

衆議院 法務委員会 議 録 第 十 七 号

平成十四年六月七日(金曜日)  
午前十時二分開議

出席委員

- |            |            |           |
|------------|------------|-----------|
| 委員長 園田 博之君 | 理事 佐藤 剛男君  | 理事 塩崎 恭久君 |
| 理事 棚橋 泰文君  | 理事 山本 有二郎君 |           |
| 理事 加藤 公一君  | 理事 平岡 秀夫君  |           |
| 理事 漆原 良夫君  | 理事 西村 眞悟君  |           |
| 荒井 広幸君     | 太田 誠一君     |           |
| 後藤田正純君     | 左藤 章君      |           |
| 笹川 堯君      | 下村 博文君     |           |
| 鈴木 恒夫君     | 西田 司君      |           |
| 平沢 勝榮君     | 保利 耕輔君     |           |
| 柳本 卓治君     | 吉野 正芳君     |           |
| 岡田 克也君     | 鎌田さゆり君     |           |
| 佐々木秀典君     | 日野 市朗君     |           |
| 水島 広子君     | 山花 郁夫君     |           |
| 石井 啓一君     | 福島 豊君      |           |
| 藤井 裕久君     | 佐々木憲昭君     |           |
| 中林よし子君     | 植田 至紀君     |           |

- |                          |
|--------------------------|
| 議員 法務大臣 平岡 秀夫君           |
| 法務副大臣 森山 眞弓君             |
| 厚生労働副大臣 横内 正明君           |
| 法務大臣政務官 宮路 和明君           |
| 政府参考人 下村 博文君             |
| (内閣府政策統括官) 江崎 芳雄君        |
| 政府参考人 古田 佑紀君             |
| (法務省刑事局長) 横田 尤孝君         |
| 政府参考人 政府省保護局長 横田 尤孝君     |
| 政府参考人 文部科学省大臣官房審議 玉井日出夫君 |
| 官 文部科学省大臣官房審議 玉井日出夫君     |

第一類第三号 法務委員会議録第十七号 平成十四年六月七日

- |                          |
|--------------------------|
| 政府参考人 文部科学省大臣官房審議 清水 潔君  |
| 官 文部科学省大臣官房審議 中村 秀一君     |
| 政府参考人 厚生労働省大臣官房審議 中村 秀一君 |
| 官 厚生労働省大臣官房審議 中村 秀一君     |
| 政府参考人 厚生労働省社会・援護局 高原 亮治君 |
| 障害保健福祉部長 横田 猛雄君          |
| 法務委員会専門員 横田 猛雄君          |

委員の異動

- |           |        |        |
|-----------|--------|--------|
| 六月七日 補欠選任 | 石井 啓一君 | 福島 豊君  |
| 六月七日 補欠選任 | 木島日出夫君 | 中林よし子君 |
| 同日 補欠選任   | 不破 哲三君 | 佐々木憲昭君 |
| 同日 補欠選任   | 石井 啓一君 | 福島 豊君  |
| 同日 補欠選任   | 木島日出夫君 | 中林よし子君 |
| 同日 補欠選任   | 不破 哲三君 | 佐々木憲昭君 |
| 同日 補欠選任   | 石井 啓一君 | 福島 豊君  |
| 同日 補欠選任   | 木島日出夫君 | 中林よし子君 |
| 同日 補欠選任   | 不破 哲三君 | 佐々木憲昭君 |
| 同日 補欠選任   | 石井 啓一君 | 福島 豊君  |
| 同日 補欠選任   | 木島日出夫君 | 中林よし子君 |
| 同日 補欠選任   | 不破 哲三君 | 佐々木憲昭君 |

- |                                          |
|------------------------------------------|
| 六月七日 裁判所の人的・物的充実に関する請願(赤嶺政賢君紹介)(第三八七三三号) |
| 同(石井郁子君紹介)(第三八七四四号)                      |
| 同(植田至紀君紹介)(第三八七五五号)                      |
| 同(小沢和秋君紹介)(第三八七六六号)                      |
| 同(大幡基夫君紹介)(第三八七七七号)                      |
| 同(大森猛君紹介)(第三八七八八号)                       |
| 同(木島日出夫君紹介)(第三八八九九号)                     |
| 同(児玉健次君紹介)(第三八九〇〇号)                      |
| 同(穀田恵二君紹介)(第三八九一〇号)                      |
| 同(佐々木憲昭君紹介)(第三八九二〇号)                     |
| 同(佐々木秀典君紹介)(第三八九三三三号)                    |

同(志位和夫君紹介)(第三八八四四号)  
同(塩川鉄也君紹介)(第三八八五五号)  
同(瀬古由起子君紹介)(第三八八六六号)  
同(中林よし子君紹介)(第三八八七七号)  
同(春名真章君紹介)(第三八八八八号)  
同(不破哲三君紹介)(第三八八九九号)  
同(藤木洋子君紹介)(第三八九〇〇号)  
同(松本善明君紹介)(第三八九一〇号)  
同(矢島恒夫君紹介)(第三八九二二二号)  
同(山口富男君紹介)(第三八九三三三号)  
同(吉井英勝君紹介)(第三八九四四四号)  
同(漆原良夫君紹介)(第三八九五五五号)  
同(不破哲三君紹介)(第三八九六六六号)  
同(水島広子君紹介)(第三八九七七七号)  
治安維持法犠牲者国家賠償法の制定に関する請願(大幡基夫君紹介)(第三八九八八八号)  
同(北川れん子君紹介)(第四〇〇二二二号)  
同(近藤昭二君紹介)(第四〇〇三三三三号)  
は本委員会に付託された。

本日の会議に付した案件  
政府参考人出頭要求に関する件  
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案(内閣提出第七九号)  
裁判所法の一部を改正する法律案(平岡秀夫君外五名提出、衆法第一八号)  
検察庁法の一部を改正する法律案(平岡秀夫君外五名提出、衆法第一九号)  
精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部を改正する法律案(水島広子君外五名提出、衆法第二〇号)

内閣提出、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案、平岡秀夫君外五名提出、裁判所法の一部を改正する法律案及び検察庁法の一部を改正する法律案並びに水島広子君外五名提出、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部を改正する法律案の各案を議題といたします。  
この際、お諮りいたします。

各案審査のため、本日、政府参考人として内閣府政策統括官江崎芳雄君、法務省刑事局長古田佑紀君、保護局長横田尤孝君、文部科学省大臣官房審議官玉井日出夫君、大臣官房審議官清水潔君、厚生労働省大臣官房審議官中村秀一君及び社会・援護局障害保健福祉部長高原亮治君の出席を求め、説明を聴取いたしたいと存じますが、御異議ありませんか。  
〔異議なし〕と呼ぶ者あり

○園田委員長 御異議なしと認めます。よって、そのように決しました。

○園田委員長 これより質疑に入ります。  
質疑の申し出がありますので、順次これを許します。塩崎恭久君。  
○塩崎委員 自民党の塩崎恭久でございます。昨年の六月に池田小学校であのような悲惨な事件があったわけであります。あのときのマスコミなどの反応を見てみますと、言ってみれば今回ここでみんなで議論をする問題の歴史の長さ、そして問題の深さというものを端的にあらわすような、社会の根底にある精神障害者に対する見方あるいは対応の仕方というものが凝縮されていたような感じがするわけであります。あのとき私も自民党でもすぐに会合を開いたわけでありますが、マスコミはもちろんであります。やはり一部国会議員の中にも今までの流れの中から出てく

る発言というものがあつたわけでありす。例えば、何で精神障害者を野放しにしていたんだというような発言とか、それから、全国の学校にモニタテレビをどんどんつけろというような対応であるとか、非常に象徴的な対応ぶりが見られて、言つてみれば社会の中で隔離をするという、これまでややういふ批判が多かつたわけでありすが、そういうことが端的にあらわれる対応があつたわけでありす。

その際、小泉総理は、法的な不備を直し、そしてまた医療の充実を図れ、こういうことで、それまでにもう既に、平成十二年だつたでしょうが、精神保健福祉法の改正などのときの附帯決議でも、この問題については、心神喪失等の状態で重大な犯罪行為を犯した場合の障害者の扱いについてやれということ、保岡法務大臣もこの問題について明確にお話をされておつたわけでありす。

私も自民党の中でもチームができ、佐藤理事が中心となつて我々も議論に参加し、与党でも議論して、そして今回の法律で政府が出してきた、こういうことで、我々の議論の積み上げの結果だと思ふわけでありす。

私どもの地元でもいろいろと反応があつて、昔からの一緒に勉強している精神障害者のお世話をしている仲間とか、そういう人たちからもいろいろ聞きますけれども、一様に言われていることは、やはり精神障害者の方が自分の生まれ育つた地域で当たり前に生き生きとした生活が実現できるように、言つてみれば社会を変えよう、そして医療を変えよう、地域を変えよう、こういうことが一貫して、いろいろな人からメールが来ていますが、あつたわけであつて、こういった基本を我々は忘れてはならない。

よく議論のときに、二段ロケットみたいなものであつて、今回のように法的な不備として医療それから社会での受け入れ体制を直すということ、を、初めてこれはきつとした議論をするわけでありすから、それを第一段目のロケットとすれ

ば、第二段目は、やはり医療、福祉、社会の受け入れ体制、こういったものをどうきつと手当てしていくのかということ、第一段目のロケットだけ上がつて第二段目に点火しないというのじゃ困るわけであつて、これは、我々の中の議論、今回民主党さんも対案を出してこれらについて、問題でありますから、大いにこれは議論をして、問題が今まで膠着状態だったのをぜひ前向きに進めたい、そんな気持ちでございすので、きょうは第一回目という初めてのことで、私、質問に立たせていただいて大変ありがたく思つております。

特に今回、政府案については、私も地元でもいろいろ聞いてみると、やはりかなり批判もあるわけす。しかしその批判が誤解に基づいてるものもたくさんあるので、ぜひこの議論を通じて、何が問題で、そして本来政府案として何をやるうとしてゐるのか、あるいは民主党さんが御指摘になつたことは何なのかということ、を明らかにすることがこの国会の役目だ、こう思つておりますので、よろしくお願ひしたいと思います。

まず法務大臣にお尋ねをしたいわけでありすけれども、この法律ができてどのくらいの人を一体対象にすると考えてゐるのか、そして、そもそもこの法律の最大の目的は何なんだということからまずお聞かせをいただきたいと思ひます。

○森山国務大臣 この法律の最大の目的と申しますのは、この法律の第一条にも「目的」としてはつきり書いてございすけれども、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った人について……（塩崎委員「その中のどれかということ」と呼ぶ）最終的には、そういう方々に医療を確保いたしまして、病状を改善して社会復帰を促進するということが目的でございす。

○塩崎委員 何人が対象になるのかというのはまたお聞かせをいただきたいと思ひますけれども、何といつても今批判があるのは、今度の指定入院医療機関から出てこれなくなるんじゃないか、要するに隔離されるんじゃないか、そういうためにあるんじゃないかということを、再犯のお

それ、再犯という言葉は出てこないんですけれども、そういうふうな俗に言われていることなどの批判があるわけであつて、今の最後の、社会復帰を促進することを目的とするということが最大の目的だということを確認したかったのですが、それでよろしいですか。

○森山国務大臣 おっしゃるとおりでございす。

○塩崎委員 それと、何人ぐらいを大体想定しているのかということですが。

○古田政府参考人 具体的な数値の話でございすので、私から答弁させていただきます。

この法案で対象としております殺人等の重大他害行為、こういう事件を起こしまして、心神喪失あるいは心神耗弱、心神耗弱については疑いがある者も含むわけですが、そう認められて不起訴あるいは裁判で無罪等になつた者、こういう方たちの数が年間大体四百前後でございす。したがいまして、その全員がそうなるというわけでは必ずしもありませんけれども、四百というのが一つの数字としての目安になろうかと思ひます。

○塩崎委員 そこで、今回、いろいろ我々の自民党の中での議論も大分ありましたが、最終的には、入院をするか通院にとどめるかという判断を合議体による裁判で決める。それも、「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。」と第十四条に書いてあるわけでありすが、裁判というのとは一体何だ、これは本当に裁判なのかという疑問が当然起きるわけす。つまり、精神保健審判員というのは精神科のお医者さんになる可能性が高いわけであつて、こういう方が絡んだものを裁判と呼ぶのか。

実は、精神科のお医者さんの方がこれに関与することによってどういう役割、どういう責任を負うことになるんだらうかというところで、新しいものですか大変不安に思つていらつしやる先生方も多いようなんです。

法令用語辞典というのを見ると、裁判所または裁判官が具体的な事件について下す判断を言う。と。判断をさせて裁判、こう言つてゐるようであ

りますが、今回のこの評決をする行為というのは一体何なのか、そしてどういう責任があるのか、どういう役割分担になつてゐるのかということ、を簡潔に願ひします。

○古田政府参考人 この法案で定めております仕組みは、これはまさに裁判所として行うものでございすので、そういう意味では裁判でございす。その中で、医師である精神保健審判員の役割、これは、医師としての専門的な知識、経験、これを裁判をする上での判断の中で十分活用していただいて、もともと裁判官である裁判官と十分議論をした上で、医学的、医療的にも、あるいは法的にも最も適切と考えられる判断をする、そういうことになるわけでございます。

これはあくまで裁判所としての決定でございすので、個々の責任というのが具体的にどうなるかというようなことではございせん、あくまで裁判所の決定として、それに参加してゐるという意味で、適正な判断を下すという意味における責任がある、そういうことで御理解をいただきたいと思ひます。

○塩崎委員 ということは、審判員と裁判官は同等な立場で合議によつて結論を導く、こういうことであるわけですね。

○古田政府参考人 御指摘のとおりです。

○塩崎委員 それで、意見の不一致があつたときにどうするんだというところが当然問題になつてゐるんです。それについていろいろな方々から心配が寄せられておりまして、具体的に、簡単に言う、どういふふうな意見の不一致の場合には結論を出すんだということを御説明いただきたいと思ひます。

○古田政府参考人 通常は、ほとんどの場合、十分議論して意見が一致するということにならうかと思ひますけれども、それでも裁判所を構成する者の間で意見の一致を見なかつたときには、これは裁判所としてどういう決定をするかというルールを定めておかなければならないわけでございます。そこで、この法律案におきましては、どうし

でも最後まで意見が一致しなかった場合には、その一致した範囲のところで裁判をするというルールにしております。

具体的に申しますと、例えば、いずれか一人が入院までの必要はない、そういう意見を持つ、他の一人はやはり入院の必要がある、こういうような事態というのがあり得るだろうと思うんですけれども、そういうときには、少なくとも継続的な医療の確保が必要だという限度では意見が一致しているわけですので、そういう場合、入院させない医療を命ずる、そういう決定になるということでございます。

○塩崎委員　ですから、軽い方の判断で統一される、こういうことですね。そういう理解で間違いないければ、発言は結構でございます。

そこで、今回のこの政府案に対して民主党から案が出てきておりますが、いろいろな問題点があるんでしようけれども、どこが両案で違うかという点、退院をした後の体制について、今までの措置入院後のさまざまな問題点について、政府案では精神保健観察官という新しい仕事をつくって、そこがオーガナイザーとなって、地域で生活する入院を終えた人、あるいは初めから通院だけのこともありますが、その人たちのお世話をするし、連携をするということだろうと思うんです。通院の観察制度というものが機能するかどうかということが、入院のままで隔離されてしまうのかどうかという点の非常に大きな決め手になるし、それから、地域の中で本当に暮らしているのかどうかという問題にもかかわってくるわけでありまして、この通院の観察制度というものが非常に大事だと思うんですね。

私も地元でお医者さんなんかと勉強会なんかをやっていると、今の措置で、一たん退院して例えば二週間に一回とか一カ月に一回来なさいねと言っても、結局来なくなつて、次に来るときはまた問題を起こしたときに来るということが余りにも多いんだということを先生から聞いているわけです。

ここについては、実は、その一方で保護司の皆さんが非常に心配していて、自分たちがそれをやらされるのかというようにございまして、それは誤解だろうとだんだんわかってくれると思うんですけども、どうやってこの精神保健観察官というのを人材を確保して、養成して、いつからそういう活動が始まるのか。それから、関係者間の連携ということになっていきますが、これもどういふふうにならうかというのか。これをぜひ、きちっと説明していただきたいと思ひます。

○古田政府参考人　御指摘のとおり、病院の中で治療ということだけではなく、病院外でのいろいろなケア、医療の確保というのは非常に重要な問題でございます。この点につきましては、この法案では、今、全国に五十カ所保護観察所がございまして、その地域的な言つてみればネットワークを生かしまして、保護観察所を中心に、病院でありますとか、保健所でありますとか、そういう精神医療関係の方々と十分協力できるネットワークを構築いたしまして、そのことによって、院外で治療を受けている方々、そういう人たちのいろいろな生活面での援助あるいは指導等の観察をきめ細かに実現していく、それによって、今御指摘のような問題をできるだけ少なくしていきたい、そういう考えでこの法案は仕組みをつくっているところでございます。

【委員長退席、佐藤剛委員長代理着席】  
○塩崎委員　大体、何人ぐらいを想定しておられるのかということと、いつからそれを本場にスタートするのか。これは、施行は公布後二年以内です。そうすると、いつからどのくらいを目標に確保していくかというのをお答えいただけますか。

○横田政府参考人　お答えいたします。まず、人数の点でございますけれども、先ほど委員の御質問の中にございましたように、この精神保健観察にかかわる仕事につきましては、保護司さんの直接関与ということは前提としておりませんで、精神保健観察官が直接実施をする、こう

いう建前の制度でございます。

したがって、保護観察所が担うそういったいろいろな業務がございすけれども、それを適切に円滑に実施しまして、地域社会内における処遇を効果あるものとするためには、全国に五十カ所保護観察所がございす、そのすべてに精神保健観察官を配置する、という考えでございます。塩崎委員「何人」と呼ぶ保護観察所のすべてにということ、その中でまた相当な数を配置するということになっております。

○塩崎委員　五十カ所あって、それぞれに相当な数というのは、大体何人のことを言っているんですかね、イメージとしては。

○横田政府参考人　お答えいたします。具体的な数字というのは、まだなお若干詰めの問題がございすけれども、いざにいたしましても、必要な数の確保に努めてまいりたいということをやっております。

○塩崎委員　必要な数というのを聞いてるんですけども、余り時間をとられるのばかばかしいので、後で後藤田さんあたりにちよつとまた聞いてもらおうかなと思ひますが、もう少しそのところはきちつとイメージを出してもらわないと、地域の人たちがみんな心配している、そのところをよく心してやつてもらいたいと思ひます。

こばかり言つていもうが、先ほど申し上げたように、一段目のロケットはこれでいくとして、問題は二段目の、精神障害者全体に対する医療、福祉の充実強化の底上げというのが大事で、特に、医療それから福祉的な地域での底上げというのが大事だと思うんです。

その中で一番は、ノーマライゼーションの議論のときによく出ますが、やはり偏見というのが、特に、障害者に対する全般的な偏見もあつたが、精神障害に対する偏見というのが物すごく強いんだらうと思ひます。

理指針、マニュアルをつくる、こういうことで、さつきも申し上げたテレビを全国につけるとかなんとか、そういうたぐいの話で、危機管理は危機管理として結構なんです、問題は、単なる防衛だけで済まそうとしていふとするならばこれは教育として非常に問題だと私は思つていて、やはり障害者に対する、とりわけ精神障害者に対する理解を深めるための教育というのを、ではどうしていくのか。

私はアメリカに留学しているときに、子供が幼稚園に行つているときに、ブラインドウイークというのがありまして、一週間、一週間といつても五日ですが、目の見えない方と一緒に幼稚園児が幼稚園で生活をともにする。その中で、何に困つておられるのかということを実際に体験して、何を助けたらいいのかということも覚える。それを幼稚園からやつていふんです。ですから、日本は、文科省にきよう来てもらつていますが、三つの障害、とりわけこの精神障害についてどういふ理解教育をやるかというのか。例えば、精神障害者との交流を持つような機会というのをやっているとのかどうか、その辺をちよつと教えてもらいたいと思ひます。

それがなければ、ただ危機管理だけで、要するにそういう人たちが来るのを防ぐというだけだったら、これは子供のためには何のプラスにもならないわけであつて、それは今までの考え方の延長線上にあるだけの話であつて、幼児あるいは小中学校での教育というのはとても大事だと思うので、そのところをちよつと簡潔に御説明してもらいたいと思ひます。

○玉井政府参考人　お答え申し上げます。学校における安全管理と同時に開かれた学校を推進していくわけでございますけれども、あわせて、子供たちに福祉の重要性について理解させ、思いやりの心や奉仕の精神を育てる、さらに、だれに対しても公正、公平にし、差別や偏見のない社会の実現に努める態度をはぐくむということが、教育上大変重要だという認識を持っておりま

す。  
そのために、既に学習指導要領等におきまして、ボランティア活動など社会奉仕体験活動や、あるいは障害者等との交流などを積極的に行うということとしておりまして、そうした体験を通して、子供たちが障害のある人を正しく理解し、福祉の心や助け合いの心を深めることも私どもは重要だと認識をしております。

そして、もちろん、具体的などという活動を個々具体に行うか、これはやはりそれぞれの地域の実情や学校の実態によつて各学校が工夫を図ることとでございますけれども、先ほどおっしゃった精神障害者の関係につきまして、例えば実際に、小学校の児童が精神障害者授産施設に通所する人々と農作業やゲーム等の交流を行つて、子供たちが施設の人々と自然に触れ合うようになったという事例も見受けられるところでございます。

私どもとしては、先ほど申し上げたとおり、子供たちが同じ社会に生きる人間としてともに助け合い、支え合つていくことができるよう、そういう体験を通して障害のある人々との、いわば正しい理解、そして福祉の心、助け合いの心を育てていきたい、かように私どもは思っております。

○塩崎委員 それぞれの地域、学校が決めるというところでありますけれども、今、授産施設との交流とかそういうのも見受けられるとおっしゃった。見受けられるというのは、大体ばらばらとあるから何かそういうのもあるというぐらいのことだということに聞こえるんですね。そんなものでいいのかということ、文科省としての何か強い方針とか意思というのは、今の御答弁だと感じられないんです。大事だということはわかりますけれども、では、どうやって具体的に実行せしめるんだ、そこが大事で、あとはそれぞれの学校が決めることだといってはたしかしておいたら、散見される程度で終わっちゃうんじゃないの。

○玉井政府参考人 お答え申し上げます。  
今、体験活動というのが大変重視されております。

して、これはそれぞれの発達段階に応じて行つておりまして、その促進を私どもは図っております。そういう中で、御指摘の趣旨も踏まえながら、今後とも努力させていただきたいと思っております。

○塩崎委員 極めて具体性に欠くので不満でございます。

時間がないので次に行きます。  
精神医療の質的な向上の問題でありまして、やはり日本は圧倒的に病床が多いということ、それから入院が長期だということが最大の問題だと言われております。

もう時間がないので全部言っちゃいますと、私は、やはり病床は削減をしないと駄目と。七万人と呼ばれている社会的入院、これは認めていただけのかどうか認識を聞きたいということ、精神科のお医者さんは十万人に対して八人ということ、アメリカは十・五人でフランスは二十人。若干やはり少ない上に、こういうふうなベッドが多ければ手薄な医療しかできない。お医者さんも一生懸命やるけれども、そうなっちゃう、こういうことでありますから、ここもどうだろうかという問題があります。

これは当然病床を削減して、あと、きちっと配置基準も改善させて、そして恐らく今まで手薄だった、精神科特例と広い意味で呼ばれてきたこの少なさというものを、例えば診療報酬の問題を含めて直していかなければいけないんだらうと思ひます。

一遍に全部言っちゃうと申しわけないんですが、例えば、これからは地域で精神障害者の方々が生き生きと暮らしていただく、こういう方向でいこうとするわけですから、当然病気になる方向になったときには家庭で、在宅で、こういう方向になると思ひます。そうすると、訪問看護、今これは実は若干精神科の加算はされているんですが、訪問診療の方には加算をされていないというようなこともある。

そういうことで、医療全般の底上げについてどうお考えになつていらっしゃるのかということをお聞きしたいと思ひます。

○高原政府参考人 委員御指摘のとおり、条件が整えば退院可能な者は約七万人と考えております。

それから、人員基準についてでございますが、現在、精神科は、大学附属病院いわゆる総合病院の精神科とその他の精神科に分けております。その他の精神科については、御案内のとおり、療養病床と類似になっておりますが、実態をいたしましては、診療報酬制度におきまして精神病院の約七割が、看護職員でいいますと四対一以上というふうな形で進捗しております。

現在、社会保障審議会障害者部会精神障害分會におきまして、精神保健、医療、福祉の総合的な計画を検討しております。この一環として精神科の機能分化を行ひまして、その結果を踏まえて、精神科の人員配置基準につきましても見直してまいりたいというふうな考えをしております。

ことしの夏に総合計画を策定しまして、明年度を初年度といたします新しい障害者計画の中に盛り込んでまいりたい、そういうふうな考えをしております。

○塩崎委員 訪問診療を促進するという話はどんなんですか。

○高原政府参考人 訪問診療、いわゆる往診と訪問看護サービスでございますが、これらは、先ほどお話がございましたとおり、ややもすれば通院が中断しやすい精神障害の患者さんにとつて非常に貴重な資源であると考えております。この点につきましても、そういうふうな点をしっかりと踏まえまして、充実強化を図つてまいりたいと考えております。

○塩崎委員 よく車の両輪と呼ばれている保健、医療、福祉のレベルアップというか、これが本場に体制が整うかどうかによつて、入院あるいは通院になる、今回の制度によつて障害者の皆さんが社会にもう一回帰つて、そして生き生きと暮らして

ていけるかどうかの決め手になるわけであります。

今まで、実は、私も地元での、例えば今回、池田小学校の事件が起きて行つたお医者さんたちの勉強会で、精神科の先生方のお話を聞く機会というの、ほとんどほかの先生方はないということを見つけた。三時間ぐらい勉強会をやつてみて、他科の先生方は、きょうの勉強会は非常に役立った。それは、要するに、精神科の医療のことについて他科の先生方は触れることもないし、余り理解がなかったということを反省する先生もおられました。

そういう意味で、やや光の当たり方が少なかつたこの分野で、医療も福祉も保健も、あらゆることについて、改めて、今回のさまざまな議論を通じて問題の認識というのを深めて、先ほどの、文科省も口で言うだけではなくて、どういう実効性のあるプランをもつて津々浦々まで真のノーマライゼーションを心の中から図つていくのかということが大事なんでありまして、そういう哲学論はみんな大体同じようなことを言うわけであつて、実効性のある施策をどうやるかということが大事なんです。危機管理も結構ありますが、心の中の改革というのをやつていただかなければならないというふうに思ひます。

時間でありまして、これで質問を終わらせていただきます。ありがとうございました。

○佐藤(剛)委員長代理 次に、後藤田正純君。

○後藤田委員 まず基本的な質問なんです、先ほど塩崎議員からも本法案の提出の目的という質問がございましたけれども、先ほど大臣からの御答弁、聞かせていただきました。目的と背景というのの違いがあると思うんですが、私は、重ねて本法案の提出に至る背景について、いま一度、基本的なこととさせていただきますので教えていただきたいと思ひます。

なぜなら、今回の法案の論点といひますか、ポイントというのは、精神医療と刑事司法、このはざまをどうやって埋めていくのかというのが今回

の法案の難しさであり、今までのいろいろな背景の中で日本が、行政がしてこなかったことを改めて体制を整備しますよということだと思ふんですね。

先ほどの目的ということで、大臣はいわゆる精神障害者の方々の社会復帰ということをおっしゃっておりますが、もう一つ、刑事司法という部分の被害者だとかその家族だとか、そちらの方を何か遠慮して言わないような、そんなところがあるんですよ。そこは明確にやはり言うべきじゃないかな。背景ということでの質問で、その言葉が今から聞けるかどうかわかりませんが、精神医療の向上というのはもちろん必要なわけであって、野党の案にもそのことが書かれている。でも、それと司法精神医療とは別個に考えていかないとこの問題というのは前に進まないし、日本が世界においておかれている部分、ここをやはり明確にすべきだと私は思っておりますので、そのことも踏まえて、この法案提出の背景、目的は先ほど聞きましたが、それに関連した背景についてもう一度ちょっと教えていただきたいと思います。

○森山国務大臣 心神喪失等の状態で重大な他害行為が行われる事案につきましては、被害者に深刻な被害が生ずるばかりではなくて、精神障害を有する人もその病状ゆえに加害者となってしまうという点で極めて不幸な事態であるというふうに思います。

現に、法務省の調査によりますと、精神障害によって心神喪失等の状態で殺人、放火等の重大な他害行為を行った者であって、不起訴処分となつて、または無罪の裁判を受けたというふうなもの数が、先ほども出ておりましたが、年間約三百数十人見られるということでありまして、これらの者の多くがその行為当時治療を受けていない、あるいは通院による治療も受けていないなどのようなことがわかつていくてございます。

このような人に対しては、必要な医療を確保して、不幸な事態が繰り返されないようにすることが大変大事であり、そして、その社会復帰

を図ることが目的、理想であると思ふますので、このような者の処遇につきましては、精神医療界を含め、国民各層から適切な対策が必要であるという意見がかねてあつたところでございます。

そこで、先ほどの御質問のときにも出ておりましたけれども、保岡大臣のころからその必要性を委員会で申し上げておまして、一年以上前、昨年のお正月ごろから専門家の検討会を始めておりました。何とか早くその体制を整えたいと考えておりましたところ、昨年の六月でしたか、池田小学校の事件もありまして、社会的な関心も大変高まったということが背景にあるわけでございまして、かねての研究を促進いたしまして、このたび御提案申し上げているような法案となつたわけでございます。

○後藤田委員 これは担当の部局の方で結構でございますが、今大臣おっしゃられたように、背景としていわゆる重大な他害行為が増加傾向にあるということでございますが、私が法案の参考資料でいただいた中で、これはどういう比較をされているのかからなのですが、前科がある方の事件発生数が、十年前ぐらいと比べると、パーセンテージとしては何か減っているんですよ。当初三〇%台だったのが最近二〇%台ぐらいになっている状況。

この数字はどう見たらいいのかなということですが、これは事前にちよつとお話ししてなかったのですが、資料の中にあつたものから、そのことをもしおわかりであればお答えいただきたい。それがそのまま、いわゆる俗に言う再犯、そこに当たるのかどうかというの私わからないんですが、その数字の意味合いをちよつと御説明をもしいただければ、教えていただきたいと思ふます。

○古田政府参考人 確かに、精神障害の影響のもとで行われたと考えられる事件数は、長期的に見ると減少傾向にあるように思っております。この原因がどこにあるかということになりますと、

これはいろいろ仮説として考えられることはありますが、なかなか確定的なことは申し上げられない。

ただ、一つの仮説として、精神医療が徐々に向上してきて、それによつてそういう事件が減つていつていくということはあるのではないかと、いふに思ふわけでございます。それとも一つは、その治療技術の発達と多分裏腹のことではないかと思ふますが、昔に比べると、責任能力に影響があるような、そこまでの重大な事態には精神障害という面から見ても至らないケースもふえてきたのではないかと、これはあくまで仮説でございますが、そういうふうには思つております。

○後藤田委員 今、一方で、率としては減少傾向であるということ、刑事局長はおっしゃったんですが、それは精神医療技術の発展ということだと。私もそう思いたいんですよ。

ということになりますと、今回法案が二つ出ていますが、私は、政府の案で、いわゆる精神医療については厚生労働省さん初め、そこら辺はある程度充実してやつてきた。先ほど私が冒頭申し上げたように、今回の問題というのは、精神医療と刑事司法、二つ分けて、そして一方で、日本が司法精神医療という新しい分野にどう対応していくか、ここが私は一番の問題であるというふうに思つておられるわけですね。これは、後で厚生労働省さんにその点の現状とか対策を聞きます。

もう一つ、今回、何度も言うようですが、この精神医療と刑事司法という問題のその複雑さ、困難さというのがあるんですが、そんな中で、このたびの内容でいいますと、裁判所で裁判官と精神科医が合議制で行う。一方で、精神科医二人、そのままでいこうという野党の案があるようでございます。

これについて、私は、やはり裁判官が加わるというのが、まさに先ほど大臣がおっしゃられたような新しい、もしくは今までの事件の背景だとか法案の背景だとか、そういったものに対して対応が今までできなかったからこそ裁判官を入れて司法的側面を加えるということだと思ふます。

が、その点について御意見があればちよつといただきたいと思つておりますが、そのとおりよろしいでしょうか。刑事局長。

〔佐藤（剛）委員長代理退席、委員長着席〕  
○古田政府参考人 先ほど大臣から申し上げましたことに若干補足して、今のお尋ねにお答えしたいと思います。

第一点の問題といたしまして、重大な他害行為を行った、そういう不幸な事態に至つた、こういう場合には、被害者の方もいらつしやる、あるいは本当に不幸に遭族になられた方もおられる。そういう点から申し上げますと、できるだけしっかりと手続で、そういうようなことをするに至つた人についてきちつとした処遇を決めてもらいたいという思いは少なくともあるのではなからうか。しかも、その手続ができるだけ被害者や遺族の方にも目に見えるものにしてほしい、こういうお気持ちも恐らくあると思うわけでございます。

そういうようなことも踏まえて、そういう事態になつた場合には、現在の法制度の中で最も慎重、あるいはしっかりと手続と言うと語弊があるかもしれませんが、そういう仕組みになっていると考えると、裁判制度の中でこの問題を決めるというのが適當ではないか、そういうことでございます。ただ、これは非常に医療的な問題を含むものでございますから、そういういろいろな、先ほど申し上げましたような御要請と医療的な判断が十分反映できる、そういう仕組みをつくるのが適當ではないかということからこの法案を御提案するに至つたということでございます。

○後藤田委員 今のお話のとおり、もちろん、精神障害者の人権とか社会復帰、これは本当に重要なテーマなんですけれども、やはり被害者の家族のことも考えなくてはいけないのは本当に当然だと思つております。

そんな中で、今回は、いわゆる他害行為のおそれということで、その対応をわけでございまして、初犯の防止策というか、何も今まで犯罪行為をし

ていない方でもその可能性だとかというものに、行政としても、もし被害者が出たらという予防的な側面として、これからというか今までというか、今という考え方を持たれているのかというのがまず一点でございます。

もう一つは、もちろん、健常者の方が犯罪を犯したら当然司法で裁かれるということでございますが、ちょうどその間に入るような方、例えばストーリーカードとか、もう一つは、非常に残念なあれでございますが、躁うつが激しい方なんかで、しかしそこは精神障害とは判定できないような場合、その方々がもし重大な犯罪を犯した場合はどうするかということで、その被害も最近散見されるのかというわけでございますが、その防止策についてはどのように考えられているか、ちょっと教えていただきたいと思ひます。刑事局長。

○古田政府参考人 過去にいろいろな犯罪に当たるといふ行為がなく、精神障害の影響で犯罪行為をするに至った、こういうケースをどう防止するかというところは、端的に申し上げれば、やはり精神医療全体を改善していただいて、ボトムアップしていただいて、それによって、精神障害の影響による重大な問題行動、こういうのができるだけ少なくなるようにしていただくということになろうかと思ひます。

それから、ただいまストーリーカードのお話もございましたが、精神障害の重大な影響があるという場合でなければ責任無能力とかあるいは責任が軽くなるというところはもうないわけで、当然、重大な犯罪行為をすればこれは刑事処罰の対象になつていくわけでございます。

ただ、多分、ただいまのお尋ねの中には、精神障害とまでは言えないけれども、いろいろな意味で問題を起こしやすい人にどういう対応をすべきか、こういうお尋ねも含んでいるのではないかと思います。これは、確かに外国でもいろいろな実験と試み等もございしますが、やはりさまざまな形で、例えば刑務所で服役するということになりますれば、その刑の執行中に、そういう問題も十分

把握した上で、それに対していろいろな働きかけを行つていくというふうな努力を積み重ねていくということに対応することとなるかと思つております。

○後藤田委員 わかりました。

次は、厚生労働省さんをお願いしたいんですが、現在の日本のいわゆる司法精神医療の現状につきまして、今把握している中で御見解をいただきたいと思います。あわせて、海外、アメリカ、イギリスそしてオランダなんかも発達しているというふう聞いておりますが、その現状と国際比較について教えていただきたいと思つています。

○高原政府参考人 私どもの把握しておる限りにおきまして、我が国において、司法精神医学、これは学会誌であるとかそれから教科書というふうなものにつきましては余り十分発達していないのではないかと。それから、専門家の先生方も他の精神医学の領域に比べて少ないのではないかと。具体的に言いますと、多く見ても二十人、三十人という程度の方がそれを専攻されている。

国際的に申しますと、アメリカ、カナダ、イギリス、オランダ、ドイツ、それから北欧、ニュージーランド、オーストラリア、そういったところについては、いわゆる専門医制度というふうな形で確立しております。一般の精神医学を研修した後、こういった病棟で勤務をし、場合によれば論文を書く、場合によれば口頭試験を受ける、そういうふうな形で専門性を明確にしてきておる、そういうふうな承知しております。

○後藤田委員 そういう意味では、日本の司法精神医療というのは、今までは何か避けてきたようなそういうイメージがあります。地域医療、医療で何とか解決できるじゃないかというふうなことで今まで来たのが、新たな領域として諸外国ではもう既に整つていたにもかかわらず、それをしてこなかった。このたび政府としては、それを根本的に、抜本的に、前向きにやつていくというふうな考えでよろしいですね。

○高原政府参考人 厚生労働省といたしましては、

医療の一環としての司法精神医療の充実強化に努めてまいりたいと思ひます。

○後藤田委員 そういう意見に対して、また反論する方がいると思ひます。その前にまず地域医療だとか専門医療をもっとしっかりしろというふうなことをおっしゃる方もいる。

海外がなぜ司法精神医療が発達したのかといったところの背景について、もしおわかりになれば教えていただきたいと思います。私が考えるのは、先ほど出た先進諸国も、いわゆる地域医療ということの充実も当然図つた上で、そこでやはり刑事司法と精神医療の間に司法精神医療というものが必要だ、そういう結論に達したのではないかなというふうな思ひですね。でも、日本の場合はそのプロセスを踏んだ上での司法精神医療なのかどうか、その海外との違いをちょっと聞かせていただければと思ひます。

そのプロセスなしに、海外でやつていくからいいねということでは司法精神医療をやるということのか、それとも、日本も同じように、地域医療を充実した上でなおかつ必要なんだという背景でそういう考え方を、司法精神医療が生まれたのか、どっちかなのか。そこら辺をちょっと、重要な問題だと思ひますので国民の皆さんに発表していただきたいと思ひます。

○高原政府参考人 ただいまからお話にも出ておりますとおり、地域医療とそれから専門的な司法精神医療ないしはその他の専門的な精神医療の領域というふうなものは車の両輪でございまして、どちらが欠けてももうまくはいかない、そういうふうな考へておるところでございまして、一般的な医療の能力につきましても、医師制度、研修制度の改善であるとか、それからさらに精神科領域につきましては、講習会を行つてある程度の専門性を担保しておるとか、さらにその上に、今後必要になつてくる司法精神医療の専門家も養成していく、そういうふうなことでございまして、委員御指摘のとおりでございます。

○後藤田委員 ということは、しつこいよう

でございますけれども、いわゆる地域医療としての精神医療の密度だとか医療の充実をして、完全に、極端に言うると一対一対応ぐらいでそういう医療を行つても何がしかの自傷他害の行為の可能性というのがありますねという御判断をされておられるということでしょうか。

○高原政府参考人 一般的にはそういうことが言えると思ひます。他の医学領域、医療領域におきましても、専門家の度合いというものは近年とみに増してきておるわけでございまして、司法精神医療というふうな領域につきましても、その固有の専門性、技術性、そういったものについてもさまざまな発表ないしは報告が見られるところでございまして。これは医師だけではなくて、例えば看護師等につきましても同様のことが言えるわけでございまして、こういうふうな専門的、高度な医療が可能であるにもかかわらず我が国においてそれは残念なことであると思ひます。

それから、委員御指摘の、その成立経過について、単に物まねしているのかどうかということでございますが、これは確かに、特にイギリス等につきましては制度が割と古くから、前世紀からあつて、それに従事する医療関係者がその専門性を高めていった、制度と相携えて進んでいったという面ももちろんありますが、特に一九八〇年から九〇年、二〇〇〇年というふうなところに向けて、かなりのブレイクスルーというふうなのがいわゆる薬についても行動療法といった精神療法についても見られたわけでございまして、こういうふうなものも迅速に我が国に取り入れて普及する必要があるというふうな考へております。

○後藤田委員 これは最後の質問になつてしまふのかもわかりませんが、司法精神医療の充実発展のために具体的にどういう環境整備もしくは専門教育をしようということを考へているのか、教えていただきたいと思ひます。

○高原政府参考人 これは、人材養成というふうなものは時間もかかるわけでございまして、すそ



野を広げること、それから、先ほども申し上げましたように、一般の地域医療を強化するんだ、その一般の地域医療の中で精神医療を強化するんだ、その精神医療のある部分として司法精神医療を強化するんだ、こういうふうなシナリオになって、それはそれぞれのパートで進めていくわけであります。

司法精神医療につきましては、例えば、我が国でその指導医となつて、後進もしくはこれから研究していただく、臨床に従事していただくための先生というふうな方につきましては、我が国で相当の経験、措置制度ということで自傷他害のおそれのある患者さんの診療に従事したドクターも多数いらっしゃると思いますので、そういった方の中で御希望の方ないしはお願いしたい方を留学していただきますして、例えばイギリスで申しますと一年制のディプロマメントというコースがございますが、そういうふうな国際的な、まあ国際的なレベルといえますと、そのディプロマを持ってから専門医療に従事して論文を書いたり、教職についてたり、治療したりということで指導的な位置になるんですが、そこまで一気にできませんので、しかしながらスタートさせなければなりませんので、この法が公布された後二年間の準備期間またはこれからの間に最大限の人的な整備をやつてまいりたいと思います。これは、看護職それからケースワーカー、それにつきましても同様の研修を行つてまいりたい、そういうふうと考えております。

○後藤田委員 ありがとうございます。  
今回の問題は、精神医療と刑事司法という二つの大きなはざまをどうやって埋めていくかということでありまして、どちらかをどうする、そういう古い発想ではなくて、今御質問を重ねました新しい分野、司法精神医療を、私は、本当にこれは諸外国におくれをとらないように、またキャッチアップできるようにぜひ充実をさせていただいて、本法案を前向きにお進めをいただきたいというふうに思っております。

以上、質問を終わらせていただきたいと思います。

す。

○園田委員長 福島豊君。

○福島委員 大臣、大変御苦労までございます。私の持ち時間の三分は、専ら精神医療の話について聞かせていただきます。

本日の朝日新聞の社説では、「精神医療 質の向上を急げ」という論説が掲載をされておりました。本法案の質疑ということも踏まえて書かれてあるんだというふうに思いますが、結論として「精神医療の底上げこそ、不幸な事件を減らしてほしい」という願いにこたえるための本道である。このように書かれてあるわけでございます。本法案に盛り込まれておりますところの新しい処遇システムの御提案、これはこれで、私は、我が国においては必要なことだと思つておられますし、先ほど後藤田委員からもお話ございましたように、司法精神医療の確立とともに、着実にそれは実施していかなくやいかぬ。また一方では、この社説にありますように、精神医療、そしてまた福祉の充実ということ、このことは、車の両輪として進めていかなければならないのであるというふうに思っております。そもそも、本法案の名前も、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案ということ、その両方の領域というのが掲げられているわけでございます。

一方、日本の精神医療、そしてまた福祉の実態はどうなんだということを振り返りますと、精神医療のあり方を問う声というのは今までもずっとあったわけでございますけれども、その改革というの、やはり非常に遅い、遅々としてしか進んでいないんじゃないかという指摘があるわけでございます。

思い起こされますのは、アメリカでは、一九六三年に、精神病、精神薄弱に関する大統領教書というものが出されまして、改革が進められました。このことは、当時のケネディ大統領がみずからの親戚を見舞ったときに、その環境が劣悪であるというところに大変驚いて、そして大統領のリーダー

シップのもとに改革が進められた。日本でもさまざまな事件が起こつたわけでございますけれども、ケネディのような役割を果たす指導者がいなかったのではないかとこのような指摘もあります。

この法案の提出に当たつて、さまざまな議論がなされてきたわけでございます。また、諸団体からの要請もいろいろとありました。例えば、自治体病院協議会では、精神保健・医療・福祉施策を一層推進するための新たな計画というものの策定が必要であるということも提言いたしております。具体的には、新たな精神科地域医療計画の策定、精神科救急医療体制の整備、精神科入院医療改善計画、精神障害者のための地域支援長期計画、偏見と差別を解消する長期計画、こういった五つの内容の計画をつくるべきである、こういった提言もあるわけでございます。こうしたものを踏まえてお尋ねをさせていただきたいと思っております。

まず初めに、精神医療の充実ということでございます。これは、先ほど申し上げました社説におきまして、こんな書き方がされております。「日本は入院患者数が減らず、三十万人強で横ばいが続いている。この中には、治療の必要がないのに入院している人が七万人以上いる」と厚労省は見ています。入院が減らない一因は、精神科は一般病院より医師や看護職員が少なくて構わないとする政策にある。」というふうな、政策によつてこうした精神医療の貧困というものが起因しているのではないかとこの指摘があります。

私は精神科医ではありませんので、精神科の実情というものを身をもってよくわかつてはいるわけではございませんが、精神科医の和田秀樹先生が、昨年、さまざまな議論がなされていた中で雑誌に投稿されておりますのが、「精神医療の貧困を憂う」というような原稿がございます。その中でも、さまざまな指摘がなされております。

若千御紹介しますと、平成十二年の第四次医療法の改正で精神科特例というものが廃止をされた

けれども、実態としては、精神科の医師一人で五十人の患者を診るという実態は解消されていないという指摘もあります。そしてまた、社会復帰をさせるためには大変なエネルギー、またマンパワーが必要であるけれども、それを支えるのに十分な体制とはなっていない、裏返せば、社会復帰がされないということが長期の入院に結びついていて、こういう御指摘だろうと思ひます。そしてまた、どうしてこういうことになるのかといへば、精神科における診療報酬の評価の低さ、こういうものがマンパワーの投入を不可能にして、悪循環を引き起こしている、こういう指摘も和田先生はいたしております。

こうしたいろいろな御指摘があるわけでございます。昨今は、医療費が増嵩して、何とか抑制をしなきゃいけないという議論ばかり起こるわけでございますけれども、まだまだ十分な資源配分がなされていない領域があるということも我々はよく理解をしなければいけないだろうというふうに思っております。

そしてまた、先ほど来政府からの御説明の中でも、薬物療法が非常に進歩した。このことは事実であろうというふうに思ひます。しかしながら、薬物療法だけで治療ができない、そういう患者もふえてきているということも事実でございます。具体的には、例えばPTSDでありますとか人格障害の患者さんでありますとか、そしてまた神経性の無食欲症の方であるとか、こういった人手をかけなければいけない患者さんもふえてはいるわけですから、こういうことも踏まえなきゃいけないと思ひます。

昨年の議論の中で、私どもは、二十一世紀の精神医療ビジョンというふうなものをつくるべきであるということも提案させていただきました。現在、厚生労働省の社会保障審議会において、精神障害者の医療福祉計画づくりが進められているというふうに通つておりますけれども、こうしたさまざまな指摘を踏まえて、どのように新しい精神医療の体制というものをつくっていくのか、厚生

労働省の御見解をお聞きしたいと思ひます。  
○高原政府参考人 現在の我が国の精神医療に關しまして、私どもの認識を御説明申し上げたいと考えます。

まず、委員御指摘のとおり、現在精神病床に入院中の方々の中には、受け入れ条件が整えば退院可能になるとされている方々が約七万人程度いらっしゃると思います。こうした方々は、社会復帰対策を充実させることによりまして退院が可能になるものと考えられます。

当面、七万床の病床につきましては計画的に削減が可能であるのじやなからうかというふうなことでございまして、このための社会復帰対策をどうやって充実させたいか、ただいま御指摘のとおり、現在、社会保障審議会障害者部会において御検討いただいております。でございます。

しかしながら、七万床が削減されたといひしましても、対人口比では、先進諸外国に比べて多い状態が続くことはまた事実であり、これはさらなる対策が必要なんだろう、そういうふうな認識を持っております。

それから、マンパワーにつきましては、これをどういうふうに評価するかは別といたしまして、ここ二十年程度、臨床に従事する医師の中で精神科を専攻する医師の比率は徐々に向上しております。今五%ちょっとのところまで来ておるわけでございます。それで、この我が国の医師のうちの五%というのは、対人口比にしてみますと、必ずしも少ないものではない。しかし、同じように対人口比にしてみますと、病床数の方はかなり多い。そのために薄く広くて、ただいま委員御指摘のように、人手がかかるような専門的医療が必ずしも十分ではないという点もあるのではなからうか。そして、そういうふうな点については改善していかなければならないのではなからうかという点を考えております。

したがいまして、医療制度と社会復帰制度、そして社会復帰後の在宅福祉サービス、そういったものにつきまして総合的に議論していただきまし

て、この夏をめどに精神医療領域におきます総合的な計画を策定いたしまして、それを明年度を初年度といたします障害者基本法に基づきます障害者計画、そして、それに基づきます前期プラン、これは今年度いっぱいぐらいかかるのかなと思っておりますが、私どももじやございません、内閣府の方で全体調整がなされる予定でございますが、その中に、私どもの取りまとめた精神保健、医療、福祉の総合計画といったものを反映させていただきたい。その中身は、病床であるとかマンパワーであるとか、そういったものが中心にならうかと思っております。

以上でございます。

○福島委員 総合計画の中で、精神医療のあり方についても今までになく踏み込んだ見直しというものをご提案していただける、そのように思っております。ぜひしっかりと取り組んでいただきたいと思ひます。

次に、精神医療の領域で、今までも指摘されておりますけれども、精神科救急の体制というものがやはり不十分であるという指摘がございまして、先ほど御紹介いたしました自治体病院協議会の提言におきましては、こんなふうな述べられております。「急性の精神症状に際して、どこに電話したらいいのかわからない。電話相談窓口があつても、所定の時間になれば閉まってしまふ。警察を経由しなければ受け付けてくれない。精神疾患だけでは救急車も来てくれない。現状では、こうした自治体が少なくないものである」ということが言われております。

そしてまた、こうした実態というものを踏まえて、協議会では幾つか提言をしております。例えば、精神科救急医療圏を定め、二十四時間対応できる精神科救急情報センターを配備する、地域の基幹的精神病院、または救急救命センターと精神科を有する中核的一般病院を精神科救急指定病院に指定する、また、精神科救急指定病院と他の精神科医療機関との連携システムを構築する、こうした具体的な提案をしておられます。

精神科救急の問題については、近年、いろいろ取り組みがなされているということは承っております。御努力もいただいているということは評価もいたしたいと思っておりますが、今後さらにこの体制の充実というものに向けてどのように取り組まれるのか、お考えをお聞きしたいと思ひます。

○高原政府参考人 精神科救急の問題で、非常に自治体からも要望が多かった、休日や夜間にも速やかに入院等のできる医療システム、こういうようなものにつきましては、平成七年度から準備いたしまして、現在、四十六の都道府県で動いております。しかしながら、今御指摘のとおり、休日、夜間等に当事者等からの救急相談に適切に対応できる電話医療相談体制、そういったようなものにつきましてははまだ必ずしも十分ではございません。

私どももいたしましては、平成十四年度より、精神科救急医療システム整備事業を強化いたしまして、精神科救急情報センターにおきます二十四時間医療相談体制の整備を開始しております。

今後とも、精神科救急医療システムの充実を進めまして、国民や、特に精神障害者の方々が二十四時間安心して適切な医療が受けられるような精神医療体制の整備に努めてまいりたいと考えております。

○福島委員 そうした救急体制の整備がさまざまな不幸な事故の発生というものを予防することに資するものと私は思っております。

次に、本法案に規定されております指定医療機関のことについてお尋ねをしたいと思っております。

処遇の困難な患者者に対しては、密度の高い医療というものが提供されなければいけない、これは当然のことでございます。

昨年、さまざまな議論をする中で、私は、群馬県立精神医療センターを訪ねさせていただきまして、この病院では、自傷他害のおそれ強い患者さん

のための閉鎖病棟を有してございまして、五十一床の病床に対して、医師三名、そして看護婦二十三名が配置をされておりました。それでもなかなか大変なんですよというお話を担当のドクターからお聞きいたしましたけれども、指定医療機関、こういうものをつくるのかということが大変大切だろうというふうな思っております。

法案の中では、国、都道府県が開設する病院であつて厚生労働省令で定める基準に適合するものの全部または一部について、その開設者の同意を得て、厚生労働大臣が行うというふうになっておりますけれども、この厚生労働省令というものがどういうふうな定められていくんだらうか。

具体的なことはこの場でなかなか答えにくいと思ひますけれども、これを定めるに当たつてどういう考え方で行くのかという基本的なことにについてお尋ねをしたいと思ひます。

○高原政府参考人 指定入院医療機関におきましては、医師、看護師等の手厚い配置ということがまず前提にならうかと思ひます。

この基準につきましては、現在のところ、確実にこうだという成案を得ているわけではございませんが、我が国におきましてさまざまな病棟における意見を聞いたり、それから、国際的な動向とかそういったものを勘案して、医師及び臨床心理技術者等によりまして、例えば司法精神医学的治療の一つの大きなポイントでございます怒りのマネジメントや、被害者に共感する心を養うなどの精神療法を十分行つてまいり、そういうふうなマンパワーを準備するというところでございます。

また、往々にいたしまして、病状とか長期に入院したことがあるというふうな点によりまして、作業ないしは就労がなかなか難しくなつてくる、ないしは、家庭生活というか、自立した生活がなかなか難しい、こういうことにつきましては、作業療法などを通じて、社会復帰に向けた訓練を綿密に行う。

それから、患者の行動観察、そういう行動パターンを入念に行いまして、再びそういった行為が起



きるのではないかと、いうふうなものにつきまして、きちんとした評価を行ってまいらる。

一般的に申し上げまして、手厚い専門的な医療を行うというのを、人員基準もしくは診療内容としては想定しております。

また、もう一つ重要なことは、施設整備でございますが、入院患者に対して十分なスペースを確保いたしませんと、こういうふうな患者さんはかなりデリケートでございます。十分なスペースを確保することによりまして、患者本人及び医療従事者及び一緒に入院している患者さん、それから近隣の安全、そういったものについて配慮できるといふふうなことを考えてまいりたいと考えております。

指定通院医療機関につきましては、これはできるだけアクセスのいいところということで、精神保健指定医を配置とし、必要かつ適切な医療を行うことができることを指定してまいりたいと考えております。

○福島委員 私が訪ねました群馬県立精神医療センターの院長の武井先生は、こんなことを言っております。

政府案では、十分なスタッフと公費で運営される専門病院が重大な事件を起こした患者の治療を行うことになる、この構想が実現すれば、そこで治療を受け快方に向かった患者を受け入れ、社会復帰のための診療や生活支援に私たちは力を注ぐことができるかと期待している。また、京都学園大学の川本教授は、牽引車としての役割を果たす十分な設備と人材を備えた専門病院の開設を先行させることが現実的ではないかというふうな評価もいただいているわけでございます。

すばらしい施設をきちんと整備するということが、ある意味でこの法案に対しての国民の理解というものを深める大変大切なことになるのではないかと、いうふうにも思います。ぜひともよろしくをお願いいたします。

次に、若干質問時間が迫ってまいりましたので、幾つか質問を省略させていただきます。

第一類第三号 法務委員会議録第十七号 平成十四年六月七日

先ほどの、精神医療のあり方ということで、診療報酬のあり方というのも大変大きな影響を与えているんだということを申し上げました。医療資源の配分の見直しというものが必要ではないか。従来より、精神医療について診療報酬の評価は低いというふうに一般的に言われてきたわけでございます。十四年の改正でいろいろと見直しが行われたとも伺っておりますけれども、その概要と、そしてまた今後どのように考えていくのかというところについて、御見解をお聞きしたいと思っております。

○中村政府参考人 診療報酬についてお答え申し上げます。

この四月に診療報酬の改定をさせていただきました。経済状況が非常に厳しい中、また医療保険財政が厳しい中で、診療報酬改定も史上初めていわゆる技術料につきましてもマイナス一・三%の引き下げが行われたところでございますが、小児医療あるいは精神医療など非常に資源の配分が必要となるところについては、そういう状況の中でも配慮をさせていただいたという状況でございます。

今回、精神医療関係では、主なもの四つの改善を行いました。

第一点は、精神科救急入院料というものを新設いたしました。従来から救急入院料はあったわけでございますけれども、特に精神医療については急性期の医療が大事だ、一層の充実を図る、こういうことが必要でございますので、重症の精神科救急患者さんを多く受け入れる基幹的な医療機関の評価を充実するというところで、精神保健指定医、看護婦さん、精神保健福祉士等の配置が十分であること、それから、従来から措置入院等の実績、要件を満たす病棟について、精神科救急入院料というものを新設して多くの点数を配分することといたしております。

二つ目は、児童・思春期の精神医療も大事でございます。成人の精神医療に比べてより手厚い医療体制が必要であるということで、これも、看護配置、精神保健指定医の配置、精神保健福祉士の配置のほかに臨床心理技術者の配置なども求め、また、院内に学習室などを設置するという病棟についての要件を満たすところにつきまして、児童・思春期精神科入院医療管理加算というものを新設いたしました。

また、外来につきましても重視いたしております。特に精神医療の外来につきましては、初診時と再診時とはその診療密度が相当異なると言われております。そこで、精神保健指定医が行われた初診の精神療法につきましては、ほかの点数が厳しい中で、引き下げを行っている中で、引き上げをさせていただいたところでございます。

また、児童・思春期の精神療法患者に対する通院精神療法につきましても、加算を設けるなど配慮いたしております。

今後、精神医療の重要性を考えまして、専門家の御意見を伺いながら、精神医療に対します診療報酬上の適切な評価というものに努めてまいりたいと考えております。

○福島委員 どうもありがとうございます。

次に、先ほど司法精神医学についてのお尋ねがございましたけれども、この新しいシステムというものが十分機能していくためには、専門家の養成ということが大変大切な課題でございます。本法案の第十五条にはまた精神保健参事員というように規定が設けられておりまして、医師のみでなく、精神保健福祉士などの専門職についても司法精神医学の素養を有する人材の養成が必要であるというふうなふうに思っております。

こうした多岐にわたる人材の養成について、厚生労働省としてどのように取り組まれるお考えなのか、お聞きをいたしたいと思っております。

○高原政府参考人 精神科に従事する医師の数は、これは医療施設に従事する医師に占める割合については、先ほどお答えいたしましたように着実に増加して、平成十二年末には五・一%となっております。卒業後教育につきましては、すべての医師が患者を全人的に診ることのできる基本的診療能力を習得することを主眼といたしまして、医師臨床研修を平成十六年度から必修化することとしております。研修プログラムの具体的な内容等について、現在、精神科領域の問題も含め、検討を行っているところでございます。

精神保健福祉士につきましては、平成九年の資格制度創設以来、資格取得者は順調にこれも増加いたしております。平成十四年四月末現在で一万一千八百二十五名が登録されております。これらの方々は、精神病院、社会福祉施設、自治体等において勤務されておると承知しております。

委員御指摘のとおり、精神科医療にかかわる関係職種の確保と資質の向上は極めて重要な課題でございますので、積極的に取り組んでまいりたいと考えております。

○福島委員 このシステムを十分機能させるためにも、万全の取り組みをお願いしたいというふうに思います。この点については、文部科学省に対しまして同じく御要請をしたいと思います。

医師の教育は、卒業教育、そしてまた卒前教育という二つに分かれるわけでございます。卒前教育も極めて大切であると思っております。司法精神医学ということに必ずしも関係するわけではございませんけれども、現在の大学における精神医学の教育のあり方、こういったものが随分かつと変わってきているのではないかと。よく試験管を振る、余り最近人間がするわけでもありませんが、そういう研究ばかりしている人が大学の教授になつていくのではないかと。むしろ、例えば精神療法のようなものを専門にする方はなかなか大学の教授にはなりにくい、そういう状況にもあるのではないかと、こんな指摘もございまして。

こうした点も含め、卒前教育のあり方についてどのようにお考えなのか、文部科学省にお聞きをしたいと思っております。

○清水政府参考人 お答え申し上げます。

て、精神医学のまさに養成をどう図っていくかというの重要な課題であるというふうに考えております。

御案内のように、現在、国公私立大学の医学部あるいは附属病院におきましてはすべて精神神経科の講座、診療科が置かれておるわけでございますけれども、精神神経科のみならず、卒前の教育をどのように充実していくかというのは、私どもが今最も重点として取り組んでいる課題でございます。

具体的に申し上げますと、医学教育のモデル・コア・カリキュラムというようなものを提示しまして、分野の縦割りを排して統合型で、そしてその到達の目標というものを明確にして、それぞれ課題解決能力をどう育成していくか、このような観点でございます。例えばその中におきます精神医学に関連しますと、精神と行動の障害に対して、全人的な立場から、病態生理、診断、治療を理解し、良好な患者と医師の信頼関係に基づいた全人的医療を学ぶというようなものを一般的目標といたしまして、各診断、検査の基盤、症候、あるいは疾患、障害等に関して具体的な到達目標を掲げ、そして、それとあわせて教員の教育業績評価というようなものを、ガイドラインを設けて、この十四年度から本格的な実施に移っている、こんな状況でございます。

また、国立の医学部長に対し、御指摘の社会精神医学、あるいは児童精神医学及びPTSD等、社会的課題に対応する教育研究の一層の充実を図るよう要請を昨午いたしました。そして、それに応じた教育研究組織の整備、あるいは社会的精神医学実習を学外で行うということに対する経費の措置というようなものを行ってきているというふうな状況でございます。

また、医師以外の精神科領域のスタッフである精神保健福祉士の養成については、十三年度現在、五十一国公私立大学、入学定員七千二百四十七人というところで精神保健福祉士の資格取得のための教育が実施されているというふうな状況でございます。

います。

私どもとしては、今後とも各大学のこのような取り組みを支援してまいりたいというふうに考えております。

○福島委員 今後ともよろしくお願いをいたします。

次に、もう時間もございませんので、最後に一問だけお聞きをいたしたいと思います。法務省にお尋ねをしたいと思います。

新たなシステムにおきまして、指定医療機関で密度の高い治療をするということになるわけでございますが、その退院後の地域における継続的な治療の保障というものが同時に大変大切であるというふうに思っております。本法案では、第百六条で精神保健観察というものが規定されておきまして、百十三条では人材の確保、百八条では関係機関相互の連携の確保というものがうたわれております。

退院した患者さんにとって、適切な生活環境と人間関係が保たれるということは大変大切なことでございます。そしてまた、そのためには関係者の方々の多大な努力が必要だろうというふうに私は思っております。専門的な知識も必要でございましょう。こうした取り組みを着実に進めなければいけませんし、そしてまた、その取り組みがどこまで進んでいるのかということについて適切にフォローアップをしなければならぬだろうというふうに思っております。

法務省としてどのようにこれに取り組んでいかれるのか、お考えをお聞きたいと思っております。

○横田政府参考人 お答えいたします。

この社会内における処遇につきましては、ただいま委員御指摘のとおり、この法案におきましては、百六条その他の条文におきまして万全を期しているところでございます。百六条にもございまして、この新たな処遇制度につきましては、通院患者は、厚生労働大臣が指定するいわゆる指定通院医療機関において入院によらない医療を受けることと、その期間中、精神保健観察に付す

る、このようにされております。

この精神保健観察でございますが、これは、医療機関はもとより、地域社会で精神障害者に対する援助業務を担っております保健所等の関係機関とも連携しつつ、当該通院患者の生活状況を見守り、またその相談に乗り、そしてまた、そういったことを通じて通院や服薬を間違いなく行うように指導していく、働きかけていくといったようなことを継続的に行います。これによって地域社会内における継続的な医療の確保をするということでございます。

それからもう一つ、保護観察所の長は、指定通院医療機関の管理者、それから当該患者の居住地の都道府県知事などと協議しまして、処遇に関する実施計画というものを策定いたします。そして、その実施計画に基づきまして、関係機関相互が緊密な連絡をとり合いながら継続的な医療を確保するということでございます。この保護観察所におきましては、そういった関係機関との連携の確保、ネットワークづくりといったものをこれから推進していくことになりまして、

そして、そういうようなものを続けまして、継続的な医療を確保することに努力いたしまして、その上でまた必要があると思われる場合には、裁判所に対して、入院によらない医療を行う期間を延長する、さらには再入院の申し立てをするといったようなことで、医療の継続の確保を徹底させてまいりたいと思っております。

このように、政府案におきましては、通院患者が社会内におきまして必要な医療を継続して受けられるということをするための新たな方策を盛り込んでおりまして、これによりまして通院患者の社会復帰の促進を図っていくことでございまして、

○福島委員 以上で終わります。どうもありがとうございます。

○園田委員長 漆原良夫君。

○漆原委員 公明党の漆原でございます。きょうは、政府案のほかに民主党案も出ている

わけでございますが、政府案を中心にお聞きしたいと思っております。提案者平岡先生には申しわけありません。また別の機会にゆつくりとお尋ねをさせていただきますので、よろしく願います。

本法案は、心神喪失等の状況で重大な他害行為を行った者の処遇について、新たな処遇制度を創設するものであります。特に、今までなかった、裁判所だとかあるいは保護観察所を関与させるという、ある意味では大きな枠組みの変化、処遇制度の変化があるわけでございますが、この裁判所あるいは保護観察所を関与させる意義と効果についてお尋ねしたいと思います。特に、従来の精神保健福祉法による措置入院制度ではどのような都合があったのか、それが今回の法案によってどのように改善されるのか、どんな効果が期待されるのか、その辺を説明願いたいと思っておりますが、これは、法務省、厚生労働省、両省にお尋ねしたいと思います。

○森山国務大臣 精神保健福祉法により措置入院というのがございますが、この制度では精神障害者一般を対象としておりまして、本制度の対象者につきましては、この法律による一般の精神医療の対象としてきたところでございます。

しかし、このような心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者につきましては、特に国の責任において手厚い専門的な医療を統一的に行う必要があると考えられまして、精神保健福祉法における措置入院制度等とは異なりまして、裁判官と医師が共同して入院治療の要否、退院の可否等を判断する仕組みや、退院後の継続的な医療を確保するための仕組み等を整備することが必要であると考えたところでございます。

特に、本法案の新たな制度による処遇は自由に対する制約や干渉を伴うものでございまして、それが適切な医療を継続的に確保する必要から強度になることもあり得ると考えられますので、このような処遇を行うか否かの判断は、対象者の防御権が適切に保障された手段によりまして、十分な資料に基づいて中立公正になされる必要がある

であると考えられますことから、一般に、行政機関における手続よりも、厳格性、慎重などを有する裁判所における手続によりこれを行うということが適当ではないかと考えたわけでございます。

また、本制度による処遇につきましては、既に申しましたとおり、国の機関が中心となってこれを行うことが適当であると考えられること、地域社会におきまして通院患者の観察及び指導を行い、必要に応じて入院や処遇終了等の申し立てを行う本制度の枠組みは保護観察の枠組みと類似しているということ、さらに、関係機関との連携確保につきましても、保護観察所が保護観察を実施する上で培ってきたノウハウをこの制度にも生かすことができるというふうに考えられますこと、また、保護観察所は各都道府県に少なくとも一カ所は置かれておりまして、その全国的なネットワークによって、生活環境の調整、精神保健観察等の事務を円滑に実施することができるといふことなどを総合的に考えまして、この制度に保護観察所を関与させることとしたわけでございます。

これらによりまして、継続的かつ適切な医療の確保が図られまして、その病状の改善とこれに伴う同様の行為の再発の防止を図ることができ、対象者の社会復帰を促進することができると考えたところでございます。

○宮路副大臣 ただいま森山大臣から御答弁があったところでありますが、これまで、心神喪失等の状態で他人に重大な他害行為を行った者につきましても、現在の精神保健福祉法のもとでは、措置入院等の方法によって一般の精神病院で治療が施されている、そういうことでありますが、となりますと、一般の精神病院でありますから、施設もそれからスタッフも特別ということではなくて、一般のレベルのものでありますから、したがって、専門的なスタッフもとりにわけ配置されているというわけでもないわけでありまして、また、ほかの一般の入院しておられる方にある面では悪い影響もいろいろ出てきておる、そういう側面も否

定できないわけでありまして。そしてまた、その入院後の決定が、都道府県知事が形の上ではやることになっておるわけでありまして、実質的にはこれはお医者さんにゆだねられておるといふことでありますので、そのお医者さんの負担といえますものも大変重たいものがあるというのが率直なこれまでの実情であります。また、退院後の医療にいたしましても、しっかりとしたもの確保されている、そういうことではないわけでありまして、また、都道府県知事の入院後の決定ということでもありますので、都道府県の枠を超えた連携というものが、都道府県の範囲を超えた連携というものが必ずしも十分でないといったような幾つかの問題点が指摘をされておるわけでありまして。

今回のこの法案によりまして、その処遇を、先ほど来御議論ありますように、裁判官とそれから医師が一体となった合議体、裁判所の合議体ということで決定をさせていただく、また、これは国が責任を持って、厚生労働大臣が責任を持って国公立の指定医療機関にそうした方に入院していただいてちゃんとした専門的な医療を施していく、また、退院後の医療につきましても、これはちゃんと手だてを講ずる、こういうことでありますので、その病状の改善を従来に増してしっかりとやるということが可能となり、そして、そうした他害行為の再発防止、ひいてはその人の社会復帰に大いにこれは貢献するということになるんではないかな、このように思っておりますのであります。

○漆原委員 最近における心神喪失者等による他害行為の動向はどうなっているのか、また、そういう心神喪失者等による重大な他害行為の事実としては最近どういふ事案があったのか、御説明いたしたいと思っております。

○古田政府参考人 平成八年から平成十二年までの五年間について御説明申し上げますと、殺人、放火、強盗、強姦、強制わいせつ、これらは未遂も含んでいる数でございますが、これに加えて、傷害、傷害致死に当たる行為、こういう行為を行ったと認められる心神喪失者などの数は、大体年間

三百数十人から四百人程度で推移しております。その数には大きな変動は認められないという状況でございます。この五年間におきまして検察庁で受理した人員の中で心神喪失者等の割合は全体としては約〇・二％でございますが、殺人については約七・八％、放火については約八・八％、傷害致死においては約三・四％、強盗におきましては約〇・七％、強姦、強制わいせつにつきましましては約〇・四％、傷害では約〇・三％となっております。

ところで、心神喪失あるいは心神耗弱と認められた者あるいはその疑いがある人による重大な他害行為事案でございますが、これは罪種にもよりますけれども、例えば殺人でいえば親族に対するものが大変多いという実情でございます。それ以外で申し上げますと、例えば平成十年の一月のことでございますけれども、大阪府の堺市内で、偶然通りかかった幼稚園児を包丁で突き刺すなどして一人を殺害し、二人に重傷を負わせるといったような事件。それから、やはり同じ年の九月、これは奈良県でございますけれども、かねてから自分に嫌がらせをするというふうな邪推をしていて、その邪推から頭をバットで殴り一人を殺害し、一人に重傷を負わせた事件。平成十一年の八月、これも大阪でございますけれども、通りがかりの書店の店内で、その店主を持っていたペティナイフで突き刺した殺人事件、こういうふうな事件が幾つかございます。

○漆原委員 ありがとうございます。

一般的には、精神障害者が重大な他害行為を繰り返すというところは、一般人と比べて特に高いというわけではないというふうな言われておりますが、この点についてどのような認識をされているのか。また、そうであったとしても新たな処遇制度が必要と考えられるのはなぜなのか、理由を説明いたしたいと思っております。

○古田政府参考人 殺人、放火等の重大な他害行為を行った者を含めまして、心神喪失者等のいわゆる再犯率につきましては、これは率直に申し上げ

て、再犯率というのをどういふふうな基準で計算するか、あるいは、これを考える上では、例えば全くすべての人が治療を受けていない状態に一人は仮定して、それでやるのか、あるいは、例えば入院している間は非常に再犯は当然少なくなるのか、いろいろな問題がございます。その辺の成り行き調査というのが十分でないといふことは不可能なわけでございます。

そういう意味で、正確なデータというのは大変把握しにくい状態でございますが、過去十年以内で、重大な他害行為を行った心神喪失者等のうち前科前歴を有している、こういう割合で見ますと、平成八年から平成十二年までの五年間の平均で約二七・九％でございます。一方、これらの罪で起訴あるいは不起訴となった、要するにかつてそういうことで事件処理が行われた者、この総数で罰金以上の前科を有する者がどうなっているかといえますと、四二・九％ということになっております。ただ、これは、先ほど申し上げましたような、計算の基準といえますが、それが必ずしも一致するものではないものでございます。

ただ、そうは申ししましても、被害者が親族以外の事件、放火については、対象が自宅という事件、こういうものを除いた重大な他害行為を行った心神喪失者等につきましては、過去十年以内に前科前歴を持っている者の割合が約三九・五％ということになっております。

このような心神喪失の状態での重大な他害行為が行われる事案につきましては、いずれにせよ、被害者に大変深刻な被害が生ずるということだけではなくて、やはり精神障害を有する人についても、病気のために加害者となってしまう、そういうことで本当に不幸な事象ということであることは間違いないと考えているわけです。

実際に、当省で調査いたしましたところ、精神障害により心神喪失等の状態で殺人、放火等の重大な他害行為を行った人で不起訴あるいは無罪の裁判を受けた人の数は、先ほど申し上げましたとおり、年間約三百数十人から四百人程度に上つ

ている。この人たちに對する治療も、犯行當時必ずしも十分には行われていなかったというケースもしばしばあるように見受けられているわけで、やはりそういうことを考えますと、本当に不幸なことですけれども、こういう事態に至った場合に、そういうことが二度と起こらないようなきつちりした医療の継続が確保されるような処遇システムというものは必要ではないかと考えているところ

です。  
○漆原委員 この処遇の判断についてでございますが、現行では都道府県知事による判断でございますが、本法においては地方裁判所の判断に係らしめることにした。これはどのような効果を期待されているのか、御説明願いたいと思います。  
○古田政府参考人 いわゆる裁判所の裁判によるということに理由にはさまざまなものがあるわけで、先ほども若干申し上げましたけれども、被害者あるいはその遺族の方々が、適切な処遇をきちつと決定する慎重な手続は少なくとも必要とお考えになっていると思われるということが一点ございます。

さらに、本人の権利保障、こういうような点でもやはり裁判システムの中で考えるということが適当な面が多い。御案内のとおり、この法律案におきましては、何と申しまして、医療をきちつと確保することの必要から、自由に対する制約や干渉というのはいわば密度が高くなる場合もあり得るわけでございまして、そういう点から見て、やはりその対象となる人のいろいろな権利保障の確に行われる、そういう手続が必要であるということが重要なポイントになるうかと思っております。

また、効果という意味で申し上げますと、現在の措置入院制度の都道府県知事が行う場合と比較いたしまして、もしくは今申し上げましたような手続的保障、あるいは被害者、遺族に対する配慮、こういう点も相当異なっておりますし、さらに申し上げれば、都道府県の運用、これはどうしても地域的な差異が生ずるといのはやむを得ない

面があると考えられるわけですが、そういうような面も回避できるということがあると考えております。

○漆原委員 この処遇の判断に裁判所による司法的判断を反映させるということ、これは諸外国の法制はどのようになっているのか、概略で結構ですの、御説明いただきたいと思います。

○古田政府参考人 世界全体について必ずしも把握をしているわけではございませんが、基本的には、フランスを除きまして、多くの先進国といえますが、ヨーロッパ諸国あるいは米国、こういうところでは、重大な他害行為を行ったような精神障害者、犯罪行為といえますか、これにつきましては、裁判所がその処遇を決定するという手続がむしろ一般的であるというふうに承知しております。

○漆原委員 この処遇の判断を裁判所にゆだねるということは、そういうふうな制度を新設するわけなんです、本制度は社会防衛を目的とした保安処分ではないのかというふうな批判がなされております。保安処分については後で詳しく聞きますが、新たな処遇制度の目的、一体どこに目的を置いているのか、そこをきちつと回答えたいでございます。

○古田政府参考人 この法案は、第一条の「目的」に掲げておりますとおり、心神喪失または心神耗弱の状態にあり、放火等の重大な犯罪行為を行った者に対して、その適切な処遇を決定するための手続等を定めることによりまして、継続的に適切な医療を確保し、あるいはその医療の確保のために必要な観察と指導を行う。そういう方法によりまして、まず病状の改善、当然、病状の改善があればこれに伴って同様の行為の再発の防止、こういうことも十分図られるわけでございます。そういうことを通じまして本人の社会復帰を促進する、これが目的ということでございます。

この法律案におきまして、先ほども申し上げましたけれども、十分な医療を確保するという要請から、おのずと自由に対する制約や干渉を伴う、これはどうしても出てくるということは事実でござ

います。そういうことから、先ほども申し上げましたような、さまざまな権利保障という手続も定め、一方で、十分な資料に基づいて判断ができる、またその資料が十分吟味できるような裁判体、合議体という構成を考える、こういうふうな考えによってできていくものでございまして、いわゆる社会防衛を直接の目的とするというふうなものではなくて、あくまで適切な医療の確保、その継続の確保、これを通じまして、その効果としてのもちろんいろいろな問題行動の防止ということとはございますが、その目的は社会復帰を図るということにあるものでございます。

○漆原委員 本制度によって、この処遇の内容は、確かに今おっしゃったように身柄の拘束も含む重大な影響を及ぼすわけでございますので、我が党としても、どんな観点から処遇するのかという点について非常な議論を積み重ねました。

社会防衛という観点からの処遇であつてはならないということ強く申し上げるをして、我が党としての見解をこのようにまとめさせていただいた経緯があります。申し上げますと、より確実な治療効果、病状の判断のもとで入院や通院の要否が決定されるべきであるという観点から精神科治療を受けさせる処遇を科す、これがこの対象者を処遇する観点だということを、昨年十一月一日に、我が党の触法精神障害者の判定、処遇に関するプロジェクトチームが取りまとめた報告をさせていただいておりましたが、この政府案においてこの考え方があるように反映されているのか、配慮されているのか、お尋ねをしたいと思ひます。

○古田政府参考人 この問題につきましては、与党の各党におかれましてはそれぞれ非常に慎重な議論をなさされ、その見解をまとめられており、もちろんただいま御指摘の御意見も十分承知しているわけでございますが、この法案におきましては、そのような御意見も踏まえまして、制度的に申し上げますと、まず、鑑定入院制度を設けまして、鑑定のために十分な期間と資料の収集をして正確な鑑定ができるようにすることにしており

ます。それによって、入院あるいは入院によらない治療、あるいは、そもそも処遇が要らないか、こういうことをその鑑定を十分参考にしながら決めるというシステムをまずつくっております。

それから、判断する方も、医療的な判断が十分反映されるように精神科の医師をその構成員とする合議体ということにし、さらに、これは必要に応じましてございすけれども、精神障害者の保健及び福祉に関する専門家の意見も聞きながらやるという仕組みにしております。

その一方で、対象者につきましては、必ず付添人、弁護士ということになるかと思ひますけれども、これをつけまして、いろいろな角度からの御意見あるいは検討も可能にする。もちろん、その審判の資料にはできるだけ豊富な資料を用意できるようにする。そういうふうなさまざまな面から、ただいま御指摘のような適切な判断が確保される仕組みを考えているわけですが、

退院につきましても、やはりこれも指定入院医療施設の医師による判断を経た上、精神科医をもその構成員とする合議体によって判断することと今しているわけで、この場合にも、必要があると認めればほかの医師に鑑定を求めるといふようなことで、その判断について十分適切な判断が確保されるよう仕組みを考えているということでございます。

○漆原委員 昭和四十九年の刑法改正草案では保安処分という条文があるわけでございまして、今回の法案で新しく創設された処遇制度と四十九年度の保安処分の違いについて説明をしていただきたいと思ひます。

○古田政府参考人 改正刑法草案におきまして保安処分は、刑事手続で、刑事裁判として、刑事訴訟法の手続によりまして決める、そういうものでございまして、その処分を受けた者は法務省が所管する保安施設に収容することとされておりました。

これに對しまして、この法律案による処遇制度は、刑事裁判を審理する裁判所とは別の、つまり

刑事手続とは切り離された別な手続によるもので、先ほども申し上げましたとおり、精神科医をもその構成員とする新しい裁判の仕組みをつくりまして、それによって、法的側面と医療的側面が十分反映することができるような仕組みにしているわけで、刑事処分とは違うものでございます。

また、その後の治療につきましても、例えば入院が必要だと判断された人につきましては、厚生労働大臣の御所管の病院、国公立というお話でございましたけれども、そこに入院等をして治療を受けるということになっているわけでございます。

そういうことで、手続あるいはその後の治療の施設、これにつきましても、改正刑法草案のいわゆる保安処分とは今申し上げた点で非常に大きく違っております。

なおもう一点申し上げますと、刑法にこういう処分を規定する場合には、刑法という性格からいたしまして、やはり一部に社会防衛ということは直接の目的となるわけでございますけれども、今回の法案は、先ほど申し上げましたように、要するに、適切な医療を確保して、これが継続されるようにし、それによって本人の社会復帰を促進するというのが目的でございます。そういう社会防衛というのは直接の目的とはしていません。

○漆原委員 ありがとうございます。

ちようど区切りがよくて、総論部分の質問で終わらせていただきます。今回は条文に沿って各論部分の質問をさせていただきます。本日はこれで終わります。ありがとうございます。

○園田委員長 お諮りいたします。

法務委員会、厚生労働委員会連合審査会において最高裁判所から出席説明の要求がありました場合には、これを承認することとし、その取り扱いにつきましては、委員長に御一任願いたいと存じますが、御異議ありませんか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

○園田委員長 御異議なしと認めます。よって、そのように決しました。

今回は、公報をもってお知らせすることとし、本日は、これにて散会いたします。

午後零時六分散会







平成十四年六月十八日印刷

平成十四年六月十九日発行

衆議院事務局

印刷者 財務省印刷局

P