

# 医療観察法に関する最高裁判所裁判例の検討

中 島 直

## I 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（医療観察法）は施行後 17 年を経た。2006 年では医療観察法審判の終局処理人員 351 人中入院決定 191 人と 54.4%であったが<sup>(1)</sup>、2020 年では同様に 309 人中 236 人と 76.4%となっており<sup>(2)</sup>、当初審判での入院決定率が上昇している。また、入院処遇期間は徐々に増加しており<sup>(3)</sup>、当初目安とされていた 1 年半をはるかに越え、2016 年までの入院者での平均入院処遇期間は 951 日で、1 年以内退院者は 1 割に満たない<sup>(4)</sup>。この状況に関し、最高裁判所はどのような役割を果たしてきたのか、裁判例を医療者の視点で検討した。

## II 裁判例の紹介

裁判所のホームページおよび TKC 法律情報データベースで検索したところ、9 例が該当した。

- 
- (1) 法務省法務総合研究所：平成 19 年版犯罪白書。https://hakusyol.moj.go.jp/jp/54/nfm/mokuji.html#3\_4\_3\_1、2007（2022 年 11 月 27 日閲覧）
  - (2) 法務省法務総合研究所：令和 3 年版犯罪白書。https://www.moj.go.jp/content/001365724.pdf、2021（2022 年 11 月 27 日閲覧）
  - (3) 国立精神・神経医療研究センター：観察法制度分析を用いた観察法医療の円滑な運用に係る体制整備・周辺制度の整備に係る研究。https://www.ncnp.go.jp/nimh/chiiki/documents/04-01.pdf、2017（2022 年 11 月 27 日閲覧）
  - (4) 厚生労働省：医療観察法医療の現状について。https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokuyokushougaihokenfukushibu-Kikakuka/shiryou2\_15.pdf、2017（2022 年 11 月 27 日閲覧）

1	2007年7月25日第二小法廷	精神保健福祉法による医療で足りるとして医療観察法医療を行わないのは許されない
2	2008年6月18日第三小法廷	対象者の行った行為が対象行為にあたるかどうかは対象者が認識した内容ではなく客観的に評価
3	2009年8月7日第三小法廷	鑑定入院の必要がないと判断した場合には鑑定入院命令を取り消すことができる
4	2013年12月18日第二小法廷	不処遇決定に対しては対象行為の認定を争うとしても抗告は認められない
5	2017年12月18日第三小法廷	法は違憲でない
6	2017年12月25日第一小法廷	医療終了申立を鑑定もカンファもせず排斥したのは審理不尽
7	2021年6月9日第三小法廷	法は違憲でない
8	2021年8月30日第二小法廷	依存症の治療可能性を肯定
9	2022年2月8日第一小法廷	法は違憲でない

第1例：2007年7月25日第二小法廷決定<sup>(5)</sup>

対象行為は放火である。地裁は、「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症状は改善し、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、……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の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はなく、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……対象者の妄想性障害は、……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、……対象者

(5) 最高裁判所第二小法廷：平成19年7月25日決定。[https://www.courts.go.jp/app/files/hanrei\\_jp/004/035004\\_hanrei.pdf](https://www.courts.go.jp/app/files/hanrei_jp/004/035004_hanrei.pdf)、2007（2022年11月27日閲覧）

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強いこと、……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、今後も精神保健福祉法による入院による治療が可能であり、鑑定入院先の病院の医師は、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、……現在、対象者には帰住先が存在しないが、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。以上によれば、対象者は、一定期間、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律による入院をすることにより、精神障害を治療して社会復帰することが十分可能であり、医療観察法による医療を行うまでの必要性はない」として不処遇決定をした。しかし、検察官の抗告を受け、高裁は、「法の趣旨に照らせば、裁判所は、検察官からの申立てに対し、対象者に、法 42 条 1 項 1 号ないし 2 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 1 項 3 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いうべきである。……対象者は、原審審判廷において、(対象行為は)やむを得ずにやった、子供たちと一緒に死のうと今でも思っている、(医師に指示されている)薬は飲んでいない(したがって、原決定や鑑定書が、対象者が服薬や処置等に対し抵抗感を示していないというのは、審判時においては当を得ないものとなっている。)などと陳述している。」として差戻決定をした<sup>(6)</sup>(括弧高裁)。付添人が再抗告したのに対し、最高裁は「同法は、同法

2条3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とする趣旨であって、同法33条1項の申立てがあった場合に、裁判所は、上記必要が認められる者については、同法42条1項1号の医療を受けさせるために入院をさせる旨の決定、又は同項2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、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律による措置入院等の医療で足りるとして医療観察法42条1項3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」として棄却した。

第2例：2008年6月18日第三小法廷決定<sup>(7)</sup>

対象行為は事後強盗である。対象者は妄想型統合失調症に罹患していて幻聴、妄想を有していた。被害者宅に侵入して物品を持ち出したが、それは霊界との会話で承諾が得られたと考えていた。また被害者らに捕まえられたが、対象者としてはそれは逮捕行為ではなく、被害者が対象者を殺そうとするやくざであると認識したため、自己保身のために被害者らに暴行を加えた。付添人は、主観的には窃盗でもなく逮捕者から逃れるための暴行でもないので、事後強盗に当たらないという主張をした。しかし、地裁では入院決定がなされ、抗告審でもこれが認められた。最高裁でもこれらを認め、対象者の行った行為が対象行為にあたるかどうかは対象者が認識した内容ではなく客観的に評価するとした。

---

(6) 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医療を行わない旨の決定に対する抗告の決定に対する再抗告事件。最高裁判所刑事判例集 61-5、563-575、2007

(7) 最高裁判所第三小法廷：平成20年6月18日決定。[https://www.courts.go.jp/app/files/hanrei\\_jp/470/036470\\_hanrei.pdf](https://www.courts.go.jp/app/files/hanrei_jp/470/036470_hanrei.pdf)、2008（2022年11月27日閲覧）

第 3 例：2009 年 8 月 7 日第三小法廷決定<sup>(8)</sup>

対象行為は放火である。「対象者は、対象行為から約 1 年半を経過する中で自発的に精神医療を受け、対象行為時のうつ病の増悪状況から脱し、家庭生活を通常に維持してきた」いた。鑑定入院質問に任意で出頭し鑑定入院命令を受けて鑑定入院となった。付添人が、鑑定入院命令の 25 日後に、資料収集が終了するなど鑑定入院の必要性が減少し、家族に育児等の負担が生じるなど対象者が在宅する必要性が高いこと、家族に負担をかけているとの自責の念をもたらしていること、対象者は鑑定入院命令以前にクリニックへの通院を自ら選択していたことなどを理由に、鑑定入院命令の取消しを請求した。地裁は「一件記録によれば、鑑定及び継続的な医療的観察のため在院させる必要がなくなったなどとは到底認められず、付添人の主張には理由がない」という記載のみでこれを棄却した<sup>(9)</sup>。付添人が特別抗告し、最高裁は、これは抗告理由にあたらなかつたうえで、法による医療を受けさせる必要が明らかでないことが判明したときなど鑑定入院の必要がないと判断した場合には鑑定入院命令を取り消すことができるとした。

第 4 例：2013 年 12 月 18 日第二小法廷決定<sup>(10)</sup>

申立てがあつたが、地裁は治療可能性が乏しいなどとして不処遇決定を出した。対象者は対象行為の存在を認めた決定に事実誤認があるとして取消しを求めて抗告した。高裁はこの申立ては不適法として棄却し、対象者が再抗

---

(8) 最高裁判所第三小法廷：平成 21 年 8 月 7 日決定。https://www.courts.go.jp/app/files/hanrei\_jp/896/037896\_hanrei.pdf、2009 (2022 年 11 月 27 日閲覧)

(9) 京都地方裁判所：平成 21 年 7 月 31 日決定。TKC 法律情報データベースより (2022 年 12 月 18 日閲覧)

(10) 最高裁判所第二小法廷：平成 25 年 12 月 18 日決定。https://www.courts.go.jp/app/files/hanrei\_jp/825/083825\_hanrei.pdf、2013 (2022 年 11 月 27 日閲覧)

告した。最高裁は、不処遇決定に対しては対象行為の認定を争うものであっても抗告が許されないとした原決定は正当であるとした。

第5例：2017年12月18日第三小法廷決定<sup>(11)</sup>

医療観察法が違憲ではないかとの主張に対し、その目的を示し、憲法違反ではないとした。第7例の2021年6月9日第三小法廷決定<sup>(12)</sup>、第9例の2022年2月8日第一小法廷決定<sup>(13)</sup>も内容はほぼ同じである。

第6例：2017年12月25日第一小法廷決定<sup>(14)</sup>

対象者および指定入院医療機関管理者から、治療可能性がないとして医療終了等の申立がなされたが、地裁・高裁で審判も鑑定もカンファレンスも行われなままこれが排斥され、最高裁はこれを審理不尽であるとして、地裁に差し戻すとした。

第8例：2021年8月30日第二小法廷決定<sup>(15)</sup>

対象者はアルコール依存症等で、酩酊および代謝性脳症による軽度意識障害のもとで対象行為を行ったとされた。鑑定では、対象者は反社会性パーソナリティ障害および頭部外傷後遺症の合併により治療可能性が乏しいとされ

---

(11) 最高裁判所第三小法廷：平成29年12月18日決定。 [https://www.courts.go.jp/app/files/hanrei\\_jp/331/087331\\_hanrei.pdf](https://www.courts.go.jp/app/files/hanrei_jp/331/087331_hanrei.pdf)、2017（2022年11月27日閲覧）

(12) 最高裁判所第三小法廷：令和3年6月9日決定。 [https://www.courts.go.jp/app/files/hanrei\\_jp/381/090381\\_hanrei.pdf](https://www.courts.go.jp/app/files/hanrei_jp/381/090381_hanrei.pdf)、2021（2022年11月27日閲覧）

(13) 最高裁判所第一小法廷：令和4年2月8日決定。 [https://www.courts.go.jp/app/files/hanrei\\_jp/120/091120\\_hanrei.pdf](https://www.courts.go.jp/app/files/hanrei_jp/120/091120_hanrei.pdf)、2022（2022年11月27日閲覧）

(14) 最高裁判所第一小法廷：平成29年12月25日決定。 [https://www.courts.go.jp/app/files/hanrei\\_jp/355/087355\\_hanrei.pdf](https://www.courts.go.jp/app/files/hanrei_jp/355/087355_hanrei.pdf)、2017（2022年11月27日閲覧）

(15) 最高裁判所第二小法廷：令和3年8月30日決定。 [https://www.courts.go.jp/app/files/hanrei\\_jp/551/090551\\_hanrei.pdf](https://www.courts.go.jp/app/files/hanrei_jp/551/090551_hanrei.pdf)、2021（2022年11月27日閲覧）

たが、地裁は、「しかしながら、アルコール依存については、事実の取調べの結果をみると、対象者は、一応の病識を有するに至り、まずは自らの意思で断酒するつもりであるなどと述べる一方、医師が必要と判断すれば入院又は通院して薬物療法を受けることもやむを得ないと述べ、集団療法や精神療法についても一定の関心を示したことが認められる。また、対象者は、本件対象行為について、……反省が十分深まっているとはいえないが、……内省の萌芽を一応見て取ることができる。加えて、対象者がこれまでにアルコール依存の治療を全く受けたことがないことを併せ考慮すると、現時点において、一般に治療可能性を有するアルコール依存に関し、対象者について治療の動機付けや内省等が困難と断ずるのは時期尚早といわざるをえず、断酒を継続させ、薬物療法や依存症専門プログラムを集中的に実施した上で、その治療効果を見極める必要がある。」として入院決定を出した<sup>(16)</sup>。対象者が抗告し、高裁は、「アルコール依存は、対象者が、本件対象行為を行った際の精神障害である酩酊状態や代謝性脳症等の原因となった疾患ではあるが、本件対象行為を行った際の精神障害に当たるものではない。……上記精神障害の範囲を広く解するとしても、アルコール依存は、その疾患としての性質上、他に対象行為の原因となった精神障害や精神症状が併存し、それらに治療反応性が認められる場合は格別、それ自体としては医療観察法に基づく医療の対象となる疾病ではないと認められる。……入院決定は、対象行為を行った際の精神障害に治療可能性が認められる場合に行われるべきものであって、その有無を見極めるために行われるべきものではない。」として、入院決定を取り消し、地裁に差し戻すと決定した<sup>(17)</sup>。最高裁は、飲酒によって代謝性脳症による意識障害が再発する可能性があるので「対象者がり患しているアルコール

(16) 横浜地方裁判所：令和2年12月14日決定。TKC法律情報データベースより（2022年12月21日閲覧）

(17) 東京高等裁判所：令和3年4月19日決定。TKC法律情報データベースより（2022年12月21日閲覧）

依存について、本件行為を行った際の心神耗弱の状態の原因となった精神障害と同様の精神障害であると認定した原々決定の判断に誤りがあるとはいえない」とし、「医療観察法は、同法による医療の対象となる精神障害の種類について限定をしておらず、アルコール依存について、自発的意思に基づく治療が原則であるとする医学的見解があることを踏まえても、実際に、同法による医療においてアルコール依存に関する専門プログラムによる治療が行われていること等に鑑みれば、アルコール依存がそれ自体として一律に同法による医療の対象とならないと解するのは相当ではなく、同法による医療を受けさせる必要があるか否かは、……事案ごとに個別具体的に判断されるべきである。……原々決定は、……対象者のアルコール依存について、なお治療可能性があると判断したものと解される。原々決定は、対象者のアルコール依存の治療可能性に関し、本件鑑定と異なる判断をした理由について、審判期日における対象者の言動等を示しながら具体的に説明しており、その判断が不合理であるとはいえない。」として、地裁の入院決定を支持し、高裁決定を取り消し、抗告を棄却した。

### Ⅲ 裁判例の検討

#### (1) 第1例

##### a これまでの議論の検討

この決定については、種々の論及がある。医療観察法施行後比較的早期のもので、指定入院医療機関の数が現在より少なく、入院となると帰住先から遠方となる可能性が高いという背景もあった。

この決定を支持し、医療観察法医療と精神保健福祉法医療との対比を一切認めない、という立場がある。任介<sup>(18)</sup><sup>(19)</sup>は、「この場合の解釈のポイントは、医療観察法42条1項1号ないし2号にいう『この法律による医療』という言葉」とし、「『この法律による医療』に独自性を持たせた場合、入院による医療の必要はあるものの、精神保健福祉法による措置入院で足り、医療観察法



による入院は必要ないといった判断をすることも可能となる」が、「これに対し、『この法律による医療』をそのように強調して理解すべきではなく、単に……入通院決定をすれば、そこで、行われる医療は医療観察法による医療であることから、そのような文言が付加されたにすぎないと理解すれば、入通院による医療の必要性が認められる以上、……入通院決定をすべきであって、精神保健福祉法による医療で足りるかどうかは考慮すべきではないということになる」とし、立法の経過での答弁や法の目的が精神保健福祉法と同法とは異なることから、『この法律による医療』自体には独立の要件としての意味はないものと解するのが相当である」「医療観察法による入院を命じるべき場合に、通院にとどめて精神保健福祉法による入院による対応に委ねることは、それ自体問題」と断じている。一方、「基本的には通院治療で足りる病状の場合に、通院決定をするが、対象者の住居の確保や通院処遇への円滑な移行という観点から、少なくとも当初のうちだけ対象者が指定通院医療機関に任意入院（場合によっては医療保護入院も想定し得る。）をすることを前提に通院決定をすることまでも本決定が否定しているとは解されない。」ともしている（括弧任介）。

神田<sup>(20)</sup>は「医療観察法を精神保健福祉法の延長線上に置くか別個の次元に配するかにかかわらず、再発防止意図および社会復帰促進目的は医療観察法

---

(18) 任介辰哉：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 33 条 1 項の申立てがあった場合に、医療の必要があり、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濁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対象者について、措置入院等の医療で足りるとして同法による医療を行わない旨の決定をすることの可否。ジュリスト 1357、160-161、2008

(19) 任介辰哉：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 33 条 1 項の申立てがあった場合に、医療の必要があり、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対象者について、措置入院等の医療で足りるとして同法による医療を行わない旨の決定をすることの可否。法曹時報 62-9、2518-2537、2010

によって配慮された、裁判所が考慮すべき事項であるというべきであって、精神保健福祉法によるこの種の配慮を現時点で期待しえない以上、医療観察法の排他的妥当は説得力ある帰結というべきであろう」としている。

安田<sup>(21)</sup>は、付添人の主張を「精神保健福祉法による入院治療等では足りないことを同法による入院決定の要件とすべきことを求めるもの」とした上で、「これは、医療観察法による入院が精神保健福祉法による入院に比べて対象者の人権を制約するものだと理解に基づくものと思われる」と推測し、「こうした見解は、他方で、医療観察法を純粹に医療・福祉法として解釈・運用すべ<sup>マ</sup>だとしており、これに従うなら、医療観察法による医療は同法によらない医療より手厚いという量的相違しかないことになるが、こう主張しながら同時に補充性を要求したのでは、より手薄な医療があるからより手厚い医療は不要だということになるから、その結論の不合理さは一目瞭然であろう」と批判している。また、「いずれの法による医療が対象者の処遇に相応しいものかにより、医療観察法による医療の必要性を判断すべき」という主張に対しては、「同法による医療の対象者は、重大な他害行為を行った者に限定されており、……曇らぬ目で同法を直視すれば、再犯の防止が同法による医療の正当化根拠（の少なくとも一つ）であることは明らかである」（括弧安田）として否定し、「そうした医療観察法による医療の必要性があることを肯定しながら、精神保健福祉法による医療で足りるとして、四二条一項三号の決定を行うことは、およそ妥当でないものと思われる」としている。但し、「本当に

---

(20) 神田宏：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第42条1項3号のこの法律による医療を行わない旨の決定に対する抗告に関する決定に対する再抗告に関する最高裁判所の決定について。近畿大学法学 56-1、83-113、2008

(21) 安田拓人：一 心神喪失者等医療観察法による医療の必要性和精神保健福祉法による医療との関係（①事件） 二 対象者が幻覚妄想状態（心神喪失状態）で行った行為の心神喪失者等医療観察法対象行為該当性判断における対象者の認識や意図の認定方法（②事件）。判例時報 2033、170-175、2009

原々決定の事実認定が正しいのであれば、現在の病状及び治療状況に照らして、医療観察法による医療の必要性を端的に否定すべきであったと思われる」ともしている。

箭野<sup>(22)</sup>は、医療観察法医療と一般医療との対比を肯定する説、否定する説を検討し、「医療観察法による処遇事件の審判例、学説ともに肯定説、否定説に分かれる」として、肯定説をさらに「この法律による医療を受けさせる必要性」を独立要件の判断とする立場、独立要件とは捉えない立場に分けている。そして、肯定-独立要件の立場につき、法の成立過程で政府原案から修正された経過があり、立法担当者の説明からは、疾病性、治療反応性、社会復帰要因の3要件と法による医療は「並列的に分断された要件とは考えていないようにも思われる」、独立の要件と解すると「内容が無限定的なものになりうるようにも思われ」として、この立場は「採用されていないと解するのが妥当であるように思われる」としている。また、肯定-独立要件とは捉えない立場については「医療観察法が定める特定の『対象者』を対象としたもので、その精神障害の特性に応じた、円滑な社会復帰を促進するために必要な医療こそが、まさに同法による医療であり、少なくとも法制度上はこのような意味で同法による医療は特別な医療として位置づけられていると解することは可能」とし、「法は原則的には、精神保健福祉法のような他の法令等による医療と対比検討するといったことを予定していないと解される」としている。そして、司法精神医療の理念等を提示し、「否定説がやはり妥当」と結論している。

---

(22) 箭野章五郎：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三三条一項の申立てがあった場合に、医療の必要があり、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対象者について、措置入院等の医療で足りるとして同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とされた事例。法学新報 116-1・2、373-391、2009（前出）

次に医療観察法医療と精神保健福祉法医療との対比を容認する立場について示すが、上にも示したようにその中でも若干の違いがある。最高裁決定への評価によって分ける。まずは最高裁決定を批判する立場である。本件の鑑定をした瀬戸ら<sup>(23)</sup>は、「医療観察法の入院処遇とされるべき対象者が著しく拡大し、病床不足に拍車をかけるという問題が生じた」、「現行法のこの決定のもとでは、最も適切な医療が何かでなく、法の要件を満たすかどうかで、医療の形式が決定されること、同法による医療を要しない者については、疾病性、治療反応性、社会復帰要因のいずれかが欠けることを指摘しない限り、その説明としては不相当と判断されてしまう」とし、「抗告審で事実調査が行われていないこと、医療観察法の入院医療に対して関係者に過度の理想化傾向が存在することなどの問題点にも言及し、刑事司法の問題が、また1つ、医療現場へ持ち込まれたことへの懸念を表明し」ている。

中山<sup>(24)</sup>は、高裁の判断につき、「その背景には、重大な他害行為を行った精神障害者に対してはもっぱら医療観察法が予定されており、一般の精神保健福祉法の適用では不十分であるという発想が存在する。そこには、重大な触法患者に対してはリスクマネジメントを含む『司法精神医療』の新しい分野のみが妥当するというのである」とし、「決定に対する抗告は、決定に影響を及ぼす法令の違反、重大な事実の誤認がある場合に限られているが、本件では、そのいずれにも明確な理由づけはなされていない。前述のような（中島註：対象者に入院の必要があれば必ず入院決定をしなければならないという）法令の解釈には合理的な説明はなく、また事実誤認の点も、対象者が服薬や処置に抵抗感を示しているという部分を指摘するにとどまっている。それは、鑑定意見とは異なる抗告審裁判官の判断にすぎず、疑問があれば再鑑

---

(23) 瀬戸秀文、柴原誠一郎、林田健太郎、高橋克朗：医療観察法と精神保健福祉法の関係を整理した最高裁判所決定とその影響について。司法精神医学 4-1、112-113、2009

(24) 中山研一：医療観察法による「医療の必要性」について―最高裁平成19年7月25日決定の検討。判例時報 1992、3-12、2008

定を実施すべきものである」と批判した。また、高裁決定と最高裁決定の違いについても言及し、高裁は「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、同条項の定める入通院の決定をすべきであるとして」おり、「対象者の病状や生活調査等から『この法律による医療』を受けさせるまでの必要はなく、精神保健福祉法の適用で足りるとする判断の可能性が出てくるが」、最高裁は「検察官の申立てがあった場合に、裁判所は『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』と認められる者については、法四二条一項一号ないし二号の医療を受けさせる旨の決定を行わなければならないと」しており、「法が定めた対象者に当たりさえすれば、『この法律による医療』を受けさせなければならない、精神保健福祉法の適用可能性が最初から排除されてしまう」とする。しかし、最高裁の「なお書き」は高裁の判断を正当と結論づけており、「そこには明らかに混乱があり、誤解を招くおそれがあるといわなければならない」と批判している。そして、「医療は必要であるが、『この法律による医療の必要はない』という場合があり得ることが実務上も認められており、本件の場合も含めて、最高裁の決定もこれを一切認めない趣旨として理解することは混乱を招くおそれがある」としている。さらに、精神科医の鑑定意見と裁判所の判断との関係についても言及している。

浅田<sup>(25)</sup>は、「本決定と同様の見解は、すでに2006年3月22日さいたま地裁決定およびそれを支持する江見論文に見られたところである。」とし、最高裁決定がこれらと同趣旨なのであれば「対象者の社会復帰を軽視したきわめて問題のある決定である」とする。江見論文<sup>(26)</sup>とは、法は「裁判所が決定に

(25) 浅田和茂：医療観察法と2つの最高裁判例。季刊刑事弁護 63、44-51、2010

(26) 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。法律のひろば 59-12、4-10、2006

当たって本法による医療とそれ以外の医療を比較して本法による医療の適否を判断することを意図したものでない」こと、「本法による医療は対象者にとって最適なもの」であること等を述べ、さいたま地裁決定を引き「相当である」としているものである。また浅田は、再犯の防止が本法による医療の正当化根拠でありその必要性を認めながら精神保健法医療で足りるとするのは妥当でないとの主張に対し、長期的な「再犯のおそれ」を判定することは不可能で、その根拠は医療観察法入院を今や時代遅れの産物である保安処分と同質のものとするとして批判している。

最高裁決定に対して批判を明確にしないものの、医療観察法医療と精神保健福祉法医療との対比を容認する立場をとる者もある。平野<sup>(27)</sup>は、「本法はその目的を、再犯の防止としたのではなく、社会復帰促進とし、個別具体的な処遇を用意している法である。もし、疾病性や治療反応性が認められれば当然に医療観察法による『医療の必要性』が認められて、他の選択肢が一切排除されてしまうとするならば、重大な他害行為を行った者に対するいわゆる司法精神医療と、一般の精神医療とを切り離すことになるのではないかと懸念や、社会復帰を目的とした医療法としての共通性と連続性が必要なのではないか、という指摘が示されるのである」とし、「医療観察法による処遇か精神保健福祉法による処遇かの二者択一というのではなく、対象者にとってより社会復帰を促進するためにはどのような医療を選択すべきであるという視点に立つべきであると考えられるのではないだろうか」としている。また、裁判官のみによる判断であることについても言及している。

田口<sup>(28)</sup>はこの決定につき「疾病性、治療反応性、社会復帰阻害要因に関する評価と処遇決定の間に論理的な不整合があることは認められないとするも

---

(27) 平野美紀：最高裁第二小法廷平成19年7月25日決定について。年報医事法学 24、137-143、2009

(28) 田口寿子：「『この法律による医療』の必要性」とその評価。臨床精神医学 38-5、563-570、2009

のであって、一般精神医療と『この法律による医療』の間の相互補完性や移行可能性を直ちに否定するものではない」と解し、「一般精神医療で対応できる対象者に対しては一般精神医療で対応すべきであり、専門性の高い司法精神医療である『この法律による医療』は一般精神医療と相互に補完し合う関係にある」としている。

渡辺<sup>(29)</sup>は、この問題は「a)『精神保健福祉法による医療・福祉によっても、社会復帰が可能な場合には、医療観察法による医療の必要は認められない』とする路線と、b)『対象行為を行った者について、医療の必要があれば、すべて、この法律による医療を行うべきであって、その判断には精神保健福祉法による医療・福祉の可否を一切考慮しない』とする路線に区分される」とし、「最高裁決定を読み直してみると、最高裁自身が作成した解説書は明確に①(中島註：精神保健福祉法による治療が可能である場合には医療観察法医療の必要性は認められないとする見解)ないし a) の路線をとっているし、この最高裁決定も、a) の路線を拒否して、b) の路線まで踏み込んでいるとは読めない」としている。医療観察法の入院医療が精神保健福祉法の医療と異なるのは「『リハビリテーション行程』が強制力を伴っている点」で、「医療の内容それ自体ではない」。比較において医療観察法医療の必要性を判断することを意図していないとの主張に対しては、法案修正の経過と趣旨を没却するものと批判し、国会の議事録もその根拠に挙げる。そして、「最高裁決定文は、次の下線部分を欠落させているので、これを補充しない限り、非常に誤って理解される可能性がある。／『…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であり、かつ入院させまたは入院させないでこの法律による医療を受けさせる必要があると認める者を同法の医療の対象…』」(下線渡辺、ママ)とする。

---

(29) 渡辺脩：医療観察法の「医療の必要」とは何か—2007年7月25日付最高裁決定をめぐって。臨床精神医学 38-5、589-592、2009

また渡辺<sup>(30)</sup>は「医療観察法は、一般的な意味での『精神医療の必要』と『この法律による医療の必要』を明確に区別しているものであり、このことは、国会審議の中身をもみても、最高裁の解説書によっても明確になっている。最高裁決定には、その区別がない」ともしている。

本庄<sup>(31)</sup>は、疾病性、治療可能性、社会復帰要因という3要件に加え、『この法律による医療を受けさせる必要性』という独立の要件が存在し、精神保健福祉法上の医療等との比較に基づいて本法による入通院決定を回避することができる見解（以下、独立要件説という）の当否が問題となった」（括弧本庄）と整理し、地裁は独立要件説を前提としていると見る余地があるが最高裁・最高裁はこれを支持しなかったものと思われるとし、「法文上、3要件は『……するため』と目的の形で規定されており、それ自体無内容な『この法律による医療を受けさせる必要性』に具体的な内容を盛り込むものと見るのが自然であるから、本法による医療の必要性と3要件が並列的關係にあるとはいえない。その限度で本決定は妥当といえる」と断じた上で、「本決定が独立要件説を否定したと見る場合、その射程が、他の医療との比較の余地を一切封じ、今後は指定入院医療機関が遠隔地にあるといった理由だけで医療観察法による入院決定を避けるような判断は許されなくなるはずであるといった見解」の当否と問題を立てる。そして、「本決定以前に、一般医療での治療が可能でありそれらの条件が満たされていること、対象者が進んで精神科医療を受ける意思をもち家族が協力的であること、遠隔の指定入院医療機関に入院させるよりも協力的な親族の居住する地域の病院に精神保健福祉法による任意入院または医療保護入院を行い外出・外泊を増やしてゆくほうが妥当であることなどを示して医療観察法による医療の必要性を否定した審判例があっ

---

(30) 渡辺脩：医療観察法の「医療の必要」とは何か—平成19年7月25日付最高裁決定をめぐって。自由と正義59-3、80-88、2008

(31) 本庄武：心神喪失者等医療観察法における「この法律による医療を受けさせる必要性」の意義。速報判例解説3、159-162、2008



たとされる」ことから、「独立要件説を採らずとも、医療観察法により『社会に復帰することを促進』できないのであるから、③社会復帰要因の一内容と位置づけることは可能だと思われる」、「本法により社会復帰を『促進』できるとはいいがたい場合はありうる」とし、「③社会復帰要因の検討において、他の医療との比較において本法の処遇の必要性を決することに理論上および条文上の障害はなく、また本決定においても否定されていないと解すべきである。」との立場を示す。

山本<sup>(32)</sup>は、精神保健福祉法による医療で十分と認められる場合はそちらを優先させるべきという立場は、医療観察法は保安を優先していること、対象者の権利の制限の度合いが強いことなどが背景にあると思われるとし、処遇の決定機関を裁判所としていることが直ちに保安を優先させるということにはならない、権利については医療観察法の方が権利保護に厚いとも言えるとし、「適切な医療を保障するという観点からみた場合、これまでの精神保健福祉法による医療よりも、医療観察法におけるその方が適切な医療を保障できるのであり、したがって原則としては後者の医療を施すべきである」と断じる一方、精神保健福祉法の入院の方が適切な処遇を施すことができると考えられる事例はあり、そのような場合には「最高裁判所……の立場も妥当ではないということになる」、「常にそれを施すべきであるという形式的な二者択一でその処遇を決定すべきではないように思われる」と、やや曖昧な結論を示している。

## b 筆者の見解

筆者はこの決定について数度にわたり批判してきている<sup>(33) (34)</sup>。

第一に、果たして精神保健福祉法医療と医療観察法医療の比較全てを否定

---

(32) 山本輝之：最高裁平成 19 年 7 月 25 日決定をめぐって。臨床精神医学 38-5、603-606、2009

したのか文章が曖昧で疑問である。法律家の間でも解釈が割れている。実務でも、筆者は数度にわたり裁判官からこの決定を根拠に「入院必要なら入院処遇」と教示されたが、一方でこの決定後も事実上精神保健福祉法医療との比較をして入院処遇を避けた例も複数経験している。このような曖昧な決定は、そもそも文言として失格である。

第二に、精神保健福祉法医療と医療観察法医療の比較を認めない、というのは筆者には全く考えられない。この制度はそもそも一般医療が不充分だからという口実で始まったものである。立法過程の議論を根拠にする論者もあるが、これは比較を認める側からも認めない側からも論拠とされており、筆者なりの考えもあるがこのことにあまり意味があるとは思えず、言ってみれば水掛け論である。

精神保健福祉法医療と医療観察法医療が同質か、異なるかということも議論になっている。法の成立過程からいずれかであると断じる論者があるが、両者の主張があり、これもまた水掛け論である。筆者自身「再犯のおそれ」の問題性を一つの理由としてこの法の成立に反対してきたが、立法側はそこを曖昧にして一部の反対勢力への説得材料にしたのであるから、「どちらともとれる」のは必然である。精神保健福祉法医療も、問題行動を伴う患者さんを相手にしている以上、保安の問題と無関係でいることはできない<sup>(35)</sup>。医療観察法医療も、「医療」である以上、保安のみを目的とすることはできない。通院処遇においてはその負担に見合うような診療報酬上の上乗せも人員の保障も社会復帰調整官を除いては特別なサポート体制もなく、よくも悪くも医

---

(33) 中島直：医療観察法は改善不能、即座の廃止しかない。司法精神医学 10-1、53-58、2015

(34) 中島直：医療観察法は廃止されるしかない 批判的関与の現状と課題。病院・地域精神医学 59、132-134、2017

(35) 中島直：医療観察法の問題点。中谷陽二編：精神科医療と法、弘文堂、東京、2008、177-194

療観察法医療と精神保健福祉法医療に差がない。一方、入院や退院に医療者以外の判断が入っているということは医療観察法の大きな特徴であり、精神保健福祉法医療と明確に異なるところである。また、入院処遇においては精神保健福祉法医療では考えられないほどの手厚い人員が配置されており、量の違いは質的差異ももたらす。例えば筆者の感覚では、この人手を利用して、精神保健福祉法医療では当然に隔離や拘束がなされるような事例においてそれをなるべくしない実践を行い得ている。医療観察法医療は「手厚い」(特に入院において)が、機動性や柔軟性に欠け、一般医療の自由度の高さがよい場合や、治療上不処遇とした方がよいとされた事例もある<sup>(36)</sup>。つまり、医療観察法医療と精神保健福祉法医療とは、共通するところもあるし、違うところもあるのである。

そして、現に医療観察法医療が始まって年月を経ており、その現状を無視するのもまた不適切であろう<sup>(37)</sup>。冒頭に述べたとおり、医療観察法の入院処遇は、国際的には長すぎると批判されている精神保健福祉法の入院と比較しても、顕著な超長期入院となっている。例えば、2021 年の一般精神科医療の平均在院日数は 275.1 日<sup>(37)</sup>、2018 年の入院後 12 か月時点の退院率は 88.25%<sup>(38)</sup>で、医療観察法は冒頭に述べたとおりである。医療観察法対象者ということでスティグマから退院先・通所先が見つからず、また通院先も指定入院医療機関が限定されていることから住居の近くに見つけられないこともある。CPA 会議は関係機関の調整をし丁寧にサポート体制を作ることには優れているが、のんびりしており少なくとも時間的な危機感是非常に乏しい。指定入

(36) 中島直：医療観察法の問題点－判断が揺れた人格障害の事例を通じて。精神神経学雑誌 110-1、32-37、2008

(37) 厚生労働省：令和 3 (2021) 年医療施設 (動態) 調査・病院報告の概況。https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/21/dl/03byouin03.pdf (2022 年 12 月 18 日閲覧)

(38) 国立精神・神経医療研究センター：精神保健医療福祉に関する資料。https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/ (2022 年 12 月 18 日閲覧)

院医療機関の手厚さは確かであるが、それによって問題行動の評価が却って歪むことがある<sup>(39)</sup>。手厚いとされる入院処遇でも、薬物調整、家族調整、環境調整、治療教育等の点で不十分なことは目立つ。施設間格差も指摘されている。人員がきわめて豊富な指定入院医療機関から、それがきわめて貧弱な地域資源や指定通院医療機関にいきなり移行するので、そのギャップでとまどう対象者・関係者も少なくない。人権擁護の手続きに関しては、確かに医療観察法医療の方が優れている面も否定できないが、上述のような超長期入院の現実から考えて、それが果たして実効性があるかは疑問がある。指定入院医療機関で治療可能性が否定されて処遇終了となって精神保健福祉法入院となる者が少なからずいるが、その少なくとも一部は退院を果たしている。このような現状も踏まえた考察をしなければならない。

「手厚い医療」があるならそれを選択すべき、という議論は筆者には暴論としか思えない。入院処遇という「手厚い医療」を経た者は、ある程度に達すれば、なお疾病性、治療反応性、社会復帰要因の3要件は残存していても通院処遇という「手薄い医療」に移行するのである。どんな患者、どんな状態であっても「手厚い医療」がよいというのは、例えば全ての身体疾患患者はICUに入るのがよいというのと同じくらい非現実的な議論である。筆者はあらゆる場合に積極的に精神保健福祉法医療との比較をなすべきと考える<sup>(40)</sup>。

第三に、この事例の判断としても不適切である。地裁の決定に記された経過をみれば、医療観察法での入院よりも鑑定入院先への入院継続の方が数段優れていることが明らかである。この例は単に「指定入院医療機関だと遠方となる可能性があるから」というのみではなく、症状の評価がきちんとなされ、治療の目途も立っているのである。

---

(39) 中島直、関千尋：再入院申立て棄却となった再鑑定の事例—入院処遇中の診療の評価の必要性と鑑定入院での外泊の有用性。臨床精神医学 43-9、1253-1258、2014

(40) 中島直：医療観察法鑑定において入院処遇と精神保健福祉法入院を比較することの重要性について。司法精神医学 12-1、132、2017

第四に、鑑定医、審判員という、医師も含めてなされた地裁での入院処遇不要との判断を、高裁、最高裁が法律家のみでくつがえしたものとも言え、医師と法律家との協働という観点でも問題がある<sup>(41)</sup>。当初審判においては裁判官と審判員（精神科医）が協議し、意見が一致しないときはより拘束性の低い処遇を選択することとなっていたが、抗告されると精神科医は関与する余地がなく、再鑑定がなければ結局裁判官のみの判断となる。審判廷での本人の発言が根拠となっているが、この一度の発言は、今後の臨床的見込みをも含めた鑑定意見を覆すものではないことを、裁判官たちは理解しなかったと言ふべきである。

第五に、本例ではあてはまらないが、再入院の判定時に同様に解せるのか、ということもある<sup>(41)</sup>。もし一般論として入院が必要であるならば全て入院処遇、ということになるのであれば、再入院の申立てがなされた事例の大半は入院決定が出されることになってしまう。

すなわち、この最高裁決定は、文章上の表現としても、一般的判示としても、具体例としても、医師との協働との観点でも、再入院という将来の課題としても、重大な問題がある。筆者は一片の正当性もないと考えている。

## (2) 第 2 例

浅田<sup>(25)</sup>は、この事例の問題は本法の施行直後から気づかれていたもので、「責任無能力者に『故意』を要求すること自体に無理がある。そのかぎりでは欠陥法律といわざるをえない。」「医療観察法が対象行為を『重大な他害行為』に限定するにあたり、（中島註：故意犯と過失犯を区別している）刑法の条文でそれを示したことにすでに問題がある。」と強く批判し、また「問題は、むしろ窃盗がたまたま事後強盗に至ったような場合を対象行為に含むとして

---

(41) 吉岡隆一：精神保健福祉法と医療観察法における治療可能性評価と社会復帰（阻害）要因評価。精神神経学雑誌 110-12、1168-1177、2008

いる点にあり、『重大な他害行為』というのであれば236条の強盗に限るべきであろう。本決定の事案も『重大な他害行為』とは到底いえない事案であったように思われる」ともしている。

飯野<sup>(42)</sup>は、「妄想等によって、精神的機能が損なわれ、主観的要素に関して錯誤が生じた状態で、重大な他害行為が行なわれる場合には、医療観察法により後見的に医療を与える必要性が高く、同様の行為を行なう可能性が高ければ再発防止の必要性が高く、これらの場合には『対象行為』に該当すべきとの要請が働くと考えられ、この要請に対処するために主観的要件の緩和も是認できるともいえよう」と評価している。

故意と過失、責任と責任能力の法学的概念の検討は筆者の力量を越える。確かに妄想等の最中にある精神障害者の主観的認識は客観的なものと異なることがあり、あり得ないことを思い描いた精神障害者に対してそれを対象行為と認識しないというのはこの法を前提とするかぎりには現実的ではないとも言える。しかし、浅田の言うとおりに、これだと「重大な他害行為」とは到底言えないような事例も含まれることになり、例えば対象行為を6罪種に限っていることとの整合性が問題となる。筆者は統合失調症の緊張病候群の状態にあった男性が全裸でまとまりのない行動をとった行動について強姦未遂とされた事例について医療観察法鑑定を行ったことがある。対象者は強姦の意思は否定していた。他にも故意に疑問を生じさせる事例を数件経験している。第1例でも言及された、この法の対象者は限定されている、という考えは、こうした事情も踏まえると到底正しいとは言えない。

---

(42) 飯野海彦：一 妄想型統合失調症による幻覚妄想状態の中で幻聴、妄想等に基づいて行った行為が「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」二条二項の対象行為に該当するかどうかの判断方法（①事件） 二 1 鑑定入院命令が発せられた後に鑑定入院の必要がなくなったことなどの事情と「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」七二条一項の鑑定入院取消し請求の理由 2 裁判所が職権で鑑定入院命令を取り消すことの可否（②事件）。判例時報2175、161-169、2013

### (3) 第 3 例

請求と裁判所の職権判断の関係など、法手続的な事項が議論の対象になっており、筆者の理解を超える部分は省略する。鑑定入院命令を取り消すことができるとしたものであるが、これは一般論を示したに過ぎず、本事例自体の請求が棄却されたことからわかるとおり、実際にこれが発動される事態は想定しがたい。これをもって最高裁が柔軟な運用を目指しているとは言えない。

また、法律家の評釈では言及しているものが見出せなかったが、この例でそうであったように、対象行為から長期間を経て既に社会復帰を果たしている者に対する鑑定入院命令の問題性は看過し得ないと感じる。施行後まもなくの報告もあり<sup>(43)</sup>、筆者自身にも数例の経験がある。第 5 例も対象行為後相応の在宅の期間があったにもかかわらず入院決定にまで至ったものである<sup>(44)</sup>。鑑定が必要であっても外来でも可能な事例もあり、鑑定入院命令は理由のない身柄拘束となる。そのことに対する問題意識が、法律家の中には認められない。そもそもこの例では鑑定入院命令が発せられるべきではなかったし、資料収集が終了し入院継続の必要性がなくなったのであれば鑑定入院を終了としてもよかったであろう。実務で見ても、原則 2 か月とされている鑑定入院期間はきわめて安易に延長がなされており、これに対する法律家の問題意識は低い。

### (4) 第 4 例

抗告の法的な適否の検討は筆者の能力を超える。医療は迅速に、司法は慎重に、というのが原則であるが、医療観察法はその両者に反し<sup>(45)</sup>、この例で

---

(43) 小沼杏坪：医療観察法の事例報告－「平成の魔女狩り」の危険あり。日本精神科病院協会雑誌 25-2、153-155、2006

(44) 佐々木信夫：医療観察法という抑圧のエートス。障害法 5、75-84、2021

も逮捕・勾留・鑑定入院という長い身柄拘束期間をかけているにもかかわらず事実が明らかにできないというのは本人からすれば許しがたいであろう。この法における事実審理の不完全さの問題と関連していると考える。

(5) 第5例、第7例、第9例

本法を違憲ではないとしたが、本件事実関係を示すこともなく、単に医療観察法の目的や制度を条文とともに列挙しただけであった。これで十分な論証とはとても言えない<sup>(46)</sup><sup>(47)</sup>。横藤田<sup>(48)</sup><sup>(49)</sup>は、アメリカ合衆国の憲法判例を素材にして、精神科の強制治療の問題につき、自由と健康、精神疾患と真の自由、危険性とその基準や評価、治療の必要性、入院期間の限定、適正手続きなどについて論じているが、本邦の議論ははるかに貧弱である。医療観察法は、第1例でもみたとおり、その目的を危険性と治療の必要性について曖昧にしたまま成立しているので、論じる余地は少なくないはずである。なお第5例には報告<sup>(44)</sup>がある。

(6) 第6例

そもそも指定入院医療機関からのものを含む医療終了の申立に対し、審判も鑑定もカンファレンスも行わずに排斥するという実務事態が問題であって、最高裁は当然のことを判示したように感じられる。

---

(45) 中島直：法案の問題点は予測問題だけではない。精神神経学雑誌 105-12、1427-1430、2003。同著：犯罪と司法精神医学、批評社、2008、106-112。

(46) 岡田行雄：心神喪失者等医療観察法にかかる最高裁の合憲決定によって議論の決着は着いたのか？障害法5、85-91、2021

(47) 堀口悟郎：最新判例演習室 憲法 医療観察法合憲決定〔最高裁第三小法廷平成29.12.18〕。法学セミナー 63-4、118、2018

(48) 横藤田誠：強制治療システムとその正当化根拠—アメリカの憲法判例を中心に。町野朔編：精神医療と心神喪失者等医療観察法、有斐閣、2004、105-111

(49) 横藤田誠：憲法から見た心神喪失者等医療観察法。法と精神医療 19、1-17、2005



(7) 第 8 例

a これまでの議論の検討

柑本<sup>(50)</sup>は、本決定につき、アルコール依存に治療可能性を認め、医療観察法の医療の対象とすることを認めたこと、心神耗弱の直接の原因のみでなくアルコール依存も含めて「対象行為を行った際の精神障害」と考えるべきとしたことを評価し、「立案担当者によれば、『精神障害が治療可能性のあるものであること』とは、『裁判所が処遇の要否及び内容を決定する時点で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、そのような精神障害の改善（病状の増悪の抑制を含む。）という効果が見込まれること』を意味する。これに対して、医療観察法医療の関係者は、鑑定ガイドラインを策定するに際し、当事者による治療への参加を前提とし、実際に治療の方法が存在し、社会復帰した環境でも、その効果が維持できるかに基づいて判断される『治療反応性』という要件を、治療可能性の上位概念として生み出した。その精神障害の一般的な治療可能性の有無ではなく、医療観察法医療における治療に対し、対象者が『一定程度の水準で反応できるか』を問うことにしたのである」ともしたうえで、「医療観察制度の一層の整備を図ることが求められている」としている。

箭野<sup>(51)</sup>もこの決定を評価し、アルコール以外の物質使用障害や他の治療可能性の点で疑義のあった精神障害にも妥当すると解すべきであるとしたうえで、「治療可能性」についてはその程度や内実になお不確かさがあることは否

---

(50) 柑本美和：アルコール依存にり患している対象者について、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による入院決定をした原々決定を取り消した原決定に同法 42 条 1 項、64 条 2 項の解釈適用を誤った違法があるとされた事例。年報医事法学 37、170-179、2022

(51) 箭野章五郎：アルコール依存にり患している対象者について、医療観察法による入院決定をした原々決定を取り消した原決定に同法 42 条 1 項、64 条 2 項の解釈適用を誤った違法があるとされた事例。刑事法ジャーナル 72、182-187、2022

定できないように思われる、としている。

茨木<sup>(52)</sup>は主治医による考察を発表している。「この事例は、入院決定に対する抗告審の継続中、低リスクのため医療不要として入院2か月半で退院許可申立てとなり、その1か月半後に入院取消決定がされ、退院して当院依存症外来の通院となった。断酒や再就職等の社会復帰がされ4か月経過したところ、最高裁判所は入院取消決定を取り消し入院決定を維持する旨の決定をした。再入院しないままその1か月半後に、地方裁判所で退院許可申立てに対する審判期日が開催され、同日に医療終了決定がされた。以降は通院中断となった。」とのことである。筆者が発表を聞いた際には、茨木は地裁判決に疑問を呈し、本例の治療は一般のアルコール依存治療の範疇であるとした（この聞き取りについての文責は中島）。

#### b 筆者の見解

アルコール依存症は一般論として治療対象ではあるが、医療観察法で言う意味での治療可能性があるかという問題は慎重にしなければならない。法施行当初の論考であるが、松本ら<sup>(53)</sup>は、司法精神医療における物質使用障害への対応の必要性を強調しつつ、「筆者らは『物質使用障害単独の者も医療観察法の対象とすべし』とは考えているわけではない」としている。

また、「治療効果を見極める必要」という概念も問題となる。地裁はこれを入院処遇の根拠とし、最高裁はそれを「治療可能性」と言い換えているが、指す内容は同じであろう。確かに入院の時点では治療可能性はわからないことも多い。あえて言えば、例えば統合失調症でも治療してよくなるかどうか

---

(52) 茨木丈博：アルコール依存は医療観察法の対象でないとはいえない等として最高裁判所が入院取消決定を取り消した事例の主治医による考察。第18回日本司法精神医学会大会抄録34、2022

(53) 松本俊彦、今村扶美：医療観察法と物質使用障害。臨床精神医学 38-5、577-581、2008

は治療してみなければわからない。長い入院処遇期間を経て治療可能性が否定され処遇終了となり一般医療に流される事例が後を絶たないこともそれを証明している。つまり、法を前提とするのであれば、治療可能性についてはある程度のグレーゾーンを認めなければならない。しかし、それを広げすぎることには慎重でなければならない。依存症の治療についてはその目的も含め議論の最中にあり<sup>(54)</sup>、断酒や断薬のみを目指すのはもはや時代遅れとなっている。指定入院医療機関の少なくとも一部で依存症に対するプログラムが行われていることは確かであるが、それを医療観察法における「治療可能性」と同値してよいかには疑問があり、最高裁の論理は、「やっている」という事実と「その効果」、さらに「それを強制的に課すことの合理性」の混同である。例えば、薬物療法を継続している統合失調症者が 1 年以内に再発する率は 16～23%で<sup>(55)</sup>、アルコールの治療のために入院した者が退院後 1 年以内に再飲酒する率は 70%である<sup>(56)</sup>。「治療可能性」を判断するにあたっては、こうした現実も踏まえる必要がある。筆者も物質使用障害の種々の段階の患者に時に非自発的医療・入院を実践しており、「本人の自発的意思」に固執する者ではないが、医療観察法の超長期かつ強制性の強い枠組みの治療対象にすることは慎重であるべきと感じる。

また、「事実の取調べの結果」での対象者の発言が「一応の病識を有する」と評価され、これが入院決定の根拠となったことも重要である。おそらく審判廷での発言であろう。治療に否定的なことを述べてそれが入院処遇の根拠とされた第 1 例とは逆である。筆者には、依存症治療における本人の認識の

(54) 第 5 次精神医療 6 特集「依存症治療の現在」の各論考、2022、など

(55) Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P: Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry 11th Edition. 井上令一監：カプラン臨床精神医学テキスト第 3 版、メディカル・サイエンス・インターナショナル、2016、p360

(56) 松本俊彦、小林桜児、今村扶美：SMARPP 薬物・アルコール依存症からの回復支援ワークブック。金剛出版、2011、p95

揺れで、これに付き合いながら徐々に現実的な対処を獲得していくという過程のもので、裁判所は評価を誤っていると考える。本例は「一般のアルコール依存治療の範疇」との見解が正しいと感じる。

本例に限らないが、病状の増悪の抑制も治療可能性に含めるともされている。筆者はこれを認めない立場であるが、もし認めれば、上記のグレーゾーンと組み合わせれば対象者は無限に広がる可能性を持ち、また期間も無制限となることとなる。実務では抑制的に運用されているようである<sup>(41)</sup>。

検察官による抗告等についても述べておく。一旦通院処遇ないし不処遇等の決定が出された場合、医療機関等はそれに合わせた対応をし、特に治療が途切れないように、精神保健福祉法等によって速やかに体制を組んでいるようである。しかし検察官の抗告等があれば、これが宙に浮き、その抗告等が認められれば改めて医療観察法による入院治療等を開始することとなり、混乱をするとともに、治療の開始が遅れることになる。この例の治療はまさに混乱しており、治療中断にまで至っている。筆者は、こうした医療確保・迅速な開始の視点から、検察官による抗告を認めないようにすべきであると考える。

#### IV おわりに

まとめると、最高裁は、医療観察法をきちんと検討することなく合憲とし（第5、7、9例）、対象を広げ（第1、2、8例）、鑑定や他裁判所での不要との意見も覆し（第1、8例）、医療者の意見をも無視する姿勢（第1、8例）を有している。特に、議論の盛んな第1、8例では、鑑定人・主治医など関係した者が批判の声を上げていることは重要である。

今回検討したのはわずか9例であるが、医療観察法の問題点が凝縮している。法のそもそもの目的、精神保健福祉法医療との関連、対象者の選定、治療可能性の問題、事実審理などが俎上に上がっている。筆者は地裁での安易な「とりあえず入院処遇」という決定が非常に多く、それが超長期入院の入

り口であるという危機感が関係者にきわめて薄いと感じている<sup>(57)</sup>が、最高裁がそれを裏打ちし、そしてそれに対する深刻さを決定的に欠いているのである。

筆者は医療観察法は即時廃止が最善の道であると確信している<sup>(33)</sup>が、医療観察法に関係する者は、その立場にかかわらず、この最高裁の態度という現実を直視する必要がある。

医療観察法の成立後司法との対話ができるようになったとの言説がある。確かに論者もこれまで直に話すことがきわめて少なかった裁判官や検察官と話す機会ができたことは実感する。しかし、「お互いの立場の理解・尊重」という名の下に馴れ合いを助長し、双方がこだわるべき原則を捨てていると感じる。「意思疎通が不十分であった共犯」が、対話を通してより徹底した悪をなすのであれば、そのような対話はない方がよい。「司法は慎重に、医療は迅速に」であるべきなのであるが、医療観察制度はそもそもその双方に反するものであるうえ、運用をみると、司法関係者がしばしば慎重さを怠り、医療的配慮を軽視し、医療側がそれに飲み込まれている。その頂点に最高裁が立っている。本制度をなお存続させるのであれば、真の対話がなされなければならない。医療側にも法律側にもその姿勢が欠けている。

本拙論につき、開示すべき COI 関係にある企業等はない。

---

(57) 中島直：「とりあえず入院処遇」を避ける鑑定・鑑定入院を。病院・地域精神医学 60-1、42-44、2017