

〔実務ノート〕

医療観察法雑感

竹 村 眞 史

第 1 はじめに

- 1 医療観察法（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に関する法律）は、池田小事件を契機に平成 15 年 7 月 16 日に一気に成立された法律で、施行が平成 17 年 7 月 15 日と 2 年ほど遅れたことは拙稿⁽¹⁾でも紹介させていただいた。
- 2 ところで、同法では、弁護士は付添人として活動することが予定されている。

筆者は、平成 17 年 7 月の同法施行当時から付添人活動をしてきているが、これまで扱った事件や経験から、この法律自体、また、その運用について思うところがあり、筆をとった次第である。

第 2 指定入院医療機関と指定通院医療機関の整備状況⁽²⁾

- 1 既にご案内のとおり、医療観察法では、対象者についてその必要ありと判断された場合には入院または通院決定が出されて強制的に治療を行う。そして治療効果があれば社会に復帰してもらうという制度設計がなされている。

そのための指定入通院医療機関が多数存在する（令和 2 年 4 月 1 日

(1) 拙稿「心神喪失者等医療観察について」成蹊法学第 69・70 合併号 148 頁

(2) 厚生労働省ホームページ参照

現在で指定入院医療機関は全国で33ヶ所833床（予備病床も含む）（以下同）、指定通院医療機関は全国で3,736ヶ所ある。）が、地域的なバラツキがある。

- 2 (1) 指定入院医療機関は、北海道、青森県、秋田県、宮城県、福島県、岐阜県、石川県、福井県、京都府、兵庫県、和歌山県、香川県、徳島県、愛媛県、高知県、福岡県、大分県、宮崎県には今のところない（北海道、福島県及び京都府には整備計画ないし予定あり。）。⁽³⁾

そういった指定入院医療機関のない地区で事件を起こした場合（対象行為を行った場合）に申立てがなされて入院決定が出されると、他県の指定入院医療機関へ入院となり、かえって社会復帰の促進に資さないケースも出てくる。

対象者の社会復帰との観点からも全国的な整備が求められるといわれる所以である。

- (2) 他方、東京都には2つの指定入院医療機関があり、病床数は合計で99ある。神奈川県も病床数は多く、こちらも2つの指定入院医療機関があって病床数は合計で83である。

少ないところだと、いずれも指定入院医療機関は1つで、山形県では5床、島根県の8床、山口県の8床とかなりの違いがある。

これは、これまでの精神障害者の起こした事件の統計に基づく差ともいわれているようであるが、実際は、建設地域との関係もあって病床数の確保自体が難しいということもあると聴聞している。悩ましいところである。

- (3) 指定入院医療機関の設置に関しては、従前の精神病院に併設（もともとある病棟を改装する場合も含む。）する場合でも地元の理解を得るのに苦労したとのことであるが、全くの新設の場合はなお大変であったとのことである。

これは基本的に精神障害に対する偏見が大きく、それを払拭できていないことに起因しているといえよう。

全くの新設のあるケースでは、地元で大きな反対運動が起き、立て看板まで建てられ、何度も反対集会が開かれ、その都度説明に伺

(3) 厚生労働省ホームページ参照

い、理解を求めたという。それだけ偏見がすごいという例である。

ちなみに、この施設は何とか建設に至り、現在、指定入院医療機関として稼働している。

- (4) その一方で、概して指定入院医療機関は交通の便の悪い所にある。

同機関では対象者の社会復帰に向けて種々の会議が行われるが、そこに対象者の保護者も参加することが予定され、要請されることもままある。

ただ、保護者の交通費は自己負担となるため、これが結果的に足を引っ張る場合も出てくる。費用の捻出ができないため、会議に参加できず、結果的に環境調整が遅れたり、うまく出来なくなってしまったりするからである。

対象者の社会復帰を目指すことからすれば、この場合の保護者の交通費の補償もほしいところである。地元外の指定入院医療機関に入院している場合などはなおさらである。これは離島がある地区にも当てはまる。

法的手当てがほしいところである（予算もだが。）。

- 3 (1) それに対し、指定通院医療機関はかなりの数が確保されているように思われる（全国で合計 3,736（令和2年4月1日現在。以下同。））⁽⁴⁾

しかし、それでも厚生労働省によればまだ指定通院医療機関は不足しており、偏在問題もあるという。

- (2) この指定通院医療機関には、病院、診療所のほか薬局、訪問看護もある。

病院や診療所が指定通院医療機関とされることについては了解されると思われるが、薬局、訪問看護はどうか。

薬局は、近時かかりつけ薬局が話題となっているが、そこで現在服薬中の薬をはじめ、過去の薬歴を踏まえてのアドバイス、服薬指導がなされる。他方、医療観察法の通院医療においては、通院中の対象者の服薬が肝となることから、薬局は十分に指定通院医療機

(4) 厚生労働省ホームページ参照

関足り得るといえよう。

訪問看護についても、そこでは服薬指導を含む看護指導がなされることとされていることから、同様に指定通院医療機関としての資格はあるといえよう。

- (3) ところで、この指定通院医療機関では、指定入院医療機関が同時に通院指定を受けている場合もあるが、通院指定がなかなかされ難いという実情がある。

指定入院医療機関の場合は、その施設（病棟）がダブルロックの入口や24時間監視体制が敷かれていること等により施設が地元社会といわば完全に隔離されているといえることから了解は得られても、通院となると話が違うというのである。

すなわち、通院の場合は対象行為を起こした対象者が普通に地元地域を行き交うことになることから、また何か事件を起こすのではないかとの反発が起り、地元の理解をなかなか得ることができなかったという。これこそ精神障害についての偏見のもたらす弊害の一つといえよう。

なかなか難しいであろうが、このような偏見が近い将来なくなってくれとうれしい。

- (4) 指定通院医療機関の数からみると、例えば、東京都だと指定入院医療機関の病床数は99であるのに対し、指定通院医療機関は合計で168である（令和2年4月1日現在。以下同。）。

神奈川県だと指定入院医療機関の病床数は83で、指定通院医療機関は合計で74である。

それに対し、岩手県では指定入院医療機関の病床数は33であるが、指定通院医療機関は合計で21しかない。

青森県には指定入院医療機関はないものの、指定通院医療機関は合計で165もある。

関東圏でも栃木県は指定入院医療機関の病床数は18だが、指定通院医療機関も合計で24と少ない印象である。

他の地方に目を向けると、愛知県は指定入院医療機関の病床数は33で、指定通院医療機関は合計48、三重県は指定入院医療機関の病床数は17で、指定通院医療機関は合計19である。

大阪府は指定入院医療機関の病床数は33に対し、指定通院医療

機関は合計で147。東京都、神奈川県と比べるとかなり多いとの印象となる。

奈良県は指定入院医療機関の病床数は33だが、指定通院医療機関は合計で25と少し少ない印象である。

鳥取県は指定入院医療機関の病床数は17で、指定通院医療機関は合計23、広島県は指定入院医療機関の病床数は33で、指定通院医療機関は合計27、岡山県は指定入院医療機関の病床数は33で、指定通院医療機関は合計16とかなり少ないが、山口県は指定入院医療機関の病床数は8で、指定通院医療機関は合計で28とかなり多い。

四国は指定入院医療機関はないものの、指定通院医療機関は香川県で合計で13、徳島県で合計14、愛媛県は合計19と少ないが、高知県は合計で99とかなり多い。

九州・沖縄地区でみると、佐賀県は指定入院医療機関の病床数は33で、指定通院医療機関は合計で25、福岡県は指定入院医療機関はないものの、指定通院医療機関は合計で68ある。

熊本県は指定入院医療機関の病床数は23だが、指定通院医療機関は合計で19しかない。

沖縄県は指定入院医療機関の病床数は33だが、指定通院医療機関は合計で29しかない。

- (5) 厚生労働省では、各都道府県で必要な指定通院医療機関の数を想定しているそうであるが、前述のように指定が取りづらい地域もあることのほか、指定入院医療機関に関する予算に比して指定通院医療機関のそれが低額であるため、通院指定をとらない医療機関があることが指摘されている。

厚生労働省はその格差をなくすために尽力しているが、予算の問題が絡むためなかなかその格差は縮まっていないようである。早期の予算手当の実現が望まれるところである。

- (6) このそれぞれの指定医療機関の数と当該地域の当初審判での入院決定、通院決定の出方に有意性はあるのか興味があるところではあるが、地方裁判所で全国的にデータをとっているのであればともかく、そこまでの情報に接していないため、今後の研究課題としたい。

第3 医療観察法の運用状況⁽⁵⁾

1 (1) この医療観察法は、平成17年7月15日の施行から平成30年12月31日までの間に、地方裁判所で4,816人に対して終局処理がなされている（厚生労働省の統計による（犯罪白書が情報源））。

そのうち入院決定は3,247人、通院決定が622人、医療を行わない旨の決定が761人となっている。

その他に、対象行為を行ったとは認められないとして却下されたものが11人、心神喪失者等ではないとして却下されたものが143人いる。

(2) 同法の申立てが強制される（医療観察法（以下「法」という。）33条）ことからすれば、全体の2.9%にあたるこの合計154人という数字はどう評価すべきであろうか。

この強制申立ては、検察官による対象者に対する心神喪失、心神耗弱の判断がなされた場合や裁判において同様の判断がなされ、かつ、実刑執行がない場合になされる（法33条）。

後者の場合に却下となることは考えられないといっていることからすると、この「却下」は、検察官による対象者に対する判断とは違う審判結果になったということが指摘できよう。

検察官にはもっと慎重に判断することを要望したい。

医療観察法の申立てが却下された場合（抗告審や再抗告審で入通院決定が破棄された場合も）、同法に基づいてなされた身柄拘束についてはいわゆる未決算入がない。そのため、対象者にとっては無用の身柄拘束となる。その点が手続的に反映されないのは問題である。

このことは、心神喪失者等でないとされた場合に顕著に表れる。特に、責任能力ありとなった場合には通常の刑事裁判の起訴が行われることになるため、対象行為の種類によっては裁判員裁判の対象になることとなる。このような場合、ほとんどのケースで身柄が拘束されてしまうため、対象者（であった者）の身柄拘束期間は必然長期化し、不利益は増大する。法的手当てが必要とされる所以であ

(5) 厚生労働省ホームページ参照

る。

他方、特に入院決定が原審で出た場合、原則としてすぐさま指定入院医療機関へ連れていかれ、入院手続が行われてしまう（法45条）。

そのため、抗告審や再抗告審で当初審判が取り消された場合に、入院の根拠がなくなることから退院扱いとなるものの、そこから対象者が元の場所に帰る際にどうすべきかについての規定がないため、連れていかれた指定入院医療機関からいわば放り出されたのと同じ状態が生じてしまう。

現にそういう例が出て、対応に苦労したとの報告もある（日弁連で対応したとのことである）。

立法的解決が早期になされるべきところである。

- (3) そして、それなりに退院する対象者もあることについては、拙稿⁽⁶⁾で指摘したが、退院許可で退院となった対象者は基本的にその後指定通院医療機関への通院が求められる（法52条1項2号）。

退院許可後に通院となった対象者はその通院期間中の追跡調査が可能であるが、医療終了となった場合は本人の承諾がない限りその後の追跡調査はできず、治療の効果の検証ができない。

医療終了になったのに、再度医療観察法の適用を受けるケースがあることからすると、こういった検証はこれからの治療のためにも必須と思われるところ、ここが限界となってしまふ。

対象者の人権の問題もあることからこれを限界として受け止めることになるが、それでよしとするか、検証ができない以上この制度自体を見直すきっかけとするか。こういった点も議論してほしいところである。

- (5) その他、医療観察法の当初審判においては、非公開の審判の例外として対象行為の被害者の傍聴が認められている（法47条）。また、審判結果等についても通知を受ける機会がある（法48条）。被害者の参加がこの程度ではあるが実現されているわけである。

さらに、最近できた制度であるが、被害者等に対し、希望すれば加害者である対象者の処遇段階（入院処遇、地域社会における処

(6) 拙稿「医療観察法の出口にまつわる諸問題」成蹊法学第90号303頁～

遇、処遇終了)に関する事項、地域社会における処遇中の状況に関する情報の提供を受けることができる制度がある。

提供される情報は、①加害者の氏名、②加害者の処遇段階(入院処遇、地域社会における処遇、処遇終了)及びその開始又は終了年月日、③加害者の事件が係属している(係属していた)保護観察所の名称、所在地及び連絡先、④地域社会における処遇中の保護観察所による加害者との接触状況(直近6ヶ月間における面接等の回数)である。

被害者側の被害感情を含む被害回復の機会の確保という観点からは評価されるべき制度ではあるが、加害者の社会復帰という観点からすると、場合によりその社会復帰の阻害要因足り得るのではないかとの疑問が残る。

適切な運用がなされることが期待される。

ちなみに、同制度は、平成30年7月から同年12月末日までに12件、平成31年1月から令和元年12月末日までに11件の利用がある。

2 医療観察法によって新設された社会復帰調整官

- (1) 社会復帰調整官は、医療観察法の整備に伴って新設された職員で(法20条)、必要な専門性が求められている。所属は保護観察所で、全国53ヶ所にある保護観察所に配属されている。
- (2) この社会復帰調整官の資格要件は、①精神障害者の円滑な社会復帰に関心と熱意を有すること、②精神保健福祉士の資格を有するか、精神障害者の保健および福祉に関する高い専門的知識を有し、かつ、社会福祉士、保健師、看護師、作業療法士もしくは臨床心理士の資格を有すること、③精神保健福祉に関する業務において8年以上の実務経験を有すること、④大学卒業以上の学歴を有すること、とされている。これだけみても、かなりの専門性が要求されていることが分かると思う。

実際の事件で共にお仕事をさせていただくと、筆者がご一緒させていただいた調整官の方々はどの方も非常に熱心で、対象者のことを第一に考えてお仕事をされており、その丁寧な仕事ぶりには頭の下がる思いをしたこと数知れず。それでもうまくいかないことがあ

るという。社会資源が不足しているという現状もあるだろう。なんともし難いところではあるが、できることからやっつけていかなくてはならないというのが現実である。

- (3) ところで、この社会復帰調整官の職務は法19条に規定されているが、大きなものとしては、当初審判における生活環境調査（法38条）、入通院決定がでてからの生活環境調整（法101条）があげられる。そのほかにも、精神保健観察（法106条）をするほか、保護観察所所掌の事務等もある。
- (4) 生活環境調査は、裁判所からの調査の嘱託があつて開始され、種々の調査等をして「生活環境調査報告書」にまとめることとされているが、その締め切りはおよそ1ヶ月後とされることが多い。

この調査に当たっては、裁判所から送付されてくる膨大な資料の読み込みのほか、居住地の状況、家族の心情の調査、対象者の過去の精神科病院等の入・通院状況の調査、市町村、保健所等の相談歴、今後の支援の見込み等の確認、鑑定入院先での本人面接及び鑑定医との面接（複数回の訪問が普通とのこと）、通院決定時の処遇に関する調査等を行う。

それ以外にも審判前カンファレンスの参加や、同報告書の提出、家族支援や付添人対応、現場確認等多様にある。

- (5) 生活環境調整は、入通院決定がでてから始まる。

対象者が入院となった場合、厚生労働省のガイドラインによると、急性期（3ヶ月）、回復期（9ヶ月）、社会復帰期（6ヶ月）の入院期間、それから退院という過程を経て社会復帰へと繋げるとされる。

社会復帰調整官は、入院当初から指定入院医療機関に出向き、対象者、その家族、入院先の多職種チーム（医師、看護師、精神保健福祉士、臨床心理士、作業療法士）、地域の関係機関・団体と協議しながら、対象者の退院に向けた生活環境の調整を継続的に行うこととなる。

急性期にはCPA会議への出席、回復期には病院の会議への出席、指定通院医療機関の内定をとる、対象者の帰住先の確保、家族等との調整を行い、社会復帰期には対象者の外泊の調整、地域ケア会議の実施、対象者の処遇計画の立案といった職務をこなしている

のである。

- (6) それに対し、精神保健観察は、対象者が通院することになってから始まる（当初から通院決定が出た場合と、入院決定後退院許可が出て、その際に通院決定が出た場合がある。）。

社会復帰調整官は、ここでは対象者と定期的な面接を行い、医療の継続及び生活状況を把握し、適切な支援を行うこととされている。

通院となると、前期（1～6ヶ月）、中期（7～24ヶ月）、後期（25～36ヶ月）（原則。例外的に最大あと2年延長されることもある。）という長期にわたって精神保健観察が行われる。社会復帰調整官は、その間、対象者と定期的な面接を行い、医療の継続及び生活状況を把握し、適切な支援を行うのである。

前期では、指定通院医療機関の選定、処遇計画書の作成、ケア会議（3ヶ月に1回、1時間程度）の実施がメインとなる。

ケア会議の参加機関は、保護観察所、指定通院医療機関、精神保健福祉センター、保健所、市障害保健課、社会復帰施設、付添人などが想定されているが、付添人が参加することはまれである（国選付添の制度はない。）。

特に、国選付添人の場合、審判の結果が出てしまうと、基本、そこで任務が終了してしまうので、参加資格がないことになってしまうからである（私選やボランティア的立場での参加は可能であるが。）。

中期では、それまでの経過を踏まえた処遇計画書の見直しやケア会議の実施が、後期では、中期同様に、治療経過をみて処遇計画書の見直しをしたり、ケア会議の実施がなされる。

そして、それまでの治療経過等を見て、通院期間延長の申立て（法44条）（最大2年間の延長あり。）、再入院申立て（法59条2項）、もしくは処遇終了の申立て（法54条1項）がなされ、処遇期間の満了を迎えることとなるのである。

なお、この処遇終了は、完全治癒というわけではなく、一般精神医療への移行が可ということなので、対象者としては引続き治療を受けることが予定されているのである。

- (7) これだけ多忙な社会復帰調整官であるが、本法施行当初は56名

で対応していたとこのことである。このころは、指定入院医療機関が2つ（東京都と岩手県に各1）しかなかったので、この人数で対応となったと推察される。

その後、指定入院医療機関の整備が進み、退院許可をもらう対象者も増え、他方、指定通院医療機関も増えてきたこともあって、令和元年度は220名の定員となっている。

この社会復帰調整官には、首席社会復帰調整官、統括社会復帰調整官と呼ばれる方々がいる。これは勤務成績に応じたもので、例えば統括社会復帰調整官であれば、新任社会復帰調整官の指導に当たる等の役目がある。

首席社会復帰調整官は全国で10ヶ所に配置されており、統括社会復帰調整官は全国で31ヶ所に配置されている。

社会復帰調整官の多忙さに鑑みるならば、さらなる増員が望まれるところである。

第4 指定入院医療機関における治療等

1 指定入院医療機関の整備状況については先述のとおりだが、どのような設備で、どういった治療が行われているかについて簡単に触れてみようと思う。

2 まず、設備面であるが、病棟の入口は二重となっていて、一方の扉が開いているときはもう一方の扉は開かない仕組みとなっている。

通常は、外側の扉を入ったところで、ボディチェックを受け、必要なものを同所にあるロッカーに預け、その後内側の扉からの入棟が許される。

対象者と面会をする場合は、面会室が用意されているので、そこで面会することになる（付添人が面会する場合は立会なしで可能。）。

病棟の構成としては、真ん中に広場的なアトリウムを配し、4つのユニットで病室を構成している。

病室は、急性期ユニット、回復期ユニット（その期間が長期ゆえ病床数も一番多いユニットとなる。）、社会復帰期ユニット、そして共用ユニットというのが基本構成で、ユニットに応じて病室に違いがある。

社会復帰に向けて、だんだんと一般の病室に近くなっていくイメー

ジでとらえてもらっていただろう。社会復帰期ユニットでは、個室の中にトイレ、シャワーもある。

その他に、食堂、体育館、共用トイレ、お風呂場、会議室、ナースステーション等があり、多職種（医師、看護師、精神保健福祉士、臨床心理士、作業療法士）による治療チームが構成されて対等の立場で対象者の治療に当たる。

施設は概して明るく、個々の病室も広めである（10㎡以上）。なお、各病室の窓は、そこから外に出られないように15cm程度しか開かないようになっている。

病棟の外側には大人の手の指が入らない程度の丈夫な金網に振動センサーが取り付けられており、監視カメラも装備されていて、入口横の警備員室のモニターで24時間監視可能となっている。⁽⁷⁾⁽⁸⁾

- 3 こういう紹介をすると、対象者は結構優遇されているのではとの印象を持つ方もいるだろうが（しかも、一人頭年間約1400万円（近時では約2200万円との指摘もある。）かかるといわれている対象者の治療費は国庫負担）、入院経験のある対象者によれば、これは形を変えた監獄であるとのこと、各種行動制限があること（段階的に可能なことは増えていくが）、何よりも病棟から自由に入出入りできないこと（強制医療たる所以でもある。）が苦痛でたまらなかったとのことである。⁽⁹⁾

強制治療の是非の問題との捉え方も可能ではあろうが、もっと根源的な強制治療の可否の問題としてとらえるべきではなかろうか。

- 4 医療観察法病棟では、現状は男女別の病棟とはなっていない。女性に対しては主として共用ユニットで対応しているとのことであるが、できれば男女別の病棟が望ましいのではないか。

ちなみに、令和2年4月1日現在の入院人数でみると、全体で746名の入院者のうち、女性の対象者は171名で全体の7.46%となっている。

(7) 国立精神・神経研究センターホームページ<センター内地図>参照 8病棟（日本第1号病棟）及び9病棟が医療観察法病棟である。

(8) 東京都立松沢病院ホームページ・病棟案内参照 80病棟が医療観察法病棟である。

(9) 拙稿「医療観察法の出口にまつわる諸問題」成蹊法学第90号309頁～再入院の事例その2参照

る。⁽¹⁰⁾この割合からすれば共用ユニット対応も止むを得ないとの見方もできよう。

5 その他、外国人問題もある。

医療観察法は、日本にいる限り外国人にも適用があるが、日本語に堪能でない外国人の場合、当該外国人の言語での対応が必要となるところ、通訳は当然には指定入院医療機関に配置されているわけではない。

通訳について援助制度が準備されているとのことであるが、治療自体は毎日継続的に行われているのであるから、外国人対象者が入院する場合は、退院まで通訳が当該指定入院医療機関に常駐するのが望ましい。予算の問題、人材確保の問題もあろうが、そのための制度構築が望まれるところである。

6 入院中の対象者に対する治療は、急性期（3ヶ月）、回復期（9ヶ月）、社会復帰期（6ヶ月）の各段階（各期間は厚生労働省のガイドラインによる）で違ってくる。治療効果が出てきて各ステージに上がってくるのであるから、治療自体が違ってくるのは当然といえば当然ではある。

この治療は、薬物治療を含め約30種が用意されているという。そして、各対象者毎に最良の治療計画を策定、治療に当たっていくという。

そこで用意されている治療プログラムは、①権利擁護講座、②疾患・服薬心理教育プログラム、③物質使用障害治療プログラム、④内省プログラム、⑤外出・外泊の実施等で、学校の時間割のような感じのスケジュールを組み、適宜プログラムをこなしている。

ただ、審判の際の鑑定結果として診断された病名と入院決定後に指定入院医療機関において診断された病名が違っているケースがあるという点は気になるところである。その違いによって治療に影響があるのか、治療期間の変動があるのか等対象者自身の人権にも関わる問題なので、きちんとした検証が欲しい分野である。

7 (1) 急性期治療では、病棟スタッフと対象者との関係構築や対象者の治療への動機づけを高めていくことを重視する。

(10) 厚生労働省ホームページ参照

そのための担当多職種メンバー（精神科医、看護師、精神保健福祉士、臨床心理士、作業療法士）との面接を通じて疾患についての理解、対象行為について話し合うこと、治療プログラムの選択についても話し合う機会をもち、双方向性のコミュニケーションを通して、対象者自身の思いや考えを安心して表現できることや治療の決定に参加できることを実感してもらうようしている。

そのほか、早期より疾患・服薬心理教育プログラムを開始し、疾患について考える機会を持てるように支援している。

- (2) 回復期治療では、個別面接や内省の集団プログラムへの参加を通して、対象者が対象行為の振り返りを行い、被害者への共感性を育むなど内省を深めていくことを支援する。

疾患の理解とともに衝動性やアンガーマネジメント、コミュニケーションなどの個々の課題に取り組み、自己コントロール能力を身に付け、生きやすさを獲得できるよう支援する。

その他にも問題解決能力、対人関係能力を高められるようなプログラムが予定されている。

なお、回復期からは条件が整えば外出も可能となる。

- (3) 社会復帰期治療では、退院後の生活や支援体制の確立を目指し、CPA 会議を頻繁に実施、対象者自身の参加する社会復帰講座などの集団プログラムに参加し、どのような社会資源が活用可能なのかを知る機会を持ち、対象者自身が退院後の生活に関心を持ち、希望を述べることができるように支援している。

外泊を通じて、退院後の支援者との交流を深める等、退院に向けての準備も行う。ここでは、クライシスプラン（対象者が退院後に再び危機的状況（再発の兆候を示す注意サインや病状の悪化など）に陥った際に、迅速に対応できるようにするための再発防止計画）も作成される。

- (4) このように入院治療に関しては、多職種チームによる手厚い治療が用意されているのであるが、それがガイドラインどおりの治療効果を上げているかについてはケースバイケースで、ガイドラインより早く退院できる対象者もいれば、そもそも急性期からなかなか脱却できない対象者もいたり様々なようである。

指定入院医療機関では、対象者の症状の段階に応じて治療評価会

議（週1回）、運営会議（月1回）、倫理会議（原則月2回）を開催し、慎重かつ手厚く治療対応を行っている。

- 8 それでも疑問が残るのは、こういった治療は、治療の意味が分かり、理解してもらえて初めて治療効果が上がるのではないかという点である。

厚生労働省によれば、医療観察法の入院対象者の主症状で疾病の状況をみとるとき、一番多いのが「F2 統合失調症、統合失調型障害及び妄想性障害」（ICD-10。以下同。）で606人（全体の81.2%）であるが、「F7 精神遅滞 [知的障害]」、「F8 心理的発達の障害」が合計で22名いる点である（令和2年4月1日現在）。⁽¹¹⁾

これは全体の2.9%と割合としては少ないともいえるが、現実問題として、そのような対象者が病識を持つことが可能なか疑問が残る。

病識が持てないのであれば、治療効果が上がって社会復帰ができるようにならないのではないかということである。そういった事例に何件か当たったことがあるが、意思疎通が難しい、ご自身が起こした対象行為についての理解を得られないといったケースであり、対応に苦慮した。

このようなケースは、医療観察法による治療ではなく、別の社会福祉によって対応すべきと考える。また、そのような対象者が医療観察法の手続に乗らないような制度が望まれる。

なお、指定入院医療機関では、精神症状により意思伝達能力や判断能力が損なわれている、あるいはインフォームドコンセントが得られない場合には、精神医学の専門家の外部委員を含む倫理会議で、非自発的治療の適否について事前評価を行うとされており、一定限度で対策がとられているといえるだろう。

- 9 付添人が現実の治療の立ち合いをすとか、治療計画の策定に参画するという事は、少なくとも国選付添制度としては予定されていない。

対象者の権利擁護の観点からは、入院治療の間も付添人が着くように制度設計をしてもらいたいところである。

(11) 厚生労働省ホームページ参照

なお、弁護士が付添人として病院の会議に参加し、社会復帰調整官といわば共同して対象者の生活環境の調整に資した場合に、社会復帰調整官の補助をしたという意味合いで、謝金をもらった例があるという。入院治療（医療）そのものについてはないが、対象者の社会復帰に資するという意味で、意義のある活動といえる。

筆者の経験でも、入院決定後や医療観察法の医療を行わない決定が出た後に、民事責任を問われ、それに対処したことがある。損害賠償責任を問われることが多いが、それ以外にも債務不履行となってやはり金銭賠償が問題となったりするが、その点は医療観察法では対処できない。いや、していないというべきであろう。

ただ、そうなると、これらの責任が対象者の社会復帰の壁となる危険がある。犯罪被害者給付金制度と同様の制度があるといいのだが、一般の理解を得るのは難しいかもしれない。悩ましいところである。

第5 指定通院医療機関における治療等

- 1 指定通院医療機関でも、前期（1～6ヶ月）、中期（7～24ヶ月）、そして後期（25～36ヶ月）の各段階でその段階に応じた治療がなされる（厚生労働省の通院処遇ガイドライン）。

この期間は、保護観察所が作成する「処遇の実施計画」に基づき、対象者の個々の病状や生活環境に応じて、必要となる医療、精神保健観察、援助等が提供される。具体的には、指定通院医療機関への通院、訪問看護、デイケアなどを受けながら、保護観察所による精神保健観察や行政機関、精神障害者等福祉関係機関により行われる各種援助などの必要な福祉サービスを受け、病状の改善と社会復帰に努める。

ここでは、対象者の早期の社会復帰の実現を目指して対象者の人権への配慮と透明性の高い医療を提供することとされている。

- 2 治療の中核は、服薬管理と訪問による指導である。社会復帰のための諸条件の整備も併せ行われる。

そこでは①通院（地域）処遇に関わるスタッフの情報の共有化を図って対象者の社会復帰の支援に資するようにするほか、②通院（地域）処遇における対象者へのオリエンテーション等を通じて対象者自身に治療に対する理解を深めてもらうよう努めて治療に積極的に向か

うよう支援する、③通院（地域）処遇における対象行為も含む「処遇実施計画書」、クライシスプラン（緊急時対応計画）の策定に際し対象者を含め関係者で通院（地域）処遇開始後の具体的なイメージを抱けるようにし、個々の事例ごとの違いを踏まえて手厚い配慮や環境設定等の工夫をする、④ケア会議を開催して「処遇実施計画書」・「クライシスプラン」の評価、見直しを図るようにする等、対象者の社会復帰をより確実なものにするよう心掛ける等、手厚いフォローが予定されている。

3 そういったことを踏まえ、各期において以下の治療がなされることになっている。

(1) 前期では、1週間に1回の指定通院医療機関への通院と週2～3回の訪問看護を行い、金銭管理等社会生活能力の維持に努めるとされている。

(2) 中期では、2週間に1回の指定通院医療機関への通院と必要に応じて週1～3回の訪問看護をもって社会生活能力の維持に努めるとされる。

(3) 後期では、2週間に1回の指定通院医療機関への通院と2週に1回の訪問看護を行って確実な服薬と地域社会への参加を促進し、一般精神医療への移行を図るとされている。

4 これら治療や社会復帰の条件整備がスムーズにいくことが望ましいが、それがかなわないこともある。

対象者自身の問題あるケース、地域社会での受入れが難しいケース等様々なケースがあるが、特に対象者自身の問題が絡む場合は、再入院申立て（法59条）となってしまうこともある。⁽¹²⁾

5 通院治療の実際については、これまた必要的付添とされていないことから、付添人としてその場に立ち会うことはまずない。したがって、その実際は通院治療を受けた対象者から何うしかないので実情である。

付添人がそういった対象者と接することができるのは、医療終了の申立てがなされ付添人に選任された場合（任意的付添）か再入院申立てがなされた場合（必要的付添）くらいである（私選の場合は別とい

(12) 拙稿「医療観察法の出口にまつわる諸問題」成蹊法学第90号307～310頁

うこともあろうが。)

再入院申立てがあった場合、実際の通院治療で何が問題なのか問われることになると思われるが、そこでの医療的側面の問題はなかなか判断が難しい。

入院決定が出ていた場合には、そもそも退院が早すぎたのではなかったのかという点も問題となる。退院の条件が整っていればこそ退院許可決定が出ているはずであるが、果たして条件が整っていたのか、その点の検証も必要となってくると思われる。

ところが、医療的判断についてはその当時の治療効果が前提となるため、そこに問題点を見つけることはなかなか難しいのではなかろうか。

また、退院の社会復帰要因についても、許可決定が出た当時はそれが肯定できるだけの状況であったと思われることから、これまた問題点を見つけるのは難しいであろう。

そうすると、通院となってから何か問題が起きたと考えることになると思われるところ、そうすると病状を含めそこでの状況変化を見ることになる。

その辺りの情報が少ないのは残念であるが、制度設計の検証のためには、きちんとした情報公開がほしいところである。

第6 入口の問題

1 検察官の判断問題

- (1) 医療観察法の申立ては、検察官が対象者を心神喪失または心神耗弱と判断して不起訴処分をしたときや裁判において同様の判断がなされ、無罪となったり、執行猶予となって、かつ、実刑の執行がないときには強制的に申立てをすることとされている（法33条）。
- (2) 前述のように心神喪失等でないとして却下された人数が143人いるが（全体の終局人数4816人からすると、占める割合としては約2.9%）、この人たちはそもそも医療観察法の手続に乗せてはならない人たちといえる。

その意味で検察官の対象者に対する責任能力についての判断は、より慎重であるべきである。

- (3) この点に関し、かつては簡易鑑定のみで責任能力を判断したケー

スに遭遇したことがあった。近時でもそういったケースがあった。

確かに簡易鑑定で判断できるケースもあろうが、ここは鑑定留置をした上で慎重に検討願いたいところである（但し、医療観察法の手続に乗った場合、未決勾留日数の通算といった制度がない点は問題となる。）。

- (4) 他方、検察官側（捜査機関側）の鑑定の信頼性、信用性をどう担保するかの問題は残る。

複数鑑定の必要性については異論もあろうが、鑑定の信頼性、信用性の観点からは、複数鑑定も肯定できる。但し、当初の鑑定人とは別の病院の医師（しかも、別大学出身）に依頼する等別の観点から鑑定しても同様の結論になるかの確認は必要と思われる（この場合も鑑定期間が長くなってしまっておそれがあり、対象者の人権の観点からは問題が出てくる。）。

2 医療観察法における鑑定の問題

- (1) 捜査段階で鑑定をしているのに、再度、医療観察法下で鑑定をするのか。

これは、捜査段階では被疑者（対象者）の責任能力を確認するのが目的であるのに対し、医療観察法での鑑定は医療観察法の入通院の可否を確認するのが目的であるので、その違いから二度手間のように思えるが、後者の必要性はあるといえよう。

- (2) ところが、医療観察法の鑑定での対象者の診断病名と指定入院医療機関での診断での病名が違っているケースがある。⁽¹³⁾

どれくらいの割合があるかについては公表されていないので詳細が明らかではない。厚生労働省で公表しているのは、指定入院医療機関での診断名である。指定入院医療機関での治療の関係で必要な情報である以上、それで十分といえれば十分であるが。

しかし、医療観察法施行直後ではあるが、筆者はある指定入院医療機関では25%も診断名が違うとの話を聞いたことがある。別の指定入院医療機関でも、かなりの割合で診断名が違うという話を聞いた。

- (3) では、なぜそういった齟齬が出てくるのか。

(13) 厚生労働省ホームページ参照

医療観察法の申立てがあると、社会復帰調整官には対象者の生活環境調査が（法 38 条）、鑑定人には対象者の鑑定が命じられる（法 37 条）。

その鑑定書の提出期限は、生活環境調査結果報告書同様、命令から 1ヶ月程度とされる。これでは鑑定期間が短すぎるのではないか。

普通の刑事事件の鑑定をみると、起訴前鑑定で鑑定留置をする場合でも 2～3ヶ月はとる。起訴後の鑑定でも同程度の期間はとる。それでも短いとの意見をこれらの鑑定を担当した方から伺ったことがある。

これらの鑑定が被疑者・被告人の責任能力を判断するためになされているのに対し、医療観察法下の鑑定では医療観察法による医療を受けさせる必要があるかどうか重点が置かれている（法 37 条）。

そこでは、①対象者が精神障害者であるか否か、②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、社会に復帰させることを促進させるためにこの法律による医療を受けさせる必要があるか否かについて鑑定することが求められている。

そして、考慮事項として、①精神障害の種類、②過去の病歴、③現在及び対象行為を行った当時の病状、④治療状況、⑤病状及び治療状況から予測される将来の症状、⑥対象行為の内容、⑦過去の他害行為の有無及び内容、⑧当該対象者の性格を挙げている。

実際の鑑定命令もこれらを踏まえて出されている。

問題は、この命令に対応するのに、約 1ヶ月という期間で足りるのかである。鑑定人がこの鑑定だけに集中できるのであれば可能かも知れないが、普通は他のお仕事もされている方が鑑定人を受けてくれているのが実情であり、そうであるとする、鑑定に無理が出てきてしまうのではないかとの危惧が出てくる。

身柄拘束期間の問題があるが、適当な鑑定期間を設けてほしいところである。

(4) 鑑定を巡っては、鑑定入院命令の要件に絡んである問題が指摘されている。対象者本人や付添人からすれば、検察官、裁判所は何を

考えているんだというレベルの問題である。

すなわち、対象行為を行った後に措置入院等の処遇を経て社会復帰している対象者に対し、医療観察法の申立てがなされたことを契機として対象者に対して鑑定入院命令が出され、復帰したはずの社会から引き離したという事例が報告されている。

医療観察法の申立てについてはその申立てが強制されているため（法 33 条）、その点は検察官を非難するのは筋違いではないかともいわれそうであるが、そこは対象行為に該当せずという判断も可能なのであるから柔軟な対応を求めたい。

裁判所に対しては、既に社会に復帰し、普通に生活している対象者に対し、なぜ鑑定入院命令を発する必要があるのかを問いたい。法第 37 条第 5 項の適用問題である。

どういう場合に「必要があるとき」なのか、不必要な鑑定入院によって病状が逆に悪化することを考えないのか、そういった事情は斟酌しないのか、そうであればその理由は何か等々明確に解釈指針を示してほしいところだが、未だ解決に至っていない。

対象者の人権にきちんと向き合って対応していただきたいものである。

(5) 鑑定については、鑑定中の対象者の治療問題もある。

制度施行当初は、鑑定のために必要だからという理由で、対象者の治療を中断していた事例があった。⁽¹⁴⁾

本法が対象者の社会復帰を目指すものである以上、鑑定中だからといって治療を中断することは、その目的に反することにもなる。

最近の体験例でも鑑定前に服用していた薬の使用を中断したというものがあつた。その理由は、鑑定に当たって別の薬を服用させたく、従前の薬を体内から一旦抜く必要があるからとのこと。対象者の病状からみて従前の薬が合っていないと思われることから、適合すると思われる薬を投薬して薬効をみたいとの考えからとのことだった。

付添人としては早期の治療再開を申し入れたが、効果はどうだったか。一応理屈はたつようだが、それが間違っていたらどうなの

(14) 拙稿「心神喪失者等医療観察法について」成蹊法学第 69・70 号 145 頁

- か。どうにも悩ましい。付添人も精神科医の資格を持っていた方がよいのかとまで思ってしまう。
- (6) 鑑定中に拘束衣を使用することが許されるのかという問題もある。これまた筆者の体験例であるが、付添人として面会したところ、その前の面会のときと違い、5点拘束をされていたことがある。⁽¹⁵⁾ 服薬を拒否し、薬効が切れて暴れたからというのがその理由とのこと、拘束については病院の倫理委員会にもかけて了承を得てとのことだったが、対象者本人によればそこまで暴れていないとのことであった。そこの齟齬は解決が難しい。
- (7) その他にも、鑑定資料の中には伝聞証拠が普通に混ざっている。しかも、弁護側のチェックは入っていない。これは普通のこと、前提として容認されたままで推移している。なんとかならないかと思っている問題である。

第7 家族との問題

1 家族が被害者の場合

- (1) 家族が被害者であるケースは医療観察法適用例ではかなりあるが、筆者の経験例でもそれなりにある。⁽¹⁶⁾

対象者の被害妄想が家族由来というケースが結構よくみられるが、家族としてはたまったもんじゃないというのが本音ではないだろうか。これが病気によるものとの現実をうまく受け止められないのであろう。

そしてそのような場合、家族自身が対象者の将来の受け入れを拒否するケースが出てくる。これまでさんざん迷惑を被ったと家族が考えている場合、治療費がかからない医療観察法の医療は歓迎ということが多。感情論としては分かるが、付添人としては残念な気持ちになってしまう。当事者ではないことの影響かもしれない。家族にももっと寄り添う姿勢が必要と感じる時間である。

(15) これまで拙稿で紹介したものではない新しい経験例

(16) 拙稿「心神喪失者等医療観察法の運用の現実から」成蹊法学第71号225頁「第4の事例」、拙稿「最高裁決定前後における心神喪失者等医療観察法の入院決定の対比 - 実例から見て - 」成蹊法学第72号258頁「第4の事例」、同257頁「第5の事例」

(2) 対象者の社会復帰という点からすると、家族の受け入れというのは大きなアドヴァンテージとなる。家族の協力なくしての社会復帰は考えにくいからである。全て他人に助けてもらうというのは、実は実現が難しい。

そこまでの関係性を構築するにはあまりに数多くの人々の協力が必要なところ、そこまでのマン・パワーがないことが多いからである。

それゆえに家族の協力が必要となってくるが、その前提として対象者の病気についての理解を深めてもらう必要がある（疾病教育）。

対象者の服薬のコントロールをサポートすることが家族に期待されるどころ、服薬の重要性を理解してもらう必要があり、そのためにも対象者がどのような病気か、どういったサインがあった場合にサポートに入ればよいかを押さえておくことができるようになってもらいたいということである。

ただ、家族への疾病教育は医療観察法で当然の前提にはなっていない。病院でのケア会議やCPA会議の際に声掛けし、積極的に疾病教育に関与してもらえるよう試みるといった苦勞をされているとのことである。

こういった点も制度的に補完してほしいところである。

第8 社会資源とのつながりの問題

1 実は家族は社会資源をあまりよく知らないことが多い。これは対象者が病気であることを隠す傾向があることにも起因する。

ここに社会資源とは、福祉ニーズの充足のために利用・動員される施設・設備、資金・物品、諸制度、技能、知識、人・集団、などの有形、無形のハードウェア及びソフトウェアの総称である。

しかし、この用語自体、一般の方にはほとんどなじみがないのではないだろうか。具体的にどのようなものがあるかについても、一般の方は実はよく知らないというのが実情ではなからうか。

2 具体的にみていくと以下のようなものを挙げることができよう。

(1) 制度

自立支援医療、精神障害者保健福祉手帳、障害年金、生活保護など

- (2) 社会復帰施設
生活訓練施設（援護寮）、グループホーム、作業所、地域活動支援センター、就労支援センター、生活支援センターなど
 - (3) 公的機関
役所、保健所（福祉保健センター）、精神保健福祉センターなど
 - (4) 医療機関
精神病院・診療所、デイケアなど
 - (5) 人的資源
家族会、自助グループ、ソーシャルワーカーなど
- 3 では、こういった社会資源をどう利用すればよいのか。
- 基本は住所地の市や区の障害者支援担当窓口で相談することでスタートとなることが多い。必要な支援について相談し、必要な支援に対応する部門、担当につないでもらって具体的な支援を受けられるよう話を進めていく。
- 自治体によって差はあるようであるが、とにかく自らアプローチしていくとよいだろう。
- 4 医療観察法絡みでいえば、そういった情報は社会復帰調整官が持っているので、社会復帰調整官と共同しつつ有効な社会資源を探し、利用に繋げるといった方策をとることになる。
- 当初審判前にこういった社会資源をうまく利用できるようにし、対象者に対して入院決定が出ないように条件を整えるという活動も大切である。そのためにも、家族の協力は必要不可欠であり、家族との関係性もきちんと構築して活動したい。

第9 出口の問題

- 1 医療観察法の出口に関する問題については、拙稿⁽¹⁷⁾で既に触れたが、本稿では再入院申立ての制度上の問題点について指摘しておきたい。
- 2 通院決定を受けた対象者（法42条1項2号）、入院決定が出て入院治療を受けた対象者で退院許可を受けて併せ通院決定を受けた者（法51条1項2号）は、指定通院医療機関で治療を受ける義務を負う

(17) 拙稿「医療観察法の出口にまつわる諸問題」成蹊法学第90号303～312頁

(法43条2項)。

対象者がそれを守らなかった場合、再入院申立てをされることがある(法59条2項)。

- 3 この再入院申立てに当たっては、裁判所が必要ありと判断すれば鑑定命令が発せられ(法62条)、場合により鑑定入院命令が発せられることもある(法60条)。

この鑑定入院命令の期間は原則1ヶ月間、延長で合計2ヶ月間とされており、その間の入院が義務付けられるわけである。

では、どこが問題か。対象者の問題となった行為についての認定手続が予定されていない。ここでは法39条3項の適用はないのである。加えて、再入院申立てに際しては、法律上は必要的付添とはされていない。法63条は法35条を準用していないのである(東京地裁では任意に付添人を国選で選任する取り扱いとしているが)。

そんなことでいいのか。指定入院医療機関への入院は、対象者の身体を自由を剥奪する不利益処分であり、かつ、同意なき治療自体も問題である。それが強制となればなおさらである。

そしてこのような不利益処分が科されるのであれば、手続的保障はきちんとされるべきであり、上記認定手続の保障、必要的付添制度が手当てされてしかるべきと考える。

- 4 再入院となれば、対象者はそれまで社会復帰に向けて構築し利用してきたケア体制から切り離されてしまい、それが崩壊する危険性すらある。そのような状態になってしまえば、さらに退院となった際に、同レベルのケア体制が望めるのか大いに疑問である。

再入院申立ては、通院中の対象者に対して精神保健観察(法106条)をしている実務担当者たる当該対象者を担当する社会復帰調整官の認識によるところが大きいと思われる。

そこでは、対象者に対する上記不利益を十分に考慮の上、法律上、通院医療中は精神保健福祉法による入院を妨げない(法115条)とされているのであるから、そういった手段も積極的に活用し、上記ケア体制を維持しながらの入院対応をしてもらいたい。

なお、精神保健福祉法による入院については制度上は自費となっているが、こういったところにも予算を付け、法的根拠を与えることもしてほしい。それがより対象者の社会復帰に資することになるからで

ある。

- 5 受け入れ側の問題として、家族の協力が不可欠という点は上述したとおりであるが、その点は指定通院医療機関も同様で、適切な医療の提供が求められる。そこでの治療がうまくいかないようであれば、対象者の社会復帰は遠ざかる。指定通院医療機関のスタッフの高い意識が求められるといえるであろう。⁽¹⁸⁾

第10 入院中の問題

- 1 対象者が入院中にも生じる問題への対処は必要である。

例えば処遇に不服があるときはどうしたらよいか。

それには処遇改善命令の申立てという手段があるが、これは入院中の患者（対象者も含まれる）の行動制限について都道府県知事に対して行うものである。

指定入院医療機関では対象者の権利擁護講座を用意しており、その中で処遇改善命令についての説明も行われる。

この処遇改善命令の申立ては、入院患者本人とその家族等ができるとされているが（精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第38条の4）、弁護士への援助があればともかく、実際問題としては自分たちだけで申立てをすることはなかなかできない。

入院中は必要的付添でないため、その援助は基本的にできない。問題の早期解決のためにも必要的付添制度を新設してほしい。

- 2 入院中対象者に対する治療については多職種チームによる医療が行われることは既に指摘したが（本稿第4第4項・第5項）、当該指定入院医療機関のスタッフのみでの診断・治療となってしまう。

その診断・治療をより効果的にするためにも、セカンド・オピニオンを出せる専門家の助力が必要なのではないか（セカンド・オピニオン問題）。制度的には当該診断・治療の正当性担保のためにも、セカンド・オピニオンを求めることができ、かつ、セカンド・オピニオン

(18) 拙稿「心神喪失者等医療観察法の運用の現実から」の第2の事例（成蹊法学第71号257頁～）、同「最高裁決定前後における心神喪失者等医療観察法の入院決定の対比」の第2の事例（成蹊法学第71号の事例と同じ事例）、同「医療観察法の出口にまつわる諸問題」第3項・第4項の例（成蹊法学第90号305～307頁）

を発することができるような制度にしてはどうかと思う。

第 11 総雑感

- 1 医療観察法はうまく機能しているのだろうか。
筆者の体験からすると、うまく機能したと思われる例⁽¹⁸⁾もあれば、そうでないと思われる例⁽¹⁹⁾もある。後者の方が数は多い印象である。治療効果に疑問が残る例もあった。⁽²⁰⁾
- 2 どうしたらうまく機能するのか。本稿での指摘がその方向を示す一助になれば幸甚である。

以 上

(19) 拙稿「医療観察法の出口にまつわる諸問題」第 5 項・第 6 項の例（成蹊法学第 90 号 307～310 頁）はその典型。(18)・(20) 以外の紹介事例もその例。

(20) 拙稿「心神喪失者等医療観察法の運用の現実から」第 3 の事例（成蹊法学第 71 号 255 頁～）、同「最高裁決定前後における心神喪失者等医療観察法の入院決定の対比」第 3 の事例（成蹊法学第 72 号 259 頁～）も同じ事例。