

医療観察法の現状と課題

—ソーシャルワーク援助の視点から—

野田 秀孝

とやま発達福祉学年報 第4巻 抜刷

平成25年5月

医療観察法の現状と課題

—ソーシャルワーク援助の視点から—

野田 秀孝

Hidetaka NODA

E-mail: noda@edu.u-toyama.ac.jp

キーワード：医療観察、社会復帰調整官、社会復帰、生活支援

はじめに

近年、精神障害者数は確実に増えてきている。精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下、精神保健福祉法とする）によると、精神障害者とは、統合失調症、精神作用物質による急性中毒又はその依存症、知的障害、精神病気質その他の精神疾患を有する者をいう（同法5条）とされ、疾病と障害を併せ持つとされている。

厚生労働省の患者調査では、精神障害者数は増加の一途である（表-1）。

表-1 精神障害者数の推移

	1996年	2002年	2008年
精神障害者数	約217万人	約258万4千人	約323万3千人

1996年厚生省「患者調査」2002年、2008年厚生労働省「患者調査」より筆者作成

精神障害者の犯罪については、刑法において、心神喪失者の行為は罰しない、心身衰弱者の行為は、その刑を減刑する（同法39条）とされている。平成23年度版犯罪白書によると、平成22年度における一般刑法犯の検挙人数に対して精神障害者等の比率は0.9%と報告されている。

精神障害者等が犯罪を犯すと、マスメディアが大々的に報道し、さも重大な犯罪が横行しているにもかかわらず、精神障害者が特別扱われているような印象を与えかねない。これは偏見や差別が底辺にあるのではないかと思われる。

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（2003（平成15）年法律第110号。2005（平成17）年7月15日施行。以下「医療観察法」という）は、精神障害者に特化し、その扱いを特別なものとしている法律である。

この法律は、施行5年後の見直しが成立時に付帯されていたにもかかわらず、法務省と厚生労働省がその法施行が概ね良好との報告書を出し、見直しがされな

いまま今日に至っている。本稿は、同法の中でも、社会復帰、生活支援に焦点を当てて、ソーシャルワークの視点から論ずるものである。

I 医療観察法成立の経緯

医療観察法成立以前は、刑罰法令に触れる行為を行った精神障害者（以下触精神障害者という）は、前述の刑法39条の規定により、精神障害によって責任能力がないとされた場合は、起訴されないか無罪になる。心身衰弱の場合は、精神障害のために善悪の区別がつかないなど、刑事責任を問えない状態で限定責任能力がないとされ、犯罪の軽重、情状などの事情が考慮され刑罰が減刑される。無罪になった者をどうするかという法律は存在しなかった。

しかし、精神保健福祉法においては、検察官は精神障害又はその疑いのある被疑者又は被告人について、不起訴処分にした時、又は裁判が確定した時は、速やかにその旨を都道府県知事に通報し、通報を受けた都道府県知事は、2人以上の精神保健指定医による診察を受けさせることとされていた（同法25条）。よって、多くの場合、措置入院制度で入院治療を受けることとなっていた。

この措置入院制度は、医師の判断にゆだねられてお

り、司法的な判断ではない。治療自体は一般の治療であり、特別なものではない。退院も医師の判断であり、退院後の治療などに特に何の定めもないなど、精神保健福祉法の措置入院制度は限界があると考えられた。

医療観察法以前には、法務省が刑法改正議論の中で保安処分を検討していたが、濫用や人権侵害のおそれから強い反対にあい実現はしていない。また旧厚生省が、精神医療の観点から検討をした処遇困難者専門病棟の創設を検討したが、処遇困難者の定義の曖昧さや、保安処分と大差ないとのことから強い反対にあい実現しなかった。

医療観察法は、1999（平成11）年に精神保健福祉法改正の際に参議院の付帯決議を受け、2001（平成13）年に法務省と厚生労働省が合同で「犯罪を犯した精神障害者の処遇について」という検討会を開始した。そうした中で、同年6月に起きた大阪府池田小学校児童殺傷事件が発生した。これを契機として、政府は、2002（平成14）年3月に医療観察法案を国会に上程した。同年12月には、自民党・公明党の共同提案による一部修正案が強行採決されて衆議院を通過し、2003（平成15）年6月には参議院で強行採決され、同年7月には衆議院で再議決（強行採決）されて成立し2005（平成17）年7月15日に施行された経緯を持つ。

法律案が提出された時に指摘された問題点は、再犯予測の不確実性、特殊な制度の必要性、治療の確保と継続性、入院・通院の強制化と具体性の不明確さなどがあげられる。

施行後5年をめどに見直しが見直しが予定されていたが、医療観察法附則第4条の規定に基づき、施行から2010（平成22）年7月31日までの間における施行の状況が国会に報告され、2012年7月に法務省及び厚生労働省から「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の状況についての検討結果」が示され、その中で、「医療観察法の施行状況はおおむね良好であり、総じて、医療観察制度は、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者に対し、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ことによって、その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、その社会復帰を促進するという目的に照らし、有効に機能しているものと考えられる。そのため、現時点において、早急に医療観察法を改正すべきものとは認められない」とされ、改正には至っていない。

II 医療観察法の概観

医療観察法は、心神喪失又は心神耗弱の状態（精神障害のために善悪の区別がつかないなど、刑事責任を問えない状態）で、重大な他害行為（殺人、放火、強盗、強姦、強制わいせつ、傷害でありこれを対象行為という）を行った者である。

医療観察制度は、審判手続、入院医療の実施、入院によらない医療の実施の3つから成り立っている。

検察官が心神喪失者又は心身衰弱者と認めて不起訴処分にした者、検察官に起訴されて、刑事裁判で心神喪失者と認められて無罪の確定判決を受けた者、検察官に起訴されて、刑事裁判で心身衰弱者と認められて刑を減刑する確定判決を受け、懲役刑又は禁固刑を執行されない者などが対象者となる。

対象者が対象行為を行い、不起訴処分となるか無罪等が確定した場合、検察官は、医療観察法による医療及び観察を受けさせるべきかどうかを地方裁判所に申立てを行う。

検察官からの申立てがなされると、地方裁判所は対象者に原則として2週間の鑑定入院を命じ、入院鑑定向う医療機関での入院等が行われるとともに、裁判官と精神保健審判員（必要な学識経験を有する医師）の各1名からなる合議体による審判で、本制度による処遇の要否と内容の決定が行われる。

また、この申し立てがなされたときに、地方裁判所は保護観察所の長に対し、対象者の生活環境を調査（約1ヶ月間）し報告するように求めることができ、処遇の決定に対し鑑定医の鑑定結果だけでなく、対象者の生活環境に照らして判断をしていく工夫がされている。

審判の結果、医療観察法の入院による医療の決定を受けた者に対しては、厚生労働大臣が指定した医療機関（指定入院医療機関）において、専門的な医療の提供が行われる。入院はに指定医療機関の管理者が継続の必要性の可否を判断し、6カ月毎に保護観察所の長の意見を沿えて地方裁判所に申し立てを行う。入院期間に上限はない。この入院期間中から、法務省所管の保護観察所に配置されている社会復帰調整官により、退院後の生活環境の調整が実施される。

また、医療観察法の通院による医療の決定（入院によらない医療を受けさせる旨の決定）を受けた者及び退院を許可された者については、保護観察所の社会復帰調整官が中心となって作成する処遇実施計画に基づいて、原則として3年間（延長は2年）、地域において、

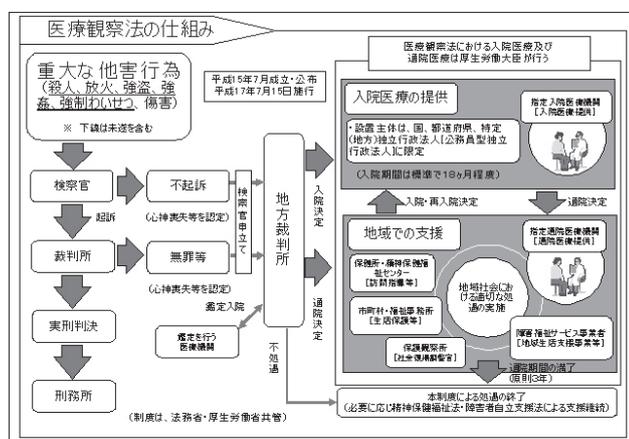
厚生労働大臣が指定した医療機関(指定通院医療機関)による医療を受けることとなる。

この通院期間中においては、保護観察所が中心となって、地域処遇に携わる関係機関と連携しながら、本制度による処遇の実施が進められることとなっている。

保護観察所の長は、対象者が医療観察法による医療を受けさせる必要があると認められなくなった場合、指定通院医療機関の管理者と協議の上、裁判所に対して、医療の終了を申し立てる。その際に、指定通院医療機関の管理者の意見を付さなければならない。また、対象者で入院による医療の退院許可の決定を受けた者、その保護者、付き添い人は、裁判所に医療の終了を申し立てることが出来るとされている。

医療観察法は、対象者に適切な医療を提供し、社会復帰を促進することを目的とした制度であり、医療観察法の処遇終了後は、精神保健福祉法や障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する為の法律(以下、障害者総合支援法という)による支援が継続される(図-1 医療観察法の仕組み、厚生労働省ホームページより)。

図-1 医療観察法の仕組み



医療観察法の施行から、2006年9月末日までの申し立て数は411件で、2011年12月31日までの、地方裁判所の審判の終局処理状況を総数2,339名とを比べると、相当増加していると考えられる(表-2)。

また、医療観察法の施行時に対象者数を年間400名と予想し、病床数は700床を目指していた。2012年12月31日現在の入院対象者数は668名と発表されている。2006年12月現在の入院医療機関は9カ所225床であったが、2012年12月31日現在の指定入院医療機関については28カ所707床となり、概ね達成されている状況である。(表-3)

表-2 厚生労働省平成17年7月15日から2011(平成23)年12月31日までの審判の状況

終局処理人数総数	2339
入院決定	1462
通院決定	386
医療を行わない旨の決定	390
却下	
対象行為を行ったとは認められない	9
心神喪失者等ではない	75
取下げ	17
申し立て不適法による却下	0

表-3 医療観察法の医療機関等の状況

2012年12月31日現在 厚生労働省HPより筆者作成	
指定入院医療機関の指定数	28カ所(707床)
指定通院医療機関の指定数	2,925カ所
鑑定入院医療機関の推薦数	275カ所
精神保健判定医の推薦数	1,026名
精神保健参与員の推薦数	777名

III 医療観察法でのソーシャルワーク

制度の趣旨から、医療観察法は犯罪者処罰のための制度ではない。罪の対象とならない者として裁判所の決定を受けた者を対象とする。その者とは精神障害者であって治療の対象となる者である。

触法精神障害者と医療観察制度の対象者は同じではない。医療観察制度の対象者は、心神喪失状態で重大な他害行為を行った者であり、重大な他害行為とは、殺人、放火、強盗、強制わいせつ、障害(軽微なものを除く)であり、処遇の判断は司法の合議体に加えて医学・環境面も含めて判断することとなっている。入院医療も通院医療も本人の意思とは関係なく強制である。

裁判所が判断し、公的な処遇計画に基づき、医療・環境・観察のネットワークが構築され、一定期間の通院が義務付けられ、本人は司法決定をもとに、治療を受け、同様な他害行為を防いで、社会復帰を促進するのがこの制度の趣旨である。

この制度において、保護観察所の社会復帰調整官の果たす役割は大きい。社会復帰調整官は、精神保健福祉等に関する専門的知識を活かし、医療観察法に基づく生活環境の調査・調整、精神保健観察等の業務に従事するとされる。採用要件として、精神保健福祉士の資格を有すること、又は精神障害者の保健及び福祉に関する高い専門的知識を有し、かつ、社会福祉士、保

健師、看護師、作業療法士若しくは臨床心理士の資格を有することとされる。また、精神保健福祉に関する業務において8年以上の実務経験を有することと大学卒業以上の学歴を有することも加えられている。

医療観察法での対象者処遇の最も一般的な流れは、審判され、指定入院医療機関での入院治療、退院後指定通院医療機関での通院治療、そして医療の終了と考えられる。

社会復帰調整官は、制度上、関係性が分断されがちな、司法・医療・福祉をつなぐ役割を持つ。

医療観察法の審判手続きの際に、検察官から申し立て時、裁判所から保護観察所の長に対象者の生活環境を調査し報告するように求めることができるとされており、社会復帰調整官がこの調査の任に当たるところから、関わりを始める。その後入院及び退院後も対象者に関わり、処遇計画を立て処遇にあたる。その処遇は、原則3年で延長は2年間できるとされている。医療観察法による処遇の終了で社会復帰調整官の対象者への関わりも終了し、その後は必要に応じて精神保健福祉法、障害者総合支援法による支援の継続とされている。

社会復帰調整官は、医療観察法の処遇の流れの中で、審判から処遇終了まで一貫して関わり、自立に向けた支援を行うのである。

このように、社会復帰調整官は司法・医療・福祉の関係性をつなぐようなネットワークを作り、多職種の連携による支援を行うこと。正確な情報提供を本人と関係機関に行うこと。本人の自己決定をを支援し、治療に対する動機づけをすること。人権に関する専門性を持って業務を遂行することなど医療観察法の中でソーシャルワークの職務に当たると考えられる。

IV 医療観察法におけるソーシャルワークの課題

医療観察法では、入院医療、通院医療共に強制的な医療である。ここには常に人権侵害等の権利侵害の可能性があり、ソーシャルワークが最も必要とされると考えられる。

審判の中で、医療や生活者の視点はある程度工夫されてはいるものの、審判の決定は法務省の管轄で司法的な判断であることに変わりはない。その後の医療は厚生労働省の管轄である。入院医療については、入院期間の上限はない。このことは、制度上、本人の社会復帰よりも社会の安全を優先しているとも考えられ、ソーシャルワークの原則に照らして葛藤することにつ

ながる可能性がある。

また、保護観察所は、更生保護法により、保護観察を実施すること。犯罪の予防を図るため、世論を啓発し、社会環境の改善に努め、及び地域住民の活動を促進することなどとされている。保護観察所は基本的に保護観察を司る機関であり、社会復帰、生活支援を中心とする機関ではない。その中で、社会復帰調整官はソーシャルワークのアイデンティティを維持できるかという問題もあると考えられる。

医療観察法の入院対象者数は、前述したように約700名であり、入院医療機関は全国で28カ所、通院医療機関は全国で2,925カ所、社会復帰調整官は2010年で全国で100人を越えたところである。(表—4)

表—4 社会復帰調整官数の推移

2004年度	56人
2005年度	63人
2006年度	70人
2007年度	77人
2008年度	84人
2009年度	98人

この数は、医療観察法の対象者数に対して如何にも貧弱であると考えられる。マンパワー不足やサービス提供機関の不足から、バーンアウトなどの問題が常にあると考えられる。

通院医療は原則3年延長2年の5年間を上限としている。社会復帰調整官が処遇実施計画を立て社会復帰支援や生活支援をする期間の上限が決められている。この期間が終了したら、社会復帰調整官は対象者との関係を持ってなくなる。このことは、審判から継続して対象者に関わってきたソーシャルワーカーとして支援を、他のソーシャルワーカーに引き継いでいかなくいてはならず、支援の継続性に重大な支障をもたらす可能性がある。

おわりに

医療観察法は、社会の安全を保つためという側面を持ちながら、対象者が自ら精神保健福祉サービスなどを利用し、社会の一員として生活が出来るようにする制度であると考えられる。

比較的新しい制度であり、これまでのところ十分な制度的検証がされてきたとは言えないと考えられる。

医療観察法を、ソーシャルワークの視点で考えると、

権利侵害の可能性、入院期間に上限がないことから社会復帰に必ずしもつながらない可能性、マンパワーやサービス機関不足で支援が必ずしも手厚い治療環境や支援環境が確保されない可能性、ソーシャルワーク機能を持つ社会復帰調整官の関わりが有期限であり、支援が継続しない可能性などがあげられる。

医療観察法の目的は本人の社会復帰であり、共生社会を作り上げることであると考え、ソーシャルワークの可能性を制度的な問題と共に検討する必要があると考える。

参考文献

法務省 平成24年度版犯罪白書

法務省、厚生労働省 『心神喪失状態で重大な他害行為を行った者の医療及び監察等に関する法律の施行状態に関する報告書』平成22年11月

法務省、厚生労働省 『心神喪失状態で重大な他害行為を行った者の医療及び監察等に関する法律の施行状態に関する検討結果』平成24年7月

真先剛史 『医療観察制度の現状と課題～司法精神医療の在り方～』立法と調査 2007.2 No.264

