

観察とも類似した性格の制度)、至近の親族制度の廃止と新たな代理人制度 (nominated person 患者の代理人として社会保障部門から指名を受けた人、患者の代理人として治療計画の策定などに関与する。代理人の指名に関しては患者本人の意向を優先する) の導入、などが提案されている。

本稿で取り上げた人権擁護システムに関しては、以下のような提案かなされている。

1 精神保健審判所制度の改正

1983 年法では精神保健審判所は強制入院の退院審査に関する機能しか有していなかったか、改正草案では、精神保健審判所には、新たに強制入院や強制入院中の患者に対する治療を審査する機能が付加されることとなった。すなわち、1983 年法では民事手続による強制入院は、至近の親族ないし認定ソーシャル・ワーカーの申請と 2 人の医師の診断のみで行われてきたが、改正草案では、28 日間以上の長期にわたる強制入院や新設される地域社会における精神科治療の強制に関しては、精神保健審判所が審査し、承認を与えることになった。また、強制入院中の患者や治療同意能力を欠く患者に関しては、主治医はケア・プログラムアプローチ (Care Programme Approach) に基づく治療計画 care plan を策定することか義務付けられ、また、入院後 28 日間以内に、治療計画を精神保健審判所に提出し、その承認を得なければならないとされた。さらに、精神保健審判所に対して専門的意見を述べるために新たに専門委員会 (external panel) が設置され、その委員である医師が、患者を診察した上でセカン

ト・オピニオンを精神保健審判所に対して提供することになっている。

2 精神保健法委員会の機能

改正草案では、精神保健法委員会は、廃止されることとされたか、1983 年法で精神保健法委員会が果たしてきた主な機能については以下のように考えられている。

①治療の同意をめぐる従来のセカンド・オピニオンドクターの制度に関しては、精神保健審判所の専門委員会委員である主治医から独立したセカント・オピニオンドクターが関与することによって代替される。

②精神保健法の運用状況のモニタリングや監視に関しては、精神科医療以外の一般医療に関する監視機関をも統合して新設される Commission for Healthcare Audit and Inspection を行うこととされている。

V. 考察

わが国の心神喪失者等医療観察法とイギリス精神保健法の人権擁護システムを比較し、若干の考察を述べる。

心神喪失者等医療観察法における入院継続の申立や退院許可の請求等に関しては、最高裁判所による審判規則が未定なので、その具体的な手続については不明な点か少なくないか、法文上は、イギリスの現行の精神保健審判所の手続とほぼ同様のものが規定されているといえよう。むしろ対象者本人からの退院等の請求かいつでもできる点や自動的審査手続 (指定入院医療機関から 6 カ月ごとに行われる入院継続の申立) か 6 カ月ごとに行われる点などは、イギリスの制度よりも先進的と評価できるであろう。

う。

これに対して、イギリスの精神保健法委員会が果たしている種々の権利擁護活動に関しては、社会保障審議会に対する処遇改善請求の規定を除けば、心神喪失者等医療観察法の中には特段の規定はみられない。現在、公表されている入院処遇ガイドライン（案）では、指定入院医療機関には、新病棟外部評価会議や新病棟倫理会議などの設置などが提案されているか、精神保健法委員会のような独立した第三者機関の関与等は考えられてはいないようである。

イギリスの精神保健法委員会の活動や現在行われている精神保健法改正作業における議論をみると、精神障害者、特に強制入院中の精神障害者の権利擁護には、以下の2つの領域が想定できよう。

1) 治療に関するもの

向精神薬の投与や電気けいれん療法の施行、行動の制限（隔離・拘束）など、治療行為に伴う強制。

説明と同意に基づき医療を原則とするのは当然としても、精神科における強制入院は精神科医療の必要性を理由に対象者に自由の制限を課すものである以上、対象者からインフォームド・コンセントが得られないかぎり一切の精神科治療を行ない得ないとするは非現実的である。精神症状悪化時には、対象者本人の意思に反してでも治療を行う必要性が生ずることはありうるし、仮に対象者本人が明示の拒否はしていない場合でも、判断能力低下のために同意能力を欠き、対象者本人からインフォームド・コンセントを得ることかできない場合もありうる。したがって、こうした治療の強制

に関しては、適正な手続を定めた上でこれを行えるようにしておく必要がある。

人権擁護の観点からは、こうした治療の強制の手続には、治療者と独立した第三者的立場の者が関与することか適切と考えられる。そして、この場合の第三者的立場の権利擁護者には、対象者の単なる代弁者としての判断ではなく、その最善の利益を考慮した判断が要請されよう。そして、判断すべき事項が精神科治療の必要性や適正さである以上、権利擁護者には、一般常識を超えた精神科医療に関する専門知識が求められることになろう。

つまり、治療に関する権利擁護に関しては、権利擁護者が治療者とは完全に独立した立場にあることのほかに、治療の必要性等に関して治療者と対等の立場で議論できるだけの精神科医療に関する専門知識を有している必要があると考えられる。こうした点を考慮すると、イギリスで行われているセカンド・オピニオンドクターの制度は注目に値するといえよう。

2) 一般的な処遇に関するもの

精神科病院は、治療の場であると同時に居住やリハビリテーションの場としての機能もある。したがって、病棟内の居住環境、規則、日課に関する苦情等、職員や他の患者とのトラブルや苦情など、精神科治療とは直接の関係はない、一般的な処遇に関する苦情に関しても権利擁護システムが関与する必要がある。こうした一般的な処遇に関する権利擁護に関しては、権利擁護者には対象者本人の代弁者としての機能がより強く要請されよう。また、こうした一般的な処遇に関する権利擁護については、治療に

関する権利擁護のような専門的な知識は必要とはされないであろう。むしろ、専門家
の判断より、一般人の一般常識に基づく判断の方が、より鋭敏に問題の芽を発見することが可能な場合もあると思われる。ただし、権利擁護にかかわる者には、精神障害者の特性などに一定の配慮をてきるだけの知識は必要とされよう。

イギリスの精神保健法改正作業の中で、現行の精神保健法委員会による権利擁護システムのうち、治療の同意に関するセカント オピニオンドクターのシステムかより司法的な色彩の精神保健審判所へと移管され、また、それ以外の調査・苦情処理等の機能が、精神科医療のみを対象とせず、医療全般を対象とする Commission for Healthcare Audit and Inspection へと移管されようとしていることも、こうした権利擁護における 2 つの領域の質的な相違を反映しているものと考えられる。

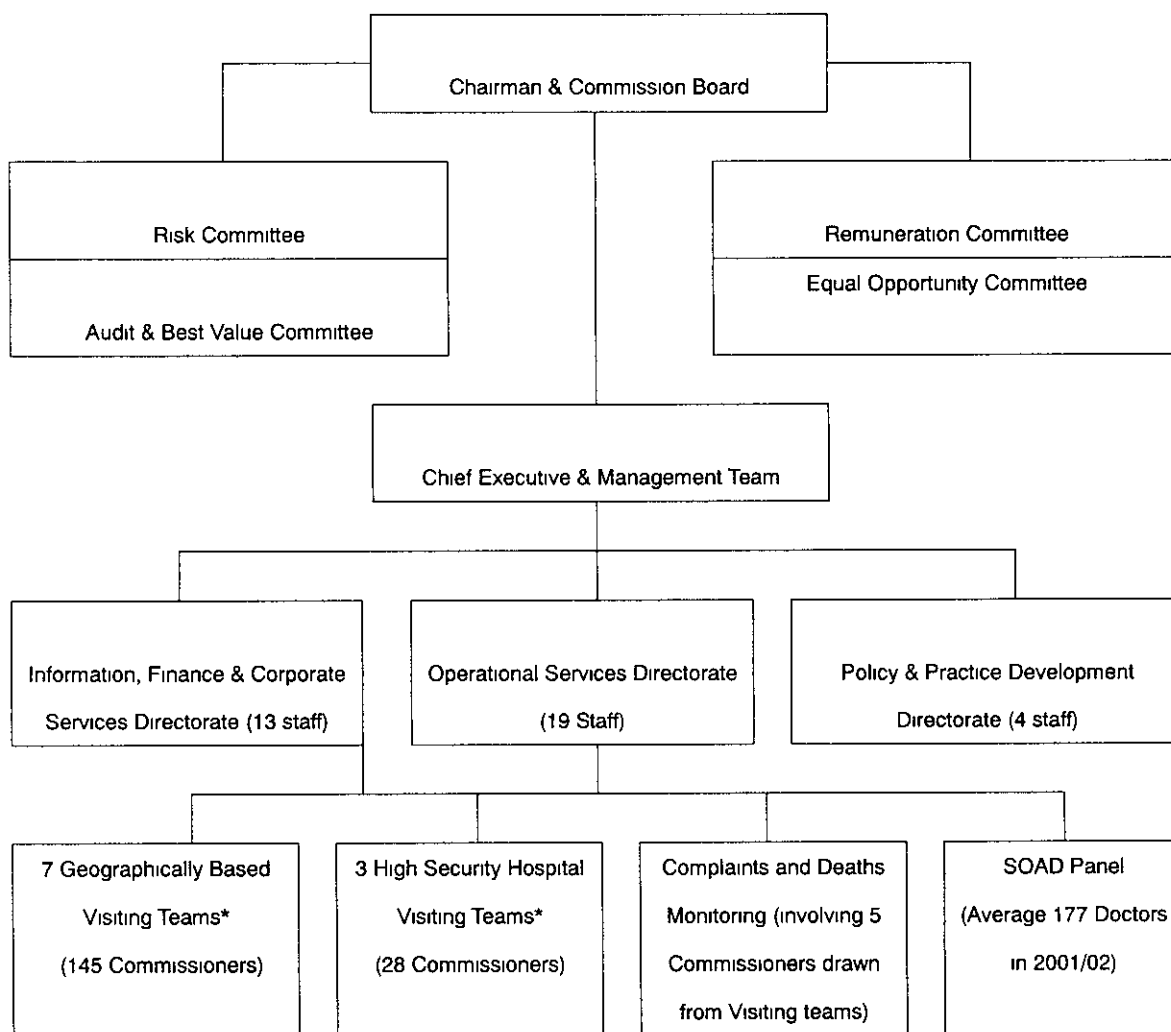
イギリスの精神保健法委員会の活動で、もう一つ注目しておきたいのは、個別の事例を想定しない病棟への訪問調査、当事者団体はもとより社会保障部門、警察、消防など精神保健福祉に関連する諸団体からの情報収集活動、さらにそうして集められたデータをもとに作成される行動規範（案）や隔年報告書などの存在である。

心神喪失者等医療観察法においては、手続に保護者以外に付添人として弁護士が関与することが定められており、いわば個別の代理人による権利擁護は従来の精神保健福祉法に比べかなり充実したものとなることが期待される。しかし、個別の代理人による権利擁護活動だけでは、十分にカバーできない権利擁護活動の領域があると考え

られる。病院等への訪問調査や死亡事例についての調査、関係諸機関からの情報収集などは個別の代理人のレベルでは行い得ない活動である。個々の事例のレベルで見ると、その特殊性に覆われて隠れてしまうような些細な問題であっても、多数の事例について情報を収集し、詳細に分析・検討をすることによって問題の存在が明らかにされ、さらには、その基底にあるシステム上の欠陥が解明されることもあると思われる。

したかつて、指定入院医療機関の運用の全体、さらには、心神喪失者等医療観察法による医療の運用全体を見通せるような立場から権利擁護機関が関与していくシステムを確立することが必要と思われる。

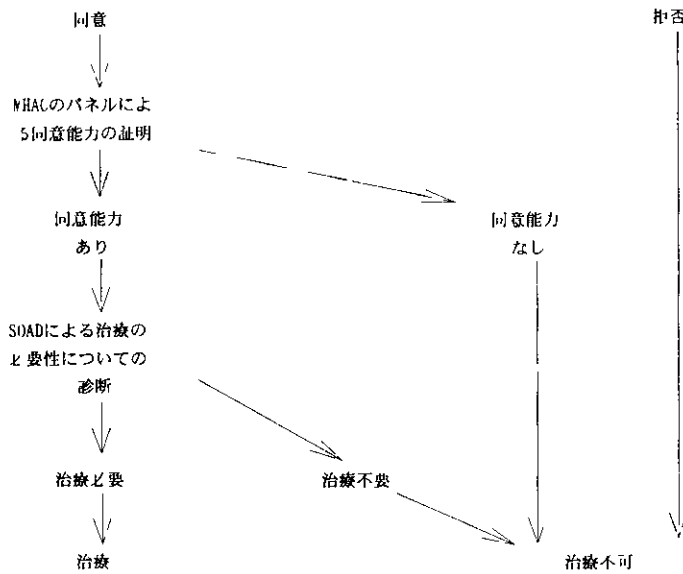
図1 精神保健法委員会の組織



* One Commissioner is appointed Team Manager within each of these teams

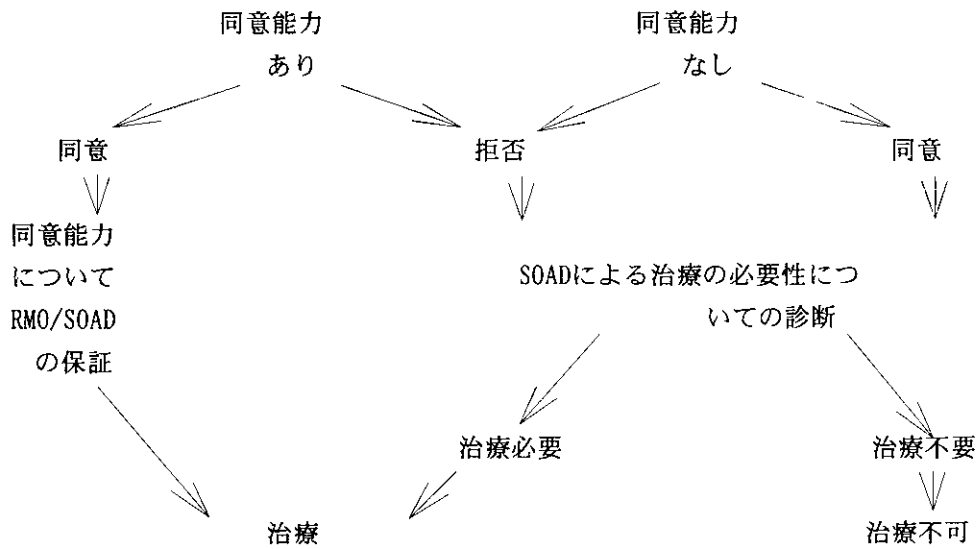
出典 p11, Annual Report 2002 03

図2 精神外科、性ホルモン移植に関する同意手続（57条による）



MHAC Mental Health Act Commission SOAD Second Opinion Appointed Doctor

図3 電気けいれん療法、3ヶ月をこえる投薬に関する同意手続（58条による）



RMO Responsible Medical Officer, SOAD Second Opinion Appointed Doctor

平成 15 年度厚生労働科学研究（こころの健康科学研究事業）
触法行為を行った精神障害者の精神医学的評価、治療、社会復帰等に関する研究

（主任研究者 松下正明）

司法精神医療における精神障害者の人権擁護に関する研究

（分担研究者 五十嵐 禎人）

オランダにおける触法精神障害者の人権擁護

日本学術振興会特別研究員 平野 美紀

1. オランダの触法精神障害者処遇

オランダの触法精神障害者処遇は、ヨーロッパでも最も成功した例として知られる¹⁾。これは、特定の重大犯罪を行った、社会に危険のある者について付される、TBS (Terbeschikkingstelling)²⁾ 処分と呼ばれる刑事処分である。

TBS 処分の特徴は以下の点にある。

- ① TBS 処分は限定責任能力者だけではなく、責任無能力の場合にも科せられる点、
 - ② 処分の決定や終了などに対しては刑事司法判断か下される一方、治療内容などは医療者に委ねられている点、
 - ③ 刑罰ではないので、通常の刑とは関係なく、処分を付すことかてきる点、
 - ④ 処分を受けた者の 8 割近くは人格障害者である点、
 - ⑤ 治療や社会復帰などに関しては、膨大な予算と豊富なスタッフか充実したケアを行っている点、
- の 5 点である。

TBS 処分は刑事上の処分であるため、そ

の手続きは刑法、刑事訴訟法、行刑法 (Penitentiaire Beginselenwet)、TBS に関する監護法 (Beginselenwet Verpleging terbeschikkingstelling, 以後「TBS 監護法」という) 等の規定によって運用され、処遇上の本人の権利擁護についても、上記の法により規定されている。

本稿では、まず、TBS 処分の手続きについて述べ、そのあとに、触法精神障害に対する権利擁護について概観することにする。

なお、本稿における法令の引用は、とくに断らない限りオランダのそれである。

II. 触法精神障害者と刑事手続き

オランダでもわか国と同じように、起訴便宜主義か採用され、検察官の裁量か広く認められている³⁾。しかし、オランダの場合、精神障害の疑いのある人による犯罪事件か起き、公判前の段階として予審か開始された場合、予審判事は、精神障害の疑いのある者について、精神医学的報告書を命令することかてきる。逆にいえば、この命令は予審判事の権限であるため、公判前に予審判事によるこの権限の行使が必要であ

ると検察官が判断した場合には審問を請求しなければならぬことになる⁴⁾。つまり、被疑者に精神障害の恐れがあれば、司法が介入するシステムが運用されている。また、重大犯罪については原則的に起訴することになっているため、これまでの日本のように重大犯罪についても事実認定さえ行われずに精神障害だけが問題となることはない。

予審判事に報告書の提出を命じられた司法精神医科医や心理学者等は、鑑定を行うことになる。鑑定期間についても、予審判事か認定し、必要があれば、その期間の延長を命じることができる。なお、訴訟能力がないとされた場合には刑事訴訟法 16 条により、治癒の報告を受けるまで訴訟手続きを延期しなければならないか、判例上、最重度の障害に限定されると解されているため、この条文が適用されることはほとんどない⁵⁾。

報告書の作成には 2 つの方法があり、外来で拘置所に拘禁されている被疑者を訪問し、報告書を作成するか、あるいは、専門施設で留置鑑定が行われる。後者の場合、通常、オランダのほぼ中央に位置するユートレヒト (Utrecht) の精神鑑定施設ピーター・バーン・セントラム (Pieter Baan Centrum) で、約 7 週間かけて、精神科医等のグループによって報告書が作成される。1996 年の統計では、3,800 件に報告書の請求が行われたが、そのうち、留置鑑定 250 件中、220 件がピーター・バーン・セントラムで行われた⁶⁾。当施設では、対象者一人に対して 1 日約 6 万円の経費を要するとされる⁷⁾。

鑑定に必要な内容は以下の通りである。
①精神障害の有無、②行為と精神障害との

因果関係、③責任能力の程度、④再犯の可能性、⑤望ましい治療、という点である。

刑事裁判所は、事実認定を行ったうえで、精神医学的報告書に従って責任能力の程度やそれに伴う刑罰や処分を言い渡す。最終判断を下すのは、あくまで、裁判官である。裁判官の重視するのは、①犯行の性質と結果に関する犯行時の被告人の認識、②被告人の違法性の意識、③自由に意思決定する能力が制限されていたかどうか、という三点に集約される⁸⁾。

III. TBS 処分

オランダでは、わが国と同様、責任能力が欠如する者については処罰されない (オランダ刑法 39 条)。ただし、オランダでは、責任無能力者か、自己、他人、あるいは社会または財産の一般的安全に対して危険を呈する時は、刑事裁判所で 1 年間の精神病院収容処分が付される (同 37 条 1 項)。この場合、対象者は刑事手続きから離れ、もっぱら精神病院収容法 (Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen) の規定による取り扱いを受けることになる。精神病院収容法 19 条によれば、裁判所は入院命令をさらに 1 年間延長することかでき、継続的に 5 年間入院させているときには、その後は 2 年毎に延長することかできる。

他方、限定責任能力が認められた場合、その範囲では非難か可能であるので刑罰か科されるのも日本と同様である。オランダには限定責任能力を理由とした刑の減輕規定はないが、TBS 処分と呼ばれる刑事治療処分か科されることかある⁹⁾。TBS 処分とは、4 年以上の自由刑を最高刑として有する犯罪行為 (例えば、強盗・強姦・殺人等) や

特定の重大犯罪行為（飲酒運転による重大な身体障害の惹起、脅迫等）を行った精神障害者に対して、特に公共の安全を確保する必要がある場合に刑事裁判所が決定 命令する処分である（刑法 37a 条）。刑罰ではないため、自由刑との併科が可能である¹⁰⁾。保安上の必要性という要件が重要視されるため、37a 条の要件が満たされれば、限定責任能力の場合だけでなく、事例としては少ないが、責任無能力の場合にも科せられることがある。

TBS 処分の目的は、対象となる精神障害者に対して治療を与えて社会復帰を実現させると同時に、社会の安全を確保することであり、従って、社会に危険を及ぼすおそれのある者については、その危険性が存続する限り対象となる。この場合、オランダでは、危険性の判断として HKT30 とよばれるオランダ式のアセスメントが使用される。

ところで、オランダにおける触法精神障害者処遇に関する歴史は古く、1928 年以来、TBS の前身である TBR（Ter beschikkingstelling van de regering）制度によって、施設に收容することを定めていた。しかし、TBR 処分は收容期間の上限規定がないため長期間の治療拘禁を強いる結果となり、同種の犯罪を行った責任能力を有する受刑者が有期刑を定められているのに対して権利が保障されていないことから批判が高まり、1988 年 9 月 1 日より TBS 処分が TBR 処分に代わって新たに導入された¹¹⁾。さらにその後、收容人員の増加などの現状に対処すべく発足したフォッケンス (Fokkens) 委員会の提言をもとに、1997 年 1 月 1 日より TBS に関する監護法（*Bevinselenwet verpleging ter*

beschikkingstelling gestelden）が施行されるに至った。

1997 年度の改正による TBS 処分の最大の変革は、それまでの TBS 外来処分・TBS 入院処分に代わって、TBS 処分に、条件付 TBS 処分と、監護付 TBS（TBS met verpleging）処分とを創設した点である。

条件付 TBS 処分は、裁判所が再犯の危険性の程度が社会的に容認されうる、と判断した場合や、本人が協力的である場合、TBS 施設への收容はされず、条件を付されて、通常精神病院への入院や通院治療を受けるという処分である（刑法 38 条および 38c 条）。条件とは、精神科の治療を受け指示された薬を服用する、などである。

かつての外来処分では、条件に違反した場合の罰則が存在しなかったが、新設された条件付 TBS 処分では、条件に違反した場合、または、他人の安全または社会もしくは財産の一般的安全の必要がある場合、検察官の請求によって、裁判所は閉鎖施設での監護付処分の執行を命じることができるよう（刑法 38c 条）。処分の形態の変更であっても TBS 処分の開始についての最終決定権は裁判所にある。後述の保護観察所（*Stichting Reclassering Nederland*）が条件の遵守を監督することになるか、実際にこの処分に付されることは少ない¹²⁾。

監護付 TBS 処分とは、閉鎖施設で執行される処分であり他人の安全または社会もしくは財産の一般的安全が要求するとき科される（刑法 37b 条）。もちろん、社会復帰を目的とした治療が行われるか、本来の目的は、本人の再犯の重大な危険から社会を保護することである。処分は、通常 2 年間という限定された期間に行われる。そして、

裁判所か1年間、あるいは2年間の延長を宣告することかあっても、処分の全期間は4年間であると規定されている。しかし、保安上の必要があればその期間に限定されない(刑法38e条)。そのため、終身的に収容される可能性もある。

Ⅳ. 収容者の人権擁護制度

1. 収容者の権利とその限界に関する法規定

TBS 処分は刑事手続き上の処分であり、処分の決定、条件付 TBS 処分から監護付 TBS 処分への移行、処分の終了などについては刑法や刑事訴訟法に規定されているか、より具体的な収容者の法的権利を保障する不服申立制度、懲戒等に関しては、前述の TBS 監護法、TBS 処分施行規則(Regels omtrent de tenuitvoerlegging van de maatregel van terbeschikkingstelling、以後「TBS 規則」という)の規定に従う。これらの規定は、1999 年より施行されている行刑法の規定と内容はほとんど同じである。TBS 処分は刑事司法の枠組み内で運用され、TBS 施設は行刑施設の一部であり、処分に付された者は、未決拘禁者および刑務所での受刑者と同様、自由を剥奪された者として被拘禁者の権利を有するためである(行刑法1条eおよびt条)¹³⁾。つまり一般原則については行刑法によっているか、より細かい規定については TBS 監護法や TBS 規則による。

具体的には、TBS 監護法や TBS 規則には外部交通(面会か週1時間以上、電話は週に10分以上、郵便の発受)・戸外滞留・帰休等が収容者の基本的な権利として規定されている。そのほか、TBS 監護法は、施設

における作業、精神保健についても定めている。

たまたし、処遇施設の保安や犯罪防止、被害者の保護の理由があれば、施設長はそれらの権利を制限することかできる。しかしながら、王室、国会議員、ヨーロッパ評議会委員、司法大臣、司法当局、公衆衛生調査官、「刑法の適用と少年保護に関する評議会(後述)」とそのメンバー、監督委員会(後述)、不服裁定委員会(後述)、法的扶助関係当局、保護観察員(後述)、司法当局や政府関係者ならびに機関等に宛てる手紙には制限かつけられないことになっている。

また、オランダ憲法では身体的完全性の権利が保障されているか、例外的に、収容されている危険な者から社会を保護するため、あるいは施設における秩序と安全の維持のために、もしくは本人の健康に対する重大な危険を避けるために必要かある場合、身体的完全性の権利の侵害は、TBS 監護法21条により適法とされている¹⁴⁾。具体的には、尿検査(同法24条)、衣服・身体検査(同法25条等)、緊急時の強制治療(同法26条)、緊急時の24時間以内の身体拘束(同法27条)、居室の検査(同法29条)などである。

2 治療

刑事裁判所によって一度処分か決定すると、TBS 処分における処遇の際の治療計画や治療内容等については、裁判所は関与せず、後述の監督委員会(Commissie van Toezicht)を通して司法大臣の監督を受けることになるが、基本的には施設の医療スタッフの裁量に任される。そのため、患者本人を含めて、医師や精神科医や他の数人

の医療スタッフによって、治療計画が立てられ、各種セラピーが行なわれる。これらの「治療」は、TBS 監護法1条 u にいう「他人の安全または社会もしくは財産の一般的安全に対する当該本人の危険性を減少させることによって、本人の社会復帰が平穩に行われることを目的とした措置」をいい、本人の同意が必要とされる。これは、TBS 施設での治療がいわゆる社会治療とよばれるもので、治療の性質上、本人の同意が得られなければ治療効果が得られないからである。

このように緊急時の医療以外の、治療そのものは強制的に行うことはできないため、治療に非協力的な収容者も存在する。医療スタッフはいかにして収容者に動機付けを与えるか日夜苦心し、また、治療に非協力であれば収容期間が長引くことか、収容者にとっては治療へのひとつの動機付けになっている。

それでもなお収容者が改善されないなどの問題がある場合に他の TBS 施設への移送の可能性や他の治療方法などのアドハイスを求めて、あるいは、収容後 6 年か経過した場合、再度精神鑑定が行われる。改善の可能性がないと判断されても保安上必要な場合には TBS 施設への収容が継続される。

3 監督委員会 (Commissie van Toezicht)

すべての TBS 施設には、他の刑務所と同様、外部組織として(施設からは独立した)第三者機関である監督委員会 (Commissie van Toezicht) がある (TBS 監護法1条 p、10条、TBS 規則7条)。6人以上のメンバーを擁する委員会の構成は、司法大臣による任命を受けた、裁判官、精神科医、弁護士、

精神疾患の入院医療に関する行動科学的学識を有する者 (gedragsdeskundige met kennis van intramurale zorg voor geestelijk gestoorde) 等専門知識を有する者であり、任期は 5 年であるか再任は 2 回可能である (TBS 規則7条)。TBS 監護法10条2項によれば、監督委員会に課せられた業務は、①自由を剥奪する処分等の監督、②収容者からの苦情 (grievens) 処理やそれに付随する施設長と収容者長との調停手続き (bemiddeling)、③TBS 監護法上 56 条ないし 65 条の条文に定められた事項に定める不服申立手続きの処理、④司法大臣、後述の「刑法の適用と少年保護に関する評議会 (Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming)」への情報提供と勧告である。そのために月に一度会合を開く (TBS 規則13条1項) し、監督委員の中で月担当委員 (maandcommissaris) を定めて毎月 2 回施設を訪問し、文書で申し出た収容者と面接する (TBS 法10条4,5項、規則14条)。また、監督委員会は、審査に必要なすべての情報を入手する権限を有している (規則12条)。監督委員会に関する費用は、国が支払う (TBS 規則17条1項)。

さらに、年に一度、不服申立とその裁定結果等を含む活動記録を報告書として公開し、司法大臣と「刑法の適用と少年保護に関する評議会」に対して提出することになっている (TBS 規則16条)。

4 不服裁定委員会 (Blekcommissie)

特定の不服については、収容者は、監督委員会の一部から構成される不服裁定委員会 (Blekcommissie) に対して申立を行う権利を有している。不服裁定委員会は 3 人の

委員で構成されている（TBS 監護法 59 条 1 項）。申立のできる具体的な内容は、懲戒的制裁や外部交通（手紙の発受、訪問を受ける権利、電話の権利）の制限、その他法的権利に関する施設長の決定についてである。施設長は、処遇施設の保安や犯罪防止、被害者の保護の理由があれば、それらの収容者の権利を制限することかてきるからである。委員会は、施設の決定を無効にする権限を有していて、4 週間以内に裁定を下す。その裁定に不服がある場合、後述の「刑法の適用と少年保護に関する評議会」への上告か認められる。

2001 年には不服申立についてオランダの行刑施設全体（TBS 施設、刑務所、拘置所等）では、1060 件扱われた内、TBS 施設については 32 件扱われた¹⁵⁾。

5 刑法の適用と少年保護に関する評議会 (Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming)

不服申立についての最終決定機関である「刑法の適用と少年保護に関する評議会」は、収容者の人権擁護に関する、いわば第 2 の独立した第三者機関である。同評議会は司法省とはまったく上下関係を有さず、王室から任命される議長と最大 60 名のメンバーで構成されており、事務局はハーグ（Den Haag）にある¹⁶⁾。2001 年までは「刑法の適用に関する中央評議会（Centrale Raad voor Strafrechtstoepassing）」として同様の機能を有していた。

当評議会について定める行政規則（Bestuursreglement van de Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming）によれば、評議会の主たる任務は、TBS 施設

を含む行刑施設の収容者処遇に関する決定についての最終的な裁定と、処遇の監督と司法大臣への勧告である。そのための活動として、独自に情報を収集し、定期的、あるいは特別な理由がある場合等、年間で約 65 回程度施設を訪問し、訪問ごとに訪問報告書を司法大臣に提出する。この報告書自体は公開されていないか、報告書の中には返答を要求する勧告が含まれていることもあり、訪問の結果について実効性が確保されている。また、訪問の日程や評議会の構成メンバー、裁定結果等についてはホームページ¹⁷⁾上でもみることかてき、透明性が確保されている。

6 社会復帰援助のための法制度

1) 保護観察所（Stichting Reclassering Nederland）

オランダの保護観察所は、公的な機関ではなく、資金は司法省によって賄われているものの、私的な機関である。特に特徴的な点は、保護観察員か、被疑者段階からかわり、司法機関への社会調査書を作成したり、当人の個人的な悩みについて相談に乗ったり、そのあとも公判や施設での処遇の際にも継続して当人の社会復帰と社会復帰後の調整のためにかかわる点である。本部はオランダの中央にあるユートレヒト（Utrecht）にあるか、全国に支部をもっている。この機関も、当人の権利擁護機関のような役割を果たしていると思われる。

2) 帰休（verlof）

司法省の承認を得た上で行われる帰休制度については、TBS 監護法 50 条-51 条に規定かある。通常、処遇か最終段階に近くな

ると、外出か認められるか、最初は、数日間と限定され、施設職員が同行する。最終段階では、試験的外泊として、収容者・施設保護観察所との協議によって計画書が作成され、付き添いなしての宿泊か認められ、保護観察所が計画書の実行について審査し、結果を裁判所と施設に報告する。

3) 長期収容

TBS 処分は、刑事裁判所で通常、2年の期間を言い渡され、延長は1年か2年、裁判所で宣告される。そして、刑法上は、全期間は4年間と規定されている。しかしながら、保安上の必要から、例外的に再度の延長も可能である(刑法38e条)。その場合、さまざまな審査を経てから長期収容されることになる。

まず、裁判所が期間延長を決定する際、収容施設は、期間延長勧告(verlengingsadvies)とよばれる報告書を提出する。報告書の内容は、治療により期待される回復の程度、再犯のリスクアセスメントである。収容6年を経過した収容者の場合は、クリニックに所属しない外部(たとえばピーター・バーン・セントラム)の司法精神科医による診察と報告書が必要である。

V 日本への示唆

オランダでは、人権擁護のためにさまざまな機関がさまざまな角度から第三者機関として機能している。

まず、TBS施設で行われている治療は、いわゆる社会治療であり、その治療効果のためにも、患者の同意を得て行われる。そして、監督委員会(Commissie van Toezicht)

を通して司法省の監視の下に、医療者側に任されている。しかしながら、憲法上保障されている身体的完全性の権利も、例外的に、収容されている危険な者から社会を保護するため、あるいは施設における秩序と安全の維持のために、もしくは本人の健康に対する重大な危険を避けるために必要がある場合等、特に理由がある場合には、緊急時として、強制的な治療や24時間以内の身体拘束等が適法とされることか、TBS監護法で明文化されている。これらは、侵襲性も高いので、事後的には監督委員会の審査を経ることになる。

オランダでの人権擁護として重要なシステムの第一として挙げられるのは、施設ことの監督委員会の存在であろう。監督委員会は、司法大臣の任命によって、より専門的な知識を有する複数のメンバーから構成されており、定期的に訪問調査を行い、治療に関する事柄だけでなく、一般的な事柄についても苦情を受け付けたり、施設側との調停を行ったりする。特に、収容者の法的な権利に関する施設長の決定に関する、不服申立に対して裁定を下す権限を有している。それらの活動については、司法大臣や「刑法の適用と少年保護に関する評議会」(Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming)に情報提供と勧告を行う義務があるし、毎年活動記録を報告書として公刊し、司法大臣と当評議会に提出することか要求されている。

次に、「刑法の適用と少年保護に関する評議会」も、司法省とはまったく別の機関として、収容者の処遇に関して監督するために施設を訪問したり、司法大臣への勧告を行ったり、あるいは処遇に関する最終決定

を下す権限を有している。訪問ごとの報告書は司法大臣に提出され、場合によっては回答を要請する勧告も付すことかてきる。回答を要するというのは、単なる報告書ではなく、活動が実際的に生かされるために重要なポイントであろう。評議会の構成員は王室によって任命され、議長と最大 60 名のメンバー、さらにはまた、さまざまな役割を担った事務担当者かいるし、事務局本部もある。訪問日程や構成メンバー、裁定結果等は公開され、透明性の確保についても十分に考慮されている。

そのほかに、保護観察所は、私的な機関として、被疑者段階からかかわり、継続的に当人の社会復帰のためにかかわる。

このように、オランダにおける人権擁護機関は、TBS 施設を管轄する司法省とはまったく別の第三者機関が、複数、活動しているか、それぞれか公平性と独立性を保ち、

独自に情報を収集し、訪問等によって収容者の処遇についての監督を実効性のある方法で行い、司法大臣に勧告する権限を有している。さらにその結果は毎年報告書として公刊されたり、ホームページ上で公開されたりして、誰でもアクセス可能であり、そのことによって透明性を確保している。

オランダにおける TBS 施設は行刑施設としての位置つけてあり、その点では、わが国の心神喪失等医療観察法上の医療機関とはまったく異なった位置つけてある。また、九州ほとしかない狭く平坦な国土のオランダでは、との地域にもアクセスか非常に容易であり地域差か生じにくいという特有の利点もある。

しかしながら、高い人権意識に基づいて、さまざまな機関か、システムとして効率的にかつ公平に運用されている点は、学ぶべき点か多いと思われる。

- 1) たとえば、司法精神医学者として著名であるシュネーブ大学教授司法精神医学研究所所長 Timothy Harding は、2003 年 8 月 30 日第 12 回法と精神科臨床研究会における講演 “The management of mentally disordered offenders Learning from successes and failures”において、希望のもてるモデルとしてオランダを評価している。
- 2) TBS とは、オランダ語ていう Ter beschikkingstelling の略であり、日本語に直訳すると監置となる。TBS 処分は英文ては hospital order、entrustment order と翻訳され、最近ては日本語て社会治療処分と訳されているか、本稿てはあえて訳さずかそのまま TBS とする。
- 3) Tak, PJP, The role of the prosecution service In Essays on Dutch criminal policy Wolf Legal Productions, pp 5-24, 2002
- 4) オランダにおける刑事手続きについては、Nijboer, J F, Criminal Justice Ststem. In , Chorus, J M J, Gerver, P H M, Hondius, E H, Koekkoek, A K (eds) Introduction to Dutch Law (3rd revised edition) Kluwer Law International, pp 383 433, 1999, ペーター・タック (中山研一・山下邦也 田中圭二訳) 『オランダ刑事司法入門—組織と運用』(2000)、土本武司「日 蘭刑事司法の比較的考察」

- 犯罪と非行 96 号 (1993) 2 頁以下を参照。
- 5) ペーター タック (山下邦也・田中圭二訳)「オランダ刑法における社会治療処分」
香川法学 21 卷 3=4 号 (2002) 295 頁以下。
 - 6) Van der Leij, J B J , Jackson, J L , Malsch, M , & Nijboer, J F , Residential mental health assessment within Dutch criminal cases A discussion Behavioral Sciences and the Law, 19, 691-702, 2001
 - 7) 1996 年 8 月 29 日留置鑑定施設 Pieter Baan Center 訪問時の聞き取り調査による。
 - 8) Van Marle, H , Forensic psychiatry services in the Netherlands International Journal of Law and Psychiatry, 23, 5=6, 515-531, 2000
 - 9) なお、オランダでは TBS 処分のほか、2001 年より新たに、薬物乱用者のための治療処分が存在する。この場合、最短 2 年間であり、最長 4 年間まで延長できる。
 - 10) TBS 処分と刑罰とが併科される場合、その刑罰の長さは、刑罰のみ科される場合の刑罰よりも短い。また、刑罰と併科された場合、通常は刑罰か先に執行され、通常刑期の 3 分の 1 から 3 分の 2 の期間が経過した後、処分に移行する。しかし治療の必要性が高い者や治療に意欲的である者については、拘禁によって病状が悪化する場合もあるし、刑務所での強制治療は、緊急時を除き行うことかてきないという問題点も指摘されている。刑務所では多少の治療は可能であるとしても、本来治療を目的とした拘禁施設ではないのである。なお、また、TBS 施設の収容可能数の不足に起因する、収容開始のための待機について解決策が議論されているところである。
 - 11) 平野美紀「オランダにおける精神障害犯罪者の処遇」法と精神医療 12 号 (1998) 115 頁以下参照。
 - 12) タック、前掲注 5)。
 - 13) 被拘禁者としての未決拘禁者と受刑者の法的権利について、詳細は、ペーター・J・P・タック (平野 (林) 美紀訳)「オランダにおける被拘禁者の法的地位 (上) (下)」自由と正義 52 卷 10 号 (2001) 36 頁以下、11 号 (2001) 14 頁以下参照。
 - 14) なお、オランダは、憲法が自国の最高法典でありながら人権に関しては自国の憲法より国際条約を最優先に尊重するという原則をもち、国際人権条約規定は非常に重視されている。
 - 15) D J I Jaarverslag Terugeblik en toekomst (Dienst Justitiele Inrichtingen, Den Haag, 2003) p 50
 - 16) オランダの首都はアムステルダム (Amsterdam) であるか、司法省とはしめとした政治の中樞はハーグ (Den Haag) である。
 - 17) [http //www rsj nl](http://www.rsj.nl)

参 考 資 料

入院処遇ガイドライン案（概要）

入院処遇ガイドライン案（概要）

このガイドラインは、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（以下、「医療観察法」という）における入院処遇について、その概要を定めたものであるが、その他のガイドライン等と調整すべき点については、現時点では、必ずしも十分な調整状況ではなく、今後、最終的にとりまとめる過程で整合性を図るものとしている。

I 総論

- 1 医療観察法における入院処遇の位置づけと目標・理念
- 2 新病棟の役割と運営方針
- 3 裁判所、法務省、厚生労働省との連携
→ 別途整理中の地域処遇ガイドライン等と整合性を図りつつ今後整理予定

II 入院処遇の留意事項

- 1 基本的事項
 - 1) 医療情報の取り扱い
 - ・社会復帰調整官、保護者等への情報提供
 - ・関係機関・地域への情報提供等
 - 2) 通院処遇との連携確保
 - ・精神医療・保健・福祉としての枠組み
 - ・包括的サービスと継続的なケア等
- 別途整理中の地域処遇ガイドライン等と整合性を図りつつ今後整理予定
- 2 医療の質を確保する組織形態
- 3 治療プログラム
 - 1) 多職種チームによる個別の治療計画の策定と実施
 - 2) 精神疾患に係る薬物療法
 - 3) 外出・外泊の実施
- 4 治療評価と記録
 - 1) 継続的な評価
 - 2) 共通評価項目
 - 3) 記録等の標準化 → 現在、様式等を整理中。

III 指定入院医療機関におけるステージ分類（急性期・回復期・社会復帰期）と治療内容

- 1 急性期
 - 治療目標
 - 標準的なクリティカルパス
 - 医師業務の概要
 - 看護業務の概要
 - 心理業務の概要
 - 作業療法業務の概要
 - ソーシャルワーク業務の概要

2 回復期

- 治療目標
- 標準的なクリティカルパス
- 医師業務の概要
- 看護業務の概要
- 心理業務の概要
- 作業療法業務の概要
- ソーシャルワーク業務の概要

3 社会復帰期

- 治療目標
- 標準的なクリティカルパス
- 医師業務の概要
- 看護業務の概要
- 心理業務の概要
- 作業療法業務の概要
- ソーシャルワーク業務の概要

IV 入院中の評価の留意事項

- 1 入院時の初期基本評価
- 2 各期の到達目標
 - 1) 急性期の到達目標
 - 2) 回復期の到達目標
 - 3) 社会復帰期の到達目標
- 3 裁判申し立て時の評価項目
 - 1) 退院を申し立て時
 - 2) 入院継続を申し立て時

V その他の留意事項

- 1 入院医療機関での行動制限
 - 1) 隔離
 - 2) 身体的拘束→ 関係審議会での議論を経て、内容を明記する予定。
- 2 個別医療行為の留意事項
 - ・電気けいれん療法
 - ・合併症への対応→ 指定入院医療機関の人員や他機関との連携体制等の医療体制等が確定した後、内容を明記する予定。
- 3 無断退去等の重大事故発生時の対応
→ 別途整理中の地域処遇ガイドライン等と整合性を図りつつ今後整理予定

VI 処遇・治療及び評価等のデータ集積とガイドラインの見直し

I 総論

1 医療観察法における入院処遇の位置づけと目標・理念

(1) 入院処遇の位置づけ

- 医療観察法の目的は、その第1条において、「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、もってその社会復帰を促進すること」とされており、本ガイドラインの定める入院処遇は、地域処遇ガイドライン等に定める社会復帰に向けた取り組みにつながる、最初の段階として位置づけられる。

(2) 入院処遇の目標・理念

- ① ノーマライゼーションの観点も踏まえた対象者の社会復帰の早期実現
 - 継続的かつ適切な医療を提供し、様々な問題を前向きに解決する意欲や社会で安定して生活する能力（必要な医療を自立的に求めることも含む）を高める。
 - 他害行為について認識し、自ら防止出来る力を獲得する。
 - 被害者に対する共感性を養う。
- ② 標準化された臨床データの蓄積に基づく多職種チームによる医療提供
 - 関係法令等を遵守しつつ、入院前や入院後の観察・評価に基づき、継続的・計画的に医療を提供する。
 - リスクアセスメントを重視して、観察・評価を継続的に実施する。
 - 対象者の病状に応じて、適切な危機介入を行う。
- ③ プライハシー等の人権に配慮しつつ透明性の高い医療を提供
 - 治療内容について対象者及び家族に対して十分な説明を行う。
 - 懲罰的な医療と誤解を受けないよう、適切な治療法を選択する。
 - 被害者や地元自治体等の要請に対しても、必要な情報提供を行う。

2 新病棟の役割と運営方針

(1) 新病棟の役割

- 新病棟は、指定入院医療機関の一病棟として位置づけられ、医療観察法による対象者の医療を担う。

(2) 新病棟の運営方針

- 入院期間を「急性期」、「回復期」、「社会復帰期」の3期に分けて目標を設定し、おおむね18ヶ月での退院を目指す。
- 対象者ごとに治療計画を作成し、定期的な評価を行うとともに、治療への動機付け等を深めるために、インフォームドコンセントを重視（必要に応じ対象者が参加する治療評価会議も実施）する。
- こうした医療で得られる社会復帰のノウハウ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。

入院から退院までの治療の流れ

