

■ 学会活動報告

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—

日本精神神経学会 法・倫理関連問題委員会委員長 富田 三樹生

はじめに

- I. 本学会の基本態度
- II. 医療観察法等に関する本学会理事会および当委員会の対応の経過
- III. 理事会・委員会の見解・意見総覧—見直しにおいて留意すべきこと
- IV. 医療観察法の今後—法を廃止し精神科医療の改革へ—

はじめに

1999年の精神保健福祉法改正において、触法精神障害者への対応が付帯決議とされて、それに基づいて2001年の法務省と厚生労働省の合同検討会が行われた。同年6月の大阪池田小学校児童殺傷事件をきっかけとした世情の中で、医療観察法が政府により国会に提出され修正の後、成立・施行された。この間、本学会理事会と当委員会は医療観察法問題についてほぼ毎年シンポジウムを開き、同法の問題について検証しながら見解・意見を表明してきた。医療観察法施行後4年余を経過した現在、医療観察法の病床整備が行き詰まり、行政は度重なる施設基準の変更や特定医療施設や特定病床での対応を図るに至っている。一方で医療観察法の附則にうたわれた一般精神医療の充実の道は明瞭にはなっていない。

当委員会は、精神医療と法に関する委員会(2000-2003)、法関連問題委員会(2003-2006)と法・倫理関連問題委員会(2006-2009)と名称を変更しながら、医療観察法の成立過程から成立後の現在まで、同法について検討してきた。以下に、その報告をする。

Iにおいて、当学会の、理事会と委員会が公表してきた見解等のうち、基本的で主要なものを提示した。IIでは、法の成立、実施に至る経過と、行政の動向にあわせて時系列にそって、理事会、委員会が公表してきた見解の表題と内容の要約を示した。IIIで、IIを踏まえて、法の見直しにあたって留意すべき点を事項ごとにまとめた。IVで、医療観察法の廃止とその後の精神医療改革の構想を提示した。

この報告は、09年に発足した新たな理事会が、医療観察法に対する今後の態度とその検証にあたっての基礎資料とされるべきものである。

I 本学会の基本態度

第一 2001年6月24日 大阪児童殺傷事件に関連して「重大な犯罪を犯した精神障害者対策」に関する見解 (精神医療と法に関する委員会委員長富田三樹生)

(要旨) 1) 精神医療の貧困・隔離収容主義・措

*旧 法・倫理関連問題委員会：2009年7月15日付でまとめられたものである。

委員：伊藤 哲寛 岩井 圭司 岩尾俊一郎 大下 颯 太田順一郎 岡崎 伸郎 北川 年一
白石 弘巳 杉田 憲夫 高岡 健 津田 敏秀 中島 豊爾 中島 直 花輪昭太郎
平田 豊明 星野 征光 山上 皓 山下 剛利 吉岡 隆一 吉川 和男

置入院の問題を指摘。2) 刑事司法における精神障害者処遇の問題を指摘。3) いま必要なのは、1) および2) の問題の改革である、とした。

第二 2002年4月8日 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(案)を批判する(精神医療と法に関する委員会委員長富田三樹生)

法案の逐条的な批判を行った。

第三 2002年9月20日 再犯予測について精神医療と法に関する委員会(執筆担当 吉岡隆一・大下顕)

司法精神医学における触法精神障害者の再犯危険性に関する歴史を総説し、そのパラダイム変換の意義と、医療観察法の再犯予測可能性を批判した。

第四 2008年11月15日「医療観察法に基づく指定医療機関に関する省令の一部を改正する省令」に関する見解—あらためて医療観察法を凍結し、精神科医療を再建することを求める—(法・倫理関連問題委員会委員長富田三樹生)

指定入院医療機関整備の破綻を指摘し、医療観察法の凍結と精神科医療の再建を求めた。

理事会見解の主なもの

第一 2002年5月11日「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案」の国会審議に際しての抗議声明—再犯予測は不可能である—(理事長佐藤光源、精神医療と法に関する委員会委員長富田三樹生)

1 対象者の鑑定と処遇の決定、2 裁判所(合議体)による決定、3 指定入院医療機関の退院、入院継続、指定通院医療機関における通院の終了、または延長、入院への切り替え(法110条)、において再犯予測判断を行うこととなる。4 保護観察所の長の、処遇の終了、通院の延長、入院への切り替え、において再犯予測を行い、それらは医療機関の判断を求められる。以上、処遇の決定変更のあらゆる時点で再犯予測が求められるが、それは不可能である、とする抗議を行った。

第二 2002年11月16日「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案」の国会審議再開にあたり重ねて見解を表明する(佐藤光源理事長)

以下の四点を確認。1. 精神科医に「再犯」の予測はできない 2. 現行の精神科医療制度と司法制度の改善こそ急務である。3. 司法システムと精神科医療システムの共同をめざす必要がある 4. 情報公開が必要である。

第三 2004年2月16日「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」の施行にあたっての見解(山内俊雄理事長)

1. 医療を社会保安目的に従属させるべきでないこと、2. 情報公開を徹底させること、3. 1, 2の立場を踏まえ積極的に発言すること。

II 医療観察法に関する本学会理事会および当委員会の対応の経過

医療観察法の直接な事態の始まりは1999年から考えられる。それ以後の医療観察法に関連した事項及び本学会、当委員会等が公表してきた見解、および当委員会等が企画してきたシンポジウムは以下の通りである。

1999年5月 精神保健福祉法改正国会成立 保護者の監督義務削除、移送制度の新設など。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する付帯決議。

1999年5月 第95回総会(東京)シンポジウム「司法精神医学の現代的課題」(精神経誌102巻1号、13-67、2000年) ①山上皓 我が国における触法精神障害者処遇の現状と問題点 ②吉川和男 英国における触法精神障害者対策 ③謝麗亜 精神障害犯罪者の評価と治療：カルガリーモデル ④花輪昭太郎 一公立病院における触法精神障害者治療の現状 ⑤北潟谷仁 弁護士から見た触法精神障害者処遇の現状 ⑥—法務省 指定討論 日本の触法精神障害者対策のあり方をめぐって 本田守弘—法務省の立場から ⑦三嘴文雄—厚生省の立場から ⑧池原毅和—一日弁連の立場から

2001年1月～10月法務省と厚生労働省の触法

精神障害者対策に関する合同検討会 計10回開かれる。

2000年5月 第96回総会(仙台)シンポジウム「現代精神医学における人格障害の位置づけ—精神病質をこえて—」(103巻2号, 123-184, 2001年) 抗議行動によりシンポジウムは中止。しかし予定シンポジストの講演原稿を学会誌に掲載 ①福島章 精神病質から人格障害へ ②山上皓 反社会性人格障害の矯正・治療をめぐる ③佐藤泰三 児童青年期の発達過程における人格障害の萌芽とその傾向 ④牛島定信 力動精神医学における人格障害の位置づけ

2001年5月 第97回総会(大阪)シンポジウム「刑事司法における精神障害者の現状」(精神経誌103巻9号, 653-717, 2001年) ①中島直 精神障害者をめぐる刑事司法手続きとその問題点 ②八尋光秀 対等・平等な社会制度の確立 ③吉川和男 刑事司法における精神障害者の処遇上の問題点—英国の制度から学ぶこと— ④秋山賢三 精神障害者の獄中処遇—袴田巖氏の事例— ⑤つかもとまさじ 生きてシャバに出たい—獄窓から私の受刑体験より—

2001年6月8日 大阪池田小学校児童殺傷事件発生

2001年6月24日 大阪児童殺傷事件に関連して「重大な犯罪を犯した精神障害者対策」に関する見解 精神医療と法に関する委員会委員長富田三樹生

(要旨) 1) 精神科医療の問題 ①精神科医療は医療法特例と低医療費政策によって隔離収容主義の構造が改善されていない。②第4次医療法改正がなされたが、措置入院を受け入れる病院は都道府県立、民間指定病院とも特例のもとにある。③精神保健関連予算は措置入院数の減少とともに減額され、かつ1995年精神保健福祉法により保険給付原則に変えられた。

2) 刑事司法における精神障害者の処遇と問題 ①精神保健福祉法の25条検察官通報は、起訴便宜主義に基づいて、安易に精神科医療に問題を流し込んでいる。②裁判官は、公判において検察官

の起訴を検証する機能を失い、検察の有罪率至上主義に迎合し、起訴前と起訴後の責任能力判定が二重基準の状況を生み出している。③刑事施設において多数の精神障害者が勾留されているが、その密室主義により検証は不可能となり、かつ医療は貧困である。刑終了後の医療等のアフターケアも無い。④11年間追跡調査研究(犯罪学雑誌81巻5号)によれば、一般人より精神障害者の再犯率は低く、収容継続も長期にわたっている。⑤被害者救済と、精神障害者犯罪対策を安易に結びつけるのは近代刑法の原則にもとる。

3) 改革の方向 ①精神科医療を一般科医療と同等に引き上げる必要がある。②措置入院を行政処分としての強制入院であることから、公費負担原則を回復し、退院後も精神科地域支援体制を整備する必要がある。③刑事システムの問題も改革が不可欠である。

2001年6月25日「大阪児童殺傷事件」に関する理事会見解 理事長佐藤光源

1. 現行法の司法と精神科医療システムの狭間の問題点を早急に見直す必要がある。①起訴便宜主義と起訴前鑑定の内方 ②国都道府県・民間の措置入院病棟への公費投入による底上げが必要。③重大精神障害者の退院、出所後のアフターケアの見直しの必要。

2. 現行法の改善を優先し、刑法改正などの保安処分や特定専門病棟などを導入すべきでない。

3. 精神障害者に対する偏見除去を推進しなければならない。

2001年6月29日 七者懇 重大な犯罪を犯した精神障害者の施策に関する緊急声明

(要旨) I 現行制度の問題点を実証的なデータに基づいて検討する必要がある。II 具体的な検討事項 (ア) 現行制度の見直し5項目, a 刑事責任能力のあり方, b 起訴前鑑定の実態調査と見直し, c 矯正施設内の精神科医療の実態調査と改善, d 重大な犯罪を犯した精神障害者の医療を適正に行うための条件の整備, e 継続医療, 生活支援の体制整備 (イ) 今後の課題3項目 a 司法が関わる新たな制度については実証的な検討を開始する

こと、b 特別施設の設置については慎重であるべきこと、c 裁判を受ける権利と、治療を受けながら刑事責任能力を評価できる制度の新設。

2001年6月29日 全国自治体病院協議会 重大犯罪を犯した精神障害者施策に関する声明 1. 起訴前鑑定の実態調査と鑑定の一貫性の保証。2. 裁判を受ける権利と責任能力を評価する制度。3. 矯正施設内の精神医療提供の実態調査とその拡充

2001年8月2日 日本精神科病院協会「重大な犯罪を犯した精神障害者の処遇に関する新たな制度について」治療処分構想の提言

2001年8月17日 七者懇談会から日本精神科病院協会を除いた六者の声明「重大な犯罪を起こした精神障害の新たな施策に関する声明書」

国立療養所院長協議会会長白倉克之、精神医学講座担当者会議代表世話人山内俊雄、全国自治体病院協議会会長小山田恵、日本精神科診療所協会会長三浦勇夫、日本精神神経学会理事長佐藤光源、日本総合病院精神医学会理事長黒沢尚

(要旨) 1. 稀な事例に対する施策にとらわれるべきでない。

2. 罪を犯した精神障害者の多くは不起訴処分になっており、それは起訴便宜主義によっている。司法と精神科医療との間の諸問題を整理し、医療を提供しつつ刑事責任能力評価すること、矯正施設内での適正な医療の確保などを具体化する必要がある。

3. 有効な施策を実現するためには、精神医療と司法との間にある、制度的・構造的欠陥と運用実態についての実証的な調査が必要である。

4. 精神障害による不幸な事態は、犯罪を起こした精神障害者対策のみでは解決されない。安心して利用出来る精神医療供給体制の創出が重要である。

2001年11月16日 「重大な犯罪を犯した精神障害者に対する与党PTの新立法制度案」(仮称治療措置)案に反対する見解 精神医療と法に関する委員会委員長富田三樹生

(要旨) 11月12日、法務省、厚労省、最高裁事務局の出席した場で与党プロジェクト案が示さ

れた。見解は、その案が挫折した1981年12月のいわゆる刑事局案を下敷きにしていると批判し、案の最大の難点は再犯予測であると指摘し、早急にすべきは現行制度における実態の調査把握であるとした。

2002年(平成14年)3月12日 重大な触法行為をした精神障害者に対する処遇制度(案) 骨子(法務省刑事局)についての緊急声明 理事長佐藤光源

(要旨) 2月14日、法務省刑事局が「重大な触法行為をした精神障害者に対する新たな処遇制度(案)の骨子」を公表した。理事会は、特に以下の3点に重大な懸念を表明する。1. 案は再犯予測を精神科医に命じるものとなっているが、それは不可能である。2. 理事会は起訴便宜主義と起訴前鑑定のありかたについて問題点を指摘してきたが、案は何の解決策も示していない。3. 案には、指定医療機関と保護観察所の活用を中心としているが、それを実効あるものとするものが無く、新たな隔離収容制度となる危惧の念を感じる。

2002年3月12日 法務省新立法案(2月14日)に対する緊急反対声明 精神医療と法に関する委員会委員長富田三樹生

(要旨) 1 将来の危険性を理由にした予防拘禁制度は憲法違反である。2 精神鑑定による再犯予測は不可能である。3 検察官の起訴便宜主義によってもたらされる諸問題は何ら解決されない。4 保護観察所は期待される役割を果たすことが事実上不可能である。5 指定医療機関は現在の医療法の特例—一般精神科医療の差別を固定化する。

2002年3月15日 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(案) 閣議決定

同日 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(案)に対する緊急反対声明 精神医療と法に関する委員会委員長富田三樹生

同月18日政府 法案を国会上呈

2002年4月8日 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(案)を批判する 精神医療と法に関する委員会

(項目と要旨)

I 逐条的批判

1. 医療観察法の目的について、2. 第2条定義における対象者について、3. 審判における事実認定について、4. 検察官による申し立て、5. 鑑定入院命令について、6. 対象者の鑑定について、7. 申し立ての却下とその後の処分について、8. 入院等の決定について、9. 通院期間の決定について、10. 退院または入院継続について、11. 処遇の終了または通院医療期間の延長、12. 再入院等、13. 抗告について、14. 医療について。

II 総括的批判

法案を正当化するには3点が満足されなければならない。1は精神障害者が一般市民に比してより危険であることの証明、2本法案対象者が再犯予測可能であること、3法の目的がこの法によって実現される保障である。しかし、これら3点のいずれも保障されないため、法の正当性がない。

2002年4月24日「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(案)」についての見解 七者懇から日本精神科病院協会を除いた六者、3月15日閣議決定した法案について以下5項目を意見表明。

(要旨) 1. 精神障害に起因する事件を未然に防ぐには精神科医療・福祉の全般的な向上が不可欠であるが現状はあまりにも不十分である。2. 重大な事件を引き起こすに至った人々への法的医療的処遇の現行の諸制度は不備があると認める。3. 本法案は、医療側が担うことになる人的・施設の・財政的負担が、司法側のそれに比して重すぎる。4. 再犯のおそれの判断は困難である。5. 本法案は、起訴前鑑定のあり方や矯正施設等での精神科医療供給体制の充実には触れていない。

慎重な審議見直しを要望する。

2002年5月11日 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案の国会審議に際しての抗議声明—再犯予測は不可能である—(理事長佐藤光源・委員長富田三

樹生)

(要旨) 法案では再犯予測判断は以下のような処遇の決定・変更時の全ての時点で再犯予測を予定しているが、それは不可能である。

1. 対象者の鑑定と処遇の決定 精神保健判定医等は、法37条、法52条、法57条、法62条で再犯予測鑑定を行う。

2. 裁判所(合議体)における決定 法42条

3. 指定医療機関における判断 指定入院医療機関は法49条、指定通院医療機関は法110条等で再犯予測判断を行う。

4. 保護観察所の長の判断 処遇の終了、通院の延長、入院への切り替えにおいて、精神保健指定医の予測判断に基づいて行う。

2002年7月9日中島直(当委員会委員) 国会法務委員会厚生労働委員会連合審査会において参考人発言

2002年8月27日WPA横浜大会シンポジウム「矯正施設における精神科医の倫理」中島直(当委員会)「日本の拘置所・刑務所における精神科医療サービス」、オカシャ教授(WPA)「死刑とマドリッド宣言」、中道武美(弁護士)「心神喪失を疑われた者の死刑執行の事例について」

2002年8月26日「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(案)」に改めて疑義を表明する 理事会・評議員会提案を総会で集会決議

2002年9月20日「再犯予測について」精神医療と法に関する委員会報告(執筆担当 吉岡隆一・大下顕)

(要旨) 精神障害者の再犯が予測可能かどうか、医療観察法案と措置入院での予測は同一か否か、などの議論が国会で争点となっている最中、委員会は予測問題の総説的報告を出した。報告は欧米司法精神医学の文献をレビューして、患者に不変の危険性が内属するとして過剰な危険性評価を招いてきた精神科医の臨床的判断が反省され、現在は暴力のリスク評価には保険数理的統計的手法が用いられるに至ったこと、そうしたリスク評価は適用される対象集団の特定、暴力の定義、予想

(追跡) 期間等の枠組みから成り立ち、本法案は長期予測の枠組みに立っていること、主たるリスク因子は犯罪歴や薬物乱用や人格障害とされているが本法案の想定する責任無能力者や人格障害を含まないケースは再犯リスクが低いとはいえないとされていること、国会論議が想定する7%程度のベースレートでは偽陽性者があまりにも高くなり予測は成立しないことを指摘した。また英国モデルによって議論される傾向があるのに対して、英国の精神保健法改正のなかで問題にされている人格障害の予防拘禁論争の実情をも併せて紹介した。

2002年(平成14年)11月 与党より法案の修正案が提起される。

平成14年11月27日の修正案提案者の塩崎泰久議員の修正の趣旨説明は、原案と修正案の異同を論ずるための基礎的文言であり、最高裁判所事務総局名の「心神喪失者等医療観察法及び審判手続き規則の解説」(2006年8月11日発行)にも明記されている。医療観察法の鑑定および医療・社会復帰等のガイドラインは、この修正に基づいている。

法の目的は第一条に規定されており修正は無い。修正の要点は入院等の決定の要件である。「入院(または通院)させて医療を行わなければ心神喪失等の状態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が認められる場合、医療を受けさせる」から「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、社会復帰を促進するため、入院(または通院)させてこの法律による医療を受けさせる」と修正された。

2002年11月15日 心神喪失者等医療観察法に関する自民党・与党修正(案)ペーパーを受けて 精神医療と法に関する委員会富田三樹生

2002(平成14年)年11月16日「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案」の国会審議再開にあたり重ねて見解を表明する 理事長佐藤光源

(要旨) 1. 精神科医に「再犯」の予測はできな

い 2. 現行の精神科医療制度と司法制度の改善こそ急務である。措置入院通報制度の実態の改善、精神科救急システムの構築が急務、適切な人員と財政援助、簡易鑑定の実態のみなおし、重大な犯罪について正式な裁判鑑定を実施すべきである。

3. 司法システムと精神科医療システムの協力をめざす必要がある。裁判段階、受刑中の医療保障のために、精神科医療システムから司法システムへ、またその逆に速やかに移せる制度の整備。4. 措置入院制度運用、起訴前鑑定の実態、矯正施設における精神科医療等の実態等の情報公開が必要である

2002年12月3日 富田三樹生(当委員会委員長)衆議院法務委員会厚生労働委員会連合審査会参考人発言

2003年5月 第99回総会シンポジウム(東京)心神喪失者等医療観察法における予測問題をめぐって(精神経誌105巻12号,1401-1513,2003年) ①吉岡隆一 再犯予測問題とその状況 ②花輪昭太郎,浜本純一,牛島洋景 措置入院治療の現場から ③岡田幸之 バイオレンスリスクアセスメントについて ④中山研一「再犯のおそれ」一法的立場から ④中島直 指定討論 法案の問題点は予測問題だけではない

2003年7月10日 衆議院本会議採択・法案成立

2003年7月19日 心神喪失者等医療観察法の成立に抗議する(談話)精神医療と法に関する委員会委員長 富田三樹生

2004年2月16日「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に関する法律」の施行に際しての見解 理事長山内俊雄

(要旨) 1. 医療としての運用に徹すること 2. 情報公開を徹底すること 3. 本学会の基本的立場、として、1, 2の観点から意見を述べ、精神科医療の向上に努力する。とし、本法律に関しては、平成14年11月16日見解にある、と同見解を添付。

2004年2月司法精神医療人材研修実施計画(案)→治療適合性判定(「疾病性×リスクアセス

メント×治療反応性」×時間軸)・6月～9月研修実施

2004年3月4日 全国精神保健福祉担当者会議資料

(内容要約)

1) 対象者(平成9年～13年の対象者相当の内訳) 統合失調者64%, そううつ病8%, アルコール中毒6.2%, 覚せい剤中毒3.1%

2) 指定医療機関の治療目的 ①問題を前向きに解決する意欲や, 社会で安定した生活をする力を高める。②他害行為の問題点を認識し自ら防止できる力を高める。③被害者に対する共感性を養う。→社会復帰のノウハウを生かし, 一般地域精神医療の向上に資する。

3) 指定入院医療機関

500万人に1か所程度の指定入院医療機関, 24か所, 1病棟30床予備3床, 年間300人

設置主体は国, 都道府県, 特定独立行政法人に限定。全体の3分の2は都道府県病院に依頼する。

治療期間18か月を標準とし残りも3年で退院(法には期間限定は無い)。

定常状態600人～700人, 8割が18か月で退院, 残りが3年で退院。

急性期(3か月), 回復期(9か月), 社会復帰期(6か月)。包括払い, 全額国費, 各期で決める。→急性期1日66800円 回復期1日49200円 社会復帰期1日58200円(平均単価5万8千円)である。年間一人当たり約2200万円。

全室個室,

人員 医師3～4人(精神保健指定医1名), 看護40～48人, 夜勤5～6人, 作業療法士, 臨床心理, 精神保健福祉士6～7人事務2人程度

4) 指定通院医療

人口100万人あたり2～3か所, 地域ブロック毎。全国で1000人～2000人程度。指定通院医療機関は設置主体を問わない。指定医が常勤。通院期間3年を想定, 5年を限度。→平均月額28万5千円(平成16年10月15日・障害保健福祉関係主管課長会議資料)

5) 保護観察所の役割一調整・主導

6) 入院処遇ガイドライン, 通院処遇ガイドライン, 地域処遇ガイドライン

共通評価項目17項目, 多職種チーム, 治療計画の最終責任は医療機関, リスクアセスメントとリスクマネジメント, 標準化, 精神外科は選択しない。(毎週, 毎月, 3か月毎, 6か月毎評価と治療プログラム→入院), (月毎, 3か月毎ケア会議, 社会復帰調整官主催一通院)

2004年3月5日 心神喪失者医療観察法の施行準備がなされている状況にあたって 法関連問題委員会委員長富田三樹生

(要旨) 1. 「この法律による医療を受けさせる必要」の判定基準を明確にすべきであるとして5項目を挙げた。2. 精神保健審判員の選定は明確な基準に基づいて行わなければならないとして, 7項目挙げた。3. 精神保健審判員の研修は適切に行われなければならない, として3項目挙げた。4. 指定医療機関の判定審査は適切になされなければならない。5. 情報は公開されなければならない。

2004年5月8日 心神喪失者等医療観察法の施行に際して生起すると考えられる問題点について(委員会見解) 法関連問題委員会

平成16年3月「全国精神保健福祉関係担当者会議資料」が厚生労働省から出された。その資料(上記要約)に基づいて委員会見解を示した。

(要旨)

1. 対象者の決定に関する事項

①不起訴または無罪となった者のうち4割は措置症状なしとの実情があるが措置入院と医療観察法入院の要件を明確にすべきである。②起訴前鑑定・検察官裁定・措置診察の過程における起訴便宜主義の問題点の指摘。③37条鑑定に責任能力鑑定を含めるべきである等の指摘。④指定医療機関等が責任能力鑑定等で疑義があった場合は法の対象から外す措置を取るべきこと。⑤37条鑑定, 52条鑑定などを経て心神喪失・心神耗弱等を否定された場合検察官が社会防衛上の責任を負うべきこと。

2. 指定医療機関の基準と整備, 医療費の確保

について

指定入院医療機関は人口500万人あたり1か所を想定し、全国で25か所前後、うち都道府県が3分の2を整備することとしている。指定通院医療機関は人口100万人に2~3か所としている。しかし、病院の分布の実情から以下の指摘をした。

①指定通院医療機関の基準が適切でない。②入院医療機関と通院医療機関を含めて医療のための地域性が欠如し、かつ入院から通院の円滑な移行が困難である。③必要な指定入院病床が増大し整備が困難となる。④指定通院医療費の確保についての疑義。

3. 精神保健福祉法と地域社会における処遇について

通院処遇、地域処遇において精神保健福祉法体制に依拠するとされている。①病状悪化時の対応のため精神科救急の体制の整備が必要である。②一般精神科医療における合併症対応システムが不十分な体制を整備し、同システムの利用に関する指針を明確にする必要がある。

4. その他

2004年5月8日 心神喪失者医療観察法に関する最高裁判所規則案について 法関連問題委員会委員長富田三樹生

(要旨) 法施行のための最高裁規則案が出たことに対して、施行に際しての留意事項について、審判における判断や鑑定入院中の責任能力判断の取り扱い、付き添い人の権限、鑑定入院中の対象者の権利等9項目にわたって問題点を指摘した。

2004年6月~9月 司法精神医療人材養成研修実施

治療適合性判定(「疾病性×リスクアセスメント×治療反応性」×時間軸)についての構造・考え方の提示。

2004年5月 第100回総会(札幌)シンポジウム 死刑への精神科医の関与について(精神経誌107巻7号, 674-728, 2005年) ①中島直 死刑執行への精神科医の関与に関する学会声明に向けて ②心神喪失者の死刑執行をめぐる法的論議—アメリカの憲法判例を中心に—横藤田誠 ③小

川原 優之 日本弁護士連合会の「死刑制度問題に関する提言」について ④山本真理 再度問う死刑への精神科医

2004年10月15日 障害保健福祉関係主管課長会議(資料)

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: 医師常勤医師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。

2005年5月第101回総会シンポジウム(大宮)「医療観察法の諸問題と精神科医療」(精神経誌108巻5号, 488-526, 2006年) ①吉川和男, 山上皓 医療観察法制度の意義と課題②松原三郎 医療観察法における通院医療・地域処遇の問題点 ③平田豊明 医療観察法施行後における起訴前簡易鑑定の意義④岡崎伸郎 「医療観察法」による地域処遇は制度破綻を免れない⑤中島直 医療観察法の一般精神科医療に及ぼす影響⑥指定討論 吉岡隆一 リスク評価・責任能力判断・治療適応性判断—一般精神医療一元体制の経験の総括と司法精神医療の今後—

2005年6月24日 医療観察法の施行凍結を求める—施行目前にしての声明— 法関連問題委員会委員長富田三樹生

(要旨) I 医療観察法自体の問題 1) 対象者が今なお不明確である。2) 指定入院医療機関が決定的に不足している。3) 通院医療・地域処遇の体制が出来ていない。4) 鑑定入院における責任の所在が不明で、処遇要件が法に規定されていない。

II 医療観察法と一般精神科医療・福祉の関係について 1) 医療観察法による医療は一般精神科医療の向上に寄与するか疑問である。2) 医療観察法における地域処遇が精神保健福祉法や障害者自立支援法に及ぼす影響が心配される。

2005年7月15日 医療観察法施行

2005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) ①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。②平成16年の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。

2006年3月10日 刑事施設における精神科医療について一名古屋刑務所事件から「刑事施設及び受刑者の処遇に関する法律成立まで」法関連問題委員会（執筆担当委員大下顕）

2006年4月24日 指定入院医療機関整備の方針変更に関する見解—医療観察法を凍結し、精神科医療を再建することを求める—法関連問題委員会富田三樹生

（要旨）平成17年10月28日付で厚労省が指定入院医療機関の整備方針を変更し、それに沿って都道府県に協力を依頼したことに関する批判をした。方針変更は①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。②平成16年の15床規模を認めるとした変更をさらに14床以下をも可能とする。他2点の変更を含む。見解は、医療観察法が持つ矛盾の結果として破綻を露呈しているものであり、都道府県が措置入院を含む医療と地域医療を財政的裏付けをもって遂行することが必要であることを示すと指摘した。

2006年4月24日「医療観察法における鑑定入院の問題点と見解」法関連問題委員会委員長富田三樹生

（要旨）1) 鑑定入院における鑑定と医療の関係の矛盾と、鑑定と医療の法的根拠が無いことの問題の指摘。2) 鑑定終了後も入院が継続されている場合がありその処遇と治療の責任があいまいである。3) 対象者の行為、状況の情報が無いまま鑑定入院医療機関に身柄が送致されることが多い。4) 鑑定後の審判で通院命令が出ても鑑定入院医療機関が精神保健福祉法入院をさせる他ない場合がある。5) 検察官による申し立ての拡大的運用が見られる。6) 措置入院での治療により良好な経過にある者を医療観察法の申し立てにより再度鑑定入院のため拘禁される例があり、医療に名を借りた保安的処置である。

以上から、1) 鑑定入院を「医療的鑑定」のための病院への入院として性格を明確にし、かつ治療適合性鑑定のために医療の適切な実施を踏まえ

るものとし、拘置所的機能を排除するべきである。2) 鑑定入院医療機関における鑑定を起訴前鑑定の妥当性判断をも含むべきである。

2006年5月 第102回総会シンポジウム（福岡）医療観察法の実態と問題点（精神経誌108巻10号、1036-1103、2006年）①村上優、中嶋正人、須藤徹 医療観察法の運用の実態と問題点—指定入院医療施設より— ②中島豊爾 鑑定入院と審判をめぐる ③岩成秀夫 医療観察法の運用と実態の問題点—通院処遇— ④田野島隆 事例を通して見た医療観察法 ⑤中島直 当学会および法関連問題委員会のこれまでの議論と今後の展望

2006年7月15日医療観察法施行

2007年5月 第103回総会（高知）シンポジウム「医療観察法における鑑定と法運用の問題点」（精神経誌第110巻1号、30-54、2008年）①中島直 医療観察法の問題—判断が揺れた人格障害の事例を通じて— ②大下顕 殺人事件で医療観察法の鑑定がなされた統合失調症の3例の検討 ③平田豊明 医療観察法への社会的要請と運用上の問題点 ④平林 直次 指定討論

2007年7月25日最高裁判決

（要旨）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出来ないと言われた。検察は「医療を受けさせる理由が明らかに無いと認められ場合を除き、申し立てなければならない」、という文言により、申し立てが義務付けられていると解釈されていることと併せて、この判決は法の枠組みに大きな影響をもたらした。

2008年3月13日障精発0313001号 鑑定入院医療機関での法で定めた以上の勾留延期を金銭の支払いで合理化する

鑑定入院医療機関に1月とどめ置く、とする。指定入院医療機関は入院医学管理料を請求し、鑑定入院医療機関に相当分の支払いをする。

2008年4月30日障精発0430001号 鑑定入院医療機関での勾留延期を金銭の支払いで合理化をさらに延期する通知

鑑定入院医療機関の収容を2か月をめぐりに延長

することを可能とする。指定入院医療機関は入院医学管理料を請求し、鑑定入院医療機関に相当分の支払いをする。

2008年5月 第104回総会(東京)シンポジウム「医療観察法における地域処遇について」(精神経誌110巻12号, 1148-1231, 2008年) ①岩尾俊一郎 通院指定医療機関からみた通院処遇の実情 ②植松俊典 通院処遇における現状と課題について ③藤本豊 生活訓練施設から見えてきたこと ④池原毅和 医療観察法が地域処遇の枠梛となった事例 ⑤指定討論 吉岡隆一 精神保健福祉法と医療観察法における治療可能性評価と社会復帰(阻害)要因評価

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,

2008年11月15日「医療観察法に基づく指定医療機関に関する省令の一部を改正する省令」に関する見解—あらためて医療観察法を凍結し, 精神科医療を再建することを求める— 法・倫理関連問題委員会富田三樹生

(要旨) 厚生労働省は08年8月1日付で以下のように省令を改正した。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, 国公立病院や, 精神保健福祉法措置指定病院を特定医療施設として, 急性期, 救急機能を持つ施設を一定期間指定入院医療機関として認める, というものである。委員会は度重なる基準の切り下げを, 法の破綻とみなし, その破綻の原因と実情を明らかにすることを求め, 十分な財政的裏付けを持った精神科医療の改革を主張した。

2009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行政法人に指定入院医療機関として指定できるとする。

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, それをみたくなくともその基準のもののみならず, とした。

2009年3月「裁判員制度における精神鑑定についての見解」理事会・委員会

2009年3月31日現在指定入院医療機関の整備状況/ 国立病院機構13か所386床, 都道府県3か所55床計441床

III 理事会・委員会の見解・意見総覧

一見直しにおいて留意すべきこと

上に示したように理事会と委員会は時機に応じて広範な見解を示してきた。見解は二つに領域にまたがる。一つは司法と精神医療の関係全般に関する領域。もうひとつは特に医療観察法に関する問題点の指摘である。

当委員会としては, 医療観察法そのものに一貫して反対して来た。今後の法の見直し・検討にあたっては以下の点に十分に留意すべきである。

1 司法と精神医療の関係に関する領域での問題の指摘と今後の解決の方向性の提示

大阪池田小学校児童殺傷事件以後の特別立法の動きが急展開する中, 日本精神神経学会と当委員会は, 七者懇の枠組みで行政に対し下記に関する情報の開示をもとめつつ, 司法と精神医療に関する実態の検討と問題点の把握に当たっていた。

それらの成果にたつて, 【重大な犯罪を犯した精神障害者に対する与党PTの新立法制度】(仮称治療措置)案に反対する見解(精神医療と法に関する委員会委員長富田三樹生2001年11月16日), 【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案】の国会審議再開に当たり重ねて見解を表明する(佐藤光源理事長 平成14年11月16日)で, 司法と精神医療の関係に関して, 以下の問題点と是正すべき方向性が指摘された。

1) 措置入院制度の運用, 特に警察官通報や検察官通報の実態に関する情報の公開と実態の改善

が必要

2) 精神障害者の触法行為に初犯が多いことから精神科救急システムの構築が必要

3) 起訴前鑑定、とりわけ、簡易鑑定の実態の情報公開と見直しが必要

4) 重大犯罪については原則として正式な裁判鑑定が必要

5) 矯正施設における精神科医療の実態の情報公開と質の向上が必要

6) 裁判段階や受刑中の医療の保障のために、精神科医療システムと司法システムに相互に速やかに移せる制度の整備が必要

これらの問題は医療観察法施行後も持ち越されており、裁判員制度の発足にともない、これまで以上に重要な課題になる。

特に、措置通報、起訴前鑑定と検察官の裁定、被疑者・被告人・受刑者に関わる医療提供の実態に関する情報の公開は、精神神経学会のみならず七者懇レベルの精神医療界総体として行政に要請すべき問題である。その意味で、2001年6月29日の七者懇声明は、堅実かつ妥当なものであった。しかし、一部調査が実施されたが、医療観察法成立と実施とともに、検察官の裁量権が強化され、問題の解決から遠ざかっている。しかし、そこで提起された問題は依然と残り、現在も意味を失っていない。また、上記4)の論点の趣旨は、重大犯罪に関してはとりわけ検察官の責任能力等に関する裁量の大きさとその実態が不明であるのが問題であって公判での責任能力を含めた公開の検討が必要であるということである。これについては、上記情報公開の徹底と並んで、責任能力を理由にした重大犯罪の不起訴事例では、鑑定の実施の有無をチェックし鑑定書の収集・検討を可能とするような体制を作るべきである。09年5月21日から実施されている裁判員制度でも、検察の先議権・専断権には踏み込まれていない。裁判員制度による裁判を受ける事例では、起訴前（簡易）鑑定を行ったからといって公判前整理手続での鑑定を制限するようなことはあってはならず、今後の事例の収集と問題点の検討を行うべきである。

2 医療観察法そのものに関する領域

委員会は、医療観察法成立前には法案の問題点の指摘を行い、成立後は理事会の【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に際しての見解】（精神神経学会 山内俊雄理事長 平成16年2月16日）の見解のもとで、「医療としての運用に徹する」（社会保安上の目的に従属させるべきでない）とし、法律の施行と運用に関する情報の公開をもとめ、施行運用に関して提言も含め、積極的に医療観察法の実態を検証することが重要な課題となっている。

2-1 医療観察法の制定まで

医療観察法成立前に指摘された問題点は以下のようなものがある。

1) 再犯予測の困難性

【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案】の国会審議に際しての抗議声明—再犯予測は不可能である：精神神経学会・精神医療と法に関する委員会共同声明：平成14年5月11日）、【重大な犯罪を犯した精神障害者に対する与党PTの新立法制度】（仮称治療措置）案に反対する見解（精神医療と法に関する委員会委員長富田三樹生 2001年11月16日）、【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案】の国会審議再開に当たり重ねて見解を表明する（佐藤光源理事長 平成14年11月16日）】。

なお「再犯予測について」（2002年9月20日精神医療と法に関する委員会報告（執筆担当 吉岡隆一・大下顕）は個人に帰属する危険性概念から、保険数理的統計に基づくリスク評価へと転換した欧米の司法精神医学のレビューと、医療観察法の枠組みの不適合について述べた。

2) 十分な地域医療システムのないところで、医療観察法における地域処遇を接ぎ木してもその実施は困難であるとの趣旨を指摘した。

【重大な犯罪を犯した精神障害者に対する与党PTの新立法制度】（仮称治療措置）案に反対する見解（精神医療と法に関する委員会委員長富田

三樹生 2001 年 11 月 16 日)】、【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案】の国会審議再開に当たり重ねて見解を表明する (佐藤光源理事長 平成 14 年 11 月 16 日)】

3) 鑑定入院における急性期治療導入の遅延の危険

鑑定入院期間中が、心神喪失等とされる精神障害者の病状としては最も急性期と思われるが、鑑定等の司法手続き優先のために治療導入が遅れることは問題である。

【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 (案) を批判する：精神医療と法に関する委員会：2004 年 4 月 8 日】

4) 医療観察法の適用を受ける対象者の曖昧さ

公式の説明にも関わらず、人格障害が責任能力を減免され医療観察法の対象とされて場合があり、重大な問題を孕むこととなった。

修正案によって、治療対象が、対象行為を行った際の精神障害と表現され、合併する人格障害の治療が求められると解される危険性があり、ガイドラインにおける治療適応性鑑定と矛盾する事が危惧される。

5) 医療観察法による医療と精神保健福祉法による医療の関係の曖昧さ

医療観察法による処遇終了後、精神保健福祉法の医療への円滑な移行が難しい。

2-2 医療観察法の制定・施行後の課題

医療観察法成立後は、シンポジウムの開催と委員会 (委員長) の見解・意見の公表を行ってきた。テーマごとに整理すると以下のような点に関する意見表明や提言を行ってきた。

1) 法の目的の明確化

社会保安上の目的に従属せず、医療 (及び社会復帰) に徹すべきとの指摘がなされた。【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に際しての見解 (精神神経学会 山内俊雄理事長 平成 16 年 2 月 16 日)】

2) 「この法律による医療を受けさせる必要」の判定基準明確化

再犯予測の困難性を反映して政府原案が修正されたこと、単なる拘禁ではない社会復帰のための医療が必要であること、精神保健福祉法による医療ではなく「この法律による医療」の必要性が、法適応の条件であることを踏まえて審判すべきことを指摘した。【心神喪失者医療観察法の施行準備がなされている状況にあたって 法関連問題委員会平成 16 年 3 月 5 日】、【心神喪失者等医療観察法の施行に際して生起すると考えられる問題点について (委員会見解) 法関連問題委員会平成 16 年 5 月 8 日】、【医療観察法における鑑定入院の問題点と見解 法関連問題委員会 2006 年 (平成 18 年) 4 月 24 日】

3) 治療反応性判断の具体性について

実際の治療に当たることが予想される指定医療機関や保護観察所から具体的な治療目標や治療計画を聴取して治療反応性を判定するべきと指摘した。【心神喪失者医療観察法に関する最高裁判所規則案について (委員会見解)：法関連問題委員会平成 16 年 5 月 8 日】

4) 鑑定入院の医療の適正な実施と処遇基準の明確化

通信面会の制限を受けないことを明確化すべき、とした。【心神喪失者医療観察法に関する最高裁判所規則案について (委員会見解)：法関連問題委員会平成 16 年 5 月 8 日】

医療観察法には鑑定入院中の処遇についての基準が無く、しかるに急性期医療が必要であり、そのための処遇の基準が必要であるとした。【医療観察法の施行凍結を求める-施行予定時期を目前にしての日本精神神経学会法関連問題委員会声明-平成 17 年 6 月 24 日】

鑑定入院は、対象者の社会復帰とその方略まで視野に入れた治療適合性鑑定のための入院として位置づけ、医療の適切な実施を可能と出来るようにすべきである。鑑定入院機関が身柄確保の拘置所的責任を鑑定・医療的観察の他にも医療機関としての枠組みを越えて要求されている実情を極力

排除すべきである、とした。「同意に基づかない医療を含む医療内容と処遇基準」「身体合併症や様々な事故にたいする責任の所在と対処の基準」「鑑定入院中の人権保障手続」を国あるいは裁判所の責任において明らかにする必要がある、とした。【医療観察法における鑑定入院の問題点と見解：法関連問題委員会：平成18年4月24日】

5) 37条鑑定での対象行為時の責任能力への言及、起訴前鑑定と検察官申し立ての妥当性の検証が必要である。37条鑑定では、起訴前鑑定の妥当性、検察官による申し立て判断の妥当性について鑑定医が意見を述べるようにすべきである、とした。【心神喪失者医療観察法の施行準備がなされている状況にあたって 法関連問題委員会委員長富田三樹生平成16年3月5日】、【医療観察法における鑑定入院の問題点と見解：法関連問題委員会：平成18年4月24日】

6) 指定医療機関、保護観察所が責任能力ありと考えた場合の処遇終了申し立て保障の必要性【心神喪失者医療観察法に関する最高裁判所規則案について（委員会見解）：法関連問題委員会平成16年5月8日】、【心神喪失者等医療観察法の施行に際して生起すると考えられる問題点について（委員会見解） 法関連問題委員会平成16年5月8日】

7) 指定通院医療機関に関する人員基準、医療費の充実。

指定通院医療機関の基準はあいまいであり、その明確化【心神喪失者等医療観察法の施行に際して生起すると考えられる問題点について（委員会見解） 法関連問題委員会平成16年5月8日】

8) 指定通院中の危機対応可能な精神科救急システムの整備、利用指針の明確化【心神喪失者等医療観察法の施行に際して生起すると考えられる問題点について（委員会見解） 法関連問題委員会平成16年5月8日】

9) 対象者の身体合併症治療システムの整備

身体合併症治療の必要が生じた際の体制整備が殆ど無いことから、その整備が必要である、とした。【心神喪失者等医療観察法の施行に際して生

起すると考えられる問題点について（委員会見解） 法関連問題委員会】

2-3 医療観察法体制の整備の遅れに関連する対応

増加する対象者に対して自治体立病院での指定入院医療機関の整備が遅れているために、行政は指定入院医療機関の規格の変更等、繰り返し、その整備規格・基準を切り下げ、「この法律による医療」の水準を切り下げた。その経過は以下のようのものである。

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：医師常勤医師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）。①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。平成16年の10月15日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。

法・倫理関連問題委員会は、この状況に対応して、以下を指摘した。

1) 医療観察法による医療が精神保健福祉法による精神保健関連予算の20%にもなる費用規模を持っていて、端的に後者が前者のあおりを受けて貧困化する可能性を持っている

2) 鑑定入院、指定通院医療、地域処遇は、結局精神保健福祉法下の資源に全面的に依存するがその貧困が放置されたままである。自治体で指定入院病床だけが整備されても、高い水準の医療が保証されることにはならない。

3) 医療提供と医療資源の保障は治療の必要性に立脚すべきであって、責任能力の有無や対象行為の有無から区別されるべきではなく、再犯防止の観点から格差をつけるべきでなく、一般精神科医療の貧困は放置されてはならない。

4) 精神保健福祉法が都道府県に義務付けている入院医療および地域医療の担う事ができているならば医療観察法の必要性はなくなる。【指定入院医療機関整備の方針変更に関する見解—医療観察法を凍結し、精神科医療を再建することを求める—法関連問題委員会2006(平成18)年4月24日】

医療観察法と精神保健福祉法の相違と矛盾は深刻化し、ついで行政はますます逼迫する指定入院病床の不足に対して、特定医療施設や特定病床の指定(平成20年8月1日)によって人員・施設の基準切り下げによる対応を図っている。特定医療施設は、精神保健福祉法の精神科急性期治療病棟や精神科救急病棟水準のものが要求されており、一般精神医療で対象者の(もっとも病状の不安定な)初期治療をおこなうことを求めるにいたった。

法・倫理委員会はこの現状に対して提言している。

1) 指定入院医療機関整備の遅れの現状、入院決定を受けたが入院できていない対象者の処遇の現状に関する情報の公開

2) 医療観察法の運用の凍結と十分な財政的な裏づけをもつ一般精神医療の充実

を提言している。【医療観察法に基づく指定医療機関に関する省令の一部を改正する省令】に関する見解—あらためて医療観察法を凍結し、精神科医療を再建することを求める—法・倫理関連問題委員会2008年11月15日】

08年8月1日省令改正以後も、09年の所で記したように、「この法律による医療」の規格をないがしろにする、行政運用がまかり通っている。厚生労働省自らが法の規格を次々と切り下げ、立法時の建前さえも裏切っているのである。

IV 医療観察法の今後

一法を廃止し精神科医療の改革へ

当委員会は、I, II, IIIに記したように、2001年からの医療観察法についての検証を行ってきた。検証に当たって触法精神障害の問題について、司法領域の問題は司法領域の問題として改革し、精神科領域の問題は精神科領域で改革し、その上で両者の関係の在り方を考えるという観点で一貫してきた。何故なら、司法領域は国家の強制権の発動に関わるものとして厳格さと慎重さが求められる、医療領域は迅速かつ適切で十分な医療保障が求められるからである。

医療観察法が存続させられるならIIIで総覧した問題点が改革されなければならない。しかし、結局、この法は、一般精神科医療の貧困とその問題を解決するよりも、そのような医療を前提に成立し、かつそれに依存して運用されている。そのような観点から、医療観察法を廃止し、抜本的な精神科医療政策の改革こそが必要である。当委員会は以下のような構想を提言する。この提言を新理事會体制のもとで検討することを求める。

1) 医療観察法の位置と現状

法は総体として見るとき、一般精神科医療と司法の問題の双方に係る視野で検討する必要がある。

(1) 司法との関連

医療観察法においても、現行精神保健福祉法においてと同様、検察官の主導する責任能力判断を

軸にした、刑事手続きを先行させた後に医療へ導入する一方的ダイバージョンは全く変更されていない。このことは当委員会のみでなく、01年6月29日の七者懇談に表明されており、まずは起訴便宜主義と云われる司法関連と簡易鑑定を含む入口問題の実態調査が必要であるとしていた。裁判所関与が法の公正な執行を保障すべきものであるが、検察先議権・専議権が強固に残存しているのは裁判員制度においても変わらない。

そして矯正施設での医療問題の検証が必要であることは、共通認識としてあったことを再度確認する必要がある。09年5月から施行されている裁判員制度は、司法の裁判所段階で大きな転換を遂げるのみではなく、刑事責任能力鑑定の在り方にも大きな影響がある。この件に関しては理事会・委員会見解（09年6月21日）が出されている。公判前手続きにおいて、検察側・弁護側双方の鑑定が行われ得る事が重要である。刑事手続きの変更が、刑事司法鑑定の実質を大きく変質させる可能性に注意しておく必要がある。

(2) 精神保健福祉法（一般精神科医療）・地域支援との関連

貧困な一般精神科医療では対象者の社会復帰にこたえることは出来ないとして医療観察法の必要性が謳われた。実際には医療観察法と精神保健福祉法下の一般精神科の関係は、前者が後者なしには全く機能しないことが法構造上でも現実でも明らかであるのに、医療資源の運用においても前者が後者に優先される状況にある。

04年の改革ビジョン、グランドデザインにもかかわらず精神障害者の退院促進は進まず、自立支援法による地域生活支援事業も危機の中にある。入院偏重の医療政策と結びついた低医療費政策は、医療観察法附則第3条がうたう一般精神科医療の充実とは逆方向に進んでいる。対象者の社会復帰どころか、社会的入院者の社会復帰さえおぼつかない。そればかりか、指定入院医療機関の整備の遅れから、特定病床、特定医療施設が作り出された。医療観察法による「手厚い医療」は空洞化され一般精神科医療に埋没させられ、かつその精神

科医療の充実も見送られようとしている。この状況を変換するには、医療観察法を廃止するのみではなく、抜本的な精神科医療政策の転換が必要である。

(3) 医療観察法に内在する矛盾

医療観察法の根底的問題は、法の目的と対象者とは誰かという問題である。再び対象行為を行うリスクが高いがゆえに保安に重点を置き本法の処遇の対象とするのか、心神喪失の状態を対象行為を行った者の社会復帰させるために本法の処遇の対象とするのか、この二つが矛盾しあう。修正案の提案理由は後者の重点が置かれたが、司法関与や指定入院医療機関等の基準・規格、その運用の骨格は前者を想定している。

平成19年7月の最高裁判決は、精神保健福祉法の医療で足りるからという理由で医療観察法処遇を行わないことを禁じており、最高裁は本法の処遇は保安目的から必要であると考えているように見える。都道府県等による15床や5床にも満たない小規模病棟が認められることになっているが、30床を一単位とする基準を当てはめても運用は出来ない。一般病床にこの小規模医療観察法病棟を組み込むことが想定されているが、不自然で使い勝手の不合理な病棟を用意せざるを得ない。医療観察法と精神保健福祉法が制度上断絶しているからである。

①医療観察法の破綻・矛盾の原因は一般精神科医療の貧困・矛盾の上に不自然に接ぎ木されていることにある。②入院医療機関に支払われる一人年間二千二百万円の国費は無駄な投資になる恐れが大きい。③入院期間が1年半を標準としてされているが、実際は徐々に滞留することが見込まれ、病床が予定通り確保されても病床が不足しさらに増床が必要とされる可能性が高い。④法は入院拘禁に重点を置いており、社会復帰に財政的に力を置いていない。⑤「重大犯罪」行為を行った者を対象とするが、現実には軽微な犯罪が多数含まれ、また傷害以外は未遂が含まれる。⑥重大犯罪の再犯予防という保安目的を合理化するために、高規格医療観察法入院特殊病院を整備することが、対

象者の危険性を強調し新たなステグマを付与することになっている。

実務の上では、豊富な人員は形式的な書類整備、臨床的には無用な手続き・活動に駆り出され、費用対効果の著しい無駄が生み出されているといえることができる。指定通院・地域処遇においても、同様な問題が指摘されるのみならず、人員・活動時間の過大な持ち出しを強いられている。実質上精神保健福祉法による入院や通院がなされているにもかかわらず、医療観察法の目的に従属させられている矛盾は看過できるものではない。

2) 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

戦後精神科医療の、入院偏重の収容主義、低医療費政策と結びついた措置入院を中心とする入院制度の運用の歴史と現状は、わが国の精神科医療の矛盾と貧困の中核の問題の一つである。この現状を打開する鍵は、精神保健福祉法の改革と精神科医療費体系の根幹的改革を結びつけ、都道府県単位を骨格としながら、合理的医療圏域・障害福祉圏域を基とした地域医療福祉体制を形成することである。

以下に示す構想は、医療観察法と精神保健福祉法の関係の矛盾を解消し、都道府県と国に、医療と福祉の財源確保の責任を果たすことを求め、公的病院の現状の疲弊を回避しつつ役割を果たすようにし、わが国の大部分の精神科病床を占める民間病院の病床を合理的に削減するとともに、その資源を有効に活用して改革を実効あるものとしようとするものである。

(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地域精神医療創設の政策計画の原則のもとに医療機能強化のための診療報酬改革を結合させる。

①措置入院指定病床を高規格化し、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、コメディカルスタッフの基準を設ける。

①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、市町村同意制度を拡充し、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。

②都道府県措置入院判定委員会を設ける。行政入院の責任を明確化し措置入院の可否を審査する。医療保護入院は書類審査を行う。精神医療審査会は、不服申立を受け付ける第三者機関として明確化する。現行のものは措置入院の主体である県知事のもとにあるために第三者性が保てていない。

④市町村ソーシャルワークステーションの設置。医療保護入院者と措置入院者の支援を行う。措置入院患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(都道府県立病院や措置指定病床を持つ病院に併設可能とする)。このセンターと他の措置指定病院および医療保護入院承認病院とのネットワークを作ることも可能としてよい。24条、25条、25条の2、26条の通報にかかわり、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)を行う。

集中治療鑑定センターでは、上記判断に続き自らの施設で初期治療を行い、ないしは他の措置指定病床あるいは医療保護入院承認病床に委託する。

②最高裁判所に司法鑑定検証機構を設け、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。

(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) 基本法のプランにより診療報酬および財政措置に裏付けられた公的病院と民間病院の再編・改革を図る。

以上

学会活動日誌（平成 22 年 1 月）

○精神神経学雑誌編集委員会

日時：1月8日（土）

場所：学会事務所 会議室

○法委員会

日時：1月9日（日）

場所：学会事務所 会議室

- 議題：1. 法委員会委員の委嘱について
2. 第106回総会シンポジウム
3. 銃刀法診断書について
4. アムネスティよりの要望について
5. 仙台医療センター病院事例の検討
6. その他

○理事長補佐会議

日時：1月13日（水）

場所：学会事務所 会議室

- 議題：1. 平成21年第7回理事会議題について
2. その他

○理事会

日時：1月16日（土）

場所：学会事務所 会議室

- 議題：1. 入会希望者の入会承認について
2. 精神科七者懇談会の報告・提案について
3. 精神保健従事者団体懇談会からの報告について
4. 第105回総会（神戸）について
5. 第106回総会（広島）について
6. 各種（旧）委員会・等の報告並びに審議事項について

7. その他

○精神科医療政策に関する委員会

日時 1月17日（日）

場所：学会事務所 会議室

- 議題：1. こころの病の総合対策基本法について
2. 委員からの報告事項等について
3. 今後の進め方について
4. その他

○精神科医・精神科医療の実態把握・将来計画に関する委員会

日時：1月17日（日）

場所：学会事務所 会議室

- 議題：1. 委員長の決定
2. 旧委員会のまとめ・積み残し議題の整理・申し送り
3. 今後の活動について
4. その他

○精神科用語検討委員会

日時：1月21日（木）

場所：学会事務所 会議室

- 議題：1. 前回委員会議事録の承認
2. 新委員会委員の構成の確認
3. 改訂6版補遺の再点検について
4. 今後の作業工程について
5. その他

○法委員会内水保病小委員会

日時：1月30日（土）

場所：星のクリニック

- 議題：1. 今後の対応について
2. その他
-