

医療観察法の問題点と
犯罪を犯した精神障害者の処遇の在り方

高橋 梨菜

目次

はじめに

1. 医療観察法とはなにか

- 1. 1 医療観察法とは
- 1. 2 医療観察法立法の経緯
- 1. 3 医療観察法制度の概要について
- 1. 4 医療観察法の施行状況

2. 医療観察法推進派の意見

- 2. 1 精神保健福祉法の限界と医療観察法の特徴
- 2. 3 医療観察法 4 つの特徴

3. 医療観察法反対派の意見

- 3. 1 精神障害を持つ当事者からの意見
- 3. 2 精神障害者当事者家族からの意見
- 3. 3 精神科医からの意見
- 3. 4 法関係者の意見
- 3. 5 精神医療人権センターの意見

4. 観察法の問題点と犯罪を犯した精神障害者の処遇のあり方

- 4. 1 医療観察法の問題点
- 4. 2 犯罪を犯した精神障害者のあるべき処遇とは

おわりに

参考・引用文献

図表

はじめに

時代が反映されているのか、「うつ病」という言葉はとても身近な言葉になったと感じる。もしかしたら明日自分がかかるかもしれない、そんな病気だと思う人が増えたと思う。精神の病気に対する距離は縮まったのかもしれないと感じる。

しかし、実はそう思う人は少ないのか、それとも重大な犯罪を犯す精神障害者は身近な精神病とは全くの別物と思う人が多いのかもしれない。精神障害を持つ人たちが事件を起こすと加熱した報道をするマスコミ、その店に疑問を感じ、精神障害に関する多く文献に触れ、司法の中での精神障害者の処遇に関する問題がたくさんあることが気にかかった。司法の中で精神障害者のみが特別扱いを受け、まるで精神障害者は凶悪事件を犯すとしてもいわんばかりの報道に違和感を覚え、精神障害者への多くの偏見や差別があることが問題であると感じた。

中でも、精神障害者のみを特別視した医療観察法に注目した。医療観察法は多くの反対の声が聞かれる法律であるが、何が問題であるのか。犯罪を犯した精神障害者の望ましい処遇とはなにかを卒業論文にて研究することとした。

1章では、医療観察法の詳しい仕組みについて述べた。2章では、医療観察法を推進する側の意見、医療観察法のメリットについて述べた。3章では、医療観察法に反対する側の意見を述べた。2・3章の意見を参考にし、4章では自身の医療観察法に対する問題意識と、犯罪を犯した精神障害者の望ましい処遇について述べた。

1. 医療観察法とはなにか

1. 1 医療観察法とは

「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療および観察等に関する法律」（以下では医療観察法とする）が、2003（平成15）年に成立、2005（平成17）年7月に施行された。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）を行った人に対して、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る。本章においては、医療観察法成立の経緯、内容、施行状況等について述べる。

1. 2 医療観察法立法の経緯

1. 2. 1 法成立以前の触法精神障害者の処遇

医療観察法成立以前には、重大な他害行為を行った精神障害者はどのように遇されてきたのだろうか。

① 刑法三十九条について

岩波(2009)によると、日本の司法制度では、加害者が精神障害者であると、その責任能力が問われる。責任能力とは、弁識能力（自分の行為の善悪に関して適切に判断する能力）と制御能力（その判断に従って自分の行動をコントロールする能力）とを合わせたものである。

通常、健康な人間はこの責任能力を備えている。従って、自分の犯罪行為が悪いことだと判断し、その判断に従い、犯罪行為をやめることができる。または、それにもかかわらず犯罪行為を行った者には、刑罰が科せられる。

しかし、精神障害によってこの責任能力が欠けている場合には、責任がない状態と判断され、無罪となる。これは、刑法の39条に定められている。

第三十九条

- 1 心神喪失者の行為は、罰しない。
- 2 心神耗弱者の行為は、その刑を減刑する。

心神喪失とは、前述した責任能力がない状態であり、理性的な判断をする能力、および理性的な判断によって行動することができない状態である。これを責任無能力と呼び、刑法上その責任を問うことができないので、刑事裁判では無罪の判決が下る。

心神耗弱とは、心神喪失ほどではないにしろ、理性的な判断をする能力、あるいは理性的な判断によって行動する能力がかなりの部分失われている状態である。これを限定責任能力と呼び、犯罪の軽重、情状等の事情が考慮され、刑罰が減刑される。

このように、日本の司法制度においては、心神喪失等の状態で他害行為を行った者のうち、心神喪失者については無罪となり、心神耗弱者については減刑となる。以上のような者を含め、精神障害者の処遇については、以下に述べる「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）」に基づく措置入院制度等がある。

② 精神保健福祉法による処遇

精神保健福祉法は、精神障害者の処遇として、措置入院制度等を定めている。

精神保健福祉法においては、検察官は、精神障害者又はその疑いのある被疑者又は被告人について、不起訴処分をしたとき、又は裁判が確定したときは、速やかに、その旨を都道府県知事に通報しなければならないとされている（第二十五条）。その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なければならない（第二十七条）。

措置入院制度とは、指定医によって診察を受けた結果、その診察を受けた者が精神障害者であり、かつ、医療及び保護のために入院をさせなければその精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれ（以下「自傷他害のおそれ」という）があると認められる場合に、都道府県知事が、その者を精神病院に入院させる制度である（精神保健福祉法第二十九条）。「自傷他害のおそれ」の認定にあたっては、厚生労働大臣の定める基準に従い、当該者の既往歴、現病歴及びこれらに関連する事実行為等が考慮される。

また、精神保健福祉法では、精神障害者本人の同意に基づいて行われる任意入院（同法第二十二条の三）や、一定の場合に保護者のみの同意により精神障害者を入院させる医療保護入院（同法第三十三条）の制度も定めている。

③ 精神保健福祉法による処遇の限界

町野（2004）によると、医療観察法成立以前には、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者への対応は、上記のような検察官通報を契機とした都道府県知事の判断による措置入院の処分が一般的であった。

しかしながら、重大な他害行為を行った精神障害者について精神保健福祉法に基づき対応を図ることについては、従来から以下のような点で一定の限界があると指摘されてきた。

第一に、精神保健福祉法の規程による措置入院や退院の判断は、実質上精神保健指定医である医師の判断に委ねられていることがあげられる。重大な他害行為を行った精神障害者の処遇に関して、医師が過重な責任を課せられることから、ともすれば入院期間の長期化等の弊害が生じかねないとの指摘がある。

第二に、精神保健福祉法の規程に基づく入院においては、通常精神病棟において治療を受けることとなるため、看護職員の数等の問題からケアが十分に行き届かない面があり、また、他の入院患者に対しても治療上悪影響が生じているとの指摘がある。

第三に、退院後の処遇について、現行法規では通院による医療を受けることを義務付ける仕組みが整備されていないことから、対象者の社会復帰の促進を図る上において確実に医療を提供させるという面において支障が生じているという点も指摘されている。

1. 2. 2 附属池田小事件の発生

上記のような、精神保健福祉法による、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者に対する対応の限界が指摘され、2001年1月には、厚生労働省、法務省の両省による「犯罪を犯した精神障害者の処遇について」の合同検討会が始まった。その後、第五回の合同検討会が終わった頃の六月八日、附属池田小事件が発生したのである。

附属池田小事件とは、大阪府の池田市で起こった小学校無差別殺傷事件である。この事件の実行犯である宅間守は現行犯逮捕され、殺人罪などで起訴された。この事件はテレビを中心とするメディアで大々的に報道された。この被告が精神病院への入院歴があったことから、当初「これ以上危険な精神障害者を放置しておくべきではない」という論調に塗り固められた。

しかし、時が経ち、被告の供述は「精神症状」を装って計を免れるための嘘であった可能性が強まった。（これは、過去に被告が15回も様々な犯罪に手を染めたが、精神科通院歴を楯に不起訴処分等の比較的軽い処分を経験したことと関係があると推測される。）このことは、従来から検討課題とされていた「触法精神障害者」の処遇の隙間を衝いて計を免れようという被告の意図的なものであった公算が大きくなったのである。しかし、現実には精神科医が精神障害と診断した。

この附属池田小事件をきっかけに、当時の総理大臣小泉純一郎氏が「司法的対応をするように」と発言したこともあり、政治課題として精神医療の問題が論議されることとなった。そして数多くの批判もあったが、二年後には新法が成立したのである。

1. 3 医療観察法制度の概要について

本節では、前節のような流れを持って成立した医療観察法の具体的な内容について述べる。

1. 3. 1 概要

医療観察法とは、心神喪失又は、心神耗弱の状態で大害行為を行った人に対して、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法律である。

本制度では、心神喪失又は心神耗弱の状態で大害行為を行い、不起訴処分となるか無罪等が確定した人に対して、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し立てを行う。その申し立てを受け、鑑定を行う医療機関での入院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。

その審判の結果、医療観察法の入院による医療の決定を受けた人に対しては、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、手厚い専門的な医療の提供が行われるとともに、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）を受けた人及び退院を許可された人については、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書に基づいて、原則として3年間、地域において厚生労働大臣が指定した医療機関による医療を受けることとなる。なお、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。

1. 3. 2 医療観察法制度における処遇の流れ

① 対象

この制度の対象となる者（以下、対象者）は、医療観察法の定める重大な他害行為（「対象行為」という）を行った者である。「対象行為」とは、以下のいずれかにあたる行為をさす。（同法第2条2項）

- (1) 現住建造物等放火、非現住建造物等放火、建造物等以外放火と各未遂罪
- (2) 強制わいせつ、強姦、準強制わいせつ及び準強姦と各未遂罪
- (3) 殺人、殺人関与及び同意殺人と各未遂罪
- (4) 傷害（傷害致死を含む）
- (5) 強盗、事後強盗と各未遂罪（強盗致死傷含む）

上記の対象行為を行った者で、次のいずれかに該当する者が「対象者」となる。（同法2条3項）

- (1) 検察官が心神喪失者又は心神耗弱者と認めて不起訴処分にした者
- (2) 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
- (3) 検察官に起訴されて、刑事裁判で心神耗弱者と認められて刑を減刑する確定判決を受け、懲役刑または禁固刑を執行されない者（執行猶予判決や罰金刑のほか、実刑

判決でも未決勾留日数が刑期に満つるまで算入される場合も含む)
要するに、対象行為を行ったが、心神喪失または心神耗弱を理由にして刑務所に収容されない者は、この法律の対象となる。

また、検察官が起訴や不起訴等の判断をするには、起訴前鑑定が行われ、その結果を参考に判断を下す。起訴前鑑定とは、検察官の依頼により起訴前に精神科医が行う鑑定である。簡易鑑定と本鑑定の2種類があり、簡易鑑定とは、被疑者の同意を必要とする任意捜査の一環として位置付けられており、通常1回の診察のみで数日以内に鑑定書が提出される。本鑑定も検察官の嘱託によりおこなわれるが、刑事訴訟法224条に基づく鑑定留置、225条に基づく鑑定許可を裁判所から得て行われる。通常その期間は数カ月である。日本の起訴前鑑定では簡易鑑定が90%以上を占めている。

② 検察官による申し立て

上記のような対象者となった者については、検察官から地方裁判所に対する申し立てが行われる。(同法第33条) 申し立てを受けた地方裁判所では、裁判官と精神科医(「精神保健審判員」という)それぞれ1名からなる合議体を構成し、両者がそれぞれの専門性を活かし、審判を行なうこととなる。

③ 鑑定入院

検察官の申し立てを受けて、裁判所は対象者について原則として2ヶ月の鑑定入院を命じる。(同法34条) 必要がある時はこの期間を1ヶ月延長することができる。裁判所が指定した鑑定人(精神科医)によって、対象者が精神障害者であるかどうか、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なうことなく、社会に復帰することを促進するためにこの法律による医療を受けさせる必要があるかどうかについて鑑定がなされる。

なお、この鑑定医とは、「精神保健判定医又はこれと同等以上の学識経験を有すると認める医師」が行なうことになっている。「精神保健判定医」とは、「この法律に定める精神保健審判員の職務を行うのに必要な学識経験を有する医師」のことで、「精神保健審判員」とは、この法に基づいて、裁判官と合議をして対象者の処遇について決定する人のことである。現状では、所定の3日間の研修を終えた精神科医がなることができ、いわゆる司法精神医学・司法精神医療への特別の経験は必要とされていない。

④ 生活環境の調査

検察官の申し立てを受け、裁判所は保護観察所長に対し、対象者の生活環境を調査し報告するよう求めることができる(同法38条)。これは、裁判所が対象者の処遇の決定をするにあたり、鑑定医による鑑定結果のみではなく、対象者本人を取り巻く生活環境に照らして医療の継続が確保されるか否か、同様の行為を行なうことなく社会復帰できる状況にあるか否かといった事柄についても、必ず考慮しなければならないからである。

生活環境の調査を求めるかどうかは、裁判所の裁量によるが、検察官の申し立てによる審判においては、調査の意義に鑑み、原則として調査を求める運用がなされており、保護観察所にとっては、対象者本人に関わる第一歩となる。

検察官の申し立てによる裁判所での印判段階における生活環境の調査に始まり、保護観察所は、対象者の処遇の始まりから終わりまで一貫して関わる立場にある。保護観察所内において、医療観察制度に関わる業務に従事しているのは、社会復帰調整官である。医療

観察法の施行に際し、従来保護観察所が行ってきたこととは異なる医療観察法に基づく処遇について専門性を有するものがこれにあたるが必要不可欠とされた。そのため、医療観察法において、精神保健福祉士のほか、社会福祉士、保健師、看護師、作業療法士の有資格者で一定の業務経験（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）を有する者など、精神障害者の保健及び福祉に関する専門的知識を有する者を「社会復帰調整官」として、新たに保護観察所に配置することとされた（同法20条）。

社会復帰調整官が調査する事項は、住居の状況、今後の居住の可否、生計の状況、家族の状況、本人の社会復帰に関する家族の協力意思の有無・程度、過去の生活状況および治療の状況、利用可能な精神障害者の保健または福祉に関する援助等の内容、その他裁判所から指示を受けた事項等である。

調査の方法は、鑑定入院先での本人との面接、家族関係者との面談、官公署や本人が過去に受診した医療施設に対する照会等である。

裁判所から与えられる調査期間は1ヶ月程度であり、保護観察所の長は、本人に対して通院決定がなされた場合に居住地において継続的な医療が確保できるかどうかなどに関する意見を付して、調査結果を裁判所に報告する。

⑤ 審判

検察官の申し立てを受け、鑑定入院や生活環境の調査が行われる間、対象者には、付添人（弁護士）が選任され、付添人が対象者や保護者と面談し、対象者にとって有利な証拠を裁判所に提出することができる。

裁判所は、鑑定入院期間が終了する前に審判を開く。審判期日には、裁判官、精神保健審判員（精神科医）、検察官、対象者、付添人、保護者、社会復帰調整官、精神保健参与員が出席するほか、鑑定人や証人などが出席する。

裁判所は、鑑定結果や生活環境の調査報告を参考にし、対象者および付添人から意見を聞いたうえで、入院や通院の決定を下す（同法第42条）。

⑥ 入院医療

審判で入院決定を受けた者について、入院による医療を提供するのが「指定入院医療機関」である（同法第43条第1項）。指定入院医療機関とは、国、都道府県、又は（地方）独立行政法人が開設する病院のうちから指定され、対象者の病状の段階に応じ、人的・物的資源を集中的に投入し、専門的で手厚い医療を提供することとされている。その指定入院機関は、厚生労働省が作成した「入院処遇ガイドライン」に沿って医療を提供する。

また、医療観察法における入院医療と一般精神科医療との違いは、以下の5点である。

第一は、専任の医療スタッフが手厚いという点である。一般精神医療のなかで最も充実している精神科救急入院病棟比較しても、精神科医や約2～2.5倍というだけでなく、臨床心理技術者と作業療法士が専任で配置されているという特徴がある。

第二には、すべての職種による個別面接、さらにグループでの認知行動療法や社会技能訓練が行われていることである。そして、病識や内省の獲得あるいは薬物・アルコール依存からの脱却を目標とする様々な治療プログラムの試みがなされている。また、原則的な、説明と同意を得て薬物療法や心理療法は勧められている。次に、治療評価や治療方針は、すべての職種による「他職種チーム会議」で検討され決められている。さらに病院長を含む「運営会議」により、外出や外泊あるいは裁判所への退院や入院継続の申し立てなどの

節目の大きな方針が決定される。また、入院初期の段階から社会復帰調整官が加わった退院に向けた課題や地域での調整を話し合うための会議ももたれている。

第三には、病院以外の専門家が含まれる「倫理会議」があることである。「倫理会議」は治療に関するセカンドオピニオンの役割を担っている。強制的な注射による薬物療法をすべきか否か、あるいは修正型電気けいれん療法（麻酔下と少ない通電量でけいれんは起こさない）の適応であるか否かなどが検討され決められる。

第四には、直接指導に関わるスタッフには、退院を決める権限がないことである。精神保健福祉法の措置入院は、形式的には退院の決定権は知事あるいは政令市市長にあるが、実質的には病院からの措置解除申請は無条件で認められている現状がある。しかし医療観察法においては、裁判所の合議体による決定と司法手続きがなされなければならない。退院や処遇に関する法律的な手続きに関して、定期的な法律相談が実施されている。

第五には、病棟は一般精神科医療と比較して2～3倍の広さであり、そして、すべてが個室であり、プライバシーが守りやすい空間の構造であること。しかし他方では、離院防止や危険物の持ち込みには厳重な構造とチェック体制がしかれているともいえる。

医療観察法による医療の特徴の一つは、入院期間中から社会復帰調整官が加わり地域処遇のコーディネーターとなる点である。対象者は、いずれは退院し（ガイドラインでは、おおむね18ヶ月以内での退院を目指すこととされている）、地域社会の一員として再び生活を始めることとなるので、地域においても、入院初期の段階から、退院に向けた取り組みを継続的に行っていくことが重要となる。

そこで、退院後の居住予定地を管轄する保護観察所は、指定入院医療機関の所在地を管轄する保護観察所の協力も得ながら、生活環境の調整を行う。生活環境の調整とは、入院医療を受けている一人ひとりについて、その円滑な社会復帰を促進するため、保護観察所が、指定入院医療機関のほか、退院後の居住予定地において通院医療を担当することとなる指定通院医療機関、居住予定地の都道府県・市町村等と連携しながら、具体的な退院先の確保、退院後に必要な医療および援助の実施体制の整備等を進めるものである（同法第101条）具体的には以下のような流れで行われる。

第一に、社会復帰調整官が指定入院医療機関に出向き、本人から退院後の生活に関する希望を聴取するほか、指定入院医療機関の医師、精神保健福祉士等との協議や、当初審判における生活環境の調査結果も踏まえ、生活環境の調整計画を作成する。

第二に、本人の社会復帰を促進するためには退院後の医療を確保することはもとより、本人が地域社会で生活していくために必要な精神保健福祉サービス等の援助を確保することも重要であることから、居住予定地の都道府県・市町村において必要な援助が円滑に受けられるよう、生活環境の調整計画に基づいてあつせん、調整等をする。

第三に、指定通院医療機関、都道府県・市町村主管課、精神保健福祉センター、保健所等、退院後の地域処遇に携わることとなる関係機関に出席を求めてケア会議を開催し、退院後に必要な医療や援助の内容・方法等をまとめた「処遇の実施計画」の案を作成する（同法104条1項）。ケア会議は、本人自身が会議に出席して希望や意見を述べたり、退院前に居住予定地の関係機関の担当者顔合わせをしておくことができるよう、本人が指定入院医療機関から退院先へ外出・外泊する機会に併せて開催することもある。

また、指定入院医療機関の管理者は、裁判所に対し、本人の入院医療を継続させる必要

があると認める場合は、6ヶ月ごとに入院継続の確認の申し立てを行わねばならず、他方、入院医療を継続させる必要があると認めることができなくなった場合は、直ちに退院許可の申し立てを行わなければならない。いずれの場合も、保護観察所長の意見を付して申し立てることが義務付けられている（同法第49条第1項第2項）。

⑦ 通院医療

審判で通院決定を受けた者及び指定入院医療機関からの退院許可を受けた者については、厚生労働大臣の指定した「指定通院医療機関」が担当し、「通院処遇ガイドライン」に沿って必要となる専門的な医療を提供する（同法第43条第2項）。また、社会復帰調整官による精神保健観察、都道府県・市町村等による必要な精神保健福祉サービス等の援助も行われる。

地域処遇においては、「医療」「精神保健観察」「援助」の三要素が、統一的な方針のもとで、適正かつ円滑に実施されることが重要になる。

そのため、保護観察所の長は、ケア会議を開催し、「処遇の実施計画」を作成する（同法第104条第1項）。処遇実施計画書には、処遇の目標、本人の希望、医療、精神保健観察及び援助の具体的な内容・方法、緊急時の対応方法等が記載される。各関係機関は、この処遇の実施計画に基づいて、それぞれの処遇を行わなければならない（同法第105条）。

病状悪化等の緊急時は、あらかじめ実施計画で定めた方法により対応する。なお、通院期間中は、精神保健福祉法に基づく入院が行われることを妨げないとされている（同法第115条）ので、本人の病状に応じ、精神保健福祉法に基づく入院が適切に行われるよう配慮する。

精神保健観察とは、地域において継続的な医療を確保することを目的として、社会復帰調整官が、本人の通院状況や生活状況を見守り、必要な助言指導等を行うものである（同法第106条第2項）。

また、継続的な医療を確保するために、医療観察法には、精神保健観察中の人々が「守るべき事項」が規定されている（同法第107条）。その内容は、一定の住居への居住、転居または2週間以上の長期の旅行をするときの事前届出、保護観察所の長から出頭または面接を求められたときは応じなければならない、の3点である。

通院期間は、裁判所で通院決定または退院許可決定がなされた日から起算して3年間とされている（同法第44条）。しかし、病状等によっては、保護観察所の長や本人からの申し立てにより、裁判所は通じて2年を超えない範囲で、通院期間の延長をすることができる。

⑧ 処遇の終了

保護観察所の長は、対象者に、医療観察法による医療を受けさせる必要があると認めることができなくなった場合には、指定通院医療機関の管理者と協議の上、直ぐに地方裁判所に対し、この法律による医療の終了の申し立てをしなければならない。また、この場合には、保護観察所の長は、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（同法第54条第1項）。

また、医療観察法の対象者で、通院医療を受けている者、入院による医療の退院許可の決定を受けた者は、その本人、またはその保護者、付添い人は、地方裁判所に対し、この法律による医療の終了の申し立てをすることができる（同法第55条）。

医療観察制度による処遇の終了後は、必要に応じ精神保健福祉法や障害者自立支援法による支援が継続される。

1. 4 医療観察法の施行状況¹

本節においては、厚生労働省のデータを基に、医療観察法の現在の施行状況について述べる。

1. 4. 1 医療観察法の申立て等の状況

医療観察法施行から、平成22年6月30日までの申立ての総数は、1824件である。その内の決定したものは、入院決定が1071件、通院決定が315件、不処遇決定が295件である。また、申立て却下（対象行為を行ったと認められない場合または、心神喪失および心神耗弱のいずれでもないとは認められる場合）が57件ある。また、取り下げ（医療観察法の申立てを通じて、裁判所で心神耗弱と認められ、検察官が申立てを取り下げたもの）は12件あった。また、鑑定入院中は74件である。また、退院許可の下りた件数は594件である。このことから、入院決定を受けた約半数の対象者はまだ入院医療を受けていることがわかる。

なお、平成19年4月30日の状況では、申立て総数が654件で、入院決定が323件、通院決定が112件である。また、平成21年3月1日の状況では、申立て総数が1379件で、入院決定が799件、通院決定が244件である。以上のことから、申立て総数の増加の中で、通院決定の増加に比べて、入院決定の増加率が高いことがわかる。

1. 4. 2 入院対象者の状況

次に、医療観察法の入院対象者の状況を述べる。

入院医療を受けている対象者は、入院期間をおおむね18ヵ月として、3つのステージで分けられる。急性期（入院から3ヵ月）、回復期（その後9ヶ月間）、社会復帰期（その後6ヶ月間）である。

平成22年6月30日現在での入院対象者の状況のステージ別内訳は、急性期96名（男性78名、女性18名）、回復期224名（男性183名、女性41名）、社会復帰期157名（男性126名、女性31名）である。この情報から、入院対象者は男性387名に対し女性は90名と、圧倒的に男性が多いことがわかる。また、現状では、回復期段階にいたる対象者が多いことがわかる。

また、入院医療を受けている対象者を疾病別に分類することができる。その分類とはF0～F8（F5除く）の8種類である。F0（症状性を含む器質性精神障害）、F1（精神作用物質使用による精神および行動の障害）、F2（統合失調症、統合失調型障害および妄想性障害）、F3（気分（感情）障害）、F4（神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害）、F6（成人のパーソナリティおよび行動の障害）、F7（精神遅滞[知的障害]）、F8（心理的発達の障害）であり、この分類は、WHO作成の国際疾病分類第10改訂版に

¹医療観察法の施行状況、厚生労働省、<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/sinsin/shikou.html>(2010.10.26)

基づいている。

平成22年6月30日現在での入院対象者の疾病別内訳は、F0が10名（男性9名、女性1名）、F1が22名（男性が20名、女性が2名）、F2が402名（男性が325名、女性が77名）、F3が20名（男性が12名、女性が8名）、F4が4名（男性が3名、女性が1名）、F6が3名（男性が2名、女性が1名）、F7が8名（男性が8名、女性なし）、F8が8名（男性が8名、女性なし）である。この情報から、男女ともにF2の統合失調症や統合失調型障害および妄想性障害の疾病を持っている場合が多い。

1. 4. 3 医療機関の整備状況等

指定入院医療機関の指定数は、平成21年3月1日現在で16カ所（441床）、平成22年9月30日現在で25カ所（599床）であり、その数は着実に増えており、3カ所で建設準備が進んでいる。指定入院医療機関には、国関係の病院（国立病院機構）が15カ所、都道府県関係が13カ所（内3カ所が建設中）ある。国関係の病院は都道府県関係の病院に比べ床数が多く、33床を超える病院が11カ所である（表1-1）。都道府県関係の病院は床数が少なく、1床の病院もある。また、地域差もあり、北海道や四国には1カ所も設置されていない（図1-1）。

指定通院医療機関の指定数は、平成21年3月1日現在で330カ所であるが、平成22年6月30日で2762カ所ある。平成21年の統計では、病院のみの統計であり、平成22年の統計には病院の他、診療所、薬局、訪問看護が含まれている。そのため、指定通院医療機関数が大幅に上昇している。平成22年の指定通院医療機関病院数は342カ所であり、平成21年から微増している。整備状況に都道府県でのばらつきはあるが、全都道府県に設置されている。（表1-2）

鑑定入院医療機関の推薦数は、平成21年3月1日が256カ所、平成22年は266カ所で、微増している。

精神保健判定医等の推薦数は、平成21年3月1日で精神保健判定医が874名、精神保健参与員が714名である。平成22年9月30日には精神保健判定医が905名、精神保健参与員が737名と、着実に増えていることがわかる。

2. 医療観察法推進派の意見

2. 1 精神保健福祉法の限界と医療観察法の特徴²

2. 1. 1 精神保健福祉法による処遇の限界と課題

前章で述べたように、医療観察法成立以前、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った精神障害者は精神保健福祉法の措置入院の処分を受けるのが一般的であった。しかしこ

² 下総精神医療センター 住民説明会資料（厚生労働省作成）
<http://www.hosp.go.jp/~simofusa>（2010.11.10）

の処遇の限界として、三点挙げられている（町野 2004）。第一に入退院の判断が知事（事実上はその委任を受けた医師）に委ねられていること、第二に職員数頭の問題から適切な医療が提供されない虞があること、第三に退院後の医療が確保されていないことである。

厚生労働省では、医療観察法成立以前の課題として、町野の挙げた医療面の限界の他に制度面での課題を三点挙げている。第一に不起訴又は無罪となった者のうち、約4割が措置入院の対象となる症状がないこと、第二に責任能力の判断に関する鑑定の信頼性に疑問が提起されていること、第三に被害者等が対象者の決定過程を知ることができないことである。

2. 1. 2 医療観察法の特徴

以上のような限界や課題に対応した医療観察法では、4つの特徴を挙げることができる。第一に、公正な手続きの実現である。制度面での不備に対応し、裁判所において、適切な鑑定や専門家・関係者の意見を踏まえ、最も適切な処遇を決定する。第二に、専門的医療の提供である。入院医療について、国公立の指定入院医療機関において実施し、その症状に応じた適切な処遇を実施する。第三に、地域ケアの確保である。退院後は、指定通院医療機関で医療を継続し、保護観察所が都道府県等と連携の上、処遇の実施計画を定め、観察・指導等を実施する。第四に、被害者等への配慮である。被害者等に裁判所の手続きの傍聴を認め、また、審判の結果を通知する仕組みが創設された。以上4つの特徴について次節で詳しく述べたいと思う。

2. 2 医療観察法4つの特徴

2. 2. 1 公正な手続きの実現

医療観察法成立以前、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った精神障害者は、精神保健福祉法による処分を受けていた。その精神保健福祉法の規程による措置入院や退院の判断は都道府県知事に任されているが、実質上精神保健指定医である医師の判断に委ねられている。そのため、必要以上に入院期間が長くなる等の弊害が問題となっていた。また、責任能力の判断に関する鑑定の信頼性に疑問が提起されており、適切な処遇がされているか疑問視されていた。

医療観察法においては、適切な処遇の決定の実現のために、地方裁判所では、一人の裁判官及び一人の精神保健審判員の合議体で処遇事件を取扱うこととしている（医療観察法第11条）。精神保健審判員は、厚生労働大臣が予め作成した精神保健指定医の名簿の中から処遇事件ごとに地方裁判所が任命する。

審判においては、精神保健判定医が行う適切な鑑定結果や社会復帰調整官による生活環境の調査結果、その他の関係者等の意見を踏まえ適切な処遇の決定を行う。その決定に対し、精神保健参与員は精神保健福祉の観点から必要な意見を述べる。この精神保健参与員は厚生労働大臣が予め作成した、精神障害者の保健及び福祉に関する専門的知識及び技術を有する精神保健福祉士等の名簿から、処遇事件ごとに地方裁判所が任命する。また、処遇の終了の時期には、保護観察所の長による申し立てが行われるが、この際には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。

以上のように、処遇の決定の時期には適切な鑑定と専門家・関係者の意見を踏まえ、裁判官と精神保健審判員による合議体で審判を行なうこと、処遇の終了の時期には指定通院医療機関と保護観察所の二箇所の意見を元に申し立てがされることで、適切な処遇の決定が保たれる。

2. 2. 2 専門的医療の提供（入院医療）

厚生労働省が作成した「入院処遇ガイドライン」によると、医療観察法の目的は、その第1条において、「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者に対し、その適切な処遇を決定するための手続等を定めることにより、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およ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、もってその社会復帰を促進すること」とされており、この目的を達成する上において医療は必要不可欠な要素である。また、この医療は、国が後見的な立場から行う公共性の高いものであり、また裁判所の決定に基づき全国で公平一律に実施すべきものであることから、国において一元的に扱う医療としている。このことについて本法律においては、入院又は通院による医療の決定をうけた者に対し、その精神障害の特製に応じ、円滑な社会復帰を促進するために必要な医療を行わなければならないと定められている（第81条第1項）。これらの医療は指定医療機関に委託して行われる。この項では、入院による医療について述べる。

本法律の対象者について、厚生労働大臣の委託を受けて入院による医療を提供する主体となるのが指定入院医療機関である。この法律における指定入院医療機関の特徴・役割については以下の通りである。

- 対象者の早期の社会復帰を目指し、小規模（30床程度）の病棟において、それぞれの対象者の症状の段階に応じて人的・物的資源を集中的に投入し、手厚い専門的な医療を提供する。
- 退院に向けた準備段階等においては、一定の条件の下での外出・外泊を含め、円滑な社会復帰のための取り組みを進める。
- 退院後における対象者の地元等での円滑な処遇に向けて、適切な処遇実施計画づくりにおいて保護観察所に協力する。

なお、更なる効果として、本法律に基づく医療の実施によって得られる知見を一般精神医療に生かし、地域の医療水準の向上に資することも期待できる。

本法律では、医療機関の施設に関する基準や人員配置に関する基準を定めている。第一に、施設に関しては、指定入院医療機関には、一般の精神障害者よりも鋭敏かつ衝動的な被害者意識が高まりやすく、行動的な行動によって問題解決を図ろうとする対象者が少なからず入院することから、治療環境としては、ストレスの少ない環境が必要であり、十分なスペースをとった明るく開放的な療養空間であることが求められる。そのため、病室については全室個室としている。第二に、人員配置については、指定入院医療機関においては、質の高い医療スタッフを数多く配置することが必要である。一般精神病床では、大学病院ならびに100床以上の総合病院の精神科では、医師は16：1、看護職員は3：1

である³。それ以外の病院については、医師は48：1、看護職員は4：1の配置である。医療観察法病棟では、医師は8：1、看護職員は1：1.3+4と、一般精神病床と比べ手厚い配置となっている⁴。

また、入院期間を概ね急性期、回復期、社会復帰期に分け、それぞれの時期に対応する対象者の病床をユニットとして捉え、人員配置や医療等の内容についても各ユニット毎にきめ細かく設定していく。多職種で形成されたチームで個別の治療プログラムを作成し、実施していく。

本法律に基づく入院による医療に関する医療費は、全額国庫により賄われている。また、国は、指定入院医療機関の設置及び運営に要する費用を負担することとされている（第102条）。

2. 2. 3 地域ケアの確保

厚生労働省が作成した「地域社会における処遇のガイドライン」によると、裁判所による通院決定を受けた者については、指定通院医療機関での医療を継続しつつ、社会復帰を目指していく。この社会復帰の促進のためには医療のみならず地域社会の関係機関が相互に連携を図りつつケアを行っていくことが重要となる。このため、本法律においては、全国の保護観察所に新たに社会復帰調整官を配置し、精神保健観察の実施や、都道府県・市町村・社会復帰施設等の関係機関相互の連携の確保等の事務の遂行に当たる。

通院処遇を実施する上での基本方針は以下の通りである。

- 対象者自らが、必要な医療を継続し、その病状を管理し、本制度の対象行為と同様の行為を行なうことなく社会生活を維持できるよう支援する。
- 地域社会における処遇に携わる関係機関等が、平素から相互に連携し、協力して処遇を実施し得る体制を整備する。
- 処遇の実実施計画の作成やケア会議の開催を通じ、①継続的かつ適切な医療の提供、②継続的な医療を確保するための精神保健観察の実施、③必要な精神保健福祉サービス等の援助の提供の3つの要素が、対象者を中心としたネットワークとして機能することを確保する。

地域社会における処遇が円滑に実施されるためには、関係機関相互の連携の確保や各機関の役割の明確化が必要である。連携の際には、情報の取扱いへの配慮や地域住民に対する配慮が必要である。

また、医療観察法の特徴の一つは、新たに保護観察所に配置された社会復帰調整員である。社会復帰調整官は、対象者が入院中から、地域処遇のコーディネーターとして退院に向けた取り組みを行っていく。

2. 2. 4 被害者等への配慮

医療観察法成立以前、精神保健福祉法による処遇を受けていたときは、対象者は、不起

³ 精神科特例 精神保健福祉の部屋 <http://www.yuki-enishi.com/psychiatry> (2010.11.20)

⁴ 医療観察法指定医療機関、指定基準 医療観察法.NET <http://www.kansatuhou.net> (2010.11.20)

訴処分になり、精神保健福祉法の措置入院制度で精神病棟へ入院していた。不起訴となった事件の記録は原則閲覧することができず、事件の被害者は事件の詳しい内容や犯人である対象者がどうなったか一切知ることができなかった。

医療観察法では、対象者の入院又は通院に関する審判で、「被害者やご遺族の方々による審判の傍聴の制度」と「被害者やご遺族等の方々に対する新版結果の通知の制度」があり、検察庁においても審判の申し立てをした事について、被害者やご遺族の方々に情報提供をすることとしている。

3. 医療観察法反対派の意見

3. 1 精神障害を持つ当事者からの意見

3. 1. 1 精神障害者に対する差別的処遇

精神障害を持つ当事者である山口は、医療観察法は精神障害者に対する差別的処遇であると問題提起をしている⁵。アメリカの弁護士ブルース・エニスの言葉（「考えてもみよ、ある者が正気であれば、彼がいかに危険であると考えられようと、“将来彼がしでかすかもしれないことのために自由を奪うということはありません”。アメリカでは受刑者の85%は再犯をすることがわかっているにもかかわらず、刑が満期に達すると、その日のうちに釈放する。ところが、ある者（前科者も含めて）が『精神障害者』であるとわかると“彼が将来何をしでかすかわからぬという理由で、彼から自由を剥奪することができるのである”。なぜそういうことになるのであろうか？正気の者の予防拘禁は禁じているのに、なぜ『精神障害者』の予防拘禁を許しているのであろうか？いわゆる『精神障害者』に対する差別的処遇を求めていくいわれは全くないし、このことはさまざまな機会に批判・非難を受けるべきことである。）」を引用し、精神障害者だけの特別な差別的処遇を問題としている。

精神障害者の犯罪発生率は0.6%であり、健常者の1/3程度とされている。わかりやすく表現すれば、「1000人の精神障害者」の中に犯罪者は6人」ということであり、「6人の犯罪者のために残り994人の人権を侵害する理由」についての答えは出ていない。以上のことから、山口は「精神障害者」であることを理由に「医療における特例」に続き、「司法における特例」を押し付けられることに反対を示している。

3. 1. 2 リスク評価パラダイムについて

統合失調症である当事者の七瀬タロウは、医療観察法には一切協力すべきではないと考えている⁶。医療観察法に反対としながらも、指定入院施設・指定通院施設を引き受ける病院経営者の意見には2種類あり、第一に医療観察法の矛盾を内部から明らかにしていくた

⁵ 「はじめの最初に…」山口博之 医療観察法.N E T

http://www.kansatuhou.net/02_mondai/01_yamaguti.html 2010.4.12

⁶ 「医療観察法には一切協力すべきではないと私が考える理由」七瀬タロウ 医療観察法.N E T http://www.kansatuhou.net/02_mondai/01_nanase.html 2010.4.12

めに引き受ける、第二に地域精神医療という観点から、地域で出た対象者は受け入れるという意見である。

しかし、指定入院・通院機関を受け入れるということは、司法精神医学の「リスク評価パラダイム」を採用せざるを得ない。医療観察法の依拠するリスク評価パラダイムとは吉岡（2006）によると以下のようにまとめられる。ある対象者が「公共の利害に関わる長期的将来の危険性」が「医療外の因子をも含む予測方法」で「統計的関連をもって予測」される「集団に帰属」する場合、集団に帰属する患者個人にその予測が妥当するかどうかを厳密に問題とすることなく、「高度の人身の自由の制限にいたる処遇と効果が明白でない“治療”を行う」ことが司法関与で法的に正当化できる。「」でくくった5つの鍵が、「リスク評価パラダイム」の指標である。

「リスク評価パラダイム」を採用しないと、強制入院解除・強制通院解除の決定を下した後、「同様の行為を再び行った」場合には、病院側が責任を問われる仕組みになっていて、「リスク評価パラダイム」に従って解除の決定を下した場合には、これが現在の科学的再犯予測研究の限界で、病院側には責任はないと主張できるのである。

以上のように、指定入院・通院機関を受け入れることは、「対象者」のみを受け入れるのではなく、司法精神医学の体系そのものを受け入れなければならないことである。なんら科学的根拠のない医療観察法には一切協力する必要はない。

3. 1. 3 反保安処分、強制入院制度の撤廃

全国「精神病」者集団の会員である長野（2006）は、当事者として医療観察法とは「再犯のおそれ」を要件として、「再犯を防ぐため」に拘禁する予防拘禁法として、撤廃を求めている。医療観察法に至るまでの保安処分の歴史を振り返り、医療観察法の問題点について述べる。

①保安処分の歴史

保安処分の歴史を80年代から振り返る。80年代前半の刑法上の保安処分新設の動きは、政府・法務省主導の動きであり、治安立法であったとして「精神病」者衆参のみならず広く労働者市民、法律家などの反対で成立には至らなかった。

しかしながら保安処分新設の動きは様々な形で続き、87年には「処遇困難者専門病棟」新設の動きがあったが、精神保健専門家の団体の反対があり、阻止された。

90年代後半からの保安処分への動きは、従来までの刑法保安処分とは異なり、精神保健専門家団体や弁護士会からの「精神保健改革」の一環として要望されてきた。99年の精神保健福祉法の改正にあたり、精神科諸団体・日本弁護士連合会が「触法精神障害者」の処遇についての検討を行うこととし、国会でも、「重大な犯罪を犯した精神障害者の処遇のあり方については、幅広い観点から検討を行うこと」と決議した。

また、前述の状況の中で、医療観察法の成立への動きを作った国会議員の私的勉強会が発足している。この勉強会の成果として「重大な犯罪行為をした精神障害者の処遇決定及び処遇システムの在り方などについて」の法務省厚生労働省合同の検討会が発足し、この主意書からは、精神医療、精神保健、福祉、全てを「犯罪の防止」すなわち保安処分に向け動員していく意図がわかる。

この検討会のさなかである2001年6月に附属池田小事件が発生し、保安処分法であ

る医療観察法の立法に弾みがついた事実は前章で述べたが、そもそも上記のようにそれ以前から、「触法精神障害者対策」としての議論は積み重ねられていたのである。なぜこれらの議論が続けられてきたのであろうか。まず強制入院制度について問い直さなければならない。

②強制入院制度、精神保健福祉法体制の問題点

長野は、強制入院制度そのものがすでに保安処分であり、撤廃されるものと主張してきた。患者本人の利益のため、救急医療として本人の同意のない医療は、精神科以外でも行われている。しかしほかの科には強制入院・強制医療のための法制度はない。精神科のみに強制入院制度がある合理性は全くなく、本人の利益以外の目的があるからこそ精神科に強制入院制度が存在するのである。

そして、その目的とは社会防衛であり、治安であり、犯罪防止以外の何ものでもない。医療観察法による指定入院医療機関は、「再犯のおそれ」を要件として「再犯を防ぐため」に拘禁されるという予防拘禁施設である。医療観察法案は国会で修正されたために対象者の要件から「再犯のおそれ」は文面上なくなったのだが、目的が「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、もってその社会復帰を促進すること」である。現実には法の目的は「再犯防止」であることが分かる。

精神保健体制は治安に奉仕するという側面を持たされてきたし、予算獲得のために治安的任務を積極的に担ってきたとすらいえるであろう。実態としては、「医療的な入院施設」として、精神病院が機能しているとは言い難い。

医療観察法廃案闘争の中で、全国「精神病」者集団は以下のような批判をした。例えば、「再犯予測は不可能」、「再犯防止を目的とした体制は医療とは呼べない」「拘禁の継続や再拘禁をもたらしかねない以上、対象者は苦しくても精神科医その他の専門家に本音を言えなくなり、医療そのものが成り立たない」「精神障害者にだけ特別の予防拘禁制度を作るとは、精神障害者は危険だという差別と偏見を助長する」「再犯可能性0などという証明は不可能、絶対に安全といえない限り拘禁が続き、結果的には終生の拘禁となる」などである。

しかし、これらの批判はそのまま精神保健福祉法にも当てはまるという。廃案闘争の中で、措置入院の鑑定における「自傷他害のおそれ予測」と医療観察法で論じられる「再犯予測」とは異なるという議論がされた。前者は医療的判断であり時々刻々の判断であるが、後者はそれより長い時間軸の判断であるという説明がなされた。しかし実際に拘禁される側にとってはこうした議論はいかほどの意味をもつのであろうか。

③医療観察法の現状と問題

強制入院制度を前提として、その強制を最小限にするためという理由で適正手続きを導入するという議論が87年の法見直し時になされた。その後も法「改正」議論の中でそうした視点が繰り返されてきた。その視点から医療観察法をみると、精神保健福祉法よりも手続きとしては緻密であろう。例えば、精神保健福祉法には強制入院の際に「付添い人」である弁護士はいない。さらに、医療観察法では入院施設に外部からの委員を入れた運営委員会がある。強制医療に関しても手続きとしての委員会が定められている。一方精神保健福祉法では強制医療に手続きはまったくない。しかし強制入院制度に対抗するためには適正手続きをという視点は、むしろ保安処分につながりかねない危険性がある。強制入院

制度そのものが問われなければならない。

医療観察法施行時は、医療観察法施設の建設が進まないことを理由に、当初の30床の施設を全国24か所という方針を撤回し、半分の15床、あるいは独立した病棟ではなく病室単位の指定で15床以下、でもいいという方針を出し、全都道府県にひとつずつ指定病院をつくるとした。これで医療観察法の「手厚い人手と高度な専門的医療」は保障されるのだろうか。

平成22年9月30日現在では、30床に満たない指定入院医療機関は12施設ある⁷。各都道府県ひとつ病室単位の指定という方向であると、以下の3つの点が問題となる。第一に、医療観察法施設の階層化である。「手厚い人手と高度な専門的医療」が「資金もあり、人手もあり、対象者を研究できる」ことを意味するようになり、司法精神医学の研究のための施設となるおそれがある。施設への監視は継続して取り組まなければならない。第二は、医療観察法の特色あるいは眼目が地域処遇となることである。今後、医療観察法の地域処遇がモデルとされ、地域での「精神病」者への監視体制、個人情報の共有化が図られていくおそれがある。医療観察法では、地域処遇において保護観察所の社会復帰調整官が中心となるものの、実際に執行するのは精神保健福祉法上の精神保健福祉センターや、保健所、警察、自立支援法に定められた社会復帰施設、その他の支援制度である。さらに、医療観察法では上記のようなフォーマルな施設に加え、地域住民等のインフォーマルな支援も活用する。これらの人々が保護観察所の社会復帰調整官の下で個人情報を共有し、処遇を決定していくことになる。こうした体制は精神保健専門職にとってはある意味では理想の地域精神保健福祉体制ともいえるだろう。しかし、当事者の、当事者自身の個人情報に対する自己コントロール権、他目的使用禁止の主張はまったく省みられていない。第三に、精神保健体制に予算を求めるには治安目的を掲げるしかないという方向がある。

④障害者権利条約に関連して

障害者権利条約とは、国際連合が2006年12月に採択し、2008年5月に発効した、国際条約である。この条約は世界で、日本で、障害のある人もない人も、人としてあたりまえの権利が認められ、尊厳をもって生活できる社会をつくることを目指している。日本はまだ批准していない。

障害者権利条約において、強制医療は「拷問」と位置づけられ、いかなる手続きもこれを正当化できないと宣告された。しかし議論の中で、各国政府は、強制入院・強制治療は「社会の安全のために必要」であり、そうである以上適正手続きをと主張した。しかし日本政府は、強制入院・強制治療は医療観察法も含め、本人の医療と社会復帰を目的としていて、社会の安全のためではないと主張した。医療観察法が本当に一人一人の真の利益になっているか否かを問うことが医療観察法撤廃に向けて大切なことであろう。

⁷ 指定入院医療機関の整備状況 厚生労働省
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/iryokikan.html> (2010.10.26)

3. 2 精神障害当事者家族からの意見

3. 2. 1 精神障害当事者と当事者家族の生存権

精神科ユーザーの家族である大野は、医療観察法は家族を含めた生存権をゆるがすものと批判する⁸。医療観察法の強行採決の年の地域の社会復帰施設整備費の削減分がちょうど医療観察法のための施設費と同じ金額であり、法人税減税はしても一般市民に対する増税と社会保障費削減に伴う負担の強制、自立支援法による障害者と家族までも含んだ家族依存の負担増などがあげられる。一般精神科医療の充実をなくして果たして医療観察法の謳う手厚い専門的な医療が提供されるはずがないと主張する。

また、医療観察法条文を照らすと、第2章「審判」に関わる第24条事実の取り調べの際、心神喪失状態にあり治療を必要とする「対象者」が意見を述べる場も設けられているが、本人の力は弱いという。また、保護者の精神的負担、精神医療に精通した付添人を選任依頼する力などには限界があり、「合議体」を構成する司法、医師（精神保健審判員を除く）に太刀打ちすることは極めて難しい。医療観察法はもともと「対象者」が「法」に圧倒される仕組みを組み込んでいるのである。または、家族が良心的な付添い人を依頼することに奔走しなくてはならないとなると、家族の役割は一層重くなる。

医療観察法を改善するよりは、廃案として、その分人手の少ない病院や医療への入院依存の精神医療の在り方の本質的な改革が必要である。精神医療保健福祉を自己責任にするのではなく、重大な社会保障の問題として位置づけることが優先である。

3. 2. 2 精神障害者への差別・偏見意識を助長する医療観察法

精神障害当事者の家族である郭は、精神障害者が引き起こした事件が報じられるたびに、そのニュースに対する世間一般の反応が予測されるという⁹。精神障害者の起こした事件は、ある特定の起こした事件であるにもかかわらず、あたかも精神障害者なら誰でも引き起こす可能性があるように思われてしまう。もしこれが精神障害者の起こした事件でない場合なら、あくまでもその加害者個人の犯罪として受け止められるのに、である。

また、想像しがたい事件が多発し、理解しがたいがゆえに、精神鑑定を実施するケースが多い。ここで問題なのは、「精神鑑定」という言葉からも世間一般の人々は、精神障害者なら誰でも罪を犯す危険が高いとイメージしてしまうおそれが多分にあるということである。

以上のような差別や偏見をなくすために、郭は長年活動を続けてきた。しかし、精神障害者への偏見や差別を助長するような医療観察法が施行されてしまった。この法律の根底に流れているのは精神障害者を危険者とみなし、隔離収容しておこうという考え方でしかない。そういう国の施策は、「社会の安全を守るために『異常な人たち』は閉じ込めたい」という世間の風潮をさらに強めてしまう。基本的人権の侵害である。

⁸ 「家族が見る医療観察法」大野素子 医療観察法.N E T
http://www.kansatuhou.net/02_mondai/02_ohno.html (2010.4.12)

⁹ 「家族として心神喪失者等医療観察法の撤廃を説に望む」郭春生 医療観察法.N E T
http://www.kansatuhou.net/02_mondai/02_kaku.html (2010.4.12)

3. 3 精神科医からの意見

3. 3. 1 予測問題のみではない医療観察法の問題点

医療観察法の最大の批判点として、再び対象行為を行うおそれの予測が困難であることが挙げられることが多い。しかし、その困難性を認めつつ、「専門的治療」が行われることへの期待から、反対しない人も多いようである。または、誤って再犯の可能性ありと判断され拘禁されてしまう人々が、再犯率が低いために非常に多く出現することを認めるが、「医療により本人も利益を受けるから」という理由でそれを問題視しないとの立場もある。このような予測問題以外にも医療観察法の問題はたくさんあると中島（2006）は以下のように指摘した。

① 迅速な医療開始が不能になる

特に重い精神病患者で、病状の苦しきから触法行為を行ってしまった場合、その苦しきが重いうちに治療を始めた方が、状態が改善しやすいという。しかし同法では、本格的な治療が始まる前に、さらに2～3か月の鑑定入院が入る。つまり、本格的な治療の開始ができないのである。また、鑑定はその結果がその人をどのように処遇するかの決定を左右するのであるから、信頼関係は非常に成り立ちにくい。

② 継続的な医療が不能になる

指定入院医療機関及び通院医療機関は数が限られており、また対象者からの選択権も保障されていない。もっとも重視されるべき、事件の際の症状の苦しきを治療に活用できる事件直後の時期を「鑑定入院」という形にして治療の好機を逃し、その後は指定入院医療機関への入院、指定通院医療機関への通院として治療を寸断し、最終的に自宅近くの医療機関への通院が開始されるころには事件のころの症状の苦しきは薄められ、再発予防やその兆候早期発見への意欲も弱まった状態で、その苦しきのあったころを全く知らない医師によって治療が継続されることになる。すなわち、本法案は、迅速な医療開始、および継続的な医療を不能にするものである。

③ 展望なき拘禁が強制される

指定入院医療機関からの退院後は、強制通院の規定と保護観察所・社会復帰調整官の関与が規定されているのみで、スムーズな通所施設への移行は考慮されていない。また、通院医療機関については健康保険の基準が基本とされ、入院医療機関のような手厚い人員配置を通院医療機関では保障する財政的基盤がない。入院にあまりに重点がおかれた法律であり、退院後のことを全く考えていないといわれても仕方のない法案である。

④ 対象が不明確

医療観察法では、人格障害や発達障害は「治療適合性なし」とされ、その治療を受けないことになる。この法は、附属池田小事件を契機とし、作られたものである。同事件がもし仮に法施行後に起こったとしたら、人格障害者であったとされる同事件の元被告人が法の対象になったのか否かすら、明らかにされないままに準備が進められている。この点につき、コンセプトが不明確で混迷しているとの指摘もある。

治療適合性を厳密に評価することによって法の運用を狭義の医療の内部にとどめようとしており、法の目的が治療であるとすればその可能性を厳格に区切り治療不能な人への展望のない長期拘禁を避けようとするこの方向性は正しい。人格障害者をはじめとした治療適

合性が不明確な人々へも対象を広げようとしている他の一部に対し、現段階ではある程度勝利している。しかし、この形勢が逆転する契機はある。一つは、治療適合性を厳格に限るために漏れる人を必ず押し付けられる一般医療の側からの反発であり、もう一つは近い将来必ず起こる同種の事件に関連して起こる政治的な圧力である。

⑤ 消極的な賛成論に対して

同法案の、特に予測問題をめぐる問題点を認めつつ、積極的には反対していない人々に、中島はこの立場も不当であるとする。第一に、予測困難性は認めつつ、治療の有効性を根拠にそれを黙殺する立場があるが、これは誤りである。また、公立病院等に「大変な患者」が集中する現在の治療状況の不十分さを述べ、法案の必要性の根拠とする論者があるが、これは無関係の問題である。また、法案があれば、退院判定に際しての医師の責務が軽減されるとの見方は誤りである。

⑥ 無関心な精神科医に対して

また、中島はこの法案に対して無関心である精神科医に対しても不当であるとする。なぜならば、精神医学的に予測が可能であるとする本法案が成立すれば、日常臨床でも予測を求められ、犯罪予防を精神科医の責務と考える傾向が強くなり、治療関係が破壊されるからである。

3. 3. 2 リハビリテーションの実現は可能か

精神科医である小高（2006）は、リハビリテーションの実現という視点から、問題を提起している。鑑定入院、入院治療、通院治療の各段階に分け、以下に問題点を述べる。

①鑑定入院

本法においては、鑑定開始時点から、一定の治療を行い、治療反応性、リスクの予測と治療内容について鑑定入院中にアセスメントを行うこととされ、入院期間はおおむね2ヶ月程度とされている。つまり、急性期の治療の主な部分はこの鑑定入院の時期になされることになる。

この時期におけるリハビリテーションの主要点は、治療者との基礎的關係作り、明確な状況の説明、将来の展望の提示、チーム医療を基本とした統合的治療、詳細な経過の把握などであり、入院治療ガイドラインで触れられた事項の一定部分をこの時期に行うべき事となる。しかし、この時期の処遇や治療については何の規定もない。鑑定書作成のガイドラインがあるのみであり、当事者の権利やリハビリテーションが軽視されている。この時期の治療・処遇の標準化、治療環境の整備にこそ最大の資源を投入すべきであり、少なくとも医療者・医療機関はたとえ鑑定入院中であっても、リハビリテーションの視点を取り入れた適切な医療を行うことが明示されなければならない。医療関係者は鑑定と初期治療の両立という新たな課題に取り組む必要がある。

②入院治療

本法による入院治療は、リハビリテーションの視点から大きく二つの問題を抱えている。第一に、生活する場から切り離されての治療であり、地域や生活とつながりをもつリハビリテーションが困難になることである。日常的なリハビリテーションの場合、入院の初期から地域支援者が本人と会い医療機関の支援者と共にチームを構成して支援に当たるのが通例であり、指定入院医療機関の入院者はこうしたリハビリテーションの枠組みから除外

されてしまう。また、地域支援者との日常的交流を欠くなかで行われる入院リハビリテーションは、入院者にとって、将来への展望を持ちにくく、回復過程が阻害され、多くの困難が伴うことが予測される。第二に、入院治療期間中の近親者・家族への支援の問題である。家族の支援は、本人のリハビリテーションにとってとても重要である。精神障害と犯罪という二重の困難を抱えた近親者・家族に対して、従来の家族支援よりさらに手厚い支援が同時並行的に提供されなければならない。時には、被害者としての支援も必要となるだろう。医療機関と地域支援者が連携して家族支援を行うべきであり、そのための基盤作りも課題である。

③通院治療

入院から地域への過程で問題となるのは、指定通院医療機関も含めた地域支援者と当事者の関係作りである。十分な関係形成がなければ、地域支援においても必要なリハビリテーションの原則的な視点が欠落し、管理的視点が先行し、結果として地域生活の維持は困難になってしまう。

リハビリテーションの視点から見た問題点を鑑定入院、入院治療、通院治療の各段階に分けて指摘した。小高によると、責任能力を問えない精神障害を持つ人々は、初期治療が遅れた事例、医療・福祉・リハビリテーションの不足故の再燃事例の2群に集約される。まず初期治療の導入を容易にするためには、広汎で継続的な偏見・差別をなくす社会全体の変革と、地域精神医療システムの構築を早める必要がある。また、地域から病院に至るまでの医療・福祉・リハビリテーションの充実なくして、精神の障害を持つ人々の触法問題は解決しない。

3. 4 法律関係者の意見

3. 4. 1 医療強制要件の曖昧さ

弁護士である池原（2006）は、医療観察法の問題点として医療強制要件があいまいな点を挙げている。医療観察法の医療強制の中核的な要件は、「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にこの法律による医療を受けさせる必要がある」と認められるかどうかである。この要件は政府原案では「心神喪失又は心神耗弱の原因となった精神障害のために再び対象行為を行うおそれがある」という要件であった。

法施行後、法案審議における医療強制要件の大幅な修正がいかなる意味を持つものであるかは十分に吟味されないまま、実際の運用としては、疾病性、治療反応性、同様の行為を行う具体的・現実的可能性が審判の中心的要件とされている。

疾病性及び治療反応性は精神障害者でない者及び人格障害や知的障害などで治療可能性のない者を除外する機能をかろうじて果たす程度の消極的要件であり、統合失調症の患者などの場合、この二つの要件をめぐって強制医療の適用とされるべき患者でないことを争うことは容易ではない。たとえば、統合失調症の患者の中で、医療強制が適用となる者をそれ以外の者と分別する役割をほとんど果たすことができない。

また、同様の行為を行う具体的、現実的可能性は、医療観察法案の策定のころから再犯予測要件の判定のために開発されていたリスクアセスメントあるいは社会復帰阻害要因を

下敷きにしているようであり、あるいは運用上はそれ以上に広汎な可能性でも足りるとしているかのように見受けられる。精神障害のためにいったん対象行為を行った場合には、ほとんどの場合症状が再燃すれば対象行為を行う可能性があることになってしまい、この要件も強制医療の適用範囲を適正化するためには機能しないことになる。

統合失調症やそううつ病等を持つ対象者の場合、疾病性、治療反応性、同様の行為を行う具体的、現実的可能性のいずれも容易に認められてしまう場合が多く、現状におけるこれらのファクターの判断枠組みは強制医療を限定する機能をほとんど有していないのではないかと思われる。医療観察法は強制医療を行う法律でありながら、結果として措置入院よりも医療保護入院よりも広汎で曖昧な要件のもとで医療強制を合法化しており、このような運用やそれを前提にする法律は強制医療の正当性の限界を定める国際原則に抵触するものと思われる。

3. 5 精神医療人権センターの意見

3. 5. 1 医療観察法から生まれる偏見

NPO大阪精神医療人権センターの山本・上坂は、精神障害に対する差別や偏見を助長すると問題を提起した¹⁰。大阪精神医療人権センターは、数多くの精神障害者と関わる中で、精神医療の課題を以下のように主張してきた。精神疾患についての教育やふれあう機会の不十分さ、精神科病院や精神科診療所で提供されている医療がどのようなものか知られていないこと、地域で暮らしている精神障害者と交流し、その言葉に耳を傾けることの少なさ。精神障害者が地域で暮らすために社会で使える資源（窓口、情報、人、場、施策、予算）の少なさ、警察や拘置所や刑務所での医療が保障されていないこと。そして、精神医療現場での人手（医師、看護師、心理職、ソーシャルワーカーなど）の圧倒的な少なさ等、今まで主張してきた課題は評価に値するような充分な予算も含めた施策には至っていない。しかし、医療観察法にのみ、年間150億円という膨大な予算がついている。このアンバランスさが、法律自体が精神障害者に対する差別偏見を助長したことを物語っている。

医療観察法による指定入院医療機関の開設については各地で住民の反対運動が起こったようである。その反対運動を解消するために、監視カメラ、高い塀などを設置し、厳重な体制を住民に見せることで、住民感情を納得させようとしたという。このような、高い塀は鉄格子と同じで、入院患者に圧迫感と屈辱感を与え、隔離と収容を象徴して偏見を助長するものだといえる。

また、法律を運用していく中でも、指定入院医療機関を退院後の精神保健観察は、「何かを起こしてはいけない」という管理の目で見られていることになるといえるだろう。例えば通うことになった作業所の職員等に「観察法の患者」という見方をされることになり、利用を敬遠される場合もあるかもしれない。このように、退院して地域に戻ってからも、「観察法の患者」というレッテル張りをされ続ける可能性は多分にある。

¹⁰ 「医療観察法への意見」山本深雪・上坂紗絵子 医療観察法.NET
http://www.kansatuhou.net/02_mondai/10_osakajinken.html (2010.4.12)

指定入院医療機関の処遇改善請求の苦情窓口は法律で以下のように定められている。「入院患者、保護者は、(地方厚生局長を経由して)厚生労働大臣に対し、指定入院医療機関の管理者に処遇改善の命令をすることを求めることができる。この請求の内容は社会保障審議会が審査し、厚生労働大臣に通知する。」とある。しかし、強制入院の指定入院医療機関内において、病院にも知られてしまうことで絶対に不利益を被らないとは言い切れるのであろうか。処遇改善の請求がしにくいのではないだろうか。

指定入院医療機関には上記に述べたように一応は処遇改善請求の窓口は定められているが、鑑定入院機関についてはそのような規定は一切ない。指定通院医療機関も、入院機関と同様に、対象者自らが選択することはできない。医療を選べない立場におかれた対象者には、苦情の申し立てや処遇改善を請求するための窓口が保障されるべきである。

4. 観察法の問題点と犯罪を犯した精神障害者の処遇のあり方

4. 1 医療観察法の問題点

4. 1. 1 当事者の権利の侵害

前章で述べたように、精神障害当事者は多くの権利の侵害を受けている。急性期には鑑定入院のために適切な医療が提供されない、強制入院医療や隔離収容による身体の自由の制限、これは生存権の侵害といえるであろう。地域処遇の際には、対象者の個人情報や支援機関やインフォーマルな支援者で共有するために、当事者の個人情報の自己コントロール権が奪われている。また、精神保健観察により、いつも誰かの監視下におかれていることになり、自由が制限されるだろう。また、法の対象者ではない精神障害当事者も、権利の侵害を受けている。例えば、今まで一般精神医療に与えられていた予算が、医療観察法のために予算が減り、適切な医療や福祉的な支援を受けられなくなっているという現実がある。以上のように、医療観察法がもたらす権利侵害は多く、精神障害当事者の生存権を脅かすものである。

医療観察法のもたらす権利侵害は全て「精神障害」を理由にしている。精神障害を持っているというだけで、不当な拘禁を受け、自由の制限を受けるのである。これは、国として精神障害者を差別しているといえるであろう。「再犯の予測」問題から、不当な拘禁を受けたとしても高度な医療をうけられるからよしとする意見があるかもしれないが、全くの間違いである。精神障害の有無に関わらず、医療を受ける権利は守られるべきであり、且つ自由の制限を受けるいわれはない。

障害者権利条約の観点から見ても、強制医療は拷問であり、障害者の人権の侵害にあたる。精神障害を持つ犯罪を犯した人のみに特化した特別な法律というコンセプトがそもそもの間違いであり、いくら法の適正な運用が進められようとも、医療観察法は廃案にされるべきである。

4. 1. 2 差別意識の助長

医療観察法は、精神障害者に対する差別や偏見を助長する法律である。犯罪を犯した精神障害者の処遇を決定する際に、世論を考慮することもあるかもしれないが、そもそも「世論」は精神障害や精神障害者について正しい知識を持っているとはかぎらない。私たちは精神疾患についての教育を受ける機会や、精神障害者と触れ合う機会はあまりない。精神科病院で提供されている医療等は一切知らずに育ち、生活している。第一には、このような精神障害者に対する無理解という問題がある。その上、理解できない事件が起きた際に行われる精神鑑定、精神障害者が事件を起こした際に起きる加熱した報道等、無理解の上に大きな偏見が重ねられていることが第二の問題である。

精神障害者に対する差別意識がある状態で、医療観察法はその差別や偏見を助長する。精神障害者だけに特化した法律であることがなにより、「精神障害者は犯罪を犯す危険な存在である」と示しているかのように思える。

そもそも精神障害者は犯罪を犯しやすい危険な存在なのか、ということそれは全くの間違いである。岩波（2009）によると、平成18年の犯罪白書では、精神障害とその疑いのある者の検挙人員総数に占める割合は0.7%である。平成19年の障害者白書によると精神障害者の人口における割合は2.4%であることから、精神障害者が加害者となる比率は健常者よりも低いといえる。

殺人や放火などの重大な犯罪に関して言えば、殺人は9.6%、放火は15.2%である。精神障害者の人口比が2.4%であることから、殺人や放火などの一部の重大な犯罪の加害者として精神障害者は高率であるといえる。

しかしその再犯率は本当に高いのだろうか。殺人及び放火を犯した精神障害者について、初犯後11年間における再犯の実態を調査した報告によると、その再犯率はおのおの6.8%と9.4%であった¹¹。これと比較すべき一般犯罪者の同じ期間における再犯率はおのおの28.0%と34.6%と、精神障害者の4倍に近い再犯率を示していた。

医療観察法は、再び対象行為を行うおそれを要件に強制医療を行うのだが、法の対象行為に関しては、精神障害者の再犯率は一般犯罪者と比べ低く、法の目的が矛盾していることがわかる。しかし世間一般の人々はこうしたデータを自ら知ろうとすることはないだろう。データを知ろうとするよりも前に医療観察法のコンセプトが印象に残ってしまい、精神障害者は危険な存在であると誤解をしてしまう人はいるだろう。医療観察法は、世間一般の人々が精神障害者に対し、正確な理解をすることを妨げるのである。一般の人々に精神障害について正しく理解をしてもらうためにも、医療観察法は廃止されるべきであると考えられる。

4. 2 犯罪を犯した精神障害者の処遇のあるべき姿とは

では、精神障害を持つ人が犯罪を犯した場合に、どのような処遇が適切なのであろうか。私は、二つの権利を保証することが必要であると考え。その二つの権利とは、医療を受

¹¹精神障害者の再犯率は高いのか？ 医療観察法.NET
http://www.kansatuhou.net/01_nyumon/02_Q&A1_5.html (2010.10.26)

ける権利と裁判を受ける権利である。

第一に医療を受ける権利については、急性期に提供される医療が重要であるとする。特に重い精神病患者の場合、病状の苦しみに触法行為を行ってしまった場合には、その苦しみが重いうちに治療を進めたほうが、状態が改善しやすいという。医療観察法のように、初期治療よりも鑑定が優先されるという事態は当事者の生存権を脅かす。精神科救急の充実が求められるだろう。また、医療を受ける権利に付随して、医療を選択する権利も重要である。医師と患者間の良い信頼関係の構築は、病状にも良い影響を与えるに違いない。精神障害当事者から見て適切な医療を受けられる環境づくりが必要である。

第二に裁判を受ける権利については、日本国憲法第32条では、「何人も、裁判所において裁判を受ける権利を奪われない。」と裁判を受ける権利が明記されている。これは精神障害の有無に関わらず日本国民全員が持つ基本的人権である。医療観察法においては、精神障害者を特別視し、対象者は適切な裁判を受けることなく、事実について争う権利もなく、医療観察法下におかれ強制医療をうけることとなる。精神障害者のみを特別視することなく、裁判を受け、起訴事実について争う権利を保障すべきである。

医療を受け、状態が落ち着き、裁判を受ける能力があるときに裁判を受けるべきであるとする。個々の病状により違いは出てくるかもしれないが、第一には生存権を保障するために、医療が優先されるべきである。

おわりに

医療観察法の問題点を指摘し、犯罪を犯した精神障害者の望ましい処遇を明らかにすることを目的に、1章では医療観察法の仕組みについて、2章では医療観察法の賛成意見について、3章では反対意見についてまとめた。医療観察法についての知識や、先行研究を踏まえ、4章では医療観察法の問題点として、精神障害当事者の権利の侵害と差別意識の助長の2点をあげた。そして、犯罪を犯した精神障害者の望ましい処遇のあり方として、医療を受ける権利と裁判を受ける権利の保障をあげた。当初の目的である犯罪を犯した精神障害者の望ましい処遇のあり方について結論をだすことはできたが、医療を受ける権利と裁判を受ける権利をどのように保障していくかは、残された課題である。

参考・引用文献

- 岩波明,2009,「精神障害者をどう裁くか」光文社新書
吉岡隆一、2006、「リスク評価パラダイムへの転換—司法精神医学と一般精神医学の包摂—」.
長野英子,2006,「今改めて版保安処分をそして強制入院精度の撤廃を」.
小高晃,2006.『「医療観察法」の現状と課題』.
池原毅和,2006.『曖昧さに満ちた日本の「医療観察法」』.
岡崎伸郎・高木俊介編,2006.『動き出した「医療観察法」を検証する』批評社
滝沢武久,2003.「精神障害者の事件と犯罪」中央法規
中島直,2008,「犯罪と司法精神医学」批評社
町野朔,2004,「精神医療と心神喪失者等医療観察法」有斐閣
厚生労働省ホームページ <http://www.mhlw.go.jp>(2010.10.26)
法務省ホームページ <http://www.moj.go.jp>(2010.10.26)
医療観察法.NET <http://www.kansatuhou.net>(2010.10.26)

図表

図1-1

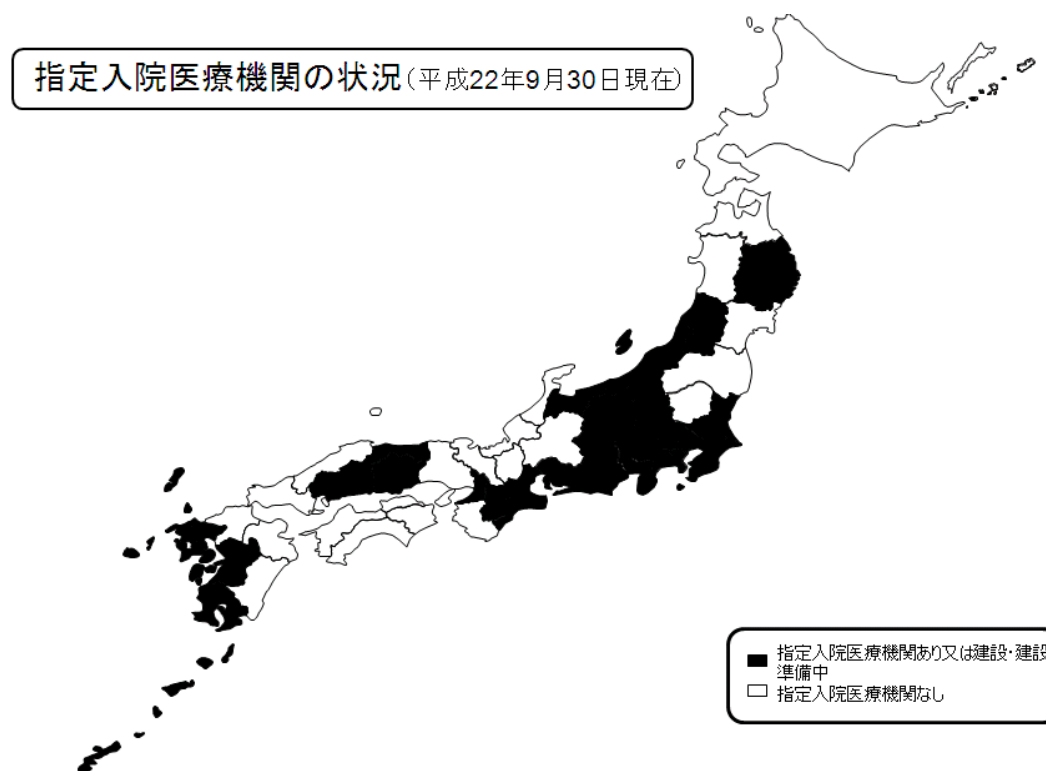


表 1 - 1

1. 国関係

(1) 国立病院機構花巻病院(岩手県)	33 床
(2) 国立病院機構下総精神医療センター(千葉県)	33 床
(3) 国立精神・神経医療研究センター病院(東京都)	66 床
(4) 国立病院機構久里浜アルコール症センター(神奈川県)	50 床
(5) 国立病院機構さいがた病院(新潟県)	33 床
(6) 国立病院機構北陸病院(富山県)	33 床
(7) 国立病院機構小諸高原病院(長野県)	17 床
(8) 国立病院機構東尾張病院(愛知県)	33 床
(9) 国立病院機構榊原病院(三重県)	17 床
(10) 国立病院機構松籟荘病院(奈良県)	33 床
(11) 国立病院機構鳥取医療センター(鳥取県)	8 床
(12) 国立病院機構賀茂精神医療センター(広島県)	33 床
(13) 国立病院機構肥前精神医療センター(佐賀県)	33 床
(14) 国立病院機構菊池病院(熊本県)	23 床
(15) 国立病院機構琉球病院(沖縄県)	33 床

2. 都道府県関係

(1) 群馬県立精神医療センター	6 床
(2) 東京都立松沢病院	33 床
(3) 神奈川県立精神医療センター芹香病院	2 床(将来 33 床で運営予定)
(4) 山梨県立北病院	5 床
(5) 長野県立駒ヶ根病院	1 床(将来 6 床で運営予定)
(6) 静岡県立こころの医療センター	2 床(将来 12 床で運営予定)
(7) 大阪府立精神医療センター	5 床(将来 33 床で運営予定)
(8) 岡山県精神科医療センター	33 床
(9) 長崎県病院企業団長崎県精神医療センター	17 床
(10) 鹿児島県立始良病院	17 床
(11) 山形県立鶴岡病院	17 床建設準備中
(12) 茨城県立友部病院	17 床建設準備中
(13) 埼玉県立精神医療センター	33 床建設準備中

表 1 - 2

指定通院医療機関の整備状況

都道府 県名	平成 22 年 6 月 30 日現在指定 数				
	病 院	診 療 所	薬 局	政令 1 条 (訪問看 護)	計 16
北海道	27	4	11	1	43
青森県	7	1	141	1	150
岩手県	5	0	4	0	9
宮城県	8	2	5	4	19
秋田県	3	0	334	1	338
山形県	8	2	7	2	19
福島県	8	1	171	2	182
茨城県	10	0	376	0	386
栃木県	5	0	1	0	6
群馬県	2	0	147	0	149
埼玉県	8	0	100	1	109
千葉県	10	0	76	2	88
東京都	11	2	12	1	26
神奈川 県	9	1	1	2	13
新潟県	10	0	442	1	453
山梨県	3	0	2	0	5
長野県	11	1	45	3	60
富山県	3	0	10	3	16
石川県	4	0	6	1	11
岐阜県	7	1	40	0	48

都道府 県名	平成 22 年 6 月 30 日現在指定数				
	病 院	診 療 所	薬 局	政令 1 条 (訪看 護)	計
滋賀県	8	1	3	0	12
京都府	3	0	33	2	38
大阪府	24	0	16	16	56
兵庫県	16	1	5	4	26
奈良県	4	0	6	1	11
和歌山 県	4	1	5	0	10
鳥取県	4	0	121	0	125
島根県	3	1	8	1	13
岡山県	4	0	3	0	7
広島県	4	1	5	2	12
山口県	6	0	14	0	20
徳島県	5	1	0	0	6
香川県	3	0	6	0	9

静岡県	12	0	8	0	20
愛知県	10	2	3	1	16
三重県	6	0	0	1	7
福井県	4	0	49	0	53

愛媛県	8	0	4	2	14
高知県	6	0	88	2	96
福岡県	14	1	3	4	22
佐賀県	7	0	5	0	12
長崎県	4	0	7	1	12
熊本県	3	0	0	1	4
大分県	3	0	3	0	6
宮崎県	3	0	0	0	3
鹿児島 県	9	0	0	1	10
沖縄県	6	0	5	1	12
合計	342	24	2,331	65	2,762