



## 医療観察法はいま？

南区支部 吉田 拓

政策委員として、これから大きな問題になっていくTPPの問題を混合診療解禁などから初めて意見をすべきか迷いましたが、一年目の自分の無知をさらすだけになってしまうので、ここでは専門分野に関して話題提供をすることとしました。医療観察法については精神保健判定医として、鑑定業務や審判業務に関わっています。施行から7年目となりいろいろな問題点も見えてきていますが、マスコミなどに上げられることもほとんどなくなってきております。一般にはあまり知られていないと思われ、良い機会と考えました。成立から実際の運用と問題点、今後の展望について考察してみました。また、医師のみならず、国民すべてが興味を持っていると思われる刑事責任能力鑑定についても考えたいと思います。

### <医療観察法とは>

正式な名称は、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です。重大な他害行為（殺人、強盗、強姦、放火など）を行い、刑法39条の心神喪失により不起訴または無罪判決となった場合に適用されます。従来は精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第29条の措置入院制度の適用が検討されてきました。しかし、措置入院制度は、医療を担うべき病院に、現実には触法精神障害者を社会から隔離させる役割まで任されていました。専門的治療を確保する必要性は従来から言われており、また、重大な犯罪行為を行った者でも安易に短期間で退院させてしまう場合があります。触法精神障害者の処遇について医師の判断だけによって運用されるのではなく、国として責任を持つ司法の判断が加わる制度の整

備が求められていました。附属池田小事件の元死刑囚である宅間守に措置入院歴があったこともきっかけとなり、当時の与党自民党が、心神喪失者等の触法及び精神医療に関するプロジェクトチームを作り、法整備に向けて急速に動き出しました。2002年3月15日に与党案を基礎としたこの法律の案を閣議決定し、結果、心神喪失で重大な他害行為を行った者については、裁判官と精神保健判定医による合議で審判を行い、処遇を決定するという制度および法律がつくられました。この制度は日本で初めての参審制ともいわれています。2005年から施行されています。

日本の触法精神障害者に対する法の不備については日本精神科病院協会が指摘し、新法制定を訴えてきたいきさつがあります。一方、日本弁護士連合会（日弁連）は閣議決定されたこの法律案に対し反対声明を出しています。

### <医療観察法の運用状況>

ときわ病院では鑑定入院医療機関としての役割を果たしています。実際には、重大な事件を起こしてしまった対象者が、医療観察法による処遇を受けさせるのが適当か、受けさせるとすれば入院加療が必要なのか、それとも通院加療でよいのかなどを治療反応性を主軸として鑑定を行います。鑑定書を基に、裁判官と審判員（精神科医）が処遇を決定します。鑑定入院医療機関の他に、処遇決定後に入院治療や通院治療をそれぞれ担う入院指定医療機関と通院指定医療機関があります。入院指定医療機関は北海道内にはまだ整備されていません。医療観察法による治療は多職種チームによる濃厚なものであり、現在考えられる精神科医療の最も進んだ

理想形と考えられます。現在のところまで医療観察法の国会報告によりますと事案は1765件、そのうち入院決定が1078人、通院決定が324人、不処遇が303人、完全責任能力が54人でした。不処遇というのは医療観察法上不処遇ということであり、精神保健福祉法上の入院加療などが選択される場合が多いのですが、全く処遇なしという場合があります。また、完全責任能力の数の多さも無視はできません。

#### <問題点、今後の展望>

鑑定入院医療を行っていて、自分でも疑問に思う症例は実際に何例かありました。まず、人格障害が強く疑われるような場合や、知的障害の触法患者などです。話はそれますが、残念なことに日本の刑務所の中には適切な福祉行政を受けられていない知的障害者が多いことは明白な事実です。これらのケースでは、統合失調症などと違い、治療反応性が乏しいことは精神科医であればすぐにわかります。しかし観察法の制度上、不起訴にしてこの法律にのせるかどうかは検察の判断のみに任されています。私は制度の運用が円滑に行われ、正当性を担保するためには検察の中でも良いですし、外部に頼んでも良いと思うのですが制度の入り口にある起訴前の刑事責任能力鑑定を担当する精神科医をきちんと整備し配置すべきであると考えます。また刑事責任能力鑑定の重要性がとて増してきていると思うのです。日本の司法精神医学の分野は裾野が広がっているとは思えませんし、通常の診療業務の片手間で学べるようなもので

はないと思います。一般の国民が精神鑑定に関して漠然と抱いているであろう（そうでないことを強く望みますが）胡散臭さを払拭するためにも専門医をきちんと育て、誰が鑑定してもほぼ同じ結果になるような整合性をもたせる必要性を強く感じます。これはあくまでも私個人の考えであり、異論も多いと思いますが、刑事責任能力鑑定において統合失調症だから責任能力はないとするのではなく、やはりあくまでもその対象行為前後の精神状態を精緻に分析し判断するべきであると考えます。つまり、精神障害者においても責任能力が問える場合にはきちんと問い罪を償わせるべきであると考えます。実際に患者さんの中には精神障害者の重大事件のニュースが報道され、心神喪失により刑罰が科せられず、遺族やマスコミがコメントするたびに心を痛めている方たちが多くいます。患者さんたちの意見としても責任能力をきちんと認めてほしいという立場の人たちがいることも事実です。このことは精神科の患者さんに対する偏見や差別の解消にも繋がっていくと考えます。医療観察法に関しては上述のような問題点はありますが、行われている医療の質はとて高く、適切な治療を受けることによって再犯率は制度施行前より明らかに低下しており結果が出ています。当初懸念された保安処分のような色彩はないといってよいでしょう。今後も国は予算をつけて通院治療にも力を入れて継続させていくものと考えられます。

（ときわ病院）