

医療観察法施行10年の現状と課題

いとうひでゆき
伊東秀幸

〈要 旨〉

精神保健福祉領域における法制度は、精神病患者監護法誕生以来社会防衛的な側面が期待されてきた。また、事件が起こることによって法が整備されるという歴史でもあった。医療観察法についても、処遇困難者の処遇について議論が始まったところに池田小学校事件が影響して、成立を促進されたともいえる。

医療観察法施行から10年。この節目に医療観察法の成果や影響について、精神科医療、地域精神保健福祉の領域において検証する必要があるだろう。

本論は、実証的検証の前段として、文献を基に医療観察法の成立経過、現状、課題について整理を試みたものである。

〈キーワード〉

医療観察法, 保安処分, 医療へのアクセス

I. はじめに

心身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)は2003(平成15)年7月に成立し、2年間の準備期間を経て2005(平成17)年7月に施行された。

医療観察法の概要は、次のとおりである。対象行為となる他害行為は、殺人、強盗、放火、強制わいせつ、強姦、傷害(軽微なものは除く)で、いわゆる六大犯罪といわれるものである。それらの他害行為を行った者が、精神障害のために責任能力を問うことができないと判断され、無罪等になった場合、検察官が地方裁判所に医療観察法による審判を申し立てる。申立てを受けた地方裁判所は、裁判官、審判員(精神科医)、参与員(精神保健福祉士等)からなる合議体を組織し、審判にあたることになる。審判の判断材料としては、対象者の病状等は鑑定入院から得られ

た鑑定書、生活歴等については保護観察所の社会復帰調整官が作成した生活環境調査書が提供される。

審判の結果、入院が必要とされた場合は、指定入院医療機関の医療観察病棟への入院となる。入院は必要ないが通院が必要とされた場合は、指定通院医療機関への通院となって、保護観察所の社会復帰調整官による面接、訪問等が、精神保健観察として実施される。なお、精神保健観察の期間は3年間で、延長が2年間まで可能である。

医療観察法が施行されて10年が経過した。その間に、司法精神医学はどのような発展を遂げてきたのか。また、地域精神保健福祉活動は、どのような影響を受けてきたのか。節目の時に、それらの検証をすることが必要である。

2016(平成28)年7月26日、津久井やまゆり園で凄惨な事件が発生した。国は、そのことを受けて「相模原市の障害者支援施設における事件の検証及び再発防止チーム」を立ち上げ、8月10日の第1回を皮切りに精力的に会合を開催している。委員の中には医療観察法にかかわりの深い人もおり、同問題に医療観察法から得られて知見が反映されることも予想される。そのようなことから本事件が社会に、精神保健福祉領域に与えた影響についても注視していく必要があるだろう。

以上のことから、今回は、医療観察法の成立経過、現状、課題について文献等を基に整理し、次の実証的研究につなげていきたい。

Ⅱ. 司法精神保福祉の歴史

精神保健福祉の歴史を見ると、残念なことに事件が起こって法律が整備されているようなところがある。1900(明治33)年、我が国の精神保健福祉領域における最初の法律として誕生した精神病患者監護法は、後継者を精神障害者に仕立てて家督を継承させなかったとして、マスコミを巻き込んで騒動が展開された相馬事件がきっかけであった。

その精神病患者監護法は、精神障害者を警察の管理下に置いていることから、1907(明治40)年の刑法改正時に触法精神障害者の処遇について議論となった際、政府は精神病患者監護法以外の新たな法律の制定は必要ないとした。

また、1919(大正8年)に成立した精神病院法では、罪を犯した者で司法官庁が特に危険であると認めた者は、道府県が設置した精神科病院に入院させることができた。精神保健福祉領域の法律には、その歴史的出発点から社会防衛的な側面が期待されていたといえる。

戦後、多くの法律が制定されていったように、精神保健福祉分野においても1950(昭和25)年に精神衛生法が誕生し、それまでの精神病患者監護法、精神病院法が廃止となった。精神衛生法において措置入院制度ができ、自傷他害のおそれのある精神障害者は知事の命令により行政処

分としての入院がされるようになった。

その後、1964(昭和 39)年 3 月に駐日アメリカ大使ライシャワーが、大使館の玄関ホールで統合失調症の少年に刺され負傷するという事件が起きた。当時、マスコミは「精神障害者が野放しになっている」とのキャンペーンをかけた。そのことにより、事件以前に当時としては先進的な内容で精神衛生法の改正が準備されていたが、警察官、検察官、矯正保護施設の長からの通報等の強化を図るなど社会防衛的な色彩を強めて、1965(昭和 40)年に改正された。

一方司法領域では、1974(昭和 49)年に改正刑法草案が公表され、その中に保安処分として「治療処分」と「禁絶処分」が設けられていた。治療処分の規程では、「精神の障害により、第 16 条第 1 項(責任能力)に規定する能力のない者又はその能力の著しく低い者が、禁固以上の刑にあたる行為をした場合において、治療及び看護を加えなければ将来再び禁固以上の刑にあたる行為をするおそれがあり、保安上必要と認められるときは、治療処分に付する旨の言い渡しをすることができる」、「治療処分に付される者は、保安施設に収容し、治療及び看護のために必要な処置を行う」、「治療処分による収容の期間は、3 年とする。但し、裁判所は、必要であると認めるときは、2 年ごとに更新することができる。」、「前項但書の規定による収容期間の更新は、2 回を限度とする。但し、死刑又は無期もしくは 2 年以上の懲役にあたる行為をするおそれのあることが顕著な者については、この限りではない」としている。¹⁾

保安処分については、精神障害者の犯罪率は高いといえない、人権の保障が不十分である、保安処分が乱用されるおそれがあるなど、精神医療界、法曹界から厳しい批判が噴出した。

それらの批判を受けて、1981(昭和 56)年に法務省は、保安処分制度の刑事局案を公表した。その内容は、保安処分は治療処分のみとし、その対象は殺人、強盗、放火、強制わいせつ、強姦、傷害をした者とした。また、施設収容期間を 1 年以内とし、更新は 7 年を限界とし、収容施設は、国立の精神科病院の治療施設とされた。しかし、この案についても反対によって実現することはなかった。

その後、1987(昭和 62)年に精神衛生法が精神保健法に改正されたあたりから、触法精神障害者や処遇困難者の問題が顕在化していった。

1984(昭和 59)年の宇都宮病院で起こった職員による入院患者の殺人など非人権的事件により、我が国は国際的な非難を浴びることとなった。そのことにより、任意入院などを規定した精神保健法が誕生したが、任意入院の創設は、精神科医療の開放化をさらに推し進めることになった。その結果として、病棟の開放化にそぐわない、いわゆる処遇困難者の問題が顕在化していった。他害行為を行う精神障害者には、特別な処遇が必要であると考えられるようになり、1991(平成 3)年、公衆衛生審議会の中間意見において、処遇困難者専門病棟の構想が示された。

さらに 1999(平成 11)年の精神保健福祉法の改正時に「重大な犯罪を犯した精神障害者の処遇のあり方については、幅広い観点から検討を行うこと」という附帯決議がなされた。これは、改正により保護者の過重な負担を軽減するという意味合いから自傷他害防止監督義務の規定が削

除されたことも影響し、処遇困難者や触法精神障害者の問題が議論されたことによる。

この附帯決議を契機に2001(平成13)年1月、厚生労働省と法務省による第1回合同検討会が開催された。その後、同年6月8日に池田小学校事件が発生し、当時の小泉首相が、司法的対応について検討するよう言及したことから政治課題化し、医療観察法誕生を促進させた。²⁾

Ⅲ. 医療観察法の現状

2005(平成17)年7月に施行された医療観察法は10年経過した。この間、様々な経験を通して現状を迎えているといえる。

指定入院医療機関については、施行当初、国立病院に医療観察病棟が建築され、指定入院医療機関となっていったが、次の段階では、都道府県立病院が指定入院医療機関として整備され、国立病院と相まって指定入院医療機関を増加させていった。2016(平成28)年1月1日現在、指定入院医療機関は、31か所で、国関係が15か所(487床)、都道府県関係が16か所(321床)である。一方、指定通院医療機関は2016(平成28)年3月31日現在、病院が497か所、診療所が60か所である。

指定入院医療機関が少なかった時期は、住所地から遠く離れた指定入院医療機関への入院が余儀なくされる例もあったが、現在では、そのようなことが少なくなったといえる。同様に、指定通院医療機関の数が増えたことによって、通院に関してもある程度利便性が増したといえる。

医療観察法施行から2014(平成26)年12月31日までの審判の終局処理人員をみると、入院決定が2,248名、通院決定が495名、不処遇決定が576名、却下等が143名である。総数3,462名に占める割合からすると入院は約65%、通院は約14%、不処遇は約17%、却下等は約4%となる。医療観察法施行から2006(平成18)年2月末までの7か月間の処遇決定数は129件で、入院決定が82名(約64%)、通院決定が31名(約24%)、不処遇決定が12名(約9%)、却下が4名(約3%)であったことから、当初から比べて通院決定の割合が減り、不処遇決定の割合が増えたといえる。

2016(平成28)年1月1日現在、入院対象者数は729名で、男性が557名、女性が172名である。疾病別の内訳では男女とも統合失調症が最も多く613名(約84%)、次に気分障害49名(約7%)、精神作用物質使用による精神および行動の障害が29名(約4%)となっている。³⁾

医療観察法が施行されたことに伴い、保護観察所に社会復帰調整官が配置されるようになったが、現在では配置人数も増えるなど体制の整備も進んでいる。そのような中、横浜保護観察所が中心となって、医療機関、地域の福祉事業所、行政、法律家等と「神奈川県モデル活動研究会」を組織し、調査活動、広報活動、研修活動を展開した。神奈川県モデル研究会が、2014(平成26)年10月に神奈川県内の福祉事業所200か所を対象にした調査では、これまで医療観察法

対象者を受け入れたことのある事業所は、受け入れたことのない事業所に比べて、対象者の今後の受け入れの意向が有意に高かったという調査結果を出している。⁴⁾

同じく地域の機関である保健所を対象に 2014(平成 26)年に原田らが実施した調査では、回答のあった 311 保健所のうち 238 保健所が対象者の支援経験があるとしている。保健所担当者の対応に関する認識では、約 56%が「特別な対応が必要」と考え、さらに「法の処遇終了後、支援体制に不安がある」と約 75%が感じていた。⁵⁾

IV. 医療観察法の課題

2012(平成 24)年 7 月、法務省と厚生労働省は、医療観察法附則第 4 条に基づき、施行の状況についての検討結果を報告している。それによると、「医療観察法の立法当時には、医療の必要性を離れて、広く治安維持目的による対象者の身体拘束が行われるのではないかとの懸念も一部から示されていたところであるが、実務においては、対象者の社会復帰の促進という法の趣旨に即した適切な運用に努めており、そのような懸念は次第に払拭されてきているものと考えられる。」としている。

入院による医療については、「医療の客観性、透明性を確保するよう努めている。また、対象者の社会復帰を促進するため、入院段階から、地域の医療、保健、福祉関係者及び社会復帰調整官との連携が図られている」としている。

地域社会における処遇については、「対象者の大部分は、病状が改善され、期間満了又は処遇終了決定により、社会復帰に向けて、生活地域における精神保健と障害者福祉による支援体制が整った状態で、医療観察法による処遇を終了することができているといえる。」とし、医療観察法の施行状況はおおむね良好であり有効に機能していると結論づけている。⁶⁾

しかし、以下のような課題があることも認識しておかなければならないだろう。施行当初に比べて、指定入院医療機関、指定通院医療機関ともに数が増えているといえるが、指定入院医療機関については、北海道や四国にはないなど、まだ設置されていない道県が存在する。指定通院医療機関についても、県内に指定を受けている精神科病院、診療所の合計が 5 か所以下のところが、秋田県、群馬県、山梨県、富山県、石川県、福井県、奈良県、鳥取県、香川県、大分県の 10 県となっている。入院先、通院先が住所地から遠くなってしまう課題は、現在も一部地域で続いているといえる。また、当初から指定入院医療機関の高度で濃厚な治療と地域での支援の格差が指摘されていたところであるが、現状でも解消されていないといえる。⁷⁾

入院期間については 1 年 6 か月を想定していたが、それでは退院できない事案も散見されるようになった。また、治療反応性がなく医療観察法の対象から外れる、すなわち、治療反応性がないことによって処遇終了の審判がされる事案もでてきた。そのような対象者は、精神保健福祉法に

より他の医療機関で入院が継続される例が多いと思われる。

また、医療観察法と精神保健福祉法による措置入院の関係では、当初から措置入院者の中に本来であれば医療観察法の対象者であるべきと思われる人がいることが問題視されていたが、現状でもその状況はあるものと考えられる。

審判では、裁判官と審判が必須であり、参与員は必要に応じて意見を述べるということになっているが、当初審判においては、ほとんどの事件について参与員が招集されている。審判には参与員を必須にするという、法改正が必要ではないだろうか。

医療観察法附則には、「政府は、この法律による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、個々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を整備することにより、精神医療全般の水準の向上を図るものとする。」「政府は、この法律による医療の必要性の有無にかかわらず、精神障害者の地域生活の支援のため、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。」との規定がある。施行当時、医療観察法が精神科医療底上げの起爆剤になることを期待する声が多くあった。

2013(平成 25)年の精神保健福祉法の改正において退院後生活環境相談員の規定ができ、その内容は医療観察法のシステムに近いような印象を持つ。しかし、現在の地域精神保健福祉活動や精神科医療の全体が底上げされたかという点、非常に疑問である。今後、それらの検証と、水準向上に向けた取り組みが必要であると思われる。

〈引用文献〉

- 1) 「精神医療と犯罪者処遇」, p9～p10, 川本哲郎, 成文堂, 2002年3月
- 2) 「精神障害者の事件と犯罪」, p185, 滝沢武久, 中央法規, 2003年8月
- 3) 厚生労働省ホームページ<http://www.mhlw.go.jp/> 2016年11月5日
- 4) 「神奈川県モデル活動研究会の3年間」, 神奈川県モデル活動研究会, 2016年2月
- 5) 「医療観察法対象者の地域ケアにおける保健所の支援実態」, 原田小夜, 辻本哲士, 角野文彦, 中原由美, 厚生指標Vol.63 No.7, p20～p28, 厚生労働統計協会, 2016年7月
- 6) 「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の施行の状況についての検討結果」, 法務省・厚生労働省, 2012年7月
- 7) 厚生労働省ホームページ<http://www.mhlw.go.jp/> 2016年11月5日

〈参考文献〉

- 「四訂精神保健福祉法詳解」, 精神保健福祉研究会, 中央法規, 2016年2月
- 「動き出した「医療観察法」を検証する」, p104, 岡崎伸郎, 高木俊介著, 批評社, 2006年4月
- 「保安処分の研究」, 青木薫久, 三一書房, 1993年9月
- 「触法精神障害者の処遇」, 町野朔ほか, 信山社, 2005年6月
- 「第6回世界精神医学会アンチスティグマ分科会国際会議抄録集」, 伊東秀幸, 2013年2月