

論文

# 心神喪失者等医療観察法における強制的処遇とソーシャルワーク

樋澤吉彦\*

## 1. 緒言：本稿の目的と問題関心

本稿は、2003（平成15）年7月15日に成立し2005（平成17）年7月15日より施行されている「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」（以下適宜、医療観察法または本法と略す）により強制的に医療を与えられることになった者<sup>1</sup>に対して、司法による強制とソーシャルワークの視点の堅持という2つの要素の緊張関係の狭間に身を置きつつ社会福祉の支援を行う専門家として位置づけられた精神保健福祉士（以下、PSWと略す）<sup>2</sup>の本法下における役割の整理とその是非の検討を目的としている。

医療観察法に基づくPSWによるソーシャルワークは原則的に司法による強制的医療・観察の履行に付随するかたちで行われる。しかし当然ながら本法がPSWの目的、役割あるいは対象者理解とそれに基づく実践体系に特殊性を帯同させ得るものであってはならず、また実際にPSWの専門性に<sup>3</sup>しほりを課すような規定が設けられているわけでもない。

しかしこのことはあくまで実際の行為形態そのものに限定したばあいのことであり、筆者の問題関心は両者の介入の目的と要件にある。筆者は本法の目的と介入要件の解釈次第によっては、PSWによるソーシャルワークの目的そのものが崩れ去る重大な事態を招く可能性をも持ち合わせていると考えている。そうであるならばPSWは本法とのかかわりを一切断ち、社会福祉と一般医療の枠内におけるこれまでどおりの活動に専念すべきかといえば全くそうではない。PSWの対象は「犯罪者」でもなければ「触法精神障害者」<sup>3</sup>でもなく、精神疾患という難治性の、且つ社会的偏見の著しい病を抱え、それにより社会生活全般に困難を抱える一人の人間であり、その目的は彼らの社会生活支援にある<sup>4</sup>。病のみならずその病に付着する種々の偏見と差別が精神障害を抱える人々の社会復帰・社会生活の妨げの大きな要因となっていることは周知の事実であり、触法心神喪失者ともなれば、その困難はさらに増すものと思われる。先に本稿の結論めいたことを述べるとするならば、医療観察法が上述の生活問題を抱えた精神障害者をその対象としている以上、PSWの本法への関与は、本法の目的および介入要件とソーシャルワークのそれとの相克によるジレンマおよびソーシャルワークの目的を揺るがす恐れへの自覚をふまつつも、困難ではあるが必然とならざるを得ないと筆者は考える。

以上から、医療観察法の枠内におけるPSWの役割を、本法の目的および介入要件の問題点の整理を通して検討することには一定の意義があると筆者は考えている。

本稿は以下の構成で進める。初めに医療観察法成立の経緯およびPSW協会の対応の経緯を振り返る。つぎに、医療観察法下におけるPSWの目的／役割／介入の要件について、論考のレビューを通して整理検討を行う。そのうえで考察として、PSWの本法への関与のスタンスとその是非についての論点整理を行う。

## 2. 心神喪失者等医療観察法成立の経緯

### 2-1. 医療観察法成立の始点

「医療観察法成立の経緯」といったばあいの始点をどこに求めるかについては、本法の目的および介入要件と相俟ってまさに本法の性質にかかわることであり、より詳細な検討を要する主題であるが、本法成立を具体的に「加速」させた契機は2001（平成13）年6月8日に発生した大阪教育大学附属池田小学校児童等無差別殺傷事件<sup>5</sup>で

キーワード：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、触法心神喪失者、精神保健福祉士、社会復帰調整官

\*立命館大学大学院先端総合学術研究科 2004年度入学 公共領域／長野大学社会福祉学部教員

あるといえる。しかしいわゆる刑罰一元主義をとる現行刑法が成立した1907（明治40）年以降、その「対象者」の変遷はあるにしても、「社会の安全」を根拠として一定の法的手続きのもと触法心神喪失者の「再犯／危険性予測」を行いそれに基づく強制的介入を容認するといういわゆるポリスパワー思想<sup>6</sup>を根拠とした保安処分制度<sup>7</sup>の導入の機運はすでに何度かあり、種々の事件がその契機となっていた。しかしそれらのうごきに対しては法や精神医療に関わる各種団体の反対運動もあり法改正には至らなかった。しかし本法にかんしては、上記事件の凄惨さと精神障害者に対して醸成されたいびつな世論感情が背景にあったとしても、紆余曲折はあったものの約2年という短期間の審議で成立をみている。100年近く幾度となく検討されつつ日の目を見なかった事実上の保安処分制度がかたちを変えて成立した最大の理由は、精神保健福祉体制の不備を逆手にとった戦略的とも言える強制的処遇の要件、すなわち「再び対象行為を行うおそれ」から「再び対象行為を行うことなく社会に復帰するための医療の必要性」へと法の審議過程で変換された要件に求めることができると考える。PSWの職能団体である日本精神保健福祉士協会（以下適宜、PSW協会または協会と略す）は本法に対しては慎重の立場をとりつつも、後述するように、自らの専門性を背景に本法の枠内に必須の専門職であることをあえて主張した。結果的にPSWは本制度を形作る重要な一員としての役割を持つにいたっている。社会福祉という学問的基盤を土台にして精神障害者の生活を支援する専門職であるPSWがなぜ本法に「乗る」という選択を行ったのか。その理由も修正された本法の目的と介入要件にあると思われる。本章では児童等無差別殺傷事件を本法成立の加速の始点と捉え、法成立までの過程およびそれに対するPSW協会のうごきについて整理する。

## 2-2. 法成立の経緯

1999（平成11）年の精神保健福祉法改正の際、それ以前より主に民間精神科病院から強い要望があった<sup>8</sup>いわゆる「処遇困難患者」対策の動向をふまえて、「重大な犯罪を犯した精神障害者の処遇の在り方については、幅広い観点から検討を早急に進めること」という付帯決議が盛り込まれた。同年この付帯決議を受けるかたちで、衆議院議員保岡興治、同八代英太（当時）、大熊由紀子、当時八代議員の政策担当秘書であり元全国精神障害者家族会連合会理事でもあった滝沢武久による触法心神喪失者対策に関する私的研究会が開始された。この研究会はその後、2001（平成13）年1月29日から10月16日まで7回の議事録が残る法務省・厚生労働省の合同検討会へと引き継がれる。PSW協会も精神保健福祉プロジェクト委員会において2000（平成12）年12月から2002（平成14）年1月まで計9回の会合を持ち、触法心神喪失者問題について意見の整理を行っている（木太[2002a：20]）。

2001（平成13）年6月の児童等無差別殺傷事件の翌日、小泉首相（当時）は触法心神喪失者に対する特別な措置を含んだ刑法改正を含めた検討を行うことを表明した<sup>9</sup>。また自民党は同月、衆議院議員熊代昭彦（当時）を座長とした「心神喪失者等の触法及び精神医療に関するプロジェクトチーム」を発足させた。そして9回の会合の後、「心神喪失者等の触法及び精神医療に関する施策の改革について」と題した報告書が公表される。本報告では触法心神喪失者の処遇にかんして「治療措置判定機関」による「治療措置」制度の創設、専門治療施設の設置、触法心神喪失者の退院後の体制の確立のための保護観察所の活用などがうたわれており、医療観察法の外延を縁取ったものといえる。同時に特筆すべき点として本報告では「ダイヤモンドプラン」と称する精神障害者医療保健対策5ヵ年計画策定の提案をしており、入院・通院医療および福祉対策の充実、社会復帰施設の充実、またPSWの養成と診療報酬上の位置付けの改善といった触法心神喪失者対策の枠に収まらない広範な障害者対策の構想が盛り込まれていた<sup>10</sup>。

同年11月1日には公明党プロジェクトチームより「新たな精神障害者の触法行為に対する処遇システムについて」と題する報告書が公表される。そして同月12日、当時の与党三党の政策責任者会議において心神喪失者等の触法及び精神医療に関するプロジェクトチーム報告書（与党プロジェクトチーム報告書）が公表される。ここではじめて「判定機関」の構成員の一員としてPSWが登場する。

2002（平成14）年3月15日、6章121条からなる医療観察法案が閣議決定される。同月18日に第154国会に提出され、同年5月より法務委員会に付託され審議が開始される。法案では当該心神喪失者の裁判所による入退院および通院の決定の要件が設けられたが、この法案ではじめて介入要件として本法の性格を規定する「再犯のおそれ」に関する文言が明記される。たとえば法案42条において裁判所が入院決定を行う要件として、「入院をさせて医療を行わなければ心神喪失又は心神耗弱の状態の原因となった精神障害のために再び対象行為を行うおそれがあると認め

る場合」と規定されている。当該触法心神喪失者が強制的に与えられるものは「医療」であるにもかかわらず、その要件に「再犯のおそれ」が明記されたのである。本制度は当初より強制医療の判断については地方裁判所に設けられる判定機関において裁判官が行うものとして検討されてはいたが、自民党プロジェクトチーム報告書においても与党プロジェクトチーム報告書においてもその判断基準は明記されてはいなかった。中山はこの文言が政府案に盛り込まれた理由は必ずしも明らかではないとしたうえで「措置入院とは違って裁判所が判断主体になるという『司法モデル』に対応するためには、自傷他害の恐れを超えた要件が必要だと考えられたのではないかと分析している（中山[2005：165]）。政府案は厚生労働委員会との連合審査を交えて計6回の審議が行われたが、特に再犯のおそれとその予測可能／不可能性に関する質疑が集中し、結局審議未了のまま次期国会に継続審議となった。

2002（平成14）年11月15日、自民党より衆議院法務委員会理事会に「修正案」が提出される。同年11月27日、修正案が第155回国会衆議院法務委員会に自民党および公明党の共同提案のかたちで提出され、提案者の一人である塩崎恭久衆議院議員による趣旨説明が行われる<sup>11</sup>。修正案は9項目にわたる修正がなされているが、もっとも重要な修正点は、リーガルモデルの枠組みは堅持したまま強制医療の要件を触法心神喪失者等の「再犯のおそれ」から「医療の必要性」に転換させた点にある。例えば42条1項1号等に規定する入院決定要件については「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」へと修正されている<sup>12</sup>。中山は修正案について、①「この法律による医療を受けさせる必要性」という強制医療の要件の解釈、②仮に修正案における強制医療の要件が純粋に「医療の必要性」（社会復帰の促進）にあるのであれば、なぜ裁判官の法的判断が必要なのか、という2つの疑問を挙げる（中山[2005：169-171]）。国会での議論もこの点に集中して行われた<sup>13</sup>。またそもそも本法1条の「目的」は「同様の行為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」としており、触法心神喪失者の再犯防止という本質じたいに大きな修正は施されていない。

同年12月6日、衆議院法務委員会において修正案および修正部分を除く政府原案が与党3党および自由党（当時）の賛成多数で可決し、同月10日には衆議院本会議において賛成多数で可決され、参議院に送付された。同月11日、参議院にて趣旨説明および質疑が行われたが、同月13日に継続審議となった。

その後、2003（平成15）年5月6日の第156回国会参議院法務委員会において再度趣旨説明が行われ、同年6月3日に参議院法務委員会、同月6日に参議院本会議において賛成多数で可決し、再び衆議院に送られる。同年7月8日に衆議院法務委員会、同月10日に衆議院本会議において賛成多数で可決し本法は成立、同月16日に法律第110号として公布された。本法は2年間の経過措置後、2005（平成17）年7月15日より、大幅な準備不足の状況下<sup>14</sup>で施行され現在に至っている。

### 2-3. 法成立までのPSW協会の対応と見解

PSW協会は2001（平成13）年6月18日、「校内児童殺傷事件に関する見解」を発表する。本見解では、地域生活支援活動や精神科救急医療体制の充実、マスコミに対する慎重な報道の要望とともに、精神障害者の犯罪行為に対する精神科医療および司法制度のあり方に対する慎重な検討を要望している。その後医療観察法につながる触法心神喪失者に対する処遇システムが検討され始めたことに伴い、協会は同年9月「重大な犯罪行為をした精神障害者の処遇等に関する見解」および「補足説明」を公表する。本見解では精神保健福祉法の枠内における触法心神喪失者の処遇の課題をふまえて、医療と地域生活支援体制のよりいっそうの整備の必要性が示されている。ここまでは先述の「当面の見解」と大きな差異はない。ここで特筆すべき点は「補足説明」にある。補足説明では特に措置入院制度の地域間における運用上の差異の問題、医療と司法との連携の未確立等について示したうえで、「精神障害者は責任無能力者か」と題して、さらに踏み込んで精神障害者の司法手続き上の問題、いわゆる「起訴便宜主義」と「責任能力」に関わる問題について見解を表明している。補足説明では、「犯罪行為をした精神障害者の大多数が検察の段階で、心神喪失あるいは心神耗弱すなわち責任無能力・限定責任能力を理由に不起訴または起訴猶予とされており、精神保健福祉法における検察官通報によって措置入院等の医療のルートに乗ることになるのであるが、そのような形でPSWと出会う精神障害者のなかには「果たして責任を持っていない人なのであろうかと疑問を抱かせる人が少なからず存在する」と述べる。反対に精神障害者が起訴されたばあいに責任無能力が認められる例が「毎年

数件に限られていること」をふまえ、「裁判を受ける権利や罰を受ける権利を一国民として保障していく仕組み」の必要性を示す。また「社会復帰の困難性について」では、触法心神喪失者の地域生活の困難性をふまえ、現行の支援システムの貧困さについて述べたうえで、「十分な生活支援体制が整備されないのであれば、結果的に将来の犯罪の発生を予防することは難しい」としている。このように補足説明では司法領域にまでその言及の幅を広げている<sup>15</sup>。そして先述した与党プロジェクトチーム報告書において「地方裁判所の判定機関」を構成する一員としてPSWの明記がなされたことを理由として、保護観察所にPSWを位置づけることを要望した「精神障害者の医療及び福祉の充実強化と触法心神喪失者等の処遇の改革に関する要望書」（以下、要望書と略す）が、同年12月13日に全国理事会において採択され、厚生労働省、法務省等の関係各機関に提出されることになる。

要望書は、「精神障害者の医療及び福祉の充実強化について」と「触法心神喪失者等の処遇の改革について」の2つの事項からなり、あわせて7つの要望項目が掲げられている。議論となるPSWの保護観察所への配置要望は後者の事項に掲げられている。後者の事項では「通院措置制度が、単なる再犯防止ではなく社会復帰と社会参加を実現するためのものであれば、保護観察所と保健・医療・福祉関係機関との適切な連携が欠かせないとし、「対象者の支援ネットワークの形成をコーディネートする専門職として」PSWの配置を要望している。先述したように本法へのPSWの関与が明記された与党プロジェクトチーム報告書においてもその内容はあくまで「地方裁判所の判定機関」を構成する一員としての明記であり、保護観察所にPSWを配置するという点までは盛り込まれていなかった。「保護観察所」とは犯罪者予防更生法によって規定された「保護観察をつかさどる機関」（37条）であり、その主たる役割は①保護観察、②犯罪予防のための、世論の啓発指導、および社会環境の改善、犯罪予防のための地方住民活動の助長である（18条）。保護観察は「犯罪者や非行少年に対して刑罰の代わりに保護として、または刑罰を補充するものとして用いられる社会内処遇」とされており（山口[2005：124]）、刑事政策の一翼を担うものと位置づけられる。中山は本法が精神保健福祉法による行政処分性との乖離を示す要素の一つとして、本法が強制的な通院制度を設けたうえで、その通院を担保するために保護観察所の役割を法的に位置づけたことにあるとしている（中山[2005：148]）。

このような性格をもつ保護観察所へのPSWの配置要望は協会員に違和感を与えることになる。協会は2002（平成14）年1月、会員向けに『「精神障害者の医療及び福祉の充実強化と触法心神喪失者等の処遇の改革に関する要望書」を提出するに至った経緯等の報告』を配布する。協会はこの報告書において、要望書提出の意図は司法制度の枠組みのなかにPSWが規定されることにより専門性が損なわれる可能性への危惧を表明しつつ、司法にまたがる領域にPSWが位置づけられたらあいのPSW本来の専門性の担保のための働きかけであるとしている。

最終的にPSWは本法において「精神保健参与員」および「社会復帰調整官」の2つの役割を担う者の一人として明記された。実質的にはこの2つの役割に加えて、「指定医療機関の精神保健福祉士」および「地域における関係機関の精神保健福祉士」も本法対象者と関わることになる（佐賀[2006：126]）。すなわち分野を問わず現業に就くほぼ全てのPSWが多かれ少なかれ本法に関わることとなった。上述のとおり協会は保護観察所へのPSWの配置を要望した時点で医療観察法を事実上容認する立場をとっており、この帰結じたいは協会の要望にはほぼ沿ったかたちとなったと言える。

### 3. 医療観察法下におけるPSWの目的／役割／介入要件

#### 3-1. 医療観察法に内包する介入要件のねじれ

ここまで本法成立までの経緯およびPSW協会の本法へのかかわりについて整理してきた。結果的にPSW協会は本法の最終目的を「対象者の社会復帰にある」と認識したうえで、「たとえ司法にまたがる領域に足を踏み入れるとしても、PSWが積極的に関与することは必要」（木太[2002b：49]）との観点から、本法の枠内で自らの「専門性を発揮する」という選択肢を選んだ。無論、精神障害者に対する強制医療は精神保健福祉法の措置入院あるいは医療保護入院というように既に行政処分の一つとして存在している。これまでも強制医療に付随するかたちでPSWによる専門性を発揮した支援／介入は行われてきた。そもそも緒言で述べたように、PSWの対象は、精神疾患により日常生活に困難を抱えた人々である。彼らが強制医療の対象であるか否かを問わず、支援／介入の質的差異は生じると

してもその先にある目的やPSWの視点に差異はないはずである。このことは医療観察法下であっても同様に言えることであると思う。しかし精神保健福祉法下におけるソーシャルワーク活動と医療観察法下におけるそれとの最も大きな違いは、医療観察法では対象者に対する介入規定が医療の枠内にとどまらず、処遇全般にわたって規定されていることである。そしてさらにその処遇／ケアに携わる一員としてPSWが明確に位置づけられた点である。PSWの活動を制限するような規定があるわけではないが、そうである以上、本法の目的と介入要件はPSWの自律的活動に影響を及ぼすと考えられる。

しかし、これまで述べてきたように、特に本法による介入要件にかんしてはねじれた問題状況が存する。医療観察法における強制的介入は、当初は「再犯のおそれ」（「再び対象行為を行うおそれ」）が現にあるのかそれとも無いのが主要な要件であった。それに対しては、①再犯予測の可能／不可能性、②再犯予測の判定とその後の強制医療の決定を司法が判断すること、③仮に再犯予測が可能であり、司法が医療行為を決定することが妥当であったとしても、そもそも「再犯」予防（疾病の「再発」予防ではない）を「医療」を中心とした枠組みで行えるのか、という3つの問題が顕在化した<sup>16</sup>。これらの問題点を覆い隠すかのように、当初の介入要件はその後の国会での審議過程で突如「再び対象行為を行うことなく社会に復帰するための医療の必要性」に修正され現行法となった。しかし先述したようにこれは要件ではなく「目標」である。本法による強制医療は司法による強制的な介入であり厳密に適用要件を定めた上できわめて慎重かつ適正に行われなければならない行為であるにもかかわらず、その先にある目標を述べているのみである。要件とは対象となるヒト／モノが将来どのような状態に変化することを目指すか、ではない。要件とは何らかの介入を行う際に、その介入が正当化されるための必要条件である。すなわち、対象となるヒト／モノが今現在どのような状態であり、何を必要としているのか、その必要としている介入行為の詳細と、それを行うための厳密な適正手続の手順を明瞭かつ詳細に規定する必要がある。①～③の問題点をあえて無視するならば、むしろ修正前の介入要件のほうが要件たり得るともいえる。しかし修正後の介入「要件」になっている「社会に復帰するための医療の必要性」は「同様の行為を行うことなく」という前提条件をともなったものである。再犯のおそれという介入要件を覆い隠したうえで、社会復帰促進のための医療の必要性という「目標」を「要件」に定置したものの、その目標じたいにも再犯可能性が除去されたうえでの社会復帰という条件が設けられているのである。そもそも本法1条の目的において「同様の行為の再発防止を図り、もってその社会復帰を促進すること」掲げていることをふまえても、本法がいわゆるポリスパワー思想を土台にしていることは否めない。

以上の問題状況を抱えた医療観察法に対してPSWはいかに向き合い、その専門性を発揮していけば良いのか。以下で主要な論考のレビューを通して、本法に深くかかわることになったPSWの目的／役割について、また社会復帰調整官が担う「社会復帰」支援の性質について論点整理を行いたい。

### 3-2. PSWが本法下において担う役割

PSW協会は機関誌である『精神保健福祉』通巻49号（2002（平成14）年3月）において「重大な犯罪行為をした精神障害者とPSWの視点」という特集を組んでいる。この特集が組まれた2002（平成14）年は、保護観察所に「精神保健監察官」としてPSWが配置されることも盛り込まれた修正前の医療観察法案が閣議決定され、第154回国会に上程され審議が開始された時期である。本特集は、2000（平成12）年12月から2002年1月まで9回にわたって開催された「重大な犯罪行為をした精神障害者の処遇等に関するプロジェクト」において顕在化した種々の問題をふまえて、「PSWとしての等身大のかかわりの視点から、現状の精神科医療や社会システムに内在する課題をすべてのPSWと共有すること」を目的として組まれたものである（日本精神保健福祉士協会[2002：4]）。所収されている論文の論調はけっして一致しているわけではなく、本法へのPSWの関与にかんしては様々な意見があることを示すものとなっている。ここでは特に所収されている論考のうち木太、大塚、および池原論文を取り上げたい。

木太は、医療観察法にかんしてPSWの立場から積極的に発言をしている論者であるが、本特集では「重大な犯罪行為をした精神障害者の処遇をめぐるこの間の経過と日本精神保健福祉士協会の取組み」において、1999（平成11）年の精神保健福祉法改正以降の触法心神喪失者の処遇をめぐるPSW協会の取組みについて整理している。協会の取組みの流れについてはすでに述べたとおりであるが、木太は特に保護観察所にPSWを配置することを盛り込んだ前掲「要望書」と、その後の会員の戸惑いに対して会員に配布された『『精神障害者の医療及び福祉の充実強化と触法

心身喪失者等の処遇の改革に関する要望書』を提出するに至った経緯等の報告」について触れ、保護観察所へのPSW配置を求めた理由について述べる。木太は「要望を行ったのは保護観察所では従来精神障害者とのかかわりが積極的であったわけではなく、精神保健福祉関係機関と十分な連携をとるうえでPSWの存在が欠かせないと考えたため」であり、「たとえ司法機関に配置されたとしても、PSWのかかわりは当然対象者の生活支援の観点に基づくものであることに変わりはない」と主張する（木太[2002a：20-21]）。

それに対して、本法そのものへの疑問とともに、触法行為をした精神障害者とそうでない者との間におけるPSWの関わりに質的差異の有無についての疑問を呈しているのが大塚論文である。大塚も木太と同じくPSWとして本法に関連して積極的に論文を発表している。本特集内の大塚論文「実践を通してPSWのかかわりの視点を考える」はその主題の通り、精神科病院における重大な触法行為をした精神障害者に対する自身のPSW実践を通して、PSWが持つべき視点について論じている。大塚は「はじめに」において氏の一貫した主張を述べる。「今、騒がれている法案や専門性（よく内容がわからないが）を備えた専門治療施設なるものがなければ、重大な犯罪行為をした精神障害者の治療や社会復帰が絶対的に不可能だとは思えないのだ」（大塚[2002a：29]）。大塚はこのような思いに至る背景として、特に触法行為をして入院に至った精神障害者とのかかわりの事例（3事例）を取り上げ、「情報収集、受療手続き」、「チームによる方針共有化の重要性」、「家族支援」、「退院時、地域資源の利用について」、「医療の限界」という5つの観点から整理し、その時々でのかかわりの場面でPSWが抱いた困難、迷い、恐れ、怒り等を述べている。そのうえで大塚は医療に司法モデルを導入する以前にやるべきこととして、精神障害者が病状悪化に起因する地域での孤立を防ぐための精神医療の体制整備と精神科救急医療システムの整備を挙げる。

大塚はこの論文で2つのことを述べている。第一は触法行為をした精神障害者に対するPSW実践の困難性についてである。その困難性の中身は大きく分類すれば、触法行為との関連は不明確ではあるが精神症状に関するものと、対象者が行った触法行為に対する戸惑いや忌避的感情に関するものである。第二は再犯予防云々以前にそもそも犯罪行為に行き着かざるを得ない地域精神医療体制の不備に対する憤りである。大塚は別稿においても、「再発予防でなく再犯予防を適切な医療提供によって可能とするなら、初犯防止を先ずすべきであろう」と述べる（大塚[2002b：27]）。さらに別稿では、観察法成立の一方、同時期の退院促進事業施行の遅れや社会復帰施設整備補助金不足の状況を取り上げ「政策順位が逆」とも述べる（大塚[2003：252]）。大塚の主張を要約すれば、触法行為をした精神障害者に対する個別具体的な関わりの中では触法行為という特殊な社会的事象に対峙する困難さとともに疾病／障害そのものによる関わりでの困難さという二重の困難さがあることを認識しつつも、それに対してはきわめてオーソドックスなPSW実践とそれが可能な下地さえ整っていれば、再犯予防云々以前に結果として触法行為じたいも防ぐことができるのではないかということである。また精神科病院に勤務するPSWという事情から、医療機関に対する量的／質的な過度の負担に対する憤りも随所に表れている<sup>17</sup>。

PSWの本法下における役割について別視点からの危惧を表明しているのが池原論文である。池原は「精神障害者の責任能力をめぐって」において、法曹の立場から責任能力と犯罪成立要件について整理したうえで医療観察法が孕む問題点について言及している。池原は責任能力には構成要件として「是非弁別能力」と「行動統御能力」の両方が必要であること<sup>18</sup>、また責任の前提として「他行為可能性」が必要であることを説明したうえで、他行為可能性の有無と強弱により罪の問われ方も変化すると述べる。またいわゆる起訴便宜主義と責任無能力の問題に触れ、不起訴処分になかに限定責任能力があると思われる事例、反対に責任能力ありとされ起訴された中に責任無能力ではないかと思われる事例もあるとしたうえで、不起訴率の地域ごとのばらつき、また起訴後に責任無能力が認定される割合がきわめて低いことなどを示し、司法の関与がより正確な鑑定を導くことの幻想を指摘する（池原[2002：11-13]）。池原は、医療観察法は「再犯の予測を前提にその防止のために強制的な入院や通院を行わせる制度であり、患者の利益を目指した制度ではない」としたうえで、地域医療・福祉分野を担ってきた種々の機関が本法体制下のもと保護観察所が中心となった「地域防犯・治安維持」の役割を果たすことになると危惧する。そしてこのことはPSWの職務の本質を揺るがす重大な課題を示すものであると指摘する（池原 [2002：14]）。

### 3-3. 社会復帰調整官による「社会復帰」支援の性質について

社会復帰調整官の役割は、主に「生活環境の調査」、「生活環境の調整」、「精神保健観察の実施」、「関係機関相互

の連携の確保」の4点である（法19条、20条1項）。その属性については、「精神保健福祉士その他の精神障害の保健及び福祉に関する専門的知識を有する者として政令で定めるもの」とされており、PSWのみが任用されるわけではない。しかし実質的には精神保健福祉士の有資格者を中心にその任に当たることが求められており（蛭原[2004: 47]）、法施行前年の2004（平成16）年に全国50箇所の保護観察所に配置された56名の法務事務官（法施行後に社会復帰調整官に移行）のほとんどはPSWであった（今福[2005]、佐藤[2006: 12]）。2007（平成19）年度現在は70名の社会復帰調整官が配置されている（弥永[2007: 71]）。本節では特に佐藤、弥永、および佐賀論文をとりあげ、社会復帰調整官が担う「社会復帰」に内包される性質について整理したい。

弥永論文、佐藤論文は社会復帰調整官の基本的役割にかんするものであるが、特に佐藤は社会復帰調整官および触法行為をした精神障害者支援に関する実践課題について『『社会復帰調整官』の確保と研修体制』、「関係機関との連携における情報共有の問題」、「医療観察法による地域処遇終了後の問題」、「地域精神保健福祉における社会資源の整備」という4点の課題を挙げる。本法における社会復帰支援の性質に関連して注目すべき点は、地域処遇についてのみ最長5年という期間が設定されていることについて懸念を述べている点である。佐藤は「見守り指導つき」の地域医療・支援の必要性の観点から、「最長5年が適当な期間かどうかについては、今後慎重に検討していく必要がある」とする（佐藤[2006: 14]）。これは換言すれば再び触法行為を行うことのないようにという条件つきではあるものの対象者の社会復帰を目標とした生活全般に対する支援が途切れてしまうことに対する懸念でもと考えられる。「社会復帰」がいわゆる通常の意味での社会復帰であれば確かに佐藤の懸念は妥当であると考えられる。しかし処遇の期限設定には本法における社会復帰の性質を示す意味合いが含まれており、次に述べるように、設定された期限もその性質から必然的に導き出されているとも言える。

医療観察法における入院処遇は指定入院医療機関の管理者が常に本法による処遇の継続の必要性の可否を判断し6ヶ月ごとに保護観察所長の意見を沿えて地方裁判所に申立てを行うこととされている（49条1項、2項）。入院のばあい期間の上限は設けられてはいない。そのため処遇が無期限に継続される可能性もある<sup>19</sup>。また仮に本法による処遇終了決定がなされたあとも、必要があれば引き続き医療は行われ、ばあいによっては精神保健福祉法に切り替えた上で、そのまま入院が継続されることもありうる。一方、通院処遇にかんしては決定日より3年間を期限としており、必要に応じて2年を限度に延長可能となっている。すなわち入院によらない医療については最長でも5年間という期限設定がなされている。より拘禁性の強い入院医療については期間の設定がなく、それと比して、再び対象行為を行うことの無いようにという条件つきながらも、医療のみならず対象者の生活全般に対する支援をも含む地域処遇については期限が設けられているのである。白木は法務行政の立場からその理由として以下のように説明する。通院処遇にかんしては「3年間にわたって、その病状等が悪化することも問題行動を起こすこともなかった場合には、既に本法の目的である本人の社会復帰が達成されているとも考えられ…（中略）…かえってその円滑な社会復帰に支障を来すことも懸念されるからである」とし、入院処遇については「本法による入院継続が必要であると認められる限り、その入院を継続させ、本法による手厚い専門的な医療を行う必要があると考えられるが、このような必要が認められるか否かは、その者の病状やこれに対する治療の状況等に左右されるので、あらかじめ入院期間の上限を定めることは適当でないと考えられるため」とする（白木[2004: 24]）。白木の通院処遇の期限設定の説明に内包されているのは、本法でいう社会復帰とは対象者の病状のみならず他害行為の有無という消極的な要件、すなわち当該本人のよりよい生活を志向するというよりは「社会の安全」を志向して社会復帰が定義されているということである。次の佐賀論文に見られるように、社会復帰調整官はPSWでありながらも、上述のような医療観察法における社会復帰の特殊な性質をふまえた実践を志向することになる。

佐賀は社会復帰調整官の立場から、「重大な他害行為を行った者であったとしても、医療の必要な疾患・障害をもつ1人の人に、支援者としてかかわる姿勢や方法等は、他害行為等にかかわることがなかった人びとに対する場合と、基本的に変わることはない」という視点を前提として（佐賀[2006: 126]）、いわゆるソーシャルワークにおける重要な視点、価値である「人と状況の全体性でとらえる視点」、「自己決定の原則・生活者の視点」、「人権の尊重」の3点について、社会復帰調整官業務との関連において検討している。特に「人と状況の全体性でとらえる視点」について佐賀は、「病気なのに治療に結びつくよりも、なぜ他害行為に結びついてしまったのか、その状況がいかなる理由、環境によってもたらされたのかについてアセスメントするなど、背後にある人間関係や環境などの生活環

境の側面に注目する『人と状況の全体性を把握する視点』が重要」と述べる（佐賀[2006：127]）。ソーシャルワークは通常、クライアントの生活問題のアセスメントを多角的側面から行ったうえで、援助計画を立案し、実際の援助活動に入るというプロセスを辿る。アセスメントはあくまで対象者支援の前提となる心理・社会・経済的問題の把握のためでありそれ以上のものではない。その意味において佐賀の主張は特徴的である。無論「他害行為に結びついてしまった」ことは広義の意味における生活問題の一つと捉えることも可能ではある。しかしこの視点の前提には「円滑な社会復帰の妨げとなる同様の行為を行うことなく社会に復帰できるような状況にあるかも考慮すること」（佐賀[2006：127]）という社会復帰調整官の特殊な役割が横たわっている。

佐賀は論考のまとめとして機関の機能、倫理性、限界性等の課題に対しては「従来のPSWとしての役割と医療観察法におけるそれにおいて、実践において大切にすると変わりはなく」ということをあらためて強調する（佐賀[2006：128]）。しかし、佐賀論文から読み取れることは、本法対象者による触法行為をあくまで疾病と結び付けて捉える視点であり、且つ対象者の触法行為は円滑な社会復帰の妨げとなっており、そのために対象者の治療義務の履行を見守ること＝観察が社会復帰調整官の主要な役割である、ということであると言える。

#### 4. 考察 一医療観察法下におけるPSWの役割に関する論点整理一

本節では3節で抽出した論点を次の3つのレベルで検討したい。第一はPSWの価値/視点について。第二はPSWの個別具体的な実際の支援活動について。そして第三は医療観察法下におけるPSWの活動を含む地域精神医療・福祉体制についてである。

第一のレベルであるPSWの価値・視点については、医療観察法下という条件つきながらも既存のPSWの視点と比して何ら変わることはないという論調ではほぼ一致している。ここでいう「PSWの視点」とは、対象となる精神障害者の生活問題の改善と生活全般に対する支援を通じた社会復帰の促進と主体性の回復といえる。木太は、たとえ司法の枠内における実践であってもPSWのかかわりは対象者の生活支援の観点に基づくものであるとしている。木太は別稿においても、本法にPSWがかかわるスタンスとして、「PSWが処遇決定にかかわる意義は社会防衛のためではなく、社会福祉学を学問的基盤とした従来の専門性を堅持し、生活支援の観点から対象者の社会復帰・社会参加の可能性を具体的に提示していくことにある」とし、だからこそ積極的に本法に関与する必要があると述べている（木太[2002b：49]）。本法に密着した社会復帰調整官の役割について述べた佐賀も、かかわりの姿勢や方法については他害行為のない精神障害者に対するばあいと基本的には変わりはなくとしている。

以上のようにかかわりの視点・姿勢については、本法の枠内外を問わず共通であるという論調ではほぼ一致しているが、第二のレベルである個別具体的な実際の支援活動については、触法行為という事象を軸として特殊性を帯びたものとして述べられているものと、反対にその中身に差異を見出す必要性に疑問を呈しているものというように、おおきく2つの論調に分けられる。

触法行為という事象を軸として特殊性を帯びたものとして述べられているものについては特に社会復帰調整官が担う社会復帰の性質に見出すことができる。佐賀は社会復帰調整官の役割に関して、先述のようにPSWとしての視点の堅持を強調しつつも、対象者の触法行為を軸として支援のあり方を述べている。すなわち当該個人の利益以上に、社会の安全を基軸におくという意味での特殊なかかわりである。これはおそらく佐賀のみならず保護観察所という刑事政策を担う司法機関に所属するソーシャルワーカーに共通せざるを得ない特徴であろう<sup>20</sup>。

それに対して大塚は一貫して実践レベルにおける差異の存在に疑問を投げかけている。大塚の所論は換言すれば触法行為をした精神障害者のみを対象とした特別な処遇体制の必要性に対する疑問である。大塚は触法行為をした精神障害者とのかかわりの困難性を否定していない。しかし大塚はその困難さは本法のような特別な制度がなければ解決できないものなのかという疑問を抱く。大塚はその因果関係は別として、もしも精神医学が再発のみならず再犯予防さえも可能であるのであれば、まずは初犯予防こそすべきではないかと主張する。そして触法行為をした精神障害者の再犯予防云々のために特別なかかわりを志向する前に、地域における精神医療体制の充実を訴える。特に後者については大塚に限らずほぼ全ての論者に一致した主張でもある。このことは第三のレベルへと接続する。第三のレベルである地域精神医療・福祉体制に関しては、既存の体制との差異という論点に加えて、本法により地

域精神医療・福祉体制を充実させるべきなのか、それとも本法の前提として充実させるべきなのか、という論点が絡み合うかたちになっている。このことについて全国「精神病」者集団の長野による次の論調は興味深い。長野は「精神病」者として本法に批判的な立場から、医療観察法下における地域処遇体制モデルを引用して次のように述べる。「心神喪失者等医療観察法を根底的に批判しきるためには強制的な廃絶を目指すしかない。…（中略）…そうした視点を持ちきれない精神保健従事者が今、少しでもましな心神喪失者等医療観察法下の特別施設作りを、あるいはどうせ作るならよいものを、さらにはこの施設をモデル病棟へなどと発言している。確かに強制を認める限り、今の心神喪失者等医療観察法下の処遇ガイドラインを一定評価できるという発言が出てきてもおかしくない。何より金と人手がつく。野放しだった強制医療にも一定の手続きが導入される。外部からの評価もされる。あるいは患者の権利擁護機関の監視も認める、情報公開もするという院長も出てきている。そしてそこには患者会すら動員されようとしている。／さらには添付図面の地域処遇のあり方などは裁判所と保護観察所さえ除けば、精神保健専門職が理想としてきた地域精神保健体制だとも言える」（長野[2004：34]）。長野は本法の枠内において「理想的」な地域精神医療・福祉体制をかたちづいていることへの批判、および既存の体制を精神障害者を監視する役割を持つものへと変質させる契機になるという主張とともに、その流れに追随する専門家批判も行っている<sup>21</sup>。先述の池原も同様の危惧を表明している。医療観察法下における地域精神医療・福祉体制の中核を担う機関は紛れもなく保護観察所であり、既存の体制とは一線を画するものである。それはすなわちポリスパワー思想を土台にした地域生活支援体制である。PSWは既存の体制と本法下における体制との矛盾の場に存在することになる。

筆者は、第一のレベルであるPSWの視点はどの場においても共通であるものの、第二のレベルである実際の活動様態については特に社会復帰調整官業務において、常に当該個人の触法行為、他害行為の予防を基軸においた支援という特殊な役割が見出せる旨を述べた。そして第三のレベルについては、もはや別個のものか否かという問いを超えて、PSWを含む医療観察法下における地域精神医療・福祉体制—すなわちポリスパワー思想を土台とした地域生活支援体制—が既存の体制を変質させ得る契機を持つものとして位置づけられていると言える。このことはPSW実践のレベルにおいても本来「連携」すべき相手との深刻な対立をうみだす契機ともなりうる<sup>22</sup>。

筆者は緒言で述べたように、上述の長野の指摘をふまえつつも、PSWは本法へ関与せざるを得ないと考えている。その関与はこれまで述べてきたようにきわめて深刻な課題を持ち合わせたうえでの関与となる。筆者はこの課題克服の鍵は、特に第二のレベルである個別具体的な実践の要件をあくまでPSWの視点を土台に設定するというところにあるのではないかと考える。特に社会復帰調整官は本法における自身の役割とPSW本来の役割との対立構造の上に存在するものであることを自覚しつつ、そのジレンマの克服に際しては常にPSWの視点を土台に据えるべきであり、状況に応じて柔軟に実践を行う必要があると考える。そうすることにより、佐藤の言うように「運用する者の姿勢によって意義を転ずることができる」と考える<sup>23</sup>。

## 5. 結語

以上、本稿では医療観察法下におけるPSWの視点・役割について、本法成立経緯およびPSW協会の本法への対応を振り返りつつ、主にPSWによる論考の検討を中心に整理検討を行ってきた。はじめに本法成立の経緯およびPSW協会の対応の経緯をみてきた。そこでは、本法はその介入要件が「再犯のおそれ」から「社会復帰促進のための医療の必要性」に突如転換され、PSW協会は転換された要件に追随するかたちで本法に深く関与することになったことを述べた。そのうえで、医療観察法下におけるPSWについて論述している既存の論考の整理を行った。最後に考察として、本法にかかわるPSWの論点を「視点」、「実践」、そして「PSWを包含する地域精神医療・福祉体制」の3つのレベルに分けて検討を行い、特に「実践」の要件をPSWの視点を土台に設定し、状況に応じて柔軟な実践を志向する必要性を述べた。

筆者はソーシャルワーク論を専攻する立場から、今後とも医療観察法下におけるPSWについては強い関心を持って検討を続けるつもりであるが、当面の課題として次の2点を挙げておきたい。第一は実際に精神障害とともに生活している当事者が医療観察法にどう対峙しているのかについて、たとえば上述の長野が属する「全国『精神病』者集団」の活動などについて整理を行うことである。このことは日本の精神医療における介入の諸相を顕在化させ

る作業でもある。第二はPSWを含む社会福祉的支援／介入の要件・根拠について整理することである。これについてはすでにパターンリズム論を軸に作業を行っているが<sup>24</sup>、第一の課題と強い関連性のあるものでもあり、引き続き検討を行いたい。

### (注)

- 1 本法における「対象者」とは「公訴を提起しない処分において、『対象行為』（殺人、放火、強盗、強姦、強制わいせつ及び傷害に当たる行為（2条2項））を行ったこと及び心神喪失若しくは心神耗弱者であることが認められた者」または、「対象行為について、心神喪失を理由とする無罪の確定裁判を受けた者又は心神耗弱を理由として刑を減輕する旨の確定裁判（懲役又は禁錮の刑を言い渡し執行猶予の言渡しをしない裁判であって、執行すべき刑期があるものを除く）を受けた者」とされる（白木[2004b：13]）。
- 2 日本で「PSW」と言ったらあ、通常は「精神科ソーシャルワーカー」（Psychiatric Social Worker）すなわち精神保健福祉領域におけるソーシャルワーカーを指す。現業者の多くは1997年に誕生した名称独占の国家資格である「精神保健福祉士」を有している。PSWは、単科精神科病院、総合病院の精神科、精神障害者の地域生活支援を目的とする社会復帰施設、福祉行政機関等で、社会福祉学を基盤として、精神障害者の抱える生活問題や社会問題の解決のための援助、及び社会参加に向けての支援を通して、「その人らしいライフスタイルの獲得」を目標とする専門職である（「日本精神保健福祉士協会ホームページ」<http://www.japsw.or.jp/>より）。
- 3 PSW協会は「『精神障害者の医療及び福祉の充実強化と触法心神喪失者等の処遇の改革に関する要望書』を提出するに至った経緯等の報告」（2002年1月）のなかで、「触法」という言葉の特殊性を指摘しつつも、自民党や与党のプロジェクトチームが一貫して「触法精神障害者」ではなく「触法心神喪失者」の表記を使用していることに対して一定の評価を与えている。
- 4 「精神保健福祉士」の定義は、「精神保健福祉士の名称を用いて、精神障害者の保健及び福祉に関する専門的知識及び技術をもって、精神科病院その他の医療施設において精神障害の医療を受け、又は精神障害者の社会復帰の促進を図ることを目的とする施設を利用している者の社会復帰に関する相談に応じ、助言、指導、日常生活への適応のために必要な訓練その他の援助を行うこと（中略）を業とする者」である（精神保健福祉士法2条）。
- 5 町野が指摘するように、この事件の犯人が最初の傷害事件を起こした際に不起訴処分となり検察官通報（精神保健福祉法25条）により措置入院となった理由は、犯行時に犯人が心神喪失あるいは心神耗弱の状態であったからではなく、そのときの被害者の傷害の程度が軽微であったためである。同時に精神障害の疑いがあったために通報により措置入院となったのである。「要するに精神障害を理由として刑罰を免れたわけではないのであり、仮に心神喪失者等医療観察法が前の傷害事件の当時に存在していたとしても、それを彼に適用することは不可能だったのである」（町野[2004：72]）。
- 6 五十嵐は強制医療が許容される根拠には、①当該本人が自己の医療的利益を主体的に選択する能力を欠くばあいに、医学上本人の利益になるのであれば本人に代わって社会が決定して医療を与えるという思想であるパレンス・バトリエ思想と、②患者本人（精神障害者）が社会に与える影響すなわち「自傷または社会に対する危険性」に根拠を置くポリスパワー思想の2つが考えられるとしている。またどちらかが根拠になるというよりは、②は①に基づく強制医療の適用を限定的に補完するものと位置づけられ、②に基づく制限は法の適正手続によってのみ許容されるとされ、その執行はすべて裁判所の責任においてなされるものと定義されるとする（五十嵐[2004：97]）。本法は介入要件こそ政府案が公表されるまでは明らかではなかったが、その運用については司法手続によるということが当初より予定されていた。「社会に対する危険性」と「再犯のおそれ」は必ずしも同一の意味を持つものではないが、本法がリーガルモデルである以上、強制医療の基準に再犯のおそれを置いたことは必然ともいえる。
- 7 中山は保安処分について「広義では、保安処分とは、刑罰以外の処置によって、刑罰を補充あるいは代替するものとして国家が行う犯罪対策についてのあらゆる処分をいうものとされ、…（中略）…狭義では、個々の犯罪人の危険性から社会を防衛する処分であり、そのためにその者を隔離・拘禁するか、あるいは教化・改善するかという国家的措置…（中略）…をいうと定義されるのが一般的である」としており、本法の治療基準や保護観察所の役割等をふまえ、本法は「隠れた保安処分」として機能するおそれを有するものであるとしている（中山[2005：155-157]）。
- 8 処遇困難患者対策は触法心神喪失者対策とはあくまで別個の事象であるが、民間の精神病院の中にはこの2つを関連づけて通常の精神医療とは別の処遇システムへの要望が高まっていた（中谷[2004：57]）。
- 9 小泉首相（当時）の法務省、厚生労働省に対する指示の中身が具体的にどのような内容のものであったのかは定かではないが、2002（平成14）年12月11日の第155回国会参議院本会議において江田五月議員の質疑に対して森山真弓法務大臣（当時）は以下のように答えている。「精神障害に起因する事件の被害者を可能な限り減らし、また、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者が精神障害に起因するこのような不幸な事態を繰り返さないようにするための対策が必要であり、御指摘の総理の御発言もそのような趣旨であったものと理解しております（中略）刑法の見直しという小泉総理の指示が誤りではないかとお尋ねがございました。御指摘の総理の御発言は、具体的に刑法の見直しを指示されたものではなく、一般論として、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者が精神障害に起因するこのような不幸な事態を繰り返さないようにするための対策が必要であるとの御趣旨であったものと理解しております」。

- 10 日本精神保健福祉士協会は第8回会合において本チームよりヒアリングを受けている。
- 11 同時期の11月8日、当初の政府案の懸念に対応するものとして法務省と厚生労働省がまとめた「論点整理」なるメモが作成されている。中山はこのメモを「政府案に対するいくつかの懸念に答えるべき修正協議を前提としたもの」としている（中山[2005: 166 - 167]）。メモでは再犯のおそれ、保護観察所が社会復帰に関与することの是非、心神喪失者等にいわゆる人格障害者が含まれるのか否か等々の懸念・指摘事項に関する解釈がまとめられている。特筆すべき点が2つある。一つは再犯のおそれの判断過程・方法にかんして「『自傷他害のおそれ』の判定と同様であることを明確にするため、42条1項1号等に規定されている『再び対象行為を行うおそれ』を『重大な他害行為を行うおそれ』に変更する」ことが予定されていたことである。もう一つは保護観察所の社会復帰領域への関与にかんして、「第20条に規定する精神保健観察官の資格要件については、『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を有する者として政令で定めるもの』と法定することによって、保健・福祉の観点を明確化する」と規定する方向であった点である。一点目については、修正案で大幅に変更されることになった。二点目については結果的に社会復帰調整官という名称でほぼ法案とおりの帰結となった。特に二点目については当時検討されていた精神保健監察官の資格要件に原案では明記されていなかったPSWが「保健・福祉の視点を明確にする」との理由で明記されることになっている。PSW協会の要望と相俟って、政府と協会の利害が一致したとも言える。
- 12 この際、精神保健監察官も社会復帰調整官に修正された。この修正の理由にかんして塩崎議員は社会復帰調整官の主たる役割は「コーディネーター」にあるとしたうえで「これまで名前で行きますと精神保健監察官、監察官という言葉が、いかにも監視をしている、こういう旧来型のイメージが強かったものですから、ここはやはり社会復帰調整官かと」と答弁している（蛭原[2004: 47]）。
- 13 修正案における強制医療の要件のあいまいさについての詳細も中山文献において詳細に検討されている（中山[2005]）。またそもそも42条での文言はあくまで強制医療の「要件」を述べるべきはずが、修正案（現法条文）では強制医療の先にある「目的」になっているという指摘もなされている。例えば2002（平成14）年11月29日の第1回法務委員会厚生労働委員会連合審査会での議事。
- 14 厚生労働省は法施行時には全国で24ヶ所（国立8ヶ所、都道府県立16ヶ所）の専門病棟を建設する計画であったが、地元の反対もあり、法施行時に間に合ったのは1ヶ所のみであった。平成19年7月1日現在の指定状況は、国立病院機構が10ヶ所、都道府県立は10月に岡山県立岡山病院が指定予定の状況である（「長野英子のホームページ」<http://nagano.dee.cc/>より）。
- 15 補足説明についてはまた、たとえば「『なにをやっても、自分達精神障害者は罪を問われない』とは、精神保健福祉関係者であれば誰でも一度は精神障害者当事者から聞かされたことがある発言であるが…（以下略）」、「私が罪を犯したときには、裁判を受けてその罪を償いたい」という精神障害者も少なくない」等、やや主観的と思われる記述もある。
- 16 再犯予測の問題に関する論考として足立[2002]、高木[2002]、八尋[2002]、中島[2003]、吉岡[2003]等がある。反対に再犯予測を危険性予測（リスクマネジメント）と捉えるものとして平野[2004]、五十嵐[2004]等がある。
- 17 大塚は、観察法のみならずこれまでの精神障害者対策じたいが実質上、社会防衛的要素を持つものであるにも関わらず、なぜか医療機関（精神科病院）の中までは及ばないという奇妙なねじれを指摘する。「病院という安全であるはずの場で犯罪行為が起きてしまった時の対処のされ方も多々疑問がある…（中略）…院内では診れないと通報し、鑑定ルートやその前に刑事的介入を求めても取り扱われないこともままある。一度医療機関が担うと、何が起きても医療が対応責任を押しつけられている感が強い。社会防衛という言葉を使うなら、病院も社会の一部であるといいたい」（大塚 [2002a: 35]）。「精神病院内でも事件が起きうるが、大概警察はまともに引き受けられず、また措置ルートにも乗らない…（中略）…まるで、精神病院は守らなくてもよい「社会外社会」のような扱いを受けている」（大塚 [2002b: 27]）。
- 18 心神喪失および心神耗弱については一般的に以下の定義が確定的とされている。「心神喪失ト心神耗弱トハ孰レモ精神障礙ノ様態ニ属スルモノナリト雖其ノ程度ヲ異ニスルモノニシテ即チ前者ハ精神ノ障礙ニ因リ事物ノ理非善悪ヲ弁識スルノ能力ナク又ハ此ノ弁識ニ從テ行動スル能力ナキ状態ヲ指称シ後者ハ精神ノ障礙末タ上叙ノ能力ヲ欠如スル程度ニ達セサルモ其ノ能力著シク減退セル状態ヲ指称スルモノナリトス」（大審院昭和6年12月3日判決）。
- 19 ただし、入院処遇ガイドラインでは入院期間を「急性期」、「回復期」、「社会復帰期」の3期に分けた上で、おおむね18ヶ月以内での退院を目指すとしている。
- 20 英国の司法精神医学サービス体制と「ASW（認定ソーシャルワーカー）」の紹介をしている助川論考においても、司法にまたがるPSWの専門性について述べられている（助川[2003]）。
- 21 医療観察法が可決・成立した一方、同年の2003年に厚生労働省は当該年度に申請のあった精神障害者社会復帰施設整備計画を全体の2割しか認めないという結論を表明した。その後、全国精神障害者社会復帰施設協議会をはじめとする関連団体による運動により翌年度以降に優先的に採択される方向になった。この出来事は医療観察法が決して精神障害者の地域生活支援体制の底上げをするものではないことを示したものと見える。
- 22 奈良市では医療観察制度運営連絡協議会の場において、個人情報の取扱をめぐって保護観察所と県・保健所の意見が対立するという事態も起きている。このことについては長野のホームページに詳しい（「長野英子のホームページ」<http://nagano.dee.cc/>）。
- 23 保護監察官との連携について述べたものとして、川原・太田[2005]、須和・青木[2005]。これらを見ると、社会復帰調整官は医療観察法の枠内のみで業務を遂行するのではなく、保護観察業務という大枠のなかで、必要に応じて「自らの専門性を発揮」して、「柔軟」に

実務を行っているようである。

24 筆者はこれまで別稿において、主に社会福祉分野における支援の様態に関連して、「正当化要件が完備された限定つきパートナーリズムは、自己決定／自己決定権を支えるための不可欠な原理かつ行為形態である」という仮説を提示し（樋澤[2005a]、同[2005b]）、また自律支援のための自由への介入の必要性をふまえたうえで、「弱い自己」像を前提とする自己－他者関係を土台とした支援関係構築の必要性を示した（樋澤[2005c]）。以上のように筆者の問題関心は、被援助者の主体性尊重あるいは自己決定の尊重を旨とした支援実践とパートナーリスティックな介入行為との表裏一体性と、それを自覚した実践様態の検討にある。

## (文献)

- 足立昌勝[2002]「市民社会に差別をもたらす心神喪失者等処遇法案の本質」、『福祉労働』、95：12-24.
- 海老正敏[2004]「保護観察所の役割について」、『ジュリスト増刊：精神医療と心神喪失者等医療観察法』：45-51.
- 樋澤吉彦[2005a]「介入の根拠についての予備的考察－「パートナーリズム」を中心に－」、立命館大学大学院先端総合学術研究科先端総合学術専攻博士課程博士予備論文.
- \_\_\_\_\_ [2005b]「『同意』は介入の根拠足り得るか？－パートナーリズム正当化原理の検討を通して－」、『新潟青陵大学紀要』、5：77-90.
- \_\_\_\_\_ [2005c]「『自己決定／自律』及び『自己決定権』についての基礎的考察－支援／介入の観点から－」、『コア・エシックス』（立命館大学大学院先端総合学術研究科）、1：105-116.
- 平野龍一[2004]「精神障害者の処遇」、『ジュリスト増刊：精神医療と心神喪失者等医療観察法』：3-7.
- 五十嵐禎人[2004]「触法精神障害者の危険性をめぐって－刑事司法と精神科医療の果たすべき役割－」、『ジュリスト増刊：精神医療と心神喪失者等医療観察法』：96-101.
- 池原毅和[2002]「精神障害者の責任能力をめぐって：精神医療と犯罪をめぐる法制度」、『精神保健福祉』、33(1)：11-14.
- 今福章二[2005]「医療観察法における地域処遇と精神保健観察」、『日本精神科病院協会雑誌』24(4)：334-339.
- 川原稔・太田岳留[2005]「保護監察官と社会復帰調整官の連携と精神保健観察について」、『更生保護と犯罪予防』、145：165-175.
- 木太直人[2002a]「重大な犯罪行為をした精神障害者の処遇をめぐるとこの間の経過と日本精神保健福祉士協会の取組み」、『精神保健福祉』、33(1)：17-21.
- \_\_\_\_\_ [2002b]「精神保健福祉士の立場から新法案を読む－PSWの専門性と新制度において果たすべき役割と課題－」、『福祉労働』、95：44-50.
- 町野朔[2004]「精神保健福祉法と心神喪失者等医療観察法：保安処分から精神医療へ」、『ジュリスト増刊：精神医療と心神喪失者等医療観察法』：69-73.
- 長野英子[2004]、「強制の廃絶と精神障害者刑事事件救援センターの設立を－心神喪失者等医療観察法廃案闘争を振り返って－」、『インパクション』、141：26-37.
- 中島直[2003]「法精神科医療・医学における『予測』の新しい展開」、『精神医療』、32：54-61.
- 中谷陽二[2004]「触法精神障害者－問題の広がりや深層－」、『ジュリスト増刊：精神医療と心神喪失者等医療観察法』：52-57.
- 中山研一[2005]「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.
- 日本精神保健福祉士協会[2002]「重大な犯罪行為をした精神障害者とPSWの視点」、『精神保健福祉』33(1)：4.
- 大塚淳子[2002a]「実践を通してPSWのかかわりの視点を考える」、『精神保健福祉』、33(1)：29-36.
- \_\_\_\_\_ [2002b]「精神医療の現場から問う：論点の整理と十分な議論を」、『法と民主主義』、370：26-28.
- \_\_\_\_\_ [2003]「重大事件を起こした事例へのかかわりを通して考える」、『精神保健福祉』、34(3)：252.
- 佐賀大一郎[2006]「心神喪失者等医療観察法とPSW」、『精神保健福祉』、37(2)：125-129.
- 佐藤園美[2006]「触法精神障害者の地域処遇：「社会復帰調整官」の役割についての一考察」、『長野大学紀要』、27(4)：9-16.
- 白木功[2004]「審判手続きを中心に」、『ジュリスト増刊：精神医療と心神喪失者等医療観察法』：12-31.
- 助川征雄[2003]「英国の司法精神医学サービスにおけるソーシャルワーカーの役割」、『精神保健福祉』、35(1)：80-83.
- 須和美智穂・青木由美[2005]「保護監察官と社会復帰調整官が連携した処遇事例」、『更生保護』、56(11)：46-51.
- 高木俊介[2002]「ソフトな保安処分としての医療観察法案－これは医療ではない－」、『福祉労働』、95：35-43.
- 八尋光秀[2002]「『再犯のおそれ』を理由にした強制隔離は憲法に違反しないか」、『福祉労働』、95：25-34.
- 山口幸男[2005]『司法福祉論（増補版）』、ミネルヴァ書房.
- 弥永理絵[2007]「社会復帰調整官の役割」、『こころの科学』、132：68-71.
- 吉岡隆一[2003]「リスク評価パラダイムへの転換－司法精神医学と一般精神医学の包摂－」、『精神医療』、32：39-52.

# Problems of Legal Compulsion and Social Work: Certified Psychiatric Social Workers and the Act for the Medical Treatment and Supervision of Insane and Quasi-insane Persons who Cause Serious Harm

HIZAWA Yoshihiko

**Abstract:**

The present paper examines the role of certified Psychiatric Social Workers (PSW) in relation to the Act for the Medical Treatment and Supervision of Insane and Quasi-insane Persons who Cause Serious Harm (Medical Treatment and Supervision Act). At first, the Japanese Association of Psychiatric Social Workers (JAPSW) had reservations about the Medical Treatment and Supervision Act. But then JAPSW deeply took part in the Medical Treatment and Supervision Act. The reason is that the purpose of the Medical Treatment and Supervision Act is medical treatment for rehabilitation into society. I examine the role of PSW based on the Medical Treatment and Supervision Act in three areas: the perspective of social work, the practice of intervention and community mental health. In conclusion, I present the necessity for flexible practice of intervention based on the perspective of social work.

**Keywords:** Act for the Medical Treatment and Supervision of Insane and Quasi-insane Persons who Cause Serious Harm, mentally disordered offenders, Psychiatric Social Workers, Rehabilitation into Society Coordinator

