

関]または「特定病床」に入院させることを許すものであり、法律41条1項との関係をさらに整理する必要があろうが、対象者の病状に応じた処遇の柔軟性を確保するために処遇裁判所の選択肢を増やすという方向性自体は不当ではない。

ただし、この省令改正は、指定病棟の病床不足という事態に当たって「臨時応急的」に対応しただけのものであり(厚生労働省障害保健福祉部長平成20年8月1日付通知「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基づく指定医療機関等に関する省令の一部を改正する省令の施行について」(障精発第0801001号))、従来の精神医療が必ずしも十分適切には対応できてこなかった一群の精神障害者に対して高度の医療を提供し、その成果をもって一般精神医療の底上げを図るという立法趣旨には正面から抵触するものである。本来出発点とされるべきだったのは、医療観察法による司法精神医療という枠組が、どのような対象者にとって効果的であり、どのような対象者にとっては必ずしも相当でないのかという点に関する議論なのである。

6. 医療と刑事司法

いずれにしても、医療と刑事司法は二者択一の関係にはない。刑事司法の側には公正で適切な活動が精神障害者に対してもなされるべきことが求められる一方で、医療者の側には、刑事施設にいる人に対しても、彼の医療へのアクセスが確保されるよう努めることが求められるのである。医療も刑事司法も両方とも追求されるべき目的であるということは、改めて確認しておきたい。

3 鑑定入院の問題

鑑定入院は、刑事司法から医療観察法処遇に移行するその接点に位置しているが、この点をめぐっても若干の問題がある。

1. 鑑定入院前置主義

法律施行直後に問題になったのは、措置入院で相当の期間を経過して一応の安定を見ていた対象者について検察官が医療観察法の処遇を申立て、その結果として医療が中断するに至った事例であった。この事例をめぐっては、検察官の申立て

の運用をめぐって問題が指摘されているところである^{12,17)}。

もっとも、問題は別のところにも存在するように思われる。医療観察法34条1項は、申し立てられた対象者については、「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にこの法律による医療を受けさせる必要が明らかでない」と認める場合を除き、「鑑定入院命令を行わなければならない」と規定している。したがって、申立て前に措置入院などが行われている場合のほとんどで、その病院が鑑定入院先にならない限りは、対象者は転院を余儀なくされ、細切れの入院医療を行わなければならないことになる。

逮捕直後の時期に精神症状が著しく悪い場合に、警察官通報による措置入院等により対象者にいち早く医療を提供する必要性は高い。このような場合には医療観察法の処遇を行う必要が明らかでないとは到底いえないが、それでも個別の事情を勘案して、対象者の医療として適切な方法を探ることが望ましい。そのためには鑑定入院先の指定をさらに柔軟にするという運用も考えられよう。しかし、法律を改正し、対象者の「鑑定その他医療的観察」のために必要でない認められる場合にも、鑑定入院命令を行わないで鑑定を可能とする裁量を裁判官に付与するという方向性も、検討に値するだろう。

2. 鑑定入院中の医療

鑑定入院をめぐるとより本質的な問題は、鑑定入院中の医療をどう考えるかという点にある。

鑑定入院には2つの面が存在する。ひとつは裁判の過程における対象者の身柄の確保という側面である。鑑定入院のこの側面については、鑑定入院させるための手続きは裁判官の気持ちによるべきこと(法律26条)、鑑定入院質問の矢先を原則とすること(法律34条2項)など、法律および最高裁規則は比較的多くの規定において、配慮をしている。

他方、法律の運用を通じて、対象者に医療を与える場という、鑑定入院の別の側面が重要であることが分かってきた。鑑定入院中の治療が著効すれば対象者を通院処遇または不処遇にすることが

でき、自由の制限という観点からは対象者の有利にはたらくことになる。このことから、鑑定入院中に医療を行うことには、法的に見て原理的な障害はないと見るべきであろう。

問題は、鑑定入院中の治療について、法34条1項の「鑑定その他医療的観察」という文言以外に規定がないという点にある。法律は鑑定の目的を阻害しない限りで医療を施し、その結果を鑑定に反映させることだけを規定している。実際には、厚生労働省障害保健福祉部長の平成17年3月24日付通知「医療観察法に基づく鑑定入院医療機関の推薦依頼について」（障精発第0324001号）で処遇の指針が示されており、その内容はおおむね妥当なものと思われる。また、鑑定入院中は裁判所の監督下にあり、さらに、付添人との接触もあることから、対象者の権利擁護を図るための装置は整ってはいる。それでも、とりわけ対象者の身体拘束等、一定の侵襲を与えうる場合のルールについては、行政指導ではなく法的拘束力のある規定の整備が是非とも必要であろう¹⁷⁾。

3. 鑑定入院の治療環境

鑑定入院には対象者の身柄の確保という側面があることから、鑑定入院中の対象者の無断離院は阻止されるように、鑑定入院先にはハード面及びソフト面での努力が求められる。また、対象者の行動上の問題のために、鑑定入院先は保安面での配慮が必要な場合も報告されている。このことから、鑑定入院機関では保護室に隔離しての処遇が余儀なくされるケースも多いようである¹¹⁾。

しばしば指摘されるように、鑑定入院の時期はほとんどの対象者にとって臨床精神医学的意味における急性期であって、ここでの処遇環境が指定入院医療機関よりも手薄になることには矛盾がある。鑑定センターのようなものを設けて、本法の申し立てを受けた対象者に適切な治療環境を新たに創出するのも1つの方策であるが¹⁾、実現のためのハードルは相当に高いように思われる。むしろ、厚生労働省が鑑定入院機関の治療環境を向上させるように底上げを図るという地道な運用が望まれる。そのためにも、一般精神医療の質の向上は急務である。

さらに、将来、指定入院医療機関の拡充が進め

ば、特に配慮を要する対象者の鑑定入院先を医療観察法の指定病棟にするという選択肢も検討されるべきであろう¹⁰⁾。この点からも、指定病棟を、処遇決定を経た対象者専用のもので規定する前述の省令の規定には、再検討の余地があるように思われる。

4. 鑑定の一元化とその課題

一人の対象者について複数回の鑑定がなされることも問題視されている¹⁸⁾。対象者が刑事責任鑑定を複数回受け、さらに医療観察法の処遇鑑定も受けるような場合には、対象者の負担は非常に大きなものになる。したがって、この観点からは、鑑定はなるべく一元化して対象者の負担軽減に努めることが望ましい。

検察官に処遇申立ての先議権・専議権を認めるという現行法の前提²⁾を維持したまま鑑定の一元化を目指すとするれば、例えば不起訴後の申立てについては次のような制度の変更が考えられる。責任能力が問題になる場合に起訴前本鑑定の実施を原則化し、そこで医療観察法の処遇の必要性についても評価を行ったうえで、検察官が不起訴裁定をして申し立て、処遇裁判所はこの鑑定を基礎として判断するという方向性である。しかし、医療観察法の処遇鑑定の期間には、医療観察法の処遇を試行してそれへの治療反応性を評価すると同時にかなり綿密な生活環境調査の活動がなされているようである。これらの作業を起訴前の段階に行うことは、容易ではないだろう。鑑定自体は以上の要領で反復を避けることができるとしても、結局は一定の時間をかけた対象者の観察は必要になるように思われる。

より原理的な問題として、医療観察法が自由刑の執行を免れた者だけを対象とする、いわば自由刑優先主義⁷⁾を採用する以上、その処遇を導入するに当たっては、対象となる者の自由刑の執行の可否を厳密に検討することが先決問題にならざるを得ないということがある。すでに述べたように、責任能力および量刑の問題は、司法精神医療という枠組でその処遇の相当性とは直接リンクしない。現行法は、現在のところ刑罰による対応しかなされていない精神障害者を「脱刑務所化」させることは念頭に置いていないが²⁾、将来的には、精

神障害者に対して処罰の相当性および医療的処遇の妥当性を裁判所が一元的に判断する。あるいはさらにふみこんで、裁判所が刑罰に代えて医療を行うことも認めるという方向性も、考慮されるべきように思われる。比較法的には、このようなダイヴァージョンの仕組みを用いて、医療の必要な者を適切に医療につなげることを意図した、イギリスのような制度も存在する³⁾。ただし、これを実現するためには、検察官の訴追裁量という刑事訴訟法の基本問題にまで踏み込んで、途方もなく大がかりな制度の改正と、さらには現行の刑事訴訟制度を支える原理の大幅な見直しまでが必要になる。

文献

- 1) 林 拓二：講座担当者の立場から。精神医学 50：1052-1054, 2008
- 2) 平野龍一：触法精神障害者の処遇。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〕, 信山社, 東京, pp3-11, 2006
- 3) 柑本美和：イギリスにおける司法精神医療。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, 東京, pp475-523, 2006
- 4) 近藤和哉：警察・検察と措置入院—批判の整理と解決の方向性。町野 朔編：精神医療と心神喪失者等医療観察法, 有斐閣, 東京, pp117-121, 2004
- 5) 町野 朔：平野龍一先生と日本の精神医療。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, 東京, pp751-760, 2006
- 6) 町野 朔：保安処分問題の回顧と展望。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, 東京, pp214-228, 2006
- 7) 町野 朔：法律家の立場から。精神医学 50：1049-1051, 2008
- 8) 町野 朔：心神喪失者等医療観察法案と触法精神障害者の治療を受ける権利。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, 東京, pp229-243, 2006
- 9) 丸山雅夫：スイスの1971年改正刑法における保安処分。南山法学 31 (3)：17-47, 2007
- 10) 水留正流：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。法と精神医療 23：87-101, 2008
- 11) 村田琢磨, 岩井一正, 森 由里, 栗原京子, 平川淳一：鑑定入院時のケアをどう進めるか—試行錯誤のプロセスから。精神科看護 35：19-23, 2008
- 12) 中谷陽二, 小泉義紀：ケベック州の司法精神医療。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, 東京, pp538-553, 2006
- 13) 中谷陽二, 山本輝之, 東 雪見：カナダ連邦, プリティッシュ・コロンビア, ケベックの触法精神障害者処遇法。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, 東京, pp554-577, 2006
- 14) 島田仁郎, 島田聡一郎：第39条。大塚 仁ほか編, 大コンメンタール刑法〔第2版〕〔第3巻〕, 青林書院, 東京, pp366-432, 1999
- 15) 「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続等に関する規則」の解説。最高裁判所事務総局(刑事裁判資料284号)：59-62, 2005
- 16) 武井 満：「刑罰法令に触れる行為」をめぐって—その処遇システム—。こころの科学 132：83-88, 2007
- 17) 内嶋順一：医療観察法運用の実態と対象者の人権 弁護士付添人活動から。精神科看護 35：43-47, 2008
- 18) 山上 皓：医療観察制度の現状と課題—司法精神医学者の視点から。精神医学 50：1044-1048, 2008
- 19) 山本輝之：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。中谷陽二ほか編：精神科医療と法, 弘文堂, 東京, 2008
- 20) 山本輝之：処遇の申立てと審判手続。松下正明ほか編：司法精神医学 5. 司法精神医療, 中山書店, 東京, pp120-131, 2006
- 21) 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和再犯の可能性。三井 誠ほか編：鈴木茂嗣先生古希祝賀論文集〔上巻〕, 成文堂, 東京, pp629-648, 2007

特集◀

心神喪失者等
医療観察法の
改正をめぐって

第3部 審判

4. 最高裁平成19年7月25日 決定をめぐって

山本輝之

Key words: 心神喪失者等医療観察法, 精神保健福祉法, 医療の必要性, 重大な他害行為を行った精神障害者, 最高裁平成19年7月25日決定

1 はじめに

2003年に、「心神喪失者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。この法律の運用については、現在までさまざまな問題が存在するが、その1つが、対象者に対する処遇を決定するための要件である「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)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。近時、この問題に関する最高裁判所の判例がはじめて出された。本稿は、この判例の検討を通じて、この問題について若干の考察を行うものである。

2 最高裁平成19年7月25日決定^{注1)}

その事案は、以下のようなものである。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(木造コロニアルスレート葺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、その火を同室壁などに燃え移らせ、自己の娘であるA他7名が現に住居として使用している前記甲アパートC棟を焼損した(焼損面積合計約136.34平方メートル)。

検察官は、対象者について、犯行当時心神喪失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を提出した^{注2)}。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たとうえで、「鑑定人の鑑定を基

Need for treatment - concerning recent decision of Supreme Court
YAMAMOTO Teruyuki 明治学院大学法学部 [〒108-8636 東京都港区白金台1-2-37]

礎とすれば、……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行うまでの必要性はない」と判示した。

検察官の抗告に対して、福岡高等裁判所は、「[医療観察]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を審査し、対象者がその要件を充足すると認められる場合には、同条項に定められた入通院の決定をすべきであって、そのような場合に、入退院の手續・要件、持続的かつ専門的な医療体制の整備、医療等の実施機関あるいは強制力といった点で、大きな違いのある精神保健福祉法による医療が可能であるからといって、同条1項3号の医療を行わない旨の決定をすることは許されないというべきである」と判示して、原決定を取り消し、長崎地方裁判所に差し戻した。

付き添い人の再抗告の申し立てに対して、最高裁判所は、本件再抗告の趣意は、違憲をいう点を含め、実質は単なる法令違反、事実誤認の主張であって、医療観察法70条1項の再抗告に理由にあたらぬ、と判示して、付添人の再抗告を棄却したが、職権で以下のように判示した。

「医療観察法の目的、その制定経緯などに照らせば、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など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、これを同旨の原判断は正当として是認できる」。

3 考察

(1)本判例における争点は、対象者が医療観察法42条1項1号の要件を満たすように見える場合には、必ず同条項の入院決定をしなければならないか、それとも精神保健福祉法による入院医療で足りる場合には、必ずしも医療観察法による入院決定をする必要はないのか、ということである。

これについて、原々審は、対象者について、入院治療の継続が必要であることを認めたが、一定期間、精神保健福祉法による入院で十分であり、医療観察法による医療を行うまでの必要はないとして、医療観察法による医療を行わないとする判断を示した。これは、対象者について、医療観察法による入院と精神保健福祉法による措置入院のような他の法令などによる医療とを比較して、後者で十分であると認められる場合には、それらを優先させるべきであるとする立場に基づいている^{注3)}。この前提には、医療観察法は、保安を優先し、そのため入院による医療における対象者の権利の制限の度合いが精神保健福祉法に強制入院におけるそれより強いから、精神保健福祉法の医療で足りる場合には、そちらの方を選ぶべきであるとする考えがあるように思われる。確かに、医療観察法においては、処遇の決定機関を裁判所としており、そのことがそこにおける処遇が保安を優先させるものであるとの印象を与えることは否定できない。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与え、その再犯を防止し、社会復帰を促進するためには、刑事司法と精神医療の連携・協力が必要であり、そのためには、医

注1) 刑集61巻5号563頁。

注2) 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26日決定の検討」判時1962号(2008年)3頁参照。

注3) 中山教授、渡辺弁護士もこのような立場を支持されている。中山研一・前掲注ii) 11頁、渡辺脩「医療観察法の『医療の必要』とは何か—平成19年7月25日付最高裁決定をめぐって」自由と正義59巻3号(2008年)81頁以下。

療・行政の側にその処遇の決定機関をおくのではなく、司法機関を関与させることが必要であると思われる。また、精神障害者に強制的な処遇を行う場合には、彼らの権利擁護にも配慮することが必要であり、そのためにはむしろ司法機関を関与させることが妥当である。このようなことからするならば、処遇の決定機関を裁判所とすることが直ちに保安を優先させるということにはならないように思われる。

他方、対象者の権利の制限については、確かに、医療観察法における入院による医療の場合、退院の要件が厳格である。また、その許可があっても、その後強制的な通院を課されるなどの点では、医療観察法における強制処遇の方が、精神保健福祉法におけるそれより、対象者の権利の度合いが強いと見えるかもしれない。しかし、医療観察法も、対象者に対する行動制限の条件、処遇改善請求、通信・面会の権利などについて、精神保健福祉法と同じ規定を設け、対象者の権利を保障しようとしている(92条, 93条, 95条)。また、精神保健福祉法の強制入院では、患者の申し出に応じて精神医療審査会が検討を行う場合以外は、病院管理者からの定期的病状報告に基づいて書類審査を行うこととされている(同法38条の2)のに対し、医療観察法の処遇においては、対象者はいつでも処遇終了を申し立てることができる他、特に対象者が申し立てを行わなくても、裁判所による定期的なレビューの機会が保障されている(49条, 50条)など、むしろ、医療観察法の方が、精神保健福祉法より対象者の権利保護に厚いと見えるのである。このようなことから、一概に、医療観察法における処遇の方が精神保健福祉法におけるそれよ

りも対象者の権利の制限の度合いが強いとはいえないように思われる^{注4)}。

(2)医療観察法において強制的な処遇を行うことが許される根拠については、学説上争いがある^{注5)}が、同法の目的からするならば、重大な他害行為を行った精神障害者の再犯を防止し社会復帰を実現するという彼の利益のため、彼に適切な医療を保障するということにある。このような観点から医療観察法における処遇をみた場合、同法は、彼らに手厚い医療を施すための入院施設を整備し、また、退院については裁判所の関与による慎重な判断をすることとし、退院の許可が出された場合にも、強制通院の制度を新たに創設するなど、精神保健福祉法における処遇と比較すると、対象者に対して手厚いケアを保障する制度設計となっている。しかも、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ない^{注6)}ということを考慮した場合、重大な他害行為を行った精神障害者の再犯を防止し、その社会復帰を実現するための適切な医療を施すという観点からは、精神保健福祉法の強制入院よりも医療観察法における入院処遇の方が、より適切な医療を保障できるということは否定できないように思われる^{注7)}。このようなことからするならば、原則としては医療観察法における医療を施すべきであり、精神保健福祉法における医療で足りる場合には、常にそちらを優先すべきであるとはいえないように思われる。したがって、原々審の立場は妥当ではない。

(3)これに対して、原審および最高裁判所は、本件対象者について、医療観察法における入院処遇を行うことが妥当であるとした^{注8)}。このうち、

注4)水留正流「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」法と精神医療29号(2008年)15頁参照。

注5)詳細については、山本輝之「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—最高裁判平成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。

注6)このことの詳細については、山本輝之注5)129頁以下参照。

注7)平林直次=樽矢敏広「入院患者に対してどのような医療を提供しているのか」季刊刑事弁護49号(2007年)107頁以下参照。

注8)もっとも、中山教授が指摘されているように、原審と最高裁では、その論理が異なっている。すなわち、原審は、裁判所は、検察官からの申し立てに対し、対象者に法42条1項1号, 2号の要件が認められるか否かを審査し、対象者がその要件を充足すると認められる場合には、入通院の決定をすべきであるとしているのに対して、最高裁は、検察官の申し立てがあった場合に、裁判所は、「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」と認められる者については、法42条1項1号, 2号の医療を受けられる旨の決定をしなければならないとしているからである。

最高裁判所の見解は、医療観察法の処遇の要件、すなわち、①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、②精神障害の改善に伴って同様の行為を粉うことなく、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場合には、常に医療観察法による医療が行われるべきであり、精神保健福祉法により医療が可能であるからといって、法42条1項3号のこの法律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というものである。また、江見検事の見解もこれと同一のものである。すなわち、検事は、医療観察法により医療が対象者の精神障害の特性に応じた円滑な社会復帰を促進するために必要な医療であることをふまえると、この法律による医療は対象者にとって最適なものであり、他の法令などの根拠による医療が行われればこの法律による医療は必要がないという関係に立つものではない、この法律による入院医療と措置入院等との最も大きな相違は入通院の手続きにあるところ、この法律による入通院をさせたいうでの医療と措置入院などとの優劣を考慮して決定を行うべきとの主張をとることはできない、とされている^{注9)}。このような立場は、重大な多発行為を行った精神障害者の再犯を防止し、その社会復帰を図るためには、精神保健福祉法による医療とは入通院の手続き・要件、医療体制の整備、実施機関および強制力という点で大きな相違のある医療観察法による処遇が常に行われるべきであるとする考えを前提としている。

確かに、前述したように、重大な他害行為を行った精神障害者の再犯を防止し、その社会復帰を実現するための適切な医療を保障するという観点からみた場合、これまでの精神保健福祉法による医

療よりも、医療観察法におけるそれの方が適切な医療を保障できるのであり、したがって原則としては後者の医療を施すべきであり、たとえ、前者による医療で足りる場合であっても、後者の医療を優先させるべきであろう。しかし、常にそうであるともいい切れなように思われる。医療観察法における医療は、現在のところ、治療体制および病棟のスペースなどとの関係から、統合失調症の対象者を主なターゲットとしているといわれている。もちろん、将来的には、さまざまな病態の治療に対応できるような治療体制などの整備を行う方向が目指されるべきであると思われるが、医療観察法におけるこのような治療体制の現状をふまえるならば、たとえば、対象者の統合失調症は投薬によるコントロールが可能であり、その知的障害や認知症に起因する処遇上の問題が重大であるような場合には、むしろ、医療観察法における入院処遇より、精神保健福祉法における措置入院、医療保護入院の方が、彼に適切な処遇を施すことができるということになるのではないであろうか。

そうだとするならば、対象者について医療観察法の処遇が一般的な意味において必要だといえる場合には、常に同法による医療を施すべきであるとする最高裁判所および江見検事の立場も妥当ではないということになる。このようなことからするならば、医療観察法においては、対象者について、その再犯を防止し、彼の社会復帰を実現するためにはどのような処遇を保障することが適切かという観点から、その医療を選択すべきであり、精神保健福祉法の医療で足りる場合には常にそちらを優先すべきであるとか、医療観察法の処遇の要件に関する文言に形式的に該当する場合には、常にそれを施すべきであるという形式的な二者択一でその処遇を決定すべきではないように思われる。

*

*

*

注9) 江見健一「心神喪失者等医療観察法の施行の状況について」法律のひろば59巻12号(2006年)8頁。

特集◀

心神喪失者等
医療観察法の
改正をめぐって

第3部 審判

5. 医療観察法における再審の可能性

柑本美和

Key words: 再審, 誤診断, 医療の必要性, 一事不再理効, 少年法

1 問題の所在

医療観察法が施行され4年近くが過ぎ、施行後5年を経過した際の検討(附則4条)を目前に控えた今、関係者からは医療観察制度の運用上の問題点、制度の不備等が指摘されている¹⁾。その中の1つが、「再審規定の新設」である。これは、医療観察法の医療に付された後で、誤診や詐病のため誤審が明らかになったケースについて、再審により刑事司法の側に差し戻す仕組みを創設すべきだということである²⁾。

例えば、ある対象者が、起訴前鑑定で、「統合失調症」との診断を基礎に、心神喪失または心神耗弱と認められ不起訴処分となり、検察官による医療観察法の申立てが行われた。処遇鑑定でも「統合失調症」と診断された結果、医療観察法による入院医療を行う決定が確定した。しかし、入院した指定入院医療機関の医師が、対象者の精神障害は、「統合失調症」ではなく「人格障害」であると診断し、治療可能性が疑わしいと判断したような場合が対象となる³⁾。さらに、精神障害に罹患していない対象者について、起訴前鑑定を行った医師、処遇鑑定を行った医師が詐病を見抜けず、責任能力に問題ありとして、医療観察法による医療が決定したような場合も対象となるであろう。

以下では、このようなケースについて現行法で

はどのような手続きが行われうるのか、法改正は必要なのか、それは許されるのかを検討する。

2 医療観察法における決定の効力

上記1番目の例のような場合、審判で、完全責任能力だと認められれば、裁判所は、医療観察法40条1項2号に基づき申立てを却下しなければならない。その却下決定が確定すれば、検察官はその対象行為について公訴提起が可能となる⁴⁾。他方、審判で、責任能力に問題はあるが、治療可能性がないとされれば、不処遇の決定が言い渡されることになる。しかし、医療観察法による医療ないし不処遇の決定(42条1項)が確定した以上は、現行法上、検察官は当該決定に係る対象行為について公訴を提起することはできない⁵⁾、再度の検察官申し立ても行えない(46条1項)。

2番目の例では、起訴前鑑定の時点で詐病が見抜かれていたら、検察官が起訴した可能性はある。あるいは、処遇鑑定の時点、または、決定が確定するまでに詐病であることが発見されていたならば、裁判所は完全責任能力として申し立てを却下し、その後、検察官は公訴を提起したかもしれない。しかし、この場合も、医療観察法による不処遇の決定(42条1項)が確定している以上、検察官は、当該決定に係る対象行為について公訴することはできない(46条1項)。

Treatment for persons who have caused serious cases Under the Condition of Insanity

KOJIMOTO Miwa 東海大学実務法学研究科〔〒151-8677 東京都渋谷区富ヶ谷2-28-4〕

このように、誤った診断に基づいて医療観察法の処遇が確定した場合、それがどのように不当であると思っても、現行法上、審判のやりなおしや、刑事手続きへの再送は行えない。

では、医療観察法の強制医療を受けることが確定した対象者が、医療観察法の対象ではないと考えられる場合、現行法上は、どのような手続きによってその者を医療から解放するのであろうか。

処遇決定がなされるためには、対象行為の存在を前提として、さらに、「対象行為を行った際の精神障害」の存在、その精神障害が「治療可能性」を有すること、そして、「この法律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・現実的可能性」が認められることの3つが認定されなければならないとされている^{5,6)}。これらの要件が1つでも欠ければ、医療観察法による医療は認められない。そして、この3要件は、退院などの場合にも適用される⁷⁾。したがって、医療観察法による医療が決定した対象者に「対象行為を行った際の精神障害」あるいは「治療可能性」が存在しなければ、医療観察法による強制医療の対象ではないということになる。

そこで、実務では次のような対応がなされているようである^{注4)}。ある指定入院医療機関に入院していた対象者について、入院機関の管理者から、統合失調症ではなく、解離性障害+アルコール依存症であり、もともと医療観察法の対象とはならないから退院させるべきとの退院申立てがなされたことがあった。裁判所は、医療をうけさせる決

定が確定している以上、事後的に本法による処遇の対象でないと判断することはできないとし、統合失調症であるかには問題があるものの対象者には治療反応性があるから、入院によらない医療を継続するとした⁸⁾。おそらく、裁判所は、このように、指定入院医療機関の管理者から退院の許可の申立て(49条1項)を受け、退院を許可するか、この法律による医療を終了する旨の決定を行うことになるであろう。

3 医療観察法の処遇決定と再審

刑事訴訟法における再審制度は、確定有罪判決の誤った事実認定からの救済制度と捉えられている。「言渡しを受けた者の利益のため」に行われるものであるから(刑訴法435条)、不利益再審は認められない。日本国憲法39条「二重の危険禁止」の原則の要請として、旧刑事訴訟法に置かれていた不利益再審の規定(486条)が廃止されたからである。他方、医療観察法には、医療観察法の処遇決定に事実誤認があった場合の救済手続きとして、刑事訴訟法の再審のような制度は存在しない。同様に、少年法にも再審規定は存在しない。しかし、少年法の場合には、保護処分取消しの規定(少年法27条の2)が、誤った保護処分に対する救済と処分是正を認める再審的な機能を果たしており(但し、不処分は取消し対象とならないと解されている)、医療観察法における再審の可能性を考えるに際して参考になると思われる。

少年に保護処分を課すためには、前提要件とし

^{注1)} 医療観察法の施行前は、このような者には完全責任能力が認められ、そもそも医療観察法の対象となることは殆どないと考えられていた。しかし、指定入院医療機関に入院しているケースが報告されている³⁾。

^{注2)} 最近報道された事件に、母親らを殺傷した男性に対して、起訴前に行った2度の精神鑑定でそれぞれ「心神喪失」「心神耗弱」との結論が出されたため、検察官は医療観察法による申立てを行った。しかし、審判では、完全責任能力とされ、裁判所は検察官の申立てを却下し、検察官は男性を殺人罪等で起訴したというものがある。産経新聞平成20年9月22日。ただし、完全責任能力を有すると認められた場合であっても、一般の場合と同様に、刑事訴訟法248条に掲げられた事項を考慮し、検察官が不起訴処分を維持する可能性は十分あることに留意する必要がある。

^{注3)} 立案者の説明によれば、このような規定を設けたのは、本法の審判により、本法による医療を行わない旨の決定等がなされ、これが確定した後であっても、検察官がさらに当該対象者を起訴できることとなるとすると、法的安定性を害し、対象者の法的地位を不安定なものとするようになるからだという⁴⁾。少年法の場合も、検察官関与決定がなされた事件での不処分決定には一事不再理効が認められている(少年法46条2項)。

^{注4)} 人格障害と診断された対象者について、治療反応性が極めて低いにもかかわらず、退院許可の申立てを棄却した原決定は不当であるとして破棄差し戻した裁判例として、東京高決平成18年8月4日東高刑事報57巻1～12号35頁。

^{注5)} 最決昭和58年9月5日刑集37巻7号901頁。

て非行事実の存在が必要となる。そして、少年法27条の2第1項にいう「本人に対し審判権がなかったこと」には、非行事実不存在も含まれるというのが裁判所の態度である^{注5)}。そのため、非行事実誤認により保護処分がなされた場合には、家庭裁判所は保護処分を取り消さなければならない。この取り消しは、保護処分の継続中(処分確定後で執行終了前)、さらに保護処分の終了後にも認められうる(少年法27条の2第1項、2項)。保護的措置や保護処分は、少年の健全育成を目的とする利益処分である一方、身体の自由拘束や制限を伴う不利益処分でもある。したがって、少年を冤罪による保護処分から解放する、この制度の存在意義は大きいといえよう。

なお、保護観察所、児童自立支援施設、児童養護施設又は少年院の長は、本人に対し審判権がなかったことを疑うに足る資料を発見したときは、保護処分をした家庭裁判所に、その旨の通知をし、裁判所の職権発動を促すことになる(少年法27条の2第3項)。このように、少年を直接に処遇する機関の長に通知義務が課されたのは、処遇を行う過程で保護処分の取消事由を発見しやすいからである。この取り消し事件に検察官関与決定がなされた場合、その審判に基づいた非行事実不存在を理由とする保護処分取消し決定には、一事不再理効が認められる(少年法46条3項但書)。つまり、保護処分が取り消された後で、刑事訴追したり、再び家庭裁判所の審判に付することはできないのである。

この少年法の保護処分取消し制度を参考に、医療観察法で誤った処分が確定した場合をどう考えるべきかを検討してみる。

対象行為の存在は、医療観察法の処遇の前提要件である。したがって、医療を行う旨の処遇決定が確定した場合であっても、その決定が対象行為の「冤罪」に基づいている以上、対象者は、その処

遇から解放される必要がある^{注6)}。医療観察法による医療は、対象者にとっては、手厚い医療の享受という利益処分である反面、自由の制限を含む不利益な面も有しているからである。このように考えれば、対象行為の不存在を理由とする再審制度(あるいは処遇決定を取消す規定)の創設は、立法論として十分検討に値しよう^{注7)}。

その一方で、詐病や診断名の誤りのため完全責任能力の疑いがある場合、刑事処分を受けさせることを目的として再審制度を設けられるかには疑問がある。すでに述べたように、再審制度とは、有罪の確定判決が言い渡され、誤った処分がなされた者に対する人権救済のための制度である。それゆえに、不利益な再審は認められておらず、通常の裁判でも、詐病により心神喪失で無罪が確定した場合には、再審が認められることはない。そうであるならば、医療観察法の場合も、詐病や診断名の誤りが判明したとはいえ、いったん医療観察法の決定が確定した対象者に、刑事処分を科すことを目的として行う再度の審判は、やはり不利益再審といえるのではないだろうか。

そうはいつても、責任能力の有無も処遇言い渡しの前提要件である以上、誤った医療観察法の処遇から対象者を解放する必要はある。また、本来、引き受けるべきでない対象者を処遇する指定医療機関の負担を取り除く必要もある。ただ、その方法としては、精神障害が改善した(あるいは、更なる治療の必要はない)として退院を認めるといふ、現在の実務におけるやり方で十分なようにも思われる^{注8)}。それを超えて、あくまでも対象者を刑事司法に戻す制度をとるのであれば、再審制度ではなく、新たな制度の検討が必要になるだろう。

^{注6)}ただし、これらのことは、不起訴処分とされた者についてのみ問題となりうる。裁判所により無罪等の確定裁判を受けた者については、当該確定裁判における判断が尊重され、対象行為の存否、責任能力の有無に関する判断を、医療観察法の審判で行うとはされていないからである。

^{注7)}その場合には、対象者や保護者等に申立権を認めると同時に、処遇執行機関である指定入院医療機関の長、保護観察所の長に通知義務を課す必要があるだろう。

^{注8)}実際、このような手続きは、一種の再審申立ての性格を有しているとの見解も示されている。

4 おわりに

ただ、この問題に関しては、再審制度の創設よりも前に、正確な診断、鑑定が行われることが何よりも重要である。医療観察法は、責任能力鑑定の結果に対し、検察官と裁判所のダブルチェックを働かせる仕組みを整備した。検察官や起訴前鑑定を行う医師は、後の鑑定医、裁判官、あるいは審判員の目を意識する結果、従来に比べて、より慎重な態度で、対象者の診断、起訴前鑑定とその後の責任能力評価に臨まざるを得ないのである。実際、法施行時から平成19年7月末日までに地方裁判所で終局した1,106名の事件のうち、14名が心神喪失・心神耗弱のいずれでもない認められ、検察官の申立てが却下されている¹⁰⁾。しかし、このダブルチェックは、処遇鑑定を行う鑑定医、処遇鑑定結果を検討する精神保健審判員に、刑事責任能力評価に関する知識と経験が十分に備わっていないければ、完全には機能しない。最高裁でも、「生物学的要素である精神障害の有無及び程度並びにこれが心理学的要素に与えた影響の有無及び程度については、その診断が臨床精神医学の本分であることにかんがみれば、専門家たる精神医学者の意見が鑑定等として証拠となっている場合には、鑑定人の公正さや能力に疑いが生じたり、鑑定の前提条件に問題があったりするなど、これを採用し得ない合理的な事情が認められるのでない限り、その意見を十分に尊重して認定すべきもの」との判断が下されている^{注9)}。このように、精神鑑定の結果に重きが置かれる以上、何よりもまず、鑑定医や精神保健審判員となる精神科医の診断能

力、刑事鑑定能力向上に向けた取り組みが必要だと思われる¹¹⁾。

文献

- 1) 町野 朔：法律家の立場から。精神医学 50：1049, 2008
- 2) 山上 皓：医療観察制度の現状と課題—司法精神医学者の視点から。精神医学 50：1048, 2008
- 3) 平林直次, 樽矢敏広：入院患者に対してどのような医療を提供しているのか。季刊刑事弁護 49：107, 2007
- 4) 白木 功, 今福章二, 三好 圭編：心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の衣料及び観察等に関する法律（平成15年法律第110号）について（5）。法曹時報 57：3422, 2005
- 5) 白木 功, 今福章二, 三好 圭編：心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の衣料及び観察等に関する法律（平成15年法律第110号）について（5）。法曹時報 57：3402, 2005
- 6) 高麗邦彦：裁判所における審判のあり方。臨床精神医学 35：290, 2006
- 7) シンポジア「医療観察法の動向」討論 高麗邦彦発言部分。法と精神医療 22：113, 2008
- 8) 町野 朔：「通院医療中に傷害事件を起こした事例をめぐって、精神医療と法学の対話の試み—医療観察法の医療についての法的モニタリング—」。平成18年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）分担研究報告書
- 9) 三好幹夫：心神喪失者等医療観察法施行後2年の現状と課題について。判例タイムズ 1261：31, 注13, 2008
- 10) 下村義之, 吉田大輔, 坪井隆人：医療観察法施行後2年の処遇事件の処理状況について。判例タイムズ 1261：20, 2008
- 11) 柑本美和：医療観察法の法的側面—検察官の裁量権・医療の必要性。精神科 10：194-195, 2007

*

*

*

注9) 最判平成20年4月25日刑集第62巻5号1559頁。

特集◀

心神喪失者等
医療観察法の
改正をめぐって

第5部 通院医療

1. 医療観察法対象者の
地域サポートの将来像

松原 三郎

Key words: 医療観察法, 通院処遇, ACT, 指定通院医療機関, 地域サポート

1 はじめに

通院・地域処遇の立ち遅れは施行当初から指摘されてきた。その最も大きな理由は、わが国の地域精神科医療そのものが未発達であることであるが、さらに、当法では通院対象者に対する枠組み自体が奇妙な形で二分化していることにも起因している。すなわち、通院処遇を受けている対象者は、指定通院医療機関が行う医療(狭義に医療保険部分だけ)と保護観察所(実際には社会復帰調整官)が行う精神保健観察と環境調整(福祉的部分の調整)とにサービス提供者が二分されている。法の仕組みとしてはケア会議で「処遇の実施計画」を策定するなどの措置はとられているものの、財政投入の責任を誰が担うかについては、当初から不明確・不十分なままで、指定通院医療機関には十分な財政的な裏付けのないままに、医療機関側の犠牲的精神のみで運用されるという機能不全の状況が続いている。他方、本来は精神保健観察に集中すべき社会復帰調整官の業務は、日常生活支援にまで拡大したケアマネージャーそのものとなってしまい、業務的に際限のない状態に陥ってしまっている。

2 通院・地域処遇上の問題点

通院・地域処遇上で法改正が必要と思われる点を列挙すると以下のような項目があげられる。

1. 医療とケアの提供調整は指定通院医療機関が主体的に行う

本法では、指定通院医療機関に関する規定は少なく、果たすべき役割も細かには規定されていない。第82条ではガイドラインに沿って医療を提供する義務が示され、第83条では診療指針と報酬は保険診療に従う旨が記載され、第91条では、社会復帰の促進のために、本人の相談に応じるとともに関係機関や保護観察所との連携が義務付けられているにすぎない。具体的な指針はガイドラインによるものとされている。通院処遇となった対象者に対する保護観察所の役割は、第101条における「生活環境の調整」と106条では「精神保健観察」で示されている。ガイドラインでは、指定通院医療機関運営ガイドラインと通院処遇ガイドラインが厚労省から示されているが、この中では、指定通院医療機関が行う直接の業務は、診療報酬に記載された内容に限定され、その他は連携・相談に属している。

しかし、現実には多くの指定通院医療機関で受診・投薬だけでなく、PSWによる生活支援やグループホームなどにおける居住支援や居宅介護等

も行っており、医療保険と福祉的援助とは混在一体となって提供されている。今後、法の中で指定通院医療機関による医療の提供と生活環境の調整の両者を主体的に行える枠組みが必要である(91条)。もちろん、社会復帰調整官等保護観察所への報告・連携が求められることは当然のことである。

2. 通院中の精神保健福祉法による入院は国費による医療観察法入院とすべき

現在も通院対象者の約5分の1において、指定通院医療機関に一時的に精神保健福祉法による入院が行われている。これまでも再入院を繰り返した事例が多いだけに、一時的な入院がありうることを前提として、通院処遇の枠組みが再検討されるべきである。一時的な入院であっても、入院に伴う本人・家族の保険自己負担は重い。安易な長期入院は社会復帰を目的とした本法の趣旨に反するものであるが、逆に、国が責任をもって治療に当たること、さらに、対象者が法的に治療を受ける義務があることを勧告すれば、国費による入院は当然のことである。

3. 強制通院の枠組みの強化が必要

通院処遇にあっても、対象者は医療を受ける義務があり(第43条2項)、このことは、第111条の指定通院医療機関の保護観察所への通報義務の要件となり、また、対象者の「守るべき事項(第107条)」でも重要な要素である。このような強制通院の枠組みは、わが国では初めての試みである。諸外国では裁判所命令による強制通院は少なく、その効果も大きいことが報告されている²⁾。しかし、本法による強制通院の枠組みは、前節でも述べたように、指定入院医療機関への再入院以外は、指定通院医療機関の判断で行われており、保護観察所(社会復帰調整官)が強制通院の要になっているとはいえない。通院対象者の病状が悪化し、指定通院医療機関に一時的な入院が必要とされ、本人が病状の悪化を自覚し、自らの意思で入院を行う場合には問題はないが、本人の病識が欠如しているために、本人が入院を拒否した場合には、主治医の判断による医療保護入院か、あるいは、自傷他害の恐れがあれば措置入院とするしかない。指定通院医療機関への一時的入院も含め

て、病状悪化の場合には、精神保健観察の一環として、保護観察所が前面に立てるようにすべきである。

4. 国は通院医療に関する義務を果たしていない

強制的な医療を伴う精神保健観察では、それに見合った通院医療の充実が国に求められる。指定入院医療機関において医療の充実が図られたことと比較すると、その格差はあまりにも大きい。前述したように、わが国の地域精神科医療はなお貧困な状態にあるが、それでも、指定通院医療機関への補助は、「通院医学管理料」を基本として、いっそうの充実が図られるべきである。特に、訪問看護が主体となって大きな役割を果たしていることを考えると、訪問看護指導料の引き上げや交通費の免除等が必要になる。また、諸外国において行なわれているような司法精神に特化した包括的地域支援(ACT)も地域(都市部)によっては必要になるものと思われる。

5. 地域と連携が可能な指定入院医療機関の整備

全国で720床の指定入院病床を作るという整備目標は、現在、その計画実現に大幅な遅れを生じている。このために、小規格(5~7床)の入院病床が自治体病院を中心に整備されている。一般の精神科病床により密接した形で医療観察法医療が行われることになる。これらの小規格病棟は、地域への退院を促進するという観点からは重要な役割を果たすものと思われるが、各県に1カ所程度の設置がどれほど退院促進につながるかは疑問が残る。一定以上の人員基準をもつ指定通院医療機関では、特定病床第2項の適用を法的に裏付けていくことも必要であろう。また、小規格病棟では、医療内容に格差を生ずる可能性が高いので、指定入院医療機関の機能分化を進めて、各種の症状別、あるいは、治療内容の再検討の機能が果たせる病棟の整備が必要であろう。

6. 公的病院での長期療養を可能にすべきである

現状でも、指定入院医療期間内で3年以上にわたる入院を余儀なくされている対象者は少なくない。治療反応性が乏しい状況であっても、リスク

が高い場合には、そのまま継続して指定入院医療機関での治療を継続すべきであるが、リスクが低下し、精神保健福祉法の枠組みの中でも療養が可能であれば、各地域の公的病院の中での長期療養に移行させることも必要になるであろう。しかし、現状の公的病院は、急性期治療に特化しつつあるために、人員基準の高い長期型治療病棟については、ほとんど整備されていないのが現状である。公的病院に長期型の治療病棟を整備することも重要な要素と考える。

7. 物質依存症者と性犯罪者を本法による通院処遇から除外する仕組みが必要

通院対象者では、統合失調症患者は60%台にとどまり、逆に物質使用障害については15%程度に及んでいる³⁾。物質使用障害であっても精神科医療の対象ではあるが、本法による通院処遇に適したものとは思われない。統合失調症等と並存したり、あるいは、幻覚妄想が容易に再燃したりする場合には、通院処遇の対象になるものと思われる。依存症症状のみが残っている場合には、「再び使用するかもしれない恐れ」を理由とした本法のような強制通院の適用は許されるべきではない。これらの対象者が審判において安易に通院処遇となる傾向があることに危惧をおぼえる。しかし、他方では、禁絶処分など諸外国にあるような枠組みはわが国には存在していない。このために、わが国では違法薬物使用者や性犯罪者については、保護観察処分が併用されるような法的な工夫が必要と思われる。

3 諸外国における通院処遇

諸外国では、すでに地域医療中心に司法精神医療対象者が処遇されている。種々の問題点はあるにせよ、わが国が目指すべきシステムとして理解しておく必要がある。

1. 英国における司法精神地域治療

英国の地域精神医療では、ケアマネジメントが重視されており、必ずPSWや看護師・保健師などがケアマネージャーとなったケアマネジメントを受けなければならない。これは、Care Program Approach (CPA)とよばれており、医療

と福祉の両面にわたってサービスを受けるときには、CPAを受ける必要がある。CPAには通常型と強力型(enhanced CPA)があり、頻回に入院を繰り返したり、病識がなく治療の継続が困難であったりする場合、さらには、司法精神医療を受けている場合には、強力型CPAが適用される。実際には、強力型CPAは全体の4分の1程度の数である。

強制的通院制度(Compulsory Treatment Order; CTO)はScotlandを中心に実施され、自傷他害の恐れのある患者において、指定の医療専門家がケアアセスメントを行い、その結果、通院による医療と支援が有効であり、さらに、緊急時対応できる保証(72時間以内に入院が可能)などを、裁判所において認められれば、強力型CPAまたはACTが実施される。これに対してロンドン地区では、司法精神患者に対しては、専門対応チーム(Community Forensic Mental Health Teams; CFMHTs)が活動する。主に強力型CPAが主体となるが、これを円滑に行うために、リスクアセスメントや多機関によるチーム(Multi-Agency Public Protection Arrangements; MAPPA)が関与している⁴⁾。

さらに英国では、入院医療から地域での生活までを橋渡しする中間施設が司法専用で作られている。入院中には、病棟の一部が改築された「Butler House」で生活訓練を受けることができるが、その後は、NPOが行う専用中間施設(New Hope Project)やグループホーム(Jigsaw House)でさらに長期間の生活訓練が行われている。中間施設の詳細はすでに報告してある¹⁾。

2. カナダ・アメリカにおける司法精神医療 ACT

カナダToronto市におけるACTは、職員一人当たり10人のケースロードで1チームが80人をフォローしている。トロント市内には数多くのACTチームがあり、地域精神科医療の中心はACTとなっている。この中でも、再発を繰り返したり、あるいは、司法精神医療の指定を受けている場合には、強制通院(CTO)を受けることが少なくない。CTOを受けている対象者と受けていない対象者を比較すると、CTOを受けている

方が再入院率は低く、CTOの有効性が示されている。ACTとCTOを併用することで、司法精神医療患者が支えられている。ACTはサービスの基本がアウトリーチ型であり、問題が生じた場合にも利用者宅に赴いて解決を図る、1人当たりのケースロードが10人以下でチームとして利用者を支えること、365日24時間にわたって対応できるなどがあげられる。ACTでは基本的に利用者のニーズに基づいて、ケア計画がたてられ、利用者の目指す目標を共有しながら実現化することが重要である。このために、受診援助だけではなく、生活全般の支援、金銭管理の支援、物質使用障害者への指導、さらには、就労にまで幅広く関わるが必要になる。スタッフも医師を含めて多職種で関わる必要がある。そして、病状が悪化し、利用者が服薬を拒否したりしても、説得はするが決して強制をすることはない。著しく病状が悪化し、リスクが高まったときに、はじめて警察などに通報することで解決を図ることになる。これに対して、裁判所から強制通院命令(CTO)を受けている対象者では、治療(服薬も含めて)を受ける義務があり、このような事実があれば、行政当局係官の判断で入院処遇に移行することになる。

アメリカ・ニューヨーク市では、ACTチームを利用して強制通院の必要な人達がフォローを受けている。毎年10～15人がニューヨーク市裁判所の強制通院命令(Assisted Outpatient Treatment; AOT)の決定を受ける。対象となる人は「18歳以上、3年間に2回以上入院の病歴(または、過去4年間に1回以上の重大な問題行動がある)、本人にとって好ましいと思われる治療を受け入れない、AOTが効果的と思われる例であること」などが条件になり、決して司法精神医療だけのものではない。この法律は「Kendra's law」と呼ばれ、ニューヨーク市の地下鉄で精神障害者によってホームに突き落とされ死亡した女性の名前をとっている。AOTの適応か否かは、精神科医による診断とリスク評価をもとに、司法精神に特化された法廷で判断される。

3. 保護観察所との連携

欧米では、性犯罪者や麻薬常用者が多く、これ

らを地域司法精神の枠組みの中でみることは困難である。特に性犯罪者については、再犯が起こった場合の社会的な制裁が厳しく、医療モデルだけでフォローすることはできない。このために、保護観察所とその係官(保護観察官)が大きな役割を果たしている。

ロンドンでは、地域内に仮出所のための施設をもち、ここでは、あらかじめ定められた「遵守事項」が適切であるか、そして、本人が守れるかなどがチェックされる。遵守事項は対象者ごとに詳細に決められ、小学校の登下校時には外出が禁じられたり、あるいは、学校の何km以内は立ち入り禁止にされたりなどである。また、物質使用障害者については、週に1～2回の尿中薬物反応検査(口腔粘膜から検査する場合もある)を行うことが義務付けられる。

4 わが国の通院医療が目指すもの

わが国の通院処遇上の問題点と、諸外国で行われている通院処遇のためのシステムを比較すると、わが国が目指すべき通院処遇の将来像が明らかとなる。

1. 医療と福祉の枠を超えた支援体制の整備

ACTなどのように対象者の医療と生活全体を支えるシステムが基盤にあれば、通院処遇(強制通院)対象者の回復への効果は大きい。わが国では、ケアマネジメント型の支援体制の整備を目標として、訪問看護の交通費の免除や1回当たりの報酬の加算が必要になる。

2. 指定通院医療機関中心のケアマネジメント体制

ケアマネジメント型の支援体制を行うためには、医療と福祉的援助を包括的に医療機関が行う必要がある。ケアマネジメント体制の中心を指定通院医療機関側に移し、社会復帰調整官の役割を、精神保健観察に限定する必要がある。

3. 精神保健観察の強化が必要

病状が悪化した場合には、保護観察所が行う精神保健観察の役割は大きい。本人が拒否をしても、社会復帰調整官が強制的に受診を行わせることができるような法的整備が必要である。また、とき

には、社会復帰調整官の判断で一時的には指定入院医療機関への再入院も可能とすべきである。

4. 保護観察所の役割強化

物質使用障害、特に、違法薬物の使用に関する問題、さらに、性犯罪者の監視については、保護観察所が第一義的に行うべきである。

5. 指定通院医療機関等への入院も医療観察法入院とすべきである

一次休息、あるいは、一時的悪化時における指定通院医療機関への入院を、別枠の医療観察法入院として、法の中に明示すべきである。

6. 指定通院医療機関の多職種チームの整備は国の責任

国は通院医療を整備する義務がある旨、法の中に記載すべきである。通院医学管理料を底上げして、医療観察法専属の多職種チームが配置できるようにすべきである。

5 おわりに

医療観察法では、種々の法的整備が必要である。

そして、指定通院医療機関の機能を高めることは、最も効率的にわが国の地域精神科医療を高めることにつながるものと考えている。

文献

- 1) 安藤久美子, 八木 深, 松原三郎ほか: 英国ロンドンにおける地域司法精神医療視察報告. 日精協誌 27: 1026-1037, 2008
- 2) 平成 20 年度厚生労働科学研究費補助金 こころの健康科学研究事業 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 研究分担者 松原三郎: カナダトロントにおける精神障害者の生活支援について. 2009
- 3) 厚生労働科学研究費補助金 こころの健康科学研究事業 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 平成 18 年度総括・分担研究報告書. 2007
- 4) Mohan R, Judge J, Fahy T: Community forensic psychiatry. Psychiatry 3: 11-14, 2004

*

*

*

特集

心身喪失者等
医療観察法の
改正をめぐって

第6部 人的資源

2. 精神保健判定医のスキルアップ

八木 深

Key words: 医療観察法, 精神保健判定医, 審判決定のばらつき, 精神保健判定医等養成研修会, 英国精神科専門医試験

1 はじめに

医療観察法は平成17年7月の法施行後約4年が経過し立ち上げ初期段階はすでに終了した。全国の審判決定は地域ごとに現在でもばらつきがみられ、診断変更が必要な入院事例も散見され、精神保健判定医のスキルアップは重要な課題である。

2 精神保健判定医の法的位置づけ

医療観察法第6条により、精神保健審判員の職務を行うのに必要な学識経験を有する医師は「精神保健判定医」と定義され、厚生労働大臣は毎年その名簿を最高裁判所に送付する。医療観察法施行令および厚生労働省令⁴⁾により、厚生労働大臣は、次の①および②の両方に該当し、本人の同意を得た者の氏名等を精神保健判定医名簿に記載する。

- ①名簿を送付する際現に精神保健指定医であって、名簿を送付する年度の前年度の末日において、5年以上指定を受けていた者
- ②次のイ、ロ、ハのいずれかに該当する者
- イ 精神保健福祉法第27条第1項または第2項、第29条の二第1項または第29条の四第2項の規程による措置診察に従事した経験を、

名簿を送付する年の4月1日前2年以内に有する者であって、厚生労働省令で定める研修(名簿を送付する年の11月1日前3年以内に行われたものに限る。)の過程を修了した者

- ロ 精神保健審判員として、医療観察法第42条第1項、第51条第1項、第56条第1項または第61条第1項の裁判を行った経験を名簿を送付する年の1月1日前2年以内に有する者
- ハ 医療観察法第37条第1項、第52条、第57条または第62条第1項に規定する鑑定を行った経験を名簿を送付する年の1月1日前2年以内において有する者

上記①および②のいずれにも該当する者と同等以上の学識経験を有すると認める者

厚生労働省令⁴⁾で定める研修の科目および時間数は省令別表(表)で定められ、日本精神科病院協会が現在委託を受け、「精神保健判定医等養成研修会」を開催している。精神保健判定医は、精神保健審判員に任命される候補者であり、同時に、医療観察法第37条により鑑定を命じられる候補者でもある。したがって、精神保健判定医は、精神保健審判員としての役割、医療観察法鑑定人としての役割に精通している必要がある。

Towards a skill up of the qualified psychiatrists for the in-court interdisciplinary panel of the Medical Treatment and Supervision Act

YAGI Fukashi 独立行政法人国立病院機構東尾張病院 [〒463-0802 名古屋市守山区大森北 2-1301]

表 厚生労働省令が定める精神保健判定医養成研修および精神保健参与員候補者養成研修の初回研修および継続研修の科目および時間数

科目	初回研修の時間数		継続研修の時間数	
	精神保健判定医養成研修	精神保健参与員候補者養成研修	精神保健判定医養成研修	精神保健参与員候補者養成研修
心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療および観察等に関する法律および精神保健福祉行政概論	二時間三十分	四時間		
心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療および観察等に関する法律に関する法令および実務	二時間	二時間		
心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療および観察等に関する法律に基づく医療および実務	八時間	五時間	三時間	一時間三十分
司法精神医学	二時間三十分	二時間三十分		
心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療および観察等に関する法律に基づく地域社会における処遇	四時間	四時間		
心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療および観察等に関する事例研究	三時間	四時間三十分	三時間	四時間三十分

備考 第一欄に掲げる心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療および観察等に関する事例研究は、最新の事例を用いて教授すること。

3 審判決定のばらつき

最高裁判所司法統計⁸⁾を集計すると、平成19年12月31日までに累計844件の入院または通院決定があり、入院490件(58%)、通院174件(21%)、不処遇150件(18%)、申立て却下30件(対象行為なし6件心神喪失等なし24件)(4%)であった。申立て数多数県に限っても、入院78%通院10%不処遇7%の県や入院40%、通院30%、不処遇30%の県もあり地域ごとのばらつきがみられた(図1)。平成20年10月31日までの未公開資料でも同様である。

審判は個々の事例を独自に判断するが、仮に同じ事例について鑑定・審判した場合同じ判断になるのが望まれる。指定入院医療機関に入院した事例を検討すると、鑑定時統合失調症と診断された事例が精神遅滞の適応障害であり治療反応性や対象行為時の責任能力判断に疑問のある例、鑑定時

統合失調症と診断されたが対象行為時前後にも鑑定時にも幻覚妄想がなく実はパーソナリティ障害であり対象行為時に心神喪失等の状態になく治療反応性もないと思われる例があった。審判や鑑定の質を担保するために、精神保健判定医のスキルアップが必要である。

4 精神保健判定医に必要な素養

精神保健判定医は、鑑定医または審判員として、医療観察法による医療が必要かどうか、必要な場合、入院による医療か入院によらない医療かを判断する。最高裁解説⁹⁾によると、審判合議体は以下の①②③のいずれもが認められる場合に、入院決定か通院決定をする。

- 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等の精神障害を有しており、
- ②そのような精神障害を改善(病状の増悪の抑制

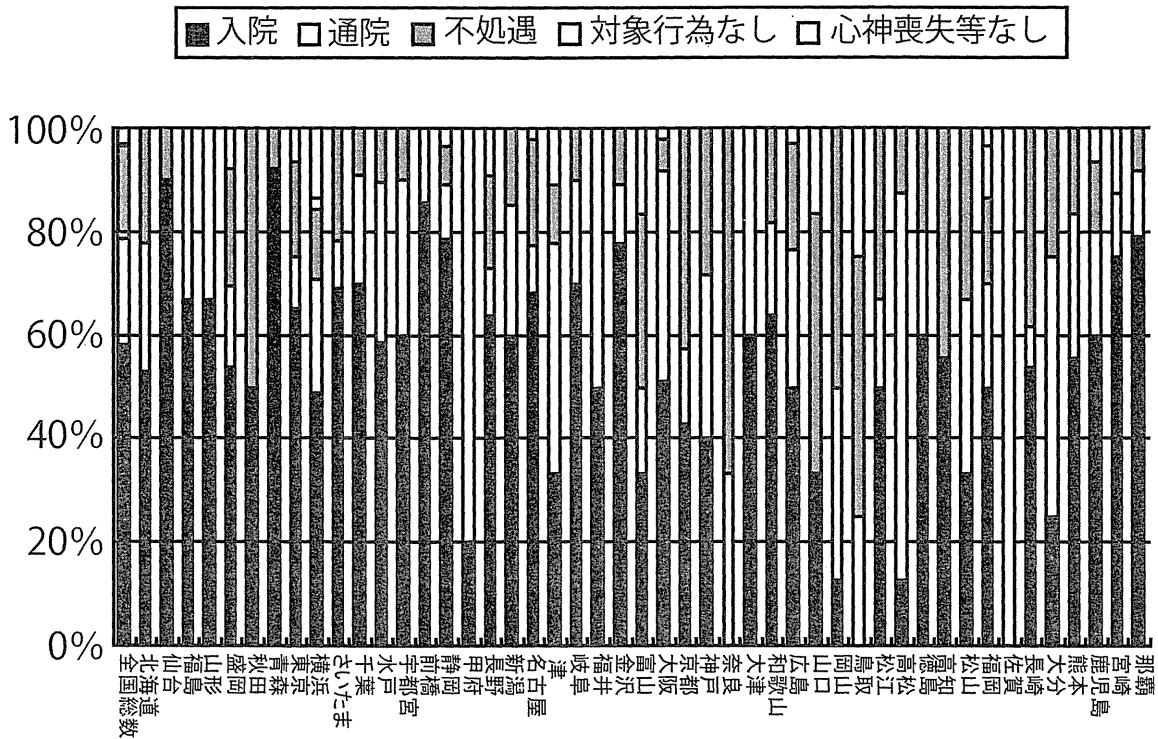


図1 医療観察処遇事件終局地裁別 司法統計 (平成17年～平成19年集計)

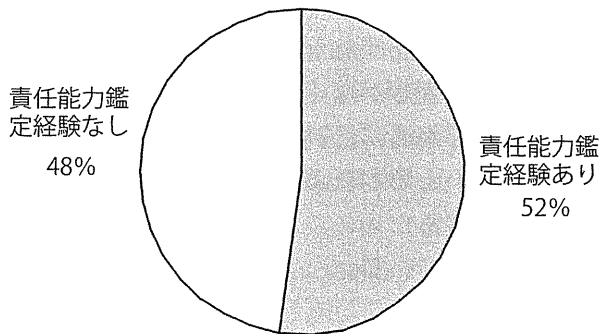


図2 平成18年19年精神保健判定医養成研修会初回受講生アンケート集計

精神保健判定医等養成研修会において受講生を対象に刑事責任能力鑑定の有無のアンケート¹¹⁾をとったところ、平成19年・20年の初回判定医の合計で、鑑定経験あり52% (150/288) 経験なし48% (137/288)であり責任能力鑑定経験者がいない者をわずかに上回る程度であった(図2)。疾病性の判定で求められるのは、心神喪失等と同等の精神障害の有無の判定である。裁判で確定した例以外は、心神喪失等の状態にないなら裁判官が申立てを却下することになるので、精神保健判定医には、刑事責任能力鑑定の素養が必要であり、責任能力鑑定の経験のない医師は責任能力鑑定の素養を研修する必要がある。

治療可能性の見通しは、精神医療一般の水準を熟知したうえで、実際に指定入院医療機関で治療した場合どのように病状が改善するのか、あるいは、手厚い医療を実施しても改善が見込めないのかを知っていることが重要である。

社会復帰要因については、裁判官と合議する要素であり、どのようにしたら同様の行為を起かさ

を含む。)するために、本法による医療を受けさせる必要があること、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を疾病性。②を治療可能性、③を社会復帰要因と呼ぶ。精神保健判定医には、これら最高裁3要素の判断をする素養が必要である。

ない対処が可能か、逆にいえば、どのような対処をとらないと同様の行為を起こすのかという見通しが必要であり、この部分は、自傷他害のおそれという措置入院の判断の経験に加えて司法精神医学の幅広い素養が必要である。

5 精神保健指定医のスキルアップ

精神保健判定医に必要な素養は、刑事責任能力判断、実際の医療観察法医療の効果の判断、社会復帰要因に関する幅広い司法精神医学の判断という3つの素養にまとめられる。

この素養は、「精神保健判定医等養成研修会」で研修すべきテーマである。筆者は、平成19年度に受講生アンケートを基に研修会の実際を把握し、司法精神医療等人材養成研修企画委員会に対して、①総論部分の短縮、②事例検討の大幅増、③講義方法の改善・質疑時間の確保、④過密スケジュールの改善、⑤「鑑定の理論と実際」での責任能力鑑定紹介、⑥医療観察法入院医療紹介ビデオ上映を提言した¹¹⁾。同委員会は上記提言を受け、平成20年度に研修会プログラムを修正した。平成20年度アンケートはプログラム改善の結果、有用と答えたものが53%から63%に増加し、責任能力についての講義を実施した結果、前年度に観察された鑑定経験の有無での理解度の差は消失し、プログラム修正は有効であった¹¹⁾。

精神保健判定医の質のばらつきを少なくするために、実務に直結した研修会を実施する必要がある。そのための研修時間割変更案を以下に提案する¹¹⁾。①医療観察法および精神保健福祉行政概論を従前の2時間30分から1時間に短縮、②医療観察法に関する事例研究を従前の3時間から6時間に拡張、③司法精神医学の枠組みで90分の特別講演の実施、④全受講生に共通評価項目説明60分実施。これらの変更案への意見を幅広く聴取し、必要ならば、厚生労働省令⁴⁾時間割(表)の改定なども要望していくことが今後の課題と思われる。

すでに名簿に記載された精神保健判定医のスキルアップについては、①精神保健判定医等養成研修会の継続研修への参加許可、②厚生労働科学研究班研究主体の公開シンポジウムでの事例検討、

③厚生労働省主催のクローズドな事例検討ワークショップ開催など多方面の研修機会が提供されている。今後は、仮想事例を元に最高裁3要素の考え方を整理するケースブックの出版等により幅広い広報が必要である。

実務につきながらの訓練は極めて効果が高いことが知られている。審判事前カンファレンスで、鑑定人・審判員・参与員および社会復帰調整官・検察官・付添人と意見交換することは、鑑定や審判の精度を上げる訓練としても重要である。各地裁が毎年開催する医療観察法関係研究協議会などの場で、医療が必要と決定された事例のその後の様子を関係者で懇談しフィードバックするのも有用であろう。

6 幅広い司法精神医学の素養について 英国の場合

英国の精神科専門医試験MRCPsychでは司法精神医学の問題も出題される。同試験は2008年に新制度に移行し、専門医研修12～24カ月の間にペーパー1試験、研修12～48カ月の間にペーパー2試験、ペーパー3試験を受験し、研修現場評価と臨床実技試験CASC (Clinical Assessment of Skills and Competencies)を受験しすべてに合格したものが精神科専門医に登録される。ペーパー3試験では司法精神医学は9%の比重を占め⁶⁾、以下のような知識が問われる。

学習障害者について正しい項目を選びなさい¹⁾：a.学習障害者の犯罪では性犯がもっとも一般的である、b.境界知能と軽度知能障害者の触法率は一般より高い、c.重篤な行為障害と学習障害者の合併は少ない、d.大精神病の合併は少ない、e.他のスキルに比してコミュニケーションスキルは良好である(回答はb)。

旧制度の司法精神医学問題サンプル⁷⁾：質問：「55歳男性がわいせつ物陳列で逮捕され、あなたは鑑定を依頼された。彼には同種犯罪歴はない。どうやって結論を導くか。どのような精神医学的診断が浮かぶか。」手がかり質問：「関心をもった臨床像は何かあるか。再犯のリスクに関して法廷でどのようなアドバイスをするか。鑑定を完成させるのにどのような情報が必要か。」回答例：「