

精神医療の改善と医療観察法の見直しに関する意見書

2010年(平成22年)3月18日

日本弁護士連合会

当連合会は、「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」という。)が、間もなく施行後5年が経過し、同法附則4条が規定する「法制の整備その他の所要の措置」を講ずるかどうかの「見直し」の機会を迎えるにあたり、精神科医療の抜本的改善を強く求め、医療観察法の必然的な解消を目指しつつ、同法の当面不可欠な改善策を提案するとの立場から、以下の諸点について見直しを行うことを求めるものである。

意見の趣旨

第1 精神科医療の改善のために

1 一般精神科医療の重点を「通院中心主義」とする方向への転換

一般の精神科医療において、その医療の目標は、あくまで社会的入院の解消と社会生活を営みながら受診できる医療の確立であることを確認し、入院は急性期医療とその後の社会復帰策に対応するものに限局し、多職種チーム医療を実施できるように、政策的に誘導すべきである。

通院中心の方向に大胆に予算をつけ、保険点数を大幅に改定する必要がある。

2 退院促進調整官の新設

厚生労働省は、精神科医療全般においても、社会復帰調整官類似の制度として退院促進調整官(仮称)を新設配置し、社会的入院患者等の社会復帰を促進するための支援を行うべきである。

3 強制入院患者への国費による弁護士援助制度の新設

一般精神科医療の中にあっても、強制入院の患者にはその入院期間中、退院請求、処遇改善請求等、必要に応じて法律扶助等国費で弁護士の援助を求めることができる制度を早急に新設すべきである。

4 国による退院促進事業の立ち上げ・推進

国は、社会的入院問題を抱えて久しい。

国は、さまざまな地域生活支援策を充実させ、10万人に上る社会的入院患者の退院促進事業を立ち上げ、相当の予算と人員を投入して、その社会復帰を責任をもって進めるべきである。

第2 医療観察法改善策の具体的内容

1 処遇要件の明確化

医療観察法は、精神科医療の補充的位置付けであることを規定上において明確化し、

真にこの法律による医療を必要とする者のみを対象とするよう、処遇要件を限定する必要がある。

医療観察法を「医療と社会復帰の法」であることを明らかにするため、第1に、法の目的や処遇要件等の条文から、「同様の行為の再発を防止」「同様の行為を行うことなく」との文言を削除し、第2に、入院処遇要件においては、症状を中心に、対象者が急性期を脱しきれず、自発的に医療を受けることが困難な状態にあることと、一般精神科医療では社会復帰が促進されない場合などに限定することを明確にすべきである。

2 対象の限定

本法は、鑑定入院も含めて、個人の自由を拘束する点で、本質的に重大な人権制約であることから、対象行為を重大な他害行為に限定した。しかし、その運用実態においては、検察官は、軽微な傷害をも対象として、本法の申立てを行っている実情を踏まえ、対象行為中傷害については、重大な傷害や傷害致死に限るべきである。

3 付添人の関与、権限の拡大・強化

対象者の処遇にとって重要な影響を持つ入院継続・退院の審判や再入院の審判では、付添人を任意的に選任することができるかとされているが、必要的に国選付添人を付すべきである。

当初審判においても、協力医の費用負担や、資料の謄写請求権、鑑定人との自由な意見交換、付添人の複数選任など、付添人の権限強化や費用負担の在り方を明確に規定すべきである。

4 鑑定入院中の医療と対象者の不服申立規定の整備を

鑑定入院において、対象者等の同意を前提に、必要な急性期医療と社会復帰を目指す医療を行うことを明記するとともに、身体拘束の許容要件と処遇改善請求権を規定すべきである。

また、現行医療観察法は72、73条において、裁判所の鑑定入院命令に対する不服申立事由が限定されているため、鑑定入院の必要性の有無についての不服申立権を規定すべきである。

5 保護観察所の関与をなくし、社会復帰調整官の基本権限の明文化

この法律の運用にあたっては、保護観察所の関与を完全に排除し、社会復帰調整官の所属を法務省所管の保護観察所から、厚生労働省所管とすべきである。

また、社会復帰調整官は、当初審判段階から社会復帰条件調査にとどまらず、社会復帰のための条件整備の業務を行う基本権限と責務を有しているというべきであるから、このことを法文上明記することが不可欠である。付添人とともに対象者の社会復帰に向けて活動することにより、できるだけ強制入院による地域との断絶を防ぎ、早期の社会復帰を図りうるようにすべきである。

6 医療と社会復帰促進の法として、特に、通院医療機関と社会復帰策の充実

指定入院医療機関においても弾力的な外出・外泊や、地域医療・地域社会との交流等に

よる可能な限りの開放処遇を可能とするよう法整備を行うべきである。

社会復帰支援策を含め、相当程度の予算を、指定通院医療機関にも適正に投入し、物的設備の充実はもちろん、関係する専門家の育成なども含めて、医療と社会復帰の条件整備を進め、必要な医療をより適切に提供できるようにすべきである。これを法的にも明確にするとともに、省令による特定医療機関の扱いは直ちに取りやめ、この法律による医療水準の向上、一般精神科医療・精神保健福祉の水準の向上を国の責務として附則ではなく、法律の本文中に明記すべきである。

7 裁判官関与の構造の再検討

医療観察法は退院や処遇終了について、裁判所が関与する構造をとっているが、少なくとも、退院審判、処遇終了審判については、医療判断によってなされるのが相当であることから、判断対象と能力からみて裁判所が関与する構造が妥当か否かを思い切って再検討する。

指定入院医療機関の行う退院請求、入院継続審判においては、期日の開催を必要的として、付添人が出席して意見を述べる制度とする。

8 原審判断が治療可能性について誤った場合の救済措置の新設

指定入院医療機関に入院した対象者について、当初審判の基礎となる判断が疾病性や治療反応性において誤っていたことが医療的に判明した場合、審判の確定力に柔軟性を持たせ、対象者及び指定入院医療機関の長が原審裁判所に対し、一定期間内に限って、「再度の考案」の申立てができることとする。この場合当初審判裁判所は原決定を取消し、新たな決定を行うことができるなどの方策を取り入れるべきである。

また、このための国費による弁護士の援助制度も整備すべきである。

9 再審規定と補償規定の新設

本法による処遇は、対象者の自由を奪うという不利益処分であることから、対象者が対象行為を行ったことが処遇の前提要件であり、後に対象行為を行っていないことを証明する新証拠が発見された場合などの救済のために再審規定を新設する。

却下決定や医療を行わない決定がなされた場合について、鑑定入院による自由拘束に対して何らの補償規定がない。収容場所である鑑定入院先病院や指定入院医療機関から帰宅する費用すらも出ない現状にある。補償規定の新設・整備が早急に必要である。

10 対象者の権利保障等の充実

対象者が対象行為を行ったことの実事認定は、最低限でも、伝聞法則等の証拠法則、裁判官の予断排除、法定合議事件の否認事件の場合の合議体による審理の保障などを採用すべきである。

また、検察官の本法申立てには、申立てを行いうる時期の制限がなく、これが対象者を不安定な状態に置く要因となっている。検察官が申立てを行いうる期間を勾留を解かれたときから2週間以内に制限するなどの規定を設けるべきである。

11 刑事手続と本法による審判手続が重なる不利益の解消

現行規定では、対象者は、審判と刑事裁判の双方を行き来する場合も容認される構造となっている。

対象者のこのような手続負担を除去し、早期に必要な医療を受ける機会を保障するため、検察官が、刑事手続を選択した場合には、その後の結果にかかわらず、本法の申立てを許さず、地域における精神医療に委ねるべきである。

また、検察官が心神喪失等であることを争わずに、本法の申立てがなされた場合は、裁判所は、責任能力による判断を行わずに、この法律による医療の必要性のみを判断すべきであって、刑事事件としての起訴を許すべきではない。

意見の理由

第1 はじめに 意見書の基本的観点

医療観察法の施行後5年、同法附則4条が規定する「法制の整備その他の所要の措置」を講ずるかどうかの「見直し」時期を迎える。

当連合会では、上記「見直し」にどのように対応するか、5年の実施状況を踏まえて検討を行ってきた。この議論において、最も集中して検討した論点は、医療観察法の制度上の問題点とともに、医療観察法の運用実績をどのように評価するかであった。

本意見書は、その議論に基づいて、次のような基本的立脚点から取りまとめたものである。

1 当連合会の精神障害と犯罪の問題についての基本的立脚点は、対象行為を行った精神障害者を「将来の危険」を理由として特別に隔離処遇する保安処分に反対し、対象行為を行なったか否かによって疾病と治療に差異はないのであるから、地域における精神医療こそ充実させるべきであるとの点に変わるところはない。

医療観察法施行後における実情は、付添人等の奮闘により、審判実務においては一般精神科医療との連携を生かし、「治療と社会復帰」の方向での機能を果たすことが実証され、「保安処分的運用」に一定の歯止めをかけてきたと評価しうるであろう。一方で、法制定時に当連合会が述べた基本的な法の枠組みの問題点や欠陥は、依然残されたままとなっている。

その意味では、医療観察法について、保安処分的に運用される危険性は完全に消え去っているとはいえないのである。

2 上記立場から、医療観察法が「見直し」時期を迎えることを機に、改めて一般精神科医療全体を抜本的に改善充実することが第一義であることを明らかにするために必要な提言をする。これに際しては、医療観察法の現実の運用面において、保安処分化に一定の歯止めをかけてきた付添人活動等の実績や、一般精神科医療にも普遍化されるべき手厚い体制による積極的な医療実践など、積極的に評価できる点を踏まえ、これらの取組みについては後退させることなく、一般精神科医療全体の改善充実の契機とすべきものとして位置づけている。

3 また、現在の医療観察法が、構造上、保安処分として運用される可能性を持ち、対象者の人権保障の観点からの危険性があることから、基本的人権の擁護を使命とする法律実務家団体の責務として、付添人活動等を通じて明らかとなった法的問題点を踏まえつつ、当面必要な医療観察法見直し案を積極的に提言する。

第2 医療観察法見直し時期に臨んでの当連合会の立場

1 精神障害と犯罪の問題に関する当連合会の基本的立場

- (1) 当連合会は、医療観察法の制定過程において、一貫して反対の意見を表明してきた。

もともと、精神障害に起因して発生した事件にどのように対応するのかについては、基本的に次の二つの路線の対立があることは周知のとおりである。

対象者の「再犯のおそれ」による「社会的危険性」(人格障害を含む)を除去するとして、司法関与の下で「再犯のおそれ」を要件として身体拘束を正当化する見解と制度。

諸外国では、こうした制度が「保安処分制度」として機能してきた。

対象者の「再犯のおそれ」は無限定であり、「再犯のおそれ」による予防拘禁は重大な人権侵害を生むので、これに強く反対し、対象者に対する医療と社会復帰のサポートを徹底させる立場。

当連合会は一貫して上記の立場を徹底させてきた。

それは、精神障害と犯罪の問題に関して、以下の考え方を基本的な立脚点としてきたからである。

すなわち、対象行為を行った精神障害者とその他の精神障害者との間には医療的観点からの差異はない(疾病・治療において同質である)。また、事件を起こした精神障害者の「再犯のおそれ」の正確な予測は医学的に不可能であるから、「再犯のおそれ」は医療とは無関係の観点から無限定に拡大する。

したがって、重大な事件を起こした精神障害者について「再犯のおそれ」を問題として、その危険性を除去するために一般精神科医療とは切り離された特別の制度を導入することに医療的な正当性はなく、治安目的でかかる制度を導入すること(すなわち「保安処分」)は、無限定かつ重大な人権侵害を生むものである。

本来、精神障害者が治療中断などを機に時として不幸にして陥る触法行為は、適時かつ適切な医療が提供されていれば防ぎ得るものであり、この問題を解決するためには、何よりも、「地域に根ざし、生活の場に直結した医療であること、いつでもどこでも自主的に受診できる医療であること、適正な医療水準が確保されるように人的・物的体制を確立すること」という精神科医療の抜本的改善こそが必要である。

以上の基本的立脚点は、基本的人権の保障の観点と、内外の精神科医療の実績に関する調査研究による知見に基づき、医療観察法制定以前から現在に至るまで当連合会が変わるところなく維持するものである。

- (2) 医療観察法制定時の国会審議においては、政府原案の処遇要件から「再犯のおそれ」が削除され、「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、社会に復帰することを促進するため」、「この法律による医療を行う必要があると認めた場合」に変更するという修正がなされた。しかしながら、処遇要件の修正後の法律案も法構造全体は修正前のそれを基本的に維持しており、依然として、重大事件を起こした対象者のみを対象とする制度であるという点には変わりがなく、社会から期間の上限なく隔離する制度となりかねないことから、当連合会の一貫した反対の立場を変更するものではなかった。

しかし、医療観察法は強行採決によって可決され、施行された。

2 当連合会の上記立場からの付添人活動の実績及び指摘した問題の現実化

医療観察法施行によって、法による申立てを受ければ審判に付され、諸手続きがなされ、処遇を決定されることとなる対象者を放置することは、基本的人権の擁護と社会正義を実現するという弁護士の本務から許されないとの観点から、成立に反対した法律であるけれども、全国の多くの弁護士が、付添人の業務を行ってきた。

それらの活動を通じて、付添人らは、抽象的な「再犯のおそれ」のみで身体を拘束したり、対象行為を行った精神障害者であるとの理由だけで、従来の地域医療を無視して、「特別の医療」による処遇を行おうとするなど、この法律が保安処分的に解釈運用されることに反対してきた。そのため、対象者の社会復帰に向けて審判前から積極的に活動し、この法律による「手厚い医療」を必要とし、かつそれが適切だと医療的にも判断される対象者に限定した適用を求めてきた。

その活動は、医療観察法を、一般の精神科医療と連携した「治療による症状の改善と社会復帰の実現」を目指す法として解釈運用させ、保安処分的な解釈運用に対する一定の歯止めとなってきたと評価し得る。

しかしながら、現行制度の下では、処遇要件の不明確性故に、法制定時に科学的な予測が不可能であるなどの反対意見により削除させたはずの「再犯のおそれ」が今なお隠れた要件であるとする解釈や、対象行為を行った精神障害者は、地域における一般精神医療を考慮することなく本法の特別の医療による処遇によるべきであるなどの解釈により、不当な入院決定を行う裁判例や、改善の見込みのないまま3年以上の長期にわたって強制入院を継続するなど、保安処分的な運用がなされるおそれが十分あり、また、実際にそのような運用例も散見され、まさに当連合会が法制定前に指摘した問題点が現実となっている例が見られる。

3 付添人活動等の実績を踏まえた積極的な議論の提起

当連合会は、全国の弁護士が付添人として取り組んだ実践と到達点を踏まえて、自由の制限と強制医療という人権制約を不可避的に含む医療観察法について、前記の当連合会の基本的立脚点に立って、他害行為を起こした者もその居住する地域における精神医療・福祉により社会復帰を図るべきであり、終局的には重大な他害行為を行ったものを特別の医療により処遇する制度の廃止を求めるといった基本的姿勢をいささかも変更するものではないが、人権擁護の立場から、医療観察法の法律的・実践的問題点を改善し、同法を保安処分化しうる規定や構造上の問題点を可能な限り排除改善し、「医療と社会復帰促進の法」として、運用できるようにするために必要な当面の「見直し案」を強く提言するものである。

第3 医療観察法の実施状況

1 審判例の大方の動向

法務省の統計によれば、全国的な審判の状況(2009年8月末日現在)は次のとおりである。

入院決定	884件	61.18%
通院決定	265件	18.34%
不処遇決定	249件	17.23%

却下決定 47件 3.25%

この審判の基本的動向をみると、法制定時に懸念された入院決定の多用によるこの法律の「保安処分」化には、一定の歯止めがかけられていると評価しうる。地域間格差は小さくないが、全体として、この分布状況は、検察官の申立てに対し、全国各地の付添人、医療・福祉関係者等の地道な努力もあいまって、対象者の症状や対象者の治療と社会復帰を支える資源の状況などを基本的に反映した審判を各地で生みだした成果を示している。

例えば、「対象者が統合失調症に罹患していて治療反応性はあるが、指定入院医療機関が遠方であり、かえって社会復帰を阻害するおそれがあり、地域の精神科医療の方が社会復帰のためには有用である」として、「家族が地域医療を受けさせる環境を整えている」として、あるいは「鑑定入院期間中の医療により、病状が改善されるとともに、本人に病識がある程度芽生え、また、家族等の今後の治療継続への協力も期待できる。」として、地域における精神科医療における入院・通院を活用して、通院処遇ないしこの法律による医療の必要性なしとされた事例など、対象者等の実情を踏まえた審判が多数出ていることは、医療観察法に関する注目すべき審判状況である。

審判実務の多くは、さまざまな議論がある中で、対象者の状況を踏まえて地域における精神科医療・福祉の活用を視野に入れて処遇を決定しているのであり、「この法律による医療」の必要性に関する要件事実の認定について、地域における精神科医療・福祉をも考慮に含めたうえで、対象者の社会復帰のために最も適切な処遇を検討する観点から行われるという意味において、裁判所の自由な心証形成は何ら拘束を受けないという解釈が主要な流れとなりつつある。

このような付添人の活動や審判実務の大勢が、基本的に政府原案段階から指摘されていた、科学的根拠のない「再犯のおそれ」の除去を目的とした無限定な人権制限解釈や運用に一定の歯止めをかけ、地域精神科医療との連携の中で医療観察法を位置づける解釈や運用を進める重要な影響力を發揮してきたというべきである。

しかしながら、処遇要件があいまいなため、上記のような流れに反して、科学的根拠のない抽象的な「再犯のおそれ」を挙げて医療観察法42条の処遇を行ったり、医療の必要性のある対象者は総てこの法律による医療によるべきとの解釈に基づく審判例も一部に見られ、この法律が、「保安処分化」しうる制度的欠陥を有していることも明らかとなっている。

2 入院期間に上限が設けられていないことの問題点

医療観察法は、法文上入院期間の上限についての定めがなく、入院継続決定を繰り返すことで無期限に指定入院医療機関に収容できる構造をとっている。これは、医療なき収容という重大な人権侵害を招くおそれがあるため、問題であることはいうまでもない。この点、厚生労働省は、法制定後、入院処遇ガイドライン等を作成し、十分な予算措置を講じて退院までの期間については18か月を目処とするという方針を打ち出した。

しかし、指定入院医療機関によっては、症状の改善や社会復帰の目処が立たないまま、3年以上入院が継続されている例もあり、この点からもこの法律が「保安処分」として運用される危険性を浮き彫りにしている。

3 「この法律による医療」と地域における精神医療・福祉の充実

当連合会では、法施行後、指定入院医療機関の現地調査をいくつかの病院で行ったが、

いずれの指定入院医療機関においても、患者数に対し十分な予算を活用した豊富なスタッフによる対象者ごとの多職種協働チームが作られ、医療にあたっていた。そこでは入院当初から、退院と社会復帰を視野に入れた計画性を持った多職種チーム医療と支援を行うという意欲的説明がなされていた。

その特徴ともいえるべき豊富なスタッフによる多職種協働チーム医療や計画的、継続的医療と支援こそ、指定入院医療機関における「手厚い医療」の内容をなすものである。他方、いかに「手厚い医療」であっても、それが地域における精神科医療や福祉の諸施策と隔絶したところで行われるのみであれば社会復帰に資するものとは言い難い。したがって、対象者の社会復帰の状況や、入院が長期にわたる場合の原因など、今後検証されなければならない課題は少なくない。

当連合会の調査団は、各医療機関において、指定入院医療機関の取り組んでいる多職種チームによる「手厚い医療」とは、指定入院医療機関でしか行い得ない特別な内容の医療なのか、一般精神科医療でも行われ得る普遍的な内容の医療なのかを質問した。一般精神科医療との連携を進める場合、その障害の一つとして、地域の精神科医療の貧弱さがあるが、本法による医療と地域の精神科医療の間にはどこに違いがあるのかを見極める必要があるからである。

これに対しては、いずれの指定入院医療機関のスタッフからも、「指定入院医療機関で取り組んでいる医療は、その手厚さ故に高度に充実したものであるが、多職種が協働して手と目を掛ける点に特徴があるのであって、治療内容そのものに違いがあるわけではない。その実践は多くの場合、一般精神科医療でも本来実施されるべき医療である。」との回答があった。他方で、入院者一人あたり月額約180万円の国費が投入され、一般精神科医療では確保できない職員配置が可能であるからこそ、実施できている医療であるという補足もあった。

一方、指定通院医療機関は、指定入院医療機関と同様に多職種チーム医療と社会復帰支援に意欲的に取り組んでおり、対象者が復帰すべき地域社会により近いところで、社会復帰促進を任務とする重要な役割を担っている。それにもかかわらず、その医療に対する国費の投入は月額数万円程度であり、指定入院医療機関に比べてきわめて貧弱である。加えて、地域における精神科医療の改善が行われていないため、指定通院医療機関指定の要件である多職種チーム医療や往診・訪問看護などを行うことができる医療機関が限定され、この法律の要といえるべき指定通院医療機関の設置が遅々として進んでいない。更に、今般廃止・見直しが検討されている障害者自立支援法もあいまって、グループホーム等対象者の地域における生活の場の確保も広がっていない。

これは、この法律を契機にして、地域医療・福祉の底上げを図るとする国側の立法時の説明やこれを法律上で定めた附則3条2項及び3項が全くといっていいほど実践されていないためである。

指定入院医療機関のみに偏することなく、相当程度の予算を、社会復帰支援策を含め、指定通院医療機関及び地域の精神科医療・福祉に対しても適正に投入し、地域において必要な医療・福祉をより適切に提供する方策を早急に取り組むべきである。

他方で、指定入院医療機関における医療の実践として「事件と直面させ、内省を図る」「被害者に対する共感性を養う」などの取り組みを行うことになっているとの説明があったが、これは「再犯のおそれ」を除去するという矯正の手法であるとはいっても、

医療として行うべきものといえるのかという点については、対象者を事件に直面させることは、その時期の選択を誤れば対象者（患者）によっては自殺する可能性があるもので、大きな疑問がある。他にも開放処遇を一律に制限する施設にしたり、外出・外泊が相当程度制限されている、同一病院の一般病棟など地域医療との連携に制限があるなど、医療観察法の閉鎖的性格から、社会復帰をかえって阻害する状況も報告されており、改善・検討すべき問題は少なくない。

4 省令による特定医療施設等への委託の動き

指定入院医療機関及び通院医療機関に投入される国費は、2005年8月2日厚生労働省告示「基本診療料及び医療観察法精神科専門療法の施設基準」によって定められているが、一般精神科に比べて破格の手厚い人員配置基準となっており、それが「手厚い医療」の土台となっていると説明されている。

この法律は、医療観察法において実施される医療が以上のような「手厚い医療」であることを前提に成り立っている。

指定入院医療機関の基準についても、「手厚い医療」を確実に保障する趣旨から、医療観察法16条は、厚生労働大臣が指定することができる指定入院医療機関の指定対象について「国、都道府県、特定独立行政法人又は都道府県若しくは都道府県及び都道府県以外の地方公共団体が設立した特定地方独立行政法人が開設する病院であって厚生労働省令で定める基準に適合する」ことを求めている。

ところが、この「手厚い医療」の提供を、法執行者自ら放棄するというほかない動きが最近になって生じている。指定入院医療機関の整備遅滞等による入院病床不足を理由に、省令改正という手段によって、指定入院医療機関以外の医療施設等（指定入院医療機関の病床のうち、医療観察法によって指定された病棟ではない一般の病棟を含む。以下「特定医療施設等」という。）に、入院決定を受けた対象者もしくは入院する対象者について入院・転院させる「例外措置」を導入した問題である。

これは、省令改正によって、法律の前提とする「手厚い医療」の水準（指定入院医療機関の指定基準）を緩めるものであり、このような省令は、法律の委任の範囲を超えた違法なものであり許されない。

確かに、現実に入院決定数に比較して病床数不足という事態が生じている。

しかし、このような省令は、指定入院医療機関の全国分布状況の偏り、本来入院の対象とすべきでない者に対して入院決定を行うという審判の判断の誤り、地域医療・福祉の充実、社会復帰の阻害要因の除去施策の不備などとともに、根本的な検討が求められる場面なのである。指定入院医療機関に入院させて「手厚い医療」を提供するという建前すら放棄し、安易に、病床数を見かけ上確保して事足りりとするのであれば、それは、もはや医療観察法の破綻というほかないであろう。

第4 地域における精神科医療を改善するとともに、医療観察法を「医療と社会復帰促進の法」として改めて位置づけ、「治安のための特別の制度としての医療観察法」の必然的な解消を

以上のとおり、法律実務家団体としての当連合会は、対象者の権利擁護の立場からの付添人活動を通じて、医療観察法が、当初懸念されたような、社会防衛目的のために科学的には認定できない対象者の危険性を認定し、社会から隔離するような特別の制度と

して運用されること（保安処分化）を相当程度食い止めてきた。しかし、医療観察法の構造には、その制定過程に由来する、刑事処分の代替的処分としての要素が残されており、このままの法構造ではいつ保安処分的運用がなされてもおかしくないという危険性が存在する。

したがって、当連合会が目指すものは、法制定に反対した前記の基本的立脚点に立ち、地域の精神科医療・福祉全体の充実改善を実現することによって、精神障害者が対象行為に及ぶという不幸な境遇に陥ることを防ぎ、なお不幸にして対象行為を行った場合にも、医療観察法の保安処分化の危険性を除去し、対象者を円滑に社会復帰させることを促進する制度とすべく、それに向けた具体的・現実的な提言を行うものである。

他方、前述したとおり、現実には成立した医療観察法の運用においては法の基本的構造故に一般医療との連携が十分とは言い難いものの、多職種協働チームによる社会復帰に向けた「手厚い医療」を提供する実践も行われている。この実践自体の方向性は、本来精神科医療一般においても行われるべき普遍的なものであり、同様の実践を精神科医療一般に拡充することができれば、当連合会の基本的立脚点为目标とする精神科医療全体の充実改善に資することとなる。

よって、当連合会は、「手厚い医療」の実践を精神科医療全体に拡大・充実させて、前記基本的立脚点から目標とした精神科医療全体の充実改善を実現することにより、制定に反対した現行の医療観察法が必然的に解消する方向を目指すとともに、当面の方策としては、医療観察法の見直し時期が到来したことを契機に、付添人活動の経験の蓄積を通じて明らかになった法の問題点を明らかにし、最低限見直すべき点を示し、速やかな改善を強く求めるものである。

第5 精神科医療全般の改善のための提言

医療観察法のもとで、医療提供の当初から円滑な社会復帰を目標に計画性を持ち、多職種の関係者が協力し、協働して患者の社会復帰実現に向けて努力している。この医療実践自体が本来あるべき方向性を持っていることは明らかであり、有効であることも精神医療関係者の大方の見方となっている。このいわゆる「手厚い医療」の実践は特殊なものではなく、連携すべき精神科医療一般においても基本となるべき普遍性を有している。

しかしながら、従前から問題となっている10万人を超える社会的入院患者を抱える入院中心主義を抜本的に改善する必要性は、かねてから深刻に指摘され続けてきたにもかかわらず、その改善はいまだ遅々として進んでいない。

入院中心主義を脱し、円滑な社会復帰の促進及び地域における医療の継続を実現するためには、社会復帰を支える諸施設のみではなく、社会復帰調整官のような職種を含めた人的体制の整備が不可欠であることが明らかとなっている。

このような、日本の精神科医療一般の抜本的改善を進めることは、従来の当連合会の立場と一致するものであり、このような提言が医療観察法を一般医療から隔絶した領域の特殊な制度化することを許さず、同時に他害行為を結果として行った精神障害者を「隔離する」だけの保安処分化を阻止する道であると確信する。

具体的には、精神科医療一般の改善策として、以下の点を強く要望する。

1 一般精神科医療の重点を「通院中心主義」とする方向への転換

指定医療機関における多職種チームによる「手厚い医療」の実践と努力は精神科医療

一般において直ちに導入されるようにしなければならず、今も精神科の職員配置基準を他科より著しく低水準とする精神科特例が維持されている状況は早急に改善されなければならない。精神科医療において、その医療の目標は、あくまで社会的入院の解消と社会生活を営みながら受診できる医療の確立であることを確認し、入院は急性期医療とその後の社会復帰策に対応するものに限局し、通院医療こそを原則とするよう、政策的に誘導すべきである。

そのため、例えば、精神保健福祉士、作業療法士及び心理職などの配置や往診、訪問看護などの地域で支える活動に対して、医療観察法で実施されているような多職種チーム医療を実施できるようにするため、通院中心の方向に大胆に予算をつけ、その努力が報われるよう、保険点数を大幅に改定する必要がある。

2 退院促進調整官の新設

医療観察法の下において、精神保健福祉士の資格や実践経験を持つ社会復帰調整官が設置され、その職責において処遇開始当初から対象者の社会復帰を支援する活動が展開されることとなった経験は貴重である。

この経験を生かし、厚生労働省は、精神科医療全般においても、社会復帰調整官類似の制度として退院促進調整官（仮称）を新設配置し、社会的入院患者の社会復帰を促進するための支援を行わしめるべきである。

3 強制入院患者への国費による弁護士援助制度の新設

医療観察法の下では、弁護士の付添人が対象者の権利擁護に基本的に重要な役割を果たしている。

一般精神科医療の中にあっても、強制入院の患者にはその入院期間中、退院請求、処遇改善請求等、必要に応じて法律扶助等国費で弁護士の援助を求めることができる制度の新設を早急に検討すべきである。

4 国による退院促進事業の立ち上げ・推進

先述のとおり、国は、社会的入院問題を抱えて久しいが、その解消策すらいまだ具体化できていない。その最大の要因は、入院患者が地域で生活するために必要な資源（住居、職場、通院確保の方策等）を地方自治体と民間に任せきりにしたことにあることは明白である。これにより、採算の取れない事業は行われず、結果、精神障害を有するにもかかわらず、必要な支援を受けられないまま、社会的入院が継続されたり、不幸にして他害行為に至る例が発生している。

したがって、国は、例えば、24時間対応の相談窓口等（いわゆるソフト救急）の設置、グループホームや作業所など地域での生活・活動の場の増設及び住居を確保するに当たっての公的保証人制度の創設などに公費の導入を行うとともに、これを是認・推進するために必要な国民教育の実施及び10万人に上る社会的入院患者の退院促進事業を立ち上げ等に、相当の予算と人員を投入して、その社会復帰を責任をもって進めるべきである。

こうした改善策は、精神障害に対する誤解や偏見を解消する上で避けては通れない改善策であり、同時に、精神科医療が市民から信頼を得る道でもある。

第6 医療観察法改善策の具体的内容

医療観察法は、制定当初からいくつもの点で不合理、不明確な構造や規定があることが

指摘されてきた。そのことが、医療観察法の性格や位置づけをあいまいにし、審判や各種手続きの中でも対象者が不安定な状態に置かれている原因となっている。

そこで、具体的には、下記の点について、改善される必要がある。

1 処遇要件の明確化

医療観察法による社会復帰を目的とした「手厚い医療」は、従来の精神科医療・福祉だけでは症状改善や社会復帰が困難と思われる事例については一定の効果を上げている点で評価できる。他方で、この法律による医療（特に入院医療）が、本質的には身体拘束と医療の強制を伴う人権侵害を伴い、また、対象者を従来の生活の場からの切り離しての医療となるため、これまで受けてきた地域医療・福祉や家族との関係を断絶させてしまうこと、またこの法律による入院医療は、閉鎖的で、外出・外泊などの弾力的な運用が困難であることなどから、かえって早期の社会復帰を阻害する結果となっている事例も少なくない。

したがって、医療観察法は、精神科医療の補完的位置づけであることを規定上において明確化し、真にこの法律による医療を必要とする者のみを対象とするよう、限定する必要がある。

現行の処遇要件は、「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、社会に復帰することを促進するため（入院をさせて）この法律による医療を受けさせる必要があると認める場合」として、入院処遇と通院処遇の差異や、地域における精神科医療との関係については不明確な規定となっている。そのため、立法過程において、科学的に予測できない「再犯のおそれ」は処遇要件から削除され、「同様の行為を行うことなく社会に復帰することを促進するため」との文言は、社会復帰の一つの態様を示すにとどまる解釈しかできないにもかかわらず、実務上この文言があるがために、「再び対象行為を行う危険性」が処遇要件であるかのような解釈や、医療の必要性が認められる対象者をすべてこの法律による医療によるべきとの解釈などにより、制度を保安処分的に運用することを許している。

これを改め、医療観察法を「医療と社会復帰の法」であることを明らかにするため、第1に、法の目的や処遇要件等の条文から、「同様の行為の再発を防止」「同様の行為を行うことなく」との文言を削除し、第2に、入院処遇要件においては、症状を中心に、対象者が急性期を脱しきれず、自発的に医療を受けることが困難な状態にあることと、一般精神科医療では、社会復帰が促進されない場合に限局されることを明確にすべきである。

2 対象の限定

対象行為中傷害については、重大な傷害や傷害致死に限るべきである。本法は、鑑定入院も含めて、個人の自由を拘束するとの点で、本質的に重大な人権制約であることから、対象行為を重大な他害行為に限定したものである。しかし、その運用実態においては、検察官は、軽微な傷害をも対象として、本法の申立てを行っている。それにより、過大な人権の制約が行われているばかりか、病床不足による特定医療施設等というゆがんだ制度を生み出した一因ともなっているのである。それがために真に「手厚い医療」を必要としている者に、それが加えられず、社会復帰が阻害されているという矛盾した状況を生み出しているからである。

3 付添人の関与、権限の拡大・強化

現在は当初審判のみが必要的付添事件とされているが、対象者の処遇にとって重要な影響を持つ入院継続・退院の審判や再入院の審判では、付添人は任意的とされているため、これらの審判では、弁護士による援助がなされないままに行われていることが多い。これは、いかにも不合理で適切ではない。入院継続、退院審判、再入院審判には付添人選任を必要的とすべきである。

また、当初審判においても、協力医の費用負担や、資料の謄写請求権、鑑定人との自由な意見交換、付添人の複数選任など、その権限・範囲もいまだ不明確ないし不十分である。付添人の権限強化や費用負担の在り方を明確に規定すべきである。

4 鑑定入院中の医療と対象者の不服申立規定の整備

医療観察法の当初審判は、鑑定入院が原則必要的とされていることから、2～3か月の鑑定入院を経て行われるのが通例である。しかしながら、本法には、鑑定入院中の医療と処遇及び処遇改善に関する規定が欠落しているため、法施行時から、そもそも医療を行うべきか、行うとしてどこまで行うべきかなどについて混乱が生じていた。また、法律上の根拠なく、保護室による身柄の拘束が常用化されている病院すらある。

早期に適切な医療の提供が重要であるという点からいっても、鑑定入院においても、対象者等の同意を前提に、必要な急性期医療と社会復帰を目指す医療を行うことを明記するとともに、身体拘束の要件と処遇改善請求権を規定しなければならない。

また、現行医療観察法72条、73条により、裁判所の鑑定入院命令に対する不服申立事由が限定されているため、この法律による医療を行う必要性がないことが明らかで、鑑定入院を行う必要性がない場合であっても、対象者・付添人は、事実上決定の取消しを求めることができないという不都合が生じている。

したがって、鑑定入院の必要性についての不服申立てを許すべきである。

5 保護観察所の関与をなくし、社会復帰調整官の基本権限を明記する。

保護観察所の関与は、この法律による医療を保安処分化する危険性をはらむ。すなわち、「犯罪の予防」を目的とする機関である保護観察所（法務省設置法15条、24条、更生保護法29条2号参照）が関与することによって、医療・福祉の現場に社会防衛的観点が持ち込まれ、この制度が保安処分化される危険性は常に存在するし、実際に、指定入院医療機関の退院請求に対し、保護観察所が反対したために、入院継続とされた例もある。

このことからすると、この法律の運用にあたっては、保護観察所の関与を完全に排除し、社会復帰調整官の所属を法務省所管の保護観察所から、厚生労働省所管とすべきである。

また、社会復帰調整官は、本法による医療が開始された後に、その専門的知識と権限を生かして、対象者の社会復帰を進めることができ、また、実際にも、早期の社会復帰を目指して、限られた社会資源を開拓する努力をするなど、精力的に活動している。他方で、当初審判段階では、医療観察法38条に基づく生活環境調査を行うのみで、社会復帰に向けた活動は行っていない場合が多くみられる。

この社会復帰調整官の新設は、この法律による「手厚い医療・福祉」の核となるものであるから、社会復帰調整官が、当初審判段階から社会復帰条件調査にとどまらず、社会復帰のための条件整備の業務を行う基本権限と責務を有しているというべきであり、このことを法文上明記することが不可欠である。付添人とともに対象者の社会復帰に向

けて活動することにより、できるだけ強制入院による地域との断絶を防ぎ、早期の社会復帰を図りうるようにすべきである。

6 医療と社会復帰促進の法として、特に通院医療機関と社会復帰施策の充実を

現時点においては、指定入院医療機関が設置されている場所が限られていること、その医療は閉鎖的で外出・外泊が弾力的になされ得ないこと、指定通院医療機関の整備は致命的な遅れを呈していること、地域における福祉が貧弱であることから、地域精神科医療・福祉との連携に重大な支障が生じて、長期入院になる要因となっている。

そのため、指定入院医療機関においても弾力的な外出・外泊や、地域医療・地域社会との交流等による可能な限りの開放処遇を可能とするよう法整備を行うべきである。

また、指定通院医療機関は、入院医療機関と同様に多職種チーム医療を行うこととされ、対象者が復帰すべき地域社会により近いところで、社会復帰促進を任務とする重要な役割を担っているにもかかわらず、地域精神医療の底上げがなされないため、その基準を充たす病院が増えず、また、その作業に対する国費の投入は、従来医療の保険点数に準じているため、指定入院医療機関に比べてきわめて貧弱であり、訪問看護などは精力的に行えば行うほど、赤字になるという状況にある。

これらは、単に予算措置の問題だけではなく、この法律による医療水準の向上、一般精神科医療・精神保健福祉の水準の向上が、附則にとどめられ、法本文に明記されていないことが一因である。

社会復帰支援策を含め、相当程度の予算を、指定通院医療機関にも適正に投入し、物的設備の充実はもちろん、関係する専門家の育成なども含めて、医療と社会復帰の条件整備を進め、必要な医療をより適切に提供できるようにすべきである。これを法的にも明確にするとともに、この法律による医療水準の向上、一般精神科医療・精神保健福祉の水準の向上を国の責務として附則ではなく、法本文に明記すべきである。

7 裁判所関与の構造の再検討

医療観察法は重大な他害行為の存在を要件の一つとしたことから、対象行為の存否と処遇決定という二つの判断を行うために裁判所が関与する構造をとっている。

そのため、特に退院や処遇終了について、医療判断としては即座に行うことが相当である場合も、機動的・弾力的に行えないという障害がある。

さらに、この法律による入院処遇は、6か月ごとに継続決定を行えば、上限なく指定入院医療機関に収容し続けることができ、裁判所がこれを行うことで、医療なき身柄拘束の継続など、保安処分的運用がなされる危険性が高い。実際に、3年以上もの間、何ら症状の改善もないまま、指定入院医療機関に入院させられているケースが散見され、病床不足とあいまって、深刻な問題が表面化している。

そこで、入院させうる期間の上限を定める必要がある。

また、少なくとも、退院、処遇終了の判断については、医療判断によってなされるのが相当であることから、判断対象と能力からみて裁判所が関与する構造が妥当か否かを思い切って検討する必要がある。

例えば、指定入院医療機関の行う退院請求に対しては、原則として、退院決定を行うなど、裁判所の裁量を一定制限すること、入院継続期間を自動的に6か月とするのではなく、指定入院医療機関の申立てに基づいて短縮できることとすること、外部の行政委員会の権限に移すことなども考慮されるべきである。

さらに、入院継続審判においては、審判期日の開催を必要とするとして、付添人が出席して意見を述べ、安易な入院継続による保安処分的運用を抑制することを可能にすべきである。

8 当初審判が治療反応性について誤った場合の救済措置

本法では、抗告期間が2週間と限定されているため、指定入院医療機関に入院した対象者について改めて診断した場合、当初審判の判断が疾病性や治療反応性において誤っているケースが、施行直後には40%程度、現在でも平均して17%近く認められる（指定入院医療機関の日弁連調査団への説明）。このような場合には、抗告期間が徒過していることが多く、抗告による是正は期待できない。現状は、これに対応するために、指定入院医療機関による原審決定を前提にした退院請求や処遇終了請求によっているという問題が指摘されている。その結論が出て退院に至るまで、不要な治療行為や経過観察を行わなければならない、機動的な救済がなされていない。他方、再審では、時間がかかりすぎ、不必要な入院を余儀なくされる。

審判の基礎となる医療的見立てが誤っていた場合、審判の確定力に柔軟性を持たせ、対象者及び指定入院医療機関の長に原審裁判所に対し、一定期間内に限って、「再度の考案」の申立てができることとし、この場合当初審判裁判所は原決定を取消し、新たな決定を行うことができるなどの方策を取り入れるべきである。また、このための法律扶助など国費による弁護士への援助制度も整備すべきである。

9 再審規定と補償規定の新設

本法による処遇は、それが本質的には対象者の自由を奪うという不利益処分であることから、対象者が対象行為を行ったことが処遇の前提要件であり、その事実認定は、刑事手続における事実認定と類似しているにもかかわらず、再審規定がないため、後に対象行為を行っていないことを証明する新証拠が発見された場合でも、確定した審判の効力を争うことができない。

また、刑事手続上の無罪にあたる却下決定や医療を行わない決定がなされた場合について、鑑定入院による自由拘束に対して何らの補償規定がない。収容場所である鑑定入院先病院や指定入院医療機関から帰宅する費用すらも出ない現状にある。

したがって、再審規定、補償規定の新設・整備が早急に必要である。

10 対象者の権利保障等の充実の課題

先述のとおり、本法による処遇は、本質的には不利益処分であるから、対象者が対象行為を行ったことが処遇の前提要件であり、その事実認定は、刑事手続における事実認定と類似しているにもかかわらず、対象者の適正手続保障は、刑事被告人のそれと比べて、極めて薄いものである。最低限でも、伝聞法則等の証拠法則の導入、裁判官の予断排除原則の導入、法定合議事件の否認事件の場合の合議体による審理の保障などを採用すべきである。

また、検察官の本法申立てには、申立てを行いうる時期の制限がなく、これが対象者を不安定な状態に置く要因となっている。検察官が申立てを行いうる期間を勾留が解かれたときから2週間以内に制限するなどの規定を設けるべきである。

11 刑事手続と本法による審判手続が重なる不利益の解消

現行規定では、検察官が、本法申立てではなく、刑事裁判を選択して起訴したが、その後、刑法39条により無罪もしくは執行猶予になった場合には、改めて医療観察法の

申立てがなされ、対象者は、長期間の身柄拘束と二度ないし三度にわたる鑑定など、二重の手續の負担を負わされることとなる。また、本法の審判の結果、責任能力ありとして却下され、あるいは、心神耗弱とされ、申立てが取り下げられた場合には、刑事事件として起訴することが許容されている。その起訴後において刑法39条により無罪になり、再度本法申立てがなされた事例まで生じた。このような事例でも明らかなように、対象者の負担は二重にも三重にもなる。また、刑事手續の間、対象者は、十分な医療を受けられず、症状の悪化と社会復帰が阻害されるおそれもある。

したがって、対象者のこのような手續負担を除去し、早期に必要な医療を加えるため、検察官が、刑事手續を選択した場合には、その後の結果にかかわらず、本法の申立てを許さず、地域における精神医療に委ねるべきものとする。

また、検察官が心神喪失等であることを争わずに、本法の申立てがなされた場合には、裁判所は、責任能力による判断を行わずに、この法律による医療の必要性のみを判断すべきであって、刑事事件としての起訴を許すべきではない。

このような改善は、刑事処分を受けるべきものを放置することになったり、この法律による「手厚い医療」を受ける必要がある者にこれを受ける機会を失わせるとの批判があり得る。しかしながら、このような事案は、起訴・不起訴の判断の前提となる起訴前の鑑定の精度を上げることにより防ぎうるものであり、この点についての改善こそ早急に行うべきである。漫然と従来の不確かな鑑定にしたがって起訴、不起訴を判断している検察官・検察庁の怠慢による結果を、対象者の二重・三重の負担に帰することは相当ではない。

第7 最後に

以上、当連合会が述べた意見のうち、医療観察法の改善の提言は、現行医療観察法が、憲法が保障する基本的人権を不当に制約するものであるとの見地から行うものであり、これを改善せずに放置することは、将来において国の法的責任を生ぜしめる可能性を有するものであるから、早急に見直し作業に着手すべきである。

以上