

社会福祉リカレント講座

更生保護、医療観察と社会福祉の関係

「医療観察制度における地域処遇の現状と課題～所感をまじえて～」

講師：東京保護観察所

社会復帰調整官 八木 眞佐彦

日 時 平成 22 年 2 月 19 日（金）

場 所 東京区政会館 3 階 35 教室

〈社会福祉リカレント講座〉

「医療観察制度における地域処遇の現状と課題～所感をまじえて～」

法務省東京保護観察所社会復帰調整官室 八木眞佐彦 氏

医療観察制度とは・・・

最も簡略化した通称で医療観察制度（以下、「本制度」と表記。）と呼ばれることが多いですが、正式な名称は「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律」と言います。

対象となる他害行為は、放火、強制わいせつ、強姦、殺人、傷害、強盗及びそれらの未遂です。事件当時に精神の障害により心神喪失もしくは心神耗弱であった場合に初めて本制度の審判の対象になります。簡単に言いますと、他害行為が統合失調症あるいはそれに近似した幻覚・妄想状態に支配されて行ったもので、責任を全く問えない心神喪失、あるいはほとんど問えない心神耗弱である場合に、本制度の対象とするかどうか審判をしてくださいという申し立てを検察官が裁判所に行います。実際に審判に乗せても全員が対象になるわけではなくて、よくよく調べたら責任能力があったということで却下になる場合もあり得ますし、治療反応性がないということで本制度には乗らないこともあり得ます。

くれぐれも注意をしていただきたいのは、本制度の処遇は犯罪者処遇ではないということです。法の正式名称には「重大犯罪」とは書いてありません。行為について基本的に責任を問えないということで犯罪の要件を満たしませんので「他害行為」という言い方をするわけです。そして、本制度の治療及び処遇の対照となった場合には精神保健福祉法、自立支援法その他の制度と本制度で支えていくわけです。

もう1つは、この制度の処遇は罰や戒めではなく、対象者自らが精神保健福祉サービスその他のユーザーとしての視点を獲得し、社会資源を利用できるようにコーディネートするプロセスだということです。要するに、入り口は裁判官の決定だったとしても、本制度の処遇過程において、ご本人が自分には精神科治療や各種精神保健福祉サービスが必要であるということで、自らユーザーとしてそれらを活用できるようになっていただくプロセスだと考えています。

社会復帰調整官は、法第20条に「精神障害者の保健及び福祉その他この法律に基づき対象者の処遇に関する専門的知識に基づき～中略～精神保健福祉士その他の精神障害者の保健及び福祉に関する専門的知識を有するものとして政令で定められる者でなければならない。」とされており、もともと司法機関の職員だったという者はなく多くが精神科医療機関や精神保健福祉センターな

どから転職して、社会復帰調整官となっております。私がこちらに転職した時点である法施行の1年前は全国で54名でしたが、それ徐々に増員され今は98名が配置されています。なぜ精神保健福祉の経験者を国の機関である保護観察所に置いたのかというと、1つは、国が統一的に実施するということがあります。保護観察時は全国の都道府県に最低1か所は設置されている国の期間です。また本制度の種々の処遇決定を同じく国の機関である裁判所が決定するわけですが、保護観察時は概ね地方裁判所の近くに立地しています。つまり裁判所とアクセスの良い保護観察所に精神保健福祉従事の経験者を配置したことになります。

社会復帰調整官の仕事・・・

社会復帰調整官の仕事は、おおまかに言いますと生活環境の調査、生活環境の調整、処遇の実施計画の策定、精神保健観察の4点に整理できます。

心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った人に対して、検察官から地方裁判所に対して当初審判の申し立てがなされると、当初審判ではその人を本制度の対象とするかどうか、するとしたら入院から始めるのか、当初から通院で十分なのか、あるいは必要がない人か、責任能力があるとして却下するかという4点を決めていくわけですが、生活環境調査というのは、審判のための主に環境面、治療歴、生活歴などについての資料をつくるという役割があります。

そして、裁判所が本制度の指定入院医療機関に入院の決定をして、入院した場合、直ちに退院に向けての生活環境調整を病棟スタッフや地域の関係機関、ご家族などと協力して着手します。処遇の実施計画の策定というのは、本人を地域で支えていくために必要なこと、本人の希望の希望を踏まえながらA4判2枚ぐらいの紙にインデックスとしてまとめていく作業です。後述する「ケア会議」は、時宜に応じて概ね1～3か月に1回開催されます。基本的にはケア・マネジメント方式をとっていて、ケア会議に対象者に参加してもらうことによって病識を深めたり治療モチベーションを上げたり、自分のニーズに気づいていただくという作業を繰り返していきます。そのプロセスの中で退院直前のケア会議には処遇の実施計画案が作成され、実際に退院する案が取れてそれを利用することとなります。

医療観察法関連のガイドラインには、鑑定ガイドライン、指定入院医療機関運営ガイドライン、入院処遇ガイドライン、指定通院医療機関運営ガイドライン、通院処遇ガイドライン、地域社会における処遇のガイドライン（以下、「地域処遇ガイドライン」と表記。）の6つがあります。地域処遇ガイドラインは法務省と厚生労働省の共同通知になっており他のガイドラインは厚労省単独のものとなっております。

地域処遇ガイドラインの中で関係機関の定義が明記されていますが、地方厚生局、指定医療機関、保護観察所、都道府県、区市町村、精神保健福祉センター、保健所等々で、もともと精神保健福祉の専門職の機関に、新たに保護観察所の社会復帰調整官が入っているという仕組みになっています。

これから皆さんが本制度の処遇に実際に携わっていただくと、「ケア会議」という言葉がたびたび出てくるかと思います。医療観察の処遇過程でケア会議と表現した場合には、保護観察所が主催して集まっていただくものになります。東京の場合は、ほぼすべてのケア会議に精神保健福祉センターの方、保健所の方にルーチンワークで入ってもらっています。複数の機関の調整が必要な場合、その他特段の課題がある場合には東京都庁の精神保健医療課に参加してもらうこともあります。希にご本人の社会復帰にとって極めて有効であると目されるインフォーマルな関係者が参加することもあります。そのよう際には守秘義務について念を押し確認させてもらっています。

地域処遇ガイドラインでは関係機関には共通の役割として以下のようなものが示されています。

1つは処遇の実施計画の作成及び見直しに携わること。2つ目は、処遇の実施計画に基づく処遇を実施すること。3つ目は、ケア会議への参加などを通じ、関係機関との緊密な連携に努め、処遇を実施する上で必要となる情報の共有を図ること。4つ目が、生活上の調査・調整及び精神保健観察をはじめとする地域社会における処遇の実施に関し、保護観察所からの要請に応じ、必要な協力を行うということです。

予測される本制度の対象となる人の数は、過去の統計から年間で400人ぐらいと言われていて、東京都は多摩地区も含めるとその1割と予測されていました。法施行後の状況は、関東が突出して多く、関東の中でも東京、神奈川、千葉、埼玉が非常に多いということです。

本制度の審判の特色としては、裁判官だけではなく、裁判官と同等の権限で一定の経験と研修を受けた精神科医（精神保健審判員）が合議体を形成して決定することが挙げられます。また合議体が必要と判断した際に、もう一人精神保健参与員が主に環境面からのアセスメントについて意見を述べます。精神保健参与員は精神保健福祉従事経験者の中からさらに一定の研修を受けた主にPSW、あるいは保健師の経験者などから選任されます。このように審判では裁判官と精神科医の合議体、必要に応じて精神保健参与員が関与し、医学的側面、環境的側面など多角的な視点から決定がなされることになります。

生活環境調整の主な内容・・・

生活環境調整の主な内容は、まず退院後の住居の選定があります。居住予定地の考え方は、地域処遇ガイドラインに原則として元の居住地を原則とすると示されています。本来精神保健及び福祉のユーザーであるべき方が心身喪失になるまでうまくキャッチされる仕組みがなかったといえることができます。これはご本人にとって通院のアクセス、買い物など種々の生活感覚を取り戻しやすいしやすいということ、病状悪化のプロセス、あるいは退院後また病状が悪化するとしたらどういったふうクライシスコールがあるかを一番適切に予測できて、社会資源や施策などの状況について最も知見があるのは、で元の地域であろうということが関係していると考えられるでしょう。

居住地への退院に特段の支障がある場合は、対象者の希望に基づき、まず、元の家そのものがだめだったら、その市区町村、そこもだめだったら居住地の存在する都道府県のどこか、それがだめだったら、子どもころ住んだことがあるとか、仕事をしているころ住んだことがあるといった過去の生活環境を踏まえて適当と考えられる都道府県、という順で調整していきます。

指定入院医療機関多職種チームとCPA会議・・・

入院治療が始まるとCPA（CARE PROGRAM APPROACH）会議というものがあって、そこでは指定入院医療機関の多職種チームが一緒にかかわってくれます。対象者1人につきおおむね6名（医師、ソーシャルワーカー、看護師2名、臨床心理士、作業療法士等）で形成されます。

精神保健福祉法で措置入院された方が、措置が解除されて任意になったとして、その医療機関が将来退院するアパートや、家に何回外出や外泊訓練をしてくれるかという、そうそう多くはできないと思います。過去の経験から、しない場合もあるように思います。ところが、例えば国立精神・神経センターの指定入院医療機関の第8病棟などでは大体10泊ぐらいの外泊訓練をしてくれています。1泊してもらって、その時の本人のストレングスともしあれば脆弱な部分の両方を評価して、2回目を行う。さらに3回目というふうにします。まただんだん付き添う職員を減らしより退院後の暮らしに近い雰囲気を作るように工夫しているようです。そのようなプロセスを経た上で指定入院医療機関から地方裁判所に退院許可申し立てをしています。

指定入院医療機関では、多職種チーム（MDT）が定期的にCPA（CARE PROGRAM APPROACH）という会議を開催しています。各職種が専門性を発揮しながら協議し、さらに対象者本人が必ず参加しています。

国立精神・神経センター病院、あるいは近い指定入院医療機関（久里浜アルコール症センターや千葉県の下総療養所など）の場合は、退院後想定される関係機関も必ず参加しています。病棟

が主催するCPA会議と社会復帰調整官が主催するケア会議を同時開催することで、本人と退院後の関係者との信頼関係が醸成され、より堅固なネットワーク構築に寄与しているということが言えます。

CPA・ケア会議の運用のイメージですが、1回目は初期評価で、まだご本人もしっかり話し合える状態でない場合も多いので、大まかな治療目標を検討します。2回目以降で退院計画、家族支援、その他福祉関係の方にも入ってもらうことが多く、社会復帰期（退院の前の半年ぐらい）には退院予定地、外泊訓練先が決まってきますので、将来ご本人が住むアパートのある保健所、予定される指定通院医療機関、場合によっては地域で開催しています。

CPA・ケア会議への参加機関にはどのようなところがあるかという点、これは東京都内や、隣県の指定入院医療機関に入院できている場合だけになってしまうようですが、対象者ご本人、指定入院医療機関のチーム6名、ご家族、保健所、精神保健福祉センター、候補となる指定通院医療機関の医者やPSW、社会復帰施設、作業所、都の精神保健医療課、場合によっては私選の付添い人などが入ります。付添い人というのは弁護士です。国選で弁護士さんをつけてくれるのは医療観察の当初審判ですが、資金潤沢な方の中には私選で別途付添い人をつけていることもあります。退院予定地が都道府県をまたぐ場合は、その県の社会復帰調整官とか地域関係者も来ていただくこともあります。このように何回もの外泊訓練、地域関係者との接点を作った上で退院に至るようコーディネートをしています。

通院処遇について・・・

通院処遇は、治療上3つの時期に分かれています。通院前期（1カ月～6カ月）は、地域生活に慣れるとか外来通院がしっかり守られる、必要な薬が飲めるということが必要になります。もちろん、入院中にこれらを外泊訓練でさんざんアセスメントした上で出てくるわけですが、中には退院して思わぬ動揺があって、リズムが崩れてしまう方もいます。ですから、退院直後はケア会議を月に1回開いて、その間にも地域関係者の方に訪問してもらったりして、できるだけご本人が安心して生活して、リズムがとれるように、特に最初の3カ月ぐらいは手厚くかかわってもらっています。

中期（7カ月～24カ月）は計画的な生活ができるとか、困ったことが相談できる、金銭管理できる、生活を楽しむことができるというふうには、少し生活の幅を広げていく。予後のいい方はもっとここで自己実現できて、作業所に通所、あるいはそろそろ就労しようかということになってくるわけです。

医療観察の通院期間は標準で3年とされていますが、実際には3年を待たずして処遇を終了する方も少なくありません。またこれから先、3年たったけどちょっと心配だなということで、延長申し立てをする方も出てくるかも知れませんが、3年で満期終了となるほかは早期終了、期間延長のいずれの場合も地方裁判所の合議体で決定することになります。

地方裁判所から通院決定を受けた方は、精神保健観察において、本人に幾つか義務があります。まず居住地の届出です。必要な医療の確保や保健福祉サービスを展開する上で定まった家に住んでいることは非常に重要なことですので、その届け出をする。それから、転居とか長期旅行の場合も届け出をしてくださいということです。ま調整官に会いに来よう出頭を求めたらそれに応じてもらうということがあります。

処遇実施計画書はA4判2枚ぐらいのもので、だれが見てもすぐにわかるような簡便な書式でつくられています。例えば、通院医療に関しては担当の主治医は何先生で、窓口になるソーシャルワーカーはだれかということ。大体最初の窓口はその指定通院医療機関のPSWになりますので、そこが一番キーになってきます。デイケアについては、退院直後はほとんどの場合通院医療機関と同じ病院のデイケアに通ってもらっています。それから、夜間の窓口も書かれています。指定通院医療機関になる条件として24時間電話対応の窓口があることが求められていますので、夜はこの電話番号にかけてくださいということが対象者、家族、関係機関全員に示されます。これも今思えば、精神保健福祉法でも必ずこうやっていけば、重大な他害行為を相当防げるのかなという気がしています。さらに、授産施設に通っている方とか、生活保護を受けていらっしゃる方の場合も、その担当者の名前を記載させていただいたり、保健師さんの名前が入ったりします。また地域処遇ガイドラインの各機関の役割をかんがみ精神保健福祉センターの担当者の名前も記載されています。

本制度の通院処遇が始まって、特段の問題もなく3年過ぎれば、裁判所が関与せず、自動的に医療観察の処遇は終了します。これが期間満了です。また、3年間を待たずして、本制度による医療が必要ではなくなったと判断された場合、保護観察所は指定通院医療機関の意見書を付して裁判所に対し処遇終了の申し立てをすることになります。

一方、本制度による再入院が必要となるのはどういう時かということ、精神保健福祉法の入院などを適切に講じても、必要な医療継続が見込まれず、その病状悪化により、本制度の指定入院医療機関の専門的な、手厚い治療を行わないと再度同様の多害行為が発生する可能性が高いと判断される時です。軽微や中程度の病状悪化や再多害行為の可能性とは結びつかない病状悪化もあるわけですから、病状悪化＝本制度による再入院ではありません。対象者がご自分から早めに任意

入院して短期間休息するというスキルを獲得している場合もあるようですが、医療保護入院、場合によっては措置入院など精神保健福祉法上の対応を駆使しても、指定入院医療機関による治療を実施しないと病状が悪化して再他害行為の可能性が高いと判断される時は、保護観察所は指定通院医療機関の意見を付し裁判所に本制度による再入院の申し立てをすることになります。幸いにして現時点では東京都内では本制度による再入院申し立て件数はゼロとなっています。

ケア会議の開催・・・

退院後の予後の安定のため入院中のCPA会議及びケア会議の共催の段階から対象者やご家族と関係機関の担当者氏名と連絡先などを共有し退院後の病状悪化時にも小さな不安のうちいずれかの関係者になんらかの形で相談してもらう構造を用意できるようコーディネートしています。

CPAは入院中のものですから、退院すると純粋なケア会議になります。退院直後はおおむね1カ月に1回開催し、開催場所は主に指定通院医療機関になります。グループホームを利用している方などで、民間の事業所の方がケア会議に来ていただいた場合は、処遇協力謝金を保護観察所から出しています。経過が順調であれば3カ月おきぐらいにして、開催の間隔は課題や必要性に応じて変更しています。なお、ケア会議は処遇終了までに平均で10回以上開いていることが殆どです。場合によっては20回を超えることもあります。

ご本人が医療や種々のサービスを利用しながらうまくやれている時、あるいは少し不安が強まった時とか、いろいろなところを関係者の皆さんにも一緒に経験していただいて、本人が病状悪化するとしたら最初にどんなサインが出るのか、その時ご本人がどう いうふうにそれを伝えられるのか、あるいは残遺する障害の状況によっては予めどの程度関係機関から手を差し伸べておくべきかなど、その辺をよく精査した上で処遇終了申し立てに至ります。その際に重要なことはご本人の病識の獲得状況と治療や相談にメリットを感じているかどうかということ、予測される病状悪化のサインをできるだけ早期に関係者が把握する体制ができているかどうかということだと思います。先述しましたが、3年の期間満了よりも早く処遇終了をする場合には保護観察所は指定通院医療機関の意見を付して地方裁判所に対し処遇終了の申し立てをすることになります。

制度施行後4年半を経過しての所感など・・・

法施行後4年半が経過して感じるのですが、まずは指定通院医療機関の指定数増への期待です。東京都内は指定入院に関しては松沢に33床新設、国立精神・神経センター病院に33床増床など充実しつつあり、より地域との接点が増え法の目的である対象者の社会復帰が図られることに

期待しています。しかしながら現時点では指定通院医療機関が大幅に不足しています。指定通院医療機関設置の目安は人口100万人に対して3～4カ所ということですから、23区であれば16カ所が必要になるわけですが、その1/4というのが現状になっております。特に身体的なハンディがある人の通院アクセスの困難性が懸念されます。また全国的な視野で見ますと現時点では北海道には指定入院医療機関が未設置となっているなど、今後の指定入院医療機関のさらなる整備も必要だと思えます。

精神保健福祉法及び障害者自立支援法による各種サービス利用上の問題と課題があります。特に問題と課題を感じるのは、そもそも医療、精神保健、福祉などが必ずしも機能していなかった事例が、本制度を通して浮き彫りになることがあります。精神科医療又は精神保健相談の利用の仕方自体を知らないまま病状悪化してしまった例もあります。

社会復帰調整官の人数については現状では1名配置という保護観察所もありますし、複数配置である東京保護観察所も対象となる人の絶対数が多いので今後も増員されていくことに期待しているところです。

また法が施行され間もなく5年になろうとしています。制度の正しい知識と理解に向けた普及啓発は今後も必要と考えます。この制度の対象に限らず精神障害者の方の権利擁護という点で問題意識を感じています。

制度運用面についての東京都内での取り組みをいくつかご紹介したいと思います。年に1度東京都心喪失者等本制度運営連絡協議会というものを開催しています。これは主に都内の各関係機関の長に参加していただいております。この協議会の下に専門部会を設けて、都庁と都内の3つの精神保健福祉センターの係長など実務レベルの代表者や、福祉事務所や社会福祉協議会の方に集まっています。

この運営連絡協議会専門部会の収穫として「心身喪失者等医療観察法による地域処遇マニュアル」というものを作成することができました。マニュアルは初めて医療観察の対象者とかかわる関係機関の方にわかりやすくQ&Aや情報の管理に関する考え方、病状悪化をまねかないための支援体制づくりなどについて記載してあります。

また、国立精神・神経センターのPSWの方が発起人となり、東京都内の指定医療機関及び鑑定医療機関のPSWが集い「東京都司法精神医療福祉研究会」という勉強会が通算50回近く開催され、制度の円滑な運用にも寄与していると感じております。

まとめ

医療観察というのは心神喪失など、病状が相当悪化してしまった人が対象になるわけですが、重篤な病状悪化までには相当の期間があり、たくさんのサインを本人が出していた可能性があると思います。しかし残念ながら精神科医療、保健、福祉などと適切な接点を持つ機会がなかった、うまく危機サインを受け止められなかったという一面があると思います。本制度は本来精神保健のユーザーであるべき人が対象であって、その人自身がメリットを感じ、地域関係者、医療関係者との信頼関係、家族との適切な関係などの醸成を図り、関係機関の相互の連携でソフトランディングをしていくプロセスだと思います。

本制度の手厚い医療の実施や全ての対象者に対して個別の支援体制を構築するというのは現状では最も濃厚な取り組みと言ってよいかと思います。本法は121条までありますが最後の附則第3条という部分には「政府は、この法律の医療の対象とならない精神障害者に関しても、この法律による専門的な医療の水準を勘案し、ここの精神障害者の特性に応じ必要かつ適切な医療が行われるよう、精神病床の人員配置基準を見直し病床の機能分化等を図るとともに、急性期や重度の障害に対応した病床の整備を図ることにより精神医療全般の向上を図るものとする。」更に「政府はこの法律の医療必要性の有無に関わらず、精神障害者の地域生活支援のため、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。」と記されています。社会復帰調整官として対象者の社会復帰のためのケア会議や地域コーディネートに関わってみてこれら附則の目的が実現し、本制度の運用や地域ケアの実践で得られた知見が、精神保健全般で生かされることを願ってやみません。