

- 岩波明、飯田英晴、高橋清久：事件報道におけるジャーナリズムの意識調査. 精神科10, 492-495, 2007
- 松原三郎：医療観察法の概要と精神科医療に与える影響. 高柳功, 植田孝一郎, 山角駿編, 精神保健福祉法の最新知識改訂版, 中央法規, 147-165, 2007
- 松原三郎：医療観察法における指定通院医療機関の役割と課題. 精神医療と法, 弘文堂, 2007
- 松原三郎：医療観察法における通院医療・地域処遇の特徴と問題点. 精神神経学雑誌, 108(5)：497-501, 2006. 5
- 松原三郎：スイス司法精神医療施設視察報告, 日精協誌26(1)：55-58, 2007. 1
- 山本輝之, 柑本美和他：スイスの精神医療. 司法精神医学 2(1), 18-20, 2007
- 水留正流, 丸山雅夫, 中村恵, 柑本美和, 田口寿子, 松原三郎, 益子茂：Zürichの医療機関、医療施設・刑事施設. 司法精神医学 2(1)：8-12, 2007. 3
- 松原三郎：指定通院医療機関の課題と薬物療法～民間病院の立場から～. 臨床精神薬理学, 10(5)：773-778, 2007. 4
- 松原三郎：「医療観察法」における通院医療と高齢者. 老年精神医学雑誌18(5)：509-513, 2007. 5
- 松原三郎：医療観察法では指定通院医療機関の機能の充実が緊急課題. 日精協誌 26(9)：824-825, 2007
- 松原三郎：医療観察法における通院医療の現状と課題. 北陸神経精神誌21(2)：25-29, 2007
- 松原三郎：民間精神科病院からみた通院医療. 司法精神医学3, 2007
- 八木深, 吉岡眞吾, 舟橋龍秀：セルフモニタリングツールとしての「グリーンカード」を用いた緊急時の介入. 臨床精神医学 36(9)：1143-1151, 2007
- 八木深：セルフモニタリングツールとしての「グリーンカード」を用いた緊急時の介入. 臨床精神医学36(9), 1143-51, 2007
- 吉岡眞吾, 藤井洋一郎, 八木深, 舟橋龍秀：医療観察法精神鑑定の現状と問題点について. 臨床精神医学36(9)：1093-1099, 2007
- 柑本美和：精神医療と個人情報保護法. 学術の動向 2007年12月号, 48-53, 2007
- 辻伸行：医療個人情報の保護についてー精神医療における個人情報の取り扱いを中心にして. 法と精神医療 20・21号, 94-109, 2007
- 松原三郎：医療観察法における指定通院医療機関の役割と課題. 中谷陽二(編) 精神科医療と法, 弘文堂, 145-158, 2008
- 松原三郎：わが国の精神科医療とその課題. 専門医のための精神科リユミエール4：2-17, 中山書店, 東京, 2008
- 松原三郎：病棟機能分化からみた精神科救急病棟のあり方. 日精協誌 27(5), 390-395, 2008

- 松原三郎：医療観察法の地域サポートと ACT. 臨床精神医学 37(8)：1029-1036 2008
- 松原三郎：老人性認知症専門病棟の機能向上と法律的運用ならびに地域との連携の促進のあり方に関する研究. 日精協誌 27(9)：818-826, 2008
- 松原三郎：精神病床利用状況調査からみたわが国の精神科医療の課題. 日精協誌 27(11), 967-979, 2008
- 松原三郎：英国ロンドンにおける地域司法精神医療視察報告. 日精協誌 27(11)：1026-1037, 2008
- 八木 深：「医療観察法指定入院医療機関の現場から」. 最新精神医学 13(2), 175-181, 2008
- 八木 深：「医療観察法の治療効果に関する事例検討報告」. 法と精神医療 23：43-56, 2008
- 山本輝之：「心神喪失者等医療観察法における強制処遇の正当化根拠と『医療の必要性』について——最高裁平成19年7月25日決定を契機として」. 中谷陽二、丸山雅夫、山本輝之、五十嵐禎人、柑本美和編, 精神科医療と法：125-144, 弘文堂, 東京, 2008
- 柑本美和：「DV加害者更生プログラム」. 中谷陽二、丸山雅夫、山本輝之、五十嵐禎人、柑本美和編, 精神科医療と法：279-312, 弘文堂, 東京, 2008
- 水留正流：いわゆる『治療反応性』について—法律学の視点からの事例群の分析—. 法と精神医療 23, 87-101, 2008
- 町野 朔：精神障害者の犯罪. ジュリスト 1348, 2008
- 佐木隆三、岩波明、大谷昭宏、宮崎哲弥「精神鑑定の暴走を許すな」. 諸君, 138-152, 2008年8月号
- 岩波明：精神鑑定と裁判員制度. 「刑法39条」. 光文社, 東京, 2009(発刊予定)
- ## 2. 学会発表
- 角野文彦, 中原由美, 百濟さち, 山下美代子. 司法精神医療における行政機関の役割に関する研究(第1報). 第66回日本公衆衛生学会総会, 松山市, 2007年10月
- 中原由美, 角野文彦, 百濟さち, 山下美代子. 司法精神医療における行政機関の役割に関する研究(第2報). 第66回日本公衆衛生学会総会, 松山市, 2007年10月
- 岩波明、山内俊雄：医療観察法における鑑定入院の4症例. 第3回司法精神医学会, 2007年5月
- 岩波明：「裁判員制度と精神鑑定」メンタルケア連携ミーティング, 2008.9
- 松原三郎：民間病院から見た通院医療. 第3回日本司法精神医学会大会 シンポジウム, 2007.5.25, 東京

松原三郎：医療観察法における通院処遇の現状と課題，第 167 回北陸精神神経学会，2007. 6. 24，金沢

松原三郎：医療観察法施行上の問題について 第 16 回北陸司法精神医学懇話会，2007. 7. 14，金沢

松原三郎：直接通院になった統合失調症の一例，第 17 回北陸司法精神医学懇話会 2008. 7. 12，金沢

松原三郎：心神喪失者医療観察法，第 36 回日本精神科病院協会精神医学会 パネルディスカッション，2008. 10. 10 盛岡

八木深、平田豊明：医療観察法の見直しに向けて（座長），第 4 回日本司法精神医学会大会シンポジウム，2008. 5. 16，福岡

八木深：医療観察法見直し動向，第 4 回医療観察法関連職種研修会シンポジウム，2008. 9. 12，金沢

八木深：医療観察法の施行状況と課題，第 36 回日本精神科病院協会精神医学会 シンポジウム，2008. 10. 10，盛岡

八木深：医療観察法制度見直しの動向について，第 62 回国立病院総合医学会シンポジウム，2008. 11. 21，東京

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 特記すべきことなし

研究成果の刊行に関する一覧表

研究成果の刊行物・別刷

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の 編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版年	ページ
岩波 明	精神障害者による 事件をどう理解す ればよいか？	岩波 明	精神障害と犯罪	南雲堂	東京	2007	
松原三郎	触法精神障害者対 策と心神喪失者等 医療観察法	高柳 功 植田孝一郎 山角 駿	精神保健福祉法の最 新知識改訂版	中央法規	東京	2007	147-165
角野文彦	心神喪失者等医療 観察制度ハンドブ ック	角野文彦	心神喪失者等医療観察 制度ハンドブック		大津市	2008	
岩波 明	精神鑑定と裁判員 制度	岩波 明	刑法39条	光文社	東京	2009 予定	
松原三郎	医療観察法におけ る指定通院医療機 関の役割と課題	中谷陽二	精神科医療と法	弘文堂	東京	2008	145-158
松原三郎	わが国の精神科医 療とその課題	松原三郎	専門医のための精神 科臨床リュミエール 4 精神障害者のリ ハビリテーションと 社会復帰	中山書店	東京	2008	2-17
八木 深	精神保健判定医 ポケットメモ	八木 深	精神保健判定医 ポケットメモ		名古屋	2008	
山本輝之	「心神喪失者等医 療観察法における 強制処遇の正当化 根拠と『医療の必 要性』について— 最高裁平成19年7 月25日決定を契機 として」	中谷陽二・ 丸山雅夫・ 山本輝之・ 五十嵐禎人・ 柑本美和	精神科医療と法	弘文堂	東京	2008	125-144
柑本美和	「DV加害者更生プ ログラム」	中谷陽二・ 丸山雅夫・ 山本輝之・ 五十嵐禎人・ 柑本美和	精神科医療と法	弘文堂	東京	2008	279-312

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
松原三郎	スイス司法精神医療視察施設視察報告	日本精神科病院協会雑誌	26(1)	55-58	2007
丸山雅夫・ 田口寿子・ 松原三郎・ 益子茂他3名	Zurichの医療機関、医療施設、 刑事施設	司法精神医学	2(1)	8-12	2007
飯野海彦・ 丸山雅夫・ 野口博文他6名	スイスの保安処分	司法精神医学	2(1)	13-17	2007
山本輝之・ 柑本美和他2名	スイスの精神医療	司法精神医学	2(1)	18-20	2007
岩波 明 飯田英晴 高橋清久	事件報道に関するジャーナリズムの意識調査	精神科	10	492-495	2007
松原三郎	指定通院医療機関の課題と薬物療法～民間病院の立場から～	臨床精神薬理学	10(5)	773-778	2007
松原三郎	「医療観察法」における通院医療と高齢者	老年精神医学雑誌	18(5)	509-513	2007
松原三郎	医療観察法では指定通院医療機関の機能の充実が緊急課題	日精協誌	26(9)	824-825	2007
松原三郎	医療観察法における通院医療の現状と課題	北陸神経精神誌	21(2)	25-29	2007
八木 深 吉岡眞吾 舟橋龍秀	セルフモニタリングツールとしての「グリーンカード」を用いた緊急時の介入	臨床精神医学	36(9)	1143-51	2007
吉岡眞吾 八木 深 舟橋龍秀	医療観察法精神鑑定の現状と問題点について	臨床精神医学	36(9)	1093-1099	2007
柑本美和	精神医療と個人情報保護法	学術の動向	12月号	48	2007
辻 伸行	医療個人情報の保護について—精神科医療における個人情報の取り扱いを中心に—	法と精神医療	20・21号	94	2007
町野 朔	精神障害者の犯罪	ジュリスト	1348号	144	2008
岩波 明	精神鑑定の信用性	読売新聞	5月21日朝刊		2008

佐木隆三・ 大谷昭宏・ 岩波 明・ 宮崎哲弥	精神鑑定の暴走を許すな (鼎談)	諸君!	8月号	138-152	2008
松原三郎	病棟機能分化からみた精神科 救急病棟のあり方	日精協誌	27(5)	390-395	2008
松原三郎	医療観察法の地域サポートと ACT	臨床精神医学	37(8)	1029-1036	2008
松原三郎	精神病床利用状況調査からみ たわが国の精神科医療の課題	日精協誌	27(11)	967-979	2008
松原三郎	英国ロンドンにおける地域司 法精神医療視察報告	日精協誌	27(11)	1026-1037	2008
八木 深	医療観察法指定入院医療機関 の現場から	最新精神医学	13(2)	175-181	2008
八木 深	医療観察法の治療効果に関す る事例検討報告	法と精神医療	23	43-56	2008
水留正流	「いわゆる『治療反応性』につ いて—法律学の視点からの事 例群の分析—」	法と精神医療	23	87-101	2008

岩波明

犯罪の統計データとは必ずしも一致しないが、ここ数年凶悪な殺人事件が増えているように感じられる。その中でも、動機や理由の判然としない、あるいは些細なきっかけに基づく残酷な事件が増加しているという印象を持つ人は少なくないことだろう。最近では、2005年の夏に起きた16歳の少女によるタリウムを用いた母親の毒殺未遂事件や、2006年2月に2人の幼稚園児を殺害した滋賀県の女性の事件などが思い出される。

こうした事件と精神障害はどのように関係しているのか。一般的な知見を述べれば、犯罪と精神障害の関係は以下ようになる。精神障害者が犯罪を犯す確率は犯罪全体でみると一般人口における確率よりかなり低いが、殺人など一部の凶悪犯罪に限れば一般人口よりもむしろ高い。この傾向は、諸外国でも変わらない。犯罪と関係する精神障害は、主に以下の3つのカテゴリに分類できる。つまり、統合失調症(精神分裂病)、精神病質(人格障害、あるいはサイコパス)と薬物関連疾患である。この中で一番理解しやすいのは薬物関連疾患による犯罪である。これはアルコール、あるいは覚せい剤などの薬物の急性あるいは慢性的中毒により精神障害をきたし、その結果犯罪を引き起こすものだ。

これに対し統合失調症による犯罪は、通常感覚では理解が困難なある種の「異物」と言ってもいいかもしれない。かつて統合失調症は人格が荒廃する病として差別の対象になったが、現在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。「青いひげ」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点でも異なる。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)

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った。措置入院となっ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。従って犯罪の重大さと入院期間はまったく無関係であった。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、刑事訴訟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っ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っ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（中田修委員長）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、問題指摘の多かっ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、一九三一年（昭和六年）年の大審院判決で「心神喪失と心神耗弱とは、何れも精神障害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、当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、裁判によつて無罪が言い渡された精神障害者は、措置入院制度によつ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つ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、国が責任をもっ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。

犯罪白書を見ると、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)。平成十六年分を見ると、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)

防した者九一人(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反省とともに、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ぬ。

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。

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。

① 第一条の目的等の部分に、第二項が加えられた。

「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に努めなければならない」。

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。

② 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」。