

事態が生じている。

第3は、初回審判において、いわゆる「いきなり通院」を言い渡す事例が、予想外に多いということである。近時の統計によれば、入院決定と通院決定の比率は、おおむね2対1であるとされている⁴⁾。これには、指定入院医療機関が満床であること、指定入院医療機関が対象者の居住地から遠いため、彼を地域から引き離すことを避けるために、裁判所が通院決定を選択しているのではないとも言われている。しかし、入院医療ができないから通院医療で済ませるといふ運用があるとすれば、それは、対象者に社会復帰のための適正な医療を施すという観点からは妥当なことではない。また医療観察法は、まず入院による医療を行って、対象者が落ち着いたところで、指定入院医療機関から退院させ、通院処遇に切り替えるということ想定していたものであると思われるが、このようにいきなり通院を言い渡す事例が多いと、保護観察所が環境調整など十分な受け入れ態勢を整えることができないという事態が生ずることも懸念される場所である⁵⁾。このような問題を解決するためには、指定入院医療機関の拡充・整備がぜひとも必要である。

第4は、通院医療を行うための前提条件としての対象者の受け入れ先の問題である。対象者の受け入れについては、家族や地域の人々が消極的であるため、彼が元住んでいた地域で受け入れ先を探すことがきわめて困難である。そのため、彼らを一般の精神病院に精神保健福祉法の下で入院させざるを得ないという問題が生じている。しかし、このような事態を無制限に許容してしまうと、医療観察法の目的である、対象者の社会復帰という理念を達成することはできないであろう。地域で受け入れ先を確保するためには、まず、地域の人々の理解が必要であり、そのためには、ソフト面でもハード面でも事故が起こらない態勢を確立して、地域の人々の信頼を得ることが必要になる。またそれとともに、一般の地域精神医療をこれまで支えてきた民間の医療機関との連携・協力が不可欠であり、保護観察所はそのためにより一層

力を尽くすべきであるが、そのためにも前述したように、社会復帰調整官の増員が不可欠である。

第5は、対象者に関する情報の共有の問題である。いわゆる地域精神医療の現場には、多くの機関、団体、個人が精神障害者の社会復帰に関与している。対象者のスムーズな社会復帰のためには、これらの連携・協力が不可欠であり、そのためには彼の医療情報を共有していることが必要である。他方、個人情報保護法は、プライバシーよりも希薄化した個人情報までも保護しようとするものであり、また、法律の保護していない部分についてもガイドラインによる規制がなされている。そのため、関係諸機関間の対象者に関する情報の共有と個人情報保護法による規制との関係をどのように整理するかが課題となる。この点について、例えば「地域処遇ガイドライン」には、対象者の同意を得るよう努めるようにと書かれている(同ガイドライン2(6)ア)が、得られない場合はどうするのかについては何も触れられていない。対象者の社会復帰を図るためには、周囲の人に対象者の事情を理解してもらった上で、治療につとめ、社会復帰を図ることが必要であり、そのためには、このような問題を早期に解決することが不可欠である。

第6に、統合失調症などと薬物依存、人格障害などが合併した処遇困難な対象者が通院医療となった場合には、社会復帰調整官による現在の精神保健観察では十分な対応ができないのではないかとこの点である。このような処遇困難者は、統合失調症を主なターゲットとしている現在の医療観察法における入院医療の対象としては不適合であるとされ、通院医療に回され、あるいは入院決定されても早期退院となり、通院医療に回されているという指摘がなされている。しかし、現在の医療観察法病棟で予定されたターゲットに入らないからといって、自動的に通院医療が適切であるとは限らないであろう⁶⁾。むしろ、本来目指されるべきなのは、現在の医療観察法における医療体制を、他の病態にも対応できるように整備・拡充していくことであるように思われる。

おわりに

わが国の地域精神医療は、諸外国と比較して必ずしも充実しているとは言えない。そのことが、医療観察法における対象者の処遇においても大きく影響しており、そこには以上で指摘した点をはじめとして未だ多くの課題が存在する。しかし、医療観察法の最終目的は、対象者の社会復帰を促進すること(1条)であり、そのためには、地域における保健・医療体制を整備・充実させることが不可欠である。関係諸機関がこの現状を十分認識

して、今後、人的、経済的面で手厚い支援を行っていくことが必要であるように思われる。

文献

- 1) 町野朔：医療観察法と精神保健観察一法の意義と課題。犯罪と非行 151：45 頁以下，2007
- 2) 藤村尚宏：指定通院医療施設であり、精神科救急に対応している病院の立場から。精神医学 50(11)：1056，2008
- 3) 山上皓：医療観察制度の現状と課題。精神医学 50(11)：1045，2008
- 4) 町野朔・前掲注¹⁾ 51 頁参照
- 5) 町野朔・前掲注¹⁾ 50 頁以下
- 6) 町野朔・前掲注¹⁾ 51 頁以下

映画の時間

誰にでも 思い出が輝く 場所がある。
夏時間の庭

●監督・脚本；オリヴィエ・アサイヤス/2008 年/フランス/原題；L'heure d'été/配給；クレストインターナショナル/102 分
●公式サイト；<http://natsujikann.net/>
●5 月 16 日より銀座テアトルシネマ，他にロードショー

パリ郊外の小さな町、ヴァルモンドワにある一軒の大きなアトリエ。物語はここを舞台に始まります。広い庭のある、この家に住む老婦人エレーヌ(エディット・スコブ)の誕生日を祝うために、3 人の子どもと孫たちが集まってきます。老婦人の叔父は有名な画家で、アトリエには叔父の作品をはじめ、交友のあった高名な画家の作品や、美術品的な価値のある家具で満たされています。楽しい誕生日パーティー、でも長女アドリエヌ(ジュリエット・ビノシュ)をはじめ長男、次男たちは、それぞれ社会的な成功を収めているものの、何らかの事情を抱えているようです。幸福な団欒の向こう側に、家族の崩壊を予感させる演出は、往年の小津安二郎の映画を思わせるものがあります。

1 年後、エレーヌは亡くなります。母の死を悼んでいる間もなく、相続の手続きが始まります。母の住まいであり、兄弟が幼少期を過ごしたアトリエ、叔父の残した作品群、コローヤルドンの絵画、ドガの彫刻、ブラックモンの花瓶等々、どれも家族にとっての思い出が詰まっています。しかし社会的にも価値があるこれらの品々を相続するには、莫大な相続税を支払わなければなりません。

思い出を残したい経済学者の長兄、経営上の資金のために相続財産を現金化したい次男、結婚を控えた長女…。となると、相続をめぐる兄弟の相克が描かれているように捉えられてしまうかもしれませんが、この映画の主題は「愛」に集約されると思います。エレーヌの死後、ややミステリアスな、彼女の叔父への愛も明らかになってきま



© 2008 MK2 SA-France 3 Cinema

す。子や孫たちを巡るエピソードを通じて兄弟への愛、家族への愛、さらにはそれらをベースとして、みんなが共通の時間を過ごした田舎のアトリエ、そこにある家具、調度、美術品への愛が、淡々と描かれていきます。主演のジュリエット・ビノシュをはじめ出演者の演技も素晴らしく、また撮影を担当したエリック・ゴージェエによる映像は、観客をまるで絵画の中に入り込んだような気持ちにさせるでしょう。さらに、この映画に深い奥行きを与えているのが、家具や絵画、彫刻の素晴らしさです。それも道理で、本作品はオルセー美術館開設 20 周年記念として製作されたため、画面に溢れる背景の美術品のほとんどが美術館に所蔵されている本物、あるいは美術館の監修した精密なレプリカなのです。机や椅子が、美術館にただ展示・陳列されている姿ではなく、実際に使われている姿で現れます。

老婦人エレーヌ役のエディット・スコブは、かつて『顔のない眼』で、事故により顔面に障害を持った少女を演じた懐かしい名優です。老いた家政婦を演じるイザベル・サドワイヤンの演技も見逃せません。この 2 人の老優の名演も、この映画を上質なものにしています。夏のひととき、心を爽やかにしてくれる映画です。(桜山豊夫)



医療観察法と判例の運用状況

明治学院大学法学部教授 山本 輝之

目次

- I はじめに
- II 医療観察法の制定経緯
- III 手続の概要
- IV 判例の運用状況

I はじめに

(1) 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。これは、殺人、放火、強盗、強姦、強制わいせつ、傷害という重大な他害行為(以下、「対象行為」という)を行ったが、不起訴処分となった心神喪失者、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、これらの者を「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き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および指導を行うことによって、その病状の改善およ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(1条)。

(2) 厚生労働省のホームページにある「医療観察法にかかる申立等の状況」(施行～平成21年3月1日までの状況)⁽¹⁾によると、この法律の施行から2009年3月1日まで、検察官による申立てが相当数なされ、それに対する各地方裁判所による決定例も相当数出されているようである。しかし、それについて判例集その他の公刊物に登載されたものは見当たらない⁽²⁾ため、地方裁判所の判断の具体

(1) それは、〈HYPERLINK "<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/sinsin/kettei.html>"<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/sinsin/kettei.html>〉でみることができる。

(2) もっとも、これまでも、実際に医療観察法の事件を担当された裁判官がその地方裁判所での運用状況について記述されたものは存在する(たとえば、三好幹夫「心神喪失者等医療観察法施行後2年後の現状と課題について」判例タイムズ1261号(2008年)25頁以下、並木正男・西田真基「大阪地方裁判所における『心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律』(以下「医療観察法」という)施行後の事件処理状況」判例タイムズ1261号(2008年)36頁以下)。しかし、そこで紹介されている具体的な判例の内容は、公刊されていない。

的内容についてその詳細を知ることはできない。もっとも、地方裁判所の決定に対して抗告がなされたもののいくつかについては、公刊されているものが存在する。そこで、本稿では、この法律の制定経緯・手続の概要を説明したうえで、前述した厚生労働省のホームページおよび公刊されているものに基づいて、本法に関する判例の運用状況の概要を紹介することとする。

II 医療観察法の制定経緯

(1) 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、精神保健福祉法25条、29条に基づいて、検察官の通報により、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、現在の措置入院制度は、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⁽³⁾。

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、治療および

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、薬物依存など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⁽⁴⁾。

その後、1981年には、法務省が、保安処分を治療処分のみに限定し、その対象者を、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、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、1987年に、当時の精神衛生法を改正して、精神保健法を制定した。この改正は、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ものであった。このような状況において、触法精神障害者に

(3) 近時のものとして、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として——」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——高度に危険な犯罪者に対する刑事政策は如何にあるべきか(2003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」精神神経誌102号(2000年)15頁以下など。

(4) 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。

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って挫折した。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、とりわけ、日本精神病院協会（当時）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。

(2) このような状況のなかで、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、大阪教育大学附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ものの、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遽「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。

Ⅲ 手続の概要

この法律が規定する手続の概要は以下のようなものである⁽⁵⁾。

(1) 処遇の申立て

① 検察官による処遇の申立て

まず、対象者について、検察官が地方裁判所に対して処遇の要否・内容を決定することの申立てを行う（法33条）。その要件は、1)対象者が法2条2項に規定された対象行為を行ったこと、2)対象者が心神喪失、心神耗弱と理由として不起訴処分となったこと、または裁判において心神喪失によって無罪判決が確定したこと、あるいは心神耗弱により自由刑の執行を免れたことである（法2条3項）。

検察官は、対象者が以上の申立ての要件を満たす場合には、原則として、地方裁判所に対し、法42条1項の決定を行うことを申立てなければならない。法42条1項の決定とは、1)入院による医療を受けさせる旨の決定、2)入院によらない医療を受けさせる旨の決定、3)この法律による医療を行わない旨の決定である。

② 鑑定入院命令

検察官の申立てを受けた地方裁判所の裁判

(5) 詳細については、山本輝之「処遇の申立てと審判手続」松下正明総編集・司法精神医学5巻 司法精神医療(2006年)120頁以下参照。

官は、原則として対象者について鑑定入院を命じなければならない(法34条1項)。これは後述の鑑定命令とは異なることに注意する必要がある。この命令は、判事補1人で発することができる(法34条6項)。

鑑定のための入院期間は命令が執行された日から起算して2ヶ月であるが、必要があると認めるときは、裁判所の決定により、通じて1か月を超えない範囲で延長することができる(法34条3項)。

③ 鑑定命令

裁判所は、原則として、対象者について、精神保健判定医またはこれと同等以上の学識を有すると認める医師に鑑定を行うことを命じなければならない(法37条1項)。

鑑定すべき事項は、1)対象者が精神障害者であるか否か、2)この法律による医療を受けさせる必要があるか否かという2点である(法37条1項)。

④ 生活環境調査

裁判所は、保護観察所の長に対し、対象者の生活環境の調査を行うことを求めることができる(法38条)。

(2) 裁判所による審理

① 審判の構成

審判は、1人の裁判官と1人の精神保健審判員からなる合議体により行われる(法11条)。さらに、本法は、特に必要がないと認められる場合を除いて、精神保健参与員(精神保健福祉の専門家)を審判に関与させ、処遇の要否・内容についての意見を聴くこととしている(法36条)。

② 裁判所による呼出状、同行状の発付・執行・出頭命令、付添人の選任

地方裁判所は、審理をするにあたり、対象者に対し呼出状、同行状を発することができる(法26条1項)。また、裁判所は、検察官の申立てがあった場合には、弁護士である付添人を必ず付けなければならない(法35条)。

③ 対象者の鑑定、保護観察所による生活環境の調査・報告

前述した鑑定を行った医師は、鑑定結果等を裁判所に報告しなければならない(法37条3項)。また、裁判所は、保護観察所の長に、対象者の生活環境調査委の結果の報告を求めることができる(法38条)。

④ 審判期日の開催

裁判所は、法33条1項の申立てがあった場合は、原則として、審判期日を開かなければならない(法39条1項)。この審判期日において、裁判所は、当該対象者及び付添人から意見を聞かなければならない(法39条3項)。

⑤ 処遇の決定方法

合議体の裁判の決定は、裁判官と精神保健審判員との意見が一致したところによる(法41条)。

⑥ 決定内容

これには、以下の3つのものがある。

第1は、申立て却下の決定である(法40条1項)。これは、不起訴処分とされた対象者について、1)対象行為を行ったとは認められない場合、または2)心神喪失者および心神耗弱者のいずれでもないと認める場合である。1)の決定が確定した場合には、検察官は、あらためて起訴したり、申立てを行うことはできない(法46条1項)。これに対して、2)の場合には、検察官は、あらためて起訴することができる(法46条2項)。

第2は、心神喪失者として不起訴処分になった対象者について、心神耗弱者と認めた旨の決定である。検察官が心神喪失者と認めて不起訴処分にした対象者について、裁判所が心神耗弱であると判断した場合には、裁判所はその旨の決定をし、検察官にもう1度起訴するか、申立てを行うかの判断を求めることになる(法40条2項)。

第3は、処遇の要否・内容の決定である。それには、1)入院による医療を受けさせる

旨の決定、2)入院によらない医療を受けさせる旨の決定、3)この法律による医療を行わない旨の決定がある(法42条1項)。

1)、2)の決定を行うには、ア)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招待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、イ)その精神障害が治療可能性のあるものであること、ウ)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・現実的可能性があること(社会復帰阻害要因)という3つの要件を満たす必要があるというのが、実務の前提である(6)。

なお、イ)の治療可能性のほかに、「治療反応性」という概念も用いられている。精神医療関係者は、この両者の関係について、「対象者の精神障害が、治療可能性がないものである場合、医療観察法による医療の対象にはならない。対象者の治療可能性を医学的に検証するにあたっては、対象者の罹患している精神疾患の性質や医学的重症度など(以下、疾病性という。)を評価することと、対象者の精神障害が医学的治療にどのように反応するか(以下、治療反応性という。)を評価することが必要である」と説明されている(7)。

⑦ 処遇決定の効力

1)の決定がなされた対象者には、指定入院医療機関で医療を受ける義務が生じる(法43条1項)。入院期間の上限は、法律には規定されていないが、「入院処遇ガイドライン」(8)によると、おおむね18カ月で退院を目指すとされている。

2)の決定がなされた対象者には、指定通院医療機関で医療を受ける義務が生じることになる(法43条2項)。その期間は原則として3年で、2年まで延長が可能であり、最長5年が上限であると規定されているが、「通院処遇ガイドライン」(9)によると、25か月～36ヶ月を目標とするとされている。この通院期間中は、保護観察所に所属する社会復帰調整官による観察に付され(これを「精神保健観察」という)、継続的に医療を受けることを確保するため、その通院の状況や生活の状況を見守り、必要な指導が行われることになっている(法106条)。また、この場合、精神保健福祉法上の入院を併用することも可能である(法115条)。

(3) 入院継続・退院許可、再入院の申立て

入院医療機関の管理者は、対象者について入院継続の必要がある場合には、入院決定の日から6カ月が経過する日までに、地方裁判所に対して入院継続の確認の申立てをしなければならない(法49条2項)。これに対して、指定入院医療機関の管理者が対象者について入院継続の必要があると認めることができなくなった場合には、地方裁判所に対して退院の許可を申し立てなければならない(法49条1項)。

保健観察所の長は、通院処遇にある対象者について再入院の必要があると認めるにいたった場合には、地方裁判所に対して再入院の申立てをしなければならない(法59条1項)。その要件は、1)保護観察所の長が対象者について入院させて治療を行う必要があると認めた場合、2)対象者が義務付けられた医療

(6) 最高裁判所事務総局編『「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』(2005年)169頁以下参照。

(7) 村上優「医療の必要性に関する鑑定」平成18年度 司法精神医療等人材養成研修会教材集(2006年)83頁。

(8) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課長通知障精発第0714002号参照。

(9) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課長通知障精発第0714002号参照。

を受けない場合、または3)対象者が守るべき事項を守らない場合である⁽¹⁰⁾。

(4) 抗 告

以上のようになされた決定に対して不服があるときは、高等裁判所に抗告を行うことができる(法64条)。これをできる者は、対象者、保護者、付添人、検察官、指定入院医療機関の管理者、保護観察所の長である(法93条)。なお、抗告には、執行停止の効力はない(法69条)。また、高等裁判所の決定に不服がある場合には、再抗告を最高裁判所に行うことができる(法70条)。

IV 判例の運用状況

(1) 地方裁判所における運用状況

前述したように、地方裁判所での処遇決定については、公刊物などで紹介されたものは見当たらないため、その詳細は明らかではないが、厚生労働省ホームページによると⁽¹¹⁾、医療観察法の施行から2009年3月1日までの申立件数とそれに対する地方裁判所での決定件数の概要は、以下のとおりである。

申立件数は、1,379件であり、それに対する決定件数の合計は、1,311件である。その内訳は、①入院決定が、799件(60.5%)、②通院決定が、244件(18.5%)、③不処遇決定が、224件(17.0%)、④申立却下が、44件(3.3%)である。さらに、医療観察法の申立てを

通じて、裁判所で心神耗弱と認められ、検察官が申立てを取り下げたものが、10件、現在鑑定入院中であるものが、58件である。また、退院許可の件数は、304件である。

法律施行当初においては、初回審判において、通院決定(これは、「いきなり通院」とよばれている。)を言渡す事例が多く、入院決定と通院決定の比率はおおむね2対1であるとされていた⁽¹²⁾。しかし、最近では、入院決定の比率が増加し、それと通院決定の比率はおおむね3対1となっている。もともと、各地方裁判所ごとにみると、その比率は大きく異なるようである。たとえば、東京地方裁判所では、入院決定が90であるのに対し通院決定は12であるが、大阪地方裁判所では、入院決定が47であるのに対し通院決定が33となっている⁽¹³⁾。

(2) 抗告審における運用状況

高等裁判所、最高裁判所に抗告された事件に関する判例について、公刊物に登載されたものがいくつかある⁽¹⁴⁾。

① 対象行為に当たるか否かを判断する際の対象者の主観的要素の認定方法

これに関するものとして、最決平成20年6月18日刑集62巻6号1812頁がある。これについては、安田拓人教授が後に詳述される。

② 医療の必要性

これに関するものとして、最決平成19年7

(10) もともと、実際には、再入院についての手続きなどに時間がかかることなどから、通院処遇の枠内で、精神保健福祉法における入院が行われることが多いようである。(11) 前注(1)のURLを参照。

(12) 山上皓「医療観察制度の現状と課題」精神医学50巻11号(2008年)1045頁参照。

(13) 各都道府県の地方裁判所における入院決定数・通院決定数の状況(施行～平成21年3月1日までの状況)は、HYPERLINK "http://www.wam.go.jp/"http://www.wam.go.jp/のホームページでみることができる。

(14) また、最近、鑑定入院命令に対する取消し請求に関する最決平成21年8月7日裁判所HP(TKC25441038)が出された。その事案の詳細は明らかではないが、最高裁判所は、本件抗告は、医療観察法72条3項、刑訴法433条の抗告理由に当たらない、として、抗告を棄却したうえで、「なお書き」で、「職権により判断すると、鑑定入院命令が発せられた後に鑑定入院の必要がなくなったことなどの事情は、法72条1項の鑑定入院命令の取消し請求の理由には当たらないものの、裁判所は、鑑定人の意見を聴くなどして鑑定入院命令が発せられた後に法による医療を受けさせる必要が明らかでないことが判明したときなど、鑑定入院の必要がないと判断した場合には、職権で鑑定入院命令を取り消すことができ、対象者、保護者又は付添人は、その職権発動を促すことができるものと解するのが相当である」と判示した。

月25日刑集61巻5号563頁がある。これについては、後に、林美月子教授が詳述される。

③ 「対象行為を行った際の精神障害」の意義

これについては、福岡高決平成18年1月27日判タ1255号345頁がある。その事案は、対象者が、家族と同居中の居宅に火を放ったとして、現住建造物放火を行ったというものである。検察官は、対象者が本件行為当時心神喪失の状態にあったとして不起訴とし、医療観察法33条1項に基づく申立てを行った。原審が入院決定を行ったのに対し、付添人が、法42条1項の「対象行為を行った際の精神障害」とは、単なる病名（統合失調症など）ではなく、対象行為と密接に関連する、より具体的な精神症状（たとえば、幻覚妄想等の症状）を指すと解すべきところ、対象者には、対象行為を行った際の精神症状である幻覚妄想状態に支配された状態や非現実的な思い込みの状態が残存していないことは明らかであって、医療の必要性が消失しており、入院をさせる旨の決定をした原決定は、法42条1項の解釈・適用を誤っている、として抗告した。

これに対し、福岡高裁は、「法42条1項の『対象行為を行った際の精神障害』には、基本となる精神疾患のほか、それから派生する精神症状も含まれると解される」としたうえで、対象者には、上記のような精神症状がなお残存しているとして、法42条1項1号の入

院医療の必要があるものと判断した原決定は、法42条1項の解釈を誤ったものとも、その適用を誤ったものともいえない、と判示して、抗告を棄却した⁽¹⁵⁾。

④ 入院処遇決定の要件の判断

東京高決平成17年12月8日東高刑時報56巻1=12号94頁（TKC28135053）がある。その事案は、対象者が、ガソリンスタンドからガソリンを強取しようとして企て、ガソリンスタンドの店員に対し、包丁（刃体の長さ約18.2センチメートル）を示し、「ガソリン入れな。本気だよ。」などといって脅迫し、ガソリン40.5リットル（販売価格5,508円）を強取した、というものである。原審が入院決定を行ったのに対し、付添人が、原決定には、重大な事実誤認がある、また、重大な事実の誤認がないとしても、原決定時には、対象者の症状は相当程度改善し、父親の援助や継続的な観察が見込める状況になることのほか、指定入院医療機関が遠隔地にあって家族との面会等が不便であることを併せ考慮すると、治療のためには通院で十分であるから、原決定の処分は著しく不当である、などと主張して抗告した。

これに対して、東京高裁は、事実誤認の主張を排斥し、以下のように判示して、抗告を棄却した。医療観察法42条1項「各号所定の処遇の要否及び内容に係る3種類の決定については、その判断の前提となる事実認定と各決定とが対応関係にあるものとしていわば1

(15) 法務省および厚生労働省の立案関係者による解説によると、「『対象行為を行った際の精神障害』とは、本法の対象者は対象行為を行った当時心神喪失又は心神耗弱の状態にあったものであるが（第2条3項）、こ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」をい[う]とされている（最高裁判所事務総局編・前注(6)169頁）。これに対して、本決定は、それには、基本となる精神疾患のほか、それから派生する精神症状も含まれるとしている。本決定の趣旨はそうではないと思われるが、もし、これが対象行為を行った際の精神障害の存在を認めるためには、基本となる精神疾患と対象行為の原因となった具体的な精神症状の両方の存在が必要であるという趣旨であるならば、妥当ではないであろう。なぜならば、そのような理解によると、たとえば、統合失調症において、「殺せ」という命令性の幻聴があったことが対象行為の重大な原因であったという場合、治療によりこの幻聴が消失しさえすれば、本法による医療を行うことはできないということとなるが、当該対象者について、統合失調による他の症状が重度であって、それによって同様の行為を行う具体的・現実的可能性がある場合には、なお、本法による医療の必要性を認めるべきだからである。

対1で結び付いており、裁判所の裁量を働かせる余地がないため、事実の誤認を論ずる余地はあるものの、処分の不当を論ずる余地はないものといわなければならない」としたうえで、「この事実認定に基づいて入院決定をした原審の判断については、処分の不当を論ずる余地はない」と判示した⁽¹⁶⁾。

⑤ 治療反応性

これについては、入院継続の是非を判断する際の治療反応性の判断に関する東京高決平成18年8月4日東高刑時報57巻1=12号35頁(TKC28145026)がある。その事案は、対象者は、傷害2件を行い、それに対して、検察官がその対象行為当時、対象者は心神耗弱であったとして不起訴とし、また、傷害1件について、その対象行為当時、対象者は心神喪失であったとして不起訴として、医療観察法33条1項に基づいて申立てを行った、というものである。

これについて、横浜地裁は、対象者について、入院決定を行った。その後、指定入院医療機関甲病院の管理者(病院長)Aが、東京地裁に対し、対象者につき、医療観察法による医療の終了を求める退院の許可を申し立てたが、東京地裁が退院許可の申立てを却下したため、Aが東京高裁に抗告した。

東京高裁は、「退院許可の申立時におい

て、対象者は、人格障害と診断され、統合失調症及び感情障害圏の障害に罹患している可能性はなく、人格障害についての治療反応性は極めて低いことが認められ、ひいては医療観察法による医療必要性は存在しないといわざるを得ない」としたうえで、以上の事実を認定しなかった原決定は、指定入院医療機関の管理者の意見を基礎とするといえるかは疑問であり(医療観察法51条1項)、原決定は、合理性、妥当性を有する指定入院医療機関の管理者の意見、すなわち、対象者は、現在、人格障害と診断されること、その治療反応性は極めて低いことを認定しなかった点において、重大な事実の誤認を犯している、と判示して、原決定を取消し、原裁判所である横浜地裁に差し戻した⁽¹⁷⁾。

⑥ 社会復帰の妨げとなる同様の重大な危害行為を行う具体的・現実的可能性

これに関するものとしては、前述した福岡高決平成18年1月27日がある。原審の入院決定に対し、付添人が、医療を受けさせる旨の決定を行うには、同様の行為を行う具体的・現実的な可能性が必要であるのに、原審における鑑定人が、年単位のスパンで判断される同様の行為を行う可能性をもって処遇要件と解したことは、法42条1項の解釈・適用を誤っている、として抗告した。

(16) これについて、法務省および厚生労働省の立案関係者も、法64条1項に抗告理由として規定されている「『処分の著しい不当』とは、通院期間延長決定(第56条第1項第1号、第61条第3項)において裁判所が定めた延長期間が著しく不当に長い、又は短い場合をいい、例えば、通院決定をするべきであるのに入院決定をしたとして抗告をする場合には、『処分の著しい不当』を理由とするのではなく、『重大な事実の誤認』を理由とすることとなる」として、この決定と同じ説明をされている(最高裁判所事務総局編・前注(6)251頁)。

また、付添人の主張にあるように、指定入院医療機関が遠隔地にあつて家族との面会等が不便であるという理由だけで、通院決定をすべきであるというのは、対象者に対して社会復帰のための適切な医療を提供するという医療観察法の目的からいって妥当ではない。たしかに、これまで指定入院医療機関が十分整備されていない現状において、裁判所がそのようなことを考慮して通院決定を選択しているのではないかという指摘もある。しかし、もしそのようなことがあるとすれば、それはあくまでも緊急避難的措置であり、本来妥当なものではない(安田拓人「一 心神喪失者等医療観察法による医療の必要性と精神保健福祉法による医療との関係(①事件) 二 対象者が幻覚妄想状態(心神喪失状態)で行った行為の心神喪失者等医療観察法対象行為該当性判断における対象者の認識や意図の認定方法(②事件)」判例評論603号(判例時報2033号)26頁、三村美緒「裁判所からみた医療観察法による審判手続の現状」法律のひろば59巻12号(2006年)21頁など参照)。このような問題を解決するためにも、指定入院医療機関の拡充・整備が早急に必要である。

これに対し、福岡高裁は、この法の立法趣旨などからみて、対象者について、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・現実的な可能性は、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（同法29条）の際の入院の必要性の判断の場合よりも長い期間を念頭において判断されるものと解するのが相当である、としたうえで、「その期間は、事案によっても異なり、

一律に特定できるような性質のものではなく、ある程度幅のあるものと考えられるから、措置入院の際の入院の必要性の判断の場合よりも長い年単位のスパンで、本件における前記の同様の行為を行う具体的・現実的な可能性を判断したという原審鑑定人の判断が、法42条1項についての誤った解釈に基づく判断であるとは……いえない」と判示して、抗告を棄却した⁽¹⁸⁾。

(やまもと・てるゆき)

(17) 本決定のように、人格障害については治療反応性が極めて低いとして一律に医療観察法による医療の必要性が存在しないとするは妥当ではないように思われる。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など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、とする精神医療関係者の指摘もある（田口寿子「心身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）。医療観察法の医療は、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。しかし、対象者について同様な行為を行うことを防止し、その社会復帰を実現するために適切な医療を施すことが必要な者は、統合失調症患者に限られるわけではない。とりわけ、人格障害者、知的障害者などについて、「治療反応性」の点から、本法の医療の必要性の有無が問題とされているが、診断名の如何にかかわらず、適切な精神医療を施すことが必要な者に対しては、本法による医療を施すべきであって、診断された精神障害の種類によって一律に本法の医療の必要性がないとするは妥当ではないように思われる。現在の治療体制および病棟のスペースなどが統合失調症以外の病態に対応できないとすれば、今後早急に、他の病態の治療に対応できるよう、治療体制の整備などを行う必要があるように思われる。

(18) 本決定は、医療観察法における処遇の要件の一つである、対象者について、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・現実的可能性の判断について、措置入院の際の入院の必要性の判断の場合よりも長い年単位のスパンで判断すべきであるということを明示的に判示したはじめてのものであると思われる。従来から、「他害のおそれ」という措置要件は、退院させたら、すぐに人を襲う危険と解釈され、将来、どこかで再び犯罪を行うかもしれない危険とは考えられていない、そのため、重大な犯罪行為を行った精神障害者であっても、治療により幻覚・妄想などがコントロールされ、症状が安定し、そのような他害のおそれが消失した場合には、退院させざるを得ない、という指摘が精神医療関係者からなされており（小田晋＝山上皓＝五十嵐禎人＝山内俊雄「特集・司法精神医学の今日的課題【座談会】司法精神医学の発展のためにどうすべきか——教育的視点を中心に」精神医学44巻6号（2002年）641頁〔小田発言〕参照）、そのため、従来の措置入院制度は、重大な犯罪を行った精神障害者の再犯防止のためには活用されていなかったとされている（町野教授は、このことと検察官の起訴裁量権との狭間のなかに、精神障害者の犯罪は消えて行く、と指摘されていた。町野朔「『措置入院』——精神医療と刑事司法に関するメモ」ジュリスト1208号（2001年）4頁）。このような精神障害者に対する医療が適切になされてはいなかったという点も、医療観察法を制定する一つの要因であったと思われる。このようなことからするならば、本決定の判断は妥当であるということになる。

特集

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—

山本輝之

Key Words

心神喪失者等医療観察法, ポリス・パワー, パレン
ンス・パトリエ, 責任能力, 治療反応性

1 はじめに

(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きなど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および指導を行うことによって、その病状の改善およ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(医療観察法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関わらず、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^{1,2,4,5)}。

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、治療およ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、薬物依存など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

Various legal problems of the Act for the Medical Treatment and Supervision of Insane and Quasi-insane Persons who Caused Serious Harm

YAMAMOTO Teruyuki 明治学院大学法学部 [〒108-8636 東京都港区白金台 1-2-27]

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³⁾。

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を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科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って挫折した。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科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さまざまな観点から協議・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、精神科病院に入退院を繰り返していたAが、大阪教育大学附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、そのとき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遽「法律案」が作られ、2003年7月に、医療観察法が制定・公布され、2005年7月から施行された。

本稿は、この法律をめぐるこれまで指摘されてきた問題のいくつかを取り上げ、理論的な整理を行うことを目的とするものである。わが国で指摘されている問題の多くは、アメリカ、カナダをはじめとする諸外国においてもこれまで議論の対象となってきたものであると思われる。

2 医療の強制の根拠

(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た。わが国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る。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⁶⁾。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のである。

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。確かに，それはある程度は可能かもしれないが，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ように思われる。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。

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，対象者に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。医療観察法が，法案の段階では，対象者に対して処遇をいい渡すことが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と思われる。

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，検察官に極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し立ての仕組みもこれに全面的に依拠している。同法の対象者は，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，医療観察法の申し立てを行うのも，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，検察官だけが有しているのである。

(2)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、この簡易鑑定レベルにばらつきがあるという指摘もある。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批判も強く出されているところである。さらに、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。

(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、例えば、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⁷⁾。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 責任能力処置の申し立てとのリンクは必要か

(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し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し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なり立っており、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のである。

しかし、精神障害者の将来の犯罪を予防し、彼の社会復帰を可能と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、責任能力の有無に関わらず、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と思われる。

(2)また、以上のことと関連して、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残っている。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し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⁸⁾。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 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一般的に理解されている。そして、この治療反応性は、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パーソナリティ障害者、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ということである。例えば、現実には、パーソナリティ障害、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、完全責任能力または心神耗弱とされ、結局は刑務所に行く例が多いものと思われるが、刑務所においては心理プログラムなど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、カナダなどにおいては、パーソナリティ障害者

に対しても積極的に治療を実践しているようである。また、わが国の精神医療関係者の中でも、知的障害、器質性精神障害者、パーソナリティ障害者も含めて、「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、という考えが主張されている⁹⁾。

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医療的な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。

参考文献

- 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—高度に危険なパーソナリティ障害犯罪者に対する刑事法上の対応を中心にして。現代刑事法3巻：64，2001
- 2) 加藤久雄：人格障害犯罪者と社会治療。成文堂，東京，p3，2002
- 3) 大谷 實：保安処分の現状と論点。ジュリスト772：16，1982
- 4) 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11：1037，1996
- 5) 山上 皓：我が国における触法精神障害者処遇の現状と問題点。精神誌102：15，2000
- 6) その詳細については、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頁以下を参照
- 7) 町野 朔：『与党PT案』をのぞく。日本精神病院協会雑誌21（2）：165，2002
- 8) 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。

- 9) 例えば、東京都立松沢病院の田口寿子先生は、確かに、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など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、

今まで通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『心身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。

Summary

Various legal problems of the Act for the Medical Treatment and Supervision of Insane and Quasi-insane Persons who Caused Serious Harm

YAMAMOTO Teruyuki

In Japan the 'Act for the Medical Treatment and Supervision of Insane and Quasi-insane Persons who Caused Serious Harm' was enacted in July 2003, and has been in effect since July 2005.

The act establishes a new judicial system to enable courts to decide appropriate treatments for persons who commit murder, arson, rape, indecent assault, robbery and bodily injury in a state of insanity or quasi-insanity, and sets out provisions to promote the appropriate and continuous treatment for them.

The act had started for the past few years. Evidences clearly brought out threw legal problems into relief. They will be considered in my paper.

特集

司法精神医学の現在—北米と日本—

触法精神障害者の地域ケアはいかにあるべきか

松原 三郎

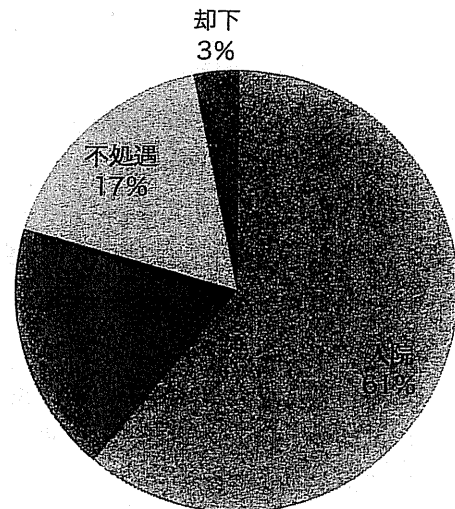
Key Words

医療観察法, 指定通院医療機関, 処遇の実施計画

1 はじめに

厚生労働省の報告では、2010年3月1日の時点では、1,702件の医療観察法の申し立てが行われている。取り下げられた10件と鑑定中の73件を除く1,619件の審判の状況は図1に示すとおりである。ここでは、入院決定と通院決定の比は約3対1である。さらに、入院決定を受けた対象者のうち同日までに退院許可を受けた者は517人に達している。

他方、法務省保護局の報告では、2009年12月31日の時点では、381人が退院許可を受けており、通院決定の286人と合わせると667人が通院処遇に移行しているが、このうち、108人(16.2%)が処遇終了、64人(9.6%)が期間満了、9人(1.3%)が再入院となっている。結果として、486名が同時点で通院処遇を受けていることになる。処遇終了者のうち13人が死亡(必ずしも自殺ではない)また、10人において、3年間から5年間への通院処遇の延長が行われている。さらに、再他害行為(必ずしも前回と同一の他害



1,619 件の審判結果 (2010年3月1日)

図1 医療観察法の申し立てなどの状況

行為ではない)は4例(0.8%)があげられている。

2 医療観察法による通院・地域処遇の成果について

過去4年以上にわたる医療観察法の施行状況を見ると、再入院の発生や再他害行為の発生率は、これまでの措置入院制度と比較すると、その成果は極めて大きいのではないかと推定され

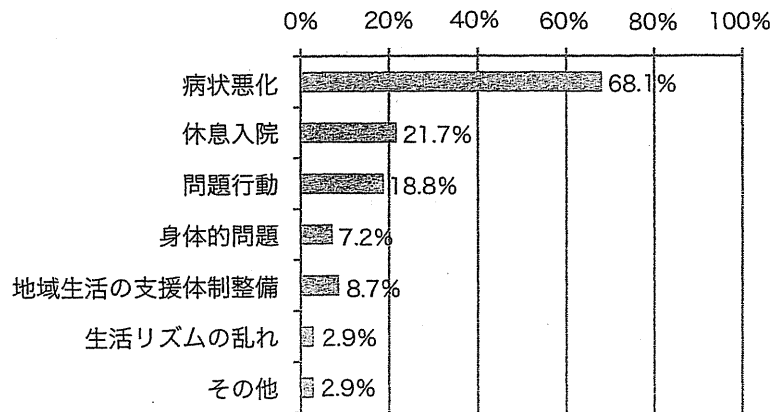


図2 経過中入院の理由

る。

厚生労働科学研究吉川班(2009年度報告)で行われた「指定通院医療機関におけるモニタリングに関する研究」の報告書²⁾をみると、通院処遇中の対象者について各指定通院医療機関から匿名で回答が得られた267人のうち、137人(51.3%)が通院処遇の途中でなんらかの精神保健福祉法による入院を行っている。処遇中の問題行動(19項目)の発生は、軽微な物も含めて116人(43.5%)において認められるが、重大と思われる問題行動(対人的暴力行動, 対物的暴力行動)は44人(21.4%)であった。また、直接通院と移行通院対象者間で比較すると、わずかに直接通院患者の方が問題行動の発生は多かった。この結果を見ると、指定通院医療機関への一時的な入院や、事件にまでは至らない問題行動の発生は、比較的多く認められるが、前節で示した、「再入院(1.3%)」や「再他害行為(0.8%)」にまで至る者は極めて少なく、それ以前に指定通院医療機関・保護観察所(社会復帰調整官)・地方行政機関(保健所等)が一体となって対応が図られていることを示唆している。

厚生労働科学研究中島班(2009年度報告)のうち、松原分担研究が行った指定通院医療機関に対するアンケート調査では、246人の通院対象者に関するデータが得られているが、通院の経過途中(通院開始時を除く)に精神保健福祉法による入院を経験または入院中である対象者

は29.4%であり、その68.1%が病状の悪化を理由としている(図2)。そして、現時点での総合的な評価は、「おおむね安定(71.2%)」、「やや不安定(23.9%)」、「かなり不安定(5.0%)」であり、比較的安定した通院対象者が多いことが分かる。また、通院処遇が終了した対象者118人では、41.0%が3年間の満期で終了しており、42.7%が短縮して終了している。さらに、処遇終了者の94.8%が通院を継続しており(うち、他院へ転院17.5%)、医療の継続性に良好な結果を示していることも示されている。

筆者は1996～2005年までの10年間に自院で措置入院を行った40名について分析を行ったが³⁾、40名のうち17名(42.5%)については、重大な他害行為を起こしており、医療観察法に該当すると思われる事例であった。また、5名(12.5%)は薬物依存、パーソナリティ障害などのために重大な他害行為はあっても医療観察法に該当しない者として除外した。17名のうち、6名(35.2%)は入院が継続していた。退院した11名についてみると、4名(36.4%)が良好に社会適応し通院も行われていた(経過良好群)。1名(9.0%)が入退院を繰り返し、6名(63.6%)が通院を中断している。このように、退院困難群が35.2%に達し、さらに、退院後の治療中断が63.6%にも及んでいた事実と比較すると、現在の医療観察法の医療によって回復が図られ、さらに、通院においては、その継続が図られてい

る点での成果は明らかである。

3 通院医療における成果の要因について

通院医療で示されたこれらの成果の要因として、(1)ケア会議が開かれ、「指定通院医療機関の多職種チーム」と「保護観察所社会復帰調整官」、さらには、「地域行政機関」などが関わることで、手厚い処遇が行われていること、(2)法に基づいて、対象者には「医療を受ける義務」が課せられていること、の2つが挙げられる。このうちのいずれがより大きな要因になったかは不明であるが、いずれもが大きな成果に繋がっていると言える。

1. 多機関・多職種によるケア体制の効果

医療観察法第104条では、保護観察所が指定通院医療機関や地域の行政と協力して「処遇の実施計画」の策定を求めている。医療観察法第106条では、保護観察所が指定通院医療機関や地域の行政から報告を求めるなどして、対象者が「医療を受けているか否か」、「その生活の状況」を見守る精神保健観察を規定している。さらに、医療観察法第108条では、処遇の実施計画が適正かつ円滑に実施されるように、指定通院医療機関、地域行政、さらには、関係機関間の緊密な連携を求めている。医療観察法はこのように多機関・多職種の緊密な連携を求めており、多機関がケア会議に参加することが求められ、「処遇の実施計画」の実施に協力することが求められている。

わが国の地域精神医療においては、①地域内の居住施設の極端な不足、②訪問看護など医療保険に基づくアウトリーチサービスの不足、③就労訓練やデイサービスなどの福祉的サービスの不足などが挙げられてきた。このような社会資源の不足した状況にあっても、常にケアマネジメントの重要性が指摘されてきた。しかし、それに対応する精神保健福祉サービスの不足が著しいために、その効果は疑問視されてきた。今回、医療観察法通院医療では、前記のように

大きな成果をあげているが、この要因の1つは、ケアマネジメントが法的に義務付けられ、さらに、多機関・多職種が緊密に連携して、「処遇の実施計画」のもとで、一体となって各種サービスを提供することが義務付けられたことである。法的に定められケアマネジメントの強力を改めて感ずる。多機関・多職種が総合的に緊密に連携すれば、ケアマネジメント型の包括的地域支援を可能にするといえる。

前記の松原分担研究によるアンケート調査では、ケア会議は月に1回の割合で実施されている。指定通院医療機関では、外来通院が78.8%において週に1回の割合で行われ、75.2%が訪問看護を利用し、49.5%がデイケアに通所をしている。すなわち、現状では、通院>訪問看護>デイケアの順で通院医療が提供されており、特に、訪問看護が中心的な役割を果たしていることが分かる。訪問看護はアウトリーチサービスの中心であるが、実際には、実施頻度は、週に1回(37.8%)が最も多く、これが、院内の多職種チームによって支えられている。すなわち、これまでの病院医療による地域精神医療とは異なって、医療観察法では、アウトリーチ中心の通院医療が行われているということが出来る(図3~5)。

2. 医療の継続が法によって義務付けられている効果

医療観察法第42条では審判による決定を示し、第2項では通院決定を規定している。さらに、医療観察法第43条2項では、「(通院医療の決定を受けた者)は、指定通院医療機関による入院によらない医療を受けなければならない」と規定されている。精神保健観察では、医療観察法第106条2項では「継続的な医療を受けさせるために必要な指導その他の措置を講ずる」とある。具体的には医療観察法第107条3項では、「保護観察所の長から出頭を求められた時にはこれに応ずること」と規定されている。さらに、医療観察法第59条では、保護観察所の長による「再入院の申し立て」の規定もある。このよう