

精神科医療と少年保護司法システム

小 西 暁 和

- 1 はじめに
- 2 少年における精神疾患の現状
- 3 重層するシステムの中の精神科医療
- 4 少年保護司法システムにおける精神科医療－医療少年院を中心として
- 5 むすび

1 はじめに

1 問題の所在－責任能力の要否と裁判例の実情

(1) 責任能力の要否 「非行少年」の責任能力の要否という論点は、少年法の根本的な理解にも関わるため、研究者も実務家も交えて久しく議論されてきた。

本論点では、とりわけ「犯罪少年」を認定するに際して責任能力を要するか否かが論じられてきた。必要説と不要説とで様々な相対立する根拠が示されているが、主要な対立点として、第1に、少年法上の「罪」(3条1項1号)の文言の解釈内容を、第2に、保護処分 of 性質の理解の仕方を、第3に、保護的・教育的働き掛けの実効性の有無を挙げることができるだろう。

責任能力必要説は、第1の点に関し、「罪」の文言は、刑法上の犯罪と同じ成立要件を予定していると説く。大正11(1922)年に制定された、いわゆる旧少年法上の文言と現行少年法上の文言とを比較した場合、旧少年法とは異なり、現行少年法では、「犯罪少年」と「触法少年」が書き分けられてい

るからである。第2の点に関しては、保護処分も刑罰と同様の不利益処分であるため、責任により基礎付けられるべきであるとする。そして、第3の点に関しては、責任能力もない者に対して、保護的・教育的働き掛けを通じて再社会化を図ることは困難であるとしている。

これに対して、責任能力不要説は、第1の点に関し、法解釈上、「罪」の文言は、必ずしも刑法上の犯罪と同じ成立要件であることを要しないと説いている。実際に、刑法61条1項の共犯規定における「犯罪」の文言も、要素従属性に関して通説的な立場と言える制限従属性説からは、「構成要件に該当する違法な行為」を意味するものと解釈されている。また、現行少年法上、「犯罪少年」と「触法少年」とで書き分けられているのも、児童福祉行政システムとの権限分配を規定するためであると言える。第2の点に関しては、保護処分は飽くまでも保護的・教育的な処分であるので、責任非難には適合しないとしている。そして、第3の点に関しては、保護処分の場合には、「心身に著しい故障のある」(少年院法2条5項)者を収容する医療少年院が整備されているとする。

なお、「触法少年」・「虞犯少年」に関しては、「犯罪少年」における責任能力の要否の論拠の多くが準用されている。その上で、両少年に関しての責任能力必要説からは、いずれも「実質的な責任能力」(実質的な意味での是非弁別能力と行動制御能力)が必要であると論じられている¹。他方、責任能力不要説では、刑事責任年齢に達していない14歳未満の者による触法行為の場合や、そもそも犯罪も触法行為も行っていない虞犯行状・性癖の場合、責任能力は当然に不要であるとも考えられている。

(2) 裁判例の実情 以上のような対立が学説上で見られるのと同様に、裁判例でも、かつては必要説を採る裁判例と不要説を採る裁判例とが伯仲していたと言えよう。だが、昭和43(1968)年2月に、最高裁判所事務総局家庭局が必要説を支持する見解²を示して以降、裁判例の大半が必要説を採るようになってきた。

ただし、裁判例の実情について異なる観点に立った分析も示されている。船山泰範は、責任能力の要否に関して、精神科医療による治療の必要性が実務上の基準となっているという指摘をしている³。確かに、少年が既に精神

科病院に入院している場合、あるいは少年に措置入院が予定されている場合に必要説を採り審判不開始決定・不処分決定をし、少年が未だ精神科病院に入院していない場合に不要説を採り医療少年院送致の保護処分決定をしているようにも見える。そこで、審判不開始決定・不処分決定の際には、予定通り措置入院が取られることになる。しかし、こうした指摘に対しては実務家側から疑問も提起されていることを付言しておきたい⁴。

船山の指摘の適否は一先ず擱くとしても、少年保護司法システム上では、精神疾患の治療の必要性が高い状態にある「非行少年」に対して的確に精神科医療を提供することが重要視されていると言えるであろう。それでは、措置入院や医療少年院送致における精神科医療の実状はどうなっているのだろうか。精神疾患に罹患している「非行少年」が有する医療上の必要性に十分応えていると言えるだろうか。本稿では、こうした問題について少年保護司法システムを中心に検討を加えることにしたい。

2 本稿の目的

(1) 本稿の目的 本稿は、精神科医療が、少年保護司法システムを中心にした「非行少年」に対応するシステムにおいて、実際にどのように位置付けられているのか、について明らかにすることを目的としている。そして、システム論的観点から検討して改善すべき点があれば適示したい。

システム論の見地からすれば、精神科医療もまた、司法や行政のシステムとは次元を異にした一つの医療システムとして存在している。本稿で挙げるような司法システムや行政システムの上に横断的に存在していることが観察できるだろう。

(2) 本稿の構成 ここで本稿の構成を確認しておきたい。まず、本論における論述の前提として、少年において精神疾患がどのような現状にあるのかを確認する。次いで、少年保護司法システムを中心とした「非行少年」に対応するシステムがあるとして、少年保護司法システムの「環境」となる他のシステムで、どのように精神科医療との関わりで少年が扱われているのか、について明確化させることにしたい。そして、最後に、少年保護司法システム自体でどのように精神科医療による働き掛けが行われているのか、につい

て明らかにする。

なお、本稿で「少年」とは20歳未満の者を指すものとする。

2 少年における精神疾患の現状

まず、「非行少年」に対する精神科医療において治療の対象となり得る精神疾患について確認しておく必要がある。そもそも、精神疾患には、どのようなものがあるのだろうか。また、こうした精神疾患は、少年において、どのような特徴を有しているのだろうか。これらの点を精神疾患の分類方法も考慮しながら検討しておきたい。

1 精神医学上の精神疾患の分類

精神疾患という多様な現象をどのように切り分け、名付けるのかという点についても時代と共に変化が見られる。そこで、精神医学上の精神疾患の分類に関する近年の変化を確認しておきたい⁵。

従来、精神疾患は、一般的に、個体病理の観点から捉えられるという意味において、狭義の精神障害として、脳器質性精神病・症状精神病・中毒性精神病に細分できる外因性精神病と、内因性精神病とを位置付け、広義の精神障害として、個体病理だけでなく社会病理の観点をも考慮せざるを得ない心因性精神病を含めて分類していたと言えよう（表1参照）。

この従来型の分類は、一般的にも理解し易く現在でも多くの場面で用いられている。しかし、こうした従来型の分類については、患者の状態を的確に捉えているのかといった根本的な疑問が提起されてきた⁶。そして、内因性精神病や心因性精神病にも器質的基盤が認められ得るという点や心因性と考えられてきた疾患にも遺伝性があるという点が様々な研究で明らかにされてきている⁷。

そこで、現在一般的に、表1に示したような世界保健機関（WHO）が出している『疾病及び関連保健問題の国際統計分類』（International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems）の第10回改訂版（いわゆる ICD-10）や米国精神医学会（American Psychiatric Association（APA））が編

表1 精神疾患の分類モデル

従来分類	DSM-IV-TRにおける精神疾患の分類	ICD-10における精神疾患の分類
1. 外因性（脳に直接侵襲を及ぼす身体的病因による精神障害）： 1-1. 脳器質性精神病（中枢神経系そのものに病変が生じて精神症状を呈するもの） 1-2. 症状精神病（中枢神経系以外の身体疾患の影響が脳に波及したために精神症状を呈するもの） 1-3. 中毒性精神病（中枢神経系に対する作用を持った物質が外部から身体内部に入って精神症状を呈するもの） 2. 内因性（原因不明だが、遺伝的素因が背景にあるとも想定されている精神障害）：統合失調症、躁うつ病等 3. 心因性（性格や環境からのストレスなど心理的原因によって生じる精神障害）：神経症、適応障害等	1. 通常、幼児期、小児期または青年期に初めて診断される障害 2. せん妄、認知症、健忘および他の認知障害 3. 一般身体疾患による精神疾患 4. 物質関連障害 5. 統合失調症および他の精神病性障害 6. 気分障害 7. 不安障害 8. 身体表現性障害 9. 虚偽性障害 10. 解離性障害 11. 性障害および性同一性障害 12. 摂食障害 13. 睡眠障害 14. 他のどこにも分類されない衝動制御の障害 15. 適応障害 16. パーソナリティ障害	1. 症状性を含む器質性精神障害 2. 精神作用物質使用による精神および行動の障害 3. 統合失調症、統合失調型障害および妄想性障害 4. 気分（感情）障害 5. 神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害 6. 生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群 7. 成人のパーソナリティおよび行動の障害 8. 精神遅滞 [知的障害] 9. 心理的発達の障害 10. 小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害

(注) 野村総一郎＝樋口輝彦＝尾崎紀夫編『標準精神医学 [第4版]』(医学書院, 2009年) 21-23頁をもとに作成。

集している『精神障害の分類と診断の手引』(The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) の第4版本文改訂版(いわゆるDSM-IV-TR)が精神疾患の分類として利用されている。

これらは、操作的診断基準 (operational diagnostic criteria) として精神疾患を設定している。一定の数個の症状が見られた場合、ある診断名が付与され(そして、特定の薬剤が処方され)るというように、病因等は考慮せずに、診断方法がマニュアル化されている点に特徴がある。こうした基準は、普遍的に適用可能なものであり、また的確なものであると評されている。しかし、こうした操作的診断基準に対しても、過度に網羅的である、症状と疾患の分類との間の関係は一義的には定まらない等の問題点がある。現実として、精神医学上、精神疾患の分類の方法に関して議論が続いていると言えるだろう⁸。

本稿では、主として ICD-10 や DSM-IV-TR の分類を用いつつも、説明の便宜上、適宜、従来型の分類も利用することにしたい。

2 法律上の精神疾患の分類

次に、法律上、精神疾患の分類はどのように捉えられているのかを確認しておこう。

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）（以下、「精神保健福祉法」と言う）上の定義として、「この法律で『精神障害者』とは、統合失調症、精神作用物質による急性中毒又はその依存症、知的障害、精神病質その他の精神疾患を有する者をいう」（5条）と定められている。この点、昭和25（1950）年に精神衛生法として立法化された時点では、「この法律で『精神障害者』とは、精神病者（中毒性精神病者を含む。）精神薄弱者及び精神病質者をいう」（3条）と定められており、爾後、精神疾患の分類名の言い換えが行われると共に、対象範囲が拡大されたことが分かる⁹。

ただ、精神保健福祉法上の定義では、「精神疾患」の例示列举が為されているが、その外延は明確ではない。できるだけ広範に「精神疾患を有する者」を精神保健福祉法の対象にしようとしている。

また、「精神病質」といった現在の精神医学では多用されていない用語も用いられている点が留意を要する。

次に、発達障害者支援法（平成16年法律第167号）上の定義を見ると、「この法律において『発達障害』とは、自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害その他これに類する脳機能の障害であってその症状が通常低年齢において発現するものとして政令で定めるものをいう」（2条1項）とされている¹⁰。そして、「この法律において『発達障害者』とは、発達障害を有するために日常生活又は社会生活に制限を受けざる者をいい、『発達障害児』とは、発達障害者のうち18歳未満のものをいう」（2条2項）としている。このように、本法では、限定的な疾患として定義されている。表1の DSM-IV-TR の1 また ICD-10 の9 および10の細分に対応しており、近年の精神医学の発展を反映していると言える。

なお、知的障害者福祉法（昭和35年法律第37号）には定義規定はない。

ただ、精神疾患の分類が学問的論争点となり、未確定であると言える以上、精神医学上の疾患名を用いて法律上の定義を設けることは妥当ではないという指摘もある¹¹。

3 少年における精神疾患

以上の確認を踏まえ、少年における精神疾患に焦点を合わせて、検討してみよう。

統計上の数値に関し、厚生労働省は、定期的に『患者調査』を実施して、総患者数¹²の推計を算出しており、20歳未満の精神および行動の障害に係る総患者数の傾向が把握できる（表2参照）。また、『精神保健福祉資料（平成18年度6月30日調査の概要）』を通じて、20歳未満の精神科病院在院患者の疾患分類別人数に特徴があることが分かる（表3参照）。なお、いずれの統計も、ICD-10に基づいた分類となっている。

これらの数値からは、少年（未成年者）の精神疾患の総患者数も、また精

表2 20歳未満の精神および行動の障害に係る総患者数

疾患名	0歳	1-4歳	5-9歳	10-14歳	15-19歳	全年齢総数
血管性および詳細不明の認知症	—	—	—	—	—	145
アルコール使用〈飲酒〉による精神および行動の障害	—	—	—	—	0	51
その他の精神作用物質使用による精神および行動の障害	0	—	—	0	0	9
統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害	0	0	1	3	10	757
気分（感情）障害	0	0	1	2	12	924
神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害	0	1	3	6	18	585
精神遅滞〔知的障害〕	1	8	5	2	2	68
その他の精神および行動の障害	0	14	18	10	7	124
総患者数	1	22	27	22	49	2,647

（平成17年10月現在）

（注1）千人単位。また、0は五百人未満、—は0人を意味する。

（注2）推計の患者数を算出する手法上、疾患別の患者数の合計と総患者数が合わない場合がある。

（注3）厚生労働省大臣官房統計情報部『平成17年患者調査（全国編）上巻』（厚生労働省大臣官房統計情報部、平成19年）654頁をもとに作成。

表3 20歳未満の精神科病院在院患者の疾患分類別人数

疾患名	20歳未満の在院患者数			在院患者総数
	男子	女子	計	
1. 症状性を含む器質性精神障害	23	23	46	61,027
アルツハイマー病型認知症状	0	0	0	22,356
血管性認知症	1	0	1	19,001
上記以外の症状性を含む器質性精神障害	22	23	45	19,670
2. 精神作用物質使用による精神および行動の障害	3	8	11	16,115
アルコール使用による精神および行動の障害	0	1	1	14,548
覚せい剤による精神および行動の障害	0	1	1	762
アルコール、覚せい剤を除く精神作用物質使用による精神および行動の障害	3	6	9	805
3. 統合失調症、統合失調型障害および妄想性障害	375	411	786	192,329
4. 気分（感情）障害	58	137	195	25,335
5. 神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害	94	204	298	6,026
6. 生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群	17	122	139	890
7. 成人のパーソナリティおよび行動の障害	4	41	45	1,917
8. 精神遅滞 [知的障害]	50	33	83	7,774
9. 心理的発達の障害	130	49	179	479
10. 小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害（および特定不能の精神障害）	92	51	143	486
てんかん（1. に属さないものを計上）	21	15	36	4,741
その他	36	51	87	3,189
合計	903	1,145	2,048	320,308

(平成18年6月30日現在)

(注) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課＝国立精神・神経センター精神保健研究所『精神保健福祉資料（平成18年度6月30日調査の概要）』（国立精神・神経センター精神保健研究所精神保健計画部，平成19年）6頁をもとに作成。

精神科病院の在院患者数も全体的に少ないものと言えよう。そして、「心理的発達の障害」等、目立って数の多い精神疾患の類型が成人と異なっていることも分かる。

少年における精神疾患の特徴として、統合失調症や気分障害（うつ病）も発現の仕方が成人と異なるとされる¹³。また、児童期の発達障害（小児自閉症等）、多動性障害、行為（素行）障害等、児童・青年期に特徴的な精神疾患もある。とりわけ、「反復し持続する反社会的、攻撃的あるいは反抗的な行動

パターン」¹⁴と定義される行為（素行）障害は、「非行少年」に診られることが多いと考えられている。

3 重層するシステムの中の精神科医療

別稿では「システムの考察態度」¹⁵に立って少年法制を検討してきた¹⁶。「非行少年」に対応する多様なシステムを考慮するなら、システム目標が異なることで、システムが機能分化し、並存していることが分かる。さらに、そうした並存する諸システムには、法的な強制力の強弱（それに伴い法運用上の公正さの高低）による重層性が伴われている。

精神疾患を抱えた「非行少年」に対しては、精神保健福祉行政システムと少年保護司法システムにおける取扱いが中心となる。また、児童福祉行政システムも主として選別の機能を果たす上で精神疾患を抱えた「非行少年」に関わることがある。

その上、場合によっては、少年審判で検察官送致決定を受け、少年刑事司法システムに移行し、さらに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（平成15年法律第110号）（以下、「医療観察法」と言う）を基盤とした医療観察司法システムに移行することも法制度上あり得る¹⁷。責任能力の有無に関し判断が分かれるような事件の場合に可能性があるが、現実には稀であろう。

一般の病院・診療所での精神科医療と精神病患者の自助グループでの回復は、これらのシステムの外縁に位置付けられる。

このように、精神科医療は、これらのシステムを横断しながら存在している。

以下では、「児童福祉行政システム」・「精神保健福祉行政システム」の両システムにおける「非行少年」に対する精神科医療の現状と問題点を見ていくことにしたい。また、各システムには、①発見—送致・通告プロセス、②調査—決定プロセス、③処遇・援助プロセスが備わっている。そこで、これらのプロセス毎の検討も加えることにする。

1 児童福祉行政システムにおける精神科医療

児童福祉行政システムは、児童とその保護者の支援を通して、最終的には、児童の健全育成（「児童を心身ともに健やかに育成する」こと（児童福祉法2条））を目指している。そこで、児童福祉行政システムの中核的な機関である児童相談所を中心として、ケース処理の流れに沿って、精神科医療との関わりを検討することにした。

まず、④発見－送致・通告プロセスとして、相談の受付があり、受理会議が設けられることになるが、精神科医療との関わりを持ち得る児童の相談については、主として精神疾患を有する児童に関する相談を含む「保健相談」、知的障害相談・自閉症等相談を含む「障害相談」としての受理があり得る。また、こうした児童の相談は、「非行相談」や、性格行動相談等を含む「育成相談」にも含まれていると言えよう。

そして、⑤調査－決定プロセスとして、調査・診断・判定（判定会議）の後、援助方針会議が設けられる。このうち、精神科医師による「医学診断」も「診断」に含まれている。ただ、「一般的には虐待がからむケースや発達障害が疑われるケースについての診察依頼が多く、非行相談のケースについては医師の関与が求められることが少ない傾向がある」という¹⁸。『児童相談所運営指針』によると「精神科を専門とする医師」を置くことが全児童相談所の「標準」とされている¹⁹。ただし、「嘱託も可」とされており、常勤の精神科医を配置している児童相談所は少ないとされている²⁰。平成20（2008）年4月1日現在で全国の児童相談所数は、197か所であるが、「現在では常勤の精神科医がいる児童相談所は30か所を超えるところまできている」との指摘もある²¹。

最終的に、⑥処遇・援助プロセスとして、児童やその保護者に対して援助が行われるが、その選択肢の一つが、医療機関への斡旋である。児童相談所が行う「援助」には、基本的には、一般的な精神科の医療行為が直接行われる選択肢は設けられていない。『児童相談所運営指針』では、「子どもの相談援助活動を行うに当たって専門的医学的な判断や治療を必要とする場合には、児童相談所は医療機関への紹介、あっせんを行う」とされている²²。このように、「措置によらない指導」たる「他機関あっせん」等を通じて、次

節の精神保健福祉行政システムへの架橋が行われる。

ただし、知的障害に対応した「知的障害児施設」(児童福祉法42条)・「知的障害児通園施設」(同法43条)・「重症心身障害児施設」(同法43条の4)や情緒障害に対応した「情緒障害児短期治療施設」(同法43条の5)といった児童福祉施設では、専門的な支援が実施されている。

また、児童相談所において、「子どもへの精神療法や親への心理教育など一定の治療的関わりも可能で、必要に応じて継続的にフォローアップも行われる」ものともされている²³。

わが国の児童相談所の起源となっている20世紀初めのアメリカにおける「児童相談運動」(child guidance movement)では、精神科医療が中核にあった。この運動は、地域における児童の精神科医療としてアメリカで展開された。しかし、現在のわが国の児童相談所では、精神科医療が中核にある訳ではない。ただ、児童虐待のケースにおける精神的な診断・ケアとも関係して、児童相談所における精神科医療の必要性が強く主張されている²⁴。現在のところ、「常勤医師がいたとしてもほとんどの場合は1名だけであり、非常勤医師の場合は週に1日か2日だけ児童相談所にくる場合がほとんどであるため、すべての事例に精神科医が関わることは到底不可能である」とされている²⁵。

2 精神保健福祉行政システムにおける精神科医療

次に、精神保健福祉法を中心に構築されている精神保健福祉行政システムを検討してみよう²⁶。

本システムでは、最終的に、「精神障害者の福祉の増進」と「国民の精神保健の向上」を図ることが目指される(精神保健福祉法1条)。そして、そのために、「精神障害者の医療及び保護を行い」、「その社会復帰の促進及びその自立と社会経済活動への参加の促進のために必要な援助を行い」、そして「その発生の予防その他国民の精神的健康の保持及び増進に努めること」になる。このように、精神障害者に対しては、①医療・保護、②社会復帰の促進と自立・社会経済活動への参加の促進のために必要な援助がなされ、本人の福祉の増進が図られる²⁷。

多くの場合、精神疾患のある人達は、精神科病院等の医療機関で通院医療を受けている。ただ、本稿では、入院による治療、とりわけ触法行為を行った患者の治療にも関わる措置入院に焦点を当てて手続の概要をまず確認しておきたい²⁸。

(1) 措置入院の手続と少年 端緒たる㉔発見一送致・通告プロセスとして、精神障害者又はその疑いのある者等（いずれにしても後述の「自傷他害のおそれ」の要件も必要であると解されている）を知った者（一般人、警察官、検察官、保護観察所長、矯正施設の長、精神科病院の管理者、又は医療観察法に規定する指定通院医療機関の管理者・保護観察所長）が、都道府県知事（又は指定都市の市長）に対して適宜の措置を採るよう申請・通報・届出を行う（精神保健福祉法23条、24条、25条、25条の2、26条、26条の2、26条の3）。こうした対象者には、勿論、少年も含まれ得る。

次いで、㉕調査一決定プロセスとして、都道府県知事は、調査の上、必要があると認められる時は、2名以上の精神保健指定医に通報等対象者の診察をさせる（精神保健福祉法27条1項）。そして、診察に当たった精神保健指定医が一致して、①精神障害者であることと、②医療及び保護のために入院させなければその精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれ（いわゆる「自傷他害のおそれ」）があることという2つの要件を満たしていると判断した場合には、都道府県知事は、国等が設置した精神科病院又は指定病院にその者を強制的に入院させることができる（同法29条1項）。

以上のような手続に従った強制入院が、措置入院である²⁹。なお、入院継続の要否も精神保健指定医の判定に委ねられている。

また、㉖処遇・援助プロセスにおいて、精神科病院における処遇として、「精神科病院の管理者は、入院中の者につき、その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」とされている（精神保健福祉法36条1項）。

統計上の数値を見ると、『精神保健福祉資料（平成18年度6月30日調査の概要）』では、措置入院による在院患者数に関して、20歳未満の者は28名とされている（表4参照）。なお、20歳以上40歳未満の者は643名、40歳以上65歳未満の者は1,163名、65歳以上75歳未満の者は195名、75歳以上の者は32名と

表4 20歳未満の精神科病院在院患者の入院形態・在院期間別人数

区分	1ヶ月未満	1ヶ月以上 3ヶ月未満	3ヶ月以上 6ヶ月未満	6ヶ月以上 1年未満	1年以上 5年未満	5年以上 10年未満	10年以上 20年未満	合計
措置入院	14	5	4	2	3	0	0	28
医療保護入院	349	348	169	95	101	2	0	1,064
任意入院	323	247	103	69	46	1	0	789
その他入院	16	16	12	18	44	39	22	167
合計	702	616	288	184	194	42	22	2,048

(平成18年6月30日現在)

(注) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課＝国立精神・神経センター精神保健研究所『精神保健福祉資料（平成18年度6月30日調査の概要）』（国立精神・神経センター精神保健研究所精神保健計画部，平成19年）13頁をもとに作成。

なっている。また、全ての入院形態での在院患者総数に関しても、20歳未満の者は2,048名とされる。これに対して、20歳以上40歳未満の者は31,175名、40歳以上65歳未満の者は147,024名、65歳以上75歳未満の者は72,531名、75歳以上の者は67,530名となっている。少年の場合、措置入院が取られる数自体が少ないことが分かる。

(2) 精神保健福祉行政システム上での対応の問題点 他方、精神保健福祉行政システム上での対応、とりわけ措置入院については、かねてより問題点も指摘されていた。それは、保安的機能を考慮すると、通常の医療機関で重大な触法行為を行った患者を治療することには限界があるという点である。そこで、「現在のわが国の精神医療は、医療中心で、人的な面でも構造的な面でも保安という観点からの配慮を行ってはいないため、措置要件を満たす場合であっても、医療機関が措置非該当、入院不要として、重大な他害行為を行った精神障害者を受け入れないケースが相当存在する」とされている³⁰。

また、司法的チェックの不存在という点も挙げることができる。強制力を伴う入院や入院継続等の判定の適否について公正さの担保に欠けていることが指摘されていた。

成人の精神障害者の場合、こうした問題を解決するため、医療観察法が制定された。言い換えれば、医療観察司法システムが、刑事司法システムと精神保健福祉行政システムの中から中間的性格を帯びたものとして新たに分化

したのである。医療観察司法システムは、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の「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」を目指している（医療観察法1条1項）。この点、大谷實は、医療観察法を「保安的要請と医療的要請の接点を追求した法律」として評価し、本法では、「医療的要請」と共に「危険性の除去という保安的要請」もまた働いているとしている³¹。医療観察司法システムでは、精神保健福祉行政システムのような医療・保護等を通じた本人の福祉の増進という目標だけが追求されるのではない。

しかし、「非行少年」の場合には、次章で詳述するように、専門的な精神科医療を提供することのできる矯正施設である医療少年院がある。また、判断主体も司法機関であり、司法的チェックが働いている。それと共に、家庭裁判所における判断は、少年鑑別所による医学的診断にも依拠している。

このように、精神保健福祉行政システムが抱えていた問題点は、少年の場合、そのまま当て嵌まる訳ではない。

ただ、少年保護司法システムにおける保護処分は、何よりも「少年の健全な育成」（少年法1条）を目的としている。強制力の行使も、こうした目的に資するためのものと言える。したがって、医療観察制度とも、また保安処分とも違い、飽くまでも、保安的機能は、結果的に果たされ得るものである。

また、少年が罹患する精神疾患の種類や発現形態は成人のものとは異っており、医療上の必要性や処遇困難者の問題等に関して、成人の精神科医療と全く同列に論じることができない。従来 of 精神医学や犯罪精神医学から分化して、児童精神医学や非行精神医学といった学問領域が創出されてきた所以である。少年の問題を「発達」という側面から捉える必要があるのだろう。

4 少年保護司法システムにおける精神科医療 —医療少年院を中心として

最後に、「少年保護司法システム」における精神科医療の位置付けを、医療少年院を中心に検討していきたい。

1 少年保護司法システムにおける精神科医療

少年保護司法システムは、上述のように「少年の健全な育成」を最終的な目標としている。こうした少年保護司法システムにおける各プロセスには、精神科医療との深い関わりが見られる。

まず、①発見—送致・通告プロセスにおいて、警察官・検察官には措置入院の通報義務がある（精神保健福祉法24条、25条）。他方で、全件送致主義により、家庭裁判所に全ての「犯罪少年」の事件を送致しなければならない。なお、仮に本稿冒頭の責任能力必要説に立つと、検察官による責任無能力の判断だけで、「犯罪の嫌疑があるものと思料」（少年法42条1項）されないため、保護の必要のある少年が家庭裁判所に送致されないことになり、全件送致主義の趣旨を没却する恐れがあろう。最終的に、通報を受けて行われる措置入院か、終局決定における他の選択肢かの判断は、家庭裁判所に委ねられている。

次に、②調査—決定プロセスであるが、創設期の少年裁判所との関係で一つ注目すべきなのは、調査のプロセスにおいて精神科医療が果している役割である。この点、少年鑑別所と家庭裁判所の医務室における精神科医療を挙げることができる。

少年鑑別所は、少年の身柄の保全と資質の鑑別を行う施設である。少年鑑別所では、収容鑑別において、鑑別面接や行動観察が行なわれる他、多様な心理検査も準備されている。そして、精神医学的検査・診察もまた実施されている。なお、「収容鑑別の基準について（通達）」では、「第3 収容鑑別の実施方法」の「9 精神医学的検査及び診察」として、「精神障害の疑いがある少年、非行の内容が特異な少年、入所後の行動に異状が認められる少年その他精神状況に重大な問題があると考えられる少年に対しては、精神障害の有無並びに精神障害の症状・程度及び必要とされる医療措置を明らかにするため、脳波検査等の精神医学的検査及び精神科医師による診察を行う」ものとされる³²。また、必要な場合には、治療等の医療的措置も行われる。

他方、家庭裁判所には、医務室が設けられている。裁判所技官（裁判所法61条）である医師（全国的にみるとその過半数は精神科医であるとされる）及び看護師が配置されているが、医務室自体は法律上の明文規定によらずに運用上設

置されたものである³³。少年保護事件に関する運用方針としては、「①少年鑑別所の鑑別結果と調査官の社会調査の総合的判断について裁判官を補佐すること、②少年鑑別所の鑑別が不要又は不能な事件について科学的診断又は技術的措置を行うこと、③少年鑑別所の鑑別に付するために予診を行うこと、④少年保護事件の調査技術について科学的研究を行うこと、⑤調査官に対し調査について科学技術的協力を行うことなどが考慮されている」とされる³⁴。

少年裁判所創設の初期に非行の「医療化」(medicalization)が図られた³⁵。当時、非行の背景には知的障害等の精神的な疾患があるのだと専門家達により主張された。そこで、1909年に医師ウィリアム・ヒーリー(William Healy)がシカゴの少年精神病質研究所(Juvenile Psychopathic Institute (JPI))初代所長に任命された。なお、このヒーリーの活動が発端の一つとされるのが、上述の「児童相談運動」である。少年精神病質研究所は、少年保護収容施設(detention home)に併設された。そして、その診察結果は、少年裁判所での裁判官による審判に利用された。このように、精神科医療と少年司法の架橋が図られたのである。

こうした少年裁判所の調査のプロセスに占める精神科医療の地位は、現在の家庭裁判所の調査のプロセスにも引き継がれていると言えよう。

最終的に、㉔処遇・援助プロセスにおいて、終局決定としての審判不開始決定・不処分決定により精神科病院等の医療機関に入院させることができる。また、児童福祉機関(都道府県知事又は児童相談所長)送致決定を通じて上述の児童福祉行政システムに、検察官送致決定を通じて上述の少年刑事司法システムに事件が移行され得る。

では、保護処分において精神科医療とはどのような関わりが見られるだろうか。

保護観察と精神科医療との関わりは、成人対象者と共通であるが、類型別処遇制度に明確に現れている。現在、類型別処遇制度では、従来の精神疾患の分類で言う外因性の疾患(特に中毒性精神病)については、「シンナー等乱用」・「覚せい剤事犯」・「問題飲酒」といった類型が、また内因性・心因性の疾患についても、「精神障害等」(外因性の疾患についても含まれ得る)といった

類型が設けられている。とりわけ、「精神障害等」の対象者には、認定項目として、少年鑑別所において診断がなされた者も含めて、医師により前述の精神保健福祉法5条に規定する精神障害者であると診断がなされた者の他、後述の少年院長期処遇の処遇課程 H1 及び M の判定がなされた者も含まれている。そして、処遇上も、服薬状況の確認や精神保健福祉行政システム上の手続の支援等、対象者の医療的・福祉的措置を実施することが重視され、かかる措置の実施を踏まえた特別遵守事項も設けられるなどしている。

次に、児童自立支援施設・児童養護施設と精神科医療との関わりであるが、児童自立支援施設でも精神科医療を施す必要性に応じているものの、常勤の精神科医は、国立の児童自立支援施設に限定されているのが現状である³⁶。ただし、非常勤の精神科医は、多くの児童自立支援施設で診療を行っている。また、児童養護施設においても被虐待児童の治療・ケアを中心として精神科医療との連携の必要性が指摘されている³⁷。

少年院における精神科医療について考えると、一般の少年院（初等・中等・特別少年院）においても精神科医療が配慮されているが、特に医療少年院においては専門的な精神科医療が実施されている点が挙げられる。この点については、次節で詳述しよう。

2 医療少年院と精神科医療

医療少年院の現況は、責任能力不要説の論拠にもなっている。また、医療少年院での処遇は、少年保護司法システムの一部（サブシステム）となっており、上述のように、医療観察司法システム（に類したシステム）を形成することが不要となっている。

(1) 医療少年院の収容対象者 医療少年院の収容対象者として、少年院法（昭和23年法律第169号）では、「医療少年院は、心身に著しい故障のある、おおむね12歳以上26歳未満の者を収容する」とされている（2条5項）。なお、平成19（2007）年の少年院法の一部改正により、医療少年院の収容対象者の年齢は、「14歳以上」から「おおむね12歳以上」へと引き上げられた。

処遇分類から観ると、医療少年院には、長期処遇の特殊教育課程における H1（知的障害者であって専門的医療措置を必要とする心身に著しい故障のないもの及び

知的障害者に対する処遇に準じた処遇を必要とする者)・H2(情緒的未成熟等により非社会的な形の社会的不適応が著しいため専門的な治療教育を必要とする者)、また医療措置課程におけるP1(身体疾患者)・P2(肢体不自由等の身体障害のある者)・M1(精神病者及び精神病の疑いのある者)・M2(精神病質者及び精神病質の疑いのある者)の処遇課程の各細分に当たる少年が収容されている。また、医療上の必要性から、長期処遇の生活訓練課程におけるG2(外国人で、日本人と異なる処遇を必要とする者)の処遇課程の細分に当たる少年が収容されることもある。

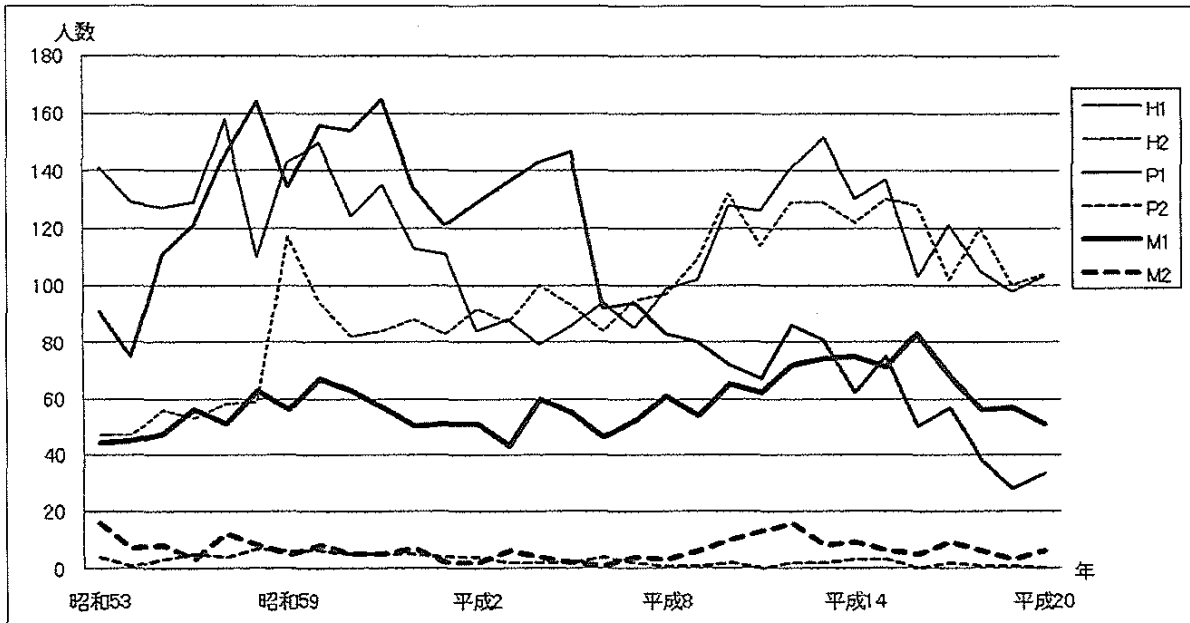
少年院送致が決定される時点で発病している者の他に、初等・中等・特別少年院に送致された後に発病して医療少年院に転院する者もいる。

医療少年院における収容について、原則として、「在院者が20歳に達したときは、少年院の長は、これを退院させなければならない」が、「送致後1年を経過しない場合は、送致の時から1年間に限り、収容を継続することができる」ものとされている(少年院法11条1項)。20歳に達した場合に、「在院者の心身に著しい故障があり、又は犯罪的傾向がまだ矯正されていないため少年院から退院させるに不相当であると認めるとき」(同条2項)には、23歳を超えない期間で収容が継続される。さらに、「23歳に達する在院者の精神に著しい故障があり公共の福祉のため少年院から退院させるに不相当であると認めるとき」(同条5項)には、26歳を超えない期間で医療少年院での収容が継続される。裁判所が収容継続の決定をし、司法機関によるチェックが行われる点が措置入院と大きく異なる。

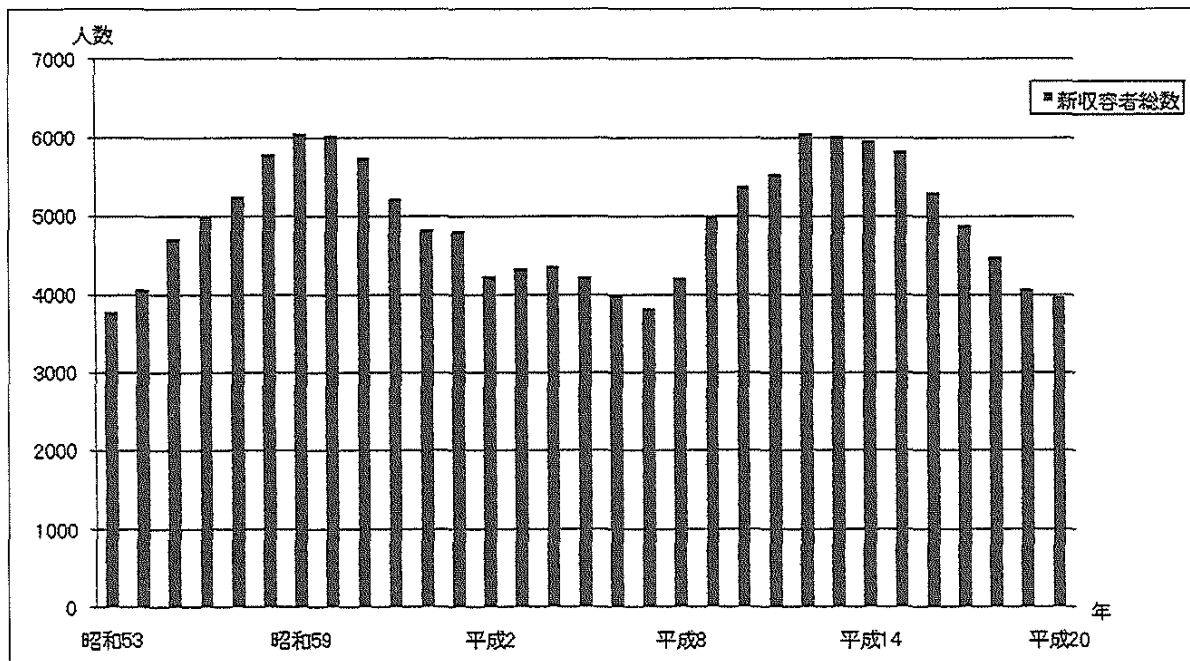
『矯正統計年報』により、処遇課程の細分別の統計が示されている昭和53(1978)年以降の処遇課程の細分(H, P, M)別少年院新収容者人員数の推移を観ると、近年では、平成12(2000)年に少年院新収容者人員数の総数が6,052名と増加したことに伴って全体的に変動していることが分かる(図1参照)。

ただし、P1が大幅に減少してきているため、医療措置課程を持つ医療少年院では、近年PとMの新収容者人員数が逆転し、Mの処遇課程の細分に当たる少年の占める割合が増加している。平成20(2008)年の『矯正統計年報』の統計によると、H1の少年院新収容者人員数が103名(少年院新収容者人員数の総数3,971名に占める割合は2.6%)、H2が104名(同2.6%)、P1が33名(同

図1 処遇課程の細分(H, P, M)別少年院新収容者人員数の推移(昭和53-平成20年)



(参考図) 少年院新収容者人員数総数の推移(昭和53-平成20年)



(注) 『矯正統計年報』をもとに作成。

0.8%), P2が0名(同0.0%), M1が51名(同1.3%), M2が6名(同0.2%)であった。

(2) 医療少年院の医療・教育体制 次に、医療少年院における医療や教育の体制を考察してみたい。

全国の設置状況として、医療措置課程のある少年院は、関東医療少年院と京都医療少年院でいずれも男子少年・女子少年共に収容している（なお、沖縄少年院と沖縄女子学園も運用上、医療措置課程に指定されている）。また、他に「医療少年院」の名称が付く、神奈川医療少年院と宮川医療少年院は、男子少年が対象である特殊教育課程の少年院である。同様に、中津少年学院も、専ら男子少年が対象である特殊教育課程の少年院である。なお、女子少年が対象である特殊教育課程は、全国8か所の女子少年院（紫明女子学院・青葉女子学園・榛名女子学園・交野女子学院・貴船原少女苑・丸亀少女の家・筑紫少女苑・沖縄女子学園）及び関東医療少年院・京都医療少年院が指定されている。

精神科医の配置状況として、医療措置課程には、常勤の精神科医が複数配置されている。関東医療少年院では、常勤の精神科医が4名（医務課長1名含む）勤務しており、京都医療少年院では、常勤の精神科医が3名（医務課長1名含む）勤務している（平成21（2009）年8月31日現在）。上述の児童自立支援施設における精神科医療と比較をしても、少年院の方が人員・設備共に十分な体制が構築されていると言われる。

医療少年院では、矯正教育と専門的医療による治療が行われる。この点、「行為障害という概念が導入されたことにより精神医学的観点からも見直され、特に医療少年院では重度の行為障害に対して医療部門と教育部門の密接な連携のもとに、集中的な治療・教育が試みられている」とされる³⁸。

そして、医療の面と教育の面とでは、「在院少年の男女の別、年齢差、非行の度合、疾病の種類と程度に個人差があるため、個々の必要性に応じた治療と教育を考慮した処遇計画を医務担当と教務担当が共同して作成・実施している」³⁹。診療科目については、「精神科、内科、外科、産婦人科などの医師が常勤しており、眼科、耳鼻科、皮膚科、歯科などは必要に応じて専門医が診療にあたっている」とされている。

また、出院については、「収容期間内に病気の治療が終結し、医療措置が不要になった少年はさらなる矯正教育を受けるために一般少年院に送られる」ことになる⁴⁰。しかし、「段階的教育目標をすべて達成し、社会復帰できる程度に改善更生の進んだ少年」は、家族調整の上で退院又は仮退院する場合もある。なお、退院に際して疾患の治療が十分でない少年は、一般の医

療機関で治療を継続することになる。とりわけ、「自傷・他害の恐れのある精神障害と判定された場合には、措置入院という形で一般社会の病院に継続収容されることもある」という。

最後に、医療少年院に勤務する精神科医の側から課題として挙げられている点を検討しておこう。

第1に、少年鑑別所における診断と医療少年院における診断の乖離についてである⁴¹。少年鑑別所における精神科医（専ら診断を行う者）の診断と医療少年院における精神科医（治療行為を委ねられる者）の診断が異なる場合、医療少年院からの退院に向けた医学的判断を阻害する恐れがある。少年鑑別所において診断された精神疾患の治癒の状況が、地方更生保護委員会における退院又は仮退院の許可の判断にも影響する（少年院法12条1項・2項，更生保護法41条，46条1項）。当初診断された疾患の治療が重要な判断材料にされるからである。

第2に、医療少年院という「閉鎖型施設」に適応可能な疾患か否かの判断についてである⁴²。精神科医がいるということで医療少年院に送致されることがあるが、閉鎖型施設である少年院に適応できない種類の疾患の少年もいる。場合によっては、疾患が悪化してしまう。そこで、調査・審判段階での精神医学的な見立てが重要になってくる。別稿で述べたが、保護処分を受ける少年には「保護処分を通じた『健全育成』目的の達成に応答し得る能力」が必要であると考え⁴³。

第3に、医療少年院と更生保護の架橋（いわゆる「2号観察」を中心とした社会内処遇における手当ての不十分さ）についてである⁴⁴。

まず、帰宅先として保護者が受け入れないとき、通常は更生保護施設に頼ることになるが、精神障害がある場合、更生保護施設を帰宅先とすることが困難となっている。そのため、通院治療で社会生活が送れるにも関わらず、成人になるまで医療少年院から出院できないという状況になることもある。

また、出院後に医療機関へとつなげるための手続を行うに当たって、医療少年院と居住地の公的機関との間の連携が十分取れていないという指摘もある。その結果、保護者が入院先を求めて医療機関に相談しても断られる場合や、盥回しにされる場合もあるという。

さらに、薬物依存症の出院者を適切に薬物依存症者の社会復帰のための施設につなげていくことが必要であることも指摘されている。

そして何より、社会内処遇を実施する機関には精神科医が配置されていないため、「診断、治療ならびに再犯・再発予防についての専門的な申し送りが困難であり、保護観察官がその役割を補っている」とされる⁴⁵。そのため、「保護観察官は医学・心理学・教育学・社会学といった行動科学の専門家とされているものの、人員数も限られており、甚だ過重な責務を負わされていると言っても過言ではない」との指摘を受けている。

5 むすび

少年保護司法システムが、成人の場合とは異なった形で、精神疾患を有する「非行少年」を取り扱うというあり方は、妥当なものであろう。精神的にも「発達」段階にある「少年」という存在の持つ特殊性を踏まえている。元々、少年裁判所という形で少年保護司法システムが創出された時期も、精神疾患の治療という役割が重要視されていた。

本稿冒頭で示した責任能力不要説に妥当性があるということが本論からも示されただろう。

最後に、今後の検討に向けた視座を整理しておきたい。

第1に、システム相互、またサブシステム相互における適切な機能配分とケースの円滑な移行が重要な課題である。この結論自体は、システム論から帰結する共通命題とも言える。

そこで、具体的には、どのような問題点があり、どのような解決策が求められるか、ということが重要となる。本主題においては、とりわけ、最後に検討した医療少年院については、家庭裁判所・少年鑑別所と少年院、少年院と保護観察所というサブシステム間の適切な連携が必要であろう。

第2に、児童福祉行政、精神保健福祉行政、青少年教育行政、少年警察行政等の多様なシステムを通じた精神疾患の「予防」の重要性も挙げられる。精神保健の領域においては「予防」が第1に重要と考えられている。

従来分類で言う内因性・心因性の疾患については、発育過程上のリスク

要因への対応が求められる。成人期の精神疾患の前駆的疾患が、児童・少年の反社会的行動（更には、非社会的行動）に発現している可能性もある。そこで、「早期発見，早期治療」が必要とされる。

ただし，新たに病名を設けることで，従来社会的に健全と見られていた者が特定の病気の患者として位置付けられることにもなり得る。医療上の便宜に適うことにはなろうが，こうしたラベリングの機能によって，社会的な偏見が産み出される恐れも十分ある。したがって，問題行動を過度に「医療化」して理解する傾向に対しては，注意しなければならないだろう。

また，従来の分類で言う外因性の疾患（特に中毒性精神病）についても，成長発達上のリスク要因への対応が求められる。低年齢時の飲酒・喫煙習慣と薬物乱用の相関性⁴⁶や，低年齢時に開始された薬物乱用とその後の暴力的行動の相関性⁴⁷も様々な形で実証的に示されている。一つの重要な対策として，薬物乱用防止教育が挙げられよう。こうした薬物乱用防止教育は，学校・警察・保健所等の連携の下，全国的に実践が蓄積されつつある。

このように，今後は，我々が課題としている多機関連携の中で「非行少年」が持つ精神科医療のニーズにより一層どのように応えていくか，が問われていると言えるだろう。

- 1 なお，詳説すれば，「虞犯少年」については，虞犯事由に該当する行状・性癖に関して，責任能力必要説から「実質的な責任能力」が求められている。これとは別に，虞犯性において予測される罪（あるいは触法行為）に関しても，責任能力（触法行為については「実質的な責任能力」）を必要とするか否かが論じられている。
- 2 「昭和43年2月全国少年係裁判官会同家庭局見解」家庭裁判月報20巻11号（昭和43年）81頁。
- 3 船山泰範「犯罪少年と責任要件」『少年法—その実務と裁判例の研究— 別冊判例タイムズ6号』（判例タイムズ社，1979年）81頁参照。船山は，「判例の結論と，その前提とされている事実関係を対照すると，裁判時すでに，精神衛生法上の措置が採られている場合に必要説が採用され，裁判時にいまだ精神衛生法上の措置が採られておらず，しかも，少年の保護環境が劣悪な場合に不要説が採用されているという傾向が見受けられる」のであり，このような「対応関係から言えることは，必要説，不要説の対立関係が，実務上は必ずしも理論的背景によるものではないと評することも可能であろうということである」とする。
- 4 最高裁判所事務総局『家庭裁判所四十年の概観』（法曹会，平成2年）236頁，東海

林保「少年保護事件における責任能力をめぐる諸問題」家庭裁判月報48巻4号（平成8年）15頁参照。最高裁判所事務総局によれば、「責任能力必要説の審判例の多くは、少年法上の保護に乗らないとして、調査、審判の過程で医療上の措置がとられるよう調整の努力をしたものとみるべき事例のようである」とのことである。また、東海林は、「…確かに必要説を採り審判不開始又は不処分とした裁判例はそのほとんどが入院措置がとられているかあるいはとられる予定の事例であるが、それらは審判不開始又は不処分とせざるを得ない結果、裁判所ないし少年鑑別所などの保護関係機関が少年の入院の手配に努力したとみられる事例であって、入院措置の有無で必要説を採用したり、不要説を採用したりしているとは思われない。もしそうであるなら、法的安定性の観点から大問題であろう。実際、措置入院となっても不要説を明言する裁判例（…）が存する…」と疑問を投げ掛けている。

- 5 奥村雄介＝野村俊明『非行精神医学－青少年の問題行動への実践的アプローチ』（医学書院，2006年）143頁，野村総一郎＝樋口輝彦＝尾崎紀夫編『標準精神医学〔第4版〕』（医学書院，2009年）21-22頁参照。
- 6 この点，精神医学上，従来型の分類では精神症状の評価や診断が備えていなくてはならない「信頼性」(reliability)と「妥当性」(validity)に問題があったとされている。(野村＝樋口＝尾崎・同上21頁)。「信頼性」とは、「安定した状態にある患者を反復測定した場合に，同じ結果が得られる程度」を意味し，「妥当性」とは，「それが真に評価・診断しようとしているものを，評価・診断している度合い」を意味する。
- 7 野村＝樋口＝尾崎・同上22頁参照。
- 8 林拓二＝米田博編『専門医のための精神科臨床リュミエール3 操作的診断 vs 従来診断－非定型精神病とうつ病をめぐる』(中山書店，2008年)等参照。
- 9 平成5（1993）年の一部改正により，「精神病患者（中毒性精神病患者を含む。）, 精神薄弱者及び精神病質者」を「精神分裂病，中毒性精神病，精神薄弱，精神病質その他の精神疾患を有する者」に改めるものとされた。
- 10 発達障害者支援法施行令（平成17年4月1日政令第150号）では，「発達障害の定義」として，「発達障害者支援法（…）第2条第1項の政令で定める障害は，脳機能の障害であってその症状が通常低年齢において発現するもののうち，言語の障害，協調運動の障害その他厚生労働省令で定める障害とする」（1条）としている。これに基づき，発達障害者支援法施行規則（平成17年4月1日厚生労働省令第81号）では，「発達障害者支援法施行令第1条の厚生労働省令で定める障害は，心理的発達の障害並びに行動及び情緒の障害（自閉症，アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害，学習障害，注意欠陥多動性障害，言語の障害及び協調運動の障害を除く。）とする」と定めている。
- 11 大谷實『精神保健福祉法講義』（成文堂，平成8年）54-55頁参照。
- 12 「総患者数」とは，「調査日現在において，継続的に医療を受けている者（調査日には医療施設を受療していない者も含む。）の数を次の算式により推計したもの」であり，「総患者数＝入院患者数＋初診外来患者数＋再来外来患者数×平均診療間隔×調

- 整係数 (6/7)」という算式が用いられる。(厚生労働省大臣官房統計情報部『平成17年患者調査(全国編)上巻』(厚生労働省大臣官房統計情報部,平成19年)696頁)。
- 13 例えば,統合失調症に関して,「子どもの場合は,幻覚・妄想がはっきりせず,元気がなくなり,不登校に陥る場合がある。…通常は,10歳以降,とりわけ思春期以降に発症する。…子どもでは,成人に比べて解体型(解体した会話・行動,平板化した感情)の割合が高い。学童期では,漠然とした,説明のできない激しい不安が前面に立つことがある」とされる。(厚生労働省雇用均等・児童家庭局『一般小児科医のための子どもの心の診療テキスト』(厚生労働省雇用均等・児童家庭局,平成20年)79頁。また,奥村雄介「少年犯罪」松下正明=山上皓編『犯罪と犯罪者の精神医学 司法精神医学3』(中山書店,2006年)140-141頁参照)。また,うつ病(大うつ病性障害)に関して,「年齢による症状の違いが指摘されており,年齢が低い場合,抑うつ気分,罪責感,孤独感などは話してくれず,行動制止(行動が緩慢となること)や身体症状が主であることが多い。具体的には授業中の態度の変化,友人からの孤立,成績不振,不登校といった行動に現れる可能性がある。また,〔DSMの〕(筆者註)診断基準にあるように,抑うつ気分の代わりに,イライラした気分であることもある」とされている。(野村=樋口=尾崎・前掲注(5)332頁。また,奥村・同上141頁参照)。
- 14 野村=樋口=尾崎・同上326頁。
- 15 石川正興「刑罰政策」菊田幸一=西村春夫編『犯罪・非行と人間社会—犯罪学ハンドブック—』(評論社,昭和57年)311頁。
- 16 拙稿『『真犯少年』に対応するシステムに関する考察—少年保護司法システムと児童福祉行政システムを中心として—』早稲田法学83巻2号(2008年)45-91頁参照。
- 17 白木功「I 心神喪失者等医療観察法 審判手続を中心に」町野朔編『ジュリスト増刊 精神医療と心神喪失者等医療観察法』(有斐閣,2004年)13頁参照。
- 18 小野善郎『子ども家庭相談に役立つ児童青年精神医学の基礎知識』(明石書店,2009年)183頁。
- 19 厚生労働省「児童相談所運営指針」日本児童福祉協会編『子ども・家族の相談援助をするために—市町村児童家庭相談援助指針・児童相談所運営指針—』(日本児童福祉協会,平成17年)177頁。
- 20 キャスリーン・W・ジョーンズ『アメリカの児童相談の歴史—児童福祉から児童精神医学への展開』小野善郎訳(明石書店,2005年)355頁。
- 21 小野・前掲注(18)181頁。
- 22 厚生労働省・前掲注(19)291頁。
- 23 小野・前掲注(18)183頁。
- 24 この点,「虐待を受けた子どもや非行を示す子どもは精神疾患に対するリスクが高いことが知られており,実際,これまでの国内外の調査では,子ども家庭福祉に関わる子どもたちのおよそ半数に精神科医療が必要な程度の精神疾患があることが示されている。したがって,児童相談所は精神科医療ニーズが高い子どもたちと関わる機会

- が非常に多く、精神医学的な対応をさらに強化することで子どもたちの精神症状を治療したり予防することが求められることになる」とされている。(小野・同上183頁)。
- 25 小野・同上181頁。この点、児童相談所と精神科医療の新たな連携例として、「2001(平成13)年度に宮城県中央児童相談所と同じ建物の中に宮城県子ども総合センターが開設され、児童相談所と密接に関連をもつ児童精神科クリニックが診療を始めた。このクリニックはそれまで児童相談所が対応してきた子どもの精神保健の問題を一手に引き受ける役割を担」っている。また、「児童福祉領域における精神保健サービスのモデルを確立し、その後いくつかの児童相談所にも同様のクリニックが設置され、その効果が期待されている」とのことである。(小野・同上183頁)。
- 26 麻薬及び向精神薬取締法(昭和28年法律第14号)では、「…麻薬中毒者について必要な医療を行う等の措置を講ずること等により、麻薬及び向精神薬の濫用による保健衛生上の危害を防止し、もつて公共の福祉の増進を図ることを目的とする」(1条)とされており、麻薬中毒者に対する措置も精神保健福祉行政システムと重なり合いながら(同一の機関・人員(精神保健指定医等)を利用しながら)運用されている。
- 27 そこで、精神保健福祉行政システム上では、単に医療機関における治療のみならず、精神障害者社会復帰施設や精神障害者居宅生活支援事業等の社会復帰促進のための施策も実施されている。現在、こうした施策は、障害のある人も地域で普通の暮らしができる社会を実現するというノーマライゼーションの理念の下で積極的に推進されている。
- 28 この点、他の入院形態として、任意入院(本人の同意に基づく入院)・医療保護入院(精神保健指定医の診療と保護者の同意による入院)・応急入院(直ちに入院させなければ、本人の医療及び保護を図る上で著しい支障があり、すぐに保護者の同意を得られない状態である場合に、精神保健指定医の診察により72時間に限り認められる入院)・緊急措置入院(精神保健指定医1名が、自傷他害のおそれが著しいと診断し、急速を要するため通常の手続を取ることができない場合に、72時間に限り認められる入院)がある。
- 29 また、昭和38(1963)年の麻薬取締法の一部改正により設けられた麻薬及び向精神薬取締法上の措置入院もある。医師の届出、麻薬取締官・麻薬取締員・警察官・海上保安官の通報、検察官の通報、又は矯正施設の長の通報の後、精神保健指定医1名の診察により、「当該受診者が麻薬中毒者であり、かつ、その者の症状、性行及び環境に照らしてその者を入院させなければその麻薬中毒のために麻薬、大麻又はあへんの施用を繰り返すおそれが著しいと認めるとき」(58条の8第1項)、措置入院が認められる。本制度は、大麻取締法(昭和23年法律第124号)・あへん法(昭和29年法律第71号)により規制対象となっている薬物の中毒者に対しても適用される。
- 30 山本輝之「心神喪失者等医療観察法における強制処遇の正当化根拠と『医療の必要性』について—最高裁平成19年7月25日決定を契機として」中谷陽二編『精神科医療と法』(弘文堂、平成20年)130頁。また、山上皓「触法精神障害者の法的処遇とその問題点」精神科治療学11巻10号(1996年)1040-1043頁参照。

- 31 大谷實『新版 刑事政策講義』(弘文堂, 平成21年) 433-434頁。
- 32 「収容鑑別の基準について(通達)」(平成3年4月1日矯医773(例規)矯正局長通達)。
- 33 斎藤秀夫=菊池信男編『注解家事審判規則〔改訂版〕』(青林書院, 平成4年) 92頁参照。また, 田宮裕=廣瀬健二編『注釈少年法〔第3版〕』(有斐閣, 平成21年) 129頁参照。
- 34 田宮=廣瀬・同上129頁。また, 「高等裁判所及び家庭裁判所の医師及び看護婦の職務等について(通達)」(平成9年3月28日最高裁人給B第4号高裁長官, 家裁所長あて人事局長, 家庭局長通達) 家庭裁判月報49巻8号(平成9年) 257-262頁, 「家庭裁判所の医師及び看護婦の職務について(通知)」(平成9年4月30日最高裁家三第165号家裁所長あて家庭局長通知) 家庭裁判月報49巻8号(平成9年) 263-266頁参照。なお, 保護的措置における医務室の関わりについては, 須藤明=宮崎聡「家庭裁判所における少年調査の現状と課題」犯罪と非行152号(2007年) 36頁参照。
- 35 See David S. Tanenhaus, *Juvenile Justice in the Making*, Oxford University Press, 2004, pp. 111-137.
- 36 小野・前掲注(18)187頁。
- 37 この点, 東京都では, 平成19(2007)年度より「専門機能強化型児童養護施設」の制度を設け, 「児童精神科医(非常勤)と治療指導担当職員を配置し, 施設内での治療を充実する試みを始めている」という。(小野・同上186頁)。なお, 平成21(2009)年3月1日現在, 4施設が「専門機能強化型児童養護施設」となっている。
- 38 奥村・前掲注(13)142頁。
- 39 奥村=野村・前掲注(5)159頁。また, 奥村雄介「少年犯罪—処遇と責任能力—」中谷陽二編『責任能力の現在 法と精神医学の交錯』(金剛出版, 2009年) 188頁参照。
- 40 奥村=野村・同上159頁。また, 奥村・同上188頁参照。
- 41 西口芳伯「少年法における司法目的と医療手段の矛盾—医療少年院が果たすべき本来の役割について—」法と精神医療23号(2008年) 29-30頁参照。
- 42 西口・同上32-34頁参照。
- 43 拙稿「『非行少年』と責任能力(1)」早稲田法学85巻2号(2010年) 67頁参照。
- 44 奥村=野村・前掲注(5)146頁参照。
- 45 奥村=野村・同上147-148頁。
- 46 松本俊彦『薬物依存の理解と援助—「故意に自分の健康を害する」症候群』(金剛出版, 2005年) 203頁, 和田清「有機溶剤吸引の入り口としての喫煙: 1994年千葉県中学生調査より」学校保健研究45号(2004年) 512-527頁, 鈴木健二=村上優=杠岳文=藤林武史=武田綾=松下幸生=白倉克之「高校生における違法性薬物乱用の調査研究」日本アルコール・薬物医学会雑誌34巻5号(1999年) 465-474頁参照。
- 47 松本・同上206頁参照。