

1, 2 か所に負担が集中」(2)「病院と地域の温度差がある」「連携のシステム化が必要」

○ケースの支援について

「ケースが罪を償っていないから犯した行為の重さがわかっていない、気持ちの整理ができていない。何らか償いがある」(2)「社会復帰と言いながら、再犯防止に視点がおかれる。本人の意向は?」「法に示されたようにきめ細やかな対応は難しい」「行為を起こす前の対応が十分できない」(2)「個別性が強い」「関係者の共通理解が深まる」「対象事例が多く、行政が負担」(3)「知的、発達障害ケース、てんかん、アルコールの事例は支援が難しい」(3)

「処遇困難な事例に対する丁寧な関わりをするには時間がない」(2)

○社会資源について

「介護給付の利用、ホームヘルパーが対応に困る」「病院、福祉系事業所の理解がなく、社会資源が使えない、もともと資源が少ない」(10)「ケアホームのある市の負担が大きい」(2)

「常時見守りのいるケースの住居」「社会資源がない」「交通費がかかる」

○司法機関との連携について

「社会復帰調整官の役割がわからない、安定するまで関わってほしい」(3)「終了後の対応、支援体制に不安、再発や連携が不十分」(6)「司法関係者に精神保健福祉法の理解が足りない」「社会復帰調整官の役割が大きい、多忙」(3)

○住民の理解について

「地域の理解が不足」(3)「警察が安易に 24 条通報する」「被害者支援、同じ町で生活するにあたって、被害者への配慮がある」(2)「前の居住地では難しい」(2)

○その他

「サービスの決定をする行政機関と居住地が

異なるとタイムリーに対応できない」「家族支援のマニュアル必要」(2)「法に載ると手厚い」[調査票 A まとめ]

昨年度より回収率が増加しており、保健所の医療観察法の事例に対する関心が高まっていることが推察される。回答者の約 9 割に支援経験があった。しかし、保健所の支援ケースの平均は 2.2 件であり、支援経験数は少ない。そのため、支援したケースによって回答内容が影響されることが考えられた。

共通評価項目については、「知っている」と回答したのは、5 割であったが、「活用した」は約 10%に留まった。しかし、活用した場合は、「役立った」との回答であった。

保健所がケース支援において、共有評価項目により必要な情報を得ることができたと考えられ、今後も積極的な活用を進める必要がある。指定通院医療機関からの情報提供に関して共通評価項目からの抜粋した項目で回答を求めたが、不必要とされた項目は無かった。特に症状、治療に関すること、キーパーソンに関する項目については、大いに必要とする件数が多く、再犯予防の視点からの情報が重要であると捉えていた。

司法関係機関との連携は、「ほとんど無い」、「全くない」が 20%を超えており、対象事例がないところでは、連携が進んでいない状況が窺われる。

地域処遇を進めていく上で必要なことは、日常の地域精神保健福祉活動の充実が最も多かったが、マンパワー不足や住民の理解、居住施設の問題等、課題が多い。医療観察法のケース対応では、治療の継続や危機対応等、「特別な対応が必要」とした保健所が 6 割あり、「特別な支援はいらない」との回答は 20%に満たなかった。

医療観察法のケースに関わる担当者の気持ちでも不安があるとの回答が6割あった。

昨年度改訂したハンドブックは、約40%が活用しており、保健所への適切な情報発信が重要である。自由記載についても、医療機関との連携、社会資源の問題、住民の理解を得ること等、個々のケース支援とともに、地域で継続したネットワークやシステム構築の必要性が示唆された。

II 調査票B

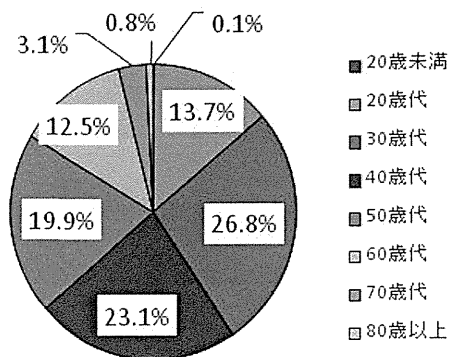
○処遇事例の概況

1) 全事例の概況

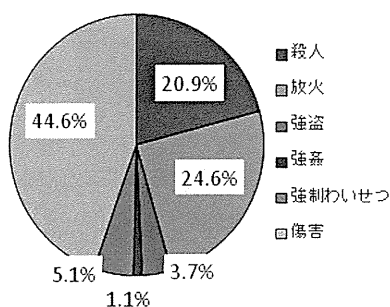
全事例数：785事例

(1)性別：男性577例(73.5%)、女性208例(26.5%)。

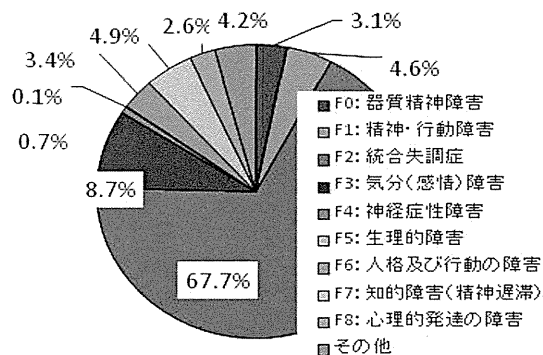
(2)年齢：多い順に30歳代が26.8%、40歳代が23.1%、50歳代が19.9%、20歳代が13.7%、60歳代が12.5%、70歳代が3.1%、80歳代が0.8%、20歳未満が0.1%。



(3)対象行為(複数回答)：多い順に「傷害」が44.6%、「放火」が24.6%、「殺人」が20.9%、「強制わいせつ」が5.1%、「強盗」が3.7%、「強姦」が1.1%。

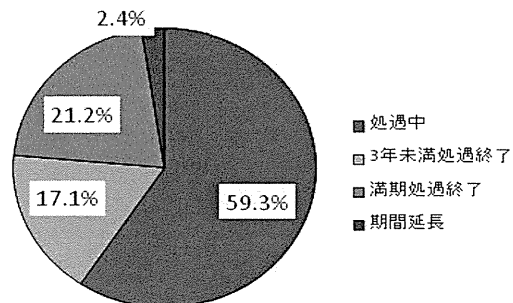


(4)主たる診断名(複数回答)：多い順に「F2 統合失調症」が67.7%、「F3 気分(感情)障害」が8.7%、「F6 人格及び行動の障害」が4.9%、「F1 精神・行動障害」が4.6%、「F7 知的障害」3.4%、「F0 器質精神障害」が3.1%、「F8 心理的発達の障害」が2.6%、「F4 神経症性障害」が0.7%、「F5 生理的障害」が0.1%、「その他」が4.2%。

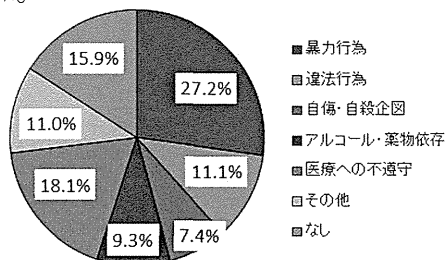


(5)当初審判の状況：入院が76.9%、通院が23.1%。

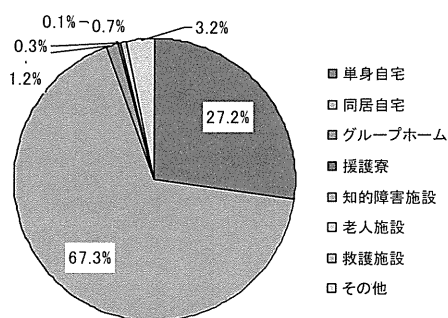
(6)処遇状況：多い順に「処遇中」が59.3%、「満期処遇終了」が21.2%、「3年未満で処遇終了」が17.1%、「期間延長」が2.4%。



(7)処遇前の問題行動の有無(複数回答)：多い順に「暴力行為」が27.2%、「医療への不遵守」が18.1%、「なし」が15.9%、「違法行為」が11.1%、「アルコール・薬物依存」が9.3%、「自傷・自殺企図」が7.4%、「その他」が11.0%。

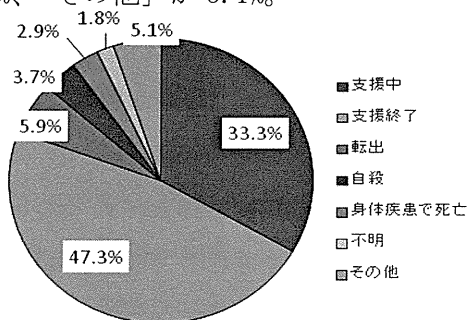


(8) 処遇前の生活場所：多い順に「同居自宅」が67.3%、「単身自宅」が27.2%、「グループホーム」が1.2%、「救護施設」が0.7%、「援護寮」が0.3%、「老人施設」が0.1%、「その他」が3.2%、「知的障害施設」はなかった。

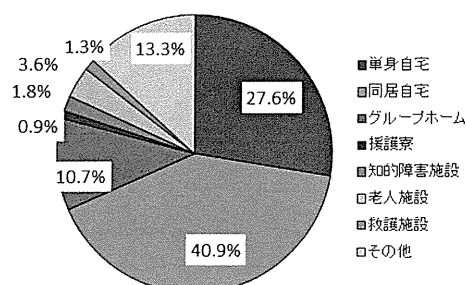


保健所の役割として、医療観察法による処遇終了後の対象者の状況を把握しておくことが重要になるため、処遇終了298事例を抜き出して分析した。

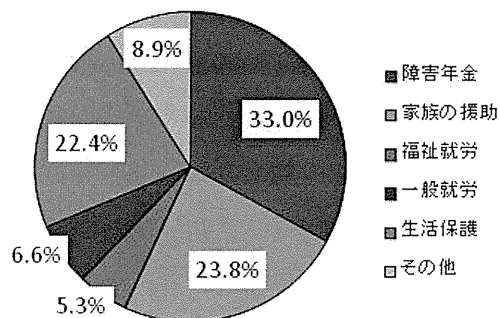
(9) 支援状況：多い順に「支援終了」が47.3%、「支援中」が33.3%、「転出」が5.9%、「自殺」が3.7%、「身体疾患で死亡」が2.9%、「不明」が1.8%、「その他」が5.1%。



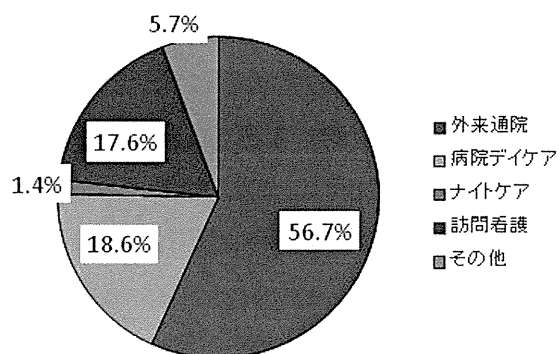
(10) 現在の生活場所：多い順に「同居自宅」が40.9%、「単身自宅」が27.6%、「グループホーム」が10.7%、「老人施設」が3.6%、「知的障害施設」が1.8%、「救護施設」が1.3%、「援護寮」が0.9%、「その他」が13.3%。



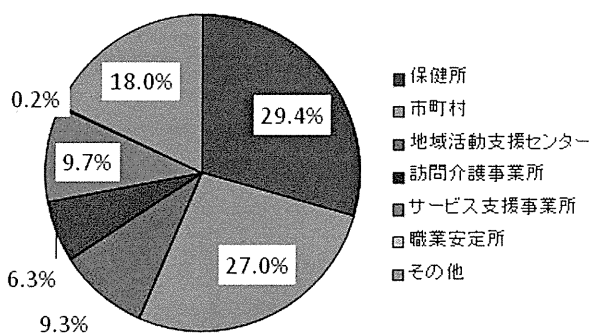
(11) 経済状況（複数回答）：多い順に「障害年金」が33.0%、「家族の援助」が23.8%、「生活保護」が22.4%、「一般就労」が6.6%、「福祉就労」が5.3%、「その他」が8.9%。



(12) 通院状況（複数回答）：多い順に「外来通院」が56.7%、「病院デイケア」が18.6%、「訪問看護」が17.6%、「ナイトケア」が1.4%、「その他」が5.7%。

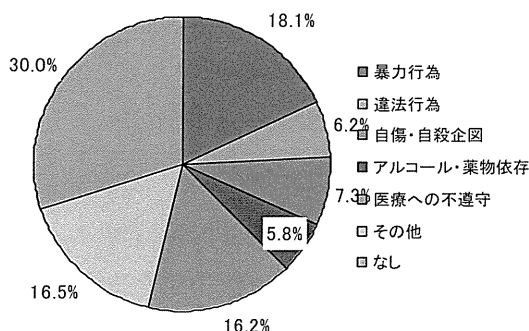


(13) 支援機関（複数回答）：多い順に「保健所」が29.4%、「市町村」が27.0%、「サービス支援事業所」が9.7%、「地域活動支援センター」が9.3%、「訪問介護事業所」が6.3%、「職業安定所」が0.2%、「その他」が18.0%。



(14) クライシスプランの有無：「なし」が60.9%、「あり」が39.1%。

(15) 症状悪化時の問題行動の有無（複数回答）：多い順に「なし」が30.0%、「暴力行為」が18.1%、「医療への不遵守」が16.2%、「自傷・自殺企図」が7.3%、「違法行為」が6.2%、「アルコール・薬物依存」が5.8%、「その他」が16.5%。



[調査票 B まとめ]

1) 保健所が把握している医療観察対象者は年間約 800 人程度であり、性別は男性が74%と多い。年齢は30歳代が27%、対象行為は傷害が45%、主たる病名は統合失調症が68%等、これらの把握状況は医療機関が行う調査と同様の結果となっていた。

2) 医療観察法処遇が終了し、精神保健福祉法を軸とした支援が必要となる事例は785例中294事例(38.3%)であった。地域保健活動による支援は30%が継続しており、48%が処遇終了となっていた。

3) 医療観察法処遇後、問題行動に関しては「なし」が増えており、良好に医療の継続がなされていた。

生活場所に関しては、自宅での同居が減り、グループホームや老人施設入所が増え、今後、地域での居住系サービスの整備が必要と思われる。

経済状況に関しては、障害年金や生活保護による公的扶助を受けているものが5割を

超え、就労によって収入を得ているものは約1割であった。労働を含めた社会復帰のあり方を構築していく必要がある。

4) 地域での支援機関として最も関わる比率が高かったのは保健所であった。司法機関の保護観察所と保健行政機関の市町村、保健所による重層的見守りが必要であるため、スタッフの充実が望まれる。

5) 今後は、社会復帰支援の中心的役割を担う市町村への支援体制整備への働きかけが必要であり、危機介入、治療中断などの地域支援体制の強化や、知的障害や発達障害のある対象者への地域支援体制の構築を図ることが求められる。

D. 考察

1) 指定医療機関と地域支援機関との連携の充実を図るために、共通評価項目を用いた情報共有をすすめていく必要がある。

2) 地域支援者は、ケースに関わる際に不安があり、特に再犯に対する危惧があった。保健所のマンパワー不足等がその背景にあることが考えられ、日常の精神保健福祉活動の充実を図ることが必要である。

3) 地域処遇のケースについては、良好に医療が継続されていた。生活場所に関しては施設が増加しているが、居住系のサービスの不足が課題となっていた。居住系サービス、また、医療観察対象者が使える社会資源の確保、就労支援を含めた社会復帰の支援が必要であり、地域支援者の医療観察法に関する理解をすすめていく必要がある。

今後、事例数の増加に伴い質の高い医療と地域処遇（地域ケア）への予算の投入が必要である。

E. 結論

医療観察法による対象者は増えており、保健所がかかわる事例数は過去6年間で800例を超えている。今後も保護観察所と連携を図るために、市町村を含めた地域支援体制の人的、質的な充実が望まれる。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表
2. 学会発表

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

地域における処遇を含めた
医療観察法制度に対する法学的視点からの研究

山本 輝之

成城大学法学部

平成 24 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））
分担研究報告書

地域における処遇を含めた医療観察法制度に対する法学的視点からの研究

研究分担者 山本 輝之 成城大学法学部教授

研究要旨

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」、「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）。この法律の施行後、その運用についてさまざまが問題点や課題が指摘されているが、その 1 つが、地域精神保健・医療にかかわる問題、とりわけ、「入院によらない医療」の整備や地域精神医療における対象者の処遇の問題である。そこで、本研究は、入院によらない医療および地域精神医療における対象者の処遇に関する法的枠組みを踏まえて、そこにおける問題点の抽出を行った。

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）

の処遇に関する法的枠組みを踏まえて、具体的提言を行うための予備作業として、それらにおける問題点の抽出を行うことを目的とした。

A. 研究目的

医療観察法施行後も、その内容、運用について様々な問題点が指摘されているが、その 1 つが、地域精神保健・医療にかかわる問題、とりわけ、「入院によらない医療」の整備や地域精神医療における対象者の処遇の問題である。本研究は、入院によらない医療および地域精神医療における対象者

B. 研究方法

分担研究者、研究協力者による研究会を頻繁に開催し、そこに、法律研究者だけではなく、実際に同法の運用に携わっておられる精神医療関係者等をお招きし、意見交換を行い、問題点の抽出・分析・検討を行った。

C. 研究結果

以上の研究会活動により、入院によらない医療および地域精神医療における対象者の処遇に関する法的枠組みを踏まえて、そこにおける問題点、すなわち、①指定通院医療機関の充実の問題、②社会復帰調整官の増員の問題、③入院によらない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、④対象者に関する情報共有の問題、⑤処遇困難な対象者の通院医療の問題、⑥精神科救急と移送制度の整備の問題等、問題点の抽出を行った。

D. 考察

[1] はじめに

(1) 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」、「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) この法律は、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。この法律が施行されるまで、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。医療観察法は、この従来のあり方を大きく転換したのである。

この法律の施行後、その運用についてさまざまが問題点や課題が指摘されているが、その一つが、地域精神保健・医療にかかわる課題、とりわけ、「入院によらない医療」の整備や地域精神医療における対象者の処遇の問題である。そこで、本稿は、その現状と問題について若干の考察を行うものである。

[2] 対象者が地域に来るまでの経緯

(1) 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申し立てをする（33条1項）と、地方裁判所の裁判官が鑑定入院命令を出す（34条）。その後、処遇を決定する裁判所が、鑑定命令を出し（37条1項）、精神保健判定医等による鑑定が行われる。そして、審判が開かれ、1人の裁判官と1人の精神保健審判員（精神科医）による合議体が、その鑑定の結果と保護観察所による生活環境の調査の結果に基づいて、対象者の処遇を決定する。この処遇決定には、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。

(2) このような処遇決定を受けた対象者が

地域における医療を受けるには、次のようなルートがある。第1は、①の決定を受けた対象者が、指定入院医療機関における治療ののち、裁判所による退院許可・通院決定を受けて、指定通院医療機関による通院医療を受ける場合である。第2は、②の決定を受けた対象者が、指定通院医療機関による通院医療を受ける場合（いわゆる「いきなり通院」）である。

[3] 医療観察法における地域精神医療の枠組み

(1) 医療観察法上地域における対象者の処遇の核になるのは、保護観察所である。法104条は、入院によらない医療の決定があったときは、当該決定を受けた者に対して入院によらない医療を行う指定通院医療機関の管理者並びに当該決定を受けた者の居住地を管轄する都道府県知事及び市町村長と協議の上、その処遇に関する実施計画を定めなければならないとしている。この実施計画に基づいて、①精神保健観察と②援助が行われることになるが、それを担当するのが、保護観察所である。

(2) まず、精神保健観察については、法106条に規定されている。それによれば、入院によらない医療の決定を受けた者は、当該決定による入院によらない医療を行う期間中、精神保健観察に付される。それは、精神保健観察に付されている者と適当な接触を保ち、指定通院医療機関の管理者並びに都道府県知事及び市町村長から報告を求めるなどして、当該決定を受けた者が必要な医療を受けているか否か及びその生活状況を見守る、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こと、

という方法によって行われなければならない。これは、対象者に対して通院医療を継続的に確保するために行われるものであり、医療自体は、厚生労働省管轄の指定通院医療機関が行うが、その確保は、法務省管轄の保護観察所が行うというわけである。

このような強制通院の制度は、精神保健福祉法においては、現在に至るまで設けられていない。医療観察法は、重大な他害行為を行った者に対してこのような制度を初めて創設した。そのため、処遇システム全体を統括して、この処遇の対象者に医療を確保する実施主体が必要となった。しかし、指定通院医療機関や地方公共団体がそれを行うことは現実的に不可能であるとも考えられた。そのため、これまで犯罪者を社会内で処遇してその改善を図るための保護観察を行ってきた法務省保護局に属する保護観察所がそれを担うことになったのである。つまり、ここで、厚生労働省ではなく法務省が処遇の実施主体となったのは、保護観察所が地域社会における対象者の見守りという事柄に関わる最適な機関であると判断されたという理由によるのであって、対象者の再犯防止という保安的観点を重視したからではないと思われる。

精神保健観察に付された対象者には、速やかに、その居住地を管轄する保護観察所の長に当該居住地を届け出ること、一定の住居に居住すること、住居と移転し、または長期の旅行をするときは、あらかじめ、保護観察所の長に届け出る、保護観察所の長から出頭または面接を求められたときは、これに応ずることなどの「守るべき事項」（遵守事項）が課されることになる。これを守らなかった場合には、保護観察所の長

は、指定通院医療機関の管理者と協議の上、地方裁判所に入院の申し立てをしなければならないとされている（法 59 条 2 項）。すなわち、入院による医療の場合には、対象者が病院内にいるため、指定入院医療側が行動制限などによって医療の強制を担保することが可能であるが、入院によらない医療の場合には、対象者が病院外にいるため、このような精神保健観察により、医療の確保を法的に担保するという方法がとられているのである。

(3) 保護観察所が担わなければならないもう一つの柱は、関係機関相互間の連携の確保である。まず、保護観察所の長は、医療、精神保健観察、援助などが実施計画に基づいて適正かつ円滑に実施されるよう、あらかじめ指定通院医療機関の管理者並びに都道府県知事及び市町村長との間において必要な情報交換を行うなどして協力体制を整備するとともに、処遇の実施状況を常に把握し、当該実施計画に関する関係機関相互間の緊密な連携の確保に努めなければならないとされている（法 108 条 1 項）。すなわち、医療を担当するのは指定通院医療機関であり、精神保健観察を担当するのは保護観察所であり、対象者の社会復帰促進のための援助を行うのは、精神保健センター、保健所、精神障害社会復帰施設等であるが、対象者に対する地域処遇を実施するためには、それら諸機関の連携が必須であるところから、そのコーディネーターが保健観察所に求められている。さらに、地域処遇の実施については、個人・民間機関の理解・協力も必要であるところから、法 109 条は、保護観察所の長は、個人または民間の団体が入院によらない医療の決定を受けた者処

遇の円滑な実施他のため自発的に行う活動を促進するとともに、これら個人または民間の団体との連携協力の下、対象者の円滑な社会復帰に対する地域住民等の理解と協力を得るよう努めなければならないとしている。

このように、保護観察所は、精神保健観察を含む地域精神医療全体のコーディネーターの役割を果たさなければならないのである。また、法務省保護局と厚生労働省社会・援護局障害福祉課が作成した「地域処遇ガイドライン」（平成 17 年 7 月 14 日法務省保護局・厚生労働省障害保健福祉部通知、法務省保総題 595 号／障精第 0714003 号）は、関係機関相互の連携及びそれらの処遇の統一性を確保し、さらに処遇の実施計画の見直しなどをこれらの関係機関の連携のもとで行うため、保護観察所がケア会議を開くことも義務づけている（同ガイドライン 3 (3) エ）。

(4) 以上のように、対象者に対する地域処遇を担うのは、保護観察所であるが、その仕事を実際に行うのは、そこに属する「社会復帰調整官」である。前述したように、保護観察所がこれまで行ってきた保護観察は、仮釈放者に対する保護観察（更生保護法 40 条、同 48 条 3 号）少年の保護観察（少年法 24 条 1 項、更生保護法 48 条 1 号）など、犯罪者を社会内で処遇してその改善を図り、その再犯を防止することを目的とするものであった。医療観察法における精神保健観察は、それとは異なり、対象者の再犯の防止を直接の目的とするものではなく、彼の継続的な医療の確保を目的とするものである。これは、従来の保護観察所の仕事とは異なるものである。また、前述したよ

うに、保護観察所は、地域医療全体のコーディネーターの役割も担わなければならない、これも、従来の保護観察所の仕事にはなかったものである。そこで、医療観察法は、社会復帰調整官という専門職を新たに創設した。このように医療の確保による精神障害者の社会復帰援助という仕事を担う社会復帰調整官は、精神保健福祉士その他精神障害者の保健及び福祉に関する専門的知識を有するものとして政令で定めるものでなければならない（法 20 条）。

[4] 問題点

以上が、地域における対象者に対する処遇の概要であるが、そこには、多くの問題がある。そのうちのいくつかを指摘しておきたい。

(1) 第 1 は、指定通院医療機関が少ないことである。精神医療関係者によれば、実際は指定されている通院医療機関は多いはずであるが、民間病院などにとっては、そのための人員増、システムの新たな構築などに莫大な費用と要すること、担当スタッフに時間的、精神的に多大な負荷がかかることなど、経済的メリットがない反面、リスクばかりが多いことから、實際上、指定通院を受け入れていない病院が数多く存在するのではないかとされている。この現状を打開するためには、人的、経済的に指定通院医療機関への手厚い支援が急務である。

(2) 第 2 は、社会復帰調整官の増員の問題である。現在、社会復帰調整官は全国で 80 名程度任命されているとのことであるが、前述したように、社会復帰調整官の仕事は膨大であり、このような少人数ではとても賄いきれていないのが現状である。また、

前述したように、地域における対象者の処遇の要は、社会復帰調整官であるにもかかわらず、1 人の社会復帰調整官しか存在しない保護観察所が過半数であり、そのため、その 1 人の社会復帰調整官がいくつもの指定入院医療機関から退院する対象者の処遇を担当しなければならないと事態が生じている。

(3) 第 3 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。

(3) 第 4 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、個人情報法五法は、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考えるか課題となる。以下では、地域処遇における対象者の個人情報の取り扱いに関する問題点と、それに対する検討結果の概要を述べておくこととする。

まず、たとえば、対象者に対して住居を準備する場合、保護観察所からその貸主に対して、対象者に関する情報を提供することが許されるのか、また、対象者が民間の社会復帰施設、生活支援センターを利用する場合、保護観察所からその施設のスタッフに対して、彼に関する情報を提供することが許されるのか、ということが問題となる。

これに関して、最高裁の判例には、区役所が、弁護士法 23 条の 2 に基づく弁護士会からの前科の照会に対して、必要性の有無を十分検討することなく漫然とこれに応じたことが違法とされ、原告の損害賠償請求が認められたものがある（最判昭和 56 年 4 月 14 日民集 35 卷 3 号 620 頁）。このように、紹介が法令に基づくであったとしても、その範囲を逸脱したセンシティブな個人情報の通報が違法となることはいうまでもない。

このような民法 709 条の不法行為の成否の問題とは別に、個人情報保護法（個人情報の保護に関する法律）は、本人の同意の

ない個人情報の目的外利用や第三者への提供を原則として禁止している（個人情報保護法 16 条・23 条。行政機関については行政機関個人情報保護法〔行政機関の保有する個人情報の保護に関する法律〕8 条、独立行政法人については独立行政法人等個人情報保護法〔独立行政法人等の保有する個人情報の保護に関する法律〕9 条。いずれの違反にも罰則はない）。

行政機関、独立行政機関が医療観察法における通院医療に係る場合には、上記の禁止が及ぶ。私的機関である医療事業者が「個人情報取扱事業者」としての上記の法的義務を負うのは、識別される特定の個人の数の合計が過去 6 ヶ月以内のいずれの日においても 5,000 を超える者に限られているから（個人情報保護法 2 条 3 項 5 号・同施行令 2 条）、それに該当するものは多くないと思われる。しかし、厚生労働省の「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」（平成 16 年 12 月 24 日）I 2-3 は、「病院、診療所、薬局、介護保険法に規定する居宅サービス事業を行う者等の事業者等」について、「個人情報取扱事業者」としての法令上の義務がないとしても、個人情報保護法の要求する義務の履行を行うことが望ましいとしている。医療観察法の下での通院医療に係る医療事業者についても、このように考えるべきであろう。

通院医療に係る者が個人情報取扱業者また、「公衆衛生の向上……のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき」には、事前に本人の同意を得ることなく個人データを第三者に提供することができる（個人情報保護

法 23 条 1 項 3 号。なお、行政機関個人情報保護法 8 条 2 項 4 号、独立行政法人等個人情報保護法 9 条 2 項 4 号は「特別の理由」としてその許容性を定めている)。これによるならば、他の医療関係者への対象者の個人情報の提供は、医療観察法の規定する通院医療の実施に必要な範囲においては、本人の事前の同意がなくても、許されるのが原則である。本人の事前の承諾がない以上情報提供が許されないとすると、医療観察法 108 条・109 条の予定している関係諸機関の連携による円滑な地域処遇が、きわめて困難となる。上記の厚労省ガイドライン III 5.(2)③も医療実施の上で他の機関と連携が必要な場合をこのような事例として想定している。もちろん、すべての医療と同様、地域精神医療も対象者の協力を得ながら実行されるのが望ましいから、必要な範囲で個人情報の第三者提供が行われることがあることを、本人に説明しておくべきであろう。しかし、具体的な情報の提供に関して、個別的にその事前の承諾が必要とされるというわけではない。

対象者による他害行為のおそれが特定人に向けられており、指定通院医療の管理者や保護観察所の長がそれを認識した場合、彼に対してその危険を通報することが許されるかも問題となる。特に医師には守秘義務がある(刑法 134 条 1 項)が、このような場合は、まさに、人の生命、身体を保護するために必要な場合であるから、刑法の許容する「正当な理由」がある場合にあたるとは明らかである。

問題は、指定通医療機関の管理者や保護観察所の長が、そのような場合に、その者に対して通報を行う義務もあるかである。

タラゾフ事件において、カリフォルニア州最高裁判所は、加害者から被害者の殺害を打ち明けられていた大学内のカウンセラーが被害者に警告しなかったことは専門家としての義務違反であるとして、大学の責任を認めた(1976 年)。しかし、もし指定通医療機関の管理者や保護観察所の長にこのような義務を一律に負わせるとすると、対象者と彼らとの信頼関係が破壊され、彼らはその業務を円滑に遂行することが不可能になる。基本的には、このような法的警告義務は医療者には一般的には存在しないのであって、例外的に存在するのは、危険が差し迫っている場合に限られる理解すべきものと思われる。タラゾフ判決以後のアメリカの判例にも、この判決の妥当範囲を制限しようとするものが出されている。

(5) 第 5 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いう点である。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。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。

(6) 第6に、精神科救急と移送制度の整備の問題がある。これは、医療観察法制度とは直接は関係ないが、地域医療の充実を図るためには、解決しなければならない問題である。

1999年5月28日に国会で可決、成立し、2000年4月1日から施行された「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律等の一部を改正する法律」は、治療の必要性を自ら判断できない精神障害者に医療を受けさせる機会を確保するための措置を講じるという観点から、緊急に入院が必要な精神障害者の移送に関する規定（措置入院のための移送——精神保健及び精神障害者の福祉に関する法律（以下、「精神保健福祉法」あるいは単に「法」という）29条の2の2、医療保護入院・応急入院のための移送——34条）を設けた。このような移送制度は、行政機関の責任において、治療が必要な精神障害者の精神医療へのアクセスを容易にするという点で、評価すべきものであったと思われる。このような法律の規定を実施するため、厚生省（当時）は、2000年4月1日、「精神障害者の移送に関する事務処理基準」（以下、事務処理基準）を施行した。

このように、この制度の創設から、すでに10年以上が経過しようとしているが、都道府県・指定都市において、この制度が十分整備・活用されているとはいえないのが現状である。その大きな原因の1つとして、移送制度が精神科救急のための制度として位置づけるのか、それとも受診困難な患者を治療に結びつけるための最後の手段として制度として位置づけるのかという点に、混乱があったことがあげられるであろう。

しかし、後述するように、近い将来、精

神保健福祉法の改正により、保護者制度が抜本的に改革され、精神障害者に対し治療を受けさせる保護者の義務（法22条1項）等が削除された場合には、医療保護入院の対象となる精神障害者を医療につなげる制度的な手立てとしては、移送しかないことになるであろう。そうだとすると、やはり、精神科救急と受診困難事例における患者の治療へのアクセス確保という2つの制度趣旨を区別・整理し、移送制度を改善していかなければならず、そのための検討が必要であるように思われる。

E. 結論

わが国の地域精神医療は、諸外国と比較していまだ充実しているとはいえない。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。そのためには、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。

F. 研究発表

1. 論文発表

- ①山本輝之・柑本美和「医療観察法の今後の課題」日本精神科病院協会雑誌 31 巻 7 号 21 頁～27 頁、2012 年
- ②山本輝之・柑本美和「心神喪失者等医療観察法における法的課題の検討」犯罪と非行 174 号 5 頁～31 頁、2012 年

2. 学会発表

山本輝之「精神科救急と強制権一移送手
続きとその問題点を中心に」日本精神科
救急学会 20 回大会（2012 年）ワークショ
ップ

G. 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。

研究成果の刊行に関する一覧表

研究成果の刊行に関する一覧表

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
山本輝之・柑本美和	医療観察法の今後の課題	日本精神科病院協会雑誌	31巻7号	21～27	2012
山本輝之・柑本美和	心神喪失者等医療観察法における法的課題の検討	犯罪と非行	174号	5～31	2012
K. Okita et al.	The Effect of a New Educational Model on the Motivation of Novice Japanese Psychiatrists to enter Forensic Psychiatry.	MedEdWorld			in press
A. Shiina et al.	No change of Attitude toward Forensic Psychiatry: 5 Years after the Medical Treatment and Supervision Act in Japan.	Open Journal of Psychiatry			in press
A. Shiina et al.	Beyond Binder: Determination of Criminal Responsibility while in a State of Drunkenness by Japanese Courts	Journal of Forensic Research 2013 s11,			2013
Kimura H, Kanahara N, Watanabe H, Iyo M.	Potential treatment strategy of risperidone in long-acting injectable form for schizophrenia with dopamine supersensitivity psychosis.	Schizophr Res	145(1-3)	130-1	2013
Iyo M, et al.:	Optimal Extent of Dopamine D2 Receptor Occupancy by Antipsychotics for Treatment of Dopamine Supersensitivity Psychosis and Late-onset Psychosis.	J Clin Psychopharmacology			in press

研究成果の刊行物・別刷

心神喪失者等医療観察法における 法的課題の検討

山 本 輝 之 (成城大学法学部教授)

柑 本 美 和 (東海大学大学院実務法学研究科准教授)

目次

- 1 はじめに—心神喪失者等医療観察法制定までの道のりと現状
- 2 医療観察法における医療の強制と正当化根拠
- 3 課題
 - (1) 運用面の課題
 - (2) 法の改正を必要とする課題

1 はじめに—心神喪失者等医療観察法制定までの道のりと現状

(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」または「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、強姦、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って、その病状の改