

1 精神障害と保安処分

石川 正興

❖ 1 はじめに

1) 日本には、精神障害者の医療・保護そして社会復帰の促進のための援助活動等を定める法律として、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下、「精神保健福祉法」という。）」があります。その第5条で、精神障害者とは、「統合失調症、精神作用物質による急性中毒又はその依存症、知的障害、精神病質その他の精神疾患を有する者」と定義されています。そして、これらの精神障害者が「刑罰法令に触れる行為」（以下、「触法行為」という。）を行った場合に、**刑法第39条**は、次のように規定しています。

第1項 心神喪失者の行為は罰しない。

第2項 心神耗弱者の行為は、その刑を減輕する。

2) 「精神障害と責任能力」に関しては佐伯教授から詳しい報告が行われますので、ここではごく簡単な説明に留めます。

「心神喪失」とは、精神の障害によって事物の理非善悪を弁識する能力（弁識能力）、またはその弁識に従って行動する能力（制御能力）のない状態を言います、この状態で触法行為を行った者は「責任無能力者」とされ、その行為は犯罪とされず、したがって、刑罰も科されません。ただ実際の刑事司法の運用では、その多くが検察段階で不起訴処分にされており、起訴後裁判所で無罪判決が言い渡される者の数は、極めてわず

かです。

これに対し、「心神耗弱」とは、精神の障害がまだ弁識能力または制御能力を欠如する程度には達していないが、その能力が著しく減退した状態を言います、この状態で触法行為を行った者は、いわゆる「限定責任能力者」として刑が減輕されるに止まります。しかし、心神耗弱者もまた、実際の刑事司法の運用では、検察段階で不起訴処分（刑事訴訟法第248条の起訴猶予処分）に付され、刑事司法システムから解き放たれるケース（いわゆる「ダイバージョン」）が多く、裁判で有罪が認定されて刑が減輕される者の数は比較的少数です。

- 3) このように、わが国では、心神喪失や心神耗弱の状態で行った触法行為を行った精神障害者の多くは刑事司法システムから解き放たれますが、その後直ちに「自由な社会生活の場」に戻されるわけではありません。

精神保健福祉法には、「措置入院」と呼ばれる強制的な入院処分（第29条）があり、2005年7月15日以前には、心神喪失や心神耗弱の状態で行った触法行為を行った精神障害者の多くは、刑事司法システムから精神保健福祉法上のシステムに移されることになっていました。

2005年7月15日という日は、わが国の「触法行為を行った精神障害者対策」の上でエポック・メイキングな日です。2003年に「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（以下、「医療観察法」という。）」が制定されましたが、その施行日がこの日でした。それ以降、重大な触法行為を行った精神障害者は、精神保健福祉法上のシステムから切り離されて、この新たなシステムが優先的に適用されることになりました。

- 4) 精神保健福祉法上のシステムは、「触法行為を行った精神障害者」にだけ限定したシステムではありません。「触法行為を行った精神障害者」も含む「精神障害者全般」を対象にして、彼らの医療と保護そして社会復帰の促進を目的とするシステムです。

そこで、以前から、心神喪失や心神耗弱の状態で行った触法行為を行った精

神障害者を、一般の精神障害者から切り離して、触法行為の再発を防止し、社会のひとびとの安全を守ることを目的とした処分すなわち「保安処分」の必要性が唱えられてきました。

例えば、法制審議会¹⁾が1974年に公表した「改正刑法草案」は、保安処分に関する規定を新設し、心神喪失や心神耗弱の状態で行った触法行為を行った精神障害者に対し「治療処分」という名の保安処分の導入を企図しました。しかし、この案には、「日本弁護士連合会」や「日本精神神経学会」など法曹界や精神医学界から強い反対が表明されました。

この反対を受け、法務省刑事局は1981年に保安処分に関する修正案（以下、「刑事局案」という。）を発表しました。しかし、それにもかかわらず反対は止まず、結局保安処分の導入は見送られました。

それ以降、心神喪失者や心神耗弱者に対する主要な対応策は、医療観察法により新たなシステムが導入されるまでの間は、精神保健福祉法上の措置入院というシステムでした。

- 5) 本報告では、まず、医療観察法施行以前における措置入院制度の運用状況をご説明し、併せて、医療観察法のシステムが導入された背景事情をお示ししたいと思います。その後で、医療観察法上の「強制的な入院処分・通院処分」の内容について、改正刑法草案の「保安処分」や、刑事局案の「治療処分」と対比させながら紹介し、その法的性質に触れたいと思います。

❖ 2 医療観察法施行以前の状況

(1) 精神保健福祉法上の措置入院制度

- 1) 既にお話したように、心神喪失や心神耗弱の状態で行った触法行為を行った精神障害者の多くは刑事司法システムから解き放たれますが、その後直ちに、自由な社会生活の場での生活を享受できるわけではありません。彼らの多くは、刑事司法システムから精神保健福祉法上のシステムに移

される仕組みになっています²⁾。

(a) まず、検察官は、精神障害者又はその疑いのある被疑者・被告人について、以下の①から④の決定があった場合には、速やかにその旨を都道府県知事に通報しなければならないことになっています(精神保健福祉法第25条第1項)。

- ① 不起訴処分をしたとき、
- ② 無罪の言い渡しの裁判が確定したとき、
- ③ 刑の執行猶予の言渡しの裁判が確定したとき、
- ④ 罰金・科料という金銭刑の言い渡しの裁判が確定したとき

(b) これを受けて、都道府県知事は、調査の上必要があると認められるときは、二人以上の精神保健指定医に通報対象者の診察をさせることとなります(同法第27条第1項)。

(c) 診察に当たった精神保健指定医が一致して、次に掲げる二つの要件を満たしていると判断した場合には、都道府県知事は、国等が設置した精神科病院又は指定病院にその者を強制的に入院させることができることとなります(同法第29条第1項)³⁾。

その要件とは、

- ①精神障害者であること、
- ②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(以下、「自傷・他害のおそれ」という。)があること

の二つです。

この措置入院制度でご注意いただきたいことは、措置入院の決定が司法機関ではなく、都道府県知事という「行政機関」によって行われる点です。この点が、医療観察法の入院・通院決定との大きな違いで、医療観察法ではその決定を裁判所すなわち司法機関に委ねています。このことについては、後でまた触れることにします。

2) つぎに、この【検察官通報⇒措置入院決定】の運用状況について、ご

説明したいと思います。

まず資料1をご覧ください。そこに、検察段階と裁判段階において「心神喪失」・「心神耗弱」と認められた者の数が、過去10年間にわたって掲載されています。

それによれば、

資料1 心神喪失者・心神耗弱者の罪名・精神障害 名別処分結果
『犯罪白書』より作成

年次	総数	不起訴			裁判		
		計	心神喪失	心神耗弱	計	心神喪失	心神耗弱 (刑の減軽)
1996年	849	749(88.2)	399(47.0)	350(41.2)	100(11.8)	3(0.4)	97(11.4)
1997年	735	648(88.2)	371(50.5)	277(37.7)	87(11.8)	3(0.4)	84(11.4)
1998年	622	567(91.2)	354(56.9)	213(34.2)	55(8.8)	2(0.3)	53(8.5)
1999年	599	542(90.5)	350(58.4)	192(32.1)	57(9.5)	—	57(9.5)
2000年	735	651(88.6)	445(60.5)	206(28.0)	84(11.4)	—	84(11.4)
2001年	694	610(87.9)	340(49.0)	270(38.9)	84(12.1)	1(0.1)	83(12.0)
2002年	734	664(90.5)	360(49.0)	304(41.4)	70(9.5)	1(0.1)	69(9.4)
2003年	693	604(87.2)	324(46.8)	280(40.4)	89(12.8)	3(0.4)	86(12.4)
2004年	649	561(86.4)	324(49.9)	237(36.5)	88(13.6)	7(1.1)	81(12.5)
2005年	811(100.0)	745(91.9)	370(45.6)	375(46.2)	66(8.1)	1(0.1)	65(8.0)
(罪名別)							
放火	81	68	58	10	13	—	13
強姦・ 強制わいせつ	22	20	13	7	2	—	2
殺人	103	85	78	7	18	—	18
傷害	194	178	92	86	16	—	16
強盗	20	18	12	6	2	—	2
その他	391	376	117	259	15	1	14
(精神障害名別)							
統合失調症	515	492	265	227	23	—	23
そううつ病	69	56	18	38	13	—	13
てんかん	7	7	2	5	—	—	—
アルコール中毒	28	24	14	10	4	—	4
覚せい剤中毒	14	12	2	10	2	—	2
知的障害	35	23	7	16	12	—	12
精神病質	6	5	1	4	1	1	—
その他の 精神障害	137	126	61	65	11	—	11

- ① 既にお話した事柄ですが、ほとんどの者が検察段階で行われる精神鑑定によって心神喪失・心神耗弱と判断され、不起訴処分になっていること、
- ② 検察段階と裁判段階において「心神喪失」・「心神耗弱」と認められた者の数は、この10年間において600人から800人の間を上下しながら推移していること、

という二つのことが、お分かりいただけだと思います。

この600ないし800の者が検察官から都道府県知事に通報されることになるわけですが、しかし、心神喪失者や心神耗弱者だけが検察官通報の対象者ではないことにご注意ください。つまり、精神保健福祉法第25条では「精神障害者又は疑いのある者」と規定されておりますので、「責任能力者」でも「精神障害者又はその疑いのある者」であれば、検察官通報の対象になります。たとえば、責任能力者が刑の執行猶予判決を言い渡された場合や、金銭刑を言い渡された場合で、その者が精神障害又はその疑いのあると判断されれば、通報が可能となるわけです。

資料1には、もうひとつ別のデータが掲載されています。太線で囲った部分をご覧ください。そこには、2005年における罪名別および精神障害名別の処分結果が掲載されております。

「罪名別」のところには、特に放火、強姦・強制わいせつ、殺人、傷害、強盗という「重大な被害を惹き起こす行為」が掲載されていますが、これには理由があります。後でお話するように、1981年の「刑事局案」に示された「治療処分」や、2003年の医療観察法によって導入された「強制的な入院・通院処分」の対象者とされているのが、ここに挙げられている「重大な触法行為」を行った心神喪失者・心神耗弱者です。精神障害者が行う触法行為の中でも、とりわけこれらの重大な触法行為は、社会防衛の見地から強い関心が持たれてきました。これらの重大な触法行為の合計した数は、400人ほどになっています。この約400人が、医療観察法上の処遇システムの中に毎年入ってくる人数であると予

想されています⁴⁾。

つづいて、「精神障害名別」のところをご覧ください。

そこで特徴的な点は、「統合失調症」が極めて多く、全体の63.5%を占めていることです。これに対して、「治療困難」だとされる「知的障害」や「精神病質」の数が極めて僅かです。これは、責任能力判断において知的障害者や精神病質者の多くが「責任能力者」と認められていることを反映しているのだと思われます。

責任能力者と判断され、刑務所に収容される知的障害者や精神病質者は、2005年では知的障害者が287人、精神病質者が125人でした。彼らの処遇は、刑務所における重要課題のひとつとなっています。この点は、佐藤先生からご紹介があるのではないかと思います。

それでは、つぎに、資料2に移りたいと思います。

資料2の「措置入院患者数⁵⁾」をご覧ください。

これを一瞥してお分かりいただけることは、措置入院者の数が劇的に

資料2 精神病床数・入院患者数・措置入院者数・措置率・病床利用率
『我が国の精神保健福祉(精神保健福祉ハンドブック)2006年度』から引用
(各年6月末)

年次	精神病床数	入院患者数	措置入院患者数	措置率(%)	病床利用率(%)
1970年	242,022	253,433	76,597	30.2	104.7
1975年	275,468	281,127	65,571	23.3	102.1
1980年	304,469	311,584	47,400	15.2	102.3
1985年	333,570	339,989	30,543	9	101.9
1990年	358,251	348,859	12,572	3.6	97.4
1995年	362,154	340,812	5,905	1.7	94.1
1996年	361,073	339,822	5,436	1.6	94.1
1997年	360,432	336,685	4,772	1.4	93.4
1998年	359,563	335,845	4,293	1.3	93.4
1999年	358,609	333,294	3,472	1	92.9
2000年	348,966	333,712	3,247	1	95.6
2001年	357,388	332,759	3,083	1	93.1
2002年	356,621	330,666	2,767	1	92.7
2003年	355,269	329,555	2,566	1	92.8

減少している点です。1970年には76,597人であったものが、20年後の1990年に12,572人まで減少し、その13年後の2003年にはさらに減少して2,566人になっています。2,566人という数値は、1970年の数値の僅か約3パーセントに過ぎません。

では、措置入院者数の劇的な減少の背景に、一体どのような事情があったのでしょうか？

考えられることは、「精神障害者医療のあり方」に関する変化です。そこで、この点に話を移すことにいたします。

(2) 「精神障害者医療のあり方」に関する変化

- 1) 精神保健福祉法は、1950年に制定されました。当初の法令名は「精神衛生法」で、その後、1987年に「精神保健法」と名を変え、さらに1995年に現在の「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」に変更されました。こうした法令名の変更とともに、この法律が規定する「精神障害者の定義」にも変化が現れています。

すなわち、1950年の制定当初における精神障害者の定義では、

精神病患者（中毒性精神病患者を含む）、精神薄弱者及び精神病質者」となっていましたが、現行法では、冒頭で紹介しましたように、

「統合失調症、精神作用物質による急性中毒又はその依存症、知的障害、精神病質⁶⁾その他の精神疾患を有する者」

と規定されています。かつて「精神分裂病」と呼ばれた病気は、現在では「統合失調症」という病名に改められ、「精神薄弱」も「知的障害」という診断名に変わりました。

こうした法令名や病名・診断名の変更は、単なる形式的な「名称の変更」ではありません。名称変更の背後には、精神障害者医療の実質の変化があります。精神障害や精神疾病に関する原因観に変化が生じ、それに伴って治療方法も変更され、さらには精神障害に対する社会的偏見の

除去などが進んできました。これらの事柄が相まって、「名称」もまた変化してきたのです。

2) 「社会的治療」, 「開放的治療」, 「ノーマライゼーション」, 「自己決定権」といった用語が、近年の精神障害者医療を特徴付ける用語として使われています。精神医学の門外漢である私の浅学な知識で表現するならば、現在の精神障害者医療の方向性は、次のように言えるのではないかと思います。

- ① できるだけ病院に入院させないで（脱施設化）、患者の生活の本拠が存在する地域社会の「通常の生活環境」の中において治療を行うとともに、患者の自立へ向けての福祉的援助活動を充実させること。
- ② 止むを得ず病院に入院させる場合でも、病院施設を社会に向かって開かれた「開放的な施設」に変えたとともに、施設での生活条件も可能な限り「一般社会生活並み」に改めること。
- ③ 長期の入院は止め、できるだけ「短期間の入院治療」から社会内に生活の拠点を置く「通院治療」への移行をスムーズに行うとともに、患者の社会復帰を促進するための福祉的援助活動を充実させること。
- ④ 入院治療であれ、通院治療であれ、治療に当たっては、医師からの「説明・説得」と患者の「納得・同意」を基本とし、患者の自己決定権をできるだけ尊重すること。

3) 以上でお話した精神障害者医療の変化が、措置入院患者数の減少を引き起こした大きな要因であると考えられます。しかし、措置入院患者が減少する傾向の中にあっても、依然として措置入院が命じられる精神障害者が、2003年には2,566人ほどいたのです。この人たちは、一体どのような人たちなのでしょう？

措置入院に至るルートは、「検察官からの通報」ばかりでなくではありません。この他に、

- ① 一般人からの申請（精神保健福祉法第23条），
- ② 警察官からの通報（同法第24条），
- ③ 保護観察所長からの通報（同法第25条の2），
- ④ 矯正施設の長からの通報（同法第26条），
- ⑤ 精神科病院の管理者からの届出（同法第26条の2）

があります。

このうち①と⑤のルートの対象者および②のルートの一部の対象者は、必ずしも現実に「触法行為」を行っている必要はなく、精神障害者又はその疑いがある者で、「自傷他害のおそれ」があると認められれば、そのルートに乗せることが可能です。

措置入院に至る申請・通報・届出に関する統計を見ますと、その総数は1970年に25,661件でしたが、2003年には11,776件に減少しています。なかでも「一般人申請」の減少が際立っており、1970年には17,163件であったものが、2003年には526件へと減少しています。さらに、「一般人申請」の件数ほどではありませんが、「精神科病院管理者からの届出」も、同じく908件だったものが37件に減少しています。これに対して、警察・検察・矯正施設・保護観察所という刑事司法機関からの通報は、「横ばい」ないしは「増加」傾向にあります。つまり、近年の傾向としては、単に「自傷・他害のおそれ」があるだけでは措置入院のルートに乗ることはほとんどなく、「現実に触法行為を行った精神障害者」が刑事司法機関を経由して措置入院へのルートに乗っているものと推測されます。この推論をさらに推し進めていきますと、最終的に「措置入院によって強制的に入院させられる者」の多くは、「重大な触法行為を現実に行った者」であると想像されます。

ところで、精神保健福祉法上の入院の種類としては、措置入院のほかには、患者本人の意志に基づく「任意入院」や、患者の保護者の同意に基づく「医療保護入院」などの形態があります。措置入院患者も、任意入院や医療保護入院の患者と同じように、「精神障害者医療の方向性」の

資料3 「改正刑法草案」・「刑事局案」・「医療観察法」の比較

	A 改正刑法草案	B 刑事局案	C 医療観察法
処分の名称	保安処分（「治療処分」と「禁絶処分」の二種類を区別）	「保安処分」という名称を使わずに、「治療処分」という名称を使用（「草案」の治療処分と禁絶処分を統合）	「保安処分」という名称は用いない。
処分決定の主体	刑事事件の審理を担当した裁判所（但し、刑事訴追が行われない場合には、独立の手続により裁判所が決定）	刑事事件の審理を担当した裁判所（但し、刑事訴追が行われない場合には、独立の手続により裁判所が決定）	刑事事件の審理を担当した裁判所とは別個の裁判所（裁判官と精神保健審判員〔精神科医〕との合議体）
処分の要件	<p>1) 〔治療処分〕精神障害による心神喪失者ないしは心神耗弱者であること。</p> <p>〔禁絶処分〕薬物使用等の習癖のある者がその習癖により行為を行うこと（心神喪失または心神耗弱であることを要しない）</p> <p>2) 禁固以上の刑に当たる行為を行ったこと。</p> <p>3) 将来再び禁固以上の刑に当たる行為をすおそれがあり、保安上必要があると認められること。</p>	<p>1) 精神障害（薬物使用等の習癖に基づく一時的な精神の障害も含む）による心神喪失者ないしは心神耗弱者。</p> <p>2) 殺人、放火、強盗、強姦、強制わいせつ、傷害の罪に当たる行為を行ったこと（重大な他害行為に限定）。</p> <p>3) 上記2)の行為のいずれかを再び行うおそれがあると認められること（「保安上の必要性」を削除）。</p>	<p>1) 行為時に心神喪失ないしは心神耗弱の状態にあったこと。</p> <p>2) 殺人、放火、強盗、強姦、強制わいせつ、傷害の罪に当たる行為を行ったこと（重大な他害行為に限定。この行為を法律では「対象行為」という）。</p> <p>3) 上記の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、医療を受けさせることの必要性。</p>
処分の内容	<p>〔治療処分〕法務省所管の「保安施設」に收容し、治療・看護のために必要な措置。保安施設からの仮退所・退所の場合には、「療護観察」に付す。</p> <p>〔禁絶処分〕法務省所管の「保安施設」に收容し、飲酒または薬物使用の習癖を除くために必要な措置。保安施設からの仮退院・退院の場合には、「療護観察」に付す。</p>	<p>「治療施設」に收容して、必要な治療・看護の措置、または習癖を除くための措置。（治療施設として、厚生省が所管する国立の精神病院等を使用することを検討する。）</p> <p>治療施設から仮退所した場合には、「療護観察」に付す。（但し、退所の場合には療護観察に付さない。）</p>	<p>厚生労働省所管の指定医療機関に入院ないしは通院させて継続的で適切な治療を行う。</p> <p>通院処分にはプロベシオン型とパロール型があり、いずれの場合にも社会復帰調整官による「精神保健観察」を行う。</p>
処分の期間	<p>〔治療処分〕保安施設の收容期間は原則3年以内。2年ごとに2回まで更新が可能。（但し、死刑又は無期もしくは短期2年以上の懲役に当たる行為を行うおそれのあることが顕著な者については收容期間の制限はなし。）「療護観察」の期間は2年。</p> <p>〔禁絶処分〕保安施設への收容期間は1年以内。2回までは更新が可能。「療護観察」の期間は2年。</p>	<p>治療施設の收容期間は、1年以内。更新は1年ごととし、通じて7年を限度とする（但し、殺人など無期懲役以上の刑に当たる行為を行い、再びそのような行為をすおそれがある者については收容期間の制限はなし。）</p> <p>「療護観察」の期間は2年。</p>	<p>「入院処分」には期間を定めず、裁判所が6ヶ月ごとに收容継続の決定を行う。收容の必要性がない場合には、裁判所の判断で「退院」決定が行われ、「通院処分（パロール型）」に移行する。</p> <p>「通院処分」の期間は、プロベシオン型もパロール型もともに原則3年間だが、2年を超えない範囲での延長が可能。（通院の必要性がない場合には、裁判所の判断で「処遇の終了」の決定が行われる。</p>

②や③でお話したような、「可能な限り開放化された病院で、一般社会並みの通常の生活を送り、比較的短期間で退院して通院治療に切り替えられ、社会復帰のための福祉的援助活動を受ける」ことが理想的な医療のあり方なのかもしれませんが、しかし、現実には、必ずしもそのとおりになっていないようです。

「措置入院患者」の場合は、「民間の精神科病院で入院が拒まれ、止むを得ず国公立の精神科病院が入院を受け入れている」とか、「病院の中で特別な閉鎖病棟に長期間入院させられている」という話を聞きます。

このように、「重大な触法行為を行った」措置入院患者に対しては、社会のひとつの目は厳しく、「社会的排斥」の要請が強いようです。精神保健福祉法の措置入院は、法律の建前では「保安処分」ではありません。しかし、実際の運用にあっては「社会の人々の安全を守る」という**保安的な機能**を営んできたことは否定できないと言えるでしょう。

措置入院制度が現実を果たしてきたこの**保安的機能**を「精神保健福祉法」から切り離し、別のシステムとして構成すべきであるという主張は、以前からありました。つぎに、その話題に移りたいと思います。

❖ 3 医療観察法の強制的入院・通院処分…改正刑法草案・刑事局案との比較

1) 資料3をご覧ください。そこに、「改正刑法草案」が導入を図った「治療処分」・「禁絶処分」という二つの「保安処分」（以下、「A」という。）、それに対する反対論を受けて、法務省の刑事局が公表した「治療処分」（いわゆる「刑事局案」、以下、「B」という。）、「医療観察法」によって新設された強制的な「入院・通院」処分（以下、「C」という。）の三つが、一覧表にしてあります。これをご覧くださいながら、以下、ご説明します。

① 処分の名称

Aでは「保安処分」という名称が使用されていましたが、BとCでは「保安処分」という名称が使用されておりません。

② 処分決定の主体

A・B・Cのすべてが裁判所を処分決定の主体としています。先にお話したように、この点が精神保健福祉法の「措置入院」との大きな違いの一つです。

裁判所を処分決定の主体とする理由としては、以下の点が考えられます。

- ① 行政機関が行う「対象者の身柄の拘束に係わる」処分に関しては、対象者の人権保障上、司法機関によるチェックが必要であること。
- ② 専ら「患者本人の利益」を目的とする医療的判断の場合には医師だけの判断で十分である。しかし、一方で「患者本人の利益」と、他方で社会防衛や保安という「社会の利益」との相対立する利益を比較考量して処分を決定するには、そうした経験を積んでいる裁判官の判断が必要であること。

ところで、A・B・Cはどれも裁判所を処分決定の主体としているのですが、このうち、Cが規定する裁判所はユニークな構成になっています。資料4の「地方裁判所」と書かれたところをご覧ください。そこにありますように、医療観察法が規定する裁判所は、「裁判官1名」と「精神科医（精神保健審判員と呼ばれます。）1名」との合議体になっています。これは、わが国でも珍しい裁判所の構成です。

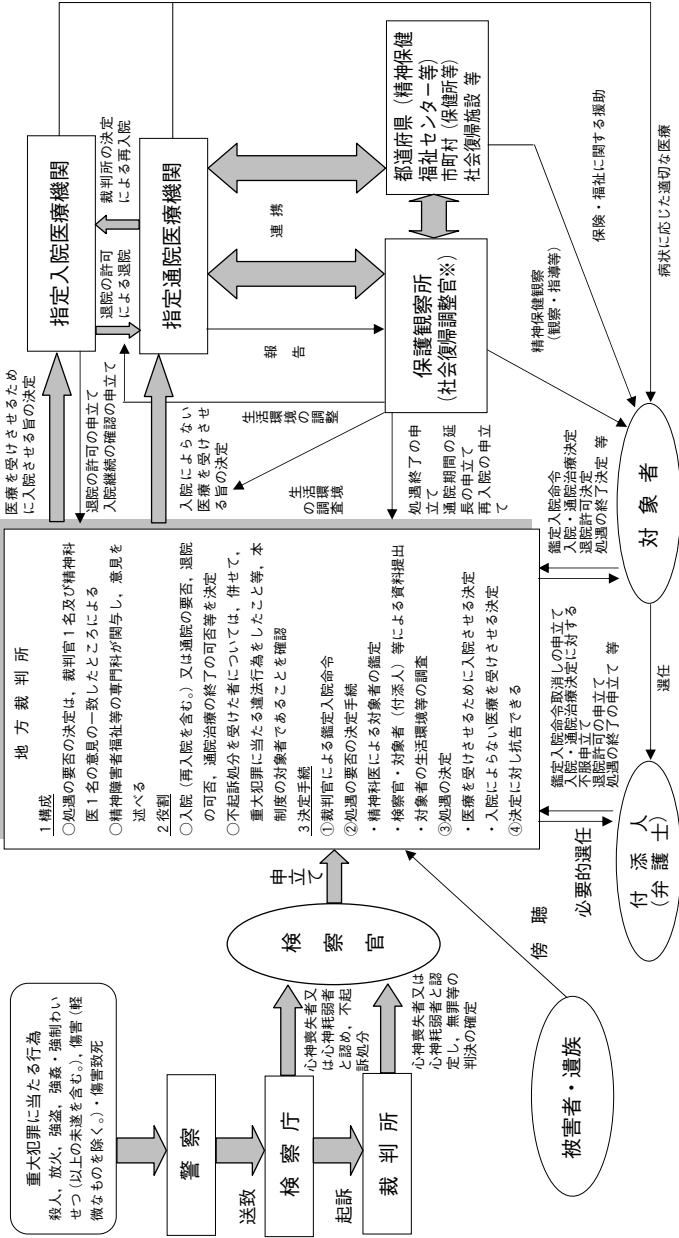
③ 処分の要件

第一に、A・B・Cともに「重大な触法行為を行ったこと」を要件にしています。

しかし、B・Cはそれにさらに絞りをかけて「殺人、放火、強盗、強姦、強制わいせつ、傷害という重大な他害行為」としています。

第二に、Aが要件としていた「保安上の必要性」は、B・Cでは削

資料 4 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の概要



除されています。

第三に、いわゆる「再犯のおそれ」という要件に関しては、A・B・Cともに類似の文言を用いておりますが、「おそれの対象となる行為」はAが「禁固以上の刑に当たる行為」としているのに対して、B・Cは、先ほどと同様に、「殺人、放火、強盗、強姦、強制わいせつ、傷害という重大な他害行為」に限定しています。

さらに、B・Cとの間にも微妙な違いがあるのですが、この点についてはIVのところでも触れたいと思います。

④ 処分の内容

第一に、いわゆる「入院処分」の場合の病院の所轄官庁に関して、大きな違いがあります。Aでは法務省が管轄し、その名称も「保安施設」とされておりました。これに対し、Bでは、「保安施設」という名称を使用しないばかりでなく、施設の所轄官庁も、法務省から厚生省（現在は省庁再編により「厚生労働省」になっています。）に変更することを検討するとしておりました。Cは、Bの構想を引き継いで、厚生労働省が管轄する国公立の病院ないしはその病棟としています。

第二に、いわゆる「通院処分」についても違いがあります。大きな相違点だけを指摘しますと、A・Bではいわゆるパロール型の通院処分しかありませんでした。これに対して、Cではいわゆるプロベーション型の通院処分を導入しています。今一度、先にお話した「精神障害者医療の方向性」のところをご覧ください。プロベーション型の通院処分は、①の方向性に添った形での処分であることがご理解いただけるかと思います。

⑤ 処分の期間

第一に、「入院処分」の期間については、A・B・Cともに、「絶対的頭打ち」がない点では共通していますが、裁判所が行う「更新」決定によって許される「入院期間」はA→B→Cと行くに従って「短期間」になっています。

第二に、「通院処分」の期間については、A・B・Cのいずれも制限が設けられています。

以上、掻い摘んで、「改正刑法草案」・「刑事局案」・「医療観察法」の処分を比較検討しました。

最後に、本報告のまとめとして、医療観察法上の強制的な入院・通院処分の法的性質についてお話いたします。

❖ 4 医療観察法上の強制的な入院・通院処分の法的性質

- 1) 「改正刑法草案」・「刑事局案」・「医療観察法」における処分の比較検討を通して分かることは、後の方になるにしたがって、対象者の「医療・福祉」重視の傾向が強まってきている点です。こうした医療・福祉重視の傾向は、医療観察法案をめぐる国会審議においても現れています。

医療観察法には、対象者の身柄拘束に係わる処分として、入院決定（第42条第1項第1号）、通院決定（プロベーション型の通院決定。第42条第1項第2号）、入院継続決定（第51条第1項第1号）、退院・通院決定（パロール型の通院決定。第51条第1項第2号）、入院医療の終了決定（第51条第1項第3号）、通院期間の延長決定（第56条第1項第1号）、通院医療の終了決定（第56条第1項第2号）などがあります。

これらの処分を決定するための要件にはほぼ同様の文言が用いられていますので、ここでは「入院決定」の要件を引用してご説明します。

当初政府が提案した案（以下、「政府原案」という。）では、その要件を次のように定めていました。

「入院をさせて医療を行わなければ心神喪失また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と認める場合」

この政府原案の「再び対象行為を行うおそれ（以下、「再犯のおそれ」と

いう。)』という要件に対しては、

- ① 「再犯のおそれ」を予測する確実な科学的方法がない現状では、「再犯のおそれ」があると誤って判断された結果、不利益な処分を科される者が生じ、その者の人権保障上問題であること、
- ② 医療観察法上の処分が「社会防衛」や「保安」目的でなく、「患者本人の医療・福祉」目的のためにあることを一層明確に強調すべきであること、

などの意見が投げかけられました。その結果、政府原案は修正され、最終的に以下の文言が採用されました。

「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」

政府原案と現行法の規定を比較しますと、明らかに「社会防衛的」ないし「保安的」な色彩が後退し、「対象者本人の医療・福祉」の側面が強調されていることがお分かりいただけるでしょう。

- 2) それでは、医療観察法から社会防衛的色彩や保安的色彩が一切払拭されているのかと言いますと、そうとは言い切れません。

第一に、「対象者の医療・福祉」面を専ら強調するシステムということであれば、そもそも精神保健福祉法のシステムとは別に、新たに「医療観察法のシステム」を設ける必要性はなかったはずだからです。

「触法行為を行っていない精神障害者」や「比較的軽微な触法行為を行った精神障害者」から区別して、「重大な触法行為を行った精神障害者」に対して別立てのシステムを導入したこと自体が、まさに「社会防衛的」・「保安的」要請に応えた結果であると考えざるを得ません。

第二に、今一度、先に引用した現行法の「要件」をご覧ください。そこには、依然として「同様の行為を行うことなく」という文言が残されています。この文言を削除し、その後続く「社会に復帰することを促進するため」という文言だけを残すべきだとの、意見もあったようです

が、現行法はその意見を採り入れませんでした。この点から考えても、現行の医療観察法が「対象者の医療・福祉」に純化された法律ではないことが理解できます。

触法行為を行った精神障害者の対策にあっては、一方で「社会の防衛」や「社会の安全」の要請と、他方で「精神障害者の個人の福祉」の要請とが対立することは必定です。私たちは、これらの相対立する要請が両極に位置する座標軸のどの地点において、両者の調整を図ることが正当であるかという難問を突きつけられ、最終的には決断を下さなければなりません。

本報告からお分かりいただきましたように、「医療観察法」は、「改正刑法草案」や「刑事局案」と比較すれば保安処分的色彩をかなり薄めてはいますが、完全に脱色しているわけではありません、他方で、精神保健福祉法の措置入院処分と比較すれば、保安処分的色彩はより一層濃くなっていると言わざるを得ません

- 3) 「触法行為を行った精神障害者に対する処分」に関しては、本報告でお示した「改正刑法草案」、「刑事局案」、「医療観察法」以外の案も、わが国では提案されてきました。ここではそのすべてをお示しする時間的余裕がありませんでした。このささやかな報告が、皆様にとって何かしらのお役に立っていただければ幸いに存じます。

ご清聴、どうもありがとうございました。

注

- 1) 「法制審議会」とは法務省に設置された審議会の一つで、法務大臣の諮問に応じて民事法、刑事法その他法務に関する基本的な事項を調査審議することを大きな任務としています。
- 2) 刑事司法システムから精神保健福祉法上のシステムへの移行の仕組みは、医療観察法による新たなシステムの導入によって廃止されたわけではありません。

後に述べるように、心神喪失者や心神耗弱者が「重大な他害行為」を行った場合には医療観察法のシステムが優先しますが、「重大な他害行為に当てはまらない触法行為」を行った心神喪失者や心神耗弱者には、依然として精神保健福祉法上のシステム

が作動します、また、重大な他害行為を行った場合でも医療観察法上の「通院処分」に付された場合などには、精神保健福祉司法上のシステムが作動することになっています。

- 3) 措置入院に至るルートは、検察官からの通報ばかりでなく、この他にもいくつかのルートがあります。この点については後ほど触れることにします。
- 4) 政府は、医療観察法の導入に当たって、この400人ほどの者が医療観察法の対象者になることを見込んで、入院処分のための病床数を施行後3年間で700床程度整備する必要があると積算しておりました。
- 5) 注3に記したように、措置入院に至るルートは検察官からの通報だけではありません。資料2の措置入院患者数は、検察官通報だけでなくすべてのルートから措置入院決定になった者の数です。
- 6) 世界保健機構が出している「疾病及び関連保健問題の国際統計分類（International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems）」の第10版（いわゆるICD-10）や、米国精神医学会が編集している「精神障害の分類と診断の手引（The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders）」の第4版（いわゆるDMS-IV-TR）などでは、精神病質は最近の精神医学の診断名としては採用されておらず、「反社会性人格障害」と呼ばれているようですが、冒頭でお話したように、精神保健福祉法第5条の精神障害者の定義では依然として「精神病質」という名称が用いられています。