



医療観察法における地域処遇について

コーディネーター 富田 三樹生

医療観察法が施行されたのが05年(平成17年)7月15日であった。ほぼ3年の実施期間を経て、地域処遇の実績も重なり本シンポジウムを開くことができた。この間、政府厚生労働省が苦心してきたことは、指定入院医療機関・病床の不足が続いていることが大きいと思われる。元来30床規模を全国に700床、予定していたものであった。平成16年10月には15床規模でも可能とし、さらに平成17年10月には14床以下でも可能とする旨の通知を出している。ところが、本学会総会終了後の7月厚生労働省は指定医療機関の省令の一部改正案のパブリックコメントを募集した。それによると、病床不足が生じた場合の臨時応急対応として、特定医療施設、特定病床を設けるものとし、その施設の対象となりうるのは、①国および都道府県または地方公共団体設立の独立行政法人、②精神保健福祉法における措置指定病院、③指定通院医療機関であって入院医療ができるもの、となっている。これは鑑定入院期間が終わっても指定入院医療機関に入院できないままの不法入院医療がまかり通っている事態への対処であるとも言われている。法・倫理関連問題委員会としては、この事態を批判する見解を取りまとめた。

さてシンポジウムの詳細は以下の各シンポジス

トの発表に付け加えるべきことはない。地域処遇に関連して、皆が一致していることの第一は、使い勝手の悪さということである。形式と基準が硬く、そのために通常の精神医療に比して人手と時間が不必要に多い。第二は、それらの時間と人手に経済的裏付けがない。保健所などは、公的勤務時間のうちに収めることができようがそれも他の仕事を押しつけてのことであろう。指定通院医療機関や自立支援法関連機関等の職員の仕事は藤本の報告では数倍かかる。第三は、保護観察所以外はみな精神保健福祉法や自立支援法関連の資源であって、精神保健福祉関連施設スタッフを活用しているのである。指定入院医療の膨大なお金に裏付けられた人手とは比較にならない。

入院医療から通院に切り替わるとき精神保健福祉法による入院を経たり、指定通院時の病状悪化時も、結局精神保健福祉法の枠で対応し治療しているのである。さらに鑑定入院時、鑑定入院医療機関は法が要請している枠以上の医療を、医療者の責務として行っていると見るべきものである。従って多くの場合、臨床的な急性期が終わった段階で、重装備な施設に送られるのである。岩尾の指摘するように目的を異にした法二元体制の矛盾は大きい。植松の報告は、社会復帰調整官としての立場からシンポジウムに参加していただいたも

のである。調整官の仕事の現状は、必ずしもスムーズに実施されていない様子がかがえるが、法の運用のなかで、司法の枠組みで権威的になる可能性は看過できないと私には思える。さらに、池原の指摘にあるように、措置入院などで通常の医療においては事態が決着しているにもかかわらず、医療観察法に改めて入院等の措置に「囚われる」事例が少なくないのは看過できない。また吉岡の指摘のなかにあるように、最高裁の平成19年7月25日決定も医療観察法と精神保健福祉法の矛盾を体現している。吉岡は医療観察法と精神保健福祉法の入院必要性基準について厳密な議論を展

開して、医療関係者が通常の医療原則にあいまいに堕してしまう傾向に警鐘を鳴らしている。医療観察法の入院必要3要件と精神保健福祉法と異なるのでなければならないはずで、安易な2法の併用の矛盾を指摘している。また、吉岡は近づいている裁判員制度開始との関連にも言及した。

医療観察法は当初指摘されてきた矛盾に加え、それらがより具体的になっている。本学会は法成立には一貫して反対の立場を取り、法成立後は関与しつつ検証する、という態度を決定した。施行5年後の2010年をひかえ、学会としても論点を整理する時期に来たと言えよう。