

評価を完成する前に法的医学的広範な情報の収集が必要。この年齢の男性が初めて事例化した特別な意味に注意する。脳器質障害を含めて、前頭葉痴呆、軽躁、うつ病および物質乱用などの鑑別診断を考える。露出行為がさらに重篤な性犯と関連する可能性は、露出中勃起していたか、行動がエスカレートしたかで判断する。保険数理学的には、同種犯罪が過去にないなら再犯リスクは一般に低い。」

新制度臨床実技試験CASC問題例<sup>9)</sup>：「中年の独身男性ITコンサルタントが隣に住む8歳女の子の手をとり自分のズボンを下ろさせたということで訴えられた。彼はこれらの事実を完全に否認し、親愛の情を示しただけで性的感情を抱いていないと主張した。以前にも同様のトラブルがあったが逮捕歴はない。あなたは警察署から依頼を受け男性の状態について知るために面接することになった。どのように面接しどのようにリスクアセスメントするか。」面接の仕方として、面接者が精神科医であることを明示したうえで、治療ではなく警察の依頼で法的評価をするために面接すること、いいたくないことはいわなくていいこと、いったことは記録に残ることなどをまず明示する必要があるだろう。

性犯のリスクアセスメントについて、英国の代表的司法精神医学教科書の性犯の章<sup>10)</sup>を抜粋する。さまざまなレベルの否認、子供への歪んだ愛着は性犯罪のリスクファクターである。最有力の性犯再犯予測因子は、性的偏倚、特に子供への性的関心である。性犯罪者は自分自身性的虐待を受けた経歴をもつことが多く、性的虐待の防止は将来の性犯罪者の発生防止を意味する。露出行為をした男性のほとんどは再犯しないので、裁判に出廷させるだけで抑止力になるが、再犯があればさらなる再犯率は劇的に増加する。再犯については過去の性犯歴が特に重要で過去に2回性犯歴があると再犯率は15倍になる。

性犯再犯リスクの静的尺度として、STATIC-99は定評がある。そのうちの4項目が共通のRRASOR (Rapid Risk Assessment for Sex Offence Recidivism)<sup>2)</sup>はスクリーニングツールとして有用なので以下に示す：「過去の性犯歴」：0点(前

科前歴なし) 1点(前科1犯または前歴1~2件) 2点(前科2~3犯または前歴3~5件) 3点(前科4犯以上または前歴6件以上), 「現在の年齢」：0点(25歳以上) 1点(18歳~25歳未満), 「被害者の性別」：0点(女性のみ) 1点(男性もあり), 「被害者との関係」：0点(親類のみ) 1点(親類以外)。合計点と10年再犯率の関係は以下のとおりである：0点(6.5%) 1点(11.2%) 2点(21.2%) 3点(36.9%) 4点(48.6%) 5点以上(73.1%)。上記のCASC問題例は、1点で約10%の再犯が予測されることになる。

性犯罪の動的因子に着目した尺度としては、SONAR (Sex Offender Need Assessment Rating)<sup>3)</sup>があり性犯罪に至る経緯を理解し予測するのに役立つ。数日以内のリスクを予測する急性動的因子：「物質乱用」, 「否定的気分(抑うつ, 不安)」, 「怒り・敵意」, 「被害者への接近機会」, 静的因子：「親密さの欠如」(恋人無またはトラブル有), 「交友関係」(性犯仲間などマイナス影響の交友), 「態度」(多くの女性は密かにレイプされたがっているなどの意見を肯定), 「性的自己制御抑制」(男は女よりセックスが必要だなどという意見に同調, ポルノ・ストリップ・わいせつなことは・過度の自慰・偏奇した性的空想・性犯罪への没頭など性的没頭), 「一般的自己制御」(衝動的行動)。

英国精神科専門医試験では性犯の評価に関する問題が毎回のように出題されており、精神科専門医に必要な司法精神医学の素養として性犯罪のリスクアセスメントを重視していると考えられる。

## 7 日本の場合

わが国では、精神科専門医制度規則施行細則研修ガイドラインの中にX.法と精神医学(鑑定, 医療法, 精神保健福祉法, 医療観察法, 成年後見制度)が含まれている。また、精神神経センター病院は、鑑定と医療観察法医療を2本の柱にした司法精神医学レジデント研修プログラムをホームページで公表している。鑑定では、a.措置診察(行政鑑定)陪席, b.起訴前簡易鑑定：陪席, c.起訴前嘱託鑑定：鑑定助手, d.公判鑑定：鑑定助手, e.医療観察法に基づく鑑定：鑑定助手の研修を目

指し、医療観察法入院医療では、i.主治医あるいは副主治医としての診断・治療、ii.多職種チームとの連携方法の習得、iii.重大な他害行為に関する精神療法の習得、iv.退院阻害因子とその管理、v.各種プログラムへの参加、vi.各種提出書類の作成、vii.各種学会参加と研究活動を掲げており参考になる。

## 8 おわりに—精神保健判定医の資格について

精神保健判定医になる資格要件は、精神保健指定医取得後5年経過等となっている。平成20年度で精神保健判定医推薦数は875名であり、今後さらに充足してゆくことになるが、資格要件について、刑事責任能力鑑定経験または医療観察法医療での治療経験などの追加も検討してみる価値があるだろう。また、幅広い司法精神医学の素養を身につけるため、精神科専門医制度において、司法精神医学領域の研修と問題出題なども今後実施されるのを期待したい。精神科専門医制度がさらに充実するなら、精神保健判定医になる資格要件に精神科専門医資格取得を追加することも考慮してもよいだろう。鑑定や審判のばらつきを少なくしていくために、精神保健判定医の資格要件を含めて幅広く検討する時期にきたと思われる。

### 文献

- 1) Hall I : Young offenders with a learning disability : Advances in Psychiatric Treatment 6 : 278-286, 2000
- 2) Hanson R : The Development of a Brief Actuarial Risk Scale for Sexual Offense Recidivism 1997-04. Department of the Solicitor General of Canada
- 3) Hanson R, Harris A : The Sex Offender Need Assessment Rating (SONAR): A Method for Measuring Change in Risk Levels 2000-1. Department of the Solicitor General of Canada
- 4) 厚生労働省：心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療および観察等に関する法律第6条第2項の名簿および同法第15条第2項の名簿に関する省令（平成16年10月14日厚生労働省令第150号）
- 5) MRCPsych Revision WIKI : <http://psychiatry.wetpaint.com/page/CASC?t=anon>
- 6) The Royal College of Psychiatrists Exams : <http://www.rcpsych.ac.uk/exams.aspx>
- 7) The Royal College of Psychiatrists : Structured Patient Management Problems for the MRCPsych Part II. Sample from the pilot examination : <http://www.rcpsych.ac.uk/exams/regulationsandcurricula/examregulations/examformat/structuredpatientmanagement/forensic.aspx>
- 8) 最高裁判所司法統計 刑事事件篇 平成17年度 平成18年度 平成19年度医療観察処遇事件の終局総人員 終局区分別. 地方裁判所管内全地方裁判所別
- 9) 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および観察等に関する法律」および「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療および観察等に関する法律による審判の手続等に関する規則」の解説. 刑事裁判資料第284号 : pp165-177, 2005
- 10) Stone J, Roberts M, O'Grady J et al : Faulk's Basic Forensic Psychiatry (Third Edition) . Blackwell Science, Oxford pp211-236, 2000
- 11) 八木 深：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）分担研究報告書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 平成19年度総括分担報告書. pp61-116 平成20年度報告書（印刷中）

\*

\*

\*

## 特集◀

心神喪失者等  
医療観察法の  
改正をめぐって

## 第6部 人的資源

### 3. 精神保健参与員の役割は いかにあるべきか

—医療観察法における審判の変遷と精神保健参与員の役割について—

三澤孝夫

Key words: 医療観察法における審判 (tribunal of forensic mental health law), 精神保健参与員 ([district court] councillor of mental health), 医療必要性の判断 (judgment of treatability), 社会復帰要因 (social participation factor)

## 1 はじめに

平成17年7月に医療観察法が施行されると、その審判の方法(事前協議[カンファレンスなど])や内容、審判期日のあり方などに、全国的な注目が集まることとなった。しかし、医療観察法の施行後1年間の審判では、まだ入院継続申立て審判や退院許可申立て審判、医療終了申立て審判等がほとんどなく、当然であるが、検察官が申し立てる当初審判が、医療観察法の審判の大部分を占める状況であった。このような状況から、医療観察法の審判としては、当初審判が全国的に取り上げられ、紹介されていった。

精神保健参与員の役割についても、当初審判における役割を中心に語られ、評価されることが多かった。また、当初審判以外の入院継続申立て審判や退院許可申立て審判は、指定入院医療機関を管轄する地方裁判所で行われることが原則となっているため、指定入院医療機関が整備されていない都道府県の地方裁判所では、入院継続申立て審判や退院許可申立て審判はほとんど行われない。法施行当初には、指定入院医療機関は、全国に4~8カ所程度と、まだあまり多く整備されておらず、そのため、当初審判以外の審判に参加した者が、非常に限定されていたことも、医療観察法の

審判が、当初審判に偏って語られる傾向に拍車を掛けた。

しかし、その後、医療観察法の審判は、医療観察法の施行3年を経て、法施行当初とその状況が大きく変わってきている。法施行当初には、当初審判が医療観察法の審判のほとんどを占めていたが、その後、時間の経過とともに、現在、入院継続申立て審判、退院許可申立て審判が増えてきている。また、昨年あたりから指定入院医療機関を退院し、医療観察法の通院医療を受けるものが、急速に増えている。そして将来的には、医療観察法の通院を終える対象者についての医療終了申立て審判の件数も、大きく増えてくることが予想されている。

医療観察法の審判が、時間経過とともに、このような状況となることは、法施行以前から予想されていた。そして、審判における精神保健参与員についても、このような状況のもと、審判に関わることが想定されていた。特に、退院許可申立て審判や医療終了申立て審判などにおいては、精神保健参与員が、重要な役割を果たすことが期待されている。

本稿では、施行から3年が経過した医療観察法の対象者、関係機関の動向とそれに伴う審判件数の推移の現状を報告するとともに、現在、審判件数も増え、また重要性も増しつつある退院許可申

Role of [district court] councillor of mental health in tribunal of forensic mental health law

MISAWA Takao 国立精神・神経センター病院 [〒187-8551 小平市小川東町 4-1-1]

表 医療観察法審判件数の推移

申立期間／申立区分	当初審判申立て (検察官申立て)	入院継続申立て	退院許可申立て(含 む医療終了申立て)	合計	
2005年7月～2006年6月	件数	334	37	33	404
	%	82.7%	9.2%	8.2%	100.0%
2006年7月～2007年6月	件数	393	268	110	771
	%	51.0%	34.8%	14.3%	100.0%
2007年7月～2008年6月	件数	414	479	181	1,074
	%	38.5%	44.6%	16.9%	100.0%

立て審判，医療終了申立て審判における精神保健  
 参与員の役割などについて，報告していく。

## 2 医療観察法における対象者，関係機 関の動向と審判件数の推移(表)

### 1. 当初審判

当初審判の件数は，法施行後から警察などの関  
 係機関に周知され運用されるまで，ある程度の  
 時間がかかることからか，初年度から2年目にか  
 けて18%程度の増加となった。しかし，その後，  
 法施行3年目には，落ち着きを取り戻し，前年比  
 5%程度の増加でとどまっている。これは医療観  
 察法施行以前に，当初審判の年間件数は300～  
 400件の範囲で推移すると想定した法務省の数値  
 (過去10年の犯罪白書の統計データを解析)とも，  
 ほぼ一致する。また，2008年7月以降についても，  
 筆者の知る限り当初審判件数が，大きく増減す  
 る傾向とはなっておらず，今後も，この程度の件  
 数で推移するものと思われる。

### 2. 入院継続申立て審判

入院継続申立て審判の件数は，法施行2年目よ  
 り大きく増加している。指定入院医療機関は，現  
 在のところ医療観察法が予定している入院対象者  
 の必要病床数である720床(厚生労働省)に達して  
 おらず(447床：2008年12月現在)，絶えず入院病  
 床が不足している状況から病床の整備が続いてい  
 る。入院継続申立て審判は，指定入院医療機関が，  
 各対象者について，6カ月ごとに定期的に行う申  
 立てによる審判である。そのため，今後も指定入  
 院医療機関の病床の増加にともない，入院継続申  
 立て審判の件数も増加していくことになるであろう。

う。

### 3. 退院許可申立て審判

退院許可申立て審判についても，同様に指定入  
 院医療機関の病床が増えるとともに，件数も増加  
 していく傾向にある。厚生労働省では，指定入院  
 医療機関における治療期間を，標準で1年6カ月  
 程度に設定している。そのため，退院許可申立て  
 審判は，6カ月ごとに行われる入院継続申立て審  
 判に比べて，申立てを行うまでの期間のタイムラ  
 グが，より長い。法施行から3年が過ぎ，後発の  
 指定入院医療機関において「社会復帰期」の対象者  
 が増え，退院調整が本格化しつつある状況からも，  
 今後，退院許可申立て審判の件数は，大きく増加  
 することが予想される。

また，指定入院医療機関が，全国に整備されつ  
 つあるため(指定入院医療機関は，16カ所：2008  
 年12月現在)，現在，指定入院医療機関を管轄す  
 る全国16都道府県の地方裁判所において，入院  
 継続申立て審判や退院許可申立て審判が行われて  
 いる。厚生労働省は，最終的には全都道府県に指  
 定入院医療機関を整備していく方針であるため，  
 入院継続申立て審判や退院許可申立て審判も，今  
 後，全国の都道府県の地方裁判所で行われること  
 になるであろう。

### 4. 医療終了申立て審判

法務省では，地域における精神保健観察の期間  
 (医療観察法による通院医療の期間)を標準で3年  
 間と設定している。法施行初期に医療観察法にお  
 ける通院決定となった対象者については，現在，  
 法施行から3年が経過してきており，医療終了申  
 立て審判が行われ始めている。ただ，指定入院医

療機関を経ず、当初審判の決定により直接通院になった対象者は、まだあまり多くないため、現在のところ医療終了申立て審判の件数は、非常に少ない。しかし、前述のように退院許可申立て審判が急増してきており、その大部分の対象者は、退院後、医療観察法での通院決定となっていることから、通院対象者が急速に増加しはじめている。このような状況から、医療終了申立て審判も、これから3年後程度の比較的近い将来において、急速にその件数を増やしていくであろう。

### 5. まとめ

医療観察法審判においては、前述のように、当初審判の割合が相対的に低くなり、入院継続申立て審判、退院許可申立て審判、医療終了申立て審判が増加してきている。この傾向は、指定入院医療機関の全国的な整備が終わり、退院後の通院対象者の数が安定する時期まで続くことになると思われる。

医療観察法の審判が、時間経過とともに、このような状況となることは、法施行以前から予想されていた。そして、審判における精神保健参与員についても、このような状況のもと、審判に関わることが想定されており、当初審判とともに、退院許可申立て審判や医療終了申立て審判などにおいては、精神保健参与員が、重要な役割を果たすことが期待されていた。

## 3 精神保健参与員の役割

医療観察法は、その第一条で『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、もってその社会復帰を促進することを目的とする』としており、この法律の最終的な目的を対象者の社会復帰と位置付けている。そのため、医療観察法では、医療観察法の対象者の処遇の要否および内容を決定する審判制度に、裁判官とともに、精神保健福祉の関係者を関わらせることとしている。

医療観察法における精神保健参与員は、精神保健福祉分野の専門職の立場から、精神障害者の社会復帰について意見をいい、精神保健福祉分野の

知識と経験で助言等を行うことが求められている。そのため、精神保健参与員は、精神保健福祉の専門的な知識を有する者として、5年から7年程度以上の実務経験のある精神保健福祉士や長期にわたり精神保健福祉分野を専門として担当してきた保健師等の中から選任される。そして、その知識や経験等に基づき裁判官と精神保健審判員による合議体に、適切な判断を行うための専門的知識や有益な意見を提供することとなっている。

医療観察法の審判では、まず医療観察法における三つの評価軸である“治療反応性”、“疾病性”、“社会復帰要因”に時間軸を組み合わせて、評価を行い、対象者についての『医療観察法における医療必要性』を判断していく。そして、『医療観察法における医療必要性』のある場合には、指定入院医療機関での入院治療の必要性や地域における通院治療の可能性など話し合われ、入院処遇や通院処遇の決定が行われていく。

精神保健参与員は、医療観察法の審判では、対象者の通院処遇におけるケアマネジメント(居住予定地域におけるケア計画〔含：緊急時対応〕)など“社会復帰要因”に関わる評価を中心に、ケア計画における“疾病性”と“社会復帰要因”バランスなどについて、その専門的知識や意見を求められることが多い。

### 1. 当初審判における精神保健参与員の役割

当初審判においては、まず、“治療反応性”と“疾病性”を中心に対象者について『医療観察法における医療必要性』の判断が行われることが多い。そして、このような“治療反応性”と“疾病性”を中心とした『医療観察法における医療必要性』の判断については、精神保健審判員が精神科医の立場で、その役割を担うことが多く、精神医学が中心となるこの分野では、精神保健参与員が関われる範囲は限られている。

また、医療観察法の審判においては、審判期日の以前あるいは以後に、審判関係者が集まり、ある程度自由な協議を行うことができる「事前(事後)協議(カンファレンス)〔医療観察法審判規則40条：審判準備〕(以降、『カンファレンス』)」が、極めて重要とされている。しかし、まだ、『カンファレンス』が、あまり開催されていない地域で

は、『医療観察法における医療必要性』を認めたいうえで、入院医療ではなく地域の状況を考慮した通院医療を模索することが難しく、このことが、当初審判における精神保健参与員の役割をより限定的なものにしてしまっていた。

しかし、医療観察制度に対する理解が進むと、当初審判といえども、すべて入院処遇になるわけではなく、「社会復帰要因」などの地域での環境要因を考慮し、「入院」あるいは「通院」、「通院」あるいは「不処遇」などについて判断しなければならない事例など、入院決定以外の決定が、多くあることがわかってきた。そのため、当初審判においても、『カンファレンス』が増え、“社会復帰要因”の重要性も認識されてきている。そして、それに伴い、“疾病性”あっても、家族や精神障害の福祉関連施設などの手厚いサポートが受けられる場合などの地域における“社会復帰要因”についての意見や、特に「通院」や「不処遇」の可能性、地域における医療の継続性、“疾病性”を補完する“社会復帰要因”の評価、社会復帰施設や福祉制度に対する説明などを、精神保健参与員に求める場面が増えてきている。

## 2. 退院許可申立て審判・医療終了申立て審判における精神保健参与員の役割

前述したとおり、法施行当初には、当初審判が医療観察法の審判のほとんどを占めていたが、その後、時間の経過とともに、入院継続申立て審判、退院許可申立て審判が増えてきており、今後、医療終了申立て審判の増加が予想されている。

精神保健参与員は、精神保健福祉士や精神保健福祉分野の保健師という専門性から、精神障害者の社会復帰・地域処遇についてのケアマネジメントや地域ケア計画の作成などに精通しているため、地域における社会資源の活用やケア計画の評価などで寄与していくことが、法施行以前より想定されていた。特に、退院許可申立て審判・医療終了申立て審判では、その役割が期待されている。

医療観察法導入時のモデルとなった英国においては、退院許可申立て審判は、非常に重要視され、慎重に審判が行われている。しかし、日本においては、当初審判と比べ退院許可申立て審判などが軽視されがちで、『カンファレンス』が開催されな

かった時期もあった。しかし、退院許可申立て審判の件数が、増えてきたことにより、審判関係者からもその重要性が再認識されつつあり、『カンファレンス』を開催する慎重な審判が増えてきている。

医療観察法における入院中、通院中の対象者については、治療やリハビリテーション、社会復帰援助などにより“疾病性”や“社会復帰要因”のうちの双方、あるいはどちらかが改善された場合には、指定入院医療機関や保護観察所より退院許可申立てや処遇終了の申立てが行われることになっている。そして、「対象者が指定入院医療機関において、引き続き医療観察法での入院治療が必要なのか」、治療や退院調整などによって改善された現在の“疾病性”や“社会復帰要因”において、「対象者に(指定通院医療機関の)継続的かつ適切な(精神科)医療並びにその確保をすることができうるか」、また、「必要な観察および指導を行うことによって、同様の行為の再発の防止できる環境が整っているか」などが、審判において議論されることになる。

退院許可申立て審判や医療終了申立て審判において、このような決定を行っていくためには、ケア計画における疾病の重さなどの“疾病性”と地域での援助体制やその手厚さなどの“社会復帰要因”バランスや社会資源の活用など、緊急時対応を含む退院後の地域でのケア計画全体の評価が必要となる。退院許可申立て審判や医療終了申立て審判でのカンファレンスなどにおいて、退院後の地域でのケア計画全体の評価を行い、保護観察所の社会復帰調整官や指定入院医療機関の精神保健福祉士に疑問点などを確認する役割は、精神保健参与員が行うことが多い。

特に医療観察法における退院後の地域でのケア計画では、指定通院医療機関や保護観察所以外にも、都道府県、市区町村、保健所や社会復帰施設などの複数の関係機関が連携して関わる複雑なケア計画となっている場合が多い。そのため、保護観察所が退院後のケア計画として準備している「処遇実施計画書」の案などをカンファレンスに提出してもらう場合が多くなっている。そして、精神保健参与員がその評価などを担い、裁判官や精神保健審判員に伝えることが多くなっている。

### 3. 医療継続申立て審判における精神保健参与員の役割

医療継続申立て審判においては、指定入院医療機関において6カ月ごとに定期的に行っている申立てであり、また、その対象者も、まだ「急性期」「回復期」であることが多く、カンファレンスが行われない審判となる場合が多い。また精神保健参与員が、関わる場所も、あまり多くはない。しかし、今後、対象者の入院期間が1年半を超えて

大幅に長期化した対象者がでてきた場合には、精神保健参与員は、医療観察法における長期入院について、社会的入院の防止や対象者本人の権利擁護の観点から意見をいう必要もでてくると思われる。特に“疾病性”と地域におけるケア計画等の進捗状況を評価し、必要があれば指定入院医療機関や保護観察所等のケアマネジメントの手法の妥当性などについて、合議体に意見を伝えていくような役割も、必要になってくるであろう。

\*

\*

\*

## 医療観察法指定入院医療機関における治療の現状と課題

八木 深\*

抄録：医療観察法指定入院医療機関の治療の目標は対象者が円滑に地域へ社会復帰することであり、厚生労働省の作成した入院処遇ガイドラインの「退院の目安」が到達目標である。この目安から、症状軸、動機軸、生活能力軸、連携軸という4つの軸が抽出可能である。医療観察法の特徴は動機軸にある。平成20年7月時点で退院者は平均441日とガイドラインの想定する18ヵ月を下回っており、退院した事例に関しては当初予期した成果を上げていると思われる。しかしながら入院中の対象者の中には長期例がしだいに目立つようになり、残存予測によると、1,000日で約2割が長期入院群に移行しており、長期在院事例をどう処遇するかが課題になっている。長期化の要因を先に抽出した4軸に沿って分析し、「治療継続により同様の行為の再発を防ぐ」という大目標を見失わないことが重要であることを示した。

精神科治療学 24(9) ; 1049-1056, 2009

Key words : secure units, a three-phase model of treatment delivery, length of stay

## I. はじめに

医療観察法の目的は、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、もってその社会復帰を促進することであり、危険である限りの収容を旨とする保安処分とは異なる。指定入院医療機関は、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。

## II. 指定入院医療機関の目指すところ

入院治療は、対象者の円滑な社会復帰すなわち

退院を目指して実施される。ガイドライン<sup>3)</sup>による退院の目安は、以下のとおりである。A 病状が安定している：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みられない、B 必要な医療を自立的に求めることが可能である：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、C 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、D 適切な援助体制が整えられている：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。したがって、外来治療を継続することにより病状の再発の可能性が低い。この目安から、A = 【症状軸】、B = 【動機軸】、C = 【生活能力軸】、D = 【連携軸】という4つの軸が抽出できる。症状軸は、共通評価項目の精神病症状・非精神病性症状をまとめたものであり、動機軸は共通評価項目の内省・洞察に相当するが治療の視点を強調して名づけ直した。生活能力軸は共

The current situation and issues of inpatient treatment under the Medical Treatment and Supervision Act.

\*国立病院機構東尾張病院

〔〒463-0802 愛知県名古屋市守山区大森北2-1301〕  
Fukashi Yagi, M.D.: National Hospital Organization Higashiowari National Hospital. 2-1301, Omori-kita, Moriyama-ku, Nagoya-shi, Aichi, 463-0802 Japan.



表1 医療観察法の治療ステージと4軸の比重

4つの軸	第1相 (急性期)	第2相 (回復期)	第3相 (社会復帰期)
【症状軸】	大	中	中
【動機軸】	大	大	大
【生活能力軸】	中	大	大
【連携軸】	中	中	大

通評価項目と同じである。連携軸は、共通評価項目の個人的支援・コミュニティ要因・現実的計画の複数の項目にまたがる内容であり新たに名づけ直した。

入院治療は、急性期・回復期・社会復帰期の3期に分けて実施される。各期の治療目標を4つの軸で分類してみよう。急性期は、【症状軸】(病的体験・精神状態の改善, 身体的回復と精神的安定)と【動機軸】(対象者との信頼関係の構築, 治療への動機付けの確認)に分類でき, 動機軸は症状軸と同様に重要である。回復期は, 【症状軸】(病状の安定により院内散歩, 院外外出ができる), 【生活能力軸】(治療プログラムへの参加による日常生活能力の回復), 【動機軸】(病識の獲得と自己コントロール能力の獲得)に分類できる。社会復帰期は, 【症状軸】(病状の安定により院外外出と外泊ができる), 【動機軸】(治療プログラムへの参加による障害の受容), 【生活能力軸】(社会生活能力(服薬管理, 金銭管理等)の回復)と【連携軸】(社会参加の準備)からなる。各期ごとの4軸の比重を表1に示す。

一般医療の精神科救急・急性期医療では, 【症状軸】が中心であり, 3ヵ月以内に症状の改善を図り退院を目指す。医療観察法の急性期は, 症状改善に加え, 「信頼関係の構築」が主要なテーマであり, 医療観察法の医療の特色は【動機軸】にあるといえる。

### Ⅲ. 動機誘導の医療戦略

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。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, 医療の継続性が確保され, 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。

信頼関係の構築にあたって, 出会いが肝腎であり, 初回の綿密なオリエンテーションが重要である。主治医から入院となった対象者の確認と医療観察法の簡単な説明がされ, その後, 担当看護師から医療観察法の流れと入院治療終了の目安について伝える。医療観察法の理解が十分でない対象者が多いのでオリエンテーションが重要であり, 退院の目安を最初に明確に打ち出すことで治療動機の早期誘導をねらう。

動機誘導にあたって, 対象者が動機誘導のどの段階に位置しているか把握することは重要である。医療観察法の3期治療は, 動機誘導の3相治療でもある。WongとGordon<sup>7)</sup>の提唱した3相治療伝達モデルを以下に引用・紹介する(図1)。

#### 1. 第1相 変化の扉を開く

過去の暴力パターンの洞察を進め, 治療ターゲットを同定し, 治療同盟または作業同盟を構築するのに焦点を当てる。動機付け面接技法は, プログラム全体を通じて用いるべきだが, 第1相で特に重要であり, 治療抵抗性クライアントを巻き込む際必須である<sup>7)</sup>。対象者が抵抗を示した際には「自分の満足のために戦うのは当然だが, 将来の利益のために現在の欲求をあきらめることは究極の目的を壊さない」と語りかけ, 目的を達成するため社会親和的方法を探求するのが有意義であることを示す<sup>8)</sup>。①結局自分の首を絞めているのだという認識は変化を促す, ②対象者が理解しない道徳を守らせようとして力を浪費しないこと, ③対象者は自分の最大の関心事が重要ならば治療者の提案を拒否できない<sup>8)</sup>。

HCR20コンパニオンガイド<sup>1)</sup>の「洞察を育てるために」は含蓄がある視点を提供しているので抜粋する: 1) 共感を示す(受容は変化を促進する。両価的なのは自然なこと), 2) 現在の行動と望んでいる目標との間のギャップに気づくことは変化を動機付ける, 3) 言い争いを避ける(言い

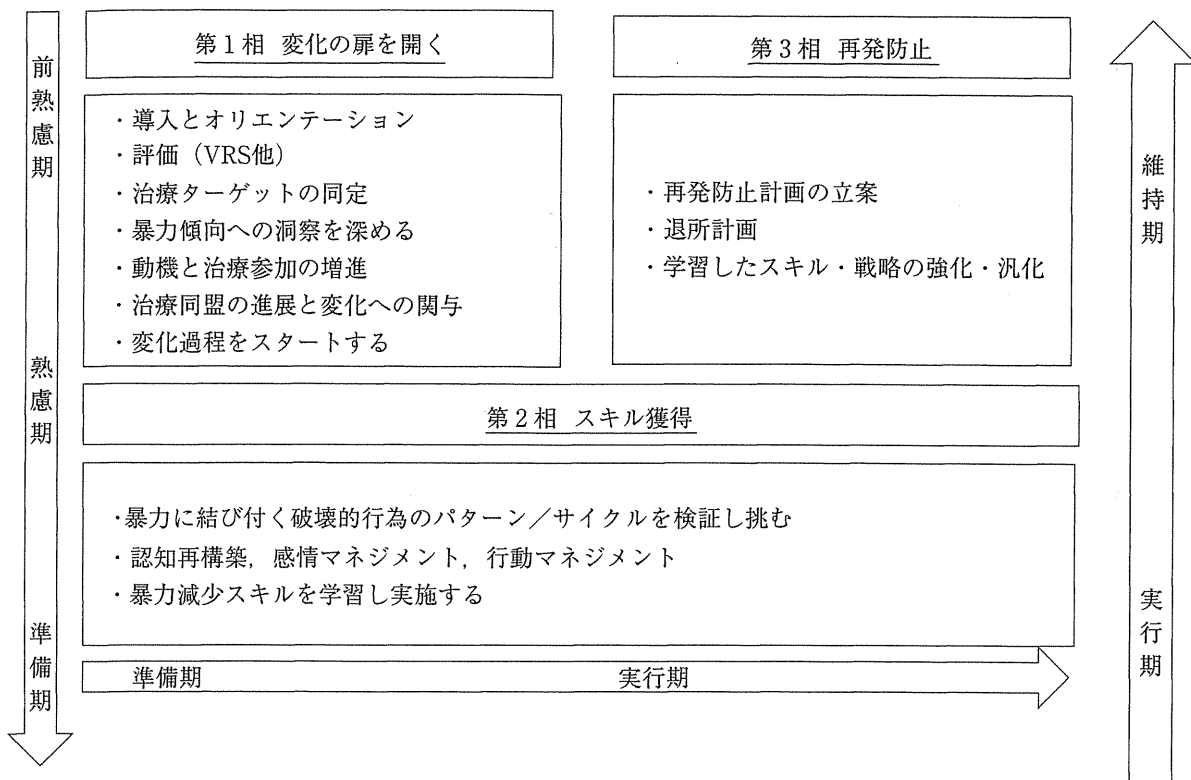


図1 3相治療伝達モデル (文献7より引用)

争いは、防衛してしまうので逆効果。レッテルを貼る必要はない), 4) 抵抗を手玉にとる (抵抗というのは戦略を変えろという合図。勢いを保ち焦点をシフト), 5) 自己効力感をサポートする (変化できるという信念が必要不可欠。変化は本人の選択であり責任。他の選択肢もある)。

## 2. 第2相 スキル獲得

暴力的で破壊的なパターン、後ろ向きな考えや感じ方・行動を作り変えるのに必要なスキルの獲得支援に焦点を当てる<sup>7)</sup>。行動のすぐれた了解には、無味乾燥な専門用語でなく、個人にとって意味のある現実的でわかりやすい言葉が並ぶ<sup>8)</sup>。ジャストインタイムの伝達は常に優れている<sup>8)</sup>。

## IV. 再発防止のために

### —セルフモニタリングと相談スキルの2軸治療—

医療観察法入院処遇ガイドラインは、同様の他害行為の再発を防ぐために「必要な医療を自律的に求めることが可能」であることを退院の目安の

一つに挙げている。入院治療の主軸は①自分の症状の悪化を捉える「セルフモニタリング」、②必要な時に援助を求める「相談スキル」の2軸になる。

当院心理療法士の山本哲裕がまとめた「東尾張病院におけるプログラムの流れ」<sup>2)</sup>の概略を以下に紹介する。

毎朝ステージ別に行われる「朝の集い」プログラムでは、セルフモニタリングに焦点を当て、自分の今の気持ちや状態を色で表し、社会復帰期には顔の表情が書かれたフェイスシートを用いながら現在の心境や目標などを発表する。

急性期「週間ミーティング」では、生活や対人関係全般に視点を置いたセルフモニタリングと、他者の意見を聞く体験に重きを置く。睡眠、食事、共同生活、余暇活動等項目別に、問題があったかどうかチェックシートに記入し1週間を振り返る。問題があれば、参加者間で話し合い、他者の意見を次の1週間の目標に反映するよう働きかける。回復期では、セルフモニタリングスキルの向上を狙い、振り返り項目を自由記入形式にして

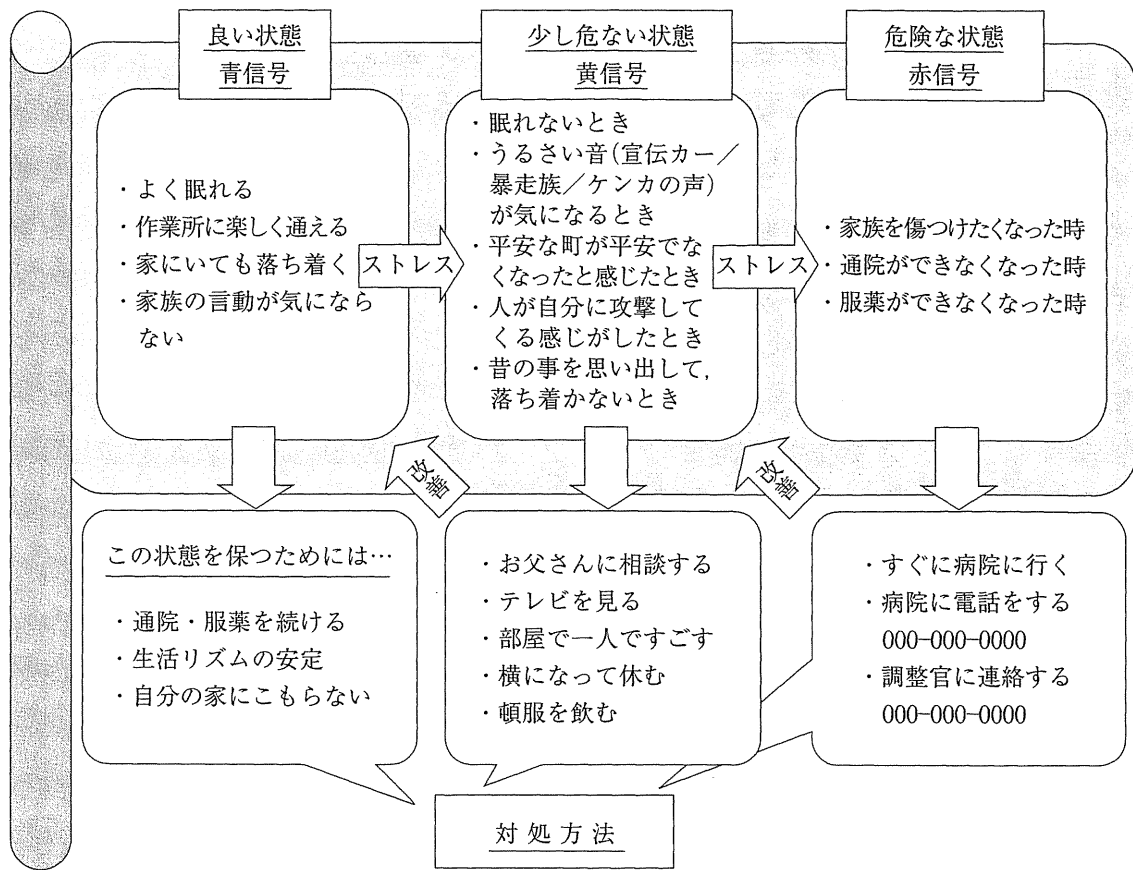


図2 注意サインの信号機

いる。

対象行為の振り返りは、対象者のニーズによって導入時期や振り返りの内容が変わる。ジャストインタイムの伝達は常に優れている。例えば“自分の病気が何なのか”という疑問を持つ対象者には疾病理解と自分の病気の特徴を取り上げ、事件や被害者のことや自分の責任について問題に感じている対象者に対しては対象行為を整理してゆく。その場合、対象行為に至るストレスや病勢、情動や周囲に対する認知の変化を追い、自分や他者にどのような影響を与えたかを考えてゆく。対象行為後、環境調整や薬物療法がどのように役立って落ち着いたのかも確認する。

回復期には、計4回の疾患教育（「心理教育2」という）を行う。その内訳は①「統合失調症疾患教育」：医師担当、②「再発予防」：心理担当、③「社会資源」：ソーシャルワーカー担当、④「生活管理」：作業療法士（OT）担当である。疾患教育

終了後に、発展・応用・実践編のプログラムが実施される。疾患教育①「統合失調症疾患教育」および②「再発予防」の応用実践編として、「認知行動療法への導入」「症状自己管理」「服薬自己管理」「ストレス対処」を内容とする集団SSTプログラム（全15回）が看護師主体で実施される。疾患教育が知識伝達中心の教育的要素の強いプログラムであることに対し、モジュール型集団SSTプログラムは自己の体験を他者と共有することでさらに病気の理解を深め、疾病管理や社会生活への取り組みを自ら取り組む姿勢を向上させる内容となる。疾患教育③「社会資源」の発展はソーシャルワーカーによる「社会復帰講座」（全4回）、④「生活管理」の実践編がOTによる「生活技能講座」（全11回）である。「社会復帰講座」は地域に根ざした説明を具体的にを行い、ゴミ出しや調理など実際の生活に関連した実技トレーニングを行う。

表2 グリーンカード

東尾張病院 通院者グリーンカード(緊急時等連絡カード)	
以下のような場合、早めに電話して下さい。(例文)	
○夜、眠れなくて困った。	
○家族が言い合いして困った。	(対象者の言葉)
○家が平安でなくなった。	(対象者の言葉)
○うるさい音(宣伝カー・ケンカ)が気になる。	
	(対象者の言葉)
○常に神経質であったり、心配したりするようになった。	
○声が聞こえ始めた。	
○その他( )	

外出は、疾病の増悪やストレスに対してセルフモニタリングを行い対処するための格好の練習機会である。外出開始当初は、スタッフによる症状モニタリングの比重が多いが、外出を繰り返しながら、本人の理解や振り返りの進み具合に合わせ、対象者によるセルフモニタリング項目を増やしてゆく。社会復帰期では外泊が開始され、セルフモニタリングした状況に対し対処行動を計画し実際に行動に移すことが可能かを観察する。外泊時には、注意サインや問題が生じた際、周囲の者にSOSを発信するコミュニケーションスキルの訓練を行う。症状増悪時や対人トラブルが生じた時に、誰に相談するか、どのように相談すればよいのかを目的とした個人SSTプログラムを適宜導入する。

外出泊と連動して、社会復帰期の週間ミーティングにおいて各自の注意サインや退院に向けた課題に目を向け、セルフモニタリングしてゆく(図2)。

省内プログラムの最終段階として地域生活を想定した注意サインとその対処をプランニングする面接プログラムを導入する。本人同意の上でケア会議メンバーの参加者に注意サインとその対処を周知する。作成された注意サインは、いつでも確認しすぐに通院医療サイドにSOSを発信できるよう、グリーンカードとしてまとめ、本人に携帯してもらうように働きかける<sup>9)</sup>(表2)。

## V. 医療観察法医療の現状

### —統 計—

厚生労働省<sup>4)</sup>によると法施行後44ヵ月たった平成21年3月1日までの累計で、申立て1,379件中1,311件の決定があり、入院が799件61%、通院が244件18.6%、不処遇が224件17.1%、却下が44件3.4%という決定で、入院については謙抑的といえる。すでに304件の退院許可が出ている。

医療観察法入院医療は、物的人的資源を投入し、精神障害と重大な他害行為という2重のステイグマを負った対象者の社会復帰を目指し、退院者統計<sup>10)</sup>でも平均441日とガイドラインの想定する18ヵ月を下回っている。退院した事例に関しては当初予期した成果を上げていると思われる。

しかしながら入院中の対象者の中には長期例がしだいに目立つようになり、残存予測によると、1,000日で約2割が長期入院群に移行している。また施設間の残存率の差の存在も確認された。平成20年に指定入院医療機関担当者の相互訪問による医療の標準化を目指したピアレビューが実施され、相互に切磋琢磨し施設格差の是正を目指している。

入院者統計では8割以上が統合失調症<sup>9)</sup>であり、平均年齢は41.1±12.3歳であった<sup>10)</sup>。つまり、40代50代の統合失調症が多い。統合失調症の発症のピークは男性では15～24歳、女性では25～34歳であることを考えると、発症後10数年以上経過した慢性例が多いことが推測される。

## VI. 入院医療の課題

### —長期事例の存在—

長期入院事例とは、退院基準を満たさない事例であり、医療観察法入院処遇ガイドラインに示された「退院の目安」を満たさない群である。退院の目安を満たさない場合について症状軸、動機軸、生活能力軸、連携軸の4軸に沿って分析してみる。

症状軸に関しては、A1難治性幻覚妄想が持続している場合とA2思考障害が著明でプログラム

を理解できない場合は長期化しやすい。動機軸に関しては、内省・洞察が深まらない場合、コンプライアンスが不良の場合は長期化しやすい。生活能力軸に関しては、服薬・金銭自己管理が困難な場合は長期化しやすい。連携軸に関しては、住居がない、個人的支援がない、地域が拒否している場合は長期化しやすい。

これらの要素があると、入院が長期化しやすいのは何も医療観察法に限らず一般精神医療でも同様であろう。どうなったら退院になるかを、医療観察法の目的に立ち返って考えてみると、大目標は「治療継続により同様の行為の再発を防ぐ」ことにある。この大目標を見失わないことが重要である。

症状軸に関しては、A1幻覚妄想が持続していても、セルフモニタリングなどで対処できれば同様の行為の再発のリスクは下がり、A2思考障害があっても、絵を用いた簡単な対処を提案できればリスクは下がる。

動機軸に関しては、服薬遵守し症状に対処できれば同様の行為の再発のリスクが下がる。動機は対象者と治療者の相互関係で決まるものであり、動機が誘導されてくると現実的な対処ができるようになり、「病識がない」という治療者の一方的な見方は影をひそめる。

生活能力軸については、自立が難しいなら支援でカバーすればリスクが下がる。この軸は、慢性症状・陰性症状と関連し、ケア重症度に直結する。介助の必要度が高いとケア重症度も高いが、生活能力が低くても、リスク行動をしない対処ができれば、適切な援助により地域に移行できるだろう。

連携軸については、個人的支援が難しいなら公的支援でカバーすればリスクが下がる。こういった対策が講じられるならば、阻害要因があっても、治療継続により同様の行為の再発を防げるので大目標は達成されるだろう。

それでも長期化する場合はどうするのか。症状軸については、clozapine等の新しい治療での幻覚妄想制御が望まれ、生活能力軸については、中間施設やACTの充実によるより包括的な支援の提供が望まれる。

表3 一般医療への汎化を考える際の分類

A群	リスク+	ケア重症度+
B群	リスク+	ケア重症度-
C群	リスク-	ケア重症度+
D群	リスク-	ケア重症度-

長期入院統合失調症患者にふさわしい処遇は何かについて議論する場合、ケア重症軸とリスク軸に分けて一般医療への汎化の可能性を考える必要がある(表3)。

D群(リスクなし ケア重症度なし)は一般医療への汎化に際してさほど問題にならないはずである。こういった事例が長期化する理由は地域資源不足で施設入所など連携軸の問題であろう。C群(リスクなし ケア重症度あり)についてはケア重症度に見合う加算がないと介護できないという意見もあるかもしれないが、リスクが低いなら一般医療への汎化をしてゆくのがふさわしい。

医療観察法から一般医療への汎化を考える題材として架空事例2例を提示する。

架空事例Aはアンソニー・メイデン<sup>6)</sup>の事例をもとに発想した。

36歳男性。父はアルコール中毒で、母は暴力的で幼少時両親から暴言・暴力などの虐待を受けた。13歳時、包丁で同級生を傷害し少年院に入院した。中学時代からシンナーを吸引し暴走族に属し、18歳からは暴力団に属し覚せい剤を乱用するようになった。覚せい剤取締法違反や傷害で受刑を繰り返した。32歳時、受刑中に精神病を発症し医療刑務所で治療を受け、出所後覚せい剤を不使用でも幻覚妄想が持続し母を脅すので精神科病院に入退院を繰り返していた。入院中に「俺の悪口を言った」といきなり同室患者の顔に熱湯を浴びせかけ全治3ヵ月の傷害を負わせたため、2007年6月に中等度保安精神科ユニットに入院した。同ユニット入院後は状態安定しスタッフへの応対も礼儀正しく衝動行為もみられないため、地元でアパートを探すため退院の申立てがされた。申立て中に幻覚妄想が再燃したがそのことは関係機関に伝達されず、2008年12月予定通り退院決定があり、一般病院の開放病棟に通常の患者と同じ法的

立場で入院し外出の制限はされなかった。その後、彼は無断離院し、飲酒後興奮し「俺は世界の王になる…あいつは悪だ…」と述べ母を刃物で刺し殺害した。

架空事例 A から得られる教訓は①リスクは変動する、②リスク情報の共有が肝要という点である。リスクは変動するので、ケースワークのため退院予定であっても、リスクのある症状が再燃した場合は、関係機関にそのことを直ちに伝え、一般医療への移行を中止すべきである。一般医療への移行を強行すると、最悪のシナリオが実現してしまう。共通評価項目から作成される最悪のシナリオを常に意識し、一般医療でも対処が現実的に可能かどうか評価することはとても重要である。

架空事例 B は47歳男性。高校入学後に統合失調症解体型を発症し、入退院を繰り返すうちに、思考障害が著明になり人格水準が低下した。45歳時、業者が自動販売機の飲料水を入れ替えている最中に商品を平気で万引きし通報され入院した。服薬励行と精神療法等で何とか落ち着き、入院7ヵ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ヵ月間の通院中断ののち、コンビニで万引きし商品を店外に持ち出したところを呼び止めた店員ともみ合いになり店員に全治1ヵ月の傷害を負わせ強盗致傷で検挙された。精神鑑定が実施され、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、不起訴処分の上、医療観察法の申立てがされ審判の結果指定入院医療機関に入院した。急性期では、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、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のいじめの対象となった。回復期に入ると金魚の飼育等を通じて治療者との信頼関係が育ってきた。IQは40であり、通常プログラムの理解は困難であったが、Bは警察に捕まりたくないという強い嫌悪感を示すので、それをテコにして、警察に捕まったり、再入院しないために必要な事項を話し合った。「今、Bさんは退院に向けて治療をしています。退院したあと、警察につかまったり、また入

院しないために、4つのことをまもってください。①ものをぬすまない、②くすりをきちんとのむ、③C病院にかよう、④家に訪問にくるスタッフときちんとあう」これらを絵も用いて反復し刷り込んだ。Bの生活能力は低く、服薬・金銭自己管理は不能であり、持効剤の使用、家族による金銭管理支援が必要であった。ケア会議でBは自ら4つの約束を話し、関係機関の連携が進み、必要な支援体制が整い2年の入院期間で退院した。

架空事例 B から得られる教訓は、①信頼関係の構築がすべての基本、②理解力が限定的でも絵を用いた刷り込みで同様の行為を防ぎリスクが低下する場合がある、③生活能力が低くても支援体制を構築できれば退院できるという点である。

架空事例 B を長期に入院医療で見続ける必要はないのと同時に、架空事例 A のような再び同様の行為が起きないようにすることが不可欠である。医療観察法の入院医療を必要とする高いリスクが長期に持続する事例が蓄積すると、指定入院医療機関の受け入れ能力が低下し最終的には受け入れ不能になることが懸念される。計画数の720床になったとしても、毎年7%が長期例に移行すると仮定すると、指定入院医療機関の受け入れ能力を維持するためには、毎年50床の増床が必要になる計算である。

## Ⅶ. おわりに

医療観察法指定入院医療機関における治療の現状を主として動機誘導を中心に概観し、課題として長期在院者の問題を取り上げた。これらの問題はあるものの、医療観察法は触法精神障害者の隔離・収容ではなく、社会復帰を目的とすることを明言した世界に類をみない法律であり、現時点でおおむね所期の目的を達成していることは特筆に価すると思われる。

## 文 献

- 1) Douglas, K.S., Webster, C.D., Hart, S.D. et al.: HCR-20 Violence Risk Management Companion Guide PAR, 1997. (吉川和男監訳, 岡田幸之, 安藤久美子, 菊池安希子ほか訳: HCR20コンパニオンガイド. 星和書店, 東京, 2007.)

- 2) 平林直次:医療観察法による指定入院医療機関における診療マニュアル作成のための研究—日常診療の具体的支援を目指して—。国立病院機構共同臨床研究平成20年度, 2009(印刷中).
- 3) 厚生労働省入院処遇ガイドライン, 2005.
- 4) 厚生労働省ホームページ:医療観察法にかかる申立等の状況(施行～平成21年3月1日までの状況)
- 5) 厚生労働省ホームページ:医療観察法による入院対象者の状況(平成21年3月1日現在)
- 6) Maden, A.: Treating Violence. A Guide to Risk Management in Mental Health. Oxford University Press, New York, 2007. (吉川和男訳:暴力を治療する. 星和書店, 東京, 2009.)
- 7) Wong, S.C.P. and Gordon, A.: Assessment and treatment of violence-prone forensic clients: an integrated approach. Br. J. Psychiatry, 190; s66-s74, 2007.
- 8) Wong, S.C.P. and Hare, R.D.: Guidelines for a psychopathy treatment program. Multihealth Systems, Toronto, OCN, Canada, 2005. (西村由貴訳:サイコパシー治療処遇プログラムのためのガイドライン. 金子書房, 東京, 2008.)
- 9) 八木深, 吉岡眞吾, 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:指定入院医療機関におけるモニタリングに関する研究. 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に関する研究(主任:吉川和男)」平成20年度総括・分担研究報告書, p.7-20, 2009.

## 第6回(2009年)「精神科治療学賞」のお知らせ

精神科治療学では2009年(第24巻)に掲載される研究報告, 臨床経験, 総説の中から原則として最優秀賞1編, 優秀賞1～3編を選び, 第6回「精神科治療学賞」を贈ります。本誌編集委員会が選考します。選考にあたっては原著性を重視します。2010年3月に本誌上にて発表する予定です。受賞者には授賞式にて正賞(賞状)と副賞(賞金)が贈られ, 編集委員と懇談いただけます。皆様のご投稿をお待ちしております。

### 最優秀賞…1編

- ・正賞(賞状と額)
- ・副賞①(賞金20万円)
- ・副賞②(「精神科治療学」1年分進呈)

### 優秀賞…1～3編

- ・正賞(賞状と額)
- ・副賞(賞金10万円)

「精神科治療学」編集委員会  
株式会社 星和書店




 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、それだけにいくつか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も躊躇する。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する。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ーシ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、最も効果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)

# 心神喪失者等医療観察法施行後の課題

山本 輝之

## はじめに

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」、「法律」または「法」ということもある）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、強姦、強制わいせつ、傷害という重大な他害行為を行ったが、不起訴処分となった心神喪失者、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、これらの者を「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等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（1条）。

この法律は、重大な他害行為を行った精神障害者の処遇を、裁判所が決定するという新たな司法処分の制度を創設したものである。この法律が施行されるまで、このような精神障害者に対する強制入院の決定、処遇の変更、退院の決定などは、事実上精神保健指定医による診断を基礎として、精神医療側が決定し、厚生労働省の責任において行われてきた。医療観察法は、この従来のある方を大きく転換したのである。

この法律の施行後、その運用についてさまざまな問題点や課題が指摘されているが、その1つが、地域精神保健・医療にかかわる課題、とりわけ「入院によらない医療」の整備や地域精神医療における対象者の処遇の問題である。そこで本稿では、その現状と問題について、若干の考察を行うものである。

## 対象者が地域に来るまで

まず、対象者について、検察官が地方裁判所に対して処遇の申し立てをする（33条1項）と、地方裁判所の裁判官が鑑定入院命令を出す（34条）。その後、処遇を決定する裁判所が、鑑定命令を出し（37条1項）、精神保健判定医等による鑑定が行われる。そして、審判が開かれ、1人の裁判官と1人の精神保健審判員（精神科医）による合議体が、その鑑定の結果と保護観察所による生活環境の調査の結果に基づいて、対象者の処遇を決定する。この処遇決定には、①入院による医療を受けさせる旨の決定、②入院によらない医療を受けさせる旨の決定、③この法律による医療を行わない旨の決定がある。

このような処遇決定を受けた対象者が地域における医療を受けるには、次のようなルートがある。第1は、①の決定を受けた対象者が、指定入院医療機関における治療ののち、裁判所による退院許可・通院決定を受けて、指定通院医療機関による通院医療を受ける場合である。第2は、②

やまもと てるゆき：明治学院大学法学部法律学科教授 連絡先：☎ 108-8636 東京都港区白金台1-2-37

の決定を受けた対象者が、指定通院医療機関による通院医療を受ける場合(いわゆる「いきなり通院」)である。

## 医療観察法における地域精神医療

医療観察法上地域における対象者の処遇の核になるのは、保護観察所である。法104条は、入院によらない医療の決定があったときは、当該決定を受けた者に対して入院によらない医療を行う指定通院医療機関の管理者ならびに当該決定を受けた者の居住地を管轄する都道府県知事および市町村長と協議の上、その処遇に関する実施計画を定めなければならないとしている。この実施計画に基づいて、①精神保健観察と②援助が行われることになるが、それを担当するのが、保護観察所である。

まず、精神保健観察については、法106条に規定されている。それによれば、入院によらない医療の決定を受けた者は、当該決定による入院によらない医療を行う期間中、精神保健観察に付される。それは、精神保健観察に付されている者と適当な接触を保ち、指定通院医療機関の管理者ならびに都道府県知事および市町村長から報告を求めるとして、当該決定を受けた者が必要な医療を受けているか否かおよびその生活状況を見守る、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こと、という方法によって行われなければならない。これは、対象者に対して通院医療を継続的に確保するために行われるものであり、医療自体は、厚生労働省管轄の指定通院医療機関が行うが、その確保は、法務省管轄の保護観察所が行うというわけである。

このような強制通院の制度は、精神保健福祉法においては、現在に至るまで設けられていない。医療観察法は、重大な他害行為を行った者に対してこのような制度を初めて創設した。そのため、処遇システム全体を統括して、この処遇の対象者に医療を確保する実施主体が必要となった。しかし、指定通院医療機関や地方公共団体がそれを行うことは現実的に不可能であるとも考えられた。

そのため、これまで犯罪者を社会内で処遇してその改善を図るための保護観察を行ってきた法務省保護局に属する保護観察所がそれを担うことになったのである。つまり、ここで、厚生労働省ではなく法務省が処遇の実施主体となったのは、保護観察所が地域社会における対象者の見守りという事柄に関わる最適な機関であると判断されたという理由によるのであって、対象者の再犯防止という保安的観点を重視したからではないと思われる。

精神保健観察に付された対象者には、速やかに、その居住地を管轄する保護観察所の長に当該居住地を届け出ること、一定の住居に居住すること、住居を移転し、または長期の旅行をするときは、あらかじめ保護観察所の長に届け出る、保護観察所の長から出頭または面接を求められたときはこれに応ずることなどの「守るべき事項」(遵守事項)が課されることになる。これを守らなかった場合には、保護観察所の長は、指定通院医療機関の管理者と協議の上、地方裁判所に入院の申し立てをしなければならないとされている(法59条2項)。すなわち、入院による医療の場合には、対象者が病院内にいるため、指定入院医療側が行動制限などによって医療の強制を担保することが可能であるが、入院によらない医療の場合には、対象者が病院外にいるため、このような精神保健観察により、医療の確保を法的に担保するという方法がとられているのである。

保護観察所が担わなければならないもう1つの柱は、関係機関相互間の連携の確保である。まず、保護観察所の長は、医療、精神保健観察、援助などが実施計画に基づいて適正かつ円滑に実施されるよう、あらかじめ指定通院医療機関の管理者ならびに都道府県知事および市町村長との間において必要な情報交換を行うなどして協力体制を整備するとともに、処遇の実施状況を常に把握し、当該実施計画に関する関係機関相互間の緊密な連携の確保に努めなければならないとされている(法108条1項)。すなわち、医療を担当するのは指定通院医療機関であり、精神保健観察を担当するのは保護観察所であり、対象者の社会復帰促

進のための援助を行うのは、精神保健センター、保健所、精神障害社会復帰施設等であるが、対象者に対する地域処遇を実施するためには、それら諸機関の連携が必須であるところから、そのコーディネートが保健観察所に求められている。さらに、地域処遇の実施については、個人・民間機関の理解・協力も必要であるところから、法109条は、保護観察所の長は、個人または民間の団体が入院によらない医療の決定を受けた者の処遇の円滑な実施のため自発的に行う活動を促進するとともに、これら個人または民間の団体との連携協力のもと、対象者の円滑な社会復帰に対する地域住民等の理解と協力を得るよう努めなければならないとしている。

このように、保護観察所は、精神保健観察を含む地域精神医療全体のコーディネーターの役割を果たさなければならないのである。また、法務省保護局と厚生労働省社会・援護局障害福祉課が作成した『地域処遇ガイドライン』（平成17年7月14日法務省保護局・厚生労働省障害保健福祉部通知、法務省保総題595号/障精第0714003号）は、関係機関相互の連携およびそれらの処遇の統一性を確保し、さらに処遇の実施計画の見直しなどをこれらの関係機関の連携のもとで行うため、保護観察所がケア会議を開くことも義務づけている（同ガイドライン3(3)エ）。

## 社会復帰調整官の創設

以上のように、対象者に対する地域処遇を担うのは、保護観察所であるが、その仕事を実際に行うのは、そこに属する「社会復帰調整官」である。前述したように、保護観察所がこれまで行ってきた保護観察は、仮釈放者に対する保護観察（更生保護法40条、同48条3号）少年の保護観察（少年法24条1項、更生保護法48条1号）など、犯罪者を社会内で処遇してその改善を図り、その再犯を防止することを目的とするものであった。医療観察法における精神保健観察は、それとは異なり、対象者の再犯の防止を直接の目的とするのではなく、彼の継続的な医療の確保を目的とす

るものである<sup>1)</sup>。これは、従来の保護観察所の仕事とは異なるものである。

また、前述したように、保護観察所は、地域医療全体のコーディネーターの役割も担わなければならないが、これも従来の保護観察所の仕事にはなかったものである。そこで医療観察法は、社会復帰調整官という専門職を新たに創設した。このように医療の確保による精神障害者の社会復帰援助という仕事を担う社会復帰調整官は、精神保健福祉士その他精神障害者の保健および福祉に関する専門的知識を有するものとして、政令で定めるものでなければならない（法20条）。

## 今後の課題

以上が、地域における対象者に対する処遇の概要であるが、そこには多くの課題がある。そのうちのいくつかを指摘しておきたい。

第1は、指定通院医療機関が少ないことである。精神医療関係者によれば、実際は指定されている通院医療機関は多いはずであるが、民間病院などにとっては、そのための人員増、システムの新たな構築などに莫大な費用を要すること、担当スタッフに時間的、精神的に多大な負荷がかかることなど、経済的メリットがない反面、リスクばかりが多いことから、實際上、指定通院を受け入れていない病院が数多く存在するのではないかとされている<sup>2)</sup>。この現状を打開するためには、人的、経済的に指定通院医療機関への手厚い支援が急務である。

第2は、社会復帰調整官の増員の問題である。現在、社会復帰調整官は全国で80名程度任命されているとのことである<sup>3)</sup>が、前述したように、社会復帰調整官の仕事は膨大であり、このような少人数ではとても賄いきれていないのが現状である。また、前述したように、地域における対象者の処遇の要は、社会復帰調整官であるにもかかわらず、1人の社会復帰調整官しか存在しない保護観察所が過半数であり、そのため、その1人の社会復帰調整官がいくつもの指定入院医療機関から退院する対象者の処遇を担当しなければならない