

機関番号：32644

研究種目：基盤研究（C）

研究期間：2008～2010

課題番号：20530058

研究課題名（和文） 心神喪失者等医療観察法における鑑定の適正化および医療の必要性概念に関する研究

研究課題名（英文） Research on the improvement of psychiatric examination and the concept of medical necessity under the new Act

研究代表者

柑本 美和 (KOJIMOTO MIWA)

東海大学・実務法学研究科・准教授

研究者番号：30365689

研究成果の概要（和文）：

医療観察法の対象者となる前提要件である責任能力評価については、精神鑑定の結果に重きが置かれる以上、何よりもまず、鑑定医や精神保健審判員となる精神科医の診断能力、刑事鑑定能力向上に向けた取り組みが必要であるが、精神鑑定センターのような専門の機関を設置し、司法鑑定の実務をそこに集中させることも検討すべきである。

医療観察法による医療の必要性判断に際しては、特に、「治療可能性」「再び同様の行為を行う可能性」の評価が問題となりうるが、これらの評価にあたっては、法の目的である「対象者の社会復帰」を常に念頭に置くべきである。

研究成果の概要（英文）：

It is important to increase the examination ability and skills of the psychiatrist who perform summary psychiatric examination, as the people who were not prosecuted account for about 90% of the subjects of the new Act. Moreover, the establishment of the national psychiatric examination center has to be considered.

In the interpretation of “the necessity of the medical treatment”, the assessment of “treatability” and “reoffending” must be done in a direction to prompt the rehabilitation of the patients.

交付決定額

（金額単位：円）

	直接経費	間接経費	合計
平成 20 年度	800,000	240,000	1,040,000
平成 21 年度	600,000	180,000	780,000
平成 22 年度	500,000	150,000	650,000
年度			
年度			
総計	1,900,000	570,000	2,470,000

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、鑑定、医療の必要性、リスクアセスメント、治療可能性

1. 研究開始当初の背景

医療観察制度では、例えば、起訴前鑑定と処遇鑑定という2つの鑑定を経ることにより、従来に比べ慎重な責任能力鑑定が行われると期待されていた。しかし、指定入院医療機関の医師からは、入院決定が出された者の中に、完全責任能力者が紛れているといった指摘がなされている(平林直次,樽矢敏広. 入院患者に対してどのような医療を提供しているのか. 季刊刑事弁護 2007; 49:107.)。医療観察法による医療を受ける前提として、精神障害による責任能力の欠如、または、その著しい減弱が認められなければならないとされている以上、責任能力の評価は、より一層、適正かつ厳密に行われる必要がある。医療観察法の手続きの対象となるか否かは、責任能力の評価によって、まず決せられるため鑑定の適正化を図ることは急務の課題であると思われた。

さらに、処遇決定がなされるために、具体的には、「対象行為を行った際の精神障害」の存在、その精神障害が「治療可能性」を有すること、そして、「この法律による医療を受けさせなければ、その精神障害のために社会復帰の妨げとなる同様の行為を行う具体的・現実的可能性」が認められることの3つが認定されなければならない。これらの要件が1つでも欠ければ、医療観察法による医療は認められない。ところが、例えば「治療可能性」の要件については、人格障害者などの処遇困難者＝治療不可能というレッテルが貼られる傾向にあり、必要以上に対象者が狭い範囲に限定されているように思われた。医療観察法附則第3条1項が「政府は、・・指定医療機関における医療が、最新の司法精神医学の知見を踏まえた専門的なものとなるよう、その水準の向上に努める」としている

ように、「この法律による医療」の内容は進化し続けることが想定されている。その点も踏まえた上で、「治療可能性」の概念を明確化する必要があると考えた。

2. 研究の目的

(1) 医療観察法と起訴前鑑定

医療観察法の下では、簡易鑑定の結果に対して、検察官と裁判所のダブルチェックが働くことになるが、責任能力の評価が、より一層、適正かつ厳密に行われるようにするために、どのような方策を講じるべきかを検討する必要がある。

(2) 医療観察法と「医療の必要性」

処遇要件である「対象行為を行った際の精神障害」の存在、その精神障害が「治療可能性」を有すること、そして、「この法律による医療を受けさせなければ、その精神障害のために社会復帰の妨げとなる同様の行為を行う具体的・現実的可能性」が認められることの3つの概念がより一層明確化される必要がある。

3. 研究の方法

(1) 鑑定の適正化のために、どのような方策が講じられるべきかを検討する。

(2) 医療の必要性要件のうち、「再犯可能性」については、比較法的研究を行いつつ、何を目的に、どのように評価を行うべきかを検討する。

(3) 医療の必要性要件のうち、「治療可能性」については、比較法的研究を行いつつ、特に、治療可能性が問題となる人格障害者の問題をどうするかを検討する。

4. 研究成果

(1) 医療観察法と起訴前鑑定について

医療観察法は、責任能力鑑定の結果に対し、検察官と裁判所のダブルチェックを働かせ

る仕組みを整備した。検察官や起訴前鑑定を行う医師は、後の鑑定医、裁判官、あるいは審判員の目を意識する結果、従来に比べて、より慎重な態度で、対象者の診断、起訴前鑑定とその後の責任能力評価に臨まざるを得ないのである。実際、法施行時から平成 21 年 12 月末日までに地方裁判所で終局した 4,011 名の事件のうち、52 名が心神喪失・心神耗弱のいずれでもない認められ、検察官の申立てが却下されている。しかし、このダブルチェックは、処遇鑑定を行う鑑定医、処遇鑑定結果を検討する精神保健審判員に、刑事責任能力評価に関する知識と経験が十分に備わっていなければ、完全には機能しない。最高裁でも、「生物学的要素である精神障害の有無及び程度並びにこれが心理学的要素に与えた影響の有無及び程度については、その診断が臨床精神医学の本分であることにかんがみれば、専門家たる精神医学者の意見が鑑定等として証拠となっている場合には、鑑定人の公正さや能力に疑いが生じたり、鑑定の前提条件に問題があったりするなど、これを採用し得ない合理的な事情が認められるのでない限り、その意見を十分に尊重して認定すべきもの」との判断が下されている（最判平成 20 年 4 月 25 日刑集第 62 卷 5 号 1559 頁）。このように、精神鑑定の結果に重きが置かれる以上、何よりもまず、鑑定医や精神保健審判員となる精神科医の診断能力、刑事鑑定能力向上に向けた取り組みが行われる必要がある。

この点については、実際に鑑定を行う医師側も、鑑定能力の向上に向けた取り組みを積極的に行っている（例えば、国立病院機構東尾張病院八木副院長を中心とした厚生労働省科研研究グループにおいて）。このような医師側の研鑽は必須と言うべきであろう。

それに加えて、精神鑑定センターのような

専門の機関を設置し、司法鑑定の実務をそこに集中させることも 1 つの考えである。実際、現在の東京地検等の診断室は、特別の鑑定センター実現までの過渡的な対応として開設されたとの説明がなされており、将来的には、少年鑑別所のような専門施設を設置することが視野に入れられていたものと思われる。ただ、その場合には、対象が 20 歳未満に限定されている少年法の場合と異なり、「犯罪行為を行った精神障害の疑いのある成人」では対象がほぼ無制限となってしまう。そのような事態を防ぐためには、「重大な他害行為を行った者」に限定するなど、一定の範囲に対象を絞る必要は出てくるだろう。

いずれにしても、医療観察法の手続きの対象となるか否かは、責任能力の評価によって、まず決せられる。とりわけ、対象者の約 90% を占める不起訴処分者に対する鑑定のあり方については、早急に精神科医と法律家による検討が必要だと考える。

（2）医療観察法と「医療の必要性」

既に述べたように、「再犯の危険性」の要件が、過剰な医療提供を抑制する防波堤になっている以上、医療観察法の医療必要性の判断は、「再犯の危険性」の検討なくして行うことはできない。むしろ、「再犯の危険性」を判断せずに、医療の必要性を決定しているとすれば、医療観察法が対象として予定していない者についてまで、対象としているとの批判も向けられかねない。

①では、「再犯の危険性（リスク）」をどう評価するかである。リスクを評価する鑑定者、そして、その評価を基礎として決定を下す裁判官、審査委員会などに、どのようなリスクアセスメントが求められているかは、その国・地域の法律、または判例によって異ってくる。例えば、カナダでは、従来、責任無

能力者には、自動的に無期限の病院収容 (indeterminate automatic commitment) が言渡されてきた (カナダ旧刑法 542(2)条)。しかし、カナダの最高裁判所は、その条文を違憲とし、議会に見直しを命じた (R. v. Swain, 63 C.C.C. (3d) 481, 125 N.R. 1, 3 C.R.R. (2d) 1, 47 O.A.C. 81, [1991] 1 S.C.R. 933, 5 C.R. (4th) 253 (S.C.C.))。その結果、1992年に改正刑法 (刑法は連邦法) が施行され、裁判所が言渡せる責任無能力者の処分に3つの選択肢が設けられた (刑法 672.54(a)(b)(c))。その者が公共の安全に対して重大な脅威でない場合に言渡される絶対的釈放、そして、条件付釈放 (適切と考えられる一定の条件のもとで釈放する処分)、病院収容処分 (適切と考える一定の条件を付して病院に収容) である。そして、裁判所あるいは審査委員会は、危険な者からの公共の保護の必要性 (the need to protect the public from dangerous persons)、対象となる者の精神状態 (the mental condition of the accused)、対象となる者の社会への再統合 (the reintegration of the accused into society)、対象となる者のその他のニーズ (the other needs of the accused) を考慮しつつ、対象者にとって最も負担が少なく、最も制限的でない処分を選択しなければならないとされた (谷、山本、東、カナダ連邦、ブリティッシュ・コロンビア、ケベックの触法精神障害者法、町野・中谷・山本編「触法精神障害者の処遇 改訂版」信山社、2006.)。つまり、刑法改正後、処分決定は、公共の安全に対する重大な脅威 (significant threat to the safety of the public) の有無の評価なくして行うことはできなくなったのである。ここから、危険性の評価、すなわちリスクアセスメントは、カナダにとって重大な課題となっていた (Bloom, Webster, Hucker and Freitas,

The Canadian contribution to violence risk assessment: History and implications for current psychiatric practice. Canadian Journal of Psychiatry, Vol 50, No.1,2005, p6)。さらに、刑法改正に加え、1992年に制定された犯罪者処遇法である「矯正及び条件付釈放法 (Corrections and Conditional Release Act)」において、仮釈放が認められるための条件として危険性の評価が重要視されたことも、リスクアセスメントを促進させる一因となったとされている。カナダの場合、このように、リスクアセスメントの必要性は、刑法の条文によって明確にされた。しかし、アセスメントをどのような手法で行うべきかについては、条文からは必ずしも明らかではなく、判例が大きな役割を果たしたと言える。おそらく、従来のリスクアセスメントは、鑑定者の臨床的な経験や勘に支えられてきたのではないかと思われる。しかし、刑法改正後の判例は、「脅威」とは、推測 (speculative) 以上のものでなければならず、「証拠」によってサポートされていなければならないとした (H. (D.) v. British Columbia (Attorney General) (September 13, 1994), Doc. CA018451 (B.C. C.A.), at para 21.)。つまり、これまでのアセスメントのあり方に変革・改善をもたらす必要が生じたのである。そして、そこから、カナダでは、リスクアセスメント・ツールの研究・開発が広く行われるようになっていった。

さらに、どのような項目を考慮の対象とするかについても、法律や判例を無視した恣意的なものであるわけにはいかない。この点について、カナダでは、検討すべき項目が明確かつ詳細に、最高裁判所の判例の中に指摘されている。すなわち、裁判所または審査委員会は、対象となる者の処分を決定するに際しては、幅広い証拠を詳細に検討すべきこと、

その証拠としては、対象となった犯罪の状況、過去の治療、治療の経過、現在の病状、対象者自身の将来の計画、地域社会で利用可能なサービス、鑑定人の意見を検討することなどが示唆されているのである（Winko v. Forensic Psychiatric Institute 1999 CarswellBC 1266 Supreme Court of Canada, 1999）。

②他方、我が国の医療観察法は、これらの点を極めて明確にしていると言えよう。処遇鑑定事項に関する法 37 条 2 項から明らかなように、さらに、決定を下すに際しては、鑑定結果の他に、鑑定結果を基礎とした鑑定医の医療必要性に関する意見、社会復帰調整官による生活環境調査の結果を考慮することを求めている（法 42 条 1 項）ように、医療観察法は、リスク評価を行うための法的枠組を整えたのみでなく、法自体が、リスク評価において検討すべき項目をも明確に示していると言えるのである。そして、繰り返しになるが、医療観察法の目的は、あくまでも、対象者の社会復帰の重大な妨げになる「他害行為の可能性」を濃厚な医療を通じて減少させることにある。したがって、そのため、裁判官と審判員は、これらの判断資料に基づきリスク評価を行い、他害行為のリスクが具体的かつ現実的に認定された場合には、そのリスクを軽減し社会復帰を促進するためにどのような治療的介入を行えばよいか（リスク・マネジメント）を検討すべきだと思われるのである。

③さらに、対象者への「医療の必要性」の要否を検討するにあたっては、「治療可能性」の検討も問題になってくる。

「治療可能性」の要件は、同様の行為を行う可能性だけがあり、治療による改善がそもそも可能ではない者を処遇の対象から外す役割、すなわち「治療なき拘禁」を阻止する

役割を担っている。しかし、逆に、治療可能性のある者は処遇の対象となることをも示している。そして、「治療可能性」とは、「病状の増悪の抑制」も含むと解されるため（白木功、今福章二、三好圭編、「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の衣料及び観察等に関する法律（平成 15 年法律第 110 号）について」(5)、法曹時報 2005; 57: 3404）、人格障害や知的障害を有する者、あるいは物質関連障害を有する者の治療可能性をどう考えるかが問題となってくる。医療観察法の施行前は、このような者には完全責任能力が認められ、そもそも医療観察法の対象となることは殆どないと考えられていた。しかし、その後、精神病質又は人格障害と診断される場合であっても、妄想等の精神症状が著しい場合には治療対象となりうるとの見解が発表されるに至り（司法精神医療等人材養成研修企画委員会医師部会、「医療観察法による医療の必要性について」、平成 17 年 6 月 12 日）、実際、指定入院医療機関に入院したケースも報告されている。

この点、興味深いのは、イギリスの例である。イギリスでは、1983 年精神保健法成立以降、人格障害に罹患した危険な犯罪者の処遇に関する議論は、この「治療可能性」の要件をめぐって繰り返されている。1983 年精神保健法は、強制入院・強制治療の恣意的な運用を防止するために、入院患者の権利強化を図ることを目的としていた。人格障害者を強制入院させるに際して、「治療可能性」の要件を課したのも、その一つであった。

「自分には、治療可能性がない以上、退院が認められるべきだ」と退院の申立てを行ったある患者に対して、イギリスの貴族院は、「制限命令つき病院命令で収容されている人格障害患者は、治療可能性がない以上、完全に退院させなければならない」とした。し

かし、貴族院は、そう述べた一方で、「治療」について、精神障害それ自体の改善に向けられたものでなくても良く、精神障害から生じる症状を軽減防止するものであればかまわないとし、「スケジュール管理された病院という環境にいて自身を抑制できているから、治療可能性がある」として、彼の退院を認めなかったのである (Reid v. Secretary of State for Scotland (1999) 1 All ER 481.)。

患者は、この貴族院の判決は欧州人権条約 5 条 1 項違反であるとして、欧州人権裁判所に提訴した (Reid v. The United Kingdom (2003) 37 EHRR 9.)。欧州人権裁判所は、「強制的な収容の継続は、患者の症状を治療し軽減するために治療や投薬、臨床治療が必要となる場合だけではなく、例えば、自傷他害を防止するために、管理や監視が必要な場合にも必須である」と明言し、治療可能性がないといっても、彼にとって病院という環境に身を置くことが有益なのは明らかだとも指摘した。そして、以上のことから、5 条 1 項違反は生じないと結論付けた。欧州人権裁判所のこの判決は、イギリスの貴族院で示された「治療」概念をさらに進め、他害防止のために行われる「管理や監視」も強制入院継続の根拠となりうるとした。しかし、「管理や監視」を、もはや「治療」と呼ぶことはできないであろう。そして、この治療概念は、「公衆の保護」を目的とするイギリスの精神保健法においては許されるかもしれないが、対象者の社会復帰を目的とする我が国の医療観察法においては、決してとることのできない考え方だと思われる。

④しかし、我が国では、少なくとも現在のところ、このような考え方はとられていないようである。『知的障害者、器質性精神障害者、人格障害者も含めて、「治療反応性」がない

精神障害者はいないし、また「治療反応性」は治療によって高められていくべきものである』と、指定入院医療機関の医師から指摘されているし (田口寿子、「心神喪失者等医療観察法」施行 1 年を迎えて、こころの科学 2006; 130:10.)、実際、指定入院医療機関のスタッフは、処遇困難な対象者に対しても、独自の治療プログラムを開発し、対象者の病状改善に向けた努力を日々積み重ねておられる (平林直次、樽矢敏広、入院患者に対してどのような医療を提供しているのか、季刊刑事弁護 2007; 49:107.)。ここでは、例えば、人格障害者を有する対象者であっても、全く医学的な治療的介入が諦められているわけではないし、少しでも可能性があれば、できるだけの介入を試みようとする関係者の努力がみてとれるのである。

「この法律による医療」の内容は進化し続けることが想定されている。そして、そのような方向に向け、指定入院医療機関・指定通院医療機関を、ソフト・ハードの面でバックアップしていくことは国の責務でもあることを決して忘れてはいけないのである。

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 1 件)
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 Vol.38-5 2009 年 pp.609-612

6. 研究組織

(1) 研究代表者

柑本 美和 (KOJIMOTO MIWA)
東海大学・実務法学研究科・准教授
研究者番号：30365689

(2) 研究分担者

特になし

(3) 連携研究者

特になし