

医療観察法における精神保健参与員の意見等について(医療必要性の判断等)

【医療観察法の医療必要性に係る3つの評価軸】

医療観察法の審判とは、『対象者について医療観察法における医療必要性を判断する』ことである。医療観察法における医療必要性の判断は、“疾病性”、“治療反応性”、“社会復帰要因”の3つの評価軸に時間軸を組み合わせて評価を行うことになっている。

医療観察法の医療必要性に係る3つの評価軸について、厚生労働省の『司法精神医療等人材養成研修会』で配布している『医療観察法 鑑定ガイドライン(厚生労働科学研究 成果報告「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)』の中で、下記のように記載されている。

- ①“疾病性”とは『対象者の精神医学的診断とその重症度、および対象者の精神障害と当該他害行為との関連を意味する』。
- ②“治療反応性”とは、『精神医学的な治療に対する、対象者の精神状態の望ましい方向への反応の強さを意味する』。
- ③“社会復帰要因”とは、『処遇の決定に当たっては、対象者の社会復帰という目的を果たすことを促進するあるいは阻害する要因について精査する』。

※“社会復帰要因”については、一部に『社会復帰阻害要因』として記載されているものもあるが、厚生労働省の正式な用語としては、“社会復帰要因”で統一することとなっている。精神保健参与員においても、福祉を基盤とする専門職として「エンバワメント」の考え方や「国際障害分類(ICF)」等に見られるプラスの評価を基本とした姿勢を維持し、社会復帰阻害要因的な評価ではなく、社会復帰のための要因として評価する視点が求められている。

【医療観察法における「治療の継続性」について】

医療観察法第1条「医療観察法の目的及び定義」の中で、「対象者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及び指導を行うことにより、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を目的とする。」としており、医療観察法審判の中で、通院処遇における治療の継続性が、「医療観察法の医療必要性に係る3つの評価軸」とともに、審判での主要な協議内容の一つとなることが多い

【表D-1】

あなたが関わった各当初審判・カンファレンスにおいて、精神保健参与員の発言として重要とされたものは何ですか	調査対象当初審判件数	治療反応性	疾病性	社会復帰要因	(通院処遇等における)治療継続性
精神保健参与員への聞き取り調査(2009/4/1-2009/12/26)	69	6	23	61	28
	100.0%	8.7%	33.3%	88.4%	40.6%

【表D-2】

あなたが関わった各当初審判・カンファレンスにおいて、精神保健参与員が重要な役割を担うと思われるものは何ですか	調査保護観察所数	治療反応性	疾病性	社会復帰要因	(通院処遇等における)治療継続性
保護観察所の社会復帰調整官への聞き取り調査(2009/6/1-2009/11/30)	24	0	7	24	16
	100.0%	0.0%	29.2%	100.0%	66.7%

その他

【表D-3】

精神保健参与員が必要・有意義と思うか	調査保護観察所数	Yes	No	不明・どちらでもない
保護観察所の社会復帰調整官への聞き取り調査(2009/6/1-2009/11/30)	24	23	0	1
	100.0%	95.8%	0.0%	4.2%

退院許可申立審判(資料Ⅱ)

退院許可・処遇終了決定等(2005/7/15～2009/6/30)

【表E-1】

地域	人口(人)		指定入院医療機関数	指定入院医療機関病床数		退院許可決定処遇終了決定計 ※全国/地域=%	
北海道・東北	15,345,733	12.0%	1	33	7.6%	47	12.3%
関東甲信越	46,890,697	36.7%	6	172	39.7%	161	42.0%
東海北陸	16,244,797	12.7%	2	66	15.2%	75	19.6%
近畿	22,800,513	17.8%	2	22	5.1%	16	4.2%
中国四国	11,806,974	9.2%	2	66	15.2%	18	4.7%
九州	14,775,875	11.6%	4	84	19.4%	66	17.2%
全国	127,864,589	100.0%	17	433	100.0%	383	100.0%

【表E-2】

退院許可申立審判において、カンファレンスや審判期日が行われているか	調査対象 退院許可申立審判を行っている都道府県数※	カンファレンスや審判期日などが、ほぼ行われている	カンファレンスや審判期日などが、行われはじめている	行われていない
調査月 2007年8月	9	1	0	8
調査月 2008年8月	16	2	1	13
調査月 2009年8月	17	2	6	9

※複数の地方裁判所が同一都道府県内にある場合があるため、都道府県数で算定。

当初審判の実際（精神保健参与員からのレポート等）

【地方裁判所/精神保健参与員等の動き】

■当初審判における審判が行われるまでの標準的な流れ【共通】

検察官より当初審判申立てがなされると、地方裁判所が候補者名の記載されている名簿を元に、まず精神保健参与員候補者に連絡を行う。A 地方裁判所の場合、多くは事件担当書記官からの電話で、引き受け等の意思確認が行われる。この電話連絡において、書記官より事件概要の一部について情報が受け取れることがあるが、対象行為名など非常に概略的な情報である。その他、審判期日やカンファレンス(審判期日前・事後の準備会議)の候補日程について打診があるだけで、受諾か否かについて、即答での判断を求められることが多い。審判期日やカンファレンスの開催日程については、地方裁判所側でこちらの予定に基づき再調整してくれることもあるが、他の精神保健参与員候補者に、打診が行くという形で、審判期日やカンファレンスの開催日に都合が付かないと精神保健参与員に選任されないことも多いようである。

審判期日やカンファレンスの開催日程の都合が付き、地方裁判所から意思確認に、精神保健参与員の引き受けが可能と返答した場合には、後日あるいはその電話で、書記官より対象者の氏名や年齢、性別、より詳しい対象行為の内容などが伝えられることになる。

その後、一件記録が、地方裁判所より精神保健参与員が指定した職場や自宅等の住所に郵送される。一件記録とは、警察や検察が作成した関係者の調書、状況検分、証拠写真などが綴じられているものである。一件記録の分量は、その事件や各地方裁判所によって差があるが、薄いもので数十ページ、厚いものになると数百ページとなるものもある。精神保健参与員は、このような送付されてきた一件記録を、まずは精読し、第1回目のカンファレンスに望むことになる。その後、第2回目のカンファレンスが行われる前には、鑑定医による鑑定書、保護観察所による生活環境調査が、それぞれ送付されてくる。これらの書類は、個人情報保護の観点から受取人指定の宅配便や簡易書留などで送付されている。

■カンファレンスの実施状況【例①】当初審判

例①【カンファレンスが、審判期日前に複数回開催される場合】

①地方裁判所で開かれる当初審判においては、通常、事前に2回程度のカンファレンスが行われている。このカンファレンスでは、裁判官、精神保健判定医、精神保健参与員の3名の他に、検察官、付添人、社会復帰調整官、鑑定医などが、ほぼ参加している。

第1回目のカンファレンスは、裁判所から精神保健参与員の打診が合ってから2週間後くらいまでに行われることが多い。第1回目のカンファレンスでは、主に一件記録等の資料を基にして行われる。内容的には、事件概要の共有化とともに、問題点や争点の整理などが行われる。そして、合議体より鑑定医に対して、鑑定するにあたっての要望や意見が伝えられる。また、社会復帰調整官に対しても、同様に生活環境等を調査するにあたっての要望や意見などが伝えられる。開催時間は、平均45～60分程度である。

第2回目のカンファレンスは、裁判所から精神保健参与員の打診が合ってから1ヶ月から1ヶ月半程度後(対象者の鑑定入院が1ヶ月を経過した頃)に開かれることが多い。第2回目のカンファレンスでは、鑑定医の作成した鑑定書と社会復帰調整官の作成した生活環境調査結果報告書を元に、話し合いが行われることになる。通常、鑑定医より対象者の鑑定时の状況や鑑定書についての説明が行われ、その後、社会復帰調整官より生活環境調査結果報告書の説明がなされた後、参加者よりそれぞれ質問がなされ、話し合いとなっていく。また、場合によっては、審判期日後にカンファレンスを開くこともある。

こうしたカンファレンスにおいて精神保健参与員は、対象者の社会復帰を促進する観点から意見を述べることが多い。当初審判は対象者を入・通院処遇とするか、不処遇とするか判断するため、疾病性や治療反応性に重点が置かれがちである。その中でも精神保健参与員としては、現段階での対象者の状況で治療の継続が図れるか、地域の支援体制が万全であるかなど、社会資源、関係者の支援体制などを考慮しながら意見を述べることが求められる。これら意見を求める上では鑑定書や生活環境調査報告書を読み込むことに加え、カンファレンスに出席している鑑定医や社会復帰調整官に直接確認し、疑問点を解決した上で意見を述べていく。また、不処遇であっても、鑑定入院が終了後も対象者にとって適切な医療や環境が確保されるよう配慮している。

<p>■カンファレンスの実施状況【例②】当初審判</p>	<p>例②【カンファレンスが、審判期日前に1回開催される場合①】</p> <p>②筆者が経験した当初審判では、地方裁判所においては、審判期日に先駆けて事前の協議となるカンファレンスが1回行われている。また、数は少ないようだが審判期日直後にもカンファレンスを行ったこともあるとのことである。カンファレンスの時間は平均して1時間である。</p> <p>カンファレンスには裁判官、精神保健審判員の他、精神保健参与員、検察官、付添人、保護観察所の社会復帰調整官が参加する。法廷での対象者への心理的・物理的配慮の必要性や、審判における証人喚問等の必要性など、審判期日開催時の必要事項の確認を行い、その後、鑑定書や生活環境調査結果報告書に基づき、対象者の処遇について協議を行う。</p> <p>精神保健参与員は、主に処遇決定後の対象者の社会復帰に関する点から意見を求められることがあり、その際は、仮に当該決定がなされた場合の対象者への支援内容等について言及していることが多い。</p>
<p>■カンファレンスの実施状況【例③】当初審判</p>	<p>例③カンファレンスが、審判期日前に1回開催される場合②】</p> <p>-カンファレンスが電話や長時間おこなわれた報告-</p> <p>③地方裁判所で筆者が経験した事件においては、全て事前カンファレンスが実施された。ただ、事件によりその実施方法が違っており、最も簡単に行われた事前カンファレンスでは、電話会議の形式であった。反対に最も人員、時間とも長大だったものは、裁判官、精神保健審判員、精神保健参与員、鑑定医、付添人、社会復帰調整官、検察官が参加し、2時間に渡って検討された。</p> <p>実施回数については、全ての事件で事前カンファレンスが1回実施された。過去には、必要がある場合、審判期日の当日に法廷に入る前後で打ち合わせがされることがあったが、これをカンファレンスと位置づけることができるのか疑問が残るところである。</p>

例④カンファレンスが、審判期日前に1回開催される場合③】

-鑑定医の出席していない場合の報告-

②筆者が経験した当初審判では、地方裁判所の審判においては、審判期日の事前の別日に協議を行い、審判実施後、評決を取るための協議を行っている。両協議とも合議体の構成メンバーで行われ、検察官や鑑定医等が参加することは基本的でない。

しかし、協議時、対象者の疾病と他害行為の関係が鑑定書のみでは判断できないとなったため、鑑定医に改めてその範囲についての意見を書面で求めたことがあり、今後も必要があれば、適切な機関や人物に、審判期日への参加の依頼等の柔軟な対応も可能であろう。

協議時の合議体メンバーには、当然求められているそれぞれの役割がある。そして、それらの役割が特に顕著なのは審判結果が通院決定時や不処遇決定時である。不処遇決定時の精神保健審判員は対象者が通常の精神保健福祉法上での治療で可能かどうかの視点が主であるが、精神保健参与員は主に、対象者の社会復帰を促進する視点から意見を述べることが多い。それは、精神保健参与員である精神保健福祉士の専門性が環境面である医療観察法の社会復帰要因と密接であり、社会資源サービスを熟知しているからこそ、対象者や家族にとって適切な生活環境を考えることができるのである。

例⑤カンファレンスでの「審判期日」についての打合せ】
〈審判期日における役割等の事前打ち合わせ〉

「審判期日」直前のカンファレンスにおいて、審判期日における証言者等出席者の選定や審判期日時における質問等の役割分担などを事前に話し合うことが多い、以下は、筆者が経験した話し合いを箇条書きにしたものである。

◆家族、援助者等出廷者の提案

通常、審判関係者以外に、対象者、家族等が参加する

その他、必要な出席者がいれば裁判官に要望

※福祉事務所・保健所職員、その他関係者等

①「審判期日」で対象者、家族、援助者に意向等確認の上、最終的な判断を行う必要がある場合

②また、対象者、家族、援助者への確認事項がある場合

◆「審判期日」時の

①質問内容や質問者を決めておく

②意向確認後の判断等を決めておく

例)家族と関係機関が援助する意向なら「通院処遇」

③「審判期日」時の進行に関することを決める

例)直接対象者に申し渡す/「審判期日」後に合議体で協議し、決定は、後日郵送するなど

■ 審判期日の実施状況【例①】当初審判

例①「審判期日」における精神保健参与員の役割等】

審判期日における精神保健参与員の役割

・通常、審判関係者以外に、対象者、家族等が参加する

→必要な出席者がいれば裁判官に要望

※福祉事務所・保健所職員、その他関係者等

→カンファレンスで確認が必要となった事項について、対象者・家族・関係者に確認する※特に、通院における「医療の継続性」についての「疾病性(含:病識・服薬管理等)」と「社会復帰要因」(リハビリテーション・社会復帰施設・制度の利用や家族・関係者等の支援)」等

※審判期日における質問事項等について

○通常、全般的なこと→裁判官

○医学的なこと→精神保健審判員

○福祉的なこと→精神保健参与員

対象者への意見聴取については、対象者の現段階での病識、対象行為に関する確認、生活設計の確認などを行うことが多い。また、対象者や保護者への意見聴取については、退院後の居住地や利用予定の社会復帰施設の確認、対象行為への内省、再危害行為の予防のために必要なスキルの確認などを行うことが多い。対象者自身が描いている社会復帰についての考えや希望を裁判官や精神保健審判員に出来るだけ伝えるような引き出し方を心掛けている

いずれの場合でも、鑑定書、生活環境調査報告書を充分読み込み、当日対面する対象者の発言などで質問内容を変化させるなど、精神保健参与員にも柔軟性が求められている。

※「審判期日」時に、対象者の処遇判断に重要な気づきなどあれば、「審判期日」後に、意見を裁判官、精神保健審判員に意見を伝える

<p>■審判期日の実施状況【例②】当初審判</p>	<p>例②「審判期日」における精神保健参与員の役割等</p> <p>初回審判における精神保健参与員の役割は、対象者の処遇の要否・内容を決定するため、精神障害者の社会復帰に向けた社会福祉的な視点、対象者に対する権利擁護的な立場や対象者を生活者と捉える視点からの意見を発言することが重要であり、地域の社会資源についての情報とその活用の方法や支援の可能性を明確に伝えることが責務といえる。</p> <p>特に精神保健参与員は、「対象者の通院処遇におけるケアマネジメントなど社会復帰要因に関わる評価を中心に、ケア計画における疾病性と社会復帰要因のバランスなどについて、その専門的知識や意見が求められる」とされ、地域処遇の可能性等に関して精神保健参与員の意見が求められることが多い。</p> <p>審判期日では、対象者に対して直接質問をすることになる。そこでも精神保健参与員は、社会福祉的な視点や対象者を生活者として捉えた視点からの質問となり、裁判官や精神保健審判員と異なる領域を担当することになる。</p> <p>最終的な審判は、事前の資料、カンファレンスでの協議、審判期日での対象者からの話を総合して処遇を裁判官と精神保健審判員が協議して到達することになる。</p>
<p>■審判期日の実施状況【例③】当初審判</p>	<p>例③「審判期日」における法廷の様子</p> <p>【法廷の様子①】</p> <p>当初審判の多くで精神保健参与員は参加しているが、法廷での着席位置などは法廷により様々である。法廷の広さにもよるが、精神保健参与員は、裁判官、精神保健審判員と同列に着席することがある一方で、書記官の横に着席することがある。なお、当初審判においては対象者の病状などの問題から裁判所では審判が開催できない場合がある。この際には合議体が鑑定入院医療機関へ出向き、審判を開催することがある。</p> <p>【法廷の様子②】</p> <p>地方裁判所の審判期日は、法廷内に丸テーブルを置いて開催している。医療観察法施行当初は、刑事裁判と同様の形式であったが、対象者の緊張度が高いといった理由で現在の形式となった。</p> <p>【法廷の様子③】</p> <p>審判期日では、法廷での着座位置は、裁判員制度が始まり法廷が改造されてから、非常に長大な壇上に裁判官を真ん中に、それぞれ左右に、精神保健審判員と精神保健参与員が座るケースも多くなった。対象者は、被告席で、検察官、付添人は、それぞれ検察官席、弁護人席である。家族は、対象者の後ろの席に座ることが多い。社会復帰調整官は、通常、傍聴席で、鑑定医が参加する場合にも、傍聴席である場合が多い。</p>

退院許可申立審判の実際（精神保健参与員からのレポート等）	
【地方裁判所 / 精神保健参与員等の動き】	
<p>■退院許可申立審判における審判が行われるまでの流れ</p> <p>退院許可申立審判</p>	<p>指定入院医療機関は、対象者に医療観察法病棟を退院できるまでに病状が回復した、あるいは、退院のための諸条件や環境等が整ったと判断した場合には、地方裁判所に退院申立てを行うこととなっている。指定入院医療機関から、居住地保護観察所長の意見書をあわせて、退院許可申立てが申請されると、地方裁判所は、合議体を作り、退院申立てについての審判を行うことになる。</p> <p>指定入院医療機関より退院許可申立てがなされると、地方裁判所が候補者名の記載されている名簿を元に、まず精神保健参与員候補者に連絡を行う。また、A 地方裁判所の場合には、この事例において、当初審判時に合議体に参加していた精神保健審判員や精神保健参与員に、改めて依頼する場合も多い。</p> <p>A 地方裁判所の場合、多くは事件担当書記官からの電話で、引き受け等の意思確認が行われる。この電話連絡において、書記官より事件概要の一部について情報が受け取れることがあるが、対象行為名など非常に概略的な情報である。その他、審判期日やカンファレンス(審判期日前・事後の準備会議)の候補日程について打診があるだけで、受諾か否かについて、即答での判断を求められることが多い。審判期日やカンファレンスの開催日程については、地方裁判所側でこちらの予定に基づき再調整してくれることもあるが、他の候補者に、打診が行くという形で、精神保健参与員の選任がなされないことも多いようである。A 地方裁判所の退院許可申立て審判の場合には、担当保護観察所に、意見書の提出とともに指定入院医療機関の多職種チーム及び地域処遇に携わる関係機関と協働で作成した処遇実施計画 案(含む：危機介入プラン)の提出を求めるケースが多い。</p> <p>審判期日やカンファレンスの開催日程の都合が付き、地方裁判所から意思確認に、精神保健参与員の引き受けが可能と返答した場合には、後日あるいはその電話で、書記官より対象者の氏名や年齢、性別、より詳しい対象行為の内容などが伝えられることになる。</p>

【対象者 / 指定入院医療機関の動き】

■退院許可申立審判における審判が行われるまでの流れ
退院許可申立審判

退院許可申立ての提出後、X 指定入院医療機関では、審判までの間に、審判に向けての準備を対象者とともに実施する。具体的には、今後との手続きと審判までの流れなどについて、担当多職種チーム（MDT）で説明していく。対象者は、退院強申立て審判の概要等については、「社会復帰講座」の「医療観察法の流れ」や「審判について」などの説明である程度、その概要を知っているが、実際の詳しい状況等について、再度、説明していく。特に、A 地方裁判所では、退院許可申立て審判においても、標準的に「カンファレンス」や「審判期日」があり、「審判期日」には、ほぼ対象者自身の出席が求められることが多いため、よくその制度を説明しておくことが必要となる。また、「カンファレンス」には、相当程度、担当多職種チームの代表者の出席が依頼されることが多いことから、

A 地方裁判所の場合、退院許可申立てが受理されると、退院許可申立てを受理した通知書類と共に、国選付添人の選任についての書類なども対象者に送られてくるため、このような書類の手続き等についても、説明、援助していくことになる。また、「疾患に対する認識」「治療についての認識」「対象行為を起したことに関する認識」「再被害行為防止に向けた取り組み」「退院後の生活」「入院中に学んだこと」などに関して、改めて対象者とともに振り返る作業を行う。

審判日近くには、担当多職種チームの面接において、対象者に質問をして実際に答えてもらう場を設定することもある。その際には、対象者自身の頑張ってきたことを支持し、MDTで応援している気持ちなどを伝え、対象者の不安感を軽減するように努める。

■カンファレンスの実施状況【例①】退院許可申立審判

例①カンファレンスが、審判期日前に開催される場合】

医療観察法では、当初審判と違い、入院継続申立て審判や退院許可申立審判での審判期日の開催は義務づけられていない。しかし、A 地方裁判所など、退院許可申立て審判では、審判期日と審判期日の事前・事後の協議(カンファレンス)が行われていることが多い。このカンファレンスでは、裁判官、精神保健審判員、精神保健参与員の他に、担当保護観察所の社会復帰調整官や指定入院医療機関の多職種チームが参加している。また、指定入院医療機関と保護観察所の意見に相違がある場合なども含め、しばしば付添人が選任され、参加することも多い。

このような合議体以外のカンファレンスの参加者については、保護観察所の社会復帰調整官の場合、当初審判と同様、対象者の継続的な医療の確保や地域処遇について意見が求められている。付添人は、対象者の代理人として、その処遇や権利を擁護する意見を言うことになる。また、退院許可申立て審判においては、当初審判のように鑑定医が選任されていない。そのため、指定入院医療機関の多職種チームの参加が依頼される場合も多い。そして、医師や看護師の参加が依頼される場合には、対象者の病状や治療経過などについて、精神保健福祉士には、入院中の対象者の意向や退院調整の経過等についての説明を求められるなど、指定入院医療機関の多職種チームには、当初審判における鑑定医の役割が期待されている。

また、このようなカンファレンスにおいて精神保健参与員は、対象者の社会復帰を促進する観点から意見を述べることが多い。特に帰住予定地の社会資源、関係者の支援体制、危機介入プラン(クライシスプラン)に齟齬や不足がないかなどを、自身の経験や精神保健福祉領域に携わる者の視点から指定入院医療機関、社会復帰調整官に確認することで合議体の意見形成に寄与している。

これらカンファレンスは審判期日前に平均1～2回、時間もおよそ30～60分程度かけて行われている(多くは、1回で60分程度)。また、審判期日の内容によって、審判期日直後、あるいはその後に改めてカンファレンスを開き、審判前に行われたカンファレンスでの意見を修正するか、意見を求められることもある。

<p>■カンファレンスの実施状況【例②】退院許可申立審判</p>	<p>例②カンファレンスが、審判期日前に1回開催される場合①】 ・指定入院医療機関の多職種チームからの報告-</p> <p>審判期日前のカンファレンスに関しては、裁判所において、あるいは電話で行われており、指定入院医療機関内の担当多職種チームも参加している場合が多い。担当多職種チームメンバー全員が参加できれば望ましいが、現状は困難であるため、ケースに応じて参加するメンバーを検討し参加している。通常は、担当多職種チームより代表で1～2名が出席する場合が多い。今回のケースでは、医師と精神保健福祉士と看護師に裁判所の事前カンファレンスに参加依頼があった。看護師は勤務調整がつかなかった為、看護師は社会復帰調整官と事前に電話で最近の状況などを踏まえた情報共有を行い、医師と精神保健福祉士が地方裁判所内で行われたカンファレンスに参加した。その際、今回のケースでは対象者のストレス脆弱性が強く、過度の緊張状態は対象者の状態安定に大きく影響することを考慮すると看護師の同席が望ましいと判断し、審判期日に看護師への同席依頼があった。</p>
<p>■カンファレンスの実施状況【例③】退院許可申立審判</p>	<p>例③カンファレンスが、審判期日前に1回開催される場合②】 ・電話でのカンファレンス参加の報告-</p> <p>今回、裁判所との情報共有、意見交換を行うために、電話を介してカンファレンスを行った。今回の参加者は、担当 MDT 内の医師、精神保健福祉士、看護師である。医療観察法病棟内の1室に集まり、電話を囲んで座った。裁判所側は、裁判官、精神保健審判員、精神保健参与員の他に、社会復帰調整官と付添人が参加していた。裁判所側の質問や発言は、医療観察病棟の固定電話をスピーカーにして聞くことができる。固定電話のスピーカーを通して聞くことで、その場に参加している3職種が同時に聞くことができるようにし、その質問内容に応じて3職種の中で一番回答するのに適当と考えられる職種が、その都度交替で発言した。指定入院医療機関のカンファレンスの関わりとしては、基本的には、地方裁判所に行き、直接に、裁判官、精神保健審判員、精神保健参与員に説明できれば、それが理想であると思われる。しかし、このようなカンファレンスの形態であっても、退院申請の紙面だけでは十分に説明しきれない部分を補うことは可能であり、対象者の状況をより理解してもらうには有効であると感じた。また、電話でのやりとりのため、裁判所に向く必要がなく、業務の軽減の面からも有効であると思った。</p>

■ 審判期日の実施状況【例①】 退院許可申立審判

例①「審判期日」における精神保健参与員の役割等】

退院許可申立審判の審判期日の多くは、裁判官、精神保健審判員、精神保健参与員によって行われている。A 地方裁判所では、向かって正面に裁判官、精神保健審判員、精神保健参与員、その後方に書記官が着席している。対象者は両側を檢察事務官に付き添われ入廷した。対象者の後方に付添人が座っていた。指定入院医療機関の職員が参加する場合には、付添人の隣か、傍聴席に座る場合が多い。審判は短いもので 30 分、長いもので 60 分程度の時間をかけて行われる。裁判官、精神保健審判員、精神保健参与員の質疑に対し、対象者本人が適確に答えられない場合は時間がかかるものと思われる。

対象者への質問について、A 地方裁判所における一例では、裁判官、精神保健審判員、精神保健参与員のそれぞれが、退院後の居住地や利用予定の社会復帰施設の確認、地域生活のイメージや希望（現実的計画性）の確認、処遇実施計画案に対する認識とその履行（具体的実行性）の確認、対象行為への内省、再他害行為の予防のために必要なスキルの確認などを行っていた。いずれの場合でも、指定入院医療機関、保護観察所の意見書を充分読み込み、当日対面する対象者の発言などで質問内容を変化させるなど、柔軟に対応していた。

例②「審判期日」における精神保健参与員の役割等】

-指定入院医療機関の多職種チームからの報告-

審判期日は、あらかじめ本人に通達がくるため、期日が通達されるとその日に向けて対象者とともに入院中の学び、自身の考えや思いをわかりやすく伝えるための練習を行う。今回のケースでは過度の緊張を抱きやすい対象者だったため、対象者と交流の少ない職員に裁判官、精神保健審判員、精神保健参与員、それぞれの役の協力を仰ぎ模擬審判を行うなどの工夫を行った。

審判期日の当日は、指定入院医療機関に検察庁よりより検察事務官 2～3名が迎えにくる。通常はそこで担当検察事務官に当日及び数日間の様子を伝え引き渡し、指定入院医療機関の職員は、審判期日には同席しない。しかし、今回のケースは、看護師が同席するため情報共有を行い、搬送方法の検討などを一緒に行った。裁判所では、法廷が開催されるまでの 30～40分の間、対象者の緊張緩和のための関わりを行った。

法廷での着席位置は、場合によって、法廷内の対象者席の隣など、いろいろであるが、今回は、対象者の家族とともに傍聴席であった。対象者への質疑の内容は、退院後の居住地や利用予定の通院指定期間及び社会復帰施設の確認、対象行為への内省、再他害行為の予防のために必要なスキルの確認、病識及び状態悪化時の対処方法の確認などであった。質疑の間に、対象者が不安になったのか、看護師の同席を何回か確認していた。また、質問によっては質問内容の意図が対象者に伝わらず、対象者が困惑している様子が伺え、対象者が看護師や家族のほうを向き、助けを求めてくる場面もあった。この点からは、審判に指定入院医療機関の職員が審判に同席することの意義は大きいと考えられる。

研究成果の刊行に関する一覧表

研究成果の刊行に関する一覧表

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
水留正流	医療観察法と刑事司法	臨床精神医学	38(5)	523-528	2009
山本輝之	最高裁平成 19 年 7 月 25 日決定をめぐって	臨床精神医学	38(5)	603-606	2009
柑本美和	医療観察法における再審の可能性	臨床精神医学	38(5)	609-614	2009
松原三郎	医療観察法対象者の地域サポートの将来像	臨床精神医学	38(5)	641-645	2009
八木 深	精神保健判定医のスキルアップ	臨床精神医学	38(5)	679-684	2009
三澤孝夫	精神保健参与員の役割はいかにあるべきか	臨床精神医学	38(5)	687-691	2009
八木 深	医療観察法指定入院医療機関における治療の現状と課題	精神科治療学	24(9)	1049-1056	2009
松原三郎	医療観察法の将来像	精神医学	51(12)	1144-1145	2009
山本輝之	心神喪失者等医療観察法施行後の課題	公衆衛生	73(6)	433-437	2009
山本輝之	医療観察法と判例の運用状況	刑事法ジャーナル	19	2-10	2009

研究成果の刊行物・別刷

特集◀

心神喪失者等
医療観察法の
改正をめぐって

第1部 医療観察法の性格と位置づけ

3. 医療観察法と刑事司法

水留 正流

Key words: 保安処分 (sicherungsmaßnahme[security measure]), 強制入院 (compulsory commitment), 責任能力 (criminal insanity), 司法精神医療 (forensic psychiatric treatment), 鑑定入院 (admission for assessment)

1 保安処分との関係

1. 医療法としての医療観察法

犯罪行為を行った精神障害者への特別な処遇の在り方をめぐる本格的な議論は、周知の通り、保安処分の立法提案に遡るといえよう。戦前の刑法改正仮案に端を発し、戦後の改正刑法草案の頓挫を経て、さらに法務省が打ち出した「治療処分の骨子(要綱案)」の事実上の凍結に至る議論の顛末⁶⁾については、本稿では繰り返さない。

ドイツの議論を参照しつつ、わが国の医療観察法もドイツの保安処分と同じく、人の犯罪危険性を收容の直接の根拠としたものと理解すべきだという主張は、刑事法学において有力に主張されている²¹⁾。しかし、ドイツと異なりわが国には、精神障害の有無と無関係に、人の犯罪危険性を根拠として彼の自由を制限する、保安監置のような制度は存在しない。医療観察法が、犯罪危険性を有すると認められる人のうち、精神障害者だけを「狙い撃ち」したのであれば、それが許容される根拠が示されなければならない。結局のところ、それは対象者への医療の必要性以外のものではあり得ないだろう¹⁹⁾。

確かに医療観察法は、重大犯罪に該当する行為を行った者だけを対象者としている。しかし、同

法1条が示すとおり、本法の目的は、終局的には対象者の社会復帰にあるのであって、再犯の防止はあくまで中間目的にすぎないのである⁷⁾。

2. 裁判所の関与

医療観察法は犯罪行為者を対象者とし、その処遇の開始、変更および終了に裁判所が関与することを求めている。しかし、裁判所が関与するからといって、この医療が、以前立法提案された保安処分と同じものだということになるわけではない。

第一に、医療観察法審判における合議体は、精神科医である精神保健審判員と職業裁判官とから構成される。両者の意見が一致しない場合には、対象者の自由の制約がより少ない方向の決定をなすべきだという趣旨に法律14条は理解されている¹⁵⁾。したがって、例えば対象者の危険性を考慮して、医療の必要性が全くなくなったにもかかわらず入院を継続するような決定をすることも、医療のプロフェッショナルの同意なしには不可能である。

第二に、裁判所の役割は社会の安全を守ることだけにあるのではない。むしろ、裁判所は、対象者の権利の制約が必要以上になされないようにするために関与しているものとみるべきであろう⁵⁾。比較法的に見れば、犯罪行為を行っていない

い精神障害者の強制入院に関しても、「後見裁判所」などの民事裁判所ではあるが、いずれにしても裁判所、そして法律家が入院の可否の判断に関与する例がみられる¹²⁾。

諸外国の立法例には、犯罪を行った精神障害者のための特別な処遇を導入するかを判断する主体として、法律家、精神科医、福祉職等からなる審査委員会(review board)を設ける例がみられる¹³⁾。わが国の医療観察法の合議体はこれに倣ったものと思われるが、福祉職は合議体の正式の構成員とするのは時期尚早だとされて、精神保健参与員という、合議体のいわば準構成員とされたという経緯があるようである。やはり、福祉職が合議体の正式な構成員になり、合議体の内部における臨床的判断の比重が増すことは望ましいことであろう^{2,20)}。今後の法改正の際の検討事項であろう。

3. 「再行為化のおそれ」

「再行為化のおそれ」をめぐるのは保安処分論争以来の議論があるが、次の前提を認めるのであればそれほど大きな問題ではないだろう。すなわち、医療観察法は犯罪行為者の危険性除去による社会の防衛だけを目的にするのではなく、むしろ対象となる精神障害者の治療を受ける権利を保障する制度である。医学的に強制医療による治療可能性がないと判断される場合には、対象者の自由を制限して社会から危険性を除去するという努力は断念されなければならない。指定医療機関による医療で、従来の精神医療で許されないような権利制約的な医療を行うことができない、という前提である。そして、現行法はこれらの前提をみたすものであるように思われる¹⁰⁾。

医療観察法は、あくまで精神保健福祉法と並ぶ医療法である。もっとも、従来、重大な犯罪行為を行った精神障害者を適切に処遇するシステムが必ずしもうまく機能してこなかったことが、本法の生まれた重大な契機になっている¹⁰⁾。医療とは多数の専門職が関わる極めて法的・社会的なシステムであるから、司法精神医療という新たな医療的枠組を設ける場合には、新たに法的制度を設けることが必要になったのである。処遇導入のための実質的な要件となっている「再行為化のおそれ」

は、強制的である医療的な枠組に導入すべき精神障害者のうち、そのような医療制度を導入すべき対象者の性格を典型的に表したものとみるべきであろう¹⁰⁾。

もちろん、さまざまな処置適性をもつ多様な精神障害者のうち、このような対象者に対する特別な処遇制度をあえて設けた背景には、犯罪行為の再発を防ぐことでこの種の精神障害からの社会復帰につなげる部分の治療的対応を重視すべきだという国家の目的があることは否定できない。精神医療にこのような要素を持ち込むことが許されるかということは、「再犯のおそれ」の認定可能性をめぐる議論よりも原理的な問題であるが、あくまで精神医療の範囲内で犯罪予防という目的につながる部分を重視するという法政策自体を否定することは困難であるように思われる。もしこの法政策自体が否定されるのであれば、特に犯罪行為に関係する事例を強制医療につなげることを意図して、警察官、検察官、矯正施設長に通報させるという制度を設けている精神保健福祉法も否定されるべきことになるだろう。

2 「医療か刑事司法か」という定式は妥当するか

1. 警察官通報の措置入院の場合

医療観察法施行前から、本来刑事司法で扱われるべき人が、警察官からの通報などにより措置入院になり、彼に対して刑事司法が行うべき活動がなされずに、いわば精神医療者に丸投げされているとする指摘がしばしばなされてきた。微罪処分の場合を除いて、わが国の警察には、警察限りで刑事手続を打ち切る権限はないから、そのような事態が検察官が関与しないままに発生すればそれは違法である。このような事態が本当に生じているかは措くとしても、このような疑念を持たれないにこしたことはない。捜査機関は、情報をある程度は措置入院先に開示するなどして、医療関係者の信頼を確保することが望ましいように思われる¹⁰⁾。

しかし、犯罪行為後のごく早期の段階で精神障害のために治療が明らかに必要な者を医療につなげるという運用それ自体は、決して不当ではない。