

医療観察法は廃止されるしかない！ —批判的関与の現状と課題—

医療法人社団新新会 多摩あおば病院

精神科医 中 島 直

2016年7月24日 医療観察法廃止！7・24全国集会

も く じ

はじめに	(3)
Ⅰ 対象者の設定の仕方の問題	(7)
Ⅱ 治療内容とその評価の問題	(10)
Ⅲ 司法との対話が成り立っていない	(17)
Ⅳ 医療観察制度の性格	(21)
Ⅴ 批判的関与の課題	(23)
関係資料	(30)

はじめに

本日の発表

- I 対象者の設定の仕方の問題
- II 治療内容とその評価の問題
- III 司法との対話が成り立っていない
- IV 医療観察制度の性格
- V 批判的関与の課題

論者は、鑑定(24例)・審判(例数不明)・通院医療(8例)の経験あり、指定入院医療機関の倫理会議委員。

医療観察法は廃止されるしかない 2

皆さんこんにちは中島です。

私自身は精神科の医者を二十何年していて、東京都東村山市の多摩あおば病院という病院に勤めています。今お話のありました強制入院もやっております。外来もやります、私自身の経歴としては、県立病院や刑務所の医者もしたことがあって、問題行動の大きい人や重症の人を中心に診てきたと思う。

本日の発表はいろいろな学会とかで発表してきて、例えば「日本司法精神医学会」というのがあって、これは実は医療観察法を作ったり運営したりする人のための学会。そういう人達为中心の学会。私も属している。そこでもいろんな発表をしている。そこでは正直私以外は全員、医療観察法がいいものだと言っている。この学会なので、これは必要ないよと言っている。「病院・地域精神医学会」というのもあり、そこで、私は理事をしているが、医療観察法反対

の声明を出している。どちらかというとあまり関心のない人が多い学会。今日ここは関心のあり反対の人が多いところだと思うのでそれに合わせた話をする。

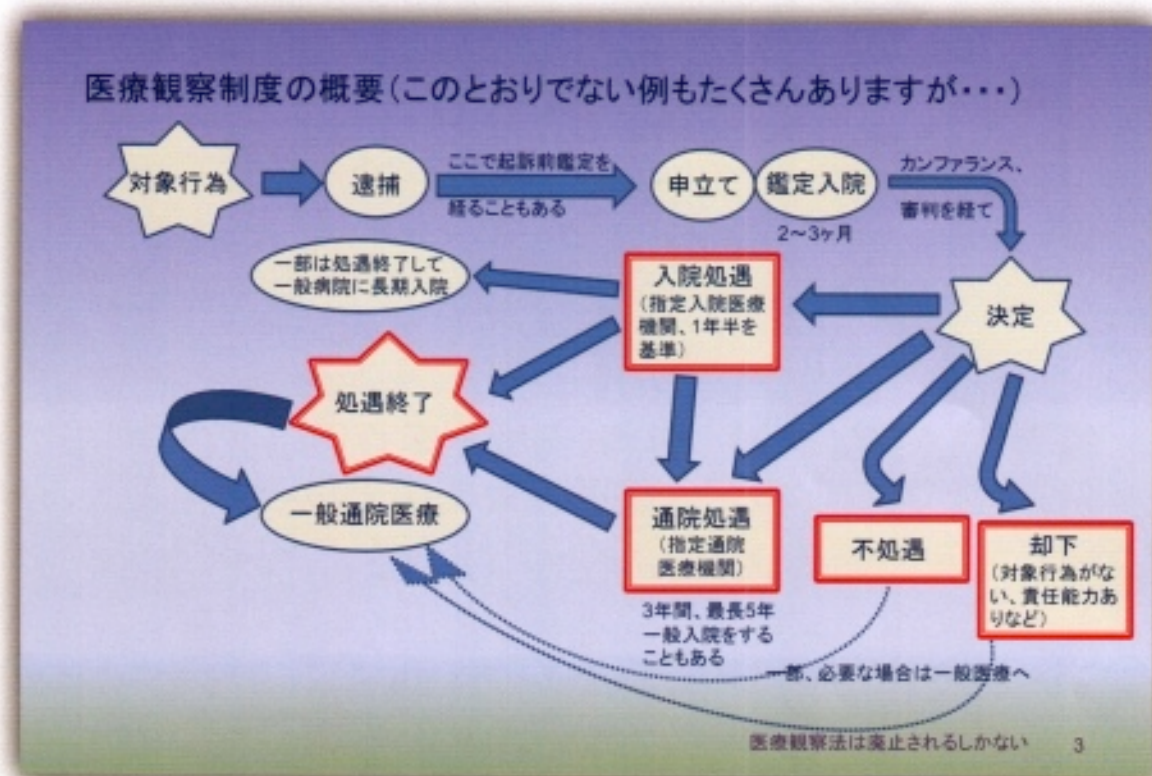
ご紹介のあった、内田先生の講演録もあったが、内田先生は法律的な立場からお話をしたと思うが、私は医療的な立場で、しかも結構この法律にかかわっている、しかし私は指定入院医療機関という、この法律の一番の中核であり問題点もあり、お金がかかっているその医者はしたことがありません。ただしその倫理会議というところで委員をしていますし、指定入院医療機関の医者をだいたい良く知っていますので、中身を間接的ではあるがいろいろ聞ける立場にある。

私自身は、鑑定とかもやっていて、最初はこの法律、全然関わるつもりはなかった。弁護士などから相談を受けているうちに、だいたいこれ

はひどいと思うようになって、これは関わるようにならないといけないと思いました。

医療観察法の鑑定は24件。他の刑事事件の鑑定もやっているが。審判という裁判所で上に立つ立場もやったことがあります（件数の勘定は難しいが）ます。

通院医療は8例の方に通院医療を行った。あるいは今行っています。（医療観察法の通院処遇）あとは、指定入院医療機関、国立精神・神経医療研究センター病院（昔の武蔵病院）の倫理会議の委員をしている。



医療観察制度の概要というのを書きました。正確に描くとごちゃごちゃしている。ごく簡略にしましたが資料の一番左の対象行為というのは、重大な他害行為と言われていて、殺人、強盗、放火とか、強姦、強制わいせつ、傷害といったようなものが対象行為。未遂も含まれている、傷害以外は未遂も含まれている。この対象行為があったとされ、対象行為が実際にあったかどうか難しいところもあるのですが。対象行為がありました。それで逮捕されるわけですね。逮捕されるとここに起訴前の精神鑑定などが入ることがあります。ここに、私がやることがあるのですが、簡易鑑定と言って1日でやってしまうこともあるし、あと鑑定前の本鑑定と言って2か月3か月というような単位で病院に入院

してあるいは色々検査をしてという鑑定もあります。そういうのがあってそのあと申し立てを検察官が行う。検察官が申し立てを行うときには、この人は心神喪失である。ないしは心神耗弱である。つまり精神の障害によって善悪の判断をする、あるいは善悪の判断に基づく自分の行動を制御する能力がないとか、あるいはそういう能力が著しく減弱しているとかということを確認して申し立てる。この申し立てをすると鑑定入院ということになります。この鑑定入院というのは私も随分やっていて鑑定入院というのは原則2か月で、最近ほとんど延長されることが多いので。2か月か3か月の間というのが多いです。この鑑定入院をすると本人が入ってきて、鑑定入院の間は鑑定では、本人の行動は

たいへん不自由ですので。入院していただいて、閉鎖病棟に入院して頂いて、それで鑑定をするということになる。鑑定入院の資料というのは割と厚さ数センチぐらい場合によってファイル4, 5個なんて言うこともありました。そういうのを渡されてそれを見るというのとご本人の診察をしたり、ご本人のいろんな検査をしたりして鑑定をしていきます。

その鑑定の間に最近はいわゆるカンファランスといって、1回から2回裁判所に呼ばれて私と裁判官それから審判員というまた別の精神科のお医者さんですがこれが決定を書くわけですが、精神保健委員多くはケースワーカー、PSWの方。あとそれから付添人という弁護士の方、検察官、あと社会復帰調整官という保護観察所の人、これもまあケースワーカーの人が多いのですけれどPSW。そういう人達が加わってカンファランスというのをを行います。大体このカンファランスでこの人大体この人今、鑑定どんなふうでしょうか、この人どんなふうにしていきたいと思いますか、みたいな話をしていくのはご存知ですね。このカンファランスっていうのが基本的にご本人は入りません。で審判というのがあって、これはご本人が裁判所に呼び出されて、ご本人がいろいろ質問を受けます。

私は鑑定をやるのが一番多いので鑑定人として審判に呼ばれることもありますし、一番多い。鑑定人は審判は来なくていいですよっていわれていたこともあります。そこを経て、そこで、2か月か3か月の間に決定というのがあります。

決定というのがおよそ4種類あります。一番多いのは入院処遇です。後で取り上げます。

却下っていうのがあって実は心神耗弱とか心神喪失とかいうのではなかったという風に言われて却下になるということもありますし、対象行為がないということでこれが却下になったということもあります。対象行為がないというのはご本人がやったのではないとかあるいはご本人がやったとされることが対象行為に

当たらないということが。

あとそれから不処遇というのがあります。これは、普通の医療は必要かもしれないけれどこの法律による特別な医療をする必要はない。それから通院処遇っていうのもあります。決定をしてそのまま通院でいいですよ。通院というのは、強制的な通院制度なのでご本人が指定通院医療機関。病院もありますし、数少ないですが診療所。そういうところに行くことになる。一番多いのは入院処遇。今お話にあった全国で800床ぐらいの指定入院医療機関がありまして、そこに強制的な入院医療を含めこれはガイドラインというのがあってそこはガイドラインの原則は、期間としては1年半の入院処遇。それより短い人は少なくて圧倒的に1年半より長い人が多い。ずうっと何年も何年も入院されている人、結構おられる人もいます。

この入院処遇の後どういう風になっていくかというと、まあ一つは良くなりましたっていう通院処遇。下の矢印ですね。さっき言った決定から通院処遇に交わるのですけれど。

原則3年ということが通院処遇。

入院処遇から通院処遇にならない人もいます。処遇終了になる人もいます。通院の必要ない。ということでそうゆう風になる人もいます。それはいろんな例があるのですが、通院処遇。ということになると指定通院医療機関という特別なところに通院しないといけないのでご本人の住むところの近くにそれが無いからという理由で処遇終了になる人もいますし、特別な治療は必要ないということで処遇終了になる人もいますし、あるいはむしろこういう特別な医療よりも普通の医療の方がいいということで処遇終了になる人もいます。

入院処遇から治療可能性がないということで、一般の病院に転院になる、一般の病院でものすごく長く入院をしている方もおられる。処遇終了ということでこの法律の適用がおしまいになる人の一部にこういう人がいます。

先ほど通院処遇と言いましたがこの通院処遇

とは、医療観察法の上で通院だけで、実際には一般の精神科の病院に入院しておられるかたもある。

私の病院にも通院処遇中の方もおられる。

処遇終了ということになりますとたいていの方はまだ医療が必要なので、一般の通院医療を受けることになる。

決定から不処遇になったり却下になったりした方でも一部の人は医療が必要なので一般の通

院医療に行くことになる。

大体大雑把にこんな流れになりますね。

これでも相当簡略化しているが、それでもわかりにくいですね。

今日は私は医療的立場から検討をします。たとえばこの法律。法律的にどうなのだという話とか、後この法律は差別であるとか話、今日はしません。普段することはありますけれど。今日はしません。

I 対象者の設定の仕方の問題

I 対象者の設定の仕方の問題

医療観察法は何が目的か？誰を対象とするのか？

現在の対象者は重大他害行為を行い心神喪失・耗弱者で治療可能性のある人

重症者・治療困難者と、概念としても実態としても一致しない

重症者への「いい医療」の提供が目的であれば、触法精神障害者に限定すること、および司法関与が説明されない。

医療観察法は廃止されるしかない 4

対象者の設定の仕方の問題ということ。医療観察法は何を目的にしているのだ。実は非常に難しいところだ。これはどうしてこういうことが問題になるかという医療観察法は誰を対象にするかよくわからないですね。難しいところです。現在は対象者とするところに重大な犯罪他害行為を行った人で心神喪失。治療可能性がある。これはどうしてこういうところが問題になるかという医療観察法ができる時にというような人たちとそういう人は手がかかる保安処分という危険な人は閉じ込めちゃおう。そういう人たちは手がかかるだから、予算措置を付けて欲しいそんな思惑な人たちが寄り集まってそれでこういう法律を作ったというところがあって、いろんな意味で妥協的産物。妥協していく過程の中で、何が目的なのかわからないというのがこの法律の特徴。誰を対象にするかよくわからない。現在、対象者は重大な他害行為を

行った人で心神喪失か耗弱っていう、あと治療可能性があることがある。

この法律では指定入院医療機関というのは、破格の人手がついている。数倍の、普通の医療の数倍の人手がついている。ということになる。人手が確かに必要だという方はおられます。なるべく手をかけた方がいいという方もられる。そういう方は、重症な方あるいは治療困難ということになるが、医療観察法が対象にしている重大な他害行為を行った心神喪失・耗弱の人で治療可能性のある人っていうのは重症な人と一致しない。私も武蔵病院、国立精神・神経医療研究センター病院に随分行きましたけれど、例えばうちの病院に入院している患者さんたちと比べるとどっちが重症だといわれると、うちの方が重症だなといつも思う。でうちの病院は普通の病院ですので、数倍の人手をかけたらつぶれちゃう。

普通の病院。重症者によりいい医療っていうのがもしこの法律の原点、目的なのであれば今申し上げたように触法の方重大な他害行為を行ったという人に限定するのならば、あるいは裁判官がいろいろな形で関与してくるわけだが、それはなぜかは説明されていません。人の関与例えば、先ほど申し上げた決定のところという

のは裁判官が関与するわけです。裁判官と精神科医と二人で決定をする。さきほどもうしあげた裁判官が医療行為に関与してくる。あと退院も病院が退院だと云ったら退院になるわけじゃなくて、退院の申し立てをしてそれで裁判所が退院してもいいですよと言って初めて退院。裁判所が医療行為に関与してくるわけですね。

非社会性パーソナリティ障害の人は入らない など、保安上・再他害行為リスク高い人とも一 致しない

**そもそも「触法精神障害者」と言うのが適切か
どうかと思われる人まで入っている**

**数の上でも、触法精神障害者のごく一部しか
見ていない**

**医療観察法は、精神科医療は保安目的にの
み予算がつくという前例を強化した。**

医療観察法は廃止されるしかない 5

非社会性のパーソナリティのというところに入るが治安の問題というのが問題になった。この法律というのは当時の小泉総理大臣というのが、池田小事件というのがあって非常に社会的に騒がれたことがあったが。そういうことがあってですね、治安のことちゃんと考えなくちゃいけないということでこの法律ができたという経緯があったのだけど、実際にはこの法律が対象にしている人たちっていうのはあんまり治安上の問題の人じゃない。池田小の事件の犯人にされた人がどういような診断であったのか今ここでは議論にしないけれども、治安上の問題となる診断の代表は非社会性パーソナリティ障害です。これが医学的概念かどうか議論はあ

るのだけど一応診断名としては存在しています。これはいろんなことがあると他人のせいにしてしまうような傾向が非常に強くって、犯罪行為を繰り返したり、昔から動物虐待をしていたり、いろんな虐待をしていたような人が、非社会性パーソナリティ障害といわれるような人が、こういう人が犯罪を、触法行為を繰り返すことが多いといわれているが、実はこういう風な人はほとんど入らないわけですね。医療観察法には。

医療観察法の。そもそも触法精神障害者といわれるのが適切かどうかといわれる人まで入っている、ご本人がやった行為がたまたま法に合致してしまった場合がある。私が鑑定をやった

例でもなんて言ったらもう大混乱状態でやった行為がたまたま強姦未遂にされてしまった。ほんとにそういう行為があったわけでは全然ないのだが混乱状態でまったく意味不明な行動をしている中でそういうふうにされたというのがあります。

数の上でも触法精神障害者という人はごく一部しか見ていない。年間せいぜい数百人です。で、例えば刑務所に入る人であるとか、あるいは措置入院とかいろんな形で精神科の病院に入ってこられる方がいるわけだが、そういう人に比べてもごく一部しか見ていない。精神科の医療というのは日本では、医療というのはもとも

と低予算でしかやっていない国なわけですが、精神科の医療というと本当に低予算というところで行っているところがあって我々なんかも、僕ら何とかしてくれということをずうっとしている。いろんな方面にお話をしているがそれがちゃんと実現しないということがあって。ただ医療観察法。というのは精神科保安目的には予算がボンと付きやすいついていうところがある。医療観察法も特にその典型、小泉総理大臣の鶴の一声か何かわからないけれど、ものすごく破格の予算が付いた。医療観察法は精神科医療の保安目的の医療だけ、これまでこういう傾向があったわけだが決定的に裏付けたといってよい。

Ⅱ 治療内容とその評価の問題

Ⅱ 治療内容とその評価の問題

効果が上がっている？

- ・法務省・厚生労働省の「国会報告」(2010)は数を挙げただけ。「検討結果」(2012)は、挙げられた問題点は全て矮小化し、他の問題点は検討せずに「有効に機能している」としているのみ。
- ・その他の研究も、効果判定の指標を明確にしているものはほとんどなく、あっても対照が不適切。長期拘禁による弊害については考慮していない。般化の評価もない。

医療観察法は廃止されるしかない 6

2番の治療内容とその評価の問題というところですね。

これを推進していく人たちは、この治療この制度によって治療効果が上がっているとおっしゃります。でも私は全然そうは思いません。どうしてそう思わないかというの一ついくつか出されている法務省厚労省の国会報告というのが2010年ありました。5年後の報告ってやつなのですが見ていただけるとわかるのですがものすごく読みにくい文章なのですが、緻密によく見ていただくとわかるのですが、数を挙げただけだと思います。何の効果もあらわしているものではない。検討結果というのものもあるが法務省厚労省が出したものの。2012年に出した文章なのだがいくつか問題点が挙げられていると書いてあるわけだが問題点それを問題がない問題がないって書いていて最後に有効に機能していると、何の根拠もなく書いてある。

いろんな研究がある。特に指定入院医療機関の方々を中心とした研究があります。でこんな風に効果が上がっている、効果が上がっていると研究がある。先ほどお話しした司法精神医学会でもそういう研究を発表する場になっているが効果判定が、指標を明確にする数字がない。ある程度治療をするとだんだん良くなってくるというのもありますので、この制度によってよくなりましたというのがあっても仮のこの制度ではないこっちでもよくなりました。こっちの方がむしろ早かったですというのがあれば、こっちは治療成果が上がっていますそれだけでは何も言えないわけですね。コントロールといいますけど、医療観察制度で、こういう風によくなっています。ほかの同じような方々同じようによくなっています。みたいな。それを比較するみたいなことをやらなければいけないのだが、そういうものが全然出ていない。よくなってい

るというのが長期拘禁による弊害というようなものが考慮されていない、出ていない。長く閉じ込められているといろんな弊害が起きる。体力がなくなってくる。あといろんな社会性がなくなってきたっていることのそういうことにしていかなければならない。般化って、いろんなところで出てくる言葉なのですけれども例えばその患者さんがよくなって来て、私とのコミュニケーションがよくとれるようになってきました。ということが例えばあるわけですね。だけどそれだけではしょうがないわけですね私とばかりでなくほかの人とコミュニケーションが取れなくちゃしょうがない。ほかの方々ともコミュニケーションが取れなくてはならない場面でも、自分の能力が発揮できるようなことにしていかなければいけない、それが、外へ出たりして。そういうのを般化というわけですね。そういうことが全然立証されていない多くは入院医療機関の中でよくなりました。出した後どうよくなった一部外に出たあとのことを書いてあるものもありますけれど、つぶさにみていくと、きちんと効果判定をしていないものが多い。

ごく最近ですけれども、精神科の医者がよく読む雑誌で精神医学というのがあるがこの7月

号で長期医療観察法の入院を経て退院になった方々の治療効果に関する論文が載っていますけれど。これはかなりの数を検討しているのでそれはそれで意味があるのですけれども、正直言ってまだ不十分ですね。つぶさに見ていないのですがざっと見た範囲で問題がありました。効果判定に関してはよくなっているという指標がまだはっきりしていません。亡くなっている方が多いのですね。ほかの医療に比べれば少ないということで上げているのですが、ほかの医療というとはどんなものかということちゃんと出ていない。

それからあと退院した後の問題行動の数は少ないという風にあげられていたのですが、これはたぶん問題行動は相当過小評価されていますね。

例えば、少なくとも問題行動の例をパーッとあげられていたのですが私のみた患者さんの問題行動がいくつかあるのですが、私の認識している問題行動は一つも入っていない少なくとも数例に関してはちゃんとカウントされていない。というようなことがこの精神医学の論文でもありました。

・通院処遇中の精神保健福祉法入院、自殺例、再他害例の存在。

・長期入院例、治療可能性なしとされて一般医療に転院となる例。

・被害者である家族のもとへ戻った例の多さ。

・施設間格差。倫理会議開催頻度も守られていない。均てん化の試みが必要とも。

⇒効果が上がっていると言えますか？

医療観察法は廃止されるしかない 7

通院している途中、今申し上げたように指定入院医療機関を出たらその後通院処遇になる方が圧倒的に多いわけなのですけれど。そのときに精神保健福祉法入院になるという普通の一般的な入院ですね。ここで入院が悪いかどうか単純にはいえないのだが、指定入院医療機関の入院があまり有効に機能していないことの反映の可能性はある。

それから自殺をする方も数多いです。これはまあ自殺っていうのは一般人口の中にも起こりますし精神障害の方の自殺が多いこと、これははっきりしていますし、自殺があるってことだけでこれはよくないと簡単に言えるわけではないのですけれど、でもやっぱりちょっと多いかなという感じは印象としてはあります。こういう問題が過小評価されているという風に私は考える。

でこの入院処遇の中で、ずうっと退院できていない方がいっぱいいる。長期入院もう何年も何年も入院している人もある。治療可能性がなく一般医療で転院をしている人も何人もいます。もちろん私の病院でもこういう方もみえていま

す。

で、退院といっても、ご家族の下へ戻る方結構いる。また同居である。まあご家族の方と同居が特別に悪いとは言わないですが。もともとこの医療観察法にかかわることとなった他害行為というのはご家族を被害者にしたものが圧倒的に多いのですね。ご家族を被害者にした方がご家族の下へ帰っていくというのは、いいのでしょうか。もちろんすべて悪いとは言いません。ただやはりこれはご家族の負担がものすごく大きいわけですね。ご家族の負担を軽減するっていうこともこの法律を作る時によく言われたのですけれど実際に戻るといことは負担が大きいということはよく言われています。

施設間格差というのもしられています。これはじつは厚生労働科学研究という指定入院医療機関をやっている人達を中心になって国からお金をもらって研究やいろいろ明らかになっているのだけど。いろんな指標があるのですが例えばちゃんと退院させているかどうかという資料がある今明らかになっているのは、施設の名称は伏せられているが、いくつかの施設で退院が

どうすすんでいるかというのをいわれて、ある施設は全然退院していません。退院曲線というのがあるのだが、日付で何日まででどれだけ退院したかというのを。みなさんに配られている資料の中にこの退院曲線が一部ありましたが、この退院曲線が平坦で全く退院していない病院がいくつかある。

それから倫理会議の開催・倫理会議というのは月に1回開かれないといけないことになっているのはっきり基準に出されているのだがこれが、ちゃんと出されていないと開催されていないというところがあり、私もしょっちゅう武蔵病院に行かなくてはならないので大変ですけどこの日急に人がいなくなったのでこられませんかというメールが来たりするのだが大変なのはわかるが。基準であることを守っていないとか、守らな

くちゃいけない。それを守っていないとか。

均てん化の試みが必要っていうのもよく言われている。均てん化の必要というのはちゃんと施設間で格差があるって状態をほっとはいちやいけない。みんな一律にしていかなければいけないよ。そういうことを確かに同じようなことをして、同じような条件で退院していかなくちゃいけない。こっちの施設じゃ医療受けられるけれどこっちの施設じゃ受けられないというようなことじゃ困りますよ。同じようにしていかなければならない。均てん化。そういうことが言われている。実際にはかどっているかというとなかなか難しいですね。

こんなことが色々問題として挙がっている中で効果が上がっているとはとても言いえないというのが私の考え。

論者の臨床的経験から

- ・指定入院医療機関の医師が鑑定書を読んでいない。
- ・クライシスプラン、モニタリングシート、入院処遇中の疾病教育は1例も役に立っていない。
- ・指定入院医療機関による誤診、不適切な薬物療法の尻ぬぐい。概ね増薬が必要。
- ・入院処遇中の社会復帰調整不足のフォロー(家族調整不履行、手帳の失効、不適切な診断書、運転免許失効等)。社会復帰調整官の活動のフォロー(負担増)。
- ・緊急入院。
- ・他の医療機関からの拒否。

医療観察法は廃止されるしかない 8

私の臨床的な経験からということでスライドですね。指定入院機関の医師が鑑定書を読んでいない。私が鑑定をして武蔵病院に入院になる方が結構いる。それで私が倫理会議に行くときにちょっと議論をすることがあるのだが。私の

鑑定書をこういうところを問題にして治療して解決していかなければいけないよということを書いているのだがそれが全然考えられてない。ということを私はしばしば経験をする。

退院になる時にクライシスプラン・モニタリ

ングシート、こういうことを言っていると何のことだ。いうことになるがご本人が具合が悪くなった時にこういうことをしていくよというようなことをご本人と相談して作っていくが、これ全然役に立たないですね。具合が悪くなっているときはそれどころじゃない。ということであるいは具合が悪くなりかけた時に起こることが想定していたことと全然違う。

入院の時に疾病教育というのがなされる。病気についてこういう風に理解をしてきましたよ。薬はちゃんと飲まなければいけないですよとか、あるいはこういうのは幻聴ですよみたいな。そんなのを疾病教育といって受けるのですけれど、退院してくると全然役に立っていないですね。何故役に立っていないかという、入院中は何度も何度も繰り返しやるものだからどういう風に答えればいいのか段々皆わかってきちゃうのですね。病気の内容が分かったのではなくて、答え方が分かってくる。ということでその場面の中ではお話できるけれど、それと違う。実際に地域に出て退院して地域に出てご自身の病気の悪化を体験するとその中で吹っ飛んじゃうそれが、地域と全然違うので、そういうことがなかなか定着しない。

指定入院医療機関による誤診もありました。これはご本人の了解を取って論文にしています。不適切な薬物療法のしりぬぐいというものもありました。きちんとした診断とかきちんとした治療、適切な薬物療法が行われていないというのがあってこれもその当時の主治医とディスカッションをして論文にしました。

多くの場合薬を増やす必要があることが多いですね。これどうしてかっていうと指定入院医療機関というのは閉鎖的、広いのですが、閉鎖的で職員の方も多いので、問題行動みたいのがちょっとあるとパッと対応できちゃうのですね。そういう風なことからも薬が少なくて済む。実際には地域に出てみるとそうはいかない。

我々が普通の医療をしていると、はじめは閉鎖的な処遇であってもそのうち外出とか外泊

をだんだんして行っていくのでその過程の中で薬はどのくらい効くのが分かっていく。たとえばこの指定入院医療機関というのは外出も外泊も非常に制限されているので、一人では外出できませんし外泊もちゃんと付き添っていく。寝泊まりするところは一人でいたりするが、基本的にはスタッフからがんじがらめになっている形なので、その中で薬はそんななくて済んでしまうということです。

社会復帰調整官、入院処遇中ですね社会復帰調整官の熱意や能力が不足していることも多数ありました。ご家族の調整が非常に不十分である家族が病気のことを全然理解していないということもありました。精神障害者手帳が失効しているなんてこともあった、何やっているのだろうなというような単純なミスです。診断書もちゃんとしたものが出されていない。車の運転免許がそのまま失効してしまい、ご本人がこれから仕事をしていこうというときに非常に大きな支障があるということもあります。社会復帰調整官というのがついていても、さっき申し上げたように多くの場合はPSW精神科のソーシャルワーカーなのですけれどもその方々の能力が不足していたりあるいは熱意が足りなかったり。そしてその活動をフォローしなければならないこともあった。

ご本人が結構大変な人だと社会復帰調整官が精神的に参ってきてしまい、それもサポートしていくということもあった。社会復帰調整官がついているからいいじゃないかという議論があるのですが、私は、能力のある社会復帰調整官がついているのならいいけどあんまり能力のない社会復帰調整官ならいい方いいと思う。

あと緊急入院になることも多い。通院処遇中の方が急に具合が悪くなって。これは通院処遇中の方でなくてもあることなので、即座に負担増というわけではないが、通院処遇中の方は指定通院医療機関がある程度責任を持たざるを得ないというところがあるものですからやはりほかの人より重みをもって入院をお受けしなけれ

ばいけないということはある。

あとこの指定通院医療機関に通院処遇中の人とかあるいは通院処遇が終わっても、本人の近くの医療機関に通い続けますという拒否され

ることが圧倒的に多い。何軒も拒否されちゃっていてもそれでも止むを得ず遠くの私の病院に通院している人がいっぱいいます。

次のスライドを見ていきますね。

入院の治療効果は、結局出してみないとわからない

⇒困難事例には、細かな処遇緩和、真に自由な外出と外泊、問題行動が起こったときの臨床的対応、退院直後の揺らぎも入院中から診ていたスタッフが対応し、場合によっては再入院などの柔軟な対応こそが重要。

しかし、

池田小事件、精神障害者差別、社会防衛の要請に乗っての強行採決

対象・目的の不明確さ

⇒重閉鎖処遇および施設偏重の桎梏および小間切れ処遇から抜け出せない。

医療観察法は廃止されるしかない 9

一応出してみないとわからないところがある。医者だからわかるではないかみたいに思われる方いるかもしれないが結局我々も入院の時は目の前では落ち着いておられるけれど、例えばおうちに帰ってみると落ち着いていない。というのがしょっちゅうある。こういうのは結局入院の効果が出たかどうかというのが退院してみないとわからないということが山ほどある。経験はある程度積んできてなんとなくこういう感じで来られるから大丈夫だろうなそういう感覚はありますけれど本当に実証するには実際に退院してみないとわからないというところがあります。だから治療がなかなか難しい人に関しては、細かな処遇の緩和。少しずつ外出を増やしていくとか。あとそれから、本当に自由な外出ですね。医療観察法の入院中の外出っていうのはだれか職員がついていますので。そういう形

ではなくいざとなったら逃げようと思えば逃げられるような外出をちゃんとしてもらって外泊の時こそ退院とまったく同じような外泊をしてもらって。それだって何か問題行動が起きることもありますからそういうときには臨床的にすぐ対応していくというのがいいんですね。

退院した後に症状が揺らいでしまう時があるがきちんと対応して場合によってはもう一度短期の入院をしてもらう。というようなことを柔軟にやっていくということが重要なのです。

しかしこの法律は丁寧な医療をやるのか、危険な人を見ていくのかというあたりが、不鮮明であるために危険な人たちを診ているのだろうというのがあって外出するというのが非常に難しいですね。

重閉鎖処遇の施設偏重、細切れ処遇から抜け出せない、と書きました。

指定入院医療機関に行かれた方はわかると思うが、高い塀があって、乗り越えられないようになっていて、扉も二重扉になっていて。という感じになっている。そういうところに、そういう施設が一番いいんだみたいな考え方から抜け出せないですね。あと細切れ処遇というのが出ましたけれど。指定入院機関というところに入院をして、そのあと通院は別のところの指定

通院医療機関というところに移る。それが終わってうちの近くの病院に行きたいという人はもうちょっと近くの病院に移るというような形で、病院も主治医もどんどん変わっていくというのがこの医療の特徴なのです。だから、最初のお医者さんとちょっととてもいい関係ができてとても病気が改善してもそれが続くとは限らないそれがこの医療の特徴です。

Ⅲ 司法との対話が成り立っていない

Ⅲ 司法との対話が成り立っていない

・アルコール依存症、見当識障害のもとでの殺人未遂事例(双方の記憶がなく、詳細がわからない)。検察官が社会防衛上の視点を強調。

・認知症事例、失火と思われ、起訴前鑑定でも指摘、治療可能性もないとされたが、放火として申立て。

鑑定入院中は宙ぶらりんだがその意識が薄い。

司法関係者は「医療はいいもの」との前提で安易に医療へ導入(安易な申立て、動かない付添人、わからないときの「とりあえず入院決定」)。

退院申立ての棄却。

医療観察法は廃止されるしかない 10

3番に司法の対応がなりたっていないというお話をします。

司法は結局裁判官がかかわりあと検察官とか、弁護士さんがかかわる。

私の審判員の実例ですけれどもアルコール依存症の方ですね、…見当識障害があった。酔っぱらっていてけんかになったと思うのですね。殺人未遂となったのですが、二人とも記憶がない、何があったかわからない。検察官が、これ結局却下になったのですがその時に時に検察官がすごく反論していてこれから何かおこったら誰が責任を取るかみたいな話を散々されました。

これも認知症の事例で、失火じゃないかと思うのですけれども、火事が起こったのは事実なのだがご本人がこれを全然覚えてなくて、放火っていうのはご本人が火をつけたというのが放火ですね。何らかの状況で火事になった。本人が火をつけようと思ったのではなく。

タバコの火の不始末の失火じゃないかと思うが、ご本人がよく覚えてないとわからない。周りの状況からするとどうも失火の方が可能性は高い。という風に思っていて、それが起訴前の鑑定でも指摘されていた。だけど、そのあと調べてない。私が失火じゃないかと医療観察法の鑑定の時に言いました。失火だと医療観察法の対象じゃない。放火として申し立てはなされたがこれは私が指摘をしたら、裁判所が裏から多分検察庁に手を回したと思うが何か証拠が出てきた。失火じゃなくて放火だという新たな証拠が出てきたが、証拠とは思えないような証拠で放火であるとはとても思えなかったが。でもそのまま手続きが進んでいくということがありました。

鑑定入院中というのは、その間の処遇というのはあまり決まっていない。外出や外泊はダメだと裁判所から言われてしまう。そういうとき

に体の病気が起こったらどうするのか、だれが責任を持つかが明確ではない。省庁で言っても、厚生労働省と法務省がお互に向こうだといひあっていてガイドラインが充分できない状況。その意識が薄いですね。

先ほど申し上げたように鑑定入院期間というのは本来2か月。それが延長になって3か月が多い。裁判所の都合の都合で3か月に伸びることが多い。これに対して反対を言う人がほとんどいない。たとえば付添人が3か月に伸ばすのはおかしいといったことを一回も聞いたことがない。

司法の観点から医療は非常にいいものと思っている人が非常に多い。私は医療を提供しますから思われることは悪いことではないが、

やはりその人を閉じ込めているわけです。病状がよくなったら出せるということではない閉じ込め方をしているので非常に安易だと思う。付添人とかも動かないし分からないなら取り敢えず入院決定というのが起こる。

退院申し立ての棄却。これは。指定入院医療機関の中にも頑張っている人は退院させようと思っている人は結構いることはいる。

退院の申し立てをするということがあるのだがそれを裁判所が却下することが結構ある。つまり主治医は退院しても結構ですよと言っているのに裁判所はダメだといわれてしまう。これもいろんな事情があるのだが、こういうことは何を目標に治療をしていこうかということになる。

平成19年7月25日最高裁決定

《医療観察法の必要を認めながら精神保健福祉法で足りるとして医療観察法医療をしないと決定するのは許されない。》

この事例の判断としても不適切。

そもそも一般医療が不十分だからという口実で始まった制度。それで充分であれば医療観察法は不要。一般医療の方がよい場合もある。法律家からも批判あり。

医療観察法は廃止されるしかない 11

平成19年7月25日、最高裁決定というのがあるこれは何だというと話すと長くなってしまうので、はしょりますが。これはもうちょっと入院が必要だけれども、医療観察法の入院ではなく普通の入院でいいのですよ。ということをやったのですね、私じゃない別の鑑定のお医

者さんですけれども。で最初の審判ではそういう話になっていた。そうしようということになったのだが、それが抗告といって、高等裁判所、最高裁判所に結局行って、ひっくり返される。という事態になりました。これはこの時、医療観察法の必要を認めながら、精神保健福祉法で

対応していくということが許されないと最高裁の決定が出されました。私は事例の判断としてもこれは間違っていると思うのだが、それは置いてくとして。そもそも一般医療は不十分だか

ら。という口実で始まったのが医療観察制度の始まりであったが、一般医療でいいからという言い方はいけなという考え方そもそも筋が通らないという風に思う。

果たして一般医療全てを否定したのか文章が曖昧で疑問であるが、時にそのように解されて運用されている。

鑑定医、審判員という医師の判断を法律家のみでくつがえした。

再入院の判定時に同様に解せるのか。

⇒具体例としても、医療への影響も、一般的判示としても、文章上の表現としても、医師との対話との観点でも、将来の課題としても、重大な誤り。

医療観察法は廃止されるしかない 12

文章があいまいでいろんな解釈ができる。そのこともある。

第一審が鑑定医というのと。精神保健審判員というのは医療、お医者さんの判断だが、高等裁判所とか最高裁判所とかにいくと裁判官だけの話。医者がこうしていいよというのを法律家だけの判断でひっくり返される。

再入院の人というのは時間がないので省略し

ます。

平成19年7月25日の最高裁の決定の判断というのはあらゆる意味において誤りで、一片の正当性もないということをあらゆるところで私は言っている。裁判官も含めて私的な場でも、公的な場でも繰り返し述べていますけれど。意味のある反論を受けたことが一回もありません。

平成20年6月18日最高裁決定

故意がなく対象行為が成立しないとの付添人の主張を排斥

⇒故意をきわめて広く認定。

平成19年3月26日大阪高裁決定(白木2013)

改善あっても原因精神障害あれば処遇対象

⇒疾病性も広く認定。

⇒安易な入院決定を増加。長期入院の要因。

医療観察法は廃止されるしかない 13

平成20年6月18日最高裁決定というのがあります。行為がなければ触法行為、犯罪は成立しない。行為がないような場合でも行為があるかないか怪しいというような場合でも対象行為に認定してしまつてこの法律につなげるというようなこと認めるということが言われている。

平成19年の大阪の高裁でも、すでに鑑定入院の間に治療がされて病状の改善があつても、

原因となった精神障害がまだ残っていれば処遇の対象にするよというのは、何でもかんでも入院処遇にするような、圧力というのが裁判所の方からあつて、安易な入院決定が増加している。

先ほど申し上げたように一回入院してしまうと、長期入院になりますので、裁判所のこういう態度が長期入院を増やしているということはいろんなところで申し上げている。

IV 医療観察制度の性格

IV 医療観察制度の性格

医療観察法医療、特に入院処遇での医療とは何か？

⇒入院後治療可能性なしとの判断になる例は、当初審判には問題がなかったのか？

触法精神障害者の社会復帰を目的とするのであれば、地域処遇こそ力が注がれるべき。

しかし、施設偏重および重構造閉鎖処遇が前提。予算上も関係者も、指定通院医療機関の蔑視とも言える実態。

医療観察法は廃止されるしかない 14

治療がうまくいくかどうかで分類。

	A	B	C	D
一般医療	○	○	×	×
医療観察法	○	×	○	×

「Aは医療観察法」が最高裁の見解？

Cが多ければ「制度がうまくいっている」と言えるが、それは証明されていない。

Aが大半。

でもAは医療観察法の方が時間も経費もかかる。

「Aは一般医療」とすべきではないか？

医療観察法は廃止されるしかない 15

医療観察制度の性格ということで4番というところで書きました。治療部分がうまくいったかどうかでの分類で、うまくいくかどうか。右上のスライドを見てくださいね。○×で表してある。

形式的に行くと四つの場合がある。一般の医療でもよくなる、医療観察法でもよくなるっていう人は、まあいて、一般医療と医療観察制度でよくなる両方丸ですねAの場合。Bのような場合もある。一般医療でよくなるけど医療観察制度でよくならない。閉じ込めていますのでや

はりよくならない。Cのような場合もあります。一般医療はよくならなくてはならないけれど医療観察法ではよくなる。Dのような場合もある。どちらでもよくならない。Aの場合は医療観察法、というのが最高裁の見解ですね。それは間違いだと思います。先ほど述べた通り。

Cのような場合が多ければ医療観察法制度は正当だということになります。うまくいっているかということそれもなかなか言えなくて実はAが大半です。

司法が出発点であること、触法精神障害者対策であることが強調されていることから、特殊性から脱却できない。

司法関係者の思惑が入り、改善に支障。

社会防衛に立脚したために、閉鎖性の高い入院処遇偏重から脱却できない。

⇒これは本質に根差した混乱で、修正による改善は不能。

医療観察法は廃止されるしかない 16

その次のスライドに行きますけれど、司法との出発点ですね。

触法精神障害者の対策であるということが強調されているということから、特殊性がなかなか脱却できない。この法律は問題であるという人は司法精神医学会の中にも結構いて改革をし

なければならないという人はいるが、私は改革が不可能である。本質が間違っているのだから、もう廃止するしかない。修正してもよくはない。というのが私の立場です。残った時間で批判的関与の課題というのをやります。

V 批判的関与の課題

V 批判的関与の課題

鑑定・鑑定入院に際して

精神医学的にできるだけ正確な鑑定をする

事実関係に問題があるときは指摘する

期間中の治療でなるべく軽快させて入院の必要性を減らす

⇒しかし・・・

事実関係の指摘は法律家は受け入れたがらない

軽快しても居住先がないということで入院決定が出る

付添人も入院を主張・容認して具体的活動をしな

裁判官は最高裁決定に教条的に従う

医療観察法は廃止されるしかない 17

私はその関与しています。この法律がおかしいと思って、即座になくなればいいと思っていますが。かなり関与している。鑑定とか、鑑定入院に関しては、できるだけ正確な精神鑑定をするということに心がけている。

事実関係に問題がある時は指摘をしています。

先ほど申し上げたような話があった放火が失火などというときは失火ではないかと。指摘はしています。

期間中の治療でなるべく早く軽快をしてもらって入院の必要性を減らす。よくなっちゃう、よくなっているねという風に裁判官にも審判員にも思ってもらう。ということを今なるべく心掛けている。

でもですね、事実関係の指摘を法律家は受け入れない。そういうのは自分たちのやることだという。ろくな反論もしないのに、そういうことを言われることはしょっちゅうある。

よくなっているけど居住先がない、住むところがない、ということで入院決定が出ることはしょっちゅうある。

付添人も入院を主張、容認して具体的活動をしなこれが圧倒的に多い。

そうじゃない付添人、付添人とは弁護士ですが、本来ご本人のため動くことが期待される、唯一の人なのですけれど。その人が入院を主張する。

先ほど言った、カンファランスというのをやって私以外は全員入院と言っていることをざらに経験しています。

裁判官も、さっきの最高裁の決定ですね、入院が必要だったら、入院処遇にします。

あれがありますからね。と言ってあれおかしいですよという話をしても、それには一切反論なしにあれがありますからねということで、教条的に入院処遇にしてしまうことが結構あります。

ここまで述べたのは鑑定をしている場合ですが、私も審判をすること、審判員をやっていることがあって、審判員をやる時はできるだけ入院処遇はやめようと考えています。だけど、居

住先がないとか、居住先の設定をだれもやっていない場合。付添人の方の方針がまったく現実的ではない場合とか、非常に困惑しますね。

審判に際して

入院処遇はできるだけ避ける

⇒居住先がない、ないし付添人の方針が非現実的である場合に困惑。

通院に際して

できるだけ丁寧に対応し、不調に対しても迅速な対応をして、医療観察法再入院を避ける

⇒通院医療機関の負担ばかり増大。

いずれにしても、医療観察法の補完となっている面を否定できない

医療観察法は廃止されるしかない 18

入院処遇の決定を出さざるを得ない。あるいは、通院の方々を受け持っているときにはできるだけ丁寧な対応をして。できるだけ迅速な介入をして、具合が悪くなっちゃうと医療観察法の再入院になるのでなるべく具合悪くならない

ようにやっていこうというのが私の通院医療の方々にやっていることです。いずれにしても我々のことを医療観察法の補完になっている。医療観察法の歯車になってしまっている。そのことが否定できないところはある。

当初審判の判断の実際

鑑定入院では、申立てから約1ヶ月で鑑定書作成

・急性期治療に慣れていないと、いつ、どれぐらい落ち着くのか検討がつかない

・外出もさせていないのでリスク評価も困難

・居住先・通院先・サポート体制が未確定

⇒「とりあえず入院決定」に流れがち。

せいぜい「通常医療では困難」程度。特別な医療が必要か、それで治るのかは不問。

医療観察法は廃止されるしかない 19

鑑定入院とはですね。先程2か月から3か月の鑑定入院の期間があるといったが。

その鑑定書を読んで、討議する期間もあるので。実際には申し出から一か月ぐらいの期間で鑑定書を作らなくちゃいけない。一か月ですとね、私自身、急性期の方々の治療を随分一杯やっていますので、一年に100例を超す方々をやって、もうそれをずっとやってきていますので。だいぶ慣れてきて、この人はこんな風によくなっていくだろうなと何となく見当がつくんだけど、それが慣れていないと、いつどれぐらい落ち着くのか、わかんない。結局は急性期の医療、普通の医療途中から、外出をしてもらっ

たりして、その様子を見たりするので、それである程度分かるが、鑑定入院のあいだは、だれも外出もさせてないで、そのあとどうなるのか、評価も難しいというところがある。

居住先とか、通院先とかが確定できないと、取り敢えず入院決定。入院が必要かどうか分からないけれど取り敢えず入院決定、というのが圧倒的に多い。

せいぜい、通常の医療では困難というぐらいで、特別な医療が必要か、それで治るのか。まったく問われていないという場合がほとんどです。

- ・急性期医療は鑑定入院中に行える
- ・「退院先がない」というのは医療の要件ではなく保健や福祉の問題。(逆に入院処遇になるとスティグマでさらに退院先は見つけにくくなる)
- ・「通常医療で困難」であることのみでなく「入院処遇が益する」ことを証明する必要
- ・入院処遇を経るとその後の通院がうまくいくようになるのか(薬物療法・精神療法・環境調整を全てやり直す必要のある例は多い)

医療観察法は廃止されるしかない 20

次のスライド行きます。

急性期医療は鑑定中の入院に対して行う。先ほど申し上げました。

退院先がないというのはそもそも医療の問題ではないはずですね。退院先がないから入院医療を継続するというのはおかしい話であってこれは、保健とか福祉の問題です。

逆に、入院処遇になっちゃうと、医療観察法になったということでアパート見つけられづらくなるのが圧倒的に多い。スティグマですね。

通常医療で困難だけじゃなく、入院処遇が必要であるという証明はほとんどなされていない。

入院処遇を経ると、取り敢えず入院決定をしました、それはそれでいいですけど、それを経たらそのあとの通院はうまくいくのですか？

先程、申し上げてきたように、指定入院医療機関の医療は、非常に不十分であることが多いです。

すべてやり直す必要があります。今申し上げ

たように入院処遇を経ちゃうと、アパートも見つからない。なんていうことが、ざらにあります。

取り敢えず入院決定というのが、どれだけ弊害をもたらしているか。ということを裁判官の方々には、最近は鑑定書に書くようにしています。そういったことも含めて。

これは今度、こういう鑑定を行うべきというのを書きました。鑑定入院の中できちんとした、薬物療法を行って、早期改善を図る、ということを中心している。ご本人と、あるいは関係者とも、退院先や通院のイメージを話し合います。最初のうちから。社会復帰調整官というのがいて、ご本人にかかわるPSWがいるが能力と熱意にばらつきがあります。

付添人も極めてまちまちです。能力のある方、熱意のある方、両方ともない方いろいろおられます。

踏み込んだ鑑定を行うべき

鑑定入院ではきちんとした薬物療法を行い早期改善を図る

退院先や通院のイメージも話し合う

社会復帰調整官は能力と熱意にばらつきがある、付添人もきわめてまちまちであるが有能かつ熱意ある者の協力が得られることも

もしばらく入院が必要な例では入院処遇と精神保健福祉法入院の利点・欠点を比較検討する

医療観察法は廃止されるしかない 21

ただ、いいかたは非常にいい協力が得られて、相談しながらやっていくというのものもある。

もしばらく入院が必要、というのが結構ある。そういう場合は、入院処遇と指定入院医療機関の入院と精神福祉法入院との利点、欠点を比較検討する。こういうことを私はやります。

これを検討しちゃあいけないというのが最高裁決定なのですが、という風を書いて。私は今、鑑定書すべてに最高裁決定は間違っている。理由も全部書いて、だからこういう検討をします。という風にして検討します。

論者の医療観察法鑑定24件の決定うちわけ

入院 13

通院 4(うち再入院申立の棄却1)

全例が当院通院

3例が一旦当院入院

その後退院・当院通院1、その後退院・他院通院1、退
院調整中1

不処遇 4(当院入院1、他院通院2、他院入院1)

却下(完全責任能力) 2

検察官による取下げ(限定責任能力) 1

医療観察法は廃止されるしかない 22

私の医療観察法鑑定24件の決定の内訳ですけれども、やっぱり入院が多くて。私は、実は入院が必要と書いたことは一回もないですけれど。

ある程度の適切な入院が必要という風に書いたことはあります。精神保健福祉法の入院がもう少し必要だ。という方は結構多かったのですが、そういうのは多かったのですが。結局入院になっちゃう。入院処遇が13件で、通院になったのが4例。入院になっちゃった方もそのあと通院処遇になった時にうちの病院にまた来た、という方は結構おられます。

通院処遇になった方は4例、このうち一人は再入院の申し立ての棄却ということで、もともと別の通院医療機関に行っておられたのが、通

院医療機関をうちの病院に変更する。

4例はすべてうちに通院しています。3例はいったんうちに入院しています。不処遇というのが4例。そのまま当院に入院したのが1名。

ほかの病院に通院されたのが2例。ほかの病院に入院されたのが1名。

却下と言って責任能力があるとされて完全に医療観察法からはずされたのが2例。

検察官により取り下げがあったのが1名。

というような感じです。

まあ、あんまり勝率よくない。負けてばかり。という感じではありますけれど、私の成績はこんなものです。

で、いろんな課題があります。

しかし、これらの課題は外側から批判していても解決するわけではない

現実に眼前に対象者が存在する

事例を通じ、鑑定書やCCでの議論を通して、制度自体の矛盾、入院治療の限界や人権侵害、最高裁決定の不当性などを繰り返し明らかにしていく

⇒もう少し、批判的関与は続けます。

医療観察法は廃止されるしかない 23

やっぱりおかしいじゃないかということを、外から言っていくことが大事じゃないかと私は思っている。一切こういう制度に関与することなく、批判をちゃんとしていくという活動が必要だと思いますけれども、私自身は内部からというか、中のことが分かる立場から。やっています。それはいろいろあるのですが。先ほど申し上げた通り、最初かかわっていなかった。だけど現実的に、前に対象者の方がおられる。やはり、困っておられます。で、事例を通じ、あるいは鑑定書とかカンファレンスの機能を通し

て、制度の矛盾であるとか、処遇治療の限界であるとか、人権的な問題であるとか、最高裁決定の不当性、などを繰り返し明らかにしていくというのが取り敢えず私の出来ることかな。先ほど申し上げたように、私がやって行くこと自体は、医療観察法の歯車になっているのかな？ということ、これは否定できないことだが、もう少し批判的関与は続けていこうかなと思っている。

大体時間になりました。ご清聴ありがとうございました。

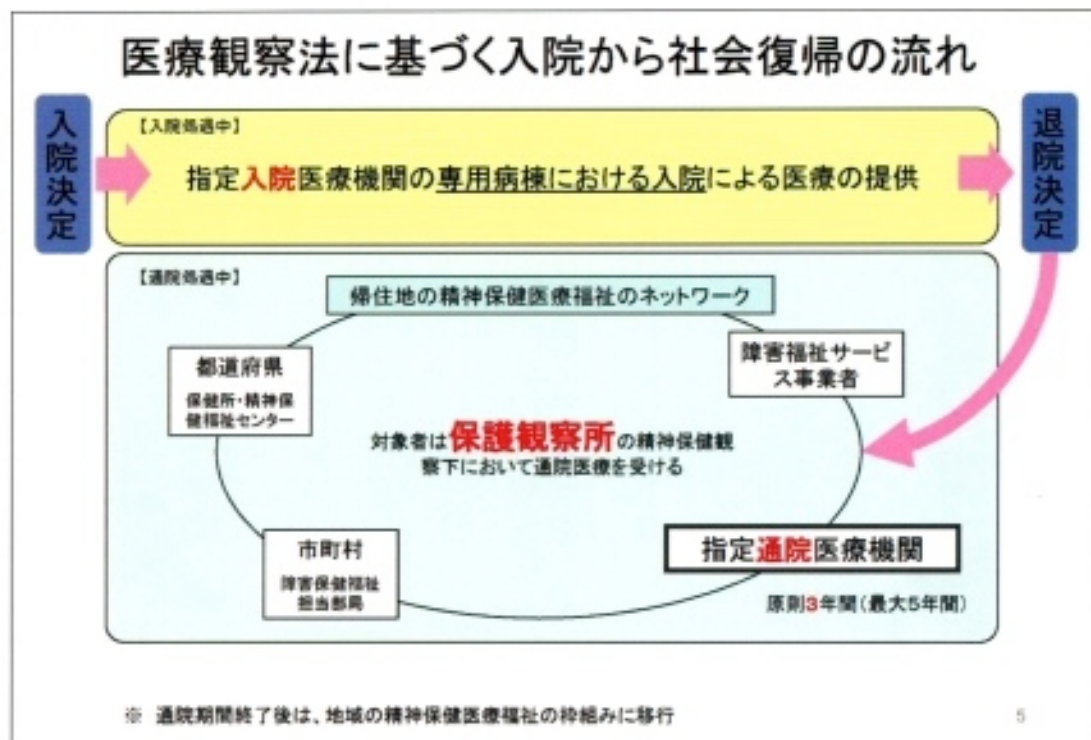
関係資料

以下資料は更新されますので新しい資料はそちらをチェックしてください

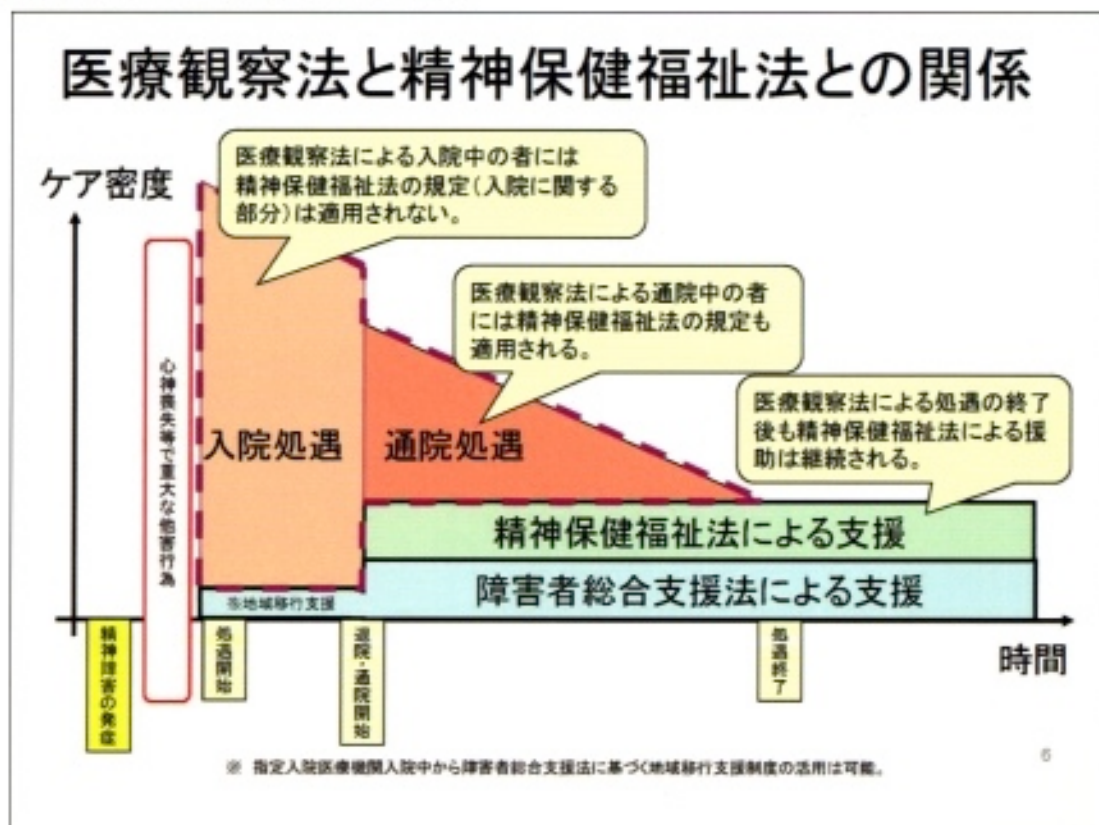
厚生労働省 ホーム > 政策について > 分野別の政策一覧 > 福祉・介護 > 障害者福祉
> 心神喪失者等医療観察法

- ★ 指定入院医療機関の整備状況 平成 29 年 4 月 1 日現在
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaishahukushi/sinsin/ir_yokikan_seibi.html
- ★ 指定通院医療機関の指定状況 平成 29 年 4 月 1 日現在指定数
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaishahukushi/sinsin/ir_yokikan_sitei.html
- ★ 心神喪失者等医療観察法の入院対象者の状況 (H29. 4. 1 現在)
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaishahukushi/sinsin/nyuin.html

★ 医療観察法に基づく入院から社会復帰の流れ



★ 医療観察法と精神保健福祉法との関係



2017年7月20日発行

発行 ●心神喪失者等医療監察法をなくす会

●認定 NPO 大阪精神医療人権センター

●心神喪失者等医療観察法(予防拘禁法)を許すな！ネットワーク

●国立武蔵病院(精神)強制・隔離入院施設問題を考える会

連絡先：東京都板橋区板橋2-44-10 ヴァンクール板橋203号

北部労法センター気付

心神喪失者等医療観察法(予防拘禁法)を許すな！ネットワーク

Fax：03-3961-0212

カンパ 300円