

平成 14 年度厚生労働科学研究費補助金
(厚生労働科学特別研究事業)

欧米諸国における触法行為を行った
精神障害者に関する精神医学的評価
に関する文献的研究

報告書

平成 15 年 3 月

主任研究者 五十嵐 禎人

目 次

はじめに

I. 総括研究報告

欧米諸国における触法行為を行った精神障害者に関する精神医学的評価に関する 文献的研究-----	3
五十嵐 禎人（東京都精神医学総合研究所）	

II. 資料

1. イギリスにおける触法精神障害者の処遇と危険性の予測-----	17
2. ドイツにおける危険性の判定-----	29
3. フランス司法精神医療における再犯予測-----	41
4. オランダにおける触法精神障害者に対する精神医学的評価-----	49
5. 大韓民国における触法精神障害者の処遇制度と危険性の判定-----	93

厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）

総括研究報告書

欧米諸国における触法行為を行った精神障害者に関する 精神医学的評価に関する文献的研究

主任研究者：五十嵐 禎人（東京都精神医学総合研究所）

研究要旨：「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」で必要とされる触法行為を行った精神障害者に関する精神医学的評価に関して、イギリス、ドイツ、フランス、オランダ、大韓民国における評価の現状について調査・検討した。結果として、触法精神障害者とは、刑罰法令に触れる行為を行った触法者としての側面と治療や介護を必要とする精神障害者としての側面の2面性をもった存在である。重大な他害行為を行った精神障害者が呈する他害や再犯の危険性を除去するためには、刑事司法と精神科医療が、それぞれの本来果たすべき役割と機能をふまえた役割分担を行う必要がある。そうした司法と精神科医療の役割分担を考えると、危険性をdangerousness（範疇的現象）とrisk（次元的現象）とに分けて考察することが有用と考えられる。

研究協力者

田口寿子（都立松沢病院）

趙 晟容（誠信女子大）

平野美紀（日本学術振興会）

因となった精神障害のために再び対象行為を行うおそれ」の有無の判定、すなわち再犯の予測やリスク・アセスメントの内容や精度が議論の焦点の1つとなっていた。その後の衆議院における審議の過程で、「再び対象行為を行うおそれ」は「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にこの法律による医療を受けさせる必要があるか否か」へと修正された。しかし、欧米諸国をはじめとした諸外国における新法類似の制度を概観し

A. 研究目的

平成14年3月に政府が提出した「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（案）」（以下、新法）については、「継続的な医療を行わなければ心神喪失又は心神耗弱の状態の原

てもわかるように、新法に基づく新たな司法精神医療を受けさせる必要性の有無の判定をするためには、再犯の予測やリスク・アセスメントは引き続き重要な課題であると考えられる。

20年前の保安処分論争以来、わが国においては、再犯のリスクや自傷他害の危険性の評価に関する研究はほとんど行われておらず、この間の欧米諸国におけるリスク・アセスメントをめぐる議論や研究等の急速な発展の状況についてもほとんど紹介されてきていない。こうした状況を踏まえ、欧米諸国を中心として、司法精神医療や触法精神障害者の処遇をめぐる法制度の中で必要とされる精神医学的評価における、再犯のおそれをはじめとしたリスク・アセスメントに関して、マニュアル・ガイドラインをはじめとした具体的な評価の方法・指針について紹介し、また、リスク・アセスメントに関連した実証的な研究や評価尺度について文献を幅広く収集し、比較・検討することを通して、現時点での諸外国におけるリスク・アセスメントについての基本的な方法論を明らかにし、よって、わが国の新法をめぐる議論や新法成立後の司法精神医療において必要とされる精神医学的評価方法の確立のために資することを目的として研究を行った。

B. 研究方法

イギリス、ドイツ、フランス、オランダ、大韓民国の5カ国を対象として、これらの国の司法精神医学・司法精神医療の専門家か

らの聞き取り調査、ならびに、これら諸国の触法精神障害者の処遇に関する法制度や司法精神医学・司法精神医療の現状に通暁している法学者ならびに精神科医を研究協力者として、これら諸国における再犯のおそれやリスク・アセスメントに関する情報や資料・文献の調査・収集を行った。

まず、これらの国における触法精神障害者の刑事司法システムから精神保健医療システムへの移送に関する法制度について調査した。わが国の新法の規定を踏まえ、重大な触法行為を行った精神障害者で、責任無能力（心神喪失）ないしは限定責任能力（心神耗弱）と判断された者の、司法システムから精神保健医療システムへの移送手続きや移送ないし処分の要否に関する判断の方法、治療処分開始後の治療状況のモニタリング体制や処分解除にあたっての判断基準やその判定方法などを中心に調査した。

ついで、移送手続きや治療処分に基づく治療の過程において、精神医学的アセスメント、特に再犯のおそれをはじめとしたリスク・アセスメントが必要とされる場面を同定し、そこで精神科医に要求されるアセスメントの内容（いわゆる鑑定嘱託事項）を明らかにした。

さらに、これらの国における、再犯のおそれをはじめとした精神医学的リスク・アセスメントの具体的手法について明らかにするために、これらの国の司法精神医学・司法精神医療の現場で使用されているリスク・アセスメントのためのガイドライン・マニュアル、司法精神医学の教科書や精神

鑑定書記載の手引き書、裁判所や行政当局の発行しているガイドライン・マニュアルなどを中心に資料を収集し、触法精神障害者の処遇をめぐる法手続きの中で求められる精神医学的リスク・アセスメントにおいて用いられている標準的な評価方法や判定の基準、考慮されるべき要因を検討した。

C. 結果と考察

対象とした5カ国における重大な触法行為を行った精神障害者の精神保健医療システムへの移送に関する法制度は以下のとおりであった。ドイツ、韓国では、刑法に規定される保安処分（それぞれ精神病院収容処分、治療監護処分）、オランダでは、刑法と特別法（精神病院収容法ないしはTBSに関する監護法）による精神病院収容処分ないしはTBS処分、イギリスでは、責任無能力者と訴訟無能力者に関する刑事訴訟法と精神保健法による強制入院命令と拘束命令、フランスでは、刑法と精神保健法による職権入院である。このうち、フランスの職権入院は、わが国の措置入院制度と同様に、司法の関与しない制度である。

フランス以外の諸国の、移送・処分の法的要件は、基本的には、①（重大な）触法行為の事実、②刑事責任能力の減免ないしは、精神科における強制入院の必要性（イギリスのみ）、③公共に対する重大な危険性の存在、の3つの要素から構成されていた。また、これらの国における法制度の変遷や運用の実態からは、ここでの危険性の要件は、事実上、処分の対象者をより限定する

ために機能していると考えられた。

司法の関与しないフランスを除き、処分開始の決定は裁判所がおこなっていたが、処分条件の変更（例えば、入院処分から通院処分への変更）については、イギリスでは行政（内務省）の判断で行われていた。精神保健医療システムへの移送手続きの過程で、精神医学的リスク・アセスメントが求められるのは、処分開始時、処分条件の変更時（例えば、入院処分から通院処分への変更）、処分解除時の3つに大別される。処分開始時のアセスメントは、通常、刑事責任能力に関する鑑定の一環として行われ、処分の必要性や危険性、今後の処遇に関する鑑定意見として提出される。処分条件の変更や処分解除の判定については、いずれの国においても、治療にあたる精神科医の報告に基づき、第三者機関が関与していた。司法の関与しないフランスを別として、いずれの諸国においても再犯の危険性の判断は医学的な報告に基づき、しかし、最終的には、裁判所・行政機関などによる規範的判断によって行われていた。

かつての保安処分をめぐる議論においても、今回の医療観察法をめぐる議論においても、触法精神障害者の危険性、特にいわゆる再犯（政府案では、「再び対象行為を行うおそれ」）の予測可能性が議論的となったが、この問題について考えていく場合に、危険性をdangerousnessとriskとに分けて考えることが有用と考えられた。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、

「あり」か「なし」かの二分法によって判定される範疇的現象である。これに対して、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なわれる一種の確率（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）的な危険性の判定であり、連続量として測定される次元的现象である。

古代より、患者の疾病の予後や病状の予測は、医師の重要な責務の一つであり、精神科医療における病状の予測や治療的介入の重要な目標の一つが、精神症状に基づく患者の自傷・他害の防止にあるということも明らかである。実際の、強制入院、退院、外出、外泊などの判断には、それが明確に意識されるか否かは別として、こうした患者の精神症状に基づく自傷・他害の危険性の評価が含まれているのである。つまり、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）が含まれている。そして、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・マネジメントにはほかならない。

リスク・アセスメントによって評価される危険性（risk）はあくまでも確率的な連続量であるが、実際に、リスク・マネジメントのために行われる治療的介入は、「する」か「しないか」の二者択一的判断である。したがって、次元的现象であるriskのどこかに区分点を設けて、範疇的現象であるdangerousnessへと変換する必要がある。通常、医学では、こうした次元的现象

（たとえば血圧値）を範疇的現象（たとえば高血圧症として治療の対象とするかどうかの判断）へと変換するための閾値の設定は、その治療的介入の効果を多数の人を対象とした科学的に厳密な方法論に基づいて行われた研究によって検証し、その結果を分析して導き出されるものである。しかし、こうして設定された閾値は、個人に対する治療的介入の効果を保証するものではない。

精神科における治療的介入には身体活動の自由を剥奪してでも行われる強制的なもの（たとえば、措置入院、隔離、身体拘束）もあり、たとえそれが本人の治療のために必要不可欠と考えられるような処置であったとしても、riskをdangerousnessへと変換するための閾値の設定は、通常の治療のように経験科学的に決定することはできず、その治療的介入を行うことによる利益と、それに伴う自由の制限とのバランスを考慮して、個別のかつ規範的に決定される必要があるのである。

さらに、問題とされる危険性の評価が、精神症状に基づく自傷・他害の危険性のような精神科医療と密接に関連した性格のものではなく、再犯の危険性のような、刑事司法と密接に関連した性格のものであるならば、riskをdangerousnessへと変換するための閾値の設定は、責任能力の判定と同様に、決して経験科学的には決定できず、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

いと考えられた。

重大な他害行為を行った精神障害者が呈する他害や再犯の危険性 (dangerousness) を除去するためには、刑事司法と精神科医療が、それぞれの本来果たすべき役割と機能をふまえた役割分担を行う必要がある。

本来、犯罪者の再犯予防は、刑事司法の重要な機能であるが、そこには、責任主義に基づく限界がある。一方、精神科医療には、精神障害の治療を通じて、精神障害者の危険性 (risk) を軽減する作用があるが、その効果には経験科学としての限界がある。精神科医療は、たとえ、それが強制的に行われる場合であっても、医療としての枠組みを超えることはあってはならず、本人に対して強制による不利益を上回る利益を提供できるだけの科学的根拠のない治療行為を、単に危険性 (dangerousness) の除去や犯罪の防止を目的として行うことは精神科医療としては許されない。精神科医療の目的は、精神障害者による他害行為の危険性の除去や再犯の予防にあるのではなく、あくまでも、精神障害者の病状悪化の予防や再発・再燃の防止にこそあるのである。

もちろん、触法精神障害者が触法者と精神障害者という二面性をもつ存在であるように、実際の触法精神障害者の処遇制度には、刑事司法としての側面と精神科医療としての側面が混在していることが多い。しかしながら、触法精神障害者処遇制度の根底にある自由の制限の根拠を、刑事司法に求める (刑事司法モデル) か、精神科医療に求める (精神科医療モデル) かによって、

触法精神障害者処遇制度の対象者や刑事司法と精神科医療の役割分担の方法は異なった性格のものになると考えられる。刑事司法モデルでは、自由の制限の根拠は対象者の刑事責任にあり、これは対象者の責任能力、すなわち判断能力によって限界づけられる。精神科医療モデルでは、自由の制限の根拠は、精神科医療の必要性であり、これは医療による利益に関する科学的根拠と本人の判断能力 (同意能力) で限界づけられる。刑事司法モデルと精神科医療モデルの両者に共通するのは、判断能力の概念である。したがって、両者の機能と限界の調整の鍵は、判断能力、すなわち、責任能力の概念をどのように考えるかにあると思われる。

D. 結論

触法精神障害者とは、刑罰法令に触れる行為を行った触法者としての側面と治療や介護を必要とする精神障害者としての側面の2面性をもった存在である。重大な他害行為を行った精神障害者が呈する他害や再犯の危険性を除去するためには、刑事司法と精神科医療が、それぞれの本来果たすべき役割と機能をふまえた役割分担を行う必要がある。そうした司法と精神科医療の役割分担を考えると、危険性を dangerousness (範疇的現象) と risk (次元的現象) とに分けて考察することが有用と考えられる。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

1. 論文発表

五十嵐禎人 (2002) オートマティズムの抗弁. 季刊刑事弁護 32:56-61.

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 4(8):51-63.

2. 学会発表

なし

G. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得 なし

2. 実用新案登録 なし

3. その他 特記することなし

イギリスにおける触法精神障害者の処遇と危険性の予測

五十嵐 禎人（東京都精神医学総合研究所）

はじめに

イギリスは正式にはグレート・ブリテンおよび北部アイルランド連合王国とよばれ、イングランド、ウェールズ、スコットランド、北部アイルランドの4つの国に分かれている。各国は独自の法律をもち、司法、行政の制度も異なっている。このうちイングランドとウェールズは歴史的に比較的早い時期に統合されたこともあって、制定法や医療の供給体制についてはほぼ同一の体制で行われている（もっとも、ブレア政権による地方分権政策によって1999年からウェールズにも独立した議会が設置されたことなどもあり、実務上はイングランドとウェールズの間にも微妙な差異が生じている）。ここではイングランドとウェールズの法制度における触法精神障害者の処遇と司法精神医療体制について述べることにする。

イギリスは慣習法（common law）の国である。つまり成文法（written law）に基づく法体系をもつわが国や他のヨーロッパ諸国とは異なり、司法的先例に基づく不文法を中心とした法体系をもつ。判例に基づく慣習法の規定の不備な点は大法官（Lord Chancellor：わが国の最高裁判所長官に相当）の裁量による衡平法（law of equity）によって補われている。また国会（Parliament）は立法府として司法とは独立して法律を作る権利を持っている。司法による慣習法、衡平法と、国会によって制定された制定法（statutory law）とを合わせて現在のイギリスの法体系はできている。

なお、イギリスはヨーロッパ共同体（European Communities: EC）に加盟し、ヨーロッパ人権条約（European Convention on Human Rights: ECHR）を批准しているため、イギリスの国内法もまたヨーロッパ人権条約に適合している必要があり、同条約に規定されている事項については、ヨーロッパ人権裁判所（European Court of Human Rights）への上訴が可能である。また、ブレア政権の登場以後、1998年人権法（Human Rights Act 1998）の制定や貴族院の改革など大規模な司法制度改革が行われており、精神保健関連法規に関しても法改正作業が進行中である。ただし、以下の本稿では現行の1983年精神保健法（Mental Health Act 1983）のもとでの司法精神医療体制について述べることにする。

I. イギリスにおける刑事訴訟の流れ

イギリスにおける刑事訴訟の流れを簡略に説明する。犯罪にあたる行為がおこると警察による捜査が行われる。国家訴追主義を採り、刑事事件の公訴権を検察官が独占するわが国とは異なり、イギリスにおいてはかねてより私人訴追主義が採られており、刑事訴追の大部分は、少なくとも建前上は警察官が私人として訴追を行い、そのために弁護人を依頼するという形式が採られていた。1985年犯罪訴追法（Prosecution of Offences Act 1985）

の成立を受けて、訴追の公平化、能率化、訴追の警察からの独立などを目的として公訴局 (Crown Prosecution Service) が 1986 年に創設された。しかし、依然としてイギリスにおいては私人訴追主義が少なくとも形式上は維持されている。警察が被疑者を告発 (charge) しようとしている場合には、公訴官 (public prosecutor) が当該事件と証拠を調べ、警察から事件を引き継ぐことになる。公訴官は、証拠が十分にあるか、訴追が公共の利益に合致しているかという 2 つの基準に照らして訴追の可否を検討する。

訴追された被疑者はまず治安判事裁判所 (Magistrates' courts) に送られ、そこで罪状認否や勾留 (remand in custody)・保釈 (remand on bail) 等の決定がなされる。裁判には正式裁判 (trial on indictment) と略式裁判 (summary trial) の 2 つがある。正式裁判は刑事法院 (Crown court) で審理が行われ陪審員が事実認定を行う。略式裁判は治安判事裁判所で行われ裁判官が事実認定を行う。

犯罪類型によって取り得る裁判形態が決められており、交通事犯や公の秩序違反 (public order offence) のような軽犯罪は略式裁判しか行われず、殺人、強姦などのような重大犯罪については常に正式裁判が要求される。窃盗や薬物事犯など大多数の犯罪については治安判事裁判所が検察、被告人双方の意見を聴取して裁判形態を決定する。ただし裁判所が略式裁判を選択しても、被告人が同意しない場合は正式裁判に移行する。どちらの裁判形態の場合にも、事実認定の手続 (有罪か無罪かの評決) と量刑手続とは区分されている。また量刑の決定は裁判所の専管事項で公訴局による求刑はない。なお治安判事裁判所がくだせる判決には量刑に制限があり 6 カ月以上の禁錮刑の判決はくだせない。したがって略式裁判の場合でも 6 カ月以上の禁錮刑に相当すると判断された場合には量刑手続のために刑事法院へ送致されることになる。

II. イギリスの 1983 年精神保健法における強制入院

イギリスの 1983 年精神保健法では精神障害は、①精神病 (mental illness)、②精神病質 (psychopathic disorder)、③精神発達不全 (mental impairment)、④重度精神発達不全 (severe mental impairment)、⑤その他の精神障害 (any other disorder or disability of mind) と分類されている。

精神病についてはこれ以上の定義はない。精神病質については、「継続的な精神の障害または機能の不全 (知能の障害の有無は問わない) でそのために異常に攻撃的であったり、きわめて無責任であったりするもの」と定義されている。精神発達不全については、「知能や社会生活機能の発達障害を含む精神の発達不全で、異常に攻撃的であったり、きわめて無責任な所行をなすもの」と定義されている。精神発達不全と重度精神発達不全との違いは程度の差であるが、IQ でいくつ以下が「重度」という形の区別ではない。これらの精神障害のうち、精神病と重度精神発達不全の場合にはすべて強制的精神科治療の対象となるが、精神病質と精神発達不全の場合には強制的治療の対象となるのは治療適合性 (treatability) がある場合、すなわち、治療によって病状を軽減したり、あるいは病状の

悪化が防止できると判断される場合に限られる。なお、ここでいう治療とは医学的な (medical) 治療だけでなく、1983 年精神保健法 Section 145 (1) に定義されているように、「医師のスーパーヴィジョンのもとに行われる看護 (nursing)、ケア (care)、社会適応訓練 (habilitation)、リハビリテーション (rehabilitation) を含む」とされている。

次にわが国の精神保健指定医に類似した制度として精神保健法認定医 (approved doctor under Section 12 of Mental Health Act 1983) という制度がある。これは保健大臣 (Secretary of State for Health) から精神障害の診断と治療の専門医として認定された医師のことである。実際の認定業務は各地域保健局 (Regional Health Authority) に委ねられており、通常は王立精神医学会 (Royal College of Psychiatrists) の会員すなわち精神科専門医資格をもつ者で所定の研修を受けた者は精神保健法認定医として認定を受けることができる。また地方自治体の社会保障部門に所属するケースワーカーのなかで精神障害者を取り扱うのに適切な能力をもつと認定されたソーシャルワーカーを認定ソーシャルワーカー (approved social worker) という。イギリスの通常の強制入院では近親者 (nearest relative) または認定ソーシャルワーカーの申請と 2 名の医師 (うち 1 名は精神保健法認定医) による診断が必要とされる。

以下刑事訴訟手続の各段階において問題とされる能力にそって、司法システムから精神保健システムへの移送の手続を述べることにする。

III. 検察段階での移送

被疑者を起訴するか否かについては公訴局の裁量に委ねられている。公訴局は犯罪訴追法 (Prosecution of Offences Act 1985) の行動規範に従って被疑者を起訴するか否かを判断する。この行動規範によれば、精神障害者については、起訴することが公益 (public interest) にかなう場合を除いて、原則として起訴しないとされている。通常、軽微な犯罪で確実に治療につながる場合には起訴をしないことが多い。

起訴された被告人はすべて治安判事裁判所に送られる。治安判事は被告人の罪状、再犯、逃亡のおそれなどを考慮して保釈ないしは勾留の決定をする。保釈される場合には被告人は一定の条件のもとに在宅のまま裁判を受けることになり、精神医学的評価や勧告が必要な場合には外来診察を受ける。勾留される場合には原則として被告人は未決勾留刑務所 (remand prison ; わが国の拘置所に相当) に収容される。この段階で問題とされるのは、罪状認否等のために出廷できるかどうか (Fitness to stand trial) である。出廷することができないと判断された者を病院へ移送するための方法としては、以下のものがある。

1) 治療のための病院への勾留

治療のための病院への勾留 (Remand to hospital for treatment: Section 36) とは、謀殺罪を除く禁錮刑以上の犯罪で勾留中の精神障害者を緊急に治療する必要が生じた場合に使用される方法である。対象となるのは精神病と重度精神発達不全のみであり、精神病質や精神発達不全についてはたとえ治療適合性のある場合でも適用できない。またこの命令を

くさせるのは刑事法院だけで治安判事裁判所はこの命令をくさせない。宣告にあたっては2人の医師（うち1人は精神保健法認定医であることが必要）の口頭ないし書面による勧告と7日以内に入院可能なことが必要である。期間は最初28日間、以後28日毎に12週まで更新可能となっている。なお患者は強制的精神科治療の対象となる。

2) 未決勾留者の病院への移送

未決勾留者の病院への移送（Transfer to hospital of remanded prisoner: Section 48）とは、精神病ならびに重度精神発達不全に罹患している、未決勾留者、民事収容者（civil prisoner）、ならびに移民法（Immigration Act 1971）による（外国人）勾留者を緊急に治療する必要が生じた場合に使用される方法である。2人の医師（うち1人は精神保健法認定医であることが必要）の書面による勧告に基づいて内務大臣が許可を与える。治療責任医（Responsible Medical Officer；患者の治療の責任を負う医師、わが国の主治医に相当）の治療終了ないしは治療適合性がないという報告によってこの命令の効力は終了し患者は訴訟過程にもどる。ただし病状が回復しない場合には入院を継続したまま強制入院命令をくだすこともできる（Section 51）。なおこの命令には通常拘束指令（restriction direction: Section 49、効力はSection 41と同様）を付加する。近年この条項による移送が急激に増えている。これは移送が迅速に行えるとともに、Section 36に比較して入院期間に制限がないという利点があるためである。

3) 裁判所におけるダイバージョン

触法精神障害者、特に軽微な犯罪で起訴された者をより早期に精神保健システムへ移送することを目的として、裁判所におけるダイバージョン（Court Diversion Scheme）が推進されるようになってきた。これは精神医学的評価を速やかに行うために精神科医と認定ソーシャルワーカーが治安判事裁判所において精神医学的診察を行い、移送の必要性を判断する制度である。必要に応じて精神科医を呼ぶ場合と定期的に精神科医やワーカーが治安判事裁判所を訪れ診察を行う場合がある。診察は、被告人やその弁護士、時には検事や刑務官からの要請を受けて行われるが、原則として被告人が診察に同意していることが必要である。被告人が同意しない場合は1983年精神保健法に規定された他の移送方法をとることになる。罪状が軽微で確実に治療につながる場合には、裁判所が判決において酌量減刑（本来の刑罰より軽く処罰すること）したり、公訴局が刑事訴訟手続を中止することが多い。近年は、こうしたダイバージョンは、治安判事裁判所以外にも未決勾留刑務所や警察でも行われるようになってきている。

IV. 訴訟能力

当初から出廷が可能な場合や、治療によって出廷可能となった場合には、裁判が開始される。この段階で問題にされるのは、訴訟能力（Fitness to plead）である。訴訟能力とは被告人が訴訟手続を理解し、自らを弁護する能力をさす。具体的には、①罪状について理解し、②弁護士に指示を与え、③陪審員を忌避することができることを理解し、④罪状に

対して抗弁し、⑤証拠を十分に理解することができる、能力をさす。ただし、ここでいう自らを弁護する能力とは、自らの利益に合致した弁論を行う能力と必ずしも同義ではない。

裁判中に訴訟能力が問題となった場合には、被告人の訴訟能力を審理するための陪審員が選任され、2人の精神科医（そのうち1人は精神保健法認定医であることが必要）による精神鑑定が行われる。またそれとは別の陪審員が犯罪の事実について審理する（a trial of facts）。陪審によって訴訟能力ありと評決された場合には訴訟手続が続行される。訴訟能力なしと評決された場合には、1991年精神異常と訴訟無能力に関する刑事訴訟法（Criminal Procedure (Insanity and Unfitness to Plead) Act 1991）の規定に基づいて処遇される。

なお、治療などによって訴訟能力が回復した場合には、内務大臣（Home Secretary）の裁量で裁判を再開することができる。また訴訟無能力の評決に対して被告人が異議を申し立てる権利も保障されている。

V. 事実認定において犯行時の被告人の精神状態が問題とされる場合

被告人の訴訟能力の問題が提起されなかった事例や治療により訴訟能力を回復した事例について、訴訟過程で次に問題にされるのは、犯行時の被告人の精神状態である。犯行時の被告人の精神状態に関する抗弁としては、責任無能力に関する抗弁（精神異常抗弁とオートマティズムの抗弁）と謀殺罪にのみ適用され、刑の減輕につながる抗弁（限定責任能力、心中の合意、嬰兒殺）がある。

1) 責任無能力とされる抗弁

「悪しき意思がなければ、行為は罪とならない」という格言に示されるように、英米法圏では、犯罪行為の成立要件は *actus reus* と *mens rea* の2つの要件に大別される。*actus reus* とは法に反する行為が行われたという犯罪の客観的な要件である。これに対して *mens rea* とは、犯行時に犯意 (*intent*) や未必の故意 (*recklessness*)、過失など犯罪成立のために必要とされる犯行時の行為者の思考・精神状態である。法的には、分別年齢（注：イギリスにおける刑事責任年齢は10歳である）に達したすべての人は、そうでないと証明されないかぎり、健全な精神を持ち、自らの行為に対して責任があると推定される。

しかし、犯行が、①児童や重度の精神発達遅滞者などのように無心で悪意のない (*innocent*) 状態で行われた場合、②精神が病んだ (*mentally disordered*) 状態で行われた場合、③放心状態 (*absent-mind*) ですべてが無意識のうちに行われた場合には、*mens rea* が存在しないことになり、行為者は免責される。②の場合の抗弁は精神異常抗弁とよばれ、③の場合の抗弁はオートマティズムの抗弁とよばれる。

A) 精神異常抗弁

イギリスにおける精神異常抗弁 (*insanity defence*) における責任能力の判定基準は1843年 Daniel McNaughton の裁判に際して示されたマックノートン・ルール (McNaughton Rules) である。マックノートン・ルールによれば、「精神異常 (*insanity*) の理由による抗弁が成立するためには、その行為を行った時に、被告人が①精神の疾患 (*disease of the*

mind) のために、②自分のしている行為の本質 (nature and quality of the act) を知ることができず、または、それを知っていたとしても、自分は邪悪な (wrong) ことをしていると知りえないほど、③理性を欠いた (defect of reason) 状態にあったことが、明確に証明されなければならない」という。ここでいう精神の疾患については、「統合失調症のように精神病 (psychoses) と医師が呼ぶ主要な精神疾患 (major mental disease) は明らかに精神の疾患である。暴力行為で顕在化し、再発性の高い精神障害 (mental disorder) は精神の疾患である。精神の疾患とは病院への強制入院が必要とされるような疾患である。」

(Bratty v Attorney General for Northern Ireland, Appeal Cases 386, 1963) とされる。そして精神 (mind) については「法が取り扱うのは脳 (brain) ではなく精神 (mind) である。ここでいう精神は、日常語と同じ意味であり、理性 (reason)、記憶 (memory)、理解 (understanding) を行う精神能力である」(R v Kemp, 1 Queen's Bench cases 399, 1957) という。また行為の本質とは行為の物理的な性質 (physical nature) をさしており、邪悪な行為とは法に反する (legally wrong) 行為のことであり、その行為が道義的に正しいか否かが問題にされるわけではない。

法廷において精神異常抗弁が問題となった場合には、2人以上の医師（そのうち1人は精神保健法認定医であることが必要）による精神鑑定が行われる。精神異常抗弁が認容され精神異常ゆえに無罪 (Not guilty by reason of insanity) と判断された場合には、1991年精神異常と訴訟無能力に関する刑事訴訟法に基づいて処遇される。

B) オートマティズムの抗弁

行為をした時に精神 (mind) が身体的行動を統御することができない場合には、その行動は無意識下に自動的 (automatic) に行われたことになり mens rea がなくなることになる。これをオートマティズム (automatism) の抗弁と呼ぶ。「行動することはできるが、何をしているかについて意識がない (not conscious) 状態、すなわち、無意識下での不随意行動 (unconscious involuntary action) であり、実際にしている行動に精神が伴っていないが故に抗弁として成立する」(Bratty v Attorney General for Northern Ireland, Appeal Cases 386, 1963) のである。ここでいうオートマティズムとはあくまでも法的概念であり、精神医学におけるオートマティズムとは異なる概念である。

オートマティズムはその原因が外的な (external) ものであるか内的な (internal) ものであるかによってサーン・オートマティズム (sane automatism) とインサーン・オートマティズム (insane automatism) の2つに分けられている。これは基本的には再発の危険性をふまえた分類のしかたであるが、あくまでも法的な分類であり、精神医学における分類とは異なるものである。例えばインスリンの注射によっておこる低血糖と膵臓のインスリノーマによっておこる低血糖はどちらも血中のインスリンの過剰によっておこる意識障害という医学的には同一の病態が問題になるが、法的にはインスリンの注射による場合には注射という身体外の要因によって起こり、特別の治療は不要で再度注射をしない限り再発しないがゆえにサーン・オートマティズムとされ、膵臓のインスリノーマによる場合には

腫瘍という身体内の要因によって起こり、インスリノーマに対する治療を行わない限り再発するがゆえにインサーン・オートマティズムとされるのである。

インサーン・オートマティズムは、精神の疾患とその内的原因があり、再発が予測され、再発時には暴力的な行為につながるようなオートマティズムである。したがって、たとえ原因が明らかな身体疾患によるものであっても、再発が予測され、再発時に暴力的な行為につながるようなオートマティズムであれば、インサーン・オートマティズムである。これに対して、サーン・オートマティズムは、身体外の原因によって一時的に引き起こされた精神の疾患によるオートマティズムで、再発性のないものである。ちなみに、これまでに判例においてオートマティズムの抗弁が認めされると判断された疾患・状態（実際の事件だけではなく判示の中でとりあげられたものも含む）を例示すると、サーン・オートマティズムとしては、頭部強打後の脳震盪、蜂に刺されたあとの反射的行動、夜驚、インスリン注射による低血糖に伴う意識障害、麻酔薬による意識障害、向精神薬と飲酒の影響による意識障害などがある。また、インサーン・オートマティズムとしては、てんかん、脳腫瘍、インスリノーマ、糖尿病の高血糖に伴う意識障害、夢遊病などがあげられる。

インサーン・オートマティズムの抗弁が認めされた場合には、精神障害ゆえに無罪とされ、被告人は 1991 年精神異常と訴訟無能力に関する刑事訴訟法に基づいて処遇される。サーン・オートマティズムの抗弁が認めされた場合には被告人は無罪放免となる。すなわち法的には、内的原因は除去しがたく永続的なものであり、再発の危険性が高く、治療が必要であると考えのに対して、外的原因は除去可能な一時的なものであり再発の危険性はなく、治療も必要がないと考えるのである。

2) 刑の減輕につながる抗弁

責任無能力に関する抗弁が認めされない場合でも、以下の抗弁が認めされると、謀殺罪 (murder: 予謀のある殺人) は、故殺罪 (manslaughter: 予謀のない殺人) に減輕される。両者の相違は、謀殺罪で有罪となった場合には終身刑以外の判決が選択できないのに対して、故殺罪の場合にはどのような判決をくだすかは裁判官の裁量に委ねられている点である。

A) 限定責任能力

限定責任能力 (diminished responsibility) は 1957 年殺人法 (Homicide Act 1957) によって導入された概念である。限定責任能力の抗弁が認めされると謀殺罪が故殺罪に減輕される。1957 年当時はイギリスにおいても死刑制度が存在しており、謀殺罪で有罪となった場合には死刑判決以外はくたせなかったため、限定責任能力が認めされるか否かは今日以上に重大な問題であった。

限定責任能力が適用されるのは、「精神発達不全によるものか、先天的要因によるものか、疾患によるものか、外傷によるものかを問わず、精神の異常 (abnormality of mind) のために自己の行為に対する責任能力 (mental responsibility) が本質的な (substantially) 障害を受けている」場合である。ここでいう精神の異常とは精神障害より広い概念であり、「通

常の人間 (ordinary human beings) の精神状態とは大きく異なっており理性的な人間 (reasonable man) が異常 (abnormal) と考えるであろうような精神状態をさす。ここで問題とされるのは物理的な行為や事件を認識する能力や行為の正邪について合理的な判断をくだす能力のみならず、合理的な判断に基づいて意思の力 (will-power) によって身体的な行動を統制する能力をも含む精神活動のすべての領域を含んでいる」(Lord Chief Justice in R v Byrne, 2 Queen's Bench cases 396, 1960) とされる。また本質的とは「全体 (total) ということの意味するのでもなければ、最小限 (minimal) あるいはありきたり (trivial) を意味するのでもない。この両極端の中間を意味する。」(R v Lloyd, 2 Weekly Law Reports 13, 1966) とされている。そしてここでいう責任能力とはあくまでも法的ないし道義的な概念であり、精神医学的な概念ではない。

限定責任能力の導入によって、従来の精神異常抗弁や訴訟無能力の抗弁は、ほとんど限定責任能力の抗弁に取って代わられている。

B) 心中の合意

心中の合意 (suicide pacts) も 1957 年殺人法に規定された概念である。心中の合意が適用されるのは、「2 人以上の人間が、自分で実行するか否かは問わず、一緒に死ぬことについての合意を形成しており、その合意に基づいて合意形成者の 1 人が他の合意形成者を殺害し、かつその殺害者自身も犯行時に確固とした死ぬ意思をもっていた」場合、すなわち、双方合意の上での心中で相手を殺害した人が生き残った場合である。問題となるのは、事前に心中の合意がなされていたかということ、被害者殺害後に被告人自身に確固とした自殺の意思があったかという 2 点である。心中の合意が認容されると、謀殺罪は故殺罪に減輕される。

C) 嬰兒殺

嬰兒殺 (infanticide) とは 1922 年嬰兒殺法 (Infanticide Act 1922) によって導入された概念で、「嬰兒をその母親が故意に殺害した場合で、犯行時に出産の影響で精神 (mind) の平衡 (balance) を欠いていた場合」には、謀殺罪は嬰兒殺に減輕される。1938 年嬰兒殺法 (Infanticide Act 1938) は対象を「出産後 12 カ月以下の嬰兒」と規定し、「出産の影響から完全に回復していないか、あるいは出産後の授乳の影響から精神の平衡が障害された場合」と定義した。ここでいう精神の平衡 (balance of mind) の障害とは限定責任能力で問題とされる精神の異常 (abnormality of mind) よりも緩やかな概念であり、精神障害の存在が明確に認められない場合でも嬰兒殺が認容されることがある。

VI. 訴訟無能力ないし責任無能力と判断された触法精神障害者の精神保健システムへの移送

訴訟能力なし (unfit to plead) と判定された被告人が事実の審理で犯行を行ったと認定された場合、あるいは精神異常抗弁やインサーン・オートマティズムの抗弁が認められ責任無能力のため無罪とされた場合には、1991 年精神異常と訴訟無能力に関する刑事訴訟法

に基づき、以下の処遇のいずれかが裁判官の裁量によってくださる。

A) 入院命令 (Admission order)

1983 年精神保健法の強制入院命令と同様の処遇であり、場合によっては拘束命令を付加することができる。ただし、殺人の場合には自動的に無期限の拘束命令付き強制入院命令がくだされる。

B) 保護後見命令 (Guardianship order)

1983 年精神保健法の保護後見命令と同じ処遇。

C) 監督治療命令 (Supervision and treatment order)

精神科治療を条件とした社会復帰命令と同様の処遇。

D) 無条件釈放 (Absolute discharge)

犯行の事実は認定するが何の刑罰も課さない。犯罪が軽微でかつコミュニティでの監督 (supervision) や精神科的治療が明らかに不要と考えられる場合に適用される。

VII. 量刑手続において宣告される精神科的処分

事実の審理において被告人の有罪が確定すると量刑手続に入る。裁判官が前科、前歴、各種調査書、弁護側からの情状証人や減刑嘆願 (mitigation) を総合して量刑を決定する。触法精神障害者の場合には、裁判官は刑罰の代わりに、あるいは刑罰に併科して、以下の精神科的処分 (psychiatric disposal) をくだし、被告人に精神科治療を受けることを命ずることができる。

1) 強制入院命令

強制入院命令 (Hospital order: Section 37 (1)) は、裁判所が宣告することのできる精神科的処分のうちで一番重要かつ最も頻繁に使用されるものである。対象者は、法定刑が禁錮刑以上の犯罪について、刑事法院ないしは治安判事裁判所で有罪判決を受けた者である。ただし、謀殺罪など宣告刑が法律上定められている犯罪や 2000 年刑事裁判所権限 (量刑) 法 (Powers of Criminal Courts (Sentencing) Act 2000) Section 109 (2) に規定される重大犯罪 (故殺未遂罪、謀殺罪、強姦罪、強盗罪など) による 2 度目の有罪判決のため終身刑が科される者については、強制入院命令はくだせない。

手続としては、2 人の医師 (うち 1 人は精神保健法認定医であることが必要) が一致して、対象者が 1983 年精神保健法に規定される強制的精神科治療の対象となる精神障害に罹患しており、精神科病院への強制入院が必要であるという精神医学的勧告を行った場合、裁判所は、被告に精神科的治療のための強制入院命令を刑罰の代わりに宣告することができる。裁判所が強制入院命令を宣告する際には、宣告後 28 日以内に入院可能であることが必要である。具体的には受け入れ病院で治療の責任を負う医師ないしは受け入れ病院の管理者 (manager) からの口頭または書面による了承が必要とされる。つまりこの命令はあくまでも受け入れる病院があることが前提であり、裁判所から病院に対して入院を命令することはできない。

強制入院命令をくださりかどうかの最終的な判断は裁判所の裁量である。裁判官は、犯罪の性質、被告人の性格や前歴を含むあらゆる状況を勘案した上で、精神科病院への強制入院が対象者に対して最も適切な処分であると判断した場合に、強制入院命令をくださることができるのであり、医師の勧告に反して刑罰が宣告されることも当然ある。強制入院命令の期間はまず6カ月であり、続いて6カ月延長、その後は1年毎に更新可能である。なお入院後の処遇はすべて医療側の裁量であり、治療責任医（RMO）の判断で患者を退院させることができる。

2) 拘束命令

公衆を重大な危害から守るために必要と考えられる場合、裁判所は強制入院命令に付加して、患者の退院や外出について内務大臣の許可を条件とする拘束命令（Restriction order: Section 41）をくださることができる。具体的には強制入院命令を勧告した医師の内の1人による拘束命令が必要であるという口頭による証言を得た上で、裁判所が犯罪の性質、犯罪者の前歴、再犯の危険性を考慮して、公衆を重大な危害から防御するために必要と判断した場合に、強制入院命令に付加して拘束命令が宣告される。

拘束命令にも期限をつけることは可能であるが、通常は無期限のことが多い。拘束命令を受けた患者については、たとえ治療責任医（RMO）が適切と判断した場合でも、内務大臣の許可なしには、外出、外泊、他の病院への移送、退院などは行えない。退院には条件付きの退院と無条件の退院とがある。条件付き退院の場合には所定の条件（住む場所、医師やソーシャルワーカー、保護観察官の指示に従うことなど）を守れない場合には病院へ再入院（recall）させることができる。拘束命令を受けた患者の処遇の実務については、内務省の精神保健局（Mental Health Unit）が担当している。

3) 暫定強制入院命令

暫定強制入院命令（Interim hospital order: Section 38）は、診断医の1人が受け入れ病院の医師である必要があること以外、入院についての判断基準や手続は強制入院命令とほぼ同じである。暫定強制入院命令の期間はまず12週間であり、以後28日毎に6カ月まで更新可能である。この命令は主に精神病質者の治療適合性の有無をみるための試験的（trial）入院を促進するために、1983年精神保健法に伴って導入された制度であるが、実際に使用されることはあまり多くはない。

4) 保護後見命令

保護後見命令（Guardianship order: Section 37 (1)）は、患者がコミュニティの中で常にケアや介護を受けられるようにするために、患者を保護後見人（guardian）の監督下におくものである。判定基準や手続は強制入院命令と同じである。保護後見人になりえるのは、地方自治体の社会福祉部門（local authority social services）あるいは裁判所の承認を得た者（approved person）である。具体的には、保護後見人は、患者に対して、住居の指定、医療・訓練などのために指定した時間に指定した場所へ行くこと、医師・ソーシャルワーカーやその他保護後見人が指定した人の面接を受けることなどを求める権限を持つ。

強制入院命令同様、裁判所は地方自治体や保護後見人になる者が受け入れを承諾した場合にのみこの命令をくだせる。期間についても強制入院命令と同様である。また患者は16歳以上である必要がある。ただし患者が保護後見人の命令に従わない場合について特別の罰則規定はなく、触法精神障害者のケアに使用されることは少ない。

5) 精神科治療を条件とした社会復帰命令

精神科治療を条件とした社会復帰命令 (Community rehabilitation order with a condition of psychiatric treatment) とは、従来、治療を条件とした保護観察命令 (Probation order with a condition of treatment) とよばれていたもので、2000年刑事司法及び裁判所法 (Criminal Justice and Courts Act 2000) の成立を受けて名称が変更されたものである。判決に際して社会復帰命令をつける場合、裁判所は犯罪者の処遇上必要と思われる条件はどんな条件であれ、社会復帰命令の中に含まれる。したがって、精神科治療を受けることを条件とすることも可能である。この場合の治療形態は、外来治療、デイケア、入院治療のいずれでもよいが、入院治療の場合には、患者本人の意思による入院 (voluntary admission) のみで強制入院は含まれない。

社会復帰命令を宣告するには、本人が同意していること、精神保健法認定医が、精神科治療が必要であるが強制的精神科治療の対象ではないことを証明することが必要である。治療に従わない場合には社会復帰命令に違反したことになり、最初に科せられた刑罰に服することになる。この命令は物質依存、粗暴行為を伴わない性犯罪者、人格障害者などに使用されることが多い。

6) 病院指令と制約指令

病院指令と制約指令 (Hospital and limitation direction : Section 45A) は、1997年犯罪 (判決) 法 (Crime (Sentence) Act 1997) によって新たに導入された制度で、混合命令 (Hybrid Order) とよばれる。裁判所が被告人に対して、強制入院命令を宣告することが適切と考えられる場合でも、法定刑が必要的終身刑とされている場合や、通常の強制入院命令では、公衆の安全確保に問題が生じると考えられる場合に、拘禁刑を科した上で、刑の執行に先立って入院治療を行うための制度である。

対象は、1997年犯罪 (判決) 法第2条に規定された犯罪、すなわち宣告刑が終身刑と定められている謀殺罪以外の犯罪、について刑事法院で有罪の判決を受けた者で、「治療可能な」精神病質者である。刑事法院は、2人の医師 (うち1人は精神保健法認定医であることが必要) の精神医学的勧告に基づいて、刑罰に併科して、被告人に精神科治療のための入院を指示することができる。医師による精神医学的勧告は書面でも口頭でもよいが、2名の医師のうち少なくとも1名は法廷で証言することが必要である。また、病院指令は単独では宣告できず、必ず制約指令 (効力は拘束命令と同じ) を付加することになっている。

刑事法院が、混合命令を宣告する際には、通常の強制入院命令と同様に、宣告後28日以内に入院可能であることが必要である。具体的には受け入れ病院で治療の責任を負う医師ないしは受け入れ病院の管理者 (manager) からの口頭または書面による了承が必要とさ

れる。なお、治療が効果的な場合には、刑期中を通して病院で過ごすことも可能である。一方、内務大臣は、治療責任医ないし精神保健審査会（Mental Health Review Tribunal）が、現在の病院では効果的な治療を提供できない、あるいは、これ以上の入院治療は不要であると勧告した場合には、刑期終了前であればいつでも、対象者を刑務所に収容することができる。

通常の拘束命令付き強制入院命令（Sec 37+Sec 41）では、仮に内務大臣が退院等に反対していても、精神保健審査会は患者を退院させる権限をもっており、患者は退院後直接コミュニティへ戻ることになる。これに対して、既決収容者の病院への移送（Sec 47）の場合は、仮に精神保健審査会が退院を勧告したとしても、刑期内であれば患者は刑務所に戻ることにになり、直接コミュニティへ戻るわけではない。以前、拘束命令付き強制入院命令で入院中の精神病質者が、精神保健審査会に退院請求し、審査会は、病状の改善がないことを理由に治療適合性がないと判断し退院勧告を行ったことがあった。こうしたケースを防止するためにも、強制入院命令が妥当と医師が勧告しても、裁判所は医師の勧告を認容せずに、刑務所に収容し、その上で Sec 47 を利用して病院へ移送するということが行なわれていた。混合命令は、この実務を法制度として明確に位置付けたものといえる。

VIII. 既決収容者の病院への移送

既決収容者の病院への移送（Transfer to hospital of sentenced prisoner: Section 47）は、強制入院の対象となる精神障害に罹患している受刑者（既決収容者）を内務大臣の指定した病院へ移送する制度である。2人の医師（うち1人は精神保健法認定医であることが必要）の書面による勧告に基づき、内務大臣が許可を与える。なお14日以内に入院可能でなければならない。効力は強制入院命令と同じであり、期間は刑務所から釈放される予定の最も早い期日までである。

治療が終了すれば刑務所に戻るようになるが、治療上必要と考えられる場合には刑期終了まで入院を継続させることもできる。なお刑期終了時点でまだ入院が必要な場合は強制入院命令と同様の処遇になる（notional 37）。なおこの命令には通常拘束指令（Section 49、効力は Section 41 と同様）を付加する。

IX. 触法精神障害者の専門治療施設

イギリスの触法精神障害者専門治療施設は、その保安度（security）によって、高保安度病院（High Security Hospital）、地域保安病棟（Regional Secure Unit）、一般の精神医療サービス（一般精神病院や外来治療）の3段階に分かれている。このうち特殊病院、地域保安病棟における精神医療は司法精神医学専門医（Consultant Forensic Psychiatrist）を中心とした司法精神医学専門サービスによって行われている。

1) 高保安度病院

高保安度病院は、かつて特殊病院（Special Hospital）とよばれていた病院である。高保