

女性。画家を称し「モデルに」と誘う。性欲と色情的亢進があるが性倒錯は見られない。女性がJの虚言を信じ、Jの画廊に行きたいと言い、車で連れ歩くうち、免許証で実名を知られ、訴えられると感じたときに衝動的になされた。

### 3. 男性性同一性葛藤強姦犯

犯人：強姦犯の中核を占め、自らの男性としての役割に自信を欠く。①臆病で内気なタイプと、②過剰に男性的に振る舞い、虚勢を張るタイプがある。

犯行：通常、計画的に犯行を行い、必要以上に暴力を行使する、最も危険で暴力的な強姦犯。犯人にとっては、被害者をむりやり屈服させることが重要。

犯行後の態度：被害者の痛みや苦痛を認識できないことも多く、「被害者もそれを望んでいた」、「楽しんでいた」、「当然のことをしたまで」などと言うことがある。

事例K 強姦殺人(自己不確実型精神病質<sup>+</sup>加虐嗜好)

犯行：3回に亘り深夜歩行中の若い女性に後方から車をぶつけ意識を失わせた上で強姦、(一人を死亡させた)。

動機：「ふしだらな女性の仮面を剥いでやりたいとの衝動」により、車で追突して女性を失神させることに快感を感じる。」

性格：抑うつ型・自己不確実型の精神病質／妄想性人格障碍。

女性への敵意：少年時代に幾度か体験した女性からの侮辱的言動がトラウマとなり、うっ屈する感情のもと、過激な反撃空想を反芻し女性に対する敵意が病的に強化され、般化された。加虐による発散が至上の快感をもたらしたことから、不満がつのる度に犯行が繰り返された。

### 4. 反社会性人格障碍型強姦犯

強姦は、犯人の有する多様な反社会性の表現の一型にすぎないと見なされるもの。

DSM-IVにおける反社会性人格障碍の診断基準】

A. 他人の権利を無視し侵害する広範な様式で、15歳以降に起こっており、以下のうち3つ(またはそれ以上)によって示される。

(1) 社会的規範に適合せず、違法行為を繰り返す。  
(2) 欺瞞傾向(繰り返す嘘、偽名を使う、自分の利益のために人を騙すなど)  
(3) 衝動性または将来の計画を立てられないこと  
(4) 易怒性および攻撃性(繰り返される身体的な喧嘩/暴力等)  
(5) 自分または他人の安全を考えない向こう見ずさ  
(6) 一貫して無責任(仕事を安定して続けられない/経済的義務を果たさない)  
(7) 良心の呵責の欠如(他人を傷つけ/いじめたり、他人のものを盗んだりしたことを意に介せず、正当化したりする)

B その人は少なくとも18歳である

C 15歳以前に発症した行為障碍の証拠がある

D 反社会的行為が起こるのは統合失調症や躁病エピソード経過中のみでない

事例L. 女兒を誘拐して殺害(反社会性人格障碍)

生い立ち：父親が暴力的で、幼いころから体罰を受けることが多かった。小学高学年で万引き、飲酒。高校2年時に女兒への猥せつ行為を経験し、また強盗で逮捕された。その後も下着窃盗を繰り返す。成人女性とも付き合うが、小児性愛を有し、ストレス下で行動化してきた。

逮捕歴：女兒を対象とする強制猥せつと強制猥せつ致傷

犯行時：「チャンスと思うと、したいこと以外は考えられなくなる。」(この時の受刑中には、早く出所して楽しむことのみ考えたという。)

本件犯行：女兒を車に乗せ、自宅に誘い込

み、浴槽内で水遊びをする。その後、手放したくないと言う思いから、浴槽内で溺死させ殺害。死体に性的な行為を加え、性的満足が得られぬとして、さらに被害者の家族を脅迫した。

事例M. 犯行時 40 歳代 男性 軽度精神遅滞、性犯罪を繰り返す

犯行：X 年 5 月、都内公園にて 5 歳女兒に強制猥せつ行為を行う。幼女を菓子や玩具で誘う。罪悪感、抑制力に欠けるが、身体に深い傷は負わせない。→心神耗弱、懲役 1 年 6 月

犯罪歴の概要

1. X-18 年 8 月窃盗懲役 8 月執行猶予 2 年
2. X-17 年 8 月強姦未遂 不送致
3. X-17 年 9 月窃盗 懲役 8 月
4. X-16 年 6 月強制猥せつ 不起訴
5. X-16 年 10 月強制猥せつ起訴猶予
6. X-14 年 9 月窃盗 懲役 1 年
7. X-13 年 7 月強制猥せつ 不起訴
8. X-13 年 11 月窃盗 懲役 8 月満期出所
9. X-12 年 12 月住居侵入、強姦致傷 懲役 6 年（満期出所）
10. X-5 年 4 月 猥褻誘拐 懲役 1 年
11. X-4 年 9 月 強姦未遂、窃盗 懲役 3 年（満期出所）

☆頻回反復 ☆刑罰が軽い

☆出所後じきに再犯

☆処遇効果が乏しい

軽度精神遅滞（IQ 61、出産時障碍、幼児期に脳炎の既往）、性障碍（小児性愛、フェティシズム）を有する。児童期より窃視症、幼女に対する猥せつ行為が見られた。

（面接時の陳述より）

<働くことは好きか？>ああ、好きだね。どの人にも負けないですよ。刑務所行っても、反則しないしね。職員に好かれて 1 級にもなるし。（自慢話し）

<刑務所出るとすぐ同じことをするのは何故？>

>これ、一種の病気じゃないかね。病気。

<どんな風に？>自分でもこう判断分からなくなってくる。こう、嬉しくなっちゃう。春先、ぼかぼかしたときや曇った日とかにふわっと。一生懸命仕事やっているとやいいです。

<それならどうしたらいい？>それはもう、たまを取る以外にないです。

<これからどうなると思う？>（考えて）刑務所にいくかもしれない。

<どのくらいの刑期か？>3 年ぐらい。（根拠を聞かれ）経験から。

<刑務所を出たらどうするか？>女房もらって、所帯もって真面目にやる。もう 41 にもなったから。子供好きの人をもらう。

鑑定人の見解：精神遅滞により、自己の犯行について全く罪悪感を持たず、欲動に抗して行動を制御する能力も著しく減じている。限定責任能力。

（性犯罪者の治療と社会復帰に有効な、欧米並みの治療処分制度が必要）

事例 N. 強盗致傷（覗きや、下着窃盗、就寝中の女性に触るなどの行為を繰り返していた事例）

犯行：覗き（就寝中の女性に触れる）と下着窃盗の目的で深夜他家に侵入、露見を恐れ、就寝中の主婦の頭部を鉄棒で殴り、全治 2 週間の傷を負わせた。

生い立ちと問題行動：幼時より小心で気弱、無口で孤独、成績悪く、意志薄弱。中学時代に性的関心が強まると共に問題行動が目立ち始め、学校で女子トイレを覗いたり、隣家に侵入して下着を盗む等して補導された。16 歳時より、強盗、窃盗等で、少年院、刑務所に何度も送られている。

（鑑定時の被告人の陳述より）

「初めて刑務所に入ったとき、刑務所の方が気が楽で、心配することもなく、暮らしやすいと感じた。」

「刑務所を出るときはもうしないつもりでも、親父に何か言われると、いやなこと全部思い出して、腹が立ち、いらいらしてくる。今回は出所した日に隣の部落に覗きに行ってしまった。」

「いらいらすると、朝から、今日は泥棒にしようとか、今日は覗きにしようとか、女の体を見たり触ったりしてせんずりしようかなどと考えだし、そういう気になったら自分を抑えられない。」

事例O 8歳女児に対する猥褻行為を重ねる。

知能は境界域。小学高学年で万引き、恐喝、女生徒への猥せつ行為等が見られ、中学で薬物乱用、覗き、17歳時より幼女に対する強制猥せつ行為を開始。

18歳時自衛隊に入隊。

逮捕歴:14件(うち10件が強制わいせつ、被害者は計100人以上)

【鑑定時の被告人の陳述より】

- ・犯行時：性的興奮、スリル(理性では抑えられない、抑える必要を感じなくなる。)
- ・受刑生活と今後：「もう二度としないとは言えない」「またやってしまうのではないかと不安」と云う。

## 5. 精神病強姦犯

(典型例にみられる特徴)

犯行の特徴：欲動的(短絡的で無計画、無警戒)な犯行で、粗暴性、過度の暴力などが特徴的。統合失調症による人格水準の低下(感情鈍磨、抑制欠如等)を反映する犯行。

犯行後の態度：逃走や犯行の隠蔽などに意を払わない。逮捕後、事実を素直に認めるが、反省や悔悟を示すこともない。

事例P. 強姦致傷(統合失調症、破瓜型)

犯人:破瓜型の経過を辿った統合失調症者、情意の鈍麻が目立つが、治療歴はない。

被害者:Aが客として訪れていた飲食店の女性店主(40代)。

犯行:深夜、閉店後に女性店主が一人であるところを、姦淫をする目的で、店のガラス戸を棒で叩き割って侵入。抵抗する同女の頭部を手拳で殴りつけるなどの暴行を加えて傷害を負わせ、血まみれになった同女を引きずり回すなどして強姦しようとしたが、同女が隙を見て逃げ出したため、未遂に終わった。

事例Q. 覚醒剤中毒、急性錯乱状態。

(妹を強姦しようとして、制止した母親を殺害した。)

犯行:妄想により妹を強姦しようとし止めた母親を刺殺。

犯行にいたる経緯:発揚型、自己顕示型の性格偏倚を有する、前歴ある男性。事件の半年前より覚醒剤を乱用。乱用開始後間もなく、一過性に不安、錯聴などが出現。当初は病識があったが、使用量が増すにつれ猜疑心が強まり、周囲の人間の言葉などの裏の意味をしきりに探るようになった。

「その夜二度大量の覚醒剤を注射(最初は250mg(普段の5倍)、二度目は400mg)、最初の注射で飛び上がるような気分になり、興奮して母と話すうち、自分が超自然的存在で、妹を救うため栄養(精液)を注入すべきだと思った。」

## 6. 混合類型

事例R. タクシー運転手、無料でセックスし、金も入手、運賃収入も上げられる一石三鳥の行為として4件の強盗殺人を重ねた。服役中同房となった強姦犯の話聞き、「女性の部屋に入り、包丁で脅して紐で手足を縛ってから犯し、その後で紐で首を絞めて

殺す」という空想をした。性交中に首を絞めると気持ちがよいという文章が印象に残っていたので、それも空想もした。空想の中で強姦をするときには、殺人にまで至るのが常であった。

事例 S. 統合失調症寛解状態、ストレス下で犯行

本件犯行:寮に侵入し7か月間で計12件強姦、同未遂事件を起こした。

本人歴:大学に勉学と異性との交際で挫折を体験して悩むうちノイローゼ状態に(抑うつ、離人体験、関係念慮、強迫観念、不眠等)、2件の強姦事件を起こし、統合失調症の診断を受け、受刑した。

最初の(前回)犯行の契機:「女性を脅して屈服させたい」という気持ちで、一人歩きの女性の後をつけた。近づくとき嫌な目つきで睨まれたが、首を絞めると、相手の目の感じが変わり、素直な感じの目となり、安堵感をおぼえた。数日後、再犯→逮捕される。逮捕後、統合失調症の診断の下、通院治療を受け、寛解状態に至る。

本件犯行に至る経緯:裁判で懲役5年の判決を受け、出所後大学に入り直すも、希望した会社に就職できずに悩む。結婚、就職をしたが、将来のことなどで悩み、イライラして不眠傾向が生じていた。

(供述内容の変遷—詐病的傾向を示す)

① 司法警察員調書:

前の事件で、首を絞めた時の女性の視線の変化に快感を感じた。

新聞記事で、看護婦寮の鍵がルーズだと知り、試しに行き、寮の窓から寝顔をのぞき歩いているうち、ふっと、前の事件の時を思い出し、「首を絞めたい」と思って首を絞め、気を失ったところを強姦した。気分がすっきりしたので、犯行を重ねた。

② 次第に病状を誇張、詐病傾向が強まる。

(検察官調書→弁護人あて手紙)第1回鑑定:白い女が目からレーザー光線を照射し『お前は馬鹿だ』などと叫ぶので、うるさくて寝られない、「白い女がここを襲えと指図した」などと訴えたが、後で誇張と認められた。

## 7. 「米国における子供を被害者とする犯罪への対策」の調査研究

山上皓、上野厚 (1991)

ジョンス・ホプキンス大学付属病院 性的障害クリニック

1958年、性倒錯に関する調査研究を主目的として設立される。

1980年、医師、看護師等もチームに加わり、クリニックを開設。

治療対象:小児性愛、露出症、強姦、サド・マゾヒズム等性倒錯やそれに基づく問題行動に対する治療を求める者たち

治療スタッフ:医師1名、心理学者・心理療法家9名(含看護師2名)、他

患者構成:10年間で3,000人(80%以上は小児性愛、他に露出症、強姦等)

受診に到る経緯:患者の多くは、刑事司法手続きの途中から転送(成人)

① 公判開始前(弁護人の勧め)、

② 決時(治療を条件とする刑の軽減)

③ 有罪判決確定後(裁判所が「完治すれば仮釈放」を条件に受診さす)

治療開始時調査(外来/短期入院)

・自己申告、・犯歴/病歴、・検査(身体・心理) 半日

入院治療:臨床評価および治療開始に慎重を要するハイリスク群、その他(6-12ベッド)

【治療プログラム】

集団精神療法に重点、しばしば薬物療法が

組み合わせられる。グループは、同年代、同種の性障害より構成

治療目的：不適切な性的思考や行動のコントロールと、適切な関係を高めること。

薬物療法：ほぼ4割の患者に実施している（抗男性ホルモンのデポ剤が用いられる）。

治療の終結：自己コントロールが可能となり、2年程度社会で安全に過ごせるようにするのが目標、できれば5年程度経過を見て治療終結を決める。（中には一生通院を続けなければならない事例もある）

退院決定、医療終了等の判断：裁判所から送られてきた場合でも、クリニックの判断に任せられる。ただし、患者自らが中断した場合には、裁判所の処分は取り消され、患者は**刑務所**に戻される。）

再犯率：全事例で見て10%未満、（強姦犯で10~12%、小児性愛で4~5%）

・アタスカデロ州立病院 性犯罪者治療・評価プロジェクト SOTEP

治療開始：事前に諸種の心理検査

（Multibasic Sex Inventoryを含む）、SOTEP考案による「性犯罪者状況耐忍テスト」、「性的喚起の生理学的測定」なども行われる。

（スライドやビデオを用いて、どのような場面で性的興奮を喚起するかを測定する）

治療プログラム

理論的基礎：RP（Relapse Prevention）に置く。（嗜癖行動の領域で開発された、「クライアントが自らの再発を予測し、これを克服することで、行動様式を変更することを期待する）。

プログラムの種類：個人療法（週1回）、集団療法（週5時間）を受けるほかに、作業・職業訓練、講義、スポーツ、文化活動など、患者が選択可能。

集団療法グループ：「再発予防グループ」の

ほかに、「性教育グループ」「リラクゼーション・トレーニンググループ」、「ストレス・コントロールグループ」、「社会生活技術グループ」、「物質乱用グループ」などが組まれている。

グループ構成：患者6~8人に、職員2名。患者については、罪種や性的障害の別で統一する場合もあれば、そうでない場合もある。

施設：カリフォルニア州の精神障害犯罪者の評価・治療・リハビリテーションを目的として1954年に設立 全1,026床、

背景：（同州では長く性犯罪者の多くが刑務所ではなく、同院に送られ、治療を受けた。患者の約半数は性犯罪者である。ただし、1970年代後半に、退院患者による再犯事件が相次いだことから、1981年より性犯罪者も刑務所に入れられることになった。

その際、州議会の要請により、より有効治療法開発のため、同院において本プロジェクトが発足。）

対象者：刑期終了前の性犯罪者よりボランティアを募り、州立病院に集める。

（ボランティアコントロール群、非ボランティアコントロール群も含める）

病棟：1病棟（46床）にて試験的治療・評価を行う。

スタッフ：医師1名、心理臨床家3名、PSW4名、同助手5名、リハビリテーション療法士2名、看護師28名（半数は女性スタッフ）、計50名

## 8. 再犯防止に必要とされる処遇の問題

### 1) 犯罪行為の嗜癖性に注目した処遇の必要性

・人格の未熟さや、偏りに対する、矯正治療の必要性（自己の問題点の自覚と改善を図る）。

・自らの衝動や行動の制御能力を高めるための教育・訓練。

・動機付けの重要性(改善更生への意欲、治療教育を受けようとする意欲)

2) 処遇の場の確保と、人材養成の必要性(場所の問題、期間の問題)

- ・矯正施設内 (刑期の問題)
- ・矯正施設外

3) 社会内処遇の重要性

・更生保護事業の充実  
 ・民間施設等(医療機関を含む)による支援(抗男性ホルモン剤投与を含む)の必要性

- ・監視システムの有効な使い方の検討

### 日本の状況

2004年11月 奈良市で小学1年女児 誘拐殺人

2004年12月 犯人(36歳・新聞販売店員)逮捕

前科2犯(強制猥せつ・同致傷)、受刑歴あり

2005年1月 法務省・警察庁 性犯罪者居住地情報提供合意

2005年2月4日 安城市で男児(11ヵ月)刺殺さる

2005年2月16日 再犯防止対策関係省庁会議開催

2005年2月警察庁・法務省 性犯罪者再犯調査決定

2005年4月 法務省「性犯罪者処遇プログラム研究会」発足(8人の専門家を構成員とする)

2005年5月 刑事施設法 公布

2006年3月 性犯処遇プログラム研究会報告書提出

2006年5月 刑事施設法施行 性犯罪者処遇プログラムの実践

### 矯正施設におけるプログラム

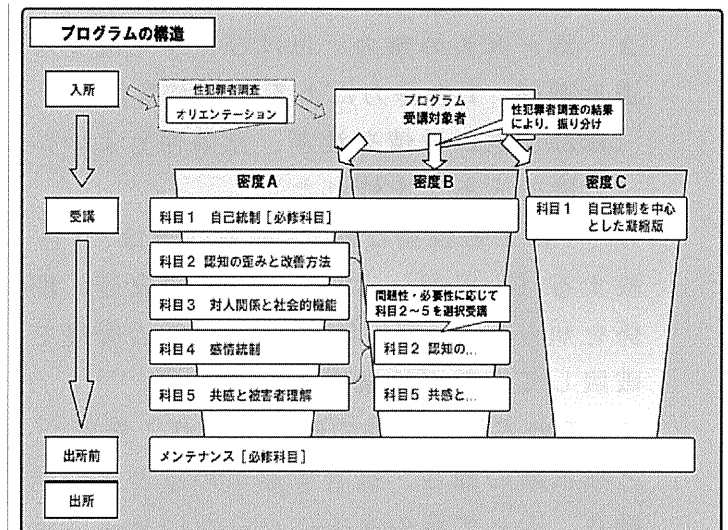
対象：新たに刑が確定した全受刑者を対象として受講要否のスクリーニングを行い、必要性に応じた処遇計画を策定し、プログラムを受講させる。

・認知行動療法を基礎としたプログラム  
 再犯リスク、教育ニーズに応じて3種の密度を設定

高密度 65～66セッション+メンテナンス(8～16ヶ月)

中密度 35～58セッション+メンテナンス(4～14ヶ月)

低密度 13～14セッション+メンテナンス(3ヶ月)



○参考事例一性的虐待の被害者と加害者)

事例 T. 実の娘に3歳時より24年間性的虐待を加えた男

A 3歳時、夜間に陰部を弄び、小学5年時から毎日のように性交を強要、拒むと、友人に関係をばらすなどと言って脅したりした。

Aが就職してからも性交の強要は続き、TはAの行動を監視し、車の中やホテルに連れ込み関係を結んだ。Aに結婚話が生じたときには、鉈を持って相手の家に怒鳴り込んだこともある。Aはその後一度結婚したが、この結婚はAとの関係を続けることを条件に許された。

(告発に至る経緯)

被害者Aは長年に亘りTの性的虐待にひたすら耐え続けたが、事件発覚の1年前より会社に勤め、上司との恋愛関係が深まる過程で、被害事実を打ち明けた。TがAを強引に取り戻そうとしたことから、Nは上司の勧めを受け、決意してTを告発した。Aは準強姦罪により起訴され、懲役6年の判決を受けた。

本件被害者が抗拒能力を失っていた理由

1 Tの暴力への恐怖:Tの激しい暴力をしばしば目にし、自らも訳もなく殴られた。Aが興奮すると、血を流すような暴力も稀でなかった。

2 母と大人の無力:母はひたすら堪える道を選び、Tの暴力による支配が常態化。(母は子供に愛情を注ぎ、兄弟仲もよい)(近隣の人もTを怖れた)

3 Tによる狡猾な脅し:脅迫内容は、「自殺する(小児期)」にはじまり、「友達に関係を知らせる(高校時代)」、「お前の家庭を破壊してやる(結婚当時)」等

4 Tの人格と行動の特徴的偏り:嫉妬心と独占欲の強さ、被害者を求めるときの執拗さ、そして意のままにならないときに示す爆発性の行動など

5 Tによる精神的拷問:Tは、Aが自分の意に添わないと、夜間何時間も正座させ、何年も前のことまで持ち出して責め続け、Aが受け入れるまで止めない。

6 監視、拘束と暗示:TはAの行動を日常的に監視、自由な行動を可能な限り制限した。Tは「お前の行動の五分も握っている」と言われ、怯えた。

7. 被害者に生じた無力感(反復され慢性化する虐待がもたらしたもの)

## 第1部総合討論

A 2つ質問がある。重大犯罪で殺人と放火は精神障碍の関与が高いが性犯罪は精神障碍はどうか。

Y 少ない。性犯罪は性欲に基づく犯罪で、鑑定に回ってこない。

A 日本は欧米の6分の1の犯罪とも言われるが。どうか。

Y アメリカでは銃がもてるのが大きい。アメリカより暴力犯は少ないのは、銃と薬物の問題だろう。殺人は一定の水準。

A 基底欲動を過剰、抑圧、倒錯という類型化はどうか。

Y 他の分類もあるだろう。大量殺人例は、サディズムで研究されていたが、そういう例は日本では少ない。

B S M趣味と連続殺人犯とは何か違いはあるのか。

Y 儀式で収まる人は犯罪にならない。無害化できる群はあるが、人格の偏りとも関係あるのだろう。

B いわゆるサイコパスが最も要注意か。

Y 要注意者を集めてサイコパスというのであまり意味のある分類ではない。

C こういう人たちはどういう処遇がいいのか。

Y 刑務所では穏やかですぐ再犯する。欧米なら保安処分だろう。医療観察制度はまだこういう人たちにしっかり対応できるシステムではない。

D 性犯罪で責任能力が問題になる例は少ない。動機の詳細可能性があるということか。知的障碍の取り調べに注意している。下着盗み・痴漢が目立つ。知的障碍者の責任能力は?

Y 抑制力が欠けていて分かっているにもかかわらず止められない群がある。責任能力が問題になる例はまれ。処遇はどうするかこれから

の問題。

- E 法曹三者でもこの会の話題を出した。性欲の問題で起こる犯罪ということだが、精神障碍についてもっと追求できることがあるか。
- Y 精神障碍ではパーソナリティ障碍が背景に多い。犯行が理解しづらい場合、鑑定が依頼される。統合失調症でも、性欲による犯罪は責任を問う。病気が重いときは、責任能力が問われる。
- F ホルモン療法はどうか。矯正施設では、強制できないということが言われる。その場合、医療で行うことなるのだろう。別のシステムが必要。医療観察法でやるのが難しいなら、責任能力とのリンクをとって、禁絶処分が必要ではないか。
- Y 刑務所では、治療しても、性犯は起きない。地域内処遇で有効。出所後が必要。自分自身を抑えようとしている気持ちがある時、補助手段として有用だろう。日本では、薬としてはあるが、性欲抑制の適応はまだない。治験もない。医療観察でできるか。別の枠組みが必要か。
- A 性同一性障碍ではホルモン療法が適応。男性性が強すぎるなら、本人が合意すれば、ホルモン療法は十分ありうる。疾患概念を医学がしてない。



資料7 第6回名古屋司法精神医学シンポジウム  
アンケート結果

アンケート回収数 65名

1.参加種別 精神保健判定医 11名 精神保健参  
与員0名 社会復帰調整官 10名 裁判官 8名  
検察官 4名 指定医療機関職員 2名(精神科医  
1名心理療法1名)精神科医 9名 看護師 4名  
心理療法士 5名 PSW2名その他 大学教員 1名  
弁護士 5名 保護観察官 3名 家裁調査官 2名  
不明 1名

2.刑事責任能力鑑定の経験(医師のみ)

簡易鑑 9名 嘱託鑑定 10名 公判鑑定 7名  
なし 8名

3.措置入院の可否に係る診察の経験(医師のみ)

あり 17名 なし 3名

4.企画全体の有用性について

①有用であった 51名 ②まあまあ有用であ  
った 13名③あまり有用でなかった0名 ④殆ど  
役に立たなかった0名

5.企画全体の理解度について

①よく理解できた 36名 ②まあまあ理解できた  
26名③よく理解出来なかった1名 ④殆ど理解  
できなかった0名

6.午後のシンポジウムについての意見(自由記載)

- ・榎屋先生の講義をもう少し聞きたかった。
- ・大変、勉強になりました。
- ・医療刑務所からの発表も欲しかった。
- ・自験例の報告が多く、实际的で良かった。
- ・判定医として、鑑定医としての業務に大変貴重な内容でした。
- ・性犯に特化して講演が聴けて良かった。
- ・性被害について多方面からの報告は興味深かったが、それぞれをリンクさせてシンポジウムを貫くテーマを見出すのが難しかったと思う。
- ・講師の質にばらつきがあるが、概ね良い話でした。特に被害者支援の話は素晴らしかった。なるべく上から目線でない話を希望します。
- ・今回の内容は職場全体で共有したい。

・性犯罪者の継続的な処遇をどこの機関が中心  
になって担うのか疑問に思った。

・今回のテーマは裁判員に対する説明として有  
用性が高い。

・山上先生の講演について、それぞれの鑑定主  
文及び問題点(判断に迷ったところ)を示して  
戴けると良かった。

・性犯罪に関し、被告人の犯行動機、原因、精神  
障害の診断などトータルな理解を深めること  
ができた。

・被害者の立場の深刻さも改めて認識できた。

・フロアからの質疑の時間が足りない。

・医療観察法の内容が少ないので残念。

・被害者支援に関心のある弁護士として、性犯の  
再犯防止をテーマに濃厚な報告を伺うことが  
でき大変勉強になった。被害者側の情報提供さ  
れて良かった。

・午後のシンポジウムの時間が短い。

・近隣でこのようなシンポジウムがあると良い。

7.今後の企画の進め方や精神保健判定医等養成  
研修(公的研修)や司法精神医学のあり方につい  
てのご意見(自由記載)

・立法に関わる学者や政治家も参加して戴きたい。

・司法精神医学を勉強する機会が今後も欲しい。

・法曹関係者とのパネルディスカッション企画が  
可能であれば御願いたい。法律家の協力もご  
検討下さい。

・医療関係者と法曹関係者との1~2ヶ月に1回  
程度の定期的な交流の場が欲しい。

・性犯罪者をどう抱えていくかについて一般市民  
と共に考える場があると良い。

・精神保健福祉士の講演も聴いてみたい。

・愛知県弁護士会にもご案内して戴くと嬉しい。

・起訴前本鑑定、医療観察法鑑定それぞれにおい  
て法曹関係者と精神科医との協同によって成  
果を得ることができた事例があれば聴きたい。

・医学の素人として、基本的な知識が得られる雑  
誌や参考文献を教えて欲しい。

## 資料 8 韓国司法精神医療視察報告

東尾張病院 八木 深

### 1 法を犯した精神障害者への対応

韓国では、触法行為を行った精神障害者の治療に関して、治療監護法が 2005 年 8 月 4 日に制定された。同法は、「心身障害状態、麻薬類・アルコールその他の薬物中毒状態、精神性的障害がある状態等で犯罪行為をした者であって再犯の危険性があり、特殊な教育・改善及び治療が必要と認められる者に対して適切な保護及び治療をすることにより再犯を防止し、社会復帰を促進することを目的とする」。治療監護対象者は、第 1 号心神喪失または心神耗弱者であって禁錮以上の刑に該当する罪を犯した者、第 2 号麻薬・向精神性医薬品・大麻、その他乱用され又は害毒を及ぼすおそれがある物質又はアルコールの乱用中毒者であって禁錮以上の刑に該当する罪を犯した者、第 3 号小児性嗜好症、性的加虐症等性的性癖がある精神性的障害者であって禁錮以上の刑に該当する性暴行犯罪を作った者である。検事は、精神科等の専門医の診断又は鑑定を参考にして、治療監護対象者が治療監護を受ける必要がある場合、管轄裁判所に治療監護を請求することができる。検察官が心神喪失者と認定し公訴を提起せず独立請求した場合等を除き、治療監護事件の判決は被告事件の判決と同時に裁判所が宣告する。法務部に置かれる治療監護審議委員会が治療監護の委託・仮終了・取消・終了可否及び保護観察の管理及び執行に関する事項を審査・決定する。委員会は、判事・検事又は弁護士資格がある 6 人以内の委員及び精神科等専門医の資格がある 3 人以内の委員で構成し、委員長は、法務部次官である。

第 1 号については、禁固以上の刑を対象

にしており、医療観察法より幅が広く、第 2 号および第 3 号対象者は、治療の必要がある場合に責任能力と切り離して裁判所が治療を宣告できる点が医療観察法と異なる。第 3 号として小児性愛者を治療対象としている点は、世界的にも珍しい。

### 2 触法精神障害者治療施設の概要

触法行為を行った精神障害者を治療監護法第二条により収容治療する韓国唯一の施設として法務省管轄の国立法務病院がある。同院は、ソウルから車で 2 時間半ほどの山中である忠清南道公州市反浦面峰谷里に位置する。大韓病院協会ホームページによると、「治療監護法第二条により精神疾患犯罪者を収容、治療する精神病院の機能を持っている収容機関であり、裁判所、検事、警察から依頼された刑事事件容疑者の精神鑑定また、犯罪精神疾患、性的障害者や物質乱用を研究、調査をする韓国の法精神医学の研究センターでもあり、精神科の専門医と精神保健専門要員を教育修練する所」でもある。同院は 1987 年 11 月 3 日に 500 床で治療監護所という名称で開所し、1995 年 10 月 15 日に 1000 床に増床し、2006 年 7 月 11 日から、国立法務病院という名称を並行使用している。2004 年 1 月 29 日に薬物中毒リハビリセンターを、2009 年 1 月 15 日から、性犯治療リハビリセンターを併設している。

職員は 359 名定員（現員 334 名）で、主な内訳は、医務定員 17（現員 11）、看護 91（現員 80）、技術職 178（現員 176）で、定員外で専攻医 8 公衆保健医 2 が勤務している。敷地は 30 万 2882 平米で、病棟は 1200 床で 2 万 7,466 平米、寄宿舍は 92 室、非常待機所は 4 棟 69 世帯あり、年間 23,771 百万ウォンの予算で運営されている。

収容定員は 1200 名で、現員は 993 名（女

性 109 名) で、性犯治療リハビリセンター 135 名及び治療監護者以外に鑑定留置者 42 名(女性 6)を含む。2007 年は 772 名、8 年 749 名、9 年 828 名、10 年 917 名と毎年 10%程度収容者は増加している。実収容面積は 5925 平米で、1 人あたり 5.08 平米である。罪名では、殺人 31.3%暴力 15.1%強盗 5.2%窃盗 8.2%麻薬類 9.5%放火 6.3%強姦 16.8%傷・暴行致死 3.5%その他 4.1%である。性犯治療リハビリセンターを除く病名は、統合失調症 41.0%躁鬱病 4.9%精神遅滞 9.5%妄想性障碍 4.6%パーソナリティ障碍 3.6%てんかん 2.7%アルコール 11.1%薬物 7.7%その他 14.7%である。収容期間は 1 年未満 35.1%1-2 年 21%2-3 年 12.9%3-4 年 8.5%4-5 年 6.8%5-10 年 12.4%10 年以上 3.2%である。入所回数は、1 回が 84.3%2 回 10.0%3 回 2.4%4 回 1.3%5 回以上 2.0%である。なお、クロザピンの使用率は約 10%で、外出や外泊は実施しない。検査病棟、女子病棟、一般病棟、薬物中毒リハビリセンター、性的障碍リハビリセンターに分離収容している。出所した精神障碍者の再発・再犯防止のため、治療監護終了または仮終了者のうち希望者に対して、出所後 5 年間(さらに 5 年延長可能)無料外来診療を実施している。

法務病院を、医療観察法と比較すると、職員配置は医療観察法の方が手厚く、統合失調症の割合は法務病院が医療観察法の約半分、アルコール・薬物関連障碍や精神遅滞の数は法務病院の方がかなり多い。法務病院では大部屋への収容が基本で、医療観察法よりアメニティは落ち、また、外出や外泊を実施していないので、医療観察法と違って収容型の施設である。

### 3 韓国の精神鑑定状況

精神鑑定は、鑑定期間は平均 1 ヶ月で、刑事精神鑑定韓国全体の 85%を国立法務

病院が実施し、男性は検査病棟、女性は女子病棟で実施している。残りの 15%は、国立病院 5 カ所、ソウル市立恩平病院、龍仁精神病院等民間病院 3 カ所で実施した。2010 年の依頼者は、裁判所が 85.3%検察 10.3%警察 4.4%である 2005 年に 360 名 6 年に 360 名 7 年に 417 名 8 年に 461 名 9 年に 537 名 10 年に 613 名、11 年は 10 月までで 523 名を鑑定した。精神鑑定数は 5 年間で 47%増加し、国立精神鑑定院の新設の必要性を同院は提言している。鑑定報酬は、1 件あたり約 170-180 万ウォン(私立病院では 220-300 万ウォン)日本円では 12-20 万円程度にあたる。1 極集中の体勢は、鑑定の質は担保されるだろうが一施設の意見で決定することに弊害がないか気になった。

### 4 性犯罪者治療リハビリセンター

国立法務病院内に性的障碍者治療リハビリセンターが 2009 年 1 月 15 日に 100 床でオープンし、2011 年 6 月に 200 床に増床し、4 階建ての建物を新築した。現在は 3 階までの 150 床を運用している。このセンターには、医師 2・看護 12・心理士 2・PSW1・OT2 処遇職員 21 等合わせて 42 名の職員がおり、治療監護法を根拠に入院し性犯罪防止法を根拠に治療する。対象者は、心神喪失等の状態で性犯罪を行った 1 号対象者が 87 名、DSM の性倒錯に合致する 3 号対象者が 46 名おり、3 号は 1 階、1 号は 2 階で治療している。心理治療は、リスク原則、ニード原則、責任原則等に従い 3 段階で行われる。第 1 段階は核心プログラムで、治療動機とリスクを認知し、変化をきたすのを目標にする。性的コントロールを自ら行う、一般的コントロールを行う、対人関係や認知の修正をはかるため、認知行動療法や動機付け面接、ロールモデルなどを行う。第 2 段階は、拡張プログラムで、動的リスク

の要因により4つの類型集団にわけて治療を行う。第3段階は自己調整プログラムで、個別リスクを具体的状況にあてはめて、サイコドラマ、ソシオドラマ等を行う。各段階は一般的に1年だが、次の段階に進めるか検討して進める。3段階方式は、2011年から実施している。動機を重視した分類は有効であろう。

## 5 性倒錯者ホルモン療法

韓国では、2010年7月に「性犯罪者の性衝動薬物治療関連法」が公布され、1年後の2011年7月24日に施行され、アジアで初めて性犯罪者に対するホルモン療法が始まった。国立国会図書館海外立法情報課藤原 夏人によると、この法律は、2008年に発議されたが、人権侵害のおそれが指摘され、一連の性犯罪への厳罰化の流れの中にあっても、成立の見込みが立たない状態が続いていたが、2010年6月7日に 小学校2年生の女子児童が小学校から拉致されて性的暴行を受ける事件が発生し、6月29日に本会議で可決され異例のスピードで国会を通過した。16歳未満の者を対象とした性犯罪者のうち、「性倒錯症患者」で再犯の危険性があると認定された者に薬物治療が行われる(第1条)。ここでいう薬物治療とは薬物投与のほか心理療法なども含まれる(第2条第3項)。薬物治療の対象者は19歳以上で、検察官は薬物治療対象者について裁判所に薬物治療命令を請求することができるが(第4条第1項)、精神科専門医の診断や鑑定を受けた後に請求しなければならない(第4条第2項)。裁判所は、薬物治療命令の請求に理由があると認めるときは、15年を上限として治療期間を定め、判決で薬物治療命令を宣告しなければならない(第8条第1項)。また、薬物治療命令を受けなかった受刑者であっても仮釈放の要件を備えている場合は、本人

の同意に基づいて検察官が薬物治療命令を請求することができる(第22条第1項)。薬物治療命令は、検察官の指揮を受け、保護観察官が執行する(第13条第1項)。保護観察官は、薬物治療命令を受けた者に方法や手続などを十分に説明し(第14条第2項)、釈放前2か月以内に治療命令を執行しなければならない(第14条第3項)。薬物治療命令を受けた者は、治療期間中保護観察官の指示に従い、誠実に薬物治療に応じ定期的にホルモン数値の検査を受け心理療法プログラムを履行することが義務付けられる(第10条第1項)。6か月ごとに可能な仮解除の申請により、薬物治療が中断されることもあるが(第17条、第18)、合算して15年を超過しない範囲で、治療期間が延長されることもある(第16条第1項)。逃走や薬効を相殺する薬物の投与など、治療効果を害する行為には罰則が課される(第35条)。

国立法務病院では、ホルモン測定、骨密度測定など、ホルモン療法が実施可能な状態にあり、年間10人程度は対象者が発生すると予測している。ホルモン療法を実施する前に疾患の治療上役に立つ他の非薬理的介入をまず試みるべきである。抗男性ホルモン療法はこういった介入の効果が不十分な時に心理療法と併せて実施するべきで、治療計画の一部にすぎず、治療ニーズのバイパスではない。ホルモン療法は経口でなく注射で実施され、まず1日持続注射、副作用がなければ1ヶ月持続注射と伸ばして行く。治療開始は、地域に出る2ヶ月前からである。性腺刺激ホルモン放出ホルモンLHRHアゴニストであるロイプロリドLeuprolide(リュープリン®)の場合によっては非ステロイド抗男性ホルモンフルタマイドを併用する月1回の注射が標準となる。なお、ロイプロリドは、前立腺がんをはじめ、子宮内

膜症、子宮筋腫、中枢性思春期早発症のほか、日本では閉経前乳がん治療の効能も認可されている。抗男性ホルモン療法の絶対的禁忌は、抗男性ホルモンアレルギーで、相対的禁忌は、骨粗鬆症、腎不全、貧血である。

## 6 少年に対する取り組み

韓国では、検察官が少年を刑事起訴するか家庭法院（家庭裁判所）に送致するかを先議している。家庭法院では、少年に対し10段階の処分を決定できる。1号保護者への少年保護委託、2号受講命令、3号社会奉仕命令、4号短期保護観察、5号長期保護観察、6号少年保護施設への監護委託、7号病院への委託、8号1ヶ月以内の少年院送致、9号短期少年院送致、10号長期の少年院送致。家庭法院に送致される少年の20%が性犯罪を犯している。性犯罪を犯す少年は3つに分類できる。①初犯で一時的な好奇心に基づくもの…再犯の可能性低い →2号受講命令、②性への執着あり、再犯の可能性高いか、すでに何回か性犯罪を犯している。→5号と8号と7～10号、③過去にあらゆる種類の犯罪を犯している。→2号受講命令。特に重視すべきは②の類型である。受講命令12歳以上を対象に年間20時間以上実施する。

医療対応が必要な少年は、医療少年院の機能をもつテジョン少年院が対応する。同院は定員200名で、知的障害者、うつ病、ADHD、薬物乱用者が多く、統合失調症は少数である。知的障害者は全て同院が担当し、うつについては、一般の少年院で対応が困難な場合移送されてくる。性暴力加害少年のための治療プログラムとしては、延世大学が開発し法務部が配布する12回にわたる教育プログラムが実施されている。認知的なプログラムであり、原因の究明、

性に対する認識、間違った認識の改善などに取り組んでいる。男子8号処分者が少年院性犯罪少年の47%を占め性暴力を犯した少年に対する性教育課程を開設し女性家族部の支援で専門講師と専門プログラムを導入し、推進している。

## 7 電子監督制度

韓国では児童が被害者になった性暴犯罪が起こったことがきっかけになり、2007年4月「特定（性）暴力犯罪者に対する位置追跡電子装置付着に関する法律」が成立し2008年9月に施行された。2009年8月、電子装置付着の対象となる犯罪に未成年者を対象とする誘拐犯罪が追加され2010年4月には、上記に加えて殺人犯が電子監督制度の対象犯罪に追加されるとともに、施行（2008年9月1日）以前に刑を宣告された者に対しても電子監督を行うことを（遡及的に）可能とする改正が行われ、現在に至っている。

韓国の特色は、第2世代の装置を導入し、GPSで追跡できない場合はBeacon, P-cell等を使用し、外出時も常に追跡可能にした点にある。裁判所が決定した特別遵守事項で接近禁止とされた区域（学校や保育園など）を個別に設定でき、接近した場合は、センサーに警報が表示され、本人に警告を行う。

2011年10月31日までに電子装置を付着して監督を実施した1587名中、同種再犯率は1.3%である。これは電子監督制度導入前の2005年～2008年中に検挙された性暴力犯罪前科者の同種再犯率14.8%を大きく下回るもので、電子監督制度が再犯予防に大きな効果を挙げていることを裏付けている。その要因として、自宅へ早く帰るようになったこと、自制心が働くこと、電子監督を受けることへの心理的抵抗感、遵守事項を違反した際に即時介入を

受けた経験などが挙げられている。

## 8 性犯罪被害者対策

韓国で発生した性暴力被害の通告件数を見ると、2003年には12,511件であったが、2009年には18,351件と、6年間に46.6%増加した。特に、同時期における13歳未満の児童の性暴力被害の申告件数は647件から1,011件へと58.4%増加した。これまで被害者は、相談、保護、医療支援、法律扶助、職業訓練等の支援を、それぞれ個別の機関や施設を回りながら受けていた。これを解消するために1カ所で各種の支援が受けられるワンストップシステムに対するニーズが高まり、2005年にワンストップ支援センターが設立され、捜査支援、相談支援、医療支援、法律支援を全て1か所で受けられるシステムが整備された。

ソウルにはヨンセイ大学によるヘバラギ児童センターとソウル大学にあるヘバラギ児童・女性センターがある。ヘバラギとは、韓国語でひまわりのことである。ソウル大学ヘバラギ児童・女性センターは、女性家族省、ソウル特別市、ソウル地方警察庁、ソウル大学病院の4者の協約によってソウル大学病院で受託運営されている。運営費は年間約6億ウォンである。人員構成は精神科医、看護師、専門相談員、臨床心理士、心理カウンセラー、女性警察員などがチームを作り、24時間365日専門化された統合サービスを提供する。支援の内容は、相談支援（家族支援を含む）、医療支援（性暴力応急キット、救急対応）、心理治療支援（評価と治療）、捜査法律支援（証言録画、証拠、法律相談）である。

医師は児童精神科が非常勤。夜間は児童精神科、証拠採取のため婦人科のオンコールである。供述はDVDに録画され、複数回の証言をしないで済むように配慮され、

別室に供述分析家が控え、捜査官に聴取時にアドバイスをしている。

韓国は子供の被害者を重視した体制をとり、救急対応のワンストップと別に、19歳未満に対し、別の場所で、9時から16時予約制で月一金隔週土曜で、1週間に20ケース程度の治療を行っている。認知行動療法のTrauma Focus therapyとPlayTherapyを中心に、10回の治療で一区切りにしている。症状は、1回の被害では、不安・不安定、持続的被害では、ゆううつ・無気力・無反応であり、男児も3例治療した。

ソウル大学医学部は、子供病院をもち、児童精神科もこども病院の科として独立している。大学が、社会貢献を意識して協力しているという。日本では大学の社会貢献という視点はあるのだろうか。365日24時間産婦人科医と児童精神科医のオンコール体制がとれるのは大学病院ぐらいであろう。

韓国性暴力相談所（Korea Sexual Violence Relief Center）は、1991年4月に、韓国で初めて性暴力を集中的に専門担当する女性人権運動団体として設立された。韓国国内においてその認知度は高い。1994年、性暴力に関連する特別法が制定され、性暴力に関連する相談所は各市に登録することが決まっておられ女性家族部の管轄である。性暴力特別法施行後、性暴力専門相談士教育が設けられ、相談は、この教育を受けた者が行うようになった。この教育は、100時間にわたるカリキュラムとなっており、相談所ではこれを修了し、さらに現場での実務研修経験を経たスタッフが相談にあっている。相談時間は、電話、来所ともに9時から18時までで20年間で扱ったケースは計8000件におよび、電話相談は年間平均2000件である。

相談所では、性暴力被害者のためのシェ

ルターの運営も1994年より行っている。親族から被害を被った女性の場合、家に住む限り性暴力の被害に持続的にさらされることになる。それは被害者がこの状況から抜け出せないことを意味するため、「分離」が必要となる。そのためシェルターの存在は重要である。10代の被害者の場合、その7~8割が親族からの性暴力の被害であり、今まで通っていた学校に通うと加害者に露出するという恐れも生じる。そこで「秘密転校」が必要になる。韓国では、転校するためには住所変更が必要なため、転校することで居場所にたどり着いてしまうということを防ぐ処置である。秘密転校では、特殊なケースとしてとらえ、通っていた学校には転校先の学校について知らせないという方策をとるといふ。加害者が父親である場合など、親権を盾に学校に迫る行為も予測され、学校側が混乱するということにも配慮しなくてはならない。転校先の学校に対しては、事情を話す場合もあれば、それが望ましくないという判断が出された場合にはシェルターなどの先生が母親代わりとして転校先と関わるなど取り組んでいる。このような安全を確保していく手続きも相談所の役割である。性犯罪に関して、韓国が厳罰化などを推し進めている状況について、韓国性暴力相談所の所長に尋ねると「厳罰よりも、100人の犯罪者がいるなら、100人を処罰して欲しい、現在は申告率が10%で、起訴はそのうち10%、つまり、100人のうち起訴されるのは1人だけ。」と答えたのが印象的であった。成人女性は、申告しても処罰されないのを知っているから申告しないとのことであった。

## 9 おわりに

韓国は、重大な性犯罪が発生後、性犯罪者の性衝動薬物治療関連法をわずか22日で

可決するなど、急速な法整備をして現場も急速に対応の準備をしている。感想として、国立国会図書館海外立法情報課藤原夏人氏が指摘しているように、「薬物治療対象者の範囲を大幅に拡大し、本人の同意も不要とするなど、人権の問題をめぐって一層の議論を巻き起こすことが予想される。その他にも薬の副作用や高額な費用の問題、実際の効果に対する疑問、二重処罰のおそれなど、さまざまな問題」があると思われる。国立法務病院は、収容者は毎年10%程度増加している。人里離れた場所にある巨大施設に全国の患者を集中する方法は、英国の高度保安病院のタイプであるが、地域から切り離されているため、地域に戻りにくくなり、長期収容により増床が必要になると思われる。

韓国は、センセーショナルな性犯罪事件が起きると迅速に対処してきた。その結果、電子追跡装置、ホルモン療法、大学の支援を受けたワンストップセンターなど先端的対応をとるようになった。日本がまず参考にすべき点は、被害者対策だろう。

韓国は子供の被害を特に重視した世界的にも特徴のある対応をしているが、日本では、子供の被害の実態はどのようなのだろうか。児童精神科医のオンコール体制をとるのは、日本では大学病院でもかなり困難だろう。各大学にこども病院がないというのも極めて大きな課題だろう。韓国のワンストップセンターは、大学が社会貢献のため運営していた。大学の社会貢献という視点は重要である。日本の大学にも社会貢献を期待したい。

分担研究報告

医療観察法制度全般に対する法学的視点からの評価研究

山本 輝之

成城大学法学部



医療観察法制度全般に対する法学的視点からの評価研究

分担研究者 山本輝之 成城大学法学部教授

研究要旨

2003年7月に制定・公布され、2005年7月から施行された、心神喪失者等医療観察法（以下、「医療観察法」、「法律」または「法」ということもある）は、重大な他害行為を行った精神障害者の処遇を、裁判所が決定するという新たな司法処分の制度を創設したものである。これは、それまで、このような精神障害者に対する強制入院の決定、処遇の変更、退院の決定などは、事実上精神保健指定医による診断を基礎として精神医療側が決定し、厚生労働省の責任において行ってきたのを大きく転換したものである。医療観察法の制定により、わが国に初めての司法精神医療が導入されたものであるといえる。

本法の施行以来これまで、多くの関係者の努力により、重大な他害行為を行った精神障害者に対する治療水準は大幅に引き上げられ、彼らに対する処遇も、その大枠においてよく機能しているように思われる。もっとも、その反面、その内容、運用についてはいくつかの法的問題点も存在する。われわれの研究グループでは、これまで、医療観察法における運用上の法的問題点の抽出・検討を行ってきたが、これまでに、それらの法的問題点に関する判例がいくつか出されている。このような判例を分析・検討し、裁判実務においてはどのようなことが問題となり、それに対して裁判所がどのような判断を行っているのかを知ることは、まさに「生きた医療観察法」を知るうえで不可欠のことである。そこで、本年度は、このような判例の運用状況の検討を行った。

研究協力者

柑本美和（東海大学法科大学院准教授）

水留正流（南山大学法学部専任講師）

り、それに対して裁判所がどのような判断を行っているのかを知ることは、まさに「生きた医療観察法」を知り、その運用上の問題点を検討するうえで不可欠のことである。そこで、本年度は、このような判例の運用状況の検討を行った。

A. 研究目的

われわれの研究グループでは、これまで、医療観察法における運用上の法的問題点の抽出・検討を行ってきたが、それらの法的問題点に関する判例がいくつか出されている。このような判例を検討・分析し、裁判実務においてはどのようなことが問題とな

B. 研究方法

医療観察法の内容、運用における問題点の検討には、法律研究者だけではなく、実際に同法の運用に携わっておられる、精神

科医、コメディカル関係者、行政・司法の実務家の方々にご参加いただき、御意見を伺うことが不可欠である。そこで、本年度も2010年度の研究に引き続いて、これらの方々をお招きして研究会活動を頻繁に行い、検討を行った。

### C. 研究結果

以上の研究方法により、医療観察法に関する判例の運用状況を分析し、裁判実務においてはどのようなことが問題となり、それに対して裁判所がどのような判断を行っているのかを知るとともに、その問題点について考察を行った。

### D. 考察

(1) 2003年に、「心神喪失者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」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、強姦、強制わいせつ、傷害という重大な他害行為（以下、「対象行為」という）を行ったが、不起訴処分となった心神喪失者、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、これらの者を「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き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および指導を行うことによって、その病状の改善およ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（1条）。

(2) 厚生労働省のホームページにある「医

療観察法にかかる申立等の状況」（施行～平成23年6月30日までの状況）によると、この法律の施行から2011年6月30日まで、検察官による申立てが相当数なされ、それに対する各地方裁判所による決定例も相当数出されているようである。しかし、それについて判例集その他の公刊物に登載されたものは見当たらないため、地方裁判所の判断の具体的内容についての詳細を知ることにはできない。もっとも、地方裁判所の決定に対して抗告がなされたもののいくつかについては、公刊されているものが存在する。そこで、本稿では、この法律の制定経緯・手続の概要を説明したうえで、前述した厚労省のホームページおよび公刊されているものに基づいて、本法に関する判例の運用状況の概要を紹介することとする。

#### (2) 判例の運用状況

##### 1) 地方裁判所における運用状況

前述したように、地裁レベルでの処遇決定については、公刊物などで紹介されたものは見当たらないため、その詳細は明らかではないが、厚生労働省ホームページによると、医療観察法の施行から2011年6月30日までの、申立件数とそれに対する地裁レベルでの決定件数の概要は、以下のとおりである。

申立件数は、2236件であり、それに対する決定件数の合計は、2139件である。その内訳は、①入院決定が、1347件、②通院決定が、368件、③不処遇決定が、345件、④申立却下が、79件である。さらに、医療観察法の申立てを通じて、裁判所で心神耗弱と認められ、検察官が申し立てを取り下げたものが、13件、現鑑定入院中であるものが、84件である。また、退院許可の件数

は、757 件である。

法律施行当初においては、初回審判において、通院決定（これは、「いきなり通院」とよばれている。）を言渡す事例が多く、入院決定と通院決定の比率はおおむね 2 対 1 であるとされていたが、最近では、入院決定の比率が増加している。

## 2) 抗告審における運用状況

高等裁判所、最高裁判所に抗告された事件に関する判例について、公刊物に登載されたものがいくつかある。以下では、まず、高等裁判所における運用状況について説明する。さらに、最高裁判所の判例のうち、本法の運用・見直しについて、とくに重要と思われる 2 つのそれについて考察を行う。

### (A) 高等裁判所の判例

#### ① 「対象行為を行った際の精神障害」の意義

これについては、福岡高決平成 18 年 1 月 27 日判タ 1255 号 345 頁がある。その事案は、対象者が、家族と同居中の居宅に火を放ったとして、現住建造物放火を行ったというものである。検察官は、対象者が本件行為当時心神喪失の状態にあったとして不起訴とし、医療観察法 33 条 1 項に基づく申立てを行った。原審が入院決定を行ったのに対し、付添人が、法 42 条 1 項の「対象行為を行った際の精神障害」とは、単なる病名（統合失調症など）ではなく、対象行為と密接に関連する、より具体的な精神症状（例えば幻覚妄想等の症状）を指すと解すべきところ、対象者には、対象行為を行った際の精神症状である幻覚妄想状態に支配された状態や非現実的な思い込みの状態が残存していないことは明らかであって、

医療の必要性が消失しており、入院をさせる旨の決定をした原決定は、法 42 条 1 項の解釈・適用を誤っている、として抗告した。

これに対し、福岡高裁は、「法 42 条 1 項の「対象行為を行った際の精神障害」には、基本となる精神疾患のほか、それから派生する精神症状も含まれると解される」としたうえで、対象者には、上記のような精神症状がなお残存しているとして、法 42 条 1 項 1 号の入院医療の必要があるものと判断した原決定は、法 42 条 1 項の解釈を誤ったものとも、その適用を誤ったものともいえない、と判示して、抗告を棄却した。

#### ②入院処遇決定の要件の判断

東京高決平成 17 年 12 月 8 日東高刑時報 56 巻 1・2 号 94 頁がある。その事案は、対象者が、ガソリンスタンドからガソリンを強取しようとして企て、ガソリンスタンドの店員に対し、包丁（刃体の長さ約 18.2 センチメートル）を示し、「ガソリン入れな。本気だよ。」などといって脅迫し、ガソリン 40.5 リットル（販売価格 5508 円）を強取した、というものである。原審が入院決定を行ったのに対し、付添人が、原決定には、重大な事実誤認がある、また、重大な事実の誤認がないとしても、原決定時には、対象者の症状は相当程度改善し、父親の援助や継続的な観察が見込める状況になることのほか、指定入院医療機関が遠隔地にあって家族との面会等が不便であることを併せ考慮すると、治療のためには通院で十分であるから、原決定の処分は著しく不当である、などと主張して抗告した。

これに対して、東京高裁は、事実誤認の主張を排斥し、以下のように判示して、抗

告を棄却した。「医療観察法 42 条 1 項各号所定の処遇の要否及び内容に係る 3 種類の決定については、その判断の前提となる事実認定と各決定とが対応関係にあるものとしていけば 1 対 1 で結び付いており、裁判所の裁量を働かせる余地がないため、事実の誤認を論ずる余地はあるものの、処分の不当を論ずる余地はないものといわなければならない」としたうえで、「この事実認定に基づいて入院決定をした原審の判断については、処分の不当を論ずる余地はない」と判示した。

### ③治療反応性について

これについては、入院継続の是非を判断する際の治療反応性の判断に関する東京高決平成 18 年 8 月 4 日東高刑事報 57 巻 1 = 12 号 35 頁がある。その事案は、対象者は、傷害 2 件を行い、それに対して、検察官がその対象行為当時、対象者は心神耗弱であったとして不起訴とし、また、傷害 1 件について、その対象行為当時、対象者は心神喪失であったとして不起訴として、医療観察法 33 条 1 項に基づいて申立てを行った、というものである。

これについて、横浜地裁は、対象者について、入院決定を行った。その後、指定入院医療機関甲病院の管理者(病院長) A が、東京地裁に対し、対象者につき、医療観察法による医療の終了を求める退院の許可を申立てたが、東京地裁が退院許可の申立てを却下したため、A が東京高裁に抗告した。

東京高裁は、「退院許可の申立時においては、対象者は人格障害と診断され、統合失調症及び感情障害圏の障害に罹患している可能性はなく、人格障害についての治療反

応性は極めて低いことが認められ、ひいては医療観察法による医療必要性は存在しないといわざるをえない」としたうえで、以上の事実を認定しなかった原決定は、指定入院医療機関の管理者の意見を基礎とするといえるかは疑問であり(医療観察法 51 条 1 項)、---原決定は、合理性、妥当性を有する指定入院医療機関の管理者の意見、すなわち、対象者は、現在、人格障害と診断されること、その治療反応性は極めて低いことを認定しなかった点において、重大な事実の誤認を犯している、と判示して、原決定を取消し、原裁判所である横浜地裁に差し戻した。

### ④社会復帰の妨げとなる同様の重大な他害行為を行う具体的・現実的可能性について。

これに関するものとしては、前述した福岡高決平成 18 年 1 月 27 日がある。原審の入院決定に対し、付添い人が、医療を受けさせる旨の決定を行うには、同様の行為を行う具体的・現実的な可能性が必要であるのに、原審における鑑定人が、年単位のスパンで判断される同様の行為を行う可能性をもって処遇要件と解したことは、法 42 条 1 項の解釈・適用を誤っている、として抗告した。

これに対し、福岡高裁は、この法の立法趣旨等からみて、対象者について、法による医療を受けさせなければ、その精神障害のために社会復帰の妨げとなる同様の行為を行う具体的・現実的な可能性は、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(同法 29 条)の際の入院の必要性の判断の場合よりも長い期間を念頭において判断されるものと解するのが相当である、