

**「触法精神障害者
処遇新法」に
反対します**

全国精神医療従事者連絡会議事務局

いわゆる「触法精神障害者処遇新法」の動きに対し、私たち精従連事務局は、これを監視するとともに、ニュース等の形で情報を提供してきました。2002 年 2 月に、「重大な触法行為をした精神障害者に対する新たな処遇制度（案）の骨子」（以下「骨子案」）が出され、我々の危惧の念はさらに強まりました。

来る 3 月の国会にこれが法案として上程され、審議され、状況によっては法律として成立する可能性があります。これをそのまま許すことはできません。

今回、この事態に反対していくため、その理論的支柱の一助とすべく、種々の団体等から声明等を集め、また新たに事務局が行った「骨子案」への批判を添付して、パンフレットを作成することとしました。

事態打開に少しでも貢献できれば幸いです。

目 次

「骨子案」を批判する	全国精神医療従事者連絡会議事務局	2
重大な触法行為をした精神障害者に対する新たな処遇制度（案）の骨子（2002.2）		6
与党プロジェクトチーム報告書（2001.11.12）		11
自民党プロジェクトチーム報告書（2001.11.9）		13
日本精神神経学会・精神医療と法に関する委員会の見解		17
日本精神神経学会・理事会の見解		28
ぼちぼちクラブ・他による署名呼びかけ文		30
精神科医療懇話会の声明		32
全国自治体病院協議会の声明		60
「処遇困難者専門病棟」新設阻止共闘会議のビラ		72
厚生労働省精神保健福祉課が「処遇困難者専門病棟」新設阻止共闘会議に出した念書		74
青山正さん救援会・見解		74
中山研一氏のコメント		75
長野英子氏の緊急声明		83
日本精神病院協会 「新たな法制度について」		86
あとがきにかえて～連絡会議ニュースを読みませんか？		88

いくつかの点について批判を加えていきたい。添付してある「重大な触法行為をした精神障害者に対する新たな処遇制度（案）の骨子」（以下「骨子案」）をご参照いただきたい。

①行政なのか司法なのか不明確

日本国憲法は立法、行政、司法の三権分立を原則としている。しかし、この制度は行政なのか、司法なのか不明確である。こうした位置づけが不明確なものによって人身が拘束されるというのは非常に危険である。どちらに含まれるかによって、救済手続きなども全く異なるからである。

この不明確さは「骨子案」の文章中にも現れる。検察官が申立をするのは「地方裁判所」であるが、これと「1名の裁判官及び1名の精神科医」から成る「合議体」とがどのような関係にあるのかが明確でない。精神科医も裁判所の一員となるのであろうか。また調べを行い決定を下すのは「裁判所」とされているが、これも精神科医を含むのか否かが不明確である。

②再犯予測は不可能である

「第1 目的」において、明確に「これに伴う同様の行為の再発の防止」が謳われている。「再犯」の語の使用を避けたのは批判を逃れるための姑息的な配慮と推察されるが、いずれにせよ趣旨は同じである。再犯の予測は困難であり、仮にこれを行うとすれば多くの false positive、すなわち本当は再犯の可能性がないのに誤って再犯のおそれがあると予測されてしまう人が必ず生まれる。そしてそれは少数ではない。ごく単純なモデルを考えてみる。社会構成員の中で、1000 人に 1 人が殺人を犯すとする。人口 10 万人でみれば、そのうち 100 人が「実は殺人を犯す人」で、残りの 99,900 人は「実は殺人を犯さない人」ということになる。仮に非常に正確なテストが開発され、95%の確率で殺人する人としらない人を見分けることができたとする（これは人間の行動の予測としては考えられないぐらいの高率を想定していることになる）。人口 10 万人にこのテストを行うと、「実は殺人を犯す人」100 人の 95%にあたる 95 人がこのテストによって「殺人を犯す」とされ、「実は殺人を犯さない人」99,900 人の 5%にあたる 4,995 人が「殺人を犯す」とされることになる。「殺人を犯す」と認定された人を隔離するとすると、10 万人のうち 5,090 人の人を隔離することとなるが、その何と 98%以上にあたる人は実は隔離しなくても殺人を犯さないにもかかわらず隔離されることになるのである。海外のものも含め、再犯研究を検討すると、この false positive の事実は大きくのし掛かってくる。（西山詮：精神保健法の鑑定と審査。新興医学出版社をもとに考察）

一般人に対してこのようなことを行うことは到底許されまい。精神障害者だから許容されるのだとすれば、それは差別である。これが「治療」の名のもとで行われるとすれば、それは精神科における治療への冒涇である。

現行の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（精神保健福祉法）の 29 条に規定された措置入院は、「自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれ」（自傷他害のおそれ）に基づいての都道府県知事による強制入院（措置入院）を定めている。この存在自体への批判、あるいは運用上の問題点もあるが、それについては置いておく。この「自傷他害のおそれ」の判断ができているのであるから、再犯の予測も可能なのではないかとの考えもあり得よう。しかし、自傷他害のおそれの判断は、現在およびごく直近の将来についてのものであり、しかも病状に基づいて行われる行為に限定される。月単位や場

合によっては年単位の見込みを必要とし、また必ずしも狭義の病状に基づくとは限らない「再犯」の予測とは、本来異なるものである。

今回の骨子案は、1970年代から80年代にかけて議論が行われた保安処分と、種々の類似点を有する。時の行政・与党等の強い要請がありながらも保安処分が実現に至らなかったのは、いくつかの大きな問題点がありそれが指摘されて広範な反対運動が組まれたからであるが、この再犯予測の問題も強く批判された問題点の一つである。今回法務省や厚生労働省、およびその周辺にいる人々が、この「骨子案」を推し進めるのであれば、再犯予測が可能になったことを明らかにしなければならないだろう。しかしそのようなデータは一切出されていないのである。

「骨子案」では、「再び対象行為を行うおそれの有無」についての鑑定を求めているが、これは不可能である。今でも精神鑑定を行う医師は限られているが、「再犯のおそれの鑑定はできない」とする原則的な医師はさらに鑑定を行うことができなくなり、「再犯のおそれは鑑定できる」とする一部の保安処分にシンパシーを持つ精神科医にさらに精神鑑定が集中することとなる。

③裁判官を加える意味が明らかでない

強制入院・強制通院の決定や、その継続、ないし終了は、そうしたものを認めるという立場に立つとしても、医療的判断のはずである。これに、医学的には素人である裁判官が加わることの意味が明らかにされていない。

本来医療判断であるべきものに裁判官を加えれば、対象となった人を解放して問題が起こったときに受ける批判に配慮して、より拘禁を継続させる方向に働くであろうことは想像に難くない。

精神科医には再犯の予測ができないが、裁判官には可能である、という趣旨かもしれないが、そうした主張の根拠は全くない。例えば一例を挙げれば、裁判官によって執行猶予判決を受けた人のうち、その10～30%に及ぶ人々は再犯を犯して執行猶予を取り消され刑に服するという事実がある。

そもそも本邦の裁判官は、起訴された事件の99.9%を有罪とし、勾留請求や令状などについてもほとんど検察官の主張を認めるのであり、主体的な判断を行うことが非常に乏しい。裁判官の関与を認めることが、形式的にはともかくとして、実質的に何らかの改善をもたらすと考えるのは幻想でしかない。

④事実審理が不十分となる

「第2 対象 1 対象行為」において、放火、強制わいせつ等、この「骨子案」が対象とする行為が規定されており、「第3 審判 1 合議体の構成等」をみると、不起訴処分をされた者が対象行為を行ったこと及び心神喪失者等であることの判断は、合議体の裁判官が行うこととされている。しかし、事実の判断は、本来、裁判において、検察官および弁護人立ち会いのもと、厳格な手続きで採用された証拠を入念に調べることを経て行われるものである。それでも精神障害者にはえん罪がかけられる可能性が高いことは、無実の元死刑囚赤堀政夫さんの例に代表されるとおりである。やってもいない行為を「自傷他害のおそれ」の根拠とされ措置入院とされる例も指摘されている。現行の手続きすら省略した審理で人身の拘束を決定されるということは、さらにえん罪を増やす可能性が高い。「骨子案」には弁護士についての規定もあるが、「弁護士を付けることができる」「資料を提出することができる」としているのみで、十分な弁護活動を行える旨の保障は全く明記されていない。また「骨子案」が規定する放火、強制わいせつ、強姦、殺人、強盗等では「未遂」も含まれており、また傷害に含まれる対象行為の広さから考えても、これらは非常に広範囲の対象を含むこととなる。

⑤保護観察所は通院医療を受けている者のフォローには不適格である

保護観察所はもちろん精神科医療の枠内に存在するものではないし、精神障害者が地域で生活する際のサポートのノウハウを持っているわけでもない。人員も充分とは言えない。通院制度のフォローの主体となるには不適格なのである。不十分なフォロー体制しか整えないままで制度を強行すれば、当然、審判は入院の決定が多くなるであろうし、入院を終了させ通院医療に切り替えることにも慎重にならざるを得なくなり、長期に拘禁されることとなる。

⑥どのような医療が行われるのかが明確でない

「指定医療機関」という規定はあるが、そこでどのような医療が行われるのかが明確にされていない。一般の医療であれば、一般の病院で行えばいいことである。一般の病院では人員が不十分であることはあろうが、これは精神科の病院は他の科の病院よりも人手は少なくてもよいとするいわゆる「精神科特例」の温存を始めとして、精神科医療の人員整備を怠ってきた厚生省（現厚生労働省）の責任である。また特別な医療を行うのであればその内容を明らかにしなければならない。一般に、専門的な医療というのはあり得るが、それは診断名や年齢層、疾患の特徴などで規定されるものであり、「触法精神障害者」全体にあてはまる特別な治療法などというものは存在しない。

厚生労働大臣による審査の規定もあるが、それは診療報酬の項においてであり、対象とされる人の人権を守るためではない。現行の精神保健福祉法における人権保護手続きには種々の不十分性があるが、その程度の手続きすら保障されるかどうか不明確なのである。本邦の精神病院が過度に閉鎖的であることは言うまでもないが、矯正施設の閉鎖性はそれに輪をかけている。生命に関わるような重大な問題が、内部告発によって初めて明るみになることも珍しくない。処遇に矯正施設のノウハウを持ち込むことが予想されるこの医療機関では、深刻な人権侵害が多発し、内部告発がなければそれが隠匿されるおそれが非常に大きい。

⑦そもそも「事件」とは関係ない

今回の検討は、2001 年 6 月の池田小学校児童殺傷事件を一つの契機として行われたものである。しかし、そもそもこの事件の被告人は、後の報道等では「精神障害を装った」などともされており、いわゆる触法精神障害者の議論の契機とするに適切な事例とは考えにくい。それに、「骨子案」が提唱する制度が仮にできたとしても、それが適用される人ではない可能性が高い。さらに、仮に「骨子案」が提唱するような制度が以前からあったとしても、この事件を予防できたとは考えにくい。

マスメディアで騒がれるような、精神障害者が引き起こした重大な事件は、大多数が初犯である。「骨子案」が提唱する制度は何か事件が起こって初めて発動されるものであり、初犯には全く効果がない。

この「骨子案」は、いわゆる触法精神障害者の問題に対して大きな効果をもたらすかのような喧伝がなされているが、それは虚偽である。

⑧本質的な問題には手つかずである

種々の論者から、検察官による安易な不起訴によって引き起こされる問題、いわゆる「入り口問題」によって、精神科医療の守備範囲が不当に広げられていることが最大の問題であることが指摘されているが、この「骨子案」はこれには一切手をつけないのである。「第 3 審判 2 入院又は通院の

要否の審判（４）申立ての却下等」において、「合議体の裁判官は、検察官が心神喪失者と認めて不起訴処分をした者について、心神耗弱者と認めた場合は、その旨を検察官に通知しなければならないこととする」とされているが、検察官の言い分に反する判断等をほとんどすることのない本邦の裁判官が、この規定を十分に活用し「入り口問題」の解決に寄与させるとはとうてい考えられない。むしろ、医療適応性の判断が不明確となり、薬物依存や人格障害とされる人など、本来精神科の非自発的医療にはなじまない人々が、ますますこの制度に投げ込まれるおそれが非常に高い。また、送検すらされず、警察官の段階で処理され 24 条通報などの形で精神科医療に送られる人々の中に、実は刑事手続きの中で扱われるべき人が多数存在することも指摘されているが、それについても何ら有効性を持たない。

さらに、刑務所等の矯正施設内での医療の改善も緊急の課題であるが、これにも一切言及されていない。

⑨何をもたらすか

このような「骨子案」が立法化されればどういうことになるだろうか。検察官の安易な不起訴は温存されむしろ拡大されるので、医療適応も不明確な人を含む多様な人々が送り込まれる。治療の理念もない以上、ただの「厄介者払い」の施設として運用される可能性が非常に高い。医療の内容が明確にされておらず、十分な人員の配置の保障もないところで、見通しのない拘禁が行われることになる。暴行などの人権侵害が横行する可能性もある。送られる人々の不幸は言うまでもない。施設はすぐにいっぱいになり、制度は動かなくなるであろう。

重大な触法行為をした精神障害者に対する新たな処遇制度（案）の骨子（2002.2）

第1 目的

- 心神喪失等の状態で重大な犯罪に当たる行為を行った者に対し、その適切な処遇を決定するための手続等を定めることにより、継続的に適切な医療を行い、並びに医療を確保するために必要な地域社会における観察及び指導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等を図り、もってその社会復帰の促進を図ることを目的とする。

第2 対象

1 対象行為

- 対象行為は、以下のいずれかの行為に当たるものとする。
 - ① 刑法第108条（現住建造物等放火）、第109条（非現住建造物等放火）、第110条（建造物等以外放火）又は第112条（これらの未遂）に規定する行為
 - ② 同法第176条（強制わいせつ）、第177条（強姦）、第178条（準強制わいせつ及び強姦）又は第179条（これらの未遂）に規定する行為
 - ③ 同法第199条（殺人）、第202条（自殺関与及び同意殺人）又は第203条（これらの未遂）に規定する行為
 - ④ 同法第204条（傷害）に規定する行為
 - ⑤ 同法第236条（強盗）、第238条（事後強盗）又は第243条（これらの未遂）に規定する行為

2 対象者

- 本制度の対象者は、以下のいずれかに該当する者とする。
 - ① 不起訴処分をされた者であって、検察官により、上記対象行為を行ったこと及び心神喪失者又は心神耗弱者（以下「心神喪失者等」という。）であることが認められた者
 - ② 無罪の裁判又は有罪の裁判（実際に刑に服することとなるものを除く。）が確定した者であって、上記対象行為を行ったこと及び心神喪失者等であることが認められたもの

第3 審判

1 合議体の構成等

- 処遇の要否・内容の決定は、1名の裁判官及び1名の精神科医の意見の一致したところによることとする。ただし、不起訴処分をされた者が対象行為を行ったこと及び心神喪失者等であることの判断は、合議体の裁判官が行うこととする。
- 裁判所は、精神障害者の保健及び福祉に関する専門的な知識経験を有する者に、必要に応じて参与員として審判に関与させ、処遇の要否・内容に関する意見を求めることができることとする。

2 入院又は通院の要否の審判

(1) 審判の開始

- 検察官は、対象者について、継続的な医療を行わなくても心神喪失等の状態の原因となった精神障害のために再び対象行為を行うおそれが明らかないと認めるときを除き、地方裁

判所に対し、審判の開始を申し立てなければならないこととする。ただし、対象行為の中では傷害に当たる行為のみを行った対象者については、傷害が軽い場合であって、当該行為の内容、現在の病状等を考慮し、この申立てをすることを要しないと認めるときは、これをしていないことができることとする。

(2) 鑑定入院

- 上記申立てを受けた裁判所の裁判官は、対象者について、継続的な医療を行わなくても心神喪失等の状態の原因となった精神障害のために再び対象行為を行うおそれが明らかにないと認めるときを除き、一定の期間を上限として、処遇の要否の決定がなされるまでの間、鑑定のため、当該対象者を入院させる旨を命じなければならないこととする。

(3) 調査・審判

- 裁判所は、事実の取調べ、証人尋問等を行うことができることとする。
- 裁判所は、対象者に関し、精神障害者であるか否か及び継続的な医療を行わなければ心神喪失等の状態の原因となった精神障害のために再び対象行為を行うおそれの有無について、医師に鑑定を命じなければならないこととする。
- 上記鑑定を行うに当たっては、当該対象者の精神障害の種類、過去の病歴、現在及び対象行為を行った当時の病状、治療状況、病状及び治療状況から予測される将来の症状、対象行為の内容、過去の他害行為の有無及び内容等を考慮するものとする。また、この鑑定においては、その病状に基づく入院による医療の付与の必要性に関する意見を付さなければならないこととする。

(4) 申立ての却下等

- 合議体の裁判官は、不起訴処分をされた者について、以下のいずれかに該当する場合には、申立てを却下する旨の決定をしなければならないこととする。
 - ① 対象行為を行ったと認められない場合
 - ② 心神喪失者等であると認められない場合
- 合議体の裁判官は、検察官が心神喪失者と認めて不起訴処分をした者について、心神耗弱者と認めた場合は、その旨を検察官に通知しなければならないこととする。

(5) 入院又は通院の要否の決定

- 裁判所は、上記(3)の鑑定に基づき、かつ、上記(3)の意見及び当該対象者の生活環境を考慮し、以下のいずれかの決定をしなければならないこととする。
 - ① 入院をさせて医療を行わなければ心神喪失等の状態の原因となった精神障害のために再び対象行為を行うおそれがあると認める場合は、医療を受けさせるために入院をさせる旨の決定
 - ② ①の場合を除き、継続的な医療を行わなければ心神喪失等の状態の原因となった精神障害のために再び対象行為を行うおそれがあると認める場合は、入院によらない医療を受けさせる旨の決定
 - ③ 上記①又は②の場合に当たらないときは、この法律による医療を行わない旨の決定
- 入院によらない医療を受けさせる期間（以下「通院期間」という。）については、一定の上限を設けることとする。

3 その他の審判

(1) 退院又は入院継続の要否の審判

- 指定入院医療機関の管理者は、医療を受けさせるために入院をさせる旨の決定を受けた者（以下「入院患者」という。）について、入院を継続して医療を行わなくても心神喪失等の状態の原因となった精神障害のために再び対象行為を行うおそれがあると認められないと判断するに至った場合は、直ちに、地方裁判所に対し、退院の許可の申立てをしなければならないこととする。
- 指定入院医療機関の管理者は、入院患者について、上記おそれがあると認める場合は、一定の期間ごとに、地方裁判所に対し、入院継続の申立てをしなければならないこととする。
- 入院患者、その保護者又は弁護士は、地方裁判所に対し、退院の許可又はこの法律による医療の終了の申立てをすることができることとする。
- 保護観察所の長は、入院患者の退院後の生活環境を調査するとともに、指定入院医療機関、都道府県知事、市町村長等と協力して入院患者の生活環境の調整を行い、その結果等を踏まえ、入院患者の生活環境を報告するとともに、処遇に関する意見を述べることとする。

(2) 処遇の終了又は通院期間の延長の可否の審判

- 保護観察所の長は、入院によらない医療を受けさせる旨の決定を受けた者（以下「通院患者」という。）について、継続的な医療を行わなくても心神喪失等の状態の原因となった精神障害のために再び対象行為を行うおそれがあると認められないと判断するに至った場合は、指定通院医療機関の管理者と協議の上、直ちに、地方裁判所に対し、この法律による医療の終了の申立てをしなければならないこととする。
- 保護観察所の長は、通院患者について、上記おそれがあると認める場合は、一定の期間を上限として、指定通院医療機関の管理者と協議の上、通院期間の延長を求める旨の申立てをしなければならないこととする。
- 通院患者、その保護者又は弁護士は、地方裁判所に対し、この法律による医療の終了の申立てをすることができることとする。

(3) 再入院等の可否の審判

- 保護観察所の長は、通院患者について、入院をさせて医療を行わなければ心神喪失等の状態の原因となった精神障害のために再び対象行為を行うおそれがあると認めるに至った場合は、指定通院医療機関の管理者と協議の上、地方裁判所に対し、当該通院患者の入院の申立てをしなければならないこととする。また、通院患者について、継続的な医療が確保できないと認める場合も同様とすることとする。

4 不服申立て

- 上記2の(4)の申立ての却下決定、入院又は通院の可否の決定、退院又は入院継続の可否の決定、処遇の終了又は通院期間の延長の：可否の決定及び再入院等の可否の決定に不服がある者は、高等裁判所に抗告をすることができることとする。
- 鑑定入院命令に不服がある者は、地方裁判所にその取消しを請求することができることとする。

5 対象者の権利保障等

- 対象者及び保護者は、弁護士を付けることができることとする。
- 裁判所は、入院又は通院の可否の審判の際に対象者に弁護士が付いていないときは、これを付さなければならないこととする。
- 対象者、保護者及び弁護士は、意見を述べ、及び資料を提出することができることとする。

- 裁判所は、入院又は通院の要否の審判について、被害者等から申出があるときは、審判期目において審判を傍聴することを許すことができることとする。

第4 指定医療機関における処遇

1 医療の給付

- 厚生労働大臣は、入院患者及び通院患者に対し、必要な医療の給付を行うこととする。
- 医療の給付は、指定医療機関に委託して行うものとする。

2 指定医療機関等

- 指定医療機関とは、入院患者の医療を担当させる指定入院医療機関及び通院患者の医療を担当させる指定通院医療機関をいう。
- 厚生労働大臣は、指定入院医療機関についての基準を定めることとする。
- 指定医療機関の指定は、その開設者の同意を得て、厚生労働大臣が行うものとする。
- 指定医療機関は、厚生労働大臣の定めるところにより医療を担当し、厚生労働大臣が行う指導に従わなければならないこととする。
- 指定医療機関が、担当する医療を行うについて不相当であると認められるに至ったときは、厚生労働大臣は、その指定を取り消すことができることとする。
- 指定医療機関（病院又は：診療所に限る。）の管理者は、精神保健指定医を置かなければならないこととする。

3 診療方針及び医療に要する費用の額の算定

- 指定医療機関の診療方針及び医療に要する費用の額の算定方法は、健康保険の診療方針及び医療に要する費用の額の算定方法の例により、これによることができないとき及びこれによることを適当としないときの診療方針及び医療に要する費用の額の算定方法は、厚生労働大臣の定めるところによることとする。
- 厚生労働大臣は、指定医療機関の診療内容及び診療報酬の請求を随時審査し、かつ指定医療機関が請求することができる診療報酬の額を決定することができることとし、指定医療機関は、厚生労働大臣が行う診療報酬の額の決定に従わなければならないこととする。
- 厚生労働大臣は、審査のため必要があるときは、指定医療機関の管理者に対して必要な報告を求め、又は当該職員をして指定医療機関についてその管理者の同意を得て、実地に診療録その他の帳簿書類を検査させることができることとする。
- 指定医療機関の管理者が、正当な理由がなく厚生労働大臣の報告の求めに応ぜず、若しくは虚偽の報告をし、又は診療録その他の帳簿書類の検査の同意を拒んだときは、厚生労働大臣は、当該指定医療機関に対する診療報酬の支払を一時差し止めることができることとする。
- 国は、政令で定めるところにより、指定入院医療機関の設置及び運営に要する費用を負担する。

4 その他

- 指定入院医療機関の管理者は、入院患者につき、その医療等に欠くことのできない限度において、その行動について必要な制限を行うことができることとする。
- 厚生労働大臣は、指定入院医療機関が行うことができない行動の制限を定めるほか、入院患者の処遇について必要な基準を定めることができることとし、指定入院医療機関の管理者は、

その基準を連守しなければならないこととする。

- 指定医療機関の管理者は、医療を受ける対象者の社会復帰の促進を図るため、その者の相談に応じ、その者に必要な援助を行い、及びその保護看等との連絡調整を行うように努めなければならないこととする。
- 処遇改善請求、処遇改善命令等、患者の適正な処遇を確保するための制度を整備することとする。

第5 地域社会における処遇

1 処遇の実施計画の策定

- 保護観察所の長は、指定通院医療機関の管理者、保健所等の長その他の医療、保健及び福祉に関する機関等と協力して、処遇の実施計画を定めることとする。

2 医療

- 指定通院医療機関の管理者は、通院患者に対し、その病状等に応じて適切な医療を行うこととする。

3 観察及び指導

- 通院患者は、通院期間中、精神保健観察に付することとする。
- 精神保健観察として、保護観察所の長は、通院患者に対し、継続的な医療を受けさせるために必要な観察及び指導を行うこととする。
- 保護観察所の長の行う観察、指導等に従事させるため、保護観察所に、精神保健観察官を置くこととする。

4 援助

- 都道府県知事及び市町村長は、通院患者に対し、精神保健福祉法等の法律に基づき、保健及び福祉に関する援助を行うこととする。

5 関係機関の連携及び調整

- 保護観察所の長は、指定通院医療機関、保健所その他の医療、保健及び福祉に関する機関と協議し、通院患者に対する処遇の状況を把握するとともに、その適正かつ効果的な実施体制を確保するため、相互の連携及び調整を図ることとする。

与党プロジェクトチーム報告書（2001.11.12）

平成 13 年 11 月 12 日

与党政策責任者会議

心神喪失者等の触法及び精神医療に関するプロジェクトチーム報告書

第 1 触法心神喪失者等の処遇の改革について

1 新たな処遇決定手続きの創設

ア 検察官は、殺人、放火等の重大な犯罪に当たる行為を行った者について、心神喪失者又は心神耗弱者と認め、不起訴処分にしたときは、地方裁判所（全国 50 か所）に対し、処遇の決定を申し立てる。

イ 地方裁判所に判定機関は、裁判官、精神科医、精神保健福祉士等により構成し、処遇を決定する。

ウ 処遇は、より確実な治療効果・病状の判断の下で入退院や通院の要否が決定されるべきであるという視点から精神科治療を受けさせるものとする。

エ 処遇は、専門治療施設への入院又は観察下の通院とする。

オ 処遇の決定に当たっては、精神科医による対象者の適切な鑑定を行う。

カ 処遇の期間については、不当に長期にわたることがない制度とする。

キ 判定機関に対する不服申立手続きを定める。

ク 処遇を申し立てられた者については、弁護士による援助を受けることができることとする。

ケ 被害者及びその遺族については、一定の範囲で審判の傍聴を許すこととする。

コ 判定機関は、処遇を申し立てられた者が責任能力を有すると認めたときは、その旨を検察官に通知するものとする。

サ 刑事訴訟において、裁判所が被告人を心神喪失者又は心神耗弱者と認めて無罪等としたときは、検察官はアの手続きを取るものとする。

2 対象者の処遇施設の整備

ア 対象者を適切に治療するため、医療従事者や設備を充実した専門治療施設を整備する。

イ 専門治療施設は、国公立病院の中に設ける。

ウ 専門治療施設は、入院治療、社会適応訓練等を提供する。

エ 専門治療施設の長は、退院を許可すべきと考えるときは、地方裁判所に対し、退院許可の申立てをし、判定機関がこれを決定する。

3 退院後の体制の確立

ア 判定機関が退院を許可したとき及び観察下の通院措置を決定したときは、その旨を保護観察所（全国 50 か所）に通知する。

イ 保護観察所は、対象者の観察、生活環境の整備、継続的な治療を確保するための指導監督等を行う。

ウ 保護観察所は、専門治療施設、保健所、精神保健福祉センター、社会復帰施設等と連絡調整

を図るなどして連携を確保する。

エ 専門治療施設は、通院治療、社会適応訓練等を確保する。

オ 保健所、精神保健福祉センター、社会復帰施設等は、精神保健福祉サービスを提供する。

カ 退院許可の取り消し、通院措置の終了については、判定機関が決定する。

4 司法精神医学研究・研修体制の充実強化

触法心身喪失者等に対する治療及び社会適応プログラム、社会復帰のための訓練、精神鑑定等に関する研究及び人材の育成を進めるため、その体制を充実強化する。

第2 精神障害者医療及び福祉の充実強化について

1 精神障害者の保健・医療・福祉充実のための計画の策定、実施

(1) 患者の病態に応じた適切な入院医療の充実

ア 急性期の医療、早期の社会復帰を目指した医療、また、思春期精神医療、薬物依存の治療等の専門的医療等、患者の病態に応じた適切な医療を行えるよう、精神病床の機能分化について早急に検討を深め、これを推進する。

イ 病院の情報公開と外部評価を促進する。

(2) 在宅生活を支える、医療及び福祉対策の充実

ア 施設中心の精神医療から、地域医療への転換を図る。

イ 患者が地域で安心して生活できるよう、精神科救急体制の整備を急ぐとともに、精神科診療所等も活用した地域医療体制の充実を図る。

ウ ホームヘルプ、ショートステイ、グループホーム等、在宅生活を支援する福祉対策の充実を図る。

エ 当事者どうしが相互支援活動を行う、自助グループ活動（ピアサポート）の支援を図る。

(3) 社会復帰施設の充実

入院患者が、円滑に社会復帰できるよう、生活訓練、授産、生活の場の提供等を行う社会復帰施設の充実を図る。

(4) 心の健康対策の充実

P T S D対策、自殺予防等、幅広い心の健康問題に対する研究や相談の充実を図る。

(5) 精神疾患の予防、診断、治療に関する研究の推進

精神疾患の予防、診断、治療に関する研究を推進する。

(6) 精神保健、医療、福祉を担う専門スタッフの養成、確保

医師、看護職員、精神保健福祉士等の専門職種の確保及び資質の向上を図る。

(7) 精神障害者に対する差別・偏見の解消への取り組み

精神障害者への偏見・差別を解消するためのアクション・プランを策定する。

2 診療報酬のあり方の改善

精神障害の特性に応じ、効果的、効率的な医療が提供されるよう、診療報酬体系の見直しを行う。

自民党プロジェクトチーム報告書（2001.11.9）

心神喪失者等の触法及び精神医療に関する施策の改革について

心神喪失者等の触法及び精神医療に関する P T 報告（案）

座 長 熊代昭彦（平成 13 年 11 月 9 日）

当プロジェクトチームは、平成 13 年 6 月 29 日以来 9 回の会合を重ね、表記の課題を検討してきた。またこの間、有識者並びに関係者（資料 1）からのヒアリングを実施し、広く衆知を集約することに努めた。その結果、以下のような結論に達したので報告する。

第 1 基本的認識

1. 精神障害者は、我々の社会の大切な構成員である。精神障害者の犯罪率は、社会全体の犯罪率に比べ、かなり高いのではないかと一般に漠然と考えられているが、その認識は正確な資料によって改められる必要がある。（資料 2）

また、精神障害者対策の現状を見ると心神障害者のための医療及び医薬品の研究開発、医療及び福祉の充実並びにノーマライゼーションのための施策の抜本的改革を図ることが急務であると言わなければならない。

2. 一方、今回検討した触法心神喪失者及び心神耗弱者（以下「心身喪失者等」という。）の問題は、殺人等の重大な犯罪行為をした者の処遇に関する問題であり、普通の生活を送っている精神障害者の問題と混同して議論する事は厳に慎まなければならないものである。

3. 本 P T はこのような基本認識に立って、先ず触法心神喪失者等の処遇の改革について取り上げ、並行して精神障害者対策の改革についても検討した。

第 2 触法心神喪失者等の処遇の改革について

1. 問題点

次のような問題点が指摘された。

（1）重大な犯罪行為を行った心神喪失者等の処遇について裁判所の判断がなされていない

殺人や放火等の重大な犯罪行為を行った触法心神喪失者等の約 8 割が不起訴（起訴猶予を含む。以下同じ。）になっていて、裁判所の判断が仰がれていない。この問題点の指摘は有識者、関係者、犯罪行為の被害者の家族等から広く行われた。又加害者となった精神障害者の側からも自らの裁判を受ける権利を奪わないで欲しいとの声が出されている。

また、検察庁において、責任能力に関する捜査を十分に行わず、安易に不起訴処分に行っているのではないかと疑念を生じさせている。

（2）医師の鑑定の信頼性に疑問が抱かれている

司法精神医学の研究・教育が充分でないため、責任能力の判断に関する医師の鑑定の信頼性に疑問が抱かれている。

（3）触法心神喪失者が一般の措置入院制度で処遇されている

触法心神喪失者が触法していない一般の精神障害者と同じ措置入院制度で処遇されているため、専

門的な治療を受けることが困難となっており、また他の患者にも悪影響を及ぼしている。また退院して良いか否かの判断について、医師に過剰な責任を負わせることになっている。

(4) 心神喪失で無罪の場合に、それに変わる措置が定められてない

心神喪失だけの理由で無罪とされる場合に、それに変わる刑法上ないしはそれに準ずる措置が定められていないのは、裁判による正義の回復を期待する国民感情に反するという意見もある。

(5) 退院後のシステムが確立されていない

退院後にも適切な医療を継続させる必要がある場合に、通院医療を確実に継続させるシステムが確立されていない。

2. 改革案

上記のような問題点を踏まえ、次のような内容の新法の制定を提言する。

(1) 「治療措置（仮称）」制度の創設

重大犯罪行為をした者を心神喪失等のみの理由で不起訴（起訴猶予を含む。以下同じ。）にしているケースはすべて起訴して裁判官の判断を仰ぐよう制度改正すべきではないかとの強い意見もあり、傾聴に値するが、起訴便宜主義と起訴法定主義の二者択一の立場を取るよりも、第3の道として「治療措置（仮称）申し立て制度」を創設すべきである。

ア. 治療措置申し立て制度の概要

(ア) 検察官は、重大な犯罪行為をした者について心神喪失等と認め、不起訴処分にした時は、地方裁判所（全国50カ所）に治療措置の決定を申し立てる。

(イ) 地方裁判所に治療措置判定機関（以下「判定機関」という。）を置き、治療措置を決定する。

(ウ) 被害者又はその遺族は、判定機関の審議を傍聴することが出来る。

(エ) 治療措置は、専門治療施設への入院又は保護観察下の通院とする。

(オ) 判定機関は裁判官を長とし、精神科医のほか、精神保健福祉士等の精神医療関係者で構成する。

(カ) 専門治療施設は国公立病院の中に設ける。

(キ) 治療措置の期間については、不当に長期にわたることがない制度とする。

(ク) 専門治療施設の長は、退院を許可すべきと考えるときは、地方裁判所に退院許可の申し立てをし、裁判所がこれを決定する。退院取り消し、通院治療終了も裁判所が決定する。

(ケ) 裁判所は、(イ)の手続きで、責任能力があると認めた時は、当該案件を検察官に差し戻さなければならない。

イ. 起訴された者が心神喪失と決定された場合の取り扱い

通常の訴訟の過程に於いて、裁判所が、起訴された者が心神喪失により無罪と判定したときは、検察官は(ア)の手続きを取らなければならない。

ウ. 退院後の体制の確立

触法心神喪失者等が退院した後の体制の確立は極めて重要である。退院後に規則正しい服薬通院等が行われれば、普通の生活を送ることが可能であるからである。また、孤立感を抱くことがないように、仲間作りや仕事場や生活の場の確保も重要である。これらのことを可能とするため、中心的役割を担う機関として全国に50ヶ所ある保護観察所を活用することが適切であるので新法の中に位置付ける。

エ. 保護観察所の役割

(ア) 地方裁判所が退院の決定をしたとき及び保護観察下の通院措置の決定をしたときは、その旨を保護観察所に通報する

(イ) 保護観察所の役割

通院の必要な当該者の処遇のための中心的な機関として保護観察所を位置付け、在宅又は中間施設で生活する当該者の処遇を抜本的に改善する。

その具体的役割の主なものは次のとおりとする。

①当該者の生活状況の把握、生活環境の調整、相談援助並びに継続的な治療を確保するための指導監督を行う。

②当該者が社会的に孤立しないよう、精神障害者団体、支援ボランティア団体等との連携協力を緊密に行う。

③専門治療施設、保健所、医療機関、社会復帰施設、地方公共団体の担当部署等の連携協力機関の連絡調整会議を開催する等、当該者の医療及び福祉に十分配慮できる体制作りをする。

(2) 司法精神医学研究・研修体制の抜本的充実

触法心神喪失者等に対する治療及び社会適応プログラム、精神鑑定等に関する研究や人材育成体制を抜本的に充実する。

第3 精神障害者医療及び福祉の充実強化について

1. 精神障害者医療及び福祉の問題点

次のような問題点が指摘された。

(1) 精神病院のスタッフ体制が弱い

(2) 長期入院者の割合が高い

手厚い医療によって、早期の退院を可能にする体制が不十分である。

(3) 在宅者の日常生活への支援が不十分

在宅者が、24時間いつでも精神医療にかかる体制や日常生活の困難さへの支援が不十分である。

また、入院患者の退院後の受け皿が不十分である。

(4) 幅広い心の問題に対応する体制が不十分

悲惨な経験後のストレス・不調（PTSD）、3万人を超えた自殺の増加、その他の幅広い心の問題に対応する体制が不十分である。

(5) 福祉対策が、知的障害者対策、身体障害者対策と比較し、かなり遅れている。

2. 精神障害者医療及び福祉対策の改革案

上記の問題点を踏まえ、以下の改革を行う。

(1) 精神障害者医療保健福祉対策5ヶ年計画（ダイヤモンド・プラン（仮称））の策定、実施

知的障害者対策、身体障害者対策に早急に追いつくことを一つの目標とし、且つ精神障害者対策の質を高めるため、高齢者のための「ゴールド・プラン」に勝るとも劣らないダイヤモンド・プラン（仮称）を平成14年度中に策定する。なお、他の障害者対策も含めた心身障害者対策総合プランを策定することもより良い選択であり、検討すべきである。

ダイヤモンド・プランには、できる限り広範囲な施策を取り込むことが必要であるが、少なくとも次のような事項を含むものとする。

ア. 患者の病態に応じた適切な入院医療の充実

急性期の医療、早期の社会復帰を目指した医療、また、思春期精神医療、薬物依存の治療等の専門的医療等、患者の病態に応じた適切な医療を行えるよう、精神病床の機能分化について早急に検討を深め、これを推進する。

(現在の医療体制の基準等については、資料3)

イ. 在宅生活を支える、医療及び福祉対策の充実

患者が地域で24時間いつでも安心して生活できるよう、24時間オープンしている精神科救急体制並びに相談体制の整備を急ぐとともに、ホームヘルプ、ショートステイ、グループホーム等、在宅生活を支援する福祉対策の充実を図る。

ウ. 社会復帰施設の充実

入院患者が、円滑に社会復帰できるよう、生活訓練、授産、生活の場の提供等を行う社会復帰施設の充実を図る。(現行の社会復帰施設。資料4)

エ. 心の健康対策の充実

PTSD対策、自殺予防等、幅広い心の健康問題に対する研究や相談の充実を図る。

オ. 精神疾患の診断及び治療薬の研究開発並びに治療方法の研究、改善

上記の研究開発、改善は遅々としており、思い切った対策を講ずる必要がある。

カ. 精神保健、医療、福祉を担う専門スタッフの養成、確保

上記の専門スタッフの養成、確保は急務である。特にPSWの養成、確保並びにその診療報酬上の位置付けを改善する必要がある。

(2) 診療報酬のあり方の改善

精神科の診療報酬(資料5)体系をさらに改善する必要があるが、現行体系をさらにより良く活用することも精神病院に於て検討される必要があろう。

日本精神神経学会・精神医療と法に関する委員会の見解

「大阪児童殺傷事件に関連して『重大な犯罪を犯した
精神障害者対策』に関する見解」の公表について

(社) 日本精神神経学会
精神医療と法に関する委員会
委員長 富田 三樹生

本見解は、当委員会としての見解です。当学会理事会としての緊急の見解、また学会としての見解に反映させることが本見解の学会組織としての位置となります。しかし、事態の緊急性と、当委員会として、この問題の理解をどのようにすべきかということ、多くの皆様に広く知ってもらうことが必要と考え、理事長の了解のもとに公表することとしました。

平成13年6月24日

大阪児童殺傷事件に関連して「重大な犯罪を犯した精神障害者対策」に関する見解（要約）

(社) 日本精神神経学会
精神医療と法に関する委員会
委員長 富田 三樹生

小泉首相は、新聞報道等によれば、「重大な犯罪を犯した精神障害者対策」に関して、刑法改正も含めて検討すると言明し、従来の議論を乗り越え保安処分も視野に検討を進める考えを表明した。また、法務省と厚生労働省が新法により、特定病院を作り、刑事司法と精神科医療の狭間の精神障害者を収容する方向で合意し、その実現にむけて動き出していると伝えている。しかし、精神科医療においても、刑事司法においても根本的な欠陥があり、そのなかで、保安処分制度や「間」の施設を設けることは矛盾をさらに深めるのみとなることは明らかであり、容認出来ない。

1) 精神科医療の問題

①我が国の精神科医療は、一般科医療よりもはるかに基準を低くおさえられた医療法特例のもとで、隔離収容主義によって規定されてきており、その構造はなお、改善されていない。

②第四次医療法改正により、大学病院と総合病院の精神科の人員配置基準は特例からはずれたが、措置入院を受け入れる施設として位置付けられている国立、都道府県立精神病院や民間措置指定病院は特例のままだに残された。

③措置入院は公費負担の強制入院制度として、かつてその比率は30パーセント台にあったが、現在は1パーセント近くまでに激減している。そのため、精神保健福祉関係予算は1980年には90

0 億円であったものが、現在は500億円強の水準に落とされている。しかも、1995年の精神保健福祉法改正において、措置入院の費用負担は公費負担原則が保健給付原則に変えられた。このことにより刑事司法の側から精神科医療に移行する際の、受け入れの入院制度である措置入院ですら、我が国は貧困な差別的医療のなかに捨て置いているのである。

2) 刑事司法における精神障害者の処遇と問題

①精神保健福祉法の検察官通報第25条は、検察官の起訴便宜主義と不起訴処分や起訴前精神鑑定（簡易鑑定）により、法に触れた精神障害者を極めて安易に精神科医療に流しこんでおり、その問題が、精神科医の無責任性や精神障害者の危険性のみが強調されることにつながっている。

②裁判官は、公判において検察の問題を検証する機能を失い、検察の有罪率至上主義に迎合し、起訴前鑑定と起訴後の責任能力判定について二重基準の状況にある。

③刑事施設（本見解では警察、保護観察所、矯正施設をさす）における処遇と医療

刑事施設においては多数の精神障害者が拘留されている。そこでの処遇と医療はその密室的官僚主義による検証不可能性と、極めて貧困な医療のもとにある。刑務所を出所する際に本人が望んでも医療情報を外部の医療機関等に提供することが禁じられている。医療もなく、アフターケアもなく、差別と貧困の社会に投げ出される状況では、病の再発を止めることができるであろうか。

④11年間追跡調査（犯罪学雑誌第61巻第5号）によれば、精神障害者と一般人の重大犯罪における再犯率を比較すると、精神障害者の再犯率はむしろ低く、また収容継続率においても精神障害者の方が高く、はるかに長期であることが示されている。

⑤被害者救済と、精神障害者の犯罪に対しての応報感情に安易に結び付けた議論は、近代刑法の到達した罪刑法定主義等の原則にもとるものである。被害者救済の貧困は別個の方法によって克服すべきものである。

3) 改革の方向について

精神科医療と刑事司法の双方において、基本的な矛盾を克服するという原則が改革を実施するために重要である。報道されているような特定病院構想や、「入り口」と「出口」の司法関与で実質が改善することはあり得ない。

①国立、都道府県立精神病院と民間措置指定病院のみならず、すべての精神病院を一般科と同等の医療法基準へすみやかに移行しなければならない。措置入院のみならず、救急医療、児童思春期、薬物依存など政策的バックアップを必要とする課題があり、貧弱な特例医療で実施することができる筈がないのである。その際、医療費の手当も不可欠である。

②措置入院は行政処分としての強制入院であるので、公費負担原則を回復しなければならない。退院、出所後の精神科地域支援体制が整備されなければならない。

③上記に述べたような刑事システムの問題の改革が不可欠である。

平成13年6月24日

大阪児童殺傷事件に関連して「重大な犯罪を犯した精神障害者対策」に関する見解

(社)日本精神神経学会
精神医療と法に関する委員会
委員長 富田 三樹生

はじめに

本事件は、いたいけな多くの子供たちを残酷に殺傷した事件として、私たちは深い悲しみと衝撃を受けており、被害にあった子供たちとそのご家族に深い哀悼の意を捧げる。そして、私たち精神科医や精神医療に従事する者のみでなく、精神病を患い日々病と戦っている病者の方々とご家族も、深い悲しみと衝撃を受けている。病者の中には、この事件の世間の反応や報道によって、世の中に対しておびえ、不調を訴えるものが多数にのぼっていることは、日々の臨床のなかで私たちが直面していることである。しかし、この事件をきっかけにした政府、各政党、特に報道機関の精神障害者に対する反応には、精神障害者に対する恐怖や悪意をことさらに強調するものもあり、精神科医療に携わるものとして受け入れがたい。いまだ事実が明かになっているとは言えないにも関わらず、この事件をもって保安処分の導入を先走って論じることは、いままでの長く深刻な議論による結論を反古にするものであり認められない。しかし、小泉首相は高い国民の内閣支持率を背景に、保安処分も視野に検討を進める考えを表明している。また、一部の新聞は、法務省、厚生労働省が重大事件を起こした精神障害者のために新法による特定病院を作るという方向に動き出したと報じている。我々は深くそれを憂慮する。この問題は、1970年代から80年代にかけての刑法改正問題のなかでその論点はほぼ出尽くしていたと考える。また90年代の処遇困難者専門病棟構想においても形を変えて登場し、それらの構想の致命的欠陥によって挫折したのである。

これらの歴史的経過に立ち、さらに現在の時点で、このような保安処分構想や特定病院必要論は、我が国の現実を踏まえていないものであることを論じ、結局、精神科医療と刑事司法の各々の矛盾を正面から解決して行くことこそが、問題に立ち向かう原則であり第一歩であることを示したいと思う。

1) 精神科医療の現状から

①我が国の精神医療政策が、一般科よりもはるかに低く基準を設定した医療法特例の精神病院に閉じ込める隔離収容政策に極端に片寄っていることは、その骨格においていまだに改善されたとはいえない。強制収容によって医療を行う以上、時代の水準以上の医療が保証されなければ法理上許されることではない。その人権侵害は国際的にも強く批判され、1987年の精神衛生法改正に結び付いたことは周知のことである。しかしその改正は、医療の質の向上とは無関係であったのである。毎年明るみになる精神病院の不幸事件は、我が国の精神科医療に構造的欠陥があることによるということ、精神科医療関係者には常識に属していることである。かつての刑法改正－保安処分や処遇困難者専門病棟構想に対する反対は、そのような状況を放置したまま、刑法に従属した形で、保安を目的にした予防拘禁制度によって精神科医療を組み立てようとするものに対する強い批判であった。それは社会と国家による精神障害者の差別によって起こっている矛盾を、さらに差別の上乗せをして解決しようとするものであり、問題がさらに深刻になることが危惧されたのである。現に今でも、精神障害者

の医療施設や社会復帰施設などを建設しようとする、反対する住民運動が公然と起こることがあり、憂慮すべき社会的風潮が存在するのである。

②政府は第四次医療法改正において、ようやく、大学病院、総合病院においての医師、看護婦（士）の医療法特例を一般科なみにすることとした。しかし、精神保健福祉法において、措置入院を受け入れる重要な位置を与えられている国立、都道府県立精神病院と民間措置指定病院を含む単科精神病院においては、今まで通りに据え置いた。1998年のデータによると、都道府県立単科精神病院の100床あたりの医師数の平均は3.8人に過ぎない。民間措置指定病院においては、医療費の手当がないのであるから、医師数等においては特例の基準以上を雇用する余地は当然あるはずがない。政府は、各種の通報制度により運用され、刑法の領域との境にある知事による措置入院のための施設すら、21世紀の現代においてもこのような事態に放置している。今回の医療法改正で一般科なみとなることになった総合病院精神科にあつては、救急医療や合併症治療などに大きな役割を期待されている。しかし、それが公立ないしは公的病院であつても、一般科なみの医療費の手当がなされなければ当然赤字が急増することになり、そのため不採算部門として切り捨てる動きが広がっている。もともと医師等の不足から医療法特例が制定され、いずれ改正されるはずのものが、四十余年にわたって放置されているのである。

今年1月より始まった法務省・厚生労働省合同検討会においても、現存する制度のこの基本問題が主題として論じられることがないまま、特別対策の是非のみを論じているのは理解出来ない。そしてまた特例医療が、精神病院の設立主体である民間医療法人のみならず、国、地方自治体共に、少ない費用で精神病院を運用できるという、いわば財政的既得権益として固定化されているために、この問題を改革することへの動機は低く、むしろ抵抗が根強いということが理解される必要がある。ハンセン病の隔離政策の反省を小泉内閣と国会はあげて行い、国民の喝采を浴びている。しかし、この、医療法特例制定の時、病院にあらざる病院に収容されることになったものは、社会的差別の対象であつたハンセン病、結核、それに精神病であつた。そして今次医療法改正において、特例として残されたのは精神病のみであることを政府はどう説明するのであろうか。政府と国会は、ハンセン病に対する不作為の行為を深く反省したが、精神障害者に対しては医療を平等に保証することを半世紀にわたって踏みにじり、なおそれを続けようとするのを、どのように説明するのであろうか。我々は、この二重基準を、精神障害者と共に抗議したい。

③措置入院制度の近年の変遷について概括しておこう。1960年代の精神病院の急激な増床政策の過程では、措置入院率は入院病床の30パーセント台が続いていた。その入院のための公費負担は精神保健福祉関係予算の大きな部分を占め、1980年頃は全体では900億円に達していた。しかし、70年代から80年代にかけての精神医療改革運動の後押しによって、措置入院は急速に減少したのである。すなわち措置入院は本来の「自傷他害のおそれ」という要件に限定する政策が普及することによって、措置入院率は急速にかつ著しく減少し、入院者数の1パーセント程度となり、精神保健福祉関係予算はその分極端に減少した。当時厚生省はその減少部分を精神障害者の福祉施策に回すとしたが、その額は100億円強に過ぎない。措置入院費の公費負担に代わって増えたのは、通院医療費公費負担（精神保健福祉法第32条）であり、これは現在ほぼ350億円に達しているが、それでも全体の精神保健福祉関係予算は1999年で511億円という水準にとどまっている。1980年当時で900億円だったものが、措置入院の減少によって、その予算は実質において40パーセ

ントも削減されている。厚生労働省はノーマライゼーションや隔離収容主義の克服を叫んでいるにもかかわらず、さらに医療費を削減しようとして、この通院医療費公費負担の見直しを始めている。多くの精神障害者はこの制度のもとで、通院が保証され、デイケアなどによって、仲間をつくり、社会的な場に参加するきっかけを得ることができるようになっていのである。一方、1995年精神保健福祉法改正において、当時の厚生省は措置入院の公費負担原則を保健給付原則に転換するという離れ業をやった。それまでは知事命令による措置入院は行政処分と認識され、国と都道府県が費用を分担する公費負担は当然であるとされていたのが、公費削減のためにくつがえされたのである。政府は、今でも低水準であるのにその経済的基盤を切り崩しながら、保安処分や特定病院の必要性を言い立てようとしており、到底容認できない。

2) 刑事司法における精神障害者の処遇と問題

①逮捕または保護から検察官による起訴・不起訴までの過程（精神保健福祉法第24条通報から第25条通報）

警察の段階で検察に送検するかどうかで篩にかける。精神病歴の有無によって検察に上げないままに処理されることも多い。精神病院における事件の場合は事件の捜査そのものも不十分であり、それが殺人や深刻な傷害などの大きな事件であっても、刑事手続きがあいまいにされることは少なくない。覚醒剤の急性中毒で他害行為があった者についても、使用そのものが違法であるにもかかわらず警察は精神科救急の場に連れて来るだけで、覚醒剤取締法に基づく刑事手続きを怠り、病院が尿検査を求めたとしてもしばしば拒否されることがある。

検察官の起訴便宜主義による不起訴処分の在り方にも大きな問題がある。極めて簡便な起訴前精神鑑定（簡易鑑定）に基づいて不起訴処分とされることが大多数を占めている。事件の事実認定そのものがあいまいにされたままで措置入院に回されることも少なくない。不起訴処分にされた上で25条通報をされた場合は、措置診察如何によって、当然、なんの方策もとられずに、放置されることになるが、それは措置診察に原因があるからではなく、検察の対処の仕方に問題があるからなのである。起訴前鑑定の基準もあいまいで、検察に都合のよい一部の精神科医に安易にまわされることもあり、また検察官の意図に沿わない鑑定はその意図が達成されるまで鑑定が繰り返されるという事例も報告されたことがある。起訴前の鑑定が専門家の間で検証されることも殆ど不可能である。疑いの残る事例については、起訴前の段階、すなわち事実関係が明らかにされず、弁護士の確保も制度上不されない段階で処理されるのではなく、裁判の場で究明されるべきであろう。多くの事例が起訴前で処理されるという現状を当面維持するのであれば、せめてこの段階で、簡易鑑定でなく本鑑定をより多く行うようにすべきである。司法関係者の省力化や鑑定料の節減のためにこれらが行われていない現状が事態を混乱させているのである。司法におけるこれらの問題が整理検討されないままに精神科医療に流され、問題が事例化すると精神科医の責任や精神障害者の危険性のみが強調されるということが繰り返され、一足飛びに特定病院の必要論に飛躍する傾向がある。起訴便宜主義の全てが悪いとは言えないが、事実の究明がなされない上に、司法の密室性による検証の不可能性、基準の不明確さなど、問題は山積している。さらに精神障害者が裁判を受ける権利という課題等も呈示されており、司法の矛盾は限界に達しているというべきである。

この段階における精神障害者については、自己防御能力の問題もある。代用監獄として国際的に批判が強い留置場での取り調べは、精神障害者に対してのみならず冤罪の温床である。国選弁護人制度は被疑者の段階から是非必要であるが、現状は被告人の段階からでなければ利用出来ない。

②裁判の段階

国選弁護士制度については、その報酬は少なく、熱意ある弁護士にあたらぬ被告は惨めなことになるということも言われている。また、検察と裁判官の癒着が最近明らかになり問題になったが、この問題は裁判の公正さの維持に重大な疑念を持たせている。検察は事実究明より有罪率の高さにこだわり、裁判官は司法または行政へのチェック機能を喪失しているのではないかという疑念は多くの市民運動の領域でも言われていることである。公判における責任能力鑑定については、検察官によって起訴された以上責任能力ありとされることが圧倒的に多く、起訴前鑑定と比べ二重基準であるとの批判は多くの論者が指摘している。これも裁判官の検察へのチェック機能の喪失を表している。

司法上の責任能力判断は最終的には、精神科医が行うのではないのであるから、裁判官、検察官、弁護士は、精神障害者の問題の認識を改めることが強く望まれる。

③刑事施設（本見解では警察、保護観察所、矯正施設をさす）における処遇と医療

留置場、拘置所、刑務所などの刑事施設のなかに多数の精神障害者がいることは法務省も認めている。刑事施設においては、設備やスタッフの不足、本人への情報開示の不十分さ、治療よりも保安重視、職員への精神医学教育の不徹底さなどにより、治療は非常に低いレベルにとどまっている。これらの問題は一般刑務所でより深刻であるが、医療刑務所にもあてはまる。本人が医療を求めても職員が認めないことが非常に多い。施設としての管理上の問題がなければ精神病状態にあっても放置され無視されることが多い。そこにおける医療は医療法や精神保健福祉法が適用されないので、刑事施設の側の都合が許す範囲で、限られた医療しか受けることができない。病院送致も監獄法、刑事訴訟法上可能だがそれが利用されることはまずない。それを利用し得る条件も整備されていない。

また刑務所等を出所する際には、財政的な援助を始めとしたなんらの支援もなく、場合によっては住居もないまま、一般社会に出されるのである。再犯率を云々することは、刑を終えた者に対する施策との関係で論じるのでなければ、文明国の態度とは言えない。刑事施設の中での治療については、仮に本人が求めても、最終処方の情報すら外部に提供することが事実上禁じられている。英国のシステムをモデルとして導入することが主張されることが多いが、そこでは、刑事施設に拘禁されている者に対する医療と人権の保証は重要なものとして位置づけられ、弁護士や精神科医は外部から恒常的に入っている。我が国の密室主義、官僚主義によって密閉された、非人道的な処遇と貧困な医療とは根本のところでは異なっているのである。このような刑事施設での処遇と医療の改善を放置して、それとの関係が不可分の特定病院を設けようという発想は明らかな倒錯といわざるを得ない。我が国の、この領域での実践と議論の積み重ねの中から、学べきものを学び、取るべき道を探っていくべきであろう。

法務省人権擁護推進審議会は、本年5月25日に答申を出したことが報じられている。そこでは不十分ながら公権力による人権侵害からの救済についても触れられている。我が国の刑事施設の現状は到底文明国のものとは言えないのである。

④精神障害者と一般人との再犯率についても、意図的にか差別的にか誤解があると思われる。「触法精神障害者946例の11年間追跡調査－第一報」（山上皓他、犯罪学雑誌第61巻第5号、1995）によれば、殺人では、一般犯罪者の方が、精神障害者の4倍近い再犯率を示していると述べられ、凶悪犯罪全体においては、両者に差がないと明言されている。同じ論文において、殺人犯で11

年後に収容継続中であったものは、一般では5.6パーセント、精神障害者では23パーセントと報告されており、精神障害者の野放しキャンペーンは根拠がないことが示されている。重大犯罪で起訴された場合、その殆どが、有罪―責任能力ありとされ、または限定責任能力ありとされている。そのような受刑者が刑務所に入る場合は当然、その内部での医療が問題になるが、その現状は上で述べた通りである。

⑤被害者救済との関連で「厳しい」対応を結び付けようとする論理が専門家からもでてくるのは理解に苦しむ。被害者救済を殆ど実施しないままにして、応報感情に便乗して冷静な対応を阻害するやり方は、安上がりで実効性のない立法措置でお茶を濁そうとする施策で済ますことになるだけである。被害者の応報感情と加害者に対する刑罰は直結しないがゆえに国家による司法制度が存在するのであり、その根幹を忘却する議論は認められない。

以上のように刑事システムにおける司法と医療の問題は深刻で多岐にわたっており、それらの問題が未整理のままに精神障害者が精神科医療に流されてくることが多いのである。このような問題の改革に言及することなく、精神科医療や精神障害者への恐怖や差別を助長するような「専門家」が後を断たないのは残念なことである。欧米において、いわゆる保安施設やそれに類似する特別病院があるのも事実である。しかし、我が国における状況は以上のように、あまりにも矛盾に満ち、基本のところ、差別と施策の貧困が強固に根をはっている。もしこのまま現状を改革することなく、「立派」な特定病院ができるとすれば、そこはたちまちのうちに、精神科医療と刑事システムの矛盾の集積の場所になり、スキャンダル宝库となるのは欧米の歴史が証明している。

3) 改革の方向について

以上の論点について、十分な議論と改革が必要である。その際取るべき方向としては、以下のようなことが不可欠である。

保安処分や、その変形である特定病院を作らなければならない現実的根拠は、上に述べたように我が国には存在しないというべきである。また「入り口」と「出口」を厳しくするのみでは、入院施設の内部は矛盾がたまり、事態を悪化することになりかねない。

①今回の医療法改正は上記のようなものに終わったが、原則に帰り、国立、都道府県立精神病院と民間措置指定病院は全て、すみやかに最低限一般科と同一の基準を採用することとして、その実施のためのタイムスケジュールを作成するべきである。その際、当然、精神病院は全て同一の基準を満たすという原則を踏み外すべきではない。何故なら、精神科領域の問題は山積しており、「自傷他害のおそれ」のあるものを治療するという治安上の要素のみが問題なのではないからである。精神科救急、児童思春期や薬物依存の課題なども重要なものであることは、広く認識されてきていることであろう。医師、看護婦（士）という医療法上規定された狭義の医療職のみでなく、ソーシャルワーカー、心理技術者等のスタッフも十分必要である。それに伴って、診療報酬もそれに見合った水準に引き上げなければならない。公的役割が第一義的に期待される公的病院すらが、精神科医療部門を不採算部門として切り捨てようとする医療環境を改善することこそ、政府のなすべきことである。そのことによって精神科も差別のない医療を提供出来る道に大きく踏み出すことが出来る。しかし、その基準も「最低限」であり、現実には専門的技術と人手の必要な精神障害者の医療にあたっている精神病院の疲弊を救い、格段に水準を上げるためにはそれ以上の手当が必要であるが、それには犯罪対策のみに焦点化

した新たな立法措置は不要である。国の財政的なバックアップに基づいた現実的指針があれば改革は可能である。

②措置入院の公費負担原則を復活しなければならない。措置入院は適用が限定されるようになって本来の姿になってきている。大都市圏とそうでない地域とは措置入院の状況は異なるのであるから、それに対応した施策をとることも必要であろう。それは施策の問題であり、法の問題ではない。特定病院をつくるのではなく精神科医療の向上のなかに措置入院を組み込むことが可能である。勿論、措置入院のみではなく、さまざまな領域で精神科医療の拡充の必要性が叫ばれており、また、医師、看護婦（士）などの狭義の医療スタッフのみで出来るものでないことは、上に述べた通りである。政策的として必要な領域が様々に拡大しているにもかかわらず、1)の③で述べたように、精神保健福祉関係予算は、大幅に減少している。国はこのような実態を放置して、精神障害者差別政策を仕上げようというのであろうか。

特定病院を設けた場合、医療と司法の矛盾が全てその病院に集中し、精神障害者へのラベリングが強化され、その病院で働く者の士気が著しく低下するであろうし、一般の精神病院の力も落ちるであろう。

今回の事件で、措置入院患者の退院が安易に行われているというキャンペーンがなされている。そのような事例がないとは言えないが、基本は医療施設の力を向上させることでなければならない。措置入院の決定・解除は、知事の権限であり、指定医の診断はその参考として位置付けられている。知事は入院措置が適正に行われるよう、定期病状報告書の提出を求め、必要があれば指定医を派遣して実地審査を行うことができる。

入院措置の解除（精神保健福祉法第29条の4）に際しては、病院管理者が措置症状消失届（精神保健福祉法第29条の5）を提出する前に、知事はあらかじめ病院管理者からの意見を求め、必要があれば知事の指定する指定医の診察を行わせ、その結果に基づいて措置解除の是非を決定できるのである。したがって、知事は当該病院の指定医のみによる措置解除を阻止し得るのであり、措置解除が適正に行われていないとすれば、それは現在の法制度が有効に機能していないからであるといわざるを得ない。

しかし最も必要なことは、精神科地域支援体制の拡充である。「出口」をしほっても、退院または出所した社会で、差別と孤立に囲まれていれば、再発や破綻があってもおかしくはない。社会的、臨床的現実をみつめ、実質の拡充こそが取るべき道である。

③刑事司法の上記のような現実的問題点を、検証可能な公開性のなかで議論ができるようにすることが必要である。刑事施設の前近代的密室的官僚性を打破し、そのなかの精神科医療を一般医療とともに充実させ、それとともに病院送致が可能なシステムを作る必要がある。そのためには刑事施設において人権擁護のための運営機構が確立されるとともに、受け入れる精神病院の機能の拡充が必要である。現在、厳しい状況の中でこの領域に取り組んでいる精神病院は、そのノウハウを活かしながら、一般精神科の医療の充実の中で実践することが、最もよい方法選択ではなからうか。そのことによって、措置入院やそのほか、政策的に補強が必要な分野の医療にあっても、公的病院、民間病院の間で協力関係が可能になろう。また、協力関係が、各々の医療機関の疲弊を防ぎ、士気の向上にも役立つであろう。

以上が、精神障害者の社会参加を進め、ひいては社会の安定のために必要な原則である。

重大な犯罪を犯した精神障害者に対する、与党P Tの新立法制度（仮称治療措置）案に対する見解
(社) 日本精神神経学会
精神医療と法に関する委員会
委員長 富田三樹生
2001年11月16日

本委員会は、大阪児童殺傷事件に関連して、重大な犯罪行為をおこなった精神障害者に対する政府等の動向にたいして6月24日づけの見解を出した。また本学会理事会は6月24日づけの理事会見解を公表した。それらは、保安処分等の新たな法律による特別対策に反対し、広く指摘されている司法、精神医療双方の問題の改革をすすめることを優先すべきであるというものであった。しかし、政府の特別立法の方針は変わらず、自由民主党プロジェクトチームは10月31日、「心神喪失者等の触法及び精神医療に関する施策の改革について」を明らかにした。そこでは現状についての一定の問題の認識を示し、それに対応する施策として「治療措置制度」の創設がうたわれている。この治療措置制度を、公明党、保守党の政策責任者が入って、11月12日に与党政策責任者会議として報告書（このなかには「治療措置制度」との名称は使われていない）の中に盛り込んだ。なお、この会議には法務省、厚生労働省、最高裁事務総局からの出席もあり、この与党報告書は政府としの方針に反映されることが予想される。この与党案に対して、本委員会は、6月以後の議論を踏まえ見解を明らかにする。

1) 与党P T提案の考え方について。

①提案されようとしている新立法案の骨格、そのうちの収容処分は1981年12月のいわゆる刑事局案とその骨格において以下の点ではほぼ同一である。対象である触法行為を重大犯罪とし、心神喪失または心神耗弱となった者を対象とし、入院、退院判断は裁判所判断（今回は判定機関が設けられる）とするということである。施設を国公立病院を予定しているのも同一である。この骨格は紛れも無く、すでに長年の経過において決着のついていた治療処分（保安処分）である。刑事局案は当時、本学会を含む厳しい反対にあい、日の目をみなかったものである。

②新たな収容処分は、検察官が不起訴処分にしたときは地方裁判所に申し立てる、としている。これは我々や多くの提言が指摘していた、検察官の支配的裁量権限のもとで、司法処理が不透明かつ不公正なものとなっている、という現在の起訴便宜主義の問題として指摘されている事態を何ら改善するものではない。責任能力判断については現在の問題点をさらにあいまいにし、現在簡易鑑定すらうけずに司法判断されているなどの実情をむしろ温存拡大するおそれすらある。出された提案が裁判所判断によるいわゆる司法上の治療処分であるのは問題のすり替えである。裁判所判断であれば治療処分でもよい、という根拠がどこにあるのか、我々は示されていない。

③与党案の第二に「精神障害者医療及び福祉の充実強化について」が位置付けられている。しかし、政策責任を負う与党の提案としてはあまりにも具体性に欠ける。精神科医療において、措置入院制度は行政処分として強制収容のもとにおける医療であるというのみならず、医療保護入院、任意入院も強制入院または行動制限をとまうことがあるものであることから、そこにおける医療は一般水準以上でなければその正当性は得られないとする法理にもとづくべきものである。しかるに我が国においては、ほぼ半世紀にわたって医療法特例のもとにおかれ、先の医療法改正においても精神科医療のみが特例に置き去りにされているのは重大な人権侵害であるとしなければならない。提案のなかに、現

状に対するこのような認識が全くないことは深い失望を禁じ得ない。

2) 提案の新立法制度について。

①新しい立法制度は、国公立病院に新設される専門治療施設への入院処分と保護観察官の監督のもとにおける、いわゆる従来の云い方での措置通院制度によってなる。入院（所）、退院（所）は地方裁判所判断によっている。専門施設は国公立病院の中に設けるとある。「処遇は、より確実な治療効果・病状の判断のもとで入退院や通院の要否が決定されるべきであるという視点から精神科治療を受けさせるものとする」として医療的視点を強調しているにも関わらず、裁判所判断が必要な根拠を示していない。医療判断であるならば、裁判所判断となる必然性がないからである。

②判定機関は裁判官の補佐にとどまるであろうことが予想される。医療的視点が強調されているにも関わらず入院、退院は必然的に公安上の判断に従属するからである。

③この新たな施設の性格（司法施設か医療施設か）は明確に述べられていないが、論理上司法施設ということになろう。あるいは、医療施設ということになれば、知事による行政処分としての現行の措置入院との関係が問題になり、裁判所の公安上の判断と矛盾することになろう。予算、設置基準、国公立病院との関係等、収容期間や刑務所からの移送の有無等詳細は一切不明である。この制度が出来れば、我々が指摘してきた現在の司法、医療の矛盾が集中するのは必然であろうことは容易に予測ができる。

④最大の難点は退院判断の公安上の観点における再犯予測の問題である。予測の展望的研究はなされておらず、判断根拠になりうる予測研究は存在しない。たとえ、高度な確率で予測ができたとしても、間違えた過剰拘禁がまぬがれず、しかもその間違えた事実は誰にも気づかれないままとなる。退院したものに万が一でも事件をおこすものがあれば、過剰に退院判断の失敗が非難され、根拠の無い長期拘留が必然となる。このような人権抑圧が精神障害者であれば許される、と考えることこそが精神障害者に対す差別である。裁判官であればこのような問題のない再犯予測ができるとする根拠は無い。

⑤被害者、またはその遺族には判定機関の審議の傍聴を許すこととする、としているのは十分にその意味と現実的機能が考えられているのであろうか。与党案においては、応報感情から処分の重罰化、収容の長期化を意図しているのであろうか。そうであるとすれば、医療的観点を強調していることとどのような関連があるのであろうか。被害者の権利回復の問題は別途十分な吟味が必要である。

⑥措置通院制度については十分な検討がなされているとは考えられない。十分な地域医療システムが無いところで、保護監察官に責任をおしつけて何か実効性が期待できるのであろうか。

3) 具体的提案

①被疑者段階での、糾問主義的な権限を持った検察官による起訴便宜主義が被疑者の人権を軽んじ、精神障害者、精神科医療を司法に従属させ、司法と医療の境界の不明確な相互利用という事態を生んでいるのである。そのような実情を改革するためには適法手続きの考え方を、刑事訴訟の在り方に十分に取り入れることが不可欠である。必要なのは、法律扶助等の飛躍的な拡充や、必要な医療が被疑者、被告人、受刑段階でも保障される人権の向上である。

②法を犯した精神障害者の司法処分を、誰からも検証されない検察官の判断で、一方向的に決定してから、25条通報等で医療に導くという過程に多くの問題がある。もともと起訴前簡易鑑定は責任能力判断を行うためののみ導入されたものではないのであるから、それを医療判断としての機能を持たせることとする運用の改革を行うことは可能である。医療必要性、医療適応性において緊急性が高い者は医療処遇への転換を速やかに行い、刑事手続きが可能となった段階で刑事への移行を行うように

する。責任能力判断を厳格に行うべきものは正式鑑定を検証可能な形で行うことを追求すべきである。これらの改革のためには現在の鑑定のシステムにも改革（たとえば全国自体病院協議会の改革案がある）をおよばさなくてはならないであろう。現行法のもとでも可能な改革をぬきに、矛盾を特別施設のみに押し込むのは問題を複雑にするのみである。

③現在、犯罪を犯した精神障害者は矯正施設での処遇または措置入院によって収容、入院処遇が行われている。

矯正施設における精神科医療の実情調査と並行して、早急な医療改革のための整備が必要である。ここにおいても、公権力のもとに強制収容されたものに対する人権上の観点から、水準以上の医療が保障されなければならないとする考え方が不可欠である。

行政処分としての措置入院のみならず、強制処遇を伴う医療が、一般医療の水準よりはるかに低い基準のもとにおかれているのは重大な人権侵害であるとの認識から、医療法改正を行い、地域精神医療体制の整備が具体化されるべきである。

④実態調査について。

現在早急にすべきことは、指摘されている現行制度における問題の実態把握とその改革の方向を示すことである。

七者懇談会によって実態調査が提案されており法務省、厚生労働省等においてもそのような調査に積極的に協力、関与すべきである。調査項目はたとえば以下のようなものである。

国公立病院精神科、措置指定病院の設備、構造、人員等の実情を含んだ措置入院制度の実態、各種通報制度、起訴前鑑定制度、起訴後鑑定等の実態調査を行うこと。矯正施設、医療刑務所等における受刑者、精神障害者の処遇、医療の実態調査を行うこと。

犯罪を犯した精神障害者の処遇を中心に起訴前、起訴後の刑事訴訟における被疑者、被告人の人権、医療についての司法手続き過程の実情について調査を行うこと。

それらを踏まえて改革の方向を出すこと。

日本精神神経学会・理事会の見解

平成13年6月25日

「大阪児童殺傷事件」に関する理事会見解

社団法人 日本精神神経学会
理事長 佐藤 光源

今回の大阪児童殺傷事件は想像を絶する悲惨なものであり、亡くなられた方々のご冥福をお祈りするとともに、被害を受けた方々およびそのご家族に心からお見舞いを申し上げます。

このような事件が再び繰り返されないように、万全の配慮と対策が講じられなくてはなりません。しかし今回の事件は、いまだ事実関係が明らかとは言えず、本学会としては、真実の解明と被疑者の刑事責任能力について、精神鑑定、検察庁の判断、裁判所の審理等の推移に重大な関心をもっております。

また、このような事件の被害者の方々には、十分な心理的・精神医学的ケアが受けられるよう、本学会としても最大限の協力をしたいと思っております。

今回の事件に関連して、日本精神神経学会理事会として、以下の見解を表明します。

記

1. 現行法における司法と精神科医療システムの狭間にある問題点を、早急に見直す必要がある。

その問題点とは、次のようである。

重大事件の犯罪者が精神障害をもつ場合、障害による免責には、①検察官決定による不起訴処分、②裁判所の判決による心神喪失または心神耗弱がある。心神喪失や心神耗弱で不起訴になった場合は措置入院となる場合が多く、起訴された精神障害者の中には減刑されて服役する者もいる。精神鑑定や措置診察の質的向上、検察官通報による措置入院制度、措置入院中の治療と処遇のあり方、措置解除の制度、受刑者の精神医療などについて、検討をすべきである。

ただし、当面重要な問題は以下のことである。

- 1) 起訴前鑑定のあり方などを早急に見直す必要がある。

現在の起訴便宜主義には、重大な制度的欠陥がある。犯罪を犯した精神障害者の89%が、検察官などの判断で不起訴処分とされている現状に鑑み、起訴前鑑定のあり方について早急に見直すべきである。少なくとも重大事件を起こした精神障害者については、安易な起訴前鑑定（簡易鑑定）を行うことなく、検察官の委嘱または裁判所の命令による正式な司法精神鑑定をすべきである。また、精神障害者も一人の市民として平等に裁判を受ける権利があることを付言する。

- 2) 精神科医療全体の底上げが先決であることは言うまでもないが、措置入院等となった重大事件

を起こした精神障害者の治療には、特に十分なマンパワー配置のある精神科病棟（国・公立および一部民間病院）で治療出来るように公費を投入すべきである。また、司法諸機関における精神科医療の充実も図られなくてはならない。

3) アフターケアのあり方を検討すべきである。

重大事件を起こした精神障害者の退院または出所後のアフターケアについては、司法が一定の役割を果たすべきであり、精神医学の専門家と十分に協議しながら適切な受診援助などが行われるよう、第三者機関としての審査機関の設置などを早急に検討すべきである。

2. 現行法下での改善をまず優先し、政府は早計に刑法改正などにより保安処分制度や特定専門病棟の設置などを導入すべきではない。精神科医療をめぐるさまざまな問題の解決には、まず現行の精神科医療の抜本的改善を図るべきである。

3. 精神障害者に対する偏見除去を推進しなければならない。

今回の事件を機に、重大事件を起こした精神障害者に対する司法措置が検討されている。しかしそれは「重大事件を起こした場合」に限られるべきであり、断じて「精神障害者すべてへの司法措置」を検討するものであってはならない。それにもかかわらず、この点を混同したり、被害者や精神障害者の心情を考慮しないマスコミ報道、事実に基づかない一部精神科医の発言等が相次いでいる。これらのことは、精神障害者とその家族に深刻な不安と動揺を与え、社会参加への意欲を阻喪させ、精神障害者に対する社会の偏見や差別を助長し、精神科医療を大きく後退させるものである。本学会の「精神障害に対するアンチスティグマ（偏見除去）特別委員会」は、これらの問題を詳細に調査し、精神障害に関する正しい知識の啓発活動を早急に展開するものである。

以上のように、重大事件を起こした精神障害者の治療と処遇に関して適切な施策が立てられるとともに、より良質な精神科医療が提供されるような構造改革が行われ、精神障害者とともに市民が安心して生活できる社会が構築されるよう強く希望します。

ぼちぼちクラブ・他による署名呼びかけ文

2001年9月

内閣総理大臣・小泉純一郎殿

厚生労働大臣・坂口力殿

法務大臣・森山真弓殿

「司法精神病棟」建設をはじめ精神障害者に対する隔離・収容施策の強化に反対し、
精神保健・福祉施策の充実を求める署名

呼びかけ／大阪精神障害者連絡会（ぼちぼちクラブ）、NPO法人・大阪精神医療人権センター、
全国障害者解放運動連絡会議・関西ブロック、障害者の自立と完全参加をめざす大阪連絡会議、こら
ーきたいとう、DPI日本会議、NPO法人・精神障害者支援の会HIT、全国自立生活センター協
議会、障害者総合情報ネットワーク（順不同）

窓口／大阪市東成区大今里1-15-22 大阪精神障害者連絡会まで

TEL 06-6973-1287

FAX 06-6973-1289

大阪府・池田小学校事件の痛ましい結果については、心よりお悔やみ申し上げます。

事件直後から「精神疾患と事件との関わり」が一切明らかになっていないにも関わらず精神障害者
に対する予断と偏見にもとづき「あたかも関わりがあるかのような」報道が連日なされ、私たち精神
障害者は無関係にもかかわらず、日々脅かされ、まるで精神障害者である事が悪い事であるかのよう
な裁かれる心境に追いやられてきました。6月26日には「法務・厚生労働両省は重大な犯罪行為を
した精神障害者の処遇において、各都道府県に司法精神医療審判所、特定精神病院を新設する方針を
協議している」との報道がなされました。

また「政府は、全国50カ所あるすべての地方裁判所に司法精神医療審判所を併設し、特別病棟の
導入について来年度からモデルとなる病棟整備を進める」と報道されています

全国約300万人の精神障害者の人権に関わる問題であるにも関わらず、慎重で十分な論議を抜き
にして、政府が急激な展開を強行しようとしている事に大きな危惧の念を抱いています。

「新法」制定の急激な流れに対して、私たちは以下の主張を声高らかにします。

（１）「新法」制定はまさに「保安処分」そのものです。「保安処分」とは精神障害者に対する予断
と偏見にもとづく予防拘禁の制度であり、許す事はできません。統計上、殺人等の重大事件を犯し、
精神障害を理由に不起訴・無罪となっているケースの7割が前科・前歴はなく、精神障害をもつ人の
再犯率はその他の人のそれよりも低い事は明かです。

現行の医療と司法の責任を厳密に区別して対応する事で問題の多くは解決可能であり、わざわざ「新
法」をつくる事は「精神障害者は何をするのかわからない」という偏見を社会的に強化するものです。
「新法」は必要なく、税金の落としどころを間違っています。

（２）起訴前鑑定は、大半が不起訴処分になっています。検察は無罪判決で成績が下がる事を避ける
ために、これを利用する事が多いのは事実です。ここを是正し、責任能力のある人は裁判を受ける運
用とすべきです。重大な犯罪を行った時の精神状態の診断については、起訴前鑑定ではなく公判の中

での本鑑定で行われるべき課題です。

（３）他の疾患も同様に治療優先で「拘留の一時執行停止措置」を積極的に行い、被告の状態が常に公判の維持に耐えられるようにし、被告の事実認否や事件に関する意見表明が行われるようにすべきです。そして拘留先である拘置所また服役先である刑務所の医療の充実について強く求めます。

（４）日本の精神医療は隔離・収容主義の下、安上がりで劣悪な医療の中に患者を長期間閉じ込めてきました。通称「精神科特例」の名の下、医師数は他科の 1/3、看護者は 2/3 でよいする差別が現実存在し、精神障害者を苦しめています。差別と偏見の中、地域で生活していく事を支援する社会資源があまりにも存在しません。病状が辛い時にいつでも安心してかけられる医療サービス、相談できる窓口、社会的入院の解消、24時間・365日をサポートできる生活支援の確立、地域生活支援センター等の地域生活支援サービスの充実等、そうした本来解決すべき行政課題に本腰を入れて取り組む事こそ、政府の役割というものであり何よりも優先されなければなりません。

以上の趣旨に賛同します。

（以下署名欄）

精神科医療懇話会の声明

池田小学校事件および特別立法に対する緊急声明

〇 1 年 6 月 2 7 日

声明要旨

I 基本認識（精神科医療の守備範囲は適切か）

現在の精神科医療は、特に司法との関係において不当にその守備範囲を広げることを余儀なくされている。可能なことと不可能なことを明らかにしたうえで、問題を司法の側に投げ返すことも含めて対話を求める姿勢が必要である。

II 刑事司法手続きにおける精神障害者の問題

II-1 起訴前簡易鑑定および検察官通報は緊急に是正されなければならない

まず司法実務では裁判段階と検察段階における責任能力が2重基準にされている。すなわち、起訴前鑑定と検察官の心神喪失・心神耗弱概念は拡大している。その上で、いったん検察官通報により精神科医療の側にゆだねられると、精神科医療の側には司法に押し戻す手だてがない。結果として精神障害者が障害のみを理由として事実究明や裁判を受ける権利を不当に剥奪されたり、本来医療の対象ではない事例が混入することもある。「司法か医療か」をわける手続きを主導しているのは起訴便宜主義にたつ検察官であるが、その行動が様々なレベルの問題をもたらしている。その責任は主として司法の側にある。医療の側の責任として解決しなければならないのは起訴前簡易鑑定の問題である。

II-2 刑事施設における精神科医療の貧困ないしは不在

刑事施設には多くの精神障害者がいる。しかし刑事施設の精神科医療は極めて悲惨な状況のまま放置されている。受刑中に十分な医療が提供されないまま障害が重篤となり、受刑終了後によりやう精神科を受診できる者もあり、重大な健康権の侵害となっている。刑事施設における精神科医療を充実することが重要である。

II-3 精神障害者の再犯の問題

精神医学は犯罪予測、社会防衛ないし犯罪予防を目的としていない。が仮に社会防衛の観点に立っても精神障害者の再犯率は、刑法犯全体の再犯率に比べて明らかに低い。再犯予防を課題としているのは刑事政策であり、改善を要するのは矯正一般、司法の側である。

III 特別立法について

仮に再犯予防のために「特別施設」がつくられたとしても、精神科医療従事者は病状に伴う切迫した危険以外の再犯可能性を予測することはできない。特別施設入退所についての精神医学的判断もその例外ではありえない。現在の問題点は司法と医療それぞれの側にある。しかし司法の問題はこれまで明るみにされることがあまりに少なかった。ここに踏み込むことのない立法は、それ以外の部分の完成度を問わず、有効な解決策にはなり得ない。

===== 精神科医療懇話会 =====

（世話人）

岡潔（旭労災病院）大下顕（博愛会病院）岡崎伸郎（仙台市精神保健福祉総合センター）
瀬川義弘（関西青少年サナトリウム）高木俊介（京大精神科）中島直（横浜刑務所医務部）
浜垣誠司（京大精神科）望月清隆（積善会曽我病院）森俊夫（京都府立洛南病院）
横田泉（済生会泉尾病院）吉岡隆一（京大精神科）

（目次：1 P 声明要旨、2 P～4 P 声明本文、5 P～7 P 声明関連資料）

緊急声明（本文）

大阪・池田小学校事件は、私たち精神科医療に携わる者にとって、限りなく深い悲しみとともに強い衝撃をもたらすものでした。報道によれば、政府は、この事件を理由として重大な犯罪行為をした精神障害者を対象とした「特定精神病院」（仮称）設置を中心とする「特別立法」を検討しているということです。私たちは、本事例の詳細を解明して事実に基づく冷静な討論がされることなく、安易な制度づくりが先行してしまうことは、取り返しのつかない過ちを犯すことになると考えます。いわゆる「触法精神障害者」の問題は、司法と精神科医療との関係の全体像を明らかにし、精神科医療の守備範囲を明確にする作業を前提としなければなりません。現在の精神科医療の在り方には大きな問題があり、様々なレベルでの改革が必要とされていると認識しています。問題の所在を明らかにして、それらに対する有効な解決策を探っていくことが精神科医療従事者の責務と考えます。以下に、司法領域の問題に絞って私たちの問題意識を明らかにします。

I 基本的な認識（精神科医療の守備範囲は適切か）

精神科医療の責任を問題にするのであれば、その守備範囲を検証する作業が必要になる。私たちは以下の両面において現在の精神科医療の守備範囲は不適切と考える。すなわち、本来精神科医療が担うべきではない（担うことができない）領域を引き受けている部分と、本来精神科医療の責任として担うべき部分を放置しているところがある。こうした問題を前提としない精神科医療の改善策は、さらに深刻な問題を引き起こすと考える。社会防衛ないし犯罪予防は本来的には司法ないしは刑事政策の問題であって、医療の問題ではない。精神科医療従事者は、問題を司法の側に投げ返すことも含めて対話を求める姿勢が必要である。

II 刑事司法手続きにおける精神障害者の問題

II-1 起訴前簡易鑑定は緊急に是正されなければならない

起訴前において、不十分あるいは偏った簡易鑑定などの手段を通じあるいはそれすら省略しながら、治療歴その他から直ちに、司法の検討をまともに経ないでまたその結果も知らされぬまま、精神科医療にゆだねられる例が多い。犯罪白書によれば、心神喪失を理由に裁判で無罪を宣告される例が年間せいぜい数例、心神耗弱を理由に減刑される例が 50 から 100 例の間にとどまるのに対し、心神喪失ないし心神耗弱を理由に不起訴となる例は年間 600 例から 850 例ほどに及ぶ。この例のうち多くは、精神科医療が専門的な意見を唱える機会も保障されずに精神医療の側に送られ、手続き上引き受けざるを得ないケースである。こうした事態は、事実究明する機会を失わせ裁判を受ける権利を剥奪し、時に後述のようにえん罪を生み出すものである上、精神障害者すなわち訴訟ないし刑事責任無能力者との差別もしくは悪用機会を実質固定化ないし再生産し、また司法の充分な究明なくしていたずらに医療の場にもたらされる触法者が医療対象者でなかったり、矯正を医療に負わせる結果を生むことになっている。犯罪白書でも明らかになっているとおり、アルコール中毒、覚せい剤中毒、精神病質といった診断名で、多くの者が不起訴となっていること

がそれを物語っている。

Ⅱ-2 刑事施設における精神科医療の貧困ないしは不在

刑事施設における精神科医療に対する行政の無責任さがある。刑務所や少年院などの刑事施設には多くの精神障害者がいる。犯罪白書によれば、年間新入所・入院者の3～5%ほどが精神障害者とされている。また全受刑者の1%ほどがM級（精神障害者）に分類されている。しかるに多くの刑事施設における精神科医療の現状は惨憺たるものである。精神科医がいない施設が多く、いてもその数は少ない。コメディカルスタッフも決定的に不足している。設備もほとんどない。本人への情報開示の不充分さ、治療よりも保安重視、職員への精神医学の教育不徹底などにより、治療は非常に低いレベルにとどまっている。本人が診察を求めても職員がそれを認めないことが非常に多い。施設としての管理上の問題がなければ精神病状態であっても有効な治療が行われないことが多い。また、刑務所等を出所する際には、財政的な援助を始めとした何らのケアもなく、場合によっては住居もないまま、一般社会に出されるのである。矯正施設の中での治療については、仮に本人が求めても、最終処方の内容すら外部に出すことが事実上禁じられている。毎年1000名以上の精神障害者が刑事施設に新入所していながら、精神障害者もしくはその疑いのある者の出所時の全例通報を施設長に義務づけている精神保健福祉法26条に基づく通報は年間300件程度にとどまっている現状は、刑事施設内で十分な精神医学的観察およびケアがなされていないことの反映とみるべきである。これらの問題は一般刑務所でより深刻であるが、医療刑務所にもあてはまる。それでも医療刑務所で受刑できた人はまだ幸せである。法務省は専門的な医療が必要な人に対しては医療刑務所や外部の医療機関の診察で対応しているとしている。しかし、例えば八王子医療刑務所に移送の依頼を出しても、仮に生命の危機が切迫しているケースであっても、断られるか非常に長く待たされる例が多いことは、東京管区の刑務所の職員には周知の事実である。検察官が病気を理由にした刑の執行停止を認めたがらないことと相俟って、受刑者の多くは常に生命を強い危険に曝しているのである。こうした現状の改善こそ先行すべき課題である。新しい制度を作ることは、その制度が矯正行政とどのような関係を持つのかが明白でないが、こうした現状の固定化につながる可能性が非常に高い。また新しい施設が「刑務所に限りなく近いもの」であれば、現状の刑務所を見る限り、それは治療には適さない施設であると言える。

Ⅱ-3 精神障害者の再犯の問題

犯罪白書によれば、一般の刑務所出所者が5年以内に再入所する比率は40%を超える非常に高い数値となっており、なお上昇傾向である。一方、精神障害者の再犯率については明確なデータがないが、今回の事件においても触法精神障害者に対する特別な処遇を声高に唱えている山上皓らのデータによっても、5年間での再犯率は7.1%、10年間での再犯率が21.9%にとどまっている。同じ調査で、殺人犯、放火犯のそれぞれにつき、精神障害者と一般犯罪者それぞれについて再犯率が検討されているが、両者ともに精神障害者の再犯率は一般犯罪者のそのおおよそ4分の1にとどまっている。調査の方法が異なる上、犯罪という暗数が大きいものを対象にした検討であるので、単純な比較ができないことは言うまでもないが、少なくとも精神障害者の再犯が多いとする根拠はないことができる。一般受刑者では仮釈放であっても再犯率は30%を超えている。そもそも精神医学

は犯罪予測、社会防衛ないし犯罪予防を目的としておらず、病状にともなう切迫した危険以上の再犯を予測ないし予防することはできない。再犯予防を課題とするとすればそれはむしろ刑事政策の側であり、それがうまくいっておらず改善を要するのは矯正の側である。

Ⅱ-4 精神障害者のえん罪の問題

現状でも精神障害者は多くのえん罪に苦しめられている。そのことは死刑台から 30 年余を経て再審無罪を勝ちとった無実の元死刑囚赤堀政夫さんの例に象徴される。また触法行為の事実が明らかにされないまま措置入院とされている者も少なくない。触法行為を犯したとされる精神障害者を、従来より容易に拘禁することを可能にする「特別立法」は、こうしたえん罪をこれまでより増加させる可能性が非常に高い。

Ⅲ 特別立法について

新聞報道で見る限り、刑法や精神保健福祉法の改正でなく新規立法による特別施設への入退所を軸にする何らかの精神障害者対策が立案されとの事である。いかなる法律によっても、経験的な事実として、精神医療従事者である私たちは以下を表明する。すなわち、第一に精神医療従事者は、病状にともなう切迫した危険以上の再犯可能性を予測する事はできない。これはかつて導入が目され多くの人々の反対を受けて頓挫した保安処分を推進する論理の最大の欠点の一つであった。第二に、再犯予防施策は精神医療の問題というよりは矯正の問題が大きいというべきである。第三に逸脱行動を反復する者を指し示す「精神病質」は、日本精神神経学会が医学的概念ではないとして排斥してきたとおりであり、類似の問題を持つ概念である人格障害、および覚醒剤をはじめとする薬物依存症は、精神科における強制医療の対象ではない。これらを踏まえた上で、精神医療従事者に理念的にも実務的にもその職務とする範囲を超えた役割を強いる立法には賛成できない。

最後に再び強調しておきたい。現在の問題点は司法と医療それぞれの側にある。しかし司法の問題はこれまで明るみにされることがあまりに少なかった。特別施設の新設、その入退所を巡る問題について、ほかならぬ刑事政策家こそが、法的に公正かつ現実的なデータに基づく真摯率直な意見を求められているのである。

緊急声明（関連資料）

【Ⅱ-1 起訴前簡易鑑定】関連資料

1) 刑法犯検挙人員に占める精神障害者の実数

（平成10年、業務上過失死傷および重過失致死傷を除く刑法犯検挙人員、犯罪白書より）

総数	精神障害者	精神障害の疑いのある者
32万4,263	634(0.2%)	1,378(0.4%)

この数字を多いと見るか少ないと見るかは議論があろう。但し政府が出す各種資料においては、この「精神障害の疑いのある者」が含まれて見かけ上数が多くされている場合がある。実際に心神喪失や心神耗弱となる者の数は次表のとおりである。

2) 心神喪失・心神耗弱者数と不起訴、裁判との関係（犯罪白書より）

年次	総数	不起訴		裁判	
		心神喪失 (起訴猶予)	心神耗弱	心神喪失 (無罪)	心神耗弱 (刑の減輕)
6	775	387	317	5	66
7	842	403	331	4	86
8	849	399	350	3	97
9	735	371	277	3	84
10	622	354	213	2	53
11	599	350	192	0	57

心神喪失や心神耗弱の多くが裁判ではなく起訴される前の段階で処理されていることがわかる。

3) 精神障害名別処分結果（平成6年～10年の累計、犯罪白書より）

	不起訴				裁判		
	総数	計	心神喪失	心神耗弱	計	心神喪失	心神耗弱
総数	3805	3402	1914	1488	403	17	386
精神分裂病	2264	2157	1323	834	107	9	98
そううつ病	259	216	120	96	43	2	41
てんかん	61	51	30	21	10	1	9
アルコール中毒	309	250	126	124	59	1	58
覚せい剤中毒	194	166	71	95	28	1	27
知的障害	150	88	30	58	62	1	61
精神病質	48	36	8	28	12	-	12
その他の精神障害	520	438	206	232	82	2	80

覚せい剤中毒や精神病質など、通常精神科医療の対象となりにくいものも不起訴となっている例が多いことがわかる。

4) 1998年度の措置申請等と診察・入院

(厚生省統計より。数字は件数、括弧内は申請等の件数に対する割合)

	申請等	非診察	措置入院
一般	414	118(.29)	231(.56)
警察官	4707	1500(.32)	2403(.51)
検察官	977	284(.29)	506(.52)
保護観察所	11	8(.73)	1(.09)
矯正施設	311	215(.69)	52(.17)
精神病院長	52	1(.02)	47(.90)
合計	6472	2126(.33)	3240(.50)

不起訴となって検察官通報により司法から精神科医療に渡された数は 977 人で、資料 3) に示される同年度の心身喪失・心身耗弱総数の 622 人を大きく上回る。この中には医療の対象ではなく起訴されるべき人が相当数含まれている。刑務所出所者等に対する矯正施設長等からの通報件数は 311 人であるが、本来の数より少なく、この群は受刑中の医療保障が論じられなければならない(Ⅱ-2 参照)。

【Ⅱ-2 刑事施設における精神科医療の貧困ないしは不在】関連資料

1) 新しく収容された精神障害者数(犯罪白書より)

	行刑施設うち精神障害者	少年院うち精神障害者	精神障害者計
1996 年	22433/1146	4208/169	1315
1997 年	22667/1007	4989/179	1186
1998 年	23101/840	5388/209	1049

2) 受刑者総数に占める精神障害者の実数(犯罪白書より)

平成 10 年 12 月 31 日現在受刑者総数 43245 人

うち M 級(精神障害者) 444 人(1.0%)

1)、2)より、かなりの数の精神障害者が刑務所等に収容されていることがわかる。

【Ⅱ-3 精神障害者の再犯の問題】関連資料

1) 平成 5 年出所者の再入率(平成 5 年から各年末までの累積の比率、犯罪白書より)

出所事由	出所人員	平成 5 年	6 年	7 年	8 年	9 年	10 年
総数	22036	6.4	23.6	34.8	41.1	45.4	48.2
満期釈放	9504	11.6	34.5	46.7	53.3	57.8	60.8
仮釈放	12532	2.5	15.4	25.8	31.9	36.0	38.7

2) 5 年再入率の年次推移(犯罪白書より)

出所年から 5 年間における再入率

出所事由	平成元年	2 年	3 年	4 年	5 年
総数	41.2	42.0	42.6	44.1	45.4
満期釈放	53.1	54.1	54.7	55.4	57.8
仮釈放	31.9	32.6	33.7	35.3	36.0

1)、2)は精神障害者以外も含む全出所者のデータであるが、30 ~ 60%という高い再

入所率が続いており、むしろ増加傾向であることがわかる。

3) 精神障害者の再犯率

昭和 55 年の精神障害犯罪者 946 例のうち、

昭和 60 年 12 月末までに再犯のみられた例 68 例、7.1%

1981 年 (昭和 56 年) ~ 1991 年 (平成 3 年) 207 例が合計 487 件の再犯、再犯率 21.9%

事件後に精神病院に入院 294 例、うち 166 例が 5 年以内に退院、うち 21 例が再犯
(山上皓ら：触法精神障害者 946 例の 11 年間追跡調査 (第 1 報) - 再犯事件 487 例の概要 -。犯罪学雑誌、61-5,201,1995。山上皓：司法精神医学の領域におけるいくつかの課題。日精協誌、14-9,947,1995)

4) 殺人、放火における精神障害者と一般犯罪者の再犯率の比較

1980 年から 1991 年までの再犯数の比較

		総人員	再犯	再犯率
殺人	精神障害者	205	14	6.8%
	一般犯罪者	180	51	28.0%
放火	精神障害者	139	13	9.4%
	一般犯罪者	185	64	34.6%

(山上皓ら：触法精神障害者 946 例の 11 年間追跡調査 (第 1 報) - 再犯事件 487 例の概要 -。犯罪学雑誌、61-5,201,1995)

3)、4)をみると精神障害者の再犯率はむしろ高くない。調査にも限界があるので、単純に結論を出すことはできないが、少なくとも精神障害者の再犯率が高いという根拠はない。

平成 13 年 6 月 25 日「大阪児童殺傷事件」に関する理事会見解に対する声明

－ 批判的検討と対話 －

日本精神神経学会理事会御中

平成 13 年 7 月 20 日

精神科医療懇話会

連絡先 京都大学医学部付属病院精神科

高木俊介 吉岡隆一

fax 075-751-3246

shun-t@mbox.kyoto-inet.or.jp

大阪児童殺傷事件に関連して特別立法の動きが報じられる中、日本精神神経学会（以下「学会」）がどのような方向性を提示するのか、会員として重大な関心を持ちながら平成 13 年 6 月 25 日付の「理事会見解」を拝読しました。この「理事会見解」は、緊急見解の性格を帯びたものと理解しており、今後これを発展させた見解が作られるものと推察します。いずれにせよ、今後提示される新たな見解の骨格は、この「理事会見解」に示されていると理解しました。

私たちは、6 月 27 日付「池田小学校事件および特別立法に対する緊急声明」の中で精神科医療懇話会としての問題意識を明らかにしました。その後の事態の推移を踏まえ、学会理事会にいくつかの点について回答を求めると同時に再び私たちの見解を明らかにします。

第 1 章 学会理事会への要請

池田小事件以後、政府与党からは触法行為を犯した精神障害者の再犯防止を目的としての特別立法の方向が打ち出されている。その力点は触法行為を犯した精神障害者の入退院とそのフォローアップに司法を関与させることに置かれている。また、それと連動して関係団体からの意見表明や関係団体への意見聴取が相次いでいる。それらの動きの一環として、学会理事会は声明を発表した。また 6 月 29 日の精神科七者懇談会（以下「七者懇」）において、学会も同意した形で七者懇声明が発表されている。我々は、この間の学会理事会の動向に率直に危惧を表明する。その理由は端的に、医療の守備範囲であるものをこえて、再犯防止という刑事政策に関して学会が不用意に発言し、起訴便宜主義とその元での起訴前簡易鑑定・措置入院の関係など問題の多い司法・医療の現状を各界に検討させる機会をもてないまま、新施策への是非検討や対案作成をすることで、結局は医療が刑事政策の肩代わりを自ら引き受ける役を担ってしまうおそれがあるからである。

特に以下の点については、学会理事会は自分達の立場を学会員に対して明確にする必要があると考える。

①保安処分はまさしく司法が一定の（入退所についての）役割を果たす構想であった。学会は、理念的に医療は保安と異なる事、および再犯予測は不可能である事を明言し、保安

処分に対峙してきた。その議論を踏まえて出されたはずの理事会声明は重大事件を起こした精神障害者の退院または出所後のアフターケアについて、「司法が一定の役割を果たすべき」と述べている。とすればこの理事会声明に言う司法の「一定の役割」は具体的にはどういう役割を指しているのか、学会員に明示する義務がある。

②学会理事会声明と七者懇声明の内容を検討すると、前者が退院または出所後のアフターケアに限定された司法関与を提言するのに対して後者は入退院の評価および退院後の医療継続まで拡大した司法関与の検討を提言している。学会理事会声明が言うように現在も起訴前手続きの中で検察官から医療にゆだねられる時に問題があるのであるから、入院に関する司法関与はその実態の検討と改善（司法側の態度も含めての）にたたないと整合性がない。さらに、普通に考えれば七者懇という団体での合意は構成団体それぞれの主張を踏み越えたものにはならないはずである。この内容面での拡大の根拠および学会の渉外関係の経緯を明らかにされるべきである。

この2点に対しては回答を求める。

さらに今後の学会運営に関して、広く刑事司法と医療の現状の問題点を明らかにする見地から、何らかの形で、プライバシーに留意しつつ実際の事例について学会員の意見を公募する期間を設け情報収集に当たることを提案する。特に情報収集に際しては、理事会の先の見解で触れられたように、起訴前段階での問題に焦点を当てる事が重要であると思われる。理事会はその上で意見を取りまとめるのはどうであろうか。

第2章 我々の見解（要旨）

I 学術団体としての学会の役割について

I -1) 議論の準拠枠を提示すべきである

「再犯のない安全な社会」をキーワードにするのであれば、精神障害者による再犯だけではなく、同時に健常者の再犯の問題が取り上げられなければ、著しく公正さを欠く。精神障害者だけを特別に扱うという議論の設定では、「再犯のない安全な社会」というテーマに対する有効な解決策にはならないことを社会に対し明らかにし、当事者も含め議論が可能となるような枠組みを提示することが学会の役割である。

I -2) 七者懇の中での役割分担について

七者懇を構成している団体は、その特徴によって一定の役割分担がある。学会は実務団体ではなく学術団体であり、学会内での議論を通じて構築してきた見解との論理的整合性を検討しながら、問題を議論するための理論的指針を提示することがその役割となる。問題を広く司法の側に、そして社会の側に投げ返していく役割を担えるのは学会をおいてない。

I -3) 学会の役割は何か

再犯予防という医療とは直結しないテーマによって動機づけられた議論は、刑事政策的観点を医療化する方向に向かう必然性がある。直接の交渉相手として選ばれるのは、受け皿になり得る実務団体であり学会ではない。学会の役割は、実務団体の動向が結果として彼らの精神医療全般改善への志向性と矛盾する方向に誘導される可能性をも考慮しておくことである。

I-4) 司法は無謬という神話に固執する限り入り口問題の改革は困難

入退院判断における司法関与は、再犯予防という視点から、入り口を医療化して拡大し出口を狭める誘惑にかられる。入り口問題については起訴便宜主義に立つ検察の問題が大きく、司法関与で入り口問題は一層拡大する危険がある。学会は、「受け皿問題」や「出口問題」に関する議論に比し「入り口問題」こそが優先されなければならないことを明らかにしなければならない。司法が抱えている問題に対する精神科医療側からの批判が圧倒的に不足している。

II 「再犯防止」は精神科医療の役割か

理事会見解の前文には「重大事件を起こした精神障害者の再犯防止に関して、以下の見解を表明します」と記され、「再犯予防を精神科医療の役割として引き受ける」ことを暗黙の前提としている。学会が「再犯防止」について語るのであれば、以下の問題に対する見解を明らかにしなければならない。

II-1) 再犯防止は直接的には医療の役割ではない

II-2) 医療には再犯は予測できない

II-3) 再犯防止における医療の有効性について

III 入退院時の司法関与について

理事会見解では、2カ所で司法関与について触れている。保安処分論争の歴史との関連も含め司法関与を肯定するに至った思考過程と論拠を明らかにするのであれば、学会としての連続性が保たれない。我々は、医療は将来の再犯の予測とその予防を目的としておらず、医療に可能なことではないことを明らかにした。さらに、以下の問題を指摘する。

III-1) 司法関係者は精神科医療に対して無理解である

III-2) 司法関係者が関与することで、より有効な再犯予防は期待できない

III-3) 司法関係者の関与によって医療者が責任を軽減され则认为るのは幻想である

===== 精神科医療懇話会 =====

(共同提案者)

磯村大(堀ノ内病院) 岡潔(旭労災病院) 大下顕(博愛会病院) 高木俊介(京大精神科)
塚本千秋(岡山大学保健管理センター) 中島直(横浜刑務所医務部) 望月清隆(積善会曾我病院) 森俊夫(京都府立洛南病院) 横田泉(済生会泉尾病院) 吉岡隆一(京大精神科)

第2章 我々の見解（本文）

I 学術団体としての学会の役割について

I-1) 議論の準拠枠を提示すべきである

まず我々は、政府の議論が、触法行為を犯した精神障害者の再犯防止を目的にしながら、刑法改正でも精神保健福祉法の改正でもなく、特別立法の枠組みで進行していることに注意しなければならない。再犯防止問題を第一とするなら医療を対象とした精神保健福祉法の守備範囲を超えた問題であって本来刑事政策の問題であるのに、刑法改正という手続きを踏まずに処理しようとしているのが特徴である。これはかつての刑法改正に対する反対運動の轍を踏まぬようにという意図によるものであろう。特別立法の形をとることで、刑事司法および精神科医療全体に現存する問題点を見据えその一環としての今回の事件が提起した問題を検討することが一層困難にされている。学術団体である本学会は、刑事司法および精神科医療全体に存在する多くの問題の中でこそ、再犯防止がどう位置付けられるのかを提起する責務がある。実際、種々の精神科医療の現場に携わる会員を有し、措置入院者の鑑定や治療に携わり、また精神鑑定や矯正施設における治療にも携わるという形で刑事司法にも関わり、犯罪被害者の精神医学的ケアにも力を注いでいる本学会こそ、この問題を幅広い観点から整理し、必要な議論を提起することができる。

さて理事会見解は、前文において「重大事件を起こした精神障害者の再犯防止に関して、以下の見解を表明します」と記している。再犯予防を最初に持ち出すことに我々は大きな危惧をおぼえるが、その問題は後に述べる。ここでは理事会見解の前提にしたがって話を進める。“再犯のない安全な社会”をキーワードにするのであれば、当然、精神障害者による再犯だけではなく、同時に健常者の再犯の問題が取り上げられなければならない。なぜなら後者のほうが、実数としても比率としてもだんぜん多いからである。その上で精神障害者固有の問題が検討されるのでなければ、著しく公正さを欠く。

過去何度も繰り返されてきた精神障害者・精神科医療の特殊性を強調したような議論をここでもまた繰り返すことは、精神科医療改革の妨げとなり、「精神障害に対するアンチスティグマ（偏見除去）特別委員会」の活動を根本から揺るがすものである。今回の事件で、我々精神科医療従事者が受けた影響は大きい。当事者である精神障害者のそれは、比較にならないほど深い。「なぜ精神障害者の再犯だけが問題にされるのか」と当事者・市民に問われたとき、学会は責任をもってこのような問題設定自体を否定しなければならない。

①精神障害者だけを特別に扱うという議論の設定では、「再犯のない安全な社会」というテーマに対する有効な解決策には到達し得ないことを社会に対し明らかにし、②精神障害と犯罪との関係について当事者も含め議論の可能な枠組みを提示し、③精神医療と刑事政策を同一視させない・しない理解を社会において作り出す議論の場を提起することが学会の第一の役割と我々は考える。

I-2) 七者懇の中での役割分担について

6月29日には七者懇による「重大な犯罪を犯した精神障害者に関する緊急声明」が出された。七者懇緊急声明内容への危惧は繰り返さないが、ここでは他団体との関連・差異

における学会の役割について一言する。学会は精神科七者懇談会の構成員として独自の役割がある。たとえば、日本精神病院協会と全国自治体病院協議会は、それぞれの団体内部では、大枠において利害が一致する実務団体である。彼らは、精神科医療全体を射程に捉えつつ、刑事司法の問題点にも目を配りながら、独自の存立基盤と戦略に基づき発言していく役割がある。それに反して、学会は実務団体ではなく学術団体なのであるから、学会内での議論を通じて構築してきた見解との論理的整合性を検討しながら、提示された問題を議論するための理論的指針を提示することがその役割となる。その指針は、実務団体がそれぞれの戦略を検証する際の準拠枠となると同時に、当事者や精神科医療関係者以外の人々、すなわち刑法学者、司法実務者（裁判官、検察官）、弁護士、マスコミ、そして国民全てに語りかけうる性質を備えていなければならない。そしていま問われているのはまさに医療の問題を超えた刑事政策の問題であって、これを広く司法や市民に、そして社会の側に投げ返していく役割を担えるのは学会をおいてない。

Ⅰ-3) 学会の役割は何か

99 年法改正（精神保健福祉法）時の移送問題の経験はまだ記憶に新しい。専門委員会が作成した「中間報告」において精神科救急とセットで構想された移送問題が、法改正時には換骨奪胎されて移送だけが残された。移送問題の背景は多様であったが、少なくとも中間報告で追求された「他科と同様に精神科にも救急を」という構想は説得力を持つものであったが、最終的に当初の構想とはまったく異なるものとなっているのである。また、精神科特例を廃止する絶好の機会であった第4次医療法改正が、主として精神科医療内部の足並みの乱れのために不首尾に終わった顛末も忘れてはならない。法案作成段階では、利害関係や予算的制約、そして政治力学の中で、学会をはじめとした精神科医療関係者の主張は、削ぎ落とされ、つまみ食いされてしまう。今回もまた同じ轍を踏んでしまってはならない。

学会の役割は、政府試案という土俵にのった対案を提示していくことではない。政府は、精神科医療および刑事司法という自ら責任を持って改善を図らねばならないところをそのままにして、新たな制度によって対処しようとしている。学会はそれが小手先のごまかしであることをはっきりと指摘し、それにかえて本来なされるべき議論の先導者とならなければならない。

再犯予防という医療とは直結しないテーマによって動機づけられた議論は、刑事政策の側からは触法行為を犯した精神障害者に対する入り口を極力医療化し「受け皿」になりうる施設を探すことと「出口」における手続き的な司法関与という方向に向かっていく必然性がある。政府から直接の交渉相手として選ばれるのは、受け皿になり得る実務団体であり、学会ではない。学会は、実務団体の動向が結果として彼らの精神医療全般改善への志向性と矛盾するかもしれない可能性さえ考慮しておくべきである。（これは実務団体の努力を軽侮する事を意味しない。）実務団体の性格上やむをえない選択がこと志に反することが充分この手の問題にはありうるのである。

Ⅰ-4 司法は無謬という神話に固執する限り入り口問題の変革は困難

精神科医療の改革の困難性は、医療法特例廃止さえ達成できないことからあきらかである。しかし問題の所在は精神科医療従事者によって明らかに意識されている。それに反し司法の世界の改革の必要性は、精神医療との関係において検証される問題が数多いことは

理事会声明も我々懇話会の先の声明も明らかにしたとおりであるにもかかわらず、充分意識されていない。入退院判断における司法関与は、刑事政策上、再犯予防という視点から、入り口を医療化してひろげる誘惑と出口を狭める誘惑にかられることになる。しかし、医療的観点からいえば、大切なのは「入り口問題」である。入り口問題は現行は起訴便宜主義に立つ検察の問題が大きく、したがって検察を中心とした司法の改革がなされない限り改善は望めない。司法関与で入り口問題はなおさら拡大する危険がある。学会は受け皿問題」や「出口問題」に関する議論に比して「入り口問題」こそが優先されなければならないことを明らかにしなければならない。司法側が抱えている問題に対する精神科医療側からの批判が圧倒的に不足している。後述するように、受け皿や出口について何らかの制度を作ることが、矛盾を精神科医療の側で抱えそれに関する司法の役割は限定的なものにとどめるとの現状を固定化しかねないことに我々は留意する必要がある。

Ⅱ 「再犯防止」は精神科医療の役割か

理事会見解の前文には「重大事件を起こした精神障害者の再犯防止に関して、以下の見解を表明します」（下線は精神科医療懇話会）と記され、その後に 3 項目の具体的提案が続いている。すなわち見解は「再犯予防を精神科医療の役割として引き受ける」ことを前提に書かれている。従来の学会における議論は「精神科医療が再犯防止と関連するのはその結果によってであり、目的ではない」という文脈で語られてきた。あるいは法律家の言い方では犯罪防止は精神科医療の反射的利益であるといってもいいであろう。これまでの議論と方向を異にするような今回の見解をまとめるにあたって、理事会内ではどのような議論がなされたのであろうか。ちなみに精神科七者懇談会の緊急声明では、再犯防止という文言は巧みに回避されている。学会が「再犯防止」について語るのであれば、以下の問題に関する見解を明らかにしなければならない。

Ⅱ-1) 再犯防止は直接的には医療の役割ではない

学会の役割は、精神医学・精神科医療の専門家集団としての見解を明らかにすることである。依拠すべきは医学・医療的論理においてない。精神障害者の再犯だけが問題にされることの不公平さと精神科医療を特別視することの弊害、そして再犯予防という切り口からの議論設定は問題を矮小化させ有効な解決をもたらさないことは、前述した。「再犯防止」は医療用語ではなく刑事政策用語である。「再犯防止は医療の問題ではなく、刑事政策の問題である」とはっきり主張することで問題を広く司法の側に投げ返すことが必要であろう。

Ⅱ-2) 医療には再犯は予測できない

それでもなお理事会が再犯防止が医療の目的であるというのなら、それが医療という方法で可能なものなのかどうかの問題となる。すなわち、「再犯予測」という医学的診断が可能なのかということと、再犯予防のための医学的治療というものがあるのかということである。治療については 3) で触れることとし、ここでは再犯予測の問題について述べる。再犯予測の可能性については、未だ議論の過程であり、確実な再犯予測法は医療側はもとより刑事政策からも示されたとはいえない。医療は病状の推移をある程度予測する技術を発展させてきているので、触法行為が病状の悪化の結果として起こる場合については、ある程度予測することが可能な場合もある。しかし、これはあくまでも病状悪化の予測と

いう医療的な判断の従属物であり、再犯の直接的な予測ではない。実際には精神障害者による触法行為は病状の悪化に一致して行われるとは限らず、こうした場合の予測は不可能である。

このような不確実な「予測」すなわち予断により、さしあたりの病状の悪化も再犯の可能性も想定できない者をただ社会防衛の観点から拘禁することは、医療からは正当化されないまさに治療なき拘禁である。

Ⅱ-3) 再犯防止における医療の有効性について

理事会見解では「アフターケアのあり方を検討すべきである」という項目の中で適切な受診援助、すなわち治療の継続性および生活支援について触れている。しかしこの見解は、「法務省・厚生省の合同検討会発足について」という文書に示された内容を上回るものではない。この文書では「精神症状に起因する重大犯罪は予防可能な犯罪の一つである」とし、個別精神障害者の再犯に焦点をあてることを「特別予防」の観点から説明している。このような考え方が一面的であることは我々がすでに明らかにしてきた。学会理事会が法務省・厚生省見解の立場に立つのであれば、その根拠を明らかにしなければならない。

我が国においては、触法行為に至った精神障害者に限らず、一般の精神病患者、一般の犯罪者に対しても、生活基盤の保障が不十分である。精神病患者の退院にはまだまだ家族の献身の占める割合が大きいことは周知であり、生活基盤の不安定さのために再発を余儀なくされることが多いこともまた医療従事者の常識である。一般の犯罪者も多くは何らの保障も与えられずに出所となり、作業賞与金は微々たる額であるためにとりあえずの食・住が確保できないために再犯に至るケースも少なくない。こうした点の改善こそ急務である。

Ⅲ 入退院時の司法関与について

理事会見解において司法関与について触れているのは2カ所ある。一つは「1の2」アフターケアのあり方を検討すべきである」という項の中で「重大事件を起こした精神障害者の退院または出所後のアフターケアについては、司法が一定の役割を果たすべき」とし、適切な受診援助を目的とした「第三者機関としての審査機関の設置」を提言している。そして二つめは、「3. 精神障害者に対する偏見除去の推進」の項の中で、「今回の事件を機に、重大事件を起こした精神障害者に対する司法措置が検討されている」とした上で、「それは重大事件を起こした場合に限られるべきである」と主張し、重大事件を起こした精神障害者に対する司法措置（司法関与）については消極的に肯定している。一方、精神科七者懇談会の緊急声明においても司法関与に触れており、今後の課題の一つとして「重大な犯罪を犯した精神障害者の入院・退院の評価および退院後の医療継続に司法が関わる新たな制度について、実証的な検討を開始すること」（下線は精神科医療懇話会）と記述している。七者懇は理事会見解と異なって司法関与局面を明確に拡大しながら、その実施に至る道筋において理事会見解より慎重な表現をとっている。

学会の役割は、与党試案を含め政府サイドから出された提案を追認したり、あいまいな限定的肯定を与えることではない。入院・退院時および退院後（出所後）の司法関与については、我が国においては経験のない制度であり、緊迫した議論が展開された保安処分問題とも深い関連をもつ領域の問題である。とりわけ退院時における司法関与は、退院判断に医療以外の要因、つまり保安的要因を含み込ませることを意味する。これはとりもなお

さず、医療施設の中に保安的要素をもちこむことを法定化することである。理事会見解は、この司法関与を無前提に肯定しているが、保安処分論争の歴史との関連も含め司法関与を肯定するに至った思考過程と論拠を明らかにするものでなければ、学会としての連続性が保たれない。我々は、医療は将来の再犯の予測とその予防を目的としておらず、医療に可能なことではないということを明らかにした。さらにこれに加え、ここで以下の問題を指摘しておく。

Ⅲ-1) 司法関係者は精神科医療に対して無理解である

触法行為を犯した精神障害者が精神科医療に入るときの問題については、6月27日付の「緊急声明」の中で明らかにした。おおよそ検察官は、起訴前において、不十分あるいは偏った簡易鑑定などの手段を通じ、あるいはそれすら省略して、単に精神科治療歴があることなどから、司法の検討をまともに経ることなく、精神科医療に矛盾を押しつけていた。今回の池田小事件でもマスコミ取材の中で措置入院を以前申請したのは起訴しても措置入院にするより拘束期間が短いからだった由を言明している。ここではあからさまに刑事政策の肩代わりを措置入院が押し付けられているのである。簡易鑑定の内容が批判されることも多く、精神科医の側が反省しなければならない点があることも事実である。しかし、問題ある鑑定を行う鑑定医であることを知りつつ、他の鑑定医でなく同じ鑑定医に鑑定を依頼し続ける検察官の責任も同時に問われるべきである。

さらには起訴前司法の検討の結果が精神科医療の側に知らされることはなく、医療の側から適正な刑事手続きを求めてもそれを無視し続けてきたのが検察官の実態である。また、精神病期の精神分裂病にも責任無能力を認めない裁判官の存在や、刑事施設における精神科医療の貧困な状況も考えられなくてはならない。総じて司法関係者が精神障害者・精神科医療に対して理解があると考えるのはあまりにも楽観的な考えである。

理事会見解を離れても、七者懇声明や漏れ聞く政府案・与党案はいずれも入り口・出口を問わず司法関係者の関与を打ち出している。なるほど、医療者のカバーできない問題を司法関係者が判断するかのようなものである。しかし、司法関係者の理解が極めて貧困である現状については問題にされてもいない。あえて激しい言葉を用いるならば、無理解な人々を判断主体に加えるのは現場に現在以上の混乱が持ち込まれるだけである。

こうした形態で司法関係者を精神科医療に関係させることが、司法関係者の精神科医療に対する理解の改善につながるという考えもあるかもしれない。しかし我々はこの考えには賛成できない。持ち込まれた混乱に対応しなければならないことになるのは結局我々医療の側である。司法の側に反省の契機は存在しない。手続き面における形式的な形で司法関係者の関与を許してしまうことは、司法自らが果たすべき役割を果たしていないことによって生じた混乱を彼らの目には見えぬ形でより複雑にしながらもっぱら医療関係者の手にゆだねてしまうこととなり、彼らを免責することになるばかりである。

責任能力には問題がないが、逮捕ないし保護時に精神症状が激しく、治療のために精神科医療の側に身柄が連れて来られることがある。治療が必要であればこれに対応するのは精神科医療の任務であるが、治療が終わり刑事手続きが開始されるのが適切と考えられる例にも検察や警察がそれを拒否することが多い。現状の問題に十分な内省を伴わないままの曖昧な司法関与の導入は、こうした事態をより悪化させ固定化する可能性が非常に高い。

Ⅲ-2) 司法関係者が関与することで、より有効な再犯予防は期待できない

司法関係者による再犯予測および予防の手段は明らかにされていない。一般犯罪者の再犯率は高く、むしろ精神障害を有する者の再犯率よりも高い。仮釈放者が認められた者にも高い再犯率が認められる。再犯予防は精神科医療ではなくむしろ刑事政策の課題であり、司法関係者にその責があると考えられるが、司法関係者は再犯予防の力を持っていないのである。司法関係者の関与によって再犯予防が可能になることはない。再犯予防のためにただ拘禁しておく、といった考えが持ち込まれる可能性があるが、医療に携わる側としては許容できるものではないことは言うまでもない。

Ⅲ-3) 司法関係者の関与によって医療者が責任を軽減されると考えるのは幻想である

医療従事者は医療に関し責任を持つべきであるし、失策行為があれば責任が問われるのは当然である。それは退院の際に司法関係者の関与の有無に無関係である。保安処分制度を有するドイツでも患者の他害行為に対し医師の刑事責任が問われることでも明らかのように、司法が関与するシステムができれば医師の責任が軽くなるわけではない。

以上、理事会見解を私たちに検討を加えた結果を記しました。一部細かな字句に拘泥している印象を与える部分があるかもしれませんが、それは本意ではありません。私たちは極めて重大な事態に直面していることを認識しています。だからこそ議論の切り口を誤って将来に禍根を残すようなことは全力で回避しなければなりません。今こそ、精神科医療従事者は役割分担をしながら、精神科医療従事者以外にも伝わる言葉で社会一般の人々に語りかけていかなければなりません。こうした文書を理事会宛てに提出するのも、私たちに役割を担おうとした結果です。

非礼があればご寛容下さい。実りある討論を期待しております。

精神科医療懇話会声明（第3弾）- 修正版 -
— 特別立法に関連した諸試案の批判・評価と懇話会提案 —

平成 13 年 9 月 18 日
精神科医療懇話会

目次

声明要旨	p.2
A. 諸試案の検討	p.3
I 諸試案の一覧	
II 諸試案の内容	
III 諸試案の評価と批判	
B. 精神科医療懇話会の提案	p.9
I 被疑者・被告人に精神障害が疑われる場合、治療必要性・治療適応性判断を、法的判断の終局決定に先行させること。	
II 起訴前簡易鑑定を精神保健鑑定に附属するスクリーニング鑑定へ吸収すること	
III 医療が緊急に必要な場合には勾留執行停止を活用すること	
IV 矯正施設における医療を充実させること	
付 諸試案の一覧表	p.12

===== 精神科医療懇話会 =====

連絡先 京都大学医学部附属病院精神科

高木俊介 吉岡隆一

fax (075)751-3246

shun-t@mbox.kyoto-inet.or.jp

（共同提案者）

磯村大（堀ノ内病院）大下顕（京都博愛会病院）岡潔（旭労災病院精神神経科）太田順一郎（岡山大学精神科）岡崎伸郎（仙台市精神保健福祉総合センター）瀬川義弘（関西青少年サナトリウム）高木俊介（京都大学精神科）塚本千秋（岡山大学保健管理センター）中島直（横浜刑務所医務部）浜垣誠司（京都大学精神科）望月清隆（積善会曽我病院）森俊夫（京都府立洛南病院）吉岡隆一（京都大学精神科）

声明要旨

＜司法のものは司法に、医療のものは医療に＞

1. 声明の目的と位置

私達精神科医療懇話会は、緊急声明(6/27)および精神神経学会理事会に対する声明(7/20)で自らの見地を明らかにしてきた。この見地をふまえて、現在公表されている諸試案の評価と批判を行った。政府は来春の国会上程を目指してこの秋に政府案をとりまとめようとしている。この声明は、政府案と各種試案(提案)を批判的に検討し、加えて私たちからの若干の提案を行った。今回の提案における私達の基本的な立場は、「司法のものは司法に、医療のものは医療に」ということである。この立場から、精神科医療と司法の関係についてのあるべき方向性に対する共通の認識と実践に資することを目的としている。

2. 全体の構成

最初に諸試案の骨子を項目ごとに整理し一覧表を作成した(p.12)。次に諸試案の内容を「共通構造」と「差異」に分けて可能な限り客観的に分析を加えている(p.3~6)。その上で、過去2回の声明で明らかにした視点を基に諸試案に対する評価と批判を行い(p.6~8)、最後に私達の提案を含んだ見解を明らかにした(p.9~10)。

3. 解決すべき問題は何か(最大の問題は「入り口問題」にある)

現在最も意識されるべき問題は、精神科医療の守備範囲が不適切となっていること、再犯の予測は困難でその予防は限定的にしか行い得ないこと、そして司法がなすべきであるにもかかわらず怠っている問題が存在していることである。懇話会の提案は、この根本問題の発生源である「入り口」問題の解決を現行の法体系の中で可能にする方法を検討したものである。加えて特別立法が射程に入っていない矯正施設内での医療の改善に関する提案を含んでいる。

私達の見解の対極に位置するのは、「出口問題」に中心があり、本来重要な「入り口問題」には手をつけない試案である。政府案がその典型である。しかし、医療の側からの提案である日精協案も同質の構造を持つ。医療に対する司法の介入を一層拡大して医療の守備範囲をより不適切なものとすることになり、医療にとっては最悪の選択である。

A. さまざまな試案の検討

池田小事件以後、政府、与党、精神医療関係団体、日弁連刑事法制委員会精神医療問題小委員会、法医療関係者などから、犯罪にあたる行為を犯した精神障害者を対象にした法的・制度的改革に関するさまざまな提言がなされている。ここではそれらを概観・批評し、問題の所在を明らかにする。

I 諸試案の一覧

各提言から以下の諸点を抽出し、一覧表とした (p. 12)。

- ① 誰に
- ② どの処遇下において
- ③ 誰が
- ④ 何を審査し
- ⑤ 何を決定するのか
- ⑥ 通院治療のあり方など
- ⑦ 薬物依存者・人格障害者に対する観点
- ⑧ 簡易鑑定への観点

各提言の発表時点・公表媒体などあわせて示す。

なお日弁連刑事法制委員会精神医療問題小委員会の試案(8/1 付)は同委員会内部でなお議論が進められており、変更される見込みが強い。8/1 付けの案から修正されて採択される見込みの案(以下小委員会修正案)を懇話会は9月11日入手している。修正案における変更点のうちめばしいものは、「措置入院審査会」への法律実務家としての検察官、弁護士参加による事件情報の検討である。

II 諸試案の内容

1. 諸提案の共通構造

諸提案を見る限り、どれも共通して、措置入院制度の改革案ないしは特別な措置入院の新設案であり、強制的通院あるいは行状観察のための施策がそれにカップリングされたものである。現行措置入院制度の改革にせよ特別な措置入院制度の新設にせよ、入退院決定に司法の関与を行うという点が、すべての試案に共通している。犯罪を犯した精神障害者の「入れもの」と「出口」の構想が、これらの提案の中心点である。日弁連刑事法制委員会精神医療問題小委員会(8/1 付け)案が入退院に司法関与させない点で異なっていたが、その後の小委員会修正案では検事や弁護士を「事件情報の検討などを考慮するため」の関与を認める方向にある。

だが、むしろ重大な問題は、諸提案が共通して言及していない、あるいは見落としている点、つまり私たちの言う「入り口問題」にこそある。吉川試案第2案を除くすべての提案には、この点が欠落している。すなわち、責任能力ないし訴訟能力を判断する機会だけが保障されていて、医療側に治療必要性・治療可能性を判断する機会は保障されていない

という、構造的欠陥である。諸提案には医療者側からの提案が多く含まれていることを考えれば、これは驚くべき致命的見落としと言って良い。

2. 諸提案の差違

1) 「入り口」場面、あるいは法的判断と医療判断の順序・医療判断の独自性

前節で述べたとおり、医療判断の機会の確保および医療判断と法的判断との関係への言及は、ほぼすべての提案に欠落しているのであるが、吉川試案第2案だけがこの点を明確にして、まず治療必要性を医療側が明確に判断すべきこと、及びその後に責任能力判断を裁判所に報告、と述べている。

吉川試案第2案の対極にあるのが、与党PT(6/26)、吉川試案第1案、政府指針案(7/25)日弁連刑事法制問題委員会精神医療問題小委員会案(8/1)日精協(8/2)、である。これらはいずれも、不起訴ないし無罪になった場合、或いは検察官の申し立て等の手段を通じて、司法判断を先行させており、かつ医療判断(治療必要性)には言及していない。

中間的な立場、すなわち医療判断には直接言及していないがおそらく暗々裏に想定していると読みとれる立場が、金子試案、全自病緊急声明である。両者は医療を提供しつつ責任能力を判断する、としているから、医療判断はどこかで行われていなければならないはずなのであるが、その位置づけおよび法的判断との時間的順序関係、さらには、医療から司法へ返すという逆のルートがありうるのかという点について、吉川試案第2案ほどには明言していない。この両者はいずれも起訴前簡易鑑定の再検討・縮小、あるいは廃止をあわせて打ち出しているので、責任能力判定の法的判断過程を厳密化することで、実質的には医療判断の存在を相対的に大きくしようとしているようにも見える。もっともそれが医療判断について明確にしないことの代替になりうるかは、また別問題である。

2) 起訴前法的判断の位置づけ

刑事手続き上、起訴前段階での責任能力ないし訴訟能力の判断が必要になる。諸提案の内、現行制度(起訴前簡易鑑定をふくむ)の改革を主張するものは、与党PT(6/26)の仮入院導入、吉川試案第2案、金子試案の鑑定入院導入・起訴前簡易鑑定廃止、全自病緊急声明、日弁連案の重大事案における起訴前簡易鑑定廃止論、自民党PT(8/3)である。現行制度の改革に言及していないものは二つある。

改革の主張は自民党PTを除き、鑑定のための何らかの入院の新設ないしは起訴前簡易鑑定の縮小廃止、或いはその両者に絞られている。自民党PTでは、検討事項としてであるが、重大事件の場合は全例起訴となっており、起訴便宜主義に修正を持ち込むものであり、実行されれば重大な変更となる。

一方、注目すべき事に、政府指針案や政府案には起訴前法的判断の変更には言及したものはない。

3) 第三者機関の形態

全自病緊急声明は第三者機関に言及していない。それ以外の案は第三者機関に言及しており、その内、日弁連刑事法制委員会精神医療問題小委員会案(8/1)のみが司法の関与を否定した措置入院審査会の新設である。

司法関与を唱える諸案は更に、現行精神医療審査会の拡充の方向を取るもの(与党PT 6/26、吉川試案第1案、政府指針案 7/25の一部)、現行精神医療審査会とは別枠での司法

関与の形態を取るものに（吉川試案第2案、金子試案、政府指針案 7/25 の一部、日精協 8/2、政府案 8/2、自民党 P T 8/3、坂口厚労相 8/7）分かれる。第三者機関として、司法精神医療審査会（金子試案）、司法精神医療裁判所（日精協）、司法精神医療審判所（坂口厚労相）などの名があげられ、政府サイドからは当初家裁（7/25）、のち地裁 10 ヶ所程度（8/7）との情報が発表されている。

日弁連刑事法制委員会精神医療問題小委員会案（8/1）は、措置入院に関しては措置審査会を新設することとし、司法関与を否定している。しかしその後の同委員会は、審査会メンバーに裁判官は入れないものの検察官、弁護士を「事件情報の検討などを考慮する上で」「構成員に加える」方向に向かっている。裁判官の参加は「措置入退院決定に対する不服審査との関係があるなど、適切ではない」とされている。

4）第三者機関での審査内容

第三者機関の形態に関する華々しい議論と比べると、そこでの審査内容についての言及が乏しいことが共通している。

家庭環境や事件の重大性（与党 P T 6/26）、事件情報、行刑記録、治療記録、検査官の意見陳述（日弁連刑事法制委員会精神医療問題小委員会案（8/1））などが、審査の際に依拠する資料として上げられているのだが、では資料に基づいて何を審査しているのか、が見えてこない。

金子試案では、危険性は予測できない（から保安処分は破綻した）と述べ、他の諸提案も保安処分の復活を正面から掲げているのではないから、危険性の審査ではないのだろう、と推測が許される程度である。

これまでの私たちの声明で明らかにしてきたように、再犯の可能性の予測は司法にも医療にもできないのである。では、この審査機関に加わった司法官は何を審査するのであろうか？

5）第三者機関の決定事項

審査内容の曖昧さのもかかわらず、入退院という決定事項についてはすべての提案において明らかに一致している。それに附属して強制的な通院まで打ち出すものもある。次項参照。

6）通院命令ないし通院援助

与党 P T 6/26、吉川試案第2案、日精協、政府指針案、坂口厚労相などは明確に強制通院制度を打ち出している。これらは通院命令を第三者機関に実質的に判断させて、保護観察官に実行の一部を担わせている。日弁連刑事法制委員会精神医療小問題委員会（8/1）案では、仮退院制度を利用し、措置入院から措置入院審査会の判断を経て仮退院、主治医の申し出を受けて仮退院の取り消し・措置入院への逆戻りを措置審査委員会が決定する。金子試案は、司法精神医療審査会で通院の必要を判断した上で、精神保健福祉センターを事務局とする第三者機関としての受診援助委員会で地域医療プログラムを作り、受診援助チームに実行させることになっている。同チームに保護監察官は位置づけられてはいない。

7）薬物関連・人格障害の位置づけ

保岡元法相が「単なる薬物依存者」「精神病質」「人格障害」を刑の対象として明言、全自病緊急声明は「精神病状態にない人格障害と薬物依存を非自発入院の対象から除外」とは

っきりした意見を述べている。日弁連刑事法制問題委員会精神医療小問題委員会案（8/1）にも一部言及はある。

他の案には特別の言及がない。

8) 施設整備等

吉川試案第2案が国公立病院内に高密度精神医療ユニット、金子試案が各都道府県に司法精神医療ユニット、全自病緊急声明が自治体立病院を中心とする適切な医療供給体制、日精協が国立病院に司法精神病棟、自民党PT（8/3）が専門医療施設の設置形態検討、坂口厚労相が特別の精神病棟に触れている。吉川試案第2案は厚労省所管で保険医療とは別の公費負担にまで踏み込んだ提言となっている。

Ⅲ 諸試案の評価と批判

政府は来春の国会上程を目指してこの秋に政府案を取りまとめるという。そうした動きに対して、前章で検討したようにさまざまな団体・個人がその見解を公表してきた。私達精神科医療懇話会（以下懇話会）も、緊急声明（6/27）（以下声明1）および精神神経学会理事会見解に対する声明（7/20）（以下声明2）で、自らの見地を明らかにしてきた。事態はまさに切迫しているのであり、諸試案に対する評価と批判が急務である。

概観的に言えば懇話会が既に危惧したとおり、「刑事政策的観点からは触法行為を犯した精神障害者に対する入り口を極力医療化し『受け皿』になりうる施設を探すことと『出口』における手続き的な司法関与という方向性に向かっていく必然性」（声明2）をトレースする方向で諸試案の多くがまとめられてきている。

1. 最大の問題＝「入り口」問題、あるいは法的判断と医療判断の関係について

諸試案は、「不十分なあるいは偏った簡易鑑定などの手段を通じあるいはそれすら省略しながら、治療歴その他から直ちに、司法の検討をまともに経ないでまたその結果も知らされぬまま、精神科医療にゆだねられる例が多い」（声明1）という現状の問題点に対して答えになっていないものが多い。

現在最も意識されるべき問題は、懇話会が繰り返し指摘してきたとおり、精神科医療の守備範囲が不適切となっていること、再犯の予測は困難でその予防は限定的にしか行い得ないこと、そして司法がなすべきであるにもかかわらず怠っている問題が存在していることである。われわれがこの「入り口」問題にこだわってきたのは、この根本問題の発生源だからである。医療者側からの提案を含む諸提案の多くにおいて治療必要性・治療可能性を判断する場についての言及がないのは、この根本問題に対する認識が欠如していることによるものと考えざるを得ない。

この入り口問題の現状に手をつけないことで一貫しているのは、政府サイドから流れてきている指針案や政府案である。これらは司法関与の仕組みを備えた新たな入院命令や通院命令を模索しているようである。入院にいたる道筋は現行のそれ、すなわち検察官による不起訴あるいは裁判における無罪の言い渡しという、法的処理を済ませた後で医療へつ

なげ、しかも医療から司法ルートへは戻すことができないとの道筋を踏襲したものである。現在すでに、本来医療が引き受けるべきではない対象を引き受けている現実があるときに、この道筋はそっくり残したままで新たな入院や通院命令といった司法が関与した医療処遇への道が拡大することは、精神科医療が不当に担わされている範囲を益々広げ、現状の問題点をますます拡大することにしかない。さらには、拡大された欠陥がもたらす現場の混乱に対処することを迫られるのはまたしても医療の側であり、司法関与はこの欠陥を固定し正当化する方向に働く。この欠陥は、政府案のみならず、日弁連刑事法制委員会精神医療問題小委員会案（8/1）も、奇妙なことに日精協案も共有する。ほんらい刑事手続きで扱われるべき事例を精神科医療に押しつけている司法の責任を一切問わない姿勢では事態は改善しないのである。

「入り口を司法が決定して医療に担わせる」危険に対して、事件捜査の一定の進展を促進し、簡易鑑定の縮小廃止・起訴前鑑定の精密化（法的裁定のあとで医療が引き受けの大枠は現行を踏襲）という方法がまず考えられる。全自病緊急声明、金子試案、日弁連刑事法制委員会精神医療問題小委員会案（8/1）がそれである。これは次の3点で問題がある。第一に、医療的な観点からすれば、治療の緊急な必要性があるケースが含まれるので、簡易鑑定廃止は直ちに妥当とはいいがたい。金子試案は24条通報も廃止としているので、なおさらである。（日弁連刑事法制委員会精神医療問題小委員会案（8/1）は「裁判所は勾留判断において被疑者・被告人が精神障害に罹患しているとのうたがいがあるときは、勾留場所において・・・医療の援助を受けられるように手配しなければならない。検察官、弁護人は・・・裁判所に対し、精神医療の援助を求めることができること」などを提言しており一定の配慮が見られる。）第二にタイムラグ問題。不起訴を決定したときの身柄の釈放は逮捕拘留できる日数に関する刑事訴訟法の規定で決まっている。その日数の範囲内であれば、不起訴決定前の段階で通報を出し、必要な手続きを終了することが可能かもしれない。しかし、裁判の場合は無罪判決を出したらその日に釈放しなければならない。身柄を拘束したまま入院につなげることは不可能になる。従って、「鑑定入院」の後、検察による不起訴や裁判所による無罪判決となった場合は都道府県知事宛に通報が出され、その後知事の諮問機関である第三者機関に諮り、その答申を受けて当該患者の入退院を決定するという方法はこのタイムラグを克服できない。第三に、簡易鑑定廃止は現実的には、金子試案のいうように自治体レベルでの鑑定入院を引き受ける病床の確保なくしては数財的困難となる。ちなみに、これが政府サイドから、簡易鑑定縮小廃止の提言が見られない実質的な理由かもしれない。自民党PTが重大事件全例起訴の検討を示唆するのは、鑑定のための入院の体制整備を出来るだけ避けつつ「裁判を受ける権利」の保障や国民の応報感情を満足させるための手段として発想されているのかも知れぬとの推測も成り立つ。

問題の本質は、本来位相の違う法的判断と医療判断が、時間的にも実態的にも前者が優先されているところにある。「入り口問題」に関し、吉川試案第2案は、医療判断の先行性と独自性を明確にしておき、最も原則的な対案を出している。但し上記の第三の問題は残存している。われわれの対案については後述する。

2 第三者機関に関して

多くの試案が司法官が関与する第三者機関を提言している。しかし、II章で見たとおり、何を審査するために司法官が関与しているのか、入退院決定や通院命令決定という医療的

処置に司法官がどう関与するのかが、いずれの試案でも曖昧である。そもそも医療以外の判断を医療側に負わせるのは不適当ということが、第3者機関・司法関与論の消極的な根拠であったから、積極的に司法関与の内容を明らかにするのは法律家の任務であろうが、法律家提言の試案においても内容は不明確である。

医療判断に非医療者である司法官が参加することは法律判断を医療者が行う事と同じく奇妙である。

入院命令や通院命令が決定される時に、審査会で意見の一致を見なければどうするのか、またそれら命令を解除する際の根拠や決定方法も明らかではない。

諸試案では、審査会の作り方に、現行の精神医療審査会の拡充方式、あるいは別組織、関係する裁判所は家裁か地裁かといった違いがあるが、上記の問題の前ではそれらも些細な違いでしかない。

現行の精神医療審査会の拡充方式に対しては、別組織案提案者から、当事者のセーフガードという現審査会の目的に背馳するものだと言う批判があるが、このような批判が成り立つということは、諸試案の考える司法関与は当事者にとって侵襲的なものになることは各提案者にとって前提なのであろうか。とすれば、司法関与は「出口」を狭めるための手段、つまり退院を阻むものとして発想されているのではないのか、という疑惑はぬぐいきれない。司法という、医療の外の観点から「出口」を狭めることは、それがその対象者を医療の枠内に止め置くことにつながる以上、上述した根本問題、すなわち医療の守備範囲の不適切性は、さらに拡大することとなる。ちなみにそれを正直に意識したのが、吉川試案第2案で、裁判所による入院命令よりも精神医療審査会による退院決定権を強いものとする、精神医療審査会を全国統一・独立性を高めるなどの手当てを行うものとなっている。しかし、現在でさえその活動に大きな地域差があり機能が不十分な精神医療審査会に、さらに重責を与えてこの文言どおりの活動が保障されると考えるのはあまりに楽観的に過ぎよう。

日弁連刑事法制委員会精神医療問題小委員会案(8/1)は医療職と保健所職員で構成する措置入院審査会を新設して措置要否、解除、仮退院・ケア付き通院の取り消し(措置入院への逆戻り)などを判断することとしている。その後の修正案では検察官や弁護士が「事件情報の検討などを考慮する上で」構成員となるとされ、裁判官の関与は否定され(措置入院決定への不服申し立てを審理する立場にあるから、というのが修正案における裁判官関与否定の理由)、保健所職員ははずされた。両案での構成のぶれは、結局審査会の決定事項が医療判断決定であるのに、それに医療職以外の職種を入れる根底的な矛盾から来ていると考える。かろうじて裁判官関与が否定されるのは、不服申し立てという法的側面からに過ぎず、この審査会の内実を検討したからではない。弁護士が入るのか検察官が入るのかで措置入院審査会の審査は大きく変わりうるとわれわれには思われるのだがどちらでもいいのかのような修正案の文言もやはり根底的な矛盾から来るのではないか。

B. 精神科医療懇話会の提案

懇話会声明1、2で何度も繰り返し主張してきたように、再犯を含めた犯罪の防止は刑事政策の課題であって、医療の課題ではない。医療者が問題を取り上げるからには、医療の観点にまず依拠しなければならない。しかし司法と医療の関連する領域があること、そのそれぞれに問題点があること、その上で両者に改善されるべき問題があることは事実であり私達が認識しているところであるから、私達もある程度の提案を含んだ見解を述べることにする。その際、これらの提案は現行の法体系の中で可能なことも明らかにする。現行法で可能な事を検討する作業は立法を考えるなら尚更当然のことであるが、必ずしも諸試案にその点の説明が十分でないように思われるからである。

I. 被疑者・被告人に精神障害が疑われる場合、治療必要性・治療適応性判断を、法的判断の終局決定に先行させること。

私達が指摘してきた「入り口問題」の解決、すなわち医療の守備範囲の明確化には、この方法が最も簡便で確実である。治療の形態として非自発的入院加療・自発的入院・通院加療のいずれが適当なのか、そもそも医療の関与が必要なのかどうか、それらを判断できるのは他でもない医療者である。治療必要性に関する判断は、責任能力についての意見よりも医師間の一致が得やすい。手段としては25条通報を行って判断の機会を作ればよい。その際、起訴前であっても司法からは事件の概要等の情報を開示すべきである。現在でも精神保健鑑定では措置非該当となった場合でも入院加療や通院加療の必要性が意見として付されているから、それに従って以後の加療形態を決定すればよい。医療的判断として非自発的入院が必要でない限り、拘置所での医療を行うことにすればよい。

現状では法的判断の終局決定から医療判断に移る実態があることから、25条通報の同一事案への反復などのいびつな運用、「精神病質」や薬物依存に対する不起訴処分・医療への流し込み、医療が引き受けるものでないもの（あるいは少なくとも強制的医療の適応ではないもの）の引き受けが起きている。

しかしながらその欠陥は既に司法でも意識され始めているところであって、例えば覚せい剤事例などでは都道府県によって司法側の態度にばらつきはあるものの精神病状態を治療した上で、あらためて司法ルートに載せる運用もなされている。

精神病状態にない人格障害は非自発的入院の対象外であるのは医療の側にとってはすでに常識となっていることであるが、「精神病質」が不起訴にされたり措置入院にされたりしている混乱もなくはない。われわれの提案でその点の混乱も防ぎうる。

現行法では精神保健福祉法 25 条は不起訴、裁判の確定のみならず、その他特に必要があると認めたとき、にも通報を可能としているのであるから、精神障害の疑いある場合にこの条文から医療判断を求めることは不合理ではない。

II. 起訴前簡易鑑定を精神保健鑑定に附属するスクリーニング鑑定へ吸収すること

起訴前簡易鑑定はその発足においては必ずしも責任能力の判断を求めるものではなかったようであるが、その後の実務では責任能力判断に重点がおかれるようになった。正式な

起訴前鑑定と比べれば、鑑定留置を行わないことから時間的制限があることは自明であり、責任能力判断が本来は裁判官の決定する事項であること、また公判でも必ずしも責任能力判断についての医師の意見は一致しないことを考えれば、その縮小は当然である。ただし A-Ⅲ-1 で述べたように、また諸試案の検討でも触れたように切迫する治療の必要性がある事例を医療に結びつける場合に起訴前簡易鑑定が役立っている場合がある。つまり医療者の観点からすれば、法的判断が期待される起訴前簡易鑑定の有用性は、多くは切迫した治療必要性判断にあるのである。とすれば、起訴前簡易鑑定⇒法的終局判断⇒ 25 条通報という現行の運用は無用であって、当初から 25 条通報がなされればよい。これは現行法下で可能である。起訴前簡易鑑定が今持たされている簡便な責任能力判断機能については、25 条通報における精神保健鑑定の際にスクリーニング機能として明らかに責任能力（または訴訟能力）に疑義がある場合にはそれを同時に回答することで代替が可能であろう。もっとも事件の事実関係が不明確な場合や、精神障害と責任能力の関連が不明瞭な場合には、起訴前本鑑定を要することを明確に主張することが必要である。すなわち、精神保健鑑定の際、これまで行っていた判断事項に加え、「犯行時には明らかに責任能力あり」「犯行時には明らかに責任無能力」「責任能力はにわかには断定不能、本鑑定を要する」といった意見を加えればよいのである。責任能力についての断定ができず、しかも治療必要性から入院を要する事例については、入院加療を行い一段落した後に刑事手続きに戻し本鑑定を行えばよい。また、こうして精神保健鑑定に附属させたスクリーニングとしての簡便な責任能力・訴訟能力鑑定を行うことで、特定の鑑定者への簡易鑑定集中という弊害を除去し、司法鑑定の充実を用意する裾野を広く精神科医に醸成することが可能になる利点がある。

Ⅲ．医療が緊急に必要な場合には勾留執行停止を活用すること

医療判断を先行することで、治療が緊急に必要な場合にすみやかに対応することができる。そうした場合には、当然措置入院を含む非自発的入院を必要とする場合があるだろうが、その場合には一旦勾留停止が望ましい。現行法では刑事訴訟法 95 条は勾留の執行停止を定め、裁判官が職権でこれを行うとし、病氣治療のための入院、両親配偶者等の重病または死亡などで運用されているからこれも可能である。非自発的入院医療はその進展にしたがって裁判官に報告を行い、勾留停止が解ければ刑事手続きが再開されうる。そのことで医療を受ける権利と「裁判を受ける機会」の適正なバランスが保たれうる。

また、現在訴訟能力の鑑定は実務上責任能力の鑑定に比して少ない。治療の必要性判断は責任能力と比較すれば訴訟能力とより関連するものと考えられ、その点も被疑者・被告人の人権の保障に役立ちうるであろう。

以上のⅠ．～Ⅲ．の諸点は「入り口問題」の解決のために大きく役立つだろう事を確信する。

Ⅳ．矯正施設における医療を充実させること

諸試案でも触れたものがある（政府案では言及されていない）が、矯正施設（留置場、拘置所、刑務所等）の医療の充実が必要である。そのうちには、医療刑務所の拡充、刑の

執行停止・病院への移送（これは検察官の権限による）の運用を含む必要がある。現行法では、病院への移送は監獄法 43 条で、刑の執行停止は刑事訴訟法 482 条で、それらを可能とする。

医療刑務所で終身の収容が続けられている事例が相当にあって、その拡充はその点からも重要である。

受刑者で精神障害のあるものには、しばしば独居処遇がとられたり、仮釈放がなかったりする現状がある。また、薬物依存症等に対する治療・教育も不十分である。これらが精神医療へのマイナスのインセンティブとして働く。ひいては釈放後の精神医療への忌避を生みうる。これは治療中断の実質を検討する時に考慮されるべきことである。

一般受刑者の作業賃金の低額さなども、精神障害受刑者にはより大きな釈放後の生活の不安定さとして影響していることであろう。これらの実態改善も急務である。

おわりに

「司法のものは司法に、医療のものは医療に」という視点を、対象においても判断者においても原則とすること、これが懇話会の基本的立場である。そして、医療判断には緊急を要する場合があるのだから、司法判断を保留して医療判断が可能な形としなければならない。それは現行の 25 条通報を用いれば可能である。両者の守備範囲とするべき領域を曖昧にしたまま、現行制度の欠陥や新制度の必要性を主張する議論があるが、それには十分な根拠がない。現行法はかなりいろいろな事態に対応できるようにできており、まず問題とされるべきなのはその運用である。現行法の範囲内で可能な改善を構想し、新規立法の矛盾を問うことに懇話会提案の特徴がある。

私達は、これを医療と司法の間の対話を促す第一歩にするべく、法律家を入れた議論の場をもった。その際、私達の提案に対し、刑法学者の中山研一氏からは「25 条解釈も含めて、医療判断を先行させることを司法の側に納得させる手だて・道筋を、どのように準備していくのか」という課題が提示され、また日弁連刑事法制委員会精神医療問題小委員会の伊賀興一委員長からは、同様の課題提示に加え「入退院を裁判官が決定することの危険性」を弁護活動の経験も踏まえてご指摘頂いた。日頃検察官との接点はあっても裁判官と接触する機会が乏しい精神科医療従事者にとって、裁判官関与によって起こりうる問題を再認識する貴重な機会となった。

私達は、批判的検証という方法で様々な団体・個人との対話を目的として懇話会声明を作成した。私達の意図を正確に理解して頂いた中山研一氏、伊賀興一氏に深く感謝するとともに、医療関係者・法律家・当事者等が共に議論できる基盤を形成することの必要性を痛感している。その際、医療関係者に求められる役割は、まずは医療的観点から問題を整理することに徹することであろう。上記のように懇話会の基本的立場を再度強調すること、および私達がこの医療関係者の役割を担っていく意志を強く持っていることを宣言しておくことが、中山研一氏の提起した問題への回答にもなっていると考ええる。

附試案一覧表

	誰に	どの処遇下において	誰が	何を審査し	何を決定し	通院治療のあり方など	薬物人格障害に対する観点	簡易鑑定 への観点	その他
与党PT 朝日 6/2	重大犯罪を犯した精神障 害者が不起訴・無罪とな った場合	仮入院 (新設)	精神医療審査会(PSW、 福祉関係者、裁判官を 加えて)	容疑環境、事件の 重大性	入院処分 通院処分	医師、PSW、保護保護 監察官の援助	(一)	(一)	
福岡県治刑法 相 6/11	重大犯罪を犯したもの						単なる薬物依存者や「精神病 質」「人格障害」は刑の対象		
吉川は委員2 第(第5回法 務労働省合 同検討会 7/18)	被疑者・被告人に精神障 害が疑われた場合	治療と精神鑑定のた めに病院後送 1)治療必要性を第一 に判断 2)その結果 に能力判断 3)結果 を裁判所に報告	裁判所命令 (司法精神医療諮問機 関機関に諮問) 諮問機関構成 (精神科 医、法律実務家、PSW、 有識者)	諮問機関の裁判所 への助言内容 1)入院の必要 性 2)入院者の退 院の決定	出廷可能な時 点で裁判所に よる処遇決定	通院命令…… 外来医師、訪問看護士、 PSW、保護監察官から 裁判所への病状報告、必 要に応じて再入院命令、 警察の協力	国公立病院敷地内に地域 ニーズに応じた病床数の 地域高密度精神医療ユニ ット (厚生労働省官報、 保健医療費と別枠の公費)		
吉川は委員1 案(同上)	重大犯罪を行った精神障 害者		精神医療審査会		入退院決定	地域精神医療支援プログ ラム、仮退院、PSW、 保護監察官の関与			
金子試案 7/19	被疑者・被告人のうち精 神障害のため刑事責任能 力及び訴訟能力に疑義を 生じている事例について	高密度な精神医療ユニ ットにおいて精神 鑑定入院 鑑定後の不起訴や無 罪判決となった場合 刑事への通報	司法精神医療審査会 構成 司法精神医療 監察官、弁護士、精神 保健指定医、PSW、 有識者、市民	病状報告 治療状況 精神症状 入院後の可否、 入退院の期間、 入院場所報告	新たな措置入 院の退院	知事の諮問機関「受診援 助委員会」によるプログ ラム決定、受診援助チー ム(指定医、看護婦、P SW)による報告	簡易鑑定 の廃止	精神保健福祉法の23、24 条の廃止 各都道府県に司法精神医 療ユニット	
政府指針案 就亮 7/25	殺人などの重大な犯罪を 起こして不起訴や無罪に なった場合		家庭裁判所もしくは新 たな行政委員会組織 (裁判官、精神科医、 精神保健福祉士を加え る、弁護士、検察官の 意見を取り入れるかは 未定)		措置入院退院 社会復帰 在宅通院 訪問看護				
全国自治体病 院協議会緊急 声明 6/29	医療を提供しつつ刑事責 任能力を評価する制度を 新設						精神病状態にない人格障害と 薬物依存を非自覚入院の対象 から除外	実施の調査、 鑑定、質の 保証措置	刑事責任能力がないと判 断された精神障害者に自 治体立病院を中心とする 適切な医療供給体制を整 備
日弁連刑事法 制委員会精神 医療問題小委 員会 (8/1)	25、26条通報後		措置入院審査会構成 (医師2、看護、PSW、 保護所職員) 審査会全員の一致で	事件情報、行刑記 録、治療記録、被 疑者の意見陳述 検査官の意見陳述 検査官も審議に加わ る	措置の要否、 退院後ケアの 初動		重大事件の 起訴前簡易 鑑定廃止	薬物中毒専門病院の整備、 社会治療処分の失敗を踏 まえる	
日精協 8/2 (毎日 8/2 共同 8/3)	検察官の申立		司法精神医療裁判所 (各都道府県)	精神科医、学識経 験者も審議に加わ る	強制入院と退 院	仮退院制度の活用による通院 確保 (ケア付き通院制度)	退院後一定期間を保護観察、 通院の義務づけ	国立病院に司法精神病棟	
政府案 8/2 朝日	6 大罪種		地方裁判所	専門家の判断が助 言か未定	入退院				
自民党PT 8/3 共同 8/3 時事	心神喪失のみを理由に不 起訴起訴差支ったケース は全部起訴後決		司法的判断を反映させ るための第三者機関設 計					専門医療施設の設置形態 検討	
坂口厚労相 8/7 共同 8/7 朝日			司法精神医療裁判所 (9-10地域に併設)	裁判官、医療関係 者、精神保健福祉 関係者	入退院、 入院先			特別の精神病棟	

全国自治体病院協議会の声明

全自病協 288号
平成 13 年 6 月 29 日

重大犯罪を犯した精神障害者施策に関する緊急声明

全国自治体病院協議会
会 長 小山田 恵
精神病院特別部会
部会長 伊藤哲寛

本年 6 月 8 日、大阪府池田市で発生した児童殺傷事件は、精神障害との関係が解明されないうちに精神障害者による犯罪と断定的に報道され、精神障害者へ偏見を増幅し、精神障害者の生活に多大な影響を与えました。同時に、司法と医療の不透明な関係を浮き彫りにしました。

精神科医療に従事する者としては、犠牲となられた方々や偏見にさらされた精神障害者に報いるためにも、この事件に象徴される制度的・構造的な問題点を明らかにし抜本的改善を図らねばなりません。

今回の事件を契機に、いわゆる「重大な犯罪を犯した精神障害者」の処遇に関して、世論は、特別な制度を創設すべきであるという意見に傾いているようですが、まずは、実証的データに基づいた冷静な議論を行い、真に有効な医療や処遇の制度を創設する必要があります。この医療制度の実施にあたっては、自治体病院として積極的に取り組んでいきたいと考えます。

このような観点に立って、私たちは、直ちにに取り組むべき課題を以下のように設定し、多くの人々の協力を得るべく、ここに緊急声明を公表することとしました。

記

1. 起訴前鑑定の実態を早急に調査し、鑑定の質を保証するための措置を講ずること。
2. 精神障害者の裁判を受ける権利を保証するために、医療を提供しつつ刑事責任能力を評価する制度を新設すること。
3. 矯正施設内での精神科医療提供体制の実態を調査し、その拡充を図ること。
4. 刑事責任能力がないと判断された精神障害者の医療の実態を早急に調査し、自治体病院を中心とした適正な医療提供体制を整備すること。
5. 精神病状態にない人格障害と薬物依存を非自発入院の対象から除外すること。
6. 地域の精神科医療提供体制と精神障害者支援体制を整備すること。

■早急に取り組むべき課題(説明)

1. 起訴前鑑定の実態を早急に調査し、鑑定の質を保証するための措置を講ずること。

刑事責任能力を評価する刑事司法鑑定のうち、いわゆる起訴前簡易鑑定は、実施頻度が高いにもかかわらず、その実態は必ずしも明らかではない。また、鑑定医間の相互検討システムがなく、責

任能力の判断基準や鑑定書式も定まっていない。今回の事件には、このような欠陥も背景にあったと推測される。起訴前簡易鑑定の信頼度を保つためには、司法・医療・行政が連携して全国規模の実態調査を実施し、鑑定作業のガイドラインを示すことが急務である。

2. 精神障害者の裁判を受ける権利を保証するために、医療を提供しつつ刑事責任能力を評価する制度を新設すること。

重大な犯罪を犯した精神障害者の処遇問題に関して、現在の議論はもっぱら責任能力を問えないことが確定した事例に論点が偏っているが、責任能力を厳密に評価し、裁判を受ける権利を保証するための方法論を論ずることが先決である。たとえば、重大犯罪の被疑者もしくは被告人のうち精神障害のために刑事責任能力および訴訟能力に疑義を生じている事例について、「司法鑑定入院（仮称）」制度を新設し、司法精神医学に通じた複数の精神科医による診断と訴訟能力を保つための治療を保証するなどの案が考えられる。

3. 矯正施設内での精神科医療提供体制の実態を調査し、その拡充を図ること。

精神疾患のために、禁固ないし懲役刑を執行する上で支障がある事例に対しては、矯正施設内で精神科医療を提供する必要があるが、質・量ともに貧弱な現状にあることが推測される。その実態を開示し改善するために、司法・医療・行政が参加した検討委員会を早急に立ち上げるべきである。

4. 刑事責任能力がないと判断された精神障害者の医療の実態を早急に調査し、自治体病院を中心とした適正な医療提供体制を整備すること。

検察官通報による措置入院事例がどのような医療を受け、どのような経過をたどっているのか、十分な情報が得られていないのが現状である。その実態を早急に調査したうえで、重大な犯罪を犯したにもかかわらず法的責任を問われなかった精神障害者への医療提供体制を整備すべきである。たとえば「司法措置入院（仮称）」制度を新設し、人員・設備の整った自治体病院を中心として、これらの事例への医療とリハビリテーションを整備するなどの案が考えられる。

5. 精神病状態にない人格障害と薬物依存を非自発入院の対象から除外すること。

人格障害と薬物依存の両者は、精神保健福祉法第5条によって、非自発入院（措置・緊急措置・医療保護・応急入院）の対象とされてきたが、これらの事例が、重大な犯罪を犯した場合には刑事責任を問い、微罪の場合はこれを不問に付して精神科病院に収容するというダブルスタンダードが厳然と存在してきた。このため、精神科病院は「代用監獄」的な機能を背負わされ、治療と看護に大きな支障を来してきた。

こうした不合理を解決するためには、非自発入院の対象を「精神疾患のために判断能力が失われているか若しくは著しく減弱している者」と法文に明記し、刑事責任能力の問える人格障害と薬物依存事例を非自発入院の対象から除外しなくてはならない。国は、精神保健福祉法第5条の改正に焦点を絞った作業班を早急に立ち上げるべきである。

6. 地域の精神科医療提供体制と精神障害者支援体制を整備すること。

精神科急性期医療、重症慢性期医療、身体合併症医療、児童・思春期医療などについては、手厚い人員と設備が必要であり、少なくとも医療法上の一般病床基準を適用し、医療費給付水準も一般医療並みとすべきである。重大な犯罪を犯した患者の治療にはさらに手厚い人員配置が必要である。

また、退院後、再発や生活破綻を来しやすい患者に対しては、保健・医療・福祉が緊密に連携して治療継続と生活を支援できる体制整備を急ぐ必要がある。

（以上）

二つの提言（２００１．１０）

精神医療改革なしに不幸な事件は防げない
—全自病「二つの提言」の公表に当たって—

１．これまでの経緯

衆参両院は、平成 11 年の精神保健福祉法改正に際して、12 項目にわたる付帯決議を行った。その一つに「重大な犯罪を犯した精神障害者の処遇のあり方について早急に検討すべきである」という指摘があり、これを受けて、平成 12 年 12 月 1 日、厚生省（当時）と法務省は、重大な犯罪を犯した精神障害者の新たな施策に向けて、「合同検討会」を立ち上げた。さらに、平成 13 年 6 月 8 日に起きた大阪池田小学校の児童殺傷事件は、精神障害とは直接関係がないと思われたにもかかわらず、政府をして事件を起こした精神障害者の新たな施策の立法化へと駆り立てることになった。

精神科七省懇談会（日本精神神経学会、日本総合病院精神医学会、日本精神科病院協会、全国自治体病院協議会、国立精神療養所院長協議会、精神医学講座担当者会議、日本精神神経科診療所協会）は、このような国の動きに対してどのような対応をすべきか協議を重ねた。しかし、精神医療と司法の狭間にある問題について全国的な実態調査をすべきであるという認識では一致できたものの、具体的な施策のあり方については団体間の意見の相違が大きく、共通の見解に達することはできなかった。その結果、平成 13 年 8 月 17 日、日本精神病院協会（当時、以下日精協）を除く 6 団体だけで「重大な犯罪を起こした精神障害者の新たな施策に関する声明書」を発表することとなった。日精協は、「事件を起こすおそれがある患者がいるために病棟開放化が進まない、他害のおそれのある患者を他の患者と同じ病棟に置くわけにはいかない、事故がおきても責任を負えない、措置解除責任を負わされても困る」という考えから独自の見解を発表した。

しかし、日本の精神医療が貧しく、開放化が進まないのは、重大犯罪を犯した精神障害者の存在が原因なのであろうか。また、ごくわずかな再犯可能性を持つ精神障害者を隔離する政策で不幸な事件を防ぐことができるのだろうか。

平成 12 年 10 月、国会の医療法改正論議に際して、当時の厚生大臣は「日本の他の先進国に比べ病床数がきわめて多く、しかも長く入院する。医療体制に構造的な欠陥があります。」と明確に答弁している。先に挙げた 12 項目の国会付帯決議は、まさにそのことを指摘していた。それにもかかわらず、なぜ第 11 項目の重大犯罪問題だけが拙速に取り上げられ、他の課題が等閑視されるのであろうか。不幸な事件の防止するためには、すでに事件を犯してしまった患者を特別な施設に隔離することに力を注ぐのではなく、医療全体の底上げを行い、地域ケアを充実することが重要であることは、この問題に早くから取り組んできたイギリスの教訓からも明らかである。司法が関与する特別病棟を作ることは問題の本質を隠蔽する気休めの効果しか持ち得ない。

２．今後の展開に向けて

平成 13 年 11 月 12 日、与党が検討してきた新たな処遇システムの概要が固まった。重大な犯罪を犯した精神障害者の入通院の可否や退院を判定する機関を全国 50 ヶ所の地方裁判所に設け、精神科専門家との合議のもとに裁判官が最終判定を下す「治療措置」制度である。通院患者についても、全国 50 ヶ所の保護観察所に配属された保護観察官が責任者となって、当該患者のモニターを継続する

こととしている。与党案は、判定の結果、検察へ逆送する可能性を規定した点や、不服請求権を保証した点、弁護士による援助を可能にした点などが評価できるものの、起訴前鑑定を厳密化するシステムに言及していないこと、病気に関する専門家でない裁判官が退院判定の責任を持つこと、「専門治療施設」から地域社会へ戻すプロセスに配慮が不足であること、それに、都道府県に１ヶ所程度の保護観察所がきめ細かい地域ケアに責任を持てるかどうか疑問であること、などの点に大きな危惧の念を覚えざるをえない。

今後は、この与党案を土台にして、制度の細部が検討されることとなろうが、精神障害を持つ人々は、やりきれない気持ちで、固唾を飲んで、検討作業の成り行きを見守っている。与党案が後半で「精神障害者医療及び福祉の充実強化」を謳ってはいるものの、前半の管理強化策的な色彩を薄めるための怀柔策にすぎないと映るからである。精神科医療・福祉のインフラストラクチャーの整備が、遠回りに見えて実は、精神障害による不幸な事件を防止するために最も有効な政策であるとの基本認識を、与党案は欠いているように見える。

与党案に先立つ 10 月 23 日、全国自治体病院協議会は、「二つの提言：精神保健・医療・福祉施策の推進と不幸な事件の防止のために」という提言をまとめ、国会議員、法務省、厚生労働省、政府関係者、報道関係者、医療関係団体等に公表した。与党案と決定的に異なるのは、予防医学的な視点から「不幸な事件の予防策」を論じている点である。すなわち、

(1) 「不幸な事件」の大半が未受診例や治療中断例によるものであることを考慮するならば、事件を未然に防止するための一次予防策は、精神科医療へのアクセスを容易にし、治療中断を防止する施策、すなわち、精神科医療・福祉の全般的水準向上である。その具体策は「二つの提言」の前半に示してある。

(2) 「不幸な事件」の二次予防策とは、小さな事件のうちに火を消しておくこと、すなわち、精神科救急医療システムの整備である。警察沙汰になってからでないと作動しないことが多い現在のシステムでは、二次予防の効果は期待できない。

(3) 与党案の前半に示された対策案は、「不幸な事件」が起きてしまった後の事後処理と再発予防（三次予防）のための策にすぎない。その重要性は認識できるが、予防医学的視点から見た場合は、限局的な効果しか期待できないこともまた、議論の前提として認識しておくべきである。このような認識に立った上で、「二つの提言」の後半では、与党案に欠けている起訴前鑑定システムや地域ケアへのリンケージプランを提示してある。

この提言が今後の施策に生かされ、精神医療の構造改革が進むことを期待する。

提言の概要

提言 1：精神保健・医療・福祉施策を一層推進するための新たな計画の策定

以下のような改善計画を早急に策定し、着実に実行することによって、精神科医療の改善が進み、ひいては精神障害による不幸な事件の防止も可能になると考えられます。

1. 身近なところでいつでも良質な精神医療を提供できる体制を構築する（新たな精神科地域医療計画の策定）
2. 病状が軽いうちに適正な医療を提供できる精神科救急医療体制を整備する（精神科救急医療体制の整備）

- ３．安心して利用できる精神科入院医療を実現する（精神科入院医療改善計画の策定）
- ４．精神障害者が支え、支えられながら快適に住める地域社会を作る（精神障害者のための地域支援長期計画の策定）
- ５．精神障害者に対する偏見や差別のない地域社会を築く（偏見と差別を解消する長期計画の策定）

提言２：不幸な事件を防止するための当面の対処策

政府は、重大な犯罪を犯した精神障害者のための新たな処遇策の検討を進め、司法が関与した新たな法律案をまとめようとしています。当協議会としては、新法案の公表されていない段階での論評は差し控えますが、少なくとも裁判所が関与して刑事罰に代えて司法的処分を行う新たな制度を作ることには、精神科医療を担当する立場として慎重に検討すべきと考えています。その理由は以下で述べますが、精神障害者による事件の多くが初犯によるものであり、犯罪防止という観点から見ても一部の特殊な再犯者に焦点を絞った施策のみによって問題を解決することはできません。司法が関与する硬いシステムを作るよりも、現行制度の運用の中でいかに柔軟に効果的な対策ができるかを模索することがより重要だと考えます。

そこで、差し当たりの対処策として以下のような提案をします。

- １．重大な犯罪を犯した精神障害者の評価と治療のための改善策
ー「精神科司法鑑定・治療センター」構想ー
- ２．刑事司法精神鑑定のためのガイドラインの策定
 - （１）鑑定医の供給及び研修体制に関するガイドライン（案）
 - （２）簡易鑑定書の書式に関するガイドライン（案）

提言１：精神保健・医療・福祉施策を一層推進するための新たな計画の策定

わが国の精神科医療や精神障害者福祉施策には解決すべき問題が少なからずあります。平成１１年の精神保健福祉法改正に際しての国会附帯決議では、実に１２項目にわたる課題が指摘されました。

とくに精神医療提供体制の根幹にかかわる課題として、「精神病床に係る人員配置基準、医療計画その他の精神医療提供体制を充実すること」、「精神保健福祉サービスの一層の推進を図るため、人材の育成・確保に努めること」、「精神病院における不祥事件の多発にかんがみ、人権を尊重しつつ適切な医療を確保できるよう、医療従事者の更なる啓発に努めること」、「医療機関等の情報公開の推進と精神病院の指導監督の徹底を図ること」などが指摘されております。

また、精神保健福祉施策に関係する事項として、「障害者プランを着実に推進すること」、「市町村を中心とする在宅福祉サービスを充実すること」、「市町村の障害者計画策定と計画実施に積極的な支援を行なうこと」、「精神障害者の資格制限の緩和と撤廃について検討すること」などが挙げられました。

これらの課題を達成するためには、具体的な計画を立て、精神保健・医療・福祉の「構造改革」を着実に実行する必要があります。先の付帯決議において早急に取り組むべき課題とされた「重大な犯罪を犯した精神障害者の処遇の在り方」の見直しも、精神保健・医療・福祉・施策の構造改革を進めるとして行なうべきです。精神科医療全体の改善なしで、精神障害者による不幸な事件の防止は実現しません。

精神保健・医療・福祉施策を一層推進するために、以下のような計画を新たに策定し、実行するよう提言いたします。

1. 身近なところでいつでも良質な精神科医療を提供できる体制を構築する

—新たな精神科地域医療計画の策定—

一般医療では都道府県をいくつかの二次医療圏に分け、医療計画を策定して適正な病床数を確保することになっていますが、精神科医療に関してはそのようなきめ細かな地域医療計画がなく、病床の著しい過疎過密を招いています。このことはこれまでも繰り返し指摘されてきましたが、第四次医療法改正でも「精神科医療資源の地域偏在を短期間に是正することがきわめて困難である」とされ、是正に取り組まれることはありませんでした。

また、先進諸外国では、単科精神病院を廃止・縮小して一般病院に精神科病棟を併設する政策を採っています。受診の便利さ、敷居の低さ、身体合併症への対応などを考えると当然の施策ですが、わが国では一般病院に併設された精神病床は全精神病床の5.6%しかありません。

この精神病床配置の歪みは、「すべての患者は、できる限り、自らの居住する地域で治療を受け、ケアされる権利を持つ」という国連の「精神障害者の保護および精神保健ケアの改善のための原則」（1991）の第7原則に違反します。地域医療計画の不備が、精神科救急医療体制の整備、外来医療の充実、地域保健福祉サービスの推進を妨げ、ひいては精神障害者の社会的入院を増大させる要因となっています。

この問題を解決するためには、次のような目標を立て、新しい精神科地域医療計画を策定しなければなりません。

●地域特性に配慮しながら、人口20万～40万を1単位とする精神科地域医療圏を新たに設け、機能の異なった精神病床を分散配置する。

●そこには、a) 措置入院、応急入院、救急急性期、児童思春期など高密度な医療を必要とする患者のための基幹的精神病院、b) 外来医療、短期集中治療、身体合併症医療を担う一般病院に併設した精神科病棟、c) 主として慢性期の患者の療養を担当する精神科病棟、を配置し、患者や家族が必要に応じて病院を選べるようにする。

a) およびb) の機能を有する精神病床は人口1万人に対して8～10床程度で十分である。なお、a) の基幹的病院のうちのいくつかは、重大な犯罪を犯した患者も治療できる高度医療ユニットを設けるものとする。

●200床以上の単科精神病院はできるだけ病床数を減らし、その分だけ医療スタッフの配置数を相対的に上げ、それに見合う診療報酬体系を作る。

●最終的には、10万人の社会的入院患者を社会に戻し、精神病床数を人口1万人に対して15～18床までに減らす。

2. 病状が軽いうちに適正な医療を提供できる精神科救急医療体制を整備する

—精神科救急医療体制の整備—

精神疾患に起因する不幸な事件は何の前触れもなしに突然起こることはなく、様々な精神症状が先行します。これらの症状への医学的介入が遅れた結果、不幸にも精神疾患に罹患した人々のごく一部は、事件の発生という二重の不幸へと追い詰められてしまうのです。こうした悲劇を未然に防止するためには、事件の前兆となる精神症状に、迅速に対処できる精神科救急医療システムが不可欠です。

国の精神科救急医療システム整備事業はすでに大多数の都道府県で運営されていますが、利用者側からは形ばかりとの批判が聞かれます。急性の精神症状に際して、どこに電話したらいいのかわから

ない。電話相談窓口があっても、所定の時間になれば閉まってしまう。警察を経由しなければ受け付けてくれない。精神疾患だけでは救急車も来てくれない。現状では、こうした自治体が少なくないのです。

問題が深刻化する前に柔軟な救急システムで危機に迅速に対処しておくことが重要です。そうであれば結果として稀ながらも不幸な事件を招きかねません。防犯重視の、敷居が高い精神科救急システムは利用者の役に立たないだけでなく、皮肉にも防犯の役にも立たないのです。

これらの不備を解決するためには、具体的には、次のような施策が必要です。

- 精神科地域医療計画の中に、人口密度や地域特性に応じて「精神科救急医療圏」を定め、その中に24時間対応できる精神科救急情報センターを計画的に配備する。
- 一定の基準を満たした地域の基幹の精神病院、または救急救命センターと精神科病棟を有する中核の一般病院を「精神科救急指定病院」に指定し、重症の精神科救急患者のための病床を確保する。
- 「精神科救急指定病院」と他の精神科医療機関との連携システムを構築する。
- 警察官通報（精神保健福祉法第24条）患者の入院決定を適正に行い、事例によっては治療終了患者を病院から警察へと逆送できるように、精神科救急医療システム連絡調整員会等において調整する。また、国は、逆送事例のガイドラインを策定する。
- 「精神科救急指定病院」の円滑な運営を保障するために、大幅な運営費助成措置を講ずる。

3. 安心して利用できる精神科入院医療を実現する

—精神科入院医療改善計画の策定—

平成12年10月の国会で厚生大臣（当時）は、「日本は他の先進国に比べ病床数がきわめて多く、しかも長く入院する。医療体制に構造的な問題があります。」と述べました。

精神病院は、他の診療科よりも少ない人員配置で構わないとされてきました。これは、精神病院が、長い間、治療よりも療養ないしは収容のための施設として期待されてきたからです。しかし、医学の進歩と施策の転換によって先進諸国では多くの患者が短期で退院が可能となり、地域で普通の生活ができるようになったにもかかわらず、わが国の精神病床は増え続け、人口当たりの病床数は先進諸国の2～3倍となっていました。

多くの人は精神病院を「どんなところか分からない、入院すると簡単には出られない」と思っています。不祥事件もしばしば起こります。これでは安心して精神科にかかれません。実際、入院を体験した患者の中には、「担当の先生や看護婦さんにちゃんと話を聞いてもらえなかった」と訴える方もいます。これでは、病気が軽いうちから治療を受けようとは思わないでしょう。誰もが安心して精神科にかかれるような仕組みを、早急に作らねばなりません。

次のような目標を定めて、「精神科入院医療改善計画」を政府主導で策定することを提案します。

- 医療法の再改正を行い、精神病院の機能分担を進め、手厚い治療と看護を必要とする患者に適正な医療を提供する体制を作る。
- 措置入院患者、救急急性期患者、重症難治性患者、児童思春期患者など高密度な医療を必要とする患者が入院する精神科病棟の設備・人員配置基準を一般病院ないしそれ以上に引き上げる。
- とくに、重大な犯罪を犯した精神障害者が入院する病棟には、患者5人に1人の医師、患者1人に2人の看護職員を配置する。
- 入院患者の約3分の1、10万人といわれる社会的入院患者を計画的に地域に戻し、精神病床の削減を行う。浮いた人材で精神病床の職員配置引き上げを図る。

●精神病院が地域の人々に信頼され、親しまれるようにするために、精神病院の情報公開を進め、精神病院の運営の透明化を図る。

●国や自治体による精神病院の実地指導や入院患者の人権を擁護する精神医療審査会の機能を強化するため、国の予算を増やす。

4. 精神障害者が支え、支えられながら快適に住める地域社会を作る

—精神障害者のための地域支援長期計画の策定—

近年、精神障害者が利用できる施設や事業が少しずつ増えています。たとえば、デイケア、訪問看護、心おきなく仕事ができる共同作業所、授産施設、仲間と気楽に語り合い助け合うことができる自助グループ活動やピア・カウンセリング、そして地域生活支援センターなどです。また、周囲に気兼ねなく自分のペースで生活できる居住施設も制度化されてきました。たとえば、援護寮、福祉ホーム、グループホームなどです。このような社会資源は、患者の自立心や自尊心を高め、治療の中断を防ぎ、病気の再発を防ぐために大変有効です。

しかし、地域の人々の理解が得られないこともあって、これら社会復帰施設などの設置はかならずしも十分に進んでいるとは言えません。平成8年度に開始された「障害者プラン・ノーマライゼーション七か年戦略」は平成14年度で終了しますが、たとえば全国2,562の町村で精神障害者を含めた障害者計画を策定しているのは、そのうち827町村にすぎません。また、このプランで掲げられた精神障害者社会復帰施設の達成率も不十分で、たとえば、「入院から地域医療へ」という政策転換の目玉といわれる「地域生活支援センター」は、全国650カ所の設置目標の4割しか達成されていません。

このような遅れを取り戻し、ノーマライゼーションの理念に基づいた精神障害者にやさしい地域社会作りをするために、新たに「精神障害者のための地域支援長期計画」を策定し、以下のような施策を実行することを提案します。

●平成15年度から新たに「心を支えるノーマライゼーションプラン—七か年戦略」を立ち上げて、精神障害者が安心して暮らせる地域社会作りを推進する。

●平成14年度に保健所から市町村へ移管される精神障害者福祉サービスを充実するために、すべての市町村に精神障害者を含めた「市町村障害者計画」の策定を義務づける。同時に、「精神保健福祉懇談会」および「精神障害者地域支援チーム」を作り、具体的な支援活動を行なう。

●精神障害者自身が、地域でさまざまな地域生活支援プログラムを立案・実施できるように「精神障害者ピアサポート事業」を新たに創設する

5. 差別や偏見のない地域社会を築く

—偏見と差別を解消する長期計画の策定—

平成5年の「障害者基本法」では、精神障害者も「個人の尊厳が重んじられ、その尊厳にふさわしい処遇を保証される権利を有し」、「社会を構成する一員として社会・経済・文化その他のあらゆる分野の活動に参加する機会を与えられる」（第3条）とされています。しかし、長い間に浸透した精神障害への差別と偏見の解消は容易ではありません。

差別や偏見は地域住民の責任ばかりとはいえません。国や自治体の施策が差別や偏見を助長することさえあります。その代表的な例を、ハンセン氏病の隔離施策に見ることができます。幸い、平成13年に入って、障害者にとって長い間の懸案となっていた欠格条項の見直しが一気に進みましたが、

精神障害者については今なおいろいろな問題が残っています。たとえば、精神病院の医師や看護師が一般病院よりも少なくともよいとする現医療法は、精神障害者の適正な医療を受ける権利の侵害とみられることもできます。また、自治体によっては精神障害者の「議会の傍聴禁止」、「公営プールの使用制限」など差別条項がなお残っているといわれます。

精神障害者が地域で安心して生活でき、さらに気兼ねなく精神科医療を利用できるようになるために、以下のような「偏見と差別を解消するための長期計画」を提案します。

●小学校からの教育課程を見直し、精神障害に関する教育を正規の授業に組み入れる。とくに差別と偏見を取り除くためのカリキュラムの導入、精神障害者と身近に接する体験学習を導入する。

●偏見や差別を助長しかねない精神疾患の呼称（精神分裂病、精神病質など）を再検討し、利用者も関係者も気軽に使える方向で変更する。

●精神障害者の欠格条項をあらためて見直すとともに、自治体によってはいまだに残されているとされる施設利用制限、議会や委員会の傍聴制限について調査し、改善を図る。

●障害者が社会のすべての局面で差別されないよう、個別の法令・条例・制度のあり方をより高い観点から監視する「障害者差別禁止法」を制定する。同時に、人権が軽視されがちな精神障害者を守るために「精神障害者権利章典」の制定を検討する。

提言２：不幸な事件を防止するための当面の対処策

当協議会は、平成１３年６月２９日、「重大犯罪を犯した精神障害者施策に関する緊急声明」を公表し、新たな施策を立てるにしても、その前提条件として、司法と医療に関する詳細な調査が必要であることを述べました。さらに１０月５日、精神科七者懇談会の一構成団体として、具体的な調査のあり方について、厚生労働省と法務省に提案したところです。

しかし、政府は早急に問題に対処するために、調査を待つことなく、新法制定を検討しています。法案が公表されていない段階での論評は差し控えますが、少なくとも裁判所が関与して刑事罰に代えて司法的処分を行う新たな制度を作ること、精神科医療を担当する立場として避けるべきと考えています。

その理由は、

１．実際には頻度が決して多くない精神障害による再犯防止のみを目的として、新たな収容制度を作ことは、犯罪とは何ら関係のない精神障害者への偏見を助長する。その結果、精神障害の早期治療や地域ケアが後退する。

２．精神障害を原因として過去に重大な事件を起こし、再度、精神障害による重大な事件を起こす可能性を的確に判断することは、短期的には可能であっても、たとえば６か月以上先については困難である。したがって犯罪予防の観点から効果的な制度を作ろうとすれば、事件の重大さに応じた応報的な期間設定を行わなければならない。このことは、責任能力を否定された者に実質的に刑を科すことと同じになり、現在の法体系の中で矛盾を来すことになる。

３．仮に、敢えて司法による入院命令制度を導入したとしても、精神障害による事件が、再犯によるものよりも初犯によるものが圧倒的に多い現状を考慮すると、精神障害を原因とした不幸な事件は減らないと予測される。

４．精神障害による不幸な出来事を防止するには、受けるべき治療を受けられないでいる精神障害者が、安心して早期に医療を受け、地域で支えられる精神保健福祉施策の充実がより重要である。

以上の理由から、司法が関与しての精神障害による犯罪防止策の新たな導入には慎重を期すべきで

す。しかし、医療を提供する立場から、これまで精神障害による不幸な事件をどのように少なくするかという具体的な提案をしてこなかったという事実は認めざるを得ません。

そこで、当面の対処策として以下のように提言します。精神障害による不幸な事件を防止するという観点で見た場合、提言1が原因療法であるとすれば、以下に述べる提言2は、当面の対症療法に過ぎません。

1. 重大な犯罪を犯した精神障害者の評価と治療のための改善策

—「精神科司法鑑定・治療センター」(仮称) 構想—

(1) 目的

重大犯罪(殺人、傷害致死、傷害、放火、強盗、強姦等)を犯した精神障害者もしくはその疑いのある者の刑事責任能力を適正に評価するとともに、刑事責任が問えずに措置入院となった者の治療を遂行するために、「精神科司法鑑定・治療センター」(仮称)を設置する。

(2) 部門構成

精神科司法鑑定・治療センターは、責任能力の評価を担当する「司法鑑定部門」及び入院治療を担当する「入院治療部門」によって構成される。また、司法精神医学に関する研究及び教育を担当する「研究教育部門」を有するセンターを全国に1ヶ所設置する。

(3) 設置場所と運営費負担

司法精神鑑定・治療センターは、当面、複数の国立病院または自治体立精神病院に付設する。いずれは厚生労働省地方部局管内ないし各都道府県内に1ヶ所程度の設置を目指す。同センターの運営費(入院費用を含む)は国が全額負担する。

(4) 「精神医療評価(または判定)委員会(または審判所)」(仮称)の設置

国は、司法関係者、医療関係者、有識者及び市民代表等からなる「精神医療評価委員会」(仮称)を各精神科司法鑑定・治療センター単位で設置し、事務局は厚生労働省地方部局に置く。この審査会は、同センター入院治療部門への入退所の適否の審査、同部門への入所継続要否意見書の審査、同部門入所者から提出された退所請求の審査のほか、同センターの運営全般に関する監査等の業務を行う。

(5) 入院治療部門退所者の処遇

精神科司法鑑定・治療センターの入院治療部門は、高度な医療を集中的に行う場であり、原則として居住圏域内の「基幹的病院」に移行するまでの通過施設として位置づけられる。センターからの退所者は原則として直接に在宅治療に移行するのではなく、一旦、基幹的病院に設置する高度専門病棟に措置入院のまま転院し、一定の準備期間をおいてから退院するものとする。基幹的病院からの一定期間内の退院や措置解除には、「精神医療評価委員会」(仮称)の審査と承認を必要とする。また、基幹的病院は、市町村と協力して地域ケアに移行した患者を多角的に援助する「生活支援チーム」を編成し、治療中断や病状悪化に際しては迅速に対応できる体制を作ることとする。

以上の構想を図1にフローチャート図として一覧表示した。(略)

2. 刑事司法精神鑑定のためのガイドラインの策定

上記の精神科司法鑑定・治療センター構想は、いわば鑑定留置の専門機関である司法鑑定部門を創設して、刑事責任能力の評価を厳密化することを狙いとしている。正規の司法精神鑑定は、この制度の中に包摂されるのが自然である。

簡易鑑定も司法鑑定部門で一元的に実施すべきかどうかについては、議論を要する。ここでは、件数が正規の鑑定の10倍近くに上る簡易鑑定は手続きとして残すこと（少なくとも、新制度が普及するまでは残さざるをえないこと）を前提として、簡易鑑定システムの改善策を検討する。

鑑定医の確保の実態は、全国規模の調査ではじめて明らかになるが、極少数の精神科医が長期間にわたって鑑定を実施するパターンと、多数の精神科医が交代で実施するパターンを両極として、自治体ごとにさまざまなパターンが混在しているものと推定される。前者では判定基準や鑑定書式の偏りが、後者ではそれらの分散が懸念される。

これらの懸念を払拭するためには、質の高い鑑定医の養成と供給のシステムを作る必要がある。

また、鑑定書がどのような書式で作成されているかについても、全国調査を待たなければならないが、全体で数行という粗雑なものから、正式の鑑定書並みの分量と内容を備えたものに至るまで、相当にばらつきがあるものと予測される。鑑定が一定の水準を保って行なわれるためには、簡易鑑定のための標準化された書式ガイドラインを策定し、鑑定の質を担保することも必要である。

ここでは、以下の二つのガイドライン案を提示する。

鑑定医の供給及び研修体制に関するガイドライン（案）（資料1）、
簡易精神鑑定書の書式に関するガイドライン（案）（資料2）（略）

（資料1） 鑑定医の供給及び研修体制に関するガイドライン（案）

①精神鑑定医会議の設置

都道府県及び政令市の精神保健福祉部局が世話役となって、精神鑑定医の供給や研修体制をはじめ、精神鑑定（正規の刑事司法鑑定及び起訴前簡易鑑定）に関するあらゆる事案を協議するための精神鑑定医会議（以下「本会議」）を自治体ごとに設置する。

②本会議の構成員

本会議は、精神医療審査会、地方精神保健福祉審議会、日本精神病院協会都道府県支部、各自治体の国公立病院精神科の各代表者、及び精神鑑定に実績のある精神科医師らによって構成され、事務局を各自治体の精神保健福祉センターに置く。

③本会議の任務

- 1) 司法機関からの精神鑑定依頼を受け付ける窓口を常設すること。
- 2) 常時5人以上の鑑定医を登録し、鑑定依頼に迅速に応ずること。
- 3) 登録された鑑定医（以下「登録鑑定医」）相互の情報交換と研鑽の機会を確保すること。
- 4) 新たな鑑定医を養成すること。
- 5) 司法関係者との意見交換の場を設けること。

④各種会議の開催

- 1) 総会：少なくとも年1回、総会を開催する。
- 2) 研修会：少なくとも年2回、登録鑑定医及び鑑定医を目指す医師（以下「鑑定研修医」）を対象とした研修会を開催し、鑑定件数の報告や事例検討、精神鑑定に関連する講演などを行う。本会議構成員もしくは登録鑑定医の要請があれば、随時、研修会を開催し、要請事項につき協議する。
- 3) 意見交換会：少なくとも年1回、司法関係者との意見交換会を開催する。

⑤精神鑑定医全国協議会の設置

国は、地方自治体ごとに設置された精神鑑定医会議相互の情報交換を図り、精神鑑定の水準を確保するために、全国協議会を設置し、運営費用を補助する。この全国協議会は、少なくとも年1回、各

自治体の精神鑑定医会議構成員、登録鑑定医、及び鑑定研修医を対象とした全国会議を開催する。

⑥登録鑑定医の業務

登録鑑定医は、以下の事項を満たすよう努力することとする。

- 1) 起訴前簡易鑑定を少なくとも年1回は実施すること。
- 2) 正規の刑事司法精神鑑定を少なくとも5年に1回は実施すること。
- 3) 上記の鑑定には、鑑定研修医を助手として同席させる努力をすること。
- 4) 上記の鑑定例中の少なくとも1例について、④に述べた会議のいずれかにおいて事例報告すること。
- 5) ④及び⑤に述べた会議に全て参加すること。
- 6) 精神科司法鑑定・治療センター（新設）が開催する講習会に毎年参加すること。

⑦登録鑑定医の取得要件

- 1) 精神保健指定医であること。
- 2) 鑑定研修医（精神保健指定医である必要はない）として、以下の精神鑑定において助手を務めた経験を有すること。
 - a) 少なくとも3例以上の起訴前簡易鑑定
 - b) 少なくとも1例以上の正規の刑事司法鑑定
- 3) 司法精神医療センターが開催する講習会に2回以上参加していること。
- 4) 上記の要件を満たした者のうち、厚生労働大臣が登録鑑定医に相応しいと認定した者であること。

「処遇困難者専門病棟」新設阻止共闘会議のビラ

「重大犯罪精神障害者処遇法案」(仮称) の成立を許すな！

3・24 保安処分反対集会



保安処分反対！処遇新法を阻止するぞ！
「病者」先頭に法務省・厚生労働省にデモをおこなった。(2002年1月23日)

於：

- 3月24日(日)
- 午後1時30分開始
- デモ出発3時30分
- 阻止共からの
「報告と闘いの決意」
- 各地からのアピール
～いずみひとみさんや
「オープンスペース街」
などからの歌もあります。

主催

「処遇困難者専門病棟」新設
阻止共闘会議
(阻止共)

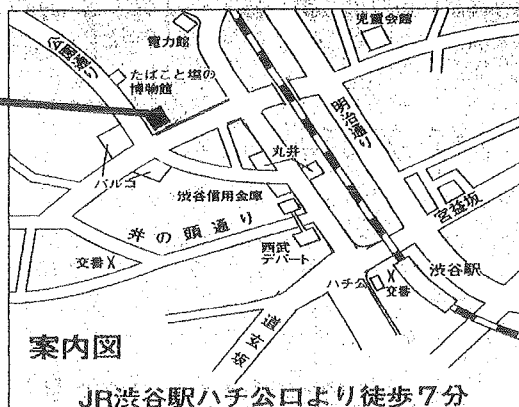
(東京都港区新橋2-8-16)

救援連絡センター気付)

TEL 03-3591-1301

会場

(渋谷区神南1の19の8
Tel 03・3462・2511)



JR渋谷駅ハチ公口より徒歩7分

全国の「病者」、「障害者」のみなさん、労働者・市民のみなさん、私たちは訴えます。保安処分新法である「重大犯罪精神障害者処遇法案」（仮称）に反対し、その成立を断固として阻止することを！

重大な人権侵害、保安処分とは

保安処分とは、罪を犯した人が裁判の結果、その犯した罪に対して不利益処分（刑務所に入ったり、お金を支払う）を受けるのに対して、未来のできごとである「その恐れ」に対して下される処分です。歴史的にも、思想・信条を弾圧するために使われてきたものです。今回の新法構想は、すでに昨年11月26日の段階で、日本弁護士連合会の刑事法制委員会においても、「保安処分である」との指摘をうけています。犯罪を犯した「精神障害者」を保安処分とする構想は今に始まったわけではありません。昨年1月29日以来、法務省厚生労働省合同検討会が、「精神障害者」の犯罪の防止と、医療・福祉に関する検討を目的に開かれていました。こうしたなか6月には大阪で池田小事件が起こり、流れは一気に加速されました。

法案では「重大な犯罪を犯した」とみなされる「精神障害者」は、裁判官と医師からなる合議体で、しかも実質は裁判官が最終決定を下すという判定で、「治療」の名のもとに特別な精神病棟に入れられます。退院の決定は6カ月ごとに同じ判定機関で行われ、再犯の可能性（「対象行為の再発」）が無くならない限り無期限に拘束できるというものです。「事実否認」も一方的にこの判定機関で取り扱われるのでえん罪の温床とも化すことでしょう。また、新聞等によると、「入院施設はさしあたって東西の国立病院に2カ所。いずれ全国に800床30カ所を設ける。」「病棟は原則個室、独立させて出入り口規制、ドアは施錠。看護者数を患者数と同等の1対1にさせる。」などと勝手に構想を練っています。このほか強制通院制度や保護観察制度新設で、生涯にわたる不利益処分が下される可能性があります。法のもとでの平等に反する事はもちろん、刑法の責任主義、罪刑法定主義の重大原則を一気に無くそうとする最悪の法案です。

分断と差別の強化

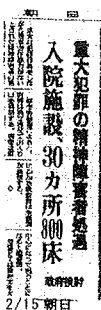
「精神病者」は、他科に比べると、医師は3分の1、看護者は3分の2という医療法の特例のもと劣悪な医療環境に置かれてきました。そのうえ、「処遇困難者病棟」新設の動き（87年）や、精神保健福祉法における移送制度新設（00年）という強制入院制度の強化にさらされてきました。この法案は、こうした差別を棚に上げ、人々の中に、「精神病者は恐ろしい」という偏見をあおるものです。一部の「病者」の中には、「犯罪を犯したならしょうがない」という人まで出てきています。これは「病者」を差別するだけではなく、「病者」の中に、さらに分断を持ち込むものです。

治安管理の強化の中で

今年8月から施行される国民総背番号制（住民基本台帳法改悪）のもと、今国会では、社会防衛の名のもとに、このほかにも有事立法をはじめ6本もの治安関連立法が審議されます。こうした流れの中で人々に対する、プライバシーの侵害を含めた監視が強化されようとしています。この法案は、決して「精神病者」だけの問題ではありません。皆さんに広く訴えます。

ともに手をとって闘いましょう！

「精神障害者」は地域で生き抜くぞ！



厚生労働省精神保健福祉課が「処遇困難者専門病棟」新設阻止共闘会議に出した念書

「処遇困難者専門病棟」新設阻止共闘会議 殿

- 新制度は適切な医療の確保を目的とするものであって、公益のために拘禁するというものではない。
- 拘禁による医療はすべての人に適切な医療を与えられるわけではない。
- 「被害者の傍聴は望ましくない」という意見を受けた。
- 「この人は再び必ず殺人を行う」というような再犯予測は少なくとも現時点では困難な点が多い。
- 「新制度は保安処分である」という意見を受けた。
- 今後、必要に応じて話し合いを行う。

平成13年12月25日

厚生労働省障害保健福祉部精神保健福祉課

課長補佐 泉 陽子

課長補佐 岩田 和昭

課長補佐 井上 俊宏

青山正さん救援会・見解

精神障害者処遇に関する「特別立法」に反対する

報道によれば、政府は、大阪・池田小学校事件を口実に、精神障害者処遇に関する「特別立法」を検討しているという。この「特別立法」なるものの内容は具体的には未だ明らかになっていないが、触法行為を犯したとされる精神障害者を、従来より容易かつ長期に、嚴重に隔離することを可能にすることを目的としていることは、これまでの関係者の発言等から明らかである。

我々は、その精神障害ゆえにえん罪を負わされた青山正さんの無実を晴らすべく活動している者である。精神障害者はこれまでも多くのえん罪に苦しめられてきた。そのことは死刑台から30年余を経て再審無罪をかちとった無実の元死刑囚赤堀政夫さんの例を見ても明らかである。また事実が明らかにされないまま措置入院とされ、長期にわたる拘禁を強いられている者も数多い。

「特別立法」なるものは、これまでよりさらに、精神障害者に対するえん罪を増加させるものであることは明らかである。我々は断固としてこれに反対する。

2001年7月29日
青山正さん救援会

中山研一氏のコメント

自・民・党・P・T・案・へ・の・コ・メ・ン・ト・ 2001.11.15. 中山 研一

「心神喪失者等の触法および精神医療に関する施策の改革について」（自民等P T報告（案）座長熊代明彦、2001年10月30日）

第1 基本的認識

1. この部分では、まず、精神障害者の犯罪率が、社会全体の犯罪率に比べ、かなり高いのではないかと一般に考えられているが、その認識は正確な資料によって改められる必要があると指摘されているが、この指摘はその後の検討のための基本的な出発点として評価できる。ただし、総数における低い割合とは別に、殺人（7.8%）、傷害致死（3.4%）、放火（9.4%）については、精神障害者の比率が高いではないかと言われてきていたことに注意すべきであろう。

次に、精神障害者対策の現状から見た場合、精神障害者のための医療と福祉の充実の抜本的改革が急務であると明言している点も、積極的に評価してよいと思われる。しかし、問題は、提示されたの施策が果たして単なる抽象的な宣言にとどまらない現実的なインパクトをもつものであるかどうかにかかっている。この点については、後に問題にする。

2. ここでは、触法心神喪失者等の問題が、殺人等の重大な犯罪行為をした者の処遇に関する問題であって、一般の精神障害者の問題と混同して議論してはならないとされているが、このような指摘は当然のように見えて、実は問題がある。それは、触法精神障害者一般は危険ではないが、重大な犯罪を犯した者は危険であるから、とくに後者の処遇を考えるという二元説に立っており、それは特別な処遇の範囲を限定するという側面をもっているものの、精神障害者を「触法」と「重大犯罪」のいかにで区別するという方法論が前提となっている点に問題がある。これは、一般人の犯罪については、当然に妥当する論理ではあっても、精神障害者の「犯罪」がまさに「精神障害」を原因とするものであって、本来的に「犯罪」とはいえないものであるという決定的な相違があることに注意すべきである。

したがって、犯罪対策が一般人に与える影響と比較すると、触法精神障害者の対策が一般の精神障害者に与える影響には質的な相違がある。病気が違法行為の原因である限り、「触法」は常に一般の精神障害者にも関連するのであり、現象的な「重大さ」だけに焦点をあてても、それは事後の処理に過ぎず、「初犯」の予防にはなりえないという宿命的な限界があることを認識すべきである。保護か危険（保安）かで両者を区別するという発想自体に問題が含まれているといえよう。

3. ここでは、上のような基本認識に立って、まず触法心神喪失者等の処遇の改革を問題にし、並行して精神障害者対策の改革についても検討したと述べられているが、ここでも問題は、その両者の関係にある。それは、一見、常識的な指摘であり、今回の「改革」が触法精神障害者の対策論にとどまらず、精神医療一般の改革をも含むことで、危険と保安対策の側面が突出しないよう配慮したという側面を伺うことができる。しかし、実際には、前者の触法精神障害者の対策がメインテーマであって、その制度上の改革の必要性が主張され、そのための具体策が提案されているが、精神医療一般の改革については、一般的な宣言や方向性の指摘にとどまり、本格的な改革の具体的提案が検討され、提案されているとはいえない。「並行して」という理解も、無難であるが、実際の関係は逆であって、精神医療の抜本的改善の土台の上にこそ、触法精神障害者の対策が位置づけられるべきものというべきであろう。この点についても、最後に再度触れることにする。

第2 触法心神喪失者等の処遇の改革について

1. 問題点

・ 第1の問題は、重大な犯罪行為を行った心神喪失者等の処遇について裁判所の判断がなされていないことにあり、殺人や放火などの重大犯罪を行った心神喪失者等の約8割が不起訴になって、裁判所の判断がなされていないという実情については、加害者となった精神障害者の側からは裁判を受ける権利を求める声があり、また検察庁が安易に不起訴にしているのではないかという疑念も出ているとの指摘がなされている。

しかし、この指摘が現状を伝えているとしても、現行法の下でなぜ裁判所の判断がなされていないかについては明確な理由がある。それは、もっぱらわが国の検察官が捜査段階で責任能力がないと判断したときは、裁判所に訴追しないという実務が定着しているからである。現状で、たとえば全件を訴追したとしても、裁判所が責任無能力の判断をすれば、やはり措置入院になるのであって、結論にはほとんど変化はないであろう。そこでは、精神障害者の「裁判を受ける権利」は全く名目的なものにすぎない。

ここで、実質的な改善策を考えるとすれば、第1に、精神障害者の側からの問題として、責任無能力として措置通報に付される際に、少なくとも「犯罪事実」の存否の確認と説明を受ける権利を認めるという手続的な保障が考えられてよいであろう。そして、第2に、検察官の不起訴が安易に流れることを防ぐために、鑑定を含む医療側の判断を尊重するという方向が目指されるべきであろう。この段階でこそ、司法と医療との協力関係が重要であり、その際には、「犯罪の重大性」に対する司法的な関心よりも「精神障害者への医療の保障」と継続、中断の防止という観点にこそ、重点が置かれる必要があるというべきである。

・ 第2の問題は、医師の鑑定の信頼性に疑問が抱かれているという点であって、司法精神医学の研究・教育が充分でないために、責任能力の判断に関する医師の鑑定の信頼性に疑問が抱かれているという指摘がなされている。

たしかに、責任能力の「鑑定」に問題があることは、これまでも指摘されてきたところであるが、その原因は単純ではない。多くが「簡易鑑定」で済まされており、しかもその際の鑑定医が特定の医師に集中する傾向があり、検察官の意向に沿った鑑定結果が出やすいといったことなど、現状には問題が多い。しかし、これをすべて「正式鑑定」にすればよいといった単純な問題ではない。問題は、むしろ、身柄拘束の最初の段階から、いかに医療を保障しつつ、冷静に責任能力を判定し得るかにかかっている。ここでは、医療判断が先行すべきであり、それを前提として司法判断が行われるべきである。

一方では、精神障害の存在にもかかわらず、行為の重大性のために、責任能力ありとして起訴される方向があり得るとともに、他方では、たとえば人格障害者の場合のように、精神医療の対象とすることが困難な者が責任無能力として不起訴となり、措置入院に付されるという方向での判断のずれがあることに注目すべきである。

・ 第3の問題は、触法心神喪失者が一般の措置入院制度で処遇されていることにあり、そのために専門的な治療を受けることが困難となり、また他の患者にも悪影響を及ぼしているほか、退院の判断について医師に過剰な責任を負わせることになっているというのである。

しかし、このような指摘にも疑問がある。第1に、触法患者が一般の患者と同じ措置入院制度で処遇されているために専門的な治療を受けることが困難になっているというのは、事実にも反している。そもそも、触法患者にとって「専門的な治療」とは何をいうのであろうか。そのような特別な治療というものはなく、治療としては一般の患者と変わらないというのが、医療現場の常識である。また、

同一の制度の中で処遇されているために、他の一般患者に悪影響を与えているというのも、実証性を欠いた議論である。措置入院の現場では、混合的な処遇ではなく、病棟別に何段階かの分類処遇が行われており、しかも重要なことは、犯罪の重大性も考慮されているとはいえ、その際の区別の基準は、「触法」ではなく、むしろ「処遇困難性」によっているという事実である。

一方、退院の判断については、1人の医師でできることになっているが、実際には、問題となるようなケースでは、退院後の治療継続や社会復帰を含むアフターケアの判断が病院として行われているのが通常であって、医師や病院の判断では負担が重すぎるという意見が強いとは必ずしもいえないように思われる。

- ・ 第4の問題は、心神喪失で無罪の場合に、それに代わる刑法上ないしそれに準ずる措置が定められていないとし、それは裁判による正義の回復を期待する国民感情に反するものといわれている。

しかし、心神喪失で無罪になれば、刑事責任を問うことができないことは、近代刑法の大原則であり、そこでは「刑を科さない」ことが裁判上の正義なのである。精神障害者が再犯を犯す「危険」があるとして、裁判所が「保安処分」を科すという制度が、外国には見られるが、これは「正義」と関係のない「予防」の必要性を根拠にしている。たしかに、国民感情としては、正常人に対する「刑罰」に代るべき「代償」を精神障害者にも科すべきであるとするのは、理解し得ないわけではないが、病人を処罰するのは「魔女裁判」を意味する。したがって、結論的には、触法精神障害者には、その原因となった疾病を回復するための「治療」を与えるほかはないというのが結論である。

わが国には、保安処分の制度はないが、触法精神障害者に対しては、不起訴や無罪になったときは、「措置入院」という名の「強制入院による治療」制度が存在するのであって、対応措置が何もないというのは為にする議論である。これは、刑事処分ではなく、一種の行政処分であるが、それが医療行政につながる意味で「保安」よりも「治療」に親近性を保つことができる点に長所をもっているといえよう。

そして、外国に見られる裁判所による「保安処分」も、結局は「治療処分」という形でしか、身柄拘束の根拠を見出し得ないのである。

- ・ 第5の問題は、退院後のシステムが確立されていない点にあるとし、退院後にも適切な医療を継続させる必要がある場合にも、通院医療を確実に継続させるシステムが確立されていないというものである。

たしかに、退院後の医療継続、とくに通院の確保が、きわめて重要な課題であることの指摘は、重要な意味をもっている。しかし、現行の制度の下でも、これまでこの点が等閑視されてきたわけではなく、種々の工夫がなされてきていたことを再評価すべきである。むしろ問題は、法的なシステムを動かして行くべき受け皿の整備にこそあったのであり、これと離れて法システムの改革だけを論じて、形だけの整備に終わって、実効力のないものになってしまうおそれ強いように思われる。

2. 改革案

上記のような問題点を踏まえて、次のような内容の新法の制定が提言されている。

- ・ 「治療措置（仮称）」制度の創設

ここでは、重大犯罪行為をして不起訴になっているケースをすべて起訴して裁判所の判断を仰ぐという制度を導入すべきであるという強い意見も、傾聴に値するが、起訴便宜主義と起訴法定主義の間の第3の道として「治療措置（仮称）申し立て制度」を創設すべきであるとする。

以上の指摘からは、この提言の趣旨が、全件起訴を前提とした裁判所による「治療処分」の命令という、典型的な「保安処分」制度をとらず、現行の「措置入院」制度のいわば特例として、「重大犯

罪行為をした心神喪失者」に対する「治療措置（仮称）制度」を創設するという性格をもつものであることが判る。その内容は以下の通りである。

ア．治療措置申し立て制度の概要

（ア）検察官は、重大な犯罪行為をした者を心神喪失と認めて不起訴にしたときは、地方裁判所（全国50カ所）に治療措置の決定を申し立てる。

（イ）地方裁判所に治療措置判定機関を置き、担当裁判官が、判定機関の専門的審議を聴取して、治療措置を決定する。

（ウ）被害者またはその遺族は、判定機関の審議を傍聴することができる。

（エ）治療措置は、専門治療施設への入院または保護観察下の通院とする。

（オ）判定機関は、精神科医、精神保健福祉士等の専門家数名とする。

（カ）専門治療施設は、国公立病院の中に新たに設置する。

（キ）治療措置の期間は、不当に長期にわたらない制度とする。

（ク）専門治療施設の長は、地方裁判所に退院許可の中立をし、裁判所が決定する。退院の取消、通院治療終了も裁判所が決定する。

（ケ）裁判所は、（イ）の手続で責任能力があると認めたときは、当該案件を検察官に差し戻さなければならない。

以上が、治療措置申し立て制度の概要であるが、全体として見れば、この制度は、現行の「措置入院制度」の特例という性格をもち、検察官による不起訴を前提とするが、知事に通報するのではなく、地方裁判所に申し立てをし、担当裁判官が精神科医等から構成される判定機関の審議を聴取して、治療措置を決定し、退院の申し立て、取消、通院治療の終了も決定するというシステムとなっている。

問題点の第1は、重大な犯罪行為をした精神障害者に限って、知事が2人の精神科医の判断に基づいて決定する現行の措置入院制度ではなく、「裁判所の判定機関による決定」に変更することの必要性とその目的はどこにあるのかという点である。上述した問題点の指摘からすれば、不起訴になった者にも裁判所の判断を仰ぐことが要請されているといわれるのであるが、その具体的な理由は必ずしもはっきりしない。「刑罰」を科すためには裁判所の判決が必要であることには全く異論がないが、責任能力がないために「犯罪」が成立していない者に「刑罰」を科すことはできないし、治療措置がその「代償」であるとする根拠は存在しない。過去の行為ではなく将来の「危険性」を理由とする「保安処分」を裁判所が科すという場合にも、その根拠と危険性の予測可能性という点に疑問がある。そこで残るのは、「治療」のための強制入院を裁判所が決定するという場合の理由づけであるが、その内容が「治療の必要性」にある限り、裁判所の判断でなければならない理由は、より薄弱にならざるを得ないであろう。

それにもかかわらず、関係者からの要望が裁判所の判断に傾くのは、重大な犯罪行為をした者の処遇は「治療」だとしても、なおこれを刑罰の「代償」と見る考え方が根強く存在していることのほか、裁判所は中立かつ公正な判断者であるという受け止め方がなお一般的であることに由来するものと思われる。しかし、実際に、この場面で裁判所や裁判官がどのような役割を果たすことになるのかという点について、なお慎重に検討しなければならない。

問題点の第2は、判定機関が何をどのような基準で判断するのかという点をめぐる問題である。現在では、二人の精神科医が、いわゆる「自傷他害のおそれ」を判断することになっているが、これが提案では、担当裁判官が、精神科医、精神保健福祉士等の専門家数名で構成される判定機関の専門的審議を聴取して判断するものとされている。ここでも従来通り「自傷他害のおそれ」の存否が判定

されるものとすれば、従来の精神科医の判断との関係はどのように理解されているのであろうか。精神科医を含む専門家の意見が分かれる場合はどうするのか、一致したとしても、それに対する裁判官の判断との関係はどうなるのか、裁判官の職業的な判断が介入する余地があるとすれば、その特色はどこにあり、どのような方向に運用されることになるのか、といった点をほとんど見通すことが不可能なほど、あいまいであるといわざるを得ない。むしろ結果的には、従来の判断を慎重に限定するという方向よりも、より広く認める方向で保安の観点が入りこむおそれの方が大きいように思われる。

問題点の第3は、新たに設置される「専門治療施設」の性格とその内容についてである。改革案には、国公立病院内に設置するという以外には、何らの説明もないので、ここでいわれる「専門」的治疗施設とはどんな内容のものなのか不明である。上述したように、「触法」を基準とした特別の治療方法というものはないのであるから、ここでいわれている「専門施設」とは、実は「重警備の施設」を意味するものといえよう。しかし、重大な犯罪行為をした者には必ず「重警備」下の治療が必要だとは、必ずしもいえない。むしろ、かつてから問題になっている「処遇困難患者」に対処するための「特殊病棟」という関連と比較すれば、その対応関係には、本質的なずれが存在する。そこには、やはり、「治療」のための施設とはいえ、刑罰の「代償」としての強制入院という発想がなお残っているといわざるを得ないのである。治療措置の期間は、不当に長期にわたることがないようにするとの建前にもかかわらず、重大な犯罪に対応した期間の長期の入院をもたらすおそれの大きいのではなかろうか。

問題点の第5は、裁判所での治療措置の必要性の判断の際に、責任能力があると認められたときは、当該案件を検察官に差し戻さなければならないという改革案の趣旨についてである。この指摘には、実質的に重要な問題が含まれている。なぜなら、従来は、検察官からの措置入院の通報を受けて、精神科医が「自傷他害のおそれ」を判断する段階になれば、たとえ責任能力があり、医療措置が不必要と考えられても、検察官に事案を差し戻すことはできないと考えられていたからである。したがって、このような医療側から検察側への事案の差し戻しが可能となれば、精神科医や病院側の苦悩は部分的に解消されることになるであろう。ただし、裁判官がこの点についても、どのような姿勢を示すかという問題は留保されている。

なお、その点との関連で問題になるのは、検察官の起訴・不起訴の判断の際に問題とされる「責任能力」の判断と、治療措置の必要性の判断の際に問題となる「自傷他害のおそれ」の判断との関係をいかに解すべきかという点である。これは、従来からも議論されており、精神科医の意見の中には、むしろ「医療の必要性」の判断を先行させた上で、「責任能力」という司法手続への前提問題を決すべきだという考え方も主張されていることに注目すべきであろう。この点では、精神障害者が事件を起こして捜査手続が始まる最初の段階から、常に「医療の継続」という観点を優先的に考慮できる体制を確保することが望ましく、改革案はなお不徹底ではあるが、事後的にでも医療的判断による修正を考慮した点では、一歩前進として評価することができよう。

さらに、そのことは、逆に、いったん責任能力があるとして起訴され、裁判に付され、さらに有罪として刑務所に収容された後においても、精神障害の疑いがあり「治療の必要性」が認められる限りは、病院での入院治療の形態に移行できる途を開いておくべきではないかという課題をも生じさせるものと思われる。

イ．起訴された者が心神喪失と決定された場合の取り扱い

通常の訴訟の過程において、裁判所が心神喪失による無罪の判決を下したときは、検察官は（ア）の手続として、地方裁判所に治療措置の申し立てをすべきであるとする。

これは、現在でも、責任無能力で無罪の判決が言い渡されたときは、検察官が措置入院の通報をすることになっている制度に対応したものであって、特別の問題はない。

ただし、刑事の実体裁判を経た事件が、再び捜査機関にもどって、しかも「治療措置」という医療的性格の処分の請求をさらに裁判所に申し立てるという手続には、再び別の裁判所が登場するという点に不自然さを免れない。ここでも、なぜ治療措置の判断機関が裁判所でなければならないのかという問題が、再燃することは避けられないのである。

ウ．退院後の体制の確立

ここでは、触法心神喪失者等が退院した後の体制の確立が極めて重要であるとし、退院後に規則正しい服薬通院等を確保し、仲間作りや仕事場や生活の場を確保することも重要であるとの観点から、このことを可能にするため、中心的役割を担う機関として全国に50カ所ある保護観察所を活用することが適切であるので、これを新法に位置づけるものとされている、そして、この保護観察所の役割が、以下のように具体化されている。

エ．保護観察所の役割

(ア) 地方裁判所が退院を決定したとき、および保護観察下の退院措置を決定したときは、その旨を保護観察所に通報する。

(イ) 保護観察所の役割

通院の必要な者の処遇のための中心的な機関として保護観察所を位置づけ、在宅または中間施設で生活する者の処遇を抜本的に改善するとし、その具体的役割の主なものが次の通りであるとする。

- ・ 当該者の生活状況の把握、生活環境の調整、相談援助並びに継続的な治療を確保するための指導監督を行う。

- ・ 当該者が社会的に孤立しないよう、精神障害者団体、支援ボランティア団体等との連携協力を緊密に行う。

- ・ 専門治療施設、保健所、医療機関、社会復帰施設、地方公共団体の担当部署等の連携協力機関の連絡調整会議を開催する等、当該者の医療および福祉に十分配慮できる体制作りをする。

以上が、退院後の体制の確立とそこでの保護観察所の役割についての改革案の構想の内容である。それは、改革案が、重大な犯罪行為をした触法精神障害者に対して、一方では「治療措置」の判断に裁判所を関与させ、特別の「専門治療施設」に収容するなど、一般の措置入院患者や重大ではない犯罪行為をした触法患者とは区別された特別な手続と施設を用意しただけでなく、他方では、退院後の体制についても、保護観察下の通院措置の決定を含めて、とくに保護観察所を中心とした指導、監督、援助の体制の整備を提案している点で、注目に値するものといえてよい。これが、そのまま実施に移されれば、重大な犯罪行為をした触法患者の「治療継続」と「生活援助」を通じて、将来の犯罪や事故の予防にも資するところが大きいといえよう。

しかし、そこにも検討すべき問題が含まれている。

第1は、理論的な原則問題に関連するものであるが、なぜここで「保護観察付通院」の決定や退院後の「保護観察」が正当化されるのかという点である。たしかに、当該の触法患者は、重大な犯罪行為をしているが、犯罪者ではないのであるから、刑務所から釈放された者に対する「保護観察」の論理がそのままの形で妥当すると考えることはできない。現行の措置入院にも、「仮釈放」に対応するような「仮退院」の制度は存在するが、後者には「保護観察」との関連は全く予想されていないのである。さらに、退院後の通院を「保護観察」によって強制することもできないというべきであろう。

それにもかかわらず、改革案があえて「保護観察」制度を援用し、しかも「保護観察所」を中心的

な機関として位置づけたのはなぜであろうか。その背景には、重大な犯罪行為をした触法患者を、刑務所からの出所者と実質的に同視する考え方が存在し、それが意識的に顕在化したものといえよう。

第2は、より実際的な問題であって、「保護観察」制度や「保護観察所」が、この場面において期待されるような主要な役割を果たすことが実際に可能なのかという点にある。この点についてこそ、わが国の「保護観察」制度の現状の実証的な調査が何よりも必要であり、その保障がなければ、改革案は絵に書いた餅になるおそれがあるといわなければならぬ。精神障害者、とくに触法精神障害者については、退院後のアフターケアの貧困な状態にこそ、決定的に重要な問題があることは、すでに繰り返し指摘されているところである。その上に、退院後のケアにおいても、一層の困難を予想される対象者に対して、保護観察所を中心としたアフターケアの充実を図ることは、より一層の困難を覚悟しなければならない。そして、現に、地域の保健と福祉の中心となるべき「保健所」自体が、統廃合の危険にさらされているという現実があることも考慮されるべきである。

(2) 司法精神医学研究・研修体制の抜本的充実

ここでは、触法心神喪失者等に対する治療および社会適応プログラム、精神鑑定等に関する研究や人材育成体制を抜本的に充実するという指摘がなされている。

たしかに、その必要性の指摘は当然といってよいが、わが国で、この分野の研究や研修が進展してこなかった点についての原因と現状の冷静な分析がまず必要であって、当事者である精神神経学会関係者の間での論議とその集約に期待しなければならない。

第3 精神障害者医療および福祉の充実強化について

1. 精神障害者医療および福祉の問題点

ここでは、以下のような問題点が指摘されている。

(1) 精神病院のスタッフ体制が弱い

(2) 長期入院者の割合が高い

手厚い医療によって、早期の退院を可能にする体制が不十分である。

(3) 在宅者の日常生活への支援が不十分

在宅者が、24時間いつでも精神医療にかかれる体制や日常生活の困難さへの支援が不十分である。また、入院患者の退院後の受け皿が不十分である。

(4) 幅広い心の問題に対応する体制が不十分

悲惨な経験後のストレス・不調（PTSD）、3万人を越えた自殺の増加、その他の幅広い心の問題に対応する体制が不十分である。

(5) 福祉対策が、知的障害者対策、身体障害者対策と比較し、かなり遅れている。

2. 精神障害者医療および福祉政策の改革案

上記の問題点を踏まえ、次の改革を行うとする。

(1) 精神障害者医療保健福祉対策5ヶ年計画（ダイヤモンド・プラン（仮称））の策定、実施

知的障害者対策、身体障害者対策に早急に追いつくことを一つの目標とし、かつ精神障害者対策の質を高めるため、高齢者のための「ゴールゴ・プラン」に勝るとも劣らないダナモンド・プラン（仮称）を平成14年度中に策定する。なお、他の障害者対策も含めた心身障害者対策総合プランを策定することも良い選択であり、検討すべきである。

ダイヤモンド・プランには、できる限り広範囲な施策を取り込むことが必要であるが、少なくとも次のような事項を含むものとする。

ア. 患者の病態に応じた適切な入院医療の充実

急性期の医療、早期の社会復帰を目指した医療、また、思春期精神医療、薬物依存の治療等の専門的医療等、患者の病態に応じた適切な医療を行えるよう、精神病床の機能分化について早急に検討を深め、これを推進する。

イ．在宅生活を支える、医療および福祉対策の充実

患者が地域で24時間いつでも安心して生活できるよう、24時間オープンしている精神科救急体制並びに相談体制の整備を急ぐとともに、ホームヘルプ、ショートステイ、グループホーム等、在宅生活を支援する福祉対策の充実を図る。

ウ．社会復帰対策の充実

入院患者が、円滑に社会復帰できるよう、生活訓練、授産、生活の場の提供等を行う社会復帰施設の充実を図る。

エ．心の健康対策の充実

P T S D対策、自殺予防対策、幅広い心の健康問題に対する研究や相談の充実を図る。

オ．精神疾患の診断および治療薬の研究開発並びに治療方法の研究、改善

上記の研究開発、改善は遅々としており、思い切った対策を講ずる必要がある。

カ．精神保健、医療、福祉を担う専門スタッフの養成、確保

上記の専門スタッフの養成、確保は急務である。とくにP S Wの養成、確保並びにその診療報酬上の位置づけを改善する必要がある。

(2) 診療報酬のあり方の改善

精神科の診療報酬体系をさらに改善する必要があるが、現行体系をさらに良く活用することも精神病院において検討される必要があろう。

以上が、「精神障害者医療および福祉の充実強化について」の問題点の指摘と、それを前提とした改革案の骨子である。

全体的に見れば、問題点の指摘にも、改革案の構想にも、賛成できる点が多いが、改革案の構想の(抽象的な)雄大さに比して、貧困な現状との落差が余りにも大きく感じられ、悲しいかな、その実現可能性に対する悲観的な見通しの方が先行してしまうという印象を払拭できない。

最後に指摘されている精神科の診療および報酬の体制についてのささやかな改善すら、容易に実現してこなかったという現実の「抜本的な改善」は、果たしてどうすれば可能になるのだろうか。

そして、この自民等P T案全体についていえば、第2の「触法心神喪失者等の処遇の改革」と、第3の「精神障害者の医療および福祉の充実強化」との関連が、最後に再び問われなければならない。両者は、第1の「基本的認識」を共通の出発点としているはずであるが、そこでは重大な犯罪行為をした者の処遇と、一般の精神障害者の処遇の問題とを混同してはならないとして、両者を分けていたはずである。しかし、そうなると、第3の精神障害者の医療と福祉の充実強化との関係でも、両者を分けるということになるのだろうか。そもそも、この改革案は、何に重点がおかれているのか、第2の触法心神喪失者の問題に重点があるのであれば、第3の問題は単なるその付け足しにすぎないのか、はっきりしない恨みがある。

むしろ、第2の問題を考える前提として第3の改善策を提示し、その中に第2の問題を位置づけるというのであれば、その姿勢やアプローチにも、変化が生じるはずである。その方向からの提案であれば、医療の保障と継続を優先させ、その保障のための最小限度の法的規制として、必要ならば第3者の介入も認めるという方向が目指されることになるであろう。そして、結論的には、その方向をこそ、追求すべきである。

長野英子氏の緊急声明

緊急声明

政府は「重大な触法行為をした精神障害者に対する新たな処遇制度（案）骨子」を直ちに撤回しろ

2002年2月19日

長野英子

923-0891 小松郵便局私書箱28号

絆社ニュース発行所

電話 090-8091-5131

ファックス 0416-24-1332

E-mail hanayumari@hotmail.com

政府は2月14日に「重大な触法行為をした精神障害者に対する新たな処遇制度（案）骨子」を公にした。骨子によれば、1 目的は医療の確保し病状を改善して再犯を防止し、社会復帰を図る。2 対象者は放火、強制わいせつ、強姦、殺人、障害、強盗およびこれらの未遂にあたる行為をした者で、心神喪失または心神耗弱で不起訴となった者、あるいは裁判で無罪あるいは有罪の確定した者の内心心神喪失者または心神耗弱者（実刑に服するものは除く）。3 処分は強制入院あるいは保護観察所の保護観察下での強制通院。入院あるいは通院医療は指定医療機関とする。4 処分の決定あるいは解除は地方裁判所が行う。裁判官1名精神科医1名の判断の一致で決定。心神喪失等であるか否か、不起訴処分を受けた者が犯罪にあたる行為をしたか否かの判断は裁判官の合議体が行う。5 入院命令や通院命令の判断基準は入院あるいは継続的な医療を行わなければ、心神喪失等の状態の原因となった精神障害のために再び対象行為を行うおそれがあるか否か。とされている。

再犯防止を目的とした保安処分制度そのものである。

私は以下の点でこの「骨子」を批判する。

一 「再犯のおそれ」を要件とした拘禁および保護観察下の強制医療は、予防拘禁および予防的な人権制限であり、「精神障害者」にのみそうした予防的措置をとることはなんら合理性がなく、「精神障害者」差別そのものである（憲法第14条「法のもとでの平等」）。

この強制入院および強制通院の命令は「刑罰」でもなく、また「本人の医療と保護」でもない、危険性を要件とした拘禁と人権制限であり、逆にいえば危険性がない安全という証明がない限り課せられ続ける拘禁および人権制限である。健常者は「危険性」を要件として人権制限や拘禁をされることがないのに、「精神障害者」だけは「危険がないこと安全であること」を立証し続けなければ人権制限や拘禁をされるということである。

すなわち「精神障害者」だけはとりわけて「危険」だから、特別に予防拘禁するということであり、こうした差別的「精神障害者」観を許せば、私たち「精神障害者」全員があらゆる生活の場面で、「安全であること」を積極的に証明することを要求されかねない。全ての差別欠格条項も正当ということになってしまう。「精神障害者」が利用する作業所や生活支援センターを作る際の住民の反対もまた合理化正当化される根拠を国が作り出すことになる。

障害者の完全参加と平等、ノーマライゼーションを謳う国そのものがより強烈な差別を「精神障害

者」に対して行うことは決して許してはならない。

二 対象者の収容や保護観察決定にあたっては、対象者はその病状からいって防御できる余裕があるとは考えられず、裁判もなしにまた防御権保障もなしに拘禁や保護観察下の強制医療を決定されることになり、冤罪のまま対象者とされ永久拘禁されるというおそれもありうる。重大な人権侵害である（第32条「裁判を受ける権利」、第33条「逮捕の要件」、第34条「拘留・拘禁の要件、不法拘禁に対する保障」）。

対象者が「犯罪にあたる行為をしたか否か」は不起訴処分の場合、刑事訴訟法に基づく適正手続きも経ずに裁判官が判断することになる。たとえば強姦や強制わいせつそれも未遂は刑事裁判でも立証が非常に困難であり、障害者が施設職員を告発した場合たいてい無罪となっている。それほど立証が困難である行為を裁判も行わずに認定できるはずがない。それとも行っていないという立証責任は対象者側にあるとするのか？ この特別立法下ではやっていない無実のものが処分されるという最悪の事態の頻発が予想される。さらには犯人がつかまらない事件の「解決」のため、適当な「精神障害者」の行為ということででっち上げられるというおそれすら生じる。

またこの処分の審査にあたってはすでに対象者は拘禁下におかれる。そこで医療を保障されないとしたら、そのこと自体人権侵害である。また一方でそこで医療を施されるとしたら、今現在刑事施設の被収容者あるいは措置入院患者に強制されているような薬漬けや電気ショックを施されることとなり、電気ショックにより記憶を奪われ自ら防御を行うこともできず、また弁護士との意思疎通さえ不可能にされてしまうおそれがある。現実には名古屋では刑事事件の被告が薬漬けになり弁護士と話すこともできない状態にされ、その弁護士が弁護権の侵害として民事訴訟を起こした事例がある。

三 すでに措置入院制度によって対象者にあたる「精神障害者」は健常者以上の長期永久ともいえる拘禁を受けている。この「骨子」に基づき処分を決定する裁判所も「解放したものがまた事件を起こしたら非難される」というおびえから、釈放や解除に消極的となり、対象者は永久の拘禁あるいは地域での保護観察対象となり続けることは明らかである。

そもそも「再犯のおそれ」を科学的に立証することは不可能であるという批判に対しこの「骨子」は何も答えていない。適正手続きが保障されていない以上、対象者は「再犯のおそれがない」ことを立証しない限り処分を受けることになりかねないし、釈放や強制通院命令からの解除にあたっても同様である。「再犯のおそれがない＝安全」であることの立証など「精神障害者」であろうとなかろうと誰もできない。

一方裁判所は常に「おそれ」を最大限認めてきた傾向がある。たとえば無実の元死刑囚赤堀政夫さんの再審開始決定後、保釈を求めた赤堀さんの要求を認めなかった。30年以上前の事件の証拠をどうやって隠滅するというのか、再審を求めている赤堀さんがどうして逃亡するというのか。それにもかかわらず裁判所は「証拠隠滅逃亡のおそれ」ということで保釈を認めなかったのである。

四 指定医療機関での医療内容は明らかにされていないが、この対象者のみを選別し治療する医療的医学的根拠はない。そもそも違法行為を行った「精神障害者」と行っていない「精神障害者」で異なった医療など存在し得ない。「再犯防止」を目的とした強制医療体制は、通院であれ入院であれ、医療従事者に対象者の「生殺与奪の権限」を与えるものであり、対象者と医療従事者の間に信頼に基づく医療的関係など成り立ちえない。対象者はひたすら医療従事者の意に沿うことで釈放と解除を獲得する

か、あるいは徹底して抵抗するかを選択肢しか持ちえない。一方医療従事者側は拘禁や強制通院の継続の脅しで対象者管理に専念するしかなくなる。医療とは呼べない状況が生じるのは明らかである。

永久の拘禁下で絶望した対象者への医療は、「本人のための医療」ではなくひたすら「保安のため」「管理のため」の強制医療となり、電気ショックや薬漬けが横行し、脳外科手術すら復活しかねない。「骨子」は対象者に「治療拒否権」を保障していない。もっとも仮に「治療拒否権」が保障されても、「治療拒否＝危険性の継続」ということでひたすら拘禁が続くだけとなるので、「医療なき拘禁」となるだけであるが。

マスコミ報道によれば、指定医療機関はとりあえず2ヶ所、将来的に全国各地に800床を新設するとされている。厳しい財政状況のもと都道府県立精神病院すらない県がまだある実態の中で、各地に地域に根ざした施設が新設されるかは疑わしいといわざるをえない。自分の地域から遠くはなれた施設に強制的に送られることは「精神病患者の保護及び精神保健ケア改善のための諸原則」（1991年国連総会で決議日本政府も賛成している）も掲げている地域で医療を受ける権利を侵害し、友人や家族と切り離され、社会復帰の大きな障害となる。

精神病院での医療から地域での医療へという国際的趨勢に逆らい、日本政府は60年代に闇雲に精神病院を乱立させ多くの「精神障害者」を精神病院へ強制収容した。その結果が超長期入院患者の累積であり、地域での「精神障害者」差別の蔓延と強化であった。

この失政に勝るとも劣らない害毒をもたらすのが今回の特別立法である。今日日本政府がなすべきことは「触法精神障害者」のみに対する有害無益な特別なシステム作りではない。政府の精神医療政策の誤りに対して謝罪し、「医療なき拘禁」をもたらしている強制入院制度を見直し、精神医療全体の底上げによって、「精神障害者」の人権回復を具体化することである。そうして初めて、人権制限や烙印を恐れることなく、安心して受けられる精神医療が生まれる。

政府が直ちに「骨子」を撤回し、「精神病」者本人の声に学び精神医療の抜本的見直し作業に入ることを要求する。

（長野氏より註：上記には若干の誤りあり、「骨子」では「傷害」には「未遂」は削られています）

日本精神病院協会 「新たな法制度について」

平成13年8月2日

重大な犯罪を犯した精神障害者の処遇に関する
新たな法制度について

社団法人 日本精神病院協会

会 長 仙 波 恒 雄

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、すでに昭和四十年以来論議されてきているが、未だその結論を得るに至っていない。

本来、国の責任においてなされるべき法整備等の対策が講じられないまま、結果責任のみ精神科病院や精神科医に押しつけられてきているのが現実である。

こうした一部の重大犯罪を犯した精神障害者の扱いについて無策のまま等閑視され、その結果、多くの一般精神障害者に対する偏見は増幅され、且つその処遇のありようまで大きく制限せざるを得ないことは容認し難いことである。

よって、重大犯罪を犯した精神障害者の処遇の在り方について、速やかに合意形成を図り、新たな立法措置が講じられなければならない。

日本精神病院協会はこの新しい法制度について、以下のように提案するものである。

1. 重大な犯罪を犯した精神障害者の処遇に関する対策としては、精神医療の範疇を超えた対応が不可欠であるので、精神保健福祉法の他に司法判断を行う趣旨の新たな立法措置を求める。

2. 新たな立法措置の対象は「重大な犯罪を犯した精神障害者」とする。

3. 司法精神医療裁判所（仮称）の新設

（1）行政機関である精神保健福祉法上の現行の精神医療審査会とは別の司法機関とし、各県に設置する。

（2）判断機能について

判断の基準は次のとおりとする。

障害の医療的判断を踏まえ、犯罪の種類、程度、犯罪歴等を勘案し、人権擁護と社会的公共性を尊重し、総合的な司法判断を行う。

（3）所管：裁判所に置く。

（4）構成について

① 裁判官の他、精神科医師等が評議に加わる。

② 任命権者は、最高裁判所長官とする。

（5）手続き：

検察官が裁判申し立てをなし、司法精神医療裁判所（仮称）において司法判断を行う。

（6）権限：

① 入院、退院の決定

② 治療施設の指定

③ 定期的な入院治療の必要性の審査

④ 退院後の治療及び保護観察に附する決定及び解除

4. 司法精神医療病棟（仮称）の新設（1）設置は原則として国立病院に併設する（地域性を考慮して一部県立病院に委託することが出来る）。

（2）司法精神医療裁判所（仮称）の判断に基づき入院した者の治療を行う。

（3）病棟規模は、10床から30床程度とし、地域特性を考慮する。

（4）病棟等の医療環境を整備し、十分なマンパワーを配置する。

（5）専門治療プログラム（たとえば矯正医療等）を実施する。

（6）入院形態は、司法入院（仮称）とする。

（7）費用は国費による。

（8）鑑定留置の機能を果たす。

5 退院後の保護観察制度の導入（1）退院後の治療確保のため、通院の義務付けをする。

（2）医療中断による再発、再犯を防止する目的で一定期間保護観察に附する制度を導入する。

6. 司法精神医療研究所（仮称）の設立（1）重大な犯罪を犯した精神障害者に関する治療や社会復帰に関する研究及び専門家を育成する。

（2）精神鑑定に関する研究及び研修を行う。

（附） 重大な犯罪を犯した精神障害者及びその周辺にある精神障害者とともに国民が安心して生活が出来るような適切な治療と再発防止の観点より、この際、精神科医療制度の見直し論にとどまらず精神科医療全体の充実、質の向上を図るべきである。

あとがきにかえて～連絡会議ニュースを読みませんか？

全国精神医療従事者連絡会議が発行していた『連絡会議ニュース』は、1994年に最後のニュースを発行し、96年に別冊を発行して以降、事実上休刊状態となっておりました。しかし、昨今の状況は、全国精神医療従事者、ユーザーなどの、より多くの情報交流をますます必要としているように感じられます。精神保健福祉法の度重なる改訂を中心とした諸施策の変化に伴い、種々の実践が行われ、一方で多くの問題も析出しています。地域格差もむしろ大きくなっているように感じられます。より大きな枠で討論する場の不在により、いくつかの団体の主張は他の団体へ届かない形となっています。

連絡会議ニュースが休刊に追い込まれた要因の一つとして、発送業務の負担がありました。しかし、電子メールやFAXなどの通信機器の普及により、情報の交流はより容易になっています。

そこで、この度、『連絡会議ニュース』を再開することとし、復刊2号まで発行しました。当面年4回程の刊行を目指し、状況に応じ増減します。より省力化が可能な電子メールを原則とし、それが困難な人にはFAXで、それもどうしても難しい人のみ郵送にて対応するようなシステムにしたいと存じます（但し、ページ数が多いときはFAXで申し込まれた方にも郵送とします）。

ご参加いただける方は、下記までお知らせください。電子メールでのご参加は無料としたいと思いますが、FAXであれば年500円、郵送であれば年1000円のお振込をいただきたいと思います。振込用紙はお申し込みのあった方に郵送します。

趣旨をご理解いただき、多くの方にご参加いただければ幸いです。また、お知り合いの方などでご参加下さる方がおられましたら、その旨および送付先をご連絡いただきたく存じます。

全国精神医療従事者連絡会議事務局

連絡先：多摩あおば病院 富田 三樹生

住所：東村山市青葉町 2-27-1

TEL 0423-93-2881 FAX 0423-93-2880

E-mail: CZX00547@nifty.ne.jp（中島）

「触法精神障害者処遇新法」に反対します

2002年3月15日発行

カンパ 500円

編集・発行 全国精神医療従事者連絡会議事務局

東京都東村山市青葉町 2-27-1 多摩あおば病院 富田三樹生気付

TEL 042-393-2881 FAX 042-393-2880 E-mail CZX00547@nifty.ne.jp
