

報告事例についての弁護士の観点からの検討

弁護士

大 杉 光 子

おおすぎみつこ

1 はじめに

この医療観察法については、法案審議過程から反対をしてきたが、それは今も変わらない。しかし、実際に対象とされる人がある中では、その権利擁護のために、付添人として関与していくことが必要だと考えている。そのために、付添人活動を行ったり、弁護士会の付添人活動マニュアルを作成したり、研修を企画したりしている。

付添人の活動としては、審判に際しては、少なくとも要件を満たさないものがこの法律の医療の対象とならないように働きかけることになる。そういう観点から、報告された事例を踏まえて疾病性および治療反応性について述べる。

2 疾病性、治療反応性について

(1) 医療観察法の処遇要件

周知のとおり、医療観察法には、法42条1項、51条1項、56条1項、61条1項などにおいて、この法律による医療を行うべき処遇要件が定められている。

具体的には、「対象行為を行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うことなく、社会に復帰することを促進するため、(入院をさせて)この法律による医療を受けさせる必要があると認める場合」という文言が使われている。日本語としては非常にわかりにくい文言である。

この文言から、最高裁判所事務総局発行の法・規則解説も、いわゆる鑑定ガイドラインも、大きく分けて3つの要件を導き出している。⁽¹⁾ 1つめが疾病性、⁽²⁾ 2つめが治療反応性、3つめが社会復帰要因あるいは「社会復帰の妨げとなる同様の行為を行う具体的現実的可能性」であり、この3つがすべて充足されてはじめて入通院決定をしようものとされている(私自身は、「社会復帰の妨げとなる同様の行為を行う具体的現実的可能性」という要件には問題があると考えているが、ここでは詳しくは述べない)。

なお、対象者の自由を制限する強制入通院を課す制度であるが故に、これらの要件が存在することが証明されてはじめて入通院決定をしようるのであって、これらの要件が存在しないことが証明されることは必要ではない。たとえば、「(要件が)ないとは言えない」ということであれば、要件を充足したことにはならないことに注意すべきである。

(2) 疾病性

まず、疾病性については、条文の文言に「対象行為を行った際の精神障害」とあることと「同様の行為」との結びつきからして、心神喪失・心神耗弱の原因となった精神障害が審判の時点でも存在していることが必要であるということになる。とすれば、心神喪失・心神耗弱の原因となった精神障害が、すでに治癒している場合には、疾病性の要件を欠くので、「この法律による医療を行わない」決定すなわち不処遇決定を行うことになる。

たとえば、一過性の精神病状態(急性一過性精神病性障害の場合や急性中毒、病的酩酊など)が心神喪失・心神耗弱の原因であり、審判時点ではこれらの精神病状態が存在しない場合がこれに当たると考えられる。そういう場合には、精神障害のために心神喪失・心神耗弱になったとしても、その原因とな

った精神障害が審判時点では存在していないことになるので、疾病性の要件を欠き、不処遇決定をすべきであると考ええる。

ただし、精神病状態は一過性であったとしても、その背景には依存症や人格障害などが存在するということが、(多いかどうかはともかくとして)ありうる。しかし、依存症や人格障害自体が心神喪失・心神耗弱の原因ではないのであれば、依存症や人格障害が審判時点に存在していたとしても、疾病性の要件を欠くことには変わらないので、不処遇決定をすべきである。

実際の審判例でも、人格障害が背景にあるが、心神喪失・心神耗弱の原因となった精神障害は急性一過性精神病性障害であり、それはすでに治癒しているので疾病性の要件に欠けるとして不処遇決定とされた例がある。

(3) 治療反応性

次に、治療反応性については、条文の文言に「精神障害を改善し」とあることから導かれる。また、治療反応性がないものを強制入院させることになれば、それは治療なき拘禁ということになり、法の目的であるはずの社会復帰の促進(法1条)に反する上、法案修正の過程で修正の趣旨を繰り返し「医療の必要性を中心的要件にした」と説明してきたことに反するので、この点からも、心神喪失・心神耗弱の原因となった精神障害が治療可能であることが必要となる。

この治療反応性には、2つの段階があると思われる。1つめの段階としては、診断名から見て典型的に治療反応性があるかどうか、であり、それをクリアした後の2つめの段階としては、個別具体的に見て治療反応性あるかどうか、ということである。

まず、典型的に治療反応性が問題となるのは、知的障害、発達障害、人格障害、依存症などの診断名のものと思われる。知的障害、発達障害は、障害そのものは医学的治療によって改善するわけではないであろう。もっとも、「生活のしやすさ」という点では可変的なものと思われるが、それは、障害特性を踏まえた周囲の対応や本人のスキル向上、訓練といった問題で医

療というよりも福祉の問題であろうと思われる。人格障害や依存症についても、障害そのものは薬物療法によって改善するわけではないとされており、本人の治療意欲を前提として生活の中で自分自身で生活スタイルを変えていくことしかないという意味で、強制治療には適しないと理解している。

他方、個別具体的に見て治療反応性が問題となるのは、たとえば統合失調症の中でも人格水準の低下が進んで薬物療法の効果がないとされるようなケースが想定される。

実際のケースでも、たとえば、知的障害で強制わいせつを繰り返すケースについて、治療反応性がないからという理由で不処遇決定とされた審判例がある。

3 報告されたケースについて

(1) 疾病性要件について

疾病性については、八木深氏報告の事例2（以下「八木報告2」という。）と樽矢敏広氏報告の事例1（以下「樽矢報告1」という。）が問題となる。

いずれも、アルコール精神病性障害により心神喪失として不起訴処分となっており、「対象行為を行った際の精神障害」はアルコール精神病性障害である。そして、審判の際にはアルコール精神病性障害はなく、精神障害としてはアルコール依存症のみである。

とすれば、「対象行為を行った際の精神障害」は存在しないのだから、そもそも疾病性の要件を欠くものとして、「この法律による医療を行わない」決定をすべき事例である。

ところが、いずれも審判で入院決定を受けて指定入院医療機関に入院している。アルコール依存症をアルコール精神病性障害の準備状態であるなどとして「この法律による入院」が必要という鑑定結果を基に入院決定をしているようである。疾病性についてきちんと争われるべき事例であったと思われる。

なお、これらの事例については、治療反応性についても問題となるので、あとで再度触れる。

(2) 治療反応性要件について

治療反応性については、診断名としてはアルコール依存症（八木報告2と樽矢報告1）、認知症（樽矢敏広氏報告の事例2（以下「樽矢報告2」という。））が問題であり、個別的な治療反応性としては八木深氏報告の事例1（以下「八木報告1」という。）と大下顕氏報告の事例1、2（以下「大下報告1、2」という。）の統合失調症のケースが問題である。

①アルコール依存症の診断名のケース（八木報告2と樽矢報告1）

アルコール依存症に対する治療は、本人の自発的意思に基づく契約による治療が基本で、自助グループとの連携によって治療効果が得られるものであり、閉鎖病棟に強制入院しても治療効果は上がらないと聞いている。そうであれば、「この法律による医療」では典型的に治療反応性がないと考えられる。

ところが、これらの事例の審判においては、精神療法や抗酒剤の投与などの方法により治療反応性があるとされたようである。このような鑑定医の見解自体も疑問であるし、それを鵜呑みにしたような裁判官、精神保健審判員の判断も疑問である。事件が重大であったことが、結論に事実上影響したのではないかという疑いを感じる。

また、八木報告2については、仮に一般的には精神療法が可能であるとしても、そもそも日本語を解さない者に対しては精神療法は不可能であるという意味でも、治療反応性はない事案であると思われるのに、審判においてその点に対する検討がなされたのかどうか疑わしい。

樽矢報告1の中で、治療の強制が反発を招いて本人のアルコール依存症の受容が進まないという趣旨の報告があったが、これはまさにこれまでのアルコール依存症に対する治療の経験の蓄積を再確認したことになるのではないかと思う。治療反応性の判断において、きちんと考慮されるべき点だと思わ

れる。

しかし、これらのケースについて、指定入院医療機関から治療反応性がないことを主な理由とする退院許可申立がなされたのに対し、裁判所は退院許可を認めなかった。理由には、治療反応性がないとは言えないという判断とともに、退院後の帰住先が決まっていないことが挙げられている。そもそも先に述べたように、要件が存在することが立証されていない点で、判断方法自体が誤っている。このように誤った判断方法になってしまったのは、退院後のことを慮ったためだと思われるが、これは裁判所による社会的入院の作出に他ならない。

本法には、再審制度がない。それゆえ、事後的に当初審判の誤りが判明した場合には、現行制度上は処遇終了決定によって是正するしか方法がない。その役割すら放棄している裁判所の実態は、早急に是正されるべきである。

②認知症の診断名のケース（樽矢報告2）

認知症については、認知症自体の進行を止めることは出来ないと聞いている。もちろん、生活の質の維持・向上という意味では様々な援助があり得るであろうが、類型的には治療反応性がないとされるべきである。

樽矢報告2では、医療観察法上の鑑定において、対象行為の際の精神障害は統合失調症であるとされたが、認知症が始まっている可能性があると考えられ、認知症については治療反応性はほとんどないが統合失調症については治療反応性があるとされた上で、審判においては入院決定となった。

あとから見れば、対象行為の際の精神障害すなわち心神耗弱・心神喪失の原因となった精神障害は、統合失調症ではなく認知症である可能性が高いと思われる。そうであれば、認知症については類型的に治療反応性がないのであるから、治療反応性要件を欠くという理由でそもそも不処遇決定をすべき事案だったと思われる。そのあたりの鑑別がきちんと行われたのかどうか疑問を感じる。

このケースについて、指定入院医療機関が治療反応性がないという理由で退院許可申立を行ったところ、裁判所は、治療反応性がないとまでは言えな

い、退院先が決まっていないという理由で退院許可を認めなかった。これも先のアルコール依存症のケースと同様に、要件の存在が立証されていない点で要件充足しないケースについて、裁判所が社会的入院を作出したケースといえる。

③統合失調症の診断名のケース（八木報告2、大下報告1、2）

統合失調症については、典型的に治療反応性があるとされる典型的な診断名であろう。しかしながら、2つめの段階として、個別具体的に検討した場合に治療反応性があると言えるのかどうか問題となる。

この点、八木報告2、大下報告1、2については、ともに統合失調症で人格水準が低下している点は同じであるが、薬物療法に対する反応性の違いがあるというものである。その違いにより、八木報告2、大下報告1では治療反応性があるとされて入院決定がなされ、大下報告2では治療反応性がないとされて「この法律による医療」を行わない決定がなされている。これらの決定の差異は、形としては、治療反応性要件に照らした判断をしていると考えられる。

ただ、実際には、治療反応性の評価のみで判断が分かれたわけではなく、社会復帰要因の評価も含めて判断が分かれたものと思われる。すなわち、大下報告2の事例では、「この法律による医療」が社会復帰を促進することにはならないという点が判断に影響を与えたのではないと思われる。

なお、治療反応性を個別具体的に検討するとすれば、鑑定入院期間などの一定期間実際に治療した結果を踏まえることにはなろう。その意味で、一定期間の指定入院医療機関への入院を経ても治療効果が上がらない場合には、治療反応性がなかったものとして退院許可決定ないし処遇終了決定がなされるべきであり、大下報告1の事例はこの点で問題があると思われる。

4 まとめに代えて

(1) 疾病性・治療反応性要件を欠くケースの入通院決定の問題

医療観察法の処遇要件としての疾病性、治療反応性について見てきた。筆者が見聞きしている範囲では、疾病性要件や治療反応性要件を欠くケースは「この法律による医療」を行わない決定がなされるのが通常だと思っているが、実際の審判例の中には今回の報告事例のように入通院決定がなされているケースもある。

ひとつには、医療観察法鑑定の問題があると思われる。すなわち、処遇決定は「鑑定を基礎とし」て行われなければならないのであるが、報告事例にはその鑑定の疾病性・治療反応性の判断に問題があると思われるケースがある。この点では、鑑定を行う精神保健判定医に対する研修等を通じた理解の共有化が必要であろう。

もうひとつには、裁判所の判断が、処遇要件の該当性を厳格に吟味していないのではないと思われる。処遇要件が欠けているにもかかわらず、帰住先が決まっていないといった実情に事実上左右されて結論を出しているのであれば、それは、現状の福祉の貧困を放置し容認し助長しているということである。また、対象行為の重大性と刑事処分の不存在との間で「落とし前」的な発想をしているのではないかという疑念も感じるが、そうであればまさに刑罰の代替措置である。これは裁判所による社会的入院の作出あるいは保安処分に他ならず、人権侵害も甚だしい。

医療従事者が、目の前にいる人を治療しようとするのは当然であり、その際に、治療が困難であるとか不可能ではないかとか論評するのではなく、ともかく出来るだけのことをやってみようというのはよく理解できるし、医療従事者としてはそうあるべきであろう。また、退院後のことを考え、その後のことが決まってもいないのに病院から追い出すわけにはいかないと考えるのも、医療従事者の感覚としては理解できる。

しかし、司法がそれと同じ感覚では困る。司法は、法律に基づき、法律上の要件に従って判断しなければならないのであり、要件を満たさないものは排除しなければならない。医療観察法は、対象者とされた人の自由を奪い、医療における自己決定権を侵害する効果を持つものであるから、厳格に謙抑的に判断されなければならない。司法が司法の役割を果たさずに、中途半端に医療従事者の発想をしようとする、対象とされた人に対する人権侵害となるだけではなく、結局は対象とすべきではない人を押しつけるという形で医療従事者にしわ寄せが行くことになる。医療と司法がそれぞれの領分を果たすことが必要である。

また、裁判は間違ふことがあり得るので、少なくとも再審制度や刑事補償類似制度が必要である。それらの制度がない現行法は、その点だけを見ても致命的な欠陥がある。

今回の事例報告では付添人の主張や活動については触れられていなかったが、付添人としては、処遇要件を厳格に検討させるように、疾病性・治療反応性についての適切な理解を裁判所に促し、司法の役割をはずれた決定をさせないように働きかけることが必要である。同時に、医療従事者や福祉関係者と連携しつつ、対象者の今後のためのケースワークも必要であろう。

(2) 最高裁2007年7月25日決定について

なお、質疑において、最高裁決定に関する議論があったので、最後に少しだけ触れておきたい。

2007年7月25日、最高裁第二小法廷は医療観察法申立事件に関する再抗告事件において、次のような決定を出した（以下、「最高裁第二小法廷決定」という。）。

「医療観察法の目的、その制定経緯等に照らせば、同法は、同法2条3項所定の対象者で医療の必要がある者のうち、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者を同法による医療の対象とする趣旨であって、同法33条1項の申

立てがあった場合に、裁判所は、上記必要が認められる者については、同法42条1項1号の医療を受けさせるために入院をさせる旨の決定、又は同項2号の入院によらない医療を受けさせる旨の決定をしなければならず、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り、これと同旨の原判断は正当として是認できる。」(傍点および下線は筆者)

この最高裁第二小法廷決定は、精神保健福祉法上の医療と医療観察法上の医療とを比較して、精神保健福祉法上の医療で足りるから不処遇決定とするという判断方法を否定している。しかし、医療観察法上の医療が指定入院医療機関という重警備で閉鎖性の高い特別病棟への入院を強制し、退院や処遇終了にあたっては裁判所の許可を必要とするなど、人身の自由や医療における自己決定権に対する制約の度合いの極めて強い強制医療であることからすれば、その適用は謙抑的であるべきであり、法42条1項の処遇要件以前の書かれざる要件として、精神保健福祉法上の医療で足りる場合には医療観察法上の入通院決定はなされるべきではないと考える。ゆえに、かかる判断方法を否定したこの最高裁第二小法廷決定は誤っていると考える。

とはいえ、最高裁決定であることの重みは否定しがたいので、この最高裁第二小法廷決定の射程範囲を正確に理解しておくことは重要である。

この決定を巡っては、医療観察法の申立をされた以上は、入院治療が必要な者はすべて入院決定をしなければならないのだという誤った理解があるようである。

しかしながら、最高裁第二小法廷決定は、「対象者で医療の必要がある者のうち」(傍点は筆者)という文言を見ればわかるとおり、医療が必要な者＝入院決定ではなく、医療が必要な者のうちの「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者」に対してのみ入院決定あるいは通院決定をすべきであるということを述べている。そして、この最高裁第二小法廷決定の「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者」という文言は、法42条1項の処遇要件「対象行為を行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うことなく、社会に復帰することを促進するため、(入院をさせて)この法律による医療を受けさせる必要があると認める場合」の中の「この法律による医療を受けさせる(必要がある)」を省略しているが、国会が制定した法律の条文を独断で省略して意味内容を改変することは最高裁といえどもできないことなので(憲法違反であると判断するのであれば別だが)、この文言は法42条1項の処遇要件を引用したものと理解するしかない。そうすると、結局、この決定は、医療が必要な対象者のうちで法42条1項の処遇要件を充足する者については入通院決定を行うべきであるということを述べているに過ぎない。

つまり、審判時点の症状として入院治療が必要であったとしても、上で述べてきたような疾病性や治療反応性を欠く場合(たとえば、心神喪失・心神耗弱の原因となった精神障害が審判時点では存在しない場合など)や社会復帰要因が認められる場合には、処遇要件を欠くので不処遇決定としなければならないことは、この最高裁第二小法廷決定においても当然に認められているのである。そして、社会復帰要因の要素としては、対象者自身の病識や治療意欲と並んでそれを支える周囲のサポートや地元医療機関の受け容れ状況などが考慮されるのであり、その中では精神保健福祉法上の医療による治療継続の可能性についても考慮されることになる。

なお、仮に、最高裁第二小法廷決定によれば「この法律による医療を行わない」決定が許されない場合に該当する場合であっても、選択肢としては入院決定と通院決定の二種類があるのである。そして、そのいずれを選択すべきであるかについてはこの最高裁第二小法廷決定は何も触れてはいないのであって、たとえば通院決定と精神保健福祉法上の入院を組み合わせることに何ら問題がなく、入院決定に偏った理解は誤りであることも付言しておく。

(3) おわりに

成立した法律は一人歩きして外延を不明確に広げてしまう危険性がある。現に、疾病性要件や治療反応性要件についての報告事例の中には、そのようなケースが見られる。このように誤った運用に対しては、批判的に監視し続けていくことが必要だと考える。

- (1) 最高裁判所事務総局発行2005年3月刑事裁判資料第284号「『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』及び『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による審判の手続等に関する規則』の解説」

なお、この解説は、「法曹時報」第56巻第10号～第57巻第12号に連載されたものと同内容である。同連載の法解説は、法務省刑事局付白木功、同省保護局総務課精神保健観察企画官室法務専門官今福章二、厚生労働省障害保健福祉部精神保健福祉課課長補佐三好圭の三氏の共著となっており、最高裁事務総局が執筆したものではない（なお、規則の解説の執筆者は最高裁事務総局刑事局第1課長稗田雅洋、同総局刑事局付松本圭史の両氏である）。それゆえ、解説のまえがきに「法律の解説は、法務省及び厚生労働省の了承を得て掲載するものである。」と述べられているのである。

- (2) 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、社会復帰等に関する研究」（主任研究者 松下正明）成果報告「『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』（医療観察法）鑑定ガイドライン」