

図6 触法精神障害者の入院治療（将来像）

社法入院を行っており、この部分を国費とすることには大きな意義が見いだせるし、また、医療を受ける義務がある人達の医療が自己負担によって行われていることには大きな矛盾がある。長期間の入院を避けることを勧告すれば、4カ月間に限定して国費化すべきである。

5. 病状悪化時の強制的入院の枠組み強化

指定通院医療機関への入院の形態は、吉川班のモニタリング研究によれば、任意入院(64.4%)、医療保護入院(35.1%)、措置入院(0.5%)である。予想以上に医療保護入院の割合が多いことが分かる。このような時点では、指定通院医療機関の主治医が強制的な入院のための手続きを担わされていることになる。本来、精神保健観察の下にある対象者であるから、指定入院医療機関への強制的な入院については、措置入院と同様に、保護観察所の支援が欠かせない。指定通院医療機関の主治医をサポートするためにも、指定通院医療機関への一時的な入院治療が強制的に必要な場合は、保護観察所の長によって強制入院の手続きが行われるべきである。

6. 通院・地域処遇の枠組みの強化

医療観察法では、通院対象者への強制的な枠組みが不十分である。前述のように、対象者において通院・服薬などが行われなくなったとき

には、医療観察法第107条(守るべき事項)にもとづき、出頭を命じたり、その他必要な処置をとったりすることができる。しかし、再入院の申し立て以外に強制的な枠組みは漠然としており、むしろ、保護観察に準じて、地方裁判所の合議体は「特別遵守事項」を指定したり、遵守事項が守られなかったり医療の継続が困難と認められれば、保護観察所の長の判断で引致または、指定入院医療機関での診察を強制させるなどの処置が可能となるようにすべきである。

5 医療観察法の将来像を探る

今後の長期的な視点から、医療観察法の進む方向について意見を述べたい。

1. 指定入院医療機関と矯正施設との連携が必要

精神障害者に対する精神鑑定が徐々に判定内容の厳しさが目立つようになり、結果として、限定責任判定の下で、精神障害を持ちながら矯正施設に入所する人達が増加している。この人達の治療は、一般の矯正施設か、あるいは、医療刑務所内で行われているのが現状である。詳細な実態調査を待たなければならないが、医療刑務所であっても治療が困難である事例が少な

くないものと予想される。また、訴訟能力に問題のある人達に対しても、高度な精神医療を受けることができるシステムが必要であると考えている。また、医療刑務所から指定入院医療機関での治療に移行した場合でも、その期間が刑期に含まれるような法的な枠組みが必要であろう(図6)。

2. 法の申し立ては罪種からリスク判定へ

現在、医療観察法の申し立ては、対象行為が六罪種に限定されている。本来、罪種と医療観察法による治療の必要性とは合致するものでない。この矛盾を解決するためには、罪種による判定よりも、重大な他害行為を起こした精神障害者のリスクが十分に考慮されるシステムに移行する必要がある。しかし、現状のリスク判定状況を見ると、いまだに十分な方式として完成しているとはいえない点があり、今後の研究を待つ必要があると思われる。しかし、早急にその判定方式の実現を求めるものとして、指定入院医療機関に長期に入院治療を行っても改善が困難と認められる事例については、一般精神科病院において処遇する必要があるが、このときに治療反応性だけでなく、リスク判定についても正確に行われる必要がある。

3. 各都道府県立病院に長期重症者病棟が必要
指定入院医療機関内での治療が長期に及んでも、その症状の改善が進まず、治療反応性が消失した判定された場合には、処遇が終了されて、一般精神科病院に精神保健福祉法の枠内で治療が行われることになる。この点では2つの問題点がある。①このような事例を受け入れる病棟が一般の精神科病院にはないこと。このためには、長期に重症な患者を受け入れることができる人員基準の高い「長期重症者病棟」の設置が必要になる。各都道府県立病院に設置を義務付けるべきである。②処遇終了となれば、その人の退院などについては当該医療機関の医師の自由裁量となる。再び、処遇の困難な患者を安易に

退院に向けるようなことがないように、「通院医療」の枠組みの中で、裁判所合議体の監視下に置かれるようなシステムを新たに導入すべきである。

4. 物質使用障害者に対する別個の治療システムが必要

アルコール依存症者や、覚せい剤・コカインなどの麻薬中毒患者については、退院後のフォローを医療観察法に委ねることには反対する。むしろ、専門的な診療所を各地に配置して、尿中の薬物検出や集団療法が行えるような設備が必要となろう。医療観察法とは別個に、「治療処分」を含む新たな法体系が必要であろう。

5. 性犯罪者への治療と地域内のフォローは、保護観察所が行うべきである

欧米と同様に、今後、性犯罪者の急激な増加が見込まれる。性犯罪者の多くは責任能力が保たれており、矯正施設内での治療システムが必要である。また、退院後についても、特別遵守事項等を駆使しながら、保護観察所が行うことを原則とすべきである。

6 おわりに

医療観察法は施行後5年を迎えようとしている。この法律は、わが国独自の法体系であり、その治療や社会復帰の成果は、世界的にも多くの国々から注目を集めている。いくつかの点で改善が必要と思われるが、現在の骨格を崩すことなく、より強固な医療観察法となるように、徐々に改善を図るべきである。

文献

- 1) 秋月玲子, 松原三郎: 共通評価項目による予後の評価と多職種チームの対応. 司法精神医学 2: 99, 2007
- 2) 吉川和男, 安藤久美子: 厚生労働科学研究こころの健康科学研究事業 心神喪失者等医療観察法制度における専門的医療の向上に関する研究 平成 22 年度総括・分担研究報告書, 2010

* * *

Summary

Problems in community care for the mentally disordered offenders in Japan

MATSUBARA Saburo

At the end of 2009, almost 490 offenders were cared under the compulsory outpatient treatment program of "the Act for the Medical Treatment and Supervision of Insane Persons Who Caused Serious Harm" which was enacted in July 2003. In these 56 months, only 1.3% (9 cases) of outpatients was re-admitted in the inpatient care hospitals and only 0.8 % (4 cases) patients committed the second offense. There are 320 designated hospitals for outpatient care, however, their functions for the community care are very poor; small number of visiting nurses and social workers for the out-reach care. The success in the community care under the Act could be explained by the system of the community care, such as the "individual implementation plan" should be drawn up at the care conference, which involves many organizations related to the community care. Moreover, it was suggested that the compulsory outpatient treatment under the Act itself is very effective.

国立医療学会誌

IRYO

医療

JAPANESE JOURNAL OF NATIONAL MEDICAL SERVICES

Vol.64

No.3

MARCH 2010

総説

「悪いこと」をしても責任を問えない場合があるの？—精神障害者の責任能力について—

国立病院機構東尾張病院 精神科

八木 深

国立医療学会

JAPANESE SOCIETY OF NATIONAL MEDICAL SERVICES

「悪いこと」をしても責任を問えない場合があるの？—精神障害者の責任能力について—

八木 深

IRYO Vol. 64 No. 3 (171-176) 2010

要旨

裁判員裁判制度が始まり、一般市民である裁判員にも理解できるように責任能力の判断材料を提示することが求められることになった。マクノートン裁判は陪審裁判であり、刑事責任能力に関して160年余りたった現在でも説得力のある弁論が陪審に対して展開されているので紹介する。ついで、マクノートン裁判と同様な論点が展開した最高裁平成20年4月25日決定を紹介し、責任能力の判断の際、精神症状の影響がある場合には一見正常にみえることを過大評価してはならない点を示す。

キーワード 裁判員、刑事責任能力、マクノートン裁判、マクノートンルール、二重見当識

はじめに

被告人や被疑者の責任能力の判断は、難解なことも多く、精神科医の中でもごく一部の者が関与する専門性の高い領域と考えられてきた。したがって、精神医学の専門誌でない総合医学雑誌で責任能力を取り上げる意味はさほどないのではないかと思う人も多いだろう。

ところが、平成21年5月から、裁判員裁判制度が始まり状況が一変しつつある。裁判員は素人だから複雑な事柄の判断はしないのだろうと思う向きもあるが、裁判員裁判の対象事件は、殺人罪、強盗致死傷罪、現住建造物等放火罪、身代金目的誘拐罪、危険運転致死罪などの重大事件であり、責任能力判断も裁判員に求められる。一般市民にも理解できるように責任能力の判断材料を提示することが求められることになったわけである。

本稿の目的は、専門家でない一般の読者に責任能力の意味合いを理解できるようにお伝えできるかを試みることにある。

悪いことをした人に 刑罰を科すのはなぜ？

悪いことをしたなら責任をとってもらい、それに応じた報いを受けるべきであるというのが一般市民の感情であろう。刑法学者も応報観念を否定しない¹⁾。刑罰とは、悪いことをしないという選択肢（他行為可能性）もあったのに、あえて悪いことをする意思決定をしたことに対して責任をとりなさいという法的非難である²⁾。

刑法および刑罰のもうひとつの側面は、将来、犯行時と同様の状況に陥っても、今度は犯行を思いとどまるようにして、行為者ひいては一般人の犯罪を

国立病院機構東尾張病院 精神科

別刷請求先：八木 深 国立病院機構東尾張病院 精神科 〒463-0802 名古屋市守山区大森北2丁目1301

(平成21年10月28日受付，平成22年2月12日受理)

What is the Criminal Responsibility?

Fukashi Yagi, NHO Higashiowari National Hospital

Key Words: Saiban-in (lay judge), criminal responsibility, trial of Daniel McNaughton, McNaughton rule, double orientation

予防することにある³⁾。しかし予防の必要性によって刑罰を正当化すると、罪刑の均衡を逸した刑罰を科すことも可能になり問題である⁴⁾。たとえば窃盗犯についても、再犯予防のため危険な人格を改善する必要があるとみなされると常軌を逸した長期の刑罰が科せられる可能性が発生する。

悪いことをしたのに 違法でないことがあるの？

一般市民の素朴な感覚に反して、悪いことをしても違法でない場合がある。

まず初めに、その悪いことを禁止する法律がない場合である。興奮をきたすような人体に有害なドラッグの使用は、「悪いこと」であるが、そのドラッグの使用を禁止する法律がなければ刑罰を科す根拠がない。「法律なければ犯罪なし」である⁵⁾。この場合、「悪いこと」を禁止する法律を作る必要がある。

何をもって、違法とし、その違法な行為にどのような刑罰を与えるかは法律の規定があり、その規定を超えた刑罰を与えることはできない。これを罪刑法定主義という。あんなひどいことをしてもあれだけの刑罰なの？という場合もある。近年では、飲酒して何人かを死傷させる事故をおこしておきながら、何で業務上過失致死傷罪という窃盗罪よりも軽い刑罰なのかという問題が発生した。この場合は法律を変える必要があり、被害者感情を反映して、刑法が改正され危険運転致死傷罪が創設された。

「この人はひどい人なんです」という発言は、処罰感情と密接に結びついている。しかし、いかに「ひどい人」であっても、法に触れる行為をしていなければ、刑罰を科すことはできない。「ひどい人だから将来悪いことをするに決まっている」と思っても、悪いことをする前に予防のためにあらかじめ刑罰を与えることはできない。刑罰はその者が行った法に触れる行為に対して科せられ、人の行為以外のものを処罰の対象とすることは許されない。これを行為主義という⁶⁾。

違法行為をしたならば必ず刑罰が科せられるのだろうか？たとえば、死刑執行人は殺人という違法行為をしたのだから罪に問われるか？答えはいいえである。刑法35条によると、法令又は正当な業務による行為は、罰しない。死刑執行は正当行為とされ、犯罪は不成立である。正当行為と並んで、正当防衛、緊急避難も犯罪の不成立として規定され、違法性阻

却事由と呼ばれる。必要があると軽信し手術してしまったような場合には傷害罪になるだろうか？適法な治療行為（正当行為）を行う事実認識である限り、罪を犯す意思はないとされる⁷⁾。刑法38条によると、罪を犯す意思（故意）がない行為は、罰しない、ただし、法律に特別の規定がある場合は、この限りでない。特別の規定とは過失を指す。

悪いことをしても、 責任を問えない場合があるの？

3歳児が売り物の菓子パンを持って走って行ってしまったとしても、窃盗罪で有罪だと考える人はいないだろう。刑法41条によると、14歳に満たない者の行為は、罰しない。3歳児には罪を犯す意思などないと推定されるし、そこまでしなくてもいいのではという一般市民の感覚にも合うであろう。刑事未成年は、責任能力があっても、なお処罰の必要性、妥当性という見地から罰を与えることはできない⁸⁾。

刑罰とは、悪いことをしない選択肢もあったのに、あえて悪いことをするという意思決定をしたことに対する法的非難なわけであるから、何が「悪いこと」かがわからない精神状態での犯行は非難できないことになる。自分の行為の善悪に関して適切に判断する能力は、法的非難が可能になる前提であり、弁識能力と呼ばれ、その判断に従って自分の行動をコントロールする能力を制御能力と呼び、弁識能力と制御能力を合わせて責任能力と呼ぶ。刑法39条によると、責任能力を喪失した精神障害者（心神喪失者）の行為は罰しない、責任能力が著しく減退した精神障害者（心神耗弱者）の行為は、その刑を減輕する。

精神障害を理由とした刑の減免の思想は古代ギリシャにまで遡ることができる。紀元前4世紀にプラトンは「法律」の中で、狂気の状態にあって違法の行為をしたのであると裁定された場合には、刑罰は免除されると述べている。東洋においては、中国最古の法令解釈書である唐律疏義（653年）が、減刑する根拠として、周禮秋官司刺の三赦の法（1幼弱2老耄^{ろうもう}3しゅう愚）を示し、精神障害を赦す規定を設けた。わが国では、唐律疏義を輸入したと考えられる養老律令（757年）で、年齢70歳以上あるいは16歳以下、精神薄弱を含む廢疾者が流罪以下の罪を犯した場合は減刑とし、年齢80歳以上あるいは10歳以下、精神障害者を含む篤疾者（悪疾・癲狂^{てんきやう}等）

は、極刑が科せられる重大犯罪でも減刑され、90歳以上、7歳以下は罪責がないとされた。養老律令のいう老齢は発覚時の年齢で、幼少は事件時の年齢を適応し、受刑能力を考慮していた。

歴史的には、精神障害を理由とした刑の減免について、何が「悪いこと」かがわからない精神状態を理由としての減免だけでなく、受刑能力も考慮し、そこまで罰しないでもいいだろうと赦す思想が反映されていた。

責任能力が争点となった歴史的陪審裁判 1843年マクノートン裁判

マクノートン裁判は陪審裁判であり、刑事責任能力に関して160年余りたった現在でも説得力のある弁論が展開されたので紹介する⁸⁾。

マクノートンはグラスゴー出身の27歳木工業者であったが、恐ろしいイメージにしつこく攻撃されるようになり、住んでいる家のせいだと考えイギリス全土やフランスを転々として逃げたがそれでも恐ろしいイメージにつけ狙われると思い込んだ。彼は「スパイがまわりじゅうに居て、ローマ教会と警察と世界中が彼に敵対している」、「トーリー党が前回選挙の自分の投票について危害を加えている」と考え、追跡に当時の政権与党トーリー党が関与していると確信した。マクノートンは、ロンドン中心部において警官の面前でトーリー党党首ピール首相の私設秘書ドラモンド氏を首相と誤認しピストルで撃ち死亡させ、逃走をはかることもなくただちに逮捕された。マクノートンは罪状認否で、「被害をうけた絶望に駆られました」「撃ったことには罪があります」と答えた。マクノートンは、同年3月陪審裁判にかけられ、「彼らは私に濡れ衣を着せようとした。彼らは、私を繰り返して悩ませ攻撃するために何でもする。実際、彼らは私を殺そうと望んでいる」と供述した。

弁護人コックバーンは、3時間にわたり弁論し、陪審やすべての人に深い感銘を与えた。マクノートンの責任を問えないとするこの弁論は現代でもその意義を失っていない。

ある点で異常を認めないとしても、精神障害の影響により、周囲の人やものごとの関係を正しい光のもとでみることができないことがあり、一般的に道徳観と制御を有していたとしても、抵抗不能の強い衝動の餌食になり自己制御の可能性すべてが無効になる場合がある。もし、このような衝

動のもとで、人が法が非難し罰を科すような行為をしたとしたら、その者は罰の対象にはならない。なぜならば、人間の責任を構成する動機の抑制の下にないからである。もしこの事例で道徳観が障害され、本件犯行が病的妄想の結果で、必然的にその妄想と結びついていたならば、もし証拠に基づいてこういった解釈が立証できるならば、評決は被告に有利なものになるに違いないと思う。問題は、妄想のもとで妄想がなければしなかったような行為を彼がしたのかどうか、妄想の制御不能の衝動のもとで、犯行それ自体は妄想によってのみ発生したのか否かである。

続いて鑑定証人が心神喪失の意見を公判で供述した。

被告人は心神喪失である。被告はドラモンド氏を銃撃した際、通常の抑制を奪い取るような幻覚に苦しんでいた。犯行は、抵抗しがたい妄想の結果である。妄想があまりに強いので、物理的障害以外の手段で犯行を防ぐことはできなかった。最後に裁判長ティンダルは陪審に対し教示した。

被告人が善と悪を弁別できると考えるなら、彼は法の科す罰の対象である。(追加教示)もしそうでないなら、被告人が非常に大きな困難を有しているとみえるならば、被告人を有罪とはみなさないだろう。

陪審は無罪評決を下し、マクノートンはベスレム病院へ入院し48歳でブロードモア病院で死去した。

この判決は、世論の反発を招いた。タイムズ紙は、マクノートン事例はよくある事例であるが、法は民衆を守るのに十分だろうかなどと判決を論難した。ビクトリア女王は首相へ書簡を送り、貴族院は、マクノートン裁判をしたティンダル卿を含む裁判官数名を召集し質問をした。質問に対するティンダル卿の回答は、マクノートンルールと呼ばれ、英米圏で責任能力判断の基準となった。精神異常抗弁(心神喪失のこと)が成立するためには、「犯行時に被告人が、精神の疾患のために、自分のしている行為の本質と性質を知ることができず、または、それを知っていたとしても、邪悪なことをしているということを知りえないほど、理性を欠いた状態にあったことが明確に証明されなければならない」「被告人が、その行為がなすべきことではないという認識をもっていれば、また同時に、その行為が法に反していることを知っているならば、罰せられなければならない

い」とされた。マクノートンは罪状認否で、「撃つたことには罪があります」と述べたので、このルールに従うと責任能力があるとみなされる。マクノートンルールはマクノートン裁判を否定した内容であり、精神の障害があってもほとんどの場合責任能力があるとみなされる厳しい基準である。自らの裁判を否定したティンダル卿が痛々しく感じられる。

マクノートン裁判でコックバーンが展開した弁論は、正常にみえる面があっても、精神障害の影響により事物の関係を正しくみられないことがあり、一般的に道徳観と制御を有していても、あらいがたい強い衝動の餌食になり自己をコントロールする可能性が失われた場合には罰の対象にならないことを認めた点で現代にも通じる画期的で特筆すべき弁論であると筆者は考える。マクノートンルールの下にうずもれるにはあまりにも惜しい。

わが国の責任能力裁判 最高裁平成20年4月25日決定

マクノートン裁判から160年余りたったわが国で、コックバーンが主張した点が論点になっているようにみえる判例があるので抜粋し紹介したい（最高裁判所 判例検索システム：http://www.courts.go.jp/search/jhsp0010?action_id=first&hanreiSrchKbn=02）。

被告人は平成8年4月ころ統合失調症を発症し、平成14年2月ころからは、人のイメージが頭の中に出てきてそれがものを言うという幻視・幻聴や、頭の中で考えていることを他人に知られていると感じるなどの症状が現れるようになった。そのような異常体験の中でも、被告人が平成3年11月から平成6年4月まで稼働していた塗装店の経営者（本件被害者）が「ばかをからかっていると楽しいな」などと被告人をからかったり、「仕事で使ってやるから電話しろ」と話しかけてくる幻視・幻聴がとくに頻繁に現れ、呼び掛けに応じて被害者に電話をして再就職を申し出て、同人からそれを断られるのを繰り返していた。

被告人は、平成15年6月24日、朝から「仕事に來い。電話をくれ」という被害者の声が聞こえ、アルバイト先に初めて出勤するために地下鉄に乗った際にも、何度も「こいつは仕事に行きたくなえんだ」などと声が聞こえたため、被害者が被告人の仕事に行くのを邪魔していると腹を立て、被害者を殴って

脅かしてやろうと思い塗装店に向かった。被告人が同店付近で被害者が現れるのを待っていると、昔の知り合いのホステスが「Aちゃんが怒ってるから早く出てきなさいよ」などと被害者に声を掛けていた幻聴が聞こえたため、自分の行動が人にみられていると感じ被害者を殴るのをやめ、そのまま帰宅した。

平成15年6月27日、「仕事に來い。電話しろ」と被害者の声が聞こえ、被害者に対する腹立ちが収まらず、被害者を二、三発殴って脅し、ばかにするのをやめさせようと考え、午後6時ころ塗装店に向かった。被告人が社長室に至ると、被告人をみた被害者がどうしたのかという感じでへらへら笑っているように見え、被告人は、被害者の顔面等を数発殴った上、店外に逃げ出した被害者を追い掛け、路上でさらにその顔面を一発殴った。そして、あお向けに倒れた被害者を見て、ふざけてたぬき寝入りをしているのだと思い、その太もも付近を足で突くようにつけた。しかし、通行人が来たのでそれ以上の暴行を加えることなく、その場を立ち去った。被害者は、上記一連の暴行により外傷性くも膜下出血により死亡した。被告人は、本件行為後、交際相手の女性宅に行き、一緒に食事を取った後自宅に戻ったが、同月28日、被害者が重体であるという新聞記事を見て怖くなり自首した。

第1審で精神鑑定が実施され、被告人は、本件行為当時、統合失調症の激しい幻覚妄想状態にあり、直接その影響下にあつて本件行為に及んだもので、心神喪失の状態にあつたとされた。被告人が、一方で現実生活をそれなりにこなし、本件行為の前後において合理的にみえる行動をしている点は、精神医学では「二重見当識」等と呼ばれる現象として珍しくなく、被告人が一定の合理的な行動を取っていたことと被告人が統合失調症による幻覚妄想状態の直接の影響下で本件行為に及んだことは矛盾しないとした。第1審判決は、S鑑定に依拠し、本件行為当時心神喪失の状態にあつたとして被告人に無罪を言い渡した。

これに対し、検察官が控訴し、控訴審判決は、被告人は心神耗弱にとどまるとして、第1審判決を破棄し懲役3年を言い渡した。控訴審判決の理由の要旨は次のようなものである。被害者を殴って脅しばかにするのをやめさせようと考えたという動機の形成、犯行に至るまでの行動経過、こぶして数発殴ったという犯行態様、通行人が来たことから犯行現場

からすぐに立ち去ったという経緯は、了解が十分に可能である。「電話しろ」という作為体験はあっても、「殴り付ける」という作為体験はなく、幻聴や幻覚が犯行に直接結び付いているとまではいえない。被告人は、本件犯行およびその前後の状況を詳細に記憶し意識はほぼ清明であり、本件犯行が犯罪であることも認識していたと認められる。被告人が自首していること、被告人が社会生活を送り仕事をしようとする意欲もあったことなどの諸事情に照らすと、被告人は、本件犯行時、統合失調症に患っていたが、心神喪失の状態にあったとは認められず、せいぜい心神耗弱の状態にあったものというべきである。S鑑定およびF鑑定（控訴審で実施）は、いずれも採用することができない。

最高裁決定：控訴審判断は、是認できない。被告人が、本件行為およびその前後の状況を詳細に記憶し意識はほぼ清明であること、本件行為が犯罪であることも認識し自首していること、被告人が社会生活を送り就労意欲もあったことなど、一般には正常な判断能力を備えていたことをうかがわせる事情も多い。しかしながら、被告人は、幻聴等が頻繁に現れる中で、訂正が不可能またはきわめて困難な妄想に導かれて動機を形成したとみられ、控訴審判決のように、動機形成等が了解可能であると評価するのは相当ではない。また、このような幻覚妄想の影響下で、被告人は、本件行為時、前提事実の認識能力にも問題があったことがうかがわれ、被告人が、本件行為が犯罪であることも認識し記憶を保っていたとしても、これをもって、事理の弁識をなし得る能力を有していたとただちに評価できるかは疑問である。被告人の本件前後の生活状況等は、被告人が、上記のような幻覚妄想状態の下で本件行為に至ったことを踏まえると、過大に評価することはできず、少なくとも「二重見当識」によるとの説明を否定し得るようなものではない。そうすると、統合失調症の幻覚妄想の強い影響下で行われた本件行為について、控訴審判決の説示する事情があるからといって、そのことのみによって、その行為当時、被告人が事物の理非善悪を弁識する能力またはこの弁識に従って行動する能力をまったく欠いていたのではなく、心神耗弱にとどまっていたと認めることは困難であるといわざるを得ない。

最高裁平成20年4月25日決定は、マクノートン裁判におけるコックバーンの弁論「正常にみえる面があっても、精神障害の影響により事物の関係を正し

くみられないことがあり、一般的に道徳観と制御を有していても、あらがいがたい強い衝動の餌食になり自己をコントロールする可能性が失われた場合には罰の対象にならない」と筆者には響き合っただけで聞かせる。責任能力の判断の際に、症状の影響がある場合に一見正常にみえることを過大評価してはならないという重要事項を指し示している。なお本事例は高等裁判所で再び心神耗弱の決定がされ、現在第2次上告審議中であり、最終的決定はまだ出ていない。

終わりに

責任能力を考える上で、鑑定人の役割は、被鑑定者にどのような精神症状があり、その症状が犯行にどのような影響を与えたかを明確にすることにある。犯行動機の詳細な可能性は、症状がいかに関与したかという視点を重視して記載すべきで、「正常な見せ掛け」をもって「了解可能」とするのは禁物である。「撃ったことには罪があります」と述べたマクノートンに対し、悪いことだとわかっていたから責任能力があるというってしまうのは、「正常な見せ掛け」に騙されている。コックバーンは、陪審にこのことを弁論し、陪審は無罪評決を出した。責任能力の判断は鑑定人でなく裁判で決定すべきことがらであり、裁判員裁判においても、コックバーンが展開したような弁論は、「正常な見せ掛け」に騙されることなく責任能力を考える上できわめて重要になるであろう。なお、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者については、他害行為を行った際の精神障害を改善し、これにともな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、裁判所の審判が必要と認定された場合には、専門的な司法精神医療である医療観察法医療を受けることになる。

【文献】

- 1) 大谷實. 刑法解釈論集Ⅱ. 東京：成文堂；1990：p 52.
- 2) 安田拓人. 責任の概念. In：西田典之，山口厚，佐伯仁志編. 刑法の争点. 東京：有斐閣；2007：p 54.
- 3) 林美月子. 責任能力. In：西田典之，山口厚，佐伯仁志編. 刑法の争点. 東京：有斐閣；2007：p82.
- 4) 堀内捷三. 構成要件の概念. In：西田典之，山口

- 厚, 佐伯仁志編, 刑法の争点. 東京: 有斐閣; 2007: p14.
- 5) 井田良. 行為論. In: 西田典之, 山口厚, 佐伯仁志編. 刑法の争点. 東京: 有斐閣; 2007: p16.
- 6) 斎藤信治. 違法阻却事由の錯誤. In: 西田典之, 山口厚, 佐伯仁志編. 刑法の争点. 東京: 有斐閣; 2007: p60.
- 7) 大谷實. 刑法解釈論集Ⅱ. 東京: 成文堂; 1990: p60.
- 8) West DJ and Walk A. Daniel McNaughton His Trial and the Aftermath. s.l.: Gaskell Books; 1977.

総合医学会報告

シンポジウム

「医療観察法施行後3年を経過して -その現状と課題-」

第62回国立病院総合医学会（平成20年11月12日 於東京）

国立病院機構肥前精神医療センター 精神科

座長 平野 誠

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課医療観察法医療体制整備推進室長

得津 馨

国立精神・神経センター病院

平林 直次

元 東京保護観察所

東條 敏子

国立病院機構東尾張病院

八木 深

国立医療学会

JAPANESE SOCIETY OF NATIONAL MEDICAL SERVICES

医療観察法平成22年再検討を 見据えた意見集約

八木 深

第62回国立病院総合医学会
(平成20年11月12日 於東京)

IRYO Vol. 64 No. 3 (209-212) 2010

要旨

医療観察法の平成22年再検討を見据えて、国立病院機構医療観察法メーリングリストを通じて意見集約を行ったので報告する。「入口」に関して、詐病の見落としなどのため間違っただけで処遇決定された例について、審判をやり直せない問題点が指摘された。「出口」に関して、治療反応性に乏しいものの処遇のあり方について検討が必要という意見があった。「医療観察法鑑定・審判」に関して、鑑定人を鑑定入院施設の医師に限った方が鑑定の質が上がるという意見があった。鑑定センター構想については、司法精神医学が、一部の病院に偏るのを懸念する意見があった。「身体合併症」に関して、医療観察法の医療の中で特殊な身体的治療を行うのは困難という意見があった。「地域処遇」に関して、指定通院医療機関や社会復帰施設などへの経済的・人的援助が必要という意見が多かった。「医療観察法全体のデータ管理」に関して、リスクアセスメントや効果研究のためにデータ管理が必要だが、データアクセス・利用のルール化が必要になるという意見があった。指定入院医療機関整備の遅れにより「特定病床」や「特定医療機関」で「待機」する例が発生しており、機構病院での病床増加、自治体立病院での病床整備、退院促進が大きな課題になっている。

キーワード 医療観察法再検討, 鑑定の質, 長期入院事例, 地域処遇

はじめに

医療観察法附則第4条により、政府は、法施行後5年（平成22年）を経過した場合に、施行状況を国会に報告し、その状況について検討を加え、必要があれば、法制の整備その他の所要の措置を講ずることになっている。日本司法精神医学会は、平成19年5月に医療観察法制度に関する検討委員会を立ち上げ3回審議した。筆者は委員を務め、平成19年10月以降国立病院機構医療観察法メーリングリストを通

じて意見集約を行ったので報告する。メーリングリストに5件、報告者宛てに3件の意見が寄せられた。

「入口」に関する議論

詐病の見落としなどのため間違っただけで処遇決定された例について、審判をやり直せない問題点が指摘された。再審制度によって、矯正施設との行き来・ダイバージョンが可能になるのを期待する意見もあったが、「再審の問題に関しては、刑法の関与する問

国立病院機構東尾張病院

(平成21年3月26日受付, 平成22年3月12日受理)

Summary of the Opinions Regarding a Review of the Medical Treatment and Supervision Act in 2010

Fukashi Yagi, NHO Higashiowari National Hospital

Key Words: review of the medical treatment and supervision act, quality of the psychiatric test, discharge of long cases, community treatment

題であり、容易ではない。むしろ逆に、入院施設がある意味対象者の人権を侵害するような提案をすることは、誤解を招くと思う。この問題には、慎重になった方がよい」という考えが多かった。対象者の年齢については、「精神疾患を持った未成年が十分にフォローされていない現在の社会状況や、発症時点に近い時期での治療導入の短期的・長期的効果をふまえ、対象年齢を引き下げべきか」「その一方で高齢の対象者の場合、身体合併症や認知機能の問題があり、疾病教育をはじめ、様々なプログラム導入が困難であり、その効果も期待できにくいいため、対象年齢の上限設定も必要か」という意見があった。

身体合併症に関して

「合併症治療の入院時、即時、医療観察法の適応を一時中止できるようにして欲しい」「鑑定病院からの情報がないまま、栄養状態が悪く褥創もありADLも全介助レベルの対象者が入院してきた。身体面が改善してからではダメだったのか?」「医療観察法の対象者は、その医療の中で身体的な治療を行うのは困難なので、身体的な治療を優先的に受けてから医療観察法の病院へ来て欲しい」などの意見があった。

今後合併症対応可能な指定入院医療機関の運用が開始されることが望まれる。

「出口」に関する意見

モニタリング研究¹⁾によると、退院事例の共通評価項目変化は、各項目ともに、望ましい方向への変化を示していた。精神病症状 (2.0⇒0.6)、非精神病症状 (1.7⇒0.8)、内省洞察 (1.8⇒0.3)、衝動コントロール (1.2⇒0.3)、共感性 (1.0⇒0.1)、対人暴力 (1.1⇒0.3)、現実的計画 (1.6⇒0.8)、コンプライアンス (1.7⇒0.5)、治療継続性 (1.6⇒0.9)であり、とくに内省洞察・共感性・コンプライアンスが改善しており、この部分は指定入院医療機関の医療の効果を認めた。

運用開始後3年半あまり経過し、慢性かつ重度の統合失調症で改善の見込みがないような長期入院例が散見されるようになってきた。こういった治療反応性に乏しく長期にわたり入院を要する事例について、①精神保健福祉法接続が妥当という意見：「現状では処遇終了の上で精神保健福祉法により入院を

継続せざるを得ないと思う。これは医療観察法が全例治療可能であることを前提としていることからくる歪みだと思う」、②指定入院医療機関で見続けるしかないという意見：「治療反応性がない対象者であっても、指定入院医療機関で、見届けるしか選択肢がないと思うが、そうすると入院病床不足に陥るのは明らか。その対策はわからない」、③特別な施設を創設するという意見があった。

「治療反応性の乏しい対象者を一般の精神病棟に送り込むことが妥当なのか」という意見があり、一般医療に移行する際、医療を継続することにより再び同様の行為がおきかないような対処について話し合う必要があると思われた。

医療観察法鑑定・審判に関する意見

メーリングリストの意見では、「鑑定人を鑑定入院施設の医師に限った方が鑑定の質が上がる」「鑑定センター構想については、司法精神医学が、一部の病院に偏るのを懸念する」「鑑定、審判員、検察それぞれの判断にばらつきがある現状をふまえ、レベルの向上と統一は前提ではあるが、それぞれ複数名での判定を考慮すべきか」「審判事前カンファレンスは有効だが、頻繁な出席は重荷で忌避につながる」「鑑定期間が短いと思う。実際、短い期間では診断がつけられないこともあるようだ(パーソナリティなど)。また、鑑定中の情報が少なく、その後の入院で困ることがある。きちんとした情報提供をお願いしたい」などがあった。鑑定人を鑑定施設に限るのは有用と考えられるが、それと同時に、「鑑定入院医療機関」の定義および施設基準等を明確にすべきと思われる。鑑定期間を延長するならば、2-3カ月で終局するという法の本体の改正も必要になるが、そこまでの必要性があるかについては意見の一致は見られていない。

厚生労働省の統計によると、平成20年11月1日までに累計1,265件の申立てがあり、入院715件(60%)、通院224件(19%)、不処遇202件(17%)、申立て却下41件(3%)、取り下げ10件、鑑定中73件であった。地域ごとにみると、入院95%、不処遇5%といった県や入院35%、通院35%、不処遇30%の県もあった。入院決定を人口10万人当たりで見ると、全国平均は0.49だが、最低0.10から最高1.50まで大きなばらつきがあった。指定入院医療機関に入院した事例を検討すると、鑑定時統合失調症と診断されたが

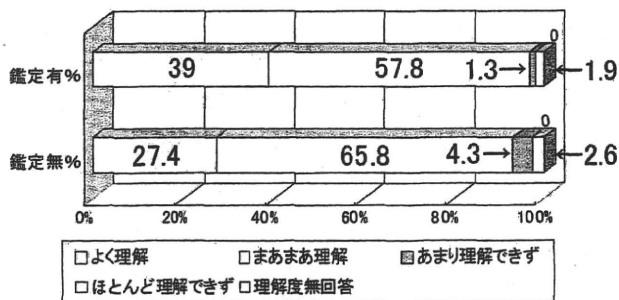


図1 平成19年精神保健判定医養成研修会アンケート鑑定経験別理解²⁾

対象行為時前後にも鑑定時にも幻覚妄想がなく実はパーソナリティ障害であり対象行為時に心神喪失等の状態になく治療反応性もないと思われる例もあった。審判は個々の事例を独自に判断するが、仮に同じ事例について鑑定・審判したら同じ判断になるのが望ましい。

審判や鑑定の質を担保するために、精神保健判定医のスキルアップが必要である。精神保健判定医等養成研修会において受講生を対象に刑事責任能力鑑定の有無のアンケートを実施したところ²⁾、平成19年初回研修判定医は鑑定経験あり50% (94人) なし50% (93人) であり鑑定経験の有無はほぼ半々であった。また初回・継続受講生を合計した研修会理解度は責任能力鑑定経験のある判定医は、よく理解39%、まあまあ理解57.8%で、鑑定経験のない判定医 (よく理解27.4%、まあまあ理解65.8%) より理解度が高かった (図1)。疾病性の判定で求められるのは、心神喪失等の同等の精神障害の有無の判定であり、責任能力鑑定の経験のない医師は責任能力鑑定の素養を研修する必要がある。精神保健判定医の質のばらつきをさらに少なくするためには、実務に直結した研修会を実施する必要がある。必要ならば、厚生労働省令の改定なども要望してゆくことが今後の課題と思われる。

地域処遇に関する意見

「地域処遇の診療報酬アップなど大いに賛成」「指定通院医療機関や社会復帰施設などへの経済的・人的援助が必要。現状では、問題を抱えた対象者を退院させるのに困難を感じる」「病院が頑張っても、受け皿の地域の支援体制に差があり、社会復帰がすまない。治療が終了しても居住地が決まらなると退院できず入院期間が延びる傾向にある」という意

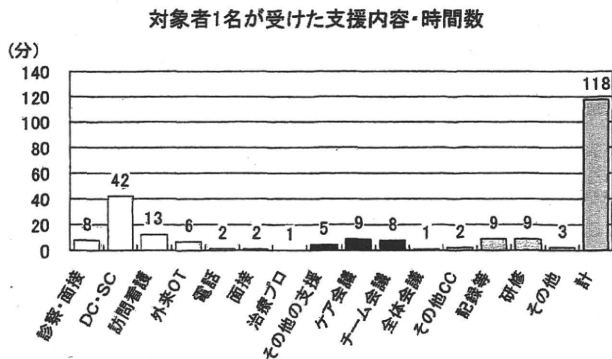


図2 通院医療に要する時間の調査³⁾

注：DC (デイケア)、SC (ショートケア)、外来OT (外来作業療法)、治療プロ (治療プログラム)、その他 CC (ケースカンファレンス)

見があった。

指定通院に関する厚生労働科学研究³⁾は、36病院対象者87名職員276名に対して調査を実施し、対象者1人1日当たりに職員は118分の支援時間を要しており、対象者3名程度で専属職員1名が必要になると提言した (図2)。指定通院医療機関の医学管理料をさらに手厚くする必要がある。また同研究によると、難しい通院対象者として①病状が不安定、根深い妄想等が残存している事例、②人格障害的要素を併存している事例、③アドヒアランスや治療・ケアの継続性に問題ある事例、④薬物依存・自殺企図・複雑な問題等のある事例 などがあ、各地域に基幹の指定通院医療機関が必要という意見であった。

医療観察法全体のデータ管理に関する意見

リスクアセスメントや効果研究のためにデータ管理が必要だが、データアクセス・利用のルール化が必要になるという意見があった。

指定入院医療機関の病床について

意見集約を離れるが、指定入院医療機関整備の遅れにより「特定病床」や「特定医療機関」を利用し事実上「待機」している事例が発生しており、機構病院での病床増加、自治体立病院での病床整備、退院促進が大きな課題になっている。

中等度セキュリティ病棟と地域密着型病院の分化がすでに始まっている可能性があり、質をどう担保するのか、どう振り分けるのか、たとえば社会復帰

期の対象者や症状軽快型の対象者を地域密着型に振り分けるのかなどが課題となっている。

おわりに

鑑定については、鑑定入院医療機関の施設基準などの定義が必要と考えられた。また、精神保健判定医養成研修会については、より実務に結びつくよう、省令で決められている時間割の見直しも必要と考えられる。入院病床の確保については、指定入院医療機関の指定基準を拡大し公的病院がより指定を受けやすくする見直しが、通院については、人員をより手厚くするように、医学的管理料の見直しが必要である。社会復帰を目指すという基本理念について、変更意見はなかった。

【文献】

- 1) 厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）心神喪失者等医療観察法制度における専門的医療の向上のためのモニタリングに関する研究（主任研修者吉川和男）. 分担研究（分担研究者八木深）指定入院医療機関におけるデータ収集とデータ項目の妥当性に関する研究 平成18年度総括・分担報告書. 147-163
- 2) 厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）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（主任研究者小山司）. 分担研究報告書（分担研究者八木深）精神保健判定医に必要な知識等の習得方法に関する研究 平成19年度報告書. 61-116
- 3) 厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）他害行為を行った精神障害者の診断、治療及び社会復帰支援に関する研究（主任研究者中島豊爾）. 分担研究報告書（分担研究者岩成秀夫）他害行為を行った精神障害者に対する通院医療に関する研究 平成19年度総括・分担報告書. 88-113

「法と精神医療」第25号抜刷
2010年11月1日発行

医療観察法の幕開け前から本番への一経験
——疑心暗鬼と「坂の上の雲」——

八木 深

法と精神医療

第25号

2010

報 告

暴力をふるう認知症高齢者の行動制限と
介護職員の保護

——老人福祉施設についての検討—— . . . 井原 一成

裁判員制度と責任能力

——平成19年度司法研究「難解な法律概念と

裁判員裁判」の検討—— 吉岡 隆一

シンポジウム「心神喪失者等医療観察法の現状と
見直し」

シンポジウムの概要 浅田 和茂

心神喪失者等医療観察法の
運用の現状と今後の見直し

——指定入院医療機関の立場から—— . . . 来住 由樹

社会復帰調整官の業務の実際と課題 . . 新谷 和永

医療観察法の見直し

「日弁連意見書」と保安処分論 . . . 伊賀 興一

心神喪失者等医療観察法の見直しに向けて

——法的问题点—— 山本 輝之

寄 稿

医療観察法の幕開け前から本番への一経験

——疑心暗鬼と「坂の上の雲」—— 八木 深

法と精神医療学会

心神喪失者等医療観察法の見直しに向けて —— 法的問題点 ——

明治学院大学

山 本 輝 之

やまもとてるゆき

1 はじめに—心神喪失者等医療観察法の制定経緯と法的性格—

(1) わが国では、2003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に関する法律」(以下、「医療観察法」、「法」という)が制定・公布され、2005年7月から施行された。これは、殺人、放火、強盗、強制わいせつ、傷害という重大な他害行為を行ったが、不起訴処分になった心神喪失者、心神耗弱者または責任無能力を理由として無罪の確定判決を受けた者あるいは限定責任能力を理由として自由刑の執行を免れた者(以下、「対象者」ということもある。)に対し、適切な処遇を決定するための手続等を定めることにより、継続的かつ適切な医療なら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って、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、その社会復帰を促進することを目的として、制定されたものである(法1条)。

(2) これまで、わが国においては、重大な犯罪を行ったが、不起訴処分になった精神障害者またはその疑いがある者、責任無能力を理由として無罪の確定判決を受けた者または限定責任能力を理由として自由刑の執行を免れた者は、刑事司法の手続きからははずされ、検察官の通報により、精神保健福祉法25条、29条に基づいて、措置入院の手続きがとられることになってい

た。しかし、以前から、重大な犯罪行為を行ったにもかかわらず、精神障害を理由に司法による責任追及が行われないうのは不当である、また、措置入院制度は、このような精神障害者の再犯を防止するためには十分ではない、このような事態に対応するためには、彼らに対して刑罰に代えて保安処分を科すことができるよう刑法を改正すべきである、という見解が主張されて⁽¹⁾きた。

1974年には、法制審議会が、精神障害によって禁固刑以上の犯罪を行った者について保安上必要があると認められる場合には、法務省が設置する保安施設に収容し、治療及び看護のために必要な措置を行うという治療処分と、アルコール依存、薬物依存等により禁固刑以上の犯罪を犯し、保安上必要があると認められる場合には、保安施設に収容し、依存状態を除去するために必要な措置を講じるとする禁絶処分という2つの処分を内容とする保安処分制度の導入を盛り込んだ改正刑法草案を提案した。しかし、①精神障害者の将来の危険性を予測することは困難である、②不確かな危険性を根拠として精神障害者に処分を科すことは彼らを不当に差別することになり、人権侵害に結び付く、③保安施設における医療は、保安を重視せざるを得ないから、治療関係を成立させることが困難である、ということなどを主な理由とする日本精神神経学会、日本弁護士連合会などの反対により実現しなかつた。⁽²⁾

その後、1981年には、法務省が、保安処分の対象者を、殺人、放火、強盗、強姦、強制わいせつ、傷害の、いわゆる「六罪種」を行った者に限定する「保安処分制度（刑事局案）の骨子」を発表したが、やはり反対が強く、実現には至らなかった。その後、1987年に、精神衛生法を改正して精神保健法に制定するという改正が行われた。これは、1984年3月に、宇都宮病院で、入院患者を看護職員が金属パイプで殴打し、死亡させるという事件が起こり、わが国の精神医療全体が海外から強く非難され、国連の場においても激しく非難されたことから、当時の精神衛生法の名称を変更して、精神保健法に改め、その際、任意入院制度、精神保健指定医および精神医療審査会制度の創設を柱とする改正を行った。このような状況において、精神障害者に

対する司法的対応が存在しないのに、彼らの人権の保護の方ばかりを厚くするというのは具合が悪いのではないか、精神障害者で処遇の困難な者に対して特別な処遇を行う制度を設けるべきではないかという意見が強く出されるようになった。これを受けて、1989年から、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」（いわゆる道下研究）が出され、その結論を受けて、公衆衛生審議会が1991年に中間意見を出した。その内容は、処遇困難患者の処遇について、法律の改正によってではなく、措置入院の運用によって対応しようというものであった。当時の言葉で、「ウルトラ措置」と呼ばれ、それは、処遇困難患者の処遇の改善を図るために、国立または都道府県立の精神病院に専門病棟を整備して、これらに者に対して特別な医療を行おうという提案であった。しかし、これも強い反対運動にあって挫折した。しかし、その後も、重大な犯罪を行った精神障害者の再犯を防止するため、特別な処遇制度を設けるべきであるとする要望が日本精神病院協会などを中心に強く出され、1999年の精神保健福祉法の改正の際に、衆議院厚生委員会において、「重大な犯罪を犯した精神障害者の処遇のあり方について、幅広い観点から検討を早急に進めること」という附帯決議がなされた。

これを契機として、2001年1月29日に、重大な犯罪を犯した精神障害者が犯罪を繰り返さないようにするための対策を様々な観点から協議・検討することを目的とした法務省・厚生労働省による合同検討会が設けられた。

このような状況の中で、2001年6月8日に、精神病院に入退院を繰り返していたAが、大阪教育大学付属池田小学校に侵入し、児童8名の刺殺を含む、23名を殺傷するという衝撃的な事件が起こった。そして、Aは、それより2年以上前に傷害事件を起こしたが、その時は措置入院させられ、約40日後に退院させられていたが、結果的に起訴猶予処分になっていたという事実が、事件後判明した。これを契機として、法務省、厚生労働省により急遽「法律案」が作られ、2003年7月に、心神喪失者等医療観察法が制定・公布され、2005年7月から施行された。