

社会内処遇としての医療観察制度の純化 —司法から福祉への処遇視座の転換にむけて—

三宅孝之

- 1 はじめに
- 2 わが国の医療観察法制度
- 3 社会内処遇体制の課題と方向—イギリスの現状と問題点—
 - (1) 司法的観点から福祉的観点への処遇へ：スコットランド地域
 - (2) 公衆の保護から治療ケア優先の処遇へ：イングランド・ウェールズ地域
- 4 おわりに

1 はじめに

わが国における新立法である「心神喪失等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」(以下「医療観察法」または「法」)は2003年7月に成立し、2年後の2005年7月に施行され、施行後5年である2010年の見直しの時期を経て、今や10年を経過したことになる⁽¹⁾。

この医療観察法は、司法による保安的な要件、すなわち将来的な特定犯罪の再犯を防止するため、医療保護治療的な色彩を濃厚にもちながら予防目的で、違法行為対象者の病院収容による治療、または通院治療を行おうとするものであり、広義の保安処分制度の採用であった。

このように、この医療観察法制は、処遇対象者の置かれた処遇からは、指定入院医療機関における医療である入院型の施設収容処遇と地域社会における通院医療処遇である社会内処遇とに2区分される。

このうち、後者の通院医療処遇は、2通りのルートがあり、一つは、裁判所が、直接入院によらない医療である通院医療の社会内処遇を決定するものであり、他の一つは、当初、裁判所が入院決定をしたが、入院先の指定入院

機関による退院許可を得て、通院医療の社会内処遇に移行するものである。

通院医療処遇は、その担い手として、保護観察所に所属する、新設の社会復帰調整官が重要な役割を果たすことになってきた。

保護観察制度が、これまで有権的なケースワークである保護観察を担い、本来的にはソーシャルケースワーカーとしての役割を果たす保護観察官（専門官）と保護司（民間・準公務員的篤志家）の協働体制で担われてきたのであるが⁽²⁾、あらたに医療観察制度を包摂し、社会復帰調整官が心理カウンセラーとしての職務上の能力を用いて、医療観察として参入し関与することによって、どのように変化してきたのかも注視される。

以下では、実施後10年を経過した医療観察法制度を概観したのち、このうちの後者の新しい社会内処遇（狭義の医療観察）の現状にふれ、その課題につき検討しようとするものである。

- (1) 施行5年後の見直しについては、立法時の賛否の継続とともに、医療法制として精神福祉保健福祉法との連携を図るべきとするものから、実施後の指定入院医療機関の病床不足を含め過渡期体制の問題指摘（責任能力判定、鑑定のガイドラインの必要性、保護観察所の地域処遇権限と義務の見直し、運用状況に関する情報開示など）も多岐にわたっている。中山研一『心神喪失者等医療観察法の性格―「医療の必要性」と「再犯のおそれ」のジレンマ』（成文堂、2005年）、日本弁護士連合会「精神医療の改善と医療観察法の見直しに関する意見書」2010年、全16頁、富田三樹生「医療観察法の存続は可能か―5年後の見直しを迎えて―」精神神経学雑誌113巻5号（2011年）456頁、緒方あゆみ「心神喪失者等医療観察法の見直しに向けて」法学研究89号（2010年）63頁。
- (2) 従来の保護観察制度につき、かつて、その問題点と課題について示した。拙稿「社会内処遇の現状と問題点（1）社会内処遇の未来像」宮澤浩一他編『刑事政策講義』272頁（1978年、青林書院新社）。今日、新しい更生保護法の立法によって、社会内処遇制度は、変化しようとしている。刑事立法研究会『更生保護制度改革のゆくえ』（2008年、現代人文社）参照。

2 わが国の医療観察法制度

まず、医療観察制度の概要を見ておこう。

[対象者] 医療観察法の対象者は、①触法対象行為を行っており、心神喪失者または心神耗弱者であると認められ、不起訴処分となった者、および②(ア)対象行為につき起訴後、心神喪失を理由に無罪の確定裁判を受けた者または②(イ)心神耗弱を理由に刑の減輕の確定裁判を受けた者である(法2条3項)。

後者(②(イ))の場合、厳密には、懲役または禁固の刑の言い渡しがあるが執行猶予の言渡しがなく、実刑判決による執行刑期のない刑の減輕または無罪とされ確定裁判を受けた者である。

心神喪失者または心神耗弱者の判断は、不起訴処分を行う検察と、刑事裁判における裁判所の判断とでは、刑法39条における刑事責任能力をめぐる責任無能力者または心神耗弱者であるか否かである。しかし、検察と裁判所における責任能力の法的判断については、相違がある。それは混合的方法(生物学的方法と心理学的方法)による責任能力判断の共通性あるとしても、相違はもっぱら生物学的方法を起訴判断からする簡易鑑定(例外的に本鑑定)と裁判における交互尋問対象となる精神科医による正式鑑定(証人・意見)にある。

[対象行為] 対象者となる対象行為は限定されており、殺人や放火などの重大な他害行為を指している。対象行為は、「犯罪」行為であるが、責任無能力と判断された者の行為を含むことから「触法」行為とすることも、厳密には事案に応じた適切な表現である。ここでは、これらを踏まえたうえで、医療観察法(2条2項)に従って、「対象行為」として表現する。

対象行為は、「重大な他害行為(他人に害を及ぼす行為)」、「同様の行為」(法1条)として示されるが、具体には、刑法上の放火罪、強姦罪、強制わいせつ罪、殺人罪、傷害罪、強盗罪など、国家的法益を除く、一定の「重大な」

社会的法益および個人的法益を侵害する行為である（法2条2項）⁽³⁾。これらの対象行為は、社会的法益を、個人の集合体である公衆と捉えることができる類型ものであるならば、個人的法益と併せて、個人の生命・身体、性的自由、財産等への重大な侵害を包括したものと見える。

[手続]

（当初の審判での通院決定ルート） 検察官は、さきの対象行為を行った対象者につき、通院（または入院を含む）等適切な処遇の決定を求める場合、地方裁判所にその申立てを行う。同裁判所は、裁判官と精神保健審判員（精神科医）各1名での合議体で、申立てにつき審判を行う（法11条）。対象者の処遇の要否および内容を判断するため、同裁判所は、審判の過程で、別の精神科医による精神鑑定を基礎とするほか、保護観察所を通じた生活環境の調査を考慮し、また必要なとき精神保健参与員の意見を聴取する（法15、36条）。

（指定入院機関からの退院許可決定ルート） 一旦は、前述の裁判所の決定によって指定医療機関に入院していた場合に、裁判所は、同指定医療機関または対象者である患者本人、その保護者もしくは付添人（弁護士）から退院の許可の申立てを受けて退院許可決定をおこなったとき、入院によらない通院医療による精神保健観察が実施されることになる（49条1項、50条）。

傷害罪については、傷害の軽いこと、当該行為の内容、対象者にかかる過去の他害行為の有無・内容および現病状・性格・生活環境等を考慮し、他罪がなければ申立てが裁量的にされないことから、一定の傷害罪となる（法33条3項）。

[入院・通院決定の要件、鑑定・調査報告]

裁判所は、医療観察法による入院または通院の決定をするにあたっては、検察官の必要的な申立ての要件、すなわち既述の対象行為を行った対象者が、将来的に①対象行為を行った際の精神障害を改善し、②これに伴って同様の行為を行うことなく、③社会復帰促進のため本法による医療を受けさせる必

要が明らかにならないと認める場合でないことが充足されていることを受けて、申立ての不適法のとときの却下を除き、入院、通院（入院によらない医療）または医療行為の不実施のいずれかの決定をする（法42条1項）。裁判所は、決定にあたり、入院または通院による治療かの判断にあたっては、鑑定を基礎とし鑑定意見としての入院医療の要否に関する意見および対象者の生活環境を考慮して行う（同、法37条）。

裁判所は、この鑑定ために、検察官の申立てを受けた対象者を入院させる鑑定入院命令を発する（法34条）。裁判所の決定判断の基礎となるのは鑑定である。その際、医師に委ねられる鑑定は、精神障害の種類とともに、「予測される将来の症状」、過去の他害行為の有無・内容、今回対象行為の内容および対象者の性格等に及んでいる（法37条）。

また、裁判所は、保護観察所長に対象者の生活環境の調査報告を求めることができる（法38条、19条1号）。この事務には、精神障害者の保健・福祉・処遇に関する専門的知識をもつ社会復帰調整官が従事することになる（法20条）。

[狭義の医療観察制度—地域社会における医療観察の体制と処遇—]

対象者が、地域社会である社会内で医療等の処遇を受けるのは2ルート、すなわち第1の最初からの医療観察決定ルート（法42条1項2号）、そして第2の退院許可後に入院によらない医療を受ける「医療観察」ルートとによる（法51条1項2号）。

保護観察所は、対象者の処遇に関して、審判（裁判所）、指定入院医療機関の医療および地域社会における処遇の三局面で関与する。なかでも、本格的な重要な機能をもつのは、このうち第3の地域社会内での対象者の社会復帰に向けた保護観察所の社会復帰調整官の関与にある。

地域社会における対象者の処遇に関しては、保護観察所が公的な地方自治体等、関係機関相互間の連携のみならず、民間団体・個人・地域住民との連携との協力の核となることが謳われている（法104、108、109条）。具体には、

保護観察所長による、対象者の処遇実施計画の策定また見直しがあり、この実施計画には指定通院医療機関による医療・援助、地方自治体（都道府県・市町村）による精神保健福祉・援助等の内容・方法が記載されることになる（法104条）。

このように見るとき、わが国の創設された医療観察は、司法と福祉の交錯した社会復帰調整官によって担われることに示されているように、権威的ケースワークにおける精神医療福祉を対象者に齎すものである。しかし、この医療観察は、対象者が精神の障害により責任能力が問題となり、刑事責任を問われなかった者（心神喪失者）、または部分的にしか問われなかった者（心神耗弱者）に対して、裁判所が言い渡し、法務省系列の保護局管轄で、重罪犯罪の「再犯」行為を防止する、いわば「公衆の保護」の観点から、有期で（狭義の医療観察）または仮退院で（指定入院収容者）で付すものである。

この医療観察は、精神保健福祉法制下の精神医療行政（後述のイギリスでの民事強制）における措置入院制度とは一線を画するものである。最高裁判例（平成19年7月25日決定）においても、医療観察法33条1項による申立てがあった場合、精神保健福祉法による措置入院等の医療で足りるとすることはできないというのが現状である。心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者には医療観察法を優先的に適用することになっている。

そこで、以下では、その医療観察のモデル的なイギリスの触法精神障害者の社会内処遇の現状と問題をみながら、今後、医療観察を担う保護観察所が十全に対象者の社会復帰に向けた機能を果たし、効果を上げ得るかを見る示唆を得ようとするものである⁽⁴⁾。

- (3) 詳細には、刑法108条から同110条、同112条の現住建造物等放火罪（既遂・未遂）・非現住建造物等放火罪（既遂・非自己所有の未遂）、建造物等以外の放火罪（法2条2項1号）、同176条から同179条の強制わいせつ罪、強巻罪、準強制わいせつ・準強巻罪、集団強巻等罪（すべての既遂・未遂）（同2号）、同199・202・203条の殺人罪、自殺関与・同意殺人罪（すべての既遂・未遂）（同3号）、同204条の一定の傷害罪（同4号）および同236・238・243（前2条の236・238

条に係るもの) 条の強盗罪、事後強盗罪 (両罪の既遂・未遂) (同5号) をいう。
(4) 心神喪失者等医療観察法は、施行後1年後には「これまでにない制度であり、未だ試行錯誤を重ねて合理的な実務を模索・形成している段階で」あった。江見健一「心神喪失者等医療観察法の施行の状況について」特集・心身喪失者医療観察法の展望、法律のひろば59巻12号 (2006年) 10頁。医療観察法による「指定入院医療機関においては、従来水準を大きく超える高度の精神科医療が実践されている」とし「遅れている我が国の一般精神科医療の場に還元されることも期待される」とする意見にみられるように、民間に大半を依存し、経営面で収容型の精神医療となっている現状を変えることが課題であることが分かる。山上皓「司法精神医学の視点からみた医療観察制度施行の現状と課題」法律のひろば59巻12号 (2006年) 40頁。

3 社会内処遇体制の課題と方向—イギリスの現状と問題点—

イギリスの法制度は、国名の連合王国が示しているように、イングランドとウェールズ地域 (以下では、イングランド・ウェールズ)、北アイルランド地域およびスコットランド地域の歴史的・文化的伝統に対応して、分権と連合の特色のある法体系で構成されている。以下では、社会内処遇を制度問題から、そして処遇理念問題を考えることから、スコットランドを先に、イングランド・ウェールズを後に扱う。

(1) 司法的観点から福祉的観点への処遇へ：スコットランド地域

刑事司法においてソーシャルワーク機能を中軸に据える方向は、第二次大戦後、2段階で行われたとされる⁽⁵⁾。

第1段階は、1964年の少年司法における福祉的処遇への本格的な転換からはじまった。キルブランドン・レポートの公表が画期となるものであった。非行少年処遇の試みは、成人犯罪者処遇の先行的処遇ということができよう。このレポートの考えは、成人の刑事裁判所の管轄から少年裁判所 (審判) を分離するものであり、その後の紆余曲折はあれ、スコットランドにおける少年の福祉的処遇を基礎づけるものとなった⁽⁶⁾。第2段階が、1969年のスコットランドにおける従来のプロベーション・サービスの廃止とこれに代わるソー

シャルワーク局の確立と、これによる刑事司法分野でのソーシャルワークの本格的成立である⁽⁷⁾。

(2) 公衆の保護から治療ケア優先の処遇へ：イングランド・ウェールズ地域

(a) イングランド・ウェールズの触法精神障害者処遇は、わが国の心神喪失者等医療観察法の立法化過程で、調査対象となったことのみならず、同法制度上もモデル的なものであった。

イングランド・ウェールズでの議論の現状と課題を考察するうえで、触法精神障害者の司法・医療行政上の扱い（処遇）について少し触れておく。

その処遇は、刑事司法システムと精神医療システムとの連動したものとして特色づけられる⁽⁸⁾。触法精神障害者の刑事事件は全件送致主義のもとで、刑事手続の諸段階で扱いが異なる⁽⁹⁾。

ここでは、触法精神障害者の社会（＝地域）内処遇に重点を置いて考察するものであるが、刑事裁判手続と被告人の精神障害の関わりを、手続の諸段階との関わりで概要をまず見たうえで、社会内処遇を見ていく。

刑事手続の進行から被告人の精神障害の争点場面は3区分される。

第1の段階は、刑事裁判の進行過程で、訴訟能力が認められない「訴答不適格」との陪審評決を答申された被告人に対して、裁判所が病院収容命令に合わせて、退院制限命令に付すものである。これは、冒頭手続ないしはその後の公判段階で、被告人の訴訟能力が争点となる場合である。陪審が、1991年刑事手続（精神異常および訴答不適格）法4条等により、訴答不適格（訴訟無能力）を答申すれば、裁判所は内務大臣が指定する保健省管轄下の病院（精神科）に被告人を収容する。こうして、退院制限に付されていることにより内務大臣の許可が離退転院には必要であることを除き、犯罪者ではなく「患者」（と呼ばれる）としての扱いは、後述の不定期の退院制限命令の付いた病院収容命令（以下、退院制限付命令ないし退院制限付入院命令）の言渡しを受けた被告人の場合と同じ扱い（処遇）となる⁽¹⁰⁾。

第2の段階は、犯罪（違法行為）を行ない起訴された刑事手続にのったも

のの刑事責任無能力を意味する精神異常の陪審評決後に処遇選択肢として、退院制限命令の付いた病院収容命令が言い渡される場合である。これが、実体審理後に、刑事責任能力が争点となり、マクノートンルール（正邪テスト。弁識能力判断テスト）として知られる。精神異常（insanity）による無罪評決の陪審答申があれば、同様に1991年法によって、退院制限付命令が言い渡され病院収容となる⁽¹¹⁾。

第3の段階は、裁判所が、有罪評決（刑事裁判所）または有罪の心証（治安裁判所）を得て、被告人の精神障害を処遇面で考慮し判決を言い渡すものである。この処遇選択肢には、拘禁刑および近時の社会内刑（community sentences）から⁽¹²⁾、（精神科通院治療付）プロベーション、保護委託命令（Guardianship order）、病院収容命令（Hospital order）、退院制限付命令（Restriction order）等がある。このうちの、保護依託命令および病院収容命令にのみ、若干触れておく。

保護依託および病院収容の両命令は、民事（精神医療行政）の強制処分と同一であるが、後者は民事では「治療収容（admission to treat）」、刑事では「病院収容命令」と表記されている違いがあるが、要件は同一とみてよい。両命令は、裁判所が、2名の登録臨床医師の精神鑑定報告書・証言を基に、適切な処遇と判断した場合に精神の障害のある被告人に付すものである。前者の保護依託は、16歳以上の者を社会サービス局または特定の保護依託者の監督下に置くものである⁽¹³⁾。病院収容命令の収容先は3類型（重保安の特別病院、軽保安の地域保安ユニット、一般病院精神科）あり、治療、自傷他害、公衆保護、保安等の観点から振り分けられ、刑事被告人は保安病院収容となっているわけではない⁽¹⁴⁾。

両命令とも精神の障害、容態悪化防止、患者の安全・公衆の保護等の要件を充足する場合に、期間は最初が6月、更新は可能で更新一回目は6月、2回目以降は1年、以降一度に1年で限定はない。民事では保健当局が随時判断するのであり、刑事では初回が裁判所（刑事裁判所・治安裁判所）となるが、以降は民事と同様の手続に従う⁽¹⁵⁾。

一般の精神医療に委ねられた処遇は、保健省（保健大臣）による医療ケアに付されることを意味し、この刑事判決によって医療行政下に置くことを意味する強制入院の病院収容命令（＝民事の治療入院に同じ、6月、更新可）および保護依託命令（＝民事）に当たる⁽¹⁶⁾。

(b)（退院制限付患者の仮退院） 改めて、退院制限命令の性格について触れておく。退院制限命令を付される対象者は、前述のとおり大別3区分できる。責任能力の存否・程度と処遇との関連では、精神科治療ケアは精神医療行政下の種々の治療ケアを受けるイギリスの環境にあって、これら触法犯罪者の処遇は、例外的な位置を占めていることが確認できる。

退院制限命令には、退院の制限期間の有期か不定期によって、さらに2区分される。

それらは、第1が一般的な入院期間の期限のない（不定期の indefinite）ものであり、第2が例外的な期間のあるものである。

退院制限（命令）の付いた病院収容（入院）命令の「患者」である退院制限付患者は、将来的は違法行為の可能性の防止、いかえれば将来的な法益侵害からの公衆の保護の考えを基礎にして、潜在的危険性があるとされること、すなわち「公衆保護」の観点から司法的考慮が働いているのである⁽¹⁷⁾。

この退院制限命令が病院収容命令に付されると、この退院制限付患者の一時離院および退院の許認可を公衆の安全・治安分野の所管大臣である内務大臣が行うことになる。退院は、絶対的な退院と仮退院とに分かれ、仮退院中の場合、内務大臣は再収容できる。また患者本人がからのその取消しの申立て権は、精神保健審査会に対して認められる。精神保健審査会は、患者の再入院の審査権をもっている⁽¹⁸⁾。

この公衆の保護の観点から付される退院制限命令、それゆえ退院制限付命令の患者の人権については、今日批判的見解も見られることに留意すべきである。

「公衆の保護は、患者の治療的向上を保証することを通じて最もよく達成

される。その意味で・・・患者の諸利益が公衆保護にとっての最優先の中心議題である(る)』⁽¹⁹⁾

「退院制限付患者制度には人権問題が関係しているように、その人権問題における以上に特別に重要性が顕著になっている箇所は存在しない」⁽²⁰⁾

イギリスは、直接的には批准している1957年ヨーロッパ（欧州）人権規約を国内法的に実効性をもたらせるために1998年に人権法（Human Rights Act）を新たに制定してきた。同法の制定前まで、イギリスの精神保健法の運用面での紛争は、フランスのストラスブールに所在するヨーロッパ人権裁判所において「精神障害の運用に関する洪水の法的問題」⁽²¹⁾と称される、人権規約違反事件として審理されてきていた。人権規約の国内法化である人権法は、ヨーロッパ規準に沿って迅速な国内的な事件解決を齎すものであった⁽²²⁾。1983年精神保健法が日進月歩の精神医療水準および今日的な人権水準からして、改正を求められてきたとあってよいであろう⁽²³⁾。

(c) わが国の新たに生まれた司法精神医療（forensic psychiatry）領域に創設された心神喪失者等医療観察（以下、医療観察）および同治療入院の2制度のうちの前者の医療観察は、イギリス（イングランドとウェールズ）にも見られない、わが国の独特な制度である。強いて言えば、後者の治療入院制度は、イギリスの不定期退院制限付入院命令と類似のものであるといえる。このことから、退院制限付患者の仮退院はわが国の治療入院後の仮退院と類似するともいえるであろう。

医療観察制度は、法務省保護局所管の保護観察所に配属された社会復帰調整官が精神保健観察を行うものである。これは、法執行を含めた「司法」と精神医療の、いわば司法精神医療を司法が担おうとするものである。

そこで、退院制限命令は付されていない病院収容命令で仮退院した者・患者に対し、社会内の地域での治療を命じる制度にも触れておこう。

(d) (地域治療命令) 「精神の健康なくして健康なし」という精神保健戦略のもとで、地域治療命令（Community treatment order. CTO）は、2007年精神保

健法⁽²⁴⁾の7月成立によって創設され、翌年の11月に実施されたものである(1983年精神保健法17A-G条として追加)。実務規範(Code of Practice)では、同地域治療命令は、「地域観察治療(Supervised community treatment)」と呼称される。この対象者である「患者」は、病院への入退院を繰り返す「回転ドア」状況にあるとされたことから、社会内にいる深刻な精神障害問題を抱える人格障害を含む者に対して通院等を含めた投薬、治療ケア・サポートを一定強いて行うことによって良好な医療環境を作り出すために設けられたものである。

この地域治療命令は、(刑事裁判判決、精神医療行政のいずれにせよ)治療入院によって在院患者であったものが、一時退院後6か月間を限度に、地域内で治療することを義務付けられ、観察下でのアフターケアを受けることになるものである。もっとも、在院患者が無条件退院となる場合もある。

<発令要件>責任医官(responsible clinician)は、病院に抑留中の患者を、再入院となる条件を付け令状により退院させることができる(17A条1項)。この対象となる患者は、治療入院命令により入院中の患者である(同条2項)。

発令の要件は、①責任医官が以下の5規準を充足しているとの自身の判断、および②認定精神保健専門職が同意見で、かつ同命令の発令を適切とする書面陳述、の2要件からなる。同5規準は、①患者が医療を受けることが適切であるとする性質または程度の精神障害に罹患していること(精神障害)、②かかる治療を受けるべきであることが自身の健康もしくは安全または他人の保護のために必要であること(自身・公衆の保護)、③再入院となる時これに服することになるが強制在院を継続することなく治療が提供されうること(治療継続保障)、④責任医官が患者の戻し収容の権限を行使することが必要的に可能であること(戻し収容可能性)、⑤患者に適切な医療が施されること(適切な医療)、とされる(同条4.5項)。

<地域治療命令の期間>

このように、地域治療命令は、民事の治療入院(および刑事の病院収容)命令のうちの社会内処遇による社会復帰に向けた補完的機能をもつものであ

る。このことから、治療期間は親規定というべき治療入院の残余期間であり、限定されたものになっている。しかし、治療入院が更新されている限り、その更新期間から入院期間を減じた残余期間がある場合、その期間が地域治療期間となる。したがって、上限の期間は、①最初の6月間内の満了まで、②1回更新の期間6月の満了前、③2回以降の更新期間の毎1年の満了前となる(17C、20A条)。

<地域治療命令の効果>

地域治療命令は、治療入院中の患者に、入院を停止して、地域内治療に切り替えるものであり、責任医官による申請は在院中の病院管理者(Managers)に対し行われ、申請が認められれば、病院管理者の治療入院権限は一時的に保留猶予され、期限の満了とはならない(17D条)。

<病院への戻し収容>

患者の責任医官は、①精神の障害が入院治療を要するもので、②呼び戻さなければ自身の健康もしくは安全への、または他人への「危害のリスク」⁽²⁵⁾があるとの、自身の意見(所見)であれば、また診察のために、患者(「地域患者」)を戻し収容することができる(17E条)。戻し収容となった患者は、病院管理者の権限下で入院を継続することになる。

以上、制度上の地域内治療命令を見てきたが、法施行後の実状は、12月以上の再入院率低下させることにはならなかったとして、その効果に否定的な見解、報告書が多い⁽²⁶⁾。その要因は、同報告書等が示したように、実施地域にバラつきあるものの、総じて戻し入院を威嚇力にし、地域患者の努力に委ねられ、必ずしも精神医療の社会内処遇(treatment)体制が整っていないことによる。地域治療命令は、在院患者の一時的な減少による患者数の調整機能をもったとしても、社会復帰に繋げるには克服すべき課題が残されている。

このようにみると、民事(強制)・刑事の退院制限命令の処遇分野のみならず、民事領域の強制的な精神医療の緩和形態である地域治療命令も、質的な精神医療、地域医療体制の充実による転換を依然として求められている。

この転換なしには、社会（＝地域）内処遇が、対象者の症状悪化、自身・他人への危害リスクとして、戻し（再）収容との「回転ドア」の結末となってしまう。前述の「公衆の保護」は、治療保証の徹底の中に解消すべき事項となりうるものであろう。

- (5) George T. Patterson, *Social Work Practice in the Criminal Justice System*, Routledge 2012, at 169.
- (6) 拙著「非行少年の福祉的処遇の源流——一九六四年キルブランドン・レポート（スコットランド）——」島大法学43巻3号（1999年）。
- (7) Social Work Act 1968. 1970年台末からはじまり、1989年のスコットランド庁（Scottish Office）の創設で制度基盤が確立した。犯罪者処遇は同ソーシャルワーク法によって、ソーシャルワーク省の管轄下に置かれた。1991年、犯罪者処遇基準は「刑事司法制度におけるソーシャルワーク・サービス」の全国目的・基準」が公表され、これが更新され、犯罪者処遇基準として「2001—2002年期および以降の刑事司法ソーシャルサービス優先事項」が2001年には報告書として出され、公衆の安全、社会復帰の展望、将来の犯罪行為の減少化が重点領域とされた。G. T. Patterson, *supra* note 5, at 169-170. 社会内処遇のスーパービジョン（観察）に必要な再犯減少化のためのソーシャルワーク技術は、①介入の基礎形成となる犯罪者との効果的関係の確立、②犯罪者のニーズ・強度と再犯リスクの正確な評価評価、③調査結果を基にした効果のあることが明らかな介入の実施、④犯罪者が用いるシステム・サービスのコーディネートの4つにあるとする。Id. 拙著「スコットランドにおける犯罪者処遇—社会内処遇の未来像を求めて—」中山研一先生祝賀論文集第5巻（成文堂、1997年）287頁。
- (8) 緒方あゆみ「精神障害犯罪者の社会復帰支援策」同志社政策科学研究6巻1号（2004年）77頁、81頁以下。緒方は「司法精神医療システム」と表現する。
- (9) 拙著『精神障害と犯罪者の処遇—英国の法改正と現状—』（成文堂、1991年）235頁以下、初出「イギリスにおける精神障害犯罪者処遇の新動向（1）（2完）」島大法学35巻3、4号（1991年）。以下のイギリスの犯罪者処遇に関する叙述は、同書を基にしている。
- (10) Criminal Procedure (Insanity and Unfitness to Plead) Act 1991.
- (11) Id. 責任能力判断は存否（有無）が通常問題となるが、例外的に、限定責任能力と言いうる場合があり刑の減軽となる。すなわち、殺人罪に関しては、「精神状態の異常（an abnormality of mind）」が認定されれば、訴追された謀殺罪（murder）を故殺（manslaughter）に変更し、量刑での弾力性・緩和を図ることになっているが、死刑廃止の現状ではそのことのもつ機能は量刑面で軽重という相対

- 的なものになっている。この場合に、マクノートンルールのような厳密な鑑定に基づく特別なテストが行われるわけではなく、関係証拠を基にした裁判所の所見に委ねられている。Martin Humphreys, *Aspects of basic management of offenders with mental disorders, Advances in Psychiatry Treatment*, 6, 2000, at 22-30.
- (12) 社会内刑と総称されるものには、社会奉仕命令 (community service order)、罰金、刑の宣告猶予等が入る。被告人に拘禁刑が処遇として実刑の選択がされ言い渡されたとしても、所管の司法省 (Ministry of Justice) は刑期内で精神障害の程度により精神医療のため刑事施設から病院への移送を必要と思料すれば、これを許可する (退院制限指示 restriction direction)。なお、在院中、刑期満了となっても、担当医官は継続治療が必要と判断したときは治療入院となるが、刑期内では残刑執行で刑事施設に再収容される。Mental Health Act 1983 (hereafter MHA), ss. 47, 48.
- (13) 民事には緊急の鑑定入院 (assessment in cases of emergency) がある。MHA 1983, s. 4. 刑事では、鑑定付託命令、中間病院収容命令等がある。鑑定付託 (assessment) は、被告人の精神鑑定レポート提出のための病院収容 (留置) であり、後者は収用期間が1回目、12週以内、更新可で1回28日以内で、全体上限期間は6月間で全体上限が病院収容命令の半分の期間であることに特徴がある。MHA 1983, ss. 35, 38. 刑事の第一審裁判所は、比較的軽微犯罪を所管する簡易裁判所である治安判事裁判所 (magistrates court) および正式起訴犯罪となる重い犯罪を所管する (刑事) 裁判所 (Crown court) とに区分される。なお、裁判所が謀殺罪を除く拘禁刑で処罰可能な犯行で起訴された被告人は、鑑定付託での上限6月に続き、治療入院での6月 (初回) の計、連続して1年強制入院 (拘束) となり、断続性のない扱いとなる (*Id.*, s 38)。全国精神保健協会 (National Association for Mental Health : Mind) は (触法) 精神障害者向けに広報を行い、これらのことをパンフレット等で周知させている。Mind, *Mind Rights Guide* 5, 2010, pp. 15.
- (14) MHA 1983, s. 20, 37. M. Humphreys, *Id.*, 28.
- (15) MHA 1983, ss. 20, 37. 3種の病院は、民事・刑事による収容とは連動しない。
- (16) 1983年精神保健法 (Mental Health Act) が根拠法である。刑事裁判を経ての病院収容命令、あるいは (最近親者、認定ソーシャルワーカーによる病院管理者への申請に基づく) 民事強制下の治療入院での精神医療行政下におかれる精神疾患 (障害) は、従来精神病、重度および (普通の) 精神発達遅滞、精神病質が対象となると疾病名が明記されていたが、後述の注 (24) で示したように2007年精神保健法の改正によってこれらの用語が削除され「心神の障害または無能力」とされ、また強制治療の要件にあった治療見込みのあることの「治療可能性・ケア」テストは削除され、「当人に適切な医療が有効であること」に改訂された (1、3、37条)。退院権限は、担当医以外に、わが国と異なり行政から完

- 全に独立した第三者機関である精神保健審査会がもつ。同審査会への退院申立権は退院制限付患者を除き、すべての患者にある（65-79条）。退院制限付患者のケースでは、定期的に内務大臣が同審査会に審査照会の義務がある（第1回1～2年内、以降2年毎、MHA 1983, ss. 71-75）。
- (17) ボイドケインの調査時、退院制限患者は年5000人以下であった。Tessa Boyd-Caine, *Protecting the Public?* : Detention and release of mentally disordered offenders, Routledge 2012, at 44.
- (18) 拙著、注9、40頁参照。
- (19) Boyd-Caine, *supra* note 17, at 172. 危険とされる患者は、公衆保護との論理的補強の産物、すなわち同患者が公衆への特定のリスクを示すとの評価（アセスメント）によるものであり、そのリスクは時代の政治状況、すなわち政府が取り組もうとしている犯罪の恐怖や公衆の法秩序知覚（＝体感治安）に影響される産物でもあるとする。*Id.*
- (20) *Ibid.*, 179. 退院制限付患者の人権が問題化したのは1970年台以来、ヨーロッパ人権関係判例の進展した内容は、退院制限付患者制度についての手続的必要条件、ヨーロッパ人権規約および1998年イギリス人権法からの同手続的必要条件を具体化しているとする。*Id.*
- (21) Jonathan Bindman, Samantha Maingay and George Szmukler, *The Human Rights Act and mental health Legislation*, *The British Journal of Psychiatry* 182, 2003, at 91. 提訴事件の争点は、精神障害概念、障害の程度と恣意的でない最小限の治療環境ないし強制拘禁の正当化、患者の治療決定権・能力・自律性判断であり、これらは人権規約5条に係るものであった。同5条1項は、a 権限のある裁判所（court）による有罪後の適法な拘禁であること、e 感染性疾病の拡散の予防のための適法な拘禁であること、の場合でなければ、何人も自由を奪われないとする。同条4項は、逮捕・拘禁により自由を奪われている者は誰も、自己の拘禁（抑留）の適法性が裁判所により迅速に判断され、かつ同拘禁が適法でないとき釈放が命じられることとなる手続をとる資格がある、とする。1990年台の地域観察の状況につき、拙稿「ロジャー・ショウ『危険人物の地域観察』」島大法学46巻1号（2001年）113頁以下。
- (22) 拙著、注9、前掲書所収、第1章「精神障害犯罪者の処遇基準—ヨーロッパ人権裁判所とイギリス政府—」、1-40頁。
- (23) 拙著「イギリスにおける触法精神障害者の処遇と法改正の動向」島大法学45巻4号（2002年）217頁。2000年10月の人権法施行後、1年間に192件の人権規約違反を争点とするケースが、高裁に係属し審理された。J. Bindman *et al*, *supra* note 15, at 91.
- (24) 2007年精神保健法によって、精神障害の定義に変更があり、「精神障害とはいかなる心神の障害または無能力を意味する」して、従来の重度を含む心神減弱、

精神病質の障害を削除し、学習障害に関しては「その障害が異常に攻撃的な、または深刻な無責任な行動と親和的である」場合にのみ民事・刑事の手続対象となるとしている（2007年法1～2条）。また画期的な患者の権利擁護のために患者の医療に関与する独立精神保健弁護人（Independent mental health advocates）制度が創設され、2009年1月から施行された。同人は内密での患者訪問・面接ができることになった。またその援助活動対象者は拘禁（収容）中および仮退院（社会内）の患者とされた。MHA 2007, s. 30., MHA 1983, ss. 130 A–D. さらに、今日、対象者を自由入院患者まで拡大すべきと勧告するリポートが公刊され下院に提出されている。Department of Health, *Post-legislative Scrutiny of the Mental Health Act 2007: Response to the Report of the Health Committee of the House of commons*, Cm 8735, 2013, pp. 14.

- (25) リスク概念は、危険概念と共に犯罪発生の確率・評価として、ポストモダン（後期近代社会）社会におけるキーワードとなっているが、ソーシャルワークにおけるリスク査定（アセスメント）とそのマネジメントが、重視されてきている。この領域では、リスクは、良き判断を導くための必要な「要因」「可能性」「程度」というほどに変化していると思われる。Cf. Hazel Kemshall, Remadette Wilkinson and Kerry Baker, *Working with Risk*, Polity Press 2013, at 166.
- (26) Jorum Rugkasa and John Dawson, *Community treatment orders: current evidence and the implications*, *The British Journal of Psychiatry* 203, 2013, at 406–408. 人間的で効果的な精神保健関係立法をめざして、1999年75組織（王立精神科医学会、英国心理学協会、英国ソーシャルワーカー協会、精神保健基金等）が連携して、精神保健連盟（Mental Health Alliance）が誕生し、同連盟はリポートを公刊し、施行後5年間の地域治療命令の運用状況、評価を行っている。これによれば、イングランドでは、施行後17月間（2008年11月～2010年3月）に月平均約350件、総数6237件の地域治療命令が発せられた。結果的に、予想以上に高い活用数であったこと、黒人・混血者治療での不均衡に過剰な比率（19.5%）であったこと、患者の優に3分の1（36%）以上が自傷他害のリスクがあると報告されていない者に対する同命令であったこと、発令1月内か最初の入院後3月内にケアプラン提示が求められていたが40%のケースが遅延していたこと第二意見提出の遅延があったことなど、否定的な評価をしている。Mental Health Alliance, *The Mental Health Act 2007: A review of its implementation*, pp. 24, May 2012 (URL: www.mentalhealthalliance.org.uk).

4 おわりに

わが国の医療観察制度の法制度上の枠組みと、同種のモデル制度とされたイギリスの新たなスコットランドにおける犯罪者処遇の所管官庁の推移、そ

してイギリスにおける2007年精神保健法による地域治療観察命令の制度の一端を概観してきた。イギリスでの触法精神障害者の処遇が、精神医療法制に基盤を置いての処遇であり、その中での社会内処遇の苦悩する現状と課題を示してきた。

わが国の現在の法務省保護局下の医療観察制度がもつ構造的問題と運用上の問題とを区別し、触法精神障害者の社会復帰に向けて、本格的な社会内処遇、地域観察、地域治療（医療）を考える時が来ている⁽²⁷⁾。その方向は、わが国が参考にしたイギリスの制度上の苦悩の先を進むことであり、社会内処遇としての医療観察制度の純化であり、司法から医療福祉への処遇視座の転換であろう。

(27) 法務省の保護観察所における社会復帰調整官の業務、精神保健観察、医療観察の状況、問題点、法制の発展方向につき以下の論稿等がある。法務省保護局『心神喪失者等医療観察法による地域処遇ハンドブック』（2000年）全100頁、弥永理絵「心神喪失者等医療観察法の施行状況と保護観察所の業務の概要について」犯罪と非行151号（2007年）5頁、吉川和夫「心神喪失者等医療観察法制度の実情と課題—入院および通院治療を中心に—」犯罪と非行 151号（2007年）21頁、渡辺脩「医療観察法の修正・改善を求めて—運用実績の評価と一般精神医療への発展的解消」自由と正義61巻1号（2010年）101頁。

* 本稿作成にあたり、松江保護観察所社会復帰調整官に実務につき、ご教示いただいたことを感謝いたします。