

第百五十六回国
参議院法務委員会會議録第十一号

平成十五年五月十三日(火曜日)

午前十時開会

委員の異動

五月九日

野間 越君

尾辻 秀久君

五月十二日

角田 義一君

尾辻 秀久君

補欠選任

野間 越君

朝日 俊弘君

出席者は左のとおり。

委員長

理事

委員

岩井 國臣君

佐々木知子君

陣内 孝雄君

中川 義雄君

野間 越君

朝日 俊弘君

江田 五月君

鈴木 寛君

浜四津敏子君

平野 貞夫君

福島 瑞穂君

事務局長

加藤 一字君

常任委員会専門

加藤 一字君

事務局長

加藤 一字君

事務局長

加藤 一字君

参考人

明治大学法学部

教授 菊田 幸一君

東京都立松沢病

院精神科医長 黒田 治君

弁護士

日本弁護士連合

会心身喪失者等

医療観察法案

対策本部事務局

次長 伊賀 興一君

専修大学法学部

教授 岩井 宜子君

国立精神・神経

センター武蔵病

院副院長 浦田重治郎君

本日の会議に付した案件

○法務及び司法行政等に関する調査

(矯正施設の処遇に関する件)

○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(第百五十四

回国会内閣提出、第百五十五回国会衆議院送

付)(継続案件)

○裁判所法の一部を改正する法律案(第百五十五

回国会朝日俊弘君外三名発議)(継続案件)

○検察庁法の一部を改正する法律案(第百五十五

回国会朝日俊弘君外三名発議)(継続案件)

○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(第百五十五回国会朝日俊

弘君外三名発議)(継続案件)

○委員長(魚住裕一郎君) ただいまから法務委員

会を開会いたします。

委員の異動について御報告いたします。

昨十二日、角田義一君が委員を辞任され、その

補欠として朝日俊弘君が選任されました。

○委員長(魚住裕一郎君) 法務及び司法行政等に

関する調査のうち、矯正施設の処遇に関する件を

議題といたします。

本日は、本件の調査のため、お手元に配付の名

簿のとおり、二名の参考人から御意見を伺いま

す。

御出席いただいております参考人は、明治大学

法学部教授菊田幸一君及び東京都立松沢病院精神

科医長黒田治君でございます。

この際、参考人の方々に一言ごあいさつを申し

上げます。

本日は、御多用のところ本委員会に御出席をい

ただきまして、誠にありがとうございます。

参考人の皆様方から忌憚のない御意見をお聞か

せいただきまして、今後の調査の参考にいたした

いと存じますので、どうぞよろしくお願い申し上

げます。

議事の進め方でございますが、まず菊田参考

人、黒田参考人の順に、お一人十五分程度で御意

見をお述べいただきまして、その後、各委員の質

疑にお答えいただきたいと存じます。

なお、念のため申し添えますが、御発言の際

は、その都度、委員長の許可を得ることとなつて

おります。また、各委員の質疑時間が限られてお

りますので、御答弁は簡潔にお願いしたいと存じ

ます。

なお、参考人の方の意見陳述及び答弁とも、着

席のままで結構でございます。

それでは、菊田参考人からお願いいたします。

菊田参考人。

○参考人(菊田幸一君) 菊田でございます。

極めて簡単なレジュメを配付していただきま

した。それと、私はたまたま、本日にたまたま行

刑改革会議の委員の一人に選ばれました、その関

係で今日、参考人としてお呼びいただいた面も大

きいと思っておりますので、あるいは御趣旨とは若干外

れる危険性があることを承知しながら、こういう

ことを申し述べさせていただきますというふう

に思っております。

と申しますのは、皆さんの御努力で、名古屋刑

務所を始めとする不祥事、今回の事件に対しては

日々新たな事実が明らかになりまして、今後とも
非常に、次々と新しいデータが出てくるようでご
ざいますけれども、事実の究明そのものは非常に
それなりに大事なことは思いますけれども、問
題はこの先どうするか、この行刑をこの先どう
あるべきかということに私、個人的には特に関心
のあるところでございますので、この事件を踏ま
えて、この先具体的にどうあるべきかということ
について特にお話し申し上げまして、この機会
に、いただきたいと思ひます。

個別的なことでございますが、については後ほど
御質問いただくところでももちろんお答えしたいと
思います。

行刑会議ができましたけれども、一つは十二月
末までの答申となっております。これは一つの目
安でございますので、拘束されるものじゃないよう
に聞いておりますけれども、一応、法務大臣の私
的諮問機関でございますから、十二月末までとい
うことですので、私どもとしては、大きな柱、幾
つかあります。

一つは、現在の受刑者の外部交通、いわゆる通
信とか信書、その他のことの、外部との交渉、交
通についての現在の状況そのものが非常に密行主
義の基本になっているということをどうするかと
いうことについての改革であります。

第二点は、今回の特に問題になっております受
刑者の不服申立て制度、これは国連を始めあるい
はヨーロッパ先進諸国、アメリカ等々の制度から
見てみましても完全に後れております。日本は制
度としては立派なものがいろいろございますけれ

ども、中身が、事実上の受刑者の不服申立てが解消される手だてにはなっていないということ、これについてはこの機会に抜本的に改革しなきゃならぬということが第二点であります。

第三点は、もちろん、この事件を契機といたしましたその医療の問題でございます。これについても、現在の医療体制あるいは医療機関等々についての抜本的な改革をしなきゃならぬだろうというふうに思っています。その点については年末までにはどうしても行刑改革会議としては答申を出すべきだろうと私は思います。

ただ、もっと言えば、例えば懲役、禁錮という問題がございますね。これは刑法で懲役、禁錮というのは規定されておるものでございまして、特別法とも言える例えば刑事施設法というものによつて云々できるものではございません。そういう点では、この行刑会議といつても限界があると、刑法改正までは言及できないという限界があります。そういう点では、そういう限界の中での課題だと。私、個人的には、日本だけです、今、先進諸国を含めて懲役、禁錮というような、つまり、現行、明治四十一年にできた刑法が、ごめんなさい、監獄法が懲役、禁錮というものによつて牛耳られているということを改善しないで、末梢的な解決にならないという限界がございます。

もう一つ、第二点といたしまして、御存じの、法務委員会でも問題になっております人権擁護法案というものが、今、これからの課題になろうかとされておりますけれども、これは御存じのように法務省の機関内であるということが予定されているようにございますけれども、先ほどの柱の中で私が申し上げました不服申立て制度、これは法務省のものであつてはならないというふうにも、第三者機関というものを想定しておりますけれども、これが、人権擁護法案が可決されますと、その中身に組み込まれるんじゃないかということを想定しております。

逆に言いますと、人権擁護法というものがもう

既に今月又は来月ごろある程度の見通しが付くかと、私、今、外からよく分かりませんけれども、想定いたしますと、それができてしまうと、これは、行刑改革が第三者委員会を中立のものを作れと言つても、これは正に絵にかいたもちだけになつてしまふ。現実性が何もないわけですから、そういうことを今更に行刑改革で議論しろと言つても、私はもう責任を負えないと、個人的には、そういうふうに思います。

したがつて、皆さんに、私は、こういう参考人としては僭越ですけれども、国会の皆さんで人権擁護法案を、行刑会議が答申するまでは、あるいはその案を参考にする状況に至るまで、人権法案の審議を中止していただきたいという、非常にこの与えられた機会を利用させていただいて僭越ですけれども、あえて申し上げさせていただきたいというふうに思うわけです。

それから第三点に、新しい何らかの行刑法案というものを、条文が具体的にできなければ何にもなりません。そこまで行刑会議は何の責任ともいうか義務も与えられていないかのように思われておりますけれども、事実上は法務省、法務省の官房があるいは刑事局が知りませんけれども、その辺で要するにお作りになるだろうと思ひますけれども、今までから刑事施設法案、あるいは日弁連と矯正局その他、刑事施設法案ができるまでに、法務省の法規室というのがございましたし、専門家が非常に重ねて何十年と、極端に言うところ、たつて諸外国の制度を調べて、宝の宝庫であります。今、議論を尽くされているわけです。しかし、実現していない。それは、やはり民間人の意見とかあるいは国会の意見が通らなかつたということだと思ひます。

やはり、基本的に私も考えるのは、立法とこののはこれは国会の立法であつて、議員立法でやつてもらいたい。本来ならば、議員立法で刑事施設法案なりあるいは行刑法というものを素案を作つていただかなきゃならないわけけれども、そういうことをなされてない状況の中で、行刑

改革というのは内閣が主導していると。しかも、それは法務省が条文を作ることになっているというところになると、これは行刑改革にどのような柱を作つても、具体的に条文になつたときにはそれが骨抜きになる可能性がある、危険性があります。

したがつて、私はここで、議員の方、法務委員会の方、それから私も一般人その他有識者を交えて、その条文化成にも具体的に参加するということをどうぞお願いしておきたいというふうに思います。

最後の点は、私は、これは森山法務大臣の諮問機関でございます。それで、行刑改革の委員に一人として選ばれた以上は、私は、行刑改革会議の会議が継続少なくともしている間は死刑の執行はやめなさいということ森山大臣に約束してもらいたい。そうでなければ、一方で死刑を執行しながら、署名しながら、一方で行刑の改革をするというふうな下で私はとても行刑の議論をするような厚かましきことはできませんということをお願い上げて、これは森山法務大臣に私、個人的な意見として手紙も書きました。今日、昨日、昨日見ていると思ひますけれども、こういう公の場でそういうことを申し上げさせていただいて、これは将来記録に残ることですから、記録に残していただいて私の思いを伝えておきたいと思ひます。非常に僭越なことは承知の上でございますけれども、十五分の限られた時間内で申し上げますていただくつもりでございます。

あと、その他の具体的なことについては、先ほど申し上げましたように、質問にお答えするといふ予定でおりますけれども、何といつても、私は、日本の刑務所あるいは監獄法、それは古いことは事実であり、新しい法律にしようとするわけでございますけれども、現行監獄法自体も、明治四十一年、時の専門家たち小河滋次郎等が世界的な視野の下に作り上げたものです。であるがゆえに、今日でも部分的な改正を経ながらも何とか持ちこたえているわけです。

問題はその運用の仕方です。運用する金と人、そしてその背景にある人道的な物の考え方の積み重ねというものの、いわゆる成熟した社会というのが刑務所の中において努力されてこなかつた、積み上げられてこなかつたということが背景にあると思ひます。

一言で言えば、私は、受刑者といふ人も人として値する存在としての扱い方というものを、ここで改めて、法律、規則、そしてその規則を運用するための人、これは人が一番大事だと思います。その人が、矯正局には人が一杯います。だけれども、今の状況の中では言論の自由がない。したがつて、そういう点では、言論の自由を確保し、そして、そういう本当にやる気のある人たちが報われるような社会というものを、この際具体的に私は後ほど提案したいと思ひますけれども、設立すること、これが、規則、形式はもちろん必要です。必要ですけれども、なお必要なのは、人権ということについては、その形に対して命を与えていかなきゃいけない、吹き込んでいかなきゃいけない。それは人であり、その人をどう育成していくか。これは月給も上げなきゃいけないでしょうし、労働時間も組合も、いろんな形で保障しなきゃならぬだろうと思ひます。

そういう点について、具体的に細かなことを積み重ねていくことが必要なわけで、一朝一夕に、組織ができたから日本の刑務所はこれで万々歳だということには決してならない。長い間の年月の積み重ねというのが必要だし、そのための精神を打ち込むということに、これからの改革を実現するように願ひたいというふうに思つております。

以上です。

○委員長(魚住裕一郎君) ありがとうございます。

次に、黒田参考人をお願いいたします。黒田参考人。

○参考人(黒田治君) おはようございます。黒田と申します。

私のような若輩者にこのような大役が務まるか

どうか、ちよつといささか自信はないんですけども、せつかくの機会ですので最善を尽くしていきたいと思っています。

まず、私、現在、都立松沢病院で精神科医として勤務しておりますけれども、この三月末まで約十三年間にわたって八王子医療刑務所の方でやはり精神科医として勤務しておりました。それから、二年間イギリスの方に法務省それから科学技術庁の方から留学させていただきました。イギリス内の司法精神科医療のいろんな病院であるとかあるいは刑事司法施設で研修をしてまいりました。そういったバックグラウンドから今日の話をさせていただきます。お手元にございます資料に沿ってお話を進めさせていただきます。

その中で、五ページにいきなり飛んでいたいただきたいんですが、そちらに「まとめ」と書いてある場所があるんですが、そこに二つの文章を載せています。上の方がイギリスで使われている代表的な司法精神医学の教科書からの引用なんですけれども、ちよつとお読みしますが、「刑務所に収容されたからといっても公民であることに変わりはない」、「そのことで包括的な保健医療を受ける権利を剥奪されるべきではない。保健医療に関する政策は囚人に対してもその母集団」、つまり国民ですね、「に対しても等しく適用されなければならぬ。保健医療の水準の低さが、拘禁の持つ刑罰的要素の一部であってはならない」という文章。それからもう一つ、下の文章は、アメリカのやはり有名な司法精神医学者の文章ですけれども、「受刑者が刑務所で過ごす期間は概して長くなく、彼らは地域社会からやってきて地域社会へ帰っていくのであるから、医療の継続が必要であらう。結局、精神障害受刑者の問題は、地域社会問題の視点から見なければならぬ」という文章です。

なぜこのような引用をしたかといいますと、この中のメッセージとして、結局、刑務所に収容されている人たちというのは全くのエイリアン

ではなくて、我々国民の中の一人であるということですね。それから、よほど特殊なケースでなければほとんどの被収容者の方がいずれば地域社会の方に帰ってくるということです。つまり、刑務所の中の医療の問題というのは地域社会の医療の問題と切つては切り離せない問題であるという認識が必要なんだろうと思います。

そのような考えから、現在の我が国の医療刑務所を含む行刑施設内の医療について見てみたいと思います。

ごめんなさい、一ページにお戻りください。一番として挙げましたのは、刑事司法システムと精神保健システムの中での医療刑務所の位置付けについて図式化したものなんです。皆様、法律の専門家でないと思いますが、この中で、スタート地点というのは左上の「触法行為」というところから始まります。「医療刑務所」の場所というのは中央からやや右寄りの真ん中にありますけれども、結局、この図で見てお分かりのように、医療刑務所それから刑務所というのは、この流れの中では最終地点ではなくてコミュニティに戻っていく各段階の通過点の一つにすぎないということです。

次に、私が三月まで勤務しておりました八王子医療刑務所についての概要を述べさせていただきますけれども、皆様御存じのとおり、日本には四か所、医療刑務所というのがあります。そのうちの一つです。

医療刑務所の大体の役割というのは、一般刑務所で治療又は処遇が困難なような医学的な問題、これは精神疾患、身体疾患問いませんけれども、そういった問題を有する被収容者、主に受刑者ですけれども、彼らに対して専門的な医療と処遇を施すために設置された刑務所です。法務省矯正局の管轄下にありまして、監獄法あるいはそれに連するような法規に従って運営されています。刑務所の中での医療に関しては、精神保健福祉法の規定は適用されません。

続きまして、どのような精神障害受刑者が八王子医療刑務所に収容されているかということですが、けれども、規定によりまして、拘留所それから刑務所で分類調査というのが行われてまして、そこで精神障害者でありかつ専門的治療処遇を必要とする者というふうに分類された方が移送の対象となります。具体的には、狭い範囲での精神病に限りません。人格障害それから精神遅滞、痴呆といった、様々な精神障害に起因します行動異常のために一般刑務所で処遇が困難と考えられた受刑者になります。

ここに挙げました数字というのは昨年のある一日のスナップショットで、大体の傾向を見ていただくために挙げましたけれども、大体七十五人ぐらいいが入っています。この中で重要な点としては、裁判で刑事責任能力が争点になった事例というのは決して多くない、さらに、心神耗弱を認定された方も決して多くないということです。

続きまして、IVの医療刑務所での精神科医療の内容についてですけれども、中で提供できる医療のメニューに関しては、通常の精神科の病院とそれほど大きな差はありません。大きな違いとしては、医療の領域なんですけれども、そこに刑務官が必ず関与しているということです。それから、受刑者の居住空間とか彼らが遵守すべき規則、規律については通常の刑務所とそれほど変わらない。それから、刑期というものがありますので、治療期間がそれによって限定されています。治療の途中でも刑期が終われば社会に出てしまふということがあります。

続きまして、医療刑務所での精神科医療の問題点について、いささか羅列的で分かりにくいかと存じますけれども、幾つか挙げさせていただきます。まず、医療刑務所では専門的な治療処遇というのが行われることになっているんですけども、そのゴールは何なのかということがはっきり示されていないと私は考えております。一方の極としては、刑期の終了するまでの間、刑務所の中で処

遇ができる程度に精神症状とか問題行動を改善するということがあります。もう一方の極としては、そういった治療に加えて、その後の社会復帰とか釈放された後再び犯罪を犯さないとか、そういったリスクマネジメントの領域まで視野に入れた対策が必要じゃないかという極があつて、そのどこを目標としてそういう治療をしていけばいいのかということがはっきりしないということです。

それから、二番目には、精神科医療の実践に精神保健福祉法が適用されないということがあります。それによってどういった問題が起きるかといいますと、精神障害を持つ受刑者の方の不服申立ての制度がはつきりと確立されていないということと、それから施設の中での医療水準を監視するための制度というのがないということです。

その次に、御自分が病気だという認識のない精神科の患者さんというのがいらつしやいますけれども、そういった方は治療を拒否されます。ただ、そういった御自分で治療を望まない方に対して強制的に治療を行うというときの根拠がないということです。ただし、この点に関しては、一般の病院で使われています精神保健福祉法の中でもきちんと規定はされていません。

次に、精神障害受刑者というのは医者を選べないということですね。その施設の中に勤めている医者が対応しますので、その先生が気に食わないからということとで別の病院で掛かるということとはできない。それは対応する医師の質というのが非常に重要になってきます。ただ、一方で医者の方も患者さんを選べないという問題があります。病院ですと、時にその患者さんが治療が難しいとかあるいは処遇が難しいといった理由で治療を拒否されるケースが時々ありますけれども、そういったことが刑務所の中ではできないということがあります。

続きまして、医師が倫理的なジレンマに陥りやすい。これは、医師の役目というのは患者の治療というのが最優先されるものなんですけれども、

ただ、刑務所の中に勤めていますと、それだけではなくて、刑務所の中の医療の最終責任者というのはその施設長にありますので、その施設長に対する責任というものが発生してきまして、医師がそのどちらの責任に従って仕事をすればいいのかわからないという状況になってくるものがあるというところ。それから、刑務所の中の規律を守るためには懲罰というものがあってもいいけれども、それに関与を求められる可能性があるということですね。

それから、拘禁環境というのはしばしば病気の症状を増悪させる可能性があるということ。それから、刑務所の中で治療が難しい患者さんを外の病院に移して治療を続けるような制度が現在もありますけれども、実際にそういった制度を使っている受刑者を外の病院に移して治療するというのはしばしば困難であります。それは、刑事司法の問題だけではなくて、それを受け入れる側の病院、精神保健システムの側の問題というのがあります。

それから、社会内の治療資源を利用できないとか、あとは外出などがさせられない。それから、精神障害受刑者の方にはしばしば治療動機付けというものが十分得られていない。何で刑務所に入っているのに精神科の治療を受けなくてはいけないのだというような認識が基盤にあるんだと思います。

それから、非常に重要な問題として、釈放のときに発生するいろいろな問題ですね。先ほども言いましたけれども、いずれは社会に戻ってくる人々です。しかも、治療期間が刑期で決められていきます。ということは、釈放されるときに病状が改善されているとは限りません。刑務所から釈放される際に、精神保健福祉法の二十六条という矯正施設長通報という制度がありますけれども、その際に判断の基準になるのは自傷他害のおそれという点なんですけれども、それだけで治療の継続が必要かどうかということが判断されてしまつて、二十六条でそのおそれがないというふう

に判断された方を地域社会内の医療機関に連携して引き継いでいただくというのは非常に難しい問題になってきます。

今のようないいお話しましたように様々な問題があるわけなんですけれども、じゃ、それをどうしていったらいいのかわからないことで国際的な基準というのを参照してみたいと思います。

まず、国連のガイドラインとしてここに挙げました二つのものがあります。その詳しい内容につきましては、皆様にお配りしました資料の中にありますので、御参照ください。

六ページに要点だけ挙げてありますけれども、二番目の「精神病者の擁護およびメンタルヘルスケア改善のための原則」を読ませていただきますけれども、一番としては、精神病に罹患した受刑者も一般の精神病者が保障されるものと同等の最良で有効な精神保健医療を受けるべきである。二番として、国内法が許可すれば、裁判所などの所管機関が法的能力を有した独立した医師の助言に基づいて精神病受刑者を精神保健施設に入院させる命令を下すことができる。三番として、精神病に罹患していることが確定した者の治療は、いかなる状況下であっても一般の精神病者に対して保障されるものと同等のインフォームド・コンセントの原則が遵守されなければならないというふうな規定されています。

こういった原則から我が国の医療刑務所の内容を見てみますと、それが、国連の言うところの一般の精神病者が保障されているものと同等の最良で有効な精神保健医療を提供する精神保健施設に該当するかどうかということが問題になってくると思います。それについて、本場にそうなのかというところを、法務省ではなくて、医療の専門である厚生労働省あるいはそれを評価するための第三者機関が評価すべきではないかということですね。

その結果、医療刑務所を精神保健福祉法が適用されるような精神保健施設として変えていくという方法が一つあります。それからもう一つとして

は、医療刑務所の状態は現状のままであつて、その中にいる精神障害受刑者の方を刑務所の外の精神保健施設に移送をして、そこで入院治療できるようにいろいろな整備が必要じゃないかということですね。その場合には、今のいわゆる精神病院では十分ではないかと私は思います。

イギリスの例を挙げさせていただきます。これは、私がイギリスに留学していたということもあるんですけども、イギリスでも刑務所の中の医療の問題というのは非常にうまくいっていません。これまで繰り返し批判されてきています。その要因としては、真ん中辺りに挙げましたけれども、精神障害受刑者の受皿となるような保安病棟であるとか特殊病院がいつも満床で空きベッドがない状態が続いていて、刑務所の中の受刑者をそこに移送するのが非常に後れてしまうという問題がありました。

一九九〇年に、内務省、日本の法務省ですけれども、と保健省、これは厚生労働省に当たりますが、それが共同で通知を出しまして、精神障害犯罪者を刑事システム、刑事司法システムから精神保健システムへなるべく転換していくという政策を表明しました。この時期に内務省が、特に精神障害に罹患した未決囚の一般の病院へ移送を促進するようにということを刑務所の医官に指示しまして、これに地域保健保安病棟がベッド数がどんどん増えてきているということが相まって、一九九〇年代に入ってから刑務所から病院への移送というのが年々増加してきています。

一番下のところ、刑務所制度に対する保健諮問委員会というのが刑務所内での精神科医療について、NHS、一般の国民向けの医療制度ですけれども、それと同等のものにするように勧告しています。つい最近になりました、内務省とNHSの間で共同体制を組みまして、一般国民がNHSで受けられる医療と質や範囲に関して同等の医療を受けられる医療と質や範囲に関して同等の医療を改革を推進していくということになっております。

以上、少し時間が長引いたかもしれませんが、私も、以上で終わります。

ありがとうございます。

○委員長(魚住裕一郎君) ありがとうございます。

以上で参考人の意見陳述は終わりました。

これより参考人に対する質疑を行います。

質疑のある方は順次御発言願います。

○荒井正吾君 自由民主党の荒井正吾と申します。

本日は、大変貴重な話、ありがとうございます。せっかくの機会でございますので、初歩的な質問も多いかと思いますが、質問させていただきます。

まず、菊田先生に御質問をさせていただきます。

どういう人に、何を罪にしようという罰を与えるかというのは国家の大きな責務であらうかと、国家権力が独占し、リンチを許さない、罰は国家権力の手統によつて決めるということは近代国家を形成している一つの大きな基盤になっているように思います。したがって、国家経営の理念とか国家の在り方の基盤が反映されているように思うわけでございます。

一方、今問題になっております問題を見ますと、大変日本の中の、この委員会でもそうでございますが、意見が大きく分かれていて、感じている。その意見の分かれる原因は何だろうかというふうな素人ながら考え始めておりますが、その根底には宗教観とか人生観とか人間観というのが、もう少し、共通したものが無いように思うわけでございます。

これは、いろいろな判断があるかと思うわけでございますけれども、江戸時代からずっと、私は奈良の出身ですので奈良仏教というのを影響を少々受けておりますが、ずっと長年、千年以上続いた仏教の思想が明治の近代国家になって西欧のその時点の思想を受け入れて、そのジョイントがなかなかうまくいっていないんじゃないかという

ような見方もちよつとするわけでございます。

刑法の世界でいえば、仏教の世界から反映されて、江戸時代、因果応報という思想がやはり根深くあったように思います。罪を犯すのは因果があるから、原因と結果があると。これは今も仏教界で基本的な思想になっておるわけでございますが、因果がある、それに応報するというような、歌舞伎でよく見られて、今も楽しんでる日本人が多いわけでございますけれども、そのような信条の底にある一方、明治時代に取り入れた罪刑法定主義、それと罪と罰というのは、当時の西欧社会が呪術的な世界から合理的な世界、近代的世界へ発展する過程のフレームを取り入れたというような、ごく独断的な私見かもしれませんが、そのような気がするわけでございます。

西欧も、その十九世紀の世界から更に発展してもう少し人間の中に入っている一方、西欧独自の宗教観、人生観、人間観というのがあるように思うわけでございますが、日本の中でその罪と罰を日本人がどのように考えられるのか、考えれば気持ちが安らぐのか、社会が安定するののかというのをどのような手法で、どのような考え方で議論をすればいいのかというのが大変大ざっぱで稚拙な問題提起でございますが、私の関心でございます。

菊田先生、今日おっしゃっていただいたのは、大変深い意味がある一方、時間が足らなくて十分な話を聞けなかったのは一方残念でございますけれども、またそれは個人的に勉強するといまして、今日、御提起いただいた論点の中で監獄法、明治四十一年にできた監獄法の懲役、禁錮という罰の形態を確定したということについて、これは今は日本だけという、その応報の、罰の与え方が懲役、禁錮ということについて大変深い御意見をもちのように思うわけでございますが。

その最初の、どういう罰を与えるかというような話をいろいろ議論すると長くなるので、菊田先生の御感なりが伺えたら幸いです。菊田先生とにも、それを反映した懲役、禁錮という監獄法の

基本的な罰の与え方についての説明をもう少しいただければ大変参考になると思うのでございす。第一点の質問でございます。

○参考人(菊田幸一君) 結論から申し上げますと、私は今、日本の行刑という、修飾付きの行刑というものはあつてはならないと。国際的な視野から、国連を中心とした最低基準規則というのが一九五五年にできていますけれども、それ自体がもう修正されていて、その最低基準をもう引き上げようということが度々作業化されています。

日本は、日本の行刑という、もちろん人権というのは各国それぞれ背景の下にありますから、その人権に向かってどのようにその国が努力するかというプロセスであるわけで、理想的な国というのはあり得ないと思うわけでございます。日本の場合、どちらかというと、例えば人権委員会に対する政府の答弁書にしましても、人権擁護に關してはこういうような手だてがございす、組織がございすというところで、言わなければ、完璧にそういうものが整備されております、近代国家でございす、こういう説明をしているんです。

実態は、問題は実態なんです。実態が、受刑者がどういう不満がどういう形で処理されているのかと、具体的に。そのところは、国連などでの人権委員会などでは特に求めているわけです。完全なものを求めているのじゃないんです。具体的に、どうあつて、どこに不備があり、そしてどこに改善しなきゃならぬところがあるかということ求めているわけですから、日本は逆に、すべて完璧でございすという返答をしているんですね。

その根底には、日本の行刑というものがあつて、今おっしゃられましたように、刑務所へ行けば償いと申しますか、因果応報、今刑務所で楽するよりも苦勞した方がしゃばでは皆さんが許してくれるんだと、こういうような背景がありまして、これは私の独断ですけれども、刑務官は人のいい人だけれども、おまえのために苦しませない

ればやつた犯罪に対する、報われないから、おまえのために苦勞させてあげているんだと、こういう発想で私は行刑をやっているんじゃないかなというふうに思うぐらい独断と、独断による因果応報。

因果応報というのは、しかし、私よく宗教のこととは分かりませんが、昨日悪いことをしたから今日応報があるということではなくて、もつと宗教的には時代を超越した、何代も上の祖先が悪いことをしているから末代において何らかの報があるというような意味じゃないかと私は思っておりますので、例えば死刑もそうですけれども、その行為、その反動として、すぐにそういう反動としての応報が正義だというふうには私は思いません。

正義というものは、もつともつと、もつと深いものだと思いますし、先ほどの先生の御報告のうちに、医療に問題がある人間も行く行くは社会に戻るわけです。そして、戻ったときに我々の社会がやはりそういう人々と共存することのできるような人として処遇してもらうにはどうするかということが最も社会の要求していることだと思います。

そういう意味では、日本の行刑ということで正當化するというのは、私は近代化された今日においてはあつてはならないことだというふうに思っております。

○荒井正吾君 ありがとうございます。

菊田先生は実態から反映して改善すべきことを實際的にやると、これは手法でございす、大変私自身そのように思います。

もう一つは、社会との、罪を犯した人でも社会との調和というのは、一生生きるわけでございすので、どのように考えるかということでございす、その応報というのは、監獄法が因果応報の考え方を反映したというんじゃないに、むしろ反映していないんじゃないかというふうに思うわけでございす。

といいますのは、宗教でも、応報でも、罰を受けるのは何代かにわたつて見えないところから天罰が来るという思想がどこにあるかというように、改める人が、どんな大きな罪を犯しても悔い改める人の方が上だと、その人の方が早く天国に行けるんだというような教えが一方あるわけでございす。

その悔い改めるといふことは更に、再生すると、人とうまくやるというようなことでございすので、その罪の大きさとその悔い改め度というのを、どのように罪の、罰の中で反映させるかというのが普遍的な課題じゃないかという観点に思つたわけでございす。大変深いと思います、ちよつと漠とした議論でございすので、また後ほどにしたいと思います。

もう一つお聞きしたいのは、菊田先生は、刑務所の中で累犯者が多いと、今日は直接触れられませんが、累犯者が多いということと述べておられますが、累犯ということになれば、一回の罪を悔い改めるといふよりも、何回も犯して人々というのは受刑としてどのように扱えばいいのかというのは、また一つのパターンがあるようにも思うわけでございす、累犯者の扱いについて、それと刑務所の目的ということはどういうふうに考えておられるのかをお聞きしたいと思います。

○参考人(菊田幸一君) お答えします。

累犯という、たまたまおっしゃいましたけれども、これも刑法上の累犯規定というものによつては、五年以内に再犯を犯すという枠を作つて、それに入らなければ、うまくいふか偶然にも入り込んだ人間は自動的にまた刑務所へ入れるという、これは、今の刑務所処遇という、人の処遇という思想からいくと相反することであるわけですよ。

だから、犯罪やつたことは悪い、しかし、それ相当の刑を受けなきゃならぬことは事実、そして、刑務所の中においてはその人間に対していかに処遇をするかという、このことは大事なこと

すけれども、いったん刑務所へ入った人間が機械的に、また非常に、その辺のこそ泥やっただけでも実刑を受けるというような、機械的に人間を処理していくという、その刑法の基本原則そのものが今の、私は、処遇という理念には反すると、余りにも形式的にやっていることで、反するというふうに思っています。

○荒井正吾君 ありがとうございます。

時間がございませんので、次は黒田先生にお伺いしたいと思います。

先日、府中刑務所へ見学へ、視察に行かせていただきました。たくさんの方の受刑者を初めて見させていたしまして、一つ大きな、何といいますが、驚きがあったわけでございます。

その一つの印象は、診療所の前で座っておられる大受おとなしい方、あるいは独居房で、あるいは保護房に入っておられるとても攻撃的な方、あるいは外で体操してとても規律の中で住まされている方というような方たちで、ああ、これが受刑者の方かなという方たちで、それで共通して、改めて思いました共通していることは、見張られて暮らしておられるという面があると思います。その見張られて暮らしているというのは、社会的復帰、再犯防止、あるいは精神のバランス回復するのに、精神医療の観点からそういう扱いがどうなのかという小さな疑問が出たわけでございます。

人間は、ある程度孤独といいますかプライバシー、あるいはそれをいやすというコミュニケーションがないといけないように思うわけですが、総じて顔を拝見しますと、普通は表情のちよつとした隅に、心をのぞく窓のような表情がかいま見れることが普通は多いんですけれども、それがほとんどないように思っています。

それで、時間がないので恐縮ですが、その犯罪をなぜ犯されたのかというのは大変奥深いものでございますが、精神的な疾患があつて犯罪の要因が、比重が増加するというようなことが、もし仮説であれば、それはどのような客観的な指標で

提示されるのか。例えば、風邪ですよといった患者に自覚症状がある、自覚症状がなくても熱がある、あるいは湿疹が出るというので分かるわけですが、精神障害についてはなかなか分からないので、医療の客観性ということについて、もう時間もございませんのでちょっと御意見を伺えたらと思います。

○参考人黒田治君 申し訳ございません。質問の意味が十分理解できているかどうか分からないんですが、もしかしてなんです、精神障害があることによって、それが原因になって犯罪を犯す方がいるかどうかということでしょうか。

○荒井正吾君 そうですね。後の触法の関係もあるんですが、犯罪を犯すおそれというのは、例えばどのような、客観的なデータで表すということと、ろまで医療水準が行っているんだらうか、どういう外形基準で判断できるという水準まで行っているのかどうかという質問でございます。

○参考人黒田治君 恐らく、客観的な基準、評価尺度と言われるようなもので測れるという段階にはまだ来ていないと思いますけれども、ただ、そういった領域の研究はまだ日本では十分されていませんけれども、例えばアメリカとかカナダとか、そういったところでされている研究などでは、いわゆる精神病ではなくて、いわゆる人格障害というようなものの程度によって再犯率が影響を受けるんじゃないかというような研究はあると思います。

○荒井正吾君 以上で終わります。

○朝日俊弘君 民主党・新緑風会の朝日でござい

ます。

○朝日俊弘君 民主党・新緑風会の朝日でござい

ます。

○朝日俊弘君 民主党・新緑風会の朝日でござい

ます。

○朝日俊弘君 民主党・新緑風会の朝日でござい

ます。

て、レジメの冒頭に「行刑改革会議の位置付け—その限界」というふうに書かれて、せつかくメンバーに入られたわけですから、限界を承知しつつ、是非頑張つてほしいと思うんですが。

その中で、私たちも今ちょっと当惑している問題は、監獄法なり監獄法の施行規則なり、これも実は全面的に書き改めなければいけないんじゃないかと思いつつ、しかしその作業は極めて大変で、しかも全面改正をしようと思えば思うほどい

ろんな問題も出てきて、懸案の問題にまたぶつかつてしまふということもあつたりして、取りあえず、今、新聞でいろいろ問題になつた情願制度のところだけでも変えようかというふうに今考えているんですけれども。

つまり、お尋ねしたいことは、規範としてある監獄法及びその施行規則、これについて何とか変えなきゃいけない、改正しなきゃいけないと思いつつ、部分改正を積み重ねて、先行して積み重ねていく中で全面改正を展望した方がいいのか、それとも、もう最初から抜本改正を、全面改正に向けての議論をした方がいいのか、その辺、先生のお考えを是非お教えいただきたいと思いますが。

○参考人（菊田幸一君） もちろん私は、明治四十一年、百年近くたつたとして監獄法を、私はこの際、これだけの事故が起こつたときに、もう千載一遇のチャンスだと思います。これは全面改正しなきゃもう絶対駄目だと思います。もう後譲りできない。これまで何十年も、先ほど申し上げたんですけれども、刑事施設法案までにいろいろ何回も何回も法案ができています。全部つぶさ

れているんですよ、全部。

それで、それはいろんな背景があります。拘禁二法案ということもありましたけれども、私は、正直言つて拘禁二法案というのは言い逃れであつて、拘禁、未決とは関係なしに、基本法の監獄法そのものは関係なしにできるはずだと思います。それも弁護士会は賛成するだらうと思います。

それと、その拘禁と一体と、警察庁も私は必ずしも留置施設との抱き合わせということだけを

言っているんじゃないかと、拘禁、刑事施設法案がまずできることによってその後留置の問題を考えようという手だてだつてあり得ると思いますので、この際障害はないと思います。障害が多少あろうとも、それは一つの筋を通すのなら、その筋に對する反抗、抵抗というものは、私はこの際得し、そして実現していくのがありようだというふうに思っております。

○朝日俊弘君 ありがとうございます。

私も、予算委員会でこんなふうに申し上げたんです。従来、二度ほど壁にぶち当たっているいわゆる代用監獄制度の恒久化の問題、これをすぐに絡ませるから話がややこしくなるので、その問題とは別途に、あるいはその問題は横に置きつつ根本の監獄法の改正に着手すべきだということを申し上げたんです。是非今度の会議を通じてその方向性を是非見付け出していただければ大変有り難いというふうに思います。これはお願いでございます。

じゃ、次に黒田参考人にお尋ねしたいと思

います。

先ほどのお話で、実はイギリスの司法と精神医療の問題について御指摘があつて、ここは大変関心のあるところで、必ずしもイギリスでもうまく

いっていない現実があるのだというお話でしたが、今日はその話はちよつと置きます。

といいますのは、冒頭で先生がおっしゃつたように、医療刑務所の中におられる精神障害の方、心神喪失あるいは心神耗弱となつた方が必ずしも

多いわけではなくて、その問題とは別途に刑務所における医療問題というのはあるんだという御指摘がありましたんで、是非、そこはそうだらうと

と。だから、今問題になつてきている心神喪失者の医療観察法案があるなしにかかわらず、あるいはこれから犯行時における心神喪失、耗弱の問題が多少いろいろ考え方が変わってくるかもしれないけれども、しかし多分医療、刑務所の中における医療問題というのは引き続きあるんだらうと思うんです。ところが、その医療刑務所だけに限つて

みても、今の日本の医療法あるいは医療関係法規が適用されない。何か変なことに、法務省管轄の組織で医療関係法規が適用除外。そういう意味では、何か一番きちんとしなきゃいけないところで全然法律が守られていないというのはおかしいんじゃないかと思うんですね。

そこで、これからの刑務所における医療問題、特に医療刑務所の体制の充実をどう図っていくかという観点からお尋ねするんですが、一応話を考えやすくするために医療刑務所に限定してみよう。医療刑務所において、例えば現行の医療法なりあるいは精神保健福祉法なりをもっときちんとして適用させて、例えば医療の質あるいはレベルについて保健所の監視を受けるとか、そういうところまで一般的にある医療関係法規を適用させることを拡大すべきという方向で検討するのか、それとも、もう刑務所という枠の中ではだいたい無理と、だからほとんど医療を外の機関、一般の保健・医療機関でほとんど受けさせるという方向で仕組みを考えていくのか、どちらの方向を目指すべきなのか、ちょっと参考人のお考えをお聞かせください。

○参考人(黒田治君) まず、私、説明不足だったのかもしれないが、医療法、いろいろな医療関係法に關しては医療刑務所の中でも適用されまして、唯一精神保健福祉法に關しては適用されないということになっています。ですから、全く保健所とか自治体の監視を受けていないということではなくて、医療従事者の人数であるとか資格であるとか中の設備に關しては定期的に監査等が入っております。

その話は置いておきまして、行刑施設の中で医療を完結する方向がいいのか、あるいは行刑施設だけで賄うのではなくて一般の医療、行刑施設外の医療へ移す方がいいのかということなんですけれども、これは私の個人的な意見で、行刑施設の中で医療を完結する方向というのはもう非常に難しいと思いますので、そこは、現状でいいとは思いませんけれども、現状よりも少しもろろ水準

を上げるべきだと思いますが、その中で賄い切れない障害を持った方というのは必ず発生すると思うんです。ですから、そういう場合には速やかに外の専門的な医療機関に移して治療ができるような体制というのがやはり必要だと考えます。

○朝日俊弘君 そうすると、両面があって、一概にこつちだというわけにはいかず、今の医療刑務所は医療刑務所としての拡充、充実を図らなきゃいかぬと、こういう御意見だと思うんですが、さつき私が申し上げたのは、確かに形式上は医療刑務所は病院として医療法に基づく規定を受けているんですね。ところが、法務省の矯正局にお伺いしましたら、例えば患者さん百人当たりの医者の数は六・三人と、それから看護師さんの数は十二・六人。これは、全体的な日本の病院の平均値、医者の数が百人当たり十二・五人、あるいは看護師の数が四十三・五人と比べると半分なんです。つまり、全然守られていない。だから、適用されているんなら適用されているんでちゃんと守ってくださいよということを言いたいわけですね。

そういう点でいうと、何か塀の中の医療機関だけが医療法の適用を受けていながらも完全に違反になっている、あるいは標準を達成していない、言わば標欠病院だと、こういうことでは極めて問題だと私は思うんですが、どうですか。

○参考人(黒田治君) 私、一医師でございますので、是非そういうスタッフの拡充並びに予算の拡充というのはお願いしたいと思っておりますけれども、

○朝日俊弘君 あともう一点、先生の領域の一番専門的な部分になると思うんですが、多分刑務所でも医療刑務所でもその処遇の原則というのは監獄法ですから、例えばある精神障害の方を保護しなければいけないとか、あるいは逆に保護を解除してもっと適切なケアをしなきゃいけないとかいう場合に、精神保健福祉法でしたら精神保健指定医の判断があつて、必ずカルテにその旨記載してという一定のプロセス、デューププロセスが決まっていますね。しかも、そこはあくまでも医療的

判断で行われるという仕組みになっているわけですが、医療刑務所ではそういう場合は全然、精神保健福祉法に基づく様々なプロセスは無視してよろしいということになっているんですか。

○参考人(黒田治君) 先ほど述べましたように、精神保健福祉法は適用されませんので無視しているということではなくて、そこでの全く規定がないということなんです。

ただ、それではまずいといいますが、一医師としても後々例えば訴訟の問題とかも考えますので、その辺はなるべく常識的な範囲でできる限りのことはしたいと考えておりまして、医療刑務所でももちろん、例えばそういういわゆる不穏の状態で行われる隔離室のようなところを使う場合にはなるべく医師が速やかに診察をする、それからカルテに記載するということはしています。

ただ、何分にも精神保健指定医の数が限られておりますので、お休みの日まで含め、あるいは夜間まで含めて常に精神保健指定医がかかわるといのは実態的には難しいのが現状ですけれども。

○朝日俊弘君 実態はそうなのかなと思います。私は、仮にその部分が精神保健福祉法の適用を免除というか除外されているとしても、一般の精神病院におけるデューププロセスがこう定められている以上、それに準じた規則なりルールは、それは医療刑務所の中でそれなりにきちんと作るべきだと私は思うんですけれども、そういうルールブックみたいなのはありません。

○参考人(黒田治君) 他の施設のこととはよく存じ上げませんが、八王子医療刑務所に関してはどういった規則に關して所長が指示をするという形で規則が定められておりまして、それに従って運用されていると思います。

○朝日俊弘君 その内容はほぼ精神保健福祉法の手順に沿っています。

○参考人(黒田治君) はい、そう思います。ただ、判断する医師が指定医であるという規定はありませんので、そこは違うかもしれませんけれども、可能な限り医師がその判断にかかわると

いうようになっています。

○朝日俊弘君 ありがとうございます。

○浜四津敏子君 公明党の浜四津でございます。本日は、菊田先生、黒田先生、お忙しいところ大変ありがとうございます。

まず初めに、菊田先生にお伺いいたします。

菊田先生は行刑改革会議のメンバーとしてこれから改革論議に携わられるということですので、その関係でまずお伺いしたいと思っております。

大変基本的な、また大枠な質問ということになるかもしれませんが、あるいはまた行刑の思想にかかわることになるかとも思いますけれども、日本の行刑が抱えている最大の問題点というのはどこにあるとお考えなのか。また、目指すべき行刑改革の思想性といいますか、方向性の柱についてはどうお考えになっておられますでしょうか。

○参考人(菊田幸一君) 先ほど申し上げたように、基本的には、これは国連などでやっている最低基準規則があるわけですが、その根底にあるのは、やはり人たるに値する存在としての受刑者の扱いをどうするかということだと思えます。

それで、日本の、私は矯正局もすばらしい人材もいることだし、そういう方向に向かって努力しているはずのところ、現実にはかなりいわゆる理念と異なっている結果に出ているということの仕組みの中で苦慮しているんだろうと思います。やはりそこは、何といいますか、理念は理念だけれども、その理念を取っ払うような具体的な現実があるわけですね。

懲役というところを取りましても、これは懲らしめることですね、だから強制労働ですね。強制労働させるということがありますが、今、刑務所で本当に二十四時間働いているんです、刑務官は。これは普通の労働基準からいっても違反ですよ。そういうことを苦勞してやっていると、これは何でかという、やっぱり生産性を上げ、支給自足、これは既に壊れていますけれども、そういう目標に向かって工場同士が競っているわけ

す、それは刑務官同士が競っているわけですね。ですから、そこに置かれている受刑者は、人としての扱いというよりも、労働者として、労働使役の対象者として、私に言わせれば、賃金ももらえないで賞与金という、奴隷的扱いですよ。

そういう現実が余りにもあるわけで、今おっしゃった最大の問題点とか国家の方向性というようになもうレベルじゃなくて、最低限、人たる値をどう確保していくかということ、私は今の、先ほど申し上げた三つの柱から、大きな柱から取りあえずこれを実現していかなくやならぬだろうと思います。そうでないと、細かいことは一杯あります、面会の問題とかいろんなことがありますが、けれども、それは、後で細かいことを具体的にしていこうというふうにならざるを得ないと思うんですけれどもね。

○浜四津敏子君 今、賞与金の問題が出ましたので、大変各論にわたりますが、受刑者の教育及び社会復帰のため、並びに被害者への補償などを目的として、例えばドイツでは、刑務所内でそれぞれの受刑者の適性あるいは特性に合わせて多種多様な高度の技術を教育して、また、あるいは手に職を付けさせて、例えば一般社会でも十分に適応できる、十分に通用できる仕事をさせる、それを一般社会で売ったり、サービス提供で一般の社会から報酬を得るということをやっているわけですね。その一般社会における同種の労働の賃金の約七割を本人に支払って、その三分の一は本人に、三分の一は刑務所に、三分の一は被害者の補償に充てているという制度が実施されているわけです。

日本でも同様のコンセプトが導入できないものかなという感想を持ったところですけれども、これからの改革の議論の中で、具体的にそうしたドイツで効果を上げていく制度についても是非参考にしたいということ、例えば、またアメリカの刑務所では、盲導犬の育成を受刑者にさせる、それが大変更生に役立っている、あるいは農作業とかあるいは牧畜をさせる。

つまり、命を育てる作業をさせることによって非常に精神的にも安定し、刑務所の中の治安もかなり守られ、本人の更生にも役に立っているというような報告がありますが、こうした諸外国の例を是非各論の中で、効果を上げているものを是非参考にさせていただければと思いますが、いかがでしょうか。

○参考人(菊田幸一君) おっしゃるとおりです。ただ、日本の場合はあくまでも八時間強制労働というのがあるわけですね。諸外国の場合は、今はそういうことを取っ払って、自由刑と、受刑者に対しては自由を拘束するということが最高の刑務所の目的だということ、そこが確立しているわけですから、今おっしゃったようなことでも、本人が希望して、私は盲導犬、私は身体障害者のための自転車を作るとか、そういうホビーに近いような形で自分のやりたいことをやらせるということなんです。ですから、あくまでも強制じゃないわけですね。上から強制することじゃなくて、本人が社会との結び付きの中で生きがいを感じるものを選んでいくという、そういった形が基本にあるわけですね。

ですから、その点でいくと、日本にとつては、今、取りあえず賃金制というものを採用するにしても、八時間の労働の中でも、仕方がないと思います、賃金制を取ると。そして、しかしその賃金制といつても、現実にはいろんな人がいるわけですから、その賃金というのは恐らく通常の社会のもう三分の一ぐらいの賃金になるかもしれないけれども、しかし、そういう働いた報酬としての、実際の成果としての報酬じゃなくて、やはり国が賃金も支給する、三分の一でもという。やっぱり犯罪者を処遇する施設なんですから、国がもっと金を使う、自給自足というような原則なんかはもう、これはもう掃き捨てて、そして国が金を出すという、そういう思想を徹底しなきゃならぬと思いますね。

日本では、今、逆に、あえて言いますと、C A

PICという、矯正協会の一部が、御存じのようにもうけ主義に走っていますよ、はっきり言って。官僚の天下り先にもなっています。そういう状況の中では、賃金制という言葉自体がもうタブー視されているような現状ですから、よほどのことで覚悟を持って掛からないと、これは、私は悲観的な状況になるといふふうに思います。

○浜四津敏子君 ありがとうございます。それでは次に、黒田先生にお伺いいたします。一般刑務所の中で受刑している受刑者の中に、本来は精神科の治療を要する精神障害者が数多く見られる、しかも十分な治療を受けられない状況にあるという指摘がありますが、これは事実でしょうか。また、なぜそういうことになっているのか、御存じでしょうか。

○参考人(黒田治君) 私は、医療刑務所に勤めておりましたが、一般の刑務所での臨床の経験はありませんので、一般刑務所にどの程度精神障害の方がいらっしやるかという実態については詳しくは知りません。

ただ、法務省の方で出されています犯罪白書などの資料からは相当数の精神障害者がいるということが推測されますが、ただ、それも法務省のデータですから、例えば医学的な研究で、じゃ実際にどのくらいいるのかということ、そういった調査は日本ではまだなされていないので、実態はちょっと分かりません。

なぜそのようなことが起きるのかということも、いろんな可能性としてはあると思うんですが、例えば、一般刑務所で精神障害のために問題が起きて医療刑務所に送られてこられた方の経過などを見ますと、一つは、裁判のときに精神障害が見逃されていた可能性があるということ、それからもう一つは、服役以前には精神障害の既往はないんですけども、刑務所に入ってからその病気が明らかになった方がいらっしやる、大体そういったパターンが多いように思います。

質の人も数多くいるというふうに言われております。例えばアルコール依存症とかあるいは薬物中毒の人の背景にはこの精神病質があるんじゃないかという指摘もなされているところでございます。

先ほどのお話では、医療刑務所の中でこの精神病質の方についても医療を行っているという御説明があったかと思うんですが、精神障害者とそれから精神病質の人とは本来その処遇というのは異なるべきものだと思うんですが、今は全く仕分けられていないわけですね。この精神病質者の処遇について、これからあるべき処遇について何かお考えがございでしょうか。

○参考人(黒田治君) 最初の精神病質という言葉は今ほとんど使われておりませんが、恐らく、以前の精神病質の概念に置き換わるものとして、最近では人格障害という言葉になっていると思います。

ただ、人格障害ということも一応国際的な診断基準には含まれているんですけども、ただそれはあくまでもガイドラインでありまして、人格の特性というのは周りのいろんな状況によって大きく変わるものですから、何をもちも人格障害と診断するかという非常に医師としても頭を悩ます機会の多い問題ですから、精神病質者あるいは人格障害者に対しては、こういう処遇あるいは治療がいいということについての決まった方針というものは考え方というのは私自身ちょっとはつきり分かりません。

ただ、諸外国の例などを見ると、いわゆる人格的な問題によって一般の刑務所で処遇が難しくなった方をどうするかということについては、例えばイギリスなどでは通常の厳しい規則に縛るのではなくて、もっと緩やかな環境の中で生活をさせる。特に、治療共同体という考え方があるんですけども、受刑者のある程度の自治を認めて、受刑者同士で、自分たちで自分たちのルールを決めていって、それに従うような生活をしていくというふうなやり方が行われている。例えば、イギ

リスのグレンドン刑務所などはそういった方法で運営されていますけれども、そういう方法もあるのかと思います。

○浜四津敏子君 先ほどの御説明の中で、医療刑務所における精神科医療の問題点の一つとして、医師が倫理的ジレンマに陥りやすいという御説明がありました。これがちよつと具体的にどういふことなのか、もう少し御説明いただければと思います。また、どうすればそれを克服、改善できるとお考えでいらつしやるのか、教えていただければと思います。

○参考人(黒田治君) 具体的なケース、例としては幾つか挙げられますけれども、まず、自分の目の前にいるいわゆる精神障害の方がどうしてそういう状態になっているのかということ。例えば、刑務所の中の規則とか環境に適応できなくて、それに対する反応として精神障害を呈しているような場合に、例えば医師として何をすべきなのか。一応治療はしますけれども、その問題になっている問題についてじゃどうするのか、その部分まで意見ができるかということ、それから、医療刑務所に来られて良くなったときに、一般の刑務所にまた送り返せば同じような問題が起きる可能性がある方をずっと医療刑務所に置いておくのか、あるいは良くなったなら元の刑務所に戻すのか、そういう問題があると思います。

それから、例えば精神病の方で自分が病氣であるという認識がない方に対する治療に関しても、例えば精神病院であれば、その患者さんの御家族であるとか法的代理人に当たるような方がいらつしやいます。そういう方に説明をして、納得していただいた上で御本人の意思に反した治療というのは行いますけれども、刑務所ではなかなかそういうことができない。制度上できないし、実際に御家族がいらつしやるケースも少ないので、その場合に医師一人がその方に無理やり注射をしていいかどうかということの判断を迫られてしまう。治療した方がいいというのは分かるんですけども、でも、治療しないという選択肢も

またあつていいと思うんです。それを、どちらを選ばべきかということが一人の医師にゆだねられてしまつていて、そういうところでジレンマを感じる人が多いと思います。

○浜四津敏子君 ありがとうございます。

○井上哲士君 日本共産党の井上哲士です。

今日は、参考人のお二人、本当にありがとうございます。

まず、菊田先生にお伺いをいたします。

真相解明とともに、この先どうしていくのが大変大事だというお話でありましたが、やはり名古屋刑務所などを中心にして起きたこの間の事件の中に今の刑務所の持つている問題点が集中的に現れていると思いますので、あの問題のやつぱり事実、真相の解明ということが今後の改革の方向の究明にも非常に大きな役割があると私は思っているんですが。

この間、法務省の行刑問題の調査チームなどからの報告も出されておりますけれども、例えば名古屋の十二月事件や五月事件にしても、現場にいたごく一部の職員の責任というのが出てくるんですが、もつとモニターで見ている人ではないかと、それからそうした報告がかなり上まで実は上がつていたのではないかと、いろんな問題があるんですが、その点での非常にえぐり方が弱いのではないかと私は思っております。

衆議院での質疑では、この行刑改革会議は真相解明の仕事もするんだという答弁が法務省からはあるわけですが、こうしたこの間の中間報告の中での真相解明がどこまでいつているかという評価と、それから、行刑改革会議の中で一連の問題の真相解明というのがどのような議論がされているのか、その点をまずお伺いをいたします。

○参考人(菊田幸一君) 私も一応調査報告書をちよつと読ませていただきましたけれども、簡単に申し上げると、あの調査チーム自体が検察官です。これは、矯正局長が検察官がやつておりますし、矯正局自体が検察官主導型になっている状況の中で、現場の調査がどこまでできるかとい

うことに私は非常に疑問を持っています。

これは、現在の制度だから仕方ないということですが、これを基本的に私は矯正局長はもう検察官から取るべきじゃないか。これは法的根拠があつてやつていくわけではないと思われまふ。昔は行刑局長は、小川太郎なんかも矯正出身のベテランが局長になつておりましたし、そういったことをやらない限り刑務官の士気も上がらないと思います。

それで、今回の場合も、そもそも検察官というのは、その立場から行刑に関与するという職責は出たてないのが私は筋だと思ひます。そういう意味でも、これを機会に、矯正局長だけじゃない、課長に至るまで検察官を法務省から除外するというぐらゐの定義をしてもらわないと困るんじゃないかというふうに思ひております。

もう一つは、行刑会議という、これはあくまでも私的な諮問機関でして、しかも、法務大臣のいる間だけだということになるんじゃないでしょうか、形からいいますと。実態調査といつても、何か今度パスで、それこそ東京医療刑務所その他を二、三か所訪問するようですけれども、私は参加希望者、されましてけれども、行かないことにしました。それは、ただ物見遊山に行つて実態を知ろうなんて、お茶を濁すようなことはもう真つ平御免だと思ひます。だから、行刑会議自体が実態を知る、何といひますか、能力もないし、それはもう国会でやつていただくのが、十分それでもう効果的だというふうに思ひております。

したがって、先ほど申し上げたとおり、これを、将来の方向性について、私は国会議員の方と第三者が法務省とともに、法務省を除外する必要がある、矯正局も一緒にやつて、言わば森山法務大臣は本心に、このところ言論、新聞等々を見て、聞いておられますと、真剣になつてやろうと思ひていらつしやることはよく伝わつてまいります。矯正局も、この際、もう何といひますか、フリーハンドで、本心にその気持ちはあると思ひます。ですから、可能なことを将来に向かつて私は

今こそ具体化するべきだというふうに思ひております。

○井上哲士君 先生の「日本の刑務所」も読ませていただきましたが、質問でもいろいろ参考させていただいたんですが、いわゆる問題として指摘をされている例えば革手錠の問題、これは六か月後に廃止という方向が打ち出されました、それから外部とのいろんな通信についても改善の方向が出されているんですが、私もかんかん踊りのことを一度質問をいたしましたけれども、これはもう絶対必要なんだという大変長答弁をいただいたことを記憶しているんですが。

今のいろんな議論の中で、きれいな事だ、やつぱり受刑者をきつと制圧をしないと規律が守れない、そしてそれが刑務所内で必要だといふ、こういう議論もされてくると思うんですが、こういう、やつぱり必要なんだといふ、ああいうやり方が、こういう意見についてはどのようにお考えでしょうか。

○参考人(菊田幸一君) 私、いつも思うんですけども、アメリカでもそれはいろんな刑務所があります、重警備から軽警備に至るまで。どの刑務所も基本的には私は、例えば刑事裁判においてもアメリカでもいろんな矛盾はあります。けれども、刑務所へ入つた途端に、まず食事の点で刑務官と同じ食事を食べる。カフェテリア方式といひますが、そういう方式で好きなものを取る。しかし、食べ残さないように取れというのが規則なんです。私は、そこで初めて受刑者というのが、悪いことをして入つたけれども、国は人として扱つてくれるんだという実感を味わうところからスタートするように思ひます。

やつぱりそこが大事なところで、例えば保護房というものも確かにアメリカにはあります。けれども、保護房というものも、基本的に今までの居る物理的条件は変わらないといふのが基本です。ですから、懲罰は懲罰だけれども、あくまでも人として扱うということが基本にあるわけ、それは、それこそ精神的に問題がある人はそ

れは刑務所じゃなくてやっぱり医療病院で処理すべきであって、例えば革手錠をやめたから、私は、革手錠の代わりに何かいすでくっ付けるようなものを工夫しようなんて今言っているようだけれども、それは革手錠だって暴れる人を抑える分には十分機能していただろうし、いすでくっ付けるといったって、ベッドに締め付けようとしているのは同じことです。

問題は、そういうことに、そういう人間がいることは事実でしょう。だけれども、警察の保護房だってそんなものはありませんよ。だけれども、それは自殺を防止するという最低の保障には必要だけれども、懲罰、今のは要するに、革手錠なり、懲らしめることが優先しているわけですよ。それは刑務官もお互いに、一人ではやらないけれども大勢ならできるといふ、そういうやることが刑務官の使命だといふふうに錯覚している面があるわけでしょう。だから、今のいろいろ、それは名古屋刑務所は暴力団も多いし、扱いの困難な人間が多いことは事実分かります。だけれども、それだからといって、ノイローゼになるとか、過剰拘禁だから、ノイローゼになって子供を殺しているという母親がいていいわけじゃないんで、だからこそ処遇をする人間というのは冷静に、そして教育、処遇をする人間として人をどう扱うというのは、全体の中がそういうものができなきゃいけない。

だから、そういう意味では、そう一朝一夕にできない。やっぱり刑務官の給料も上げなきゃならぬし、勤務条件も良くしなきゃならぬと。あらゆることを並行していくことによって私は少しでも前進する。ただし、物理的なこういうことは即刻やめてもらいたい。革手錠に代わるようなものができたからといって、それで万事オーケーだということとはとても言えないといふふうに思います。

○井上哲士君 次に、黒田先生にお伺いをいたしますが、今、保護房の話もありました。精神科に受診をしている受刑者を保護房に入れるときには

診察をすることが必要だということになっているようですが、この間の府中刑務所内の死亡事案などを見ましても、そういう人が保護房に繰り返し入れられて、そして死亡しているという状況があります。

そういう言わば保護房に入るとき診察というのが実際には適切に行われているのかどうかという問題と、そもそもそういう人を保護房に入れることができるという、病気のことからいいますと、私も視察で見ましたけれども、あの中に閉じ込められますと一層悪化をするんじゃないかという気がするんですが、そういう今の仕組み自体を改善する必要があるのかどうか、その点、いかがでしょうか。

○参考人(黒田治君) 私、先ほども言いましたけれども、例えば名古屋刑務所であるとか府中刑務所での保護房の運用の実態というのを全く知りませんので、私がおりました八王子医療刑務所に関して申し上げても、まず八王子医療刑務所では、基本的に保護房というのを使用することは全くないといえますが、例外的です。

ただ、いわゆる個室といいますが、隔離室のよなものがありますけれども、そこは常にカメラで監視していますし、それから頻りに職員が様子を見ることができるといふ体制がありますので、そういう意味では、具合が悪くなっているのを放置されるということはないんじゃないかと思えます。

それから、ああいう閉鎖的な空間に閉じ込められることで余計具合が悪くなるのではないかという点に関しては、一面としてはそのとおりではないかと思えます。ただ、逆に言いますと、それは日本の精神病院についても言えることなんですけれども、例えばその方が興奮状態で暴れているとか、あるいは目を離すと例えば自殺未遂をしてしまったりとか、そういった場合に、じゃ閉じ込めたり拘束するなり、そういった方法に代わって何ができるかといえますと、常に人がそばにいてそれを防止するということしかないと思うんです。

ね。そのためには非常に多くのスタッフ、それから大変な技術とか、そういったものが必要になりますけれども、そういった整備というのは、日本の、刑務所もそうですし、病院についても十分とは言えないと思います。人がいないのでそういう手段に頼らざるを得ないんじゃないかという、そういう一面があるように思いますけれども。

○井上哲士君 先ほどもジレンマというお話がございました。

刑務所の医療を考えると、受刑者にきちっとした医療を実施するという問題と、この間の事件を見ておきますと、いろんな人権侵害が起きたときに、虐待などがあつた場合に、これは医療を受けるわけで、そういう人権侵害のチェックの機能も持ち合わせますかと思うんです。ところが、どうも一連の事件を見ておきますと、医師の方はいろんな疑問を持ちながら、それが表に出てこなかった。名古屋の場合は、九月事件が外部の病院で治療をしたことによりまして外に出たわけでありまして。

そういうことを考えますと、刑務所内の医療もやはり法務省の管轄にあるということ自体を考えなければならぬんじゃないかと、こういう指摘もあります。例えば厚生労働省の管轄に移すとか、そういうことにやらないと、いろんなやはり事実を法務省の一人として隠ぺいをしてしまっているんじゃないかと、こういう指摘もあるんですが、こういう医療部分を法務省からは外していくというように考えたいとはいかがお考えでしょうか。

○参考人(黒田治君) 私は、本場に一医師ですので、法務省の立場を代表してお話しすることはできない、もちろんできません。

ただ、例えば諸外国の例、ヨーロッパの例などでも、例えばフランスとかイギリスなんかみただんそうなりつつありますけれども、やはり刑務所の中でも、医療については例えば日本の厚生労働省のようなどころから予算も、それから人も付けて運営するというのがだんだん広がってきておりますので、やはり医療水準の面からもそうです。

し、それから倫理的な点からやはりそういう、すべて法務省の中で処理するのではなくて、外部の目というのは必要なのだろうと思います。

○平野貞夫君 国会改革連絡会という会派で、自由党と無所属の会が構成しておる会派に所属している平野でございますが。

最初に菊田参考人にお尋ねしますが、最近、私、日本のある心理学者で、アメリカの刑務所所三日間、看守人なんかを入らずに直接受刑者と様々な、受刑者がどういふふうについているかというところを調査をしたことのある心理学者の本を読んで、その本の中に、一つの国で刑務所の受刑者がどういふ扱いといますか、様々な、病氣も含めて、日常のことも含めてどういふ扱いをしているかという、あるいはどういふ問題があるかというところが、その国の文化といいますが、あるいはデモクラシーといいますが、あるいは具体的には基本的人権の質といいますが価値といふものを表すというところを書かれた本がありまして、なるほどかと思つたんですが、そういう観点から今度の、今回分かった日本の刑務行政を見ますと、日本の国のそういう文化といいますが人権といふかデモクラシーといいますが、あるいは日本人の氣質といいますが、これは本場に形だけのデモクラシーなりあるいは基本的人権の仕組みを持っていて、その価値観、実質といふのはまるっきり駄目だなという思いで、これは一政治家としての反省もしておるんですが。

非常にお詳しい菊田先生のお考え方からいって、そういうその心理学者の考え方についてどういふような御印象を、御意見を持たれるかということと、それから、現在のやっぱり受刑者問題で何が根本的に一番、日本では問題なのかと、おかしなところ、一番。別の言い方をすれば、監獄法という法を実行する上の何に一番問題があるかというところをお教えいただきたいと思っております。

○参考人(菊田幸一君) 私もこのところ十三年、毎年九月にアメリカへ行つて、アメリカの受刑者のインタビューなんかをやっている作業をやつて

います。今おっしゃるように、とにかくアメリカのすべてがよいというわけじゃありませんけれども、今おっしゃったような理念で私は徹底していると思います。そういう点では、いろいろ問題がある中でも、私は刑務所というものの基準というものが、人権というものの最低でも最低の基準を守っているということを私はつくづく思っています。

ですから、日本も、例えば帝銀事件の平沢死刑囚だって昔はあれですよ、支援者が刑務所へ入って、それで絵を、油絵を、テンペラ絵を持って帰って売ってやったり、いろんな交流があったんですよ。そういうことをやっていたんですね。一九七〇年代からいろいろ学生運動等の激しくなっていて、それで権力闘争というのが出てきて、それに向かつて権力側も対抗するというのが、何かこう先鋭的になったという嫌いがあるんですね。

もともと、監獄法を改正しなきゃならぬということはどうも当然のことです。だけれども、運用としては、今の監獄法の施行規則にしても、いろんな面でも何かもう違法だなど直感すると、全部、矯正局は先駆けて改正してきているんですよ、部分的に。だから、そういう点では私は日本の行刑が徹底的に悪いというふうには思わない。

ですから、この際も、私は本当に矯正局、法務省はやる気なら本当にやるだろうというふうに期待しているし、可能だと思えます。現に韓国だって、韓国という失礼ですけども、韓国の死刑囚の扱いなんかはもう本当に、ボランティアが刑務所に入って、そして握り飯を持っていて、音楽を奏でて一日一緒に暮らすんですよ、死刑囚と。

それから比較して日本は余りにも、それは昔はそうじゃなかったんです、日本だって。今はそういうふうになっちゃったんですよ。今は二十四時間監視カメラ付きで、自殺防止だと称してとにかくプライバシーなどところまで監視しているわけですね。しかも、それは訴訟などを起こしている人間についてだけです。そうでない人間は他の死刑

囚と会話もさせるという差別をしながら、これはそういうことが結局、受刑者の処遇に波及しているんですよ。

ですから、私は死刑の問題はともかくも、そういう象徴的なものがあるがゆえに受刑者に対する人権というものがおろそかになっているんじゃないか、そういうふうには思わざるを得ないですね。御意見に私は本当に同感いたします。

○平野貞夫君 今、菊田先生のお話を聞いていると、やっぱりある時期から日本人全体の心が病に陥ったといいますが、これは我々も含めてですよ、法務省だけ悪く言うわけにもいきませんが、特に高度経済成長で人間の価値観をお金に、経済的価値に唯一に持ち過ぎたと。昔で言ういい意味の儒教なんかの精神が全く廃れてきたと。私もそういうところに、この問題はある意味でこころ、三十年の最近の問題じゃないかという気がしております。大変、今参考になる話を聞きましてありがとうございます。

そこで、もう一つ菊田先生にお伺いしたいのは、先ほど十五分というお話の時間の中で簡単に触れた、この行刑改革会議が答申が出すまでは人権擁護法案の凍結をすべきという、これはそのとおりだと思んですが、大事な発言で、そのお話を大事にしたいと思しますので、もうちょっと具体的に御説明、再度お願いしたいと思います。

○参考人(菊田幸一君) いや、私はこの人権擁護法案の進行がどういうことになっているかということをも具体的には、人の話で聞いたばかりで知りませんけれども、つい六月とか七月の近いうちに何らかの具体的に出てくるんじゃないかと、こういうふうには聞いておりますので、この行刑改革委員会のことは、とにかく年末といえ、何らかの中立機関で第三者委員会ということの柱の一つで出ていますけれども、結局、先ほど申し上げたように、そういうことを提案しても、人権擁護法それ自身が、私の意見では、法務省の関係のものであるとするならば、これはやっぱり私の意見と

しては内閣府とかそういうところへ置くべきだと思うんですよ。そういう方向で修正してもらわなきゃ困るというふうに思います。

あるいは、この修正案が出て、何か、私は国会のことをよく分かりませんが、修正の議論したということだけが残って、最終的には、内閣の、いや法務省の外郭に作られるような危険性があるんじゃないかと、そういう危惧をしております。それは絶対に避けるべきだし、そしてもし避けられなければ、私は人権擁護法でも、擁護すべき人権というのは私的人権とか公的人権とかいろいろあると思うんですよ。私的人権についてはこれでもいいだろうと思います。だけれども、公的人権については、やはりこれは、法務省といういろいろな関係のないところで第三者が審議できるようなものを、人権擁護法の中に公的人権は別に扱いをしてもらいたいというようにを申し上げたいと思います。

○平野貞夫君 黒田参考人にお尋ねしますが、お話とそれから資料の中で、国連が受刑者で精神病あるいは精神異常になった受刑者に対しての扱いについてのガイドラインを示しているお話がございました。私も、我が国の現在の監獄法では、伝染病中心で、直接、受刑者の精神科医療について規定していないというところなんですが、仮にこれ、監獄法が抜本的に改正されるときには、受刑者の精神医療については直接その法律に規定した方がいいと思いませんか、この国連のガイドラインの重さからいって。そこら辺の御意見をいただければ有り難いんですが。

○参考人(黒田治君) 先ほど時間の都合で十分申し上げられなかったんですけども、監獄法とその他の施行規則の中には精神科医療に関する規定はないんですけども、皆様にお渡ししている資料の七ページに矯正局長通達という形で「精神障害被収容者の取り扱いについて」という通達がありまして、その中である程度触れられていると思います。

ただ、どこまで詳しく、例えば精神保健福祉法

のような細かい部分まで監獄法の中に含めるべきかということに関してはちょっと私自身はつきりした意見を持っていませんけれども、ある程度、じゃ、行刑施設の中ではこまごまとやる、それでもし対処できない場合にはどうするかというふうな方針に關しての規定というのはやはりないと非常に医療をやりにくいのではないかと思いますけれども。

○平野貞夫君 菊田先生にまた戻りますが、死刑廃止、死刑執行停止の問題なんです、実はもう非常に悩ましい問題でして、私は以前までは臓器移植に反対で、死刑は存続の論だったんですよ。ところが、先生のこの新聞を、朝日の三月十七日の新聞を読んでなるほどと思いついてお聞きするんですが、やっぱり死刑囚というのはあれですか、やっぱり精神的異常を起こす確率と可能性というのは相当高いんでございますか。そこら辺の状況についてちょっと教えていただければ有り難いんですが。

○参考人(菊田幸一君) いや、それはもう想像を絶することだと思います。つまり、明日処刑されるかあさって処刑されるかという思いだけでも、これは生きている、現に健康で生きている人間にとつてそれはもう精神的にどれだけの耐えにくい大変なことかと。しかも、先ほど申し上げたように、いろんな訴訟を起こしている人間にとつては、二十四時間監視カメラ付きで、体操をするのも一人で、それで他の受刑者とも一切会わせないという、そういう孤独と生命の危険の中に過さなきゃならぬんです。

ですから、ある死刑囚は、死刑がなくなるとてもいいと、死ぬまで殺さないという保証さえあれば精神的に問題は起こさないと、私は三畳一間でこの独房に死ぬまで置かれてもそれなりに幸せを求めることができると、こういうことを述べているんですよ。家族はそんなことを言っているとんでもないといつて死刑執行停止なり終身刑なりに反対しますけれども、私は、本人、殺されるということからすれば、終身生きるということとどう云

泥の差。

そういうことを言えば、人を殺しておいて自分の命ごいをするのは何事だというばかなことを言う人もいます。だけれども、私は死刑というものは刑罰に値しない、刑罰というものの問題外のものだと思っておりますから、これは死刑は早晚、先ほど死刑執行停止法案、すぐ近く法案出ようと思われまふ。日弁連も支援しておりますし、かなり強力にそういう、あるいは国際的な圧力も来ておりますし、こういう中で仮に一、二年先に死刑執行停止がされるなら今から、これは今処刑されたらもうこれは不公平ですよ。だから、今から、今いる死刑囚を停止するというのを私は森山法務大臣にお願したいというふうに、あるいは大臣が替わろうとしてそんなことは関係なしに、国の政策としてこれは状況判断からいつて早晚近いうちにしかも停止は来る、ならば今の執行をやめなさいということをお願いしたいと思いますね。

ありがとうございます。

○平野貞夫君 ありがとうございます。

○福島瑞穂君 社民党の福島瑞穂です。

今日は本当にありがとうございます。名古屋刑務所を始めとする刑務所の問題がたくさん問題を含んでいるということが本委員会の中でも明らかに、行革会議がスタートすることを本当にうれしく思っています。行革会議には大変期待をしておりますので、本当によりしくお願いします。

今日、様々な提言のうちの一部が出てきたというふうに思うのですが、まず菊田参考人に、今日、報酬の問題、それから刑務官の人権の問題、死刑確定囚の処遇の問題などがおっしゃっていただいたんですが、あるいは、あと不服申立て制度の改善を言っていたと思うのですが、ほか、例えば面会、文通が家族しか認められていないことをもっと一般の人にも広げたらどうか、あるいは、というふうなことも思っているのですが、ほかの提言でこういうことをやれば今のようない人権侵害がなくなるということがあれば、多

岐にわたるかもしれませんが、簡単に教えてください。

○参考人(菊田幸一君) 今最後におっしゃった面会の点、非常に大事な点だと思います。とにかく、家族しか、あるいは弁護士だつて依頼関係がなければ会わせないと、あるいは弁護士が会つても立会いを置くと、あるいは弁護士会、人権擁護委員会に手紙を出しても全部検閲の下に置かれるとか、そういうのもろもろのことにおいて制約があるわけですね。

ですから、とにかく、私は一言で言つて、刑務所というのは開かれた刑務所にならなきゃいけない、矯正局とか国だけの施設であつてはならぬと。民間人、そしていろんな人が刑務所に入ることができるようなものでなきゃならないと。

その一つとして、面会というのは、面会者がない者に対しては面会する人をむしろ施設側があつて、そして多くの人に刑務所に入入りをしってもらう、カウンセラーとかいろんな処遇機関も刑務所内に民間人を入れて、そういうグループが処遇について日常的に議論するようなものを作るとか、そういう形をする。

そして、面会については、遠方から来る家族に対しては旅費ぐらい提供するか、あるいは日曜日だつて面会を許すとか、そういう細々としたことだけでも開かれた刑務所、とにかく刑務所からこれから帰ってくるわけですから、帰り行く社会との連携、連絡というものを常になるべく積極的に行なう、やるべきことが社会復帰の手だてになるわけですから。

その点、日本の場合は、むしろ面会を制限し、なるべく面会させないという。せっかく家族が遠路から来ても、今日は懲罰中だから会わせない、そんなばかなことがあつていいのか。前もって電話で会わせないのなら会わせないと、うぐらひの問い合わせをしてもいいんじゃないかと、答えてもいいんじゃないかと。そういう細かなところからは私は変えてもらいたいし、検閲の点については、先ほどから申し上げているとおり。

それと、やはり我々もそうですけれども、通達とか局長の指示とか、そういうのが一切自動的に入つてこないんですよ。努力しなきゃ入つてこない。刑務官が持つている赤六法すら我々手に入らないんですよ。そういう情報公開についてもこの際もう徹底的に公開してもらいたいと、自動的に手に入るようにお願いしたいと思ひます。

○福島瑞穂君 ほんの少し、少しずつ情報公開が進んでいる面もあるんですが、例えば刑務所の中の手引については私たち議員だともええなんです、弁護士が例えばこの刑務所の手引が欲しいと言つてもなかなかもらえない。あるいは、ある刑務所で事件が起きたと、殴つたことをあの証人、受刑者は証人として証言してくれるということを弁護士が会に行つたら、刑務所側はそれを拒否したと。それは裁判になつて、広島地方裁判所は違法ではないという判断をする。そうすると、あるいは、刑務所の中で暴行を受けた、弁護士を依頼しても場合によっては立会人が付いている。そうしますと、人権救済そのものにも面会やいろんな点で非常に不都合があるわけですが、そういうことについていかがお考えでしょうか。

○参考人(菊田幸一君) 私もおっしゃるとおりだと思います。

具体的には私は行革会議でも提案しようと思つていんですけども、そもそも刑務官が自分の名前を明らかにしてないんですよ。やつぱりこれは、自分の名前をちゃんと胸に付けるべきですよ。それから、受刑者を番号で呼ぶというのはとんでもないことで、もちろん刑務所長によつては名前では呼ばせているところもありますけれども、これはもうはつきり全国の刑務所が受刑者も名前をちゃんと入れる、刑務官も自分の名前を言う。人と人との、個人と個人との関係というものを確立する。非常に物理的なことで、簡単なことであり、それはもう是非とも実現したいと思ひます、してほしいと思ひますね。そういうことから人と人との触れ合いができるわけで、今は刑務官は受刑者に対して私的な、私的な話ではいけない

と、それ自体が規則違反なんです。そんなことがあること自体がもう驚きなんですけれども、そういう可能なことも、からまず実現するようにお願いしたいと思ひますね。

○福島瑞穂君 あと、図書や新聞も例えば外国人、府中刑務所における外国人の人は母国語の新聞を読めるのですが、例えば差し入れ等がなければその刑務所で読む新聞というのは一紙に限られているとか、あるいは図書についても保有が制限されている、所持品についても最近通達が出て、処分をしなければいけないことが起きるなど、たくさんいろんな問題があるわけですが、それらの点についていかがでしょうか。

○参考人(菊田幸一君) たくさん問題があります。

図書なども、私は読みたい本を読ませるといふのはもう当たり前のことじゃないか。そして、個人個人、一人一人にロッカーを作つて、そしてロッカーの中に自分の私物を置く。もちろん、冊数制限があつても、それは領置しておくことが形で、必要なときには倉庫から出せるというように形をすること、そういう方向で、つまり自由を拘束する以外において、食うことと寝ること、そして知的な作業等々において、文筆、筆記用具に至るまで、これを少しでも、人としての扱いを段階的に保障していくということが必要であらうと思ひます。

例えば、郵便物を家族に出すのでも切手がなければ出せないので。だけれども、切手のない人間は、じゃ出さなくていいのかというところ、非常にもうプリシブルな問題ですけれども、切手代は、そういう切手代のない者には施設側が上げるといふことも徹底することから始めてもらいたいというふうに思ひますね。

○福島瑞穂君 今日、監獄法の改正も、全面的に見直す必要が様々な点であるのではないかと、ことだったんですが、拘禁二法との関係でいいますと、これは私の個人的な考えですが、拘禁二法とは全く違うレベルから国際人権上の勧告も出て

○参考人(黒田治君) まず、保護房に関してですけれども、まず保護房に入る段階で必ずしも一般

○福島瑞穂君 精神科医が必ずしもすべての刑務所にいるわけではないと、こうおっしゃいました

ですから、例えば、じゃ、一般刑務所にもきちんと十分な数の看護師、看護スタッフを配置するとか、そういった方が刑務官と一緒に行動して十

教授若井宜子君及び国立精神・神経センター武蔵病院副院長浦田重治郎君でございます。

この際、参考人の方々に一言ごあいさつを申し

上げます。

本日は、御多用のところ本委員会に御出席をいただきまして、誠にありがとうございます。

参考人の皆様方から忌憚のない御意見をお聞かせいただきまして、今後の審査の参考にいたしたいと存じますので、どうぞよろしくお願い申し上げます。

議事の進め方でございますが、まず伊賀参考人、岩井参考人、浦田参考人の順に、お一人十五分程度で御意見をお述べいただきまして、その後、各委員の質疑にお答えいただきたくと存じます。

なお、念のため申し添えますが、御発言の際は、その都度、委員長の許可を得ることとなっております。また、各委員の質疑時間が限られておりますので、御答弁は簡潔にお願いしたいと存じます。

なお、参考人の方の意見陳述及び答弁とも、着席のままで結構でございます。

それでは、伊賀参考人からお願いいたします。伊賀参考人。

○参考人(伊賀興一君) どうも初めまして、伊賀と申します。よろしくお願いいたします。

意見陳述の機会を日弁連に与えていただきまして、ありがとうございます。私の陳述要旨は、今日お配りいただいているメモに基本的にはしたためましたので、そちらで御確認ください。

四ページに、下から七行目、真ん中辺りに「それを徹底するならば」という表現があります。この部分、「するならば」というのを「しなかつたがため」に、全く意味が違いますので、その訂正だけお願いいたします。

それでは、意見陳述をさせていただきます。

この法案に対しての日弁連の態度は、昨年九月二十日の理事会におきまして対策本部を設置をして、その後、検討を重ね、今日に至っております。様々な調査等も行っておりまして、この法案に対して、政府案及び修正案ともに日弁連としては基本的に賛成できないということを初めにま

ず申し上げておきたいと思えます。

幾つかの点がござります。

まず第一点ですが、重大な事件という切り口の問題です。

法案は、その趣旨として、重大な事件を起こしたとされる対象者に手厚い医療を行い、社会復帰を促進するとされております。ここでまず明らかにされなければならないのは、重大な事件を起こした患者だけに手厚い医療を提供することの問題です。

手厚い医療とはどのような医療なのか、法文上、また答弁におきましても必ずしも明確ではございません。内容が明らかでない特定の医療を提供することが仮にあり得るとしても、その提供を受ける人について、特例の名により低位に置かれている現状の精神医療を受けるべき患者と区別をする合理的理由がなければ、その区別を当然の前提とする法案は許されないということになります。

たまたま起こった事件が重大である場合にのみ手厚い医療を提供するという制度は、症状がそれほど重くなくても、たまたま重大な事件を起こしたからといって重大な事件を起こした患者という烙印を押す医療を強制することになります。一方で、病気が重くても、事件を起こしていないがために手厚い医療を受けられないという事態を招きます。対象者の限定における問題にまず疑問を呈さざるを得ません。

また、重大な事件を起こしたことが法案の手段に乗る唯一の道ですから、日本の精神医療の現場が抱えるいわゆる治療困難患者の一部しか法案の対象者になりません。民間病院において現に受け入れられ、苦勞されている人格障害者の問題や寛せい剤中毒患者については、重大な事件を起こさない限りこの法案の対象にならないわけですから、ほとんどの治療困難患者が現状のまま民間病院に維持されることになり、医療現場の一部にあると言われている治療困難患者は引き取ってもらえないという期待は実現しようがないのです。

私は、ここに記載しましたように、二度ヨーロッパの保安処分調査に行きましたが、いずれの施設におきましても、そこでの精神医療は一般病院における精神医療と全く変わらないと説明されています。それにもかかわらず、将来の危険性を問題にした施設であるがために、警備が厳重である、それから、治療にかかわらない裁判官が入退院を決定するというところで、治療者と患者の間の信頼関係を作る上の障害があるという共通の悩みを訴えられていたことは強制された保護の実情だと考えております。

精神障害による事件について、非難可能性がない場合、現行法では心神喪失の認定がなされることとなります。刑法三十九条の責任主義を維持する限り、刑事法の対象としてとらえることはできません。現行措置入院制度もその立場を取っております。

日弁連は、精神障害により重大な事件が起こった場合でも、事件発生の原因となった病状と症状、治療方針をこそ適切、適正に判断でき、治療の遅滞を招来することのないような方向こそ検討されるべきだということを考えております。この点で保安はいかがなものでしょうか。

二つ目の問題は、法案では初犯が防げないという問題です。

そもそも、精神障害による事件は、治療中断や医療との断絶による症状の悪化に起因して時として起こる不幸な出来事です。このような事件は、発生率自体は一般の人の場合よりも少なく、殺人、放火という事件においても多くが家族、身内が被害者となっております。私もこの種の事件を今、現に担当をして弁護しております。

こうした不幸な事件を防ぐには、治療中断の防止策や救急医療体制の整備など、精神医療の適切に提供され、受けられるようするほかありません。医療政策の不備により時として起こる初発の不幸な事件が病気になるものである限り、治療が迅速かつ適切に提供されるならば、結果として不幸な事件が防げるでしょう。患者本人のために

も、社会のためにも、この対策こそが重要だと考えられます。ところが、法案は、重大な事件が起こったからの策でしかありません。治療中断防止策も伴っていません。その意味では、最初の不幸な事件が防げないのです。

重大な事件を起こした患者だけに手厚い医療の確保をというこの法案は、その言葉とは裏腹に、重大な事件を起こした患者の事後的な扱いに焦点を当てるものですから、結局は国民の期待に背くものとすら言わざるを得ないと日弁連は考えております。

刑事法は、刑罰、制裁という不利益を科すことから、事件を起こしたか否かが、重大であるか、重大であるかどうかには大変大きな意味があります。憲法、刑事訴訟法の規定する適正手続の保障は、その不利益を科す上での手続的正当性を裏付けるものです。事件を起こした場合、重大な事件を起こしたという要素を重視し、本人の意思に基づかず、制裁的な強制入院処遇を行う制度によって事足りるとすることは憲法上、許容される範囲を逸脱する不利益処遇だと言わざるを得ません。

イタリアのトリエステに行っておりまして、精神病院を廃止しております。地域精神医療を実現して二十年を超えという実験の中で、精神障害による事件はほとんど起きていないという実態があります。私たちは、これも学んでいかなければならないことだと考えています。

三つ目は、司法関与と修正要件の問題です。修正案の処遇要件であるこの法律による医療の必要性とはどのような要素で判断されるのでしょうか。

法案一条には、同様の行為の再発防止を図ることが法案の目的として明記されております。処遇要件としても、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の要件とされております。実は、修正案でも、批判の強かった再犯のおそれ要件は消えていないのです。法律に関する学識経験に基づき、裁判官は、結局、再犯のおそれを判断することを求められることとなります。そ

の結果は、入院には積極に、退院には消極に働くことになるでしょう。それは、保釈や勾留執行停止の実務でも私どもが日々見ている治安維持的役割を感じさせられます。

もう一点、この法案の問題点として、現行措置入院との比較の場合に、救済手続が著しく後退しているという点です。

この法案においては抗告制度が規定されていますが、現行措置入院制度では行政事件訴訟法に基づくその行政訴訟が可能になっています。この法案による審判ではそれは不可能でしょう。しかも、抗告理由が重大な事実誤認と著しい処分の不当に制限をされています。この場合に、救済制度はどこにあると言えるのでしょうか。

私どもは、こうした法案の持つ問題点を考えるとき、やはり日弁連が提起をさせていただいている提言の骨子を御参考いただいで、党派を超えた検討をお願いしたいというふうに思っています。

最後に、日弁連提言の骨子の中心ポイントを申し上げて意見を終わらせていただきますと思いますが、まず刑事司法における改善課題です。

現在、私どもが行っている刑事司法の中では、事件を起こした精神障害者に対する治療の早期確保という点では全く立ち後れが見受けられます。逮捕勾留中、受刑中の治療中断というものが著しいものだと考えております。ところが、それは精神科医が仮に常設されていても、深夜帯などには不在だということから、医療の援助がない状態で症状が悪化した場合に、その症状を収容に対する反発と見る刑務官の対応。その結果、実力で押さえたり保護房を時に利用するなど、今日の刑務所問題にも通じる問題点を裁判所の責任で解消するように提言しているのが第一点です。

いま一つは、起訴前鑑定の適正化です。起訴前に行われる多くの場合は簡易鑑定、これは本人の同意を前提とした任意処分だとされています。心神喪失という状態での判断を下されるのに、本人の同意ということが本当にあり得るのでしょうか。私たちは、起訴前鑑定の簡易鑑定を否定する

ものではありませんが、鑑定の適正化を図ることは不可欠だと考えています。

この二点については、今回審議されている法案では全くその対策は見当たりません。

精神医療については、私たち日弁連は、現在の二十五条措置入院について、措置入院審査会を新たに設置し、措置入院の要否、解除の決定、解除後のケアにつき権限を行使できるようにしています。それは、現在の措置入院と解除の判断が退院後のケアと事実上結び付いていないことを改善するためのものであります。症状だけで入退院を決定するというシステムだけで本当にいいのだから、退院後のケアというのを政策的バックアップも含めてなされなければならないのではないかと、この点を強く改善を求めるものであります。

退院後の通院確保のために、現行法上の仮退院を活用することも重要だと考えています。ただし、仮退院の審査権限は、先ほど申し上げた新設する措置入院審査会にゆだねることとし、取消し申立て権限は主治医にのみ帰属することとしています。

また、現行制度で大変問題のある、対処の仕方として問題のある人格障害者問題と覚せい剤患者の問題については早急に国の責任で対策を立てる必要があると考えている次第です。

これらの精神医療改善課題については、本日お配りいただいているパンフの中に改正試案としてそれを明文化させていただいております。

以上、党派的な対立はないこの問題の対処におきまして、党派を超えて根本から再検討いただけるよう心から要望申し上げて、私の意見陳述とさせていただきます。

どうもありがとうございました。

○委員長(魚住裕一郎君) ありがとうございます。

次に、岩井参考人をお願いいたします。岩井参考人。

○参考人(岩井宜子君) 岩井でございます。本法案に関しまして、発言の機会を与えていた

いただいたことを感謝いたしております。

私は、これまで衆議院の法務委員会、被害者関連二法と少年法改正案の審議のときに参考人として意見を述べさせていただいたんですけれども、本来はこの領域を研究領域といたしております。また、日本学術会議の第十八期の活動といたしまして、精神障害者との共生社会を実現するためどういう施策を考えればいいのかという特別委員会を立ち上げておりまして、その幹事をいたしております関係上、この法案につきましてはかなり関心を持って眺めております。

その精神障害者の犯罪に対してどう対処するかにつきましては、各国によっていろいろな対応が取られているわけで、刑事責任能力の概念につきましても、その基準が問題になるたびにそのような概念は廃止しようというふうな動きが見られたりいたしまして、アメリカの数州ではそれを廃止して、精神障害者の問題はメンスレーアが認められる限り処遇の問題として扱われているわけです。スウェーデンでもその概念を用いずに、処遇方法の問題として刑事司法や精神医療、福祉関係者も、それら関係諸機関の協働によってこの問題に対処するというふうな処遇がなされております。

ほかの国々で、多くは治療処分などの二元主義を採用しているわけですけれども、イギリスのように刑事裁判の過程で病院収容命令などが認められている制度もあるわけです。日本では、ここで原則的には刑罰は応報刑の理念に立っておりまして、人々は刑の威嚇力によって行動を律することができるという前提の下に、違反が行われれば刑罰を科すということによって犯罪の防止を行うという刑事司法システムが取られているわけです。

そこで、刑事責任能力の概念は、精神障害のためには非善悪の弁別能力を欠き、それに従って行動する能力を欠くという場合には、規範遵守の能力がないとして、そのため規範に違反したことに対して刑罰による懲らしめをすることは正当ではないという、そこで無罪の、責任無能力として無罪の処置が取られているわけです。

しかし、精神障害者一般に対してその犯罪行為が行うことというのが許されているわけではありませんが、そして今の刑事司法システムにおきましても、犯罪者に対応する処置としては刑罰のみが許容されているわけではないわけで、例えば少年に対する保護処分でありますとか社会内処遇としての保護観察、それらは本人の更生を目指した処分です。そして精神障害者には現在のところ検察官の通報による措置入院が行政処分として行われているわけです。

精神障害者一般には他害行為の発生率が非常に少ないので、その犯罪の危険性というふうなものは無視し得るんだというふうな議論、指摘がなされたりするわけですけれども、それはそういう精神保健福祉法における医療保護入院や措置入院の制度、そして家族が保護義務、保護者となって保護する、そういう家族の保護や適切な精神医療による対応によってかなりの防止の努力がなされているという面が大きいというふうに思われるわけです。

正に、精神障害者による他害行為がなされた場合には、その保護されている状態、その保護の状態のところが露呈された場合というふうに言えるわけです。この場合にはやはり民事と異なっており、刑事において犯罪者への対応というふうな、犯罪が行われたことを契機に国家が刑事司法による対応をなさなければならないように、何らかの対策が要請されるというふうに考えられるわけです。

現行の制度の問題性なんですけれども、表一に見ますように、現在は、精神障害者が責任無能力であるというふうに判断されたり、心神耗弱だとされて病院での治療の方が必要であるというふうな検察官による判断がなされますと、不起訴の処置が取って、措置通報が行われているわけなんですけれども、不起訴にされる者が多過ぎるんだという、そういう批判がされているわけですね。その結果、結果が不明瞭であるという不満が、行為者の側にも自分の行為結果というふうなもの、の処

理結果というふうなものが不明瞭であるとか、それから被害者にもそういう不満があるわけです。それは、現在の制度としましては、刑事裁判、まあ起訴をするということは刑罰を求めて起訴を行うわけですから、刑罰を科すのがふさわしくないと思われる者に対してはやはり検察官は起訴をしないわけ、そのために、責任無能力というふうな事前に判断されるならば、それは措置入院という方法によって精神医療にゆだねるという対応が取られざるを得ないという状況にあるわけです。

次に、それによって措置入院を受けた者は一般の精神病院で一般の精神病患者と一緒に治療を受けるわけですが、一般の精神病患者と一緒に治療を行うということにはいろいろな問題があるというふうな思われます。

その表二、ごらんになりますと、これも法務省で出された資料を基にしたものなんですけれども、治療あり、他害行為時の治療状況でも治療ありとされている者でも入院中殺人を犯した者が三十七というふうな数字が出ております。それは精神病院の中での殺害行為なわけですね。私が扱ったケースでも殺人が精神病院の中で行われるというふうなケースがかなりありまして、そうしますと、やはりそれについては、責任、精神障害の治療がまだ継続する必要があるというふうな場合にはやはりまた同じように措置入院の制度、システム、措置が取られて、また精神病院、ほかに移すというふうなこともあるかもしれませんが、同じ精神病院で治療されなければいけない。かなり精神病院内の他の患者さんへの危険性といえますか、そういうものも混在しているわけですね。

それから、殺人のケースの場合、一般の殺人の発生におきましても被害者は親族関係にあるという場合が多いんですけれども、精神障害者の、心神喪失とされた者の殺人行為の被害者は七十一%が親族等になっております。そういうふうな、被害者が、保護に当たるべき家族がかなり被害に遭っているということ、またそれが責任無能力で措置

入院の対象にされるということになりますと、また家族が保護の責任というものを負うということになるわけですね。

そういうふうな、やはり保護のほころびというふうなものが露呈された他害行為を行った者に対しては、国が刑事司法によって何らかの対応がなされる必要があるのではないかというふうな思われるわけです。

それから次に、措置入院後のフォローが各病院長の判断にゆだねられておりまして、地域差など、その治療状況が不確実で、不当に早い退院がなされたり、不当に長い拘束がなされたりということがあるということなんです。表三をごらんになりますと、やはり六月以内、直近退院時からの他害行為時までの期間が六月以内という者がかなり、三割以上の数を占めておりまして、やはり病院からの退院が少し早過ぎたのではないかとと思われるケースがかなり見られるわけです。その反面、地域によりましては、何年も、十年以上も拘束されているというふうなケースも見られるわけですね。そういうふうな運用の不確実性というのが見られるということですね。

それから、退院後のフォローがなし得ないという点なんですけれども、表四は私の調査の結果をちよつと表にしたものなんですけれども、かなり昔、法総研におりましたときに精神病質の調査をしたときに、精神病質という診断名が付いておりますのでかなり責任能力はあるというふうな思われるケースだと思われるわけですが、それでも不起訴になったものが四十何%ございます。入院措置が取られたものが二百八十三名のうち二四・七%ありまして、その中に刑務所入所歴や精神病院入院歴、少年院入院歴などを持っている者がおります。そういう経歴が混在しているというのが実情で、また入院措置が取られた者でも再犯あり、これは二年か三年経過した後での再犯調査なんですけれども、そこに四三・七%の再犯率が見られております。それは、やはり措置入院になった後かなり早く退院しているという結果、そして

その直後に再犯が行われているんだろうということを示されているものと思われるわけです。保護がない状態なわけですから、退院後のフォローというふうなものも必要とされるわけですから、なかなか難しいという現在の状況にあるわけですね。

少し時間がなくなりましたけれども、本法案ができましたと、精神医療の専門家の関与した裁判所の判断によって他害行為の認定も適切な処遇方法の決定がなされて、精神医療が指定医療機関において行われる。通院治療の確保のための社会復帰調整官のシステムも充実されることによって、そのフォローのシステムというふうなものが期待されるわけですね。その指定医療機関におきまして、犯罪性といいますが、の面と、精神障害と犯罪の関連というふうなものにも着目した研究が進むことによって、法律家と精神科医の協働によります司法精神医学の領域の発展というふうなものも期待できるわけです。

今後の問題ですけれども、起訴された後も柔軟に精神医療施設への移行の判断が行われるように現在ではなっておりますので、そういうふうなシステムも考えなければいけないのではないかと。私自身は、刑罰というふうなもののシステムをもう少し犯罪者の更生というふうなものを主に考えた柔軟なシステムを構築していかなければいけないというふうな考えておりますし、医療刑務所における治療体制なども改善すべき事項は多々あるわけですから、本案の成立によりまして、この困難な精神障害と犯罪がオーバーラップする領域に刑事司法と精神医療の協働体制の第一歩が進められるということを期待しているわけです。

以上でございます。

○委員長(魚住裕一郎君) ありがとうございます。

次に、浦田参考人をお願いいたします。浦田参考人。

○参考人(浦田重治郎君) 国立精神・神経センター武蔵病院の副院長を務めております浦田重治郎でございます。よろしく申し上げます。

まず、本日の意見陳述に当たりまして一言お断りしておきたいことは、私はこれまでの三十数年、日々、患者様と顔を突き合わせていた臨床の精神科医でございますので、本日の意見は研究者の先生とかのようにデータとか文献考察を踏まえたものではなく、ただの一精神科臨床医の私見であるということをお断りおきいたしたいと思います。

最初に、この法案について基本的な考えですが、新制度についてはまだ若干は御議論いただかなければならない点があるように思います。しかし基本的には、後ほど申し上げますような特徴を持った、大変よく考えられた制度であると考え、賛意を表します。

ところで、私がこのような制度の必要性を考へるに至った幾つかのことがございます。

まず第一は、患者様から受けた幾つかの臨床体験でございます。

入院患者様を受け持っております経験が長く、重大犯罪にかかわる措置入院の患者様も随分担当いたしました。そのような中で、患者様が、私は精神障害者だから罪にはならないのだとか、また、どうして私を刑務所に送ってくれないのですか、早く罰してくださいなどという訴えも耳にしました。このようなとき、刑法三十九条は患者様の心に強い影響を与えている、自分を法の外に置かれた人間と考えたり、市民権を奪われた人間と考えているのではないかと感じました。

ですから、特に重大な法に触れる行為を行った患者様をたとえ医療の場で診させていただくにしても、その前提として、裁判所の門をくぐり、裁判所の判断を受けておかれることが大事ではないかと考えておりました。

第二には、治療の問題でございます。

現在の制度下では、たとえ重大な法に触れる行為がありましても、心神喪失でありますと精神保健福祉法により措置入院にされるわけですが、当然、医療保護入院の患者様とか任意入院の患者様

と同じ病棟に入院していただくことになるわけです。そうなりますと、特に患者様が重大な法に触れる行為があつて、かつ病状が悪く、また問題のある行動が起りやすい場合には、その対応には大変苦慮いたします。また、患者様同士の間でもいろいろ交流がありますが、このような患者様では、その人間関係が緊張の高いものになりやすいことも多いように見受けております。そのために病棟内の雰囲気が大変緊張の高いものになることもしばしばで、患者様の病状の改善にとつては決して好ましくない、ことではないと私は考えます。

ですから、やはりそのような患者様は病棟のセッティングを別にして、それなりの病棟を作った方がよいのではないかと考えてきました。

第三は、医療の専門性の問題でございます。

今日の医療は専門分化が進んでおります。弊害も言われますが、治療の集約性から考えますとやむを得ないと思ひます。

重大な法に触れる行為を行った患者様の場合には、一つには精神疾患としての問題があると同時に、重大な法に触れる行為を行った問題が併存しております。治療的対応にはこの両方の問題をしっかりと押さえておきませんと難しいのではないかと思います。

私の経験ですが、御家族に重傷を負わせた患者様がかなり回復したときの面接で、このことについて気持ちと悔恨の情を吐露された後、しばらくして病状が悪化して治療に難渋し、この患者様の心の中で家族を傷付けた行為がいかに重大な影響をしているかを思い知りました。

この経験からも、このような精神疾患と犯罪という二重の問題を持った患者様の治療には相当専門的な方法が必要であると思つております。そのために、治療法を訓練された専門家をそろえた病棟を作ることは必要ではないかと考えております。

次に、一精神科医から見た感じでございますが、今検討されております新制度には大変重要な

特徴が幾つかございます。

その第一は、審判制度です。

これは、私流に言つてしましますと、あなたは重大な犯罪を犯されましたが、刑法では病氣のために無罪となります。しかし、病氣ゆえにやつた行為ですから、病氣を治療するのは責務です。かくかくしかじかの治療を受けなさいというのが審判だと思ひます。患者様の側から見ても国民の側から見ても大変分りやすく、工夫された仕組みではないかと思ひます。

また、審判には、裁判官だけではなく、精神科医の意見も反映されようというのですから、精神科医にとつては大変重い仕事ではありますが、相当地に医療的な配慮がなされていると思ひます。

第二には、医療についてです。

この制度の目的について再犯防止が議論になっておりますが、治療を行うことが明言されてお

り、決して収容目的でないといふことが決つております。この種の制度では、入院施設がややもすれば収容所になりかねません。私が数回見学いたしました英国でも、歴史的には長期収容の問題があり、最近では社会復帰に力が注がれております。その前提として、社会復帰の行えるようにきちんとした治療を行うことが重要かと考えております。

第三は、社会復帰です。

法案では、社会復帰を非常に強調しております。これは、先ほど申し上げました英国の例からも大変重要なことで、それを最初から法律でしっかりと定めようといふことは、我が国におけるこの制度が社会防衛的なものでないといふ示しているように思ひます。

しかし、この社会復帰の分野は、一般精神医療においてもまだまだ模索中のところが多く、その充実には大変努力が必要であると感じております。

次に、新制度を立ち上げていく上で、幾つかの心につく掛かることを述べさせていただきます。まず、指定医療機関のことであります。

先ほど申し上げましたように、この入院医療機

関では、精神疾患と重大な犯罪という二重の問題を持った患者様の治療を、しかも、入院していただかなければならないほどの重症の患者様に対応しようといふこととなります。そのためには、十分な専門性の確保と同時に、十分な人員の配置が必要であると思ひます。

英国の例ですが、地域保安病棟は大変手厚い人員が配置されておりますが、これを手本として、この法案が目指している充実した医療及び社会復帰への準備のできる体制の構築されることを望みます。

また、手厚い人員の配置は、そこで働く医療従事者にとつても大事なことです。御存じのように、身体医療における集中治療病棟や救命救急センターでは、いわゆる燃え尽き症候群が問題となつております。もし、英国のように手厚い人員の配置がなされませんと、この燃え尽き症候群が蔓延しかねません。このような観点からもよろしく願ひする次第であります。

次に、社会復帰のための体制及び社会資源の充実についてです。

一般精神医療の分野では、この十数年間、様々な精神疾患の患者様の地域生活を支えるための社会資源の充実が図られてきましたが、それでもまだまだ不十分です。現在、厚生労働省ではいわゆる社会的入院の解消に向けた施策が講じられようとしておりますが、そのかなめは、社会生活支援のために多様な社会資源を充実させることと、社会生活支援の専門家を十分に配置することです。

これは新制度で対応することになる患者様にも同様であり、もしその施策が中途半端に終わりますと、いかに入院施設を充実させても長期入院化は避けられません。この点につきましても、どうか十分な配慮をお願いする次第です。

ところで、社会生活支援は、この新制度では社会復帰調整官がコーディネートすることになっておりますが、基本的にはそれぞれの地域においてなされるべきであります。そうなりますと、現在、地域精神医療の体制としてある精神保健福祉

センター、保健所、市町村、さらにはグループホームとか作業所等に相当の御協力をいただく必要があります。

この点については、法案でも述べられておりますが、今後あらゆる手だてで推進していただくよう、お願いいたします。

その次は、一般精神医療との関係であります。

この法案の百十五条では、精神保健福祉法による入院も妨げないとなつております。通院の処遇を受けることになった患者様や指定入院医療機関からの退院が可能になった患者様には是非この条文を活用し、一般精神医療での入院治療の門戸を広げていただきたいと思います。

通院の処遇を受けられる患者様でも、必ずしも問題行動には結び付かない再発とか、あるいは社会生活のストレスで一時的な休息とか入院が必要な場合があり、また、指定入院医療機関での治療が終了するとき、元の地域生活に戻る上で移行的な準備には、その地域にある一般精神医療機関に短期間入院されて、そこから地域に戻るののが無理のない方法になることもあります。

このように、一般精神医療の活用が、社会復帰を推進する上で、あるいは社会生活を円滑に行つていただくために重要ではないかと思ひます。

また、先ほど申しましたように、この新制度の対象となる患者様は精神疾患と重大な犯罪行為という二重の問題を抱えておられ、そのために現在でも見られる精神疾患への差別、偏見に強くさらされる危険があります。これは偏見を抱き、差別する側には正を求めたいところですが、それは大変長期戦でしょう。

指定入院医療機関からの退院後、あるいは通院処分になった場合には、無論、指定通院医療機関での治療の継続と社会復帰調整官による社会生活支援のコーディネートはありますが、その上でできる限り一般精神医療の中で、かつ一般の社会生活支援制度を活用して一般精神疾患患者様のうちで治療を進めていくことが重要ではないかと思ひます。それがこの問題へのこちらからの対応という

ことになります。この点に関しましては是非とも強い御支持を賜りたいと思います。

それから、この新制度での治療を受けられる患者様のために、内科や外科を始めとする精神疾患以外の医療の確保にも十分な準備をせねばなりません。私は一昨年まで精神科のある総合病院に勤務しておりましたが、一般精神医療においても患者様の身体疾患の医療にはまだまだ大きな障壁があると痛感し、その確保に努力してまいりました。その体験からもこの点には十分過ぎる配慮が必要であると感じております。そのためには、精神科病棟のある総合病院に予算及び人員配置の上での配慮を含めた準指定のような処置を是非いただきたいとお願いいたします。

最後に、ここで話させていただきますことを幸いと考え、二つのお願いがございます。

一つは、現在の精神医療はまだ大変問題が多いと見ております。我が国の精神医療について極論しますと、人である患者様を人として遇していない状況が余りにも多いと自戒を込めて申し上げます。当事者である私どもの責任の部分もございいます。しかし、一方ではやはり政治といえます。制度上の問題がございいます。幸いなことに、この問題につきましては、厚生労働大臣自らが本部長となられ、厚生労働省挙げての改革を推進されるということになりました。大変喜んでおります。しかし、これにはお金も要ります。また、健康保険上の精神医療への低い評価も改めていただかなければなりません。どうかよろしく願います。

もう一つは、国公立の精神科医療施設に関する問題です。法案では、指定入院医療機関は国立、自治体立、独立行政法人立となっております。今、これらの国公立の精神科医療機関は縮小等を含めた大変な危機にあります。精神科医療は、私どもの努力の問題でもありますが、元々制度的にも、あるいは健康保険上の点数でも低いレベルに置かれております。それゆえに精神科は付け足しとか余計なものとか考えられたりしがちです。

しかし、このような大事な仕事を担うことになるわけですし、また将来新たな重大な事業も担うこともありますので、そのためには総合的な力を持った施設であることが重要です。どうか財政支援を始めとする施策によってこれらの施設にもう少し目を掛け、窮状をお救いください。

以上、私の意見を述べさせていただきます。

○委員長(魚住裕一郎君) ありがとうございます。

以上で参考人の意見陳述は終わりました。

これより参考人に対する質疑を行います。

質疑のある方は順次御発言願います。

○佐々木知子君 自民党の佐々木知子でございます。

今日は三人の参考人の先生方、貴重な御意見を賜りありがとうございます。

まず、岩井参考人が法総研にお勤めだったということ、私の先輩であることが分かりましたので、岩井参考人からお聞きさせていただきます。

現行の精神保健福祉法の措置入院では多々問題点があると。その二番目の、ペーパーの二で、一ないし四を御説明になりました。私も現場に携わっていた者としてそのとおりというふうに思っております。

そして、新たな法案に御賛成をしてくださるということなんですけれども、新たな処遇制度が円滑かつ効果的に機能するためには、医師と司法関係者の連携が円滑かつ緊密に行われることが重要であって、特に医師の立場から司法と医療との連携の必要性が強調されてきたというふうに承知しているんですけれども、そのための具体的な方策としてはどのようなことが考えられるか。ちょっと時間が足りなかったようですので、もし御意見があれば伺いたいと思います。

○参考人(岩井宜子君) 精神医療と法の問題、これまで犯罪学の領域などは精神医学のお医者さんたちが始められるということが多くて、そして

刑事裁判ではやはり精神鑑定が精神科にゆだねられますので、その領域でかなり精神科医の方たちはいらっしやるというふうな非常に関心を持って、そういうふうな思っているんですけれども、最近になって割合精神科のお医者さんのお話を聞きますと、一般の精神医療において、余りショック法を行うというふうなことはなくて、一般の精神科の方たちはほとんどそういう司法精神医療というふうなものに関心がないというふうなお話を伺うことがありまして、この犯罪学の分野から見るとのとまた違うんだなという感じがしております。

外国などにおきましては司法精神病棟などがあって、そこではかなり犯罪性と精神障害との関連というふうなものの研究が進んでいるわけですね。ですから、どうもそういう他害行為を行った人たちが集中的に治療されるというふうなシステムがないために、余りそういう領域に携わることが少ないというふうなことが生まれてきているのではないかと。そこでかなり精神鑑定を行うお医者さんたちも限定された数になってきているような気がいたします。

ですから、大学などでももちろん精神鑑定という問題を広く教育システムの中に取り上げていただいて、この領域の研究もこれからますます進むようにというふうに願っております。

○佐々木知子君 心神喪失になったケースを見た場合に七〇%とおっしゃっていらっしゃいましたけれども、家族の方が被害者になつていると。退院されてきた場合もやはり家族が保護をするということになりますと、やはりそういう被害の対象になるかもしれないということで、家族だけで引き受けるのはやはり非常に心身ともに大変だろうと思うわけですね。そういう意味で、社会復帰調整官というものが今度設けるというのは私は非常にいい試みだというふうに思っているわけですが、退院後のアフターケアというのは、必要な医療保健

福祉が円滑に行われるように関係機関が連携してこれに取り組んでいくことが重要であるというふうに考えられます。

新たな処遇制度におきましては、保護観察所にその社会復帰調整官を新設して、これら関係機関相互の連携を確保することとされておりますけれども、このアフターケア体制の整備に当たって新設される社会復帰調整官に期待することがあれば、岩井参考人、御意見をお伺いしたいと思えます。

○参考人(岩井宜子君) そうですね、今までそういうシステムがなかったために、結局検査官が通報を行って入院措置が取られなければ家庭に帰されて、もうそのまま自分の責任で通院をするということだったわけですね。それに対して、ある程度、執行猶予者で保護観察を受けたりと社会内処遇システムで保護観察を受けている人たちは、いろんな形で補導支援、指導監督というものを受けているわけで、そのところの、今病院に入院させるほどではなくても、投薬などで行動をコントロールできるというふうな場合には、そういうものを確保するという、そういう援助を行う地域調整官がいるということで、非常にこれからのフォローアップが可能になるというふうに思います。

○佐々木知子君 では、浦田参考人に現場の立場でお伺いしたいんですけれども、同じ質問になろうかと思いますが、社会復帰調整官のことについてお述べになつておられましたけれども、アフターケア体制の整備に当たって、関係機関相互の連携を確保するためにこの社会復帰調整官に期待されていることというのを御意見を賜りたいと思います。

○参考人(浦田重治郎君) 答えになるかどうか分かりませんが、大変期待しております。

まず、これは法務省と厚生労働省と協力してこの制度の対象になる患者様を社会復帰までこぎ着けようという、こういう姿勢だと感じております。

もうちょっと細かいことになりますが、社会復帰調整官というのはコーディネーター役でございまして、扇のかなめという感じを持っております。例えば、入院となりました患者様を想定いたしますと、入院後の早い時期から病院スタッフとともに社会復帰の道筋を作っていくような検討会をしていただく、それから同時に、地域でも受け入れるために関係者とは準備の検討をしていただくというのが大事かと思えます。

そして、退院されましたら、治療や社会的支援の活動を展開しつつ、その結果を常に検討するための検討をしていただく。この検討をしていただく中に、先ほど申し上げましたような様々な地域精神医療体制あるいは地域の社会資源というその機関がこの対象になると思えます。そうしていただきますと、かなり社会復帰が可能になると思えます。

これは、現在、英国で行われている手法を我が国流に取り入れればいんじゃないかと、そのように考えております。

○佐々木知子君 新たな法案では、指定入院医療機関を充実させるということで、十分な専門性の確保と同時に、十分な人員の配属が必要ということとで述べになりましたけれども、日本は従来、司法精神医学というものの観点というのが私は非常に後れていたというふうに思うわけですけれども、諸外国では、今、英国の例をお述べになりましたけれども、こういう方たちに対する治療の実態というのはどのようなものになっているのでしょうか。

○参考人(浦田重治郎君) 諸外国のこと、それほど詳しいわけではありませんが、英国に三度ほど行きましたので少しだけ存じておりますが、

英国について申しますと、これは大変古い歴史を持っておりまして、戦後かなりのところまでは、いわゆる特殊病院による収容型でございました。一九八〇年代からは、治療の対応をするために、比較的小規模な地域保安病棟が造られました。これは大変手厚い人員でなされています。最

近は、更に社会復帰体制を強化しておられます。このように、そして社会復帰のための病棟とか地域での居住施設に力が注がれております。英国は、自ら学び、自らの状況を学びながら、司法精神医学の、臨床的に着々と進化させているなと思っております。

英国での施設を見学いたしまして感じたことですが、まず一つは、薬物の使い方が日本のようにべらぼうではありません。昔の私の頭ですと、こんなんで治療ができるんかいなというくらいです。

第二は、精神療法を活用しているということです。これは非常に大切なことで、精神科治療の基本的技法であります。特に、困難な患者様ほど重要な治療であろうと感じております。

それから第三は、作業やレクリエーションが活発に取り入れられてまして、そのための治療的空間も十分にセッティングされておりました。今回の制度で行われます治療施設には、是非この点は御考慮いただきたいと思います。

それから、先ほど申しましたように、社会復帰のための地域システムが大変進歩しております。そのために、医師、ソーシャルワーカー、それから看護師等の地域の専門チームが編成されておまして、このチームが地域の様々な機関と連携して患者様の社会復帰を推進しようとしておられました。これが私の印象です。

ちょっと付言いたします。

英国では、一般精神医療でも大変充実しております。病床数は人口比で日本の五分の一くらい、しかし病棟では人員の配置も手厚くなされております。開放的で、隔離も極めて少なく、たとえやられるときでも数時間です。それから、拘束はございません。拘束やったら、人権問題で大変なことになるという話でした。

そのように、治療が多彩で手厚くなされておまして、また社会生活を支える地域医療が司法精神医療と同様に活発でした。つまり、我が国とは一般精神医療の分野でも格段の差があると。この

点では、英国に少しでも追いつく努力をしなければならぬと、そのように考えております。

○佐々木知子君 では、時間の関係上、伊賀参考人に最後の質問をさせていただきます。

弁護士会なり伊賀参考人の御意見としては、政府案ないし修正案あるいは民主案にも反対というふうな理解したわけなんですけれども、このペーパーの最後ですけれども、精神医療の中心は、二十五条措置入院につき措置入院審査会を新たに設置し、措置入院の要否、解除の決定、解除後のケアにつき権限を行使できるようにするということのようにありますが、この措置入院審査会というのに司法関係者というのとは関与しないということなんですか。要するに、司法の関与というのは必要ないとお考えになるのか、いかにして関与させるべきだということに考えておられるのか、御意見をお伺いしたいと思います。

○参考人(伊賀興一君) お読みいただいたら御理解いただけたと思いますが、検事、弁護士の参加を予定しています。裁判官を入れなかった理由は事後審査、いわゆる救済制度との関係で裁判官は入らない方がいいという立場です。

その意味では、現在のお医者さん二名で入院を決定する、退院は一名で決定するという制度で、お医者さんに掛かる負担は様々な病気、医療の範囲だけではなくて、事件を起こした、それから家族が面倒を見ないという状況など、社会的要因も含めてお医者さんに影響が出てまいります。それを全部担わされているというのが現行措置入院制度の問題点だろうと。

もう一つ問題は、その退院決定をする際に、先ほどの社会復帰の問題と関連するんですが、退院後のケアの体制が家族にゆだねられるという状態はいまだ見受けられます。そういう状態の中では、退院を決定できないというお医者さんのジレンマが、症状からは退院した方がいのに退院する条件が整わないという状態がたくさんあるという、そのために社会的入院が七万人とも十万人とも言われているわけですね。そういうことを、退

院後のケアも、その措置入院審査会は権限を持って知事若しくは本省に対しても勧告をすることができると。

私、実は今、兵庫で福祉工場の建設に携わってやっております。率直に申し上げて、各県で保護観察所に一名若しくは多くても数名しか配置されない調整官ができれば、我々の建設しようとしている福祉工場、退院後の仕事を提供する場所がスムーズにできるかどうかという点では疑問です。

そういう人員よりも、予算が欲しい、そういうことを主にした政策が欲しいと、そんなふうな考えでいますので、社会復帰を現在家族にみんな任せているという制度だというふうにおっしゃるのはちょっと違うのではないかと。社会復帰のために、家族も、それから地域の保健婦さん、ソーシャルワーカーもみんな頑張っているけれども、それに対してスポットを当てる政策、予算が付いていないというところに問題があるのであって、重大な事件を起こした人だけにそれが付いて、それが進むということにはならないのではないかと。いうふうな裏心思うわけです。

○佐々木知子君 じゃ、ちょうど時間が参りましたので、終わらせていただきます。

○朝日俊弘君 民主党・新緑風会の朝日でござい

ます。

三人の参考人の皆さん、御苦労さまです。限られた時間ですので、私は、大変失礼をお許しいただいて、伊賀参考人と浦田参考人に絞って御質問をさせていただきます。

まず、伊賀参考人には二つ。

一つは、衆議院に提出された政府原案と衆議院で修正された修正案と、それが一つになって参議院に回ってきたわけですが、この政府の原案と修正案とをどう評価したらいいのか、いささか意見がばらついております。先ほどちょっとお述べになったと思いますが、もう少し詳しく、伊賀参考人としては、政府原案と修正部分を比較をして、どこがどう良くなったのか、逆にどこがどう悪くなったのか、その評価をお聞かせいただきました

いというのが一つ。

それからもう一点は、原案、修正案共通部分で、この新しい法律では確かに裁判所がかかるわけですが、裁判ではなくて、裁判と精神科の審判員がかかわったある種の裁判所を使った審判という制度になっていて、そういう意味では通常の裁判で保障される権利というかが必ずしも十分担保されていない。とりわけ、弁護士が、弁護人が付添人という形で付くことになっているわけですが、裁判のときの弁護人のような役割を果たせないような仕組みになっていると思えるんですが、その点についての御意見。この二点をお願いします。

○参考人(伊賀興一君) まず一点目の政府原案と修正案の関連といいますが、その位置付けをどう見るかという御質問ですが、私は三点においてお話をさせていただきますと思います。

一つは、修正案の主要な修正部分は明らかに処遇要件を変えられたところであります。政府原案は、再犯のおそれ、再び対象行為を行うおそれということが判断対象でありました。それが修正案では、この法律による医療の必要ということにその要件が明らかに変わりました。この要件の違いは、二つ目の問題として、そのよって立つ法律の理念の違いにつながるのかどうかということを見なければならぬと思っております。それは、三つ目に、構造上、じゃその理念を支える構造になっているのかという点で見なければならぬと思っております。

まず、一つ目の処遇要件ですが、処遇要件だけを見ますと、再犯のおそれという要件は明文からは消えています。しかしながら、この法律の第一条、対象行為の再発防止、それから、何条でしたっけ、四十条でしたか、処遇要件についても、この法律による医療の必要の前に再びという言葉は消えたんですが、対象行為を行うおそれと、行うことなく社会復帰できるという用語が残っています。このことからすると、この処遇要件が再犯のおそれといういわゆる社会防衛的観点、若しくは

は将来の危険性除去という理念を全く排除したものとすることは法律上はできないのではないかと、いうふうに考えています。そうしますと、処遇要件は変わつたけれども理念は共通するというふうな言わざるを得ないというふうな日弁連としては考えています。

それが構造上どうなるかということですが、裁判官が審判に加わって精神科医と一緒に判断をすることになります。私も裁判官の経験ありませんが、同じ司法の関係者として申し上げますと、司法部というのは大体保守的で、治安維持を重視しません。大変重視をする職、仕事柄持っています。裁判官がこの法律による医療の必要という修正案による処遇要件を判断せよというふうな言われた場合に何を判断するかというと、結局、生活状況であるとか家族の受入れ状況であるとか、それが事件を起こしかねない条件があるのではないかと、そういう環境なのかどうかということとを判断するということになります。結局、政府原案と修正案とは構造上同じになると。我々は、裁判官の関与もまるつきり変えられるということが修正案の処遇要件からは可能であつたと思うのですが、そこがなされていないのが若干問題であるというふうに考えています。

二つ目の御質問ですが、審判制度の中において付添人に何ができるかという御質問がありまして。

我々も、この法律案がもし通りましたならば、日弁連は総力を挙げて付添人の仕事をさせていただくことになろうかと思いますが、刑事事件では適正手続の保障というのが憲法三十一条から定められており、弁護人は被告人の利益と社会の利益のために全力を挙げてその権限を行使する、その権限も刑事訴訟法に規定をされています。ところが、今回の審判では、付添人は事実調べにおける証人の申請とか様々な付添人活動について権利がどこまで規定されているかという、実は権利はないのです。刑事訴訟法を事案の性質に反しない限り準用するところであつて、証人申請権であると

か鑑定申請権であるとか様々な権利性は認められていない。

ただ、私どもは、このような事案の性質上、重大な事件が起こったか否かということはどうしても審理しなければならぬ制度を構築されているというところの方が問題なのではないかと。そのための無理が、こういう付添人の権限を制限したり、早く、刑事事件なら三か月、六か月掛かるやつを一月や十日で審理をできるようなシステムを考えられた。そこに無理があるのではないかと、いうふうに考えています。

もう一点、付け加えさせていただきます。裁判官の関与との関係で処遇要件をどう見るかということでは実は重大な問題があるというふうな思っています。

例えば、付添人が家族と協力をして、従前通っていたお医者さんなり、新しく信頼を置けるお医者さんとの間で医療契約を結んで、本人も病識を持つてその病院に行くというふうな契約ができた場合、この審判においてその資料を提出したら、裁判所は、この法律による医療の必要という判断の中で、そこまで医療の準備ができていんならこの法律による医療の提供を却下して自主的な医療を受けなさいというふうにするのか、何ば自主的に確保してもこの法律による医療しか駄目なんだというふうになるのか、ここがこの法律では全く明らかではないんです。これは大問題だというふうに考えています。

○朝日俊弘君 ありがとうございます。今後の審議の中で明らかにしていきたいと思いますが、次に、浦田参考人に二点に絞って、三点です。

一つは、参考人も意見陳述の前半でおっしゃいました、患者さんがある意味ではきちんと裁判を受ける権利というのを求めているんじゃないかと。確かに、そういう思いを私も聞くことがあります。ただ、その場合、こうした今の法律案のようないまいな審判ではなくて、きちんとした裁判を受けたいという気持ちなのではないかと私は

察しますが、この点はどうかというのの一点。

二点目は、先ほども伊賀参考人にお尋ねしましたが、今回、政府の原案と修正案とで、特にこの対象となる要件についての表現が変わりました、規定ぶりが。当初は、やはり再び対象行為を行うおそれという、明確に書かれていたわけですが、それが今度は、修正案では、対象行為を行った際の精神障害を改善し、同様の行為を行うことなく社会復帰を促進するために、というふうに変りました。この点について、臨床上携わっている先生としてはどういうふうな受け止めておられますか、どう評価されていますか。これが二点目。

三点目。社会復帰調整官が設置された。しかし、その所属は保護観察所である。保護観察所にいる社会復帰調整官が本場に地域における社会復帰のコーディネーターとなり得るか。この三点。

○参考人(浦田重治郎君) 今の朝日先生のお話ですが、審判と裁判では違うんじゃないかということとでございますが、少なくとも私は、今の例えば措置入院制度、こういうところにおけるそういう判定が司法の側では下されないまま検察庁で、検察のところでいわゆる不起訴になったりして、そして精神保健法に入ってきて行政でなされている、そういうシステムとはやはり基本的に違つて、司法の中での、裁判ではありますが、裁判官と精神科医の合議体によって審判がなされるということとは、それはそれなりに司法の中になされていると私は考えてよろしいんじゃないかと思っております。これは、だからこれ、私の意見でございます。ですから、これが正式な裁判じゃないから駄目だと言われると、それは私はどういうふうに答えていいかは分かりません。

それから、原案と修正案の違いです。確かに、原案ではおそれということではつきりしておりました。基本的には私、こういうことを言うとしかられるかもしれませんが、原案でもそれほど大きな違和感を持ったのが私の考え

です。なぜかという、おそれという、再犯性の予測ということについては随分いろいろと議論されております。そんなことはできやしないという意見もあちこちから上がっております。これについては、必ずしもどうなのかという私は疑問を持っております。

医師というのは、いわゆる見立てをするという仕事をします。この見立てというのは、現在どうなのかということと同時に、これからどうなるのだろうかということ。この中に、この場合ですと、やはり精神症状の、病状がどうなっていくのか、それと同時に行動はどうなるんだろうというような変化を読まなければいけません。ただし、これは私はただただ読むということだけでは、これは私に思っております。読んだ上で、どういう問題が起こりそうなのだから、どういう問題の可能性があるから、それに対してどうするのかというような対策も同時に出していきます。つまり、問題があることに對する対策を出して、そしてそれで対応するわけですから、最近のリスキーマネジメントの手法みたいなものでやっていくのがこのやり方かなと思っております。

また、その予測性を少しでも高めたりするために、私も今、松沢病院の松下先生が、松下院長が班長となられました研究班がございまして、そこで様々な検討をしておりますが、その中で、こういう予測をどうするかということについての評価を更に詳細にできるようなことも検討しております。

ですので、そういう意味では、今まで我々は余りにもこの点を避け過ぎていて、議論を避け過ぎていたのではないかと。もう少し突っ込んできちんとやれば、その点については、それは胸を張ってできますとは言えませんが、かなり我々努力すればやっていけるのではないかと、そのように考えております。

それから、ですので、修正案になりましたので、私、ちよつと自分の頭がむしろ混乱したくらいですが、ただ修正案になりました、ああ、そう

かそうか、もつと治療とか社会復帰の企ての方に重心を置いていくことなのかな。しかし、基本的なベースはそれほど私は変えておりません。それから、社会復帰調整官についてです。

社会復帰調整官が確かに保護観察所というところでもやれるということについて違和感はありません。よく、じゃ、保健所がやればいいじゃないか、精神保健センターがやればいいじゃないかという御議論もございまして。

しかし、実は、私、この前の精神保健法の法律の移送問題のときの体験を申し上げますと、大変実はあれは保健所の方でギブアップされておりました。今でもされております。ということは、こういう問題について新たな問題、困難な問題が生じますと、保健所でも、あるいはそういうところですから相当お困りになる、困難である。私は、だからどちらがいいのかと言われたら、社会復帰調整官が、じゃない、保護観察所がいいのか保健所がいいのかと言われたら、どちらがいいとも私は分かりませんと、むしろ中身ですと答えたいです。社会復帰調整官が何をやっていただけかだと思ひます。

先ほども申し上げましたように、社会復帰調整官がコーディネーターとしてしっかりやっていただということが大事で、そのための社会復帰調整官の私は修練といひますが、これが非常に大事だと思ひます。

それからもう一つ申し上げておきたいことは、その社会復帰調整官に、やはり先ほどから言ひましたように、地域のいろいろな機関、それから、そういう社会復帰のためのいろいろな生活支援のための、我々、社会資源と呼んでおります、こういうものが積極的に協力していただくことだと思ひます。これは司法の側でやっていることだから、おれら手を出さぬよというんじゃないで、是非、私、この問題については両者が連携していわゆる縦割りをなくしてやっていただきたいと、それが大事なことだと思ひております。

○朝日俊弘君 ありがとうございます。

○浜四津敏子君 公明党の浜四津でございます。本日は参考人の皆様、大変貴重な御意見をありがとうございます。

まず、岩井先生にお伺ひいたします。日本の刑法は、責任なければ刑罰なしという一元制を、責任主義、一元制を取っております。責任能力者には刑罰を、責任能力者には治療処分をという二元制を取っておりますが、ヨーロッパ諸国ではこの二元制を取っている国も多く、また、実際に社会復帰の実効性を上げていくという国も数多くあります。

今回の制度というのは、あくまでこの刑罰一元制を崩していないわけですが、それは日本の社会の実情を考慮したものとも理解できますが、ある方からは不徹底ではないかという批判もありますが、これについてはどうお考えでしょうか。

○参考人(岩井宣子君) 私自身も、もし、その二元制を採用して刑事裁判所で治療処分というふうな対応を取ると、刑法改正草案で提案されたものですけれども、そういうシステムがきちんと実現するならばそういう対応でもよかつたのではないかと今ふうに思ふんですけれども、ただ今回の法案は、ある程度イギリスの制度、病院収容命令というふうなものをむしろモデルとして導入しようということを考えられた。

これまで、措置入院制度というもので、精神医療の領域で犯罪を行ったといひますが、他害行為を行った精神障害者も治療を行ってきたわけで、その実績からいひしても、特に新たに治療処分というふうなものを設けることなく、そして精神、責任能力の方にはやはり治療と、精神医療における治療というふうなものが必要だということとで、それを今までの措置入院制度とそう違わぬ医療優先の領域で実現する、そして適切な手続の下に行うという、そういう折衷案のようなところであるという案が提案されたというふうにお聞きしております。そういうふうな精神医療と刑事司法というものがそういう形で協働していくという、

そういうシステムもいひのではないかと今ふうに考えております。

○浜四津敏子君 本制度の審判手続において、処遇の要否、これも岩井先生にお伺ひしますが、処遇の要否、内容の判断に、医師だけではなく法律家も加わることにつきましてはどのようにお考えでしょうか。

○参考人(岩井宣子君) やはり、今までも刑事責任能力の判定というのは、医師、精神科医の精神鑑定に基づいて裁判官が刑事責任能力の判定は行ふんだということですね。

やはり、精神医療に、精神病院に強制的に入院させるという、そういうシステムにおきましては、本人に同意能力がないという、そういうことは前提になりますので、本人の能力の問題が関連してきます。

そういう能力がどの程度まで備わっていれば本人の意思を無視しても強制的に入院し得るのかという、精神的な能力の場合、責任能力だけに限らず、同意能力などについても、やはり裁判官の判断というふうなものが適切に今までの基準などを参考に判断し得るものではないかというふうにお聞きしております。

○浜四津敏子君 次は、お三方それぞれにお伺ひさせていただきます。

まず伊賀先生は、レジメの中で、最後のところで、いわゆる人格障害者問題と覚せい剤患者の問題についてお述べになつておられます。

私も、精神病者ではなく、精神病質あるいは人格障害と言われる人で犯罪を犯したという人たちの処遇というのがこれから大変大きな問題になってくるんだろうと思ひております。ドイツでは、既に社会治療処分が行われております。一時ストップしてまた復活いたしましたけれども、重大な性犯罪に限って復活いたしましたけれども、日本では、社会治療処分はできませんが、社会治療の処遇というのは必要になってくるのではないだろうかと思ひております。いわゆる九州モデルと言ひれておりますように既に実施されているところも

ありますけれども、日本では大変この部分が非常に後れていると言われております。

この人格障害犯罪者あるいは薬物依存者の犯罪者に対する処遇についてどう取り組むべきとお考えなのか、お伺いしたいと思います。

○参考人(伊賀興一君) 大変難しいところで、日弁連の中でもどのような施策がいいか模索をしています。

例えば、オランダのTBRとかいうのは、収容処遇だけじゃなくて非収容処遇も含めて公務員がその生活援助、教育援助をしながら、日常生活の中でそういう暴発なりというのを防いでいくというように処遇がなされているように聞いていますし、覚せい剤患者の問題も、実は精神病院の中で生活歴がやぐざであるとかいうことで患者さんが看護婦さんやお医者さんの意見を聞かないために困難であるとか、そういう問題がありますから、私は、この問題は具体的にこうするべきだという日弁連の意見は現在のところ申し上げるところまでは至っていません。

ただ、イギリスの現在の司法精神医学も、事件を起こしたか否かにかかわらず、いわゆる人格障害者に対してどのような治療若しくは施策が妥当かということが法律を伴いながら検討されているというふうに聞いていますので、日本も、後れたヨーロッパの保安処分に追い付こうとするよりは、最先端の理論に検討を、そのスタンス、変えた方がいいんじゃないかというふうには実は思っています。

一点だけ付け加えさせていただきますと、司法精神医学といいますか、保安処分制度、治療処分制度というのが収容処遇、いわゆる閉じ込めるということを主とした制度として世界的にもできてき、今日あるわけですけども、必ずしも成功していない理由は、精神医療の発展とタイアップできていないからだと思います。閉じ込めてしまった中では、事件を起こした人の危険性だとかいうところに注目が集まって、人員の配置なども刑務官が物すごいんですね。私も行ってびっくりをし

したが、やはり刑法理論というのは社会の力量に規定されざるを得ない側面を持っていますので、閉じ込めの医療の時代にそういう施設ができたのはやむを得ないかと思えますけれども、現時点で、精神医療の開放化、地域化というふうに行われている中で、一般医療が改善されないまま重大な事件を起こした人だけの収容処遇策を立てることとは、これはもう一度再検討いただきたいというところですね。

○浜四津敏子君 同じ質問ですが、岩井先生、よろしく願いました。

○参考人(岩井宜子君) 薬物使用者や人格障害者の場合には責任能力ありというふうになされまして、なかなかこの対象にはならないんじゃないかというふうに思うわけですね。

ですから、心神耗弱という判定の下にもしそういう治療体制というふうなものが整えば、そちらの方にゆだねた方がいいという判断がされるかもしれないんですけども、その場合、かなり処遇は難しいだろうというふうに思うわけですね。

しかし、社会治療処遇というのがスイスやオランダなどかなり工夫されておりますので、そういう処遇システムというふうなものもかなり研究が進められて対応はなし得るようなものが、刑事責任能力ありとするならば、刑務所における処遇の中でそういう処遇が入れられるように体制を整えるべきだというふうなことを考えております。

○浜四津敏子君 ありがとうございます。

○参考人(浦田重治郎君) まず、人格障害の問題ですが、純粋に人格障害である場合には私は責任能力ありというふうなことを考えております。これは、私、今まで実は鑑定もさせていただいてありますが、自分のそういう今までの経験に立つて、そのように考えております。

もちろん、実は精神病状態とこれが合併することがあります。ここがこれから大変難しいところになると思います。こういう中で、私どもはや

り人格障害の部分にどう対応していくかというのが、多分これからの我々の一番難儀する課題でもあるし、どうしてもやっていかなきゃならない課題であろうと思っております。

それから、覚せい剤問題です。これはちよつとこの議論から、議論というかこの法の議論から外れるかもしれませんが、覚せい剤の問題につきましては一点、覚せい剤を使つての精神病状態、結果として、これについてはきちんと治療しなきゃいけないと思っております。

ところが、ただ覚せい剤を使用したと、これが覚せい剤依存であるということでもよく問題になります。それから、そういう方では、精神病状態がすっかり収まった後も、覚せい剤の使用があるんだから、その依存があるんだから、乱用があるんだからということでも問題があります。

しかし、これはよく考えてみますと、覚せい剤というのは覚せい剤取締法というのがございます。この点はしっかりと運用をしていただきたいというのが割に現場の考えです。こういうことは、例えば幾つかの自治体では、かなりこの問題については司法というか警察と話し合つてしっかりと対応をしてくださいますと、覚せい剤使用ということで罪に問われますから、そういうことをやっております。

ですので、そういう観点からいきますと、例えばこの法で重大な犯罪ということになってこの方々が来られるにしましても、精神病状態の治療はかなり可能だと思います。しかしながら、使用ということ、いわゆる依存ということになると、かなり困難な部分がまた先ほどの人格障害の問題と同様に起こってくるだろうと。これについてどうするかというのは、かなりこれから早急に議論を詰めていかなきゃいけないと思っております。

○浜四津敏子君 最後に、浦田先生にお伺いいたします。

また、どのような教育システム、まあ教育システムのモデルとしては例えばドイツのようなきちんとした整備されたものもありますけれども、日本ではどういった教育システムを作り、またどういった専門家を育成するべきとお考えでしょうか。

○参考人(浦田重治郎君) 司法精神医学の向上というところでございますが、原則的に言いますと、我が国の司法精神医学につきましては、今までフィールドのない研究で、すそ野の広さも持っていないかつたというふうな、こういうことを申し上げますときつと權威の先生方からおしかりを受けるかもしれませんが、やはりそのように感じています。

この制度が立ち上がりますと、一つには指定入院医療機関が作られまして、そこでさらにまた指定通院医療機関とか保護観察所の社会復帰調整官による地域社会と密着した体制が作られますので、言ってみればこれは司法精神医学が一つのフィールドを持つことになる、そのように感じています。

今言われたようなことが具体的にはちよつとなかなか答えにくいんですが、こういうシステムの中で、しかももう一方で、実は今の厚生労働省の流れの中で精神医療も改善しようとしておられます。ということから、非常に、先ほどちよつと孤立ということを言われましたが、むしろ他の精神医療の分野と密接に交流した、あるいは他の精神医療、医学の分野から学べる司法精神医学が構築できるのではないかと。実際に指定医療機関を単独でどこかにばつんと作るわけではなく、今ある医療機関の中に置こうという構想ですから、そういうふうなことを考えております。

それから、他の精神医療の分野に、こちらからも実はかなり、先ほどから申し上げておりますように、このシステムでの医療機関は充実したものを作っていただかなければならないと思いますが、そうすることによって得ました成果を、逆に他の一般の精神医療の分野に発信できるのではな

いか、そのように考えております。

それからもう一つ、教育とか研修の問題、専門家の育成のことを今御指摘になっておりますが、これも余り、私もまだ具体的なことを議論したことはそれほどありません。ただ、一つ、実は私どものおります精神・神経センターの研究所にこの秋から司法精神医学の研究部が立ち上がりまして、これは非常に重要なことで、要するにこの制度の、まだ法律も成立していないのにこんなことも申し上げたら怒られるかもしれませんが、この制度が立ち上がっていく、その立ち上がりと一緒に司法精神医学を立ち上げられると、そのように考えて、今、私も臨床の方からも研究所の方へいろいろとお願いをしているところであります。

○浜四津敏子君　ありがとうございます。
○井上哲士君　日本共産党の井上哲士です。
三人の参考人の皆様、本当にありがとうございます。

最初に、起訴前鑑定の問題について伊賀参考人と岩井参考人にお聞きをいたします。
法案への態度は全く逆なわけですが、起訴前鑑定に問題ありという点では同じような御意見だったかと思えます。

衆議院の参考人の議論の中でもこの問題は随分質疑でも出ましたが、例えば、重大な他害行為を起した場合は必ず本鑑定にする、ないしは必ず裁判まで行く、こういうことも必要ではないかという御意見もありました。こういう御意見に対して、それが果たして本人の利益になるんだろうかと、例えば本鑑定にしますと非常に長い時間が掛かるということも含めて、ありました。

現状の起訴前鑑定の問題点と、こういう必ず本鑑定しないしは裁判にしようという意見について、それぞれどのようにお考えか、お願いをいたします。

○参考人(伊賀興一君)　起訴前鑑定でやっぱり問題になるのは、簡易鑑定がある意味で一般から見るとルールというふうな面があると、そういうところ

ろだろうと思えます。その意味では、それを是正するためには、数時間でやっぱり初診に毛が生えた程度の判断で鑑定結果を得るというより、少なくとも二、三日、留置場、留置場所も医師が都合のいい場所に移るなどして鑑定をできるように、これは本鑑定でなければならぬということではなくて、早期に、逮捕勾留期間中に判断を檢察官ができるようにするということが、それを安易に、輕易にするということと、それを安易にと、この二つの側面からやるべきではないか。

最近でいいとすると、我々も実務やっていまして、法務省の方で、檢察庁、相当程度そういう努力をされていて、鑑定人も個別に絞っていたのが徐々にいろんな人に頼んでいくとか、そういう努力をされていくので、その点は正進に進んでくるとは思いますが、しかし、もっと明確にそういう議論を国民的にも起こしてやっていく必要があるのかなというふうに思っています。

○参考人(岩井宣子君)　私、少しやった調査によりますと、かなり、殺人のような重大な行為が行われている場合には、現在でも本鑑定が依頼されているケースが多かったわけですね。

ただ、この前少し法務省の出された資料を見ますと、簡易鑑定のみで措置入院がされたケースというふうなものには、やはり親族間の殺害行為というふうなケースがあったようで、そういう場合にはやはりもう起訴をすることなく、病院での治療にゆだねた方がいいという判断がされやすいのかなという感じがいたしましたけれども、檢察官がやはり、この法案ができましたと檢察官がこの審判を提起するかどうかということとを判断するわけで、起訴するか、そしてこちらの審判にゆだねるかというふうなことの判断をするわけで、かなり責任能力判断にとって重大なわけですね。

ただ、簡易鑑定を行った段階で、かなり責任能力に問題があつて病院治療が適当であるというふうな判断されるような場合には、今度の、審判というふうなものが手続がなされて、そこでの鑑定も期待されるということだと、それでもいいのではないかと。ただ、一日、半日だけの問診というふうなもので決定されるというふうなものは少し安易過ぎるので、もう少し慎重な手続が必要ではないかというふうなことを考えております。

○井上哲士君　次に、浦田参考人に医療の問題でお聞きをいたします。

この重大な法に触れる行為を行った対象者について、普通の患者と同じ病棟にいたことが大変医療にとっては障害だということがございました。一方で、そういう行為を行った人を逆に一般の人から隔離をする医療を行うことは、その人の病状回復にとってはかえって良くないんだという議論もあります。

浦田参考人も、地域に戻るときには地域にある一般精神病院機関に大いに掛かってくるというところの重要性も指摘をされているわけですが、こういう言わば重大な他害行為を行った人だけを隔離をした治療を行うということがその人の治療にとってどうなのかという、そういう御議論についてはどういうお考えでしょうか。

○参考人(浦田重治郎君)　まず、この法律、一応読ませていただきましたが、これ、すべての方を、重大な犯罪行為があつて、すべての方を入院治療するとは書いていないように私は思いました。通院もあると書いてありました。どのくらいその比率がどうなるのかは分かりません。ですのでも、まずもってそこは少し区分けしておいた方がいいだろうなと思います。

それから、私は、最初に意見陳述で申し上げましたように、一つは、大きな専門性の問題とか、重大な他害行為を行った方の場合のやっぱり心理・社会的問題とか、この辺はかなり重視しなければいけないだろうと。今までというのは、どうもそういうことは必ずしも、さつと表面的にしかやってこなかったんじゃないかと、そういう点を私も痛感しております、自分たちでも、ですの、やはりそういうところは少しもうきやいけなと、それが一点です。

それから、もちろん、そういう人ばかり集めたらまた大変なことになりますよという話も決して私は無視いたしません。しかし、そのためには、じゃ、どういふようなセッティングをすればいいかということもこれから考えなければいけないと。

イギリスの例えばそういう地域保安病棟等を見させていただきましたが、かなり、一つの病棟を幾つものユニットに分けられた、細かいセッティングをされております。それから、そういう中でやはり病状に応じた対応をされております。例えば入院の評価、それから重症状態、重症な時期、それから、そこからある程度回復してきたとき、それから社会復帰直前というふうな、割に少人数でユニットを分けられております。これは、割にやっぱり、今言われたようなあつたけの問題から考えますと非常にいいのではないかと、そのように考えております。そういう点では避けられるだろうなと思います。

○井上哲士君　今のに続けてお聞きをするんですが、伊賀参考人の陳述の中でも、そういう人たちに對する医療はイギリスの場合でも特に変わらない、医療内容としては一緒なんだというお話もありました。

先ほど、先生の陳述では、心の傷、そういう重大な他害行為を行ったことに対する心の傷なんかには配慮するということは一つ言われたんですが、医療内容としては、そのほかにもそういう特別な医療としてはどういふことをお考えなんでしょうか。

○参考人(浦田重治郎君)　一つは、今、心の傷の問題を言われましたので申し上げますが、そういう心理社会的な問題から考えた精神療法的なものをきちんとこれから取り入れていかなければならないと。この間、この二年間ほど、この問題が出てきましたから、主に私は英国ですが、英国の司法精神医学の方々と意見を交換しましたが、やはり精神療法的なアプローチが非常に重要であるということ指摘されております。この辺は私は同

意でございます。

それからもう一つ、私の経験から申しまして、先ほども申しましたが、御本人に対してそのようなんですが、もう一つは周囲に対する、特に御家族、関係者に対するアプローチも必要であろうと。これは、最近、心理社会的介入と呼ばれております。

例えば御家族、先ほど言われたように、非常に近親者のところで事件が起きたりしていますから、御家族の抵抗性というか、非常にいろんな心の葛藤があります。それから、もちろん病氣ということに対する御家族の構えもございまして。こういうものをどういうようにやはり改善していくかというふうな家族療法的なものを、我々、心理社会的介入と呼んでおりますが、そういうことをやはり取り入れていく必要もあらうと、そのように思っております。

私、正直言って、ただ、最初に申し上げましたように、一精神科の臨床医でございましてこれが専門ではございませんが、そういう議論の中で様々な手法があると、そのように、今言ったようなのが一例でございまして。

○井上哲士君 次に、社会復帰調整官の問題で伊賀参考人にお聞きをいたします。

先ほどの質問の中で、浦田参考人は、保護観察所に置くことも、問題は中身だというお話がありましたけれども、伊賀参考人の中では問題だということがございました。保護観察所に置くということがどういうような懸念をお持ちなのか、お願いをいたします。

○参考人(伊賀興一君) 保護観察所は、我々も、弁護士としても大変親近感のある場所のように見受けられていいると思いますが、実際には保護観察所に我々が行くことは一度もありません。少年事件で保護司さんが、全国で子供たちの更生のために頑張っておられるという保護司さんを通じて保護観察所を知るとい程度で、実際には姿の見えないところです。

刑務所を仮釈放された方が社会復帰をする上で

保護観察所が関与される、それから恩赦などの申請を保護観察所が受けてその人の家族状態や被害者への慰謝状態を調査をするとか、そういう業務をされているというふうに向つていますが、それぞれの対象者の退院後の通院状態や家族の大変微妙な動きや、時として起こる治療に対する拒否から出てくる症状の悪化などを、調整官という名前が付された方が一県に多分お一人、もしくは大ききなどところでも数人しかできないのに、それで果たして浦田先生のおっしゃるような内容を伴うことが可能なのだろうかということが一点ですね。

もう一つは、現在でも精神病院に三十三万人という方が入院されていますが、その中で、厚生労働省がおっしゃるのも七万人、他の統計によれば十万人もの患者さんは、退院の条件さえ整えば退院した方がいいという方が入院を継続されているというふうに向つています。これは一体何なのか。これは社会復帰が、ある調整官という方が設置されたからといって、それでできるほど日本の社会、精神医療を取り巻く環境というのは簡単ではないということを示しているのではないだろうか。

私も、患者さんが社会復帰できる、いわゆる退院をして社会生活を営むようになるということが大変重視をしますが、それができていない方が七万人も十万人も。これ、比較しますと、日本の刑務所で、入っている方の七万人と比較しても、事件を起こしていない患者さんがそれ以上に入院という拘束状態から抜けられない、この状態が一方であるのに、社会復帰調整官ができたからといって重大な事件を起こした人が社会復帰ができるといようなことは言えないと私は思っています。

○井上哲士君 ありがとうございます。

○福島瑞穂君 社民党の福島瑞穂です。

今日は、お三方、本当にありがとうございます。この法案によって強制隔離されて、長期入院する人が増えてしまうのではないかと懸念を

ちよつと持っているのですが、イギリスのインディペンデント紙、二〇〇二年六月十六日号に、最高度保安病院に拘禁されている人たちは、公共の安全のためと本人のためにいったんは病院に収容された人たちではあるが、その中には、今は治療に成功し病院から移動する準備ができた本人はもちろん、家族、そして医療当局も確信しているにもかかわらず拘禁され続けている人たちもいると。記事は、その後、審査に参加する知識のある専門家が不足していることと、地域でのケアが不足しているために、回復しても出口のない高度保安病院という記事をイギリスのインディペンデント紙が書いております。

このように、結局、社会の中から見えなくなってしまう、あるいは強制長期隔離されてしまう、こういう懸念を非常に思うのですが、伊賀参考人にお聞きをします。

この法案と全然別に、精神医療の問題について課題山積でしようが、どういことをやればもつと本当に解決できるでしょうか。

なぜこういう質問をするかというと、私自身は、厄介な問題を非常に司法と精神科医に押し付けて国立病院にどつと収容してしまうような、そんな制度にちよつと見えてしまうので、こういう質問をさせていただきます。

○参考人(伊賀興一君) そうですね、一言で、私、先ほどの議論をお伺いして申し上げたいなと思つていたことは、今やっぱり日本の社会で精神障害のゆえに重大な事件が起きて、それに対して耳目が集まっていることだろうと思つてますね。その際に、重大な事件を起こした原因が医療にある。その医療の、根本的に多方面の課題がある中で、私はやっぱり治療の中断という事態を日本の医療は起こしている。これは入院中の患者さんにも起こっているというふうにかえっています。重大な事件を起こす原因が医療にあるのに、その医療の改善をしないで、重大な事件を起こした人だけの治療や、だけの社会復帰というのを検討されているのがこの法律案という意味

で、私は精神医療の専門家ではありませんが、大変寂しい思いを今しています。

やはり事件を起こす原因が医療にあるならば、医療のどこを改善しなければならぬかということとを医療の側がもつと明確にすべきなのではないだろうかというふうには実は考えています。そこは、僕は、最終的には医療の中断を防ぐような、だれでもいつでも安心して掛かれる精神医療にすることなんだ。安心が今の医療にはない。入院したらいつ出れるか分からないという不安を持つ。入院したら電気ショックを無承諾でやられる。様々な精神医療が、閉じ込められた中で、人目がない中で行われる不祥事等も報道されていますが、そういうところを本気で変えれば、国民が心配している、病氣によって事件が起ることということも防げるし、事件を起こした人もそういう医療の下で再び事件を起こすことは実際にはほとんどなくなるのではないかと、そんな感じでございます。○福島瑞穂君 私も、司法が関与すること、逆に法律家、特に裁判官は客観的事実の認定という訓練を受けた人たちなので、同じような犯罪を今後犯す可能性があるかどうかということについては判断の訓練を受けていないし、精神医療については全く素人なわけですね。そうしますと、結局、裁判官が入院、退院についての判断を最終的に下すとなれば、問題が起きない方向に、自分の立場を守る方向にしか動かないとすると長期入院になってしまうのではないかとというふうにかがでしようか。

○参考人(伊賀興一君) おっしゃるとおりではないかと思ひます。

処遇要件からしましても、この法律案の修正案では、法律家として裁判官は何を判断しているのか。結局、法律全体の中にちりばめられている、事件を再び起こすことがないかどうかを判断を求められると。そうすると、事件を再び起こすか否かというのを、一年後、三年後起こるかどうかなんて判断を求められても、法律家としたら、起

こつたら自分の責任だというふうになりますから、どうしても起こるということを懸念する。そのための長期化というのは、イギリスのプロードモアなんというのはもう典型例ですね、入って出れない。そのために出せる場所として中間保安ユニットというのが作られてきたという実情があるようです。

そういう意味で言いますと、僕は、裁判官が、医療の必要というのを精神科医が仮に判断された場合に、それが本人の環境状態から見て適切な判断なのかどうかという事後審査というのなら我々は裁判官にゆだねることは可能だろうと思うんですが、入院医療をしなければ再び事件を起こすかどうかということを判断を求められたら、それはもしかして起こしたらえらいことやから入院しておつてちょうだいというふうな、退院に消極、入院に積極というふうな、これは率直に申し上げて、法律の仕事をしている人は必ずそうなると思います。

○福島瑞穂君 浦田参考人にお聞きをします。

私も精神医療については本当に素人なんです。が、治療が必要な人、あるいは何かのケアが必要な人はそれをきちつと様々な形でやるのがいいんじゃないかと。この法案についての私の違和感、他害行為をかつて行った人間のみを閉じ込める国立の施設を作ってしまうので、例えば警備が頑丈になるんじゃないかと、共生社会ではあります。が、いろんな人といろんな人が接する方が人間の精神状況にはいいわけで、特別な人を特別に集めるという形を取るとますます良くないではないか。あるいは病院に家族が面会に行ったりするときも負担ですし、本人が社会に復帰するときも、遠い病院から地域に戻ってくるということでも本人の負担もあるんじゃないかというふうに思うのですが、その点についていかがでしょうか。

○参考人(浦田重治郎君) まず、確かに特別な施設だけを作るのであれば問題であろうと思います。しかし、今度の場合はそういうような特別な施設だけ、国立何々指定入院医療機関というのを

特に作る、特別に作るんじゃないで、現在ある中でそこに設置していくというふうにお聞きしております。つまり、現在私どもが一般精神医療を行っているそういう施設の中に、病棟としては多分新たなものになるでしょうけれども、そこに作られていきます。ですので、孤立した存在ではそういう意味ではないと思います。確かに患者さんはそこへ集まります。

それから、そういう点で、そういう人だけを集めるのは良くないんじゃないかという懸念は、それは絶対否定はしません。そんなのゼロじゃないと言われたら、それは、例えば逆に言うと、非常に重症の状態の人を集中治療ユニットなんかを集めていくのも同じようなことですから、そういう若干の損得勘定はあると思います。

しかし、もう一方で、治療を進めていく上で、先ほど申しましたようないろんな専門性の集約とか、そういうものを、専門性を投入できるとか、それから今の専門性の問題から言いますと、私はメリットもあると思っております。そういうバランスの問題であらうと思えます。

それから、家族とかそういう人たちが近づくにいかどうかということになりますと、これも一つの今ある医療機関の中に作られていくわけですから、それは、これはちよつとした例えですけど、私も、私はよく病院に、総合病院にありましたときに、精神科におりますと、非常に総合病院というのには患者さんが集まるんですね。なぜかというのと、全体の中で精神科が隠れてしまうからなんです。ということは、今度の施設も、一般の精神科の施設の中に作られればそういう中に言ってみれば隠れてしまうので、今言われたように家族が来にくいとか、そういう問題というのはそれほどないんじゃないかと、そのように思います。

○福島瑞穂君 私が申し上げたのは、例えば全国に三十個、そういう施設、新しく建物を建てて仮に入院してもらおうとすると、やはり分散ということか、今まで行っていた精神病院に通院するということができなくなるんじゃないかと思つたんです。

が。ただ、いいです、対政府質疑じゃないので、これ。こちらの意見を述べて、済みません。

あと、ちよつとこれも私は素人なので教えていただきたいんですが、治療は治療で徹底をすべきで、その人間が将来同種の犯罪を犯すかどうかというのとは別問題であると思うんですね。

浦田参考人にちよつとお聞きをしますが、確かにその人間は他害行為を行ったという客観的事実はあるの、それが治療の中に入ってくるのは当然だと思ふんですが、治療はその人のために、患者のために医者が一緒に共同行為として行うのであつて、その人間が将来何かのことを犯す可能性があるということは治療とは別なわけですよね。ですから、私自身は、なぜ他害行為を行った人間のみほかと違う治療をするのか、あるいは全くほかの患者さんと同じ治療であれば、なぜそのみ何か特記した形になるのかというのがちよつと分からないので教えてください。

○参考人(浦田重治郎君) これはお答えになるかどうか分かりませんが、今言われた他害行為の問題が他害行為だけ独立して起こっているのであれば、それは先生のおっしゃったような御理解でいいと思います。しかし、これは病気が発生した中で、それゆえに起こっている。もちろんそれだけとは言いませんけれども、例えば周りの状況も影響するかもしれません。しかし、そういう中で起こった他害行為ですから、そういう起こしやすさの問題だとかいろんな条件があります。ですので、独立した行為では私はないと思っております。

だから、他害行為だけを判定、将来再発するかどうかというそれだけを判定するんじゃないで、病気がどうなのか。つまり、治療をして病気が良くなっているのか。そうすれば、病気が良くなつておれば、そういう問題行動の発生もなくなるだろうというように考えで他害行為の問題は理解しております。

○福島瑞穂君 今の点について、治療とその将来ということについて、伊賀参考人、いかがでしょうか。

うか。

○参考人(伊賀興一君) 浦田先生、お教えいただきたい、僕も教えていただきたいんですけども、病気が良くなったからもう治療しなくてもいい状態になつて、しかしながら、それで治療が継続しなくなったがために病状が悪化して、時として事件が起こるという場合もござりますよね。

だから、私は、問題なのは、今、他害行為を行った、重大な事件を行った人のある一定の指定機関で治療して、それで通院も保護観察所が管理してというふうなルートに乗せて、果たして福島先生が御質問のように、病気が良くなった、もう他害行為を起こすおそれもなくなったというふうなことが、逆に言えば、この法律の趣旨から言くと、いつまでもおそれがなくならないということ、言い続けることにはならないか。

つまり、治療というのが医療との間での信頼関係でもって、その上でその治療が継続し、必要なときには自分が治療を拒否しても医療の介入が受けられるということと重大な事件というのは防げる。そういう意味では、病状が重いから必ず事件を起こすとか、病状が軽いから必ずや事件を起こさないというようなことではないという意味で、再犯のおそれなどという概念で人を閉じ込めるか閉じ込めないかを区別するというのは、結局その理由にならないものなんだというのを、これまで申し上げてきたのですが、病気が良くなつていったから、もうこの人はそういう行為はしないだろうというふうな因果関係というのは言えるのですか。

○委員長(魚住裕一郎君) 参考人から参考人への御質問は控えていただきたいと思ひます。

○福島瑞穂君 この条文では心神喪失者等となつておまして、心神耗弱も入るのですが、心神耗弱者も入ることについて、伊賀参考人、どうお考えでしょうか。

○参考人(伊賀興一君) これは大変問題で、心神耗弱でまず判決で実刑になった場合に、刑務所に

行くことになりました。その際には、この法律は、その方が心神耗弱であつたと精神病であつたといふことについて一切考慮をしない、もう実刑の方でどうぞということになっています。執行猶予になつた場合に、今度はこの法律で、鑑定入院を受け、審判を受けて指定医療入院に、入院するかどうかを判断され、そして入院することになります。これは、一度刑事裁判を受けて執行猶予になつたのに、またその手続的不利益を課されるということになるのです。

私は、そもそも治療が必要な人が刑務所に行つて治療を受けられない、若しくは不十分な治療しか受けられないという状態の現状が果たしていいのだろうかというふうな意見も強いのですが、実刑にならない人はこちらの法律で受け止める、だから実刑になつた人は治療ができればいいがそちらに任せるといふところにこの法律案の一つの問題点、本当に重大な事件を起こした人を治療するといふことで徹底するのではなくて、刑務所に行く、少年院に行く、その人がこの法律で治療するといふ、しかも手厚い医療をするといふところから、もう射距離離から離してしまうといふところに問題が実はあるのかなといふふうに、耗弱の問題が入っていることについては感じています。

○福島瑞穂君 時間ですので、終わります。

ありがとうございます。

○委員長(魚住裕一郎君) 以上で参考人に対する質疑は終了いたしました。

参考人の方々に一言ごあいさつ申し上げます。本日は、大変お忙しいところ貴重な御意見をお述べいただきまして、誠にありがとうございます。当委員会を代表して厚く御礼申し上げます。ありがとうございます。(拍手)

本日の審査はこの程度にとどめ、これにて散会いたします。

午後三時二分散会

五月九日本委員会に左の案件が付託された。

一、在日朝鮮人等に対する民族差別強化反対に関する請願(第一七三九号)

第一七三九号 平成十五年四月二十五日受理

在日朝鮮人等に対する民族差別強化反対に関する請願

請願者 岡山市新保九五四ノ二〇 貝畑信行 外九百九十九名

紹介議員 福島 瑞穂君

アメリカがアフガン空爆に続いてイラクや朝鮮民主主義人民共和国を「悪の枢軸」として戦争政策の標的とする中、日本でも有事法制が議論されている。これら法案は「有事」の範囲を拡大し、政府は相手国の新たな軍事施設建設をもその例として挙げており、自衛隊による平壤空爆、新たな朝鮮戦争を準備するものである。こうした中、在日朝鮮人に対する民族差別も強まっており、民族団体や民族学校とその生徒に対する脅迫・暴行事件が続発している。いかなる経緯があれ民族差別は許されない。特に日本の植民地支配の結果として戦前から三世代・四世代にわたつて日本で暮らす日朝鮮人に対する差別や迫害は日本社会のアジア蔑視・他民族抑圧の継続を示すものであり決して許されるものではない。また法制度としても、市民の権利制限とともに「相手国の国籍を有する外国人の安否情報の管理・提供」が規定される予定である。かつて朝鮮戦争の下で破防法の前身である団体等規制令によつて民族団体が解散させられ、指紋押捺制度や常時携帯制度が導入された経緯がある。指紋押捺拒否闘争からこれら民族差別制度は撤廃・緩和されてきたが、それでも外登法の見直しを求める一九九九年の国会附帯決議が放置されたままといった現状である。在日朝鮮人への差別・治安管理制度の強化が強く懸念される。朝鮮民主主義人民共和国の拉致問題は絶対に許されないものである。しかし戦争政策は人権抑圧を解決せず、更なる悲劇を生むのみである。求めるのは平和であり、そのためにも拉致問題の影に隠

されている戦争責任問題についての真相解明と責任者処罰、賠償への努力がされるべきである。ついては、次の事項について実現を図らるたい。

一、一九九九年の国会附帯決議の「外登法の見直し」が履行されるようにすること。

二、在日朝鮮人や民族団体に対する差別・脅迫事件など出ないよう、国会決議をあげるなどすること。

平成十五年五月二十一日印刷

平成十五年五月二十二日発行

参議院事務局

印刷者 国立印刷局

D