時的な入院であっても、入院に伴う本人・家族の保険自己負担は重い。安易な長期入院は社会復帰を目的とした本法の趣旨に反するものであるが、逆に、国が責任をもって治療に当たること、さらに、対象者が法的に治療を受ける義務があることを勘案すれば、国費による入院は当然のことである。

## 3. 強制通院の枠組みの強化が必要

通院処遇にあっても、対象者は医療を受ける義務があり(第43条2項)、このことは、第111条の指定通院医療機関の保護観察所への通報義務の要件となり、また、対象者の「守るべき事項(第107条)」でも重要な要素である。このような強制通院の枠組みは、わが国では初めての試みである。諸外国では裁判所命令による強制通院は少なく、その効果も大きいことが報告されている<sup>2)</sup>。しかし、本法による強制通院の枠組みは、前節でも述べたように、指定入院医療機関への再入院以外は、指定通院医療機関の判断で行われており、保護観察所(社会復帰調整官)が強制通院の要になっているとはいえない。通院対象者の病状が悪化し、指定通院医療機関に一時的な入院が必要とされ、本人が病状の悪化を自覚し、自らの意思で入院を行う場合には問題はないが、本人の病識が欠如しているために、本人が入院を拒否した場合には、主治医の判断による医療保護入院か、あるいは、自傷他害の恐れがあれば措置入院とするしかない。指定通院医療機関への一時的入院も含め

て、病状悪化の場合には、精神保健観察の一環として、保護観察所が前面に立てるようにすべきである。

## 4. 国は通院医療に関する義務を果たしていない

強制的な医療を伴う精神保健観察では、それに見合った通院医療の充実が国に求められる。指定入院医療機関において医療の充実が図られたことと比較すると、その格差はあまりにも大きい。前述したように、わが国の地域精神科医療はなお貧困な状態にあるが、それでも、指定通院医療機関への補助は、「通院医学管理料」を基本として、いっそうの充実が図られるべきである。特に、訪問看護が主体となって大きな役割を果たしていることを考えると、訪問看護指導料の引き上げや交通費の免除等が必要になる。また、諸外国において行なわれているような司法精神に特化した包括的地域支援(ACT)も地域(都市部)によっては必要になるものと思われる。

## 5. 地域と連携が可能な指定入院医療機関の整備

全国で720床の指定入院病床を作るという整備目標は、現在、その計画実現に大幅な遅れを生じている。このために、小規格(5~7床)の入院病床が自治体病院を中心に整備されている。一般の精神科病床により密接した形で医療観察法医療が行われることになる。これらの小規格病棟は、地域への退院を促進するという観点からは重要な役割を果たすものと思われるが、各県に1カ所程度の設置がどれほど退院促進につながるかは疑問が残る。一定以上の人員基準をもつ指定通院医療機関では、特定病床第2項の適用を法的に裏付けていくことも必要であろう。また、小規格病棟では、医療内容に格差を生ずる可能性が高いので、指定入院医療機関の機能分化を進めて、各種の症状別、あるいは、治療内容の再検討の機能が果たせる病棟の整備が必要であろう。

## 6. 公的病院での長期療養を可能にすべきである

現状でも、指定入院医療期間内で3年以上にわたる入院を余儀なくされている対象者は少なくない。治療反応性が乏しい状況であっても、リスク

が高い場合には、そのまま継続して指定入院医療機関での治療を継続すべきであるが、リスクが低下し、精神保健福祉法の枠組みの中でも療養が可能であれば、各地域の公的病院の中での長期療養に移行させることも必要になるであろう。しかし、現状の公的病院は、急性期治療に特化しつつあるために、人員基準の高い長期型治療病棟については、ほとんど整備されていないのが現状である。公的病院に長期型の治療病棟を整備することも重要な要素と考える。

#### 7. 物質依存症者と性犯罪者を本法による通院処遇から除外する仕組みが必要

通院対象者では、統合失調症患者は60%台にとどまり、逆に物質使用障害については15%程度に及んでいる<sup>3)</sup>。物質使用障害であっても精神科医療の対象ではあるが、本法による通院処遇に適したものとは思われない。統合失調症等と並存したり、あるいは、幻覚妄想が容易に再燃したりする場合には、通院処遇の対象になるものと思われる。依存症症状のみが残遺している場合には、「再び使用するかもしれない恐れ」を理由とした本法のような強制通院の適用は許されるべきではない。これらの対象者が審判において安易に通院処遇となる傾向があることに危惧をおぼえる。しかし、他方では、禁絶処分など諸外国にあるような枠組みはわが国には存在していない。このために、わが国では違法薬物使用者や性犯罪者については、保護観察処分が併用されるような法的な工夫が必要と思われる。

### 3 諸外国における通院処遇

諸外国では、すでに地域医療中心に司法精神医療対象者が処遇されている。種々の問題点はあるにせよ、わが国が目指すべきシステムとして理解しておく必要がある。

#### 1. 英国における司法精神地域治療

英国の地域精神医療では、ケアマネジメントが重視されており、必ずPSWや看護師・保健師などがケアマネージャーとなったケアマネジメントを受けなければならない。これは、Care Program Approach (CPA)とよばれており、医療

と福祉の両面にわたってサービスを受けるときには、CPAを受ける必要がある。CPAには通常型と強力型(enhanced CPA)があり、頻回に入院を繰り返したり、病識がなく治療の継続が困難であったりする場合、さらには、司法精神医療を受けている場合には、強力型CPAが適用される。実際には、強力型CPAは全体の4分の1程度の数である。

強制的通院制度(Compulsory Treatment Order; CTO)はScotlandを中心に実施され、自傷他害の恐れのある患者において、指定の医療専門家がケアアセスメントを行い、その結果、通院による医療と支援が有効であり、さらに、緊急時対応できる保証(72時間以内に入院が可能)などを、裁判所において認められれば、強力型CPAまたはACTが実施される。これに対してロンドン地区では、司法精神患者に対しては、専門対応チーム(Community Forensic Mental Health Teams; CFMHTs)が活動する。主に強力型CPAが主体となるが、これを円滑に行うために、リスクアセスメントや多機関によるチーム(Multi-Agency Public Protection Arrangements; MAPPA)が関与している<sup>4)</sup>。

さらに英国では、入院医療から地域での生活までを橋渡しする中間施設が司法専用で作られている。入院中には、病棟の一部が改築された「Butler House」で生活訓練を受けることができるが、その後は、NPOが行う専用中間施設(New Hope Project)やグループホーム(Jigsaw House)でさらに長期間の生活訓練が行われている。中間施設の詳細はすでに報告してある<sup>1)</sup>。

#### 2. カナダ・アメリカにおける司法精神医療 ACT

カナダToronto市におけるACTは、職員一人当たり10人のケースロードで1チームが80人をフォローしている。トロント市内には数多くのACTチームがあり、地域精神科医療の中心はACTとなっている。この中でも、再発を繰り返したり、あるいは、司法精神医療の指定を受けている場合には、強制通院(CTO)を受けることが少なくない。CTOを受けている対象者と受けていない対象者を比較すると、CTOを受けている

方が再入院率は低く、CTOの有効性が示されている。ACTとCTOを併用することで、司法精神医療患者が支えられている。ACTはサービスの基本がアウトリーチ型であり、問題が生じた場合にも利用者宅に赴いて解決を図る、1人当たりのケースロードが10人以下でチームとして利用者を支えること、365日24時間にわたって対応できるなどがあげられる。ACTでは基本的に利用者のニーズに基づいて、ケア計画がたてられ、利用者の目指す目標を共有しながら実現化することが重要である。このために、受診援助だけではなく、生活全般の支援、金銭管理の支援、物質使用障害者への指導、さらには、就労にまで幅広く関わるが必要になる。スタッフも医師を含めて多職種で関わる必要がある。そして、病状が悪化し、利用者が服薬を拒否したりしても、説得はするが決して強制をすることはしない。著しく病状が悪化し、リスクが高まったときに、はじめて警察などに通報することで解決を図ることになる。これに対して、裁判所から強制通院命令(CTO)を受けている対象者では、治療(服薬も含めて)を受けざるを得ない事実があれば、行政当局係官の判断で入院処遇に移行することになる。

アメリカ・ニューヨーク市では、ACTチームを利用して強制通院の必要な人達がフォローを受けている。毎年10～15人がニューヨーク市裁判所の強制通院命令(Assisted Outpatient Treatment; AOT)の決定を受ける。対象となる人は「18歳以上、3年間に2回以上入院の病歴(または、過去4年間に1回以上の重大な問題行動がある)、本人にとって好ましいと思われる治療を受け入れない、AOTが効果的と思われる例であること」などが条件になり、決して司法精神医療だけのものではない。この法律は「Kendra's law」と呼ばれ、ニューヨーク市の地下鉄で精神障害者によってホームに突き落とされ死亡した女性の名前をとっている。AOTの適応か否かは、精神科医による診断とリスク評価をもとに、司法精神に特化された法廷で判断される。

### 3. 保護観察所との連携

欧米では、性犯罪者や麻薬常用者が多く、これ

らを地域司法精神の枠組みの中でみることは困難である。特に性犯罪者については、再犯が起こった場合の社会的な制裁が厳しく、医療モデルだけでフォローすることはできない。このために、保護観察所とその係官(保護観察官)が大きな役割を果たしている。

ロンドンでは、地域内に仮出所のための施設をもち、ここでは、あらかじめ定められた「遵守事項」が適切であるか、そして、本人が守れるかなどがチェックされる。遵守事項は対象者ごとに詳細に決められ、小学校の登下校時には外出が禁じられたり、あるいは、学校の何km以内は立ち入り禁止にされたりなどである。また、物質使用障害者については、週に1～2回の尿中薬物反応検査(口腔粘膜から検査する場合もある)を行うことが義務付けられる。

## 4 わが国の通院医療が目指すもの

わが国の通院処遇上の問題点と、諸外国で行われている通院処遇のためのシステムを比較すると、わが国が目指すべき通院処遇の将来像が明らかとなる。

### 1. 医療と福祉の枠を超えた支援体制の整備

ACTなどのように対象者の医療と生活全体を支えるシステムが基盤にあれば、通院処遇(強制通院)対象者の回復への効果は大きい。わが国では、ケアマネジメント型の支援体制の整備を目標として、訪問看護の交通費の免除や1回当たりの報酬の加算が必要になる。

### 2. 指定通院医療機関中心のケアマネジメント体制

ケアマネジメント型の支援体制を行うためには、医療と福祉的援助を包括的に医療機関が行う必要がある。ケアマネジメント体制の中心を指定通院医療機関側に移し、社会復帰調整官の役割を、精神保健観察に限定する必要がある。

### 3. 精神保健観察の強化が必要

病状が悪化した場合には、保護観察所が行う精神保健観察の役割は大きい。本人が拒否をしても、社会復帰調整官が強制的に受診を行わせることができるような法的整備が必要である。また、とき



には、社会復帰調整官の判断で一時的には指定入院医療機関への再入院も可能とすべきである。

#### 4. 保護観察所の役割強化

物質使用障害、特に、違法薬物の使用に関する問題、さらに、性犯罪者の監視については、保護観察所が第一義的に行うべきである。

#### 5. 指定通院医療機関等への入院も医療観察法入院とすべきである

一次休息、あるいは、一時的悪化時における指定通院医療機関への入院を、別枠の医療観察法入院として、法の中に明示すべきである。

#### 6. 指定通院医療機関の多職種チームの整備は国の責任

国は通院医療を整備する義務がある旨、法の中に記載すべきである。通院医学管理料を底上げして、医療観察法専属の多職種チームが配置できるようにすべきである。

そして、指定通院医療機関の機能を高めることは、最も効率的にわが国の地域精神科医療を高めることにつながるものと考えている。

#### 文献

- 1) 安藤久美子, 八木 深, 松原三郎ほか: 英国ロンドンにおける地域司法精神医療視察報告. 日精協誌 27: 1026-1037, 2008
- 2) 平成 20 年度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 研究分担者 松原三郎: カナダトロントにおける精神障害者の生活支援について. 2009
- 3) 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 平成 18 年度総括・分担研究報告書. 2007
- 4) Mohan R, Judge J, Fahy T: Community forensic psychiatry. Psychiatry 3: 11-14, 2004

## 5 おわりに

医療観察法では、種々の法的整備が必要である。

\* \* \*

卷頭言

医療観察法の将来像

松原 三郎

精神医学

第51巻 第12号 別刷

2009年12月15日 発行

医学書院


 巻頭言

# 医療観察法の将来像

松原三郎

「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(以下、医療観察法)」は、2005年7月15日から施行され、今年で4年を経過した。2008年12月末日までに1,330件の申し立てが行われ、審判の結果は、入院決定60%、通院決定19%、不処遇決定18%、却下3%である。また、12月末現在で通院処遇となった対象者は450人で、このうち、直接通院235人、入院からの移行通院215人、処遇終了66人、再入院4人である。

法の第1条(目的)にあるように、「その病状の改善及び同様の行為の再発の防止を図る」という点では、過去4年間に数名の対象者が傷害事件を起こしているが、これまでの措置入院で認められたように2年以内に40%近くが再入院してきた状況と比較すると、その効果は目を見張るものがある。医療観察法は確かに「病状の改善と再犯の防止」に大きな成果を上げている。それでは、医療観察法は、わが国の精神医療と司法体系の中で確固たる地位を得たといえるのだろうか？ 実際には多くの課題が積み残されたままであり、根本的な問題も含めて再検討すべき部分が多いと感じている。

医療観察法の付則には、施行後5年を経た時点(2010年7月)で実施状況を国会に報告することが記載されており、その報告に基づいて、法改正の必要性について議論が始まるものと予想される。2003年に激しい議論のうえでようやく成立した本法であるが、それだけにいくつもの妥協と矛盾を抱えざるを得なかった。来年には、医療観察法がより理想的な法体系となるように、多方面からの意見を集約しながら粛々と改正作業が進められるべきである。ここ

では、医療観察法の持つ問題点を医療に携わる立場から検討し、そのうえで、最終的に目指すべき将来像を描いてみたい。

①鑑定入院に関する規定が早急に必要：現法では、第34条37条に鑑定入院命令と鑑定事項に関する規定はあるが、鑑定入院中の治療や処遇に関しては一切記載されていない。鑑定入院中は病状も不安定であるので、対象者への治療と処遇については十分な配慮が必要である。また、鑑定内容を向上させるためには、鑑定入院医療機関を拠点化することはやむを得ないと考えられる。具体的には、鑑定時には、複数の精神保健判定医間での検討を義務付け、また、鑑定入院中に精神保健審判員が面接することも必要であろう。

②罪種によって対象者を規定することからリスクアセスメントへの脱却が必要：法第2条2項では、6罪種によって対象行為が規定されているが、このために、微罪でなおかつ一般医療でも十分に治療可能な対象者までも申し立てが行われている現状がある。逆に器物損壊や銃刀法違反などは申し立ての対象になっていない。罪種によって対象者を規定することには多くの矛盾をはらむために、本来は、対象者のリスクアセスメントに基づいて判定されるべきである。しかし、現状のリスクアセスメント手法をみると、対象者の判定をすべてリスクアセスメント方式に委ねることに躊躇する。手法のさらなる改良が必要である。まず、罪種を器物損壊・銃刀法違反にまで拡大し、その中で、リスクアセスメントを行って、リスクの低い対象者を外して不処遇とする必要がある。これによって、軽症な者までも対象者としてしまう問題を避けることができるのではないか。

③指定入院医療機関の整備は、医療観察法、矯正医療、長期重症者対策を含めて総合的な見地から行われるべきである：指定入院医療機関の整備は遅々として進まず、病床不足から特定病床の設置にまで追い込まれている。このまま整備が進んだとしても、合計 720 床で不足することは明らかである。今後、指定入院医療機関では、合併症、薬物依存併発者などへの対応を基本にして機能分化が求められるであろうが、それでも長期入院者の存在は避けられない。長期入院者の中で、リスクが低下して、より低い人員基準のもとで治療可能であるとすれば、地域の都道府県立病院での処遇が検討されるべきである。現在の精神科入院医療には、急性期治療と精神療養はあっても、長期重症者医療は欠落している。各都道府県立病院は、15～20 床程度の全室個室、看護基準 7 対 1 程度の、長期重症者に対して多職種でかかわることができる質の高い病棟を持つべきである。そして、この病棟に付設する形で、小規格型の指定入院医療機関が置かれるべきである。長期重症者への配慮も加えられた病棟の再編を加えなくては、多くの都道府県立病院が指定入院医療機関の開設に躊躇する現状を変えることは困難であろう。医療観察法病棟は、地域の都道府県立病院と連携することで、さらに機能が高まるものと考えている。さらに重要なことは、わが国では責任能力判定が大前提であり、治療可能性があったとしても責任能力があれば、矯正施設での処遇となる。矯正施設に入所中でも、慎重な治療反応性の判定を行ったうえで、反応性があるとすれば、一時的にしても医療観察法病棟で治療を行い、その間を刑期に参入するダイバジョン制度が必要ではないか。もちろん、矯正医療施設の充実も求められることはいうまでもない。

④通院医療の充実が早急に求められる：精神障害者に関する社会資源が不十分な状況で、また、十分にスタッフを配置できない廉価な通院医学管理料の中で、指定通院医療機関は犠牲的な努力を払って対象者に接している。このまま

対象者が増えていくことに大きな危惧を抱いている。医療観察法における通院医療では、訪問看護や居宅介護など、アウトリーチ機能がきわめて重要である。この点では、現在の指定通院医療機関が持つ機能は十分とはいえない。また、厚生労働省がとってきた「医療と福祉の分離」は通院処遇の中では、大きな矛盾を生んでいる。医療観察法の対象者では、対象者のための医療と生活支援は表裏一体であり、医療だけを指定通院医療機関が受け持つことはあり得ない。指定通院医療機関は専任の精神保健福祉士を置くなどして、医療と生活支援の双方に関与できるように財政的な配慮が必要である。指定通院医療機関の機能を高めることが、最も効率的に地域精神科医療を充実することにつながるものと考えている。この点では、アウトリーチ機能を持つ精神科診療所が補完型として参加することも大いに歓迎したい。

⑤指定通院医療機関への精神保健福祉法入院の国費化は重要：通院対象者の病状が悪化した時には、休息入院も含めて早めに指定通院医療機関で入院治療を行う。しかし、一定期間(3 か月間程度)の入院は国費で支払われるべきである。また、この制度の利用では、保護観察所社会復帰調整官がかかわる必要がある。精神保健観察では、法第 106 条で「医療を受けているか否か及びその生活の状況を見守る」「継続的な医療を受けさせるために必要な指導その他の措置を講ずる」とある。さらに、法第 107 条の守るべき事項があるが、このような緩やかな観察体制では、通院医療機関の負担は重い。前述の指定通院医療機関への一時的入院の国費化と連動して、精神保健観察の強化が望まれる。

以上、医療観察法の将来像を示してみたが、これらすべてをただちに実現することは困難を伴う。しかし、対象者自身の治療をいっそう促進し、同時に地域で働く精神保健関係者にとって受け入れやすいものであるための改善は行わなくてはならない。

(松原病院)

# 司法精神医学

---

海外視察報告

## ニューヨーク市における一般精神医療施策， 触法精神障害者医療施策

松原三郎，八木 深，村上 優，平林直次，  
土居正典，水留正流，池田太一郎

---

第5巻 第1号 2010年3月 (p.25～33)