

他害行為を行った精神障害者の「社会復帰の促進」について

—心神喪失者等医療観察法の問題—

河 本 純 子

- 1 はじめに
- 2 身体障害者の一事例から
- 3 精神障害者のリハビリテーション- 今日の到達目標-
- 4 犯罪者のリハビリテーション- 自由刑を中心として-
- 5 他害行為を行った精神障害者のリハビリテーション
 - (1) 心神喪失者等医療観察法の限界
 - (2) 社会復帰を促進するための課題
- 6 おわりに

1 はじめに

精神障害に起因して重大な他害行為を行った者の処遇決定のための法律として、「心神喪失者等医療観察法」が2003年7月10日、第156回通常国会で可決され、同月16日に公布（平成15年法律第110号）された。この法律は、成立過程での議論が2002年3月15日の第154回通常国会への原案上程（審議開始は2002年5月28日）から、第155回臨時国会を経るなど「異例の経過」¹で長引いた。

第155回臨時国会においては、政府原案が入院要件を中心に修正され、2002年11月27日の修正案の衆議院法務委員会での提案者による趣旨説明では、①制度は「目的」に即し限定的に適用されることや、②「社会復帰のための制度」であることを明確にすることなど（「」挿入は引用者による・趣旨説明③、および④、については省略）²が強調された。その結果、公布後においても「社会復帰を促進するための新たな法制度を創設」³したものと紹介され、同法第1条1項には「目的」として、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の「社会復帰の促進」が掲げられている。2004年1月末には各地方更生保護委員会で初の「障害者社会復帰支援調整官」の募集が開始され、施行への準備が進められている。

精神障害者が偶然に他害行為（いわゆる「犯罪」）を行った場合と、その他害行為が精神障害に起因する不可避な場合とを峻別できるのかは、精神医学の水準として現行の精神鑑定にも、司法の責任能力判断に照らしても疑問である。しかし、いずれの場合にしても求められるであろう課題として、修正案によって「再犯のおそれ」から転換され強調され続ける「社会復帰」が具体的にどのように描

かれているのかということがある。

心神喪失者等医療観察法には、制定過程で議論となった「形を変えた保安処分ではないのか」という疑義がいまだ投げかけられている。⁴しかし筆者は心神喪失者等医療観察法に対する政策的な疑義とは別の観点から、対象者の「社会復帰」とは何か、そのための基礎となる理念を問い直すことの必要性を指摘したい。

わが国では一般的に、「社会復帰」という言葉は、英語の「rehabilitation(リハビリテーション)」と同義であるとされ、両方の言葉が用いられている。

しかし、「リハビリテーション」ということばから、社会一般の多くの人々が具体的にイメージするのは、医療機関の平行棒や肋木などの設置されている「機能訓練室」で、白衣姿の職員に支えられ歩行練習やマッサージを受けている、場面のような⁵である。(このような場合、「リハビリテーション」を「リハビリ」と短縮して用いることも多い。)たしかにそれは、リハビリテーション活動の一面ではあり、大切な要素であるが、リハビリテーションということばの持つ広い守備範囲を代表するわけではない。この点を誤解すると、リハビリテーションのめざすところやリハビリテーション活動への評価が表面的な実績のみになりかねない。

リハビリテーション(rehabilitation)の原義は、破門された人の身分回復を意味する。時とともに、復権、名誉回復、などを指すことばとなり、さらにはハンディキャップを持つ人の社会参加を促進するさまざまな支援や理念を指すことばとなった。ハンディキャップの範囲は、疾病や負傷など心身の故障や、それらが回復不能となった状態(障害)はもちろんのこと、罪を犯し逮捕・拘留・自由刑の受刑などで社会から隔離された後の状態も含まれる。社会参加の範囲は、社会人として一定の職業を有し、経済的に自立して地域社会の中で生活することのみならず、「どんなに重い障害をもっている、だれととりかえることのできない個性的な自己実現をしている。人間と生まれて、その人なりの人間となっていく。その実現こそが創造であり生産である。」⁶といわれるように、実際には個々の内面的な変容と充実が重視されなければならない。

「社会復帰」と「リハビリテーション」ということばが同義に扱われているわが国では、前述したリハビリテーションの本来的な理念が認識されていないと、全てが観念的な画餅になってしまうおそれがある。これは支援者だけの問題ではなく、当事者にとっても陥りやすいことである。

以下においては、〔2〕筆者がソーシャルワーカーとして最初に担当した身体障害者のリハビリテーション事例を紹介し、その経験から得た筆者の「リハビリテーション」ないし「社会復帰」についての見解を述べる。次いで限定的ではあるが参考にすべき制度として、〔3〕精神障害者のリハビリテーション、〔4〕犯罪者のリハビリテーションについて述べ、これらから導き出される〔5〕他害行為を行った精神障害者の社会復帰について心神喪失者等医療観察法をもとに考察する。

2 身体障害者の一事例から

〈事例の概要〉A氏（女性・当時42歳）

昭和20年生。中学2年時肺結核および頸椎カリエスに罹患して入院。以後ずっと入院を継続する。昭和52年（32歳）、身体障害者手帳2級取得（カリエス後遺症による四肢体幹不全麻痺）。

この頃には結核は治癒し、感染のおそれも消失していたが、後遺症で肢体不自由となり、自宅への退院が困難であったため、身体障害者施設への入所目的で手帳申請をしたようである。しかし、筆者が出会った42歳時には、右上下肢および左下肢の機能全廃（痛覚などの感覚もない）と体幹の支持不安定で、この時点で身体障害者1級に該当すると思われ、約10年間で障害が進んでいることが窺えた。一方でこの10年間は病院で機能訓練を受け、車椅子の乗降を含めて車椅子での移動や洗面、食事、整容などの日常生活動作はほぼ自立していた。A氏は機能訓練に熱心であり、日曜祝日以外は毎日30分の理学療法士による運動訓練の時間を設定していたが、それ以外の時間もほとんど終日機能訓練室で自主的にさまざまな訓練を続けていた。A氏は「何とか歩けるようになりたい」という希望を持っていたが、医師や訓練担当者の所見では、これ以上機能訓練を続けても、現状を維持するにとどまるとのことであった。また、「家庭の事情」から退院には拒否的であった。

「家庭の事情」について、A氏は4人姉弟の一番上で、自宅には高齢の両親と3歳年下の弟（会社員）がおり、妹2人は嫁いでいた。昭和61年（41歳、筆者が出会う1年ほど前）より、障害基礎年金1級を受給しているが、この頃に扶養義務者となっている実弟から何かの契機に「面倒を見るつもりはない」と言われている。以後、その弟のことばを気にし、家族との繋がりを絶とうとするかのように、退院の話題になると激怒したり泣いたりして形は異なるものの抵抗し、具体的な話が進まなくなっていた。知能検査は行っていないが、関わる中で、知的には平均以上であると考えられた。新聞、テレビ、からの情報で知識も多いが、実生活の経験がないため応用力に乏しく物事を自己中心的にとらえやすく、容易に興奮し、他人の話が聞き入れられなくなるようであった。

〈かかわりの経過〉

退院に対して強い抵抗の理由に深入りすることを避け、退院によって得ることのできるプラス面を提示して退院を具体的に考えて進めてゆくこととした。このような方針をとったのは、病院側が「もはや医療の対象外である」として退院勧奨を絶対的なものとしていたため、退院を前提とすることが必要であったこととともに、当時の筆者にも、A氏の感情的な抵抗に対峙する自信がなかったからである。

退院は当然という前提で、「退院するなら実家に帰りたいか、障害者施設に入所したいか、地域で独立して暮らしたいか、いずれの選択でもできるだけ支援をしたいので希望をきかせて欲しい」ともちかけると、これまでのように（とはいっても、筆者は経験していないので伝えられた話ではあるが）「このように重度の障害者なのになぜ退院しなければならないのか」と怒ったり、「退院させないで、何とかここに置いて欲しい」と懇願することはなく、あっさりと「施設に入りたい」という選択

が返ってきた。さらに具体的な希望を尋ねると、「同年代の仲間が居り、職員が介護をしてくれ、機能訓練が受けられ、簡単な仕事もさせてくれる所がいい」と、要望が多かった。筆者は、施設は障害の状態や目的によって分かれているので要望を絞ることが必要であること、その上で適否についての判定、申し込み、待機、などの入所手順を踏まねばならないことを説明し、「あなたの将来が、このまま病院に居るよりも有意義なものになるために施設へ入るのだから、必要な時間はかけても当然かまいません」と告げた。しかしこのとき、A氏は病院内でわがままなため、一種の処遇困難者と目され、退院が勧奨されていたこともあり、経験もない筆者には、患者が望まない退院が現状のままの入院継続よりも有意義な人生に結びつくとは信じるができなかった。A氏に告げたことばは、病院の命令に従うだけで患者の味方になれない自分へと、処遇困難であるからと冷たく切り離そうとする病院へのいらだちから出たものであった。

その後、さまざまな施設についてパンフレット等を見て、ある目的（たとえば職業）を優先すれば他の目的（介護）はそれだけ手薄になってしまうことを説明しながら、「何を一番の目的にするか」という方向で、共に考えて行った。

半年位の経過の中で、比較的早期に「同年代の友人」「仕事をする事」はそれほど重視しなくてもいいが、「機能訓練」と「介護」はどちらも同じぐらい重要で、どちらかには決められない、という状態になり停滞した。肢体不自由のほかに自律神経障害もあり体力的にも弱いA氏にとっては、病院での介護でも十分ではないときがあり、まず濃厚な介護が受けられる環境の大切さは自覚できていたが、「せっかくリハビリを頑張って、歩行器で歩けるようになったのだから、歩行器なしで、せめて杖をついてでもいいから歩けるようになりたい。リハビリ設備の充実した所で専属の訓練士の指導が受けない」という希望も強かった。

そのうち、病院内で「退院に向けての具体的な動きがない」という批判めいた空気が、筆者にではなくA氏に向けられるようになり、A氏は居りづらい雰囲気を感じてか、「とにかく、どこかの施設に申し込みをして空きが出るまで待機する」と言いはじめた。筆者は「介護」か「訓練」のいずれかに絞りきることも机上の話し合いでは限度があり、福祉事務所や措置権者（当時）である県の意見もききながら具体的な申し込み施設をいくつか決めて見学を行う方が理解しやすいと考えて、福祉事務所を通して施設入所判定の申し込みを行った。

福祉事務所の方では判定前に希望施設（介護中心の施設を「療護施設」といい、訓練中心の施設を「更生施設」というが、これらの区別）を決めて欲しいと言われたが、入所判定を行う県の相談所に筆者の知人が勤務していたことから、相談所に直接事情を説明して希望施設が曖昧なままでもよいという内諾を得て判定日を予約してもらった。そのかわり、これまで長く施設入所をめぐって葛藤が続いていた経過から、簡単な心理検査（CMI 健康調査）を行い事前に提出することとなった。

CMI健康調査の結果は身体症状、特に筋肉骨格系が60%、皮膚が70%に該当し、領域Ⅲ（準神経症）であった。採点結果だけから見ると、県の相談所に提出するということがかなり背伸びをしたのでは

ないかと思われたが、同時に筆者は身体症状の該当項目に愕然とした。目の前のA氏を見れば不自由な身体は普通の人の半分ほどにか細く、弱々しく、それぐらいの症状は当然予想できるのだが、日ごろはそのようなことを感じさせないほど気丈であり、こちらにもそれに慣れ、「この人は、こういう障害者なのだ」と割り切っている部分が大きかった。しかし、A氏から離れ紙片となったCMIの用紙を1頁ずつ繰ると、A氏が「該当する」として鉛筆でしるした症状は、どれひとつとってみても苦しいつらいものだった。「それがこんなにたくさんある」ということを改めて目の当たりにしたとき、A氏の日常はいかに厳しいものであったかを初めて知った気がした。それまでの筆者は、A氏の希望を優先するかのようにふるまいながら、実は上（病院）から言われるままに、筆者自身の主義主張もなくA氏を退院させることをただ無難にこなそうとしていたことを自認せざるを得なかった。このような姿勢で、「有意義な人生」など提案できるはずはないと感じた。

A氏の身体症状の多さからは、やはり介護を第一にしている施設を提案しようとの考えを固め、CMIの結果を県の相談所へ送った。

判定日は、それから1月ほど後であったが、どの施設にするかという問題は判定のときに検討することとし、話題にはしなかった。ところが、判定日の前日になって、A氏は「私は療護施設に入るのが良いと思うが、その選択でいいだろうか」と突然に言った。毎日「リハビリ」に固執し、「歩きたい」と望んでいたのも、「訓練については手薄になると思うけれど」と確かめると、「私に一番必要なのは、調子の悪いとき安心して介護してもらえることだと思う」と、きっぱりした態度であった。

判定の日、午前中2時間ほどの面接の途中で、県の判定員は中座して、面接室の外で待つ筆者に「この人の場合は療護（施設）で大事にしてもらった方がいいのでは…」と告げてきた。筆者も同感であったところ、昨日A氏の方からも療護施設に決めたい旨を告げられたので、後半は療護施設への入所適否判定ということで相談を続けてもらい、「入所適当」の結果を得て帰った。

介護を要する重度身体障害者の人数に比して施設の定員は不足しており、入所中の誰かが病気にでもなり退所者が出なければ容易に入所することはできず、5～6年待機は常識と言われていた。しかし、ちょうど隣県の県境の街に50人定員の施設が新設されたばかりであり、県外にはなるがむしろA氏の実家から近いことを理由にその施設に申し込みをして欠員が出るのを待つこととなった。欠員が出るまではどうにもならないということもあって、A氏は相変わらず病院で「リハビリ」に励む毎日となった。

5～6年ほどではないにしても、相当年数の待機を覚悟していたが、思いのほか3月後に欠員が生じ、A氏は入所できることになった。待機の期間が全くわからないうえ、欠員が出るとたちまち入所指示が出され、2～3日中に入所するよう指示された。欠員が生じた時点で福祉事務所や筆者は若干の気配を感じていたが、不確かなことをA氏に告げて動揺させてはならないとの配慮から黙っていた。それが結局は突然に入所（退院）を強いるような形となった。それでもA氏は「せっかく言ってくれているときに行かない」と、入所を受け入れた。ただ、入所の朝、早くから「最後の歩く練習」を

しており、入所後3月間位は電話が頻回にあり、機能訓練（A氏のいう「リハビリ」）の設備が乏しいことや専任の訓練士がいないこと、「だから体調が悪くなった」とか、「このままだと、せっかく使えるようになった歩行器も使えなくなる」と、焦るような訴えが続いた。しかし、次第に電話の回数も減っていった。

〈その後〉

「歩けるようになりたい」という希望が強かったA氏と、そのことに関してあまり積極的な対話を重ねないまま、その希望を断念させ、思いがけずとはいえ早々に施設入所させてしまったのではないかという罪悪感は、強くはないものの筆者の中にあり続けた。施設入所半年後、ちょうどA氏の誕生日が祝日であったため施設を訪ねてみた。そこで目にしたのは、病院では見ることのできなかった、落ち着いて満ち足りた表情のA氏だった。あれほど「歩く」ことに執着したA氏は日常的に車椅子を使用しているようで、所持していた歩行器は「私物が多いので処分した」とこともなげに語った。4人の相部屋は、病院とほぼ同じ広さの似たようなつくりで、サイドテーブルの上に各自がテレビを置いていた。しかし、A氏の、以前から所持していたテレビの脇に、新しい小さな筆立てが置かれ、1本のサインペンが差し込まれていた。とぎれとぎれの文字ではあったが、筆者も年賀状をもらったばかりだった。入院中、施設入所にかかわる膨大な書類は筆者がほとんど代筆したが、名前だけは自署してもらうようにしていた。そのたびにA氏は私物戸棚の中からハンドバッグを出して欲しいと言い、そこからペンを取り出しては署名していた。そのときには特に何とも思わなかったが、自分では取るののできない場所のバッグの中にしまい込まれていたペンを、すぐにでも取れる場所に置かれていることが、知的には障害のない、読書の好きなA氏にとっては自然であり、施設での生活の方が数段人間的に相応しいように感じた。

あれほどこだわった「リハビリ」とは、単に歩けるようになることだけを目指すものではない。ある程度の移動手段を確保したなら、次はその人の日々をより豊かに彩る活動をすすめることこそが本当のリハビリなのではないかと思った。

やがてA氏は「ワープロを買ったんですよ」と話し始めた。まだ当時、ワープロは普及しはじめたばかりの高価な品だった。「職員の人がひまなときに教えてくれる。なかなか字がうまく書けないから、ワープロを練習して、いろんな人に手紙を書きたい。」「ワープロを買うとき、初めて街へ行った。ここには募金で寄付された車椅子ごと乗れる自動車があり乗せてもらった。」地方の郊外の街でも、商店街の様子が輝かしく印象的だったようである。日本の高度成長期、そしてA氏の多感な時期の殆どが入院生活で、買い物など病院の売店で下着やお菓子を買う程度で長い年月が過ぎて行った。毎日100人を超える職員が当たり前のように自家用車で通勤し、その往復に日常生活の買い物をしているA氏の隔絶された境遇には気がつかなかった。それでいてA氏の、脊髄を侵されてもお自力で歩くことを夢見ていることには違和感を持っていた。しかしA氏は違和感を夢を好んで選んだのではなく、それしか選ぶものを用意されていなかったのではなかろうか。

運動機能の回復だけがリハビリではないことはもちろん、就労や地域での生活への復帰のみをリハビリの目標や成功例にするのは間違っているのではないかと考えるに至った。

この事例からは、長期入院医療が生み出す施設症 (institutionalism) や、医療 (「リハビリ」) に対する過度の期待が、社会復帰の桎梏となることを学ぶことができる。

のちに筆者は、統合失調症に進行しつつある女性に対し、専門医の治療を継続しつつ、なるべく同年代の健康な人と同じ就学や就労の経験を経るよう支援した。その中で女性は恋愛を経て病状悪化を来した。統合失調症の患者が恋愛を契機に再発や症状悪化を来すことはよく報告されるところであるが、この女性の場合、筆者は貴重な経験であったと考えている。⁷ 現時点ではいかに精緻な医療をもって抗いきることのできない疾病や障害に対して、医療者が発病を恐れて患者から経験を奪い過ぎているのではないかと、という見解⁸は他にも述べられている。

このように、表面的な向上や順調さではなく、当事者の内面の豊かさに観点を置いたリハビリテーションないし社会復帰の理念は、社会一般の認識とは異なる場合が多いものの、医療・福祉においては概ね一般的なものであると考えられる。

3 精神障害者のリハビリテーション—今日の到達目標—

精神障害者の多くは、精神障害という「疾病」と、その結果生じた「生活障害」を併せ持つ。疾病が治癒しないまま医療を継続し、障害は固定せず可変的であるという点で、身体障害者の多くが「疾病・負傷」を経てもそれは治癒し、後遺症としての固定した障害を持つことと比して特殊なことである。この特殊性のため、精神障害者は長い間、専ら医療の対象となる患者としてのみ捉えられ、福祉の対象である生活者として捉える視点が欠落しており、わが国の入院中心の精神医療が温存されてきたとも言えることができる。

これに対する反省から、1995年の精神保健法の一部改正の際、先ず法律を、法目的に「精神障害者の自立と社会参加の促進のために必要な援助」を加えた「精神保健及び精神障害者の福祉に関する法律 (精神保健福祉法)」と改めた。

同時に、1995年に厚生省 (当時) が策定した障害者プラン (ノーマライゼーション7か年戦略) は、1996年度から2002年度までに達成すべき数値目標として入院している精神障害者のうち先ず3万人を設定し、施設入所からはじめ、地域生活へと移行できるよう、精神障害者社会復帰施設⁹を整備する計画であった。この計画により、地域差を有する遅々としたものではあるが、長期入院患者を含む精

神障害者の退院が促進された。

これらの契機により、今日の精神障害者のリハビリテーションは、症状や病気を持ちながらも医療と福祉の双方を活用し、症状や病気とつきあいながら安定した生活を送ることが明確な主眼となった。

また、2003年度から新たに実施された新障害者プランは、条件が整えば退院可能だがその支援が行われないために入院の継続を余儀なくされている「社会的入院」患者7万2千人を向後10年で社会復帰させるための地域生活サービスの充実を掲げ¹⁰、施設サービスの内容充実のほか、精神障害者居宅生活支援事業¹¹を新たに加えた在宅福祉サービスの強化を、やはり具体的数値を設定して計画したものである。

病院の外での生活が社会復帰の第一歩であり、そのためのサービス整備が進行しつつあるが、病院の外での生活は医療の中止を意味するものではない。安定した医療の継続も社会復帰の重要な構成要素であり、自ら医療を中断してしまわないようにすることは精神障害者にとっての課題となる。

我われは、例えば風邪をひいて医師の診察や投薬を受けたとしても、よほど律儀な者でない限り、症状が安定して苦痛がなくなれば、医師に処方された薬をのみ忘れ、それでも再び症状が出なければ、そのまま服薬を中断してしまう。このことから考えると、精神障害者が自ら服薬を中断し、そのまま通院もしなくなることは特異なことではない。しかし、精神障害は風邪とは異なる疾病であり、症状が自覚されなくても医療は継続しなければならない。そのような疾病の特徴をよく知るとともに受け入れることができるように支援することも必要であるが、時には再発や病状悪化という失敗を体験し、その中から自覚を喚起する可能性もある。一方的に医療を強制したり、非自発的な入院を脅しに用いることは望ましくないとされている。

4 犯罪者のリハビリテーションー自由刑を中心としてー

戦後の行刑の潮流は、①犯罪者の人道的処遇と、②科学的基礎に立った処遇の個別化であり、リハビリテーションモデルを目指す¹²と言われる。

自由刑は、受刑者の身柄を拘禁することによって執行されるので、権利・自由を制限するが、社会復帰処遇の観点に立ったとき、「受刑者の改善更生を図るための行政施策であり、受刑者の権利・自由を直接の目的とするものではない」¹³とされ、「改善・更生」が権利・自由の制限になり得る正当化事由として、侵害原理、保護原理、道徳原理の三者のうち、侵害原理によってのみ、すなわち「再犯の防止のため」以外の理由によってのみ行われ、保護原理、道徳原理によらなければ説明ができないような内容の処遇を強いることは「過剰矯正」であり避けなければならない¹⁴とされる。

しかし、2003年3月に発足した行刑改革会議の提言（2003年12月24日）でも、「改善更生及び円滑な社会復帰を図るために、①受刑者の権利義務及び職員の権限を法律上明確にする、②受刑者が職員との人間的対話を通じて自発的に規律を遵守している状態を理想的な規律の在り方として目指す」と

述べられ、「高く評価される方向性」¹⁵ではあるが、理念にはいまだ到達していないことを物語っている。日本の刑務所と諸外国の刑務所を視察し、「日本の刑務所では受刑者が能面のような顔をして全く表情がないのに比べ、海外の刑務所では受刑者が生き生きとしており、通常の人間の表情をしていることを発見した」¹⁶という行刑改革会議の提言が目指す方向に従って実現すれば、かなりの前進が見られるであろう。

また、リハビリテーションの過程は自由刑執行後の社会内処遇にもある。わが国の更生保護は「世界に誇りえる制度」¹⁷として更生保護施設が紹介される。社会生活技能訓練 (Social Skills Training=SST) や自助グループ、心理療法を行っている更生保護施設がある一方でその多くは、財政面の乏しさや職員確保の困難さを抱えている。更生保護施設の利用者のうち7割が保護観察対象者であることから併せて考えると、保護司制度も、もわが国独自の歴史ある制度であるが、民間篤志家 (非常勤の国家公務員に位置づけられるが無報酬) の厚意に依存したものである。更生保護は、(それ自体は誇りえるものではあるが) 厚意に支えられたものである。すべての犯罪者がその恩恵に浴することはできないことも、いつまでも頼ることができないことも実情である。

行刑改革会議の提言で語られる「我々は、受刑者の人権を尊重し、改善更生や社会復帰を図るために施す処遇を充実させることに要するコストを無駄なものとは考えない。むしろ、今、必要不可欠なものである。」とする理由は、「受刑者が、真の意味での改善更生を遂げ、再び社会の担い手となるべく、人間としての自信と誇りをもって社会復帰することが、最終的には国民全体の利益となるものと考えからである」とのべられ、寛容さをアピールしている。しかし、それは「日本社会は、人口がどんどん減っており、かつ高齢化している。したがって、一度過ちを犯した人間も、もう一度社会の一員として役に立ってもらわなければ日本の社会に明日はない。」¹⁸という、「働くことはよいことだ、という価値観」¹⁹に支えられており、増加しつつある高齢受刑者や、何らかの疾病や障害をもつ受刑者などにも「人間としての自信と誇りをもって社会復帰」を積極的に進めることについての視点が欠けていると評価せざるを得ない。

5 他害行為を行った精神障害者のリハビリテーション

(1) 心神喪失者等医療観察法の限界

心神喪失者等医療観察法の対象となるのは、殺人や放火などの重大犯罪 (6 罪種) に該当する他害行為を行った者で、その行為時に心神喪失等の状態であったと判断され、公訴提起されない場合に、または裁判で心神喪失により無罪または心神耗弱により減刑され執行猶予等で身柄拘束されない場合に、検察官により地方裁判所に申し立てられた者 (被申立人) である。

心神喪失等であったと判断されない者はもとより、心神耗弱と判断され減刑されてもただちに自由刑が執行される者は通常の犯罪者と同様に処遇される。もっとも、刑確定後の精神障害の程度が重く、服役が困難な場合は医療刑務所で処遇されることになるが、医療刑務所は一般の刑務

所よりも医療設備や医療スタッフが多く配置されているものの、刑事施設であり収容定員が限られていることから、現時点では基本的に一般の刑務所での処遇を仮定してのべる。

一般の刑務所の中にも複数の医療重点施設が指定されており、医療刑務所ほどではないが、服役中に治療を受けることが可能であるし、医療重点施設ではない刑務所でも、受刑者の健康管理と疾病の治療は行われている。これら刑事施設での医療が一般社会の医療水準と比較して著しく乏しいという批判も、反論²⁰もあり検討に値すると考えられる²¹が、心神喪失者等医療観察法は、これを問題として立法されたわけではないことや、医療をはじめ矯正施設の実態を把握することが困難なことなどから、本稿ではその点を詳細に扱わない。

また、重大犯罪6罪種以外の他害行為を行った場合には、心神喪失等で公訴提起されなかったり、裁判で心神喪失により無罪判決や心神耗弱によりただちに自由刑が執行されない判決を得た者でも、従前と同様に検察官は精神保健福祉法第25条により、都道府県知事に通報する。通報された者は知事の命令で措置入院の要否を診察される（精神保健福祉法第28条）が、これは医療要否の診察ではない。もちろん専門医の行う診察であるから医療の要否についても言及されるが、検察官の通報と結びついた精神保健福祉法第28条が要求しているものではないので措置入院とならない限り無視されてしまうおそれが高い。また、措置入院の解除はすなわち退院とは限らず、やはり非自発的入院である医療保護入院や自発的入院、または通院医療を意味する場合が多い。措置入院解除後の精神医療には法的な強制力が弱いため、重大な他害行為を行った精神障害者の場合には問題があるとして、心神喪失者等医療観察法制定の根拠となった。他にも、犯罪とは無関係な精神障害者と一緒に処遇されるので贖罪についての視点が欠けてしまう、という点の問題が指摘されていた。したがって、心神喪失者等医療観察法においては、重大6罪種以外の他害行為は「例外」とされる。実際には、例外とされるケースの方が多いと考えられるため、心神喪失者等医療観察法は、他害行為を行った精神障害者のうち、精神障害についてより他害行為を重視した法律ということができ、従来からの検察官通報と医療の連携など、精神保健福祉法の問題点を指摘していても積極的な解決の姿勢は見られない。

被申立人となった、他害行為を行った精神障害者については、地方裁判所において、裁判官と医師各1名の合議体で処遇決定の審判が行われる。被申立人には弁護士である付添い人が付され、必要に応じて処遇に資するための精神鑑定が行われたり、精神保健福祉の専門家（精神保健福祉参与員）の意見を聴取することもある。処遇の内容は国公立精神科病院の一部を専門病棟として「指定入院医療機関」とし、そこでの入院による医学的治療を行い、行為の原因となった精神障害のために、再び同様の行為を惹起せず社会復帰が可能となれば退院が許可され、帰住地の近くの「指定通院医療機関（一般の精神医療機関）」へ通院するとともに保護観察所に置かれる「障害者社会復帰支援調整官」による精神保健保護観察に付されることになる。処遇に関してはまだ法施行前であるため予測ではあるが、指定入院医療機関への入院を経て精神保健保護観察に付さ

れることがモデルとして描かれているようである。しかし、最初から精神保健保護観察に付される場合も考慮されなければならない。入院治療中においては一般的な精神医療のほかに、贖罪意識を持たせる指導や被害者の心情を理解するような指導、自己統制の訓練なども盛り込むよう検討されており²²、刑務所のように懲役作業のような強制労働を強いる応報的なものではないものの、他害行為への意識を強化する処遇であると考えられる。身柄の拘束は、奇しくも刑務所に収容される刑を「自由刑」というにもかかわらず、措置入院が非自発的な入院であっても他害行為への反作用ではないと評価されるのだから、指定入院医療機関への入院そのものだけでは重大な他害行為を前提とした処遇選択としての特異性は主張できず、贖罪教育や内省を深める指導が盛り込まれてはじめて、従来からの措置入院など精神医療との違いを評価できるということになる。

犯罪とは関係のない精神障害者が多数入院や通院していることを鑑みれば、精神医療がたとえ非自発的な入院形態をメニューに含んでいても、そこに贖罪の要素を認めないことは賛同できる。しかし依然として、一般には罪となり得る他害行為を行い、心神喪失等により罪とならず検察官通報を経て措置入院する場合が残されている以上、その措置入院に残された意義は社会防衛的な隔離でしかないという事実も認めなければならない。これまでの心神喪失者等の処遇（検察官通報と措置入院）は、責任能力がない者を赦し医療を施すという美談ではなく、彼らを一人前に扱わず、「贖罪しなくていいから、社会に出てこないで」と、排除していたことが心神喪失者等医療観察法という別な途を示すことで明々白日のもとに晒される。このように観るなら、重度な精神障害者といえども贖罪の要素がない処遇を選びうる制度は、早期に撤廃されるべきであろう。仮に心神喪失者等医療観察法を肯定するとして具体的に述べるならば、措置入院の経路としての検察官通報の規定は削除し、精神障害者の、一般に罪となる行為については、刑罰か、心神喪失者等医療観察法の適用のどちらかで対処すべきである。

「精神保健保護観察」についても、まだ実際の運用がなされていないため、如何とも評価はできないが、「再入院の申し立て」を背景に障害者社会復帰支援調整官が通院状況をチェックするものである。この制度が、非自発的な入院を盾とした通院治療の強制として働くとするれば、精神障害者のリハビリテーションのあり方とは相容れない。また、保護原理に基づくとしても、犯罪者のリハビリテーションのあり方として過剰なものとして問題がある。さらに、ただ医療の継続を見守り支援するだけで、精神保健福祉で現在実施されている制度は計画されていないことも、精神障害者の社会復帰を考えると、単に医療の対象としてのみ捉えているという点において時代遅れである。医療を継続していれば、その他の福祉サービスは医療サイドから提供されることが当然であるが、真に社会復帰を支援するならば、医療サイドの取り組みをただ期待するだけでなく、障害者社会復帰支援調整官なりが、医療機関との連携を密にしてさまざまなサービスが受けられるように努めなければならない。このとき、法により強制的に通院させている精神保健保護観察のシステムと、自己選択・自己決定を重視した精神保健福祉サービスの理念との間

に齟齬が生じるおそれもある考慮しなければならない。

また、精神保健保護観察は、原則3年間であり、さらに2年間延長可能であっても合計5年間である。精神障害者は殆どの場合、たとえ頻度は少なくとも終生通院を継続することが必要である。指定入院医療機関への入院は6月ごとの審査はあるものの無期限といってもよいのに、地域精神医療が推進されている今日、精神保健保護観察が5年を上限としている理由は何であろうか。無期懲役囚が仮出獄した場合など恩赦を受けなければ生涯保護観察に付されるが、それ以外での保護観察はいずれ終期が決まっているものであるから精神保健保護観察も終期があり、5年もあれば自発的な精神医療ユーザーとして自立できるはずであるという意味であろうか。あるいは生涯続く病気の通院につきあうのは5年が限度ということであろうか。前者の理由が正しいようではある²³が、その説明には説得力が乏しく、心神喪失者等医療観察法の旗印とする「社会復帰」の内容は精神医療福祉の一般認識とは異なるのではないかという疑問を生じかねない。心神喪失者等医療観察立法過程では、「社会復帰を促進することを目的とした精神保健保護観察と犯罪者の改善更生促すことを目的とする保護観察とは本質的に異なる」と説明され²⁴ているが、「本質」においてこそ従来からの犯罪者の保護観察との区別は困難であると考えられる。「社会復帰」は、声高に強調されるよりも具体的にのべられることが必要である。

(2) 社会復帰を促進するための課題

精神障害者は多くの場合、疾患の治癒しないままに社会に受け入れられなければ社会復帰は成就しない。最低限度達成すべき条件は、自発的に医療を継続することができるということになる。他害行為を行った者もまた、どのような言葉をもって謝罪しても、どれほどの経済的弁済を行ってもその被害を完全に回復することはできない過去を持ったままに社会に受け入れられなければならない。それでも、謝罪の姿勢を示すことが被害者や、殺人事件の被害者遺族にとっては癒しとなる。²⁵

これらの課題を同じ者が併せて持つ場合、心神喪失者等医療観察法の内容は、謝罪という観点に欠けるものである。また、一部の者のみを対象者とすることや、心神喪失等であるかの判断が困難であること、社会復帰のあるべき姿がほとんど描かれていないことなどの問題を有する。法施行が秒読みになった2004年3月の段階でも、全国に24箇所設置されるはずの「指定入院医療機関」が関東と九州の2箇所しか内定していない²⁶ことは、改まって「重大な他害行為をした心神喪失者等への社会復帰を促進する医療」を求められた厚生労働省（の管轄である精神病院）の戸惑いが窺われる。また、精神障害者であっても、自らの行為がもたらした結果を知ったとき、「謝罪したい」「償いたい」という願いを持ち、精神障害者の家族からも裁判や刑罰の対象とすべきであると述べられている²⁷ことから、精神障害でない人と同様な手続きを踏むことを前提とした配慮が求められる。

具体的には、拘禁されていても専門的な医療が受けられるよう保障することや、自殺防止、症状や能力低下が著しい場合の日課や作業内容の緩和²⁸などである。これらのうち特に医療に関しては、行刑改革会議によって、刑務所では被収容者の医療需要に十分に応じられていない場合があることを確認し、外部の病院や医師会と連携協力し、移送先病院を確保することや矯正医療センターを設立し、薬物中毒後遺症患者のうち重篤な者を集めて専門的かつ集中的な治療及び教育を行うことなど「実現すれば望ましい提言はなされたが、根本的な医療の所管の問題を抜きにして抜本的な改善が可能かどうか疑問である」²⁹と指摘されており、問題のある現状と夢のような提言との距離を克服することが強く望まれる。犯罪者処遇の基本的な場である刑務所の医療が不十分であることを解決しないまま、一部の者だけに全額国費で特別な医療・社会復帰処遇を提供しようとする心神喪失者等医療観察法に理解を得ることは困難ではなかろうか。

1980年8月19日に発生した新宿駅西口バス放火事件³⁰の被告人は、長引く裁判の中で、責任無能力の抗弁を続けていた弁護人を遮り、謝罪したいという願いを述べたと伝えられる。³¹ 本件は一番で心神耗弱を認め無期懲役判決となり、検察は控訴したが一審判決が維持され確定した。

(しかし、服役中の刑務所で縊首による自殺を遂げたこともあり、「被告人」とよぶ。なお、心神耗弱を認めた無期懲役判決には批判も多い。)

被告人は、事件以前には簡易宿泊所を転々としつつ土木作業に従事していた。事件時は盆休みの時期であり、日雇い労働者であった被告人はいったん解雇されていたが、数日後には同じ工務店で再雇用される約束を得ており、そのことは被告人も期待していた。裁判では、不合理な弁解にすぎないと評価されたが、犯行に用いたガソリンは再雇用されるときに持参する手土産に購入したと供述している。愚直な勤労生活からは、一般に過酷であるといわれる刑務所での生活が特別過酷であったとは考え難く、自ら謝罪したいと希望した被告人が服役中に自殺を遂げた理由を見出すことは難しいが、長期刑の受刑者が将来を見失うことも稀ではないと考えられる。

被告人には離婚した妻（入院中）との間に子どもが居り、男手だけで養育できないため施設に預けていた。預けた理由には経済的なこともあるが、多くはない収入の中から事件までの約7年間で60万円の仕送りを行っていた。施設はそのような高額な仕送りは求めておらず、被告人の責任感からのみ送り続けたものである。子どものことだけでなく、さまざまな人生の困難に自責の念を抱き、何とか自分にできることはしなければと考えてきた被告人は、刑務所での生活に励む贖罪と、いずれ仮出獄してなお果たす責任について思い及ぶことも可能であったと考えられる。

被告人は20名の被害者（そのうち6名は本件によって死亡）や遺族、そしてバス会社に対して、何ら経済的な慰謝ないし損害賠償は行っていない。その点については量刑理由の中でも被告人の情状のマイナス評価として触れられている。被告人にはもちろんそのような賠償の能力はなく、被告人の親族にも困難なことであろうと考えられる。子どもへの仕送りを具体例として考えると、経済的に逼迫し公費に依存せざるを得なかったからこそ、何とか少しでも自分で働いて支払い

いという被告人の姿勢を窺うことができる。したがって、莫大な被害賠償の責務が、精神的に脆い被告人の重圧となったことも考え得る。

経済的な賠償について、犯罪被害者を支援する立場からは犯罪被害者給付金の適用を促進し、かつその「給付金の額はもっと引き上げるべきで、被害者救済のためのきめこまやかな対策も必要で、たとえば、加害者に賠償能力がないなら示談不成立ということで情状が不利となり、そのぶん刑が加重される」³²という提案もなされており一考に価する。

一方でこの提案者は「こうした制度は運用の仕方によっては被害者を擁護するようであり、逆に犯罪防止を妨げることにもなりかねない。犯罪の後始末を国家が請け負うことによって、加害者が国家に責任を転嫁してしまうことにもなりかねない」³³とものべている。先に紹介した提案の中で賠償能力がなく犯罪被害者給付金を適用する場合は刑が加重されることも提案しているのであるから、加害者が国家に責任転嫁して犯罪抑止効果が下がるというのは杞憂の感がある。また、犯罪被害者給付金の額が少額にすぎないことは周知のことであるうえ、仮に加害者に莫大な金銭的賠償能力があったとしても、犯罪被害を金銭的対価で完全に填補することはできない。最低保障される賠償が犯罪被害者給付金でも止むを得ないということには批判もあろうが、人間社会における人間による過ちの結果生じた損失の修復は金銭のみではできないということ、被害者に対しても加害者に対しても強調し、加害者に償いの余地を残しておくべきことを述べたい。

服役を続ければ償いになるというわけではないが、精神障害者であっても、罪を意識した日々の中で、社会での生活を再建する努力を涵養する処遇が望ましく、また、社会復帰という目的からは自殺防止にも配慮が必要である。刑事施設での自殺防止対策は監視監督の強化と、さらに自殺のおそれが極めて高い場合には独居拘禁や刃物の使用など物理的な拘束を行うものである。医療の場では物理的拘束は人権侵害であるとの批判から、現在は禁止されているが、精神病院においてのみ「医療または保護に欠くことのできない限度において」拘束することが認められ³⁴ている。刑事施設での自殺防止措置は対象が精神障害者に限定されていないのに、精神病院でのみ認められる例外がこのような点で一致することは皮肉である。刑事施設に収容されている者は、精神障害者であるか否かに関わらず、精神病院に入院中の精神障害者が時として陥る心理的危機状態のリスクを有しているということであろうか。そうであるならば、精神病院における物理的拘束が、説得や励ましなどの心理療法的アプローチを併行し積極的な早期解除に勤めるように運用されているのだから、この運用を刑事施設でも活用すべきである。

出獄後の生活についても、一般の受刑者と同様の課題とともに、医療の継続が付け加えられる。

現在、精神障害受刑者の出獄後の医療継続に関しては、精神保健福祉法第26条による「矯正施設長の通報」制度しかない。これは同法第25条の検察官の通報と同様、都道府県知事になされ、同法第28条によって措置入院の要否を診断されるものであり、検察官の通報制度と同じ問題を有する。しかし、いったん矯正施設で処遇されたのちの者が対象であるから、検察官の通報制度と

同じ問題であっても、医療の課題として、一般の精神障害者のリハビリテーションと同様の取り組みがなされるべきである。行為の結果が十分に認識されていれば医療継続への動機づけは強くなると考えられる。矯正施設長の通報に対して都道府県（知事）は、医療継続への紹介として受理し、必ず診察を受けさせることが必要である。仮出獄の場合は帰住地が未定ということはないが、満期出獄の場合で帰住地の確保が困難な場合、精神保健指定医は診察の結果、措置入院に該当しなくても、いったん医療保護入院または任意入院として病院で身柄を引き受け、より時間をかけた診療のうえ他の患者と同様に退院への支援がなされるよう努めるなど、積極的な姿勢が望まれる。

6 おわりに

筆者は心神喪失者等医療観察法について疑義を寄せるものではないが、同法の規定には疑義を持たれても不思議ではない部分もある³⁵とは考える。また、心神喪失者等医療観察法制定にコンセンサスを得るための旗印とされた「社会復帰」を真に考えるとき、やはり、「他害行為を行った精神障害者」は、正しくよばれ、正しく認識されるべきであると考ええる。

構成要件該当の違法な行為を故意に行っても、刑法39条によりその行為者が心神喪失者であった場合、有責でないとするため「犯罪」は成立しない。このような条件を、刑法41条により行為者が14歳に満たない少年であった場合も犯罪が成立せず、行為者を「触法少年」とよぶことから、浅田和茂教授³⁶が「触法精神障害者」とよぶことを提唱された。しかし、今日では限定責任能力を有する心神耗弱者も含めて用いられることが多い。

本稿では、心神喪失者だけでなく心神耗弱者、そして、心神喪失者や心神耗弱者に該当するかどうか不明な精神障害者も含めて「他害行為を行った精神障害者」と表現した。しかし、「他害」ということばは、精神保健福祉法の用語であり、この場合の他害には直接的な他者への危害のみならず、重大な迷惑行為等を含んでいるとされる³⁷ことから、適切な表現を用いたことにはならない。老若男女ともに罪を犯すことから、精神障害者が罪を犯すことも例外ではないと考えられるが、精神障害者の場合は心神喪失者となる場合もあるため、一概に「罪をおかした」とは表現できず、特別なよび方に要請があったことは理解に難くない。しかし、「罪となる行為」をしているのに「罪を犯した」あるいは「犯罪（者）」ということばが用いることができないことは、隔靴搔痒の感がある。被害者の立場であれば、それどころか納得できないことであろう。そして、特別なよび方をすることで（よび方以前に、心神喪失者という特別な扱いがあることで）精神障害者の他害行為は特別視される。³⁸筆者は、被害者の心情や、社会一般の誤解に配慮することからも、心神喪失者・心神耗弱者の規定は廃止すべきであると考ええる。その根拠として、筆者はかねてより裁判所の心神喪失・心神耗弱を判断する基準、その資料となる精神鑑定ともに限界があり、厳密に正確な判断をすることはできないことを指摘してきた。

心神喪失・心神耗弱の規定をなくした場合、「罪となる行為」をした精神障害者が実刑判決を受けても服役できるのか、そして治療は受けることができるのか、という疑問が生じる。しかしながら、服役中に精神疾患を発病した者は一部の重症者が刑の執行停止により一般の病院で入院治療を受ける以外は、そのまま一般刑務所で、あるいは一般刑務所の医療重点施設や医療刑務所で服役を続けている。服役できるのかという疑問にも、治療が受けられるのかという疑問にも、当然、可能であると応じることのできる体制がなければならない。また、可能であるためにも、「他害行為を行った精神障害者」は、「触法精神障害者」を含めて、そのような特別なよび方ではなく、『精神障害者』でありかつ『罪を犯した』と明瞭に、『現実』の言葉でよばれることが必要であろう。処遇する側は受刑者が『精神障害者』であるという認識を確かに持つことで、服役させかつ治療の機会を与えるという目標が設定でき、処遇される側にとっても『罪を犯した』ということを自覚することが服役や治療の動機を高いものとすることができるからである。

心神喪失者等は精神障害者であることと、重大な他害行為をしたことの二重のハンディキャップを負っているともいわれる³⁹が、そう評価するならばこそ、事実を曖昧にしてハンディキャップを分散することは、曖昧で分散した援助しか提供できないことを指摘したい。身体障害者あるいは身体疾患の犯罪者も受刑者もいることから、精神障害者の場合だけが二重のハンディキャップを負う者であるとし、その課題について個々に対処する必然は認められない。ハンディキャップは数や量ではなく質であり重さである。また他者との比較ではなく、すべての人にとって、それぞれに与えられた重さがその人にとっての最大の重さであるという意識がなければ、人はきちんと自らの課題に向き合うことができず、社会復帰の促進は困難となることを警告したい。

¹ 中山研一：「心神喪失者処遇法案の国会審議過程の分析（一）－第154回国会の審議とその検討－」、判例時報1808、3頁、2003。

² 白木功：「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」の概要について、現代刑事法5(11)、56頁、2003。

³ 白木功：「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」の概要等、ジュリスト1256、56頁、2003。

⁴ 中山研一：二つの顔を持った心神喪失等医療観察法律、法学セミナー590、56頁、2004。

⁵ 筆者は以前、老人保健施設（現在の介護型老人保健施設）において、入所を希望する高齢者やその家族に対し相談援助業務を行っていたが、高齢者やその家族が施設に望むことの多くが「リハビリ」であり、具体的にその内容を述べることができる者（たとえば、「歩けるようになってひとりで用便に行きたい」など）もあるが、圧倒的多数の者が具体的には述べるができなかった。

しかし、具体的に述べるできない者ほど、施設内の参観をしてもらうと、そこで生活をす

るにもかかわらず、居住条件よりも運動機能訓練器具の多寡に関心を示し、中には身体的運動機能に殆ど障害がない者（そのような高齢者が老人保健施設で取り組むべき課題は、痴呆や気分障害などの精神障害や、それに起因する生活の質の低下を防ぐことである）や、その家族が、運動機能訓練器具の乏しさに不満や不安を訴えた。彼らの中には「高齢者なので、いつ運動機能の低下が生じるかもわからないので運動訓練を希望する」という理由を述べる者もあるが、多くは観念的に専門施設には各種器具が備えられており、運動訓練を行うことが「リハビリ」であり、それが高齢者に最適のサービスであると認識していた。（臨床実務では、痴呆高齢者に対して、生半可に運動訓練を施すことによって、徘徊の結果、骨折に結びつく転倒や、迷子などの問題を生じることがあり、一律に「歩ける」ことを重視した運動機能訓練を行っているわけではない）

- ⁶ 糸賀一雄『福祉の思想』。日本放送出版協会、1968。177頁。
- ⁷ 拙稿：構造の外で- 治療関係ではない関わりの可能性と危険性-。精神科治療学8(11)。1359頁、1993。
- ⁸ 向谷地悦子：そのまんまがいいみたい。『べてるの家の「非」援助理論』。医学書院、2002。166頁。
- ⁹ 精神保健福祉法第50条の2に掲げられる精神障害者社会復帰施設として、一、精神障害者生活訓練施設、二、精神障害者授産施設、三、精神障害者福祉ホーム、四、精神障害者福祉工場、五、精神障害者地域生活推進センター、がある。
- ¹⁰ 社会保障審議会障害者部会精神障害分会報告書（平成14年12月19日。厚生労働省）
- ¹¹ 2002年度から市町村単位で開始された事業は、一、精神障害者地域生活支援事業として、グループホームや公営住宅の確保と相談支援、二、精神障害者居宅介護等として、ホームヘルプサービス、三、精神障害者短期入所事業として、社会復帰施設への短期入所（ショートステイサービス）、がある。
- ¹² 前田雅英：日本型刑事司法の行方。刑政109(9)。20頁、1998。
- ¹³ 古田修一：行刑施設における社会復帰理念の具体化。刑政109(7)。17頁、1998。
- ¹⁴ 古田：前掲論文。18頁。
- ¹⁵ 村井敏邦：学者の見た行刑改革会議の提言。自由と正義55(4)。45頁、2004。
- ¹⁶ 久保井一匡：21世紀にふさわしい刑務所を目指して- 行刑改革会議に参加して-。自由と正義55(4)。53頁、2004。
- ¹⁷ 藤本哲也：社会の懸け橋としての更生保護施設。戸籍時報513。64頁、2000。
- ¹⁸ 久保井：前掲論文。54頁。
- ¹⁹ 栗屋剛：臓器移植とヒト革命- 文明としての医療テクノロジー-。神山有史[編]『生命倫理学講義- 医学・医療に何が問われているか-』。日本評論社、1998。80頁。では、このような価値観は産業革命以後、世界中で共有されているが、日本の刑罰では破廉恥罪に懲役刑、政治犯や過失犯には禁錮刑という区別があることの理由として説明されている。

また、この価値観がテクノロジーを発展させ、脳死体をはじめ死体の「徹底利用」「人体部品化」

につながることをのべている。

²⁰ 林浩二〔編著〕『司法精神医学研究- 精神鑑定と矯正医療』、新興医学出版社、2001。など

²¹ 日本矯正医学会においては、毎年1度の総会で矯正施設での積極的な医療への取り組みが数多く報告され、その抄録が学会機関誌『矯正医療』が掲載されているほか、同誌に研究や実践の成果が原著論文としても報告されている。これらからは矯正施設の医療を単に「乏しい」と批判したり、ましてや矯正施設が無医村に等しい状態であるとして、矯正施設外部の一般医療機関や、「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」による「指定入院医療機関（一般精神医療機関の一部に併設されるだけであるが）」のみを肯定する姿勢は容認できない。

²² 三好圭：医療を中心に、ジュリスト増刊「精神医療と心神喪失者等医療観察法」、35頁、2004。では、「指定入院医療機関における医療の目的」として「・個々の対象者について、他害行為の問題を認識し、自ら防止する力を高める。・様々な問題を前向きに解決する意欲や、社会で安定して生活する力を高める。・被害者に対する共感性を養う。」と整理されている。

²³ 白木功：審判手続を中心として、ジュリスト増刊「精神医療と心神喪失者等医療観察法」、24頁、2004。には、「通院期間に一定の上限を設けることとされた理由」として、「3年間にわたって、その病状等が悪化することも問題行動を起こすこともなかった場合には、すでに本法の目的である社会復帰が達成されていると考えられる」「その上、無期限に本法による処遇の対象としておくことは、かえってその円滑な社会復帰に支障を来すことも懸念される」と、2つが説明されているが、この説明によると、「社会復帰」の概念が、心神喪失者等医療観察法がめざすもの（理由の1つ目）と、一般的なもの（理由の2つ目）とで異なることに配慮しなければならず、心神喪失者等医療観察法の目的として明確でなくなる。また、1つ目の理由は、2年延長しなければならなかった者の上限5年については説得力が乏しい。

²⁴ 中山研一：心神喪失者処遇法案の国会審議過程の分析・続＝続（一）－第156回国会参議院の質疑とその検討－、判例時報1847、5頁、2004。においては、この説明は「犯罪者にも社会復帰の側面があることが見過ごされ、他方では、精神障害者にも『監視』の機能が及ぶおそれがあるというジレンマを避けたいように思われる」とコメントされている。

²⁵ 原田正治：弟を殺した加害者と僕、現代思想32(3)、64頁、2004。および、坂上香：死刑の執行によって断ち切られた癒しのプロセス、季刊刑事弁護37、92頁、2004。では、いずれも犯罪被害者遺族の原田氏が、加害者（死刑囚・2001.12.21執行）に面会し、直に謝罪されたことは100通を超える加害者からの手紙よりも大きな影響を受けたとして「許してはいないが、癒された」と述べている。原田氏は、4回の面会を経て、もっと加害者と交流する時間が欲しいと希望し、法務大臣に刑執行を延期して欲しいと求めたが、その直後に執行命令が出された。

²⁶ 斉藤環：触法精神障害者の処遇についてタブーなき議論を、中央公論1440、38頁、2004。

²⁷ 滝沢武久『精神障害者の事件と犯罪』、中央法規、2004。88頁。では、「個人的には刑法を改正して、

『心神喪失者の行為は罰しない』ではなく『心神喪失者・心神耗弱者の行為は、その刑を減軽する』とすべきであると考える」と述べられ、日垣隆『そして殺人者は野に放たれる』。新潮社、2004. 71頁。では、「何人も、故意に基づく凶悪犯罪に対して、責任と刑罰を免れるべきではない。傷害や殺人事件が明らかに病のみを原因とする過失であるならば、まさに過失犯として裁けばよい。裁判に耐えられないほど重篤な病に罹患している被告に限って、現行どおり強制入院を命じれば足りる。したがって刑法39条1項は、即刻廃止するのが人道的である」と述べられている。

両著者とも兄に精神障害者を持つが、滝沢氏は精神科ソーシャルワーカーの経歴を有し、日垣氏は少年犯罪の被害者遺族でもあるためか、到達点は異なるものの、精神障害者といえども裁判や刑罰の対象とすべきであるという点では共通する。

- ²⁸ 秋次政伸：精神障害受刑者の処遇に携わって（B級処遇からM級処遇へ）。刑政115(2)．94頁，2004．では、「B級受刑者は、受刑生活中の処遇緩和をねらって駆け引きする者も多かったが、驚いたことに精神障害受刑者には、自身の身体的及び精神的疾患を理由に処遇上の緩和を訴える者はほとんどいない」と述べられている。

精神障害受刑者は処遇の緩和を望むわけではないが、実際には刑務所の規律違反に該当するような言動をしたり、作業が十分にできないなどの問題を有しており、これらを懲罰の対象としていても、問題は改善せず、処遇も進まないのが配慮が必要であろう。

- ²⁹ 海渡雄一：刑務所医療と刑務所の人的・物的体制の整備について。自由と正義55(4)．39頁，2004．

- ³⁰ 東京地裁昭55（合）第354号、建造物等以外放火、殺人、同未遂被告事件。判例タイムズ526. 103頁。（1984.7.15）

- ³¹ 赤坂憲雄『排除の現象学』。筑摩書房、1991. 217頁。では、新宿駅西口バス放火事件について、弁護人が心神喪失を強調する一方で、被告人は判決の行方にほとんど関心を示さず、最終弁論において弁護人が「被告人は『福祉（の職員）に迫害される』という妄想に追い詰められて犯行に及んだ」という無罪弁論書の朗読を「福祉の悪口は言えない」と拒否し、被害者の遺族をふくめた世間にむけて「おわびさしてください」と訴えたことが記載されている。同書中、弁論書朗読拒否については、1984年2月27日の朝日新聞によるとされているが、「おわびさしてください」という発言については出典が明らかではない。

しかしながら、被害車両に乗り合わせて大怪我をした女性の手記（杉原美津子『生きてみたい、もう一度』。文芸春秋社、1987.）においては、義務教育も十分に受けることができず、知的障害で精神分裂病（統合失調症）と診断されたこともある被告人が、未決拘留中、「いたかったでしょう。あつかったでしょう。ゆるしてください。」とたどたどしく綴った書簡が紹介されている。

赤坂氏の前掲書は、1964年に発生したライシャワー駐日アメリカ大使傷害事件の被疑者少年が、起訴前鑑定で心神喪失とされ、公開の法廷に立つこともなく精神病院に送られたことは、当時の日米関係に波紋を来すことを避けた政策的意図さえ窺えると指摘し、「一人の人間が心神喪失者と名

付けられ、自身の行為・身振り・発語の主体の座から逐われることは、人道主義的なものであるどころか、かぎりなく残酷な処遇であるとおもわれる」と述べている。そして、バス放火事件被告人の場合を比較し、「裁判がどれほどフィクショナルな、限界や欺瞞にみちた制度であろうとも、一人の犯罪者がみずからのなした行為を主体を賭けてひきうけ、法制度のレベルではなく、いわば存在論的なレベルにおける責任をとるための機会を、可能性としてあたえられることは、たぶん幸福なことであるにちがいない」と述べている。

なお本件バス放火事件は、判例タイムズ526, 103頁。(1984. 7. 15) によれば、昭和59年4月24日、東京地裁において「心神耗弱・無期懲役」の判決をくだされる。また、赤坂氏が新聞記事から引用した朗読拒否の対象となった弁論が記載されている。(ということは、朗読されたということになるだろう)

³² 小田晋『人はなぜ犯罪を犯すのか』。はまの出版, 1994. 216頁。

³³ 小田：前掲書, 216頁。

³⁴ 精神保健福祉法第36条において「精神病院の管理者は、入院中の者につき、医療又は保護に欠くことのできない限度において、その行動について必要な制限を行うことができる」と規定されている。その具体的内容については、たとえば、浅井邦彦：精神病院の処遇、ジュリスト増刊「精神医療と心神喪失者等医療観察法」、151頁, 2004. において挙げられる、「隔離（個室施設）」と「身体拘束」であるが、目的は懲罰的なものではない。

³⁵ 白木功：「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」の概要について、現代刑事法5(11), 60頁, 2003. には、重大6犯罪で心神喪失等であっても、審判手続きの端緒となる「検察官の申し立て（第33条1項）」が、必要ない場合として、①本法律による医療を受けさせる必要が明らかでない認められる場合（例えば一時的な大量のアルコール摂取による複雑酩酊など）、②対象者が刑または保護処分の執行のため刑事施設や少年院に収容されている場合（例えば収容中に施設内で事件を起こした場合など）、③対象者が刑等の執行のため刑務所等に新たに収容されるとき（心神喪失等と判断された事件以外の事件により収監される場合）、④対象者が外国人であって出国した場合、⑤傷害の行為が軽い場合、の5点が挙げられているが、②③④については重大事件を起こした精神障害者に「治療を与え社会復帰を支援する」よりも、とにかく社会や国内に「居なければ構わない」という姿勢が優先しているように窺える。

³⁶ 浅田和茂：触法精神障害者に関する手続きと精神鑑定の役割、ジュリスト772, 50頁, 1982.

³⁷ 斉藤正彦：精神医療における自由と強制(2)、ジュリスト増刊「精神医療と心神喪失者等医療観察法」、144頁, 2004.

³⁸ 日垣。前掲書, 54頁。では、「精神障害犯罪者を特別視しているのは、世論ではなく、刑法39条1項なのだ。」と述べられている。

³⁹ 中山研一：心神喪失者処遇法案の国会審議過程の分析・続＝続（二）－第156回国会参議院の質疑

とその検討一、判例時報1848、7頁、2004、で取り上げている森山法相の発言、およびこれを法制定後も踏襲した、白木功：審判手続を中心として、ジュリスト増刊「精神医療と心神喪失者等医療観察法」、14頁、2004、など。