

査読論文

# 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における精神保健福祉士のジレンマに関する考察

西野克俊

## 要約

2005年に「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」が施行され、精神保健福祉士が司法精神保健福祉分野において従事する場面が拡大した。本研究においては、司法精神保健福祉支援における福祉支援の困難さや、学習してきた内容との乖離などを焦点に、現場におけるジレンマをどのように解消していけるか。また、その解消の必要性についての考察を行った結果、ジレンマの解消について精神保健福祉士全体の問題として認識していく必要があることが明らかになった。

キーワード：医療観察法，精神保健福祉士，ジレンマ

## 1. はじめに

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（以下、医療観察法）が2005年7月15日に施行されてから18年が経過し、医療観察法にかかわる精神保健福祉士が増加する一方、当該精神保健福祉士においては、加害者支援の困難性が聞かれることも少なくない。理由としては、精神保健福祉士養成の中で学ぶ内容は、当事者のニーズに寄り添い、本人の意思を主体とした支援を行うことが精神保健福祉士の役割であると学習を深めていくこととなる。しかし、医療観察法にかかわる司法精神保健福祉支援においては、当事者のニーズや本人主体といった内容だけではなく、医療観察法に則った医療を受けることが目的となる。そのような現状の中、ソーシャルインクルージョンを目指すうえで、抱えるジレンマについて整理し、支援者に対する支援の必要性の有無を考察する。

## 2. 医療観察法について

医療観察法は日本における最初の司法精神医療に関する法律として、2003年7月16日に公付され、2005年7月15日に施行された。

医療観察法の目的として、条文第一条において、「この法律は、心神喪失等の状態で重大な他害行為（他人に害を及ぼす行為をいう。以下同じ。）を行った者に対し、その適切な処遇を決定するための手続等を定めることにより、継続的かつ適切な医療並びにその確保のために必要な観察及び指導を行うことによって、その病状の改善及びこれに伴う同様の行為の再発の防止を図り、もってその社会復帰を促進することを目的とする。

2 この法律による処遇に携わる者は、前項に規定する目的を踏まえ、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者が円滑に社会復帰をすることができるように努めなければならない。」<sup>1)</sup>とされている。

概要としては、医療観察法は、心神喪失又は心

神耗弱の状態（精神障害のために善悪の区別がつかないなど、刑事責任を問えない状態）で、重大な他害行為（殺人、放火、強盗、強制性交等、強制わいせつ、傷害）を行った人に対して、不起訴処分となるか無罪等が確定した人に対して、検察官の判断において医療観察法による医療及び観察を受けさせるべきかどうかを地方裁判所に申立てが行われる。

検察官からの申立てがなされると、鑑定を行う医療機関での入院等が行われるとともに、裁判官と精神保健審判員（必要な学識経験を有する医師）の各1名からなる合議体による審判で、本制度による処遇の要否と内容の決定が行われ、審判の結果、医療観察法の入院による医療の決定を受けた人に対しては、厚生労働大臣が指定した医療機関（指定入院医療機関）において、手厚い専門的な医療の提供が行われるとともに、この入院期間中か

ら、法務省所管の保護観察所に配置されている社会復帰調整官により、退院後の生活環境の調整が実施される。

また、医療観察法の通院による医療の決定（入院によらない医療を受けさせる旨の決定）を受けた人及び退院を許可された人については、保護観察所の社会復帰調整官が中心となって作成する処遇実施計画に基づいて、原則として3年間、地域において、厚生労働大臣が指定した医療機関（指定通院医療機関）による医療を受けることとなる。<sup>2)</sup>

### 3. 医療観察法の現状

令和5年4月1日現在における、指定入院医療機関の整備状況としては下記表となる。

表1. 国立病院の指定入院医療機関および有床数

(1) 国立病院機構花巻病院（岩手県）	33床
(2) 国立病院機構下総精神医療センター（千葉県）	33床
(3) 国立精神・神経医療研究センター病院（東京都）	66床
(4) 国立病院機構久里浜医療センター（神奈川県）	50床
(5) 国立病院機構さいがた医療センター（新潟県）	33床
(6) 国立病院機構北陸病院（富山県）	33床
(7) 国立病院機構小諸高原病院（長野県）	17床
(8) 国立病院機構東尾張病院（愛知県）	33床
(9) 国立病院機構榊原病院（三重県）	17床
(10) 国立病院機構やまと精神医療センター（奈良県）	33床
(11) 国立病院機構鳥取医療センター（鳥取県）	17床
(12) 国立病院機構賀茂精神医療センター（広島県）	33床
(13) 国立病院機構肥前精神医療センター（佐賀県）	33床
(14) 国立病院機構菊池病院（熊本県）	17床
(15) 国立病院機構琉球病院（沖縄県）	33床
(16) 北海道大学病院附属司法精神医療センター（北海道）	23床

（病床数は予備病床を含む）

表2. 都道府県立病院の指定入院医療機関及び有床数

(1) 茨城県立こころの医療センター	17床
(2) 栃木県立岡本台病院	18床
(3) 群馬県立精神医療センター	16床
(4) 埼玉県立精神医療センター	33床
(5) 東京都立松沢病院	33床
(6) 神奈川県立精神医療センター	33床

(7) 山梨県立北病院	5床
(8) 長野県立こころの医療センター駒ヶ根	6床
(9) 静岡県立こころの医療センター	12床
(10) 滋賀県立精神医療センター	23床
(11) 大阪精神医療センター	33床
(12) 岡山県精神科医療センター	33床
(13) 山口県立こころの医療センター	8床
(14) 長崎県病院企業団長崎県精神医療センター	17床
(15) 鹿児島県立始良病院	17床
(16) 山形県立こころの医療センター	17床
(17) 愛知県精神医療センター	17床
(18) 島根県立こころの医療センター	8床
(19) 福島県立ふくしま医療センターこころの杜	6床

※病床整備の現状：856床〔うち国関係：504床 都道府県関係352床〕  
 「厚生労働省 心神喪失者等医療観察法の医療機関等の状況」より引用

指定入院医療機関は856床となっており、増加してはいるものの、すべての都道府県に整備されているわけではないが、多くの対象者が入院できる環境が整えられている。

令和5年4月1日現在における、指定通院医療機関の整備状況としては下記表となる。

表3. 各都道府県指定通院医療機関数

都道府県	病院	診療所	薬局	訪問看護	計
北海道	55	5	35	15	110
青森県	10	1	148	6	165
岩手県	9	1	15	5	30
宮城県	14	3	20	13	50
秋田県	7	0	325	3	335
山形県	8	2	11	4	25
福島県	11	2	171	6	190
茨城県	19	2	385	23	429
栃木県	11	0	11	11	33
群馬県	6	1	152	5	164
埼玉県	24	9	115	52	200
千葉県	22	0	98	29	149
東京都	26	16	53	107	202
神奈川県	21	12	34	37	104
新潟県	13	2	455	13	483
山梨県	3	0	3	5	11
長野県	15	2	48	11	76
富山県	7	0	10	4	21
石川県	5	2	8	4	19
岐阜県	10	1	38	7	56
静岡県	18	0	19	9	46
愛知県	19	0	24	30	73

都道府県	病院	診療所	薬局	訪問看護	計
三重県	11	0	3	8	22
福井県	7	0	42	2	51
滋賀県	9	2	12	13	36
京都府	6	3	43	18	70
大阪府	33	7	54	90	184
兵庫県	22	2	11	30	65
奈良県	5	0	13	11	29
和歌山県	8	2	8	6	24
鳥取県	5	0	106	1	112
島根県	7	2	12	3	24
岡山県	9	1	6	12	28
広島県	9	1	9	10	29
山口県	9	1	13	5	28
徳島県	7	3	4	5	19
香川県	4	0	8	2	14
愛媛県	10	0	5	5	20
高知県	9	1	84	6	100
福岡県	27	3	20	23	73
佐賀県	9	1	9	7	26
長崎県	10	0	8	9	27
熊本県	9	0	6	8	23
大分県	6	1	7	5	19
宮崎県	9	0	2	3	14
鹿児島県	17	1	4	4	26
沖縄県	13	2	10	10	35
合計	603	94	2,677	695	4,069

「厚生労働省 心神喪失者等医療観察法の医療機関等の状況」より引用

指定通院医療機関は全国各都道府県に存在しているが、都道府県ごとの指定数は中心都市集中しているわけではない。また、一つの医療機関につき1人のみの受け入れと限っているわけではないため、実に多くの対象者を受け入れることが可能となっている。

令和5年4月1日現在における、医療観察法の入院対象者の状況としては、下記表となっている。

表4. 医療観察法入院対象者の性別内訳

	男性	女性	合計
急性期	81名	16名	97名
回復期	329名	117名	446名
社会復帰期	185名	61名	246名
合計	595名	194名	789名

「厚生労働省 心神喪失者等医療観察法による入院対象者の状況」より引用

対象者は男性に多い傾向が見られている。入院病床数から見ると実に90%以上の病床使用率となっている。

表より読み解ける内容としては、指定通院医療

機関として指定されている機関が多く存在し、その多くに精神保健福祉士が所属している。しかしながらどの機関でも精神保健福祉法を基に支援しており、日常的に医療観察法における司法精神保健福祉支援を行っているわけではない。また、指定入院医療機関の数および対象者の人数から考えると、今後も司法精神保健福祉支援を求められる精神保健福祉士は一定数存在する。

#### 4. 医療観察法における精神保健福祉士の役割

医療観察法における精神保健福祉士の役割として、まず、「社会復帰調整官」があげられる。社会復帰調整官は医療観察法の制定により、保護観察所に設置された職であり、主だって精神保健福祉士経験者が担うとされている。役割としては、保護観察所に勤務し、精神障害者の保健及び福祉等に関する専門的知識に基づき、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った人の社会復帰を促進するため、生活環境の調査、生活環境の調整、精神保健観察等の業務に従事する<sup>3)</sup>とされており、医療観察法における処遇中（入院及び通院）に地域生活を送るうえでの生活調整や医療観察法処遇中の病状把握を行うものとなっている。また、医療機関及び福祉サービス等のネットワークを構築し、医療観察法の目的に則り病状の改善及びこれに伴う同様の行為の再発の防止を図ることを生業としている。

次に、指定入院医療機関及び指定通院医療機関における「精神保健福祉士」があげられる。役割としては、指定入院医療機関及び指定通院医療機関に所属し、精神保健福祉法のもと地域移行及び定着支援を中心とした権利擁護を生業としている。

双方役割として、精神保健福祉支援に則り対象者のニーズを把握し、対象者の権利擁護及びリカバリーを目指すことが重なる部分となる。また、森谷ら<sup>4)</sup>も医療観察法における精神保健福祉士の役割と課題を論じ、「社会復帰調整官や精神保健

参与員は、精神障害者の最大限の権利養護者として積極的に発言しなければならない」とまとめている。

#### 5. 医療観察法における精神保健福祉士の役割の相違点

前述で取り上げた「医療観察法における精神保健福祉士」と「精神保健福祉士法における精神保健福祉士」の、役割の違いが明確にある部分として捉えられるのが「再犯の防止」という観点である。社会復帰調整官として、医療観察法に則り精神保健観察を行う上で、重要視されるのは再犯をどのように防ぐかである。一方で、指定入院医療機関及び指定通院医療機関に所属する精神保健福祉士は対象者の福祉ニーズを把握し、本人の権利擁護を行うという部分に尽力する。そこで、本人の望む将来に寄り添い、意思決定の主体は本人とする、本人のニーズ支援が必ずしも再犯の防止につながらないというケースが存在することは想像するに容易である。しかしながら、対象者は医療観察法に則った処遇中であり、優先されるべき支援が再犯の防止であると考えられるケースも存在し、その認識のもと医師を中心としたチームの方針形成がなされるものとなる。

#### 6. 司法精神保健福祉分野における福祉支援の問題点

まず、焦点となるのは本人の病状回復の程度により、病識がどのように持たれているかという点である。指定入院医療機関では、定められた期間を治療に充てるのだが、病状の軽快には個人差があり、症状が大きく残存する場合がある。そのため病識の欠如がみられ、自身が受けている処遇について不服を感じる対象者も一定数存在する。その状態で入院処遇が終了してしまう場合、通院医療処遇においては治療の必要性を感じないまま、法律に則った処遇であるがゆえ、一定期間を耐え自由を獲得するという選択肢が生まれてくる

のである。そして通院処遇が終了となると法的拘束力はなくなり、再犯防止という観点を含まない、本人の希望及び自己実現を中心とした真のニーズ支援が開始される。しかしながら、病識を持っていない場合は「治療をしないという権利」も存在するため、病状の悪化や再発・再燃が懸念されることとなる。そのため、従来の精神保健福祉士支援と司法精神保健福祉士支援においては同じスタンスの支援を行うことが困難となるのは明確である。そのうえで、精神保健福祉士という一つの資格としての支援に違いが生まれ、その違いに対するジレンマが生まれてしまうこととなる。

## 7. 司法精神保健福祉以外に従事する精神保健福祉士が抱えるジレンマ

前述のように、精神症状の軽快及び増悪には個人差もあり、病識の獲得に関しても個人差が生まれてくる。医療観察法に則った処遇を受ける対象者はあくまで刑法に定められる犯罪者ではない。そのため、さまざまな場面において権利を行使できる立場である。その中で、対象者が犯してしまった加害をいかに受け止め、支援していくかが問われてくる。精神保健福祉士の立場としては、対象者の権利を擁護し、本人の思い描く人生を獲得・再獲得できるような支援を行っていく必要があるが、そこに「再犯の防止」というキーワードがはいることにより、本人の権利を主張しづらくなる。再犯の防止と病識獲得は表裏一体となっているため、対象者が起こした加害を認識してもらうことも必要と考えられる。しかしながら、医療観察法による処遇を受ける対象者には、精神疾患の影響から社会との断絶や悲惨な生活歴を持ち合わせており、治療から遠ざかっていた過去を持ち合わせる。そのため、本来は粗暴行為や加害者性がなかった人物であっても、社会に受け止めてもらえず、治療のルールに乗ることもできず、精神症状の増悪により粗暴性や加害者性が増悪していくこととなり、加害行為に及んでしまっている。いわば対象者は社会による被害者であるという側

面も存在する。そのなかで、病識の獲得等に対して、自身が行った加害に直視してもらおうということは、さらに対象者を追い込むこととなりかねない。また、そのような行為は決して精神保健福祉支援といえるものではないため、被害者性及び加害者性の両側面による支援のジレンマが生まれてくることとなる。

加害者性と被害者性は180度異なるものとなり、それぞれの支援における、支援者の立ち位置や寄り添いかたが異なることとなり、支援者自身が何を中心に据えた支援を実施すればよいかに迷いが生じうる結果、支援者自身の自己肯定感の低下や支援者としての自信を損なう恐れがある。

## 8. 支援者に対する支援の必要性

通常精神保健福祉法における支援を行っている精神保健福祉士が、「再犯の防止」を掲げる司法精神保健福祉支援を行い、ジレンマを抱えることにより、支援者の自己肯定感を低下させ、自信を喪失し、支援者の離脱や離職に直結するものとなりうるため、避けなければならない。しかしながら、医療観察法の在り方自体に起因する部分も大きく、加害者性及び被害者性という側面はなくなるものではない。仮にそのどちらかに対する支援とするには、医療観察法自体の改正が必要となる。現状として出来得ることは、チームへの帰属意識を高め、自身が行う支援はあくまでチームとして決定したものであるという意識を増強させるほかないと考えられる。そのためには、方向性の決定のみならず、大きな枠組みでの支援の在り方を検討し、職種ごとにどのような支援を展開するかを事前にチーム内で共有し、それぞれの立場から検討及び了承をすることが必要である。また、どれだけ方向性を検討していたとしても、支援にはイレギュラーが確実に存在する。そのイレギュラーに対応した際に事前に決めていた方針から逸脱せざるを得ない状況が出てくることも容易に考えられる。それによるジレンマを抱えてしまう可能性も存在する。そのため、司法精神保健福祉分野の

経験者によるスーパービジョンも必要と考えられる。スーパービジョンの中で、自己肯定感の低下を防いでいく必要がある。

## 9. 終わりに

現代において、精神保健福祉士の必要性や役割の拡大は、とてつもない勢いで広がっていることは明確である。しかしながら、業務分野が広がれば広がるほど、前述でも述べた従来の精神保健福祉学習から乖離する部分も増えてしまうというのが現実である。そのため、従来の精神保健福祉の学習から自己研鑽のなかで知識や考察力を強化するほかない。ただ、自己研鑽のための場が顕著に少なく、自身の実践の中から活路を見出していくほかない状況となっている。特に司法精神保健福祉分野での業務においては、「再犯の防止」という目的が掲げられていることもあり、本人のニーズ支援や権利擁護活動のみの支援は行えなくなることもある。また、司法精神保健活動を中心とした精神保健福祉士以外はジレンマを抱え、自身の支援に対する困惑を感じることも少なくないと思われる。そのため、現状についていけなくなったときに、離脱や離職という結果となり、支援者の減

少につながってしまう。今後の精神保健福祉現場を担う人材は確実に増員が必要となることは言うまでもなく、減少に歯止めをかけ増員につながる方向性を見出さなければならない。そのためには、拡大した業務分野に対応する精神保健福祉活動の理解と現場への支援を精神保健福祉士全体と問題として捉えていく必要がある。

## 引用文献

- 1) 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. e-Gov 法令検索. [https://elaws.e-gov.go.jp/document?lawid=415AC0000000110\\_20230713\\_505AC0000000066](https://elaws.e-gov.go.jp/document?lawid=415AC0000000110_20230713_505AC0000000066) (アクセス日: 2023/9/3)
- 2) 心神喪失者等医療観察法. 厚生労働省. [https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/shougaihashukushi/sinsin/gaiyo.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaihashukushi/sinsin/gaiyo.html) (アクセス日: 2023/9/10)
- 3) 社会復帰調整官について. 法務省. [https://www.moj.go.jp/hogol/soumu/hogo\\_hogol7.html](https://www.moj.go.jp/hogol/soumu/hogo_hogol7.html) (アクセス日: 2023/9/15)
- 4) 森谷就慶 氏家靖浩. 医療観察法における精神保健福祉士の役割と課題, 保健福祉学研究, 6, 201-214

# Consideration of the mental health worker's dilemma under the Act on Medical Care and Observation of Persons Who Have Seriously Harmful Acts to Others While In a State of Insanity, etc.

NISHINO Katsutoshi

## Abstract

In 2005, the “Law Concerning the Medical Care and Observation of Persons Who Have Performed Serious Harmful Acts in a State of Insanity, etc.” was enacted, and the number of situations in which mental health workers are engaged in the field of judicial mental health and welfare has expanded. In this study, we will focus on the difficulties of providing welfare support in judicial mental health and welfare support and the discrepancy with what has been learned, and how we can resolve dilemmas in the field. We will also consider the necessity of eliminating this problem.