

## 9. 医療観察法審判における責任能力、不起訴等の判断について

## 医療観察法審判における申立却下

検察官が医療観察法の審判を申し立てたととしても、これを受けとる裁判所が「申立の条件を満たしていない」と判断したならば、そもそもその申立が不適当であったということになるから、裁判所は（不処遇とするのではなく）申立自体を却下する（40条）。申立条件を満たさない場合とは、以下のようなときである。

- (1) 対象行為をしていない、あるいは行為があったが対象罪種（殺人、放火、強盗、強姦、強制わいせつ、重い傷害事件など）に相当しないとき（40条1項一）。
- (2) 対象行為のときに対象者が、①心神喪失の状態、②心神耗弱（こうじゃく）の状態のいずれでもなかったとき（40条1項二）。
- (3) 対象行為のときに①心神喪失の状態だったという理由での申立だったが、①心神喪失ではなく②心神耗弱の状態にとどまるものであったとき（40条2項）。ただし、この(3)のときには即却下となるわけではなく、あらためて②心神耗弱の状態という認定のもとでやはり申立をするのかどうかを検察官が再検討することになる。

なお、こうして却下されるのは、不起訴や起訴猶予により刑事裁判を受けずに申立が行われたものに限られる。それ以外の、つまり刑事裁判で判決を受けてきた者については、基本的に医療観察法の申立が却下されることはない。なぜならば、行為の存在、罪種、責任能力についての認定をすでに刑事裁判で受けているため、あらためて医療観察法の審判で判断しなおされることはないからである（一事不再理の原則）。

## 責任能力の判断の誤りを理由とする却下

上記(2)(3)のとおり、検察官が申立の前提とした刑事責任能力についての判断に誤りがあったということが却下理由となる。したがって、医療観察法審判とその鑑定においても、刑事責任能力について再検討、再判断をすることがある。もともと、40条の却下の判断は（処遇の決定のように裁判官と審判員との合議ではなく）裁判官が単独で行うことになっている。したがってその際の責任能力の判断も、裁判官の作業である。ただ裁判官が審判員や鑑定人に責任能力に関する参考意見を求めることも多いし、実際に鑑定事項としてあげられることもある。

109

## 刑事責任能力の判断のしかた

我が国の判例（〔重要判例〕大判昭和6年12月3日刑集10巻682頁「責任能力の概念」※参照）と通説によれば、①②の判断のしかたはおおよそ以下のよう整理されている。

## ①心神喪失

対象行為時に、(a)精神の障害により、(b1)ものごとの理非善悪を弁識する能力（弁識能力）を失っていた、もしくは(b2)その弁識する能力にしたがって行為する能力（行動制御能力）を失っていた場合。

## ②心神耗弱

対象行為時に、(a)精神の障害により、(b1)ものごとの理非善悪を弁識する能力（弁識能力）が著しく障害されていた、もしくは(b2)その弁識する能力にしたがって行為する能力（行動制御能力）が著しく障害されていた場合。

このとき、(a)の「精神の障害」がどのような種類の障害をいうのか、また(b1)と(b2)の各能力についても、どのような能力をみるのか、そしてそれらがどのようであれば著しく障害されているとか失っているとするのかについて、これ以上の具体的な「基準」のようなものは示されていない。

しかし、このように「基準」は不明確ながらも、①②は重要なことを示唆している。刑事責任能力は(a)+(b1、b2)で決まるのであって、たとえば「治療が必要である」ことを理由に判断されることはない点、そして(a)の「精神の障害」が決まると自動的に(b1、b2)の能力の有無や程度が決まる（＝「不可知論的な「慣例」による判断）わけではない点などである。

例えば、「統合失調症ならば心神喪失」とか、「パーソナリティ障害ならば完全責任能力」というように単純には決定されない。またアルコールや覚せい剤など自ら摂取したものに由来する精神の障害も、自動的に完全責任能力と判断されるわけではない。

結局、この①②に当てはまるかどうかというのは、事例ごとに、精神障害（と精神障害以外）が事件のどこにどのように影響したのかをもとに検討される。そして最終的には、精神医学的には決定されるのではなく法的に、つまり精神科医である鑑定人によってではなく、起訴・不起訴の決定段階であれば検察官、刑事裁判の判決であれば裁判官・裁判員の判断によって決められる。

110

## 申立を却下された事例のゆくえ

申立が却下される事例は、既述のとおり起訴されていない（不起訴、起訴猶予）事例である。このため却下された後は、検察官はその事例を、(ア)あらためて起訴することも、(イ)しないこともできる。

もし(ア)起訴されたならば通常の刑事裁判のシステムにのることになる。ちなみに、医療観察法の審判が申立てられるような事件（＝重大な他害行為）であれば、裁判員裁判の対象事件に該当することも多い。また、もし(イ)起訴されないならば、医療観察法制度からはもちろん、刑事司法制度からも完全に外れることになる。その後は、精神保健福祉法25条による措置通報が行われる場合、その他の精神保健福祉法上の医療を受ける場合、あるいは全く医療を受けない場合などさまざまである。

111

## 10. 医療観察法における指定入院医療機関の限界性

裁判所は医療観察法42条によって入院等の処遇の決定を行うが、その場合の3要件として疾病性、治療反応性、再他害行為の可能性（社会復帰要因）をあげている。これらの3要件があれば入院か通院の処遇を命じなければ処遇とする。最高裁の判断ではこの3要件のいずれかがなければ医療観察法による医療は行わないとするが、実務では多くの境界領域の問題が存在する。医療観察法入院より直接処遇終了するものが現在の決定でも20%を超え、入院処遇により医療観察法治療必要性の要件がなくなったと裁判所が判断するケースが多く存在する。入院処遇を行って医療観察法の要件を満たさなくなったという判断は、実際のケースに即して論じると認知症の周辺症状による幻覚妄想で対象行為を行い、認知症の進行により再他害行為の可能性がなくなった場合が代表的なものである。このケースの場合でも当初審判で認知症は治療反応性がないとして、不処遇とするべきであったともいえる。同様のケースにパーソナリティ障害、発達障害、知的障害があげられる。

## 1. 医療観察法医療の限界

医療観察法病棟の高いレベルの治療環境にあっても限界があり、疾病性では対象行為が人格要因で行われている場合、また知的障害を含む発達障害の対象者には治療反応性は限局的である。そこで主病名がパーソナリティ障害や発達障害では治療反応性に対する十分な検討が行われてから処遇を決定するべきで、実際の審判でもこの見解を支持している。特にパーソナリティ障害は明確な構造化を有する矯正処遇が適しており、当事者参加を基礎とする回復モデル（リカバリー）や医療福祉モデルでは改善せず、むしろ対人操作性を増して処遇困難を増悪させる原因ともなる。中等度の知的障害では入院中の行動療法が有効でも限局的で、加えて支援が整う入院での行動変容が社会復帰後に汎化する効率は低い。成人の発達障害の認知行動パターンは人格の偏りによる認知行動パターンと同等にみなされて、責任能力を認めることが多いし、治療反応性には大きな限界を有する。

パーソナリティ障害や発達障害、知的障害の対象者でも、多くは対象行為時に精神病状態か等価と思われ精神症状が存在すると、医療観察法医療の対象となりうる。これらの精神病状態は一過性であることが多く、当初審判では精神病状態は改善して基盤となる人格や発達の問題が重要視されケースについて、治療反応性の乏しさを指摘して不処遇とすべきと司法精神医療等人材養成研修会企画委員会（以降は企画委員会）は見解を述べている。

112

また広汎性発達障害では当初審判で統合失調症と診断されて医療観察法での医療が始まり、その後の治療経過で診断変更され、広汎性発達障害を指摘されるケースがある。比較的短期間の医療観察法鑑定では診断のために得られる情報が限られていることから、医療観察法の処遇中により新たに得られた知見に基づいて診断が変更になることは容認され、その時点の審判で処遇が決定されて不処遇となることがある。

物質使用障害の対象者では、対象行為時に一過性の幻覚妄想やせん妄など意識障害によるせん妄状態を呈するが、企画委員会の見解では当初審判時にはこれらの精神症状が消失し依存症とのみ診断できる場合には医療観察法の対象としない。ただこれには異論があり、精神病状態の背景（基礎）に依存症がある場合には、それも含めて疾病性とする見解もある。依存症の治療に置いては任意の治療という側面が重要であり、重大な事件を繰り返している物質使用障害では人格要因にも非社会性が認められたため、これらを医療観察法医療でみることは大きな限界がある。このために物質使用障害では医療観察法の適応は限局的であるべきで、統合失調症と等価の病態である持続性精神病性障害を有するケースなどが対象となる。

慢性に経過し治療抵抗性の統合失調症で、陽性症状が改善しない、陰性症状の強い、非社会的な行動が存在する対象者に対して、治療反応性の限界が論じられる。当初審判では入院処遇の決定がなされることが多く、治療を開始してスタンダード期間（18か月）を経てもなお状態の改善が不十分である場合に、このまま入院継続すべきか否かの判断、具体的には医療観察法による治療反応性の有無を巡り審判に委ねることがある。企画委員会の見解では「状態維持のためには治療が必要」は治療反応性がありと認定する根拠としている。しかし入院が長期に及ぶと重厚な医療観察法の医療環境よりも、融通のきく精神保健福祉法での医療が効果を望めるが、3要件が存在する場合には処遇終了とはならない。そこで具体的に「治療反応性がない」と判断する基準（目安）が求められる。クロザピンやmECTが導入できる施設は現在限定されているが、これらが広がればクロザピン等まで使用しても変化がなければ治療反応性がないと判断するのは一つの目安になる。統合失調症で治療反応性がないとの理由で処遇終了とする場合は、精神保健福祉法による入院継続が前提となるが、他害リスクが一般の医療機関での管理に適応するか否かを念頭に置いて判断をすべきである。この場合の入院先はまだ高度の医療が必要であることを考えれば、その対象者の居住地であった地域の基幹病院、その地域の公的（政策）医療を担う市区町村立、都道府県立、国立系の病院などが候補となる場合もあろう。

2. 医療観察法による処遇は入院か通院か

医療観察法による処遇を行うとして、入院とするか通院とするかは対象者が置かれた状況により相対的な決定である。企画委員会では「入院による医療の必要がなくなり、対象者が医療の必要性を十分に認識し、通院医療に対する十分な同意が得られている場合」に通院としている。精神状態が改善しているだけでなく、対象行為や自らの疾病の内省が十分得られていることが前提となっている。これらの証明は過去の治療や処遇歴より類推し、また対象者を受け入れる個人の支援や社会的支援（コミュニティ要因）が存在することが重要であり、具体的な処遇実施計画を援助者と対象者が共有できることである。しかし当初審判の限られた時間でこれらを明確に証明できない場合は入院処遇から始まることが多い。この際に早期退院の計画に沿って入院治療が行われれば、入院・通院処遇の現実的な選択を容易にする。入院医療機関もこのことを銘記すべきである。

物質使用障害の対象者で精神病状態が改善し、一応は対象行為や依存への内省があるとして通院処遇が始まるが、その後依存により再使用が頻回に起こり治療や処遇上の違反が重なる対象者がいる。不処遇とすべきケースであるが、フラッシュバックや短期間で一過性の精神病症状がある場合には不処遇とするのも迷うケースがある。この場合には構造的な心理教育を行う目的で入院治療より始められる場合がある。

移行通院では通院を担当する指定通院医療機関や地域の支援者の意向を、どの時期にどのように取り込むかが重要である。社会復帰調整官の生活環境調整に委ねられているが、総合的な社会復帰の観点で精神保健参与員の判断に期待すべきところである。

1.1. 退院許可申立審判における評価と着目点

退院許可申立審判における評価と着目点

1. 医療観察法審判における医療の必要性

刑事訴訟手続における鑑定は、「被鑑定人が当該行為を行ったときの精神状態を精査し、その責任能力の有無・程度について言及する」のに対して、医療観察法の鑑定では、「対象者の医療観察法における医療必要性について意見を述べる」ことになる。

医療観察法における医療必要性の判断

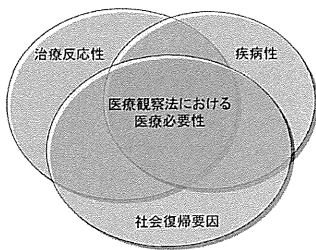
医療観察法医療必要性の判断においては、鑑定医は下記に示す3つの評価軸に時間軸を組み合わせて評価を行い、意見を述べる。

医療観察法医療必要性に係る3つの評価軸

- ① 疾病性
- ② 治療反応性
- ③ 社会復帰要因

○ 時間軸

医療観察法3つの評価軸と医療必要性



医療観察法の審判とは、「対象者について医療観察法における医療必要性を判断する」ことである。医療観察法における医療必要性の判断は、「疾病性」、「治療反応性」、「社会復帰要因」の3つの評価軸に時間軸を組み合わせて評価を行うことになっている。

医療観察法の医療必要性に係る3つの評価軸について、厚生労働省の『司法精神医療等人材養成研修会』で配布している『医療観察法 鑑定ガイドライン（厚生労働科学研究 成果報告「触法行為を行った精神障害者の精神医学的評価、治療、社会復帰等に関する研究」主任研究者：松下正明』の中で、下記のように記載されている。

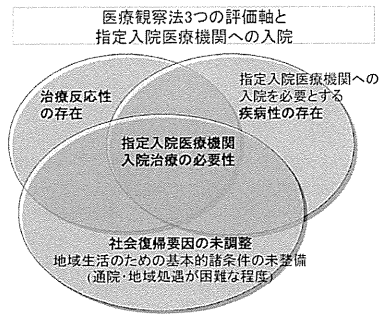
① 「疾病性」とは「対象者の精神医学的診断とその重症度、および対象者の精神障害と当該他害行為との関連を意味する」。

② 「治療反応性」とは、「精神医学的な治療に対する、対象者の精神状態の望ましい方向への反応の強さを意味する」。

③ 「社会復帰要因」とは、「処遇の決定に当たっては、対象者の社会復帰という目的を果たすことを促進するあるいは阻害する要因について精査する」。

医療観察法における医療必要性があると判断するためには、「疾病性」・「治療反応性」・「社会復帰要因」のいずれもが一定水準を上回る必要があるとされている。そのため、急性一過性の精神疾患で鑑定時に「疾病性」が消失してしまっているものや、認知症等の器質性精神疾患などで「治療反応性」がないと判断されたものについては、医療観察法における医療を行わない決定が為されることになる。また、「社会復帰要因」についても、「治療反応性」があり、「疾病性」が高くても、家族や精神障害の福祉関連施設等の手厚いサポートが受けられる等地域における対象者の社会復帰環境が整っているのであれば、あえて医療観察法の処遇を行う必要のない場合がありうるであろう。

医療観察法において入院中、通院中の対象者については、治療やリハビリテーション、社会復帰援助等により「疾病性」や「社会復帰要因」のうちの双方、或いはどちらかが改善された場合には、指定入院医療機関や保護観察所より退院申立てや処遇終了の申立てが行われることになっている。その場合、「対象者が指定入院医療機関において、引き続き医療観察法での入院治療が必要なのか、治療や退院調整などによって改善された現在の「疾病性」や「社会復帰要因」において、「対象者に継続的かつ適切な医療並びにその確保することが出来るか」、また、「必要な観察及び指導を行うことによって、同様の行為の再発の防止できる環境が整っているか」などが、審判において議論されることになる。



2. 疾病性と社会復帰要因

退院許可申立審判では、対象者の地域における処遇や環境要因などの“社会復帰要因”の評価や“疾病性”と“社会復帰要因”との関係性等が問題となることが多くなっている。

医療観察法における医療必要性の判断は、“疾病性”、“治療反応性”、“社会復帰要因”の三つの評価軸を中心に行われている。医療観察法の当初審判においては、“疾病性”の有無やその重症度、“治療反応性”の有無等により、医療観察法における「入院治療」や「通院治療（入院によらない治療）」、「不処遇（医療観察法では処遇しない）」を判断する傾向が顕著で、“社会復帰要因”が重要視されることは比較的少なかった。当初審判において、“社会復帰要因”が“疾病性”と“治療反応性”とともに中心的な議題となるのは、対象者の精神症状が比較的軽く、医療観察法による通院治療や地域処遇の可能性が大きい場合が多かった。

しかし、医療観察法の審判において『退院申立て』や『処遇終了申立て』が増えていく都度に、退院申立審判や処遇終了申立審判において、“社会復帰要因”の重要性が認められてきている。また、当初審判においても、通院決定や不処遇の決定が予想以上に多く、そして、関係者の間で医療観察制度に対する理解が進み、地域での環境要因などを考慮することによる「入院と通院」、あるいは「通院と不処遇」等を迷う複雑なケースが認識されてきたことなどで、“社会復帰要因”の重要性がより意識され、事前協議（カンファレンス）や審判期日で

取り上げられる機会が増加している。

『退院申立てを審判の判断』、『当初審判における通院治療（入院によらない治療）の判断』、『処遇終了や不処遇（医療観察法では処遇しない）の判断』など、地域処遇について具体的に考えなければならない審判において、“社会復帰要因”は、“疾病性”を補完する要因として、きわめて重要となってきた。それは、一般の精神医療においても、精神障害者が退院し、社会復帰していく過程では、医療機関、保健所、精神障害者関連の社会復帰施設などの援助体制の構築や家族も含めた関係者の調整など、医療観察法において“社会復帰要因”とされる援助の体制や緊急時対応（クライシスプラン）等が重要となることでも明らかである。

精神障害者のケアマネジメントや地域ケア計画を評価していくうえで必要なのは、精神障害者の精神症状、障害程度などの“疾病性”の把握と、対象者の生活スキルに対応した援助方法、社会復帰施設や福祉関連制度などの社会資源の活用、援助体制や緊急時対応（クライシスプラン）などの“社会復帰要因”についての内容の正確な理解である。また、病状（“疾病性”）と地域や家族などの環境要因や緊急時対応も含めた援助計画など（“社会復帰要因”）のバランス、その総合的な評価が重要となる。特に“疾病性”の重い、あるいは生活スキルなどに問題を抱えた精神障害者の社会復帰・地域生活では、これらの“社会復帰要因”とされる援助体制や緊急時対応（クライシスプラン）等を整えること、総合的な地域における処遇計画を作成することが必要であり、地域生活への円滑な移行には、非常に有効とされている。そして、これらは、精神障害者が地域で生活していくための重要な評価項目とされている。

一般の精神医療・福祉分野においても、退院できる病状と地域生活には、ある程度の隔りがある場合が多く、それを埋めるものとして精神障害の社会復帰施設や福祉関連制度など社会資源が整備されてきた。医療観察法の対象者は、退院できる病状と地域生活の間に、より隔りが大きくなる場合が多く、総合的な地域における処遇計画（医療観察法においては「処遇実施計画」）や環境要因など“社会復帰要因”に関する評価が、医療観察法の審判において重要になっている。また、精神保健審判員及び精神保健参事員は、医療観察法における社会的入院の防止や対象者の権利擁護の観点から、“疾病性”と“社会復帰要因”の評価とともに、“疾病性”と地域のケア計画等の進捗状況にも着目し、必要があれば指定入院医療機関や保護観察所等の関わり方自体について、是正の必要などの意見を伝えていかなければならない。

医療観察法 第42条【入院の決定】について  
社会復帰の状況を考慮する具体例

第156回国会 法務委員会 第10号【平成十五年五月八日】議事録より抜粋

○委員（浜四津敏子君） [中略] 本人の病状、またそれに加えてその生活環境に照らし治療の継続が確保されるか否か、また同様の行為を行うことなく社会に復帰することができるような状況にあるか否かといった事柄をも考慮するというお答えでしたが、少し具体的な例を挙げて御説明いただけないでしょうか。

○衆議院議員（漆原良夫君） 二点についての具体例を示せという御質問でございますので、例えば身近に適切な看護者がおりました、本人を病院に通院させたり、あるいは定期的に服薬をさせるということが見込まれるような場合には、これは治療の継続が確保されるであろうというふうに考えるところであります。

また、もう一方の例は、例えば常に身近に十分な看護能力を有する家族がいらっしゃると。仮に、本人の病状が悪化して問題行動に及びそうになった場合に、直ちに適切に対処することが見込まれるような場合には、同様の行為を行うことなく社会に復帰することができるような状況にあるであろうというふうに考えております。

12. 医療観察法審判と通院処遇

1. 医療観察法当初審判における通院処遇の決定の在り方

医療観察法による医療の必要性については、3要件を前提として決定されるが、その医療が入院による医療か入院によらない医療かを判定する場合には、本人の病状や地域処遇の状況などから総合的に判断しなければならない。当初審判のための医療観察法鑑定では、前記の3要件に関する判定のほかに、医療観察法による医療が必要と認めた場合には、入院による医療か入院によらない医療かを判定するために、すなわち、対象者の精神症状、性格傾向、生活技能、家族状況等、対象者の全体像を明らかにするために、鑑定は多職種チームで行われることが定められている。臨床心理技術者による心理検査等の評価、看護師による病状観察報告、薬剤師による薬剤の反応性評価、さらに、作業療法士による評価、精神保健福祉士からの対象者の生活環境や状況、家族についてなど社会復帰要因に関する情報が鑑定書に記載され、共通評価項目の評価についてもチーム全体で議論のうえで確定される。入院か通院かの判定については、最終的には、鑑定医の責任においてなされるが、鑑定チームの意見や同僚医師の意見をえることで判定は確実なものとなる。審判では、これに加えて、社会復帰調整官からの生活環境調査結果報告書が加わり、さらに、精神保健参事員の意見をききながら合議体が決定を下すことになる。

入院か通院かの判定においては、絶対的な判断基準はなく、対象者の病状とともに、地域における支援体制の整備状況が影響を与える。あえて入院によらない医療の適用基準をあげるとすれば、平成17年6月に司法精神医療等人材養成研修企画委員会・医師部会が発表した適用基準では「入院による医療の必要性が無く、かつ、対象者が医療の必要性を十分に認識し、通院医療に対する十分な同意が得られる場合。ただし、この判断は慎重になされなければならない。」とある。また、後述するが、入院医療における「社会復帰期の到達目標」や「退院申し立て時の評価」等が参考となる。実際の判定では、比較的都市部で、デイケア、訪問看護ステーション等が整備されている場合には、通院処遇を選択しやすい。また、本人の病状を見守ることができる家族が存在している場合や、夜間についても見守りが可能な居住施設の存在する場合には通院の可能性が高くなる。

2. 当初審判からはじまる通院処遇（直接通院）

当初審判の結果、入院医療を経ずに直接に通院処遇となる場合が少なくない。事例としては気分障害や物質使用障害が入院医療に比較して多い。地方裁判所における審判では、カンファレンスも含めて協議を繰り返した後に、決定をするわけであるが、対象者に決定を言い渡す場合には、既に、指定通院医療機関が内定

し、また、居住施設についても確保されている必要がある。特に重要なのは地域の関係機関が連携して「処遇の実施計画」の原案が策定されている必要がある。このために、合議体で通院処遇の決定から対象者への決定の申し渡しまでは1週間以上の期間を裁判所は置いてくれるのが通常である。

対象者は、決定の申し渡しを受けた直後から通院医療が開始されるために、この時点で、医療観察法の基礎的説明や権利擁護に関する説明も含めて行われる必要がある。引き続き、処遇の実施計画について、本人とその家族の同意を得る努力が必要である。とくに、病状悪化時の対応については、十分に説明を行う必要がある。

### 3. 退院許可申立審判からはじまる通院処遇（移行通院）

司法精神医療の入院医療では、社会的入院となりやすく、3要件のうち一つでも消滅した場合には、直ちに退院の検討に入るべきであるが、基本的には、社会復帰期における退院準備の進行状況から判断して決定すべきである。

入院処遇ガイドライン中の入院治療「社会復帰期の到達目標」を要約すると、①疾病に関する病識及び自らの行為に関する内省を深める、②服薬自己管理を経て服薬や治療の継続性を理解、③自ら置かれている法的及び医療的な状況を理解して、必要に応じて他者の協力を得る、④外泊を体験しながら、具体的な場面における自己主張、怒りや衝動性のコントロール、⑤社会資源の活用の体験。また、退院申立時の評価では、①共通評価項目による評価、②社会復帰期の到達目標の達成、③入院処遇における治療の改善が見込まれない場合。このような評価は、内定した指定通院医療機関との密接な連携に基づいて行なわれなければならない。

指定通院医療機関に移行後、病状悪化に陥る対象者を分析すると、比較的早期に病状悪化を示していることが分かる。医療観察法で再入院した25例についてみると72%が6か月以内に病状が悪化している（表1）。

表1「再入院例20例の分析」

	移行例	直接例	合計
1ヶ月以内	2	3	5
2～3ヶ月	7	2	9
4～6ヶ月	3	1	4
7～12ヶ月	2	2	4
13ヶ月以上	2	1	3
指定された病状悪化の原因			
物質使用障害、または、併存			6
知的障害の併存			1 (4)
病状から通院決定に無理があった			3
病識の欠如や服薬継続の必要性の理解の問題			9
ストレス耐性の弱さ			6

( ) は複数原因として影響があったもの

121

また、精神保健福祉法入院についてみると、約30%が処遇途中で病状悪化のために再入院しており、そのうち約40%は通院開始から6ヶ月以内であった。このように地域へ移行後には比較的早期に病状が悪化していることが示されている。特に、原因別では、「物質使用障害の併存」と「病識等の欠如」が問題としてあげられる。これらの一部は、入院中の治療の不十分さが挙げられる。他方、ストレス耐性の弱さ等、新たな環境では容易に病状が悪化する事例も見受けられる。このようなことから「物質使用障害併存例」や「病識欠如例」への十分な対応が望まれる。具体的には治療プログラムの再検討が必要となる。「ストレス耐性の弱さ」では、指定入院医療機関内の療養環境が良好であるために、地域内での適応性が低下していることが見逃されている可能性がある。このためには、指定通院医療機関への移行では、居住環境も含めて、十分に時間をかけて数多く外泊などを繰り返すことが必要と思われる。とくに、社会復帰調整官や指定通院医療機関スタッフと本人の信頼関係の構築が重要な鍵となる。

通院処遇の途中で、精神保健福祉法による入院が行われた状況を調査してみると、53%が任意入院であり、また、36%においては入院は「病状から見て早めの入院であった」としている。このような結果は、病状悪化時の「クライシスプラン」の策定が極めて重要であることを示している。

### 4. 通院処遇の開始から処遇の終了まで

通院処遇では3年以内に処遇終了となることを目指している。通院処遇ガイドラインで規定されている処遇終了の指標を摘記すると、共通評価項目を参考とするほかに、①症状が改善し、一定期間病状の再発がない、②処遇終了後も継続的な治療が実施できる、③終了後も服薬管理や金銭管理等の社会生活能力が確保されている、④終了後も安定した治療を継続するための環境整備と支援体制が確立している、⑤緊急時の介入方法について地域における支援体制が確立している。

この目標に到達する過程では、対象者は、法43条2項に示されている入院によらない医療を受ける義務と、それを実現するための精神保健観察（法106条、107条）によって強制通院の枠組みが構成されている。さらに、処遇の実施計の策定と、指定通院医療機関が行う多職種チームによるアウトリーチを交えた医療と生活支援体制が敷かれる。通院処遇においては、後者の手厚い支援体制が大きな効果を示すが、不安定な初期においては強制通院の枠組みが一定の効果を示している。特に、訪問看護師が行うアウトリーチの機能は対象者の生活を支援する意味で大きな効果を示している。

122

### 【文献】

- 1) 司法精神医療等人材養成研修会ガイドライン集
- 2) 松原三郎 平成24年度「専門的医療の普及の方策及び資質向上策を含めた医療観察法の効果的な運用に関する研究」厚生労働科学研究報告書分担研究「指定通院医療機関の治療機能の向上と多職種・多機関の連携を効果的に行う方策に関する研究」

123

## 1.3. 医療観察法審判で「社会的入院」を評価する必要性と重要性

### 1. はじめに

欧米諸国を中心に、精神科関連の統一した国際統計に協力しているOECD諸国では、そのほとんどの国が、心神喪失等により重大な他害行為を行った精神障害者の治療や処遇に、司法機関が関与する司法精神医療〔forensic psychiatry/ (community) forensic mental health services〕と言われる制度を整備し、運用している※1。また、これらの国では、司法精神医療を始めた歴史も古く、その制度の運用が100年以上を超える国も少なくない。このような国際的な司法精神医療の状況の中、2007年の医療観察法の施行にともない、司法精神医療制度の運用を本格的に開始した我が国は、最近になって新たに司法精神医療を行始めた国として、その運用や施行状況の内容が、海外からも注目されている。精神医療における入院期間が、治療以外の要因で長期化しやすいことは、精神医療の関係者の中では、よく指摘されるところである。司法精神医療においては、特に、その傾向が強いと言われている。そのため、「司法精神医療と社会的入院」の問題は、司法精神医療において長い歴史と経験を持つ欧米諸国などにおいても、未だに、司法精神医療に携わる関係者が取り組んでいる大きなテーマとなっている。

※「社会的入院」= 医療的には入院での治療の必要がなく、通院での治療等で可能であるにもかかわらず、治療以外の要因（社会や地域、家族等の環境調整など）で、入院が長期に継続している状態。

我が国は、一般精神医療においても、社会的入院の解消が未だ進んでいないことから、医療観察法の立法段階においても、しばしば、国会において「司法精神医療と社会的入院」の問題が取り上げられ、医療観察法の入院対象者が、社会的入院として長期入院となる懸念が、関係議員や関係職能団体、有識者などより表明されていた。そして、国会においては、それらの関係者より、入院や退院に伴う手続き、司法の関与の意義や審判の役割など制度の運用について詳しく確認が行われた※2、※3。また、社会復帰に向けての取り組みや地域の支援体制についても、国と都道府県、市区町村の連携体制と役割分担、保護観察所と地域の精神医療・保健・福祉の各種専門機関との支援、協力体制などが、詳細に検討され、法律が成立した経緯がある。

この章では、「司法精神医療と社会的入院」、特に、「医療観察法審判における入院継続決定及び退院許可決定と社会的入院」を中心に、我が国の医療観察法とこの問題について、長い関わりと経験を持つ欧米諸国、とりわけ医療観察法の直接のモデルである英国の司法精神医療制度を対比させながら、医療観察法審判における入院継続決定及び退院決定と社会的入院への各種配慮の必要性や意義、問題点などを明らかにしていく。

124

## 2. 司法精神医療と社会的入院

### 1) 欧米諸国における司法精神医療と社会的入院の経緯

欧米諸国では、1960年頃より一般精神科医療における社会的入院が徐々に解消されてくるなかで、1980年頃になって、社会的入院の解消があまり進まなかった司法精神医療が批判されて、精神障害者の人権問題として取り上げられていった過去がある。英国でも、一般精神科医療における社会的入院の解消されてきた1970年代後半頃においても、過剰収容や社会的入院の常態化していた高度保安病院（当時の司法精神医療の中核的入院施設／ブロードモア高度保安病院など）が、精神障害者の人権侵害問題として、マスコミなどに大きく取り上げられ、社会問題化していった。

英国の場合、このことが、英国政府の司法精神医療制度の大胆な政策的転換に繋がり、①司法精神医療の入院治療の中心施設を、収容型の1000床規模の「高度保安病院（英国で4箇所のみ）」から、退院と社会復帰を目的とした入院治療施設である30〜100床程度の「地域保安病棟」に変更した。そして、「地域保安病棟」を、一般精神科院内のひとつの病棟として設置し、各地域ごとに、全国に整備していった。この「地域保安病棟」が、我が国の医療観察法病棟のモデルとなっている。

また、英国では、②司法精神医療に対応出来るケア・マネジメント手法の開発とアウトリーチチームの活用を積極的に行い、③司法精神医療における国と地方自治体の役割分担と責任所在等の明確化した制度整備を行い、④精神医療・保健・福祉の従事者、専門家への司法精神医療関連の退院調整、地域での社会復帰支援方法の研修や司法精神医療と人権の問題等の倫理教育等を充実させていったことなどにより、司法精神医療の社会的入院の解消について、一定の成果を上げ、現在では、欧州諸国の中でも、この分野で高い評価を得ている。

しかし、このような英国においても、司法精神医療における社会的入院は、依然として精神障害者の人権侵害となる重要な問題として、司法や行政機関、精神医療・保健・福祉の各関係者に認識され、取り扱われている。

### 2) 医療観察法の審判形態と意義

海外では、司法精神医療における医療の開始や終了など、対象者の処遇の判断については、医療機関だけでなく、裁判所などの司法機関を、何らかの形で関与させていることが多い。特に、欧米諸国では、「司法精神医療における社会的入院」の懸念が大きい。そのため、拘束力の強いこのような司法精神医療の専門病棟などへの入院や退院の判断については、病状等の正確な判断とともに重大な人権侵害を伴う決定であるという側面からも重要視されており、司法機関を関与させる形で、慎重に取り扱われる傾向が強い。

我が国の医療観察法のモデルとなった英国においても、司法精神医療における

125

司法機関の判断は、重要視されている。そして、退院許可申立等についても、裁判官の関わる「精神医療審判（Mental Health Tribunal）」が開かれるという制度が整備されている。この英国の「精神医療審判（Mental Health Tribunal）」は、「裁判官」とともに、申立が行われている医療機関以外の「精神科医師」と「司法精神保健、福祉の専門家（地域や医療機関、保護観察所等で司法精神医療に長く携わったソーシャルワーカー、保健師など）」の3者の審判体により構成されることになっている。これは、司法精神医療の対象者の処遇の決定については、司法の関与が重要であることとともに、このような申立の判断については、司法だけではなく、司法、精神医療、精神保健福祉、それぞれの分野の専門的視点による総合的な判断が必要とされるからである。

我が国の医療観察法でも、決定の方式等に若干の違いはあるが、このような考え方が取り入れられている。そのため、医療観察法での入退院の判断は、裁判所において行われるが、その決定には、裁判官とともに、「精神保健審判員（第三者の立場の精神科医）」が決定に参加し、「精神保健参事員（精神保健福祉分野で豊富な経験を持つ精神保健福祉士、保健師等の専門家）」が、決定に関与する仕組みとなっている。

### 3. 司法精神医療における医療の必要性と社会的入院

欧米諸国では、我が国にくらべ一般精神科医療における社会的入院の解消について、一定の成果を出しているところが多い。そのため、欧米諸国の精神医療・保健・福祉の従事者や専門家からは、「社会的入院」といえば、「一般精神科医療」より、まず「司法精神医療」による危険性が指摘されることが多く、「社会的入院」を「司法精神医療における社会復帰支援、退院促進の重要性」や「精神障害者の人権侵害」の問題として認識している。特に、英国では、その傾向が強く、司法精神医療における社会的入院の問題を重要視し、対象者の「（入院）医療の必要性」、そして、精神疾患に対する「疾病性」や「治療反応性」を重視して、制度運営を行っている。

これには、1970年代後半に司法精神医療における社会的入院が英国国内で大きな社会問題となったことも、影響を与えているといわれている。そして、当事者でもある医療機関や担当行政機関等の事情や思惑、犯罪についての治療者の思いなどをできるだけ排除し、「このような法的にも、物理的にも非常に拘束力の強い司法精神医療の専門施設を使用して入院医療をしなければならないような病状、症状が、現在の対象者にあるのか」「司法精神医療による治療と称しながら、治療可能性（治療反応性）のない対象者を無期限で医療機関内に拘束する状況となっていないのか」「患者が精神症状以外の退院予定地域の環境調整などのような名目で、不当に長い期間、入院継続させられていないか」などを、公平・

126

中立の客観的な立場である司法機関が判断する仕組みを整え、制度の信頼性を維持している。

英国をモデルとした我が国の医療観察法にも、このような配慮がなされており、また、立法院（国会）の審議過程の中でも、司法精神医療における社会的入院について、質問が多くされている。そして、立法提案者である政府側の答弁として、以下のようない説明がなされている。

①『（医療観察法の）第1（条）は、本制度による入院等の要件を明確化し、本制度の目的に即した限定的なものとすることについてです。本制度による処遇の対象となる者は、その精神障害を改善するために医療が必要と認められる者に限られるのであって、このような医療の必要性が中心的な要件であることを明確にする・・・』、

②『対象行為を行った際の精神障害を改善するためにこの法律による医療が必要と認められる者に限る。2番目に、このような医療の必要性が認められる者の中でも、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な配慮が必要となる者が対象となる』、

③『具体的には、例えば対象者が有する精神障害が治療可能性のないものである場合や、あるいは対象行為を行った際と同様の症状が再発する具体的、現実的な可能性がない場合には、その精神障害を改善するためにこの法律による医療が必要であるだけでなく、また、そ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な配慮が必要であるわけでもありませんので、入院や通院の決定は行われぬ』

### 4. 退院許可申立等の取り扱い

英国では、人格障害など治療反応性に疑義がある、或いは、精神症状が落ち着いており、入院治療を継続しなければならない状況が薄れているなどの理由で、入院中の対象者が社会的入院となっている危惧がある場合には、入院医療機関の担当治療チームは、退院許可申立てや医療終了申立てを行うことができる。

また、このような社会的入院などを根拠とした「退院許可申立て」や「医療終了申立て」は、入院医療機関側だけでなく、入院中の対象者自身も行うことができる。そして、入院医療機関側は、対象者の保障された権利行使である「退院許可申立て」や「医療終了申立て」などについては、できる限り尊重し、協力していく体制を整えている。具体的には、担当病棟の精神保健福祉士などが、対象者に手続き方法を説明し、申請を援助したり、病院外の管轄する地方自治体や人権擁護団体などを紹介し、必要な協力依頼を行うなど、積極的な支援を行っている。

このような外部の人権擁護団体の弁護士や精神科医の協力により、「精神医療審判（Mental Health Tribunal）」では、人権擁護団体などの弁護士が同席するこ

127

とも多く、また、入院中の対象者自身が、人権擁護団体に所属する医師の協力を得て、自ら「自分は、人格障害であるため「治療反応性」には疑義があり、司法精神医療を行う入院医療機関での入院治療は、意味が無く、現状では、社会的入院となっている」として、医療終了申立てを行うようなこともある。このように英国でも、司法精神医療と社会的入院については、精神障害者の人権侵害の重要な問題として十分に認識されており、司法機関が、司法精神医療の入退院について、その判断に関与し、社会的入院など司法精神医療における人権侵害をチェックできる仕組みを整えている。

### 5. 医療観察法の国会審議過程における社会的入院

我が国においても、医療観察法の立法過程で、医療観察法における「司法精神医療における社会的入院」の問題が、立法院（国会）で、中心的な議題として大きく取り上げられていた。特に、我が国の場合、一般精神科医療における社会的入院の解消が進んでいないことから、立法院（国会）側にも、我が国の精神医療の入院制度と医療機関に対する不信感が強くあった。そのため、医療観察法における入院治療については、社会的入院となる危惧が国会の法務委員会などの質問で再三、取り上げられている。

これらの質問に対しては、立法提案者である政府側の答弁として、①『入院期間が不当に長期にわたることがないようにするため、原則として6ヶ月ごとに裁判所が入院継続の可否を確認することになっている』、②『指定入院医療機関の管理者がその時点の病状等を考慮して常にこれを判断し、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直ちに裁判所に対し退院の許可の申立てをしなければならない』とされている。③『入院患者側からも裁判所に対し退院の許可の申立てをすることができる』ことなどにより、医療観察法においては「治療のために入院をする必要があるという判断がなされた場合に入院治療が行われる」はずであり、「社会的入院」となる懸念はないとの説明がなされている。

### 6. 司法精神医療の社会的入院についての認識

#### 1) 欧米諸国における司法精神医療の社会的入院についての認識

司法精神医療に豊富な経験を持つ欧米諸国においても、司法精神医療の対象者社会復帰支援や退院調整は、高度な専門的知識や判断を要し、そして、時に危険も伴う難しい職務とされている。ただ、欧米諸国の精神医療・保健・福祉の従事者や専門家は、この職務に関わることを一人の対象者の社会復帰の問題のみならず、「社会的入院」を解消し、そして「精神障害者の人権侵害」を無くしていくための重要な社会的責務と捉えていることが多い。司法精神医療の対象者の社会

128

復帰支援や退院調整については、精神医療、保健、福祉の関係機関が有機的に連携し、手厚い支援体制を行う必要があるが、そのため英国では、実際に、多数の精神医療、保健、福祉の従事者や専門家が、司法精神医療の対象者の社会復帰支援や退院調整に関わり、欧州では、高い評価を得ている。

## 2) 我が国における司法精神医療の社会的入院についての認識と現状

一方で、最近まで司法精神医療のシステムを持たなかった我が国では、精神医療・保健・福祉の従事者や専門家が、制度への知識や経験の不足による不安などがあるために、「司法精神医療は、『精神医療』ではない特別なもの」、「関わるべき領域の職務ではない」などの間違った意識を持ちやすくなっている。それが、それぞれの個人的な思いや職場の事情、環境などあいまって、医療観察法の対象者の支援への抵抗感を強くし、拒否的になってしまうなどの対応に繋がっている状況が見られる。

医療観察法の立法過程では、精神医療・保健・福祉関係の職能団体や専門家、地域の精神保健行政を担当する都道府県などの行政機関の代表団体などから「司法精神医療における社会的入院や人権侵害への危惧」などの懸念や、「退院調整や地域ケアにおける国や地方自治体及び、精神医療、保健、福祉の各関係機関などの積極的な支援の必要性」、「各関係機関の有機的な連携体制の重要性」などの意見が強く出されていたはずである。しかし司法精神医療における現場レベルでは、社会的入院や人権侵害への危惧、支援の必要性、連携体制の重要性などの認識があまり浸透していないとの指摘がなされている。そして、欧米諸国では、ケア会議など公式の場でも見られない精神医療・保健・福祉の従事者や専門家からの「社会的入院の継続を肯定する」という発言が、我が国では、精神医療・保健・福祉の従事者や専門家からは、入院対象者の退院調整のためのケア会議などで聞かれるとの報告も散見されている。

## 3) 我が国の司法精神医療と社会的入院を取り巻く状況

司法精神医療についての歴史も長く、その問題点や課題などもよく理解して関わっている英国に比べ、司法精神医療が始まったばかりである我が国では、現場の精神医療・保健・福祉の従事者や専門家に、司法精神医療における社会的入院についての危機意識が希薄になりやすい。これには、一般精神医療でさえ、社会的入院が解消されていない我が国の特殊な精神医療の環境の影響も強いと思われる。このような状況のため、我が国では、司法精神医療における社会的入院が、精神障害者の重大な人権侵害にあたるとの意識が、現場まで浸透しているとは、言いがたい状況である。

129

現在までのところ、我が国の指定入院医療機関側のスタッフや保護観察所の社会復帰調整官は、対象者の退院促進、社会復帰支援のモチベーションが強く、退院援助を非常に積極的に行っているためもあり、また、制度施行後間もないこともあり、医療観察法での社会的入院の問題は、まだ、あまり顕著ではないかもしれない。しかし、前述したように、我が国では、司法精神医療における社会的入院が重大な人権侵害であるというコンセンサスが、現場の精神医療・保健・福祉の従事者や専門家のなかには、まだ、確立されているとは言えない。このような我が国の環境のなかで、指定入院医療機関側のスタッフや保護観察所の社会復帰調整官が、今後も、引き続き対象者の退院促進、社会復帰援助のモチベーションを維持し、退院援助を積極的に行っていくかは、疑問が残るところである。

また、海外などの例では、本来、指定入院医療機関や保護観察所は、地域の精神医療・保健・福祉のなどに比べ、より長期的な入院を肯定しやすい傾向にあると言われている。そして、指定入院医療機関や保護観察所は、事件報道や世論の動向に影響を受け極端に萎縮し、結果として、社会的入院を助長してしまうような傾向も強いとされている。

このような我が国の状況などから、司法精神医療における社会的入院が、徐々に常態化してしまう懸念は、依然として大きいと思われる。

## 7. 医療観察法審判における精神保健審判員、精神保健参与員の役割

我が国で、司法精神医療における社会的入院が許容されていないことは、医療観察法の条文や前述の立法主旨からも明らかである。また、医療観察法の処遇の要件が医療の必要性であることは、医療観察法の「入院決定（42条）」「退院の許可又は入院継続の確認の決定（51条）」に明確に規定されている。また、国会（立法府）の審議過程においても、「本制度による処遇の対象となる者は、その精神障害を改善するために医療が必要と認められる者に限られるのであって、このような医療の必要性が中心的な要件であることを明確にする・・・」と説明されている ※2 ※3。

医療観察法の指定入院医療機関の社会的入院に関連して、国会の審議過程の中で、過去のハンセン病患者の社会的入院の問題が、しばしば対比的に言及された。我が国は、ハンセン病患者の隔離治療の政策において、欧米諸国で、科学的根拠がなく人権侵害の問題が大きいとして、隔離治療の政策をやめた後も、長期にわたって隔離治療の政策を続けた歴史がある。現在では、日本政府も、その誤りを認め、その反省に立った政策を行っており、国民の意識も大きく変わっている。しかし、当時は、入院医療を継続する根拠の無くなった隔離自体が重大な人権侵害であるにもかかわらず、「〔隔離の廃止が〕絶対に安全だと言えるのか、何か問題が起こったときには、責任がとれるのか」「（欧米では、そうかもしれ

130

ないが）、日本では、まだ、環境が整っていない」、「家族や地域の関係者が、患者の受入に非常に困っている（反対している）」、「本人もここ（隔離施設）にいる方が、本当は幸せである」など、治療以外の要因で、入院が長期に継続していること（社会的入院）を容認する意見が、一般国民からだけではなく、医療・保健・福祉の従事者や専門家からも出されていたのである。

前述のとおり、英国など欧米では、司法機関が、司法精神医療における社会的入院のチェック機能を果たしている。我が国でも、国会で、医療観察法における社会的入院の危惧を指摘した質問に対して、立法提案者は、「（指定入院医療機関の入院中の対象者については、）原則とし6ヶ月ごとに裁判所が入院継続の要否を確認すること」、「指定入院医療機関の管理者がその時点の病状等を考慮して常にこれを判断し、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直ちに裁判所に対し退院の許可の申立てをしなければならないこと」、「入院患者側からも裁判所に対し退院の許可の申立てをすることができること」などをあげ、入院継続決定や退院決定にも必ず裁判所が関わり、審判において、入院継続の要件として入院治療の必要性が確認されるので、「社会的入院」となる懸念はないと答弁し、社会的入院に対して裁判所のチェック機能が働くことを強調している。

医療観察法の法施行当初は、当初審判に注目が集まる中で、入院継続申立審判や退院許可申立審判は、件数も少なかったこともあり、その重要性があまり認識されていなかった。しかし、前述したように、海外では、裁判所による入院継続申立審判や退院許可申立審判は、司法精神医療制度の運用を公正・中立な立場からチェックし、退院決定を適正に行う手続きとして、非常に重要視されている。そして、裁判官とともに、司法、精神医療、精神保健福祉の各分野の専門家が総合的に判断し、審判決定をすることの意味は大きいと評価されている。

精神保健審判員、精神保健参与員は、普段は病院や地域の精神医療・保健・福祉に関与している従事者や専門家であり、社会的入院になりつつある状況について、人権擁護と地域の環境や個別の事情などを考慮しながら難しい判断をせまられる場合も多いであろう。

それでも、精神保健審判員及び精神保健参与員は、前述のような国会における審議過程や立法主旨、法制度の適正な運用、そして、過去の過ちなども念頭におき、それぞれ精神医療、精神保健福祉分野の専門家として総合的な判断を行い、意見を言うのみならず、裁判官とともに公正・中立な立場から社会的入院を厳正にチェックする役割も求められていることを理解していなければならない。

131

医療観察法審判ハンドブック内（目次参照）：

- ※1 「精神疾患等により責任無能力等の状態で犯罪に当たる行為をした者の審判制度に関する海外比較」
- ※2 【国会議事録（医療観察法関連）】「国会（立法府）における医療観察法の重要事項について立法主旨説明、解釈等」
- ※3 【重要法文とその解釈（医療観察法関連）】Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ、Ⅴ

132

# 医療観察法審判の考え方 〔資料編〕



## 1. 【国会議事録（医療観察法関連）】 「国会（立法府）における医療観察法の重要事項について立法主旨説明、解釈等」

### 《目次》

1. 医療観察法 第1条《目的等》について  
【本制度の処遇に携わる者の自覚と責務について明らかにする】  
-平成14年12月3日 第155回国会 法務委員会-
2. 医療観察法 第20条《社会復帰調整官》について  
【保護観察所に、新たに社会復帰調整官として、精神保健福祉士の有資格者など、必要な専門的知識を有する者を配置する】  
-平成14年12月3日 第155回国会 法務委員会-
3. 医療観察法 第42条《入院等の決定》について  
①《入院等の要件》  
【本制度による入院等の要件を明確化し、本制度の目的に即した限定的なものとする】  
-平成14年11月27日 第155回国会 法務委員会-
4. 医療観察法 第42条《入院等の決定》について  
②《医療観察法の対象となる者》  
【本制度による処遇の対象となる者は、対象行為を行った際の精神障害を改善するためにこの法律による医療が必要と認められる者に限る。2番目に、このような医療の必要性が認められる者の中でも、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配慮することが必要な者が対象となることを明記する】  
-平成15年5月8日 第156回国会 法務委員会-
5. 医療観察法 第42条《入院等の決定》について  
③《社会復帰の状況を考慮する具体例》  
【本制度による本人の病状、またそれに加えてその生活環境に照らし治療の継続が確保されるか否か、また同様の行為を行うことなく社会に復帰することができるような状況にあるか否かといった事柄をも考慮することの具体例】  
-平成15年5月8日 第156回国会 法務委員会-
6. 医療観察法における人格障害について  
【本制度の対象者の要件における人格障害の取り扱について、人格障害のみを有する者は、我が国では、一般的に完全な責任能力を有する解されており、人格障害を前提に責任能力が否定される、あるいは減弱されるということは一般的にあり得ないとされている】  
-平成14年7月5日 第154回国会 法務委員会・厚生労働委員会連合審査会-

### 《目次》

7. 医療観察法における入院期間の長期化を避けるための医療観察法審判（入院継続申立審判、退院許可申立審判等）の役割について  
【本制度において、原則として、6ヶ月ごとに裁判所が入院継続の要否を確認し、裁判官とそして精神保健審判員（精神科医）との間で協議をし意見が異なった場合、軽い方（人権侵害の少ない方）を採用するなど、必要以上に入院をさせていくことを避ける】  
-平成14年7月5日 第154回国会 法務委員会・厚生労働委員会連合審査会（議事録より抜粋）-
8. 医療観察法 第49条《指定入院医療機関の管理者による申立て》、第51条《退院の許可又は入院継続の確認の決定》について  
【指定入院医療機関における入院期間が不当に長期にわたることがないようにするための6か月ごとに裁判所が入院継続の要否を確認すること、及び指定入院医療機関の管理者の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、直ちに退院の許可の申立てを行う義務等について】  
-平成15年5月8日 第156回国会 法務委員会-
9. 医療観察法の地域社会における処遇についての見解①  
【地域処遇（通院処遇）における国〔保護観察所〕と地方自治体〔都道府県、市町村、精神保健福祉センター、保健所等〕の役割分担と連携体制等について】  
-平成14年7月12日 第154回国会 法務委員会・厚生労働委員会連合審査会（議事録より抜粋）-
10. 医療観察法の地域社会における処遇についての見解②  
【地域処遇（通院処遇）における保護観察所、都道府県・政令市等の精神保健福祉センター、保健所等の位置づけ、役割等について】  
-平成14年7月12日 第154回国会 法務委員会・厚生労働委員会連合審査会（議事録より抜粋）-

※【第154～156回国会 法務委員会及び厚生労働委員会 議事録】、【「心神喪失者等医療観察法及び審判手続き規則の解説」最高裁判所事務総局刑事局（平成17年3月）より抜粋のうえ、一部改変〔下線加筆等 医療観察法審判ハンドブック作成委員会〕

## 国会（立法府）における医療観察法の重要事項について立法主旨説明、解釈等 ※以下、法務委員会、厚生労働委員会の委員、大臣、政府参考人の役職等は、全て当時のもの

### 1. 医療観察法第1条 《目的等》 について

第1条 この法律は、心神喪失等の状態で重大な他害行為（他人に害を及ぼす行為をいう。以下同じ。）を行った者に対し、その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、継続かつ適切な医療並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り、その病状の改善及びこれに伴う同様の行為の再発の防止を図り、もってその社会復帰を促進することを目的とする。  
2 この法律による処遇に携わる者は、前項に規定する目的を踏まえ、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者が円滑に社会復帰をすることができるように努めなければならない。

【本制度の処遇に携わる者の自覚と責務について明らかにする】  
-平成14年12月3日 第155回国会 法務委員会-

※修正案の提案者の1人である○〇衆議院議員は、次のように答弁している。

「ただいまご質問の責務のことでございますが、本制度は、言うまでもなく法案の第1条に規定されておりますように、適切な医療を継続的に行う、このような医療を確保するために必要な観察等を行うということで、本人の病状の改善とこのような病状の改善に伴って社会復帰を促進するという最終的な目的があるわけでありまして、……したがって、この制度に携わる者は、当然、このような本制度の目的を踏まえてこの処遇の対象となる者の円滑な社会復帰に努めるべきである、このことから、この点を法文上明確にすることをまずする。本制度の処遇に携わる者の自覚を促すとともにその責務を明らかにするためにこのような規定を加えたということでございます。」

### 2. 医療観察法第20条 《社会復帰調整官》 について

【保護観察所に、新たに社会復帰調整官として、精神保健福祉士の有資格者など、必要な専門的知識を有する者を配置する】  
-平成14年12月3日 第155回国会 法務委員会-

※修正案の提案者の1人である○〇衆議院議員は、次のように答弁している。

「……それから、保護観察所は、今までと少し趣は違いますが、地域社会における今回の処遇のいわばコーディネーターとして、精神保健観察のみならず、例えば生活環境の調整であるとか、それから処遇の実施計画をつくらないといけない、それから指定医療機関あるいは保健所、こういったところの協力体



制を整備する、あるいはそれぞれの関係機関の連携を確保するためにこのコーディネーター役をするわけでございます。

そういうときに、ここで携わる者が、これまでの名前でございますと精神保健観察官、観察官という言葉が、いかにも監視をしている、こういう旧来型のイメージが強かったものですから、ここはやはり社会復帰調整官と。たかが言葉もわかりませんが、しかしされど言葉でありまして、これについては、事務の内容にかんがみまして、精神保健福祉士の有資格者を初めとする、この制度による処遇の実施に当たって必要な精神保健あるいは精神障害者福祉などに専門的な知識を持っている方々がやはり必要不可欠であろうということで、精神保健福祉士、あるいは場合によっては看護師の皆さんでこういう資格という条件を満たしている方々などは当然入ってくると思うわけでありますけれども、こういった方々についていただいて、そして法文上も明確にそれをあらわすためにこの名前にさせていただいた、こういうことでございます。」

### 3. 医療観察法 第42条《入院等の決定》について①

#### （入院等の要件）

【本制度による入院等の要件を明確化し、本制度の目的に即した限定的なものとする】平成14年11月27日 第155回国会 法務委員会

※本法による処遇の要件の修正の趣旨について、修正案の提案者の1人である○〇衆議院議員は、平成14年11月27日の衆議院法務委員会における修正案の趣旨説明において、次のように述べている。

「第1は、本制度による入院等の要件を明確化し、本制度の目的に即した限定的なものとするについてです。本制度による処遇の対象となる者は、その精神障害を改善するために医療が必要と認められる者に限られるのであって、このような医療の必要性が中心的な要件であることを明確にするとともに、仮に医療の必要性が認められる者であっても、そのすべてを本制度による処遇の対象とするのではなく、その中でも、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配慮することが必要な者だけが対象となることを明確にするため、政府案の関連する規定を修正するものです。」

※また、同じく修正案の提案者の1人である○〇衆議院議員は、平成15年5月8日の参議院法務委員会において、次のように答弁している。

「・・・今回の修正案の最も重要な点の1つは、政府案の心神喪失等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る場合という要件を、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と認める場合に修正したということにあります。」

政府案のこの要件につきましては、衆議院における審議等を通じて3点、問題点が指摘されました。第1点は、入院等の決定を受けた者に対して、言わば危険人物とのレッテルを張るような結果となって、そのためにかえって本人の円滑な社会復帰が妨げられることにならないか。第2点として、円滑な社会復帰を妨げることとなる現実的かつ具体的なおそれがあると認められる者だけではなくて、漠然としたそういう危険性のようなものが感じられるにすぎない者にまで本制度による処遇の対象となるのではないかと。3番目、特定の具体的な犯罪行為や、それが行われる時期との、時期の予測といった不可能な予測を強いることになるんじゃないか。

この3点、指摘されたところでありまして、そこで、このような批判を踏まえて修正案によって、本人の精神障害を改善するための医療の必要性が中心的な要件であることを明確にするとともに、このような医療の必要性の内容を限定し、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配慮することが必要と認められる者だけが本制度による処遇の対象となることを明確にすると。そうすることによって入院等の要件を明確化し、本制度の目的に即した限定的なものとするというためにこのような修正を行った次第でございます。」

### 4. 医療観察法 第42条《入院等の決定》について②

#### （医療観察法の対象となる者）

【本制度による処遇の対象となる者は、対象行為を行った際の精神障害を改善するためにこの法律による医療が必要と認められる者に限る。2番目に、このような医療の必要性が認められる者の中でも、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配慮することが必要な者だけが対象となることを明記する】平成15年5月8日 第156回国会 法務委員会

※「その精神障害のために同様の行為を行う具体的・現実的な可能性」の有無を判断し、これが認められる場合でなければならぬことについて、修正案の提案者の1人である○〇議員は、平成15年5月8日の参議院法務委員会において、次のように答弁している。

「修正前の政府案の要件は、先ほど申し述べたとおり、心神喪失等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る場合というものでありまして、その中には医療の必要性とか対象者の社会復帰といった観点が明記されていません。先ほどお答えしたような、様々な批判がなされたところでもあります。

これに対して、修正案の要件は、本制度による処遇の対象となる者は、対象行為を行った際の精神障害を改善するためにこの法律による医療が必要と認め

られる者に限る。2番目に、このような医療の必要性が認められる者の中でも、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配慮することが必要な者だけが対象となることを明記する、明確にすることによりまして、本制度の目的に即した限定的なものとしたものであります。政府案に対する様々な批判が踏まえて、その問題を解消するため政府案の要件を修正したわけでございますが、

したがって、例えば政府案に対しては、単に漠然とした危険性のようなものが感じられるにすぎない、そういう場合でも本制度による処遇の対象となるのではないかと批判がございましたが、修正案では、このような場合であっても対象行為を行った際と同様の症状が再発する具体的、現実的な可能性もないような場合には、その精神障害のために再び同様の行為を行う可能性はないので、本制度による処遇は行われないうことが明白となっているのであります。」

「合議体を構成する裁判官と医師である精神保健審判員は、共同して個々の対象者について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と認められるか否かを判断することになるわけでございますけれども、具体的には、例えば対象者が有する精神障害が治療可能性のないものである場合や、あるいは対象行為を行った際と同様の症状が再発する具体的、現実的な可能性がない場合には、その精神障害を改善するためにこの法律による医療が必要であるわけでもなく、また、そ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配慮することが必要であるわけでもありませんので、入院や通院の決定は行われないうことになりました。」

このように、この法律による処遇の要否、内容の決定に当たっては、個々の対象者についてその精神障害の医療の可能性、必要性やその精神障害のために社会復帰の障害となる同様の行為を行う具体的、現実的な可能性の有無を判断する必要があります。」

### 5. 医療観察法 第42条《入院等の決定》について③

#### （社会復帰の状況を考慮する具体例）

【本制度による本人の病状、またそれに加えてその生活環境に照らし治療の継続が確保されるか否か、また同様の行為を行うことなく社会に復帰することができるような状況にあるか否かといった事柄をも考慮することの具体例】平成15年5月8日 第156回国会 法務委員会

※○〇衆議院議員は、次のように答弁している。

「二点についての具体例を示せという御質問でございますので、例えば身近に適当な看護者がおりまして、本人を病院に通院させたり、あるいは定期的に

服薬をさせるということが見込まれるような場合には、これは治療の継続が確保されるであろうというふうにとらえるところであります。

また、もう一方の例は、例えば常に身近に十分な看護能力を有する家族がいらっしゃる。仮に、本人の病状が悪化して問題行動に及びそうになった場合に、直ちに適切に対処することが見込まれるような場合には、同様の行為を行うことなく社会に復帰することができるような状況にあるであろうというふうにとらえております」

### 6. 医療観察法における人格障害について

【本制度の対象者の要件における人格障害の取り扱いについて、人格障害のみを有する者は、我が国では、一般的に完全な責任能力を有すると解されており、人格障害を前提に責任能力が否定される、あるいは減弱されるということは一般的にあり得ないとされている】平成14年7月5日 第154回国会 法務委員会・厚生労働委員会連合審査会（議事録より抜粋）

◆法務委員会A委員（衆議院議員）  
（中略）そこで、厚生労働大臣にお伺いしたいわけですが、人格障害による心神喪失あるいは心神耗弱状態ということがあり得ると考えているかどうか。

（中略）その点についてお伺いしたいと思います。

◆政府参考人○〇（厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長）  
本制度におきます対象者の要件につきましては、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行ったこととございます。入院または通院の要件は、対象者について、裁判所において、継続的な医療を行わなければ心神喪失等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判断されることであります。したがって、人格障害のみを有する者につきましては、我が国では一般的に完全な責任能力を有すると解されており、心神喪失等とは認められていないため、御指摘のとおり、本制度の対象とはならないものと考えております。

（以下略）

※＜反社会性人格障害の治療について＞  
◆政府参考人○〇（厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長）  
反社会性人格障害の治療についてのお尋ねがございましたが、この治療は精神療法が中心となりますが、この障害を持つ者は治療意欲が乏しいことが多く、その治療は極めて困難な場合が多いというのは委員御指摘のとおり（中略）心神喪失者または心神耗弱者ではない者（人格障害のみを有する者）については、今後とも事案に応じて適切に処置するなどの方法により、その改善更生、社会復帰が図られるものと考えております。



◆ 政府参考人〇〇（法務省刑事局長）

（中略）人格障害みたいなケースにつきましては、これは先ほど厚生御当局からも御答弁がありましたけれども、そのことのみによって心神喪失あるいは耗弱と認定されている例というのは、これは現実問題としても一般にない。したがって、そういう意味で、仮に人格障害という判断が出た場合に、責任能力についての判断がばらばらしているというふうなことはないものと考えております。

7. 医療観察法における入院期間の長期化を避けるための医療観察法審判（入院継続申立審判、退院許可申立審判等）の役割について

【本制度において、原則として、6ヶ月ごとに裁判所が入院継続の要否を確認し、裁判官とそして精神保健審判員（精神科医）との間で協議をし意見が異なった場合、軽い方（人権侵害の少ない方）を採用するなど、必要以上に入院をさせていくことを避ける】

・平成14年7月5日 第154回国会 法務委員会・厚生労働委員会連合審査会（議事録より抜粋）

◆ 法務委員会B委員（衆議院議員）

（中略）実際は入院をしなくてもよかつた人が何年も入院を強いられるケースがある。こういうことに関して、先ほど申し上げましたように、施設に、療養所に入所の必要のないハンセン病の元患者の方々はずっと入院されていた、その強制隔離の人権侵害の問題と似ていると思うんです。（中略）今回の法案によって、ハンセン病の元患者の方々に対するのと似たような誤った長期にわたる強制隔離というものが起これば、これは人権侵害ではないか。（以下略）

◆ 国務大臣〇〇（厚生労働大臣）

医学上の診断でありますから、百発百中ということには、それはいかなる病気のときにもなかなかないだろうと思います。しかし、これは、原則として六か月ごとに裁判所が入院継続の要否を確認することになっておりまして、半年ごとにチェックをしていく。そして、裁判官とそして医師との間で協議をして、この人がさらに入院が必要かどうかということとを議論していく。

先日も、私はこの二人の間で意見が異なったらどうなんだということを開いたわけでございますが、そうしましたら、その中で軽い方を採用すると。例えば、一方はもう少し入院だ、一方はもう少し退院させてもいい、こういうことであれば、退院させていいという方を採用する、こういうことのようにござりますから、そうしたことを継続していくことによって、委員が御心配になりますように、一人の人を長くそこに必要以上に入院をさせていくことを避けることができるといふふうに思っております。

8. 医療観察法 第49条《指定入院医療機関の管理者による申立て》、第51条《退院の許可又は入院継続の確認の決定》について

【指定入院医療機関における入院期間が不当に長期にわたることがないようにするための①6か月ごとに裁判所が入院継続の要否を確認すること、及び②指定入院医療機関の管理者の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、直ちに退院の許可の申立てを行う義務等について】

・平成15年5月8日 第156回国会 法務委員会

◆ 法務委員会C委員（衆議院議員）

強制入院に関して非常に危惧を感じます。（中略）精神病院と刑務所は全然違う施設ですが、隔離をされている施設の中で人権侵害が極めて起きやすい。刑務所の場合は刑期が、受刑者の場合は刑期がありますが、精神障害者の人の場合はいつ出られるかということが全くありません。入院期間の上限の定めが全く条文の中にありませんが、これはなぜでしょうか。

◆ 政府参考人〇〇（法務省刑事局長）

本制度におきましては対象者の入院期間の上限を定めないこととしておりますが、これは、対象者の社会復帰を促進すると本制度の目的に照らしますと、対象者について本制度による医療の必要があると認められる限り入院を継続させ、手厚い専門的な治療を行うことによりその社会復帰を促進する必要があると考えられますところ、このような必要が認められるか否かは当該対象者の病状やこれに対する治療の状況等により左右されるので、あらかじめ入院期間の上限を定めることは適当でないと考えられるためであります。

また、本制度におきましては、入院期間が不当に長期にわたることがないようにするため、原則として六か月ごとに裁判所が入院継続の要否を確認することとしており、また入院患者の医療を現に担当している指定入院医療機関の管理者がその時点の病状等を考慮して常にこれを判断し、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直ちに裁判所に対し退院の許可の申立てをしなければならぬとしておる上に、入院患者側からも裁判所に対し退院の許可の申立てをすることができることとしておるところでございます。

◆ 法務委員会C委員（衆議院議員）

この法律がなくても、現在、（日本の精神病院でも）社会的入院と言われているものも多く、かつ今日の委員会の中でも出てきていますが、長期に精神病院に入っている人も非常に多いわけですから、ですから、条文には「社会復帰」となっていますが、強制入院をさせるわけですから、社会からの隔離に、長期間における社会からの隔離になってしまうのではないかとと思いますが、いかがですか。

◆ 政府参考人〇〇（法務省刑事局長）

（中略）要は、治療のために入院をする必要があるという判断がなされた場合に入院治療が行われるわけでございまして、その後、六か月ごとにその入院継続の必要があるかどうかを確認を続けることになるわけでありますから、そのような御懸念は当たらないだろうと思っております。

9. 医療観察法の地域社会における処遇についての見解①

【地域処遇（通院処遇）における国〔保護観察所〕と地方自治体〔都道府県、市町村、精神保健福祉センター、保健所等〕の役割分担と連携体制等について】

・平成14年7月5日 第154回国会 法務委員会・厚生労働委員会連合審査会（議事録より抜粋）

◆ 法務委員会D委員（衆議院議員）

（前略）、本法においても当然ながら、社会復帰のための重要な段階の地域社会での処遇、この成否が本法の目的を達するか否かを決めるわけでございます。したがって、ここで概略の御説明をいただきたいのは、地域社会における処遇でございます。これは、保護観察所が各地域にございまして、そこを中心に処遇の計画等をめぐらすわけでございますが、この地域社会における処遇を担うものは何か、そしてどのような処遇が行われるのかということについての概略の御説明をお願いいたします。

◆ 政府参考人〇〇（法務省保護局長）

（前略）、地域内の処遇の枠組み全般について申し上げますと、本制度におきましては、保護観察所は、通院患者に対して精神保健観察を実施いたします。そして、必要に応じて、裁判所に対し処遇の終了あるいは再入院等の申し立てをいたします。それとともに、いわば地域社会における処遇のコーディネーターという役割がございまして、それによりまして、関係機関相互間の連携を確保する役割を担うこととしております。これによりまして、通院患者に継続的な医療を確保し、その社会復帰を促進することとしております。

（中略）

①精神保健観察でございますけれども、これは、具体的には、精神保健観察官（その後の国会審議の過程で「社会復帰調整官」に名称変更）が、医療機関、通院医療機関はもとより、地域社会で精神障害者に対する援助業務を行っている、保健所、精神保健福祉センターあるいは福祉事務所等種々の関係機関がございまして、そういった関係機関と十分に連絡をとり合いながら、通院患者の通院状況あるいは生活状況などを見守り、そして患者やその家族からの相談に応じるなど

して、通院や服薬がきちんと行われるように働きかけていく、そしてまた、それに必要な援助等があれば、これまた関係機関と連携をしながらそれを行っていくということでございます。

また、保護観察所の長は、継続的な医療を確保する上で必要と認める場合には、地方裁判所に対して、入院によらない医療を行う期間の延長や、それから再入院を申し立てる、また、他方におきまして、本制度による処遇の必要がなくなったというふうな判断をされた場合にありましては、裁判所に対してその処遇の終了を申し立てるということを行います。

それから、もう一つは、これまたいわゆる社会内という地域内処遇の大きな柱、精神保健観察と並んで大きな柱となりますのが、②関係機関との連携の確保でございます。

本制度におきましては、保護観察所による精神保健観察のほかに、通院患者に対して、指定通院医療機関による医療及び援助、それから、都道府県及び市町村による援助が行われます。具体的には、都道府県、市町村といえますのは、保健所とか精神保健福祉センターとか、そのような現在ある機関ということになると思います。そのような機関におきまして通院患者に対して継続的な医療を確保するために、このような機関ときちんと連絡をとり合って、そして情報を交換し、処遇計画もそのような意見を総合して決めて、円滑な医療の継続が行われるようにしていくということにいたします。

いずれにしても、この関係機関との連携といえますのは、関係機関と申しますが、今申し上げましたように、都道府県あるいは市町村といった地方公共団体が主でございます。保護観察所は国の機関でございます。そういった関係で、国と地方公共団体が一つの目的を指して連携を合っていくという形態、これはまた新しい形態でございますけれども、これを何とか連携を密にして、この制度が円滑にいくように努力をして、実効あるものにしていきたいというふうに考えております。

（後略）

## 10. 医療観察法の地域社会における処遇についての見解②

【地域処遇（通院処遇）における保護観察所、都道府県・政令市等の精神保健福祉センター、保健所等の位置づけ、役割等について】

平成14年7月5日 第154回国会 法務委員会・厚生労働委員会連合審査会（議事録より抜粋）

### ◆ 法務委員会E委員（衆議院議員）

通院治療についてお聞きをいたします。（中略）地域社会にありまして、通院を確保して適切な治療を中断なく継続する、そして社会復帰を促進することは、今日の精神医療の大きな方向でもありますし、現行精神保健福祉法にはない大変大事な新しい試みが法案の中には盛り込まれていると思います。問題は、その中身であり、とりわけ、その中心的な役割を担う主体をどうするかという問題であると私は思います。（中略）

なぜ、今度の政府法案においてこの精神保健福祉センター、保健所を、通院治療確保、いわゆる地域社会における処遇ですが、これを担う中心的主体と位置づけなくて、そして、精神医療、保健、福祉には全く経験と知識のない法務省の保護観察所にこの中心的仕事を担わせようとするのか、（中略）

### ◆ 国務大臣○○（法務大臣）

この制度におきまして、対象者の地域社会における処遇に保護観察所が関与することにいたしました（中略）。なお、精神保健福祉センターにつきましては、精神障害者全般について相談、指導等を行う施設でございますので、保護観察所との連携のもと、この制度の対象者の処遇にも相応の役割を担っていただくことになると考えております。

### ◆ 国務大臣○○（厚生労働大臣）

今法務大臣からお述べになりましたとおりでございますが、この保護観察所がいわばコーディネーターというふうになるということになるわけでございますが、しかし、先ほど委員がお挙げになりましたような精神保健福祉センターなどは、やはり十分な協力を申し上げなければならないというふうに思います。そして、その他、保健所等もその中に当然のことながら入ってまいりますし、福祉事務所などの関係機関も入ってくるというふうに思います。

（中略）

### ◆ 法務委員会E委員（衆議院議員）

（中略）現行精神保健福祉法第二章「精神保健福祉センター」第六条によりますと、その二項で、「精神保健福祉センターは、精神保健及び精神障害者の福祉に関し、知識の普及を図り、調査研究を行い、並びに相談及び指導のうち複雑又は困難なものを行う施設とする。」明確に位置づいているわけですね。いろいろ問題があるんですが、現行精神保健福祉法のいわゆる措置入院、全体の措置入院の中から、いわゆる触法精神障害者、心神喪失等によって重大な他害行為を行い、そして厳格な審判手続を経て入通院措置が必要だと認定された者は、この現行精神保健福祉法のまさにこの六条二項の複雑、困難なものを行うものじゃないか。そうすると、日本の地域精神医療福祉の中心を担うものとして国は精神保健福祉センターを位置づけて、これを充実強化しようというのが国策の大きな方向じゃないですか。

そうしますと、なぜ今回、ここに政府が提出した法律の対象者の地域の処遇の責任を持たせなかったのか、（中略）専門知識が必要で、連携が必要だ。まさにその連携をやっているのが、今日、日本では精神保健福祉センターじゃないですか。（中略）

### ◆ 政府参考人○○（厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長）

委員御指摘のとおり、精神保健福祉センターは、都道府県もしくは政令市の設置によるものでございまして、精神保健福祉法におきまして精神保健福祉の業務全般におきましてリーダー的な役割を果たしている、また、そうなければならないということは委員御指摘のとおりでございますが、この充実に関しましては今まで以上に努力を払う、そういう所存でございますが、この問題につきましても精神保健福祉センターが技術的な面で全面的に協力をするということは、そのとおりでございます。

しかしながら、個別のケースのマネジメントに関しては、これが司法との関係ないしは裁判所との関係等を取り扱うというふうな点から見まして、都道府県もしくは政令市がやっております精神保健福祉センターにお願いするよりも、国の機関でございます保護観察所であり、精神保健福祉センターがそれに対して全面的に協力をを行う、また、保健所、市町村もそれに対して全面的に協力を行うというふうな形の方が効率的ではなからうかというふうに考えたわけでござい

## 2. 医療観察法関連【「重要判例」とその解説】

### 【重要判例】医療観察法関連

#### 《目次》

1. 「責任能力の概念」大判昭和6年12月3日
2. 「同様の行為を行う具体的・現実的可能性」措置入院の場合の認定との相違」福岡高決平成18年1月27日
3. 「人格障害という診断と退院許可の申立て」東京高決平成18年8月4日
4. 「医療観察法による医療の必要性」最二決 平成19年7月25日

### 1. 「責任能力の概念」【大判昭和6年12月3日刑集10巻682頁】

#### <判旨>

「……心神喪失ト心神耗弱トハ孰レモ精神障礙ノ態様ニ屬スルモノナリト雖其ノ程度ヲ異ニスルモノニシテ即チ前者ハ精神ノ障礙ニ因リ事物ノ理非善惡ヲ辨識スルノ能力ナク又ハ此ノ辨識ニ從テ行動スル能力ナキ状態ヲ指稱シ後者ハ精神ノ障礙未タ上級ノ能力ヲ缺カスル程度ニ達セザルモ其ノ能力著シク減退セル状態ヲ指稱スルモノナリトス……」

#### <解説>

刑法39条1項は「心神喪失者の行為は罰しない」、刑法39条2項は、「心神耗弱者の行為は、刑を減輕する」と規定するが、刑法は、心神喪失、心神耗弱の定義規定を置いていない。それを定義しているのは、昭和6年12月3日の大審院判決である。

事件は、次のようなものであった。

被告人は、自分が借り受けて耕作する田の隣地所有者Mと数年前から耕地の境界を争って折り合いが悪かった。被告人がたまたま草刈りにいったところ、Mが被告人の耕作している田の付近に登つたのを見て、同人が同所の草刈りをしてたものと誤信し、日頃の反感が一時に爆発し、突如、Mの背後より持っていた柴刈鎌で、Mの頭部等を数回殴打し、ついで、M長男Nが駆けつけてくる、同じ鎌でNの頭部をも殴打して、Mに全治100日余、Nに全治約10日の傷害を負わせた。被告人は、傷害罪で起訴されたが、責任能力の有無が問題となった。なお、鑑定書によれば、被告人は、10数年前から早発性痴呆症（現統合失調症）の症状が漸次充進し、幻聴、幻視、妄想が著しかったという。

判決は、刑法39条を解釈し、心神喪失とは、精神の障害により、事物の理非善惡を辨識する能力（弁識能力）がないか、又は、この弁識に従って行動する能力（制御能力）がない状態であり、心神耗弱とは、その能力が欠如する程度には至っていないが、著しく減退している状態を指すと定義した。そして、こ

の定義にあてはめ、被告人を心神耗弱と結論付けたのである。

#### ◆以下、判例◆

【大判昭和6年12月3日刑集10巻682頁】

被告人ハ富山縣下新川郡舟見町ヨリ同町舟見字中野ノ八番地所在ノ町有田四枚ヲ借受ケ耕作シ來レトコロ數年前其ノ隣地所有者九里久松ト土地境界ヲ争ヒ同人ヨリ訴ヲ提起セラレタルコトアリ尚昭和五年春頃同人ト田ノ畦畔ニ付争ヒタルコトアリテ日頃ヨリ同人トノ折合悪カリシ折柄昭和五年六月二十八日午前十時頃被告人カ右耕作田ノ草刈ニ赴キタル際久松カ晝食ノ爲歸宅セントシテ其ノ所有田ノ草刈ヲ止メ田ノ畦畔ヒニ被告人ノ耕作ニ係ル芹田附近ニ登リタルヲ見テ同人カ同所ノ草刈ヲ爲シ居リタルモノト誤信シ日頃ノ反感一時ニ激發シテ突如久松ノ背後ヨリ所携ノ柴刈鎌……ヲ以テ同人ノ頭部等ヲ數回強打シ次テ久松長男茂作カ久松ノ叫聲ニ驚キ駈登リ來ルヤ之亦右鎌ヲ以テ同人ノ頭部等ヲ數回強打シ因テ久松ヲシテ全治迄百日餘ヲ要スル左右頭頂部ノ挫折創後頭部ノ打撲傷等ヲ負ハシメ茂作ヲシテ全治迄約十日ヲ要スル左頭頂部右耳後部ノ各切創前額部左肘ノ各打撲傷ヲ負ハシメタルモノニシテ……

辯護人……上告趣意書第一點……該鑑定書ノ内容ニ依レハ被告人ハ濃厚ナル精神病的遺傳ヲ有シ其ノ兄ハ早發性痴呆ニ罹リテ死亡セル程ナリ而シテ此ノ被告人ノ草ケタル遺傳症狀ハ既ニ青春期即チ數年前ニ發シ爾來漸次充進シ來リタルコトヲ認メ得ヘク昭和五年六月二十八日犯行當時モ早發性痴呆症ノ經過中ニアリタルモノニシテ心神障礙アリタルハ明ナリトノ記載ニ徴スレハ被告人カ犯行當時精神病患者タルコト明白ニシテ此ノ一點ノミヨリ觀ルモ心神喪失ノ狀況ニ在リタルコトヲ認メ得ヘク而シテ其ノ程度ニ至リテハ「七年前（中略）ソレヨリ二年程經過シ安覺起ル他人ノ話聲ヲ聞キテ恰モ自己ヲ冷笑スルカ如ク錯聽ヲ起シ或ハ人聲ナキニ自分ニ對シ罵聲ヲ洩ラストノ幻聽ヲ生シ幻視アリテ人又ハ動物襲撃シ來ルトヲ録又ハ刀器ヲ放擲ス同時ニ被害の念慮アリ他人カ自己ヲ苦シメニ來ルト云ヒテ時折殺セト昂奮ス又常軌ヲ逸スル行爲アリテ夜中ニ起キ出テ水ヲ浴ヒ其ノ理由ヲ訊スルモ答ヘス最近ニ至リテ幻聽著シクナリ昂奮ノ度強クナリテ夜分モ睡眠不良ニシテ常ニ頭鳴ヲ訴フ當時早發性痴呆トノ診斷ヲ附セリトノ記載ニ徴レハ安覺、錯聽、幻聽、幻視、被害妄想相次イテ起ル状態ニシテ早發性痴呆症トシテモ既ニ高度ニ充進セルコトヲ認メ得ヘク刑法第三十九條ニ謂フコロノ心神喪失者ニ該當スルコト明白ナリト思科ス……

案スルニ心神喪失ト心神耗弱トハ孰レモ精神障礙ノ態様ニ屬スルモノナリト雖其ノ程度ヲ異ニスルモノニシテ即チ前者ハ精神ノ障礙ニ因リ事物ノ理非善惡ヲ辨識スルノ能力ナク又ハ此ノ辨識ニ從テ行動スル能力ナキ状態ヲ指稱シ後者ハ精神ノ障礙未タ上級ノ能力ヲ缺カスル程度ニ達セザルモ其ノ能力著シク減退

セル状態ヲ指稱スルモノナリトス所論鑑定人遠藤義雄ノ鑑定書ニハ被告人ノ犯行當時ニ於ケル心神障礙ノ程度ノ是非辨別判断能力ノ如クセル状態ニアリタリトハ認メラレス精神稍興奮状態ニアリテ妄想ニ近キ被害的念慮ヲ懐キ知覚及判断力ノ不十分ノ状態ニアリテ感情刺激性ニテ事項ニ異常ニ反應シテ激昂シ衝動性行爲ニ近キ乃至ハ常軌ヲ逸スル暴行ニ出ツルカ如キ感情ノ障礙ノ症状存シタリト趣旨ノ記載アリテ右ニ依レハ本件犯行當時ニ於ケル被告人ノ心神障礙ノ程度ハ普通人ノ有スル程度ノ精神作用ヲ全然缺如セルモノニハアラス唯其ノ程度ニ比シ著シク減退セルモノナリト謂フアルカ故ニ其ノ精神状態ハ刑法ニ所謂心神耗弱ノ程度ニアリト認ムヘキモノニシテ所論ノ如ク心神喪失ノ程度ニアリト認ムヘカラサルモノト果シテ然ラハ所論ノ鑑定ノ結論ハ相當ニシテ又原判決カ右鑑定書ノ記載ヲ引用シテ被告人カ本件犯行當時心神耗弱ノ状況ニアリタリト判断シタルハ正當ナリト謂フカ記録ヲ精査スルモ此ノ點ニ付原判決ニ重大ナル事實ノ誤認アルコトヲ疑フニ足ルヘキ顯著ナル事由ヲ見サルヲ以テ論旨ハ理由ナシ

## 2. 「同様の行為を行う具体的・現実的可能性一措置入院の場合の認定との相違」〔福岡高決平成18年1月27日判タ1255号345頁〕

### <判旨>

「…法42条1項1号ないし2号による医療を受けさせる旨の決定を行うには、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・現実的可能性があることが必要であると解されるが、この法の立法趣旨等からみて、上記の可能性は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下「精神保健福祉法」という。）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り、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ず、また、同鑑定人のした鑑定に基づいて、前記の同様の行為を行う具体的・現実的可能性があると判断したと解される原決定に、法42条1項についての解釈・適用の誤りがあるともいえない。」

### <解説>

本件の対象者は、家族と同居中の居宅に放火したが（刑法108条の現住建造物放火）、心神喪失の状態にあったとして不起訴処分とされ、検察官により医療

149

観察法33条1項に基づく申立てがなされた。福岡地裁は、入院させて医療観察法による医療を受けさせる必要があると認め、入院決定を行った。これに対して、付添人が、医療観察法による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・現実的可能性が必要であるのに、福岡地裁は、年単位のスパンで、同様の行為を行う可能性の有無を判断して決定を行った等と主張して抗告した。

本決定は、まず、医療観察法による医療を受けさせる旨の決定を行うには、対象者に、医療観察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が必要だとし、そして、この可能性とは、立法趣旨等を考えれば、精神保健福祉法の措置入院に必要とされる「自傷他害のおそれ」よりも、長い期間を念頭において判断するのが相当と結論付けた。立法当時、医療観察法に対して、措置入院という「自傷他害のおそれ」は判断できても、再び同様の行為を行う可能性は判断できないとの批判が向けられていたが、本決定は、再び同様の行為を行う可能性は判断可能との前提のもと、それは「自傷他害のおそれ」よりも、長い期間を念頭に置いて判断すべきものであることを明らかにしたのである。

### ◆以下、判例◆

〔福岡高決平成18年1月27日判例タイムズ1255号345頁〕

#### 2 法42条1項の解釈・適用の誤りの主張について

所論は、[1]法42条1項1号ないし2号による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・現実的可能性が必要であるのに、鑑定人である医師Aの原審審判廷における供述によれば、同人は、年単位のスパンで、同様の行為を行う可能性の有無を判断していると認められるところ、そのような鑑定人の誤った解釈に基づく判断をそのまま是認したと考えられる原決定は、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になるので、法42条1項の解釈・適用を誤っている。[2]法42条1項の「対象行為を行った際の精神障害」とは、単なる精神病名（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（例えば幻覚妄想等の症状）を指すと解すべきであるところ、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いるというべきであるのに、対象者の精神障害が残存しているとして、法42条1項1号により医療を受けさせるために入院をさせる旨決定した原決定は、法42条1項の解釈・適用を誤っている、などと主張する。

そこで、検討するに、[1]法42条1項1号ないし2号による医療を受けさせる

150

旨の決定を行うには、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・現実的可能性があることが必要であると解されるが、この法の立法趣旨等からみて、上記の可能性は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下「精神保健福祉法」という。）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り、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ず、また、同鑑定人のした鑑定に基づいて、前記の同様の行為を行う具体的・現実的可能性があると判断したと解される原決定に、法42条1項についての解釈・適用の誤りがあるともいえない。

また、[2]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ころ、原決定は、「(対象者は)なお現在も妄想との距離がとれておらず、軽い思考障害、感情鈍麻、病識の薄弱さが残存している。」と説示しているところからみて、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ものであり、対象者の基本となる精神疾患から派生する精神症状の有無の点も検討した上、法42条1項1号の入院医療の必要があると判断したものであることが明らかであるから、原決定が、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。

## 3. 「人格障害という診断と退院許可の申立て」

〔東京高決平成18年8月4日東京高判時報57巻1-12号35頁〕

### <判旨>

「…指定入院医療機関甲病院の管理者の意見…は、合理的かつ妥当なものと考えられる。

したがって、退院の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しないといわざるを得ない。

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

151

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）、しかも、同法52条による鑑定を命ずることなく、裁判所独自で指定入院医療機関の管理者の意見を排斥する判断をしてよいのかについても疑問があるところである。

…原決定においては、対象者に現在いかなる精神障害があり、これに対しいかなる医療を受けさせる必要があるのかは、何ら明確にされていない。そうすると、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ものである。

重大な事実の誤認という指定入院医療機関の管理者及び付添人の論旨はいずれも理由があり、付添人のその余の論旨（決定に影響を及ぼす法令の違反）について判断するまでもなく、原決定は取消しを免れない。」

### <解説>

本件の対象者は、傷害3件を行ったが、心神耗弱（2件）及び心神喪失（1件）で不起訴処分とされ、検察官により医療観察法33条1項に基づく申立てがなされた。鑑定医は、「統合失調症と診断するに足る症状的根拠を得ることは困難であり、対象者は自己愛性人格障害と反社会性人格障害に類似した特徴を有する混合性人格障害である」と述べていたが、裁判所は、その診断を採用せずに、入院決定を行った。対象者が入院していた指定入院医療機関の管理者（病院長）は、入院決定の4カ月後、東京地裁に対し、対象者の診断は人格障害として間違いない等と主張して、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の申立てをした。東京地裁は、本件入院決定を行なった横浜地裁に事件移送した。しかし、横浜地裁がこの申立てを棄却したため、管理者と付添人が抗告を行った。

本決定は、横浜地裁の申立てを棄却決定を取り消すに際し、対象者が人格障害であり、人格障害についての治療反応性は極めて低く、ひいては医療観察法による医療必要性は存しないとした。つまり、治療反応性の低い人格障害だけでは、医療観察法の対象にならないことを認めたのである。

さらに、抗告審は自判できないので（68条2項）、事件は横浜地裁に差し戻されたが、本決定は、指定入院医療機関に入院する対象者が処遇要件を満たしていない場合には、指定入院医療機関の管理者が退院許可を求めて申立てを行い（49条1項）、裁判所は、医療を終了する旨の決定によってそれに答えることを認めたものと解することができる。

### ◆以下、判例◆

東京高決平成18年8月4日〔東京高等裁判所(刑事)判決時報57巻1～12号35頁〕

152

1 指定入院医療機関の管理者の論旨は、要するに、原決定は、本件退院の許可の申立てを棄却したが、入院決定時になされた鑑定で、対象者は、「自己愛性人格障害と反社会性人格障害に類似した特徴を有する混合性人格障害」と診断されたところ、入院決定における「統合失調症ないし統合失調症圏の疾患を完全に否定することは困難である」との裁判所の疑義に基づき、入院決定以降に入院治療を行うとともに症状等のアセスメントを行った結果、対象者は、上記の人格障害であり、その治療反応性は極めて低いことが明らかになったから、これらを認定しなかった原決定には、重大な事実の誤認がある、というのである。……

2 そこで一件記録を調査して検討するに、以下の事実関係が認められる。

(1) 横浜地方裁判所は、検察官が対象者を心神耗弱と認めて公訴を提起しない処分をした平成15年9月の傷害2件及び心神喪失と認めて公訴を提起しない処分をした平成17年7月の傷害1件を対象行為として検察官からなされた、医療観察法42条1項の決定をすることの申立てを受けて、同年10月20日、対象者につき同条同項1号の入院決定をし（以下「本件入院決定」という。）、対象者は、同日、同決定に基づき、指定入院医療機関甲病院（以下「甲病院」という。）に入院した。なお、本件入院決定に当たり医療観察法37条に基づき行われた鑑定で、鑑定を命ぜられた乙病院医師Xは、対象者本人、弟及び父の陳述、あるいは鑑定入院中の対象者の精神及び行動の現症からは、操作的診断基準（DSM-ⅣあるいはICD-10）に従う限り、統合失調症と診断するに足る症状的根拠を得ることは困難であり、対象者は自己愛性人格障害と反社会性人格障害に類似した特徴を有する混合性人格障害である、対象行為は、いずれも対象者の人格障害に由来した他害行為と考えることができる旨の意見を述べていた（横浜地方裁判所（医ろ）第2号鑑定書及び同第6号鑑定書。以下、これらを「X鑑定」という。）。しかし、裁判所は、対象者は精神科病院への任意入院あるいは措置入院を繰り返しているが、そのほとんどにおいて統合失調症の診断が下されていることなどに鑑みると、対象者の精神障害については、鑑定時あるいは近時の状態像からは人格障害とするのが相当であったとしても、統合失調症ないし統合失調症圏の疾患を完全に否定することは困難であると考えられ、人格障害か統合失調症かという二者択一的な判断に拘泥せず、むしろ、対象者の精神障害については人格障害とも統合失調症とも明確に判断しがたいところにその特徴があり、その状況下で他害行為を繰り返したという事実的側面を重視して、今後の処遇を決するのが相当と判断されるなどとして、入院の決定をした。

(2) 甲病院の管理者（病院長）は、平成18年2月22日、東京地方裁判所に對し、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の申立てを

153

した（同事件は、同年3月9日、医療観察法4条1項により、本件入院決定をした横浜地方裁判所に移送された。）。その理由は、[1]病棟で対象者の行動を観察してきたが、統合失調症圏、気分障害圏の病態は認められず、診断は人格障害として間違いない、[2]人格障害の治療の中心は長期間継続する心理療法であるが、強制的な治療環境下で実施される心理療法ではその改善を期待することはできず、医療観察法のもとで治療を継続する限り、対象者は永遠に退院できず、社会復帰もできないことになってしまい、法の趣旨から考えても、対象者が医療観察法による治療を受けることは極めて不適切と判断するしかない、というものである。

そして、原審参考人Y（甲病院の医師）は、甲病院では、本件入院決定時の鑑定書に付されていた資料等に基づき、対象者が人格障害であるとの診断自体を疑うことはなかったが、対象者は過去に統合失調症と診断されていたところ、幻覚や妄想がはっきり出現した時期がないことから、そのような陽性症状なしに意欲や感情が鈍麻していき、人格崩壊に至る単純型の統合失調症、さらには、気分変動循環症の可能性等も視野に入れて、対象者の正確な診断をし、それに対する適切な治療をするという方針で臨んだこと、しかしながら、対象者には日常生活能力があり、感情の鈍麻や意欲の低下も認められないことから、統合失調症は否定できること、対象者が入院後に興奮を示したことが暴言、暴力を含めて合計5回認められたが、その前後において、対象者に幻覚、妄想、そう状態、うつ状態、てんかん発作、てんかんによる不機嫌症などの精神症状は全く認められなかったこと、対象者は、さ細なことで情緒的なストレスがかかること、暴力行為や本体となる障害が、その瞬間に顕著に現れることというのが特徴であり、広汎性発達障害と考えられるが、すでに20歳を超えており、物事を理解したり認知、行動するパターンは、性格として固定したものであって、診断としては、自己愛性人格障害と反社会性人格障害に類似した特徴を有する混合性人格障害として間違いないこと、幻覚や妄想、抑うつといった目標となる精神症状がないのに、投薬しても効果はなく、対象者は、入院後、抗精神病薬と気分安定薬の投与を継続して受けていたが、上記のとおり暴言や暴力があったので、情動の安定という面でも投薬の効果は期待できないこと、心理療法等も続けてきたが、治療可能性は極めて低いと考えられること、などを供述し、指定医療機関の管理者の指定する医師としてその旨の意見を述べた。

3 以上によれば、指定入院医療機関甲病院の管理者の意見（本件退院許可申立書中に示されていると認める。これを敷えんするものが本件抗告申立書に示されている。）は、合理的かつ妥当なものと考えられる。すなわち、甲病院においては、本件入院決定において示された、対象者の統合失調症ないし統合

154

失調症の疾患を完全に否定することは困難であるとの疑義に基づき、4か月にわたり入院治療を行うとともに、病状等のアセスメントを精神科の多職種チーム（精神科医師、精神科看護師、作業療法士、臨床心理技術者、精神保健福祉士）により行い、その一致した意見として、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を否定し、対象者は人格障害であり、治療反応性は極めて低いとの結論に至ったものである。入院決定に当たり行われたX鑑定の結果と一致しており、原審で付添人が提出した独立行政法人丙センター2医師作成の意見書もこれらを支持している。したがって、退院の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しないといわざるを得ない。

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）、しかも、同法52条による鑑定を命ずることなく、裁判所独自で指定入院医療機関の管理者の意見を排斥する判断をしてよいのかについても疑問があるところである。

ところで、原決定は、過去の入通院歴及び投薬状況等にこだわっているとみられるところ、対象者が平成7年11月以降、統合失調症と診断されて精神科病院への任意入院ないし措置入院を繰り返していたことは、原決定の指摘するとおりであるが、この点については、例えば、本件入院決定時のX鑑定においては、症状のとらえ方や解釈に必ずしも適切とはいえない部分があったために、統合失調症という診断がなされてきた可能性がある旨指摘されていたところである。医療観察法に基づいて鑑定入院等を経てなされたX鑑定や指定入院医療機関における4か月に及ぶ経過観察に基づきなされた現在の診断によるべきことは、議論の余地のないところである。

しかるに、原裁判所は、対象者に対して過去において診断された病名及びその結果なされた投薬状況に拘泥して、対象者は人格障害であるとする指定入院医療機関による診断の採用を留保し、治療反応性の存在を否定せず、本件退院の許可の申立てを棄却したものである。もっとも、原決定においては、対象者に現在いかなる精神障害があり、これに対しいかなる医療を受けさせる必要があるかは、何ら明確にされていない。そうすると、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ものである。……

よって、医療観察法68条2項本文により、原決定を取消し、本件を原裁判所である横浜地方裁判所に差し戻すこととし、主文のとおり決定する。

155

#### 4. 「医療観察法による医療の必要性」

【最二決 平成19年7月25日刑集61巻5号563頁】

<判旨>

「…医療観察法の目的、その制定経緯等に照らせば、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号の入院による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等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ぬものと解するのが相当である……」

<解説>

本件の対象者は、家族らと住むアパートに放火したが（刑法108条の現住建造物放火）、心神喪失の状態にあったとして不起訴処分とされ、検察官により医療観察法33条1項に基づく申立てがなされた。長崎地裁は、鑑定結果を基礎とし、「現在もなお、妄想性障害に罹患しており、治療反応性もあるため、治療を行う必要があり、また、病識に乏しいため入院治療の継続が必要」と認めながらも、「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。」として、医療観察法による医療を行わない決定をした。これに対して検察官が抗告した。抗告審（福岡高裁）は、医療観察法による医療を行うまでの必要性はないとした決定は是認できないとして地裁の決定を取り消し、事件を長崎地裁に差し戻す決定をした。これに対して対象者が再抗告した。

本決定は、医療観察法の趣旨に照らした上で、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は、医療観察法による医療を行う以外の選択肢はとりえないことを明らかにした。これは、精神障害の改善ないままに再び同様の行為を行うことは、対象者にとって社会復帰の大きな妨げとなるので、そのような者に対しては、この法律による手厚い医療を受けさせるべきだという考えに基づくものである。

156

## ◆以下、判例◆

[長崎地決平成19年1月19日刑集61巻5号568頁]

## 1 対象行為

記録及び審判期日の結果によれば、対象者は、別紙記載「対象行為の要旨」[対象者は、平成18年8月4日午前9時25分ごろ、長崎県佐世保市…甲アパートC棟(木造コニアルスレート葺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、その火を同室壁等に燃え移らせ、よって、自己の娘であるBほか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(焼損面積合計約136.34平方メートル)したものである。]のとおり行為をしたことが認められる。

したがって、対象者は、医療観察法2条2項1号所定の対象行為(刑法108条)を行ったことが認められる。

## 2 責任能力

記録及び審判期日の結果によれば、対象者は、平成18年4月ごろから、長崎県佐世保市…所在の共同住宅「甲アパートC棟」201号室に住居するようになったが、同年5、6月ごろ、妄想性障害に罹患し、階下で左腕のない女性が死んだためこの部屋には悪霊がとりついているとか、自分の部屋は呪われているため魚の腐ったような臭いがしたり、色々な音が聞こえたり、自分の部屋で話したことが佐世保市長が居住する階下の部屋に筒抜けになったりとか、どこに行っても呪いに追いかけるなどといった被害妄想、迫害妄想に取り憑かれ、家族3人で死ぬしかないと思ひ、対象行為に及んだことが認められる。

このように、対象者は、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、対象行為時、精神の障害により事物の理非善悪を判断する能力及びその判断に従って行動する能力が欠けており、心神喪失状態であったと認められる。

## 3 医療観察法による医療の必要性

鑑定人の鑑定を基礎とすれば、対象者は、現在もなお、妄想性障害に罹患しており、治療反応性もあるため、治療を行う必要があり、また、病識に乏しいため入院治療の継続が必要であると認められる。

しかしながら、同鑑定を基礎とすれば、[1]対象者は、鑑定入院当初は被害妄想や関係妄想が顕著な状態であったが、鑑定入院中の薬物療法及び精神療法により、幻覚はなく、妄想も軽快するなど精神症状は改善し、穏やかで、控えめな口調で話し、礼節も保ち、治療スタッフや他の入院患者とも情緒的交流を図るまでになっており、更に治療を継続することにより治療効果は継続されると期待されること、[2]対象者の実子3名が統合失調症であったことから精神科病院に対する拒否感はなく、服薬や処置等には抵抗を示していないことから、

157

今後の治療の進展により病識が得られ問題の認知を得ることは可能であることが認められ、これらによれば、医療観察法による枠組みでの治療は必ずしも必要ではなく、通常の病院での入院治療継続が適当であるということが出来る。

上記鑑定に加え、記録及び審判期日の結果によれば、[1]対象者の妄想性障害は、平成16年2月以降、対象者が、長男の死、二女の入院、夫の死及び転居に伴う住環境の変化というストレスの掛かる事態に直面するといった心理的要因を背景に発症したと考えられるため、心理療法が行われることによる改善が望まれること、[2]対象者の長女及び二女は統合失調症を発症し入院中であり、孫は知的障害者入所更生施設に入所中であるから、それら対象者の家族が対象者に適切な援助を行うことは困難であるものの、家族は対象者の精神的支えとなっているため、医療観察法による入院により、それらの者と地理的に離れてしまふ面会が途絶してしまうことは、対象者に更なる心理的負担を強いてしまふおそれが強いこと、[3]対象者は鑑定入院先の医療関係者等と良好な関係を構築しているため、現在の医療環境の下での治療がより効果的と考えられるところ、対象者は対象行為時生活保護を受けており、今後も精神保健及び精神障害者福祉に関する法律による入院による治療が可能であり、鑑定入院先の病院の医師は、同法による対象者の入院及び治療を引受ける意向を示していること、[4]現在、対象者には福祉先が存在しないが、将来的には、福祉関係機関の援助を得て、救護施設等の利用も視野に入れた社会復帰に向けての調整が可能であることが認められる。

以上によれば、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。

[福岡高決平成19年3月30日刑集61巻5号572頁]

論旨は、要するに、対象者には、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、入院をさせて法による医療を受けさせる必要があるのに、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(以下「精神保健福祉法」という。)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可能であり、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した原決定には、決定に影響を及ぼす重大な事実誤認及び法令違反がある、というのである(なお、付添人は、原決定と同旨の主張をするほか、本件では、法42条1項1号ないし2号による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り、その決定に当たっては鑑定を基

158

礎とすべきとされているところ、鑑定人柴原誠一郎医師作成に係る医療観察法精神鑑定書(以下「鑑定書」という。)には、対象者が対象行為と同様の行為を行う具体的・現実的な可能性があるとの判断は示されていないから、検察官の事実誤認の主張は失当である旨主張している。)

原決定は、概略、(1)対象者は、原決定別紙記載の「対象行為の要旨」のとおり、法2条2項1号の対象行為に該当する行為(刑法108条)をしたが、その行為当時、妄想性障害に罹患し、幻覚・妄想に支配されて対象行為に及んでおり、心神喪失状態であったと認められるところ、現在もなお、妄想性障害は継続しているもの、治療反応性もあるため、治療を行う必要があり、それについては、病識に乏しいため入院治療の継続が必要である。(2)しかし、対象者は、精神科病院に対する拒否感がなく、服薬や処置等には抵抗を示しておらず、今後の治療の進展により病識が得られ問題の認知を得ることは可能であるから、法による枠組みでの治療は必ずしも必要ではなく、通常の病院での入院治療継続が適当であることなど、原決定「理由」第2の3で判示する諸点から、対象者は、一定期間、精神保健福祉法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、というものである。

2 しかし、原決定中、上記(1)の点は是認できるが、(2)の点は是認できない。理由は以下のとおりである。

(1)医療観察法は、精神障害による心神喪失等の状態で重大な他害行為が行われた場合、被害者に深刻な被害が生ずるだけでなく、そのような行為を行った者が有する精神障害は、一般的に手厚い専門的な医療の必要性が高く、同人が、精神障害を有していることに加えて、重大な他害行為を犯したという、いわば二重のハンディキャップを背負ってしまうとともに、そのような精神障害が改善されないまま再びそのために重大な他害行為が行われることとなれば、そのような事実が本人の社会復帰の大きな障害となることは明らかであることから、対象者に必要な医療を確保して不幸な事態が繰り返さないようにしつつ、その社会復帰を図るため、精神障害による心神喪失等の状態で一定の重大な他害行為(対象行為。法2条2項)を行った者(対象者)に対し、医療を受ける機会を与える目的等から制定されたものである。したがって、同法は、検察官に原則として申立義務を認め(法33条)、ひとたび法42条1項1号ないし2号の決定がなされた場合には、対象者に法による医療を受ける義務を課するとともに、対象者に必要な医療を受けさせることを国の責務とし(法81条)、また、対象者の社会復帰を円滑にするため、保護観察所に社会復帰調整官を置き、生活環境の調整等や医療機関との協力体制を整備している。

159

以上のような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ふべきである。

3 そこで、本件において、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検討する。

対象者は、対象行為当時、妄想性障害に罹患し、被害妄想、迫害妄想に強く支配された状態にあり、対象行為もそのような対象者の精神障害及び精神状態によって引き起こされたものであって、対象者は対象行為時に心神喪失の状態にあったものである。そして、鑑定書によれば、対象者は、自分が病気になることを否認するなどして病識がなく、治療プランについても同意せず、服薬や処置等に抵抗感を示していないものの、治療に積極的ではなく、心理検査についてはこれを拒否したこと、対象者が上記疾患を発症した背景には、原決定が「理由」第2の3で指摘するようなストレス状況があり、精神症状は改善傾向にあるものの、将来も強いストレス状況にさらされた場合、症状の再燃が予想されること、対象者は、原審裁判廷において、(対象行為は)やむを得ずにやった、子供たちと一緒に死のうと今でも思っている、(医師に指示されている)薬は飲んでいない(したがって、原決定や鑑定書が、対象者が服薬や処置等に対し抵抗感を示していないというの、審判時においては当を得ないものとなっている。)などと陳述している。

そうすると、対象者の上記病状は未だ十分に改善されているとはいえず、対象者に病識が乏しく、今後服薬を拒否する事態も考えられ、対象者には、症状を再燃させて、放火等の同様の行為に及ぶ具体的・現実的な可能性があると認められる。そして、対象者の従来の住居は放火によって焼失し、現在同人に帰るべき住居はなく、本件対象行為時に対象者と同居していた長女は統合失調症で入院し、孫も知的障害者入所更生施設に身を寄せている状況であり、他の家族・親族等に対象者の適当な引き受け先は見当たらない。そこで、対象者に対し、通院によって継続した治療を確保するのは困難であって、対象者に対しては、対象者が対象行為を行った際の精神障害である妄想性障害の症状を改善し、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、入院をさせて法による医療を受けさせる必要があると認められる。

160

[最二決平成19年7月25日刑集61巻5号563頁]

なお、所論にかんがみ職権で判断すると、医療観察法の目的、その制定経緯等に照らせば、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等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、これと同旨の原判断は正当として是認できる。

161

**3. 医療観察法関連Q&A**【責任能力、不起訴処分、不処遇、却下、守秘義務等について】

## 1. 責任能力って？ 犯罪を行った者は非難されるべきではないのか？

犯罪を行った者に対して、「悪い奴だ！許せない」と道徳的非難が向けられるのは当然である。しかし、道徳的にその人を非難することと、刑罰にその人を非難できるか否かは別の問題である。刑罰を用いてその者を法的に非難するためには、その人に責任能力が備わっていないなければならない。もし、その者が行為を行った時に、精神の障害によって、やったことが、良いことか悪いことかが分からなかった（弁識能力の欠如）か、そのことが悪いことであると分かっていても、自分を抑えられなかった（制御能力の欠如）場合には、責任無能力であるとして処罰することはできない。刑法の条文上、このような状態を心神喪失という（刑法39条1項）。他方、この弁識能力または制御能力が欠如してはいないが、著しく減退している場合には限定責任能力とされ、刑罰が必ず減軽される（刑法39条2項 心神耗弱）。

## 2. 不起訴処分って、最終的な処分ではないのか？

検察官は、事件を起訴するか起訴しないかを決定する権限を有している。起訴をしない、つまり裁判にかけない処分のことを不起訴処分という。不起訴処分には何種類もあり、例えば、証拠がなかったり、不十分だったりする場合や、加害者に責任能力がないため犯罪にならない場合がある。さらに、犯罪の嫌疑があつて裁判にかけようと思えばかけられるのに、色々な事情を考慮して「あえて起訴をしない」場合もある（起訴猶予・刑事訴訟法248条）。不起訴処分については、もうその判断は覆せない…と一般に考えられがちであるが、検察官の不起訴処分に納得がいかない時には、被害者やその遺族は「検察審査会」に審査を求めることが可能である。そして、新たな証拠が見つければ検察官は起訴することが可能であるし、検察審査会が「起訴相当」の議決を2度行えば必ず起訴されることになる。

## 3. 医療観察法審判における「不処遇」と「却下」決定の違いは？

医療観察法の審判は、対象者に、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あるか否かを決定するために行われる。その結果、入院をさせてこの法律による医療を受けさせる必要があると認める場合には入院決定が（42条1項1号）、入院の必要ではないが、この法律による医療を受けさせる必要があると認める場合には通院決定が（42条1項2号）、

162

そのいずれにも当たらない場合には、この法律による医療を行わない旨の決定（いわゆる不処遇決定、42条1項3号）が言い渡される。いずれの場合にも、検察官による申立てが適法になされていることを前提とした上で、鑑定を基礎とし、鑑定医の意見、生活環境を考慮して、医療の必要性が判断される。

これに対し、却下決定は、検察官が法33条の規定に違反して申立てを行った場合に、「この申立ては受け付けられない」として、裁判所が言い渡すものである（42条2項）。例えば、法33条2項によれば、検察官は、対象者が刑の執行のために刑務所に収容されているときには申立てをすることはできない。それにもかかわらず、検察官が申立てを行ったような場合に、裁判所は却下決定を行うことになる。

## 4. 精神保健審判員や精神保健参与員の守秘義務はどうなっているのか？

精神保健審判員若しくは精神保健参与員又はこれらの職にあった者は、この法律の規定に基づく職務の執行に関して知り得た人の秘密を正当な理由がなく漏らしたときは、1年以下の懲役又は50万円以下の罰金に処せられる（医療観察法117条）。「秘密」とは非公知の事実であり、実質的にもそれを秘密として保護するに値するものをいう。したがって、カンファレンスや審判等を通じて知り得た対象者の病状、病歴、家族関係や生活環境などは、秘密に該当する。

但し、職務の執行以外の機会に、又は職務の執行とは無関係に知りえた事実は、ここでの秘密には当たらない。つまり、友人から聞いた場合や、飲食店でたまたま耳にした場合などは含まれないことになる。

## 5. 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には、どうなるのか？

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であっても、医療観察法には、審判のやりなおし規定や、刑事手続きへの再送規定は置かれていない。そのため、実務では、指定入院医療機関の管理者から退院の許可の申立て（医療観察法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い、対象者を誤った医療観察法の処遇から解放している（東京高決平成18年8月4日参照）。

しかし、それを越えて、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た審判を行う制度を設けるか否かについては、不利益再審の問題もあり、慎重な検討が必要と思われる。通常の裁判でも、詐病により心神喪失が無罪が確定した場合、刑罰を科すための再審は認められていない。

163

**4. 刑事責任能力に関する精神鑑定書作成の手引き**

平成18～20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）他害行為を行った精神障害者の診断、治療および社会復帰支援に関する研究、分担研究「他害行為を行った者の責任能力鑑定に関する研究」分担研究代表者 岡田幸之（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所「刑事責任能力に関する精神鑑定書作成の手引き 平成18～20年度総括版（ver.4.0）」より抜粋

**第1章 刑事責任能力の考え方～鑑定書に何をどう記すか**

精神科医が刑事精神鑑定を求められたときに直面する、もっとも重要で、もっとも難しい問題は、刑事責任能力の評価である。本章では、その考え方をできるだけ簡単に解説する。

**■推奨1 ■ 可知論と不可知論****【要点】**

責任能力の評価と検討は可知論的な視点からおこなうことを推奨する。  
※ただし、同時に、可知論の限界も熟知しておくべきである。

責任能力の考え方は大きく「不可知論」と「可知論」の2つに分けることができる。この2つはもともと、人の精神あるいは人生や運命の決定に関わる、哲学的命題による。それは神の存在にまで言及しうる深遠な課題であるが、刑事責任能力の文脈では、両者は「精神障害」がその人の意思や行動の決定過程にどのように関わるかを、評価することはできないとする立場（不可知論）と、できるとする立場（可知論）のちがいがにある。

この二つの立場からの責任能力の判断は以下のようになる。

## (1) 不可知論的な立場による責任能力判断

精神医学的診断（疾病診断）を下した時点で判断を停止する。あとは、あらかじめ精神医学者と司法関係者との間で、診断と責任能力との間的一对一対応で決めた「慣例」に基づいて責任能力の結論を導く。

## (2) 可知論的な立場による責任能力判断

精神医学的診断（疾病診断）を下し、さらに個々の事例における精神の障害の質や程度を判断し、その精神の障害と行為との関係についての考察に基づいて、責任能力を判断する。

164



ところで、人の意思決定過程は究極的には説明できない部分があるのは確かである。この点で不可知論はある程度支持される。一方で精神症状が行動の動機づけに関与することがあるのも確かである。つまり可知論もそれなりに支持される面がある。

したがって、どちらの立場に立っても、現実的に責任能力の考察をおこなっていくうえで、完全に他方の視点を排除することはできない。つまり、評価を「厳密にはできない」という点を重視するのが不可知論「的」立場であり、「かなりの程度までできる」という点を重視するのが可知論「的」立場であるということになる。

鑑定にあたって、このいずれの立場にたつのかは、個々の鑑定人にゆだねられている。しかし、近年は可知論「的」な立場をとる鑑定が多くなり、そしてそれを採用する法廷も多くなっている。

その理由として、たとえば①臨床では統合失調症などに軽症例が増えていること、②疫学的研究や生物学的研究からも従来のように外因性、心因性、内因性という疾患の病因論的な分類が必ずしも明確な境界線を引くことができなくなっていること、③生物学的研究や疫学的研究が新たな知見を明らかにし続けており、かつ操作的診断基準の汎用がすすむことで、従来の慣例の基礎となっていた従来診断（伝統的診断）とは疾患概念が異なってきたこと、④その操作的診断基準は将来確実に変更されていくから「慣例」の構築が難しいこと、⑤精神障害者のノーマライゼーションや社会復帰の動きなどとあいまって、精神障害者をあたかも社会的な機能を失った人たちとしてひとくりにするのではなく、その精神機能をより綿密に多面的に評価するようになってきていること、などがあげられる。

このように精神医学や精神医療の状況は、可知論的な精神鑑定に親和性がより高まる傾向にある。また、裁判所の判断もおおよそ、そうした動向に一致しており、その立場を支持する法曹の見解として、1984年7月3日の最高裁第三小法廷決定の判旨にはつぎのようなものが示されている。

被告人が犯行当時精神分裂病に罹患していたからといって、そのことだけで直ちに被告人が心神喪失の状態にあったとされるのではなく、その責任能力の有無・程度は、被告人の犯行当時の病状、犯行前の生活状態、犯行の動機・態様等を総合して判定すべきである

※下線は著者による。

165

また、平成21年から開始される予定である裁判員制度では一般人が裁判に参加することになる。彼らに対しては、おそらく「重症の統合失調症ならば原則として心神喪失ということになっている」と不可知論的に述べるよりも、精神障害と事件との関係を整理して、可知論的な説明をするほうが（鑑定の結論自体に裁判員が同意するかどうかは別としても）、少なくとも裁判員の間で行われる議論を現実的なものにするところができるのではないかなと思われる。

研究班では、このように「可知論と不可知論のどちらがより望ましいのか」という議論を十分に重ねたうえで、研究班では、可知論的な立場に立った鑑定を精緻なものにする作業をすすめることが、現実的であると考えた。本手引きも、そういった方向で作成されている。

ただ、こうした可知論的な視点を優位に考える方向性は、一方で責任能力の減弱や喪失を認める範囲を狭くしすぎる危険性もあるし（了解可能性や合目的性を過剰に評価するなど）、逆に、責任能力の減弱や喪失を認める範囲を広くしすぎる危険性もある（犯罪をしたということは制御能力がなかったからであるといった説明を取り入れすぎるなど）。両方の危険性に注意した慎重な評価をしなければならない。

なお、具体的な可知論的な考え方については、岡田の論考（岡田幸之：刑事責任能力再考－操作的診断と可知論的判断の適用の実際、精神神経学雑誌107(9):920-935, 2005）などが参考になるであろう。

166

## ■推奨2 ■ 鑑定書意見の観点～弁識能力と制御能力

### 【要点】

責任能力を構成する能力は、弁識能力と制御能力に焦点をあてて整理することを推奨する。

※かならずしもこの両者が明確に区別できるというわけではない。

※法曹が別の視点や言葉をつかたかたちでの報告を求めるならば、この限りではない。したがって、個々の鑑定をするにあたっては、事前に、その鑑定依頼者とのあいだで、どのような観点から整理すべきかをよく協議しておくことが望ましい。

※とくに裁判員制度の運用にあたって、こうした用語や概念の法廷での扱いが変更される可能性があることに注意が必要である。

刑法第39条には次のように記されている。

心神喪失者の行為は罰しない。  
心神耗弱者の行為はその刑を減輕する。

しかし、ここにある「心神喪失」「心神耗弱」がそれぞれ何をさすのか、ということは法律の中にはどこにも記されていない。

法律家はこれをどうみているのかというと、その基本的な見方をあらわしているもののひとつとされているのは、1931年の大審院判決である。そこには次のように記されている。

心神喪失と心神耗弱とはいずれも精神障害の態様に属するものなりといえども、その程度を異にするものにして、すなわち前者は精神の障害により①事物の理非善悪を弁識するの能力なく、または②この弁識に従って行動する能力なき状態を指称し、後者は精神の障害いまだ上述の能力を欠如する程度に達せざるも、その能力著しく減退せる状態を指称するものなりとす。

※原文より読みやすくするために現代表記に変更した。また、下線は著者による。

167

上記のうち、下線部の前者①が弁識能力（あるいは弁別能力、判断能力、認識能力など）、後者②が制御能力（あるいは統御能力など）と解せられる。

そして、現在の法学理論や法曹の実務のなかでは、刑事責任能力について細かく検討する場合には、この二つの能力についてみるのが一般的であるといえる。

ここで、海外の例をみても、有名なマクノートン準則では「行為時に、精神の疾患により、①その行為の本質がわからないほど、もしくはわかっていても②その行為の善悪がわからないほど、理性が欠如した状態であった」ものを心神喪失ととらえている。つまり、弁識能力（のみ）を採用している。また、米国のALI（米法協会）準則では「行為時に、精神の疾患により、①その行為の善悪がわからなかった、もしくは、②行為を法に従わせることができなかった」ものを心神喪失としており、弁識能力と制御能力との両者をみている。

この①弁識能力と②制御能力をどう扱うかについては、①弁識能力のみに依拠すべきか、①弁識能力と②制御能力の両者に依拠すべきかといった議論がある。

実際、米国の現状では、ALI準則が②制御能力を考慮するためにあまりにも幅広く心神喪失を認定することが問題視されるようになり、多くの州でマクノートン準則への回帰をはかる、つまり①弁識能力のみによる判断を採用する傾向にある。

以上からすると、まず鑑定の依頼者であり鑑定結果の報告をする相手である日本の法律家が①弁識能力と②制御能力の両者を見るという立場をとっているのだから、原則として、精神科医もこの見方にあわせて説明を構成できるように準備しておくのがもっとも適当であると思われる。

この手引きでも、刑事責任能力という法的な能力を構成する能力として、①弁識能力と②制御能力の2つを念頭におき、それらを精神医学的に説明するということを推奨するものである。

ただし、できるだけ、米国の例に見るような議論が今後、起こる可能性もあることを念頭におくのがよいと思われる。両方の能力をみるのがよいのか、一方の能力だけだとすればどちらの能力をみるのがよいのか、さらには、そもそもこの2つの能力によって整理してみるのがよいのか、というのは、最終的には法的な議論のなかで決められるべきことである。

ことに平成21年から施行される裁判員裁判においては、一般人である裁判員にとって理解しやすいことが刑事訴訟手続き全体に求められている。そのため、このような「弁識能力」とか「制御能力」という特殊な用語を避けて裁判をおこなう可能性がある。

また精神医学的にこれらの能力をとらえようとしたとき、どこからどこまでを弁識能力として、そして制御能力としてとらえればよいのかということも必ず

168



しも明確になっているとはいえないし、そもそもこの2つの能力によって説明することが妥当であるのかということにも議論を要するといえる。

こうした法廷の動向や、精神医学的な立場からの議論のすすみ具合をよく見ながら、どのようなかたちで刑事責任能力の参考意見を整理するのがよいかを法曹に協力しつつ模索することが、刑事責任能力という「法的判断」のための資料を提供する立場にある鑑定人、精神科医としてとるべき方向性ではないかと思われる。

そして、もし法律家が別の整理のしかたを採用するのならば、われわれ精神科医は、彼らの整理方法による彼らの要請にできるだけあうようなかたちで鑑定結果の報告をするべきであろう。

この点で、それぞれの鑑定にあたっては、どのような観点から意見を述べるべきなのかについては、事前に、鑑定依頼者である検察官、弁護士、裁判所などとよく相談しておき、同時にその限界についても理解を求めておくことが望ましいといえる。

本文で紹介した米国における刑事責任能力の動向については、下記などを参照のこと。

- 1) 岡田幸之、松本俊彦、樽矢敏広、吉澤雅弘、高木希奈、野田隆政、安藤久美子：米国の刑事責任能力鑑定 - 「米国精神医学と法学会 心神喪失抗弁を申し立てた被告人の精神鑑定実務ガイドライン」の紹介(その1)、犯罪学雑誌72(6)：177-188, 2006.
- 2) 岡田幸之、吉澤雅弘、高木希奈、野田隆政、安藤久美子、松本俊彦、樽矢敏広：米国の刑事責任能力鑑定 - 「米国精神医学と法学会 心神喪失抗弁を申し立てた被告人の精神鑑定実務ガイドライン」の紹介 (その2)、犯罪学雑誌73(1)：15-26, 2007.
- 3) 岡田幸之、野田隆政、安藤久美子、松本俊彦、樽矢敏広、吉澤雅弘、高木希奈：米国の刑事責任能力鑑定 - 「米国精神医学と法学会 心神喪失抗弁を申し立てた被告人の精神鑑定実務ガイドライン」の紹介 (その3)、犯罪学雑誌73(2)：36-47, 2007.
- 4) 岡田幸之、安藤久美子、松本俊彦、樽矢敏広、吉澤雅弘、高木希奈、野田隆政：米国の刑事責任能力鑑定 - 「米国精神医学と法学会 心神喪失抗弁を申し立てた被告人の精神鑑定実務ガイドライン」の紹介 (その4)、犯罪学雑誌73(4)：108-120, 2007.

■推奨3 ■ 心神喪失、心神耗弱、完全責任能力

心神喪失や心神耗弱の水準の判断も難しい。あらためて1931年の大審院判決を示す。

心神喪失と心神耗弱とはいずれも精神障害の態様に属するものなりといえども、その程度を異にするものにして、すなわち前者は精神の障害により事物の理非善悪を弁識するの能力なく、またはこの弁識に従って行動する能力なき状態を指称し、後者は精神の障害いまだ上述の能力を欠如する程度に達せざるも、その能力著しく減退せる状態を指称するものなりとす。

下線部に注目すると、弁識能力や制御能力について、心神喪失は失っている状態、心神耗弱は著しく減退している状態ということになる。

とくに心神耗弱については、当該の能力が著しく減退した状態であるから、「(著しくない程度に)減退した状態」ではこれに相当しないということになる。精神障害が存在する場合、とくに可知論的に当該行為との関連性を考察すると、そこに精神障害が大抵はなんらかのかたちで関与している。しかし、上記のような観点からすれば、たとえ関与がみられても、その結果としての能力の障害の程度が「著しい」ものでなければ、心神耗弱に相当するような判断はなされないことになる。

再三述べているとおり、責任能力は法的な判断であり法廷では裁判官によって決められるべきものであるけれども、鑑定人も自らの意見を構成するにあたって、能力の程度について何らかのイメージをもつことにはなるであろう。その際に、能力の障害の程度については、「著しく障害されていた」と「障害されていなかった」との間に「(著しくない程度に)障害されていた」という水準を想定しておくべきである。

そして、ここで最も重要なのは、犯行時に何らかの精神障害に罹患していさえいれば、心神喪失か心神耗弱のいずれかにあたるという理解は誤りであるということである。

なお、こうした水準を想定しておくべきではあるが、実際の鑑定書にどういった言い回しをするのか、どこまで言及するのかについては、あくまでも当該の法廷の要請(起訴前の鑑定であれば検察官の要請)に従うべきである(推奨2と同様)。

ちなみに、刑事責任能力そのものは法的に判断されるものであるということから、その法的な言葉を直接に用いた「心神喪失である」とか「心神耗弱である」といったことを鑑定本文には書かないことが精神科医のなかでもおおよそ通

例となっている。そのかわりに、その法的な結論にかなり近似する、そして上記大審院判決にも使われている表現を使って、「①や②の能力が「失われていた」とか「著しく障害されていた」という表現をいわば婉曲的に使用してきた。

しかし、近年の法廷のなかには、このような婉曲的な表現にしても、結局は最終判断に直結しようとする意見ではあるので、そこまでは求めないという方針で鑑定を依頼するところもでてきている。

一方で、最高裁判所2008年4月25日判決には次のようにある。

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に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いうべきである。

すなわち、鑑定意見における心理学的要素への言及内容が決して軽んじられるわけではないことも確かである。

また、検察官が起訴前に行う鑑定では、起訴、不起訴を判断するためにより明確な結論を求める傾向にあるといえる。

こうした多くの複雑な現状をふまえると、鑑定を結論するにあたっての表現は、その依頼主とよく相談しておくべきであるし、こうした鑑定に対する要請の動向には常に注意しておく必要があるといえる。

■推奨4 ■ 「精神の障害」について

【要点】

当該行為時の弁識能力や制御能力の障害が「精神の障害」によるものであることを確認すること、および、臨床的に何らかの精神医学的な診断名が付されたとしても、それがここでいう「精神の障害」に該当するかどうか慎重に検討することを推奨する

再び1931年の大審院判決を例にする。

心神喪失と心神耗弱とはいずれも精神障害の態様に属するものなりといえども、その程度を異にするものにして、すなわち前者は精神の障害により事物の理非善悪を弁識するの能力なく、またはこの弁識に従って行動する能力なき状態を指称し、後者は精神の障害いまだ上述の能力を欠如する程度に達せざるも、その能力著しく減退せる状態を指称するものなりとす。

下線部に注目すると、弁識能力や制御能力になんらかの障害がある場合に、これを心神喪失や心神耗弱の根拠とするにあたっては、それが精神の障害に由来するものであることが求められることがわかる。

わが国においては、ここでいう「精神の障害」がいかなる範囲のものを指すのかを明確に示した基準はない。しかし、少なくとも「精神の障害」という条件を考えずに、「事件を覚えていないから」とか、「過剰に興奮していたから」といったことだけを根拠や理由として弁識能力や制御能力に障害があったというのでは、足りないことは明らかである。

さらに、法律の上でいう「精神の障害」と精神科医がその専門領域でいっている「精神障害」とは必ずしも同じものではないということにも注意をすべきである。とくに、精神医学的にも、上記の大審院判決が出された当時に「精神障害」とされてきたものとくらべると、現在、「精神障害」としているものはより広いものを含んでいる。またそれは今後とも比較的容易に変わっていく。つまり、古くから主要精神病major psychosisとか三大精神病、二大精神病などと呼ばれてきた疾患概念にはおおよそ含まれ得ない、幅広い精神障害を「DSMやICDに掲載されているから」という理由だけで、この法律的な文脈でいう「精神の障害」と認めて良いのかについて、慎重であるべきであり、そう認めるにあたっては鑑定書のなかで相応の説明をする必要があると思われる。

このことはたとえば、小児性愛(DSM-IV-TR 302.2)、露出症(DSM-IV-TR 302.4)、窃視症(DSM-IV-TR 302.82)、窃盗癖(DSM-IV-TR 312.32)、放火癖(DSM-IV-TR 312.33)といった、その障害の特徴的な行動様式自体が特定の犯罪行為となりうる診断、あるいは反社会性パーソナリティ障害(DSM-IV-TR 302.4)や行為障害(DSM-IV-TR 302.4)といったその診断基準がとりまとめる一連の生活行動様式が犯罪や非行傾向そのものを意味する診断があることから、理解できるであろう。

また同様の意味で、何らかの臨床検査で「異常所見がみられたから」といった理由だけで、ここでいう「精神障害」に該当すると考えるべきではない。そ

の障害が事件に関連していることを合理的に指し示す必要があるといえる。

ところで、精神医学の診断には、従来診断や操作的診断があり、またそれぞれの精神科医がそれぞれの診断名について抱えている微妙なニュアンスには違いがあることも少なくない。このような事情は一般人にはあまり理解しやすいものではない。そこで必要に応じて、鑑定書のなかで示した診断名について、その疾患概念の背景を説明したり、あるいは他の医師であれば場合によっては（同じ状態像の理解を前提としながら）違う診断名を付けるかもしれないこと、その場合にはどういった診断名があげられる可能性があるのかということなどを述べたりするほうがよいかもしれない。そうしてあらかじめ法律家や一般人がその診断名を見たときにおこりうる混乱をあらかじめ予想した配慮をしておくこともすすめられる。

173

## ■推奨5 ■ 医療の必要性など「参考事項」として記すべき事項

### 【要点】

医療の必要性等は、刑事責任能力とは明確に区別して、「参考事項」の欄に積極的に述べることを推奨する。  
※参考事項の欄にどのようなことを記載してほしいのかについては、鑑定依頼者である司法関係者に確認をするとよい。

刑事責任能力に関する精神医学的な能力は、弁識能力と制御能力であるという整理は、刑事責任能力として精神医学的に言及すべきことは例えば「治療が必要である（医療必要性）」といったことは別であるということを明確にする。

ただ、精神医学的な治療の必要性などについては、その事例に深く関わる機会を得た精神科医として言及することは、本人にとっても司法にとっても有用であろう。そういった視点からの意見を、しばしば鑑定において求められる「その他参考事項」に記するのがよいであろう。

そして、そのような記載を積極的にすることにより鑑定人の責任能力に関する考察を、より純粋に弁識能力と制御能力に基づくものとすることができるはずである。

このように、鑑定作業の中でみえてきた事項であっても責任能力に直接関係しないものは、あいまいに刑事責任能力の説明のなかに混入させるのではなく、それは明確に区別して、「参考事項」の欄に記すのが望ましい。

そうした例として、以下のようなものがあげられる。ここにあげる例の多くは、実際に、著者が鑑定をおこなってきたなかで、司法関係者（裁判官、検察官、弁護士）から言及を求められたことのある事項である。

なお、こうした言及にあたっては、その必要性などについて、鑑定を依頼した司法関係者に確認しておくことよい。

- (1) 医療観察法による処遇の申立の適否や審判で入院・通院による処遇の判断がなされる可能性。具体的には、医療観察法の処遇要件となる3要素（疾病性、治療反応性、社会復帰（阻害）要因）の評価など（詳細は、医療観察法の鑑定のためのガイドラインなどを参照すること）。
- (2) 精神保健福祉法第25条の通報の要否ないし適否。その通報の結果、措置入院の判断がなされる可能性など。
- (3) より一般的な意味での精神医学的治療（入院、通院）の必要性、その緊急性など。ときに処遇中の自殺の危険性についての注意喚起をすべき場合もある。

174

- (4) 訴訟能力（たとえば、被告人としての重要な利害を弁別し、それにしたがって相当な防御をすることの出来る能力など）、およびその治療による回復可能性など。※ただし、本邦においては「訴訟能力」の定義は十分な検討がなされているとは言い難い。したがって、これに言及する場合には、具体的にどのような能力についての評価を法廷が要請しているのかを慎重に吟味しなければならない。
- (5) 供述の信憑性等に関連する事項。たとえば、虚言、誇張など。（ただし、診断の前提として重要である場合には、診断の理由等として本文中に記す。とりわけ「詐病」などについては診断名のところに明確に記すべきである。）
- (6) 供述の理解にあたって、精神医学的に有用と思えるような示唆。例えば、広汎性発達障害のケースでの特異な言語表現がある場合や、コミュニケーションをとるうえで工夫すべき点がある場合の解説など。
- (7) これまで過去に当該事例をめぐって生じてきた（解決されてこなかった、悪循環を招いていた）問題や、医療システム、刑事司法システムなど、それぞれの処遇がおこなわれた場合、おこなわれない場合に生ずることが、今後、予想される問題についての、精神医療の専門家の視点からの整理、説明および提案など。たとえば、安易に心身喪失と判断して医療システムで扱ってきたことで生じる（生じてきた）問題を説明するなど。
- (8) 刑事責任能力に関連する事項ではあるが鑑定人個人の立場からの見解や提言というべきもの。たとえば、「自ら使用した薬物に由来する精神障害」や「違法薬物の使用に由来する精神障害」に関する考え方など。
- (9) その他の法的判断を法律家がする際の資料としての参考意見を求められた場合。例えば、「特定故意」の認定に関するような事項、つまり殺人罪なのか、傷害致死罪なのかという法的判断に関して、「殺意」といえるものがあつたのかどうか、というようなことが問題になることがある。この判断自体は、高度な法学的検討によるべきものであるから、精神医学の専門家にすぎない鑑定人がその判断をしてはならない。しかし、そのような法的判断を法律家がするうえで、有用と思われる参考事項があり、かつそれを述べて欲しいという鑑定依頼者からの求めがあるならば、（あくまでも参考という程度に）この欄に述べることになる。
- (10) その他の医学的配慮について。たとえば、身体疾患やその治療の必要性についてなど。

175

## ■推奨6 ■ 情報について

### 【要点】

鑑定における評価、判断の前提となる事実については、細心の注意を払うこと。

鑑定書を作成するにあたっては、さまざまな箇所、本人の供述を引用したり、供述に依拠した事実を前提にしたりして、評価や判断をすることになる。まずこの「事実」の整理をおこない、そして次に「評価」や「判断」を行うという二段階の構造で作業をおこなうということは、あらためて確認されるべきである。

そして、評価や判断の前提とする「事実」の取り扱い、客観的な「事実」として（法廷で）確定されたものばかりではないのが通常であるから、細心の配慮が必要である。ことに起訴前鑑定ではそういった事実は不可避である。また、起訴後の鑑定では、さまざまな事情により、本人の供述内容が大きく変化していることも少なくない。したがって、どのような情報源から得た、どのような情報を前提としたのか、あとから分かるように心がけるとよい。

例えば、鑑定にあたって資料とした情報源をはじめに列挙しておき、(a)(b)・・・など符号をつける。そして、鑑定書本文の記述の中では、その符号を利用して引用し、情報源を明確にするとよい。

また、例えば、鑑定の問診の際に聞いたことを前提にしたが、それが捜査段階での供述と異なるような場合には、鑑定での供述を根拠として採用した理由を示したり、あるいはもし捜査段階の供述を信用した場合には判断が異なるのかなども記載しておくことが望ましい。

こうした点では例えば、警察官や検察官による調査というのは、取調べをする捜査者が本人から事情を聴取して、文章として作成し、その内容で間違いのないかを読み聞かせて本人に確認するという手続きで作成されているものであり、必ずしも完全に本人が語った生の「言葉」をそっくりそのままに記しているというわけではない（※その旨を明記して逐語で記している箇所がある場合もある）ことなどにも注意が必要である。

情報が不足して判断が確定しない場合には、その旨を記し、どのような情報があとから加われば、どのように判断が変わりうるのか、確定しうるのかなどを述べるのも丁寧でよい。

鑑定人としては情報を入手しよう努力としたにもかかわらず、それが何らかの理由でかかわなかった場合には、その経緯を記しておくことも、すすめられる。

176

なお情報の入手にあたっては、原則として、鑑定依頼主を通じて行う（もしくはその承諾や許可を得て行う）のが間違いがなくよい。鑑定人が独自に情報入手をしようとする、あるいはそうした情報を基礎にして鑑定書を作成することで生ずる可能性のあるトラブルを避けるためである。したがって、前述のように入手を試みながら入手できなかった資料があるとすれば、たとえば「〇〇に関しては裁判所を通じて入手を試みたが、すでに保存期間を過ぎているため入手不可であるとの回答があった」などと鑑定書に記しておけばよいことになる。

177

### 参考1 鑑定の考察にあたっての7つの着眼点 ～法曹への説明に備える

われわれの研究班では、その討議を経た提案（通称、平田提案）に基づき、責任能力について言及する場合に有用であると思われる考察のための着眼点をまとめた。

#### ■位置づけの変更について

この着眼点は、初版の17年度版で紹介してから、18年度版でも、また今回もいくつかの点で改訂を加えている。そのもっとも大きな変更は位置づけの変更にある。今回からは【推察】の項目から、【参考】の項目へと変更し、そして、書式のなかでは「別紙」へと移動することになった。その理由については、本手引き冒頭の「18～20年度総括版にむけて」で述べたとおりであるので、使用前にぜひ一読していただきたい。

#### ■7つの着眼点

この7つの着眼点としてあげられた各項目は、行為前後のおおよその時間的な流れにそって列挙すると以下のようになる。

- 動機の詳細可能性／了解不能性
- 犯行の計画性、突発性、偶発性、衝動性
- 行為の意味・性質、反道徳性、違法性の認識
- 精神障害による免責可能性の認識の有／無と犯行の関係
- 元来ないし平素の人格に対する犯行の異質性、親和性
- 犯行の一貫性・目的性／非一貫性・非目的性
- 犯行後の自己防衛・危険回避的行動の有／無

※これらはあくまでも確認や整理のための着眼点であるから、各項目は、「ニューtral」に位置づけて、たとえば①であれば了解の可能性と不能性の両面から、⑥であれば目的性・非目的性の両面から、とらえるという姿勢が求められる。

※どれか1つが該当したからとか、どれか1つの項目でも該当しないから、あるいは何項目あてはまったので、といったことで判断をするような性質のものではない（たとえば「基準」のようなものではない）ことにも十分に注意が必要である。

178

7つの項目の詳細は以下の通りである。

#### a. 動機の詳細可能性／不能性

どのような動機による犯行であるのか。症状（妄想など）に基づく明らかに不合理で了解不能な動機だけが認められるのか。現実の確執、利害関係、欲求充足など了解可能な要因があるか。一見了解可能であるだけなのか。了解不能の程度（たとえば妄想の奇異さの程度）にも言及するほうがよい。おそらくこの着眼点については、他にくらべて総合的評価における比重が大きくなることが多いであろう。

#### b. 犯行の計画性／突発性／偶発性／衝動性

何らかの計画性があると評価できるか。その緻密さはどの程度か。現実的な計画と言えるか。計画的というよりも、突発的、偶発的、あるいは衝動的なものであるか。

ただし、計画性とか衝動性の有無そのものが、即、弁識能力や制御能力といったものの評価になるわけではない。たとえば単純に、計画的であれば制御能力がある、衝動的であれば制御能力がないという結論になるわけではない。その犯罪には計画性や衝動性があるか、それは具体的にどのような面で確認されるか、そしてその計画性や衝動性にはどのように、どれくらい精神障害がかかわっているかに注目することが必要不可欠である。

この項目は、事前の行動をみるため、犯行時点での能力をそのまま反映していない場合があることにも注意しなければならない。

#### c. 行為の意味・性質、反道徳性、違法性の認識

当該行為をどのように意味づけていたのか。違法で反道徳的なものであるとの認識をもっていたのか。たとえば、被害妄想の妄想上の加害者に対する正当なる反撃であると思こんでいるなど、精神症状に基づく誤った現実認識が原因となって、正当防衛的な行為であると妄信していたのか。

また、たとえば「殺人一般」に対してもっている善悪の判断と、自分が行った「殺人」に対して持っている善悪の判断に乖離がある場合があることにも注意すべきである。

不合理な正当化はあるとしても、それは自己愛的ないし疑癡的な人格傾向に基づくものではないかなども注意する。

あくまでも犯行時の認識を問うのであり、事後の反省などとは基本的に区別される必要がある。

179

#### d. 精神障害による免責可能性の認識

犯行当時、あるいは犯行に先立って、自らの精神状態をどのように理解していたか。いわゆる病識や病感はどうであったか。精神障害による免責の可能性の認識をしていたか（「心神喪失」「心神耗弱」という法的な抗弁があり、それが自分に適用される可能性があるということを知っていたか）。その認識が動機として関係していたと評価できるか。

このとき、犯行後に本人が過度に精神症状や異常性を誇張したり、それらをねつ造したりしている様子の有無なども参考にはなるが、それは犯行時の能力に直接関係する要素ではないので、基本的には区別されなければならない。

#### e. 元来ないし平素の人格に対する犯行の異質性・親和性

この項目では、犯行が当人の人格から考えて異なるものであるか、親和的なものであるかについて検討する。これは以下の2つの視点をもつ必要がある。

(1)元来の人格を比較の対象として、統合失調症や慢性的覚せい剤使用の結果としてみられるような、いわゆる発症後の人格変化がある場合に、その病前と比べて認められる人格（性格）の変化が事件に関連しているか。

(2)犯行という比較的短期間の人格や精神機能全般を、それ以前やそれ以後の比較的長い期間のそれと比べたときに異質であるとか、断絶しているといった様子があり、それが事件と関連しているといえるか。例えば薬物の急性中毒や統合失調症の急性錯乱にみられる可能性があるもの。

なお、記憶の欠如（健忘）の存在が、犯行時に本人が(2)のような状態にあったことの傍証とされることがある。けれども、一般的に事件の最中には確実に本人の意思によって行動しているとみられる加害者が、事後になって、事件について覚えていないと述べることは非常に多いことから、そうした記憶の欠如の取り扱いは注意を払わなければならない。少なくとも、覚えていないという言葉以外に(2)を示唆する情報が得られない場合には、真に記憶の欠如があるのかという点を含め、また、記憶が欠如しているとしてもそれは事後に健忘が生じたばかりではないかということも含め、相当に慎重になるべきである。

#### f. 犯行の一貫性・目的性／非一貫性・非目的性

犯行の意図を実現するために一貫性のある行動をとっていたか。犯行意図の形成が不明確で、衝動的・偶発的な行動の結果として犯行が突出したもの（急性精神病による混乱の渦中で生じた犯行など）で、非目的的な行動や奇妙さがみられると評価されるか。短期的な視点と長期的な視点に分けて論ずるほうが良い場合もある。

180

この点の評価、とくに合目的性の評価にあたっては、少なくとも次のような注意が必要である。すなわち、何らかの犯行を成し遂げているということになれば（あるいはそれが法律上は“未遂”であるとしても）、何らかの点で合目的な行動をとることができている——たとえば、完全に妄想のみに由来する病的な目的を達成するための犯罪であっても、その行動には合目的性が必ず見出される。つまり、合目的性を過剰にはかりすぎることはさけられなければならない。

g. 犯行後の自己防御・危険回避的行動

犯行後に逃走や証拠隠滅、虚言などの自己防御的な行動をしていたか。被害者の救助や火災の消火など危機回避的な行動があったか。それらは、行為の性質や意味、善悪の判断に関係するものといえるか。あるいは、行動の一貫性等の面からはどう評価されるか。なお、事後の行動をみるため、犯行時点での能力をそのまま反映していない場合があるので注意が必要である。

■7つの着眼点の扱いについての注意

7つの着眼点については、①項目間でその重要度は同等ではないこと、②各項目は独立しているわけではなく、項目間に重なり合うことがらもあること、③どれかひとつの項目に該当したからとか、何項目あてはまるからというようなことで刑事責任能力を判断するようなものではないこと、④各項目について一方向だけからみるのではなく、ニュートラルな視点から評価する必要があること（たとえば動機の詳細な理解可能性だけでなく、理解不能性にも目を向けること）、⑤事件によっては全く検討の必要がないものもあること、⑥検討をしても明確に言及することが難しいものもあること、などに注意しなければならない。

■7つの着眼点と総合的な最終判断との関係についての注意

これらの項目はあくまでも「視点」としてあげるものである。たとえば「基準」のように扱われるべきものではない。直接、弁識能力や制御能力の程度、あるいは刑事責任能力の結論を導くものでもない。これらの項目のうちどれかひとつでも欠けば、あるいは満たせば、刑事責任能力が認められるとか失われているというような判断ができる、というものではない。

たとえば、完全に動機が奇異な妄想のみに由来していて、合理的で現実的な理由が一切かがわれないような場合でも、事件をおこす（おこした）ということはある程度合目的で一貫性のある行動をしている（いた）ことになる。このような事例で、あまりにも「合目的だから」というような点

に着目しすぎると、ほとんどすべての事件で能力が保たれていたことになってしまうからである。

最終的にはこの着眼点を参考にしうえて、犯行と精神障害との関係を中心にした総合的な説明を法曹に提供することになる。

5. 医療観察法の審判において留意すべき事項

※平成17年度厚生労働科学特別研究 中島 豊爾

医療観察法の審判において、鑑定医は、医療観察法による医療を行う必要性についての鑑定を求められる。その鑑定結果の記された鑑定書は審判の結果に大きな影響を与えるものであり、鑑定書の作成に際して熟慮を要すべきことは言うまでもない。今回、鑑定書の収集及び分析により、下記の論点が明らかになった。以下に、事例を交えながら詳述する。

- 1. 医療観察法による医療の必要性について
- 2. 入院処遇と通院処遇の選別について
- 3. 対象行為又は責任能力に関して疑義があった際の対応について

《中略》

※なお、事例検討における鑑定書の抜粋については、特に議論の余地のある部分を抜粋したものであるが、個人情報保護のため一部記載を省略又は一般的な表現に改変するなどの処置を行っている。

1. 医療観察法による医療の必要性について

○具体的には、「他害行為を行った時点での精神障害の存在（疾病性）」「精神障害の治療可能性（治療反応性）」「同様の行為を行うことなく社会復帰を促進させるための医療の必要性（社会復帰要因）」の三者が、医療観察法による医療を行うための要件であるとされる。

○特に、3点目の社会復帰要因については、単に同様の行為を行うとした可能性があるのみでは不足であり、精神障害に基づき社会復帰の妨げとなる同様の行為を行う具体的な現実的な可能性を含め、対象者の社会復帰を支援する側面から医療観察法による医療を提供することの是非について論じる必要がある。

○また、本来対象者の病状に関する純粋医学的判断を求められるところ、個別具体的な事情に応じ、対象者を取り巻く心理社会的環境にも言及する必要がある。

【うつ病】

被害妄想により家族を殺害したが、公判中に治療を受け、無罪判決に基づく申立て時点で寛解していた事例

- 審判時点で寛解、治療反応性良好、家族の協力もあり、対象者や家族の治療動機良好
- ⇒ 不処遇

一般精神医療で再び同様の行為を犯す可能性は低い。

【統合失調症】

鑑定入院中に精神症状は改善したが治療への理解が得られない事例

- 現時点で対象者は治療を拒否し、家族の治療協力も不十分で、一般的な精神科医療で十分な医療を確保できない。
- ⇒ 入院による医療

【アルコール・薬物関連障害】

○対象行為時は、精神病状態で心神喪失等の状態にあったが、鑑定時には精神病は消失し依存症のみ残っている場合

⇒再び同様の行為を犯す具体的な現実的可能性が高いなら依存症を対象行為時と同様の疾患とみなし医療観察法で処遇し、再び同様の行為を犯す具体的な現実的可能性が明確に高いとまで言えないなら、不処遇で一般医療での任意の対応を図るという考え方は首肯できる。なお、責任能力に関しては、使用開始時の状態は心神喪失等でないので、使用により自らが精神病状態に陥ることを知っていたなら、「原因において自由な行為」として責任を問う考え方がある。

2. 入院処遇と通院処遇の選別基準について

○入院処遇と通院処遇の選別については、次のようないくつかの視点を総合して判断することが求められる。

- ・ 疾病性、治療反応性、社会復帰要因からみて医療観察法による入院医療が不可欠であれば、入院処遇とする
- ・ 入院処遇では医療の継続性が確保されないならば、入院処遇とする
- ・ 治療の動機付けが不十分で周囲の援助も期待できなければ、入院処遇とする
- ・ 精神保健福祉法による入院で足りるならば、入院処遇とはしない
- ・ あえて指定入院医療機関の専門医療を適用する必要性がなければ、入院処遇は選択しない
- ・ 遠方の指定入院医療機関への入院が社会復帰を阻害する時は、入院処遇は慎重に考慮する

○入院処遇か通院処遇かの判断を行うにあたり、下記の諸要素を勘案する必要がある。※（◎：高い該当性、△：状況による個別の該当性、×：非該当を例示）

入院治療適合性（入院による治療で改善が期待できるか）

- ◎統合失調症、気分障害、意識障害などの急性期
- △統合失調症慢性期、妄想性障害、強迫性障害、解離性障害等
- ×合併している薬物依存、人格障害、認知症、知的障害等

- ・入院処遇不可避性（行動病理が強く入院以外の処遇では処遇困難であるか）
- ◎自他への攻撃行動や離院行為の現存、内省の欠如、顕著な他罰的傾向
- △不十分な病識、家族の無理解・非協力
- ×攻撃性・非社会性が微小、治療同意の存在、十分な家族の理解・協力

- ・（参考的に）対象行為の該当性
- ◎意図的な殺人、無関係の第三者への他害行為、複数回の他害行為歴
- △比較的軽度の傷害、家族関係の中で起こった他害行為、初回の他害行為
- ※なお、対象行為の該当性に関しては今後詳細かつ慎重な議論が必要である。

【妄想性障害】

- 嫉妬妄想が高じて配偶者への傷害を行った高齢者の事例
- 嫉妬妄想は訂正不能だが、限定的ながら医学的治療による改善も期待できる。病状改善と再発防止、社会復帰を確実にするため本法による医療が必要である。
- 脳器質疾患による認知機能の低下や生来の非社交的人格傾向、指定入院医療機関が遠隔であることを総合的に考えると通院による医療がふさわしい。
- 家族状況を考慮すると、直ちに在宅医療とするのは困難。  
（解説）
- ・「入院処遇未済、通院処遇以上」事例への有効な処遇の検討必要
- ・通院処遇として精神保健福祉法による入院を行うことも一定の妥当性

【統合失調症】

- 鑑定入院中に不完全寛解に至った事例
- 治療の継続がなされなければ幻覚妄想状態が再燃し、対象行為を行ったときと同様の幻覚妄想、混乱状態が惹起される可能性がある。
- 幻覚妄想状態は次第に改善、病識も出現しつつあり。  
家族も治療に協力的である。  
⇒通院処遇

（解説）精神症状が軽快傾向にあり、治療意欲も芽生えつつある場合は、通院処遇が有効な選択肢。

【統合失調症】

- 鑑定入院中に症状は軽快したが病識が欠如している事例
- 薬物療法により「注察感」「暗号による指示」といった症状は改善したが、「ヤクザは撲滅する」との妄想は強固。贖罪の念も芽生えていない。「自らで収めた」と病感を消失させ治療意欲を減退させている。  
⇒入院による医療  
（解説）審判時点で病識が欠如している場合には、通院処遇によっては医療の継続が損なわれる危険性がある。

3 対象行為又は責任能力に関して疑義があった際の対応について

- 医療観察法による審判においては、入院処遇、通院処遇、不処遇のいずれかの決定が行われるが、例外的に、審判の途上であっても裁判官により申立却下とされることがある。
- 具体的には、検察官による不起訴に基づく申立てにあって、「対象行為の不存在」、「対象者が完全責任能力である」、「不適法の申立て」においては、裁判官は決定を以て申立てを却下することができる。他方、無罪判決の確定後においては、却下規定は存在しない。
- 申立却下は専ら裁判所の裁判官に与えられた権限ではあるが、精神保健審判員ないし鑑定医にあっても、自らの職能を発揮し、必要に応じ申立てを却下するよう裁判官に要請すべき場面がありうることが想定される。
- 特に責任能力については、今般、責任能力鑑定（特に簡易鑑定）の信頼性に疑問が示されていることから、ダブルチェックの意味合いがあることも認識すべきである。

【混合性人格障害】

- 過去に統合失調症と診断されていたが、操作の診断基準を満たさない。精神鑑定書では「会話はスムーズで連合弛緩などの思考障害も感じさせない。これまでの経過より推測して寛解に近い統合失調症の残遺状態」
- 対象行為は、何とか腹いせをしてやろうと思いつき、降車駅についてドアが開いたら殴って出てやろうとあらかじめ計画し実行している。簡易鑑定でいうように対象者が心神喪失の状態であったか大いに疑問。
- 人格障害の治療は一般にかなり困難だが、医療観察法の入院治療で、この

機会に適切かつ十分な治療を試みることに有意義。  
（解説）

- ・鑑定医は、当初の診断を覆し、人格障害とした時点で、責任能力鑑定についても再検討するよう積極的に裁判所に提言すべき。
- ・審判員は、慎重に精読し必要に応じ再鑑定命令を下すなどの対応を行うべき
- ・このような簡易鑑定を行った医師に対するフィードバックの仕組みが必要

4 鑑定入院中の治療行為について

【妄想性障害】

- 鑑定入院中に治療への同意が得られなかった妄想性障害の事例
- 鑑定入院後、リスペリドン1mg投与したが拒否が強く、あえて注射などの強制投与は行わず。信頼関係構築をはかったが頑なさに変化なかった。
- 対象者は被害妄想に基づき自らを守るために凶器を所持し、保護するために現れた家族を被害的に解釈し襲った。妄想性障害により心神耗弱。
- 妄想対象への攻撃性は持続し再び同様の行為を行う可能性が高く、妄想対象は家族にとどまらない。対象者に病識はなく通院による医療は困難であり、入院による医療が必要。  
（解説）従前な措置入院による医療が提供されたはず。強制的な投薬を含め、より積極的な治療を行う方が妥当だった。

『医療観察法の審判において精神保健審判医が留意すべき事項』（精神保健審判医ポケットメモ（第一版）作成者 八木 深）より抜粋うえ一部改変 ※平成17年度厚生労働科学研究 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 主任研究者：小山司・精神保健判定医に必要な知識等の習得方法に関する研究・分担研究者：八木 深

6.医療観察法鑑定ガイドライン

「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」（医療観察法）鑑定ガイドライン  
厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業  
「触法行為を行った精神障害者の精神医学的評価、治療、社会復帰等に関する研究」  
成果報告  
（主任研究者 松下 正明）

はじめに

本鑑定ガイドラインは、私が主任研究者として活動を行ってきた厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）「触法行為を行った精神障害者の精神医学的評価、治療、社会復帰等に関する研究」（いわゆる「松下班」）の研究成果報告書から、当該部分を一部訂正のうえ抜き出したものである。

平成17年7月15日、「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」（「医療観察法」）が施行されることになった。

「医療観察法」の実施にあたっては、入院と通院の現場における医療観察法医療の具体的なやり方や運用の仕方、あるいはその背景にある考え方の統一、さらには司法精神医療レベルの標準化、対象者の人権擁護の確立、精神医療の公開性などを保つために、種々のガイドラインが設定されることになった。

周知のように、「医療観察法」における申立て後は、まず精神鑑定（鑑定入院）から始まる。したがって、まずは、精神鑑定のガイドラインが必要となる。とりわけ、「医療観察法」における精神鑑定が鑑定人の恣意性によって勝手に行われるならば、裁判所における判定はもちろんのこと、その後の入院医療、あるいは通院医療、ひいては医療観察法による医療全体に混乱を引き起こしかねないという危惧があり、鑑定ガイドラインの制定は緊要の課題とされてきた。

私は、鑑定ガイドラインもまた、他の「入院処遇ガイドライン」や「通院処遇ガイドライン」、「地域処遇ガイドライン」とともに、厚生労働省から提出されるものと思っていたが、最近になってそうでないことが分かり、急速、「松下班」において提案された「医療観察法鑑定ガイドライン」をひとつのモデルとして公表することにした。上に述べたように、「医療観察法」においては鑑定における統一性が保たれることが必須であり、そのためにも鑑定ガイドラインの制定が緊要事だからである。

鑑定ガイドラインとして「松下班」の成果をモデルとしたのは、昨年度より