

ノート

刑事司法で福祉、医療につながる 「同意」に代わるモデルの検討

宮 田 桂 子

第1 同意がなく福祉にも医療にも進めない事例の存在

福祉、医療は、対象者・患者の同意のもとで手続きを進める。司法福祉連携は、被疑者・被告人の同意のもとで福祉専門職が福祉制度を紹介し、あるいは更生支援計画を作成して、多くの事例で成果を上げているが、かような支援に乗らない者がいる。「同意」が得られない事案が存在するのである。以下はどうしても同意を得られなかったいくつかの事例を組み合わせた架空事例である。

事例1：妄想による万引事犯が医療や福祉を拒絶した例

Aさんは、自分が神の前段階の「神子」であるという妄想を持ち、無所有の修行と称して野宿生活をしていたが、ある日、弁当屋の前で「布施に取って下さい」という声を聞いたので弁当を万引した。Aさんは、起訴前に簡易鑑定を受け、鑑定医が、妄想はあるものの統合失調症ではなく完全責任能力ありと判断したため起訴された。Aさんは、これまでも万引を繰り返し1度は実刑となったことがあり、いずれの事件も、「店で商品を持って行ってよいという声が聞こえた」と主張した。前刑の裁判前の簡易鑑定では、統合失調症だが責任能力ありとされた。国選弁護人は、責任能力を争いつつ、社会福祉士と連携⁽¹⁾して更生支援計画策定を試みた。Aさんは、統合失調症で4回入院している。社会福祉士は、Aさんが数年間のホームレス生活中、治療を受けずに統合失調症の症状が増悪した可能性を考え、Aさんに対して

(1) 東京においては、東京の3つの弁護士会（以下「東京3弁護士会」という）が、東京社会福祉士会、東京精神保健福祉士協会と提携しており、弁護士会経由で連絡をし（精神障害については、両会を1:1で振り分け、その他は社会福祉士会に架橋）、社会福祉士、精神保健福祉士の紹介を受けることが可能である。東京3弁護士会は福祉専門職への費用負担をしているが、これに対しては、日弁連が、一定の範囲で各弁護士会の支弁した費用を補填している。

「社会の喧噪から離れ一人で修行できる」等と説得したため、Aさんは、入院経験のある某病院への入院に同意した。社会福祉士が某病院に連絡したところ、MSW⁽²⁾は、Aさんの入院意思を歓迎しつつ、任意入院だと勝手に退院できるし、契約同意能力にも懸念がある、Aさんの親族に連絡する⁽³⁾か後見人を選任してほしいと述べた。弁護士が戸籍等を調査し親族に手紙を出したが返事がなかった。

Aさんの公判では、鑑定医が証言し、「被告人は、私に対してお腹がすいたので弁当を持っていったと話した。お腹がすいたから盗ったという了解可能な犯行だ。Aさんには統合失調症の典型症状は無い。確かに妄想的だから治療が必要かもしれないが、空腹で万引する人は福祉の対象とすればいい」等と証言した。弁護士が鑑定医への反対尋問で「統合失調症は治らない」「Aさんは妄想がある」等と指摘すると、Aさんは憤怒の表情をし、鑑定医の証人尋問が終わるや、「裁判長、弁護人を解任しろ」と怒鳴った。Aさんと弁護士との信頼関係は崩れ、Aさんは、弁護士が準備していた後見人選任の申立や、弁護士及びその紹介にかかる社会福祉士との面会を拒絶した。社会福祉士は、Aさんの住民票のある自治体の福祉部門に市長申立による後見人選任申立⁽⁴⁾をお願いしたが、自治体からは、釈放されれば検討するが裁判段階で協力できないといわれ、計画策定を断念した。Cさんは実刑判決

-
- (2) メディカルソーシャルワーカー。治療を受けるための福祉支援、退院後の居住場所確保などの福祉についての助言等をする。精神病院のMSWは精神保健福祉士の資格を持つことが多い。
 - (3) 親族の同意による医療保護入院を想定している。精神保健福祉法33条。精神保健指定医または特定医師の入院が必要という診断があり、配偶者、親権者、扶養義務者、後見人又は保佐人の同意があれば本人の意思に反しても入院が可能となる制度。扶養義務者は、民法877条1項で直系血族、兄弟姉妹、同条2項で家庭裁判所に選任された三親等以内の親族である。兄弟姉妹が死亡し、甥、姪と親しくしていても、当然に扶養義務者となるわけではなく、医療保護入院の同意権者たり得ない。
 - (4) 本人が後見人選任の申立ができない場合、市区町村長が本人を代理して後見人選任を申立てられる。根拠条文は精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第51条の11の2(他に老人福祉法第32条、知的障害者福祉法第28条にも同様の規定がある)。本人の福祉のためにとくに必要があるときに認められた首長の権限であるが義務的なものではない。

刑事司法で福祉、医療につながる「同意」に代わるモデルの検討を受けた。

事例2 福祉の必要性を理解せず、障害や疾病の可能性を受容できなかった例

Bさんは、大学を中退し10年ほどニートで実家に引きこもっていたが、2人で暮らしていた母親の金銭をくすねて大麻に手を出すようになり、それに気づいた母親と口論となったため、母親に家具や食器を投げつけるなどして脳挫傷等の大けがを負わせた。Bさんの勾留中、入院していた母親は、親族の力を借りてBさんの実家を売却して引き払い、転居して、Bさんが追えないよう市役所で住所秘匿の措置をとった。弁護士は、Bさんに対して、母親への謝罪や、生活保護申請をして住居を確保し就労支援サービスを受けること等を勧めたが、Bさんは、「ママが悪い。絶対謝らない」「鍵を持っているから家に戻る。僕一人で好きなことをする」等と聞いて聞き入れなかった。また、弁護士は、Bさんの発言に妄想的なところがあり、引きこもりをする人が精神疾患を持つことも多いことから精神科受診を勧めたが、「僕は元気。病院は嫌い。ママとつるんでるのか(母親は精神科受診を勧めていたらしい)」等と聞いて受診を拒んだ。弁護士から更生支援計画作成を依頼された精神保健福祉士も、Bさんと面会して弁護士と同様の内容を丁寧に説いたが、Bさんが拒絶したため、計画作成を断念した。起訴前の精神鑑定では、知的境界域、発達障害だが疾病性はなく、妄想的な言動はそれらによる認知のゆがみが修正できない結果との内容だった。Bさんは実刑判決を受けた。

事例3 薬物依存は依存症としての治療が必要と認識していない例

Cさんは覚醒剤前科が3犯ある。今回、妻と2人で覚醒剤を使用し、共同所持していたことで起訴された。Cさんは、過去の事件の弁護士や保護司などに依存症治療を勧められても、「ちゃんと就労するから大丈夫です」と言って治療を拒んできた。Cさんは、前刑後、就労しようとしても試用期間終了でそれ以上の出社に及ばずとされ、アルバイトをしてもオペレーションについて行けず挫折し、それがストレスになって今回の薬物使用に及んだ。弁護士が、Cさんは薬物依存症だけでなく軽度知的障害のおそれもあると考え、今回こそ治療を受け、リハビリテーション施設に入所するよう勧めたが、「以

前世話になった警察官が、立ち直るには働くのが一番だ、DARC⁽⁵⁾はボン中の集まりで、行っても悪い仲間ができるだけだと言った」「DARCは金がかかる」「俺は病気じゃないから病院には行きません」等と言い張り、弁護人の勧めを拒んだ。帰住先については、「妻は初犯で執行猶予だ。勤めていた会社に戻れるし、社員寮に入居する。妻は俺とやり直そうと言ってくれました」とし、そのような内容の書かれた妻からの手紙を弁護人に見せた。弁護人は、共犯と一緒に生活することでの再発の危険性を説いたが、Cさんは聞き入れなかった。Cさんは、法廷で、今度こそ妻と一緒に立ち直る、懸命に働く、刑務所や保護観察所の薬物離脱プログラムを真面目に受け、心配させた保護司さんのためにも頑張る等と供述し、治療の具体的計画のないまま、刑の一部執行猶予付判決を受けた。

事例のように、被疑者・被告人に、病識が欠如している、障害や疾病（の可能性）を受容しない、依存症を否認するといった事例は多々ある。また、医療や福祉への理解を示さないのは、認知のゆがみに原因がある場合もあるだろうし、何らかの医療や福祉に対する不信感がある場合もある。

第2 同意がなければ福祉を受けることはできない

1 福祉は措置ではなく契約である

「福祉」は行政による措置ではなく、福祉の対象者からの申請により契約によってサービスを受けるといふものである。措置による福祉サービスは、対象者の生存権という意味では憲法的な権利性を有するが、あくまで行政処分であり、福祉サービスによって得られる利益はそこからの反射的な利益にすぎない。現在では、福祉サービスは、事業者と対象者との契約によるものとされ、対象者は、どういうサービスを受けるかを自分で決定することができ、何を選択するかについての自由が保障されることになり、幸福追求権等を根拠とした「福祉を受けることの権利性」が確立したとされる。

(5) ドラッグ・アディクション・リハビリテーションセンターの略。薬物依存から立ち直った当事者によって設立・運営されている回復施設。全国にDARCは存在するが、それぞれが必ずしも関係を持って活動しているわけではないし、上位団体を持つわけでもない。

しかしながら、本来であれば福祉の対象者たり得る人が、福祉サービスについての情報を持っていない場合や、福祉サービスの窓口へのアクセスができない、窓口での意思疎通、申請書類の作成が困難である場合等には福祉サービスの申請自体ができないことになるし、「ナマポ」という生活保護を受ける人への揶揄や、福祉を受けることが恥だという考え方、以前福祉を受けたときにうまくいかなかった経験等のために、福祉を受ける気持ちになれなければ、たとえ申請窓口や申請手続きがわかっていたとしても福祉を受ける選択には至らない。

司法福祉連携では、窓口へのアクセスや手続きが困難な人を福祉につなげることはできるが、福祉を選択することを拒む人を福祉につなげることはできない。事例のA、B、Cさんは、福祉を受けない選択をし、刑事司法という公の場において、福祉や治療を受けていないことが犯罪につながったと明らかになっているのに、そこにつながれなかった。

2 福祉の前提に医療が必要な場合がある

Aさんの鑑定医は、Aさんの妄想への治療が必要という。Aさんが、たとえ生活保護を受けて住居を見つけられたとしても、本人には病識がないのだから、妄想を治療しようとすることは全く期待できない。Aさんが治療を受けないまま放置されれば、また「神子としての修行生活」たるホームレス状態を再開しかねない。

では、Aさんを鑑定した医師は、「お腹がすいた人は福祉の問題」とするが、福祉にはつなげるのか。福祉制度は、貧困者、身体障害者、精神障害者、知的障害者、高齢者等といった、対象者の類型によって使える制度が分類されている。

Aさんには、生活保護や貧困者支援による居住支援が考え得るが、更生施設や無料低額宿泊所への入居を拒む可能性が高く、その場合、福祉関係者は、Aさんにその地域での炊き出し等の情報を伝えるくらいしかできず、ましてや治療につなげることはできない。そもそも、Aさんが年金受給者である、故郷に不動産を所有している等の相当程度の財産を所持している事情があれば、生活保護の対象ではないし、貧困者として扱うこともできない。

福祉を受ける前提として診断が必要とされることがある。

高齢者が介護サービスを受けるためには、ケアマネージャーによる介護プランが作成される必要があるし、プランでは、認知症の程度や行動制限がどの程度あるかといった必要性に応じたサービスが検討されることになり、精神障害、難病といった疾病なども考慮される。認知症の程度や疾病については主治医の診断書の提出が必要となる。また、障害者としてのサービスを受けるためには障害区分認定を受ける必要があり、障害支援区分認定調査員（市区町村職員の場合と、自治体からの委託を受けた団体の職員の場合がある）が調査をするが、その際、主治医の診断が障害区分を決める資料となる。障害者手帳を取得するためには、認定医の診断を必要とする自治体が多い。支援には、給付型のものと就労支援があるところ、サービスの窓口や申請手続きが異なる場合がある。その他、精神科への通院が必要な場合、公的負担が受けられる自立支援医療の制度があるが、これには精神科医の自立支援医療が必要であるという診断書が必要である。⁽⁶⁾ このように、障害者福祉を受けるためには、医師の診断が必須であるし、高齢者福祉でも必要な場合がある。

Aさんが受けるべき支援では、妄想を止めることが重要であり、医療を抜きにした支援の計画を考え難い。Aさんの事件では、医師は、妄想の存在は認めているものの、簡易鑑定で診断名がなく、治療がなぜ必要か、どんな治療ができるか等の判断がされていない。前の裁判での簡易鑑定では、妄想が統合失調症に基づくものとされているので治療の必要性がわかるが、(簡易)鑑定が実質的には診断であるとはいえ、鑑定書を診断書として福祉を受けるために流用することはできない。事例1で、社会福祉士が入院先を確保できかけたのは、Aさんが某病院

(6) 福祉制度に関しては、障害者、高齢者、精神保健等、各分野別の解説書が多数出ており、それぞれの制度に基準や申請方法等について理解しておくべき点が異なっていることがうかがえる。Amazonで「福祉サービス」で書籍を検索した結果として https://www.amazon.co.jp/s?k=%E7%A6%8F%E7%A5%89%E3%82%B5%E3%83%BC%E3%83%93%E3%82%B9+%E6%9C%AC&language=ja_JP&adgrpid=1327113176441101&hvadid=82944816017960&hvbm=bp&hvdev=c&hvlcophy=244102&hvnetw=o&hvqmt=p&hvtargid=kwd-82945975543149%3Aloc-96&hydacr=7608_13779377&jp-ad-ap=0&mcid=29cdd7bb3c5836598d31503634263c2e&msclkid=8c9c47be19891fb61e9d2ee03ad399b7&tag=jpdeskstandse-22&ref=pd_sl_3batun3y19_p

への入院歴があり、「統合失調症は治らない」との前提で某病院がAさん受入れの検討ができたからである。鑑定医に診断書を依頼しても、鑑定の客観性・公正等を理由に、被告人の更生支援のための診断書を書くことを拒むであろう。そうすると、一旦、病院に連れて行き、診断のうえ治療が開始することになるが、Aさんのように病識がない人を病院に連れて行くことは困難を極める。

3 治療への同意

精神疾患が明らかになっても、その後の治療には本人の同意が必要である。Aさんは、弁護士との関係が崩れなければ、本人の意思で任意入院（入院原資があればそれをもとに、また、なければ生活保護を受けて）した可能性があるが、あくまで自己の意思によるものなので、Aさんの妄想がまだ収まらず、自己の服薬管理が期待できない等のために入院治療が必要であっても、Aさんが退院したいといえれば病院は退院を認めざるを得ない。本人の意思によらず親族による医療保護入院をさせることも可能であるが、入院に同意した親族と本人の関係が悪くなることもあるし、Aさんのように親族との関係が切れている場合、親族の同意を得られない。

後見人選任も、本人が手続委任状を出してくれればいいが、病識がない人が後見の必要性を感じることはまずない。親族が協力してくれればいいが、同意入院同様、協力が得られないことが多い

4 なぜ彼らは同意を拒むのか

福祉や医療を受ける同意を拒むのにはいくつかのパターンが考えられる。

「(精神) 障害者」と評価されること自体がスティグマとなり得る社会状況であり、「俺をきちがい扱いするのか」「僕は馬鹿じゃ無い」といった非常に強い反発が起きることもあるし、障害があるといわれることで自尊心が傷つく⁽⁷⁾

(7) 知的障害の疑いがある人の場合、能力の低さを馬鹿にされた経験を持っているためか、「僕は馬鹿じゃない」「僕はちゃんと高校（大学ということもある）を卒業しているんだぞ」等と言って反発をすることは多い。一方、発達障害はそれほどの抵抗を持たれないので、知的障害の疑いがある場合にも「発達に問題がある可能性がある」と言って障害の有無を判断するための診察につなげることもある。

こともあるだろう。また、精神科治療による入院の可能性がある場合には、治療が即、管理されること、嫌な思いをさせられることと感じて、拒絶をするということもある。

もちろん、弁護士や福祉専門職は、診断が支援につなげるための情報であってレッテルを貼るためではないことを理解させようとし、尊厳を守れるように説明することに心を砕いているが、それに納得してくれる人ばかりではない。とくに、治療＝管理と考えている人や、過去に心ならずも入院させられた人は、「病院」「治療」という言葉を聞くだけで過剰反応をすることがある。

5 裁判で治療を約束しても治療をしない

以前の駒大法曹でも指摘した⁽⁸⁾が、公判廷において、刑の一部執行猶予判決を得る目的で、特定の病院への入院や特定の回復施設への入所で医療やカウンセリング（DARC、NAなどの同じ問題を抱えた人とのピアカウンセリングも含む）等を受けることを約しておきながら、受刑すると前言を撤回し、家族のもとに帰住する希望を出し、帰住後には保護観察中、保護観察所のプログラムには（渋々）参加しても、保護観察期間終了後の治療的なアプローチを全く受けることなくスリップ（再度の薬物使用）する者は少なくない。判決で治療に言及しているのなら、保護観察の特別遵守事項に加えることができるはずだが、保護観察所は、「医療やカウンセリング等は自己の意思によるべきもので強制に馴染まない」と考えているようである。しかし、これでは、判決の感銘力が下がるだけでなく、更生支援計画書を作成して刑務所や保護観察所へも連

(8) 「更生保護実務上の問題点」駒大法曹 15号 180～184頁

絡先として通知してあった病院や回復施設⁽⁹⁾が、入院や入所の準備をしていた場合に、キャンセルによる損害を被ることもある。

また、Cさんのように、「一生懸命働けば薬物依存は治る」と信じている人は未だに多く、捜査官や公判担当検察官、裁判官ですらそういう人がいる。しかも、刑の一部執行猶予判決を下す裁判官の中には、受刑中に薬物離脱プログラムを受け、1～5年間の保護観察期間中、薬物依存回復プログラムを受けるのだから、そのような治療で寛解に持ち込めるという幻想を持っている人がいるように思われる。保護観察が終わった途端に薬物使用が始まる例は少なくなく、現在、保護観察所では、保護観察中に、社会内の治療・回復機関との結びつきを作ることが重要という考えが強くなっており、そのような指導を熱心にする保護観察官もいる。だったら保護観察の最初でやるべきことがあるだろうに。

第3 「金がない」という常套句 — 刑務所医療の構造的限界

同意がなければ医療や福祉につながらず、刑務所に行くことになる人もいる。上記A、Bさんがそうである。しかし、刑務所での治療は十分なものではない。

司法精神医学者の中には、「精神障害のある触法者が精神科医療に押しつけられている」という問題提起をする人がいる。しかしながら、「獄窓記（山本謙司）」（ポプラ社2003年）は、刑務所には、所内医療では対応しきれないほど重篤な障害者が送り込まれていると指摘したではないか。そもそも、刑務所医療がいかに貧しく不十分なものであるかについて、司法精神医学者は認識し得ているだろうか。この点の十分な共通認識をもったうえで、司法、医療、福祉が協力して福祉につなぐべき触法者、とくに精神障害のある触法者に対する今後の政策（刑務所改革もちろん）を考えていく必要がある。

1 法務省が抱え込む日本

我が国の刑務所の最大の問題の一つは、医療の貧しさにある。各刑事施設視

(9) 現在、裁判において更生支援計画書が作成された場合、被告人の同意のもとで、刑事施設、保護観察所に計画を引き継いでいる。その際、今後の協力のために連絡を受けても構わない者についても届け出ており、上記のように、薬物依存についての多くの計画は、入院院を受け入れる病院、DARCなどの回復施設の担当者・電話番号が記載される。

察委員会の意見書では、受刑者の医療への不満が毎年のように指摘されるなど、刑務所の医療には問題があることがつとに指摘されている⁽¹⁰⁾。

刑事施設の医療は、法務省の予算や管理のもとにある。刑事収容施設及び被収容者等の処遇に関する法律 56 条は、「刑事施設の長は、被収容者の健康管理及び衛生管理を行わなければならない。」とし、この規定に基づき、各刑事施設が医療の提供を行う。法務省予算は全体として非常に少なく、各刑事施設の予算も貧困である。刑事施設の運営費は「矯正費」として計上され、その中に「医療費」が含まれる⁽¹¹⁾。令和7年度の被収容者1人1日当たりの医療費は308円⁽¹²⁾であるが、医療施設では健康保険を利用せず、全額が国の支弁するものであることに注意が必要である。令和5年度の人口一人当たりの国民医療費は38万6,700円、前年度の37万3,700円に比べ1万3,000円、3.5%の増加となっているとのことであり、1日当たりに換算すると1059円となる。また、人口一人当たり国民医療費をみると、65歳未満は21万8,000円、65歳以上は79万7,200円となっており⁽¹³⁾、高齢者の医療費が高いことがよくわかる。

-
- (10) 例えば、「令和5年度 各刑事施設視察委員会の意見に対する措置等一覧」<https://www.moj.go.jp/content/001424861.pdf>。また、各地の弁護士会、日弁連に人権救済が申し立てられることがあり、日弁連は、直近10年をみると、平成29(2017)年には富山刑務所に対する勧告・要望 <https://www.nichibenren.or.jp/document/complaint/year/2017/170331.html> 令和2(2020)年9月には旭川刑務所に対する要望 <https://www.nichibenren.or.jp/document/complaint/year/2020/200915.html> を発出している。他にも、受刑者の人権に関する相談を受け、意見・提言を発出している特定非営利活動法人監獄人権センター（以下「CPR」という）には、医療に関する相談もあり、準看護師資格を持つ刑務官による「前さばき」で、診断がなかなか受けられない例があることを紹介している。 <https://prisonersrights.org/jail/letter/> 同センターは、「被収容者を支える人のためのヘルスケア・サポートガイド」を発行し、刑務所の医療水準の問題性を指摘するとともに、弁護士等の介入によって治療環境を改善できた例を報告している。 <https://prisonersrights.org/cpr-cms/wp-content/uploads/2021/07/support.pdf>
- (11) 施設運用については、光熱費の不足から夏の酷暑や冬の極寒が指摘されており、職員の勤務場所の安全という意味でも大きな問題となっている。
- (12) 刑政136巻5号63頁
- (13) 厚労省「令和5(2023)年度国民医療の概況」国民1人当たり医療費について1頁、65歳未満とそれ以上との比較について5頁 <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/23/dl/R05kekka.pdf>

刑務所の医療費は、上記の国民一人当たりの医療費の3分の1以下であり、受刑者が高齢化していることを考えれば、この医療費では到底足りないであろうことは想像に難くない。医療費は本当に微々たるものである。

刑務所医療費の貧しさは、医師不足を招き、その点が平成26年の矯正医療の在り方に関する有識者検討会でも指摘された⁽¹⁴⁾。

また、刑務所医療の電子カルテ化も進められているが、令和6年度補正後の「法務省施設費」には約4,436億円が計上され、その中で医療専門施設整備費は185億円程度であり、全ての施設にシステムが入るまでには相当の時間がかかりそうである。医療の専門性のある施設として、東日本、西日本にそれぞれ成人矯正医療センターが設けられ、透析設備などを災害医療に活用すべく自治体と協議するなどしており、高度医療に対応できる設備がある。が、疾病を持つがセンターに入所できない受刑者は、高度な設備を持たないその他の刑務所の医療を受けなければならず（重篤になると医療センターに移送されることもあるが）、しかも、各刑務所では、診察を申し込んでも受診希望者が多く長期待たされ、投薬を受けられないことも多く、慢性疾患があり社会で投薬を受けていた薬剤の処方をも求めても施設に当該薬剤の準備がない等として処方を受けられないことも多々ある⁽¹⁵⁾。精神障害者の場合、自分の体質、症状に合う薬剤に巡り会うまで大変な思いをしていることが多いのだが、刑務所では「施設にある薬を処方する」ため、精神症状の悪化や悪化を恐れるストレスにさらされることが日常的に起きている。疾病や障害に対応する装具が使用できない（金属が入っていると使用許可が下りないなど）こともある。

(14) 「矯正施設の医療の在り方に関する報告書 ～国民に理解され、地域社会と共生可能な矯正医療を目指して～」 <https://www.moj.go.jp/content/000118361.pdf>

ここでは指摘されていないが、十分な薬剤や予算がない中で診察をするストレスも医師の定着しない原因ではなからうか。

(15) 難病認定されている人について、「刑務所では検査ができない」として、認定が切れ、難病に対応する投薬がされないといった取扱もある。当職は、全身性エリトマトーデスのためステロイド剤投与を受けていた受刑者が、同病の検査指標を検査していないにもかかわらず「健康診断において異常なし」という医師の判断で、ステロイド投与を止められそうになり、内容証明を发出するなどして従前どりの医療を受けられるようにした経験がある（国選で弁護した人へのただ働きであった）。

刑務所は、医療を受けて健康を保持しながら生活できる環境とは到底いえない。刑務所で健康を害してしまっただけでは社会復帰どころではないのに、である。

2 保健医療のシステムに組み込まれたヨーロッパの国々

世界保健機構（以下「WHO」とする）は、全ての人に到達しうる最高水準の健康の享受をすることが基本的権利であるとうたっている⁽¹⁶⁾。そうすると、当然、受刑者も一人の人間である以上、そのような医療を受ける権利があるはずであり、国連被拘禁者処遇最低基準規則（マンデラ・ルール）24条は

1. 被拘禁者に対するヘルスケアの提供は、国家の責任である。被拘禁者は地域社会において利用可能なものと同水準のヘルスケアを享受し、かつ、その法的地位に基づく差別を受けることなく、必要とするヘルスケア・サービスに無料でアクセスできなければならない。
2. ヘルスケア・サービスは、一般保健行政との緊密な連携の下に、かつ、HIV、結核その他の感染症や薬物依存症に対するものを含め、治療およびケアの継続性を確保する方法により、組織されなければならない。

同26条は、

1. すべての刑事施設には、特別なヘルスケアのニーズを有し、あるいは社会復帰の妨げとなる健康問題を抱える被拘禁者に特別な注意を払いつつ、被拘禁者の身体的及び精神的健康を評価し、守り、改善することを任務とするヘルスケア・サービスが整えられるものとする。
2. ヘルスケア・サービスは、十分な資格を有し、臨床において完全に独立して行動する人員を擁した多分野にわたるチームにより構成され、かつ、心理学及び精神医学に関する十分な専門知識を含むものとする。資格を

(16) 世界保健機関憲章は、前文で「この憲章の当事国は、国際連合憲章に従い、次の諸原則がすべての人民の幸福と円満な関係と安全の基礎であることを宣言する。健康とは、完全な肉体的、精神的及び社会的福祉の状態であり、単に疾病又は病弱の存在しないことではない。到達しうる最高基準の健康を享有することは、人種、宗教、政治的信念又は経済的若しくは社会的条件の差別なしに万人の有する基本的権利の一である。」としている。https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=97100000&dataType=0&pageNo=1

刑事司法で福祉、医療につながる「同意」に代わるモデルの検討

有する歯科医のサービスは、すべての被拘禁者にとって利用可能とされなければならない。

としている。

WHO ヨーロッパ事務局は、ヨーロッパ地域の刑務所医療の現状を把握し、WHO ガイドラインとの整合性を検討することを目的とし、WHO ヨーロッパ地域（36～39 か国）のデータを収集（刑務所人口統計、医療提供体制、感染症予防、治療、死亡率など網羅的である）したうえで、刑務所医療の管轄を保健省に移すことの重要性を強調する報告書⁽¹⁷⁾を作成している。報告書では、国民の健康の権利の平等性を説き、刑務所内の医療は、地域社会の医療と同等でなければならないとする。また、管轄の在り方についても、矯正に関する官署ではなく、保健、医療に関する官署であるべきで、医療スタッフは刑罰には関与せず、独立した立場で診療を行う必要があり、刑務所医療は国の保健政策に統合されるべきとする。こうすることで、治療の継続性と治療の刑罰からの独立性が確保できるというのである。

例えば、フィンランドでは、刑務所医療を保健省（社会保健省）に移管しており、独立した医療機関（VTH）が刑務所内で診療を担い、地域医療と統合されている。ポルトガルでは、司法省と保健省が協働する形で刑務所医療が運営されている。イングランドでは、保健省（NHS）が刑務所医療を全面的に担当している。

なお、保健省管轄となっているのはフィンランド、フランス、イタリア、ノルウェー、スペイン（カタルーニャ、バスク）、スイスの一部州、英国など 13 か国とコソボ。矯正官署と保健省が共同で担当する国が、マルタ、ポルトガル、トルコの 3 か国で、まだ法務省管轄の国のほうが多い⁽¹⁸⁾。

また、上記報告書では、先進的取組として、電子カルテ・ICT 活用により、受刑者の診療記録を地域医療と共有できる仕組みを導入し、出所後も治療が途切れないように設計されていること、刑務所医療の質をチェックする第三者委

(17) 『Organizational Models of Prison Health』 (2020) <https://www.who.int/europe/health-topics/prisons-and-health>

(18) Van Hout, M.-C. et al., 「State of transition to Ministry of Health governance of prison healthcare in the Council of Europe region」 Frankfurt University of Applied Sciences, ISFF, 2023 (https://www.frankfurt-university.de/fileadmin/standard/ISFF/Poster_Ministry_of_Health_Van_Hout_et_al.pdf)

員会を設置し、透明性を担保していること、HIV、結核、肝炎などの感染症について、刑務所を「公衆衛生の重要拠点」と位置づけ、予防・治療を強化していること、精神障害を持つ受刑者に対して、診断名を明確にし、福祉的支援へつなげる仕組みを導入していることなどがあげられている。

6 厚労省管轄への移管をすべきである

我が国において刑務所医療の予算がないのは、法務省矯正局下の刑務所医療の構造的限界を示すものである。法務省予算自体が極めて貧しく、庁舎の建て替えはままならず、他国と比べて矯正職員が少ないため、1人の職員が抱える受刑者の数が多い。しかも、このただでさえ貧しい予算から、刑務所の秩序と人権保障の調整を担うための刑務官のウェアラブルカメラの導入や、拘禁刑導入に伴う外部スタッフの確保等を行わなければならないのであり、受刑者全員に関わる食費や光熱費さえままならない現在、「医療まで金が回らない」のが実情である。

刑務所は人が立ち直るための場所であり、刑事施設収容法1条は、適正な施設管理とともに、被収容者の人権を尊重しつつ、これらの者の状況に応じた適切な処遇を行うことを目的として掲げているところ、満足な医療が受けられないことは、まさに人権侵害というべきである。予算も医療専門家も不足している地域医療（僻地医療）と刑務所医療のアナロジーを説き、刑務所は「無いなりに」努力すればいいと言う者もいる⁽¹⁹⁾が、地域医療においては、定期的な身体検査で疾病の早期発見をして早期治療を図り、運動や栄養摂取、口腔衛生等についての十分な情報提供をし、それに基づいて個人が十分にそれらを実現する機会が保障されている。何より、自分の体に違和感があれば直ちに医療にアクセスする自由がある。しかし、刑務所はそうではない。健康に関する情報提供や教育の機会は全く無いに等しく、運動時間や食事のメニューが施設で決められており、運動器具や食品・医薬品等の購入が許されていないのだから、受刑者一人一人が、その才覚で自分の健康を管理することが困難な環境なのであるし、医師の診断を受けるにも願箋を提出し、長期待たされる（上記注10記載のCPRが指摘する準看護師資格を持つ刑務官の「前さばき」の点は置いておくとしても、医師の数に比した多数の診察希望者がいることから、即日治療を受けられないことも多い）環境は

(19) 法務省措置等検討委員会における、医療関係委員の発言がそのような趣旨だった。

社会と異なることを認識すべきである。地域医療と刑務所のアナロジーを説くのであれば、健康に関連する、運動、栄養等も含めた情報提供や教育を行うとともに、運動や栄養摂取等も含めた詳細な個別の指導プログラムを作るべきであるが、それこそ人手と手間のかかる作業となろう。刑務所が医療を抱え込むことの合理性はなく、単に、それは「過去そうであったから」というにすぎない。

厚労省の医療予算は膨大で、年間 50 兆円規模であり、健康保険料で約 5 割、国と地方の公費で約 4 割、患者の窓口負担で約 1 割で賄われる。

受刑者に住民票を一にする家族がいれば、世帯収入で健康保険料が決まるところ、家族が保険料を負担して受刑者に健康保険を利用させることができる。また、受刑者に家族がない、あるいは、受刑者の収入しかないとすれば、受刑中は収入が途切れるのだから、世帯収入ゼロのとき、4～8 万円程度の保険料がかかるところ、受刑者が金銭を持っていればそこから指定された保険料を支弁させればいいし、金銭を持たず、作業報奨金でも賄えないのなら、減免申請する方法⁽²⁰⁾がある。受刑者の中には、住民票が削除された人、失踪宣告をされた人もいるが、住民票削除がされたなら、帰住を希望する住所や刑務所所在地で住民票の登録をすればよいし、失踪宣告については、在所証明によって容易に取消できる。もち

(20) 総務省は、「刑事施設に収容されている者に対する国民健康保険等の保険料の減免に関する取扱いの周知の促進 ー行政苦情救済推進会議の意見を踏まえたあっせんー」をし、「被収容者の刑事施設出所後の社会復帰を円滑にし、もって、再犯防止にも資する観点から、厚生労働省は、国民健康保険及び介護保険に関して、条例参考例に被収容者に対する保険料の減免規定を記載することを検討するとともに、①の措置を講じ、各保険制度について②の措置を講ずる必要がある。① 被収容者の保険料の減免の要否について、国民健康保険については都道府県において、また、これまでその検討が行われていない国民健康保険及び介護保険の運営主体である市町村において、それぞれ必要に応じて検討が行われるよう、次の i) 及び ii) について情報提供すること。
i) 市町村は条例により被収容者に対する保険料を減免することができること。
ii) 国民健康保険の保険料の減免基準を設けている、あるいは検討している都道府県があること。
② 被収容者に対し、刑事施設に収容された際に、国民健康保険、後期高齢者医療及び介護保険において保険料を減免している運営主体があること並びにその場合の各保険料の減免手続について周知が行われるよう法務省に協力を求めること。」とする。
https://www.soumu.go.jp/main_content/000474378.pdf しかし、刑事施設でかような周知がされているという情報は全く無いし、刑務所の受刑者への手引き等にも言及はない。

ろん、帰住を希望する所や刑務所の所在する自治体には、財政基盤が脆弱なところもあり、住民票登録を拒む場合も生じ得るが、そのような場合、財政的基盤の強い大規模庁への移送が可能だし、そのような庁や管区事務局への「寄留」も考えられるのではないか。受刑者を医療費における国民皆保険に組み込むことは可能である。

現在、刑務所の医師の確保すら非常に困難であるところ、刑務所医療先進国のように刑務所を地域医療に組み込むことは難しいかもしれない。だが、厚労省移管をすれば、刑務所の医師と47都道府県に所在する国立病院機構との協同やインターネット診療の試行など、諸機関を巻き込む新たな試みができるはずである。刑務所医療を厚労省移管し、受刑者を国民皆保険に組み入れることは制度改革として必須と考える。

しかし、このような試みは、刑務所医療を充実させるための方策ではあっても、治療しようとする意思を持たない者への対応たり得ない。

第5 犯罪をしたことを契機とした意思を擬制する制度の提案

刑罰は、社会の秩序を維持するための最終手段 (ultima ratio) であり、他の手段が効果があればそれを行うべきで、効果がない場合にはじめて適用されるべきものである。刑罰の目的には、一般予防と特別予防、応報があり、特別予防の目的とは改善・更生・社会復帰の実現である。一般予防は、国民への警告効果であり、応報は犯罪をした人に責任に見合う苦痛を与える趣旨であるが、我が国においては、近年この2者を重視して、犯罪化、重罰化によって国民の行動の制御や社会秩序の維持を図ろうという力動が強まっている。しかし、一方では、従来の刑罰では再犯を止めることはできないことから再犯防止推進法が制定され、懲役・禁固刑から拘禁刑という大きな改正もなされており、改善・更生・社会復帰の重要性があらためて認識されている。刑罰が謙抑的でなければならぬという大原則は譲れないものであり、他に選び得る最適解を見いだすのが国の務めである。

1 診断の制度化

上記のとおり、福祉の中でも障害者、高齢者福祉につながるためには、医師の診断が不可欠である。留置施設、刑事施設において、医師が障害に関する診

断、治療をし、診断書を福祉専門職や弁護士（弁護人あるいはよりそい弁護士）に釈放までに交付してくれると、医療や福祉（障害者福祉だけでなく、認知症の関係で高齢者福祉にも関係する）との連携、後見人選任等が効率的にできる。なお、現在の拘置所における精神科医療には恣意性が疑われる。先般、治療反応性を理由に、責任能力が否定された事例が現れたことが原因と思われるが、責任能力を争っている場合、「本人が治療を拒否している」等として、治療がなされずに放置されている疑いが持たれる⁽²¹⁾。拘置所職員のマインドは、「検察庁から身柄を預かっている」というものであり（被疑者の手紙が検察官に流れた事例⁽²²⁾すら存在する）、証拠隠滅や逃亡を避けるために身体を拘束するのが未決勾留だとの認識が絶対的に欠けているのではなかろうか⁽²³⁾。留置施設で、薬物依存の治療を受けていた被告人を、その病院まで予約していた日に通院させて治療を継続した例もあり（おそらく拘置所にはそれに対応できる車両、人員の余裕がない）、かような好例を増やす努力が必要だろう。

弁護人が検察官に依頼し、検察官からさらに留置施設、拘置所等に依頼する形での試行を経るので構わないから、未決勾留中の「今後の医療・福祉につなげるための診断」を制度化すべき⁽²⁴⁾である。

診断名がつき、それが電子カルテ化されれば、現在の紙媒体による「診療情報」の共有による地域医療への移行よりも、情報の正確性や共有の迅速性も高まる。

ただ、このような制度を作っても、「私は診断を受けない」という者への診断や治療はできない。

-
- (21) 当職の担当した責任能力を争っていた事件で、判決期日が決まったとたんに治療が開始され（それまでの施設の回答は「被告人が治療を拒んでいる」ということだった）、抗精神病薬を服薬するようになった途端に被告人と意思疎通が円滑にできるようになった（治療までは妄想等のために意思疎通ができない状況だった）経験がある。
- (22) 拘置所で弁護人と被告人の間の手紙が謄写され検察側証拠となったことが問題となった大阪地判平成12年5月25日（判時1754、102）
- (23) 「未決勾留」に対する刑事施設の理解は十分とはいえない。視察委員が、意見書で未決勾留者の無罪推定について説いても、「無罪推定とは検察官の立証責任のことを言う」等と頓珍漢な回答をして平気な施設もある。
- (24) 受刑者については、出所時に刑務所長発行の診療情報を共有することが可能となっている。

2 オーストラリアビクトリア州における社会内矯正命令

オーストラリアのビクトリア州においては、裁判所が、知的障害者に対して社会内矯正命令を出すことができ、その際、州の障害サービス部門に再犯防止に資する福祉サービス利用計画の提出を命じる。計画作成に対しては、被告人や家族などの関係者に聞き取り調査をし、その他の記録類を検討したうえで、犯罪に至った経緯、障害と犯罪行為の関係、過去の福祉サービスの利用状況等をアセスメントし、その結果が文書化されて裁判所に提出される。裁判所は、社会内矯正命令を宣告し、計画の内容が適切と認めれば、計画書の記載内容が社会内矯正命令の遵守事項の一部となり、命令が終了するまでの間、保護観察官が社会内矯正命令の執行状況を監督し、並行して州障害サービス部門がその計画をもとに対象者の支援をする⁽²⁵⁾。

福祉部門と司法部門とが連携し、司法制度の中に福祉への架橋を組み込み、保護観察所を監督機関として位置づけ、支援自体は福祉が行うというものである。

3 我が国でかような命令を制度化する方策について

措置入院は、自傷他害のおそれがある者について、2名の精神保健指定医判断が一致した場合、都道府県が入院を措置するものである（精神保健福祉法29条）。この制度の最大の問題は、「自傷他害のおそれ」の存在のみで対象者の意に反してでも強制的に入院させる措置がとれる点にある。

現に犯罪を犯した者に対して、刑罰に代わる治療を命じる場合には、単なる「おそれ」に留まらず、現実の法益侵害がある点が大きく異なる。前科による資格制限等が生じる刑罰よりも、入院の人権侵害性のほうが低いはずで、犯罪を契機として治療につなげることが不当とは思われない。しかも、刑事裁判の中に治療命令を組み込むなら、治療命令を決定した判断への不服申立や、それに対する弁護人の助力を保障できるので、人権保障の面で大きなメリットがあると思われる。責任能力がない等の場合には医療観察法があるが、それと同等

(25) 水藤昌彦氏の「司法と支援の連携—国際比較と地域での回復支援の観点から—」（法と心理 21-2 21 頁以下）、「犯罪行為者処遇における刑事司法と福祉の連携のあり方についての国際比較—オーストラリアとの比較において—」（犯罪社会学研究 39 号 38 頁以下）等に詳細な記載がある。

かそれ以上の適正な手続きがあれば裁判所の「代諾」といえる判断を認めても不合理ではあるまい。また、福祉を拒絶する者に対しても、福祉計画を判決の中に組み込むことは、刑務所よりも社会内での処遇を行うという、より権利侵害性の少ない方法であるというだけでも実施する価値がある。

ではどのような方法で治療や福祉を命じるか。アセスメントに基づき、適切な計画を作成し、その計画策定をもって代諾とする、慎重な手続きが必要であるところ、我が国においては、福祉施策について地域的なばらつきがあるうえ、未だ触法障害者に対する理解が自治体の福祉部門でも十分ではないため、再犯防止推進計画に基づいて、自治体への啓蒙なども行われているのが実態である。そこで、一案として、裁判所に、医療や福祉への橋渡しをするための「連携委員会」（仮称）を置くことを提案する。その構成は、医師、心理専門職、福祉専門職、弁護士⁽²⁶⁾をコアメンバーとし、心理専門職は知的障害、発達障害等のスクリーニングをするとともに被告人の生活、事件時における精神的・心理的問題について分析し、医師が診断に基づく治療計画を、福祉専門職が福祉的な更生支援計画を作成し、計画が人権侵害性を有さないかどうかを弁護士が検討する⁽²⁷⁾。もちろん、被告人の意見聴取も組み込むべきだが、その際、治療や福祉の計画に同意がない場合であっても、委員会が作成した計画を裁判所に提出し、検察官、弁護人の意見を聞き、裁判所がそれに基づいた医療ないし福祉計画に基づく医療や福祉を受

(26) 検察官であると介入的になり過ぎる危険があるし、裁判官だと判断者としての立場と矛盾する。また、当該事件の弁護士は「連携」への不服申立に関わる可能性があるので、決定機関からの意見聴取は必須としても、その委員としないほうがよいと考える。

(27) 「連携委員会」については、「入口支援」について、平成25～6年度に、宮城県、和歌山県、滋賀県、鳥根県、長崎県で試行された調査支援委員会がヒントになった。弁護士・検察・裁判所等からの依頼に基づき、精神科医や福祉の専門家によって構成された調査支援委員会が、①対象者の障がい特性や成育歴等を精査し、②ニーズのアセスメント、サービスの助言を内容とする処遇プログラム等について依頼者に報告を行った。https://www.airinkai.or.jp/kenkyu_pdf/2013/2013_2/h25/houkoku_h25.pdf いわゆる入口支援のためには、この方式には機動性がないとして、現在では、各地で、定着による支援、検察庁と連携した社会福祉士等による支援、弁護士会と福祉専門職の連携による支援が中心となっているが、公判請求された事件であれば、ある程度の時間をかける余裕はある。

また、事件によっては医療計画のみ、福祉計画のみを検討は十分よいこともあり、事件を担当する委員会構成はフレキシブルに考えてよいのかもしれない。

けることを義務付ける判決をすることが考えられる。

連携委員会の医師が被告人の診断をすることも考えられるが、責任能力の鑑定医に診断名の付与までを鑑定事項とし、その診断名は医療・福祉連携のための最低の情報として位置づけることも可能だろう。また、福祉専門職による計画策定については、弁護人の依頼した福祉専門職や検察庁と連携する社会福祉士による更生支援計画を参照することも認め得るのではないかと。当面の間は、地域の情報を上げる一つの有効な手段と考えられるからである。

裁判所の判断は、中間処分としての宣告猶予をして福祉や医療を試行する方法と、最終処分としての執行猶予付判決の条件として計画を組み込む方法のいずれかと考えられるが、後者のほうが、現行の手續きとの違いが少ないし、被告人の負担は小さいのではないかと。猶予中に計画の修正に対応できるよう、上記委員会が、地域での支援者や本人、本人の代理人（弁護士か）からの聴取などにより情報を収集し、裁判所の変更許可決定を得ることも考えられるべき方策であろう。

判決で計画に従うことを条件とするのだから上訴が可能であり、不服申立の制度も完備される。

2 人権侵害を除くための手續き二分

障害のある人の事件では被誘導性の高さによる虚偽自白等による冤罪の可能性がある。無辜の処罰は許されない。障害があるから支援に結びつけることは本人のためだ、と安易に考えるのではなく、事実認定の手續きと計画策定などの状況に関する手續きを二分すれば、この点への懸念は払拭できるのではないかと。

3 受け入れた地域でのチームの形成

裁判所が計画を義務付けるようになった場合、地域での支援体制を充実させる必要がある。

英国では、知的障害・発達障害を持つ触法者に対して 地域ベースのフォレンジックチーム を設置している (Community Forensic Learning Disability Teams (CFT)。以下 CFT とする)。入院にも刑務所にもなじまない人に対して、地域での行動支援・リスク管理をし、心理教育、行動療法、生活支援、家

族支援を組み合わせた専門チームが作られている。これは、地域の福祉サービスと司法の中間に位置づけられており、CFT 利用者 70 名について、再犯率の低下が報告されているという⁽²⁸⁾。

障害のある触法者の人に対しては、多面的な支援が必要であり、我が国においても、自治体の福祉部門だけでなく、地域の保健所、病院、支援事業所などの福祉専門職、場合によっては弁護士の支援も必要となる。福祉施設等に触法障害者が入所することは少なくない。貧困者支援、とくにホームレスの支援を行っている施設の場合には、障害を抱えた触法者へのノウハウを持つ施設も少なくない。そのような施設や、保健師、社会福祉士、精神保健福祉士、医師、看護師、弁護士⁽²⁹⁾といった多職種での連携をした、日本的なフォレンジックチームを作ることができれば、多面的な見方や支援が可能になるのではないかと。

また、現在、保護観察官は、支援と監督の両方の業務を行っているが、かような計画に基づく支援に関しては、支援を上記のチームに任せ、監督の業務に徹するほうが現実的であるように思われる。一方、地域支援のメンバーとして、上記チームに保護司が入ることも考えられるが、障害特性等に配慮して適切な対応がとれる保護司を選定する必要があるところ、その点は困難と思われるし、地域での包摂のために1人（あるいは複数選任であったとしても）で動くのは荷が重すぎるのではなからうか。むしろ、上記チームと保護士会（の分区会や委員会）が定期協議をする方法のほうが地域の理解を深めるための現実的な対応と思われる。

4 受け入れる場所をどうするか

英国のモデルは、主として、病院でも刑務所でもない中間施設を活用しているようである。

(28) Browning, M., Gray, R., & Tomlins, R. 「A community forensic team for people with intellectual disabilities」 *Journal of Forensic Practice*, 18(4), 274-282. <https://doi.org/10.1108/JFP-02-2016-0012>

(29) 触法者は多重債務などの法的問題を抱えていることが多く、不当な差別など、法律家が介入すべき事態も生じ得る。判決後支援の弁護士の活動については、兵庫県、愛知県、札幌、大阪、広島、東京3会等の10都道府県の弁護士会が「よりよい弁護士制度」として、弁護士会からの費用助成を行っている。第一東京弁護士会では、福祉専門職と連携する場合の費用支弁も行っている。

日本でかような制度のために中間施設を作るのは困難だろう。保護観察所が国立の更生保護施設構想をぶち上げたものの、地域の理解を得ることができず計画が頓挫し（京都）、あるいは、職場への送迎をするなどして逃走を防止するなど、まるで刑務所のような規則を持った施設（北九州、福島）しか作れなかった苦い経験がある。和が国では障害者施設や刑事施設、更生保護施設は迷惑施設扱いである。

入口支援、出口支援において、更生保護施設や自立準備ホームだけでなく、犯罪をした障害者を受け入れている福祉・介護施設が存在しており、かような協力を得られる施設を増やしていくことが重要課題である。また、再犯防止推進計画の中で、居住支援法人や公営住宅の利用による居住支援がうたわれているところ、そのような場所で住居を確保することは可能である。「中間施設もなしに、フォレンジックな支援はできない」と考えるべきではあるまい。

5 受刑者への同意に代わる措置

刑務所で、精神障害のある受刑者の同意がない場合（病識がない、症状が激しすぎる等の理由が考えられる）、同意に代わる決定を行う第三者委員会を設けることが考えられる。委員には、刑務所の外部の（精神科）医師、弁護士、福祉専門職などが考えられ、治療の必要性や本人の利益、強制する治療方法の妥当性をチェックすることが考えられる。もちろん、治療に導くアプローチを段階的に考えるべきで、まずは心理教育、環境調整などの説得的な手段を試み、症状が重いために受刑者や職員、他の受刑者への著しい不利益がある場合には、この委員会の承認による薬物治療などの積極的な治療的介入を行うことになろう。そして、このように強制的に治療的な介入が行われた後には、定期的に委員会がレビューし、症状改善の有無や受刑者本人の意思などを確認して、可能な限り受刑者本人の自発的な治療へと移行していくよう図るべきであろう。

追記

本来であれば、責任能力のあり方も含めて検討できればよかったのだが、時間が足りず検討に至らなかった。責任能力がなく不起訴になった等の場合には、医療観察法による手厚い医療を受けられるが、責任能力があるものとして実刑が科されれば、刑務所の貧しい医療しか受けられない。これは天国と地獄以上の差がある。「責任能力」という病院か刑務所かの入口を左右する部分の検討は必須であったと考えている。

なお、府中刑務所長西岡慎介氏は、病識がなく治療を拒む受刑者に対して、第三者委員会的な本人の意思代替手段を構想し、服薬治療等につなげる方策を模索しておられる。末尾の刑務所医療の同意に代わる決定については、同氏のアイディアに大きな示唆を得た。西岡氏に謝意を表するものである。