

回シンポジウム「医療観察法——疾病性・治療反応性をどう考えるか——」回 ※※※

医療観察法の治療効果に関する事例検討報告

独立行政法人国立病院機構東尾張病院

八 木 深

やぎよかし

I はじめに

最高裁判所事務総局⁽²⁾は、医療観察法に関する解説を平成17年3月に発表している。この最高裁解説によると、裁判所は、以下の①から③までのいずれもが認められる場合には、入院決定か通院決定をすることとなり、また、①から③までのいずれかが認められない場合は、裁判所は本法による医療を行わない旨（不処遇）の決定をすることになる。

- ①当該対象者が対象行為を行った際の心神喪失又は心神耗弱の状態の原因となった精神障害と同様の精神障害を有している。
 - ②そのような精神障害を改善（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
 - 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
- ①は「疾病性」、②は「治療可能性」、③は「社会復帰要因」とされる。

医療観察法の入院治療は、「早期の社会復帰を目指し、小規模の病棟において、対象者の症状段階に応じて人的・物的資源を集中的に投入し、専門的な医療を提供」し、手厚い医療が実施されている。そのため、一般医療で対

応が困難な重症例についても、医療観察法入院医療では成果をあげるのではないかと期待されている。

最高裁要件②「治療可能性」について検討する場合、医療観察法の入院医療の効果と限界を知ることが重要であり、医療観察法の治療効果に関する事例検討は意義がある。なお、事例は、匿名性を保つため改変を加えた。

II 事 例

(事例1)

対象者は30歳代の日本語を解さない外国人女性。対象行為は、面識のない同国人のアパートを訪れ、包丁を借りその包丁で相手を刺し傷害を負わせたもの。

母国で中学時から飲酒開始し、義務教育終了後にはビール10本・スピリッツボトル半分程度を飲用していた。母国でコカイン・マリファナ使用歴がある。20歳過ぎに初回来日し2年間就労した。この時日本酒1升程度を飲用していた。30歳過ぎに3回目の来日をした。この頃から酒が切れると体が震えるようになり、酒を飲んで欠勤することが多くなった。対象行為7ヶ月前、断酒2日後、「お前を捕まえるぞ」「殴るぞ」「殺すぞ」と幻聴が入り、警官に声の主を捕まえて欲しいと思い、警官を呼ぶために商店のグラスを割り連行されたが、その後幻聴は消えグラス代を弁償して釈放された。

対象行為8日前よりウイスキーや焼酎の連続飲酒を開始し、対象行為3日前には起床できなくなり、結果として断酒状態になり、同日夕から「家族を殺す」「言っているとおりにしないと殺す」という幻聴が入り、しだいに放置できなくなった。声以外にも人影が目の前を通ったり蛇が体に巻き付いてくるのが見えて恐かったという。この状態が3日間続き不眠だった。

対象行為当日、幻聴が持続し、夕方には「包丁を持ちなさい。包丁で相手を傷つけなさい。その通りにしないと家族を殺す」という幻聴が入った。幻聴の命令のまま、面識のない同国人のアパートを訪れ、包丁を借りその包丁

で相手を刺し傷害を負わせ逮捕された。

逮捕翌日に幻聴は消失し、その後一貫して存在しない。心神喪失で不起訴処分になり医療観察法の申し立てがされ、通訳を介して鑑定が実施された。

【対象行為についての鑑定中発言】

「そのときは、声に従わないと家族が殺されると思ってやったが、逮捕の次の日から、声は一切聞こえていない。逮捕の次の日から、自分が普通の人の戻ったと感じた。普通に戻った後、私は、なぜ何もしていない人を傷つけたのだろうと考えるようになった。しかし、声が聞こえているときには、自分ではどうしようもない。声をコントロールすることはできないし、またいつ聞こえてくるか分からない。」

【医療観察法鑑定結論】

対象者はアルコール依存症に罹患しており、対象行為時アルコール精神病性障害を合併していた。そして、精神病性障害による幻覚妄想状態の圧倒的影響下で対象行為を行った。

現在幻覚妄想は認めないが、アルコールによる精神病性障害は完全に治癒したわけではなく、アルコール離脱時に容易に触発される状態にあると考えられる。アルコール依存症は現在も持続しており、現在の精神障害と対象行為を行った際の心神喪失の状態の原因となった精神障害は同様と考えられる。

アルコール依存症に対しては、教育的アプローチや個人・集団精神療法、抗酒剤の投与などが有効であり治療可能性がある。アルコールによる精神病性障害に関しては、抗精神病薬の投与が症状の再燃を予防するため有効である。

対象者は、本法による医療を受けさせなければ、いずれ再飲酒し、そのため幻覚妄想が再燃し、その圧倒的影響下で同様の行為を行う蓋然性が高い。対象者は外国人で保護者が定まらず、自らの意志で外来治療を長期に継続することは困難であるため、本法による入院治療が必要と判断される。

【医療観察法審判】 本法による入院医療が必要であると決定された。

【医療観察法入院経過】

入院後抗精神病薬の投与は行っていないが、幻覚妄想は認めない。

日本語の理解が出来ないため、全てをローマ字読みに変換しアルコール依存者プログラムを2回実施したが、プログラムの回数が多いことや言葉が理解できないとの不満から、プログラムのファイルを捨てたり、ハンガーストライキが見られた。そのため、翻訳機を持ち込みプログラムの再開を試みるが、正確に翻訳し疎通を図ることが出来ず、中断となってしまった。

言語的疎通がはかれないことから、精神療法等言語的介入も困難であり、対象行為の振り返り（内省洞察）・再発予防について・社会復帰へ向けての話し合いも出来ない状況にある。

(事例2)

対象者は30歳代男性。対象行為は、女子高生にいきなり抱きつきその場に押し倒した強制わいせつである。

中学時代成績は中位で高校に進学した。17歳頃、「人が自分の噂をしている」「自分の家を調べられている」等と訴えて部屋に閉居して独語をするようになり、A病院初診し統合失調症と診断され医療保護入院した。その後、怠薬すると、幻覚妄想状態が活発になり、「外に出ると人がつけてくる」「考えたことが人につつぬけになる」と訴えて入退院を繰り返した。25歳頃には思考障害が目立ち、記憶を再生し概念形成することは困難であると判定されている (IQ48)。

X-10年、通院加療中であつたが、女子中学生に強制わいせつ行為をして逮捕された。簡易鑑定が実施され、活発な異常体験と人格水準の著しい低下により理非善悪の認識も表面的で抽象的な理解ができないので心神喪失とされ、B病院に措置入院した。服薬励行と精神療法等で何とか落ち着き、入院7ヶ月後同じようなことは絶対にしないと約束の上退院した。服薬とデポ剤を併用していたが、X年Y月、2ヶ月間の通院中断ののち対象行為に至った。心神喪失で不起訴処分となり、医療観察法の申し立てがされた。

【対象行為についての鑑定中発言】

「薬は、粉薬を約半分にしてのんでいた。事件については、前から考えていた。」という。理由を尋ねると、「懲りた。あっちこっち連れて行かれるのに懲りた。」とのみ答え、逮捕されてから、まずいことをしてしまったと思ったという。被害者の女性を傷つけてしまったという罪責感は殆ど伺えない。相手の立場で考えることは適切にはできない様子である。

【医療観察法鑑定結論】

対象者は、約20年前に統合失調症を発症した。対象行為時、本人の意志を左右するような病的な異常体験が作用したとは考えられないが、人格水準の低下が著しく理非善悪の弁識に従って行動する能力は欠如していた。

現在、「アーメン」というお祈りの幻聴および、周囲からいじめられるという被害関係妄想、滅裂思考に近い連合弛緩などの思考障害が存在し、対象者の談話内容は理解しにくい。了解は不良で「え？」と問い返すこともしばしばあり、疎通性も不良で、人格水準の低下が持続している。対象行為を行った際の心神喪失の状態の原因となった精神障害は現在も持続している。

統合失調症には抗精神病薬を中心とした薬物療法が有効であり、引き続き治療が必要である。対象者はデポ剤を含めた向精神薬の効果が薄れたと思われる通院中断2ヵ月後に対象行為に至った。対象者は病識を欠いており、被害者への共感性も乏しく、再び同様の行為を行うおそれがある。服薬態度や日頃の本人の言動から治療継続の意思は不十分であり、医療観察法による入院処遇が必要と判断する。

【医療観察法審判】本法による入院医療が必要であると決定された。

【医療観察法入院当初状況】

入院当初、空笑・頭痛・めまい・対人緊張と当惑がみられた。牧師さんがお祈りをする声が聞こえるとの発言があり幻聴と頭痛・耳鳴の関係を判断するため頭痛日記を使用し本人の状態の観察を行なった。知的レベルが低く自分の意思や思いを上手く相手に伝えることができないことから他患よりいじめの対象となった。

内省については、男性職員が入院になった経緯を本人に尋ねると当惑し頭を抱える状態であり、女性看護師に「見せてくれないかな」「触らせてくれないかな」と発言し、入院8ヶ月目に実際に手を触る行為があった。

【回復期】

空笑し、両手を合わせながら廊下を徘徊しており、お祈りの幻聴は継続していると思われる。対象者は、教会で牧師さんのお祈りを笑った妹を叱ったことに対して過度の自責感をもっており、そのことがお祈りの幻聴と関係があるのかもしれない。

クワガタの飼育等を通じて病棟生活に慣れるに伴って、対人緊張が改善し、職員と少しずつ話ができるようになり、居室の外へ出ることが多くなり会話の幅もふくらんできた。

治療者との信頼関係は育ってきており、対象行為や担当看護師に対する逸脱行為への内省も少しずつ可能となっている。

病識について当初「病気じゃない」と発言していたが、自分の症状を「気がもれる感じがする。思っていることがわかる気がする」と表現し若干の意識の向上もみられた。

対象者の理解力に合わせて、以下のような治療計画を説明し合意した。

〈Aさんに回復期してほしいこと〉

外出をうまくするために

①歩いて迷わずに戻ってこれるようにする

②外出の時、他害行為をしない

お薬について

頭がおちつかなくなる病気（先生の説明）

Aさんの症状…気がもれる 思ったことがわかる気がする

⇒良くするために、もっと悪くならないために

お薬はきちんと飲み続ける

【再び同様の行為の防止】

入院8ヶ月目以降、性的逸脱行為はなくなり、対象行為に対し「とんでも

ないことをした」との発言もあった。警察に捕まりたくないという強い嫌悪感があるので、警察に捕まったり、再入院しないために必要な事項を説明し合意した。

〈通院中に A さんが守らなくてはいけないこと〉

今、A さんは退院に向けて治療をしています。退院したあと、警察に捕まったり、再入院しないために、次の4つの約束を絶対に守って下さい。

- ①女の子に絶対触らない、
- ②薬をきちんと飲む。勝手に飲む量を少なくしたり飲むのを止めたりしない、
- ③指定通院医療機関に自分もきちんと通う、
- ④家に来る看護師や社会復帰調整官ときちんと会う。

【入院20ヵ月後】

精神病症状、非精神病症状が重篤な統合失調症の残遺状態にあることにかわりはない。担当看護師等への性的逸脱行為は入院8ヵ月後以降みられておらず、担当看護師とも信頼関係が構築されている。服薬自己管理は現在3—4日分実施しており、自発的に服薬ができるのは6—7割程度に改善した。生活面では挨拶や言ったこと理由の説明ができるなど、意志表示ができるようになってきた。治療プログラムにも声かけ程度で参加できるようになり、時間内集中・継続して取り組み、集団内で適応することができるようになった。退院地として予定している自宅への外泊を実施し、同時に地域ケア会議を行い退院後のサポート体制がととのった。本人と服薬、通院、訪問、他害行為をしないことを合意できた。

III 治療効果についての考察

事例1には、2つの論点がある。1つは、外国人で日本語を理解しないという点、もうひとつは、対象行為時には幻覚妄想状態にあったがその後はアルコール依存症のみが存在している点である。事例2は、慢性総合失調症で

人格水準低下が目立つ点が論点となる。

1 外国人で日本語を理解しないという点

医療観察法の治療は、①内省・洞察プログラム・社会心理教育プログラムなど言語を駆使した治療、②集団力動のなかでの積極的な治療介入を行うこと等に大きな特色がある。外国人でごく単純な日本語のみしか使えず高度な言語交流ができない場合、①のような言語を駆使した治療の実施が困難で、また集団プログラムにも参加できず、医療観察法による医療の利点がほとんど認められない。理論的には、毎回通訳を介して治療プログラムを翻訳すればよいという意見もあるが、現実的には、要所の数回で通訳を介した翻訳をするのが精いっぱいであった。日本語を理解しないという点は、治療可能性の限界点を示していると考えられた。

2 対象行為時には幻覚妄想状態にあったがその後はアルコール依存症のみ存在する点

法施行前に、司法精神医療等人材養成研修企画委員会医師部会が「医療観察法による医療の必要性について」という合意文書を作成し、「今後、この合意文書の記載された要件に着目して、個々の事例における審判のさいの参考とすることが望ましい。」とされている。この文書によると、審判時点において、最高裁要件①当該対象者が対象行為を行った際の心神喪失又は心神耗弱の状態の原因となった精神障害と同様の精神障害を有していることについて、「当該行為を行った際には心神喪失等の状態の原因となるようなアルコール中毒による精神障害があったものの、審判時にはアルコール依存症のみの診断である場合」⁽³⁾には要件を満たさないと考えた。

しかし、法施行後は、事例1のように、「アルコールによる精神病性障害は完全に治癒したわけではなく、アルコール離脱時に容易に触発される状態にあると考えられる。アルコール依存症は現在もあり、現在の精神障害と対象行為を行った際の心神喪失の状態の原因となった精神障害は同様と考えられる。」という意見も散見される。ドイツでは、薬物・アルコール事犯に対する強制治療(禁絶処分)を実施しているが、あまり再犯率を下げなかった

という。アルコール依存症については自己責任にもとづき開放処遇での治療を行うことが基本であると考えられる。

3 慢性統合失調症で人格水準低下が目立つ点

事例2は、思考障害が著明でIQは40台であり、内省や病識、対処スキルの獲得などは統合失調症の人格変化のため困難が予想された。医療観察法入院後も精神病症状が重篤で、独語・放歌・空笑がしばしばみられ、複雑な思考や会話は困難でまとまりがない状態であり、共通評価項目の精神病症状は入院時から2点（あきらかな問題あり）のまま持続した。精神病症状を改善するため各種抗精神病薬を投与したが、発症から20年程度経過しており、治療効果に乏しかった。欧米では、治療抵抗性の統合失調症の場合、clozapineの使用を考慮することが多い。clozapineは、副作用の出現に対し敏速に対処する必要があるが、今後、日本でも使用できるようになるのが望まれる。ただし、事例2のように発症後20年という長期間たった事例への効果は限定的と考えられ、むしろ、慢性重症化を防ぐためにより早期から使用すると効果があると思われる。

医療観察法の医療では、対象行為に至る経緯を詳細に振り返り、再び同様の行為に至るのを防ぐのには何が必要で、どういう状況や症状が要注意であり、要注意の時にどう対処するかを対象者と話し合うのが基本である。要注意症状をセルフモニタリングし、自らSOSを出すなどの対処ができるようになれば、緊急時の介入が円滑になされ、再び同様の行為に至る可能性が低くなる。幻聴が仮に残存しているような場合でも、幻聴が症状であり、どう対処するか対象者本人が理解しているなら、再び同様の行為に至る可能性は低いと思われる。⁽⁴⁾

事例2は、入院になった経緯を尋ねると当惑し頭を抱える状態であり、対象行為に至る経緯を詳細に振り返ることができず、定型的手法で内省・洞察を深めるのは困難であった。その後、対人緊張の改善に伴い職員と信頼関係が徐々に構築され、性的逸脱行為はなくなり、対象行為に対し「とんでもないことをした」との発言をするようになった。対象者は「警察に捕まりた

くないという強い嫌悪感がある」ので、警察に捕まったり、再入院しないために、4つの約束を絶対に守って欲しいと伝えた。本人の言葉に基づいた介入を実施する点は、通常と同じだが、理解力が限定的であることを踏まえて、明確で簡単な指示を伝えることで、再び同様の行為を防ぐ戦略とした。要注意症状のセルフモニタリングは困難なので、訪問看護等のモニタリングが重要であり、地域ケア会議を行い退院後のサポート体制を整えた。医療観察法の治療効果はかなり限定的であったが、再び同様の行為を起こさないため一定の体制を構築できた。

IV 一般精神医療で対応可能ならば医療観察法医療は不要か

事例2のような慢性重症統合失調症で、人格水準の低下が認められる場合、「通常の入院よりも医療観察法入院のほうが、より望ましい」との意見や「通常の入院で足りる」という意見もあるだろう。

最高裁判所は平成19年7月25日、医療観察法の適用に関して、以下のような職権判断を示した。

最高裁判所 平成19(医へ)4 原審福岡高等裁判所平成19(医ほ)2

主文 本件抗告を却下する。

なお、所論にかんがみ職権で判断すると、医療観察法の目的、その制定経緯等に照らせば、同法は、同法2条3項所定の対象者で医療の必要があるもののうち、対象行為を行った際の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することが必要な者を同法による医療の対象とする趣旨であって、同法33条1項の申立てがあった場合に、裁判所は、上記必要が認められる者については、同法42条1項1号の医療を受けさせるために入院をさせる旨の決定、又は同項2号の入院によらない医療を受けさせる旨の決定をしなければならず、上記必要を認めながら、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律による措置入院等の医療で足りるとして医療観察法42条1項3号の同法による医療を行わない旨の決定をすることは許されないものと解するのが相当であり、これと同旨の原判断は正当として是認できる。

上記最高裁判断を、筆者なりにまとめると、最高裁判所は、医療観察法の医療必要性を認めながら一般医療でも対応可能だから医療観察法の医療は不要とした判断を否定したといえる。つまり、「通常の入院で足りる」という理由だけでは、医療観察法不処遇の理由にはならない。

医療観察法の処遇の3要件は、本論文の冒頭に示した通りなので、不処遇の要件として、最高裁3要件のどれかが満たされないことが必要になる。つまり、以下のABCDのいずれかが認められることが必要である。⁽⁵⁾

A 対象行為時の心神喪失等の状態の原因となった精神障害と同等の精神障害がない

B 治療可能性がない

C 本法による医療を行わなくても、再び同様の行為が起きる具体的現実的可能性がない。

D 本法による医療を行っても、同様の行為を行うことなく社会復帰することを促進できると見込まれない

Cについては、以下の「通院処遇ガイドライン処遇終了の目安」が参考になる。

- ・ 病状が改善し、通院後期において一定期間病状の再発がみられない。
- ・ 処遇終了後、継続的な治療（通院、訪問看護等）が安定して実施できる。
- ・ 処遇終了後、服薬管理、金銭管理等の社会生活能力が確保されている。
- ・ 処遇終了後、安定した治療を継続できるための環境整備、支援体制が確立している。
- ・ 緊急時の介入方法についても地域における支援体制が確立している。

従って、一般医療を継続することにより病状の再発の可能性が低い。

本法による医療を行わなくても、再び同様の行為が起きる具体的現実的可能性がない場合を、通院処遇ガイドラインの処遇終了の目安を参照して考えると以下のようになる。⁽⁵⁾

- ・ 病状が改善し、審判時において一定期間病状の再発がみられない。

- ・ 本法による医療を行わなくても、継続的な治療（通院、訪問看護等）が安定して実施できる。
 - ・ 本法による医療を行わなくても、服薬管理、金銭管理等の社会生活能力が確保されている。
 - ・ 本法による医療を行わなくても、安定した治療を継続できるための環境整備、支援体制が確立している。
 - ・ 緊急時の介入方法についても地域における支援体制が確立している。
- 従って、一般医療を継続することにより再び同様の行為が起きる具体的な現実的可能性がない。

最高裁判所の職権判断は、医療観察法の医療の「必要を認めながら」、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律による措置入院等の医療で足りる」とした判断を不可としたが、上記のように、「一般医療を継続することにより再び同様の行為が起きる具体的な現実的可能性がない」場合には、医療観察法の医療の必要性は認められないといえるので、医療観察法は不要であるといえる。

事例2について医療観察法医療の必要性を検討する。事例2は慢性統合失調症であり、対象行為時の心神喪失等の状態の原因となった精神障害と同等の精神障害が持続している。治療可能性については、人格変化により治療効果はかなり限定的であるが、病状の増悪の抑制は期待できる。服薬・通院中断して対象行為に至り、入院医療開始当初は、病識について「(自分は)病気じゃない」と発言しており、この状態では、「一般医療を継続することにより再び同様の行為が起きる具体的な現実的可能性がない」とは言えないと考えられる。そうすると、医療観察法の医療が必要と判断され入院医療の決定がされるのはやむを得ない。

治療効果が限定的な事例は、社会復帰のめども立たないまま長期に入院する可能性もある。そうすると、D「本法による医療を行っても、同様の行為を行うことなく社会復帰することを促進できると見込まれない」場合に該当する可能性がある。幸いにして、事例2は、再び同様の行為を起こさないた

め一定の体制を構築でき、社会復帰を促進する一定の効果はあったと考えられる。

V おわりに

医療観察法の医療の必要性について検討するため、治療効果に議論のある事例をあえて提示した。

外国人であっても、日本語を理解し、言語を駆使した医療観察法の治療が実施可能ならば、特別な事情は存在しない。日本語を解さない外国人については、言語を駆使した治療の実施が困難で、また集団プログラムにも参加できないので、治療効果は極めて乏しく治療可能性に大きな問題があると言うべきである。このような外国人事例は医療観察法による医療の利点がほとんど認められず、医療観察法の医療の必要性に乏しいので、母国にお帰りいただくのが一番適切な処遇であると思う。滞在許可期限が残っており本人が帰国を希望しない場合には、滞在許可の取り消しによる強制退去などの手段も考慮する必要があると思うが、法律的にはいかがであろうか。

慢性統合失調症で人格水準低下が目立つ入院事例については、「統合失調症には抗精神病薬を中心とした薬物療法が有効」と言いきれほどの治療効果は期待できない。こういった事例の中には、治療効果をあげることなく長期入院になってしまう例も出現する可能性がある。「本法による医療を行っても、同様の行為を行うことなく社会復帰することを促進できると見込まれない」ならば、医療観察法の医療の必要性に乏しいともいえるが、こういった事例にふさわしい処遇は何であろうか。

(1)
 大下は、医療観察法入院の要件を「指定入院医療機関でなければ治療不可能かつ社会復帰不可能」と絞ることを提案したが、その一方、「ある程度は治療および社会復帰が困難で、リスクも低いとはいえない患者を、十分整備されていない指定通院医療機関および「貧困な」一般の精神医療機関に引き受けさせるという負担を強いることになる。」と指摘した。

筆者は、慢性統合失調症で人格水準低下が目立つような入院事例について、一般医療を継続することにより再び同様の行為が起きる具体的現実的可能性がないような対処を目指すのが原則であると考ええる。この場合、「一般医療の継続」に精神保健福祉法による入院を含めてもよいのではないだろうか。再び同様の行為を起こさないようにする対処法を一般医療と共有することは、必ずしも一般の精神医療機関に負担を強いることにはならず、精神医療全般の水準の向上に寄与するとも考えられるからである。

文献

- (1) 大下顕：殺人事件で医療観察法の鑑定がなされた統合失調症の3症例の検討。精神神経誌, 110:38-42, 2008.
- (2) 最高裁判所事務総局：「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手続き等に関する規則」の解説。平成17年3月刑事裁判資料第284号。
- (3) 司法精神医療等人材養成研修企画委員会医師部会：医療観察法による医療の必要性について。平成17年6月12日
- (4) 八木深：セルフモニタリングツールとしての「グリーンカード」を用いた緊急時の介入。臨床精神医学, 第36巻第9号:1143-1151, 2007.
- (5) 八木深：精神保健判定医に必要な知識等の習得方法に関する研究。平成18年度厚生労働科学研究「司法精神医療の適正な実施と普及のあり方に関する研究」(主任研究者小山司)平成19年度報告書2007。

「法と精神医療」第23号抜刷

2008年11月20日発行

いわゆる「治療反応性」について
——法律学の視点からの事例群の分析——

水留正流

I 強制的な医療の可能性がそもそもない場合

1 第一に、そもそも精神医療一般において強制的な医療⁽³⁾への反応性が見込まれない場合には、医療観察法による強制的な医療は許されないものと考えべきであろう。この意味で治療反応性が欠けるという場合には、医療観察法による処遇はもとより、医療保護入院を含む精神保健福祉法に基づく強制的な医療も妥当ではない。このような場合であっても対象者を強制入院させるとすれば、それは「治療なき拘禁」⁽⁴⁾であるといわざるを得ない。

たとえば、可能な処遇が対象者への心理教育や精神療法を行うことのみであるのに、対象者が日本語を解せず、かつ当該対象者に見合った言語による治療⁽⁵⁾がスタッフにも不可能であるという場合には、どのような法的枠組によるものであろうとも、強制的な医療を正当化することはできないであろう。仮にそのような対象者が医療観察法の場に上がってこなければ、彼は（少なくとも強制的な）精神医療の対象となり続けることはないというのが、おそらく臨床の実務であろうと思われる。

2 以上は対象者の特性によって強制的な医療の可能性がなくなると考えられる場合であるが、対象者が一定の病態にあるために一律に強制的な医療の可能性が失われる場合を想定することは可能であろうか。この問題は、とりわけ、対象者の示す病態が物質関連障害である場合に顕在化するものと思わ

(3) 以下、本稿では、「強制的な医療」という言葉は、対象者を医療的な処遇の枠組に強制的に導入することの意味で用い、対象者の意思に反する投薬などの強制的な治療手段の提供の意味とは区別することとする。

(4) 治療なき拘禁が、強制入院の正当化根拠についての考え方の違いにかかわらず、認められていないことについて、山本輝之「精神医療と重大な犯罪行為を行った精神障害者」町野朔・中谷陽二・山本輝之編・触法精神障害者の処遇 [増補版] (信山社, 2006年) 194頁。

(5) 本シンポジウムにおける八木発言。

(6) 医療観察法では、診断にはICD-10を用いることが要求される（たとえば、入院処遇ガイドラインII 43）。しかし、本稿では、障害の名前についてICD-10の診断名に厳密に基づくことを意識しない。これは筆者が医学の非専門家であるためもあるが、次のようなことは

れる。

一般に、依存症者に対しては強制的な医療の枠内での治療は著しく困難であり、患者本人が十分に自己理解をしたうえで、開放的な環境のもとで治療を行うのが、精神科医療における原則であるとされる⁽⁷⁾。この前提に従えば、対象者の示す病態が、例えばアルコール依存症のみであるとされる場合には、強制的な医療の可能性がおよそなく、したがって医療観察法の処遇を行うことができないと考えるべきことになるようにもみえる⁽⁸⁾。もっとも、以上の前提はあくまで精神科医療における「原則」であり、依存症の場合でも、患者によっては例外的に強制的な医療の枠組を用いて治療を行うことが有効な場合もありうるだろう⁽⁹⁾。さらに、精神科臨床の水準が深まってくれば、今後の治療実践において、強制的な医療があって初めて依存症治療が有効に成り立つ局面がより多く紹介されるようになることも想定されよう。その場合には、依存症者に強制的な医療を行うべき「例外」の範囲が拡大し、それに伴って、精神的障害として依存症しか示さない対象者に医療観察法による処遇を言い渡すべき局面が増加したとしても、決して不当なことではない。

もっとも、その依存症の対象者に強制的な処遇をすることが有効であるとしても、彼の処遇にとって必要なのは、医療観察法という司法関与の枠組みだけであって、精神医療は役割を果たしえないという場合には、強制的な医

指摘できよう。多職種からなる多数のスタッフがかかわるところで操作的概念を用いて診断を統一化することは当然必要であろうが、操作的診断はその性質上、対象者の治療反応性と一対一対応させることには適さないように思われるのである。

- (7) 本シンポジウムにおける八木発言。さらに、小沼杏坪「触法薬物依存・中毒者の治療と措置入院」日本精神病院協会雑誌17巻2号(1998年)29頁なども参照。
- (8) 本シンポジウムにおける大杉発言。なお、精神保健福祉法5条は、同法にいう「精神障害者」の定義に「精神作用物質による…依存症」を含めており、たとえば同法29条1項にいう「精神障害者」に依存症者も該当し、措置入院等の対象に入ることになる。それでも、強制的な医療への反応性がない場合には、強制入院を行うことは許されないと考えるべきであろう。このように、本稿が、精神保健福祉法の処遇にも治療可能性を要求することを前提としていることについて、後掲注(22)。
- (9) ここで紹介した「原則」から、本稿では、依存症治療の局面における強制入院による治療への反応性と強制通院による治療への反応性を同じものとしてとらえている。この点に関しては、あるいは強制的な通院制度の下での治療への反応性は入院治療の場合と異なって、強制入院の場合より認められやすいのだとすれば、話の前提が変わってくるかもしれない。

療の可能性が欠けるといふべきであろう。つまり、彼には精神的な対応は本質的には役に立たないが、裁判システム、あるいは行刑システムなら役に立つ⁽¹⁰⁾というのであれば、対象者に医療を与えることで社会復帰させることを目標とする医療観察法の対象とすることは、やはりできない。

3 医療観察法施行前には、従来の裁判所の態度からすれば、依存症を含む物質関連障害の行為者の責任能力が限定ないし阻却される事例は少なく、あるいは限定責任能力であったとしても起訴されるなどして、精神的障害として依存症のみを示す者が医療観察法の対象になることは少ないものと予想された⁽¹¹⁾。そうであれば、依存症の行為者に対しては、刑事施設において心理教育を充実させるなどの方策がとられれば足りるとも考えられる。それはそれで、さらなる充実が求められている施策でもあろう⁽¹²⁾。

しかし、たとえば対象行為時に物質使用に起因する精神病症状が顕著であったために責任無能力と判断されて不起訴等になり、その後医療観察法に基づく申立てがなされたものの、医療観察法の鑑定時にはそれが消退し、依存症だけが残っているという事例の処理が、現実の問題となっている⁽¹³⁾。これらの事案には、問題となった精神作用物質を服用すれば容易に行為時と同様の精神状態が再現されることが予期されるというものも、少なくないであろう。さらに、彼が再び同様の行為に及ぶリスクが極めて高く、問題の物質の

(10) たとえば、平井慎二「規制薬物乱用者への対応における取締処分との連携による援助職としての純化」日本社会精神医学会雑誌12巻1号(2003年)59頁以下では、尿検査を基軸とする取締機関と連携した処遇枠組が掲示されているが、その際、医療は他の「援助職」と質的に異なる存在であることは前提とされず、医学的対応の内容と必要性は明らかでない。実際、この手法は医学の非専門家である保護観察官によっても応用・実施される。生駒貴弘「簡易尿検査を活用した保護観察処遇の実施状況について」犯罪と非行148号(2006年)69頁以下。

(11) 法施行以前の裁判例を概観したものとして、大塚仁・河上和雄・佐藤文哉・古田佑紀編・大コンメンタール刑法第2版第3巻(青林書院, 1999年)396-408頁[島田仁郎=島田聡一郎]。

(12) この方向性は、刑事収容施設法によって推進されているところでもある。島戸純「刑事施設における被収容者の処遇に関する最近の動き」法律のひろば60巻1号(2007年)41頁。

(13) 本シンポジウムにおける八木発言および樽矢発言。

摂取をコントロールしさえすればそのリスクのかなりの部分がコントロール可能であると予想できることも多いと思われる。そして、そのようなコントロールは、強制的に入院させて、問題の物質から隔離することで、容易に実現可能でもある。しかし、対象者を単純に隔離するだけで物質使用をコントロールすることが、立案担当者の言う「病状の増悪の抑制」に当たるといえるのは言いすぎであろう。

いま述べたタイプの対象者のように、責任無能力ゆえに不起訴または無罪とされた精神障害者に対して、刑事司法体系における薬物対策プログラムの⁽¹⁴⁾拡充という方策を適用することには、現行法上も立法論的にも、おそらく大きな困難が伴う。他方では、それがどのような場で処遇されるにせよ、多くの場合で何らかの精神的な対応が必要とされるものであろう。さらに、上述のような対象者にあっては、依存症から回復しない限り、依存症という障害のために社会復帰が格別に困難でも⁽¹⁵⁾ある。そのことをも踏まえて、強制的な精神医療の可能性が本当にない場合であるというべきかについては、慎重な判断が求められる。何よりもその前提として、依存症者への強制的な医療の可能性について、精神医学の側で改めて答えを出していくことが求められているように⁽¹⁶⁾思われる。

(14) 刑事施設内での処遇プログラムのほか、たとえば、尾田真言「アパリ、ダルクが提供可能な薬物自己使用事犯者に対する薬物依存症回復プログラム——米国ドラッグ・コート制度を参考にして——」犯罪と非行141号（2004年）153-161頁で示される未決者へのプログラム適用、さらには同論文164頁以下で紹介される米国のドラッグコート制度などは、そのような方策の例といえよう。

(15) 精神遅滞、物質濫用、人格障害等の場合で治療の効果があがりにくいからといって、治療を必要としないということの意味するものでないと指摘するものとして、和田久美子・田中奈緒子・中尾淑・森澤陽子・森田裕光・大澤達哉「医療観察法申し立て対象者225例、特性と処遇決定の現状」臨床精神医学37巻4号（2008年）422頁。

(16) 本シンポジウムにおける樽矢発言は、この点に関する示唆を含むものであったと理解される。

II 医療観察法処遇の補充性が否定される場合

1 次に、強制的な精神医療による治療可能性があるといえたとしても、それは一般精神医療による治療の可能性があるにとどまり、「この法律による」治療への反応性までは認められない場合がありうるかが問題となる。この点について、医療可能性の治療可能性が認められるためには、「この法による医療によれば治療可能」であり、かつ「この法によらなければ治療不可能」な場合でなければならぬとする見解も主張されている⁽¹⁷⁾。この見解を、刑事法の用語を借りて表現すれば、処遇の実施に医療観察法処遇の補充性を要件とする見解ということができるだろう。以下、補充性必要説という。

2 このことを、次のような例で考えることができるだろう。すなわち、慢性の経過をたどる統合失調症であって、薬物への抵抗性が著しいために薬物療法の効果がほとんど期待できないような状態であり、現状の医療観察法制度で予定されている豊富なマンパワーを充当した中での治療においても、一般精神医療と同程度の効果しか挙げるができないが、一般精神医療においては強制入院が相当であるという場合である。⁽¹⁸⁾

補充性必要説の立場をとれば、この例においては医療観察法の処遇の要件を欠くことになるだろう。これに対して、立案担当者は、病状の増悪が抑制されうる場合は、法42条1項などにいう「精神障害の改善」に含まれうるものとし、この例の場合でも医療観察法処遇の要件をみたしている⁽¹⁹⁾と理解しているものと思われる。したがって、立案担当者は、補充性必要説の立場に立っていないことになる。

最近、最高裁は、補充性必要説の立場に立たないことを明確に表明した。

(17) 本シンポジウムにおける大下発言。

(18) 本シンポジウムにおける大下発言。ただし、大下講師が紹介された事例からはアレンジしている。紹介された事例は、不処遇決定後、任意入院とされたというものであった。

(19) 立案担当者解説・前掲注(2) 169-170頁。