

図5 保護者への対応

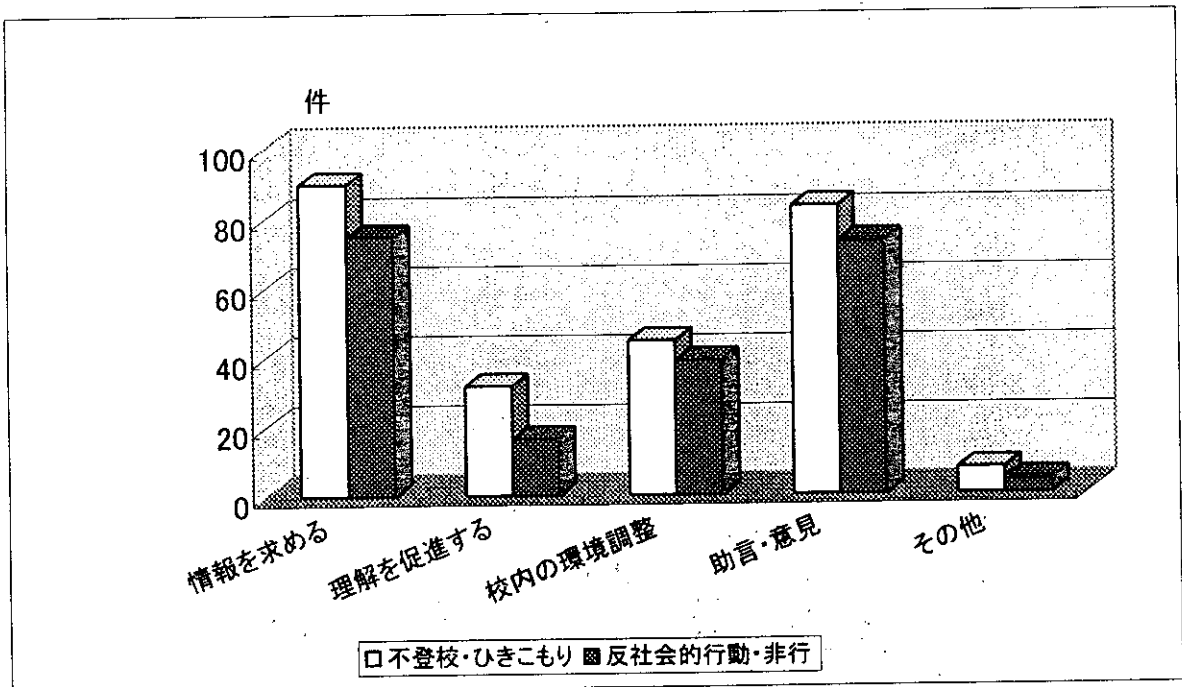


図6 学校への対応

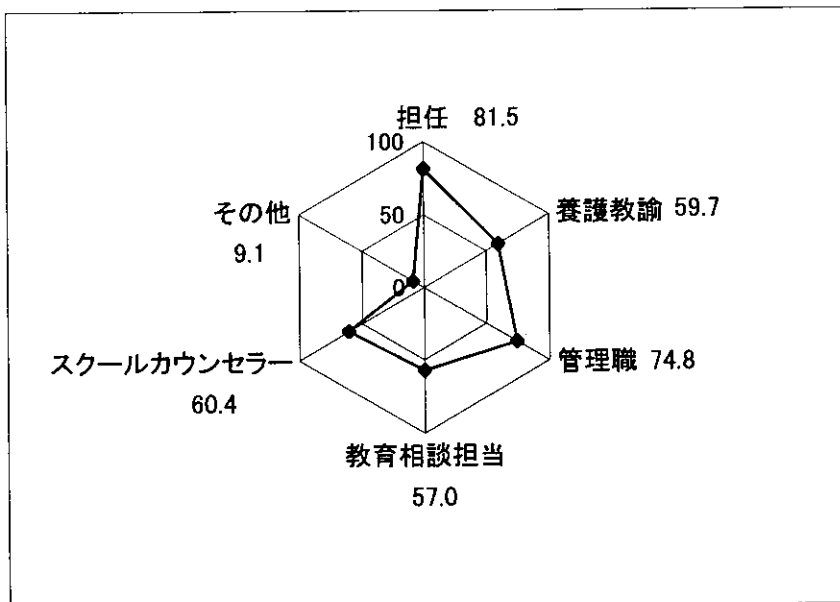


図7 誰と連携したか：不登校・ひきこもり

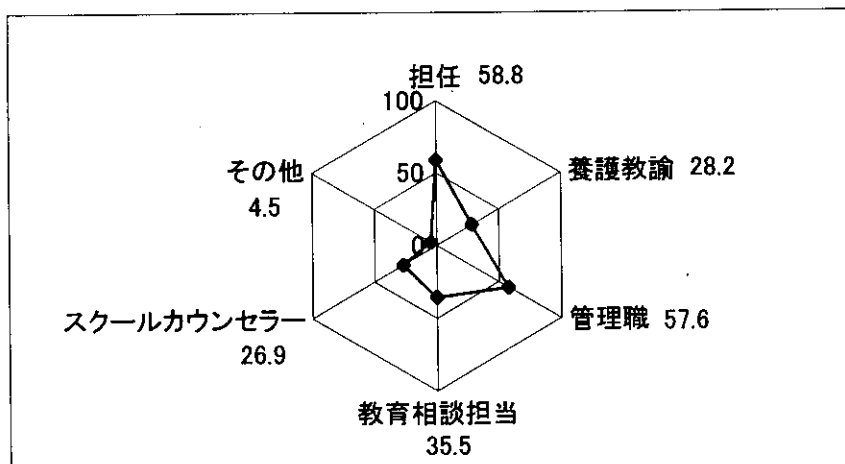


図8 誰と連携したか：反社会的行動・非行・反動的

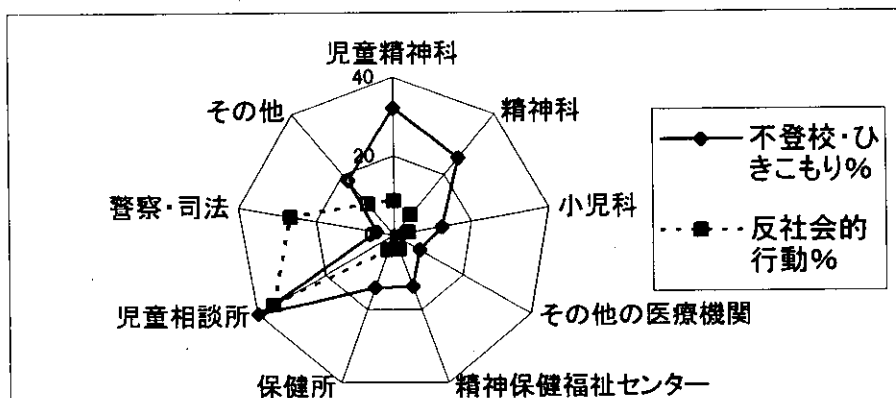


図9 他機関との連携

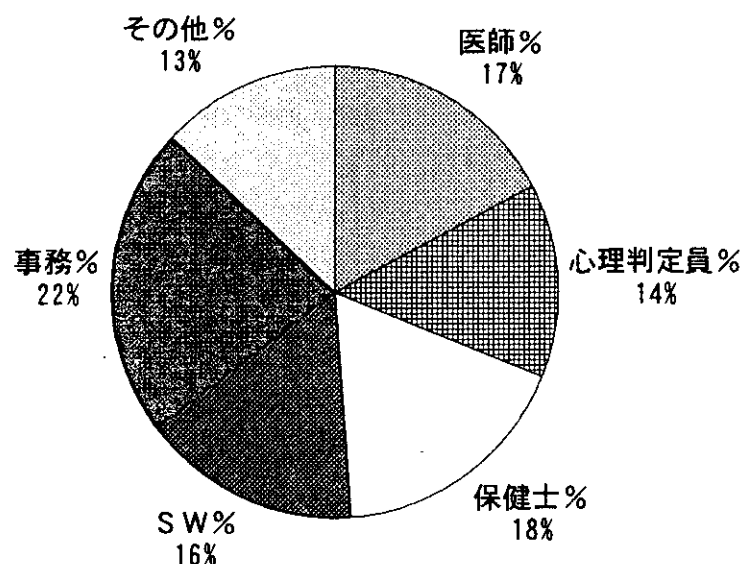


図10 精神保健福祉センターの職員構成

表1 心理検査等の内容

		WISC-III	WISC-R	WAIS-R	K-ABC	田中ビネー	鈴木ビネー	新版 K式	ITPA	他
知能検査	32	15	17	27	5	18	6	5	6	2
投影法	23	ロール シャツハ	PF スタディ	HTP	SCT	その他				
		9	8	10	13	9				
行動チェックリスト	5									
行動観察	8									
その他	5									

表2 関与の内容

関与内容	あり(%)
養育指導をする	39(79.6)
障害の説明をする	25(51.0)
関係機関と連携を取る	32(65.3)
心理療法を行う	15(30.6)
家族療法を行う	5(10.2)
グループ療法を行う	4( 8.2)
関係機関を紹介する	37(75.5)
その他	3( 6.1)

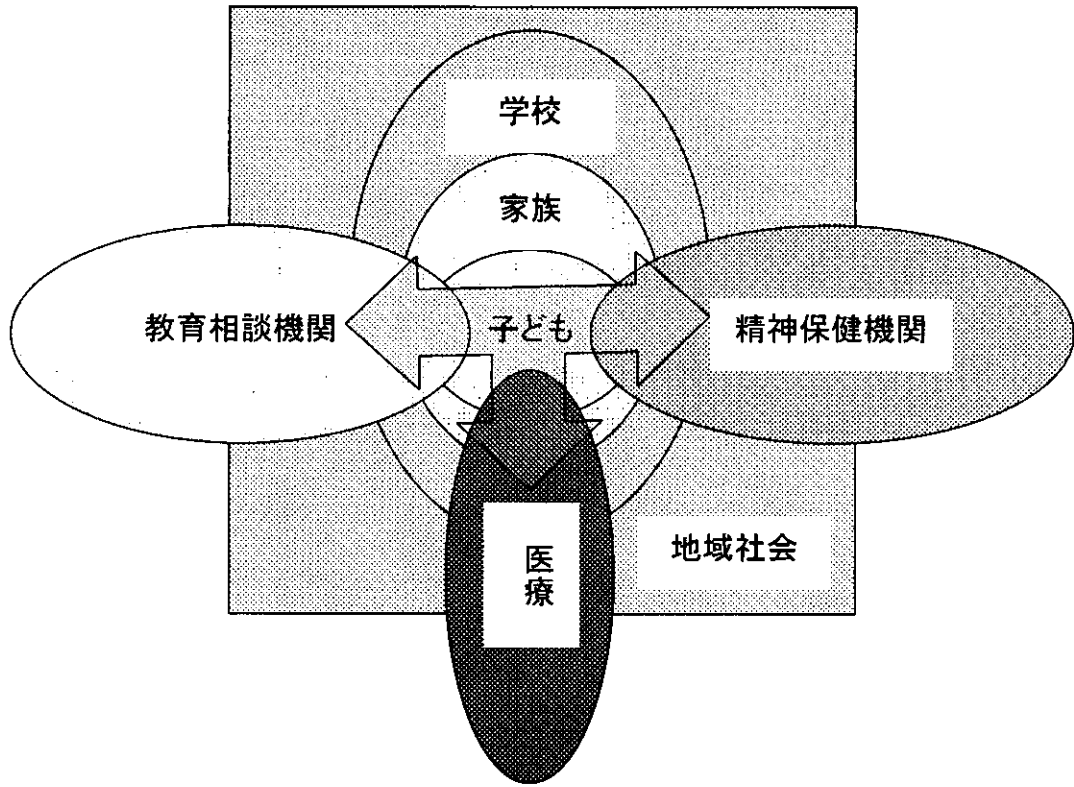


図 11



# 司法・矯正保護機関から見た児童思春期精神医療・保健・福祉のシステム化に関する研究

－ 警察及び家庭裁判所での取り扱いを中心に －

分担研究者 生島 浩<sup>1)</sup>

研究協力者 藤川洋子<sup>2)</sup>

1) 福島大学大学院教育学研究科 2) 東京家庭裁判所

## 研究要旨：

非行臨床機関における精神障害・発達障害をもつ対象者の取り扱い及び処遇に関して、警察及び家庭裁判所における児童思春期精神医療機関へのニーズ、連携する際の問題点等現状をまとめた。的確な精神医学的診断のもとで、非行臨床機関の家庭環境等への働き掛けが機能することの重要性が明らかとなった。

## A. 研究目的

非行臨床機関における精神障害・発達障害をもつ対象者の取り扱い及び処遇に関して、特に警察及び家庭裁判所における現状を把握し、児童思春期精神医療機関など関係機関へのニーズ、連携する際の問題点等を明らかにする。

## B. 研究方法

警察に関しては、警視庁生活安全部少年育成課及び大森少年センターの少年相談スタッフから実情を聴取し、関係資料を収集した。家庭裁判所に関しては、藤川洋子東京家庭裁判所調査官の研究協力を得て、事例研究を実施した。なお、研究対象者の不利益とならぬようプライバシーの保護など人権擁護について十分に配慮し、事例の概要に関しては必要な修正を施して記載した。

## C. 結果と考察

### 1 警察における取り扱い

警察における少年非行への対応としては、ひとつには事件捜査としてであり、もうひとつには子どもの非行問題や犯罪の被害に悩む保護者等からの少年相談ということになる。

#### (1) 事件捜査

まず、事件捜査における精神障害や発達障害を抱えた少年の取り扱いについて概略を述べる。少年法では、捜査機関に対して全件送致を義務づけており、警察段階では、刑事責任能力が問題となる成人事件と異なり、精神鑑定などによる選別は行う必要がない。しか

し、現実には、家庭裁判所へ送致するための調書作成などの際に精神障害・発達障害の影響により適正な事件処理が行われるかどうかのポイントとなる。

ところで、罪を犯した少年を家庭裁判所の審判に付するのに、責任能力を必要とするか不要かという基本的な法律上の議論が未だ煮詰まっていない。詳しくは、別稿の長井論文に譲るが、せっかく困難な捜査を行っても、家庭裁判所で審判に付せられない、あるいは保護処分できないとして「不開始・不処分」とされてしまうことをおそれるというのが、捜査現場の実情といえるであろう。

都道府県警察の中では格段に恵まれているが、警視庁では、本庁にある生活安全部少年育成課及び8か所の少年センターに20名弱の心理専門職員が配置されている。さらには児童思春期を専門とする精神科医のアドバイザーがおり、捜査現場からの「事件として処理するのが適当か、精神医療機関への受診を優先させた方が適切であるか」に関して日常的に相談に当たる態勢がとられている。

しかし、家庭内暴力など夜間に対応することが多い事案については、宿直している成人事件担当官が救急精神医療のルートで緊急入院させることもあり、必ずしも児童思春期精神医療機関を受診することにならないというのが課題とされている。

## (2) 少年相談

次に、少年相談について述べると、警視庁管内全体では、平成13年には2102件の相談件数があり、相談者別では母親58%、父親13%、両親11%とその大半は保護者となっている。内容別には、家出9.4%、不良交遊9.0%などが多いが、精神医療機関との連携が必要なものも含まれる家庭内暴力7.4%、精神保健関係2.3%、薬物乱用0.8%となっている。

公表された統計はないが、相談担当者からの聞き取り調査によれば、少年相談のうち数パーセントが精神医療との関わりが必要なケースであるとのことである。前述のように本庁及び8か所の少年センターに20名弱の心理専門職員が、心理的アセスメントと医療機関の紹介など警察での事件処理のサポートをも含め心理臨床的援助を行っている。

## (3) 警察における課題

警察庁生活安全局少年課及び科学警察研究所防犯少年部によって、「最近の少年による特異・凶悪事件の前兆等に関する緊急調査報告書」が平成12年12月に公刊されている。本調査は、捜査資料の閲覧、担当捜査官等からの聞き取り等により、平成10年1月から12年5月までの間に発生した社会の耳目を集めた特異・凶悪な22事件（少年25人）について分析したものである。

それによると、多くは前兆と思われる言動が見られ、「犯行類似行動」「犯行のほめかし」「刃物の使用」などについて警察に補導されたり、保護者等が相談している事例も5例見られる。報告書では、「警察で、問題のある少年を扱った場合、少年に対する継続的な補導や、保護者との継続的な相談や連絡に配慮するなど、少年の問題解決に向けた効果的な対応の検討を重ねる必要がある」と指摘している。

ところで、少年事件に係る「犯罪捜査規範」に加え、平成14年9月、少年警察活動の

基準を示す「少年活動規則」が新たに制定され、平成 15 年 1 月 1 日から施行されている。近年の深刻な少年非行情勢に対応して、「少年補導職員」と「少年サポートセンター」の位置付けを明確化するなどの改善点が見られるが、精神障害・発達障害を持つ非行少年への対応に関する言及はない<sup>1)</sup>。

先に改正された少年法においても、検察官・弁護士の審判出席等による事実認定手続の適正化、刑事罰適用年齢の 16 歳以上から 14 歳以上への引き下げなどの厳罰化、犯罪被害者への情報開示・意見聴取を行うことなど家庭裁判所における少年事件の取り扱い要領の変更が主なものであり、神戸の「さかきばら少年」事件に始まり、愛知県豊川市の「人を殺す経験がしたかった」と近所の主婦を殺害した事件、さらに、乗客 3 人が死傷した佐賀の「バスジャック事件」など精神鑑定がなされ、行為障害やアスペルガー症候群といった精神医学上の診断名が付された非行少年への対応は、全く顧慮されていないのである。

## 2 家庭裁判所における取り扱い

家庭裁判所では、審判前調査、あるいは試験観察のなかで家庭裁判所調査官が関係機関と協働して事件処理に当たっている。研究協力者は、東京家庭裁判所少年部科学調査官室に所属し、人格理解や処遇選択に困難のある事例を担当しているが、児童思春期精神医療機関と連携した 3 事例を報告する。

### (1) 14 歳男子による強制わいせつ事例

#### 【非行概要】

5~6 歳の幼女の陰部を触る行為が小学校低学年から繰り返されている。

#### 【生育（治療）歴】

逆子で出生、おとなしくて手のかからない子であった。言葉の遅れ、多動等が指摘され、2 歳時から区の総合福祉センターに月 2 回通所し、自閉症のクラスで言語療法、心理療法を受けていた。小学校では多動、母親が本で知った O クリニックを受診し、月 2 回通う。遠方であったため、3 年時に LD 協会に移り、月 4 回勉強やゲームをして過ごす。この頃から小さい女の子の陰部に興味を示す。

小学校 4 年から S クリニックに通い、しばらく行動観察した後にリタリンを処方される。服薬するようになって多動やふらふらがなくなる。中学進学時、治療部のある私立校に進学した。

#### 【児童相談所の対応】

中学 1 年生の秋に 5 歳の女兒を物置に閉じこめて下着をおろす事件を起こし、ひと月後、7 歳女兒を駐車場に誘い込んでわいせつ行為をし、児童相談所に身柄通告された。一時保護のうえ、医学的、心理学的検査がなされ、言語性 IQ80、動作性 IQ86、全 IQ では 81 であり、リタリンを中止して様子を見ることになった。児童相談所では、広汎性発達障害と軽度精神遅滞を診断し、衝動のコントロールができるようになるまで施設収容が適当、と



いう意見であったが、保護者の意向で家庭引き取りとなる。1週間後にわいせつ行為が再発、4ヶ月後にも親が目を離したすきに娘をトイレに連れ込もうとした。両親が不和となり、本人は落ち着かず、母はリタリンを求めて別の医療機関を内緒で受診する。修学旅行が引き金で本人のストレスが高まり、再犯（6歳女児の下着を下げる）に至り、家庭裁判所に身柄付きでぐ犯通告される。

#### 【家庭裁判所の対応】

調査時に、別居していた両親が転居してやり直すことを言明した。中学校も協力的であり、転居までの期間、児童精神科に入院して治療を受けさせるという方針で試験観察となり、通院で様子を見た後に終局審判となった。

#### 【小括】

児童期、思春期は診断が困難であるにもかかわらず、保護者の医療機関に対する期待や不安が大きい事例であった。治療者の一言一言が、後の関係機関との協力関係に影響を及ぼす一方で、治療や療育に関する情報（誤解を含めて）も多くなっており、保護者が右往左往する傾向が強まっていることがうかがえる。

## （2）18歳男子の傷害事例

### 【非行概要】

別れ話で逆上して、つきあっていた女友達にひどい暴力を振るい傷害を負わせたもの。

### 【生育（治療）歴】

出生時は異常なし。自家中毒による発熱がひんぱんにあった。言葉が遅く、3歳時に頭部打撲。3歳時に保育園に入園するが、何かと不器用で集団行動が取れず、妹を激しくいじめる。小学校に入学すると多動で、漢字、九九が覚えられず、ものの順番が分からない。小学5年時、牧場に内地留学、小学6年時に戻るが、不登校傾向となり、家庭での大暴れが始まる。学校不適應から中学2年時に再び牧場留学するが、馬や犬を苛めて家庭へ戻されてしまう。ナイフを携帯し、ペット虐待も見られ、児童精神科医からの投薬が始まる。

### 【家庭裁判所（1回目）の対応】

親族への暴行、器物損壊、消火器の噴射などにより観護措置がとられ資質鑑別のため少年鑑別所に収容された。審判では保護観察決定となり、成績良好により1年間で解除された。しかし実際は、家庭内暴力がひどく、やっとのことで中学校を卒業するが、高校は続かず、アルバイトもすぐクビになっていた。17歳時には児童精神科に入院し、診断は、学習障害がベースにある行為障害（言語性IQ91、動作性IQ51、全IQでは72）であった。7ヶ月の治療後、通院に切り替わるが、その10ヶ月後に本件を起こしている。

### 【家庭裁判所（2回目）の対応】

女友達との間での性交直後の暴力（場所は少年の自宅）であるが、事件は、家庭内暴力の延長線上にある行為のように考えられた。観護措置により収容された少年鑑別所では、不眠、強く漠然とした不安、首や足の硬直感を訴えて、薬の増量を希望し、精神科医から

は統合失調症（精神分裂病）が疑われた。児童精神科への入院を本人、母ともに強く希望したこともあって、調査官が主治医に打診したが、「家庭内暴力と、女友達に対する暴力は別。統合失調症を疑われたとしても入院の可否は外来診察時に判断する」との回答であった。保護者は、家庭での監護に全く自信を失っており、審判結果は医療少年院送致となった。

#### 【小括】

家庭内暴力は精神科でも診るが、他人（恋人）への暴力は矯正機関でという図式になりうるのかどうか。本人の発達障害（本事例では学習障害をベースにした行為障害）及び精神状況（不安、抑うつ）と、加害行為との関係をどのように考えれば、本人にとって有用な方針にたどり着けるか、関係機関の間で論議を重ねる必要性を痛感した。

### （3）18歳男子の建造物侵入事例

#### 【非行概要】

スーパーマーケットの女性用トイレの個室に潜んで、のぞき行為をしたもの。言動に奇異さがあり、警察に通報され逮捕された。

#### 【生育歴】

出生時は異常なし。言葉が遅く、3歳時に「社会性の獲得の遅れ」が指摘される。小、中学校では、親が教師に特別な配慮を要請し、普通学級で過ごす。従順でおとなしく、丸暗記は得意。自宅の鉄道模型や、ゲーム「電車でゴー」で何時間も遊ぶ。私立のサポート校に進学後、アダルトビデオや雑誌を同級生の家で見て、興味を募らせる。高校2年生時に公園内の女性用トイレでのぞき行為をして、警察に検挙されたことがあった（家庭裁判所には書類のみの簡易送致で不開始となっている）。本件前に、卒業後の進路として鉄道系の勉強ができる専門学校に進学することが決まったが、親は年少の弟（7歳、自閉傾向あり）の養育に手を取られるようになっており、少年に対しては、「もう大人だから、何でも自分で考えなさい」と精神的な自立を要求していた。

#### 【家庭裁判所の対応】

観護措置により少年鑑別所に収容された後、のぞき行為の動機を聞かれて、「のぞきをするようにと電話で毎日脅迫された」などと述べたり、矛盾を指摘すると撤回したりした。親は少年をかばう姿勢ばかりが強くて（虚言を信じたり警察を批判したり）、障害の本質を掴んでいるとは言えなかった。親との面接時に、少年にも弟と同様の障害があることを理解させ、自立要求が酷であること、専門機関から継続的に助言を受けることが望ましいことを助言した。しかし、専門クリニックの予約が1年待ちという状況をふまえ、保護観察決定とした。

#### 【小括】

保護観察においては、通常は民間篤志家である保護司が少年の処遇の中核を担っているが、専門家である保護観察官が直接指導する直接担当班が置かれ、精神障害や発達障害の

ある困難ケースについて専門的な関与を行っており、医療機関と連携した処遇が期待できる。しかしながら、この直接処遇班は東京・大阪などの大都市に限られて置かれており、多くの保護観察官は、危機介入的活動の他は、保護司に対するスーパービジョンに終始しているのが実情である。

### 3 家庭裁判所の実務から見た問題の所在

事例（１）と（２）に顕著であるが、診断も処遇も難しい事案が増えつつあるように思われる。少年事件では、少年鑑別所や家庭裁判所にも精神科医がおり、精神鑑定に付される事例は稀と言ってよい。東京家庭裁判所では、この２年間で６件ほど、小児科医を含む外部の医師に依頼している。

行為障害に関心を持つ医師も増えつつあり、以前ほどは犯罪少年が嫌われるという感触ではなくなってきているが、いざ治療（処遇）となると、受け入れ機関が限定されてしまうのが実情である。

また、事例（３）では、３歳ごろに自閉傾向が発見されていながら、「社会性の獲得の遅れ」というマイルドな表現が使われたこともあって、親の子ども理解が不十分であった。障害の存在をどのように伝えるかは難題であり、気の重い作業でもあるが、長期的展望に立ってできるだけ早期にきちんと理解させる必要があるように思われる。また、１８歳を超えた発達障害者を診る機関が非常に少ないため、「診断ができて受け皿がない」という実情にあり改善が強く望まれる。

いうまでもなく、若年者の事例では環境面の整備が重要である。この面では、家庭裁判所や保護観察所が持つケースワーク機能が果たしてきた役割も大きく、事例によっては、複数の機関がそれぞれの特質を生かす形で、分担あるいは協働して事例に当たることが望ましいのではないだろうか。そのためには、機関同士の信頼関係づくりが急務であると考ええる。そのためには、年に１～２回の単なる連絡協議会ではなく、事例ごとに必要に応じて検討会が行われる恒常的なシステム、すなわち相談窓口が明示され、連携の呼びかけ人、すなわちケース・マネージメントを担う人間が必要不可欠となる。

## D. 結論

平成 13 年度の保護観察所に対する調査研究の成果も合わせて、児童思春期精神医療と司法・矯正保護機関とのシステム化に関して、私見をまとめて述べてみたい。

精神疾患や発達障害を抱える非行少年はもとより、青少年に重大な悪影響を与える薬物乱用に対しては、非行臨床が従来行ってきた生活指導中心の働き掛けだけでは再非行を防ぐことが難しく、思春期青年期精神医学の協力を仰ぐことが、一層必要となってきた。

かつて保護観察官をしていた当時の分担研究者の重要な責務は、ケース・マネージメントを行うことであったが、とりわけ、思春期外来のある病院を探し当て、精神保健福祉センターとの連携を図る作業は困難を極めた。思春期・青年期患者に対する精神医療の臨床

経験が豊かで、同時に非行・犯罪臨床に精通した専門医の数は明らかに不足している。医療少年院に収容された統合失調症患者の実態調査でも、多くは病前に重大な犯罪性が認められ、発症後3年以上経過しているにもかかわらず約半数に治療経験がないことが報告されている<sup>2)</sup>。また、深刻化している薬物依存・薬物中毒者の入院は大半の病院から嫌避され、専門病棟は国立下総療養所にわずか32床設置されているにすぎない。保護観察処遇の一環として、精神保健福祉センターなどで開催される「薬物教育プログラム」の受講や自助グループに参加することを推奨しているが、現実には治療的動機付けが乏しく参加する者は少ない。現在は行われていないが、裁判所の受講命令や不参加であれば施設収容するといったペナルティーが必要であろう。

医療少年院から出院するに際し、「出てからも不安なので治療機関を紹介して欲しい」と家族が要請しても、精神科医の個人的なネットワークに頼らざるを得ないのが現状であり、「電話帳で調べた方がいい、私が紹介すると覚せい剤をやって少年院へ入っていたと分かってしまう」と助言された笑えない事例も経験した。

「自発的受診・入院しか精神医療の対象としない」、「たとえ自傷・他害のおそれがあるうと人格障害ではだめで、狭義の精神病（統合失調症）しか措置入院の対象にならない」、あるいは、「薬物依存者は底つきを経験し治療的動機付けがしっかりしていなければ治療できない」といった精神科医の認識が続けば、精神医学的アプローチを必要とする非行少年は、実質的に切り捨てられていくことを強調したい。

児童思春期精神医療と司法・矯正保護機関とのシステム構築に向けて、いくつか具体的な提言を列記すると、次のようなものになるだろう。

- (1) 児童思春期精神医療においても救急で受診・入院可能な態勢を整備すること。
- (2) 家庭裁判所は、家事事件に加えて少年事件においても医務室の精神科医を一層活用すること。また、保護観察所に精神科医の囑託医を配置すること。
- (3) 精神医療関係者には非行臨床の、非行臨床関係者には精神医療の現状を理解してもらうための研修を公的機関が行うこと。そのために、精神医療と非行・犯罪臨床の双方に精通した専門家を育成する司法精神医学の国立研究機関が必要であること。
- (4) 医療少年院から仮退院するに際しては、必要に応じ、少年の帰住場所にある児童思春期精神医療機関の関与を求めること。具体的には、現在、仮退院の可否やその時期を審理している法務省の地方更生保護委員会の審理に少年の帰住場所を管轄する精神保健福祉センターの医師などを関与させること。

ところで、平成13年6月に精神病院に入退院を繰り返していた男が、大阪教育大附属池田小学校に侵入し、児童23名を殺傷するという事件を契機として、「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「心神喪失者等医療観察法案」と略称する。）が国会に上程され審議中となっている。この法案は成人の触法精

神障害者に関するものであるが、少年犯罪と刑事責任能力の問題や矯正施設から出院後スーパービジョンを行う保護観察所と精神医療との連携などを考える上で欠かせない重要な法律となるものである。

この「心神喪失者等医療観察法案」では、保護観察所は精神医療機関退院後の生活環境の調整を行い、その調査結果を裁判所に報告することとされている。精神保健に精通した保護観察官が養成され、指定通院医療機関などと協議して処遇実施計画を策定し、関係機関との協力・連携を図り精神保健観察を実施することが求められており、法案自体は成人犯罪者を対象としたものであっても、精神障害を抱えた少年に対する保護観察においても、そのパワーアップが十分に寄与することを期待したい。

#### 参考文献

- 1) 新倉アキ子：「少年相談・継続補導の現状と課題」，警察学論集 56(2)，108-123，2003
- 2) 田辺文夫：「精神分裂病を病む非行少年達について」，矯正医学 44(2-4)，1-17，1996

# 少年の保護処分における責任能力の要否に関する法的研究

分担研究者 長井 圓<sup>1)</sup>

研究協力者 町野 朔<sup>2)</sup> 柑本美和<sup>3)</sup> 古畑 淳<sup>4)</sup> 藤井 学<sup>4)</sup>

1) 神奈川大学 法学部 2) 上智大学 法学部

3) 国立精神・神経センター精神保健研究所 4) 神奈川大学大学院

## 研究要旨：

少年法の保護処分対象少年における（行為時）責任能力の要否について、必要説の裁判例が大多数を占めているのは、昭和43年に最高裁判所家庭局が当時の刑法改正案での「保安処分の導入」を考慮して必要説を採用したことに由来する。この点は、保護処分の法的性格のみならず処遇（医療少年院か精神病院か）にも深く関わるが、今日なお司法実務でも学説でも不要説が有力に主張されていることには理由がある。また、必要とされる責任能力が「刑事責任能力」ではなく、「実質的な責任能力」でしかないとすれば、これと「保護処分適応能力」との異同についても、検討を要する。ただ必要説・不要説いずれの立場でも、思春期児童の精神医療・矯正教育・環境調整を十分に達成しうるためには、精神病院・医療少年院の人的・物的条件の拡充が何よりも今求められる。

## A. 研究目的

「どの法律も児童思春期への施策は不十分で境界も不明確である。」これは、前年度実施されたアンケート調査回答の一例ではあるが、少年法・児童福祉法および精神保健福祉法の間にある今日の「児童思春期の精神医療・保健・福祉のシステム化」に関わる問題点を集約的に示唆したものと評価しうる。そこで、前年度の法的予備的研究を踏まえて、本研究は、「少年法」の観点から思春期児童の「精神医療と責任能力の存否」とをめぐる対応と処遇の法システムについて検討する。

## B. 研究方法

本研究では、少年法の保護処分とくに対象少年の（行為時）責任能力の要否について、第一に法解釈上の対立に決着をつけるのではなく、その対立がいかなる理由に由来するかを解明する方法を重視する。第二に、児童の精神医療・保健・福祉のシステムにおける処遇にあたり、責任能力の要否が「強制的措置」の「法的正当性・許容性」といかに関連するかを検討する。第三に、少年・児童に関わる「責任能力の概念の多義性・多層性」特に「刑事責任能力」と「実質的な責任能力」との差異について検討し、「行為時」・「審判時」・「処遇時」における是非弁別能力・制御能力などの各能力の多様性について、従来の裁判例・学説を素材として、精神医療をめぐる法的対立点を明確化する。

### C. 研究結果

本研究対象における責任能力の要否をめぐる少年法上の解釈的対立について、次のように考えられる。

第一に、少年に対する保護処分は、明らかに刑罰とは異なる。それゆえ、刑罰を前提とする刑事責任能力が少年の保護処分の要件になることは、ないはずである。

第二に、少年に対する保護処分の「不利益性」・「適正手続の保障」を根拠として責任能力の必要性を根拠づけることは、理論的に妥当性を欠く。精神保健福祉法の「措置入院」および児童福祉法の各保護措置も、多かれ少なかれ、対象者の自由を制約するし、一定の不利益なラベリングを伴うことを否定しえないからである。それは程度の問題である。

第三に、責任能力必要説が少年に対する保護処分として「医療少年院送致」に反対する根拠の一つには、それでは責任無能力（特に精神分裂病）の少年に対する適切な医療措置がなしえず、矯正保護の効果も十分に期待しえないという認識が背景にある。この認識が仮に正当であるとすれば、これは、医療少年院の人的・物的条件の拡充・改善によって解決すべき問題である。他方では、不処分ないし審判不開始によって、対象少年が「措置入院」により適切な医療その他の必要な措置を常に十分に受けることができるという保障を現状では欠くという点について、必要説は看過している。すなわち、必要説は、「措置入院」制度の不安定（精神保健福祉法 29 条 1 項によれば、措置要件を認めたときでも、知事は「入院させることができる」にすぎないために生じる措置率の地域格差）、「自傷・他害のおそれ」の症状がある時点のみに限られた「短期入院」、「退院後の通院等のアフターケア・看護支援体制・親との関係などの調整の不充分」、これとは逆に「措置入院期間の長期化」あるいは「児童思春期医療の人的・物的未整備」（特に児童思春期精神病棟および児童精神医の不足）などの現状を正確に認識したうえでの立論であるか、疑問となる。

第四に、「責任能力」と「同意能力」とは、その対象とレベルが同一ではない。「医療」であれば当然に「強制措置」が法的に正当化されるわけでもないことは、措置入院での「自傷・他害のおそれ」の要件にも示されている。また、フランス・ドイツ・オランダ等の法制ならびに学説によれば、本人の心身への医療は一般に説明による自律的決定（同意）を必要とし、同意能力を欠く未成年者ないし精神障害者でも後見人等の同意が必要であり、本人の同意を欠く「強制的医療」は原則的に違法となる。さらに、本人の同意・納得（自発性）を欠くときは「治療効果」は乏しい。むしろ、医療であれ、本人に意思能力を欠くため同意がなくとも本人の最善利益を達成すべきやむをえない場合を除くと、「強制的処分」は社会（共存）の安全（再犯の防止）に必要な場合にのみ法的に許容される、と解されている。要するに、少年法の保護処分につき対象少年の責任能力を必要としたとしても、その能力を欠く少年の「措置入院」が必ずしも法的に許容されるわけではない。少年法の保護処分が「不利益処分」であると強調してこれを回避しても、代替措置たる精神保健福祉法の「措置入院」であれば、これが「不利益処分」にならないとはいえないであろう。

第五に、対象少年には「保護処分」（医療少年院への送致・収容等）よりも「措置入院」が適切である場合には、不要説によっても同様の措置が可能になる。それゆえ、必要説に立って責任能力を欠く少年を一律に保護処分の対象外とするよりは、不要説により対象内とした方が対象少年に相応しい（矯正教育・環境調整等を含む）多様な処遇を広く選択可能になる。

このような理由からして、不要説が結論的には妥当であろう。

## D. 考察

### 1 旧少年法と現行少年法

a. 旧少年法（大 11 年法律第 42 号）では、少年の刑事事件については、起訴便宜主義の下で検察官が先議して保護処分を相当と思料して移送したとき、初めて少年裁判所がこれを保護事件として受理する手続構造を有し、「少年刑法」の色彩が強いものであったが、その保護事件の対象は「刑罰法令ニ触ルル行為ヲ為シ又ハ刑罰法令ニ触ルル行為ヲ為ス虞アル少年」（4 条 1 項）と定められていた。その文言からしても、対象少年の責任能力の存在は、要件とはされていなかった。

b. これに対して、現行少年法（昭 23 年法律第 168 号）は、検察官先議を廃止して全件送致主義を採用し、少年の年齢を 20 歳未満にまで引き上げ、（改正前は）16 歳以上の犯罪少年に対する処遇として保護処分と刑事処分との間の選択権を全面的に家庭裁判所に与え、家庭裁判所を少年保護の中核機関に据えて「保護優先」の立場を明確にした。その第 3 条 1 項に定める保護処分（審判）の対象少年は、「罪を犯した少年」（1 号）、「14 歳に満たないで刑罰法令に触れる行為をした少年」（2 号）、「次に掲げる事由があつて、その性格又は環境に照らして、将来、罪を犯し、又は刑罰法令に触れる行為をする虞れのある少年」（3 号）と定められている。しかし、その改正案までは法文の形式も旧法と同様であり、国会で初めて「罪を犯した少年及び 14 歳に満たないで刑罰法令に触れる行為をした少年」と修正議決されたが、その趣旨は児童福祉法との関連により、14 歳未満の少年と 14 歳以上の少年との手続を区別したものであって（3 条 2 項）、少年法の根幹にも関わる刑事責任能力の要否についての論議はなく、これを要件とはしていなかった。それゆえ、現行法も旧法以来の責任能力の存否を問わない立場（不要説）を当然のこととして採用したと理解するのが素直であろう。

c. ところが、バレンス・パトリエの理念の下で「要保護性」論が強調される反面として、昭和 28 年頃より学説として必要説（宮崎昇「国家の司法作用としての少年審判」家裁月報 5 卷 9 号（1953）51 頁、市村光一・少年法概説（1954）32 頁、団藤重光・森田宗一・少年法（1956）90 頁・後に改説）が登場するに至る。しかし実務では、なお自明のこととして旧法以来の不要説が採用されていた。すなわち、①盛岡家決昭 34・5・19 家裁月



報 11 卷 7 号 86 頁は、てんかん発作により父を絞殺した少年につき、「脳実質の器質的変化により情意障害のためその是非弁別ができないまま行為にふみきったものと認めることができる。そうすると、少年は精神病質的人格者であり、その罪質が重大であるが故に単純に刑事処分に処することは不当であって、精神医学的配慮にもとづく治療、致導により保護の指針をたてることが緊要である」として、医療少年院送致とした。また、②宇都宮家足利支決昭 36・9・30 家裁月報 14 卷 1 号 145 頁は、酩酊状態で友人を橋の上から突き落として死亡させた少年につき、心神喪失の有無を判定せずに、補導委託による試験観察の決定後、「保護処分に付する必要性がない」と認めた。さらに、③松江家決昭 39・4・21 家裁月報 16 卷 6 号 138 頁は、父に顔面を殴打され間脳性てんかんの発作・激情により父を刺殺した（医療少年院送致歴のある）少年につき、「心神喪失者の行為であるが、保護処分は刑罰とは異なり、非行に対する制裁ではないのであるから、少年法第 3 条 1 項 1 号の「罪を犯した少年」に該当する」としながらも、その疾患および危険性からして医学的措置による治療をするのが相当であり、精神衛生法 29 条の措置入院が予定されているので、医療少年院送致その他の「保護処分に付する相当性」を欠くとして、不処分とした。こうして、②・③の裁判例に明らかなように、不要説でも、家庭裁判所は当該少年の具体的事情に応じて、「要保護性」を欠くとしたり、また措置入院を選択しうるのである。

d. 必要説の初裁判例として、④津家決昭 38・5・31 家裁月報 15 卷 11 号 159 頁は、精神衰弱症で休学中に祖母を殴打等してショック死させた少年（高校 2 年生）につき、精神分裂「症者特有の異常心理状態の下で判示所為を敢行したものであってこれは刑法 39 条第 1 項にいう心神喪失の行為に当たる」として不処分とした。しかし、同決定は、「虞犯性」については不要説に立ち、少年が犯行後に母親の同意により精神病院に入院療養中であることを理由にして、保護処分よりも入院療養の継続が望ましいと判示している。また、⑤新潟家長岡支決昭 39・8・6 家裁月報 17 卷 3 号 79 頁は、就寝中の母を扼殺後に石油を撒いて点火し自宅に放火した精神分裂病の少年につき、「本件行為は心神喪失中の行為として罪にならない。従ってこの事件を検察官に送致し、あるいは少年を保護処分に付することはできない。」（鑑定留置後に精神病院に入院）としている。さらに、⑥福岡家小倉支決昭 41・8・16 家裁月報 19 卷 7 号 121 頁（通行中の女性に強盗致傷をした外因性の精神薄弱・てんかんの少年につき、心神喪失の行為ゆえ罪にならないとして、（精神病院で入院療養中）審判不開始）、⑦大阪家決昭 42・3・13 家裁月報 19 卷 12 号 80 頁（母を絞殺した 16 歳の精神分裂病の少年につき、行為時心神喪失ゆえ少年法 3 条 1 項 1 号に該当せず、また既に精神衛生法 29 条の措置入院により治療を受けているので、将来罪を犯すおそれもないので同条 1 項 3 号にも該当しないと判示）がある。

なお、④～⑥は、裁判時に少年が精神病院に既に入院中であるので、前記③の不要説の裁判例によっても、必要説の裁判例と異なる結論に至るわけではないことに注意を要する。

## 2 最高裁判所家庭局（昭和43）の見解（必要説）

a. 最高裁判所家庭局は、昭和43年2月の全国少年係裁判官会同において、必要説の見解を示した（家裁月報20巻11号81頁）。これ以後、家庭裁判所の裁判例では、今日に至るまで「外見上」は必要説が大多数を占めるに至っている。

⑧奈良家決昭43・3・7家裁月報20巻10号98頁（現住建造物放火，精神分裂病による心神喪失・不処分），⑨大阪家決昭45・4・24家裁月報23巻6号89頁（窃盗，精神薄弱により故意の成立に疑いあり，心神喪失・審判不開始，精神薄弱時施設に入所中），⑩広島高岡山支決昭45・11・2家裁月報23巻6号79頁（強姦致傷等，心神喪失者も「罪を犯した少年」として保護処分の対象となるとして少年を医療少年院に送致した原決定には解釈の誤りがあるものの，少年は行為時に心神耗弱の状態にあったとして，抗告棄却），⑪甲府家決昭45・12・19家裁月報23巻9号133頁（現住建造物放火等，精神薄弱・検察官の再送致につき事実の証明不十分として不処分），⑫大阪家決昭54・5・11家裁月報32巻2号104頁（殺人，覚せい剤中毒による限定責任能力・医療少年院送致），⑬札幌家室蘭支決昭56・6・22家裁月報33巻12号110頁（精神薄弱児施設内の生活指導員への殺人，責任能力・中等少年院送致），⑭浦和家決昭56・9・2家裁月報34巻3号63頁（殺人等，責任能力・検察官送致），⑮神戸家決昭56・10・15家裁月報34巻7号101頁（殺人未遂，精神分裂病による心神喪失・不処分，鑑別所退所後に措置入院，なお「虞犯行為」については不要説に立つが，将来予想される「罪」には必要説に立ち「虞犯性」の要件を欠くと判示），⑯浦和家決昭58・3・30家裁月報35巻8号158頁（器物損壊，精神分裂病による心神喪失・不処分，同意入院），⑰宇都宮家決昭59・6・22家裁月報37巻1号170頁（強盗・銃刀法違反，精神分裂病の初期段階ゆえ心神耗弱・医療少年院送致），⑱広島家決昭60・4・25家裁月報37巻10号131頁（殺人，精神分裂病による心神喪失・不処分，措置入院予定），⑲旭川家決昭60・12・9家裁月報38巻8号90頁（殺人等 — 医療少年院仮退院後の犯行，精神病質・責任能力・医療少年院送致），⑳長崎家決昭63・3・30家裁月報40巻9号144頁（殺人，精神分裂病による心神喪失・審判能力なし・審判不開始），㉑名古屋家決平4・8・31家裁月報44巻12号131頁（殺人未遂，精神分裂病による心神喪失・審判不開始，措置入院中），㉒福島家郡山支決平4・9・14家裁月報45巻7号86頁（殺人未遂，精神分裂病による心神喪失・審判不開始），㉓岡山家決平7・3・27家裁月報47巻7号196頁（殺人，精神分裂病による心神喪失・不処分，措置入院予定），㉔静岡家決平7・12・15家裁月報48巻6号75頁（殺人・傷害 — 通院治療中の犯行，精神分裂病による心神喪失・不処分，措置入院），㉕大阪家決平10・12・14家裁月報52巻10号102頁（殺人，非定型精神病による心神喪失・不処分），㉖金沢家決平12・10・18家裁月報53巻3号100頁（共犯による傷害等，躁うつ病による心神喪失・不処分，措置入院・解除後通院治療）。

これらの大多数は，責任能力の存否の判断がなされているため必要説に分類されているものの，16歳～19歳の行為時精神分裂病の少年による家族等の殺人・同未遂の事案である

ため措置入院が必要とされたのが通例であり、不要説でも必ずしも実質的に異なる結論に至るものは少ないともいえる。すなわち、不要説によれば、措置入院の他に、医療少年院送致という保護処分も可能になるので、より広く適切な処分が選択可能になる。必要説の難点は、⑧・㉔のような場合に、医療中心の保護が必要な場合にも、現実に措置入院がなされない限り、それが放置されうる点にある。いずれにせよ、以下では、前記家庭局の見解の是非を検討しなければならない。

b. 最高裁判所家庭局の見解（必要説）の骨子は、次のような理由からなる。

(1) 旧少年法が犯罪少年と触法少年とを区別せず「刑罰法令に触れる行為をした少年」と一本化していたのを改め、現行法が触法少年と区別して「罪を犯した少年」と規定した趣旨は、責任年齢の点は別としても、「有責な行為」であることを要件とした点にある。

(2) 有責な行為であることによって、その行為が人格の現れであるというふうに見える。

(3) 責任要件を備えた行為を矯正教育を内容とする保護処分の基礎とすることは、刑事政策的にも合理性を有する。

(4) 精神障害者についての処遇は保護処分制度の下でもなお問題が残る。たとえば「社会的危険性のある強度の精神障害者」や「早急に治療の見込みなく長期の監護を必要とする精神障害者」などについては、現行の医療少年院では処遇困難な面があることは否定できない。

(5) これを精神衛生法上の措置にすべてゆだねるのが相当かどうかは多分に問題があるので、立法論としては保護処分の多様化の一環として「精神障害者施設送致処分という新たな保護処分」を設けることが考えられる。

(6) その場合、この施設送致の対象を現行の犯罪・触法・虞犯少年に限るべきか、あるいは行為当時責任能力のない者も対象に加えるか、また、処分の性格を純粹に保護処分の性格とすべきか、それとも社会的危険性に着目して、保護処分的要素も加味するのが適当かなど、根本的な問題がある。

(7) これらの点は現在法制審議会における刑法改正の審議に際し、精神障害者に対する保安処分が問題とされているおりでもあり、それとの関連をも考慮して慎重に検討しなければならない。

### 3. 必要説の検討

#### a. 「犯罪少年」（罪を犯した少年）の意義（文理解釈）

(1) その文言は、14歳未満であるため刑事責任年齢（刑法41条）に達していない「触法少年」と対比しても、刑事責任能力があるがゆえに「犯罪少年」の文言が用いられた。このような解釈（必要説）は、当然とも思われるが、決定的ではない。前記家庭局(1)の見解は、このような解釈であろうが、前記1 b. に示した現行少年法の趣旨および立法経過に即したものとはいえない。特に、少年法第三次改正草案3条では「刑罰法令に触れ

る行為をなした少年」(以下犯罪少年と略称する)」との表現があり、少年法の改正経過において「犯罪少年」という概念には刑事責任能力を要件としていなかったことが明らかである(多田周弘「少年保護事件におけるデュー・プロセスの実現のための覚書(中)」判例タイムズ634号(1987)14頁)、との指摘がある。

(2)最近の有力な必要説によれば、「立法者の意図としては「罪を犯した少年」に責任能力を要求していなかったものと理解しうるが、必要説がいうように、法律解釈において立法者の意図は必ずしも決定的なものではないように思われる。むしろ、文言上「罪を犯した」少年と規定していることが条文解釈としては重要であろう」とする一方で、「触法少年」および「虞犯少年」との関係では、文言解釈が決定的ではなく、「重要なのは実質的理由である」と主張されている(東海林保「少年保護事件における責任能力をめぐる諸問題」家裁月報48巻5号(1996)12頁)。しかし、一方で文言解釈を重視しつつ、他方で実質的理由を重視するのは、論理的には矛盾でなからうか。いずれにせよ、刑法60条および61条に定める「犯罪」のように、通説(共犯における違法従属性説)によれば、これに「責任能力」を要しないと解されている例もある。それゆえ、不要説は文言解釈としても十分に成り立つ。

(3)それのみならず、現行刑法と同時に施行された少年院法2条5項は、「医療少年院は、心神に著しい故障のある14歳以上26歳未満の者を収容する」と定め、その対象者として責任能力を要件としてはいない。この規定は、「処遇」対象者に関するものであるので、「行為時責任能力」の要否とは直結しないが、これを欠く者を排除するものではない。しかも、少年法は、「非行のある少年に対して性格の矯正及び環境の調整に関する保護処分を行う」

(1条)ことを目的とするのであるから、単なる「行為時責任」ではなく「処遇」に重点を置くものである。

#### b. 非行少年における責任能力の要否

(1)「罪」を犯した少年という文言解釈を理由とする必要説が、「触法少年」・「虞犯少年」に妥当しないことは明白である。そこで、責任能力の要否をめぐる実質的根拠が問題になる。ここでは、必要説は「触法少年」・「虞犯少年」の規定文言に反する無理な解釈を強いることになろう。それゆえ、必要説とされる裁判例のうち④・⑦は「虞犯性」については不要説に立つようであり、⑮は「虞犯行為」には不要説であり「将来予想される罪」には必要説に立つ(しかし、3条1項3号は「将来、刑罰法令に触れる行為をする虞のある少年」も対象としているので、本決定の理由は不適切である)。また、⑳横浜家決昭47・10・9家裁月報25巻5号100頁は、少年の各行為は特殊な病的人格により発現したもので責任能力が著しく減退・喪失した状態で反復されたものと推認され、外形的には虞犯事由に該当しても、保護処分で矯正することは困難であるとして、審判不開始(措置入院)としている。この㉑の立場は必ずしも明らかではないが、不要説でも「処分の相当性」を欠くとなしうる事案であった。必要説とされる裁判例の大多数は「犯罪少年」に関するもので