

【特集 心神喪失者等医療観察法施行1年目をむかえて—その現状と課題—】

心神喪失者等医療観察法制度の現状と課題

Current Issues of New Forensic Mental Health Law in Japan

吉川 和 男^{a)}

Kazuo Yoshikawa

I. はじめに

「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、医療観察法と略)は、平成13年6月8日、大阪池田小学校で起きた児童殺傷事件を契機に国会で審議が開始され、平成15年7月16日に公布され、平成17年7月15日より施行されている。本法はその成立過程においても紆余曲折した経緯があるが、施行後においても法の運用、施設の整備などに様々な問題を抱えている。本稿では、この法律の実際の処遇過程に沿って、特に鑑定入院や入院処遇、通院処遇で生じている問題点を整理しながら、今後、同制度がどのような方向に向かうべきかについて考察したい。

II. 事件発生から鑑定まで

図1に示すように、精神障害者が重大犯罪に当たる行為(殺人、放火、強盗、強姦、傷害致死、傷害に相当する行為)を行った場合、一般の犯罪者と同様に警察によって捜査が進められ、その後、検察庁に身柄が送られる。しかし、わが国の刑法第39条(1907年制定)には、「心神喪失者の行為は罰しない。心神耗弱者の行為はその刑を減輕する」という刑事責任能力に関する規定があるため、検察官や裁判官は、精神障害が行った犯罪については刑を免除するか減輕するかを判断をしなければならない。

このため、検察庁や裁判所では、被疑者や被告人が心神喪失か心神耗弱に該当しないかどうかの判定、すなわち刑事責任能力の鑑定を専門家に依頼することになる。これが、いわゆる精神鑑定と呼ばれるものである。精神鑑定は、依頼を受けた精神科医が、警察署や検察庁あるいは拘置所に留置された被疑者や被告人を訪問して診察する形で行われる。この場合、必要な医学的検査を精神科病院の外で行うことが多いが、時には、病院に入院をさせて鑑定を実施する場合もある。しかし、病院に鑑定留置をした場合の治療や行動制限に関する法的根拠は何もないため、病院側は管理上入院させることを望まない場合が少なくない。この問題は、後述する医療観察法の鑑定入院においてクローズアップされることになった。鑑定の期間は鑑定の種類によって異なり、起訴前に行われる簡易鑑定では数時間、公判で実施される正式鑑定では数ヶ月と幅がある。この精神鑑定の結果を基に、検察官や裁判官は、被疑者や被告人の刑事責任能力を判定していくことになる。

医療観察法が誕生する前は、検察官が事件を不起訴処分とした上で、精神保健福祉法第25条に従って都道府県知事へ通報し、その後の処遇は精神医療に完全に預けてしまう形になっていた。通報された患者のほとんどは措置入院となり、退院の判断は医師に委ねられていたため、数日のうちに退院してしまう者や、必要以上に長期間の入院を余儀なくされる者もあり、制度上の不備が長らく指摘されてきた。もっとも、心神喪失等の状態で重大犯罪に当たらない行為(例えば、暴行、器物損壊、詐欺、窃盗、覚醒剤取締法など)を行った者については、医療観察法の対象者とは見なされず従来通り25条通報によって精神保健福祉法の中で処遇される。医療観察法の対象者が罪種の軽重によって分けられた理由は、定かではないが、明らかに危険性のない者までもこの法律の対象としないという点に配慮したことが考えられる。

a) 国立精神・神経センター精神保健研究所

司法精神医学研究部

Department of Forensic Psychiatry, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry

〒187-8553 東京都小平市小川東町4-1-1

4-1-1 Ogawa-Higashi, Kodaira, Tokyo 187-8553, Japan

受理:2006年12月28日

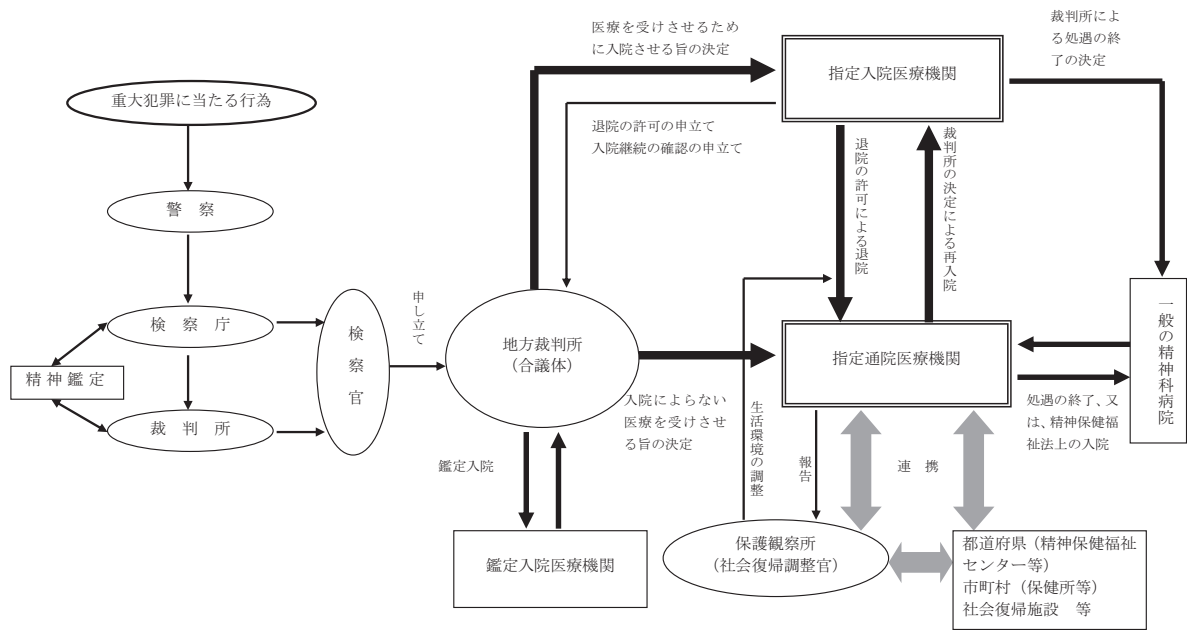


図1 心神喪失者等医療観察法の流れ

医療観察法の成立によって、検察官は原則として裁判所に医療観察法の申し立てを行い、その後の対象者の処遇は、全て、裁判所内で形成される合議体(裁判官と精神保健審判員と呼ばれる医師から構成)で決定されることになった。裁判所では、刑事責任能力に関する精神鑑定とは別に、医療観察法による医療を受けさせる必要があるか否かについての鑑定を命令しなければならない。この場合、裁判所が必要と認めるときは、鑑定入院命令が出され、入院による鑑定が行われる。

Ⅲ. 鑑定入院

鑑定入院については、刑事責任能力の精神鑑定と同様に、鑑定入院中の患者の人権保護に関わる行動制限や処遇改善等に関する法規定がないことが現在深刻な問題となっている。鑑定入院中の治療については、「その他医療的観察」の範囲内で治療を行うことができると解釈されているが、行動制限については何ら法的な規定がない。今のところ、多くの鑑定入院を受け入れている病院では、精神保健福祉法の第36条の行動制限に関する規定に準じて対処しているが、本来ならば医療観察法の中に明確な規定があるべきであろう。このような事態が生じたのは、鑑定入院の処遇を預かる担当所管が未だ確定されていないためである。医療観察法下では、鑑定入院さ

せ、在院させる旨を命ずることができるのは裁判所であるが、鑑定入院の病院の確保は、厚生労働省が行うことになっている。もちろん、入院させている精神科病院の所管は厚生労働省であるが、鑑定入院中の処遇自体についてはどちらの所管なのかまだ決着が付いていないのである。

このような経緯もあり、厚生労働省は司法精神医療等人材養成研修企画委員会という専門委員会に、「鑑定入院における治療・処遇等ガイドライン(案)」を作成させている。このガイドラインにはもちろん法的拘束力はないが、現場の混乱を可能な限り避けるために広く利用されることが期待されている。ガイドラインの中では、行動制限に関しては概ね精神保健福祉法上の規定を順守することが基本となっている。もっとも注目すべきことは、「治療行為について十分な説明を行ったにも関わらず、対象者の同意が得られない場合については、鑑定医ならびに主治医は、鑑定その他医療的観察に必要と考えられる範囲の治療については、これを行うことができる。この場合、行われた治療ならびにその理由について、診療録に記載する」と、精神保健福祉法においてもまだ規定されていない同意によらない医療に関する事項が記されたことである。医療観察法の入院処遇ガイドラインの「治療行為に対する同意が得られない場合の対応」では、「入院処遇中は、できる限り対象者の同意を得て治療を提供する努力を続け、最

最終的に同意が得られない場合にのみ、倫理会議で事前協議をした上で同意によらない治療を行う」ことと規定しているため、これとの整合性を図ったのであろう。もし、入院処遇の前段階である鑑定入院中に対象者の同意に配慮せずに治療を行えば、後に続く入院処遇でいくら対象者の同意を尊重したところで意味はなさなくなってしまうし、また、このような対象者の同意によらない治療が行われる必要性が特に高いのは、急性期の精神病症状などで対象者の病状が最も重い鑑定入院中だからである。

鑑定入院中、被鑑定人は、鑑定入院命令に対する不服を裁判所に申し立てることができるが（医療観察法第72条1項）、医療観察法では、上述した所管の問題から鑑定入院中の処遇改善を請求する権利が保障されていない。処遇改善の請求権については、一般の精神医療であれば精神保健福祉法第38条4項に従って都道府県の知事に対し請求することができ、また、医療観察法の入院処遇では同法第95条で、入院対象者又はその保護者が、厚生労働大臣に対して、地方厚生局を経由して、請求を行うことができるようになっている。この件について、ガイドライン（案）では、「対象者や付添い人から処遇改善等に関する申し入れがあった場合には、鑑定その他医療的観察に支障のない範囲の申し入れに関しては適切な対応をすることが望ましい」と規定し、患者から出された処遇改善請求を、個々の医療機関の自助努力に任せてしまっている。

また、刑事責任能力の精神鑑定と医療観察法の鑑定という2種類の鑑定が短期間のうちに実施されなければならないことも様々な点で問題がある。もともと刑事の精神鑑定を行う医師の不足が指摘されてきたが、さらに医療観察法の鑑定が加わることで、鑑定を行う医師の確保がますます難しくなっている。また、これに伴う鑑定費用の増加という経済的側面も看過できない。最も被害を被っているのは、手厚い医療を必要とする時期に、必要とされる専門的治療が受けられずに病院を転々とさせられる患者自身であるのは言うまでもない。この問題を解決するためには、刑事責任能力の鑑定と医療観察法の鑑定を同時に実施できるように刑事訴訟法も含めた法手続を改正し、これらの鑑定を実施しながら治療を適切に行える法を整備することが必須である。さらに医療観察法の入院処遇と遜色ない専門的治療を一時的に提供可能な鑑定センターを新設するなどし、

その担当諸官を明確にすることも必要であろう。

IV. 審判

医療観察法の鑑定と同時に、裁判所は、必要な学識経験を有する医師として新設された精神保健判定医の中から処遇事件毎に精神保健審判員を任命し、裁判官との合議体の審判により、対象者の処遇を決定していくことになる。この審判に際しては、対象者には付添人（弁護士）がつけられ、保護観察所の社会復帰調整官による対象者の生活環境の調査や精神保健福祉の専門家として厚生労働大臣に認定された精神保健参与員の意見も勘案されることになる。

審判の結果、対象者は「医療を受けさせるために入院をさせる旨の決定（入院処遇）」、「入院によらない医療を受けさせる旨の決定（通院処遇）」、「この法律による医療を行わない旨の決定（不処遇）」のいずれかの決定を受ける。最高裁の解説³⁾（入院等の決定p.165-177）によると、医療観察法の構成要素は

- ア 対象行為を行った際の精神障害を改善するため、本法による医療を受けさせる必要があると認められること
- イ 精神障害の改善に伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するため、本法による医療を受けさせる必要があると認められること

の2つに分けることが可能であるとされ、さらに、アの要素は、

- ① 当該対象者が対象行為を行った際の心神喪失又は心神耗弱の状態の原因となった精神障害と同様の精神障害を有しており、

かつ、

- ② そのような精神障害を改善（病状の増悪の抑制を含む。）するために、本法による医療を行うことが必要であること、すなわち、その精神障害が治療可能性のあるものであること

を内容とするものである。「精神障害が治療可能性のあるものであること」とは、裁判所が処遇の要否及び内容を決定する時点での精神医療の水準に照らし、本法による医療を行うことにより、そのような精神障害の改善（病状の増悪の抑制を含む。）という効果が見込まれることをいう。

イの要素は、具体的には、裁判所が当該対象者に対する処遇の要否及び内容を決定する時点におい

て、当該対象行為について、

③ 本法による医療を受けさせなければ、その精神障害のために社会復帰の妨げとなる同様の行為を行う具体的・現実的な可能性があること

と解釈されている。これらを医療観察法の構成要素と呼び、①疾病性、②治療可能性、③社会復帰要因と略すこともある。これら3要素のうち、最も玉虫色に解釈可能なのが②の治療可能性である。

これまで法の解釈の上で、処遇の決定は、裁判官と精神保健審判員の意見の一致したところで行われると解釈されてきた³⁾(最高裁の解説、評決 p.60-61)。例えば、裁判官が入院処遇、精神保健審判員が通院処遇という意見を提出した場合、少なくとも通院処遇という点において両者は一致しているため通院処遇が決定され、また、裁判官が入院処遇、精神保健審判員が不処遇という意見が出された場合、両者は一致していないために、処遇はされないという具合である。しかし、医療観察法制度が始まってからの実際の審判では、このような画一的な形で審判が行われることはほとんどない。特に、東京地方裁判所においては、全例について審判前に、合議体の裁判官、精神保健審判員、精神保健参与員に加えて、鑑定医、社会復帰調整官、付添人、検察官が一同に集い、審判前に事前にカンファレンスを1,2度開催し、鑑定医の意見を参考に、対象者にとってどのような処遇決定が望ましいのかを十分に議論した上で審判に臨んでいる。この事前カンファレンスは、従来の制度ではなし得なかった、司法と精神医療が処遇について対話する貴重な機会を与えてくれる。これに比し、事前カンファレンスなしに臨んだ審判では、裁判官や精神保健審判員の意見が一致しないために通院処遇となることが必然的に多くなり、通院処遇を受け入れる現場が混乱する事態となっている。この意見の不一致が情報共有や意見交換の不足によって引き起こされているとすれば、適正な審判のあり方とは言い難いであろう。このことから、東京地方裁判所で行われているような事前カンファレンスが各地方裁判所にも浸透していくことは、法の下での平等という観点からも必須であろう。

なお、医療観察法では当初審判に限り、裁判所は当該対象行為の被害者が審判期日において審判を傍聴することを許可できるとした。これは、従来の制度においては、精神障害者が事件を起こした場合には、その被害者は審判を傍聴する機会が与えられず、

その後の処遇の結果についても全く知らされることなくなかったことに対する反省を踏まえて設置された制度である。しかし、被害者の多くは当初審判だけではなく、入院処遇を終了し通院処遇するための審判や処遇自体を終了させるための審判を傍聴したいと思う気持ちの方が強いと思われるし、特に、対象者が被害者の住む地域に戻るような場合には、被害者に必要な情報を提供しなければ、かえって対象者の社会復帰に混乱を来す場合もある。

また、審判の多くは、裁判所内で開催されているが、自らが行った対象行為の重さや疾病に対する治療を受ける責任を実感させる最初のきっかけとして、実際に、裁判所の門をくぐらせ、法衣をまとった裁判官から処遇決定を受けることの意義は大きいと思われる。このことは、心神喪失等の状態の精神障害者に裁判を受ける機会を失わせているのではないかという批判にも応えることになりうる。

医療観察法制度の申し立て状況については、平成18年8月31日現在で、検察官による申し立て件数は385件であり、各地方裁判所の決定状況をみると、入院決定は175件(45%)、通院決定が76件(20%)、医療を行わない決定が58件(15%)、申し立ての却下が10件、申し立ての取り下げが1件となっている。これをみると通院決定や不処遇が予想以上に多い。この理由としては、前述したように合議体の意見の不一致から安易に通院処遇に流れていることに加え、軽症の例で、事件発生から審判に至るまでの期間が数ヶ月と比較的長く、この間治療を受けているうちに(特に、鑑定入院)症状が改善してしまうこと、あるいは、指定入院医療機関が遠方にあるため、そのような場所に入院させるよりは、通院処遇として地元の精神科病院に精神保健福祉法上の入院(例えば、医療保護入院)をさせた方がよいと判断される場合などが考えられる。特に、後者の問題は、指定入院医療機関が少なくとも各都道府県に1カ所整備されるまでは当面続く問題である。

IV. 入院処遇

入院決定を受けた対象者は、厚生労働大臣が指定した指定入院医療機関の専門病棟に移送され、そこで専門的な治療を受けることになる。治療の目的は、法の第1条にあるように、「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」にあるため、病状の改善だけではなく「同様の行為の再発の防止」という司法精神医療において重要な要素であるリスク・アセスメントやリスク・マネージメントの考え方が求められることになる。このため、指定入院医療機関の専門病棟には、従来の精神医療よりも手厚い人員配置の元で、多職種チームが連携して治療に当たることが想定されている。例えば、標準的な病棟では、病床数33（運営病床30床、予備病床3床）に対して、医師は3.75名、看護師43名（夜勤最低3人以上）、臨床心理技術者3名と精神保健福祉士2名が配置される。また、部屋は全室個室で、急性期、回復期、社会復帰期と病期ごとのユニットが機能的に区分されており、さらに女性患者にも配慮したユニットも存在する。このような構造は、治療スタッフの管理上の問題が解決されるだけでなく、患者自身が現在どのような治療時期にあるのか認識させるのにも有効である。病棟には保護室が1室しか設けられていないが、このような機能的な病棟構造のおかげでほとんど使用することがない。また、病棟内には、対象者に社会復帰までのプログラムが全て同一病棟内で提供できるよう、集団療法室、作業療法室、体育館なども設置されている。これまで、重大な他害行為を行った措置入院患者は、その潜在的な危険性から病棟外の建物で提供される社会復帰プログラムに参加させることができず、彼らの社会復帰は遅れがちであった。しかし、単独の病棟でこれらの多様な社会復帰プログラムを全て提供するというコンセプトに基づいた基本設計によって、対象者の社会復帰を促進する環境を整備することができたのである。また、同様のコンセプトに基づき病棟専属の臨床心理技術者や作業療法士が雇用された。

指定入院医療機関は、33床規模のものが全国に24カ所程度整備される予定であったが、この整備状況は地域住民からの反対運動や自治体立病院からの協力が得られないなどの理由で頓挫している。このため、政府は病床の確保を優先し、既存病棟の改築による15床規模の病棟の設置も認めるようになった。この小規模病棟は、改築により全室個室とはなっているが、社会復帰のための集団療法室、作業療法室などは安全管理体制が確保できれば同一病棟内での設置でなくとも良いこととなり、専門病棟としての当初のコンセプトは失われてしまった。

現在までのところ、33床規模のものは、国立精神・

神経センター武蔵病院（東京都）、国立病院機構の花巻病院（岩手県）、東尾張病院（愛知県）、北陸病院（富山県）、下総精神医療センターの5カ所が設置され、15床規模のものとして国立病院機構の肥前精神医療センター（佐賀県）、久里浜アルコール症センター（神奈川県）、さいがた病院（新潟県）、小諸高原病院（長野県）4カ所が整備されている。

病床不足の問題は、医療観察法の処遇の要件の解釈にも跳ね返ってきている。厚生労働省は指定医療機関の監査指導の中で、物質使用障害や人格障害が併発している治療が困難な事例について、数ヶ月の治療期間内で効果が望めない者は治療可能性がないものと判断して速やかに退院の申し立てをするように指導している。しかし、重大な他害行為を行う精神障害者は長期にわたって精神症状を抱えている者が多く、その慢性の症状によって対象者の行動様式は固定化している傾向が強く、これを変化させるにはそれなりの治療期間が必要なことは自明なことと思われる。しかし、同省は重大な他害行為を行って措置入院した患者の平均の在院期間であった18ヶ月を用いて指定入院医療機関の必要病床数を算定していることから、最終的に18ヶ月を超えそうな対象者は治療不可能と判断しているのである。治療可能性という言葉は罠のようなものであると英国の司法精神医学者 John Gunn は警告したが、まさにその通りの事態が本邦でも生じている⁹⁾。また、後述するように専門治療としてアンダー・マネージメントや認知行動療法などの欧米諸国で発展している司法精神療法が当初注目されていたが、このままの状況が続けば、このようなプログラムを実施するまでもなく、短期間の治療（主に薬物療法）に反応しない治療困難な患者たちは、危険性は残したまま地域に退院させられてしまうことになりかねないであろう。

指定入院医療機関には、実際どのような対象者が入院しているのだろうか。筆者の所属する司法精神医学研究部が2施設の指定入院医療機関で定点調査を行ったところ、対象者50名中のWHOの国際診断分類ICD-10では、大分類ではF2の統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害が82%を占め（F20統合失調症は74%）、F1の精神作用物質使用による精神および行動の障害は8%、F0症状性を含む器質性精神障害2%、F3気分障害2%、F4神経性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害2%、F6成人の人格および行動の障害2%であ

り、幻覚妄想を主体とした精神病症状を有する疾患群が主な入院対象となっていることが分かった。しかし、対象者の中には主診断だけでなく、副診断を有する者が9名おり、F1の精神作用物質使用による精神および行動の障害の副診断を有する者が3名おり、主診断、副診断を問わずこの障害を有する者は全体の14%に達する。また、F7精神遅滞は主診断のみの者はいないが副診断では4名おり全体で8%を占める。F6成人の人格および行動の障害も副診断で有する者は1名おり、全体の4%を占めることになる。

このように、主診断のみでは精神病性の精神疾患が圧倒的に多いものの、副診断を考慮すると物質使用障害の問題を抱える者が全体の1割以上おり、精神遅滞も同様の傾向がある。また、医療観察法では対象となる可能性がないと想定されていた神経症や人格障害も主診断で少数ながら入院しており、副診断も考慮するとその数が増える可能性が示唆される。

罪種については、殺人（未遂を含）が最も多く36%を占め、傷害が28%、放火が16%、強姦・強制わいせつが8%、強盗が4%であり、暴力犯罪が圧倒的に多いが、放火も少なくない。このような暴力や放火に至る行動パターンを変容させていくためには薬物療法のみでは効果がなく、後述するような司法精神療法プログラムが必要である。特にこのような対象者は慢性の経過をたどっている者が少なく、指定入院医療機関で大多数を占める統合失調症の患者の場合ですら、薬物療法に対する反応性が低い者は少なくない。すなわち、長期にわたる幻覚・妄想の症状の中でいわゆる周囲に対し「過剰な脅威感」を抱く認知スタイルが確立されると、例え、薬物療法によって幻覚等の急性期症状が改善したとしても、妄想的な認知スタイルは残存し、第三者に対して悪意や被害妄想を抱く傾向は変わらないのである⁸⁾。このような難治例に対しては、近年、認知行動療法 Cognitive Behavior Therapy (CBT) による介入が英国を中心に実施され、無作為割付試験でその有効性が証明されつつある⁷⁾。

指定入院医療機関のひとつである武蔵病院においては、当研究部の菊池らが開発した認知行動療法を用いた治療プログラムが提供されている²⁾。CBT入門と呼ばれる治療プログラムは、基本的に集団療法の形を取り合計5回で終了する。その内容をごく手短かに紹介すると、第1回は、CBT入門の概要を

参加者に示し、グループの内容や予定を説明し、ノーマライゼーションへの導入を行う。第2回は、一定の条件が揃えば誰にでも幻覚・妄想が起こりうることを具体例で学習する。第3回では、統合失調症のストレス脆弱性モデルを使って、発症のメカニズムや症状の悪化につながる悪条件、あるいは、幻覚・妄想の特徴などについて学ぶ。第4回から、統合失調症の心理治療戦略として、認知行動療法の核となる「状況」、「認知」、「気持ち」のいわゆるABCモデルについて学び、それを日々の生活で実践してもらおう。第5回は統合失調症の心理治療戦略の第2段階として、治療の3ステップ：「薬物療法」、「環境調整・対処スキル増強法」、「認知再構成法」について学習する。例えば、対処スキル増強法で幻聴への対処方法（ウォークマンを使用する等）を学ばせたり、認知再構成法で、状況に対する受け止め方を変えることで楽になる方法を身につけさせたりする。

また、前述したように対象者の中では物質使用障害の問題が無視できず、しかも、この問題を抱えた患者が再び同様の行為を行うリスクは、それを持たない患者の数倍から数十倍高いことが国内外の調査で明らかになっているため、入院処遇中にも物質使用の問題に対する適切な治療を行うことが必須である^{5,10)}。現在、武蔵病院においては当研究部の松本らが中心となって物質使用障害の治療プログラムを提供している。しかし、物質を再使用する機会が現実的にありえない入院という保護的な環境下でプログラムを提供することには、一定の限界があることも事実である。すなわち、物質使用の治療プログラムは通院処遇において持続的に提供されなければ、十分な効果は得られない。しかし、入院処遇中から治療を開始しておかなければ、自らの問題を否認することにつながりかねず、通院処遇が始まると同時に物質を再使用し、それによって再び同様の行為を行う可能性は極めて高くなってしまおう。

VI. 通院処遇

通院処遇に至るには、図に示すように2通りのルートがある。一つは裁判所から直接、入院によらない医療（通院処遇）が決定される場合と、もう一つは、指定入院医療機関から退院の許可によって退院が決定し、通院処遇に移行する場合である。開始前までは前者のようなケースはまれなのではないか

と思われたが、前述したように実際に蓋を開けてみると全体の約20%と意外にその数が多いことが分かった。

医療観察法においては、「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」ことが明記されていることから、通院処遇においては、保護観察所に配属された社会復帰調整官が対象者と積極的に関わりを持つ。彼らは各地域のベテランの精神保健福祉士や保健師あるいは看護師から採用されており、入院の段階から指定入院医療機関の精神保健福祉士と連絡を取って、退院後の社会復帰が円滑に進むように生活環境の調整を行っている。また、対象者が退院した後は、社会復帰に向けた地域処遇の実施計画書を策定し、退院地の指定通院医療機関、精神保健福祉センター、保健所、社会復帰施設等の関係機関のスタッフとケア会議を持ちながら精神保健観察と呼ばれる観察及び指導を実施する役割を担っている。現在、社会復帰調整官は全国に70名いるが、彼らの業務は通院処遇だけではなく、審判における環境調査も行い、入院処遇中の対象者にも積極的に退院後の環境調整をしなければならないことから、単独で対象者を処遇していくのは物理的に不可能であり、指定通院医療機関のスタッフと協力し合ってフォローする必要がある⁹⁾。

指定通院医療機関は現在、全国に220カ所整備されている。各県の自治体立病院は全て指定され、残りは民間の精神科病院が指定された。指定通院医療機関の指定条件で重要なことは、訪問看護体制が取れることと、不測の場合に備えて入院ベッドを確保できることの2点である。厚生労働省の通院処遇ガイドラインでは、指定通院医療機関においては多職種チームが対象者に、訪問看護を含めた専門的な医療サービスを提供することが想定されている。しかし、指定通院医療機関には、指定入院医療機関のように、特別な人員が手厚く配置されているわけではなく、全て診療報酬上で手当されることになった。例えば、通院対象者医学管理料として、一人当たり一月につき、通院前期（決定より6ヶ月以内）は55,000円、中期（7ヶ月以上24ヶ月以内）なら45,000円、後期（24ヶ月以上）なら35,000円が支払われ、急性増悪時には急性増悪管理料として390,000円が支払われることになった。しかし、医療観察通院精神療法や医療観察法集団通院療法の算定額については一般の場合とほとんど変わらず、医

療観察精神科訪問看護・指導料についても、一般の精神医療の場合、週5回の算定は3ヶ月までしか認められないのが6ヶ月までは算定できるものの、それ以降は一般の場合と同様週3回までしか算定できない。このような診療報酬体系では、ガイドラインに書かれているような多職種チームを編成することは財政的にかなり厳しいと言わざるを得ない¹⁴⁾。

また、肝心の専門的治療が通院処遇でどのように提供していくのかも全く不透明である。先に記したように診療報酬上は医療観察通院精神療法というのが設定されているが、これは司法精神療法の知識や技能がなくとも精神保健指定医が実施しさえすれば支払われるに過ぎない。例えば、入院処遇中に提供されているような司法精神療法を、トレーニングを受けた臨床心理技術者が時間をかけて実施しても診療報酬上、手当はされない。このような状況で指定通院医療機関として指定された病院が責任を持って対象者の治療が実施できるのかどうか疑問である。

地域社会における処遇では、怠業やストレス、あるいはアルコールや薬物の物質の再使用などによって、対象者の病状が悪化し、容易に他害行為につながるため、可能な限り、これらの兆候を早期に発見し、介入していく体制を築いておくことが重要である。こういった兆候がある機関の職員に気づかれながら、重要性が十分に認識されていなかったり、あるいは、他の関係機関のスタッフに十分に伝えられていなかったりすると、後に重大な結果を招いてしまうことになりかねない。このため、関係機関は社会復帰調整官が開催するケア会議や指定通院医療機関で行う多職種チーム会議で十分な情報の共有化を図るほか、非常時の連絡体制を確立しておくことが必須である。

通院処遇のいくつかの問題を解決するため、当研究部では毎年通院医療機関や地域の関係者を対象に、リスク・アセスメントや司法精神療法を初めとする治療プログラムの研修会を開催するようにしている。また、通院処遇中の連携体制を確保し、情報共有を行う手段として、コンピューターソフトウェアによるデータベースシステムを開発し、それをホームページからダウンロードできるようにしている。しかし、このような活動だけでは不十分で、社会復帰調整官や指定通院医療機関の人的資源を充実させなければ、わが国の司法精神医療は形骸化してしまう。

Ⅶ. 矯正施設への影響

これまで述べてきたように、医療観察法の対象者には、潜在的に物質使用障害や人格障害の問題を抱えた患者が少なくない。このような患者たちは指定入院医療機関からも厄介払いされ、早期に通院処遇や不処遇の申し立てが行われる傾向がある。また、審判においても、入院処遇が始まって短期間で申し立てられてしまう状況が続けば、検察官はこのような事例の申し立てに慎重となり、結果的に、刑務所を初めとする矯正施設内にこれらの障害を有する受刑者が増加する可能性がある。

近年、出所後に性犯罪を繰り返す事件が後を絶たないことから、矯正施設内で性犯罪者に対する治療プログラムを積極的に導入しようとする姿勢があるが、今後は、物質使用の精神障害についても同様のニーズが高まる可能性は高い。しかし、このような障害を有する者は、出所後も継続的な治療が必要であり、実際、出所時に精神保健福祉法第26条の矯正施設長による通報を行って精神保健福祉法の下での医療を依頼する例も徐々に増えてきている。すなわち、医療観察法下で治療困難な患者をなんとか矯正施設へ送り出すことに成功したとしても、結局は精神保健福祉法の下で精神医療に戻ってくることになる。その場合、戻ってくる先の施設は手厚い指定医療機関ではなく一般の精神科である。また、事例によっては、刑務所内でさらに病状が悪化している場合もあろう。

Ⅷ. おわりに

本稿では医療観察法制度には依然として多くの問題があることを指摘してきたが、少数とはいえ専門の入院施設が整備されたことや、審判過程において裁判官と精神科医が合議を形成して処遇を決定し、保護観察所の社復帰調整官が様々な処遇過程に関与するなど司法と精神医療が相互に連携し合う体制が構築された点は従来の制度からは格段の進歩であると言える。しかし、司法精神医療を支える当事者らが、最も困難な問題を回避したり、先送りしているような状況が続けば、我が国の司法精神医療制度は形骸化し、不要論すら再燃しかねないであろう。司法精神医療の先進諸国においても現在の姿に至るまでには長い道のりを要したが、彼らは問題点を謙虚

に見据え、改善策を常に模索し続けてきた。本邦においても、現在の医療観察法制度の姿が、最良のものではないことを関係者が十分認め合い、具体的な改善策をともに協力し合って提言していかなければならないであろう。

文 献

- 1) 岩成秀夫：医療観察法の運用の実態と問題点 - 通院処遇 - . 精神神経誌 108:1040-1045, 2006.
- 2) 菊池安希子：重度精神障害者に対する指定入院医療機関での治療効果判定に関する研究 . 厚生労働科学研究費補助金障害保健福祉総合研究事業「重度精神障害者の治療及び治療効果等のモニタリングに関する研究」(主任研究者：吉川和男). 平成17年度総括・分担研究報告書：7-48, 2006.
- 3) 最高裁判所事務総局：「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律」及び「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律による審判の手続等に関する規則」の解説 . 平成17年3月、刑事裁判資料第284号, 2005.
- 4) 松原三郎：医療観察法における通院医療・地域処遇の特徴と問題点 . 精神神経誌 108: 497-501, 2006.
- 5) 松本俊彦・小林桜児：精神障害と犯罪 - 薬物関連障害と犯罪 -. 司法精神医学 3. 犯罪と犯罪者の精神医学 (総編集：松下正明、編集：山内俊雄・山上皓・中谷陽二) . pp.217-231, 中山書店, 東京, 2006.
- 6) 吉川和男：指定通院医療機関と地域社会における処遇上の問題点 . 日精協誌 24:40-44, 2005.
- 7) 吉川和男：重度精神障害者に対する指定入院医療機関での治療効果判定に関する研究 . 厚生労働科学研究費補助金障害保健福祉総合研究事業「重度精神障害者の治療及び治療効果等のモニタリングに関する研究」(主任研究者：吉川和男). 平成16年度総括・分担研究報告書：9-44, 2005.
- 8) 吉川和男：精神障害と犯罪 - 統合失調症と犯

- 罪 . 司法精神医学 3. 犯罪と犯罪者の精神医学
(総編集:松下正明、編集:山内俊雄・山上皓・
中谷陽二) .pp.202-209, 中山書店, 東京, 2006.
- 9) 吉川和男:「医療の必要性」の判定基準と
鑑定のあり方 . 臨床精神医学 35(3):251-257,
2006.
- 10) 吉川和男:医療観察法制度の意義と課題 . 精
神神経誌 108, 490-496, 2006.