

第 104 回日本精神神経学会総会

シンポジウム

通院処遇における現状と課題について

植松 俊典 (京都保護観察所)

1. はじめに

平成 17 年 7 月 15 日、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」という。）が施行され、現時点において 3 年を経過した。都道府県ごとに置かれている保護観察所は、当初審判における生活環境の調査から、入院決定を受けた（以下「入院処遇」という。）対象者に対する生活環境の調整、通院決定を受けた者の地域社会における処遇（以下「通院処遇」という。）が終了するまで、本制度に一貫して関与する立場にある。当初は医療観察法申立て件数において都道府県ごとの差異はあったものの、現在では、すべての保護観察所が通院処遇に関与している状況であり、平成 20 年 3 月末現在、全国の保護観察所における精神保健観察事件の係属件数（通院処遇総数と同じ。）は 285 件となっている。本稿では、全国の通院処遇の状況から、保護観察所に従事する社会復帰調整官の視点で、通院処遇における現状と課題について報告する。なお、文中意見にわたる部分は筆者の私見である。

2. 地域社会における処遇

(1) 通院処遇の特徴

通院処遇は、指定通院医療機関による入院によらない医療を受けつつ、社会復帰を目指していくことになるが、その目的を遂行する上で、それぞれの対象者にとってふさわしい居住地や環境において医療が行われることが望ましい。そして、社会復帰の促進のためには、医療のみならず地域社

会の関係機関が相互に連携を図り、対象者に必要な援助を提供していくことが重要となる。ここまでは一般の精神医療と類似するところであるが、この医療観察法では、社会復帰調整官が、受療状況や日常生活の見守りを行う精神保健観察を実施するほか、指定通院医療機関をはじめとする都道府県・市町村・障害福祉サービス事業者等の関係機関相互の連携を確保する等して処遇実施計画書を作成する、いわばコーディネーターの役割も担っており、医療・援助・精神保健観察という 3 本柱が円滑に機能し、この法律の目的である社会復帰を目指している点が、この医療観察法による通院処遇の特徴と言える。

(2) 通院処遇の実際

通院処遇は、当初審判において通院決定となる場合と指定入院医療機関での入院から退院許可決定を受けて通院処遇が開始される場合がある。通院処遇の導入に際し、保護観察所は、指定通院医療機関、都道府県・市町村等の精神保健福祉関係機関の担当者の参集を得てケア会議を開催し、処遇を実施する上で必要となる情報を関係機関相互間において共有するとともに、医療・援助・精神保健観察における処遇の方針や内容を検討することとされている。導入前におけるケア会議においては、対象者の情報提供が中心となるが、対象者の状況や希望等を関係機関において事前に共有することが、処遇の実施計画を作成するために不可欠であるため、通院処遇を円滑に進める上でも、当初のケア会議は特に重要な位置付けとなる。

入院処遇から通院処遇へ移行する場合は、入院処遇中からケア会議を開催する等、事前に関係機関に対して対象者の情報提供を行いながら、対象者も外出や外泊を行いケア会議に出席する等時間をかけて支援体制を構築することができる。一方、当初審判での通院決定は、決定の1週間くらい前に方針が定まってから調整に着手するために、準備期間がほとんどなく、対象者の情報を共有できる時間が少ないため、通院処遇を行う上で、十分な支援体制を構築することが難しい状況となっている。審判の流れは、検察官による申立て後、裁判所に審判体が形成されて対象者は鑑定入院を命ぜられることになるが、保護観察所では、生活環境の調査期間として1か月程度しか与えられておらず、対象者が通院決定となることも想定しながら調査に当たっているものの、限られた調査期間内に、生活環境の調査と、通院決定後の受け皿の調整を並行して実施することは極めて困難である。なお、鑑定入院中に対象者に積極的な治療が行われることによって、生活環境調査結果報告書を提出してから、対象者の病状が急速に改善していく場合もあるが、報告書提出後は、審判期日が到来するまで対象者と社会復帰調整官が会う機会はないため、対象者の病状変化について鑑定医等から連絡がない限り、社会復帰調整官が対象者の病状経過を逐一把握することは難しい。審判打合せ等の協議を経て、対象者の病状変化に伴って対象者の処遇方向性が修正され、改めて、生活環境の調査を行うこともあるが、いずれにしても最大3か月という限られた鑑定入院期間では時間的制約があり、審判決定前に保護観察所が審判結果を推測して調査を進めることはできず、関係機関に対して対象者に関する十分な情報提供をすることは難しい。明確な方向性が示せず、十分な情報提供ができない状況下で、関係機関からの協力を事前に担保することは非常に難しく、結果的に、決定後から関係機関の調整に着手せざるを得ないことも多い。また、鑑定入院期間中に、通院決定後に通院医療を担当する予定の指定通院医療機関が全くかかわっていなかった場合、審判の合議過程や判

断過程に加わることもなく、対象者の情報を十分に把握することもできないため、審判で方向付けられた治療方向性や鑑定内容と、実際に担当する指定通院医療機関の担当医の見解とが必ずしも一致するとは限らず、通院決定後に即応的な対応を求められることは指定通院医療機関に非常に大きな負担感を生じさせているものと推測される。それに加えて、通院決定の判断の根拠を示した決定書は、指定通院医療機関に対して裁判所から必要的に交付されないシステムとなっているため、指定通院医療機関が裁判所に資料提供を文書で依頼しない限り、決定書を入手することができず、時間差が生じる状況となっている。当初審判で通院決定となった際は、対象者の支援体制を整える時間的余裕がないことから、少なくとも、決定後直ちに指定通院医療機関が対象者の決定に係る情報を入手できるシステムの構築が望まれる。

(3)社会復帰調整官について

平成16年に全国の保護観察所及び支部に合計56人の社会復帰調整官が配置された。その後、毎年7人の増員が認められ、平成20年3月末現在、77人が従事している。現段階の精神保健観察事件の係属件数からみると社会復帰調整官1人に対する係属件数は決して多くないかもしれないが、いまだ多くの保護観察所では社会復帰調整官が単数配置となっているため、都道府県を1人で担当する精神的負担の重さや、その広大なエリアをカバーしていく上で、移動だけでも多大な労力を消費する状況にある。さらには、当初審判の申立てが行われた対象者に対して行う生活環境の調査や、入院処遇中の対象者に対して行う生活環境の調整、制度の普及啓発活動を行う等、その他多様な業務にも社会復帰調整官は従事しなければならないことを勘案すると、十分な人員配置であるとは言えない状況であると筆者は考えている。今後、社会復帰調整官の増員がこれまでと同様に認められたとしても、全庁が複数配置となるのは当分先のことであり、これからの通院処遇の係属件数の増加に応じた社会復帰調整官の配置となり得

るのかも懸念されるところである。前述のとおり、平成20年3月末現在、通院処遇の件数は285件であるが、そのうち入院処遇からの移行が121件となっている。平成19年度の精神保健観察事件の受理件数155件のうち、入院処遇からの移行が74件であることから、今後、更に入院処遇を経て、通院処遇が開始となる対象者が増加していくことが予想される。また、医療観察法に基づく通院期間は原則3年間であるため、全国の保護観察所における精神保健観察事件の係属件数は確実に増加していくものと思われる。なお、全国の保護観察所の中で最も多い精神保健観察事件の係属件数は、平成20年3月末現在、社会復帰調整官1人に対して12件となっている。精神保健観察事件が5件を超えると、関係機関とケア会議等の日程調整を行うことが難しくなり、10件を超えると精神保健観察業務だけでもスケジュールが十分埋まる状況であるため、精神保健観察以外の業務を適切に遂行していく上でも、今後、係属事件数に応じた社会復帰調整官の適正配置、複数配置庁の増加が望まれるところである。

(4)指定通院医療機関について

次に、指定通院医療機関である。医療観察法では、その対象行為に至った精神症状を改善することで同様の再他害行為の防止を図り、もってその社会復帰を促進することを目的としていることから、通院処遇を受ける者は、指定通院医療機関で治療を受けることが義務となっているため、通院処遇を実施する上で、通院医療を担当する指定通院医療機関の確保は不可欠であり、通院処遇全体において指定通院医療機関に期待される役割は大きい。しかしながら、現状では、指定通院医療機関は、厚生労働省が予定目標としていた配置数を充足していない都道府県が多く、その中でも、数だけ充足していても指定通院医療機関の地域偏在が認められ、その結果、指定通院医療機関の守備範囲が複数の医療圏域にまたがるという現状にある。そのため、特に、指定通院医療機関の配置が少ない都道府県や、あるいは、通院処遇の多い都

道府県では、訪問看護の実施や緊急時の支援体制の構築が難しい等、指定通院医療機関に掛かる負担が大きくなり、通院処遇の受入れ自体が限界に近付いている指定通院医療機関も増えてきていると聞いている。また、このことで一番影響を受けるのは通院処遇対象者である。通院に掛かる時間や交通費、デイケア利用が相当の困難や負担となっている。以上のとおり、指定通院医療機関が、対象者の数やその居住する地域に応じて整備されているわけではなく、医療機関側では、濃密な医療を提供する上で限界を感じ、対象者側にとっては、必要としている医療が限定され、ともすれば転居を余儀なくされる等、その調整に困難を感じている社会復帰調整官は少なくない。

そのほか、指定通院医療機関には、通院処遇において提供される通院医療の内容として、内省面へのアプローチ等、対象者に対する心理的なアプローチを審判体から期待されていることが多く、処遇の実施計画を作成していく上でも心理的な各種アプローチの充実が必要であると考えられる。しかしながら、現実的には、指定通院医療機関の多くが心理的なアプローチを提供できる体制にはなく、地域差も大きい状況にある。医療観察法の通院処遇では、あくまでも既存の精神保健福祉法によるものが基盤となっていることからしても、新たな役割だけを関係機関に求めることは適当ではなく、予算措置等の環境整備が不可欠であると考えられる。

(5)援助について

また、通院処遇は、必要に応じて地域関係機関等の既存の関係機関が援助をすることになるため、その地域の社会資源や精神保健福祉システムの違いに大きく影響されるが、全国的に見ると地域格差が大きく、社会資源の少ない地域では、更に指定通院医療機関に掛かる負担は大きくなっていると思われる。地域の関係機関においては、定期的開催するケア会議に参加することが負担になる等、対象者を含むすべての関係機関において負担感が生じやすい構造となっている。入院処遇に比較して、通院処遇には予算配分が少ないという意

見を関係機関から指摘されることも多いが、予算措置が十分になされていないことだけではなく、関係機関に対する支援体制が整っていないことも大きいと思われ、結果的に、協力的な関係機関ほど、負担が増えていく現状にあるように筆者は感じている。対象者の社会復帰を促進する上でも、指定通院医療機関の増加や、地域における社会資源の充実等が不可欠であり、関係機関の協力に対する予算措置、支援体制の構築等が今後のポイントになってくると考えている。

(6) 処遇の終了等について

通院処遇のゴール、処遇の終了をどのように考えるのかという課題にも直面している。通院期間は、裁判所において退院許可決定又は通院決定を受けた日から原則3年間となっているが、その期間内であっても、保護観察所又は対象者本人等からの申立てに応じて、本制度による処遇を終了することができると思われる。そして、医療観察法には、対象行為を行った際の精神障害を改善し、これ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、この法による医療を受けさせる必要があると認めない場合、この法律による医療を終了する決定をすることができるとされている。しかし、現実的には、都道府県や地域ごとに医療観察法に対する考え方の違いもあり、それに伴い、通院処遇に対する協力姿勢も異なるため、受け皿が少ない場合には処遇終了の判断が慎重となることもあるように思われる。それに関連して、医療観察法における、主な対象者の疾病は統合失調症であるが、最近では、物質関連障害を抱える対象者や人格障害圏の対象者も散見されるようになっており、通院処遇に対する動機付けが低い対象者も見られるようになってきている。精神保健福祉法においては、あくまでも対象者の意思を尊重しているため、そもそも動機付けがない、利用意思がない対象者に対して強制的にかかわることは想定されておらず、医療観察法においても、対象者は、医療を受けること、一定の住居に居住すること、保護観察所の長から出頭又は面接を求められる

たときは、これに応じること等が対象者の守るべき事項としてあるのみで、援助についてはあくまでも対象者の意思において利用するものと考えられている。そのため、動機付けの低い対象者に関して、処遇計画を作成する上で保護観察所が援助が必要と判断していても、対象者の同意がなければ、無理に組み込むことはできず、精神保健福祉関係機関に積極的な協力を求めていくことが難しいのが現状である。こういった対象者については、処遇の終了を申立てる時期云々ではなく、原則3年間の通院期間を延長すべきなのか、また、最大5年間の通院期間が終了後のことも見据えて、処遇の方向性を考えていく必要があり、動機付けの低い対象者、援助が導入しにくい対象者、スリップを繰り返す対象者等については、どの段階を処遇の終了として考えるのか、非常に悩むところである。現状としては、処遇終了や処遇の方向性について、地域差が大きく、関係機関においてのコンセンサスを得ることが難しいように感じている。

その他、家族に対する支援も不可欠であると思われる。保護者や家族等が精神疾患を抱えていることも多く、事件を通して傷ついている家族も散見される。地域処遇ガイドライン等において、家族への支援も記載されているが、具体的な内容にまでは至っておらず、処遇の実施計画においても、あくまで対象者に関する処遇が中心であり、家族への支援について規定するものは特に見られない。しかしながら、家族が被害者と加害者という両面的な感情を抱えている場合も多く、また、家族が対象者と密接にかかわっていることも多く、家族支援に留意していくことが望まれる。

3. 今後の課題

今後の通院処遇における課題は、やはり指定通院医療機関の増加、全国的な精神保健医療、精神保健福祉の向上であると考えている。指定通院医療機関の増加には、予算措置は当然のことながら、指定通院医療機関に対する支援体制作りが必要であると思われる。入院処遇には通院処遇に比べて予算措置が厚く、指定入院医療機関の医療の質より

もマンパワーが格段に多いことに着目されがちであるが、確かにマンパワーが十分に確保される点は従来の精神医療も同様となることが望まれるが、ただ人的なメリットに止まらず、入院処遇中に実施されるプログラムや対象者へのかかわり方等について学ぶべき知見も多いと思われる。そういった指定入院医療機関で開発された技術やプログラムを指定通院医療機関が学び、かつ、活用できるような体制作り、相互方向的なかかわりができる体制を構築すれば、指定通院医療機関となること

で負担ばかりが増えることにはならないと考える。また、指定通院医療機関や医療観察法の関係機関だけでシステムや技術を共有するのではなく、医療観察法附則第3条第3項に、「この法律による医療の必要性の有無にかかわらず、精神障害者の地域生活の支援のため、精神障害者社会復帰施設の充実等精神保健福祉全般の水準の向上を図るものとする。」と明記されているとおり、地域全体にこの制度、この法律、通院処遇を通して還元していくことが必要であると考えられる。