

2017年1月21日

「報告書～再発防止策の提言～」をふまえた“相模原事件の再発防止策”について
〔詳細版〕

公益社団法人 日本精神神経学会
法委員会委員長 富田三樹生

2016年7月26日に神奈川県相模原市の障害者支援施設において発生した大量殺傷事件の善後策を検討するために、厚生労働省は「相模原市の障害者支援施設における事件の検証及び再発防止策検討チーム」（以下、検討チーム）を発足させ、2016年12月8日に「報告書～再発防止策の提言～」（以下、報告書）を発表した。

私たちは、検討チームの作業が進行中の2016年8月29日に「相模原市の障害者支援施設における事件とその後の動向に対する見解」を公表した。その主張の概略は以下の通りであった。第一に、事件の経緯や原因が明らかにならないうちに「このような事件」の再発防止を精神保健福祉法の措置入院制度の手直しの必要性に直ちに結びつけ、治安的観点のみからそれを強化することには反対であること、第二に、措置入院制度の目的は、精神保健福祉法に明記するように、患者の医療や社会復帰等のためであることを改めて確認したこと、第三に、容疑者が主張しているとされる極端な優生思想に基づいた障害者観は、憲法や障害者権利条約、その他の国内法の理念からも到底容認できるものではないが、それがひとつの思想である限りにおいて精神科医療の治療対象ではなく、社会全体で立ち向かうべきものであること、などである。

私たちはこの見解をふまえ、今般の報告書に関する見解を新たに公表する。

I 報告書の概略について

報告書は、検討チームが2016年9月に公表した「中間のとりまとめ」ですでに挙げられた以下の課題を再び確認している。

- 1) 全ての人々がお互いの人格と個性を尊重し合いながら共生できる社会を実現すること。
- 2) 措置入院者の退院後の医療等の継続的支援が確実に行われるよう、制度的な対応を検討すること。
- 3) 措置入院中の診療内容を充実すること、および専門的な知識を持った医師を育成すること。
- 4) 社会福祉施設等における防犯対策を進めていくこと。

このうち1)は、今日も根深く存在する優生思想と社会福祉の理念との矛盾を深く考察することなしに論じることは困難である。私たちは、現代社会がこの深刻な問題を突きつけられていることを改めて確認し、今後も議論を続けていく。

3) について報告書は、主として大麻・薬物問題に関する精神科医の専門的な知識・技術の不足をどう改善するかに焦点を絞っている。しかし今回の事件では、大麻の影響が関与していた可能性が指摘される一方、報告書は、大麻の薬理作用としての脱抑制のみでは説明できないとしており、少なくとも精神鑑定の結果が明らかでない段階で、一般論として対策を提言するのは早計である。

4) は私たち精神科医が論じうる領域の問題ではないため、別の場での議論に任せることとしたい。

こうしたことから私たちは、今般の報告書について、検討チーム設立の主旨そのものへの疑義を明らかにした上で、課題として挙げられた2) に絞って見解を述べる。

II 措置入院制度の変更についての提言に対する見解

1) 事件の特性と精神科医療 - 提言が「再発予防策」とされることへの疑義

同様の事件の再発防止を目的として何らかの制度変更を行うには、事件の真相が解明されたうえで、事件を防げなかった大きな要因が現行制度の不備にあることが明らかにならなければならない。一方、現時点では精神鑑定を含む司法手続きが進行中であり、私たちはいまだ事件の全貌を知り得ない。本来であればこうした段階で再発防止策としての制度変更を軽々に論じることは慎まなければならない。しかしながら、この報告書ではすでに精神保健福祉法の措置入院制度についての重大な変更が提言されており、今後それに沿って施策が講じられる可能性が大きいと、あえて踏み込んで意見を述べる。

検討チーム設立の経緯と主旨は、中間とりまとめによれば、「このような事件を二度と起こしてはならないという共通認識のもと、政府は、直ちに『障害者施設における殺傷事件への対応に関する関係閣僚会議』を設置した。更に、事実関係の徹底した検証と、それを踏まえた再発防止策を関係省庁一丸となって検討するため、厚生労働省を中心に、9名の構成員に加え、内閣府、警察庁、法務省、文部科学省のほか、神奈川県、相模原市といった関係自治体も参加した『相模原市の障害者支援施設における事件の検証及び再発防止策検討チーム』が設置された」とある。その使命については、「まず、何が起きたのか、どういう経緯を辿って事件発生に至ったのか等のあらゆる事実関係の精査を行い、その上で、現行制度の下で何をしておけばこの事件を防ぎ得ていたのかを検証するとともに、現行制度に加え、こうした事件の発生をより確実に防ぐために、いかなる新たな政策や制度が、更にはいかなる社会を新たに実現していくことが必要なのか等について、今後の再発防止策として英知を集め、提案していくこと」であるとされている。

事件の重大性と複雑性に鑑みれば、本件に直接間接に関係する全省庁と自治体が、それぞれの立場からの検討を持ち寄ることで、一丸となった再発予防策を講じるのは当然のことである。しかしながら、本件について国家的な立場で検討を行っているのは、実務的には厚生労働省に設置された検討チームのみである。しかも検討チームの構成員の多くは精

神医療関係者が占めており、事務方も厚生労働省以外の省庁からは課長級が陪席しているに過ぎない。

これは、本件が一義的には刑事事件であるにもかかわらず、事件の再発防止策の主たる担い手が精神保健医療であることが最初から前提とされていることの表れである。私たちはまずこの認識に対して強い違和感を抱かざるを得ない。

精神医療の専門家を中心となった検討チームにできることは、保健医療の諸制度、特に措置入院を含む精神保健福祉法の範囲で、行われた手続きの適正性や限界を検討し、「現行制度の下で何をしておけばこの事件を防ぎ得ていたのかを検証」することに留まらざるを得ない。こうした枠の中で可能な検討を最大限に行ったとしても、全省庁一丸となって事実関係の精査を行い「今後の再発防止策として英知を集め、提案」したとは到底言えないのである。

さらに、精神保健・医療・福祉領域に限定した検討結果として報告書を見たとしても、「事実関係の徹底した検証」には遠く及ばなかったと言わざるを得ない。例えば、容疑者の生活史、「病歴」、職場での行動の評価などには触れられず、事件が容疑者の精神症状によったか否かという核心部分についても（精神鑑定の結果すら明らかでない段階では当然のこととはいえ）一定の見解を得ることができなかった。一方、検討に付されたのは、警察官通報から措置診察、措置入院、措置解除、退院後の精神科受診にいたる法的手続きや診療録の記載であり、それらについて、現行法（精神保健福祉法・刑法・警察官職務執行法等）の下での手続きの適正性が、書類によって検討されたにすぎない。

すでに中間とりまとめにおいて、相模原市と当該措置入院病院のいずれにおいても、措置解除時の対応が現行法に照らしても不十分であったとされている。今般の報告書はその線に沿って、改善策の提言を措置解除時とその後の対応という点に絞っている。

しかしながら、中間とりまとめで示された措置解除から事件発生までの経緯を追ってみても、事件を防げなかった責を精神保健医療の不備という一点に負わせることができないのは明らかである。にもかかわらず報告書では、措置解除時とその後の対応の制度的手直しだけが取り上げられている。このように焦点化されれば、あたかもそれこそが再発防止の決め手であるかのような認識が誘導されかねない。それは事件の本質を見誤らせることにつながり、その後の施策を偏った方向にミスリードする恐れがある。

そもそも事件の再発防止策の柱が「措置入院患者の退院後の支援の強化」であるとするには、事件が容疑者の精神症状によって、あるいはその強い影響の下で引き起こされたことを示し、措置症状が消退したとされて退院した後も、実際には危険な精神症状が持続ないし再燃し、精神保健医療上の「支援」を必要とする状態であったことを容疑者本人や家族、関係者らの証言や記録から確認する必要がある。しかし検討チームではこうした検証作業は行われず、容疑者が危険な精神症状を持った状態で犯行の時を迎えたことが、暗黙の前提とされている。

報告書では、措置診察・措置症状消退の判断・退院後の診察について診療録の記載から

検討を加えているが、事件は退院から約 5 ヶ月後に発生しているのである。この約 5 ヶ月の間、容疑者は両親から離れて自活し、自ら生活保護受給の申請もし、精神症状による危険行為等で警察に通報されることはなく、退院した病院の勧めにしたがって複数回受診すらし、まがりなりにも地域生活を送っているように見える。

検討チームの議論では、容疑者が地域で孤立しており、周囲に相談できる人がおらず、そうしたことが症状の悪化を助長したであろうとの見方が支配的であったが、これは可能性としては否定できないものの、現段階ではひとつの推測にすぎない。むしろ、容疑者が（狭義の精神症状ではなく）極端な思想を抱いた状態で地域に住む人であった可能性もあり、こうした住民に対して社会の側がどのような「支援」をすれば危険な他害行為に及ばぬようにできるのか、という観点からは全く議論されていない。

もちろんこうした問題の領域は、精神保健医療の専門家を中心とした検討チームの守備範囲を遥かに超えるものであり、そこに検討チームの限界が顕れているともいえよう。

また報告書が、「今回の事件が、退院後に医療・保健・福祉・生活面の支援を継続的に受けられる確実な仕組みがあれば、事件の発生を防ぐことができている可能性がある」としている一方で、事件までの警察の対応について、「なお、容疑者については、その手紙の内容等から、刑罰法令を適用して検挙することは困難であり、また、これらの一連の対応は法令に沿ったものであった。」と簡単に小括するに留まっていることも、看過できないところである。警察の対応には瑕疵はなかった、あるいは、現行の刑法や警察官職務執行法等の範囲では対応しきれなかった、との警察側の見解を検討チームが議論の前提にせざるを得なかったかのような書きぶりである。

容疑者は、事件の約 5 ヶ月半前に、衆議院議長宛ての具体的な犯行予告を認めて議長公邸に持参した。その行動と手紙の内容が発端となって精神保健福祉法 23 条に基づく措置通報がなされ、13 日間の措置入院を経て退院し、その約 5 ヶ月後に、予告していた方法にほぼ基づき、対象を正確に限定して、犯行に及んだのである。具体的な犯行予告の存在や犯行の合目的性等を考えれば、この間の警察が何をして何ができなかったのかが、詳細に検証され、報告書に盛り込まれて然るべきである。

警察と精神保健医療のどちらが主たる対応をすべきかの判断が困難なケース、あるいはどちらも介入に躊躇するようなケース、いわゆるグレーゾーンの問題が従来から言われてきた。事実、双方が本格的に介入できずに見合っているうちに何らかの事件が起きることがときにある。本件の容疑者も、最も対応の難しいグレーゾーンのケースであった可能性が大きい。そうであればこそ、検討チームにおいては、グレーゾーン問題について正面から検討すべきであったが、遺憾ながら報告書は、グレーゾーン問題の存在の確認に留まり、それ以上踏み込まなかった。

事件は、現時点で断定はできないものの何らかの精神症状が部分的にせよ影響を与えている可能性があり、その限りにおいては精神保健医療の対象である。しかしながら事件の本質は、思想と行動の合目的性からみて、ヘイトクライムとしての大量殺傷事件としてと

らえなければならない。したがって再発予防策を講じるのであれば、いかにしてこの社会がヘイトクライムを克服するかという観点から徹底的に検討されるのでなければならない。

警察が関与しながらも防ぐことができなかつたヘイトクライムを精神保健医療によって防ごうとする発想があるとするならば、近視眼的である。また、万一それが意図的であるなら、本質のすり替えを目論む重大なミスリードと言わざるを得ない。

現代社会の抱える様々の歪みや矛盾が社会病理として顕れ、時に悲惨な事件として析出する。そしてそのたびに、精神保健医療を防波堤にしようとする構想が浮上する。社会病理に根差す犯罪の根絶は、社会全体で地道に取り組む以外にない究極の課題である。それがすぐにできない代わりに、手っ取り早くできそうな対策の領域として精神保健医療が矢面に立たされるとすれば、それはまさにスケープゴートであり、精神保健医療とその対象となる人々にとって差別的かつ侮辱的なことである。

2) 提言の内容の骨子

提言の骨子は以下のことである。基本的な考え方としては、措置入院制度における措置権者である都道府県知事等を責任主体として明確化し、それが以下のことを行うことが提言されている。

- 1 全ての措置入院患者を対象に、退院後支援計画案を作成する。
- 2 計画案の作成に当たり、退院支援の関係者が参加する調整会議を開催する。帰住先の保健所設置自治体、入院先病院、通院予定医療機関、必要に応じて福祉サービス事業者、本人・家族等が出席する。
- 3 都道府県等が措置症状の消退届を踏まえて措置解除するが、疑義があれば、(都道府県等の)精神科医の意見を聴く。
- 4 措置入院先病院からの意見を踏まえて退院後支援計画を決定する。

措置入院先病院は以下のことを行う。

- 1 病院管理者は退院後生活環境相談員を選任する。
- 2 院内の多職種により退院支援ニーズアセスメントを実施する。
- 3 措置症状消退届に以下を記入する。
 - ① アセスメント結果
 - ② 退院後支援計画案に関する意見

これまでは、措置症状消退届に訪問指導等に関する意見を記すことは任意であったが、これを上記のように義務化する。措置解除については、これまでは入院先の指定医の判断を事実上踏襲していたところを、措置権者に措置解除の責任があることを明確化し、退院後支援計画を策定させることとする。

3) 提言についての論点と疑義

措置入院制度が多くの問題を抱えていることは従来から指摘されている。これらは、入

院時の判断の問題（入口問題）と退院時の判断の問題（出口問題）に大別して論じられることが多いが、実際は出口問題には、措置症状消退の判断の問題に加えて、退院後の地域支援のあり方の問題も含まれている。この部分は正確には措置入院制度の範疇ではないが、退院後の地域支援体制が確保されなければ措置入院解除に踏み切ることが難しいという実情があるため、措置入院制度に関係の深い問題として認識すべきである。

検討チームが用いた資料をはじめとして、これまでに私たちが参照できる資料からいうと、都道府県および政令市を単位として見た場合の措置入院制度の運用の自治体間格差が大きいことがわかる。具体的には、人口当たりの新規措置入院件数、つまり入口問題の自治体間格差が極めて大きいのである。

入口の判断は、警察官による法 23 条通報が適正に行われたか、通報された事例が自治体により適正に調査されて措置診察が実施されたか、措置診察において措置入院の要否が適正に判断されたか、という三つのポイントがある。検討会の資料からは、その三つのポイントのいずれについても、自治体により著しい差異があると推定される。

問題は、その差異がどのような地域特性を背景としてどのような要因によっているのかについて、検討チームも含めてこれまで本格的な検討がなされたことがなかったことである。このためもあって、いったいどの程度の措置入院件数ならば適正な運用といえるのかについても、私たちは定見を持たずにいるのである。

一例を挙げれば、東京都のように、緊急措置入院も最大限に活用して、措置入院を事実上の精神科救急システムの一部として運用する結果、突出した措置入院件数を計上する自治体もある。これを積極的な地域精神保健医療活動の成果と見るか、あるいは複雑で混沌とした巨大都市の特殊状況を凌ぐためのやむを得ざる方策の結果と見るか、一概には言い切れないのである。

私たちが忘れてはならないのは、大都市部も過疎地域も、そのいずれもが、一般の保健医療福祉から差別されてきた精神保健医療福祉体制の貧困を背景とした問題を抱えているという現実である。その矛盾こそが、措置入院制度の運用に大きな影響を与えている。

退院の判断つまり出口問題についてみると、厚生労働省が毎年実施する 630 調査によれば、措置入院患者の平均在院日数が、平成 16 年には 174.5 日であったのが、平成 25 年には 87.5 日になっており、年々短縮する傾向が定着している。これは病院から地域へという精神科医療改革の大きな流れが、措置入院患者にもある程度及んだ結果であり、一定評価できると言えよう。

本件の容疑者の措置入院日数は 13 日間と比較的短期間であったが、措置入院が必要な期間はケースの治療反応性等によってまちまちであり、それが短期間であったからといって措置症状消退の判断が杜撰であったことにはならない。言うまでもないことながら、この事件を契機として、措置症状が消退していても措置解除をしにくくするような方向に制度が変更されたり、現場が措置解除の決断を躊躇する方向に傾くことは、断じてあってはならない。

中間とりまとめは、本件における措置解除時の対応が、相模原市、当該措置入院病院のいずれにおいても、現行法下においても不十分であったとしている。しかしすでに1)で述べたように、事件を防げなかった責を精神保健医療の対応不十分という一点に負わせることができないのは明らかである。また、この一例で瑕疵が見つかったことをもって、制度そのものの欠陥であると一般化してよいかどうかの検討も尽くされているとは言えない。具体的には、対応不十分が本件に特異なものか、それとも自治体によらず常態化しているのかについて、また全国的に見てどのようなケースであればこうした対応が省略されているのか、といった質の問題について、検証を尽くさないまま、可能性のレベルで報告書は論じている。

報告書では、措置権者による退院（出口）の一律規制を制度化する、という極めて大きな提言をしている。しかし上述した程度の現状把握に基づいてこのような重大な結論を一挙に導くのは、早計の誹りを免れない。

また報告書では、措置権者が措置解除の判断に当たって、疑義があれば自治体等の精神科医に意見を求める制度が提言されている。しかし個別ケースに直接関与していない精神科医が意見を求められれば、一般論としてリスクを避ける方向、つまり措置解除を延期する方向に意見が傾くことが容易に想像される。一方でこの制度は措置症状消退届が提出されたあとに発動されるのであるから、不当に長期の措置入院期間を短縮する効果は持ちえず、入院期間の延長する方向にしか働かない。

さらに報告書では、退院後支援計画案の作成に当たって、関係者が参加する調整会議を開催することとしているが、特に自治体職員の人員不足等から会議の日程調整がつかず、その結果、措置入院期間が不当に延長する危惧がある。そのようなことになればまさに本末転倒である。

そもそも報告書の提言では、措置権者が退院支援計画の責任主体と位置づけられ、措置入院の全例について2)の1, 2, 3, 4の業務を行うこととしているが、こうした仕組みに法的な整合性があるのかについて、慎重な検討が必要である。措置解除後の地域での支援を、措置入院しなかった人への支援と一律に区別することは、少なくとも医療的には整合性がない。また全例での実施という制度設計は、実務上も非効率化や形骸化が起きやすい。

措置入院は、措置権者の責任であり、法律上は措置解除後の責任は負わない。解除後はあくまでも措置入院制度とは別の法的な枠組みによる支援を考えなければならない。このことは十分に認識されていなければならない。

報告書が問題視している措置症状消退届の退院後支援に関する欄の記載に関しては、この事件のみから評価するのではなく、措置入院の実情から考察する方がより生産的である。

患者が転出した場合の自治体間の情報共有の仕組みが整備されておらず、支援の切れ目が生じやすいことについては、報告書と認識を一にする。ただし、この問題は措置入院を経た人に限らないのであって、自治体の支援を受ける必要のあるすべての患者について、

本人の同意を原則とした自治体間の情報共有の仕組みが検討されるべきである。

ここで特に強調したいのは、都道府県等は精神保健福祉法によって国から権限を委託された法的・形式的主体であって、医療体制の実情を把握し、それが患者にとってよりよく展開されるように整備・監督するのが本来の仕事であるということである。措置入院中は措置入院医療機関、措置解除後はそれぞれの地域医療機関があくまでも治療の主体である。それらを差し置いて、措置権者による一元管理という側面のみが強化され、機能的にもむしろ硬直化する結果となることを危惧する。

私たちがまずしなければならないことは、人権擁護の観点からも非常にデリケートな制度である措置入院制度を拙速に変更することではなく、各自治体の措置入院に関するあらゆる段階についての量と質の詳細な実態調査を行うことである。そこには、診察の結果措置入院にならなかったケースのその後の処遇の調査も含まれる。また、措置解除によって直接退院せずに他の形態での入院が続くことが多い現状をふまえて、そうしたケースでの支援の実態も調査しなければならない。

こうした調査結果の幅広い観点からの分析に基づいて、国と措置権者が責任を負うべき医療供給体制としての措置入院制度の改革ビジョンが明らかにされるのでなければならない。

先にも述べたように、措置入院制度が多くの問題を抱えていることは従来から指摘されていた。したがって、この事件が起きたかどうかにかかわらず、措置入院制度全体の問題点の洗い出しと、それに基づいた制度の改善が行われなければならない。ただし、この事件の再発防止策にことさら結びつけて拙速にそれをしようとするれば、施策がバランスを欠いて大きく歪められる恐れがある。

私たちは今、この制度をどのような理念に基づいてどのようなレベルに近づけようとしているのかが根底から問われているのである。

Ⅲ 制度改革が目指すべき方向

日本精神神経学会はこれまで精神保健福祉法の在り方について繰り返し意見を述べてきており、その中では措置入院制度に関してもさまざまな提言を行っている。それは例えば通報制度の見直しであり、事前調査の適正化であり、措置要件の厳正化であり、指定医診察の適正化であった。また、指定病院の基準の見直しも求めてきたし、措置解除後の医療や支援の明確化も求めてきた。しかし、先にも述べたように、今回のような事件の再発防止に結びつけられた拙速な措置入院制度の見直しは精神科医療を大きく歪めることになる。

措置入院制度の改革に当たっては、まず措置入院制度の運用に関して、通報、診察、措置判断からその解除にいたるすべての段階についての全国的な実態把握をまず行うべきであり、その実態に基づいて、犯罪の防止を目指すのではなく、地域精神科医療の充実を目指した制度改革が講じられなければならない。

以上