

## 特集 医療観察法の存続は可能か——5年後見直しを迎えて——

## 医療観察法は即座に廃止されるべき

中島 直

医療観察法は、治療の面から無意味かつ有害であり、また保安にも役立っていないことを立証するとともに、精神科医療全般および司法との関連領域の改革の道筋を段階的に示した。また改革の必要経費についても、医療観察法の廃止と病床削減が可能であることを示し、とりあえず病床は半減が可能であることを論じた。医療観察法は即座に廃止も可能であるが、改革の進展に伴い不要となることを主張した。

〈索引用語：医療観察法、保護者制度、病床削減、司法〉

## I 医療観察法は無意味かつ有害

## 1 治療の面から

医療観察法（以下法）は治療の面でもマイナス面が多い。申立てや当初審判での問題事例も多数報告されている<sup>29,66</sup>。ここでは精神病状態で対象行為、直後に鑑定入院から審判、入院決定、退院から地域処遇を受ける統合失調症者という、典型的なパターンの人について考察する。

①鑑定入院の最中に治療を行えるとされるが、鑑定入院医療機関の水準は問われておらず<sup>100</sup>、入院中の治療や処遇、説明が適切でない<sup>7,46</sup>、薬物療法は「必要最小限」にとどめられ<sup>5</sup>、対象行為を話題にする精神療法も行わない<sup>5</sup>などの事実が指摘されている。鑑定入院では、退院後まで想定して治療を行う必要性や、薬物を増量して悪性症候群やイレウスなどの身体合併症が起こった場合の対応、審判を前にし対象行為への認識について働きかけることが適切かどうかなどが不明確なことが背景にある。さらに、退院を目指す上では必須である外出や外泊は、医療機関の側で自粛し、あるいは裁判官が難色を示す<sup>78</sup>。すなわち、鑑定入院中には、十分な治療は行えない。また、鑑定入院を経て指定入院医療機関に入ると、1~3ヶ

月で退院に至ることの多い従来医療と比し、退院までに数倍の時間を費やす。そのうえ、入院処遇、指定通院医療機関への通院、自宅近くの医療機関への通院と、治療関係を細分化している<sup>40,51</sup>。入院から通院への移行時に精神保健福祉法入院がなされる例が12%あり<sup>18</sup>、そもそも入院処遇が必要であったのか、疑問を抱かせる。退院後の社会復帰状況についても、法上の再入院は少ないが、通院処遇中の者の41%が精神保健福祉法上の入院を経験しており<sup>18</sup>、再入院率が低いとは言えない。

②一部（特に家族が被害者の場合）は、従来退院が困難であったが、数年で退院している。印象としてはあるが、どれぐらいの数があるか、データがない。

③一部は病状は改善したが退院できていない。退院先や指定通院医療機関、保護観察所の調整不良で退院ができない<sup>12</sup>、退院の申立てが裁判所に拒絶される<sup>49,69~74</sup>、病院側からの申立てでも235件中63件が却下<sup>10</sup>、診療所の30%が対象者をデイケアに受け入れない<sup>29</sup>、住居探しを誰が行うかでもめる、親族が率先しないと円滑でない、社会復帰調整官や指定通院医療機関の職員が時間を取

れない<sup>18)</sup>、結局は家族が生活支援を負担<sup>29)</sup>などと指摘されている。法で負わされるスティグマで退院や社会復帰が遅れる。新たな社会的入院との指摘も多い。

④一部は病状が改善せず退院できない。指定入院医療機関での長期入院例<sup>19)</sup>が増加している。

⑤③および④の一部は、改善不能で通院処遇<sup>18,29)</sup>ないし処遇終了となって一般医療に回され長期入院している。

⑥⑤の一部の人は、一般医療の融通性を生かして転院後早期に退院となっている。

これらがどれぐらいの比率で存在しているかは不明である。純粹に「法があつてよかった」と言える人は②のみで、その他は、法の存在は益をなしているとは言えず、却って害であることも目立つ。また、上記は法の典型例である単純な統合失調症者についてで、統合失調症でも反社会性の強い者、気分障害、人格障害、発達障害、薬物関連などではさらに問題が複雑化する。

## 2 保安の面から

法が保安を目的とするか否かが不明確である。しかしこれは法の基本性格を定めるものであり<sup>56,58)</sup>、必然的に対象者をどう扱うかに雲泥の差をもたらす。法律家の多くは保安・再犯予防を法の根拠とする<sup>14,25,26)</sup>。通常の医療を施すことが結果として保安につながるが多いためこの問題は軽視される傾向があるが、順調に進まない場合に矛盾が露呈する<sup>11,42,48,57,67)</sup>。社会復帰要因はリスク評価と結び付きやすい<sup>99)</sup>。人格障害者の扱いの混乱<sup>9,14,16,30,43~45,49~51)</sup>に象徴される。法の保安への貢献の期待を無視・軽視するのは誤っているし、現実に破格の予算がついたのはこの観点があったからである。

しかし、法は保安に役立たない<sup>52)</sup>。過去に矯正施設への入所歴<sup>28)</sup>、他害行為や粗暴傾向<sup>17)</sup>がない者が多数を占めるなど、対象者は「危険な他害行為をくり返してきた人」ではない。また、再犯研究における蓄積もあり、研究それ自身<sup>22,36,37,48)</sup>の問題は措くとしても、再犯予測因子として重要

なもの逮捕歴の存在、精神病者は再犯率が低い<sup>92)</sup>、統合失調症や気分障害などよりアルコールや覚せい剤など薬物関連性の精神障害や人格障害の存在が重要<sup>2,63,64,93~96)</sup>、心神喪失・耗弱とされた精神障害者一般がより再犯のリスクが高いとは言えない<sup>62,91)</sup>などとされる。すなわち、対象者は元々犯罪傾向および再犯の可能性の低い人である<sup>97)</sup>。従来言われてきた精神医学・医療の予測概念を超えることには慎重であるべきである<sup>35,41)</sup>。再犯防止にも「処遇困難者」への特別処遇にも無意味と断言する法推進派の法律家もいる<sup>24)</sup>。

## 3 指定入院医療機関以外の社会資源に負担となっている

法は、一般医療の貧困を基盤に成立したが、事例は日本全国に出現し、また緊急増悪への対応の必要性から、その貧困な一般医療に頼らなければならないという矛盾を有している。しかし、精神保健福祉法との関係は未整理である<sup>65)</sup>。書類の煩雑さ、遠方へのケア会議の出席など、指定通院医療機関<sup>15)</sup>や関わる諸機関<sup>9)</sup>の負担はあまりに大きく<sup>18)</sup>、財政的補償はきわめて薄く<sup>8,68)</sup>、非対象者への待遇の劣悪化を招いている。社会復帰調整官も数が少なく、熱心な人は業務過多となっている<sup>90)</sup>。自立支援法以降、地域の小規模作業所は極度の運営困難に陥っており、多数の障害者が利用できない状況に追い込まれている。デイケアにも圧迫が進んでいる。法が成立したときには一般医療・福祉との「車の両輪」論が主張されていた。現実には一般医療への予算投下はなく、一輪車状態が続いている。法は地域の力をそいでいる。

## 4 指定入院医療機関の治療・処遇も適切と言えない

指定入院医療機関は豊富な人員と多彩な関わりが強調されている。しかし、入院処遇はきわめて閉鎖的であり、複数の職員の同行が義務づけられている外出・外泊は充分かつ速やかに行われているとは言えない。多職種チームがうまく機能していない例も散見する。情報が出されていないので

詳論はできないが、入院中の自殺例も出ており、治療や処遇が不適切であった可能性もある。

指定入院医療機関内での実践例は数多く報告されている。しかし退院後や処遇終了後まで見据えた視点のあるものは少ない。適切なコントロールを設定した比較は論者の知る限り皆無である。デイケアにすら治療効果としてのエビデンスが求められ、それを根拠になししの診療報酬が削られる時代に、エビデンスなしで多額の医療費を費やす特別待遇である。

入院期間の平均もガイドラインより長くなっている<sup>19)</sup>。施設間の格差も実証されており、例えば平均入院期間は最短の施設で425日、最長で616日である<sup>19)</sup>。

そもそも、濃密な医療を要する者と、重大な他害行為を行って心神喪失・耗弱とされた者は一致しない<sup>23,27,33,34)</sup>。鑑定入院医療機関も6割以上が対応困難事例の経験がないとしている<sup>5)</sup>。

## II 法は未来もない

現在の多くの問題点を、施行当初や過渡期であるなどとして将来にその解決を求める者がある。まず、指定入院医療機関の不足を根拠とする立場がある。地域偏在が遠方入院などの問題<sup>46,50)</sup>をもたらしているとするのである。しかし、事例発生の地域・時期のばらつきは制御できないからこの問題は残る。余裕を持って病床を空けておくと巨額の赤字を生じる。県立病院は、これに甘んずるか、退院できる人を出さずに囲い込むか、いずれかの選択を迫られることとなる。前述した指定入院医療機関の格差は、ピアレビューによる是正が目論まれているが<sup>19)</sup>、これは病床不足に伴う強い退院圧力があって初めて実現するものである。病床が足りることにより解決する問題は「特定医療施設」<sup>20,21)</sup>などごく一部に限られ、新たな問題が発生するのである。

司法精神医学の成果が一般医療に広められるとの言説もあった。しかし、マニュアルの類は既に多く公にされている。広められるべき個別事例の実践はプライバシーを口実として断たれている。

指定入院医療機関からの鑑定や審判への疑義<sup>6)</sup>すらフィードバックされていない。

司法との対話が果たされるとの指摘もあった。しかし、検察官による申立てには種々の問題が指摘されている<sup>48)</sup>。前述のように裁判所は医療実践上の判断からの退院申立てを却下する。平成19年最高裁決定<sup>75)</sup>は、鑑定人や審判員ら、医師による法の医療は不要との判断を、検察官と裁判官のみ、すなわち医療の素人が、独自の理論に基づく「臨床的リスク評価」によって、くつがえしたものである。医学研究はリスク評価に関する歴史を持っている<sup>98)</sup>が、司法はこれらにも医療の実践的な判断にも耳を傾ける姿勢を有していない。司法との対話の成立は見込めない<sup>89)</sup>。

法を、治療と治安の妥協の産物とし、今後の実践に期待をかけるという見方もあろう。精神科医療は、保安を目的としなければ予算がつかないという差別的な状況のもとに、批判はあるにせよ、提示されてきた制度をそれなりに病者の治療に生かす実践をしてきた。例えば措置入院制度は自傷他害を要件としつつも実践的には今や救急医療を考える上ではなくてはならない制度となっている<sup>61,82)</sup>。現在自立支援医療に取って代わられた通院医療費公費負担制度は、福祉的施策として把握されることが多いが、元来1965年のいわゆるライシャワー改訂のときに作られたもので、その発案には治安面の配慮も影響していた。すなわち精神科医療は流用の歴史である。しかるに、法は、裁判所を関与させ、決定権を医療サイドから奪い臨床的視点の持ち込みを否定することにより、この流用をきわめて困難にしている。すなわち法は将来の見込みもないのである。

## III 改革の第一段階

法の問題は、端的に言えば、迅速さと継続性が重要な医療と、事実認定など慎重さが重視される司法という、全く理念も実際も歴史性も異なった二者を、入口を「検察官」という、医療の素人に委ね、後戻りや別ルートが極めて難しいというふうに、無造作に接合したことによる。

これを解く鍵は簡単である。迅速さを要求される医療を先にすればよい<sup>101)</sup>。現在でも他害行為直後に措置入院などで治療を開始するという実践を、多くの病院が行っている。法対象者でも、対象行為直後、一旦措置入院などでの治療を経てから鑑定入院になる事例もある。入院治療が一定の段階を経たところで、司法手続きに乗せるべきか否か検察官が判断すればよい。迷う事例は鑑定を行えばよい。入院環境下での鑑定が多くの病院で可能であることは法が立証した。

検察官は2つミスを犯す可能性がある<sup>8)</sup>。1つは治療に回すべき人を回さないというものである。これに対しては、保釈や勾留執行停止での入院治療を行えばよい。私の勤める病院でも事例がある。起訴前簡易鑑定をさらに簡略化し、現時点での治療必要性を中心とした主題にすれば、多くの医師が関与しやすく、このミスが減らすことにつながる。一方通行でなく治療をして戻すことが前提であれば鑑定の負担も小さい。検察官が犯すミスのもう1つ、起訴すべき人をしない誤りに対しては、検察審査会の活用などが考えられる。

この段階では法改正は不要で、資源も現在あるもので足りる。都道府県は措置入院先を決めることができるのであるから、基準を絞っていけば、医療レベルは徐々に向上していくし、それに伴い国家レベルで診療報酬の上乗せができる。急性期治療病棟程度以上の水準に加え、少なくとも近隣の医療機関と連携し、身体合併症にもある程度の対応ができることが必要である。危機的な状況にある総合病院精神科に大幅な予算の上乗せをしこの役割を担わせるという手もある。

#### IV 改革の第二段階

ここ以降は新しいシステムを必要とする。法・倫理関連問題委員会の提言<sup>59)</sup>を参考にする。

人をその意思に反して拘禁し強制的に治療を加えるための施設は低レベルのものであってはならず、高規格化する必要がある<sup>85)</sup>。例えば医師で言えば、当初は16対1、順次8対1程度が必要である。また保護者制度および医療保護入院は、国

際的な基準、障害者の人権、保護者の負担、医療の改革いずれの視点からしても、今後の存続を許さないで撤廃し、強制的な入院加療の必要性一点のみの基準の制度を作るべきである。自傷他害要件は不要である。従来の保護者の役割は市町村が行うこととし、医療内容の監視を行い、医療費の保障もする。提言も行うソーシャルワークステーション(SWS)を、例えば人口10万人に1つ(全国で1300ヶ所)設置し、入院から一定期間後に全ての強制入院者に会い、病院と協力し、退院に向けての環境調整を行う。入院長期化例についてはより積極的に退院を進め、病院が退院に消極的であれば転院も考慮する。統計資料<sup>79)</sup>から計算すると、SWS1つあたりでみると、新規の措置入院と医療保護入院は合わせて月当たり10人弱、全入院形態で6ヶ月後も残存しているのは月当たり5人程度、1年後では3人程度であるから、これは十分に可能な数字である。入院が長期化すると医療費は逓減するが、責任を明確化するため、市町村の負担は逓増するようなシステムも考えられる。SWSおよび市町村は、在宅生活を支える新たな社会資源を創出することも責務となる。24時間対応、選択可能な複数の訪問チームの創出などはその中で必然的に出現してくる。将来的には任意入院者や3ヶ月毎のたらい回し転院も対象にする。現状のような、書類中心で退院促進につながらない監査はやめ、抜き打ちで処遇全般および治療の適切性を判断していく真の監査が求められる。

こうした退院促進の動きの中で、真の治療困難者が長期化例として析出してくる可能性がある。現在でも長期化例は必ずしも治療や処遇が容易とは言えず、一律な医療費の逓減制は不当であるが、長期入院があまりに多い状況ではやむを得ない。しかし長期化例が真に治療に期間を要する者だけに限られてくれば、逓減制を改めることも考慮できる。また、それでも治療が困難なものが析出された場合、初めて、濃密な治療を行うナショナルセンターの設立が検討できるであろう。これは触法行為の既往と一致しない。しかし、ナショナル

センターでできることは、やはり入院医療と、せいぜい短期間の地域処遇のマネージメントでしかない。

本人の同意に基づかない医療や処遇についても整理が必要であるが、これは精神科医療のみの問題ではなく、身体的治療や老人施設への入所においても起こっているもので、これらを包括した法制化が必要である。公的な監督を受ける代諾者を任命するシステムを作り、それが決まるまでの間は広く緊急医療と考えて医療機関の判断を広範囲に認めればよい。

現在精神科病床に認知症が増加し、病床維持の役割を果たしている。認知症についても、精神科病床は、外来で対処できない周辺症状の治療のための薬物・環境調整のみに役割を限定し、長期入院を認めない、とすべきである。施設および在宅支援の大幅な拡充が必要となる。

司法事例で特別な配慮を要する者が生じてくるのであれば、SWS 数個に1つ、司法部門を作っていくことも考えられる。これは特別な治療というよりは検察や矯正施設との調整機能が主たる役割となるであろう。救急での措置入院とは違う配慮を要する25条や26条通報<sup>55)</sup>も、この枠組みで対応していける。一般の治療機関での鑑定が困難な例については、集中治療鑑定センターでの対応が考えられる。医療側のシステムがあれば、検察官の不適切不起訴の監視が容易になる。当初は疑問例はSWSからセンターを経て検察審査会に申立てとといったことが必要となるであろうが、検察との交流が密接になれば、警察が事件化しないことによる問題も解決の目途が立つ。徐々に、医療は医療、司法は司法という、当たり前の役割分担が定着し、逆にその間の情報交換は不要となってくる。矯正施設との関係<sup>1,38,39,47,54)</sup>も整理されてくる。

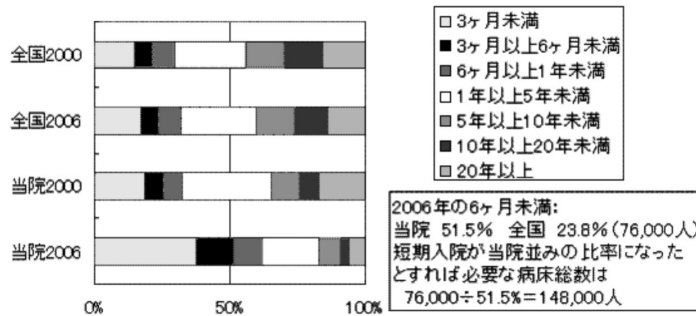
なお、法は、論者としては即時撤廃が適切と考えているが、第一段階の当初から運用上で新規処遇者を減少・停止させることが可能であり、どんなに遅くともこの第二段階の終わりまでには不要となる<sup>84)</sup>。入院処遇者は適切に退院などをされて

いなければならない。

## V 予算的裏付け

上記の実践を行うには予算が必要である。精神科医療・福祉総体への大幅予算増も主張する権利があるが、現在の国家予算の状況では実現困難であろう。医療・福祉の枠内で予算配分を考えるとこの視点も必要である<sup>86~88)</sup>。上述の改革案では、SWS および病院の活動への保障が求められる。

まず第一に、法の廃止により、数百億単位の予算が浮く。第二に病床削減である。現在社会的入院は7万床などと概算されているが、これは高齢の精神病者の死亡退院での自然減で達成されてしまう可能性のある数字で、これを自然に任せておけば予算は吸い上げられ精神科医療の改革に還元される可能性はほとんどない<sup>83)</sup>。むしろここで大胆な病床削減を打ち立て、それによる予算の獲得を目指すべきである。どの程度の病床削減が可能か、私の勤める病院の実践を基準にしてみる<sup>88)</sup>。多摩あおば病院は、在院期間別でみると、2000年はほぼ全国と同様のデータであったが、退院促進が病院全体として行われた結果<sup>4,13,31,32,53,60,77,79,80)</sup>、2006年は長期入院者を大幅に減らすことができた。ちなみにこれは他の精神科病院への転院はほとんどなく、逆に、少数ではあるが、他院長期入院者の転院受け入れ一退院も含み、大多数は自宅や当院周辺のアパートへの退院である。現状の診療報酬の枠内での収入と、それに見合った人員配置で、特殊な手法を用いることなく、地域の社会資源も特別に豊かではないという状況のもとで、達成した、現状でどの病院も達成可能な数値である。短期入院はやむを得ないものと仮定し、全国データの数字をそのまま使い、長期入院については全国の病院が当院と同様の比率に落とせたと仮定して計算する。半年までの入院はやむを得ないとし、それ以上の入院を当院と同様の比率で落とすとすると、必要な病床数は14万8000床となる。すなわち現状の約半分である。これはあくまでも診療報酬も社会資源も現状のままとしての数字である。病床を半減させれば、



図

単純計算で、病院への診療報酬を倍増できる。その医療内容をSWSで監視し、協働して退院促進ができれば、病床はさらに減らせる可能性がある。

上記では改革の第二段階までのイメージをした。公的に退院促進が進み、地域での支援体制が整えば、もっと豊かな精神科医療・福祉サービスのイメージを作ることができるだろう。社会的入院はなくなり、急性期を在宅のまま支えるオプションも選択可能となる。精神科病床も大幅な削減が可能になる。ひょっとしたら総合病院併設のもの以外は不要になるかもしれない。ごく例外的な強制入院を定める法律は必要になるとしても、今のような枠組みの精神保健福祉法は不要となる。医療・福祉サービスを規定した別の法律が必要となるのであろう。この段階で、第三段階以降のイメージを大胆に描くことが可能となるであろう。

## VI おわりに

法は医療上も保安上も益がない。このことは徐々に誰の目にも明らかになるであろう。日本の精神科医療は、元々入院医療に偏っているが、改革案も入院を基軸にしたものしか出てこないという特徴を持つ。司法精神科医療における入院の役割は限定的であることはすでに世界的潮流として明らかなのに、入院に極端に偏った制度を作り維持することの誤りは明らかである。法は基本的に統合失調症の入院から地域処遇に向けてのプログラムを徹底し、検察官を始めとした司法の非臨床的観点から生じる問題を温存するという構造にな

っている。狭くて硬い制度なのである。統合失調症の治療モデルが有効でない対象者については多かれ少なかれ困難と不自由さが残る。司法の判断に問題がなく、統合失調症の治療モデルが有効な者についてさえ、治療の開始が遅れ、回り道、治療の断絶などの問題が指摘され、従来より劣っているところが多い。精神保健福祉に関しては、本邦は一貫して低予算で進められてきた。法の成立は、何十年も精神科医療・福祉の充実を提唱してきたが、それが一向に実現されないという現状に辟易した「良心的」な層が、治安目的であれば予算が付くという、まさに差別的な行政の姿勢に屈し、治安を優先する一部のひと々と手を結んだからであるが、この同床異夢はいずれ破綻する<sup>81)</sup>。かけた梯子ははずされ、指定医療機関などは窮地に陥る。今回の診療報酬改定で入院処遇が初のダウンとなったことはこの端緒である可能性がある。池田小学校事件を契機に、理性を超えて成立した制度であるから、同様の事件、特に最悪なのは退院者の再度の重大な他害行為があれば、またもや理性を超えた議論が湧き起こる。「危険な」精神障害者を「より安価に」拘禁させよという話になる。そうなるからでは遅い。我々の基盤は治療という観点をより一層前面に押し出したもの以外にあり得ない。この視点を欠いた提言は一切「見直し」「改革」案たり得ない。

この発表には多くの方々の示唆をいただいた。特に貢献の大きかった、岩尾俊一郎、富田三樹生、吉岡隆一各先生

の名を挙げ、感謝をさせていただく。

## 文 献

1) American Psychiatric Association: Psychiatric Services in Jails and Prisons: A Task Force Report of the American Psychiatric Association-Second Edition. American Psychiatric Association, Washington, D. C., 2000 (大下 顕監訳: 米国精神医学会・拘置所と刑務所における精神科医療サービス, 新興医学出版社, 東京, 2005)

2) 安藤久美子: 暴力に関する欧米の司法精神医学的研究(2) 暴力のリスクアセスメントツール. 犯罪誌, 69; 220-232, 2003

3) 藤本 豊: 生活訓練施設から見てきたもの. 精神経誌, 110; 1161-1166, 2008

4) 古井美樹子, 川部有紀, 清野聡子ほか: 「退院促進」から問われていること〜重度の方の退院支援の事例を通して〜. 病院・地域精神医学, 51; 339-341, 2008

5) 平田豊明, 椎名明大, 上野勝彦ほか: 鑑定入院における医療的観察に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)「医療観察法による医療提供のあり方に関する研究」総括・分担研究報告書(中島豊爾主任研究者). p. 39-74, 2007

6) 平田豊明, 椎名明大, 岩間久行ほか: 鑑定入院における医療的観察に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)「医療観察法による医療提供のあり方に関する研究」総括・分担研究報告書(中島豊爾主任研究者). p. 35-76, 2008

7) 平田豊明, 椎名明大, 五十嵐禎人ほか: 鑑定入院における医療的観察に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)「医療観察法による医療提供のあり方に関する研究」平成20年度統括・分担研究報告書(中島豊爾主任研究者). p. 53-80, 2009

8) 平田豊明, 中島 直, 吉岡隆一ほか: 簡易鑑定および矯正施設における精神科医療の現状—精神科七者懇ワーキングチームからの調査報告と提言—. 精神経誌, 106; 1539-1582, 2004

9) 法務省法務総合研究所編: 平成18年度版犯罪白書. 国立印刷局, 東京, p. 122, 2006

10) 五十嵐禎人, 浅井邦彦, 伊豫雅臣ほか: 医療観察法の運用における人権擁護に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)「医療観察法による医療提供のあり方に関する研究」平成20年度統括・分担研究報告書(中島豊爾主任研究者). p. 3-50, 2009

11) 井原 裕, 中谷陽二: 英国精神保健法改正計画とその反響—精神医学と社会保安—. 精神科治療学, 17; 1151-1159, 2002

12) 池原毅和: 医療観察法が地域処遇の桎梏となった事例. 精神経誌, 110; 1167, 2008

13) 生島直人, 村瀬 崇, 関 千尋ほか: 単科精神病院の活動性の向上はどのように起こったのか—第1報—. 病院・地域精神医学, 49; 321-322, 2006

14) 岩井直子: 「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」の概要. 法と精神医療, 18; 28-40, 2004

15) 岩尾俊一郎: 指定通院医療機関からみた地域処遇の実情. 精神経誌, 110; 1150-1155, 2008

16) 川本哲郎: 刑法学者の立場から. 法と精神医療, 18; 54-60, 2004

17) 川副泰成, 赤須知明, 浅野 誠ほか: 通院処遇における関係機関の連携体制の構築に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)「医療観察法による医療提供のあり方に関する研究」統括・分担研究報告書(中島豊爾主任研究者). p. 189-304, 2008

18) 川副泰成, 赤須知明, 浅野 誠ほか: 通院処遇における関係機関の連携体制の構築に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)「医療観察法による医療提供のあり方に関する研究」平成20年度統括・分担研究報告書(中島豊爾主任研究者). p. 147-246, 2009

19) 来住由樹, 村上 優, 村田昌彦ほか: 入院対象者の病状評価に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)「医療観察法による医療提供のあり方に関する研究」平成20年度統括・分担研究報告書(中島豊爾主任研究者). p. 123-144, 2009

20) 厚生労働省令第133号: 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に基づく指定医療機関等に関する省令の一部を改正する省令. 官報2883号, 2008年8月1日

21) 厚生労働省令第29号: 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に基づく指定医療機関等に関する省令の一部を改正する省令. 官報5027号, 2009年3月10日

22) 黒田 治: 「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」下での精神科医療における倫理とインフォームド・コンセント. 平成15年度厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「触法行為を行った精神障害者の精神医学的評価, 治療,

社会復帰等に関する研究」総括・分担報告書（松下正明主任研究者），p. 318-325, 2004

23) 町野 朔：保安処分問題の回顧と展望。触法精神障害者の処遇（町野 朔・中谷陽二・山本輝之編）。信山社，東京，p. 214-228, 2005

24) 町野 朔：心神喪失者等医療観察法と触法精神障害者の治療を受ける権利。触法精神障害者の処遇（町野朔，中谷陽二，山本輝之編）。信山社，東京，p. 229-243, 2005

25) 前田雅英：司法的判断と医療的判断。ジュリスト増刊精神医療と心神喪失者等医療観察法（町野朔編）。有斐閣，東京，p. 91-95, 2004

26) 丸山英二：精神医療における自由と強制(1)。ジュリスト増刊 精神医療と心神喪失者等医療観察法（町野朔編）。有斐閣，東京，p. 137-142, 2004

27) 道下忠蔵主任研究者：厚生科学研究報告書 精神科医療領域における他害と処遇困難性に関する研究。1990

28) 美濃由紀子，岩成秀夫，岡田幸之ほか：指定通院医療機関におけるデータ収集と質的データに関する研究—国立精神・神経センターによるデータ収集と分析結果から—。厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）「心神喪失者等医療観察法制度における専門的医療の向上のためのモニタリングに関する研究」総括・分担研究報告書（吉川和男主任研究者）。p. 53-61, 2008

29) 宮崎隆吉，森口秀樹，吉川郁子ほか：精神科診療所における医療観察法通院処遇に関する研究。厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）「医療観察法による医療提供のあり方に関する研究」平成20年度統括・分担研究報告書（中島豊爾主任研究者）。p. 249-310, 2009

30) 森山公夫，飯森真喜雄，岡江 晃ほか：「触法精神障害者」の精神医学的評価に関する研究。平成13年度厚生科学研究費補助金（厚生科学特別研究事業）措置入院制度のあり方に関する研究総括研究報告書（竹島正主任研究者）。国立精神・神経センター精神保健研究所，千葉，p. 117-138, 2002

31) 村瀬 崇，古井美樹子，関 千尋ほか：「出来ないことを別の方法で補う」という援助—長期入院患者の退院促進から—。病院・地域精神医学，50；341-343, 2008

32) 村瀬 崇，生島直人，関 千尋ほか：単科精神病院の活動性の向上はどのように起こったのか—第2報—。病院・地域精神医学，49；322-324, 2006

33) 中島 直：茨城県における精神障害者合併症対応システムの構築に向けて—友部病院合併症病棟の現状分析

を通じて—。茨城県立病院医学雑誌，16；51-61, 1998

34) 中島 直：茨城県立友部病院における思春期精神科医療の現状と課題。茨城県立病院医学雑誌，18；59-65, 2000

35) 中島 直：精神病院入院中の精神病患者が他害事件を起こした際の民事裁判判決の検討。精神経誌，103；341-356, 2001。犯罪と司法精神医学（中島 直編）。批評社，東京，p. 140-166, 2008

36) 中島 直：「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）」の問題点（<http://www.seiroyo.com/archive/folder1/singi/020709nakajima.html>）。2002

37) 中島 直：「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）」の問題点。第154国会法務委員会厚生労働委員会連合審査会第2号議事録（[http://www.shugiin.go.jp/itdb\\_kaigiroku.nsf/html/kaigiroku/012215420020709002.htm](http://www.shugiin.go.jp/itdb_kaigiroku.nsf/html/kaigiroku/012215420020709002.htm)）。2002

38) 中島 直：拘置所・一般刑務所における精神科医療。第4次精神医療，26；22-30, 2002

39) 中島 直：いわゆる「触法精神障害者」問題はどこへ行くのか。メンタルヘルスはどこへ行くのか（岡崎伸郎編）。批評社，p. 223-240, 2002

40) 中島 直：法案の問題点は予測問題だけではなく。精神経誌，105；1427-1430, 2003。犯罪と司法精神医学（中島 直編）。批評社，東京，p. 106-112, 2008

41) 中島 直：精神科医療・医学における「予測」の新しい展開。第4次精神医療，32；54-61, 2003。動き出した「医療観察法」を検証する（岡崎伸郎，高木俊介編）。批評社，東京，p. 164-174, 2006

42) 中島 直：精神障害者と触法行為をめぐる学会の議論。日本精神神経学会百年史（日本精神神経学会百年史編集委員会編）。日本精神神経学会，東京，p. 356-376, 2003

43) 中島 直：精神医療関係者からの反対意見。法と精神医療，18；41-53, 2004。犯罪と司法精神医学（中島直編）。批評社，東京，p. 113-124, 2008

44) 中島 直：医療観察法の一般精神医療に及ぼす影響。精神経誌，108；515-520, 2005

45) 中島 直：医療観察法の問題点。病院・地域精神医学，47；419-424, 2005。犯罪と司法精神医学（中島直編）。批評社，東京，p. 125-137, 2008

46) 中島 直：施行前に指摘していた問題点がやはり露呈した医療観察法。第4次精神医療，41；42-48, 2006。動き出した「医療観察法」を検証する（岡崎伸郎，高木俊



介編)。批評社、東京、p.44-54, 2006

47) 中島 直：刑事施設における精神障害者の処遇。Schizophrenia Frontier, 7; 30-34, 2006。犯罪と司法精神医学(中島 直編)。批評社、東京、p.57-65, 2008

48) 中島 直：医療観察法の問題点。精神科医療と法(中谷陽二編)。弘文堂、東京、p.177-194, 2008

49) 中島 直：医療観察法の問題点—判断が揺れた人格障害の事例を通じて。精神経誌, 110; 32-37, 2008

50) 中島 直：付添人からの報告書のまとめを通じて。法と精神医療, 22; 94-109, 2008

51) 中島 直：司法精神医学の課題。犯罪と司法精神医学(中島 直編)。批評社、東京、p.10-24, 2008

52) 中島 直：医療と保安の観点から見た医療観察法。臨床精神医学, 38; 715-720, 2009

53) 中島 直, 生島直人, 西隈亜紀ほか：病院併設デイケアの役割と精神保健福祉施策。病院・地域精神医学, 48; 351-356, 2006

54) 中島 直, 磯村 大, 富田三樹生ほか：触法精神障害者の問題をいかに捉えるか—第95回総会シンポジウム『司法精神医学の現代的課題』に関連して—。精神経誌, 103; 310-316, 2001

55) 中谷陽二, 黒田 治, 大木 進ほか：検察官・矯正施設長通報による措置入院者の治療について。精神経誌, 94; 1099-1104, 1992

56) 中山研一：「再犯のおそれ」—法的な観点から。精神経誌, 105; 1422-1426, 2003

57) 中山研一：心神喪失者等医療観察法の性格。成文堂、東京、2005

58) 中山研一：心神喪失者等医療観察法案の国会審議。成文堂、東京、2005

59) 日本精神神経学会法・倫理関連問題委員会：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—。精神経誌, 112; 291-307, 2010

60) 西隈亜紀, 村瀬 崇, 吉野友子ほか：「退院してよかった」って言ってます—元長期入院者インタビュー—。病院・地域精神医学, 47; 76-78, 2004

61) 西山 詮：大都市の措置入院 救急措置入院の展開と基準。精神経誌, 101; 727-736, 1999

62) 小島秀吾：平成6年に刑事手続きにおいて心神喪失者または心神耗弱者と認められたもののその後の再犯状況について。厚生労働研究「触法行為を行った精神障害者の精神医学的評価, 治療, 社会復帰に関する研究」平成15年度総括・分担研究報告書(松下正明主任研究者)。p.69-78, 2004

63) 岡田幸之：バイオレンスリスクアセスメントについて。精神経誌, 105; 1417-1421, 2003

64) 岡田幸之, 安藤久美子：暴力に関する欧米の司法精神医学的研究(1) 暴力のリスクファクター。犯罪誌, 69; 181-201, 2003

65) 岡崎伸郎：「医療観察法による」地域処遇は破綻をまぬかれない。精神経誌, 108; 514-515, 2006

66) 小沼杏坪：医療観察法の事例報告—「平成の魔女狩り」の危険あり。日精協誌, 25; 153-155, 2006

67) 大下 顕：英国での精神保健法改正の動き—一人格障害者問題を中心に—。精神経誌, 104; 995-1001, 2002

68) 大下 顕：医療観察法指定通院医療機関における治療の現状と課題。精神科治療学, 24; 1057-1060, 2009

69) 裁判所：17年度医療観察処遇事件の受理区分別新受, 既済, 未済人員, 全地方裁判所 (<http://www.courts.go.jp/sihotokei/nenpo/pdf/DKEI65.pdf>)

70) 裁判所：17年度医療観察処遇事件の終局総人員, 終局区分別, 地方裁判所管内全地方裁判所別 (<http://www.courts.go.jp/sihotokei/nenpo/pdf/DKEI66.pdf>)

71) 裁判所：18年度医療観察処遇事件の受理区分別新受, 既済, 未済人員, 全地方裁判所 (<http://www.courts.go.jp/sihotokei/nenpo/pdf/B18DKEI73.pdf>)

72) 裁判所：18年度医療観察処遇事件の終局総人員, 終局区分別, 地方裁判所管内全地方裁判所別 (<http://www.courts.go.jp/sihotokei/nenpo/pdf/B18DKEI74.pdf>)

73) 裁判所：19年度医療観察処遇事件の受理区分別新受, 既済, 未済人員, 全地方裁判所 (<http://www.courts.go.jp/sihotokei/nenpo/pdf/B19DKEI73.pdf>)

74) 裁判所：19年度医療観察処遇事件の終局総人員, 終局区分別, 地方裁判所管内全地方裁判所別 (<http://www.courts.go.jp/sihotokei/nenpo/pdf/B19DKEI74.pdf>)

75) 最高裁判所第二小法廷：平成19年7月25日決定。判例時報, 1984; 113-114, 2007

76) 精神保健医療福祉の改革ビジョン研究ページ (<http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/vision/index.html>)。2010

77) 関 千尋：病院・診療所における活動—精神科病院におけるソーシャルワーカーの実践。病院・地域精神医学, 50; 35-39, 2008

78) 瀬戸秀文, 林田健太郎, 高橋克朗：医療観察法鑑定入院中に対象行為の直面化を行い治療の動機づけが得られたアルコール依存症について。司法精神医学, 5; 16-

24, 2010

79) 下澤聖子, 土岐隆子, 柄沢志子ほか: あの手この手の退院マニュアル—当事者グループが退院への動機を強める. 精神科看護, 148; 21-26, 2004

80) 多摩あおば病院: 多摩あおば病院で行われた医療改革の記録 (<http://www.sinsinkai.jp/>). 2009

81) 富田三樹生: 精神衛生法改正と処遇困難者専門病棟問題の回顧—中山宏太郎氏の軌跡をめぐって. 東大病院精神科の30年(富田三樹生編). 青弓社, 東京, p. 216-279, 2000

82) 富田三樹生: 心神喪失者等医療観察法を批判する. 精神科, 3; 519-523, 2003

83) 富田三樹生: 精神科医療の改革. 日精協誌, 26; 1161, 2007

84) 富田三樹生: 心神喪失者等医療観察法について. 精神経誌, 111; 243, 2009

85) 富田三樹生: 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. 精神経誌, 111; 1120-1125, 2009

86) 富田三樹生: 精神医療・病院の改革と病床削減(1). 第4次精神医療, 54, 122-125, 2009

87) 富田三樹生: 精神医療・病院の改革と病床削減(2). 第4次精神医療, 55; 96-103, 2009

88) 富田三樹生: 精神医療・病院の改革と病床削減(3). 第4次精神医療, 56; 115-125, 2009

89) 富田三樹生: 医療観察法を廃止し, 精神医療を改革する. 司法精神医学, 5; 106-111, 2010

90) 植松俊典: 通院処遇における現状と課題について. 精神経誌, 110; 1156-1160, 2008

91) 渡辺 弘: 1994年触法精神障害者1108例の7年

間追跡調査—決定木を用いた再犯のリスク分析と重大犯罪再犯者67例についての多角的な犯罪学的分析. 犯罪誌, 71; 133-163, 1995

92) 山上 皓, 小西聖子, 吉川和男ほか: 触法精神障害者946例の11年間追跡調査(第一報)—再犯事件487例の概要. 犯罪誌, 61; 201-206, 1995

93) 吉川和男: 精神障害者の再犯とその予測. 臨床精神医学講座19, 司法精神医学・精神鑑定(松下正明総編). 中山書店, 東京, p. 370-376, 1998

94) 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; 490-496, 2006

95) 吉岡隆一: 再犯予測について(精神医療と法に関する委員会報告). 精神経誌, 104; 978-995, 2002

96) 吉岡隆一: 再犯予測問題とその状況. 精神経誌, 105; 1403-1407, 2003

97) 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. 精神経誌, 108; 521-526, 2006

98) 吉岡隆一: 医療観察法37条鑑定と審判をめぐる言説の分析—リスク評価と治療適合性はわが国精神医療の歴史にとってなにを意味するか. 第4次精神医療, 46; 82-93, 2007

99) 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. 精神経誌, 110; 1168-1177, 2008

100) 吉岡隆一: 鑑定入院の現状と課題. 臨床精神医学, 38; 551-556, 2009

101) 吉岡隆一, 中島 直, 岡 潔ほか: 医療判断と法律判断—「触法精神障害者」問題への基礎的視座. 精神科治療学, 17; 409-415, 2002

## A Call for Immediate Abolishment of the Medical Treatment and Supervision Act

Naoshi NAKAJIMA

*Tama-Aoba Hospital*

The author demonstrates that Japan's Medical Treatment and Supervision Act of 2005\* is meaningless and harmful from the perspective of psychiatric treatment, and worthless in terms of enhancing public safety. He goes on to propose a step-by-step process for reforming both the practice of psychiatry in general and that branch of the justice system that deals with defendants who have psychiatric disorders. The author suggests that the cost of reforms can be offset by abolishing the law in question and reducing the number of psychiatric hospital beds, and argues that it is possible to immediately halve the number of those beds. The author emphasizes that, while it is possible to immediately abolish the law, there will be anxiety associated with the progression of reforms.

<Author's abstract>

---

\* In Japanese : 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, commonly referred to as 医療観察法.