

心神喪失者等医療観察法による医療の実施状況と 一般の精神医療における非自発的入院制度の課題

田 中 伸 至

目次

- 1 はじめに
- 2 精神保健福祉法上の非自発的入院制度と医療観察法による医療制度の概要
 - 2-1 精神保健福祉法上の非自発的入院制度
 - 2-2 医療観察法による医療制度
 - 2-3 精神保健福祉法上の非自発的入院制度と医療観察法による医療制度の異同
- 3 医療観察法による医療の実施状況と現時点での成果
 - 3-1 施行状況
 - 3-2 成果の整理
- 4 精神保健福祉法上の非自発的入院制度の課題
 - 4-1 治療の動機付け
 - 4-2 非自発的入院の正当化根拠の実質化
 - 4-3 一般の精神医療における新たな非自発的入院制度の一案
- 5 おわりに

1 はじめに

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。）は、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者に対し、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

同様の行為の再発の防止を図り、対象者の社会復帰を促進することを目的とする(第1条)。本法は、平成17年7月15日に施行され、現在、施行後約1年が経過したところである。一方、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。)は、精神障害者の医療及び保護を行い、その社会復帰の促進及びその自立と社会経済活動への参加の促進のために必要な援助を行い、並びにその発生の予防その他国民の精神的健康の保持及び増進に努めることによって、精神障害者の福祉の増進及び国民の精神保健の向上を図ることを目的とする(第1条)。医療観察法は、継続的かつ適切な医療を確保するための手段として、非自発的な入院制度を規定するが、精神保健福祉法も自発的な入院形態(任意入院)を原則としながらも非自発的な入院制度を設けている。そのため、医療観察法案の国会審議においては、一般精神医療における非自発的な入院制度である精神保健福祉法上の措置入院制度との異同が論点の一つとなるとともに¹、与党修正案の提案者からも、将来的には医療観察法による非自発的な入院制度と精神保健福祉法による非自発的な入院制度、特に措置入院制度との一体化をはかるべきではないかとの指摘がなされた²。

医療観察法附則第4条は、施行後5年を経過した場合において、施行の状況について検討を加え、必要があると認めるときは、その検討の結果に基づいて法制の整備その他の所要の措置を講ずる旨規定している。一方、同法附則第3条第2項は、「政府は、この法律による医療の対象とならない精神障害者に関しても、この法律による専門的な医療の水準を勘案し、個々の精神障害者の特性に応じ必要かつ適切な医療が行われるよう、精神病床の機能分化等を図るとともに、急性期や重度の障害に対応した病床を整備することにより、精神医療全般の水準の向上を図るものとする」と規

1 例えば、第155回国会衆議院法務委員会厚生労働委員会連合審査会議録第3号(平成14年12月4日)31頁参照。

2 第156回国会参議院法務委員会会議録第15号(平成15年5月29日)11頁参照。

定し、政府に対し、一般の精神医療の水準の向上も求めている³。したがって、施行5年後見直しに当たっては、医療観察法のみならず、精神保健福祉法についても法制上又は運用上の問題点について、医療現場、所管省庁、国会等において議論が行われることが見込まれる。その際には、個々の精神障害者の特性に応じ必要かつ適切な医療が行われるようにする観点から、医療観察法附則第3条において明示された病床の機能分化のみならず、精神保健福祉法上の非自発的入院制度についても検討が行われるものと考えられる。

そこで、本稿においては、現時点までの医療観察法の施行状況から示唆される精神保健福祉法上の非自発的入院制度の課題について、個々の精神障害者の特性に応じた必要かつ適切な医療の確保の観点から、整理を試みることとしたい⁴。一般に、非自発的な入院医療は、患者本人の入院医療

3 精神病床の機能分化については、社会保障審議会障害者部会精神障害部会報告書「今後の精神保健医療福祉施策について」（平成14年12月19日）が、精神医療のあり方について、諸外国に比べ精神病床数が多いこと、精神病床数に地域偏在がみられること、最近の精神科診療所の増加傾向の実情や、精神病床の機能分化等が成熟していないこと等を踏まえ、精神医療における地域医療のあり方、精神病床の機能分化等の課題について、検討会を設置して検討を進める必要があるとし、これを受け、精神病床等に関する検討会が設置された。同検討会は、その最終まとめ（平成16年8月）において、精神病床の機能分化を促進し、患者の病状等に応じた適切な医療を提供できる体制を整備することが必要であり、このため、救急・急性期、社会復帰リハ、重度療養等の機能に応じた人員配置、標準的な治療計画について検討を進めるべき、旨提言している。

このような病床の機能分化が進展した場合には、診療報酬上の評価もそれぞれの機能に応じて設定されることになる。仮に、一般医療と同様、早期退院を促進し平均在院日数を短縮するとともに病床機能に応じた病床利用を確保する方向で、例えば入院期間に応じた点数設定等が行われるとすれば、精神医療においても医療側には、入院継続を行うインセンティブよりも早期退院を図ろうとするインセンティブが生じることが見込まれる。

4 医療観察法による医療は、リスク・マネジメントに基づき、入院及び退院の検討・評価を行い、社会復帰を目指すシステムを持ち、手厚い専門的な医療を

への受療意思に基づかない医療であるから、その正当化根拠が問題となる。また、精神医療においても他科と同様、患者に治療意思があることが重要であり、非自発的な医療においても治療意思の醸成が必要となる。したがって、整理に当たっては、特に、非自発的医療の正当化根拠の実質化及び患者の治療の動機づけの観点に着目することとしたい。

本稿の構成は、次のとおりである。

まず、精神保健福祉法上の非自発的入院制度と医療観察法による医療制度を概観し、両制度間の異同について整理する。この概観及び整理に当たっては、非自発的医療の正当化根拠の実質化及び患者の治療の動機づけに係る入院の要件や入院させる行為の法的性格に焦点を当てる（2）。

次に、医療観察法の施行状況を簡単に紹介するとともに、これまでの臨床報告等に基づき、医療観察法による医療の現時点での成果を、非自発的医療の正当化根拠の実質化及び患者の治療の動機づけの2点に着目して整理する（3）。

その後、2及び3を踏まえ、精神保健福祉法上の非自発的入院制度について改善を検討すべきポイントとして、第一に、非自発的入院医療への導入段階における入院要件の医療の必要性の要否への一本化、第二に、非自発的入院医療への導入後一定期間経過後に医療の必要性の観点から審査を行い、改めて入院又は通院の義務を課す仕組み（義務賦課行為）の導入を挙げる（4）。

提供することとされている。こうしたシステムや医療の成果が一般の精神医療に対し「非常に大きな波及効果」が見込まれるとの指摘として、「〔座談会〕心身喪失者等医療観察法の成立」ジュリスト1256号33頁山上発言参照。

2 精神保健福祉法上の非自発的入院制度と医療観察法による医療制度の概要

2-1 精神保健福祉法上の非自発的入院制度

精神保健福祉法は、任意入院を原則的な入院形態として位置づけている。同法第22条の3は、「精神病院の管理者は、精神障害者を入院させる場合においては、本人の同意に基づいて入院が行われるよう努めなければならない」と規定し、任意入院優先主義を採用する。これは、精神科における入院医療を行う場合は、できる限り本人の同意を得て、任意入院の形態をとることが望ましいとの政策的判断に基づくものである⁵。

しかし、治療を必要とする精神障害者に病識がない場合や自傷他害のおそれがあり、このような状態の患者を放置しておくことが本人の医療保護の見地から望ましくない場合には、本人の同意によらない非自発的な入院をさせ、医療及び保護を行う必要がある。そこで、精神保健福祉法は、措置入院、緊急措置入院、医療保護入院及び応急入院という4つの非自発的な入院形態を定めている。

以下、これら4つの非自発的な入院形態の概略とそれらの入院要件について、概観しておく。

2-1-1 措置入院

措置入院は、精神保健指定医の診察の結果、その診察を受けた患者が精神障害者であり、かつ、医療保護のために入院させなければ、その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があると認められた者について、都道府県知事の権限により、強制的に、一定の精神病院に入院さ

5 精神保健福祉研究会『改訂第二版精神保健福祉法詳解』（中央法規、2002年）170頁参照。

せる形態である(第29条第1項)。

精神保健福祉法は、非自発的入院の対象となる可能性のある精神障害者を把握する制度として、通報制度を置く⁶。通報は、①一般人(第23条)、②警察官(第24条)、③検察官(第25条)、④保護観察所の長(第25条の2)、⑤矯正施設の長(第26条)、⑥精神病院の管理者(第26条の2)等から、都道府県知事に対して行われる。通報を受けた都道府県知事は、通報の対象となった者の存在、通報の原因となった症状の概要などの事実の調査を行った上で、必要があると認めるときは、その指定する精神保健指定医をして通報の対象となった者の診察をさせることになる(第27条第1項。措置診察)。

措置入院を行うためには、措置診察の対象となった者が「精神障害者であり、かつ、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の自身を傷つけ又は他人を害するおそれ」があること(いわゆる措置要件)について(第29条第1項)、2人以上の精神保健指定医の診察が一致することが必要である(同条第2項)。措置要件については、文理上、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る必要があること、③自傷他害のおそれがあることの3つの要素に分解できる。

このうち、③の自傷他害のおそれについては、厚生労働大臣により、精神保健指定医が従わなければならない判定基準が定められている(第28条の2)。この厚生労働大臣の定める基準においては、措置要件の判定は、入院させなければその精神障害のために、一定の病状又は状態像により、自殺企図等、自己の生命、身体を害する行為又は殺人、傷害、暴行、性的問題行動、侮辱、器物破損、強盗、恐喝、窃盗、詐欺、放火、弄火他他の者の生命、身体、貞操、名誉、財産等又は社会的法益等に害を及ぼす行為

6 通報制度は、精神保健福祉法第5章第3節に規定され、措置入院制度の手続きの一環として規定されているが、措置入院制度以外の非自発的入院や任意入院等による医療及び保護への導入の端緒としての機能も有する。大谷實『精神保健福祉法講義』(成文堂、1996年)101頁参照。

を引き起こすおそれがあると認めた場合に行うものとするものとされている（精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第28条の2の規定に基づき厚生労働大臣の定める基準）。

この自傷他害のおそれの内容については、おそれが存在する時期如何及びおそれの判断の基礎として重視すべき資料如何を巡って異なる見解がある。

前者については、将来的な危険性があることという理解と現在の切迫した危険があることという理解の2つがある。医療実務上、かつては、経済的に困窮する患者を公費負担により治療するいわゆる経済措置を行うなど自傷他害のおそれは緩やかに解釈されてきており、自傷他害のおそれは将来的な危険性も含めて理解されてきた。しかし、精神衛生法の昭和62年改正により、入院医療から地域生活中心への政策転換が行われ、それと前後して、非自発的な入院の乱用防止が強調されてきた結果、医療実務上、次第に、自傷他害のおそれは医学的に緊急な対応を要する場合に限定されていくこととなった⁷。

後者については、現在の病状を重視すべきとする見解と過去の病歴等も重視すべきとする見解がある。つまり、一方では、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第二十八条の二の規定に基づき厚生労働大臣の定める基準第一の二に規定する「自傷行為又は他害行為のおそれの認定に当たっては、当該者の既往歴、現病歴及びこれらに関連する事実行為等を考慮するものとする」との解釈を巡り、本項は「指定医の診察は、その時点における病状等のみに基づいて措置要件の判定を行うべきものではなく、その者の過去の病歴、行動歴等を十分に考慮に入れて自傷他害の有無を判断すべきことを明らかにしたもの」とし、「診察時点においてはこれに伴う症状等が一時的に治まっている者も少なくないが、その場合にあって、

7 前田雅英「司法的判断と医療的判断」ジュリスト増刊『精神医療と心神喪失者等医療観察法』（2004年3月）93頁参照。

過去の病歴、行動歴等に照らして、自傷他害行為が肯定される場合が多いことに留意する必要がある」という見解がある⁸。他方、『『おそれ』の認定に当たっては、本人の既往歴、現病歴、およびこれらに関する事実行為を考慮するものとなったことが注目される。したがって、措置診察に当たっては、最近起こった病状に起因する行為が認定の重要な要素となる」とし、自傷他害のおそれの判断で最も重視すべきなのは現在の病状であるという見解もある⁹。この点についても、医療実務上、自傷他害のおそれが医学的に緊急な対応を要する場合に限定されていくに従い、主に現在の病状に依拠して自傷他害のおそれの判断を行うようになってきている¹⁰。

このように③の自傷他害のおそれについては、所管行政庁によって判断基準が策定されるとともに、医療界、法学界において一定の議論の積み重ねがある。他方、②の医療及び保護のために入院させる必要があることの要件については、具体的な判断基準は法規として定められていない。また、医学界、法学界、所管行政庁いずれにおいても、この要件をさらにブレークダウンした判断基準の定式化は十分には行われていない¹¹。このため、

8 大谷實編集代表『条解精神衛生法』(弘文堂、1991年)142頁(渡辺恵一執筆)参照。

9 仙波恒雄「精神保健福祉法における入院制度の諸問題」『臨床精神医学講座 第22巻 精神医学と法』(中山書店、1997年)270頁参照。

10 第154回国会衆議院法務委員会会議録第18号(平成14年6月28日)29頁参照。

11 例えば、精神保健福祉研究会・前掲書(注5)や大谷編集代表・前掲書(注8)は、精神保健福祉法第29条第1項の「医療及び保護のために入院させなければ」の部分について、特段の解釈を示していない。

なお、大谷・前掲書(注6)92頁は、非自発的入院の正当化根拠につき、パレンス・パトリエの考え方に立脚すべきとした上で、一般的に、「非任意的入院が認められるのは、その入院が精神障害者の医療保護にとって必要であるという医学的適応性を有し、かつ、入院させることが精神科医療の技術上正当性を有する場合にかぎられる」とするが、続けて「そうすると、非任意的入院を実施するためには、病識がないなど患者が自己の利益について判断能力を欠いていること、強制的な医療保護が本人にとって利益となり、かつ必要であることが要件となるであろう」とし、本人の治療が可能かどうか、あるいは本人が

措置入院においては、もっぱら自傷他害のおそれに係る判断により入院の判定が行われてきている。

この点について、②の「医療及び保護のために」に医療のみならず保護まで含まれているため、措置入院者に治療を行うことが前提とされているかは必ずしも明らかではなく、措置入院の解除の要件が自傷他害のおそれがないことであり（第29条の4、第29条の5）、医療及び保護の必要性がなくとも入院の継続が可能であると理解できることから、医療を含まない入院継続を行うことも可能であるとの指摘がある¹²。確かに、同法第29条の4、第29条の5の自傷他害のおそれの消褪の要件に掛かるのは「入院を継続しなくても」であり、「医療及び保護を行わなくても」ではないから、医療を含まない非自発的入院が認められるようにも理解できる。ただ、これらの条項の沿革を辿ると、昭和40年改正以前においては、旧第40条第1項が「症状に照らし入院を継続させる必要がなくなったと認めるとき」としており、措置症状は消失しているがなお入院医療の継続の必要がある場合について解釈上の疑義があったことから、措置入院の解除の要件も措置開始時と同様、自傷他害のおそれがないこととし、措置開始時の病状又は状態像が消滅したときは措置解除を行うべきことを明確化したところにその趣旨があり、医療を含まない非自発的入院を認めるものではないと理解

精神科治療に対し反応性を有するかどうか、非自発的入院の要件となり得ることを示唆する。また、同「精神医療法制の基本問題」大谷實・中山宏太郎編『精神医療と法』（弘文堂、1980年）は、医療保護入院の前身である同意入院について、「同意入院は、患者の医療・保護を目的とし、対象者の同意が得られない場合でも医療水準から判断して入院させることが患者の医療・保護にとって必要であり、かつ治癒ないし寛解が可能であることを唯一の根拠としている」とし（13頁）、「医療水準にもとづき入院の必要性判断をできるだけ客観化」することを提言している。

12 町野朔「精神医療における自由と強制」大谷・中山編・同書39頁参照。同論文は、その上で、医療を要することを措置入院の要件とすることは最低限度の要請である旨指摘する。

するのが適切であろう¹³。

なお、③の自傷他害のおそれがある以上、医療及び保護のために入院させる必要があると解し、②及び③を一体の要件として理解することも考えられる。しかし、精神保健福祉法が、「精神障害者の医療及び保護を行い、その社会復帰の促進」を行うことを目的とし（第1条）、医療の提供をその手段として位置付けるとともに、「精神障害者の社会復帰の促進」とは、「医療機関に入院していた精神障害者が、退院して社会の中で暮らすようになること」¹⁴をいう以上、同法が提供する非自発的な医療は、患者の症状を改善する結果になるか、少なくとも患者の症状を改善する医学的な見込みがあることを前提とするものと考えられる。とすれば、②の医療及び保護のために入院させる必要とは、本人の治療が可能かどうか、あるいは本人が治療に対し反応性を有するかどうかといった医学的判断を内実とする医療の必要性が中核となると理解すべきことになる。したがって、②及び③を一体の要件として理解することは適当ではない。

いずれにしても、②の医療及び保護のために入院させる必要については、実務上も特段意識されておらず、明示的には判定は行われていない¹⁵。

2-1-2 緊急措置入院

緊急措置入院は、医療保護のために入院させなければ、その障害のため

13 大谷編集代表・前掲書（注8）153頁（渡辺恵一執筆）、精神保健研究会・前掲書（注5）215頁参照。

14 精神保健福祉研究会・同書41頁。

15 武井満「措置入院制度の運用と処遇困難者問題」ジュリスト増刊・前掲書（注7）181頁参照。なお、医療観察法の国会審議において、政府参考人は、医療観察法の入院要件について「『継続的な医療を行わなければ』ということで、医療が必要かつ有効であるという縛りをしております」とするとともに、「『継続的な医療を行わなければ』というふうなことにつきましては、これは、暗黙の文章といえますか、措置入院につきましても条理としてはある」と説明している（第154回国会衆議院法務委員会議録第18号（平成14年6月28日）8頁）。

に自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがあると認められる精神障害者又はその疑いのある者について、急速を要し、通常の措置入院の手續きによることができない場合に、精神保健指定医の診察の結果、その診察を受けた患者が精神障害者であり、かつ、医療保護のために直ちに入院させなければ、その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が著しいと認められた者について、都道府県知事の権限により、強制的に、一定の精神病院に入院させる形態である（第29条の2第1項）。

通常の措置入院を行うためには、通報を受けた都道府県知事による通報の対象となった者の存在、通報の原因となった症状の概要などの事実の調査や、その指定する2人以上の精神保健指定医による通報の対象となった者の診察などの手續が必要である（同法第27条第1項、第28条第1項及び第29条第2項）。しかし、対象者の病状如何によっては直ちに入院させる必要があるにもかかわらず、診察に当る精神保健指定医を確保することが困難である等の事情があり、医療及び保護に欠けることになってしまうケースも生じる。そこで、緊急的な措置入院の必要を正面から認めるとともに、入院要件を厳格にする入院形態を規定したのが、緊急措置入院である。

緊急措置入院の要件は、措置入院の対象となると認められる精神障害者又はその疑いのある者について、急速を要し、通常の措置入院の手續きによることができない場合に、「その者が精神障害者であり、かつ、直ちに入院させなければその精神障害のための自身を傷つけ又は他人を害するおそれが著しい」ことについて、1人の精神保健指定医が認めることである（第29条の2第1項）。つまり、対象者を、通常の措置入院の対象となる可能性がある者に限定するとともに、通常の措置入院における措置要件を急速性及び重篤性の2点において加重しているのである。

ただし、医療及び保護のために入院させる必要があることの要件については、措置入院と同様、具体的な判断基準は法規として定められていない。措置要件に対する急速性及び重篤性による加重は、もっぱら自傷他害のおそれの要件についての加重である。

緊急措置入院は、72時間に限って認められており、その期間内に通常の措置入院の手続きを行うことが想定されている。

2-1-3 医療保護入院

医療保護入院とは、精神病院の管理者が、精神保健指定医の診察の結果、患者が精神障害者であり、かつ、医療及び保護のための入院が必要であり、任意入院が行われる状態にないと判定された者を、保護者の同意があるときは、本人の同意がなくてもその者を入院させることができる形態である（第33条第1項）。

一般に、病識がなく又は病識があっても自己の状況に関して適切な判断を行うことが難しい患者は、自ら医療を選択し、通院や任意入院を行うことは困難である。また、措置入院や緊急措置入院は、自傷他害のおそれのある患者を対象としているから、それらの患者であって、自傷他害のおそれが認められない患者に対し、措置入院等の形態での医療及び保護を行うこともできない。そこで、そのようなケースについて、患者本人の同意がなくても、医療及び保護を提供することができる入院形態として規定されているのが、医療保護入院である。

医療保護入院の要件は、精神保健指定医の診察の結果、その診察を受けた患者が精神障害者であり、かつ、医療及び保護のための入院が必要であり、任意入院が行われる状態にないと判定された者について、保護者の同意があることである（第33条第1項第1号）。

また、都道府県知事により医療保護入院のため移送された者についても、保護者の同意があるときは、医療保護入院を行うことができる（第33条第1項第2号）。この都道府県知事による移送の要件は、精神保健指定医の診察の結果、その診察を受けた患者が精神障害者であり、かつ、直ちに入院させなければその者の医療及び保護を図る上で著しく支障がある者であって、任意入院が行われる状態にないと判定された者について、保護者の同意があることである（第33条第1項第1号）。

移送制度は、緊急時における精神医療への導入を確保するため、平成11年改正において創設された制度である。医療保護入院及び後述の応急入院は非自発的な入院形態であるが、改正以前においては、受診自体は患者本人の自己決定に委ねられていたため、受診が遅れ患者の治療や社会復帰に悪影響をもたらされる等の問題が指摘されていた。そこで、措置入院以外にも、緊急に入院が必要であるが、精神障害のためにその必要性が理解できない者を精神病院に移送することができる移送制度が創設された。移送制度は、都道府県知事の権限で行うものであり、移送された者は保護者の同意があれば、医療保護入院又は応急入院されることとなるから、都道府県知事のイニシアティブによる非自発的入院形態を実質的に拡大したものと評価することができる。

医療保護入院（そのための移送も含む）の要件の中で最も基本的な要件は、「医療及び保護のため」である¹⁶。つまり、医療及び保護の必要があることであるが、この要件については、措置入院における医療及び保護の必要性についてと同様、具体的な基準は定められていない。また、医学界、法学界、所管行政庁いずれにおいても、この要件をさらにブレイクダウンし定式化するに至っていない¹⁷。ただし、「入院の必要性の判断基準を定めることは、精神障害者の人権を守るうえで極めて重要であり、少なくとも措置入院におけると同様の運用の基準を設けるべきであるとする見解が有力である」¹⁸とされる。

16 精神保健福祉研究会・前掲書（注5）242頁参照。

17 なお、医療保護入院の前身である同意入院における入院の要件として、「精神障害のための治療自体の必要性」ではなく、患者を「家族や社会から隔離して、急遽、一方的、強制的に入院させる意味での必要性、切迫性、要保護性」を指摘する裁判例として、福岡地裁平成4年12月15日判決（判タ818号116頁）参照。

18 大谷・前掲書（注6）112頁。大谷編集代表・前掲書（注8）173頁（川本哲郎執筆）も参照。なお、前述のとおり、措置入院に係る入院の必要性の判断基準（精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第28条の2の規定に基づき厚生

また、医療保護入院については、保護者の同意も要件となっている。医療及び保護のため必要があることが医療保護入院の積極的要件であるのに対し、この保護者の同意は、非自発的入院である医療保護入院の濫用を防止する観点からの消極的要件であると位置付けられる¹⁹。

精神障害者については、その後見人又は保佐人、配偶者、親権を行う者及び扶養義務者が保護者となる。ただし、破産者、成年被後見人又は被保佐人、未成年者などは保護者とならない(第20条第1項)。なお、保護者が存在しないか、保護者が存在してもその義務を履行できない場合には、その精神障害者の居住地を管轄する市町村長(居住地がないか明らかでない場合は現在地を管轄する市町村長)が保護者となる(第21条)。

精神障害者は、病識を欠き、主体的に医療の選択を行う能力に欠け、医療を受ける機会を逸することがあり、また、社会生活を行う能力が十分ではないケースが多いことから、精神障害者が医療を受ける機会を逃すことのないように、また、社会生活においてその利益が保護されるように誰かが補助する必要がある。そこで、精神障害者と一定の関係にある身近な者を特に保護者として、精神障害者に対して適切な医療の機会を提供するなどの利益の保護を図ることとしたのが、精神保健福祉法上の保護者制度である。

しかし、保護者制度については、次のような問題点が指摘されてきた²⁰。

労働大臣の定める基準)は、措置要件のうち自傷他害のおそれに関するものであり、医療及び保護の必要性に関するものではないことに留意されたい。

19 大谷・同書113頁参照。

20 精神障害者の保護者の役割とその問題点等については、多数の論考があるが、最近のものとしては、白石弘巳「保護者制度の諸問題」松下正明総編集『臨床精神医学講座第22巻 精神医学と法』(中山書店、1997年)227頁、白石弘巳「保護者制度の問題点と制度廃止に向けた一試案」臨床精神医学第27巻第10号1199頁、古屋龍太「医療保護入院と保護者制度の見直し」同号1207頁、三橋良子「保護者制度の功罪」同号1215頁藤本敏雄「医療保護入院の動向」同号1223頁、齋藤正彦「保護者制度と医療保護入院、改革への私見」同号1237頁、前田泰「保

①後見人又は保佐人は選任されていないケースが多いことから、家族が保護者にならざるを得ない。しかし、少子高齢化や核家族化、単身化した家族構成の下では保護能力とその意思を有する者を選任することが困難であるため、保護能力を有する者が保護者となるとは限らない。②本人と保護者の利害が対立しがちであり、家族は本人を入院させる方向で考える傾向がある。その結果、医療保護入院における保護者の同意が、実際には安易に行われる傾向があり、強制的な入院に対する抑制要素としては機能していない。③また、仮に保護者である家族が本人の医療及び保護の利益について真剣に考え、医療保護入院の同意をした場合でも、患者と家族との人間関係が崩れてしまうケースがある。その場合、入院治療や退院後の治療継続に支障が生じることがある。

このような困難な問題を抱える保護者制度を組み込む医療保護入院については、このほか、非自発的入院ではあるが病院管理者と保護者の間の契約によって行われ、その法的性格が不明確であること²¹、医療現場において、医療保護入院となった患者や家族への説明に苦慮することがあること²²、医師のパターナリスティックな役割が狭くなり、患者の治療意欲を尊重する時代の中で、医療側に強制権が付与され続けているのに違和感があること²³等の問題点が指摘されている。そこで、立法論として、精神保健福祉法平成11年改正に際して、措置入院制度と医療保護入院を一本化する政策案が検討された。しかし、この政策案については、措置入院をできるだけ

護者制度改革への提言」同号1241頁、池原毅和「精神障害者の保護者」ジュリスト増刊・前掲書（注7）196頁参照。

21 精神保健福祉研究会監修『改正精神保健福祉法の概要 改正事項の説明と検討の経緯』（中央法規、1999年）36頁、46頁、第3回精神保健福祉法に関する専門委員会議事録（平成10年4月23日）池原委員発言、山本委員発言参照。

22 同委員会金子委員発言参照。医療保護入院においても「本人さんへの説明もいわゆる自傷他害の可能性があるというようなことを中心に説明せざるを得ない」という。

23 同委員会伊藤委員発言参照。

限定的に運用することが望ましいことから、自傷他害のおそれのない精神障害者についてまで措置入院制度の対象を拡大するのは望ましくないとの指摘や、自傷他害のおそれもないのに、偏見などから精神障害者を入院させようとする圧力が行政機関にかかり、却って強制的な入院が拡大してしまうのではないかと、精神障害者の自立という理念からすると、行政処分による制度を拡大するのは、「措置から契約へ」という流れに逆行するのではないかとといった指摘もあり²⁴、これまでの精神保健福祉法の改正においては採用されず、見送られている。

2-1-4 応急入院

応急入院とは、精神病院の管理者が、医療及び保護の依頼があった者について、急速を要し、保護者等の同意を得ることができない場合において、精神保健指定医の診察の結果、その者が精神障害者であり、かつ、直ちに入院させなければ、その者の医療及び保護を図る上で著しく支障があり、任意入院が行われる状態ないと判定された者については、本人の同意がなくても、72時間に限り、入院させることができる制度である（第33条の4第1項）。

前述のとおり、病識がなく又は病識があっても自己の状況に関して適切な判断を行うことが難しい患者であり、自傷他害のおそれのない者に対しては、医療保護入院により医療及び保護を提供することができる。しかし、単身者や外出先などで混迷状態やパニック状態になってしまった場合など身元が判明しないケースにおいては、保護者や扶養義務者が不明であるため、医療保護入院に係る保護者の同意を求めることができない。また、患者の身元が判明しても、保護者が遠方に居住している場合など連絡がつかないケースもある。そのため、応急入院創設以前においては、このような患者について、医療保護入院を利用することができず、入院を見合わせる

24 精神保健福祉研究会監修・前掲書（注21）37頁、同委員会杉中補佐発言参照。

事態が起きたり、精神病院が医療保護入院の手続きを無視し、事後的に保護者等の同意を得るような対応を行ったりする不適切な事例が発生していた。そこで、急速を要し、保護者等の同意を得ることができない場合には、本人の同意がなくとも、指定医の診察により、特定の病院に入院させ、精神科の救急医療を行うことを可能にする観点から、応急入院が創設された²⁵。

応急入院（そのための移送も含む）の要件の中で最も基本的な要件は、医療保護入院と同様、「医療及び保護のため」である²⁶。つまり、医療及び保護の必要があることであるが、急速性の要件が加重されている。

2-1-5 退院後の継続的な医療の確保

精神保健福祉法における非自発的入院の対象となった者の退院後の継続的な医療の確保については、任意入院後退院する者の場合と同様、継続的な医療を確保するための法的枠組みは存在しない。

精神保健福祉法は、精神病院その他の精神障害の医療を提供する施設の管理者に対し、当該施設において医療を受ける精神障害者の社会復帰の促進を図るため、その者の相談に応じ、その者に必要な援助を行い、及びその保護者等との連絡調整を行うようにする努力義務を課すが（第38条）、これは精神病院や精神科診療所がその患者に対し、社会復帰施設や地域社会への移行が容易になるように援助することを内容とするに止まるものであり、継続的な医療を提供するための法的枠組みとして機能するものではない。なお、診療報酬制度においては、精神科デイ・ケア、精神科訪問看護・指導等が点数化されており、医療機関がその患者に退院後の継続的な医療を提供するための経済的な裏づけは存在するが、その実施は患者－医療側間の関係に委ねられている。

また、都道府県等は、精神保健福祉相談員等をして、精神保健及び福祉

25 精神保健福祉研究会・前掲書（注5）258頁参照。

26 精神保健福祉研究会・同書242頁参照。

に関し、精神障害者等からの相談に応じさせ、及びこれらの者を指導させる義務及び適切な医療機関を紹介する義務を負う(第47条第1項)。こうした都道府県等による保健活動としての相談指導は、保健所等への来所、自宅等への訪問等により行われ、退院者への継続的な受療への動機付けを行うことについても機能し得るが、基本的には対象者等の任意の受け入れを前提とするものであるから、継続的な医療を確保するための法的枠組みとしては、弱い。

なお、市町村は、福祉に関し、相談指導に係る義務を負い、精神保健に関し、相談指導に係る努力義務を負う(第47条第4項、第5項)とともに、障害福祉サービス事業等の利用の調整等を行うこととされている(第49条)。これらも、市町村は社会福祉法人その他の福祉サービス事業者との密接な関係があることから、障害福祉サービス事業等の利用の調整に当ることとされたものであり、退院者に対する継続的な医療を確保するための法的枠組みとしては機能しない。

2-1-6 精神保健福祉法上の非自発的入院形態の特徴

以上、精神保健福祉法が規定する措置入院、緊急措置入院、医療保護入院及び応急入院という4つの非自発的制度の概略とそれらの入院要件について、概観してきた。これを踏まえ、精神保健福祉法上の非自発的入院の特徴を整理しておく。

第一に、これらの非自発的入院制度はいずれも、患者の現在の症状に応じて入院医療への導入を図るところにその主眼を置いている。また、それと関連して措置入院及び緊急措置入院並びに医療保護入院及び応急入院のための移送の法的枠組みは即時強制によっている。

第二に、非自発的入院に当って、法文上、入院の要件として医療の必要性を読み込むことはできるものの、その内実は法規上、実務上等においても必ずしも明確にされておらず、そのため医療の必要性の有無については、非自発的入院医療への導入時点では少なくとも明示的には判定が行われて

いない。

第三に、精神保健福祉法の患者の受療行動、医療側の診療行動への介入は、基本的には非自発的入院医療への導入の局面等²⁷に止まり、医療の必要性に基づく社会復帰に向けた治療計画の作成等については、入院導入後患者―医療側間に委ねられており、特段の法的枠組みは用意されていない。また、退院後の継続的医療の確保についても法的枠組みは用意されていない。

また、非自発的入院からの退院は入院要件の喪失と連動するように設定されているため、患者の現在の症状の変化に伴い入院形態を変更する必要がある。このことは、患者に対する非自発的入院の正当化根拠が患者の社会復帰に向けた医療の必要性と明確には関連付けられていないこと、また、入院から退院までの一貫した計画的な医療提供の枠組みが少なくとも法的には用意されていないことを意味する。

2-2 医療観察法による医療制度²⁸

医療観察法は、重大な他害行為を行った者で、その行為時において心神喪失者又は心神耗弱者であることが認められたものを対象として、精神医療及び地域社会における処遇（社会復帰のための支援）を提供する制度で

27 精神保健福祉法は、非自発的医療への導入の局面のほか、精神病院による入院患者に対する処遇にも介入し、一定の基準を定め、その遵守を義務つけるほか、一定の監督体制も整備している（同法第36条ないし第38条の7）。

28 医療観察法の概要については、白木功「立法の経緯」、同「審判手続を中心に」、三好圭「医療を中心に」、蛭原正敏「保護観察所の役割について」ジュリスト増刊・前掲書（注7）8頁ないし51頁参照。また、同法の逐条解説として、『「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」及び「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による審判の手続等に関する規則」の解説』刑事裁判資料284号（2005年）参照。

ある。本法による精神医療及び地域社会における処遇は、継続的かつ一体的に行われる。その医療は、入院医療のほか、通院医療も含めて、非自発的な形態により対象者に提供される。また、地域社会における処遇は、対象者が一定の事項を遵守する義務を負う精神保健観察の下で行われる。対象者がこうした医療観察法による処遇を受けることを強制されるかどうかは、地方裁判所の審判により決定される。以下、立法の趣旨、医療観察法による処遇に係る審判、医療観察法による医療、地域社会における処遇について概観しておく。

2-2-1 医療観察法の立法趣旨

医療観察法は、重大な他害行為を行った者で、その行為時において心神喪失者又は心神耗弱者であることが認められたものを対象とする。医療観察法が制定される以前においては、これらの者に着目して医療を提供する制度は存在していなかった。ただし、前述のとおり、精神保健福祉法は非自発的入院の対象となる可能性のある精神障害者を把握する制度として通報制度を置いており、この通報制度を通じてこれらの者の一部に対し、精神保健福祉法の枠組みの中で医療が提供されることがあった。すなわち、警察官通報(第24条)及び検察官通報(第25条)を端緒として、都道府県知事による調査及び精神保健指定医による診察が行われ、対象者が措置入院の要件に適合する場合には、措置入院が行われていた²⁹。

しかし、重大な他害行為を行った者に対して精神保健福祉法により対応することについては、

- ・ 犯行時は症状が重篤であっても、措置入院のための診察を行うときには、措置症状が消滅していることがあるため、措置入院により対応することができない場合があること。特に、捜査に時間を要し、精神鑑定を実施

29 措置症状がない場合には、措置入院にはならないが、任意入院や医療保護入院となる場合もある。

- する場合には2、3ヶ月のタイムラグが生じることのある検察官通報のケースにおいては、措置診察時には病状が軽快していることがあること³⁰。
- ・一般の精神医療により、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者に医療を提供するのに限界があること。これらの者の中には、反社会的傾向や人格障害があるため、他の患者やスタッフに暴力を振るったり脅迫したりする者がいるが、精神保健福祉法は任意入院を原則としており、任意入院者に対しては開放処遇が原則とされ（精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第37条第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準第五）、一般の精神医療が早期退院志向となり、病院全体の体制が開放的になっている状況では、こうした患者への対応が困難になっていること。
 - ・措置入院や退院の判断は実質的には精神保健指定医に委ねられているところ、重大な他害行為を行った者の処遇を決定するのは、精神保健指定医に過重な負担感を課し、入院期間の長期化や治療環境の悪化を防ぐための早期の措置解除等の弊害が発生していること。
 - ・退院後の処遇について、通院医療を義務付けるなどの法的枠組みがないため、社会復帰に向けた継続的な医療の提供が困難であること。
- 等の問題点が指摘されてきた。

そこで、医療観察法は、こうしたそれまでの法制の不備を踏まえ、重大な他害行為を行った精神障害者に着目し、これらの者に対し処遇決定を行い、医療等を提供する枠組みを創設することとしたのである。

2-2-2 審判

医療観察法における対象者の処遇は、地方裁判所の審判によって決定される。この審判手続きは、一定の重大な他害行為（「対象行為」。第2条第

30 中谷陽二「医療の視点からみた触法精神障害者問題」刑法雑誌42巻2号131頁。

2項)を行った者に対して、心神喪失又は心神耗弱が認められ不起訴処分とされた場合又は心神喪失又は心神耗弱が認められ無罪の確定裁判等が行われた場合に、検察官が地方裁判所に申立てを行うことによって開始される(第33条)。

地方裁判所における裁判体は、1人の裁判官及び1人の精神保健審判員による合議体であり(第11条第1項)、この合議体による裁判は、裁判官及び精神保健審判員の意見の一致したところによる(第14条)。精神保健審判員は、その職務を行うのに必要な学識経験を有する医師(「精神保健判定医」)の中から処遇事件ごとに選任される(第6条)。審判には、精神保健福祉士その他の精神障害者の保健及び福祉に関する専門的知識及び技能を有する者の中から処遇事件ごとに指定される精神保健参与員が関与し、処遇の要否及びその内容につき、意見を述べることができる(第15条、第36条)。

審判においては、入院の決定、通院の決定、医療観察法による医療を行わない決定等が行われる(第42条)。なお、不起訴処分を受けた者については、併せて、対象行為を行ったこと等、医療観察法の対象者であるかどうかの確認をする(第40条、第41条)。

入院の決定を受けた者は、指定入院医療機関において、入院医療を受ける義務を課される(第43条第1項)。また、通院の決定を受けた者は、指定通院医療機関による入院によらない医療を受ける義務を課される(第2項)。

入院の決定を受け入院している者については、指定通院医療機関の管理者は、入院医療を継続する必要があると認めができなくなった場合には、直ちに、地方裁判所に対し、退院の許可の申立てをしなければならず(第49条第1項)、また、入院医療を継続する必要があると認める場合は、少なくとも6ヶ月ごとに、入院継続の確認の申立てをしなければならないこととされている(第49条第2項)。一方、入院者等も、地方裁判所に対し、退院の許可又はこの法律による医療の終了の申立てをすることが

できることとされている（第50条）。裁判所は、これらの申立てがあった場合は、入院を継続すべきことを確認する決定、退院を許可するとともに入院によらない医療を受けさせる決定、この法律による医療を終了する決定等を行わなければならない（第51条）。

通院の決定を受け、通院医療を受けている者については、保護観察所の長は、医療観察法による医療を受けさせる必要があると認めることができなくなった場合は、直ちに、地方裁判所に対し、この法律による医療の終了の申立てをしなければならず（第54条第1項）、通院医療を行う期間を延長し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は、当該期間が満了する日までに、地方裁判所に対し、当該期間の延長の申立てをしなければならないこととされている（第54条第2項）。一方、通院者等も、この法律による医療の終了の申立てをすることができる（第55条）。裁判所は、これらの申立てがあった場合は、通院期間の延長の決定又は処遇の終了の決定を行わなければならない（第56条）。

医療観察法による医療は、裁判所の決定に基づく対象者への義務付けによる医療であるから、非自発的医療である。こうした非自発的医療を加えるための要件は、入院の決定については、「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」（第42条第1項第1号）であり、通院の決定については、入院の決定の場合を除き、「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、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」（第42条第1項第2号）である。

このように医療観察法による非自発的医療を加える要件は、医療観察法による医療の必要性である。この医療の必要性は、さらに具体的に、

- i) 対象者が対象行為を行った際の心神喪失等の原因となった精神障害と同様の精神障害を有していること（疾病性）

- ii) 対象者の精神障害が処遇決定時における精神医療の水準に照らし、医療観察法による医療による精神症状の改善(病状の増悪の抑制を含む。)効果が見込まれること(治療可能性)
- iii) 医療観察法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・現実的な可能性があること(社会復帰要因)

に分解される³¹。

これらの3つの要因は、『「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」(医療観察法)鑑定ガイドライン』³²において、医療観察法における医療の必要性の評価軸と位置付けられている。

疾病性とは、対象者の精神医学的診断、その重症度及び対象者の精神障害と当該他害行為との関連性をいう。医療観察法による医療の必要性の前提となる要因と位置付けることができる。

治療可能性は治療反応性に依存する。治療反応性とは、精神医学的な治療に対する対象者の精神状態の望ましい方向への反応の強さをいう。この治療反応性は、対象者に医療観察法の医療を加えるかどうかの判断において最もクリティカルなポイントとなっている。すなわち、「対象者の精神障害が治療可能性のない場合は本法に係る医療の対象とはならない。対象者の精神障害の治療可能性を査定するためには、対象者が精神障害を有すること、対象者が治療反応性を有することが必要であり、「対象者が治

31 刑事裁判資料284号(2005年)169頁参照。

32 厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「解法行為を行った精神障害者の精神医学的評価、治療、社会復帰等に関する研究」成果報告(主任研究者松下正明、2005年)。鑑定ガイドラインは、主として、同研究中の分担研究「触法精神障害者の治療可能性に関する研究」(分担研究者平野誠)の成果に基づき規定されており、医療観察法に係る医療関係者の現時点でのコンセンサスとして位置付けられている(同ガイドライン はじめに)。

療反応性を全く有しないと判断されれば、必然的に対象者の精神障害は治療可能性のないものであると判断される」³³。

治療反応性は、具体的には、「対象者が治療を受けることに対する肯定的な動機付けを持ちうるかどうか（治療動機と準備性）、対象者が治療に同意して積極的に治療に参加できるかどうか（治療の同意と参加）、実際に行った治療が目標にあった効果を発揮するかどうか（治療目標と効果）、治療の効果が他の場面にも般化しうるかどうか（治療の般化）」³⁴に着目して判断される。また、治療可能性は現在の治療水準に照らして考察すべきとされる³⁵。

社会復帰要因は、医療観察法による一定の自由に対する制約を伴う環境下での医療を加える必要があるかどうかという観点から医療の必要性の要件を判定するものである。すなわち、「対象者が高い疾病性を有しており治療反応性が認められたとしても、対象者の社会復帰を阻害するような確たる要因が何ら認められないのであれば、あえて対象者に本法による処遇を行う必要はない」とされる。社会復帰を阻害する要因としては、他害行為に対する内省がないこと、適切な支援がなければ容易に再発を繰り返すこと、適切な治療介入を行わなければ暴力行為の可能性が高まることなどが含まれる³⁶。

医療観察法による医療の必要性があると判断されるためには、対象者がこれら3つの要因をいずれも一定水準を上回る程度に具備することが必要であり、いずれか1つでも水準を下回る場合には、医療観察法による医療の必要性はないと判断される³⁷。

これらの3つの要因は、審判における対象者の鑑定（第37条）のための

33 同ガイドライン4頁。

34 同ガイドライン4頁。

35 同ガイドライン28頁参照。

36 同ガイドライン4頁、28頁参照。

37 同ガイドライン5頁参照。

ガイドラインであるが、裁判所は、入院等の決定をするに当たっては、医療の必要性に係る鑑定を基礎とし、かつ、鑑定医の意見及び対象者の生活環境を考慮しなければならないこととされているから(第42条第2項柱書)、処遇決定自体の要件として機能することになる³⁸。

さらに、精神保健審判員が「参考とすることが望ましい」と位置付けられている司法精神医療等人材養成研修企画委員会・医師部会の合意文書「医療観察法による医療の必要性について」においても、これらの3つの要因が医療の必要性の判断の際に着目すべき要件として掲げられている³⁹。

38 中谷雄二郎「心神喪失者等医療観察法への期待—刑事裁判実務との良き連携を願って」『小林 充先生 佐藤文哉先生古稀祝賀刑事裁判論集』(判例タイムズ社、2006年)548頁は、「裁判官も評議において、どの程度の治療反応性があれば医療の必要性が認められるか、社会復帰した場合、対象者が治療に同意し参加することが将来にわたっても期待できるか、また、治療を維持継続できるかなどについて、積極的に意見を述べることになろう。そして、治療可能性が欠けると判断された場合には、同法42条1項3号に基づき、医療を行わない旨の決定をすることになる」とする。

39 司法精神医療等人材養成研修企画委員会・医師部会の合意文書「医療観察法による医療の必要性について」においては、疾病性、治療可能性、社会復帰要因のそれぞれについて例示を掲げている。

疾病性については、「統合失調症において、審判時には一見、寛解状態にみえても、増悪する可能性が見込まれる場合」や「対象行為時に躁状態あるいはうつ状態であった場合に、審判時点において逆病相の状態を呈している場合」は対象とされうるとし、「急性一過性精神病性障害や適応障害等において、審判時には症状が全く認められず精神障害の診断基準を満たさない場合」や「当該行為を行った際には心神喪失等の状態の原因となるようなアルコール中毒による精神障害があったものの、審判時にはアルコール依存症のみの診断である場合」は原則として対象とされないとする。

治療可能性については、それは「審判時点の精神医療の水準に照らし、本法による医療を行うことにより」、疾病性において規定した「精神障害の改善の改善という効果が見込まれること」であるとした上で、「治療可能性の乏しい精神遅滞や認知症等であっても、妄想などの症状について治療により抑制が可能な場合」は、「判断は慎重になされる必要がある」としながらも、対象とされうるとする。他方、「単に薬理的鎮静や物理的な行動制限によって問題行

2-2-3 医療

医療観察法による医療は、厚生労働大臣が指定入院医療機関又は指定通院医療機関に委託して行うこととされている（第2条第3項、第81条第1項、第3項）。

2-2-3-1 指定入院医療機関による医療

動を抑制するような場合」は対象とされないとする。

社会復帰要因については、「精神障害の改善により同様の行為を行う可能性が一時的に減じている場合でも、病状が再燃すればその可能性が著しく高まる場合がある」と及び「本法による医療の対象は、『同様の行為』を行う『現実的な可能性』を認める者のみに、限定されるべきである」ことを指摘した上で、「統合失調症において、審判時点で症状は消失しているが病識がないなど再発のおそれが高い場合」は対象とされるとし、「同様の行為を行う漠とした可能性があるに過ぎない場合」や「うつ病において、症状があり自殺のおそれはあるが、拡大自殺を含む他害行為の可能性が明らかでない場合」は原則として対象とされないとする。

そして、これら3つの要因をすべて満たす場合には、「対象者に医療観察法による医療を行う」とする。

さらに、同合意文書は、入院決定と通院決定との間の振り分けについて、例えば、「医療（服薬訓練や心理教育等も含む）を入院環境下で提供する必要があると見なされる場合」は「入院による医療の絶対的適用」とできるとし、また、例えば、「統合失調症において、症状は消失しているが病識がなく治療に拒否的であり、周囲の支援も期待できない場合」は「『入院によらない医療』によっても提供できるような『医療』を必要とする場合でも、その継続を保証する条件が整わない場合には、『入院による医療』から始める必要がある」「入院による医療の相対的適用」とする。一方、「入院による医療の必要性が無く、かつ、対象者が医療の必要性を十分認識し、通院医療に対する十分な同意が得られる場合」は、「判断は慎重になされる必要がある」としながらも、通院医療が適用されるとする。

こうした入院決定と通院決定との間の振り分けについては、中島豊爾「医療観察法の審判において精神保健判定医が留意すべき事項」（平成17年度厚生労働科学特別研究「心神喪失者等医療観察法における対象者の病態と医療内容等に関する研究」中間報告）も選別基準の定立を試みている。

指定入院医療機関に指定される医療機関は、国、都道府県等が開設する国立病院に限定されている(第16条第1項)。本法の医療の対象者は、一般の精神障害者よりも鋭敏かつ衝動的な被害者意識が高まりやすく、攻撃性の高い者が少なからず含まれることから、そのような特性にも応じた医療を行うことができるように、指定入院医療機関においては、十分なスペースのある明るく開放的な療養環境を設け、一般の精神科病院よりも手厚い人員配置をすることとされている(第81条第1項)⁴⁰。

指定入院医療機関における医療の目標は、入院者が様々な問題を前向きに解決する意欲や社会で安定して生活する能力(必要な医療を自律的に求めることも含む。)を高め、他害行為について認識し、自ら防止できる力を獲得するとともに、被害者に対する共感性を持つようにすることにより、社会復帰を早期に実現するところに置かれている(入院処遇ガイドライン⁴¹ I 12)(1))。この目標を達成するため、入院前・入院後の観察・評価に基づく継続的・計画的な医療を提供、継続的な病状観察・評価の実施、病状に応じた危機介入を行うなど、標準化された臨床データの蓄積に基づく多職種チームによる医療提供が行われる(同ガイドライン I 12)(2))。具体的には、治療計画を策定するとともに、入院期間を急性期、回復期、社会復帰期の3期に分けてそれぞれ目標を設定し、各期別に評価を行い、期の移行を進め、おおむね18ヶ月以内の退院を目指すこととされている(同ガイドライン I 22))。

40 三好・前掲論文(注28)35頁参照。

41 厚生労働省は、医療観察法による医療について、指定入院医療機関運営ガイドライン、入院処遇ガイドライン、指定通院医療機関運営ガイドライン、通院処遇ガイドラインを定め、法務省及び厚生労働省は、医療観察法における地域処遇について、地域処遇ガイドラインを定めている。これらは、同法第82条第2項の「厚生労働大臣の行う指導」に当たるから、指定医療機関はこれらのガイドラインを遵守する義務を負う。

2-2-3-2 指定通院医療機関による医療

指定通院医療機関については、一定の基準に適合する病院若しくは診療所又は薬局が、その開設者の同意の下、指定されることとされている（第16条第2項）。通院医療においては、社会復帰を促進する観点から、居住地からの通院が容易であることが望ましいことから、特に開設者を限定することなく、民間医療機関も含めて幅広く指定することが予定されている。

指定通院医療機関における医療の目標は、指定入院医療機関におけるそれとほぼ同様のものが定められている（通院処遇ガイドライン I 12）（1）。この目標を達成するため、治療計画を作成し、定期的な評価を行い、通院期間を通院前期、通院中期、通院後期の3期に分けて目標を設定し、3年以内に一般の精神医療への移行を目指すこととされている（同ガイドライン I 2）。

なお、医療観察法の通院医療を受けながら、精神保健福祉法による入院を行うことは可能である（医療観察法第115条）。したがって、通院者が自ら一般の精神病院における入院医療を希望する場合には、任意入院を行うことが可能であり、措置入院、医療保護入院等についても、精神保健福祉法が規定する要件が満たされる場合には、これらによる非自発的医療を行うことも可能である。このように医療観察法による通院の場面では、いわば医療観察法と精神保健福祉法との間の相互乗り入れが可能となっており、例えば、対象者の居住地の近隣に指定入院医療機関がない場合に、医療観察法による通院医療の決定をした上で当該指定通院医療機関に精神保健福祉法による入院を行ったり、医療観察法による通院が適切であるが居住地における同居の家族の状況がこれを許さない場合に、在宅医療の条件が整うまで、同様の対応を行ったりすることが可能となっている⁴²。

42 中島・前掲報告（注39）参照。

2-2-4 地域社会における処遇

前述のとおり、医療観察法は、裁判所の決定によって指定通院医療機関による医療を受けることを対象者に義務付けている。この義務付けのほか、継続的な通院医療の確保を実効あるものとするため、保護観察所による精神保健観察が行われる。精神保健観察は、対象者に社会復帰調整官による居宅の訪問面接や保護観察所への出頭に応じることを遵守する義務を課した上で(第107条)、適当な接触を保つなどして、対象者が必要な医療を受けているか否か及びその生活の状況を見守ることや必要な指導を行うことにより実施される(第108条)。

このほか通院時においては、保護観察所の長は、通院者について、指定通院医療機関の管理者、都道府県知事及び市町村長と協議の上、その処遇に関する実施計画を定めることとされ、関係機関は当該実施計画に基づいて処遇を行なうことが義務付けられている(第104条第1項、第105条)。さらに、保護観察所の長は、医療観察法の医療、精神保健観察、指定医療機関による援助及び精神保健福祉関係法令の規定に基づく援助が、処遇に関する実施計画に基づいて適正かつ円滑に実施されるよう、あらかじめ協力体制を整備するとともに、処遇の実施状況を常に把握し、当該実施計画に関する関係機関相互間の緊密な連携の確保に努めなければならないこととされ(第108条第1項)、保護観察所をコーディネーターとした社会復帰関係機関の連携体制の構築が予定されている。

保護観察所は、こうした対象者の通院時における精神保健観察のほか、審判手続きの段階から、対象者の社会復帰に関与する。すなわち、保護観察所は、裁判所からの求めに応じ、審判の対象者の生活環境の調査を行い、その結果を報告することとされ(第38条)、その報告は、裁判所が入院等の決定をするに当たって考慮されなければならないこととされている(第42条第2項柱書)。ここに言う生活環境とは、「例えば、本人の居住地の状況、家族の状況、家族の協力の意思の有無・程度など、本人を取り巻く状況を意味し」、「裁判所は、これらの生活環境に照らして、入院によらな

くても治療の継続が確保されるかどうか、問題行動を起こしやすい状況にあるかどうかといった事柄についても総合的に考慮することとされている」⁴³。

さらに、保護観察所は、入院者が指定入院医療機関に入院している段階においても、対象者の社会復帰に関与する。すなわち、保護観察所は、入院者等の相談に応じ、精神保健福祉関係法令の規定に基づく援助を受けることができるようあっせんする等の方法により、退院後の生活環境の調整を行わなければならないこととされており、保護観察所の長は、その援助が円滑かつ効果的に行われるよう、当該指定入院医療機関の管理者、都道府県知事及び市町村長に対し、必要な協力を求めることができる（第101条）。

2-3 精神保健福祉法上の非自発的入院制度と医療観察法による医療制度の異同

医療観察法の医療制度と精神保健福祉法による医療制度、特に非自発的入院制度との間には、その非自発的な医療を加える目的が社会復帰の促進にあること、その主たる手段として医療資源が用いられること、少なくとも入院については強制的な手法が採用されていることといった共通点もあるが、法律の対象者を始めとして異なる点も多い。

まず、法律の目的とそれを達成する手段については、精神保健福祉法に比べ、医療観察法は、重大な他害行為の再発の防止を社会復帰の目的に必要なことと位置付けるとともに、適切な処遇を決定するための手続及び継続的な医療の確保を社会復帰のための手段として重視している。

そのため、対象者が非自発的に受けなければならないサービスも、精神保健福祉法では入院医療に限定されていたのに対し、医療観察法において

43 蛭原・前掲論文（注28）48頁。

は、入院医療のほか、通院医療や精神保健観察にまで拡大している。

また、適切な処遇を決定するための手続についても、医療観察法においては、地方裁判所において裁判官と精神保健審判員から構成される裁判体において審判を行い入院等の決定を行うこととされている⁴⁴。また、その手続の内容も、精神科医による鑑定の実施、検察官、対象者(付添人)等による資料の提出、対象者の生活環境等の調査が行われるほか、鑑定医、精神保健参与員、対象者、付添人の意見も審判に提出され、それらを踏まえ、処遇が決定される点で、手続的保障が厳格なものとなっている。さらに処遇の決定も裁判体を構成する裁判官と精神保健審判員の意見の一致したところによるとされ(第14条)、対象者の自由に対する制約がより限定的になるように慎重に仕組みられている。

このように、医療観察法における処遇決定は、精神保健福祉法の非自発的入院における都道府県知事又は精神病院の管理者が決定し、実質的には精神保健指定医が入院の必要性を判定する仕組みとは大きく異なっている。

また、対象者の処遇の決定の法的性質についても、精神保健福祉法における非自発的入院形態が精神障害者を医療及び保護に導入する機会の確保を重視する観点から、対象者の現在の病状に着目した要件に基づく即時強制を採用するのに対し、医療観察法は対象者に対する継続的な医療の提供の確保を重視する観点から、義務賦課行為である下命を採用している点で異なっている。

これに関連して、処遇の決定の要件についても、相違点がある。精神保健福祉法における非自発的入院形態においては、措置入院(緊急措置入院も含む。)が自傷他害のおそれの要件を中核とし、医療保護入院(応急入院も含む。)が医療及び保護の必要性を中核的な要件とするもその具体的

44 医療観察法の審判手続は、非訟事件の裁判に含まれるとともに、国が後見的な立場から医療を行い、社会復帰を促進することを目的とすることから、対象者の処遇を迅速に決定する観点から、裁判所が職権により探知する審判手続が採用されている。刑事裁判資料284号32頁参照。

な基準は未整理であるのに対し、医療観察法の処遇決定については、医療観察法による医療の必要性が要件とされ、さらに、実務上のガイドラインによって、疾病性、治療可能性、社会復帰要因に細分化・明確化されている。

決定に要する期間についても、相違点がある。医療観察法の審判手続は、裁判所における裁判の手続としては非訟事件に属する。同法34条第3項は、鑑定入院の期間は2ヶ月を超えることができないとし（ただし、裁判所が必要と認めるときは通じて1ヶ月を超えない範囲で延長することができる）、審判手続は實際上この鑑定入院の期間内で決定することが予定されており、裁判所に迅速な対応を求めている⁴⁵。このように医療観察法における審判は裁判手続としては比較的迅速なものであるが、精神保健福祉法における非自発的医療の決定のほどの即時性はない。

また、通院や服薬管理等の退院後の継続的な医療の確保についても、両法の間で法的な枠組みに相違がある。精神保健福祉法においては、この点について、特段の法的な枠組みを用意していない。これに対し、医療観察法においては、裁判所の決定による対象者に対する通院の義務付け、精神保健観察、処遇の計画的な実施について法的な枠組みを構築している。

3 医療観察法による医療の実施状況と現時点での成果

前節末において、精神保健福祉法上の非自発的入院制度と医療観察法による医療制度の異同を概観した。本節では、これらの異同のうち、精神保健福祉法の非自発的医療に係る今後の見直しにおいて参考となり得る諸点について、現時点までに明らかにされている医療観察法の施行状況を簡単に紹介した上で、その成果を整理する。

45 高麗邦彦「裁判所における審判のあり方」臨床精神医学35巻3号287頁参照。

3 - 1 施行状況⁴⁶

まず、審判の状況である。当初審判については、平成18年6月30日現在、検察官による申立ては334件あり、それらのうち、257件が終局し、77件が係属中である。終局した257件のうち、入院の決定があったもの139件（抗告審において入院決定が却下決定に変更された事案を含む。54.1%）、通院の決定があったもの67件（26.1%）、不処遇の決定があったもの41件（16.0%）、却下の決定があったもの9件（3.5%）、取下げのあったもの1件（0.4%）となっている。平成17年7月の施行以来平成18年6月30日までの1年間の月別平均申立て件数は、約28件であり、おおむね30件前後となっている。また、月別平均決定件数は初めての決定のあった平成17年9月以来平成18年6月30日までで、約26件となっている。

入院継続の確認及び退院の許可に係る審判については、入院継続の確認の申立てが35件あり、うち23件が入院継続の決定となっている。また、退院の許可に係る申立ては28件あり、うち7件が退院決定、1件が医療終了となっている。

次に、医療に係る施行状況である。指定入院医療機関は、平成18年7月31日現在で、8医療機関が指定されている。いずれも国立の医療機関である（国立精神・神経センター武蔵病院（33床）、国立病院機構花巻病院（33床）、国立病院機構東尾張病院（24床）、国立病院機構肥前精神医療センター（16床）、国立病院機構北陸病院（33床）、国立病院機構久里浜アルコール症センター（15床）、国立病院機構さいがた病院（15床）、国立病院機構小諸高原病院（15床））。病床の合計は184床であり、在院患者数は146人である。また、同日現在、国関係6施設、都道府県関係2施設において指定入院医療機関を建設中である。

46 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課医療観察法医療体制整備推進室「医療観察法の施行状況」（平成18年7月31日）による。

指定通院医療機関は、同日現在、232医療機関が指定されている。このうち国及び都道府県立医療機関が47、その他の医療機関が185となっている。

さらに、鑑定入院医療機関として、同日現在、219か所の医療機関が推薦されており、このうち、国及び都道府県立医療機関が51か所、その他の医療機関が168か所となっている。また、精神保健判定医として449人、精神保健参与員として405人が推薦されている。

医療観察法による入院対象者の状況については、同日現在、疾病別内訳を見ると、統合失調症126人（86.3%）、そううつ病8人（5.5%）、アルコール中毒3人（2.1%）、その他9人（6.2%）となっている。また、男女別内訳は、男性115人（78.8%）、女性31人（21.2%）となっている。

3 - 2 成果の整理

医療観察法の施行から1年以上が経過し、関係者によって、その施行状況や医療の実施状況についての成果報告や同法の制度上・運用上の課題や問題点の指摘等が行われている⁴⁷。ここでは、それらのうち、精神保健福祉法上の非自発的入院制度の改善に有益と思われる2つの点について取り上げ、整理することとしたい。

3 - 2 - 1 治療の動機付け

精神保健福祉法上の非自発的入院制度の改善に有益と思われる点の1つ目は、治療の動機付けに対する影響である。

通院医療、自発的な入院（任意入院）、非自発的入院のいずれの受療形

47 医療観察法施行後、同法の課題や問題点を扱ったものとして、臨床精神医学35巻3号（2006年）、精神神経学雑誌108巻5号（2006年）、日本精神科病院協会雑誌25巻2号（2006年）参照。

態においても、治療可能性を高め、治療効果を上げるためには、患者自身が病状を認識し治療を受けるといった動機を持つことが必要である。非自発的入院は、患者を治療に導入するために、本人の意思に基づかない強制的な手段を選択するものであるが、そこで行われる治療が本人の意思に基づかない、あるいは本人が受容しないものであってもよいことを意味しない。また、非自発的入院は、患者を治療に導入するために必要な手段であるが、一方で患者に一定の被害者意識を生じさせ、治療の動機の形成の障害になり得るものであることにも留意が必要である。

この点、従来の精神保健福祉法による非自発的入院形態においても、入院後、臨床現場において治療の動機付けに向けた努力は行われてきたが、法制度上の制約により困難な面が生じていたことが指摘されている。特に、医療保護入院においては、入院の要件である医療及び保護の必要性が必ずしも明確ではないことから、患者の非自発的入院への理解が得られにくく、また、非自発的入院の実質的決定者が治療側であり、保護者である家族も関与することから、患者が非自発的入院に至ったことに関して、治療者や家族に対して反発を持ちやすいため、この点も治療の動機付けに消極的に作用するとされる⁴⁸。

一方、医療観察法による医療においては、こうした治療の動機付けについて医療観察法のシステムが積極的に作用していることが指摘されている。すなわち、医療観察法において入院の決定が行われるまでの間に、刑事責任能力の鑑定医、医療観察法の鑑定入院における鑑定医、精神保健審判員

48 第3回精神保健福祉法に関する専門委員会議事録（平成10年4月23日）金子委員発言、第4回同委員会議事録（平成10年5月13日）三橋氏発言参照。なお、措置入院等においては、自傷他害のおそれがあると認められたことや治療者や家族以外の警察官、都道府県職員が関与していること、非自発的入院の決定者が治療者とは異なる都道府県知事であることなどの事情があり、これらの事情が患者の治療の動機付けについて医療保護入院の場合に比べ積極的に作用していると考えられる。

といった複数の医師が関与し、対象者はその診断を受ける。また、社会復帰調整官や精神保健参与員も関与し、対象者の社会復帰を見通した形で入院等の要否の判断が行われる。さらに、付添人や対象者自らの意見を審判に提出した上で、裁判所による入院等の決定を受ける。こうした審判の手続を経る中で、対象者は自らの病状についての専門家の判断、医療観察法の制度の内容、権利擁護のための手段等を理解するため、対象者によってばらつきはあるものの「入院を受容する態度は一様に形成されている」とされる。つまり、一連の法的手続きを重ねることが、対象者の治療の動機の形成に積極的に作用しているというのである⁴⁹。非自発的入院への導入の法的枠組みが、身柄の確保に関わる即時強制ではなく、こうした法的手続きを経た上で治療を受ける義務を課す義務賦課行為（下命）であることも、対象者の処遇決定への納得の程度に影響している可能性があると考えられる。

また、医療観察法における入院等の決定が治療者とは異なる第三者である裁判所によって行われること自体も、少なくとも、そのことによっては対象者の治療者に対する反発を惹起したり増大させたりしないことから、対象者の治療の動機の形成に積極的に作用していると考えられる。さらに、医療観察法における入院等の決定に当っては、家族等の保護者はもっぱら対象者にとって権利擁護的あるいはアドボカシー的な地位に立つことから⁵⁰、医療観察法による入院が行われたこと自体からは、家族等への反発が発生しないことも、治療動機の形成にプラスの影響を与えられられる。

なお、こうした医療観察法の制度による影響に加え、指定入院医療機関における治療プログラムのあり方も治療の動機付けに積極的に作用してい

49 村上優・高橋昇・大橋秀行「指定入院医療機関における治療プログラム」臨床精神医学35巻3号260頁、高麗・前掲論文（注45）293頁参照。なお、後者には、東京地方裁判所における手続の実際例が時系列で示されている。

50 池原・前掲論文（注23）198頁参照。

るとされる⁵¹。

3-2-2 非自発的入院の正当化根拠の実質化

精神保健福祉法上の非自発的入院制度の改善に有益と思われる点の2つ目は、非自発的入院の正当化根拠の実質化である。

前述のとおり、医療観察法による非自発的医療を加える要件は、もっぱら医療観察法による医療の必要性に存する。この医療の必要性は、さらに具体的に、i) 疾病性、ii) 治療可能性、iii) 社会復帰要因に細分化されており、中でも、ii) 治療可能性は、治療動機と準備性、治療の同意と参加、治療目標と効果、治療の般化を要素とする治療反応性により詳細に検討されることとされている。

こうした医療観察法における医療の必要性の要件の細分化・明確化は、対象者が入院等をすることが可能な医療機関の具体的な医療水準との関係で非自発的入院が対象者の利益になることを明らかにする点で、対象者に非自発的な入院医療を提供する正当化事由をより実質化する意義を持つ⁵²。

また、iii) 社会復帰要因の判定においては、医療観察法による一定の自由に対する制約を伴う環境下での医療を加える必要があるかどうかという観点からの検討が行われている。こうした検討を通じて、入院決定と通院決定との間の振り分けが行われ、また通院決定が行われる際には、地域の一般の精神病院における入院との組み合わせも検討されている⁵³。このよ

51 指定入院医療機関である国立病院機構花巻病院においては、入院初期に病識と対象行為への内省の確保の著をつけることが重要であるとされ、対象者に対する担当多職種チーム（医師、看護師、臨床心理士、作業療法士、精神保健福祉士）の紹介とそれぞれの役割の説明、審判の決定文の読合せによる対象行為と疾病との関係、入院の根拠等に関する意見交換等が行われている。村上ほか・前掲論文（注49）260頁、262頁参照。

52 （注11）参照。

53 医療観察法による指定入院医療機関は、一般の精神病院に比べ手厚い人員設備を有し、系統的な治療プログラムを用意している点では、対象者に治療上大

うに医療観察法による医療、一般の精神医療の双方を含む、審判時点における利用可能な医療資源のうち、最も対象者にとって利益となる治療の枠組みが治療可能性の要件の判定を通じて選択されている⁵⁴点においても、非自発的入院が対象者の利益になることを明確にし、対象者に非自発的な入院医療を提供する正当化事由をより実質化しているものと考えられる。

ただし、医療の必要性の要件については、以上のように非自発的入院の正当化根拠を実質化する一方で、問題点や懸念も指摘されている。それは、指定入院医療機関が治療や処遇が困難な対象者を回避する方向で当該要件を利用する可能性に関するものである。

医療観察法の立法経緯を見ると、新たな法案がいわゆる処遇困難者への対応も行う機能を持つことが予定され、また期待されていたことが分かる⁵⁵。

きな利益を与えることができるが、一方、指定入院医療機関の整備及び指定が現時点ではあまり進んでいないため、対象者の居住地や退院後の居住見込み地の近隣における入院を確保できない場合があり、その場合には、通院医療への移行が難しいといった短所もある。中島・前掲報告（注39）参照。

54 高麗・前掲論文（注45）290頁参照。同論文が示す審判の実例においては、第1回目のカンファレンス（裁判官、精神保健審判員、精神保健参与員、検察官、付添人、鑑定人、社会復帰調整官による打合せ。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による審判の手続等に関する規則第40条第1項）から、受け入れ先の有無、入院や通院の適否について検討を行っている。なお、鑑定入院中における社会復帰調整官や付添人による社会復帰条件の整備を紹介するものとして、伊賀興一「付添人活動からみた医療観察法」臨床精神医学35巻3号298頁参照。

55 例えば、第1回法務省・厚生労働省合同検討会議事録（平成13年1月29日）山上教授意見、第3回同検討会議事録（平成13年4月19日）長尾院長意見、第154回国会衆議院法務委員会議録第18号（平成14年6月28日）7頁、同会法務委員会 厚生労働委員会連合審査会議録第1号（平成14年7月5日）19頁ないし21頁、同連合審査会議録第2号（平成14年7月9日）17頁、19頁参照。なお、医療観察法案が立法過程に入る以前の一般の精神科医療における触法精神障害者の処遇の限界を指摘する文献として、例えば、五十嵐禎人「触法精神障害者の処遇 その現状と問題点」松下正明総編集『臨床精神医学講座 第19巻 司法精神医学・精神鑑定』414頁、吉川和男「諸外国に見る触法精神障害者の処

すなわち、触法精神障害者の中には、重大な犯罪行為を繰り返し、また、暴力傾向が著しい者が多いため、開放的な医療が定着しつつある一般の精神医療においては対応が困難であるから、こうした患者に対しては特別の手厚い人員配置の下で医療を行う必要があるとする考え方である⁵⁶。前述のとおり、医療観察法における指定入院医療機関は、十分なスペースのある明るく開放的な療養環境を設け、一般の精神病院よりも手厚い人員配置をすることとされているが、こうした措置は処遇困難者に対応する機能を期待されているから採られているものと考えられる。

ところが、治療可能性の要件を強調し、対象者に治療可能性があるかどうかを厳格に検討していくと、処遇困難な者であれば治療の見込みが比較的乏しくなるため、その分、対象者が非自発的入院を強制されることにより得ることができる利益も少なくなるのであるから、非自発的の正当化事

遇」最新精神医学7巻2号113頁を参照。

56 一般の精神科医療における処遇困難者の実態と治療現場の現状については、例えば、長尾卓夫「触法精神障害者と措置入院制度の問題点」日本精神病院協会雑誌17巻第2号(1998年)12頁、武井満「日本の精神医療と触法精神障害者問題」犯罪と非行第137号34頁、同「措置入院制度の運用と処遇困難患者問題」ジュリスト増刊・前掲書(注7)182頁参照。

また、医療観察法施行以前の触法精神障害者の追跡調査によれば、触法精神障害者は、犯行の主たる要因が幻覚妄想などの精神症状の悪化である事例(症状悪化型)と精神症状の根底に反社会的性格傾向の尖鋭化、ないし人格水準の低下が生じており、しかもこれが犯行と密接に関連している事例(人格変化型)に大別される。精神疾患の再発ないし病状悪化によって凶悪犯罪が為されており、その予防にはまず精神医療の継続が必要不可欠で、また病状悪化時において速やかな医療的介入を可能とする医療体制が必要であるとされ、具体的には、退院後における外来治療の継続と地域での観察指導を義務づけるような制度が必要とされるという。一方、後者の人格変化型の場合は、しばしば暴力傾向が顕著で、病院内でも様々な問題行動を示すことが多く、一般の精神病院では処遇が極めて困難であるとされる(井上俊宏「触法精神障害者の再犯についての多角的研究—触法精神障害者946例の11年間に亘る追跡調査結果の分析—」犯罪学雑誌62巻6号(1996年)179頁)。

由が薄くなると評価される。この結果、医療観察法による医療の必要性が否定され、不処分の決定が行われることも考えられる。

治療困難者が指定入院医療機関に数多く入院することとなった場合、一般に治療困難者の治療には、例えば幻覚・妄想を伴う精神症状のみを有する患者に比べ長い期間を要すると考えられるから、指定入院医療機関の病床が治療困難者で占められ、結果として、社会復帰を目指すという医療観察法の目的に必ずしもそぐわないと見られる事態が発生する可能性があるとの指摘も踏まえると⁵⁷、治療可能性の要件を強調することには、治療環境の維持保全の観点からも、プラスの作用を期待できるとも考えられる。しかし、治療可能性の要件を強調する方向に対しては、そもそも医療観察法は治療困難な患者こそ受け入れるべきであり、指定入院医療機関の人身配置基準が高いのはそのためであること、精神病症状に並存疾患として物質関連障害や人格障害などを有する治療困難な患者が指定入院医療機関に入院しなくなる代わりに、不処遇になり何らの治療も受けずに地域社会戻ったり、刑務所内に増えたりするおそれがあること⁵⁸等が指摘され、医療の必要性の要件による過大な絞込みが行われると危惧されている。また、医療観察法による医療についてこのような絞込みが行われることにより、一般の精神医療を受ける方が有利な、治療反応性も一定確実な「ストライクゾーン」に属する患者を医療観察法の指定入院医療機関が引き受け、「病前の反社会行動歴、薬物乱用や人格障害、責任能力上直ちに減免と認めがたい、院内での処遇が困難、入院が長期化しやすい、外来が中断しやすい、再発防止に精神医療が寄与することが難しい、再犯のリスクが高いなどの特性が認められる」「非ストライクゾーンの患者群」を一般の精神医療が

57 山上皓「責任能力の概念と精神鑑定のあり方」ジュリスト増刊・前掲書（注7）90頁参照。

58 吉川和男『『医療の必要性』の判定基準と鑑定のあり方』臨床精神医学35巻3号254頁参照。

引き受けるという「ねじれ」が発生するだろうとの指摘もある⁵⁹。

こうした非自発的入院の正当化事由の実質化及び医療環境の保全と処遇困難者への積極的な対応の要請との間の緊張関係が生じる可能性のある対象者⁶⁰としては、まず人格障害を持つ者が考えられるが、医療観察法における医療の対象者としては、純粋な人格障害は想定されていない⁶¹。一方、典型的精神病に薬物中毒や人格障害を併発する者については、心神喪失又は心神耗弱が認められ、かつ治療可能性も認められる余地があることから、医療観察法による医療の対象となることがあり得る⁶²。そして、医療観察法における指定入院医療機関は、このような患者の入院を想定し、十分なスペースのある開放的な治療環境、質の高い医療スタッフの手厚い人員配置、他害行為を防止する力を高め、様々な問題を前向きに解決することを目的として精神療法を含む治療プログラムを実施するものとして構想され、準備をしてきている⁶³。こうした指定入院医療機関は医療資源として貴重であり、やはり本来対象として想定しているカテゴリーの患者に医療を提供するようにするのが、医療資源利用の効率性や医療観察法による医療と一般の精神医療との役割分担の観点から適切であると考えられる。

確かに、指定入院医療機関に治療困難者が滞留し、そこでの治療環境が悪化するなど機能不全を起こすおそれはあるが、審判における入院等の決

59 吉岡隆一「リスク評価・責任能力判断・治療適応性判断—一般精神医療一元体制の経験の総括と司法精神医療の今後—」精神神経学雑誌108巻5号(2006年)524頁参照。

60 中谷・前掲論文(注38)548頁は、治療可能性が問題とされる精神障害として、人格障害、頭部外傷後遺症としての性格変化、アルコールや薬物の急性中毒による一過性の精神障害、精神遅滞や認知症を取り上げ、治療可能性の判定について一般的な整理を行っている。

61 第154回国会衆議院法務委員会厚生労働委員会連合審査会議録第1号(平成14年7月5日)9頁、11頁参照。

62 町野ほか・前掲座談会(注4)24頁松下正明発言参照。

63 三好・前掲論文(注28)35頁参照。

定において、過度に厳格な判断を行い、「幻覚・妄想を伴う精神病症状を有する比較的治療や処遇の容易な患者ばかりを選び、並存疾患として物質関連障害や人格障害などの問題を抱える患者を全く取り扱わない」とするのは、医療観察法による入院医療に期待される機能や医療資源の効率的利用の観点からは、問題がある⁶⁴。

治療可能性の有無は、指定入院医療機関の整備状況や人員配置状況、そこでの医療の水準、空き病床の状況、対象者の社会復帰予定地と指定入院医療機関の所在地との関係、一般の精神医療も含む我が国における司法精神医療の水準等との関係で変わってくるものである。また、それは、治療開始後の経過によって時間的に変化していくものである。とすれば、こうした問題の調整は、退院許可又は入院継続の確認の決定（第49条ないし第53条）も活用しながら、柔軟に行うのが適切であると考えられる⁶⁵。

3-2-3 社会復帰を視野に入れた計画的な処遇

なお、前述のとおり、医療観察法は、地域における計画的な処遇を実現するため、対象者の通院義務の設定、一定事項の遵守義務、精神保健観察、処遇の実施計画の策定等の手法を採用している。これらによる社会内処遇についても成果が期待されているところであるが、施行後1年を経過したばかりの現時点では、臨床例に基づく報告が乏しい。この点についての整理については他日を期したい。

64 吉川・前掲論文（注58）255頁。

65 もちろん、当初の入院等の決定についても、指定入院医療機関における医療水準等を勘案しながら適切かつ柔軟に行う必要がある。中谷・前掲論文（注38）544頁、552頁参照。

4 精神保健福祉法上の非自発的入院制度の課題

前節において整理したとおり、現時点までに医療観察法は、少なくとも治療の動機付けと非自発的入院の正当化根拠の実質化の2点で一定の成果を上げつつあるということができる。本稿の最後に本節では、これらの点に関係する一般の精神医療、特に精神保健福祉法による非自発的入院形態が抱える課題を取り上げ、その改善の方向について検討する。

4-1 治療の動機付け

そもそも医療は、患者と医師との間の契約に基づいて行われ、医療を受けようかどうかは一義的には、患者の意思に委ねられている。しかし、患者が精神障害を有する場合には、病識が乏しいこと等により適切な受診行動をすることができず、医療の機会を逃してしまうおそれがある。そこで、精神保健福祉法は、患者の受療行動に介入し、一定の場合について、入院することを強制している。また、このような入院の強制の判断は実質的には医師の医学的判断に依存するが、患者の身体への強制を帰結する判断である以上、適正を確保する必要があることから、精神保健福祉法が医師の診断のあり方や精神病院の管理者の入退院の判断といった診療行動に介入し、入院の要件や判定基準を定め、その遵守を義務つけている。さらに、精神医療においてはこのような強制的な入院形態が存在することに加え、患者の自発的な意思に基づく入院の場合においても患者自身の判断能力が十分ではないことから、入院中の処遇の適否を患者自らがチェックすることが困難であるといった事情も存在する。そこで、精神保健福祉法は、精神病院による入院患者に対する処遇にも介入し、一定の基準を定め、その遵守を義務つけるほか、一定の監督体制も整備している。

このように精神保健福祉法は、精神障害者の医療の機会を逃しやすいという特性に着目し、医療に導入する契機を強制的の形で用意するなど、患者

の受療行動、医療側の診療行動のうちの一定の局面について規制を行っている。一方、一旦、患者が入院医療に導入された後の医療の必要性についての判断とそれに対する理解、治療関係の構築と維持保全や患者の病識や治療意欲の形成と持続の局面については、患者－医療側間の関係に委ねられている。

例えば、措置入院においては、措置症状の消褪が措置解除の要件となっている。しかし、措置症状のような「行動の異常の消褪は、必ずしも患者自身が自らの疾病を理解・認識し（病識を持つ）、服薬をはじめとした再発・再燃予防のために必要な療養上の注意を守れる（コンプライアンス）ような状態まで回復したことを保証するものではない」⁶⁶。このため医療実務においては、措置入院者の措置症状が消褪しても、さらに医療の必要があれば、医療保護入院に切り替え、非自発的な入院を継続することが広く行われている。しかし、前述のとおり、医療保護入院は患者への入院の必要性の説明が困難であったり、入院の実質的決定者が担当医であったりするため、患者の入院治療への理解が得られず、また、治療側への反発を招くケースがある。このように非自発的入院を規定する法システムのあり方が、患者－治療者関係の形成・維持保全にマイナスの影響を及ぼしているということができる。

そこで、現行の精神保健福祉法による非自発的入院制度について、患者の治療の動機付けに配慮した仕組みに見直すことを検討する必要がある。前述のとおり、医療観察法においては、精神保健福祉法と異なり、①入院の要件である治療必要性の内容が一定程度明らかにされ、②入院の決定に迅速とはいえ一定の時間をかけた慎重な手続が採用され、対象者も参加する機会があり、その中で対象者の治療の必要性が開示されるとともに、③入院の決定が治療者と異なる第三者により行われ、④入院の決定が即時強

66 五十嵐禎人「触法精神障害者の処遇とわが国における司法精神医学の課題」現代刑事法40号（2002年）54頁。

制ではなく、義務賦課行為である下命となっている。これら4つの要素がそれぞれ、患者の入院治療への理解を促進し、治療側への反発を和らげ、治療の動機付けに寄与している。

とすれば、精神保健福祉法における非自発的入院形態についても、可能な限りこれらの要素を取り込み、改善を図ることが考えられる。

措置入院、緊急措置入院、医療保護入院、応急入院はそれぞれ、患者の医療への導入の契機として設定され、その入院の要件が失われれば、退院させることとしている。しかし、本来医療への導入の必要性と退院の適切性とは別の判断を要する事柄であり、これらをリンクさせる必然性はない。患者が退院し、必要に応じ治療者側と接触を続けながら社会において生活することができるようにすることが精神医療の目的であるから、この目的に適合した非自発的入院制度を構築することが望ましい。この観点からすれば、精神保健福祉法における非自発的入院制度においても、自発的に治療を受けることができる状態ではなく、かつ治療可能性がある等一定の要件を備える患者については、入院医療や通院医療を受ける義務を賦課することにより、その治療の動機付けを促進することを検討する余地があるといえる。

法制度において義務賦課行為が採用される場面においては、一般に、義務者の自発的な義務の履行が期待できる状況があり、そのため、義務者に対しその余地を与えるのが望ましいという政策判断があると考えられる⁶⁷。一方、即時強制が採用される場面においては、一般に、目前の急迫の問題に対応するための緊急的な必要があるため、義務賦課行為を行う時間的余裕がないこと（緊急性）や、義務者が当該義務を履行することが不可能又は困難であるため自発的な履行が期待できないといった事情（義務履行困難性）があり、そのため、行政庁がいきなり直接私人の身体等に実力を加

67 塩野宏『行政法Ⅰ〔第四版〕行政法総論』（有斐閣、2005年）231頁、藤田宙靖『第四版行政法Ⅰ（総論）改訂版』（青林書院、2005年）310頁参照。

えて行政目的を実現せざるを得ないという政策判断があると考えられる⁶⁸。

精神保健福祉法における非自発的入院においては、措置入院、緊急措置入院、応急入院については、緊急性及び義務履行困難性の両方の事情に基づき、また、医療保護入院においては、主に義務履行困難性の事情に基づき、即時強制を採用していると考えられる。しかし、治療の動機は、患者－治療者間の治療関係の中で発展的に形成され得るものであるから、医療への導入を行った時点においてその後治療を受けることを内容とする義務を履行することが期待できなくとも、次第に義務履行困難性が和らぎ、義務を賦課されていることを認識している状況の下で限定的な一定の自発的意思の下、療養に取り組むことが期待できる。

そこで、医療への導入のための即時強制のシステムは残し、その即時強制による入院義務を一定の期間に限定しつつ、その一定の期間が経過する前に、自発的に治療を受けることができない状態かどうかに加え、医療の必要性の観点から審査を行い、改めて入院又は通院の義務を課すシステムを導入することが考えられる。このようなシステムを付加することにより、治療反応性の高くない患者に対しても、医療観察法におけるのと同様の治療の動機付けが可能になると思われる。

入院後の医療の必要性の審査の時期については、急性期治療が終了し、病状が落ち着いてもなお、病識が乏しく、自発的な入院や通院が期待しがたいかどうかが判明する時期に設定することが考えられる⁶⁹。

68 藤田・同書308頁、原田尚彦『行政法要論（全訂第六版）』（学陽書房、2005年）237頁、芝池義一『行政法総論講義 第4版』211頁参照。

69 精神保健福祉法は、措置入院については、6ヶ月ごとに、医療保護入院については、その届出があったとき及び6ヶ月ごとに、入院の必要があるかどうか審査することとしている（第38条の3）。なお、措置入院においては、6ヵ月後までに約80%が措置解除され、措置解除されたものうち約62%が入院を継続しているとの報告がある（分担研究者浦田重治郎「措置入院患者の医療と社会復帰に関する研究 分担研究報告書」主任研究者同『措置入院制度の適正な運用に関する研究 平成14年度～平成15年度総括研究報告書』）。

この義務付けを行う機関については、治療者と異なる第三者に置くことにより、患者－治療者間に無用な軋轢を発生させるのを回避することが期待できる。この第三者的な義務付けを行う者としてどのような機関が適当かについては、医療観察法のように後見的機能を付与された裁判所を利用することも考えられるし、精神保健福祉法に規定する精神医療審査会を利用することも考えられる⁷⁰。受療義務の解除についても、医療機関の管理者、患者等の請求や定期の審査を契機として第三者機関が判断する方式を採用するのが、医療機関や医師等への過剰な負荷を回避する観点からも適切であろう。

また、このような非自発的入院を行う医療機関については、病床の機能分化の進展を踏まえ、一定の、例えば、急性期病棟を有する医療機関に限定し、対象者の入院病床も同病床に限定する必要があるだろう。

なお、入院又は通院の義務付けの要件については、即時強制段階と同様、自発的に治療を受けることができない状態にあることに加え、医療の必要

70 このような判断資源も貴重な社会的資源であるから、そのキャパシティーを必要だけ拡大することは困難である。裁判所と都道府県の精神医療審査会とのいずれかを利用するにしても、それぞれの機関の人員的、物理的限界、迅速な入院医療への導入の必要性と手続の厳格性・慎重性とのバランス等を踏まえ検討することが必要である。

これらの機関におけるボード（裁判体又は合議体）は、おそらく法律家及び精神科医を中核として構成するのが適当であろうが、後者はともかく、前者については、司法制度改革により大量の法曹有資格者が社会に供給されることが見込まれるから、これらの人材を積極的に活用することが考えられる。なお、精神医療審査会の合議体の委員構成については、精神保健福祉法平成17年改正により、合議体5名のうち、精神保健指定医2人以上、法律家1人以上、その他1人以上と弾力化され、平成18年10月1日から施行されている。

また、判断機関の設定においては、当該判断機関の戦略目標が相反しないように配慮するのが望ましい。この点、入院等の義務付けや退院及び処遇継続の決定については、裁判所に担当させ、処遇改善等入院している患者の権利擁護に関する監督や審査を厚生労働大臣及び社会保障審議会に担当させることとし、判断機関の戦略目標を単一化した医療観察法のシステムが参考になる。

性とするのが適切である（4－2）。

4－2 非自発的入院の正当化根拠の実質化

医療観察法においては、医療の必要性の要件が詳細に規定され、非自発的入院の正当化根拠がより実質的になるように運用されている。そこで、精神保健福祉法における非自発的入院においても、医療の必要性、特に治療可能性の要件を導入し、より限定的な非自発的入院医療を実現することが考えられる。

また、前述のとおり、医療保護入院における入院の要件は、医療及び保護の必要性である。措置入院においても、入院の要件として、自傷他害のおそれの有無が重視され、クリティカルな要件として扱われてきたが、措置入院者の多くは措置解除後も医療保護入院となり、非自発的医療が継続されていることを踏まえると、非自発的入院へ患者を導入することについての本質的な正当化根拠は、医療の必要性の存在にあると理解するのが自然である。このように措置入院も医療保護入院も、その非自発的入院医療への導入の正当化根拠が同じであれば、その入院の要件や手続きを区分する必要は乏しいように思われる。

そこで、医療観察法と同様、医療の必要性の要件を明確化した上で、両入院形態を一本化し⁷¹、精神保健指定医の診察のみに基づき、都道府県知事の権限により入院させることとする制度への転換を検討する必要がある。

こうした制度を導入することにより、医療保護入院における保護者の同意による患者と保護者との間の関係悪化の問題等が解消されることが期待

71 医療保護入院における問題点を指摘し、精神保健福祉法における強制入院の一本化を志向すべきとする見解としては、例えば、国際法律家委員会編『精神障害患者の人権 国際法律家委員会レポート』（1996年、明石書店）174頁、川本哲郎『精神医療と犯罪者処遇』（成文堂、2002年）48頁参照。

できる。また、この制度の下で、医療の必要性の審査をより詳細に行う作業の中で、審査時点において利用可能な精神医療資源の中から最も適切なものを選択する判断が行われれば、当該患者に適した病床の選択が行われ、貴重な医療資源がより効率的に利用されるようになることも期待できる。

なお、措置入院と医療保護入院を一本化し、入院の必要性の判断に当たる精神保健指定医の数を措置入院と同様、2人以上とする場合、年間の医療保護入院患者数が措置入院患者数のおおむね30倍から40倍となっていることから、精神保健指定医の確保に関連して問題が生じる⁷²。確かに入院の必要性の判断に当たる精神保健指定医の数を2人とすれば、手続的保障は一見手厚くなるが、人件費、交通費等の金銭的コストや、第2の精神保健指定医の本来の診療時間を侵食すること、診療時間の調整等が必要になることといった時間的コストが発生することが見込まれるほか、患者を処遇決定まで長時間外来で待機させることになるなど、制度運用面で困難が生じ、また、患者に不利益をもたらすおそれがあることを踏まえると、必ずしも適切な選択肢とはいえない⁷³。この点については、現行の緊急措置入院や応急入院後の手当てと同様、当面の即時強制に係る医療判断は1人の精神保健指定医が行うこととしつつも、比較的短期間のうちに別の精神保健指定医による診察を行い、レビューをすることにより補完する方法や、4-1で述べた義務賦課行為に係る審査により対応することも可能であると思われる。

また、医療の必要性、特に治療の可能性を明示的な要件とすることについては、治療が難しい例に対し、消極的になるとの懸念もあり得る。しか

72 例えば、平成15年における措置入院患者数が2,566人であるのに対し、医療保護入院患者数は114,146人となっている(精神保健福祉研究会監修『我が国の精神保健福祉(平成16年度版)(精神保健福祉ハンドブック)』(太陽美術、2004年)649頁)。

73 斎藤正彦「国際連合による精神疾患患者の人権原則とわが国の精神保健福祉法」松下総編集・前掲書(注20)150頁参照。

し、入院の要否の判断機関は、治療者とは法主体レベルで分離されるし、さらに入院の必要性の判断に当る精神保健指定医を入院対象医療機関の医師とは異なる者とすれば⁷⁴、治療の可能性の要件を利用し、ことさらに処遇困難者を回避する事態は生じないと思われる。

この処遇困難者の回避の問題は、4-1で触れた受療義務の解除の方式に関係する。すなわち、受療義務の解除について医療機関側の判断を尊重する方式を採用すれば、処遇困難者の不適切な早期退院を招く可能性があるといえる。しかし、仮に、義務賦課機関の判断の独自性を高めるようなシステムを採用したとしても、主治医によるこれ以上の治療は困難であるとの主張を覆すことは事実上難しいであろうから、受療義務の解除のシステムを厳格にすることにはあまり意味がないように思われる。

4-3 一般の精神医療における新たな非自発的入院制度の一案

4-1、4-2の検討を踏まえると、一般の精神医療における新たな非自発的入院制度として、次のようなシステムを構想することができる。

第一に、非自発的入院医療への導入段階については、現行制度と同様、即時強制の方式によりつつ、その入院の要件は、精神保健指定医が判断する入院医療の必要性に一本化するとともに、入院の実施主体も都道府県知事に一本化する。

第二に、その即時強制による入院義務を一定の期間、例えば、急性期治

74 精神保健福祉法は措置診察に当たる精神保健指定医を対象者の入院が見込まれる精神病院の医師以外のものに限定していない。なお、この点につき、14都道府県及び12政令指定都市を対象とした調査において「入院予定病院の医師が措置診察に原則としてかかわらないとするものが過半数を占めるものの、原則としてかかわるという回答が18件あり、また措置診察の場所も入院予定病院あるいは指定医の病院に移送して行うという回答が15件あった」とするものがある（主任研究者竹島正「『措置入院制度のあり方に関する研究』総括研究報告書」（平成13年度厚生科学研究費補助金（厚生科学特別研究事業））4頁）。

療が終了し、病状が落ち着いてもなお、病識が乏しく、自発的な入院や通院が期待しがたいかが判明する時期までの期間に限定しながら、その一定の期間が経過する前、医療の必要性の観点から審査を行い、改めて入院又は通院の義務を課す義務賦課行為を行う。義務賦課行為の主体については、医療観察法のように裁判所の後見的行政機能を利用するか、精神保健福祉法⁷⁵の精神医療審査会を利用する。

これらの2点を柱とするシステムは、2-1-6において整理した精神保健福祉法上の非自発的入院形態の特徴のうち、第一の即時強制による入院医療への導入の仕組みは残しながら、入院医療導入後に関わる第二、第三の点について、大幅な変更を加えるものである。

以上は非自発的入院システムの基本的枠組みに止まるものであり、さらに、第一の即時強制段階の前に接続する通報制度における通報要件等、医療費負担のあり方、緊急的な入院医療への導入方式の別建ての要否、医療の必要性の判断基準の内容、これに関連するいわゆる重症・長期在院患者への対応や配慮⁷⁵、義務の担保措置の要否や内容等については、さらに検討が必要となる。また、医療の必要性の要件を明確化した場合には、入院医療を行い医療の必要性が認められない状態となった以降の適切な受け皿を確保できるようにしておかなければならない。つまり、病床の機能分化や社会内処遇を一層進展させる必要があるのであり⁷⁶、医療の必要性の要

75 高柳功「重症長期在院者をめぐる諸問題」日本精神病院協会雑誌第15巻第2号6頁、植田清一郎「長期在院患者の治療とリハビリテーション」同号16頁、野崎秀次「長期在院患者の治療と処遇—重度精神遅滞者」同号22頁参照。精神症状が固定化し、それ以上の治療の可能性を見込むことができないが退院困難であるとされる患者については、短期で退院していくことを見込むことができる患者と同様の枠組みで非自発的入院の要件を検討することが適当か、それ以前に、精神医療の枠組みの中において処遇を行うこと自体が適当なのか等について、見直す余地があると思われる。

76 町野朔「保護義務者の権利と義務—同意入院と監督義務をめぐって—」法と精神医療第3号26頁参照。

件の明確化は、これらの進展状況を見ながら検討・導入することが求められる。

5 おわりに

医療観察法の施行状況に係る報告においては、いくつかの興味深い成果が報告されていた。これらを踏まえると、精神保健福祉法の非自発的入院についても、患者の治療の動機付けを促進する観点及び自発的入院の正当化根拠を実質化する観点から見直しを行うことが適切であると考えられる。そこでは、前述のとおり、例えば、即時強制による医療導入後の受療義務賦課システムの導入、医療導入のための即時強制である措置入院と医療保護入院の一元化、医療導入及び受療義務賦課のための医療の必要性の要件の明確化を行うといった政策案が検討される余地があると考ええる。

もとより医療観察法の施行から1年ほどしか経っていないとも言えることができ、その成果も確定的なものではないから、軽々にこれらに依拠して、精神保健福祉法の見直しについて結論を出すことはできない。しかし、一方で、一般の精神医療は病床の機能分化、退院可能な入院患者の社会復帰の促進など大きな転換期にあり、また、医療観察法の5年後見直しを控える中で、早期に関係者の間で所要の見直しについて検討を開始する必要があるだろう。

特に、病床の機能分化は、医療の質の向上や医療資源の効率的な利用の促進のためには有効かつ必要な施策である。精神医療においても病床の機能分化が進むことで、平均在院日数が短縮され、より迅速な患者の社会復帰が図られるほか、過剰といわれる精神病床の削減も進み、精神科の医療資源も効率的に利用されるようになるものと期待される。

しかし、その反面、病床の機能分化が進展すると、医療側が早期退院を図ろうとするため、当該医療機関において期待される医療が十分に行われ

なくなるおそれが生じる。つまり、これまで精神科の入院医療に対しては、「長すぎる入院」が主な問題点として指摘されてきたが、病床の機能分化が進めば、逆に、「短すぎる入院」が問題となってくるおそれがある。そうになると、現行の精神保健福祉法上の非自発的入院制度のように、患者の医療への導入時点に着目する即時強制の形態をとり、退院の判断を即時強制時の要件に連動させ、医療の必要性が明確な形では考慮されない入退院システムでは、「短すぎる入院」を助長したり、あるいは、入院対象患者の恣意的な選別を許したりすることになりかねない。また、病床の機能分化は、患者とその病状に適した医療機関を選択する必要性を高める。非自発的入院の対象となる患者にとっては、そうした選択は極めて困難であるから、第三者による後見的な関与の必要性もまた高くなる。しかし、現行精神保健福祉法上の非自発的入院制度では、必ずしも適切な医療機関を選択する制度的な枠組みは用意されていない。

4-3において示した新たな非自発的入院制度の枠組みは、これらの問題点にも対応することができるのではないかと考えているが、本稿では病床の機能分化と非自発的入院制度との関係について十分に展開することはできなかったため、機会を改めて検討したい。

また、今後、さらに医療観察法による医療の実例が積み重ねられ、現場からの医療観察法のシステムの課題や成果の整理が報告されることが見込まれる。それらも踏まえ、医療観察法の一般の精神医療への波及効果や精神保健福祉法の見直しについて検討を深めることとしたい。