

## 科学研究費助成事業 研究成果報告書

平成 28 年 6 月 28 日現在

機関番号：32630

研究種目：基盤研究(B) (一般)

研究期間：2012～2015

課題番号：24330022

研究課題名(和文) 精神障害に罹患した犯罪行為者の処遇 刑事法と精神科医療、福祉との連携

研究課題名(英文) The problems to treat psychiatric patients who commit heavy crimes such as murder or arson

研究代表者

山本 輝之 (YAMAMOTO, Teruyuki)

成城大学・法学部・教授

研究者番号：00182634

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 13,000,000円

研究成果の概要(和文)：医療観察法は、触法精神障害者に対する処遇の全体を解決したものではない。たとえば、知的障害、発達障害、認知症等に罹患し、重大な他害行為を行った者については、同法の処遇の対象からは除外され、刑事施設で処遇が行われており、彼らの社会復帰のための適切な処遇が行われているとはいえない。これに対し、諸外国では、このような者に対して、刑事司法、精神科医療、障害者福祉の3者の連携による処遇を行っているところがある。そこで、本研究は、このような諸外国における処遇を参考にして、わが国における処遇モデル案の作成について検討を行ったが、その1つとして、オランダの処遇モデルが参考になるとの結論に至った。

研究成果の概要(英文)：The Medical Treatment and Supervision Act (MTSA) in Japan effective since 2005 does not solve all the problems to treat psychiatric patients who commit heavy crimes such as murder or arson, rape. For instance, in Japan, the mentally retarded, the developmental disordered, and persons with dementia who committed crimes and need special attention or care are treated not in the specialized hospitals under the MTSA but in the prisons in the ordinary discipline. However, some countries have the multidisciplinary system in cooperation with criminal justice and welfare for the mentally ill and (forensic) psychiatry to treat such persons. We compare the several systems in other countries and to conclude that we can learn the system from the Netherlands in many ways.

研究分野：刑事法

キーワード：触法精神障害者 刑事法 心神喪失者等医療観察法 地域精神医療 精神保健福祉 障害者福祉

## 1. 研究開始当初の背景

心神喪失者等医療観察法（以下、医療観察法）は、触法精神障害者に対する処遇の全体を解決したものではない。たとえば、統合失調症に罹患している触法精神障害者であっても、その行為当時に完全責任能力であった場合や限定責任能力で実刑を科された場合、または触法行為後に統合失調症を発症した場合、あるいはそもそも医療観察法が対象行為としている6罪種に該当しない犯罪行為を行った場合には、なお刑事施設で処遇が行われている。また、知的障害、発達障害、認知症などに罹患し、重大な他害行為を行った者については、医療観察法の処遇の要件である「治療可能性」、「治療反応性」がないとして、同法による処遇の対象からは除外され、刑事施設で処遇が行われているのが現状である。しかし、の者はもちろん、の者の中にも、精神科による治療が必要な者も含まれている。また、刑事施設は、彼らの社会復帰を図るための処遇の場としては必ずしも適切なものとはいえない。これに対し、諸外国においては、これらの者に対し刑事施設だけではなく、刑事司法、精神科医療・福祉、障害者福祉の3者が密接に連携することにより、彼らの社会復帰に向けた適切な処遇を行っているところがある。わが国においても、彼らに適切な処遇を行うためには、3者の密接な連携による受け皿が必要であると思われるが、そのような適切な受け皿が構築されているとはいえないのが現状であり、そのような受け皿を早急に構築することが必要である。

## 2. 研究の目的

本研究は、以上のような背景を前提として、精神障害等に罹患している触法行為者であって医療観察法による処遇の枠組みから除外されている者について、諸外国の制度を参考にして、こうした対象者全体に適用可能な処遇の法的モデルを体系的に提示することを目的とするものである。

## 3. 研究の方法

以上で示した研究を実施するため、本研究では、以下のような方法を用いた。

### (1) 研究会活動

研究組織を中心として、また、必要に応じてゲストスピーカーを招くなどして、研究会を頻繁に開催し、問題点の分析・検討、法的モデルの提示に向けた議論・検討などを行った。

### (2) 海外訪問調査

本研究では、文献調査にとどまらず、実際

に諸外国を訪問し、さまざまな処遇モデルの実情を把握して、わが国が構築すべき法的処遇のモデルを検討するための資料を収集した。

## 4. 研究成果

以上の研究方法により、わが国における処遇のモデル案について検討を行ったが、その1つとして、以下に詳述するオランダの処遇モデルが参考になるとの結論に至った。

### (1) オランダにおける医療と一般精神科医療

オランダはホームドクター制がとられており、患者と医師との関係が密接でかつ良好であり対等である。患者の自己決定は最大限に尊重され、これは、法的にいえば、民法の一部をなす、WGB0 (Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst 医療同意法)が保障する。患者の権利意識の強さが究極的にあらわれるのは、医師による生命終結行為（安楽死行為）だけではなく、精神科患者に対する医療においても同様である。

これらはオランダ人の権利意識や国民性とも関連する。つまり、貿易国として繁栄し、多様な民族との商業で栄えてきた歴史を有するオランダでは、多様な価値観が共存していて、お互いの自己決定を尊重しあうことを最も重要であると考えられる。自己主張をしつつ相手の主張も尊重する風土は、ホームドクター制と共に、患者と医師との対等な関係の構築の中に見ることができる。そして、決定の結果を自分自身で担う責任についても明確に認識されており、決定に際し他者からプレッシャーを感じることも少なく、いかなる決定であったとしても自己決定は自己決定として「善」「悪」とは別の判断として尊重される。

オランダにおける成人年齢は18歳であるが、オランダでは前述のWGB0（医療同意法）が、16歳以上は独立して医療に関して自己決定できるとし（オランダ民法7編447条）、12歳から15歳までは自分の利益について衡量することができれば医療行為に関する同意能力があるとする。ただし、この場合は本人の同意のほかに関親か法定代理人の同意も必要である（同450条）。そして、12歳未満は医療行為に関して同意能力がないので、両親か法定代理人により権利が代行される（同465条）。前述のように、精神科医療においても、本法により、本人の自己決定が前提となって治療が進められる。

また、オランダの医療機関では、医師をはじめ、看護師も、白衣を着ることはほとんどない。これは精神科医療においても同様である。常に医師も患者も同等であるという考えが強く、また、医療スタッフ間においても、

看護師等の判断できる範囲が日本より広い。

なお、オランダでは、精神科患者も死の自己決定（安楽死の要請）が可能であり、判例上も認められてきた。また、通常、日本で死の自己決定について議論する前提は、身体疾患に限定されるが、オランダにおいては、精神的な苦痛や精神科的な疾患も広く、その要請の原因として認められる。それほど、自己決定を広く認めようとする土壌であることは特筆すべきであると思われる。

## (2) オランダにおける精神科病院への強制入院

自己決定権の強いオランダにおいても、他国と同様、強制的な入院制度がある。これに関してはBOPZ（Wet bijzondere opnemings in psychiatrische ziekenhuizen 精神科病院への強制入院法）が定める。特徴的な点は、裁判所が入院に対して決定を行う点であろう。

オランダにおける精神科の強制入院には、主に2種類の強制入院形態がある。まずIBS（Inbewingstelling 救急的強制入院）が、BOPZ第20条以下で定められている。家族等から入院の要請があると、専門医が自傷他害のおそれを診断したうえで、自治体の長の決定により入院させるものである。入院3日以内に判事が審判を行って3週間限定の入院継続について判断する。

また、VM（voorloopige machtiging 限定的強制入院）は、BOPZ第2条から14条が定めるもので、緊急状態ではないが精神疾患により入院の必要性があり、入院以外の代替手段がないにもかかわらず本人が入院を拒否している場合、自傷他害のおそれがあり入院の必要がある旨の文書により申請が行われ、判事が2週間以内に審判を行って入院を決定する。通常3-6か月入院の期間の入院が行われる。さらに入院が必要な場合には、Machtiging tot voorgezet verblijf（継続入院）が行われる。

これらの強制入院の下にある患者の権利も、同様にBOPZに定めがあり、36条以下で定める。また、強制入院中の治療計画については、38条以下で定める。治療計画は、（39条で定める緊急状態の場合以外には）患者との話し合いをもとに作成され、治療計画を立てる際、患者のもととのホームドクターにも照会することとされている。また、精神障害のために意思決定ができない場合には、患者の権利擁護を申し立てることのできる立場の後見人等、あるいは配偶者、あるいは親族等と討議することとされている。

なお、2000年以降、アムステルダム地区においては、精神科救急医療と警察とが、密接な協力関係を築いている。これは精神科患者が警察に保護されるケースが少なからず発

生しているにもかかわらず、警察ではどのように対処すべきか分からず、一方で患者にとっては必要な治療が適切に受けられないという長年の課題を解決すべく開始された試みであり、必要な場合には、上記のような強制入院の手続きとなる。

## (3) 重大な他害行為を行った精神障害者に対する処遇

わが国同様、オランダにおいても、責任能力のない者について刑罰が科されることはない（オランダ刑法39条）。ただし、刑法に限定責任能力についての規定はなく、実務上、精神鑑定において、完全責任能力と、責任無能力の間に、3段階の限定責任能力があるとされている（つまり、責任能力は5段階に分かれる）。またわが国においては、人格障害者は一般的に完全責任能力とされるのに対して、オランダの刑事司法においては、人格障害者も精神障害者として限定責任能力とみなされる。

オランダには、殺人や強盗など重大な他害行為を行った精神障害者については、刑事裁判所において、刑法37条以下で定める刑事処分である、TBS（Terbeschikkingstelling）処分を科すことがある。これはTBS施設への監護付き治療処分である。刑罰が行為者の犯罪行為に対する責任非難であるのに対して、刑事処分は本人の危険な人格に対して科せられるものであるため、責任非難とは直接関係なく、限定責任能力者だけではなく、責任能力がない場合にも科されることがある。裁判所での判断基準は、精神障害があること、そして、社会の安全の確保のために必要であること、である。処分の決定だけではなく、処分の開始、また、条件付TBS処分（監護のないTBS処分）への変更など、すべてが刑事裁判所の判断による。また、刑罰との併科が可能であり、その場合は刑務所での処遇が先に行われる。

TBS処分に付される者の多くは人格障害者であり、8割強は男性である。

なおオランダにおいては、通常、いわゆる留置鑑定を行う施設、ピーターバーンセンター（Pieter Baan Centrum）が、国の中央部分にあたるユートレヒト（Utrecht）に1箇所存在するだけである。一方で、その施設でのみ実施されるので、地域差が生じないという利点はある。鑑定は精神科医だけではなく、心理学者等によって実施されるが、その中心となるのは、社会福祉士による、社会調査である。

オランダでは、逮捕直後から保護観察所の保護観察官による社会調査が行われるが、このように、本人を取り巻く環境等については、各段階で、さまざまな形で調査され、社会復

帰のための支援のあり方を探る試みがなされる。TBS 処分の目的が社会の安全確保と本人の社会復帰・再犯防止であることであっても、ひとたび TBS 施設に収容されると、社会復帰は困難である。一方で、社会内の保安が保てる以上は、社会内での処遇の可能性を可能な限り探そうという試みである。

TBS 施設での処遇は、平均6年程度であり、社会復帰前の最終段階においては、保護観察付きの帰休等により、段階的に地域移行が行われる。ただ、オランダでは、司法精神医療と、一般精神医療との双方向性は必ずしも良いとはいえないため、司法精神医療施設 (Forensische psychiatrische kliniek) での外来治療が行われることになる。

#### 5. 主な発表論文等

(研究代表者、研究分担者及び連携研究者には下線)

[雑誌論文](計 1 件)

山本輝之「医療観察法における法的課題の検討」日本社会精神医学会雑誌 25 巻 (2016 年) 78 - 84 頁。

[学会発表](計 2 件)

山本輝之「精神障害者の治療と同意」香川大学四国グローバルリーガルセンター主催「障がい者の自己決定を尊重できる法と社会に関する研究セミナー」(2016年3月17日、香川大学法学部)

山本輝之「公的保護者制度について」全国精神医療審査会連絡協議会シンポジウム (2016年2月26日、アルカディア市ヶ谷)

#### 6. 研究組織

##### (1)研究代表者

山本 輝之 (YAMAMOTO, Teruyuki)

成城大学・法学部・教授

研究者番号：00182634

##### (2)研究分担者

なし

##### (3)連携研究者

町野 朔 (MACHINO, Saku)

上智大学・名誉教授

研究者番号：60053691

(平成 26 年度より研究協力者)

五十嵐 禎人 (IGARASHI, Yoshito)

千葉大学・社会精神保健教育研究

センター・教授

研究者番号：40332374

柑本 美和 (KOJIMOTO, Miwa)

東海大学・大学院実務法学研究科・准教授

研究者番号：30365689

城下 裕二 (SHIROSHITA, Yuji)

北海道大学・大学院法学研究科・教授

研究者番号：90226332

山中 友理 (YAMANAKA, Yuri)

関西大学・政策創造学部・准教授

研究者番号：80554386

川本 哲郎 (KAWAMOTO, Tetsuro)

同志社大学・法学部・教授

研究者番号：60224862

辻 恵介 (TSUJI, Keisuke)

武蔵野大学・人間科学部・教授

研究者番号：00306143

平野 美紀 (HIRANO, Miki)

香川大学・法学部・教授

研究者番号：70432771

水留 正流 (MIZUTOME, Masaru)

南山大学・法学部・准教授

研究者番号：90513581

安田 拓人 (YASUDA, Takuto)

京都大学・大学院法学研究科・教授

研究者番号：10293333

丸山 雅夫 (MARUYAMA, Masao)

南山大学・大学院法務研究科・教授

研究者番号：50140538

小西 聖子 (KONISHI, Takako)

武蔵野大学・人間科学部・教授

研究者番号：30251557

橋爪 幸代 (HASHIZUME, Sachiyo)

東京経済大学・現代法学部・准教授

研究者番号：30407340

吉中 信人 (YOSHINAKA, Nobuto)

広島大学・大学院社会科学研究所・教授

研究者番号：60284147