

## 第 105 回日本精神神経学会総会

## シンポジウム

## 医療観察法は精神科医療の改善に寄与できるか

平田 豊明 (静岡県立こころの医療センター)

医療観察法の執行プロセスには4つの主要な分岐点がある。鑑定入院と当初審判では、(1) 医療観察法医療の要否と、(2) 入院処遇の要否が吟味され、指定入院医療機関では、(3) 退院の適否が、指定入院および通院医療機関では、(4) 処遇終了の適否が判断される。ここでは、これら4つの分岐点における判定基準を検討したうえで、医療観察法が精神科医療全般の水準向上に資する条件を提示する。

不処遇事例の分析によれば、不処遇決定の理由は「あえて医療観察法医療の必要がない」、次いで「治療反応性がない」というものであったが、2007年7月の最高裁判例は、前者の理由による不処遇を否定した。この判例以降、一時、申し立て却下が急増したのち、入院処遇の比率が増大している。すなわち、最高裁判例は、結果として、医療観察法と入院処遇の適応性を拡大したといえる。

指定入院医療機関における長期在院事例の中には、治療反応性が乏しいとはいえ、一般の精神科病棟でも管理可能な慢性例が含まれる。このような事例は、特定病院や指定通院医療機関への転院が検討されるべきである。一方、高規格の医療観察法病棟でなければ管理が困難と思われる慢性重症例を、治療反応性がないという理由によって、安易に処遇終了とすべきではない。これまでに約80例が処遇終了となっているが、その内訳を持続的にモニターする必要がある。

医療観察法が精神科医療全般の水準向上に資するためには、これら分岐点での判定基準を均質化することが不可欠である。このほか、入院処遇の規格やプログラムの汎化、入院処遇と通院処遇の臨床的ギャップの是正、通院処遇を梃子とした在宅医療の拡充、そして、措置入院制度の運用（とりわけ長期在院者の処遇）の改善が必要条件と思われる。

## はじめに

医療観察法の施行によって、従来は司法プロセスと医療プロセスに二分されていた「触法精神障害者」の処遇に第3のプロセスが加わることとなった。医療観察法のプロセスを大まかに示すと、検察官による申し立てを起点として実施される鑑定入院、鑑定入院中に行われる審判、審判の結果によって処遇が4つに分かれるが、代表的パターンとして、入院処遇から通院処遇へ、そして、処遇終了という流れになる(図1)。

本シンポジウムでは、このプロセスにおいて、ひとつのステップから次のステップへと進む分岐点での判定基準、すなわち、(1) 医療観察法医療の適応基準、(2) 入院処遇の判定基準、(3) 退院

の判定基準、そして、(4) 処遇終了の判定基準を主たるテーマとし、精神科医療にとっての医療観察法の意義と問題点を論ずる。

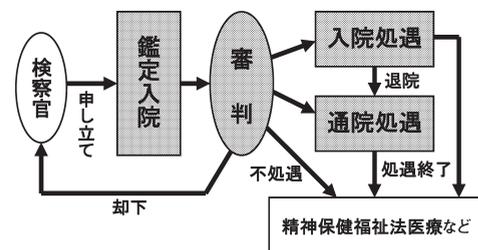


図1 医療観察法の執行プロセス

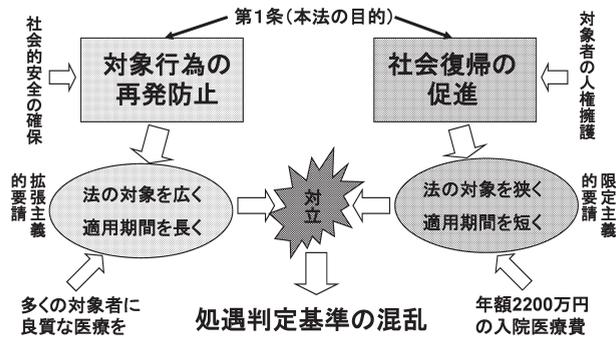


図2 医療観察法の対立構造と処遇判定基準の混乱

### 1. 医療観察法が内包する対立構造

筆者は、第103回高知学会のシンポジウムにおいて、医療観察法の目的が対象行為の再発防止と対象者の社会復帰という対立構造をはらんでいるために、法の執行プロセスの分岐点において関係者の判断が割れる可能性があるという宿命を背負っていることを指摘した(図2)<sup>1)</sup>。

すなわち、社会的安全の確保を優先する立場、もしくは濃厚な治療プログラムによる治療効果を期待する立場からは、医療観察法医療とりわけ入院処遇の適応対象を拡張しようとする拡張主義的な要請が形成される。一方、生活拠点での医療と支援を重視する立場、もしくはハイコストな入院処遇の対象を厳密に絞り込もうとする立場からは、限定主義的な要請が形成される。そして、この対立構造は、法の執行プロセスの繋ぎ目で、時として処遇判断に対立や混乱を引き起こすことがある。対立は関係者の間だけでなく、関係者個人の内部で葛藤として生じることも少なくない。

この点を念頭に置いて、医療観察法プロセスの分岐点における判定基準について持論を述べてみたい。

### 2. 医療観察法適応の判定基準

#### (1) 不処遇事例の分析

まずは、医療観察法医療の適応基準について考える。図3は、2009年3月1日までに行われた当初審判の結果を示したものである。入院処遇

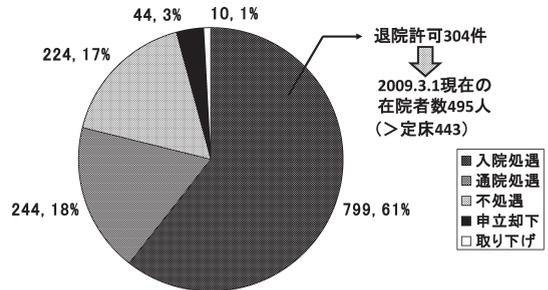


図3 当初審判の結果

61%、通院処遇18%を併せた79%に医療観察法医療の適応が認められている一方で、17%が不処遇すなわち医療観察法医療の適応がないとされ、3%が医療観察法への申し立てを却下されている。筆者らは、2007年度の研究班活動の中で、不処遇および却下事例群、すなわち医療観察法の適応外と判定された事例群の分析を通して、逆に医療観察法の適応基準を照らし出そうと試みた<sup>2,3)</sup>。ここでは事例数の多い不処遇事例群に焦点を絞って考察する。

なお、申立却下の審判が下された事例は、ほぼ全例が対象行為時の責任能力が認められた事例であるが、仮に心神喪失が心神耗弱に変更されたとしても、検察官は申し立て維持という形で医療観察法プロセスにとどめることは可能である。また、たとえ、公判が開始されたとしても、執行猶予となれば再び医療観察法に立ち戻ることになる。す

表 1 医療観察法不処遇事例と適応事例の比較

( ) の単位のない数値は縦系列の百分比率

比較項目		不処遇事例 (121 例)	適応事例 (195 例)
性別	男	74 (61.2)	137 (70.3)
	女	46 (38.0)	52 (26.7)
	無回答	1 (0.8)	6 (3.1)
年齢層	20 代	21 (17.4)	32 (16.4)
	30 代	23 (19.0)	54 (27.7)
	40 代	23 (19.0)	49 (25.1)
	50 代	21 (17.4)	37 (19.0)
	60 代	20 (16.5)	17 (8.7)
	70 代以上	13 (10.7)	4 (2.1)
主診断	F 0	19 (15.7)	5 (2.6)
	F 1	13 (10.7)	10 (5.1)
	F 2	44 (36.4)	148 (75.9)
	F 3	18 (14.9)	22 (11.3)
	F 4	2 (1.7)	1 (0.5)
	F 6	4 (3.3)	1 (0.5)
	F 7	17 (14.0)	3 (1.5)
	その他	7 (5.8)	5 (2.6)
対象行為	傷害	43 (35.5)	61 (31.3)
	放火	45 (37.2)	49 (25.1)
	殺人	12 (9.9)	31 (15.9)
	殺人未遂	9 (7.4)	28 (14.4)
	強盗	8 (6.6)	6 (3.1)
	性犯罪	6 (5.0)	10 (5.1)
	傷害致死	0 (0.0)	3 (1.5)
	その他	2 (1.7)	7 (3.6)

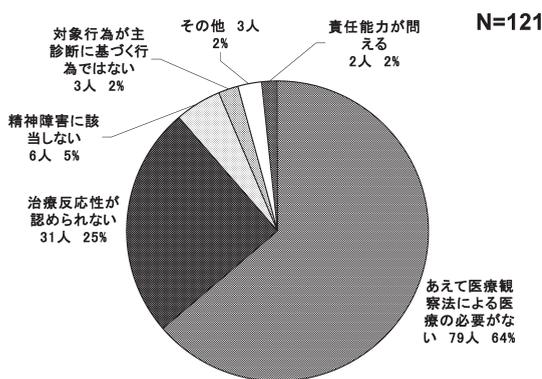


図 4 不処遇の理由

なわち、申し立て却下事例の多くは、結局は医療観察法の入り口に舞い戻ることを付け加えておく。

全国の保護観察所が把握する 2006 年 7 月までの情報によれば、不処遇事例群は医療観察法適応事例群と比較して、性別では女性が多く、年齢層では 60 歳以上の高齢者が多い、診断にはばらつきがあり、対象行為では殺人や殺人未遂が少なく放火が多い、などのプロフィールを描くことができた (表 1)。また、不処遇決定の理由としては、「あえて医療観察法による医療の必要がない」という消極論が 3 分の 2 以上を占め、次いで「治療反応性がない」という理由が 4 分の 1 となっている (図 4)。

鑑定書などを通した個別事例の分析によれば、消極論に基づく不処遇の典型は、鑑定時現在の治

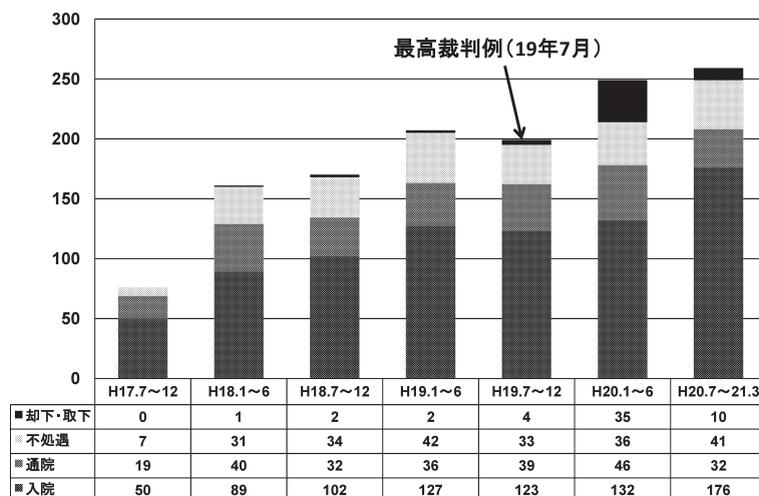


図5 当初審判内訳（期間別）

療関係を優先して地元の医療機関での治療を継続すべきとされた事例であり、治療反応性に基づく不処遇の典型は、認知症や知的障害による対象行為である。

## (2) 2007年7月最高裁判例のインパクト

ところが、消極論的不処遇は、2007年7月の最高裁判決によって否定された。すなわち、疾病性、治療反応性、そして対象行為再発のリスクという3要件が認められる限り、「あえて医療観察法医療の必要がない」という消極的理由によって不処遇とすることは許されないとされた。統計的有意差があるとはいえないまでも、図5に見るように、この判決後、不処遇の審判件数は減少した。しかし、次の半年では、その反動のように、申し立て却下が急増したのち、ここ1年では入院処遇と不処遇が増加し、通院処遇が減少している。

医療観察法の施行開始時に最高裁が示した鑑定事項では、「医療観察法によらなければ同様の対象行為が再発する具体的・現実的な可能性があるか」という形で、再発リスクの存在を限定的に定義していたはずである。すなわち、再発リスクの評価基準を拡大すべきでないという医療観察法制定プロセスにおける議論を踏まえて、最高裁は、

鑑定医や審判員が医療観察法医療を必要と判定する場合には、精神保健福祉法による医療では再発を防止できないことを積極的に論証する義務を課していたはずである。

2007年の最高裁判決は、筆者には、再発リスクの評価に関する論証義務を大幅に緩和したように思えてならない。法的整合性が臨床的妥当性を凌駕したと言い換えることもできる<sup>2)</sup>。

## 3. 入院処遇の判定基準

医療観察法第37条は、鑑定医に対して、医療観察法の要否を判断したのちに入院処遇の要否を判断するよう要請している。しかし、入院の基準については明確な定めがない。一般論的には、入院処遇によらなければ、再発防止と社会復帰という医療観察法医療の目的が達成できないことであろうが、何をもちてそう言うべきか、その論拠は自明ではない。

### (1) 絶対基準と相対基準

筆者は、入院処遇の判定規準には、絶対基準と相対基準があると考えている。絶対基準とは、対象行為の再発防止と対象者の社会復帰のためには、高規格の指定入院医療機関における高度に専門的

表2 長期在院理由

I. 医学的理由
A. 対象行為時の症状が残存
(1) 指定入院機関でなければ管理困難
(2) 指定入院機関以外でも管理可能
B. 対象行為時の症状は消退しているが、重複診断の問題が残存
II. 非医学的理由 (社会的入院群)
・入院治療の適応ないが、退院条件が折り合わない
・精神保健福祉法なら通院もしくは開放処遇

で管理的な医療が必要不可欠であることが論証可能という基準で、医療観察法医療の要否に関する限定主義の立場に依拠したものである。

一方、相対基準とは、鑑定時現在、医療観察法医療が必要であり、なおかつ在宅医療の条件が整っていないとする基準で、いわゆる拡張主義の立場に依拠している。医療観察法専門病棟の陣容や治療プログラムプログラムの濃さを考えると、入院処遇に対して、より高い治療効果や教育効果を期待する心情は理解できるものがある。しかし、一般の精神科病棟とのギャップこそが問題であるとの見方もできる。また、入院処遇から通院処遇への地理的および臨床的ギャップ、それにケアの不連続性も問題となる。

#### (2) 115条援用 (通院処遇+精神保健福祉法入院) の意義と問題点

そこで、このような事例に対しては、医療観察法上は通院処遇としつつ、精神保健福祉法による入院を選択し、在宅医療の条件が整うのを待つという便法がありうる。臨床的には、この便法がベストソリューションと思われる事例があるが、むしろ問題点も多い。

まず、精神保健福祉法上の入院形式をどうすべきか、という問題がある。他害行為の事実からすれば措置入院が妥当とする意見もあろうし、通院処遇の趣旨を優先するなら任意入院が妥当であるという意見もありうる。また、この便法が安易に適応され、しかも入院が長期化すれば、従来の精

神保健福祉法医療を超える手厚い医療によって早期の社会復帰を目指すという医療観察法の立法趣旨に反することとなる。

#### 4. 退院の判定基準

次に、退院の判定基準をめぐる問題点を論ずる。

##### (1) 長期在院の理由

医療観察法医療の適応基準を論ずるのに不処遇事例を分析したのに準じて、退院基準を論ずるために、まず長期在院の理由を考察する。

指定入院医療機関の事務監査に同行してきた演者の経験によれば、標準的入院期間と想定された1年半を超える長期在院者の在院理由は、I. 医学的理由と、II. 非医学的理由に大別される。医学的理由による長期在院群は、さらに、A. 対象行為の要因となった精神症状が残存している事例群と、B. 対象行為時の症状は消退しているが、知的障害や発達障害、それに物質依存などの副診断が残存し、対象行為再発の背景要因となっているような事例群に分けられる。A群はさらに、(1) 指定入院医療機関でなければ管理困難な精神病理・行動病理とともに重症な事例群と(2) 行動病理がそれほど深刻ではなく、指定入院医療機関でなくとも管理可能な事例群とに二分される。

非医学的事例群とは、すでに入院処遇の適応はないにもかかわらず、退院条件が折り合わなため在院が長期化している社会的入院事例である。精神保健福祉法医療であれば、すでに通院に移行しているか、少なくとも任意入院で開放処遇されている可能性が高い(表2)。

##### (2) 退院促進の方策

以上の類型のうち、I-A-(1)の慢性重症の難治例については、その定義上、たとえ在院が長期化しても、指定入院医療機関で治療を継続するしか方策はない。それが指定入院医療機関の本来の任務ということもできる。

そのほかの長期在院事例を指定入院医療機関から退院させるためには、4種類の方策が考えられ

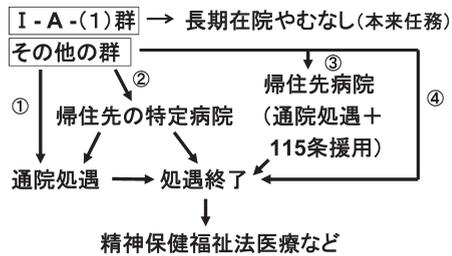


図6 退院促進の方策

る。

第1は、通院処遇の条件を整えることで、これが原則である。特に指定入院医療機関における社会的入院は許されるべきではない。第2の選択肢は、帰住地の特定病院に入院処遇のまま転院とし、そこから通院処遇ないし処遇終了に移行させるというパターンである。特定病院での入院期間が長くない限り、在宅医療への準備を整えるという臨床的意義もあると考えられる。第3の選択肢は、帰住先に特定病院がない場合に、先ほどの便法を用いて、医療観察法上は通院処遇としながら精神保健福祉法入院の形で転院させるというパターンである。これも、入院が長期化しなければ、在宅医療への準備としての意味はある。最後の選択肢は、通院処遇を通過させずに、いきなり医療観察法医療から除外してしまうことである（図6）。

最後のパターンを選ぶ理由として想定できるのは、④もはや特別な医療を必要としないほど病状が改善したと判断される場合と、⑤これ以上の病状改善が望めない、つまり治療反応性が認められなくなったと判断される場合、⑥そもそも疾病性において医療観察法の適応ではなかったと判断される場合、それに⑦死亡の4類型であろう。

しかし、④は、通院処遇を経由するのが妥当と思われるから、現実には想定困難である。①が安易に結論づけられると、わが国で最も高規格な医療を提供できる指定入院医療機関で見放されたケースを一般の精神科病院で処遇せよというのは合理的でないという議論が生ずる可能性があり、医

療現場に混乱を招くであろう。⑥も実例があるが、法的には決着がついているため、刑事責任を問いただすことは現実的には不可能である。

### (3) 入院処遇終了の判定基準

以上の議論からもわかるように、入院処遇の終了、すなわち指定入院医療機関からの退院の判定基準は、明瞭なものではない。そもそも入院処遇の適応基準がファジイなのであるから、当然ともいえる。表2でいうI-A-(1)群、すなわち、慢性重症の難治例と誰もが認めるケース以外は、指定入院医療機関での入院を継続する臨床的な理由はない。臨床的でない要因も含めた多元的な要因によって退院が決定されているのが現状であろう。

## 5. 処遇終了の判定基準

処遇の分岐点の最後は、医療観察法医療の終了、すなわち通院処遇から処遇終了とする場合である。その判定基準には、積極的基準と消極的基準、それに対象者の死亡という絶対基準があると筆者は考える。

積極的基準とは、対象行為の主因となった病状が改善して、再発リスクが低減ないし消失していること、および、孤立せずに安定した社会生活を送れる条件が整っていることと思われる。これら全ての条件が満たされれば、精神保健福祉法医療や契約医療に移行するか、医療そのものを終結することもできる。

一方、処遇終了の消極的基準とは、積極的基準の全ては満たしていないものの、これ以上の治療反応性が期待できないというもので、在宅ケアの基盤が脆弱となれば、一般精神科病棟で長期在院となる可能性もある。

対象者の死亡は処遇終了の絶対基準であるが、消極的基準による終了と同様、医療観察法の目的を達成した終了ではない。これまでに、処遇終了となった対象者は約80人と推計されるが、終了の形態は把握されていない。今後、研究班活動などの中で、医療観察法対象者の転帰や予後をモニタリングし、転帰や予後に関わりのある要因を分

析して、医療観察法医療の現場に還元していかなくなくてはならない。

## 6. おわりに——医療観察法が精神科医療の水準向上に寄与するための条件

最後に、医療観察法が精神科医療全般の水準向上に寄与するための条件を抽出してみる。

### (1) 入退院などの判定基準の均質化と共有化

まず、医療観察法適応や入退院の判定基準を均質化し、関係者で共有する必要がある。これまで述べてきたように、処遇の分岐点での判定基準をかつちりと決めるのは困難である。しかし、均質化への努力を不断に行わなければ、医療観察法体制への信頼が保てず、精神科医療全般への寄与も語れない。

### (2) 入院処遇の規格やプログラムの普遍化

次に、医療観察法専門病棟の規格や治療プログラムを一般の精神科病棟に普遍化することが必要である。筆者の所属施設では、急性期治療病棟の一角に2床の医療観察法入院病床を設置し、最近ようやく1例の入院処遇ケースを受け入れたばかりであるが、その準備過程では多くの職員が研修や多職種会議などを通じて、チーム医療や治療プログラムの意義を学びつつある。その雰囲気は他の病棟や部署にも伝搬し、病院全体を活性化している。この活性化が、一病院の枠を超えて精神科医療全般に波及しなくてはならない。

### (3) 入院処遇から通院処遇への臨床的ギャップの是正

高規格の専門病棟における入院治療から、しばしば遠距離にある通院医療機関に移行するに際しては、地理的・臨床的に大きなギャップがある。これを是正しなければ、医療観察法病棟での治療効果が持続しない。入院処遇を反応条件の揃えやすい in-vitro の世界にたとえれば、通院処遇は反応条件が不均質で不確定要素の多い in-vivo の

世界である。人員と資金が、より複雑な後者にもっと手厚く投ぜられるべきであることは論を待たない。

### (4) 通院処遇を梃子とした在宅医療支援体制の拡充

通院処遇の実践は、地域社会で生活する精神科利用者全般の支援水準を上げる可能性を有している。しかし、それを実現するためには、資金や人員だけでなく、それらを活用するノウハウやネットワークが不可欠である。まずは、指定通院医療機関内外のスタッフから成る ACT チームの形成をめざすべきであろう。

### (5) 措置入院制度運用の改善

最後に、措置入院制度の運用を再点検することが必要である。かつて医療観察法の対象となる危害行為を行ったために、5年以上にわたって措置入院を継続している人々が全国で400人近くいる。平均在院期間は20年に近く、高齢化が進んでいるが、医療観察法入院者に比べると医療や処遇の内容には大きな差がある。また、長期措置入院者の数にはかなり大きな地域差があり、措置入院継続の判定基準が不均質であることを物語っている。長期措置入院者の実態を調査し、医療観察法入院者とのギャップを縮めることは、行政と医療関係者の責務であろう。

以上5つの条件の満たされることが、医療観察法が精神科医療全般の改善に寄与するために最低限必要と考える。

## 文 献

- 1) 平田豊明：医療観察法への社会的要請と運用上の問題点。精神経誌，110；43-48，2008
- 2) 平田豊明：鑑定入院における医療的観察に関する研究。医療観察法による医療提供のあり方に関する研究（主任研究者中島豊爾），平成18～20年度総合研究報告書，p. 21-92，2009
- 3) 平田豊明：医療観察法不処遇事例からみた医療観察法適応の判定基準。司法精神医学，4；110，2009