心神喪失者等『医療』観察法案（修正案）に対する疑問

—日弁連意見書にもとづく修正案の検討—

Ⅰ　2002年４月19日付日弁連意見書「精神医療の改善方策と刑事司法の課題」

Ⅱ　日弁連意見書にもとづく精神保健福祉法改正試案

Ⅲ　精神医療に関する基礎資料

2003年４月

日本弁護士連合会

はしがき

心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律案（いわゆる「心神喪失者等『医療』観察法案」）は、第154国会に上程され、その審議は2002年５月28日の衆議院本会議から開始されましたが、数々の批判の声があがり、同年７月30日の衆議院法務委員会において、審議未了のため第155臨時国会に継続審議となりました。ところが同臨時国会では、2002年11月27日の法務委員会で、突如浮上した与党の修正案の趣旨説明がなされ、２回の法務・厚生労働委員会連合審査会での審議の後、12月６日の法務委員会で修正案が可決、10日の衆議院本会議でも可決されて、参議院に送られました。一方、2002年12月11日の参議院の法務委員会では、衆議院で修正された政府案、それに民主党案の簡単な趣旨説明がなされただけで、2003年の第156通常国会への継続審議が決定されるという異例の経過を辿ってきました。

こうして、法案の審議は、2003年の第156通常国会に継続されることになりましたが、2003年３月の段階においても、法案審議の帰趨はいまだ定かではありません。

日弁連としては、わが国の決定的に立ち遅れている精神医療の抜本的な改革こそが時として起こる不幸な事件を防止する結果になるという基本的な観点に立って、この法案には賛成できないという立場をとり、シンポジウムの開催や、意見書の公表などを行ってきました。2002年９月20日には「心神喪失者等『医療』観察法案対策本部」を設置し集中的で積極的な活動を開始しました。

本書は、今後の国会での審議や法案の帰趨を念頭において、現在とくに問題となっている修正案に対して、この対策本部が行ってきた法律的な検討の結果を、広く国民の皆さんに訴えるとともに、国会議員、この問題にかかわる団体の関係者の方々にも参考に供して頂くために急いでまとめたものです。

これまでにも、この問題に関するいくつかの文献や資料は出ていますが、本書の特色は、本質的な総論的批判とともに、それぞれの具体的な問題点について、法案の各条項を前提とした運用をも念頭においた具体的な問題点にも踏み込んで検討し、問題提起をしているという点にあります。

本書が積極的に活用されることを心から期待します。

2003年４月

日本弁護士連合会
心神喪失者等「医療」観察法案対策本部
本部長　本林　徹

心神喪失者等『医療』観察法案（修正案）に対する疑問

—日弁連意見書にもとづく修正案の検討—

目　　次

資　料

本書を読むにあたって

本パンフで 政府案 とは、「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律案」（いわゆる心神喪失者等『医療』観察法案）のことを指します。

修正案 とは、第155臨時国会において、政府案のうち一部修正されて衆議院を通過して、現在参議院法務委員会に付託されている政府案の修正された部分のみを指すのではなく、修正されなかった部分と一体の法案全体を指します。

なお、修正は処遇要件などきわめて一部ですが、法案の基本理念や人権制限の正当性根拠にかかわる部分でもあるのですが、法案の手続や構造という多くの部分は手を加えられることなく維持されています。

このため、一部修正にかかわらず、政府案と修正案のいずれに於いても検討を要する場合は、この法案 と表現する場合があります。

なお、第155国会でなされた主な修正は以下のとおりです。

(1) 処遇要件としての「再び対象行為を行うおそれ」を、「対象行為をおこなった際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するため、入院をさせてこの法律による医療を受けさせる必要があると認める場合」に変更（42条関係）

(2) 処遇決定を行う評議において「裁判官は、法律に関する学識経験に基づき、その意見を述べなければならない」を追加（13条関係）

(3) 保護観察所に置く精神保健観察官の名称を「社会復帰調整官」に変更（20条関係）

(4) 対象者に付添人がなく、職権で弁護士である付添人を付することができる場合を「その精神障害の状況その他の事情を考慮し、必要があると認めるときは」と変更（30条関係）

(5) 被処遇者による終了申立期間（政府案では入院後３ヶ月、通院後６ヶ月以降可能）を削除（50、55条関係）

(6) 精神医療等の水準の向上努力を宣言（付則）

第1　総論的批判

総論的批判では、「政府案」が審議された第154国会、および「修正案」が審議された第155国会での審議過程の中から、法案の性格にもかかわる基本的な問題点をいくつか取り上げてコメントを加え、以後の各論的な検討のための素材を提供したいと思います。

Ⅰ　政府案に関する基本的な問題

政府案には、臨時国会になって突如として重要な変更が加えられ、「修正案」にとって代わられることになりましたので、古い政府案の存在は忘れ去られ勝ちですが、変更されない部分も多くあるだけでなく、変更された部分についても、本命の「修正案」を正しく理解するために、なぜあえて変更されたのかという点に焦点を当てて、政府案の問題点を確認しておくことが必要です。

1　政府案の「必要性」と措置入院との関係（措置入院の問題点の棚上げ・初犯問題の放置）

まず、他害行為を行った患者に対する現在の措置入院制度のほかに、さらに重大な他害行為を行った患者だけを別枠にした新しい処遇制度を作らなければならない理由は何かという点が問われました。これに対しては、政府は、現在の措置入院制度が、運用のばらつき、精神科医の過剰負担、一般の患者と同様な処遇による医療の不十分、退院後のケアの不十分などの点に問題があり、新制度は、国の責任、手厚い専門的医療、医療の継続的確保を目指すものであるとの答弁に終始しました。

しかし、現行の措置入院制度の現状と改善策が真剣に論議された形跡が全くないままに、重大な他害行為を行った患者の対策だけが切り離して提案された点に根本的な問題があります。池田小学校事件が契機になったことは事実ですが、この事件はいわゆる人格障害による行為といわれており、政府案の対象とはならないと政府答弁されていることは注目するべきです。そもそも、政府案では初犯を防ぐ効果もないことも分かりながら、なぜ政府案が必要なのかという根拠を問い続けなければなりません。

2　司法の関与と裁判官の役割（裁判官の行政官化）

新制度のキーワードのひとつが「司法の関与」であることは疑いなく、一般には、医療と司法の協調・協同という形で肯定されやすい側面を否定できません。したがって、この問題には真剣な検討が必要です。

まず、原則的には、一般の精神病患者をそのままにして重大な他害行為を行った患者についてだけ、なぜ裁判所の関与が必要かという点に問題があります。それが、真に手厚い医療と社会復帰の必要性を保障するためというのであれば、医療行政の不十分さと濫用をチェッ

クするという役割も期待し得るでしょうが、実際はその逆に、医療判断のみでは、社会の保安に不備をもたらす、との見解をもとに治安維持的観点から、これを「治療の確保」という形で補完する役割を持たざるを得ないのではないかというおそれが十分にあります。

次に、個別的には、裁判官と精神科医の合議による入退院の決定のあり方についても、将来にわたる「再犯のおそれ」を要件として医療を強制する直接判断が裁判官の役割とされる構造ですから、精神科医の医療判断に対して裁判官は、被害者を含む国民の「安全」意識を考慮した「保安」の方向に傾くことは避けられないでしょう。

一方、退院後の通院ケアについても、なぜ法務省所管の保護観察所による「通院強制」が必要かつ妥当なのかという問題があります。それは、かつての法務省の保安処分案にあった「療後観察」を思わせますが、医療的環境が確立できるのかという根本問題が解決されておらず、その正当性にも見逃せない問題があります。

3　再犯のおそれの問題（再犯予測の困難性・再犯要件の曖昧化）

これは、法案の審議の最初から最後まで、繰り返し論じられたもので、政府案の致命的欠陥の１つとなる重要な論点であります。

しかし、この問題に議論が集中し、それが「保安処分」を連想させるという致命的欠陥の１つと自覚した与党は、審議の過程で、最初の答弁内容を修正してまで、この問題の鎮静化を図ったと見られる点があります。

まず、最初は、再犯のおそれが予測不可能であり、強行すれば多数の「擬陽性者」を生み出すおそれはあるとして、政府側は不利な防戦を強いられており、予測は可能であると思うとか、諸外国では行われているというにとどまっていました。

当初の国会答弁では、この「再犯のおそれ」が将来にわたるかなり長期の予測であって、現行の措置入院の「自傷他害のおそれ」のような現在の症状にもとづく比較的短期の予測とは違うという認識が示されていました。ところが、いつの間にか、両者は基本的には同様な性格の予測であって、政府案では、対象が「重大な他害行為」に限定されたので、事前の鑑定などの資料も加えて行う、より慎重で丁寧な判断であるという説明に変化しました。そして、この説明の変化によって、措置入院の「自傷他害のおそれ」が日常的に行われているのであるから、政府案の「再犯のおそれ」も十分に可能であるという説明がなされたのです。

しかし、このような説明によっても、「再犯のおそれ」を要件とし、裁判官の規範的判断を医療命令の判断の要素に加えたことは「重大な他害行為を行うおそれ」を顕在化させて、政府案の立法趣旨が重大な他害行為を行った患者の「継続的な治療の確保」を名目とする、より確実な入院と通院の確保にあり、不定期の入院は、現在の不定期に長い入院状況を固定化し、それを上回ることになるという危惧を増幅することになったのです。

4　保安処分との関係（保安処分との類似性）

政府案は、「保安処分」という言葉を避けただけでなく、刑事手続に対応する「裁判」、「判

決」という用語を意識的に避けて、「審判」、「決定」という用語を慎重に用いています。それは、保安処分論の再燃を懸念したというほかありません。

したがって、政府案が保安処分ではないかという批判に対しては、周到に用意された回答があり、刑事手続上の処分でないこと、裁判官のほかに精神科医も入退院の判断に加わること、治療施設も法務省の所管ではなく厚生労働省所管の病院であること、治療と社会復帰を目的としていることが繰り返し指摘されました。しかし、それにもかかわらず、政府案が実質的には「保安」を目的とした「隠れた保安処分」ではないのかという疑問がしばしば質問者の側から提起されたのです。

その理由の第一は、法務省自身が平成12年段階では、精神障害者の再犯率には健常者との間に有意的な差はないとし、精神障害者には適切な治療が提供されなければならず、再犯の予測を前提にした制度は困難であるという趣旨の見解を示していました。それにもかかわらず、政府案では「再犯のおそれ」を要件としているのは、明らに矛盾だからです。

第二は、政府案には、「再犯のおそれ」以外にも、保安処分との連続性を思わせる点として、退院後の「保護観察所」による観察処分があり、これは、かつての保安処分案の「療養観察」に通じるものがあるからです。

そのほか、政府案が対象者への医療と社会復帰を目的とすると標榜するにもかかわらず、政府側の答弁の中にも、自由の制約の強さとか、他の患者への悪影響とか、社会の安全を守るための不利益処分の容認につながる発言が目立っています。もし、真に医療と社会復帰を目指すというのであれば、まずは措置入院の制度とその運用の調査と、それにもとづいた精神医療の改善案を提案すべきです。

5　指定医療機関とその処遇・対応内容（無内容な「手厚い医療」・社会復帰の困難化）

新設される指定医療機関と精神保健観察機関がどのような構造と体制になるのか、そしてそこでは具体的にどのような処遇が行われることになるのかという点は、政府案の核心部分であるにもかかわらず、この肝心の点についての政府側の答弁は、きわめてあいまいです。形式的な制度の枠組みの大まかな説明に終始し、具体的な内容は今後検討して行くという無内容なものにとどまりました。指定医療機関が、全国で何箇所、何処にできるのか、その規模と物的・人的体制はどうなるのかという最も基本的な部分すら、なおはっきりしません。質問の中で、ようやく明らかになったのは、独立の病院ではなく、国立病院内の特別の病棟という形をとる模様であること、収容者の規模は、大体300人から400人程度であること位であって、それ以上のことは結局、これから外国の例も参照しながら検討するというものだったのです。

さらに、指定医療機関における治療の内容や方法についても、「手厚い専門的な医療」の内容は明らかではありません。質問に対する回答として出されたのは、「怒りのマネジメント」という、暴力の自制能力向上のための「治療」、患者に対して療養に取り組む動機付けを与える個人・集団療法などの例でした。しかし、実は、それらの療法は、外国の施設をモ

デルにしたもので、人格障害者を含まないはずのわが国の対象者にふさわしい治療方法なのかという疑問と批判が精神科医から出たのです。治療の内容が一般の精神医療よりも異なった「特別のもの」だとすれば、それは何なのかについては、明確な回答がなく、マンパワーの充実した「濃厚な治療」であるといっても、事件を起こしたか否か、ということと、症状の軽重は必ずしも連動しないといわれているのに、なぜ重大な他害行為を行った患者についてだけ濃厚な治療が必要なのか依然として不明なままおかれています。

一方、精神保健観察官についても、保護観察所に所属することのほかは、1人が5ないし10名程度の担当になるという位が質問の結果分かっただけです。コーディネーターとして期待されている保護観察所が刑事政策上負っている役割において、人的・財政的な制約の下に置かれている現状の困難性に加えて、居住地に近い病院への通院の保障が本当に可能なのかといった本質的な疑問もなお解明されずに残されたままとなっています。

6　精神医療の改善と社会的入院（司法精神医療の偏重）

政府案は、重大な他害行為を行った精神障害者に限定して、裁判所による入退院の決定と指定医療施設への収容、および退院後の保護観察所による観察を定めるものでしたが、与党PT案が精神医療の改善策を盛り込んでいたこともあって、国会の審議では、精神医療全体の改善策、とくにいわゆる「社会的入院」の解消策について、ほとんど毎回にわたって多くの質問が集中する結果となりました。

しかし、厚生労働省にとっては、わが国の精神医療の現状がきわめて低水準であって、問題をかかえていることは十分に認識してはいても、それが公然とした形で顕在化することは避けたかったし、苦しい答弁になることを覚悟しなければなりませんでした。

とくに、33万人の入院者のうち半数以上が24時間隔離の閉鎖病棟に収容され、15万人以上が5年以上も入院中であるという「現実」は、政府側もこれを否定することができませんでした。わが国の精神医療の不十分さを認めた上で、入院中心主義から地域の精神医療への「転換」を図り、その改善を進めたいというのですが、具体的な施策となると途端に腰砕けとなり、社会保障審議会の答申待ちという心細い対応に終始しました。

次に、欧米各国が、とくに1970年代以降、入院中心主義からの転換を大胆に押し進めたにもかかわらず、なぜ日本だけが入院者が増加し、33万人という世界的にも突出した過剰拘禁状態になっているのかという点が問われ、国際機関からの勧告を無視してきた当局の責任が問題にされたのです。政府側は、その事実を認めながらも、その遅れは着実に是正して行きたいと述べるにとどまり、厚相はここでも社会保障審議会の結論を踏まえて新しい青写真を描きたいという逃げの姿勢に終わっています。

さらに、10万人以上ともいわれる社会的入院の解消という切実な問題についても、政府側は終始逃げ腰であり、社会的入院者を7万人としたうえでを10年間で解消するといった、きわめて微温的な提案しか示すことができませんでした。退院後の受け皿が整備さえすれば退院できる入院患者は、政策の貧困により入院を事実上強制されているといわざるを得ず、

「社会的入院」というより、「政策的入院」とでもいうべき事実であることからして、政府の態度は容認しがたいものです。このような精神医療の現状を放置していることこそ、いつでも、誰でも、安心してかかれる精神医療の実現を妨げる、主要な要因の一つなのです。

しかも、この点は、政府案が対象者の医療と社会復帰を目的とするとしていることとの関係でも重要です。一般の精神障害者の退院がすでに困難な状況にある中で、重大な他害行為を行った患者の退院と社会復帰がどうして可能となるのかという疑問を深くするものでした。このことは、精神医療の改善がなければ、政府案の目的も達成され得ないことを示すポイントであって、精神医療一般の改善がそれでも残る課題があるとしても、その「前提」であることは明らかなはずです。政府側は、「車の両輪」論を用い、しかも、まずは政府案によって重大な他害行為を行った患者対策を確立するのが先決であって、それが精神医療一般の改善と底上げにインパクトを与え促進することになるというのですが、この論理の転倒をこそ、徹底的に批判しなければならないというべきであります。

Ⅱ　修正案に関する基本的な問題

第155国会に突如として現れた「修正案」については、155回臨時国会で、多くの疑問や批判が提起されましたが、提案者側は、用意された答弁を繰り返すだけで、論議がかみ合わず、結局、審議打ち切りとなり、修正案が衆議院の法務委員会と本会議を通過してしまいました。以下では、修正案の目玉である処遇要件の変更を中心として、修正案の性格にかかわる具体的な問題点を指摘しておくことにします。

1　「再犯のおそれ」は本当に消えたのか

たしかに、修正案では、「再び対象行為を行うおそれ」という言葉が削除されていることは事実です。しかし、それが「表現」だけを変えたに過ぎないのか、法律の「内容」も変えたのかという点を問うことが重要であります。

政府案の法的構造（特に裁判官の直接命令関与）をそのままにした処遇要件の変更をどう見るのか、政府は修正を受け入れるとしたものの、修正により、政府案およびその説明のどこが、どう変わるのか、変わらないのか、衆院の審議では明らかにされなかったという点はきわめて重要でしょう。

この肝心の点について、法務省や厚生労働省は最後まで明確な答弁を避けつづけていますが、答弁のところどころに「ほころび」があり、修正案の提案者や政府案の提案者との間に、微妙な解釈の差があることに注目する必要があります。

まず、修正案提案者は、社会復帰を強調しているように思われます。政府案に見られた「再び対象行為を行うおそれ」に対する批判を率直に受けとめて、今回はとくに医療の必要性に限定し、同様の行為を行うことなく社会に復帰することを促進できるような配慮が必要な者だけに対象者を限定するものであることを繰り返し答弁しています。同様の行為を行う

ことなくという点も、再犯のおそれではなく、社会復帰の必要性につなげて理解しているように見えます。それは、重大な他害行為をした者は、医療による社会復帰援助の必要性がより高いから別枠にするという論理です。

しかし、修正された処遇要件によって、「漠然とした危険性が感じられる程度のものは除く」というのですから、再犯の危険性を全く考慮していないということはできないでしょう。

以上のように、「再犯のおそれ」の位置づけについて、処遇要件として明示されていなくとも、判断要素となることが否定できないと思われます。この異同を明らかにして、少なくとも「医療の必要」とは一体どのような要素をいうのか、明確な基準によって限定されなければ法律要件としては適切とはいえないのです。

なお、この点で重要なのは、第154国会で政府側が、法務省も厚労省も、一貫して「再び対象行為を行うおそれ」を十分に予測できると一致して主張しつづけてきたという動かし難い事実があり、この点が政府案の核心であっただけに、その修正は、法案の根幹にかかわるものとして、絶対にあいまいのままにしてはならないところです。

2　社会復帰を強調する修正案の本音と建前

仮に、修正案が、医療の必要性と社会復帰の促進という理念で運用されるとした場合に、そこから何が生じるのか、他の法構造と内部矛盾は生じないのかという点を検討し、明らかにする必要があります。

まず、最大の問題は、「再犯のおそれ」を処遇要件から省いた場合、重大な他害行為を行った精神障害者に対して、本人の同意のない「強制入院」を正当化する根拠は何か、という問題です。

それは、「医療」による本人の保護に尽きるということになるでしょう。しかし、本人のため、本人の保護といっても本質的な限界があります。

現行処置入院制度においては、こうした問題が実務の中で深められ、実質的には病識がないこと、症状が重篤で、緊急に医療的介入がないといわゆる「自傷他害のおそれ」が認められることを判断要素とするべきだとする見解が強く主張されていることを直視する必要があるでしょう。

医療の必要性と社会復帰の促進を根拠として「強制入院」を正当化することが、どのような場合に、どの程度、どのような内容で、可能かという点こそ問われるべきです。医療の必要性さえ認められれば、本人の社会復帰のために「強制入院」も可能であるとするものだとしますと、それは極端な「本人保護という名の下の医療の強制」であって、それは本人の社会復帰の利益になると国家が認めれば「医療の確保」という理由で、不定期に「強制入院」させることを認めることになってしまうことを意味します。

この場合でも、本人の保護だけが「強制入院」の根拠であるなら、本人の拒否権が認められなければなりません。

ところが、修正案は、医師のみならず裁判官も処遇決定に直接関与するという構造に固執

しています。裁判官の人権保障機能に期待すると言っているようです。しかし、裁判官が人権にも配慮するというだけで、実際には、医療専門家でない裁判官がどのような場合に何をチェックするのか全く答えることができず、医師と共同して「医療の必要」を判断するという規定上からは、裁判官の関与の意義・役割は明らかだとはいえません。

裁判所が人権擁護的役割を持って関与するという場合を考えると、医療、行政による強制医療を必要とする判断に対する、事後審査的なものが想定されますが、政府案のような、「再犯のおそれ」を処遇要件として、裁判官が処遇決定に直接関与する構造は、権利制限的関与とならざるを得ないのです。

政府案の構造をそのまま引き継いだ修正案は、医療専門家ではない裁判官が「医療の必要」という要件を直接判断するといってもそれは不可能であるばかりか、重大な事件を起こしたという結果に引きずられ、再度の事件発生を恐れて収容の方向に流れることは、保釈判断などにおける日本の裁判所の傾向から言っても否定することはできないでしょう。人権擁護的事後関与とは全く、異質のものといわざるを得ません。

修正案が、政府案と同様に、「継続的な医療の確保」に固執するのは、入院による身体拘束の確保と、通院中の観察の確保にこそ真の意図があるのではないか、という根本的な問題が隠されているというべきでしょう。ここに、現行措置入院を超える社会の安定確保を目的としている、という問題が浮かび上がります。

3　措置入院との二重構造について

現行の精神保健福祉法上の強制入院には、「医療保護入院」と「措置入院」の二種類があります。このうち「医療保護入院」についても、さまざまな問題がありますが、ここでは触れません。

その上に、今回の政府案は、重大な他害行為を行った精神障害者について、特別な強制入院制度を新設し、その要件として「再び対象行為を行うおそれ」を基準とすることを提案しました。それは、「他害のおそれ」（社会の保護）を正当化の根拠とする点で、措置入院よりもきびしい特別の措置であることが予定されていたと見ることができます。

ところが、臨時国会の冒頭に突如として提案された修正案は、「再び対象行為を行うおそれ」を入退院の要件から全部削除してしまうというもので、「医療の必要性と社会復帰の促進」そのものが要件であるという、ことばとしてもあいまいな要件を提示しましたので、大きな混乱を招くことになったのです。

措置入院については「自傷他害のおそれ」が要件となりますが、重大な他害行為を行った精神障害者については、「再犯のおそれ」ではなく、医療の必要性と社会復帰の促進が基準になるという、不統一な「二重構造」を創設することとなるのです。

このような「二重構造」は、一国の法制度としては論理的にも容認し難いものといわざるを得ません。重大な他害行為を行った精神障害者の入院要件が、措置入院よりも、むしろ医療保護入院の要件に近いというのは、甚だしい矛盾であるといわざるを得ないからです。

然しながら、修正案のまま成立するようなことがあれば、精神保健福祉法による入院制度との矛盾が拡大するよりむしろ、現行措置入院や医療保護入院の運用のほうが、「隠れた保安的観点」が強められ、この矛盾が逆に埋められかねないという恐れを指摘せざるを得ないのです。

最後に、もし修正案の提案者が、真に医療の必要性と社会復帰の促進という基準で一貫させようという固い決意であるというのであれば、政府案の単なる一部修正ではなく、精神保健福祉法の改正として整備の上提案することが、修正の趣旨に合致するのではないでしょうか。

第2　各論・つぎはぎによって深まった混迷

Ⅰ　修正案の目的と性格は？

1　修正されなかった目的条項

修正案における目的規定は、「心神喪失等の重大な他害行為者に対し、継続的かつ適切な医療並びにその確保のために必要な観察及び指導を行なうことによって、その病状の改善及びこれに伴う同様の行為の再発防止を図り、もってその社会復帰を促進することを目的」としています（1条1項）。

この条項自体は、政府案から変更されていません。しかしながら、再犯のおそれ（再び対象行為を行うおそれ）を入院の要件とした政府案（42条等）における処遇要件は、修正案によって表面上は変更されました。修正案の提案者も（修正案は）「不幸にして法に触れる行為をした精神障害者の方々の社会復帰のためでございます」と述べるところです。にもかかわらず、修正案が同じ目的規定を揚げて「同様の行為の再発防止を図り」（再犯を防止する）とすることと社会復帰のための医療が両立できるのか、拙速に行われた修正によって、法案の構造はいっそう疑問を生み、昏迷を含んだものになったといえるでしょう。

2　修正案は政府案の「再犯のおそれ」要件が形を変えて残っている

修正案では、「再犯のおそれ」の要件はなくなったと評価できるのでしょうか。

修正案においても、「対象行為を行った際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するためにこの法律による医療を受けさせる必要」が少しでもあると検察官が認めるときは、入院命令等を求める申立をしなければいけないことになっています。

確かに、一見すると、「再犯のおそれ」の要件がなくなったように見えます。しかし、修正案でも「これに伴って同様の行為を行うことなく」ということを「この法律による医療」の目的ないし医療実施の契機と規定しています。

このように、当初の政府案のように、「継続的な医療」を行わないと「再び対象行為を行うおそれ」があるときを要件として入院等を命令することになっているのと、修正案で医療の目的が対象行為と同様の行為を行わないこととなっていることとを比較すると、その核心部分は、医療をすることで再犯を防止する（政府案）と、再犯を防止するための医療をすること（修正案）というものであり、実質的には同様の結果が導かれる状況を説明の仕方を変えたに過ぎないものなのです。しかも、修正案では、防止する対象を対象行為と「同様の行為」ということに拡大されていると考えられます。

また、この検察官による申立は、対象者の社会復帰を目的とするものでないことは、法案33条２項からも窺えます。この条項では、検察官は、対象者が刑務所などに収容されたり、あるいは、日本国外に退去させられる場合には、「この法律による医療」を求める申立を行わないことになっています（法案114条はこのことを予定しています）。この点からも、刑務所などの施設に収容されることのなく、これまでなら社会に復帰することのできた精神障害者を社会から隔離することを目的とするものになっています。そして、この法案で、検察官申立の対象にならなかった者（ごくわずかのものと想定される）については、現行精神保健福祉法の検察官による知事への通報の対象となっており（同法25条）、この場合には現行措置入院の対象となります。

そうすると、対象行為を行った精神障害者の処遇としては、

第１に、刑務所などの矯正施設への収容、

第２に、医療観察法案による指定病院の入院施設への収容、

第３に、措置入院による精神病院への入院

という形が考えられていることになっています。

以上のように、「この法律による医療」という処遇要件は、精神障害を持つ当事者の利益のためではなく、犯罪予防という治安目的のために行われるものであり、対象者が再び同様の行為を行うかどうか予測不可能といわれているのに、水も漏らさぬ形で強制入院により社会から隔離するための申立が行われることになります。

修正案についての委員会審議は2002年11月27日から始まり、同年12月６日に採決がなされるまで行われましたが、その間、以上に指摘したような社会防衛を目的とする法案の性格について、ただ単に、手厚い医療を行い、社会復帰を促進するという答弁は繰り返すのみで、疑問に応えるものとなっていませんでした。

少なくとも、重大な事件を起こした精神障害者に、「同様の行為を行わないように」手厚い医療を行うといい、それが、当該の精神障害者のためになされるというのなら、刑罰の執行よりも優先的になされるべきものでしょう。

これらの規定も、修正案が人権伸長法ではなく人権制限法であることを示しているというべきです。また、医療を目的にする法律であるなら、なぜ、刑の執行を優先させるのでしょうか。上記の規定を見ると、要するに精神障害者の身柄がどこかに拘束されていればそれを優先し、拘束が解かれる可能性が出た時にこの法律により拘束をしようとするということになっていることがわかります。

３　他の法制との比較

(1)　感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（感染症法）

都道府県知事は、重篤な感染症の蔓延防止のため当該患者に対し72時間以内の応急入院勧告・措置入院、10日以内の入院勧告・措置入院、入院延長とその更新ができます（同法19条・20条）。

応急入院中の患者に対する入院勧告および入院延長措置については保健所に設置される感染症の診査に関する協議会の意見を聴かなければならず、協議会を構成する3人以上の委員のうち過半数は医師のうちから任命されます（同法20条5項・24条）。

審査請求の特則として、行政不服審査法に基づく審査請求のほか、当該入院の期間が30日を超えるときは患者又は保護者による審査請求を認め、厚生大臣は審査請求日から5日以内に裁決しなければなりません（同法25条）。

感染症法と修正案を対比するとき、修正案は医療よりも社会防衛的色彩が強いとともに、医療面についてみても入院期間の上限の定めを欠く点において感染症法よりも平成8年に廃止された「らい予防法」に近いと思われます。らい予防法においては強制隔離が「療養」の名で包み隠されていたけれども、収容それ自体が目的であったといわざるをえません。その違憲性が白日の下にさらされるまで半世紀を待たなくてはならなかったのですが、修正案は同じ過ちを繰り返そうとしているということになるでしょう。

(2) 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）

同法の措置入院（29条）が患者の「自傷又は他害のおそれ」を入院要件としていることに比し、修正案は他害の面からのみ患者を見ており、疾病観ひいては人間観の一面性から、治療環境の整備や医療への信頼感の確立等のうえで、大きな障害がもたらされることを否定できません。適切な医療によって本人の疾病の苦痛をやわらげ、病気の悪化を防ぐことができ、結果として事件を防ぐことも可能となる、という立場からすると、「他害」という、症状でも、病名でもない現象のみをことさらに取り上げる施策は、結局、精神障害自体を危険視するものといわざるを得ません。

また、精神保健福祉法の「精神障害者」概念と修正案の対象者の関係も問題です。法務省は精神病質者（人格障害者）の行為は完全責任能力を有すると考えられるから修正案の対象外であると説明していますが、精神病質者が他の精神疾患を合併していたり一過性の精神症状を伴って心神喪失や心神耗弱とされたときは、精神障害は軽快しても、精神病質（人格障害）による「再犯のおそれ」を実質的理由として入院が長期化される可能性は否定できません。

4　以上によれば、修正案における裁判官の関与も人権保障的側面よりも社会の被害感情・応報感情を背景とする治安主義的な役割を担うこととなり、感染症法や精神保健福祉法の措置入院が医療行政上の制度として医療従事者の判断を尊重して運営されることに比し、修正案による入院制度が保安処分的性格を強く持つことを否定できません。

Ⅱ　審判手続きにおける疑問の数々

1　手続の流れと裁判官関与

(1)　事件の発生から検察官の申立まで

殺人、放火、強盗、強姦・強制わいせつ、傷害にあたる行為（以下「対象行為」という）を行った者が、

①心神喪失・心神耗弱のために不起訴処分となった場合

②心神喪失のために無罪判決を受けた場合

③心神耗弱のために刑が減軽されて執行猶予付き判決等を受けて、刑務所に行かない場合、検察官は修正案の申立をすることになります（33条１項）。

(2)　鑑定入院命令

33条の申立を受けた裁判所の裁判官（判事補を含む。34条６項）は、「鑑定その他医療的観察のため」、強制入通院等の決定があるまでの間、鑑定入院命令を出します（34条１項）。この期間は、２ヶ月であり、必要と認めるときには１ヶ月の延長ができるので、合計３ヶ月以内ということになります（34条３項）。この間、「在院」させられる場所についての規定はなく、また、その間の医療についても規定がありません。

しかし、今の刑事裁判を考えれば、３ヶ月間で対象行為がなかったことを立証することは非常に困難です。また、もしも審判が長引いたときに本人の処遇がどうなるのか、法案では明らかではありません。

(3)　審判期日

強制入通院を決める審判期日は、原則としては開かなければなりません（39条１項）。検察官は出席しなければなりません（同条２項）。付添人、保護者は出席することができます（31条５項）。

そして、原則としては対象者本人が出席しなければ審判が開けませんが（31条７項本文）、「心身の障害のため」等で本人が出席できない場合には、付添人の出席を条件として、欠席でも審判が開かれます（同項但書）。この法案が心神喪失・心神耗弱と判断された人を対象としていることを考えれば、実際上は本人不在のままで処遇が決められてしまう可能性が強いのです。

(4)　対象行為の存否と責任能力の有無の判断

不起訴処分（起訴猶予含む）の後にこの法案の申立がなされた場合には、対象行為の存否と責任能力の有無について裁判官だけで判断することになっています（40条１項２項前段、11条１項２項）。その目的が対象者か否かを確認するためだと説明されていますが、その審理方法が事実の存否という事実認定手続、もしくはそれに類する手続であるのに適正手続の保障が不十分で、一面に於いて職権主義的構造とされています。問題が大きいことは後述の

通りです。

なお、裁判所が対象行為の存否を判断するに際し、「必要があると認めるとき」は、裁判官３人の合議体によって行われることになっていますが（41条１項）、そうだとしても適正手続の保障が不十分であることには変わりありません。

(5) 処遇決定の方法

審判では、鑑定を基礎とし対象者の生活環境を考慮して、裁判官と精神科医（精神保健審判員）の２人の一致によって、強制入院、強制通院、「この法律による医療の必要なし」のいずれかを決めます（42条１項、11条１項２項、14条）。通常、「合議」は奇数人で行われ、意見が一致しないときには多数決が行われます。しかし、この審判では偶数の２人ですから、多数決というわけにはいきません。この２人の意見が不一致の場合の規定はないので、何らの決定もできない可能性があります。その場合、鑑定入院命令の期間制限との関係でいたずらに身柄拘束だけが長期化する危険性について修正案は対処策を定めていません。

この場合の要件について、修正案で「再犯のおそれ」を削除して「医療を受けさせる必要」（42条１項）に変えたと説明していますが、本当に医療的要件に変わったのであれば裁判官が関与する理由はなくなったはずなのに、裁判官関与の構造は変わらないままです。また、修正案では、裁判官は「法律に関する学識経験に基づき」（13条１項）、精神保健審判員は「精神障害者の医療に関する学識経験に基づき」（同条２項）、意見を述べなければならないとされましたが、対象行為の存否や責任能力の有無についてはともかく、「医療を受けさせる必要性」について「法律に関する学識経験」から判断するのであれば、それは純粋な医療的判断ではないということになります。この点について、提案者は、修正案による処遇が強制的な医療であり人身の自由を奪うことになるので「人権上の配慮から」裁判官が関与すると説明していますが、どのように人権に配慮するのかという具体的な中身は何もありません。しかし、人権上問題がある場合に入通院をチェックし、あるいは退院させる権限がなければ、裁判官がいくら「人権上の配慮」をしたくてもできません。提案者は、現行措置入院でも同様に知事が人権に配慮しているなどと説明にならない説明を繰り返すのみでした。結局、裁判官関与の根拠は説明されないままです。

(6) 入院継続の審判

修正案により強制入院させられた者については、指定入院医療機関の管理者は６ヶ月ごとに入院継続の確認の申立をしなければなりません（49条２項）。政府はこれにより入院継続の必要性がチェックされるから入院期間が不当に長期にわたることはないとしています。

しかし、この手続を具体的に見ていくと、どれほどのチェック機能があるのか大変疑問です。この審判の申立に対しては裁判官１人と精神科医１人の合議体が、①入院継続の確認の決定、②退院許可と強制通院の決定、③この法律による医療の終了の決定を行います（51条１項）。申立には必ず保護観察所の長の意見が付されて（49条２項）対象者の生活環境が考慮されることになる一方（51条１項）、鑑定は必ずしも行う必要がなく裁判所の裁量であり（52条参照）、指定入院医療機関の管理者の意見を覆す材料は見いだしにくくなっています。

また、「申立てに対する決定があるまでの間」は強制入院を継続しうること（49条３項）、しかも申立から決定までの期間の上限がないことからすれば、この審判において審理に時間がかかる場合や裁判官と精神科医の意見が一致しない場合には、永遠に入院を継続することすら可能となっています。

このように、入院継続の審判には入院期間を限定する機能は期待できません。

(7) 退院、処遇終了の審判

修正案により強制入院させられた者については、指定入院医療機関の管理者あるいは入院させられている者、その保護者又は付添人が、退院許可の申立をすることができます（49条１項、50条１項）。

しかし、この申立を受けた場合には、鑑定は裁判所の裁量であり（52条参照）、「申立てに対する決定があるまでの間」は強制入院を継続しうること（49条３項）、しかも申立から決定までの期間の上限がないことは上記入院継続の審判と同様であり、裁判官と精神科医の意見が一致しない限り永遠に入院が継続してしまう点も同じです。これでは、仮に裁判官が人権保障の観点から退院させるべきであると主張しても無駄ということになり、結局、裁判官には人権保障的役割は果たせません。

そして、この構造は、この法律による医療の終了の申立(50条１項、54条１項、55条１項)の場合も同じです（鑑定について52条、57条、医療継続について49条３項、54条３項）。54条３項によれば、強制通院についての期間の上限を超えて強制通院を継続することさえ可能なのです。

このように、この法案の処遇は、どこまでも対象者を逃さないことに主眼が置かれ、自由を剥奪・制限する強制入通院をなるべく限定しようという発想にはほど遠いものです。

2　治療の遅れ

検察官により審判を申し立てられた場合には、基本的に裁判官による鑑定入院命令が出され（34条１項）、入通院決定の審判まで２ヶ月ないし３ヶ月の拘束を受けます（同条３項）。しかし、その間の治療については何ら規定がありません。

現行制度であれば、逮捕・勾留の23日間のあと、措置入院になればそこから医療が始まるのが通例です。ところが、この法案では、不起訴処分になって申し立てされる場合であっても、23日間プラス２ヶ月ないし３ヶ月ののちに、初めて医療が開始されることになりかねません。

この点、鑑定入院中も医療を行うということが言われていますが、「鑑定その他の医療的観察のため」とされていることから鑑定が優先されることになりかねず、対象者の治療にとってもマイナスです。

もっとも、この点は、そもそも逮捕・勾留も含めた刑事手続き中の医療が保障されていない現状にも同様の問題点が存在しますから、受刑中も含めた刑事手続き全般における医療の位置づけを含め、真剣な改善が検討されなければなりません。

3　事実調べ手続きの問題点

この法案の条文を見ると、対象者であるかどうかを確認するために、事実の取調べをするかどうか、事実の取調べのために証人尋問等を行うかどうかは、裁判所がそれを必要と認め（24条１項、３項）なければなりません。

また、「刑事訴訟法中裁判所の行う証人尋問、鑑定、検証、押収、捜索、通訳及び翻訳に関する規定は、処遇事件の性質に反しない限り」準用する（24条４項）とされているに過ぎません。しかし、適正手続の要請は、身柄の拘束を伴う処分を行う場合には、国民の基本的な権利というべきですから、漠然とした規定の解釈如何で、適正手続の適用範囲が変動するようなことを認めることは、基本的な人権を損なうものであるといわなければなりません。

さらに、24条４項で準用されるべき証拠方法の中には、捜査記録の中心となる供述調書等の証拠法則を定める伝聞法則、自白法則、補強法則に関する規定が含まれていません。審判において捜査一件記録が無批判に引き継がれる前提になっていることからすると、厳格な証拠法則を用いずに心証形成がなされ、人身の自由の剥奪を伴う処分を行うという構造になっています。

当事者が提出する証拠についても、法案は「資料を提出することができる」（25条２項）とし、「証拠」ではなく「資料」に過ぎないような規定ぶりにされています。ここでも伝聞法則の適用は明文化されておらず、粗略な犯罪事実認定が行われる危険性が高いといわなければなりません。

審判の構造について、衆議院法務委員会で当時の法務省刑事局長は次のように述べています。

「事実の確認の手続を当事者主義的にするのかどうかということですが、これは、審判の目的が処遇の決定ということで、しかも医療を確保するということですから、迅速かつ柔軟に行わなければならない。そういう意味で、当事者主義的な構造をとることは審判の目的からして大きな支障を生ずるという問題が起きますので、裁判所の職権で事実確認の手続を進めていくということにしておりますが、検察官あるいは申し立てを受けた者側からの資料の提出その他の必要な措置は十分行われるようにしてあるものでございます。」

修正案では、通常の刑事裁判とは異なり、警察・検察の作った証拠は何の吟味も受けないままで裁判官に提出されます。刑事裁判であれば、供述調書は供述した人に対する反対尋問によるチェックを経なければ原則として証拠にはなりません。しかし、修正案では反対尋問の権利も証人申請の権利も規定されていません。また、入通院の審判の際には鑑定が行われますが、この鑑定人に対する証人尋問を保障する規定もありません。証人尋問等についての規定はありますが、これらは対象者や付添人の権利性を明示しておらず、裁判所の判断で行うにすぎません。これでは、対象行為の存否、責任能力の有無、処遇要件の有無などの事実認定についての手続保障は極めて不十分という他ありません。修正案の処遇は提案者も認めるとおり、人身の自由を奪う手続であり、その判断には少なくとも厳格な手続が必要なはず

です。

4　少年審判、少年の保護処分との違い

修正案の手続は少年審判手続と同様であるから許されるという説明がなされることがありますが、修正案の処遇と少年の保護処分では、次のように大きな違いがあるので、少年審判手続と同様だから許されるという論理は成り立ちません。

少年審判手続は、原則として責任能力があって犯罪が成立することが前提であり、そのことが不利益処分を科される前提です。しかし、修正案は責任能力がない（または限定されている）ことが前提であり、そのために犯罪が成立しない場合が含まれています。

少年については、保護処分か刑事処分か二者択一であり、両方を科されることはありません。しかし、修正案の手続では、刑事処分を科された（執行猶予付きの有罪判決を受けた）場合にもさらに強制入通院などの処遇を二重に科されることになります。

さらに、少年の保護処分においては、最長でも特別少年院で23歳まで(少年院法２条４項)、医療少年院で26歳まで（同条５項）という収容期間の上限があります。しかし、修正案の処遇には、通院は３年でさらに２年の延長が可能なので合計５年が上限とされていますが（法案44条)、入院期間の上限はありません。しかも、「再犯のおそれ」などという予測不可能な要件で判断されると、一生出られないことにもなりかねません。

少年審判手続においては、無実の罪で誤って拘束された場合には補償規定があります（少年の保護事件に係る補償に関する法律)。しかし、修正案にはそのような手当はありません。鑑定入院命令により最長３ヶ月も拘束されたあげくに対象行為がなかったとされた場合、何の補償制度もないことは不当であるといわねばなりません。

なお、少年審判手続においては、2000年の少年法「改正」で、非行事実がなかったという新たな証拠が出てきた場合のいわゆる再審が保護処分終了後でもできるようになりました（少年法27条の２第１、２項)。しかし、修正案の手続にはいわゆる再審についての規定はありません。

このように、修正案の手続は少年審判手続よりも不利益で手続保障に欠けるものであり、少年審判が職権主義的構造を採っていることが修正案で職権主義的構造をとってもよい理由にはなりません。

Ⅲ　多用される鑑定、でも起訴前鑑定含め鑑定の適正化の保障は？

1　鑑定が必要となる場合

(1)　法案によれば、裁判所は、42条の入院等の決定をするにあたり、鑑定を命じなければならず、その際、鑑定のための入院を命じなければならないとされています（34条、37条)。裁判所は、退院または入院継続の決定にあたり、鑑定を命ずることができます（52条)。裁

判所は、処遇の終了もしくは通院期間の延長等の決定にあたり、鑑定を命ずることができます（57条）。さらに、再入院等の決定にあたっては、鑑定を命じなければならず（62条）、必要があれば鑑定のための入院を命ずることができます（60条）。

(2) この法案では、入院等の決定にあたり鑑定がなされ、入院が決定された場合には、6ヵ月ごとの入院継続の決定にあたっても、必要があれば鑑定がなされる構造となっています。しかし、入院継続等の決定にあたっての鑑定は必須条件にされていません。また、最初の入院決定時の鑑定に2ないし3ヶ月かける（34条、37条）ことと対比すると、6ヵ月毎の入院継続時の鑑定にはそれと同じだけの慎重さと時間をかける前提にはなっていません。これは、継続の場合は最初の入院の時とは異なり、すでに入院しているので病状についての資料があることなどを前提にしているのかもしれませんが、それは指定入院医療機関の「治療」の記録を基本的には疑わないことを前提にすることになります。そうすると、入院等の決定にあたり、ひとたび鑑定がなされると、以降の鑑定については、これを追認することになったり、指定入院医療機関が入院継続を必要とする判断を鵜呑みにする結果になることが想定されます。追認する鑑定結果が重ねられるほど、これをくつがえすことが困難となって行きます。

(3) さらに法案は、起訴前鑑定の現状を、何ら改善するものではありません。

起訴前鑑定の運用は十分な時間をかけたものではなく、いわゆる簡易鑑定によって処遇が決せられているのが現状です。そのため、起訴して刑事責任を追及さるべき人々と、措置入院等により医療の対象となる人々との振り分けが必ずしも適正になされていない場合が見受けられます。

この点について法案は何らの改善も行っていません。

2 処遇要件そのものが鑑定事項

修正案によれば、鑑定事項は、①対象者が「精神障害者であるか否か」、②対象者が「対象行為を行った際の精神障害を改善し、これに伴い再び同様の行為を行うことなく社会に復帰することを促進するためにこの法律による医療を受けさせる必要の有無」、の2つです（37条1項）。また、鑑定人はこの法律による入院による医療の必要性に関する意見を付さなければならないことになっています（同条3項）。

鑑定事項の①は当然の前提であるとして、問題は②です。これは裁判所が、42条の入院等の決定をする際の要件そのものです（51条の入院の継続の決定等、61条の再入院等の決定においても同様）。要件そのものが鑑定事項であるということは、鑑定人が裁判所が行う入院等の要件の該当性判断と同じことをすることを意味しています。

医師である鑑定人が行うべき鑑定は、医学的判断を内容とするものであるはずですが、鑑定事項は入院要件そのものと同じ内容なので、それが医学的判断事項に尽きるものとすると、同一の事項を要件判断として医療の専門家ではない裁判官に求めるのは畑違いと言うことになるでしょう。しかし逆に、入院要件の判断に裁判官を必要とする法律的判断が含まれるとすると、それと同じ内容の鑑定事項の判断を医師である鑑定人に求めるのは、これまた専門

外の事項について鑑定を求めることになってしまいます。入院要件と鑑定事項を曖昧にしたことによって、法律上の要件と鑑定事項がさらに混迷を深める結果になったと言えるでしょう。

3　鑑定事項（＝要件）について、鑑定人が判断ができるか

(1)　修正案により、入院等の要件が、「再び対象行為を行うおそれ」（再犯のおそれ）から、「この法律による医療を受けさせる必要性」に変わりました。これは「再犯のおそれ」を要件とすることには、あまりに強い批判があり、その批判を受け入れざるを得なかったからです。

再犯予測について、不正確な予測技術に基づいて鑑定を行い、対象者を入院させてゆくと入院者の多くが偽陽性者（実は再犯の危険性はないのに危険性がある者と誤って判断されてしまう者）になってしまうということが指摘されています。

従って、鑑定事項である「この法律による医療を受けさせる必要」が依然として再犯予測を内実とするものであるとすれば、法律上の言葉を変更してもやはり鑑定は不可能あるいは極めて精度の低いものになるでしょう。

(2)　それでは、「この法律による医療を受けさせる必要性」の有無とはいかなる鑑定事項（＝要件）でしょうか。

鑑定事項①で、「精神障害者であるか否か」につき鑑定させるのですから、それが肯定されれば、「医療を受けさせる必要性」は、医学的見地からは、当然肯定の結論となるので、別個の要件としての意味がないことになってしまいます。従って、鑑定事項の②は、単に一般的に「医療を受けさせる必要性」があるかどうかを判断するのではなく、「この法律による医療」を受けさせる必要性というところに意味があると理解すべきでしょう。

しかし、「この法律による医療」は医療内容としては通常の精神医療と特に異なるものではありません。法案の81条は、この法律による「医療の実施」として、

「1．診察
2．薬剤または治療材料の支給
3．医学的処置及びその他の治療
4．居宅における療養上の管理及びその療養に伴う世話その他の看護
5．病院への入院及びその療養に伴う世話その他の看護
6．移送」

と定めているだけで、法案から読み取れる医療内容は、精神保健福祉法に基づいて行われている医療の内容と違いがないものです。もともと、他害行為を行った精神障害者とそれ以外の精神障害者で治療方法は異ならないというのが国際的にも共通の理解なので、精神保健福祉法による場合もこの法律による場合も行われる医療内容は同じなのです。そうすると、「この法律による医療を受けさせる必要」を医療内容の違いから判断することはできないことになります。

そこで、この法案からあえて精神保健福祉法と異なる側面を求めるとすれば、「この法律による」医療とは、医療内容の特殊性にあるのではなく、重大な犯罪行為を行った精神障害者について、特別な裁判所が強制入院・通院を行わせ、入院の場合は裁判所の決定がなければ退院できず、通院の場合は、保護観察所の観察を受け、裁判所の決定がなければ治療を終了することができない、という保安的な医療という点にあるということになるでしょう。

37条の2項は、鑑定にあたって「対象行為の内容、過去の他害行為の有無及び内容並びに当該対象者の性格を考慮する」としています。これは「再び対象行為を行うおそれの有無」を鑑定事項としていた修正前の政府原案の時からあった規定です。これらの考慮事項は司法精神医学において再犯予測の要素として考慮するとされているものですから、修正案でも、鑑定の中心はむしろ将来的な危険性の予測にあることが窺えます。そうすると、鑑定の重点はむしろ「同様の行為を行うことなく、社会に復帰する」という点にあるということになってきます。

再犯予測の信頼性が極めて乏しく、膨大な誤判と誤診による犠牲者を覚悟しない限り、制度の運用ができないという批判に答えて入院要件と鑑定事項を「継続的な医療を行わなければ心神喪失又は心神耗弱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」から「対象行為を行った際の精神障害を改善し、これに伴って、同様の行為を行うことなく社会に復帰することを促進するためにこの法律による医療を受けさせる必要」に変更したと評されていますが、それにもかかわらず、結局、「この法律による医療」は再犯予測に基づく医療の必要性の判断枠組みは変わっていないということです。

Ⅳ 『この法律による医療の必要』とは？　裁判官関与の場面

1　検察官による入院命令申立の要件

33条1項によると、検察官は、「対象行為を行った際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するためにこの法律による医療を受けさせる必要」（当初の政府案では、「継続的な医療を行わなくても心神喪失又は心神耗弱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」となっていました。）が明らかにないと認める場合を除き、入院命令等を求める申立を行わなければならないことになっています。

2　修正案は「再犯のおそれ」要件を削除したか

政府案では、継続的な医療を行わないと、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場合を除き」、検察官が申立を行うということなっていました。これは、率直にいうと、「再び対象行為を行うおそれ」がないと検察官が判断できない限り、入院命令等を求める申立がなされることになります。

この「再犯のおそれ」の要件について大臣の答弁を見ると、森山法務大臣は、当初、再び対象行為を行う予測が現代の精神医学で可能であるといい、措置入院でも自傷他害のおそれの有無を診断していると答弁していました。坂口厚生労働大臣も同様の予測可能という答弁をしていました。ところが、坂口大臣は、その後の通常国会の中で、医学上の診断で、百発百中ということは行かないと答弁し、将来の再犯予測の困難性を認める答弁をせざるを得ないような状況になって来ました。さらに、2000年の段階で、法務省刑事局は、精神障害者が適切な医療を施されるべき存在であるとした上で、健常者との間に再犯率において有意的な差はなく、とくに、危険性の予測について、誰が、どのようにして行うのか、また、どの程度の確実性をもって可能なのか等これまで指摘されていた理論的・実際的に困難が課題があるという認識を持っていたことが、衆議院での委員会審議の中で明らかになりました。

そこで、臨時国会での審議過程で、再犯のおそれの判断ができないとの批判を受けて、与党側から、もっぱら、重大な事件を起こした精神障害者の社会復帰のための「手厚い専門的な医療が行われる」ことを処遇要件とする表現に修正され、「再び対象行為を行うおそれ」＝「再犯のおそれ」という要件は明文からは削除される形で、修正案が提案されました。

3　裁判所が入院命令・通院命令を出す要件は

申立を受けた裁判所は、対象行為がなされたこと（この認定ができないとは、法案40条１項１号で却下されます）を前提として、「対象行為を行った際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するため、入院させてこの法律による医療を受けさせる必要があると認める」ときには、入院命令を出し、あるいは、入院をさせないときに、「対象行為を行った際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するため、この法律による医療を受けさせる必要があると認める」ときには、通院命令を出すことになります（法案修正案42条１項）。

ここで、裁判所が入院命令等の決定を出すときの要件を見ると、やはり、検察官の申立の場合の要件とほぼ同様です。

「この法律による医療の必要」を判断する手続において、医師である精神保健審判員が医療の必要を判断するのは当然です。しかし、医療の要否が中心的要件であるというのなら、その点についての専門的判断をなし得ない裁判所は対象行為の有無を判断する以外に判断すべき事項があるとは考えられません。

裁判所には検察官から入院命令等を求める申立がなされたとき、同時に、その申立を基礎づける疎明資料が添付して行われるものと想定されます。その場合、裁判官は、捜査機関が収集した証拠を何らのチェックを受けることなく閲覧し、また、鑑定命令に基づく鑑定などを見て、医療の必要性を判断することになります。これは、刑事裁判の事実認定において、厳格な証拠法則の下で、証拠を吟味して事実認定をさせようとするあり方を否定するものです。

裁判所はこれまでにも、刑事事件の判決で「再犯のおそれ」があるという表現を使ってい

ることがあります。しかし、これは、情状として、主観的判断として述べているものであり、「再犯のおそれ」があるという認定をもとに刑罰を課すことは、「保安刑」を認めることとなり、許されないのです。裁判所は現在、保釈請求などの身体の釈放にかかる請求において、「逃亡のおそれ」や「罪証隠滅のおそれ」の有無の判断をしていますが、その判断は、治安的見地から拡大解釈されて保釈を容易に認めない方向での判断がなされ、拘置所の定員をすらオーバーしてきているのが実情です。前述のように「この法律による医療の必要」の判断にあたって、実質的に「再犯のおそれ」の判断をすることにならざるを得ないことからすると、裁判官によって、治安的見地から入院命令を出し、社会からの隔離を進める方向での判断が示されることが懸念されます。退院を許可した後に事件が起きた場合のことを考え、退院判断が慎重のうえに慎重になる傾向が生まれることを否定できないのです。

イギリスやドイツの保安処分施設の医師が、医療的には退院が適切、と考えても裁判官が事件の大・小で、許可したことがある。そのため、患者との信頼関係にも問題が生ずる、と指摘していたことは重要な教訓です。

さらに、衆議院での審議では、処遇事件の合議体を構成する１名の裁判官は何を判断するのかと質問されたとき、修正案の提案者は、治安的見地からの判断ではなく、対象者が継続して医療を受けうる生活環境などの条件があるかどうかを判断するという答弁を行いました。しかし、生活環境など点については、裁判所は法案38条で、保護観察所の長に命じて、対象者の生活環境の調査を行わせ報告を求めることができるとされているに過ぎませんが、それ以上に裁判所が独自の調査を行うことは想定されていませんから、修正案を提案するなら、「報告を求めなければならない」となるはずです。

4　退院許可の申立について

修正案では、指定入院医療機関の管理者は、精神保健指定医（通常は主治医）の診察の結果、「対象行為を行った際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するため、入院を継続させてこの法律による医療を受けさせる必要があると認める」ことができなくなった場合には、裁判所に退院許可の申立をしなければならないとされています（法案49条１項）。

しかし、まず、この申立を行う時期については、何らの期間的限界も設けられているわけではありません。また、入院させられている対象者についての退院を決定する権限は処遇事件を扱う裁判所（裁判官１名・医師１名）にあり、主治医からは奪われることになります。このことは、現行の精神保健福祉法の下での医療において、措置入院させられた者に対して、医師が医療的観点から退院の判断権限を有しており、これによって、入院中の患者との間で一定の信頼関係を形成してきていた事態を根底から崩すことになりかねません。

5　入院継続の申立について

指定入院医療機関の管理者は、精神保健指定医（通常は主治医）の診察の結果、「対象行

為を行った際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するため、入院を継続させてこの法律による医療を受けさせる必要があると認める」場合には、入院の決定がなされてから6か月を経過する日までに、裁判所に入院継続の確認の申立をしなければならないとされています（法案49条2項）。また、申立を6か月を超えない内にしておけば、裁判所の判断が出るまでに6か月を経過する事態になっても、裁判所の判断が出るまでは入院を継続できる仕組みとなっています（法案49条3項）。

この規定では、6か月に1度、入院継続の確認の申立をすれば、入院させる最長期間が規定されていないことと相まって（強制通院の場合は、法案44条で最長5年とされている。）、無期限の入院が可能になる仕組みとなっています。

6　入院継続・退院の許可決定の判断基準

修正案51条1項では、

① 「対象行為を行った際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するため、入院させてこの法律による医療を受けさせる必要があると認める場合」には、退院させずに入院を継続する（1号）。

② ①の場合を除いて、「対象行為を行った際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するため、この法律による医療を受けさせる必要があると認める場合」には、退院を許可し、入院によらない医療を受けさせる（2号）。

③ ①、②のいずれにも当たらないときには、この法律による医療を終了する（3号）。

という裁判所の判断基準を示しています。

これらの判断基準では、入院を決定する際に、「同様の行為を行うことなく社会復帰することを促進する」ために「医療を受けさせる必要がある」か否かという判断をするのですから、「同様の行為を行う」おそれを除去するのと同じ判断をすることになります。

しかし、これまでにも述べたように、この判断には、実質的には、「再犯のおそれ」という判断が潜んでいます。そして、そもそも、再犯をするかどうかは予測不可能であることからすると、そのおそれがあるかどうかも確たるものがない以上、そのおそれがなくなったということも判定しがたいことになります。

また、入院させられている者が、いったん対象行為となる事件を発生させていることにひきずられて、治安的観点から、実際には「再犯のおそれ」がないのに、社会から隔離され、自由を剥奪されることになる擬陽性者の発生が不可避といえます。客観的に判定が不可能な「再犯のおそれ」を理由に隔離＝自由の剥奪を行うことは、ハンセン病患者に対するらい予防法と同様の人生被害をもたらすことになると考えられます。

7　再入院されられるのはどんな場合か

(1) 保護観察所の長は、入院命令などを受けた場合、厚生労働大臣から命令が出されたことなどの通知を受けることになっており、犯罪者の更生を担当する官署が対象者を監督する

ことなっています（43条２、３項）。通院命令を受けた者（42条１項２号・51条１項２号）について、「対象行為を行った際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するため、入院させてこの法律による医療を受けさせる必要があると認めるに至った場合」（59条１項）、「継続的な医療を行うことが確保できないと認める場合」（同条２項）には、裁判所に入院の申立てをしなければならないとされています。

(2) 保護観察所の長から入院の申立がなされると、検察官申立の場合と同様に手続が進められ（鑑定入院命令・60条、鑑定命令・62条）、申立を受けた裁判所は、退院許可・入院継続の確認の判断をする場合（51条１項）と同様の判断基準で入院・通院・医療終了を判断するものとされています（61条）。

(3) この場面での裁判所の判断についても、第２の３で述べたのと同様の問題があります。

また、そもそも、保護観察所は、犯罪者処遇を任務とする官署であり、このような官署に対象行為を行った精神障害者の処遇に関与させるというのは、本来、責任能力に問題があり、通常の犯罪者とは異なる扱いを受けるべきであるのに、この点が全く看過されることになってしまいます。

さらに、この再入院等の申立にあたり、保護観察所の長は、指定通院医療機関の管理者の意見を付すこと求められていることから、日常的にも通院命令を受けた者の状況についての意見交換が予定されているものと考えられるところ、そのような状況にあるとき、通院している者は、指定通院医療機関での主治医に対して、病状が悪化すれば、入院を強制させられると感じられる状況で、心を開いた治療関係が成立しないのではないかと考えられます。

したがって、保護観察所を修正案の強制入院・強制通院の対象者を監視する機関となってしまいかねないのです。

V　付添人は何ができ、何を期待されるか？

1　逮捕・勾留段階

修正案は対象行為の被疑事件の捜査及び被告事件の公判手続が進行している間の付添人については何も定めていません。

刑事被疑事件については言うまでもなく弁護人の活動が可能ですが、被疑事件弁護人としては、刑事法による有期懲役刑を受けるのと修正案による無期限の入院処分を受けるのと、どちらが実質的に被疑者に利益であるかという問題に直面することになります。

刑事被疑者の弁護人としての活動の目的は、捜査手続の適正を監視し、被疑者を刑事手続の負担から早期に解放することにありますが、修正案の付添人の活動の目的は対象者を法案の手続的負担（審判の間、身柄の自由は剥奪され、鑑定を強制される）から解放して、通常の精神医療を受けられるようにすることにあると考えられます。両者は、不当な拘禁・身柄

の拘束を行わせず、社会復帰の障害になるスティグマ（烙印）を回避して、可能な限り本人の自由と自己決定を守るという点で一致しますが、具体的な弁護・付添活動の中では相反する利益の衝突を起こす場合もありえます。

例えば、刑事弁護人が修正案の適用の結果、無期限の入院拘束という事態よりも有期の懲役のほうが実質的に有利ではないかと考えて、不起訴に異議を述べるというような矛盾した役割を果たさなければならなくなる事態もありえます。刑事弁護人にそのような矛盾した役割を担わせることは、保安処分を行っているヨーロッパ諸国で生じている問題点のひとつです。この処遇制度を『利益処分』と評するか否かだけで解決する問題ではないのです。

この法案は、刑事司法の基本原理である消極的実体的真実の発見（適正手続に準拠して真実を発見すべきであるという考え方）にも重大な影響を及ぼす危険性を内包していることになります。

上記のように弁護人と付添人の活動の基礎になる原理は異なるものですし、修正案の審判においても、対象行為を行った事実及び心神喪失等である事実は審判事項ですから、そのための基礎資料が収集される捜査段階は、修正案の審判準備段階でもあります。とすれば、付添人は審判準備段階においても審判資料の収集が適正になされているかどうか、あるいは、この法案の入院ではなく、精神保健福祉法による普通の入院等では治療ができないのかなどを監視・調整できなければ公正・公平な審判準備手続とはいえないでしょう。

しかし、この法案はこうした配慮をまったくしていません。

2　公判段階

心神喪失による無罪判決あるいは、心神耗弱による執行猶予判決を得てしまうと、被告人は修正案に基づく申立を受けることになります。それによって、再度の手続的負担を強いられるばかりでなく、修正案による入院治療処分を受けることになると、無期限の自由剥奪を受けることになってしまいます。従って、刑事弁護人としては、何が被告人にとって実質的な利益になるのか困難な問題に直面せざるをえません。このように修正案は、従来の刑事裁判に対して無罪方向に向けた被告人・弁護人の活動に実質的な抑止力として作用する側面を持っています。これは「疑わしきは被告人の利益に」、「無辜を処罰しない」という刑事司法の根本原理（憲法31条）の根底を揺るがしかねない重大問題ですし、刑事弁護人の地位や役割を変質させる重大な挑戦というべきものです。

また、修正案は、重大な他害行為を行った者に対する継続的かつ適切な医療の確保を目的としていながら、刑事手続中の身柄拘束下における医療の確保についてはまったく定めていません。矯正施設における医療は、行刑目的に従属し、その執行を確保することを目的とするとされており、矯正施設収容を優先すべき実質的根拠は全くないのです。今回、そのあり方を含め深刻な検討がなされるべき状況にありますが、現状において矯正施設でなされている精神医療は、およそ『手厚い医療』とはいえません。また、現行法は不起訴処分後直ちに措置入院を行なえるのに対して、この法案によると、すべての手続中において治療のあり方

についての規定がないので、現行法よりも、ずっと治療が遅れ、あるいは、長期の治療中断を生じることになりかねないのです。

3　不起訴または無罪判決、執行猶予判決を受けて

検察官による入院等決定の申立（33条１項）により、この法案による手続が始まります。

(1)　この時、裁判官は、「対象行為を行った際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するためにこの法律による医療を受けさせる必要」が明らかにないと認める場合を除いて、対象者を鑑定その他医療的観察のために入院させ、処分の決定または対象行為の不存在の決定までの期間在院させる命令をしなければなりません。

命令を出すに際し、裁判官は付添人選任権限を対象者に説明します。弁護人から引き続いて対象者に関わる弁護士は、この時から付添人として活動することになりますが、改めて付添人選任届を提出することとなると思われます。

付添人選任は通院命令の申立の場合、必要的とはされていません（35条）。

なお、対象者と付添人の間に、刑事手続同様の秘密交通権が保障されていません。付添人としては本人から情報が得られないと、有効な付添人としての役割を果たすことができません。しかし、これについて法案は明文の保障規定を欠いています。また、この法律に秘密交通権の規定が定められたとしても、それだけで問題が解決するわけではありません。事件後、対象者の精神症状が激しい状態にある場合には、付添人の本人に対する事情聴取自体が困難な場合もあります。鑑定のために身柄を拘束されている対象者について鑑定人の鑑定作業と付添人の事情聴取が時間的に衝突することも十分ありうるでしょう。その場合、どちらを優先するのか、その決定を誰がするのか、付添人として対象者との秘密交通権を侵害された場合にどのような不服申し立て手続がありうるのかなど、この法案には定めがなく、重大な不備があると言わなければなりません。

付添人は、入院等決定の申し立てにあたり、意見を述べ、資料を提出することができますが（25条２項）、捜査段階で作成された一件記録は何らのチェックなしで裁判体の心証形成資料に供されます。付添人として伝聞法則や自白法則、違法収集証拠による証拠排除などの異議を申し立てることのできる規定はありません。

これは調書偏重主義、自白偏重主義とも批判を受けている刑事裁判の現状における問題点を、そのまま引き継ぐとともに、対象事実の認定を捜査段階で作成された調書類によって決定してしまうという方向を強めるものです。

本人からの事情聴取が容易ではなく、制度上の秘密交通権が定められておらず、短期間で終結させることを予定している法案（35条３項で、鑑定入院命令の期間は３ヶ月までと定められています。）の審判手続の中で対象事実を争うことは極めて困難でしょう。こうした手続の新設は同時に刑事裁判官の犯罪事実認定のあり方そのものを変質させてゆくことになるという問題をも含んでいます。

検察官による申立があった後、入院等決定が確定するまでの間、付添人は処遇事件の記録または証拠物を閲覧することができます（32条２項）。ただし、裁判所の許可を得なければ謄写はできません（32条１項）。

⑵　裁判官の鑑定入院命令（34条）に対して付添人が意見を述べる権利は明文では定められていません（25条１項）。「この法律による医療を受けさせる必要」が、明らかにないと認める場合を除き鑑定入院命令が下されるので、その命令を阻止することは簡単ではないでしょう。

付添人は裁判官の鑑定入院命令の取消請求はできますが（72条１項）、「対象行為を行わなかったこと」「心神喪失・耗弱者でないこと」、「この法律による医療を受けさせる必要性がないこと」を理由としては取消請求ができないとされており（同条２項）、取り消しができる場合は極めて限られています。

鑑定入院の延長（34条項但書）、裁判所の鑑定入院命令（37条５項前段）に対しては異議申し立てができます（73条）。

⑶　第33条１項の申立があった場合でも、①対象行為を行ったと認められない場合②心神喪失者・耗弱者のいずれでもないと認められる場合には、決定で申立を却下することになります（40条１項）。

必要があると認める場合、上記の事由に該当するか否かを別の合議体で審議するかについて判断しますが、この場合付添人の意見を聞くことになっています（41条１項）。

対象行為は、強制わいせつ罪と傷害罪を除いて法定合議事件です（裁判所法26条２項）から、刑事裁判として行う場合なら、同じ犯罪事実が刑事裁判所の合議体で適正手続の制約の下で審理されることになります。これに対して、法案の手続は、対象行為の事実認定をあまりにも粗略に扱いすぎているように見えます。

付添人はあくまで意見を言えるのみとされていますが、意見聴取の機会を最大限に活用しても、対象者の実体的、手続的利益を守る役割を十分に発揮することは極めて困難となる、といわざるを得ないでしょう。

⑷　審判期日の開催

付添人に異議がない場合には審判期日さえ開かれない場合があるので注意が必要です（39条１項）。

付添人は審判期日に出席することができ（31条６項）、裁判所は付添人から意見を聞かなければならないことになっています（31条３項）。

対象者が審判期日に出席しないときは、原則として審判を行えないことになっていますが、対象者が心身の障害等のために審判期日に出席しない場合は、付添人が出席していれば審判を行えることになっています（31条８項）。付添人の情報収集権能や本人との意思疎通が十分ではない場合があることからすると、この規定は本人不在のまま形式的に審判手続を進めるために使われる危険性があります。

証人請求権を認めた明文の規定はありません。法案には「刑事訴訟法中裁判所の行う証人

尋問・・・に関する規定は、処遇事件の性質に反しない限り、・・・準用する」とされている（24条４項）ので、刑事訴訟法の規定が相当程度準用可能であるとも考えられますが、「処遇事件の性質」の理解の仕方如何では、付添人の権限は大幅に制限される危険性もあり、付添人の権限は裁判所の判断如何で広くも狭くもなりうるという不明確、不安定なものになっています。

(5) 最後に裁判所の入院させる旨・通院させる旨の決定（42条１項）、または却下の決定があります。

修正案の処遇要件は「この法律による医療を受けさせる必要」です。憲法上の人権保障についての基本原則から考えれば、この法律に基づいて入院拘束や通院強制を行う（人権規制）側が、より制限的でない他の選びうる手段の不存在（LRA）を立証しない限り当該人権規制は許されないとしなければならないでしょう。しかし、当事者主義的な審判構造を明確化しないこの法案では、証明責任の分配によって手続法的に人権を守ることが難しいという不備があり、審判主体の恣意的な判断をコントロールする権限規定が不十分です。

付添人としては、本人がすでに通常の精神医療システムで医療保護入院等になっている場合や、関係者の協力で医療保護入院を行いうる場合、さらには、本人が任意入院を希望しており、医療機関も入院を承認しているなどの場合であれば、これらが、より制限的でない他の選びうる手段になることになりますから、裁判所が、通常の医療を提供せずに、ことさら拭いがたい烙印となる「この法律による医療」を決定することは許されないと解するべきでしょう。この場合には「この法律による医療を行う必要」がないということに該当することにすべき、との考え方も成り立つのではないでしょうか。

付添人としては、本人の自由と自己決定が損なわれ、社会復帰に支障をもたらすラベリングが行われないように、対象者が「この法律による医療」の対象になることを最小範囲にとどめる努力をしなければなりません。

付添人は抗告ができますが、入院等決定の申立のために選任された付添人の職務はこの時点で終了すると考えられます。抗告審は改めて付添人を選任することになります（67条参照）。抗告審においては付添人は必要的であるとされています（67条）。

4　入院決定（42条１項１号決定）があると

(1) 決定に影響を及ぼす法令の違反、重大な事実の誤認または処分の著しい不当を理由とする場合に限り、決定に対し２週間以内に抗告をすることができます（64条２項）。保護者の明示した意思に反してはできないとされています。

しかし、保護者制度は、精神保健福祉法上も問題を含んだ制度として多くの批判がある制度です。

第一に保護者は家族である場合が多いのですが、保護者である家族は高齢化し、６割以上が65歳以上、４割以上が70歳を越えているという状況にあり、高齢社会化、核家族化の急速な進行の中で、家族の保護機能は、一般的にも著しく低下しています。そのうえ対象者の場

合、事件にいたるまでの闘病生活などの困難等のために家族関係が破綻している場合が少なくないと考えられ、保護者と本人の意見あるいは利害が一致しない場合も少なくないと思われます。

第二に、身内に保護者のいない人も少なくなく、こうした場合、市町村長が保護者になることになっています（精神保健福祉法21条）。市町村長の保護者は、従来、医療保護入院の同意をするだけで、実質的な保護者としての役割を果たせていなかったばかりか、むしろ、強制入院を行うための便法とされていたとの批判もありました。従って、こうした規定のあり方には大きな問題があります。

(2) 入院決定を受けていた場合、付添人は地方裁判所に対し退院の許可又は医療終了の申立ができます（50条）。「入院を継続させてこの法律による医療を受けさせる必要」があるかどうか（退院許可の場合）、「この法律による医療を受けさせる必要」があるかどうか（医療の終了の場合）を争うことになりますが、要件があまりにも広汎なためにこの法律による医療の「必要性」の不存在を争うことは困難な作業になるでしょう。

この決定に対しても抗告、再抗告はできます（64条２項）。

(3) 指定入院医療機関管理者による退院許可・入院継続の申し立て（49条）

検察官等は、これらの申立にあたり、意見を述べ、資料を提出しなければならないとされ（25条１項）、付添人は意見を述べ、資料の提出ができるとされていますが（同条２項）、意見や資料の証拠としての取り扱いについて証拠法に基づいて裁判所の心証形成を規制するためのルールは規定されていません。

以上の、本人側からする抗告や退院許可の申立て等の場合は、改めて本人等が付添人を選任することになると思われますが、指定入院医療機関の入院継続の申立ての場合は、当面、付添人はなく、申し立てをされた後に本人等が付添人を選任するか、裁判所が必要があると認める場合に職権で選任することになるものと思われます。しかし、精神障害を持った本人が退院許可の申立等や付添人制度を十分に理解して指定入院医療機関内から弁護士に連絡を取って自ら付添人を選任することは容易ではないことですし、保護者にはすでに述べたような問題があり、そもそも保護者が選任されていない場合もありうるので、保護者に付添人選任の役割を期待するのは現実的ではありません。

5　通院治療決定（42条１項２号決定）があると

(1) 通院治療決定に対する抗告（64条２項）、再抗告（70条）、医療終了の申立（55条１項）、医療延長の申立（54条２項）などは、前項の入院決定と同じ構造になっており、同じ問題を持っています。

(2) 通院治療を受けていた者に対する入院の申し立て（59条１項、２項）

「入院させてこの法律に基づく医療を受けさせる必要があると認めるにいたった場合」（同条１項）、または、通院医療を怠った場合（43条２項）、一定の住居に居住すること、転居や長期旅行について保護観察所長に届出をしなかったこと、保護観察所長の出頭・面接要求に

応じなかったことなどの違反行為があった場合（107条）で継続的な医療を行うことができないと認める場合は（59条２項）、保護観察所長が入院の申立てをしなければなりません。

この場合、裁判官は「必要があると認めるとき」だけ、鑑定入院命令をすることになっています（60条）。上記の申し立て事由からすると、病状によってではなく遵守事項違反の制裁として再入院が行われる運用が危惧されます。精神症状に対する医学的判断であるはずの鑑定を必要的としていないことは、そうした運用を加速する危険性があります。

6　処遇の改善について

修正案は、入院命令・通院命令・退院許可・この法律による医療の終了については裁判所の判断事項としています（50条）が、入院中の処遇改善に請求については、精神保健福祉法の精神医療審査会類似の制度を設けています。精神保健福祉法との違いは、請求の相手方が都道府県知事ではなく厚生労働大臣であること、審査会が精神医療審査会ではなく社会保障審議会であることです（95条、96条）。

しかし、社会保障審議会は独立行政委員会のような独立性を持っているわけではなく、厚生労働大臣の諮問機関に過ぎません。その委員の構成についても精神医療審査会のような規定はなく、また、常設機関でもなく独自の事務局を持っているわけでもありません。社会保障審議会が修正案の入院患者に対する不当な処遇からその人権を保護するために機動的かつ効果的に活動することを期待することは難しいでしょう。

また、処遇改善請求について弁護士・付添人の援助を得られるとする規定はありません。この問題は、現行精神医療審査会の改善を含めて、慎重に検討されるべきです。処遇改善手続をおざなりにしているきらいを指摘せざるを得ないのです。

Ⅵ　処遇内容に関する問題点

1　入院期間に上限がないこと

⑴　修正案により修正された49条２項では、「指定入院医療機関の管理者は、当該指定入院医療機関に勤務する精神保健指定医による診察の結果、42条１項１号（入院決定）、51条１項１号（入院継続確認決定）、61条１項１号（通院から入院への決定）の決定により入院している者について、37条２項に規定する事項を考慮し、対象行為を行った際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するために入院を継続させてこの法律による医療を行う必要があると認める場合は、保護観察所の長の意見を付して、42条１項１号（入院決定）、51条１項１号（入院継続確認決定）、61条１項１号（通院から入院への決定）の決定（これらが複数あるときは、その最後のもの。・・・）があった日から６月が経過する日までに、地方裁判所に対して、入院継続の確認の申立をしなければならない。・・・」と入院継続の確認の申立を定め、修正案により修正された51条１

項１号では、「対象行為を行った際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するため、入院を継続させてこの法律による医療を受けさせる必要があると認める場合　退院の許可の申立もしくはこの法律による医療の終了の申立を棄却し、又は入院を継続すべきことを確認する旨の決定」をすることを定めています。

(2)　問題点

①　修正案においても入院期間の上限を定めた規定はありません。したがって、６ヶ月ごとの入院継続の確認の決定がある限り、無制限に入院が継続されることになってしまいます。

②　しかしながら、入院処遇要件である「入院させてこの法律による医療を受けさせる必要」は、極めて広汎な要件で、精神障害があれば医療の必要性はほぼ自動的に肯定されてしまうでしょうから、その程度の意味だとすると、精神障害が完治するまで「この法律による医療」を強制され、通常の精神保健法による医療を受けられないことになります。しかしそれでは独立した要件としての意義がないので、「同様の行為を行うことなく社会に復帰する」こと、つまり、再犯することなく社会生活ができることを治療の目的とするのであるとすると、再犯のおそれが消失したと判断しない限り退院やこの法律による医療から解放されることはないことになります。

③　しかし、将来「同様の行為を行う」かどうかは再犯予測の問題であり、その予測は、信頼できるほどの正確性がないうえに、人間が生きて生活している以上、およそどんな場合でも再犯の可能性がないなどということは言い切れないことですから、裁判所による定期的な入院継続の確認制度は入院継続のお墨付きを与える結果に終わる危険性が高く、本人が死亡に至るまで反復継続されるおそれがあります。

④　また、指定入院機関の管理者が、入院を継続する必要性が認められなくなったにもかかわらず、例えば対象者が殺人を犯した者であるということを考慮して、入院継続の申立を行ったり、裁判所も、治療的な観点からすれば通院を許可し、入院によらない医療を受けさせる旨の決定をすべきであるのに、強姦を犯した者であるため、被害者や社会の怒り、被害者の心のケアということを考慮して退院を許可しないということも考えられます。もともと、この法案が作られる過程の中で、殺人等を犯した者でも、数ヶ月で措置入院が解除になっている者があり不当だという意見がありました。しかし、入院は制裁として行われるものであってはならないはずで、激しい精神症状が治まり通院が可能な状態になれば、その人がどんな犯罪を行った人であるかに関係なく退院を認めなければならないはずです。既に入院の必要性が存在しないのに、過去に行った重大な犯罪行為に対する制裁という観点から入院が継続されることは、治療なき拘禁を行うことであり許されることではありません（山本輝之「精神医療と重大な犯罪行為を行った精神障害者」ジュリスト1230号12頁）。

⑤　退院許可、処遇終了の申立の期間制限

なお、政府案では退院許可の申立については３ヶ月間（50条２項）、処遇終了の申立については６ヶ月間の期間制限（55条２項）が設けられていましたが、修正案では削除されました。しかしながら、上記のとおり、規定上入院期間に上限がなく無制限に入院が継続される

おそれが高いことから、これらの規定の削除は問題の本質を解決していません。

2　入院先が特定されること

(1)　修正案は、43条1項で、「前条（42条）第1項第1号の決定（入院決定）を受けた者は、厚生労働大臣が定める指定入院医療機関において、入院による医療を受けなければならない」、43条3項で、「厚生労働大臣は、・・・当該決定を受けた者が入院による医療を受けるべき指定入院医療機関・・・を定めて・・・保護観察所の長に通知しなければならない」、16条1項で、「指定入院医療機関の指定は、国、都道府県又は独立行政法人が開設する病院であって厚生労働省令で定める基準に適合するものの全部または一部について、その開設者の同意を得て、厚生労働大臣が行う」と定めており、入院決定を受けた者は、厚生労働大臣が定めた国公立病院等にあらたに設けられる特別な病棟に入れられて治療をうけることになります。

(2)　問題点

修正案では、対象行為を行った精神障害者だけを何故ほかの精神障害者と区別して特別な施設に収容しなければならないのかが明らかにされていません。

対象行為というような病気の症状が存在するわけではなく、対象行為とは、医学とは無関係に刑法によって規定された構成要件的行為（刑法上の法定要件に該当する行為）にすぎません。対象行為が重大であるから病気も重症であるということにもなりません。また、対象行為が重大であるから、通常の精神医療ではない特別な治療が必要であるということにもなりません。病気の重さや選択すべき治療の種類は対象行為の種類や重大性とはまったく別の問題です。

医療の付与を目的にするといいながら、対象行為によって医療の対象者をより分けることは、一方で医療の必要な病気の重い人を取りこぼし、他方で、症状がそれほど重くなくても一般の精神障害者から分離させられて烙印を押される医療を強行されるという結果をもたらすことになります。

「犯罪にあたる行為をした」か否かの区別によって病気の重さや種類が決まるわけではないことからすれば、これらの人に特別な治療があるわけではないのも当然です。結局、修正案が特別な施設を作って強制入院させるのは、むしろ治療目的よりも「犯罪にあたる行為をした」結果を捉えて作られたとしか考えようがありません。従って、そうした施設は拘禁を主目的にした施設でなるでしょう。また、そのような施設への強制入院は精神病院入院歴以上に強いラベリングを伴い、退院後の社会復帰をより一層困難にしてしまうことは言うまでもないでしょう。

3　医療内容

(1)　81条1項は、同42条1項1号（入院決定）、同51条1項1号（入院継続確認決定）、同61条1項1号（通院から入院への決定）の決定を受けた者に対し、必要な医療を行わなけれ

ばならないとし、81条２項は、医療の範囲について

「１．診察

２．薬剤又は治療材料の支給

３．医学的処置及びその他の治療

４．居宅における療養上の管理及びその療養に伴う世話その他の看護

５．病院への入院及び療養にともなう世話その他の看護

６．移送」

と定めています。

(2) 問題点

① 入院決定を受けた者は、前記のとおり43条１項により、国公立病院などの指定入院医療機関において新たに設けられる専門的施設において強制的に入院させられて治療を受けることになりますが、その指定入院医療機関において、具体的にどのような治療が行われるのかが81条１項、２項では明確ではありません。

② もし、一般の医療と異ならないのであれば一般の病院から分離することは差別と偏見を深めるだけですし、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はずです。それは、本来、診断名や年齢、疾患の特徴などで規定されるものであり、「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者」全体に当てはまる治療などありません（精神科医療懇話会声明第４弾「Ⅱ－６」医療機関における治療と処遇の問題）。

③ この点に付き政府案の審議の際、民主党議員の要求で厚生労働省から特別医療施設での医療内容についての出されたメモは以下のとおりでした。

〔指定入院医療機関における医療の基本的考え方〕

１　基本的な医療

入院患者に対しては以下のような医療を行う

・症状改善のための薬物療法

・疾病理解を促しつつ、患者を心理的に支える個人精神療法

・他者との交流に重点をおく集団精神療法

・疾病再発の防止方法を習得させる心理教育

・基本的な社会生活の技法を習得させる社会生活技能訓練

・作業療法などを通じた社会復帰に向けた訓練

・家族へのカウンセリング（患者への心理的指示、服薬管理について助言）等

２　専門的な医療

再び重大な他害行為を行なうおそれのある精神障害者については、衝動が強い等の特性がありうるため、ここの特性に応じ、上記の基本的な医療に加え、以下の医療を行う

・「怒りのマネージメント」等の暴力の自制能力向上のための個人精神療法

・重大な他害行為について内省させ、また被害者への共感をはぐくむとともに、患者に対し療養に取り組むインセンティブを与える個人・集団精神療法
・適切な人間関係を築く技能を習得させる社会生活技能訓練
・家族へのカウンセリングでは、重大な他害行為の再発防止等について助言
・患者の行動観察を入念に行い、「おそれ」を評価　等

上記の「基本的な医療」は一般の精神医療とまったく同じであり、一般の医療とやや異なるのは、「専門的な医療」とされるところです。しかし、「怒りのマネージメント」や「内省」、「被害者への共感」などが精神医学に基づく医療と言えるのでしょうか。これらはむしろ矯正施設における矯正教育の一部として行われることです。また、「重大な他害行為の再発防止等についての助言」、「行動観察を入念に行い『おそれ』を評価」という部分は、まさしく再犯防止を目的とした行為です。この資料は修正案提出前のものですので、露骨に再犯防止療法が示されているのですが、修正後も厚生労働省はこのような「治療」を行うと言うのでしょうか。その変更をしないのであるとすれば、要件の修正は何の意味もなかったことになります。

また、上記の「専門的な医療」は、実は、人格障害者を念頭に置かれたものです。しかし、人格障害は通常責任能力があるとされるので、この法案の対象にならないはずであり、従来の国会審議でも人格障害者をこの法案によって「治療」の対象にするものではないと答弁されています。しかし、そうすると、「専門的」「治療」施設で行う医療の特殊性は何もないことになり、対象者を分離・差別する理由も失われることになるのです。

もっとも、国会答弁では、「純粋に人格障害のみを有する患者」についてはこの法案の対象にはならないというように述べられ、他の精神障害を合併している場合には、この法案の対象になることも否定しないかのようにも聞こえます。しかし、そのようなことを進めてゆけば、例えば人格障害のために恐喝行為を行った精神障害者については、原理的にはこの法案の対象にはできませんが、この法案の施設では「治療」が行われているのですから、同じ手法を用いれば一般の精神病院でも「治療」が不可能ではないはずであるとして、治療適応性のない人格障害者がこれまで以上に医療の名の下に精神病院に収容されることになるおそれがあります（伊藤哲寛氏　参考人意見陳述など）。

4　修正案では「対象行為を行った際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく、社会復帰することを促進するため、入院を継続させてこの法律による医療を受けさせる必要」と規定しています。

しかし、「この法律による医療」が、他の医療とどのように違うのかが法律に示されておらず、何を指すのかがまったくわかりません。

そして、仮に、この医療の必要性は、「同様の行為を行うことなく社会復帰できる程度に精神障害が改善するまでに医療が必要」という意味であるとすると、結局、「この法律による医療」として、医療指定入院機関の精神科医や職員に求められるのは、「同様の行為を

防止するための医療」ということになり、結局、「再犯のおそれ」を防ぐための医療ということになってしまいます。

入院命令等のもとでは、「患者の行動観察を入念に行い、『おそれ』を評価」（上記厚生労働省資料）しなければならず、医者と患者との関係の間に常に「再犯のおそれが消えたかどうか」、「同様の行為を防止できるか」という視点が入り込み、効果的な信頼関係（治療同盟）が生まれるのを困難になるでしょう（伊藤哲寛氏　参考人意見陳述など）。

Ⅶ　不服申し立て制度をめぐる問題点

1　審判事項に関する抗告制度

(1)　修正案における抗告制度の本質的な問題点

修正案の抗告制度は、原審である地方裁判所の判断を抗告審裁判所である高等裁判所（裁判所法16条２項、18条）が審査するというシステムになっており、刑事訴訟法における抗告制度を踏襲するものです。問題は、抗告理由を、「重大な」事実誤認、処分の「著しい不当」と制限している点です。

政府案においては、治療処分の要件は「再び対象行為を行うおそれ」とされ、その立法目的は社会治安の維持にあると理解されていました。原審裁判所はこの「再犯のおそれ」の有無を専ら刑事政策的観点から判断し、抗告審裁判所では原審の判断を基本的に尊重しつつ、その判断が“著しく不当”と判断した場合にのみ原審の判断を覆すというシステムが採用されていたものでした。

しかし、修正案は処遇要件を「治療の必要性」としました。この場合、抗告審においていかなる事項をどのように判断するのか、という新たな問題が生じてきます。抗告審である高等裁判所は３名の職業裁判官で構成され、精神保健審判員は関与しません。精神医学に関する専門的知識を持たない職業裁判官に「治療の必要性」に関する判断を求める、ということは事実上、事後的司法審査をするとも考えることができます。その場合、「治療の必要性」が要件であれば、不当であると判断しても、抗告理由を制限し、“著しい不当”とはいえない場合に、原審の判断を尊重する必然性はあるでしょうか。

要するに、修正案が治療処分の要件を修正したにも関わらず、抗告制度の見直しは行わなかったことによって、制度全体に無視できない歪み、不具合が生じていることになります。

(2)　また、日本の刑事裁判実務は、原審での有罪率、被告人側の控訴棄却率が非常に高いという特徴があります。この原因については、さまざまな指摘がありますが、検察・警察の捜査に対する異常な信頼感と、「有罪の者を逃がさない」という問題点が、時に、冤罪を生んでいる事実から目をそむけるわけにいきません。こうした感覚が消去される保障がない限り、結果的に思い切った判断ができない構造となっているということです。修正案の抗告制度も、同様の弊害を必然的に生み出すのではないか、と危惧されます。

修正案の「治療の必要性」という要件の中に再犯防止などの刑事政策的要請が含まれるのが否定できない限り、その第一次的判断の責任を裁判官にゆだねた場合、対象者を社会復帰させた場合に、もしかしたら起こるかもしれない事故の可能性に対して裁判官が過敏に反応するであろうことは容易に想像できます。他方、本来社会復帰させてしかるべき対象者の社会復帰を否定したとしても、そのことによる世論の批判が起こるとは考えにくいでしょう。裁判官は判断ミスを恐れて萎縮し、「万一のことを考えて」対象者の社会復帰に過度に消極的な判断を行うようになると考えられます。その原審裁判官の判断を、高等裁判所が追認するであろうことも想像にかたくありません。かくして、現行の刑事裁判と同様の、あるいはそれ以上の『精密司法』が実現されてしまうことが危惧されます。

前述のように、修正案の目的があくまで「治療の必要性」に基づく対象者の保護であるとすれば、裁判所が第一次判断を行うのは適切ではありません。むしろ裁判所の役割を、精神科医等の“保護”判定に疑問がある場合の不服判定機関（事後的司法的判断）に限定した方が、対象者の権利救済の実効性を確保できるのでしょう。しかし、この法案は裁判官に行政官としての役割を求めています。国民から見れば司法が行政化し、その行政的判断について既に司法が関与している、という理由で事後的な司法判断を得る機会を奪われることにもなりかねません。

2　条文ごとに見た個別の問題点

(1)　不服申立理由についての問題点

不服申立の理由については、

①　決定に影響を及ぼす法令の違反

②　重大な事実の誤認

③　処分の著しい不当

の３点に制限されています（64条１項、２項）。

②については、不起訴処分に基づいて検察官から入院等決定申立がなされたケースでは、犯罪事実について刑事裁判所の事実認定を経ていないだけに、修正案のような厳格な証拠法則の適用のない手続による事実認定をそのまま所与の前提としてよいか重大な問題があります。また、抗告理由が単なる事実誤認ではなく「重大な」事実誤認に限定されていますが、原審手続きにおいては厳格な証拠法則の適用がない以上、原審の裁量に基づく事実認定を否定することはよほどのことがない限り困難でしょうから、抗告審でも原審の認定事実をそのまま認めることことになる場合が多くなり、抗告の実質的な意義に疑問があります。

仮に抗告審で事実誤認が発見されれば、それに相応しい処分に見直すべきは当然です。

また、③の要件でもっとも問題となるのは入院等決定における「治療の必要性」判断の適正さです。「治療の必要性」はあまりにも広汎な要件なので（精神障害があるという認定でほとんど自動的に治療は必要との判断になりうる危険性があります）、その要件を科学的・論理的に議論の対象として医療の要否を判定すること自体が困難です。抗告理由はそれにも

まして「著しく不当」でなければ抗告できないとされるので、ほとんどの場合原決定が追認されることになるでしょう。特に裁判官だけで判断する抗告審では、事後審査的に、いかなる違法も、いかなる不当も許さない権限が明記されるべきなのです。ところが、抗告理由を逆に制限する修正案の構造では、原決定において鑑定がなされている場合はその精神科医のした鑑定結果を裁判官が批判することは容易ではないでしょう。これでは原決定の適正が担保されるとは言えないと思われます。また「著しい不当」という抗告理由も具体的にどのようなケースを想定しているのか明確でなく、立法技術として少なくとも例示による限定化が必要です。

(2) 不服申立権者についての問題点

申立権者は、①検察官、指定入院医療機関の管理者、保護観察所の長（64条1項）、②対象者、保護者、付添人（64条2項）です。ただし付添人は選任者である保護者の明示した意思に反して抗告をすることができません（64条2項ただし書）。

ここでも保護者制度にはすでに述べた問題があるので、付添人固有の不服申立権は不可欠と考えられます。

(3) 不服の対象となる審判と、付添人選任の要否

不服の対象となる審判は、対象者らが不服申立をする場合を想定すると、不服の対象となる審判は、

① 入通院決定（42条1項）
② 入院継続確認決定（51条1項）
③ 退院許可申立の却下（51条2項）
④ 通院期間延長決定（56条1項）
⑤ 処遇終了申立の却下（56条2項）
⑥ 再入院決定（61条1項）
⑦ 通院期間延長の決定（61条）

です（64条2項）。しかし、②～⑦の決定に対する抗告については、付添人の選任は必要的とはされていません（67条）。抗告審は抗告趣意に含まれた事項のみ調査すれば足りる（66条）とされていますが、はたして対象者及び保護者が付添人なしに自力で充分な抗告趣意を作成しうるか疑問があります。

また、検察官は

⑧この法律による医療を行わない決定（42条1項3号）、却下決定（42条2項）

に対して抗告できます。指定入院医療機関の管理者は

⑨この法律による医療を終了する旨の決定（51条1項3号）

に対して抗告できます。保護観察所の長は、

⑩この法律による医療を終了する旨の決定（56条1項2号、61条1項3号）

に対して抗告できます。

⑨、⑩については対象者の付添人は必要的とされていないため、情報不足や経済的理由か

ら私選の付添人を選任するのをためらい、結果的に付添人なしに抗告審がなされる場合が多くなるでしょう。しかし、対象者が心神喪失または心神耗弱状態であったことを前提とすると、付添人なしに適切な防御ができるか極めて疑わしく、この場合も付添人を必要的とすべきではないでしょうか。

3　その他の不服申し立て制度

(1)　鑑定入院等に関する取消、異議の申立

裁判所の鑑定入院命令（34条１項前段、60条１項前段）に対しては、対象者・保護者・付添人は、当該裁判官が所属する地方裁判所に、鑑定入院命令の取消しを請求することができます（72条１項本文）。付添人は、選任者である保護者の明示した意思に反して、取り消しの請求をすることができません（同項ただし書）。裁判所の審査手続に関しては準抗告の規定が準用されています（72条３項）。

なお、取消請求の理由は限定されており、対象行為の不存在、心神喪失等非該当、治療の必要がないこと、などの実体的理由によることができません（72条２項）。実体的理由に基づく不服申立は入通院決定等に対する抗告という形で処理せよ、という構造になっています。しかし、これでは対象者は入通院決定がなされるまで長期にわたって実体的に不当な鑑定入院処分であっても受忍しなければならず、救済手段としてはなはだ迂遠です。鑑定入院は対象者にとってそれ自体重大な人権の制約を伴う処分ですから、簡易迅速な不服申立手段を認めるべきです。

その他、鑑定入院命令における入院期間の延長（34条３項ただし書・60条３項ただし書）鑑定実施のための入院（37条５項前段・62条２項前段）に関しても異議の申立制度があり（73条１項本文）、上記の取消請求と同様の規制がなされています（同条２項）。これについても上記と同じ問題があります。

(2)　処遇改善請求（95条）

入院決定（42条１項１号）または再入院決定（61条１項１号）による入院中の対象者及びその保護者は、指定入院医療機関の管理者に対し入院者の処遇の改善のために必要な措置を採る旨の命令をするよう、厚生労働大臣に対し請求することができます（95条）。厚生労働大臣は、処遇改善請求の内容を社会保障審議会に通知し（96条１項）、社会保障審議会が処遇の適切性について審査を行います（96条２項）。社会保障審議会は、審査資料の収集のために、原則として指定入院医療機関の管理者の意見を聞き（96条３項）、入院中の対象者の同意を得た上で社会保障審議会が指名する精神保健指定医に診察させ、関係人に対する報告を聴取し、診療録等の提出を命じ、審問を行うことなどができます（96条４項）。この社会保障審議会の審査の結果、処遇改善の必要があると認めるときは、厚生労働大臣から指定入院医療機関の管理者に対し必要な措置を命じることになります（96条５項）。

また、対象者らからの処遇改善請求がなくても、一定の場合、厚生労働大臣が自ら処遇改善のために必要な措置をとることができます（98条）。

社会保障審議会における処遇改善請求の審査は、精神医療審査会の審査制度（精神保健福祉法38条の４以下）と内容的には類似した制度ですが、社会保障審議会の独立性や機動性に問題があることはすでに指摘したとおりです。また、そもそも抗告における高等裁判所審査と処遇改善請求を別の手続にする理由が明らかではありません。指定入院医療機関内での処遇は治療に関することなので裁判所よりは行政委員会の判断に適するというのであれば、その具体的な処遇の内容を前提に判断が行われるはずの入院通院の決定等に関して裁判所を関与させる必然性があるのか制度的に説明がつかないのではないでしょうか。

資　料

精神医療の改善方策と刑事司法の課題　日弁連意見書

2002年４月19日　日本弁護士連合会

Ⅰ　はじめに

2001年10月30日、自民党内の「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」は、「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」（以下自民党案という）を発表した。ついで、同年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」が報告書（以下与党案という）を公表した。

自民党と与党の上記提案を受けて、2002年３月15日、政府は与党案を基礎とした「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（案）」（以下法律案という）を閣議決定し、本年５月には国会で審議が開始される予定となっている。

精神障害と犯罪をめぐる問題は、自民党、与党の検討開始以前から法務省と厚生労働省の合同研究会で検討が進められていた。その検討のさなか、池田小事件が発生し、同問題がにわかに政治問題化し、同合同研究会と別個に自民党、与党での具体化が進められ、法律案の作成にまでいたったのである。

精神障害と犯罪をめぐる問題は、改正刑法草案（1974年）の審議過程から各界で厳しい議論が続けられてきた問題である。この問題への対処は、ある事件のセンセーショナルな衝撃に流されることなく、また政治的思惑にとらわれることなく、冷静になされるべきである。

Ⅱ　精神障害と犯罪をめぐる問題にかかる当連合会の基本方針

1　当連合会は、1974年発表の「『改正刑法草案』に対する意見書」で、保安処分の新設に反対し、時として起こる不幸な事件を防ぐためにも「精神障害者に対しては、何よりもまず医療を先行させるべきである」と主張して以来、精神障害と犯罪をめぐる問題について医療優先の改善策がとられるべきであることを一貫した基本方針としてきた。1982年２月20日「『精神医療の改善方策について』意見書」において、①地域社会に根ざし、生活の場に直結した医療であること、②いつでも、どこでも自主的に受診できる医療であること、③適正な医療水準が確保されるように人的・物的体制を確立すること、を基本とする精神障害者の人権保障と精神医療施策の充実のための大綱を提示した。こうした方策を実施することが精神障害者自身のための医療であると同時に時として起こる不幸な出来事を防止する結果となることを示したのであった。

2　その後、精神衛生法が改正され、現行精神保健福祉法の理念として開放医療、地域精神医療が掲げられ、その理念のもとに精神医療が進められてきた。その中で理念と現実の関係にかかるいくつかの問題が提起されてきた。その一つは根本的解決をみていない低医療費政策、入院中心主義のもとでの、さまざまな「処遇困難患者」の存在とその対策の不十分さであった。「処遇困難患者」問題は、精神障害者の85パーセント以上が民間精神病院に依存している現状において、国や地方公共団体が責任をもって解決に乗り出さなければならない

ものであった。1990年には厚生科学研究「精神医療領域における他害と処遇困難性に関する研究」（いわゆる道下研究）もあったが、具体化することはないまま推移し、今日に至っている。次いで、司法と医療の関係とりわけ措置入院に対する精神医療関係者からの不満であった。それは、捜査段階での起訴前の責任能力鑑定が責任無能力と判定する方向へ安易になされているのではないかとの疑念、捜査段階における医療中断・不在、措置入退院決定が医師のみでなされることによる医師の重責感といったものであった。そのほか通院確保の困難性も指摘されている。

当連合会は、かかる状況下で、昨年、国内精神医療実態調査および1982年のヨーロッパ調査（英、仏、独、蘭）に続くイタリア調査を行った。それらの調査の結果、精神医療を充実してこそ、時として起こる不幸な事件を防止できるとの当連合会の基本方針の正当性が明らかとなった。しかし、「精神医療の改善方策」を提示したものとして、当連合会には、精神医療の現実を直視したより具体的な精神医療の改善施策を提起し、医療関係者の司法への上記不満に真摯にこたえなければならない責務があるといわねばならない。

Ⅲ　日弁連の提言

1　逮捕勾留時の医療援助受け入れ態勢の確立

(1)　警察署、拘置所においては、常勤、もしくは嘱託の精神保健指定医の資格を有する医師（以下指定医という）を必ず配置しなければならない。

(2)　裁判所は勾留判断において、精神障害に罹患しているとの疑いがあるときは、勾留決定に際し、精神医療を受けられるように手配しなければならない。

(3)　裁判所は、知事に対し、精神保健指定医による逮捕勾留中の被疑者、被告人に対する往診を要請することができる。

2　起訴前鑑定の適正化

(1)　任意処分として現におこなわれている起訴前の簡易鑑定においても、2、3日程度の時間をかけた鑑定をおこなうようにし、安易な鑑定という批判の生じないように慎重におこなう。

(2)　身体拘束中の医療の援助を十分に確保しつつ、簡易鑑定によって責任能力の判定がつかないときは、本鑑定によって責任能力を判定する。

(3)　起訴前において本鑑定を実施するときは、治療を継続しつつ、可能な限り起訴前勾留期間内に鑑定結果が出せるよう、入院、往診等、人的・物的資源を最大限に活用する。

(4)　鑑定にあたる精神保健指定医の必要な水準と数を確保し、短期間で鑑定が出せるような対策を講じる。

3　25条通報に対する医療関係者による措置入院審査会の設置、権限

(1)　知事は、精神保健福祉法25条の通報を受けた場合、および主治医より措置解除の通知を受けた場合、措置入院の要否、解除の決定をなすに際し、措置入院審査会の過半数の決定を受けることを要する。その際、入院を要とするには、指定医２名の一致を要する。

(2)　措置入院審査会は、指定医２名、看護師・精神保健福祉士・保健士など医療関係者のほか、検事、弁護士を構成員とする。

(3)　検察官は25条通報をおこなう場合、措置入院審査会に対し、事件記録、治療記録を開示する。

(4)　検察官、弁護人（弁護人がいないときは弁護士会が推薦する弁護士)、患者の家族、事件被害者は、措置入院審査会に対し、意見を述べることができる。

(5)　措置入院審査会は、措置解除を決定する場合、関係行政機関、医療機関に対し、解除後のケアにつき必要な勧告をおこなうことができる。

この提案は、量的にどの程度実質的な審理が可能か、各地における審理の実務上、処理能力等の平準化がどう確保されるか見極めるため、当面、重要事件に限って適用することが考えられる。

4　仮退院制度の活用による通院確保方策の確立

(1)　措置入院審査会は、主治医の申し出を受けて、措置入院患者に対し、必要なケア、通院確保方策の実施体制を付して仮退院を許可することができる。

(2)　措置入院審査会は、主治医の申し出をうけて、仮退院を取り消すことができる。仮退院が取り消された場合には、当該患者については当初の措置入院を継続する。

5　地域精神医療体制の整備

精神障害者等の社会復帰、自立および社会参加への配慮を定めた精神保健福祉法４条の趣旨の実現を目指し、以下の施策を行う。

(1)　都道府県に設置される公立の精神保健福祉センターと保健所をより積極的に活用し、民間の精神病院・診療所等と連携して精神障害者の社会復帰と治療継続、危機介入のセンターとしての役割を果たす。

(2)　民間精神病院は、その民間病院としての特徴を尊重しつつ、地域精神医療体制での役割と地域分担を行うなどして、地域医療体制を整える。

(3)　民間精神病院において地域分担をし、そのシステムにおいて患者を治療、看護したときは特別の補助の対象とする。

6　医療法における特例の廃止、診療報酬の抜本的見直し

(1)　入院中心主義時代の名残でしかない医療法上の特例（例えば、他の診療科が入院患者

16名に対し１名の医師であるのに対し、精神科は48名に対し１名）を廃止する。

(2) 措置入院患者の治療費を保険診療としたことを改め、全額公費によってまかなうこととする。

(3) 通院確保、危機介入のための訪問看護等についての診療報酬を抜本的に改定する。

(4) 民間精神病院における措置入院患者の受け入れについては、国は、その医療スタッフの確保を援助しつつ、国公立と同水準を保てるようにし、その均質化をはかる。

7 国公立精神科医療機関の整備

(1) 国公立精神保健福祉研究施設を全国に整備し、精神医療の地域精神医療化を進めること、救急精神医療を地域的に確保することについての基幹的、調整的役割を果たすとともに、研究、教育、啓蒙の責務を果たすように努める。

(2) 難治性精神障害、人格障害対策等についての研究を進める。

(3) 精神鑑定に関する調査研究を進めるとともに、人材確保とその体制を確立する。

8 患者の権利保障

(1) 精神医療審査会の構成は、１審議体には必ず弁護士の参加が保障されなければならない。

(2) 権限として、退院請求のみの審査ではなく、入院中の処遇、退院後のケアについても知事に勧告ができることとする。

(3) 精神医療審査会と25条措置入院審査会の関係は今後の検討課題とする。

9 人格障害者問題の対策

諸外国の先進的取り組みを研究し、国の責任でその対策を確立する必要がある。

10 薬物犯罪対策の徹底と薬物中毒患者の国公立専門病院の整備

(1) 薬物犯罪対策は、薬物に起因する精神障害を有する者と、ない者に区分して行なうべきである。

(2) 精神障害を有する者については、国公立の精神病院における病床の確保が最優先される必要があるが、国公立医療機関の縮小再編が進むなかで、充分な床数を確保する為に、専門病院の設置が望まれる。

(3) 薬物犯罪者の多くが、薬物乱用癖を改善し、社会復帰するための治療・教育施設の設立が急務である。

Ⅳ　法律案の問題点

1　法律案提出上の問題点

(1)　精神障害と犯罪をめぐる問題については、まず何よりも大幅に遅れている我が国の精神医療の充実こそがはかられるべきであることは、上述したとおりである。しかるに法律案は「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者」に対する「処遇を決定するための手続等を定めること」を目的とするものであって、何よりも優先すべき精神医療の充実、とりわけ地域精神医療への転換の具体策を何ら提示していない。与党案は、抽象的なものとはいえ、日本の精神医療の現状の改善に言及し、精神障害者の保健・医療・福祉充実のための計画の策定、実施を図るべきことを唱い、その柱として患者の病態に応じた精神病床の機能分化について検討を深めること、在宅生活を支える医療及び福祉対策、社会復帰施設、心の健康対策などの充実を図ること、精神疾患の予防、診断、治療に関する研究の推進、専門スタッフの養成、確保を図ること、差別・偏見の解消への取り組みなどについて簡単に触れており、また、診療報酬のあり方の改善に言及していた。今、政府が緊急になすべきことは、与党案を具体化した精神医療の充実策を提案することである。具体的な精神医療の充実策が何ら示されないままに、法律案が提出されたことはとうてい看過できない重大な問題といわねばならない。

(2)　具体的な精神医療の充実策が提示されないまま提出された法律案は、法律そのものの中に「対象者」の「処遇」の医療的的内容がまったく示されていないという欠陥がある。裁判所によって「医療を受けさせるために入院をさせる決定」を受けた者が指定入院医療機関で受ける「医療」、「入院によらない医療を受けさせる決定」を受けた者が指定通院医療機関で受ける「医療」の内容は法律案からは判明しない。とりわけ、指定入院医療機関のどのような施設で、どのような「医療」を受けるのかが分からないまま、法律案にいうところの「指定入院医療機関」での「医療」が「身柄の拘束」を主とするものでないかどうかを審議することは不可能であろう。

政府は、国会審議の前提となる具体的な精神医療の充実策、法律案のいう「医療」の内容を速やかに明示し、その後に法律案を国会審議にはかるべきである。

2　法律案の基本的問題点

(1)　精神障害者による犯罪行為に当たる事件は他の市民のそれに比べて、発生率、発生件数ともに高くない。時として起こる不幸な事件は精神医療の提供がなく、もしくは医療の中断という事態の中で生じているのであり、再犯率に至っては極端に低いという現状がある。重大な犯罪行為の前歴を持つ者が、再犯を犯した事例自体、極めて少数にとどまっている。精神障害により殺人、放火などの重大な犯罪行為にあたる行為をした者の内、同種の前歴を

持つ者は6.6パーセントにすぎず、初めての者が84.3%を占めているのである（平成13年度犯罪白書）。この原因の究明と原因除去の対策こそ緊急不可欠な課題なのである。

イタリアの北東部にあるトリエステという県では、1978年以降入院治療を廃し、地域精神医療の徹底のために、行政、医療関係者、地域住民が協力し合っている。これはまさに世界的にも注目に値する実験といわれているが、日弁連の今回の調査において、この地域における精神障害者の事件発生件数が入院治療を廃止する前に、は1年間で15人であったのが、最近の10年間では総数で4人と激減したことが明らかになっている。「時として起こる不幸な事件」とりわけ「初めてのそれ」を防ぐには精神医療の改善・充実こそが重要であることをトリエステの実践が示しているのである。

ところが、法律案は精神医療の改善・充実策を全く提示していない。これでは精神障害によって時として起こる不幸な事件とりわけ「初めてのそれ」を防ぐことはできない。

民間精神病院がかかえている最大の悩みが「処遇困難患者」の問題であることはすでに指摘したとおりであるが、犯罪にあたる行為をした精神障害者は必ずしも「処遇困難患者」というわけではない。「処遇困難患者」のうち犯罪にあたる行為をした精神障害者はわずか17パーセントといわれている。したがって、法律案のように、犯罪にあたる行為をした精神障害者を他の精神障害者と切り離して特別の専門施設に収容してみても、「処遇困難患者」のほとんどは民間精神病院に残ってしまう。民間精神病院が直面している「処遇困難患者」問題を解決することなく、事件を起こした精神障害者対策だけがひとり先行することは、医療的観点からも、事件の未然防止という効果の点でも、適切ではない。

(2) 法律案は、犯罪成立要件である責任能力の判断が安易にされているのではないかという精神医療関係者からの疑問に誠実に応えようとしていない。精神医療関係者から出されている起訴前鑑定の厳格化の要望に応えようとしていない法律案は、司法が改善すべき焦点に真っ向から向き合おうとしない点できわめて不誠実なものといわねばならない。そのうえ、法律案は捜査段階における医療中断・不在を是正する必要性についても放置する結果となっているのである。精神障害者に医療を尽くすといった観点が欠如している。

(3) 各種報道は今回の法律案に先立って提案された与党案について、「急場しのぎではなく、実態を見据えた制度改革が問われている」（岩手日報2001・11・1社説）、「強制入院、退院を判断する新機関に裁判官が、どう関与するかがはっきりしていない。まだ議論は生煮え状態だ」（毎日新聞2001年11月7日社説）、「判定機関がどんな資料に基づき、何を手掛かりに入院の可否や期間を判断するのか。肝心な点が先送りされた。判断の要件次第では、治療よりも隔離自体が優先される実質的な保安処分に通じかねない。与党案は練り直すべきである」（朝日新聞2001・11・21社説）などと論評した。法律案は、与党案についての上記指摘を重大に受け止めるべきであったにもかかわらず、こうした批判や意見を全く無視したまま策定されたというほかない。

精神障害者による犯罪に関する現行制度の検討には、精神医療の現状を見つめなおし、地域精神医療というすでに世界の精神医療が到達している国際的水準との関係において、その

改革のための方策が不十分であることを視野に入れることを避けることは許されないのである。

3　法律案の問題点（各論）

(1)　擬似医療の強制隔離策

①　処遇決定要件と裁判官関与の問題点

現行の措置要件は「精神障害者であり、かつ、医療および保護のために入院させなければその精神障害のために自身を傷つけまたは他人に害を及ぼすおそれがある」ことである。これは精神医療の視点から判断することとなっている。ところが、法律案の原案ともいえる自民党案が新法制定の前提となる問題点のひとつとして「心神喪失だけの理由で無罪とされた場合に、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のは、裁判による正義の回復を期待する国民の感情に反する」をあげていたのであるが、法律案は「再犯のおそれ」を処遇要件と明記したことから、この法律案の強制入院は、まさに精神医療以外の要素によって医療強制をするという構造をとることとなった。

法律案は、裁判官が精神科医との合議体によって処遇要件を判断するという構造をとっているが、そうである限り、最高裁幹部が「われわれは医学的な判断はできない。」（朝日新聞2001、11、3）とコメントしているとおり、いわゆる「再犯のおそれ」という医療判断と異なった刑事政策的要件が新たに立てられたのである。

果たして、法律案は、触法精神障害者の処遇を決める審判は裁判官と精神科医各１人で構成する合議体で行い、鑑定入院によって得られた鑑定結果に基づいて「継続的な医療を行わなければ心神喪失又は心神耗弱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」か否かを判定するという。これは、「再犯のおそれ」を指すものでしかなく、治安を優先させたものというほかない。精神障害者の保護や治療に力点をおく医療判断では全くないことを意味している。

「人権が保障された裁判手続の中でこそ裁判官は、中立公正な判断ができる。今の状況では、精神障害者の社会復帰よりも、事件の再発防止を考えるような判断に傾かざるをえないだろう。裁判官に保安処分的な判断を期待しているのではないか」（朝日新聞2001、11、13）との元大阪高裁判事の意見は、裁判官関与の意味と危険性を厳しく指摘するものである。

②　隔離施設としての専門治療施設

法律案では、裁判所が処遇決定をした場合、指定医療機関に入院もしくは通院を義務付けるとされた。入院指定医療機関については明確ではないが、与党案とあわせて考えると国公立病院の中に新たに設置する専門治療施設に入院させ、他の精神障害者の医療とは別異の「医療」を受けさせることとなろう。

内外の精神医療の実績によれば、精神障害者の医療においては、犯罪にあたる行為を起こした者への特別な「医療」などは存在せず、一般の精神医療と変わらないのである。

医療内容から見れば一般の精神障害者と重大な犯罪に当たる行為を行った精神障害者を区

別する理由がないといわれている。また、そのような差別化は専門病棟に送られた者に払拭しがたい「ラベルを貼る」結果になるだけであって、重大な犯罪にあたる行為を行った精神障害者のみ集めたのでは、治療効果はとうてい期待できるものではない。それにもかかわらずあえてあらたに専門病棟を設置し、そこに重大な犯罪行為を行った精神障害者を収容しようとするのは、保安を目的にしているものと言わざるを得ない。そこから翻って考えると、かかる隔離目的の専門病棟への収容を判定する裁判所は、裁判官も精神科医もともに、保安目的を判断するために必要とされる存在ということになる。この点からも法律案の危険な側面が浮かび上がってくる。

重い罪にあたる行為を行った精神障害者といっても、「殺人事件」の70パーセント以上は家族などが被害者の事件であり、「放火」の８割以上が自宅の放火事件である。こうした事件を起こした精神障害者の医療は必ずしも困難をともなうものではないのに、法律案で対処することは、精神障害と向き合っている患者・家族にとっては悲惨という他ない。かかる患者を事実上の「保安」専門施設に入れて隔離して治療する合理性・相当性は乏しい。

③　病状に関わりなく続く施設への拘禁

「再犯のおそれ」という医療的要素ではない要件を根拠に治療強制をするからには、「再犯のおそれ」が除去できたという確信が持てない限り、専門施設への収容を解除することはできないという問題が発生する。このことは、裁判所が定期的に状態を判断するシステムを導入しても変わるものではない。精神障害者の病状とは関わりなく、施設への拘禁が継続しかねない。

この点についても、法律案は、入院期間には上限を設けず、６ヵ月ごとに裁判所がその必要性（再犯のおそれ）をチェックして延長するとされており上記の指摘の正鵠さを示す結果となっている。

まさに「再犯のおそれ」を問題にした期限のない不定期刑類似の身柄拘束処分の新設といわねばならない。

(2)　手続的要件上の問題

①　適正手続条項の潜脱

「重大な犯罪にあたる行為」をしたかどうかといった事実認定をあいまいにしたまま「重大な犯罪行為に当たる行為をした者」（当該処分の対象者）として処遇決定をすることはできない。したがって裁判所としては犯罪事実の認定を行わなければならない。また裁判所は、検察官の起訴裁量とは別個に「責任能力」の判断も行うものとされている。「責任能力」の判断は法的判断であるから、この処遇決定手続はこの点からも刑事裁判の類似の性格をもつことになる。

犯罪事実の認定手続、刑事裁判は、憲法31条以下の規定による厳格な手続の下に行われなければならず、公開が必要となる（憲法82条）。適正手続なくして、本人に刑罰による場合と実質的に匹敵する自由の制限をもたらす処分をすることはできない。しかるに、法律案では審議は非公開とされ、弁護士である付添人や本人には証拠取調請求権すら認められないの

である。また、殺人や放火、強盗など法定合議事件とされる事件についても、裁定合議制が考えられているとはいえ、一人の裁判官でも判断できるようになっており、適正手続の保障は確保されていない。

② 不服申立判断の非医療的性格

地方裁判所の判断（決定）に対する不服申立は、高等裁判所に対する抗告になる。高等裁判所では地方裁判所におけるような医師を含めた特別構成の裁判所が編成されるわけではなく、裁判官だけで不服申立の判断を行うことになる。しかし、そうすると、医学的判断の適否についても医学的視点からの判断がなされないことになる。控訴審の判断は、いっそう医療的判断から乖離し、非医療的判断へと傾斜せざるをえなくなるであろう。

③ 身柄拘束の非医療的性格

この判定手続の対象者（重大な犯罪行為を行った者）は、逮捕・勾留（場合によっては鑑定留置）、あるいは被告人勾留の後に、鑑定入院命令によって最長3カ月間、身体拘束が予定されている。この間の治療確保の問題については一切検討されておらず、その対象者に対しては、現状以上に治療を遅らせる結果をもたらしかねない。

(3) 地域医療・福祉の保安化・刑罰化

法律案は、「入院によらない治療」いわゆる通院の処遇のための中心的な機関を保護観察所とした。そもそも保護観察所は、刑の執行猶予や仮釈放の場合の保護観察の実施を主たる任務とし、犯罪の予防を目的として活動する刑事政策を担う機関である。

対象者を刑事政策目的の機関の観察下に置くという法律案の考えは、観察下の通院措置なるものが結局は刑罰類似のものであることを認めるものである。また、精神保健福祉センター、保健所、医療機関などの地域医療・福祉の主要機関が刑事政策をになう機関である保護観察所の管理、介入を受けることにより、精神障害者の地域医療・福祉全体が犯罪防止と保安のための機関に組み入れられていく危険をはらんでいる。

かつて保安処分導入が議論された際に、法務省刑事局は、保護観察所が人的にも治療処分における治療継続を確保する役割を果たしえないことを認めて、新たに療護観察制度を新設する、と提案していたほどであった。現在の保護観察所には、とても重大な犯罪にあたる行為を行った精神障害者の処遇ができる専門性も力量もない。にもかかわらず、通院処遇の中心的な機関に位置付けるなどという提案には、驚きを禁じえない。

保護観察所を治療継続を確保する中心的機関にする提案は、通院という本来信頼関係なくして成り立ち得ない関係を刑事政策の観点から確保しようとするものであり、まさしく、刑罰に変わる治療強制との位置付けの本質が見え隠れし、安直で小手先の提案というほかない。

法律案は、保護観察所に新たに「精神保健観察官」を創設し、精神保健福祉士（読売新聞2002・1・26朝刊）ないし精神障害者の生活支援について知識や経験を有する者（朝日新聞2002・2・3朝刊）を任命すると報じられているが、必ずしも本件処遇に関与する精神保健観察官がこうした有資格者に限定されるものとはされておらず、この制度の「再犯のおそれ」という極めて刑事政策的な観点が払拭し切れていないうえ、精神保険福祉士が保護観察所と

いう刑事政策を担う機関に組み込まれてしまうのであるから、根本において変わるところはない。

(4) 放置された精神医療改革

政府は、法律案の提出にさいし、精神医療の充実とりわけ地域精神医療への転換などの課題について、具体的施策を提示していない。

問題はこれまで30年以上にわたって、精神保健福祉法で地域精神医療の充実を唱えながら、今回、その具体的政策化と予算化が見送られたことにある。今必要なことは、これまで実現してこなかった原因を明らかにしたうえでの国の予算面の保障も含めた、精神医療改革の具体的な方策の提示である。精神医療改善の熱意と実効性をも欠くものとのそしりを免れないであろう。かかる施策の実現があって初めて、不幸にして起きる事件とりわけその初めての事件を防止することにつながるのである。

V おわりに

入院中心の精神医療から開放医療の理念による医療への前進を実現するためには、退院患者やいまだ精神医療の援助を受けていない精神障害者に対する充実した医療がくまなく提供される体制が確立されなければならない。退院した患者の通院による治療の確保と社会復帰・自立を展望した場合、その援助は地域における治療の継続確保と、時として起こる危機（患者からのクライシスコール）に対する介入、救助システムを包含するものでなければならない。このことは、犯罪にあたる行為をした精神障害者であるか否かにかかわらずきわめて重要である。こうした方向こそが時として起こる不幸な出来事を防止することにつながるのである。

当連合会は、今回の提案を機に、政府・法務省・厚生労働省はもとより、国会議員各位、精神医療関係者、精神障害者とその家族の団体等がオープンな議論を興し、後世に禍恨を残さない精神医療改革を実現することを呼びかけるものである。

日弁連意見書にもとづく精神保健福祉法改正試案

日本弁護士連合会

※　本文中の「提言」とは、41頁以降の「2002年４月19日付　日弁連意見書」中の「Ⅲ　日弁連の提言」を指します。

第５章の２　25条通報措置入院者の医療及び保護等

第１節　措置入院審査会及び全国措置入院審査会協議会

第44条（措置入院審査会）

第44条の６第１項、第44条の13第１項、第44条の17第２項、第44条の19第２項及び第44条の20第２項の規定による審査を行わせるため、都道府県に、措置入院審査会を置く。

＊提言Ⅲ25条通報に対する措置入院審査会の設置、権限

＊25条通報に対する措置入院審査会の設置、権限を定めた。審査事項は以下のとおり。44条の６第１項（25条措置入院の審査）、44条の13第１項（入院措置の解除）、44条の17第２項（定期病状報告に基づく審査）、44条の19第２項（退院請求に基づく審査）、44条の20第２項、第５項（仮退院の許可及び取消の審査）

＊精神医療審査会についても事務局の独立性確保問題があり、新設の措置入院審査会でも事務局問題がある。現行法を前提とすれば、精神保健福祉センターに事務局を置くことになるだろうか。

参考；アンダーライン部分を加入改正

第６条（精神保健福祉センター）

都道府県は、精神保健の向上及び精神障害者の福祉の増進を図るための機関（以下「精神保健福祉センター」という。）を置くものとする。

２　精神保健福祉センターは、次に掲げる業務を行うものとする。

一　精神保健及び精神障害者の福祉に関する知識の普及を図り、及び調査研究を行うこと。

二　精神保健及び精神障害者の福祉に関する相談及び指導のうち複雑又は困難なものを行うこと。

三　精神医療審査会<u>及び措置入院審査会</u>の事務を行うこと。

四　第三十二条第三項及び第四十五条第一項の申請に対する決定に関する事務のうち専門的な知識及び技術を必要とするものを行うこと。

第44条の２（措置入院審査会の委員）

措置入院審査会の委員は、精神障害者の医療に関し学識経験を有する者（第18条第１項に規定する精神保健指定医である者に限る。）並びに看護師、保健士、精神保健福祉士、弁護士及び検事のうちから都道府県知事が任命する。

２　委員の任期は、二年とする。

＊提言Ⅲ②

第44条の３（措置入院審査会における審査の案件の取扱い）

措置入院審査会は、精神障害者の医療に関し学識経験を有する者のうちから任命された委員２人、看護師、保健士、精神保健福祉士、弁護士及び検事のうちから各任命された委員各１人をもつて構成する合議体で、審査の案件を取り扱う。

２　合議体を構成する委員は、措置入院審査会がこれを定める。

＊提言Ⅲ②

＊第１項の規定は各専門領域から１名の趣旨だが、規定ぶりはこれでよいか。

第44条の４（全国措置入院審査会連絡協議会）

措置入院審査会の審査方法、審査内容、審査の結果、その他措置入院審査会に関する事項を調査研究するため、国家行政組織法（昭和23年法律第120号）第３条第２項の規定に基づいて、厚生労働大臣の所轄の下に、全国措置入院審査会連絡協議会を置く。

２　全国措置入院審査会連絡協議会の委員は、都道府県措置入院審査会の会長がこれを兼ねるものとする。

＊措置入院審査会の判断が自治体により区々になりすぎないかとの批判に応えようとするものである。

＊上級審査機関を作ることも、判断の統一化、不服申立権の付与という点でメリットがあるが、措置入院を自治体の権限とすると、上級審査機関の判断に知事が拘束される理由が難しいようにも思われる。翻って、対象者に対する医療及び福祉の付与の実情が地域によって異なる以上、それに対応して、取るべき措置がある程度地域的に異なることは当然と言えなくもない面がある。従って、緩やかな平準化が図れる方が実情にあっている面もあるので、上記の構想を提示した。現状で精神医療審査会会長会議はあるので、実現可能性もあると考えられる。

＊しかし、審査会の判断の不統一性に対する批判は、現状の精神医療審査会の問題から生じているものであり、与党案が本気でそれを言うのであれば、強制入院全体を司法化すべき

であるという議論に行き着かなければならない。自由の拘束には司法の判断が必要であるとか、裁判官であっても必ずしも医療的判断ができないわけではないという指摘も同様の帰結を招くことを指摘すべきである。

第44条の5（政令への委任）
　この法律で定めるもののほか、措置入院審査会及び全国措置入院審査会連絡協議会に関し必要な事項は、政令で定める。

第2節　措置入院審査会の審査及び25条通報措置入院

第44条の6（申請等に基づき行われる措置入院審査会の審査等）
　都道府県知事は、第25条の規定による通報のあつた者について、措置入院審査会をして第44条の10の規定による入院の要否を審査させなければならない。
2　措置入院審査会は、前項の者について、同審査会の委員である指定医（以下「指定医委員」という。）をして診察をさせなければならない。
3　措置入院審査会は、前項の規定により診察をさせる場合には、指定医委員以外の委員を立ち会わせなければならない。
4　第27条第3項ないし第6項の規定は、前2項の規定による診察を行なわせる場合に、これを準用する。
5　措置入院審査会は検察官に対し、必要があると認めたときは、当該通報に係る事件の事件記録及び治療記録の開示を求めることができる。

＊提言Ⅲ①、③
＊27条1項には、「調査の上必要があると認めるときは」という要件が加えられているが、25条の前提手続として、通常、簡易鑑定または正式鑑定が行われ、検察庁における鑑定医の付帯意見として25条通報相当とされていることが前提になるので、都道府県側の事務局段階の調査で措置鑑定不要とする扱いは適当でないので、当該要件は削除した。
＊27条第3項以下の規定は以下のとおりである。（なお、殺人等の身柄拘束を伴うことが予想される事件だけを前提にすれば、在宅を想定した以下の条項は不要とも思えるが、25条通報者のすべてを含むとする場合には、在宅の場合も予想されるので、当該規定が必要になる。）
3　都道府県知事は、前二項の規定により診察をさせる場合には、当該職員を立ち会わせなければならない。
4　指定医及びその他の委員並びに前項の当該職員は、前三項の職務を行うに当たつて必要な限度においてその者の居住する場所へ立ち入ることができる。

5　前項の規定によつてその者の居住する場所へ立ち入る場合には、指定医及びその他の委員並びに当該職員は、その身分を示す証票を携帯し、関係人の請求があるときはこれを提示しなければならない。

6　第5項の立入りの権限は、犯罪捜査のために認められたものと解釈してはならない。

第44条の7（措置入院審査会の審査の通知、意見陳述）

都道府県知事は、第44条の6の規定により措置入院審査会の審査をさせるに当つて、検察官、弁護人（弁護人がいないときは弁護士会が推薦する弁護人）、不起訴処分となり又は裁判（懲役、禁こ又は拘留の刑を言い渡し執行猶予の言渡をしない裁判を除く。）が確定した事件の被害者及び当該審査を受ける本人の現に保護の任に当つている者がある場合にはその者に、あらかじめ、審査の日時及び場所をこれらの者に通知しなければならない。

2　後見人又は保佐人、親権を行う者、配偶者その他審査を受ける本人の現に保護の任に当たつている者は、27条の2の規定による審査に立ち会うことができる。

3　前2項に定める者は、措置入院審査会に意見を述べることができる。

＊提言Ⅲ④

＊被害者の特定の仕方は、25条の通報の前提になる事件の被害者という意味で第1項のような規定ぶりにした。

第44条の8（判定の基準）

第28条の2の規定は、第44条の6第2項の規定による診察の場合に、これを準用する。

＊第28条の2は以下のとおり。

第28条の2　第27条1項または第2項の規定による診察をした指定医は、厚生労働大臣の定める基準に従い、当該診察をした者が精神障害者であり、かつ、医療及び保護のために入院させなければその精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがあるかどうかの診察を行わなければならない。

第44条の9（審査のための入院）

都道府県知事は、第44条の6第1項の規定による審査を行わせるため、第44条の10第1項の規定による入院措置を採ろうとする精神障害者を、当該入院措置に係る病院に、1週間を超えない期間、仮に入院させることができる。

2　都道府県知事は、やむを得ない事由があると認めるときは、前項の期間を延長することができる。この期間の延長は、通じて7日を超えることができない。

3　都道府県知事は、第1項の規定による措置を採る場合においては、当該精神障害者

に対し、当該入院措置を採る旨、措置入院審査会の審査のために弁護人を依頼できること、その他厚生労働省令で定める事項を書面で知らせなければならない。

4　第1項及び第2項の入院期間中、当該病院は本人の同意を得て必要な診療を行わなければならない。

＊措置入院審査会の審査には、ある程度の時間を要すると考えられるので、平成11年法改正で廃止された仮入院の規定を参考に、審査期間中の身柄についての規定を定めた。

＊仮入院は延長規定はなく、1週間に限定されているが、余裕を持たせて2週間とした。

＊本条の対象者は、検察庁において、原則としてる鑑定により精神障害があることは確認されており、あるいは、精神障害があることが鑑定を要しないほど明白である場合（精神病院入院中、錯乱状態で他の患者に傷害を加えた場合など）なので、仮入院の場合よりは治療の必要性や有効性の蓋然性が高いと考えられるので、入院期間の時間制限は少し緩やかでもよいのではないかと考えられる。

なお、精神保健福祉法では、任意入院の退院制限（22条の4第3項）、緊急措置入院（29条の2第3項）、応急入院（33条の4第1項）などは72時間の時間制限がある一方、保護者の選任を待つ間、4週間は扶養義務者の同意で医療保護入院（34条2項）ができることになっている。

＊参考；旧34条（仮入院）

精神病院の管理者は、指定医による診察の結果、精神障害の疑いがあってその診断に相当の日時を要すると認める者を、その後見人、配偶者又は親権者扶養義務者の同意がある場合には、本人の同意がなくても、1週間を超えない期間、仮に精神病院に入院させることができる。

なお、旧34条の2は、仮入院者に対し、退院請求などの権利告知をすべき旨を定めているが、本条は措置入院審査会の審査のための入院であるので、審査の意味と弁護人を依頼できることなどを告知するとした。なお、厚生労働省令に規定されているのは、36条の行動制限に関する権利規定（通信面会など）である。

＊この入院期間中の治療は、強制医療を発動する前提事実（能力の喪失又は危険性の存在）の認定を欠いているので、インフォームド・コンセントに基づく医療を施すべきことにした。

第44条の10（都道府県知事による25条通報入院措置）

都道府県知事は、第44条の6の規定による措置入院審査会の審査の結果、同審査会の指定医委員の診察を受けた者が精神障害者であり、且つ、医療及び保護のために入院させなければその精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがあると認めたときは、その者を国若しくは都道府県の設置した精神病院に入院させることができる。

2　前項の場合において都道府県知事がその者を入院させるには、二人の指定医委員の診察を経て、その者が精神障害者であり、かつ、医療及び保護のために入院させなければその精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがあると認めることについて、各指定医委員の診察の結果が一致した場合であって、措置入院審査会が入院を要するとの決定を行った場合でなければならない。

3　都道府県知事は、第１項の規定による措置を採る場合においては、当該精神障害者に対し、当該入院措置を採る旨、第44条の18の規定による退院等の請求に関することその他厚生労働省令で定める事項を書面で知らせなければならない。

4　国又は都道府県の設置した精神病院の管理者は、病床に既に第１項の規定により入院をさせた者がいるため余裕がない場合のほかは、第１項の精神障害者を入院させなければならない。

＊提言Ⅲ①

＊国公立病院に限定する趣旨で第１項の「又は指定病院」を削除した。なお、第４項には、指定病院を含めて措置入院者受け入れ義務規定があり、次の文言が加えられている。「及び指定病院（病院の一部について第19条の８の指定を受けている指定病院にあつてはその指定に係る病床）」ここでは、25条通報措置入院者を国公立病院に限定する趣旨に立って両者を削除してみたが、第１項で指定病院も25条通報措置入院者の受け入れ資格を残しておいて、第４項で受け入れ義務は国公立に限定するという中間案も考えられる。

第44条の11（移送及び権利告知）

都道府県知事は、第44条の９第１項又は前条第１項の規定による入院措置を採ろうとする精神障害者を、当該入院措置に係る病院に移送しなければならない。

2　都道府県知事は、前項の規定により移送を行う場合においては、当該精神障害者に対し、当該移送を行う旨その他厚生労働省令で定める事項を書面で知らせなければならない。

3　都道府県知事は、第１項の規定による移送を行うに当たつては、当該精神障害者を診察した指定医が必要と認めたときは、その者の医療又は保護に欠くことのできない限度において、厚生労働大臣があらかじめ社会保障審議会の意見を聴いて定める行動の制限を行うことができる。

＊29条の２の２の規定とほぼ同文

第44条の12（刑事処分との関係）

都道府県知事は、第44条の６の規定による措置入院審査会の審査の結果、第44条の10の規定による入院措置を要しないとされた者について、公訴を提起しない処分が相当で

ないと思料する場合は、検察審査会に対し、その処分の当否を申し立てることができる。この場合、都道府県知事は検察審査会法第２条２項の「告発をした者」とみなす。

＊日弁連意見では不要な規定だが、医療と司法の「双方向性がない」という批判に対して、配慮を示すとすればこのような形かということで規定してみた。検察審査会法では申立権者は限定されており、上記のみなし規定は、精神保健福祉法の改正だけで入れ込もうとした場合の考え方（検審30条で申立権者が２条２項記載の者に限定され、同２条２項で「告発した者」は申立権者になる。）なお、検察庁に逆送するほうが簡便とも考えられるが、措置入院審査会は医療判断機関であるので、公訴の当否については、検察審査会に判断を委ねる方が機能分化が明らかでよりと考えた。

第44条の13（入院措置の解除）

都道府県知事は、措置入院審査会が、その指定医委員の診察の結果、第44条の10第１項の規定により入院した者（以下「25条通報措置入院者」という。）が、入院を継続しなくてもその精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがないと認めるに至った場合であって、入院の継続を要しないとの決定を行った場合には、直ちに、その者を退院させなければならない。

２　都道府県知事は、都道府県、保健所を設置する市又は特別区（以下「都道府県等」という。）並びに市町村に対し、前項の決定をおこなうに際し、その者の入院措置の解除後の医療または福祉について必要な勧告をすることができる。

＊提言Ⅲ①、⑤

第44条の14（入院措置の解除の申請）

25条通報措置入院者を入院させている精神病院の管理者は、指定医による診察の結果、措置入院者が、入院を継続しなくてもその精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがないと認められるに至つたときは、直ちに、その旨、その者の症状その他厚生労働省令で定める事項を添えて、最寄りの保健所長を経て都道府県知事に入院措置の解除の申立をしなければならない。

２　都道府県知事は、前項の申立があった時は、直ちに、措置入院審査会に前条の規定による入院措置の解除の審査を行わせなければならない。

＊提言Ⅲ①

＊提言では主治医の申し出となっているが、病院の管理者とする方が適切と思われる。

＊第１項中「指定病院」を削除した。

第３節　通院医療及び社会復帰

第44条の15（相談指導、関係機関の協力等）

都道府県知事は、第44条の10第１項の規定により入院措置を不要とした者、第44条の13第１項の規定により入院措置を解除した者、第44条の17第５項または第44条の19第５項の規定により退院をさせた者及び第44条の20第１項の規定により仮退院を許可した者（以下「25条通報措置入院退院者等」という。）について、必要に応じて、第48条第１項に規定する精神保健福祉相談員その他の職員又は都道府県知事若しくは保健所を設置する市若しくは特別区の長（以下「都道府県知事等」という。）が指定した医師をして、その者の医療及び保護の継続並びに福祉に関し、その者及びその家族等からの相談に応じさせ、及びこれらの者を指導させなければならない。

２　都道府県等は、25条通報措置入院退院者等に対して、その医療及び保護を継続するため、必要に応じて、その者の状態に応じた適切な医療施設を紹介し、治療の中断を生じないように努めなければならない。

３　都道府県等は、25条通報措置入院退院者等の医療及び保護を継続するために、その者の診療を行った精神病院または精神科診療所、精神保健福祉センター、保健所及び警察署その他関係行政機関が連携を図るよう調整を行うとともに、必要に応じてこれらの関係機関に対する協力を要請するものとする。

４　第47条第３項の規定は25条通報措置入院退院者等の福祉に関する相談及び指導を行う場合に準用する。

５　市町村（保健所を設置する市及び特別区を除く。）は、第１項及び第２項の規定により都道府県が行う25条通報措置入院退院者等に関する事務に必要な協力をするとともに、必要に応じて、その医療及び保護の継続並びに福祉に関し、その者及びその家族等からの相談に応じ、及びこれらの者を指導するように努めなければならない。

＊提言

＊第44条の10第１項の規定により入院措置（25条通報措置入院）を不要とした者、第44条の13第１項の規定により入院措置を解除した者（25条措置入院解除者）、第44条の17第５項（定期病状報告による退院命令）または第44条の19第５項の規定（退院請求による退院請求）により退院をさせた者及び第44条の20第１項の規定（仮退院許可）により仮退院を許可した者を「25条通報措置入院退院者等」として、これらの者の、治療継続を確保するための規定。

＊一般の精神科医療では通院医療費公費負担制度（32条）があるが、25条通報措置入院退院者等についてはどのような費用負担原則に立つべきか。

第44条の16（施設及び事業の利用）

都道府県及び市町村は、25条措置入院退院者等が、第6章第3節に定める施設及び事業を利用しようとするに当たって、差別を受けることのないよう必要な助言を行なわなければならない。

＊施設及び事業の利用については、49条に規定があり、25条措置入院退院者等もその適用を受けうるが、差別的取り扱いをされる危険性があるのであえて規定した。

第4節　25条措置入院者の処遇改善、退院請求等

第44条の17（25条通報措置入院者の定期の報告等による審査）

都道府県知事は、第38条の2第3項の規定による報告があつたときは、当該報告に係る入院中の者の症状その他厚生労働省令で定める事項を措置入院審査会に通知し、当該入院中の者についてその入院の必要があるかどうかに関し審査を求めなければならない。

2　措置入院審査会は、前項の規定により審査を求められたときは、当該審査に係る入院中の者についてその入院の必要があるかどうかに関し審査を行い、その結果を都道府県知事に通知しなければならない。

3　都道府県知事は、都道府県、保健所を設置する市又は特別区（以下「都道府県等」という。）並びに市町村に対し、前項の審査において入院措置の解除を相当とするとの決定を行う場合には、その者の入院措置の解除後の医療または福祉について必要な勧告をすることができる。

4　措置入院審査会は、第2項の審査をするに当たつて必要があると認めるときは、当該審査に係る入院中の者に対して意見を求め、若しくはその者の同意を得て指定医委員に診察させ、又はその者が入院している精神病院の管理者その他関係者に対して報告若しくは意見を求め、診療録その他の帳簿書類の提出を命じ、若しくは出頭を命じて審問することができる。

5　都道府県知事は、第二項の規定により通知された措置入院審査会の審査の結果に基づき、その入院が必要でないと認められた者を退院させなければならない。

＊定期病状報告による審査、退院請求、処遇改善請求の審査は、精神医療審査会と同一なので、条文状は「精神医療審査会とあるのを措置入院審査会と読み替える」とするのでも十分とも考えられるが、内容を明確にするために、条文化してみた。

＊38条の2第3項（改正加入）は次のとおり。

第38条の2（定期の報告）

措置入院者を入院させている精神病院又は指定病院の管理者は、措置入院者の症状その

他厚生労働省令で定める事項（以下この項において「報告事項」という。）を、厚生労働省令で定めるところにより、定期に、最寄りの保健所長を経て都道府県知事に報告しなければならない。この場合においては、報告事項のうち厚生労働省令で定める事項については、指定医による診察の結果に基づくものでなければならない。

2　前項の規定は、医療保護入院者を入院させている精神病院の管理者について準用する。この場合において、同項中「措置入院者」とあるのは、「医療保護入院者」と読み替えるものとする。

3　第１項の規定は、25条通報措置入院者を入院させている精神病院の管理者について準用する。この場合において、同項中「措置入院者」とあるのは「25条通報措置入院者」と読み替えるものとする。

第44条の18（25条通報措置入院者の退院等の請求）

25条通報措置入院者及びその保護者は、厚生労働省令で定めるところにより、都道府県知事に対し、当該入院中の者を退院させ、又はその者の処遇の改善のために必要な措置を採ることを命じることを求めることができる。

第44条の19（25条通報措置入院者の退院等の請求による審査）

都道府県知事は、前条の規定による請求を受けたときは、当該請求の内容を措置入院審査会に通知し、当該請求に係る入院中の者について、その入院の必要があるかどうか、又はその処遇が適当であるかどうかに関し審査を求めなければならない。

2　措置入院審査会は、前項の規定により審査を求められたときは、当該審査に係る者について、その入院の必要があるかどうか、又はその処遇が適当であるかどうかに関し審査を行い、その結果を都道府県知事に通知しなければならない。

3　措置入院審査会は、前項の審査をするに当たつては、当該審査に係る前条の規定による請求をした者及び当該審査に係る入院中の者が入院している精神病院の管理者の意見を聴かなければならない。ただし、措置入院審査会がこれらの者の意見を聴く必要がないと特に認めたときは、この限りでない。

4　措置入院審査会は、前項に定めるもののほか、第二項の審査をするに当たつて必要があると認めるときは、当該審査に係る入院中の者の同意を得て指定医委員に診察させ、又はその者が入院している精神病院の管理者その他関係者に対して報告を求め、診療録その他の帳簿書類の提出を命じ、若しくは出頭を命じて審問することができる。

5　都道府県知事は、第二項の規定により通知された措置入院審査会の審査の結果に基づき、その入院が必要でないと認められた者を退院させ、又はその者の処遇の改善のために必要な措置を採ることを命じなければならない。

6　都道府県知事は、前条の規定による請求をした者に対し、当該請求に係る措置入院

審査会の審査の結果及びこれに基づき採つた措置を通知しなければならない。

第44条の20（25条通報措置入院者の仮退院）
第29条の８第１項に規定する精神病院又は指定病院の管理者は、指定医による診察の結果、25条通報措置入院者の症状に照らしその者を一時退院させて経過を見ることが適当であると認めるときは、都道府県知事の許可を得て、六月を超えない期間を限り仮に退院させることができる。
２　都道府県知事は、前項の許可を決するにつき、措置入院審査会に仮退院の許否を審査させなければならない。
３　都道府県知事は、措置入院審査会の勧告に基づき、前項の規定による審査の結果仮退院の許可を相当とする場合、当該仮退院をする者及び都道府県等並びに市町村に対し、その者の仮退院中の医療及び福祉のために必要な勧告を行うことができる。
４　都道府県知事は、第１項の規定により仮退院をした者の症状に照らし、その者を一時退院させて経過を診ることが適当でないと認めるに至ったときは、その仮退院の許可を取り消すことができる。
５　都道府県知事は、仮退院の許可を取り消すにつき、措置入院審査会にその許否の審査をさせなければならない。

＊提言Ⅳ
＊提言では主治医の申し出で仮退院の審査を行うことになっているが、仮退院審査の申し出については特に規定しなかった。

関連規定の改正部分

第14条（精神医療審査会における審査の案件の取扱い）
精神医療審査会は、精神障害者の医療に関し学識経験を有する者のうちから任命された委員三人、法律に関し学識経験を有する者のうちから任命された委員２人（うち一名は弁護士の資格を有する者であることを要する。）及びその他の学識経験を有する者のうちから任命された委員一人をもつて構成する合議体で、審査の案件を取り扱う。
２　合議体を構成する委員は、精神医療審査会がこれを定める。

＊提言Ⅷ①、法律委員のうち一名を弁護士とする。

第27条（申請等に基づき行われる指定医の診察等）
都道府県知事は、第23条、第24条及び第25条の２ないし第26条の２の規定による申請、通報又は届出のあつた者について調査の上必要があると認めるときは、その指定する指定医を

して診察をさせなければならない。

2　都道府県知事は、入院させなければ精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがあることが明らかである者については、第二十三条から前条までの規定による申請、通報又は届出がない場合においても、その指定する指定医をして診察をさせることができる。

3　都道府県知事は、前二項の規定により診察をさせる場合には、当該職員を立ち会わせなければならない。

4　指定医及び前項の当該職員は、前三項の職務を行うに当たつて必要な限度においてその者の居住する場所へ立ち入ることができる。

5　前項の規定によつてその者の居住する場所へ立ち入る場合には、指定医及び当該職員は、その身分を示す証票を携帯し、関係人の請求があるときはこれを提示しなければならない。

6　第四項の立入りの権限は、犯罪捜査のために認められたものと解釈してはならない。

＊現行法27条は、23条ないし26条の２をすべて受ける形になっているが、その内25条だけは別ルートとする。

第29条の６（入院措置の場合の診療方針及び医療に要する費用の額）

第29条第１項及び第29条の２第１項、第44条の10第１項の規定により入院する者について国若しくは都道府県の設置した精神病院又は指定病院が行なう医療に関する診療方針及びその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療養に要する費用の額の算定方法の例による。

2　前項に規定する診療方針及び療養に要する費用の額の算定方法の例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。

第29条の７（社会保険診療報酬支払基金への事務の委託）

都道府県は、第29条第１項及び第29条の２第１項、第44条の10第１項の規定により入院する者について国若しくは都道府県の設置した精神病院又は指定病院が行なつた医療が前条に規定する診療方針に適合するかどうかについての審査及びその医療に要する費用の額の算定並びに国又は指定病院の設置者に対する診療報酬の支払に関する事務を社会保険診療報酬支払基金に委託することができる。

第30条（費用の負担）

第29条第１項及び第29条の２第１項、第44条の10第１項の規定により都道府県知事が入院させた精神障害者の入院に要する費用は、都道府県が負担する。

2　国は、都道府県が前項の規定により負担する費用を支弁したときは、政令の定めるとこ

ろにより、その四分の三を負担する。

第30条の２（他の法律による医療に関する給付との調整）

前条第１項の規定により費用の負担を受ける精神障害者が、健康保険法（大正十一年法律第七十号）、国民健康保険法（昭和三十三年法律第百九十二号）、船員保険法（昭和十四年法律第七十三号）、労働者災害補償保険法（昭和二十二年法律第五十号）、国家公務員共済組合法（昭和三十三年法律第百二十八号。他の法律において準用し、又は例による場合を含む。）、地方公務員等共済組合法（昭和三十七年法律第百五十二号）、老人保健法（昭和五十七年法律第八十号）又は介護保険法（平成九年法律第百二十三号）の規定により医療に関する給付を受けることができる者であるときは、都道府県は、その限度において、同項の規定による負担をすることを要しない。

＊これが、平成７年に改正された保険優先原則を定めた規定である。平成７年以前は、30条で全額公費負担とし、31条で本人等の所得額に応じて費用を負担させる場合に、その部分に医療保険制度を適用していたが、平成７年の改正で、医療保険制度を全体について適用し、本人等に費用を負担させる場合には、医療保険の自己負担部分を公費負担することに改めたものである。

日弁連の提案として、公費負担優先原則に戻すのであれば、本条を削除すべきことになるが、本人等に費用の負担をさせないという結果が得られればよいのであれば、むしろ、31条の費用徴収規定に25条通報措置入院者を含めないことにすれば足りることになる（本人が払うべき保険自己負担部分を常に公費で賄う扱いになる）。

第31条（費用の徴収）

都道府県知事は、第29条第１項及び第29条の２第１項の規定により入院させた精神障害者又はその扶養義務者が入院に要する費用を負担することができると認めたときは、その費用の全部又は一部を徴収することができる。

＊提言Ⅵ②、措置入院、緊急措置入院者は所得によって医療費の自己負担部分を負担する場合があるが、25条通報措置入院者については、本人等には非余を負担させない趣旨で、44条の10第１項を加入していない。

第38条の２（定期の報告）

措置入院者を入院させている精神病院又は指定病院の管理者は、措置入院者の症状その他厚生労働省令で定める事項（以下この項において「報告事項」という。）を、厚生労働省令で定めるところにより、定期に、最寄りの保健所長を経て都道府県知事に報告しなければならない。この場合においては、報告事項のうち厚生労働省令で定める事項については、指定

医による診察の結果に基づくものでなければならない。
2　前項の規定は、医療保護入院者を入院させている精神病院の管理者について準用する。この場合において、同項中「措置入院者」とあるのは、「医療保護入院者」と読み替えるものとする。
3　第１項の規定は、25条通報措置入院者を入院させている精神病院の管理者について準用する。この場合において、同項中「措置入院者」とあるのは「25条通報措置入院者」と読み替えるものとする。

＊25条通報措置入院者の定期病状報告は措置入院審査会で審査されるが（44条の17）、報告についての規定は、38条の２に一括して書き込んだ。

第38条の３（定期の報告等による審査）
都道府県知事は、前条第１項及び第２項の規定による報告又は第三十三条第四項の規定による届出（同条第一項の規定による措置に係るものに限る。）があつたときは、当該報告又は届出に係る入院中の者の症状その他厚生労働省令で定める事項を精神医療審査会に通知し、当該入院中の者についてその入院の必要があるかどうかに関し審査を求めなければならない。
2　精神医療審査会は、前項の規定により審査を求められたときは、当該審査に係る入院中の者についてその入院の必要があるかどうかに関し審査を行い、その結果を都道府県知事に通知しなければならない。
3　精神医療審査会は、前項の審査をするに当たつて必要があると認めるときは、当該審査に係る入院中の者に対して意見を求め、若しくはその者の同意を得て委員（指定医である者に限る。第三十八条の五第四項において同じ。）に診察させ、又はその者が入院している精神病院の管理者その他関係者に対して報告若しくは意見を求め、診療録その他の帳簿書類の提出を命じ、若しくは出頭を命じて審問することができる。
4　都道府県知事は、第二項の規定により通知された精神医療審査会の審査の結果に基づき、その入院が必要でないと認められた者を退院させ、又は精神病院の管理者に対しその者を退院させることを命じなければならない。

＊25条通報措置入院者は措置入院審査会に一括するため、精神医療審査会の審査対象から外している。

第38条の４（退院等の請求）
精神病院に入院中の者又はその保護者（25条通報措置入院者及びその保護者を除く）は、厚生労働省令で定めるところにより、都道府県知事に対し、当該入院中の者を退院させ、又は精神病院の管理者に対し、その者を退院させることを命じ、若しくはその者の処遇の改善のために必要な措置を採ることを命じることを求めることができる。

＊25条通報措置入院者は措置入院審査会に一括するため、精神医療審査会の審査対象から外している。

第38条の６（報告徴収等）

厚生労働大臣又は都道府県知事は、必要があると認めるときは、精神病院の管理者に対し、当該精神病院に入院中の者の症状若しくは処遇に関し、報告を求め、若しくは診療録その他の帳簿書類の提出若しくは提示を命じ、当該職員若しくはその指定する指定医に、精神病院に立ち入り、これらの事項に関し、診療録その他の帳簿書類を検査させ、若しくは当該精神病院に入院中の者その他の関係者に質問させ、又はその指定する指定医に、精神病院に立ち入り、当該精神病院に入院中の者を診察させることができる。

２　厚生労働大臣又は都道府県知事は、必要があると認めるときは、精神病院の管理者、精神病院に入院中の者又は第三十三条第一項若しくは第二項の規定による入院について同意をした者に対し、この法律による入院に必要な手続に関し、報告を求め、又は帳簿書類の提出若しくは提示を命じることができる。

３　第二十七条第五項及び第六項の規定は、第一項の規定による立入検査、質問又は診察について準用する。

第38条の７（改善命令等）

厚生労働大臣又は都道府県知事は、精神病院に入院中の者の処遇が第三十六条の規定に違反していると認めるとき又は第三十七条第一項の基準に適合していないと認めるときその他精神病院に入院中の者の処遇が著しく適当でないと認めるときは、当該精神病院の管理者に対し、措置を講ずべき事項及び期限を示して、処遇を確保するための改善計画の提出を求め、若しくは提出された改善計画の変更を命じ、又はその処遇の改善のために必要な措置を採ることを命ずることができる。

２　厚生労働大臣又は都道府県知事は、必要があると認めるときは、第二十二条の四第三項の規定により入院している者又は第三十三条第一項若しくは第二項若しくは第三十三条の四第一項の規定により入院した者について、その指定する二人以上の指定医に診察させ、各指定医の診察の結果がその入院を継続する必要があることに一致しない場合又はこれらの者の入院がこの法律若しくはこの法律に基づく命令に違反して行われた場合には、これらの者が入院している精神病院の管理者に対し、その者を退院させることを命ずることができる。

３　厚生労働大臣又は都道府県知事は、精神病院の管理者が前二項の規定による命令に従わないときは、当該精神病院の管理者に対し、期間を定めて第二十二条の四第一項、第三十三条第一項及び第二項並びに第三十三条の四第一項の規定による精神障害者の入院に係る医療の提供の全部又は一部を制限することを命ずることができる。

精神科医療に関する基礎資料

精神保健に関する基礎資料

1. **精神障害者数**（1999 年患者調査からの推定）

1999 年の推計 ： 204 万人（このうち 34 万人が入院患者）

（統合失調症　67 万人、このうち 21 万人が入院）

2. **精神科医療機関数と病床数**（2000. 6 精神保健福祉課調、 *2001 医療施設動態報告）

○ 全病院数 9, 239 病院*

○ 精神病床を有する病院 1, 667 病院

単科精神病院	1, 079
80%以上精神病床の病院	389
精神病床を有する総合病院	199

○ 一施設当たり病床数*

一般病院　170 床、精神病院 244 床

○全病床に対する精神病床の割合 ： 21. 6%　*

全病床数　　165 万床（診療所病床を除く）

精神病床数　35. 7 万床（一般病院の精神病床を含む）

○人口 1 万対精神病床　28. 1 *

○精神科診療所数　3, 198（1996 年）　日精診会員数 1, 068（2001）

3. **精神病床の配置の歪み**

A. 都道府県によって異なる病床数と平均在院日数

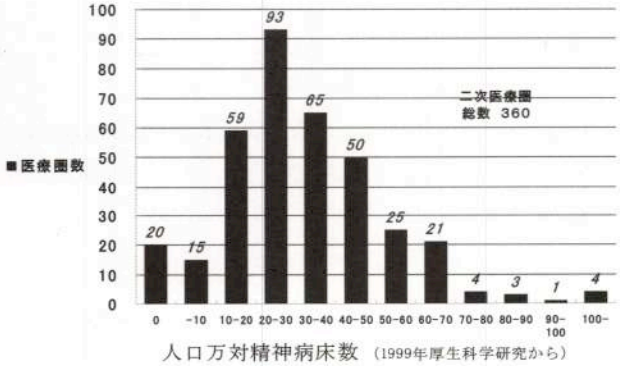
精神病床数の地域差（2001 年）　全国平均 28. 1 床／人口 1 万

病床の多い地域：　鹿児島（56.7 床）、長崎（56.0 床）、徳島（54.0 床）
病床の少い地域：　神奈川（16.7 床）、滋賀（17.8 床）、埼玉（18.2 床）

平均在院日数の地域差（2001 年）　全国平均 374 日

比較的短期入院の地域：　東京 262 日、長野県 270 日、岡山県 276 日
極めて長期入院の地域：　徳島 659 日・鹿児島 603 日、茨城県 523 日

B. 二次医療圏によって著しく異なる精神病床配置数



人口万対精神病床数（1999年厚生科学研究から）

4. 一般病院（総合病院）精神科の不足と偏在（1998 厚生省編集病院要覧）

○精神病床を有する病院に対する精神科有床般病院の割合：14.5%（242/1662 病院）
○総精神病床数に対する一般（総合）病院精神病床　：4.9%（17,034 床/347,166 床）
○一般病院が精神科を持つ割合　総合病院の中に精神病床あり　242 病院（22.6%）
精神科外来のみ　256 病院（23.9%）
どちらもなし　575 病院（53.6%）
計　1,073 病院（100%）

○二次医療圏の総合病院に
（1996 年の総合病院精神医学会調査）

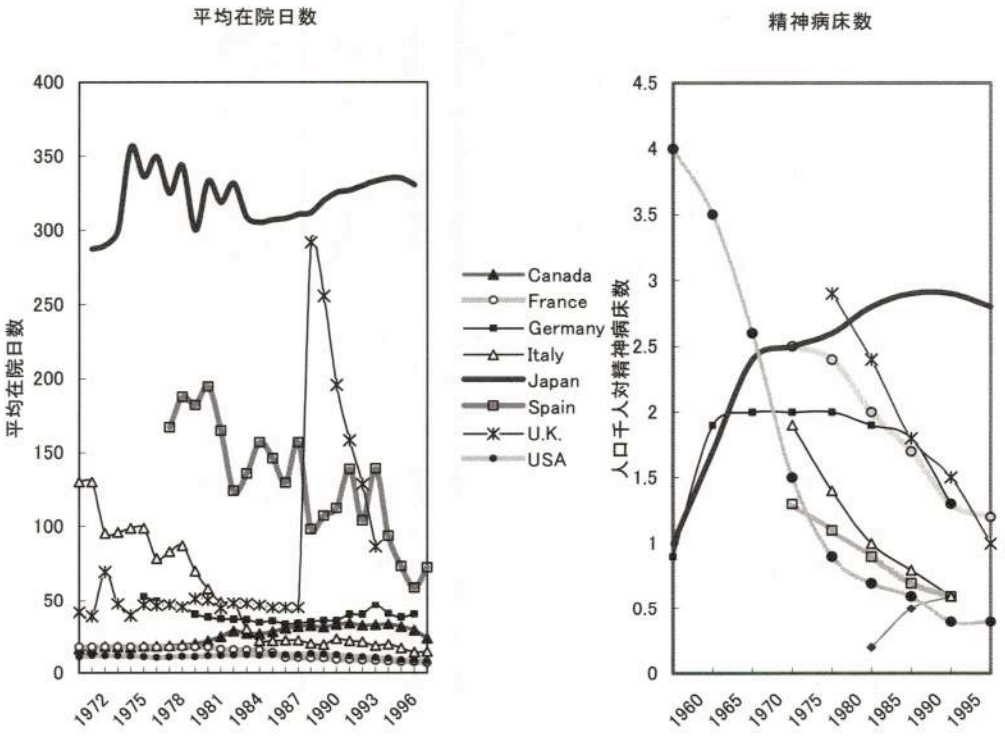
精神病床あり　149 医療圏（44%）
精神科外来のみ　65 医療圏（19%）
精神科なし　128 医療圏（37%）
計　342 医療圏（100%）

5. 欧米諸国における精神科医療の場（人口１万対資源）

	計	精神病院	一般病院**	その他
日　本	28.4	20.6	7.8	
米　国	9.5	3.5	2.0	4.0
カナダ	19.3	9.1	5.1	5.2
イタリア	1.7	0.0	0.8	0.9
オーストラリア	4.1	1.8	1.5	0.7
フランス	12.1	7.7	2.3	2.2

**日本の一般病院には、80%以上が精神病床の精神病院を含む
出典　WHO：Atlas, country profiles on mental health resources,2001

6. 外国と比較した平均在院日数と精神病床



人口対精神病床数と平均在院日数（OECD,1996）

精神病床数/1万		平均在院日数	
日 本	29床	日　本	330.7日
英 国	11	英　国	86.4*
米 国	4	米　国	8.5
ドイツ	11	ドイツ	40.2
カナダ	4	カナダ	29.2
フランス	13	フランス	7.3
スウェーデン	8	スウェーデン	28.2

*1993年

7. 精神病院における社会的入院患者

○厚生省調査(1983)　退院可能・条件が整えば退院可能　３０．４％

○日本精神神経学会(1989)　社会的理由による２年以上の入院者　３３．１％

○日本精神病院協会(1989)　寛解・院内寛解　１２．９％

○全国精神障害者家族連合会(1995)

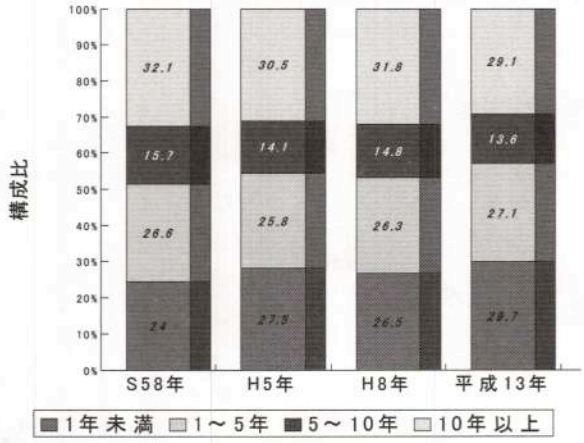
社会資源が整備されれば退院可能な１年以上の入院者　３９．７％

○日本精神神経学会(1999)

条件が整えば６ヶ月以内に退院可能な２年以上の入院者　３２．５％

○文部省科学研究（1999）　入院１年以上の患者のうち退院可能群　５０．５％

入院患者の在院期間の推移



- *5年以上入院患者 146,323人/333,003人=43.9%（2001年）*
- *20年以上を見ると、50,601人/333,003人=15.2%（2001年）*

仮に10万人が退院したとしても、欧米諸国に比べて人口万対精神病床はなお相当高いので、さらに病床が減らせると考えられる。

この10年以上、精神病床はほとんど減らず、長期入院患者の滞留の改善もなかった。1996年からの「障害者プラン－ノーマライゼーション7カ年戦略－」が地域精神医療の推進に結びつかず、精神病床の減少をもたらすことはなかった

8. 他の診療科と比較した精神科医療の水準

一般病院と精神病院の比較

項　　目	一般病院	精神病院
国・自治体立*	27.5 %**	9.6 %**
医師／100 床	11.5 名	2.9 名
看・准看護師／100 床	48.5 名	29.6 名
平均在院日数*	27.2 日	376.5 日
病床利用率*	82.0 %	93.1 %
外来数／入院患者数	152 %	18 %

2001 年医療施設調査／病院報告　*は精神病床

一般病院と精神病院の従業員の比較

職　種	一般病院	精神病院
医師・歯科医	12.1	2.9
薬剤師	2.7	1.2
看護職員	49.9	29.6
看護補助職員	13.3	10.0
医療技術員	12.6	4.8
事務職員	10.2	3.4
その他	7.0	5.7
総数	107.6	57.6

（100 床当たり職員数　2000.10 病院報告）

設立基盤ごとの 100 床当たり従事者数　（2000.6 精神保健福祉課調べ）

	医師		看護職員			ケースワーカー		作業療法士	心理技術者
	医師	指定医（再掲）	正看	准看	看護補助者		ＰＳＷ（再掲）		
大学病院	27.4	13.8	38.0	3.8	2.8	0.9	0.4	1.2	1.3
国立	4.8	2.8	29.1	7.4	4.1	0.5	0.3	1.1	0.6
都道府県立	3.8	2.7	33.5	7.0	2.0	1.0	0.6	1.1	0.8
指定病院	2.3	1.5	13.7	15.2	9.7	1.1	0.5	0.9	0.4
非指定病院	2.2	1.3	11.1	14.2	11.8	0.9	0.4	0.6	0.3
合計	2.7	1.7	14.7	14.3	9.6	1.1	0.5	0.9	0.4

なお、欧米諸国と比較すると一般病床でさえ病床あたり医師数、看護師数は極めて少ない（米、英、仏、独では 100 床あたり医師数は日本の 3～5 倍、看護婦は 1.5 倍～5 倍である）。したがってさらに低い精神科では比較にもならない。

9. 精神病院の医療法遵守率（1999 年　医療法 29 条による立入検査結果）

医師充足率　77.1 %
看護婦遵守率　96.8 %
薬剤師充足率　81.1 %
病室定員の遵守　84.9 %
定期健康診断　85.6 %

10. 地域によって異なる強制入院患者の割合（2000.6　精神保健福祉課調査）

	措置入院	医療保護	任意入院	その他
全国平均	1.0%	31.6%	66.3%	1.1%
多い県と市	滋賀県 2.8 広島市 2.5 岐阜県 2.3 栃木県 2.0 佐賀県 2.0	奈良県 60.4 横浜市 52.5 千葉市 52.0 新潟県 49.8 山口県 46.4	大阪市 87.1 香川県 82.6 岩手県 78.2 北海道 77.7 沖縄県 74.8	島根県 5.2 札幌市 4.6 愛知県 3.0 福岡県 2.8 兵庫県 2.8
少ない県と市	大阪市 0.0 香川県 0.1 仙台市 0.1 宮崎県 0.2 京都市 0.3	大阪市 12.5 香川県 17.3 北海道 19.6 岩手県 20.6 青森県 21.0	奈良県 39.0 千葉市 46.4 横浜市 46.5 新潟県 49.7 山口県 52.2	秋田県その他 23 県市は 0％

11. **措置入院の運用の恣意性と地域格差**（2000.6　精神保健福祉課調査）

○ 新規措置入院率が地域によって大きな格差がある。

滋賀県 2.8%, 広島市 2.5%　に対して　香川県・仙台市は 0.1%

○ 20 年以上の長期措置入院患者 839 人　全措置入院患者の 25.8%（839 人/3247 人）

○ 措置入院期間が地域によって大きく異なる。

在院５年以上の措置入院者比率　（2000.6　精神保健福祉課調査）

全国平均	43.1%
高い県市	福井 84.2,群馬 76.7,兵庫 75.3,三重 72.0,山口 72.0
低い県市	仙台市・千葉市・大阪市０，神奈川 4.8，東京都 5.2

（福井県と神奈川県では 17.5 倍の格差）

12. **隔離・拘束されている患者数**

○ 隔離・拘束されている患者　全入院患者の 4.1%以上（推定）約 13,000 人

○ このうち保護室利用者数 7,161 名（被拘束患者の一部を含む）

（厚生科学研究「行動制限の最小化に関する研究」での 2000.6 調査）

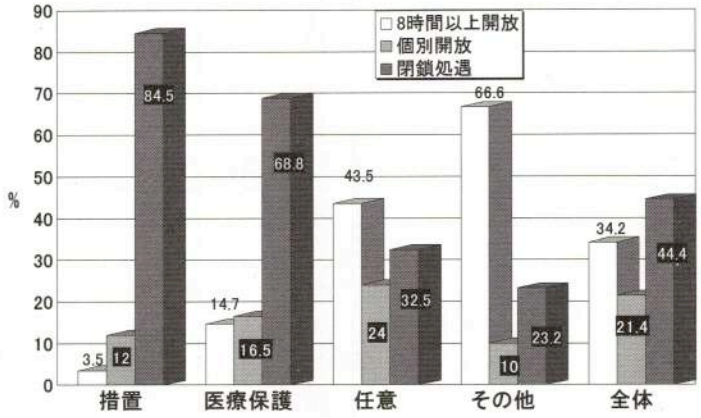
13. **開放処遇の実態と地域差**

入院形態別開放率（2000.6　精神保健福祉課調査）

	8 時間以上開放	閉鎖病棟で個別開放	終日閉鎖
措置入院	3.5%	12.0%	84.5%
医療保護入院	14.7	16.5	68.8
任意入院	43.5	24.0	32.5
その他	66.6	10.0	23.2
計	34.2	21.4	44.4

任意入院の 56.5% 閉鎖病棟

入院形態別開放率(2000.6.30)



開放処遇の割合の地域差　　(2000.6　精神保健福祉課調査)

全国平均	55.6％
高い県市	大阪市 99.1, 福井 77.8, 香川 74.0, 鳥取 73.3, 仙台市 72.1
低い県市	兵庫 35.2, 名古屋市 35.9, 大分 38.3, 福岡市 39.5, 奈良 40.2

(福井県と兵庫県では 2.2 倍の格差)

14. 精神医療審査会の機能の未成熟

(平成 13 年度厚生科学研究「人権擁護のための精神医療審査会の活性化に関する研究」)

○ 合議体数の不足（迅速な審査が行われていない）

○ 委員構成が医療委員に偏り、公平性に問題がある。

○ 退院請求･処遇改善請求の低さと地域格差がある。

年間請求件数　　：福岡県 100 件　　福井県 3 件
審査件数／在院患者数：京都府 37.1 件　　茨城県 1.5 件

○ 任意入院患者に対する人権擁護機能が不十分。

15. 精神科救急体制の未整備 (平成 9 年度厚生科学研究「精神科救急に関する研究」などから)

1) 精神保健指定医の確保が困難
2) 受け入れ医療機関確保の困難、偏在
3) 病床利用率が高く空床･個室確保の困難
4) 医師・看護婦･ＰＳＷ等を夜間に配置できない
5) 身体合併症患者の治療体制が未整備

○重症合併症患者　4,000 人(併設精神病床 20,000 床の最大 1/5 と推定)。

○厚生科学研究 1997 によると年間 20000 件発生して、平均 60 日間の専門的治療が必要である。これで推定すると 20000＊60/365=3300 人となる

6) 夜間搬送体制の不備
7) 国・自治体による助成額が低い
8) 精神科救急情報センターの未整備

16. 低い精神科医療費

精神科の一日当たり入院医療費は、一般病床の１／２から２／３にすぎない。

（たとえば、医療法人で比較すると、一般病床 19,111 円、精神病床 11,474 円/1 床（1999 年）だが、総合病院の一般科と精神科を比較するとその差は 3 倍を超えると言われている。）

国民医療費と精神科医療費（資料：国民医療費）

	1989	1990	1992	1994	1996	1999
国民医療費	19.73 兆	20.61 兆	23.48 兆	25.79 兆	28.52 兆	30.94 兆
精神医療費 (%)	1.21 兆 (7.0)	1.23 兆 (5.9)	1.35 兆 (5.8)	1.48 兆 (5.7)	1.47 兆 (5.1)	1.62 兆 (5.2)
内入院医療費 (%)		1.06 兆 (86.2)	1.13 兆 (83.7)	1.21 兆 (81.8)	1.15 兆 (78.2)	1.25 兆 (76.8)
内外来医療費		1161 億	2272 億	2705 億	3191 億	3769 億

先進諸国の医療費の対ＧＤＰ比（%）（1997）

米国	ドイツ	仏国	スイス	カナダ	ｵﾗﾝﾀﾞ	日本	英国
13.9	10.7	9.6	10.0.	9.2	8.5	7.2	6.8

17. 立ち遅れた社会復帰施策

社会復帰施設運営費予算か所数の推移

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002 目標
生活訓練施設	62	83	99	132	155	176	206	231	300
福祉ホーム	73	80	88	102	102	114	129	154	300
通所授産施設	61	76	93	116	121	143	172	190	300
入所授産施設	4	7	14	24	26	26	29	29	100
福祉工場	1	1	3	9	9	12	13	13	59
地域生活支援ｾﾝﾀｰ	0	0	47	94	115	145	195	235	650
グループホーム	150	220	430	540	576	662	795	858	920
計	351	467	774	1017	1104	1278	1539	1710	2629

市区町村障害者計画策定状況（14.3.31 現在、14.9 内閣府公表）

		総 数	市 区	町 村
対 象 数		3,234	683	2,551
策 定 済 み		2,706 (83.7%)	661 (96.8%)	2,045 (80.2%)
	内、数値目標を含む	980 (36.2)	362 (54.8)	618 (30.2)
	内、精神障害を含む	2,413 (89.2)	630 (95.3)	1,783 (87.2)

障害者基本法第７条２第２項及び第３項による

心神喪失者等『医療』観察法案（修正案）に対する疑問

2003年４月

発　行：日本弁護士連合会
〒100-0013　東京都千代田区霞が関１－１－３
TEL　03-3580-9841㈹　FAX　03-3580-2866

印　刷：第一資料印刷株式会社
〒162-0818　東京都新宿区築地町８番地７
TEL　03-3267-8211　　FAX　03-3267-8222