

第 107 回日本精神神経学会学術総会

教 育 講 演

精神科救急と司法精神医学

武井 満 (群馬県立精神医療センター)

精神保健福祉法について、精神科救急問題を切り口として司法精神医学の視点から検証を行った。その結果、精神保健福祉法の 23 条、24 条、25 条、26 条においては、対象者が精神障害者とされると、最終的にはすべて一般精神科病院へ集まる仕組みになっており、35 万床の起源がこの仕組み（精神保健福祉法通報制度と称す）にあることを示した。また精神保健福祉法 5 条の精神障害者の定義、同じく 24 条の他害の事実に対する有責性の扱い、警察官職務執行法による保護と精神保健福祉法 24 条の関係、警察官受診援助などに検討すべき課題が多いことを指摘した。これらの課題の解決には、群馬県が実施しているように精神保健福祉法 29 条の 2 の 2 の措置入院のための移送制度を、精神科救急情報センターを精神保健福祉センター内に整備して実行することが、もっとも有効であると考えられた。

〈索引用語：精神保健福祉法，精神科救急，司法精神医学，強制権〉

1. はじめに

身体科医療と精神科医療の根本的な相違を 1 つ挙げるとすれば、身体科の医療は任意の契約により治療が行われるが、精神科医療には強制権が働くことが挙げられる。強制権の発動は公権力の行使に当たることから、たとえ善意の医療行為であっても、強制権を発動する以上は「法」を遵守することが求められる。精神保健福祉法の存在理由はまさにこの点にあり、措置入院などの入院形態もそのために定められている。しかし強制処遇の問題は入院形態だけに止まるものではなく、そこに至るまでの「法的手続き」が重要となる。強制権が働く精神科救急の現状をこのような観点から検証すると、そこには多くの課題が存在していることが理解される。

医療者として必要とされる医療を提供することに異を唱えるものではないが、一方でたとえ医療といえども、基本的には医療は医療の立場と責任範囲内で行われるべきである。精神科救急の現場に混乱があるとすれば、精神科救急医療という強制処遇が、良くいえば医学モデルで、悪くいえば法的手続きが無視されて行われているからであり、本来は医学モデルと法律モデルの 2 つの視点、すなわち司法精神医学の視点からの検討が求められる。

また精神保健福祉法では、24 条の警察官通報、25 条の検察官通報、26 条の矯正施設長の通報などにより、精神障害者とされると最終的にはすべて一般精神科病院に集まる仕組みになっている⁷⁾。わが国の精神病床数 35 万床の起源は、まさにこ

第 107 回日本精神神経学会学術総会 = 会期：2011 年 10 月 26～27 日，会場：ホテルグランパシフィック LE DAIBA，ホテル日航東京

総会基本テーマ：山の向こうに山有り，山また山 精神科における一層の専門性の追求

教育講演 精神科救急と司法精神医学 座長：村上 優 (独立行政法人国立病院機構琉球病院)

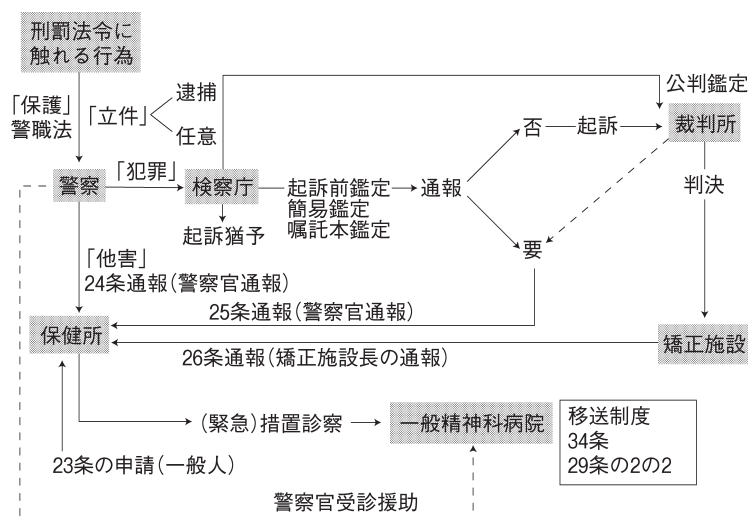


図 精神保健福祉法通報制度の仕組みとその問題点

の仕組みの中から生まれてきたものであり、そのゆえに、精神障害者の数は300万人を超えてなお増加中であり、自殺者の数も減少の傾向が見えない現状にある。このことは精神科救急だけに問題があるのではなく、精神保健福祉法自体に致命的な欠陥が存在していることを示している。そこで本論では、人間としての尊厳と精神障害者の人権とを守るべき立場にある精神保健福祉法について、精神科救急を切り口として、司法精神医学の視点から検証を試みるものである。

2. 精神科救急の法的背景と精神保健福祉法通報制度の仕組み

1) 警察官職務執行法について

何らかの刑罰法令に触れる行為（一般には違法行為や迷惑行為などと呼ばれるが、本来は「刑罰法令に触れる行為」と呼ばれるのが正しい）があって警察官が呼ばれた場合、警察官が取れる対応は基本的には次の2通りとなる。1つは犯罪が行われたものと思料して、立件して検察庁に送致することであり、もう1つは警察官職務執行法（以下、警職法と略）に基づいて保護することである（図）。

事件として立件し検察庁に送致するには、犯罪

が行われたという確かな見込みと調書などの証拠を揃える必要がある。しかし立件して検察庁に送致しても、必ずしも起訴されるとは限らない。わが国では、起訴できるのは検察官だけであり、かつ検察官は裁判で確実に有罪にできる被疑者のみを起訴することを原則としている。

したがって「刑罰法令に触れる行為」を行った者であっても、検察庁に送致されるとは限らず、むしろその多くは警職法に基づいて保護されることになる。警職法3条には、警察官による保護として「警察官は精神錯乱又は泥酔のため、自己又は他人の生命、身体又は財産に危害を及ぼす虞のある者でかつ応急の救護を要すると信じるに足りる相当な理由のある者を発見したときは、とりあえず警察署、病院、精神病患者収容施設、救護施設等の適当な場所に保護しなければならない」とされている。しかし同じ3条では、警察官による保護は24時間を超えてはならないとされており、事実上は24時間さえも保護できないと言われている⁴⁾。すなわち警察は受け皿機関ではないことから、保護した者の身柄を何らかの形で処遇しなければならない。

2) 警察官職務執行法と精神保健福祉法 24 条の警察官通報との関係

警職法は昭和 23 年に制定された法律であるが、警察官が保護した者を精神科病院へ連れてくる法的根拠の 1 つはこの警職法にある。次に精神保健福祉法の 24 条では、「警察官は、職務を執行するに当たり、異常な挙動その他周囲の事情から判断して、精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがあると認められる者を発見したときは、直ちに、その旨を、もよりの保健所所長を経て都道府県知事に通報しなければならない」とされており、通報がなされると、それを受けて都道府県知事の命令により措置診察が行われることになる。これが 24 条の警察官通報（24 条通報ともいう）であり、保護された者に対し措置診察という強制処遇を行い得るもう 1 つの法的根拠である。精神科 3 次救急とは、実はこの 24 条通報を指している⁵⁾。

警職法と 24 条通報との関係は、警職法は精神障害の状態で自傷他害のおそれがある者を発見したときの保護に関する条文であり、精神保健福祉法 24 条は、精神障害で自傷他害のおそれがある者を発見したときの通報に関する条文である。したがって、警察官は自傷他害のおそれがある者を保護したときは、24 条通報しなければならないことになる。措置診察という強制処遇は、このような手続きを経てはじめて成立する。したがって、自傷他害のおそれのある者を、24 条通報せずに病院へ連れてきてしまう警察官受診援助は法的には成立せず、警察官受診援助は自傷他害のおそれのない場合に限られる。このようなことを強調するのは、24 条通報が出されることで警察の責任と行政の責任が明確になるからであり、受診援助では単に家族の責任になってしまうことによる。

24 条通報するかどうかは、あくまでも警察の責任であり、通報を受けて措置診察を実施するかどうかは行政の責任である。医療はその決定を受けて措置診察を行うのであり、言うまでもなく勝手に措置診察をすることはできない。さらに言えば、精神保健福祉法 27 条では、「調査の上必要と

認めるとき」に措置診察は行われることが示されており、通報があったからといって無原則に行うものではない⁶⁾。

このようにして、はじめて警察と行政と医療の役割分担と責任範囲が明確になるのであり、この一連の手続きを省くと、人権の侵害が起こることになる。少なくとも精神科 3 次救急は、このような法的手続きに基づいて行われるものであり、これによって初めて、精神科救急、特に 3 次救急の適正な運用が図れることになる。

3. 精神障害者の定義

1) 精神保健福祉法は医学モデルにより定義している

精神保健福祉法の 5 条では、「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ものをいう」とされており、さらに同じ項の逐条解説では、「精神障害者とは、『精神疾患を有するものをいう』という医学的概念で規定されており」と述べられている⁵⁾。このことから、精神障害者の定義は医学モデルによって定義されていることがわかる。

2) 法律モデルの必要性

一方、警職法 3 条では、「なお精神錯乱の者を保護した場合に於いて、そのものが精神保健福祉法第 5 条にいう精神障害者又はその疑いのあるものであるときは、警察官は、ただちに、最寄りの保健所長を経て都道府県知事に通報しなければならないことになっている（精神保健福祉法第 24 条）」と述べられている⁴⁾。このことは精神保健福祉法の 5 条により医学モデルで定義された精神障害者が、警職法 3 条に基いて 24 条通報されることを意味している。

医学的概念による精神障害者の定義は、言うまでもなく、24 条通報の対象者数を大幅に拡大させることになる。したがって 24 条通報の対象者を都道府県知事が責任をもってチェックしなければ、強制入院が乱用され、精神障害者の数はいた

ずらに増加してしまうことになる（27条に書かれている事前調査の必要性は、まさにこの点にある）。

以上のことから、強制診察・強制入院などの強制処遇を伴う行為を医学的概念（医学モデル）だけで整理するには無理があると言わねばならず、法律的概念（法律モデル）による整理が必要な所以である。しかし精神保健福祉法5条の定義には、その問題点が全く触れられていない。300万人を超える精神障害者数の増加の背景には、このような精神障害者の定義の問題が深く関与していることが理解されよう。

4. 精神科救急における法律モデルによる

整理とは何か

1) 他害と犯罪の相違⁸⁾

人を殺せば犯罪であると簡単に思いがちであるが、犯罪は刑法によって、「構成要件該当性」、「違法性」、「有責性」の3要件をすべて備えた行為であると定義されている⁹⁾。したがって起訴されて裁判にかかり、これらの3要件が満たされてはじめて犯罪であると認定される。それに対して他害は、精神保健福祉法28条の2において、「精神障害のため、以下の病状または状態、即ち抑うつ状態、躁状態、幻覚妄想状態、精神運動興奮状態、昏迷状態、意識障害、知能障害、人格の病的状態により行われた殺人、傷害、暴行、性的問題行動、侮辱、器物破損、強盗、恐喝、窃盗、詐欺、放火、弄火等他人の生命、身体、自由、貞操、名誉、財産等または社会的法益に害を及ぼす行為」とされ、原則として「刑罰法令に触れる程度の行為をいう」とされている⁹⁾。

しかし他害行為には殺人も含まれることから、行為の内容としてみれば他害行為は犯罪行為そのものであり、ただ刑法とは無関係に、単に精神保健福祉法で「精神障害による刑罰法令に触れる（程度の）行為」と述べられているに過ぎない。したがって、「精神障害者による他害行為は、責任能力を問えない場合があり得る」ということであり、有責性の判断は、当然、刑事司法に責任が

ある。

2) 「他害のおそれ」と「他害の事実」

精神保健福祉法24条では、通報対象となるは「他害のおそれのある者」とされているが、実態は「すでに他害の事実があり、なおかつ他害のおそれがある」という意味で通報されてくることが多い。したがって他害の事実があった場合は、責任能力があれば犯罪になることから、有責性の有無が必ず検討されなければならない。24条の逐条解説では、当然その点について言及されていないが、現状は、他害の事実があった場合の有責性の扱いについては何も触れられていない。

また精神保健福祉法の29条でも、措置入院の要件は「精神障害者であることと他害のおそれと医療及び保護の必要性」とされていることから、ここでも有責性に関しては何も触れられていない⁹⁾。そのため24条通報で他害の事実のある者が措置診察の対象となった場合、指定医はその対応に苦慮することになる。措置診察になると入院を拒むことができず、いったん入院になれば、すでに逮捕されている事案でもない限りは、刑事司法の手続きから完全に離れてしまうといった事態が生じてしまうのは、実はこのような精神保健福祉法の欠陥による。他害行為と一口に言っても、その内容と程度は様々であることから、精神保健福祉法の中で、他害の事実の内容に関し一定基準を示し、有責性の司法判断が保留されていることを明示して、刑事司法による手続きが必要となる場合があることを記述しておくべきである。その記載が24条の逐条解説には欠けていることから、救急の現場は混乱することになる。

5. 精神科救急における強制権発動の責任体制

強制権が働くにもかかわらず、精神保健福祉法には精神科救急の定義がない。しかし精神科3次救急は、法的手続きを遵守すれば移送制度と同義であることから、強制権発動の責任体制は以下のように整理される。

まず当該該当者を、警職法に基づいて保護するかどうかは警察の責任であり、保護した者を24条通報するかどうかも警察の責任である。精神障害が疑われかつ自傷他害のおそれがあれば、警察は24条通報しなければならないのであり、警察官受診援助は自傷他害のおそれがない場合に限られる。次に24条通報を受けて措置診察するかどうかは都道府県知事の責任であり、そのために事前調査が必要となる。ここが29条の2の2の措置移送の最大の要点となる⁵⁾。

措置診察がなされた場合、その内容と結果は精神保健指定医の責任であり、医療の内容は医療従事者と病院と厚労省の責任である。また24条通報の対象となっても、他害の事実が明らかな場合には刑事司法手続きに乗せなければならず、その責任は警察、検察庁、裁判所にある。強制権発動に関するこれら一連の責任体制がきちんと守られていれば、人権が守られ、患者の不要な増加も防ぐことができる。しかし現状は、いずれの場面においても守られているとは言いがたい。

6. 群馬県における移送制度活用による 精神科救急システムの整備

移送制度には、34条の医療保護入院のための移送と29条の2の2の措置入院のための移送の2通りがある。29条の2の2の移送とは、23条から24条、25条、26条までの申請、通報、届け出を受けて、行政職員が現場まで出向いて事前調査を実施し、必要ならば措置診察、搬送、措置入院等の強制処遇を都道府県知事の責任の下に実施する制度である⁵⁾。

群馬県の場合、様々な経過を経て、平成16年1月より精神保健福祉センター内に群馬県精神科救急情報センター（以下、情報センターと略）が設置され、29条の2の2の移送を実施している²⁹⁾。全スタッフは45名（内常勤31名）であり、常勤精神科医4名が含まれ、措置権限は知事より精神保健福祉センター所長に事務委任されている。

具体的には、24条から26条までの通報は24

時間365日、情報センターに一括して入り、特に夜間10時までに入った24条通報に関しては、警察署まで出向いて事前調査を実施し、その結果を受けて、措置診察、搬送、措置入院などの強制処遇を都道府県知事の責任の下に実施している。多数のマンパワーが必要となるが、その分、他の精神保健福祉の分野において、行政としての責任ある対応ができるようになっている。

現在、移送制度の実施以外に、他精神科病院へ出向いての社会復帰を目指した「支援会議」の実施、地域で精神保健福祉に関わる問題事案が発生した場合のアウトリーチ活動の実施¹⁾、また2ヶ月に1回の県警本部、検察庁、弁護士会、病院長、県担当課、保健所長会、大学教授などが参加した事例検討会の実施等を行っている³⁾。以上の諸活動により、強制権の発動に関する人権の確保、処遇困難患者の解消、24条通報リピーターの減少、通報対象者の社会復帰の促進、事案化前の予防精神医学的対応など、県内精神保健福祉・医療に対する効果には絶大なものがある。今後は各都道府県にあって、精神保健福祉センターのマンパワー充実が図られ、29条の2の2の移送が実行できるようになることを、切に期待するものである。

文 献

- 1) 赤田卓志朗, 芦名孝一, 神谷早絵子ほか: 群馬県精神科救急情報センターにおけるアウトリーチ活動—危機介入を中心とした訪問活動の現状と分析. 精神医学, 50; 1203-1210, 2008
- 2) 芦名孝一, 赤田卓志朗, 太田友幸ほか: 群馬県における「行政型」精神科救急情報センターの成立とその意義—医療と司法のはざままで苦慮した3症例を通して—. 法と精神科臨床, 7; 16-26, 2005
- 3) 群馬県こころの健康センター編: 精神科救急情報センター事例検討会議. こころの健康センター所報, 22号; 12, 2010
- 4) 警察制度研究会編: 注解警察官職務執行法. 立花

書房, 東京, 71-89, 2005

- 5) 精神保健福祉研究会監修: 三訂精神保健福祉法詳解. 中央法規, 東京, 2007
- 6) 曾根威彦: 刑法総論. 弘文堂, 東京, p. 46-47, 2002
- 7) 武井 満: 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, 44; 619-625, 2002
- 8) 武井 満: 犯罪と他害. 精神科, 1; 168-170, 2002
- 9) 武井 満: 医療と司法の狭間の問題をいかに考えるか. 精神科治療学, 16; 663-668, 2001