

精神障害犯罪者の処遇動向

——イギリスの法改正の動き——

三宅孝之

- 一 はじめに
- 二 法改正の動き
- 三 アーボルド委員会報告書
- 四 バトラー委員報告書
- 五 報告書の思潮と若干の問題点
- 六 おわりに

一 はじめに

本稿では、イギリス（正確にはイングランド、ウェールズ）における近時の精神障害犯罪者処遇の動向をフォローし若干の検討を行う。

イギリスでは精神障害犯罪者処遇の基本法といえる一九五九年精神衛生法（Mental Health Act）が今日、総合的に検討されているが、最近かなり膨大な「精神異常犯罪者に関する委員会報告——バトラー委員会報告書⁽¹⁾」（一九七

五年一〇月)が公刊されるに至っている。現行精神衛生法は、「一九五四―五七年、精神病・精神疾患関連法に関する王立委員会報告」⁽²⁾に基づいて立法化されたこともあり、このバトラー報告書はその後の総合的な研究として今後の法改革の指針ともなる重要なものと思われる。この意味で、現行の処遇制度の現状と改革の要因を明らかにしておくことは、わが国の精神衛生法の改正や精神障害犯罪者の処遇にとって示唆に富むものと思われる。

(1) Home Office & Department of Health and Social Security, *Report of the Committee on Mentally Abnormal Offenders*, pp. 331 (1975), H. M. S. O., Cmd. 6244.

(2) Royal Commission on the Law relating to Mental Illness and Mental Deficiency 1954-1957, *Report*, pp. 328 (1957), H. M. S. O., Cmd. 169.

二 法改正の動き

イギリスにおける精神障害犯罪者処遇の検討の動きは、今日のような抜本的検討にいたらないまでも、一九五九年精神衛生法の制定以来みられた。一九六一年には、当時の保健省のワーキング・パーティーによる特別病院に関する報告書⁽¹⁾が出され、特別病院収容の対象者である攻撃性のある反社会的ないし犯罪的傾向の患者用のセンター設置等が言及されている。一九六八年には、下院の予算委員会の第二報告書「特別病院および国立病院」⁽²⁾によって詳細な審議が行われたことがわかる。にもかかわらず精神障害犯罪者処遇および一般精神医療行政で飛躍的改革が行われなかった主要な理由として、イギリス経済の悪化つまり国家の財政支出の逼迫状況があげられる。

しかし、このように回避され続けた改革問題は、一九七〇年代に入り、法制と現実との矛盾を顕在化させた。この

矛盾を激化させた要因は、第一に、次にみる一九七二年のヤング事件、一九七四年のアイリフ事件であり、他の一つは、一九七五年の部分改正を除き殆んど抜本的改正をみることなく存続した精神衛生法が、同法成立時の精神医療の発展の時代的制約ともあいまって、現代の医療、人権の到達点との間にギャップをかかえ、各界からのそれらへの批判も極に達し始めてきたことによる。

ところで、ヤング事件の判決言渡の当日、内務大臣は、社会サービス大臣と共同で、内務省・保健社会保障省の下に、ブロードムア等特別病院での患者の釈放規準に関する緊急調査のため、アーボルド委員会を設置したことを声明した。また、内務大臣は、同日、議会上院の委員会での事件をめぐる審議のなかで、危険性のある精神障害犯罪者の処遇法制を長期的に検討するためバトラー委員会を設置する意向を公表した。

そこで、以下では、まず、法改正の要因について述べ、次章以下で二委員会の報告書にふれる。

(一) ヤング事件

ヤング事件とは、ヤング (Graham Frederick Young) が、ブロードムア病院から一九七二年条件付釈放後四ヶ月余で、毒薬物投与により、就職先の同僚八名を殺傷したものである。このヤング事件が、センセーショナルであった理由は、その殺傷規模、異常性、条件付釈放の当否に関心がむけられたせいである。

そこで、次章でみるアーボルド委員会の検討内容となっているばかりでなく、精神障害犯罪者の処遇を知るうえで重要性をもつと思われるので、少し、ヤング事件の発生の経緯と処理のされ方をみておく。

一九六二年七月に当時一四歳のヤングは、父、姉、友人を毒薬物投与により殺害し、中央刑事裁判所で有罪とされたが、精神衛生法に基づきブロードムアに一五年間（一九七七年まで）の釈放制限の条件付で収容された。このよう

に、ヤングは、精神異常でなく（従ってマックノートン・ルールズでの抗弁は却下され）、再犯の可能性のある精神病質障害⁽³⁾として、ブロードムアへの釈放制限付の病院収容命令に付されたのである。一九七〇年六月、ブロードムアの担当医師ウドウィン(E. Udwin)は、過去三〜四年間に、ヤングの病状は変化し、ヤングは毒殺や暴力犯罪をおかす状況にないと診断し、他の六名の精神医、学者も同意見であったため、内務大臣に条件付釈放の許可申請手続きを行った。一九七一年二月、三条件⁽⁴⁾が付され内務大臣によりヤングは釈放された。ヤングは、ブロードムアから退院後、三ヶ月間、バーミングシャー州スラウの政府訓練センター（ホステル）に出頭し、ウドウィン医師はヤングを三度にわたり診断した。

その後、ヤングは犯歴を秘匿して、J・ハッドランド会社の店員見習いとなった。ヤングは、ブロードムア入院時から実際にはさらに興味を深めていた毒薬物の反応と作用に関する知識を実験するため、一九七一年八月から八名の同僚にタリウムの薬品を飲物に投与し、毒薬の効果を観察して日記に記録し始めた。かくて、二名が死亡、二名が身体への重度の傷害、他の四名は軽度の傷害の結果を惹起した。事件は、わずか釈放後九ヶ月余の一九七一年十一月の逮捕まで続いた。

ヤング事件の裁判は、一九七二年六月、ハードフードシャー州セント・オーバンズ上級裁判所で審理され、二名への謀殺、二名への謀殺未遂、二名への傷害の意図をもった毒薬投与（身体への重度の傷害）で有罪、他の二名への行為は無罪との陪審員の全員一致評決があった。ヤングの弁護士アービン(Sir Arthur Irvine)は、被告がブロードムアから許可を受け釈放されていた点を強調し、内務省当局の公共の保護をなす義務と被告自身を保護する義務履行に重大な過失があったとしつつ、処遇にあたり被告には、釈放制限付の病院収容命令よりも、刑務所収容の拘禁刑が適

切であると陳述した。イーブリ (Eveleigh) 裁判長はこれを認め、ヤングに終身刑を言渡した。⁽⁵⁾

このように、ヤングは、再度精神病質障害と鑑定され、今回の処遇では、終身拘禁刑を言渡されたのであるが、裁判を契機として問題化したことは、何よりも、ブロードムアからの釈放規準、処遇内容に関してであった。ヤング事件と類似のものであるアイリフ事件も、同種の問題を提起した。アイリフ (Terence John Liffe) は精神疾患による三度目の妻に対する重度の身体傷害でブロードムア収容となり、その後、一九七三年一月、条件付釈放となったが、四度目の妻を殺害し、一九七四年四月、ウインチェスター上級裁判所で、精神障害の治療の見込みがないため謀殺罪で終身刑を言渡された。⁽⁶⁾ このアイリフ事件の発生は、アーボルド委員会が報告書を公表し、まだその勧告事項が実施されていなかった時期と重なるだけに、ヤング事件の提起した問題を一層深刻なものにさせた。このため、後のバトラー委員会へ多大の影響を与えたといえよう。

ところで、かくて社会問題化したヤング事件をめぐって、内務大臣は、先にみたように二つの委員会の設置方針を明らかにした。これらについては三、四章でふれることにする。

(二) 精神衛生法制の問題点

さきにのべた一九五九年精神衛生法の問題点と検討すべき点はどのようなものであったかをみておこう。それは、次の三つ流れに整理できる。

第一は、精神医療および同行政担当当事者、団体により指摘されているものである。⁽⁷⁾ たとえば、①特別病院施設の過剰収容状態を緩和すべきこと、②一般の精神病院（精神科）に保安区画（セキユア・ユニット）を含め多様な区画を設置し、同区画間の患者移送を容易なものとするべきこと、③特別病院内での治療でのグループピングにあたっては、

一層専門化がはかられるべきこと、④特別病院における医学上および関連の専門職員の増員が行われること、⑤特別病院での過剰収容の余波が一般の精神病院に来ており近時の精神障害者の治療傾向であるオープンドア・システムを伴うセラピック・コミュニティの発展は阻害されているとするもの、⑥現行精神衛生法九七条一項の特別病院収容対象者の条件を規定する条文の文言「危険かつ暴力的あるいは犯罪的性向のため」の「暴力的、犯罪的」を削除し収容対象を拡大すべきこと、などである。これらは旧保健省、王立精神科医協会、一般医師などの最大公約数的見解である。

第二は、患者、市民団体によって提出されている批判点である。たとえば、ブロードムア（特別病院）に一九六五～六九年まで収容されていたトンプソン（Peter Thompson）⁽⁸⁾は、①同施設での処遇は保安と治療とが混乱している状態にあること——看護人は保安員であり同時に精神病治療カウンセラーである、②「ブロードムア帰り」というステイグマのゆえに退院患者は社会から締め出され就職のないこと、③特別病院と社会との間に落差がありすぎるため患者の社会復帰が困難であり「中間施設」^{ハイウェイ・ハウス}を設置すべきこと、④患者のアフターケアを国家機関が責任をもって行うこと、などをあげている。また、有力な市民団体である人権協会（NCCL）⁽⁹⁾は、①精神病患者が無権利状態にあること、社会サービス大臣は自らを精神病院という「スラムの主人」と述べたことを指摘し、一九七一年には、三五名の特別病院患者が死亡していること、二二名が三〇年以上（うち三名が五〇年以上）にわたり収容されていた事例をあげ、終身刑の受刑者ですら八～一〇年で釈放されており一三年以上の拘禁が希有のことであると述べ、精神病院に収容の犯罪者（患者）が無知と偏見によって劣悪な状況にあることをあげている。また同協会は、②精神衛生法一三六条という公衆の場所で発見された「精神障害者」で緊急の保護・抑留が必要と警察官が思料する際の七十二時間

内の施設収容権限に激しい批判を行っている。

第三は、前二者の潮流と異なり法律家（実務家・学者）のものであり、特別病院制度の拡充、内務省権限の強化に比較的重点がおかれている。これは、後にみるアーボルド、バトラー委員会報告書の内容と符合する。それゆえ、ここでは詳論しない。

ところで、これまでイギリスの精神障害犯罪者制度を予め了解されたものとしてきたが、ここで処遇態様を一般行政手続のばあいも含め、統計を付して表示しておく。

- (1) Ministry of Health, *Special Hospitals—Report of Working Party*, pp. 24 (1961), H. M. S. O.
- (2) *Second Report from the Estimates Committee* (Session 1967-68)—*The Special Hospitals and the State Hospital*, pp. 309 (1968), H. M. S. O.
- (3) 精神衛生法四条四項にいう精神病質障害とは「知能の薄弱をともなっているか否かを問わず、異常に攻撃的な行為または重大な無責任行為をひきおこし、医学的治療を要するか、または、それが可能であるような持続的障害または能力障害」をいう。
- (4) 三条件とは、第一に指定住所に定住すること、第二にプロベーション・オフィサーによる監督を受けること、第三にプロドムアの担当医の指示に従い、外来患者として精神病治療クリニックへ通院し治療することである。また、内務大臣による条件的釈放であるため釈放制限の満期となる一九七七年まで、プロドムアへ再収容が可能なものとされている。
- (5) cf. *The Times*, 30 June 1972; *The New Law Journal*, 597-8, 6 July 1972.
- (6) cf. *The New Law Journal*, 353-4, 18 April 1974; *Hansard*, Cols. 553-7, 9 May 1974.
- (7) Ministry of Health, *supra* note 1, at 22-3; 1 *British Medical Journal* 527 (1974); David H. Clark, *Social Therapy in Psychiatry*, 98-9 (1974).
- (8) Peter Thompson, *Bound for Broadmoor*, 135-152 (1972).
- (9) *The National Council for Civil Liberties, The Rights of the Mentally Abnormal Offender*, 1 (1973).

精神障害(犯罪)者の処遇態様

行政手続	措置等の種類	対象精神障害者名				収容期間可否	処遇監督機関	命令解除権者	本人の釈放申立申請機関	収容施設	1970年ないし1971年統計
		精神病	重度精薄	軽度精薄	精神病質	その他障害					
		観入院	○	○	○	○					
行政手続	観入院	○	○	○	○	○	28日間内	保健社会保障省	担当医、病院精神衛生審査会	○精神衛生審査会	28,403名(70年)
	治療入院	年齢の限定なし	○	21歳未満	○	×	1年内1回目以降2年	同	同上及び最近親の親族	同	1140(70)
	保護依託	同	上	同	上	×	同	地方保健局	同	同上	不詳
	刑事施設からの移送	○	○	○	○	×	条件による。但し、服役満了期間内。	保健社会保障省	退院制限付の場合・内務大臣	○内務大臣	105(71)
行政手続	警察官による緊急入院	○	○	○	○	○	72時間内	収容施設により異なる	同	なし	1,493(70)
	審理中	訴答不適格	無	限	定		訴答適格まで	内務省	内務大臣	○内務大臣	40(71)
	無罪	マクノートン・ルースによる無罪	同		上		不定期	同	同上	同	
	有罪の認定(または心証を得て)後	治療の条件付プロセーション	同		上		1～3年内	同	担当医、病院精神衛生審査会	○精神衛生審査会	1,527(71)
行政手続	保護依託命令	年齢の限定なし	○	21歳未満	○	×	1年内1回目以降2年	地方保健局	地方保健局精神衛生審査会	同	965(71)
	病院収容命令	○	○	○	○	×	1年内1回目以降2年	保健社会保障省	担当医、病院精神衛生審査会	同	
	釈放制限付	定期	○	○	○	×	定期	同	内務大臣	○内務大臣	232(71)
	拘禁刑	○	○	○	○	×	不定期	同	同上	同上	
刑罰											
無期限											
有期～無期まで											
刑罰(矯正刑等)											

※ 精神衛生法、フーボルト委員会報告、MIND Report No. 10 を参照して筆者作成。

三 アーボルド委員会報告書

すでにみたように、ヤング事件の判決言渡の当日の六月二十九日、ヒース (Edward Heath)⁽¹⁾ 保守党政府の内務大臣モードリング (Reginald Maudling) は声明を発表し、社会サービス大臣ジョゼフ (Sir K. Joseph) と合同で、本事件に鑑みて退院制限付の病院收容命令に付された患者の釈放、監督の運用を検討することに着手し、三委員⁽²⁾からなるアーボルド委員会を前日の二八日組織したことを明らかにした。また、下院で与野党の議員による内務大臣等への質疑が行われた。⁽³⁾ 内務大臣は答弁のなかで、先きに述べたように精神異常犯罪者に関する法の諸規定および治療施設を長期的、抜本的に検討するため、一五名の委員会を設置する意向を示し、委員長にバトラーを任命し、他の委員は選考中と述べた。⁽⁴⁾⁽⁵⁾

バトラー委員会に関しては次章でみることにして、ここではアーボルド委員会の報告書をもとに、特別病院での処遇実態、勧告内容を紹介する。

ところで、アーボルド委員会は、一九七三年七月四日、第一回会合を開催し、その後、各種病院の視察や四氏六団体・機関からの意見聴取など積極的に活動して、一五回の会合をもった。同年十一月一日、アーボルド委員会は、報告書を完成させ翌年一月に、内務大臣カー (Robert Carr)、社会サービス大臣ジョゼフ⁽⁶⁾に報告を答申している。

アーボルド委員会への二大臣の諮問事項は、「現在、運用の一九五九年精神衛生法六五⁽⁶⁾条にいう特別制限に付された患者の釈放および監督の手續は、十分なものであるか。現行法はさらに改正を要するか。」であり、特別病院ないし一般病院 (精神科) に、退院制限付の病院收容命令^{ホスピタル・オーダー}をうけ收容された患者^{オツフエンダー・ペイシユント}に関する手續に限定されている。同報告

書は正式名称を「特別制限付精神病患者の釈放・監督手続に関する調査報告書⁽⁷⁾」といい、五八項目に及んでいる（以下では、同報告書をアーボルド報告書と略す）。

(一) 患者の処遇統計

アーボルド報告書の統計によれば、一九七一年に釈放制限付の病院収容命令を受けた二三二名中、わずか一二件（五・六％）が、有期の釈放制限であり、残りの二一九名（九四・四％）は不定期つまり期限がないそれである（第一表）。しかも、アーボルド委員会は、この不定期の釈放制限を高く評価している。この釈放制限付の患者の犯行を類別すると、第二表になる。これを分析すると、特別病院への収容者の罪名は人身犯罪であるのに対し、一般病院への収容者は、財産犯罪が多いことがわかる。概して重大な法益侵害者は特別病院収容になるといえる。

さらに統計によって、釈放制限付患者を各精神障害中の構成比率においてみると、精神病質のばあい、約六〇％に釈放制限が付されていることがわかる。これと、さきの九四％が不定期の釈放制限付であったことを考え併せると、治ゆし難いとされる精神病質の患者には、治療の必要性を理由に長期の身柄拘束が行われる可能性があることを推論できる（第三表参照⁽⁸⁾）。

(二) ヤング事件等の評価

アーボルド報告書は、一九六〇年来、内務大臣の権限によりブロードムアから釈放の（釈放制限付の）患者三〇〇余名中、犯罪の再犯者は二名（ヤングを含む）であり、同種殺人事件の発生を防止するには、報告書が示す措置をとるべきとしている。しかも、この例外的な殺人事件の発生は、患者の釈放後の期間が長期で、積極的な患者の監督が継続されてなかったことに起因するとしている。また釈放制限付の病院収容命令にもふれ、不定期の釈放制限付患者

第一表 1971年犯罪者処遇統計

精神病治療の条件付プロベーション（命令）	1,527名
釈放制限の付かない病院収容命令・保護依託命令	965
〃 令の付いた病院収容命令	232
訴答不適格・精神異常による無罪評決	40
内務大臣による刑務所から病院への移送	405 { 105
条件付釈放者の再入院	27
連合王国内からイギリス本島へ移送	1
計	2,897名

⌘ Aarvold Report, at 2, 3

第二表 精神衛生法65条による特別制限をうけて病院収容された患者

犯 行	1970年		1971年	
	特別病院への収容者	一般病院への収容者	特別病院への収容者	一般病院への収容者
謀殺性傷害罪	63	19	68	18
放火罪	28	21	40	15
その他の重度の傷害行為	46	35	68	30
上記以外の //	14	14	12	15
性犯罪	32	39	20	18
財産犯罪	33	87	23	72
その他	9	7	3	3
小 計	225	222	234	171
総 数	447名		405名	

※ Aarvold Report, at 3

第三表 釈放制限患者の比率

病 種	年 度	1970	1971
精神病患者中		22%	19%
精神病質障害（非精神病）患者中		57	59
精神薄弱患者中		22	23
重度の精神薄弱患者中		22	12
全患者中の同患者		26	25

※ Aarvold Report, at 4

のばあい、条件付釈放に付される際の期間は通常五年内（必要とき更に長期）であること、条件付釈放患者の全釈放患者に占める割合は、三分の二（一九六一〜六六年）から四分の三余（一九六七〜七一年）であること、そして条件付釈放手続は被釈放患者の再犯比率を低くおさえている点で効果をあげていること、などから従来の実務は満足すべきであったとしている。⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾

（三）提案の概要

（1）精神障害犯罪者の^{アセスメント}審査

アールボード報告書は、潜在的危険性のある精神病患者の治療、社会復帰、釈放および釈放後の継続的看護を正確に判定するには、①患者の精神状態、②患者の治療への反応、③患者の将来的行為、の正確な審査を考慮すべきとしている。このため、医学、看護学、作業療法、心理学、ソーシャル・ワーク等の専門家により構成される、患者を審査するケース会議がもたれることの重要性を述べ、同会議により、多数のケース（精神病質障害の大半）は、疾患の将来的推移につき予示でき、患者は社会的心理学的援助をうけ、完治するとしている。⁽¹²⁾

これに対し、特別に留意を要すると鑑定されるケースは、例外的なものであるが鑑定可能であり、二要因をもつものすなわち①精神医学的予測が明確に不適ないし困難なもの、②他人に危害を与える危険性の徴候のあるもの、である。この範ちゅうには、サディスト、ある種の性犯罪・放火罪のケースがあてはまる。この種の患者の鑑定、特別手続の適用は、専ら公共の安全を保証する措置であるため、その責任は内務大臣にある。そこで具体的提案として、①内務大臣は、釈放制限付患者の病院収容後三ヶ月内に、担当医官に患者が審査上特別の留意を要す者か否かにつき照会すべきこと、②この問題を考慮する際、担当医官を援助するため、特別審査の要否判定規準に基づくガイダンスが

作成され、当該の相談員に活用されるべきこと、③特別審査が必要なばあい、即刻その理由が表示され、同ケースに特別の注意を払わせるための内務省の覚え書が作成されるべきこと、④新たに考慮すべき問題が生じたばあい、特別審査の要否問題の提起は担当医官ないし内務省（特別病院のケースでは保健社会保障省）に委ねられるべきこと、をあげている。⁽¹³⁾

ところで、この特別審査の要否の分類を医師に委ねることは、医師に公共の利益の判断を、たとえその判断規準を設定するにせよ、負担さすことになる。アーボルド報告書は、要特別審査の患者は、大多数、特別病院に收容されるとしている。しかも、この審査規準は、現行法の特別病院への收容規準（『危険かつ暴力的あるいは犯罪的性向をもつ』）とは異なるとする。⁽¹⁴⁾ 確かに、要特別審査は即特別保安条件下での治療と連動するものでないとしているが、先きの要特別審査の二要因から分類が行われると、医学上分類鑑定の困難なケースは、現行法の射程外のケースにもかかわらず、新たに特別の注意を要するとして取り込まれることになる。これは実質的に、特別病院收容の対象者を拡大することにもなる。

(2) 釈放・移送決定と諮問局の設置

アーボルド報告書は、精神障害犯罪者が病院から釈放される際に、患者として制度的に保護された援助を喪失し、医学上の治療の十分でない社会と直面してストレスを生じ、危険な行動にむかうことを認めている。そこで釈放・移送を慎重なものとするため、①釈放制限付患者の釈放および移送（特別病院から一般病院への）にあたり担当医官が作成する内務大臣への同勧告書には、社会復帰を含む患者に関する情報と担当の看護、ソーシャル・ワーク等の職員の同意があること、②要特別審査の患者のケースでは、移送・釈放に関する担当医官の勧告書は、当該病院とは独立

した諮問団体 (advisory body) に、第二意見として照会されること、を提案している。⁽¹⁵⁾ アーボルド報告者は、かくて、要特別審査患者の釈放・移送の審査照会機関の導入を構想する。すなわち①この第三者機関は、内務大臣により設置され諮問局 (Advisory Board) とし、要特別審査患者の釈放・移送に関しては同局の判断を求めること、②諮問局はケースの照会にあたり担当医官・専門職員の報告書 (患者の経歴、犯行、治療への反応) 等の書面での情報を提供され、釈放申請ケースでは、社会内の居住地の展望についての十分な情報提供があること、③諮問局は、議長である法律家、司法精神科医、経験をつんだソーシャル・ワークの専門家の三者から構成され、構成員は患者、担当医官に接見できること、④諮問局は公共への危険性の有無を規準に、照会ケースの適否を判定し却下のばあい簡単な理由を付すこと、が提案内容である。しかも、内務大臣は、特別に不安をいだくケースのみならず、一般病院に収容の釈放制限付の患者の一時外泊のケースについても同諮問局に意見照会を⁽¹⁶⁾しう。このことは、釈放制限付の患者のケースは、すべて諮問局によって審査されることを意味する。したがって、これは、要特別審査ケースの手續を事実上、退院制限付の患者のケースに一般化して適用しうることもなる。この方向は、次章でみるバトラー委員会の見解でもある。

ところで、この諮問局は公共の安全を重視して釈放・移送手續においても慎重を期しつつ同時に、現行精神衛生法上、釈放制限付の患者の釈放権限をもつ内務大臣個人の権限 (六六条) を客観化し適正化することを志向している。⁽¹⁷⁾ しかし、現行法六六条六項で規定されている釈放制限付の患者の、内務大臣への釈放審査申立請求はいかに位置づけられていくのか明らかでない。仮りに、現行規定が活用されるとすれば、内務大臣は諮問局に当該患者の釈放の可否を照会し、同諮問局の見解をふまえ釈放の要否を判断することになる。そうだとすれば、公共の安全という治安維持

機能を分担させられた機関である諮問局が、現行法の同機能をもたぬ精神衛生審査会以上に、患者の人権擁護機能を発揮しうるかは、さらに検討を要するであろう。

(3) 患者の釈放手続

アーボルド報告書は、患者の釈放手続に関し、その患者の收容病院の種類により差違を設けることを指摘する。一般病院收容の患者には漸次性の原則 (principle of gradualness) に従い段階的な社会復帰プログラムつまり警護付の短時間のリクレーション、遠足を第一段階とし長期の一時外泊、病院外の事業所への就労と進み、正式な釈放を行うシステム、を適用する。他方、特別病院の患者には、この漸次性の原則が妥当しにくい。その理由は、特別病院数が限定され (現在、建設中のものを含め四個所)、結果的に、患者は、遠隔地の病院に收容され、患者を釈放する際にも、釈放を促進さす組織や家族との緊密な連携がとれず一時外泊も容易に認めえないからである。そこで、同報告書は、この困難を解消することなく患者の社会適応はできないとしつつ、あえて、患者は家族ないし臨時保護收容所 (casual lodging) へ直接釈放されるべきとする。その際、社会復帰の最初の期間には、特別病院收容にされていた患者は、地方の一般病院ないしホステルへの移送・通院・出頭を義務づけられるとする。しかし、現実には、地方の一般病院が同患者を容易に受入れないこと、ホステルが過剰收容であることを認めている⁽¹⁸⁾。

(4) 釈放後の看護観察、情報の開示、再收容

アーボルド報告書は、条件付釈放患者に継続的な看護を行うリハビリテーション・チームを設置し、患者と公共の利益の観点から釈放後の措置 (たとえば再收容) をとろうとする。同チームの構成は、病院の担当医官、主治医、病院のソーシャル・ワーカー、観察官 (supervision officer) 及び内務省関係者からなる。この構成員間で患者に関する

る情報交換や共同決定を行う⁽¹⁹⁾。

次に、同報告書は、患者が釈放されるばあい、患者の書面による同意を得て、患者に関する情報を開示し、専門家のリハビリテーション・チーム外の者に対する情報開示の内容は、同チームおよび内務省の見解に従い個別ケースごとに行うとしている。但し、患者が情報開示に不同意のばあい、内務大臣は、釈放決定にあたり、このことを考慮にいれるとする。ただ、開示情報の内容および開示をうけた者につき患者は告知されること、非専門家（公務員、公務機関、親族、雇用主）は、開示情報につき守秘義務をもつとされる⁽²⁰⁾。

アーボルド報告書は、条件付釈放中の患者に他害の危険があると判断されるばあい、内務大臣が公共の保護の観点より、患者を再入院させる権限をもつことを認めたいうえで、この再入院の勧告権を主治医、担当医官に与え、その責任をも明確にするよう述べている。それゆえ、患者の再収容につき、リハビリテーション・チームが、臨機応変に協議し再入院相当と一致して判定したばあいも、内務大臣への勧告責任は、当該精神科医（主治医）にあるとし、結論の一致をみないばあい、監督官の意見を内務大臣に報告すべきとする⁽²¹⁾。

ところで、若干の指摘をするならば、公共の保護的観点から、患者の継続的看護のため看護・観察に責任を負う者に患者の一件情報が開示される点についてである。患者のプライバシーの保護と社会の利益（公共の保護）との調和を盾に、釈放条件として、患者に情報開示の同意を得る側面がある。しかも、雇用主に開示された患者の情報が、患者の社会復帰に十分に生かされるために取り扱われるかは未知数であり、同情報が雇用条件面で不利益に扱われる材料とならないためには、さらに検討を要すると思われる⁽²²⁾。

(1) 当時、任期四年の下院の構成は、一九七〇年六月一九日の選挙の結果、保守党三三〇、労働党二八七、自由党六であった。

(2) 三委員とは、アーボルド卿 (Sir Carl Arvold) 、ユル教授 (Denis Hill) 、ニートン (G. P. Newton) である。アーボルドはロンドン市地区裁判官であり、ヒルは精神病研究所所員で、ニートンはビルトシャーの社会サービス長である。

(3) 野党の労働党から六名、与党から三名の議員が質問に立った。いずれも、アーボルド委員会の設置に賛成している。質問内容は、委員会の調査権限、緊急対策としてブロードムアの看護職員の増員計画の有無、ヤングの処遇の状況、ヤング事件に対し驚愕している世論を沈静化する必要性などである。内務大臣および社会サービス大臣の答弁で重要な点を二、三あげると、①ヤングの犯罪 (初犯) の刑期は、下限が七、八年であり、実刑を科されていれば同期間で釈放されているが、ヤングは精神障害と鑑定されたため、かえって量刑相場より長期にブロードムアに收容され、医学的に正常と診断されるまで釈放されない状況にあったこと、②ブロードムアの近時一二年間の釈放者数は三〇〇名をこえるが、同種の再犯ケースは皆無であったこと、③職員増員に必要な措置をとる、などである。なお詳しくは、次の資料を参照されたい。The Times, 30 June 1972; Hansard, Cols. 1673-85, 29 June 1972.

(4) パトラー委員会は、後述するように、一九七二年九月二日設置された。

(5) 他方、さらに精神異常犯罪者への刑罰適用など全体的問題を広範囲に及び調査すべきであるとして、内務・社会サービス両大臣は、法律委員会 (Law Commission) および刑事法改訂委員会 (Criminal Revision Committee) の両委員長とも協議を行っている。なお法律委員会については、島田仁郎「英国における法改正の機構」法曹時報二〇巻四号 (一九六八年) 六四頁以下が詳しい。刑事法改訂委員会は、一九七二年当時、デービス (E. Davies) を委員長とする一五名から構成され、クロス (R. Cross) 、ウィリアムズ (G. Williams) などがいた。cf. The Times, 30 June 1972.

(6) 六五条一項は、「巡回裁判所または四季裁判所 (現在の上级裁判所) により犯罪者に病院收容命令が発せられるばあい、当該犯罪の性質、犯罪者の経歴、釈放後の再犯の危険性を考慮し、公共の保護のため必要と認められるならば、同裁判所は本条の規定により、同犯罪者を期間の限定なしに、または命令で特定した時間、本条の特別制限に服させることをさらに命令しうる。」とのべている。これが釈放制限命令 (restriction order) である。なお、ここでは釈放としたが、病院からの退院ともいえるので退院制限命令とする用語法が適切とも思われるが、退院は自・他動詞、二つの行為の意味を含むこと、退院の許可権者が内務大臣であることから「釈放」の語を使用した。

(7) C. Arvold, D. Hill & G. Newton, *Report on the review of procedures for the discharge and supervision of*

psychiatric patients subject to special restrictions, pp. 23 (1973), H. M. S. O., Cmd. 5191.

(8) *Ibid.* paras. 7-11.

(9) *Ibid.* paras. 13-16.

(10) 一九六六―六七年で、釈放制限付患者の釈放後の再犯状況をみると次のとおりである。まず、釈放の種類別の統計では、①制限が満期で、病院当局により釈放二五名(九%)、②内務大臣による絶対的(無条件)釈放二四名(九%)、③内務大臣の同意で、病院当局により絶対的釈放四名(一六%)、④内務大臣による条件付釈放一八〇名(六六%)である。次に、再犯率と犯罪名をみる。①のグループには、内務大臣は一切の権限をもっていないが、釈放後四年内に一名が財産罪、三名が傷害罪で有罪となった(併せて五六%の再犯率)。②のグループは、病院からの脱走などであり(一八名)、残り六名は治療の必要性がなく社会での監督が不要であった。この六名中、三名が四年内に再犯で有罪となった。③のグループでは、釈放後四年内に、二四名が財産罪、二名が重度の人身傷害罪で、三名が軽微の人身傷害罪で、一名が武器所持で、一名が猥褻行為(*indecent assault*)で有罪となった(併せて七〇%の再犯率)。④のグループでは、七八名(四三%)が殺人性の人身傷害により、はじめから病院収容となり、五〇名(二八%)が、重度の人身傷害で有罪後、病院収容となっていたものである。このグループの再犯率と罪名をみると、釈放四年内に、二〇名(二二%)が財産罪で、七名(四%)が財産罪以外の重大犯罪で有罪となり、病院に再収容されたが有罪宣告をうけなかった者一二名(七%)、再収容と再犯(有罪宣告)のなかった者一二九名(七七%)であった。このように、特別病院から条件付釈放された患者の再犯率は、一六%(二七名)で、うち重大犯は四%であったことは、高く評価されてよいであろう。*Ibid.* appendix 2 (pp. 22-3).

(11) ヤング事件後、内務・社会サービス両大臣が現行手続の修正を行おうとした点は、七項目に及んでいる。それらは、①特別病院からの移送、釈放の勧告には、二名(担当医を含む)の同意が必要、②釈放地が特別病院から遠隔地のばあい、医学上の追跡調査は地方病院の主治医とする、③ケースの背後事情については、主治医や監督官から報告をうけること、④条件付釈放のケースでは、監督官にガイダンスを設け、患者の情報を雇用主に開示する程度、その際の責任につき助言をすべきこと、⑤監督官、主治医、内務省が患者の予後につき情報交換できるよう条件付釈放患者の追跡を行い適切な処置をなすこと、⑥釈放の検討においては、患者の復帰する社会環境に関する詳細な情報を提供すること、⑦釈放制限付患者の動向を警察に報告する処置をなすこと、である。*Ibid.* para. 17.

(12) *Ibid.* paras. 18-19.

(13) *Ibid.* paras. 20-23.

(14) *Ibid.* paras. 24-26.

(15) *Ibid.* paras. 27-33.

(16) *Ibid.* paras. 34-38.

(17) 精神衛生法六六条六項の規定は次のとおりである。「内務大臣は、当時、釈放制限命令を受けている患者のケースを、随時、助言を求めて精神衛生審査会に付託できる。しかも、本条次項に従い、病院に拘束されている患者により文書で右の要求を受けたばあい、当該要求書を受理した日から起算して二ヶ月以内に、本条二項にもとづき無条件または条件付で患者が釈放されるか、当該釈放制限命令が失効しない限り、同様に付託しなければならない」。精神衛生審査会については、拙稿「精神障害犯罪者の不服申立制度」沖縄法学七号（一九七九年）一九頁以下を参照されたい。

(18) Aarvold Report, *supra* note 7, paras. 39-42.

(19) *Ibid.* paras. 43-48.

(20) *Ibid.* paras. 49-52.

(21) *Ibid.* paras. 53-56.

(22) 精神障害患者の雇用については、就業率、賃金、職種において劣悪な状況におかれ事実上「安あがりの労働者」として搾取される危険性があるとされる。雇用関係にあって精神障害の疾病だけが何故、雇用欠格事項として明示されうるのかにつき、労働法領域で再検討すべきであろう。National Association for Mental Health, *Patient's Rights—The Mentally Disordered in Hospital*, 7-8 (1973).

四 バトラー委員会報告書

第三章の冒頭でみたように、バトラー委員会は、一九七二年九月二日に設置され、同年一〇月四日の第一回会合

以降、六二回の会合を重ね、三年近くの歳月をかけ一九七五年八月一四日、内務大臣ジェンキンス (Roy Jenkins)・社会サービス大臣キャッスル (Mrs Barbara Castle) に、「精神異常犯罪者に関する委員会報告書」⁽¹⁾を答申した。

この間、同委員会は、一九七四年四月二〇日、「精神異常犯罪者に関する委員会中間報告書」⁽²⁾を発表し、両大臣に提出している(以下では、前者の報告書を、「バトラー(委員会)報告書」ないし「(バトラー)最終報告書」と、後者を「バトラー(委員会)中間報告書」ないし「中間報告書」と略称する)。

ところで、これまで委員長名を冠して略称してきたバトラー委員会は、正式名称を、「精神異常犯罪者に関する委員会」とし、構成委員の総数は一六名である⁽³⁾。

バトラー委員会への先きの両大臣からの諮問事項は、二点ある。すなわち第一点は、法律は、刑事裁判手続および犯罪者の処遇上、精神障害をどの程度、いかなる規準で認知すべきかを考察することであり、第二点は、精神障害犯罪者に、刑務所・病院・社会で、適切な治療・釈放・アフターケアを行うのに権限・手続・施設面で、変更が必要か、変更を要すればその内容を考察し勧告書を作成すること、である。

以下では、まず中間報告書についてふれ、最終報告書については、骨子を紹介することに重点をおくこととする。

(一) バトラー中間報告書

中間報告書が発表された主要な理由は、特別病院での過剰収容状態を緩和することが急務であり、そのために、中間施設 (intermediate provision) ——特別病院と一般病院との中間に位置する施設——の設置を国庫負担で行うよう政府に勧告すべきと判断されたからである。

バトラー委員会が把握した特別病院の実態はいかなるものであったろうか。中間報告書によれば、三特別病院の患

者数は約二、三五〇名（ベッド数二、五〇〇床、一九六六年患者数二、一四四名）で、五年余で九・六％増加しており、病室内のベッド間隔が五〇センチ内であるため患者のプライバシーはないに等しいとしている。しかも、一般病院での精神障害者の処遇方法は開放処遇へと移行しているのに精神障害犯罪者は、このオープンドア・システムの対象から除外され、この処遇方法が進展するにつれ、逆に、裁判所は、精神障害犯罪者を一般病院へ収容することを回避してきている。病院収容命令数も、一九六六年の一、二五九名をピークに減少し、一九七二年には、九二四名へと落ち込んでいることがこのことをうらづけている。さらに、一般病院から、病院内での暴行、窃盗を理由として、同病院収容の患者が特別病院に移送されさえしているのである。まさに特別病院は危機に頻していたといえる。しかも、この特別病院の収容能力の限界、一般病院での精神障害犯罪者の減少は、結果的に、治療に不適な、しかも過剰拘禁状態の刑務所⁽⁴⁾に精神障害犯罪者を拘禁する事態を招来させている。かくて、内務大臣による特別病院への移送命令の発令（つまり空ベッドの発生）を数ヶ月まづにすぎない精神障害犯罪者が刑務所収容人口の中に増え、重度の精神障害犯罪者で過剰拘禁状態となった刑務所の出現もみられ、刑務所運営は、深刻な困難をかかえることになったのである。そこで、中間報告書は、この最悪の事態を解消する緊急の措置は、特別病院の増設と中間施設の設置であるとしている⁽⁵⁾。

なお、この中間報告書が作成されるまでに、一八回の会合がもたれ、三特別病院の他、精神療法刑務所（Parkhurst, Grendon）二箇所、一般病院数ヶ所の参観を行っている。

中間施設 — Secure Hospital Unit 提案

バトラー委員会のいう中間施設は、⁽⁶⁾特別病院と一般（精神）病院との中間に位置し、一方で一般病院のオープンド

ア・システムを促進し、他方、処遇困難であるが特別病院ほどの条件下で収容する必要のない患者のケースをうけ入れるものである。具体的には、地方保健当局の管轄地域（一五箇所）に、保安病院区画（Secure Hospital Unit）（――以下では「保安ユニット」と呼称する）を設置することを提案している。この保安ユニットは一般患者も利用でき、同時に、精神鑑定、プロベーション、アフターケア等に関する司法精神医療業務を担い、患者の訓練・研究でも重要な役割を果しうるよう大学の研究機関とも緊密な連係を保つものとしている。⁽⁷⁾ この保安ユニットの施設の性格は、社会技術・教育訓練施設ともいえる社会治療的ないし社会訓練的側面をもつといえる。というのは、保安ユニットは、人口集中の都市部に近接して設置の作業場、リクレーション施設を備えた治療的施設であり、この作業内容も、外部の企業の作業条件と同水準で、長期患者のばあい釈放時には企業の雇用に足るレベルの訓練・教育であるとしているからである。⁽⁸⁾ 保安ユニットに収容の対象者は、一般病院や特殊病院から除外された患者、刑務所からの移送患者および裁判所に直接付託された患者である。この施設の患者は、身柄を拘束する必要性のある、公共への切迫した危険性をもつ攻撃性の精神病質者ないし同種の患者である。⁽⁹⁾

保安ユニットの保安の程度は、特別病院の重警備でも、またあいまいな「中程度」でもなく、患者を安全に抑制するにたる保安であり、保安は、患者との職員比率を高めること、建物の構造また病院の体制によって、その必要度を確保すべきとしている。⁽¹⁰⁾

保安ユニットの規模は、総ベッド数を約二、〇〇〇床とする。それは、現在一般病院に収容され保安条件下での収容を要する患者の約一、〇〇〇床、刑務所に拘禁の対象者の約五〇〇床、特別病院からの移送見込みの者の約四五〇〇～五〇〇床からなる。また、今日、刑事医療の業務で年一万二、〇〇〇件の報告書が作成され裁判所に提出されて

おり、この裁判（司法）上の鑑定のためには、さらに数百床が入用であることを考慮すると総数二、〇〇〇床は必要であるという⁽¹¹⁾。保安ユニットの設置場所に関しては、地方の一般病院の敷地内に設置しにくいとしても、一般病院の業務を損うことなく保安ユニットを設置することが、相互信頼を高めるうえで好ましいとする。このため、各保安ユニットのベッド数は、独立した作業場、リクレーション施設を備えるばあい、約二〇〇床、既存病院の関連施設を利用できるばあい、五〇〜一〇〇床を妥当としている⁽¹²⁾。

患者に対する職員の比率は、施設の保安問題だけでなく患者の鑑定、治療にも重要な意味をもつ。これについて、中間報告書は、専門スタッフの確保は、かなり困難であるとしながらも、絶対的に必要とし特別措置を講じるべきとする。具体的提案として、患者一名に看護人一名を最低基準とされている。しかも、専門的意見の交換のため、特別病院の職員との交流を行うことや青年精神科医は保安ユニットで経験を積むこと、また外部のソーシャル・ワーカーと連携するために常置のソーシャル・ワーカーを保安ユニットに配置すべきこと、を指摘している⁽¹³⁾。

そして最後に、保安ユニットからの患者の釈放にふれ、釈放の際には安全性を考慮に入れることを条件とし、釈放は、一般病院への移送やコミュニティ（社会）への釈放の形式で行うものとしている⁽¹⁴⁾。

ところで、この保安ユニットの設置の必要性は、中間報告書も指摘するように、既に、一九六一年二月の時点でも指摘されていたもので決して新しく論じられたものではない。二章でみたように、当時の保健相により議会に提出された「特別病院に関する作業班報告書」は、地方病院局が精神病治療の業務を整備して保安ユニットを含む諸類型の病院ユニットを設置するよう勧告していた（しかし、同報告書は、他方で特別病院に不適の患者を収容している状況を批判し、特別病院への収容にあっては個人の自由を必要以上に制限すべきでないとしている。また、特別病院収容

は、患者の社会復帰を困難にさせること、特別病院での厳格な保安措置は、それを不要とする患者にとっては無駄であり、その点で、患者を再分類し保安緩和、医療優先の方向をとるべき、とも指摘しており、バトラー委員会の見解と全面的に合致するものではない⁽¹⁵⁾。同一一九六一年七月には保健大臣は、同勧告事項を履行すべき覚え書を公表しさえした。問題は、このシステムの提唱が、一〇数年を経た現在も具体化されなかったその原因である。その主たる原因は、財源の裏付けの欠如である。とりわけ、この種の施設設置への財政支出は、特殊医療といえるスティグマをもった精神医療である点で、また犯罪性患者用の施設であるため国民の共感を容易には得難い点で、予算上、優先権をもちえなかった事情によると思われる。このため、今回の中間報告書は、保安ユニットの設置が、中央政府からの地方保健当局への特別財政の割当により確保されるべきとしている⁽¹⁶⁾。

(二) バトラー最終報告書

バトラー委員会は、イギリス国内の医学、法律（司法）、行政等の分野の団体、個人から得た証拠資料や証言を検討するのみならず、一般及び特別病院、刑務所等の処遇施設も参観し、さらには、カナダ、アイルランド、スウェーデンの精神障害犯罪者に関する各種委員会からの情報やデンマークのヘルステッドベスター治療センター、オランダ、スウェーデンの処遇施設の参観を踏まえ、一九七五年八月に最終報告書を完成させた。この最終報告書は、同年一月、バトラー委員会より答申をうけた内務・社会サービス両大臣により議会に提出されており、勧告の概要だけでも一四〇パラグラフに及んでいる。そこで、以下では、重要と思われる内容に限定して、紹介することにとどめる。なお、本報告書につき若干の考察を加えた河田勝夫氏の論稿等もあり、重複する点もあることを断っておきたい。⁽¹⁷⁾

(1) 精神障害の概念

現行の一九五九年精神衛生法は、犯罪者ないし刑事手続に関する規定を設け、有罪の被告人で、同法規定の精神障害者であれば、裁判所は病院收容命令 (hospital order)、保護依託命令 (guardianship order) を、発することができ。この規定は同法六〇条以下にあるが、その精神障害とは、精神病 (mental illness)、精神薄弱 (subnormality & severe subnormality)、精神病質 (psychopathic disorder) の三種である (四条、六〇条一項)。これら病院收容命令等の対象となる有罪犯罪者の三種の精神障害に関し、バトラー委員会は検討を加え、立法時、勇敢な試みとされてきた精神病質については、今日、再検討すべきとしたが、会の諮問検討事項から外れる点もあり、積極的な見解の一致をみるにいたらなかった。ただ多数意見によれば、国際疾患統計分類 (ICD 一九六八年改正) 等にも精神病質の用語はない点を踏まえ、具体的提案として、法律上その定義が不可能な精神病質という用語を精神衛生法から削除し、同法四条一項を「人格障害 (personality disorder)」の用語に代置させ、同時に、人格障害者を非刑事的つまり民事的権限等に基づく治療のための強制的收容の対象から技術的に除外するとしている。しかも、この人格障害ないし類似の状態にある者には、性的逸脱、薬物・アルコール依存の者は含まれないとする⁽¹⁸⁾。さらに、病院收容命令等の対象となる精神障害の一つとして「精神病質」に代置して「人格障害」の用語を使用するとしても、同用語が依然として潜在的に幅広い解釈の余地をもつことから、人格障害を理由とする病院收容命令には、「犯罪者の同意」を必要とすべきとする。

このように、バトラー委員会の、この精神病質用語の削除提案 (多数意見) は、これまでの精神病質者とされた対象者の不存在を意味せず、対象者を厳密に把握する方向と一致している。しかも、この考えは、後にみる従来の危険性ある精神病質者は、開放病院での処遇に不適であり、拘禁刑を科するのが最善でそのために刑務所内に、彼らの社会

的行動の改変を目標にした特別訓練ユニットを創設すべきとする勧告とも対応している。⁽²⁰⁾

(2) 危険性とその予測

バトラー委員会は、精神障害と犯罪行為の因果関係につき、それを肯定しうるばあいとそうでないばあいがあり、両者が混同され誤解されていること、また「危険性」は犯罪者の性格だけでなく環境にも依存しているのに無限定に表現されていることを指摘する。それゆえ、危険性は概して特定の状況下では抑止しうる潜在的反応であるとみる。

要は、釈放、審査、コントロールの担当責任者が、危険性のある反応を惹起させる社会状況に犯罪性患者が遭遇する可能性のある事態を十分に把握することにあるとする。⁽²¹⁾そこで、ひとまず、バトラー委員会は、危険性を「重大な人

身傷害ないし持続的な精神的危害を惹起さす性癖」と同視する。⁽²²⁾さらに、将来的危険性の予測つまり将来的危険行為の蓋然性につき検討している。つまり、一定類型内の個人の危険性は精密度をもって量定しうるが、継続的治療の過

程や個人の主観面の審査によっても、確証性のある将来的行動予測までをなしうるものでないとする。（統計的にみ

ると、特定の性犯罪は、グループとして非常に反覆性があると判断できるが、そのばあいでも危険性は少ない）。将

来の法違反の危険性判断を個人に予測することは非常に困難である。それゆえ、危険性が軽微であれば、犯罪者個人

に有利に判断し、危険性が重度で蓋然性が高いばあい（例えば性犯罪が重度の人身傷害を伴っているばあい）、可能

な人道的な予防措置が講ぜられるようすることが必要であるとする。すなわち、合理的保護という社会全般の権利

（社会保全の必要性）と、身柄拘束が正当性をもたなくなれば精神病院や刑務所から社会復帰されるべきである精神障害者個人の権利との均衡をとるべきとしている。⁽²³⁾

(3) 治療の同意

バトラー委員会は、看護上の保護は別として、患者の治療には、患者の同意を必要とするのを一般原則とすべきとしている。そのばあいも、患者がその治療の意味を理解できる状態のときに限定している。それゆえ、患者の同意を要しないとする例外の事態もあり、それは三ケースのばあいである。第一は、治療が危険でも不可逆的なものでもなく、患者の暴力的行動や自身ないし他人への危険を抑止するに最低限必要なものであるばあいである。同意を要しない第二は、患者の症状の悪変を防止するのに必要な治療のばあいであり、第三は、不可逆的なものでなく、患者の墮落を抑えるに必要な治療のばあいである。これは、同意を不要としようる許容範囲の治療といえよう。他方、患者の無能力のゆえに平易な言葉を使用して治療を説明しても、患者が治療の意味を理解しえないばあい治療が施されてよいとする⁽²⁴⁾。ただし不可逆的処置を含む治療のばあいは、同意の有無を問わず、特別の考慮を必要としている。不可逆的治療のばあい、同意以外に（同意が得られるとき）、加療の病院ないし刑務所とは独立した精神医学上の第二所見を（同治療が遅延すれば生命に危険であると予想されるばあいを除き）必要とする厳格な要件を設けている。しかも、最も近い親族（ないし保証人）は、合理的時間内でできるならば、この不可逆的処置に関し協議をうけるべきであるとする⁽²⁵⁾。

同意の前提となる治療に関しての医師の説明義務を認め、その説明内容として、治療の性質・成功の見通し、病状の回復と釈放との関連事項をあげ、それらが詳細に説明されるべきとし、しかも成功の見通しが確実でないばあい、それを患者に約束してはならないとする。また医師の職業倫理にも期待をしている。以上から、バトラー委員会は、被拘禁下の患者の強制的治療に関する法的位置づけを明確化することを、精神衛生法の検討に際し、考慮すべきとしている⁽²⁶⁾。

(4) 病院付託・中間病院收容命令の提案

裁判所は、被告人の最終的処遇を決定するまでの間、①医学鑑定 (medical report) が有罪評決された被告人に請求されているばあい、②被告人が (裁判所付託で) 身柄拘束中に医療的保護を必要とするばあい、③病院收容命令の適否を検討するのに在院期間が必要とされるばあい、④被告人が訴訟無能力 (disability in relation to the trial) の状態にあると評決されるばあい、のいずれかであれば、⁽²⁷⁾ 病院付託の裁判所命令を発せられる。①②④のばあい付託命令 (remand order)、③のばあい中間病院收容命令 (interim hospital order) を裁判所は発し被告人を病院に強制收容する。その際、被告人の收容施設は、国民保健サービス (N・H・S) 管轄下の病院 (特別病院および地域保安ユニットを含む) である。收容期間は、①②の医学鑑定・医療的保護を目的とするときは三月を限度とし、その他のばあい (③、④)、最初三月、以降一回に一月を限度とし最高六月 (つまり更新は三回) ⁽²⁸⁾ まで延長できるとする。病院付託は、精神疾患を推定さす事由があり、しかも收容施設がある、との医学上の証拠が⁽²⁹⁾あって、かつ保釈が不可能なケースに限って考慮される。また、中間病院收容命令は、病院收容命令が被告人の最終的処遇として裁判所により選択し発せられるのに対し、最終処遇決定前に発せられ、最終的処遇を拘束しない弾力性があり、最終的処遇として刑を科すこともできる点に相違がみられる。

(5) 精神病質者の処遇 (訓練ユニット)

バトラー委員会は、危険な反社会的傾向のある精神病質的犯罪者の処遇方向を転換させている。それは、治療 (釈放制限付の病院收容命令) から刑罰への処遇の転換である。具体的には、精神衛生法六〇条一項の精神病質者への病院收容命令を限定適用するため、同条に付加規定をおく提案をする。⁽³⁰⁾ このことからわかるように、精神病質犯罪者

の処遇に関し、大陸で試られた専門家による精神医学的治療施設（デンマークのヘルステッドベスターなど）の経験には消極的評価を与えるにいたっている。攻撃性のある精神病質犯罪者の処遇は、今日の開放条件下では不適であり、しかも、彼らの治療内容である社会的行動の改変は、一般の刑事施設（刑罰体系）で行うべきとする⁽³¹⁾。彼らには、長期訓練のプログラムに従って刑罰体系内の特別訓練ユニット（Training Unit）で自然の成熟を助長する目的での処遇を行うものとする。ただし、新システムでの処遇対象者は年齢に限定があり、一七歳未満の青少年は除外される⁽³²⁾。また、新システムの刑務所内処遇は、病院への移送（精神衛生法七二条）を排除するものでないとする⁽³³⁾。ここに、バトラー委員会の、危険な反社会的傾向の精神病質者処遇での治療悲観論をみることができる。

(6) 不定期刑の導入

定期刑では、刑期満了時に依然として危険性のある精神障害受刑者が釈放されうる。そこで、バトラー委員会は、新しい政策を検討した。幾つかの提出された意見には、①刑の満了に際し公共の完全（interest of public safety）のために拘禁継続を認める提案、②刑の満了後の行動を条件づける釈放の免許システム（system of licensing — 刑の満了前のパロール Parole と異なる）を加味した定期刑の提案、があったが、バトラー委員会は、これらを採用しなかった⁽³⁴⁾。

同委員会は、新しい形態の不定期刑の導入提案をした。この不定期刑は、名称を「更新可能刑（the reviewable sentence）」とし（以下では更新刑という）、定期（二年毎）のインターバルで法律上の審査をうけ、更新回数⁽³⁵⁾の限定はない。更新刑の言渡は、裁判所（sentencing court）が行う。更新刑の二年毎の審査および審査に基づく内務大臣への勧告は、他の刑の受刑者の釈放審査と同様、パロール・ボード（仮釈放委員会 Parole Board）が行い、内務大

臣は同勧告の諾否の裁量権限をもつ。⁽³⁶⁾ また裁判所は、この不定期刑（更新刑）を定期刑と併科できる。⁽³⁷⁾ 他方、内務大臣は、更新刑の受刑者を精神衛生法七二条により刑務所から精神病院に移送でき、その際、すべてのケースに釈放制限（同法七四条）⁽³⁸⁾ を付ける。

釈放は、受刑者の危険性の有無にのみ依存している。釈放にあたっては、法律上の審査がなされ、更新刑の受刑者は必要的観察（compulsory supervision）に付される。⁽³⁹⁾ 必要なあい内務大臣は観察中の者を刑務所に再収監しうる。この必要的観察に期限はないが、同観察は、二年毎の審査により解除されるばあいもある。⁽⁴⁰⁾

この更新刑は、①危険性のある犯罪者、しかし②精神衛生法上の刑事・民事手続による処遇に適さない精神障害犯罪者、しかも③終身刑に適さない犯罪者を対象とする。⁽⁴¹⁾ 具体的には、この更新刑の科刑対象者は、一定要件を充足する二種の犯罪類型の犯罪者に限定されている。⁽⁴²⁾ 二種の犯罪類型は、①生命に関する犯罪、同犯罪の未遂、法定されていれば犯罪の実行の煽動・脅迫（incitement, threat to commit）（A類）と②生命に関しない犯罪（B類）である。⁽⁴³⁾ A類の犯罪は、大半が終身刑に相当するものであり、犯罪者の前科と無関係に更新刑を言渡しうる犯罪である。⁽⁴⁴⁾ これに対し、B類の犯罪は、A類の犯罪で既に有罪宣告をうけていれば、更新刑を言渡され、性的自由への重大な侵害ないし個人への重大な危害を及ぼす危険性のある非終身刑の犯罪である。⁽⁴⁵⁾

(7) 釈放制限付命令の修正

バトラー最終報告書の特徴の一つは、先きにみた不定期刑（更新刑）の導入であったが、もう一つの処遇における特徴は、釈放制限付命令をすべて不定期とし釈放制限期間を特定しない点である。既に、第三章の注（6）でみたように、精神衛生法六五条は、公共の保護の観点から病院収容命令に付加して、犯罪者を特定期間ないしは期間の限定

を、せいで、釈放を制限する命令 (restriction order) を発しえた。バトラー最終報告書は、大胆にも、この現行法の条文を改正ないし削除すべきとする。具体的には、釈放制限付命令を発するには、犯罪者 (被告人 || 患者) を受け入れる病院の医師の同意を要すると規定する。その際、同医師は収容拒否権を無差別に行使してはならないとする。⁽⁴⁶⁾ 同報告書は、さらに、釈放制限付命令の目的は、重大な危害から公衆を保護することにあると明確化すべきとする。⁽⁴⁷⁾ また、釈放制限付命令は、時間 (期間) の限定なしに発せられるべきであり、六五条一項にいう特定期間の釈放制限の権限は法典から削除すべきとする。かくて、釈放制限付命令はすべて不定期となり、バトラー委員会の新提案によれば、一九七三年来、特別の注意を要する釈放制限付患者の特別審査のために設けられた手続 (アーボルド報告書による) が、いまやすべての不定期の釈放制限付命令を発せられた患者に適用されることになる。その結果、これらのケースの釈放・移送・一時退院・地方病院ないし保安ユニットからの釈放・観察期間中の再収容に、諮問局が関係し審査することになる。⁽⁴⁸⁾ むろん、不定期の釈放制限付命令に服している患者の最終的決定および公的責任は内務大臣にあることは現行法通りである。このようにみると、当然、不定期の釈放制限が結果として必要以上に長期の拘束となる可能性がある。これを回避するために、かかる不定期の釈放制限付患者の定期年次報告書 (regular annual report) を内務大臣に担当医官は提出すべきとしている。⁽⁴⁹⁾ また、患者が救済・援助をもとめて依頼する保護者 (guardian) ないし患者の友人 (patient's friend) となる者が任命される規定を設けるべきとする。このうち保護者の任命は、児童・青少年法 (Children and Young Persons Act 1969) 二四条五項にいう保護者の選任の困難な実情を考慮し、全ケースに必要なものではないとする。⁽⁵⁰⁾

(8) 諮問局の拡充

退院制限付の病院収容命令に服した患者につき、三章でみたアーボルド委員会は、特別の保護の要否を判断するため、収容時（三月内）の特別審査（担当医官による）と、釈放審査の諮問局の設置を提案した。前者の特別審査は一九七三年以降実施されている。バトラー委員会は、アーボルド報告書を検討し修正提案をしている。すなわち、アーボルド報告書のうちの問題点として、収容時（三月内）の保安面から特別の留意を要するか否かの審査は、その期間が短期的であり（六月でも十分でない）、しかも特別分類は、患者にステイグマとなり患者の回復を阻害するとの意見があった。だが全体として、この特別分類に患者の拒否申立権を認めようとする主張を、この特別分類は、特別に慎重な考慮を将来的にすべきことを示唆するにすぎないとして却下した⁽⁵¹⁾。そこで、バトラー委員会は、第一に諮問局（advisory board）の審査対象者を拡張して特別病院収容の全釈放制限付患者とすることにより担当医官の直面する審査上、身柄拘束上の責任などの難問題を軽減し、また患者間の不公正な差別待遇を除去しようとする。第二に諮問局は、特別病院以外の施設（例えば精神病院、地域保安ユニット）に収容の釈放制限付患者に関しても、彼らの釈放、観察、再収容の決定にあたり内務大臣や担当医官が利用できるようにされるべきである⁽⁵²⁾。それゆえ、アーボルド委員会が諮問局の構成を法律家・司法精神医・ソーシャルワークの専門家の三者としていたものを拡充し、特別病院での活動経験をもつ上級医師や補助スタッフを加え機能を強化すべきとする。このことは、諮問局の機能は、パロール・ボードのその対立物であることを明確にすることになった。すなわち、新しい諮問局は（裁判所の選択した医療的処分を受けた患者を釈放すべきとする）医師の勧告を却下すべきか否かの審査を行う。つまり諮問局は、患者の釈放（「利益処分」）を却下することに主要機能がある。これに対し、パロール・ボードは、裁判所の科した刑事制裁から被拘禁人（受刑者）を救済するか否かを審査決定する。つまり、パロール・ボードは、（自由拘束の「不利益処

分」状態にある被拘禁者の）釈放決定（Ⅱ「利益処分」）を行うことを審査の主機能としている。バトラー委員会は、このことが、諮問局を刑罰システムから分離すべき理由であるとしている。⁽⁵³⁾ かくて、諮問局は、特別病院からの患者の移送・一時退院・釈放につき照会をうけ、釈放後の観察中も特別病院の担当医官と協議し、緊急時には再収容を行いまた観察解除を内務大臣に助言提案しうとする。しかも、このアーボルド報告書の諮問局の強化拡充の提案は、釈放制限付命令に付された患者の釈放手続を公共の保護の観点から複雑化させ、ケースの処理が遅延すること、釈放ケースの件数が減少すること、また地方の一般（精神）病院は特別病院からの患者の移送収容の受け入れに一層プレッシャーを感ずること、など逆効果を生じさすことになるが、それは公共の保護に力点をおくために忍受されるべきものとして⁽⁵⁴⁾いる。

(9) 釈放と釈放後の観察

バトラー最終報告書は、中間報告書の検討を踏まえ、特別病院収容の患者を直接に社会に釈放するのではなく、他の施設への移送収容を考慮している。患者で保安条件の必要あるもののばあい、まず、地域保安ユニット（中間報告）に移送する。保安問題を考慮する必要のない同特別病院の患者は、特別病院から釈放したばあい、一般（精神）病院やホステルに移送収容することを確認している。この点で特別病院からの釈放は、実質的に他の施設への移送収容であるともいえる。ただ、最終報告書では、各施設で患者の状態の悪変も考慮し、特別病院への再収容（戻し収容）を認め、諸施設が特別病院の患者をスムーズに受け入れるようにしている。⁽⁵⁵⁾

患者の釈放決定での誤謬を皆無とするために患者の社会復帰に関与する者が慎重な審査をすべきことは、アーボルド報告書⁽⁵⁶⁾でも指摘されていた。とりわけ、観察官（supervising officer）は他の者（担当医官、継続的に治療にあた

る地方の相談員、主治医、ソーシャル・ワーカー、内務省)と並んで重責を負っている。しかも観察官は、条件付釈放患者の危険性を事前に把握しその危険行為の発生を防止する、いわば公共の保護と他方で患者のアフターケアをはかる、いわば患者の保護との二律背反的職務を担うこととなる。公共の保護を担う内容だけについてみれば、観察官は、条件付釈放患者が危険行為を反覆する可能性ありと認定し、病室が即座に確保できぬばあい内務大臣をして、七十二時間内の「安全な場所」(地域保安ユニットや短期収容施設(local remand prison or remand centre))への緊急収容を行わしめる勧告をなしうるとされている。⁽⁵⁷⁾ 観察官がもつ実質的な病院等への再収容権限は患者との関係(患者の態度)を悪化させるものでもあり、最終報告書は、許容しうる危険可能性の程度(degree of possible risk)につき観察官に裁量を与えることにより職務の矛盾の解決をはかろうとしている。⁽⁵⁸⁾

ところで、この観察官による観察期間は、実際には、釈放条件として付されるが、患者に重大な暴力・性犯罪の経歴があれば五年、なければ二年である。回復良好のばあい短期間で観察は解除され、精神障害の再発が医学的に予測されるときは観察期間が犯行の重さに比例する通常の間より長期となるべきとする。しかも、観察の解除権限は諮問局にあるとする。このように、最終報告書は、アールボルド報告書の特別審査の対象を拡張し、釈放および釈放後の観察を充実させ完璧ではないまでも公共(『社会の安全性』)の保護をはかろうとしている。⁽⁵⁹⁾

(10) その他の新しい提案

〈警察の裁量行為の拡大〉

精神衛生法一三六条⁽⁶⁰⁾に基づく警察官の身柄拘束の権限が最大限活用され精神障害犯罪者を起訴せずに治療機関に付託すべく、警察は、保健当局との間で緊密な協力をはかるため、行政上の改善を行うべきとする。⁽⁶¹⁾ 他方、訴追当局で

ある警察は、一三六条で拘束された者の起訴裁量を保持すべきであるが、起訴は、有益な公共目的をはかるためにのみ行使されるべきとする。そこで警察は、精神障害犯罪者で緊急の治療が必要で、公共の危険があるばあいでも（例えば殺人・同未遂・重度の人身への傷害など）、起訴により有効な公共の利益がもたらされるかを、可能であれば、ソーシャルワーカーによる環境報告書・医学鑑定書を考慮して検討すべきとする。⁽⁶²⁾ というのは、起訴自体が有罪のステイグマや出廷の試練をもたらすからである。それゆえ、すでに精神障害犯罪者が患者として病院収容されていれば不起訴とする推定をすべきであり、起訴は、最後の手段として行い、患者ないし社会の利益をもたらない起訴は行すべきでないとする。⁽⁶³⁾

〈特別評決―責任無能力〉

精神障害犯罪者の刑事責任能力の判定規準は、これまでのマックノートン・ルールズを修正し、新しい公式に代置されるべきとする。すなわち、「精神障害の証拠により無罪 (not guilty on evidence of mental disorder)」の特別評決となる責任の構成要素は、①メンズ・レア (当人が自己の行為を認識していたか)、②違法行為を犯した時、重度の精神病ないし重度の精神薄弱に疾患していたか、⁽⁶⁴⁾ である。この二要素の具体的判断は陪審員の特別評決に委ねられ、被告人が行為時、右の精神障害に疾患していたかの証明は、蓋然性の程度 (balance of probability) による。この第二の要素が証明されなければ、被告人は、第一の要素の存在を前提に有罪認定を受ける。⁽⁶⁵⁾ しかも、陪審員に、犯行 (訴追された行為) と精神障害との因果関係を判断させてはならず、陪審員は、二名の精神科医により被告人が第二の要素の精神障害に疾患していたかの鑑定をうけ、第一の要素を含め一個の内容として評決するとしている。⁽⁶⁶⁾ 特別評決の第一の要素であるメンズ・レア (犯意) に必要な精神状態の挙証責任は訴追側にある。また無罪放

免 (absolute acquittal) とこの特別評決の無罪とのいずれに相当するかが争点となるばあい、陪審員が被告人の精神障害を蓋然性の程度に納得しないかぎり、被告人に有利に通常の無罪放免とすべきとする。ところで、特別評決で無罪とされると、裁判所は、病院収容命令、保護依託命令、ケースによっては無条件釈放 (absolute discharge) のうち適切な命令を発す。⁽⁶⁷⁾ このように、新しい評決にともなう被告人の処遇に関し、裁判所は、明白な刑罰措置 (penal disposal) 以外の処遇をなしようとする。それゆえ、病院収容を要しないが必要なばあい病院に収容 (recall) できる観察処分 (measure of supervision) も裁判所は発しようとするべきとする。⁽⁶⁸⁾ 今日のように病院収容を、この特別評決は必要的に課すわけでない。この特別評決は治安判事もなしようとする。⁽⁶⁹⁾

〈減弱責任の廃止〉

現行一九五七年殺人法 (Homicide Act) 二条は、被告人が謀殺罪 (murder) を犯し有罪認定されたが精神疾患しているとき、「減弱責任 (diminished responsibility)」の抗弁を認め必要的に故殺罪 (manslaughter) に減刑し死刑を回避し終身刑を裁判所は科すとしている。バトラー最終報告書は、三案を提起し現行規定の削除ないし改正を求めている。第一案として、この減弱責任の廃止と謀殺罪への必要的終身刑の適用廃止をかかげる。第二案として、この第一案の解決方向が拒否されるとすれば、同殺人法二条の規定は今日解釈上の困難をひきおこしているため、用語法の面で再検討すべきとする。その際、さらに、減弱責任の举证責任は訴追側に転換し、被告人側は同争点の提起に止るとする。第三案として、何らかの減弱責任の形式および必要的終身刑を存続するばあいでも、医学鑑定などの証拠があれば、裁判官は、終身刑に代替する病院収容命令、精神治療のプロベーション⁽⁷⁰⁾を発する裁量をもつべきとする。ただし、裁判官は定期刑の言渡ないし免責 (discharge 釈放) を与えてはならないとする。⁽⁷⁰⁾

〈訴訟能力〉

これまでの「訴答不適格 (unfit to plead)」の用語法は不十分であり、新たに「訴訟に関連する無能力で (under disability in relation to the trial)」ないし、端的に「無能力で (under disability)」に代置すべきとする。訴訟無能力は、四規準すなわち①正当な答弁をなす程度の裁判手続過程の理解、②実質的証拠 (substance of the evidence) の理解、③弁護人に十分な指示を与えること、④起訴状を理解しての答弁、の可否により決定されるよう修正すべきとする。また、訴訟無能力の評決に先立ち二名の医師の医学鑑定を要するが、上級裁判所では、陪審が無罪の評決をしないばあい、「被告人は (訴訟) 無能力者として処遇されるべき」との評決をなすよう裁判所は陪審に説示すべきとする。同評決は有罪の評決を意味しないので明白な刑を科すことを認めない。上級裁判所は医学鑑定により被告人が早期に治ゆし審理を再開できるばあい最初三月、必要とき一月更新で最大限度六月まで審理の延期をなす。被告人が治ゆすれば審理は再開する。治ゆの見込みや治療への反応を被告人が示さないとき訴訟無能力の評決後、ただちに事実審理を行い被告人は同審理を放棄する権利を有しないとする。⁽⁷¹⁾ 訴訟無能力が評決されると裁判所は被告人の社会調査報告書を入手し、発しうる病院収容命令に代替する処置、例えば自発性を基にしてのホステル収容や帰宅を考慮できるようにすべきとしている。⁽⁷²⁾

- (1) Home Office & Department of Health and Social Security, *Report of the Committee on Mentally Abnormal Offenders*, pp. 331 (1975), H. M. S. O., Cmd. 6244.
- (2) Home Office & Department of Health and Social Services, *Interim Report of the Committee on Mentally Abnormal Offenders*, pp. 9 (1974), H. M. S. O., Cmd. 5698.
- (3) バトラー (Rt. Hon. Lord Butler of Saffron Walden) は、保守党の上院議員で、委員会設立当時精神衛生国民協会

(National Association for Mental Health) の会長であり、かつては内務大臣 (一九五七〜六二年) でもあった。他の委員は、副委員長 Croom-Johnson 名誉判事、Acres 博士、S. Smith 博士、S. Brown 弁護士、N. Timms 教授、R. Butt 氏、N. Walker 教授、D. Hill 教授、W. A. Weston 博士、W. D. T. Hodgson 弁護士、J. White 参事官 (女史)、M. A. Richardson 女史、G. Williams 教授、K. Robinson 氏、W. H. M. Hughes 治安判事 (一九七二年九月病気を理由に辞職) である。

(4) 近時の刑務所収容人口の動向につき、拙稿「受刑者の不服申立制度」沖縄法学六号 (一九七八年) 七一頁以下を参照されたい。

(5) Home Office & D. H. S. S., *supra* note 2, paras. 3-7.

(6) この中間施設の設置を説くものに、裁判所書記官協会、精神衛生国民協会、王立精神科医協会、パロール委員会、ハワード連盟、人権協会、英国ソーシャルワーカー協会、治安判事協会等の二二団体・個人である。このうち治安判事協会の見解については、拙稿「イギリス治安判事協会 Mentally Abnormal Offenders に関する覚え書 (一九七三年七月) について」同志社法学一三六号 (一九七五年) 一四五頁以下を参照されたい。

(7) Home Office & D. H. S. S., *supra* note 2, paras. 8-9.

(8) *Ibid.* paras. 10-12.

(9) *Ibid.* para. 12.

(10) *Ibid.*

(11) *Ibid.* para. 13.

(12) *Ibid.* paras. 15-16.

(13) *Ibid.* paras. 17-18.

(14) *Ibid.* para. 19.

(15) Ministry of Health, *Special Hospitals—Report of Working Party*, paras. 27, 29, 33, 36, 40, 52-54 (1961), H. M. S. O.

(16) Home Office & D. H. S. S., *supra* note 2, paras. 20-21.

- (17) 河田勝夫「イギリスの危険な精神障害犯罪者・精神病質者対策（バター報告書）について」刑政八八卷六号（一九七七年）四四—五一頁。The Butler Report, [1975] Crim. L. R. 673-696.
- (18) Home Office & D. H. S. S., *supra* note 1, paras. 5(1)-(26).
- (19) *Ibid.* para. 5(25).
- (20) *Ibid.* paras. 5(27)-(28), (38)-(39).
- (21) *Ibid.* paras. 4(4)-(8).
- (22) *Ibid.* para. 4(10).
- (23) *Ibid.* paras. 4(11)-(16).
- (24) *Ibid.* paras. 3(50)-(54).
- (25) *Ibid.* para. 3(56).
- (26) *Ibid.* paras. 3(55)-(59).
- (27) *Ibid.* paras. 12(2)-(7).
- (28) *Ibid.* paras. 12(8)-(9).
- (29) 病院付託が医学鑑定・医療的保護ないし訴訟無能力のために行われるばあいは、医師一名の口頭の証言でよい。これに対し、中間病院収容命令のばあい、二名の医師の書面ないし口頭の証拠が必要である。*Ibid.* paras. 12(10)-(11).
- (30) 具体的内容は次のとおりである。「但し、危険な反社会的傾向のある精神病質に疾患の犯罪者のケースでは、裁判所は、(a)精神ないし器質性の疾患の既往が認められか、または、その疾患に関連の、同一視しうる精神的・身体的欠陥が認められるか推察されること、かつ(b)病院収容により治療上の効果が期待できること、を認めなければ、本条に基づいていかなる命令も発せられなく」。*Ibid.* para. 5(40).
- (31) *Ibid.* paras. 5(27)-(57).
- (32) *Ibid.* para. 5(40).
- (33) *Ibid.* para. 5(42).
- (34) *Ibid.* paras. 4(35)-(38).

- (35) *Ibid.* paras. 4(39)-(40).
- (36) *Ibid.* para. 4(45).
- (37) *Ibid.* para. 4(43).
- (38) *Ibid.* para. 4(44).
- (39) *Ibid.* para. 4(40).
- (40) *Ibid.* para. 4(45).
- (41) *Ibid.* para. 4(40).
- (42) 一定の要件とは、六項目ある。(a)犯罪者は少年審判所の管轄外の年齢にあること(つまり一七歳以上)、(b)犯罪者は正式起訴状で有罪とされるか、刑の宣告のため上級裁判所に付託されていること、(c)二名の精神科医の証言(一名は口頭報告による証言)により、犯罪者が精神障害の徴候を示していること、しかし(同障害がそれほど重度でないとか、犯罪者を受け入れる適切な病院がないとか、犯罪者は危険性のある反社会的性癖のある精神病患者者であるといった、その他の理由により)、一九五九年精神衛生法上の十分な対応が犯罪者になされえないことを、裁判所が認定すること、(d)裁判所が犯罪者に関する社会調査報告書を考慮していること、(e)裁判所は、犯罪者の前科ないし有罪認定に関する書面、精神科医の証言、社会調査報告、警察の前歴報告書に基づいて、犯罪者が他人への重大な危害を含む再犯をなす実質的蓋然性があることを認定すること、(f)被告人は、更新刑を科される適格性ありと思料されることにつき予告されていること(例えば弁護士は、犯罪者が病院で満足のゆく治療を施されうることを陳述させ、あるいは、犯行を誘発する事態が殆んどおこりそうにないとの証言をあげやすために、精神科医を召喚しきね)。 *Ibid.* para. 4(42).

(43) *Ibid.* para. 4(41).

(44) *Ibid.* なるA類の犯罪はコモン・ローの犯行と制定法の犯行とがある。コモン・ローの犯行には、不法監禁(未成者誘拐を含む)、謀殺、脅迫未遂、故殺、強姦があり、制定法のものとしては、生命を危険にさす放火・損壊・爆発惹起、生命を危険にさす意図をもっての火器の所持、逮捕に抵抗しての火器使用、航空機の乗っ取り、人身への重大な危害を加える意図での射殺ないし同未遂・傷害、正式起訴犯罪を犯す意図での窒息等の未遂ないしクロロホルム等を使用しての昏酔行為、人身への重大な危害を加える意図での爆発物による人身傷害・爆発・腐食性溶液の投与行為、鉄道乗客を危険にさす意図をも

つ行為、航空機の損壊・毀棄・危殆化、終身刑相当の状況下での一六歳以下の同意のない男色行為、一三歳未満の女性との性交行為、同近親相姦行為、奪取目的での強盗・暴行、夜盗の同加重、である。*Ibid.* appendix 4, schedule A.

- (45) B類の犯罪は、児童の虐待、爆発物を伴う一四年以上の拘禁刑相当の犯行、火器を伴う一〇年以上の拘禁刑相当の犯行、児童への猥褻行為、兇器の有無を問わず傷害、五年以上の拘禁刑相当の毒薬物投与、公然の兇器携帯、終身刑相当でない状況下での男色（一六歳以下で同意のない）行為、猥褻暴行である。*Ibid.* appendix 4, schedule B.

- (46) *Ibid.* paras. 14(21)–(22).
- (47) *Ibid.* para. 14(24).
- (48) *Ibid.* paras. 4(19)–(25).
- (49) *Ibid.* paras. 7(25), 14(25).
- (50) *Ibid.* paras. 7(26)–(28).
- (51) *Ibid.* paras. 4(19)–(21).
- (52) *Ibid.* para. 4(22).
- (53) *Ibid.* para. 4(23).
- (54) *Ibid.* paras. 4(24)–(25).
- (55) *Ibid.* paras. 4(26)–(29).
- (56) Aarvold *et al.*, *Report*, para. 43 (1973), H. M. S. O., Cmd. 5191.
- (57) Home Office & D. H. S. S., *supra* note 1, para. 4(31).
- (58) *Ibid.* para. 4(31).
- (59) *Ibid.* paras. 4(32)–(33).
- (60) 同一三六条一項によれば警察官は、公衆の場所で緊急の保護を必要とする者を発見し、その者の利益および他人の保護のため必要と思料すれば、その者を安全な場所（一般に精神病院）に引致できる。医師の診断および精神福祉官の面接のため、またその者を治療・保護するために七十二時間内の期間、身柄拘束しうる（同条二項）。
- (61) Home Office & D. H. S. S., *supra* note 1, paras. 9(8), (12), (14).

- (62) *Ibid.* paras. 9(19)-(20).
(63) *Ibid.* paras. 9(23)-(24).
(64) これにより精神障害に無関係の類型は除外される。たとえば、アルコール、薬物の結果など。それゆえ特別評決にあたって、今日の用語法でいう精神異常 (insane) と非精神異常の反射的行為 (non-insane automatism) との区分を堅持しうる。かくて、マックノートン・ルールの「悪の認識」テストは排除される。しかし、この内容は、実質的に第二の要素に網羅 *ya bya ne a ya ne*。 *Ibid.* paras. 18(51)-(59), (22)-(24).
(65) *Ibid.* paras. 18(20), (33)-(40).
(66) *Ibid.* para. 18(37).
(67) *Ibid.* paras. 18(39)-(40).
(68) *Ibid.* paras. 18(39)-(40), (42)-(45).
(69) *Ibid.* paras. 18(46), (19).
(70) *Ibid.* paras. 19(5)-(20).
(71) 訴訟無能力の争点につき判断した審理と事実審理のものは、異った構成の法廷で行われるべきとする。 *Ibid.* para. 10(36).
(72) *Ibid.* paras. 10(2), (3), (19), (24), (25), (27)-(29), (41), (42), (50). 訴訟無能力の争点は、審理の冒頭で、ないしは争点が提起された時点で評決される。現行法上の訴訟能力に関しては、松尾浩也「イギリスにおける保安処分」植松博士還暦祝賀・刑法と科学(法律編) (一九七一年) 四六九頁を参照されたい。

五 報告書の思潮と若干の問題点

前章までにみてきたアーボルド・バトラー両委員会の報告と諸提案がもつ意味と問題を探るうえには、両委員会(とりわけバトラー委員会)の報告書の底流にある処遇観をみておく必要がある。そこで以下では、まず、処遇観の

変化にふれ、続いて、報告書の問題点の幾つかをとりあげ若干の指摘を行うことにする。

(一) 処遇思潮の変化

すでに紹介した報告書は、一九七〇年代後半における精神障害者および犯罪者の処遇観の象徴的表現であるといえる。とりわけバトラー最終報告書に示された精神障害犯罪者の処遇観は、一九五九年精神衛生法の依って立つ処遇観の大幅な修正である。今や、治療への「楽観主義^{オプティミズム}は、悲観主義^{ペシミズム}と言わぬまでも懷疑主義^{スケプティシズム}に道を譲ったのである⁽¹⁾」とする指摘はこのことを示している。すなわち、一九五九年法は、精神医学に科学を導入し、この医学による治療とりわけ薬物療法は人道的なものとされ短期的に効果をあげうるとされたのであった。そこでは、個人の自由制限の決定が医学上の脈絡において把えられ、強制的に拘禁された精神障害者に対する保護を、裁判所の法手続によらず、強制命令を審査する行政審判所(精神衛生審査会⁽²⁾)によって確保しようとしたのである。そこでは、病院での患者の処遇における不公平を忘れ、精神衛生審査会はスムーズに機能しているものと楽観的に考えられていた。しかし、ここ二〇年近くの時間的経過は、事態の楽観的展開を許さなかった。精神障害者は伝統的精神病院の社会的環境の劣悪さのため、「施設づれ^(institutionalism)」とレッテル貼りされ、コミュニティへの参加を拒否され、施設生活に順応してきたのである。ところで一方犯罪者処遇にあっても、これら精神医学に対応する楽観的処遇観がみられた。実証主義者^(positivist)は、精神衛生法上の不定期の釈放制限付の病院収容命令^(indeterminate hospital order)を許容したとされている⁽³⁾。しかし、この実証主義者の処遇論の骨格をなす経験主義的な「誤った実証論」や概念上の仮説は、バトラー報告書の提案にも継承されているのである⁽⁴⁾。精神医学面での楽観的治療観の後退は、少なからず犯罪者処遇論へ照射されているが並行的ではなく、幾分づれを伴っているといえよう。精神医学(医療)での大転換をとげよう

としている今日の処遇観とは、本稿の冒頭にみたオープンドア・システムの治療の深化である。すなわち、治療共同体 (therapeutic community) の言葉が示す、精神病院を「解放的で人間的な環境」にし病院と外界との移動の自由を促進しようとするものであり、コミュニティ・ベースの保護と治療⁽⁶⁾がそれである。

精神医学での処遇論の急激な変化は、犯罪学の分野における過去一〇年の間における実証主義的処遇観の後退でもあった。その主要因は、三点に集約される。第一は、人道的運動の主張の発展であり、第二に、実証主義者が、犯罪者の行為の領域で国家の役割を常に回避しつつけてきたこと、つまり犯罪を自然的カテゴリーで把握しようとした誤りであり、第三に、処遇において科学的専門家が果す役割につき実証主義者が仮定し過度の評価をしてきたことへのアカデミズムの反省、にあると⁽⁷⁾されているが肯定できるものである。この状況は、刑事政策において分化政策 (bifurcation in penal policy) を推進さすことになる。同分化政策とは、一方で、いわゆる「真に重大な犯罪者」には、タフな処置が肯定され、他方で「通常の」犯罪者には情深い路線をとる二面的な刑事政策である。⁽⁸⁾ バトラー報告書の精神障害犯罪者処遇論は、この前者に位置づけられる。バトラー報告には底流に治療懷疑主義のしかも分岐論的刑事政策があるといえる。しかし問題は、何を規準に「重大犯罪」、「重大犯罪者」を確定するのかがであろう。

(二) 報告書の問題点

本稿の対象とした再犯性を有し、公共の保護の点で保安を要する精神障害犯罪者は、一般の精神障害者との関係にあっては、分岐論 (bifurcation) で説明しうる。後者の一般精神医療においては地域福祉と結合した開放処遇に、他方前者の特殊の精神障害犯罪者処遇においても、兇暴で一般の病院での処遇に不適であることを理由に、この治療体系から分離し、中程度の保安の地域保安ユニット、マクシム・セキュリティの特別病院への分岐収容を促進しようとする

する。治療に不適の危険で反社会的な精神病質的犯罪者は、治療懷疑主義の今日、刑務所の特別訓練ユニットで更新刑（不定期刑）により処遇する。その際にも、一般犯罪者との関係では分岐論的刑事政策は貫徹されている。それゆえ、バトラー報告書がかかえる問題点は、同時に、この分岐論的刑事政策と後退を余儀なくされた実証主義的精神障害者論の内包する矛盾といってもよい。

そこで、ここでは、その問題点の集中している一つである釈放制限付病院收容命令（以下では「制限付命令」という）の期限（タイム・リミット）をめぐる議論に限定し、他の問題点である更新刑（不定期刑）についてはここで述べない。⁽⁹⁾

制限付命令は精神衛生法六五条に基づき上級裁判所が犯罪の性質、犯人の経歴、再犯の危険性、公共の保護の観点から判断し発するものであり、期限の有無により二種類に細別でき、バトラー委員会は、すべて不定期とするよう提案したことは既にみた。具体的にこれまでのケースでみると、制限付命令は、専ら公共の保護の観点からとくに傷害事犯・重度の性犯罪に多く発せられ、短期の制限付命令（三～四年が一般的）さえ付されないケースは人身犯罪以外の軽微事件である。期限なしの（つまり不定期の）制限付命令は、判例上、人身犯罪の他、商店の窓の悪意の損壊、鉄道往来妨害、故意傷害・窃盗をともなった住居侵入罪、窃盗罪のケースに顕著にみられる⁽¹⁰⁾。他方、定期の制限付命令は、鑑定医が「固定期間内に治ゆ」と裁判所が確証できるばあい⁽¹¹⁾に限定されてきている。この傾向は一九六七年のガードナー事件（Gardiner case）以降は顕著にみられる⁽¹²⁾。しかも、精神障害の治ゆの時期予測（プログノーシス）は概して困難なケースが多く、ために釈放制限期間は犯罪者の危険性判断―それは、当該起訴犯罪の罪質が重要な素材となる―に依存してしまい、先の犯罪類型のばあい不定期になる一般的傾向がある。つまり、裁判所は不定期

の制限付命令を発する際、科刑のばあいの原理である罪刑均衡観念 (tariff notion) に影響されずに課す傾向があり、不定期の制限付命令には終身刑に次いで公共の保護という保安的意義が認められている⁽¹³⁾。しかし人権協会(NCCCL)が指摘するように、不定期の制限付命令に付された患者を大半収容している特別病院では、一九七一年に三五名の死者が発生し、(患者総数は二、一〇〇名前後、一九七六年二、一五〇名)、一二名が三〇年以上(うち三名が五〇年以上)収容されており、これを拘禁刑の受刑者が八、一〇年で釈放され、一三年以上の拘禁が希有のことであるとの事実⁽¹⁴⁾と対比するとき、患者の人権保障上、同不定期の制限付命令は疑念を生じさすと思われる。にもかかわらず、バトラー最終報告は、この制限付命令を全面的に不定期とするのであろうか。バトラー報告書は、委員でもあったN・ウォーカーなどにより推進提案されていることから、制限付命令の期限を全面削除(『不定期に』)すべきと説く楽観的な功利主義⁽¹⁵⁾ないし実証主義の諸家の見解を検討することにより新しい解決の糸口を探ってみる。

そこで、制限付命令を不定期にすべきとする見解を検討しよう。

「精神衛生法の諸命令の目的が純粹に予防的なものであるとすれば同命令は必ず不定期であるべきである」⁽¹⁶⁾

「犯罪者が定期間で危険でなくなると明確に予測できるケースがあるとしても(このことも疑問だが)、それらのケースは希有に違いない。タイム・リミットは、犯罪者を長期の拘禁から保護するものでもなく、また患者が早期に釈放されないことも公衆に保証するものでもない。それゆえ、これらの例外的なケースであっても、不定期の制限が付されるならば、何らかの不利益が生ずると論ずるのは困難である」⁽¹⁷⁾。「特定期間の釈放制限を付した『制限付病院収容命令』は効果をあげえず無意味であるので、不利益が伴わない不定期の制限付病院収容命令を発するようにすべきである」⁽¹⁸⁾。

諸家のこの見解は、精神衛生法に基づく身柄拘束が非刑罰的性質のものであるとの理解を前提にして組み立てられているといえる。この諸家とは異なる立場であるクロスも、⁽¹⁹⁾「精神病院での不定期の拘束は、応報的理由づけで科される終身拘禁刑と同じく重大な自由の侵害であるとの主張は的はずれである。たとえその相違を實際上明確にすることが困難だとしても応報的拘禁と非応報的拘禁との相違を論理レベルで留意することが肝要である。」⁽²⁰⁾と述べていることから、先きの理解はほぼ諸家に共通のものである。しかし、留意すべきことは、確かに処遇は精神医療という保護的・福祉的性質をもつが、その医療にあっても特殊領域つまり不定期の身柄拘束を公共の保護によって正当化する領域のことである。しかも、バトラー最終報告書でも治療の同意への転換を認めた強制的（専断的）治療が現存し、⁽²¹⁾拘禁刑よりも長期の自由拘束となる不定期の制限付命令は、精神障害犯罪者には、刑罰以上に苛酷な自由拘束として映るのである。それゆえ、私はクラインと同様に次の問いを前提にすえる必要があると考える。すなわち「われわれは（反社会的行為を繰り返す）人を不定期に拘束することを正当化できるのか」と。⁽²²⁾

そこで、危険な反社会的傾向の精神障害犯罪者の処遇の解決の糸口は二方向提示できよう。処遇を精神医療の一環として位置づけつつ、第一の方向は、公共の保護（つまり危険の解消）のため、原則的に不定期の拘束を行い、釈放等の手続に人権保障を強化するものであり、他の方向は、クラインの指摘を生かし処遇においては合理的な自由拘束の期限を設けしかも手続における人権保障を強化する制度を志向するものである。前者の立場は、バトラー報告書であり、功利主義の諸家、精神医学者の多くが説く見解である。しかし、ここには依然として危険性の予測という難問が横たわっている。

それゆえ、制限付命令を肯定するとしても同命令が刑罰と同様に犯罪者の特別予防および犯罪の抑止などの一般予

防的性質をもち刑事制裁としての機能をもつ限り絶対的不定期であつてはならないであらう。⁽²³⁾「個人を拘束し『治療する』権限は、われわれがその権限を、その個人の利益とか社会の利益のために行使するにせよ、またわれわれがその権限を刑罰とか治療と呼称するにせよ、凄しい権限である」ことから制限付命令も期限を定めたものつまり定期とすべきであらう。

- (1) Larry O. Gostin, *A Human Condition—The Mental Health Act from 1959 to 1975*, at 7 (1975).
- (2) *Ibid.* 5. 「裁判官や弁護士が精神障害犯罪者を処遇する際精神科医の見解にひきまづいた」とするのは、その端的な表現であらう。*Ibid.* 6.
- (3) A. E. Bottoms, "Reflections on the Renaissance of Dangerousness", 16 *The Howard Journal of Penology & Crime Prevention*, 2, at 75 (1977).
- (4) *Ibid.* 76.
- (5) H. R. Rollin, *The Mentally Abnormal Offender and the Law*, 106 (1969).
- (6) L. O. Gostin, *supra* note 1, at 13.
- (7) A. E. Bottoms, *supra* note 3, at 81-82.
- (8) 具体的には、一九七二年刑事裁判法 (Criminal Justice Act) にみられる一方での銃器をともなう犯罪への重罰、他方で、コミュニティ・サービス (社会奉仕命令) などの非拘禁的 (non-custodial) 処遇の活用が拡大がそれである。また、内務大臣 (Carr & Rees) が一九七三年、一九七六年に述べたとされる発言「刑事司法の資源が真の関心事の犯罪に効果的に活用できるように確保されれば、遠からず我々は軽微犯罪には、何らかの大胆なアプローチを考えねばならない」などがその証明とならう。*Ibid.* 88. この分化政策は、有罪者の不断の増加、刑務所システムの経費問題などに起因している。

- (9) この不定期については、その要件である「蓋然的に危険性があるが入院治療を許容しない少数の者」は、各要件が詳細に規定されないため批判をうけている。Malcolm Hurwitt, *An Assessment of the Report of the Committee on Mentally Abnormal Offenders*, NCCL Report No. 12, at 2 (1976).

- (10) D. A. Thomas, *Principles of Sentencing*, 271-272 (1970).
- (11) R. v. Gardiner, 1 All E. R. 895 (1967).
- (12) 一九五九年精神衛生法施行初年度は、定期の制限付命令は全制限付命令中、四四%であり、一九六七年には、わずか二〇%に減少し、ガードナー事件後には約一〇%にいたっている。N. Walker & McCabe, 2 *Crime and Insanity in England*, 91 (1973).
- (13) 公共の保護の点から、その程度の高いものに、順をつけると、①終身拘禁刑、②特別病院への収容(制限付命令のある)、③定期拘禁刑、④制限付命令(一般病院収容)、⑤病院収容命令のみ、と判例上、考えられている。Ibid. at 97.
- (14) The National Council for Civil Liberties, *The Rights of the Mentally Abnormal Offender—Evidence to the Butler Committee*, 1 (1973). 二章注(6)参照。
- (15) 功利主義者といっても、その中には刑罰の謙抑性を説く人道的ベンサム主義者や、それらに加えて一般予防(抑止)と犯罪の機会の除去などの社会衛生学(ソーシャル・ハイジーン)を説く犯罪縮小論者(リダクビスト)といえる者など幅がある。N. Walker, *Sentencing in a Rational Society*, 3-5 (1969).
- (16) B. Wootton, *Crime and the Criminal Law*, 62 (1963).
- (17) W. Walker & S. McCabe, *supra* note 12, at 99.
- (18) N. Walker, *Crime and Punishment in Britain*, 294 (1965).
- (19) クロスは新古典派(neo classicist)とされる。A. E. Bottoms, *supra* note 3, at 71. クロスの犯罪者処遇の基本的立場は「戦後支配した経験主義的功利主義論、なかならず社会学者や精神医学者によって推進されつつあるイギリスの刑事政策学に強い反発を示(す)もの」と適切に指摘されている。大谷実「イギリス自由刑論の一典型」刑法改正とイギリス刑事法(一九七五年)一九三一四頁。
- (20) R. Cross, *The English Sentencing System*, 126 (1971). なお一九六七年刑事裁判法(Criminal Justice Act)によりルールが導入され、終身拘禁刑は不定期刑的性格を有してきている。
- (21) R. v. Hatt, [1962] Crim. L. R. 647.
- (22) P. Clyne, *Guilty but Insane*, 3 (1973).

(23) N・ウォーカーですら、次のように不定期刑のもつ弊害をのべ刑の量定は不定期であってはならないとする。この点では、不定期を説くウットンと対照的である。ウットンの見解はそれなりに一貫性のあるものといえる。N・ウォーカーはいう、「不定期刑が窃盜、暴行といった一般犯罪に科されるのを禁止する明確な理由は全くない。しかし、実際上は、危険性を有する。その危険の一つは、政治目的に使用される可能性である。このことを防ぐために政治犯罪への不定期刑の適用を禁止したとしても無駄である。その理由は、窃盜、暴行の程度の犯罪で政治犯を訴追することはたやすいことだからである。たとえ法の執行システム（行刑）が決して濫用されないと確証できても、次のような他の危険性が残る。例えば、刑務所内での素行不良とか、刑務所職員にはなつまみの犯罪者は、妥当な期間以上の長期にわたり収容されうる。いかに刑務所職員が寛容であっても、日常茶飯事に暴力を振りまわしていた囚人（男女）は、閉鎖的で規律づけられた施設でフラストレーションをおこし暴力沙汰をおこしてしまう。それが原因で、囚人達は施設内での行為からは、社会で一人前にやってゆける者と判断されず、刑務所職員から『顯著に危険あり』と判定されうる」。N. Walker, *supra* note 15, at 127. この観点は不定期の制限付命令にも妥当しうるであろう。cf. B. Wootton, *supra* note 16, at 112.

六 おわりに

一九五九年精神衛生法の改訂の動きは、すでにみたように着実に新しい段階での議論をまきおこしてきている。従来まで、十分に検討されなかった精神衛生審査会の総合的検討も行われてきており、総合的検討が各界で進められている。⁽¹⁾ バトラー報告書は、これらの成果や批判を生かし、どのように法案化へと進むのか期待される。

これまでのわが国での精神障害犯罪者処遇論は、いわば入口での議論であり保安処分導入の是非に相当な重点があった。これに対し、本稿でふれたイギリスの精神障害犯罪者処遇の内容は、現実に処遇を経験し蓄積したうえでの問題点を示している。この点で、わが国での、この問題をめぐる議論が精神衛生法の改正を含め実りあるものとなるた

めに、本稿が参考となれば幸いです。

(1) (1977) *Crim. L. R.* 83-84, *Crim. L. R.* 313.