

社会復帰調整官の立場から見た 医療観察法施行後3年間の現状と課題

東 條 敏 子

第62回国立病院総合医学会
(平成20年11月12日 於東京)

IRYO Vol. 64 No. 3 (206-208) 2010

要 旨

医療観察法が施行され早3年半を経過し、平成20年12月末現在まで、検察官による1,326件を超える申立てがなされた。申立てから処遇の終了まで、継続的に対象者に関わる社会復帰調整官は、施行から今日まで、生活環境調査、生活環境調整、精神保健観察の業務を通して多くの問題に直面してきた。2010年の法の見直しおよび一般精神医療保健福祉の向上を見据え、今後の課題として、本法医療の必要性和処遇決定に関わる問題、指定(入・通)院医療機関の整備の問題、専門的治療プログラムの開発と提供の問題、地域処遇に移行していく際の住居確保および各種の保健・福祉・障害サービスの利用調整の問題、本法医療の処遇終了と一般の精神医療への継続支援体制の問題、社会復帰調整官の増員確保の問題などについて概観した。

キーワード 社会復帰調整官、生活環境調整、精神保健観察

はじめに

社会復帰調整官は、平成21年3月現在、全国で80人となり53カ所の保護観察所に配属されている。平成17年7月の施行から現在まで、“医療の継続確保と社会復帰の促進”を目標に業務を進めてきたが、社会復帰調整官はコーディネーターという役割の性格から対象者をめぐる地域の医療および社会資源環境のいかんによって処遇が行き詰まることも往々にしてあるが、本法対象者に関与する司法、医療、保健、福祉等の多くの関係機関と課題を共有し、連携協働することで、困難な状況を切り開き、次への解決に繋がる確かな手ごたえも実感してきた。本稿は、医療観察法の5年後の見直しを見据えて、平成20年11月27日開催された国立病院学会シンポジウム「医

療観察法施行後3年を経過して—その現状と課題—」において保護観察所社会復帰調整官の立場から報告したものを、その後の状況も踏まえ所感を述べたものである。

本法医療の必要性の判断と処遇決定

東京地方裁判所においては、施行直後より、審判前のカンファレンスを、当該審判に関与する関係者との間で実施し、適切な処遇判断と選択に向けた協議を行ってきている。現在は、協議方法はさまざまであるが、全国のほとんどの地方裁判所において実施されていると聞いている。しかし、本法医療の必要性の判断および処遇の決定において、全国の合議体にバラツキはあり、その結果、入院決定を受け、

元 東京保護観察所

(平成21年4月20日受付、平成22年3月12日受理)

The Situation and Problems in the Present that Three Years Have Passed after the Enforcement of the Medical Care and Supervision Act from the Point of View of a Rehabilitation Coordinator

Toshiko Tojo, a former Tokyo Probation Office

Key Words: rehabilitation coordinator, adjustment of living conditions, mentalhealth supervision

入院後まもなく退院許可の申立てがされるなど対象者に戸惑いを与える結果となる事例もいくつか報告されている。今後の処遇が円滑に行われるためには、個別カンファレンスのほかに、裁判所の主導による審判に関与する関係者と治療機関等と事例検討や意見交換がこれからも全国において積極的に開催され、検証の知見が蓄積されることを期待するものである。

入院処遇と生活環境調整

1. 遠隔地入院と生活環境調整について ―医療観察病棟の整備―

指定入院医療機関の整備に尽きる問題とは思いますが、法の目的とする“医療の継続・社会復帰の促進”を図るには、対象者が居住（帰住）を予定する地域において、医療が提供されることが望まれる。東京保護観察所に係属している生活環境調整事件（入院対象者）45人（平成20年7月）の約30%は遠隔にある指定入院医療機関に入院となっている。遠隔地における入院は、外出、外泊訓練が制約され、対象者の退院後のイメージ形成および試験の利用などの十分な実体験が難しくなる。居住地に近い指定入院医療機関で医療が提供されることは、社会復帰調整官のみでなく、地域の関係者が入院の早い時期から治療やケアの状況および進捗を共有でき、退院後の支援体制の構築が容易となる。

さらに、その過程の中で、対象者に対して関係者から諸々のメッセージを受けることができ、現実的な認識と検討能力を高めていくことも期待ができる。遠隔地での入院治療は、生活環境調整に困難がある対象者にとって、入院が長期化に繋がるおそれはない。先般、平成20年8月付けの厚生労働省の省令改正における特定医療施設とは別に、改めて早期転院や入院調整に検討を要請するものである。また併せて、対象者の医療がよいスタートで行われるよう、国のみならず全国の都道府県に病床の確保を要請したい

2. 外泊と生活環境調整について

本法医療の対象者は、長年未治療であった者も少なくなく、日常生活、対人関係、病状管理等のスキル獲得が容易でないこともあり、また、指定入院医療機関の保護的環境と退院後の環境との乖離によって、もろくも崩れてしまうこともある。外泊、外出の訓練によって、地域における処遇に必要な訓練が

行われるが、常時病院スタッフの付き添いが必要とされることから、自ずと回数、内容が制限される。遠隔地であればなおのことである。事故防止を前提に置きつつも、自主と自立的観点から運用上の工夫と「医学的管理の下」の定義と解釈も含めて今後、あらたな検討が必要と考える。外出、外泊訓練に求めるものは、地域の生活において予測を超えるさまざまな問題、課題が新たにみえてくることにあるからである。

3. 治療プログラムの開発と提供および通院機関への継続

平成20年7月厚生労働省によって提供された資料によると、入院対象者の6.5%が、精神作用物質使用による精神行動の障害の診断となっている。また、統合失調症と飲酒を含めた物質乱用、窃触行為などの問題をもつ者も少なくない。対象行為に至るまで、一度も自身の依存や乱用についての相談や受診の機会を受けることなく対象行為に至った者も少なくない。プログラムを実施する上で、対象者の障害、能力、理解の程度も一様ではないが、退院後、危機に遭遇した時に、対象者が自身の問題に援助者と向き合うためには、学習された一定程度の理解とモチベーションが獲得されていることが地域では大事なことになる。また、学習されたプログラムが指定通院医療機関に引き継がれること、そのための継続が可能となる地域の治療環境の整備が今後の課題である。

4. 住居確保について

対象者の多くは、対象行為が惹起されたことで住居を失うことが少なくない。

東京保護観察所の20年7月の時点において、指定入院医療機関に入院している対象者の約4割は住居確保が困難な状況にあった。障害者施設の多くは、本法対象者の受け入れについて、本法対象者ということが不可能な理由でなく、施設の人員体制などの受け入れに当たって多くの困難な課題を抱えていることによるものとも述べている。個別の事例を通して、対象者に関与する関係者が連携し受け入れの理解と可能性に向けた努力を精力的に重ねていくことが有効な解決に繋がることはいうまでもない。

厚生労働省から、21年1月、障害者施設の本法対象者の受け入れに関する取り組みとして、医療観察法地域処遇体制強化事業（案）が示された。具体的にどのように運用されるか、現時点で詳細はこれか

らとなるが、その一歩からさらなる改善に繋がることを期待したい。また、現行の生活訓練施設が移行期間を過ぎた後、生活訓練を必要とする対象者が障害者自立支援法のもとで、同様の機能がどう保障されるのか気になるところである。

通院処遇と精神保健観察

1. 指定通院医療機関の確保と治療体制について

現在、東京の指定通院医療機関は10カ所（1カ所推薦手続き中・7カ所は多摩地域）であり、国の整備目標は人口100万人に2-3カ所であり、人口1,200万人を超える東京23区は17-25カ所を目標とするところがわずか3カ所のみである。そのことは、おのずと特定の指定通院医療機関に大きな負担をかけることになる。また、薬物依存等重複した障害をもつ対象者も少なくない。多くの精神科医療機関が指定通院医療機関の指定を受け、相互に連携協力しながら対象者のニーズに即した専門的治療が身近な地域で受けられる環境を“医療の継続確保と社会復帰の促進”を図るためには期待したい。

2. 通院・通所を保障する必要な措置について

外来診療およびデイケア、OT（作業療法）活動など週に3-5日の通所を必要とする対象者にとって、指定通院医療機関の偏在は、居住地からの時間を要することや複雑な交通経路を駆使しながら治療を継続することになり、生活スキルや体力、ADLが脆弱な対象者に負担を強いることになる。結果として医療の継続を危うくする原因にもなる。また、通院・通所のための交通費、自助グループ参加にともなう参加費用、専門的プログラム機能をもつ医療機関の受診にともなう自立支援医療の一部負担等自己負担は相当な額になることもある。処遇実施計画に定めた内容を経済的な理由から見直すこともあるなど必要な手立ての検討が求められている。

3. アウトリーチ型サービスの提携に向けて

指定通院医療機関の指定数が少ない現状において訪問看護はさらに限られてしまう。また、遠方から対象者宅まで当該指定通院医療機関が訪問を実施することは医療機関、対象者双方にとって困難となる。比較的住居に近い訪問看護ステーションと提携してモデル的に実施している事例は東京でも一事例に限られており、人的および診療報酬上の裏づけが乏し

い現行のなかでは、他へ広がっていかない現状にある。交通費が当事者負担という規定も対象者にとって利用を容易でなくしている。生活の場をみながら、指導援助するアウトリーチの有効性は語るまでもないが、保健所等の家庭訪問機能と役割分担しながら援助することでより有効な支援が可能となる。訪問看護ステーションが指定されるためには、研修による人材育成や報酬の改訂など指定通院医療機関と同様、さらなる努力を国に求めることになる。

おわりに

3年半を経過した医療観察制度は、基盤整備の問題を除けば、概ね良好な評価を受けている。地域処遇に言及するならば、指定入・通院医療機関、保護観察所、地域の保健障害福祉機関等における相互の連携のありかたや役割が法制上明確に示されたことによって、地域処遇の枠組みが有効に機能し、多くの実務実績が積み重ねられてきたことによると考える。わずかではあるが再入院となった対象者もいるが、平成20年1月末の本法の地域処遇終了者は全国で106人（平成20年12月末）となるなど順次増加し、一般の精神医療に引き継がれている。医療観察制度の評価は、その後の彼ら一人ひとりが本法終了後において、地域社会において、安心と安定した生活をどう送っているかにかかる。そのためにも、2010年の見直しと一般の精神医療および保健福祉サービスの向上に大きな期待を寄せるとともに、社会復帰調整官の増員に対しての理解と支援を改めて求めたい。

【参考文献】

- 1) 厚生労働省. 医療観察法関連資料（平成21年2月東京保護観察所医療観察運営連絡協議会提供）.
- 2) 五十嵐禎人ほか. 第4回司法精神医学大会シンポジウム「医療観察法の見直しに向けて」司法精神医学2009；4：40-9
- 3) 三好幹夫. 心神喪失者等医療観察法施行後2年の現状と課題について. 判例タイムズ 2008；59(9)：25-35.
- 4) 東條敏子. シンポジウム「医療観察制度施行の動向」地域社会での処遇を促進する社会復帰調整官の立場から. 法と精神医療 2008；22：83-93.