

特集 医療観察法の存続は可能か——5年後見直しを迎えて——

医療観察法の存続は可能か——指定入院医療機関より——

村上 優

1. はじめに

2005年7月15日に施行された医療観察法は5年を経て、見直しに差し掛かった。図1に示す医療観察法制度が評価を受けるとすれば、第1に医療観察法の入口にあたる「心神喪失等の状態」の評価である刑事責任能力鑑定が円滑に進んでいるか。第2に医療観察法の審判とそれを支える医療観察法の医療必要性に関する鑑定（医療観察法鑑定）が機能しているか。第3には医療観察法指定入院施設が法の目的である「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おこなうことによって、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」に向けた医療が提供できているか。第4には医療観察法の体制の下に地域移行と地域でのサポートが整えられたか。第5に医療観察法体制から精神保健福祉法での医療に移行したかである。

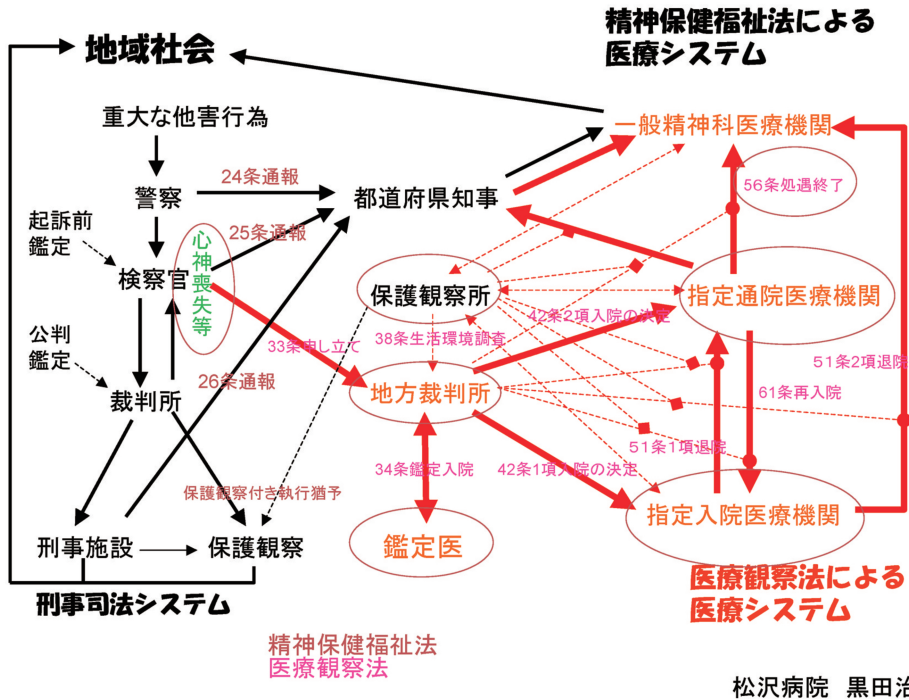
視点をかえれば医療供給の観点から、保安処分で議論になった「治療なき拘禁」ではないか、社会復帰促進という法の目的を個別に評価できるか、提供される精神科医療の質と量に関して評価できるか、国連人権原則などに沿った人権の基準を提供できているか、外部評価（行政的・精神医学的・市民的視点で）を受けているか、保護観察所におかれた社会復帰調整官がケアコーディネーターとしての活動を問うことである。医療観察法での精神科医療を抽象的に論じるべきでなく、過渡期的な不十分さを過大に評価せず、また DSPD (dangerous person with severely personality

disorder) のように人格障害を治療対象としている外国の動きを無前提に導入すべきでもない。

2. 刑事責任能力鑑定が円滑に進んでいるか

矯正処遇か医療的処遇かを決定する前提は責任能力の有無である。そのために行われる刑事精神鑑定は重要な意味を持つ。医療観察法がスタートして検事など一部の法律家しか目にしなかった精神鑑定が、弁護士や裁判官、様々な立場の医療関係者に検討されようになった。鑑定様式の提案やモデル化、刑事精神鑑定ワークショップなど研修機会の提供により、客観性や精神医学に基礎を置く判断過程を構造化して、鑑定を専門としない精神科医が参加できるように門戸が広がった。

心神喪失や心神耗弱により責任が問えないと判断されて、検察により医療観察法の申し立てが行われる。重大事件の場合に心神喪失は医療観察法医療の対象で、心神耗弱は刑が減刑されるが基本的には矯正処遇となる。心神喪失・耗弱の判断の差はその後の医療提供の原則に大きな隔たりをもたらす。一度矯正ルートに乗れば刑期が終わるまで変更はできないし、また医療処遇となればその後の経過で責任能力を問うべきと判断されても矯正処遇に移行することはない。わが国では法律的な処遇から治療的処遇へのダイバージョンは一方方向性であり、矯正処遇や治療的処遇を行った上で再検討して処遇を見直し変更する双方向性に処遇はできない。このために刑事責任能力鑑定と、検察や裁判での責任能力判断は重要である。重大な事件こそ裁判における心神喪失と心神耗弱の判断は



精神保健福祉法
医療観察法

黒田治 黒田治

図1 精神保健福祉法による医療システム

その後の処遇に大きな差を生じる。心神喪失では医療観察法医療への申し立てがなされて医療への道が見つが、心神耗弱では刑が減じられて矯正処遇となる。統合失調症の寛解期や急性増悪初期では社会生活を営む中での行為であり、心神耗弱と判断されることも多い。事件を境に疾病が進むことが予測されても、現在の判断では矯正処遇となり医療に特化した処遇は受けることはできない。

医療観察法施行直後の1年間で対象行為にみた鑑定までの経路が報告されている(表1)³⁾。殺人の対象行為でも本鑑定は37.7%でしか実施されていない。傷害で本鑑定がされたのは9.6%と少なく、その多くは簡易鑑定である。簡易鑑定は迅速な処遇決定のため医療への接近性を良くするという利点はあるが、適正な処遇を決定するための鑑定の質と量のバランスでは問題が多い。刑事精神鑑定も医療観察法が施行されて増加している印象がある。これに携わる精神科医師も増加しており、適正な鑑定過程と精神医学的な妥当性をもつ

鑑定内容を得るためには、本鑑定の実施が求められる。

医療観察法の入院対象者は統合失調症圏が87.2%を占めることは、心神喪失や心神耗弱を前提として申し立てられることに由来する(表2)。しかし主病名は統合失調症でも重複障害が47%にみられ知的障害は18%、広汎性発達障害は6%、物質関連障害は12%に併存している(表3)。一方でパーソナリティ障害は少なく、これらの障害は治療へ導入せずに矯正処遇、すなわち責任能力を認める方向で判断がされている証左である。しかし医療観察法施設間でのピアレビューを通じてみると、臨床現場では反社会性人格の要素が大きく、妄想や幻聴があるにしても統合失調症とは診断しがたい事例が入院となる症例が少数ながら存在していることも事実である。刑事精神鑑定と検察や裁判所における責任能力判断にさらに注目する必要がある⁴⁾。

表1 対象行為にみた鑑定までの経路

鑑定までの経路	殺人 n=53	放火 n=53	強盗 n=53	強制わいせつ n=13	傷害 n=13	合計 n=187
措置入院あり (%)	5 (9.4)	9 (24.3)	2 (18.1)	4 (30.8)	11 (15.1)	31(16.6)
簡易鑑定あり (%)	34 (64.2)	24 (64.9)	8 (72.7)	8 (61.5)	52 (71.2)	126(67.4)
簡易鑑定のみのみ (%)	23 (43.3)	23 (62.2)	8 (72.7)	8 (61.5)	49 (67.1)	111(59.4)
本鑑定あり (%)	20 (37.7)	3 (8.1)	0 (0)	0 (0)	7 (9.6)	30(16)
本鑑定のみのみ (%)	7 (13.2)	2 (5.4)	0 (0)	0 (0)	4 (5.5)	13(7)
鑑定なし (%)	5 (9.4)	9 (24.3)	2 (18.1)	4 (30.8)	11 (15.1)	21(16.6)
不明 (%)	4 (7.5)	0 (0)	1 (9.1)	0 (0)	3 (4.1)	8(4.3)

表2 医療観察法入院対象者の状況 (2009年3月1日現在)

Fコード	診断	男性	女性	合計	割合
F0	器質性精神障害	7名	2名	9名	1.90%
F1	物質使用障害	27名	1名	28名	5.80%
F2	統合失調症	345名	76名	421名	87.20%
F3	気分障害	10名	9名	19名	3.90%
F4	神経症性障害	2名	0名	2名	0.40%
F6	パーソナリティ障害	2名	2名	4名	0.80%
	合計	393名	90名	483名	100%

表3 入院対象者における重複障害

	合計
n	511
知的障害	90 (18%)
広汎性発達障害	32 (6%)
物質関連障害	60 (12%)
パーソナリティ障害	21 (4%)
F4障害	8 (2%)
F0/G4障害	24 (5%)
身体合併症	76 (15%)

3. 医療観察法の審判とそれを支える 医療観察法鑑定

医療観察法は目的を「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おこなうことによって、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」(第1条1項)と規定し、社会復帰が最終目標であるとしている。医療観察法の医療必要性は3要件(疾病性・治療反応性・社会復帰要因)の判定で、1要件でもなくなれば医療必要性は構成しないとされ、2009年8月の最高裁決定でも確認された。

医療観察法の申立件数と審判結果(2005年7月15日~2009年12月末)は1,632件で、審判結果を示した(図2)。この全国規模でみると入院・通院・不処遇・申立却下の判断傾向は現在までも大きくは変化していない。

医療観察法により医療必要性の鑑定については、厚生労働科学研究班によるモデル鑑定書やその様

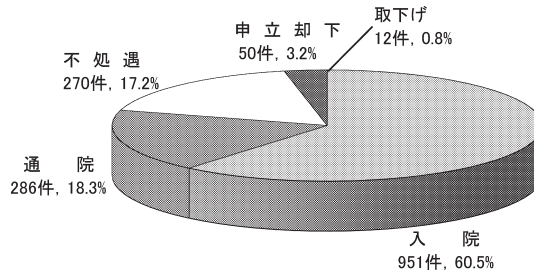


図2 医療観察法の申立件数と審判結果 (2005年7月15日～2009年12月末) 1,569件

表4 精神保健判定医養成

	平成17年	平成18年	平成19年	平成20年	平成21年
人員	449	659	796	873	905

表5 精神保健参与員養成

	平成17年	平成18年	平成19年	平成20年	平成21年
人員	405	524	621	714	737

式を基本とした書式が提案された^{1,2)}。司法精神医療等人材研修企画委員会としての判定と処遇に関するガイドラインを示したにすぎず、厚生労働省や法務省としては明確なものは示しておらず、最高裁判所は「心神喪失者等医療観察法及び審判手続き規則の解説」を提示している。司法精神医療等人材研修企画委員会による年3～4回の研修会(仙台・東京・大阪・福岡会場)は5年を過ぎ、精神保健判定医のべ3,682名と参与員のべ3,001名が受講している。鑑定医や審判員、参与員としての裁判所でのカンファレンスや審判実務を経ることによって医療観察法への理解が深められ、また厚生労働省による判定事例研究会により事例検討によって均霑化が図られている(厚生労働省ホームページ)。

鑑定医の資質の向上の取り組み、医療観察法鑑定によって精神鑑定の裾野が広がり、司法精神科医の養成が求められ全体の底上げが図られた。刑事責任能力鑑定でも、多くの精神科医師など専門家が重ねて鑑定書に目を通すために、鑑定人の判

断に対するフィードバックがかかるようになった。

医療観察法医療必要性の3要件(疾病性、治療反応性、社会復帰要件)の概念が定着し、非自発的入院の論理、判断能力についての医学的検討などが行われるようになった。今後は治療反応性や社会復帰要因についてコンセンサスを得る必要がある。また鑑定では個々の鑑定医の見立てと主義を超えた客観性が求められる。

裁判所との問題共有は審判に伴って実施されるカンファレンスによって、決定がどのような効果や意味を持つかの検討が求められるようになった。裁判官の精神障害への理解やとらえ方が広がり、実際の精神科臨床と一致した判断が得られるようになった。特に当初審判をしたチームによって、その後の経過も追っていくと、症状改善までの経過、治療の障壁となる問題を共有するようになった。当初審判だけでなく、入院継続や退院時の審判でもカンファレンス方式がとられるようになった。退院審判では疾病性と社会復帰要因のバランスが議論の争点となることが多いが、これらの審

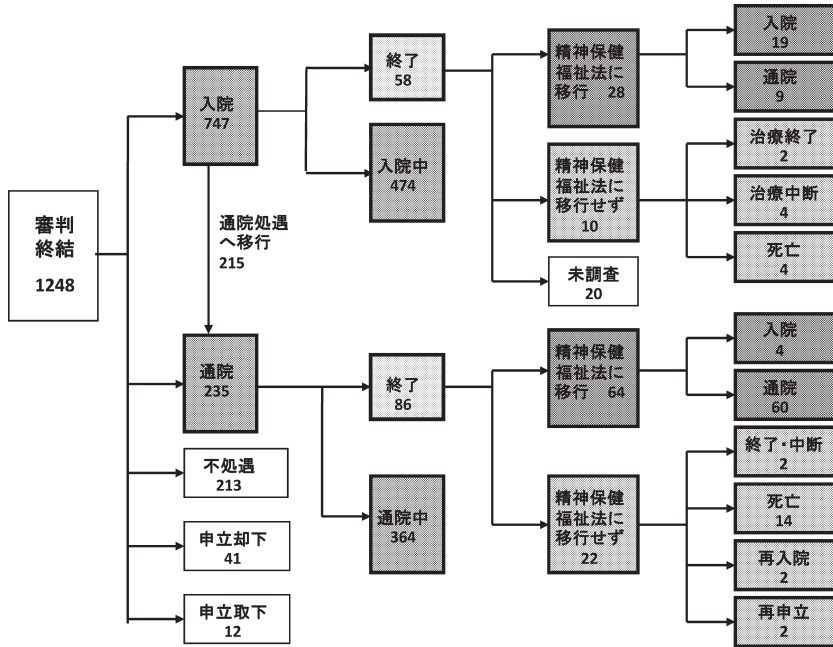


図3 2008年12月末の転帰（累積転帰図）

判においてもカンファレンス方式を採用することで、専門性を超えた相互理解が進み、議論が深化する。

鑑定の方法論でも鑑定医のみによる鑑定ではなく、多職種による鑑定という流れについても提案された。鑑定システム（多職種チーム、同僚医師のカンファレンスなど）が提案された⁴⁾。

4. 医療観察法指定入院施設が法の目的に沿って医療提供できている

医療の量的な評価と質的な評価

医療観察法の申し立てが行われた1,248人についてその後の2008年12月末時点での転帰を平田が報告している⁴⁾。

18ヵ月の入院期間を目標としているが、多くの対象者はこの期間内に社会復帰を果たすことができている（図4）。

「入院対象者が退院までに要した期間（全国値）2009.7.15現在」（平林直次ら）でみると1年以内の短期群、1～2年の中心群、2～3年の長期群、

3年以上の困難群が存在して10%前後の入院対象者が長期となる可能性を示唆し、さらなる社会復帰促進のための方策が検討された⁴⁾。

長期入院の短縮化に向けては、重篤な措置入院患者について入院期間が長くなる場合もあるが、その一方で重大な他害行為に及んだ医療観察法対象者の入院期間が短縮化できている。期間を含めた治療ステージを決めるなど決定にあたって運営会議、倫理会議、治療評価会議、多職種チーム会議が関与しており、治療行為の透明性を担保している。

医療観察法の医療では本格化した多職種による医療が行われており、新しい取り組みと言える。特に精神保健福祉士、臨床心理技術者などのコメディカルが病棟に配置されたことは大いに評価できる。また、保護観察所の社会復帰調整官も社会復帰の大きな戦力となっている。地域での支援体制として導入されたCare Program Approach (CPA)、関係機関をマネジメントする社会復帰調整官は社会復帰促進に有効であり、これら医療

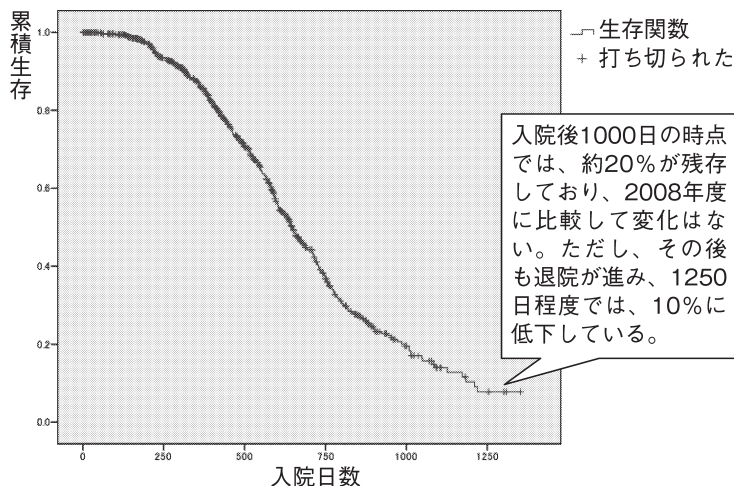


図4 生存関数

観察制度の成果は一般精神医療においても活用されることが望ましい。

入院処遇より直接処遇終了となった対象者58名について調査が行われた⁵⁾。元来は通院処遇を経ることが想定されるが、22%は退院時点で医療観察法処遇が終了となる。これらのうち「疾病性の問題」を理由とする10名について、パーソナリティ障害=5名(鑑定診断：統合失調症3名、妄想性障害1名、感情障害1名)、発達障害=2名(鑑定診断：統合失調症2名)、物質使用障害=2名(鑑定診断：感情障害1名、パーソナリティ障害1名)、その他=1名(鑑定診断?)であった。これは入院時点での診断に関して入院後に変更したものである。時間をかけ手厚い観察によって診断が変更となるので、短期間の観察では得られない情報をもとに診断を見直したことによる。鑑定診断における精度の問題として、1) 診断技術が明らかに未熟であるもの、2) 微妙な診断が要求されるもの、3) 鑑定期間中では診断が困難であったもの、4) 医療観察法を理解していないことがあげられる。

「治療反応性」の問題19名については統合失調症=4名(慢性期、治療抵抗性が強い)、認知症=9名(鑑定診断：統合失調症4名、感情障害

2名、その他2名)、物質使用障害=3名(アルコール2名、覚醒剤1名)、精神遅滞=2名(鑑定診断：統合失調症1名、感情障害1名)、その他=1名(てんかん)が対象となった。これは治療抵抗性であったり、認知症のように進行性疾患、物質関連障害で自由な契約下でない経過をみることができないなど終了に至る理由は多様である。

「社会復帰要因」の問題5名については身体機能低下=肺気腫、肺癌、糖尿病・認知機能低下、認知症、その他によりリスク消失である。

「社会復帰の促進」を具現化するために治療システムがガイドラインで決められ、治療目標を明確にした枠組みに沿った治療プログラムが作成されて効果ある対応ができた。またガイドラインにより外部評価、倫理会議・治療評価会議など治療の透明性や多職種医療の構造を明確にした。集中的な医療資源の投入により、観察法病棟における行動制限については最小限となっている。人手や設備を投入すれば治療成績が上がるのがわが国の精神科臨床現場においても示された。医療観察法施行当初と従来の措置入院を比較すると指定入院医療機関での医療では行動制限、抗精神病薬の処方量が有意に少なかった。また、持続性注射製剤、修正型電気けいれん療法についても実施数は

少なかった。また、それらの実施にあたっての医学的な適応の判断、対象者の同意の取得、倫理会議の手続きは適正に行われていた。裁判所や保護観察所が関わることで得られる効果もあり、対象者に対して明確な治療目的や対象者の権利を説明できるため治療同盟が構築しやすい。また、指定入院医療機関では専門的な医療を実行するための、疾病教育や服薬、対象行為の認識と自省などの各種の治療プログラムが作成されている⁶⁾。

医療機関内では、これまでの医師中心、薬物療法中心から多職種中心の治療が行われており、また、機関外との関係においても様々な機関、職種が対象者の社会復帰を促進することを共通の目標とし、連携して一人の対象者に関わるため、手厚いサポートがなされるようになり、新しい多職種チームによる精神科医療が始まった。特に我が国で遅れていた臨床心理技術者が常駐化し心理社会的治療を発展させ、保護観察所に社会復帰調整官が置かれ社会復帰の大きな戦力となっている。多職種チーム医療とリハビリテーションは「医師中心モデルから多職種中心モデル」へのパラダイムシフトに大きな役割を果たした。

それでも長期入院化する治療抵抗性統合失調症の存在がある。現在、クロザピンを導入する医療観察法病棟もあり、治療抵抗性統合失調症の予後は大きく変化する期待がある。琉球病院では5例に使用し、副作用(せん妄状態)で中止した1例を除いて異常体験の緩和、情緒の安定、攻撃性や衝動性の改善が見られ、心理社会的な介入が可能となっている。攻撃性や衝動性がつよく、情緒が安定せず、被害妄想などに囚われている医療観察法病棟の対象者にクロザピンの導入は検討に値する。改善後の心理社会的介入の体制が整っていることはクロザピンの適応を促進する。これらのアプローチでも改善が認められない治療抵抗性統合失調症で、暴力リスクが軽減しても精神病状態の持続や統合失調性的人格変化が著しく、見守りが絶えず必要な症例については high dependency という概念を提案したい。精神保健福祉法に基づき、低い保安レベルの施設で設備やマンパワーを

厚くした医療環境において長期間の治療介入を行い、最終的には社会適応レベルを改善することを目的とする high dependency unit を整える必要があるだろう。

5. 医療観察法通院でのチーム医療と関係機関

継続的な通院治療の必要性については施行前より指摘されていたが、指定入院医療機関の入院対象者の80%は過去に精神科治療歴があり、最終受診日から6ヶ月以内に対象行為を起こしているため、治療継続のシステムの重要性が明確となった。裁判所の決定により実施され司法の関与を対象者に意識させること、鑑定時より社会復帰調整官が関わること、多職種による質の高い医療が実施されることが治療の継続性や効果に寄与している。これまでの観察という役割のみではなく、社会復帰も担うようになったことで、保護観察所の役割を考える大きな契機となった。処遇終了後においても通院を継続しているものが多く、円滑な一般精神医療への移行がなされていると言える。こういった地域におけるコーディネーターは地域精神医療にも望まれるところである。

アウトリーチ型の医療やケアマネジメントが定着し、訪問看護などのチームによるケアの質を高め、医療中心より多職種チームによる包括的な地域生活支援体制を得ることができた。処遇実施計画におけるクライシスプランの考えが明確化し、「本人からの注意サインを、本人を含めて誰が、どのように把握してどういった対応をとるか」をあらかじめ決めることが介入に有効である。クライシスプランの作成にあたっては、当事者参加型により対象者が作成に関与したプランはより効果的である。

6. 「治療なき拘禁」は乗り越えられたか

医療観察法の医療体制はわが国で最も国連人権原則に沿った人権を尊重した基準体制を提供できている。治療の内容、多職種チーム医療、様々なレベルで外部評価システム(行政的・精神医学的・市民的視点で)を実施している。積極的にア

ドボカシーを取り入れている施設もあり，裁判所による入院命令であるだけに対象者の権利擁護に関する体制を整えようとしている。

7. 医療観察法が存続するために

医療観察法は精神科医療に大きな転換をもたらした。第1に精神科医療へ法律モデルが導入され，司法と精神医学の対話が始まり，わが国で初めての司法精神医療がスタートした。第2に精神科医療に集中的で高い機能を持った治療システムが導入されたことである。これらは人権上も，治療システム上も一般精神科医療に大きな影響をもたらしている。

発足後4年までは病床準備の不足による混乱もあったが，施行5年を前にして病床不足は解消の方向に進んでいる。今後の通院処遇体制の整備がさらに進み，入院病床の地域偏在が改善されれば，医療観察法の医療体制が整えられたと評価できる。

この法律をさらに充実させるべく，今後の課題について意見をまとめる。

- 1) 都道府県の責務を明示し，都道府県の役割を義務づける。身近な医療福祉サービスを受けるために自治体の責任・関与の明確化が求められる。
- 2) 入院施設の設置基準について国と都道府県立，特定独立行政法人と定められているが，独立行政法人および地方行政法人における非特定独立行政法人の認可を法定化する。
- 3) 医療観察法鑑定について監督する司法・行政的な責任を明確にする。「鑑定入院医療機関」(第37条)の定義や施設基準を定め，医療内容の報告を行い，鑑定ガイドラインを策定し，「鑑定および医学的管理」に関する規定を明示する。
- 4) 鑑定(司法精神医学に関わる全ての鑑定)の高規格化を目的とした基準を作成する。
- 5) 身体合併症治療のために医療観察法施設以外の一般科に入院時した場合の規定(100条3項)を見直す。
- 6) 外出や外泊中の医学的管理に関するガイドラインを作成する。外出・外泊中の医学的管理について，付き添いの在り方，遠隔での管理や単独外泊など医学的管理について現実に即したガイドラインを設ける。
- 7) 地域での処遇に関して，一時的な休息や状態悪化に対応する指定通院医療機関への精神保健福祉法入院に際しては期間を限定して国費での入院とする。
- 8) 社会復帰施設の充実が必要である。単身生活が想定できない症例では援助がある施設への入所が社会復帰の前提となる。多様な援助レベルを想定した社会復帰のための施設が期待される。
- 9) 指定通院医療機関も生活環境調整に参加するように明示する。通院施設の意見を反映させる機会を制度的に保証する。
- 10) 指定医療機関(特に入院)の数や質に関する将来的な見通しを立てる。
- 11) 北海道に指定入院医療機関を設立する。
- 12) 医療観察法システムと矯正システム双方向性のダイバージョンの制度設計を検討する。矯正施設から医療観察法施設への移送基準を設ける。
- 13) 犯行時は心神耗弱と判断されて矯正施設に入所した受刑者について，治療が矯正処遇に優先して必要な場合に医療観察法施設へダイバージョンするシステムを導入する。厳罰化の傾向などにより統合失調症でも責任能力を認められ受刑しているが，疾病の進行により矯正処遇に不適切なケースが存在し，これらの救済を視野に入れるべきである。
- 14) 入院医療機関の機能分化について検討する。
 - (1) 保安レベルを一律とせず，リスクアセスメントに基づき施設管理やサービスの提供を多様にする。
 - (2) 地域密着型病院(小規模ユニット・小規模施設)：社会復帰期及び症状軽快型
 - (3) 専門別の類型(身体合併症・アルコール依存など)
- 15) 退院促進に関して指定入院医療機関における，

外部からの監査，入院施設相互の交流やピアレビューを通して提供する医療の均霑化を図り，医療の質を確保するために一層の制度的な配慮を要する。

- 16) 通院対象者に対する精神保健観察の枠組(106条「精神保健観察」107条「守るべき事項」)について，遵守事項が守られない場合に医療機関への同行を求めることができる規定を設ける。通院医療機関(ないし保護観察所)は危機介入における警察の関与を求めることができる規定を設ける。
- 17) 事故調査機関の設置を規定する。入院・通院処遇での事故・事件調査委員会を社会保障審議会に設置する。

文 献

1) 厚生労働科学研究(こころの健康科学研究事業)「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)平成15年度総括・分担研究報告書，2004

2) 厚生労働科学研究(こころの健康科学研究事業)「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)平成16年度総括・分担研究報告書，2005

3) 厚生労働科学研究(こころの健康科学研究事業)「他害行為を行った精神障害者の診断，治療，及び社会復帰支援に関する研究」(主任研究者山上皓)平成19年度総括・分担研究報告書，2008

4) 厚生労働科学研究(こころの健康科学研究事業)「医療観察法における医療の質の向上に関する研究」(主任研究者中島豊爾)平成22年度総括・分担研究報告書，2010

5) 厚生労働科学研究(こころの健康科学研究事業)「医療観察法鑑定入院制度の適正化に関する研究」(主任研究者五十嵐禎人)平成22年度総括・分担研究報告書，2011

6) 指定入院医療機関治療プログラム集(主任研究者平林直次)。平成20年度国立病院機構共同臨床研究，2009