

⑤審判期日の開催の有無、対象者、家族、関係者の参加要請の必要性、参加者について、それぞれへの確認事項についての検討

審判期日開催 (必要あり ・ 必要なし)

必要ありの場合 (対象者 ・ 家族 ・ 行政及び施設関係職員)

⑥審判期日での対象者(家族)、その他参加者への質問、確認事項等について

審判期日

[場所] A 地方裁判所 法廷、

[時間] 30 分程度

[参加者] 裁判官、精神保健審判員、精神保健参与員、社会復帰調整官、(付添人)
対象者、家族等

5. 医療観察法の処遇の判断

(「入院継続」 ・ 「通院処遇」 ・ 「処遇終了」)

理由

退院許可申立審判 カンファレンスと審判期日 Ver1.2 質問票対応

審判の概要 Part 1

医療観察法施行以降の当初審判方法・内容の推移

医療観察法施行以降の当初審判における方法等の推移 【表A-1】

当初審判において、カンファレンスは、行われているか	調査対象 都道府県数	ほぼ行われている	ほとんど行われていない	不明
調査月 2006年8月	31	3	20	8
	100.0%	9.7%	64.5%	25.8%
調査月 2009年9月	37	36	1	0
	100.0%	97.3%	2.7%	0.0%

医療観察法施行以降の当初審判における内容等の推移 【表A-2】

当初審判の傾向について、保護観察所の社会復帰調整官への聞き取り調査 ※調査2009年10月	調査対象 都道府県数	徐々に内容が充実してきている	あまり変わらない	徐々に内容が簡略化されている
この4年間のカンファレンスの傾向	27	21	5	1
	100.0%	77.8%	18.5%	3.7%
この4年間の審判期日の傾向	27	4	23	0
	100.0%	14.8%	85.2%	0.0%

「医療観察法の運用面の改善等に関する研究」
分担研究「司法精神医療に携わる精神保健参事員の養成と支援に関する研究」
分担研究代表者 三澤孝夫 国立精神・神経医療研究センター

医療観察法の審判傾向

当初審判では、
法施行当時(2005～2006年当時)に比べ、
2007頃より「カンファレンス(審判期日前・後協議)」が
質・回数とも大きく充実した。

退院許可申立審判においても、
退院許可申立て件数が増加し、また、指定入院医療
機関が各地域に出来たことにより、
2009年頃より、各地方裁判所において、「カンファ
レンス」、「審判期日」を行うことが多くなってきている

退院許可申立審判 Part 1

退院許可申立審判において、カンファレンスや審判期日が行われているか	調査対象 都道府県数※	カンファレンスや審判期日などが、ほぼ行われている	カンファレンスや審判期日などが、行われていない
調査月 2007年8月	9	1	0
調査月 2008年8月	16	2	1
調査月 2009年8月	17	2	6

※複数の地方裁判所が同一都道府県内にある場合があるため、都道府県数で算定。

「医療観察法の運用面の改善等に関する研究」
分担研究「司法精神医療に携わる精神保健参事員の養成と支援に関する研究」
分担研究代表者 三澤孝夫 国立精神・神経医療研究センター

カンファレンスの開催方法等

現在、地方裁判所で行われているカンファレンスは、
大きく二通りの開催方法がある

◇1.「審判期日」前に2回開催する

- ・初回は、30-40分程度で比較的短く、関係者の顔合わせ、審判概要等の情報の共有化、次回のカンファレンスに参考人などの参加を依頼するかなどを話し合う。
- ・2回目には、本格的協議

◇2.「審判期日」前に1回のみ開催する

- ・比較的長時間の協議を1回で集中的に行っていく
- ⇒この研修では、「審判期日」前に2回開催の方式で

審判の概要 Part 2

1事件でのカンファレンス回数	調査対象 都道府県数	標準で1回	標準で2回	不明	2回以上行うことも多い[再掲]
都道府県数	25	10	12	1	2
	100.0%	40.0%	48.0%	4.0%	8.0%

カンファレンスの開催時期	調査対象 都道府県数	標準的に「審判期日」前に	標準的に「審判期日」後に	不明	審判ごとで違い「審判期日」前・後、どちらも行っている[再掲]
都道府県数	25	24	1	0	12
	100.0%	96.0%	4.0%	0.0%	48.0%

「医療観察法の運用面の改善等に関する研究」
分担研究「司法精神医療に携わる精神保健参事員の養成と支援に関する研究」
分担研究代表者 三澤孝夫 国立精神・神経医療研究センター

初回(第1回)カンファレンス

【場所】 A地方裁判所ミーティングルーム

【時間】 40分程度

【参加者】 裁判官、精神保健審判員、精神保健参与員、社会復帰調整官、(付添人)

初回カンファレンス

1.退院許可申立て審判に関する各関連資料の検討、評価

【資料紹介】

- ◇『退院前基本情報管理シート』(指定入院医療機関 / 多職種チーム)
- ◇『処遇実施計画』(※含:クライシスプラン)(案)(保護観察所 / 社会復帰調整官)
※指定入院医療機関の担当者も『処遇実施計画』(含:クライシスプラン)(案)の調整過程、内容等に深く関わっており、実質的には、保護観察所の社会復帰調整官と指定入院医療機関の担当多職種チームで共同作成している。
- ◇『意見書』(保護観察所)※研修会場では未配布
※通常の場合、指定入院医療機関の意向と同様、『退院』後「通院」「処遇終了」となっている場合があるが、稀に、保護観察所は、『入院継続』を義務している場合がある、『意見書』による保護観察所の意向は必ずチェックする。

初回カンファレンス

1.退院許可申立て審判に関する各関連資料の検討、評価

『退院前基本情報管理シート』から

- ①「治療可能性」についての評価
- ②「疾病性」についての評価

『退院前基本情報管理シート』『処遇実施計画』(※含:クライシスプラン)(案)から

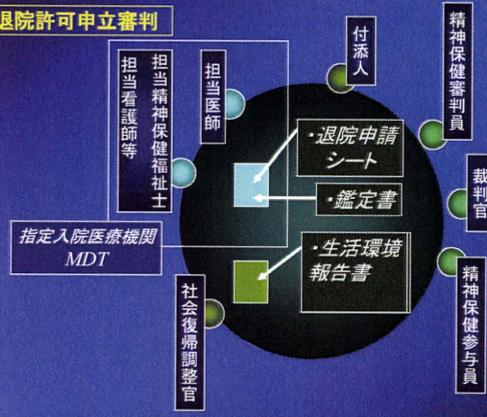
- ③「社会復帰要因」についての評価

『退院前基本情報管理シート』『処遇実施計画』(※含:クライシスプラン)(案)についての

- ④疑問点・確認事項 (あり・なし)
- ⑤「あり」の場合のその内容

カンファレンス会議(審判前 事前協議)

退院許可申立審判



初回カンファレンス

2.次回カンファレンスへの指定入院医療機関担当職員参加の必要性を検討

◇指定入院医療機関 担当職員参加の必要性 (あり・なし)

参加要望職種(Dr・PSW・Ns・CP・OT)

※「疾病性」、「治療可能性」について疑問点や確認事項があるときには、担当Dr

※「社会復帰要因」「地域調整」について疑問点や確認事項があるときには、PSW等の参加を考える

◇保護観察所 社会復帰調整官参加の必要性 (あり・なし)※通常参加

第2回 カンファレンス

【場所】 A地方裁判所ミーティングルーム、

【時間】 60分程度

【参加者】 裁判官、精神保健審判員、精神保健参与員、社会復帰調整官、(付添人)

必要な場合: 指定入院医療機関担当職員

審判の概要 Part 3

【表B-3】

カンファレンスの時間 ※一回あたりの平均時間	調査対象 都道府県数 計	30分未満	30分～ 60分未満	60分～ 90分未満	不明	120分以上を 超える時がある 【再掲】
	都道府県数	25	0	6	16	3
		100.0%	0.0%	24.0%	64.0%	12.0%
						16.0%

【表B-4】

カンファレンスの参加者 ※標準的に参加	調査対象 都道府県数 計	裁判官	精神保健審 判員	精神保健参 与員	検察官	付添人	鑑定医	社会復帰 調整官
	都道府県数	28	28	28	27	25	27	14
		100.0%	100.0%	100.0%	96.4%	89.3%	96.4%	50.0%
								32.9%

「医療観察法の運用面の改善等に関する研究」
分担研究「司法精神医療に携わる精神保健参与員の養成と支援に関する研究」
分担研究代表者 三澤孝夫 国立精神・神経医療研究センター

第2回 カンファレンス

3.各関係資料やカンファレンスでの担当職員の見解等を参考にし、下記の事項等を考慮した「疾病性」「治療可能性」「社会復帰要因」についての総合的な評価を行う

- ①「治療可能性」についての総合的な評価
- ②退院後の対象者の医療継続(通院意志、方法、援助者など)についての評価
- ③対象者病状悪化時の対象者自身や関係機関の対応計画についての評価
- ④対象者の退院予定地域での生活を想定した「疾病性」と「社会復帰要因(含:処遇実施計画(案))」の総合的な評価

第2回 カンファレンス

3.各関係資料やカンファレンスでの担当職員の見解等を参考にし、下記の事項等を考慮した「疾病性」「治療可能性」「社会復帰要因」についての総合的な評価を行う

- ⑤審判期日の開催の有無、対象者、家族、関係者の参加要請の必要性、参加者について、それぞれへの確認事項についての検討
 - ・審判期日開催 (必要あり ・必要なし)
 - ・必要ありの場合
 - ・(対象者 ・ 家族 ・ 行政及び施設関係職員)
- ⑥審判期日での対象者(家族)、その他参加者への質問、確認事項等について

第2回 カンファレンス

〈審判期日における役割等の事前打ち合わせ〉①

◆家族、援助者の参加依頼の提案

通常、審判関係者以外に、対象者、家族等が参加する

その他、必要な出席者がいれば裁判官に要望
※福祉事務所・保健所職員、その他関係者等

- ①「審判期日」で対象者、家族、援助者に意向等確認の上、最終的な判断を行う必要がある場合
- ②また、対象者、家族、援助者への確認事項がある場合

第2回 カンファレンス

〈審判期日における役割等の事前打ち合わせ〉②

◆「審判期日」時の

- ①質問内容や質問者を決めておく
 - 通常、一般的なこと→裁判官/医学的なこと→精神保健審判員
 - /福祉的なこと→精神保健参与員
- ②意向確認後の判断等を決めておく
 - (例)家族と関係機関が援助する意向なら「通院処遇」
- ③「審判期日」時の進行に関することを決める
 - 直接対象者に申し渡す/「審判期日」後に合議体で協議し、決定は、後日郵送するなど

審判の概要 Part 4

医療観察法施行以降の当初審判における審判期日内容等の推移
当初審判の傾向について、調査対象毎に内容 あり/変わら 推定に内容

この4年間のカンファレンスの傾向	27	21	5	1
	100.0%	77.8%	18.5%	3.7%
この4年間の審判期日の傾向	27	4	23	0
	100.0%	14.8%	85.2%	0.0%

【表C-1】

1事件での審判期日の回数	調査対象 都道府県数 計	標準で1回	標準で2回	不明	2回以上行うこ とも多い【再掲】
	都道府県数	25	25	0	0
		100.0%	100.0%	0.0%	0.0%

【表C-2】

審判期日の時間 ※一回あたりの平均時間	調査対象 都道府県数 計	30分未満	30分～ 60分未満	60分～ 90分未満	不明	120分以上を 超える時がある 【再掲】
	都道府県数	25	0	12	10	3
		100.0%	0.0%	48.0%	40.0%	12.0%
						8.0%

「医療観察法の運用面の改善等に関する研究」
分担研究「司法精神医療に携わる精神保健参与員の養成と支援に関する研究」
分担研究代表者 三澤孝夫 国立精神・神経医療研究センター

審判期日

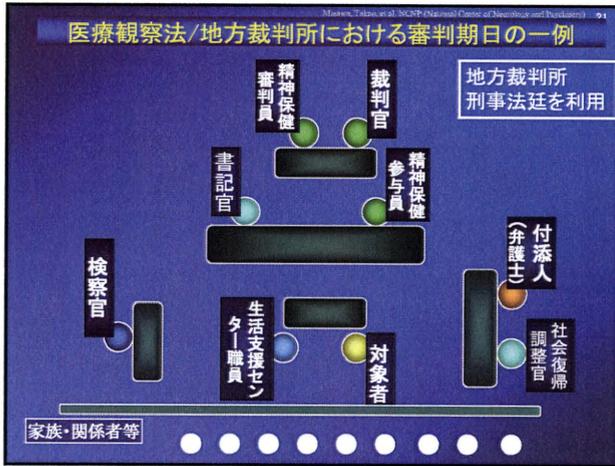
[場所] A地方裁判所 法廷、

[時間] 30分程度

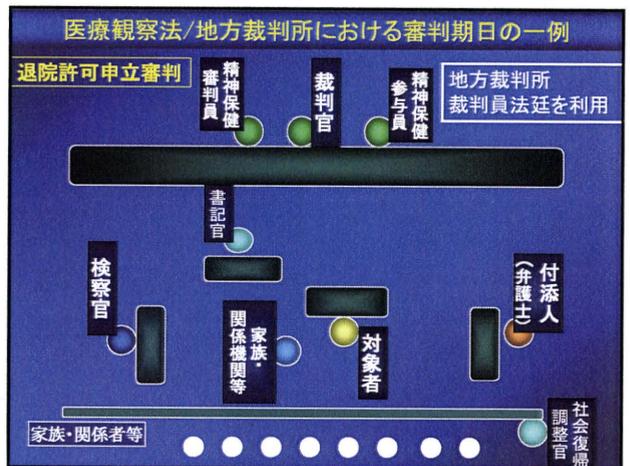
[参加者] 裁判官、精神保健審判員、精神保健
 参与員、社会復帰調整官、(付添人)
 対象者、家族等



医療観察法/地方裁判所における審判期日の一例



医療観察法/地方裁判所における審判期日の一例



審判期日

■質問内容→質問者

通常、全般的なこと→裁判官/
 医学的なこと→精神保健審判員/
 福祉的なこと→精神保健参与員

処遇の判断

5. 医療観察法の処遇の判断

医療観察法の処遇の判断

(「入院継続」・「通院処遇」・「処遇終了」)

理由()

《決定》

- ①直接対象者に申し渡す、或いは、
- ②「審判期日」後に合議体で協議し、決定は、後日郵送する

当ではまる口にチェック、および()に該当する語句等をご記入下さい。

■「当初審判」について

調査対象期間 平成21年11月1日～平成22年10月31日

上記の保護観察所における当初審判件数()件【期間内最終件数】※平成21年11月1日～平成22年10月31日

終結事由 入院決定()件/ 通院決定()件/ 不処遇決定()件/ 却下決定()件/ 申立取り下げ()件

※上記調査期間内における各保護観察所所在地での、当初審判全般の状況についてお聞きします

【1】 当初審判において、地方裁判所では、カンファレンス(審判期日前・後の協議)は、行われているか ※目安として	①一部の例外を除き 全て行われている 約100%	②ほぼ行われている 約70%以上	③ある程度行われている 約70%未満～50%以上	④あまり行われていない 約50%未満～30%以上
	⑤ほとんど行われていない 約30%未満～1%以上	⑥全く行われていない 0%		
【1】の回答欄 (上記の選択肢①～⑥の中より一つお選びください)	□①、 □②、 □③、 □④、 □⑤、 □⑥			

※ 以下【2】～【6】は、【1】で①～⑤と答えた方への質問です

【2】 当初審判において、開催されるカンファレンス(審判期日前・後の協議)の標準的な開催時期について	①ほとんど「審判期日前」前に開催される	②「審判期日」前と後の開催が、ほぼ同じくらい	③ほとんど「審判期日」後に開催される
	【2】の回答欄(上記の選択肢①～③の中より一つお選びください)		
□①、 □②、 □③、			

【3】 当初審判において、開催される1事件あたりのカンファレンス(審判期日前・後の協議)の標準的回数	①1度程度 約70%以上が1度	②1度と2度が、ほぼ同数 1度と2度が、ともに40～60%程度	③2度程度 約70%以上が2回度	④3度以上行うことも多くある 3度以上行うことが約30%以上ある
	【3】の回答欄(上記の選択肢①～③の中より一つお選びください)	□①	□②	□③
※併せて④の問いについて□Yes、 □Noでお答えください 上記の①を選択した方は、【4】のみお答えいただき、 上記の②と③を選択した方は、【4】と【5】の質問ともにお答えください				

【4】 【1】 《初回(1回目)カンファレンスの概要》 ※【3】で①を選択した方のみ 当初審判において、開催される初回カンファレンスの内容 【4】-【1】の回答欄 右記	□①自己紹介、事件概要の説明等、関係者の顔合わせ的な要素が強い □②責任能力、入通院の必要性など、本格的な協議となる場合が多い □③上記①と②のどちらの場合もある
【2】 カンファレンス時の使用する資料等【複数回答可】《初回(1回目)カンファレンス》 【4】-【2】の回答欄 右記	□①一件記録 □②鑑定書 □③生活環境調査結果報告書 □④その他()
【3】 標準的開催時間《初回(1回目)カンファレンス》 【4】-【3】の回答欄 右記	□①30分未満 □②30～60分未満 □③60～90分未満 □④90分以上

【5】 【1】 《2回目以降のカンファレンスの概要》 ※【3】で②か③を選択した方のみ 当初審判において、開催される初回カンファレンスの内容 【5】-【1】の回答欄 右記	□①自己紹介、事件概要の説明等、関係者の顔合わせ的な要素が強い □②責任能力、入通院の必要性など、本格的な協議となる場合が多い □③上記①と②のどちらの場合もある
【2】 カンファレンス時の使用する資料等【複数回答可】《2回目以降のカンファレンス》 【5】-【2】の回答欄 右記	□①一件記録 □②鑑定書 □③生活環境調査結果報告書 □④その他()
【3】 標準的開催時間《2回目以降のカンファレンス》 【5】-【2】の回答欄 右記	□①30分未満 □②30～60分未満 □③60～90分未満 □④90分以上

【6】 当初審判におけるカンファレンスの参加者 ※1回目および2回目等の回数に関係なく 以下の参加者の当初審判におけるカンファレンスの参加状況について、右記の選択肢①～⑥の中より、それぞれ一つお選びください	①一部の例外を除き 全て参加している 約100%	②ほぼ参加している 約70%以上	③ある程度参加している 約70%未満～50%以上	④あまり参加していない 約50%未満～30%以上
	⑤ほとんど参加していない 約30%未満～1%以上	⑥全く参加していない 0%		
【1】 【6】-【1】の回答欄 【付添人】について	□①、 □②、 □③、 □④、 □⑤、 □⑥			
【2】 【6】-【2】の回答欄 【鑑定医】について	□①、 □②、 □③、 □④、 □⑤、 □⑥			
【3】 【6】-【2】の回答欄【精神保健参与員】について	□①、 □②、 □③、 □④、 □⑤、 □⑥			

平成22年度 医療観察制度審判概要等調査シートVer1.5 Part 2【退院許可申立て審判】

当ではまる□にのみチェックを行い、および()に該当する語句等をご記入下さい。

各保護観察所の所在地都道府県での医療観察法審判状況について、お伺いいたします。

調査対象期間【注意】「Part 1【当初審判】」と調査期間が違っています

平成17年7月15～平成22年10月31日※法施行より今までの状況について

※上記調査期間内における退院許可申立て審判全般の状況についてお聞きします

【期間内最終件数】	退院決定	処遇終了決定	継続決定	その他
当該調査期間内に、上記保護観察所が担当した対象者のうち、指定入院医療機関から退院許可申立があったものについて、その審判決定は、どのようになりましたか？	()件	()件	()件	()件

■保護観察所の所在地の地方裁判所における【退院許可申立審判】について

7.	保護観察所所在地の地方裁判所において退院許可申立て審判のカンファレンス(審判期日前・後の協議)は、行われているか ※目安として	①一部の例外を除き全て行われている 約100%	②ほぼ行われている 約70%以上	③ある程度行われている 約70%未満～50%以上	④あまり行われていない 約50%未満～30%以上
	保護観察所所在地の地方裁判所において退院許可申立て審判のカンファレンス(審判期日前・後の協議)は、行われているか ※目安として	⑤ほとんど行われていない 約30%未満～1%以上	⑥全く行われていない 0%	⑦不明	⑧指定入院医療機関が無いため、申立て自体がない
【7】の回答欄 (上記の選択肢①～⑦の中より一つお選びください)					
8.	そのようなカンファレンスが、行われ始めたのは、いつ頃からですか ※【7】の回答で①～⑤を選択した方のみお答えください 【8】の回答欄 右記	□①平成17年7月～平成18年12月頃から □②平成19年1月～12月頃から □③平成20年1月～12月頃から、 □④平成21年1月～12月頃から、 □⑤平成22年1月～10月頃から			
9.	カンファレンス時の使用する資料等【複数回答可】 ※【7】の回答で①～⑤を選択した方のみお答えください 【9】の回答欄 右記	□①退院前基本情報管理シート □②意見書 □③処遇実施計画書(案) □④その他()			
9.	保護観察所所在地の地方裁判所において退院許可申立て審判で対象者が参加する審判期日は、行われているか ※目安として	①一部の例外を除き全て行われている 約100%	②ほぼ行われている 70%以上	③ある程度行われている 70%未満～50%以上	④あまり行われていない 50%未満～30%以上
	保護観察所所在地の地方裁判所において退院許可申立て審判で対象者が参加する審判期日は、行われているか ※目安として	⑤ほとんど行われていない 30%以下～1%以上	⑥全く行われていない 0%	⑦不明	⑧指定入院医療機関が無いため、申立て自体がない
【9】の回答欄 (上記の選択肢①～⑦の中より一つお選びください)					
10.	【10】の回答欄 ※【9】の回答で①～⑤を選択した方のみお答えください それは、いつ頃からですか	□①平成17年7月～平成18年12月頃から □②平成19年1月～12月頃から □③平成20年1月～12月頃から、 □④平成21年1月～12月頃から、 □⑤平成22年1月～12月頃から			
11.	退院許可申立て審判におけるカンファレンスの参加者※【7】の回答で①～⑤を選択した方のみお答えください 以下の各参加者の退院許可申立て審判におけるカンファレンスの参加状況について、右記の選択肢①～⑦の中より一つお選びください	①一部の例外を除き全て参加している 約100%	②ほぼ参加している 約70%以上	③ある程度参加している 約70%未満～50%以上	④あまり参加していない 約50%未満～30%以上
		⑤ほとんど参加していない 約30%未満～1%以上	⑥全く参加していない 0%	⑦不明	
【11】-【1】の回答欄 【付添人】について					
【11】-【2】の回答欄 【社会復帰調整官】について					
【11】-【3】の回答欄 【指定入院医療機関職員】について					
【11】-【4】の回答欄 【精神保健参与員】について					

■保護観察所の所在地の以外の地方裁判所における【退院許可申立審判】について

11.	保護観察所の所在地の以外の地方裁判所における【退院許可申立審判】について、「カンファレンス」あるいは「審判期日」に参加した経験がありますか【複数回答可】 回答欄 右記	□①「カンファレンス」に参加したことがある	□②「審判期日」に参加したことがある	□③調査等その他で参加	
	それは、どの地方裁判所の審判でしたか ※複数回答可 回答欄 右記	□①東京地裁 □②千葉地裁 □③那覇地裁 □④横浜地裁 □⑤()地裁 □⑥()地裁 □⑦()地裁 □⑧()地裁 □⑨()地裁 □⑩()地裁	□①東京地裁 □②千葉地裁 □③那覇地裁 □④横浜地裁 □⑤()地裁 □⑥()地裁 □⑦()地裁 □⑧()地裁 □⑨()地裁 □⑩()地裁	□①東京地裁 □②千葉地裁 □③那覇地裁 □④横浜地裁 □⑤()地裁 □⑥()地裁 □⑦()地裁 □⑧()地裁 □⑨()地裁 □⑩()地裁	□調査 □その他 内容等(自由記載)

これで、このアンケートは、全て終了です。ご協力ありがとうございました

研究成果の刊行に関する一覧表

研究成果の刊行物・別刷

研究成果の刊行に関する一覧表

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
山本輝之	司法精神医学の法的課題 —心神喪失者等医療観察法を中心に—	臨床精神医学	39(10)	1299-1304	2010
松原三郎	触法精神障害者の地域ケアは いかにあるべきか	臨床精神医学	39(10)	1321-1328	2010
八木 深	「悪いこと」をしても責任を問えない場合があるの？ —精神障害者の責任能力について—	医 療	64(3)	171-176	2010
八木 深	医療観察法生成 22 年再検討を見据えた意見集約	医 療	64(3)	209-212	2010
山本輝之	心神喪失者等医療観察法の見直しに向けて —法的問題点—	法と精神医療	25	84-96	2010
八木 深	医療観察法の幕開け前から本番への一経験 —疑心暗鬼と「坂の上の雲」—	法と精神医療	25	97-110	2010

特集 

司法精神医学の法的課題 —心神喪失者等医療観察法を中心に—

山本輝之

Key Words

心神喪失者等医療観察法, ポリス・パワー, パレン
ス・パトリエ, 責任能力, 治療反応性

1 はじめに

(1)わが国では、2003年に、「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に関する法律」(以下、「医療観察法」という)が制定・公布され、2005年7月から施行された。これは、殺人、放火、強盗、強制わいせつ、傷害という重大な他害行為を行ったが、不起訴処分になった心神喪失者、心神耗弱者または責任無能力を理由として無罪の確定判決を受けた者あるいは限定責任能力を理由として自由刑の執行を免れた者(以下、「対象者」ということもある)に対し、適切な処遇を決定するための手続きなどを定めることにより、継続的かつ適切な医療ならびにその確保のために必要な観察および指導を行うことによって、その病状の改善およびこれに伴う同様の行為の再発の防止を図り、その社会復帰を促進することを目的として、制定されたものである(医療観察法1条)。

(2)これまで、わが国においては、重大な犯罪を行ったが、不起訴処分になった精神障害者またはその疑いがある者、責任無能力を理由と

して無罪の確定判決を受けた者または限定責任能力を理由として自由刑の執行を免れた者は、刑事司法の手続きからははずされ、検察官の通報により、精神保健福祉法25条、29条に基づいて、措置入院の手続きがとられることになっていた。しかし、以前から、重大な犯罪行為を行ったにも関わらず、精神障害を理由に司法による責任追及が行われないのは不当である、また、措置入院制度は、このような精神障害者の再犯を防止するためには十分ではない、このような事態に対応するためには、彼らに対して刑罰に代えて保安処分を科すことができるよう刑法を改正すべきである、という見解が主張されてきた^{1,2,4,5)}。

1974年には、法制審議会が、精神障害によって禁固刑以上の犯罪を行った者について保安上必要があると認められる場合には、法務省が設置する保安施設に収容し、治療および看護のために必要な措置を行うという治療処分と、アルコール依存、薬物依存などにより禁固刑以上の犯罪を犯し、保安上必要があると認められる場合には、保安施設に収容し、依存状態を除去するために必要な措置を講じるとする禁絶処分と

Various legal problems of the Act for the Medical Treatment and Supervision of Insane and Quasi-insane Persons who Caused Serious Harm

YAMAMOTO Teruyuki 明治学院大学法学部 [〒108-8636 東京都港区白金台 1-2-27]

いう2つの処分を内容とする保安処分制度の導入を盛り込んだ改正刑法草案を提案した。しかし、①精神障害者の将来の危険性を予測することは困難である、②不確かな危険性を根拠として精神障害者に処分を科すことは彼らを不当に差別することになり、人権侵害に結び付く、③保安施設における医療は、保安を重視せざるを得ないから、治療関係を成立させることが困難であるということなどを主な理由とする日本精神神経学会、日本弁護士連合会などの反対により実現しなかった³⁾。

その後、1981年には、法務省が、保安処分の対象者を、殺人、放火、強盗、強姦、強制わいせつ、傷害の、いわゆる「六罪種」を行った者に限定する「保安処分制度(刑事局案)の骨子」を発表したが、やはり反対が強く、実現には至らなかった。その後、1987年に、精神衛生法を改正して精神保健法を制定するという改正が行われた。これは、1984年3月に、宇都宮病院で、入院患者を看護職員が金属パイプで殴打し、死亡させるという事件が起こり、わが国の精神医療全体が海外から強く非難され、国連の場においても激しく非難されたことから、当時の精神衛生法の名称を変更して、精神保健法に改め、その際、任意入院制度、精神保健指定医および精神医療審査会制度の創設を柱とする改正を行った。このような状況において、精神障害者に対する司法的対応が存在しないのに、彼らの人権の保護のばかりを厚くするというのは具合が悪いのではないかと、精神障害者で処遇の困難な者に対して特別な処遇を行う制度を設けるべきではないかという意見が強く出されるようになった。これを受けて、1989年から、厚生科学研究による「精神科領域における他害と処遇困難性に関する研究」(いわゆる道下研究)が出され、その結論を受けて、公衆衛生審議会が1991年に中間意見を出した。その内容は、処遇困難患者の処遇について、法律の改正によってではなく、措置入院の運用によって対応しようというものであった。当時の言葉で、「ウルトラ措置」

と呼ばれ、それは、処遇困難患者の処遇の改善を図るために、国立または都道府県立の精神科病院に専門病棟を整備して、これらの者に対して特別な医療を行おうという提案であった。しかし、これも強い反対運動にあって挫折した。しかし、その後も、重大な犯罪を行った精神障害者の再犯を防止するため、特別な処遇制度を設けるべきであるとする要望が日本精神科病院協会などを中心に強く出され、1999年の精神保健福祉法の改正の際に、衆議院厚生委員会において、「重大な犯罪を犯した精神障害者の処遇のあり方について、幅広い観点から検討を早急に進めること」という附帯決議がなされた。

これを契機として、2001年1月29日に、重大な犯罪を犯した精神障害者が犯罪を繰り返さないようにするための対策をさまざまな観点から協議・検討することを目的とした法務省・厚生労働省による合同検討会が設けられた。

このような状況の中で、2001年6月8日に、精神科病院に入退院を繰り返していたAが、大阪教育大学附属池田小学校に侵入し、児童8名の刺殺を含む、23名を殺傷するという衝撃的な事件が起こった。そして、Aは、それより2年以上前に傷害事件を起こしたが、そのときは措置入院させられ、約40日後に退院させられていたが、結果的に起訴猶予処分になっていたという事実が、事件後判明した。これを契機として、法務省、厚生労働省により急速「法律案」が作られ、2003年7月に、医療観察法が制定・公布され、2005年7月から施行された。

本稿は、この法律をめぐるこれまで指摘されてきた問題のいくつかを取り上げ、理論的な整理を行うことを目的とするものである。わが国で指摘されている問題の多くは、アメリカ、カナダをはじめとする諸外国においてもこれまで議論の対象となってきたものであると思われる。

2 医療の強制的根拠

(1) まず、医療観察法は、対象者に対し、入

院による医療、入院によらない医療という処遇を強制することができるとしているが、なぜそのようなことが許されるのか、その正当化の根拠が問題となる。

これまで、精神障害者に医療を強制できる根拠については、英米法の下で、次のような2つの考え方が存在した。わが国での議論もこれを枠組みとして展開してきた。その1つは、精神障害者の再犯の危険性を根拠とするポリスパワーといわれるもので、それは、精神障害者の行う反社会的な行為から社会を防衛するため、そのような行為を行うおそれのある精神障害者の自由を拘束することが許されるのだとする考え方である。もう1つは、自己の医療的利益を選択する能力が欠如・減退している精神障害者には、国が親代わりとなって彼にケアをしてやるのであり、そのために彼を強制的に入院させることが許されるのだとする考え方である。これをパレンスパトリエという。

(2)現在、医療観察法における強制処遇の正当化根拠をめぐっても、それをポリスパワーに求める見解とパレンスパトリエに求める見解とが対立している⁶⁾。そして、このような見解の対立は、医療観察法の法的性格をどのように理解するかということと関連している。前者の見解は、医療観察法を保安処分法的性格と理解するのに対して、後者の見解は、医療観察法はあくまでも精神保健福祉法と同質の精神医療法であると理解するのである。

このうち、前者の考え方は、やはり妥当ではないように思われる。まず第1に、精神障害者の再犯の可能性を予測することがそもそも可能かという問題がある。確かに、それはある程度は可能かもしれないが、それが精神障害者の自由を制限することを正当化するほどのものであるかは疑問であるように思われる。第2に、それが仮に可能だとしても、健常者については犯罪を行う危険性を根拠として隔離・拘束することが許されないのに、精神障害者の場合にはそれが許されるというのは不均衡であり、憲法14

条の法の下での平等に反することになるように思われる。

このようなことからするなら、医療観察法においても対象者に強制的に処遇を行うことが許される根拠は、一般の精神科領域における強制入院と同じく、対象者に医療的利益を与えというパレンスパトリエの原理であると考えべきであるように思われる。医療観察法が、法案の段階では、対象者に対して処遇をいい渡すことができる要件について、「対象者に再び対象行為を行うおそれがあると認められる場合」という書きぶりであったのを、「おそれ」という文言は保安を優先させる印象を与えるということで、この文言を削除したのは、そのことを明確に示そうとしたものであると思われる。

3 検察官の権限と捜査段階の簡易鑑定

(1)わが国の刑事司法においては、起訴・不起訴の判断について、検察官に極めて広範な裁量を与えている。すなわち、検察官は、被疑者が有罪であると考えられる場合にも、被害の程度、彼の行状などを考慮して、あえて起訴を行わないという処理を行うことが許されている。また、起訴を行う権限は、原則として検察官にのみ認められている。

医療観察法の処遇の申し立ての仕組みもこれに全面的に依拠している。同法の対象者は、心神喪失または心神耗弱を理由として不起訴になった者、あるいは裁判で自由刑の執行を免れた者であるが、このような者について、医療観察法の申し立てを行うのも、検察官にだけ許されている。このように、わが国においては、このような精神障害者に刑罰でのぞむか、医療観察法の処遇を行うか、それとも精神保健福祉法の措置入院に回すかを決定する権限は、検察官だけが有しているのである。

(2)検察官は、被疑者の精神状態を評価するため、通常、精神科医に簡易鑑定を依頼する。これは、2～3時間程度の面接で精神状態につ

いての判断を行うもので、これによって、精神障害の迅速なスクリーニングが可能になっている。しかし、この簡易鑑定のレベルにばらつきがあるという指摘もある。そのため、誤った簡易鑑定が行われることもあり、それに基づいて検察官が責任能力に問題があるとして不起訴にした場合、不適切な事案が医療観察法による処遇の方に回ってくることもある。また、精神医療関係者からは、検察官は簡易鑑定に基づいて安易に不起訴処分にして医療観察法の方に回しているのではないかと、問題を精神医療に丸投げしているのではないかと批判も強く出されているところである。さらに、このように、わが国の医療観察法においては、検察官が対象者に対する処遇を決定する権限をすべて握っているため、対象者に対する検察官の刑事政策的考慮を、治療の必要性という医療的判断に優先させるおそれがあり、彼に適切な治療を与えることができなくなるのではないかと懸念も指摘されている。

(3)このような精神障害者に刑罰で対応すべきか、それとも医療的な処遇でのぞむのが適切かという問題は、犯罪を行った少年に対する処遇をどのようにすべきか、ということと同質の問題が存在している。このようなことから、学説においては、このような精神障害者の処遇を決定するについても、専門の鑑定人を擁する少年鑑別所のような、検察官とは別の医療専門機関を積極的に関与させる制度、例えば、対象者を簡易鑑定に回すのではなく、すぐに全権を専門の医療機関に送致し、そこで、精神科医などが専門的な鑑定を行い、刑事訴追が妥当か、それとも医療観察法による医療的処遇でのぞむのが妥当かを決定する、という制度に改めるべきであるという提案がなされている⁷⁾。以上のような制度改正は、今後検討に値するものであるように思われる。

4 責任能力処置の申し立てとのリンクは必要か

(1)医療観察法では、重大な他害行為を行った精神障害者が心神喪失、心神耗弱者を理由として自由刑の執行を免れたときにはじめてこの法律による処遇の申し立てが行われるという枠組みになっており、責任能力をこの法律による処遇の申し立てとが完全にリンクしている。すなわち、この法律は、対象者が自由刑の執行を免れたときにはじめて治療の方に移行させるという理念でなり立っており、刑罰の執行に代えて治療を与えるという考え方ではないのである。

しかし、精神障害者の将来の犯罪を予防し、彼の社会復帰を可能とするという医療観察法の目的からするならば、そのための適切な処遇を行うということと彼に責任能力があるか否かということとは本来関係がないはずである。諸外国では、責任能力の有無に関わらず、犯罪を犯した精神障害者に対して、彼に責任能力があるとして刑罰を科す場合であっても、治療が必要な場合には、刑罰を執行する前に医療の方へ移行させ治療を行う、あるいは刑罰に代えて医療の方へ移行させ治療を行うということが幅広く認められている。わが国においても、今後は、責任能力と医療観察法における処遇とのリンクを外し、重大な他害行為を行った精神障害者で治療の必要な者については、まず、この法律による治療を行い、その後に刑罰を執行するというような制度の導入も検討してよいのではないと思われる。

(2)また、以上のことと関連して、医療観察法の下でも、刑事施設内の精神医療の問題は依然として改善されないという問題が残っている。前述したように、医療観察法では、重大な他害行為を行った者の責任能力と検察官による処遇の申し立てがリンクしており、彼が自由刑の執行を免れた場合にのみ、医療観察法による処遇に回される仕組みになっているため、刑務

所で受刑中の精神障害者は、この法律に基づいて創設された指定入院医療機関において治療を行う対象には含まれてはいないのである。しかし、諸外国においては、指定入院医療機関のような特別な医療機関に、受刑中の精神障害者を移送し、刑期の範囲内で治療を与えるということが行われている⁸⁾。このような制度は、犯罪を犯した精神障害者に早期に治療を与え、彼の改善を図るという意味で極めて有意義なものであると思われる。

5 治療反応性

(1) 医療観察法では、対象者に「治療反応性」がある場合にのみ、この法律による処遇を行うことができるものと一般的に理解されている。そして、この治療反応性は、単に治療可能性の有無をいうのではなく、治療者の治療に、一定程度の水準で反応できるかという総合判断を示す言葉であると解されている。このことから、精神医療関係者においては、一般的に、医療観察法の医療は、統合失調症の対象者が主なターゲットであり、治療反応性に乏しいパーソナリティ障害者、知的障害者、発達障害に罹患している者などについては、この法律の対象とすべきではないとする考え方が強いようである。

しかし、医療観察法の運用として、以上のような理解で処遇を行っていく場合に問題になるのは、わが国の場合、これらの者に対する適切な受け皿が存在しないということである。例えば、現実には、パーソナリティ障害、知的障害、発達障害が主診断であるような場合には、ほとんどの場合、完全責任能力または心神耗弱とされ、結局は刑務所に行く例が多いものと思われるが、刑務所においては心理プログラムなどが充実しているわけでもなく、また、医療刑務所での処遇にも限界があり、刑務所が彼らの適切な処遇の場であるとはいえない。

(2) これに対し、諸外国、例えば、アメリカ、カナダなどにおいては、パーソナリティ障害者

に対しても積極的に治療を実践しているようである。また、わが国の精神医療関係者の中でも、知的障害、器質性精神障害者、パーソナリティ障害者も含めて、「治療反応性」がない精神障害者はいないし、また「治療反応性」は治療によって高められていくべきであり、速効性の治療効果が期待できず、短期間に社会復帰できるまで回復する可能性がない対象者であっても、医療観察法による治療を受けるべき機会を与えるべきである、という考えが主張されている⁹⁾。

前述したように、医療観察法における処遇を与える根拠が対象者に医療的な利益を与えるということであることからするならば、積極的に治療反応性があることが証明されない限り、医療観察法の処遇の対象とすべきではないとするのではなく、「疑わしきは医療に」という原則に基づいて、このような者についても、医療観察法における指定入院医療機関において手厚い処遇を行い、本人に治療へのインセンティブを与えるような処遇をするという選択肢も考えられてよいように思われる。

参考文献

- 1) 加藤久雄：現行措置入院制度による触法精神障害者処遇の現状と課題について—高度に危険なパーソナリティ障害犯罪者に対する刑事法上の対応を中心にして。現代刑事法3巻：64，2001
- 2) 加藤久雄：人格障害犯罪者と社会治療。成文堂，東京，p3，2002
- 3) 大谷 實：保安処分 の現状と論点。ジュリスト772：16，1982
- 4) 山上 皓：触法精神障害者の法的処遇とその問題点。精神科治療学11：1037，1996
- 5) 山上 皓：我が国における触法精神障害者処遇の現状と問題点。精神経誌102：15，2000
- 6) その詳細については、山本輝之「心神喪失者等医療観察法における強制処遇の正当化根拠と『医療の必要性』について—最高裁平成19年7月25日決定を契機として」精神科医療と法（2008年）132頁以下を参照
- 7) 町野 朔：『与党PT案』をのぞく。日本精神病院協会雑誌21（2）：165，2002
- 8) そのような施設として、私も以前視察したことのある、アメリカ・カリフォルニア州にあるア

タスカデロ州立病院 (Atascadero State Hospital) がある。それについての、詳細な説明については、小西聖子、柑本美和「カリフォルニア州の犯罪に対する精神医療」日本精神病院協会雑誌 20 巻 19 号 (2001 年) 88 頁以下参照。

- 9) 例えば、東京都立松沢病院の田口寿子先生は、確かに、人格障害の治療は困難であるといわれている。しかし、実務上「治療反応性」という基準は、治療による改善にかなりの時間を要する人格障害などの対象者を除外するためのものと理解されているが、このような社会復帰に著しく時間のかかることが予想される対象者を、

今まで通り一般精神医療が抱え込むしかないのであれば、医療観察制度の存在意義が問われる、知的障害者、器質性精神障害者、人格障害者も含めて「治療反応性」がない精神障害者はいないし、また「治療反応性」は治療によって高められていくべきであり、速効性の治療効果が期待できず、短期間に社会復帰できるまで回復する可能性がない対象者であっても、医療観察法による治療を受ける機会を与えるべきである、と指摘されている。田口寿子『『心神喪失者等医療観察法』施行一年を迎えて』こころの科学 130 号 (2006 年) 8 頁。

Summary

Various legal problems of the Act for the Medical Treatment and Supervision of Insane and Quasi-insane Persons who Caused Serious Harm

YAMAMOTO Teruyuki

In Japan the 'Act for the Medical Treatment and Supervision of Insane and Quasi-insane Persons who Caused Serious Harm' was enacted in July 2003, and has been in effect since July 2005.

The act establishes a new judicial system to enable courts to decide appropriate treatments for persons who commit murder, arson, rape, indecent assault, robbery and bodily injury in a state of insanity or quasi-insanity, and sets out provisions to promote the appropriate and continuous treatment for them.

The act had started for the past few years. Evidences clearly brought out threw legal problems into relief. They will be considered in my paper.

特集***

触法精神障害者の地域ケアはいかにあるべきか

松原三郎

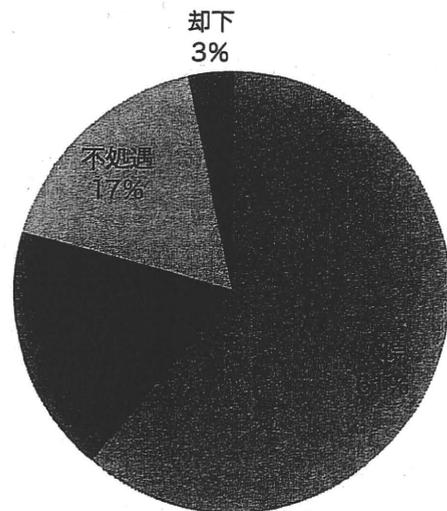
Key Words

医療観察法, 指定通院医療機関, 処遇の実施計画

1 はじめに

厚生労働省の報告では、2010年3月1日の時点では、1,702件の医療観察法の申し立てが行われている。取り下げられた10件と鑑定中の73件を除く1,619件の審判の状況は図1に示すとおりである。ここでは、入院決定と通院決定の比は約3対1である。さらに、入院決定を受けた対象者のうち同日までに退院許可を受けた者は517人に達している。

他方、法務省保護局の報告では、2009年12月31日の時点では、381人が退院許可を受けており、通院決定の286人と合わせると667人が通院処遇に移行しているが、このうち、108人(16.2%)が処遇終了、64人(9.6%)が期間満了、9人(1.3%)が再入院となっている。結果として、486名が同時点で通院処遇を受けていることになる。処遇終了者のうち13人が死亡(必ずしも自殺ではない)また、10人において、3年間から5年間への通院処遇の延長が行われている。さらに、再他害行為(必ずしも前回と同一の他害



1,619 件の審判結果 (2010年3月1日)

図1 医療観察法の申し立てなどの状況

行為ではない)は4例(0.8%)があげられている。

2 医療観察法による通院・地域処遇の成果について

過去4年以上にわたる医療観察法の施行状況をみると、再入院の発生や再他害行為の発生率は、これまでの措置入院制度と比較すると、その成果は極めて大きいのではないかと推定され

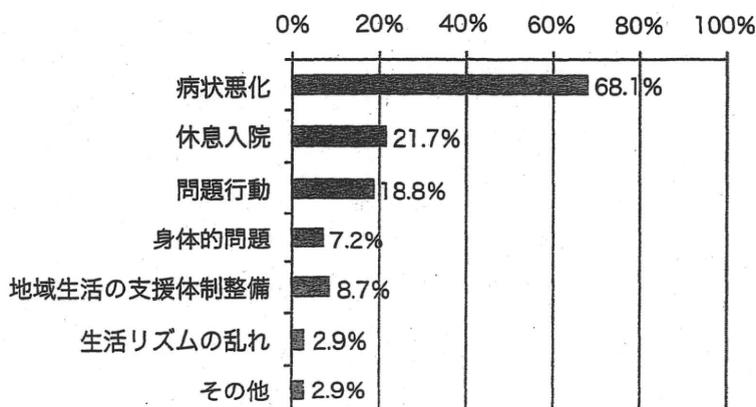


図2 経過中入院の理由

る。

厚生労働科学研究吉川班(2009年度報告)で行われた「指定通院医療機関におけるモニタリングに関する研究」の報告書²⁾をみると、通院処遇中の対象者について各指定通院医療機関から匿名で回答が得られた267人のうち、137人(51.3%)が通院処遇の途中でなんらかの精神保健福祉法による入院を行っている。処遇中の問題行動(19項目)の発生は、軽微な物も含めて116人(43.5%)において認められるが、重大と思われる問題行動(対人的暴力行動, 対物的暴力行動)は44人(21.4%)であった。また、直接通院と移行通院対象者間で比較すると、わずかに直接通院患者の方が問題行動の発生は多かった。この結果を見ると、指定通院医療機関への一時的な入院や、事件にまでは至らない問題行動の発生は、比較的多く認められるが、前節で示した、「再入院(1.3%)」や「再他害行為(0.8%)」にまで至る者は極めて少なく、それ以前に指定通院医療機関・保護観察所(社会復帰調整官)・地方行政機関(保健所等)が一体となって対応が図られていることを示唆している。

厚生労働科学研究中島班(2009年度報告)のうち、松原分担研究が行った指定通院医療機関に対するアンケート調査では、246人の通院対象者に関するデータが得られているが、通院の経過途中(通院開始時を除く)に精神保健福祉法による入院を経験または入院中である対象者

は29.4%であり、その68.1%が病状の悪化を理由としている(図2)。そして、現時点での総合的な評価は、「おおむね安定(71.2%)」、「やや不安定(23.9%)」、「かなり不安定(5.0%)」であり、比較的安定した通院対象者が多いことが分かる。また、通院処遇が終了した対象者118人では、41.0%が3年間の満期で終了しており、42.7%が短縮して終了している。さらに、処遇終了者の94.8%が通院を継続しており(うち、他院へ転院17.5%)、医療の継続性に良好な結果を示していることも示されている。

筆者は1996～2005年までの10年間に自院で措置入院を行った40名について分析を行った¹⁾、40名のうち17名(42.5%)については、重大な他害行為を起こしており、医療観察法に該当すると思われる事例であった。また、5名(12.5%)は薬物依存、パーソナリティ障害などのために重大な他害行為はあっても医療観察法に該当しない者として除外した。17名のうち、6名(35.2%)は入院が継続していた。退院した11名についてみると、4名(36.4%)が良好に社会適応し通院も行われていた(経過良好群)。1名(9.0%)が入退院を繰り返し、6名(63.6%)が通院を中断している。このように、退院困難群が35.2%に達し、さらに、退院後の治療中断が63.6%にも及んでいた事実と比較すると、現在の医療観察法の医療によって回復が図られ、さらに、通院においては、その継続が図られてい

る点での成果は明らかである。

3 通院医療における成果の要因について

通院医療で示されたこれらの成果の要因として、(1)ケア会議が開かれ、「指定通院医療機関の多職種チーム」と「保護観察所社会復帰調整官」、さらには、「地域行政機関」などが関わることで、手厚い処遇が行われていること、(2)法に基づいて、対象者には「医療を受ける義務」が課せられていること、の2つが挙げられる。このうちのいずれがより大きな要因になったかは不明であるが、いずれもが大きな成果に繋がっていると言える。

1. 多機関・多職種によるケア体制の効果

医療観察法第104条では、保護観察所が指定通院医療機関や地域の行政と協力して「処遇の実施計画」の策定を求めている。医療観察法第106条では、保護観察所が指定通院医療機関や地域の行政から報告を求めるなどして、対象者が「医療を受けているか否か」、「その生活の状況」を見守る精神保健観察を規定している。さらに、医療観察法第108条では、処遇の実施計画が適正かつ円滑に実施されるように、指定通院医療機関、地域行政、さらには、関係機関間の緊密な連携を求めている。医療観察法はこのように多機関・多職種の緊密な連携を求めており、多機関がケア会議に参加することが求められ、「処遇の実施計画」の実施に協力することが求められている。

わが国の地域精神医療においては、①地域内の居住施設の極端な不足、②訪問看護など医療保険に基づくアウトリーチサービスの不足、③就労訓練やデイサービスなどの福祉的サービスの不足などが挙げられてきた。このような社会資源の不足した状況にあっても、常にケアマネジメントの重要性が指摘されてきた。しかし、それに対応する精神保健福祉サービスの不足が著しいために、その効果は疑問視されてきた。今回、医療観察法通院医療では、前記のように

大きな成果をあげているが、この要因の1つは、ケアマネジメントが法的に義務付けられ、さらに、多機関・多職種が緊密に連携して、「処遇の実施計画」のもとで、一体となって各種サービスを提供することが義務付けられたことである。法的に定められケアマネジメントの強力を改めて感ずる。多機関・多職種が総合的に緊密に連携すれば、ケアマネジメント型の包括的地域支援を可能にするといえる。

前記の松原分担研究によるアンケート調査では、ケア会議は月に1回の割合で実施されている。指定通院医療機関では、外来通院が78.8%において週に1回の割合で行われ、75.2%が訪問看護を利用し、49.5%がデイケアに通所をしている。すなわち、現状では、通院>訪問看護>デイケアの順で通院医療が提供されており、特に、訪問看護が中心的な役割を果たしていることが分かる。訪問看護はアウトリーチサービスの中心であるが、実際には、実施頻度は、週に1回(37.8%)が最も多く、これが、院内の多職種チームによって支えられている。すなわち、これまでの病院医療による地域精神医療とは異なって、医療観察法では、アウトリーチ中心の通院医療が行われているということが出来る(図3~5)。

2. 医療の継続が法によって義務付けられている効果

医療観察法第42条では審判による決定を示し、第2項では通院決定を規定している。さらに、医療観察法第43条2項では、「(通院医療の決定を受けた者)は、指定通院医療機関による入院によらない医療を受けなければならない」と規定されている。精神保健観察では、医療観察法第106条2項では「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。具体的には医療観察法第107条3項では、「保護観察所の長から出頭を求められた時にはこれに応ずること」と規定されている。さらに、医療観察法第59条では、保護観察所の長による「再入院の申し立て」の規定もある。このよう

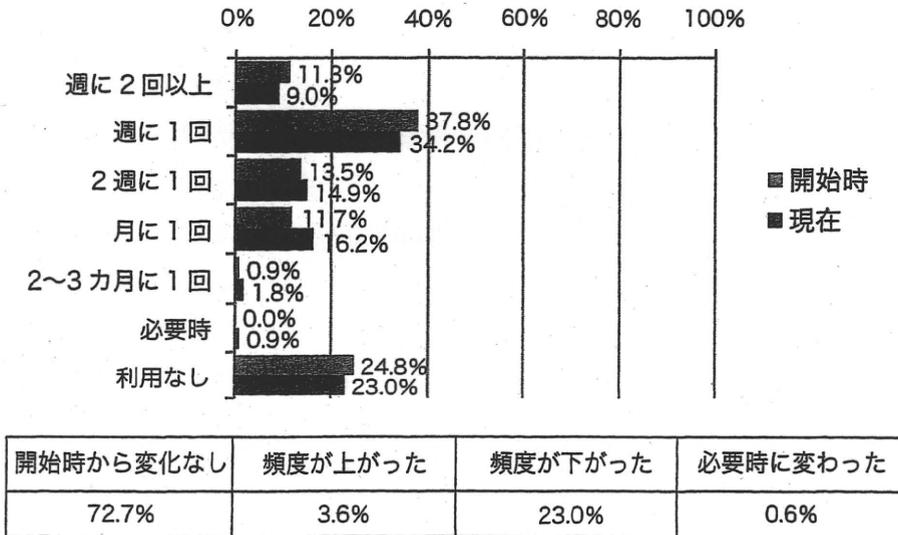


図3 訪問看護の利用度・頻度

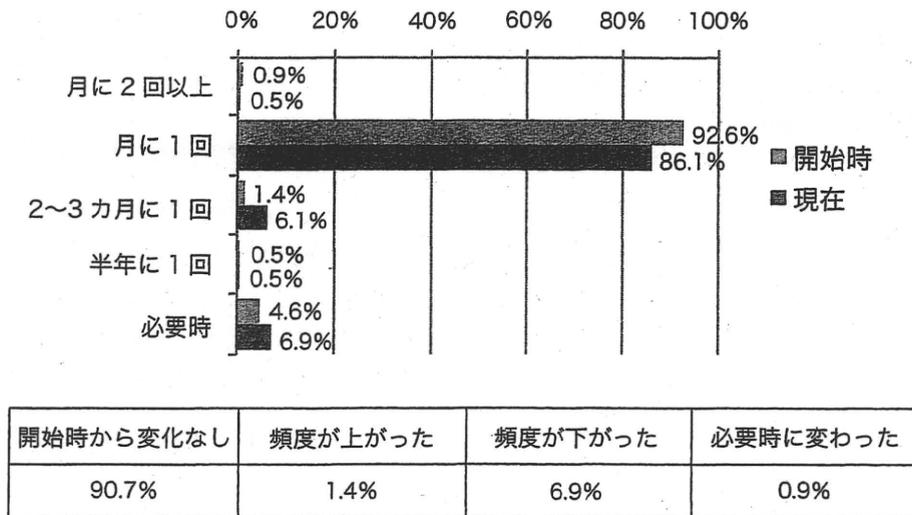


図4 多職種チーム会議の頻度

に、医療観察法の通院医療では、医療を継続的に受ける義務が規定されており、そのために、保護観察所による「精神保健観察」が重要な役割を持っている。まさに、医療観察法の中心的な課題であるといえる。

それでは、通院が法によって義務付けられていることは、治療上の効果に結びついているのだろうか。この効果は事例によって異なるものと思われる。病識があり、自ら医療継続の必要性を理解している事例と、法で決められた義務として「心ならずも」通院を受けている事例とは

大きく異なる。前者を中心とすれば、アウトリーチサービスの密度が大きな効果として現れ、後者では、法的な枠組みが効果として現れる。カナダで実施されている「通院命令(Conditional Treatment Order; CTO)」では、法による効果が実証され、さらに、ニューヨーク州では、「支援通院命令(Assisted Outpatient Treatment Program; AOT)」があるが、いずれも、法による強制的通院が治療的効果と再犯の予防に効果があることが認められている。わが国において、強制的通院の効果を実証するためには、通院処

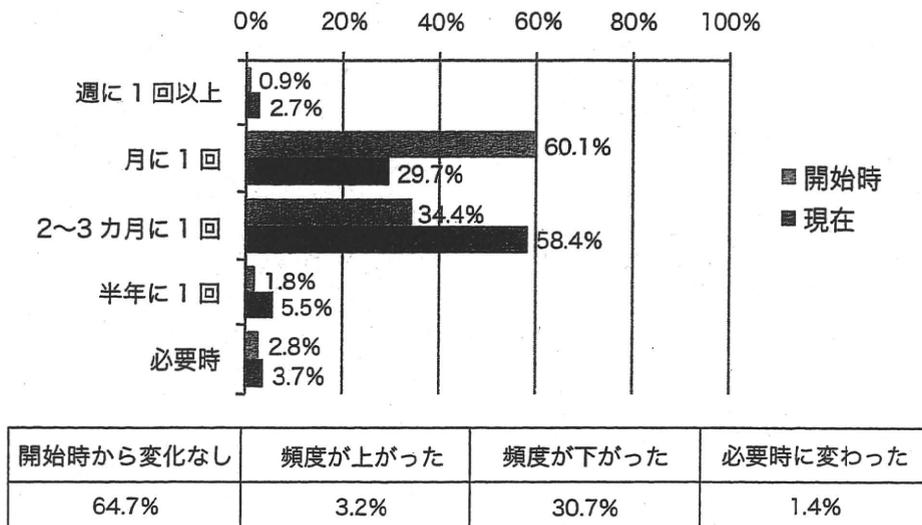


図5 ケア会議の頻度

遇が終了した事例の積み重ねや、措置入院事例との詳細な比較検討が必要であろう。

4 今後、触法精神障害者の地域ケアは いかにあるべきか

医療観察法における地域ケアの充実を図るためには、いくつかの点を提言したい。

1. 指定通院利用機関に対する「通院対象者通院医学管理料」の増額

現在1カ月当たりの診療報酬額は、通院前期(8,250点)、通院中期(7,250点)、通院後期(6,250点)、急性増悪包括管理料(39,000点)である。さらに、常時3名以上の通院対象者を受け入れ、作業療法士、精神保健福祉士または臨床心理技術者を常時2名以上配置している場合には、通院対象者社会復帰体制強化加算として、前記2,000点(加算後：10,250点)、中期1,500点(加算後：8,750点)、後期1,500点(加算後：7,750点)。加算が行われた場合には、3名を管理した場合には31,560点から23,250点となるが、この加算を対象者1名から実施すべきである。

2. 訪問看護基本料の増額

医療観察訪問看護管理料が月の初日に730点、2日目以降295点が加算された。医療観察訪問看護基本料(I)では、1回について555点を算定できるが、前期においては週に5回まで

算定が可能で、その他は3回までである。病院訪問看護であっても24時間体制を敷いていれば、訪問看護ステーションと同額の加算が得られるようにすべきである。

3. 指定通院医療機関の機能の強化

現状では、医療保険に関する部分は指定通院医療機関が行い、精神保健観察と生活環境の整備については保護観察所社会復帰調整官が行っている。訪問看護や精神保健福祉士(PSW)による訪問などは、生活支援にも立ち入るものであり、指定通院医療機関は「生活支援」についても参画できるようにすべきである。むしろ、社会復帰調整官は精神保健観察や、病状悪化時の対応に専念すべきであると考え。1～3で示すような加算は、徐々にではあるが、指定通院医療機関の地域精神医療の機能を高めていくものと思われる。わが国の「地域精神医療福祉の底上げ」においては、指定通院医療機関の機能を高めることが最も効果的で効率的な手法であると考え。

4. 精神保健福祉法入院の国費化

法の実施以来、病状が悪化しても再入院や再他害行為に至る割合は少数にとどまっている。この理由の1つには、早めに精神保健福祉法入院が行われていることが大きな効果を示している。通院途中では約30%の人達が精神保健福