

一ができて支援できる人もある。

- ・少年院では誰でもPDD的に見えるのはある。そこで診断をつけるか。レッテル貼にならないようにすべきかとも思う。杉山先生もそう言っている。三つ組みは何らかの形現れている。発達歴を聞く際には親との関係や親のPDD的要素もある。近親者から情報とるのはよい。
- ・矯正施設でPDDがびたつとはまることがある。しかし構造化された刑務作業をこなして優等生だが問題は変わっていない例もある。安定のための構造化は必要だが、認知を変えるにはゆさぶりが必要。
- ・大人を診る医者も子供を診るといいという本城先生の発言は大事。フォローアップが大切。10年、20年、30年と追いかける必要がある。子どもの時のビデオを見てトリアスが見られるので驚いた。僕はウイングのディスクがいいと思う。各項目を聞く理由が分かる。バイバイができるかとか。タイムスリップの時には声だけ聞こえるのでなく激しい症状がでる。PDDではオープン質問はできないことが多い。

分担研究報告

医療観察法制度全般に対する法学的視点からの評価研究

山本 輝之

明治学院大学法学部

医療観察法制度全般に対する法学的視点からの評価研究

分担研究者 山本輝之 明治学院大学法学部

研究要旨

2003年7月に制定・公布され、2005年7月から施行された、心神喪失者等医療観察法は、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る。これは、それまで、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ってきたのを大きく転換したものである。医療観察法の制定により、わが国に初めての司法精神医療が導入されたものであるといえる。

本法の施行以来これまで、多くの関係者の努力により、重大な他害行為を行った精神障害者に対する治療水準は大幅に引き上げられ、彼らに対する処遇も、その大枠においてよく機能しているように思われる。もっとも、その反面、その内容、運用についてはいくつかの法的问题点も存在する。2010年は、医療観察法施行後5年の検討時期（同法附則4条参照）にあたる。そこで、われわれのグループは、同法の見直しに向けて、同法における法的问题点および同法施行後もなお残されている問題を抽出し、それらを解決するための具体的提言を行った。

研究協力者

柑本美和（東海大学法科大学院准教授）

水留正流（南山大学法学部専任講師）

A. 研究目的

医療観察法施行後も、その内容、運用についてはいくつかの法的问题点が存在する。2010年は、医療観察法施行後5年の検討時期（同法附則4条参照）にあたる。そこ

で、われわれのグループは、同法の見直しに向けて、同法における法的问题点および同法施行後もなお残されている問題を抽出し、それらを解決するための具体的提言を行うことを主たる目的として研究を行った。

B. 研究方法

医療観察法の内容、運用における問題点の検討には、法律研究者だけでなく、実際に同法の運用に携わっておられる、精神科医、コメディカル関係者、行政・司法の実務家の方々にご参加いただき、御意見を伺うことが不可欠である。そこで、本年度も 2009 年度の研究に引き続いて、これらの方々をお招きして研究会活動を頻繁に行い、問題点の抽出・分析・検討を行い、それを踏まえて同法の見直しに向けても具体的提言を行った。

C. 研究結果

以上の研究方法により、(1) 医療観察法における医療の強制の正当化根拠、(2) 検察官の権限と捜査段階での簡易鑑定、(3) 責任能力と検察官による処遇申立てとのリンク、(4) 処遇決定裁判所における合議体の構成、(5) 治療反応性について、(6) 処遇困難者の対策などの問題点について検討し、医療観察法見直しに向けての具体的な提言を行った。

D. 考察

1. 心神喪失者等医療観察法の制定経緯と法的性格

(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」という）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及び指導を行うことによつて、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、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（法 1 条）。

(2) 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はずされ、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。

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収容し、治療及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、保安施設に収容し、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とになり、人権侵害に結び付く、③保安施設における医療は、保安を重視せざるを得ないから、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った。

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、実現には至らなかった。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繰り返さないようにするための対策を様々な観点から協議・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繰り返していたAが、大阪教育大学付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速「法律案」が作

られ、2003年7月に、心神喪失者等医療観察法が制定・公布され、2005年7月から施行された。

(3) このようにして作られた心神喪失者等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生かされているということである。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、その法的性格は、精神保健福祉法の特別法としての性格を有している、すなわち、その法的性格はあくまでも精神医療法であり、それは、重大な他害行為を行った精神障害者の処遇について、これまでの精神保健福祉法における措置入院に、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付け加え、それを補充し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現われているように思われる。

(4) このように、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医療観察法は、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り、本法により、わが国に初めての司法精神医療が導入されたものといえる。本法の施行以来これまで、多くの関係者の努力により、いわゆる触法精神障害者に対する治療水準は大幅に引き上げられ、彼らに対する処遇も、その大枠においてよく機能しているように思われる。もっとも、その反面、その内容についていくつかの問題点も指摘されるようになってきている。そこで、本報告書は、

そのうちのいくつかを指摘し、その内容を検討し、同法の見直しに向けて具体的な提言を行おうとするものである。

2. 医療の強制の正当化根拠

(1) まず、医療観察法は、対象者に対し、入院による医療、入院によらない医療という処遇を強制することができるとしているが、なぜそのようなことが許されるのか、その正当化の根拠が問題となる。これは、本法の法的性格という基本問題と直結するものであり、今後の医療観察法の運用の方向性を考える上で、重要な問題である。

これまで、精神障害者に医療を強制できる根拠については、英米法の下で、次のような2つの考え方が存在しました。日本での議論もこれを枠組みとして展開してきた。その1つは、精神障害者の再犯の危険性を根拠とするポリスパワーといわれるもので、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、そのような行為を行うおそれのある精神障害者の自由を拘束することが許されるのだとする考え方である。もう1つは、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、国が親代わりとなって彼にケアをしてやるのであり、その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り、これをパレンスパトリエという。

(2) 現在、医療観察法における強制処遇の正当化根拠をめぐっても、それをポリスパワーに求める見解とパレンスパトリエに求める見解とが対立している。そして、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。前者の見解は、医療観察法を保安処分的性格と理解するのに対して、後者の見解は、医療観察法はあくまでも精神保健福祉法と同質の精神医療法であると理解する。

このうち、前者の考え方は、やはり妥当ではないように思われる。まず第1に、精神障害者の再犯の可能性を予測することがそもそも可能かという問題がある。たしかに、それはある程度は可能であるかもしれないが、それが精神障害者の自由を制限することを正当化するほどのものであるかは疑問である。第2に、それが仮に可能だとしても、健常者については犯罪を行う危険性を根拠として隔離・拘束することが許されないのに、精神障害者の場合にはそれが許されるというのは不均衡であり、憲法14条の法の下での平等に反することになるように思われる。

(3) このようなことからするならば、医療観察法においても対象者に強制的に処遇を行うことが許される根拠は、一般の精神科領域における強制入院と同じく、精神障害のために社会での生活に問題を抱えている

対象者にその社会復帰促進のための医療的利益を与えるというパレンスパトリエの原理であると考えられるべきであるように思われる。それは、前述した医療観察法の法的性格からも当然のことである。同法が、法案の段階では、対象者に対して処遇を言渡すことのできる要件について、「対象者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のを、「おそれ」という文言は保安を優先させる印象を与えるということで、この文言を削除したのは、そのことを明確に示そうとしたものである。

3. 検察官の権限と捜査段階の簡易鑑定

(1) わが国の刑事司法においては、起訴・不起訴の判断について、検察官にきわめて広範な裁量を与えている。すなわち、検察官は、被疑者が有罪であると考えられる場合にも、被害の程度、彼の行状などを考慮して、あえて起訴を行わないという処理を行うことが許されている。また、起訴を行う権限は、原則として検察官にのみ認められている。

(2) 医療観察法の処遇の申立ての仕組みもこれに全面的に依拠している。医療観察法の対象者は、心神喪失または心神耗弱を理由として不起訴になった者、あるいは裁判で自由刑の執行を免れた者であるが、このような者について、医療観察法の申立て

を行うのも、検察官にだけ許されている。このように、わが国においては、このような精神障害者に刑罰でのぞむか、医療観察法の処遇を行うか、それとも精神保健福祉法の措置入院に回すかを決定する権限は、検察官だけが持っているのである。

検察官は、被疑者の精神状態を評価するため、通常、精神科医に簡易鑑定を依頼する。これは、2～3時間程度の面接で精神状態についての判断を行うもので、これによって、精神障害の迅速なスクリーニングが可能になっている。しかし、この簡易鑑定のレベルにばらつきがあるとも指摘されている。そのため、誤った簡易鑑定が行われることもあり、それに基づいて検察官が責任能力に問題があるとして不起訴にした場合、不適切な事案が医療観察法による処遇の方に回ってくることもある。また、精神医療関係者からは、検察官は簡易鑑定に基づいて安易に不起訴処分にして医療観察法の方に回しているのではないか、問題を精神医療に丸投げしているのではないかという批判も強く出されている。

また、このように、わが国の医療観察法においては、検察官が対象者に対する処遇を決定する権限をすべて握っているため、対象者に対する検察官の刑事政策的考慮を、治療の必要性という医療的判断に優先させるおそれがあり、彼に適切な治療を与えることができなくなるのではないかという懸

念も指摘されているところである。

(3) このような精神障害者に刑罰で対応すべきか、それとも医療的な処遇でのぞむのが適切かという問題は、犯罪を行った少年に対する処遇をどのようにすべきか、ということと同質の問題が存在している。このようなことから、学説においては、このような精神障害者の処遇を決定するについても、専門の鑑定人を擁する少年鑑別所のような、検察官とは別の医療専門機関を積極的に関与させる制度、たとえば、対象者を簡易鑑定に回すのではなく、すぐに全権を専門の医療機関に送致し、そこで、精神科医などが専門的な鑑定を行い、刑事訴追が妥当か、それとも医療観察法による医療的処遇でのぞむのが妥当かを決定する、という制度に改めるべきであるという提案がなされている（町野朔『与党PT案』をのぞく」日本精神病院協会雑誌 21 巻 2 号（2002 年）165 頁参照）。以上のような制度改正は、今後検討に値するものであるように思われる。

4. 責任能力と処遇の申立のリンク

(1) 医療観察法では、重大な他害行為を行った精神障害者が心神喪失、心神耗弱者を理由として自由刑の執行を免れたときにはじめてこの法律による処遇の申立てが行われるという枠組みになっており、責任能力をこの法律による処遇の申立てとが完全にリンクしている。すなわち、この法律は、

対象者が自由刑の執行を免れたときにはじめて治療の方に移行させるという理念で成り立っており、刑罰の執行に代えて治療を与えるという考え方ではないということである。

しかし、重大な他害行為を行った精神障害者に適切な医療を施し、彼の社会復帰を促進するという医療観察法の目的からするならば、そのための適切な処遇を行うということと彼に責任能力があるか否かということとは本来関係がないはずである。諸外国では、責任能力の有無にかかわらず、犯罪を犯した精神障害者に対して、彼に責任能力があるとして刑罰を科す場合であっても、治療が必要な場合には、刑罰を執行する前に医療の方へ移行させ治療を行う、あるいは刑罰に代えて医療の方へ移行させ治療を行うということが幅広く認められている。わが国においても、今後は、責任能力と医療観察法における処遇とのリンクを外し、重大な他害行為を行った精神障害者で治療の必要な者については、まず、この法律による治療を行い、その後に刑罰を執行するというような制度の導入も検討してよいのではないと思われる。

(2) また、このことと関連して、医療観察法の下でも、刑事施設内の精神医療の問題は依然として改善されないという問題がある。前述したように、医療観察法では、重大な他害行為を行った者の責任能力と検

察官による処遇の申立てがリンクしており、彼が自由刑の執行を免れた場合にのみ、医療観察法による処遇に回される仕組みになっているため、刑務所で受刑中の精神障害者は、この法律に基づいて創設された指定入院医療機関において治療を行う対象には含まれてはいないのである。しかし、諸外国においては、指定入院医療機関のような特別な医療機関に、受刑中の精神障害者を移送し、刑期の範囲内で治療を与えるということが行われている（そのような施設として、アメリカ・カリフォルニア州にあるアタスカデロ州立病院（Atascadero State Hospital）がある。これに関する詳細な説明については、小西聖子＝柑本美和「第9章 カリフォルニア 2 各施設における処遇」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]」（2006年）654頁以下参照）。このような制度は、犯罪を犯した精神障害者に早期に治療を与え、彼の改善を図るという意味で極めて有意義なものであると思われる。

5. 合議体の構成

(1) 医療観察法における審判は、1人の裁判官と1人の精神保健審判員による合議体で行うということになっている（法11条1項）。しかし、このような2人合議制というのは、諸外国の制度をみてもかなり珍しいものであり、通常は、法律関係者、

精神医療関係者、精神保健福祉の専門家(例えば、ソーシャルワーカー)という3職種によって構成されている。しかし、医療観察法制定当初においては、精神保健福祉の専門家がまだ十分には育っていないので、とりあえず、2人合議制にするということで、このようなことになったようである。そこで、医療観察法は、精神保健参与員を、合議体の準メンバーとして関与させることにしたが、現行法では、それは、あくまでもその知識と経験に基づいて裁判官と精神保健審判員とを補助する性格のものと位置付けられており、そのため、精神保健参与員は、評決権を有していない(11条1項、14条)。

(2) しかし、精神障害者を、地域のどのようなリソースを用いて、社会復帰させていくかという点に関しては、むしろ、精神保健参与員こそが、まさに専門的知見を有している。このようなことからするならば、重大な他害行為を行った対象者に対して、適切な医療を施すことにより、その社会復帰を促進するという医療観察法の最終目的からするならば、本来は、精神保健参与員も交えた3者で合議体を形成し、多角的な観点から意見を出し合い、個々の対象者の社会復帰促進に適した処遇を決定することが望ましいといえるように思われる。また、現在においては、医療観察法制定当初とは異なり、精神福祉の専門家もかなり

育ってきているのが現状である。このようなことからするならば、医療観察法の見直しにおいては、そのような方向でも法改正が是非とも行われるべきである。

6. 治療反応性

(1) 医療観察法では、対象者に「治療反応性」がある場合にのみ、この法律による処遇を行うことができるものと理解されています。治療反応性は、単に治療可能性の有無をいうのではなく、治療者の治療に、一定程度の水準で反応できるかという総合判断を示す言葉であると理解されている。このことから、精神医療関係者においては、一般的に、医療観察法の医療は、統合失調症の対象者が主なターゲットであり、治療反応性に乏しい人格障害者、知的障害者、発達障害に罹患している者などについては、この法律の対象とすべきではないとする考え方が強いようである。

しかし、医療観察法の運用として、以上のような理解で処遇を行っていく場合に問題になるのは、わが国の場合、これらの者に対する適切な受け皿が存在しないことである。たとえば、現実には、人格障害、知的障害、発達障害が主診断であるような場合には、ほとんどの場合、完全責任能力又は心神耗弱とされ、結局は刑務所に行く例が多いものと思われる。しかし、刑務所においては心理プログラム等が充実している

わけでもなく、また、医療刑務所での処遇にも限界があり、刑務所が彼らの適切な処遇の場であるとはいえない。

(2) これに対し、諸外国、例えば、アメリカ、カナダ等においては、人格障害者に対しても積極的に治療を実践している。また、わが国の精神医療関係者の中にも、知的障害、器質性精神障害者、人格障害者も含めて、「治療反応性」がない精神障害者はいないし、また「治療反応性」は治療によって高められていくべきであり、速効性の治療効果が期待できず、短期間に社会復帰できるまで回復する可能性がない対象者であっても、医療観察法による治療を受けるべき機会を与えるべきである、と主張される方もおられる。たとえば、都立松沢病院の田口寿子先生は、たしかに、人格障害の治療は困難であるといわれている、しかし、実務上「治療反応性」という基準は、治療による改善にかなりの時間を要する人格障害等の対象者を除外するためのものと理解されているが、このような社会復帰に著しく時間のかかることが予想される対象者を、今までどおり一般精神医療が抱え込むしかないのであれば、医療観察法制度の存在意義が問われる。知的障害者、器質性精神障害者、人格障害者も含めて、「治療反応性」がない精神障害者はいないし、また、「治療反応性」は治療によって高められていくべきであり、速効性の治療効果が期待できず、

短期間に社会復帰できるまで回復する可能性がない対象者であっても、医療観察法による治療を受ける機会を与えるべきである、とされている(田口寿子『心神喪失者等医療観察法』施行一年を迎えて」こころの科学130号(2006年)8頁)。

前述したように、医療観察法における処遇を与える根拠が対象者に社会復帰促進のための医療的利益を与えるということであることからするならば、施設の整備、マンパワー等の面から今すぐは難しいにしても将来は、積極的に治療反応性があることが証明されない限り、医療観察法の処遇の対象とすべきではないとするのではなく、「疑わしきは医療に」という原則に基づいて、このような者についても、医療観察法における指定入院医療機関において手厚い処遇を行い、本人に治療へのインセンティブを与えるような処遇を行うという方向も検討されてよいのではないかに思われる。

7. 処遇困難者問題

(1) 医療観察法は、一定の重大な他害行為を行った精神障害者だけを切り分けて特別な処遇を行う制度を創設したものである。そのため、これまで、精神医療の現場で最も問題とされてきた、その者の示す様々な病状や問題行動のために、一般の精神病院内での治療に著しい困難がもたらされる患者である、いわゆる「処遇困難者」への対

応は、未解決のまま残されてしまった。たしかに、これまでは、重大な他害行為を行った精神障害者に対する処遇のあり方と処遇困難者に対するそれとは同じ問題として論じられる傾向があった。しかし、以前から、処遇困難性とは病院内でその対処に困ることを指すのであり、過去に重大な他害行為を行ったかどうかとは直接関係はない。現に、処遇困難者のうち、過去に重大な他害行為を行った者はその一部にすぎないという精神医療関係者の指摘がなされていた（中谷陽二「触法精神障害者の治療—現状分析と提言」西山詮編「精神障害者の強制治療—法と精神医学の対話2」（1994年）19頁以下）。医療観察法の下においても、処遇困難者が一般の精神病院から指定入院医療機関に移るということは考えられないのである。

(2) このように、処遇困難者の問題は決してなくなったわけではない。かつて提案されたような、このための専門病棟を新たに設立するということも考えられるが、おそらく、そのような者の困難性に対応し、彼らに適切な医療を施すことを保障するには、わが国の現状では、指定入院医療機関が数少ないリソースであるように思われる。その意味で、前述した刑事施設と指定入院医療機関との相互乗り入れだけでなく、一般精神病棟と指定入院医療機関との相互乗り入れの制度を創設するということも考えら

れてよいのではないだろうか。たしかに、施設の整備、マンパワーなどの面で今すぐは困難であり、また指定入院医療機関に入院させることにより処遇困難者の問題がすべて解決されるとは思われないが、将来はこのような方向も検討されてよいように思われる。

E. 結論

以上の研究成果を踏まえて、これまでの研究成果の再検討および医療観察法における問題点のさらなる検討を行い、わがグループの研究の集大成としての提言をまとめるつもりである。

F. 健康危険情報 なし。

G. 研究発表

1. 論文発表

1) 山本輝之「司法精神医学の法的課題—心神喪失者等医療観察法を中心に—」
臨床精神医学 39 卷 10 号 1299—1304 頁
(2010 年)

2) 山本輝之「心神喪失者等医療観察法の見直しに向けて—法的問題点—」
法と精神医療 25 号 84—96 頁 (2010 年)

2. 学会発表 なし。

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし。

2. 実用新案登録 なし。

3. その他 なし。

分担研究報告

司法精神医療に携わる精神保健参与員の養成と支援に関する研究

三澤 孝夫

国立精神・神経センター

平成22年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業・精神障害分野）
分担研究報告

司法精神医療に携わる精神保健参与員の養成と支援に関する研究

分担研究者 三澤 孝夫 国立精神・神経医療研究センター

研究協力者

- | | | | |
|---------|-----------------|---------|-----------------|
| ◇相川 あや子 | 聖学院大学(社会福祉学) | ◇伊東 秀幸 | 田園調布学園大学(社会福祉学) |
| ◇岩崎 香 | 早稲田大学(社会福祉学) | ◇上野 容子 | 東京家政大学(社会福祉学) |
| ◇尾上 孝文 | 東京保護観察所 | ◇太智 晶子 | 国立精神・神経医療研究センター |
| ◇金成 透 | 所沢慈光病院 | ◇柑本 美和 | 東海大学大学院(法学) |
| ◇熊地 美枝 | 国立精神・神経医療研究センター | ◇佐賀大一郎 | 東京保護観察所立川支部 |
| ◇重吉大輔 | 千葉保護観察所 | ◇澤 恭弘 | 国立精神・神経医療研究センター |
| ◇鈴木 慶三 | 高崎健康福祉大学(社会福祉学) | ◇高崎 邦子 | 国立精神・神経医療研究センター |
| ◇高橋 理沙 | 筑波大学看護大学院(看護学) | ◇松坂 あづさ | さいたま保護観察所 |
| ◇宮本 真巳 | 東京医科歯科大学院(看護学) | ◇八木 深 | 国立病院機構 東尾張病院 |
| ◇四方田 清 | 順天堂大学(社会福祉学) | | |

研究要旨

本研究では、最近の医療観察法審判における状況の変化も考慮し、精神保健参与員の業務を適切に行っていくための養成課程やその研修方法等を探っていく。また、精神保健参与員の研修方法の改善によって、人材の質向上と確保を図る、そして、精神保健福祉士の医療観察法制度下の司法精神医学業務への関心を高め、関与を容易にすることを目的とした制度、システムについての検討を行い、研修システムの改善等について関係団体とも協力し、具体的提言に繋げていく。

医療観察法では、個々の事例における決定内容等については、取り上げられ、報告されることも多かったが、その審判方法や審判関係者(裁判官、精神保健審判員、精神保健参与員、検察官、付添人、鑑定医、社会復帰調整官など)の関わり等が、全国的に調査・報告されたことがなく、そのため、実際にどのように審判が執り行われているか、不明な点が多かった。特に、カンファレンス(審判期日前・後協議)や審判期日は、以前には同様のものが地方裁判所に無かったことから、参加者や回数、時間、またカンファレンスなどを行うかどうかも含めて、地域による特色や違いが大きい。

本研究の初年度では、このような状況にある医療観察法審判について、実際に行われているその方法や審判関係者の関わり等を、調査し、精神保健参与員の業務実態を明らかに

することで、その養成課程、研修方法等を探っていく。具体的には、まず、医療観察法の審判方法や精神保健参与員を中心とする審判関係者の関わり等について、各地域の審判関係者(裁判官、精神保健審判員、精神保健参与員、社会復帰調整官、鑑定医、付添人等)に聞き取り調査を行い、全国的な審判等の状況を明らかにしていく。特に医療観察法審判の中で、重要視されてきているカンファレンス(審判期日前・後協議)や審判期日の施行状況などについて、聞き取り調査を行い、調査項目とその発言背景等も含めた詳細な実態を明らかにしていく。

次年度以降では、引き続き審判制度等についての実態調査を行っていくとともに、前年度で明らかとなったカンファレンス(審判期日前・後協議)や審判期日での精神保健参与員の関わり、業務実態に合わせて、精神保健参与員に必要な養成研修のあり方について検討していく。また、各地の関係機関や地方裁判所等で行われ始めている医療観察法関連の各種の事例検討や研修等、精神保健参与員の基礎資格となっている精神保健福祉士の養成課程における医療観察制度の教育方法・内容についても提言していく。

また、上記の調査による審判内容や精神保健参与員の業務実態等を踏まえ、精神保健参与員の各種の研修で教材として使用されている20年度の厚生科学研究「医療観察法に携わる精神保健福祉士の役割に関する研究」の精神保健参与員班で作成された「精神保健参与員ハンドブック」の改訂版を作成していく。

A. 研究目的

医療観察法では、当初審判のカンファレンス(審判期日前・後協議)の重要性が知られるようになり、現在では、ほとんどの都道府県で行われるようになってきている。また、法施行当初は、審判の多くが当初審判であったが、制度が成熟し、退院許可申立て審判、入院継続申立て審判の件数などが増加したこと、指定入院医療機関が全国各地に整備されたことにより、各地方裁判所での当初審判の割合は相対的に減少している。処遇終了審判についても、徐々に、その件数が増えてきている。退院許可申立審判については、その重要性が、改めて認識されてきた。これまでは一部の地域以外ではほとんど行われていなかった退院許可申立て審判のカンファレンスや審判期日の開催が、ここ数年で、全国的な広がりを見せ始めている。

本研究では、医療観察法の当初審判と、退院許可申立審判について調査を行い、精神保健参与員の業務実態と業務に必要となる知識・技術を明らかにするとともに、関係機関等とも協力し、養成・研修システムの改善等について具体的提言を行っていく。また、精神保健参与員の養成・研修およびその実際の業務を支援するためのツールを開発していく。

そして、このような最近の医療観察法審判における状況の変化も考慮し、精神保健参与員の業務を適切に行っていくための養成課程やその研修方法等を探っていく。

B. 研究方法

本研究の初年度(前年度:平成 21 年度)では、医療観察法の審判方法や精神保健参与員を中心とする審判関係者の関わり等について、各地域(北海道・東北、関東甲信越、東海北陸、近畿、中国・四国、九州)の中で代表的

な37地域を選び、審判関係者(裁判官、精神保健審判員、精神保健参与員、社会復帰調整官、鑑定医、付添人等)から審判状況等について調査を行った。特に医療観察法審判の中で、重要視されてきているカンファレンスや審判期日の施行状況などについては、重点的に聞き取り調査を行った。

今年度は、全国 47 都道府県 50 地域※1に調査対象を拡大して、保護観察所等の関係機関へのアンケート調査、審判関係者※2 への直接聞き取り調査等を行った。

※1《以下、『47都道府県(50地域)』等の表記について、「北海道」のみ札幌、旭川・釧路・函館の各地方裁判所管轄地域ごとで、医療観察法のカンファレンス、審判期日等の方法、取り扱い等に大きな差異がみられたため、別地域として分類、集計している》

※2《以下、文中の『審判関係者』とは、医療観察法の審判に関与する「裁判官」「精神保健審判員」「精神保健参与員」「鑑定医」「社会復帰調整官」「付添人」等を指している》

特に、カンファレンスや審判期日での精神保健参与員の関わりや業務等については、項目を増やし、より詳細な調査を行った。また、前年度の本研究の調査において、カンファレンスの回数により、全国の医療観察法審判のカンファレンスが、二群に分かれる可能性が見えてきた。そのため、今年度は、カンファレンスの開催回数がその他の要因(時間、内容、資料の活用、参加者等)に影響を与えるかなども考慮して、アンケート項目を作成し、かつ、審判関係者※への聞き取り調査を行った。

これらの調査結果を基にして、全国の医療観察法審判における精神保健参与員の業務内容の特徴を明らかにするとともに、精神保健参与員の養成研修や各地の関係機関や地

方裁判所等で行われ始めている医療観察法関連の各種の事例演習や研修等についての提言を行い、必要な支援ツール等を開発する。そのひとつとして、厚生労働省委託研修「司法精神医療等養成人材研修会」で配布している「精神保健参与員ハンドブック」について、増補・改訂版の作成について協議し、調査内容等を元に、必要項目の選定を行っていき、最終年度においては、精神保健参与員の養成、研修方法の提言とともに、「精神保健参与員ハンドブック」の増補・改訂版を作成していく。

審判の運用状況や内容等についての状況を把握することは、精神保健参与員の研修方法の開発や精神保健参与員の審判における業務支援のためのハンドブック等の作成に非常に重要な資料となる。一昨年、昨年の精神保健参与員の業務調査などから、医療観察法審判における精神保健参与員の役割の中心が、医療観察法審判における「カンファレンス」と「審判期日」であることが明らかになったため、今年の調査では、カンファレンスと審判期日についての詳細な実態把握に努めた。

(倫理面への配慮)

本研究での調査内容は、医療観察法の審判方法と、精神保健参与員をはじめとする審判関係者の関わり等に限定しており、対象者や審判関係者個人々人を特定する情報は、調査の対象となっていない。そのため、調査結果にプライバシー情報など、個人々人を特定できる情報は入っておらず、本研究により、医療観察法の対象者などの個人の利益が損なわれるような可能性はなく、倫理上の問題はないと考える。

C&D. 研究結果と考察

■当初審判(検察官申立てによる審判)

[当初審判のカンファレンス]

医療観察法では、当初審判における「審判期日」については、その開催が義務づけられている(医療観察法 31 条)。ただし、カンファレンスについては、そのような明確な開催規定がないため、法施行当初においては、ほとんど開かれていなかった。

しかし審判期日前に、事例を複数の関係者の多角的な視点で協議し、その内容や問題点を整理・共有化することで、審判における、より客観的で正確な判断に寄与するとされるカンファレンスの重要性は、徐々に医療観察法審判に関与する関係者に認識されてきた。裁判所、精神保健審判員、精神保健参与員など、医療観察法の審判関係者の各種の研修会等でも、カンファレンスが取り上げられることが多くなってきている。平成 21 年度に行った本研究班の調査においても「カンファレンスは必要・有意義と思うか」との問いに、調査対象となった 24 都道府県の保護観察所(社会復帰調整官)のすべてから「必要・有意義と思う」との回答を得る【表 H21-当初審判-C】など、カンファレンスの重要性は共通認識となっており、当初審判におけるカンファレンスの開催頻度は、調査年度が上がるとともに、一貫して増えてきている【表 H21-当初審判-A】、【表 H21-当初審判-B】。

法施行当初の平成 18 年度(2006 年度)の調査(調査対象 31 都道府県)では、当初審判において、恒常的にカンファレンスの開かれている都道府県は、3 都道府県のみであった。しかし、平成 21 年に当研究班で行った調査では、調査対象 37 都道府県中、実に 36 都道府県(97.3%)で、当初審判のカンファレンスが開かれているという結果となった「医療観察法施行以降の当初審判における方法等の推移【表 H21-当初審判-A】」。

そして、今回、本研究では、47 都道府県 50 地

域を対象とした医療観察法審判の全国調査を初めて行った。この調査においても、上記の傾向は変わらず、50 地域の中で、カンファレンスが「①一部の例外を除き全て行われている」「②ほぼ行われている」を併せると、50 地域中 46 地域(約 92%)で、標準的に当初審判のカンファレンスが行われている実態となっている【表 H22-当初 01】。しかし、依然として、「⑤ほとんど行われていない」「⑥全く行われていない」などの地域が、2 カ所存在しており、医療観察法におけるカンファレンスの重要性がいわれて久しい現在、その運用に関する地域格差として、問題の残るところである。今年度の調査において、当初審判カンファレンスの開催時期については、カンファレンスを行っているとした 48 地域の 93.8%で「審判期日」前に開催されており、昨年の調査結果とほぼ同様の傾向を示し、地域による違い等もない。しかし、昨年の研究報告でも、一部指摘されていたが、当初審判におけるカンファレンスの回数とその方法は、地域により違いが大きく、また、その後の審判全体に対する精神保健参与員の業務等にも大きな影響を与えている。今回の調査において、「当初審判 カンファレンス(審判期日前・後の協議)の標準的回数」について、「②1 度と 2 度が、ほぼ同数」と答えた地域は、48 地域中 1 カ所(2.1%)のみであり、全国の医療観察法当初審判では、審判期日前に標準で一回カンファレンスを行う地域の群、二回カンファレンスを行う地域の群の 2 群に分かれている。【表 H22-当初審判 03】そして、この 2 群では、カンファレンスの方法や内容についても、一連の違いがあった。

調査では、1 事件あたり、1 回カンファレンスを行う地域は、調査対象の 48 地域中 35 カ所(72.2%)であり、2 回カンファレンスを行う地域は、12 カ所(25.0%)となっている。2 回カンファレンス

を行う地域は、関東甲信越地域に多く、その他の地域では、だいたい 20~30%のところ、関東甲信越地域では、全体の 50%程度となっている【表 H22-当初審判 03-1】。全国的には、1 回カンファレンスを行う地域が調査対象の 50 地域中 35 カ所(72.2%)と多く過半数を占めており、2 回カンファレンスを行う地域は、12 カ所(25.0%)しかない。しかし、全国の人口の約 4 割弱が居住している関東甲信越の 50%の地域、2 回カンファレンスを行う地域であるため、当初審判総件数のなかでは、35.9%が、2 回カンファレンスを行う地域で審判を行っていることになり、ある程度の割合を占めているといつてよい【表 H22-当初審判 03-2】。現在の医療観察法の当初審判カンファレンスは、ほぼこの二つの地域の群のどちらかで運用されている。

今年度の本研究における当初審判の調査では、1 回カンファレンスを行う地域の群と 2 回カンファレンスを行う地域の群の違いに着目し、より詳細に協議内容、審判資料の取り扱い方等や開催時間などを違いについて調査している。そして、各群での審判実態を明らかにするとともに、各群で審判に関わった裁判官、精神保健審判員、精神保健参与員、社会復帰調整官などのアンケート内容とともに、それらの関係者から直接聞き取り調査時の意見、感想等も参考にしながら、それぞれの方式の利点、問題点等を明らかにしていく。

「(当初審判)カンファレンスの開催回数と協議内容」についての調査では、審判前カンファレンスを、1 回行う地域の群の場合、カンファレンスが、「①自己紹介、事件概要の説明等、関係者の顔合わせ的な要素が強い」協議内容となることは、35 カ所中 3 カ所(8.6%)と少なく、「②責任能力、入通院の必要性など、本格的な協議となる」35 カ所中 18 カ所(51.4%)というように、最初か

ら本格的な協議内容となる場合が多い【表 H22-当初審判 04】。

一方、審判前にカンファレンスを2回行う地域の群において、その1回目のカンファレンスでは、12カ所中8カ所(66.7%)が、「①自己紹介、事件概要の説明等、関係者の顔合わせ的な要素が強い」と回答し、カンファレンスを1回行う地域の群との違いを見せている(「当初審判」カンファレンスの開催回数と協議内容【表 H22-当初審判 05】)。勿論、審判前カンファレンスを2回行う地域の群においても、2回目のカンファレンスでは、12カ所中9カ所(75.0%)が、「②責任能力、入通院の必要性など、本格的な協議となる場合が多い」と答えており、審判前カンファレンスを2回行う地域の群は、2回目のカンファレンスで、審判内容についての本格的な話し合いがなされているという結果が出ている。なお、聞き取り調査の中で、審判関係者からの意見として、カンファレンスを2回行う地域の群の1回目のカンファレンスでは、事件概要の説明や自己紹介や顔合わせ的な要素以上に、鑑定医の鑑定や社会復帰調整官の生活環境調査結果報告書の作成途上で事件の概要を知ることにより、鑑定及び調査で重点的に確認すべきことなどを、直接、鑑定医や社会復帰調整官と話し合える意義は、大きいと感じているとの意見が、多数あったことが印象的だった。

このことは、カンファレンスを1回行う地域の群と2回行う地域の群の違いは、カンファレンス内での資料の取り扱い等についても現れている。カンファレンスを1回行う地域の群では、35カ所中、警察調書や初期の簡易鑑定等を集めた「①一件記録」の配布及び検討が、28カ所(80.0%)、「②(医療観察法/鑑定医)鑑定書」の配布及び検討が、32カ所(91.4%)、「(保護観察所)生活環境調査結果報告書」の配布及び検討が、33カ

所(94.3%)となっており、3種の資料すべてを一回のカンファレンスで活用し、協議を行っている様子が推察される(「【当初審判】カンファレンスの資料【表 H22-当初審判 06】」。しかし、すべての資料が完成した時期に開催されているため、カンファレンスを2回行う地域のような、鑑定及び生活環境調査の前に担当者に関与する機会はないことが伺える。

一方、カンファレンスを2回行う地域の群の1回目のカンファレンスでは、「①一件記録」の配布及び検討は、12カ所中11カ所(91.7%)と、カンファレンスを1回行う地域とほぼ同等であるが、「②(医療観察法/鑑定医)鑑定書」の配布及び検討、「③(保護観察所)生活環境調査結果報告書」の配布及び検討は、それぞれ12カ所中1カ所(8.3%)、12カ所中0カ所(0%)である(「【当初審判】カンファレンスの資料【表 H22-当初審判 07】」。そして、カンファレンスを2回行う地域の群の2回目のカンファレンスでは、「①一件記録」の配布及び検討は、12カ所中5カ所(41.7%)であるが、「②(医療観察法/鑑定医)鑑定書」の配布及び検討、「③(保護観察所)生活環境調査結果報告書」の配布及び検討については、ともに12カ所中12カ所(100.0%)と、カンファレンスを2回行う地域の群の2回目のカンファレンスでは、1回目のカンファレンスを踏まえて作成されてきた「②(医療観察法/鑑定医)鑑定書」、「③(保護観察所)生活環境調査結果報告書」を活用し、医療観察法の審判決定について、本格的な協議を行っている(「【当初審判】カンファレンスの資料【表 H22-当初審判 07】」)。

カンファレンスの開催時間については、カンファレンスを1回行う地域の群では、「①30分未満」が35カ所中3カ所(8.6%)、「②30～60分未満」が35カ所中21カ所(60.0%)、「③60～90分未満」が35カ所中11カ所(31.4%)、「90分以上」