

図7 回復期に退院できた要因

回答 147 件.

(「精神科回復期における医療実態調査」個人調査)

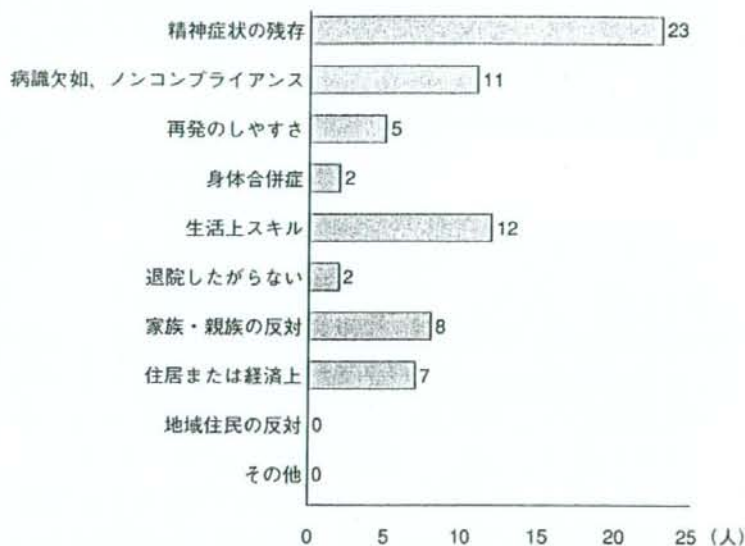


図8 1年経ても退院とならない要因

回答 27 件.

(「精神科回復期における医療実態調査」個人調査)

病床の機能分化

「精神保健医療福祉の改革ビジョン」では、精神病床の機能分化が重視された。その具体的なイメージは伊藤弘人によって示されている(図9)。そのなかでは、「急性期治療群」「社会的入院予備軍(いわゆる New Long Stay^{*13}予備軍)」「重度療養群」に大別された。

前節で述べたように、急性期(3か月以内)の治療と退院の促進は、入院の長期化を防ぐためには最も効果的である。さらに、4～12か月の間

*13 New Long Stay
1年間の入院を経ても退院できず、長期入院となる可能性の高い入院患者の一群。

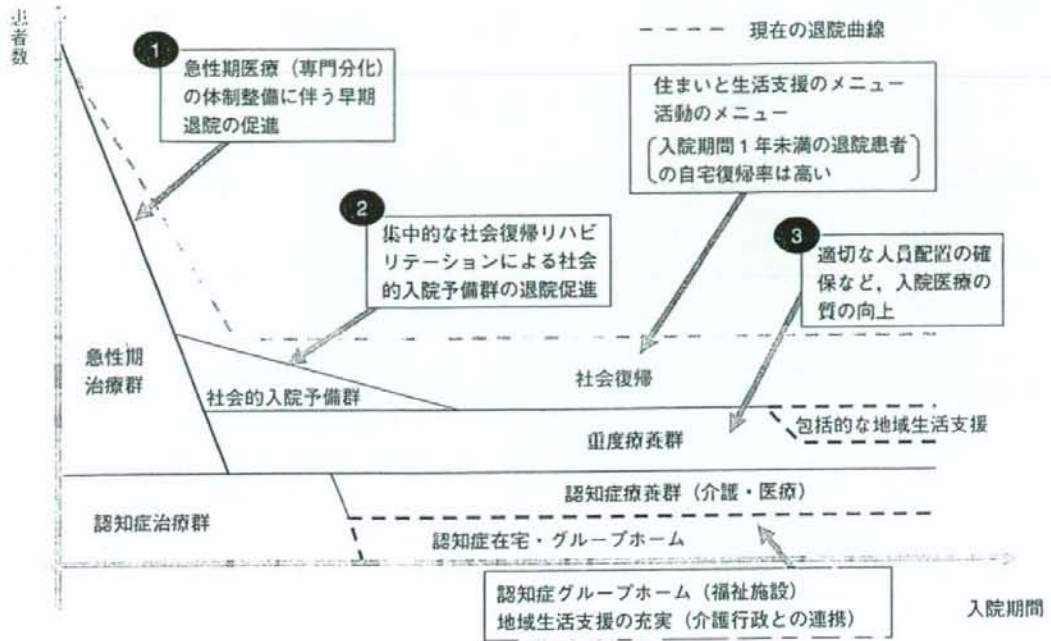


図9 病床の機能分化のイメージ

①②③は、病棟・ユニット単位で分化の促進および評価を進めていく。

(厚生労働省「精神保健医療福祉の改革ビジョン」資料、2004.より)

の治療においては、精神症状が治療困難である事例が多い。このために、薬物療法が重要な役割を果たすものと考えられるが、それと同時に「多職種がかかわった治療」がきわめて有用であることが示されている。

わが国では、入院1年後の残留率が14.1%であるが、他方では、急性期と回復期で比較的人員基準が高い環境下で治療を行っている医療機関では、1年後の残留率5%以下を達成している。年間5万人程度が残留していくものを2万人以下に抑えるためには、現状よりもさらに急性期・回復期治療に特化していくことが必要になる。このためには、医師・看護師・PSWなどの人員を急性期・回復期に移動する必要がある。結果として病床の機能分化を促進する必要がある。

他方、1年以上の長期入院者では、日精協の調査結果が示すように、(A)「精神症状が重度で退院が困難な群（長期重症者群、精神症状が4～6）」、(B)「ADL*14、IADL*15が低下し、さらに、慢性合併症をもち、日常生活に介護を要する群（要介助群、能力障害が4～5）」、さらに、(C)「精神症状・能力障害がともに軽度で看護・介護の密度が少なくすむ群（軽症群、精神症状3以下で、なおかつ能力障害が3以下）」の3群に分けることができる。最近の調査結果では、長期入院者を1～6群に分けているが、(A)約18%、(B)38%、(C)44%が予測される。しかし、この数字で

*14 ADL (activities of daily living)
日常生活動作。食事摂取、移動、排泄など、日常生活を行ううえで必要な基本的動作能力。

*15 IADL (instrumental activities of daily living)
手続的日常生活動作。掃除をする、電話をかける、金銭を管理する、食事の仕度をするなど、ADLを応用しながら、日常生活の活動を拡げる能力。

2軸評価による群分け

| | 精神症状1 | 精神症状2 | 精神症状3 | 精神症状4 | 精神症状5 | 精神症状6 | | | |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|----|--|--|
| 能力障害1 | 1群 | | 2群 | 4群 | | | | | |
| 能力障害2 | | | | | | | | | |
| 能力障害3 | 2群 | | 3群 | | | | | | |
| 能力障害4 | 5群 | | | | | | 6群 | | |
| 能力障害5 | | | | | | | | | |

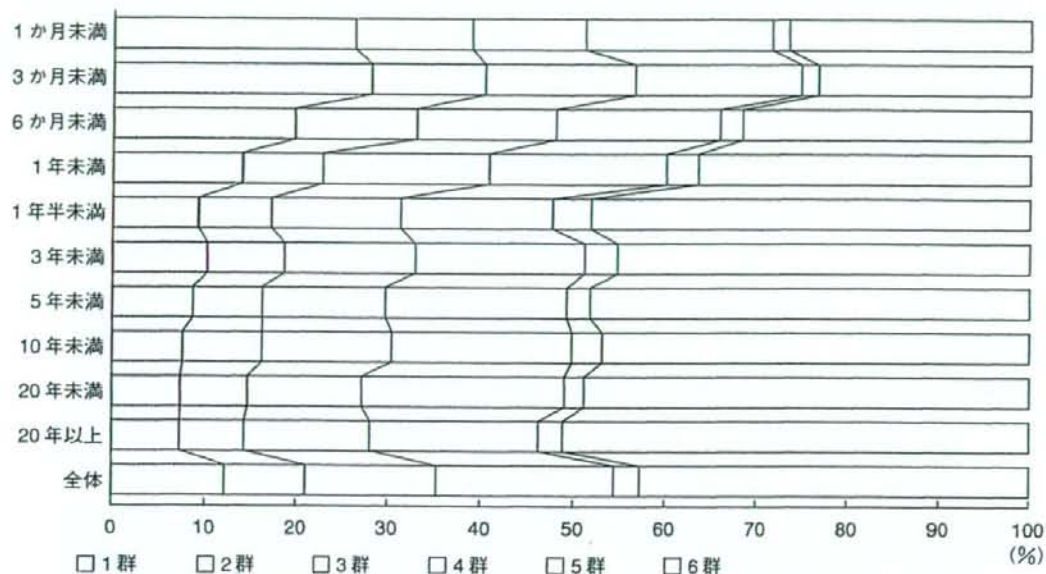


図10 2軸評価による群別にみた入院期間別の割合

(2007<平成19>年度厚生労働科学研究「精神病床の利用状況調査」より)

は、長期軽症者群の範囲、長期重症者群の範囲が不明確であり、今後、議論を要するところである(図10)。

退院促進の課題

ケアマネジントを基本とした退院促進

長期入院から地域に移行した人たちは、適切なケアマネジメントが行われ、さらに、居住面・生活支援面で、十分な援助を受ければ、退院当初には混乱しても次第に地域のなかで安定した生活を送ることができる。初期において十分な支援が受けられるように、本人の希望を重視したケアマネジメントが必要である。

スタッフによるきめ細かな支援サービスは、医療機関周辺では高い密度で行うことができるが、離れたところでは十分なサービス提供は困難である。したがって、病院周辺への退院促進が主流とならざるをえない。遠隔地で、保健センターやその他のサービスを利用しながら行うことは困難が伴うのが現状である。現在のわが国の社会復帰は医療機関に依存している場合が少なくない。今後はさらに、地域住民が主体となった地域支援体制の整備が必要になる。

また、回復の過程においては、リカバリーモデル (recovery model, Anthony 1993) を基本として、その人の「wellness」に焦点を当てた対応が求められる。エンパワメントを引き出すようにきめ細かなケアマネジメントが求められる。

居住施設の不足

前述したように、1年以上入院群では、退院後は自宅以外を選ぶ必要がある。単身アパート生活はむしろ、援助的生活を経た後に行うほうが安定的である。援助的生活の主たるものは、ケアホーム、グループホームであるが、障害者自立支援法導入後は、むしろ減少の傾向にある。また、これに付随した生活介護・生活訓練、居宅支援、訪問看護などの枠組みについても各事業者で検討の段階である。今後、十分な量が確保されるように、建築・改修の費用補助などの施策が求められる。

また、精神症状や生活障害の程度が中等度（精神症状3、能力障害3程度）以上の人たちは、いきなりグループホームやケアホームに移行することは困難な場合が多い。この点では、従来の生活訓練施設や福祉ホームは比較的容易に移行が可能であった。グループホーム、ケアホームあるいはアパート生活への移行を促進するために、過渡的に利用できる職員人員基準が高い社会復帰施設（昼夜一体型）が必要であると思われる。

生活支援サービスの充実

障害者自立支援法によって、生活介護、生活訓練、居宅支援サービスなどの枠組みが明確になった。しかし、訪問看護、デイケアなど医療保険サービスの重要性は減るところますます重要になってきている。

特に訪問看護は、諸外国に比較してそのサービス量は圧倒的に少ない。イギリス等では、多職種で構成している精神障害者地域支援チーム (Community Mental Health Team: CMHT) が果たしている役割は大きい。わが国では保険診療上での評価が低いためにほとんどの医療機関では赤字運営が余儀なくされている。また、採算をとるためには、訪問看護ステーションとした場合には、逆に多職種チームが構成できなくなるなどの矛盾点が指摘されている。

また、精神科デイケアでは、初期のプログラムの充実が必要ではあるが、

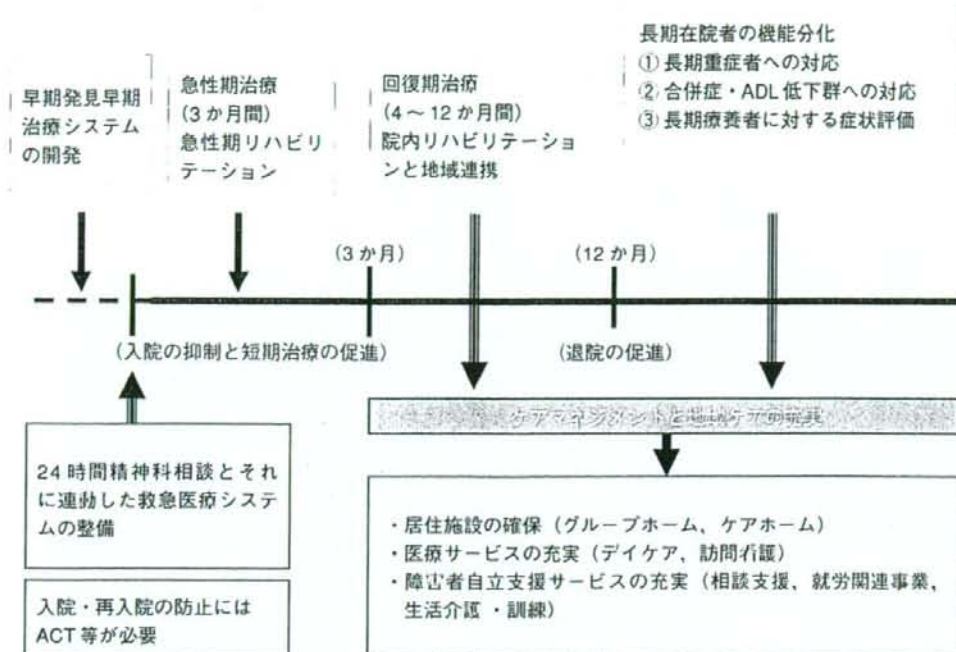


図 11 わが国の精神科医療の現状と課題

ACT : assertive community treatment (包括型地域生活支援)。

同時に長期間にわたって継続的に通所が行われ、その結果安定が図られている事例が少なくないことも考慮されるべきである。

わが国では、精神科病床数が多いことが常に問題としてあげられている。しかし、わが国では健康保険制度が発達しており、この結果、一定水準以上の医療を比較的安価に受けることができる。この結果、精神科病床は社会復帰施設的な機能までももち、さらに、これに打ち勝てるだけの社会復帰施設や居住施設が整備されてこなかった。諸外国では、逆に、必要な精神科医療を安心して受けられるシステムが十分に整備されていないことも指摘されている。わが国では、単に精神科病床の数を比較するのではなく、むしろ、整備された医療施設を利用しながら、どのようにして精神障害者の地域生活を援助するシステムを医療と福祉の連携できめ細かくつくっていくかを検討すべきではないか。現状では、地域生活が可能と思われる精神障害者であっても、地域での居住施設や生活支援サービスが不足しているために、入院生活を余儀なくされている部分があることは確かである。精神障害者が尊厳をもって地域で生活できるように、医療保険面と障害者自立支援サービスの双方が連携しながらサービス内容を高める必要がある。

また入院治療においては、急性期・回復期治療の充実、わが国の精神医療にとっては早急に実現しなければならない施策である。しかし、これを実現するためには、急性期・回復期において医師やコ・メディカルスタッフを充実させる必要がある。前述したように、1年以上の長期入院者には「長期重症者群」「ADL等低下群」が70%以上を占めるために、医療費の削減は困難であるが、長期入院病床の機能分化を進め、同時に医師・看護師・介護者の再配置を進めることで、結果として、急性期・回復期治療の充実が実現できるものとする（図11）。

（松原三郎）

引用文献

- 1) 精神保健福祉研究会（監）. 我が国の精神保健福祉（精神保健福祉ハンドブック）平成18年度版. 東京：太陽美術；2007.
- 2) 大島 巖. 長期入院精神障害者の退院可能性と、退院に必要な社会資源およびその数の推計—全国の精神科医療施設4万床を対象とした調査から. 精神経誌 1991; 93 (7): 582-602.
- 3) 黒田研二. 長期入院患者の退院可能性とリハビリテーションニーズに関する調査—調査結果の速報. 精神経誌 1999; 101 (9): 762-776.
- 4) 日本精神科病院協会. 精神障害者社会復帰サービスニーズ等調査事業報告書. 2003.
- 5) 日本精神科病院協会. 平成14年マスタープラン調査データ集. 2003.

心神喪失者等医療観察法における強制処遇の 正当化根拠と「医療の必要性」について

——最高裁平成19年7月25日決定を契機として

山本輝之

- I はじめに
- II 医療観察法の制定経緯と法的性格
- III 医療観察法における強制処遇の正当化根拠
- IV 最高裁判所平成19年7月25日決定
- V 考 察

I はじめに

(1) わが国では、2003年に、「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に関する法律」（以下、「医療観察法」、「法律」または「法」ということもある）が制定・公布され、2005年7月から施行された。これは、殺人、放火、強盗、強姦、強制わいせつ、傷害という重大な他害行為を行ったが、不起訴処分になった心神喪失者、心神耗弱者または責任無能力を理由として無罪の確定判決を受けた者あるいは限定責任能力を理由として自由刑の執行を免れた者（以下、「対象者」ということもある）に対し、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なら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、その病状の改善およ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ことを目的として、制定されたものである（1条）。

この法律は、重大な他害行為を行った精神障害者の処遇を、裁判所が決定するという新たな司法処分の制度を創設したものであり、これは、これまで、このような精神障害者に対する強制入院の決定、処遇の変更、退院の決定などは、事実上精神保健指定医による診断を基礎として、精神医療

側が決定し、厚生労働省の責任において行われてきたのを大きく転換したものである。

(2) この法律の施行以来、その運用についてはさまざまな法律問題が生じているが、その1つが、対象者に対して入院による医療または入院によらない医療を決定する際の要件である「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、この法律による医療を受けさせる必要がある場合」(42条1項1号)という文言の解釈、すなわち、この要件がどのような場合に満たされないことになるのか、ということである。

これについては、これまで見解の対立が存在したが、近時、この問題について判断を示した最高裁判所の判例が初めて出された。ここでは、一審

1) 同条項は、当初政府案では、「継続的な医療を行わなければ心神喪失又は心神耗弱の状態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認められる場合」となっていたものが修正され、現行法の規定となったものである。修正案提案者の趣旨説明によると、対象者の精神障害を改善するための医療の必要性が中心的な要件であることを明確にしたうえで、さらにそのような医療の必要性が認められる者のうち、精神障害の改善に伴って同様の行為を行うことなく社会に復帰できるように配慮することが必要なだけが医療観察法による処遇の対象となることを明確にするために修正した旨が述べられている。そして、法務省および厚生労働省の立案関係者は、同条項について以下のような解説をしている。「本法による処遇の要件については、文理上、ア 対象行為を行った際の精神障害を改善するため、本法による医療を受けさせる必要があると認められること、イ 精神障害の改善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、本法による医療を受けさせる必要があると認められることの2つに分けることが可能であり、この両者が認められる場合に入院決定または通院決定がなされることになる。

アの要件は、具体的には裁判所が当該対象に対する処遇の要否および内容を決定する時点において、①当該対象者が対象行為を行った際の心神喪失または心神耗弱の状態の原因となった精神障害と同様に精神障害を有しており、かつ、②そのような精神障害の改善(病状の増悪の抑制を含む)するために、本法による医療を行うことが必要であること、すなわち、その精神障害が治療可能性のあるものであることを内容とするのである。

「精神障害が治療可能性のあるものであること」とは、裁判所が処遇の要否および内容を決定する時点での精神医療の水準に照らし、本法による医療を行うことにより、そのような精神障害の改善(病状の増悪の抑制を含む)という効果が見込まれることをいう。

イの要件は、具体的には、裁判所が当該対象者に対する処遇の要否および内容を決定する時点において、当該対象者について、③本法による医療を受けさせなければ、その精神障害のために社会復帰の妨げとなる同様の行為を行う具体的・現実的な可能性があることを内容とするものである。最高裁判所事務総局編「『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』及び『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による審判の手續等に関する規則』の解説」(2005)165頁以下参照。

と二審・最高裁判所とで異なった見解が示された。そこで、本稿は、医療観察法の制定の経緯・法的性格をふまえて、この判例を検討することにより、この問題について若干の考察を行うものである。

II 医療観察法の制定経緯と法的性格

(1) これまで、わが国においては、重大な犯罪を行ったが、不起訴処分になった精神障害者またはその疑いがある者、責任無能力を理由として無罪の確定判決を受けた者または限定責任能力を理由として自由刑の執行を免れた者は、刑事司法の手続きからは外され、検察官の通報により、精神保健福祉法25条、29条に基づいて、措置入院の手続きがとられることになっていた。しかし、以前から、重大な犯罪行為を行ったにもかかわらず、精神障害を理由に司法による責任追及が行われないのは不当である、また、措置入院制度は、このような精神障害者の再犯を防止するためには十分ではない、このような事態に対応するためには、彼らに対して刑罰に代えて保安処分を科すことができるよう刑法を改正すべきである、という見解が主張されてきた。²⁾

1974年には、法制審議会が、精神障害によって禁固刑以上の犯罪を行った者について保安上必要があると認められる場合には、法務省が設置する保安施設に收容し、治療および看護のために必要な措置を行うという治療処分と、アルコール依存、薬物依存等により禁固刑以上の犯罪を犯し、保安上必要があると認められる場合には、保安施設に收容し、依存状態を除去するために必要な措置を講じるとする禁絶処分という2つの処分を内容とする保安処分制度の導入を盛り込んだ改正刑法草案を提案した。しかし、①精神障害者の将来の危険性を予測することは困難である、②不確かな危険性を根拠として精神障害者に処分を科すことは彼らを不当に差別するこ

2) 最近のものとして、加藤久雄「現行措置入院制度による触法精神障害者処遇の現状と課題について—高度に危険な人格障害犯罪者に対する刑事法上の対応を中心にして」現刑3巻9号(2001)64頁以下、同・人格障害犯罪者と社会治療—高度に危険な犯罪者に対する刑事政策は如何にあるべきか(成文堂・2002)3頁以下。また、同趣旨のものとして、山上皓「触法精神障害者の法的処遇とその問題点」精神科治療学11巻10号(1996)1037頁、同「我が国における触法精神障害者処遇の現状と問題点」精神経誌102号(2000)15頁以下など。

とになり、人権侵害に結びつく、③保安施設における医療は、保安を重視せざるをえないから、治療関係を成立させることが困難である、ということなどを主な理由とする日本精神神経学会、日本弁護士連合会などの反対により実現しなかつた。³⁾

その後、1981年には、法務省が、保安処分の対象者を、殺人、放火、強盗、強姦、強制わいせつ、傷害の、いわゆる「六罪種」を行った者に限定する「保安処分制度（刑事局案）の骨子」を発表したが、やはり反対が強く、実現には至らなかつた。その後、1987年に、精神衛生法を改正して精神保健法に制定するという改正が行われた。これは、1984年3月に、宇都宮病院で、入院患者を看護職員が金属パイプで殴打し、死亡させるという事件が起こり、わが国の精神医療全体が海外から強く非難され、国連の場においても激しく非難されたことから、当時の精神衛生法の名称を変更して、精神保健法に改め、その際、任意入院制度、精神保健指定医および精神医療審査会制度の創設を柱とする改正を行った。このような状況において、精神障害者に対する司法的対応が存在しないのに、彼らの人権の保護の方ばかりを厚くするというのは具合が悪いのではないか、精神障害者で処遇の困難な者に対して特別な処遇を行う制度を設けるべきではないかという意見が強く出されるようになった。これを受けて、1989年から、厚生科学研究による「精神科領域における他害と処遇困難性に関する研究」（いわゆる道下研究）が出され、その結論を受けて、公衆衛生審議会が1991年に中間意見を出した。その内容は、処遇困難患者の処遇について、法律の改正によってではなく、措置入院の運用によって対応しようというものであった。当時の言葉で、「ウルトラ措置」と呼ばれ、それは、処遇困難患者の処遇の改善を図るために、国立または都道府県立の精神病院に専門病棟を整備して、これらの者に対して特別な医療を行おうという提案であった。しかし、これも強い反対運動にあつて挫折した。しかし、その後も、重大な犯罪を行った精神障害者の再犯を防止するため、特別な処遇制度を設けるべきであるとする要望が日本精神病院協会などを中心に強く出され、1999年の精神保健福祉法の改正の際に、衆議院厚生委員会において、「重

3) 大谷實「保安処分の現状と論点」ジュリ772号（1982）16頁以下参照。

大な犯罪を犯した精神障害者の処遇のあり方について、幅広い観点から検討を早急に進めること」という附帯決議がなされた。

これを契機として、2001年1月29日に、重大な犯罪を犯した精神障害者が犯罪をくり返さないようにするための対策をさまざまな観点から協議・検討することを目的とした法務省・厚生労働省による合同検討会が設けられた。

このような状況の中で、2001年6月8日に、精神病院に入退院をくり返していたAが、大阪教育大学附属池田小学校に侵入し、児童8名の刺殺を含む、23名を殺傷するという衝撃的な事件が起こった。そして、Aは、それより2年以上前に傷害事件を起こしたが、その時は措置入院させられ、約40日後に退院させられていたが、結果的に起訴猶予処分になっていたという事実が、事件後判明した。これを契機として、法務省、厚生労働省により急遽「法律案」が作られ、2003年7月に、医療観察法が制定・公布され、2005年7月から施行された。

(2) 前述したように、これまで、重大な他害行為を行ったが、不起訴処分になった精神障害者またはその疑いがある者、責任無能力を理由として無罪の確定判決を受けた者または限定責任能力を理由として執行猶予付きの有罪の確定判決を受けた者に対応する制度としては、精神保健福祉法における措置入院の制度しか存在しなかった。これは、精神障害者を行政的な判断だけで、なるべく早く精神医療に結び付けようとする制度であるという点では優れているが、このような精神障害者の再犯を防止するためには不十分であるという指摘が従来からなされてきた⁴⁾。すなわち、精神保健福祉法においては、検察官は、精神障害者あるいはその疑いがある者を不起訴処分にした場合、あるいは被告人が責任無能力を理由として無罪の確定判決を受けた場合、または限定責任能力を理由として執行猶予付きの有罪の確定判決を受けた場合、すみやかに、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(25条)。しかし、検察官が通報したものがすべて措置入院になるわけではない。都道府県知事が調査した結果、その必要がないと判断したときは、指定医の診察を受けさせるまでもなく、

4) 山上・前掲注2)「触法精神障害者の法的処遇とその問題点」1037頁、山上皓=岡田幸之「触法精神障害者と措置入院」日本精神病院協会雑誌17巻2号(1998)5頁以下など。

措置入院の対象から除かれる(27条1項⁵⁾)。また、同法では、検察官は、被疑者・被告人が精神障害者ではないかという疑いがあるだけで措置通報しなければならないとされている(25条)。そのため、2名以上の指定医による診察の結果、措置要件に該当しないと判断され、その対象とならないこともある。さらに、現在のわが国の精神医療は、医療中心で、人的な面でも構造的な面でも保安という観点からの配慮を行ってはいないため、措置要件を満たす場合であっても、医療機関が措置非該当、入院不要として、重大な他害行為を行った精神障害者を受け入れないケースが相当存在する。もちろん、以上のような場合、このような精神障害者が完全に自由になることはまれであり、精神保健福祉法上の任意入院になったり、あるいは医療保護入院になるケースが多いであろう。しかし、前者の場合には、本人が退院したいというときには原則として退院させなければならない(22条の4第2項)。後者の場合でも、精神病院の管理者が入院の必要性がなくなったと判断し、保護者が引き受けを承諾すれば、退院をさせることができるのである。⁷⁾

他方、医療機関がこのような精神障害者を「やっかい払い」のため、比較的短期間で退院させてしまっているという指摘もある。⁸⁾ 検察官通報の場合についてももちろん、措置入院一般の平均在院日数も公表されている資料の中には存在しないが、殺人などの重大な他害行為を行った精神障害者の場合でも、平均2年程度という比較的短期間で措置解除されていたようである。もっとも、このような事態には、医療機関がやっかい払いをしているということばかりでなく、それが措置入院制度自体の限界であるという精神医療関係者の指摘もある。すなわち、現在の精神医療においては、「他害のおそれ」という措置要件が、退院させたらすぐに人を襲う危険と解釈され、将来、どこかで再び他害行為を行うかもしれない危険とは考えられていない、そのため、重大な他害行為を行った精神障害者であっても、治療により幻覚・妄想などがコントロールされ、症状が安定し、そのよう

5) 精神保健福祉研究会監修・精神保健福祉法詳解〔三訂版〕(中央法規出版・2007)256頁以下参照。

6) 山上・前掲注2)「触法精神障害者の法的処遇とその問題点」1040頁以下。

7) 精神保健福祉研究会監修・前掲注5)313頁参照。

8) 山上・岡田・前掲注4)8頁以下。

な他害のおそれが消失した場合には、退院させざるをえない、というのである。⁹⁾このように、これまでの措置入院の制度は、重大な他害行為を行った精神障害者の再犯防止のために活用されていたわけでは¹⁰⁾ないのである。医療観察法は、裁判所の関与による新たな処遇制度を創設することにより、このような重大な他害行為を行った精神障害者の再犯の防止をはかり、彼の社会復帰を実現しようとするものである。

(3) このようにして作られた医療観察法の内容は、前述した、法務省の刑事局案骨子と公衆衛生審議会の間意見との両方を基礎としたものである。すなわち、刑事局案は、重大な六罪種の犯罪を行った者に限定して、保安処分を行おうとするものであったが、このことが今回の法律にもそのまま引き継がれている。また、刑事局案は、裁判所が処分を言い渡すとするものであったが、その点も同じである。他方、これまで措置入院の対象となる者に対して特別な医療を行うというのが公衆衛生審議会の間意見の考えであったが、そのことが今回の法律においても生かされている。このように、この法律は、刑事局案骨子と公衆衛生審議会の間意見との両方を基礎として作られたものであるが、同法1条に定められた、同法の「目的」からするならば、その法的性格は、あくまでも精神医療法であり、重大な他害行為を行った精神障害者に対して、彼らの再犯を防止し、その社会復帰を実現するための特別の医療処分を施す新たな枠組みを付け加えたものであると理解すべきであるように思われる。そのことは、法案の段階では、裁判所が対象者に対して処分を言い渡すことができる要件として、「入院をさせて医療を行わなければ心神喪失または心神耗弱の状態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認められる場合」という書きぶりであったが、「おそれ」という文言を使用すると保安を優先させる印象と与えるということで、この文言を削除する修正を行ったこと、また、その1条で、対象者に対して社会復帰のための医療を行うという目標を明確にした点にもあらわれている。

9) 座談会「司法精神医学の今日的課題 司法精神医学の発展のためにどうすべきか—教育的視点を中心に」精神医学44巻6号(2002)641頁〔小田晋発言〕。

10) 町野教授は、このことを検察官の起訴裁量権との狭間のなかに、精神障害者の犯罪は消えてゆく、と表現されていた。町野朔「『措置入院』—精神医療と刑事司法に関するメモ」ジュリ1208号(2001)4頁。

III 医療観察法における強制処遇の正当化根拠

(1) 医療観察法における処遇は、入院による医療(42条1項1号)、および入院によらない医療(42条1項2号)であるが、それら決定を受けた者は、それらの医療を必ず受けなければならない、とされている(43条1項・2項)。すなわち、本人の同意がなくても、強制的に処遇を課すことができるのである。それでは、なぜ、このようなことが許されるのか、その正当化根拠が問題となる。

(2) 周知のように、精神保健福祉法における強制入院が認められる根拠については、2つの考え方が存在した。1つは、ポリスパワーといわれるものであり、それは、精神障害者の行う反社会的な行為から社会を防衛するために、彼を強制的に入院させることが許されるのだとする考え方である。もう1つは、パレンスパトリエというものである。それは、自己の医療的利益を選択する能力が欠如・減退している精神障害者には、公権力が親代わりとなって彼を強制的に入院させることが許されるのだとする考え方である。現在、この両方の考え方について、措置入院は、自傷他害のおそれのある精神障害者を強制的に入院させるものであるから、それについては、ポリスパワーがその根拠であるのに対し、医療保護入院について、パレンスパトリエがその根拠であるとする理解が一般的になされているようである。

これに対して、町野教授は、精神障害者の自由を制限し強制的に医療を与えることが許される根拠について、再犯の防止というポリスパワー的目的を達成するために、再犯を行う可能性があるにすぎない精神障害者の自由を奪うことは許されないとされ、彼に医療を強制することのできる理由は、彼に医療を与えるというパレンスパトリエ的考慮以外にはないのであり、ただ、後見的強制医療の範囲が過剰に広範にわたることを避けるために、再犯の危険性の除去という大きな社会的必要性が制約的原理として要求されることになる、とする見解を主張されている。そのうえで、教授は、医療観察法は、「重大な他害行為」(放火、強制わいせつ、強姦、殺人、傷害、強盗)を行った精神障害者の医療に関する法律であり、精神保健福祉法の

特別法という性格をもつものであり、したがって、そこにおける強制的な処遇の根拠についても、以上のような措置入院についてのそれが妥当する、すなわち、医療観察法において裁判所の決定する「医療」(42条1項)は、精神障害者に適切な医療を強制的に確保しようとする点においては、精神衛生法以来存在している措置入院の趣旨と質的に異ならないのであり、医療観察法はそれを「補充・強化」したものにすぎないといえることができる、¹¹⁾とされている。

これに対し、近時、安田教授は、医療観察法による強制入院の対象者が重大な他害行為を行った者であるのに対し、措置入院の対象者はそうではないという違いがあるにもかかわらず、両制度の本質が同じだと考えることはできない、とされ、ここで必要なのは、医療観察法による強制入院が再犯の可能性によっても正当化されていることを正面から認め、安全に対する社会の関心と対象者の自由権という相対立する利益を適切に衡量・調整することなのである、とする見解を主張されている。そのうえで、教授は、医療観察法による強制入院の根拠は、ドイツ刑法63条の精神病院収容(治療処分)の正当化根拠に関する多数説である、優越利益の原則に求めるべきである、すなわち、医療観察法による強制入院は、対象者が重大な他害行為におよんだことにより、対象者が同様の行為におよび、生命・身体等の法益を侵害するおそれが看過できない水準になり、対象者の自由権の侵害という不利益に優越する法益の保護の利益が認められることにより、国家の法益保護義務の具体的発動が要求されることによって正当化されるのであるが、優越利益の原則により劣後すると判断された自由の剝奪を正当化するために、医療の必要性、さらに、医療による改善の可能性がある場合にのみ、強制入院が認められるべきだということになる、とされている。¹²⁾また、前田教授も、医療観察法による強制入院の対象者は、殺人・強姦などの重大な他害行為を行った者なのだから、それを行っていない者に比して、被害者の利益、国民の不安などを考慮すれば、強制治療を甘受す

11) 町野朔「精神保健福祉法と心神喪失者等医療観察法」ジュリ増刊・精神医療と心神喪失者等医療観察法(2004)93頁。

12) 安田拓人「心神喪失者等医療観察法における医療の必要性と再犯の可能性」鈴木茂嗣先生古稀祝賀論文集(上)(成文堂・2007)637頁以下。

べき程度が高いと考えることも可能であろう、とされているのも同趣旨である¹³⁾ように思われる。

このような見解の対立は、医療観察法の法的性格をどのように理解するかということと関連している。すなわち、町野教授の見解は、医療観察法は精神保健福祉法と質的に同じ精神医療法であり、それは、重大な他害行為を行った精神障害者の利益をはかるための新たな医療処分を補充したものと理解されているのに対し、安田教授、前田教授の見解は、医療観察法は、精神保健福祉法とは質的に異なる、危険な精神障害者から社会の利益・安全を守るための医療処分であると理解されているのである。

(3) このうち、前者の見解が基本的に妥当である。

まず、医療観察法における医療処分が、ドイツ刑法の精神病院収容と異なり、保安処分として理解すべきではないことは、前述したその立法経緯、修正案による条文の修正から明らかであろう。したがって、安田教授の見解のように、医療観察法における強制処分の正当化根拠を、保安処分であるドイツ刑法における精神病院収容に関するそれと平行に論ずることはそもそも妥当ではないであろう。また、安田教授の見解からするなら、その者の再犯の危険性を根拠として、対象者に治療・改善効果が見込まれない場合であっても強制処分を科すということが認められるとするのが一貫することになると思われる。しかし、そうなると、重大な他害を行い、ふたたびそれを行う危険性のある健全者については、そのことを理由として隔離・拘禁することが許されないのに、重大な他害行為を行った精神障害者については、彼に再犯を犯す危険性があるというだけで、隔離・拘禁することが許されるという不均衡を生じさせることになり、憲法14条に反することになる。そこで、教授は、対象者が優越利益の原則により劣後すると判断された、みずから自由の侵害を甘受しなければならない規範的根拠は、かなり薄弱であるとされ、対象者が医療の必要性、医療による改善の可能性があり、対象者にとっても利益になるのだという場合にのみ、強制処分を課すことが許されるとされている。しかし、これに対しては、そ

13) 前田雅英「司法的判断と医療的判断」ジュリ増刊・精神医療と心神喪失者等医療観察法(2004) 94頁。

もそもそのような薄弱な根拠によって強制処分を正当化することが妥当かという疑問がある。その点を別としても、これは、結局、医療観察法において対象者に強制処分を課すことが許される根拠は、優越的利益の原理にあるのではなく、彼に医療を保障し、彼に利益を図ることにあるのだということを確認することであり、そのことと優越利益の原理との理論的整合性が問題となるように思われる。しかも、このような考え方によると、実際に重大な他害行為を行った精神障害者と単に自傷他害のおそれがあるにすぎない精神障害者とは、まったく異なった処遇を受けるべきであるということになるから、医療観察法の処遇の要件を満たす精神障害者については、常に医療観察法における処遇を課すべきであるということになるだろうが、後に述べるように、それは対象者の社会復帰のための適切な医療を保障すべきであるという観点からは必ずしも妥当ではないように思われる。

このようなことからするならば、医療観察法において、重大な他害行為を行った精神障害者に強制処分を課することができる根拠は、彼の再犯を防止し、その社会復帰を実現するという利益のために、彼に適切な医療を保障するというに求められなければならない。すなわち、自己の医療的利益を選択する能力が欠如・減退している精神障害者に彼の利益を図るために公権力が親代わりとなって、再犯を防止し、その社会復帰を実現するため適切な治療を与える代わりに、彼を病院に強制的に拘禁することが許されるのであり、医療なき拘禁を正当化することはできないのである。

他方、このような考えに対しては、精神医療法の役割は、精神障害者に医療を行うことだけであり、再犯の防止を図ることはそうではない、精神障害者に精神医療を与えることによって犯罪の防止を図るということを確認すべきではないとする立場も存在する¹⁴⁾。しかし、精神医療の役割は、治療を通じて患者の利益を図ることである。精神障害者が、重大な他害行為を行った精神障害者がふたたびそのような他害行為を行うということは、被害者にとって不幸なことであるばかりでなく、精神障害者自身にとってもきわめて不幸なことである、精神障害者に適切な医療を施すことによって彼の犯罪を防止し、彼の社会復帰を実現することは彼の利益にか

14) 日本精神神経学会は、基本的にこのような立場に立って、医療観察法に対するいくつかの抗議声明を出している。それらは、<http://www.jspn.or.jp/> でみることができる。

なうことであり、まさに精神医療の役割なのである。

もっとも、町野教授が、精神障害者に対する「後見的医療の範囲が過剰に広範に亘ることを避けるために、再犯の危険性の除去という大きな社会的必要性が制約的原理として要求される」とされている点は、妥当ではないように思われる。安田教授が指摘されているように、ある法律効果を制約するものは、同時にそれを基礎づけてもいるはずであり、したがって、再犯の可能性を制約的原理として要求することは、それを強制入院の正当化根拠とみるものだからである。¹⁵⁾ たしかに、町野教授がいわれるように、たとえ、後見的医療が精神障害者の利益にあるからといって、それが過剰に広範にわたることは妥当ではなく、それに対する限界づけが必要である。しかし、それは、安田教授が指摘されているように、精神障害者に強制的医療を施すことが許される正当化根拠から導き出されなければならない。そうだとすると、医療観察法において、重大な他害行為を行った精神障害者に強制的な医療を施すことが許される根拠は、前述したように、彼の再犯を防止し、彼の社会復帰を実現するというにあるのであるから、それが制約的原理となると考えるべきであるように思われる。すなわち、重大な他害行為を行った精神障害者に対する後見的医療は、彼の再犯を防止し、彼に社会復帰の実現に適する範囲でのみ許されるということになるのである。

IV 最高裁判所平成19年7月25日決定¹⁶⁾

1 事 案

対象者は、平成18年8月4日午前9時25分ころ、長崎県佐世保市甲アパートC棟（木造コロンアルスレート葺2階建、延床面積約179.72平方メートル）201号室対象者方6畳仏間において、灯油を布団に撒き、これにマッチで点火して火を放ち、その火を同室壁等に燃え移らせ、よって、自己の娘であるBほか7名が現に住居として使用している前記甲アパートC棟を焼損（焼損面積合計約136.34平方メートル）した。

15) 安田・前掲注12)631頁。

16) 刑集61巻5号563頁。

検察官は、対象者について、犯行当時に心神喪失者であったと判断して不起訴とし、医療観察法33条1項に基づき同法42条1項の決定をすることを、長崎地方裁判所に申し立てた。

同裁判所の嘱託を受けた鑑定人は、「医療観察法による治療必要性と治療処遇の意見」として、次のような趣旨の鑑定意見書¹⁷⁾を提出した。

対象者は妄想性障害に罹患しており、被害妄想、迫害妄想に基づき対象行為に至った。対象者の妄想は改善傾向にあるが、環境要因が社会復帰を阻害している。病識に乏しいため通院による医療では治療中断が予想され、困難である。対象者には治療反応性があり、今後の入院治療継続は必要と判断するが、医療観察法での強い枠組みによる処遇は必要ではないと判断する。

長崎地方裁判所は、対象者が、医療観察法2条2項1号所定の対象行為(刑法108条)を行ったこと、幻覚・妄想に支配されて対象行為に及んでいるのであって、対象行為当時、精神の障害により事物の理非善悪を判断する能力およびその判断に従って行動する能力に欠けており、心神喪失の状態であったことを認め、以下のように判示した。

「鑑定人の鑑定を基礎とすれば、対象者は、現在もなお、妄想性障害に罹患しており、治療反応性もあるため、治療を行う必要があり、また、病識に乏しいため入院治療の継続が必要であると認められる。

しかしながら、同鑑定を基礎とすれば、①対象者は、鑑定入院当初は被害妄想や関係妄想が顕著な状態であったが、鑑定入院中の薬物療法及び精神療法により、幻覚はなくなり、妄想も軽快するなど精神症状は改善し、穏やかで、控えめな口調で話し、礼節も保ち、治療スタッフや他の入院患者とも情緒的交流を図るまでになっており、更に治療を継続することにより治療効果は継続されると期待されること、②対象者の実子3名が統合失調症であったことから精神科病院に対する拒否感はなく、服薬や処置等には抵抗を示していないことから、今後の治療の進展により病識が得られ問題の認知を得ることは可能であることが認められ、こ

17) 中山研一「医療観察法による『医療の必要性』について—最高裁平成19年7月25日決定の検討」判時1992号(2008)3頁参照。

れらによれば、医療観察法による枠組みでの治療は必ずしも必要ではなく、通常の病院での入院治療継続が適当であるといえることができる。

……

以上によれば、対象者は、一定期間、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律による入院をすることにより、精神障害を治療して社会復帰することが十分可能であり、医療観察法による医療をおこなうまでの必要性はない。」

検察官の抗告に対して、福岡高等裁判所は、以下のように判示して、原決定を取り消し、長崎地方裁判所に差し戻した。

「医療観察法は、精神障害による心神喪失等の状態で重大な他害行為が行われた場合、被害者に深刻な被害が生ずるだけでなく、そのような行為を行った者が有する精神障害は、一般的に手厚い専門的な医療の必要性が高く、同人が、精神障害を有していることに加えて、重大な他害行為を犯したという、いわば二重のハンディキャップを背負ってしまうとともに、そのような精神障害が改善されないまま再びそのために重大な他害行為が行われることとなれば、そのような事実が本人の社会復帰の大きな障害となることは明らかであることから、対象者に必要な医療を確保して不幸な事態が繰り返されないようにしつつ、その社会復帰を図るため、精神障害による心神喪失等の状態で一定の重大な他害行為（対象行為。法2条2項）を行った者（対象者）に対し、医療を受ける機会を与える目的等から制定されたものである。したがって、同法は、検察官に原則として申立義務を認め（法33条）、ひとたび法42条1項1号ないし2号の決定がなされた場合には、対象者に法による医療を受ける義務を課するとともに、対象者に必要な医療を受けさせることを国の責務とし（法81条）、また、対象者の社会復帰を円滑にするため、保護観察所に社会復帰調整官を置き、生活環境の調整等や医療機関との協力体制を整備している。

以上のような法の趣旨等に照らせば裁判所は、検察官からの申立てに対し、対象者に、法42条1項1号ないし2号の要件が認められるか否か