

平成21年 6月20日現在

研究種目：基盤研究（A）

研究期間：2006～2008

課題番号：18203005

研究課題名（和文） 心神喪失者等医療観察法——その運用と理念——

研究課題名（英文） Medical Treatment and Supervision Act 2003 - Its Praxis and Conception -

研究代表者

山本輝之(YAMAMOTO TERUYUKI)

明治学院大学・法学部・教授

研究者番号：00182634

研究成果の概要：

本研究では、2005年に全面施行された医療観察法について、その運用を、法的＝精神医療的観点からモニタリングし、並行して本法の理念をも検討することで、医療観察法施行後における犯罪行為を行った精神障害者の処遇に関する諸々の課題を抽出・整理し、その解決につながる検討を試みたものである。

交付額

(金額単位：円)

	直接経費	間接経費	合計
2006年度	10,500,000	3,150,000	13,650,000
2007年度	7,000,000	2,100,000	9,100,000
2008年度	7,000,000	2,100,000	9,100,000
年度			
年度			
総計	24,500,000	7,350,000	31,850,000

研究分野：社会科学

科研費の分科・細目：法学・刑事法学

キーワード：医療観察法、触法精神障害者、人格障害、性犯罪、リスクアセスメント、リスクマネジメント、保安処分

1. 研究開始当初の背景

「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」（心神喪失者等医療観察法）は、2003年に成立し、2005年7月に施行された。本研究を着想し、開始した当時は、本法施行の直後の時期に当たる。本法は、一定の精神障害者に対する医療的処遇の決定に裁判所及び職業裁判官が関与し、その入院処遇を司法精神医療という新しい処遇理念に基づいた入院施設が担当し、その通院処遇を保護観察所に所属する社会復帰調整官を核とする多職種チー

ムが担当するという点で、従来の我が国の医療とは大きく異なるシステムを構築したものであった。ただし、その運用は緒についたばかりであり、時を追って様々な課題が出てくることが見込まれた。

他方、本法が、犯罪行為を行った精神障害者を特に対象として特別な医療を行うことに対しては、立案段階から原理的な問題が提示されていた。そのうち、本法の処遇導入の実質的要件である精神障害者の再犯可能性について、これを予測不可能だとする批判が主要なものであった。

本研究の参加者（研究協力者を含む。以下、単に「参加者」という。）は、精神医療と法の諸問題を、1999年以降、継続して研究してきた。そのメンバーは、法律研究者、法律実務家、精神医学者、コメディカル等から構成される。触法精神障害者の処遇を取り巻く前述のような状況にあつては、このような学際的な研究体制をもって、問題点を抽出・分析し、解決のための作業を少しでも前進させることが不可欠だと考えられた。

2. 研究の目的

本研究は、心神喪失者等医療観察法の理念と構造とを検討し、本法の施行状況のモニタリング調査を実施し、それを踏まえて、本法とその運用についての提言を行うことを目的とした。

(1) ① 原理論に関して、本研究の開始までに、既に次のことについては、参加者の意見の一致があつたといえる。

イ) 精神医療が、触法精神障害者（犯罪行為を行った精神障害者一般のことを指して、広い意味に用いる。以下同じ。）に特に配慮して医療体制を構築することそれ自体は許容される。問題はその配慮が、どのような場合に、どの程度まで許容されるかである。

ロ) 医療観察法の実質は医療法であつて、かつての保安処分とは異なるものである。ただし、その処遇の実質的要件として、再び同様の行為を行う可能性ということは要求される。ここでの判断対象は、彼が将来犯罪を犯しうるか否かという単なる dangerousness ではなく、いかなる対応によってその犯罪行為が阻止されうるかという risk である。具体的な対応を想定し、かつ試行することで、risk の評価は現実に可能である。

② 本研究では、その先にある問題、すなわち、本法の解釈論の枠組で具体的に何が可能か、立法論的にはどこまでのことが可能か、リスクの評価とマネジメントには、どのような法的問題が存しうるか、の検討が課題となつた。

(2) 前述の通り、医療観察法の施行状況をモニタリングし、そこから課題を抽出することも、本研究の重要な目的である。

ここでいうモニタリングには、本法によつてもなお「残された」諸課題に対する本法の影響という、別の面も含まれている。人格障害などの診断により完全責任能力とされた者、心神喪失または心神耗弱の状態を対象行為以外の行為を行った者、限定責任能力とされ実刑とされた者、刑事施設から出所した精神障害者等については本法の対象外であるが、これらはいずれも従来から精神医学的・刑事政策的に、より適切な処遇のあり方が模索されていたのである。

また、本法の立案担当者によれば、イ. 疾

病性、ロ. 治療反応性、ハ. 社会復帰阻害要因の存在という、三つの要件がすべてそろつた場合でなければ本法の医療は行うことができない。実務におけるその具体的内容の把握も、モニタリングの重要な対象となる。また、社会復帰可能性判断の前提となる行為者のリスクアセスメントと医療必要性判断の関係についても検討が必要である。

(3) 心神喪失者等医療観察法は、法施行後5年を目途として見直すべきことが求められている（法附則4条）。そこで、以上の諸点について問題を検討し、それらの解決に向けた提言を行うことが、本研究の究極的な目的であつた。

3. 研究の方法

(1) 本研究は主として、研究参加者が一堂に会して研究会を開催した。研究会には、研究代表者及び連携研究者だけでなく、関係する法律研究者、法律実務家、精神医学者、精神科医療従事者、行政担当者を招いて、研究への協力を仰いだ。通常のスタイルの研究会は計18回開催された。毎回おおむね30から40名程度が参加した。なお、一部の研究会で、研究参加者の経験した事例を素材とした報告と検討が行われたが、各報告者において個人を特定しうる情報を極力排除した上で報告が行われ、配付した資料はすべて回収し、個人情報の保護に留意した。

(2) 調査

研究会活動と並行して、法律家及び臨床家が合同して、スイス、ドイツ及びイギリスに訪問調査を行った。

(3) 国際シンポジウム

比較法的な訪問調査のほか、海外の関係者を招いてシンポジウムを開催した。これらは、他の科研費研究と共働して行われたものを含む。

①2006年3月12日（ホテル日航那覇）

触法精神障害者の地域精神医療—リスクアセスメントと治療評価—

②2007年11月17日（上智大学）

リスクアセスメント手法の刑事司法への適用

4. 研究成果

(1) 研究のモニタリングを通じて、抽出できた問題点について、その一部を掲げる。

①申立てをめぐって

医療観察法処遇の申立権限は検察官が独占するというのが本法の前提である。その運用はめぐる問題として、さしあたり以下の3点を指摘することができる。

第一に、たとえば行為後早期に措置入院等として処遇されていた精神障害者を、法施行後に改めて不起訴裁定をして処遇が申立て

られた事案が存在するものとされる。これに対して特に医療者を中心に、検察官の裁量の逸脱だとする参加者の意見も強かった。

他方、この場合の実際上の問題は、それまでの精神医療から申立によって引き離され、医療が細切れのものになることにあることが明らかになった。解決するためには、この点に焦点を当てて検討すべきである。

第二に、法 33 条 3 項は、対象事件が傷害の場合でその結果が軽い場合には、検察官に申し立てないとする事もできるという裁量を与えている。もっとも、この規定が列挙する事項のそれぞれがどのような意味を持ち、かつ、本法による医療の必要性とどのように関連づけられるべきかは明確でない。そのことが、医療者からはこの点にかかる検察官の法運用が恣意的であるとも批判される一因をなしている。

第三に、簡易鑑定の精度が問題視される。このことは、後の処遇鑑定の在り方、さらに処遇開始後の「再審」可能性の問題にも影響している。それを解決するために、精神医学者の間でも簡易鑑定の手法を標準化することで、一定のレベルを担保できるようにするための努力が進められているようである。他方、起訴前嘱託鑑定の実施を原則とすれば責任能力判断の精度は向上することが容易に予想されるが、その場合、対象者を早期に医療的処遇につなげうる可能性が減少する。

②初回審判をめぐる

鑑定入院中、医療を試行するのが実務の大勢のようである。しかし、この期間の処遇の適正性の法的な担保は是非必要である。

鑑定入院中の医療の試行により、対象者に早期の医療的介入を行い、それを処遇決定後も継続することが可能になる。しかし、鑑定入院と決定後とで処遇環境が細切れになることは、やはり治療的観点からは望ましくない点がある。鑑定入院医療機関での処遇を継続させるために当該機関との間で精神保健福祉法に基づく入院処遇をアレンジしつつ、審判では不処遇を求めるという付添人活動例もあるようであるが、これと後述の判例との関係は大きな問題である。

生活環境調査は、実際にはある程度の環境調整活動までが行われている例もあるようである。それが付添人の積極的な活動と相まって、結果として対象者が地域で処遇される環境設定までを可能にしている事例が見いだされた。

東京地裁の「カンファレンス」方式はすべての関係者から歓迎されているようである。各地裁には、カンファレンス方式の長所ができるだけ取り入れられることが望まれよう。

本法の処遇を開始するには、疾病性、治療可能性及び社会復帰可能性という 3 つの要素

がすべて満たされる必要があるという立案担当者の見解は、法律実務家及び臨床家の間で定着している。

処遇開始時に存在し、治療の対象となる精神障害は、行為時に責任能力に影響を与えたものである必要があるか。参加者では立案担当者同様限定説が強かったが、非限定説も有力であった。

一定の精神障害が存在し、しかもそれに対する精神医学的対応が有用であるときに、本法の医療を行う必要がないという場合はあり得るか。とりわけ、対象者の疾患が認知症、依存症、知的障害、発達障害であった場合、薬物に著しい抵抗性を有するが、彼の医療的ケアのためには入院の継続が必要な統合失調症の場合などが問題となる。

この点、最決平成 19 年 7 月 25 日刑集 61 卷 5 号 563 頁は、本法の「対象者で医療の必要があるもののうち、対象行為を行った差異の精神障害の改善に伴って同様の行為を行うことなく社会に復帰できるようにする…必要を認めながら、[精神保健福祉法]による措置入院等の医療で足りるとして医療観察法 42 条 1 項 3 号の」不処遇決定をすることは許されない、と判示した。もっとも、たとえば帰住先の確保に時間がかかるために短期間の入院が必要だが、病状は軽快している場合、高齢者の認知症で老年精神科医療に特化した一般精神科施設のほうがより適当な処遇が期待される場合等、あえて医療観察法の処遇を行わないほうが効果が期待できる場合も存在するとの意見が、参加者から提示された。そのような場合にも不処遇決定が認められる余地がないとするのであれば、判例は妥当でないとする点で、参加者のうち医療従事者の意見は一致した。

③処遇をめぐる

決定時の対象者の診断と、決定後の処遇経過から行われた診断とが齟齬する事例が存在することが明らかになった。この事態が生じる要因としては、処遇鑑定の誤りのほか、処遇鑑定の鑑定人の抱く社会復帰可能性のイメージと処遇担当者のそれとの齟齬もありうる。参加者から指摘された。その場合の実務上の処理としては、処遇終了する例、あるいは通院医療に移行してから処遇終了に至る道筋をつける例があることが確認された。

医療従事者からは、法定の抗告期間を過ぎても初回審判を覆し、刑事手続に差し戻しうる「再審」の制度が必要だとも指摘された。しかし、おそらくその手続は、法原理的に認めがたいとするのが、法律家の研究参加者の一致した意見であった。

対象者には、実際には、精神病性疾患に加えて、人格障害、性嗜好の障害、発達障害、

物質使用性障害、あるいは器質的で不可逆的な精神障害を併発している事例が多いことが明らかになった。特に、精神病性疾患が緩解し他の傷害が残遺する場合の処遇終了の要件は問題になりうる。

法文上、初回審判における決定の要件と処遇終了の要件とは同じである。しかし、実際の法運用は、退院の基準と入院の基準とを必ずしも厳格な一致すべきものとして適用されているわけではないようである。疾病性が大きく減じても社会復帰のための環境調整作業、心理的関わりはむしろその後の課題であるから、この運用は現実的なものであろう。

法 42 条 1 項は、通院処遇を「入院によらない処遇」として定義しており、入院処遇が必要とまではいえないが医療的処遇は必要な対象者は自動的に通院処遇が行われる法構造になっている。しかし、入院処遇が不要なことと、通院処遇が適当なこととは必ずしも一致しない点に留意すべきである。

充実した通院処遇の実施には、とりわけ ACT を実施するには、我が国の保険医療体系は不十分であると、参加者から指摘された。

④残された課題

医療観察法によっても残された課題として、人格障害者、性犯罪者、薬物濫用者の処遇が挙げられる。これらの者の処遇は多くは矯正施設内で行われているが、実際には医療観察法病棟にもこれらの問題を有する対象者が存在する。また、刑事収容施設法施行を受けて、これらの対象者に対する矯正施設内治療プログラムの実施が現実に進んでいる。

参加者の間では、少なくとも、自発的に治療を望む者に治療を提供すること、これらの者が治療を受けるインセンティブを持ちうるようなプログラムを作成していく方策を検討することまでは、精神医療の役割であるという点で、意見は一致している。争いがあるのは、こうした対象者への医療が強制的な枠組によることの意義及び是非である。

刑事収容施設法の施行により刑務所内の医療水準が一般医療と同等であるべきことが定められた。もっとも、わが国の刑事施設のうち、医療刑務所 4 ヶ庁を除いてフルタイムの精神科医が勤務するところは少ないようであり、また、矯正の場における医療の実施はそれ自体大きな困難を伴いうる。比較法的には、受刑者の医療を矯正施設内で一貫させるシステムをとる必然性は必ずしもない。わが国でも、刑事施設外の精神医療機関との処遇の連携をすることが可能であり、かつ必要であると考えられる点で、参加者の意見は一致した。

(2) 比較法的研究

①スイス

スイスは保安処分制度を採用しているが、精神病院収容処分を責任能力の有無・程度と連動させない点が特徴的である。また、ドイツ同様、保安監置の制度を有する。同国の触法精神障害者処遇では、対象者のリスク評価が決定的なものに見なされており、そのためのツールが整備されつつある。

リスク評価は、判決前にも判決後にも一貫して行われ、多くの司法的判断の根拠となる。

チューリヒ州では、同州法務省精神医学・心理学サービス (PPS) によって、心理療法を含む犯罪行為者への治療が提供される。同時に、同サービスは、リスク評価ツールを開発している。

同サービスが開発したツールとして、FOTRES がある。これは、犯罪者の再犯リスクを評価するのみでなく、リスク傾向の可変性や治療の進展を評価するツールである。これは、約 700 項目から成り、3 要素(再犯の構造的リスク・リスク傾向の変異性・リスクの動的な軽減度)を、5 段階で評価する。

このツールの基本的構想は我が国の共通評価項目と同じものであるが、共通評価項目はあくまで触法精神障害者の問題に特化して開発されたものであるのに対し、FOTRES は、それを含めた犯罪行為者一般に対して、一方で彼への治療的処遇の適応をはかり、他方でその処遇の判断要素とする点に特徴がある。

②ドイツ

ドイツも保安処分を採用し、保安監置の制度を導入しているが、他方、精神病院収容処分の前提として責任能力の限定・阻却が要求される点は、我が国と同じであり、その制度設計、処遇の在り方は参考すべき点が多い。

ドイツでは、未決段階から保安処分の「仮適用」を認めており、対象者の刑事司法上の身分にかかわらず、早期の治療的介入が可能である。また、責任能力と処遇の妥当性の医学的評価はひとつの鑑定で扱われる。その場合の処遇の場所として、司法精神病院が当たるとは否定されない。

行刑上の特徴的な制度として、社会治療処分が挙げられる。これはあくまで刑の執行の一環として、人格障害者を対象に行われる。従来はこの処分を受けることを自発的に望むものだけを対象としたが、性犯罪者処遇への社会の関心の高まりを背景に、性犯罪者には義務的にこの処分が科されることもある。その運用からは、非自発的に処分が科された対象者の再犯予後はよくないが、自発的に治療を望むものに対しては処遇は効果的であることが窺われた。

③イギリス

イギリスはいわゆるダイヴァージョンシ

システムをとり、触法精神障害者の処遇の可否と責任能力の有無とは事実上リンクしていない。また、訴訟無能力者への治療精度、刑罰に代わる病院処遇及び刑の執行の一環としての病院収容が発達していることから、犯罪行為者の刑事司法上の身分にかかわらず、必要な医療が適切に提供される環境がある。

最近改正された2007年精神保健法は、人格障害者に関する「治療可能性」要件を削除した。人格障害者の処遇は国の重要課題とされ、「重篤で危険な人格障害者」の専門的処遇を刑事施設と保安病院の双方で進めつつある。また、中等度の人格障害者に対しても、地域保安病棟が対応する体制を整えつつある。人格障害者の処遇には心理療法が有効と見込まれることをも反映して、2007年法は、医師以外が治療の責任者になり得ることを認めている。

また、2007年法は、退院後のアフターケアに関して Supervised Community Treatment (SCT) 制度を導入し、従来機能不全に陥っていた強制的地域処遇制度を再構築した。この点の今後の運用が注目される。

5. 主な発表論文等

(研究代表者、研究分担者及び連携研究者には下線)

[雑誌論文] (計21件)

- ① 水留正流、丸山雅夫、中村恵、柑本美和、田口寿子、松原三郎、益子茂「Zürichの医療機関、医療施設・刑事施設」司法精神医学2巻1号(2007年)8-12頁
- ② 飯野海彦、丸山雅夫、野口博文、ジェローム・エンドラス、フランク・ウルバニョック、アルヤ・ローバッカー、久永文恵、佐野雅隆、アスリッド・ロセゲール「スイスの保安処分」司法精神医学2巻1号(2007年)13-17頁
- ③ 山本輝之、柑本美和、山中友理、東雪見「スイスの精神医療」司法精神医学2巻1号(2007年)18-20頁
- ④ 町野朔「日本における司法精神医療の現状と課題—法律家の視点から」司法精神医学2巻1号(2007年)32-41頁
- ⑤ 山本輝之「「強制」処遇をめぐる一移送手続とその問題点」こころの科学132号(2007年)32-37頁
- ⑥ 柑本美和「医療観察法の法的側面—検察官の裁量権・「医療の必要性」」精神科10巻3号(2007年)193-199頁
- ⑦ 小池純子、森田展彰、中谷陽二「心神喪失者等医療観察法に対する弁護士に関心—アンケート調査から」臨床精神医学36巻9号(2007年)1213-1219頁
- ⑧ 町野朔「医療観察法と精神保健観察—

法の意義と課題」犯罪と非行151号(2007年)39-52頁

- ⑨ 柑本美和「精神医療と個人情報保護法」学術の動向12巻12号(2007年)48-53頁
- ⑩ 丸山雅夫「ウイティコン処分センター訪問記」南山法学31巻4号(2008年)39頁
- ⑪ 町野朔、山中友理「ドイツにおける行状監督制度の改革—わが国の更生保護と医療観察制度の行方を見据え」刑事法ジャーナル10号(2008年)37-46頁
- ⑫ 町野朔「精神障害者の犯罪」ジュリスト1348号(2008年)144-151頁
- ⑬ 町野朔「法律家の立場から」精神医学50巻11号(2008年)1049-1051頁
- ⑭ 五十嵐禎人「裁判員制度と精神鑑定のあり方」精神科14巻3号(2009年)178-182頁
- ⑮ 中谷陽二「パーソナリティ障害者は完全責任能力者か」精神科14巻3号(2009年)202-207頁
- ⑯ 中谷陽二「触法精神障害者にとって、医療環境はどう変わるか」臨床精神医学38巻5号(2009年)513-518頁
- ⑰ 五十嵐禎人「医療観察法におけるリスク評価」臨床精神医学38巻5号(2009年)571-575頁
- ⑱ 山本輝之「最高裁平成19年7月25日決定をめぐる」臨床精神医学38巻5号(2009年)603-606頁
- ⑲ 柑本美和「医療観察法における再審の可能性」臨床精神医学38巻5号(2009年)609-612頁
- ⑳ 川本哲郎「医療観察法と措置入院のあいだ」臨床精神医学38巻5号(2009年)705-708頁
- ㉑ 山本輝之「心神喪失者等医療観察法施行後の課題」公衆衛生73巻6号(2009年)

[学会発表] (計0件)

[図書] (計2件)

- ① 町野朔、中谷陽二、山本輝之編・触法精神障害者の処遇 [増補版] (信山社、2006年)
- ② 中谷陽二ほか編・精神科医療と法 (弘文堂、2008年)

[産業財産権]

○出願状況 (計0件)

○取得状況 (計0件)

[その他]

なし

6. 研究組織

(1) 研究代表者

山本 輝之 (YAMAMOTO TERUYUKI)
明治学院大学・法学部・教授
研究者番号：00182634

(2) 研究分担者

研究分担者は置かない。

(3) 連携研究者

町野 朔 (MACHINO SAKU)
上智大学・法学研究科・教授
研究者番号：60053691
中谷 陽二 (NAKATANI YOJI)
筑波大学・大学院人間科学総合研究科・教授
研究者番号：30164221
岩瀬 徹 (IWASE TORU)
日本司法支援センター・常務理事
研究者番号：80384155
長沼 範良 (NAGANUMA NORIYOSHI)
上智大学・法学研究科・教授
研究者番号：40164454
辻 伸行 (TSUJI NOBUYUKI)
上智大学・法学研究科・教授
研究者番号：60137809
島田 聡一郎 (SHIMADA SOICHIRO)
上智大学・法学部・准教授
研究者番号：90282540
丸山 雅夫 (MARUYAMA MASAO)
南山大学・大学院法務研究科・教授
研究者番号：50140538
川本 哲郎 (KAWAMOTO TETSURO)
京都産業大学・大学院法務研究科・教授
研究者番号：60224862
安村 勉 (YASUMURA TSUTOMU)
立教大学・大学院法務研究科・教授
研究者番号：40166525
安田 拓人 (YASUDA TAKUTO)
京都大学・大学院法学研究科・教授
研究者番号：10293333
辰井 聡子 (TATSUI SATOKO)
明治学院大学・法学部・准教授
研究者番号：90327875
柑本 美和 (KOJIMOTO MIWA)
城西大学・現代政策学部・講師
研究者番号：30365689
東 雪見 (HIGASHI YUKIMI)
成蹊大学・法学部・准教授
研究者番号：80366921
小西 聖子 (KONISHI TAKAKO)
武蔵野大学・人間関係学部・教授
研究者番号：30251557
飛鳥井 望 (ASUKAI NOZOMU)
東京都医学研究機構・東京都精神医学総合研究所・参事研究員

研究者番号：30250210

白石 弘巳 (SHIRAISHI HIROMI)
東洋大学・ライフデザイン学部・教授

研究者番号：80291144

五十嵐 禎人 (IGARASHI YOSHITO)

千葉大学・社会精神保健教育研究センター・
教授

研究者番号：40332374

辻 恵介 (TSUJI KEISUKE)

武蔵野大学・人間関係学部・教授

研究者番号：00306143

(4) 主な研究協力者

松原 三郎 (MATSUBARA SABURO)

松原病院・理事長

八木 深 (YAGI FUKASHI)

国立病院機構・東尾張病院・副院長

吉岡 眞吾 (YOSHIOKA SHINGO)

国立病院機構・東尾張病院・医師

益子 茂 (MASUKO SHIGERU)

東京都立精神保健福祉センター・所長

田口 寿子 (TAGUCHI HISAKO)

東京都立松沢病院・精神科・医長

黒田 治 (KURODA OSAMU)

東京都立松沢病院・精神科・医長

和田 久美子 (WADA KUMIKO)

初石病院・精神科・医師

袖長 光知穂 (SODENAGA MICHIHO)

山田病院・精神科・医師

鈴木 秀行 (SUZUKI HIDEYUKI)

東京地方裁判所・判事

内嶋 順一 (UCHIJIMA JUNICHI)

みなと横浜法律事務所・弁護士

松木 崇 (MATSUKI TAKASHI)

横浜伸通り法律事務所・弁護士

山中 友理 (YAMANAKA YURI)

姫路獨協大学・法学部・非常勤講師