

＝心身喪失者等医療観察法を知っていますか＝

今回は平成15年7月に制定、2年後の平成17年7月に施行され、間もなく満7年を迎える心身喪失者等医療観察法(正式名称 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)についてです。

この制度は、最高裁・法務省・厚生労働省が共同で実施する異色の制度ですが、その施行準備の主たる責任者として関わったという立場から、当時の想定と現状のギャップ等について考えてみます。

<心神喪失の状態で犯罪行為を行っても罪は問われない>

精神の障害等の事由により事の是非や善悪を認識する能力又はそれによって行動する能力が失われた状態を「心神喪失」と言います。刑法39条1項において、「心神喪失者の行為は罰しない」とされており、刑法上その責任を追及することができません。

心神喪失の例としては、統合失調症などの精神障害、覚せい剤使用によるもの、酩酊などがあります。裁判等の手続上では、医学・心理学上の判断を元に、最終的には「その者を罰するだけの責任を認め得るか」という規範的評価によって判断されます(精神障害＝心神喪失ではないということ)が、この心神喪失が認められると、検察官が不起訴処分とするか又は仮に起訴されても判決で無罪となります。ただし、自分で意図的に薬物を飲用したり、お酒を飲んだりした場合には、仮に心神喪失の状態であったとしても、責任が問われることになります。心神喪失の状態になった原因が、自分の責任であるかが問われるということです。

裁判で、弁護士がよく「精神鑑定」を求めますが、この心神喪失や心神耗弱(心神喪失までに至らない状態)を裁判官に認めてもらい、無罪又は減刑を勝ち取ることが目的なのでしょうが、その後は、彼らの関与するところではありません。こうして無罪(検察官による不起訴を含む)となった人は、心神喪失者等医療観察法の実施前は、裁判所等の関与は一切なくなり、精神科病院に措置入院(行政決定)したり、任意で通院したりと、それぞれのケースで統一性のない対応が図られてきました。

しかし、殺人等の重大犯罪を行った者について無罪放免とすることは元々社会的な抵抗感があり、特に、池田小学校事件(2001年)の犯人が、過去、何度も不起訴となった経歴であったことが報道されたことをきっかけに、心神喪失と認められた者に対する処遇への司法の関与が必要との考え方が強くなり、これを背景に心神喪失等医療観察法が制定されました。

<心神喪失者等医療観察法の枠組みと実施状況>

この法律は、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者であって、不起訴又は無罪等となった者について、

- ① その後の適切な処遇を決定するための手続等を定める
- ② 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

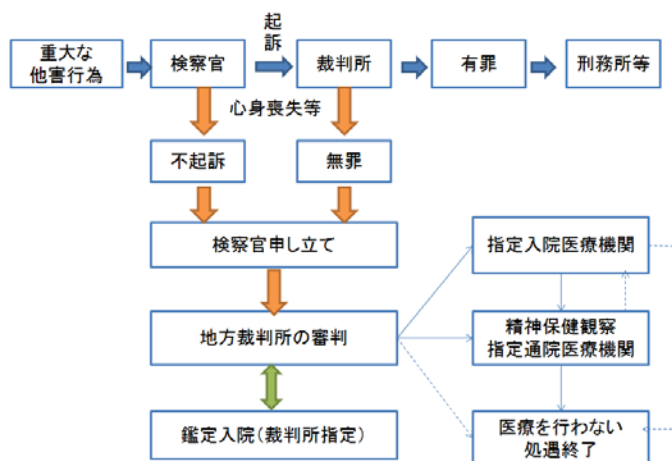
等を通じて、病状の改善及びこれに伴う同様の行為の再発の防止を図り、もってその社会復帰を促進することを目的とする制度との位置づけです。

しかし、裁判手続きを伴うとはいえ、刑法上は無罪等とされる者に対し強制的な入院等を行うものであることから、法案審議段階から、当時の野党(民主党等)の強い反対がありました。

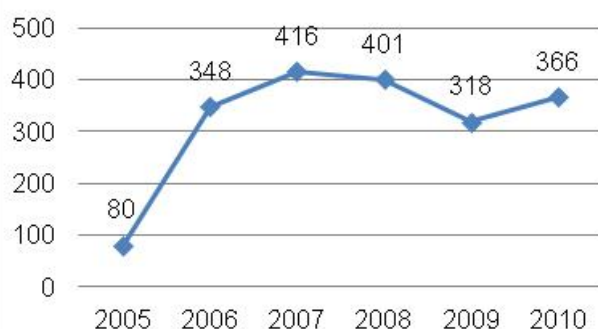
個人的には、法律成立後に、この法律の施行を担当することとなったのですが、法律の枠組み以外は、ほぼ何も決まっていなかった(通常、あり得ない)状態でしたので、「これでよく法律が成立したな」と不思議に思ったことを覚えています。

さて、制度施行から平成20年度までの間(最高裁統計から)で、検察官申し立てに対する延べ決定数は、1,900件を超え、年度途中の施行であった初年度を除くと、平均370件/年のペースです。平成20年度で最も多いのが「傷害罪」に該当するもので、全体の3割強です。この制度適用の第一号も傷害罪に該当するもの(新幹線車内で消火器の消火剤をまき散らす)でした。

医療観察法制度の概要



各年の検察官申し立てに対する決定数



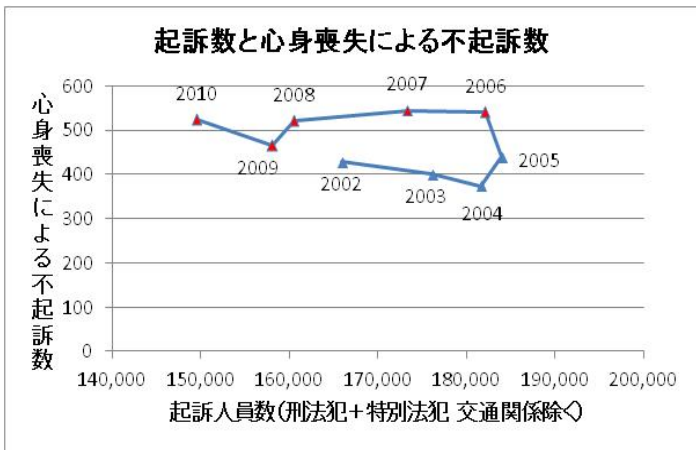
＜当時の懸念1 これが施行されると心身喪失の認定が増える＞

殺人等の重大犯罪を行った者について無罪放免とすることは元々社会的な抵抗感がありますので、本制度施行前は、心身喪失の認定は極めて慎重になされていました。

しかし、この制度が施行されると、刑法上の措置はなくとも、それに代わる処遇がなされるので、心身喪失の認定が緩くなり（起訴段階、裁判段階双方で）、本制度の対象が増えるのではないかと懸念していました。

心身喪失による不起訴数を犯罪白書から見ると、心身喪失者等医療観察法の施行前は 400 件前後でしたが、施行後は 500 件を超えています。かつ刑法犯等の起訴数（不起訴処分となる母数）が減る中でも、その不起訴数は横ばいであり、徐々に、心身喪失による不起訴の比率が高まっています。心身喪失者等医療観察法の施行で、検察官の判断・行動が変化したことが伺えます。

また、制度施行から平成 20 年度までの間（最高裁統計から）で、検察官申し立てに対する延べ決定数は 1,900 件のうち、62 件が心身喪失等でない、8 件が重大な他害行為を行っていないと認定されており、検察官の申し立てに際して、その認定が甘いことがわかります。特に平成 20 年度では、これらが全体の約 5% を占めており、地域的には東京地裁での件数の多さ（制度施行当初は横浜も高かった）が目立ちます。こうした認定の甘さは、精神障害のある人の裁判を迅速に受ける権利を阻害している可能性もあり、検討されるべき問題と思われる。



＜当時の懸念2 施行当初、病床不足で入院患者が溢れる＞

法律成立から施行まで2年間でしたが、法律成立時点では、どのような病棟を作るかは、国会答弁の「小規模(30 床程度)の病棟を新設」という概念以外には、何も決まっていませんでした。

まず、年間 200~250 件の新入院が想定されていたので、施行後1年以内で、最低 200 床以上の病棟新設(7病院)が必要となることは明らかで、かつ工事着工から開設までに1年はかかりますので、その前の1年で、次の内容を1か所ずつ実施するという、「無謀以前」のスケジュールで始まりました。

- ア 病棟の内容・運用の決定
- イ 病院の了解、地元自治体・住民への説明
- ウ 病棟設計(半年)、工事入札

最終的(途中何が合ったかは、いずれコラムで書きますが)には、施行段階では1病棟 33 床だけが開設可能であり、その他2病院だけが設計・工事等に入っているだけの状況でした。

どう考えても、病床不足になることは確実でしたので、やむを得ず、国会対策筋のある国会議員を説得し、法律施行前に一定の改正を行うことを了解してもらったのですが…。その議員が、この方針に了解済みであった某幹部(省 NO.2)に確認したとき、理由は不明ですが、某幹部は「大丈夫です。このまま施行します。」とお約束になり、ほぼ1年以上は、病床不足が顕在化することへの対策が全くないまま、制度施行する運びとなりました。

右図が各年度の決定状況ですが、

- ① 初年度は、9か月の期間があるにも関わらず極めて決定件数が少ない
- ② 2年目は、他の年に比べて通院や医療を行わない決定が多い

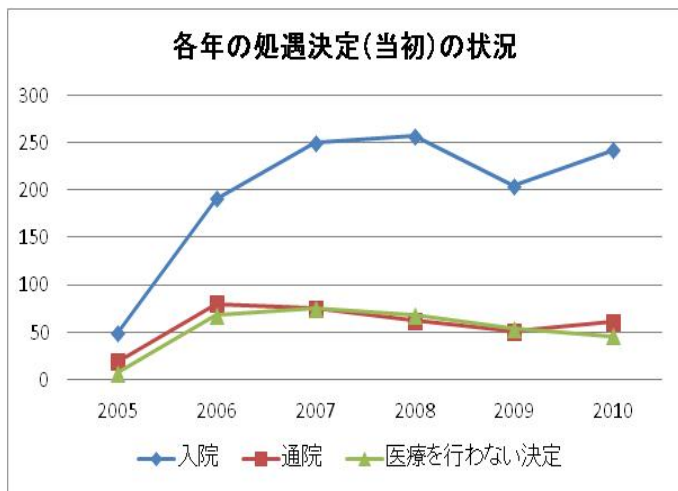
といったことがわかります。

その間は、不起訴処分を少なくしたり、審判前に行う鑑定入院を長期にわたり実施したり、通院決定をしながら措置入院をするなどの乱暴な運用をせざるを得なかったものと推測されます。

その後、2007 年度以降、病床が段階的に充足されてくると(私自身は法施行とほぼ同時に国立病院機構に異動し、医療観察法病棟の建設支援をするという、泣くに泣けない仕事をしていました)、通院や医療を行わない決定が減少し、入院決定が増えるという傾向が生じています。

その意味では、実質的な制度運用は、2007 年度からと言えるのかもしれませんが。

なお、病床は大幅に不足していたのですが、社会的に顕在化しないで2年が過ぎたということは、良かったのか悪かったのか、何とも言えないところです。しかし、こうしたことは、少なくとも繰り返すべきでないことは確かでしょう。



<当時の懸念3 地域での処遇に関し、各主体の十分な連携は期待できない>

通院決定を受け、又は退院許可を受けた対象者は、法務省所管の保護観察所が行う精神保健観察の下で、通院医療を受けることになります。こうした仕組みは、従前には全くなかったものであり、この法律で、ある意味、机上の空論として作られたものでした。

従って、精神保健観察とは何をするのかを保護観察所自体が知りませんでしたし、一方、地方公共団体もこの制度に関わりたくないという姿勢が当初から露骨にありました。本来は法務省の仕事なのでしょうが、やむを得ず、厚労省が原案を書いて法務省と協議をして、標準的な地域処遇のガイドラインを作り、それを基に、都道府県単位で、保護観察所と都道府県の間で協議し、その地域の処遇ガイドラインを作ってもらい、施行に備えることとしました。

さて、その方針及び標準的なガイドラインを示した上で、都道府県単位での協議を開始した頃を見計らって、厚労省で、法務省・最高裁参加の下、各都道府県の代表者を集めて会議を行い、進捗状況を聴いたところ、各都道府県からの不満が溢れ出しました。

「保護観察所と会議を持とうと連絡したら、観察所は指示をするだけで処遇は地方公共団体がするものなので、会議の必要はないと断られた。」「保護観察所に担当の者がいないと、会議を断られた。」「会議を持ったが、保護観察所の人には制度を何も知らず、話し合いにならない」と、保護観察所への不満(本制度への不満の裏返しでしょう)が、繰り返し発言され、法務省の出席者が回答に窮する場面となりました。

これを見ながら、「これはうまく行かないな」と思いながらも、最初は、通院者は少ないから何とかなるか・・・と割り切って、施行準備を進めていきました。あれから間もなく7年、この間、障害者自立支援給付に、本制度の対象者に係る利用についての加算の創設などもありましたが、対象者の数も大きく増え(通院終了に時間がかかるため)、協力する事業者も少なく、当時懸念した問題が顕在化してきています。

聞くところによれば、今の法務省は、薄く広く各事業者に協力を求めるのではなく、特定の事業者に専属的に協力を求めるような体制(知的障害のある刑を終えた者の支援を行う長崎の社会福祉法人などを参考に)を整えたいと考えているようですが、そうした事業者が各県に出てくるような素地は、今のところにはありません。

また、あえてこれを進めようとする、事業所が所在する特定の市町村に対象者が集まることにはなりますが、これを快く思わない行政・市民がいるのも当然のことであり、事業者・住民双方から、地域処遇をどのように進めるかは、心身喪失等医療観察法の対象者はもとより、障害のある刑を終えた者への支援も含めた、新たなビジョンが必要な段階と思われる。

スマートな解決方法は思い浮かびませんが、最終的には、障害事業者の「能力」を上げるしか解決はないのでしょうか。

<当時の懸念4 施行後数年で通院医療機関不足が確実だが打開策が思いつかない>

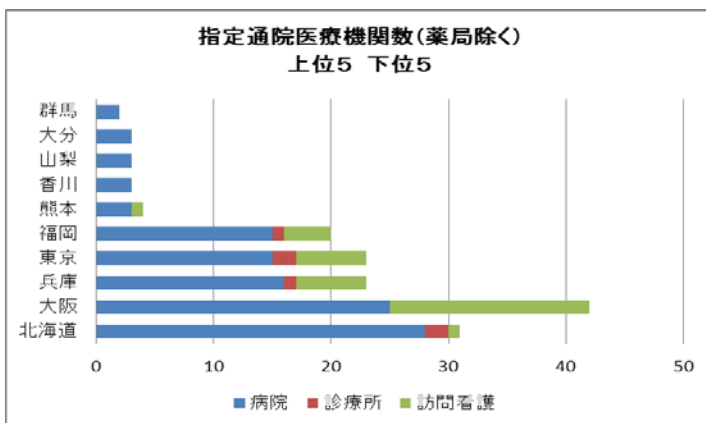
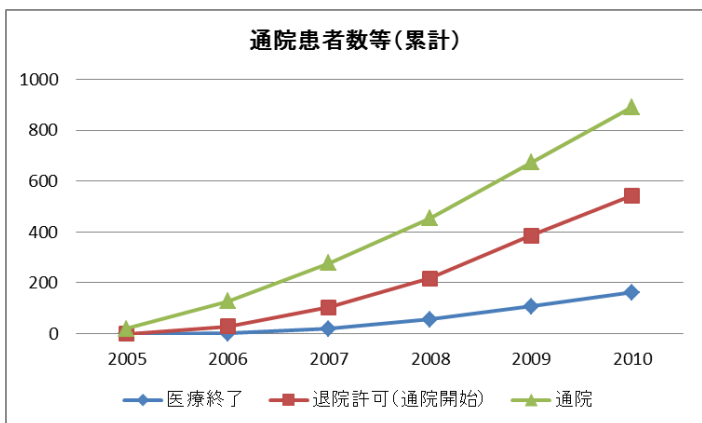
制度施行時は、都道府県別の地域処遇のガイドラインも完成しておらず、個別に説得する方法も時間も無く、指定通院医療機関のない都道府県を作らないという最低目標(施行当初は通院数も少なく、ゼロでなければなんとかなるという現実的な判断)をクリアするだけで手一杯でした。正直に言えば、最終的には、精神科病院の医療団体に依頼して、数集めをするしか方法がなかったのが実態です(精神科のクリニックの団体は非協力的でしたので)。

したがって、制度施行後、2～3年程度で指定通院医療機関の不足が顕在化することは明らかでしたが、どうにも、その打開策は思いつきませんでした。

実際に、2010年度で、当初から通院決定を受けた者、入院を経て通院に移行した者の累計は891人であり、一方、医療を終了した者は163名です。この差の700人以上が、現に通院する人ですが、毎年、平均140名ずつ通院患者数が増えています。

しかし、指定通院医療機関数は、制度施行時から、ほぼ数は変わっておらず、病院・クリニック合計で193か所であり、現時点では、明らかに数の不足が顕在化していると考えられます。

指定通院医療機関数の少ない地域はもとより、数の上では上位の地域でも、実際に受入れになると難しいようです。そのため、指定通院医療機関の数の確保に地方厚生局等が動いていますが、なかなか協力してくれる医療機関は増えていません。医療機関の実力・地元の反対の懸念・人員配置に関する規制内容など、種々の要因があるようです。



<この制度の定着と発展のために厚労省に期待するもの>

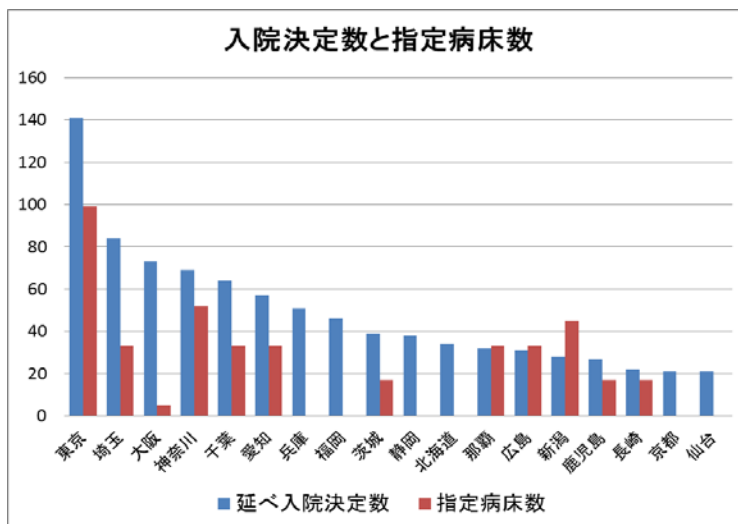
1 指定入院医療機関の適正配置

指定病床数は現在 666 床(うち国が7割を整備。国が整備可能な病院には概ね整備済み)であり、当初の目標数の 9 割は達成していますが、その整備数は、地域間で相当の格差があります。

右図は、都道府県別の延べ入院決定数との関係ですが、大阪、兵庫、福岡、静岡、北海道などの大規模道府県での病床不足が際立っています。

ブロック別でみると、特に近畿ブロックの人口比での病床数の少なさが目立っており、近畿圏で発生するこうした事例の対象者は、他地域での処遇に任せるといって構図になっています。

近畿地域での広域連合(道州制)、地方主権などの議論も結構なのですが、こうした基本的な問題への対応を十分に行わない「良いとこどり」は、個人的にはどうかと考えています。



2 指定通院医療機関の適正配置

通院医療については、原則として3年間の期間上限がありますので、今のペースであれば 800~900 人程度の恒常的な利用が見込まれます。当初の年間 100 人程度を念頭に確保した指定通院医療機関とは、前提が大きく異なりますので、それを前提に、もう一度、指定通院医療機関の適正配置を行うことが必要な状況と考えられます。

具体的には、一般医療の2次医療圏(全国に400程度)ごとに、最低でも1か所の通院先を確保することが目標になると考えられます。住むところは、元の住所地が原則ですので、通院できる時間からみて、2次医療圏の移動が限界と考えられるからです。

制度施行当時は、本制度に対する精神科病院の理解も不十分(どちらかと言えば、本制度に反対)の状況でしたが、7年を経て状況も変わったのではないかと思います。精神科病院関係者に聞くと、指定通院医療機関の報酬算定について人員配置基準が厳しく(例えば一般デイケアとは別に、医療観察法専用のデイケア人員を置くと指導されている由※)、実質的に運用できないとの意見がありますが、こうした声にも迅速に responding していくことが必要なのでしょう。

※ 当初は、一般デイケアと医療観察法デイケア等の人員は併任で問題なしとしていたのですが、いつの間に、別に置くなったのかは謎です。それで実質困るのは、厚労省のはずなのですが、文言の形式にとらわれた不可思議な解釈変更です。現場を直接に持たず、「間接行政(自治体にやってもらう行政)」しかない旧厚生ならではの現象でしょうか。

3 平均的な入院期間の短縮と地域処遇の水準向上

指定入院医療機関の医療ガイドライン(施行時に作成)では、18 か月の入院医療が標準となっています。当初は、1年程度を標準にという案もありましたが、当時の措置入院の状況や国公立の精神科病院の実力等を勘案して設定したものです。その意味では、その時点での精神科医療の実態を踏まえての標準だったと言えます。

しかし、それから7年を過ぎ、精神科医療の平均的な状況も大きく変化し、精神救急でも入院期間は2か月以内、措置入院も期間が短くなってきています。こうした変化に応じて、指定入院医療機関の医療内容も変化を加え、その入院期間の短縮を政策的に進めることが必要と考えられます。

もちろん、これには退院後の体制整備が不可欠ですので、直ぐにできる訳ではないでしょうが、2の通院医療機関の数の確保や、障害事業者の実力向上(報酬評価ばかりでなく処遇に関する研修強化などを通じて)を並行して進めることが必要なのでしょう。今の弱体な医療観察法に基づく地域の処遇体制のままでは、結果的に、入院期間が長期化し、無駄に医療費(現在、入院者1名当たり年間2千万程度)を使うだけになるのではないかと心配です。

4 最後に

この制度は、旧厚生省が、唯一、自ら執行責任を負う医療制度です。

私も、かつて指定入院医療機関の整備のために、地元市町村議会への説明や、地元住民への説明会を行ってききましたが、その中で、相手方の皆さんの不安や不信感を直接聞き、一方では、国会で前任者たちが約束した理念的な方針との間で、その実施に関し、様々に悩み・考えました。

こうした経験は、他の制度政策の実現に大きな財産となります。ぜひ、もう一度、この制度を、どのように育てていくかをよく考えていただき、その実践を、他の医療政策などに活かしていただければと思います。