

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

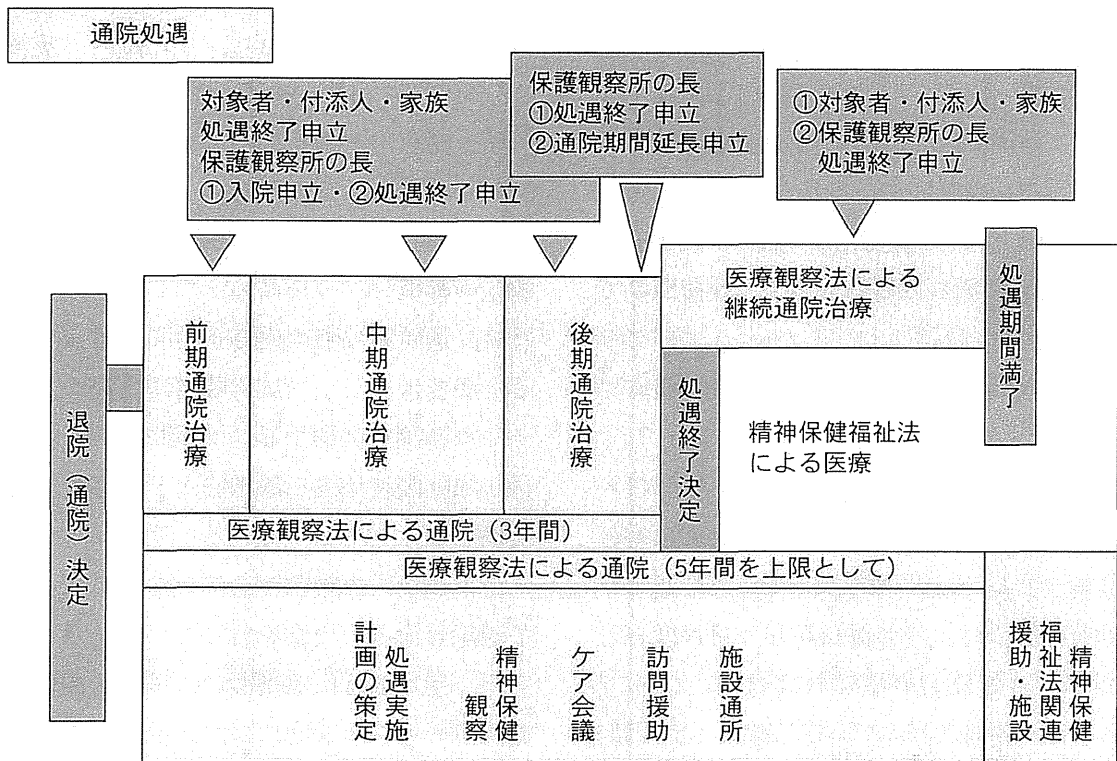


図4 通院処遇と審判

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神喪失等により他害行為を行った「精神障害者」として見る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、国や地方自治体が中心となり、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緩和と医療保護入院の要件の変更について—

山本 隆之

Osaka University
府立大学法律学部

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>

度・入院制度に関する作業チーム」を設けて多く議論を重ね、最終的に、平成24年6月に、^{*2}①精神保健福祉法から保護者の義務規定をすべて削除する、②医療保護入院の要件から保護者の同意を外す旨の報告書を提出した。

(2) これを受けて、2013年2月21日に、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の概要」を、また、翌22日に、「精神保健医療福祉の見直しについて」という書面を公表し、上記法律の一部を改正する趣旨を説明した。

それらによれば、上記改正案の概要は、以下のようなものである。まず、そこでは、改正の趣旨として、精神障害者の地域生活への移行を促進するため、精神障害者の医療に関する指針（大臣告示）の策定、保護者制度の廃止、医療保護入院における入院手続等の見直し等を行うことが謳われており、具体的な改正項目として、以下の4つの事項があげられている。

(1) 精神障害者の医療の提供を確保するための指針の策定

厚生労働大臣が、精神障害者の医療の提供を確保するための指針を定めること

(2) 保護者制度の廃止

主に家族がなる保護者には、精神障害者に治療を受けさせる義務等が課されているが、家族の高齢化等に伴い、負担が大きくなっている等の理由から、保護者に関する規定を削除する

(3) 医療保護入院の見直し

①医療保護入院における保護者の同意要件を外し、家族等（配偶者、親権者、扶養義務者、後見人又は保佐人。該当者がいない場合等は、市町村長が同意の判断を行う。）のうちのいずれかの者の同意を要件とする。

②精神科病院の管理者に、

- ・医療保護入院者の退院後の生活環境に関する相談及び指導を行う者（精神保健福祉士等）の設置、
- ・地域援助事業者（入院者本人や家族からの相談に応じ必要な情報提供等を行う相談支援事業者等）との連携・退院促進のための体制整備を義務付ける。

(4) 精神医療審査会に関する見直し

①精神医療審査会の委員として、「精神障害者の保護又は福祉に関し学識経験を有する者」と規定する。

*2 検討チーム、作業チームも公開されており、そこでの議論も厚生労働省のHPで見ることができる。
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000almx.html>

- ②精神医療審査会に対し、退院等の請求をできる者として、入院者本人とともに、家族等を規定する。

これに基づいて、本法律案が作成されたわけである。本稿では、以上のうち、特に重要と思われる、(2)と(3)の点に関する法律案の内容を紹介し、若干の検討を行うこととする。

Ⅲ●保護者制度の廃止について

(1) 保護者制度とは、精神障害者に必要な医療を受けさせ、財産上の利益を保護するなど、精神障害者の生活行動⁴一般における保護の任に当たらせるために、精神保健福祉法が特別に設置した制度である。保護者には、現行の精神保健福祉法（以下、「法」ということもある。）において、以下のような役割が課せられている。

- ①任意入院者及び通院患者を除く精神障害者に治療を受けさせる義務（22条1項）
- ②精神障害者の診断が正しく行われるよう医師に協力すること（22条2項）
- ③任意入院者及び通院患者を除く精神障害者に医療を受けさせるに当って医師の指示に従うこと（22条3項）
- ④任意入院者及び通院患者を除く精神障害者の財産上の利益を保護すること（22条1項）
- ⑤回復した措置入院者等を引き取ること（41条）
- ⑥⑤の引き取りを行うに際して、精神病院の管理者又は当該院と関連する精神障害者社会福祉施設の長に相談し、及び必要な援助を求めること（22条の2）
- ⑦退院請求等の請求をすることができること（38条の4）
- ⑧医療保護入院の同意を行うことができること（33条1項）

(2) しかし、かねてより、この保護者制度については、さまざまな問題点が指摘されていた。1) 1人の保護者のみが法律上課せられた上記のようなさまざまな義務を行うことは、負担が多すぎる、2) 本人と家族の関係はさまざまである中で、保護者が必ずしも本人の利益保護を行えるとは限らない、3) 保護者制度創設時と比較して社会環境や家族関係が変化しており、現在の保護者の制度はそれに十分対応しているものではない、4) 保護者に課せられた義務規定は抽象的であり、法律の規定として具体的な意義は存

* 3 大谷實・新版精神保健福祉法講義（2010年）64頁。保護者制度の歴史については、町野朔「保護者制度の改革と精神医療」法と精神医療27号（2012年）43頁参照。

* 4 精神保健福祉研究会監修・三訂精神保健福祉法詳解（2007年）190頁以下参照。

在しない、等々である。^{*5}

そこで、本法律案では、このような保護者制度を廃止し、保護者に課せられていた義務規定をすべて削除するとともに、医療保護入院の要件から保護者の同意を外し、その代わりに、その家族等のうちいずれかの者の同意を要件とすることとしたのである。

IV●保護者の義務規定の削除

(1) まず、法律案は、保護者に課せられていた①治療を受けさせる義務、②医師の診断に協力する義務、③医師の指示に従う義務を削除した。

これらの義務を削除した理由は、1) 精神病患者監護法による私宅監置を廃止し適切に医療機関につなげるという制定当初の意図は現在失われている、2) これらの義務の具体的内容が不明確である、3) 本人と保護者との関係はさまざまであり保護者のみに義務を負わせることは困難であるというものである。また、現在では、精神障害者の医療については、医療法などにそれをカバーする規定が設けられていることから、保護者のこれらの義務を削除しても特段不都合が生じることはないということもその理由であろう。すなわち、医療法は、医療施設の管理者等は「患者又はその家族からの相談に適切に応ずるよう努めなければならない」と規定し(6条の2第2項)、また、医師法は、「医師は、診療をしたときは、本人又はその保護者に対し、療養の方法その他保健の向上に必要な事項の指導をしなければならない」と定めている(23条)。したがって、これらの法律にこのような規定が置かれている以上、精神保健福祉法にことさら特別に以上のような義務規定を定めておく必要はないのである。^{*7}

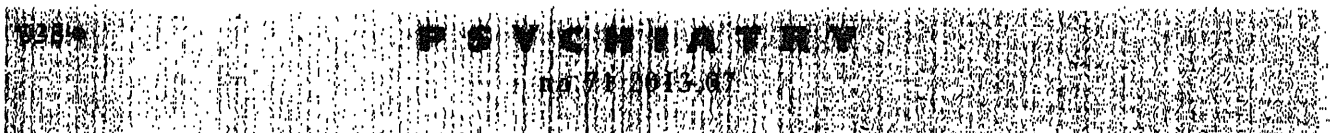
(2) 次に、法律案は、④保護者に課せられていた財産上の利益を保護する義務も削除した。その理由としては、この義務の対象範囲が明確ではなく、またこの義務の濫用的履行の防止についても不明確であり、そもそもこの規定では精神障害者の利益を保護するためには、不十分であるということがあげられている。^{*8}そして、現在においては、判断

*5 検討チーム、作業チームの資料参照。この資料は、前注2にあげた厚生労働省のHPで見ることができ
る。

*6 検討チーム、作業チームの資料参照。この資料も、前注2にあげた厚生労働省のHPで見ることができ
る。

*7 町野崎・前掲論文49頁参照。

*8 検討チーム、作業チームの資料参照。この資料も、前注2にあげた厚生労働省のHPで見ることができ
る。



能力に問題のある者の財産管理については、民法に成年後見・保佐・補助の制度が整備されており（民法7条以下）、判断能力に問題のある精神障害者の財産管理についても、精神保健福祉法に抽象的な義務規定を置いておくだけよりも、これらの制度を活用する方が実効性が高いのである。したがって、今後はむしろそれを活用すべきであるということになる。

(3) さらに、⑤保護者の引き取り義務も削除した。この義務は、精神衛生法の時代から存在するものである。その立法趣旨は、精神障害者を監護する義務は、保護者が負うのが原則であるという考え方を前提として、入院措置がとられた場合には、保護者が精神障害者の身上監護を行うことが事実上不可能になるため保護者の義務が解除されるが、それはあくまで例外的な状態にすぎず、精神障害者が退院したときには原則に戻って、保護者の監護義務が復活するというものであった。措置入院については現行法41条がこのような態度を明らかにしているが、以上のような考え方からすれば、強制入院である医療保護入院から退院した精神障害者についても、保護者には引き取り義務が課されることになるというのが自然である。

要するに、この⑤の義務規定は、精神障害者が入院していないときは、保護者が監護する責任を負うという考え方に基⁹づいていたものである。たしかに、法41条にいう「引き取り」に、他の医療施設、福祉施設のアレンジが含まれるという理解が妥当であるとしても、このように退院患者の引き取りはもっぱら保護者の義務であるとする¹⁰ことにより、地域精神医療の施策を公的に整備・充実させ、精神障害者の医療とケアについて公的な責任の下に入院医療から地域医療へ円滑な移行を行うということが制度上妨げられることになっていた。しかも、もし、保護者が引き取りを拒否する場合には、患者を實際上退院させることが不可能となり、その意味で、この義務規定は、「社会的入院」を維持する¹¹という弊害をももたらしていたのである。法律案による⑤の義務の撤廃は、この弊害の打破を企図するものと考えられるが、そうである以上、今後は、入院から地域医療への円滑な移行について都道府県の責任を明確化し、行政がイニシアティブをとって地域移行支援事業と連携をとって退院した精神障害者の医療とケアを行うという体制を整備していくことが必要となる。

* 9 公衆衛生法規研究会編「精神衛生法詳解」(1976年)112頁以下参照。

* 10 町野朔・前掲論文48頁。

* 11 精神保健福祉研究会監修・前掲書449頁。

* 12 町野朔・前掲論文48頁。

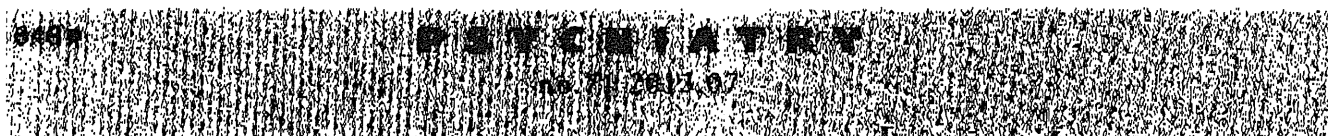
V●医療保護入院の要件の変更

(1) 現行精神保健福祉法33条1項は、医療保護入院について、「精神科病院の管理者は、次に掲げる者について、保護者の同意があるときは、本人の同意がなくてもその者を入院させることができる」と規定している。これに対し、法律案は、保護者制度の廃止に伴い、この規定を改めて、「精神科病院の管理者は、次に掲げる者について、その家族等のうちいずれかの者の同意があるときは、本人の同意がなくてもその者を入院させることができる」とした(33条1項)。そして、同33条2項は、「前項の『家族等』とは、当該精神障害者の配偶者、親権を行う者、扶養義務者及び後見人又は保佐人をいう」としている(扶養義務者とは、①直系血族(端的には父母および祖父母)及び兄弟姉妹、②その他、特別の事情により、家庭裁判所が扶養義務を負わせた三親等内の親族をいう。民法877条)。つまり、現行法における、保護者の同意^{*13}に替えて、家族等のうちのいずれかの者の同意を要件とするということに改めたのである。

(2) もっとも、前述した検討チーム・作業チームの結論では、強制入院としての医療保護入院の制度は維持すべきだが、それを保護者の同意を要件せず、1人の指定医の診察で入院させられる制度に改めるべきであるとされていた。これは要するに、家族をはじめとする精神障害者本人の私的な関係者に、本人の入院についての同意の責任を負わせないようにすることを意図したものであったはずである。これが、法律案では、どうして、上記のように家族等のうちいずれかの者の同意を要件とするということになったのか、その理由は必ずしも明らかではない。

考えられる理由の第1としては、これまで、医療保護入院は、保護者が入院に同意して医療費を支払うという契約(第三者のために行う契約)に基づくものであると理解されてきたため、保護者の同意という要件を外したら、医療費を払ってくれる人がなくなるという危惧を抱く医療関係者の意見に配慮したということである。しかし、現行法42条は、「保護者が精神障害者の医療及び保護のために支出する費用は、当該精神障害者又はその扶養義務者が負担する」と定めている。このことから明らかなように、精神障害者の医療および保護のための費用は、当該精神障害者本人またはその扶養義務者が負担するというのが法の建前である。この42条は、法律案では削除されたが、このような一般原則は、何ら変わるものではない。すなわち、医療保護入院について保護者

*13 また、法律案34条1項は、医療保護入院のための移送の要件についても、「保護者の同意」を、「その家族等のうちいずれかの者の同意」に改めている。



なり家族等なりが同意するということが費用負担の問題とは全く別の問題なのである。このことは、現行法上保護者の同意を必要としない措置入院の場合であっても、都道府県知事は、当該精神障害者又はその扶養義務者に対して入院に要する費用を求償することが可能であることを規定した法31条に照らしても明らかである^{*14}。この点では、家族等のうちいずれかの者の同意を医療保護入院の要件として残す必要性は存在しないといわなければならない。

(3) 考えられるもう1つの理由は、これまで、医療保護入院について保護者の同意を要件としてきた趣旨の1つは、強制入院である医療保護入院の濫用を防止し、精神障害者の人権を擁護することにあるとされてきたため、医療保護入院を保護者の同意を要件とせず、1人の指定医の判断で強制的に入院させることができることは、精神障害者の権利擁護という観点から妥当ではないというものである。

たしかに、精神障害者の権利擁護のうえで、保護者となるべき家族等の果たしてきた役割は否定できない。しかし、實際上、保護者の入院への同意が、精神障害者の権利を擁護する装置としての役割を常に果たしてきたとはいえないであろう。そして、確実な権利擁護のための装置となりえないという点においては、家族等のいずれかの者の同意を要件とすることにしても、何ら変わることはないように思われる。

また、法律案は、現行法で家族等関係者のうち誰が保護者となるかの法定順位が定められている点を撤廃することを企図している。そうすると、「家族等」の中で当該精神障害者の入院をめぐって意見の不一致がある場合をどうすべきかという問題が出てくる。具体的には、「家族等のうちいずれかの者」の誰かがいったん入院への同意をして医療保護入院が行われたあとで、同じ「家族等のうちいずれかの者」の範囲に含まれる別の誰かがその入院に異議を唱えた場合の処理が問題となる。この点立案当局者は、法律案では、医療保護入院の同意権者としての「家族等のうちいずれかの者」に該当する者は、当該入院の退院請求の申立権を有しているから、家族内の意見が一致しないままに医療保護入院が行われた場合でも、当該入院に反対する家族等は退院請求(38条の4)を行い、それが認められれば退院させることができるのであり、手続上も医療実務上も問題は生じないと考えたのかもしれない。この点、実際上は、たとえば、遠くに住んでいる扶養義務者である兄弟等が濫用的に医療保護入院への不同意を主張した場合、患者を退院させなければならないということを認めれば、医療現場に多大な混乱をもたらすだけでな

* 14 町野朔・前掲論文50頁参照。

* 15 大谷實・前掲書98頁参照。

く、患者本人の医療を受ける権利をいたずらに阻害することになる。したがって、このように、家族等のうちいずれかの者が入院に異議を唱えれば即座に患者を退院させなければならないという結論は不当なものであろう。とはいえ、このような家族等のうちいずれかの者からの退院請求をどのような場合に拒絶することができるかということとは不明であり、この点で法律案は問題を残すものであることは否定できないように思われる。

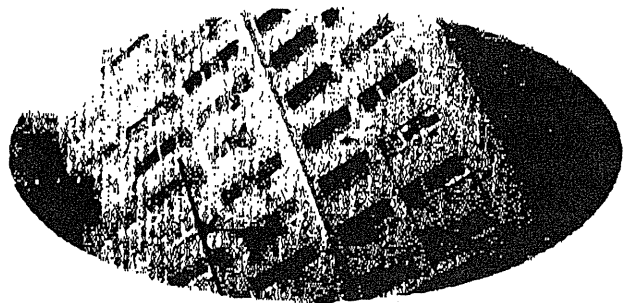
(4) もっとも、以上のことよりもはるかに大きな問題がある。法律案の最大の問題は、同意権者の範囲をいたずらに拡大し、かつあいまいなものにしたことで、事実として家族に余計な負担をかける可能性があることにある。現行法では、保護者が精神障害者本人の意に反して本人を入院させることによって、両者の関係に軋轢が生じ、極端な場合には、本人の社会復帰の最大の基盤となるべき家族関係を破壊してしまう危険があることが問題視されていた。このことこそが保護者制度廃止の提言に至る最大の現実的ニーズであったはずである。法律案は、その方向性を無視するだけに留まらず、これまでそうした任を負ってきた精神障害者家族に、他の家族構成員との関係調整という負担まで押し付けることになるように思われる。

たしかに、精神障害者の保護に家族が果たす役割が大きいことは否定することはできない。しかし、強制入院である医療保護入院に同意を与える権限まで家族に担わせることは、ある場合には家族への過大な負担となり、ある場合には本人の権利擁護に不十分な結果となるのであり、このような方向性には限界があるように思われる。また、たとえば市町村長同意の場合においては、実質的にはもっぱら指定医の医療的判断によって入院の可否が決まっているように思われるが、その実務が保護者同意の場合と比べて必ずしも濫用的なものとも言えないだろう。このことからすれば、検討チームの提案のように、医療保護入院の要件としては保護者（あるいは「家族等のうちいずれかの者」）の同意を不要として指定医の判断で入院させることを可能としたうえで、入院後の患者の権利擁護のための審査を現状より手厚い形で、しかも迅速に行うことのできるシステムの構築を目指すべきである。

この点、検討チームは①本人の権利擁護のための仕組みとして、入院した人は、自分の気持ちを代弁し、病院などに伝える役割をする代弁者（アドボケーター）を選ぶことができることとする、②入院中の定期的な審査は、早期の退院を目指した手続の一環と位置付けるとともに、それには本人または代弁者が参画できるようにするなど、入院に関する審査の在り方を見直す、という方向を患者の権利擁護のための柱とすべきものと

して打ち出していた。^{*16} 具体的には、町野教授が提案されているように、^{*17} 精神障害者と精神医療とを仲介し、精神障害者の権利を擁護する存在としての patient advocate 制度の導入、精神医療審査会の整備・充実ということこそが検討されるべきであるように思われる。

(5) 法律案は、附則に「政府は、この法律の施行後三年を目途として、新法の施行の状況並びに精神保健及び精神障害者福祉を取り巻く環境の変化を勘案し、医療保護入院における移送及び入院の手続の在り方並びに医療保護入院者の退院による地域における生活への移行を促進するための措置の在り方について検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする」とする定めを設けた(8条)。このような規定を置いたということは、立案当局者自身も、今回の法律案における医療保護入院制度に関する規定には多くの課題が存在することを認めているということである。したがって、施行後3年を目途として、以上で指摘した問題点を踏まえて、医療保護入院に関する規定を修正する見直しが必要であるように思われる。



* 16 里見和夫「精神保健福祉法の一部改正案等と精神障害者の権利擁護——医療保護入院の見直し等の問題点」3頁参照。 <http://www.psy-jinken-osaka.org/itibukaisei.pdf#search>

* 17 町野朔・前掲論文51頁。

医療観察法における通院医療

Forensic community treatment in Act for the medical treatment and Supervision of persons insane persons who caused serious harm

松原三郎

Saburo Matsubara

Key words 医療観察法 (Act on medical care and treatment for persons who have caused serious cases under the condition of insanity), 通院医療 (outpatient treatment), 指定通院医療機関 (designated hospital for outpatient treatment), 多職種チーム (multi-disciplinary team : MDT)

1. 医療観察法の特徴

医療観察法では、医療と司法の双方が加わることで強制的な医療が担保されている。通院医療では、法 43 条では対象者が医療を受ける義務が明示され、さらに、法 106 条に基づく精神保健観察が強制的な通院医療を支えている。さらに、治療の内容では質の高い医療が求められ、このために多職種がかかわった医療を基本としている。通院医療では、指定通院医療機関や関係機関が参加したケア会議において「処遇の実施計画(法 104 条)」が策定され、これに基づいて指定通院医療機関では多職種がかかわった「個別の治療計画」が作成される。関係機関は法 108 条に基づいて相互の連携を確保することが求められている。いずれも、法によって規定されている。

現在、指定通院医療機関は診療所を含めて 430 医療機関が指定されている。数としては一応整っているように見えるが、その数は都道府県によって差異があり、また、その分布についても、各二次医療圏をカバーしてはいない。また、医療観察

法における通院医療は、現行の一般精神科医療を基盤として、それを利用しながら運用されている。ところが、わが国の地域精神科医療の現状は乏しい社会資源と人材の不足に喘いでおり、とても医療観察法が求めるような通院医療を実現できる状態にない。指定通院医療機関においても、専任スタッフはもちろんのこと、アウトリーチの主体となる訪問看護師や精神保健福祉士の数は各指定通院医療機関の平均で 3.0 人にすぎない。また、精神保健観察の中心的な役割を担う社会復帰調整官についても、各保護観察所に 1 人を確保するにとどまっている。このような状況のなかで、通院医療が成功するかについては、当初から悲観的な意見が多かった。

2. 医療観察法の年次変化

2011 年 12 月 31 日の時点では、医療観察法の申立ては 2,457 件にのぼっているが、このうち、審判が決定したのは 2,358 件である。その内訳は、入院決定 63.1%、通院決定 16.4%、不処遇 16.5%、却下 3.5%、取り下げ 5.5% である。入院決定数と

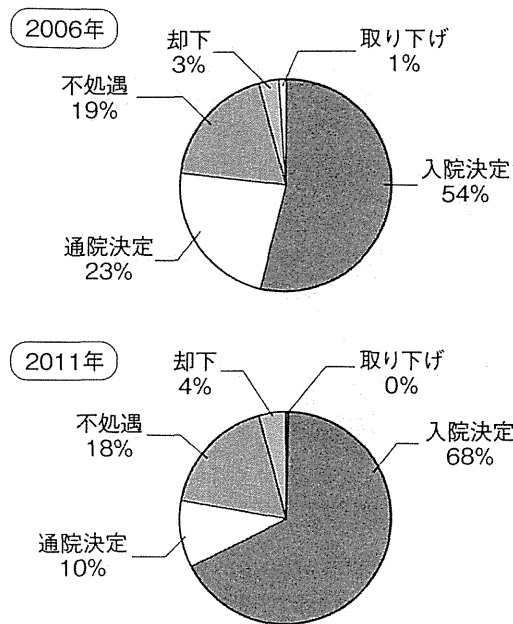


図1 処遇の内訳

通院決定数の比は3.85対1である。この比率は、施行当初と近年とでは大きく異なっている。2006年では入院決定54%、通院決定23%で、その比は2.35対1であるが、2011年をみると入院68%、通院10%で、その比は6.8対1である。当初に比べて入院処遇の割合が著しく拡大していることがわかる（図1）。

2006年当初に通院処遇の対象者数が高かったのは、指定入院医療機関における病床数が少なく、入院決定後に対象者は佐賀県、沖縄県、岩手県など遠方の指定入院医療機関に送られることが多く、このために、できるだけ通院処遇で治療を行おうとする傾向があったからであった。2011年末では、整備された病床数は666床と整備目標の81%に達しており、この結果、入院処遇の割合が上昇したものと考えられる。しかし、現状の入院処遇/通院処遇の比率が適正なものであるのか、それとも、入院決定の割合が高すぎるのか（あるいは、通院決定の割合が低すぎるのか）については、今後の議論が待たれる。いずれにせよ、通院医療がより充実したものになれば、通院処遇が占める割合は現状よりも高くなることが期待される。

通院処遇を受けている対象者数は、直接通院者と一定期間入院医療を行った後に通院医療に移行

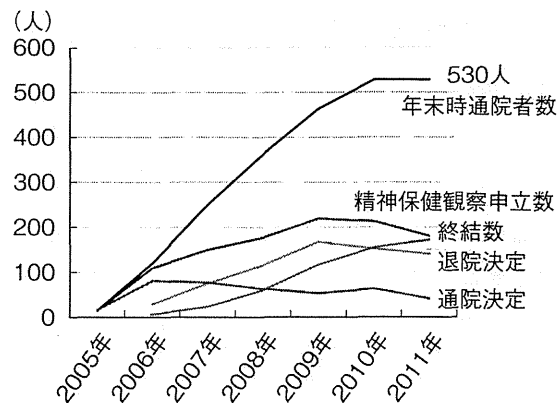


図2 精神保健観察の年次推移

した対象者数の和から、処遇終了者（終結数）、再入院者、さらに、死亡者を差し引いた数で表される。通院処遇者数は、2008年で300人を超え、2011年末では530人に達している。現在、通院決定数は年間180人程度であり、他方、終結数もほぼ同数に達している。この結果、通院処遇者数は現状の530人から600人程度で定常化する可能性がある（図2）。

3. 指定通院医療機関の状況

2006年、2010年には、厚生労働科学研究の補助を受けて、指定通院医療機関ならびに通院対象者に関するアンケート調査を実施してきた。

a. 指定通院医療機関の機能

2010年には436事例の回答が得られた。このうち75%が民間医療機関であった。また、鑑定入院医療機関は273病院あり、このうち、民間医療機関は78%であった。このことは、医療観察法の通院医療では、民間精神科病院の協力が必須であることを示している。他方、各指定通院医療機関がもつ機能を調査したところ、デイケアをもつ医療機関は92%、病院訪問看護または訪問看護ステーションの実施は93.5%であった。また、各種居住施設を併設している医療機関は49%であった。指定通院医療機関は、比較的中規模以上（300床以上）で、デイケアや訪問看護だけでなく、各種の社会復帰機能をもつ医療機関が多いことがわかる。すなわち、今後の精神科医療機関像では、

多機能で、地域にアプローチする機能をもっていることが求められることがイメージされる。

b. 訪問看護機能

前述のように訪問看護は指定通院医療機関にとってきわめて重要な機能である。訪問看護は93.5%が実施し、5.4%が外部委託を行っていた。また、実施している医療機関の26.1%が訪問看護ステーションによる運営を行っていた。訪問看護師は平均で4.2人配置されていたが、精神保健福祉士による実施では3.0人配置されていた。いずれも、2008年からの2年間で1人ずつ増員されており、各指定通院医療機関がアウトリーチ機能を強化していることがわかる。

c. 通院対象者数

2006年調査では、通院対象者ありと回答した医療機関は35.5%でその平均数は1.4人であった。2010年調査では76.8%において通院対象者があり、その数は平均2.3人、最大12人であった。その後も通院対象者数は増加しており、1.7倍程度まで増加していると推定できる。

4. 通院対象者の状況

a. 対象者の疾患分類と対象行為

通院対象者の70.9%が男性、29.1%が女性であった。疾患分類では、入院からの移行通院と直接通院対象者では差異がみられた。前者では84.1%が統合失調症圏であったが、後者では統合失調症圏は65.8%にとどまり、気分障害15.8%、物質使用障害9.2%であった。鑑定入院終了時には比較的病状が安定している気分障害や物質使用障害が加わってきている。対象行為をみると、移行通院では、傷害(41.8%)、殺人・殺人未遂(26.1%)、放火(23.5%)の順であるが、直接通院では、放火(35.3%)、傷害(29.4%)、殺人・殺人未遂(26.5%)の順であった(図3)。直接通院で放火が多いのは、気分障害などの割合が多いためと考えられる。

院対象者では差異がみられた。前者では84.1%が統合失調症圏であったが、後者では統合失調症圏は65.8%にとどまり、気分障害15.8%、物質使用障害9.2%であった。鑑定入院終了時には比較的病状が安定している気分障害や物質使用障害が加わってきている。対象行為をみると、移行通院では、傷害(41.8%)、殺人・殺人未遂(26.1%)、放火(23.5%)の順であるが、直接通院では、放火(35.3%)、傷害(29.4%)、殺人・殺人未遂(26.5%)の順であった(図3)。直接通院で放火が多いのは、気分障害などの割合が多いためと考えられる。

b. 対象者の居住状況

居住施設でも移行通院と直接通院では差異が認められる。移行通院では、家族と同居(47.7%)、単身生活(28.1%)、施設入居(20.9%)。直接通院では、家族と同居(71.0%)、単身生活(21.7%)、施設入居(2.9%)であった。家族と同居の場合には直接通院となりやすく、これに対して、移行通院では、施設入居を利用するなど住居の問題が重くのしかかっていることが示されている。入院処遇か通院処遇かの判断において、居住施設の問題が影響を与えているものと推定される(図4)。

c. 対象者の生活状況

通院対象者で就労をしている人は8.1%にすぎない。この結果、生活のための収入源は年金受給(45.7%)、生活保護(25.1%)、家族の援助(22.8%)、就労・貯蓄(6.4%)であり、経済的には苦しい立

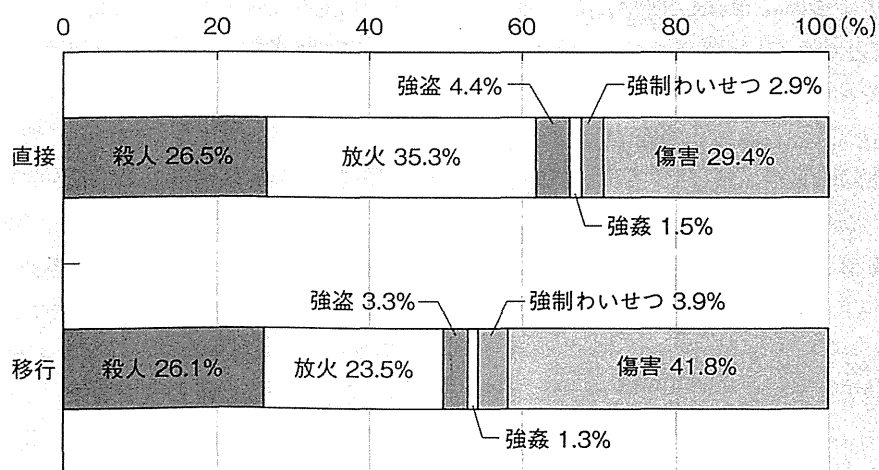


図3 対象行為 開始状況別 (2010年)

場にあることが示された。そして、日中の利用場所では、デイケア (49.5%), 通所サービス利用なし (27.0%), 作業所 (12.7%) であった。デイケアが日中の活動場所として大きな役割を果たしていることがわかる。デイケアの利用状況を分析すると、週に2~3回 (18.9%), 週に4~5回以上 (17.6%), 週に1回 (14.4%) で、バラつきが大きい。

5. 処遇の実施計画の実施状況

多職種・多機関、さらには対象者とその家族も参加のもとで策定された処遇の実施計画は、対象

者の状況に応じて実施されている。

a. 実施活動の頻度

ケア会議は当初には月に1回開催 (60.1%), 2~3か月に1回 (34.4%) であるが、6か月以上を経ると、月に1回 (29.7%), 2~3か月に1回 (58.4%) と頻度は低下している。外来受診では、当初では週に1回 (78.5%), 2~3週に1回 (17.6%) であるが、6か月以上を経ると週に1回 (44.1%), 2~3週に1回 (45.0%) と受診頻度は低下している。訪問看護の頻度は実施当初では、週に2回以上 (11.3%), 週に1回 (37.8%), 2週

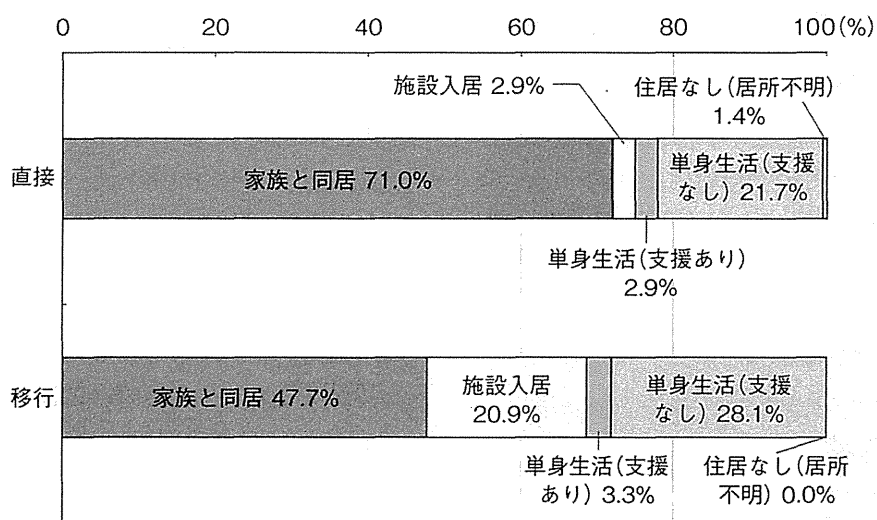


図4 居住状況 開始状況別 (2010年) (n=222)

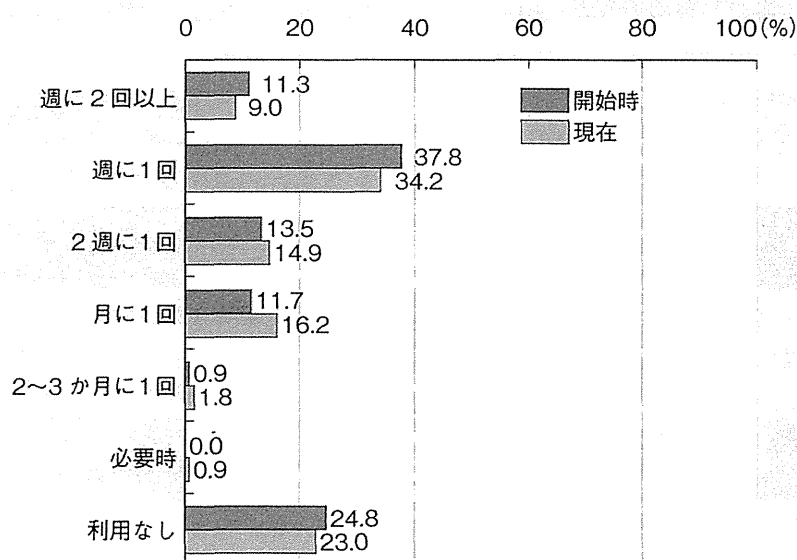


図5 訪問看護の利用度・頻度 (2010年)

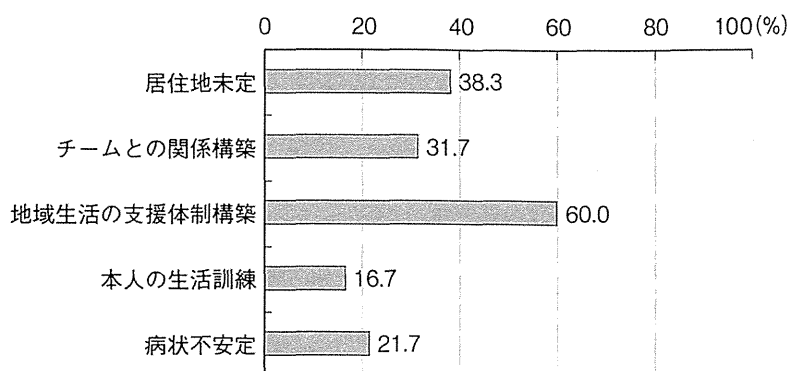


図6 開始時入院ありの理由 (2010年)

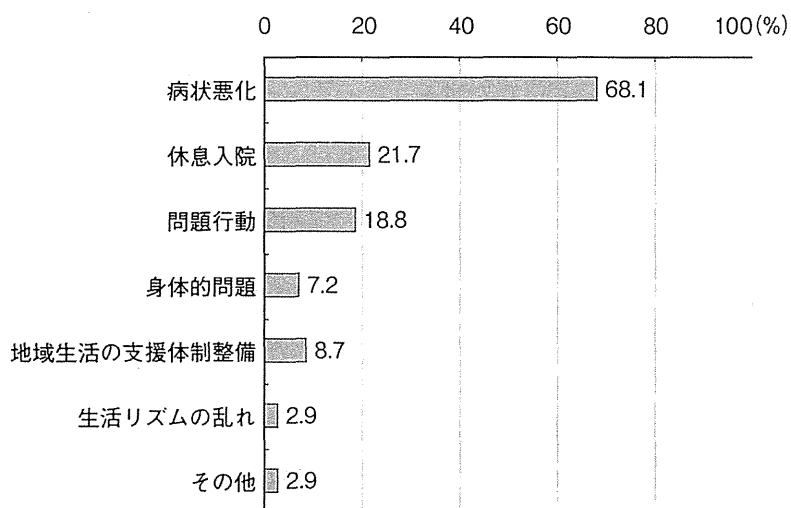


図7 経過中入院の理由 (2010年)

に1回 (13.5%), 月に1回 (11.7%) であるが, 6か月以上を経ると, 週に2回以上 (9.0%), 週に1回 (34.2%), 2週に1回 (14.9%), 月に1回 (16.2%) であった. その頻度は低下しているが, 他のサービスに比較して, 頻度の低下は少ない (図5).

b. 共通評価項目からの評価

指定通院医療機関では共通評価項目を用いて, 定期的に病状を評価することが義務づけられている. 共通評価項目の各項目の陽性率を集計すると, 内省・洞察項目では直接群 (43.5%), 移行群 (35.3%) であるが, 入院治療によって内省・洞察が進んでいることが示されている. 他方, 非精神病性症状 (42.5%) は移行群が高い. 移行群では, 対象者がより重症であることで, 治療困難な部分が残っているものと思われる. 総合的な

判定では, 対象者の精神症状は, おおむね安定 (71.2%), やや不安定 (23.9%) であった. 精神症状などを持ちながらも, 多職種チームや多機関の連携で支えられていることが示されている.

6. 再入院の状況

通院対象者では, 指定通院医療機関に精神保健福祉法による入院を行う場合と, 病状悪化を理由に指定入院医療機関に再入院をする場合が考えられる.

a. 指定通院医療機関へ精神保健福祉法による入院

2010年度調査時点では, 246対象者のうち9.8%が精神保健福祉法入院を行っている. 他方, 通院

開始時に入院治療となったのは24.4%であり、このときの入院理由では、60%が「地域生活の支援体制構築」であった。また、通院処遇の途中で入院となったのは29.4%であるが、入院理由では「病状悪化」68.1%、「休息入院」21.7%であった(図6, 7)。

一般の精神科医療では、退院後精神科デイケアに通所している患者では、退院後1年以内では28%が入院し、2年以内では37%、3年以内では44%にまで達している。調査時点での通院対象者の通院期間の平均は480日(1年4か月)であるが、一般の精神科医療では1年4か月では約32%が再入院をしている。今回の調査では途中入院が29.4%であるが、この入院の多くは慎重を期して早めの入院を行っており、実際の一般医療よりもかなり多めに傾いている。少なくとも、1年4か月の時点では、一般医療よりも5%以上少ない値であるといえることができる。このような意味では、精神保健福祉法入院が医療観察法通院医療のなかで大きな役割を果たしていることがわかる。

b. 指定入院医療機関への再入院

通院処遇中に病状が悪化し、一時的な精神保健福祉法入院では十分な効果がない場合には、指定通院医療機関への再入院が行われる。2010年7月までには全国で10例が再入院決定を行っている。2011年末までに、18例の存在を把握したが、当研究班で把握できたのは16例であった。

16例は、男性13例、女性3例。移行通院例10例、直接通院例6例であった。対象行為では、殺人・殺人未遂7例、傷害3例、強制わいせつ3例、放火2例、強盗1例であった。病名では、統合失

調症11例、物質使用障害3例、気分障害1例、パーソナリティ障害1例であった。特徴的なのは病状悪化までの期間であるが、平均で131日である。最短では3日、最長で1年である。68%が4か月以内に病状を悪化させ、81%が6か月以内である。1年間通院を行った事例は3例(19%)であった。すなわち、6か月以内に悪化する事例と1年までの長期事例とに分けることができる。しかも、6か月以内例と1年余りの2群に分けることができる。直接通院例では3週間以内と短期例が多い。移行通院例でも6か月以内例が90%に及ぶことには対策が必要であろう(図8)。病状悪化の内容を分析すると、「物質使用障害の併存」4例、「知的障害の併存」4例、「通院決定の判断に問題」4例、「対象者のストレス耐性の弱さ」4例であった。特に対象者のストレス耐性の弱さについては、入院医療機関での治療を十分に行っても再燃していることから、通院開始までに十分な期間をもち、実際の居住施設等での習熟を十分に行う必要がある。また、地域型入院医療機関をさらに増設して、地域処遇の訓練期間を十分に行う必要がある。

c. 医療観察法再入院事例の発生割合

前述したように、現在530人の通院対象者が存在する。再入院者数は、通院対象者の増加に従って増加するものと考えられる。2009年には5人の再入院(1.1%)、2010年には5人の再入院(0.9%)、2011年には16人の再入院(2.3%)。いずれも、病状悪化例としてあげればきわめて低い数字であるといえる。このように低い数字で治まっている原因は、医療観察法通院処遇における「強制的通院が義務付けられている」「多職種・多機関が関

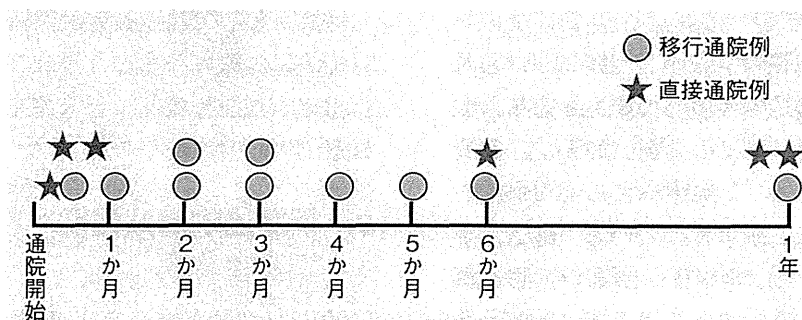


図8 病状悪化までの期間

わる法体系」「アウトリーチを中心とする多職種チームの効果」、さらに、「精神保健福祉法入院が早めに行われることで、本格的な病状悪化を防いでいる」ことなどがあげられる。

7. 医療観察法通院医療の実際

医療観察法通院医療の重要な要素は「強制的通院」「多職種による支援」である。しかし、この2つの要素が連携してこそ、理想的な通院医療が行われる。

a. 事例 1

40歳代男性、統合失調症。数年前から自分が危険人物として監視されていると感じていた。旅行先では、北朝鮮の工作員に殺されると感じて、逃れるために部屋に火を放った。2年間の指定入院医療機関での治療の後通院医療を開始。アパートで単身生活をし、デイケアも就労訓練への参加も拒否。病識は欠如しており、ようやく外来通院と訪問看護を受けるが、「医療観察法が終わったら通院しない」という。それでも訪問看護師との対話は次第に増え、1年半を過ぎた頃から被害妄想が減弱してくる。周囲の勧めで兄が行う電気工事の手伝いをするようになり、電気工事士の免許もとる。

この事例では、当初は受診については拒否的であったが、強制的通院が義務づけられているために受診は保たれてきた。訪問看護師等多職種がかかわることで次第に病識が獲得され、就労も含めて自らの生活を実体化している。「強制通院」と「多職種による支援」が複合的に効果を示した事例である。

b. 事例 2

30歳代女性、妄想性障害。夫が浮気をしていると邪推し、連日のように夫を責め立てる。X年に就寝中の夫を包丁で刺す。傷害で申し立てられ、直接通院となる。夫に理解があり、同居することで通院医療が開始された。しかし、本人は病識が欠如して内省も乏しかった。通院に時間をか

けて、主治医が夫同席の家族療法を続け、訪問看護も併用した。次第に強直的な思考が崩れ始め、ようやく2年を経た頃から病識が得られた。

この事例でも当初は「強制的通院」が効果を示していたが、主治医を含む多職種がかかわることで、病識を獲得するまでになった。

c. 医療観察法通院医療の実際

「強制的通院」と「多職種による支援」は、双方が連携することで効果が発揮される。特に後者の多職種支援については、包括的地域支援(ACT)であることが理想ではあるが、多職種がチームを組んで支援をし続けることが重要な要素である。また、このことによって、病状の悪化等も早期に把握することができる。

おわりに

医療観察法における通院医療は、当初その運営にさまざまな不安要素が予想された。しかし、施行から6年を経て、通院医療については、一定以上の成果が認められている。その成果の特徴は以下のようにまとめることができる。

- (1) 強制通院制度が一定の効果をあげている。
- (2) ケア会議に多職種・多機関が参加して「処遇の実実施計画」が策定され、これに協力することが法で定められている。
- (3) アウトリーチを中心とする多職種チームが成果を上げている。
- (4) 対象者・家族を巻き込んだ治療計画や病状悪化時の対応策が効果を示している。
- (5) 指定通院医療機関への精神保健福祉法による入院が、病状悪化を早めに防止している。
- (6) 一般精神科医療、特に地域精神科医療に対して、多くの知見を与えて、その底上げに貢献している。

厚生労働科学研究に協力をいただいた協力研究者の方々、また、アンケート調査にご協力いただいた指定医療機関のみなさまに感謝いたします。