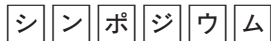


## 第 105 回日本精神神経学会総会



## 今、医療観察法を廃止し、精神科医療の抜本改革を行うときである

富田 三樹生 (多摩あおば病院)

医療観察法の成立の経過を、戦後精神医療の歴史のなかに位置づける。そして、医療観察法の矛盾とその破綻の経過を述べ、法を廃止した後の精神医療の改革の骨格を述べる。これは、法・倫理関連問題委員会の「医療観察法に関する委員会報告―見直しにあたっての提言」(09年7月15日)をもとにしている。

## はじめに

私は、01年より日本精神神経学会の担当委員会の委員長として、医療観察法批判を行ってきた。他方で、日本の精神科病床のほぼ90%を占める一民間病院の院長として病院改革を行うという二足の草鞋を履いてきた。この経験は私にとって困難であるが貴重な経験であった。法・倫理関連問題委員会は、09年7月15日付で、この約9年間の活動の委員会報告(医療観察法に関する委員会報告―見直しにあたっての提言)を理事会に提出した。本日は、その報告の内容を織り込みながら私の意見を述べる。私の態度は、「触法精神障害者対策」という狭い視点からではなく、日本の精神科医療の改革、という観点から、この医療観察法を考えるというものである。そうでなければ、司法の底のもとで医療を論じるという倒錯した態度に陥るからである。医療観察法を考える時、戦後精神医療の歴史を振り返る必要がある。

## 1. 戦後精神医療の歴史

ここで私は第一期から第八期までに分けてみる。70年代までは、中山宏太郎(措置入院制度運用の変遷。精神医療、6巻2号、1977)の資料を借りた。

## 1) 戦後精神医療

- 第一期(1950~60)精神衛生法制度の登場と医療法特例・収容主義の開始
  - 55年当時 精神病床数ほぼ4万4千床(内措置入院6千5百人) → 60年89千床
  - 56年刑法改正準備会法務省内に設置
  - 58年10月2日 厚生事務次官通知132号(医療法特例 結核、ハンセン病、精神)
  - 58年10月6日 医務局長通知(精神は特例も「当面」は必ずすことを容認)
    - 高度経済成長時代へ、民間精神病院の急増の開始
- 第二期(1961~64)国民皆保険体制・収用主義精神病院急増から精神衛生法改正へ
  - 61年 国民皆保険制度開始
  - 61年4月16日 衛発311号事務次官通知
    - 措置入院費国庫負担2分の1から10分の8に引き上げる。
    - 同年9月16日 衛発729号公衆衛生局長通知 所謂「経済措置」通知106,265床(措置34,808/生保49,572/両者で82.2%)
  - 63年 法制審議会刑事特別部会第三小委員会 刑法改正に関する要綱
  - 63年5月17日 衛生発393号公衆衛生局長通知「措置入院制度の強化について」29条

以外の入院で措置症状のあるもの 23 条通知をするよう云々

- 第三期（1965～75）精神衛生法改正・地域精神衛生の登場から保安処分反対運動の高揚  
ライシャワー事件→1965年 精神衛生法改正、通院費公費負担の開始  
69年 日本精神神経学会金沢学会，旧理事会体制崩壊→所謂医局講座制批判，精神衛生法体制批判，保安処分新設反対を明確にする
- 第四期（1976～87）措置入院の修正から宇都宮病院事件・精神衛生法改正へ  
76年 8月19日衛生発671号「衛生発393号は廃止する」  
80年 新宿バス放火事件→政府の保安処分新設の動き再開  
81年12月26日 刑法改正作業の当面の方針（刑事局案 治療処分に一元化し重大罪種に限定し，再犯の危険性を焦点とし，国立等の精神病院に収容する）を公表→反対運動で挫折  
84年 宇都宮病院事件発覚→精神病院の悲惨な実情への批判高まる  
87年 精神保健法成立 指定医制度の導入と適正手続きによる非自発入院の近代化が図られた
- 第五期（1988～94）精神保健法から精神保健福祉法——「処遇困難者対策」の挫折——  
処遇困難者と触法精神障害者を混せて論じる誤謬と精神科医療の貧困の放置が問題であった。
- 第六期（1995～2000）精神保健福祉法制定から第4次医療法改正——機能分化・包括化への道——  
94年 精神科療養病棟入院料新設（A及びB）  
96年 急性期治療病棟入院料新設  
99年（平成11年）精神保健福祉法改正  
付帯決議 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検討を求める付帯決議

厚生労働省調査 社会的入院21.7%（7.16万人）

精神神経学会調査1年以上入院対象内社会的入院（32.5%/7.4万人）

入院者数332,930（措置3472/1.0%）

00年12月26日 第四次医療観察法改正決定

- 第七期（2001～03）医療観察法への助走  
01年1月20日 ブッシュ米大統領に就任  
01年1月 法務省厚生労働省の触法精神障害者対策の合同検討会発足～10月計7回  
01年4月26日 小泉内閣誕生→06年9月26日まで  
01年5月 精神神経学会シンポジウム「刑事司法下における精神障害者の現況」  
01年6月8日 大阪池田小学校事件
- 第八期（2003～09年現在）医療観察法の成立・改革ビジョン——矛盾の露呈  
03年（平成15年）精神科救急入院料新設  
03年6月 医療観察法案修正可決  
04年9月 「精神保健医療福祉の改革ビジョン」（案）精神保健福祉対策本部  
10月 精神保健医療福祉改革の基本的考え方（グランドデザイン）  
→自立支援法06年4月一部，10月全面施行  
05年7月15日 医療観察法施行  
08年9月 米投資銀行リーマンブラザーズの破綻と金融危機  
09年1月20日 バラク・オバマ米大統領に就任  
09年8月30日 衆議院議員総選挙

## 2. 戦後精神科医療史小括と現状

1) 79年措置入院費の国庫負担834億（都道府県負担を入れれば実に1000億）。1980年前後は精神衛生予算は900億という規模となりその殆どが措置入院の国庫負担で占めていた。措置入院の数そのものは1970年の76,532人をピークに減らして，精神保健法施行の1988年で16,756人，現在は33万人のうち3千人弱となった。現在では

国の措置入院予算は50億前後にまで激減しているのである。

精神衛生法時代は民間精神病院の側は、措置入院を大幅に受け入れ、公費による収益をあげることができたのである。①医療法特例・低額医療費、②收容主義、③救貧的治安対策の三つの複合体制ができ上がった。

2) 措置入院予算と通院費公費負担予算の転換が93年と94年を境に逆転した。措置は190億円台から160億円台へ、通院費公費負担が180億円台から190億円台に変化した。03年ではほぼ450億円となった。→自立支援医療へ転換

措置指定民間病院を中核とした救貧的治安政策が、精神科医療の三つの複合体制のもとで行われ、措置入院の減少が劇的に達成された形で、收容主義が残存した。都道府県が適切な医療水準で実施すべき措置入院は、收容主義的な民間病院への患者配分機能として残された。

3) 88年の精神保健福祉法の実施は適正手続きの導入という意味が大きい。しかし、それは收容主義は変えなかった。95年の精神障害者福祉法の成立実施は精神疾患患者の地域障害者福祉策として法的にも踏み出した。これも收容主義を変えなかった。

4) 90年代の処遇困難者専門病棟問題は低医療收容主義体制の問題を浮き彫りにした。

5) 90年代から、機能分化型の包括診療報酬が導入された。①94年「精神療養(包括)」, ②96年「急性期(包括)」, ③03年「精神科救急(包括)」, ④05年7月「医療観察法」施行。これらは、前代までの医療政策とは異なったものである。診療報酬と結合した政策理念の実施という意味で画期的である。

6) 他方で精神科病院の中では、高齢者の死亡が徐々に増え、認知症患者(平成17年16%)が統合失調症(平成17年61%)に次いで病床を多く占めるようになった。精神病床が認知症病床に転換しつつある。

7) 第七期(01~03年)には、社会的入院7万人の退院促進・病床削減、地域移行が謳われそれ

らは、改革ビジョン(04年9月)とグランドデザイン(04年10月)として打ち出された。医療観察法と精神科医療福祉の改革は車の両輪と言われた。

しかし、グランドデザインから具体化した自立支援法は完全な失敗・失政であることが明らかになっており、09年現在政治の動向は支援法の修正または廃止の方向に動いている。前者の医療改革—地域移行も暗礁に乗り上げている。

8) 医療観察法は、司法の側の問題とは①検察官の先議権・専議権と結びついた起訴便宜主義の矛盾を温存強化している。それは、有罪率99.9%という異常な数字に表現されているものである。検察官の仕事に対して、言わば法的に検証する仕組みである弁護士と裁判官が機能していないのである。②それは、措置鑑定や起訴前鑑定などの責任能力鑑定に基づく起訴・不起訴の双方向の流れを前提とせず、検察判断のみに一方向的に決定されていることにも示されている。③また、矯正施設には精神科医療の必要な人々も多く收容されているが、そこでの精神科医療の不在または狭隘性も指摘されている。これらの事情は、官僚主義絶対制と言うべきものであり、09年に施行された裁判員制度にも受け継がれている。

以上に述べた医療の貧困のままに、高規格な司法精神科医療が接ぎ木されたのである。司法精神科医療を、国家に収めて特権化し、一般精神科医療を貧困な体制のまま市場化しようとしているように見える。進行しつつある一般精神科病院の具体像は、老人・認知症收容病院としての低医療費・特例精神科病院の延命となる可能性を含んでいる。

### 3. 医療観察法の矛盾と現状

#### 1) 法案とその修正の意味

平成17年(05年)年11月27日修正案の趣旨説明を塩崎恭久議員が行った。第一に、その精神障害を改善するために医療が必要と認められる者に限られることを明確化し、医療の必要性が中心的な要件であるなどとした。第二に、本制度が対象者の社会復帰のための制度であることを明確化す

る。第三に、本制度による高度な医療水準を一般医療に及ぼす。第四に、法律施行後5年後に施行状況を国会に報告し、検討し、見直しが必要であれば所要の措置を講ずる、とした。

## 2) 対象者と目的

法は次のようになった。

### 第1条1項(目的)

「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者に対し、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」。

第37条1項「裁判所は、対象者に関し、精神障害者であるか否か及び対象行為を行った際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく、社会復帰することを促進するためにこの法律による医療を受けさせる必要があるか否かについて、精神保健判定医又はこれと同等以上の学識経験を有すると認める医師に鑑定を命じなければならない。ただし、当該必要が明らかでないことを認める場合は、この限りでない」。

修正案に関する漆原良夫議員の発言によれば、修正の眼目は、「心神喪失等の原因となった精神障害のために再び対象行為を行うおそれ」という原案の要件が、上記のように変更されたことである。白木功（法務省刑事局付き検事・現東京検察局検事）の解説（審判手続きを中心に、ジュリスト増刊、2004.3）によれば「対象行為を行った際の精神障害」とは、心神喪失等の原因となった精神障害のことである。原案では、精神障害は対象行為の原因と心神喪失等の原因の両方にかかる。しかし、改善とは、症状の増悪の抑制の意味も含まれるとする。この解説によれば、人格障害傾向によって対象行為を行い、合併している統合失調症によって心身喪失等とされた者が、この法による医療に入ることとなり、統合失調症の増悪が抑制された場合、法が解除されるであろうか。増悪

の抑制とは、収容と同義ではないのであろうか。精神障害が治療可能性のないものである場合には、要件に該当しない、と塩崎議員が明言している。

国会審議の過程で、再犯予測の論争から、当委員会（「精神医療と法に関する委員会」-当時）は委員会報告として、「再犯予測について」（2002年9月20日、執筆委員吉岡隆一、大下 颯：精神経誌、100巻4号；978-1001, 2002）を報告した。司法精神医学では、個人の危険性属性の考え方からリスク評価にパラダイムシフトしている事態を示した。それは、①枠組みの明示（対象集団、予測の期間、予測すべき結果）、②予測法の決定、③対象集団と比較集団の類似性、④両集団の対象行為のベースレートが高いことが前提となる。リスク評価が高いものは、欧米の研究では、人格障害や犯罪歴や薬物濫用歴、家族社会状況の属性であって精神病はむしろリスクを低めるという知見が確認されている。しかも、国会審議で出されたベースレートの例は7%程度であり、リスク評価の対象とはなりえないものであった。医療観察法も、予測法によって鑑定・審判、治療をすることはしていない。評価項目も予測法として規定されていない。しかし、「同様の行為を行うことなく」という縛りが、法の目的・構造を規定して原案を現実化している。

吉川、山上（吉川和男、山上 皓：医療観察法制度の意義と課題。精神経誌、108巻5号；490-496, 2006）は「おそらく充実した設備、人員配置を誇る指定入院医療機関は、治療困難、精神遅滞、物質関連、人格障害という誰もが忌避しがちな問題に正面から取り組むことが期待されている。もし、ここに挙げた問題が医療観察法後も未解決であるとすれば、この新しい医療制度の存在意義は失われてしまいかねない」としている。これは、法案の修正趣旨からは明らかに外れている。これに関連して、07年7月25日の最高裁判決は重要な問題を孕むものである。

判決は、医療観察法上の医療を言い渡す要件が存在する以上、精神保健福祉法上の医療によって医療を行うことはできない、とした。そして「医



療を受けさせる理由が明らかに無いと認められる場合を除き、(検察は)申し立てなければならぬ」とした。渡辺脩(自由と正義, 59巻3号; 80-88, 2008)によると問題の構造は以下のようなものである。42条1項1号, 2号の決定の主流は「入院医療の必要があっても, 一般精神医療で対応できる場合には, 医療観察法による医療の必要性は認めない」という解釈で, 全国の決定例の圧倒的多数がこの解釈によるとしている。国会審議の過程から見れば, 当然このような解釈でなければならない, としている。現実には, 措置入院などが終わって社会生活を営む者を, 検察は召喚して医療観察法に申し立てるなどのことが行われている。

#### 4. 医療観察法の矛盾: 医療観察法指定入院医療機関問題——「この法律による医療」の規格の破綻——

指定入院医療機関の整備の難航と法の破綻の経緯は以下のようなものである。

1) 2004年(平成16年)3月4日 全国精神保健福祉担当者会議資料

元来の規格・基準の概要と整備方針(全国で指定入院医療機関24か所700床等)を公表。

2) 2004年10月15日 厚労省15床規模(予備1床)の病棟規格の設置可能とする。内訳;常勤医師2名うち1名指定医, 看護師24名(夜勤3:3), 臨床心理技術者・作業療法士・精神保健福祉士4名等。

3) 2005年(平成17年)10月28日付厚労省が指定入院医療機関の整備方針を変更(障発1028002号)。都道府県が整備する病床数を減らし国と都道府県を1:1にする。15床規模を認めるとした変更をさらに14床以下をも可能とし, 原則として全ての都道府県に病床整備を依頼する。

4) 2008年8月1日省令改正。指定入院医療機関の指定病床以外の病床を「特定病床」とし, 国または都道府県立(精神科救急, 急性期病棟), その他の地方公共団体立(入院基本料1, または2, 等の施設基準)病院や, 精神保健福祉法措置

指定病院, 指定通院医療機関を, 「特定医療施設」とし, 一定期間(3か月)指定入院医療機関として認める,

5) 2009年(平成21年)3月省令改正 法16条1項の指定入院医療機関の規定を緩和して一般地方独立法人に指定入院医療機関として指定できるとする。

6) 2009年3月①「特定病床」に限り, 3か月の入院を6か月に延長する。②「特定医療施設」であっても, 国, 都道府県, 地方独立法人が設置するものは, 精神科救急または精神科急性期病棟であることを基準としていたが, それを緩和する, とした。

08年8月の大杉光子弁護士のパブリックコメントによれば, この省令改正は, 法16条1項違反であり, かつ裁判所審判を経ずに委託指定入院医療機関の指定医によってそれ以外の施設に収容するのは医療観察法違反である。

以上のような規格の変遷・改竄は, 国家の保安目的の枠組みを都道府県に押し付けたことからもたらされている。しかし, この崩壊過程によって, 精神衛生法以来の都道府県への措置病床を中核とした精神病院設置義務と同じ構造にもどされたと言えることができる。それによって, 以下のような改革案の現実性が準備されたのである。

#### 5. 医療観察法を廃止し, 精神科医療改革基本法による精神科医療政策の転換の提言・素案

1) 精神科医療改革基本法を作り, 精神保健福祉法の改革と病床削減を組み込んだ地域精神医療政策の原則のもとに医療機能強化のための診療報酬改革を行う。

①措置入院(指定)病床(都道府県公的病院)を高規格化し, 措置入院医療費公費負担原則を復活させ, 国家負担を増額する。医療費は以下のような規格に見合った額をつけることが不可欠である。例えば, 医師8:1, 看護師10:1, コーメディカルスタッフの基準を設ける。

②医療保護承認病床の規格を導入し医療保護入院医療費を増額する。その際, 保護者制度を廃止

し、市町村同意制度を改変し、「家族」の了解・依頼によるものとする。たとえば医師16：1、看護師、コメディカルスタッフの基準を設ける。

①、②の交流を円滑にする。措置入院は病態の悪化と危険性が臨床的に緊迫している状態の入院であり、医療保護入院は他害危険性よりも医療必要性基準による。

③都道府県措置入院判定委員会（行政処分の実質化）を設ける。速やかに措置入院の事後検証を行う。

④都道府県に措置入院者支援機構を設置するとともに市町村ソーシャルワークステーションの設置。精神科入院患者・医療保護入院者・措置入院者の支援を行う。措置入院者に対しては都道府県による支援と協働する。

⑤改革の原資は、基本法により、病床削減の原資を振り向ける枠組みを明確にするとともに社会保障政策の改革とも連動させる。民間病院の改革をバックアップし、地域医療、精神障害者の地域生活支援の施策を充実させる。

2) 司法と医療の関係の明確化と身柄転換にお

ける双方向性の導入。

①都道府県に集中治療鑑定センターを設ける（都道府県公的病院措置病床を持つ病院に併設又は分掌とする。国の財政負担を明確化する）。当面の措置入院ないし医療保護入院の必要性と暫定的な責任能力と訴訟能力、起訴前鑑定等の要否の判断、状態改善後の警察ないし検察への身柄引き渡しの必要性判断（起訴前簡易鑑定）および初期治療を行い、双方向性を確保する。

②最高裁判所に司法鑑定検証機構を設け、司法関連学会・精神医学関連学会への委託による刑事・民事鑑定研究検証を可能とする施設とする。責任能力問題の検証を行う。

3) 基本法の中に、地域医療・地域生活支援の計画を位置づける。

ソーシャルワークステーションがその役割の一角を担う。診療所・生活支援事業の位置づけと強化。

4) 基本法プランにより財政措置に裏付けられた公的病院機能と民間病院機能の再編・改革・連携を図る。