

心神喪失者等医療観察法と精神保健福祉法における 入院決定と医療の必要性

牟 田 真 美

目 次

I、はじめに

一、医療観察法の概要 — 医療観察法の立法趣旨と意義 —

二、精神保健福祉法の概要 — 精神医療の変遷 —

II、判例の概観

一―一、事案の概要

一―二、第一審判決 要旨（長崎地方裁判所 平成一九年一月一九日決定）

一―三、第二審判決 要旨（福岡高等裁判所 平成一九年三月三〇日決定）

一―四、上告理由

一―五、最高裁判決要旨（平成一九年七月二五日第二小法廷決定）

二―一、医療観察法施行時の判例 — 医療観察法による入院決定がされた事案（一）

二―二、医療観察法施行後の判例 — 医療観察法による入院決定がされた事案（二）

三、小活

III、重大な他害行為を行った対象者と医療者（医師）との治療契約関係

一、医療契約とは

- 二、精神保健福祉法における措置入院の医療契約関係とは
- 三、心神喪失者等医療観察法における医療契約関係とは
- IV、強制医療の問題点 — 保安処分の否定説と肯定説 —
- V、考察

I、はじめに

平成一七(二〇〇五)年五月一七日に施行された、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)は、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った対象者に対し、その適切な処遇^{注1)}を決定するための手続等を定めることにより、継続的かつ適切な医療並びにその確保のために必要な観察及び指導を行うことによって、その病状の改善及びこれに伴う同様の再発の防止を図り、もってその社会復帰を促進することを目的としている。本法施行前は、重大な他害行為を行った対象者は、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)の措置入院であり、本法施行後は、この二つの法律の間で入院決定の裁判が争われた。

本稿では、重大な他害行為を行った対象者が精神障害による入院治療の必要性があれば、必ず医療観察法四二条一項一号の入院決定をしなければならないのか、それとも精神保健福祉法二九条一項による措置入院で治療が満たされるのであれば、医療観察法による入院決定は必要ではないのか、入院治療の正当性と医療の必要性について論じる。

また、医療観察法と精神保健福祉法における対象者と医療者との治療契約関係から、対象者の入院治療及び社会復帰に向けた医療の必要性を考える。

一、医療観察法の概要 — 医療観察法の立法趣旨と意義 —

医療観察法制定の背景には、二〇〇一（平成一二）年六月に起きた池田小の殺傷事件を契機に、「触法精神障害者」の処遇をめぐる議論が高まった。^{注2)} 事件の行為者が触法精神障害者であれば、その後の手続は不起訴処分や無罪となる可能性もある。当時の法制度において、精神保健福祉法による措置入院にて医療機関に委ねられる。

従来の措置入院制度は、できる限り強制を用いることがないように短期間の入院であることが多く、また行政措置であるため、重大な他害行為を犯しても司法の関与ができなかった。そこで、国会で二度の継続審議を経て、二〇〇三（平成一五）年に可決、成立し、二〇〇五（平成一七）年七月一五日から施行された。

精神保健福祉法による措置入院の判断は、二名の精神保健指定医^{注3)}に任されており、入院院に関する規定も指定医の判断で行われていた。しかし、精神症状の再燃が低いと判断されたが、退院後に他害行為を行った精神障害者が存在するのも事実である。退院後の犯罪の反復を判断することは困難であり、「危険性」を理由に拘束することは人権侵害になることから保安処分制度^{注4)}は設けられなかった。そこで、保安処分の人権侵害的な要素を可能な限り払拭し、触法精神障害者に精神科医療を加えて社会復帰に導く制度が、医療観察法である。裁判所が強制的な入院又は通院を命じる制度が新設され、この制度を医療観察制度という。

二、精神保健福祉法の概要^{注5)} — 精神医療の変遷 —

わが国の精神障害者に対する治療は、江戸時代まで民間信仰による憑き物落としや祈祷が中心であった。精神保健が整備されたのは明治時代からであり、当時の文部省医制が創設され、癲狂院（精神科病院）設立に関する規定が置かれた。しかし、癲狂院の設置は財政面から容易に進まず、多くは精神障害者の私宅監置が認められ、家族の世話に任せていた。精神病院法（大正八年）後、私宅監置は廃止し、精神障害者を「監護から医療へ」と転換する法律であったが、第二次世界大戦前後の食料・物資不足から多くの精神障害者は栄養失調等で死亡した。戦後の欧米からの精神科医療の導入や公衆衛生の向上から精神衛生法（昭和二十五年）が制定された。この法から、自傷他害のおそれのある精神障害者に対して強制入院としての「措置入院制度」が設けられたが、保安処分要素の強い精神衛生法の人権に対する問題^{注6)}が浮き彫りとなり、精神障害者の人権保護と適正な医療及び保護の確保という観点から見直しが図られた。法改正にて精神保健法（昭和六三年）は、入院中心から地域中心の医療保護体制を確立して「精神病院から社会復帰施設へ」と、社会復帰施設に関する事項が定められた。障害者基本法（平成五年）の制定に伴い、精神障害者が障害者基本法の対象と明確に位置づけられ、これまでの保健医療対策に加え、福祉対策の対象となり、保健医療福祉が推進されるようになった。更に「医療と福祉の二本柱」を充実させるため、精神保健福祉法（平成七年）が成立した。その後も障害者自立支援法（現・障害者総合支援法）の成立により一部改正を繰り返して、今日に至る。

精神保健福祉法は、精神保健と福祉、人権保護の三つの目的を持つ。精神保健目的は、精神障害者の医療及び保護その発生の予防、国民の精神的健康の保持増進である。福祉目的は、精神障害者の自立と社会活動への参加の促進を

規定し、ノーマライゼーションを進める目的がある。人権保護目的において、強制や行動の自由の制限は人権の制約であるから患者の意思に反して行う治療は、法的規制が必要となる。精神保健福祉法は、入院手続きや行動制限から人権保障の性格を有するものである。

II、判例の概観

医療観察法による処遇事件であり施行後に入院処遇をめぐり、初めて最高裁まで争った事案である。第一審（長崎地裁）が医療観察法四二条一項三号による医療を行わない旨の決定をしたところ、検察官が抗告をし、第二審（福岡高裁）が上記決定を取り消して、事件を一審に差し戻す決定をしたため、対象者が再抗告した。

一―一、事案の概要

事実は次のとおりである。

対象者は、平成一八年四月頃から共同住宅甲アパートC棟に居住するようになった。同年五、六月頃、妄想性障害^{注①}に罹患し、「階下に左腕のない女性が死んだためこの部屋は悪霊がとりついている」等の被害妄想、迫害妄想が出現し、同年八月四日午前九時二五分ころ、甲アパートにおいて、布団に灯油を撒き、マッチで点火して放火するという現住建造物放火行為に及んだ。検察官は、対象者は犯行当時、心神喪失状態であったと判断して同年一〇月二四日に

不起訴としたため、医療観察法三三一条一項に基づき同法四二条一項の決定をすることを長崎地裁に申し立てた。

一―二、第一審判決 要旨（長崎地方裁判所 平成一九年一月一九日決定）

長崎地裁は、対象行為・責任能力・医療観察法による医療の必要性の三点を判断し、「鑑定人の鑑定を基礎とすれば、対象者は、現在もなお、妄想性障害に罹患しており、治療反応性^{注8}のあるため、治療を行う必要性があり、また、病識は乏しいため入院治療の継続が必要であると認められる。しかしながら、同鑑定を基礎とすれば、①対象者は、鑑定入院当初は被害妄想や関係妄想が顕著な状態であったが、鑑定入院中の薬物療法及び精神療法により、幻覚はなくなり、妄想も軽快するなど精神状態は改善し、穏やかで、控えめな口調で話し、礼節も保ち、治療スタッフや他の入院患者とも情緒的交流を図るまでになっており、更に治療を継続することにより治療効果は継続されると期待されること、②対象者の実子三名が統合失調症であったことから精神科病院に対する拒否感はなく、服薬や処置等には抵抗を示していないことから、今後の治療の進展により病識が得られ問題に認知を得ることは可能であることが認められ、これらによれば、医療観察法による枠組みでの治療は必ずしも必要でなく、通常の病院での入院治療継続が適当であるということができると示した。

また、上記鑑定に加え、「①対象者の妄想性障害は、平成一六年二月以降、対象者が、長男の死、次女の入院、夫の死及び転居に伴う住環境の変化というストレスの掛かる事態に直面するといった心理的要因を背景に発症したと考えられるため、心理療法が行われることによる改善が望まれること、②対象者の長女及び次女は統合失調症を発症し入

院中であり、孫は知的障害者入所更生施設に入院中であるから、それら対象者の家族が対象者に適切な援助を行うことは困難であるものの、家族は対象者の精神的支えとなっているため、医療観察法による入院により、それらの者と地理的に離れてしまい面会が途絶してしまうことは、対象者に更なる心理的負担を強いてしまうおそれが強いこと、③対象者は鑑定入院先の医療関係者等と良好な関係を構築しているため、現在の医療環境の下での治療がより効果的と考えられるところ、対象者は対象行為時生活保護を受給しており、今後も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）による入院による治療が可能であり、鑑定入院先の病院医師は、同法による対象者の入院及び治療を引き受ける意向を示していること、④現在、対象者は帰省先が存在しないが、将来的には、福祉関係機関の援助を得て、救護施設等の利用も視野に入れた社会復帰に向けての調整が可能であることが認められる」とし、医療観察法にもよる医療を行うまでの必要性はないと示した。

一―三、第二審判決 要旨（福岡高等裁判所 平成一九年三月三〇日決定）

原決定において、対象者はその対象行為時、妄想性障害に罹患し、幻覚・妄想に支配されて対象行為に及んでおり、心神喪失状態であったと認められる。現在も妄想性障害は継続しており、治療を行う必要性があり、病識に乏しいため入院治療の継続が必要である点については是認した。しかし、法による枠組みでの治療は必ずしも必要でなく、通常の病院での入院治療継続が妥当であり、一定期間、精神保健福祉法による入院決定をすることにより、社会復帰することが十分可能であると、医療観察法による医療を行う必要性がないと判断したことは是認できないとした。

理由は以下のとおりである。

「医療観察法は、精神障害による心神喪失等の状態で重大な他害行為が行われた場合、被害者に深刻な被害が生ずるだけでなく、そのような行為を行った者が有する精神障害は、一般的に手厚い専門的な医療の必要性が高く、同人が、精神障害を有していることに加えて、重大な他害行為を犯したという、いわば二重のハンディキャップを背負ってしまふとともに、そのような精神障害が改善されないまま再びそのために重大な他害行為が行われることとなれば、そのような事実が本人の社会復帰の大きな障害となることは明らかであるから、対象者に必要な医療を確保して不幸な事態が繰り返されないようにしつつ、その社会復帰を図るため、精神障害による心神喪失等の状態で一定の重大な他害行為を行った者に対し、医療を受ける機会を与える目的等から制定されたものである。したがって、同法は、検察官に原則として申立義務を認め(法三三三条)、ひとたび法四二条一項一号ないし二号の決定がなされた場合には、対象者に法による医療を受ける義務を課するとともに、対象者に必要な医療を受けさせることを国の責務とし(法八一一条)、また、対象者の社会復帰を円滑にするため、保護観察所に社会復帰調整官を置き、生活環境の調整や医療機関との協力体制を整備している。」と、法の趣旨を示した。

裁判所は、「検察官からの申立てに対し、対象者に、法四二条一項一号のなないし二号の要件が認められるか否かを審査し、対象者がその要件を充足すると認められる場合には、同条項に定められた入通院の決定をすべきであって、そのような場合に、入退院の手續・要件・持続的かつ専門的な医療体制の整備、医療等の実施機関あるいは強制力といった点で、大きな違いのある精神保健福祉法による医療が可能であるからといって、同条一項二号の医療を行わない旨の決定をすることは許されないとはいふべきである。」

さらに、対象者に法四二条一項一号ないし二号の要件が認められるかを検討し、対象者の病状は「未だ十分に改善されているとはいえず、対象者に病識が乏しく、今後の服薬を拒否する事態も考えられ、対象者には、症状を再燃させて、放火等の同様の行為に及ぶ具体的・現実的な可能性があると認められる。」と述べ、対象者の住居は放火により焼失しており、家族・親族の引き受け先がなく、通院による治療は困難な状況であるとし、「鑑定書や対象者の原審裁判廷における陳述、対象者の生活環境等を考慮すると、対象者に対し、法四二条一項一号の医療を受けさせるために入院をさせる旨の入院決定をすべきであったのに、同条三号の医療を行わない旨の決定をした原判決は、重大な事実誤認をしたか、法令の解釈・適用を誤ったもの」と示し、原決定を取り消し、本件を長崎地裁に差し戻した。

一―四、上告理由

原決定が、精神保健福祉法による医療が可能であったとしても、対象行為を行った者に対して医療観察法に基づく入院等の決定をしなければならぬ、との解釈の根拠をしているのは、①所定の重大行為を行った者の精神障害に対して一般に手厚い専門的な治療の必要性が高いこと、②不幸な事態を繰り返さないことは本人の利益にもなること、③医療観察法二三条が検察官に原則として同法に基づく医療決定の申立義務を課していること、④医療観察法八一条は同法の医療を受けさせることを国の責務と規定していること、⑤医療観察法は対象者の社会復帰を円滑にするため、社会復帰調整官の制度をもっていること、を挙げているが、①②④⑤が、対象者を必ず医療観察法に基づく治療を受けさせる根拠になり得るものではない。③は、検察官の申立義務は、重大行為を行った者について、医療観察法の

枠組みによる治療を受けさせることが必要かどうかの判定の機会を確保しようというものにすぎず、それが、同法に基づく医療を受けさせようとしている根拠になるものではない。

一―五、最高裁判決要旨（平成一九年七月二五日第二小法廷決定）

上告棄却

最高裁は、「同法二条三項所定の対象者で医療の必要があるもののうち、対象行為を行った際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ことが必要な者を同法による医療の対象者とする趣旨であって、同法三三条一項の申立てがあつた場合、裁判所は、上記必要が認められる者については、同法四二条一項一号の医療を受けさせる旨の決定、又は同項二号の入院によらない医療を受けさせる旨の決定をしなければならず、上記必要を認めながら、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四二条一項三号の同法による医療を行わない旨の決定をすることは許されないものと解するのが相当であり、」と示した。

二―一、医療観察法施行時の判例―医療観察法による入院決定がされた事案（一）

福岡高裁 平成一八年一月二七日刑事部決定^{注9)}

〔1〕 事実の概要

家族と同居中の居室を現住建築物等放火にした対象者が、その当時心神喪失の状態にあつたとして不起訴処分となり、検察官が申立てをした。原審（福岡地裁平成一七年一〇月二五日決定）は、対象者に対し、同法四二条一項一号に規定する入院による医療を受けさせる必要があると示すが、対象者の付添人が不服申立てをしたものである。対象者の統合失調症の症状は、平成一三年二月に幻覚等の症状を呈し、A病院に入院して治療を受けていたものの、入院中から服薬を拒否する言動があり、退院後も通院治療を受けずにいた。平成一三年から一六年にかけて服薬拒否と妄想状態の悪化を繰り返し、平成一七年四月二〇日に本件対象行為に至った。

〔2〕 入院治療の必要性について（福岡高裁判旨より抜粋）

本件放火行為後の「その後の措置入院中の治療や鑑定入院中の治療によって、症状はある程度改善されたが、^① 原決定時点においても、なお妄想との距離がとれておらず、軽い思考障害、感情鈍麻、^② 病識の薄弱さが残存しており、前記のとおりの対象者の抱える精神障害の内容及び治療状況並びに対象行為に至った経緯及び対象行為時の精神状態等に照らし、今後も、服薬の中断があれば、対象者が症状を再燃させて、放火等の同様の行為に及ぶ具体的・現実的な可能性があることが認められる。」以上に加えて、「本件対象行為時^③に対象者と同居していた実父と継母等の家族は、対象者の引き取りを拒否している状況にある」ということ、また、^④ 対象者は男性Dと平成一七年一月一日（本件対象行為後）に婚姻しているが、Dとほとんど同居生活をしたことがなく、Dは仕事の関係で数ヶ月不在になることもあり、通院による継続した治療を確保することは困難と示した。

二二二、医療観察法施行後の判例―医療観察法による入院決定がされた事案(二)

東京高裁 平成一九年二月二日刑五部決定^{注(10)}

本件は、医療観察法二条二項の対象行為に当たるか、また、幻聴、妄想等に基づいて行った行為が対象行為に該当するのかが、判断する際の認識や意図の認定方法について争った事件であるが、ここでは同法による入院の必要性を示している東京高裁の判旨に重点をおく。

(一) 事実の概要

平成一九年九月九日午前五時頃、対象者が、東京都内T区の他人の住居において、この家に住む息子Bのベルト一本及び父親Aの靴下一足(以下「本件各物品」という。)を窃取したところ、これを家人に発見された。Bは、対象者が逃げないように、掴んだところ、急に暴れだし、Bの顔面等を手拳で数回殴打するなどの暴行を加え、同人に全治約一週間を要する傷害を負わせた。更にAに対し、顔面を手拳で殴打し、その左手親指付け根付近を歯でかみちぎるなどの暴行を加え、同人に全治約二週間の傷害を負わせた。BとAが対象者を取り押さえ、強盗傷害の現行犯人として逮捕したところ、駆けつけた警察官に対象者を引き渡した。対象者は、在留資格で在留期間を一年ごとに更新しているフィリピン人で、平成一一年頃から東京都S区でホームレスの生活を送っていた。対象者は、一八歳の頃に妄想型統合失調症を発症し、幻聴、誇大妄想、被害妄想、意欲の低下、作業能力の低下、病識の欠如を呈していた。

（二）入院の必要性について（東京高裁判旨より抜粋）

東京高裁は、入院医療の事実誤認の主張に対して、対象者の入院医療の必要性を示しており、以下関係各証拠よりア、対象者は、鑑定入院の当初には、「なぜ薬を飲ませるのか、俺を誰だと思っているんだ。皇族だぞ。お前ら、そんなことをすると、エイリアンを出すぞ。」と叫んで暴れ、身体を拘束された。

イ、鑑定入院中の薬物療法により、精神運動興奮状態や不穏さは改善がみられた。幻聴、誇大妄想、被害妄想等の症状はあまり改善していないが、長く投薬を継続すれば、寛解が期待され、治療反応性がある。

ウ、対象者は長くにホームレス生活を送っており、知人もおらず、病識がないので自ら通院し、服薬を継続することは期待できない。

エ、対象者の実母は、永住者の在留資格を有するフィリピン人で、対象者の義父及び異父弟とともに千葉県で生活している。対象者を自宅に引き取ることに消極的で、先に病気を治して欲しいと希望している。

オ、対象者は④自分の信念があるので、犯罪者を追うのは、そのまま続ける。犯罪者を追っていく過程で、今回のようにやくざと思われる人が襲ってくれば、自分の身は自分で守るので、再び同じ状況になる」と述べているため、対象行為を行った際の精神状態の改善し、同様の行為を行うことなく社会に復帰するため、対象者を入院させて医療観察法による医療を受けさせる必要があることは十分に認めることができる。

三、小活

平成一八〇一一年に、医療観察法による入院決定に至った事案を通して、判旨中の波線に注目した。林は入院か通院の見立てをする事柄に「a、今なお精神病症状が活発である。b、物質障害注①や人格障害などの併存障害がある。c、病識に乏しい。d、対象行為の内省に乏しい。e、家族の支援体制が希薄である。f、犯罪や暴力の既往がある。」と挙げる。医療観察法により入院処遇の決定された二つの事案（福岡高裁、東京高裁）について、『林の示す入院か通院の見込みを立てる事柄』を引用して、高裁の判旨を確認した。該当箇所は、「今なお精神病症状が活発である」「病識に乏しい」「家族の支援体制が希薄である」の三点が共通している。

林の示す六つの事柄は、医療観察法の入院か通院処遇の見立てを考慮するものであるから、直ちに、本事案（最高裁平成一九年七月二五日第二小法廷決定）における医療観察法の入院か精神保健福祉法による措置入院の処遇かの判断の視点とはならないが、医療の必要性からみると、本事案の長崎地裁、福岡高裁の判旨内容から、「幻覚・妄想に支配されて対象行為に及んで」おり、「病識の乏しさ」がある。また「対象者の長女及び次女は統合失調症を発症し入院中であり、孫は知的障害者入所更生施設に入院中であるから、それら対象者の家族が適切な援助を行うことは困難（長崎地裁）」と示している。これらは、精神症状の持続や病識の欠如があり、家族の支援が希薄であることが合致し、医療の必要性があると判断される。

Ⅲ、重大な他害行為を行った対象者と医療者（医師）との治療契約関係

一、医療契約とは

（一）医療契約の成立とその効果及び終了

患者側の医療提供の申込みがあり、これを医療者側が承諾することで医療契約は成立する。医師には「診察治療の求めがあった場合には、正当な事由がなければ、これを拒んではならない（医師法一九条一項）」の規定により、応酬義務がある。これは、⁽²⁾ 医業を独占している医師であり、応酬義務はこの基本的権利を保障するための医師に課せられた職業上の義務である。医療契約の効果は、医療者が患者に対して、最善の医療を提供し、患者がこれに対する対価を支払う有償の双務契約である。この契約の終了は、医師には応酬義務があるため「正当な理由」がない限り、医療者側からの契約解除はない。しかし、患者からの解除は自己決定権の保障から制約はない。

（二）医療契約の特性

わが国では学説上、準委任契約説が通説といわれており、準委任契約説の特性は以下四点にまとめられる。

- （１） 医療契約の成立において、患者は疾患の診断と治療を求め、医師がこれを引き受けたときに成立する。
- （２） 患者の症状に従って、検査・診断・治療内容の決定がなされ、実施されていく。
- （３） 契約内容に流動性がある。

(4) 検査・治療内容の行為の実施にあたり、個別に合意が必要である。

医療の目的は「医療行為そのものを行うことであり、その成功という結果を約束するものではない」と判例³⁾が示している。医療契約内容は、疾患の「治癒」という結果は困難である。そのため、疾患の診断・治療のために必要な最善の医療を実施することを目的とする「手段債務」という特性をもつ。さらに、ある明確な仕事の完成が医療契約の目的である場合は、「請負契約」(請負契約説)に近い特性をもつことがあり、個別の医療行為について、その行為の完了を目的とした請負契約性の要素を示すものがある。

二、精神保健福祉法における措置入院の医療契約関係とは

一) 措置入院における医療契約の成立とその効果及び終了

対象者が精神障害又はその疑いのある場合、申請・通報を受けて、都道府県知事は対象者に代わって医療契約を結び、医療の申込みを行い、相手方は医師(または医師が被用者の場合、雇用者である管理者)が承諾を行うことで契約は成立する。入院により、医師は対象者に最善の治療を実施する「医療の提供」を行う。措置入院による対象者の入院費用は、都道府県知事が負担し、国は都道府県が負担した費用の四分の三を負担することにより、有償の双務契約が成立する。医療契約の効果には、医療契約の成立から終了までの間に、医師は善管注意義務を負い、医学上の技術水準を保ち、診察にあたる。この契約の終了は、医師が患者の病状が安定したと判断し、退院により医療契約は一時的に終了する。しかし、退院後も通院の必要性があったり、日常生活の支援や社会復帰のための支援施設を利用し

たりと、医療者の支援体制から外れることはない。また、都道府県知事も医師と連携をとり、必要であれば知事が退院決定できる。医師には応酬義務があるため「正当な理由」がない限り、医療者側からの契約の解除はない。

二）精神保健福祉法における措置入院の特性

措置入院の医療契約を準委任契約の特性と照らし合わせてみると、

(1) 診察や保護の申請や通報された対象者は、都道府県知事が本人に代わって医療の申込みをする。代理となつた都道府県知事は、対象者の疾患の診断と治療を求める行政措置である。

(2) 患者の症状に従つて、検査・診断・治療内容が決まり、対象者へ治療の説明が行われ、対象者と医療契約が成立する。

(3) 精神症状の経過にて、契約内容に流動性がある。

(4) 検査・治療内容の行為の実施にあたり、個別に合意が必要である。

(5) 精神症状が安定すれば入院形態を切り替えなければならない。任意入院であれば対象者の希望にて退院となり、治療契約は終了となる。

措置入院の医療契約内容は、疾患の「治癒」という結果は困難であり、「自傷他害のおそれがない」ように精神症状を安定させることが重要である。そのために、疾患の診断、治療に必要な最善の医療を実施する「手段債務」という特性をもつ、準委任契約説であると考えられる。

三、心神喪失者等医療観察法における医療契約関係とは^{注12)}

一) 心神喪失者等医療観察法における医療契約の成立とその効果及び終了

重大な他害行為を行った対象者が不起訴となったとき、検察官は裁判所に申立てをしなければならない。裁判所は対象者に対し入院の決定を行うと、国が指定した指定医療機関に入院となる。これは、司法の判断及び国が強制医療を根拠に、対象者の入院が決定される。対象者には弁護士が付き、対象者の保護にあたる。指定医療機関に入院したのち、医師と対象者の関係において、医師からの説明がなされ、対象者が医療の申込みを行い、医師の承諾により医療契約が成立する。契約の効果は、入院により医療の提供がなされ、その過程の中で個々の治療プログラム責任者である多職種^{注13)}が対象者に説明をし、同意を得る。この契約の終了は、①病状が安定している ②必要な医療を自立的に求めることが可能である ③適切な援助体制が整えられている ことをもって退院評価を行い、手続きに移る。指定医療機関の管理者は、医師の診察の結果、退院又は治療継続の必要性があるときや、対象者又はその保護者や付添人は退院の許可や医療終了の申立てができる。裁判所は、申立てを受けて、退院や医療の終了を決定することにより、指定医療機関の医師を含めた多職種の医療者と対象者の医療契約は終了となる。裁判所から退院の決定を受けた対象者は、指定医療機関を退院後、地域の一般精神科病院で外来治療を継続して、社会復帰調整官らにより、生活環境の支援・調整を受ける。一方、裁判所から退院許可が下りない場合、下りない理由を医療者と対象者とともに問題点を明確にし、社会復帰を目指して治療を継続することになる。

二) 心神喪失者等医療観察法における入院の特性

一般の医療契約の特性と照らし合わせて考えてみると、

(1) 司法や国による強制入院であり、入院決定命令時には、指定医療機関の医療者と対象者の医療契約はな
い。

(2) 鑑定入院にて、既に対象者の疾患は特定されているおり、治療プログラム内容は決定されている。

(3) 疾患に基づき治療内容は概ね決定されており、一八ヶ月の入院期間のもと、社会復帰に向けた治療プログラ
ムがあるため、流動性がない(流動性が生じるのは、裁判所の退院許可が下りず、契約期間が延長される
場合である)。

(4) 検査・治療内容の行為の実施にあたり、多職種の医療者と個別に合意が必要であり、対象者と多職種の医
療者との間には、医療の申込みと承諾がある。

(5) 一八ヶ月の入院期間を終え、精神症状が安定していても、司法の退院決定がなければ退院できない。

疾患の「治癒」は困難であるが、「円滑な社会復帰を促進する」という目的は治療プログラム注14)に組み込まれ、対象者
は地域で生活するという明確な目的がある。治療プログラムのような性質の目的が明確であり、個々の治療プログラ
ムで契約を交わされているならば、請負契約性の要素をもった医療契約と考える。

IV、強制医療の問題点 — 保安処分 の否定説と肯定説 —

町野⁽⁴⁾は、「精神医療の強制を正当化する原理としては、伝統的に *police power* と *parens patriae* の二つが援用されてきた。」前者は、国家には精神障害者の他害行為を防止する権限がある、というものであり、後者は、精神障害者には自分のことを配慮する能力が十分になく、自分で医療を受ける自己決定ができないので、国がその親がわりになって精神障害者に医療を受けさせるといふものである。町野⁽⁵⁾は *police power* 思想は、許されない思想であることを次の二点にまとめている。一点目は「精神障害者が犯罪を犯したのではなく、犯す危険があるから彼を拘禁すること」は予防拘禁に他ならない。予防拘禁が日本国憲法の認めるところかには議論がありうるが、犯罪傾向を有する危険人物については予防拘禁を認めていない現行法の下で、精神障害者だけにそれを適用しようとすることは、明らかに『法の下の平等』（憲一四条）に反する。」二点目に「*police power* 思想によると、犯罪防止だけが強制入院の目的なのだから、精神障害者に適切な精神医療を与える必要はないことになる。精神医療が彼の再犯を防止することに有益であるときは、それが行われることになるが、無益であるときにはそれは必要ではない。」と述べる。池原⁽⁶⁾は障害者権利条約に反することを示し、「強制入院の要件としての『精神障害』は、精神障害のない人が自由を奪われないようにする機能を果たす一方で、精神障害のある人にとっては自由を奪われる可能性を基礎づけ要件になっているのである。」また、「差別と施設への收容は社会的排除を生み、『地域社会への障害のある人の完全なインクルージョン^{注15)}及び参加』と地域で生活する権利（同条約一九条）を阻害することになる。」と述べ、身体的自由の剝奪は、身体活動や個人の行動範囲に制約を生じさせるだけでなく、社会生活の基盤をも奪うことになることを示す。

しかし、一方で町野⁽⁷⁾は、再犯の恐れや自傷他害のおそれのある精神障害者に対し、医療を受けさせる利益を以て「*parens patriae*原理」によって精神科医療を、すべての精神障害者に、どこまでも強制するならば、行動の自由を含む精神障害者の基本的権利の不当な侵害になるであろう。そこには、本人の意思に関わりなく医療を強制しうる合理的な社会的利益の存在が必要である。再犯の危険性を除去することによって人々の福利を維持するという *police powers* の配慮は、まさにこのような利益の配慮であり、限定要件として認められるのである。」と述べる。また、藤吉⁽⁸⁾は、「自由剝奪をともしぬ処分は、刑事政策目的が侵害を正当化するのに十分なほど重要な場合のみ許されるとする。」と示しており、「精神的・心理的な欠陥により行為者の責任が限定されていなければいほど、行為者の危険はより大きく、それだけにますます保安的な措置が不可欠である場合もある。また、犯罪を誘発する人格障害の程度が重ければ重いほど、責任や刑罰は軽いものとなるが、しかし、逆に、より長期にわたる治療的な働きかけが要求されることになる。」と述べており、*parens patriae* の視点で肯定的な意見をもつ。

V、考察

重大な他害行為を行った対象者が精神障害による入院治療の必要性があれば、医療観察法四二条一項一号の入院決定をしなければならぬのか、それとも精神保健福祉法二九条一項による措置入院で治療が満たされるのであれば、医療観察法による入院処遇の必要性はないのか、という問題を挙げた。この問題の論点となる福岡高裁平成一九年三月三〇日決定及び最高裁平成一九年七月二五日第二小法廷の事案の判決に賛成である。

重大な他害行為を行った対象者の治療に関わる医療者と対象者の治療契約関係を考察した。精神保健福祉法による措置入院では、対象者の「自傷他害のおそれ」という規定のもと、都道府県知事の医療の申し込みにて強制入院となるが、医療者は対象者に疾患や治療内容を説明し、対象者が治療に応じ、医療者が治療を承諾することで、準委任契約の医療契約は成立する。しかし、入院中の治療目標は「自傷他害のおそれ」がないように精神症状が安定することであり、最も重要な「他害行為の問題を認識し、自ら防止できる力を高める」ための治療アプローチは乏しいといえる。精神症状が安定すれば入院形態が換わり、自分の意思にて退院することができるため、その時点で医療契約は終了を迎える。医療者側の治療体制は整っていても、対象者の治療アドヒアランスが^{注16}低ければ通院を辞め、生活支援を拒絶後に、精神症状が再燃し他害行為を起こす可能性もある。入院中の目標が「自傷他害のおそれ」がないように必要な最善の医療を実施する準委任契約であるため、退院後の対象者の「他害行為の問題を認識し、自ら防止できる力を高める」ための意思は対象者に委ねられる。また、対象者の意思以上に精神症状のために判断能力が低下すると、再犯に繋がる可能性もあり、治療効果が期待できない。

医療観察法における入院処遇では、司法の入院決定という命令で強制入院となるが、治療の開始には、医療者は対象者に疾患・治療の説明をし、これを対象者が治療に応じて医療者との承諾をもって医療契約が成立すると考える。入院中の治療プログラムは、個々の専門職によって計画される。このチームアプローチは、対象者に説明する前に多職種間で了解が得られているため、チーム全体で対象者にアプローチができる。この時に重要なことは、多職種間で了解が得られていることである。仮に一人の医療者が他の職種と合意していない治療プログラムを対象者に実施した結果、対象者が離院や自傷他害行為を起こした場合に、請負契約性の要素をもつ準委任契約であるがゆえに、一人の

医療者に責任が被る可能性が生じる。そのため、多職種間の了解は契約上、重要な手続きであると思われる。医療者と対象者は、急性期から対象行為について話し合う（内省・洞察^{注17}）から多職種チームスタッフとの援助関係が成立し信頼感も深まる。この内省・洞察は、「他害行為の問題を認識し自ら防止できる力を高める」ことや「被害者に対する共感性を養う」ことにつながり、急性期からスタートする。治療プログラムは急性期から社会復帰までのクリティカルパスの計画に沿って、概ね一八カ月の期間に濃密な治療を受けることになる。個々のプログラムに契約が成立しているため、そのプログラムの目標が達成されれば、契約の解除にあたと考える。医療契約の終了は、入院治療終了の評価と退院の準備が整えられると、裁判所に退院許可申立てを行う。裁判所の退院許可決定後、保護観察所で社会復帰調整官のもと「地域社会における処遇のガイドライン」^{注18}に基づき関係機関相互の連携による継続的な医療とケアの確保がされる。地域での支援は原則三年だが、「継続的かつ医療並びにその確保のために必要な観察及び指導を行うこと」によって、その病状の改善とこれに伴う同様の再発の防止を図り、もってその社会復帰を促進する」は医療観察法の目的に沿っていると考えられる。この社会復帰までを契約の終了と考えるならば、行為の完了を目指した請負契約性の要素がある準委任契約と考えられ、医療観察法の入院処遇は対象者のQOLに沿っていると考える。

最高裁平成一九年七月二五日第二小法廷の事案の上告理由に①所定の重大行為を行った者の精神障害に対して手厚い専門的な治療の必要性が高いこと ②不幸な事態を繰り返さないことは本人の利益にもなること ③医療観察法八一条は、医療を受けさせることを国の責務と規定していること ④対象者の社会復帰を円滑にするために、社会復帰調整官の制度をもうけている 以上の四点が、対象者を医療観察法に基づく治療を受けさせる根拠になり得るものではないと挙げている。この上告理由の四点は、確かに医療観察法によらなくても、精神保健福祉法における措置入院

等の対応でも可能ではないか、という指摘を含んでいると思われるが、上告理由①④は、一般精神科医療の対応では十分な治療効果があるとは言えない現状があり、重大な他害行為を行った対象者のQOLという利益を考慮すれば、医療観察法による入院治療は大きな意味がある。最高裁はこの上告理由に対して、医療観察法の目的から、必要が認められる者に対して同法四二条一項一号の医療を受けさせる旨の決定、または同項二号の入院によらない医療を受けさせる旨の決定をしなければならぬと示している。同項三号の「前二号の場合に当たらないときこの法律による医療を行わない旨の決定」とは、上告理由にある「手厚い専門的な治療」、「不幸な事態を繰り返さないことは本人の利益」ができるような医療の質が保たれること、また「対象者の社会復帰」の三点を充実した一般精神科医療の質の底上げができたときに、三号にある「この法律による医療を行わない旨の決定」ができるのではないかと思われる。

対象者本人の社会的利益を考えれば、精神症状が安定し、再犯を起ささないことはもちろんだが、内省にて他害行為の重大性に気づき、自傷に及ぶ^{注19}こともあり、退院後の対象者の命を守ること重要である。対象者が精神障害をもちながら生活するために、医療者は対象者の「継続的かつ適切な医療と社会復帰」を目的に掲げ、治療期間や治療プログラムが明確な請負契約性の要素がある医療観察法のリーガル・モデルが必要だと考える。

よって、医療観察法による入院決定の処遇を決定した福岡高裁平成一九年三月三〇日決定及び最高裁平成一九年七月二五日決定の判断に賛成する。

(注)

- (1) 処遇とは、精神障害者に対して医療保護の措置を指す。主には、精神科治療、通信・面会の制限、外出の禁止、作業強制、保護室の隔離、金銭所持の制限、鎮静剤の投与があり、これらの制限は必要最小限のものでなければならぬ。「最小限自由の原則」がある。
- (2) 医療観察法の立法趣旨及び背景に関する資料は、藤吉和史「刑事責任の判定と心神喪失者等医療観察法」(志学館法学第一二二号、二〇一一)を参照した。
- (3) 精神保健指定医とは、精神保健法の成立に伴い、精神衛生鑑定医制度が見直され、「精神保健指定医」制度が創設された。
- (4) 欧米諸国では、心神喪失等で通常の罪を問えない者については、その者が再び罪を犯す危険があるかどうかを裁判所が判断し、社会の安全のために施設に収容する保安処分という制度が設けられてきた。
- (5) 精神医療の変遷をまとめるにあたり、「ナーシンググラフィカ32精神看護学」情緒発達と看護の基本」(メテिका出版、二〇〇九)を参考にした。
- (6) ①精神障害の定義があいまいであること、②措置入院における自傷他害のおそれと強制入院を結びつける根拠が明確ではないこと、③入院・退院の手続きが不備のため、強制入院の手続的保障が欠落し、病院内の治療及び行動制限について患者の権利保護が無視されていることなどが指摘される。
- (7) 妄想とは、思考障害の一つであり、自己に結びついた不合理な内容を持ち、訂正不能な強固な個人的確信である。
- (8) その精神障害を改善するために医療を行うことが必要であり(治療必要性)、治療により精神症状が改善することを治療反応性という。
- (9) 判例タイムズ一二二五号三四五頁より抜粋した。
- (10) 判例時報一九九四号 一五六頁より抜粋した。
- (11) 物質障害とは、アルコール依存症や薬物中毒を指す。
- (12) 本章中の契約関係には、鑑定入院中の対象者と医療者との治療契約関係は含んでいない。
- (13) 一人の対象者に専門職種なる多職種チーム(MDT: multi-disciplinary team)が組織され、個別の治療計画にもとづいて行われる。MDTは、医師、看護師、精神保健福祉士、作業療法士、臨床心理士の五職種で構成されることが多い。

- (14) 治療プログラムの詳細は、全国精神保健福祉関係担当者会議資料(心神喪失者等医療観察法関係)平成一六年七月九日付厚生労働省社会援護局を参考にした。
- (15) インクルージョンとは、障害者権利条約第一九条に規定される「平等の選択をもって地域社会で生活する平等の権利」を指す。
- (16) 従来はコンプライアンスと呼び、患者が医療者の指示した治療内容を受け入れ遂行する能力を意味する。しかし、近年は患者が自ら進んで治療を遂行しようとする能力をアドヒアランスと呼び、この考え方が主流となっている。
- (17) 内省とは、対象者と医療者との治療関係を基礎に、対象者が現実を直視し、問題の出来事と病状や生活態度との関連について認識を深めるための働きかけること。
- (18) 二〇〇五年七月一四日法務省保総第五九五号 各都道府県・指定都市精神保健福祉主管部(局)長あて 法務省保護局総務課長、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課長通知を参考にした。
- (19) 特に殺人等の重大な他害行為を犯した対象者では、対象行為の否認を続ける、対象行為時の記憶がフラッシュバックする、他の事件報道に過敏になる、自殺念慮を含む抑うつ状態が蔓延する、自己効力感や自尊感情が抱けず社会復帰への抵抗を示す状態を P O S D (Post-Offensive Stress Disorder) とする。

引用文献

- (1) 林 幸司「事例から学ぶ精神鑑定実践ガイド」(金剛出版、二〇一〇) 九〇頁
- (2) 加藤良夫 編著『実務 医事法講義』(民事法研究会、二〇〇五) 九三頁
- (3) 釧路地帯広支判昭和五七年六月二二日 判時一〇〇五号一六頁
- (4) 町野 朔「心神喪失者等医療観察法案と触法精神障害者の治療を受ける権利」、町野朔・中谷陽二・山本輝之編『触法精神障害者の処遇』(信山社、二〇〇五) 一三七頁
- (5) 町野 朔「心神喪失者等医療観察法案と触法精神障害者の治療を受ける権利」、町野朔・中谷陽二・山本輝之編『触法精神障害者の処遇』(信山社、二〇〇五) 一三八頁
- (6) 池原毅和『精神障害法』(三省堂、二〇一〇) 一一七頁、一一八頁

- (7) 町野 朔「心神喪失者等医療観察法案と触法精神障害者の治療を受ける権利」、町野朔・中谷陽一・山本輝之編『触法精神障害者の処遇』（信山社、二〇〇五）一三九頁
- (8) 藤吉和史『刑事責任の判定と心神喪失等医療観察法』（志学館法学、第二二号、二〇一一）一七頁