

医療観察法の光と影

いとう ひでゆき
伊 東 秀 幸

〈要 旨〉

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は、2005（平成17）年7月から施行された。現在、5年後の法改正に向けて各方面から意見が発信されているところであるが、それらの多くが、医療観察法の問題点の指摘であり批判的な内容である。本論では、筆者が精神保健参与員として関わった医療観察法事件を通して、特に医療観察法の光の部分（メリット）にも着目し、現状と問題点を検討した。

医療観察法のメリットとしては触法精神障害者の処遇について、司法、医療、福祉の分野の専門家が審判するところであり、鑑定入院の実施、入院処遇の充実、精神保健観察による地域処遇でのケアなどがあり、精神保健福祉法の措置入院制度に比べるとケアや対象者への権利擁護の点で優れているといえる。

問題点としては、入院処遇と地域処遇の格差が大きい問題である。それは、医療観察法による地域処遇が既存の社会資源に依存する形であることから、ある意味、現代日本の地域精神保健福祉の貧弱さを物語るものである。

医療観察法の改正によって本法の問題点が改善されるとともに、精神科医療および地域精神保健福祉の底上げがされることを期待するところである。

〈キーワード〉

医療観察法、精神保健参与員、初回審判、精神保健福祉法

I 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、医療観察法または本法と略す）は、2003（平成15）年7月16日に公布され、2年の準備期間を経て2005（平成17）年7月から施行された。

本法の附則第4条には、「政府は、この法律の施行後5年を経過した場合において、この法律の規定の施行の状況について国会に報告するとともに、その状況について検討を加え、必要があると認めたときは、その検討の結果に基づいて法制の整備その他の所要の措置を講ずるものとする」として、5年後の法改正が示唆されている。現在、法改正

に関する意見が各方面から発信されているところである。これまで、筆者は、精神保健参与員、精神保健参与員等養成研修企画委員、医療観察病棟倫理委員として医療観察法事件等に関与してきた。医療観察法事件に関わったことを基に本論では、医療観察法の現状と問題点について検討を試みたい。

Ⅱ 医療観察法成立の経緯

山上は、「我が国においては、古くは精神病患者監護法の監置制度の存在が、そして近年では入院中心の精神科医療の後進性が、触法精神障害者処遇の制度的欠陥を長く覆い隠す役割を果たしてきた¹⁾」としている。

我が国に刑法が誕生したのは、1880（明治 13）年である。この旧刑法によって責任無能力者は罰せられないようになったが、その後の処分が規定されなかったため当時から、触法精神障害者の問題について議論があった。しかし、政府の考え方としては、犯罪行為の有無にかかわらず 1900（明治 33）年に施行された精神病患者監護法によって、精神障害者は警察署の監督下に置かれているという理由から、触法精神障害者の再犯予防は実施されているというものであった。

戦後、1950（昭和 25）年に精神衛生法が成立し、精神保健福祉の新しい時代に入ったが、昭和 30 年代に訪れる精神病院ブームは入院中心の処遇を進行させ、触法精神障害者の問題を潜在化させたといえる。その後、1981（昭和 56）年の「国際障害者年」を契機とした障害者福祉に対する考え方の変化や 1987（昭和 62）年に改正された精神保健法によって、「入院から社会復帰施設へ」といった考え方がいわれるようになった。さらに 5 年後の見直しによって改正された精神保健法では、精神障害者地域生活援助事業（グループホーム）が法定化されるなど「病院から社会復帰施設へ」という流れから「社会復帰施設から地域へ」という流れへと進展していった。

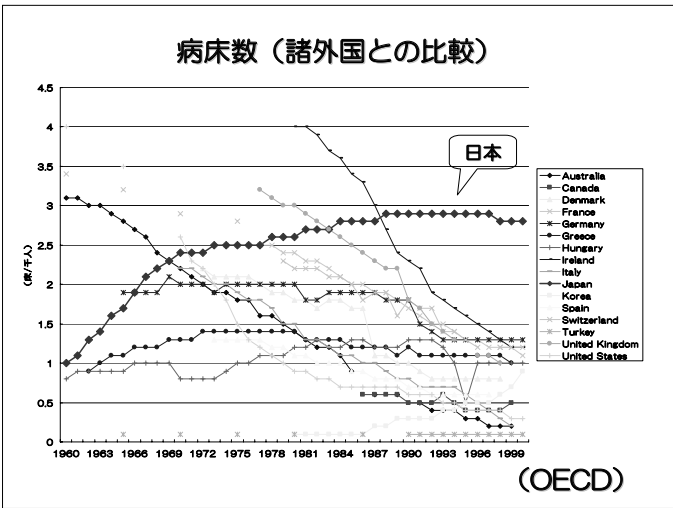
2009 年の現時点でも長期入院者の問題や先進諸外国に比べて人口比の病床数が多いこと、在院日数が長いことなど決して入院中心の処遇が解消されているとはいえないが、それでもかつてと比べれば精神障害者が地域で支援されるようになったといえる。

そのような歴史の流れの中で、触法精神障害者の問題が顕在化されていき、1999（平成 11）年の精神保健福祉法の改正に際しては、「重大な犯罪を犯した精神障害者の処遇の在り方については、幅広い観点から検討を早急に進めること」と付帯決議がされた。そのことによって、2001（平成 13）年に厚生労働省と法務省が合同の検討会を開催した。さらに同年 6 月に起こった池田小学校事件によって医療観察法の成立に関する検討が加速されたといえる。

医療観察法の成立に関して避けて通ることができないのが、保安処分の問題である。

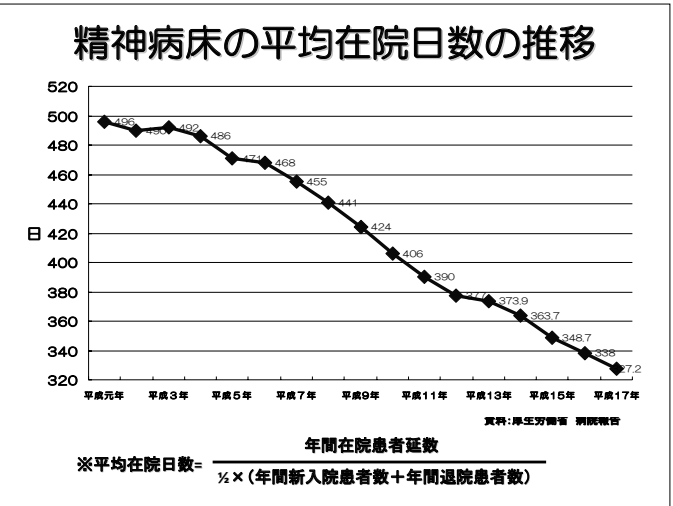
保安処分とは、犯罪行為を行った精神障害者に対して刑罰の代わりに、または刑罰と並行して再犯防止のための処分が行われることである。1974（昭和 49）年、保安処分の規定も含めた刑法改正案が法制審議会から答申されたが、精神医療従事者や刑法学者等から再犯予測の困難性や重大な人権侵害につながる可能性などを理由に強く反対された。その後、1981（昭和 56）年に法務省は保安処分制度（刑事局案）の骨子を発表した。同様な反対にあい新設には至らなかった。そのような経過から、その後、触法精神障害者の処遇に関する話題は、どちらかというタブー化されてきたといえる。そのような中で、精神保健福祉活動の地域への展開や司法精神医学の発達等という歴史の動きが、医療観察法の成立につながっていったわけである。

図 1



(厚生労働省資料より)

図 2



(厚生労働省資料より)

Ⅲ 医療観察法の概要

重大な他害行為とは、殺人、放火、強盗、強姦、強制わいせつ、軽傷なものを除いた傷害のいわゆる 6 大犯罪といわれるものが対象となる。その対象行為を行った者が、心神喪失または心神耗弱と認められて不起訴処分になった場合、裁判によって無罪や減刑が確定した場合に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ことによって、医療観察法による一連の作業が始まることになる。なお、検察官は、不起訴処分にするかどうか対象者の責任能力を判断するため、精神科医に簡易鑑定を依頼することが多い。

申し立てを受けた地方裁判所は、所定の研修を受講し登録している精神科医に対して精神保健審判員として事件の審判に関わることを依頼し、裁判官と精神保健審判員による合議体が構成される。一方、対象者については鑑定入院が命令され、地方裁判所は鑑定医に診断、責任能力の有無等について意見を求める。また、保護観察所の社会復帰調整官に生活環境調査を依頼し、対象者の病歴、生育歴、家族状況、経済状況や住環境などの情報を得るようにする。

地方裁判所は、所定の研修を受講し登録している精神保健福祉士等に精神保健参与員を依頼する。ただし、医療観察法の審判においては、裁判官と精神保健審判員の両者による審判とされ、精神保健参与員については必要と認めたときに参考となる意見を求めるものとしている。すなわち、精神保健参与員は必ずしも参加しなくてもよい存在ということになるが、初回審判において現状では参加する事案がほとんどである。

原則 2 ヶ月間の鑑定入院や社会復帰調整官が行った生活環境調査の結果をもとに、裁判官、精神保健審判員、精神保健参与員で協議し、入院処遇とするか、入院以外の処遇にするか、または医療観察法の対象ではないという不処遇にするかが検討される。審判の課程では審判期日が行われ、対象者、裁判官、精神保健審判員、精神保健参与員、検察官、付添人である弁護士、社会復帰調整官等が一同に会する。そこでは、裁判官、精神保健審判員、精神保健参与員がそれぞれの立場から対象者に質問したり、意見を述べる場面であり、イメージとしては、裁判風景に近いものである。

多くの地方裁判所で医療観察法審判規則第 40 条（審判準備）を根拠とした「事前協議」（以下カンファレンス）を審判期日以前に実施し、対象者の処遇について裁判官、精神保健審判員、精神保健参与員、社会復帰調整官、鑑定医や付添人（弁護士）、検察官が参加して検討している。

入院による処遇が適当であるという審判が出された場合は、指定入院医療機関への入院となる。指定入院医療機関は国立病院等が指定されており、医療観察病棟が設置されている。医療観察病棟は概ね 30 床で、アメニティの良さは一般的な精神科病院を遙かに

超えている。また、スタッフは、質量ともに充実しており、医師、看護師、精神保健福祉士、作業療法士、心理士などから専門的な治療や支援が提供される。

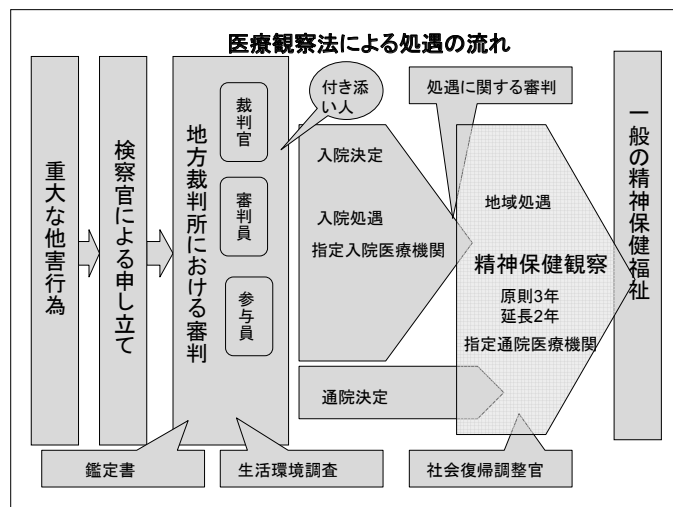
指定入院医療機関での治療が功を奏し退院の可能性が出てきた場合、医療機関の長による申し立て等によって地方裁判所が審判をし、退院の決定が下される。なお、退院の決定と同様に入院の継続、通院の継続や終了など医療観察法に関わる全ての処遇は、地方裁判所の審判が必要となる。

退院となって地域での処遇が始まると指定通院医療機関への通院が義務づけられる。また、社会復帰調整官とは定期的に面接等が実施されるとともに、地域の関係機関からの支援によって地域生活が維持されていく。そのような中で、社会復帰調整官は、地域処遇におけるコーディネーターとしての役割を持つことになり、ケア会議などを通じて指定通院医療機関や地域の保健所、市町村、精神保健福祉センター、相談支援事業所などと連携を図っていく。

地域での処遇は「精神保健観察」を呼ばれ、その期間は、原則3年間でその後2年間の延長が認められている。精神保健観察が終了すると社会復帰調整官の関わりはなくなり、他の一般的な精神障害者と同様に保健所等の地域の機関が連携して生活支援を実施していくことになる。なお、地域での処遇は、入院処遇を経過する場合に限られるものではなく、初回審判において、いわゆる「いきなり通院」という形で地域処遇が決定されることもある。

入院処遇においては、対象者を専門に治療するために特別な医療観察病棟が設けられ、濃厚な治療が実施されている。しかし、地域処遇に関しては、対象者を専門とした特別な通院医療機関や社会復帰施設が設立されているわけではなく、既存の施設やサービスが利用されることになる。

図 3



(伊東作成)

IV 医療観察法の現状

本法が施行された 2005（平成 17）年 7 月から 2009（平成 21）年 3 月 1 日までの申し立て件数は、1379 件である。そのうちの 799 件が入院の決定で、通院決定は 244 件、不処遇の決定が 224 件である。また、同時期の退院許可は 304 件となっている。

2009（平成 21）年 3 月 1 日現在、入院対象者は総数 495 名である。男女の内訳は、

表 1 医療観察法の申し立て状況（施行～2009 年 3 月 1 日まで）

申立総数	1379 件		
決定数	1311 件		
(決定の内訳)	入院決定	799 件	61%
	通院決定	244 件	19%
	不処遇	224 件	17%
	申立却下	44 件	3%
取り下げ	10 件		
鑑定入院中	58 件		

申立却下：対象行為を行ったと認められなかった場合等

取り下げ：検察官が申立を取り下げたもの

（医療観察法医療体制整備推進室資料より）

表 2 地方裁判所における入院決定数・通院決定数の状況（施行～平成 21 年 3 月 1 日までの状況）

	都道府県名	入院決定	通院決定		都道府県名	入院決定	通院決定
1	北海道	39	16	25	滋賀県	5	2
2	青森県	15	0	26	京都府	10	3
3	岩手県	11	3	27	大阪府	47	33
4	宮城県	12	2	28	兵庫県	28	13
5	秋田県	4	0	29	奈良県	2	2
6	山形県	9	3	30	和歌山県	9	3
7	福島県	13	4	31	鳥取県	1	2
8	茨城県	27	12	32	島根県	3	1
9	栃木県	8	3	33	岡山県	5	3
10	群馬県	12	1	34	広島県	25	11
11	埼玉県	64	7	35	山口県	7	0
12	千葉県	38	9	36	徳島県	4	2
13	東京都	90	12	37	香川県	7	7
14	神奈川県	41	17	38	愛媛県	5	6
15	新潟県	17	8	39	高知県	7	0
16	富山県	3	1	40	福岡県	30	10
17	石川県	8	2	41	佐賀県	3	1
18	福井県	9	3	42	長崎県	14	1
19	山梨県	5	6	43	熊本県	11	6
20	長野県	11	3	44	大分県	2	2
21	岐阜県	12	2	45	宮崎県	8	2
22	静岡県	28	4	46	鹿児島県	14	3
23	愛知県	42	4	47	沖縄県	23	4
24	三重県	11	5				

（医療観察法医療体制整備推進室資料より）

男性 405 名、女性 90 名で、男性が 81.8%を占めている。疾病別では、男女とも統合失調症圏が最も多く、男性は 345 名で 85.2%、女性は 76 名で 84.4%となっている。また、指定入院医療機関では、入院処遇を急性期、回復期、社会復帰期と 3 段階とし、それぞれ 3 ヶ月、9 ヶ月、6 ヶ月を目処としている。段階別人数は、急性期 119 名、回復期 205 名、社会復帰調整官 171 名となっている。

つぎに指定入院医療機関の設置状況であるが、2009（平成 21）年 3 月 1 日現在、16 カ所で 441 床である。その内訳では、国関係 13 カ所 386 床、都道府県関係 3 カ所 55 床となっている。また、国関係では 1 カ所が建築中であり、都道府県関係では、7 カ所が建築中または建築準備中である。

表 3 指定入院医療機関の整備状況

2009 年 3 月 1 日現在

医療機関名	都府県	病床数	開棟年月日
1 国立精神・神経センター病院	東京都	33 床	平成 17 年 7 月 15 日
2 国立病院機構花巻病院	岩手県	33 床	平成 17 年 10 月 1 日
3 国立病院機構東尾張病院	愛知県	33 床	平成 17 年 12 月 1 日
4 国立病院機構肥前精神医療センター	佐賀県	33 床	平成 18 年 1 月 1 日
5 国立病院機構北陸病院	富山県	33 床	平成 18 年 2 月 1 日
6 国立病院機構久里浜アルコール症センター	神奈川県	50 床	平成 18 年 4 月 1 日
7 国立病院機構さいがた病院	新潟県	33 床	平成 18 年 4 月 1 日
8 国立病院機構小諸高原病院	長野県	17 床	平成 18 年 6 月 15 日
9 国立病院機構下総精神医療センター	千葉県	33 床	平成 18 年 10 月 10 日
10 国立病院機構琉球病院	沖縄県	21 床	平成 19 年 2 月 1 日
11 国立病院機構菊池病院	熊本県	17 床	平成 19 年 9 月 3 日
12 国立病院機構榊原病院	三重県	17 床	平成 19 年 10 月 15 日
13 国立病院機構賀茂精神医療センター	広島県	33 床	平成 20 年 6 月 24 日
14（独）岡山県精神科医療センター	岡山県	33 床	平成 19 年 10 月 1 日
15（独）大阪府立精神科医療センター	大阪府	5 床	平成 19 年 9 月 7 日
16 長崎県立精神医療センター	長崎県	17 床	平成 20 年 4 月 1 日

（厚生労働省資料より）

指定通院医療機関については、2009（平成 21）年 3 月 1 日現在、330 カ所が指定を受けている。その内訳は、国及び都道府県立の医療機関が 53 カ所、その他の医療機関が 277 カ所となっている。すなわち、84%が民間病院ということである。

また、審判にかかわる精神保健審判員、精神保健参与員は、2009（平成 21）年 3 月 1 日現在、それぞれ 874 名、714 名が登録されている。

V 医療観察法における精神保健参与員の位置づけと役割

精神保健参与員は、医療観察法第 15 条に「精神保健参与員は、次項に規定する名簿に記載された者のうち、地方裁判所が毎年あらかじめ選任したものの中から、処遇事件ごとに裁判所が指定する。2 厚生労働大臣は、政令で定めるところにより、毎年、各地方裁判所ごとに、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

識及び技術を有する者の名簿を作成し、当該地方裁判所に送付しなければならない。3 精神保健参与員の員数は、各事件について一人以上とする」と規定されている。

医療観察法の目的は、第1条に「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」とあるように、適切な医療と社会復帰の促進といえる。その目的を達成するために対象者の処遇を合議体によって評決されるわけであるが、第36条の規定により「処遇の要否及びその内容につき、精神保健参与員の意見を聴くため、これを審判に関与させるものとする」として精神保健参与員も意見を述べることができる。

審判の内容は医療観察法による処遇の必要性の判断であり、精神保健参与員に求められる意見もその部分といえる。「心神喪失者等医療観察法および審判手続規則の解説」(最高裁判務総局)によると医療観察法による処遇を判断するための評価軸を「疾病性」、「治療反応性」、「社会復帰要因」の3軸で検討することが妥当であるとしている。「疾病性」は、対象者の精神医学的診断とその重症度、および対象者の精神障害と当該他害行為との関係性の側面である。「治療反応性」は、精神医学的な治療に対する対象者の精神状態の望ましい方向への反応の強さについての側面である。「社会復帰要因」は、対象者の社会復帰という目的を果たすことを促進するあるいは阻害する要因である。

そこで精神保健参与員は、対象者の処遇の要否・内容を決定するため、精神障害者の社会復帰に向けた社会福祉的な視点、対象者に対する権利擁護的な立場や対象者を生活者と捉える視点からの意見が重要であり、地域の社会資源についての情報とその活用の方法や支援の可能性を明確に意見として伝えることが責務といえる。

特に「対象者の通院処遇におけるケアマネジメントなど社会復帰要因に関わる評価を中心に、ケア計画における疾病性と社会復帰要因のバランスなどについて、その専門的知識や意見が求められる²⁾」と三澤が指摘するように、地域処遇の可能性等に関して参与員の意見が求められることが多い。

精神保健参与員の業務を初回審判を例に説明する。まず、地方裁判所からの精神保健参与員を依頼する連絡が入る。電話をもらった精神保健参与員候補者は、審判期日の日程等によって事件を受けるかどうかを決めることになる。精神保健参与員を受けることになる裁判所から事件調書、簡易精神鑑定の結果、生活環境調査報告書、鑑定書等の資料が送付されてくる。それらを読み込み、審判期日前にカンファレンスが実施される場合は、それに参加して資料や事実関係について質問し、対象者の処遇に関して意見を述べることになる。ちなみにカンファレンスは、地方裁判所により、また担当の裁判官により実施する場合とそうでない場合があり、参加者の範囲や実施回数、実施方法についても様々である。

つぎに審判期日となるが、そこで対象者に対して直接質問をすることになる。事前の資料、カンファレンスでの協議、審判期日での対象者からの話を総合して処遇を裁判官、精神保健審判員と協議し、最終的な審判に到達する。なお、審判は、裁判官と精神保健審判員によって行われることが、本法に規定されている。しかし、精神保健参与員の意見が、大きく影響していることは確かであるといえる。

VI 参与員として関わった事例の概要

筆者は、精神保健参与員として、これまでに5件の初回審判に関わりをもった。その概要はつぎのとおりである。なお、精神保健参与員には、守秘義務があるため事例については、個人が特定できないように内容を加工した。

事例1 50歳代男性、統合失調症

高校卒業後就職し結婚をするが、30歳代で統合失調症を発症。入退院を繰り返しながら経過していたが、その後離婚、失職する。現在は、生活保護を受けながら单身生活を送っている。通院は、不定期ではあるが途絶えることなく続いていた。以前から近隣住民との間でトラブルがあったが事件までには発展していなかった。昨年引っ越してきた隣人に対して妄想をいだくようになり、ある日、隣人宅を訪問し、玄関に現れた隣人に全治1ヶ月の傷を負わせた。

事例2 30歳代男性、統合失調症

高校卒業後、専門学校に入学するが長続きせず、しばらくして自宅に引きこもるようになった。心配した母親が本人を説得し、20歳のときに精神科に受診し、統合失調症と診断され入院となる。退院後は定期的に通院していたが、その後不定期になり、現在では母親が通院して薬をもらっている。本人と母親の二人暮らしで、母親の収入で生活している。

ある日、街を徘徊していたところ警察官に不審尋問をされ、そのとき所持していたナイフで警察官に斬りつけ負傷を負わせた。

事例3 60歳代男性、統合失調症

中学卒業後、就職のために首都圏に転入する。その後、職を転々とし、20歳代で統合失調症を発症する。その後も日雇いの仕事をしながら生活を送っていた。現在では、高齢と不況で仕事が見つからないことから生活保護を受けて生活している。統合失調症に関する治療歴の詳細は不明である。現在は、近くの診療所から薬をもらっている。

ある日、缶ビールを飲みながら街を歩っていると公園で座っている男性から悪口を言われたような気がして、男性をなぐって怪我を負わせた。

事例4 40歳代女性、統合失調症

専門学校卒業後、就職、結婚して二人の子どもをもうける。20歳代で統合失調症を発症する。その後、離婚し単身となった。仕事を求めて首都圏に出てくるが、仕事に就くことができず、ホームレスのような生活になってしまう。内科疾患で入院したことがきっかけとなり、生活保護を受給するようになる。統合失調症の治療については、内科を受診している総合病院の精神科にも受診するようになり、不定期ではあったが、継続的に通院はされていた。ある日、スーパーで万引きをしたところを店員に発見されたことから、その店員に対して暴力をふるい怪我を負わせた。

事例5 30歳代男性、精神病は認められず

高校時代に不登校になり、そのまま中退する。中退後も進学や就職をすることもなく引きこもり生活となってしまう。母親との2人暮らしで、以前から時々母親に暴力をふるうことがあった。今回は、仕事をするように話した母親に対して暴力をふるい怪我を負わせた。検察が行った簡易鑑定では統合失調症との診断で、責任能力なしという判断であった。対象者は医療観察法による鑑定入院となったが、鑑定医は、対象者が精神障害であることに疑問に感じ、慎重な検査等を行い精神障害ではないという判断を下した。

VII 医療観察法の光（メリット）

医療観察法のメリットについて、これまで関わった事例を通して特に精神保健福祉法による措置入院制度との比較から検討したい。

①審判におけるメリット

医療観察法が施行される以前は、他害行為を行った精神障害者の処遇は精神保健福祉法の措置入院制度で行われてきた。しかし、措置入院制度は、あくまでも医療の範疇での入院制度である。すなわち、措置入院を判断するために精神保健診察が行われるが、そこでは、対象者の行った他害行為が事実であるという前提で進行される。それは、対象者にとって他害行為の有無を争う場がないことを意味している。「冤罪」ということもありうることを考えると司法も含めた審判によって処遇が決まっていくことは、メリットといえる。筆者が担当した事件のすべての審判期日において、裁判官が最初に質問することは、裁判における罪状認否にあたる他害行為の有無についてであった。

また、医療観察法の対象者には弁護士である付添人が関わりをもつ。対象者の立場を

守り、権利を擁護する存在として付添人がいることが、メリットといえる。精神保健福祉法による精神保健診察の場面では、精神保健指定医と立ち会い吏員としての行政職員だけである。立ち会い吏員は、正当な診察が行われているかを確認するために立ち会っているのであって、対象者の立場を擁護する存在とはいえない。

筆者が関わった事件の付添人は人権派といわれる弁護士で、対象者の今後の人生を視野に入れて処遇の検討にあたっていた。事例によっては、対象者のアパートまで足を運んで検討材料を収集している付添人もあった。

さらに精神保健参与員の関わりについても医療観察法のメリットと捉えることができるだろう。参与員として社会福祉の視点から意見を述べることによって、初期の段階から対象者の社会復帰に関する検討ができるといえる。

また、医療観察法の処遇は、全て審判によって決まるが、措置入院の場合、退院に関しては1名の精神保健指定医が判断すれば良く、その部分に関しても医療観察法の審判が、司法、医療、福祉の専門性が関わっているメリットがあるといえる。

②精神保健観察と社会復帰調整官の存在

医療観察法の施行に伴い、保護観察所に精神保健福祉士等の有資格者が社会復帰調整官として配属されるようになり、対象者について生活環境調査や対象者への支援、精神保健観察における関係機関との中でケアマネジャー的な役割等を担っている。彼らの存在は、地域処遇における大きな存在として周囲に安心感を与えるものである。

筆者が関わって事件では、カンファレンスの中で付添人とともに社会復帰調整官が最も対象者に近い存在として、対象者の今後の生活を現実的に見通した意見を出していると感じた。

また、精神保健観察も医療観察法のメリットである。措置入院制度においては、措置解除になった時点で拘束力はなくなり、一般の精神科医療の枠の中で、医療保護入院、任意入院、通院が実施されることになる。すなわち、措置解除直後に通院が始まったとしても、そこでの関わりは他の精神障害者と同じく地域の保健所等の機関によって支援が行われることになり、本人の拒否や病院との連携の不具合などによって、支援の中断や通院医療そのものの中断も散見されていた。精神保健観察では社会復帰調整官との関わりがあると同時に、医療の中断は許されない。そのような地域処遇での一定程度の縛りができたことは、重要な側面であると評価できる。

③鑑定入院制度と入院処遇

事例5のように鑑定入院によって精神障害が否定された事例が存在することは、その1例をもってしても医療観察法のメリットといえる。措置入院制度だけで他害行為をし

た者の処遇が展開されている時代であれば、事例5は、検察官通報により精神保健診察がされ、短時間の診察の中から措置入院になった可能性は高いといえる。ある程度の時間をかけて確定診断と責任能力の有無を判定する鑑定入院が実施されることによって、不用意に精神障害者としてのレッテルが貼られることがなくなる。

医療観察法において、入院処遇は国立病院等を中心とした指定入院医療機関で実施されるが、そのアメニティの良さ、スタッフの充実度は、一般の精神科病院のそれとは比較にならないといっても過言ではない。それまでの措置入院は、一般病院での入院処遇であり、措置入院者に対して特段のプログラムがあったわけでもない。また、そこでは、他の入院患者が被害にあう事件が起こっていたことも事実である。さらには、そのような事件を未然に防ぐために措置入院患者が長期にわたり保護室に入れられていた事例もあった³⁾。そのような問題点を解消し、社会復帰にむけた充実したプログラムが実施されることは、メリットといえる。

VIII 医療観察法の影（デメリット）

これまで関わった事例を通して、特にカンファレンスで議論となった部分から医療観察法のデメリットを検討したい。

①地域処遇の問題

山本は、医療観察法の課題として特に地域処遇の側面から、①指定通院医療機関が少ないこと②社会復帰調整官の増員の問題③初回審判においていわゆる「いきない通院」を言い渡し事例が予想外に多いこと④対象者の受け入れ先の問題⑤対象者に関する情報共有の問題⑥困難事例について現在の精神保健観察では対応できないのではないかという以上6点を指摘している⁴⁾。

山本の指摘のように地域処遇においては、入院処遇に比べて多くの問題を抱えていると言わざるを得ない。その原因のひとつは、入院処遇の場合は、対象者専用の入院施設を作って、特別のプログラムが展開されているのに対して、地域処遇に関しては既存の社会資源を活用して処遇されるということである。退院後の住居が確保されない事例では、グループホームを探すことが困難で退院が延期される場合もある。そもそも既存の社会資源が少ない現状があり、その中で様々な要素を抱えた対象者が支援されていくこと自体難しい状況であるのかもしれない。さらに、指定通院医療機関の少なさから、遠くまで通院しなければならない事例もある。そのような地域処遇の問題は、筆者が関わった事例においても常に議論となるところであった。

このような地域処遇の問題は、岡崎が指摘しているように医療観察法に投じられる巨額の予算に比べ地域精神保健福祉関係予算が著しく不均衡であること⁵⁾が、原因の一つとして考えることができるだろう。

②入院処遇の問題

指定入院医療機関における入院処遇では、良い環境で特別なプログラムによって治療を受けることができる。すなわち、入院処遇を一時的に不利益処分と考えることはできない。しかし、入院は、概ね1年6ヶ月が想定されており、その期間による不利益は十分考えられる。例えば、生活保護受給者にとっては、入院期間が6ヶ月を過ぎることによってアパートなどが解約となり、退院先の確保が難しくなってしまう。グループホームなどへの入居が容易であれば問題はないが、医療観察法の対象者というレッテルによって入居しづらい現実もあることは事実である。

また、指定入院医療機関が、まだ完全に整備されていないことから、場合によると住所地から遠い指定入院医療機関に入院になることもありうる。それは、家族の見舞いや退院の準備等において不便であり、不利益になってしまう。

さらに、入院処遇にかかる費用は莫大なものであり、その費用対効果という問題が、筆者の経験した事例検討の中で話題になったことも付け加えておきたい。

③措置入院との関係

筆者が関わった中には、この程度のお害行為で医療観察法の対象になるのだろうかという疑問に思える事例が存在していた。この程度のお害行為では精神保健福祉法の措置入院制度で処理をされると考えられたし、事例のお害行為以上の内容でも措置制度によって入院している場合があるとも考えた。

2007（平成19）年、最高裁は、措置入院で足りるとして、同法による医療を行わないとすることは許されないという判断を示した。しかし、現状では、我が国の触法精神障害者の処遇は、医療保護入院による強制入院、措置入院、刑事施設内での治療が存在しているところであり、触法精神障害者の処遇が一元化されていない⁶⁾。すなわち、医療観察法がこれらの関係の中で位置づけが不安定であり、医療観察法の運用のしづらさというデメリットと捉えることができるであろう。

IX まとめ

医療観察法は、多くの批判と反対の中から4年前に誕生した。そして、この間、指定入院医療機関の整備の遅れや指定通院医療機関の少なさ、入院処遇と地域処遇の格差など、様々な問題が指摘されてきた。その多くが解決されず、さらに運用の中から新たな問題が起っている⁷⁾。

しかし、触法精神障害者が精神保健福祉法の措置入院でしか処遇されない時代に比べ

たら多くのメリットが医療観察法にはあり、その中で救われている精神障害者も多くいることは事実である。医療観察法に携わる人々は、それぞれの立場からメリットを見出し、やりがいを持って実践していることと想像している。

今回、法改正に向けて多くの批判や問題点の指摘がされていることは承知している。それが、医療観察法体制のさらなる充実に寄与することを願っている。医療観察法が誕生したときに言われた、「医療観察法が一般の精神科医療向上の起爆剤になるように」ということばは、現時点ではむなしく聞こえる。将来に向けて、医療観察法に関わる我々の努力によって、少しでも精神科医療および精神保健福祉の向上につながるようしていきたい。

<注>

- 1) 山上皓（2009）「司法精神医療等人材養成研修会 教材集」精神・神経科学振興財団、日本精神科病院協会 5～6 ページ
- 2) 三澤孝夫（2009）「精神保健参与員の役割はいかにあるべきか」『臨床精神医学 Vol.38 No.5 特集心神喪失者等医療観察法の改正をめぐって』アークメディア 689 ページ
- 3) 山上皓（2009）「司法精神医療等人材養成研修会 教材集」精神・神経科学振興財団、日本精神科病院協会 8 ページ
- 4) 山本輝之（2009）「心神喪失者等医療観察法施行後の課題」『公衆衛生 Vol.73 No.6』医学書院 436 ページ
- 5) 岡崎伸郎（2009）「地域精神保健福祉における医療観察法の宿命的異質性」『臨床精神医学 Vol.38 No.5 特集心神喪失者等医療観察法の改正をめぐって』アークメディア 664 ページ
- 6) 川本哲郎（2009）「医療観察法と措置入院のあいだ」『臨床精神医学 Vol.38 No.5 特集心神喪失者等医療観察法の改正をめぐって』アークメディア 705 ページ
- 7) 平成 20 年 8 月 1 日付厚生労働省令 133 号により、指定入院医療機関の病床に余裕がない場合に入院決定を受けた対象者または、入院中の対象者を指定入院医療機関以外の医療機関、または指定入院医療機関の病床のうち指定を受けていない病床において、入院医療を行うことを可能としたなど。

<文 献>

- セイマー・L・ハレック 小田晋監訳（1994）『精神障害犯罪者 アメリカ司法精神医学の理論と実際』金剛出版
- 林幸司編著（2001）『司法精神医学研究 精神鑑定と矯正医療』新興医学出版
- 福岡県弁護士会精神保健委員会編（2002）『触法精神障害者の処遇と精神医療の改善』明石書店
- 町野朔（2003）『刑事司法と精神医療』平成 13 ～ 14 年度科学研究費補助金研究成果報告書
- 中谷陽二（2005）『司法精神医学と犯罪病理』金剛出版
- 林美月子（2004）「責任能力と精神医療の強制」町野朔編『精神医療と心神喪失者等医療観察法 Jurist 増刊』有斐閣
- 川本哲郎（2004）「強制治療システムのこれから」町野朔編『精神医療と心神喪失者等医療観察法 Jurist 増刊』有斐閣
- 斎藤正彦（2004）「精神医療における自由と強制」町野朔編『精神医療と心神喪失者等医療観察法 Jurist 増刊』有斐閣

- 東雪見（2004）「心神喪失者等医療観察法における医療を受ける義務」町野朔編『精神医療と心神喪失者等医療観察法 Jurist 増刊』有斐閣
- 浅田和茂（2004）「刑法改正問題と精神医療」町野朔編『精神医療と心神喪失者等医療観察法 Jurist 増刊』有斐閣
- 三澤孝夫（2004）「心神喪失者等医療観察法における社会復帰・地域支援制度の諸問題」町野朔編『精神医療と心神喪失者等医療観察法 Jurist 増刊』有斐閣
- 岡崎伸郎・高木俊介（2006）『動き出した医療観察法を検証する』批評社
- 渡辺脩（2009）「医療観察法の医療必要とは何か」『臨床精神医学 Vol.38 No.5 特集心神喪失者等医療観察法の改正をめぐって』アークメディア
- 田口寿子（2009）「この法律による医療の必要性和その評価」『臨床精神医学 Vol.38 No.5 特集心神喪失者等医療観察法の改正をめぐって』アークメディア
- 岡田雄一（2009）「医療観察法の将来と精神科医への期待」『臨床精神医学 Vol.38 No.5 特集心神喪失者等医療観察法の改正をめぐって』アークメディア
- 和田久美子・山上皓（2009）「処遇決定の現状」『臨床精神医学 Vol.38 No.5 特集心神喪失者等医療観察法の改正をめぐって』アークメディア
- 石側亮太（2009）「特定医療施設等に関する省令改正の問題性」『臨床精神医学 Vol.38 No.5 特集心神喪失者等医療観察法の改正をめぐって』アークメディア
- 藤村尚宏（2009）「医療観察法対象者の精神保健福祉法による入院」『臨床精神医学 Vol.38 No.5 特集心神喪失者等医療観察法の改正をめぐって』アークメディア
- 小笠原基也（2009）「医療観察法と社会復帰」『臨床精神医学 Vol.38 No.5 特集心神喪失者等医療観察法の改正をめぐって』アークメディア

