

薬物療法の進歩によって、その予後は過去の時代より格段に改善している。ほとんどの統合失調症患者は社会の一隅で静かに暮らす温和な人々だが、時に彼らは説明の出来ない事件を起こしてしまう。その原因の一つとしてあげられるのが、幻覚や妄想などの病的体験である。患者の幻覚はしばしば脅迫的な内容となり、その存在を脅かす。これに被害妄想が重なり窮地に陥った患者は、自己の生存のために空想上の「敵」に逆襲しようとする。これが統合失調症の犯罪でよくみられるパターンである。したがって第三者には、犯行は突発的で不連続な出来事としか思えず、理解不能な事態に困惑するばかりとなる。

私たちは犯罪をはっきりとした原因と結果があるものとして理解しようとする傾向がある。つまり凶悪な事件を起こすには、犯人にそれなりの理由があったり、元来の凶悪な素質があるに違いないと考えるわけである。しかしこうした「事件の文脈」をたどることは、統合失調症の犯罪を考えるとときは無意味なことが多い。犯人と被害者との関係は現実のものではなく、犯人の頭の中だけで構築された架空なものに過ぎないことも多いからだ。滋賀県の幼稚園児の殺人はおそらくこのようなタイプの事件であったと思われる。

精神病質の犯罪が統合失調症と異なる点は、犯罪そのものに「快楽」を見出している点である。殺人それ自体を快楽とした事件として、古くはフランスの貴族ジル・ド・レの大量殺人が知られている。「青ひげ」とも呼ばれたジルは数百人の少年を文字通りなぶり殺した。司法的には、統合失調症と異なり精神病質の患者には責任能力が備わっているとされている。重罪を犯しても多くの統合失調症患者は減刑されるが、精神病質の場合は一般の被告と同じ扱いになる。しかし統合失調症と精神病質は明確に分離できるかというところでもない。両者の間には重なり合う部分も多く、両方の疾患の特徴を持つ「類破瓜病」という病も知られている。精神科の臨床医としては単純な二分法には疑問を感じる人が多い。

最近の事件として、川崎市の小3転落死事件は記憶に新しい。容疑者の男性は普通の会社員として勤務をし家庭も持っていたということから、無差別殺人を行う動機に理解できないものがある。この「理解のしづらさ」は精神障害と関連がある可能性が大きいと思われる。容疑者の男性はうつ病の治療歴があり希死念慮があったと報道されている。通常うつ病では犯罪傾向はみられないが、その中でも幻覚・妄想などを伴う「精神病性うつ病」であったかもしれない。あるいはまれではあるが、この年齢で統合失調症が発症する場合も皆無ではない。このような理解しがたい事件の真相を私たちはぜひ知りたいと願うが、被疑者が精神障害であることが明確になると、報道自体が自粛してしまう現状は非常に残念である。精神障害者の犯罪についても、被疑者の人権に配慮しつつ、正しい知識に基づいて偏見なく理解するためには、現在より詳細な報道がなされることを期待してやまない。

(本稿は東京新聞2006年4月24日夕刊に掲載された)

## 特集

## マスメディアと精神医学

# 事件報道に関する ジャーナリズムの意識調査\*

○ 岩波 明\*\* / 飯田英晴\*\*\* / 高橋清久\*\*\*\*

**Key Words :** news media, report, mental disorder, crime

## 結 果

### はじめに

現在、国、自治体、民間の精神医療・福祉の関係者は、精神障害者の社会復帰、地域生活の支援のためにさまざまな活動を進めている。その際に障壁となるものの一つに精神障害者に対する誤解・偏見がある。この誤解や偏見を是正するのに重要であるのが、マスコミの役割である。

精神障害者に対して国民が正しい理解をするためには、マスコミが精神障害者や精神医療に対して正しい知識をもっていることが不可欠である。今回、われわれはマスコミに対してアンケート調査を実施し、精神障害者や精神医療に対する意識調査を行った。

### 方 法

(1) 調査対象：放送局(テレビ局およびラジオ局)148社、新聞社106社、出版社37社の総計291社である。上記対象者宛にアンケート調査票(後述)を郵送し、回答を郵送してもらうように依頼した。

(2) 調査機関：平成17年2月1日～3月10日。

#### 1. 調査票の回収率

調査票の発送総数291件に対して、回収数69件、回収率は23.7%であった。回答者の内訳は、放送局19件、新聞社15件、出版社4件であった。所属不明が31件みられた。

#### 2. 調査結果の概要

調査結果の概要は表1に示した。

報道の際に患者の人権という問題を意識されているかという問いには、97.1%という大部分で「意識している」という回答が得られた。また、精神障害者の報道、出版に関して社としてのガイドラインについては、「全般的なガイドラインがあり、それにのっとっている」が47.8%、「ガイドラインはあるが、個別の判断を重視している」が33.3%で、80%あまりの機関でガイドラインを使用していた。

精神障害者が犯罪を犯した場合、実名報道については、「できるだけ、避けるべきである」が40.6%、「個別の判断が重要である」が58.0%で意見が分かれた。実際に精神障害者の犯罪について報道する場合、実名を報道しているかという問いに対しても、各社ごとに対応が異なっていた。

犯罪者の精神科病院の入院歴、通院歴に関し

\* A questionnaire survey of the news media concerning the reports of crimes committed by persons with mental disorders.

\*\* Akira IWANAMI, M.D., Ph.D.: 埼玉医科大学精神医学教室(〒350-0495 埼玉県入間郡毛呂山町毛呂本郷38); Department of Psychiatry, Saitama Medical School, Saitama 350-0495, Japan.

\*\*\* Hideharu IIDA, Ph.D.: 藍野大学医療保健学部; Department of Medical Technology, Aino University, Osaka, Japan.

\*\*\*\* Kiyohisa TAKAHASHI, M.D., Ph.D.: 国立精神・神経センター; National Center of Neurology and Psychiatry, Tokyo, Japan.

表1 アンケートの結果

1	貴社では報道の際に患者の人権という問題を意識されていますか？		%
	ア 意識している。	67	97.1
	イ ことさら、意識はしない。	2	2.9
2	精神障害者の報道、出版に関して、社としてのガイドラインをおもちですか？		
	ア 全般的なガイドラインがあり、それにのっとっている。	33	47.8
	イ ガイドラインはあるが、個別の判断を重視している。	23	33.3
	ウ ガイドラインはない。	12	17.4
3	精神障害者が犯罪を犯した場合、実名報道の是非がしばしば議論されます。		
(1)	そこで、貴社の精神障害者の犯罪の場合、実名報道についての基本的なお考えをお聞かせ下さい。		
	ア できるだけ、避けるべきである。	28	40.6
	イ 個別の判断が重要である。	40	58.0
	ウ できるだけ、実名報道すべきである。	2	2.9
(2)	実際に精神障害者の犯罪について報道する場合、実名を報道されていますか？		
	ア 精神障害者であることが確定的な場合、実名を控える。	20	29.0
	イ 精神障害者である可能性があれば、実名を控える。	33	47.8
	ウ ニュースの重要性を考慮し、実名報道するか検討する。	19	27.5
	エ 原則として実名報道である。	1	1.4
4	精神障害者が犯罪を犯したと思われる際、犯罪者の精神科病院の入院歴、通院歴をあわせて報道している記事を見かけます。犯罪と精神障害が関連ない場合には、そのような報じ方が偏見を助長するという意見があります。それに関連して以下の質問にお答え下さい。		
	ア 入院歴、通院歴があれば事実として報道してよいと考える。	7	10.1
	イ 読者の知る権利を尊重するためにも報道すべきだと考える。	0	0.0
	ウ 犯罪と精神障害が関係がなければ報道すべきではない。	37	53.6
	エ 個別の事例ごとに検討すべきである。	27	39.1
	オ その他	1	1.4
5	精神障害者の犯罪報道に関して精神科医がコメントをすることがよくあります。しかし、当事者を知らない精神科医が憶測でコメントすることは好ましくないという批判が聞かれます。そのことについてどのようにお考えでしょうか？		
	ア 専門家の意見は読者の理解を深める上で役に立つ。	27	39.1
	イ 専門家の意見を聞くことは通例であり、ことさら問題はない。	4	5.8
	ウ 憶測で話すことは誤解を招きかねないので慎んだほうがよい。	19	27.5
	エ その他	20	29.0
6	精神障害者や家族あるいは支援者に関する美談や真剣な生き様を伝えることが偏見の是正につながるという考えがあります。		
(1)	そのような考えかたについてどのようにお考えですか？		
	ア その通りであり、これまでも報道してきた。	26	37.7
	イ その通りであるが、そのような報道はしていない。	13	18.8
	ウ 偏見の是正には役立たない。	1	1.4
	エ どちらとも言えない。	26	37.7
	オ その他	4	5.8
(2)	貴社では犯罪報道以外で精神障害を取り上げられたことがありますか？		
	ア ある		
	① 当事者に関する実話	17	24.6
	② 支援活動、ボランティア活動など	38	55.1
	③ 学術的記事(原因や治療に関する記事)	14	20.3
	④ その他	1	1.4
	イ ない	15	21.7
7	過去に精神障害者に関する報道をされた際に、当事者当からクレームまたはコメントがきた経験がありますか？		
	ア クレームがあった。	15	21.7
	イ コメントがあった。	7	10.1
	ウ 報道したことはあるがクレームはなかった。	39	56.5
	エ 報道したことがない。	6	8.7

(つづく)

8	メディアで新しい、あるいは一般的ではない精神科関連の疾患名や症状が報道され、これが流行語のように用いられることがしばしばみられます(例：アダルトチルドレンなど)。このような現象をどう考えますか？		
	ア メディアとして必要なことで、どんどん紹介すべきだ。	2	2.9
	イ 十分用語の内容を検討してから、報道・出版した方がよい。	55	79.7
	ウ 一般の人に不安を与える恐れがあり、注意して使用すべきだ。	11	15.9

(設問によって重複回答あり)

では、「入院歴、通院歴があれば事実として報道してよいと考える」が10.1%、「犯罪と精神障害が関係がなければ報道すべきではない」が53.6%、「個別の事例ごとに検討すべきである」が39.1%で、これに関しても意見が分かれている。

犯罪報道に関する精神科医のコメントについては、「専門家の意見は読者の理解を深める上で役に立つ」が39.1%、「専門家の意見を聞くことは通例であり、ことさら問題はない」が5.8%、「憶測で話すことは誤解を招きかねないので慎んだほうがよい」が27.5%で肯定的な意見が多かった。

精神障害者や家族あるいは支援者に関する美談や真剣な生き様を伝えることが偏見の是正につながるという考えについては、賛同する意見が多かったが、実際に報道したのは、37.7%であった。その中で取り上げた記事としては、「支援活動、ボランティア活動など」がもっとも多かった。

過去に精神障害者に関する報道をされた際に、当事者などからクレームまたはコメントがきた経験は、21.7%でクレームが、10.1%でコメントがあったが、半数以上でクレームはなかった。

マスメディアがあまり一般的ではない精神科関連の疾患名や症状が報道することには、慎重な姿勢が多かった。

### 3. 「知る権利」と実名報道

いわゆる「知る権利」と精神障害者の犯罪の際の実名報道については、自由記入式として意見を求めた。ここではできるだけ実名報道をすべきであるという意見、実名を避けるべきであるという意見、個別に判断するべきであるという3つに大きく見解は分かれた。

できるだけ実名報道すべきであるという意見には、以下のようなものがみられた。

「犯罪と精神障害が関係ある場合でも実名報道の意味は深い」、「ニュース報道は原則として実名にしている」、「社会を震撼させるような重大

かつ凶悪犯罪は実名報道を原則とする」、「国民の知る権利に沿って情報を正しく伝えるのが務め、とくに犯罪にかかわる情報は社会防衛上の見地からも国策の政策立案の見地からも非常に公益性が高い」、「重大な犯罪があった場合その犯人がどのような人物像なのかは公の関心事で原則的には『知る権利』に奉仕する」、「犯罪と精神障害の因果関係がないかぎり実名報道にしないと『知る権利』に答えられない」。

一方、実名報道はできるだけ慎重にするべきであるという以下のような意見もみられた。

「刑法39条の規定から、実名、匿名の判断は慎重に行うべき」、「匿名でも事実関係、事件の社会的背景、問題点などは伝わるはず」、「知る権利」を理由に偏見、先入観、差別を助長すべきではない」、「『知る権利』を振りかざして報道しているケースが散見する」。

### 4. 偏見に対する考え、具体的な施策

精神障害者に対する偏見についての基本的な考え、およびそれを減らすための具体的な施策について、自由記述式として回答を求めた。

ここでは精神障害者の実態が知られていないため、偏見が生まれているという意見が多かった。以下のように、精神障害者に関する報道を増やすことが有効であるという指摘がみられた。

「なるべく露出できる場をつくる」、「取材もできるなら病院で行う」、「取材記者が何度も足を運び、信頼関係を築いた上で実名で登場してもらった」。

また、精神障害者が事件を起こした場合、精神障害と因果関係があるかのような報道は慎むべきであるという意見もみられた。

## 考 察

本研究はマスメディアの精神障害に対する考え方、姿勢を主として精神障害の報道のされ方という側面から検討したものである。このような研究

は、日本精神病院協会によるアンケート調査<sup>1)</sup>と一部内容が重なるが、過去にほとんど例がない。

今回、調査したほとんどの機関において精神障害者を報道する際のガイドラインかそれに準ずるものがあり、この問題をきちんと意識していることは評価できよう。もっとも報道の原則は、各機関によって大きく異なっている。

たとえば、現実の精神障害者の犯罪の場合、実名報道をするかどうかという点についても、大きく意見は分かれた。精神障害者である可能性がある場合、実名報道を控えるという報道機関が全体の半数あまりに及んだが、逆に言えばこれは、精神障害者であることが確定的でないなら実名報道を辞さない報道機関が少なからずみられることを示している。

また、犯罪者の精神科への通院歴について報道すべきかどうかについても意見が分かれている。日本精神病院協会の調査<sup>1)</sup>においても、「触法患者の受信歴をどのように報道しますか」という設問に対して、「基本的に報道する」が8.0%、「因果関係があれば報道する」が58.0%、「基本的に報道しない」が27.3%とわれわれの調査と同様の結果であった。

昭和40年代において、精神障害者が犯罪を犯した場合でも、実名報道が一般的であり一般の場合と扱いは異ならなかった。その後、人権意識の発達のため、精神障害者に対する実名報道は手控えられ現在に至っている。もっとも犯罪の被疑者に対する報道の仕方は、一般の場合でも十分に意見の一致をみていない。あらゆる被告において、被告の刑が確定するまでは、実名報道は控えるべきであるという意見もだされている<sup>2)</sup>。

現在の時点で多くの報道機関が一致している見解としては、「被疑者が精神障害者であることが確定的な場合は、実名報道を控える」という点であろう。事実殺人などの重大事件においても、被疑者が実名報道されないまま司法的な手続きが進行することは少なくない。これに対して一部の論者は、精神障害者に対する特別な扱いはいっさいすべきでないと主張している<sup>3)</sup>。精神障害者であろうと実名報道し、さらには刑罰の減免をすべきではないという。

また、「被疑者が精神障害者であることが確定

的な場合」といっても、実はこれが容易でないケースも少なくない。事件発生時には実名報道であったものが、その後の取材で匿名になることも起きている。報道機関ごとに対応の異なってしまうのは、やむを得ない側面があると思われる。

それでは、今後報道機関にどのような対応を求めるべきであろうか。現実にはインターネットの普及により、匿名報道そのものが難しい状況になりつつある。少年犯罪においても顔写真がインターネットの掲示板において簡単にアップロードされてしまうことも起こっており、被疑者の匿名性を維持することは非常に難しい。問題は実名報道そのものよりも、精神疾患がセンセーショナルに報道されすぎることにあると思われる。

多くの人々にとって犯罪報道はある種の娯楽になっている。とくに、精神疾患の関連した理解不能な事件に対する関心は高い。たとえば、連続少女誘拐殺人犯の宮崎 勤死刑囚が起こしたような奇妙な犯罪は、報道の商品価値が高い。これに輪をかけるのがコメンテーターとしての精神科医の無責任な見解であり、実際は内容のない精神医学や心理学と関連した流行語である。事件のセンセーショナルな報道ばかりが先行し、きちんとした病気の説明も背景の解説もないため、一般の人々には「精神疾患は怖い」という漠然とした印象だけが残ってしまう。

このようなことを防ぐためには、今回の調査で得られた意見にあるように、一般の人に精神障害者の実態が知ってもらうため、精神障害者に関する報道を増やすことが有効であると考えられる。医学的な知識に裏づけられた真摯な報道が増えることによって、精神障害に対する偏見は減じていくであろう。また、このような動きに関しては精神医療側から報道機関に対して、積極的に具体的な提案をしていくことが望ましいと考えられる。

## 文 献

- 1) 水木 泰. 報道機関へのアンケート調査. 日精協誌 2000 ; 19 : 695.
- 2) 読売新聞・編. 人権報道. 東京:中央公論新社;2003.
- 3) 呉 智英, 佐藤幹夫. 刑法三九条は削除せよ! 是か非か. 東京: 洋泉社; 2004.

# 触法精神障害者対策と心神喪失者等医療観察法

松原三郎

医療法人財団松原愛育会 松原病院

改訂 精神保健福祉法の最新知識 歴史と臨床実務（中央法規）

第6章 147-165

2007年8月20日発行

## 第六章 触法精神障害者対策と心神喪失者等医療観察法

### 第一項 触法精神障害者対策の経緯

平成十一年改正の重要なテーマの一つが触法精神障害者対策であった。日本精神科病院協会は法改正に当たってその要望の第一に「触法精神障害者対策」を視野に入れた法改正の検討をあげていた。

日本精神科病院協会の要望の大きな理由は、当時触法精神障害者に対しては措置入院制度でかろうじて対応しているような状況があったからであるが、障害者も普通の生活を送るべきであるという、ノーマライゼーションの理念が尊重される世界的な潮流のなかでは、精神科病院の開放化が一層進み、現行措置入院制度で罪を犯した精神障害者に対応するには限界があったということである。そして措置入院を一般措置と特別措置とに分け、触法精神障害者対策を特別措置制度に委ねるよう提言した。

触法精神障害者対策は、平成十一年改正の際の専門委員会では、日本精神科病院協会側委員と刑法学者・自治体立病院側委員との間で激しい議論となったが、結局法改正には取り入れられなかった。

#### 1 保安処分制度

わが国には重大犯罪を犯した、あるいは繰り返し犯すおそれのある精神障害者に対する法制度がまったくなかつ

た。これは先進国の間では例外的である。

日本の刑法では心神喪失者の行為は罰しないことになっており、心神耗弱者の行為については刑を減輕することとなっている。犯罪を犯した触法精神障害者が心神喪失で無罪が確定すると、刑法上は釈放され自由の身になる。しかし、不起訴あるいは無罪になった精神障害者の九〇％は、検察官通報によって、措置入院のための精神鑑定を求められてきた。精神保健福祉法の措置入院が適用されるのが通例であったのである。

八％ほどの触法精神障害者は入院治療を受けていないという事実もあつた。措置入院となつた触法精神障害者は、病棟内でのトラブルメーカーとなることも多く、病棟の開放化を妨げる原因にもなりやすい。

また、措置入院はあくまで「自傷他害のおそれ」があるかないか、という病状判断に基づくので、そのおそれが無くなれば当然のことながら、措置を解除しなければならない。精神保健福祉法では「おそれ」が無くなれば直ちに措置解除することを求めている。従つて犯罪の重大さと入院期間はまったく無関係であつた。犯罪を繰り返す精神障害者では、殺人、放火、強盗などの重大犯罪が多く、このような事実を考えてもなんらかの法制度の整備が望まれていたのである。

諸外国の例をみると、イギリスでは、精神疾患のために犯行時にその行為の意味・性質を理解できない場合、刑事起訴法による入院命令が下される。フランスでは、一九九〇年改正の精神保健法（正しくは公衆保健法の一部）に、刑法で不起訴又は無罪となつたものについての手続きを定め、職権による強制入院の対象としている。ドイツでは、刑法で精神病院収容処分、禁絶処分などの保安処分が規定されている。アメリカでは、州によって異なるものの刑事訴訟法により精神病、精神的欠陥のある犯罪者で無罪となつた者については精神保健当局に管理が委ねられることが多い。直接的には病院内司法委員会が責任を負うことになる。

このように、先進諸国では責任能力のない犯罪者を無罪とする代わりに、法律によってそれ以降の手続きを定め



ている。刑法学者の一部からも、責任無能力者には刑罰を科すことはできないとしても、その後の処遇については刑法の枠外の問題であるとして放置することは許されないという指摘も強かったのである。

## 2 保安処分と刑法改正問題

刑法改正の作業そのものは数十年前から行われており、昭和十五年には、「改正刑法仮案」ができていた。昭和三十六年十二月にはこの仮案を基礎にした刑法改正準備草案が公表され、保安処分制度が初めて明らかにされた。保安処分は精神の障害により責任能力がないか、著しく低い犯罪者に対する治療処分と、アルコール又は薬物中毒犯罪者に対する禁絶処分が骨格となっていた。

この問題についての精神科医の取り組みは、準備草案が公表されてから直ちに始まっており、日本精神神経学会では刑法改正問題研究委員会（中田委員長）を組織し、昭和四十年には意見書をまとめている。意見書では保安処分に積極的に賛成し、危険な常習犯人に対する保安処分の新設、労働嫌忌者に対する労働処分、去勢の必要性にもふれている。やや時代錯誤的で踏み込み過ぎの観のある意見書であった。精神神経学会では論議の末、この意見書は学会の統一見解とならなかった。

昭和四十二年、中田委員長は問題の多い処分を外し、再度精神神経学会の意見統一を図ったが、結局精神神経学会の承認を得られなかった。

この頃から、刑法改正問題は政治問題となり学会改革運動のかっこうの攻撃目標となった。学会執行部が大幅に入れ替わり、精神神経学会の論調は次第に保安処分反対に傾いていった。昭和四十六年には「保安処分に反対する決議」が採択されるに至った。それ以来、精神神経学会は保安処分に反対するという態度については変更しなかった。

法制審議会は治療処分、禁絶処分ともに法務省管理の施設で行うという改正刑法草案（いわゆるA案）を昭和四十九年、最終決定した。これに対して平野龍一教授から、ドイツ、イギリスのように精神病院に収容する案（いわゆるB案）が提出された。

日本弁護士連合会（日弁連）は、刑法改正に精神障害と犯罪という問題をからめるべきではないという立場をとり、当初から保安処分制度の新設には反対してきた。

法務省は各界よりの反対を受け、昭和五十六年「刑法改正作業の当面の方針」を打ち出し、問題指摘の多かつた禁絶処分を取り止め、治療処分一本とする方針を明らかにした。対象者の罪刑も放火、殺人、傷害、強姦、強制わいせつに絞っている。

日弁連は昭和五十七年二月、措置入院制度の改善により保安処分の必要性がなくなるという主旨の「精神医療の改善方策について」を発表した。法務省と日弁連の刑法改正をめぐる意見交換会も二〇回以上もたれたが、合意に至らずその後意見交換会も立ち消えになってしまっている。ここに至って法務省の刑法改正作業は頓挫した形となってしまった。

### 3 処遇困難患者の問題

日本精神科病院協会は保安処分の問題について昭和四十九年、五十六年に会員に対するアンケート調査を実施してきた。そこでまとめられた見解は、①現実の精神科医療で、対応の困難な精神障害者がいること、②精神障害者で再犯を犯した者、重大犯罪を犯した者で再犯のおそれが明らかなる者、覚醒剤中毒者は、一般の精神科医療では困難であること、③覚醒剤以外の者には司法的裁定を考慮すべきこと、④覚醒剤については独自の対策を樹立すべきこと、の四項にまとめられた。

日本精神科病院協会の懸念は、犯罪傾向のある対応困難な患者を民間病院で引き受けざるを得ない状況が、結果的に民間病院に不祥事件が多発する原因になっているのではないかと、ということである。

昭和六十二年の精神衛生法改正の契機となった昭和五十九年の宇都宮病院事件は、このような対応困難患者を暴力と制裁によってコントロールしようとして起こった事件であった。精神科病院で対応困難な患者は「処遇困難例」としてクローズアップされるようになった。

このような状況を受けて平成元年度から厚生科学研究による「精神科領域における他害と処遇困難性に関する研究」(道下研究班)が始まった。調査結果によれば処遇困難患者は全国で推定約二〇〇〇人、うち重度は全国で四〇〇人程度であること、このため国公立精神科病院に集中治療病棟を設置すべきこと、という意見をまとめている。

この厚生科学研究の結果を受けて公衆衛生審議会は平成三年「処遇困難患者対策に関する中間意見」をまとめた。中間意見では、処遇困難患者の処遇の改善を図ることは、わが国の精神科医療を一層充実させるために避けては通れない課題であるとし、国又は都道府県が設置する精神科病院で専門病棟を整備する方針を打ち出している。

厚生省はこの中間意見を受けて、予算措置までして専門病棟を整備しようとしたが、反対が強く治療病棟構想は実現しなかった。道下研究班報告は一部のグループから集中的な攻撃を浴びついにはその貴重なデータも処分された。

同じ頃日本精神科病院協会は、処遇困難患者の調査のため世界各国に四班の調査団を派遣し、平成三年その調査結果を公表した。

処遇困難性をもつ患者が一部精神科病院に在院しているということは多くの精神科病院関係者の一致した認識であったが、このように政治問題となった状況を打開する方法も見つからず年月が経過した。

#### 4 池田小事件と触法精神障害者対策

処遇困難患者対策が暗礁に乗り上げた原因の一つは対象となる患者の定義のあいまいさであった。このため日本精神科病院協会では対象となる患者の要件を「重大犯罪を犯し、かつ精神障害のために心神喪失又は心神耗弱とされたもの」とした。これは、東京医科歯科大学山上皓教授による犯罪を犯し、心神喪失、心神耗弱と認められた精神障害者の経過研究を踏まえた要件である。重大犯罪では統合失調症例の比率が多く、しかも犯行時は四割が治療中断中であった。山上教授の実証的な研究は対策の必要性を急がせるに十分なものであった。

しかし平成七年改正ではこの問題は見送られ、都道府県知事の権限による措置入院でさえも、被措置患者の健康保険をまず利用するという保険優先の原則が適用され、措置制度が行政処分で公費負担が原則であるという前提もあいまいになったのである。

平成九年の大和川病院事件は、関西一円から触法がらみの精神障害者が多数集中し、そのために暴力的制裁が日常的に行われるなど不祥事が明るみに出た事件であるが、これはかつての宇都宮病院事件の再現とさえ考えられた。したがって触法精神障害者対策を確立しないことには、不祥事件が多発するおそれがあったのである。

このような状況にあつて日本精神科病院協会としては触法精神障害者の対策はなによりも優先すべき課題となり、平成十一年改正では、要望事項の第一にあげたのである。

平成十一年改正に関する厚生省専門委員会の検討でも、触法精神障害者対策をめぐって委員間で激しい議論が闘わされたが、厚生省は平成三年の公衆衛生審議会の中間意見の基本的な考え方、すなわち処遇困難患者をすべて精神科医療で治療するという立場を捨てて、触法性の強い精神障害者は司法処分に委ねるといふ方針に変換した。また病院内での処遇困難患者についてはその対策は先送りするという結論を出した。

しかし、現実的に触法精神障害者、処遇困難患者を受けざるを得ない精神科病院、ことに民間精神科病院側の苦

悩は深かった。

平成十一年、精神神経学会は触法精神障害者の問題について長年の意見の対立を越えて関係機関の代表者からなるシンポジウムを開催したが、病者集団を名乗るグループによって妨害された。この問題が当時なお政治的意図によって左右されたという状況を示している。しかし、わが国の法制度が不備であるという共通認識は強まってきつた。

このように深刻な対立のために、触法精神障害者対策はなかなか進展しないと考えられていたが、平成十三年六月八日、大阪府池田市にある大阪教育大学附属池田小学校で精神障害者による児童多数の殺傷事件が起こった。措置入院歴のある精神障害者による犯行であったため、世論は大きく動き、ただちに政府与党は対策本部を設置し、与党政責任者会議の下に「心神喪失者等の触法および精神医療に関するプロジェクトチーム」が同年六月二十一日に立ち上げられ、このプロジェクトチームの報告をもとに法案が急遽まとめられた。

新しい法律は「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」という題名であり、法務省、厚生労働省の管轄となっている。この法案は平成十四年三月十五日に閣議決定され、国会に上程され平成十五年七月十日可決成立した。

同法では重大犯罪を行った者に対する適切な処置を決定するための手続きを定めており、そのために裁判官と精神科医による地方裁判所の審判を行うこととなっている。入院決定、通院決定により、指定医療機関で治療を受け、保護観察所によって経過を観察することになっている。重大犯罪を行った精神障害者の対策法がわが国で初めて成立したのである。

## 第二項 心神喪失者等医療観察法の概要と施行後の状況

### 1 わが国における司法精神科医療の歴史

精神障害者が心神喪失及び心神耗弱の状態で行った場合には、刑法第三十九条（明治四十年制定）において「心神喪失者の行為は、罰しない。心神耗弱者の行為は、その刑を減輕する。」と規定されている。さらに、その内容については、一九三一（昭和六）年の大審院判決で「心神喪失と心神耗弱とは、何れも精神障碍の態様に属するものなりと雖も、其の程度を異なるものにして即ち前者は精神の障碍に因り事物の理非善悪を弁識する能力なく、又はこの弁識に従つて行動する能力なき状態を指称し、後者は精神の障碍未だ上叙の能力を欠如する程度に達せざるも、その能力著しく減退する状態を指称するものなりとす」とある。

精神障害者が責任能力のなき状態で犯罪を行った場合には、国がその治療に関して責任をもつべきであるが、當時からこのような規定はなく、吳秀三（大正七年）は、「精神病患者私宅監置ノ実状及び其統計的監察」の中で、「犯罪的精神病患者ニツイテソノ後ノ処置ニ関シ法律上ニモ何等ノ規定ナク行政上ニ於テモ何等ノ処置ヲ講ゼザルハ奇怪ニ耐エザルコトナリ」と述べている。

戦後になり、精神衛生法が成立すると、検察官による不起訴、あるいは、裁判によって無罪が言い渡された精神障害者は、措置入院制度によって強制入院による治療が行われるようになった。しかし、措置入院制度に該当する者については、「医療及び保護のために入院させなければその精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがあると認めたとき」と規定されているだけであり、犯罪を行った精神障害者の治療を前提とするものではない。

英国では一八〇〇年に国王暗殺を図ったハドフィールド事件を契機に、専用治療施設ブロードモア病院が開設さ

れ、マクノートン法に則って強制治療が行われている。わが国には、責任能力なき状態で犯罪を行った精神障害者に対して、国が責任をもつて強制的な治療を行う規定がないという欠陥状態が続いていた。

## 2 措置入院による強制治療の問題

昭和二十五年に精神衛生法が公布され、昭和三十年に精神科病院の整備の必要性が図られるようになると、措置入院による入院患者数は次第に増加し、特に昭和三十九年にライシャワー事件が起こった後は急速に増加していった。在院患者数は昭和四十五年には七万七〇〇〇人のピークに達し、その後、徐々に減少をしている。しかしながら、措置診察を受けた者の数は逆に増加を示している。

(表6-1をみると)平成五年に措置診察を受けた者の数は年間三九〇〇人であるのに比して、平成十六年では七二〇〇人と一・八倍にまで伸びている。しかし、在院している措置患者数は六七〇〇人から二二〇〇人と三分の一にまで減少している。このことは、措置入院患者の治療在院期間の急速な短縮化を意味するものである。実際に、措置入院患者の退院曲線(残留率)は、一般の入院患者とはほとんど差異はなく、九〇日以内に約六〇%が措置退院に至っている。

犯罪白書をみると、平成八年から十二年までの五年間に心神喪失・心神耗弱と判定された精神障害者は三五四〇人であり、年間約七〇〇名に相当する(このうち、重大な犯罪に関わった者は約半数)。平成十六年分をみると、犯罪種別では、傷害・傷害致死が二〇・四%と最も多く、殺人が一五・九%とこれに次ぐ。治療状況では、措置入院が五九%と圧倒的に多く、犯行後の処遇として極めて重要な役割を担わされていることは明らかである。

ところが、前述したように、措置入院の治療期間は徐々に短縮化しており、重大な犯罪を行った者においても同様な傾向が認められる。平成十三年に津久江等が行った日精協会員病院調査では、重大な犯罪を行った者で既に退

図表6-1 精神障害者申請通報届出数、入院形態別患者数の年次推移

	昭62年 (1987)	平5年 ( '93)	7年 ( '95)	14年度 (2002)	15年度 ( '03)	16年度 ( '04)	対前年度	
							増減数	増減率 (%)
申請通報届出数 (各年(度))	5,480	5,642	5,929	11,053	11,776	13,690	1,914	16.3
うち診察を受 けた者数 (各年(度))	3,529	3,900	4,270	6,801	6,993	7,213	220	3.1
措置入院患者数 (各年(度)末現在)	20,014	6,793	5,570	2,600	2,418	2,222	△196	△8.1
人口10万対	16.4	5.4	4.4	2.0	1.9	1.7	△0.2	△8.2
医療保護入院届 出数(各年(度))	…	81,911	82,881	145,387	151,160	161,587	10,427	6.9
人口10万対	…	65.6	66.0	114.1	118.4	126.5	8.1	6.8

注：「申請通報届出」とは、法第23条から第26条の2までの規定に基づき、一般・警察官等から、精神障害者又はその疑いのある者等について、もよりの保健所長を経て都道府県知事に申請・通報又は届出がなされることをいう。(平成17年度厚生労働省資料から)

形した者九一五人(措置解除を含む)について、六か月以内の退院が五三%にも及んでいた。このことは、殺人を含む犯罪を行った精神障害者においても、一般の措置入院とほとんど変わらない状況で治療・退院が行われていることを示している。

本来、重大な犯罪を行った者の治療は、犯罪の原因となった精神障害の再燃を予防する枠組みと、さらに、本人については、自らが行った犯罪への内省とともに、自らの精神障害の再燃を予防するための認識が求められるべきである。この点では、「自傷他害のおそれ」という一般の措置入院の枠組みとは、質的には似通っていても、その治療の深さや再燃を予防する点では高い質が担保されなければならない。

### 3 心神喪失者等医療観察法の成立

触法精神障害者対策の節で述べられたように、昭和四十九年に刑法改正草案が提出されたが、保安処分反対する運動の中で作業は頓挫し、平成十三年



に法務省・厚生省の合同検討委員会が保岡法務大臣を中心に開催された。六月八日に大阪池田小学校事件が起こると、与党による「心神喪失者等の触法および精神医療に関するプロジェクトチーム」が立ち上げられ、法案が検討された。法案は「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」とされ、平成十四年三月に閣議決定、国会に上程をされ、途中国会での議論を経て、平成十五年七月十六日に公布されたものである。二年以内の施行が求められ、平成十七年七月十五日から施行された。

法律は百二十一条からなり、「総則」「審判」「医療」「地域社会における処遇」「雑則」「罰則」「附則」に大別できる。附則には、「精神医療等の水準の向上に努め（中略）、精神医療全般の水準の向上を図る」「施行五年後の検討」などが加えられた。さらに、法律施行令、名簿に関する省令、最高裁判所規則も定められた。

① 第一条の目的等の部分に、第二項が加えられた。  
国会における審議の中で、以下の二点について修正が加えられた。

「この法律による処遇に携わる者は、前項に規定する目的を踏まえ、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者が円滑に社会復帰することができるよう努めなければならない」。

② この項を加えることで、この法律の目的が、対象者の社会復帰であることがより明確になった。  
第四十二条等数か所において、再犯のおそれに関連した部分について修正が加えられた。

(旧条文)「入院をさせて医療を行わなければ心神喪失又は心神耗弱の状態の原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があると認める場合、医療を受けさせる旨の決定」。

(修正文)「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、医療を受けさせるために入院をさせる旨の決定」。

原案では「再び対象行為を行うおそれがあると認める場合」と記載してあるが、果たして「再犯の予測」が可能なかどうかについて議論があった。これを避けるために、修正案では「この法律による医療」と限定されている。このことは、「社会復帰をさせることが目的である本法の趣旨に合致した、社会復帰が可能な例」に限定することを意味していると解釈されている。

#### 4 総則

本法の目的等には「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者に対し、その適切な処遇を決定するための手段を定めることにより、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及び指導を行うことにより、その病状の改善及びこれに伴う同様の行為の再発の防止を図り、もってその社会復帰を促進することを目的とする。」と記載されているが、法の目的が「適切な医療の確保」と「継続的な医療の確保」によって「同様の行為の再発」と「社会復帰を促進」することが明確に述べられている。

この法律における「対象行為」は、殺人、放火、強盗、強姦、強制わいせつ、傷害の六罪種である。さらに、「対象者」は、①検察の段階で、心神喪失又は心神耗弱のために公訴しない決定を受けた者、②裁判の結果、心神喪失のために無罪、または心神耗弱のために刑が減輕され、執行猶予となった者、と定義されている。これまでの犯罪統計からは、年間約三五〇人が該当するものと予想された。

#### 5 審判

##### ① 合議体

第三十三条では、検察官は、前記の①に該当した場合には、「この法律による医療を明らかに受けさせる必要が

ないと認める場合を除き、地方裁判所に（中略）申し立てなければならぬ」と検察官の義務事項として規定がある。

しかし実際に施行されてみると、傷害罪の場合、その程度が不明確であった。さらに、検察段階で処分保留のまま措置入院となった例では、本来、病状が明らかになった時点で申し立てられるべきであるが、措置入院による入院治療が既に終了し、在宅等で社会復帰段階で、あらためて申し立てが行われる例がある。このような例は、「明らかにこの法による医療を受けさせる必要のない例」として判断されるべきである。

## ② 合議制

審判は裁判官と精神保健審判員の合議によって行われ（第十一条）、そして、裁判は両者の意見の一致したところによる（第十四条）。裁判官は評議を開催し整理し（第十二条）、「法律に関する学識経験に基づき」意見を述べる。精神保健審判員は「精神障害者の医療に関する学識経験に基づき」意見を述べる（第十三条）。

さらに、審判のために鑑定人が選任され、同時に社会復帰調整官による「生活状況の調査」が実施される。

## ③ 審判

審判においては、弁護士である付添い人が選任され（第三十条）、審判の場には、保護者と同様に出席することができる（第三十一条）。さらに、審判には、検察官、精神保健参与員、保護観察所の長、社会復帰調整官、指定医療機関の管理者、その指定する医師に出席を求められることができる（第三十一条）。

実際には、審判が開始されると、まず、裁判官と精神保健審判員との間で打ち合わせが行われ、鑑定人と鑑定事項が決定される。さらに、社会復帰調整官に対して指示される調査事項についても決定される。また、鑑定書がほぼ作成された段階で、関係者が集まって事前のカンファレンス（検討会）が開催される。この中で、鑑定書の不明な点に対する質問や、さらに新たに調査すべき事項が指摘されたり、あるいは、付添い人から疑問点が出されたり

する。このカンファレンスは非常に有効であり、事前の検討が行われることで、不明確な点が明らかになり、より正確な審判を可能とするものである。

「審判における決定」(第四十二条)では、①医療を受けさせるために入院、②入院によらない医療、③この法律による医療を行わない、の三種類から選ばれる。

#### ④ 鑑定

裁判所は「この法律による医療を受けさせる必要があるか否かについて」、精神保健判定医、またはそれと同等の学識経験を有する医師に対して鑑定を命ずる(第二十七条)とあるが、その鑑定すべき内容についても「精神障害の種類、過去の病歴、現在及び対象行為を行った当時の病状、治療状況、病状及び治療状況から予測される将来の症状、対象行為の内容、過去の他害行為の有無及び内容、当該対象者の性格傾向」を考慮して行うものと規定されている。実際には、「①疾病の診断(診断分類はICD-10による)、②治療反応性、③リスクアセスメント(共通評価項目に基づく)、④治療歴、過去からの病状と他害行為の状況から推定される将来の病状(すなわち時間軸に基づく判定)」など四軸が重要な要素とされている。

#### ⑤ 鑑定入院

鑑定とその医療的観察のために、対象者に対して鑑定入院を命ずる(第三十四条)が、鑑定入院医療機関について特に規定されていない。鑑定の期間は二か月を超えることはできないが、裁判所が必要と認めた場合には一か月の延長ができる。そして、鑑定が終了しても第四十条又は第四十二条に示されている決定がなされるまでは鑑定入院医療機関に在院しなければならない。

鑑定入院中においては、通常の急性期に準ずる医療が行われる。必要に応じて強制的な治療が行い得るものと考えられており、その処遇の基準は精神保健福祉法に準じて行われるべきものとして、通知されている(厚生労働省、