

謹  
呈

特集 医療觀察法を間近にひかえてーその役割と課題

医療觀察法における医療(指定通院医療機関)  
ー私的病院の立場からー

広島 医療法人せのがわ 濑野川病院 理事長・院長

津久江一郎

日本精神科病院協会雑誌別刷  
2005 Vol.24 No.4

創 造 出 版

著  
者

# 医療観察法における医療（指定通院医療機関） 私的病院の立場から

津久江一郎

広島 濑野川病院 理事長・院長

## Key Words

医療観察法、指定通院医療機関、いわゆる処遇困難患者、通院医療費公費負担制度

## はじめに

いま、われわれ精神医療に携わっている病院、クリニックのみならず社会復帰に関係する施設等全ての分野の方々にとって、大きな関心事の一つに第32条（精神保健福祉法）の問題がある。

脱入院化により地域ケアを推奨する国の方策の矢先のこととて、これまでの経緯からしても、今後どういう方向に進むのか、どうなるのであろうかという不安感と不透明感が巷に満ち溢れている。この不安感の引き金となったのは、平成16年10月12日厚生労働省障害保健福祉部から「今後の障害保健福祉施策について」（改革のグランドデザイン案）が発表されたことに端を発している。

この中で、「1. 現行の制度的課題を解決する」の項の「見直しの具体的な内容」として「障害に係る公費負担医療の見直し」を掲げている。つまり、精神通院医療費公費負担制度についても見直して、“他の公費負担医療と同様に応益的な負担を基本とする”と、審議会における十分な議論を待たずに独断先行しているのである。社会復帰施設や生活支援に関するサービスがいまだ十分なされていない現在の状況から考えると、いかにも「結論ありき」の感があり、本来的にこのことに先行して整備が必要である。多分に国の財政難や三位一体施策が大きく影響していると思われる。

これは現在の医療の実態（精神保健医療の実情）を無視した暴挙とも受けとれるが、最近の行政改革に伴う審議会の見直しで、“審議会”そのものが諮問答申という形をとらないので、審議会の意見はあくまで参考にして、最終的には厚生労働省が行政的裁量の範囲で責任を持つという方針

に変わったことによると思われる。であれば、なおさらのこと、意見を十分に尊重すべきである。

冒頭よりあえて会員の不安を煽ることになったが、決してこれが今回のテーマである司法精神医療、なかんずく医療観察法と無縁ではないからである。それどころか、わが国においては過去大きな社会問題となった不幸な精神障害者による事件を契機として、この通院医療費公費負担制度は発足していることを強調したいがためである。

いま一度過去を振り返り、わが国の精神医療施策を考証したい。また、することは決して無駄ではないと思う。

周知のごとく、わが国において「精神衛生法」が制定されたのは、昭和25年のことであった。

その後、さしたる改定もなく経緯していたが、1964年（昭和39年）3月にライシャワー駐日アメリカ大使が、統合失調症で入院歴のある精神障害者によってナイフで刺され重症を負うという不幸な事件が起こった（世に言うライシャワー事件）。このことで精神障害者の不十分な医療の現状が大きな社会問題となった。事件の責任をとって国務大臣（国家公安委員長）は辞任したが、このとき警察庁から厚生省に対して、法改正の意見を具申している。

こうした不測の事象があり、精神衛生法制定以来15年目にして、昭和40年「精神衛生法の一部改正する法律」が成立されたのである。

この改正で初めて、在宅精神障害者の医療の確保を容易にするために、通院医療費の1/2を公費負担する制度を新設し、地域精神保健対策の推進として通院医療を位置づけたのである。これが冒頭に述べた法第32条「通院医療費公費負担制度」が誕生した経緯なのである。

こうした長い経緯を経て成立した「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（平成15年7月成立）」（以下、医療観察法という）の施行を前にして、厚生労働省はその入院治療の運用指針（ガイドライン）案をまとめた。

厚生労働省障害保健福祉部精神保健福祉課が障害保健福祉関係主幹課長会議（平成16年10月15日）で「医療観察法の施行について」提出、説明されたものがある。

ここで対象となる精神障害者の治療については、この運用指針で、まず「原則として1年半での退院」を目指すことを公表した。この説明で「あえて目標を設定することで早期の社会復帰を進めたい」とある（これに対する筆者の意見については後述する）。

いずれにしろ、すでに2年前から医師・看護師・臨床心理士等の司法精神医療従事者の研修・教育は海外研修を始めとして、国立精神・神経センター精神保健研究所司法精神医学研究部において着々と治療の精神医学的評価および治療等に関する基礎的研究も行われている。

ここでは主題から外れるので「指定入院医療機関における医療」については割愛するが、さしつめわれわれ民間精神科病院にとって重要なものは、「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」であり、これに加えるとしたら「地域処遇ガイドライン」についてであろう。

以下、順次これに沿って英米での実態の報告をふまえて、問題点を指摘しておきたい。

## 英米におけるいわゆる処遇困難患者の対応

ここに、『1999年Ashworth特別病院：調査委員会報告書第1,2編（Report of the Committee of Inquiry into the Personality Disorder Unit, Ashworth Special Hospital）』がある。

これによると、英国には高度安全対策病院（High Security Hospital；これは特別病院（Special Hospital）の代替語）はAshworth, Boradmoor, Ramptonの3病院が現在存在している。その中でもBoradmoorは1863年に「犯罪に常軌を逸

した人物」等のために開設されており、長い歴史の上に立って現在、運営責任を最大限病院レベルまで波及させる努力を行ってきてている。ここでは、中央統制による厳正な臨床診療の検査を始めとして、厳しい管理・運営（1983年より精神保健法に基づく）がなされている。

ここでは人格障害に真正面から対応し収容している。そのうちAshworth（520床）の報告書に次のような一文があるので紹介しておく。

「入院患者のおよそ80%は刑事犯罪で有罪と宣告され、そのほとんどは拘束命令の条件が付帯されている。平均在院期間は8年間だが、一部の患者は永遠に退院の準備が整ったとはみなされず、残りの人生をAshworthで過ごすこととなる。この人格障害病棟には総計370名が在院し、ここでは豊富な娯楽、リハビリテーション、教育施設も完備している。高いコンクリート製の壁に囲まれ、かなりの物理的安全対策を講じている」

これは以前（1991年）、アメリカの精神医療制度視察団の班長としてニューヨーク、フロリダ、ワシントンDCの司法精神医療施設を視察したとき、「塀の中の自由と安全」についてしきりと宣伝していたのと同様であることに気づく。

ところが、わが国において発足する医療観察法での治療対象者からは、人格障害、薬物乱用精神障害者（酩酊時犯行、病的・複雑酩酊等）は今回外されている。「1年半」という治療反応性のみを考えた者だけが対象となるのであれば、心神喪失ではあるが、医療観察法での治療必要性なし（治療反応性なし）とされた人々は一体どこへ行くのであろうか。刑務所なのか、不起訴とされても今までどおり精神保健福祉法によって民間精神科病院で治療・ケア？ ということになるのであろうか。

単に司法から医療に丸投げされても、医療側でどの程度の治療を今回の司法精神病棟で提供、期待できるのかは、はなはだ心もとない。EBMと言ひながら、まったく科学的でなく、政策的判断としか言いようがない。

表1 指定通院医療機関運営ガイドライン（案）

目 次	
<u>1.はじめに</u>	
(1) 医療観察法の趣旨・概要	
(2) 本ガイドラインの目的	
<u>2.指定通院医療機関、管理者等の役割</u>	
(1) 指定通院医療機関の概要	
(2) 指定通院医療機関の管理者	
(3) 指定通院医療機関の精神保健指定医	
(4) 医療の質や地域連携を確保する組織形態	
<u>3.主な事務の流れ</u>	
(1) 通院医療の開始（指定入院医療機関から退院する場合）	
(2) 通院医療の開始（入院による医療を経ない場合）	
(3) 処遇の終了、期間の延長、再入院	
(4) その他の主な事務	
<u>4.通院中の対象者に関する留意事項等</u>	
(1) 精神保健福祉法による入院の選択	
(2) 必要な診療録の保管	
(3) 通院処遇の改善に向けた取組みへの参画	
(4) 個人情報の取扱い	
<u>5.地域連携体制</u>	
(1) 通常時における関係機関等との連携	
(2) 緊急時における対応体制の確保	
<u>6.その他</u>	
(1) 監査等の実務	
(2) 診療報酬請求事務手続き	

## 指定通院医療機関

すでに司法精神医療等人材養成研修会が進められており、全国の指定通院医療機関も公表され、受講者の自前による判定医講習会も始まっているが、指定通院医療機関推薦の受託状況は、平成17年1月時点で受託した精神科病院は全国で162病院と予定の約半数であり、12都道府県ではいまだに受託していないという。

こうした状況下で、平成16年3月4日入院治療指針が作成されている。これについては、筆者の主題から離れるので付言しないが、主題であるわれわれ指定通院医療機関に対しては、現時点では必ずしも十分な調整状況ではなく、今後最終的にとりまとめる段階で整合性を図るとしている。

その中で、“指定通院医療機関運営ガイドライン”（表1）および“通院処遇ガイドライン”（表2）により、こと細かく決められている。どれぐらい大変なことかを周知するために、各々の項目のみを列記しておくことは決して無駄ではないと思う。

## 仮釈放後のフォローアップは？

今年2月4日、愛知県安城市の通り魔・幼児殺傷事件で逮捕された容疑者が仮出所後に更生保護施設から姿を消し、事件を起こしたとされることから、法相は10日、仮出所者が保護観察中に所在不明になった場合に、警察への連絡を含めて所在調査を徹底するよう法務省保護局に指示した。法務省によると、現在約8,000人の仮出所者のう

表2 通院処遇ガイドライン（案）

目 次	
<u>I 総論</u>	
1. 医療観察法における通院処遇の位置づけと目標・理念	
2. 指定通院医療機関の役割と処遇方針	
別添 退院決定（退院地の決定）から処遇終了までの流れ	
<u>II 通院処遇の留意事項</u>	
1. 医療の質を確保する組織形態	
2. 治療プログラム	
3. 治療評価と記録	
4. その他	
<u>III 退院決定から処遇終了までの流れ</u>	
1. 通院開始前	
2. 通院開始後	
<u>IV 通院中の評価の留意事項</u>	
1. 通院開始時の評価	
2. 処遇終了等に係る評価	
<u>V その他の留意事項</u>	
1. 通院医療の決定	
2. 精神保健福祉法による入院の選択	
3. 個別医療行為の留意事項	
別添 対象者の病状悪化時の対応に係るフローチャート（検討中）	
<u>VI 処遇・治療及び評価等のデータ集積とガイドラインの見直し</u>	
<u>VII 事例集（参考）</u>	
別添 通院医療クリティカルパス（イメージ）	
別添 共通評価項目の解説とアンカーポイント（第一次案）	

ち、約600人が所在不明になっている。保護観察所は家族や知人に照会するなど行方を捜すが、警察に連絡することは少ないという。容疑者のケースでも警察には知らせてていなかった。同省は近く警察庁に協議を申し入れ、迅速に所在を把握するための連絡体制整備に乗り出すという。

ここで参考までに「仮釈放及び保護観察等に関する規則（昭和49年4月1日 法務省令第24号 改正平成14年6月5日法務省令第39号）」について、精神障害について無縁でないので、若干触れておきたい。これにより仮釈放・保護観察者に対する規則等が、主として再犯を予防するために事細かに決められている。

その中に予防更生第31条第3項または第38条第1項により遵守すべき特別の事項として

- ①いかがわしい場所に出入りしないこと。
  - ②射幸的行為にふけらないこと。
  - ③酒類を過度に飲用しないこと。
  - ④麻薬、覚せい剤その他の薬物をみだりに使用しないこと。
  - ⑤精神又は身体の障害について治療を受けること。
  - ⑥家族の扶養等家庭生活上の責任を果たすこと。
  - と、精神疾患に罹患した場合についても一行触れられている。
- 上述のごとく、本法における社会復帰調整官や指定通院期間中の精神保健参与員によるフォローアップは、マンパワーを含めてきわめて至難なことであると思われ、いまからその連携を危惧している。

## 結論および問題点

1. 繰り返すが、対象者を原則1年半の入院期間としたことは、治療反応性の有無に注目して“有”のみを入院治療の対象としていることになる。そうなると、治療反応性の困難な人格障害、薬物乱用精神障害（酩酊時犯行等）を意図的に対象外としている。

諸外国の例のごとく、まず最初に真っ向から人格障害等に対するケアシステムが構築されて、その次に治療可能性の人たちをどこでどう治療し、ケアするかを議論するのが当然の国の政策であろうと思われる。

ライシャワー事件に端を発して昭和43年の第1回の「保安処分に関する中央精神衛生審議会の意見（昭和44年1月23日）」が発表されて以来、数度にわたる報告書が審議会より答申されてきたが、今回発足する司法精神病棟なるものは、入院処遇に関しては多く期待することはできない。当初の目的より遠く外れ、現場を無視し、われわれ民間精神科病院の苦悩を強く裏切るものになってしまっている。

2. また、対象者が指定入院医療機関を退院すると、退院後の通院が義務付けられることになった。ということは、当初から入院治療はおざなりのものであり、入院治療よりむしろアフターケアすることがこの法律の焦点となっているようすら窺える。

それでは地域で対象の精神障害者を支える仕組みは現状きちんとできているのであろうかと問いたい。

3. 通院治療のための指針は社会復帰という法的精神を生かすために、国民に広く理解してもらう制度を作成するとあるが、その前に実行しなければいけないはずのわれわれ指定通院医療機関に対する説明と十分な同意はなされているのか。いずれにしろ、治療必要性の判定、通院医療プログラム等に関する研究が今後必要となる。司法に携わる側の精神医学の教育、なかんずく精神保健参与員の臨床教育は十分に行い、そこ

で再発、問題行動、通院不適、非通院者等々の問題の検討を行っていく必要に迫られている。とはいえ、エビデンスは求められるのかは、はなはだ疑問である。これらと連携することが重要であり、前提となろう。

4. 障害者の地域生活促進という美名とは裏腹に、脱入院から中間施設ではなくこれを通り越してノーマライゼーションの美名のもとに地域で暮らすことを掲げ、施設すら作らず、せいぜい通所となるデイサービスケアでお茶を濁すの如くを容認してはいけないと感じる。国策であれば、国のなすべき社会保障を当初から放棄しているのではないかと危惧する。

最終的に障害者が地域で暮らせるようにするための鍵は、医療と（社会）福祉の柔軟な連携による制度の充実、すなわち、住宅や生活の場の確保や就労まで含めた幅広い支援策の充実ではなかろうか。

5. 最後に平成16年5月19日に日精協各都道府県支部長宛に「観察法」施行に関するアンケート調査の結果が公表されている。これによると各県各様ではあるが、きわめて常識的に精神科医としての善意と使命感のもとに回答されている。

要はこの法が円滑に施行されたとしても、とくに鹿児島県の回答にあるごとく「退院後の外来通院治療は原則として公的病院で行ってほしい。一部の民間病院が引き受ける場合は、それなりの設備と人的な措置を講じなければならない」とある。

今後ますます国および公立の精神科医療機関の社会的使命が問われるべきであり、懸案である救急、システムにおける合併症等の役割を率先して果たすべきである。また、おりしもこれらの医療機関は存廃をかけてその役割を選択しつつあるので、この機をとらえた誘導を行うべく、政府・都道府県はその責任を追求するべきである。

6. われわれ精神科医として長年の夢であった司法精神病棟がわが国で発足しようとするいま、先進諸外国のそれと比肩するにはあまりにも現状をふまえたものでないことに気づく。彼我の懸隔は大きく、今後わが国の制度、国策はさらに数10年という長い年月を経て、より実現に則したものに近づく努力を行っていく必要があることを一臨床家の立場から警鐘して、歴史あるわが国の司法精神医療の発展を祈りながら擱筆する次第である。

### 参考文献

- 1) 道下忠蔵：厚生科学研究報告書 精神科医療領域における他害と処遇困難性に関する研究 昭和62年度～平成元年度（主任研究者：道下忠蔵）。
- 2) 道下忠蔵：処遇困難患者の調査結果の概要 昭和63年12月、1988。
- 3) 公衆衛生審議会記者発表資料 「地域精神保健対策に関する中間意見」（意見具申）「処遇困難患者対策に関する中間意見」（意見具申）平成3年7月15日、1991。
- 4) 公衆衛生審議会：処遇困難者対策に関する中間意見 平成3年7月15日、1991。
- 5) 日本精神科病院協会：処遇困難精神障害者治療に関する調査報告書 平成3年3月、1991。
- 6) 津久江一郎、他：精神医療制度視察団レポート－米国（ニューヨーク・フロリダ・ワシントンDC）日精協誌 10(7)：75-82, 1991。
- 7) 津久江一郎、他：犯罪を犯した精神障害者の処遇について：犯罪をおかした精神障害者の処遇－米国（ニューヨーク・フロリダ・ワシントンDC）調査班報告補遺。日精協誌 10(9)：45-52, 1991。
- 8) 日本精神病院協会：重大犯罪を犯した精神障害者の処遇のあり方についての提言－司法精神医療プロジェクト中間報告 平成12年10月4日、2000。
- 9) 津久江一郎、小沼杏坪：重大犯罪を犯し精神保健福祉法による鑑定後に入院した患者の緊急実態調査の結果について。精神経誌 104(1)：86-97, 2002。
- 10) 津久江一郎、小沼杏坪：重大犯罪を起こした精神障害者への対策：重大犯罪にあたる行為を行い不起訴処分になった精神障害者に対する対策の検討。日精協誌 21(2)：13-33, 2002。

---

### 第25回日本精神科診断学会

会期 2005年9月29日（木）～30日（金）

会場 朱鷺メッセ（新潟コンベンションセンター）

（〒950-0078 新潟市万代島6番1号 TEL 025-246-8400）

会長 染谷俊幸（新潟大学大学院医歯学総合研究科精神医学分野教授）

URL <http://www.med.niigata-u.ac.jp/psy/jspd25/>

プログラム 詳細はホームページをご参照下さい

シンポジウム1：「DSMの弊害と問題点：10年後、20年後の精神科診断学を考える」

シンポジウム2：「災害時のこころのケア対策と精神科的評価」

教育セミナー1～14、研修セミナー1～10、一般演題、ランチョンセミナー

一般演題：オンラインでの登録を3月8日（火）より開始

懇親会 2005年9月29日（木）18:30～20:00（新潟グランドホテル）

参加登録 当日登録またはオンラインでの事前登録（3月8日（火）より開始）になります。

※学会参加費・懇親会参加費についてはお問い合わせ下さい。

問合先 第25回日本精神科診断学会事務局

〒951-8510 新潟市旭町通一番町757

新潟大学大学院医歯学総合研究科精神医学分野 担当：塙入俊樹（事務局長）、野沢由美

TEL 025-255-0006（直通） FAX 025-241-8590 E-mail : JSPD25@sankyo.co.jp