

特別法という性格をもつものであり、したがって、そこにおける強制的な処遇の根拠についても、以上のような措置入院についてのそれが妥当する、すなわち、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えることができる、<sup>11)</sup>とされている。

これに対し、近時、安田教授は、医療観察法による強制入院の対象者が重大な他害行為を行った者であるのに対し、措置入院の対象者はそうではないという違いがあるにもかかわらず、両制度の本質が同じだと考えることはできない、とされ、ここで必要なのは、医療観察法による強制入院が再犯の可能性によっても正当化されていることを正面から認め、安全に対する社会の関心と対象者の自由権という相対立する利益を適切に衡量・調整することなのである、とする見解を主張されている。そのうえで、教授は、医療観察法による強制入院の根拠は、ドイツ刑法63条の精神病院収容(治療処分)の正当化根拠に関する多数説である、優越利益の原則に求めるべきである、すなわち、医療観察法による強制入院は、対象者が重大な他害行為におよんだことにより、対象者が同様の行為におよび、生命・身体等の法益を侵害するおそれが看過できない水準になり、対象者の自由権の侵害という不利益に優越する法益の保護の利益が認められることにより、国家の法益保護義務の具体的発動が要求されることによって正当化されるのであるが、優越利益の原則により劣後すると判断された自由の剝奪を正当化するために、医療の必要性、さらに、医療による改善の可能性がある場合にのみ、強制入院が認められるべきだということになる、とされている。<sup>12)</sup>また、前田教授も、医療観察法による強制入院の対象者は、殺人・強姦などの重大な他害行為を行った者なのだから、それを行っていない者に比して、被害者の利益、国民の不安などを考慮すれば、強制治療を甘受す

11) 町野朔「精神保健福祉法と心神喪失者等医療観察法」ジュリ増刊・精神医療と心神喪失者等医療観察法(2004)93頁。

12) 安田拓人「心神喪失者等医療観察法における医療の必要性と再犯の可能性」鈴木茂嗣先生古稀祝賀論文集(上)(成文堂・2007)637頁以下。

べき程度が高いと考えることも可能であろう、とされているのも同趣旨であるように思われる。<sup>13)</sup>

このような見解の対立は、医療観察法の法的性格をどのように理解するかということと関連している。すなわち、町野教授の見解は、医療観察法は精神保健福祉法と質的に同じ精神医療法であり、それは、重大な他害行為を行った精神障害者の利益をはかるための新たな医療処分を補充したものと理解されているのに対し、安田教授、前田教授の見解は、医療観察法は、精神保健福祉法とは質的に異なる、危険な精神障害者から社会の利益・安全を守るための医療処分であると理解されているのである。

(3) このうち、前者の見解が基本的に妥当である。

まず、医療観察法における医療処分が、ドイツ刑法の精神病院収容と異なり、保安処分として理解すべきではないことは、前述したその立法経緯、修正案による条文の修正から明らかであろう。したがって、安田教授の見解のように、医療観察法における強制処分の正当化根拠を、保安処分であるドイツ刑法における精神病院収容に関するそれとパラレルに論ずることはそもそも妥当ではないであろう。また、安田教授の見解からするなら、その者の再犯の危険性を根拠として、対象者に治療・改善効果が見込まれない場合であっても強制処分を科すということが認められるとするのが一貫することになると思われる。しかし、そうなると、重大な他害を行い、ふたたびそれを行う危険性のある健常者については、そのことを理由として隔離・拘禁することが許されないのに、重大な他害行為を行った精神障害者については、彼に再犯を犯す危険性があるというだけで、隔離・拘禁することが許されるという不均衡を生じさせることになり、憲法14条に反することになる。そこで、教授は、対象者が優越利益の原則により劣後すると判断された、みずから自由の侵害を甘受しなければならない規範的根拠は、かなり薄弱であるとされ、対象者が医療の必要性、医療による改善の可能性があり、対象者にとっても利益になるのだという場合にのみ、強制処分を課すことが許されるとされている。しかし、これに対しては、そ

13) 前田雅英「司法的判断と医療的判断」ジュリ増刊・精神医療と心神喪失者等医療観察法(2004) 94頁。



もそもそのような薄弱な根拠によって強制処分を正当化することが妥当かという疑問がある。その点を別としても、これは、結局、医療観察法において対象者に強制処分を課すことが許される根拠は、優越的利益の原理にあるのではなく、彼に医療を保障し、彼に利益を図ることにあるのだということを確認することであり、そのことと優越利益の原理との理論的整合性が問題となるように思われる。しかも、このような考え方によると、実際に重大な他害行為を行った精神障害者と単に自傷他害のおそれがあるにすぎない精神障害者とでは、まったく異なった処遇を受けるべきであるということになるから、医療観察法の処遇の要件を満たす精神障害者については、常に医療観察法における処遇を課すべきであるということになるだろうが、後に述べるように、それは対象者の社会復帰のための適切な医療を保障すべきであるという観点からは必ずしも妥当ではないように思われる。

このようなことからするなら、医療観察法において、重大な他害行為を行った精神障害者に強制処分を課することができる根拠は、彼の再犯を防止し、その社会復帰を実現するという利益のために、彼に適切な医療を保障するというに求められなければならない。すなわち、自己の医療的利益を選択する能力が欠如・減退している精神障害者に彼の利益を図るために公権力が親代わりとなって、再犯を防止し、その社会復帰を実現するため適切な治療を与える代わりに、彼を病院に強制的に拘禁することが許されるのであり、医療なき拘禁を正当化することはできないのである。

他方、このような考えに対しては、精神医療法の役割は、精神障害者に医療を行うことだけであり、再犯の防止を図ることはそうではない、精神障害者に精神医療を与えることによって犯罪の防止を図るということを確認すべきではないとする立場も存在する<sup>14)</sup>。しかし、精神医療の役割は、治療を通じて患者の利益を図ることである。精神障害者が、重大な他害行為を行った精神障害者がふたたびそのような他害行為を行うということは、被害者にとって不幸なことであるばかりでなく、精神障害者自身にとってもきわめて不幸なことである、精神障害者に適切な医療を施すことによって彼の犯罪を防止し、彼の社会復帰を実現することは彼の利益にか

14) 日本精神神経学会は、基本的にこのような立場に立って、医療観察法に対するいくつかの抗議声明を出している。それらは、<http://www.jspn.or.jp/> でみることができる。

なうことであり、まさに精神医療の役割なのである。

もともと、町野教授が、精神障害者に対する「後見的医療の範囲が過剰に広範に亘ることを避けるために、再犯の危険性の除去という大きな社会的必要性が制約的原理として要求される」とされている点は、妥当ではないように思われる。安田教授が指摘されているように、ある法律効果を制約するものは、同時にそれを基礎づけてもいるはずであり、したがって、再犯の可能性を制約的原理として要求することは、それを強制入院の正当化根拠とみるものだからである。<sup>15)</sup> たしかに、町野教授がいわれるように、たとえ、後見的医療が精神障害者の利益にあるからといって、それが過剰に広範にわたることは妥当ではなく、それに対する限界づけが必要である。しかし、それは、安田教授が指摘されているように、精神障害者に強制的医療を施すことが許される正当化根拠から導き出されなければならない。そうだとすると、医療観察法において、重大な他害行為を行った精神障害者に強制的な医療を施すことが許される根拠は、前述したように、彼の再犯を防止し、彼の社会復帰を実現するということにあるのであるから、それが制約的原理となると考えるべきであるように思われる。すなわち、重大な他害行為を行った精神障害者に対する後見的医療は、彼の再犯を防止し、彼に社会復帰の実現に適する範囲でのみ許されるということになるのである。

#### IV 最高裁判所平成19年7月25日決定<sup>16)</sup>

##### 1 事 案

対象者は、平成18年8月4日午前9時25分ころ、長崎県佐世保市甲アパートC棟（木造コロニアルスレート葺2階建、延床面積約179.72平方メートル）201号室対象者方6畳仏間において、灯油を布団に撒き、これにマッチで点火して火を放ち、その火を同室壁等に燃え移らせ、よって、自己の娘であるBほか7名が現に住居として使用している前記甲アパートC棟を焼損（焼損面積合計約136.34平方メートル）した。

15) 安田・前掲注12)631頁。

16) 刑集61巻5号563頁。



検察官は、対象者について、犯行当時に心神喪失者であったと判断して不起訴とし、医療観察法33条1項に基づき同法42条1項の決定をすることを、長崎地方裁判所に申し立てた。

同裁判所の嘱託を受けた鑑定人は、「医療観察法による治療必要性と治療処遇の意見」として、次のような趣旨の鑑定意見書<sup>17)</sup>を提出した。

対象者は妄想性障害に罹患しており、被害妄想、迫害妄想に基づき対象行為に至った。対象者の妄想は改善傾向にあるが、環境要因が社会復帰を阻害している。病識に乏しいため通院による医療では治療中断が予想され、困難である。対象者には治療反応性があり、今後の入院治療継続は必要と判断するが、医療観察法での強い枠組みによる処遇は必要ではないと判断する。

長崎地方裁判所は、対象者が、医療観察法2条2項1号所定の対象行為(刑法108条)を行ったこと、幻覚・妄想に支配されて対象行為に及んでいるのであって、対象行為当時、精神の障害により事物の理非善悪を判断する能力およびその判断に従って行動する能力に欠けており、心神喪失の状態であったことを認め、以下のように判示した。

「鑑定人の鑑定を基礎とすれば、対象者は、現在もなお、妄想性障害に罹患しており、治療反応性もあるため、治療を行う必要があり、また、病識に乏しいため入院治療の継続が必要であると認められる。

しかしながら、同鑑定を基礎とすれば、①対象者は、鑑定入院当初は被害妄想や関係妄想が顕著な状態であったが、鑑定入院中の薬物療法及び精神療法により、幻覚はなくなり、妄想も軽快するなど精神症状は改善し、穏やかで、控えめな口調で話し、礼節も保ち、治療スタッフや他の入院患者とも情緒的交流を図るまでになっており、更に治療を継続することにより治療効果は継続されると期待されること、②対象者の実子3名が統合失調症であったことから精神科病院に対する拒否感はなく、服薬や処置等には抵抗を示していないことから、今後の治療の進展により病識が得られ問題の認知を得ることは可能であることが認められ、こ

17) 中山研一「医療観察法による『医療の必要性』について—最高裁平成19年7月25日決定の検討」判時1992号(2008)3頁参照。

れらによれば、医療観察法による枠組みでの治療は必ずしも必要ではなく、通常の病院での入院治療継続が適当であるということが出来る。

……

以上によれば、対象者は、一定期間、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律による入院をすることにより、精神障害を治療して社会復帰することが十分可能であり、医療観察法による医療をおこなうまでの必要性はない。」

検察官の抗告に対して、福岡高等裁判所は、以下のように判示して、原決定を取り消し、長崎地方裁判所に差し戻した。

「医療観察法は、精神障害による心神喪失等の状態で重大な他害行為が行われた場合、被害者に深刻な被害が生ずるだけではなく、そのような行為を行った者が有する精神障害は、一般的に手厚い専門的な医療の必要性が高く、同人が、精神障害を有していることに加えて、重大な他害行為を犯したという、いわば二重のハンディキャップを背負ってしまうとともに、そのような精神障害が改善されないまま再びそのために重大な他害行為が行われることとなれば、そのような事実が本人の社会復帰の大きな障害となることは明らかであることから、対象者に必要な医療を確保して不幸な事態が繰り返されないようにしつつ、その社会復帰を図るため、精神障害による心神喪失等の状態で一定の重大な他害行為（対象行為。法2条2項）を行った者（対象者）に対し、医療を受ける機会を与える目的等から制定されたものである。したがって、同法は、検察官に原則として申立義務を認め（法33条）、ひとたび法42条1項1号ないし2号の決定がなされた場合には、対象者に法による医療を受ける義務を課するとともに、対象者に必要な医療を受けさせることを国の責務とし（法81条）、また、対象者の社会復帰を円滑にするため、保護観察所に社会復帰調整官を置き、生活環境の調整等や医療機関との協力体制を整備している。

以上のような法の趣旨等に照らせば裁判所は、検察官からの申立てに対し、対象者に、法42条1項1号ないし2号の要件が認められるか否か



を審査し、対象者がその要件を充足すると認められる場合には、同条項に定められた入通院の決定をすべきであって、そのような場合に、入退院の手續・要件、持続的かつ専門的な医療体制の整備、医療等の実施機関あるいは強制力といった点で、大きな違いのある精神保健福祉法による医療が可能であるからとあって、同条1項3号の医療を行わない旨の決定をすることは許されないというべきである。」

## 2 決定要旨

付添人の再抗告の申立てに対して、最高裁判所は、本件再抗告の趣意は、違憲をいう点を含め、実質は単なる法令違反、事実誤認の主張であって、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療および観察等に関する法律70条1項の再抗告理由にあたらぬ、と判示して、付添人の再抗告を棄却したが、職権で以下のように判示した。

「医療観察法の目的、その制定経緯等に照らせば、同法は、同法2条3項所定の対象者で医療の必要があるもののうち、対象行為を行った際の精神障害の改善に伴って同様の行為を行うことなく社会に復帰できるようにすることが必要な者を同法による医療の対象とする趣旨であって、同法33条1項の申立てがあった場合に、裁判所は、上記必要が認められる者については、同法42条1項1号の医療を受けさせるために入院をさせる旨の決定、又は同項2号の入院によらない医療を受けさせる旨の決定をしなければならず、上記必要を認めながら、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律による措置入院等の医療で足りるとして医療観察法42条1項3号の同法による医療を行わない旨の決定をすることは許されないものと解するのが相当であり、これと同旨の原判断は正当として是認できる。」

## V 考 察

(1) 本判例における争点は、対象者が法42条1項1号の要件を満たす場合には、必ず同条項の入院決定をしなければならないのか、それとも精神

保健福祉法による入院治療で足りる場合には、必ずしも医療観察法による入院決定をする必要がないのか、ということである。

これについて、原々審は、対象者について、入院治療の継続が必要であることを認めたが、一定期間、精神保健福祉法による入院で十分であり、医療観察法による医療を行うまでの必要はない、として、医療観察法による医療を行わないとする判断を示した。これは、対象者について、医療観察法による入院と精神保健福祉法による措置入院のような他の法令等による医療とを比較検討して、後者で十分であると認められる場合には、そちらの方を優先させるべきであるとする立場に基づいている。中山教授が、法42条の「この法律による医療の必要性」の判断にあたっては、精神保健福祉法上の医療で足りるかという点も考慮したうえで判断するべきであるとされているのも、このような立場に立つものであると思われる<sup>18)</sup>。また、入院医療の必要があっても、一般精神医療で対応できる場合には、医療観察法による医療の必要性を認めるべきではない、とするのが正当であるとされる<sup>19)</sup>、渡辺弁護士の見解も同趣旨のものである。

このような立場の前提には、医療観察法は、保安を優先し、そのため入院による医療における対象者の権利の制限の度合いが精神保健福祉法の強制入院におけるそれより強いから、精神保健福祉法の医療で足りる場合には、そちらの方を選ぶべきであるとする考えがあるように思われる。たしかに、医療観察法においては、処遇の決定機関を裁判所としており、そのことがそこにおける処遇が保安を優先させるものであるとの印象を与えるということは否定できない。しかし、重大な他害行為を行った精神障害者に適切な医療を与え、その再犯を防止するためには、刑事司法と精神医療の連携・協力が必要であり、そのためには、医療、行政の側にその処遇の決定機関を置くのではなく、司法機関を関与させることが必要であると思われる。また、精神障害者に強制的な処遇を行う場合には、彼らの権利の擁護にも配慮することが必要であり、そのためにはむしろ司法機関を関与させることが妥当である。このようなことからするならば、処遇の決定機関

18) 中山・前掲注17)11頁。

19) 渡辺脩「医療観察法の『医療の必要』とは何か—平成19年7月25日付最高裁決定をめぐって」自正59巻3号(2008)81頁以下。



を裁判所とすることがただちに保安を優先させるということには必ずしもならないように思われる。他方、対象者の権利の制限については、たしかに、医療観察法における入院による医療の場合、退院の要件が厳格である。また、その許可があっても、その後強制的な通院を課されるなどの点では、医療観察法における強制処遇の方が、精神保健福祉法におけるそれより、対象者の権利の制限の度合いが強いといえるかもしれない。しかし、医療観察法も、対象者に対する行動制限の条件、処遇改善請求、通信・面会の権利などについて、精神保健福祉法と同じ規定を設け、対象者の権利を保障しようとしている（92条・93条・95条）。また、精神保健福祉法の強制入院では、患者の申し出に応じて精神医療審査会が検討を行う場合以外は、病院管理者からの定期的病状報告に基づいて書類審査を行うこととされている（精神保健福祉法38条の2）のに対し、医療観察法の処遇においては、対象者がいつでも処遇終了を申し立てることができるほか、とくに対象者が申し立てを行わなくても、裁判所による定期的なレビューの機会が保障されている（49条、50条）など、むしろ、医療観察法の方が、精神保健福祉法より対象者の権利保護に厚いともいえるのである。このようなことからするなら、一概に、医療観察法における処遇の方が、精神保健福祉法におけるそれよりも対象者の権利制限の度合いが強いとはいえないように思われる。<sup>20)</sup>

(2) 前述したように、医療観察法において強制的な処遇を行うことが許される根拠は、重大な他害行為を行った精神障害者の社会復帰を実現するため、彼に適切な医療を保障するというところにある。このような観点から医療観察法をみた場合、同法は、彼らの手厚い医療を施すための入院施設を整備し、また、退院については裁判所の関与による慎重な判断をすることとし、退院の許可が出された場合にも、強制的な通院の制度を創設するなど、精神保健福祉法の強制入院と比較すると、対象者に対して手厚いケアを保障する制度設計となっている。しかも、前述したように、これまでの措置入院制度の機能をも考慮した場合、重大な他害行為を行った精神障害者の再犯を防止し、その社会復帰を実現するための適切な医療を施すと

20) 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29号（2008・掲載予定）参照。

いう観点からは、精神保健福祉法の強制入院よりも医療観察法における入院処遇の方が、より適切な医療を提供できるということは否定できないように思われる。<sup>21)</sup>このようなことからするならば、重大な他害行為を行った精神障害者については、原則としては医療観察法における医療を施すべきであり、精神保健福祉法における医療で十分である場合には、常にその方を優先すべきであるとはいえないのである。したがって、原々審の立場は妥当ではないように思われる。

(3) これに対して、原審および最高裁判所は、本件対象者について、医療観察法における入院処遇を行うことが妥当であるとした。もっとも、中山教授が指摘されているように、原審と最高裁判所では、その論理が異なっている。すなわち、原審は、裁判所は、検察官からの申立てに対し、対象者に法42条1項1号、2号の要件が認められるか否かを審査し、対象者がその要件を充足すると認められる場合には、入通院の決定をすべきであるとしているのに対して、最高裁判所は、検察官の申立てがあった場合に、裁判所は、「対象行為を行った際の精神障害の改善に伴って同様の行為を行うことなく社会に復帰できるようにすることが必要」と認められる者については、法42条1項1号、2号の医療を受けさせる旨の決定をしなければならないとしているからである。<sup>22)</sup>すなわち、このような最高裁判所の見解は、医療観察法の処遇の要件、すなわち、対象者の精神障害を改善するための医療の必要があり、さらに精神障害の改善に伴って同様の行為を行うことなく社会に復帰できるように配慮することの必要がある場合には、常に医療観察法による医療が行われるべきであり、精神保健福祉法による医療が可能であるからといって、42条1項3号の医療を行わない旨の決定をすることは許されないというものである。また、江見検事の見解もこれと同一のものである。すなわち、検事は、本法による医療が対象者の精神障害の特性に応じた円滑な社会復帰を促進するために必要な医療であることをふまえると、本法による医療は対象者にとって最適なものであり、他の法令等の根拠による医療が行われればこの法律による医療は必要がない

21) 平林直次=樽矢敏広「入院患者に対してどのような医療を提供しているか」季刊刑事弁護 49号(2007)107頁以下参照。

22) 中山・前掲注17)9頁。



という関係に立つものではない、本法による入院医療と措置入院等とのもっとも大きな相違は入退院の手續きにあるところ、本法による入通院をさせたうえで医療と措置入院等との優劣を考慮して決定を行うべきとの主張はとることができない、とされている。<sup>23)</sup>このような見解は、重大な他害行為を犯した精神障害者の再犯を防止し、その社会復帰を図るためには、精神保健福祉法による医療とは入退院の手續・要件、医療体制の整備、実施機関あるいは強制力という点で大きな相違のある医療観察法による処遇が常に行われるべきであるとする考えを前提としている。また、前述した実際に重大な他害行為を行った精神障害者と、単に他害行為のおそれがあるにすぎない精神障害者とは、まったく異なった処遇を受けるべきであるとする安田教授、前田教授の見解からも、このような結論になるものと思われる。<sup>24)</sup>

たしかに、前述したように、重大な他害行為を行った精神障害者の再犯を防止し、その社会復帰を実現するために適切な医療を保障するという観点からみた場合、これまでの精神保健福祉法による医療よりも、医療観察法におけるそのの方が適切な医療を保障できるのであり、したがって、原則としては、医療観察法の医療を施すべきであり、たとえ、精神保健福祉法による医療で足りる場合であっても、医療観察法の医療を優先させるべきであろう。しかし、常にそうであるともいいきれないように思われる。医療観察法における医療は、現在のところ、治療体制および病棟のスペースなどとの関係から統合失調症の対象者を主なターゲットとしているといわれている。もちろん、将来的には、さまざまな病態の治療に対応できるよう治療体制などの整備を行う方向がめざされるべきであると思われるが、医療観察法におけるこのような治療体制の現状をふまえるならば、たとえば、対象者の統合失調症は投薬によるコントロールが可能であり、その知的障害や認知症に帰因する処遇上の問題が重大であるような場合には、むしろ、医療観察法における入院よりも、精神保健福祉法による措置入院、医療保護入院の方が、彼に適切な対応を施すことができるということにな

23) 江見健一「心神喪失者等医療観察法の施行の状況について」ひろば59巻12号(2006)8頁。

24) 安田拓人「医療観察法の解釈・運用に関する問題点と検討」季刊刑事弁護49巻(2007)114頁以下参照。

るのではないであろうか。

そうだとするならば、最高裁判所および江見検事の見解のように、対象者が医療観察法の処遇の要件を満たせば、常に同法による医療を施すべきであるとする以上のような見解も妥当ではないということになる。このようなことからするならば、医療観察法においては、対象者について、その再犯を防止し、彼の社会復帰を実現するためにはどのような医療を保障することが適切かという観点から、その医療を選択すべきであり、精神保健福祉法の医療で足りる場合には、常にそちらを優先すべきであるとか、医療観察法における処遇の要件を満たせば、常にそれを行うべきであるという形式的な二者択一でその処遇を決定すべきではないように思われる。<sup>25)</sup>

---

25) 原審の判断は、このような考え方を前提としているとみることもできるように思われる。



## ◆執筆者一覧

- |                    |  |
|--------------------|--|
| 中谷 陽二 (なかたに・ようじ)   | 筑波大学大学院人間総合科学研究科教授                     |
| 林 美月子 (はやし・みつこ)    | 立教大学法学部教授                              |
| 安田 拓人 (やすだ・たくと)    | 京都大学大学院法学研究科教授                         |
| 佐伯 仁志 (さえき・ひとし)    | 東京大学大学院法学政治学研究科教授                      |
| 丸山 雅夫 (まるやま・まさお)   | 南山大学大学院法務研究科教授                         |
| 岡田 幸之 (おかだ・たかゆき)   | 国立精神神経センター精神保健研究所司法精神<br>医学研究部精神鑑定研究室長 |
| 山本 輝之 (やまもと・てるゆき)  | 明治学院大学法学部教授                            |
| 松原 三郎 (まつばら・さぶろう)  | 医療法人財団松原愛育会松原病院理事長                     |
| 田口 寿子 (たぐち・ひさこ)    | 東京都立松沢病院精神科医長                          |
| 中島 直 (なかじま・なおし)    | 多摩あおば病院医師                              |
| 山中 友理 (やまなか・ゆり)    | ミュンヘン大学法学部に博士論文提出中                     |
| 高柳 功 (たかやなぎ・いさお)   | (社) 四方会有沢橋病院理事長・院長                     |
| 辻 伸行 (つじ・のぶゆき)     | 上智大学法学部教授                              |
| 五十嵐禎人 (いがらし・よしと)   | 千葉大学社会精神保健教育研究センター法シス<br>テム研究部門教授      |
| 柑本 美和 (こうじもと・みわ)   | 城西大学現代政策学部講師                           |
| 島田聡一郎 (しまだ・そういちろう) | 上智大学法学部准教授                             |
| 辰井 聡子 (たつい・さとこ)    | 明治学院大学法学部准教授                           |
| 小西 聖子 (こにし・たかこ)    | 武蔵野大学人間関係学部教授                          |

〔執筆順・敬称略〕

【編集代表】

中谷陽二 筑波大学大学院人間総合科学研究科教授

【編集委員】

丸山雅夫 南山大学大学院法務研究科教授

山本輝之 明治学院大学法学部教授

五十嵐禎人 千葉大学社会精神保健教育研究センター法システム研究部門教授

柑本美和 城西大学現代政策学部講師

---

精神科医療と法

---

平成20年8月30日 初版1刷発行

編集代表 中谷 陽二

発行者 鯉 淵 友南

発行所 株式会社 弘文堂 101-0062 東京都千代田区神田駿河台1の7  
TEL 03(3294)4801 振替 00120-6-53909  
<http://www.koubundou.co.jp>

装丁 後藤トシノブ

印刷 港北出版印刷

製本 牧製本印刷

---

©2008 Yoji Nakatani. Printed in Japan

Ⓔ 本書の全部または一部を無断で複写複製（コピー）することは、著作権法上での例外を除き、禁じられています。本書からの複写を希望される場合は、日本複写権センター（03-3401-2382）にご連絡ください。

ISBN978-4-335-35422-9

---



# DV 加害者更生プログラム

柑本美和

- I はじめに
- II 加害者プログラム誕生とその内容
- III アメリカの司法制度における加害者プログラム
- IV 加害者プログラムの効果に関する研究
- V わが国における適用可能性
- VI おわりに

## I はじめに

DV 加害者更生プログラム (Batterer Intervention Program. 以下、加害者プログラムという) とは、加害者のさらなる DV 行為を防止し被害者を保護するために、DV 加害者に対してカウンセリングやグループワークなどを行うプログラムである。現在、アメリカをはじめとする欧米諸国が、あるいは、アジアでは台湾、韓国などが、DV 加害者を対象とする処遇プログラムを、刑事処分として、あるいは民事の保護命令の一種として司法制度に導入している<sup>1)</sup>。

わが国も、アメリカ法を参考にし、2001年4月に「配偶者からの暴力の防止及び被害者の保護に関する法律 (以下、DV 法という)」を制定し、保護命令の創設、配偶者暴力相談支援センターの設置など、DV 被害者保護のための規定を整備した。しかし、加害者プログラムについては、DV 法第25条で、「国及び地方公共団体は、加害者の更生のための指導の方法について、その調査研究の推進に努めるものとする」と規定するにとどめた。

その後、内閣府男女共同参画局は、DV 法の附則3条に掲げられた3年後を目途とする見直し作業を視野に入れ、2002年に加害者プログラムに関

1) 本稿は、2002年11月に行われた第39回犯罪学会で、筆者が行った個人報告「DV 加害者の処遇システム」を下敷きに執筆したものである。

する諸外国の調査を行い、導入の必要性、および、そのあり方等について議論を行った<sup>2)</sup>。また、2004年には、東京と千葉で、自発的に応募してきた加害者を対象とした試験的プログラムを実施した<sup>3)</sup>。しかし、2004年、2007年の2回にわたるDV法改正においても、加害者プログラムを制度として導入することは見送られた<sup>4)</sup>。

本稿は、こうした日本の現状をふまえ、アメリカ法との比較法的視点から、わが国の司法制度へのDV加害者プログラム導入可能性について考察を行う。なお、DVは、性別、年齢、民族などに関係なく起こり、男性もDVの被害者となりうる。わが国のDV法も、男性女性ともにDVの加害者・被害者になることを前提とした規定になっている。しかし、わが国では、DV相談者の約99%は女性である<sup>5)</sup>。また、アメリカ司法省の調査でも、配偶者やパートナーなどによる暴力被害者の85%を女性が占めている<sup>6)</sup>。このようなことから、本稿は、女性被害者を中心に議論していくこととする。

## II 加害者プログラム誕生とその内容

### 1 加害者プログラム誕生

1960年代後半から1970年代にかけ、フェミニスト運動の高まりを受けて推進されたアメリカのDV対策は、シェルターの創設やホットライン活動など、DV被害者の安全を確保することから始まった<sup>7)</sup>。とくに、シェル

- 
- 2) 内閣府男女共同参画局「配偶者からの暴力の加害者更生に関する調査研究」(2003)。  
 3) 妹尾栄一ほか「ドメスティック・バイオレンス加害者プログラムの試み」トラウマティック・ストレス3巻1号(2005)49頁以下、川口律子「ドメスティック・バイオレンス加害者更生のアプローチ」中央大学大学院研究年報35号(2006)153頁以下。  
 4) 配偶者からの暴力の加害者更生に関する検討委員会「配偶者からの暴力の加害者更生に関する検討委員会報告書」(2006)。  
 5) たとえば、男女共同参画会議・女性に対する暴力に関する専門調査会「配偶者暴力防止法の施行状況等について」(2007)11頁。  
 6) Rennison C.M., *Intimate Partner Violence 1993-2001*, U.S. Dept. of Justice, Washington D.C., 2003, p.1.  
 7) アメリカのDV対策については、小島妙子「ドメスティック・バイオレンスの法—アメリカ法と日本法の挑戦」(信山社出版・2002)、青山彩子「米国におけるドメスティック・バイオレンスへの対応(上)」警論52巻1号(1999)100頁以下、2号(1999)143頁以下が詳しい。



ターは、多くの被害者に加害者から安全に身を隠す場所を提供した<sup>8)</sup>。しかし、DV 被害女性の支援者やシェルターのスタッフ達は、シェルターに女性を避難させるだけではDV をなくすことはできないという現実<sup>9)</sup>に直面した。シェルターに入所し、ようやく加害者の暴力から逃れても、ふたたび、同じ加害者のもとに戻る被害者が後を絶たなかつたからである<sup>10)</sup>。一方、被害者に逃げられた加害者も、その時点で暴力を止めるわけではなかつた。新たな被害者となる次のパートナーを見つけだしては、暴力行為をくり返していた<sup>11)</sup>。そのため、DV 被害女性の支援者達は、被害者を真に救済するためには、DV 問題の根源である「加害者」に働きかけ、みずからの行為に対する責任を自覚させ、「暴力」を防止することが不可欠だと感じるようになった<sup>12)</sup>。加害者に対して教育あるいはカウンセリングを行う DV 加害者プログラムは、加害者の暴力を防止することで被害女性の救済を図ろうとする、こうした被害者援助の流れの中で生み出された<sup>13)</sup>。

- 
- 8) Gondolf E.W., *Men Who Batter: An Integrated Approach for Stopping Wife Abuse*, Learning Publications, Florida, 1985, p.6.
- 9) Feazell G.S. et al., Services for Men Who Batter: Implications for Programs and Policies, *Family Relations* 33, 1984, p.217.
- 10) Roberts A.R., Intervention with the Abusive Partner, in Roberts A.R. (ed.), *Battered Women and Their Families*, Springer, New York, 1984, p.87 ; Geller J.A.= Walsh J.C., A Treatment Model for the Abused Spouse. *Victimology* 1, 1977-78, p.630; Gondolf E.W., Evaluating Programs for Men Who Batter: Problems and Prospects. *Journal of Family Violence* 2(1), 1987, p.96.
- 11) Geffner R.A.= Rosenbaum A., Domestic Violence Offenders: Treatment and Intervention Standards, in Geffner R.A.= Rosenbaum A. (eds.), *Domestic Violence Offenders: Current Interventions, Research, and Implications for Policies and Standards*, HMTF, New York, 2001, p.3; Ridington J., The Transition Process: A Feminist Environment as Reconstitutive Milieu. *Victimology: An International Journal* 2(3-4), 1977-78, p.574; Fleming J.B., *Stopping Wife Abuse*, Anchor Press, New York, 1979, p.296.
- 12) Healey K.M.= Smith C., *Batterer Programs: What Criminal Justice Agencies Need to Know*, National Institute of Justice, Washington D.C., 1998, p.1.
- 13) Gondolf E.W., *Batterer Intervention Systems: Issues, Outcomes, and Recommendations*, Sage, California, 2002, p.1 ; Jennings J.L., History and Issues in the Treatment of Battering Men: A Case for Unstructured Group Therapy. *Journal of Family Violence* 2 (3), 1987, p.195 ; Tsai B., The Trend toward Specialized Domestic Violence Courts: Improvements on an Effective Innovation. *Fordham Law Review* 68, 1999-2000, p.1290; Goldfarb P., Intimacy and Injury: Legal Interventions for Battered Women, in Barnes A. (ed.), *The Handbook of Women, Psychology and the Law*, Jossey-Bass, San Francisco, 2005, p.213.

1970年代後半、加害者プログラムは大きく発展し、代表的なプログラムが次々と創設された。たとえば、1977年にマサチューセッツ州で設立された Emerge は、DV 被害女性のためのシェルター活動に携わっていた女性達の強い要望を受け、フェミニズム運動を支持する男性達によって開始された<sup>14)</sup>。カリフォルニア州で1979年に創設された Alternatives to Violence は、シェルターに身を寄せている被害者のパートナーである加害男性のために、シェルターのスタッフ達が立ち上げたプログラムである<sup>15)</sup>。ドゥルース (Duluth) モデルで有名なミネソタ州の DAIP (Domestic Abuse Intervention Project) も、シェルター活動に従事していた女性達によって1980年に創設されている<sup>16)</sup>。このように、加害者プログラムの多くは被害者援助の一環として開始されたため、女性に対する暴力の原因を「男性優位社会」の存在に求め、その変革を最重要課題とするフェミニスト思想に立脚するものが多かった<sup>17)</sup>。1975年に全米で2つしか存在しなかったプログラム<sup>18)</sup>は、1981年1月までに約80になり、翌1982年には150にまで増加した<sup>19)</sup>。

- 14) Adams D., Treatment Programs for Batterers. *Clinics in Family Practice* 5, 2003, p.160, Hanson B., Interventions for Batterers: Program Approaches, Program Tensions, in Roberts A.R. (ed.), *Handbook of Domestic Violence Intervention Strategies-Policies, Programs, and Legal Remedies*, Oxford University Press, Oxford-Tokyo, 2002, p.424; Adams D.= Cayouette S., Emerge-A Group Education Model for Abusers, in Aldarondo E.= Mederos F. (eds.), *Programs for Men Who Batter: Intervention and Prevention Strategies in a Diverse Society*, Civic Research Institute, New Jersey, 2002, Chapter 4-2.
- 15) LaViolette A., Batterers' Treatment: Observations from the Trenches, in Geffner = Rosebaum, *supra* note 11), p.47.
- 16) DAIP は、設立当初から、加害者の逮捕、起訴、有罪判決、保護観察の条件としてのプログラム受講というように刑事司法システム全体を機能させる Coordinated Community Response を採用していた。
- 17) Pence E., The Duluth Domestic Abuse Intervention Project, in Aldarondo = Mederos, *supra* note 14), at Chapter 6-3. ミネソタ州では、1979年に、州の DV 被害者対策委員会 (State Task Force for Battered Women) が、DV 加害者のための3つのプログラムに、2年間にわたって25万ドルを拠出することを決定した。Pence E.= Shepard M., Integrating Feminist Theory and Practice: The Challenge of the Battered Women's Movement, in Yllo K.= Bograd M. (eds.), *Feminist Perspectives on Wife Abuse*, Sage, California, 1990, p. 283.
- 18) Feder L.= Dugan L., A Test of the Efficacy of Court-Mandated Counseling for Domestic Violence Offenders: The Broward Experiment. *Justice Quarterly* 19, 2002, p.344.
- 19) Roberts A.R., A National Survey of Services for Batterers, in Roy M. (ed.), *The Abusive Partner: An Analysis of Domestic Battering*, Van Nostrand Reinhold, New York, 1982, p.231.



## 2 加害者プログラムの3つのモデル

加害者プログラムの目的は、女性に対する男性の暴力的で支配的な行動を阻止し、被害女性を救済することにある<sup>22)</sup>。しかし、DVの原因を何に求めるかで、拠り所となる理論やプログラムの様式が異なってくる。既存の加害者プログラムは、おおむね次の3つのモデルに分類することができる<sup>23)</sup>。

まず、フェミニストモデル (Feminist Approaches: The Social Problem Approach) である。このモデルによれば、DVの原因は、「男性による女性支配」という社会内に蔓延する価値観にある。したがって、加害者は、グループワークなどを通じて、男性中心の考えが誤りであることを認識し改めるよう求められる。先に述べた Emerge や Alternatives to Violence、そして DAIP (またはドゥルースモデル) は、このモデルに分類できる。2番目のファミリー・システム・モデル (The Family Systems Model) は、DVの原因を、家族というシステムの機能不全、家族内のコミュニケーションの問題にあると考える。このモデルでは、DVの責任は、加害者だけでなく被害者にもあるとし、夫婦そろってカウンセリングを受けるよう求められる。3番目は、心理療法的モデル (Psychological Approaches: A Focus on Individual Problems) で、DVの原因を加害者個人の内面的な問題、たとえば、加害者の人格的な障害や子ども時代のトラウマなどにあるととらえる。そのため、認知行動療法などを通じ、加害者本人の問題克服のための働きかけが行われる。2003年の時点で、全米には少なくとも1,500の加害者プログラムが存在すると報告されているが<sup>24)</sup>、その多くがドゥルースモデルに依拠している<sup>25)</sup>。

20) *Ibid.*

21) Gondolf, *supra* note 8), p.15.

22) Bennett L.W.= Williams O.J., *Intervention Programs for Men Who Batter*, in Renzetti C.M. (ed.), *Sourcebook on Violence Against Women*, Sage, California, 2001, p.261.

23) Healey K.= Smith C.= O'Sullivan C., *Batterer Intervention: Program Approaches and Criminal Justice Strategies*, National Institute of Justice, Washington D.C., 1998, pp.15-26.

24) Adams D., *Treatment Programs for Batterers. Family and Community Violence* 5, 2003, p.159.

25) Davis R.C.= Taylor B.G., *Does Batterer Treatment Reduce Violence? A Synthesis of the Literature. Women & Criminal Justice* 10(2), 1999, p.71; Dekki A., *Punishment or Rehabilitation? The Case for State-Mandated Guidelines for Batterer Intervention Programs in Domestic Violence Cases. St. John's Journal of Legal Commentary* 18, 2003-

これらの加害者プログラムを運営しているのは、主に、NPO や民間団体、あるいは保護観察所といった刑事司法機関などである。<sup>26)</sup> 不適切なプログラムを排除し、一定の質を保証するため、各プログラムは州の定める基準を満たすよう求められる。<sup>27)</sup> たとえば、プログラムの目的を被害者の安全確保に置くこと、家族療法やカップル・カウンセリング (couple counseling) の形態をとらないこと、プログラムスタッフは、加害者の情報を被害者や関係各機関に伝達することなどである。カリフォルニア州では、裁判所・保護観察所は、基準を満たすと認められたプログラムにしか加害者を送致できないことになっている。<sup>28)</sup> 全国少年・家庭裁判所判事評議会 (National Council of Juvenile and Family Court Judges) もプログラムに関する基準の策定を推奨しており、<sup>29)</sup> 2008年1月の時点で、そのような基準を有する州は全米で45にのぼる。<sup>30)</sup>

### III アメリカの司法制度における加害者プログラム

加害者プログラムの設立当初、プログラム受講は加害者の自発的意思によるのが基本であった。しかし、フェミニスト運動の支持者、DV 被害者の支援者たちによって、DV が社会問題化し、「犯罪」であることが喚起され、司法制度改革が進められるに従い、1980年代には、裁判所命令として司法制度に組み込まれるようになってきた。<sup>31)</sup>

2004, p.568.

26) Bennett = Williams, *supra* note 22), p.261.

27) わが国の場合、内閣府男女共同参画局「配偶者からの暴力に関する加害者向けプログラムの満たすべき基準及び実施に際しての留意事項」(2004)が参考となりうる。

28) Cal. Penal Code §1203.097(c)(West 2008). カリフォルニア州の場合、この規定が最低基準であるため、郡によってはこれをさらに拡充し、より厳しいガイドラインを定めているところもある。

29) National Council of Juvenile and Family Court Judges, *Family Violence: Improving Court Practice, Recommendations from the National Council of Juvenile and Family Court Judges' Family Violence Project* (1990), p.50.

30) State Standards Listing by State, (visited May 10, 2008) <<http://www.biscmi.org/otherresources/statestandards.html>>.

31) Ganley A.L., Perpetrators of Domestic Violence: An Overview of Counseling the Court-Mandated Client, in Sonkin D.J. (ed.), *Domestic Violence on Trial—Psychological and Legal Dimensions of Family Violence*, Springer, New York, 1987, p.156.