

精神障害と犯罪——司法精神医療の現場から

田口寿子



田口寿子氏

ただ今ご紹介いただきました国立精神・神経医療センター病院の田口と申します。よろしく願いいたします。

はじめに

まず講演の趣旨について、お話しさせていただきます。重大犯罪による逮捕者に精神科治療歴があると報道されるたびに、精神障害者への偏見が助長される現実があります。そのため、「精神障害」と「犯罪」という二つの単語を並べること自体を躊躇するほど、このテーマについて語ることは難しいと感じております。しかし、不幸にして精神障害になり、さらに不幸にして犯罪を起こしてしまった精神障害者は、何重ものハンディキャップを背負って困難な人生を生きています。その現状を多くの人に知っていただくことは、精神障害による犯罪を防止できる社会を構築していくため

にも重要なことではないかと考え、本日、敢えて「精神障害と犯罪」というテーマについて、司法精神医療の現場で直接関わっている立場から報告させていただきたいと思えます。

本日の講演の内容は以下のとおりです。

1. なぜ精神障害によって犯罪が起こるのか？
2. 刑事責任能力と精神鑑定
3. 司法精神医療——重大な他害行為を行った精神障害者に対する専門治療

いずれも私自身の、司法精神医療を専門とする医師としての体験に基づいたものです。この順序でお話を進めて行きたいと思えます。

1. なぜ精神障害によって犯罪が起こるのか？

まずフロアの皆さまにお尋ねしたいのですが、精神障害による犯罪は多いだろうとお感じになっている方はどのくらいいらっしゃいますでしょうか？ 挙手していただいた方、ありがとうございます。

では、統計的にどうかということを見ていきたいと思えます。平成に入ってから刑法犯全体に占める精神障害者の比率の推移を示した犯罪白書の統計を見ますと、犯罪全体に占める割合は決して多くはありません。先ほど、アメリカのデータでは3%ということでしたけれども、日本では長い間、1%以下で推移しておりました。近年は徐々に上昇傾向で、平成27(2015)年には1.7%までになっていますが、これは、最近になって精神障害による犯罪が増加しているためではなく、一般の検挙人員数、すなわち分母の方が減少傾向にあるためではないかと考えます。ところが、殺人と放火に限ってみますと、精神障害者の比率は10%を超えており、放火では年によっては20%以上という高い比率になっています。従って、精神障害による犯罪は多いか？ という問いの答えは、どのような犯罪なのかということ特定しなければ、イエスともノーとも言えないということになります。

ではなぜ、精神障害によって犯罪が起こるのでしょうか？ まず皆さまに典型例と言える事例をお示ししてから、説明したいと思えます。最初は統合失調症の事例です。統合失調症は、だいたいどの国、どの文化圏でも、100人に1人の割合でかかる頻度の高い病気のため、精神科医が治療することが一番多い精神疾患で、精神鑑定や司法精神医療の現場でも統合失調症の方に遭遇することが多いです。幻覚や妄想、または、

激しい興奮状態と身体の動きや思考が停止してしまう昏迷という状態とが交互に繰り返される緊張病という症状などに強く影響されて、暴力的な犯罪が起こることがあります。これからお示しする事例は、私がこれまで経験した事例を取り混ぜて作った仮想事例です。

〔統合失調症の事例①〕

30歳代男性A。職場で「パソコンのデータを書き換えて周りの人が仕事を妨害している」などと言って（＝被害妄想）トラブルが多くなった。上司の勧めで精神科を受診し、統合失調症と診断されて服薬を開始した。しかしAは、「自分は精神病ではない」と服薬を嫌がり、通院しなくなった。徐々に一晩中寝ないで室内を歩き回ったり、大声を出したり、食事もとらずぼーっと立ち尽くしたりするようになった（＝緊張病症状）。両親は何度も病院を受診するように説得したが、Aは聞き入れなかった。

犯行当日、Aはリビングに来て、険しい表情でブツブツと独り言を言ったり、周囲をきょろきょろ見回したりしていた。その後、部屋に入ってきた父にいきなり「このサタンめ！」と怒鳴りつけ、拳で頭や顔を殴りつけ、倒れた父を足で蹴り続けて傷害を負わせた。精神鑑定時、Aは、「自分に呪いをかけているサタンが父と入れ替わっていた。あれは父ではない」と述べた（＝替え玉妄想）。

この事例では、被害妄想、先ほどいいました緊張病症状、それから替え玉妄想と言われる妄想が認められます。次の事例も統合失調症です。

〔統合失調症の事例②〕

20歳代男性B。学生の時、殺人事件のニュースを見て、犯人の姓が同級生のCと同じだったことで、「Cが何か関係しているのではないか」と不安を感じた（＝妄想着想）。その頃から不眠がちになり、人がぼそぼそと話をする声が聞こえるようになった（＝幻聴）。外出すると、CやCの仲間が自分をつけ回して監視している、殺人犯との関係に気づいた自分をCたちが殺そうとしていると感じるようになり（＝被害妄想）、徐々に自宅に閉じこもるようになった。両親、兄弟は心配したが、Bが何も言わないため、就職活動で疲れているのだらうと考えて、様子を見ていた。

犯行当日、「Bが〇〇している」「やっちゃえ」と話し合う声が聞こえ（＝幻聴）、Cたちが自宅近くまで来ていると思った。止めさせるために脅かそうと果物ナイフを持って家を出たところ、路上に立っていた体格の良い男性がCの仲間だと確信して（＝妄想知覚）恐怖を感じ、おもむろに果物ナイフで後ろから男性の背部を刺して、重傷を負わせた。

この事例では、妄想着想、幻聴、被害妄想、妄想知覚といった症状が認められます。

次にうつ病の事例を見てみます。うつ病になると、物の見方が極端に悲観的になり、現実をゆがんで受けとめたり、将来に対して絶望して死にたくなったりすることから、自殺が起こりやすいということが一般的に知られています。うつ病で自殺しようとする方に、子どもや高齢の親、病気の配偶者など自分が世話をしなければいけない家族がいる場合、その家族を道連れに自殺しようとして、殺人事件になることもあります。最近ようやく注目されるようになった産後のうつ病を取り上げてみました。

〔うつ病(産後うつ)の事例〕

30歳代女性D。真面目で温厚な性格。夫婦仲は円満だった。第一子を出産し、その誕生を家族全員で喜んでいたが、産後3週目より、気分の落ち込み、全身倦怠感、意欲低下、食欲不振、不眠が出現した。同じ頃からDは、子の鼻がつまる、手足がピクリと動くといった些細なことがらをすべて深刻に捉えて(=認知のゆがみ)頻繁に小児科を受診するようになった。医師から異常はないと言われても、Dはそれに納得できず、「この子は重症なのに、分かってもらえないのは自分がうまく説明できないからだ」「子どもを苦しみから救ってやれない自分は母親として失格だ」と思いつめ、不安、自責感、焦燥感を募らせた。

犯行当日(子は生後3か月)、鼻づまりのため口で息をしていた子を見て、Dは「これ以上辛い思いをさせないために、この子と一緒に死のう」と考え(=希死念慮)、夫に遺書を書いた後、子の首を絞めて殺害した。その後、包丁で自分の腹部を刺して自殺を企図した。

この事例には、気分の落ち込み、全身倦怠感、意欲や食欲の低下、不眠、自責感、現実や将来に対する過度に悲観的な見方——これを専門的には「認知のゆがみ」といいます——、また希死念慮、自殺企図といった、うつ病に典型的な症状が認められます。

次に知的障害の事例です。知的障害者は、ストレスに自分で対処することができないため、ストレスが高まった時に衝動的に犯罪を起こしてしまうことがあります。内容としては、万引き、放火、わいせつ行為など単純な方法でできるもの、欲求や衝動を満たそうとする目的のものが多く傾向があります。

〔知的障害の事例〕

40歳代男性E。IQ55の軽度知的障害があり、おっとりした性格で、小・中学校時代、勉強ができず、いじめを受けることが多かった。一度いじめた相手の持ち物を盗んで自宅の

庭で燃やしたことがあり、その時に「すーっと気持ちが楽になった」という経験をした。

中学卒業後、工場、パチンコ店などで働いたが、仕事を覚えられず、どこも長続きしなかった。両親の叱責を機に家出し、元同僚の家や漫画喫茶などを転々とするようになった。その間、知り合いに唆されて空き巣や車上狙いをし、数回執行猶予判決を受けた。

犯行前は、居酒屋で知り合った女性宅に居候していたが、Eが何もせずブラブラしているために口論が増えた。犯行当日は、その女性に「私が帰ってくるまでに出て行って」と言われてかとなったEは、過去の体験を思い出して部屋にあった女性の服に火をつけたところ、それがカーテンなどに燃え移り、部屋を一部焼損した。

この事例には、他人からの影響の受けやすさ、衝動的、短絡的な思考・行動という知的障害に基づく特性が認められます。

こうした事例から、なぜ精神障害によって犯罪が起こるのかを整理してみます。まず精神障害の人たちは、病状が悪化すると、思考や行動が病気の症状（や障害特性）に強い影響を受けて、不安や恐怖、無力感、絶望感が強くなり、そのために非常に切迫した心理状態に陥ってしまいます。そしてその切迫した心理状態が病気の症状によるものだということに、本人も、また周囲の人たちも気づけない、あるいは分からない、ということがあります。まだ病院にかかっておらず、診断されていない人はもちろんですが、既に治療を受けていても、特に統合失調症の患者の中には、自分が病気であるという認識——これを病識といいます——を持ってない場合が多くあります。また、精神障害者の多くは孤立してしまいがちで、必要な支援を受けられない状況があります。それだけでなく、支援を求める行動をとることができないこと、知的障害の場合など障害特性によっては適切な対処方法を取ることができないことがあります。こうした様々な要因が重なることで、最初に申しましたように、不幸にして精神障害になった人が、さらに不幸にして犯罪行為を起こしてしまうのです。

いかがでしょうか。ここまで聞いて、精神障害者によって犯罪が起こされるということで「精神障害者は怖い」と思われるのでしょうか。それは本当に偏見で、事実として間違っています。精神障害者は怖い存在ではなく、むしろ一番怖い思いをしているのは精神障害者本人です。病状が悪い、障害のためにうまく社会で生きていけない、そういう状況に一人で必死に対応しようとした結果、犯罪に至ってしまう。それが精神障害者の現実だということを、ぜひ社会全体に理解していただきたいと思います。

2. 刑事責任能力と精神鑑定

次に、刑事責任能力と精神鑑定についてお話しいたします。

(1) 責任能力をめぐって

法学部関係者の方はよくご存じのことですが、ある行為が法律的に犯罪であるとされるには、三つの成立要件を満たしていることが必要です。第一には構成要件該当性で、その行為が刑法などの刑罰法規によって定められている行為に当てはまること。第二には違法性で、その行為が定められた法律に違反する程度であるかということ。そして第三には有責性で、その行為をしている人が責任能力、つまり法に適した行動をとることができる期待可能性があること、です。有責性の要件は「責任なくして刑罰なし」と言われるほど重要で、この責任主義は近代刑法の根本原則とされています。日本の刑法では39条に「心神喪失者の行為は、罰しない。心神耗弱者の行為は、その刑を減輕する。」と定められています。裁判所のwebサイト (http://www.courts.go.jp/saiban/qa_keizi/qa_keizi_21/index.html) では心神喪失(責任無能力)者について「精神障害のために、自分のしていることが善いことか悪いことかを判断したり、その能力に従って行動する能力のない人」と説明しています。このうち「自分のしていることが善いことか悪いことかを判断する能力」のことを弁識能力、弁識能力に従って行動する能力のことを制御能力といい、このどちらかあるいは両方が無いと判断されると心神喪失、著しく劣っていると判断されると心神耗弱と認定されます。

精神障害者による重大犯罪が起こるたびに、マスコミやネットで「刑法39条で免責するのはおかしい」という意見が出回ります。専門家の中でも、「精神障害者に刑事責任を問わないのは健常者と同様の社会参加を進めるノーマライゼーションの考え方にそぐわない」とか、「刑法39条は障害者への逆差別である」と考える人もいて、様々な意見があります。それでも、精神障害者には健常者と同じような刑事責任を問うことはできない、問うてはいけないと考える司法精神医学者、あるいは刑法学者たちは、精神病患者や知的障害者の社会的制裁に制限を加えるという「例外規定」が、近代刑法が制定される以前の古くからずっと、海外にもわが国にも存在していたことを指摘しています(松下正明『精神医学と法——マクノートン・ルールを例として』(司法精神医学1巻 司法精神医学概論) 中山書店, 2006年, 4頁; 中谷陽二『責任能力の現在——法と精神医学の交錯』金

剛出版, 2009年, 10-11頁)。

ヨーロッパでは, 古代ギリシャのプラトン『法律』, ヒポクラテス『集典』で精神疾患患者への社会的制裁の制限について言及され, 古代ローマの『ユスティニアヌス法典』では責任無能力の条件として「痴呆, 狂気, 愚鈍, 幼児」が列挙されています。近代になってから, フランスでは『ナポレオン刑法典』(1810年), イギリスでは「マクノートン・ルール」(1843年), ドイツでは『帝国刑法典』(1871年)で, 法的に責任無能力制度が整備されました。

わが国でも, 701年の『大宝律令』, 718年の『養老律令』が, 漢・唐の「律」の思想をそのまま受け入れて, 年少者, 高齢者, 身体障害者の他, 「癡」(重度知的障害), 「癲狂」(てんかんと精神病)に対する例外規定をも細かく定めています。時代を下って, 1742年, 江戸時代の『公事方御定書百箇条』にも「乱心者」と15歳未満の者の刑の減軽が定められています。このように, 精神障害者を含めた, 社会的弱者の刑事責任を減免するべきだという考えは, 古今東西のあらゆる社会に存在する極めて普遍的なものだといえます。刑法39条について議論する時に, この普遍性がいったい何に根ざしているのか, どこから来ているのかということ, われわれは深く考えていく必要があるのではないのでしょうか。

(2) 精神鑑定とは

続いて, 精神鑑定についてお話しいたします。刑事事件の被疑者・被告人に精神障害があるのではないか, そのために責任能力に問題があるのではないかと疑われる場合, 検察官, 裁判官は, 刑事訴訟法に基づいて, 専門家である精神科医に精神鑑定を委嘱・命令して, 専門知識の補助を得て, 責任能力を判断します。

責任能力の判断は, 精神科医である鑑定人が, (1)犯行時の精神障害の有無・程度——これを専門用語で「責任能力の生物学的要素」といいます——を精神医学的な診断によって判断します。そこから, (2)犯行に対して精神障害がどのように, どのくらい影響したか, あるいはしていなかったか, について説明をします。評価の仕方としては, 「影響なし／影響はあったが軽度／大きく影響／支配されていた」の四段階で行うのが一般的です。そしてこの(1)(2)をまとめて鑑定書として作成し, 検察官, 裁判官に説明・報告をします。検察官, 裁判官——裁判員裁判のケースでは裁判員を含めた裁判体——が, 鑑定結果(これが証拠の一つとなります)から, 犯行時の弁識能力, 制御能力の有無と程度——これを「責任能力の心理学的要素」といいます——を検討し

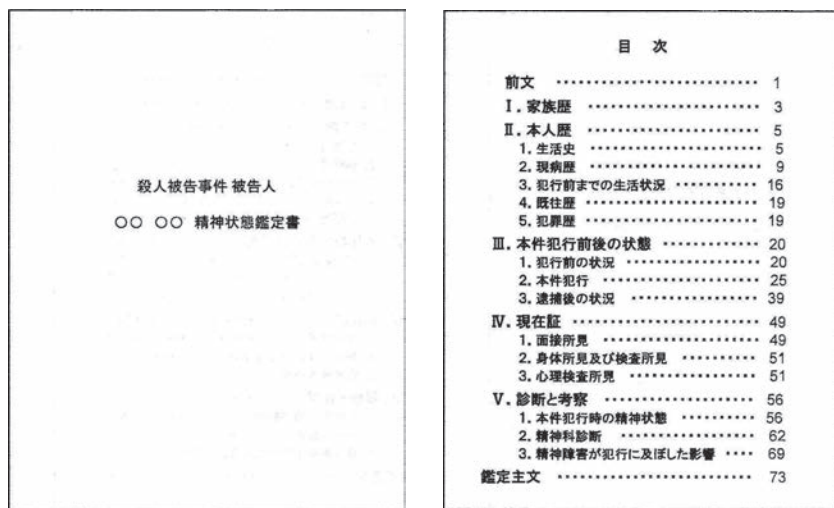
て、責任能力についての最終的な法的判断を行います。

刑事事件で行われる精神鑑定には、大きく分けて、起訴する前に検察官が依頼する起訴前鑑定と、起訴後に裁判官が命令する正式鑑定があります。このうち起訴前鑑定には簡易鑑定と嘱託鑑定があります。簡易鑑定は、任意捜査の一環として、被疑者の同意を得て1～2時間の面接により、精神障害のスクリーニングを行うものです。重症で、刑事責任が問えないことが明らかな精神障害の被疑者の場合、検察官が早い段階で心神喪失・耗弱と判断して不起訴あるいは起訴猶予処分にし、迅速に措置入院などの精神科治療を導入することができるというメリットがあります。慎重に判断する必要がある場合には、嘱託鑑定となります。これは、刑事訴訟法223条に基づくもので、数か月かけて詳細な面接、検査を行って精神科診断、犯行への精神障害の影響を検討するものです。起訴後に行われる裁判官の命令による正式鑑定も、内容としては嘱託鑑定と同じもので、公判鑑定(刑事訴訟法165条に基づき裁判官が命令する鑑定で、起訴前嘱託鑑定と同様、数か月かけて実施される)、50条鑑定(裁判員裁判対象事件では、裁判員法50条により、公判前整理手続(公判前)の段階で鑑定を実施できる)があります。検察官がいったん起訴できるとした事例を対象とするため、公判での鑑定の方が鑑定人にとってはより判断が難しいケースが多いと感じています。

(3) 精神鑑定の実務と鑑定人に求められるもの

では実際に精神鑑定はどのように行われているのでしょうか。われわれが鑑定を受託すると、裁判所の場合には宣誓をして、どこで鑑定をするか、どれくらいの期間で行うかといったことが決まります。そして、一件書類という捜査資料あるいは公判資料も含めた書類のコピーを送ってもらうところから情報収集の段階が始まります。大きな事件ですと、段ボール箱が幾つも送られてくるほど、一件書類は膨大なものになります。それを全て読み込んで犯罪事実、犯行当時の状況、あるいは(取調べの中で得られた)被疑者・被告人の生活歴・現病歴や被疑者・被告人の供述といった全体を把握します。そうした予備知識を得たうえで、拘留されている被疑者・被告人と面接するのですが、警察署や拘置所に何回も出向いて、トータルで最低でも10時間以上は本人の話を聞きます。さらに身体的検査、心理検査を実施して客観的なデータを集めたり、家族、時には他の関係者とも面談したりすることで、第三者からの情報も得るようにします。このように精神鑑定では、どのような情報を得たらよいかを理解して、それをきちんと入手することができる情報収集能力が求められます。

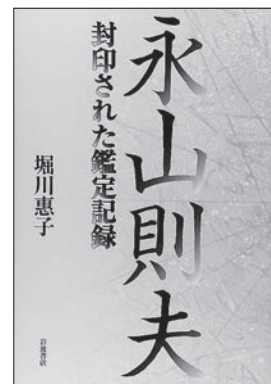
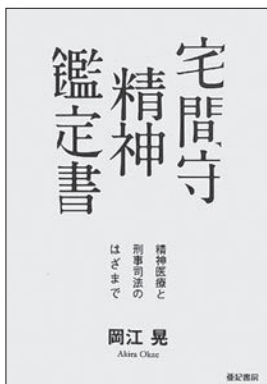
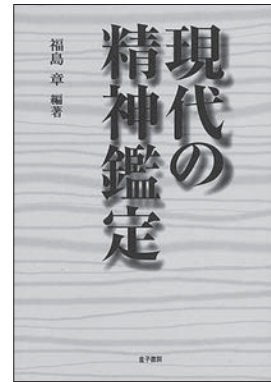
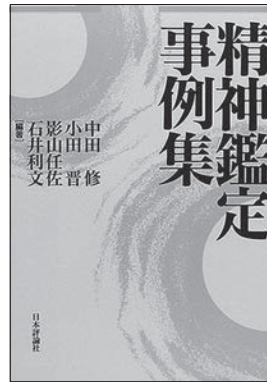
必要な情報を集めた後、鑑定書を作成します。まず、家族歴、生活歴、現病歴（病気になってからの経緯）、犯罪歴、既往歴（身体的な疾患も含めて）、犯行前後の状況や精神状態など、被疑者・被告人の過去の経緯、これまでの人生に関する総合的・全体的な情報、現在症（面接、検査に基づく現在の精神状態の評価）など、こうした鑑定の中で得られた情報をすべて順番に書いていきます。そこから、犯行当時の精神状態について検討して精神科診断を行い、精神障害と犯行との関係についての考察をして、それらの結論を最後に鑑定主文としてまとめる、という作業になります。情報収集から鑑定書作成までに何か月もの時間がかかり、大変な作業です。鑑定書の作成には、精神科医としての診断能力はもちろんのこと、精神医学の素人である法曹の方たちにも理解できるように書かなければならないため、プレゼンテーション能力といったものも必要になります。参考までに、私が書いた最も詳細な鑑定書の表紙とその目次をお示しいたします。



実際に鑑定書を読みたいと思われる方がおられましたら、高名な鑑定人の方による鑑定書・鑑定書集が出版されていますので、それらをご覧になって下さい。ここではその一部を紹介いたします。今後は、個人情報保護の観点からこういったものを出版するのが難しくなるでしょうから、その意味でも貴重なものだと思います。

- (1) 福島章 = 中田修 = 小木貞孝編『日本の精神鑑定』みすず書房、1973年
- (2) 中田修 = 小田晋 = 影山任佐 = 石井利文編『精神鑑定事例集 1・2』日本評論社、2000年・2010年

- (3) 福島章編『現代の精神鑑定』金子書房, 1999年
- (4) 岡江晃『宅間守精神鑑定書——精神医療と刑事司法のはざままで』叢書房, 2013年
- (5) 瀧野隆浩『宮崎勤精神鑑定書——「多重人格説」を検証する』講談社, 1997年
- (6) 堀川恵子『永山則夫——封印された鑑定記録』岩波書店, 2013年



(4)は、大阪教育大学附属池田小学校の児童殺傷事件の被告人・宅間守の鑑定書で、岡江晃先生が鑑定人です。宅間守の死刑が執行された後に出版されました。(5)は、連続少女誘拐殺人事件(1988-89年)の被告人・宮崎勤の鑑定書です。さらに、少し古いのでご存じない方も多かもしれませんが、連続射殺事件(1968年)の永山則夫死刑囚の鑑定書——彼に対する判決が、その後現在に至るまで、裁判所の死刑判決の基準となり、「永山基準」と呼ばれています——について、詳細に取材したジャーナリストによる著書が(6)です。私は最近、堀川さんのこの本を読んで非常に感銘を受けました。ご関心があればぜひ手に取っていただけたらと思います。

鑑定実務の最後の段階は証人尋問（鑑定人尋問）です。裁判員裁判事件ですと、鑑定書を提出した後、検察官、弁護士、時にそこに裁判官も加わった公判前整理手続というものがあり、裁判の争点整理が行われるのですが、その事前カンファレンスに鑑定人も呼ばれます。そこでは、鑑定人が鑑定内容について説明したり、質疑応答の中で法曹三者に理解を深めてもらったりしながら、鑑定人尋問の準備をします。その後、鑑定人は法廷に証人として呼ばれ、鑑定人尋問を受けます。裁判員裁判では、尋問の前に裁判員・裁判官に対して鑑定の内容、結果についてパワーポイントを使って口頭で説明します。それから、主尋問、反対尋問、裁判体からの尋問を受け、やはりそこで鑑定内容について説明したり、質問に答えたりします。裁判の判決が出ると、私は判決書を手入して、裁判所の責任能力判断、鑑定結果に対する認定内容を確認し、今後の鑑定業務に活かすようにしています。このように鑑定人には、事前カンファレンスや法廷で精神医学のことを知らない方々の質問に分かりやすく的確に答えられるコミュニケーション能力や、裁判員裁判の時の口頭でのプレゼンテーションをきちんと行える能力なども求められます。

(4) 精神科医にとっての精神鑑定の意義

私たちはもちろん責任能力を判断する検察官、裁判官に協力するために精神鑑定をしているわけですが、それだけでなく、われわれ精神科医にとっても鑑定をすることは大きな意義があります。第一に、面接技能や診断能力など専門的なスキルを向上させることができ、精神科医としての自己研鑽の非常によい機会となります。第二に、日常の診療では10時間以上もかけて面接をするなど詳しい情報を収集することはできませんので、そういった事例について詳しく深く考察する作業を通して、日常臨床への指針や研究テーマを見出すこともできます。私は若い頃に、うつ病で自分の子どもを殺害した女性の鑑定の助手をして、その事例に大変関心を持ったことがきっかけで、母親による子殺しをテーマにして今まで研究を続けてきています。また、第三に、専門家でない人たちにも理解できるように精神障害について説明し、質問や批判に対応できる能力を身につけることができるので、日常臨床の説明場面や、こうした講演の場面にも役立てられます。そして第四に、一番意義深いことだと思っているのは、犯罪には様々な背景があることが分かり、どの事例からも人間的現象についての深い学びがあるということです。精神障害者に限らず、犯罪に至る人全体に通じて言えることだと思うのですが、犯罪者というのは、加害行為に至る前に、どこかで大きな被害

を受けている人が多いということを、私は常々実感しています。このような実感を得られたこと、後でお話いたします医療観察法の対象者の治療にも役立っており、私にとっては大きな収穫になっています。

3. 司法精神医療

——重大な他害行為を行った精神障害者に対する専門治療

(1) なぜ医療観察法ができたのか？

ここからは純粋に医療のお話です。重大な他害行為を行って心神喪失あるいは心神耗弱と認定された者の医療及び観察等を定めた法律が「医療観察法」です。なぜこの法律ができたのかというところからお話ししたいと思います。

かつては、検察官が起訴前鑑定の結果に基づいて心神喪失・心神耗弱として不起訴処分とした場合、また裁判で心神喪失の判決を受けて無罪となった場合、その精神障害者の処遇は、精神保健福祉法による都道府県知事への通報を介して全面的に精神医療に委ねられていました。特に、殺人などの重大な他害行為を起こした精神障害者に対しては、通常精神医療体制下では十分な治療が行えず、隔離などの行動制限や入院が過度に長期化する、反対に処遇困難を理由に早期退院させられて通院を中断し再犯に至る事例がある、といった多くの問題がありました。これは「触法精神障害者問題」とよばれて、精神医療の世界で長年議論されてきていて、重大な他害行為があつたにもかかわらず、心神喪失とされるとその後の処遇に司法が関わらなくなり、精神医療に全責任が負わされていることに疑問の声が多くありました。そのため、平成13(2001)年1月より、この問題に対して法務省と厚生労働省の合同検討会が開催されるようになりました。

その後間もない6月8日、大阪池田小学校児童殺傷事件が起こり、その犯人が過去、他害行為で精神科入院を繰り返していたという事実が判明してから、触法精神障害者問題に対する関心がにわかに高まりました。当時の小泉純一郎首相のイニシアチヴで、11月には与党のプロジェクトチームができて改革案を提出し、翌平成14(2002)年3月15日「心神喪失者等医療観察法案」が閣議決定されて国会に提出されました。この法案は、触法精神障害者を長期間社会から隔離することになるのではないかと、日弁連や精神神経学会が大反対して大変活発な議論になったのですが、翌平成15(2003)年7月10日、強行採決により国会で可決され、医療観察法は異例といえる速さで成立しま

した。そして平成17(2005)年7月15日よりこの法律が施行され、わが国で司法精神医療が始まりました。

(2) 医療観察制度について

最初に、医療観察制度の概略について説明したいと思います。

医療観察法1条1項には、「この法律は、心神喪失等の状態で重大な他害行為（他人に害を及ぼす行為をいう。以下同じ。）を行った者に対し、その適切な処遇を決定するための手続等を定めることになり、継続的かつ適切な医療並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、もってその社会復帰を促進することを目的とする。」とあります。「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者」を「対象者」といいます（同2条2項）。その約75%が男性で、年代は20歳代から80歳代までと幅広いですが、やはり最も多いのは30～40歳代です。精神科診断は統合失調症圏の疾患が80%以上を占めています。「心神喪失等の状態」とは、起訴前に検察官によって心神喪失または耗弱と認定され不起訴処分となった場合と、起訴されたけれども裁判で心神喪失により無罪もしくは心神耗弱により刑を減輕されて執行猶予の判決が確定した場合の二つがありますが、ほとんどは不起訴処分によります。「重大な他害行為」、これを「対象行為」と呼んでおり（同2条1項）、その内容は、殺人、放火、強盗、強姦、強制わいせつ（以上は未遂を含みます）、そして重大な傷害（全治1週間以上）で、傷害致死も含まれます。対象行為の内訳は、傷害が30～40%で最も多く、次いで殺人と放火が20～30%、強盗や強姦・強制わいせつは5%以下と少なくなっています。

医療観察法は、対象者の適切な処遇を決定するための手続を定めています。厚生労働省のホームページにある以下の図を参照しながら説明いたします。

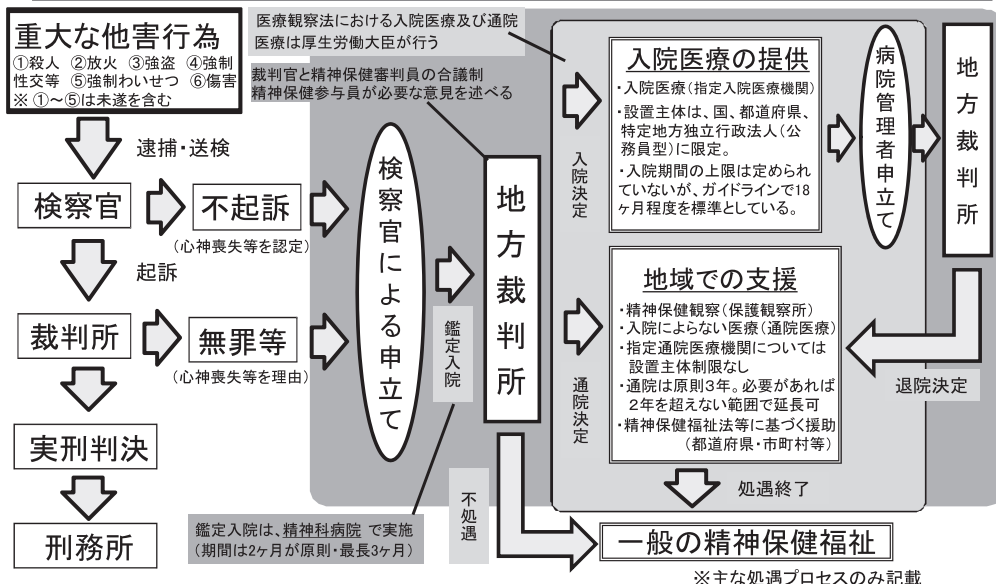
対象行為を行った者が心神喪失等と認定されると、検察官は医療観察法33条に基づいて、裁判所に申立てを行います。処遇について判断するのが裁判所、つまり司法機関となったことが、この法律による大きな変化です。申立てにより、地方裁判所が対象者の処遇を決定するための審判を行います。裁判所では裁判官1名、精神保健判定医という資格を持つ精神科医1名による合議体が形成され、医療観察法による鑑定を実施して、その結果に基づいて、対象者の処遇を決定します。審判には、精神障害者の社会復帰に関する知識のあるプロとして、精神保健参与員という資格を持つ精神保健福祉士などの職種の方も参加し、処遇決定にあたって合議体に助言をします。審判

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等に関する法律の仕組み

(制度は、法務省・厚生労働省共管)

平成15年7月成立・公布、平成17年7月15日施行

心神喪失等で重大な他害行為を行った者に対して、継続的かつ適切な医療並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、病状の改善及び同様の行為の再発防止を図り、その社会復帰を促進するよう、対象者の処遇を決定する手続等を定めるもの



では、医療観察法が指定する入院医療機関(観察法病棟)への入院か、同じく医療観察法が指定する通院医療機関への通院か、あるいは医療観察法による処遇は必要ないという不処遇かの決定がなされます。司法統計の結果を累積すると、制度開始から平成28(2016)年度までに、入院決定が64%、通院決定が13%、不処遇決定が16%となっています。

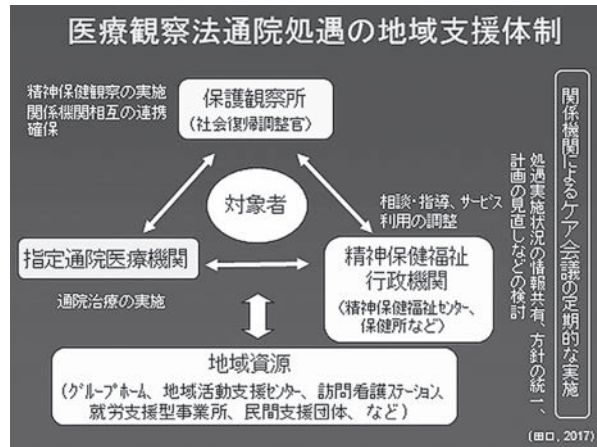
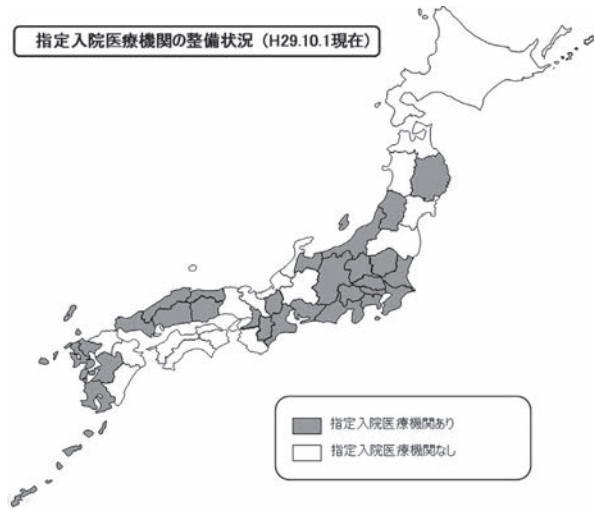
この当初審判の後も、入院対象者の入院継続(6か月ごとに判断)や退院、医療観察法の処遇の終了や再入院などを決定するのは全て裁判所です。このように、司法機関が処遇の最終的な責任を持つことが医療観察制度の重要な特徴です。国会で議論された時、この制度が対象者を長期間社会から隔離するためのものになるのではないかと懸念から強い反対がありましたが、司法統計を見てみますと、平成28年度までに入院した対象者の75%はすでに退院しており、現実には懸念されたような制度にはなっていません。

医療観察法の指定する入院医療機関は、12年かけて徐々に整備されてきて、現在は全国に33か所あり、病床数は825床です。厚生労働省のホームページに載っている地図を以下に示しました。ご覧のように、北海道と四国には病床がなく、地域偏在の問題

題があります。私の勤務する病院を含めた東日本の国立系の病院は、北海道の対象者の入院を引き受けていて、外泊訓練をする時は対象者と一緒に飛行機に乗って北海道まで往復するなど、結構大変な思いもしております。

医療観察法の目的は、先ほど見た1条にありましたように、「継続的かつ適切な医療並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、対象者の社会復帰を促進すること」とされています。そのために、特に退院後、通院処遇になってからは、「指定通院医療機関における治療」の他、「保護観察所の社会復帰調整官による精神保健観察（これは通常の犯罪者

に対する保護観察に準じるものと考えていただいてもよいと思います)」、そして「地域関係者による多面的な支援」の三つが重要になります(注：上の図を参照)。通院処遇の地域支援体制を見ても、指定通院医療機関は通院治療を提供し、保護観察所は精神保健観察を実施すると同時に、関与する多くの関係機関との連携を確保します。そして、地域の精神保健福祉行政機関は、相談・指導、提供できる福祉サービス利用の調整をしたり、様々な地域資源——グループホームや地域活動センター訪問看護ステーション、就労支援事業所、ダルク・AA(薬物・アルコール依存症の当事者による自助グループ)といった民間支援団体等——との連携を図ったりします。こうした関係機関の人たち皆が集まって、「ケア会議」を2~3か月に1回、実施しています。もちろん対象者自身も参加して、処遇実施状況の情報共有や方針の統一、計画の見直し等



の検討を一緒に行っています。

(3) 医療観察法による入院治療の特徴

次に、医療観察法による入院治療の特徴について、四つの視点からお話ししたいと思います。

第一に、医療観察法の対象者は、何重ものハンディキャップを負っており、多面的な支援を必要としている人たちである、ということです。精神科の患者の多くは、薬で精神疾患を治療するだけでは解決できない問題を抱えています。精神医療の醍醐味は、そのような患者に対して純粹に医療だけでなく、心理的、経済的、社会的な視点からアプローチして、患者の生活をトータルに支える人的ネットワークを構築していくことにあるのですが、観察法医療にはそれが凝縮していると言えます。なぜかという、医療観察法の対象者は、もちろん精神障害者ですが、それだけでなく、重大な他害行為を行った加害者であり、同時に「被害者」でもあるという、多くの困難を負っているからです。

「被害者」であるというと意外に思われるかもしれませんが、反発を受けるかもしれません。しかし、対象者は自ら望んで精神障害になったわけではなく、他害行為を行ったのも症状のせいであって、自分の意思で行ったわけではありません。そこが一般の犯罪者とは違うのです。自分の意思による行為ではないにもかかわらず、例えば、病気の自分を支えてくれていた親を殺害して他の家族から関係を絶たれてしまったり、自分の家を燃やして無くしてしまったり、ずっと生活していた地域に戻れなくなってしまったり、加害者になったことで、対象者は多くのものを失ってしまうのです。括弧つきの「被害者」としたのは、自分に被害を与えたのが他者ではなく自分自身であるという点で一般の犯罪被害者とは異なるからなのですが、自分自身が自分の加害者であることが、対象者に出口のない苦しみをもたらす場合もあるのです。

対象者の「精神障害者」という側面に対しては、当然医療的支援を行うわけですが、観察法医療では、薬物療法によって精神症状を改善するだけでなく、その状態を社会復帰してからも維持するため、対象者が自分の障害を理解し、主体的に治療に取り組んで自ら再発を防止できるようになることを目指します。入院当初から病名を告知し、グループでの学習や個別面接を繰り返し行って、病気のこと、薬のこと、なぜ長期に治療をしていかなければならないのか、そのためにどのような援助を受けていくか、ということを理解してもらうようにします。

「加害者」であるという側面に対して、対象者は担当チームのスタッフと共に、他害行為を行った事実と向き合うことを求められます。かつては、重大な他害行為をした人も通常の病院に入院していたのですが、その頃の精神科医は他害行為の事実には触れないように、そこは見ないようにして治療だけしていました。しかし、医療観察法の医療の中では、そういった回避の姿勢は、対象者の回復という観点から望ましくないと考えています。ただし誤解のないように、対象者にも必ず言っていることなのですが、彼らが起こした事件について話すのは、決して責めたり罪悪感を植えつけたりするためではなく、その当時どういう症状があったのか、病気以外にもどのような問題があったのか、そしてそれらがどのように他害行為に繋がったのか、ということと一緒に考え、今後同じことが繰り返されないためにどのような手段を講じたらよいか、明らかにしていくためだ、ということです。例えば自分の子どもを殺してしまった母親等、特に自責感が強い対象者には、事件に向き合うことで自殺の可能性を高めてしまうのではないかと心配される場合もあります。そういうケースでは、慎重で丁寧な面接が必要になり、担当チームが対象者としっかり信頼関係を作らなければ、その困難なプロセスを経過していくことはできません。

そして「被害者」の側面に対しては、精神障害になってしまったことや他害行為を起こしたことによる大きな喪失体験を、対象者が徐々に受けとめられるようになり、さらに事件を起こしてしまったことで断ち切られてしまった人生を再び生きていこうという気持ちになれるような、つまり分断された自分史の再統合に向けて歩み出せるような、そういう支援をしたいと思っています。個人的には、これが対象者にとって最も重要で、最も時間のかかる、そして最も困難な人間的回復のプロセスではないかと考えています。

医療観察法の入院医療の特徴として次に挙げられるのは、専門的な治療のために必要な設備、マンパワー、時間が与えられているということです。まずハード面では、アメニティとセキュリティとを同時に確保する環境があります。観察法病棟では、居室は全室個室で、広いデイルームや庭などがあり、病棟内で全ての治療が行われるため、集団療法室、作業療法室、体育館も備えられています。体育館が必要なのは、かなり長い期間、閉鎖的な空間で生活しなければならないからです。一方で、独立している建物の周囲にはフェンスがあり、玄関の二重扉、警備員の24時間配置、死角となる箇所への監視カメラの設置、何か緊急事態が起こった時にすぐにスタッフを呼ぶためのパニックアラームの設置等、他の病棟とは比較にならないほどセキュリティが厳し

くなっています。アメニティの高い病棟環境というのは、単なる快適さだけではなく、「自分たちはここでは大切にされている」という感情を対象者に与えます。汚く古い保護室に入れられたら誰でも惨めな思いがしますし、「自分はそういう人間として扱われている」と思ってしまい、治療を受けてよくなろうという前向きな気持ちになかなかないでしょう。セキュリティが高いということは、もちろん制限が多い不自由さを強制するものではありませんが、その一方で、スタッフだけでなく対象者にも安心感をもたらします。そして、このアメニティ・安心・安全が確保されていることが、対象者・医療者双方の治療意欲を高め、信頼関係の構築を促進する効果があるということ、強く感じています。

次に、特徴として挙げられるのは、人員配置が手厚いという点です。国の定めた基準によって、医療観察法病棟では、医師・看護師数は一般の精神科病棟に比べ3倍以上で、他の職種も専従で複数勤務しているという、大変恵まれた人員配置となっています。各対象者に対し、医師・看護師（2～3名）・心理士・精神保健福祉士・作業療法士の5職種で担当チーム（MDT：Multi-Disciplinary Team）を作っていて、各職種の専門性を発揮しながら、つねにチームで治療に当たっています。もちろん、従来の精神科でも多職種によるチーム医療は存在していますが、それは医師一患者関係、あるいはそこに担当看護師も入った三者の関係を中心として、医師から作業療法、心理療法、ケースワークの指示が出て、それぞれの仕事場で関わる、というかたちのチーム医療です。観察法病棟における多職種チーム医療では、対象者を中心に、ラウンドテーブルを囲むように、医師も含めて全ての職種がフラットな関係にあります。皆同じ病棟内で働いているため集まりやすく、何事も話し合って治療を進めるようにしています。

また、観察法の病棟では治療のための十分な時間が与えられていて、厚労省のガイドラインでは入院期間は概ね18か月と設定されています。最近では精神科でも、診療報酬の関係から入院期間が非常に短くなっていて、それ自体は大変望ましいことなのですが、患者によっては入院治療が不十分なままに退院して、そのために退院後すぐに症状が再発してしまって再入院する、というパターンの繰り返しになる「回転ドア現象」も少なからず起こっています。この点でも、必要とされる入院期間が診療報酬によって保証されている観察法の医療は恵まれていると言えます。18か月の入院は漫然と経過するのではなく、三つのステージに分かれています。各ステージで治療目標を設定して、それぞれ達成できたかどうかを評価しながら治療を進めていきます。3か

月間の急性期ステージでは、治療チームと対象者との間の信頼関係構築、対象者の精神状態の安定と治療への動機づけの促進を旨とします。次の回復期ステージは9か月で、様々な治療プログラムを通して本格的な観察法治療が展開される時期です。この時期になりますと、スタッフと同伴での外出訓練も始まります。最後の社会復帰期は6か月で、地域関係者とも連携・協力し合いながら、社会復帰に向けての具体的な準備——例えば居住地、通院先、通所先の決定、それに慣れるための外泊訓練など——を進め、退院を旨とします。もちろん、必ずしもこの通りに進むわけではありません。もっと長い時間がかかる、場合によっては数年かかる人もいますし、早期に病状が落ち着いて治療的な取組みが順調に進み、1年未満で退院する人もいます。

観察法医療の特徴の第三は、医療の内容に関するものです。すなわち、精神科医療の様々な方法論を駆使して、多職種チーム医療を実践できること、そして多くの地域関係者と密に連携しながら社会復帰に向けて協力し合えることです。まず、各対象者について、担当の多職種チームは治療計画を策定し、一定期間後にその実施状況や治療効果について評価して、次の計画を立てる、ということを定期的に繰り返しながら、戦略的に治療を行っています。医師が行う薬物療法などの生物学的治療では、アメニティが高いことによって環境ストレスが少ないため、比較的少量の薬で効果が得られることが多いと感じています。鎮静が効き過ぎますと認知水準が低下し、心理社会的治療の効果が得られにくくなることもあるので、最適な薬物を最小限に使うという原則通りの薬物療法を実施するようにしています。通常の薬物ではなかなか症状の改善しない統合失調症の対象者に対しては、治療抵抗性のある患者に適用されるクロザピンという薬も積極的に導入しています。迅速な症状改善が求められる急性期病棟では電気けいれん療法がよく行われますが、観察法病棟ではあまり行われていません。精神療法的介入はすべての職種が関わっています。観察法病棟で行っていることは「言葉による問題解決法の習得を旨とせず」という実践的かつ現実的なことです。医療観察法の対象者は、精神症状が悪化していく過程で、不安、恐怖感、危機感などを暴力というかたちでしか表現できなかつた人たちで、コミュニケーションスキルが低い人が多いのです。そのスキルを向上させるためには、治療プログラムの中だけでなく、日常の様々な場面で自己表出を促していく介入が必要です。対象者には、どんなことでも相談するように働きかけ、スタッフはその一つひとつをまず傾聴し共感し、必要な説明や説得の努力を惜しまないようにしながら、丁寧に対応することによって、相談するという行為のメリットが対象者に感じられるようにしています。医療観察法で重

要とされている心理社会的治療は、対象者に精神疾患や服薬の重要性などについて集団あるいは個別に学習してもらい、主体的に治療に取り組む上での必要な知識やスキルを獲得できるようにする治療で、臨床心理士が中心になってやっています。さらに、作業療法士は生活改善や作業療法、レクリエーションなどを通じて健康感や自己効力感の獲得・回復を目ざす精神科リハビリテーションを行います。また、作業療法士や看護師による社会技能訓練（SST：Social Skill Training）や病棟生活の様々な場面における介入によって、社会生活能力や対人コミュニケーション能力の向上を図ります。このように、対象者の全人的な成長に関わるともいえる能力は、いずれもささやかなことを安定した日々の中で積み重ねていくことによってしか獲得できないことであり、そこにはどうしても必要な「時間」というファクターがあると常々感じます。数か月で獲得できるようなものではない、ということです。

そして、社会復帰には欠かせない地域連携ネットワークの構築があります。観察法病棟では、入院後必ず3か月ごとに、各対象者のケア会議を実施します。これは退院後の地域生活を支える関係者、すなわち対象者の家族、通院医療機関、保護観察所、保健所、精神保健福祉センター、福祉事務所、入所・通院施設の職員などの方々に、対象者自身と病棟の多職種チームから治療状況について定期的に報告し、対象者の回復のプロセスを共に見守っていただくことと、社会復帰にあたって直面する現実的な課題を地域関係者と協力して解決していくことを目的とした会議です。このケア会議のシステムは、特に地域関係者の方々からとても評価されていて、同じような会議を医療観察法の対象者でない通常の病棟の患者さんに対しても行って、うまく機能しているという話を耳にしています。

観察法医療の特徴として最後に挙げたいのは、多職種チーム医療を通して、対象者の精神疾患を改善するというにとどまらず、より深い、人間的回復といえる過程に関わり、そこに立ち会える、そこに寄り添えるという、治療者としての大きな喜びがあることです。この醍醐味こそ、私たちにとって一番のモチベーションであり、この上ないやりがいです。事件を起こした当時、対象者は精神症状が活発で、それに伴う身体的な不調や不安、恐怖、症状に圧倒されてどうすることもできない無力感や絶望にとらわれ、また誰にも助けを求めることができない孤立した状況の中にありました。そうした危機的な状況下で他害行為に至ってしまったわけです。そして入院治療では、このように様々な支援を受けることによって、病気が良くなるだけでなく、生活していくために必要なスキルを身につけ、人との繋がりを取り戻し、社会的な存在

としても回復していくのです。それは人間的な回復であると私は思っています。人間的な回復，社会的存在としての回復とはすなわち，信頼を取り戻すことだと私は思います。何よりもまず，自分自身への信頼を取り戻す。対象者の中には，精神障害のために挫折や失敗を繰り返している人が多く，自己評価が低いことが多いのです。しかし，病気の症状に支配され振り回されて生きるのではなく，自ら治療に取り組むことで病気を自分で管理できる，自分の力で自分の生活を守ることができる，その中で自分のやりたいことをできるようになっていく。そのことで自信を取り戻し，自分の将来に対しても前向きな気持ちを持てるようになります。また，対象行為当時は，家庭や社会の中で孤立無援の状況にいたけれども，入院中に病棟スタッフ，地域支援者と新たに関係を築き，あるいは家庭との関係を修復するという経験ができると，他者への信頼も取り戻すことができるようになります。そうすると，他者の支援を受ける自分をも受け入れられるようになるのです。病気を受け入れるだけでなく，病気である自分自身を受け入れることが回復の上では非常に重要だと思っています。私は，退院して通院治療をしている対象者も診てきましたが，支援を受けて安定した地域生活が送れるようになると，対象者はさらに自信を深めていき，社会参加を進めていくことができるようになります。そういう対象者の歩み，回復過程を治療者として見守り，寄り添うことを通して，私は対象者から喜びを与えられているだけではなく，医師として育てられていると感じています。

おわりに

精神障害による理解できない理由で犯罪が起こりますと，マスコミは何でも「心の闇」と言って，暗い，何か怖いものとして片づけてしまおうとします。しかし，精神障害は「心の闇」ではなく治療の対象であり，孤立した状況の中で症状に苦しむ精神障害者は怖れるべき存在ではなく，周囲の手厚い支援を必要としている社会的弱者なのです。精神障害による犯罪を起こさないためには，精神障害者の現実を知り理解すること，そして早期に支援できる仕組みを整えることこそが最も重要です。そのために啓発活動を行うことも，犯罪に至った精神障害者の治療に関わる者の重要な責務，使命だと私は考えております。

長時間のご清聴ありがとうございました。以上で私の話を終わりにいたします。(拍手)

【対論と質疑応答】

渡邊：田口先生、ありがとうございました。この後、まず私の方から田口先生に幾つか質問をさせていただき、それからフロアの皆さまも交えて、全体でこの問題について考えて参りたいと思います。

まず、本日のご講演の中で統計が示されまして、一般には精神障害者は危険だというイメージがあるけれども、実際には刑法犯の人数に占める精神障害者の比率は統計的には決して多くはない、ということが指摘されました。実際、かつての調査では、いわゆる「健常者」において生じる犯罪の割合よりも適切な精神医療・精神福祉を受けている精神障害者に生じる犯罪の割合の方が低いという結果も示されております。従って、時に精神障害者が犯罪に至ってしまうことがあるのは、医療や福祉の綻びとして理解することもできると思います。精神障害者は「孤立した存在」であるとのお話もありましたが、医療・福祉の綻びという観点から、何か見えてくることはありますでしょうか。

田口：確かに、「治療を受けていればこんなことにならなかったのに」と思うケースがほとんどではあるのですが、病気であることを本人は分かっておらず、また周囲の方も精神疾患について知識が無いので、医療に繋ぐことによって解決できると思っていない、という問題があります。社会全体に対して、精神障害やそれに対する支援に関する啓発自体が必要なのではと考えます。中学・高校くらいから保健の授業で精神疾患についての話をする必要があるのではないかということが、われわれの学会の方でも取り組んで行かなくてはならない問題の一つとして出ています。薬物の害などについては、学校で専門家が話をする機会が随分

できているようですが、精神障害については、いまだに知識不足という問題があります。

渡邊：この問題については、やはりまず理解を深めることが大事で、そのうえで様々な対応を考える必要があると、ご講演をお聞きして私もあらためて感じるところでございます。

次に、精神鑑定の実務について、私の授業で聴講者から寄せられる疑問、考え方について、



左：田口寿子氏，右：渡邊一弘教授

精神科医の立場からお答えをいただければと思います。お話にもありましたように、わが国における責任能力の判断方法については、大審院の判例により「混合的方法」が採用されております。精神障害があるからといって、直ちにそれが責任無能力等にはならない。精神障害が「影響して」、自分の行為が正しいか否かを判別する能力（弁識能力）、あるいはその弁識能力に基づいて自分の行動を制御できる能力（制御能力）が著しく減退した、もしくはそれが失われたと評価された場合に、その段階で初めて、限定責任能力もしくは責任無能力と評価されます。精神鑑定においては、確かに、その本人が病気であるか否かということは鑑定で判断がつくだろう、しかし、それが本人の行動に本当に「影響を与えた」か否かを鑑定することが果たして可能なのだろうか？——こういう質問が学生から寄せられることがあるのですが、田口先生はこの点については、いかがお考えでしょう。

田口：それは本当に難しいといわざるを得ないのですが、その難易度は事例によって異なります。統合失調症で、幻覚・妄想が活発な状態にある時期に発生した事案の場合には、明らかに精神障害が影響したと判断できて、検察官も早々に起訴しないと決めることができます。他方、統合失調症ではあるけれども、治療を受けていてある程度症状が改善されている、しかしその改善が「ある程度」の部分的な改善にとどまっている状態で犯罪に相当する行為を起こしてしまったという場合には、その行為が精神障害によるものかどうかの判断は難しく、精神科医の間でも判断が分かれ、法廷で精神科医同士が活発な議論を交わすこともあります。

渡邊：ありがとうございます。確かに、心理面という見えない部分について病気の影響の有無を判断するには、難しいことがあるのだと思います。それから、学生が頻繁に寄せてくる質問なのですが、「詐病を見抜くことはできるのですか」という点についてはいかがでしょうか。

田口：精神科医の研修会でも、よく受ける質問の一つです。そうですね……。詐病の多くは見抜けると思います。活発な精神病症状を真似するというのは、なかなか難しいですからね。「幻聴があります」とか専門用語を使って訴えてくる人は、まず本当の精神病ではないだろうと（笑）、そう思います。詐病は病気だと偽るわけですから、当然、その症状を強く前に押し出しますが、精神病の人はそういうことはしません。自分では病気ではないと思っていますし、むしろ自分の症状を隠そうとしたり、できるだけ言わないようにすることもあります。それでもやはり滲み出てしまう。それが本当の病気なんですね。だから、「私には幻聴があります」とか、一度「私は統合失調症です。心神喪失です」と主張する人を鑑定したことがあります。そういう人には「はい、あなたは違います」（笑）と、すぐ判断がつけられます。要するに、症状をアピールする場合には詐病である可能性が強く疑われるわけです。多くの場合、精神科医を騙し通すのは難しいのではないかと思います。判断が難しい場合には、同じような質問を様々な角度からして、それへの受け答えに一貫性があるかを調べます。また、

詐病が疑われる人には、入院してもらうこともあります。入院すると、24時間、看護師さんが行動を観察します。病気でない者が24時間、病者を装った行動を取り続けるのは難しいのです。看護師もプロですから、「あなた、先生の前ではあんなことを言っていたけれど、本当は違うでしょ」ということになったり、あるいは看護師さんの前では油断して本当の姿を見せてしまったり、ということがあります。ですので、詐病を見抜くのは、そんなには難しくないと、私は思っています。詐病よりも難しいのは拘禁反応です。拘禁反応というのは、逮捕され拘留されている環境のストレスによって、本格的に精神病状態になることです。特に死刑の可能性がある事件の場合だと、自分の命が掛かっていますので、本人も切羽詰っていて、精神病の症状が出る人がいます。そういう方の場合、もともとの病気が悪くなったのか、拘禁のせいでそうなってしまったのかは、拘禁を解いてみないと分かりません。しかし、だからといって、それを証明するために拘置所から出すことはできませんので、この判断は非常に難しいと思います。受刑者の中でも拘禁反応を示す方が多くいますので、矯正施設で働いておられる先生の方が見抜きやすいかもしれません。

渡邊：フロアの皆さま、詐病への懸念については、ご安心いただければと思います。(笑)

最後に、司法精神医療の領域についても、少しお尋ねしたいと思います。諸外国の中には、刑罰と保安処分とを並置し、責任を問える人に対しては刑罰を、そして精神障害等を理由として責任を問えない人に対しては刑事司法の力によって強制的に精神病院等に入院させるというかたちをとっているところがあります。つまり、責任の有無によって、刑罰を科すのか保安処分にするのかを区別する二元主義を採用しているわけですね。我が国におきましても、現行刑法が明治時代にできて以来、何度か保安処分を設けようという動きがありましたが、将来において再犯の危険があるかどうかの予測ができない等の強い批判がありまして、それが成立しない中で、先ほども出ました池田小学校事件が契機となって、医療観察法ができました。しかし、医療観察法につきましては、触法行為に対する制裁を加えるものではない、あくまで社会復帰を目ざした医療の法律であるとされています。従って、その法律は刑事司法を扱う法務省ではなく、厚生労働省が所管する。そのように、わが国では司法精神医療のかたちを作ってきました。あくまで社会復帰を目ざす医療の法律として形作られてきたわが国の医療観察法の基本的な方向性について、先生はどのように評価しておられますでしょうか。

田口：私自身は、それは正しい方向だったと思います。先ほど申しましたように、対象者の80%近くは統合失調症なのですね。そういう方たちを対象として組み立てられた制度です。諸外国の保安処分というのは、むしろ人格障害、つまりパーソナリティの面で危険性が高いと思われる人たちを対象としておりますので、日本の医療観察制度はそれとは全く違う制度なのです。ただ、処罰ではないにしても、他害行為があった結果として行われるものなので、

対象者に対する拘束性は高いといえます。先ほどお話ししましたように、医療観察法に基づく入院というのは、セキュリティは厳しく、外出も長期間できません。できるようになっても月に1回、出られるかどうかという程度です。自由を奪われているという点では、刑罰ではないけれども制裁的な要素が全く無いとは言えないのではないかと思います。日本の医療観察制度は12年経ちましたけれども、非常にうまく機能しており、再犯率も低いです。もっとも、少数ではありますが、残念ながら重大な再犯も起こってはいます。しかし全体としてはうまくいっています。再入院になるのは2%程度ですし、実際に退院してから(重いか軽いかは別として)他害行為に至った人たちも同じ程度です。その数字は、諸外国の再犯率と比較してとび抜けて低いので、その意味では、苦勞のし甲斐があるかなと思っています。

渡邊:今の点は非常に重要でして、医療だから何をしてもいいというわけではありません。クロザピンや電気けいれん療法についても、慎重に検討したうえで使用しているということでございます。強制入院ということについて、それに伴う本質的な人権侵害性、国家による強制介入という性格を踏まえて、制裁ではないけれどもそれに近い性格も持った、触法行為に対する社会的対応として、大きな役割を果たしていると評価することが必要であると、私も思います。

最後にもう一点。医療観察法は医療の法律として有効に機能していると私も認識しております。そして、この法律による治療施設はアメニティも充実しており、かなり恵まれた空間が設けられており、これらは全て税金で賄われている。片や責任能力が認められれば(限定責任能力の場合には医療観察法による医療に回されることもあります)受刑者として刑務所に収監され、受刑者として厳しく管理された生活を送ることになる。最近では刑務所での処遇も随分改善されてきていて、昔のようではありませんが、とはいえ、責任能力が無いとされ、病院で「患者」として治療の対象とされるのとは差があり過ぎるのではないか。触法行為を犯した人に対して、税金であれだけ恵まれた環境を提供するのは行き過ぎではないか、という批判が出ているのを耳にしたこともあります。この点について、お考えをお聞かせ願えますでしょうか。

田口:特に精神科医から、「こんな王侯貴族のような治療を一部の人にだけ与えるのはいかななものか」という批判を確かに耳にすることはあります。確かに、この治療がうまくいっているのはお金をかけているから、それから人をたくさん付けているから、なんです。しかし、これまで精神科医療に対して、あまりにも国はお金を使ってきていません。私は精神科医療全体にもっとお金を使うべきだと思っています。医療観察法がお金をたくさん使っていることが問題なのではなく、国が精神科医療全体にお金を使っていないことが問題なのだというべきで、私は批判の矛先が違うのではないかと、いつも思います。ちょうど2011年に、厚労省が重点的に取り組むべき五大疾病の五番目に精神疾患が入りました。特に最近、うつ

病にかかる人の増加で社会的な損失が大きいことが知られるようになって、世界的にこれを予防して社会的損失を少なくしようという機運が生まれています。癌などと並んで精神疾患が五大疾患に数えられるようになった意味は非常に大きいのです。というのも、そのことによって、国も精神疾患の治療に予算を付けることになりますので。今後はもう少し改善されてくるだろうと思います。

渡邊：ありがとうございます。やはり医療としてのみならず、広く社会に目を向けて、社会政策、福祉政策の観点からもこの問題を考えていくべきだと、私も勉強させていただきました。

田口：ちょうど刑務所の話が出ましたね。確かに、罪を犯した人たちを手厚く処遇することに対して、日本の世論はおそらく納得しないので、矯正関係者の方たちも予算が少ないことで日々苦勞していると耳にしています。しかし、犯罪に至る人たちというのは、全てではないまでもかなりの人が障害者なんですね。刑務所に収容されている受刑者の中で知的障害者の割合がどの程度か、皆さん、ご存知ですか。20%くらいは知的障害者なのです（注：過去の矯正統計年報による）。最近では認知症の高齢者も増えています。昨年、医療刑務所を視察した際に言われたことなのですが、「かつての刑務所は暴力団と暴走族ばかりだったけれど、今や刑務官は介護者になっています」と。そういう状況なのだそうです。それほど刑務所の中も高齢化が進み、しかも入ってくる人の中に障害者が多い。刑務所の中のニーズも変わってきているのですね。もちろん、中には本当に凶悪な犯罪者で、強く接しなければならぬ人たちも多いと思うのですが、犯罪者というのは加害者になる前にどこかで被害を受けていた、あるいは社会的なハンディキャップを負っていた人たちなのではないかと思うのです。だから、「罪を犯した自分はだめな人間だ」ということを思い知らせるかのよう、酷い境遇の中で酷い生活を強いるのではなくて、もっと人間的な処遇をするのでなければ、本当の意味での矯正はできないのではないのでしょうか。以前お目にかかった北九州医療刑務所の所長をしていた先生が、「受刑者にみじめな思いをさせてはいけません。みじめな思いの中から更生しようという意欲は絶対に生まれてこない。だから私は医療刑務所の受刑者たちに温かく接したいと思っています」と仰っていたのが、私にはとても印象に残っています。もちろん、そうすると、刑務所が「入りたくない」ところではなくなって、犯罪を繰り返す人が出てくるのではないとも言われるのですけれども、少なくとも海外の刑務所は、そういうふうに変ってきている部分もあるので、日本の刑務所も、そして刑務所の中の精神医療も、変わっていくべきではないかと思います。責任能力の有無によって、片や医療観察法の処遇になると恵まれた環境に、片や刑務所に行くと酷い環境に置かれるという、天国と地獄のような差があるというのは、それ自体、法の下での平等に反するのではないかという考えもあります。私たち司法精神医療に従事する者にとって、最後の課題は刑務所の中の精神医療の向上だと思っています。

渡邊：確かに現在、刑務所の中に知的障害を抱えている人とか、高齢で認知症の症状を発症している人などがかなり多くなってきている状況があります。本来、認知症であれば高齢者福祉、知的障害であれば精神障害福祉のようなかたちで、社会からの支援を受けて生活していくのが望ましいのでありましようが、わが国の福祉制度は、困った状態にある人に対して自然に救いの手が差し延べられるという状況ではありません。いわゆる申請主義でありまして、申請しないと福祉のサービスを受けられない。申請した人に対しては一定のサービスが提供されるにせよ、申請することができない人、孤立してしまって本当に福祉を必要としている人については社会のセーフティネットからもこぼれ落ちてしまう。こぼれ落ちてしまって、社会の中で行き場を失った人たちについては、来た者を拒むことができない最後の公的な施設である刑務所が収容せざるを得ない。——こういうことが現実的な問題になってきております。そして、そういう人たちは、たとえ社会に戻ったとしても、そこで支援を受けることができないまま、社会でトラブルを起こして、また刑務所に戻る、つまり犯罪を繰り返してしまいます。そういう悪い循環を食い止めるために、現在、地域生活定着支援事業というかたちで、刑事司法から福祉への橋渡しにも漸く力を入れようという動きが出て来ます。刑務所での処遇による更生が期待できないような障害者が多く刑務所に入っている現状は決して好ましい状態ではない。社会福祉の在り方、医療の在り方をも含めながら、広い意味での犯罪対策、刑事政策を見つめ直す必要があります。これは現代的な大きな課題であると私も思います。

本日は、多様な観点からお話をいただきましたので、ここからはフロアの方々も交えまして、議論を進めたいと思います。いろいろお考えになったこともあろうかと思しますので、どのようなお立場からでもご質問をいただければと思います。

フロア：先ほど、人格障害者という語が出たかと思うのですが、サイコパス（反社会性人格障害者）、例えば池田小学校事件を引き起こした宅間守が挙げられると思います。彼は、自己肯定感が非常に強く、本人としては彼独特の「合理性」を持った行動をしてきたともいえるように思うのですが、精神科医の立場からは、どのようにお考えになりますか。

田口：先ほど紹介いたしました、岡江先生がお書きになった鑑定書を私も全て読ませていただきました。宅間は、現在の精神医療の中では、精神障害と診断されるカテゴリーには入らない。ただ、脳に何かしらの異常があって、それがあいつたパーソナリティの形成に影響したのではないかということ、岡江先生はお書きになっていました。それから、彼は非常に苛酷な家庭環境の中で生きてきた人ですね。特に父親からの激しい虐待があった。このことが人格形成にかなり影響していると思います。鑑定書を見ますと、これを被害者のご家族の方が読まれたらどう思われるだろうという酷いことを言っているのですが、結局それは彼が生きてきた苛酷な人生に対する反発というか、ある種の「強がり」というか、そういうも

のだったんじゃないか。そこまで虚勢を張らなければ生きて来られなかった部分というのもあるんじゃないか。私は決して同情するわけではありませんよ。彼には獄中結婚した女性がいるのですが、その女性に対して彼は心を開いている。つまり、「こんな自分を受け入れてくれた人」だから。だから、全く血の通わない冷酷な人間というのではなく、そういうふうになってしまった背景があるんですね。もちろん、彼がやったことは許せないし、被害者の苦しみを考えた時に、彼は死刑になるべきだったと誰もが思うでしょうし、私もそう思いますけれども、そういう犯罪者になってしまった人というのは、それなりに理由があるんだ、ということです。そこに思いを馳せた時に、では、私たちはどのように取り組んでいったらよいのか。私はよく、若い精神科医の先生方に言うのですが、私たちはやはり恵まれた人間ですよ。もちろん、家庭に問題があったかもしれない。いろいろ不満もあるかもしれない。けれども社会の中で少なくともこれまで普通に生きてこられたのは、ある意味、運が良かったから、ですよ。与えられた能力もあるかもしれないし、努力もしてきたかもしれないけれども、そういう能力をもって生まれてきた、あるいはそういう家庭に生まれてきたというのは、単なる運なんです。そういう恵まれた人間である自分たちは、そうではない人たちに何ができるか。その能力をもって生まれてこなかった、苛酷な環境の中で育った人たち、苦難の人生を歩んでいる人たちに対して貢献できるように、その恵まれた能力を使わないといけないと思いませんか。そういうふうには、若い先生方に話すことがあります。彼らが日々治療している精神障害の人は皆、苦難の人生を歩んでいますので。

サイコパスについてですけれども、サイコパスには見るからに凶悪な人というのは、そんなに多くないかもしれませんが。ごく普通に生きている人の中にもいます。非常にうまく人の心を操って、自分の利益を得る。そして共感性が無い、他者の気持ちを全く思いやることができない、冷酷非情といえる人。皆さんの周りにもいるかもしれないですけれども(笑)。そういう人が犯罪に至ると人目につくわけですが、人目につかないサイコパスの人もたくさんいますよ。

フロア：有難うございました。

渡邊：他にいかがでしょうか。

フロア：貴重なお話を有難うございました。とても感動いたしました。医療観察法に基づく入院、先ほどのお話では1年半くらいの期間ということでしたが、大体治療費はどのくらいかかるものなのでしょうか。単純な質問ですが。それから、精神障害の人から被害を受けた人、例えば見知らぬ人が刺されたという場合、損害があるわけですが、その損害額はいったい誰が負担するのか、ということが気になりました。さらにもう一点。入院して治療を受けた後に退院して、社会復帰のための支援を受けることになりますね。そうした場合に最も重要なことの一つは就職の支援ではないかと思うのですが、退院後の就職率はどのような状況

でしょうか。その点を教えていただければと思います。

田口：有意義な質問をたくさんいただき、有難うございます。第一の質問からお答えしますと、驚かれると思いますが、医療観察法に基づく入院治療費は1日約5万円、年間1800万円ほどかかります。非常にお金がかかる医療であるということに対して、先ほど申しましたように、精神医療界でも批判する方たちがいます。要するに、パイは限られているのに、そのパイの大きいところをこちらに持って行かれて困ってしまう、というわけです。しかし、これもさっき申しましたように、良い医療をするにはお金が要ります。それだけのお金をかければ、それなりのことができるのだと証明できたことも、医療観察法の功績として重要だと思います。だから、もっとお金をかけなければいけない。ただ、現在日本はお金がありませんので(笑)、難しいのかなとは思いますがけれども……。

次に、被害者への補償ということについて。今回、精神障害者の側からのお話をしましたが、精神障害者の起こした他害行為によって被害を受けた人たちは、本当に気の毒だと私は思っています。犯罪白書の統計で見たことがあるのですが、被害者の3分の1は家族です。他の3分の1は知人、もう3分の1は見知らぬ他人です。かつては被害者の半分くらいは家族だといわれたのですが。これまで「心神喪失者の犯罪行為」という言い方をしてきましたが、構成要件を満たしていないので、本当は「犯罪」とは言えないのですね。そうすると、自分がそういう被害に遭って、例えば刺されて一生残る傷を負ったとしても、犯罪として成立していない、法律上はその事実自体が存在しない、といわれるわけです。それは本当に理不尽で、被害者にとってこの上ない苦しみだと思います。そこは国がきちんと補償しなければなりません。犯罪被害者であれば、犯罪被害給付制度に基づいて給付金が支払われるのですが、心神喪失と認定された人から被害を受けた人に対して、補償がなされているかどうかという点については、私はちょっと分かりません。非情なことですが、「犯罪」が無かったことになれば、「犯罪被害」も無かったことになってしまいますので、それに対して国が手当をしているかどうか、すみません、今分かりませんので、調べてみたいと思います(演者注：警察庁のホームページの制度説明によれば、心神喪失者など刑法上加害者が罰せられない場合でも、この制度の給付対象となるとのこと。<https://www.npa.go.jp/higaisya/shien/kyufu/seido.htm>)。心神耗弱で有罪になったのであれば、被害に遭った人は犯罪被害者として法的に認められるので補償はなされるでしょう。あるいは、民事訴訟で争うこともあるのかもしれませんが、そこのところも、加害者が心神喪失だった場合に争えるのか、ちょっと分かりません。過去に経験した事例ですが、親御さんを殺害した人が心神喪失だったため、親御さんの生命保険金を受取人だった加害者本人に支払われるということになり、それに対して家族が猛烈に反発したということがありました。法的には、手続としては問題ないのですが、自分の身内が殺されて、しかもその保険金を殺した本人が受け取るとい

うのは、家族にとっては耐えられないことですよ。このケースでは、本人が保険金の受取りを辞退して、それが家族にいくことになって収まったのですが、そういうことが起ったりもしています。

第三の質問の就労支援ということですが、これはとても大事だと思っています。やはり社会の中で一番自分の価値を感じられるのは、仕事をすることなんですね。実際「仕事をした」という人は多くいますし、病状が安定していれば、仕事ができる方もたくさんいます。ですので、入院中から就労支援に力を入れているケースもあります。私が継続して診ている観察法対象者だった方の一人は、退院してから就労支援プログラムを受けた後、障害者雇用で正社員になって、もう3～4年働いておられます。障害者雇用が企業に義務づけられてきている中で、精神障害者の中には、病状さえ良くなっていればパフォーマンスの高い人もいらっしゃいますので、その枠をぜひ有効に使いましょうと、積極的にお勧めすることも多いです。

渡邊：被害者の問題に関しましては、現在、わが国では犯罪被害者等基本法ができて、それに基づいて被害者に対する公的な支援制度が具体化されて進んで来ている状況でございます。精神障害者の触法行為による被害者に対する支援ということについても、基本法による支援の対象となり、こうした状況についても公的な支援が進んできております。今回のテーマ「精神障害と犯罪」ということですが、このようなテーマではよく「被害者がかわいそうではないか」という意見がしばしば出されますけれども、「刑事責任を問うこと」と「被害者が受けた被害について補償すること」とは切り離して考える必要があります。被害者が受けた被害については刑事責任云々とは別個に公的支援を考えなくてはならないでしょう。

フロア：本日は貴重なお話を有難うございました。私事で申し訳ございませんが、今、卒業論文のテーマとして裁判員裁判における責任能力判断の審理のあり方について取り組んでいるのですが、裁判員裁判では、余り法律の知識の無い方々に対して精神病についての説明をしなければならぬということで、かなり困難が予想されますが、精神科医のお立場から、裁判員裁判における精神科医の役割についてどのようにお考えか、教えていただければ幸いです。

田口：大変大きなテーマですね。私自身も関心を持っているところです。私は裁判員裁判の証人尋問にも10回ほど立っておりまして、それなりに経験したのですが、当初、制度が始まる前は、一般の方にこれを理解していただくのは無理なのではないかと思っていました。責任能力が争われる事案は、裁判員裁判の対象事件から外した方がいいという人がいましたし、私もそう思っていました。裁判官とか、司法試験に受かった人にとっても難しいのに……と。でも実際には、そうではありませんでした。やはり、精神障害のある被告人本

人を目の前にするということがありますし、鑑定人がきちんと説明をすることによって、しっかり理解していただけているのではないかと感じています。先ほど鑑定の実務について言いましたように、かつては尋問に呼ばれると、弁護人と検察官と裁判官から質問を受けて、それに答えるというかたちのやり取りだったのですが、裁判員裁判ではだいたい、裁判の前、40～50分くらい、パワーポイントを使って、「この人の病気は〇〇です、それが〇〇のように影響して、このような事件が起きました」、あるいは逆に「病気はこの事件には影響していませんでした」ということを説明していきます。裁判員の方に、あのように分厚い鑑定書を法廷で読んでいただくわけにはいきませんので。その説明の仕方にもよるとは思いますが、私自身はかなり分かっていたのではないかと感じています。ただ、そこがやはりうまく伝わらなくて、紛糾した大きな事件もありました。責任能力が争点となる事件というのは、法曹の方にとっても大変難しく、殺人だとか放火だとか大きな事件であることが多いので、そこで精神科医がどのように説明したらよいか、ということ私たちも盛んに議論しています。ただ単に専門用語を分かりやすく言うだけではなく、どうしてそのように判断したのか、その判断の過程が一般の方たちにも分かるようにしなくてはならないと、日々努めているところです。それから、裁判官と裁判員との評議の場でも、責任能力とはどういうものかということについて、裁判官がかなり噛み砕いて説明しているということです。知り合いの方に聞いたところでは、裁判員は6人ですが、その中に必ず「スーパー裁判員」とでもいうか(笑)、1～2人、非常によく理解できる人がいて、その人たちが牽引する雰囲気になっていくようです。また、裁判員の選び方も考えているのではないのでしょうか。そのようにして裁判所でも、妥当な結論を導けるよう努力しているのですね。

渡邊：裁判員裁判については「目で見て、耳で聞いて分かる審理」を目ざすものでして、責任能力という難しい問題についても、先ほど田口先生のお話にありましたように、パワーポイントを用いた説明などの工夫がなされている。皆さま、かなりご苦勞をされているということですね。先ほど、田口先生が作成された鑑定書をお示し下さいましたが、あのような精密な鑑定書とは別に、裁判員に分かりやすい簡易版の鑑定書を作成するなど、実務においても工夫をなさっていると伺っております。

フロア：ニュース等で、精神鑑定が依頼される事件のことをよく耳にするようになったように思います。以前に比べて、精神鑑定が依頼されるケースというのは増えているのでしょうか。

田口：ものすごく増えています。検察庁に時々苦情を言っているくらいです(笑)。

フロア：それはやはり裁判員裁判が多くなったからでしょうか。

田口：そうですね。裁判員裁判の時に紛糾したら困るということで、「どう考えても責任能力があるでしょう」と思うような事例まで、検察庁が精神鑑定を依頼してくるようになった

のです。しかし、そこも難しく、「まあ、ちょっと念のために鑑定しようか」ということで鑑定してみたら、実は病気だったというケースもあるんですね。そういうこともあるので、検察官も「やっぱり念のために鑑定するしかないな」となるんでしょうね。引き受けるこちらの方も「いやあ、この人は鑑定する必要はないんじゃない」と思いながらも、しかし、やってみないと分かりませんからね。そういう状況で右肩上がりに鑑定の依頼数が増えて、鑑定人の確保が難しい状況になっています。

渡邊： 予定の時間になっておりますので、最後の質問とさせていただきます。

フロア： 以前、秋葉原で殺傷事件がありました。その時の加害者の弟さんがマスコミによってプライバシーを侵害されて、自殺されたことを知りました。もちろん被害者のプライバシーも問題となりますが、加害者の家族や周囲の人のプライバシーについて、先生ご自身がどのようにお考えになっているか教えていただきたいと思います。

田口： これはもう、いじめみたいなものだと思います。マスコミの問題でもありますが、マスコミがあのような報道をするのは世間が知りたがっているからですから、われわれの問題でもあるわけですね。罪を犯した人のやり直しができる社会になっていないので、加害者だけでなく加害者の家族にまで辛く当たることになるのでしょう。これはとても日本的なあとと思います。『手紙』（東野圭吾原作、生野滋朗監督、2006年）という映画を見たことがあります。強盗殺人事件を起こした人の家族が人生を狂わされてしまうという話で——沢尻エリカさんが出演しているので何度も見ているのですけれども（笑）——、特に大きな事件を起こした加害者の家族は、本当に辛い思いをしているのですが、これは日本における人権意識の低さも関係しているのではないのでしょうか。欧米であれば、その人のやったことはその人の責任だけれども、その人の家族は別だと割り切って考えると思いますし、加害者の家族がそのような目にあっていれば、そのこと自体が人権侵害として、大きな問題になるはずですが。けれども、日本では加害者家族の人権についてあまり話題に上ることがありませんよね。でも、それは許されないことです。これはわれわれの社会全体の問題です。何かしら大きな事件があると、「〇〇の家族は誰それだ」などとネットに流して、皆で袋叩きにする。非常に陰湿です。いじめ文化の延長だと私は思っております。

渡邊： 社会を震撼させた大きな事件については、社会全体でそれを受けとめていく必要があるとは思いますが、それをどのように受けとめていくのかについては、あらためて検討する必要があるのでしょうか。加害者の家族を付け回すだとか、あるいは逆に被害者であるのにそのプライバシーを根掘り葉掘りほじくり回す——ストーカー事件について、そういうことがありましたね——、そういう行為の問題についての意識は広まりつつあると思います。そういう点は刑事法の分野に限らず、人権の問題、社会の在り方の問題として幅広い視点から考えていく必要があります。そうして、望ましい方向性をわれわれ自身が責任をもって見

出していかなければならないと私も考えております。

田口先生，本日はお忙しい中，貴重なご講演を有難うございました。先生のお話を伺いまして，刑事法の有名な学者の「最良の刑事政策は最良の社会政策である」という言葉を思い出しました。精神障害の問題などについて伺いますと，刑務所での処遇などを充実させるよりも，医療や福祉を充実させることが犯罪の予防にとって有益であるということが必要だということがよく分かりました。また，犯罪予防ということに限らず，医療や福祉を充実させていくことが社会全体の利益として必要なことだということを，今回ご参加下さった皆さまに実感していただけたのではないかと思います。本日は本当に有難うございました。(拍手)
これで本日の講座を閉じたいと思います。