

- ・司法精神医療 ..... 33.34.42.112.116.120.121.124.125.126.127  
128.129.130.131.188.189.200.204.210
- ・社会的入院 ..... 33.34.35.45.97.103.108.121.124.125.126.127  
128.129.130.131.142.217.220.221.223
- ・社会復帰期 ..... 120.121.205.206.207.211
- ・社会復帰調整官 ..... 7.8.11.12.35.36.42.43.44.45.47.49.50.51.54.56.57.58.59  
60.61.65.95.96.97.101.102.105.114.120.122.129.130.134  
136.137.143.159.204.206.212.213.216.218.219.222
- ・社会復帰要因 ..... 45.48.60.95.100.101.112.117.120.183.184.189.192.193.194.216.217.220
- ・自由刑 ..... 32.52
- ・守秘義務 ..... 162.163.196
- ・処遇実施計画（処遇の実施計画） ..... 7.11.13.14.49.51.58.59.60.62.63.64.65.102  
114.118.121.136.211.212.213.218.223
- ・処遇終了 ..... 14.15.65.84.86.90.91.92.95.97.102.112  
113.116.117.122.219.223.225.226
- ・処遇終了申立審判（医療終了申立審判） ..... 101.102
- ・処遇の終了又は通院期間の延長の決定 ..... 90  
〔医療観察法第56条〕
- ・人格障害 ..... 127.128.134.141.147.151.152.153.154.155.163.185.186.187
- ・人権侵害 ..... 125.126.128.129.130.135.141.142
- ・審判期日 ..... 20.21.23.24.26.27.34.41.42.45.46.47.48.49.50.51.52.53.54.56  
60.61.95.96.98.105.108.131.157.158.222.224.225.226.228
- ・裁判期日の参加者 ..... 54
- ・審判内容整理ノート ..... 228
- ・心神喪失 ..... 6.8.9.10.20.28.32.33.36.38.39.40.52.60.62.69.70.71.72.77.82.85.89.91.92.94.95.109  
110.124.136.137.138.140.141.146.147.148.149.152.153.156.157.159.160.162.163  
165.166.167.168.169.170.172.175.180.184.186.188.190.191.192.195.200.202
- ・心神耗弱 ..... 6.9.28.32.33.39.40.52.69.70.71.85.91.92.95.96.109.110.140.147  
148.149.152.153.162.167.170.172.180.187.191.200.202
- ・心理教育プログラム（疾患・服薬の教育） ..... 206.208
- ・心理テスト ..... 194.197
- せ
- ・生活環境調査 ..... 10.44.45.56.57.58.60.96.101.105.107.120.216
- ・生活環境調査結果報告書 ..... 44.45.56.57.58.96.105.120
- ・制御能力 ..... 110.147.162.166.167.168.170.171.172.174.179.181
- ・精神医療審判(Mental Health Tribunal) ..... 125.126.127
- ・精神保健審判員 ..... 6.10.18.19.20.21.22.23.24.26.27.28.29.32.36.41.42.43.44.45
- ・精神保健参加員 ..... 7.10.18.19.20.21.22.23.24.25.26.27.28.29.32.36.41.42.43.44  
45.46.47.48.49.50.51.53.54.55.56.57.95.96.97.98.99.100  
101.102.103.108.114.118.120.163.204.216.218.219.228

- ・精神保健判定医 ..... 18.19.20.22.27.28.73.74.75.80.87.93.95.187
- ・精神保健福祉士 ..... 8.18.26.28.56.58.64.65.101.104.107.120.127.134.136.137.155.204.207.213
- ・精神保健観察 ..... 11.12.13.15.34.58.59.60.62.65.122.136.137.143.144.219
- ・精神保健福祉法 ..... 9.15.33.34.82.84.91.111.113.122.145.146.149  
150.151.158.159.160.174.184.185.208.225
- ・精神保健福祉センター ..... 11.12.65.66.135.143.144.145.146.213
- ・責任能力 ..... 21.44.60.95.96.99.104.109.110.111.112.115.134.140.147.157  
162.164.165.166.167.168.169.170.171.172.173.174.175.176  
177.178.179.180.181.183.184.186.187.191.202.217
- そ
- ・措置入院 ..... 9.15.33.66.82.146.147.149.150.151.153.155.156.161.174.187
- た
- ・退院許可申立て（退院の許可の申立て） ..... 52.78.79.81.83.84.85.91.96.128.131  
135.142.147.151.152.153.155.163
- ・退院許可申立審判 ..... 48.49.50.51.52.60.83.99.101.102.115.117.121.130  
131.135.141.204.218.220.221.223.224.228
- ・退院の許可又は入院継続の確認の決定 ..... 83.130.135.142  
〔医療観察法第51条〕
- ・退院前基礎情報管理シート ..... 49.50.57
- ・対象行為 ..... 36.37.157
- ・対象者 ..... 36.71
- ・対象者の処遇の要件 ..... 71
- ・多職種チーム(MDT) ..... 50.58.59.104.107.120.122.155.198.205.206.207.209.211.220.225
- ち
- ・地域処遇ケア会議 →「ケア会議」へ
- ・地域保安病棟 ..... 125
- ・知的障害 ..... 100.112.121.158.160.185.219
- ・地方裁判所 ..... 4.5.6.7.9.10.16.18.23.24.25.26.28.33.36.41.42.47.48.50.51.52.53  
55.78.79.80.87.107.120.144.153.154.155.193.204.225.226
- ・治療反応性(治療可能性) ..... 45.48.60.95.99.100.112.113.115.126.127.151.152.153.155  
156.157.159.174.183.184.192.193.194.197.198.216.217
- ・治療プログラム ..... 203
- つ
- ・通院期間の延長の決定 ..... 90.91.92.93.94
- ・通院期間の延長の決定 ..... 92
- ・通院処遇 ..... 46.50.52.95.100.101.114.120.121.122.135.143.145  
183.184.185.186.188.213.216.217.219.223.225

- ・付添人 ..... 7.10.42.43.44.47.48.49.51.52.53.54.87.93.96.104  
105.106.107.108.150.152.155.158.193.222
- と
- ・統合失調症 ..... 184.185.186
- ・当初審判 ..... 7.10.41.42.43.44.45.47.48.49.50.51.52.53.55.56.57.56.57.60.95.96.97.98.99.100.101  
104.105.106.107.112.113.114.117.118.120.130.204.216.217.221.222.224.225.228
- ・同様の(被害)行為を行う(具体的・現実的な)可能性 ..... 48.137.139.150.187.201
- な
- ・内省プログラム ..... 210
- に
- ・入院継続(確認)決定の要因 ..... 85
- ・入院継続情報管理シート ..... 49.50.57.107.220
- ・入院継続の要否 ..... 83.87.128.131.135.141.142
- ・入院継続申立審判 ..... 48.49.50.51.52.53.83.130.131.135.141.220
- ・入院決定と通院決定 ..... 74.201
- ・入院等(通院)の決定〔医療観察法第42条〕 ..... 68.69.70.71.72.134.137.138.139
- ・入院等の要件 ..... 69.70.127.134.137.138
- ・入院処遇 ..... 95.96.100.101.108.112.113.114.121.183.184.185.186.188.189.205.212.216  
認知症 ..... 112.185.201.217
- は
- ・パーソナリティ障害 → 人格障害 ..... 112.140.172
- ・発達障害 ..... 112.113.154.175.197.216
- ・反社会性人格障害 ..... 140.152.163.154
- ・ハンセン氏病(ハンセン病) ..... 130.141
- ひ
- ・病状悪化(のサイン) ..... 59.66.96.121.122
- ふ
- ・不可知論 ..... 110.164.165.166
- ・不起訴 ..... 6.9.10.28.32.39.109.110.149.152.156.162.163.171.186.193.194.195.196.197.198
- ・不処遇 ..... 99.109.112.113.114.117.118.162.163.183.184.186
- ・物質使用障害 ..... 113.114.120.121.209
- ・物質使用障害治療プログラム ..... 209
- へ
- ・弁識能力 ..... 110.147.162.168.170.171.172.174.179.181.192
- ほ
- ・保護観察所 ..... 6.7.8.10.11.12.13.14.15.16.36.44.48.49.50.52.54.56.58.60.62.63
- ・保健師 ..... 28.50.65.101.126.204

- ・保健所 ..... 11.12.46.102.118.135.136.143.144.145.126.213.226
- ま
- ・マクノートン準則(ルール) ..... 168
- せ
- ・申立てを棄却する決定 ..... 84.85.91
- ・妄想性障害 ..... 156.157.158.159.160.185.187

『医療観察法審判ハンドブック』第2版(改訂版) Ver. 1.1

◆【監修】

◇三澤 孝夫 国立精神・神経医療研究センター

◆「医療観察法審判ハンドブック」作成委員会

◇伊東 秀幸 田園調布学園大学	◇五十嵐 慎人 千葉大学
◇太智 晶子 国立精神・神経医療研究センター	
◇岡田 幸之 国立精神・神経医療研究センター	精神保健研究所
◇尾上 孝文 東京保護観察所	◇金成 透 幸悠会 所沢慈光病院
◇熊地 美枝 国立精神・神経医療研究センター	◇柑本 美和 東海大学
◇佐賀 大一郎 法務省保護局	◇齋藤 由香里 国立病院機構 東尾張病院
◇澤 恭弘 国立精神・神経医療研究センター	◇重吉 大輔 千葉保護観察所
◇高崎 邦子 国立精神・神経医療研究センター	◇中村 美智代 松原愛育会 松原病院
◇平林 直次 国立精神・神経医療研究センター	◇松坂 あづさ さいたま保護観察所
◇松原 三郎 松原愛育会 松原病院	◇松木 嵩 横浜弁護士会
◇三澤 孝夫 国立精神・神経医療研究センター	◇村上 優 国立病院機構 琉球病院
◇八木 深 国立病院機構 花巻病院	◇山下 幸夫 東京弁護士会

◆作成協力等

◇相川 章子 聖学院大学	◇岩崎 香 早稲田大学
◇上野 容子 東京家政大学	◇鈴木 慶三 高崎健康福祉大学
◇高橋 理沙 信州大学	◇堀切 明 埼玉県立精神医療センター
◇宮本 真巳 東京医科歯科大学	◇四方田 清 順天堂大学

『医療観察法審判ハンドブック』第2版(改訂版) Ver. 1.1 2014年2月

『医療観察法審判ハンドブック』第2版 2013年6月

『医療観察法審判ハンドブック』第1版 2012年3月

《厚生労働科学研究 障害者対策総合研究事業》

「司法精神医療における退院調整・社会復帰援助を行う関係機関職員の支援と研修方法の開発に関する研究」  
分担研究者:三澤孝夫

「専門的医療の普及の方策及び資質向上策を含めた医療観察法の効果的な運用に関する研究」  
主任研究者:伊豫 雅臣(千葉大学)

「医療観察法の運用面の改善等に関する研究」  
主任研究者:小山 司(北海道大学)

# 医療観察法で処遇された者の 社会復帰の現状

## 保健所のアンケート調査から

辻本 哲士<sup>1)</sup> 角野 文彦<sup>2)</sup> 村田 浩<sup>3)</sup> 中原 由美<sup>4)</sup>  
梶本 まどか<sup>2)</sup> 黒橋 真奈美<sup>2)</sup>

### 目的

平成 17(2005)年 7 月に「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等に関する法律」(以下、医療観察法)が施行され、その中で病状の改善、行為の再発防止、社会復帰の促進が明確化された。地域精神保健の中核を担う保健所の役割は大きく、身近な医療福祉サービスを実施するための自治体の責任・関与が求められている。今回、法施行後、全国の保健所がかかわった医療観察対象者についてのアンケート結果を報告する。

### 対象、期間、手法および調査内容

平成 17(2005)年 7 月から平成 23(2011)年 6 月までの 6 年間に、全国の保健所(494 保健所—対象保健所内訳：県 392、政令市 8、中核市 40、指定都市 31、特別区 23)が把握している医療観察法処遇を受けた全事例を調査対象とした。調査期間は平成 23 年 9 月 1 日から 9 月 30 日までとし、アンケートを送付した。調査内容は、地域、性別、年齢、ICD-10 診断病名(複数回答可)、当初審判状況、調査時処遇状況、社会復帰状況などである。調査票はコード化するなど、個人が特定できないように十分に配慮した。

### 結果

#### 1. 調査結果全体について

回答保健所数は 326 か所(回収率 66.1%)で、総対象者数は 849 人となった。

##### 1) 性別・年齢

性別は男性 628 人(74.0%)、女性 220 人(25.9%)、不詳 1 人(0.1%)であった。年齢は 20 歳未満 5 人(0.6%)、20 歳代 116 人(13.7%)、30 歳代 240 人(28.3%)、40 歳代 188 人(22.1%)、50 歳代 174 人(20.5%)、60 歳代 92 人(10.8%)、70 歳代 29 人(3.4%)、80 歳代 5 人(0.6%)であった。

##### 2) 地域

北海道・東北 121 人(14.3%)、関東・甲信越 270 人(31.8%)、東海・北陸 137 人(16.1%)、近畿 139 人(16.4%)、中国・四国 87 人(10.2%)、九州・沖縄 95 人(11.2%)であった。

##### 3) 診断病名

ICD-10 診断の主たる診断病名を表 1 に示す。F2 の統合失調症圏が 583 人(68.7%)を占め、F3 の気分(感情)障害圏が 68 人(8.0%)、F1 の精神作用性物質による障害圏が 60 人(7.1%)となっていた。

##### 4) 当初審判と調査時点の処遇の状況

当初審判では、入院処遇となった対象者 628 人(74.0%)、通院処遇となった者 207 人(24.4%)、不

1) つじもと てつし：滋賀県立精神保健福祉センター 連絡先：☎ 525-0072 滋賀県草津市笠山 8-4-25

2) かくの ふみひこ、すぎもと まどか、くろはし まなみ：滋賀県健康福祉部

3) むらた ひろし：大牟田保養院

4) なかはら ゆみ：福岡県嘉穂・鞍手保健福祉環境事務所

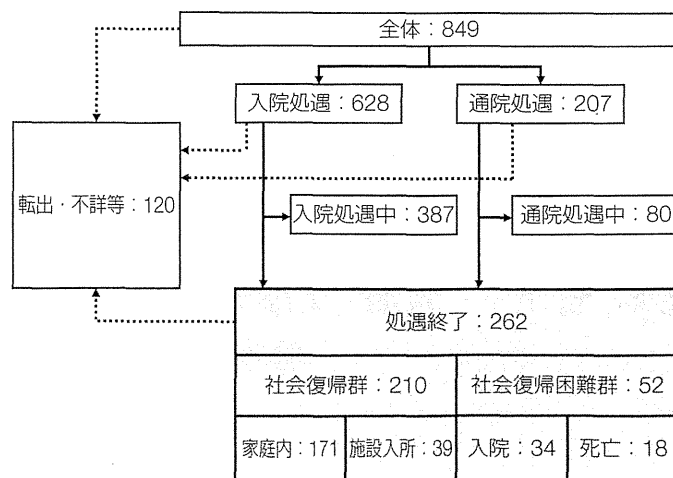


図1 医療観察法で処遇された対象者の経過

表1 主たる診断病名

F0：症状性を含む器質性精神障害	20 (2.4%)
F1：精神作用物質使用による精神および行動障害	60 (7.1%)
F2：統合失調症，統合失調型障害および妄想性障害	583(68.7%)
F3：気分(感情)障害	68 (8.0%)
F4：神経症性障害，ストレス関連障害および身体表現性障害	4 (0.5%)
F5：生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群	0 (0.0%)
F6：成人の人格および行動の障害	11 (1.3%)
F7：精神遅滞	15 (1.8%)
F8：心理的発達の障害	7 (0.8%)
不詳・記入なし	4 (0.5%)
その他	26 (3.1%)
複数診断	51 (6.0%)

複数の診断がついた者で、同じ組み合わせをもつ者で人数が5人未満であったものについては、F7が入っているものはF7、F3が入っているものはF3、F1が入っているものはF1、F0が入っているものはF0としてまとめた。同じ組み合わせをもつ者で人数が5人以上であったもの51人については、F1+F2は11人(1.3%)、F2+F6は5人(0.6%)、F2+F7は27人(3.2%)、F2+F8は8人(0.9%)であった。

不詳・記入なし14人(1.6%)であった。当初審判で入院処遇となった628人中、調査時点が審判から3年未満でなお処遇中であった者326人、処遇が延長していた者61人、処遇が終了していた者241人であった。当初審判で通院処遇となった

207人中、調査時点が審判から3年未満でなお処遇中であった者76人、処遇が延長していた者4人、処遇が終了していた者127人であった。

## 2. 医療観察法処遇が終了し、社会復帰の段階にあると思われる対象者の分析

当然のことながら医療観察法対象者は、調査時点において精神科専門治療を受け、病状改善の途上にある。これに対して処遇が終了した者は、病状がある程度改善し、社会復帰している段階にあることが期待される。そこで処遇が終了し、調査時に社会復帰の状況が把握できている262人に関して分析した(図1, 表2)。調査時の社会復帰の状況を家庭内、施設入所、入院、死亡に分類した。さらに「精神障害がある程度改善した上で、対象者本人またはその周囲の者の自立的意思により、継続的かつ適切な医療が対象者に提供される状態」を社会復帰と考え<sup>1)</sup>、家庭内と施設入所の社会復帰群、入院と死亡の社会復帰困難群にまとめた。転出や不詳・記入なしなどで状況がわからない者120人は、262人から除いている。全体としては家庭内171人(65.3%)、施設入所39人(14.9%)、入院34人(13.0%)、死亡18人(6.9%)、さらに社会復帰群210人(80.2%)、社会復帰困難群52人(19.8%)という結果となった。性別に関しては男性175人、女性87人で、社会復帰群の割合は男性78.3%、女性83.9%となっていた。入院の割合は男性が16.0%、女性が6.9%であった。

表2 処遇終了者の状況

(単位：人)

		家庭内	施設	社会復帰群	入院	死亡	社会復帰困難群	合計
全体		171 (65.3%)	39 (14.9%)	210 (80.2%)	34 (13.0%)	18 (6.9%)	52 (19.8%)	262
性別	男性	106 (60.6%)	21 (17.7%)	137 (78.3%)	28 (16.0%)	10 (5.7%)	38 (21.7%)	175
	女性	65 (74.7%)	8 (9.2%)	73 (83.9%)	6 (6.9%)	8 (9.2%)	14 (16.1%)	87
当初審判結果	通院処遇	71 (68.9%)	18 (15.5%)	87 (84.5%)	6 (5.8%)	10 (9.7%)	16 (15.5%)	103
	入院処遇	100 (62.9%)	23 (14.5%)	123 (77.4%)	28 (17.6%)	8 (5.0%)	36 (22.6%)	159
病名別	F0	4 (50.0%)	2 (25.0%)	6 (75.0%)	0 (0.0%)	2 (25.0%)	2 (25.0%)	8
	F1	13 (65.0%)	4 (20.0%)	17 (85.0%)	2 (10.0%)	1 (5.0%)	3 (15.0%)	20
	F2	104 (65.0%)	25 (15.6%)	129 (80.6%)	20 (12.5%)	11 (6.9%)	31 (19.4%)	160
	F3	22 (78.6%)	1 (3.6%)	23 (82.1%)	3 (10.7%)	2 (7.1%)	5 (17.9%)	28
	F4	1 (100.0%)	0 (0.0%)	1 (100.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1
	F6	4 (80.0%)	1 (20.0%)	5 (100.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	5
	F7	5 (55.6%)	0 (0.0%)	5 (55.6%)	4 (44.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	9
	F8	3 (100.0%)	0 (0.0%)	3 (100.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	3
	その他	7 (58.3%)	0 (0.0%)	7 (58.3%)	4 (33.3%)	1 (8.3%)	5 (41.7%)	12
	重複あり	8 (50.0%)	6 (37.5%)	14 (87.5%)	1 (6.3%)	1 (6.3%)	2 (12.5%)	16

当初審判の結果の違いについて、社会復帰群は通院処遇で84.5%、入院処遇で77.4%となっていた。また、入院処遇では入院例の比率が17.6%と高かった。主たる診断病名に関しては、分析する対象者数が少なくなったため、複数の診断がつけられている症例に関しては「重複あり」としてまとめた。社会復帰群は、対象者数が圧倒的に多いF2は80.6%、F1が85.0%、F3が82.1%と高い割合を示していた。重複ありも87.5%と高かったが、施設適応が37.5%を占めていた。年齢は、社会復帰群の割合については20歳代が74.4%で低く、70歳代が84.6%と高く、どの年齢層でも7~8割は社会復帰の段階にあった。家庭内での適応については30歳代が73.0%と高く、入院例は20歳代に20.5%と多かった。

## 考察

### 1. 医療観察法対象者全体の状況について

医療観察法対象者は入院・通院とも、性別は男性が約7割、女性が約3割、年齢に関しては30歳代約3割、40歳代約2割、50歳代約2割を占めるといった比率は、先行研究と同様であった<sup>2)</sup>。診断病名もF2の統合失調症圏が約7割で最も多く、F3の気分(感情)障害圏が約1割、F1の精神作用性物質による障害圏が約1割であることもこれまでの報告<sup>3)</sup>と同じであった。当初審判に関し

ては、従来の報告<sup>4)</sup>より入院処遇の割合が高かった。これは、保健所には不処遇対象者に関する情報は入っていないことによると思われる。

### 2. 処遇終了者の社会復帰状況について

最近の医療観察法の状況は、国会報告や厚生労働省報告<sup>5)</sup>にまとめられている。平成22(2010)年7月31日末までの約5年間に、当初審判において、入院決定1,078人、通院決定324人、不処遇決定303人、却下決定60人となっている。同期間に、地域社会における処遇が実施された人員は799人で、このうち通院決定は324人、退院許可決定は475人で、地域社会における処遇を終了した人員は279人となっている。今回の調査は、この279人に相当する症例を保健所サイドから分析していることになる。上記報告より1年長いが、262人という数はかなり割合の処遇終了者の把握ができていると思われる。

本来、社会復帰を評価するためにはコホート的な分析手法が必要となるが、今回は処遇終了者の状況を調べることでその動向を推量した。性別に関しては、男女とも約8割の対象者が社会復帰できていた。入院の比率は男性のほうが高かったが、これは男性に問題行動としての暴力行為の発生率が高いことが関係している可能性がある。年齢に関しても、おおむねどの年代でも約8割は社会復帰できていた。70歳以上の症例で施設入所

が多かったのは、高齢者入居施設が受け入れ先となっていることが推定される。死亡事例は40歳代が最多であり、今後、自殺との関連性を含め、死因についても精査していくことが必要となろう。

当初審判の比較でも、入院処遇、通院処遇とも、約8割の対象者が社会復帰できていた。入院処遇では入院事例が多くなっていたが、これはもともと病状が重いために再入院が多くなる理由の他、地域生活に適応を図るための入院例も含まれていることが推定される。

診断病名に関しては、精神作用性物質による障害、統合失調症、気分(感情)障害では、いずれも約8割の対象者が社会復帰できていた。これらは医療観察法対象者の中核群と思われるが、過去の精神障害者の復帰状況と比べると良好な状況にあるといえよう<sup>6)</sup>

今回の報告ではいくつか課題が残された。その1つが処遇終了の262人以外に、転出・不詳などで社会復帰の状況が十分把握できなかった対象者が120人いたことが挙げられる。保健所でも、対象者を継続的に支援していくことが難しいことが明らかになった。医療観察法対象者の地域支援を進めていくために、今後、より詳細な調査研究が必要になる。

本研究は、平成23年度厚生労働科学研究費補助金(障害者対策総合研究事業(精神障害分野))「医療観察法の運用面の改善等に関する研究：司法精神医療における行政機関の役割に関する研究」(主任研究者：北海道大学病院精神科神経科教授・小山司、分担研究者：滋賀県健康福祉部技監・角野文彦)の一部として行われた。

## 文 献

- 1) 小笠原基, 他: 通院治療—医療観察法と社会復帰. 臨床精神医学 38(5): 667-672, 2009
- 2) 和田久美子, 他: 医療観察法申し立て対象者225例の特性と処遇決定の現状. 臨床精神医学 37(4): 415-423, 2008
- 3) 安藤久美子, 他: 医療観察法制度の鑑定入院と専門的医療の適正化と向上に関する研究—指定通院医療機関モニタリング調査研究. 平成23年度厚生労働科学研究費補助金(障害者対策総合研究事業(精神障害分野)) 統括・分担研究報告書, 97-125, 2012
- 4) 安藤久美子, 他: 医療観察法における処遇決定に関する要因の分析. 司法精神医学 4(1): 13-22, 2009
- 5) 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及び観察等に関する法律の施行状況についての検討結果について2012. <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002gk0i.html>(平成25年9月24日アクセス可能)
- 6) 山上皓: 精神障害と犯罪. 精神医学 36(8): 786-797, 1994

MEDICAL BOOK INFORMATION

医学書院

# インターライ方式 ケア アセスメント

居宅・施設・高齢者住宅

interRAI Home Care(HC) Assessment Form and User's Manual 9.1

著 Morris J. N., et al  
監訳 池上直己  
翻訳 山田ゆかり・石橋智昭

●A4 頁368 2011年  
定価3,990円(本体3,800円+税5%)  
[ISBN978-4-260-01503-5]

MDSの開発で著名なインターライによる高齢者ケアアセスメントマニュアルの最新版。居宅版、施設版、高齢者住宅版を、日本の地域包括ケアのニーズに応えるため、日本独自の統合版マニュアルとして発行。多職種による切れ目ないケアを提供するうえで最適なアセスメント方式。本書は『MDS2.0在宅ケア』と『MDS2.1施設ケア』の発展版にあたり、2冊が統合された形になっている。ケアマネジャー必携書。

## Ⅱ．社会の中の統合失調症

# 7．医療観察法の 制度概要と課題

三澤 孝夫 国立精神・神経医療研究センター 第一主任医療社会事業専門職

### POINT

司法精神医療に長い歴史と経験をもつ欧米諸国などにおいては、精神医療・保健・福祉の関係者が、司法精神医療を特別視する傾向が少なく、精神医療の一形態という意識で行われている。しかし、最近まで司法精神医療のシステムが未整備だったわが国では、司法精神医療を特殊なものと思う意識が、非常に強い。そのため、精神医療・保健・福祉の関係者でも、制度への知識や経験のなさによる不安などとともに、精神医療ではない特別なものという意識から、医療観察法の対象者（8割以上は、主病名が「統合失調症」である〔表2・80頁参照〕）への支援を躊躇したり、拒否的となることが多いなど、制度や司法精神医療自体の問題点だけでなく、制度施行に伴い派生したさまざまな課題が指摘され始めている。

本項では、できるだけ医療観察(法)制度の全般について理解してもらうため、医療観察法成立の経緯や目的、その制度概要や審判手続きと内容、実際の鑑定入院から指定入院医療機関での入院処遇、通院医療機関での通院処遇、保護観察所の役割などを、海外の司法精神医療の現状とともに、紹介していく。また、わが国の医療観察(法)制度の特徴や課題にも言及していく。

## はじめに

2003年に、「心神喪失など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」)が成立し、2005年7月にこの法律が施行されたことにより、わが国でも、重大な他害行為を行った精神障害者に対して、司法と精神医療の連携する特別な制度としての「司法精神医療のシステム」をもつことになった。

欧米諸国では、そのほとんどの国が「司法精神医療のシステム」をもっている。しかし、その制度の内容や運用は、それぞれの国の政策や環境などにより、違いが大きい。例えば、精神医療において「病院から地域へ」など、先進的な取り組みを行っているイギリスとイタリアにおいても、司法精神医療のシステムやその実際の運用では、大きな隔りがある。

イギリスは、司法、精神医療、保健、福祉が連携するシステム(治療と社会復帰を明確な目的とした入院医療機関の整備やケアマネジメント方法の開発、倫理教育を含めた関係者・従事者への専門的な研修の開催等)を丁寧に整えていき、司法精神医療における入院期間を大幅に短縮(1980年代前半までは10年近くであった平均入院期間を、1990年後半には2年程度まで短縮)し、地域でのケアを促進していった。しかし、一方、イタリアでは、これらの司法、精神医療、保健、福祉が連携するシステムを、ハード・ソフト面とも政策的にうまく整えていくことができず、地域の精神医療・保健・福祉関係者の努力にもかかわらず、現状では、司法精神医療の入院患者の多くが長期入院を余儀なくされ、社会的入院になってしまっているケースが多く、一般の精神医療との著しい格差が問題となっている。

わが国では、司法精神医療のシステムを導入

するにおいて、各国の司法精神医療のシステムを調査し、比較的良好に制度が運営されているといわれる、このイギリスの司法精神医療システムを参考に、医療観察法に必要な施策や医療内容、指定入院医療機関などの施設を整えていくことにした。しかし、現在のところ、イギリスを参考とした専門病棟がやっと全国各地に整ってきたところまでであり、退院調整や地域ケア計画作成のためのソフト面の整備(ケアマネジメント方法の開発、倫理教育を含めた関係者・従事者への専門的な研修の開催等)や地域での援助体制構築のための社会資源の準備など、医療観察法の対象者(以下、対象者)の社会復帰のためのシステムづくりは、これもイギリスなどを参考に模索しながら整備している状況にある。

本項では、施行されてから8年を経過した医療観察法とその関連制度について、いままであまり報告されてこなかった審判中の鑑定医療機関や指定入院医療機関での処遇も含め、医療観察制度における処遇全体の流れ、今後の課題等について解説していく。

## 医療観察法の概要

### 1 医療観察法の成立過程

重大な他害行為を行った精神障害者をどのように処遇していくかということは、1950年代頃より、わが国の精神科医療・法律・行政機関など、各分野の関係者の間で、長く議論されてきた。とくに1980年代後半より1990年代初頭にかけて、処遇困難精神障害者の処遇についての活発な議論が行われ、1991(平成3)年の公衆衛生審議会精神障害者部会において、いわゆる処遇困難病棟の設置についての具体的な方針などが、中間報告として出されたこともあった。しかし結局、保安処分へ至るとの危惧など多くの問題が指摘されて、実現には至らなかった。



その後、1999(平成11)年の精神保健福祉法の一部改正案の審議過程において、「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」との付帯決議が行われ、2001(平成13)年1月に、法務省および厚生労働省による合同検討会が発足する。この合同検討委員会が継続していた、2001年6月に大阪で起こった児童などへの無差別殺傷事件により、世論などが重大な犯罪を犯した精神障害者への処遇に関する法律整備を求める意向に大きく傾き、国会における与党のプロジェクトチームが組織される。

そして、この与党のプロジェクトチームは、重大な犯罪を犯した精神障害者への処遇について、

- ① 新たな処遇手続の創設(裁判所の関与)
- ② 対象者の処遇施設の整備(専門治療施設)
- ③ 退院後の体制の確立(保護観察所の観察)
- ④ 司法精神医療の充実、などを提案した。

これらを受けて、法務省と厚生労働省により、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案が作成され、閣議決定を経て、2002(平成14)年3月18日の第154回国会に提出される。そして、医療観察法は継続審議となりながら、第155回国会では自民党と公明党による修正案が提出され、翌2003(平成15)年7月10日の第156回国会の衆議院において可決され、成立した(平成15年法律第110号)。

その後、医療観察法は、法制度などの整備や指定入院・通院医療機関、保護観察所などの準備・調整の期間を経て、2005(平成17)年7月15日に施行されることになる。

## 2 医療観察(法)制度の目的とその枠組

医療観察法は、その条文の第一条で“心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者に対し、その適切な処遇を決定するための手続等を

定めることにより、継続的かつ適切な医療並びにその確保のために必要な観察及び指導を行うことによって、その病状の改善及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づけている。

対象者とは、心神喪失または心神耗弱の状態(精神障害のため善悪の区別がつかないなどの刑事責任を問うことのできない状態)で、重大な他害行為を行った精神障害者について、裁判所がその審判において、医療観察法による入院(入院医療の実施)決定、通院(入院によらない医療の実施)決定した者である。医療観察法における重大な他害行為とは、殺人、放火、強盗、強姦、強制わいせつ、傷害(軽微なものは除く)の6罪種である。

医療観察制度は、この医療観察法と厚生労働省と法務省が作成した関連の5つのガイドライン(「入院処遇ガイドライン」「指定入院医療機関運営ガイドライン」「通院処遇ガイドライン」「指定通院医療機関運営ガイドライン」「地域社会における処遇ガイドライン」)を基礎として運営されている。

## 医療観察制度の処遇の流れ

(図1)

### 1 重大な他害行為から

#### 鑑定入院(医療観察法審判)まで

医療観察法における重大な他害行為である、殺人、放火、強盗、強姦、強制わいせつ、傷害(軽微なものは除く)の6罪種の犯罪が行われ(未遂を含む)、犯罪者が逮捕されると、警察で取り調べられたあと、検察に送られることになる。そして検察において、精神障害などによる心神喪失や心神耗弱により不起訴になった者や、起訴後、心神喪失ゆえに無罪判決が出され

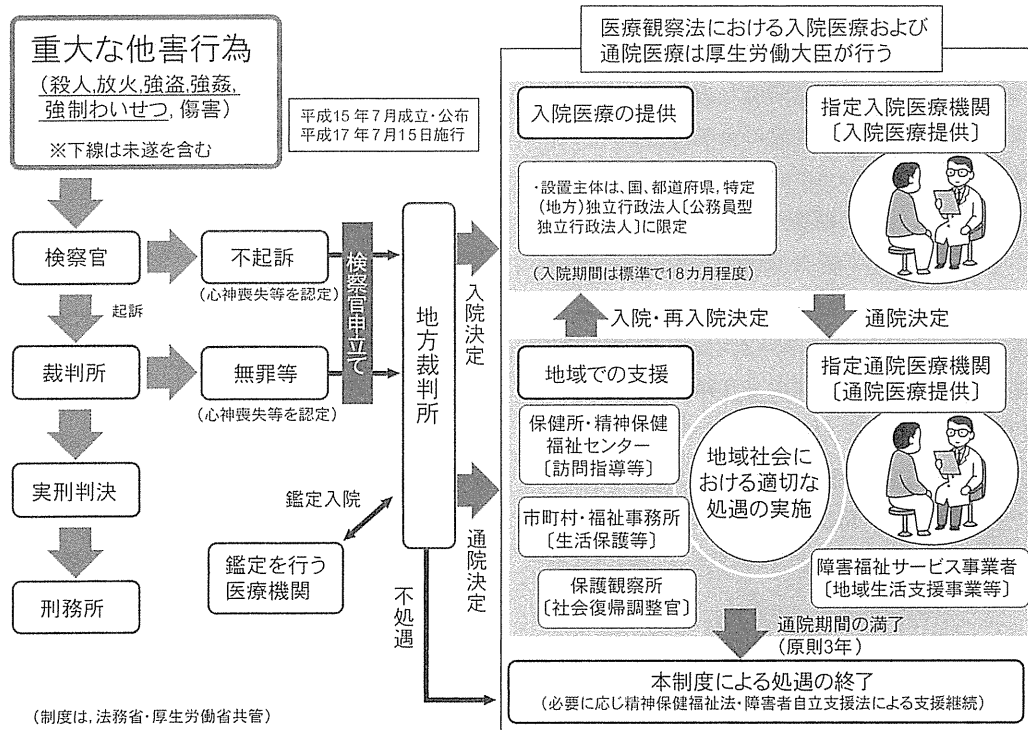


図1 医療観察法の仕組み

図の左側では、重大な他害行為から最初の医療観察法審判（当初審判）での各司法機関等の手続き、決定等の流れを説明している。図の右側の上部は、医療観察法により入院決定を受けたあとの指定入院医療機関や入院処遇の説明、下部は、通院決定を受けたあとの通院処遇（地域処遇）と保護観察所、指定通院医療機関など関係機関の関わり、処遇終了について説明している。各処遇を変更している茶色の矢印の「入院決定」、「通院決定」、「入院・再入院決定」また、通院期間の満了（3年間）以前の処遇終了決定についてはすべて、地方裁判所による決定が必要となる。

（厚生労働省配付資料）

た者、心神耗弱のため刑が減輕され自由刑（自由を拘束する刑）を免れた者について、検察官は医療観察法審判の申立てを行うことになっている。この間、対象者は、拘置所に拘束されている場合が多く、通常、簡易鑑定や刑事鑑定が行われている。また、精神科の治療は、最低限の診察と服薬のみの場合が多い。

## 2 医療観察法審判（当初審判）の流れ

### 1) 医療観察法における鑑定入院

検察官が医療観察法の申立てを行い、地方裁判所に受理されると、地方裁判所は厚生労働省が指定した鑑定医療機関に対象者を鑑定入院さ

せ、在院を命じる決定を行う。鑑定入院命令により対象者は、審判決定がなされるまでの期間（標準で2カ月、延長した場合3カ月程度）、鑑定医療機関に入院することになる。そして、地方裁判所から任命された鑑定医により、対象者は、医療観察法による審判のための鑑定を受けることになっている。また、この期間内に、保護観察所の社会復帰調整官による生活環境調査のための対象者への面接も行われる。

医療観察法による鑑定入院では、対象者への鑑定とともに治療もできているため、この鑑定入院期間に、鑑定と平行して、対象者の精神科治療が行われる。鑑定入院中の治

療については精神保健福祉法に準拠することになっているが、行動制限、処遇改善などの入院患者の権利擁護に関する明確な規定や公的なガイドラインがなく、対象者の入院処遇を行ううえで課題となっている。

鑑定入院における指針に近いものとしては、厚生労働省の委託研修(医療観察法関連の従事者への研修)を行っている「司法精神医療等人材養成研修 企画委員会」より出されている「医療観察法鑑定ガイドライン」、「医療観察法鑑定入院における治療・処遇等ガイドライン」などがある。

## 2) 鑑定入院と同時並行して行われる

### 医療観察法審判の状況

医療観察法は、新たな裁判制度として、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を創設した。創設された医療観察法の審判制度は、地方裁判所において、裁判官とともに精神科医療の関係者をその審判に関わらせることとし、「精神保健審判員」と「精神保健参与員」という新たな資格を整備した。「精神保健審判員」、「精神保健参与員」は、ともに地方裁判所の非常勤職員であり、特別職の公務員という位置づけにおいて、その業務を行うことになっている。

検察官からの医療観察法の申立てを受けて、地方裁判所は、厚生労働大臣により作成される精神保健判定医(医療観察法審判関連の研修を受け、参加する資格を有する精神科医師)の名簿の中から精神保健審判員を任命する。精神保健審判員が任命されると、裁判官と精神保健審判員により合議体がつくられ、その処遇事件の審判を行うことになる。

また、医療観察法は、対象者の社会復帰を最終的な目的としていることから、処遇の要否およびその内容について、福祉の立場から、専門的知識と経験で精神障害者の社会復帰について意見を言う精神保健参与員(医療観察法審判関連の研修を受け、参加する資格を有する精神保

健福祉士、保健師等)を、その審判に関与させることができるようにしている。

対象者が重大な対象行為を行い、検察官による申立てにより地方裁判所で行われる医療観察法での最初の審判は、当初審判(他に、退院申立て時の「退院許可申立審判」、入院継続時の「入院継続申立審判」などがある)と呼ばれている。当初審判では、ほとんどの場合にまず、審判関係者(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、社会復帰調整官等)が集まる「カンファレンス(事前協議)」(医療観察法審判規則40条:審判準備)が行われる。このカンファレンスにおける協議の中で、論点整理が行われ、決定内容等についての方針が決まっていく。

対象者が鑑定入院を開始してから、通常2カ月(延長された場合、3カ月)頃に、審判期日が行われる。審判期日とは、裁判官、精神保健審判員、精神保健参与員などが、対象者自身から説明や意見等を聞いて、最終的な決定を行うための医療観察法の審判手続きのひとつであり、通常、地方裁判所内の法廷(対象者の病状によっては、鑑定医療機関内で行われることもある)で行われる。そのため、この審判期日が地方裁判所で行われる場合、対象者は半日程度、鑑定医療機関を出て、検察庁の事務官などにより地方裁判所へ移送され、審判期日後、また鑑定医療機関へ戻されることになる。

その後、医療観察法に入院医療が必要である旨の決定があれば、後日、鑑定医療機関から指定入院医療機関へ入院となり、医療観察法による通院医療が必要であれば、指定通院医療機関に通院となる。もちろん、医療観察法の医療が必要がないとの決定が出る場合もある。

## 3 医療観察法における

### 医療必要性の判断(表1)

医療観察法では、その入院等の要件を、本制

表1 当初審判の内訳  
(H17.7.15～H23.12.31までの状況)

	件数
入院決定	1,462 (62.5%)
通院決定	386 (16.5%)
医療を行わない旨の決定	390 (16.7%)
却下	84 (3.6%)
取下げ	17 (0.7%)
申立て不適法による却下	0 (0%)
計	2,339件 (100.0%)

指定入院医療機関への入院決定は、6割を超えている。また、入院処遇を経ずに通院決定となり、指定通院医療機関に直接通院となる対象者は、医療観察法施行前には、1割以下と予想されていたが、実際には386件と全体の16.5%程度を占めている。また、対象者に責任能力がある、疾病性や治療反応性がないなどの理由で、医療観察法の対象ではないとされ「(医療観察法)の医療を行わない旨の決定」や「却下」となったものは、あわせて474件(20.3%)を占めている。  
(厚生労働省 医療観察法医療体制整備室資料より一部筆者改変)

度の社会復帰という目的に即した限定的なものとしている。国会の審議過程においても「医療観察法による医療の必要性」が中心的な要件であるとされ、また「このような医療の必要性の内容を限定し、精神障害の改善に伴って同様の行為を行うことなく社会に復帰できるよう配慮することが必要と認められる者だけが、本法による処遇の対象となることを明確にすることにより、本法による処遇の要件を明確化し、本法の目的に即した限定的なものとする」と答弁されている。

医療観察法における医療必要性の判断は、医療観察法第42条の解釈から、通常、“疾病性”“治療反応性”“社会復帰要因”の3つの評価軸に時間軸を組み合わせて評価を行うことになっている。医療観察法の医療必要性に係る3つの評価軸について、厚生労働省の「司法精神医療等人材養成研修会」で配布している『医療観察法鑑

定ガイドライン』（厚生労働科学研究成果報告「触法行為を行った精神障害者の精神医学的評価、治療、社会復帰等に関する研究」〔主任研究者：松下正明〕）の中で、下記のように記載されている。

- ① “疾病性”とは、《対象者の精神医学的診断とその重症度、および対象者の精神障害と当該他害行為との関連を意味する》。
- ② “治療反応性”とは、《精神医学的な治療に対する、対象者の精神状態の望ましい方向への反応の強さを意味する》。
- ③ “社会復帰要因”とは、《処遇の決定に当たっては、対象者の社会復帰という目的を果たすことを促進する、あるいは阻害する要因について精査する》。

また、前述の国会答弁「本法の目的に即した限定的なものとする」の主旨からも、医療観察法における医療必要性があると判断するためには、“疾病性”“治療反応性”“社会復帰要因”のいずれもが、一定水準を上回ることが必要であるとされている。そのため、急性一過性の精神疾患で鑑定時に“疾病性”が消失してしまっているものや、認知症等の器質性精神疾患などで“治療反応性”がないと判断されたものについては、医療観察法における医療を行わない決定がなされることになる。

また、“社会復帰要因”についても、“治療反応性”があり、“疾病性”が高くても、家族や精神障害の福祉関連施設等の手厚いサポートが受けられる等、地域における対象者の社会復帰環境が整っているのであれば、あえて医療観察法の処遇を行う必要のない場合がありうる旨、国会答弁されている。

#### 4 指定入院医療機関と入院処遇

イギリスでは、1980年代前半頃まで、ブロードモア高等保安病院(High Security Hospital)に代表される大規模な司法精神医療の専門病院

(500～1,000床規模)に司法精神医療の入院患者を集中させ、治療が行われていた。しかし、イギリス国内に3～4カ所しかなかったこのような大規模な施設では、地域の関係機関と連携して退院調整や社会復帰支援を進めていくことが難しかった。

そのため、1975年のイギリスのバトラー報告書は、司法精神医療における高度保安病院の過剰収容改善と対象者の社会復帰促進のため、対

象者の入院治療については、各居住地域に近い精神病院内の比較的小規模の病棟での治療を重視し、退院調整や社会復帰支援などの個別の対応が行いやすい地域病棟の整備を提言し、その後、1983年に成立したイギリスの精神衛生法により、対象者の居住地などに近い地域での一般精神病院内での小規模(30～100床程度)の地域保安病棟の整備が推進されていく。

このようなイギリスの状況を踏まえ、わが国

表2 医療観察法の入院対象者の状況(H24.12.31現在)

■ステージ別, 男女別内訳

	男性	女性	合計
急性期	79名	26名	105名(15.7%)
回復期	273	78	351名(52.6%)
社会復帰期	165	47	212名(31.7%)
合計	517名(77.4%)	151名(22.6%)	668名(100%)

■疾病別(主), 男女別内訳

	男性	女性	合計
F0 症状性を含む器質性精神障害	12名	1名	13名(2.0%)
F1 精神作用物質使用による精神および行動の障害	34	6	40名(6.0%)
F2 統合失調症, 統合失調型障害および妄想性障害	433	122	555名(83.1%)
F3 気分(感情)障害	16	13	29名(4.3%)
F4 神経症性障害, ストレス関連障害および身体表現性障害	0	3	3名(0.4%)
F6 成人のパーソナリティおよび行動の障害	4	5	9名(1.4%)
F7 精神遅滞[知的障害]	4	1	5名(0.7%)
F8 心理的発達障害	12	0	12名(1.8%)
G4 挿間性および発作性障害(てんかん)	2	0	2名(0.3%)
合計	517名	151名	668名(100%)

※疾病は指定入院医療機関による診断(主病)

※国際疾病分類第10改訂版(WHO作成)に基づいて分類

司法精神医療の対象者は、海外においても男性が非常に多い。日本においても、法施行から現在まで、女性の割合はほぼ2割程度で推移している。厚生労働省は、入院処遇の目安として標準的な各入院ステージの治療期間を、それぞれ「急性期3カ月間」、「回復期9カ月間」、「社会復帰期6カ月間」としているが、統計上の入院処遇中の対象者人数も、ほぼこの割合となっている。

疾病別の分類では、圧倒的に統合失調症(F2)が多く、全体の8割以上となっている。これは、パーソナリティ障害(F6)による犯罪行為が、日本の司法制度では通常、責任能力ありとされ、心神喪失等にあたらないこと、また、認知症(F0)、知的障害(F7)など、治療反応性に問題がある者が、医療観察法の適用から外れることが多いことなどによる。

(厚生労働省 医療観察法医療体制整備室資料より一部筆者改変)

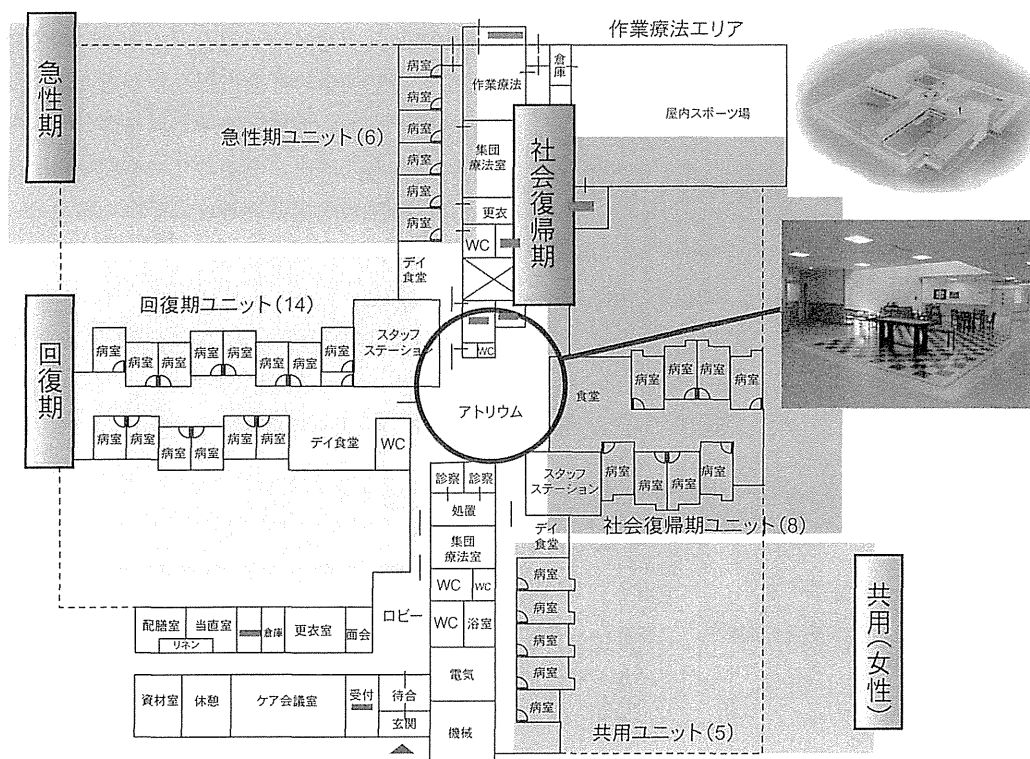


図2 医療観察法病棟(病床数33床タイプ〔1例〕)

1990年代後半頃より行われ始めたイギリスの最新の司法精神医療の病棟構造や運営方法を、医療観察法病棟に標準化して取り入れている。そのため、標準的な医療観察法病棟は、病棟内を急性期、回復期、社会復帰期などに区分したユニットをもち、また、各種セラピールームや作業療法室、ケア会議室を病棟内に整備している。そして治療や社会復帰の進行に合わせて、対象者が病棟内の各ユニットを移行していくことで、各ユニットにおける対象者の治療内容や治療目標を明確にでき、それらに合わせた疾病教育やリハビリテーション、社会復帰援助などの必要な関連プログラムを有効に運用することができるような構造となっている。また、各ユニットの対象者の交流スペースとして、中心部に「アトリウム」を設けるなど、日本独自のアレンジも行っている。

(筆者作成)

においても、30床程度の比較的小規模な医療観察法病棟を対象者の居住地近くの一級精神病院内に整備する方針を打ち出し、全国の基幹となる国公立の精神病院を、指定入院医療機関(医療観察法病棟)として各地域に整備していった。また、司法精神医療における治療やリハビリテーション、社会復帰支援に有効とされる以下のようなイギリスの最新の手法を取り入れている(表2、図2、3)。

① 医療観察法病棟内を、急性期、回復期、社会復帰期などの各ユニット区分し、治療の進行

に合わせて対象者が各ユニットを移行していくことで、各ユニットにおける対象者と治療目標を明確にし、各治療ステージに合わせた環境や治療内容を提供できる構造としている(図2)。

② チーム医療の体制をとり、入院対象者に治療、リハビリテーション、社会復帰支援のアセスメント、マネジメントなどを多職種チーム(医師、看護師、心理士、作業療法士、精神保健福祉士等)で行っていくことで、総合的および有機的に各種サービスを提供でき

II. 社会の中の統合失調症

	月	火	水	木	金
8:00	朝起きプログラム	朝起きプログラム	朝起きプログラム	朝起きプログラム	朝起きプログラム
8:30	申し送り モジュール送り	申し送り モジュール送り	申し送り モジュール送り	申し送り モジュール送り	申し送り モジュール送り
9:00	プログラムM 共用M 回復M	プログラムM 共用M 回復M	プログラムM 共用M 回復M	プログラムM 共用M 回復M	プログラムM 共用M 回復M
9:30	急性期M 社会復帰M	急性期M 社会復帰M	急性期M 社会復帰M	急性期M 社会復帰M	急性期M 社会復帰M
10:00	小スホッ	パラレルII/A	パラレルB 森のおもてなし	フレンドシップ パラレルA トレーニング 思案ラキル	回復U中庭・キッチン 園芸
10:30				パラレルII 協同作業G	CBT入門
11:00					
11:30					
12:00	個人Ex	個人Ex	個人Ex	個人Ex	個人Ex
13:00	共通評価会議	スポーツ or ヘルスプロモーション	パラレルI	パラレルII 内省G	個人OT音楽G フイメンズワーク orヘルス
13:30			SST		
14:00	売店 14:00~				
14:30				売店 14:45~	個人OT
15:00	病棟会議 多職種	社会復帰期 ユニットM	回復期 ユニットM	趣味 OTパラレル	急性期 ユニットM 共用 ユニットM
15:30	余暇調整 委員会	個人OT	権利擁護講座 社会復帰講座	*スポーツ	紅茶会 Body Work
16:00				ベリック リラクゼーション	
16:30		生活スキルG			個人OT(調理)
17:00	個人OT		個人OT		
17:30					男の調理G
18:00					

注) パラレル=パラレルOT (作業療法), M=ミーティング, G=グループ, CBT=認知行動療法

図3 治療プログラム週間予定表(1例)

指定入院医療機関では、看護師を中心とした心理教育(疾病教育、服薬教育)、臨床心理技術者を中心とした認知行動療法およびSST(社会生活技能訓練)、作業療法士を中心とした各種の作業療法、精神保健福祉士を中心とした社会復帰講座や権利擁護講座など、多様な治療プログラムが行われている。いずれも一職種だけで運営されているわけではなく、他の職種も関わって、ほとんどが複数職種で運営されている。そのなかには、物質使用障害や内省のプログラムなどのように多職種チームが共同で連携しながら行うもの、職種の枠を超えて担当職員を固定して行うものなどもあり、各職種の関わり自体も多様になっている。

(国立精神・神経医療研究センター病院 医療観察法病棟 治療プログラム予定表より一部改変のうえ抜粋)

る体制を整えている。

- ③ 個々の入院対象者の病状、問題行動、生活上の課題やスキルアップに対応する多様な治療、リハビリテーション、社会復帰支援のプログラムを多職種チームにより運営し、提供している。また、病棟内に各種のセラピー室、ケア会議室の設備をもち、入院初期のできるだけ早い時期より、それらのプログラム、社会復帰支援を提供できる環境を整えている。

指定入院医療機関では、概ね18カ月での入院対象者の退院を目指しており（厚生労働省の標準的モデル）、各期の標準期間を、急性期3カ月、回復期9カ月、社会復帰期6カ月程度としているが、各対象者の個別の病状などにより違ってくる。各期における治療目標は、「急性期」（1～12週）では、身体的回復と精神的安定、治療への動機付けの確認、対象者との信頼関係構築、「回復期」（13～48週）においては、病識の獲得と自己コントロール能力の獲得、日常生活能力の回復、「社会復帰期」（49～72週）では、障害の受容、社会生活能力（服薬管理、金銭管理等）の回復と社会参加の継続等となっている。

## 5 医療観察法における地域処遇

### 1) 指定通院医療機関

指定通院医療機関では、ノーマライゼーションの観点も踏まえた通院対象者の社会復帰の早期実現を目指し、プライバシー等の人権に配慮しつつ、透明性の高い医療を多職種のチームにより提供することが求められている。また、指定通院医療機関においては、当該通院対象者の状況に応じて専門的な通院医療を提供するとともに、一時的な病状悪化の場合などには、精神保健福祉法等により、入院医療を提供していくことになっている。

通院期間は、「通院前期（通院開始後6カ月まで）」、「通院中期（通院開始後7カ月以降、24カ

月まで）」、「通院後期（通院開始後25カ月以降）」の3期に分けられており、3年以内（裁判所の決定により、最長あと2年間の通院期間延長〔計5年間〕が可能）に一般精神医療への移行を目指している。そのため、対象者ごとに治療計画を作成し、定期的な評価を行うとともに、治療への動機付け等を高めるために十分な説明を行い、通院対象者の同意を得られるように努める（必要に応じ、当該対象者が参加する多職種チーム会議も実施する）。保護観察所、地方自治体、福祉関連施設と連携をとりつつ、対象者を支援することになっている（図4）。

指定通院医療機関は、これらのことを踏まえて通院対象者の援助を行っていくことになる。まず、指定通院医療機関は、鑑定入院から地方裁判所の審判の決定により、医療観察法の通院となる（直接通院）や審判の入院決定による指定入院医療機関の入院を経て通院となる（移行通院）について、保護観察所の社会復帰調整官と連携しながら、対象者の受け入れのための調整を行っていく。そして、保護観察所が作成する「（地域）処遇実施計画書」に沿った形で、指定通院医療機関としての「個別の治療計画」を作成する。「個別の治療計画」は、多職種チームにより、診療や訪問看護等を中心とする訪問援助、デイケア、作業療法等の精神科リハビリテーションなどについて、院内の多職種チーム会議で協議し、個別の治療計画に反映していく。

また、対外的には、保護観察所が定期的に主催する「ケア会議」に協力し、地域社会における処遇に携わる関係機関等が通院対象者に関する必要な情報を共有し、処遇方針の統一を図る。また、処遇の実実施計画の見直しや各種申立ての必要性等について検討していくことになっている。

### 2) 保護観察所の社会復帰調整官の役割

社会復帰調整官は、医療観察法の対象者の社会復帰等を援助するために新設された職種であ



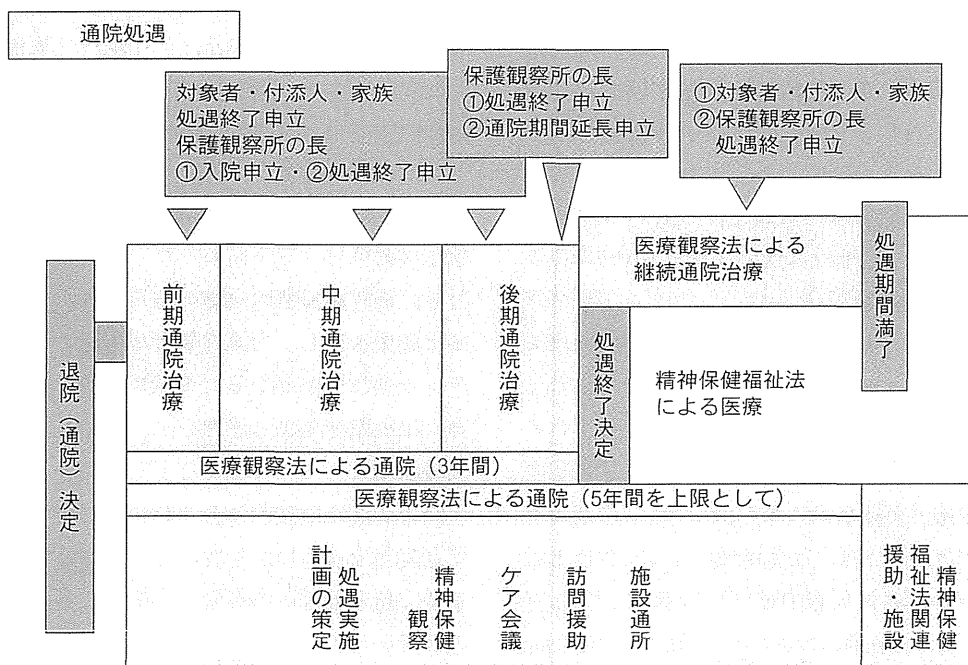


図4 通院処遇と審判

医療観察法による通院処遇は、裁判所において退院決定または通院決定を受けた日から、原則3年間とされているが、対象者の病状や状況等により裁判所の決定で短縮される場合もある。また、3年を経過する時点で、なお医療観察制度による処遇が必要と認められる場合には、裁判所の決定により、その後、2年を超えない範囲で、通院期間を延長されることがある。

(筆者作成)

り、法務省の保護観察所に所属する国家公務員である。医療観察法においては、この職種に採用される者として、「精神保健福祉士その他の精神障害者の保健及び福祉に関する専門的知識を有する者として、政令で定めるものでなければならない(第20条3項)」とされている。

社会復帰調整官は、医療観察法において対象者の社会復帰を援助する中心的な職種であり、その業務は多岐にわたっている。地方裁判所の当初審判では、社会復帰調整官が、対象者の生活環境の調査(第38条)を行うことになっている。そして、対象者が指定入院医療機関に入院になると、対象者・家族の相談に応じながら、指定入院医療機関の多職種チームと連携し、対象者の退院・社会復帰を援助していくなどの生活環境の調整(第101条)を行っていく。

また、指定入院医療機関や地域の関係機関と協力し、対象者の退院予定地域でのケア計画である「処遇実施計画」(第104条)案を作成していく。そして、この「処遇実施計画」に基づいて、医療、精神保健観察および援助などが行われる(第105条)ことになる。

## 医療観察(法)制度の現状と課題

### 1 指定入院医療機関、保護観察所

現在までのところ、わが国の医療観察法における入院期間は、先進的な司法精神医療を行っている欧米諸国と比べても同等か、より短くなっている(薬物依存の合併が多く長期化しやすい欧米諸国と少ないわが国とでは、単純な入院期間の比較による判断は難しいが)。これに

は、法施行当初に予想していたより、指定入院医療機関の多職種チームや保護観察所の社会復帰調整官が、退院調整や社会復帰支援に積極的に関わっていることが、その一因ではないかといわれている。しかし司法精神医療は、その国の世論の動向や事件報道などに大きな影響を受けることが知られており、とくに指定入院医療機関や保護観察所は、海外の例でもそのような影響を受け、社会からの隔離的な処遇や社会的入院に傾きやすい傾向をもつため、その動向には今後も注意が必要である。

## 2 地域処遇

海外では、地域の精神医療、保健、福祉関係者や権利擁護関係機関に、司法精神医療の社会的入院に対し問題意識をもち、退院促進の活動を行っているものが多い。しかし、最近まで司法精神医療の特別なシステムをもたなかったわが国では、地域にこのような専門的な関わりのもてる関係者や機関が少ない。また、欧米諸国であれば、精神障害者の援助に関わる関係者が当然学ぶべき、一般的、常識的なレベルの司法や司法精神医療関連の知識や倫理的教育などが、現状のわが国の精神医療、保健、福祉関係者にほとんどなされていない。

このような状況からか、わが国の精神医療、保健、福祉関係者の中には、医療観察法の対象者を心身喪失等により他害行為を行った「精神障害者」として見るができない場合が多い。また、種々の事情や疾患特性を精神医療、保健、福祉の専門家の視点から考慮することをせず、業務範囲内の一般的な支援自体にも拒否的になる傾向が、欧米諸国などに比べて高いとの指摘がなされている。また実際、欧米諸国のケア会議などの公の会議ではまず出ない、社会的入院

を肯定するような倫理的に問題のある発言が、わが国のケア会議などでは、精神医療・保健・福祉の専門家や従事者からもあまり意識されずに出ているとの報告などがなされている。

海外においては、司法精神医療における倫理教育や地域関係者への研修の充実や専門家の育成が非常に重要視されている。わが国においても、これら精神医療、保健、福祉の専門家への倫理的教育が今後、より重要になってくるであろう。ただ、前述のような倫理的意識や対応についての問題が報告されている一方で、地域関係者の中には、制度がまだ十分に整備されていないこの状況においても、非常に熱心に関わってくれるものも多く、また、経験を重ねるとともに対応が改善されたケースも現場から多く報告されている。

## 3 今後の医療観察（法）制度について

医療観察法における問題は、倫理的意識の問題だけではない。欧米諸国の制度に比べ、わが国では、地域処遇や各種の緊急時対応について、国や地方自治体、医療機関や福祉関連施設等の役割分担や協力体制、責任等が不明確で、明確な指針が存在しないなど、制度の構造的な問題も多い。そして、現在のような関係者の個人的な退院促進の意欲や努力に頼る部分の大きい医療観察制度の退院調整、地域処遇には、いずれ限界がくるように思われる。現在の入院処遇数から想定して、医療観察法の地域処遇はまだしばらくの間、確実に増えていくであろう。

今後、国や地方自治体を中心となり、行政、医療、保健、福祉関係機関等が、より有機的に連携できる環境を整備し、総合的な政策を打ち出すことが強く求められている。

# 精神保健福祉法の改正について

—保護者の義務規定の精神障害者入院の要件改正について—

山本 隆之

〒100-8302 東京都千代田区千代田  
成城大学法学部

## Ⅰ ●はじめに

この度、厚生労働省は、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部を改正する法律案」(以下、「法律案」)を公表し、第183回通常国会に提出した。その提案理由説明は、以下のようなものである。

「精神障害者に対する医療に関しては、入院期間が短くなっている一方で、入院患者約三十万人のうち一年以上入院している患者が依然として約二十万人に上るとともに、精神障害者の保護者である一人の家族のみが法律上の義務を負う仕組みについては、家族の高齢化に伴い、保護者の負担が大きくなってきています。こうした状況を踏まえ、精神障害者の地域における生活へ移行することができるよう、精神障害者に対する医療の見直しを図ることが必要であり、この法律案を提出した次第であります。以下、この法律案についてその概要を説明いたします。

第一に、厚生労働大臣は、精神病床の機能分化に関する事項等について、精神障害者の心身の状態に応じた良質かつ適切な医療の提供を確保するための指針を定めなければならないこととしています。

第二に、主に精神障害者の家族の一人を保護者とした上で、精神障害者に治療を受けさせ、財産上の利益を保護する義務等を課している現行の仕組みを廃止することとしています。

第三に、医療保護入院について、現行では、精神科病院の管理者は、精神保健指定医の診察により入院の必要性が認められ、かつ、保護者の同意があるときは、本

人の同意がなくても入院させることができることとなっていますが、保護者の同意に替えて、家族等のうちいずれかの者の同意を必要とすることとしています。また、精神科病院の管理者は、医療保護入院者からの退院後の生活に関する相談に応じ、指導を行う者を病院内に配置することや、地域における生活への移行を促進するために必要な体制の整備等の措置を講じなければならないこととしています。」

## II●法律案制定の経緯

(1) このような法律案が制定される契機になったのは、「障害者権利条約の締結に必要な国内法の整備を始めとする我が国の障害者制度の集中的な改革を行うため」に内閣に設置された「障がい者制度改革推進本部」(平成21年12月8日)の意見を基礎とした「障害者制度改革の推進のための基本的な方向について」という閣議決定(平成22年6月29日)であった。その内容は、以下のようなものである。

### 「(4) 医療

- 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」の見直し等を含め、その在り方を検討し、平成24年内を目途にその結論を得る。
- 「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、平成23年内にその結論を得る。
- 精神科医療現場における医師や看護師等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、平成24年内を目途にその結論を得る。
- 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、平成23年内にその結論を得る。」

そこで、厚生労働省は、平成22年10月に、すでに、同年5月に立ち上げられていた「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム」の第3R(ラウンド)として「保護者制度と入院制度」を取り扱い、その「検討チーム」、さらにその下に「保護者制

---

\*1 <http://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/pdf/kihon.pdf>