

医療観察法指定入院医療機関の 「今日まで、そして明日から」

吉岡 眞吾[†]

第66回国立病院総合医学会
(平成24年11月16日 於神戸)

IRYO Vol. 68 No. 3 (132-136) 2014

要旨

平成17年7月に施行され満7年が経過した医療観察法は、法務省と厚生労働省の見解ではおおむね良好に機能していると評価されている。しかしながらまだ若いこの制度には当然課題も多く残されている。ここではその課題について、1) 治療反応の限界の判断と、その後の対応策 2) 指定入院医療機関から退院する際の円滑な居住地確保 3) 対象者による他害行為や自殺行動のリスク評価と対応の技術向上 4) 指定入院医療機関における病棟医等の後継者育成 5) 本法医療の知見の一般精神科医療への還元 の5点について論じた。そして本法医療制度全体の課題として、重大な他害行為を行った精神障害者であっても、必要な医療をきちんと受けることにより社会に復帰・再参加できることを国民に理解していただくことの重要性にも触れた。

キーワード 医療観察法、指定入院医療機関、国民の理解

現況と課題

医療観察法(注1)が平成17年7月に施行されて以来満7年が経過した。この法律による医療制度は、殺人、放火、強盗、強姦、強制わいせつ、傷害といった重大な他害行為を働いた者のうち、犯行時に精神障害に罹患しており、そのために心神喪失または心神耗弱の状態にあったと司法評価され、懲役刑などの刑罰の対象とならないという司法判断をされた者を対象として、裁判所の審判によって、将来円滑に社会復帰をさせるための専門医療機関による

精神科医療を義務付ける制度である。この制度による医療は、本法による鑑定入院医療(注2)と、本法に基づく入院医療および通院医療という3段階の医療が用意されている。そしてそれぞれを担当する医療機関を、鑑定入院医療機関、指定入院医療機関(以下、入院機関)、指定通院医療機関(以下、通院機関)と呼ぶ。平成24年12月31日までに、全国で28カ所707床の入院機関が整備された。また平成23年12月31日までの審判によって全国で1462件の入院決定がなされ、入院機関における医療へと導入された(注3)。

国立病院機構東尾張病院 司法精神医学部 [†]司法精神医学部長
e-mail: yoshisn@eowari.hosp.go.jp

(平成25年4月9日受付、平成25年12月13日受理)

"Today and Future" of the Designated Hospital-wards for Inpatients under the Medical Treatment and Supervision Act
Shingo Yoshioka, NHO Higashi Owari National Hospital
(Received Apr. 9, 2013, Accepted Dec. 13, 2013)

Key Words: the medical treatment and supervision act, designed hospital for inpatients, acceptance by the citizen

入院機関における統合失調症の治療に関しては、自律的に精神科医療を継続することを可能とする治療プログラムが施行され、対象者の地域処遇の実現という成果を挙げつつある。またクロザピン(注4)の処方が可能な施設も増えてきている。

とくに本制度によってわが国の精神医療・精神医学の中に、治療と社会復帰を目的とする本格的な司法精神医学の統合的なシステムが初めて導入されたということの意義は大きいと考えられる。われわれ実務者は、このシステムの中では、日常の診療業務以外でも、裁判所や社会復帰調整官(法務官僚)との連携作業も多く、われわれも裁判所に足を運ぶ機会も増えるなど、日々新たな体験をしている。

なお、厚生労働省のホームページから本法施行後5年を経過した時点での、本法施行状況に関する国会報告(平成22年11月26日)と、それについての法務省と厚生労働省の検討結果(平成24年7月31日)も閲覧可能である。そこでは本法の施行状況については「おおむね良好で有効に機能している」と評価されている。

今後の課題は多数あるが、ここでは以下の5点を指摘したい。

1. 治療反応の限界にどう対応するか

平成21年からわが国でも処方が可能となったクロザピンは、治療抵抗性が高い統合失調症の難治例に対する有力な薬物療法の手段となり、多くの入院機関でも処方されるようになってきた。この薬剤は顆粒球減少症などの副作用に対応するために血液内科との連携協定が必要であり、またCPMS(Clozaril® Patient Monitoring Service)というモニタリングシステム登録制度をもつなど、厳重な管理のもとで処方されるものである。しかし本剤もすべての統合失調症患者を社会復帰可能な水準まで導く魔法の薬というわけではない。また今述べたように慎重な準備や厳重な管理が必要なこともあって、本剤を処方可能な医療機関は現在のところ十分に増えているとは言いがたい。入院機関では本剤を処方可能であっても、退院後の通院機関等で処方可能なシステムが準備されていないと、実質的には処方が困難となり得る。あるいはクロザピンを処方が可能な通院機関等に遠隔地から患者が集中してしまう可能性もある。いずれにせよ本剤の処方が可能な医療機関を増やすことが重要である。

また薬物療法に限らずとも、われわれは現在の医療水準において統合失調症やその他の精神障害を完全に克服する手段を持っているわけではない。そうである以上治療を尽くしたうえでも、目標となる水準まで達しない者が一部とはいえ存在する。とくに他害行為のリスクが高いままにとどまり、社会復帰の実現を見込みがたい対象者の問題が重要である。そうした対象者に、どこかで治療反応の限界を判断し、その後の対応策を準備する必要がある。この場合の制度枠自体に立ち返って検討すると、i) 本法医療の中での長期対応を図る ii) 精神保健福祉法医療に移す iii) 治療成果とリスク管理に一層の慎重さを要する精神障害者に対応する新(法)制度を創設する等の選択肢があろう。この中で現実的な方法を創出する必要がある。この問題に対して筆者は「現状の制度枠内では“積み残された課題”への必要な対応策」として、iii案が望ましいと考えているが(注5)、現在の国政状況からは実現可能性は低いと予測される。ii案については、精神保健福祉法による医療は、今後ますます患者の任意性を重視してゆくことになると予測され、他害行為を契機に裁判所の審判による義務的医療を実施する場としてはふさわしくない面があると思われる。そういったことから、i案で示した本法制度の中で長期対応を考えてゆくことが实际的であろうと考える。制度枠などの総論的方針を明確にした上で、実務上の各論を検討する必要があると考える。

2. 居住地確保の手段が欠けている

入院機関からの退院に際して、本法制度の中には居住地確保の手段が用意されていないために、個別に不動産業者を介してのアパート探しを行っているのが現状であるが、賃貸契約が円滑に進まず、そのために退院の実現に多大な日時を要することがある。これに対して対象者が優先的に利用できる公的住居やその利用支援策があれば、退院による社会復帰も円滑に進めやすくなるであろうし、そうした住居であれば保護観察所による精神保健観察も行いやすく指定通院医療の円滑化が期待できる。またこうした住居で一定期間地域生活を行ったという実績を積み、地域の作業所などの資源の関係者や対象者の家族なども、より安心感を高めて“その後の支援”を引き継いでゆけるのではなかろうか。イギリスには司法精神医学施設(保安病院)を退院した人の住居(ホステル)が市中にいくつもある。わが国の場合、

最初から市中に設置することには困難は大きいであろうから、官公庁などがある公有地などで試行してはどうだろうか。

3. リスク評価と対応策を進化させるために

入院機関処遇中の他害行為の発生や、離院や自殺等の事故も報告されている。事故のリスクを事前に適切に評価して未然に防ぐことと、事故がおこってしまった場合に損害を最小にするとともに、関係者への説明など、必要な対応を適切に行う技術を高める必要がある。

こうした技術を高めるためには、実際におこった事例について、詳しく症例検討を行い関係者がその状況に関する情報を共有する機会を持つことが重要だと思う。しかし現状においては、個人情報保護の観点から、公的な場で個別症例を詳細に議論することは難しくなっている。重大な他害行為を背景に持つ対象者に関して「個人を特定させない範囲で、十分に具体的に検討する」ことは両立しがたいこともある。しかし参加者をきちんと把握する等の情報管理を行うなどの配慮をして検討する場を模索してゆく必要はあるだろう。

こうした症例検討は、なにも本法医療におけるリスク対策のみに重要なわけではない。たとえば刑事責任能力に関する精神鑑定においても、鑑定人の技術を高めるためには、鑑定後の司法判断の過程や結果を知ることがきわめて有用である。また被鑑定人が結果として医療観察法による医療を受けることになった場合、その治療経過から学べるものも多いはずである。実際に精神鑑定を担当した医師から、その後の治療経過に関心を示されることは多々ある。しかしながら裁判官との協議の場でこの問題を議論すると「鑑定人が成長するためには、鑑定書を提出した後に、その後の経過から学ぶことが重要であることはよく理解できるが、鑑定の役割を終えた後に、鑑定人が被鑑定人の情報を得ることを可能とすることは、法的には難しい問題」といった旨の意見を受けた。この問題は司法精神医学の発展のためには重要な問題であるために、よりよい方法を考えてゆきたい。

4. 後継者育成（とくに病棟医長を担当する医師について）を後回しにはできない

制度が発足して満7年が経過し、各施設でも病棟医長を含めた世代交代が散見されるようになった。

すなわち後継者の育成ということの重要性が増してきているのである。個々の入院対象者の治療に関しては、入院機関の若手医師なども主治医を担当するなど、積極的に参加していると考えられる。しかしながら病棟運営の要となる病棟医長の交代・引き継ぎは必ずしも容易なことではない。それは病棟管理医の立場から本法医療をみると、まず「重大な他害行為を働いた者を円滑に社会復帰させる」という政策的医療の場を運営する責任や実務の“重さ”がある。その一方で、医師に対象者の入退院を決定する権限はないなど裁量権の乏しさ、裁判所の審判決定に時間がかかるなど“小回りの利かなさ”、毎週の治療評価会議をはじめさまざまな会議が多くスケジュールが過密になるなどの“窮屈さ”があることは否定しがたい。それらのことから病棟医長を引き受けるためには、なにがしかの覚悟を必要とするのであろう。

こうした場で後継者を育成してゆくためには、本法医療の経験が、将来のキャリアの中で有効に生かされるようなインセンティブを設けることも重要だと思う。たとえば、本法医療実務を経験した者が、外国の司法精神医学を学ぶ留学制度を創るなどである。また文部省と協同し、大学医学部の精神医学講座の中に司法精神医学に関する講座を設置し、その教官人事に本法医療の経験が反映されることなどが望まれる。これは本法医療に携わる者の立場からだけでなく、わが国の精神医学教育において、司法精神医学に関する教育がほとんど欠落しているという現状自体からも要請されることである。臨床精神医学の研究という視点からも、本法医療の対象者は、刑事司法段階での捜査や精神鑑定などによって、生活歴や現病歴などの情報は詳しく集められおり、本法医療による医学的関与や観察の密度も高い。臨床精神医学的に検討を深める材料は豊富にあると考えられる。わが国は司法精神医学の専門研究者もごく少なかったこともあって、この分野での未開拓の課題もたくさん残されている。

また前項で触れたことにも関連するが、本法医療に限らず、刑事責任能力の精神鑑定に携わる精神科医師を育成することは、裁判員裁判制度（注6）によって、国民に広く司法が開かれ、その裁判においてより精神鑑定の件数は増加しており¹⁾、より多数の精神科医師が鑑定人、参考人などとして出廷するようになった現状からも、精神医学教育の中で司法精神医学的教育の水準を高めることは急務なはずで

ある。

5. 一般精神科医療への反映・汎化を念頭に

本法はその附則の第3条において、本法医療の水準を向上させるのみでなく、わが国の精神医療全般の医療水準や、精神保健福祉全般の水準を向上させることが政府の責務であることを謳っている。また本法医療は国費によって賄われている。こういったことは、本法医療を進める中で得られた知見を、精神医療全体で有効に活用されることが求められていることを意味している。入院機関で定期的に開催される外部評価会議の委員として参加する精神医療関係者や法律家も、本法医療の成果が一般精神科医療で生かされることを期待する意見をよくいただく。

もとより本法医療の対象者は多くの場合、本法医療の処遇が終了した後には一般精神科医療の場で治療を継続してゆくことが想定されている。そのため本法医療が一般精神科医療へと円滑にバトンタッチされてゆくことが是非とも必要なことであり、そのような一般精神科医療のもとで「元対象者」が長期にわたり安定した社会生活を維持してゆけるか否かで、本法医療の真価が問われることになる。

わが国には精神科の病院数は約1600あり、病床数も約30万床である。序項で挙げた本法による入院機関とは規模の上では比較にならないほどの大きな違いがある。しかしながらわれわれが所属する病院においても、入院機関で行われている多職種が主体的に治療を進めてゆくチーム医療、安全性の評価、患者が自身の疾患や必要な医療を理解する治療プログラム、患者も参加して達成目標を立てて進める計画的医療などは、徐々に一般精神科医療にも浸透しつつある。人員配置基準の違いなどから、本法医療をそのまま一般精神科医療に導入することは困難であっても、治療全体を見渡した時に、本法医療のエッセンスを生かせる場面をみつけることは少なくない。こうした広がりはやがてはわが国の精神科医療全体へも浸透してゆくことが期待される。しかしその浸透を受動的に待つばかりでは済まされまい。前項4.で「本法医療の経験が、将来のキャリアの中で有効に生かされる」場を創ることの必要性を述べたが、これは本項冒頭で紹介した本法附則第3条が意図するものを実践するために政府の役割として実現すべき戦略でもあると考える。

おわりに

以上、入院機関の立場から5つの課題について私見を含めて提示した。

最後に、入院機関に限らず本法制度全体の課題として「本法医療の意義を国民に広く理解していただくことの必要性」を挙げておきたい。先に挙げた附則第3条にもあるとおり、本法医療は本法医療対象者の治療だけでなく、わが国国民の精神保健福祉全体の向上を視野に入れたものである。そしてその向上の暁には、「過去に重大な他害行為を行った精神障害者であっても、必要な医療をきちんと受けることにより社会の一員として再び生活してゆけること」が受け入れられることが必要であり、そのような社会が待ち受けていることが期待されているからである。

かつて東京帝国大学の精神医学講座の教授を担当した呉秀三は、わが国の精神医学の基礎を創り、人道的な精神医療の推進に寄与したが、当時（明治末期から大正期前半）の全国の精神障害者の私宅監置（いわゆる座敷牢など）の状況などを調査した報告書を大正7（1918）年に提出した²⁾³⁾。そこには「日本は西欧に比べて精神障害者が差別的な扱いを受け、その医療や福祉が遅れている」ということを批判する意図から、「わが国の精神障害者は、精神病を持つことと、この国に生まれたという二重の不幸を負う」という趣旨の訴えが記されている。この呉の嘆きは現在も解決されたとは言いがたいのだが、本法の対象者は、さらに「重大な他害行為を働いた」という困難な病歴を背負っている。彼らの社会復帰には国民の精神障害やその医療についての理解と共同作業が不可欠であるからである。

ちなみに呉は同報告書の別項で、「刑法には、精神病者の犯罪行為に対しては、心神喪失者の行為として刑罰の対象としないという規定があるのに、そうして免罪となった病者に対しては、その後の措置について法律上も行政上も全く規定がなく、これは奇怪にして耐えがたい事態である」という旨の強い口調の文言があり、呉は当時すでに、わが国の精神医学の中に司法精神医学の視点が欠けていることを鋭く批判していたのである。われわれは医療観察法によって、この宿題に対して80年以上の歳月を懸けて“未完成ながら”一つの答案を提出したのである。この答案を採点するのは、もちろん草葉の陰の呉ではなく、現在から将来の国民である。

注1：正式名は「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療と観察等に関する法律」。平成15年7月に成立し、同17年7月から施行されている。本稿では本法とも略記する。

注2：ここでいう精神鑑定は、本法による処遇の内容（指定入院医療、指定通院医療、本法による医療を行わないことなど）を審判で決定するための資料としての精神鑑定を行うものである。この精神鑑定においては、治療反応性を評価する必要性からも、鑑定期間中に薬物療法をはじめ積極的に医療を行うことも求められている。

注3：これらの情報は厚生労働省のホームページで参照可能である。ちなみに入院機関28カ所のうち、15カ所は国立精神・神経医療研究センターと国立病院機構という「国関係」に、他の13カ所は県立などの「都道府県関係」といった公的病院に設置された。

注4：強力な治療効果を持つ抗精神病薬。商品名はクロザリル Clozaril[®]である。

注5：新法による制度といっても、社会の安全を主目的とする「刑事政策としての保安処分」とは異

なる理念と内容を備えることが重要だと考えている。

注6：正式には平成21年5月に施行された「裁判員の参加する刑事裁判に関する法律」の規定に基づく裁判制度。

〈本論文は第66回国立病院総合医学会シンポジウム「精神科医療の現状と展望」において「医療観察法病棟の“今日まで、そして明日から”」として発表した内容に加筆したものである。〉

[文献]

- 1) 平成23年8月20日の宮崎日日新聞（朝刊）等による最高裁判所情報。
- 2) 呉秀三・榎田五郎、『精神病患者私宅監置ノ実況及び其統計的観察』内務省報告(1918)、復刻版；東京：創造印刷；1973。
- 3) 金川英雄訳・解説。『【現代語訳】呉秀三・榎田五郎、『精神病患者私宅監置の実況』』、東京：医学書院；2012。