

第 107 回日本精神神経学会学術総会

教 育 講 演

司法精神医学の今日的課題——グローバルな視点から——

中 谷 陽 二 (筑波大学医学医療系)

<索引用語：司法精神医学，医療観察法，触法精神障害者，責任能力>

I. はじめに

我が国では近年，心神喪失者等医療観察法（以下，医療観察法），裁判員制度及び成年後見制度の施行，日本司法精神医学会の設立などに伴って司法精神医学への関心が高まっている。他方で，現在進められている障害者制度改革¹⁴⁾は医療の課題の1つに精神障害者に対する強制入院や保護者制度の見直しなどをあげており，精神保健福祉の面からの改革も日程に上っている。司法精神医学に課せられた任務が多様化する中で，諸外国との比較検討は今後の取り組みに示唆を与える。小論では，この領域での国際学会の現状，欧米と日本が直面する課題を探り，国際交流の中での日本のプレゼンスを高める方策についても言及したい。

II. 司法精神医学の国際交流

1) 国際学会

まず精神医学と法に関する国際学会について紹介する。筆者の知る限り，世界的規模の組織は2つある。International Academy of Law and Mental Health (IALMH) と International Association of Forensic Mental Health Services

(IAFMHS) である。IALMH は隔年，IAFMHS は年1回，大会を開催している。機関誌として前者は International Journal of Law and Psychiatry，後者は International Journal of Forensic Mental Health を発刊している。参加した印象では，IALMH は法律の側からの議論が比較的多く，それに対して IAFMHS はより現場志向である。北米とヨーロッパからの参加者が中心で，残念ながら日本を含めアジアからの参加は少ない。

2つの学会とも医学，法律，心理学，福祉，矯正など多領域，多職種の専門家が集まり，学際性が際だっている。その傾向を反映して扱われるテーマも幅広い。例として2012年4月に開催される IAFMHS の大会⁴⁾はカンファレンステーマとして次の項目を掲げている。ケーススタディ，システム間の協力関係，教育とトレーニング，倫理，遺伝学・神経生物学，人権，学際研究，裁判と司法精神保健のインタフェイス，法的な実践・課題・政策，研究を政策と実践へ，政策・治療・サービスの評価，予防とヘルスプロモーション，期待される実践—効果的な治療とサービス，リスク

第 107 回日本精神神経学会学術総会=会期：2011 年 10 月 26～27 日，会場：ホテルグランパシフィック LE DAIBA，ホテル日航東京

総会基本テーマ：山の向こうに山有り，山また山 精神科における一層の専門性の追求

教育講演 司法精神医学の今日的課題——グローバルな視点から—— 座長：清水 徹男（秋田大学大学院医学系研究科医学専攻病態制御医学系精神科学講座）

の評価とマネジメント、特殊な集団である。比較の上で2011年6月に開催された日本司法精神医学会をみると、37の一般演題のうち、医療観察法関連が25題と圧倒的に多く、残りは虐待・少年事件関連が4題、刑務所医療と刑事精神鑑定がそれぞれ3題、精神保健福祉法が2題であった。組織の規模の違い、2つの国際学会がlaw and mental health, forensic mental health servicesという広い組織名を持つことを考慮すると単純に比較できないが、日本での関心領域の狭さは否めない。日本司法精神医学会はさながら“医療観察法学会”の様相を呈し、構成も医師に偏っている。学会の基本的方向は再考される余地がある。

これと関連して、関心の焦点も日本と欧米では開きがある。海外では性犯罪、パーソナリティ障害、リスク評価が好んで取りあげられる。これらは日本ではむしろ議論から遠ざけられる傾向がある。その背景には、医療観察法が統合失調症を主な対象疾患としており、パーソナリティ障害者の対象者に占める割合はきわめて低く、そのことと連動して対象行為の中の性犯罪も少ない。また医療観察法の条文にも鑑定ガイドラインにも他害行為の再発リスクを指す明確な文言がないことを反映してリスクの問題は正面から議論されていない。しかし犯罪・暴力リスクの評価とマネジメントは司法精神医学が避けて通ることのできないテーマであることに注意を促したい。

もう一点付け加えるなら、刑事施設における精神医療（矯正精神医療）が海外に比して日本では取り上げられる機会が非常に少ない。刑事施設の被収容者に対する医療サービスの提供は司法精神医学の重要な柱である。イギリスの代表的な司法精神医学教科書¹⁾は警察・刑務所・保護観察における触法精神障害者の記述に62ページを費やしている。日本でも刑事施設における精神疾患の有病率は決して低くないにもかかわらず、専門家の関心は低く、矯正精神医学はさながら精神医学の離れ小島となっている。司法精神医学の1分野として明確に位置づけるべきであり、そのためには刑事施設側にも開かれた姿勢が求められる。

2) 国境の壁

精神医学のさまざまな領域の中でも司法関連の国際交流は特に難しいように思われる。実践や研究の多くが精神医学と法のインタフェースに関わるからである。それぞれの国が独自の法制度を持っている。英米法系か大陸法系か、職権主義か当事者主義か、陪審制度の有無など、刑事訴訟の仕組みが異なり、責任能力規定や強制入院の手続は多種多様である。英米法の国でもイギリスにおけるダイバージョンシステムとアメリカの収容(commitment)は同じではない。日本では精神鑑定は主に責任能力判断を目的とするのに対して、アメリカでは責任能力よりも訴訟能力(competence to stand trial)の鑑定が数の上で圧倒すると言われている。日本の刑事訴訟法にも訴訟能力に関する条文があるが、裁判の争点にされることは稀で、司法精神医学文献も少ない。つまり刑事訴訟の中での精神鑑定の目的や位置づけにはかなりの隔りがある。

このような事情から、国際学会発表などに際して、前置きとして制度の説明を欠かすことができない。例えば、医療観察法の現状を報告するという場合、刑法や精神保健福祉法の関連規定や医療の構造を一通り解説しなければ理解が得られない。もちろん日本に限ったことではなく、同じヨーロッパでも国境を越えた意思疎通には厚い壁がある。

関連して専門用語も厄介である。アメリカでいうschizophreniaと日本でいう統合失調症は同一の実体を指す。それでは責任能力に関してアメリカで用いられる“insanity”と日本語の“心神喪失”はどうであろうか。insanity defenseを心神喪失抗弁と訳している例が見受けられるが、誤解を生む。周知のように心神喪失は刑法39条で規定され、1931年の大審院判決で定義が示された。つまり日本の法体系の中で初めて具体的な内実を持つ。心神耗弱にしてもアメリカでいうdiminished responsibilityとはその法律上の効果が異なっている。フランス刑法のdémence(現在の刑法では削除)を心神喪失と訳すことにも同様の問題がある。エスペラント語で語りでもしない限り、

司法精神医学は言語の制約からは逃れられない。日本の制度を海外に紹介する際、訳語に関しては当たらずといえども遠からずの方針で臨むほかない。筆者ら¹²⁾は医療観察法に関するレビューをIALMHの機関誌に投稿するにあたって関連用語の英訳を試みた(拙論¹¹⁾を参照されたい)。今後、学会などで訳語の統一を図るのも一案かと思われる。

III. 司法精神医療——欧米の動向——

1) ドイツ

触法精神障害者に対する医療は一般精神医療、専門司法精神医療、矯正精神医療という異なったシステムによって提供される¹⁰⁾。我が国では医療観察法制度が専門司法精神医療としての中核的役割を担う。同時に他の2つのシステムにも不可欠の役割があり、これら異質なシステム間の関係に目を向ける必要がある。欧米の動きとして、まずドイツの保安処分(改善と保安の処分, Maßregeln der Besserung und Sicherung)について検討したい。

保安処分の思想は、「責任なければ刑罰なし」という近代刑法の責任主義の原理をめぐって19世紀末から20世紀初頭の刑法学論争から生まれた。自由な意思決定を前提として刑罰を道義的非難ととらえる旧派と、犯罪者の危険性除去に刑罰の本質を見いだす新派の対立である。論争は「責任に対しては刑罰, 危険性に対しては保安処分」という二元主義の採用で決着をみた。保安処分の代表的な立法はイタリアのRocco法(1930年)、ドイツの「危険な常習犯罪人及び保安と改善の処分に関する法律」(1933年)、オランダの監置処分(1928年)などである。

我が国では1971年の日本精神神経学会総会で保安処分制度新設に対する反対決議が圧倒的多数で採択されて以来、保安処分をアプリオリに悪とみなす傾向がある。しかしヨーロッパの多くの国では保安処分ないしそれに準ずる制度が厳然として存在しており、決して過去のものではない。イタリアは精神科病院廃止を目指す大胆な医療改革

の国としてわが国で喧伝されているが、いまだに保安処分を堅持する国であることを見落とすべきではない。

ドイツの保安処分のもっとも重要な規定は精神科病院収容である。責任無能力または限定責任能力の状態で行った者について「公衆に対して危険であることが明らか」と認める場合、精神科病院収容を命じる。ノルトライン・ヴェストファーレン州の統計¹³⁾と医療観察法を比較すると、ドイツでは対象行為としては性犯罪(30.2%)、疾患としてはパーソナリティ障害(51.4%)の割合が日本よりも顕著に高い。考えられる主な要因はパーソナリティ障害の位置づけにある。ドイツではパーソナリティ障害者も限定責任能力者として保安処分の対象とされる可能性があり、その中に性犯罪者が多く含まれると推測される。それに対して日本では、パーソナリティ障害者は完全責任能力と認定されて医療観察法の申立てから外れるのが通例となっている。日本の司法精神医学はドイツを範にしてきたという通念があるが、このような点では顕著な差異がある。入院期間にもかなりの開きがある。やや古くなるが、1988年の統計⁷⁾によれば、ドイツの精神科病院収容の期間は平均6.3年で、うち20年から30年が5.4パーセント、30年を超えるものが1.5パーセントである。医療観察法が1年6か月を標準入院期間として運用されていることと比較すると差は歴然としている。

ところで近年、ドイツでは司法精神科病院の入院患者数の顕著な増加が報告されている。2000年のMüller-Isbernerらの報告⁸⁾によれば、ドイツのほとんどの州で精神科病院収容処分は過剰収容のため危機的状況にある。ヘッセン州では過去3年間で25パーセントの増加をみたが、それは主に次の患者群の増加によるという。①外国からの移住者、②慢性統合失調症患者、③物質使用を伴う精神病患者、④強姦・小児性愛者。このうち②は、一般精神科病院を退院してグループホームなどに入居したが管理不能となり、犯罪を起こすに至って保安処分の対象とされた者である。

この点は Habermeyer らの最近の報告²⁾ともつながる。彼らが調査した 2007 年の司法精神科病院の精神病性障害患者 202 例の 22 パーセントが統合失調症患者で、一般精神科病院の入院歴を持つ者の割合が多かった。この事実から、一般精神医療が攻撃性を持つ患者に対して有効に対処できていないことがうかがわれるという。2008 年の IAFMHS 大会（ウィーン）は大会テーマとして「司法サービスと一般精神保健サービスのインタフェイス」を取り上げたが、ここからも専門精神医療と一般医療との関係が課題として浮上していることがうかがわれる。

ヨーロッパでは古くから保安処分もしくはそれに類似の制度が根付いているが、それらは刑事司法の枠内で医療を提供するシステムであり、一般医療とは遠いところにある。他方、日本では医療観察法と一般医療の壁は薄く、処遇の終了後あるいは処遇中に精神保健福祉法の医療を利用することに支障が少ない。その界面で混乱が生じやすいという現実もあるが、司法精神医療と一般医療の連結に関しては欧米諸国よりも先輩格であり、この面で日本の経験を積極的に情報発信することには意義がある。

ドイツの制度の中で日本ではあまり知られていない保安監置（Sicherungsverwahrung）について述べておく。最新の動向を含めて山中¹⁷⁾が詳しく報告しているので参照したい。保安監置は保安処分の 1 形態であり、一般人に対して危険性を有し、他の刑事手段では対処し得ない者が対象である。犯罪歴など一定の形式的要件を満たす者に対し、行為者の状態から、将来的に重大な犯罪行為を行う性癖（Hang）があると認められる場合に適用される。精神科病院収容と異なり、責任能力の有無に関わらず言い渡される。日本では保安処分について“危険な人物の予防拘禁”というイメージが流布しているが、保安処分の全体をそのように捉えることは誤解であり、多少ともこれに一致するのは保安監置である。

保安監置をめぐる、過去には憲法上の問題などを理由とする批判があり、期間等について制限

が設けられてきた。ところが、1990 年代以降、重大な性犯罪事件の報道などが契機となり、保安監置の適用の要件を緩めるなどの法改正が図られた。山中によると、その過程で、一般人の安全と対象者の人権のどちらを重視するかについて、前者が圧倒的に勝利しているのが現状であるという。また 2010 年の保安処分に関する全国統計では、精神科病院被収容者が 6,569 名、うち保安監置被収容者は 536 名であった。期間にしても対象者の数にしても、医療観察法とは相当な落差のあることがわかる。いずれのシステムが優るかは別として、日独の枠組みの違いを念頭に置いた上で議論する必要がある。

2) フランス

フランスでも近年、一般精神医療から刑事施設へとという触法精神障害者の流れが起きているようである。フランスの司法精神医療システムに関してはすでに解説した⁹⁾ので要点のみを述べる。1810 年の刑法がデマンス（*démence*）の状態での行為について罪を問わないことを定めた。他方で 1838 年の精神病者に関する法律は職権入院（*placement d'office*）の規定を設けた。「公衆の安全・秩序を脅かす精神障害者」に対する強制入院である。県知事の権限でなされる行政処分という意味では日本の措置入院と共通する。19 世紀半ばから犯罪をおかした精神障害者の専門施設の必要が叫ばれ、1910 年に Colin によりパリに特殊病棟が創設された（通称、アンリ・コラン病棟）。通常の病棟ではトラブルのもとになり、特別な保安を要する患者を対象とした。第二次大戦後に同様の病棟が国内 3 ヶ所に設けられ、1986 年の布告により内規が定められた。UMD（*unité pour malades difficiles*）と呼ばれ、直訳すれば「困難患者病棟」である。

戦後、フランスの精神医療はセクtoorルすなわち地区を単位とした医療を発展させたことはわが国でも知られている。医療構造の変化の中で一般医療施設での暴力を理由とする UMD への入院申請の増加が報告されている。他方、1970 年

代には司法化 (judicialisation) すなわち精神医療への司法介入に対する反発が強まった。このような背景のもとで、精神障害者の有責化 (responsibilisation), そして抑制不能の職権入院患者が一般医療から UMD へ、触法精神障害者が刑事施設内の医療部門へと移行するかたちの玉突き現象が起きている⁹⁾。

フランスに関して特筆すべきは 2008 年の保安拘禁及び精神障害を理由とする刑事責任無能力の宣告に関する法改正 (2008 年 2 月 25 日の法律 2008-174 号⁶⁾) である。まず保安拘禁 (retention de sûreté) に関する規定は、「刑執行の終了に際して状況の再審査を行い、人格の重い障害のために再犯の蓋然性が非常に高い特別な危険性を示すことが証明された者」は保安拘禁の対象とされ得る。「未成年者を被害者として、謀殺もしくは故殺、拷問もしくは野蛮行為、強姦、誘拐もしくは監禁の犯罪について、15 年もしくはそれ以上の懲役刑を受けたこと」を条件とする。

フランスでは近年、性犯罪とりわけ未成年を被害者とする犯罪への対策が厳格化されてきた⁵⁾。新規定は、刑の終了時の評価で危険性が証明されると、さらに保安拘禁のかたちで自由が剥奪される方式とみることができる。ということは、ドイツで 2003 年に新設された事後的保安監置、すなわち判決時に保安監置を言い渡されていなくても刑期の終りにこれを新規に適用できる方式と同列のものと言える。

またフランスの法改正は精神障害者の保安処分 (mesures de sûreté) を以下のように定めている。裁判所が予審もしくは判決で精神障害を理由として責任無能力を宣告する際、精神鑑定により精神障害が治療を必要とし、人の安全を危うくするか、公衆の秩序に重大な侵害を及ぼすことが証明された場合、公衆衛生法で指定された施設への職権入院 (hospitalisation d'office) を命じることができる。詳細は知り得ていないが、県知事の頭越しに裁判所が職権入院を命じる方式のように想像される。これもドイツの保安処分のうちの精神科病院収容に近い方式ということになる。筆者は触法

精神障害者医療の対照的なあり方として、司法の枠組みの内部に精神科施設を設けるドイツ型と、医療の枠組みの内部に保安的部門を設けるフランス型を対比させ、医療観察法をこれらの折衷モデルとみなした⁹⁾。しかしフランスの方式がドイツの方式に接近しているとする、このような捉え方は修正を余儀なくされる。

3) アメリカ

アメリカの近年の動向に関しては 2 点について簡単に述べたい。まずインサニティを理由とする無罪 (not guilty by reason of insanity, NGRI) をめぐる変化である。1982 年のレーガン大統領狙撃犯の無罪評決が激震を招き、インサニティ抗弁の廃止や基準の厳格化を求める世論が高まった。その中で注目されるのは、有罪ただし精神疾患 (guilty but mentally ill, GBMI) と呼ばれる評決、すなわち被告人について精神疾患を認定し、なおかつ有罪とみなす方式である。評決を下す立場としては、疾患を認定することで被告人の立場に配慮し、有罪とみなすことで世論が抱く不公平感や不安に対処できるわけで、いわば一挙両得の方式である。これについては、精神疾患と有罪を同時に認定することの矛盾や、疾患を認定することが刑罰の減軽や治療を保証しないことなど、専門家からの批判がある¹⁵⁾。

アメリカでもう 1 つ注目される動きは、NGRI の評決を受けた者 (以下、インサニティ無罪者) の収容をめぐる改革である。かつては NGRI の評決に続いて、ほとんどの場合、長期の自動的収容がなされ、しばしば収容は終生にわたった。1970 年以降、多くの州で、精神疾患も危険性も認められなくなった者を解放することが求められるようになった。それは同時に、危険性を持つ人が早期に社会に戻ることに公衆の懸念を募らせることにもなった¹⁵⁾。

ニューヨーク州では 1970 年代、インサニティ無罪者の収容手続を民事患者の場合と基本的に同様のものとする重要な判決が出されるなど、インサニティ抗弁への関心が高まった。1980 年には

インサニティ抗弁改革法 (Insanity Defense Reform Act, IDRA) により収容と解放の手續が改正された。Steadman ら¹⁰⁾によると、患者の権利と公衆の安全のバランス (balance of patient rights and public safety) を理念とした。患者の権利の面ではデュー・プロセス (法の適正な過程) と権利の平等な保護が取り入れられ、公衆の安全の面では解放基準の厳格化がはかられた。危険と判断された患者の収容手續をそうでない患者の場合に近づけ、その一方で特別に危険と判断された患者に対しては解放を制限するわけである。

医療観察法では処遇決定に際して対象者の治療反応性が特に重視されている。それに対してアメリカでは、対象者の権利と公衆の安全のバランスおよび危険性 (dangerousness) 評価が中心にある。インサニティ無罪者の退院をめぐる、危険性を広く解釈して公衆の安全を確保しようとする裁判所の司法判断と臨床的判断との間でしばしば対立が生じることも報告されている³⁾。この点で、日米では触法精神障害者の医療に関する意識の差が感じられる。なお、アメリカではインサニティ抗弁や訴訟能力をめぐる議論が活発な反面、収容後の状況については情報を得にくい。医療観察法と比較する上では処遇の面について具体的に知る必要がある。

IV. おわりに

日本の司法精神医学の発展に示唆を与えるであろう海外の動向をいくつか述べてきた。それぞれの国は異なった制度の枠組みを持つが、根本においては共通する課題を抱えているように思われる。特に、精神医療全体の理念やシステムと司法精神医療のあり方をどのように整合させるかは、先進的な医療を持つ国であるほど先鋭化する問題である。ともすれば触法精神障害者を通常の医療から排除する力動が起きる。保安処分制度という堅い枠を持たなかった日本は、一般精神医療と司法精神医療を柔軟かつ効果的に協同させる有利な条件が備わっている。ただ、関係者の間で、そのような戦略的発想は希薄であるように思われる。諸外

国のシステムとの比較によって日本の独自性が明らかになり、改革の方向性が見えてくる。従来、日本では欧米の情報を吸収することには貪欲であった。しかし、本来の国際交流は双方向的でなければならない。関係者は海外に向けた情報発信の努力を惜しむべきではない。

紙数の制約で言及できなかったが、成年後見制度も国際的な視点から検討される価値がある。これまで日本の成年後見はドイツの世話法 (Betreuungsgesetz) と比較されることが多かったが、家族制度などに関して共通の背景を持つ東アジア諸国との情報交換から実りある結果が期待される。

文 献

- 1) Gunn, J., Taylor, P.J. (eds) : Forensic Psychiatry: Clinical, Legal & Ethical Issues. Butterworth-Heinemann, Oxford, 1993
- 2) Habermeyer, E. : Patienten mit schizophrenen Störungen im psychiatrischen Maßregelvollzug: Ergeben sich Konsequenzen für die Allgemeinpsychiatrie? Der Nervenarzt, 81; 1117-1124, 2010
- 3) Hafemeister, T.L. : Legal aspects of the treatment of offenders with mental disorders. Treatment of Offenders with Mental Disorders (ed. by Wettstein, R. M.). The Guilford Press, New York, London, p. 44-125, 1998
- 4) International Association of Forensic Mental Health Services: 12th Annual IAFMHS Conference (<http://www.iafmhs.org/>)
- 5) Kottler, C. (田口寿子訳) : フランスにおける性犯罪の現状と性犯罪者処遇. 司法精神医学, 3; 56-63, 2008
- 6) Legifrance. gov. fr : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte = JORFTEXT000018162705>
- 7) Leygraaf, N. : Psychisch kranke Rechtsbrecher. Springer, Berlin, 1988 (Rasch, W. : Forensische Psychiatrie. W. Kohlhammer, Stuttgart, 1999 より引用)
- 8) Müller-Isberner, R., Freese, R., Jöckel, D., et al. : Forensic psychiatric assessment and treatment in Germany. Legal framework, recent developments, and

current practice. *International Journal of Law and Psychiatry*, 23; 467-480, 2000

9) 中谷陽二：触法精神障害者処遇の国際比較。精神科治療学, 24; 1033-1039, 2009

10) 中谷陽二：触法精神障害者にとって、医療環境はどう変わるか。臨床精神医学, 38; 513-518, 2009

11) 中谷陽二：司法精神医学は国境を越えるか。臨床精神医学, 39; 1255-1261, 2010

12) Nakatani, Y., Kojimoto, M., Matsubara, S., et al. : New legislation for offenders with mental disorders in Japan. *International Journal of Law and Psychiatry*, 33; 7-12, 2010

13) Seifert, D., Leygraf, N. : Die Entwicklung des psychiatrischen Maßregelvollzugs (§ 63StGB) in Nor-

drhein-Wesfalen. *Psychiat Prax*, 24; 237-244, 1997

14) 障がい者制度改革推進本部：障がい者制度改革の推進のための基本的な方向について。平成22年6月29日 (<http://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/pdf/kihon.pdf>)

15) Slovenco, R. : *Psychiatry in Law./Law in Psychiatry*. Brunner-Routledge, New York, 2002

16) Steadman, H.J., McGreevy, M.A., Morrissey, J. P., et al. : *Before and After Hinckley : Evaluating Insanity Defense Reform*. The Guilford Press, New York, London, 1993

17) 山中友理：ドイツにおける保安監置制度—期待された再犯防止政策の現実—。法と精神医療, 26; 22-39, 2011