

第 104 回日本精神神経学会総会

シンポジウム

## 精神保健福祉法と医療観察法における治療可能性評価と 社会復帰（障害）要因評価

吉岡 隆一（京都大学大学院医学研究科精神医学教室）

医療観察法における、社会復帰（障害）要因と治療可能性の判断について、法・制度的側面を踏まえながら、最高裁決定を検討し、実際の事例に考察を加えた。

医療観察法の審判以前の精神保健福祉法による急性期医療の提供の必要性を指摘し、今後の司法精神医療の固有の内容を探る必要を指摘した。

医療観察法における社会復帰（障害）要因は措置要件とは異なっており、「危険性」評価と社会復帰のニーズ評価の両者を含むことを指摘した。

最高裁決定の意義とその事例を検討し、裁判官が司法精神医学に言う臨床的方法による「危険性」予測を行う場合、責任能力判断が「危険性」判断と同一視されて過剰な「危険性」評価を生んでいることを指摘した。また精神科医は社会復帰（障害）要因評価において、法曹と現実に基づいたリスクコミュニケーションを行わなければならないことを指摘した。

また医療観察法における治療可能性は一般精神医療と同様のものと考えられていない統合失調症や認知症の事例を紹介し、その意義を考察した。

今後とも精神科医は、医療観察法における社会復帰（障害）要因と治療可能性の内実を検証しつつ、医療観察法附則第 3 条における一般精神医療の充実の課題を豊富にすべきことを指摘した。

〈索引用語：医療観察法，精神保健福祉法，危険性，治療可能性，責任能力〉

### 1 法案の修正と施行による検討すべき

#### 事項の顕在化

イ) 疾病の存在，ロ) 治療の適応，ハ) 社会復帰の困難性という 3 軸に対する評価は、慢性的機能障害とともに生活能力の低下や社会的不利を伴うことが多い精神障害の治療を考慮するときには、いつでも必要となる。医療観察法ではこれらは、疾病性，治療可能性（治療反応性とも表現されている），社会復帰（障害）要因という名称をあたえられて、同法処遇の法的要件とされているが、精神保健福祉法でもこのイ) ロ) ハ) の視角からする評価は求められる。ただ両法でその内容や水準に違いがあるのかどうかは、主題的に考察されたことはない。

医療観察法処遇では、上記 3 軸の評価は裁判所の認定が必要な事項とされている。3 軸のうち医療観察法の疾病性は、精神障害が心神喪失・耗弱状態を惹起し対象行為を生んだもので現在もその疾患に罹患しているということであって、精神保健福祉法・一般精神医療で求められる疾患性は現時点での疾患罹患ということにすぎないから、相違は明瞭である。反面、後 2 軸の評価で求められる内容・程度は、医療観察法でのそれと精神保健福祉法のもとで行われるそれとが同じ内容・水準のものであるのか否かが未決の問題である。

医療観察法政府原案の提出時<sup>2)</sup>には、「危険性」があるゆえに精神保健観察も含め「人身の自由の制約」が必要となり、精神保健福祉法とは異なる

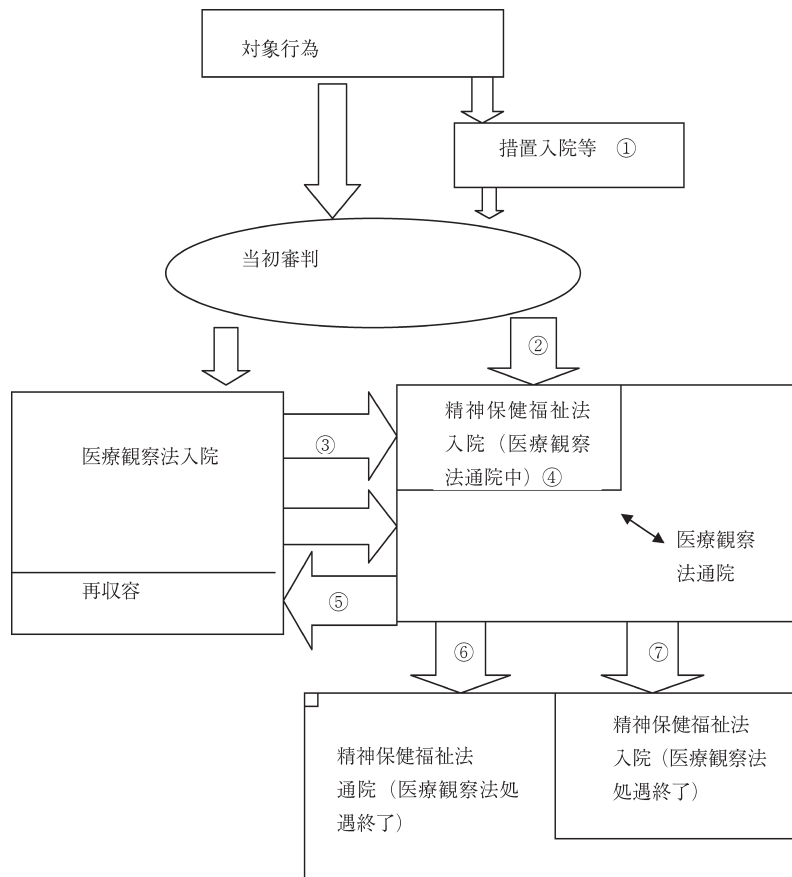


図1

立法が必要とされていた。

とすれば、治療可能性も社会復帰（障害）要因もその内容・程度は精神保健福祉法に求められるのとは異なっていると考えられてよさそうであるが、直ちにはそう受け止めるべきでないかの以下の状況が生まれてきた。

まず政府原案の修正後は、再犯のおそれは社会復帰（障害）要因という言葉に変えられつつ、いわゆる「危険性」の評価は措置入院で可能なものと同じく可能という説明がなされ、かつ本法による処遇に際しては、医療の必要性が中心的な要件であるとされた。こうして、医療観察法と精神保健福祉法では、社会復帰（障害）要因や医療の必要性の評価には顕著な差がないかのような説明<sup>10)</sup>がなされた。

さらに、最近、最高裁判所は、対象者に対する精神保健福祉法における処遇で足りるから本法による処遇は行わないという、ある種の比較による処遇の選択は許されないという姿勢を見せている。

これらを見ると、どちらの法のもとで処遇されるかは、もっぱら対象行為時の責任能力（と疾患の現時点での罹患）いかんという疾病性に拠るのみとされているようにも見え、翻って、治療可能性にかんする評価も社会復帰（障害）要因にかかわる評価も、医療観察法と精神保健福祉法で、評価軸・枠組みとして共通というにとどまらず、内容・水準としても同様であるとされるように見える。

しかしながら、医療観察法処遇と精神保健福祉法処遇には様々な接点が存在する（図1）。これ

らの接点で、どちらの処遇を選択すべきかあるいは両者の処遇を平行させるべきかの判断は、制度上求められているのであって、両法における疾病性の相違＝責任能力と対象行為の観点だけから、処遇を両法に機械的に振り分けることにはなっていない。法施行後、すでにこうした接点での選択は実務上生まれてきているわけだから、改めて医療観察法と精神保健福祉法両法における治療可能性と社会復帰（阻害）要因にかかわる評価の異同やその関連を検討する必要がある。

## 2 審判前の措置入院とその後の医療観察法処遇における治療可能性 (図1-①)

対象行為が急性精神病状態等で行われた事例では、送検⇒起訴前簡易鑑定⇒検察官医療観察法申し立て⇒医療観察法鑑定入院という流れを待たずに、速やかな治療の提供が必要な事例が存在する。こうした事例として、犯行時に直ちに隔離や拘束を必要とするような急性精神病状態重症例や身体管理の必要な器質性精神障害例や産褥期精神病例などがありえ、これらの対象者に対する治療の遅延は極めて重大な精神的・身体的障害を招くであろうし、捜査や鑑定がそもそも不可能な状態でもありうる。こうした事例には医療観察法の申し立てに先行して措置入院等の形式をとって相当の治療が行われるべきである。実際、筆者の狭い自験や見聞の範囲内でも、こうした急性期治療で病状の十分な改善をえたのちに審判となった事例や、措置解除後順調な通院を長期実施していながら審判を待つ状況となった事例があった（指定通院や不処遇と最終的な処遇は様々であった）。

三好<sup>9)</sup>は、現場の警察官に医療観察法の存在が知られていないことから24条通報による措置入院後に医療観察法審判が行われる事例が生まれるとし、精神保健福祉法による治療で万全をきたしがたいからこそ医療観察法が登場したのであって短期間に集中的に治療するという医療観察法の本来の趣旨を徹底するため、早々に捜査を終了して医療観察法を申し立てるべきとする。しかし、制度上措置入院を通じたほうが医療観察法よりすば

やい初期治療が一般に可能であるから、即時・緊急な医療上の必要があればそれを行わない理由はない。司法的にも、任意の有意味な供述もえられないで防御権も行使できないまま捜査終了を優先することが望ましい事態とはいえない筈である。

こういった事例があらためて審判で医療観察法処遇とされた場合には、やはり精神保健福祉法と医療観察法とで法的適合性の判断が違ったことになり、すなわち治療可能性評価や社会復帰（阻害）要因での評価における両法での相違が存在することになる。

まず、措置入院が終了している、すなわち、精神保健福祉法の水準での「危険性」の消失にもかかわらず、医療観察法に固有の社会復帰（阻害）要因（それに含められた「危険性」）の認定が行われたことになる。

第二に、治療可能性評価上、急性期治療に一定の成果が得られてなお、それに加えて必要かつ反応が見込める治療が存在するが故にこそ、医療観察法が選択されたことになる。

逆に、この二要件に関して、一般精神医療と異なった内容・水準が必要とならない場合には不処遇にすることが、医療上は自然な決定である。

つまり、こうした事例からは、急性期治療が十分一般精神医療の枠内で提供された場合になお司法精神医療に期待される固有の治療可能性が浮き彫りにされていくことになる。

## 3 最高裁判所解説での3要件、特に本法における社会復帰阻害要因と措置入院要件の異同（法的観点から）

最高裁判所は「心神喪失者等医療観察法及び審判手続き規則の解説」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②そのような精神障害を改善（病状の増悪の抑制を含む）のために、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」と規定<sup>11)</sup>し、①が疾病性、②が治療可能性、③が社会復帰（阻害）要因と呼ばれている。「同様の行為」は重大な他害行為＝対象行為をさす<sup>12)</sup>。医療観察法処遇はこの3要件を必要とする。

医療観察法における社会復帰（阻害）要因において考慮されるのは①対象者に注目したいいわゆる「危険性」、②社会復帰に際しての援助のニーズ、双方を含むことになる。上記「解説」（p.175）は、鑑定書が本法による医療との結論であっても、『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』には不処遇もありうるとしており、①②を区別している。②の例としては、触法行為を行うことで、地域社会に家族など支援者が見出せなくなった場合の社会資源の整備保障などがありうる。もっともこの①②は並列されているともいえず、審判やひいては地域住民の危惧する①が②を要請するという側面が否定できず、結局、社会復帰（阻害）要因の判断は総体的には「危険性」評価に関係して行われている。

ここで重要なのは、精神科医達は従来明瞭に意識していなかったように見えるが、本法が想定する「危険性」はただちに入院を必要とする内容や水準ではないことである。医療観察法処遇では当面の処遇が入院か通院かを問わず、「危険性」をふくむ社会復帰阻害要因ほか本法の処遇3要件が求められる。言い換えれば、この3要件を充たしている場合にまず定められるのは、本法によるか否かであり、精神保健福祉法との分岐がまず定められた後に、医療観察法内で入院か通院かが決定されている。これに対して、措置入院では入院措置を必要とするほどの自傷他害のおそれがあることが要件である。つまり、医療観察法における社会復帰（阻害）要因に含まれた「危険性」の評価は、原案修正時の政府説明にもかかわらず、措置

入院において求められる「自傷他害のおそれ」の評価と全く別の内容・水準を求められているのである。「危険性」の時間的な切迫度に関して言えば、かつて指摘されたように、司法精神医学的観点上は、直ちに入院が必要でないとしても、同様の行為の「具体的・現実的可能性」があるという長期予測に立っている<sup>13,16)</sup>といえよう。

#### 4 医療観察法と精神保健福祉法の関係：

##### 平成19年7月25日最高裁決定と制度的側面

###### 1) 平成19年7月25日最高裁決定

医療観察法と精神保健福祉法との関係について注目すべきものとされている平成19年7月25日最高裁決定は、イ)「医療の必要があり、対象行為を行った際の精神障害の改善に伴って同様の行為を行うことなく社会に復帰できるようにすることが必要な対象者について」、ロ)「措置入院等の医療で足りるとして」医療観察法上の不処遇とすることは許されないとしている。

ここでいうイ)は、最高裁「解説」が言うところの、疾病性、治療可能性、社会復帰（阻害）要因に他ならないから、3要件が存在するときには、医療観察法の処遇としなければならないということが強調されていることがわかる。

またロ)「措置入院等の医療で足りるとして」というのは、法115条は、医療観察法の指定通院中、医療観察法59条の申し立てがない場合には医療観察法の指定入院医療機関への再収容とはならないまま精神保健福祉法の入院治療も平行して行われうること（図1-④）を予定しており、翻っていえば、精神保健福祉法の処遇の適合性の判断にとどまって、医療観察法処遇の3要件の判断を審判で行わないとすることは許されないと示している。

###### 2) 制度的側面に含意される「比較」

総じてこの3要件について対象者の評価を行わないことは許されないとすることは法的・制度的にも妥当であろう。しかし、両法の間での処遇における「比較」はつねに不当とまで述べることは



きない。

というのは、制度的には、保護観察所の申し立てをうけて、審判は、医療観察法の入院による再収容を決定する場合がある。この場合は指定通院中であるから、すでに医療観察法の3要件は存在していることが明らかであるが、そのうえで医療観察法通院中精神保健福祉法の入院(図1-④)ではなくて再収容(図1-⑤)を判断する以上実質的には、医療観察法と精神保健福祉法との間で比較を行うのである。

したがって、審判においても、精神保健福祉法の入院よりも医療観察法の入院による再収容がより適当であると判断する基準が存在することを医療観察法は前提しているといえよう。

## 5 平成19年7月25日最高裁決定事例 (平成19年(医へ)第4号事件)における 社会復帰(障害)要因

### 1) 裁判官による「危険性」評価とその特徴

上記最高裁決定の事例について、社会復帰(障害)要因評価の判断がいかになされたか検討してみよう。事例については、最高裁判示、原審決定の主文と理由、原原審審判の主文と理由が公刊<sup>9)</sup>されており、もっぱらそれを参照した。

これは、孫をもつ比較的高齢とおもわれる女性による精神病状態での自宅への放火事例である。公刊された記録からは以前の触法行為歴や薬物乱用歴はうかがえない。夫や長男の死去や転居などの環境変化の上で、悪霊が取り付いたとか部屋がのろわれているなどの幻覚妄想が存在し、家族とともに死ぬしかないと考えて対象行為に至った。医療観察法鑑定書は、鑑定入院中の精神状態の改善と治療への抵抗のなさを指摘した。長崎地裁では精神保健福祉法による入院の必要性を認め、医療観察法による医療までは不要として、不処遇を決定した。検察官の抗告に続き、福岡高等裁判所は、医療観察法入院処遇を決定した。対象者の再抗告を最高裁は、抗告理由にあたらないうして却下し、傍論において「…上記必要を認めながら、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律による

措置入院等の医療で足りるとして医療観察法42条1項3号の同法による医療を行わない旨の決定をすることは許されないものと解するのが相当」であると判示した。

原原審と原審の間の最大の相違は社会復帰(障害)要因の取り扱いにある。すなわち、長崎地裁での鑑定人及び審判は社会復帰(障害)要因に言及していない。

最高裁の判示および原審決定が依拠しているのは、対象者の処遇決定につき、医療観察法での社会復帰(障害)要因の検討が明らかでない原原審と鑑定には問題があったという先に紹介した論理である。

こうして福岡地裁は社会復帰(障害)要因をいわば初めから、しかも裁判官のみで検討することになった。ここで裁判官が取った「危険性」の評価方法はどのようなものだったか? まず責任能力判断=疾病性判断は、対象行為と精神症状の関連を認めている。さて現在の精神状態はどうかというと、「病識の欠如」、鑑定入院中心理検査に協力しなかった・治療プランに同意しなかった「治療に積極的ではない」態度、審判での対象行為を「やむをえなかった」という陳述や薬物療法を拒否するような態度などが見られる。そこで「将来もストレス状況にさらされた場合、症状の再燃が予測される」ところから「放火等の同様の行為に及ぶ具体的・現実的な可能性がある」としたのである。

ここで、原審裁判官は以下のような方法で判断している。対象行為の時点で精神症状が犯行に結びついていた。現在の精神症状は改善しているが全く消失したわけではないし、かりに鑑定が言うように改善しているとしても「ストレス状況」から、将来の精神症状の再発はありうる。その場合精神症状から対象行為が引き起こされる。

要するに裁判官は、将来の再犯を、過去の時点での精神症状と対象行為の結びつきをもって、すなわち責任能力を問われた時点での精神症状から、将来の対象行為を予測するという方法を取ったのである。これは臨床症状を根拠とする、まさしく

司法精神医学がいうところの臨床的方法による「危険性」判断 (clinical judgement) に他ならない。そしてこれは、「危険性」判断を責任能力判断、より正確には医療観察法における疾病性評価に実質上還元する立論である。

まず、司法精神医学における「危険性」評価の歴史を振り返る必要がある。臨床家が臨床症状に定位して、長期的な「危険性」を予測する場合、傾向的に「危険性」は過大に見積られることは、Baxstrom 研究が衝撃的に明らかにし、続くいくつもの研究が確認<sup>4)</sup>したので、以来30年を通じて、臨床的方法への批判にたつて、現在、保険数理統計的方法あるいは保険数理統計の手法に導きを受ける構造的 방법이採用されるにいたっている。すなわち原審で行われた社会復帰(障害)要因の評価は、臨床的方法による過剰な「危険性」評価につながる方法であり、歴史的には逆行に他ならない。

さらにこれが裁判官という精神医学の素人による臨床的方法によっていることは、そもそも臨床的判断の資格に欠けるものによる不適当な判断であることも指摘されよう。

裁判官は、対象者は精神症状が見られる全ての時点で暴力的だとは言えないことを看過し、なぜ対象行為は一度しか起こっていないのか、といった点は考察せずに済まし、精神症状の再燃=対象行為の再発という論証抜きの前提を置いている(精神病の患者の責任無能力を示唆するや否や、鑑定人尋問で、もしそうならなぜこの患者は四六時中暴力的でないのかとか、めぼしい触法行為の歴がほかにないのは喪失ではないのではないかなどと質問された経験を想起する精神科医もいるのではないだろうか?)。Bonta<sup>1)</sup>はかつて精神科医たちが余りに臨床症状を重視して「危険性」予測を行っていることを警告したが、ここでは裁判官がその轍を素人ながら、あるいは、素人ゆえに踏んでいるのである。

## 2) 経験的データからみる「危険性」

この事例に即して現在の国際的な司法精神医学

的知見からすると、指標犯罪以前の反社会的行動歴がないこと、薬物乱用の歴がないこと、対象者が女性であること、高齢であることは、再犯のリスクが低いと目される大きな根拠になる。

わが国の二つの長期追跡研究(1980年、1994年)も参考にできよう。

心神喪失耗弱とされた触法行為(=指標犯罪)を犯した全ての精神障害者を追跡して、再犯時の責任能力のいかんを問わず全ての罪種の触法行為を再犯として計上した場合、1980年の触法精神障害者の再犯率<sup>5)</sup>は11年間で206例/946例(21.8%)、1994年のそれ<sup>7)</sup>は7年間で204例/1108例(18.4%)であった。そのうち指標犯罪が放火での再犯率は11年間に13例/139例(9.4%)、1980年)、7年間に7例/93例(7.53%、1997年)であり放火犯は他罪種と比べて再犯率は小さい。1980年の触法行為女性例での再犯率は、10例/141例(7.1%)であった。1994年では12例/128例(9.4%)であった。

1980年の触法行為例<sup>3)</sup>で再犯にいたった事例の1980年当時の平均年齢は33.8歳、(±8.5SD)であった。1980年のケースで再犯が凶悪犯(殺人、放火、強盗)だったものは29例あり、その中で女性例でかつ薬物関連の問題を含まない事例は2例で、指標犯罪時の年齢は28歳、32歳であった。

1994年の触法行為例<sup>14)</sup>で、再犯が対象行為相当のものだった67名中に女性は含まれなかった。

以上要するに、司法精神医学上の教科書的な知見からも、わが国の実態の調査からも、この事例が再犯を行わないグループ(これは触法患者の8割以上に及ぶ)に属するであろう見込みは再犯を行うであろうグループに属する見込みより極めて高い。

## 3) 精神科医による社会復帰(障害)要因評価の留意事項

上記の実例や現実を踏まえて、現在の医療観察法の鑑定や審判において、裁判官との関係を考慮しつつ、精神科医が社会復帰障害要因と「危険

性」評価においてとるべき態度としては次の点が指摘できよう。

第一に、精神科医は、医療観察法の枠内では、「危険性」評価を単純に回避すべきではない。そうした回避は、法律家による臨床的判断を招き寄せることにしかならず、過大な「危険性」評価につながりやすい。抗告審は合議体ではないことに留意すべきである。

第二に、精神科医は、司法精神医学の知見を参照しつつ、とくに臨床的判断が「危険性」を過大評価しやすいことを念頭に置きながら、裁判官とリスクに関するコミュニケーションを行わねばならない。特に、指標犯罪以前の反社会的行動歴、薬物関連歴、人格障害の有無、性別や指標犯罪時の年齢、等々の主だったリスク関連因子に関する当該事例の状況を踏まえてリスクを考察すべきである。とくに再発可能性を再犯可能性と等置する意見には無批判な賛同を行うべきではない。

第三に、精神科医は、「危険性」が低いと考えられるが社会復帰に関するニーズ上の理由（たとえば、住居の保障や外来診療に関する援助など）から医療観察法上の社会復帰（阻害）要因が存在すると考える場合には、「危険性」評価との区別を明示して決定を導かねばならない。

第四に、相当存在すると思われる、「危険性」が低いと考えられるが社会復帰に関するニーズ上の理由（たとえば、住居の保障や外来診療に関する援助など）から医療観察法上の社会復帰（阻害）要因が存在すると考えられた事例は、わが国の一般精神医療水準が特に諸外国に比べてコミュニケーションの点でなお不十分である事情を示す可能性が強い。法施行後5年の見直しに際して医療観察法附則第3条2における、対象者以外に対する一般精神医療の「急性期や重度の障害に対応した病床を整備すること」同条3「この法律による医療の必要性の有無にかかわらず、精神障害者の地域生活の支援のため」精神保健福祉全般の水準の向上を政府に図らせる必要を具体的に示すものとして、事例の集積検討が今後必要である。

## 6 初回審判における精神保健福祉法 入院必要事例での通院決定と不処遇決定

先述したとおり、医療観察法115条は、3要件が存在するとされて医療観察法通院処遇を決定した事例で、措置入院その他の精神保健福祉法の入院処遇を取って直ちに医療観察法における入院処遇への切り替えを必要としない場合（図1-④）を想定している。

並木らが報告する大阪地方裁判所の事例<sup>6)</sup>では実際に、たとえば、対象者が「本来、通院医療で足りる病状にあるが、家族の支援が得られず、今後の住居が定まらない状況」にある場合や、「通院加療で十分である…鑑定入院先を退院後、通院までの環境整備に時間が必要」な事例では、入院形態は多く精神保健福祉法での任意入院として、医療観察法の通院処遇が平行している措置が取られ、最高裁決定はこうした手法を否定するものではないとしている。

では初回審判時に対象者が必ずしも通院で足りる病状とはいえない場合、すなわち精神保健福祉法での入院医療を必要とする場合に、医療観察法での処遇が不処遇とされることはありうるのか、これを先の最高裁判所決定との関係で考えてみるとどうなるであろうか。

おなじく並木らによる大阪地裁の事例では、長期入院中に入院中の他患を殺害した統合失調症の事例につき、「改めて教育的な治療を行うことに有用性があるとは考えにくいこと」などを理由に不処遇とした事例が存在する。ここでは、司法精神医療に固有の治療への反応性が処遇に際して考慮されている。京都地裁の事例<sup>8)</sup>にも慢性期統合失調症で同様の理由から不処遇とし精神保健福祉法での入院となったものがある。これらは実務においては、最高裁解説にいう「症状の増悪の抑制」までをふくむ精神保健福祉法での治療可能性水準よりは、狭い治療反応性（可能性）を医療観察法処遇において要求したものと考えられる。



## 7 認知症事例での社会復帰（障害）

### 要因と治療反応性

90歳の認知症で被害妄想から殺人未遂の対象行為を起こした大阪地裁の事例<sup>14)</sup>では、鑑定では本人が強く拒否する抗精神病薬の投与などが認知症そのものではないが妄想等に対して可能な治療として指摘され、付添人による抗告はあったものの、副作用等の出現に留意する必要があるということもあって、医療観察法での入院が選択された。

その後、指定入院医療機関で治療可能性が否定されて退院許可が申し立てられ、医療保護入院での入院継続を見込んで医療観察法115条による通院決定が行われた。これは図1-③に該当する。

この事例では、治療可能性について、認知症であって（一般的に）治療可能性がないとする立場（から医療観察法不処遇を求める主張）と、周辺症状には（場合によっては）治療可能性があるとする立場が争ったと見え、論者の検討もそこに集中している。しかしながらこの両者とも、治療可能性を医療観察法であれ精神保健福祉法であれ、同様のものと考えている点は共通である。

しかし審判で判断すべき核心は、社会復帰（障害）要因とそれに結びついた司法精神医学的な治療可能性ではないであろうか。

この事例の場合には社会復帰（障害）要因の側面から言えば、「危険性」は実質的には極めて低いのではないかという疑問が生ずる。

認知症では多くの場合、精神科医は、長期的には認知症の進行は「危険性」そのものの低下と同時に、生活能力の低下を招きADLにかかわるケアの比率が高まるであろうから、社会復帰（障害）要因は極めて低く、司法精神医療固有の治療可能性（反応性）もなく、不処遇が相当であると述べるべきであろう。

特に地域ケアを見込めない認知症の段階にあるような事例でなお「通院処遇」とされ、社会復帰（障害）要因があるとされているようななら、通常の老人の福祉的処遇等の機会を不当に奪う結果にしかならないこともありうる。

しかし認知症の場合でも、先の最高裁判例で見たような裁判官の社会復帰（障害）要因の判断方法が適用されて、精神症状＝再犯可能性として対象行為の可能性を否定できない、ましてや認知症は持続するので本法処遇が必要、とされた危惧が払拭できない。

## 8 医療観察法の処遇終了と

### 社会復帰（障害）要因評価

3～5年の医療観察法通院期間の上限に至らぬ時点で、医療観察法の処遇を終了とされる事例（図1-⑥）では、社会復帰（障害）要因と治療可能性はどう考えられているのだろうか。

- 1) 医療観察法における治療可能性を、「症状の増悪の抑制を含む」という広義の基準と考える立場

疾患に罹患している限りこれが消失することは少ない。したがって医療観察法処遇の終了は、社会復帰（障害）要因の消失によるしかない。しかし、先にみたような、対象行為時点での責任能力判断と現在の罹患＝疾病性をもって、社会復帰（障害）要因の存在と等置する判断に立つならば、対象者の死亡等を除き、社会復帰（障害）要因は消失しようがないから、医療観察法通院期間の上限に至らない終了そのものがまず望めなくなる。

- 2) 医療観察法における治療可能性を、司法精神医療に固有の医療の必要性や反応性と考える場合

こうした治療可能性が欠如する場合には、必ずしも社会復帰（障害）要因に変化がなくとも、処遇は終了しうるであろう。この場合には処遇終了は必ずしも実際の退院を意味せず、精神保健福祉法のもとでの入院継続（図1-⑦）もありうる。その内容は、必ずしも「危険性」に対する対応ではなく、社会復帰の援助ニーズの準備でもありうる。



## 9 裁判員制度での責任能力・量刑判断と「危険性」評価

以上、裁判官（精神医学の素人）による社会復帰（阻害）要因の判断について問題点を指摘してきたが、施行を目前に控えた裁判員制度での、責任能力判断と量刑判断の関係についても類似の問題が指摘されよう。

裁判員は、裁判官以上に、先にみたような再犯の経験的データや知識に疎い。だから、裁判官が社会復帰（阻害）要因ないし「危険性」を疾病性判断にほとんど還元してしまうような判断方法を見せれば、裁判員は容易に同調するであろう。

そのうえ、裁判員制度では、短期日（数日）のうちに評議を集中し、検察官の求刑のすぐ後に、有罪無罪を評決しほとんど連続して量刑判断に移っていく。有罪決定と量刑判断は本来は独立しているのだが、裁判員には区別されにくい。裁判員が、責任能力に問題があるものはすなわち「危険性」のあるものと前提してしまうと、確実な拘禁をもたらさない責任能力減免判断は避けようとする圧力や、減免を行うとしても長い刑期を課しうる心神耗弱を選ぼうとする圧力が働きうる。

現実には筆者が参加した模擬裁判での評議を見ていたところした危惧は払拭できないように印象される。発表時現在、論者の知る 30 件以上の全国で行われた模擬裁判の結果は心神喪失と、実刑になった心神耗弱に大きく分かれ、耗弱かつ執行猶予が見当たらなかったが、上記圧力が作用していないであろうか？

医療観察法において精神科医が社会復帰（阻害）要因につき法曹と実際的な議論ができるのかどうかは裁判員制度の将来にも影響しうるであろう。

## 10 ま と め

医療観察法における、社会復帰（阻害）要因と治療可能性の判断について、法・制度的側面を踏まえながら、最高裁決定を検討し、実際の事例に考察を加えた。

医療観察法の審判以前にも精神保健福祉法によ

る急性期医療の提供が必要な事例がありうる。それらが一般医療でも可能になれば、司法精神医療の固有の内容が見えてこよう。

最高裁決定の核心は、申し立てがあった場合、対象者に関する医療観察法の 3 要件を考察することを必須とする点にある。だからといって、精神保健福祉法上のありうべき処遇を考慮し実質上の比較を行うことは禁ぜられているわけではなく、むしろ医療観察法の制度上も予定されていることである。

医療観察法における社会復帰（阻害）要因は、「危険性」評価と社会復帰のニーズ評価の両者を含み、かつ措置要件とは入院を前提としない点で全く異なったものである。精神科医が関与せずに、裁判官が司法精神医学に言う臨床的方法による「危険性」予測を行うことで、責任能力判断が「危険性」判断と同一視されて過剰な「危険性」評価を生んでいる。精神科医は社会復帰（阻害）要因評価において、法曹と現実に基づいたリスクコミュニケーションを行わなければならない。

また統合失調症や認知症の事例において、医療観察法における治療可能性は、一般精神医療と同様のものと考えられていない実務を紹介しその意義を考察した。

今後とも精神科医は、医療観察法における社会復帰（阻害）要因と治療可能性の内実と、一般精神医療でのそれらとの異同を検討し、医療観察法附則第 3 条における一般精神医療の充実の課題に取り組むべきであろう。

## 文 献

1) Bonta, J., Law, M., Hanson, R.K.: The Prediction of criminal and violent recidivism among mentally disordered offenders, a meta-analysis. *Psychol Bull*, 123; 123-142, 1998

2) 古田佑紀参考人：第 154 国会国会議事録，平成 14 年 7 月 5 日

[http://kokkai.ndl.go.jp/cgi-bin/KENSAKU/swk\\_dispdoc.cgi?SESSION=29275&SAVED\\_RID=3&PAGE=0&POS=0&TOTAL=0&SRV\\_ID=8&DOC\\_ID=9722&DPAGE=1&DTOTAL=89&DPOS=](http://kokkai.ndl.go.jp/cgi-bin/KENSAKU/swk_dispdoc.cgi?SESSION=29275&SAVED_RID=3&PAGE=0&POS=0&TOTAL=0&SRV_ID=8&DOC_ID=9722&DPAGE=1&DTOTAL=89&DPOS=)

8&SORT\_DIR=1&SORT\_TYPE=0&MODE=1&DMY=444)

3) 井上俊宏：触法精神障害者の再犯についての多角的研究—触法精神障害者 946 例の 11 年間に亘る追跡調査研究結果の分析。犯罪学雑誌, 62 (6) ; 161-184, 1996

4) Melton, G.B., Petrila, J., Poythress, N.G., et al. : Psychological Evaluations for the Courts, 2nd ed. Guilford Press, New York ; p. 277-293, 1997

5) 三好幹夫 (東京地方裁判所判事) : 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 ; 25-35, 2008

6) 並木正男 (大阪地方裁判所), 西田真基 (大阪地方裁判所) : 大阪地方裁判所における「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」という。) 施行後の事件処理状況。判例タイムズ, 1261 号 ; 36-63, 2008

7) 小島秀吾 : 平成 6 年に刑事手続きにおいて心神喪失者または心神耗弱者と認められた者のその後の再犯状況について。厚生労働科学研究研究費補助金こころの健康科学研究事業「触法行為を行った精神障害者の精神医学的評価, 治療, 社会復帰に関する研究」平成 15 年度総括・分担研究報告書 (主任研究者 松下正明)。p. 69-78, 2004

8) 大下 顕 : 殺人事件で医療観察法の鑑定がなされた統合失調症の 3 例の検討。精神経誌, 110 ; 38-42, 2008

9) 最高裁判所刑事裁判判例集 61 巻 5 号。p. 563-575, 2007

10) 最高裁判所事務総局 : 心神喪失者等医療観察法及び審判手続き規則の解説。p. 141, 167, 2005

11) 最高裁判所事務総局 : 心神喪失者等医療観察法及び審判手続き規則の解説。p. 169-170, 2005

12) 最高裁判所事務総局 : 心神喪失者等医療観察法及び審判手続き規則の解説。p. 173, 2005

13) 精神医療と法に関する委員会 : 再犯予測について。精神経誌, 104 : 978-1000, 2002

14) 渡辺 弘 : 1994 年触法精神障害者 1108 例の 7 年間追跡調査～決定木分析を用いた再犯のリスク分析と重大犯罪再犯者 67 例についての多角的な犯罪学的分析。犯罪学雑誌, 71 (5) ; 133-163, 2005

15) 山上 皓, 小西聖子, 吉川和男ほか : 触法精神障害者 946 例の 11 年間追跡調査 (第一報) —再犯事件 487 件の概要—。犯罪学雑誌, 61 (5) ; 201-206, 1995

16) 吉岡隆一 : 再犯予測問題とその状況。精神経誌, 105 ; 1403-1407, 2003