

精神障害と法

メタデータ	言語: jpn 出版者: 明治大学社会科学研究所 公開日: 2009-04-18 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 加藤, 哲実 メールアドレス: 所属:
URL	http://hdl.handle.net/10291/5692

《個人研究》

精神障害と法

加藤 哲 実☆

Mental Disorder and Law in Japan

Tetsumi Kato

序

第1章 触法精神障害者・精神障害犯罪者の精神病院内外での実態

第2章 司法精神医療専門施設の必要性

第3章 「心神喪失者等医療観察法」と立法の経緯

第4章 司法精神医療の在り方

序

2003年7月16日に「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律」（略称「心神喪失者等医療観察法」）が公布された。この法律は、心神喪失等の状態で放火、強制わいせつ、強姦、殺人、傷害、強盗という重大な他害行為を行った者に適切な医療並びに観察を行うことによって、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、その社会復帰を促進することを目的とするものである（第1条）。従来は、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」（略称「精神保健福祉法」）に基づき国公立の精神病院に措置入院させられてきた重大な触法精神障害者ならびに精神障害犯罪者は、新法による新制度においては、「指定入院医療機関」に入院させられ、病状改善と社会復帰に向けて手厚い看護と治療を受けることになる。この指定入院医療機関は、イギリスの司法精神医療専門施設をモデルにしたものであり、精神科医、看護師、その他医療従事者の数において従来の精神病院よりもはるかに充実することになる。

しかし、法案段階での激しい議論のやりとりからも分かるように、この新制度に対しては様々な批判が寄せられた。その中でも、新設される指定入院医療機関は、正規の社会防衛的な保安処分の施設として機能するのではないかという懸念が最も重要である。わが国の保安処分をめぐる歴史をたどれば、この懸念は必然と言わざるを得ないからである。

☆法学部教授

本稿では、新制度に対して加えられた批判を念頭に置いて、触法精神障害者の精神病院内外での実態を認識し、その認識の結果わが国においても司法精神医療専門施設が必要になったことを述べ、「心神喪失者等医療観察法」制定に至る経緯を明らかにし、新法の要点を述べて、司法精神医療の今後の在り方を模索することにした。

第1章 触法精神障害者・精神障害犯罪者の精神病院内での実態

用語の定義から始めると、「触法精神障害者」とは、刑罰法令に触れる行為をしたが、有責ではない、したがって刑罰の対象にはならない精神障害者、そして「精神障害犯罪者」とは、そのような行為をして、有責であって刑罰の対象となったが、何らかの精神障害がある者である。⁽¹⁾前者は、心神喪失ゆえに責任無能力で不起訴になったか、起訴されても無罪になった精神障害者であり、後者は起訴され有罪とされたが、執行猶予になった者あるいは罰金刑を科された者、あるいは有罪となり刑期を終えた精神障害者である。

これらの精神障害者は、現在は、上述の「精神保健福祉法」に基づいて精神病院に措置入院させられ（第23条～第29条）、一般の精神障害者と同様の環境で治療を施されている。日本の現在の精神病床数は、全病床数167万床の約22%である約36万床であり、実際の入院患者数は約34万人となっており、人口当たりの精神病床数は欧米諸国と比べて極めて多い。そして、マンパワーの充実度について見ると、精神病床の場合、医師の数が一般科の3分の1でよいとする「精神科特例法」が現場で実質的に生きており、一般科では患者16名に医師1名必要なのに対して、精神科では48対1でよいとされている。看護師は、一般科の3対1に対して、精神科では6対1でよいとされている。したがって、現在の精神医療の現場は恒常的な人員不足の状態にあり、手厚い看護からはほど遠い環境にあるのである。⁽²⁾

上述の触法精神障害者や精神障害犯罪者は、精神病院では処遇困難患者となることが多い。処遇困難患者とは、精神医療に馴染まず治療にならないだけでなく、他の患者や職員に対して暴力や威嚇、嫌がらせなどの問題行為を繰り返す患者である。ときには、病院内での傷害や殺人に至ることもある。その場合、一度精神障害者として認定されたことがあるために、特に傷害の場合には起訴されることもなく、あるいは事件として扱われることもなく、病院内で処理されることも少なくない。殺人のような重大犯罪の場合には、後述のように、医療の側の強い要請で起訴に至る場合がある。

もっとも、触法精神障害者や精神障害犯罪者が必ず処遇困難患者となるわけではない。普通の精神障害者も処遇困難患者になることがある。しかし、現在の刑事司法・精神医療システムにおいては、例えば反社会性人格障害者⁽³⁾のような医療対象外の者や一般の精神医療での治療能力を超える患者が、危険性や治療可能性の評価なしに措置入院等によって入院してくるために、全国的に多数の処遇困難患者が

⁽¹⁾ 武井満「措置入院制度の運用と処遇困難者問題」町野朔編『ジュリスト増刊・精神医療と心神喪失者等医療観察法』2004年、有斐閣、179頁。

⁽²⁾ 武井満「日本の精神医療と触法精神障害者問題」『犯罪と非行』第137号、2003年、25～26頁。

⁽³⁾ 反社会性人格障害は、治療困難で犯罪に結びつきやすいという意味で現在最も深刻な人格障害の一つである。人格障害について一般的な知見を得るためには、磯部潮『人格障害かも知れない』光文社新書、2003年参照。

存在している。⁽⁴⁾

精神科医・武井満氏は、群馬県立精神医療センターで処遇困難患者とされた 21 名の患者の診断と問題点の一覧を提示し、21 名中 4 名の症例を詳細に叙述している。それらを簡単に紹介すると以下の通りである。⁽⁵⁾

第 1 の事例は、1949 年生まれで、統合失調症（旧称・精神分裂病）のため高校在学中より入退院を繰り返し、1977 年の外泊時に父親を撲殺し、起訴前の簡易精神鑑定の結果不起訴処分となり入院継続となった。それ以降も暴行や無断離院など問題行動が多く約 20 年間保護室隔離となっていたが、1995 年、主治医が交代して保護室からの解放を目的とした強力な治療的働きかけが行われ、鍵のかからない一般の個室での対応が可能となった。しかし、退院の見込みは全くない。統合失調症としては最も重症の治療困難例であり、本来ならば十分なマンパワーを備えた医療施設で治療されるべきであるが、そのような専門施設は現在わが国にはなく、一般患者と同じ病棟での治療が施されている。

第 2 の事例は、1940 年生まれの覚醒剤精神病患者で、20 歳頃から買春、覚醒剤使用などを繰り返し、6 回の服役歴がある。1979 年、些細なことから妻を包丁で刺殺したが、精神鑑定の結果、心神喪失で不起訴となり数ヶ月間の入院後退院した。その後、家族や地域住民に対して恐喝などの反社会的行為を繰り返し、それが原因で父親は自殺し、本人はその年に再入院した。保護室での対応が続けられたが、1992 年、本人の強い退院要求に押し切られて、まずは開放病棟へ移され、その後入院継続が困難になったことからアパートに入居ということになった。保証人、家賃や生活費、所持道具の準備などに徹底した援助が行われた。訪問看護が実施され、外来通院も順調で大きな問題も起こらなかったが、覚醒剤使用歴のある女性と覚醒剤を使用するようになり、1998 年、その女性を包丁で刺殺し、現在は服役中である。この患者は、妻を殺害したことが精神病によるとされ、刑事司法の手を離れて医療側に預けられたが、入院中の治療は困難をきわめた。退院後は外来通院・訪問看護で何とか支えられていたが、結局退院 5 年目にして、覚醒剤の再使用をきっかけに 2 度目の殺人を犯している。司法的枠組みのない一般精神病院での医療の限界事例である。2 度目の殺人事件に関しては、医療側が起訴を強く望んだことから裁判となったが、通常対応であれば、責任無能力として措置入院とされた可能性もある。

第 3 の事例は、1958 年生まれの、シンナー・覚醒剤精神病患者である。16 歳頃からシンナーの吸飲が始まり、20 歳時にシンナー売買で有罪判決を言い渡されて服役し、出所後は覚醒剤の使用も始まり、暴力団に入った。24 歳時にシンナー中毒で精神病院に入院し、以後入退院の繰り返しとなるが、暴力行為が頻繁にあり、処遇困難患者となって、1994 年に群馬県立精神医療センターに転院した。1 年半の入院の後、単身アパート生活となったが、再びシンナーを吸飲し傷害事件を起こしたために、主治医の強い要望もあって逮捕され、簡易精神鑑定の結果、起訴となった。有罪となり 2 年間弱の服役を終えて出所後、生活のめどは全く立たず、再犯の恐れが強かったため福祉事務所を介して再び当該センターへ入

⁽⁴⁾ 武井「日本の精神医療と触法精神障害者問題」（前掲）34頁参照。

⁽⁵⁾ 武井「措置入院制度の運用と処遇困難者問題」（前掲）182頁。武井「日本の精神医療と触法精神障害者問題」（前掲）36頁。武井「精神保健福祉法通報制度の問題点と司法精神医学的課題：触法精神障害者治療現場の現状から」『精神医学』第44巻第6号、621頁。

院となる。治療体制を整え、再度、単身アパート生活となったが、数ヶ月後、無関係の近所の人を殴るという傷害事件を起こす。不起訴となり、当該センターへ再入院したが、強い退院要求があり、スタッフの懸命の努力で一応安定した状態で再びアパート生活となる。訪問看護等のケアを実施し、外来通院が維持されているが、いつ事件を起こしてもおかしくない状況にある。入院させても退院させても困難が付きまとい、現在の精神医療体制では、治療の継続も再犯予防もきわめて困難な症例である。

第4の事例は、1950年生まれの反社会性人格障害者である。母親は、本人が小学5年生のときに、父親の酒乱と暴力から逃げるようにして離婚した。本人は、中卒後上京し政治家に火炎瓶を投げるという事件を起こし、その頃から精神病院への入退院を繰り返すようになる。傷害などで前科10犯、当該センターへは1990年から22回の入院歴がある。入院中、暴力、煽動、放火事件などを起こし、保護室での入退院となる。主治医交代を契機に治療方針が変更となり、保護室は原則使用せずに援助を徹底したところ、他の処遇困難患者2名と共同生活する形で退院となった。しかし、通院時、女子看護職員に対する暴力行為があつて、他病院への通院となった。その後2年間入院なしの生活を送ったが、再び当該センターにて入退院を繰り返し、入院は保護室対応となっている。この事例は純粋な人格障害であり、暴力的傾向が著しく、本来ならば医療の対象とされるべきではなかったが、過去に統合失調症などの診断がなされたために医療ルートに乗ってしまい、問題の多い処遇困難患者として精神病院をたらい回しにされて、最終的に当該センターが抱え込まざるを得なくなった事例である。

これらの患者は、「精神保健福祉法」の通報制度の仕組みの中で精神病院へ強制入院となった事例である。このような処遇困難患者が生ずる背景には、触法精神障害者や精神障害犯罪者が、きちんと刑事司法判断がなされず、危険性や治療可能性の評価もなされないままに、厄介払い的に精神病院に強制入院させられてきたという事実がある。⁽⁶⁾そして、このような患者に対して当然に必要なとされる専門的な治療システムがわが国には欠けていたことが、問題なのである。

都立松沢病院でも、触法行為を行った患者が多数入院していて、治療には色々な問題があつたという。⁽⁷⁾また、山上皓氏の実施した全国調査によれば、何度も事件を繰り返し、入院してもそれが何の再犯防止にも役立たない事例が何十例もあつたという。⁽⁸⁾

第2章 司法精神医療専門施設の必要性

現在、触法精神障害者や精神障害犯罪者は、重大犯罪あるいはそれに匹敵する行為を行ったとしても、一般の精神障害者と同様の条件で入院し治療を受けている。彼らは、個室の場合でも相部屋の場合でも、一般の精神障害者と同じ病棟内で治療を受けるのである。したがって、触法精神障害者や精神障害犯罪者は、病状によっては他の患者に傷害行為・迷惑行為等を行う可能性があるし、実際そのような

⁽⁶⁾ 武井「措置入院制度の運用と処遇困難者問題」(前掲)183頁参照。

⁽⁷⁾ 「座談会・心神喪失者等医療観察法の成立：その背景・問題点・課題、精神医療と法の現場から」『ジュリスト』第1256号、2003年、8頁(都立松沢病院長・松下正明氏発言)。

⁽⁸⁾ 同右座談会、8頁(山上皓氏発言)

事例が少なくないのである。⁽⁹⁾そして、措置入院患者を受け容れる指定病院だからといって刑事司法的な体勢を整えているわけではなく、特別のスタッフがいるわけでもない。そのために、多くの精神病院では必要に迫られて過剰な管理が行われ、当該患者の処遇が隔離的、収容的、防衛的にならざるを得なくなる。⁽¹⁰⁾その結果として指定病院が社会防衛的な役割を果たすことはあり得ても、懲罰権や刑罰権を持っているわけではないので、⁽¹¹⁾限界があるのは明白である。患者の人権侵害が問題になるのも、このような脈絡においてである。こうして、現在の日本には、触法精神障害者や精神障害犯罪者を専門に治療するための病棟が存在しないことが大きな問題となっており、そのことが、一般の精神障害者の治療環境を大いに阻害していることを忘れてはならない。

日本における精神障害犯罪者処遇に関しては、山上皓氏の調査によって実態が明らかにされている。⁽¹²⁾すなわち、精神障害犯罪者の一部には、強い犯罪傾向を持ち重大犯罪を繰り返す者（「重大犯」）がおり、彼らの中には何度も受刑し刑務所内で発病する事例も多いが、そのような場合、次に事件を起こしたときからは、検察官による不起訴処分を受けて医療の側に送られてくるのである。一般の精神病院がこのような事例に適切に応じられるわけではなく、精神病院に送られてから危険な犯罪が一層頻繁に繰り返されることもある。山上氏の前述の調査によって、さらに、処遇の現場に次のような混乱した状況が生じていることが明らかになった。

①不起訴とされた「重大犯」が、医療では対応困難という理由で入院を拒否され、そのまま釈放されてしまうことがある。②入院した「重大犯」が、医師一人の判断によって1ヶ月以内に退院を許されたり、社会復帰の準備もなしに保護室から直接退院させられてしまうこともある。③「重大犯」が、入院先の病院で他患者を殺傷するような事件が、毎年全国で何十件も起きている。④「重大犯」が、危険で病院の手に余るという理由で、強制的に退院させられることもある。⑤事件を起こしては詐病を用いて精神病院への逃げ込みを繰り返す「重大犯」もいる。⑥職員や他患者にとって危険という理由で、生涯にわたって保護室に隔離される「重大犯」もいる。⁽¹³⁾

また、都立松沢病院における触法精神障害者の深刻な実態を明らかにした精神科医の藤森英之氏は、1997年10月に以下のように提言している。⁽¹⁴⁾すなわち、①措置入院の解除を一人の精神科医の裁量に委ねるのではなく、主治医から措置解除の申請があった場合、主治医の他に、複数の精神科医、法律家、そして地域医療に関わる他の職種の人たちも参加する、合議制の措置解除審査機関を設けることを

⁽⁹⁾ 「座談会・司法精神医学の発展のためにどうすべきか」『精神医学』第44巻第6号、2002年、643頁（小田晋氏発言「精神病院に司法精神鑑定の結果入院してきた患者さんが一般の患者さんを殺傷するという事件が現実には年間10数件起きています。うつ病で入院したら隣のベッドに覚醒剤中毒の大量殺人者が寝ているという、そういう目に遭わなければならない」）。傷害等に関しては、公にされずに病院内で処理される例が多い。

⁽¹⁰⁾ 武井「日本の精神医療と触法精神障害者問題」（前掲）40頁。

⁽¹¹⁾ 武井「精神保健福祉法通報制度の問題点と司法精神医学的課題：触法精神障害者治療現場の現状から」（前掲）624頁。

⁽¹²⁾ 山上皓「触法精神障害者処遇の在り方——司法精神医学の立場から——」『現代刑事法』第44号、2002年。なお、山上「我が国における現状と問題」『法と精神医療』第12号（シンポジウム「『触法精神障害者』の治療と社会復帰」）、1998年では、精神病院内における触法精神障害者の暴力犯罪（主に殺人）、精神病院における触法精神障害者に対する過剰な拘束等についてなまなましい報告がなされている。

⁽¹³⁾ 山上「触法精神障害者処遇の在り方」（前掲）26～27頁。③のような状況を反映してであろうが、例えば東京都渋谷区の青山病院では、軽症の精神病患者のみを入院の対象として、重症の患者は別の専門病院に紹介するという体制を採っている。

⁽¹⁴⁾ 藤森英之「松沢病院における触法患者の実態」『法と精神医療』第12号、1998年、16～17頁。

検討すべきであり、②年単位の一定期間に限ってでも、家族の有無を問わず、退院して地域社会で生活するかつての触法患者に対するきめ細かな支援体制を、医療と福祉の両面から早急に整備する必要がある、というものである。この二つの提言内容は、この度の「心神喪失者等医療観察法」に積極的に反映されている。

さらにまた、精神科医の藤本淳三氏は、大阪府立中宮病院の触法患者の実態を詳細に報告している。⁽¹⁵⁾ 藤本氏によれば、重度触法患者であることと看護困難重症例⁽¹⁶⁾ であることとは一致しないこともあるが、一致することが多いのである。しばしば、重大な触法行為の後で精神症状が激しく悪化する。自分が犯した重大な反人間的行為について、精神的に收拾がつかなくなるからである。また、無実を主張する患者、正当防衛ゆえに無罪だと主張する患者、強制入院よりも裁判を受けて受刑することを望む患者は、処遇困難患者である。このような場合、いずれの患者も自分の病を認めようとせず、強制入院は治療のためではなく刑罰として行われていると基本的には受け取っている。⁽¹⁷⁾

藤本氏が挙げる処遇困難最重要度の症例として、保護室の中で、拘束衣を着せておく以外には防止困難な激しい自傷行為を続ける患者がいる。その自傷行為とは、壁に頭をぶつける、食器や寝具、衣類を用いた自傷・自殺企図である。同レベルの他の症例として、4人の同性の看護者によっても攻撃性の犯行ないし拒否の態度を抑えることができず、保護室からの出入り自由の要求を制圧できない症例がある。

藤本氏が作成した重度触法患者の1989年度中の在棟者リスト(23症例)と1995年度中の在棟者リスト(24症例)⁽¹⁸⁾を参照すると、当該入院患者の診断病名、犯行内容、犯行対象、犯行場所が分かる。1989年度については、診断病名は、統合失調症9名、人格障害3名、うつ病1名、てんかん2名、覚醒剤中毒4名、アルコール中毒2名等となっており、犯行内容は、殺人10件、殺人未遂5件、傷害致死2件、傷害14件、性犯罪3件等となっており、犯行対象は、家族6名(殺人2名、殺人未遂2名、傷害2名)、医師2名(殺人)、他の患者4名(傷害致死2名、傷害2名)等となっており、1995年度については、診断病名は、統合失調症15名、非定型精神病2名、妄想性人格障害1名、覚醒剤中毒3名、アルコール中毒1名等となっており、犯行内容は、殺人15件、殺人未遂6件、傷害致死2件、傷害2件、放火3件、強盗3件等となっており、犯行対象は、家族2名(殺人)、医師2名(殺人)、他の患者3名(傷害致死2名、傷害1名)、行きずりの人(殺人3名)、未知の女性(殺人1名、強盗・強姦1名)等となっている。両年度に亘って入院していた患者が6名(4名が殺人、1名が傷害致死、1名が強盗・強姦を行った)いることに注意しなければならないが、その点を考慮しても、きわめて深刻な犯罪に該当する行為をした患者が当該病院に入院し、他の一般の患者と同じ病棟で看護・治療を受けてきたのである。

このような精神障害犯罪者・触法精神障害者の実態は、従来、この問題を議論する人々の共通の認識

⁽¹⁵⁾ 藤本淳三「中宮病院における触法患者の実態」『法と精神医療』第12号、1998年。

⁽¹⁶⁾ 看護困難重症例(重度処遇困難患者)とは、看護のために保護室に入室させるときに同性の看護者1人では対応が困難で、2人以上を要する症例を意味している。同右藤本論文、21頁。

⁽¹⁷⁾ 同右論文、20頁。

⁽¹⁸⁾ 同右論文、22、24頁。

になっていなかったのではないだろうか。日本精神病院協会が大阪池田小児童等無差別殺傷事件（2001年6月8日）のあとに行った「池田小学校児童殺傷事件に対する声明」の背景には、まさにこのような現場の苦しみがあった。その声明は、「重大犯罪を犯した精神障害者の処遇については、司法制度と精神医療の相互補完が必要であります。それ故、重大な犯罪を犯した精神障害者の処遇は、『精神保健福祉法』の枠を越え司法と医療の関与する新しい処遇体系と退院後のフォローアップ体系として早急に確立されることが必要」であると主張している。ちなみに、精神障害犯罪者等の入院時の処遇と退院後のフォローアップは、後述のように、「心神喪失者等医療観察法」の中心的な課題となっている。

司法精神医療を必要とする患者は、精神障害で事件を起こす人の1割位、一般の精神障害患者の1000人に数名程度の人々である。⁽¹⁹⁾ そのような人々専用の充実した治療施設と治療システムを作って、マンパワーも充実させ必要な治療を施せば、治療の分離体制によって一般の精神障害患者の治療に関してもヨリ一層の改善が期待できるであろう。⁽²⁰⁾ そして、退院後のコミュニティ・ケアにおいて必要となるのは、欧米で実践されており、現在の日本でも目標とされている、地域社会が支える開放的な精神医療である。

ここで一つ一つ取り上げることはしないが、「心神喪失者等医療観察法」の成立に反対してきた人々の論旨の中に、精神医療を改革し、その水準を上げることが最優先課題であり、その実現によって精神障害者による犯罪の発生も抑止できるのだというものがある。そこで言われている改革とは、具体的には、特に社会的入院の解消という意味での長期入院の是正（脱施設化 *deinstitutionalization*）、開放精神医療の促進、コミュニティ・ケアの充実ということである。これらは、欧米で実践されてきたものである。しかし、脱施設化によって精神障害者による犯罪が大幅に減少したという報告はないし、むしろ、入院中心医療からコミュニティ・ケアへの移行が、犯罪率上昇への懸念を常に伴うことは欧米で経験済みである。⁽²¹⁾ 欧米の脱施設化や精神医療の開放化は、ホームレスの発生や短期入院の反復を招来させただけでなく、退院患者による犯罪への懸念も増大させたのである。そして、一般病院への入院の機会が制限されたことで、逸脱行動を行った患者が刑事施設に収容される傾向が増え、イギリスでは、開放ドア政策により一般病院では入院期間が短縮されたが、他方で特殊病院が飽和状態になり、犯罪傾向のある患者の多くが刑務所に送られたと言われている。⁽²²⁾

開放精神医療を実践し、地域で支える医療を実現しているイギリスには、一方で、危険な事件を繰り返す精神障害者のための病院ないし病棟が2種類存在する。第1に、イングランドに3つある高度保安病院(*high security hospital*)（全国総計1200床）であり、第2に、ロンドンのベツレヘム王立病院(*Bethlem Royal Hospital*)内にあるような中等保安病棟(*medium secure unit*)やその他の地域保安病院(*regional secure hospital*)（全国総計1400床）である。高度保安病院は、触法精神障害者や精神障害犯罪者のみを収容する施設としてスタートしたのであり、元来、刑務所のような病院であった。した

⁽¹⁹⁾ 「座談会・司法精神医学の発展のためにどうすべきか」（前掲）643頁（山上皓氏発言）。

⁽²⁰⁾ 日本以外の先進国はどこでも高度保安病棟(*high security unit*)を持っている。「座談会・司法精神医学の発展のためにどうすべきか」（前掲）644頁（五十嵐慎人氏発言）参照。

⁽²¹⁾ 中谷陽二「医療の観点からみた触法精神障害者問題」『刑法雑誌』第42巻第2号、261頁。

⁽²²⁾ 同右論文、255頁。

がって、一般病棟とは峻別され、たとえ当該患者の病状が改善して一般病棟での治療が可能になっても、一般病棟は開放病棟になっているためにその患者はそこには収容できなかった。そのような患者のために作られたのが、中等保安病棟や地域保安病院なのである。また、犯罪や触法行為を行うわけではないが、開放病棟である一般病棟で対応困難な患者をもここで治療することになった。⁽²³⁾ わが国の「心神喪失者等医療観察法」で新たに設立されることになっている指定入院医療機関は、イギリスのこの病棟がモデルになっている。⁽²⁴⁾

第3章 「心神喪失者等医療観察法」と立法の経緯

従来、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者については、「精神保健福祉法」によって、自傷他害のおそれがあると認められる者を入院させる措置入院制度により、その処遇が行われてきた。

しかし、措置入院によってこのような人々を精神病院に入院させても、その治療は一般の精神病患者と同じ施設・スタッフによって施されるのであり、本来的に必要な専門的治療は困難であった。また、退院後の通院治療ないしコミュニティ・ケアに関しても、実効的な制度が確立しておらず、問題視されていた。国会においても、1999年の「精神保健福祉法」の一部を改正する法律案の審議に際して、「重大な犯罪を犯した精神障害者の処遇の在り方については、幅広い観点から検討を早急に進めること」との付帯決議が行われていた。政府も、重大な犯罪にあたる行為をした精神障害者の処遇の在り方について協議・検討を行うため、2001年1月から法務省と厚生労働省とが合同で検討会を開催し、医療関係者、法律家、被害者、患者関係者、有識者等から意見を聴取するなどしつつ、検討を進めていた。

まさにこのような時期に、2001年6月8日の大阪池田小児童等無差別殺傷事件が発生し、これがきっかけとなって精神医療界（特に日本精神病院協会）を含む国民各層から、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の処遇に関する適切な施策を求める声が更に高まったのである。同年11月12日には、この問題を検討していた与党プロジェクト・チームから以下のような見解が提示された。すなわち、心神喪失等の状態で重大な犯罪にあたる行為を行った者について、①新たな処遇決定手続を創設すること（地方裁判所において、裁判官、精神科医等を構成員とする判定機関が対象者の処遇を決定すること等）、②対象者の処遇施設を整備すること（対象者を適切に治療するため、医療従事者や設備の充実した専門治療施設を整備すること等）、③退院後のケア体制を確立すること（保護観察所が退院後の対象者の観察・指導を行うこと等）、④司法精神医学の研究・研修体制を充実強化すること、そしてこれらに加えて、一般の精神障害者に対する医療および福祉を充実強化することが必要である、との見解である。

これらの見解の提示に応じて、法務省と厚生労働省が中心になって法案の立案作業が進められ、2002年3月15日に「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律案」が

⁽²³⁾ 「座談会・司法精神医学の発展のためにどうすべきか」（前掲）644頁（五十嵐禎人氏発言）。

⁽²⁴⁾ 田中剛「心神喪失者等医療観察法と精神医療の課題」『法律のひろば』第56巻第10号、2003年、19～26頁。

閣議決定され、同月 18 日に第 154 回国会に提出されたのである。その後、第 155 回及び第 156 回の国会での審議を経て、2003 年 7 月 10 日に衆議院本会議において可決・成立し、同年 7 月 16 日に公布された。ちなみに、施行は 2005 年 7 月の予定とされている。⁽²⁵⁾

新法制定の最大の意義は、精神障害犯罪者や触法精神障害者に対する責任ある処遇が、国によって初めて行われることにある。新法の特長は複数あるが、ここでは、その要^{かなめ}である専門治療施設の整備と退院後のアフターケア体制の整備に焦点を絞って検討する。

1. 専門治療施設の整備

「心神喪失者等医療観察法」では、対象者に対しては社会復帰を促進するために必要な医療を行わなければならないとされており（第 81 条第 1 項）、その医療は指定医療機関に委託して行われることとされている（第 81 条第 3 項）。指定医療機関における医療に関しては、高度な技術を持つ多くのスタッフによる頻繁な精神療法の実施等、医療スタッフによる手厚い働きかけによる最先端の精神医療が想定されている。指定医療機関とは、一定の基準に適合する国、都道府県または特定（地方）独立行政法人が開設する病院の中から、開設者の同意を得て厚生労働大臣が指定する機関である。（第 16 条第 1 項）具体的には、この機関は、全国に約 30 カ所、30 床規模の新病棟という形で既存の国公立精神病院の中に建設される。なお、この法律に基づく医療に要する費用は全額国庫から支払われる。⁽²⁶⁾ この種の病棟における専門治療プログラムとしては、精神障害の治療の一環として、①他害行為の重大さを認識させる、②他害行為を自ら防止する力を高める、③諸問題を前向きに解決することを促す、④被害者に対する共感性を養う、⑤重大な他害行為を行ったという重圧を和らげる、等がある。

指定入院医療機関には、一般の精神障害者とは異なる患者が入院するのであるから、目的に合った療養環境が必要とされる。そのための施設基準が定められることになっているが、それは、①病室は全て個室とし、床面積は 10 m²以上であり、②保護室、デイルーム、食堂、診察室、面会室、処置室、集団精神療法室、作業療法室、屋内運動施設等の設置が予定されている。また、上記の治療プログラムを実施するために質の高い医療スタッフを十分な数配置しなければならない。スタッフの質と数に関する基準が作成されなければならない。⁽²⁷⁾ 厚生労働省精神保健福祉課長の発言によれば、指定入院医療機関は、イギリスの中等保安病棟 (medium secure unit) ないし地域保安病院 (regional secure hospital) をモデルにして検討されており、具体的には、30 名の患者に対して、医師 4 名、看護師 45～47 名、精神保健福祉士、臨床心理技術者、作業療法士がそれぞれ 2 名の配置を想定した重装備な構成を考えているとのことである。⁽²⁸⁾ 患者対医師が約 8 対 1 となり、現在の一般精神病院では 48 対 1 でよいとされているの

⁽²⁵⁾ 以上について詳細は、白木功「『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』の概要等」『ジュリスト』第 1256 号、2003 年、34～44 頁、白木「心神喪失者等医療観察法成立の経緯と概要」『法律のひろば』第 56 巻第 10 号、2003 年、4～9 頁、白木「心神喪失者等医療観察法・立法の経緯」町野朔編『ジュリスト増刊・精神医療と心神喪失者等医療観察法』2004 年、有斐閣、8～11 頁参照。

⁽²⁶⁾ 白木「『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』の概要等」（前掲）、42 頁。

⁽²⁷⁾ 以上について詳細は、田中剛「心神喪失者等医療観察法と精神医療の課題」『法律のひろば』第 56 巻第 10 号、19～26 頁参照。

⁽²⁸⁾ 羽山由美子「司法精神看護の役割と課題」町野朔編『ジュリスト増刊・精神医療と心神喪失者等医療観察法』2004 年、有斐閣、242 頁。

比較すれば、画期的である。

2. 退院後のアフターケア体制の整備

本制度が対象とする患者の退院後のアフターケアには、困難がつきまとうであろう。精神障害を持ち、犯罪に相当する行為を行ったことに由来する二重のハンディキャップを克服することは大変なことであるし、現実問題として社会からの差別にもさらされる可能性が強いのである。だからこそ、本制度における退院後のアフターケア体制の整備が重要なのである。具体的には、保護観察所の役割と地域社会における行政や民間の連携と協力体制が問題になる。

(1) 保護観察所の役割

「心神喪失者等医療観察法」の最終的な目的は、上述のように、心神喪失または心神耗弱の状態で大な他害行為を行った者の社会復帰の促進を図ることにある（第1条第1項）。地方裁判所で指定入院医療機関への入院決定（第42条）を受けた対象者が、治療を受けた結果退院できるようになった場合、地方裁判所に退院申し立て（第49条）が行われ、退院決定（第51条）となれば、その後は指定通院医療機関で治療を受けることになる。退院して通院する者のその後の処遇は、心神喪失または心神耗弱の状態で大な他害行為を行って地方裁判所で通院決定（第42条）を受けた者と同様になる。従来は、対象者が措置入院後退院した場合、その後の治療は本人次第となっており、制度的な枠組みは存在しなかった。そこで新制度には、このような場合について継続的な通院治療を確保するための方策が盛り込まれたのである。そのひとつが、裁判所で退院の決定を受けた者について、地域社会で必要な医療を受けているかどうかを確認し、その生活状況を見守るというものである。これが精神保健観察（第106条）であり、保護観察所がその役割を担う。保護観察所は、対象者に対して、通院医療を確保するために必要な指導を行い、地域社会における本人の生活状況等を見守らなければならない。この点に関して、本制度では、指定（入院・通院）医療機関は、本人の社会復帰を促進するために相談、援助等を行うとともに、医療・保健・福祉関係機関との連絡調整を行い、保護観察所と連携を図らねばならないとされている（第91条）。そして、実際の働き手として社会復帰調整官が新設され、関係機関相互の連携の確保が図られるようになった（第20条第1項、第2項）。社会復帰調整官の資格要件は、「精神保健福祉士その他の精神障害者の保健及び福祉に関する専門的知識を有する者として政令で定める者でなければならない」（同条第3項）とされている。

本制度における保護観察所の業務は、①生活環境の調査、②生活環境の調整、③精神保健観察等である。これらについて概観する。

① 生活環境の調査

裁判所は、処遇について決定する際には、「対象者の生活環境を考慮」（第42条）することとされており、保護観察所に対して「対象者の生活環境の調査を行い、その結果を報告することを求めること

ができる」(第38条)とされている。ここでいう生活環境とは、例えば本人の居住地の状況、家族の状況、家族の協力意思の有無・程度など、本人を取り巻く状況を意味している。

② 生活環境の調整

保護観察所の長は、退院後の生活環境の調整を行わなければならない(第101条)。具体的には社会復帰調整官が活動することになるが、指定入院医療機関の管理者や医師と協議し、対象者及びその家族と面談するなどして、退院後の居住地に関する希望を聴き、その生活環境を調整することになる。

③ 精神保健観察等

本制度における通院患者について、保護観察所の長は、対象者のために処遇の実施計画を作成しなければならない(第104条)。これには、通院医療、精神保健観察、「精神保健福祉法」に基づく都道府県及び市町村による援助等の内容が盛り込まれる。この実施計画の下で、関係機関が相互に連携して対象者の社会復帰に取り組むのである。また、上述のように、対象者が必要な医療を受けているかどうかを確認し、さらに、その生活状況を見守る精神保健観察(第106条)の役割を保護観察所が果たす。

(2) 地域社会における連携

対象者の社会復帰は地域社会において行われるが、その際、行政レベルにおいても民間レベルにおいても、連携と協力体制が要請される。「心神喪失者等医療観察法」はこの点について、以下のように規定している。すなわち、第1に、保護観察所の長は、対象者に対して医療、精神保健観察、援助が実施計画に基づいて適正かつ円滑に実施されるよう「あらかじめ指定通院医療機関の管理者並びに都道府県知事及び市町村長との間において必要な情報交換を行うなどして協力体制を整備するとともに、処遇の実施状況を常に把握し、当該実施計画に関する関係機関相互間の緊密な連携の確保に努めなければならない」(第108条)。第2に、ボランティア活動に従事する個人や団体が念頭に置かれていると思われるが、保護観察所の長は、個人ないし民間の団体が、対象者の「処遇の円滑な実施のため自発的に行う活動を促進するとともに、これらの個人又は民間の団体との連携協力の下、当該決定を受けた者の円滑な社会復帰に対する地域住民等の理解と協力を得よう努めなければならない」(第109条)。

こうして、実施計画に基づいて本人に関する情報及び本人の処遇に関する情報が、指定通院医療機関、保護観察所、地方公共団体等の複数の組織において共有され、役割分担が明確化され、本人の社会復帰という本来の目的が実現されるのである。そして、ボランティア活動に従事する個人や民間団体の支援を受けることによって、地域住民の理解と協力を得る方向が模索されているのである。⁽²⁹⁾

⁽²⁹⁾ 以上について、蛭原正敏「心神喪失者等医療観察法における保護観察所の役割」『法律のひろば』第56巻第10号、27～33頁参照。また、柑本美和「心神喪失者等医療観察法における社会内処遇」町野朔編『ジュリスト増刊・精神医療と心神喪失者等医療観察法』2004年、有斐閣、162頁～167頁、柑本美和「刑事司法と精神医療過程との交錯：イギリス精神保健法改正論議から何を学ぶか」『法と精神医療』第18号、2004年、75～91頁も参照。

第4章 司法精神医療の在り方

ここまで、精神障害者による殺人、傷害など重大犯罪の発生という社会現象の認識を出発点として、触法精神障害者と精神障害犯罪者の精神病院内外での実態を検討し、その結果、入院中の病院内で対象者による他害行為の危険性が少なからず存在することが明らかになり、このことが以前から大きな問題となっていたことが分かった。従来の「精神保健福祉法」上の措置入院の対象者が入院している病院では、その制度に則した対処がなされてきたが、問題は解消されておらず、苦勞の毎日が続いている。根本的な対処法が長年に亘って要請され、解決策が模索された結果、諸外国に倣った司法精神医療専門施設が新設されることになったのである。

従来の措置入院の目的は、対象者の他害性に注目すれば、社会からの隔離と治療の2つであろう。隔離と治療は、人類の狂気の歴史において普遍的な対処法であったと思われる。⁽³⁰⁾

しかし現状においては、問題がある。入院することで社会からは隔離されたものの、病院内の一般精神病患者から、あるいは司法精神医療を専門としない精神医療従事者からは隔離されていなかったのである。それゆえに多くの悲劇が病院内で発生してきた。そこで、新制度においては、「指定入院医療機関」としての司法精神医療専門施設を新設し、充実した数と質の医療従事者が活動し、病状にあった専門的治療が行われ、対象者は手厚く治療・看護されることになったのである。そこでの治療体勢の詳細は前述の通りである。このことによって先の問題は、理論的には解消されることになった。

また、治療の結果退院可能となった対象者は、「精神保健福祉法」のもとでは制度的枠づけがないために、退院後の治療は本人任せになっており、このことが病気の再発・悪化そして触法行為の実行など本人にとって好ましくない結果をもたらすことが多かった。そこで新制度においては、入院から通院への切り替えという形の制度化を行い、保護観察所を中心に綿密なアフターケア体勢を採用し、行政と民間の連携のもとに対象者を末永く見守ることにしたのである。これらのことは、あるいは、社会防衛的な保安処分の一環であるという評価を下されるかも知れないし、対象者本人にとって必要以上と感じられる管理がなされる危惧も存在しないわけではない。しかし、病気が良くなっても再発の危険はあるし、また、社会に適応できるかどうかの問題は深刻である。これは、本人だけで乗り切っていけるような問題ではないのであり、だからこそ可能な限りコミュニティを巻き込んで万全の体勢で対処してゆく必要があるのである。最良の方策の模索は今後も続けられるであろうが、今は新法の諸規定にいかにも命を吹き込むかが焦眉の課題である。

最後に付け加えておきたいところが2点ある。第1に、統合失調症という内因性の精神障害と覚醒剤精神障害を同列に扱って良いのだろうかという問題である。一方は内因性、他方は通常は自ら覚醒剤使用という行為に走ったというように、発病の出発点において相違が著しいからである。第2に、人格障害であっても反社会性人格障害に起因する犯罪に関して、人格障害は精神病ではなく精神医療になじまな

⁽³⁰⁾ 差し当たり、加藤哲実「中世イングランドにおける狂気と法」『法律論叢』第76巻第4・5合併号、2004年参照。

明治大学社会科学研究所紀要

いわけであるが、それでは、重大犯罪を行った人格障害者をどう扱っていくべきかの問題である。従来は、基本的には「心神喪失者の行為は、罰しない」という刑法 39 条の対象にもならず、通常の裁判を受けて、有罪となって刑期を終えれば市民として社会に戻るということになっている。社会防衛的な保安処分の問題を考察する場合には、実は、この問題の方が深刻である可能性もある。これら 2 つの問題に関しては、今後の研究課題としたい。

(謝辞)

本稿のための文献収集に際しては、同僚の星野茂助教授（家族法）のご協力を得た。記して、感謝の意を表したく思います。

(かとう てつみ)