

[学術論文]

心神喪失者等医療観察法における「社会復帰」の意味

Examining the “Rehabilitation into society” mentioned in the Act for the Medical Treatment and Supervision of Insane and Quasi-insane Persons who Cause Serious Harm

樋澤 吉彦

Yoshihiko HIZAWA

Studies in Humanities and Cultures

No. 26

名古屋市立大学大学院人間文化研究科『人間文化研究』抜刷 26号

2016年6月

GRADUATE SCHOOL OF HUMANITIES AND SOCIAL SCIENCES

NAGOYA CITY UNIVERSITY
NAGOYA JAPAN

JUNE 2016

[学術論文]

心神喪失者等医療観察法における「社会復帰」の意味

Examining the “Rehabilitation into society” mentioned in the Act for the Medical Treatment and Supervision of Insane and Quasi-insane Persons who Cause Serious Harm

樋澤吉彦
Yoshihiko HIZAWA

要旨 本稿は、その検討過程よりいわゆる保安処分との構造的・理念的類似性を指摘されている「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律」（医療観察法）における「社会復帰」の意味について、精神保健福祉士を含む当該領域のソーシャルワーカー（Psychiatric Social Worker : PSW）と医療観察法に関する論考分析を通して整理・検討することを目的としている。

PSW が医療観察法において担うことになった社会復帰調整官による「精神保健観察」における「社会復帰」とは、対象者が再び同様の触法行為に及ぶことのない物理的環境下において生活を続けることを指す。また、ここで言う「物理的環境」の中身はソーシャルワークの文脈において従来から語られる「社会資源」に加えて、対象者が再び触法行為を惹起しないための医療観察法における医療（指定通院医療及び指定入院医療）ということであり、「医療観察法における医療」とは、「医療観察法における医療」を受け続けるための強制力を持った措置のことを指す。すなわち、この壮大なトートロジーこそがまぎれもなく医療観察法における「社会復帰」であり、PSW にはこのトートロジー履行のための権能が完備されたことを明らかにした。

キーワード：医療観察法，精神保健福祉士，社会復帰調整官，精神保健観察

1 緒言 一目的及び問題関心一

本稿は、その検討過程よりいわゆる保安処分との構造的・理念的類似性を指摘されている「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律」（2003（平成15）年7月成立，2005（平成17）年7月施行。以下適宜，医療観察法，観察法，または本法と略す）における「社会復帰」の意味について、主として本法成立に実質的且つ積極的に「貢献」した「日本精神保健福祉士協会」（以下，協会と略す。また精神保健福祉士を含む当該領域のソーシャルワーカー（Psychiatric Social Worker）をPSWと略す）関係者による論考分析を通して整理・検討することを目的としている。

筆者はこれまで保安処分性を有する医療観察法に PSW が関与することの是非について批判的検討を行ってきた¹⁾。医療観察法については種々の議論があるが²⁾、その要点として、①再犯予測の可否、②再犯予測の判定とその後の強制医療の決定を司法が判断することの可否、③「再犯」予防（疾病の「再発」予防では無い）を「医療」を中心とした枠組みで行うことの可否という3点があげられる。この論点は保安処分の論点を基礎としている。

樋澤[2016]でも触れているが、刑罰の代替としての保安処分は一般的に以下の3要素によって定義されている（三井他編[2003：708-709]）。第一は、「犯罪の危険の防止（再犯防止）」を企図した処分であるということ。第二は、「刑罰の補充・代替」として当該個人の「治療・教育・改善」を目的とした「自由の剥奪を伴う隔離・拘禁を含む強制的な措置」であるということ。そして第三は、精神保健福祉法における強制入院制度である措置入院のような行政処分とは異なり、裁判所によって言い渡される「司法処分」であるということである。その主たる対象者として想定されているのは、応報としての刑罰の域外に置かれる人もしくはその犯罪抑止効果が十分ではないとされる人、すなわち「累犯者」や「(触法)精神障害者」である。保安処分については社会防衛志向に基づく予防拘禁につながるという懸念を含めて種々の議論があるが、主に①処遇の前提となる「危険性」の予測（再犯予測）の可否、②刑罰に代わる治療・改善処置の効果の内容とその有無、そして③処遇の無期限性という3点を主要論点として挙げることができる。

保安処分はその名称の通り「保安」を第一義的な目的とした制度であり、「危険性」予測及び「治療・教育・改善」効果の「精度」の議論を一旦、棚上げすれば、きわめて「正直」且つ「明快」な制度であるといえる。しかしながら当該制度を実際に駆動させるためには否応無しに上述の議論の棚卸しが必然となる。さらに言えば、仮に「将来」の「犯罪（再犯）可能性予測」の「精度」が向上したとしても、「社会の安全（保安）」を根拠として「誤差」の範疇の人を含む当該者を拘禁することの「正当性」の問題は避けられない。保安処分は1920年代より幾度となく検討の俎上に載せられたものの、この棚卸しの過程において制度としては頓挫した。

しかし医療観察法についてはある一点を除いて2年半程度の審議で成立するに至った。ある一点とはすなわち処遇の「必要条件」である。例えば日本における保安処分検討の歴史のメルクマールとなっている1974（昭和49）年の法制審議会による改正刑法草案の保安処分条項における「治療処分」要件は、「精神に障害のある者が、禁固以上の刑にあたる行為をし（中略）将来再び禁固以上の刑にあたる行為をするおそれがあり、保安上必要があると認められるときは、治療処分に付する旨の言渡をすることができる」（草案第110条、傍点筆者）と規定されていた。保安上の必要性とはすなわち当該本人に再犯可能性／危険性が存するということである。他方、医療観察法における「入院等の決定」要件は、それが処遇要件足り得ているのか否かという議論があるものの³⁾、本法における審判により「対象行為を行った際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するため、入院をさせてこの法律による医

療を受けさせる必要があると認める場合（後略）」（医療観察法第42条第1項1，傍点筆者）と規定された。通院処遇も同様である。当該本人の「再犯可能性／危険性」の有無から「社会復帰の促進のための本法による医療の必要性」の有無への処遇要件の転換は、本法成立をきわめて容易にする契機となった。

協会は、PSWは「社会復帰」の専門家であることを積極的に打ち出し、本法における主要な役割の一つである保護観察所における「社会復帰調整官」の職務要件を獲得することに成功した。

そもそも「社会復帰」とはそれ自体「善」とされる価値を所与として与えられた行為形態、すなわち「社会」に「復帰」という行為を表す概念であるとともに、その結果としての状態を表す概念、—そしてこれも「善」とされる価値を与えられている—でもある。しかしここでいう「社会」とは、規範的・道徳的秩序により種々の属性の各マジョリティの最大公約数的な価値志向に基づき時間的・空間的に構築されている集合体にすぎない。マジョリティの属性に分類される者にとってはその社会自体が初期値であるためそこに価値が入り込んでいることに意識的ではない。そのためマジョリティからみると「社会復帰」はその内実を問うことなくそれ自体がすでに「善」となる。換言すれば「社会復帰」が「善」である根拠はその程度のものでしかない。

しかし「社会」がこのように位置づけられている以上、必然的にマイノリティの属性に分類される者はそこから排除されることになり、マイノリティであるがゆえの生きづらさを甘受することになる。このマイノリティの生きづらさは根拠薄弱な「善」とされる価値を所与として与えられた「社会」に起因するはずであり、その「社会」自体の内実を問う方向へと矛先が向かなければならないはずであるが、現実的にはこの社会はマイノリティの生きづらさに対してマジョリティの「社会」への「復帰」を第一義的に志向させる。

「マイノリティの属性」については無数の種類とレベルが考えられるが、単純化して言えば「量」の軸と「質」の軸とに分けることができる。例えば、専門家により「精神病」者と規定された者に対する「なおす」ための種々の方法・技術とそれを司る専門家の根底に潜む健常者性を顕在化させたいうで、社会によって「病」化された「狂気」を「周囲社会（健常者社会）の抑圧に抗して自己を解放しようとする反逆の一つの形態」（吉田[1976：115]）として位置づけ、逆に貫徹することを志向した吉田おさみ（1931年-1984年）⁴は、「障害」を「それぞれが役割分担しながら当該社会において生産をあげるために合目的な共通の行動範囲」である『「健常」者性』との「不適合性」と位置付けたうで、「身体」の障害と「精神」の障害とを対比させ、その不適合性の意味合いについて前者を「縮小」、後者を「逸脱」と説明する。吉田は、前者は不足の補いという意味で「福祉」が重要な意義を持つ。他方、後者は「行動範囲の制限＝（強制）治療」が第一義的な意味合いを持つと述べる（吉田[1980：18]）。

無論、ICIDHあるいはICF5を持ち出すまでもなく、量の不足、あるいは質的逸脱、といった表現のみで「障害」を捉えることはできない。また、障害を「インペアメント」（欠損）と「ディ

「スアビリティ」(能力障害)とに分けたうえで、「社会の負担」としてディスアビリティの削減に主眼を置くいわゆる「社会モデル」は、その前提としてインペアメントの「予防」をも招来する可能性を示唆している(長瀬[1999], 石川[2002])。健常者性のもとにある社会において障害者は、ディスアビリティの克服＝「同化」を志向しても、インペアメントを残存させる限りにおいて「排除」されることになる(石川[2002:35-41])。その意味でいえば「身体」の障害も「精神」の障害もさほど違いはないことになる。両者の違いはインペアメントの種類の違いとそれに伴う排除の程度の違いである。「身体」の障害におけるインペアメントは社会にとって、どちらかといえば「嫌悪」や「フォビア」の対象となる(好井[2002:105-117])。「身体」の障害に対しては消極的な排除—無視をしたり、近寄らない等—が行われるであろう。

他方、「精神」の障害におけるインペアメントは、社会の安寧秩序を破壊する「危険」なものという位置づけがなされる。そのため「精神」の障害に対しては、第一義的には「危険」の除去—精神障害者を隔離することによる社会の安全の確保—という積極的な排除が志向されることになる。

上述の吉田に即していえば、「社会復帰」とはく自らの生き方／価値観を社会に適合するよう修正する>という行為形態であり、且つその先の適合状態ということになる。「身体」の障害は社会復帰を志向しないと、単に社会から「放置」されることになる。他方、「精神」の障害は「放置」すれば社会が「危険」にさらされることになるのだから、それを除去するための治療／介入を当事者が受け入れるというかたちで社会復帰を志向しないと社会を脅かすことのない場所へ「隔離」されるということになる。すなわち、精神障害者—特に触法行為をした精神障害者—にとってそれは「隔離」されないこと、すなわちこの「社会」で「普通」に生き続けるための「条件」という意味合いを持つことになる。

それでは医療観察法における「医療」、及びその線上にある「促進」されるべき「社会復帰」とは如何なる様態を持つものなのであろうか。本稿では以上の問題関心をふまえて、①医療観察法へのPSWの関与の道筋、②社会復帰調整官の役割の一つである「精神保健観察」にみる「社会復帰」の意味、という2軸に分けて整理検討を行い、PSWの医療観察法への関与の正当化論理及びその鍵概念となる本法における「社会復帰」の意味について考察したい。①については、主に協会機関誌『精神保健福祉』(以下、機関誌と略す)における医療観察法に関する2度の特集号における論考の検討を行う。②については、主に医療観察法におけるPSWの職務のなかでも、PSWの「使命」を具現化した社会復帰調整官の「精神保健観察」に関する論考の検討を行う。

2 医療観察法へのPSWの関与の道筋

—『精神保健福祉』誌における2つの特集の比較—

2-1 機関誌2002年特集

榑澤[2016]で詳述した通り、大阪教育大学附属池田小学校児童等無差別殺傷事件を議論の「加

速」の契機として、保護観察所に「精神保健監察官」として PSW が配置されることも盛り込まれた修正前の医療観察法案が閣議決定され、第 154 回国会に上程され審議が開始された 2002（平成 14）年、機関誌において医療観察法に関する特集「重大な犯罪行為をした精神障害者と PSW の視点」（協会[2002]、以下、2002 年特集と略す）が組まれた。2002 年特集は、医療観察法において PSW が、審判に際し意見を述べるができる精神保健参与員ならびに保護観察所における精神保健観察官（後に「社会復帰調整官」に名称が修正）の職務要件として検討され始めたことに伴い、「司法にまたがる領域においても精神保健福祉士が参加することへの社会的要請が高まっていることは事実であり、その要請に私たちがどのように応えていくかが問われている」（協会[2002：4]）との問題意識のもとに組まれている。

総説の 2 編の論考は、協会副会長（当時）である佐藤三四郎による「社会防衛としての精神医療 —精神保健福祉法制の変遷を中心に」（佐藤[2002]）、及び本法に対して当初から積極的な発言を行っている全国精神障害者家族会連合会常務理事（当時）である弁護士の池原毅和による「精神障害者の責任能力をめぐる —精神医療と犯罪をめぐる法制度」（池原[2002]）である。

佐藤は、1900（明治 33）年の精神病者監護法の保護義務者制度からはじまる精神障害者家族にかかる「過重な責務」であった自傷他害防止監督義務⁶が、1999（平成 11）年の精神保健福祉法改正時に上述の触法心神喪失者対策に関する附帯決議に関連するかたちで削除されたことをふまえて、これまで家族や精神医療に課されてきた「重い責任」の変遷を述べる。そのうえで、精神保健福祉法に内在する「社会防衛」と「本人の保護」という「相反する命題」を解く鍵を「運用する者の姿勢」に求める。

制度が客観的なものである限り、限界はあるものの、運用する者の姿勢によってその意義を転ずることができる。（中略）／精神病院への入院対象として中核であり続けてきたのは、精神障害のために「自傷他害のおそれ」のある者であった。その目的は、本人の医療と保護とされるが、その裏側には、絶えず「社会の安全」の確保があり、それが精神病院に対する社会の期待であった。／しかし精神科医療の目的は精神障害からの回復であり、責任無能力からの回復、主体性の回復であり、人としての復権であり、社会生活への復帰である。精神病院は、治療のために一時的に、安全な環境の中で本人を保護する。しかし、それは社会の安全を守るための隔離ではない。精神科医療機関に身を置く精神保健福祉士は、本人の回復への支援と社会防衛の要請とのせめぎ合いの中で、絶えず緊張を強いられている。気を抜くと、社会防衛へと流される危険性を常にはらんでいる（佐藤[2002：10]）。

佐藤のいう「運用する者の姿勢」とはすなわち、上記引用中にある触法心神喪失者等の「責任無能力からの回復」、「主体性の回復」、「人としての復権」、そして「社会生活への復帰」という PSW の「使命」である。佐藤は PSW の業務について、「社会防衛へと流される危険性」を回避

するため、触法心神喪失者を精神科病院に「保護」する事象自体を問うのではなく、それを認識する側の「視点」によってその事象の目的を変換させるという手立てをとっている。

池原は弁護士立場から、はじめに「責任能力」の意義について「国家や社会からの過大な要求によって市民の個が押し潰されることがないように、近代的な個人主義を守る役割を果たして」おり、「1人ひとりの個性と個人的事情をもつ人間たちの集まりとして」の社会と国家を守る「防波堤」であると述べる（池原[2002:11-12]）。そのうえで現在の司法の現状として、裁判で責任無能力が認められた精神障害者の人数が減少している点（1995（平成7年）には4人→1999（平成11）年には0人）⁷⁾を取り上げ、その要因として、応報感情への傾倒や社会防衛の願望、また精神医療の側の触法精神障害者の処遇に対する困難感や迷惑感などが影響している可能性を挙げる。さらに医療観察法において保護観察所が通院医療の中心的機関になることについては「地域医療・福祉にまで及ぶ社会防衛目的の拡張」であると批判したうえで、PSWの「職務の本質」を「揺るがしかねない重大な課題を提示している」と結論づける（池原[2002:14]）。

以上のように2002年特集の総説2論考は対極的とまではいえないまでも意見の相違がある。しかし両者ともにこの段階では必ずしも観察法に「前のめり」ではなく、PSWに対してこの問題に関心を持つ必要があることを提起している点で共通している。

各論3編は、協会理事である木太直人による「重大な犯罪行為をした精神障害者の処遇をめぐるこの間の経過と日本精神保健福祉士協会の取組み」（木太[2002a]）、同じく協会理事である岩崎香による「重大な犯罪行為をした精神障害者の処遇に関するアンケート調査報告」（岩崎[2002]）、そして樋澤[2016]で触れたが、医療観察法が審議されていた第155回国会衆議院法務委員会・厚生労働委員会連合審査会議に参考人の一人として出席し意見陳述を行った協会常任理事である大塚淳子による「実践を通してPSWのかかわりの視点を考える」（大塚[2002a]）である。本稿では木太及び大塚論考を取り上げる。

木太は協会幹部としていわゆる触法心神喪失者等に対する処遇問題に関して積極的な発言を行っている論者であり、2002年特集のみならず他誌においても複数の論考を発表している。木太は、1999（平成11）年の精神保健福祉法改正における附帯決議を起点とした協会の取組みについて述べており、そのなかで協会企画部企画委員会による「重大な犯罪行為をした精神障害者の処遇等に関するプロジェクト」（以下、プロジェクトと略す）において提起された課題を列挙している。そこで挙げられている課題は、精神保健福祉法における強制入院の一形態である措置入院制度にまつわる課題、及び触法心神喪失者等の「罪の償い」のあり方とそれに関連した医療と司法の責任分担の明確化という課題の2点に収斂される。特に後者については保護観察所へのPSW配置要望というかたちで反映されることになるのであるが、その論拠は上述の佐藤論考と同じく、当該者の強制処遇という事象の妥当性を問うのではなく、PSWの視点の強調による処遇目的の変換である。

要望を行ったのは保護観察所では従来精神障害者とのかわりが積極的であったわけではなく、精神保健福祉関係機関と十分な連携をとるうえで PSW の存在が欠かせないと考えたためである。たとえ司法機関に配置されたとしても、PSW のかわりは当然対象者の生活支援の観点に基づくものであることに変わりはない（木太[2002a : 21], 傍点筆者）。

木太の指摘は別論稿でも述べられている。引用傍点の通り、先述の佐藤論考と同様、PSW の「使命」が司法と福祉をつなぐ補助線として活用されている。

要望項目の一つとして、新たな法律策定にあたっては、PSW は対象者の生活支援の観点から援助を行うことを規定することを求めた。PSW が処遇決定にかかわる意義は社会防衛のためではなく、社会福祉学を学問的基盤とした従来の専門性を堅持し、生活支援の観点から対象者の社会復帰・社会参加の可能性を具体的に提示していくことにある（木太[2002b : 49], 傍点筆者）。

大塚は主に以下 2 点について言及している。第一は、触法行為をした精神障害者に対する PSW 実践の困難についてである。その困難の中身は、触法行為との関連は不明確ではあるが精神症状に関するものと、対象者が行った触法行為に対する戸惑いや忌避的感情に関するものの 2 つに大別できる。第二は、再犯予防云々以前にそもそも犯罪行為に行き着かざるを得ない地域精神医療体制の不備に対する憤りである。大塚は別稿においても、「再発予防でなく再犯予防を適切な医療提供によって可能とするなら、初犯防止を先ずすべきであろう」と述べる（大塚[2002b : 27]）。さらに別稿では、観察法成立の一方、同時期の退院促進事業施行の遅れや社会復帰施設整備補助金不足 8) の状況を取り上げ「政策順位が逆」とも述べる（大塚[2003 : 252]）。

大塚の指摘は、触法精神障害者に対する個別的な関わりの場面では、触法行為という特殊な社会的事象に対峙する困難と疾病／障害そのものによる関わりの困難という二重の困難があることを認識しつつも、その困難に対しては既存の社会資源、及びオーソドックスな PSW 実践が可能で下地さえ整備されていれば、医療観察法などという新たな法制度を作らずとも、精神障害者による「初犯」となり得る触法行為を防ぐことができるのではないかということである。

大塚は別論考において、精神科医療機関に対する量的／質的な「負担」と「放置」に対する憤りも表明している。ここでいう憤りの中身は、医療観察法のみならずこれまでの精神障害者対策じたいが実質上、社会防衛的要素を持つものであるにも関わらず、なぜか医療機関（精神科病院）の中までは及ばないという奇妙な「ねじれ」である。

病院という安全であるはずの場で犯罪行為が起きてしまった時の対処のされ方にも

多々疑問がある(中略)院内では診れないと通報し、鑑定ルートやその前に刑事的介入を求めても取り扱われないこともままある。一度医療機関が担うと、何が起きても医療が対応責任を押しつけられている感が強い。社会防衛という言葉を使うなら、病院も社会の一部であるといいたい(大塚[2002a : 35])。

精神病院内でも事件が起きうるが、大概警察はまともに引き受けてくれず、また措置ルートにも乗らない(中略)まるで、精神病院は守らなくてもよい「社会外社会」のような扱いを受けている(大塚[2002b : 27])。

大塚の指摘には、医療観察法に対する疑義と、司法と医療との断絶に対する憤りの2つが同居している。但し、前者と後者とは基本的には異なるレベルの問題である。大塚の本旨は後者であり、その解決としては「地域医療の整備」とともに先に引用したような従前の措置入院制度やそもそもの司法制度の運用の問題を解決すべきであり、司法に関わる部分に関しては、「刑法・司法・医療・当事者・市民をもっと巻き込んだ慎重かつ真剣な議論が必要」(大塚[2002b : 27])というスタンスである。大塚は、医療観察法自体には疑義を呈しつつも、触法精神障害者と呼ばれる人々へのソーシャルワークについては司法との密な連携の必要を謳っているのである。換言すれば、一度「責任無能力」と判断され医療に「丸投げ」された精神障害者に対する司法の積極的な介入の期待である。

2002年特集にはプロジェクトによる「重大な犯罪行為をした精神障害者の処遇をめぐって—現状の確認から」と題した座談会が所収されている(岩崎他[2002])。出席者は2002年特集への論考執筆者のほか、プロジェクト委員であった三橋良子、司会として川口真知子が加わっている。座談会では精神科病院におけるPSW実践から、触法行為をした経緯のある入院者に対するかかわりの難しさや戸惑い、恐れなどが率直に語られており、その解決の手立てとしてチームとしてのかかわりの必要性を、それ自体の維持の難しさをふまえたうえで挙げている。座談会の中盤、医療観察法を含む司法とPSWとのかかわりに関する議論における協会あるいはPSWの特徴的な考え方が顕著なやり取りがある。それは触法行為により措置入院となった精神障害者の「責任能力」に関する三橋による発言である。

私自身の問題意識でいえば、ノーマライゼーションを進めていく時に、一般社会に流布された、精神障害者は責任無能力者だというイメージが大きな障壁になっていると思います。精神障害があっても、一市民として十分に自己決定していけるし、責任能力があるのだといってもなかなか訂正されない偏見・差別は、精神医療の装置そのものが作り出しているものですよ(三橋による発言、傍点筆者、岩崎他[2002 : 41])。

また、岩崎も「当事者の自己決定の問題、意思能力の問題」に関して以下の発言を行っている。

法律の立場は非常に厳しいですね。（中略）私たち社会福祉職は、こういうこともああいふこともできる、それをもっと引き出そうと非常にポジティブにとらえて支援しているけれど、法律家はある時点でスッと切る訓練を受けているという感じですよ（岩崎他[2002 : 42]）。

ここでの議論は、当事者の「責任能力」を日常的なレベルにおける「自己決定能力」と等置させたうえで、司法と福祉／医療それぞれの判断基準の差異に言及したものである。しかしここで留意すべきこととして、規範的責任論に基づいた責任能力判断はあくまで犯罪の実行時に要求される「他行為可能性」の有無ということになる。他行為可能性は行為者の弁識能力と行動統御能力の2つの能力の有無や程度により心神喪失もしくは耗弱として司法の場において判断されるものであり、訴訟能力や受刑能力とは区別されるものである（三井他編[2003 : 483-484]、加藤他編[2011 : 617]）。当然のことながら、実体的な「日常生活能力」とは次元の異なるものである。2002年特集における座談会ではこの点にあまり注意を払うことなく、「福祉」にカテゴライズされる日常生活能力と「司法」における他行為可能性としての責任能力とを同一の俎上に載せて議論が展開されている。

2002年特集を総括すれば、医療観察法自体に対する評価は分かれているものの、触法行為を理由として自傷他害のおそれの判断を受け措置入院となっている精神障害者に対する「司法」の介入の必要性については概ね共通した見解となっているといえる。この見解は医療観察法成立とそれへの職務要件の規定というかたちで結実することになる。

2-2 機関誌 2008年特集

医療観察法は附則4条において政府による施行5年後の見直し規定が設けられた。法改正は見送られることになるのであるが、この見直し時期に合わせて協会は2008（平成20）年に機関誌において、司法分野におけるPSWに関する特集「司法と精神保健福祉：心神喪失者等医療観察法を通じて考える」（協会[2008]、以下、2008年特集と略す）を組んでいる。本特集においても総説として前回の特集号に寄稿している佐藤、木太による論考2編が所収されている。また各論として、精神保健参与員を経験したPSWによる座談会、各分野（医療観察法病棟、指定通院医療機関、社会復帰調整官、精神保健福祉行政）における本法によるPSW業務についての検証論考6編が所収されている。2008年特集は、医療観察法の目的に関する議論や本法にPSWが関わること自体の問題に関する議論はあまり見受けられない9）。

木太は「司法と精神保健福祉の現状と課題」（木太[2008]）において、医療観察法の現状と課題、そして観察法を契機としたPSWの司法分野への職域拡大の状況について述べている。課題とし

ては、鑑定入院ガイドラインの不備による処遇のばらつきの問題、不処遇及び却下が当初総定数よりも多い点、2008（平成20）年8月1日に告示された「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律に基づく指定医療機関等に関する省令の一部を改正する省令」後の特定病棟及び特定医療機関の規定に伴う本法における「社会的入院」の発生の危惧、そして地域資源の貧困状態と連携の不備を挙げている。他方、本法を契機としたPSWの職域拡大の例として、2005（平成17）年に名称変更とともに改正された「刑事収容施設及び被収容者等の処遇に関する法律」の誕生による、刑事施設（刑務所、少年刑務所、拘留所）へのPSWの配置等の現状について言及している。そのうえで木太は、現行制度における裁判官と精神保健審判員（精神科医）の合議制には原則として精神保健参与員の関与は必須ではないため、地方によってその関与の度合いに濃淡があるとして、自身の精神保健参与員経験をふまえて、裁判官、審判員、参与員が一堂に会する意見交換会の開催といった連携の場を全国で行う必要性を述べる。木太は医療観察法へのPSWの関与を契機とした司法領域への職域拡大を「好例」として紹介したうえで、本法におけるPSWの権能の強化に踏み込んだ提案を行っている。

佐藤は「医療観察法と精神保健福祉士」（佐藤[2008]）において、社会復帰調整官の大幅な増員や指定医療機関におけるPSW配置の強化という提案に加えて、精神保健福祉参与員について「2人で構成される合議体は制度的に不自然であり、精神保健参与員の名称を変更して合議体の構成員に加え、3人体制にすべきである」（佐藤[2008:99]）とするより踏み込んだ提案を行っている。

「不自然」の中身については、2008年特集に所収されている現役の精神保健参与員及び社会復帰調整官らによる座談会「精神保健参与員の担う役割と今後の課題について」（伊東他[2008]）のなかでの伊東秀幸（後述）の発言がその解を示している。

審判を裁判官と審判員の二人で行うことは、諸外国では例がないそうです。多数決を取ることを考えると奇数の人数でなければおかしい。精神保健福祉士がマイナーな存在だったから二人になったのではないのでしょうか？法改正のときには三人になればと思いますが、そのときに先ほど斉藤さんが言われたように、われわれの専門性を主張でき、必要ないと言われないようにがんばらなくてはと思いました（伊東他[2008:108-109]）。

伊東は審判の技術的難点の解消のために、PSWが強制処遇の可否を判断する立場に入り込むことを提案している。無論その背景には、「社会復帰阻害要因の除去という生活支援」の専門家であるPSWが合議体メンバーに入る必要がある、という主張があろう（三澤[2009:690]）。しかしながら2008年特集は上述の伊東の発言にみられるように、制度運用上の機能的側面の課題解決に焦点化されている。

2002年特集と2008年特集は、それぞれの法制度の動向の背景が異なるため、単純に比較することはできない。先述の通り2002年特集時は医療観察法が法案として国会に上程され審議が開

始された時期である。2002年特集の内容はこの段階では流動的であった観察法案を前提として、どちらかといえば「理念」のレベルにおける議論が中心であった。他方、2008年特集時は医療観察法施行後3年目の時期であり、指定医療機関の整備の遅れに伴う特例措置や鑑定入院時のガイドラインの不備等、法の「機能」のレベルにおける不備が露呈し始めた時期でもあった。同時に協会にとっては観察法附則4条における施行5年後の見直し措置が目前に迫っている時期でもあり、精神保健参与員の合議体メンバーへの「昇格」等、PSWの権能をより強化する「好機」でもあった。2008年特集の内容は総じて観察法の機能面の改善と充実、及びPSWの関与の強化に焦点が絞られている10)。

2つの特集を簡単に総括すれば、2002年特集はPSWの価値と医療観察法の理念とを「社会復帰」という補助線で繋ぐ作業の意味合いを持つものであり、2008年特集はすでに繋がれている補助線のかかり具合の点検の意味合いを持つものといえる。

それではPSWが本法に関与するために活用した補助線としての「社会復帰」は、医療観察法ではどのように定義づけられているのだろうか。また協会は、PSWはどのような内実を持つ「社会復帰」の専門家であることを公称することになったのであろうか。

3 医療観察法における「社会復帰調整官」の位置づけ

前項で先述した、佐藤の言う「責任無能力からの回復」、「主体性の回復」、「人としての復権」、「社会生活への復帰」、また木太の言う「生活支援の観点」を具現化した役割が、社会復帰調整官が担う役割の一つである「精神保健観察」である。

社会復帰調整官は保護観察所に置かれ、「精神障害者の保健及び福祉その他のこの法律に基づく対象者の処遇に関する専門的知識に基づき」、「生活環境の調査」、「生活環境の調整」、「精神保健観察の実施」、「関係機関相互の連携の確保」の4つの事務に従事する。精神保健観察については後に詳述するが、先にそれ以外の3つの役割について述べておく。

「生活環境の調査」とは、「当該対象者の住居や家族の有無、居住地や家族の状況、対象者の社会復帰に関する家族の協力の意思の有無・程度等、当該対象者の生活を取り巻く環境」を調査し裁判所に報告する役割を指す（白木[2004:20]、蛭原[2004:48-49]、弥永[2007:69]）11)。「生活環境の調整」とは、当該対象者が指定入院医療機関に入院している間に、退院後の居住予定地の生活環境を調整することを指す。具体的には、退院後に通院が想定される指定通院医療機関や、都道府県・市町村とも連携しながら、退院後に必要となる医療、保健及び福祉の措置が受けられるよう、あっせん等の調整を行うといった内容である（蛭原[2004:48]、弥永[2007:69-70]）。保護観察所は以上2つの役割及び後述する精神保健観察を実施するにあたり「関係機関相互の連携の確保」も保護観察所の所掌事務として規定されている。

社会復帰調整官の任用要件については、「精神保健福祉士その他の精神障害の保健及び福祉に関する専門的知識を有する者として政令で定めるもの」とされており、PSWのみが任用される

わけではない。現在の具体的な任用要件は以下の4点である（一部略）。

- (1) 医療観察制度の対象となる精神障害者の円滑な社会復帰に関心と熱意を有すること。
- (2) ア 精神保健福祉士の資格を有すること、又は、イ 精神障害者の保健及び福祉に関する高い専門的知識を有し、かつ、社会福祉士、保健師、看護師、作業療法士若しくは臨床心理士の資格を有すること。
- (3) 精神保健福祉に関する業務において8年以上の実務経験を有すること。
- (4) 大学卒業以上の学歴を有すること、又は大学を卒業した者と同等と認められる資格を有すること。

法施行前年の2004（平成16）年に全国50箇所の保護観察所に配置された56名の法務事務官（法施行後に社会復帰調整官に移行）の「ほとんど」はPSWであった（今福[2005]、佐藤[2006：12]）。社会復帰調整官の配置数は精神保健参与員の名簿登録数とともに公表はされていないが、観察法附則4条の規定に基づいた報告によれば、平成22年度時点では112名であるとされている。保有資格についてはPSWが105名、保健師が4名、看護師が9名、作業療法士が3名、そして社会福祉士が37名（資格の重複有り）となっている（厚生労働省[2010]）。また平成23年度時点では137名が配置されている（厚生労働省[2012]）。さらに殿村他[2014]によれば、「現在欠員も含めて全国で160名の社会復帰調整官が活躍している」（殿村他[2014：144]）。

社会復帰調整官の役割のうち、PSWの「使命」を最も具現化している役割が「精神保健観察」である。「精神保健観察」は「入院によらない医療」（通院医療）もしくは指定入院医療機関から退院許可後に同様の医療を行うことの決定を受けた対象者に対して保護観察所が実施する活動であり、法では「精神保健観察に付されている者と適当な接触を保ち、指定通院医療機関の管理者並びに都道府県知事及び市町村長から報告を求めるとして、当該決定を受けた者が必要な医療を受けているか否か及びその生活の状況を見守ること」、及び「継続的な医療を受けさせるために必要な指導その他の措置を講ずること」の2つの役割が課せられる。具体的には居宅訪問、保護観察所への出頭要請、当該者が通院している指定通院医療機関等からの報告要請、家族等からの当該者の生活状況の聴取などの方法により行われる（蛭原[2004：48-49]）。後段の「その他の措置」とはすなわち通院医療対象者の（再）入院の申立てのことを指す。

4 PSWは「精神保健観察」をどのように捉えているのか

前項で述べた社会復帰調整官のポイントは、本法における入院によらない医療（通院医療）の履行を「法務省の地方支部分局であり、地方裁判所に対応して全国50カ所に置かれ、犯罪や非行をした人たちが地域において社会復帰できるよう、国家公務員である保護観察官と民間ボランティアである保護司が協働して指導や援助を行っている」（弥永[2007：68]）「保護観察所」が担うこととなり、実質的には、その9割近くがPSWである社会復帰調整官がその任に当たるといえる点である。本法における通院処遇の履行を確実なものとするために保護観察所が位置づけられ

たことの意味については樋澤[2016]で既述したが、ごく簡単に繰り返せば、保護観察所は「再犯防止」を主たる任務としており、医療観察法の枠組みに保護観察所が位置づけられたことは、いみじくも本法が司法処分性＝ポリスパワーを有した制度であることを示す根拠となった。この点について法務省保護局精神保健観察企画官であり協会外部理事でもある今福章二は、社会復帰調整官の新設自体が保安処分性からの脱却であるとして、医療観察法が保安処分性を内包させたという批判に反論している。

保護観察所が医療観察事務を実施するにあたっては、新たに所掌事務を追加し、保護観察を担う保護観察官とは別に、精神障害者の保健・福祉等の専門家に専ら医療観察処遇を担わせることとして、社会復帰調整官を新たに配置したものであり、決して保護観察所の既存の枠組みの単なる再利用ではない。しかも、法律の目的と基本構造の正しい理解とそれに基づく運用がなされており、批判はあたらないと考える（今福[2012 : 113-114]）。

そのうえで本法対象者の「社会復帰」については、「対象者の社会復帰をどう理解するかは難しい論点」と前置きをしつつ、「社会の一員として地域で生活し、再び被害者を出すことなく、主体的な生き方を獲得すること」と述べる（今福[2012 : 114]、傍点筆者）。今福は、「再び被害者を出すことなく」という点を担保する社会復帰調整官のリスクマネジメントについて、法案検討過程において「精神保健観察官」から「社会復帰調整官」へと名称変更された理由と絡めて以下のよう

に説明する。

精神保健監察官とすると、リスクマネジメントの役割のみが期待されると誤解されかねないが、実はそれにとどまらず、地域処遇に携わる関係機関と連携して行う処遇チームリーダーとして、医療や福祉を含む地域処遇全体をコーディネートする役割も同時に担うのが社会復帰調整官である（中略）もちろん、これによりリスクマネジメントの性質が薄まるわけではなく、その観点から地域処遇全体をコーディネートするという観点も含まれることは言うまでもない（今福[2012 : 118]）。

今福が述べる「コーディネート」はそれだけを取り出せばソーシャルワークの「連携」や「調整」に該当するものであるが、社会復帰調整官の精神保健観察における「コーディネート」の前提には明確に対象者のリスクマネジメントが存在している。ここでいうリスクマネジメントは具体的には、対象者の「再び対象行為を行うおそれ」の「具体的・現実的な可能性」を防止するための通院処遇の履行の徹底ということに接続する 12)。それでは通院処遇の履行のための強制権の発動一すなわち「その他の措置」（再）入院の申立て）の発動の権能を社会復帰調整官は保持することになったのか。

例えば木太は2008年特集論考において、社会復帰調整官には明確に「強制力が発動されうる役割」を担っている旨を述べている。

医療観察法を端緒に司法領域における精神保健福祉士のかかわりは広がりを見せているわけだが、一部では強制権を有する機関にあってソーシャルワークは成立するのかといった懸念を聞くことがある。筆者は、たとえ強制力が発動されうる役割を担っているにせよ、強制力を発動させないためのかかわり（ソーシャルワーク）はやはり必要だという立場をとりたい。司法領域にあって私たちのかかわりを必要とする対象者は現に存在するのであるから（木太[2008:94]）。

また、社会復帰調整官であり本法に関する複数の論考がある佐賀大一郎は、社会復帰調整官について「円滑な社会復帰の妨げとなる同様の行為を行うことなく社会に復帰できるような状況にあるか」を考慮することや、「医療を受ける義務の履行を見守る役割と自由意志を尊重するという二つの役割」を有する存在であることも明示している（佐賀[2006:127]）。佐賀の見解は、社会復帰調整官の役割は端的に、「その他の措置」の発動という一種の強制力を背景にした、社会復帰の阻害要因である「再び対象行為を行うおそれ」の「具体的・現実的な可能性」の除去にあるということを示すものであるといえる。この点は2008年特集の座談会における佐賀による審判における社会復帰調整官としての留意すべき点についての発言においても確認できる。

（前略）3つ目は、（対象者の：筆者注）法令遵守の姿勢です。この制度の対象となった過程を鑑みて、安心して、安全な生活を送るために、ルールを守るという認識を、対象者がどのような姿勢でもち、大事にしていくのかという点です（佐賀による発言、伊東他[2008:107]）。

先述した2008年特集の座談会において、「奇数人数」による判断のために精神保健参与員の審判合議体メンバーへの「昇格」を提案した協会理事でもあり、「精神保健参与員、精神保健参与員等養成研修企画委員、医療観察病棟倫理委員として医療観察法事件等に関与してきた」（伊東[2009:34]）伊東13は、本法に肯定的な立場を明確にしたうえで、本法の「メリット」を3点挙げる。伊東のいうメリットには、本法に前のめりとなったPSWの「本音」が見事なまでに表現されている。

伊東のいう「第一のメリット」は「審判におけるメリット」である。

措置入院を判断するために精神保健診察が行われるが、そこでは、対象者の行った他害行為が事実であるという前提で進行される。それは、対象者にとって他害行為の有無を争

う場がないことを意味している。「冤罪」ということもありうることを考えると司法も含めた審判によって処遇が決まっていくことは、メリットといえる（伊東[2009 : 42-43]）。

措置入院の前提となる「自傷他害のおそれ」のうち、特に他害行為（のおそれ）についてどの程度「冤罪」が疑われるものがあるのか定かではないが、そもそも先述の池原論考にもあるように、本法対象行為（14）に該当するような重大触法行為の責任無能力認定割合の低さを考えれば、伊東のいう触法事例については仮に本法に依らずとも通常の司法のルートにのることは容易に想像がつく。しかしより問題があると考えられるのは伊東のいう第二、及び第三の「メリット」である。

伊東は「第二のメリット」として「精神保健観察と社会復帰調整官の存在」を挙げる。伊東はここで、社会復帰調整官を「周囲に安心感を与えるもの」（伊東[2009 : 43]）と位置付ける。さらに精神保健観察については以下のようにその意義を肯定的に述べる。

措置入院制度においては、措置解除になった時点で拘束力はなくなり、一般の精神科医療の枠の中で、医療保護入院、任意入院、通院が実施されることになる。すなわち、措置解除直後に通院が始まったとしても、そこでの関わりは他の精神障害者と同じく地域の保健所等の機関によって支援が行われることになり、本人の拒否や病院との連携の不具合などによって、支援の中断や通院医療そのものの中断も散見されていた。精神保健観察では社会復帰調整官との関わりがあるとともに、医療の中断は許されない。そのような地域処遇での一定程度の縛りができたことは、重要な側面であると評価できる（伊東[2009 : 43]、傍点筆者）。

伊東のいう「周囲」とは地域社会ということであり、「安心感を与える」とは本法対象者については措置入院解除して退院した精神障害者と異なり、退院後も社会復帰調整官による「医療の中断」を防止する「一定程度の縛り」としての「関わり」が行われるので、対象者の触法行為の予防という観点において地域に「安心感」を与えるということになる。伊東はここで何ら口ごもることなく、本法のメリットの一つとして「地域社会」の「安心」のための「再犯防止」を掲げているのである。

そして伊東は「第三のメリット」として「鑑定入院制度と入院処遇」を挙げるが、ここで伊東はもはやPSWとしての「矜持」を揺るがし兼ねない趣旨の発言を行っている。

ある程度の時間をかけて確定診断と責任能力の有無を判定する鑑定入院が実施されることによって、不用意に精神障害者としてのレッテルが貼られることがなくなる（伊東[2009 : 43-44]、傍点筆者）。

上記引用中の傍点箇所を言及する以前に、ここでの伊東の発言には事実誤認がある。伊東は本法による鑑定入院により、「確定診断」と「責任能力の有無」を判定するとしているが、医療観察法における鑑定入院は法37条で規定されているように疾病性、治療可能性、社会復帰（阻害）要因の3要因15)の有無の評価を行うものである。このような本法の鑑定に関する基本的誤認もさることながら、傍点を付した記述は「レッテル」という語を用いているように精神障害者を明確に「悪しきもの」として捉えている。

伊東は上記の「メリット」に対して、「デメリット」として、①地域処遇における地域の社会資源の乏しさ、②入院処遇による退先確保の問題や「費用対効果」の問題、そして③触法精神障害者の処遇が実質的に一元化されていない現状の3点を挙げる。特に③では、医療観察法における医療の必要性が認められる場合（処遇要件が満たされている場合）は、仮に精神保健福祉法の枠組みのレベルでの医療が可能であったとしても、医療観察法における入通院の決定を行わなければならないとする最高裁2007年7月25日決定16)を紹介しながら、「この程度の他害行為で医療観察法の対象になるのだろうか」と疑問に思える事例もあったとして、他害行為（触法行為）の「程度」によっては措置入院での対応が考えられた事例もあった旨を述べている。しかし医療観察法の処遇は触法行為の「程度」で判断されるものではない。本法の処遇要件は、本法に反対する側から幾度となく「要件」としての不適切さと内容の不明瞭さを指摘されている「再び対象行為を行うことなく社会に復帰するための医療の必要性」の「有無」である。伊東のいうように「この程度」の他害行為であったとしても、それが本法対象行為に該当し、上記要件が「有る」と審判において判定されれば、本法対象となるのである。伊東論考はデメリットを述べているこの点においても本法の基本的内容に関する事実誤認をもとに記述を行っている。

先述した通り社会復帰調整官の職務要件は「精神保健福祉士その他の精神障害の保健及び福祉に関する専門的知識を有する者として政令で定めるもの」と定められており、その多くはPSWであるものの、看護師、保健師、そして作業療法士も存在する。本法における社会復帰調整官業務に関して、作業療法士資格を有する社会復帰調整官として本法に肯定的な立場で積極的な発言を行っている鶴見隆彦は、医療観察法は受刑者の社会復帰に向けた処遇の充実などを盛り込み「刑事収容施設及び被収容者等の処遇に関する法律」によって矯正施設における作業療法士の配置が開始されたことと同様に「作業療法士の活躍が期待される分野」であるとする（鶴見[2009]）。鶴見は、2008年特集に論考（宇津木[2008]）を寄せている社会復帰調整官である宇津木朗らとの共著論考において、医療観察法における「社会復帰のかたちは対象者ごとに異なっている」としたうえで、「対象者なりの社会復帰の実現」に向けて、評価やケアマネジメントとともに「他害行為のリスクに関する視点」を有しておく必要性を述べる（鶴見他[2011:88]）。また社会復帰調整官の行う「ケアマネジメント」には「対象者の社会復帰に向けたストレスモデル」とその実現のための「リスクマネジメントモデル（再他害行為防止）」を「融合」させた「社会復帰調整官独

自の視点」が必要と述べる。すなわち「本人の希望やニーズを支持」し、他方で「その達成の阻害因子となるリスクを同定し、支援していく過程」が社会復帰調整官の「精神保健観察」であるとする（鶴見他[2011：95-96]）。また対象者との接触の方法に関して、訪問が主であるとしながらも、「疾病（悪化）と対象行為との関係を再度確認するという内省の深化やリスクマネジメントの視点」から保護観察所への「出頭」も「有効な手段」の一つとしている（鶴見他[2011：98-99]）。

5 考察 — 「精神保健観察」における「社会復帰」の意味—

ここまで主に PSW による論考を通して、社会復帰調整官の役割の一つである精神保健観察における社会復帰の意味について整理検討を行ってきた。総じていえることは、精神保健観察には従来からのソーシャルワーク実践に加えて対象者のリスクマネジメントが重要な役割と位置付けられており、そのリスクマネジメントは実質的な強制力を背景として実施されるということである。そして精神保健観察における社会復帰とは、リスクマネジメントによって対象者が再び同様の行為（再犯）に及ぶことの無い物理的環境下において、その「生活」の「中身の質」はともかくとして、生活を続けること、ということになる。ここでいう「物理的環境」の中身はソーシャルワークの文脈において従来から語られる「社会資源」に加えて、対象者が再び触法行為を惹起しないための「医療」ということになる。但し、前者の「社会資源」についても、法施行初期には社会復帰調整官が本法における指定入院医療機関からの退院の「ゴールサインをだしてくれない」現状が指摘されているように（池原[2008：16]）、本法下においてはあくまで後者の「医療」を担保するという手段にすぎない。後者の「医療」とは、すなわち「本法における医療（指定通院医療及び指定入院医療）」ということになる。ここで、医療も社会資源の一つではないかという疑義が呈されるかもしれない。しかしこの点については主に法学の立場から、通常の医療とは明確に「異なる」旨の見解が示されている。例えば弁護士の小笠原基也は医療観察法における社会復帰の定義がないことに触れ、以下のような見解を示している。

医療観察法における社会復帰を論ずる前に、まず、この法律が目指す「社会復帰」とは何であるか（＝入通院決定を行うべきか否かのメルクマール）が問題となるが、この定義については、法律上定めがない。／この点、同様の重大な他害行為を行うおそれがあると、社会復帰が阻害されるとして、このようなおそれがなくなることを求める見解がある。しかしながら、このような「再犯のおそれ」を基準に社会復帰を捉えることは、抽象的な概念により強制入院を行うことを容認し、その濫用により人権侵害を招くことになること、入院患者にレッテルを貼ることになり、かえって社会復帰を阻害すること、「再犯のおそれ」を科学的に予想することは不可能であることなどから、「再犯のおそれ」を処遇要件としないこととした立法経緯に真っ向から反することとなり、採り得ない。／また、対象者に医療の必要があれば、すべてこの法律による「手厚い」医療を受けさせるべきとの見解もあ

るが、これも条文が、単に対象行為と精神障害の存否だけではなく、わざわざ「この法律による医療を受けさせる必要」を要件としていることに反する解釈であるから、採り得ない。／やはり、この法律が、「継続的かつ適切な医療並びにその確保のために必要な観察および指導を行うことによって、その社会復帰を促進すること」を目的とする以上、「精神障害がある程度改善した上で、対象者本人またはその周囲の者の自律的意思により、継続的かつ適切な医療が対象者に提供されるような状態」が、この法律の目指す「社会復帰」であると考えるべきである（小笠原[2009：667-668]）。

また、刑法学の立場から医療観察法に関して多くの論考がある町野朔は、医療観察法は日本初の強制通院制度であり、保護観察所における精神保健観察とは精神科病院外（地域社会）での精神医療の実行の確保を担保するための役割であると述べたうえで、あくまで対象者の「医療の確保」が目的であることを強調する。

精神保健観察は、保護観察とは異なり、対象者の再犯の防止を目的とするものではありません。ただ、彼等の医療を確保することを目的としています。通院医療を拒否し、遵守事項に違反したときには、保護観察所長が裁判所に対して入院・再入院の申立てを行いますが、これも、当該精神障害者に再犯のおそれがあるということではなく、入院してもらわなければ医療を継続できないからです（町野[2007：45-46]）。

両者の見解に共通している点は、「本法における医療」の意味は「医療の継続」を担保するための措置という点であり、且つそれ以上のことは何も言っていないという点である。小笠原は、なぜ通常の医療ではなく「この法律による医療」が必要であるのかについて、「継続的かつ適切な医療が対象者に提供されるような状態」を目指すためという説明しかなされていない。そしてまさに「継続的かつ適切な医療が対象者に提供されるような状態」が社会復帰であると説明されている。また町野は、本法における入院・再入院の場面について述べているが、その履行の根拠として「彼等の医療の確保」を挙げている。

本稿の当座の結論を述べる。医療観察法における「本法における医療」とは、「本法における医療」を受け続けるための強制力を持った措置ということになる。そしてこの壮大なトートロジーこそが、まぎれもなく本法における「社会復帰」なのである。そして社会復帰調整官として従事するPSWには、上記の壮大なトートロジー、すなわち「本法における医療」が継続されるために「本法における医療」の履行を実質的な強制性をもって対象者に課すという権能が完備されたのである。

6 結語

以上、本稿では、PSW と医療観察法に関する論考の検討を通して、①医療観察法への PSW の関与の道筋、②社会復帰調整官の役割の一つである「精神保健観察」にみる「社会復帰」の意味の 2 軸に分けて整理検討を行い、本稿の当座の帰着点を述べた。

2002 年特集は PSW の価値と医療観察法の理念とを上述の補助線で繋ぐ作業の意味合いを持つものであり、2008 年特集はすでに繋がれている補助線のかかり具合の点検の意味合いを持つものといえることを述べた。また、PSW が医療観察法において担うことになった社会復帰調整官による「精神保健観察」における「社会復帰」とは、本法対象者が再び同様の触法行為に及ぶことのない物理的環境下において生活を続けることを指すことを述べた。さらにここで言う「物理的環境」の中身はソーシャルワークの文脈において従来から語られる「社会資源」に加えて、対象者が再び触法行為を惹起しないための本法における医療（指定通院医療及び指定入院医療）ということであり、「本法における医療」とは、「本法における医療」を受け続けるための強制力を持った措置のことを指すことを述べた。すなわち、この壮大なトートロジーこそがまぎれもなく本法における「社会復帰」であり、PSW にはこのトートロジー履行のための権能が完備されたことを明らかにした。

*本稿は平成 25-27 年度科学研究費基盤研究(C)「医療観察法が精神保健福祉士の価値に与える影響に関する研究」(課題番号 25380747・研究代表者:樋澤吉彦)による研究成果の一部である。

(注)

- 1)筆者はこれまで本主題における論点を含ませながら医療観察法と PSW との関係について検討を行ってきた(樋澤[2008], 同[2011a], 同[2011b], 同[2015], 樋澤[2016])。
- 2)協会機関誌以外の医療観察法に関する精神医療及び司法分野における学術誌等の主な特集として、『精神医療』における特集(『精神医療』編集委員会[2002], 同[2003], 同[2005], 同[2010]), 『精神科』における特集(精神科編集委員会[2003], 同[2007]), 『精神保健研究』における特集(国立精神・神経センター精神保健研究所[2007]), 『病院・地域精神医学』における特集(主なものとして病院・地域精神医学会[2002]における日本障害者協議会, 日本精神神経学会, 精神保健従事者団体懇談会代表幹事, 精神保健従事者団体懇談会, 全法務省労働組合, 日本精神病院協会会長仙波恒雄による声明・見解掲載のほか, 同[2005]の特集, 同[2008], 同[2009], 同[2010], 同[2011]のシンポジウム記録), 『精神神経学雑誌』(日本精神神経学会)における特集(主なものとして日本精神神経学会[2006a], 同[2006b], 同[2008a], 同[2008b], 同[2009]のシンポジウム記録, 及び同[2011]の特集), 『日本精神科病院協会雑誌』(日本精神科病院協会)における特集(主なものとして日本精神科病院協会[2002], 同[2003], 同[2005], 同[2006], 同

[2012]の特集、及び同[2009]のシンポジウム記録)、医療観察法施行年である2005(平成17)年5月に設立されたとある日本司法精神医学会(日本司法精神医学会[2013-])による『司法精神医学』におけるシンポジウム記録(主なものとして日本司法精神医学会[2006], 同[2007], 同[2008], 同[2009], 同[2010], 同[2011], 同[2012], 同[2013], 同[2015]), 『臨床精神医学』における特集(『臨床精神医学』編集委員会[2006], 同[2007], 同[2009], 同[2010]), 『老年精神医学雑誌』における特集(日本老年精神医学会[2007]), 『精神科看護』における特集(『精神科看護』編集委員会[2008]), 『精神看護』における特集(『精神看護』編集室[2004], 同[2008]), 『法と精神医療』における「法と精神医療学会」シンポジウム記録(法と精神医療学会[2004], 同[2005], 同[2008a], 同[2008b], 同[2010], 同[2012]), 『法と民主主義』における特集(日本民主法律家協会[2002]), 『判例タイムズ』における特集(判例タイムズ社[2005]), 『ジュリスト』における増刊号(町野編[2004]), 『刑法雑誌』における特集(日本刑法学会[2005]), 『自由と正義』における特集(日本弁護士連合会[2007]), 『法律のひろば』における特集(『法律のひろば』編集部[2006]), 『刑事弁護』における特集(日本弁護士連合会刑事弁護センター(協力)[2007], 同[2010]), 『更生保護と犯罪予防』における特集(日本更生保護協会[2005]), 『犯罪と非行』における特集(日立みらい財団[2003], 同[2007], 同[2012]), 『犯罪心理学研究』における「日本犯罪心理学会」シンポジウム記録(日本犯罪心理学会[2007], 同[2009]), 『こころの科学』における特集(武井編[2007]), 『福祉労働』における特集(福祉労働編集委員会[2001], 同[2002]), 『インパクション』における特集(インパクション編集委員[2004])等。

- 3) 修正案の処遇要件の「要件」としての妥当性についての国会質疑の焦点は、処遇要件が修正案では「要件」足り得ず、強制医療の先にある「目的」を述べているに過ぎないという点である。例えば2002(平成14)年11月29日の第155回法務委員会厚生労働委員会連合審査会において、やはり共産党の木島委員(当時)と修正案提案者の塩崎委員(当時)との間で、以下のような質疑が交わされている(傍点筆者: 国立国会図書館国会会議録検索システムより引用)。

木島日出夫委員 (前略) 要件の部分はこういう言葉になっております。「対象行為を行った際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するため、入院をさせてこの法律による医療を受けさせる必要があると認める場合、一応これが要件の部分だと思うんです。こういう場合には、「医療を受けさせるために入院をさせる旨の決定」ができる、これが行政処分です。／要するに、精神障害の改善、再犯の防止、そして社会復帰の促進、この三つを目的として、そういう目的をもって入院をさせてこの法律による医療を受けさせる必要があるかどうか判断するんだ、そういう三つの目的をこの条文では法定しているんだと伺っていいでしょうか。

塩崎恭久委員 (前略) 今、三つが目的ではないかということでございますが、確かに、精神障害を改善するということは、当然この改善がなければ社会復帰ができないわけで

ございますし、それから、同様の行為を行ってはやはり社会復帰ができないということでありまして、もともと、この法案の当初からの最大の目的は、不幸にして重大なる他害行為をしてしまった精神障害者に社会復帰をしていただくというプロセスをつくっているわけでありまして、そういう意味で、同様の行為を行うことなく社会復帰をしてもらうということがむしろ、二つ、今三つとおっしゃいましたが、この二つを目的にしているというふうに私どもは感じております。

木島日出夫委員（前略）「対象行為を行った際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するため、」この文言は、治療を受けさせるための目的であって、治療処分決定をするための要件ではないのではないか、そういう質問なんです。

（中略）

木島日出夫委員（前略）行政処分するときには、行政処分の要件が厳存しなければ行政処分ができません。

4) 「吉田おさみ」について立岩[2013]、樋澤[2014]。吉田の著書として吉田[1980]、同[1983]。

5) ICDH (International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps, 国際障害分類) は 1980 (昭和 55) 年, 世界保健機関 (WHO) において, 国際疾病分類 (ICD) の補助分類として, 機能障害と社会的不利に関する分類として発表されたもので, 日本語版は 1985 (昭和 60) 年に「WHO 国際障害分類試案 (仮訳)」として発表された。その後, ICDH の改訂の検討が行われ, 2001 (平成 13) 年, 第 54 回 WHO 総会において, 国際生活機能分類 (International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)) が採択された (障害者福祉研究会[2002:まえばき])。ICDH は「運命論的」でありマイナス面が強調されており, また環境要因のあまり重視されておらず, そもそもの検討段階において障害当事者の参加がなかった等の批判があった。ICF は単線的から相互作用的なモデルとなり, ICDH には無かった「環境因子」と「個人因子」(但し分類は作成されず) が加えられた (上田[2005:7-28])。ICF を PSW 実践に応用させたものとして長崎他[2006]。

6) 1999 (平成 11) 年の精神保健福祉法一部改正の際に保護者の自傷他害防止監督義務が削除されたが, これは存置された治療を受けさせる義務 (精神保健福祉法 22 条 1 項) によって事実上担保されるとの見解が第 145 回通常国会・参議院国民福祉委員会の質疑のなかで示されており (広田[2004:329-331]), 必ずしも保護者の負担軽減をねらったものではないともいえる。精神保健福祉法における保護者制度は 2013 (平成 25) 年の精神保健福祉法の一部改正により廃止されているが, それに伴い医療観察法第 1 章 (総則) 第 5 節 (第 23 条の 2 及び 3) に「保護者」が新設された。観察法における保護者の主な権限として, ①審判における意見陳述権および資料提出権, ②付添人選任権, ③審判期日への出席権, ④入院患者についての退院許可または処遇終了申立権, ⑤通院患者についての処遇終了申立権, ⑥処遇裁判所の終局決定に対す

る抗告権, ⑦再抗告権, ⑧鑑定入院命令に対する取消請求権および異議申立権, ⑨入院患者の処遇改善請求権等がある(日本弁護士連合会刑事法制委員会編[2014: 51-52]).

- 7) ちなみに2014(平成26)年発行の『平成26年版犯罪白書』の統計によれば, 2013(平成25)年「一般刑法犯及」び「道交法違反を除く特別法犯」の検察庁新規受理人員総数は355,388人であり, 内, 不起訴人員総数は164,711人となっている. 不起訴理由の内, 「心神喪失」は579人(0.4%)である. 確定裁判については, 2013(平成25)年の総数365,291人の内, 無罪は122人となっている. 同年の通常第一審(総数59,311人)において「心神喪失」を理由に無罪となった者の総数は6名である(法務省法務総合研究所[2014]).
- 8) 医療観察法が可決・成立した一方, 同年の2003(平成15)年, 厚生労働省は当該年度に申請のあった精神障害者社会復帰施設整備計画を全体の2割しか認めないという結論を表明した. その後, 全国精神障害者社会復帰施設協議会をはじめとする関連団体による運動により翌年度以降に優先的に採択される方向になった.
- 9) 但し, 本特集号において鶴は指定通院医療機関のPSWの立場から医療観察法運用に関する疑義を「危うさ」と称したうえで, 「私たち精神保健福祉士は国家資格化以前より保安処分的要素および精神障害者だけを狙い撃ちするかのような法律に反対してきた経緯があり, 今もそのスタンスに変わりはないと考え」ており, 「医療観察法に反対の立場であると同時に, 司法精神保健福祉といったカテゴリーを推し進めているように見え, 「このスタンスは, 一歩間違えると大きな矛盾と受け取られ批判を受けることになる諸刃の剣であることを肝に命じておかなければならない」と述べている(鶴[2008]).
- 10) 医療観察法の「機能面の改善と充実, 及びPSWの関与の強化」にも関連するものとして, 協会は2010(平成22)年3月, 『心神喪失者等医療観察制度における地域処遇体制基盤構築に関する調査研究事業報告書』を発行している(日本精神保健福祉士協会[2010]). 当該報告書は, 2009(平成21)年度に厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部「平成21年度障害者保健福祉推進事業(障害者自立支援調査研究プロジェクト)」の一環として実施されたものとある(日本精神保健福祉士協会[2010: 「報告書作成にあたって」より]). 当該報告書では, 「円滑な地域処遇の推進のために(提言)」として, ①居住サポート事業による居住資源の整備強化, ②強制を伴う通院処遇における通院交通費の負担への対応, ③生活保護制度の運用に関する対策(入院処遇から通院処遇に移行する際の期間の延長に対する自治体の柔軟な対応), ④継続的かつ医療的緊急対応可能な医療提供体制の整備に関するモデル圏域の設定, ⑤司法領域・精神保健福祉領域のマンパワーの整備, ⑥移行型バトンタッチではなく, ダブル・マネージャー・システム(DMS)のような重なり合いや協働へ(対象者を中心とした多機関・多職種による包括的な地域支援体制の構築), ⑦医療観察法の処遇のフローに相談支援事業所(市町村)の位置づけを明記する, という7つを挙げている(日本精神保健福祉士協会[2010: 66-69]).
- 11) 生活環境の調査」が「生活環境の調整」や「精神保健観察」とは異なり, 調査期間中は社会復

帰調整官が具体的な調整や援助を行うものではないため（新谷[2007：74-75]），調査期間中に家族等から相談援助の求めがあったとしても原則的にはそれを行う役割はこの段階では持たない。

- 12)五十嵐禎人は触法精神障害者の「再犯」の「危険性」について、dangerousness と risk に分けて説明している。前者の dangerousness とは「個人の性向、資質、経歴などを考慮して判定される危険性であり、あるかないかの二分法によって判定される」（五十嵐[2002：59]）「範疇的現象」（五十嵐[2004：98]）であり、他方、後者の risk とは「あくまでも一定の状況を仮定して、その状況に関連した種々の要因を考慮して行われる一種の確率（危険性が高い、30%の危険性があるというように判定される）的な危険性の判定」（五十嵐[2002：59]）を指す。そして「精神科医が日常行っている臨床的判断の中には、risk の評価（リスク・アセスメント）が含まれて」おり、「患者の自傷・他害行為を防止するために行われる治療的介入は、こうした risk を最小限にするためのリスク・マネージメントにはかならない」（五十嵐[2004：98]）として、dangerousness への変換の閾値の設定は、「患者の危険性（risk）や治療継続の必要性と自由の制限を課すことによる不利益、さらには被害者をはじめとした社会一般の感情をも考慮して裁判官が規範的に行うしかない」（五十嵐[2002：59]）と主張している。
- 13)伊東は2015(平成27)年6月より、PSW 養成を行っている大学等で構成される「日本精神保健福祉士養成校協会」会長でもある。
- 14)本法における「対象行為」とは、「放火」、「強姦」、「強制わいせつ」、「殺人」、「傷害」、及び「強盗」（全て未遂を含む）に該当する行為（重大六罪種）と規定されている（法第二条）。
- 15)ここでいう3要件は、(1)当該対象者が対象行為を行った際の心神喪失又は心神耗弱の状態の原因となった精神障害と同様の精神障害を有しており（疾病性）、(2)そのような精神障害を改善（病状の増悪の抑制を含む）するために、本法による医療を行うことが必要であること、すなわち、その精神障害が治療可能性のあるものであり（治療可能性）、(3)本法による医療を受けさせなければ、その精神障害のために社会復帰の妨げとなる同様の行為を行う具体的・現実的な可能性があること（社会復帰（阻害）要因）と説明される（吉川[2007：27]）。
- 16)医療観察法では通院医療の決定を受けた者について、精神保健福祉法に規定された入院を妨げないこととしている（115条）。すなわち精神保健福祉法における入院の必要性が判断された場合は、医療観察法上は通院医療のまま、措置入院等の強制入院を含む入院治療が行われることになる。たとえば措置入院の「自傷他害のおそれ」のうちの「他害」については、「他人の生命、身体、貞操、名誉、財産等に害を及ぼすこと」と解釈されている（精神保健福祉研究会[2002]）。指定通院医療対象者の精神保健福祉法における入院事例の紹介と考察について藤村[2009]。触法心神喪失者の処遇の一元化について川本[2009]。また、医療観察法における医療の必要性が認められる場合（処遇要件が満たされている場合）は、医療観察法における入通院の決定を行わなければならないとする最高裁2007（平成19）年7月25日決定について中山[2008]、渡辺

[2008], 同[2009], 山本[2009]. 当該判決の詳細について安田[2009].

(文献)

病院・地域精神医学会[2002]『病院・地域精神医学』45(1):73-87.

———[2005]『病院・地域精神医学 (企画特集 精神保健福祉における暴力の問題)』47(4):399-469.

———[2008]『病院・地域精神医学』50(2):16-26, 136-144.

———[2009]『病院・地域精神医学』52(1):65-73.

———[2010]『病院・地域精神医学』53(2):112-128.

———[2011]『病院・地域精神医学』53(4):346-357.

蛭原正敏[2004]「保護観察所の役割について」, 町野編[2004:45-51].

福祉労働編集委員会[2001]『福祉労働 (特集 精神医療は変わるか)』91:12-63.

———[2002]『福祉労働 (特集 触法心神喪失者医療観察法をめぐって)』95:12-81.

判例タイムズ社[2005]『判例タイムズ』56(8):15-44.

樋澤吉彦[2008]「心神喪失者等医療観察法における強制的処遇とソーシャルワーク」, 『Core Ethics』4:305-317.

———[2011a]「心神喪失者等医療観察法とソーシャルワークとの親和性について」, 『生存学』3:155-173.

———[2011b]「心神喪失者等医療観察法とソーシャルワークとの親和性について —心神喪失者等医療観察法における「生活支援」に内包する両義性をソーシャルワーカーが肯定するに至った経緯の分析を通して—」, 日本社会福祉学会第59回秋季大会自由研究発表(2011年10月9日).

———[2014]「治療/支援の暴力性の自覚, 及び暴力性を内包した治療/支援の是認について -吉田おさみの狂気論を通して—」, 『現代思想』42(8):207-223.

———[2015]「保安処分に対する日本精神医学ソーシャル・ワーカー協会(現日本精神保健福祉士協会)の『対抗』と『変節』の過程」, 日本社会福祉学会第63回秋季大会口頭発表(2015年9月20日).

———[2016]「保安処分に対する『日本精神医学ソーシャル・ワーカー協会』(現日本精神保健福祉士協会)の『対抗』と『変節』の過程」, 『人間文化研究』25:77-99.

日立みらい財団[2003]『犯罪と非行 (特集 医療観察)』137:5-46.

———[2007]『犯罪と非行 (特集 医療観察制度実施1年)』151:5-102.

———[2012]『犯罪と非行 (特集 医療観察制度の現状と課題)』174:82-103.

広田伊蘇夫[2004]『立法百年史:精神保健・医療・福祉関連法規の立法史(増補改訂版)』, 批評社.

- 法と精神医療学会[2005]『法と精神医療（シンポジウム 心神喪失者等医療観察法—わが国の精神医療の実態と今後の課題）』19：37-102.
- [2008a]『法と精神医療（シンポジウム 医療観察法施行の動向）』22：70-119.
- [2008b]『法と精神医療（シンポジウム 医療観察法—疾病性・治療反応性をどう考えるか）』23：37-105.
- [2010]『法と精神医療（シンポジウム 心神喪失者等医療観察法の現状と見直し）』25：50-96.
- [2012]『法と精神医療（シンポジウム 刑事精神鑑定の現状と課題）』27：65-124.
- 法務省法務総合研究所[2014]『犯罪白書（平成26年版）—窃盗事犯者と再犯—』
- 『法律のひろば』編集部[2006]『法律のひろば（特集 心神喪失者等医療観察法の展望）』59(12)：4-40.
- 五十嵐禎人[2002]「触法精神障害者の処遇とわが国における司法精神医学の課題」、『現代刑事法』40：51-63.
- [2004]「触法精神障害者の危険性をめぐって 刑事司法と精神科医療の果たすべき役割」、『町野編[2004：96-101].
- 池原毅和[2002]「精神障害者の責任能力をめぐって：精神医療と犯罪をめぐる法制度」、『日本精神保健福祉士協会[2002：11-14].
- [2008]「医療観察法施行一年で現れてきた問題点」、『病院・地域精神医学』50(2)：16-17.
- 石川 准編[2002]『障害学の主張』、『明石書店.』
- 石川 准[2002]「ディスアビリティの削減、インペアメントの変換」、『石川他編[2002：17-46].
- 伊東秀幸他[2008]「座談会 精神保健参与員の担う役割と今後の課題について」、『日本精神保健福祉士協会[2008：101-110].
- 伊東秀幸[2009]「医療観察法の光と影」、『田園調布学園大学紀要』4：33-47.
- 今福章二[2005]「医療観察法における地域処遇と精神保健観察」、『日本精神科病院協会雑誌』24(4)：334-339.
- [2012]「医療観察制度の現状と課題 保護観察所の立場から」、『犯罪と非行』174：104-127.
- 岩崎 香[2002]「重大な犯罪行為をした精神障害者の処遇に関するアンケート」、『日本精神保健福祉士協会[2002：23-27].
- 岩崎 香他[2002]「座談会 重大な犯罪行為をした精神障害者の処遇をめぐって 現状の確認から」、『日本精神保健福祉士協会[2002：37-44].
- インパクション編集委員[2004]『インパクション（特集 保安処分の新展開 笑顔につつまれた無法）』141：5-88.
- 加藤 敏他編[2011]『現代精神医学辞典』、『弘文堂.』

- 木太直人[2002a]「重大な犯罪行為をした精神障害者の処遇をめぐるこの間の経過と日本精神保健福祉士協会の取組み」, 日本精神保健福祉士協会[2002: 17-21].
- [2002b]「精神保健福祉士の立場から新法案を読む: PSWの専門性と新制度において果たすべき役割と課題」, 『福祉労働』95: 44-50.
- [2008]「司法と精神保健福祉の現状と課題」, 日本精神保健福祉士協会[2008: 91-94].
- 厚生労働省[2010]「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の規定の施行の状況に関する報告について」(平成22年11月26日)
- <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r985200000wvym.html> (平成28年5月1日閲覧).
- [2012]「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の施行の状況についての検討結果について」(平成24年7月31日)
- <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002gk0i.html> (平成28年5月1日閲覧).
- 国立精神・神経センタ・精神保健研究所[2007]『精神保健研究』20: 5-47.
- 町野 朔[2007]「医療観察法と精神保健観察: 法の意義と課題」, 『犯罪と非行』151: 39-52.
- 町野 朔編[2004]『ジュリスト増刊: 精神医療と心神喪失者等医療観察法』, 有斐閣.
- 三澤孝夫[2009]「精神保健参与員の役割はいかにあるべきか: 医療観察法における審判の変遷と精神保健参与員の役割について」, 『臨床精神医学』38(5): 687-691.
- 三井 誠他編[2003]『刑事法辞典』, 信山社.
- 長崎和則他[2006]『事例でわかる! 精神障害者支援実践ガイド』, 日総研出版.
- 長瀬 修[1999]「障害学に向けて」, 石川他編[1999: 11-39].
- 日本刑法学会[2005]『刑法雑誌(特集 精神医療と刑事司法)』45(1): 1-54.
- 日本更生保護協会[2005]『更生保護と犯罪予防』39(1): 93-188.
- 日本司法精神医学会[2006]『司法精神医学(シンポジウムⅠ 司法精神医学のあり方と, 今後の課題 シンポジウムⅡ 精神鑑定の現状と課題)』1(1): 10-56.
- [2007]『司法精神医学(シンポジウム 司法精神医療をめぐる諸問題)』2(1): 42-70.
- [2008]『司法精神医学(シンポジウム 医療観察法と社会復帰)』3(1): 108-130.
- [2009]『司法精神医学(シンポジウム 医療観察法の見直しに向けて)』4(1): 40-69.
- [2010]『司法精神医学(シンポジウム 刑罰法令に触れる行為をした精神障害者の処遇と医療—その振り分けと受け皿)』5(1): 45-84.
- [2011]『司法精神医学(シンポジウムⅠ 5年間に浮き上がった問題点 シンポジウムⅡ 司法, 行政, 一般精神科医療は変わったか)』6(1): 41-86.
- [2012]『司法精神医学(シンポジウム 医療観察法における「治療反応性」をめぐる)』7(1): 73-101.
- [2013]『司法精神医学(シンポジウム 医療観察法における治療機能の向上)』8(1): 104-125.

- [2013] 日本司法精神医学会ホームページ <http://jsfmh.org/index.html> (平成 28 年 5 月 1 日閲覧).
- [2015] 『司法精神医学 (シンポジウム 医療観察法医療が一般精神科に及ぼした効果)』 10(1) : 88-115.
- 日本精神科病院協会[2002] 『日本精神科病院協会雑誌 (特集 重大犯罪を起こした精神障害者への対策)』 21(2) : 6-74.
- [2003] 『日本精神科病院協会雑誌 (特集 心神喪失者等医療観察法案成立を受けて)』 22(10) : 1010-1050.
- [2005] 『日本精神科病院協会雑誌 (特集 医療観察法を間近にひかえて—その役割と課題)』 24(4) : 305-374.
- [2006] 『日本精神科病院協会雑誌 (特集 医療観察法施行後の問題点)』 25(2) : 92-155.
- [2009] 『日本精神科病院協会雑誌 (シンポジウム 民間精神科病院からみた医療観察法の問題点と法改正への提言)』 28 別冊 : 73-90.
- [2012] 『日本精神科病院協会雑誌 (特集 医療観察法の現状と今後の課題)』 31(7) : 664-720.
- 日本精神神経学会[2006a] 『精神神経学雑誌 (シンポジウム 医療観察法の諸問題と精神科医療)』 108(5) : 488-526.
- [2006b] 『精神神経学雑誌 (シンポジウム 医療観察法の運用の実態と問題点)』 108(10) : 1036-1055.
- [2008a] 『精神神経学雑誌 (シンポジウム 医療観察法にかかわる鑑定と法運用の問題点—事例を通して)』 110(1) : 30-48.
- [2008b] 『精神神経学雑誌 (シンポジウム 医療観察法における地域処遇について)』 110(12) : 1148-1177.
- [2009] 『精神神経学雑誌』 111(9) : 1096-1119.
- [2011] 『精神神経学雑誌 (特集 医療観察法の存続は可能か—5 年後見直しを迎えて—)』 113(5) : 456-487.
- 日本精神保健福祉士協会[2002] 『精神保健福祉』 33(1).
- [2008] 『精神保健福祉』 39(2).
- [2010] 『平成 21 年度障害者保健福祉推進事業 (障害者自立支援調査研究プロジェクト) 心神喪失者等医療観察制度における地域処遇体制基盤構築に関する調査研究事業 報告書』.
- 日本犯罪心理学会[2007] 『犯罪心理学研究 (ミニ・シンポジウム 医療観察法における心理社会的処遇の実際と課題)』 45 : 254-261.
- [2009] 『犯罪心理学研究 (シンポジウム 精神障害と犯罪—矯正医療処遇と医療観察制度)』 47 : 201-218.

日本弁護士連合会[2007]『自由と正義』58(4) : 72-105.

日本弁護士連合会刑事弁護センター(協力)[2007]『刑事弁護 (特集医療観察法の実務・運用と今後の課題)』49 : 81-115.

———[2010]『刑事弁護 (特集 ビギナーズ医療観察法)』63 : 9-77.

日本弁護士連合会刑事法制委員会編[2014]『Q&A 心神喪失者等医療観察法解説 第2版』, 三省堂.

日本民主法律家協会[2002]『法と民主主義 (特集 心神喪失者等処遇法案—「予防拘禁」の復活か…)』370 : 2-41.

日本老年精神医学会[2007]『老年精神医学雑誌 (特集 高齢者と医療観察法)』18(5) : 473-518.

大塚淳子[2002a]「実践を通して PSW のかかわりの視点を考える」, 日本精神保健福祉士協会 [2002 : 29-36].

———[2002b]「精神医療の現場から問う : 論点の整理と十分な議論を」, 『法と民主主義』370 : 26-28.

———[2003]「重大事件を起こした事例へのかかわりを通して考える」, 『精神保健福祉』34(3) : 252.

小笠原基也[2009]「医療観察法と社会復帰」, 『臨床精神医学』38(5) : 667 - 672.

佐賀大一郎[2006]「心神喪失者等医療観察法と PSW」, 『精神保健福祉』37(2) : 125-129.

佐藤三四郎[2002]「社会防衛としての精神医療 : 精神保健福祉法制の変遷を中心に」, 日本精神保健福祉士協会[2002 : 5-10].

———[2008]「医療観察法と精神保健福祉士」, 日本精神保健福祉士協会[2008 : 95-99].

佐藤園美[2006]「触法精神障害者の地域処遇 : 「社会復帰調整官」の役割についての一考察」, 『長野大学紀要』27(4) : 9-16.

白木功[2004]「審判手続きを中心に」, 町野編[2004 : 12-31].

新谷和永[2007]「社会復帰調整官の業務にかかる現状」, 『犯罪と非行』151 : 72 - 87.

精神科編集委員会[2003]『精神科 (特集 心神喪失者等医療観察法成立をめぐって)』3(6) : 501-535.

———[2007]『精神科 (特集 医療観察法と精神障害者の責任能力)』10(3) : 185-215.

『精神科看護』編集委員会[2008]『精神科看護 (特集 どうなっている?医療観察法)』35(4) : 11-47.

『精神看護』編集室[2004]『精神看護 (特集 2「心神喪失者等医療観察法」で精神医療はどう変わるか)』7(1) : 44-89.

———[2008]『精神看護 (特集 「鑑定入院」をめぐる混乱を整理する)』11(3) : 16-43.

『精神医療』編集委員会[2002]『精神医療 (特集 司法と精神医療 重大犯罪の再犯予測は可能か)』26 : 8-126.

- [2003]『精神医療（特集 羅針盤なき航海 「医療観察法」の成立と漂流する精神医療）』32：9-94.
- [2005]『精神医療（特集 動き出した「医療観察法」を検証する）』41：8-70.
- [2010]『精神医療（特集 医療観察法のない社会に向けて）』59：3-132.
- 武井 満編[2007]『こころの科学（精神医学と法）』132：11-88.
- 立岩真也[2013]『造反有理 精神医療現代史へ』，青土社.
- 鶴幸一郎[2008]「指定通院医療機関における精神保健福祉士の役割」，日本精神保健福祉士協会[2008：118-120].
- 鶴見隆彦[2009]「現場で経験する新たな作業療法対象者へのかかわり ～司法領域における作業療法から～」，『日本作業療法学会抄録集』43：6.
- 鶴見隆彦他[2011]「医療観察制度における処遇実施計画の策定と見直しに関する一考察」，『更生保護と犯罪予防』153：86-103.
- 殿村壽敏他[2014]「司法領域における精神保健福祉実習のあり方と実習教育について ～保護観察所での初めての実習を通して～」，『福祉教育開発センター紀要』11：143-157.
- 上田 敏[2005]『ICF（国際生活機能分類）の理解と活用 一人が「生きること」「生きることの困難（障害）」をどうとらえるか—』，萌文社.
- 宇津木朗[2008]「医療観察制度の概要と社会復帰調整官の業務」，日本精神保健福祉士協会[2008：121-123].
- 弥永理恵[2007]「社会復帰調整官の役割」，『こころの科学』132：68 - 71.
- 好井裕明[2002]「障害者を嫌がり，嫌い，恐れるということ」，石川他編[2002：89-117].
- 吉川和夫[2007]「心神喪失者等医療観察法制度の実情と課題：入院治療および通院治療を中心に」，『犯罪と非行』151：21-38.
- 『臨床精神医学』編集委員会[2006]『臨床精神医学（特集 動き出した医療観察法）』35(3)：245-324.
- [2007]『臨床精神医学（特集 触法精神障害者のアセスメントと治療）』36(9)：1051-1219.
- [2008]『臨床精神医学（特集 ACTの可能性を探る ー現状と課題ー）』37(8)：981-1042.
- [2009]『臨床精神医学（特集 心神喪失者等医療観察法の改正をめぐって）』38(5)：513-747.
- [2010]『臨床精神医学（特集 司法精神医学の現在--北米と日本）』39(10)：1255-1267，1271-1338.
- 吉田おさみ[1976]（→吉田[1980]）「“病識欠如”の意味するもの-患者の立場から-」，『臨床心理学研究』13(3)：113-117.
- [1980]『“狂気”からの反撃 -精神医療解体運動への視点-』，新泉社，1980.
- [1983]『「精神障害者」の解放と連帯』，新泉社，1983.