償を命じた。すわわち，前科等は「人の名誉，信用に直接にかかわる事項であり，前科等のある者もこれをみだりに公開されないという法律上の保護に値する利益を有するのであって，市区町村長が，本来選挙資格の調査のために作成保管する犯罪人名簿に記載されている前科等をみだりに漏えいしてはならないことはいうまでもないところである。…市区町村長が漫然と弁護士会の照会に応じ，犯罪の種類，軽重を問わず，前科等のすべてを報告することは，公権力の違法な行使にあたる。」(最判昭和56．4．14民集35巻3号620頁)。同様のことは，捜査機関からの照会（刑事訴訟法197条2項）についてもいえよう。

(14)　個人情報保護基本法制研究会編『Q&A 個人情報保護法』〔第3版〕77頁（有斐閣，2005年)。

(15)　タラソフ事件については，飯塚和之「精神障害者の加害行為と精神科医の責任―タラソフ判決の検討」小樽商学討究35巻1号107頁，岩井宜子『精神障害者福祉と司法』（増補改訂版）292頁以下（尚学社，2004年）

(16)　医療機関の管理者等にこのような作為義務を負わせることは，社会防衛的役割を医療機関，その管理者及び医療従事者に担わせることになり妥当でないとの異論もありえよう。しかし，ここでは，社会防衛というよりも具体的な特定人の生命・身体の保護が問題となっていること，特定人を加害する危険性のある精神科患者の治療に関与している医療機関，その管理者及び医療従事者は，通行人などの単なる一般人と同日に論じられないことを考えるならば，これらの者に本文で述べた作為義務を負わせてもとくに不当とはいえないように思われる。

(17)　ガイドライン24頁。

(18)　ガイドライン25頁。

(19)　ガイドライン8頁。

(20)　ガイドライン8頁，23頁。

特集・刑法典の百年

精神障害者の犯罪

上智大学教授
町野 朔

II 立法の課題

I 刑法から医療観察法まで

1 呉秀三(1918年)

明治維新後，西欧の精神医学が日本に入って来たころ，日本の精神障害者は放置されているのが通例であり，せいぜい，家畜小屋や納屋に押し込められるか，財力のある家においては座敷牢に監禁されているかであった。旧中村藩主相馬誠胤が精神病と診断され，私宅監置されたのは不法監禁だという告発が1883年にあり（いわゆる「相馬事件」），これをきっかけとして，明治政府は1900年に「精神病者監護法」を作り，戸主などの「監護義務者」は，行政庁（警察署）の許可を得て，精神障害者を「監置」することができるようにした。精神病院がまだほとんどない状態でこのような「私宅監置」を制度化したのは，精神障害者が放置されている状態をなくし，警察の監視によって，監置の実行を適正にしようというものであった。しかし，医師も医療もない状態での精神障害者の処遇は悲惨を極めたという実態には変化はなかった。呉秀三の「我邦十何万の精神病者は実に此病を受けたるの不幸の外に，此邦に生れたるの不幸を重ぬるものと云ふべし」というのは，彼らが1918年に出した報告書における言葉であるが（後掲載文献① 138頁）[1)]，これは，現在でもわが国の精神医療従事者が繰り返すものである（このことは，特に後掲文献②以降のことと思われる）。

呉は，精神障害者に適切な医療を与えるために，日本にもヨーロッパ諸国のように公的な精神病院を設置すべきだと主張した。そして，1907年の（100年を経た現在に至るまで，その骨格が基本的に維持されている）刑法は，犯罪を行った精神障害者を処罰しないとするだけで，法律がそのあと彼らに対して何等の措置も採らないのは不当であるという。

(a)「精神病者に対する我邦の法律に不備あるは，惟り監護法のみに止まらず，我刑法には精神病者の犯罪行為を以て心神喪失者の行為となし，之を罰せざる規定なるも，此の如くにして免訴となりし犯罪的精神病者については，其後の処置に関し法律上にも何等の規定なく，行政上に於ても何等の処置を講ぜざるは奇怪に堪えざることなり。」（後掲文献① 136頁）。

また，精神障害者を病院に収容することは犯罪行為の予防にもなるとして，次のようにいう。

(b)「実際の現状に照すに，今日の監置は精神病者に社会的危険行為の発現ありたる後に初めて之を行ふの有様にて，精神病者収

1）後掲文献①の原文は片仮名，縦書き，旧漢字体。以下同じ。

容方としては理想的のものならず。時機に於て既に遅れたるものと称すべし。宜く危険又は犯罪行為の発現せざるに先ち，之を未然に防御せざるべからず。精神病院の普及は此点に関して亦社会に利益を与ふること多大なり。」（後掲文献① 140頁）。

1919年，政府は「精神病院法」を作った。これは，内務大臣が県に財政的補助を与えて精神病院を作らせる，私立の精神病院をそれに代用することもできる，というものであった。精神病者監護法は廃止されないばかりか，依然として私宅監置が精神障害者収容の主役であり，私宅監置を行う監護義務者が存在しない精神障害者を入院させることができるとするなど，精神病院は私宅監置の補完物としての存在にすぎなかった。犯罪を行った危険な精神障害者を収容し得るとはされていたが，貧しい財政状況の下で精神病院の設置は進まず，精神病院法は正に「絵に描いた餅」であった（以上については，後掲文献③など参照）。

2 精神衛生法（1950年）

(1) 精神衛生法から精神保健福祉法へ

戦後1950年に，「精神衛生法」が制定され，精神病者監護法と精神病院法は廃止された。これによって，私宅監置制度は廃止され，都道府県は精神病院の設置を義務づけられた。精神病院の増床計画を進める政府は，精神病院の設置・運営に国庫補助をつけることにし，これによって一気に「精神病院ブーム」が到来した。精神障害者は放置されてはならない，彼らは精神病院で医療を受けなくてはならない，という呉の主張は，形の上では実現した。しかし，精神衛生法体制下での相次ぐ精神病院スキャンダルは，「精神病院内の人権侵害」「強制入院中心主義」に対する強い批判を招くことになった。

1984年に発覚した宇都宮病院事件[2]，それを契機とした日本の精神医療に対する国連人権小委員会からの批判などがあり，1987年に精神衛生法は全面改正され，法律の名称も「精神保健法」に改められた。それは，精神障害者の権利保護のための仕組み（精神保健指定医，精神医療審査会など）を新たに導入するとともに，日本の精神医療全体を病院医療から地域精神医療へと移行させようとするものであった。1995年には，精神障害者の保健だけでなくその福祉も射程に入れることになり，法律の名称も「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」（以下，精神保健福祉法）に改められた（以上についても，後掲文献③参照）。

(2) 精神医療における触法精神障害者の処遇

精神衛生法はまた，(A)自傷他害のおそれのある精神障害者を都道府県知事の命令により精神病院に入院させる「措置入院」，(B)親族などの承諾を得て保護を必要とする精神障害者を精神病院に入院させる「保護義務者の同意による入院」，という2種類の強制入院制度を設けた。(A)の措置入院により呉秀三の(b)の主張は実現した。また，心神喪失により刑事責任を問われることがなかった触法精神障害者が，依然として犯罪を行う危険性があるときには，検察官等の通報により措置入院を行うことができることとしたから，呉の(a)の主張も実現したように見える。法改正によって「保護義務者の同意による入院」は「医療保護入院」と名称が変更されたが，上記の強制入院制度の基本は，現在に至るまで変更されていない。犯罪を行ったが刑事責任を問われ得ない精神障害者は，もっぱら措置入院によって対応されるのである。

しかし，措置入院制度は，直接には「犯罪を行った精神障害者」（以下，触法精神障害者）への対応を目的としたものでなく，処遇も一般の精神病院において他の精神障害者とともに行われるため，処遇上・保安上の問題があるというのは，精神医療関係者には根強い意見であり，法改正の度に繰り返されるものであった。諸外国の法制度を参照しながら，日

2） 宇都宮病院の看護師等のリンチ事件に関しては，宇都宮地判昭和61・3・20刑月18巻3号196頁参照。なお，当時の宇都宮病院長は，無資格者に医療行為を行わせたこと（エックス線技師法違反，保健婦助産婦看護婦法違反），保健所の許可を受けることなく死亡患者の脳を摘出したこと（死体解剖保存法違反）などについて実刑判決を受けている。東京高判昭和62・1・28東高刑時報38巻1-3号6頁。

本でも新たな制度が必要でないかが研究されることになった（後掲文献④参照）。

刑務所出所後，県立精神病院に措置入院となっていた患者が，院外散歩中に離脱して強盗殺人を行ったという事案（北陽病院事件）について，1996年，最高裁判所は，精神病院側の過失を認め，国賠法によって，県に1億2000万円の損害賠償を命じた[3]。後に見るように，精神医療従事者は，このような「処遇困難」な精神障害者も一般の精神医療の枠内で処遇することにしている精神保健福祉法に問題があると主張した。

2003年には，2年前に傷害事件を起こした後，不起訴・措置入院・退院となったという経歴のある者が小学校に乱入して，児童らを次々と殺傷したという事件が起こった（大阪池田小学校事件）[4]。人々は，措置入院は重大な犯罪の防止に役に立たないと考え，ここにおいて，立法への動きは一気に加速され，その年に「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」（以下，医療観察法）が成立した。この法律は翌年から施行された[5]。

3　医療観察法(2003年)

医療観察法は，「重大な他害行為」（放火，強制わいせつ，強姦，殺人，傷害，強盗）を行った精神障害者の医療に関する法律であり，精神保健福祉法の特別法という性格を持つ[6]。古くから立法の可否が争われてきた保安処分が，そのまま実現したものではない。

すなわち，同法の目的規定（1条1項）が明らかにしているように，この法律は，再犯防止は精神障害者の社会復帰の一内容であり，「社会復帰」が最終目的である。要するに，精神障害者による再犯の防止は，この法律が独自に追求しようとするものではない。これは，「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をすることができるように努めなければならない」という条項（1条2項）を追加する，精神保健観察の実行者の呼称を「精神保健観察官」から「社会復帰調整官」に改める（20条等），医療を言い渡す要件から「再び対象行為を行うおそれ」を削除して，「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」とする（42条1項1号・2号等），などとした第155回国会における修正によって一層明らかになったと言えよう。

そうすると，医療観察法において裁判所の決定する「医療」（42条1項）は，精神障害者に適切な医療を強制的に確保しようとする点においては，精神衛生法以来存在している措置入院の趣旨と質的に異ならないのであり，医療観察法はそれを「補充・強化」したものにすぎないということができる[7]。

II　保安処分の挫折と医療観察法

本章では，医療観察法によって，触法精神障害者への医療がこのようなものになるまでの事情を考察する。

1　改正刑法仮案(1940年)

19世紀末から20世紀初頭までのヨーロッパの刑法改正運動では，行為者の責任に対応した刑罰のほかに，その危険性に対応した「保安処分」(Versicherungsmaßnahme) を認め，それらを裁判所が言い渡すという「二元主義」が主張されていた。しかし，保安処分がドイツ刑法典に導入されたのは，ナチスが政権を奪取した1933年のことである。この事情も保

3）最三小判平成8・9・3判時1594号32頁（宇都木伸ほか編『医事法判例百選』〔有斐閣，2006年〕72頁〔宮下毅〕)。

4）犯人には死刑が言い渡されている。大阪地判平成15・8・28判時1837号13頁。

5）以上の経緯については，町野朔「精神保健福祉法と心神喪失者等医療観察法——保安処分から精神医療へ」後掲文献⑤69頁参照。

6）町野朔「総論——医療観察法施行の意義」日本精神科病院協会雑誌24巻4号（2005年）14頁（後掲文献④761頁）など参照。

7）町野朔「心神喪失者等医療観察法案と触法精神障害者の治療を受ける権利」社会正義研究所紀要22号（2003年）85頁（後掲文献④229頁)。

安処分論議に大きな影響を与えてきた。

1940年に公表された「改正刑法仮案」(以下，仮案)[8]は，精神障害者に対する「監護処分」，薬物習癖者に対する「矯正処分」，労働嫌忌者に対する「労作処分」，刑期終了後に重大な犯罪を行う危険のある者に対する「予防処分」の4種類の保安処分を規定した。しかし，間もなく日本が戦時体制に突入したことから，仮案に基づく刑法の全面改正は実現せず，保安処分も作られることはなかった。だが，仮案が保安処分として予防処分を提案したこと，1936年の「思想犯保護観察法」が，保護観察審査会の決定により，刑を終了した治安維持法違反者に対する保護処分を言い渡すことができるとして，一種の「予防処分」を規定したことは，さらに，戦後日本における保安処分論に暗い影を落とすことになるのである。

2　改正刑法草案(1974年)

戦後しばらくしてから再開された刑法改正作業は，仮案との継続性を意識しながら行われた。法務省内に設けられた刑法改正準備会は，1961年に『改正刑法準備草案　附同説明書』(以下，改正刑法準備草案)を公表したが，それは，「治療処分」と「禁絶処分」という2種類の保安処分を規定するものであった。これらは，それぞれ仮案の「監護処分」「矯正処分」に対応するものであり，「労作処分」「予防処分」に対応するものは提案されなかった。改正刑法準備草案が仮案を土台としたことについては，時代錯誤も甚だしいと批判する論者も，保安処分は必要であり，この2つに限ったことは「委員会の良識」を示したものと評価していた[9]。

法制審議会は，準備草案を土台として改正刑法草案の作成作業を継続した。治療処分については，その言渡しを受けた者を法務省所管の保安施設にではなく，厚生省(当時)所管の精神病院への収容を原則とするB案も提案されたが[10]，これは採用されることはなく，法制審議会が1974年に公表した『改正刑法草案　附同説明書』(改正刑法草案)は，準備草案の保安処分をほぼそのまま受け継いだものとなった。

しかし，新しい世代の精神科医たちは，保安処分には濫用の危険がある，精神医療が保安化する，日本の拘禁中心の精神医療に更に保安処分を付け加えることは，精神医療全体を逆行させるものであるとして激しく反発した。刑事法研究者も精神医療従事者がこぞって反対している以上，このようなものを作るべきではないと考えるようになった。

保安処分問題が大きな原因となって，改正刑法草案自体も国会に提出されることはなかった。

3　刑事局案(1981年)と道下研究(1989年)

1981年に，法務省は「保安処分制度(刑事局案)の骨子」(以下，刑事局案)を公表し，①保安処分としては治療処分だけを残し保安処分の名称も「治療処分」とする(責任能力に問題のない者に対する禁絶処分は設けない)，②放火，強制わいせつ，強姦，殺人，傷害，強盗の罪を犯したときに言い渡す(いわゆる「6罪種限定」。改正刑法草案は「禁固以上の刑にあたる行為」一般を対象としていた)，④再犯のおそれがなくなったときは治療処分を解除することとし，本人も解除請求ができるものとする(改正刑法草案には満期退所のほか，行政庁による仮退所しかなかった)，⑤治療施設として「国立の精神病院等」を用いることを検討する(前述のように，改正刑法草案では治療処分を行う「保安施設」は法務省の所管であることが予定され

8)　正式には「改正刑法仮案　刑法竝監獄法改正調査委員会総会決議及留保条項」といい，1931年に総則の部分が公表され，1940年に各則と併せて公表されたものである。仮案については，久禮田益喜「改正刑法仮案注釈」『改正刑法準備草案の総合的検討』法時臨時増刊32巻8号(1960年)334頁がある。なお，保安処分に関する提案は，仮案作成の出発点となった1927年の「改正刑法予備草案」にも存在していた。

9)　中山研一「改正刑法仮案の歴史的考察」前掲注8)法時32巻8号297頁，及び，宮内裕ほか「〔座談会〕準備草案総則の問題点」前掲注8)法時32巻8号456頁。

10)　平野龍一「触法精神障害者の処遇」後掲文献⑤3頁。なお，町野朔「平野龍一先生と日本の精神医療」ジュリ1281号(2004年)42頁(後掲文献④751頁)参照。

ていた)，などとした。

しかし，これによって保安処分粉砕論が収まる気配はなかった。

ところが，上述の宇都宮病院事件を契機とした精神衛生法の大改正により，精神医療従事者の態度には変化が見られるようになる。彼らは，精神医療を開放的なものとし，精神障害者の権利の制限を最小限に止めようとする一方，「危険な」精神障害者についてはこれと切り離された特別な処遇が必要であると考えるようになっていったのである。ここには，日本の精神医療の改革が進み始めた現在，犯罪を行った精神障害者の処遇についても考えるべき時期が来ている，という精神科医の意識の変化が見られるのである。

公衆衛生審議会の中間意見（1991年）は，国内の精神病院入院者の実態調査を行った「道下研究」[11]を踏まえて，措置入院の申請のあった精神障害者のうち，一般の精神病院では処遇困難な危険な精神障害者を「処遇困難者専門病棟」に収容して特別な処遇を行う，いわゆる「ウルトラ措置」を考えるという方向を示した。

これは，触法精神障害者の収容施設を国公立精神病院とするものであった。また，諸外国のように独立の保安精神病院を作り，そこに触法精神障害者を「集禁」するというものではなく，差し当たりは国立の精神医療施設内に専門病棟を併設し，そこで特定の患者を処遇しようとするものであった。これらの点では刑事局案を，厚生省が精神医療法の枠内で実現しようとするものであり，保安よりは医療に傾斜したものであった。

しかし，この構想も形を変えた保安処分にすぎないという激しい反発に遇い，厚生省は計画を断念しなければならなかった。

4　医療観察法(2003年)

(1)　処遇困難者問題

だが，触法精神障害者に特別の処遇を求める声は，精神病院の側から強まる一方であった。彼らによると，宇都宮病院事件以降，一層の開放化が進んだ精神病院では対応しきれない精神障害者がいる。彼らのような処遇困難な患者は，一般の入院患者と切り離して人的・物的に濃厚な精神医療を与えるべきであるが，現在の日本の精神病院ではこれができないため，彼らの入院を拒み，あるいはやっかい払い的にすぐに退院させてしまう。彼らを喜んで受け入れてくれるのは宇都宮病院のような劣悪で暴力的な施設だけであり，そのようなところで精神病院の不祥事が起こる。これは，触法精神障害者に対する独自のシステムを持たない日本の精神医療の構造上の問題である。1996年，最高裁は北陽病院事件において，脱院した措置入院患者の強盗殺人について精神病院側に責任があるとしたが（Ｉ２(2)参照），こうなると，このような患者は最初から受け入れないか，受け入れたら閉じこめて外に出さないようにするしかない。どうしても法律を作って，触法精神障害者を処遇困難者病棟に収容しそこで精神科治療を行うようにしなければならない。

もっとも，触法精神障害者と処遇困難者とは同じではない。道下研究によると，精神病院の中で処遇困難とされる精神障害者のうち，措置入院患者（そのほとんどは犯罪を行った者である）は20％程度にすぎない。また，処遇困難者は，心神喪失・心神耗弱を理由として自由刑の執行を免れた者であるとは限らない。北陽病院事件の患者は，刑務所出所後に刑務所長の通報によって措置入院となった者である。要するに，犯罪を行ったが責任能力に問題があるために刑務所に行かなかった精神障害者を一般の精神障害者処遇のシステムから切り離しても，処遇困難者問題の解決にそれほど大きな意味があるわけではない[12]。

しかし，「触法精神障害者＝処遇困難者」という図式の下で立法への動きは再開された。

1999年の精神保健福祉法の改正の際には，これは見送られたが，公衆衛生審議会答申書を受けて，衆議院厚生委員会と参議院国民福

11）『厚生科学研究報告書　精神科領域における他害と処遇困難性に関する研究（昭和62年度〜平成元年度)』(主任研究者道下忠蔵)。

12）町野朔「保安処分問題の回顧と展望」後掲文献④214頁参照。

祉委員会の附帯決議は,「重大な犯罪を犯した精神障害者の処遇の在り方については,幅広い観点から検討を行うこと」とした。2001年になって,法務省と厚労省は担当者間の「法務省・厚生労働省合同検討会」(以下,合同検討会)を,外部のオブザーバーを招いて公開で開催することとした[13]。これまで,法務省が保安処分問題で主導した後,厚生省(厚労省)が精神医療問題として担当した課題を,共同で担当することになったわけである。

(2) 再犯の防止

措置入院歴のある男性が殺人事件を行ったという大阪池田小学校事件(I 2(2)参照)が発生したのは,第4回の合同検討会が開かれる4日前のことであった。これによって,精神障害者の再犯防止のためには法改正が必要だという議論が一気に高まり,処遇困難者対策を求める精神医療側の意見を後押しした。合同検討会も2001年10月16日の第7回を最後として開かれなくなった。そして2003年7月10日に,心神喪失・心神耗弱を理由として自由刑の執行を免れた触法精神障害者に,裁判所が医療的処分を言い渡すことを内容とする医療観察法が成立したのである。その内容は,刑事局案骨子と道下研究・公衆衛生審議会中間意見とを併せたものであった。

しかし,この法律が大阪池田小学校事件の前から存在していたとしても,この事件は防止できなかったことに注意する必要がある。確かに,精神病院入院歴のあった犯人は2年前に傷害事件を起こし,不起訴処分,検察官通報により措置入院となり,3カ月くらい入院していただけで退院している。だが,検察官が最初の傷害事件で彼を不起訴処分としたのは被害者の傷害の程度が軽微だったためであり,彼が心神喪失あるいは心神耗弱で刑事責任を問うべきでないと判断したためではない。彼には少なくとも精神障害の疑いがあったため,検察官は精神保健福祉法(25条)に従って措置通報したにすぎない。要するに彼は精神障害を理由として刑罰を免れたわけではないのであり,医療観察法の対象者とはなり得ない者であったのである。

III 医療観察法の意義と触法精神障害者の将来

1 司法精神医学

以上のように,医療観察法は,精神障害者の一部である重大犯罪を犯した精神障害者,そのまた一部にすぎない心神喪失者・心神耗弱者についてだけ,十分な精神医療を保障しようとするものであって,人々が期待した処遇困難者対策,再犯防止のいずれの目的にとっても不十分なものであることは明らかである。しかし,この法律は,これまでの日本の精神医療が未発達であった分野に,あえて踏み込んだものであり,日本の精神医療全体の向上に結びつく意義を有するものである。

医療観察法の施行をきっかけとして,日本においても司法精神医学が本格化することになる。

これまでわが国の精神医療は,犯罪を行った精神障害者の医療に向かい合うことについて積極的ではなかった。医療観察法は,上記のように限定された範囲の対象者についてであれ,日本の精神医療が積極的に関与すべきことを規定したのである。これまで日本では,ともすれば,「犯罪は司法,精神障害は医療」というような役割分担で考えられてきた。今や,精神科医は「精神保健審判員」として,裁判官とともに触法精神障害者の処遇を決定しなければならない[14]。精神医療従事者は,裁判所と連絡を取りながら,処遇を実行していかなければならない。医療観察法の施行によって,わが国の司法精神医学が始まったという見解がある[15]のも,理解し得るところである。

13) その議事録は,法務省及び厚生労働省のHPで見ることができる。

14) 医療観察法における審判手続については,後掲文献⑤285頁~287頁。

15) 例えば,秋元波留夫「司法精神医学の存在理由は何か——心神喪失者等医療観察法の施行と関連して」司法精神医学1巻1号(2006年)10頁。

2　地域精神医療

医療観察法が触法精神障害者に対する「精神保健観察」の制度を導入したことは，わが国における地域精神医療の新たな展開を支持するものである[16]。

精神衛生法が日本に沢山の精神病院，沢山の病床をもたらすことに成功した後では，日本の精神医療も，精神医療先進国と同様に，精神障害者をその生活の本拠である地域の中で処遇し，社会復帰を目指すべきだと考えてきた。しかし，日本の精神医療法には強制入院制度はあるが，強制通院など，社会内で精神障害者の医療を確保する制度は設けられなかった。医療観察法は，「入院によらない医療」を受ける者は，保護観察所による「精神保健観察」に付されるものとし（106条），彼が遵守事項に違反するなど医療中断のおそれがあるときには，保護観察所長の申立てにより，「入院による医療」に切り替えることができるものとした（59条・61条）。要するに，日本では，一般の精神障害者の医療より先に，触法精神障害者の医療について，強制患者（involuntary patient）の制度が作られたのである。地域精神医療の確保が十分でないと，触法精神障害者を退院させることには大きなリスクがあり，どうしても入院が長期化することになる。医療観察法の導入した精神保健観察の制度は，触法精神障害者の早期の退院と社会復帰を可能とするものであり，指定入院医療機関における入院医療が意味を持つために不可欠なものなのである。

精神保健観察，入院によらない医療については，通院医療機関が量的にも不足し，人的資源も不十分であること，何よりも，精神保健観察を具体的に実行する社会復帰調整官が加重負担にあえいでいることなど，現在は問題が多い[17]。一般の精神医療においても，退院後の医療の中断を恐れての入院の長期化，精神障害者の「施設化」に至らないために，地域精神医療の確保は急がれなければならないのであり，精神保健観察の充実は，日本の地域精神医療の発展のために求められているのである。

3　処遇困難者の医療

医療観察法は，心神喪失・心神耗弱と判定された精神障害者だけを対象とした。そうすると，人格障害者，薬物依存症者など，それだけでは心神耗弱にもなり得ない精神障害者は対象とはなり得ないことになる。さらに，「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」に「この法律による医療」を受けさせる決定をするという医療観察法の文言（42条1項等）からは，精神医療による改善が見込まれない場合，すなわち治療可能性がない場合には医療を言い渡すことができないと解される[18]。精神医療関係者は更に進んで，犯罪行為の原因となった精神障害に「治療反応性」がない場合には医療を言い渡すべきでないと理解している[19]。

このような解釈に従うなら，人格障害・薬物依存・精神遅滞などによって犯罪を行い心神耗弱とされた者についても，医療を言い渡すことはできないということになる。要するに，処遇困難者は医療観察法の対象とすべきではないということである。これは，処遇困難者に特別の精神医療が必要だから新しい法律が必要だとしてきた精神医療従事者の主張（II 4(1)参照）からは，奇異なものである。しかし，現在の指定医療機関の整備状況からは，処遇困難者を引き受けて十分な医療を与えることは，不可能に近いことのようである[20]。

16）柑本美和「心神喪失者等医療観察法における社会内処遇」後掲文献⑤162頁参照。医療観察法における処遇のフローチャート，地域社会内処遇の実施体制については，後掲文献⑤288頁～289頁参照。

17）町野朔「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号（2007年）39頁参照。

18）白木功「審判手続を中心に」後掲文献⑤23頁，最高裁判所事務総局・後掲文献⑥169頁～170頁。

19）司法精神医療等人材養成研修企画委員会・医師部会「医療観察法による医療の必要性について」(2007年)。さらに，社団法人日本精神科病院協会・財団法人精神・神経科学振興財団『司法精神医療等人材養成研修会教材集』（社団法人日本精神科病院協会，2007年）96頁～130頁参照。

だが，実際にはこのような処遇困難者に医療が言い渡され，指定医療機関が引き受けさせられているという。それは，これらの精神障害者が統合失調症などを併発していたために，心神耗弱と判断され，対象とされた場合が考えられる。また，精神科医の誤診により統合失調症などとして心神喪失・心神耗弱とされて不起訴とされる例もあるのかもしれない。さらに裁判所は，精神科医ほど治療反応性を重視していないのかもしれない。いずれにせよ，医療観察法は，これからは処遇困難者を受け入れるような医療体制を確立していかなければならないであろう。それが，現在の病棟の拡充で足りるのか，あるいは，諸外国のように専門病院を作らなければならないかは，更に検討しなければならないことである[21)]。

4　責任能力概念の変動

わが国には保安処分がないために，責任無能力・限定責任能力の範囲が狭められているという見方はかなり一般的である。すなわち裁判官，検察官は，保安処分がないために精神障害者を釈放することをためらうというのである。もしそうだとしたら，心神喪失・心神耗弱と判断された精神障害者に対する医療を規定した医療観察法の登場により，その範囲がこれまでより拡大されることになるだろう。また，「治療反応性」がないことを理由にして，処遇困難な触法精神障害者の受入れを拒む精神医療の立場を前提にするなら，そのようにならないどころか，むしろ前より狭まるかもしれない。

以上のような，精神医療の対応可能性と責任能力概念の実際上の連動を理論的にも是認するなら，医療によって対応可能な場合には，あえて刑罰を賦課する必要はないのであり，刑法上の責任能力を否定すべきだという見解に至ることになる[22)]。

医療観察法は，刑法の責任能力概念に影響を持ち得る存在でもある。

《文献》

①呉秀三＝樫田五郎『精神病者私宅監置ノ實況及ビ其統計的觀察』(創造出版，2000年)。これは，1918年に出版された原著の翻刻版である。

②精神医療史研究会編『精神衛生法をめぐる諸問題』(病院問題研究会，1964年)。

③広田伊蘇夫『立法百年史——精神保健・医療・福祉関連法規の立法史』(批評社，2004年)。

④町野朔ほか編『触法精神障害者の処遇〔増補版〕』(信山社，2006年)。

⑤町野朔編『精神医療と心神喪失者等医療観察法〔ジュリ増刊〕』(有斐閣，2004年)。

⑥最高裁判所事務総局『「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」及び「心身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よる審判の手続等に関する規則」の解説〔刑事裁判資料284号〕』(2005年)。

⑦町野朔「精神障害者の権利と精神医療」中嶋士元也ほか『法システムⅠ——生命・医療・安全衛生と法』(放送大学教育振興会，2006年)163頁。

（まちの・さく）

20)　町野朔「法律家の視点からみた医療観察制度の問題点」司法精神医学1巻1号（2006年）46頁。

21)　町野朔「日本における司法精神医療の現状と課題——法律家の視点から」司法精神医学2巻1号（2007年）36頁。

22)　町野朔「『精神障害』と刑事責任能力——再考・再論」『内田文昭先生古稀祝賀論文集』（青林書院，2002年）141頁（後掲文献④12頁）。このような考えに対する批判として，安田拓人『刑事責任能力の本質とその判断』（弘文堂，2006年）。さらに，第3回日本司法精神医学会（2007年5月24日）におけるシンポジウム「刑法39条を考える——責任能力の諸問題」の記録（司法精神医学3巻1号〔2008年〕掲載予定）参照。

平成 19 年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学事業）
「司法精神医療の適正な実施と普及のあり方に関する研究」
総括・分担研究報告

発　行	平成 20 年 3 月
発行者	小山　司（主任研究者）
連絡先	北海道大学大学院医学研究科精神医学分野
	060-8638
	札幌市北区北 15 条西 7 丁目
	TEL　011-716-1161（内 5973）
	FAX　011-706-5081