

7 精神障害者危害行為(犯罪行為)の予防対策

—心神喪失者等医療観察制度による処遇—

鶴見 隆彦

❖ 1 はじめに

日本の精神医療は世界基準から遅れていると言わざるを得ない。33万人の入院患者を抱え、平均入院日数は300日（欧米では10日～40日）を超えている。いわゆる「施設ケア（収容）中心主義」をすすめてきた結果である。しかし、WHO（世界保健機構）からの精神医療の改善勧告、障害者権利の高まり、ノーマライゼーションのひろがりなどから、「地域ケア」を重視し、今後8年で約7万2千人の社会的長期入院患者を退院させていく施策が進んでいる。今回紹介する制度も、その流れと同時並行的に動き出したものである。

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」が施行された（平成15年法律第110号、以下「医療観察制度」という）。日本においては、以前より精神保健福祉法を中心に、監獄法及び刑法において、触法精神障害者への治療及び処遇である司法精神医学が展開されてきた経緯がある。この医療観察制度の施行により新しい段階を迎えたといえる。それは欧米の司法精神医療システムにはおよばないが、わが国において、本格的な司法精神医療制度がスタートしたこととなる。従来にはない制度の誕生により、触法精神障害者への適切で効果的な治療や介入など治療技法の確立という、新たな課題に直面しているといえる。ここでは医療観察制度の経緯と概要、処遇の流れ、事例や課題など紹介し、触法精神障害者の適切な処遇や再他害行為の防止の一助となれば幸である。

❖ 2 制度が成立する背景

これまで、精神保健福祉法により、精神障害のために自身を傷つけまたは他人に害を及ぼすおそれがあると認められる者を、都道府県知事等の命令により強制入院（措置入院あるいは医療保護入院）させる処遇が行われてきた。しかし、一般の精神病院が、この対象層を他の精神障害者と同様の施設・スタッフの下で治療や処遇していく困難性や、この対象層への専門的な治療の必要性が言われていた。また病院にとって大変な対象は、逆に早期に退院させてしまう傾向があり、退院後通院治療は対象者の自由意志に任されているため、退院後の継続的な医療を確保するための実効性のある仕組みとはなっていないかった。

日本の国会において、精神保健福祉法の改正時（1999年）に、「重大な他害行為（犯罪）を行う精神障害者の処遇について早急に検討をすること」との付帯決議が行われた。法務省・厚生労働省としては、1950年代及び70年代にこの対象層に対しての処遇制度を作ろうとしたが、「保安処分」反対運動（社会の保安のために、危険な者を施設に排斥することは、人権の軽視にあたる）がひろがり、法案を成立することができなかつた経緯があった。そのため制度構築への両省の動きは重く、検討会は2001年になってやっと開催された。

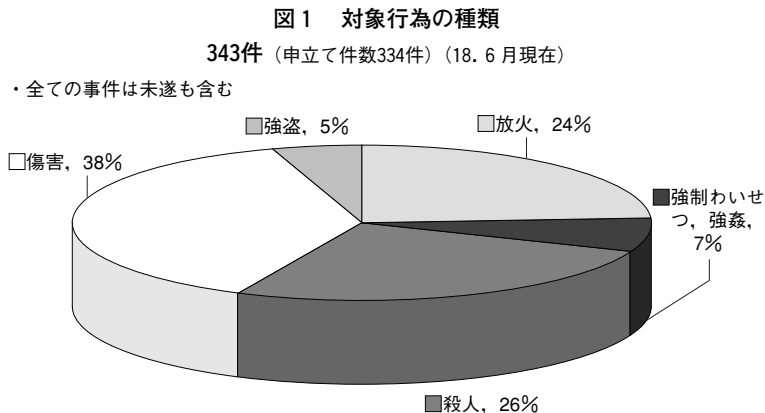
しかし、その年の6月に悲劇的な事件（池田小学校事件：以前に精神病院に措置入院し、治療を受けていた人格障害者が小学校に乱入し、生徒8人を殺害し、15人に傷害をおおせた）が起これ、精神医療界や国民各層から、心神喪失の状態で大変な他害行為を行った者の処遇に関する適切な施策が求められる機運が高まった。二度の国会審議を経た上で成立し、2003年に公布し、専門医療施設の準備などの期間を経て、2005年施行に至った。

❖ 3 医療観察制度の目的

医療観察法の第1条に目的が、「この法律は、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、その症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」というように明示されている。

❖ 4 医療観察制度の概要と特徴

継続的な医療によって、原因となった疾病を治療し、継続的な医療と支援によって再び他害行為を行うことなく地域生活を維持することを目指しているこの制度は、全国で年間約400人が見込まれていた。実際には2006年6月末現在の約1年間で約340件の事例（図1参照）があがっている。制度の対象（表1参照）は、診断名の全調査ではないが、指定入院医療機関に入院した対



象者の集計を見ると、約80%ちかくが統合失調症圏で、その他は薬物障害関連がつづいている。

表1 対象者

司法手続の状況	対象者の状態	対象罪種
不起訴	心神喪失 心神耗弱	殺人・放火・強盗・強姦・強制わいせつ・傷害
裁判により無罪及び執行猶予が確定	心神喪失、心神耗弱が認められ減刑	殺人・放火・強盗・強姦・強制わいせつ・傷害

医療観察制度の枠組みの大きな特徴は、①通院・入院及び退院等の処遇を地方裁判所において合議体（「審判体」とも呼ぶ）が形成され審判を行い決定する点、②司法専門治療施設（指定入院医療機関）の整備により専門的入院治療を提供する点、③退院後の継続的医療として指定通院医療機関整備し、継続した医療と支援を提供する点、④司法精神医学の研究・研修体制を整備し、この司法の医療の人材を養成すると同時に質の確保をする点の4点である。

①として、合議体は地方裁判所に裁判官と精神保健審判員（精神科医師）により形成され、鑑定医、精神保健参与員（精神保健福祉士等）、保護観察所（社会復帰調整官）、保護者、付添人（弁護士）及び対象者本人など多方面からの資料と意見に基づき、適切な処遇（入院・通院・対象外など）の決定を行うことになっている。その処遇にかかる医療費（鑑定入院費や入院時及び通院時）は国費によって負担される。

②として、入院治療を行う機関を指定入院医療機関と指定し、3年間で全国の国公立病院において24ヶ所程度（各33床）整備（新たに病棟建設）し、計約700床を整備する予定である。国立精神・神経センター武蔵病院など国立病院において現在10ヶ所（2007年7月末現在）開棟し治療を行っている。その他にも公立病院においても開棟が予定されている。病棟は急性期から社会復帰期までの回復段階に合わせて4ユニットで構成され、専属の医師、看護師45名、コメディカルスタッフ7名（精神保健福祉士PSW 2名、作業療法士OT 2名、心理CP 3名）、専属事務1名、その他にガードマン等を配置するなど良質の治療を提供できる体制を確保している。特に疾病への心理教育・アンガーマ

ネジメント（怒りのコントロール）などの認知行動療法や事件への内省をはかるなど司法精神医療特有のアプローチを実施している。入院期間は半年毎に裁判所が入院継続の可否を判断するが、ガイドラインにおいては約1年半の入院治療によって、地域への退院を想定している。

③として、退院後も対象者は原則3年間（2年延長可）の義務的通院治療を受けることとなる。そのため、退院後も継続的な医療が提供するために、通院医療の他に訪問看護・デイケア・デイナイトケア等の機能を持っている各地域の精神病院が指定通院医療機関として指定されている。全国で約250ヶ所の病院が指定通院医療機関として登録されている。

また、保護観察所に社会復帰調整官が新設され、社会復帰調整官が中心となってケア会議が開催され、そこで立案された処遇計画にそって医療や相談・訪問・調整・介入などのかかわりが行われる。社会復帰調整官は鑑定入院当初からかかわり、継続的な医療や支援の連携を促進し、円滑な地域生活がおくれるように地域での介入型のケアマネージャーとして役割を担っている。同時に対象者が適切な医療を受けているか見守り指導し、再被害行為の防止を図る役割も担っている。

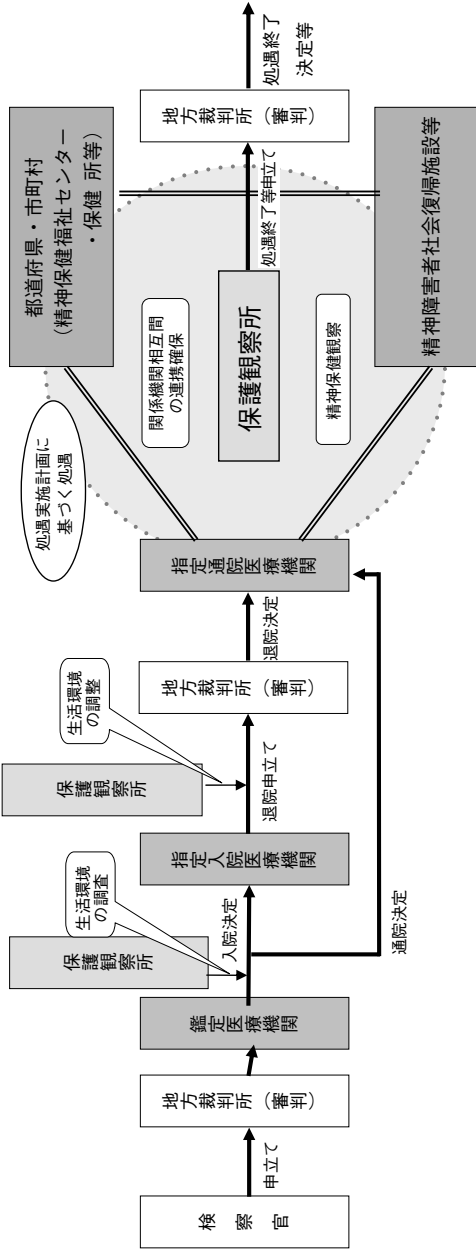
④として、司法精神医療での重度の精神障害者への治療実践や研究、及び研修体制を整備し、医療観察制度内での専門的医療から得たノウハウを一般の精神医療や精神保健福祉分野に還元及び底上げをめざしている。

❖ 5 医療観察制度の処遇の流れ

医療観察制度は検察官による、裁判所への申し立てからはじまる。流れを図2に示した。

検察官が裁判所に申し立て後、直ちに鑑定入院が開始され、2ヶ月（最長で3ヶ月）の鑑定入院となる。鑑定入院中に、病気や治療の可能性、心神喪失の可否（責任制の可否）も含め、鑑定が行われる。この鑑定入院中の間に裁判所で審判が行われ、図2の矢印のように入院か通院処遇かが決定される。

図2 医療観察制度における処遇の流れ



決定に至るまでの審判においては、鑑定医から疾病性・治療必要性・社会復帰障害要因についての鑑定書や社会復帰調整官から生活の環境面からの地域への適応など含め生活環境調査意見書、さらには本人の立場から意見書を提出する付添人（弁護士）や本人自身も直接意見を言うことができるなど、多方面の意見を総合して処遇が決定される。

当初審判における処遇の決定内容は、入院が約半数を占める。入院決定等の他にも、責任性があるのでこの制度の対象ではないという却下決定や一般の精神保健福祉制度での処遇が適切という判断で不処遇決定がなされる場合もあり、両者が約20パーセントを占めている。これらの決定に不服であれば、高等裁判所に不服申し立て（抗告）ができることになっており、さらに再抗告（最高裁）も可能である。実際抗告は全体の約12パーセントで行われている。このように処遇の適否をみる枠組みができており、司法が処遇に関与する良い面がでている。精神保健福祉法上での退院請求時の審査会での審査も、司法が関与（弁護士の介在や公聴会など）し、対象者自身の意見や人権が守られるような枠組みの確立が必要であろう。

入院決定がなされた場合、地方厚生局（厚生労働省）が入院先を決め、本制度による入院医療が開始される。指定入院医療機関での治療と社会復帰調整官によるケア会議の開催や環境調整等により退院となるが、この退院や処遇の終了も含め常に処遇の転換時は裁判所での審判（図2の退院決定）を経なければならない。

通院決定となった場合や入院治療を経て通院となった場合も、3年間の通院医療を指定通院医療機関で継続的に受けることとなる。地域生活の中で、対象者の負う義務は、①治療を受ける、②一定の住居に住む（住居の届け出制）、③旅行（2週間以上）などの場合は届け出る、④保護観察所の面接・出頭・ケア会議参加など指導に応じる、の4点である。この期間は、保護観察所の社会復帰調整官がケアマネージャーとなって、社会復帰施設・市町村・指定通院医療機関と連携しながら地域生活の見守りを行う（図2の右側の部分）。一般の精神保健福祉制度の医療や支援によって十分地域で暮らしてい

けるという状態になれば、保護観察所が裁判所に申し立て、審判で認められれば処遇終了となる。実際、地域での通院処遇が1年以内で終わった方も数例事例としてでている。しかし、3年間の地域での状態によっては最大5年間の通院処遇となる場合もある。どちらにしろ、重要な点は、この制度を経て地域にもどることを考えると、処遇の終了後にも地域生活が安定する方策を処遇中にとり、また、一般の精神保健福祉の医療や支援への橋渡しが円滑に行くようにすることであり、処遇終了前段階から関係機関との情報の共有や連携が重要である。

5-1 指定入院医療機関の概要

1) 指定入院医療機関の役割

指定入院医療機関は、裁判所での審判によって、「入院処遇」の決定になった対象者を受け入れ、入院治療を提供する専門機関であり、国から指定を受けている医療機関のことをいう。指定入院医療機関は専門の司法病棟を設置し、多様な治療プログラムの提供のために、多職種チーム(Multi-Disciplinary Team:以下MDTという)でアプローチを行える人的体制が整えられている。本制度による入院治療は、事件時の原因やその行動への振り返りと内省、病状悪化と事件時の行動との関連と防止するための対処方法についてより積極的に治療介入することが大きな特徴である。

2) 病棟の構造と特徴

司法病棟は十字型か口の字型の構造を基本としている。構造の一辺が急性期病棟6床・回復期病棟14床・社会復帰期病棟8床・共用ユニット5床(計33床)のように回復過程にそって病棟が構成されている。その他に体育館、調理室、作業療法室なども専用に併設されている。病棟出入口にはガードマンが常駐し、生体認証のロックなどセキュリティは厳重である。対象者の外出泊にはスタッフが2名以上付添い、医学的管理のもと訓練を行うこととなっており、退院先の援護寮や自宅が遠方であっても外泊訓練が行われ、

地域社会への適応の円滑化を図っている。

病棟スタッフは、MDTによるアプローチを行うために多職種で構成され、1名の対象者に対し、医師、看護師2名、作業療法士、精神保健福祉士、心理技術者が個別の担当としてつき、個別のMDTが構成され、MDTによる定期的評価と治療が行われる。

病棟の運営及び治療をすすめていく上で、その医療の質を担保するために、評価システムと第三者も含む治療評価会議システムが構築されている。鑑定入院時から通院時までの全期間の全ての医療機関が共通の評価スケール（共通評価項目）を使用する。その他にも、GAF、ICFについても定期的に評価することとなっており、共通の評価シートに記載することとなっている。この評価をもとにMDTによって治療が組み立てられていくが、対象者の病状や治療状況、退院先の調整状況、治療時期の変更、外出外泊などについて、治療評価会議、病棟運営会議、倫理会議、新病棟外部評価（第3者評価）会議など外部も含めた評価がなされ、治療の透明性と質が担保されるようになっている。これらの会議をもとに、治療の進捗状況を6ヶ月毎に裁判所に報告し、入院治療の必要性及び入院治療の継続について、裁判所の審判体が判断することとなっている。このように医療観察制度での入院医療は、司法精神医療を行うシステムが構築されており、それによって対象者に専門的治療を行う構造になっている。専門的治療を行うため、診療報酬は包括型になっており、入院費は月160～180万円程（通常の入院費の6～8倍）である。

3) 入院治療の流れ

入院治療は入院処遇ガイドラインが基本となって治療がすすめられる。治療は3期に分かれ、急性期（3ヶ月）、回復期（9ヶ月）、社会復帰期（6ヶ月）を基準とし、約1年半での退院を想定している。毎月開催される病棟運営会議において、治療時期の移行は決定される。急性期は病棟に慣れ、治療プログラム参加への準備時期である。回復期は外出訓練などの社会適応性を獲得していき、また事件と疾病との関係性についての内省の時期である。社

会復帰期は、外泊訓練を行い具体的に適応性を高め、地域の支援関係者との顔合わせやネットワークの構築、病気が悪化してきた時の対処行動表やクライシスプランの完成させ、計画にそって行動する訓練を行う時期である。

このように各治療期に治療目標が設定されており、達成するために様々な治療プログラムが展開している。治療プログラムは「原因となった疾病を治療し、対象者が再び同様の行為をすることなく社会復帰する」ために組み立てられており、治療プログラムの作成や実施についてはケアマネジメントの手法を取り入れ、対象者参加の個別治療プログラムが組み立てられる。薬物療法の他に、社会生活技能訓（SST: Social Skills Training）や自立生活技能訓練（ILST: Independent Living Skills Training）、及び自己疾病管理訓練やアングーマネジメントなどの認知行動療法を中心とした訓練、また退院後の生活を想定しての生活訓練、疾病や地域の社会資源を含めた心理教育、医療観察制度についての心理教育など多種多様のプログラムが多職種の連携で運営されている。これらの治療プログラムは対象者の回復段階やニーズに合わせて、集団プログラムと個別プログラムを柔軟に組み合わせながら実施されている。

5-2 通院処遇と指定通院医療機関の概要

1) 通院処遇の位置づけ

医療観察制度は、継続的で適切な医療を提供し、再発・再被害行為の防止し、それによって社会復帰の促進することを法の目的としている。対象者が地域でのその人なりの生活を送れるよう、通院医療を提供し、希望が実現するようかわることとなっている。そのため病院から提供される医療だけではなかなか対象者の望む地域生活が実現しないことから、精神保健福祉法上での地域（市町村）の相談支援や必要であれば自立支援制度の様々な支援を基盤として、生活や通院を側面から連携しながら支えることとなっている。

通院処遇は、事件後鑑定入院となり、その時の当初審判での「入院によらない医療を受けさせる決定（通院決定）」か、指定入院医療機関での入院治療を経ての「退院許可と同時に入院によらない医療の決定（退院許可決定）」に

よって通院となった場合のことを意味している。これらの決定により、その通院を引き受ける医療機関を指定通院医療機関という。指定通院医療機関は指定入院医療機関と同じように、国からの指定制度である。指定入院医療機関は国公立に限られているが、指定通院医療機関はある一定の医療水準を保持していれば、指定通院医療機関になることができる。日本の一般の精神医療は民間病院が主に提供しており、現状で指定を受けている指定通院医療機関もほとんどが民間病院であり、指定入院医療機関のように新たに設備整備や人員の確保がされるわけではなく、あくまでも地域の病院の持つ既存の機能で対象者を支えていくという構造である。

この指定通院医療機関の体制は、基準として、①基幹型医療として通院治療、訪問看護、デイケア、外来作業療法など基本的な治療サービスを展開できる施設となっている。また、対象者の居住地の事情などにより、①の基幹型医療が提供できない場合は、②補完型医療として基幹型病院と協働での医療を提供することとなっている。具体的には、デイケア及び訪問看護は近くの医療機関（補完型医療機関）にかかり、通院治療は基幹型の医療機関が提供する。そのため基幹型病院で行われる毎月の多職種チーム会議に補完型医療機関からのスタッフも参加し、連携しながら協働していくこととなっている。また保護観察所の社会復帰調整官が地域での処遇全体を統括していくが、保護観察所主催のケア会議に指定通院医療機関も参加し、地域でのケア計画（処遇実施計画書）の作成に協力し、地域処遇が適切に行われるように協力する役割も持たされている。

指定通院医療機関は全国的には約400ヶ所の指定配備予定（人口100万人に2～3ヶ所）であるが、実際は250ヶ所の指定である。そのため県や地域によっては偏在が生じており、通院の交通費の助成がないことを考えると、通院医療の提供していく上では大きな問題と課題が生じている。また診療報酬上、治療の通院管理料は1名につき月に約4万円（通常の診療報酬含まず）である。この対価で、既存の病院がどこまで多職種チームアプローチを展開し、訪問等行いながらの個別のアプローチがどこまでできていくのかが課題である。

2) 通院治療の流れ

通院治療は、前期（6ヶ月）、中期（18ヶ月）、後期（12ヶ月）3期に分かれ、約3年間において一般精神科の医療につないでいくということを想定している。通院治療の時期毎の治療目標や内容は、当然対象者個々の状態にそって治療が実施されることとなる。

通院前期は、対象者は鑑定医療機関や指定入院医療機関からの退院したばかりであるので、まず地域の生活と対象者にとって新たな医療機関となった指定通院医療機関の医療（新たな主治医や多職種スタッフに慣れることも含む）に慣れることが主目標となる。また、生活支援の必要な対象者には地元の市町村に段階的にかかわってもらい、場必要であれば自立支援制度の障害認定などの申請を行う必要もでてくる（鑑定などの入院中に申請できればより円滑である）。通院中期には、安定した生活を基盤に対象者のニーズにあわせて生活や活動をひろげていく時期である。対象者が就労を希望していれば、地域の通所授産や就労移行・継続事業など、試験的に段階的にすすめていくこととなる。通院後期では、重要な点は約1年以内に一般の精神医療に移行することとなるので、医療観察制度の処遇が終了した後に対象者の通院を近くの医療機関やももとの医療機関などに移行するのか、引き続き現在の指定通院医療機関が行っていくのかを視野に入れながら通院医療を提供することとなる。この時期は、こまめにケア会議や連携のための会議を開き、対象者や家族の希望をにあわせて一般医療につなげていくこととなる。全期間通じ、一般の精神科の通院医療よりも丁寧で、量的質的にも高いかかわりが求められている。

5-3 社会復帰調整官のかかわり

社会復帰調整官は事件後の鑑定入院中からの生活環境調査を行うなど、対象者が入院中からかかわり、退院後の地域の調整との調整を行い退院の促進を図る。また社会復帰調整官は退院後3～5年の間、対象者に直接地域でかわる（精神保健観察）こととなっている。具体的には、定期的な訪問や面

接、ケア会議の開催による処遇の見直し、本人及び家族への指導、危機介入時の訪問、裁判所や医療機関との連携など、直接対象者にかかわりながら、一方でケア体制を構築するために関係機関と連携する役割である。社会復帰調整官のかかわり、指定通院医療機関の医療、居住する市町村の精神保健福祉の支援の3点を柱に、対象者の健全な地域生活の形成と継続的な医療の確保を図り、地域生活を支えていくこととしている。新設された社会復帰調整官は対象者個々の地域での医療や支援のコーディネーター及びケアマネージャーとして重要な役割を担っているといえる。

特に、対象者の悪化時には指定通院医療機関と連携しながら、訪問等の対応を行う役割がある。通常、それは本人や家族の参加するケア会議の中で、処遇実施計画書によって通常のケア（状態が安定している時）が確認される。他機関のかかわりも含め明確にケア会議で確認され、本人参加でのモニタリングがおこなわれる。悪化時の対応の計画は、別にクライシスプランとして作成し、十分本人や家族に理解してもらい、関係機関含め対応方法を共有している。このように医療観察制度においては、本人参加のケア会議の開催、処遇実施計画書によるケア計画といったように、ケアマネジメントが基本となっており、その中心的な役割が社会復帰調整官である。

❖ 6 事例（母殺害の統合失調症事例）

30代男性で母と2人暮らし（父死去、姉は結婚し近所に在住）。経済的に問題はない。小学校から大学までの一貫校を卒業し、大企業へ就職するなど、生育時での問題はなかった。家族内も順調であった。しかし就職後の1年後から不適応の兆候。3年目に退社。理由は上司や会社の仲間とうまくいかなかった。病院には就職後1年後よりかかる。診断は統合失調症であった。しかし、服薬中断気味で安定せず。退職後は自宅に自閉（4年ほど続く）。服薬中断し、入院するも4～5日で退院（本人の希望）。服薬中断による悪化は2～3回ある。

その後、非定型薬(抗精神薬の新薬)を飲むようになり、副作用が減り、家から出られるようになり、プールにも通うようになる。体重も100 Kg超あったが、80 Kgになるなど安定する。しかし、時に夜間、上司の家へ行くなど過去のことが忘れられないでいる行動もあり。普段、母親が服薬を促していたが、母親が風邪を引き数日寝ていた。本人も風邪を引き、服薬や食事、睡眠などが乱れ、急激に悪化する。母親が妄想(悪魔)の対象となり、殺害するに至った。鑑定入院時、行ったことに対し、対象者は淡々としており、表面的であった。「悪魔に見えて……」、とまだ妄想と現実の区別がつかない。近くに住む姉、親戚はショックでPTSD(外傷後ストレス障害)になってしまう。当初審判において入院決定となり、指定入院医療機関においての入院治療が開始される。

1年半の入院治療の中で、自己疾病管理技能、自己モニタリング、悪化時の対処行動などの心理教育や認知行動療法を受ける。妄想や幻聴は持続的にあるも、本人なりに対処できるようになり、安定した状態になる。また、入院中に自殺への心理的な対応も行った。経済的には問題ないが、入院中に障害年金の受給手続きも行い、援護寮への外出外泊(7回12泊の試験外泊)を経て、地域の援護寮(生活訓練施設であり社会復帰施設)に退院する。

現在、社会復帰調整官の訪問による指導、指定通院医療機関での外来医療と訪問看護のかかわり、市の精神保健福祉センターの訪問、援護寮及びデイケアでのかかわりで安定している。1年後にはアパートでの単身生活を目標に順調に生活している。

❖ 7 日本における現状の問題点と課題

日本においての本格的な司法精神医療と、それにとまなう地域での見守りという医療観察制度は始まったばかりである。そのため以下のような課題や問題を抱えている。

- ① 当初の鑑定の信頼性に問題があり、本制度の対象の可否の判断にばら

つきが生じてしまう。信頼性を高めるための研修制度や人材養成が急務である。

- ② 指定医療機関（入院・通院）の整備が不足している。
- ③ 精神障害者の社会復帰施設などの社会資源が不足している。
- ④ 精神障害者への偏見があり，国民全体に普及啓発が必要である。
- ⑤ 本制度の充実も必要であるが，あくまでも再犯を防ぐ制度であり，初犯を防ぐ上でも，一般の精神保健福祉の充実がより重要である。

❖ 8 終わりに

簡単ではあるが，日本の医療観察制度を紹介してきた。始ったばかりの制度であり，問題や課題を抱えた制度でもある。2010年には制度改正が予定されており，精神障害者の主体的生活と自立を支えながら，他害行為の防止という課題に向けさらに改善と努力を傾注していきたい。中国において，精神障害者の他害行為の防止の施策が成功することを願うと同時に，精神障害者自身の「Recovery」と主体的生活の確立がより促進されていくことを願い，終わりとしたい。