

2016年11月25日

日本司法精神医学会
「精神保健福祉法における非自発的入院と地域支援体制に関する検討委員会」
検討結果（中間とりまとめ）

「津久井やまゆり園」において痛ましい事件が起きました。犠牲者はもとより、遺族、ならびに関係者の方々に対して、哀悼の誠をささげます。この事件については、現在、捜査が進行中であり、被疑者の精神鑑定が行われているところです。被疑者が精神障害者であるかも不明ですし、措置入院から退院したあとにどのようなことが起こったのかについても不明です。この事件の再発防止策を検討するためには、事件がどのようなものであったかについての事実の解明がなされる必要があります。そのうえで、解明された事実と現行制度に関する実証的なデータに基づいた冷静な議論を行うことが重要であり、拙速な議論に基づく法制度の改正等は避けなければなりません。

その一方で、1950年に制定された精神衛生法以来、措置入院度のあり方については、いわゆるライシャワー改正（1965年）による通報・届出制度の強化や緊急措置入院制度の導入などはあったものの、条文には大きな改正は行われてきませんでした。2013年改正で、医療保護入院者については、退院後生活環境相談員や退院支援委員会の制度など、退院後の地域支援のための法制度が整備されましたが、措置入院者の退院後の地域支援については、特段の手当がなされていませんでした。医療観察法の対象者にも、措置入院を経験しているが、その後の治療中断による病状悪化により、重大な他害行為に至った事例は少なくありません。本来、措置入院のあり方や措置入院患者の退院後の地域支援の体制のあり方を検討することは、今回の事件とは無関係に必要な課題であったといえます。

日本司法精神医学会では、こうした問題意識に基づき、2016年8月に理事会で、「精神保健福祉法における非自発的入院と地域支援体制に関する検討委員会」を設置することを決定し、この問題について、検討を行って参りました。

以下に、現時点までの検討結果を中間とりまとめとして報告いたします。なお、この問題に関しましては、国の動向も見極めつつ、また、実証的なデータも収集しながら、学会としての見解のとりまとめを行う予定にしております。

1) 地域における複雑困難事例に対する対応

地域における複雑困難事例に対する対応は、医療だけでも、福祉だけでも、司法・警察だけでも、十分な対応を行うことは困難である。これらの関係諸機関が連携して、それぞれの専門性に基づく役割分担をしたうえで、複雑困難事例に対する対応を行う必要がある。こうした連携体制が実効性のあるものとして機能するためには、法制度による裏付けが必要である。医療、保健、福祉、司法・警察の連携体制を考えるうえでは、児童虐待防止をめぐる関係諸機関の連携体制が参考になると思われる。

地域における複雑困難事例に関する関係諸機関による連携体制を構築するうえでは、事例に関する情報を関係諸機関で共有することが必須である。守秘義務や個人情報保護法制との関係を整理したうえで、情報共有に関する明確なガイドラインを策定すべきである。

2) 精神科救急患者を受け入れる精神科病院における入院治療について

統合失調症を中心とした精神病性障害や気分障害圏の患者の急性期の入院治療については、標準的な方法が確立されているといえる。しかし、違法薬物を始めとした物質使用のある患者の治療については、急性精神病状態の治療を除いては十分な方法が確立されているとはいえないのが現状である。

物質使用は、暴力や他害行為のリスクを高めることが知られており、患者の物質使用に関しては、丁寧にアセスメントを行う必要がある。物質使用障害と診断された患者に対しては、物質使用障害の治療に関する情報を提供し、また、入院期間の範囲内で可能な物質使用障害の治療を提供すべきである。また、物質使用障害と診断されない患者であっても、物質使用のみられた患者については、物質使用障害に関する基本的な情報を提供することが望ましいと思われる。

3) 退院後の地域支援体制のあり方について

措置入院患者、特に地域における複雑困難事例の退院後の地域支援体制のあり方を考えるうえでは、医療観察法の地域処遇の体制は参考になる。医療観察法の地域処遇では、保護観察所に所属する社会復帰調整官が、ケア・アセスメント、ケア・マネジメントのなめとなつて、対象者の地域生活に必要な医療・福祉等のサービスをコーディネートしている。地域精神保健福祉において、そうしたコーディネーターの役割を担うべきなのは、保健所である。ただし、現状の保健所には、こうした役割を担うだけの人材も配置されていなければ、予算も十分ではない。複雑困難事例に関するコーディネーターとして、精神保健福祉士等の精神保健福祉の専門職を保健所に配置すべきであり、そのための法制度の整備を行うべきである。

なお、措置入院は、都道府県知事の権限による入院であり、精神保健福祉センターや都道府県等の担当課も、それぞれの専門性に応じて、措置入院患者の退院後の地域支援体制の一員としての役割を担う必要があることはいうまでもないことである。

4) 措置解除の判断について

措置解除の判断にあたっては、医師の判断が基本となる。退院後に本人を支援する体制が整っている患者について、医学的判断のみで措置解除を行うことに問題はない。しかし、地域における複雑困難事例のように、退院後の支援体制がないか、あっても十分でない事例の場合には、医学的判断により措置解除が行われる際にも、引き続き、医学的判断だけではなく、医療観察法による医療で行われているような多職種によるアセスメントを行うことが、より適切な判断につながるとされる。

特に、地域における複雑困難事例の場合には、退院後の地域でのケアを担う地域の関係者も招いたうえで、措置解除の判断や退院の判断を行うようにすることが、複雑困難事例のよりよいアフターケア体制の確立につながるとされる。

措置解除の判断にあたり、地域支援体制のコーディネーターとなる保健所が中心となって、入院している病院の多職種チームと地域の関係者が出席するケア会議を開催することが望ましいと思われる。こうしたケア会議の開催が可能となるような法制度の整備が必要である。もちろん、すべての措置入院患者の措置解除について、このような手厚い対応が必要というわけではないが、担当医療機関、行政機関、地域関係機関等が必要と考える地域における複雑困難事例については、こうした対応が必要である。

5) 非自発的入院制度のあり方に関して

現行の措置入院制度の運用には都道府県等による運用の相違が指摘されている。実際、措置入院となっている患者をみると、いわゆる精神科救急事例として措置入院になる精神病性障害および気分障害圏の事例（精神科救急の中核群）と、地域における複雑困難事例で措置入院となる前記以外の事例を両極とする連続体で構成されている。前者の事例では家族がいるなど退院後の地域支援体制が整っている事例が多いのに対して、後者の事例では、そうした体制がないか十分でないことが多い。この二種類の差異を考慮せずに、措置入院患者の退院後の地域支援体制を検討することは明らかに不適切である。

また、措置入院から地域へ直接退院となる患者は、比較的少数（厚生労働科学研究吉住班の調査では28%、厚生労働省の緊急抽出調査では19%）であり、多くの患者は、医療保護入院や任意入院など他の入院形態を経て、地域へ退院となる。精神障害者に必要とされる地域支援体制は、個々の患者のニーズに基づくものであり、入院形態に基づくものではない。その意味でも、措置入院からの退院だけをとらえて検討することの意義は少ない。

わが国の非自発的入院には、措置入院と医療保護入院の二種類があるが、両者の差異は、主に「自傷・他害のおそれ」の有無である。非自発的入院を、短期的な「自傷・他害」の有無で、二種類に分割していることが適切であるのかどうかについても、実証的なデータに基づく検討が必要と思われる。