

いう。)

③この法律による医療を行わない旨の決定の3つがある。

(2)本法による処遇の要件については、衆議院において、政府原案の「継続的な医療を行わなければ心神喪失又は心神耗弱の状態の原因となった精神障害のために再び対象行為を行うおそれがあると認める場合」から、「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場合」に修正されたものである。

このような修正の趣旨は、政府原案に対しては、入院決定等を受けた者に対していわば危険人物とのレッテルを貼るような結果となり、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とはならないか、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のみならず、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者まで本法による処遇の対象とされるのではないかと、特定の具体的な犯罪行為やそれが行われる時期の予測といった不可能な予測を強いるものではないかとの問題があるとの批判がなされていたことから、このような批判を踏まえ、

- ①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
- ②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法による処遇の対象となることを明確にすることにより、本法による処遇の要件を明確化し、本法の目的に即した限定的なものとする

【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日の衆議院法務委員会-

※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人である塩崎恭久衆議院議員は、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

69

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人である漆原良夫衆議院議員は、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なく、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。第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たが、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。」

(3)裁判所が入院決定又は通院決定をするためには、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」と認められることが必要である。

「対象行為を行った際の精神障害」とは、本法の対象者は対象行為を行った当時心神喪失又は心神耗弱の状態にあったものであるが(第2条第3項)、この心神喪失又は心神耗弱の状態の原因となった精神障害をい、「精神障害を改善し」の「改善」には、病状の増悪を抑制することも含まれ、「これに伴って同様の行為を行うことなく」の「同様の行為」

70

とは、第1条第1項の「同様の行為」と同じ意味であり、重大な他害行為、すなわち第2条第2項各号に掲げるいずれかの行為をいう。

2.対象者の処遇の要件

このような本法による処遇の要件については、文理上、

- A. 対象行為を行った際の精神障害を改善するため、本法による医療を受けさせる必要があると認められること
- イ. 精神障害の改善に伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するため、本法による医療を受けさせる必要があると認められること

の2つに分けることが可能であり、この両者が認められる場合に入院決定又は通院決定がなされることとなる。

Aの要件は、具体的には、裁判所が当該対象者に対する処遇の要否及び内容を決定する時点において、

- ① 当該対象者が対象行為を行った際の心神喪失又は心神耗弱の状態の原因となった精神障害と同様の精神障害を有しており、かつ、
- ② そのような精神障害を改善(病状の増悪の抑制を含む。)するために、本法による医療を行うことが必要であること、すなわち、その精神障害が治療可能性のあるものであることを内容とするものである。

※仮に、対象者が、決定の時点において、「対象行為を行った際の心神喪失等の状態の原因となった精神障害と同様の精神障害を有している」と認められる場合には、本法により実施される医療は、個々の対象者の精神障害の特性に応じ、円滑な社会復帰を促進するために必要なものである(第81条第1項)、そのような医療は、通常、その精神障害を改善するために必要なものと考えられるが、例外的に、その精神障害が治療可能性のないものである場合には、本法による医療は、その精神障害を改善するために必要なものとは認められないこととなる。

「精神障害が治療可能性のあるものであること」とは、裁判所が処遇の要否及び内容を決定する時点での精神医療の水準に照らし、本法による医療を行うことにより、そのような精神障害の改善(病状の増悪の抑制を含む。)という効果が見込まれることをいう。

71

Iの要件は、具体的には、裁判所が当該対象者に対する処遇の要否及び内容を決定する時点において、当該対象者について、

- ③ 本法による医療を受けさせなければ、その精神障害のために社会復帰の妨げとなる同様の行為を行う具体的・現実的な可能性があることを内容とするものである。

【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日の衆議院法務委員会-

「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ないことについて、修正案の提案者の1人である漆原良夫議員は、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で明記されておられません。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を踏まえて、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ありましたが、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・現実的な可能性の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

72

能性はないので、本制度による処遇は行われまいと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すが、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な、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まいということになります。

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。」

3. 「同様の行為を行う具体的・現実的な可能性」について

「同様の行為を行う具体的現実的な可能性」における「同様の行為」とは、前述したとおり、重大な他害行為、すなわち第2条第2項各号に掲げるいずれかの行為をいい、同項各号に掲げるいずれかの重大な他害行為を行う具体的・現実的な可能性が認められるのであれば、仮にそれが申立ての基礎となった対象行為とは別の罪名に該当するものであっても差し支えない。また、裁判所がこのような「同様の行為を行う具体的・現実的な可能性」があるか否かを判断するに当たっては、当該対象者の精神障害の類型が過去の病歴、現在及び対象行為を行った当時の病状、治療状況、病状及び治療状況から予測される将来の症状、対象行為の内容、過去の他害行為の有無及び内容並びに当該対象者の性格といった、鑑定を命ぜられた精神保健判定医等が考慮すべき事項（第37条第2項）と同様の事項や、後述する当該対象者の生活環境等が考慮されることとなる。なお、同様の行為を行う具体的・現実的な「可能性があると認められる」場合とは、審判の結果収集された資料により、裁判所がこのような可能性があると認定できる場合をいい、そのような可能性がないと

75

認定できる場合はもとより、そのような可能性があるとはまでは認められないものの、同様の行為を行うのではないかとという漠然とした危険性が感じられるにすぎないような場合には、同様の行為を行う具体的・現実的な可能性があると認められる場合には当たらない。

※また、仮に同様の行為を行う具体的・現実的な可能性がある場合であっても、例えば、その精神障害のために他人に軽微な傷害を与える可能性があるにとどまる場合のように、そのような可能性が当該対象者の円滑な社会復帰の助けになるものではないと認められる場合には、イの要件を満たすこととはならないと解される。

4. 「入院決定と通院決定」について

このように、裁判所は、前述した①から③までのいずれもが認められる場合には、入院決定か通院決定をすることとなるが、入院決定と通院決定のいずれの決定をすることとなるかについては、当該対象者について、対象行為を行った際の精神障害を改善するために本法の入院という形態による医療が必要であり、かつ、精神障害の改善に伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するため、本法の入院という医療を受けさせる必要があると認められるか否かによって決せられることとなり、これが認められる場合には入院決定がなされることとなり、そうでない場合には通院決定がなされることとなる。

また、①から③までのいずれかが認められない場合は、「前2号の場合に当たらないとき」であるので、裁判所は、本法による医療を行わない旨の決定をすることとなる。

このような本法による処遇の要件に該当するか否かの判断に当たり、裁判所は、「第37条第1項に規定する鑑定を基礎とし、かつ、同条第3項に規定する意見及び対象者の生活環境を考慮」しなければならない。

「鑑定を基礎とし」とは、裁判所は、処遇の要否及び内容を決定するに当たって、精神保健判定医又はこれと同等以上の学識経験を有すると認める医師に鑑定を命じなければならないところ（第37条第1項）、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」があるか否かについての裁判所

74

による認定は、このような精神保健判定医等による鑑定の結果によって基礎付けられていることが必要であるという意味である。精神保健判定医等による鑑定の結果は、医学的見地からの専門的・客観的意見であることから、そのようなものとして十分に尊重される必要があるが、仮に裁判所が、鑑定の結論が不明確であると考えた場合や、その合理性・妥当性に疑問があると考えた場合には、鑑定を行った医師にその意味・内容や判断の根拠等を尋ねること等により、鑑定の趣旨を確認したり、その合理性・妥当性を検証し、その結果、当該鑑定が合理的かつ妥当なものと判断されれば、これを基礎とした上で、更に対象者の生活環境をも考慮して、本法による処遇の要否及び内容を決定することとなる。

※仮に、鑑定の結果が「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本法による医療を受けさせる必要はない」という結論であることが明白であり、かつ、これに合理性・妥当性が認められる場合において、裁判所が入院決定又は通院決定をすることは、一般的には鑑定を基礎とするものとはいえないであろう。他方、仮に、鑑定結果が「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本法による医療を受けさせる必要がある」という結論であり、かつ、これに合理性・妥当性が認められる場合であっても、対象者の生活環境等をも考慮した結果、今後の通院治療の継続が十分に確保されると認められ、かつ、そのような治療が継続されるのであれば同様の行為を行う具体的・現実的な可能性があるとまでは認められないと判断されるような場合には、本法による医療を行わない旨の決定をすることもないわけではないであろう。

「同条第3項に規定する意見」とは、対象者を実際に鑑定した医師による、当該対象者の現在の病状の内容・程度が本法による入院という治療形態による医療を必要とするものであるか否かについての、純粹に医学的な観点からの意見をいう。

「対象者の生活環境」とは、例えば、当該対象者の住居や家族の有無、居住地や家族の状況、対象者の社会復帰に関する家族の協力の意思の有無・程度等、当該対象者の生活を取り巻く環境をいう。

このように、本法による処遇の要否及び内容の決定に当たっては、個々の対象者について、その精神障害を改善するための医療の可能性・

75

必要性や、その精神障害のために社会復帰の助け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ることから、合議体の裁判官は、主に、例えば、精神科医による鑑定結果の合理性・妥当性の有無を吟味するとともに、本人の病状はもとより、対象行為の内容や当時の精神状態、更にはその生活環境に照らし治療の継続が確保されるか否か、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点を考慮し、また、合議体の精神保健審判員は、主に、例えば、精神科医による鑑定結果の医学的合理性・妥当性の有無を吟味するとともに、自らも、対象者の精神障害の類型、病状、生活環境等を踏まえ、その精神障害や病状の推移、対象行為を行った際と同様の病状が再発する可能性の有無等を推察するなど、それぞれにその専門性をいかしつつ、また、相互に十分に協議することにより、本法による処遇の要否及び内容を共同して決定することとなる。

第2項

本項は、申立てが不適法であると認める場合の裁判所による却下決定について定めたものである。

(1)「申立てが不適法であると認める場合」とは、例えば、申立権者でない者により申立てがなされた場合や、対象者が刑の執行のため刑務所に収容されたにもかかわらずその後申立てがなされた場合等、申立てが第33条の規定に反する場合をいう。

(2)なお、検察官による申立てが適法であるか否かについては、検察官が当該申立てをした時点でそれが適法であったか否かを基準として判断されるべきものであり、仮に、対象者が、検察官の申立ての時点では精神障害を有していたものの、裁判所が処遇の要否及び内容を決定する時点ではその精神障害が消失していることから、「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本法による医療を受けさせる必要が明らかでない」と認められる場合であったとしても、申立てが不適法となることはない。

また、検察官は、傷害が軽い場合であって、一定の事項を考慮し、申立ての必要がないと認めるときは申立てをしないことができる（第33条第3項）が、これは、申立てをするか否かについての裁量を検察官

76

に認めたものであることから、裁量権限の逸脱・濫用にわたらない限り、申立てが不適法となることはない。

※【「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

77

2. 医療観察法 重要法文とその解釈 III

「第49条 指定入院医療機関の管理者による申立て」

第49条

指定入院医療機関の管理者は、当該指定入院医療機関に勤務する精神保健指定医（精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第19条の2第2項の規定によりその職務を停止されている者を除く。第117条第2項を除き、以下同じ。）による診察の結果、第42条第1項第1号又は第61条第1項第1号の規定により入院している者について、第37条第2項に規定する事項を考慮し、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入院を継続させてこの法律による医療を行う必要があると認めることができなくなった場合は、保護観察所の長の意見を付して、直ちに地方裁判所に対し、退院の許可の申立てをしなければならない。

2 指定入院医療機関の管理者は、当該指定入院医療機関に勤務する精神保健指定医による診察の結果、第42条第1項第1号又は第61条第1項第1号の規定により入院している者について、第37条第2項に規定する事項を考慮し、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入院を継続させてこの法律による医療を行う必要があると認める場合は、保護観察所の長の意見を付して、第42条第1項第1号、第51条第1項第1号又は第61条第1項第1号の規定（これらが複数あるときは、その最後のもの。次項において同じ。）があった日から起算して6月が経過する日までに、地方裁判所に対し、入院継続の確認の申立てをしなければならない。
〔後略〕

本条は、入院患者に係る指定入院医療機関の管理者による申立義務について規定するものである。

1 第1項

本項は、入院患者に係る指定入院医療機関の管理者による退院の許可の申立てについて定めたものである。

(1) 指定入院医療機関の管理者は、入院患者について、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に入院を継続させて本法による医療を

78

行う必要があると認めることができなくなった場合は、直ちに、地方裁判所に対し、退院の許可の申立てをしなければならない。

「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入院を継続させてこの法律による医療を行う必要」とは、本法による処遇の要件に対応するものである（その詳細については、第42条及び第51条の解説を参照されたい。）が、この必要が「あると認めることができなくなった場合」とは、この必要がないと認めるに至った場合はもとより、この必要があるか否かが判然としなくなった場合も含まれる。すなわち、本法による入院は、対象者の社会復帰を促進するために必要な手厚い専門的な医療を行うためになされるものであり、その者にとって利益な面を有するものではあるものの、人身の自由の制約を伴うという点からは不利益な面をも有するものであるため、入院を継続すべき必要性があるか否かが判然としなくなったような場合には、入院を継続させることは適当べたとおり、当初の入院決定による法的効果を変動させるものではない。ではないと考えられることから、この点を明確にするため、「必要がないと認めるに至った場合」ではなく、必要があると認めることができなくなった場合」とされたものである。

したがって、指定入院医療機関の管理者は、入院患者について、常にこの必要があると認められるか否かを判断し、そのような必要を認めることができなくなった場合には、直ちに、地方裁判所に対し、退院の許可の申立てをすべき義務を負うこととなる（注1）。

(2) 指定入院医療機関の管理者による申立ては、「当該指定入院医療機関に勤務する精神保健指定医による診察の結果」を踏まえてなされることとなる。これは、指定入院医療機関の管理者がすべての入院患者を直接診断することは現実的ではないことから、まずは当該指定入院医療機関に勤務する精神保健指定医が直接入院患者を診察し、その結果によることとされたものであり（注2）、もとより、退院の許可の申立てをするか否かを決定する権限と責務は指定入院医療機関の管理者にある。したがって、仮に当該精神保健指定医と指定入院医療機関の管理者の判断が異なる場合には、両者の間で十分に議論・検討し、あるいは管理者自らが直接入院患者の病状を診察するなどし、その結果、管理者におい

79

て最も適切であると考えられる結論に従って申立ての要否を決するべきである。

また、指定入院医療機関の管理者は、必要性の有無を判断するに当たり、「第37条第2項に規定する事項」を考慮することとなる。これは、指定入院医療機関の管理者が、個々の入院患者について、「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に入院を継続させてこの法律による医療を行う必要」の有無を判断するに当たっては、「入院又は通院」に係る審判（本章第2節）において必要に行われる鑑定を命ぜられた精神保健判定医等と同様に、当該入院患者の精神障害の類型等第37条第2項に規定する事項を考慮することが不可欠であると考えられることから、あらかじめこれを法定することにより、個々の指定入院医療機関の管理者による偏りのない客観的な判断がなされることを確保し、ひいては裁判所による的確な判断に資するものとするためである。

さらに、指定入院医療機関の管理者は、この申立てに「保護観察所の長の意見」を付さなければならない。これは、保護観察所の長は、個々の入院患者について、その生活環境の調整を行うこととされている（第101条）ことから、このような入院患者の生活環境やその調整結果の状況を踏まえた保護観察所の長による退院の可否に関する意見は、裁判所が当該入院患者の退院の可否を決定するに当たり、重要な資料となると考えられたためである。

2 第2項

本項は、入院患者に係る指定入院医療機関の管理者による入院継続の確認の申立てについて定めたものである。

(1) 指定入院医療機関の管理者は、入院患者について、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に入院を継続させて本法による医療を行う必要があると認める場合は、地方裁判所に対し、入院継続の確認の申立てをしなければならない。

「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入院を継続させてこの法律による医療を行う必要」については前述したとおりであるが、

80

この必要が「あると認める場合」とは、この必要があると認定できる場合をいい、そのような必要がないと認定できる場合もほととより、そのような必要があるか否かが判然としなない場合にも、「あると認める場合」には当たらない。

(2) また、指定入院医療機関の管理者は、この必要があると認める場合には、裁判所による前の入院決定、入院継続確認決定等があった日から起算して6か月が経過する日までに、入院継続の確認の申立てをしなければならない。これは、前述したように、本法による入院は、対象者の社会復帰を促進するために必要な手厚い専門的な医療を行うためになされるものであり、その者にとって利益な面を有するものではあるものの、人身の自由の制約を伴うという点からは不利益な面をも有するものである。入院患者の入院期間が不当に長期にわたることを防止するとの観点から、入院継続の必要性の有無の判断を指定入院医療機関の管理者にすべてゆだねておくのではなく、少なくとも入院期間が6か月を経過する日までに、指定入院医療機関の管理者による判断の的確性・妥当性を裁判所が審査する機会を確保することが適当であると考えられたためである（注3）。

「第42条第1項第1号、第51条第1項第1号又は第61条第1項第1号の決定（これらが複数あるときは、その最後のもの。）があった日から起算して6か月が経過する日までに」とは、入院患者の中には、前に入院決定を受けた後今回初めて入院継続の必要性の確認の審査を受ける者もいると考えられるが、中には、既に複数回にわたってこの入院継続確認決定を受け、あるいは、入院患者側による退院の許可の申立て（第50条）に対する申立ての棄却決定という形で入院継続の必要性に関する審査を受けた者もいると考えられるところ、少なくとも入院期間が6か月を経過する日までに、指定入院医療機関の管理者による判断の的確性・妥当性を裁判所が審査する機会を確保するとの観点からすると、これらのいずれかの決定のうちその最後のものがあった日から6か月が経過する日までの間に申立てがなされれば足りると考えられることから、その旨を定めたものである。

6か月という期間の計算に当たっては、基本的には民法の期間の計算に関する規定によることとなる（同法第138条）。したがって、期間

81

の末日の終了をもって期間の満了とされ（同法第141条）、暦に従って計算して、最後の（注4）月においてその起算日に応答する日の前日をもって満了（ただし、最後の月に応答する日がないときは、その月の末日をもって満了）することとなる（同法第143条）が、期間の起算点については、決定があった日から起算することとされていることから、初日を算入しないこととしている同法第140条の規定は適用されず、決定がなされた当日を算入し、その日から起算することとなる。

（注1）すなわち、指定入院医療機関の管理者は、裁判所による前の入院決定、入院継続確認決定等があった日から6か月が経過しようとする時点で初めて入院患者の退院の可否を判断すれば足りるのではなく、入院患者の病状の推移等を踏まえつつ、常にこの判断を行う必要があることとなる。

（注2）このような必要性の有無の判断は、指定医療機関に勤務する精神保健指定医の基本的な職務である（第87条第1項）。

（注3）精神保健福祉法による措置入院においても、6か月ごとに、精神医療審査会により、入院継続の必要性の有無が審査されている（同法第38条の2、第38条の3、同法施行規則第19条）。

（注4）なお、民法は、期間の末日の終了をもって期間の満了とすることを原則としつつ（第141条）、その例外として、末日が日曜日等の休日に当たるときは、その日に取引をしない習慣がある場合に限り、その翌日をもって期間の満了としている（第142条）が、本法においては、このような例外に当たらないので、同条の適用はなく、期間の末日が日曜日等の休日であっても、その日の終了をもって期間が満了することとなる。

※【「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

82

3. 医療観察法 重要法文とその解釈 IV

「第51条 退院の許可又は入院継続の確認の決定」

1. 「第51条 退院の許可又は入院継続の確認の決定」

（退院の許可又は入院継続の確認の決定）

第51条

裁判所は、第49条第1項若しくは第2項又は前条の申立てがあった場合は、指定入院医療機関の管理者の意見（次条の規定により鑑定を命じた場合は、指定入院医療機関の管理者の意見及び当該鑑定）を基礎とし、かつ、対象者の生活環境（次条の規定により鑑定を命じた場合は、対象者の生活環境及び同条後段において準用する第37条第3項に規定する意見）を考慮し、次の各号に掲げる区分に従い、当該各号に定める決定をしなければならない。

- 一 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、入院を継続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退院の許可の申立て若しくはこの法律による医療の終了の申立てを棄却し、又は入院を継続すべきことを確認する旨の決定
 - 二 前号の場合を除き、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退院を許可するとともに入院によらない医療を受けさせる旨の決定
 - 三 前2号の場合に当たらないとき、この法律による医療を終了する旨の決定
- 2 裁判所は、申立てが不合法であると認める場合は、決定をもって、当該申立てを却下しなければならない。
 - 3 第43条第2項から第4項までの規定は、第1項第2号の決定を受けた者について準用する。
 - 4 第44条の規定は、第1項第2号の決定について準用する。

本条は、入院患者の退院の可否又は入院継続の要否に関する裁判所の決定の要件及び内容等について規定するものである。

1 第1項

本項は、指定入院医療機関の管理者又は入院患者等による申立てに対する裁判所の決定の種類及びその要件について定めたものである。

（注1）

83

(1) 指定入院医療機関の管理者又は入院患者等による退院の許可の申立て、入院継続の確認の申立て又は処遇の終了の申立てに対する裁判所の決定には、第2項に規定する申立ての不合法を理由とする却下決定のほか、

- ①入院を継続すべきことを確認する旨の決定（以下「入院継続確認決定」という。）
 - ②退院を許可するとともに入院によらない医療を受けさせる旨の決定（以下「退院許可決定」という。）
 - ③この法律による医療を終了する旨の決定（以下「処遇終了決定」という。）
 - ④申立てを棄却する決定
- の4つがある。

①の入院継続確認決定は、指定入院医療機関の管理者による入院継続の確認の申立てに対してなされるものであり、第49条の解説において述べたとおり、当初の入院決定による法的効果を変動させるものではない。

②の退院許可決定には、その後入院によらない医療を受けさせる旨の決定が含まれているが、これは、②の決定を受けることとなる者は、依然として本法による医療が必要であると判断されるものの、入院という形態による医療の必要があるとまでは認められない者であるからであり、仮に、本法による医療が必要ないと判断される場合には、退院許可決定ではなく、③の処遇終了決定がなされることとなる。なお、通院決定（第42条第1項第2号）と同様に、「入院によらない医療」には、指定通院医療機関に通院して来た患者に行ういわゆる通院医療に加え、患者の住居等を医師や看護師等が訪れて行ういわゆる訪問診療も含まれる。

③の処遇終了決定により、本法による医療は終了することとなるが、引き続き精神科の医療が必要者に対しては、精神保健福祉法により、必要な医療が行われることとなる。

④申立てを棄却する決定は、指定入院医療機関の管理者による退院の許可の申立て又は入院患者等による退院の許可若しくは処遇の終了の申立てに対してなされるものであり、指定入院医療機関の管理者による入院継続の確認の申立てについては、その必要がないと認める場合には、②の退院許可決定又は③の処遇終了決定がなされることとなる。

84

(2) 裁判所が入院継続確認決定（指定入院医療機関の管理者による退院の許可の申立て又は入院患者等による退院の許可若しくは処遇の終了の申立てを棄却する決定を含む。）をするためには、入院患者について、「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、入院を継続させてこの法律による医療を受けさせる必要がある」と認められることが必要であるが、この要件は、実質的には、第42条第1項第1号の入院決定がなされるための要件と同じものであり、「対象行為を行った際の精神障害」とは、入院患者が対象行為を行った際の心神喪失又は心神耗弱の状態の原因となった精神障害をいい、「精神障害を改善し」の「改善」には病状の増悪を抑制することも含まれ、「これに伴って同様の行為を行うことなく」の「同様の行為」とは、第2条第2項各号に掲げるいずれかの行為をいうことも、第42条第1項の場合と同じであって、結局、このような要件が引き続き認められる入院患者については、入院継続確認決定がなされることとなる。

入院継続確認決定の要件は、入院決定の要件と同様に、

ア 対象行為を行った際の精神障害を改善するため、本法の入院という形態による医療を受けさせる必要があると認められ、かつ、
イ 精神障害の改善に伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するため、本法の入院という形態による医療を受けさせる必要があると認められること
に分けることが可能であるが、この両者が認められる場合に入院継続確認決定がなされることとなる。

アの要件は、具体的には、裁判所が当該入院患者の退院の可否を決定する時点において、

①当該入院患者が対象行為を行った際の心神喪失又は心神耗弱の状態の原因となった精神障害と同様の精神障害を引き続き有しており、かつ、
②そのような精神障害を改善（病状の増悪の抑制を含む。）するために、引き続き本法の入院という形態による医療を行うことが必要であること、すなわち、本法の入院という形態による医療がその精神障害を改善するために必要であり、かつ、その精神障害が治療可能性のあるものである

85

こと

を内容とするものである。もっとも、特に、指定入院医療機関において行われる入院という形態による医療は、手厚い専門的なものであることから、精神障害を改善するためには引き続きこのような医療が有用であると考えられ、また、その精神障害が治療可能性のあるものであることについては、既に最初の「入院又は通院」に係る審判において認定されているので、実際には、①が認められるか否かが問題となるであろう。

イの要件は、具体的には、裁判所が当該入院患者の退院の可否を決定する時点において、当該入院患者について、③本法の入院という形態による医療を受けさせなければ、その精神障害のために社会復帰の妨げとなる同様の行為を行う具体的・現実的な可能性があることを内容とするものである。なお、「同様の行為を行う具体的・現実的な可能性」の有無の判断に当たっての考慮要素や、「同様の行為」あるいはこれを行う具体的・現実的「可能性があると認められる場合」の意味・内容については、第42条の解説において述べたところと同様であるので、これらの詳細については、同条の解説を参照されたい。

(3)このように、裁判所は、前述した①から③までのいずれもが認められる場合には、入院継続確認決定等を行うこととなるが、入院という形態による必要があるとまでは認められないものの、本法による医療が、対象行為を行った際の精神障害を改善するために必要であり、かつ、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必要であると認められる場合には、退院許可決定がなされることとなり、また、これも認められない場合には、処遇終了決定がなされることとなる。

(4)これらの要件に該当するか否かの判断に当たり、裁判所は、「指定入院医療機関の管理者の意見を基礎とし、かつ、対象者の生活環境を考慮」しなければならない。「指定入院医療機関の管理者の意見を基礎とし」とは、個々の入院患者について、「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、（入院を継続させて）この法律による医療を受けさせる必要」があるか否かについての裁判所による認定は、指定入院医療機関

86

の管理者の意見によって基礎付けられていることが必要であるという意味である。指定入院医療機関の管理者による意見は、平素から入院患者の病状等を診察している者による医学的見地からの専門的な意見であることから、そのようなものとして十分に尊重される必要があるが、仮に裁判所が、指定入院医療機関の管理者の意見の合理性・妥当性に疑問があると考えられる場合には、当該管理者にその意味・内容や判断の根拠等を尋ねること等により、その趣旨を確認したり、その合理性・妥当性を検証し、その結果、当該意見が合理的かつ妥当なものと判断されれば、これを基礎とした上で、更に入院患者の生活環境をも考慮して、入院患者の退院の可否等を決定することとなる。また、このような退院の可否、入院継続の要否の判断については、指定入院医療機関の管理者の判断を審査するものであることから、裁判所が、その意見の合理性・妥当性に疑問を抱き、あるいは、入院患者等の主張等にかんがみてその意見の合理性・妥当性を確認する必要があると判断する場合には、他の精神保健判定医等に鑑定を命じ、その意見を基礎とすることも可能である(第52条)。

「対象者の生活環境」とは、第42条の解説において述べたのと同様に、例えば、入院患者の住居や家族の有無、居住地や家族の状況、入院患者の社会復帰に関する家族の協力の意思の有無・程度等、当該入院患者の生活を取り巻く環境をいう。

(5)入院患者の退院の可否、入院継続の要否の判断についても、地方裁判所においては、裁判官と精神保健審判員の合議体が行うものであり、第42条の解説において述べたように、両者は、それぞれにその専門性をいかしつつ、また、相互に十分に協議することにより、共同してこれを決定することとなる。

2 第2項

本項は、申立てが不合法であると認める場合の裁判所による却下決定について定めたものである。「申立てが不合法であると認める場合」とは、例えば、指定入院医療機関の管理者ではない主治医や付添人に選任されていない弁護士等、申立権者でない者により申立てがなされた場合や、裁判所による前の決定があった日から6か月以上が経過した時点において入院継続の確認の申立てがなされた場合等、指定入院医療機関や

87

(注2) 入院患者等による申立てが第49条又は第50条の規定に反する場合をいう。

3 第3項

本項は、退院許可決定を受けた者について、通院決定があった場合の通院患者の義務や厚生労働大臣が執るべき措置に関する規定が準用されることを定めたものである。

したがって、退院許可決定を受けた者は、指定通院医療機関による医療を受けるべき義務を負うこととなり(第43条第2項)、また、厚生労働大臣は、退院許可決定を受けた者が医療を受けるべき指定通院医療機関を選定してその名称等を関係者に通知するとともに(同条第3項)、これを変更した場合にはその旨を関係者に通知すべきこととなる(同条第4項)。

4 第4項

本項は、退院許可決定については第44条の通院期間に関する規定が準用されることを定めたものである。したがって、退院許可決定を受けた者の通院期間は、原則として、当該退院許可決定があった日から起算して3年間となる(ただし、通じて2年を超えない範囲内で延長することが可能)。

なお、退院許可決定を受けた者の中には、前に通院決定(第42条第2項第2号)又は別の退院許可決定を受けたものの、通院期間が満了する前に第61条第1項第1号の入院決定を受けて指定入院医療機関に入院した者がいる場合も有り得るが、このような場合であっても、その者の通院期間は、当該退院許可決定があった日から起算して原則として3年間となるのであって、以前の通院期間と併せて3年間となるものではない

(注3)。

(注1) この要件についても、衆議院において、政府原案が修正されているが、その趣旨については、第42条の解説において述べたとおりである。が行われることとなる。

(注2) 平成14年12月3日の衆議院法務委員会における修正案の提案者の答弁においても述べられているように、仮に入院患者等が裁判所による決定を受けた直後に、何ら事情の変化がないにもかかわらず退院の許可等を申し立てたような場合には、権利の濫用として、その申立てが却下されることもあり得ると考えられる。

88

(注3) 通院患者の通院期間は、いわば経過観察のための期間とも言い得るものであるので、このような観点からも、そのための期間については退院の時点から起算することが適当であって、前の通院期間を算入することは適当ではないと考えられる。

※【「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

4. 医療観察法 重要法文とその解釈Ⅴ

「第56条 処遇の終了又は通院期間の延長の決定」

「第56条 処遇の終了又は通院期間の延長の決定」

(処遇の終了又は通院期間の延長の決定)
第56条

裁判所は、第54条第1項若しくは第2項又は前条の申立てがあった場合は、指定通院医療機関の管理者の意見（次条の規定により鑑定を命じた場合は、指定通院医療機関の管理者の意見及び当該鑑定）を基礎とし、かつ、対象者の生活環境を考慮し、次の各号に掲げる区分に従い、当該各号に定める決定をしなければならない。

- 一 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この法律による医療の終了の申立てを棄却し、又は第42条第1項第2号若しくは第51条第1項第2号の決定による入院によらない医療を行う期間を延長する旨の決定
 - 二 前号の場合に当たらないときこの法律による医療を終了する旨の決定
- 2 裁判所は、申立てが不適法であると認める場合は、決定をもって、当該申立てを却下しなければならない。
- 3 裁判所は、第1項第1号に規定する期間を延長する旨の決定をするときは、延長する期間を定めなければならない。

本条は、通院患者の処遇の終了の可否又は通院期間の延長の要否に関する裁判所の決定の要件及び内容等について規定するものである。

1 第1項

本項は、保護観察所の長又は通院患者等による申立てに対する裁判所の決定の（注1）種類及びその要件について定めたものである。

(1) 保護観察所の長又は通院患者等による処遇の終了の申立て又は通院期間の延長の申立てに対する裁判所の決定には、第2項に規定する申立ての不適法を理由とする却下決定のほか、

- ①入院によらない医療を行う期間を延長する旨の決定（以下「通院期間延長決定」という。）
- ②この法律による医療を終了する旨の決定（以下「処遇終了決定」という。）

という。）
③申立てを棄却する決定
の3つがある。

①の通院期間延長決定は、保護観察所の長による通院期間の延長の申立てに対してなされるものであり、また、この決定は、前になされた通院決定又は退院許可決定により形成された法律関係を前提に、その権利義務関係を変動することなく、医療等を行う期間のみを延長するものである。通院患者には引き続き厚生労働大臣が選定した指定通院医療機関による医療を受けようとする義務があり、厚生労働大臣及びその委託を受けた指定通院医療機関は、通院患者に対して本法による医療を行う責務がある。

②の処遇終了決定により、本法による医療は終了することとなるが、引き続き精神科の医療が必要な者に対しては、精神保健福祉法等により、必要な医療が行われることとなる。

③申立てを棄却する決定は、保護観察所の長又は通院患者等による処遇の終了の申立て（注2）に対してなされるものであり、保護観察所の長による通院期間の延長の申立てについては、その必要がないと認める場合には、②の処遇終了決定がなされることとなる。

(2) 裁判所が通院期間延長決定（保護観察所の長又は通院患者等による処遇の終了の申立てを棄却する決定を含む。）をするためには、通院患者について、「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」と認められることが必要であるが、この要件は、実質的には、第42条第1項第2号の通院決定又は第51条第1項第2号の退院許可決定がなされるための件と同じものであり、「対象行為を行った際の精神障害」とは、通院患者が対象行為を行った際の心神喪失又は心神耗弱の状態の原因となった精神障害をいい、「精神障害を改善し」の「改善」には、病状の増悪を抑制することも含まれ、「これに伴って同様の行為を行うことなく」の「同様の行為」とは、第2条第2項各号に掲げるいずれかの行為をいうことも、第42条第1項又は第51条第1項の場合と同じであって、結局、このような要件が引き続き

認められる通院患者については、通院期間延長決定がなされることとなる。

通院期間延長決定の要件は、通院決定等の要件と同様に、

- ア 対象行為を行った際の精神障害を改善するため、本法による医療を受けさせる必要があると認められ、かつ、
 - イ 精神障害の改善に伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するため、本法による医療を受けさせる必要があると認められることに分けることが可能であるが、この両者が認められる場合に通院期間延長決定がなされることとなる。
- アの要件は、具体的には、裁判所が当該通院患者の通院期間の延長の要否を決定する時点において、

- ① 当該通院患者が対象行為を行った際の心神喪失又は心神耗弱の状態の原因一となった精神障害と同様の精神障害を引き続き有しており、かつ、
- ② そのような精神障害を改善（病状の増悪の抑制を含む。）するために、引き続き本法による医療を行うことが必要であること、すなわち、本法による医療がその精神障害を改善するために必要であり、かつ、その精神障害が治療可能性のあるものであることを内容とするものであるが、実際には、①が認められるか否かが問題となること、イの要件は、具体的には、裁判所が当該通院患者に対する通院期間の延長の要否を決定する時点において、当該通院患者について、
- ③ 本法による医療を受けさせなければ、その精神障害のために社会復帰の妨げとなる同様の行為を行う具体的・現実的な可能性があることを内容とするものであること、①から③までのいずれもが認められる場合には通院期間延長決定がなされ、また、いずれかが認められない場合には処遇終了決定がなされることも、第42条第1項及び第51条第1項の解説において述べたところと同様であり、これらの詳細については、同条の解説を参照されたい。

(3) これらの要件に該当するか否かの判断に当たり、裁判所は、「指定通院医療機関の管理者の意見を基礎とし、かつ、対象者の生活環境を考慮」しなければならない。

「指定通院医療機関の管理者の意見を基礎とし」とは、個々の通院患者について、「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」があるか否かについての裁判所による認定は、指定通院医療機関の管理者の意見によって基礎付けられていることが必要であるという意味である。指定通院医療機関の管理者による意見は、平素から通院患者の病状等を診察している者による医学的見地からの専門的な意見であることから、そのようなものとして十分に尊重される必要があるが、仮に裁判所が、指定通院医療機関の管理者の意見の合理性・妥当性に疑問があると考えられる場合には、当該管理者にその意味・内容や判断の根拠等を尋ねること等により、その趣旨を確認したり、その合理性・妥当性を検証し、その結果、当該意見が合理的かつ妥当なものと判断されれば、これを基礎とした上で、更に通院患者の生活環境をも考慮して、通院患者の通院期間の延長の要否、処遇の終了の可否を決定することとなる。また、裁判所が、指定通院医療機関の管理者の意見の合理性・妥当性に疑問を抱き、あるいは、保護観察所の長や通院患者等の主張等にかんがみてその意見の合理性・妥当性を確認する必要があると判断する場合には、他の精神保健判定医等に鑑定を命じ、その意見を基礎とすることも可能である（第57条）。

「対象者の生活環境」とは、第42条第1項及び第51条第1項の場合と同様、例えば、通院患者の住居や家族の有無、居住地や家族の状況、通院患者の社会復帰に関する家族の協力の意思の有無・程度等、当該通院患者の生活を取り巻く環境をいう。

2 第2項

本項は、申立てが不適法であると認める場合の裁判所による却下決定について定めたものである。

「申立てが不適法であると認める場合」とは、例えば、付添人に選任されていない弁護士等、申立権者ではない者により申立てがなされた場合や、指定通院医療機関の管理者との協議を経ずに申立てがなされた場合等、保護観察所の長や通院患者等による申立てが第54条又は第55条の規定に反する場合をいう（注3）。

93

3 第3項

本項は、裁判所が通院期間延長決定をする場合には、延長すべき期間を定めなければならないことを定めたものである。

裁判所は、審判において収集した資料を基に、保護観察所の長や指定通院医療機関の管理者等の意見も踏まえつつ、通じて2年を超えない範囲内で（第44条）、延長すべき通院期間を決定することとなる。

なお、通院期間の延長については、「通じて2年を超えない範囲」との制約はあるものの、延長回数については制限がないことから、裁判所は、場合によっては、複数回にわたって通院期間延長決定を行うことも可能である。ただし、この場合であっても、延長後の通院期間は、すべての延長決定を通じて2年を超えることはできない。

（注1）この要件についても、衆議院において、政府原案が修正されているが、その趣旨については、第42条の解説において述べたとおりである。

（注2）裁判所が引き続き本法による医療を受けさせる必要があると認めて保護観察所の長による処遇の終了の申立てを棄却しようとする際に、既に当該通院患者の通院期間が満了し、あるいは満了する日が間近に迫っているということは通常は想定されないことから、第61条第3項のような規定は置かれていないが、仮にそのような事態が生じ、そのままでは当該通院患者に対する本法による医療を確保できないと認められる場合には、裁判所は、その判断を実現するため、保護観察所の長による処遇の終了の申立てを棄却するとともに、通院期間延長決定をすることができると解される。

（注3）第51条の解説において述べたとおり、仮に、通院患者等が裁判所による決定を受けた直後に、何ら事情の変化がないにもかかわらず処遇の終了を申し立てたような場合には、権利の濫用として、その申立てが却下されることもあり得ると考えられる。

※【「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

94

5. 医療観察法審判における精神保健審判員の役割

精神保健判定医の資格を持つ医師は、個別の事件ごとに精神保健審判員に任命される。精神保健審判員は、精神医学の専門家として、裁判官とともに合議体を構成し、医療観察法による医療の必要性や、入院および通院に関する審判の決定を行う。入院処遇の開始及び処遇中の審判は、当初審判、入院継続の審判、退院許可の審判等があり、通院処遇の開始及び審判では当初審判、処遇終了、再入院の審判等がある。以下、当初審判を例に挙げて、精神保健審判員の役割と留意点について説明する。

1. 当初審判

A. カンファレンス

当初審判では、全国的な傾向として、1回カンファレンスが開かれる場合と、2回カンファレンスが開かれる場合との大きく2つの方式に分かれる。どちらもその後には審判期日が開かれる形が多い。2回カンファレンスが行われる場合には、精神保健審判員、精神保健参事員は、初回のカンファレンスまでに一件記録、刑事責任能力に関する鑑定書など裁判所から提出された資料を精読し、事件の概要を把握するとともに、医療観察法審判を進める上で不足している情報を明らかにする。着目すべき点は、「疾病性」、「治療反応性」、「社会復帰要因」からなるいわゆる3要件である。また、医療観察法による医療の対象となった場合、入院あるいは通院のうち、いずれの処遇が適切であるかを判断するためには、対象者の病識や医療の必要性に関する理解、過去の医療の中断歴、住居や指定通院医療機関の確保などの情報が必要となるので、鑑定人や社会復帰調整官に次のカンファレンスまでに報告することを求める。

この初回のカンファレンスでは、次の2点については必ず検討する必要がある。そのひとつは、検察官による刑事責任能力判断の妥当性である。まず、心神喪失または心神耗弱との判断の根拠は簡易鑑定と嘱託鑑定のいずれによるのか、その鑑定の結果は妥当であるのかを慎重に検討する。その結果、刑事責任能力判断に疑問が残る場合、裁判官に申し出て医療観察法の鑑定項目に加えてもらう。もう一つは、通院処遇による医療の可能性が存在する場合、社会復帰調整官に、対象者が通院処遇を受けた場合の想定される指定通院医療機関とその状況、地域の利用可能

95

な通所・入所施設の状況などについて、より詳しく具体的な調査を依頼する。また、付添人に対しては積極的に家族をはじめ対象者の地域での受け入れ体制を整えることが出来るかなどを聞いていくようにする。

第二回目のカンファレンスは、裁判所に鑑定書が提出される前に開催されることが多い。社会復帰調整官による生活環境調査結果報告書や鑑定書を資料としてカンファレンスが開催される。精神保健審判員は、精神医学の専門家として鑑定書の妥当性を検証する。不明な点については、鑑定人、社会復帰調整官に直接質問する。また、鑑定書から完全責任能力あるいは心神耗弱と考えられる場合、裁判官に伝え、必要に応じて検察官に起訴を促すことになる。

これらの資料をもとに3要件について検討し、医療観察法による処遇対象かどうか決定する。処遇の対象と考えられる場合、入院と通院の別を判断する。その判断に際しては、病識の有無、医療必要性に対する対象者の理解、医療継続の意志、過去の医療中断歴、住居、指定通院医療機関の有無、支援・援助の体制、病状悪化時の介入計画などをチェックする。また、地域調整に関しては精神保健参事員の意見を求めることが有用である。最終的には、裁判官と協議し、医療観察法の対象とすかどうか、さらに入院と通院の別を検討しておく。

B. 審判期日

審判期日には、対象者を裁判所に呼ぶことを原則とする。また、家族を呼び、キーパーソンとしての能力や協力姿勢を確認することもある。対象行為は裁判官が確認を行う。精神保健審判員は、精神症状、病識、医療の必要性の理解の程度、医療の動機付けなど精神医学の専門家として対象者に質問する。審判期日において得られた情報を踏まえて、最終的には裁判官と協議し審判決定を行う。

2. 入院継続審判及び退院許可に関する審判

以上に述べたのは当初審判における精神保健審判員の役割と留意すべき点である。入院継続と退院許可の申立てについては、精神保健審判員の主な留意点のみを述べる。

入院継続の申立てについては、入院処遇ガイドラインに示された入院期間18ヶ月を大幅に超えるような場合、入院継続しなければならない理由を慎重に検討する。裁判官と協議し、必要に応じて入院継続審判

96

についても、当初審判や退院許可申立審判と同様に精神保健参与員を関与させる。また、指定入院医療機関の担当者や社会復帰調整官を呼びカンファレンスなどを開催して、入院継続の妥当性を判断する。この際、いわゆる地域調整が難航し社会的入院になっていないかチェックが必要である。

退院許可申立においては、指定入院医療機関から処遇終了の意見が書かれていることがある。このような場合、3要件に照らし合わせ処遇終了の決定を行うことになるが、精神保健参与員の意見も参考とし、終了後の適切な医療体制が確保されているかどうか確認が必要である。

精神保健審判員になり審判を担当すると聞き慣れない法律用語を耳にする。理解できない場合には、躊躇することなく裁判官に質問する。精神保健審判員は、精神医学の専門家として裁判官との協働作業に努めることが重要である。

6. 医療観察法審判における精神保健参与員の役割

精神保健参与員の選任においては、裁判所の裁判官や書記官より直接連絡があり、事前協議(カンファレンス ※審判期日前の関係者の事前協議)や審判期日の日程調整が行なわれる。そして、事前協議(カンファレンス)や審判期日への参加可能を確認のうえ、選任されることになる。精神保健参与員に選任されると、裁判所より当該処遇事件について精神保健参与員として指定するための『指定書』が送付されてくる。その後、当初審判の場合などでは、事件調査など処遇事件に関する資料として「一件記録」送付されてくる。精神保健参与員は、これらの資料により、まずは事件概要を把握するとともに、対象者の病状、生活歴、生活環境等についての知識を得ておく必要がある。また、簡易精神鑑定や刑事精神鑑定の資料があれば、病名や症状などに気をつけて精読しておく。

1. 医療観察法審判における医療必要性の判断と三つの評価軸

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」の三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。そのため、精神保健参与員についても基本的には、この三つの評価軸を基礎として、審判において

意見が求められる。対象者の処遇の要否・内容を決定するためには、法的判断や医療的な判断に加えて、精神障害者の社会復帰に向けての社会福祉的視点や意見、対象者に対する権利擁護的な立場が重要となる。精神保健参与員は、そのような精神障害者の社会復帰に向けての社会福祉的な視点や意見、対象者に対する権利擁護的な立場を中心に、審判に取り組んでいくことが期待されている。

『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、「疾病性」、「治療反応性」、「社会復帰要因」の三つの評価軸は、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」。

※「社会復帰要因」については、一部に『社会復帰阻害要因』として記載されているものもあるが、厚生労働省の正式な用語としては、「社会復帰要因」で統一することとなっている。精神保健参与員においても、福祉を基盤とする専門職として「エンパワメント」の考え方や「国際障害分類(ICF)」等に見られるプラスの評価を基本とした姿勢を維持し、社会復帰阻害要因的な評価ではなく、社会復帰のための要因として評価する視点が求められている。

2. 当初審判における精神保健参与員の役割

当初審判では、責任能力に関するものや医療観察法で治療することが適当であるかなど、治療反応性と疾病性による議論が中心になることが多い。そして、可知論などを考慮し、対象者に責任能力が問えるようであれば却下、医療観察法の治療が必要でなければ、不処遇とされる。

医療観察法は、その第1条で、対象者の社会復帰をその目的と位置づけており、医療観察法審判は、刑事裁判のように、処罰を目的としたものではない。そのため、医療観察法審判においては、対象者が、今後、円滑に社会復帰していくためには、医療観察法の医療が必要であるか、

また必要な場合には、入院処遇が必要か、通院処遇でたり得るかなどで、判断されることになる。

医療自体は必要とされるが、医療観察法下ではなく、一般医療で治療やケアを行うことが望ましい場合、また医療自体が本来必要ではないケースを指摘されることもある。まず当初はこのアセスメントを行い、当初審判としての判断を求められることになる。大きな判断の分岐点は先ずは、そもそも本来医療が必要なのかということについてであるが、単に過去に入院歴や通院歴があるということだけで疾病性があるとは限らず、適切に犯行時の状況や精神症状、また環境状況が本人に与えている影響などを考えて、丁寧に個々のケースについて検討しなければならない。

医療必要性の判断は、①疾病性、②治療反応性、③社会復帰要因の3つの評価軸について評価を行うことが求められている。①の疾病の有無、あるいは疾病自体はあるものの、対象行為に影響があるものか否か、②治療反応性については、精神症状はあるものの、今後の加療により、改善の見込みが期待されるか否かがポイントとなる。例えば知的障害による反応性のもや、器質性精神障害などの症状に起因するもので、精神科医療での治療では改善を見ることが出来ないものなどは、医療観察法の医療の対象外となる。また、医療観察法の医療の対象とは考えにくい、社会的に受入の条件が整わない、本人の行き場がない等の理由のため、医療観察法の入院処遇や通院処遇に結びつけることは、厳に慎むべきである。

精神保健審判員は医学的判断に基づき判断をする。精神保健参与員は、精神保健審判員ではないが、疾病性や治療反応性についても、精神保健福祉のフィールドでの豊富な経験や知識、見識のもと、意見を具申することになる。また、精神保健参与員は、医療観察法医療の必要性が関係してくるのか否かについて、疾病性と家族を含めた対象者を取り巻く人間関係や環境状況、支援体制などの社会復帰要因とのバランスにも注目する必要がある。当初審判での精神保健参与員としての機能を果たすためには、多角的な見地から対象者の社会復帰を精査し、検討していく必要がある。

当初審判の場合、医療観察法での治療の必要性があれば、対象行為を行った直後の状況における対象者の処遇判断であるため、入院処遇の

決定が出やすい傾向にある。精神保健参与員としても、入院処遇が、今後の対象者の円滑な社会復帰のために必要であれば、当初審判において、入院処遇の意見を言うことが適当である。ただ、医療観察法審判において、精神保健参与員には、対象者の権利擁護、精神障害者の地域支援、社会復帰などについて精神保健福祉的な視点から、意見を言う役割を負っている。

そして、これら意見を述べていくため、鑑定書や生活環境調査報告書を読み込むこと、カンファレンスに出席している鑑定医や社会復帰調整官に、病状や障害の程度、医療環境や地域での支援体制、家族援助の状況などについて質問し、対象者の現状と通院処遇の可能性を確かめていく。そのようにして、当初審判の精神保健参与員には、疾病性と社会復帰要因を鑑み、対象者の状況での医療観察法における通院治療の継続性、地域生活の可能性などを考慮して、通院処遇の可能性を積極的に探るなどの姿勢が求められている。

3. 退院許可申立審判・医療終了申立審判における精神保健参与員の役割

前述したとおり、法施行当初には、当初審判が医療観察法の審判のほとんどを占めていたが、その後、時間の経過とともに、入院継続申立審判、退院許可申立審判が増えてきており、今後、医療終了申立審判の増加が予想されている。

精神保健参与員は、精神保健福祉士や精神保健福祉分野の保健師という専門性から、精神障害者の社会復帰・地域処遇についてのケアマネジメントや地域ケア計画の作成などに精通しているため、地域における社会資源の活用やケア計画の評価で寄与していくことが、法施行以前より想定されていた。特に、退院許可申立審判・医療終了申立審判では、その役割が期待されている。

医療観察法導入時のモデルとなった英国においては、退院許可申立審判は、非常に重要視され、慎重に審判が行われている。しかし、日本においては、当初審判と比べ退院許可申立審判などが軽視され、『カンファレンス』が開かれなかった時期もあったが、退院許可申立審判の件数が、増えてきたことにより、審判関係者からもその重要性が再認識さ

101

れてきており、『カンファレンス』を開催する慎重な審判が増えてきている。

医療観察法における入院中、通院中の対象者については、治療やリハビリテーション、社会復帰援助などにより“疾病性”や“社会復帰要因”のうちの双方、ある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許可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。そして、「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（指定通院医療機関の）継続的かつ適切な（精神科）医療並びにその確保をすることができるか」、また、「必要な観察およ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。

退院許可申立審判や医療終了申立審判において、このような決定を行うためには、ケア計画における“疾病性”と“社会復帰要因”バランスや社会資源の活用など、緊急時対応を含む退院後の地域でのケア計画全体の評価が必要となる。退院許可申立審判や医療終了申立審判でのカンファレンスなどにおいて、退院後の地域でのケア計画全体の評価を行い、保護観察所の社会復帰調整官や指定入院医療機関の精神保健福祉士に疑問点などを確認する役割は、精神保健参与員が行うことが多い。

特に医療観察法における退院後の地域でのケア計画では、指定通院医療機関や保護観察所以外にも、都道府県、市区町村、保健所や社会復帰施設などの複数の関係機関が連携して関わる複雑なケア計画となっている場合が多い。そのため、保護観察所が退院後作成することになっている「処遇実施計画書」の案などを提出してもらい、精神保健参与員が評価などを行い、裁判官や精神保健審判員に伝えることが多くになっている。

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者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

102

参与員は、医療観察法における社会的入院の防止に絶えず注意を払い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。

4. 医療継続申立審判における精神保健参与員の役割

医療継続申立審判においては、指定入院医療機関において6ヶ月ごとに定期的に行っている申立てであり、また、その対象者も、まだ「急性期」「回復期」であることから、審判自体があまり重視されていない。そのため、精神保健参与員が、関わることも、あまり多くはない。しかし、今後、対象者の入院期間が18ヶ月を超えて大幅に長期化してきた場合には、精神保健参与員は、医療観察法における長期入院について「実質的に社会的入院となっていないか」なども評価し、社会的入院の防止や対象者本人の権利擁護の観点から意見を言う必要がある。特に“疾病性”と地域におけるケア計画等の進捗状況の評価し、必要があれば指定入院医療機関や保護観察所等のケアマネジメントの妥当性などについて、合議体に意見を伝えていくような役割も、必要になってくると思われる。

103

7. 当初審判における付添人の役割

当初審判では対象者に付添人が必ず付される。

付添人は弁護士に限定されており、法律の専門家として対象者の権利擁護を図ることが期待されている。不当な鑑定入院でないかなど審判手続が適正かどうかをチェックし、対象者の主張を審判に反映させ、適切な事実認定のもとで、再被害行為を防止するために最善の医療・生活環境となるよう尽力しなければならない。以下、付添人活動の概要を述べる。

1. 付添人活動の開始

付添人の選任を受けたら直ちに記録を閲覧・謄写する。この段階では検察官が裁判所に提出した捜査資料が中心となる。原則2か月以内に審判を迎えるので早急に着手する。

検察官の主張する対象行為や責任能力を検討し、対象者の医療情報、生活環境、保護者等関係者も確認していく。資料が不足していることも稀ではないので、裁判所に取寄せを依頼したり、検察官からの追加提出を促してもらおう。

2. 対象者との面会

対象者は鑑定入院しているのが通例である。一般の精神科病院の閉鎖病棟であるから面会時間・場所等に制約があることはやむを得ないが、可能な限り秘密が保持できて時間を十分にかけられる環境で面談したい。あらかじめ医師、精神保健福祉士等の担当多職種チームと連絡をとると良い。

対象者からの聴取内容は多岐に亘る。対象行為に関する事実確認・振り返りの状況、生育歴・病歴、病識や治療意欲、社会復帰に向けた意見なども聴取する。不当な拘束や治療を受けていないかもチェックする。対象者には本法の手続の理解も得なければならない。一回の面談ですべて消化できるとは限らないし、鑑定入院中に病状等も変化するので、可能な限り何度も面会して信頼関係を構築していく。

104

3. 関係者等からの情報収集

鑑定入院先の医療スタッフ、可能であれば鑑定医からも対象者の病状や治療方針について説明を受ける（さらにセカンドオピニオンを求めることもある。）。

対象者の家族等にも生活歴や病歴、受入意思の確認をしたり、可能な支援をお願いしていく。もちろん、対象者と親族の関係が良好ではなかったり、対象行為が生活領域内で行われる場合もままあるので事案ごとに対応する。

4. 社会復帰に向けた生活環境調整

対象者は早ければ審判直後に社会復帰するから、とりわけ通院決定が見込まれる場合、受入れや支援の体制構築は鑑定入院中に行わねばならない（社会復帰調整官と連携することが望ましい。）。対象者の帰宅先の確保、成年後見制度の活用や生活保護の受給調整など事案ごとに活動する。

5. カンファレンスへの出席、意見交換

当初審判では事前カンファレンスが非常に重要である。その運用（出席者、実施時期、回数等）は裁判所ごとに異なるが、対象者にとって最善の治療、社会復帰環境の整備につなげるためには、多職種で意見や情報の交換を行うことは欠かせない。鑑定書・生活環境調査結果報告書にも疑問点や意見を出し合い、最終的には処遇についても議論される。付添人は対象者からの聴取を踏まえて意見をまとめていかねばならない。

6. 意見書の作成・提出

審判期日より前に意見書を作成して提出する。すべての資料を活用して対象者の権利を擁護する立場から意見を述べる（対象者の意見と異なることも当然ありうる）。

7. 審判期日

審判期日は、対象者が裁判官、精神保健審判員、参与員と直接接する最初で最後の機会である。対象者に審判期日の意味や手続の流れを説明して、対象者の気持ちや意見を十分に表現できるよう入念に準備する。

105

8. 付添人活動の終了

本法による医療という審判がなされた場合には抗告が可能であるので、対象者の抗告の意思の有無を確認する。抗告しない場合には、ここで付添人活動は終了となる。

なお、当初審判終了後も弁護士として引き続き支援（例：破産申立等）を期待されることがあるが、付添人ではなくなってしまうので、法的にサポートするためには契約等の権限付与が必要である。

106

8. 入院継続申立審判、退院許可申立審判における付添人の役割

当初審判と異なり、入院継続申立事件や退院許可申立事件は、国選付添人が選任されないことがほとんどのため、付添人は、対象者やその家族から私選で依頼を受けることによって選任されるのが普通である（※退院等の判断が難しい事例や入院期間が非常に長期化している事例など、地方裁判所が必要と判断した場合には、国選弁護士が選任されるケースも増えてきているが、まだ少ない）。

通院継続申立事件については、指定入院医療機関が6ヶ月ごとに定期的に行うことが予定されるものであるため、同じ対象者について何度か申し立てられることがある。

付添人は、付添人選任届を裁判所に提出し、まず、記録を謄写する。当初審判の決定書、社会復帰調整官作成の生活環境調査報告書、精神鑑定書などが併せて綴られているので、当初審判を担当していない場合には、入院継続についての意見を述べる前提として、それらの記録を検討することが不可欠であるが、批判的に検討することが必要である。

指定入院医療機関による申立書には、比較的簡単な理由しか記載されていないことが多い。そのため、社会復帰調整官作成の生活環境調整に関する意見書や、指定入院医療機関が作成する入院継続情報管理シートに記載された「医療観察法の処遇における治療の経過」、「入院を継続する必要がある理由」、「今後の目標と治療方針」等の内容について、対象者との面会や、指定入院医療機関の担当多職種チーム（医師、看護師、精神保健福祉士、心理士、作業療法士等）主治医の説明（面談又は電話で聴くことができる）を踏まえて、付添人としての意見書を作成して提出する。

運用当初は、入院継続事件は、書面審査で行われていたが、最近では、通院継続事件でも、カンファレンスが実施される例がある。その場合には、付添人としても、精神保健審判員や精神保健参与員と率直に意見交換することができるし、退院のためには、さらにかなる治療が必要かが明確になるというメリットがある。

退院許可申立事件は、対象者やその家族から依頼を受けて、対象者から申し立てる場合と、指定入院医療機関が申し立てる場合がある。前者の場合には、指定入院医療機関の担当多職種チームの意見を聴くなどし

107

て、対象者に対する治療の進捗状況を十分に把握して行う必要があるが、退院許可を得るのは容易ではない場合が多い。ただ、入院して行う必要のある治療は、ほぼ終了しており、退院後の地域調整のみに時間がかかっているため、入院が継続しているなど、実質的に社会的入院となっているケースについては、医療観察法の立法趣旨からも、対象者の権利擁護の側面からも明らかに問題があり、付添人は、積極的に付添人活動を行っていく必要があると思われる。後者の場合には、指定入院医療機関自身が退院許可を求めているので、入院して行う医療は終了しており、後は退院後の受け入れ先の確保や指定通院医療機関への引継ぎ等の環境調整が中心となる。後者の場合の付添人の活動は、入院継続事件とはほぼ同様であり、記録を謄写した上で、意見書を作成することになるが、退院という結論には異論がないことが普通であるから、社会復帰調整官の意見書を踏まえて、それをさらに補強するような意見を述べることになる。

退院許可申立事件においては、当初は、書面審査で行われていたが、最近では、対象者に対する感銘力などを考慮して審判期日が開かれる場合が増えてきている。そのため、カンファレンスが実施され、審判期日の持ち方についての協議がなされることも増えてきている。

退院許可が得られるかどうかは、対象者本人が服薬管理できる状況にあるか、退院後の受け入れ先や指定通院医療機関への通院が確保されるかなどが考慮される。社会復帰調整官の環境調整による面が多いが、付添人から社会復帰調整官と積極的に連絡を取り合い、協力できる面があれば協力する必要がある。

付添人としても、厚労省の入院処遇ガイドラインに示された入院期間18ヶ月を超え、社会的入院にならないように、対象者が1日も早く退院できるように、退院を阻害する要因が何かを見極めた上で、その要因を除去できるように可能な限り努力する必要がある。

どの対象者も様々な問題を抱えていることが多く、完全に問題をクリアすることを求めてしまうと長期入院となって社会的入院となるおそれがあることから、退院という同じ方向に向かって、裁判官、精神保健審判員、精神保健参与員、社会復帰調整官との協議を行うことが期待されている。

108

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、あるいは行為はあったが対象罪種（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)ものごとの是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)ものごとの是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失っているのかについて、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う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ことは難しい。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る精神症状が存在すると、医療観察法医療の対象とならう。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。依存症の治療に置ける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るべきか否かの判断、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」は治療反応性がある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應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。

113

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的支援や社会的支援（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、その後に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復発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こと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事員の判断に期待すべきところである。

114

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

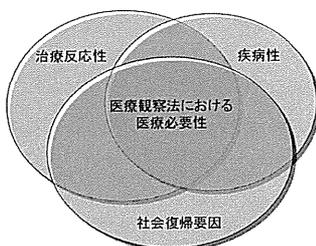
医療観察法医療必要性の判断においては、鑑定医は下記に示す3つの評価軸に時間軸を組み合わせて評価を行い、意見を述べる。

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



115

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」。

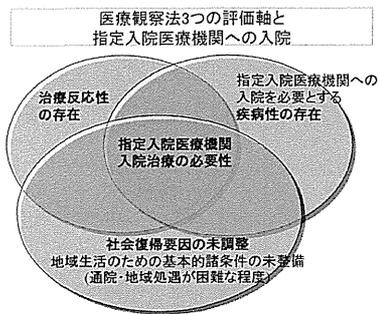
② “治療反応性”とは、「精神医学的な治療に対する、対象者の精神状態の望ましい方向への反応の強さを意味する」。

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ことが必要であるとされている。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。

116



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、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

117

取り上げられる機会が増加している。

『退院申立て審判の判断』、『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者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与員は、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係者や自治体について、是正の必要などの意見を伝えていかなければならない。

118

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ませんか。

○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、例えば身近に適当な看護者がありまして、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。

119

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、精神保健参与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

120

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と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には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保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、十分に説明を行っておくことが必要である。

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社会資源の活用を体験、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

推定された病状悪化の原因	件数
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

() は複発原因として影響があったもの

121

また、精神保健福祉法人院についてみると、約30%が処遇途中で病状悪化のために再入院をしており、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、処遇の実施計画の策定と、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治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等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。

※1 「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年頃になっても、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施設を中心施設を、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「地域保安病院」に変更した。そして、「地域保安病院」を、一般精神病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「地域保安病院」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、司法機関に関与させる形で、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はあることとともに、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（第三者的立場の精神科医）」が決定に参加し、「精神保健参与員（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、立法府（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、以下のような説明がなされている。

①「『医療観察法』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配慮することが必要な者が対象となる」、

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、社会的入院となつている」として、医療終了申立てを行うようなこともある。このように英国では、司法精神医療と社会的入院についての問題は、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、司法精神医療の入院退院について、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、立法府（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、立法府（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要否を確認する」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「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」などの間違っただけの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、現場などとあいまって、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きたはずである。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まず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」ような発言が、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良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高く、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〕



133

○【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の立法主旨説明、解釈等』

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-

134

○【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の立法主旨説明、解釈等』

《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）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ということ避ける】
-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罰局(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]

135

○【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の立法主旨説明、解釈等』

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、継続的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

136

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。たかが言葉かもわかりませんが、しかしざれと言葉でありまして、これについては、業務の内容にかなりかみまわして、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か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せうけれども、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○○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○○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。

137

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おり、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よって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すが、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○○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視点が明記されておりません。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

138

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を踏まえて、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ありました。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たいと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、共同して対象者の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たいということになります。」

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う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

※○○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、例えば身近に適切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

139

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よう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のかどうか。（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○○（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ならない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とあります。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○○（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罰する方法により、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。

140

◆ 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挫喪失あるいは軽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っ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や、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であるかどうかということを議論していく。
先日、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聞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いまして、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、二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得るというふうな思っております。

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るところ、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か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、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思います、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し続けることになるわけですから、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定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こととでございます。

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、裁判所に対しま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ろうと思っております。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し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お考えしております。

（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任せようとするのか。(中略)

◆ 国務大臣〇〇（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なりました(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。

◆ 国務大臣〇〇（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)

◆ 政府参考人〇〇（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閉じましては、これが司法との関係ないしは裁判所との関係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や、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を行うというふうな形の方が効果的ではなからうかというふうに考えたわけでございます。

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如スル程度ニ達セザルモノ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ったのを見て、同人が同所の草刈りをしていたものと誤信し、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が駆けつけてくると、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）の症状が漸次亢進し、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、事物の理非善惡を弁識する能力（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一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高昭和五年春頃モ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突如久松カ糞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ニ被告人ノ耕作ニ係ル岸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駆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顛頂部ノ挫折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顛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享ケタル遺傳症狀ハ既ニ青春期即十數年前ニ發シ爾來漸次亢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ケテ恰モ自己ヲ冷笑スルカ如ク錯亂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視觀アリテ人又ハ獸物襲撃シ來ルトテ鎌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テ水ヲ浴ヒ其ノ理由ヲ訊スルモ答ヘ最速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妄覺、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亢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料ス……

案ノ程度ニ心神喪失ト心神耗弱ト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如スル程度ニ達セザルモノ其ノ能力著シク減退