

心神喪失者等医療観察法の見直しに向けて

緒方 あゆみ

I 問題の所在

2003年7月に成立した、わが国の精神障害犯罪者の処遇について規定している「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律」（以下、「医療観察法」と略称する）は、2005年7月の施行から5年目の見直しの時期を2010年に迎えた⁽¹⁾。既に明らかな点として、同法施行前から指摘されていたことではあるが、指定入院医療機関および指定通院医療機関の整備の遅れや、自立生活支援や就労支援等の対象者の社会復帰（＝社会内処遇）に向けて必要となるハード・ソフトの資源不足等の問題が未だに解消されていないことがあげられる。また、医療観察法の対象とするか否かにかかわる、刑法39条に規定される刑事責任能力や、治療可能性〔治療反応性〕および社会復帰（阻害）要因の判断基準等についても、制度が始まったばかりの頃の混乱は収まっているが、現在も、担当機関・担当者間で共通の認識が得られているとは言えず、現場ではかなりの苦勞があるように思われる。さらに、新法施行時にはあまり検討されていなかった問題、例えば、医療観察法の審判申立件数やその決定内容の内訳について地域格差が生じているという指摘がなされていることや、医療観察法の対象外とされていた薬物等の物質関連障害や人格障害と診断された者の処遇、精神障害犯罪による被害者の支援等についても、今回の法の見直しを期に検討すべきである。

そこで、以下に、わが国の医療観察法施行後の精神障害犯罪者の処遇の現状

心神喪失者等医療観察法の見直しに向けて

および問題点を指摘し、さらに、司法精神医療の先進国であり、医療観察法の施行に際して制度を参考にしたイギリス⁽²⁾の状況を比較・検討した上で、医療観察法の見直しに向けて自分なりの見解を示したい。

II 医療観察法施行後の精神障害犯罪者の処遇

(1) 指定入院・指定通院医療機関の整備状況

ア. 指定入院医療機関

厚生労働省は、当初、国公立病院の中から指定入院医療機関を選定し、30床以内の専門病棟を全国に24か所計720床（国関係420床、都道府県関係300床）設置するとしていたが、厚生省発表の資料によると、医療観察法が施行された2005年度は10ヶ所280床にとどまり、2010年3月1日時点でも指定済は20か所484床⁽³⁾と予定の7割弱しか整備できていない。特に、公立病院の整備の遅れが指摘されているが、その背景としては、財源や人員が不足していることその他、精神障害者でもあり犯罪者でもある対象者に対する差別や偏見による地域住民の反対等から、自治体が慎重になっていることがあげられる⁽⁴⁾。だが、地域〔通院〕処遇は、対象者が社会復帰を目指していく地域で実施されるので、入院処遇を地域処遇と離れた場所で実施した場合、指定入院医療機関と指定通院医療機関との連携が困難になり、対象者の円滑な社会復帰を妨げる要因にもなる⁽⁵⁾。今後、国は原則として全ての都道府県において指定入院医療機関の整備を目指すとしており、指定入院医療機関と指定通院医療機関との連携が図られることによって、入院処遇から地域処遇への移行がスムーズになり、対象者への処遇効果がより高まることが期待される。

イ. 指定通院医療機関

指定入院医療機関と同様に、指定通院医療機関の整備の遅れも深刻である。2010年3月1日現在では、指定通院医療機関は全国で382ヶ所設置されており、制度設計時に予定していた人口100万人あたり2～3ヶ所という計算では、9割以上設置されていることになる。しかし、整備状況には大きな地域差が生じていること、コストや人員の問題等から指定通院医療機関が対象者の受け入れに消極的なため⁽⁶⁾、指定入院医療機関からの退院先が見つからないことによる入院の長期化や、居住地から通院先までの移動が長時間になることにより、症状が再び悪化してしまう等の問題点が指摘されており⁽⁷⁾、対象者が通院しやすいよう指定通院医療機関の更なる確保が求められる。

(2) 処遇決定の状況

ア. 審判の申立件数および決定内容

厚労省の資料によると、医療観察法が施行された2005年7月から2010年2月末までの審判申立総数は1,702件である⁽⁸⁾。地方裁判所が下した1,619件の決定のうち、入院決定は989件(61.1%)、通院決定は297件(18.3%)、医療観察法による医療を行わない決定(不処遇決定)は279件(17.2%)、申立却下(却下決定)は54件(3.3%)であった(各年の決定の内訳については、表1参照)。審判の申立件数および決定内容に関しては、地域差が認められることが統計上か

表1 申立・決定状況 (犯罪白書の数値を加工)

年	入院決定	通院決定	不処遇決定	却下決定	計
2005	50件(62.5%)	19件(23.8%)	7件(8.8%)	4件(5.0%)	80件
2006	191件(54.9%)	80件(23.0%)	68件(19.5%)	9件(2.6%)	348件
2007	250件(60.1%)	75件(18.0%)	75件(18.0%)	16件(3.8%)	416件
2008	257件(64.1%)	62件(15.5%)	68件(17.0%)	14件(3.5%)	401件

*2005年は7月～12月までの数値である。

心神喪失者等医療観察法の見直しに向けて

らも指摘されており、その理由として、既述のように、指定入院医療機関および指定通院医療機関の整備が遅れていることのほか、判定医や精神保健審判員として審判に関与する個々の精神科医の経験値や考え方にバラつきがあることがあげられる⁽⁹⁾。

イ. 入院・通院決定後の状況

それでは、医療観察法による入院・通院決定が下された後の対象者の処遇はどのように行われているのであろうか。最高裁および法務省の資料によると、2008年8月末時点までの退院許可決定は175件、処遇終了決定は39件と少ない(表2)。制度が始まってからまだ年数が浅いことということも理由として考えられるが、既述のように、指定通院医療機関の整備の遅れや退院後の帰住先の確保等の問題が、対象者の社会復帰の妨げの一因となっている可能性も否定できない。

表2 入院・通院決定後の状況

入院継続確認等	退院許可	医療終了	処遇終了	通院期間延長	再入院
821件	175件	38件	39件	0件	4件

*2005年7月～2008年8月までの数値である。

「医療観察法.NET」(<http://www.kansatuhou.net/index.html>)公表データを参照・加工した。

(3) 医療観察法の解釈・運用上の問題点

ア. 対象者・対象行為

医療観察法の対象は、「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者」である。厚労省の資料によると、入院決定となった対象者の主診断名は統合失調症が大半であるが、法制定時には想定されていなかった、アルコールや薬物等の物質使用障害、知的障害、人格障害⁽¹⁰⁾、発達障害、認知症等の者も、医療観察法による医療を受けていることがわかる(表3)。

表3 医療観察法の入院対象者の状況（2010年3月1日現在、医療観察法医療体制整備推進室調の数値を加工）

診 断 名	人 数	割合（％）
器質性精神障害（認知症，脳疾患等）	9	1.9
物質使用障害	18	3.8
統合失調症等	401	85.0
気分障害（うつ病等）	21	4.4
神経症性障害	4	0.8
人格及び行動の障害	3	0.6
精神遅滞〔知的障害〕	7	1.5
心理的発達の障害	9	1.9
合 計	472	99.9

特に、物質使用障害に関しては、現在の医療観察法の枠組みでは十分な対応ができていないことが指摘されている。その理由として、同法は、後述のように、治療可能性のある者、すなわち、統合失調症等の対象者を主として想定した治療プログラムしか用意していなかったこと、また、そもそも、わが国には、物質使用障害患者を専門的に診ることのできる精神科病院・クリニックが少ないため、当該対象者に治療プログラムを実施できる指定医療機関、特に指定通院医療機関が限られていることがあげられる⁽¹¹⁾⁽¹²⁾。対象者の主診断が統合失調症であっても、物質使用障害や知的障害が副診断として認められることは多く、医療観察法による治療プログラムにおいても、早急な対応策が必要である⁽¹³⁾。

また、一般的に治療反応性が低いとされる人格障害者については、医療観察法の対象とすべきではないとの意見が一部の精神科医の中から強く主張されている。一方、裁判実務でも、東京高裁平成18年8月4日決定が、「治療反応性は極めて低いから…医療観察法による医療の必要性は存しない」として、混合

心神喪失者等医療観察法の見直しに向けて

性人格障害と診断されて入院決定が下された対象者の退院許可の申立を棄却した原決定を破棄した。たしかに、主診断が人格障害で他の精神疾患が認められないような者については、従来判例でも刑事責任能力が肯定されることが多かったので、医療観察法による医療を受けさせるよりも、刑事施設で処遇した方がよいのかもしれない。しかし、医療観察法の手続に進み、審判の結果、同法による医療の必要性があると判断された者については、治療反応性が低いからという理由だけで指定医療機関からすぐに一般の地域精神科医療につなげてしまうのではなく、物質使用障害等のように特別なプログラムを策定して対応すべきであると考え⁽¹⁴⁾⁽¹⁵⁾。この点に関しては、後述のイギリスの取り組みが参考になると思われる。

医療観察法の対象行為は、「重大な他害行為」、すなわち、刑法に規定する、放火、強制わいせつ・強姦、殺人、傷害、強盗の各罪である（法2条2項）。法務省の資料によると、同法施行から2010年2月末現在までに申立てされた対象者の対象行為の内訳は以下の通りである（表4）。精神障害犯罪の特徴である、放火や殺人といった生命・身体に重大な侵害を加える犯罪が多いことが分かるが、一番件数が多い傷害については、検察官が申立てをしないことができる（法33条3項）とされている比較的被害の程度が軽微な傷害の事案が数多く含まれ

表4 対象行為別人員（2010年2月末現在、法務省速報値を加工）

対 象 行 為	人 員
放火等	466人（26.6%）
強制わいせつ・強姦等	97人（5.5%）
殺人等	458人（26.1%）
傷 害	635人（36.2%）
強盗等	97人（5.5%）
合 計	1,753人（99.9%）

* 述べ人員のため、複数の種類の行為を行った者はそれぞれ計上されている。

心神喪失者等医療観察法の見直しに向けて

ていることが指摘されており⁽¹⁶⁾、運用が本来の法の趣旨から離れているのではないかとの批判がなされている⁽¹⁷⁾。また、対象行為が、殺人や放火等の場合、被害者が家族であることが多いので、対象者の社会復帰に重要な役割を果たす家族の協力が得られない場合、地域処遇の調整がより困難になるという問題もある⁽¹⁸⁾。

イ。「医療観察法による医療の必要性」の判断基準

医療観察法では、国が対象者に治療を強制することになるので、「医療観察法による医療が必要か否か」の判断は慎重に行われなければならない。その判断の際に考慮される要素（要件）は、①疾病性（対象者が対象行為時の心神喪失又は心神耗弱の原因となった精神障害と同様の精神障害を有していること一犯行時と同様の精神障害の存在）、②治療可能性（その精神障害を改善するために医療観察法による医療が必要であること一治療により精神障害の改善が期待できるか）、③社会復帰（障害）要因（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、現実的な可能性がある一社会復帰の可能性）の3つであり、この3要素が総合的に検討されて、法42条1項に規定される入院決定、通院決定、不処遇決定のいずれかの決定がなされる⁽¹⁹⁾。

ここで問題となるのが、当該対象者は医療観察法による医療が必要であるという判断に達したが、医療観察法ではなく精神保健福祉法の下での地域精神科医療・地域精神保健福祉に委ねた方がよいとも考えられる場合（例えば、中等度以上の知的障害や認知症が認められる対象者）にはどのようにすればよいかということである。最高裁平成19年7月25日決定⁽²⁰⁾は、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律による措置入院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」であると判示し、医療観察法での治療を優先すべきであるとした点で、法律家・医療関係者の多くの議論を呼んだ⁽²¹⁾。たしかに、医療観察

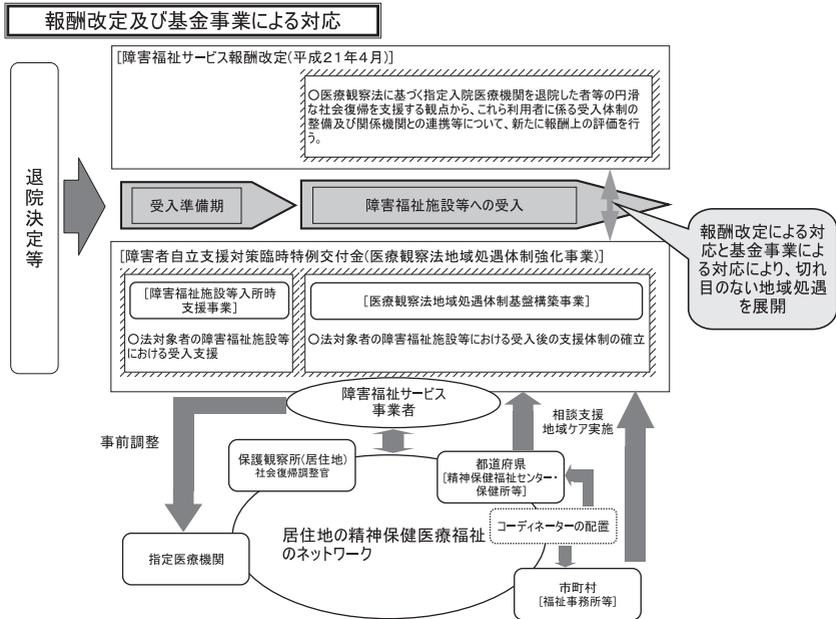
心神喪失者等医療観察法の見直しに向けて

法による医療が必要であると判断されるような対象者に対しては、診断名や年齢にかかわらず指定医療機関において治療を受けさせ、そこから社会復帰を目指していくべきであると考え、その後、指定医療機関において、退院許可や処遇終了の申立てがなされた場合には、その意見を尊重してすみやかに一般地域精神科医療に移行させるべきであろう⁽²²⁾。

ウ. 対象者の処遇環境の整備・調整および関係各機関の連携

既述のように、医療観察法の対象となる者は、重大な他害行為をした精神障害者であるため、社会復帰にあたっては、精神障害者でありかつ犯罪者でもあるという二重のハンディキャップを背負うことになる。国は、地域処遇を円滑に実施するため、2009年度より、①障害者自立支援法における障害福祉サー

図1 厚生労働省の取り組み



心神喪失者等医療観察法の見直しに向けて

ビスの報酬改定（地域生活移行個別支援特別加算として、共同生活介護、施設入所支援、宿泊型自立支援および共同生活援助における支援について報酬上の評価を行う）、②障害者自立支援対策臨時特例交付金により医療観察法地域処遇体制強化事業（医療観察法地域処遇体制基盤構築事業および障害福祉施設等入所時支援事業）を実施し、都道府県による医療観察法体制の充実強化を図っている（図1）⁽²³⁾。

しかし、地域処遇に関しては、地域精神科医療・地域精神保健福祉の質の向上が同時に図られない限り、精神障害犯罪者の社会復帰も実現できないのであり、対象者と関係諸機関との調整役を担う社会復帰調整官や都道府県・市町村等の努力だけでは限界がある。地域処遇に関しても、国が明確な方針を示し、十分な財源、人材、社会資源等を確保した上で実施すべきである⁽²⁴⁾。

Ⅲ イギリスにおける精神障害犯罪者の処遇

わが国の医療観察法および精神保健福祉法は、後述のイギリスの1983年精神保健法の影響を大きく受けているため、比較法的検討の必要性がある。以下に、イギリスにおける精神障害犯罪者の処遇に関する法制度等についてみていく。

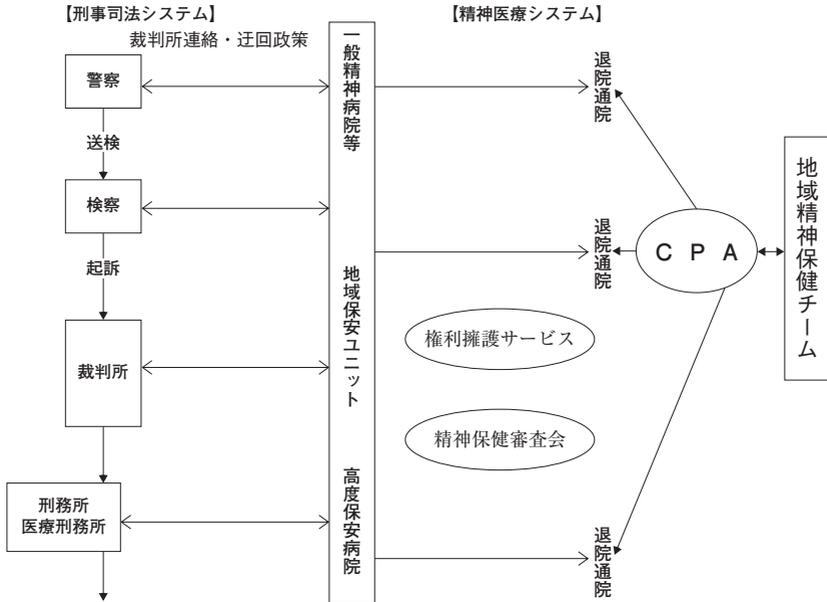
(1) 特徴

まず指摘しておくべき点として、精神障害犯罪者の処遇に関して、わが国とイギリスの最大の違いは、刑事司法システムと司法精神医療システムとの関係がある。わが国では、犯行当時の責任能力の有無によって、刑務所（または医療刑務所）に収監されるか、医療観察法の手続に進むかに分かれるので、判決後または決定後、対象者の症状が変化しても、受刑者や対象者が刑務所と指定医療機関との間で行き来することはない。しかし、イギリスでは、刑事手続どの段階においても、そして、刑務所に収監された後でも、治療が必要とされ

心神喪失者等医療観察法の見直しに向けて

る精神障害が発見された場合には、保安機能を有する精神科病院に移送して入院治療を受けることが優先され、回復次第、再び刑事司法システムに戻すという制度（Court Liaison and Diversion Schemes：裁判所連絡・迂回政策）を採用している⁽²⁵⁾（図2）。

図2 イギリスの司法精神医療システム



(2) 法律

ア. 精神保健法

わが国では、精神障害犯罪者の処遇に関しては、精神保健福祉法とは別に医療観察法が制定された。これに対して、イギリスでは、1983年精神保健法（The Mental Health Act 1983）の中に一緒に規定されており、同法に定義される精神障害を有する拘禁刑以上の有罪判決が下された者に対して、裁判所は刑罰に代えて、保安機能を有する精神科病院に入院させる命令等を言い渡すことができる

心神喪失者等医療観察法の見直しに向けて

(§ 37 Hospital Order)。1959年に制定された精神保健法は、数度の改正を経て、現在は1983年法を一部改正した2007年法により運用されている⁽²⁶⁾。2007年法により大きく変更された点は、①精神障害の定義、②強制的に治療を受けさせる場合の判断基準、③強制外来治療 (Supervised Community Treatment; SCT)、④精神保健審査会 (Mental Health Review Tribunal; MHRTs) の手続の迅速化、⑤患者の意思決定に関する権利擁護サービス (Independent Mental Capacity Advocate Service; IMCA) の新設等である。

イ. 主な変更点

1983年法改正作業の際、最も議論を呼んだのは、精神障害(者)の定義と精神科での治療が必要か否かについての判断基準の変更についてである。わが国では、精神保健福祉法5条において、「この法律で『精神障害者』とは、統合失調症、精神作用物質による急性中毒又はその依存症、知的障害、精神病質その他の精神疾患を有する者をいう」と規定している。イギリスも、1983年法では、精神障害 (Mental Disorder) の定義を、「精神病、精神発達の遅滞または不全、精神病質、その他の精神の不調または障害」としており、アルコールや薬物等の依存症が除かれているという違いはあるものの、わが国同様、精神障害(者)の定義を比較的広く捉えていた。しかし、2007年法では、「精神障害者は、精神のあらゆる障害または症状を有する者のことをいう」として、障害区分についての記述をなくしている⁽²⁷⁾。また、強制入院等の強制治療を受けさせるかどうかの判断の際に問題となる、「治療可能性テスト」(Treatability Test) に関しては、2007年法からは「適切な治療テスト」(Appropriate Treatment Test) と名称が変更された。

今回、精神障害者の定義を拡大し、精神科病院での治療の必要性の判断基準を変更した理由として、いわゆる「精神病患者」ではないために、これまであまり精神科での治療対象とされていなかった人格障害者の問題があげられる。人

格障害者のうち、犯罪を引き起こす可能性の高いとされる「重度の人格障害を有する危険な者」(The Dangerous People with Severe Personality Disorder; DSPD)であると診断された者に対しては、自傷他害のおそれがあるとして、精神科病院での治療が本人の精神障害に有効(可能)であると証明できなくても、適切な治療であると認められれば、精神保健法に基づく強制治療を行うことにより、本人および国民の安全を守ろうとしたのである。たしかに、犯罪予防の観点から、危険性のみを理由として、強制治療の対象にすることは決して許されないことである。しかし、イギリスでは、人格障害犯罪者の処遇に関しては、司法精神医療と刑事司法が連携して取り組んでおり、一定の成果をあげている⁽²⁸⁾。したがって、DSPDと診断された者に対して、早期に介入して治療につなげることは、将来の本人の利益になると考えることも可能であるかもしれない。人格障害犯罪者に対する治療の問題は、わが国でも議論が対立しているところなので、イギリスの今後の動向を慎重に見守りたい⁽²⁹⁾。

(3) 処遇

ア. 医療施設

イギリスでは、既述のように、精神障害犯罪者は、裁判所で有罪であるとされても、精神科病院での治療を優先すべきであると判断されると、対象者の保安の必要性の程度(高度・中度・低度の3段階)に応じて精神科病院に移送されて入院処遇が行われる⁽³⁰⁾。高度の保安機能を有する施設(Special Hospital: 高度保安病院)は全国に3ヶ所あり、その他は、地域の精神科病院の中に中度または低度の保安機能を有する病棟(Regional [Medium] Secure Unit: 地域保安ユニット、Low Secure Unit: 低度保安ユニット)を設置する形で対応している⁽³¹⁾。2008年度末時点で、強制入院の対象になっている患者数は3,917人であり、うち、2008年度に新規に入院した1,501人の内訳は、高度保安病院が110人、その他の病院が1,391人である⁽³²⁾。

イ. CPA

わが国が、医療観察法を制定するにあたり、イギリスの制度を参考にした理由の一つに、1991年度から導入されたCPA（Care Programme Approach）がある。CPAは、精神科病院を退院したすべての患者が対象となるものであり、複数の専門職種から構成された地域精神保健チーム（Community Mental Health Team；CMHT）が、患者と一緒に作成したケアプランに基づいてサービスを提供し、退院後のサポートを行うというものである⁽³³⁾。精神科病院への入院が刑事司法手続に基づく患者の場合には、チームの構成員に司法精神医学を専門とする医療従事者と保護観察官が加わるので、対象者の社会復帰支援と同時に退院後のリスクマネジメント（再犯予防）としての効果も発揮している⁽³⁴⁾。CPAにより、患者は、一定期間・一定程度、退院後の生活に「介入」し続けられることになるが、ケアプランは定期的にモニタリングされ、また、患者が提供されるサービスに納得がいかない場合には、不服申立てができるよう制度設計されている。また、利用者のニーズを正確に把握することにより、関係諸機関が連携して自立生活支援や就労支援等の社会復帰に向けた支援を行うことができ、地域の人的・社会資源を有効に活用できるというメリットもある。

IV 心神喪失者等医療観察法の見直しに向けて

以上、精神障害犯罪者の処遇に関する法制度および実態等について、わが国とイギリスの状況をみてきた。既述のように、わが国は、医療観察法制定に際してイギリスの制度を参考にしており、指定入院医療機関は中等度の地域保安ユニット、多職種チームはCPAに近い内容となっている。

それでは、施行後5年が経過した医療観察法による精神障害犯罪者の処遇に関して、現在、現場でどのような問題点が指摘されており、解決策として、今後どのような施策が求められるのであろうか、適宜、イギリスの現状と比較し

ながら以下に検討したい。

(1) 鑑定

医療観察法 37 条に規定されている鑑定入院に関しては、現行制度の問題点について、現場から多くの問題点が指摘されている。特に意見が集中しているのが、鑑定ガイドラインの策定および診断の疑義の取り扱いについてである。

鑑定入院中の治療内容や処遇に関する基準を明確にしたガイドラインを早急に整備し⁽³⁵⁾、鑑定入院医療機関・判定医ごとにバラつきが生じないように、研修等による鑑定の質の向上および標準化が求められる⁽³⁶⁾。また、審判の決定後に決定内容について問題（誤診や詐病）が発見された場合、現行制度では、指定医療機関が裁判所に疑義を唱えることはできない。この点に関して、一部の医師および法曹関係者から、検察が特別抗告・再審申立てをできるように制度を変更すべきであるとの意見が出されているが⁽³⁷⁾、対象者に不利益な変更になる可能性が高く、実現可能性は低いであろう⁽³⁸⁾。

(2) 入院・地域処遇

ア. 入院処遇

わが国は、司法精神医学の歴史が浅く、専門家も少ないので、精神病患者であり犯罪者でもある対象者にどのように接すればよいのか、施行当初、現場は苦慮された模様である。特に、特別な治療プログラムが必要な疾患（物質使用障害、知的障害、身体合併症等）を有する対象者については、限られた設備・人員ではきちんと対応できないため、優先的に治療する病棟を設置すべきであるとの指摘がなされている⁽³⁹⁾。大都市圏等、指定入院・指定通院医療機関の整備が進んでいる地域では可能かもしれないが、地域格差の問題が指摘されている現状では、対象者を一部の医療機関に集中させると、退院後の環境調整に時間がかかってしまい、社会復帰に支障をきたすことが懸念される。また、対象者の処遇〔治

療] を効率的に実施するため、イギリスのように、保安度を分けた病棟を設置する、すなわち施設の機能分化を求める声もある⁽⁴⁰⁾。しかし、この点に関して、地域格差が生じないようにしなければならないし、わが国の場合、イギリスとは異なり、一般の地域精神科医療は民間の精神科病院・クリニックが支えているので、指定入院医療機関に民間の精神科病院が選定されていない現状では実現は困難であろう。実施するにしても、例えば、高度・中高度は国公立病院で、中度・低度は民間病院でというようにしないと、民間の医療機関の協力は得られないと思われる。施設の機能分化をした場合、治療の質の均一化は保たれるのか、対象者の状態にあわせて途中で病院を転院させる際の施設間の連携はどうするのか、検討しなければならない問題は多い。

イ. 地域処遇

地域処遇の要は、指定通院医療機関と保護観察所に所属する社会復帰調整官である。医療観察法が施行される前は、対象者の多くは、指定入院医療機関で一定期間治療を受けた後、指定通院医療機関に引き継がれるという流れを想定していたようである。しかし、既述のように、審判の結果、約2割の対象者に通院決定が下されており、そのような対象者に対しては、決定後、速やかに地域での環境調整（指定通院医療機関の選定、居住場所の確保、自立生活支援や就労支援等の社会復帰のための関係諸機関との調整等）をしなければならない。しかし、環境調整を担当する社会復帰調整官の数が不足していること⁽⁴¹⁾、指定通院医療機関が対象者の受け入れに消極的なこと等から、一時的な対応策として、対象者に精神保健福祉法に基づく入院をさせて、その間に環境調整を進めていくという事例が多数みられるようである⁽⁴²⁾。これでは、医療観察法の目的である対象者の社会復帰が遅れてしまうだけでなく、一般地域精神科医療で問題視されている社会的入院にもつながるので、早急な対策が必要である⁽⁴³⁾。また、地域処遇は、一般地域精神科医療・地域精神保健福祉の社会資源を活用するこ

心神喪失者等医療観察法の見直しに向けて

とになるので、行政が主体的に取り組むことはもちろんのこと、対象者の地域での社会復帰に向けて、国は、一般地域精神科医療・地域精神保健福祉の底上げも同時に図るよう施策を講じるべきである⁽⁴⁴⁾。

ウ. 日本型 CPA

医療観察法では、対象者毎に複数の専門職種からなるチーム（多職種チーム）が組織され、個別の治療計画に基づいて処遇が行われる。治療計画は、多職種チーム会議において定期的な評価・見直しが行われ、対象者も必要に応じて会議に参加し、意見を述べることができる⁽⁴⁵⁾。しかし、指定通院医療機関は、指定入院医療機関に比べて予算や人員の配置が十分ではないため、頻繁に対象者とかわることができず、きめ細やかな対応ができていないのが現状である⁽⁴⁶⁾。この点、イギリスでは、地域精神保健チーム（CMHT）の中に、緊急時に対応にあたるアウトリーチチーム（Assertive Outreach Team）があり、24時間365日サポートできる態勢がとられている。対象者の個人情報の取り扱い等の問題はあがるが、一般の地域精神科医療においても、アウトリーチチームは精神科救急の現場での需要はあるので、都道府県の精神保健福祉センター等に設置することを検討すべきであろう⁽⁴⁷⁾。そして、地域全体で対象者の社会復帰を支援できるよう、公立の精神科病院や保健所が指定通院医療機関と協力しながら、精神科訪問看護を実施することも検討されるべきである⁽⁴⁸⁾。

エ. 対象者の権利擁護

医療観察法は、対象者に精神科病院での入院・通院治療を強制するものである。しかし、対象者は、犯罪者である前に患者であるので、治療方針・内容についてインフォームド・コンセントがなされることはもちろんのこと、対象者が処遇内容に納得がいけない場合には、不服申立てができることになっている。しかし、付添人の選任が義務づけられているのは入院・通院申立てに係る審判

心神喪失者等医療観察法の見直しに向けて

手続時のみであり（法35条）、退院または入院継続に係る審判に関しては、付添人の選任は必要的とはされていない。この点に関しては、弁護士会の今後の取り組みに期待したい⁽⁴⁹⁾。

また、対象者に、権利擁護関連の諸制度（抗告、退院請求、処遇改善請求、倫理会議の役割、行動制限等）について説明をするのは精神保健福祉士（PSW）等の院内スタッフであるため、職務上仕方がないことではあるが、精神保健福祉士等が対象者と病院との板挟みとなってしまう、多職種チーム会議において対象者の声が十分反映されないおそれがある。処遇内容等に不満がある場合には、社会保障審議会内に設置されている医療観察法部会に対して改善請求の申立てを行うことができる（法95条）。しかし、公表されている資料を見る限りでは、部会開催回数および審査件数は、精神保健福祉法で実施されている精神医療審査会に比べて非常に少なく、十分に機能しているとはいえないであろう⁽⁵⁰⁾。指定医療機関では、院内に倫理委員会や外部評価委員会を設置して対象者の権利擁護に配慮した処遇〔治療〕を実施するようにしているが、対象者の治療環境の地域格差・施設格差が生じないようにするためには、これだけでは足りない⁽⁵¹⁾。この点に関しては、イギリスのように、病院や裁判所から独立した位置づけで、対象者の処遇について定期的にモニタリングする審査会を設置したり、第三者機関による権利擁護サービスを実施したりする等の対策が有効であると考ええる。

V おわりに

以上、医療観察法の見直しに向けて、イギリスの状況を紹介しながら、現在指摘されている問題点を検討した。わが国は、従来は、一度刑事司法の枠から外れた精神障害犯罪者は、一般の地域精神科医療にその処遇が委ねられたため、治療の継続や社会復帰支援に関して十分な対応ができていなかったが、医療観

心神喪失者等医療観察法の見直しに向けて

察法施行により、手厚い治療環境と人員配置の中で、社会復帰に向けた支援が行われるようになったという点は評価できよう。しかし、施行前にはあまり想定されていなかった、対象者の範囲、鑑定や医療の必要性に関する判断基準、対象者の権利擁護等、早急に解決しなければならない問題点も多く、今後の医療観察法の見直しの動向を慎重に見守りたい。また、対象者の地域処遇を行う際には、地域精神科医療・地域精神保健福祉との連携が欠かせないので、精神障害者の社会復帰支援に関する取り組みについても、国および地方自治体は、医療観察法関係の施策と並行して一般の地域精神科医療・地域精神保健福祉の底上げに関しても真剣に取り組まなければならないであろう。

なお、本稿では触れることができなかったが、精神障害犯罪者の処遇には、医療観察法によるものだけでなく、医療刑務所等の刑事施設でも実施されている。イギリスでは、刑事司法システムと司法精神医療システムが双方向の関係にあり、また、精神科病院の機能分化もなされているので、対象者の状態にあわせた柔軟な処遇が実施されており、全国で1ヶ所設置されている精神医療刑務所の対象者は、いわゆる処遇困難者であり、わが国とは性質が異なるものである⁽⁵²⁾。医療刑務所における精神障害犯罪者の処遇およびその後の社会内処遇のあり方については、別稿で検討したい。

注

- (1) 心神喪失者等医療観察法による精神障害犯罪者の処遇の流れ等については、拙稿「精神障害犯罪者の社会復帰支援施策」同志社政策科学研究6巻(2004年)77頁以下。
- (2) 本稿でいう「イギリス」は、イングランドおよびウェールズを対象とする。
- (3) 厚労省の資料によると、内訳は、国関係が13ヶ所386床、都道府県関係が7ヶ所98床である。現在、国関係が2ヶ所41床、都道府県関係が6ヶ所45床建設準備中であり、増床が120床予定されている(<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/sinsin/iryokikan.html>)。
- (4) なお、指定入院医療機関の整備が進まない現状に対して、国は、臨時応急的な

心神喪失者等医療観察法の見直しに向けて

特例措置として、2008年8月に省令を一部改正し（障精発第0801001号）、入院決定が出されても直ちに指定入院医療機関の専門病棟に入院できない状態を回避するため、特定医療施設・特定病床という区分を作り、鑑定を行う医療機関等で一定の基準を満たす機関において、指定入院医療機関の関与の下、医療観察法による医療を提供できるようにしたが、指定入院医療機関で提供されているような手厚い人員配置による専門的な治療ができない等の問題が指摘されている。この点に関して、吉川和男他「医療観察法における施設基盤の整備」臨床精神医学38巻5号（2009年）618-620頁。特定医療施設・特定病床による運用を批判的に検討したものとして、石側亮太「特定医療施設等に関する省令改正の問題性」臨床精神医学38巻5号（2009年）635頁以下。

- (5) 遠隔地での入院処遇に関する問題点について、宮田量治他「医療観察法による遠隔地入院処遇のもたらす指定入院医療機関の負担について」精神神経学雑誌111巻12号（2009年）1485頁以下。
- (6) この点に関して、吉岡眞吾「医療観察法と通院プログラム」臨床精神医学38巻5号（2009年）649頁。コスト面の問題については、厚生労働省は、指定通院医療機関の体制強化を図るため、2009年度から、通院対象者社会復帰体制強化加算を新設し、通院対象者通院医学管理料の改定がなされたので、指定通院医療のプログラムの充実等の効果が期待される。
- (7) 藤村尚宏「指定通院医療の課題と提案－民間病院の現状から」司法精神医学4巻1号（2009年）59-61頁。
- (8) 厚労省医療観察法医療体制整備推進室調の数值である（<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/sinsin/kettei.html>）。
- (9) 審判の決定内容の地域差について分析したものとして、岡江晃「医療観察法の運用に地域差などのかたよりはなにかー現状と問題点」日本精神病院協会雑誌28巻2号（2009年）77頁以下。
- (10) 人格障害は、従来、精神病質と言われていたものである。最近では、英語表記（Personality Disorder）にあわせて「パーソナリティ障害」と称されているようであるが、本稿では人格障害とする。
- (11) 物質使用障害と心神喪失者等医療観察法との関係について、拙稿「薬物犯罪者の処遇に関する一考察」明治学院法学86号（2009年）220頁。
- (12) 指定入院医療機関における物質使用障害と診断された対象者の治療プログラムについて、今村扶美・松本俊彦「医療観察法病棟における薬物依存症治療」こころのりんしょう29巻1号（2010年）91頁以下。
- (13) 2009年3月1日現在、入院処遇中の対象者のうち、63人に副疾病が存在し、このうち約43%が知的障害である。特津馨「医療観察法の施行状況と今後の対応」

心神喪失者等医療観察法の見直しに向けて

精神神経学雑誌 111 巻 9 号 (2009 年) 1100 頁。

- (14) 治療反応性と医療観察法による医療との関係について、町野朔「医療観察法の見直しに向けて 法律家の立場から」精神医学 50 巻 11 号 (2008 年) 1050-1051 頁。人格障害者の刑事責任能力について、中谷陽二「パーソナリティ障害は完全責任能力者か」精神科 14 巻 3 号 (2009 年) 14 頁以下は、パーソナリティ障害はさまざまな臨床類型を包括しており、おしなべて反社会性があるわけでも、治療に馴染まないわけでもない」と主張している。
- (15) 加藤久雄「刑事政策学から見た『医療観察法』の問題点」臨床精神医学 38 巻 5 号 (2009 年) 537-538 頁は、人格障害犯罪者は、実質的に医療観察法の対象者としては考えられていないので、ドイツのような社会治療モデルの導入、すなわち、刑罰執行の範囲内での社会治療処遇を実施すべきであると主張している。
- (16) 和田久美子他「医療観察法申し立て対象者 225 例の特性と処遇決定の現状」臨床精神医学 37 巻 4 号 (2008 年) 420 頁。
- (17) 加藤丈晴「医療観察法の対象と検察官の申立権」臨床精神医学 38 巻 5 号 (2009 年) 542-543 頁は、軽微な傷害事案の場合には、対象行為の軽微性と対象者の受ける不利益(鑑定入院等)が不均衡であるとして、検察官の申立てを制限すべきであると主張している。
- (18) 対象行為が家族間で生じた場合の問題点について、藤本豊「医療観察法施行後の問題点」臨床心理学研究 46 巻 2 号 (2008 年) 21 頁。
- (19) 医療観察法による医療が必要であると判断するには、疾病性、治療反応性および社会復帰要因の 3 要素がそれぞれ個別に一定水準を上回っていることが要求されるわけではなく、総合判断として一定水準を上回っていればよいとされている。三好幹夫「心神喪失者等医療観察法施行後 2 年の現状と課題について」判例タイムズ 1261 号 (2008 年) 32 頁(註 14)。五十嵐禎人「医療観察法の現状と今後の課題」司法精神医学 4 巻 1 号 (2009 年) 45-46 頁は、疾病性、治療反応性および社会復帰要因は「要件」ではなく「要素」と考えて、足し算ではなく掛け算の結果で総合的に判定されるべきであるとする。
- (20) 刑集 61 巻 5 号 563 頁、判例タイムズ 1252 号 148 頁。
- (21) 例えば、山本輝之「最高裁平成 19 年 7 月 25 日決定をめぐって」臨床精神医学 38 巻 5 号 (2009 年) 606 頁は、「医療観察法においては、対象者について、その再犯を防止し、彼の社会復帰を実現するためにはどのような処遇を保障することが適切かという観点から、その医療を選択すべきであり、精神保健福祉法の医療で足りる場合には常にそちらを優先すべきであるとか、医療観察法の処遇の要件に関する文言に形式的に該当する場合には、常にそれを施すべきであるという形式的な二者択一でその処遇を決定すべきではない」と述べている。同様に、川本哲

心神喪失者等医療観察法の見直しに向けて

郎「医療観察法と措置入院のあいだ」臨床精神医学 38 巻 5 号 (2009 年) 707-708 頁も、基本的ないし原則として、医療観察法による処遇が選択されるべきであるが、精神障害犯罪者の治療にとって精神保健福祉法による処遇が特に必要とされるときにそれが排除されるべきでない述べている。

- (22) この点に関して、田口寿子「『この法律による医療の必要性』とその評価」臨床精神医学 38 巻 5 号 (2009 年) 567-569 頁は、一般精神科医療で対応できる対象者に対しては一般精神科医療で対応すべきであり、専門性の高い司法精神医療である「この法律による医療」は、一般精神科医療と相互に補完しあう関係にあると主張している。
- (23) http://www.mhlw.go.jp/topics/2009/02/tp0226-1/dl_11syougai/11syougai_0009.pdf。厚生労働省の取り組みに関しては、得津・前掲註 (13) 1104-1105 頁。
- (24) 地域処遇の問題について指摘したものとして、岡崎伸郎「地域精神保健福祉における医療観察法の宿命的異質性」臨床精神医学 38 巻 5 号 (2009 年) 661 頁以下、小笠原基也「医療観察法と社会復帰」臨床精神医学 38 巻 5 号 (2009 年) 667 頁以下。
- (25) この点に関して、拙稿・註 (1) 81-83 頁以下。
- (26) 1983 年精神保健法の概要および 2007 年法までの改正動向に関しては、拙稿「イギリスにおける精神医療法制の動向」同志社政策科学研究 5 巻 (2004 年) 156 頁以下。
- (27) ただし、薬物やアルコールの依存症は引き続き除外とされたが、性的傾向が逸脱した者は 2007 年法から対象となった。学習障害 (learning disability) に関しては、異常に攻撃的な行動をとる等しない限りは、精神障害から除外するとしている (§2)。2007 年法での精神障害の定義について解説したものとして、http://www.cps.gov.uk/legal/l_to_o/mentally_disordered_offenders/#definition。
- (28) イギリスにおける人格障害犯罪者の処遇について、拙稿・註 (1) 86 頁。
- (29) イギリスの DSPD 患者への最近の取り組みについては、<http://www.dspdprogramme.gov.uk/>。
- (30) 保安度に応じて、建物の構造や人員配置、患者にかかるコストが変わる。拙稿・註 (1) 82-83 頁。
- (31) 近年では、対象者の地域処遇へのスムーズな移行を図るため、高度保安病院の病床数を減らし、中高度 (enhanced) の地域保安ユニットを整備している。最近のイギリスの司法精神医療を紹介したものとして、安藤久美子他「英国ロンドンにおける地域司法精神医療視察報告」日本精神病院協会雑誌 27 巻 11 号 (2008 年) 72 頁以下。
- (32) Ministry of Justice, Statistics of Mentally Disordered Offenders 2008 England and Wales (2010)。

心神喪失者等医療観察法の見直しに向けて

- (33) CPA をわかりやすく解説したものとして、Department of Health, 'Making the CPA work for you' (2008)。
- (34) この点に関して、拙稿・註(1) 83-84 頁。
- (35) 鑑定ガイドラインの内容について検討したものとして、村上優「鑑定ガイドラインの開発」臨床精神医学 38 巻 5 号 (2009 年) 557 頁以下。
- (36) 鑑定入院医療機関を拠点化すべきであるという意見もみられるが、鑑定を実施する施設を限定することによる弊害もあり、研修等で鑑定の質の標準化を図ればよいのではと考える。判定医の人材育成・研修方法について、小池純子他「精神保健判定医の全国アンケート調査」精神神経学雑誌 111 巻 1 号 (2009 年) 10 頁以下。
- (37) 村上優「医療観察法の見直し—指定入院医療機関より」司法精神医学 4 巻 1 号 (2009 年) 55 頁。
- (38) この点に関して、柑本美和「医療観察法における再審の可能性」臨床精神医学 38 巻 5 号 (2009 年) 611 頁は、医療観察法の決定が確定した対象者を刑事司法に戻すというのであれば、不利益再審となるので、再審制度ではなく新たな制度の検討が必要になると述べている。
- (39) 村上・前掲註(37) 54 頁。
- (40) 村上・前掲註(37) 54 頁。
- (41) 社会復帰調整官は、全国の保護観察所・支部に各 1～3 名配置されているが、社会復帰調整官は対象者に一貫して関与し続ける唯一の職であり、役割に期待される高さや業務量の多さに比べて配置数が少ないことが指摘されている。佐藤三四郎「医療観察法と精神保健福祉士」精神保健福祉 39 巻 2 号 (2008 年) 95 頁以下。だが、少しずつではあるが、現在、国は社会復帰調整官の数を増やしているところであり、予算の問題もあるが、社会復帰調整官が対象者と密な連絡を取ることができるよう、十分な人員配置がなされるべきである。
- (42) この点に関して、藤村尚宏「指定通院医療施設であり、精神科救急に対応している病院の立場から」精神医学 50 巻 11 号 (2008 年) 1057 頁。
- (43) この点に関して、吉川和男「国立精神・神経センター司法精神医学研究部の立場から」精神医学 50 巻 11 号 (2008 年) 1061 頁。
- (44) 椎名明大「医療観察法で精神科医療は『底上げ』されるか」臨床精神医学 38 巻 5 号 (2009 年) 743 頁は、「医療観察法制度が地域精神保健福祉を直接に底上げすることは期待できないが、医療観察法の運用はむしろ精神障害者の地域生活支援における課題を浮き彫りにして今後の議論を加速させるであろう」と述べている。
- (45) 医療観察法における多職種チームについて、拙稿「精神障害犯罪者の社会内処遇—日本型 CPA 制度の検討—」同志社法学 304 号 (2005 年) 843 頁以下。

心神喪失者等医療観察法の見直しに向けて

- (46) 指定通院医療機関の状況について、松原三郎「医療観察法の地域サポートとACT」臨床精神医学 37 巻 8 号 (2008 年) 1032-1033 頁。
- (47) 一部の自治体では、アウトリーチチームが組織され、活動しているようである。勅使河原洋子「群馬県精神科救急情報センターの実践～地域を支えるアウトリーチ活動を実践する～」ノーマライゼーション障害者の福祉 295 号 (2006 年) 48 頁以下。
- (48) 多職種が参加する精神科訪問支援ステーションの新設を提案する見解として、松原・前掲註 (46) 1035-1036 頁。
- (49) 医療観察法における付添人については、退院請求等すべてに必要なとし、付添人がいない場合には国費でつけるべきであるとする見解として、伊賀興一「医療観察法 3 年の到達点と見直しの方向」臨床精神医学 38 巻 5 号 (2009 年) 737 頁。
- (50) 厚生労働省発表の資料によると、2009 年 10 月 27 日現在で、処遇改善請求に係る審査が行われたのは 5 回、審査件数は全 7 件であった。なお、審査結果はすべて「処遇は適当と認める」であった。川本哲郎「精神障害者の人権と刑事責任」中谷陽二編『責任能力の現在法と精神医学の交錯』（金剛出版、2009 年）174 頁は、社会保障審議会による審査について、「現在のところ、医療観察法の病棟数も限られているので大きな問題にはなっていないが、対象者が増加した場合を想定した体制は採用されていないのであるから、今後の在り方を検討する必要がある」と述べている。
- (51) 第三者機関による対象者や病院への定期的な訪問・監視活動を行うべきであるとする見解として、小林信子「医療観察法と患者の権利保障—その困難な道のり—」臨床精神医学 38 巻 5 号 (2009 年) 724-725 頁。
- (52) この点に関して、拙稿・註 (1) 83 頁。