

0.95), β : 消退率(0.1~0.3)。ここで得られた推計値はあくまでも参考値とすべきで、アルコールの分解スピードは男女の性差も(男性が早い)、個人差も大きいことが知られている。ALDH 活性型と不活性型を持つ人ではアルコール消失速度が異なり、また消化管での吸収や睡眠などによって遅延することも知られている。飲酒後1時間後から4時間寝た群の血中濃度は $0.12 \pm 0.02 \text{ mg/ml}$ 、起きていた群 $0.06 \pm 0.01 \text{ mg/ml}$ で、飲酒後に睡眠を取るとアルコール消失は遅延する⁴⁾。

「難解な法律概念と裁判員裁判」 (司法研修所編)における判例⁵⁾

事例1: 病的酩酊(もうろう・夢幻様状態) 大阪地判平成5年9月24日強盗傷害/心神喪失で無罪確定; 飲酒後に通行中の被害者の頭部をレンガで殴りし現金を強取しようとして負傷させた。被害者の頭部より血が流れ落ちるのを見てわれに返った。

裁判所は①犯行現場に行った経緯が不明, ②犯行態様とその後の態度の急変が不自然, ③平素の人格より想像できない, ④強盗の動機が認められないと認定して, 鑑定で行われた飲酒テストで特異な脳波(θ 波)に再現性が強いいため, もうろう状態・夢幻様状態と判断し, 犯行状況それ自体に責任能力欠如があり, 酩酊の程度も軽くないとした。

コメントとしては, いわば「てんかん」と等質の「もうろう状態」と認定しての判断である。比較的, 短時間のうちに犯行より目ざめて対応が急変している特徴と, 脳波異常を基礎にして「てんかん」と等質とみなして, 心神喪失の判断につながった。

事例2: 飲酒と睡眠剤による混合酩酊 東京地判平成5年9月24日強制わいせつ致傷/心神耗弱で懲役3年確定; 飲酒のうえ, 睡眠剤と精神安定剤を服用した状態で人通りの多い歩道で, 通行中の女性につかみかかり, 脅して下着を脱がせて陰部を触るなど1週間の傷害を負わせ, 制服警察官を見て逃走した。

裁判所は①犯行状態は言動に脈絡なく理解しがたい異常なもの, ②犯行前後の記憶欠損, ③飲酒と睡眠剤による混合酩酊で, 重篤でないが意識障害を呈し, 複雑酩酊と同程度であった, ④自己の置かれている状況を一定程度認識し, 合目的な反応を示す, ⑤犯行前に風俗店に出入りしており犯行に至る事情として特異でない, ⑥犯行後1時間の呼気アルコール濃度 0.4 mg/l で高度な酩酊ではないと認定して, 心神耗弱とした。

コメントとしては, アルコール血中濃度より飲酒による酩酊は高度ではないが, 睡眠剤との相乗作用で「混合酩酊」であり, 犯行の動機は了解可能としても, 犯行態様には不自然という判断である。混合状態が生じることは認めてもその解釈には異論があり, 多剤乱用(服薬や飲酒をするときには自由意思)による相乗効果が自由意思を奪ったとして, 責任能力を認めないことを是認すべきか否かである。多剤乱用をするほど依存症は重篤としても, 依存症は責任能力を減弱する因子とはならない。風俗店に出入りし違法な買春行為を平然としていて, 酩酊して場をわきまえなかった程度と判断もできる。これに対して「原因において自由な行為」を対置して検討すべきとする意見もあろう。

事例3: 異常酩酊 福岡高判平成10年9月28日殺人, 殺人未遂/心神耗弱で懲役7年確定; 飲酒のうえ外出し, 不満の解消として女性につきまとい, パート帰りの主婦2人を通り魔的に包丁で刺し1人を殺害, 1人は未遂に終わった。

裁判所は①犯行後1時間後の呼気アルコール濃度 0.25 mg/l と高くはない, ②犯行前後に見当識障害や意識障害はない, ③犯行後包丁などを隠匿・投棄して犯行に及んだ記憶がある, ④事件後に起こした物損事故後に飲酒検知を求められた際に, 知人に代わって行うように依頼したなど, 犯行発覚を恐れた行動と理解できる, ⑤被告が主張している健忘は虚偽供述か思い出したくないという抑圧によるもの, ⑥犯行時に幻覚様の体験をしたという供述にも変遷が多く信用性は乏しいと認定した。そのうえで, 犯行動機は飲酒による抑制

が解除され, 不満解消の目的で女性につきまとい, 同女の拒否的態度に攻撃性が高まり殺意までに高められたと全くの了解不能とはいえない。しかし, 前科前歴もなく宗教家として信者を有していたなど平素の人格から了解が不能で, 普段の生活状況や行動傾向などと乖離し, アルコール依存症に陥っていた可能性があると認められ, 犯行に対する記憶が抽象的なものにとどまっていることを合わせて考えると, 飲酒による異常な酩酊状態にあり心神耗弱の状態にあった可能性を否定できないとした。

コメントとしては, 事実認定よりは弁識能力, 制御能力ともに損なわれていないことが考えられるが, 著しい酩酊でないにも関わらず, 日頃の行動よりかけ離れた行動をとったとして異常酩酊と認定し, 心神耗弱として判決は確定した。しかし酩酊で抑制がとれた際の逸脱行動を異常酩酊とするのは範囲が広すぎるし, アルコール依存で飲酒を当事者が抑制しないことを制御能力の著しい減弱ととらえるのは, 自招性の観点よりも裁判員より批判が出ると考えられる。完全責任という判断もあり得る。

事例4: 複雑酩酊とアルコール依存による人格障害の増悪 札幌地判平成6年2月7日現住建造物等放火/心神耗弱で懲役3年確定; 心因反応とアルコール依存で通院し生活保護を受給していた。居酒屋で酩酊して帰宅途中に派出所が目に入り, パチンコ店員他の対応などの不満や, 今後の人生を警察官に聞いてもらおうと思いつき寄ったが, 警察官が不在で, しばらく待っても帰ってこないことに立腹して放火した。

裁判所は①犯行直後の呼気検査で 0.65 mg/l と相当量の飲酒と酩酊状態, ②おおむね記憶があり, 一部記憶が欠落, 断片的となっているが, 自己の置かれている状況を認識し行動して見当識もかなり保たれていた, ③動機は通常人の行為とはかなりの断絶がある, ④生活歴, 入院歴, 飲酒状況, 鑑定書に照らせば, 犯行当時に複雑酩酊の状態にあり長期間の飲酒によるアルコール依存のための人格障害が増悪した状態に基づくと認定して

心神耗弱とした。

コメントとして, 被告の示す身勝手さの由来は「自己愛」「依存性」による人格障害であり, 記憶の欠損も一部とすれば複雑酩酊としても程度は軽く, 短絡的な行動も人格異質性ではないとなれば心神耗弱とするには困難があると考えられる。

事例5: 複雑酩酊が争われ単純酩酊 東京高判平成3年10月22日殺人, 殺人未遂/無期懲役(一審・死刑), 上告; 被害女性と一時は結婚話まで出たが, 同女が親戚に反対され, また乱暴して傷害を負わせてから, 同女よりも愛想を尽かされた。その後も脅してまでもよりを戻そうと頼み, 拒絶されて同女を殺害しようと考えた。夕方より長時間飲酒をし, 深夜に包丁と金槌を持って同女宅に赴き, 同女が実家に避難しているを知って, 実家の玄関ガラスをたたき割って侵入し, 同女ら2人を殺害, 3人に重傷を負わせた。

裁判所は①知能, 性格その他生来の精神異常はない, ②長時間小刻みに飲酒したが犯行直前に被告を目撃した知人は酩酊していると見えなかった, ③犯行にある程度の計画性が認められる, ④犯行後に灯油をかぶり点火しようとした行動も, 当初自殺を考えていたことから異常行動といえない, ⑤念のために行われた鑑定での「普通通知の下」から「境界知」の知能や執念深く粘着性で興奮しやすく, 衝動的で爆発性や自己中心性の性格は責任能力に影響を及ぼさない, ⑥鑑定では複雑酩酊としているが, その根拠が不十分と判断した上で, 鑑定にある「善悪は正しく認識し, 行動制御は軽度に減弱」とあることを採用して完全責任とした。

コメントとして, 単純酩酊の「性格の先鋭化」「計画され意図が明確で犯行動機や行為の了解が得られる」とみるか, 複雑酩酊の「本来の性格とは異なり」「動機や行為の抑制が欠如し, 行為や動機は全体としては了解できても不機嫌や情動的興奮で抑制が欠如」とみるかで, 裁判所は複雑酩酊に疑問を示している。

裁判員裁判での判例

被告は30代の男性で過去には暴力団に属し、暴力犯での逮捕歴や飲酒したうでの妻に対する暴力があった。大量飲酒が続いていた。被告は義父やその友人と飲酒をして被害者に対するこれまでの不満を述べ、複数回の電話のやり取りで被害者と口論が高じ、「やってやる」と怒声でやり取りをした。義父や友人ら5人で包丁やゴルフクラブを持ち、友人の妻が車を運転して被害者宅にいき、対応に出た被害者ともみ合いになり、包丁で刺殺した殺人事件である。被告は車に乗っている期間の記憶が曖昧で、もみ合いから、義父の持っていた包丁で被害者を刺した記憶が曖昧である。犯行場面の記憶が一部欠損している。犯行後にさらに攻撃し、駆け付けた警察官にまでも食ってかかるなど、情動的興奮や状況認知の悪さより複雑酩酊か否かが争点となった。

1. 起訴前囑託鑑定

病的酩酊に近い複雑酩酊として心神喪失と取れる判断を示した。

鑑定本文 ①被害者宅に向かう車に乗ったところから逮捕後に飲酒検査をうけるまでの記憶が著しく欠損しており、複雑酩酊に相当する。臨床的にはアルコール依存を認める。②被害者を懲らしめてやろうということでは、義父と共謀したらしい。犯行直前の被告人の酩酊の程度および態様においては少なくとも緻密な殺害計画は、共謀できなかった。犯行直後の被告人は、状況把握が鈍麻し、奇異行動が目立っていた。すなわち、犯行時の被告人は、行動が一貫せず、行為の意味や善悪の判断能力に欠けていた。

鑑定人が複雑酩酊とした根拠は「周りの関係者がこの重大さに気付いて、被害者を看護しようとしているときに、それを手伝うどころか、まだやろうとするため、義母らが必死に止めなくてはならなかったような当時の被告人の行動は、被告人が異常に興奮し、まとまりのない行動を常に取るようとしており、理解不能な精神運動興奮状態」を挙げている。

鑑定記録より WAIS III, 言語性62, 動作性87, 全検査IQ70で境界知能。事件当時は毎晩焼酎水割り平均して3~5杯で、テンションが上がると喜怒哀楽が強くなる。飲むとケンカをするなど酒癖は悪い。これまで傷害など5回の逮捕歴がある。

犯行時は義父らとの飲酒や被害者と電話で口論したことは記憶している。その後、車に乗って犯行までの30分までの記憶は以下である。①家を出る時にゴルフクラブを持っていこうと思った。②車の中で義父に「くらわしますよ」と聞くと、義父は「おう」と答えた。③被害者宅で自分より背の低い男性に「どけ」と言った。④手に持っていたナイフで、自分の左斜め前に立っていた被害者の腹あたりを刺した。ナイフがスーと入った感触は覚えている。いつナイフを手にしたかを思い出せない。刺した後、右の方から両手で抱きかかえられるように止められた。⑤犯行後に玄関の方向を向いて立っていて、玄関の右側が開いていた光景を覚えており、その後に警察官と話したイメージが残っている。⑥その後は、警察署で色々聞かれ飲酒検知をした。

逮捕時の呼気アルコール濃度は0.5 mg/lだった。犯行時の血中アルコール濃度はウイドマーク法で1.36~1.57 mg/mlと推測。鑑定中には飲酒テストは実施されていない。

2. 鑑定と意見を異にする意見書と裁判員裁判での尋問

血中アルコール濃度と酩酊 犯行時の血中アルコール濃度はウイドマーク法で1.36~1.57 mg/mlと推測されているが、飲酒テストをせずに一般的なアルコールの移行率や排出率では不十分で、示された推測値は一応の目安として考える。

犯行時の行動状況 犯行時の酩酊は単純酩酊に集団での口論など情動反応が加わり興奮し、複雑酩酊化した状態である。電話で被害者に義父や自分のことをのしられたことを契機に怒り、反発して喧嘩腰となり興奮をしている。単純酩酊と複雑酩酊は意識混濁のレベルの差を基礎としており、情動反応が加わる場合などでは明確に峻別が

できない。

駆け付けた警察官への威嚇は、犯行で生じた興奮状態が継続して、現場の混乱から理解ができない。もうろう状態に伴う本能的衝動的な行動であれば見境がなくなるはずなのに、敵と味方を理解して行動を取っていた。

平常の人格 被告は過去に暴力団に属して傷害など粗暴犯の前科を有し、飲酒すると粗暴な行動をとることがあり、飲酒により粗暴な面が先鋭化したのであり、人格疎遠とは異なる。一般的には酒癖が悪いと表現できる。

健忘をめぐる問題 意識レベルの変化が起こるのはアルコールの基本的な性格である。「飲酒時のことを覚えていないこと」と「飲酒当時に合目的な行動がとれない」ということは別の問題である。今回は被告らの行動は意図と目的を持った行動で、その行動には一貫性がある。その後に記憶がない状態は単純酩酊でも起こり得るし、今回のような情動反応が加わって複雑酩酊化した状態ではさらに起こりやすい。また健忘があるとしても「ゴルフクラブを持った」、「車で被害者宅に向かい、車中でやっていいですか、やりますよと会話をした」、「向かい合った」、「刺した」、「止められた」ことの漠然とした記憶(イメージ、気持ち、場面)は残り、完全に健忘しているわけではない。

犯行の了解可能性 犯行は酩酊により短絡的な行動を助長し、興奮を加速し、衝動性を増したとしても、第1に幻覚妄想やせん妄状態およびもうろう状態などの精神病レベルの状態での行動がないことは明白である。第2に義父や自身がなじられたことに反応して興奮して敵愾心が高じたという犯行動機は明確で了解可能であり、ともに被害者を攻撃しようとする行動は一貫している。犯行は酩酊による興奮のみにより生じたのではなく、ともに被害者への攻撃を意図した行動の結果として生じたのである。

3. 裁判員裁判での判断

完全責任と判断した。

公判鑑定の事例

被告は30代男性でこれまでアルコール精神病と診断されてきた。酩酊して器物損壊を繰り返してきた。隣のスーパーマーケット(スーパー)の街灯などを被害妄想に基づいて壊し(器物損壊)、従業員へ暴行し傷害を負わせた事件。

中学の時にシンナー吸引をはじめた。18歳頃よりシンナーから大量飲酒へ移行した。突然に暴れたり、遠くの話に被害的に反応し、怒鳴り暴力をふるい、理解が得にくい行動に走る。

A病院精神科に通院していたが、父親は医師より、アルコール問題があると説明を受けていた。飲酒すると父親への暴力、独言、空笑、テレビや食器を壊したりした。7年前にスーパーの隣に引越して、1年位前から「スーパーは自分のもの」、「店長は偽者」と話す。暴力行為、傷害、器物損壊などで8回の逮捕歴があり、3回実刑となり刑務所に入所していた。

犯行時は「気持ちが落ち着かず、複数の人の笑い声や話し声が聞こえた。イライラして外に出てみると、50歳くらいの男性が何かして危ない」と感じた。1年ほど前より「スーパーも自分のもの」と確信していた。

逮捕時は呼気アルコール濃度は0.1 mg/lで正常歩行・直立可能。「店員が悪い。日本刀やバットを振り回していた」「偽の店長は車で人をひく。わが物顔で運転し、大人や子どももひかれた。自分も危ない時があった」「店に入ると術をかけられ手足が動かなくなる」と訴えていた。

鑑定時は被害関係妄想を認めるが、明確な幻聴は否定的。妄想知覚的にスーパーでの賑わいを幻聴様に受けとめる。政治的には特異な確信を抱いている。会話に奇妙さ、観念連合弛緩など思路障害を認める。人格には対人接触性が奇妙で超然としている。知的能力は軽度の低下を有する。病識はなく、公訴事実に関しても内省はない。

規定飲酒テストでは血中アルコール濃度0.8 mg/mlでろれつが回らず、「4年前バットで100~200回叩かれた。気絶した。その後は覚え

ていない。相手も警察に呼ばれた。裁判所で話したがわかってくれなかった」[「禿げたおじさんに何百回も叩かれた」と妄想内容を語る。自由飲酒テストで血中濃度 0.7 mg/ml でそれつがまわらず、目が座り、急に笑顔で握手を求め多幸的となる。1.2 mg/ml で「民族のことは自分達のことで考えなければいけない。どうして戦ったのかを見なければいけない。…今の時代はアイヌ民族をやめてもらう」「日本は日本であることを証明することが国家。民族だから日本には兵隊がいっぱい、日本の社会のルール…」と民族的な奇妙な主張が続く。自由飲酒テスト(純アルコール換算 160 g)は犯行当時と同量近くの飲酒で、アルコール血中濃度が最高 1.6 mg/ml の域に達しても単純酩酊のレベルで推移した。犯行時の酩酊レベルは軽度。被告は犯行時も飲酒テストでも酩酊中の記憶があり、強い健忘は残していない。

鑑定ではアルコール精神病が統合失調症かの診断が問題となり、第1に妄想知覚や妄想着想が存在し、それに基づき暴力行為が頻発するが、その背景に「他の人が話しているのは自分の悪口を言っている」と被害妄想を認める。第2に幻聴が存在し、音への過敏性が犯行の契機。第3に持続性妄想が存在し、1年前から「スーパーは自分のもの」, 「店長は偽者」と話す。第4にままとまりのなさ、観念連合弛緩。第5に会話の貧困、情動的反応の鈍麻、社会的引きこもり、社会的能力の低下などの陰性症状。第6に関心喪失、無為があり統合失調症と診断した。

アルコールは直接作用として精神病性障害を来す物質ではない。幻覚や妄想は離脱症状として出現する。また連続飲酒後に10時間前後で出現する早期の幻覚は幻聴が主体で、一般的に24時間以内には消失する。最終飲酒後42~72時間で出現する大離脱症状の振戦せん妄は全身の粗大な振戦に意識障害が加わり、幻視を中心とする幻覚状態が出現するが、これも1週間前後には消失する。慢性中毒として脳の器質的変化により認知機能が低下し、嫉妬妄想や物盗られ妄想や被害妄想が出現する。

本来ある妄想に基づいて、飲酒により脱抑制がおこり、行動化しているのである。酩酊しなければ切迫感がなく行動化が避けられているだけで、被害妄想には変化がない。統合失調症の慢性的な妄想は二重見当識と称されるように、妄想的世界と現実の世界を両立しているものであり、直ちに妄想に基づいて破綻的な行動に出ることは少ない。

一時期シンナーを吸引した既往があり、有機溶剤を連続して使用した後に幻覚が起こることは多く、またフラッシュバックや飲酒などにより幻覚が誘発され再現される。刑務所での体験で「ガラスに顔が出てきた」と訴えるが、有機溶剤による幻視に特徴が似る。有機溶剤を吸引していた急性期にこれらが問題とならないのであれば、シンナーを中止して10年以上経過しており、有機溶剤乱用による遅発性精神病性障害は否定的である。

鑑定結果は、犯行当時は統合失調症に罹患し、アルコールの影響も強く受ける状態であった。犯行時は妄想に支配されて、物音などに過敏な状態に加えて飲酒により行動の抑制に困難があり、善悪の判断に著しく障害あり、その判断に従って行動する能力も障害をされていたとした。

判決では心神耗弱と認定した。

おわりに

裁判員裁判では異常酩酊の責任能力判断には厳しい目が注がれていることに留意して鑑定を進めるべきである。精神病状態を伴う場合には、精神症状と犯行態様との関係を検討すべきで、統合失調症と等価として理解ができる場合が多い。しかし酩酊の質が課題となるケースでは変化していく酩酊を微視的にみるのではなく、大局的な経過より判断すべきと考える。なぜなら単純酩酊と複雑酩酊の間、また複雑酩酊と病的酩酊の間には相互に移行し、境界が曖昧なケースが多く、また情動など他の要因が加わると酩酊の質は一過性に变化をする。これを過去にさかのぼって証明することは困難である。大局的な経過より判断するには、犯行動機の了解可能性と人格異質性の観点からの考察は重要な意味を持つと考える。

文献

- 1) 原隆：アルコール精神障害。刑事責任と精神鑑定、司法精神医学2巻、中山書店、pp159-165, 2006
- 2) 岩井宣子：故意犯と原因において自由な行為。精神障害福祉と司法、尚学社、pp377-383, 2004
- 3) 松原三郎：起訴前鑑定と医療—民間精神病院の立場から。臨床精神医学31：277-282, 2002
- 4) 松本博志：アルコールの基礎知識。特集【飲酒運転対策プロジェクト】。Jpn J Alcohol & Drug Dependence 46：146-156, 2011
- 5) 村瀬均、河本雅也、佐伯仁志、他：責任能力。難解な法律概念と裁判員裁判。法曹会、pp32-54, 2009
- 6) 中谷陽二：薬物依存者の責任能力。精神障害者の責任能力—法と精神医学の対話—。金剛出版、pp159-178, 1993
- 7) 柴田洋子、新井尚賢：酩酊犯罪の精神鑑定。金剛出版、1985

学会告知板

緊急シンポジウム「うつ病克服へのロードマップ」

日時 2011年12月18日(日)13:00~15:00(開場12:30)

会場 新宿明治安田生命ホール

東京都新宿区西新宿1-9-1 明治安田生命新宿ビル B1F(新宿駅西口正面)

無料・参加自由

主催 日本うつ病学会・日本生物学的精神医学会・日本心身医学会

共催 日本精神神経学会・日本精神神経科診療所協会・日本精神科病院協会
日本神経精神薬理学会・日本統合失調症学会・日本アルコール精神医学会
日本臨床精神神経薬理学会・日本総合病院精神医学会・日本認知療法学会

司会 野村総一郎(防衛医科大学校精神科学講座教授)

岩波 明(昭和大学医学部精神医学教室准教授)

パネリスト 樋口輝彦(国立精神・神経医療研究センター総長)

国民病としてのうつ病~自殺・長期休職

久保千春(九州大学病院病院長)

身体疾患とうつ病

尾崎紀夫(名古屋大学医学系研究科教授)

うつ病健診の波紋~職域でのうつ病の対応を巡って

谷田部雅嗣(NHK 解説委員)

うつ病報道とコミュニケーションギャップ

古川壽亮(京都大学大学院医学研究科教授)

認知行動療法と抗うつ剤の真の効果

柳澤勝彦(国立長寿医療研究センター研究所副所長)

認知症とうつ病~神経病理学の観点から

加藤忠史(理化学研究所脳科学総合研究センターチームリーダー)

うつ病を解明せよ!~脳科学の観点から

神庭重信(九州大学大学院医学研究院教授)

うつ病の専門医とは何か~うつ病センター構想

(パネリストの発表:各10分 パネルディスカッション:20分)

問合せ 日本うつ病学会事務局(平日10:00~17:00)

☎:03(3263)8697 Fax:03(3263)8693 e-mail:jsmd@secretariat.ne.jp

研究報告

医療観察法入院処遇前における精神保健福祉法入院の現状

瀬戸 秀文^{1,2)} 島田 達洋³⁾ 入野 康⁴⁾ 山本 智一¹⁾
 小泉 典章⁵⁾ 吉住 昭⁴⁾ 竹島 正⁶⁾ 尾島 俊之⁷⁾
 野田 龍也⁷⁾ 山下 俊幸⁸⁾ 小高 晃⁹⁾

抄録：医療観察法入院処遇に至った事例に対して、対象行為から医療観察法処遇決定までの間に、精神保健福祉法に基づき入院したかどうか調査した。結果、831例のうち118例(14.2%)に精神保健福祉法入院が認められた。精神保健福祉法入院が選択された事例には、殺人、放火、強姦がやや多く、強盗と強制わいせつでやや少ない傾向が認められた。精神保健福祉法入院が用いられる理由は、興奮、身体合併症治療、判決から確定までの「つなぎ」、もともと精神科入院中に対象行為、通院処遇の危機介入、不処遇後に上級審で決定が覆るなどであり、対象者の病状のみではなく、おかれている状況も、処遇に影響していると思われた。対象行為直後に精神保健福祉法入院が選択された場合、医療観察法の申立が行われるまでの期間が有意に延長しており、単に病状の問題だけではなく、警察と検察の連携に問題がある可能性がうかがわれた。

臨床精神医学 40 : 1495 ~ 1505

Key words: 精神保健福祉法(Act on Mental Health and Welfare), 医療観察法(Act on Medical Care and Treatment for Persons who have caused serious Cases under the Condition of Insanity), 触法精神障害者(for forensic psychiatric patient), 措置入院(involuntary admission by prefectural governor), 上訴期間(period for filing an appeal)

(2010年12月10日受理)

1 目的

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」という)の施行により、重大な他害行為を生じた精神障害者は、同法により処遇されることと

なった。しかし、医療観察法は検察官の申立から鑑定入院を経て、第42条により入院(以下、「入院処遇」という)、通院、不処遇、却下とする決定を行うなどの手続きを定めてはいるが、対象行為から検察官の申立までに、どのような医療を行うかについては、定めていない。そして、実際には対象行為から医療観察法の処遇決定までの間

に、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(以下「精神保健福祉法」という)に基づいて入院(以下「精神保健福祉法入院」という)する事例が、少なからず見受けられる。

精神障害者の触法行為は、長年、精神保健福祉法第29条に規定される措置入院制度によって対応され、従来は検察官通報から精神医療の開始までは、精神保健福祉法で一体として行われていた⁶⁻⁸⁾。医療観察法施行以後は重大な他害行為は同法によって処遇されることとはなったが、これにより触法精神障害者の医療を見守る法律が2本立てとなり、ある種の分断が生じたことも否定しがたい。鑑定入院については報告があるが、その前後の精神保健福祉法入院については、筆者らが知る限り、報告はなく、対象行為から医療観察法申立までの間、どのような精神科医療が行われているのか、不明な点も多い¹²⁾。

そこで、今回、入院対象者に対して、対象行為から医療観察法入院処遇決定までの間に、精神保健福祉法入院したか、また実際に精神保健福祉法入院した事例については、その経緯を調査することで、対象行為から医療観察法の医療が開始されるまでの間に行われている医療の状況を明らかにすることとした。

2 方法

2005年7月15日から2009年11月1日までに、全国18すべて(当時)の指定入院医療機関に、医療観察法第42条第1項第1号の決定に基づき、新規に入院処遇となった全事例を対象とした。

対象事例について、年齢、性別、診断、対象行為および対象行為から入院処遇までの間に精神保健福祉法入院したかどうかを調査した。そのうえで、精神保健福祉法入院した事例については、主診断、従診断、対象行為、対象行為日、精神保健福祉法入院の日と入院形態および措置入院・緊急措置入院の場合の通報形式、同・退院日および退院後の処遇、医療観察法入院処遇の日、当該指定入院医療機関での現状、退院した事例については退院日および退院の詳細、転院例の転出先ならびに事例の概要として今回の対象行為で、鑑定入院

以前に、精神保健福祉法入院が用いられた経緯、病状、問題行動、また医療観察法入院処遇と精神保健福祉法入院との関係で生じた問題点を中心に、報告を求めた⁹⁾。

(倫理面への配慮)

研究に際し、対象者の個人情報保護のため、氏名や住所、精神保健福祉法入院した病院名などの情報は収集しないこととした調査票を作成し、指定入院医療機関において必要な事項を転記してもらう方式とした。収集された資料は、責任者のもとで、データ入力期間を除いて、鍵のかかるキャビネット内で管理し、解析終了後はすみやかに処分することとした。

以上の方針のもと、本研究は、主任研究者が属する独立行政法人国立病院機構花巻病院倫理委員会において審査を受け、2009年7月2日に研究実施が承認された。

3 結果

1. 入院処遇例の概要

17の指定入院医療機関から831例について回答があった。うち1つの指定入院医療機関からは、該当例がないとの回答であった。

表に、入院処遇となった時点での年齢・性別、診断、対象行為および精神保健福祉法入院の有無を示した。

性別は、男性653例、女性157例、性別未記入21例であった。このうち精神保健福祉法の入院は男性91例、女性26例、不明1例であった。精神保健福祉法入院の有無で、差はなかった($\chi^2(2) = 2.29, n.s.$)。

年齢は794例(不明37例を除く)で 42.6 ± 13.3 歳(年齢・性別とも判明の773例では、男性624例で 42.4 ± 13.4 歳、女性149例で 43.2 ± 12.4 歳)であった。精神保健福祉法入院の有無で、差はなかった($t = 0.539, n.s.$)。

指定入院医療機関における主診断は、F0器質性精神障害22例、F1精神作用物質使用障害59例、F2統合失調症など653例、F3気分障害46例、F4神経症性障害5例、F6人格障害11例、F7精神遅滞16例、F8発達障害16例、G4てんかん3例であっ

The characteristics of patients who were admitted to a psychiatric hospital under the Act on Mental Health and Welfare before admission to a forensic psychiatric hospital

¹⁾ SETO Hidefumi and YAMAMOTO Tomohazu 長崎県病院企業団長崎県精神医療センター [〒856-0847 長崎県大村市西部町1575-2]

²⁾ 国立病院機構肥前精神医療センター臨床研究部社会精神医学部門 ³⁾ SHIMADA Tatsuhiro 栃木県立岡本台病院

⁴⁾ IRINO Yasushi and YOSHIZUMI Akira 国立病院機構花巻病院 ⁵⁾ KOIZUMI Noriaki 長野県精神保健福祉センター

⁶⁾ TAKESHIMA Tadashi 国立精神・神経センター精神保健研究所 ⁷⁾ OJIMA Toshiyuki and NODA Tatsuya 浜松医科大学健康社会医学 ⁸⁾ YAMASHITA Toshiyuki 京都市こころの健康増進センター ⁹⁾ KODAKA Akira 宮城県立精神医療センター

表1 入院処遇となった時点での年齢・性別、診断、対象行為および精神保健福祉法入院の有無

年齢	男性	女性	性別不明	計	%
20～29	125	24	4	153	18.4
30～39	192	45	3	240	28.9
40～49	138	41	7	186	22.4
50～59	127	30	4	161	19.4
60～69	53	13	2	68	8.2
70～79	13	4		17	2.0
80以上	5		1	6	0.7
計	653	157	21	831	100.0

精神保健福祉法入院の有無

診断	入院なし	入院あり	計	%
F0	19	3	22	2.6
F1	51	8	59	7.1
F2	559	94	653	78.6
F3	42	4	46	5.5
F4	4	1	5	0.6
F6	10	1	11	1.3
F7	15	1	16	1.9
F8	12	4	16	1.9
G4	1	2	3	0.4
計	713	118	831	100.0

対象行為	入院なし	入院あり	計	%
殺人	238	30	268	32.3
傷害	248	44	292	35.1
放火	161	34	195	23.5
強盗	32	2	34	4.1
強姦	8	4	12	1.4
わいせつ	25	7	32	3.9
計	713	118	831	100.0

た。

831例のうち、118例に精神保健福祉法入院が認められた。診断は、F0器質性精神障害3例、F1精神作用物質使用障害8例、F2統合失調症など94例、F3気分障害4例、F4神経症性障害1例、F6人格障害1例、F7精神遅滞1例、F8発達障害4例、G4てんかん2例であった。精神保健福祉法入院の有無で、差異はみられなかった($\chi^2(8)=10.7, n.s.$)。

対象行為は、殺人(未遂等を含む。以下同じ)268例、傷害292例、放火(含未遂)195例、強盗(含未遂)34例、強姦(含未遂)12例、強制わいせつ(含未遂)32例であった。複数の対象行為の組み合わせを有する事例は10例、対象行為不明8例であった。このうち精神保健福祉法入院の118例では、殺人30例、傷害44例、放火34例、強盗2例、強姦4例、強制わいせつ7例であった。

精神保健福祉法入院の有無で、殺人、放火、強姦で精神保健福祉法入院はやや多く、強盗と強制わいせつでやや少ない傾向が認められた($\chi^2(5)=10.7, p<0.1$)。

118例のうち2例は、2回精神保健福祉法入院しており、のべ精神保健福祉法入院は120回であった。この2例は、いずれも対象行為直後に興奮が激しく一旦入院、その後起訴され、判決後の「つなぎ」で再度入院という経過であった。入院日数などはいずれも判決後の入院期間のみ判明していた。

精神保健福祉法入院となった理由は、①行為当時の興奮状態68例、②実刑判決でなく身柄拘束が解かれ、あたかも「つなぎ」として入院22例(うち無罪5例、有罪だが実刑ではないか執行すべき刑期がない15例、詳細不明2例)、③精神科入院中に対象行為を行い、そのまま入院継続3例、④不処遇後に精神保健福祉法入院・抗告審で決定が覆り入院処遇1例、⑤分類不能26例であった。

精神保健福祉法入院の入院形態は、複数回答で、任意12例、医療保護24例、措置78例、緊急措置13例(8例は、その後の入院形態不明)、応急1例(その後は不明)、欠損7例であった。このうち措置入院あるいは緊急措置入院があるのは86例であった。また措置入院を経ずに医療保護入院したのは19例で、興奮など10例、釈放後のつなぎ7例、不明2例であった。任意入院への変更はなかった。任意入院のみで入院したのは5例で、任意入院中に対象行為となったもの2例、判決後のつなぎ2例、興奮などで対象行為後に入院・その入院中に対象行為発覚1例であった。

措置入院あるいは緊急措置入院86例の通報形式は、警察官通報44例、検察官通報14例、その他3例(近隣住民、刑務所、総合病院救急部医師

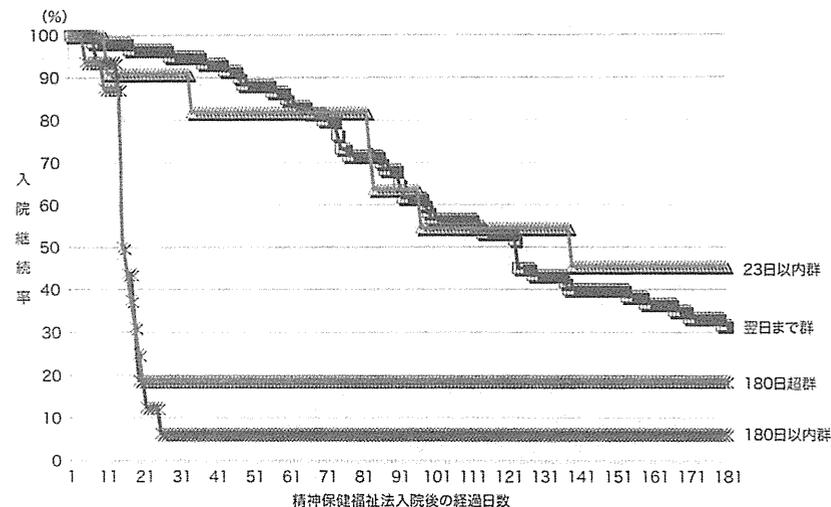


図1 対象行為から精神保健福祉法入院までの期間群ごとの精神保健福祉法入院継続率

との回答が各1例)、不明5例、未記入20例であった。検察官通報14例のうち状況の記載がある11例では、1例が取調中に興奮し措置通報、1カ月後に医療観察法の申立がなされていた。9例で無罪や猶予判決後すぐに通報され、すみやかに申立となっていた。ただ1例では地裁判決後すぐに通報され措置入院してはいたが、控訴審判決が確定するまでに、さらに1年以上がかり、その後によりやく申立となっていた。

対象行為日、精神保健福祉法入院日と退院日、医療観察法入院処遇日のすべてが判明している107例のうち、精神科入院中に対象行為・そのまま入院継続3例、疑義のある1例を除いた103例では、対象行為から入院処遇までの期間は325.6±244.7日であった。

図1に入院継続率を示した。このうち対象行為から精神保健福祉法入院までの期間ごとに、翌日まで群、23日以内群、180日以内群、180日超群の4群で精神保健福祉法入院期間を比較したところ、翌日まで群60例で165.6±124.9日、23日以内群11例で154.5±105.1日、180日以内群16例で33.8±69.2日、180日超群16例で68.6±131.0日と

なった。多重比較により、翌日まで群と180日以内群および180日超群の間で精神保健福祉法入院期間は有意に延長していた(Bonferroni, $p<0.05$)。

また通報種別による比較では、警察官通報41例で167.9±126.0日、検察官通報14例で53.8±123.7日であり、警察官通報で有意に精神保健福祉法入院期間が延長していた($t=2.90, p=0.008$)。

4 考察

1. 事例の概要

今回、すべての入院処遇例の約90%について、資料が得られ、検討を行った。

精神保健福祉法入院の有無で、年齢、性別、診断について両群間に有意差は認められず、入院処遇の前に精神保健福祉法入院をするかどうかについて、少なくともこうした要因では差は認められなかった。ただ、対象行為では、殺人、放火、強姦で精神保健福祉法入院はやや多く、強盗と強制わいせつでやや少ない傾向から、たとえば強盗や強制わいせつでは、それを命じる幻聴を願望充足的と評価されうることなど、行動面に対する関係

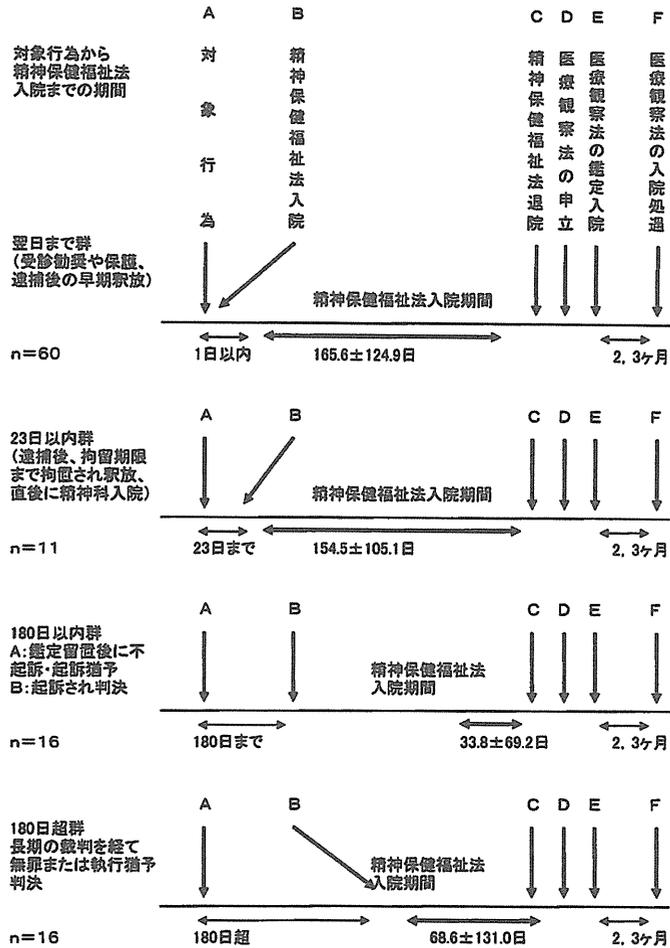


図2 対象行為から精神保健福祉法入院までの期間群ごとの精神保健福祉法入院期間との関係

者の評価が影響している可能性が示唆された。

2. 精神保健福祉法入院期間と医療観察法申立までの期間の関係

精神保健福祉法入院期間は、医療観察法鑑定入院までの手続期間をほぼ反映する。この期間の関係を図2に示した。

医療観察法が円滑に導入されたかどうかについて、刑事手続きと医療観察法導入への時間的流れ

を考慮し、対象行為から精神保健福祉法入院までの期間を4群に分けると、おおむね図3に示すようになった。

対象行為から精神保健福祉法入院までの期間180日以内群11例の精神保健福祉法入院期間は33日であったが、うち10例は20日あまり、最頻値は15日の6例であり、300日あまりの1例があるために平均値が引き上げられたものである。裁判

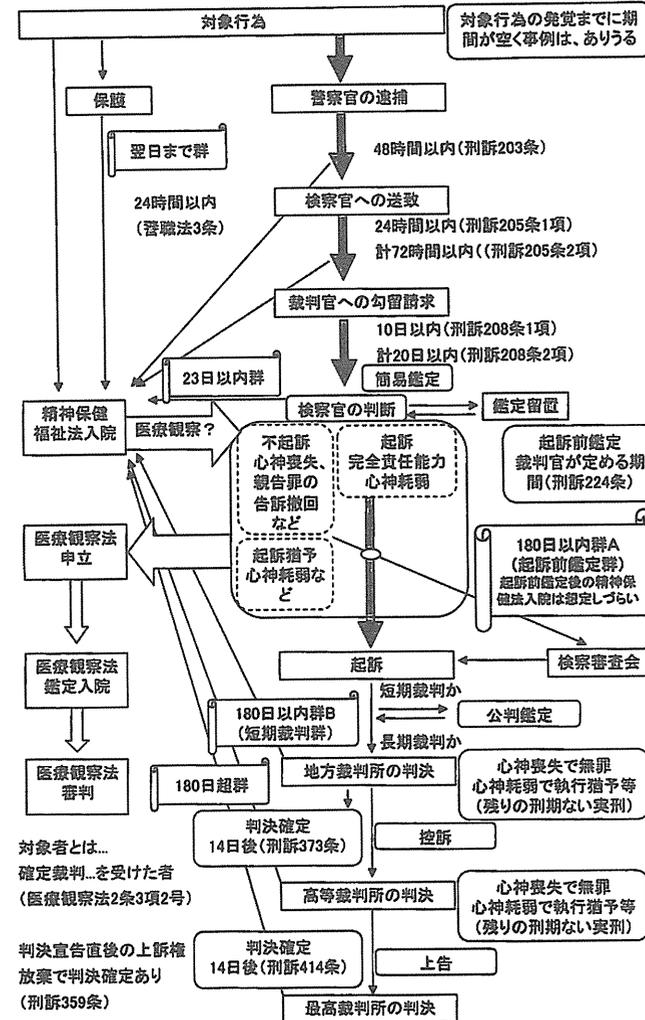


図3 対象行為から精神保健福祉法入院までの期間各群の刑事手続中のおおよその位置づけ

の判決言い渡しから確定まで14日を要すること(刑事訴訟法第373条など)を考慮すると、すみやかな医療観察法の申立が行われていることがうかがわれた。一方、翌日まで群および23日以内群は、いずれも6カ月弱の精神保健福祉法入院で、医療

観察法の申立がすみやかになされているとはいい難かった。

また、検察官通報や警察官通報の区別でも差違が明らかになった。検察官通報例は、裁判確定までの日数をつなぐ10例と、取調中に興奮した1例、

情報なし3例で、興奮例も1カ月以内に医療観察法の申立がなされており、その後の対応も比較的円滑で、医療観察法を視野に置いた運用がなされているようでもあった。一方、警察官通報例では、精神保健福祉法入院期間が有意に延長していた。この理由については、事件直後に保護され入院したことで、刑事事件の捜査として本人の協力が必要な書類が作成されていない、病状の点から逮捕を見合わせられることで事件送致が決断されるまでの期間を要している、これらのため検察への事件送致の時期が遅れている、検察側でも事件を受理した後の処理に時間を要している、などの事情が推察されたが、今回の調査からは明確にはならなかった。

これらより、翌日までに精神保健福祉法入院をした場合には、医療観察法入院までの期間が延長しており、検察官が関与しない段階での入院がこの期間を延長させている可能性がうかがえるものであった。

翌日まで群および23日以内群では、対象者の病状が悪くて精神保健福祉法入院期間が延長する、警察や検察でも捜査上、事情聴取ができないことで必要な書類が作成できず、このために医療観察法の手続が進行させられない、などの問題がありうと思われた。ただ、警察や検察の捜査上の都合はありうるが、病状が安定しても長期に照会さえるなど、突然、医療観察法の申立手続が進行するなどの問題も指摘されており、この点をどのようにとらえるかは、慎重が必要であると思われた。

対象者に対する手厚い医療を早期に開始するという観点からは、対象行為から医療観察法入院までの日数にも注意を払う必要がある。精神保健福祉法入院期間は翌日まで群165.6±124.9日、23日以内群154.5±105.1日と延長しており、特に後者は興奮などにより本人の意見聴取など捜査が進めにくい事情はあるにせよ、検察官の判断を経ており、長すぎると考えざるをえず、治療と司法手続を並行して迅速にすすめるべきである。

この点に関連して、医療機関側から捜査機関側へ、積極的な情報提供はしづらい。ただ、たとえば事件後すぐに措置入院し期間が経過、病状軽快

して措置解除・退院し社会復帰している患者に対して医療観察法の申立が行われている場合も見受けられた。患者は混乱し、指定入院医療機関に陰性感情を強く持った事例もあり、時機を逸した医療観察法の申立が対象者本人の精神科医療に有益とは限らないことなども考慮すると、対象行為の内容や病状によっては、医療機関と捜査機関の間で、医療観察法の適用に関連して、意思疎通を図っていく必要もあると思われた。ただ、捜査機関が迅速な処理ができない理由として、対象者が逮捕されておらず身柄が警察・検察にないことで、調書作成が遅延することを強調しすぎると、任意捜査を原則とした刑事訴訟法第197条第1項の趣旨に抵触しかねないことには留意する必要がある。

なお、指定入院医療機関からは、長期の裁判を経た事例では、当然、治療開始まで長期が経過しており、これによる医療へのマイナスの影響を指摘して、勾留中の精神医療について改善を求める意見も認められた。

3. 精神保健福祉法入院が選択された理由

精神保健福祉法入院が選択された理由は、行為当時の興奮状態が最も多く、次いで判決確定までの「つなぎ」、もともと精神科入院中に対象行為、不処遇後に精神保健福祉法入院し、その後の上級審で決定が覆り入院処遇などであった。なお上級審での差し戻し決定の問題は、別に報告した⁶⁾。

1) 興奮による精神保健福祉法入院事例

精神保健福祉法入院した事例においては、行為当時の興奮状態が入院の理由となる事例が、最も多かった。詳細に検討すると、これらには、勾留中に激しく興奮するなど顕著な精神障害への治療を要した事例だけでなく、火災による熱傷や自殺企図後の外傷など身体合併症治療のために総合病院精神科病棟に入院した事例、措置入院後に対象行為が発覚した事例があり、中にはいったん釈放され精神科治療を受けた事例、家族により精神科治療の求めがあった事例も認められた。また通院処遇中に通院せず精神状態悪化し、危機介入目的で精神保健福祉法入院した事例も認められた。

現実には、逮捕後に精神運動興奮など精神病症状が増悪した場合には、警察・検察では調べべからぬなどの事情も生じることが想定されるが、

このような状態では、すみやかな医療導入自体は、おおむね望ましい。ただ、今回、こうした場合に医療観察法の申立が遅延する傾向が明らかとなった。多くの指定入院医療機関から指摘があるように、対象行為から相当の時期を要して医療観察法に乗ることとなるような場合に、社会復帰が遅延する事態は避ける必要があり、司法機関は、早めに手続を進めることを視野に置きつつ、刑事司法上の捜査手続を進めることが必要と考えられる。そして、少なくとも医療の大半が精神保健福祉法入院で終了しているような場合に、どのような点で医療観察法が必要なかは、法のあるべき姿を考えるうえで論点となりうと思われる。

ただ、興奮している時点で精神保健福祉法入院となるのは、やむを得ないものの、提出された資料からは、少なくない事例に、警察や検察など、司法関係者の医療観察法への認識不足から手続が遅延した旨のコメントが付されていた。現実には警察や検察に医療観察法についての認識不足があるかどうかについては、この調査では警察や検察を調査しておらず、また「法を知るのは司法機関の責務」という建前のため実態調査には困難があるが、少なくとも指定入院医療機関には、このような問題意識があることは明らかとなった。

2) 判決確定・申立まで「つなぎ」入院例

判決時点で身柄拘束されていても、無罪判決や執行猶予あるいは未決勾留期間を刑期に算入されて執行されるべき刑期が既にならぬ有罪判決を受けた被告人は、直後に釈放されることが原則である(刑事訴訟法第345条など)。そして判決は、上訴されない場合、14日で確定する(同第55条、第373条)。なお無罪判決では検察が、有罪判決でも検察と被告人が協力して上訴権放棄をすれば、判決直後に確定することもありうる(同第359条)。もちろん当事者のいずれかが控訴(同第372条以下)した場合には、控訴審や上告審において判決や取り下げなど、しかるべき手続が取られるまで確定しない。

判決が確定するまで、医療観察法の申し立てはできない(医療観察法第2条第3項第2号)ので、この間、本人がどこで生活を送るかが、現実として問題となる。

今回、このような場合に、精神保健福祉法入院が活用されていることが明らかとなった。

ただ、精神保健福祉法で入院する場合には、現実にはどの程度、医療が必要とされる病状であるかも問題となる。刑事訴訟法上の身柄拘束を解かれた直後の入院について、あえて「つなぎ」と表現したが、病状が安定していて、入院医療は必要ではなさそうなのに、対象行為が重大なため家族や地域が受け入れない、あるいは被害者からの報復を防ぐために精神保健福祉法の入院で身柄を確保しているとすれば、いわゆる経済措置や社会的入院と同じ問題をきたすおそれがあり、対象者の家族などの協力を得て、判決確定までの2週間を鑑定入院予定の医療機関に入院するなどの配慮がなされた運用例は参考になる。

待筆すべきは、対象行為が重大であっても、必ずしも措置入院となるのではなく、医療保護入院や任意入院となることも少なくなく、適正な病状評価が行われていることが示唆される結果となっていることである。措置入院制度には、かねて、行動面を重視して処遇を決定する傾向が見受けられたが、この傾向が変化している可能性がうかがわれた⁴⁾。

いずれにせよ「つなぎ」の場合、そのことを医療機関ならびに検察官の側でも明確にしたうえで、判決確定までの2週間ならびに空床待機あるいは祝日回避の数日など、できるだけ短く運用する必要がある。また本来、医療観察法は刑事事件と密接な連携をもった運用が望まれる制度でもあり、刑事事件の判決日を、以降の日程も考慮して決めるなどの配慮も、今後は必要である。

なお、厳密には「つなぎ」にはあたらないが、鑑定入院命令の期限超過による失効後に精神保健福祉法入院とされた例も、認められた。

3) 精神科入院中の対象行為例

精神科入院中の対象行為は、従来、殺人など結果が重大な事件でなければ司法的介入の対象とされることは少なかった。医療観察法の施行によって、とりあえず司法が関与することにはなったが、精神保健福祉法入院期間と医療観察法の導入までの期間の関係で述べた問題のためか、対応までにはやや長い期間がかかることが明らかになった。

4. 医療観察法申立にまつわる諸問題

1) 長期経過後の申立

対象行為から長期間が経過した後の申立が、社会復帰に阻害的に働いた事例が報告されており、これを避けるため医療側から司法側に、医療観察法の申立を促すなどの対応がなされているなどの報告も見受けられた。

この点、この研究結果からも、司法関係者、特に警察官へ、医療観察法や措置入院制度など、精神医療の法制度を周知することが必要という見解もありうる。

ただ、法を知ることは元々司法機関の責務である以上、医療機関から司法機関へ、法の発動を促すのも違和感のある話ではある。

さらに、医療観察法の適用がなされることで、円滑な社会復帰に資することも少なくはないが、長期経過後の申立など、逆に社会復帰が阻害される場面もあり得る。現状の運用下では、司法機関への周知の必要性を強調しても、たとえば関係者が精神保健福祉法入院で尽力して社会復帰したような事例を、後から法律だからと拘り定規に医療観察法が適用されるような事態も起こりうる結果が出ており、このような場合に医療機関側の円滑な協力が得られるか、疑問があると思われた。

2) グレーゾーン

対象行為を行ったかどうか、捜査上、確認できないため、医療観察法の申立ができず、当面、医療保護入院となった後、捜査が進展し、医療観察法の申立が行われた事例も報告された。措置入院でも同様の事例は認められるが、このような事例の延長線上には、捜査上、最後まで対象行為を行ったかどうか確認できず、精神保健福祉法入院で対応されている事例が存在する可能性についても、考慮せざるを得ないと思われた。また触法精神障害者を考えるうえで、医療観察法の対象行為にはあたらぬが、微罪行為を繰り返す頻回措置事例をどうするかについても、今後、検討を重ねていく必要があると思われた。

3) 長期裁判

現状、起訴された事例では、判決を経て医療観察法申立までに長期を要する事例も存在する。医療観察法にのるまでは司法システムであり、医療

機関が論じる問題ではないかもしれない。しかし、この間、将来の対象者である被告人は、留置所、拘留所にとめおかれ、最低限の医療しか受けていない。刑事裁判で被告人である以上、一定の制約や義務を課される立場にあることは受忍せざるを得ないとしても、その間の医療が不十分であることで、治療に適した時機を失してしまい、病状の回復が困難となることは想像に難くない。なにより、刑事被告人として医療が不十分であった後に、裁判が終了、医療観察法の申立がなされた途端、手厚い医療が必要とされても、白々しさに戸惑う方が自然ではないだろうか。

このように、勾留中も、精神医療の充実を図り、被告人の病状を安定させておく必要がある。これは、もちろん被告人の防御権の点でも望ましいことである。それだけでなく、以後の医療観察法の医療に際して、法廷での検察官との対立構造が治療の場に持ち込まれるなどの可能性を軽減し、被告人、すなわち将来の医療観察法対象者が治療者に対して陰性感情を持つ危険性を減らすことになる。現実に検察官の請求を受けて勾留されている間に、全く精神科医療が受けられなかった対象者で、医療観察法申立とともに検察官から「医療が必要」とされても、対象者には勾留自体が被害的な体験として残っている事例も報告されている。加えて刑事裁判の法廷では対象者は検察官と対立構造にあったことで、思考障害などから、その関係を治療の場に持ち込んでしまった対象者などの事例も認められている。こうしたことから対象者の現実感を回復するためにも勾留中の医療の充実が必要である。こうした対策により、病状が安定し、入院に要する期間も短縮が可能となれば、社会復帰に資すると考える。

ほか、通院処遇における行政の役割分担が不十分であること、制度自体が複雑であること、医療観察法と精神保健福祉法があまりに独立しすぎて、精神保健福祉法入院などの情報が医療観察法鑑定で軽視されることなどの問題も指摘されていたが、紙幅の都合で省略する。

5. この研究の限界

この研究の解釈に際しては、まず、対象を指定入院医療機関に医療観察法入院処遇となった事例

1504

のみとしており、通院処遇、不処遇、却下事例の状況は考慮されていないことに留意する必要がある。また、司法側の事情については、直接警察・検察に調査を行ったものではなく、指定入院医療機関からの報告に由来するものであることに留意する必要がある。

5 結論

医療観察法入院処遇に至った事例に対して、対象行為から医療観察法処遇決定までの間に、精神保健福祉法に基づき入院したかどうか調査を行った。831例のうち118例(14.2%)が精神保健福祉法入院しており、入院となった理由は、興奮など医療的理由が最も多く、次いで判決から確定までの「つなぎ」、もともと精神科入院中に対象行為、通院処遇の危機介入、不処遇後に上級審で決定が覆るなど多岐にわたっていた。入院に際しては、対象者の病状のみでなく、おかれている状況も、処遇に影響していると思われた。

対象行為直後に精神保健福祉法入院が選択された場合、医療観察法の申立が行われるまでの期間が延長しており、司法機関内での連携に問題がある可能性がうかがわれた。こうした問題点にも配慮しながら、場面に応じて、精神保健福祉法や医療観察法を弾力的に運用していくべきである。

資料収集にご協力いただいた指定入院医療機関の担当者へ、お礼申し上げたい。

この研究は、2009年度・厚生科学特別研究事業「医療観察法導入後における触法精神障害者への対応に関する研究(主任研究者：花巻病院・吉住昭)」の補助金を受けて行った。

文献

- 1) 平田豊明, 椎名明大, 五十嵐禎人ほか: 鑑定入院における医療的観察に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金・医療観察法による医療提供のあり方に関する研究, 平成18年度総括・分担

研究報告書, pp39-74, 2007

- 2) 平田豊明, 椎名明大, 五十嵐禎人ほか: 鑑定入院における医療的観察に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金・医療観察法による医療提供のあり方に関する研究, 平成19年度総括・分担研究報告書, pp35-76, 2008
- 3) 瀬戸秀文, 柴原誠一郎, 林田健太郎ほか: 医療観察法と精神保健福祉法の関係を整理した最高裁判所決定とその影響について. 司法精神医学4: 112-113, 2009
- 4) 瀬戸秀文, 藤林武史, 吉住 昭: 精神保健指定医の措置入院要否判断に影響する因子について—措置入院に関する診断書のロジスティック回帰分析による検討—. 臨床精神医学 36: 1067-1074, 2007
- 5) 瀬戸秀文, 藤林武史, 吉住 昭: 精神保健指定医の措置入院要否判断の因子の組み合わせによる影響について—措置入院に関する診断書の決定木分析による検討—. 臨床精神医学 38: 469-478, 2009
- 6) 岡田達洋, 堀 彰, 中村研之ほか: 措置入院の判定に関わる諸因子の検討—栃木県において措置診察を受けた332例の分析—. 臨床精神医学 36: 1005-1015, 2007
- 7) 吉住 昭, 藤林武史, 瀬戸秀文: 措置入院および措置解除にあたっての精神保健指定医の判断基準の実態に関する研究—検察官通報により措置入院に関する診察を受けた事例について—. 厚生科学研究費補助金・措置入院制度のあり方に関する研究, 平成13年度総括・分担研究報告書, pp63-116, 2002
- 8) 吉住 昭, 藤林武史, 瀬戸秀文: 措置入院および措置解除にあたっての精神保健指定医の判断基準の実態に関する研究—検察官通報により措置入院に関する診察を受けた全事例について—. 厚生科学研究費補助金・措置入院制度の適正な運用に関する研究, 平成14年度総括・分担研究報告書, pp57-96, 2003
- 9) 吉住 昭, 竹島 正, 尾島俊之ほか: 医療観察法導入後における精神保健福祉法第25条に基づく検察官通報の現状に関する研究厚生労働科学研究費補助金・医療観察法導入後における触法精神障害者への対応に関する研究. 平成21年度総括・分担研究報告書, pp9-43, 2010

Summary

The characteristics of patients who were admitted to a psychiatric hospital under the Act on Mental Health and Welfare before admission to a forensic psychiatric hospital

SETO Hidefumi, SHIMADA Tatsuhiro, IRINO Yasushi, YAMAMOTO Tomokazu, KOIZUMI Noriaki, YOSHIZUMI Akira, TAKESHIMA Tadashi, OJIMA Toshiyuki, NODA Tatsuya, YAMASHITA Toshiyuki and KODAKA Akira

We investigated cases of hospitalization under the Medical Treatment and Supervision Act (Act on Medical Care and Treatment for Persons who Have Caused Serious Cases under the Condition of Insanity) to determine whether the hospitalized individuals were previously hospitalized under the Act on Mental Health and Welfare or not. Individuals in 118 of 831 cases (14.2%) were previously hospitalized under the Act on Mental Health and Welfare. Homicide, arson, and rape were slightly frequent and robbery and sexual assault were slightly rare. The reasons why the individuals were hospitalized under the Act on Mental Health and Welfare included psychomotor excitement, physical complication, period of appeal, index offence occurring during hospitalization, crisis intervention of forensic community treatment, and overturns of judgment in a higher court. Symptoms and circumstances influenced the previous hospitalizations. If the individuals were hospitalized under the Act on Mental Health and Welfare directly after index offences, the periods for petition under the Medical Treatment and Supervision Act were significantly extended. We point out that this may affect not only the conditions of the hospitalized individuals but also the relationship between the police and prosecutor.

* * *



障害者権利条約批准に係る国内法の整備：今後の精神科医療改革への萌芽

今後の精神科医療改革と非自発的入院医療*

吉住 昭**

Key words

Mental disability, Psychiatric illness, Involuntary admission by the prefectural governor

はじめに

今、医療・保健・福祉の枠組みが大きく変わろうとしている。医療の分野総体では、医療費の総枠や医師不足をどうするかなどが大きな論点になっている。一方、精神科医療領域に限って見れば、2004(平成16)年にまとめられた「精神保健医療福祉の改革ビジョン」については、10か年計画の中間点を迎えた2009(平成21)年9月に、今後の精神保健医療福祉のあり方などに関する検討会報告書「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」がまとめられた。この報告書などを踏まえ、施策の具体化を目指し診療報酬の一部改定もなされた。また、2010(平成22)年5月からは「新たな地域保健医療体制の構築に向けた検討チーム」が設置され、そこでは、アウトリーチ体制の具体化など地域精神保健体制の整備・認知症と精神医療・保護者制度と入院制度について検討が進められている。

また、精神科医療改革は、単に医療という枠組みのみならず障害・福祉という枠組みとも交差

し、2つの領域からさまざまな動きが進行している。以下、障害としての対策、具体的には障害者制度改革の推進体制についてふれ、疾患として、精神疾患が5疾病5事業に加えられること、その両者が精神科医療改革に及ぼす影響についてふれる。また、精神科における非自発的入院は、障害者制度改革推進会議においても重要な課題としてあるが、本特集の中で保護者制度の問題と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(医療観察法)の問題は取り上げられており、筆者が研究班に所属し研究を進めてきた古くて新しい問題である措置入院について取り上げる。

障害者施策という枠組みから

障害者の権利に関する条約の批准に向けて国内法の見直しを図っていくため、2009(平成21)年12月、内閣総理大臣を本部長とする障がい者制度改革推進本部が設置され、2010(平成22)年1月から、障がい者制度改革推進会議において審議が進められている。障害者改革の推進体制は図

* Reform of Psychiatric System and Involuntary Admission

** 独立行政法人国立病院機構花巻病院(☎025-0033 花巻市諏訪500), YOSHIZUMI Akira: National Hospital Organization Hanamaki Hospital, Hanamaki, Japan

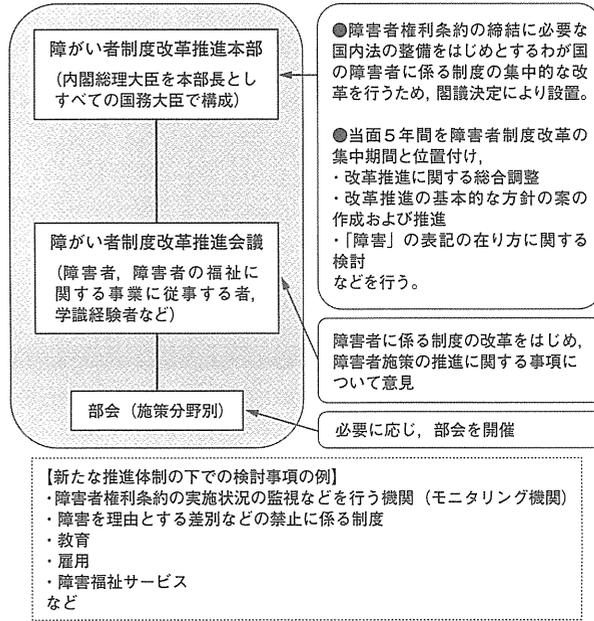


図1 障害者制度改革の推進体制

1⁴⁾に示す。推進会議は、2010(平成21)年6月7日に今後の改革の工程を定めた第1次意見、同年12月17日には第2次意見をまとめた。またそれに先立ち6月29日には、「障害者制度改革の推進のための基本的な方向について」が閣議決定された(図2⁵⁾)。その、障害者制度改革の基本的な考え方として、障害者を主体的存在として捉え、障害を理由とする差別のない社会づくりを目指し、障害の有無にかかわらず、差異と多様性を尊重する共生社会の実現を図るとしている。その中で、11に及ぶ個別分野のうち医療に関しては、①精神障害者に対する強制入院、強制介入医療などについて、いわゆる「保護者制度」の見直しなどを含め、その在り方を検討し、2012年内を目途にその結論を得る、②「社会的入院」を解消するため、精神障害者に対する退院支援や地域生活における医療、生活面の支援に係る体制の整備について、総合福祉部会における議論との整合性を

図りつつ検討し、2011年内を目途にその結論を得る、③精神科医療現場における医師や看護師などの人員体制の充実のための具体的方策について、総合福祉部会における議論との整合性を図りつつ検討し、2011年内を目途にその結論を得る、④自立支援医療の利用者負担について、法律上の規定を応能負担とする方向で検討し、2011年内を目途にその結論を得る、としている。これを受けて、日本精神神経学会では「障害者制度改革の推進のための基本的な方向について」に対する意見を述べている⁶⁾。そこでは、保護者制度については、現在の保護者制度は、家族に過大な負担を強いる一方で、市町村長同意のような実態として十分に機能していない部分を含んでおり、現行の保護者制度は廃止し、少なくとも非自発的入院に関する責任は公的機関が担うことを法律に明記すべきであること、当面は、非自発的入院要件の明確化、適正手続きの保障、実効性ある

目的・基本的考え方

●障がい者制度改革推進会議の「障害者制度改革の推進のための基本的な方向(第一次意見)」(平成22年6月7日)を最大限に尊重し、我が国の障害者に係る制度の集中的な改革の推進を図る。

⇒ 障害の有無にかかわらず、相互に個性の差異と多様性を尊重し、人格を認め合う共生社会の実現

障害者制度改革の基本的方向と今後の進め方

基礎的な課題における改革の方向性

(1) 地域生活の実現とインクルーシブな社会の構築
・障害者が自ら選択する地域への移行支援や移行後の生活支援の充実、及び平等な社会参加、参画を柱に据えた施策の展開
・虐待のない社会づくり

(2) 障害のとらえ方と諸定義の明確化
障害の定義の見直し、合理的配慮が提供されない場合を含む障害を理由とする差別や、手話その他の非音声言語の定義の明確化

横断的課題における改革の基本的方向と今後の進め方

(1) 障害者基本法の改正と改革の推進体制
・障害や差別の定義を始め、基本的施策に関する規定の見直し・追加
・改革の集中期間内における改革の推進等を担う審議会組織の設置
・改革の集中期間終了後に障害者権利条約の実施状況の監視などを担ういわゆるモニタリング機関の法的位置付け 等
→第一次意見に沿って検討、23年に法案提出を目指す

(2) 障害を理由とする差別の禁止に関する法律の制定等
・障害者に対する差別を禁止し、被害を受けた場合の救済等を目的とした制度の構築
→第一次意見に沿って検討、25年に法案提出を目指す
これに関連し、人権救済制度に関する法案も早急に提出できるように検討

(3) 「障害者総合福祉法」(仮称)の制定
・制度の谷間のない支援の提供、個々のニーズに基づいた地域生活支援体系の整備等を内容とする制度の構築
→第一次意見に沿って検討、24年に法案提出、25年8月までの施行を目指す

工程表

	平成21年12月～平成22年	平成23年	平成24年	平成25年	平成26年
横断的課題のスケジュール等	障がい者制度改革推進本部の設置(平成21年12月)	●障害者基本法抜本改正・制度改革の推進体制等に関する法案の提出	●次期障害者基本計画決定(12月目途)	●障害者差別禁止法案(仮称)の提出(改革の推進に必要な他の関係法律の一括整備法案も検討)	●障害者総合福祉法案(仮称)の提出……………8月までの施行

個別分野における基本的方向と今後の進め方 ※主な事項について記載

(1) 労働及び雇用	・福祉的就労への労働法規の適用の在り方 ・雇用率制度についての検証・検討 ・職場での合理的配慮確保のための方策	→(～23年内) →(～24年度内目途) →(～24年度内目途)			
(2) 教育	・障害のある子どもが障害のない子どもと共に教育を受けるインクルーシブ教育システム構築の理念を踏まえた制度改革の基本的方向 ・手話・点字等に通じた教員等の確保・専門性の向上に係る方策	→(～22年度内) →(～24年内目途)			
(3) 所得保障	・障害者の所得保障の在り方を公的年金の抜本見直しに併せて検討 ・住宅の確保のための支援のあり方	→(～24年内目途) →(～24年内)			
(4) 医療	・医療費用負担のあり方(応能負担) ・社会的入院を解消するための体制 ・精神障害者の強制入院などの在り方	→(～23年内) →(～23年内) →(～24年度内目途)			
(5) 障害児支援	・相談・療育支援体制の改善に向けた方策	→(～23年内)			
(6) 虐待防止	・虐待防止制度の構築に向けた必要な検討				※各個別分野については、改革の集中期間内に必要な対応を図るよう、工程表としてそれぞれ検討期間を設定
(7) 建物利用・交通アクセス	・地方のバリアフリー整備の促進等の方策	→(～22年度内目途)			
(8) 情報アクセス・コミュニケーション保障	・情報バリアフリー化のための環境整備のあり方 ・障害特性に応じた災害時緊急連絡の伝達の方策	→(～24年内)			
(9) 政治参加	・選挙情報への障害者のアクセスを容易にする取組 ・投票所のバリア除去等	→(～22年度内)			
(10) 司法手続	・刑事訴訟手続における障害の特性に応じた配慮方策	→(～24年内目途)			
(11) 国際協力	・アジア太平洋での障害分野の国際協力への貢献				

図2 障害者制度改革の推進のための基本的な方向について(6月29日閣議決定)【概要】

権利擁護制度の構築などを通じて、非自発的入院がより限定的に運用されるよう目指すべきとの点にふれている。また、「非自発的治療介入」についても、議論を開始する必要があることにもふれ

神保健医療福祉の改革ビジョン」において約7万人の「社会的入院」があるとされ、地域移行支援施策が始まってすでに6年を経過したが、大きな成果を上げることができず、このことは、障

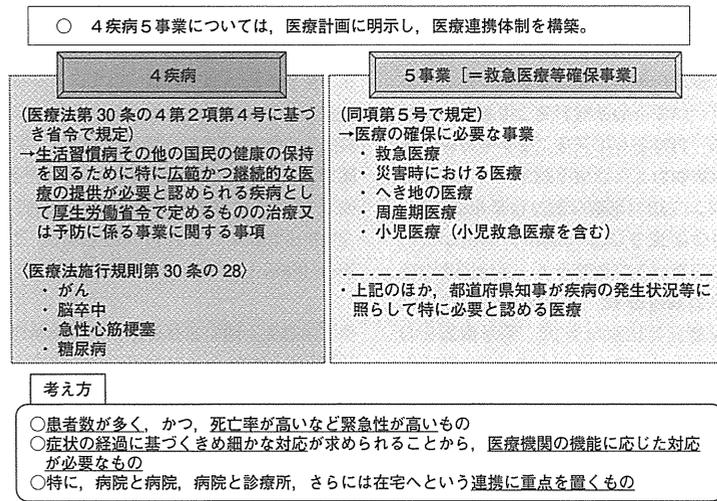


図3 4疾病5事業について

反するとした。また、医療法におけるいわゆる「精神科特例」によって、精神科医療は一般医療に比して少ない医師、看護師で提供されてきたことを踏まえ、「福祉の代替」や「社会防衛の道具」であることをやめて「普通の医療」となるために、速やかに精神科特例を廃して精神医療の水準を向上させるべきであるとしている。

疾患対策という枠組みから

2008(平成20)年6月21日付で公布された良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律により、医療計画の記載事項として新たに、がん、脳卒中、急性心筋梗塞および糖尿病の4疾病、救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療および小児医療(小児救急医療を含む)の5事業が追加された(図3²⁾)。そして、2011(平成22)年7月6日の社会保障審議会医療部会は、精神疾患を医療計画に記載すべき疾患を追加することを合意した。これにより、4疾病5事業で構成してきた地域医療の必須要素は、5疾病5事業となる。厚生労働省

は省令を改正し、2013(平成24)年度以降の医療計画に反映させ、必要な医療機能や医療機関の分担・連携の推進方策は、同省の検討会で明確化し、策定指針に盛り込む、とされている。また医療計画では、患者数が多く、死亡率が高いなど緊急性が高い、医療機関の機能に応じた対応が必要、病院・診療所・在宅の連携に重点を置く疾患を明示し、広範で継続的な医療を提供し、国民の健康を保持することになっている。精神疾患は、2008(平成20)年調査で患者数が323万人と、現行4疾病で最も多い糖尿病の237万人をも上回る。さらに、うつ病や認知症の増加など、国民に広く関わる疾患となっている。また、年間3万人に上る自殺者の9割が、何らかの精神疾患を患っていた可能性もあり、緊急性も高い。また、医療提供の観点では、地域の精神科をはじめとする病院、診療所、訪問看護ステーションなどが、個々の機能に応じた連携を推進することが求められている。

そのような状況を踏まえ、「5疾病5事業」となることを、精神科医療の改革に向けてどう生か

していくかが喫緊の課題となつてこよう。特に、都道府県が策定する医療計画に精神疾患に対する記載が義務づけられることから、その医療計画の作業を今後の精神科医療の改善に向けたものとし、保健・医療・福祉などにかかわるさまざまな機関、団体、職能間の合意のもとで計画内容が確認され、目標が共有され、実効性のあるものとするために、これについても日本精神神経学会は見解⁷⁾として、精神科医療改革の好機として捉え、その上で3点の重要性を指摘した。それらは、①精神科医療従事者、関連保健福祉サービスなどの関係者、住民・患者などが共同で精神疾患の医療計画策定に向けて協議する場を設定する必要、②計画作成には、現状の把握・分析が不可欠であり、関係者が行政機関とともに地域全体の精神科医療の現状を調査し、把握・分析するとともに、その情報を公開することの重要性、③計画に定めるさまざまな医療機能の達成状況を検証するために、数値目標を設定することの必要と目標達成状況の検証をすること、である。

また、さらに精神疾患対策基本法案(仮称)の策定に向けた動きもある。これは、「こころの健康政策構想会議」³⁾から提案されたものである。ここで、①精神疾患は、わが国においても「健康・生活被害指標」(Disability Adjusted Life Years; DALY)¹¹⁾によれば、全体の4分の1を占め最大の原因になっていること、②「こころ」の健康の位置づけが低いこと、法制度が旧態依然のままであり、国民のニーズに対応できないこと、③精神疾患を有する者やその家族に過大な負担を与えたこと、④国家戦略として総合的な精神疾患の対策が必要であることが、精神疾患対策基本法案策定が必要な理由としている。

非自発的入院医療—特に措置入院制度をめぐって

5疾病5事業という疾病対策という点からは、今後の課題として浮かび上がってくる可能性はあるが、障がい者制度改革推進会議の中では、先に

ふれたように精神障害者に対する強制入院などの見直しが論議されている。2010(平成22)年6月7日の、「障害者制度改革のための基本的な方向(第一次意見)」では、医療分野での推進会議の問題認識として、精神障害者に対する強制入院の見直しについてより詳しく論じ、「現行制度では、精神障害者に対する措置入院、医療保護入院、裁判所の決定による入院、強制医療介入等については、一定の要件の下で、本人の同意を必要とせず、強制的な入院・医療措置をとることが可能となっており、自由の剥奪という観点から検討すべき問題がある。このため、現行の精神障害者に対する強制入院、強制医療介入等について、いわゆる『保護者制度』を見直すべきである」と、述べている。また同年6月29日の閣議決定は、先にふれたように、強制入院、強制医療介入などについて、2012年を目標にその結論を得る、としている。この点からも、強制入院あるいは非自発的入院や強制医療を、日々行わざるをえない状況にある臨床に従事する者にとって、一定の結論が出される期限も目前にせまっており、決して避けて通れぬ大きな課題である。

強制入院のうち医療保護入院、あるいは保護者の問題、医療観察法については本特集で取り上げられている。ここでは措置入院について現状と問題点にふれてみる。医療観察法成立前夜には、措置入院制度の充実で足りぬのではないかという意見もあったが、措置入院制度の運用については、その実態は知られていないことも多い。また、全国的なデータも不足している。さらに、措置入院の問題については、もっぱら措置診療にあたる医師の確保が非常に困難であることが問題になることが多い。そのために、2012(平成24)年4月に施行予定の精神保健福祉法の一部改正では、第19条の4に「指定医は、その勤務する医療施設の業務に支障がある場合その他やむを得ない理由がある場合を除き、前項各号に掲げる職務を行うよう都道府県知事から求めがあった場合には、これに応じなければならない」と、指定医の公務員職務への参画義務を規定するというのが伝わる

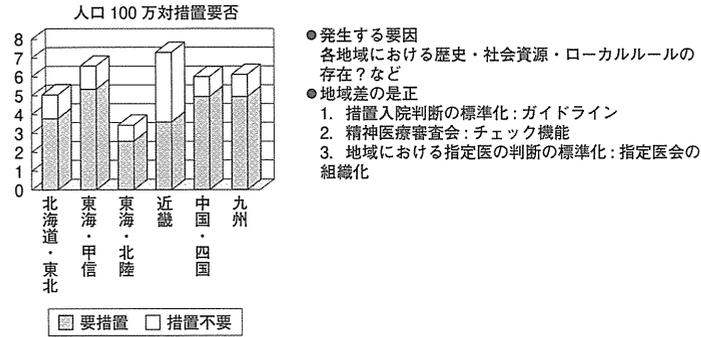


図4 地域別の措置入院判断の差
2000年度検察官通報
瀬戸⁹⁾による図を一部改変

程度である。

措置入院制度に関する研究については、厚生労働科学研究により2001(平成13)年度「措置入院制度のあり方に関する研究」、2002, 2003(平成14, 15)年度「措置入院制度の適正な運用に関する研究」、2004から2006(平成16から18)年度「措置入院制度の適正な運用と社会復帰に関する研究」、2007, 2008(平成19, 20)年度「措置入院制度の運用実態に関する研究」、2009(平成21)年度「医療観察法導入後における触法精神障害者への対応に関する研究」、2010, 2011(平成22, 23)年度「医療観察法導入後における触法精神障害者への精神保健福祉法による対応に関する研究」を行ってきた。

その中で、2002(平成14)年度から2006(平成18)年度は、医療観察法施行前の2000(平成12)年度の全通報事例(警察官通報については2か月)の「通報書等」「事前調査書」「措置入院に関する診断書」「措置入院者の症状消退届」を都道府県・政令指定都市より収集し、通報ごとの詳細な分析を行うとともに、措置入院に関するガイドラインを策定した。また2007, 2008(平成19, 20)年度は、都道府県レベルでも措置通報—事前調査—措置入院要否—措置入院者の退院という一連の流れが把握されているとは言えず、そのため

にも措置入院をモニターすることが必要で、そのために文書管理システムを作成し、そのシステムについて都道府県主管課に対しアンケート調査を行った。また2009(平成21)年度は、医療観察法導入後における全都道府県・政令指定都市の2008(平成20)年度に精神保健福祉法第25条に基づき検察官通報となった全事例の「通報書等」「事前調査書」「措置入院に関する診断書」「措置入院者の症状消退届」を収集し、さらに医療観察法入院前に精神保健福祉法入院となった事例、触法精神障害者に対する自治体の対応に関する研究を実施した。2010(平成22)年度は、千葉県における運用実態、26条の運用など調査した。また2011(平成23)年度は、24条警察官通報の1か月分の全国のデータを収集しているところである。

この研究に参加している筆者の問題意識は、「精神障害者の入院の決定に関しては、絶対的な基準はなく、入院をめぐっては地域差、医師間の差異が存在する。もとよりそれは、完全に一致するのが困難なことは論を待たない。しかしそうであっても、あまりにその決定の差が大きすぎると精神科医療に関与する患者や家族を初めとし、多くの人に精神科医療に対する不信も生みかねない。特にそれが、都道府県知事による強制的な入院である措置入院において、精神保健指定医とい

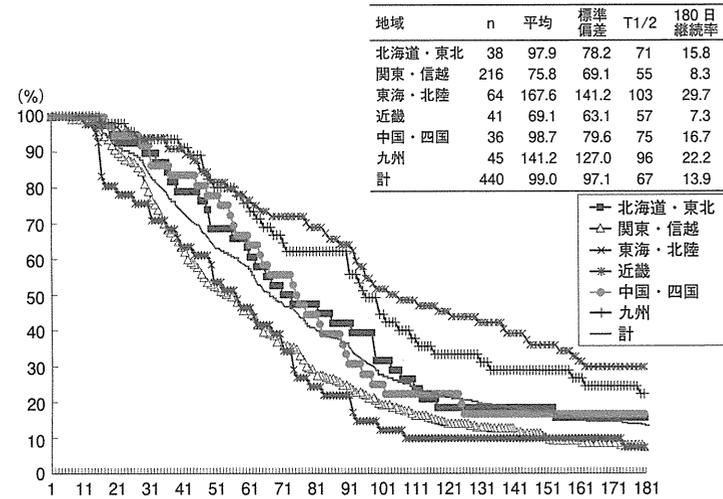


図5 地域別措置入院後180日目までの入院継続率¹³⁾
2008年度検察官通報

う資格を持つ医師による判定に著しい差異が生ずれば、さらに重要な問題となろう」ということであり、まず全国的な措置入院制度の運用実態を把握すること、医療観察法が非自発的入院である措置入院にどのような影響を与えたかを調査すること、指定医の措置要否判断の過程を明らかにすること^{9,10)}、措置要否の判断を標準化するためのガイドライン案¹²⁾を提示することなどであった。

1) 措置入院制度の実態—指定医による判断の地域差について

2000(平成12)年度1年間(24条警察官通報に関しては2か月)に全国の59都道府県・政令指定都市(当時の全措置通報事例の通報書等・事前調査書・措置入院に関する診断書・措置入院者の症状消退届)を収集し分析した。また、同様に2008(平成20)年度1年間の25条検察官通報について、資料を収集した。

ここでは、特に検察官通報における地域差に焦点をあてその一部を述べる。図4に、2000(平成12)年度検察官通報により措置診察を受けたものの各地域別の要措置、不要措置、図5に2008(平

成20)年度検察官通報で措置入院になった者の、措置入院継続率を示す。図4では、人口100万対要措置・不要措置は、中国・四国と九州は似た傾向のあるものの、地域ごとに大きな開きがあった。また、その是正のために、ガイドラインなど措置入院判断の標準化、精神医療審査会においてチェック機能を持つ必要性、地域ごとに指定医会などを立ち上げて、指定医判断の標準化を図る必要を述べた。この地域差は、措置入院の継続率でも認められ、時期は異なるが、図5にあるように、医療観察法施行後の2008(平成20)年度に検察官通報で入院となったものの管轄区域別の180日目までの措置入院期間、入院継続率、入院継続率が50%となる期間(T_{1/2})は、北海道・東北でそれぞれ97.9±78.2日、15.8%、71日、関東・信越75.8±69.1日、8.3%、55日、東海・北陸167.6±141.2日、29.7%、103日、近畿69.1±63.1日、7.3%、57日、中国・四国98.7±79.6日、16.7%、75日、九州141.2±127.0日、22.2%、96日であった。また、入院期間の平均値の差では、東海・北陸が、東海・北陸は北海道・東北より69.7日、

関東・信越より 91.7 日, 近畿より 98.5 日, 中国・四国より 68.9 日長かった。あわせて九州も関東・信越より 65.4 日, 近畿より 72.2 日, 有意に延長していた ($F=12.9 > F_{0.05}(5,434)=2.23$, Bonferroni $p < .05$)¹³⁾。

2) 措置入院判断のためのガイドライン¹²⁾

先に, 措置入院の地域間格差を改善する方策として, 3つの方向性を提示したが, ここではその1つとしての措置判断のためのガイドラインを示す。本ガイドラインは, 以下の3段階を経て作成された。まず, 2000(平成12)年度に通報された事例のうち, 措置診察にいたった事例の3,884枚の措置診断書のうち措置判断不一致例を分析し, 指定医の判断が分かれたと思われる要因を分析し, そこから措置判断の不一致をなくしていくにはどのような基準を作成すればよいかを班員間で議論し最初の案が作成された。次の段階で, 2005(平成17)年11月から2006(平成18)年1月末の間に実際に措置診察を行った6県市の指定医に, 作成したその第1次措置入院判定ガイドライン案についての意見をもらった。そして, その意見をもとに一部変更した第2次措置入院判定ガイドライン案を精神科関連施設に提示し意見を集約した。さらに最終的に, 2006(平成18)年11月に218の精神科関連機関(国立17, 自治体38, 日本精神科病院協会関連49の計104の精神科医療施設, 64精神保健福祉センター, 50保健所)に送り, 作成したものである。それらは, 以下の8項目である。

1. 「ICD-10 精神および行動の障害」に該当する精神障害があるか, それに基づく症状が存在する(疾病基準)
2. 問題となった行為は, 自傷行為または他害行為に該当する(問題行動の自傷他害への該当)
3. 問題となった行為は, 精神症状によって生じたか, もしくは関連がある(問題の行為と精神症状の関連)
4. 問題となった行為に対する判断能力がないか, 著しく低下している(判断能力)

5. 問題となった行為を生じたかもしくは関連した精神症状が, 診察時に持続しているか, 軽快または消失している場合でも, 容易に再燃や悪化が予想される(精神症状の持続や易再燃性)
6. 精神科の入院治療によって, 精神症状の改善が期待されるか悪化が防止される(治療反応性)
7. 入院させなければ, 自傷行為, または他害行為を引き起こすおそれがある(入院処遇の必要性)
8. 7つの項目を満たす場合に, 措置入院該当と判定することが適切だと考える

措置入院の基準に関しては, 「精神保健精神障害者福祉に関する法律第28の2第1項の規定に基づく厚生大臣の定める基準」(昭和63年4月8日厚生省告示第125号)があるが, その解釈や実施において地域差が認められるのであれば, ここに提示したガイドラインを実際の事例にあてはめて, 今後の措置要否・解除の具体的判断を行っていく必要もあろう。

おわりに

精神科医療改革が制度改革という枠組みで動き始めようとし, 非自発的入院制度も見直されようとしている時, もちろんのことながら制度自身がよりよいものとなっていかなければならぬことは言うまでもない。しかし, 「仏(制度)を作って魂(運用)入れず」となれば, 何のための改革か疑問も生ずる。法律家の主張の中には, 「一般人や他の障害のある人には認められていない強制処分が疾病や障害ゆえに合理化されるのか, もし合理性がないとすれば差別の問題になるのではないかという観点からそれを検討する必要がある」とする意見もある¹⁾。しかし, 実地に臨床活動を行うものにとっては, 非自発的入院, 強制入院は日々遭遇する問題であり, 泥臭い日常の中にある。それ故にこそ, 制度改革が言われている今こそ, 実地にあたるものは, 制度改革で言われている強制性のより厳格な適応が必要となろう。そして, そのこ

とが, 5疾病5事業という枠の中で, 精神科の医療も適切な位置づけがなされるとともに, 何よりも多くの人々からの支持を得られるものとなっていくであろう。

文献

- 1) 池原毅和: 精神障害法, 三省堂, p3, 2011
- 2) 厚生労働省: 4疾病5事業について, <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000zc42-att/2r9852000000zc7o.pdf>
- 3) こころの健康政策構想会議: こころの健康政策構想会議提言書(2010年5月28日), <http://www.cocoroseisaku.org/pdf/cocoro0625.pdf>
- 4) 内閣府: 障害者制度改革の推進体制(2010年1月12日), http://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/kaikaku/s_kaigi/k_1/pdf/s2.pdf
- 5) 内閣府: 障害者制度改革の推進のための基本的な方向について(2010年6月29日閣議決定), http://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/kaikaku/s_kaigi/k_16/pdf/ref.pdf
- 6) 日本精神神経学会: 「障害者制度改革の推進のための基本的方向について」に対する意見—精神科医療に関する分野を中心に(2010年12月25日), http://www.jspn.or.jp/ktj/ktj_k/2010_12_25shougaisyasks/2010_12_25shougaisyasks.html
- 7) 日本精神神経学会: 精神疾患が医療法におけ

- る医療計画の重要疾病として記載されるにあたっての日本精神神経学会理事会見解(2011年9月28日), http://www.jspn.or.jp/info/2011/2011_09_28kenkai_seishinshikkan.html
- 8) 瀬戸秀文: 精神保健指定医の措置入院と措置解除の判断基準について, 全国精神医療審査会連絡協議会, 2007年2月23日(岡山).
 - 9) 瀬戸秀文, 藤林武史, 吉住昭: 精神保健指定医の措置入院要否判断に影響する因子について, 日精協誌 28: 27-32, 2009
 - 10) 瀬戸秀文, 藤林武史, 吉住昭: 精神保健指定医の措置入院要否判断の因子の組み合わせによる影響について—措置入院に関する診断書の決定木分析による検討, 臨精医 38: 469-478, 2009
 - 11) WHO World Health Report 2004, published February 2009 (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates_country/en/index.html)
 - 12) 吉住昭, 瀬戸秀文, 藤林武史: 措置入院に際する精神保健指定医判断の標準化, 日精協誌 28: 20-26, 2009
 - 13) 吉住昭, 瀬戸秀文, 竹島正, 他: 医療観察法導入後における精神保健福祉法第25条に基づく検察官通報の現状に関する研究, pp9-43, 厚生労働科学研究費補助金・医療観察法導入後における触法精神障害者への対応に関する研究, 平成21年度分担研究報告書, 2010

学会告知板

第15回(2012年度)森田療法セミナー開催

日時 2012年5月~12月(全12回)隔週木曜19:00~21:00

会場 授産施設「街」3階ホール(西武新宿線下落合駅8分)(予定)

内容 このセミナーは, 森田療法初心者向けのものです。森田療法の基本的な理論と治療の実践についての講義を行います。本セミナーは, 日本森田療法学会公認です。

受講対象者 メンタルヘルスに関わる医師, 臨床心理士, カウンセラー(学生相談, スクールカウンセラー, 産業カウンセラーなど), 看護師, 社会福祉士, 精神保健福祉士, 教育関係者で森田療法セミナー資格審議会が適当と認めた方。原則クライアントの守秘義務を守る方。

受講料 医師6万円 メンタルヘルス従事者4万円 大学院生2万円

問合せ先 ☎194-0298 東京都町田市相原町4342

法政大学現代福祉学部久保田研究室内 森田療法セミナー事務局

e-mail: morita.seminer@gmail.com

お問い合わせ, ご連絡は事務局まで郵便もしくはe-mailにてお願いいたします。行き違いを避けるため, お電話によるお問い合わせはご遠慮ください。

