

(3) このようにして作られた心身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中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中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中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身喪失又は心身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る。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よ

う。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法的問題点が存在する。そこで、本稿は、本法の見直しに向けて、そのうちのいくつかを指摘し、その内容を検討しよ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るても、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⁽³⁾。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

安処分法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、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。

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と、問題を精神医療に丸投げしているのではないかと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懸念も指摘されているところである。

(2) 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⁽⁴⁾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。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てとのリンク

(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、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かと思われる。

(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⁽⁵⁾。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という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。⁽⁶⁾

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、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するという選択肢も考えられてよいように思われる。

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、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ある。⁽⁷⁾ 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、前述した刑事施設オ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、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、今後このような方向も検討されてよいように思われる。

注

- (1) 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—」現代刑事法3巻9号(2001年)64頁以下、同『人格障害犯罪者と社会治療』(2002年)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年)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」精神神経学雑誌102号(2000年)15頁以下など。
- (2) 大谷實「保安処分の現状と論点」ジュリスト772号(1982年)16頁以下参照。
- (3) その詳細については、山本輝之「心身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—」精神科医療と法(2008年)132頁以下参照。
- (4) 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。
- (5) そのような施設として、私も以前視察したことのある、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。それについての詳細な説明については、小西聖子・柑本美和「カリフォルニア州の犯罪に対する精神医療」日本精神病院協会雑誌20巻19号(2001年)88頁以下参照。
- (6) たとえば、東京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が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、と指摘されている。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。

- (7) このことを、中谷教授は以前から指摘されていた。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。

民1163名が参加した。

第1回住民説明会は2004年6月19日土曜日に開かれた。厚生労働省が新法の仕組みと指定入院医療機関の確保、新病棟の構造面・運営面での体制、東尾張病院の平面図等を説明した。質疑冒頭、「住民の意見を聞かないのか。どうしてこの病院でなくてはならないのか説明がないのに、秋頃には建設予定といわれても納得できない。」「国が決めたということだが、私たちには知らされていない。国や県が決めたなら従わなくてはいけないということではない。建設が具体化する前に話があるべきだ。なぜしなかったのか。」「当然事前に地域のコンセンサスを得ることが必要であり、無視して9月に着工する、設計図もできている、何か意見があれば言えでよいのか。この住民説明会の目的はただ知っておけというものなのか、コンセンサスを得るためのものか、いろいろな意見を取りまとめて計画に反映させてゆくのか、趣旨が理解できない。」という強い口調の意見が出た。厚生労働省が説明会の趣旨は住民の理解を得たいということだと説明したが、「われわれが反対すれば白紙撤回するのか。」「われわれの意見を取り入れてやってゆくなら、反対という意見もとりいれるのか」という反対意見が相次いだ。厚生労働省は、理解をお願いする立場にあり、法律で決まっておきどこかに作らなくてはいけない、国の関係機関で精神医療を専門にやっている病院は全国で12カ所であり、当地では東尾張病院が中核的であるから選ばれたと説明した。住民から、「市は国から言われたら全て受け入れるのか。市町村は反対意見も言えないのか。住民への配慮がない。」「住民が反対でも押し通すのか。」「事故が起きた場合、誰がどのような責任をとるのか。」「人が死ねば2億円、怪我したら1億円、離院したら迷惑料100万払う契約をしなさい。」「国の遊休地に新たに建設すればよい。グリーンピアを利用せよ。」という意見が噴出した。説明会に参加した筆者は心が震えた。

住民説明会を繰り返し、精神障害者の再犯はむしろ一般より少ないこと、症状が安定した人のみ外出させることなどを繰り返し説明した。舟橋龍秀院長が統合失調症は有病率0.8%でよい治療薬も出ていることを説明したが、

途中で「端的に安全確保について説明して欲しい。」「患者が逃げたらすぐサイレンを鳴らして欲しい。」「住民に何のメリットもない。指定病棟が設置されると土地の評価も下がる。補償についての考え方をまず明確にしないと次に進むことはできない。」という意見が出て説明は遮られた。

反対派の住民は「心神喪失凶悪犯罪者収容施設建設反対の会」を設立し2004年9月に「ご存じでしたか？ こんな恐ろしい話！」という表題の文書を地域に配布した。内容を抜粋すると以下のとおりである：「私達の住居地の近くに、凶悪犯罪（殺人・婦女暴行・放火・強姦・強制わいせつ等）を、起こしながら責任能力の問われない精神障害者を社会復帰に向け治療するための、入院・通院施設、が建設されることになりました。こんな住宅地の中になぜ……、もっとふさわしい場所が他にあるのではないかというのが、偽らざる気持ちです。厚生省側からの説明によれば、このような凶悪犯人といえども、治療が進んだ段階では、職員同行での外出もありえ、退院した際には、故郷に帰る事無く、その地域に定住する可能性が極めて高い、と云われています。凶悪犯の人権が保護されるあまり、私達、地域の日常生活がおびやかされ、生命の安全性すら脅かされることが、昨今の社会情勢に鑑み、全く否定できません。私たちはこの建設に断固として反対したいと思います。」。同会は「心神喪失凶悪犯罪者収容施設建設反対」のビラを地域のいたる所に貼付し、病院入口前の敷地には横断幕を掲げたため、患者さんに動揺が走り院長が各病棟で経過を説明した。筆者は、毎日自転車をこいでビラが延々と貼られた道を通勤していたが、ある時我が家にもビラが入り、家族から、どうなっているのかと尋ねられた。

この後の住民説明会で、「上半身裸の男が、町内会長の家はどこかと付近の住民に聞いてきたことがあった。最近では奈良の小学生殺害事件も起きている。このようなことから近所の住民は不安を感じており、指定病棟は作って欲しくない。」という意見が出た。しかし、「上半身裸の男」は、実在するかどうかを含めて誰も詳細を知らなかった。住民の疑心暗鬼はかなり進んでいるようだった。関東大震災の後にみられた疑心暗鬼では、「東京付近の震

災を利用し、朝鮮人は各地に放火し、不逞の目的を遂行せんとし、現に東京市内に於いて爆弾を所持し、石油を注ぎて放火するものあり。既に東京府下には一部戒厳令を施行したるが故に、各地に於いて十分周密なる視察を加え、鮮人の行動に対しては厳密なる取締を加えられたし。」などと内務省警保局が事実無根の情報を伝達し、多数の在留外国人が虐殺された〔日本弁護士連合会2003年 関東大震災人権救済申立事件調査報告書〕。

小さい単位の住民説明会においては、住民自ら、「全国の反対運動は患者の人権問題で動いており、当地住民の反対の仕方はレベルが低いと思う。過去のハンセンの偏見と同じ動きをしているようであり問題だと思っている。ピラ活動が扇動的で、怖い施設というイメージが染み込んでいる。特に若い奥さん達は、不安感を抱いているのでこれらの不安解消することが必要。」「ピラにまことしやかに患者が居着くと書いてあり、反対の会の会長に、いい加減なことを書くな回収しろと言った。」と発言した。大きな会よりも、小さい集団のほうが、バランスのとれた意見が出た。住民は統合失調症ではないのだが、大きい集団になると、正体不明の「上半身裸の男」が跋扈し先走りの・予感的で身も震えるようなアンテ・フェストゥムあるいはトレマ的状况を作り出すようである。

筆者は精神科医であり、法律の素人であるが、以下のような法的問題を感じた。言論および一切の表現の自由は、憲法21条が保障している事項だが、何を言ってもいいのだろうか。「心神喪失凶悪犯罪者」という言い方は、言論の自由のもとに保護されるべき性質の言い回しなのだろうか。これは人権を軽視した差別発言ではないか。そうだとしたら人権擁護委員が関与する可能性はあるだろう。当地では、人権擁護委員がピラについて人権上問題がある可能性があり関心をもっていると住民に伝えたという。

厚生労働省は、第1回住民説明会において、「⁽³⁾こころのバリアフリー宣言」～精神疾患を正しく理解し、新しい一步を踏み出すための指針～を参考資料として配布した。宣言は【あなたは絶対に自信がありますか、心の健康に？理解編】【社会の支援が大事、共生の社会を目指して】の2つからなる。一

部を引用する：第5：自分で心のバリアを作らない「先入観に基づくかたくなな態度をとらないで。」「精神疾患や精神障害者に対する誤解や偏見は、古くからの慣習や風評、不正確な事件報道や情報等により、正しい知識が伝わっていないことから生じる単なる先入観です。」「誤解や偏見に基づく拒否的態度は、その人を深く傷つけ病状をも悪化させることさえあります。」。第1回以降の住民説明会の雰囲気は、こころのバリアと呼ぶにふさわしいものであった。このバリアは、資料の配布だけで解けることはなく、小集団での説明会を繰り返すことで少しずつ和らいでいった。

3 「坂の上の雲」はつかめるか？ リーダー研修

集団は疑心暗鬼になるとトレマやアンテ・フェストゥムの状況を作り出す。そうならないためにはどうしたらよいか。明治政府は人材を海外に派遣し、先行している西洋という「坂の上の雲」⁽⁴⁾をつかもうと進んでいった。明確な目的をもったプロジェクト集団は、トレマやアンテ・フェストゥムの状況を作らない。「坂の上の青い天にもし一朵の白い雲がかがやいているとすれば、それのみをみつめて坂をのぼってゆく⁽⁴⁾であろう。」。

東大名誉教授松下正明先生は、厚生労働科学研究「触法行為を行った精神障害者の精神医学的評価、治療等に関する基礎的研究」を2002年度から数年間主宰し、医療観察法成立後に必要とされる触法精神障害者の精神医学的評価の方法や専門的治療体制構築のために必要とされる医療従事者の研修・教育体制について具体的提言を行った。この研究で、追いかけるべき平成の「坂の上の雲」が明確になりはじめた。

厚生労働省は、精神科急性期医療等専門家養成研修として海外派遣予算を獲得し、2002年9月28日村上優先生、平林直次先生の医師2名、看護師4名、三澤孝夫氏ら精神保健福祉士2名からなる第一陣8名、2003年9月30日壁屋康洋臨床心理士、西谷博則氏ら看護師6名、作業療法士2名医師1名の第二陣10名を英国に2—6ヶ月間派遣した。この18名の多くは期待通り医療

観察法のリーダーになった。

筆者が医療観察法に関与し始めたのは、2003年11月28日開催の第1回医療観察法に関する国立精神療養所ワーキンググループからである。2005年7月に2施設(武蔵&肥前)でスタートし、初年度に10施設300床を整備し2005～2007年度には当面20施設を整備する予定であると状況説明がされ、海外研修で得た知識をもとに、国立肥前療養所(現、国立肥前精神医療センター)は、包括的暴力防止プログラムおよび司法精神科病棟の運用指針・治療必要性の判断等をすでに作成済みであると報告された。英国の暴力防止手法C&Rは合気道を手本にしており、日本は合気道の本場なので日本版C&Rとして包括的暴力防止プログラムを新規に作成し、リスクアセスメントツールはHCR20が評価が高いが著作権と翻訳の問題があるので新しい日本版評価ツールである共通評価項目を考案中ということだった。リーダーたちはすでに「坂の上の雲」を手にしつつあるようだった。

筆者は海外研修に縁がなかったが、2004年1月から院内でコアメンバーによる医療観察法勉強会を開始し、武蔵病院(現、国立精神・神経医療研究センター)・肥前療養所の図面をもとに医療観察法病棟の基本設計に着手した。2004年9月23日松下班肥前分担研究協力者に任命され、医療観察法職員研修について、「誰が責任者か明確でないと、研修に関する要望が出せないため不都合である。」「研修の具体像が明示されないと、研修に対する要望もしにくい。」「策定途中の案でよいから早く開示していただきたい。」「座学は、資料があれば各施設でも対応可能である。一箇所に集めて研修するなら、実習主体とすべきである。」「包括的暴力防止プログラム、アンガーマネジメント等認知行動療法実習、共通評価項目実習は最低入れるべきである」と好き勝手の意見を表明した。「坂の上の雲」を手にしつつあるリーダーが研修を企画しているはずだと思っていた。

2004年11月1日、リーダー研修は東尾張病院と武蔵病院で作成し、開棟直前の立ち上げ研修は、精神神経科学振興財団が実施することになったという連絡を財団から受けた。ここで判明したことは、研修はすべてこれからの段

階であること、つまり責任者はいなかったこと、言い出したお前が計画を立て責任者になれということだった。リーダー研修第一陣は、運用開始時期を考慮し武蔵・東尾張・花巻の3施設の同時研修とし、肥前精神医療センターは運用開始が遅れるが研修指導のノウハウをもっているので第一陣に参加した。武蔵病院が2005年7月に運用開始するので、研修期間は同年4月18日から6月3日までの6週間で、研修場所は、2004年4月発足の国立病院機構の本部研修所とした。参加者は、各施設医師1-2名、心理・PSW・OT各1名と看護師からなる多職種で、武蔵14名、花巻9名、東尾張13名、肥前18名の合計54名であった。

リーダー研修は、医療観察法の性格、ケアプログラムアプローチやACT、多職種チーム医療、医療倫理といった基本を押さえ、包括的暴力防止プログラム実習、共通評価項目実習、SST、認知行動療法を共通プログラムとし、職種別プログラムを組み合わせた。総括では、対応に苦慮した事例を発表し、最終日に、入院医療で何が大切で、何に力点をおくとよいか、退院となるためには何が必要かを各施設で話し合い発表してもらった。リーダー研修は、全員が講師兼受講生であり、施設や職種を超えてリーダー同士で合議し医療観察法の医療の骨組みを作り上げていった点に特色がある。分かったことを伝達するというよりは、話すことで分かり始め、意見を出し合いにまともなゆく、まさに、初回1回限りの貴重な体験であった。リーダーたちは、職種や施設を越えて同じ釜の飯を食べ、強いきずなを作り、高い士気が生まれた。これならいけると思った。

4 開幕 ホップ・ステップ・ジャンプ

2005年7月に武蔵病院、9月に花巻病院が運用を開始した。厚生労働省は、10月29日住民説明会で、東尾張病院新病棟の着工、医療観察法病棟と同様の機能を有する病棟を安全管理体制を中心として改修し2005年12月1日からの運営開始を表明した。既存病棟改修は全国初であった。出入り口の二重

化、全室個室化および一般病棟との仕切り設置を短期間で実施し、15床で運用開始し、西日本全域から入院があったため1か月で満床になった。各個室は十分な広さを有していたが、プログラムを実施する部屋と食堂が兼用になり、共有スペースが手狭で、空間的広がりやを欠いた。閉塞感のため全体の雰囲気はざわつき、歩き回りながら常に怒っている対象者が何人かいた。2006年4月に既存病棟との併用を解消し、ワンフロア全部を医療観察法病棟として24床運用し始めると、共有スペースが広がり、ざわつきは軽減した。2006年10月に新病棟が完成し運用開始すると、アメニティのよい広い空間の中で、対象者は落ち着いて治療に取り組める雰囲気であった。15床・24床・33床とホップ、ステップ、ジャンプと3段階を経験したことは、空間の広がりがいかに衝動行為を抑制し落ち着きをもたらすかを知る貴重な経験であった。

5 ある時手紙が届いた 法と精神医療の対話

病院管理者宛てに以下のような手紙が届いた。

「病院管理者殿

通知書

A 高等裁判所刑事部

対象者 B

対象者の住居 Cy 1市

入院決定（A 地方裁判所、X年Y月Z日決定）により、貴病院に入院中の上記対象者に対し、Z+87日、下記の決定がありましたので、通知します。

記

1 決定の内容（主文の要旨）

- ①原決定を取り消す。
- ②検察官がZ-84日になした、対象者について医療観察法42条1項の決定をすることの申立てを却下する。

2 根拠規定

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第68条第2項但書、40条1項1号 以上」

決定書はZ+88日土曜日に対象者に対して特別送達された。病院管理者が通知書を開封したのは、Z+90日、特別送達の2日後の月曜日であった。相談を受けた筆者は、抗告が成立し入院が取り消されたこと、対象者に決定書が特別送達されたと同時に医療観察法の入院医療は終了したので医療観察法病棟に元対象者が滞在する根拠がないことを関係者に伝えた。全国初めての抗告成立例の発生である。

抗告については、医療観察法第64条が規定し、検察官および対象者・付添人等は、決定に影響を及ぼす法令の違反、重大な事実の誤認又は処分の著しい不当を理由とする場合に限り、二週間以内に、抗告をすることができる。本件は、付添い人が、①対象者の行為は医療観察法の対象行為に該当せず、また、②原因疾患については治療可能性がないため同法の治療の必要性を欠いているという理由で、原決定を取消した上、申立ての却下（同法40条1項1号）の決定もしくはこの法律による医療を行わない決定（同法42条1項3号）を求めたものである。

対象者は、ペットボトルに入れて持ってきた灯油を賽銭箱に流し入れ、これに上から簡易ライターで点火して火を放つ意図であった（犯行計画）。しかし引戸が閉まっていたため、賽銭投入口の四角い穴から賽銭箱に向けて灯油を流し込み、流し込んだ灯油に火を点けようとして、手に持った簡易ライターを引戸の賽銭投入口に近づけ点火しようとして操作していたところ、通行人に発見され取り押さえられた。

抗告審は、以下のように認定した。灯油は、揮発性の高いガソリンなどとは異なって、引火点が常温より高く、灯油が浸潤したお堂の引き戸なども、その付近で簡易ライターに点火しただけで引火するとは考えられない。対象者が同ライターを入れようとした賽銭投入口は手が入られる大きさでないこと、賽銭箱も底まで手を入れられない構造になっていることなど、対象者

の考えていた犯行計画を実現することは困難であった。賽銭投入口付近でライターに点火しようとしただけでは、未だお堂焼損の具体的危険性を発生させる行為を開始したとはいえない。以上の考察によれば、本件記録上、未だ実行の着手があったと認めるには足りず、対象者の前記行為は予備の段階にとどまるものというほかない。未遂罪の成立を認めた原決定には重大な事実の誤認があるというべきである。そうすると、医療観察法は、非現住建造物放火の予備罪を対象行為にしていないから（同法第2条2項）、治療の必要性を判断するまでもなく、原決定は取消しを免れない。

まとめると、対象者の行った方法では火はつかないので放火未遂にあたらず、放火予備罪は対象行為にあたらぬので、入院決定を取り消し申立てを却下したということになる。その方法では火がつかないということを見つけた付添い人はエライと言うべきだろう。

法律家にとっては、対象行為の認定が取り消され抗告が成立し一件落着だろう。医療者としては、抗告成立の通知書を受け取ってからが大変であった。元対象者Bは、精神科の入院治療が必要であり、入院が取り消されたと同時に病院の玄関でサヨナラすることは不可能な精神状態にあった。Bの郷里は遠く、家族の支援もなく、単身では帰郷できない状態であり、地元の転院先を探す必要があった。当院はすでに医療観察法の医療をBに対し終了し、社会復帰調整官も役割を終了しており、誰がどうケースワークするかが宙に浮いた。当院が一般医療を引き受ける必然はなかったが、Bは精神保健福祉法により当院一般病棟に入院した。その後、付添い人が尽力し郷里の転院先が見つかり、旅費は本人が出し、転院の際特別に当院職員が付き添い転院した。当然そうすべきだと思える方もいるかもしれないが、当院は、Bに対しては指定入院医療機関ではなくなっているのである。一般医療の転院の際、救急転送を除いて職員が付き添うことは通常はない。医療観察法は、抗告の規定をもつが、現状復帰をどうするかは想定していなかった。今後の課題であろう。

今後同様の事例が出た時はどう対応すればよいただろうか。抗告が成立し入