

第105回日本精神神経学会総会

シンポジウム

医療観察法見直しの意義と役割

伊賀 興 一（弁護士，日弁連刑事法制委員会医療観察法対策部会事務局長）

はじめに

今回，精神神経学会のシンポジウムにおいて発言する機会をいただいた。もとより，私は弁護士であり，精神医学についてはまったくの門外漢であるが，いわゆる「精神障害と犯罪」の問題については，精神医療と司法の分野がかねてから，さまざまな議論がなされてきたし，この課題には刑事法制の関係から弁護士会でも関心は高い。

「医療観察法」が成立し執行されて4年，双方の分野で，実務を踏まえて意見交換する意義は大変深いものがあるだろう。1974（昭和49）年5月，法制審議会が保安処分新設を含む「改正刑法草案」を答申して以来，日弁連は保安処分の新設に反対してきた。日弁連は，精神障害と犯罪の問題に対しては，「事件を起こした精神障害者とそうでない患者の間に治療上の差はない。適切な医療が必要な時点で提供されなかったが故に，結果として不幸な事件が生じているというべきであり，その対策は，精神医療の改善をこそ先行すべきである」との基本的立場を堅持している。いわゆる「医療なき収容」制度の新設に反対してきたのである。この基本的立場は医療観察法が施行された今も，変更されていない。

今回のシンポジウムのテーマは「医療観察法の現状と今後」であった。私は，現在日弁連刑事法制委員会医療観察法対策部会事務局長を務めている立場でもあり，医療観察法施行5年目の見直しについての日弁連内での議論を紹介しつつ，お互いの分野での議論の深化に役立てばと考え，参加させていただいた。率直に私個人の意見を申し上げるならば，医療観察法にはさまざまな法律的欠陥があり，そこでの医療福祉内容に改善点もある。その故に廃止すべきとの意見も存在するが，それでは短絡的過ぎるのではないか。

医療観察法の原審審判の状況や指定医療機関における医療と福祉の実施状況を踏まえると，この国の一般精神科医療がまだ3分の1医療から脱却せず，個別にはいろいろ改善努力がなされているのだろうが，全体としての改善が遅々として進んでいない。その中で医療観察法の実践は，対象者の治療反応性を前提に，一般精神医療においてなされるべき高度の先進的精神医療が意欲的に取り組まれていること，入院当初から計画的で，多職種医療チームが早期の社会復帰に取り組むようになってきていることは極めて重要な取り組みといえるのではないか。少なくとも，「手厚い医療」を提供する制度として，審判において，「手厚い医療の要否」は議論になっても，「刑罰に代わる収容」を是とする「医療なき収容制度」という扱いを阻止してきているとっていいのではないか。

「再犯のおそれ」を理由に強制処遇を加える保安処分は，諸外国の実例が示しているように「医療なき収容」制度になることは避けられない本質的欠陥を持っていた。

医療観察法における取組である多職種チームによる計画的医療と支援体制は，一般精神科医療においても高度の先進的医療として本来実施されるべき医療と福祉である。その意味では，医療観察法の見直しを機に，医療観察法における改善点を見直し，同時に，一般精神医療の抜本的改善に踏

み出すべきなのである。あれこれの強制収用制度論争より、医療を必要とする対象者に対し、本人の意思を前提に、実質的な医療と福祉の必要でかつ適切な提供をどのように保障するか、という視点で、一般精神科医療、医療観察法、矯正医療を総合的に改善することこそ、保安処分化を阻止する上でも、重要だと考える。これは保安処分制度のない国だからこそできる試みでもある。

以下は、私がこのシンポジウムで発言したことを中心に、会場では時間の関係で省略した点も加えて、書面化したものである。意見にわたる部分は私個人の意見であることを付け加えておきたい。

1. 医療観察法の成立過程と法律の性格

(1) 2005年7月 政府原案の処遇要件修正のうへ成立

医療観察法は、政府原案に対する厳しい批判論議を踏まえて、与党議員によって処遇要件に重大な修正がなされた上で成立したもので、制定過程の議論を抜きに医療観察法の性格を語ることはできない。最高裁事務総局が刊行した「医療観察法、規則解説書」においても、処遇要件の解釈と適用をめぐって原案と修正案を並べて、その違いに言及する、という、きわめて顕著な特徴を持っている。

政府原案は、その処遇要件において「再び対象行為を行うおそれ」（いわゆる再犯のおそれ）を規定していた。裁判所においてこの要件を認定し、医療観察法による処遇を決定するというものであった。将来の危険を科学的に判定できるか、将来の危険が認められるとしてどこまで個人の権利や自由を制限できるのか、など反対議論が巻き起こったのは当然であった。

これに対し、与党議員修正案は、再犯のおそれを処遇要件から削除し、新たに「この法律による医療の必要」を規定するというものであった。修正案提出を機に一瀉千里に採決、成立という運びとなったことは記憶に新しい。その他の審判などを含む法構造については、基本的に政府原案が維持されたことから、各分野において多くの議論を

呼んだのである。

論者の中には、修正された処遇要件に関する規定（42条関係）において「対象行為を行な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なうことなく、社会に復帰することを促進する」との文言の理解として、そのうちの「これに伴って同様の行為を行なうことなく」との文言は「再犯のおそれ」を包含したものであり、その認定を裁判所がすることとなり、「修正は反対派に対するリップサービスで、表現を変えたに過ぎないもの」との見解もあった。

修正された処遇要件をどのように理解し、適用するかは医療観察法の性格を考え対応する上で決定的ともいいうる。

政府原案の趣旨は変更されていないと解釈する立場からいえば、「再犯のおそれ」を裁判所が認定して、処遇決定を行うこととなろう。法務省江見論文はこうした見解を展開したし、実際の審判においても、さいたま地裁など一部にそのような解釈運用がなされる例が見られることは否定できない。

しかしながら、修正された処遇要件42条は、対象者に対して「対象行為を行なった際の精神障害を改善する」ことを目的として、「この法律による医療の要否」を裁判所が判断することを求めていると解するほかないのである。しかもそれが「早期の社会復帰」を目指していることはいうまでもない。同条項中、「これに伴って同様の行為を行うことなく」の部分は、処遇の結果から期待される状態を記載したものと理解するのが文理解釈上当然であり、法解釈として無理がない。処遇要件を修正した趣旨からも当然に導かれる理解でもある。

その意味では、実は、政府原案の処遇要件の修正は、対象者に対する処遇強制の正当性の根拠を180度変更修正したものと理解されることに帰着するし、その趣旨での運用が求められる、そして付添人等はこうした解釈運用を求めることが可能となったと理解するほかないのである。

われわれ日弁連の部会では、修正後の要件であ

っても、「再犯のおそれ」を要件として読み込まれる危険があることを指摘し、処遇要件の規定は、いまだあいまいさを残す、などの理由で修正案にも成立前には反対の態度を表明した。

こうした制定過程であったが、医療観察法は成立し、施行に至った。この段階で日弁連としては、法案に反対したとはいえ、対象者がこの法律によって処遇を受けることになるのだから、弁護士としては対象者を放置することはできない。関与しないわけにいかないから、前記修正議論を踏まえて、対象行為の存否、対象者の疾病性と現症状、治療反応性の有無、対象者の生活場面での一般精神科医療の可否、社会復帰要因としての家族などの状況などをしっかりと踏まえ、一般精神科医療との連携、活用も視野に入れた複眼的な審判を獲得するよう、付添人としてがっぷり四つの活動を行なうことを決定した。

やはり処遇要件の修正が大きな力となったというべきであろう。

(2) 施行4年の実績と当初審判の分布状況

法務省の統計資料によれば、施行から4年近くたった2009年4月末現在で、1415件の申立がなされている。問題は4年間に提出された審判例における処遇方向の分布であろう。法務省資料によれば、全国的審判分布状況は、入院決定825件(62.57%)、通院決定252件(18.50%)、不処遇決定239件(17.55%)、却下決定46件(0.03%)である。

地域間格差は小さくないが、全体状況としてこの分布をどう見るか。大局的に見るならば、検察官申立に対し、全国各地の付添人、社会復帰調整官、医療福祉関係者などの地道な努力が、原審審判において基本的に反映する状況が各地で生まれていることを示しているのではないかと。「対象者が統合失調症に罹患して治療反応性はあるが、指定入院医療機関が遠方であり、一般精神科医療における入院で対応可能」として不処遇とされた事例、「家族が医療保護入院を受けさせる環境を整えている」として不処遇とされた事例、「本人

に病識がある程度芽生え、家族の今後の治療継続への協力が期待される」として一般精神科医療における任意入院を活用して、通院処遇とされた事例など、対象者などの実情を踏まえた審判が多数出ていることは周知の事実である。

この問題を検討する場合、2007年7月25日の最高裁決定に触れざるを得ないだろう。この最高裁決定は、医療観察法の要件を満たすとして検察官が申し立てた限り必ず医療観察法に基づく処遇を言い渡さなければならない、ということ述べたものでは決してない。そのように解釈すると「いかにも杓子定規」で患者のニーズに合わない「収容のみ」の制度に墮することとなり、それは医療観察法自らの破綻を招くものである。

この最高裁決定は結局、「医療観察法による医療の必要が認められれば、精神保健福祉法による医療の可否を考慮することは許されない」と理解するほかなく、「この法律による医療」の要否をめぐる事実認定においては裁判所の自由心証はいささかも制約されない、という至極当然のことを傍論で述べたに過ぎない。

原審裁判所は、一般的な意味での医療の必要性の判断を行なった後に、「この法律による医療の必要」判断をするわけだから、この最高裁決定によって、対象者の状況を踏まえて必要かつ適切な医療の提供の方策を選択する裁量権が制限されたと考える必要は全くない。

法施行後第1号審判で通院決定が出たのを皮切りに、全国の審判例の多くは、前記最高裁決定が出されたのちにおいても、対象者等の状況が考慮され、一般医療の活用・連携も視野に入れて、当初審判において、入院のみならず通院、不処遇を含めた処遇方向が裁量権を発揮して選択されている、と評価することができる。

審判の分布傾向は、地域差がまだまだ見られるものの、制定当初、刑罰に代わる「将来の危険対策」処遇として「法文上無期限の入院処遇」が原則との予測すらされていたことからすると、施行後の実績は医療観察法を評価するうえで、貴重な到達点である。

医療観察法の実施に対し、各関係者ががっぷり四つで取り組んだ結果、「再犯のおそれ」による将来の危険を問題視して医療機関に対し、「将来の危険の除去」を課題とさせる強制収容するという、いわゆる保安処分的解釈運用を基本的に阻止してきているといえるのではないだろうか。

(3) 指定入・通院医療機関における「手厚い医療」の提供

医療観察法は、法文上入院期間の定めがなく、無期限に収容できる構造をとっている。これも法構造として問題であることはいままでもない。厚生労働省は、法制定後、指定医療機関においては「手厚い医療」を実施するとし、十分な予算措置を講じて平均して18ヶ月を入院のめどとする、という方針を打ち出した。

日弁連ではこの間、指定入院医療機関の現地調査をいくつかの病院で行なった。

いずれの指定入院医療機関においても、患者数に対し十分な予算を活用した対象者ごとの多職種共同チームが作られていた。入院当初から退院と社会復帰を視野に入れた計画性を持ったチーム医療と支援を行なう、という意欲的説明がなされていた。

われわれ日弁連の調査団は各医療機関において、そうした指定入院医療機関の取り組みは指定入院医療機関でしか行なえない特別な医療なのか、一般精神科医療でも実施すべき医療なのか、を質問したところ、医療観察法の医療は高度専門医療であり、その実践は多くの場合、一般精神科医療でも応用可能である、という回答であった。月額約180万円の国費が投入されてこそ実施できているので、スタッフの給料が高いわけではない、という補足もあった。

一方、指定通院医療機関は、同様にチーム医療と支援を行ない、社会復帰促進を任務とする意欲は見られたものの、その作業に対する国費の投入は入院に比べてきわめて貧弱であるということであった。

こうした調査結果によれば、二つの問題点が浮

かび上がっている。その一つは、医療観察法のもとにおいても、通院医療と社会復帰支援が決定的に軽視されているということである。いま一つは、一般精神科医療において本来応用可能な医療が医療観察法の下で実施されているということである。そうだとすると、相当程度の予算を適正なところに投入し、必要な医療をより適切な医療として提供する方策こそ、必要で不可避的だということではないか。一般精神科医療と医療観察法の改善方向を示している実例である。

指定入院医療機関の医療福祉のスタッフからは、先進的医療の実践をしているとはいえ、「事件と直面させ、内省を図る」などは医療にはいるのか、など問題はさまざまあるように思われた。

医療福祉内部での改善課題はその分野での議論が起こることを待ちたいが、原審決定で入院処遇となった対象者について、4年間での平均値でも2割に近い対象者について、原審認定の疾病や治療反応性についての誤りがあった、との指摘である。誤判からの救済手段の不存在という点から、法構造上も黙過できない問題である。

医療観察法において実施されている医療が、以上のような先進的で「手厚い医療」を前提に、この法律が成り立つ関係にある。厚生労働省のホームページによれば、2009年3月1日現在、指定入院医療機関441床、指定通院医療機関330か所が指定されている。指定入・通院医療機関に投入する国費は、2005年8月2日厚労省告示「基本診療料及び医療観察精神科専門療法の施設基準」によって定められているが、一般精神科に比べて破格の手厚い人員配置基準となっており、それが「手厚い医療」の土台であろう。

ところで、この「手厚い医療」の提供をおろそかにするというほかない動きが最近になって生じている。いわゆる特定医療機関への委託問題である。指定入院医療機関の整備不足によって生じているかのように言われている。特定入院医療機関には指定入院医療機関と同レベルの人員配置がなされていないにもかかわらず省令改正によってその水準すら放棄されようとしているのである。

たしかに、入院決定を受け、入院をいまだ要するとされる対象者の数が現実にその病床より多くなっているという現象が生じている。しかしそれは、指定入院医療機関の全国分布状況の偏り、治療反応性のない対象者に対する入院決定の問題、社会復帰の社会的阻害要因の除去などを含めて根本的な再検討が求められるのであって、安易に、「手厚い医療」提供責務を放棄する動きになるのであれば、これは医療観察法の破綻というほかないであろう。

法執行者自らが医療観察法の正当性を放棄するものとして、日弁連も医療観察法の廃止を求める方向に動かざるを得ないであろう。

(4) 医療観察法見直しの意義と役割

はじめに論じたように、医療観察法の4年間の実績は、まだまださまざまな改善を要する問題点を持ちながらも、医療と社会復帰の法律として実施されている。その方向を強め確定させることが見直し議論の位置づけであり、役割だと考える。

私は日弁連調査団の一員としてイギリス、ドイツ、イタリアなどヨーロッパの保安処分の実情と精神医療調査に赴いた経験がある。いずれの国の保安処分も、刑罰に代わる収容に重点が置かれていた。多くの場合精神科医が所長を務めている保安処分施設で、「将来の危険の除去」という保安処分性が主たる障壁となって、医療が成り立たない、との悲痛な言葉を直接伺った。

医療観察法の見直しは、医療と福祉の法として純化するとともに、医療観察法と一般精神科医療の連携をより強めることがもっとも实际的である。それは同時に、容易ではない課題であるが、一般精神科医療の改善をも導く役割を果たさねばならない。そして、医療観察法に保安処分的役割を持たせようとする動きを食い止める結果をもたらす唯一の道であろう。

2. 一般精神医療改善を視野に入れた 医療観察法見直しの主要な論点

(1) 精神保健福祉法の抜本的改善の方向

医療観察法のもとで、医療提供の当初から円滑な社会復帰を目標に計画性を持ち、多職種の関係者が協力し、協働して患者の社会復帰実現に向けて努力している。このことの先進性は明らかであり、優位性、有効性が示されているのではないかと。一般精神科医療においても基本となるべき医療実践である。

そして円滑な社会復帰を促進するためには、社会復帰を支える諸施設のみではなく、社会復帰調整官のような職種を含めた人的体制の整備が不可欠であることが明らかとなっている。さらに一般精神科医療との連携を位置付けずに隔絶したままで、医療観察法においては病床不足という深刻な事態を招来させていることは黙過できない。

一方で、一般精神科医療はいまだ10万人を超える社会的入院患者を抱える入院中心主義を脱し得ていない。これを抜本的に改善する方策の必要性はかねてから、深刻に指摘され続けてきた。しかしながら、その改善はいまだ遅々として進んでいない。

こうした経験を生かし、今日の日本の一般精神科医療の抜本的改善を同時に進めることが、現実的な医療観察法の見直しに含まれるべきである。このことは、同時に保安処分化を阻止する道であろう。

①急性期医療と社会復帰を重点に

指定入院医療機関における実践と努力が示しているように、あくまで一般精神科医療においても、その医療と目標は、急性期医療と社会復帰に対応することに限局するよう政策的に誘導すべきである。その方向に大胆に予算をつけ、その努力が報われるよう、保険点数を大幅に改定する。

②退院促進調整官の新設

厚生労働省に、退院促進調整官（仮称）を新設配置し、措置入院患者、医療保護入院患者の社会復帰を促進するための支援を行う。

③措置入院患者に国費付添人

一般精神科医療の中であって、措置入院の患者にはその入院期間中、必要に応じて国費で弁護士の付添人をつける。

④国家による退院促進事業の立ち上げ

国は、10万人に上る社会的入院患者の退院促進事業を立ち上げ、相当の予算と人員を投入して、その社会復帰を責任を持って進める。

こうした改善策は、精神障害に対する誤解や偏見を解消する上で避けては通れない改善策であり、同時に、精神科医療が国民から信頼を得る道でもある。

(2) 医療観察法の改善課題

医療観察法は、いくつもの点で不合理、不明確な構造や規定がある。そのことが原因となって、医療観察法の性格や位置付けをあいまいにし、対象者を不安定な状態に置く根拠ともなっている。

思い切って構造と規定を整備し、一般精神科医療との連携を明記する。医療観察法の位置付けをはっきりさせることにより、審判例における地域間格差の解消を実現すべきである。そして提供すべき医療と福祉の水準をあげ、この国の精神科医療の改善方向を示すべきである。

①医療観察法の処遇要件

医療観察法は、一般精神科医療の補充的位置付けを明確にすることを規定上より明確化し、限定する必要がある。「同様の行為を行なうことなく」などは無限定に広がる可能性があることから、処遇要件ではないことをはっきりさせるため削除する。

処遇要件においては、症状を中心に、対象者が急性期を脱しきれず、いまだ病識を有し得ていない状態あることを処遇要件とすべきである。

こうしたことを通じて、一般精神科医療の補充医療であることが明確にされるであろう。

②刑事裁判を受けた対象者と医療観察法

検察官が刑事裁判を選択して起訴したが刑法39条無罪もしくは執行猶予になった場合には、現行規定では改めて医療観察法の申し立てがなさ

れうる。いまだ急性期にあることを要件とすれば、一定期間刑事裁判手続きを受けてきた対象者に対し、対象から排除される。刑事裁判を終えてもなお医療観察法の手続きを続けることは少なくとも二重の負担となり、適切ではない。この場合は一般精神科医療を活用していくべきである。また、手続き的不利益から見て、対象行為が軽微な場合は対象から除くべきである。そのためにも一般精神科医療の抜本的改善が急務となる。

軽微な傷害なども、刑事責任とのバランス上検討を要する。

③付添人の関与

現在は当初審判のみが必要とされ、対象者の処遇にとって重要な影響を持つ退院請求や再入院請求審判などに付添人が付されないのは、いかにも不合理で適切ではない。少なくとも退院審判、再入院審判には必要に付添人を付すべきである。

④鑑定入院中の医療と処遇の規定化

医療観察法の審判は、2、3か月の鑑定入院を経て行われるのが通例である。しかしながら、鑑定入院中の医療と処遇、不服申立権に関する規定が欠落している。早期適切医療の提供が重要であるという点からいっても、鑑定入院において、対象者等の同意を前提に、急性期医療と社会復帰を目指す医療を行なうことを明記しなければならない。

⑤社会復帰調整官の基本権限の明記

社会復帰調整官が、当初審判段階から社会復帰条件調査にとどまらず、その条件整備の業務を行なう基本権限と責務を明記する。

⑥医療と社会復帰の法として、特に通院医療機関と社会復帰施策の充実を

指定入院医療機関の整備が十分ではなく、特に地域精神医療との連携に重大な支障が生じて、長期入院になる要因となっている。また、通院医療機関の整備は致命的な遅れを呈している。物的設備の充実はもちろん、関係する専門家の育成なども含めて、医療と社会復帰の条件整備を進めなければならない。

⑦裁判所関与の構造の再検討

医療観察法は重大な他害行為の存在を要件の一つとしたことから、対象行為の存否と処遇決定という二つの判断を行うために裁判所が関与する構造をとっている。少なくとも、退院審判、入院継続審判、処遇終了審判については、医療判断によってなされるのが相当であることから、判断対象と能力からみて裁判所が関与する構造が妥当か、思い切って検討する必要がある。たとえば、退院審判など精神医療審査会の権限に移すなども考慮されるべきである。

⑧原審判断が治療反応性について誤った場合の救済措置

指定入院医療機関に入院した対象者について改めて診断した場合、当初審判の判断が疾病性や治療反応性において誤っていることが、実は施行直後には40%程度、現在でも平均して20%近く認

められるという。こうした医療専門的判断が原審において誤っていることが判明した場合、審判の確定力からすれば、再審以外に救済の道はない。実際には、原審を前提として、指定入院医療機関が退院請求を行って対処しているようである。審判の基礎となる医療的見立てが誤っていた場合、審判の確定力に柔軟性を持たせ、指定入院医療機関に原審裁判所に対し、一定期間内に限って、再度の考案の申し立てができることとし、この場合原審裁判所は原決定を取り消し新たな決定を行うことができるなどの方策を取り入れるべきである。

⑨再審規定と補償規定

その他、再審規定がなく、いくつもの場面で補償規定が必要と思われる。医療観察法による処遇を利益処分との一面のみではなく不利益処分の面を考慮せざるを得ない。再審規定、補償規定の整備が必要である。