

5万円の罰金刑を受けた。犯行時飲酒していた。平成10年12月3日～5日にアルコール依存症の治療のため3日間のみ入院している。その1年後詐欺未遂で懲役10月の実刑判決を受け、平成12年10月刑期終了し、出所している。出所した日に、居酒屋でネタケースと冷蔵ケースを鉄パイプで叩き割り、同店の営業を不能にならしめた。精神鑑定で単純酩酊の脱抑制下の行動で責任能力ありとされ、器物損壊、威力業務妨害で懲役1年4月の実刑判決を受けている。

3 覚醒剤中毒の事例

事例1（傷害、暴行→ 傷害—覚醒剤取締法違反）男性 昭和26年生 覚醒剤中毒

（生活史・現病歴）中学1年の時、傷害で少年院に送致され、少年院退院後は船舶会社で塗装工や船舶の荷役、日雇いの土木作業員などをしていた。

平成6年までに傷害、窃盗、覚醒剤取締法違反など前科10犯、前歴6回ある。指標犯行8ヶ月前の平成5年11月末にも路上にいた男を自分を待ち伏せしていると思い、殴る蹴るの暴行を加えたが、起訴猶予となり、措置入院となった。3ヶ月後の平成6年2月に退院した。

（指標犯行）傷害、暴行 不起訴（起訴猶予） 措置入院

平成6年7月路上で通行人の老人夫妻に被害的となり、手拳で殴打し傷害を負わせた。覚醒剤中毒後遺症であり、犯行時飲酒により妄想が活発化して犯行に及んだとされ、不起訴となり、措置入院となった。平成7年2月退院。

（再犯）平成8年9月に覚醒剤取締法違反により懲役1年2月の実刑判決を受けている。出所後、まもない平成9年11月に路上において車椅子で移動中の25歳男性に対し、いきなり顔面を手拳で殴打し、傷害を負わせた。鑑定により犯行時フラッシュバックが続いていて幻聴、被害妄想の影響によって犯行に及んだ疑いが強いとされ、心神耗弱が認められ、措置入院となった。

4 精神遅滞の事例

事例1（非現住建造物放火、器物損壊→放火）男性 昭和38年生 精神遅滞

（生活歴、病歴）小・中学校では精神遅滞（IQ41）のため、特殊学級に所属。中学卒業後テレビ部品会社で組立工として7年勤務、福祉授産施設で1年稼働したが昭和60年7月放火により、同年9月窃盗によりそれぞれH病院に措置入院になった。この数年でんかんの発作は認めていなかったが、些細なことで不機嫌となる傾向にあった。

（指標犯行）非現住建造物放火、器物損壊 起訴猶予

平成6年7月人の現住していない物置小屋に火を放ち、焼きさせた。不起訴（起訴猶予）となり、措置入院となった。

（再犯）指標犯行により平成6年7月H病院に入院となり、平成9年4月措置解除、退院と

なった。退院にあたってテイクア、作業所への通所をさせながら日常生活のリズムをつけさせ、服薬管理を行う予定だった。飲酒に関しては本人、母親に対して強く飲酒しないことを強く指導していたが退院6日後に飲酒し、中学時代の同級生に馬鹿にされたことや手持ちの金銭が少なくなったことからイライラが募り、公民館路上に駐車中の貨物自動車の荷台の積載物に放火した。簡易鑑定により中度精神薄弱に加え、てんかん挿間性不機嫌状態にあったとされ、心神耗弱が認められ、H病院に措置入院となった。

5 精神病質の事例

事例1（傷害→殺人）男性 昭和16年生 精神病質

（生活史 現病歴）

16歳のとき警察犬訓練士の資格をとる。24歳のとき運転免許を取りタクシー運転手をした。その後大型の免許を取りトラック運転手をしている。強盗傷人、傷害、暴行など犯歴多数。19歳から刑務所生活を繰り返す。36歳から幻覚妄想の異常体験により、不起訴となり、入院を繰り返す。措置入院しても1ヶ月長くて5ヶ月で退院となっている。かつて入院した病院では統合失調症の診断を受けていたこともある。平成2年には殺人未遂事件をおこしているが不起訴となっている。

（指標犯行）平成6年3月 商店内で店主や客に対し、顔面等を殴打し、傷害を負わせた。

簡易鑑定により犯行時境界性人格障害の幻覚妄想状態にあったとされ、心神耗弱が認められ 措置入院となった。

（再犯）殺人 懲役15年

平成7年2月大型貨物車を運転中、交通取締りの巡査から停止するように求められたのに走行を続け、巡査に幅寄せするなどの暴行を加え、中央分離帯にいた警部を蹴き、死亡させた。懲役15年の実刑判決を受けた。

6 診断名が複数に跨るもの、または指標犯行(94年)と再犯で診断名が異なる事例

事例1（傷害→殺人）昭和25年生 精神遅滞、精神病質

（生活史・現病歴）昭和43年（18歳）頃の発症と考えられる。被害妄想、興奮等のため、翌年 Y 病院受診し、同院に4ヶ月入院した。その後も十数回の入院歴がある。入院中の度重なる問題行動のため地元のどの病院も受け入れを嫌がっていた。かつて入院していた医師の話では「自己中心で攻撃的・短絡的衝動的行為が多く、病棟内ではしばしば暴力や脅迫的言動があり、他患・スタッフに危害を加える恐れが大きいためほとんど隔離室ですごしていた。他患の安全を優先するため母親を説得して引き取らせたこともある。大量薬物投与、頻回の ECT が行われたが、一時的効果しかなかった。他に例を見ない危険かつ処遇困難な例である。」という。

（指標犯行）傷害、銃刀法 不起訴（心神耗弱）

退院3日後の平成6年5月、路上で母親に出刃包丁で切りつけ、後頭部切創などの傷害を負わせ、措置入院となった。4ヵ月後に退院。その3週間後に入院するが、事件4日前に退院。

(再犯)殺人 懲役7年

平成6年11月、飲食店において店主に対し被害的となり、店主を刃物で殺害した。精神鑑定で精神分裂病的人格変化に起因する妄想的曲解が表面化しており、是非弁別能力及びそれに従って行動する能力は著しく障害されているとされたが、実刑判決(懲役7年)を受けている。

事例2(非現住物放火→傷害致死)男性 昭和45年生 アルコール中毒、その他薬物中毒、精神遅滞

(生活史、病歴)小学校は特殊学級に在籍し、中学校はほとんど登校せず、中学卒業後も就労意欲もなく、アルコールやシンナーの嗜好癖が著明で昭和63年頃から大酒しては放火を繰り返していた。父親もアルコール乱用者でそのため、父母は平成1年に離婚。以後、父と2人で生活していた。昭和63年から平成2年医療少年院。平成3年4月富士見台病院に入院。8月退院。その後まもなく再び放火で措置入院。翌年の平成4年6月にH病院に転院。

(指標犯行)

平成4年6月からH病院に入院していたが、平成6年5月、自宅へ外泊中に父親が外出中に大量飲酒し、飲酒後「火をつけろ」との幻聴に従い、町営住宅空家にライターで火をつけた。犯行時飲酒シンナーにより幻覚が再燃した一種のフラッシュバック現象があったとされ、心神喪失か認められ、措置入院となった。

(再犯)

指標犯行後入院継続していたが、平成8年8月に退院。その2日後に再入院、その後も入院を継続していたがそのおよそ3年後の平成11年、入院中の54歳患者に他の患者3人と手拳で殴打、足蹴りなど暴行を加え、外傷性ショックにて死亡させた。精神鑑定の結果犯行時精神発達遅滞 IQ52、反社会的人格障害に罹患し、限定責任能力を認めるのが妥当とされ、不起訴となり、入院継続中である。

事例3 (強盗→覚醒剤取締法違反—殺人未遂・銃砲刀剣類所持等取締法違反—殺人未遂・銃砲刀剣類所持等取締法違反) 男性 昭和30年生

統合失調症

(生活歴・病歴)小学校のころから素行不良で、教護院で中学校を卒業した後もシンナー吸引で補導され、福祉施設での生活を経て的屋や暴力団事務所に出入りしているうちに公務執行妨害、傷害の非行で保護観察処分を受け、昭和48年には上記と同様の非行を犯して医療少年院に送致された。

成人となった後も昭和51年から平成8年8月にかけて毒物及び劇物取締法違反、現住建造物放火、住居侵入、詐欺、強盗等で16回検挙され、このうち、覚醒剤事犯では多数懲役刑に処せられ、服役をくりかえしていた。

(指標犯行)強盗、銃砲刀剣類所持等取締法違反 不起訴(起訴猶予) 措置入院

平成6年10月 工務店に押し入り、牛刀を突きつけ、金を出せと脅迫し、現金・財布を強取した。簡易鑑定で薬物に誘発された統合失調症の疑いがあるとされ、不起訴(起訴猶予)となり 措置入院となった。

(再犯)平成7年8月にも強盗、銃砲刀剣類所持等取締法違反で検挙されているが不起訴となっている。平成8年12月覚醒剤取締法違反で1年4月の実刑判決を受け、服役。平成12年5月に出所。26条通報により入院。同年9月退院。その後通院中断。平成12年12月から板金会社に住み込みで働き始める。平成13年2月板金会社の同僚に殺意を持ってペティナイフで胸部を突き刺した。覚醒剤中毒者の飲酒によりフラッシュバックを呈した状態とされ、不起訴となり、平成13年3月 T 病院に措置入院となった。平成13年4月退院したが、退院3日後、昔、警官に殴られたことを思い出し、警察官殺害を決意し、交番に入り、牛刀で勤務中の警察官の右側頭部を突き刺したが他の警官に制止されたため殺害の目的を遂げなかった。

事例4 (傷害→現住建造物放火予備 建造物侵入) 男性 昭和22年生 てんかん(生活史、現病歴)中卒後は父の大工の手伝いをしていた。17歳のとき暴力団に出入りするようになり、その後は刑務所生活を繰り返していた。傷害、暴行、恐喝等犯歴多数。29歳時殺人未遂で3年6月の実刑を受ける。平成2年には器物損壊、住居侵入事件を起こすか鑑定により犯行時病的酩酊の疑いで起訴猶予の処分を受けたことがある。(措置非該当、要通院)その後逮捕監禁事件により2年服役。

(指標犯行)刑務所出所2ヶ月後の、平成6年8月暴力団事務所で組員の頸部を牛刀で突き刺した。簡易鑑定で覚醒剤後遺症、アルコール依存症およびてんかんの疑いとされ、犯行時てんかん性不機嫌症の疑いがあるとされ、不起訴(起訴猶予)となり、措置入院となった。

(再犯)平成9年2月知人が警察署に逮捕留置されたと誤信して釈放を要求し、それが受け入れられないときには同署を放火しようと企て、カソリンを所持した。簡易鑑定により覚醒剤後遺症及びアルコール依存症に罹患しており、大量飲酒によるフラッシュバック現象による幻聴などに支配された犯行であり、不起訴となり、M病院に措置入院となった。

触法精神障害者の治療必要性の判定に関する研究

分担研究報告書

分担研究者 平野 誠

国立肥前療養所

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）

「触法行為を行った精神障害者の精神医学的評価、治療、社会復帰等に関する研究」分担
研究報告書

「触法精神障害者の治療必要性の判定に関する研究」

分担研究者 平野誠（国立肥前療養所・所長）

研究要旨

医療観察法の鑑定に関する調査を実施し国立36、都道府県立32、大学40施設の108施設より回答が寄せられた。地域では3県（秋田、岐阜、大分）を除いた1道1都2府40県の情報が寄せられた。それらを基に医療観察法における鑑定の実施に当たり施設、鑑定医、また精神保健判定医の基準について考察した。また医療観察法の鑑定で行われる治療について、特にインフォームトコンセントの注意点をまとめた。

医療観察法による治療適合性の判断について疾病軸、治療反応軸、リスクアセスメント軸、時間軸の基本構造を提案した。またその後の多職種チームによるリスクアセスメントを中心とした共通評価項目を提案した。

研究協力者

北村俊則（熊本大学）

佐藤誠（北九州医療刑務所）

石塚伸一（龍谷大学）

西村由貴（慶應義塾大学）

岡田幸之

（精神 神経センター精神保健研究所）

平林直次（精神 神経センター武蔵病院）

村上優 須藤徹 壁屋康洋 伊豆史絵 吉澤

由香利 西谷博則 松尾康志 平石孝美

中野良子（国立肥前療養所）

- 1) 医療観察法に関する鑑定の実施について国立病院、公立病院、大学の精神科に意見を求め、鑑定や精神医学的な評価の在り方を検討する。
- 2) 医療観察法における触法精神障害者の精神医学的評価と方法及び手順、医療観察法による治療適合性に関する基準に関する仮説を示し、その妥当性を実証的に研究する。新システムを運用するために精神医学的評価のためのマニュアルとガイドラインを作成し、その妥当性に関して検証する。

A 研究目的

B 研究方法

- 1 精神病床を有する国立、公立、大学の精神科施設に対してアンケートで刑事司法鑑定の経験や医療観察法の鑑定に必要な事項、実際の医療観察法の鑑定を受けることが可能か否かを調査した（資料1）。
- 2 医療観察法に関する鑑定-触法精神障害者の治療適合性判定の構造を作成するために触法精神障害者の評価のためのデータベースを作成し、医療観察法治療適合性判定の基準案を提案し、リスクアセスメント等の評価尺度を紹介して、その標準化のために倫理委員会申請と認可をえて予備調査体制を整えた。また治療適合性判定の専門家による検討会を行った。

C 研究結果

1 医療観察法の鑑定に関する調査

- 1) 国立36、都道府県立32、大学40施設の108施設より回答が寄せられた。地域では3県（秋田、岐阜、大分）を除いた1道1都2府40県の情報が寄せられた（表1）。過去3年間について、何らかの刑事司法鑑定の経験が「ある」

施設は72施設で、「なし」は36施設であり、国立の21施設（全36施設）、都道府県立25（32）施設、大学25（40）施設で行われている。鑑定の種類別で見ると、起訴前の簡易鑑定は半数以上の55施設で行われているが、過去3年間で5件以下と実施件数が少数な施設が24施設である。起訴前の本鑑定も47施設と半数で実施されており、裁判所の命令で実施する起訴後の鑑定も40施設でされている。いずれの地域においても国公立や大学の精神科が刑事司法の精神鑑定を例数は多くないものの、現在でも担っていることが明らかになった（図1～4）。

- 2) 現在刑事司法鑑定に従事している専門職について、複数以上の医師や心理療法士の関与は精神保健指定医では48施設、臨床心理士では17施設である。医療観察法の鑑定を行うにあたって備えるべき条件について、複数の精神保健指定医をあけた施設が78施設、次いで刑事司法鑑定の経験が56施設、精神保健法29条の鑑定経験が47施設、措置入院患者の治療経験が62施設、精神鑑定研修受講者66施設、司法精神医学専門医制度を受講した者が62施設などである。司法精神医学として専門化する方向のみならず、複数の

精神保健指定医で日常臨床体験に裏打ちされた鑑定を重視する結果となった(図5)。

- 3) 今後、医療観察法の鑑定を引き受けることが可能か否かについては、可能23施設、条件付き可能が32施設で合計55施設が引き受けることを前向きに検討している。反面、「不可能」と「希望しない」の合計は46施設あり、これが地域の中核として機能することが期待される国公立と大学精神科における現在の状況である(図6)。医療観察法の鑑定と評価は「鑑定と評価に関するガイドラインを作成し参考にする」とする意見が64施設で最も多く、次いで「ガイドラインは作成するが最終的には鑑定を行う精神科医師の裁量に委ねるべき」とする意見が多い。このガイドラインは「措置入院の方法論とは異なった鑑定方法や評価の基準を設けるべき」とする。医療観察法における鑑定業務の依頼は鑑定センターを設置して、依頼先を調整することを望む施設が76施設と多い。個人での関係で行うのではなく、また裁判所主導ではなく医療主導で鑑定のマネージメントを行うべきであるとする。

2 医療観察法治療適合性判定

医療観察法治療適合性判定の構造は疾病軸(ICD-10と重症度、触法行為と疾病との関係性)、治療反応軸(治療可能性、治療効果)、リスクアセスメント軸(臨床構造、保険数理的手法)に加えて、生活歴・病歴(過去)、行為時の状態、鑑定時の状態(現在)、将来に関する予測(未来)の中での経過(時間軸)を加味する。これらの判断に必要な触法精神障害者の評価のため、通常精神医学・医療の情報、犯罪や問題行動、処遇歴(医療・司法)とその判断根拠の検討、治療内容(薬物療法、精神療法、社会的治療)の検討、ICD-10による診断、評価尺度・問題行動尺度・危険な行為に関する尺度等を加えたデータベースを作成した(資料2, 3)。評価尺度としてはPCL-R、BIS(Barratt)(資料4)、ICL-R(Webster)(資料5, 6)、VRAG、HCR-20(資料7)、Spielberger STAXI(資料8、北村俊則、蓮井千恵子 怒りからみた抑うつと不安の発生機構 樋口輝彦、上島国利(編) Central Nervous System Today 5 ストレス不安-基礎から臨床まで pp39-42, ライフサイエンス, 2002)を検討し、標準化のための予備調査として倫理委員会申請と認可を受け、臨床医学サンプルとして肥前療養所 武蔵病院、矯正医学サンプルとして北九州医療刑務所で調査を準備した。医療観察法治療適合性判定による症例の専門家検討会を行い評価方法のガイドラインを提案した。また将来の転帰調査の基礎的体制について、共通評価項目を提案した。

D 考察

- 1 医療観察法の鑑定を行う医師及び施設
- 1) 医療観察法の鑑定を受け入れ意向を持つ国公立及び大学病院の精神科は全国的に広がってきている。刑法における責任能力を巡る精神鑑定に加えて、医療観察法による治療適合性を巡る鑑定が増えることが予想される。また刑法に基づき広く行われている簡易鑑定が検察官にとどまらず、医療観察法の審判でも資料として提出が予想されるため裁判官や審判員たる精神科医師の目に触れることになる。一部で見られた鑑定医の偏重や余りにも簡便な鑑定書は是正されることが予想されて、鑑定を担当する医師の負担は増すことは予想に難くない。入院の判定から入院までに関わる医師と医療機関に関して今回の法律において指定入院施設は国立、公立、独立行政法人と定められている。精神鑑定に関する機関は法定されていないが、鑑定人は「精神保健判定医又はこれと同等以上の学識を有すると認める医師に鑑定を命じる」とされている(同37条1項)。治療を実際に担当する施設が「治療必要性の判断」に関係するのは後に触れるとして、人材育成を念頭に置くと研究 教育機関である大学が関与することが望ましい。
- 2) 医療観察法にかかわる医師の教育 研修に関しては国において検討されているが、将来に置いては計画的に司法精神科医が養成され専門として資格化されることなどが期待される。しかし当面の鑑

定業務については刑事司法の鑑定に従事する医師を軸に検討を進めるのが現実的であるが、鑑定等にかかわる能力(レベル)にある医師の質と量の地域格差は大きいと予想される。

- 3) 触法行為をおこし逮捕され医療観察法による入院が決定されるまでに、刑法39条に関わる鑑定医 A、精神保健審判員(精神保健判定医) B、医療観察法34条の鑑定医 C、治療を担当する指定医療機関医師 D の4機関の4人の精神科医師が関与する。医療観察法による入院は保安レベルの高い病棟に強制入院することから対象者の不利益処分と考えるならば、入院の決定に至るまでに多重な評価手順を踏み公平性を保証することが求められる。一方既に疾病のために心神喪失等と判断され治療の要否を決めると考えれば強制入院といえども対象者の利益処分の側面も大きいと考えられる。との立場を取るかにより、医療観察法の鑑定にあたる精神医療機関と精神科医師の関係が論じられる。前者に立てば、鑑定に関する医師は全て独立していることが望ましく、後者であれば治療を担当する視角より医療観察法の鑑定を実施することも意味がある。また、大都市圏では十分な医師を確保することは可能でも、地方都市では全てが独立した医師を得ることは困難で、刑事司法から医療観察法の精神鑑定や審判や治療にかかわる医師が重複することもありうる。

- 4) 先に挙げたA, B, C, Dの精神科医師がそれぞれ別の医師で、別の機関に所属することは独立した評価や判断が4回されることにより、評価や判断の客観性を確保することができるが、各々の判断が異なる場合、処遇に矛盾が生じる可能性がある。
- 5) 関係する精神科医師がC=DないしA=Dであれば、入院で担当する医師が刑事司法や治療必要性の鑑定を行うことにより、評価・判定と治療の判断に齟齬が生じにくいし治療反応性の概念が反映されることが考えられる
- 6) 避けるべき組み合わせとしては A=C、B=D が入る組み合わせである。A=Cとなれば鑑定を2回行う意味がないし、B=Dは治療適合性の審判にかかわることに入院や退院の判断を自施設の医師とやり取りすることになり著しく公平性や透明性を損なう。
- 7) 刑事司法の鑑定施設については公的な施設においても、過去3年間でこれまでの精神鑑定鑑定の経験がないところが半数にのぼる。医療観察法治療適合性の判断については、精神科救急医療のように現在の状態や問題行動より治療必要性を判断するのは異なり、過去の経過や将来の可能性に重点を置き、より専門性と経験を必要とされる。調査で地域別に情報のない3県の除き、37都道府県は1カ所以上の施設で医療観察法の鑑定を実施することができるとの回答を得た。都道府県単位で鑑定センターを設置して、地域をコーディネートして精神医療の業務の中に位置づけ、精神鑑定を適正化して、さらに医療機関が積極的に参加できるような条件を整えるべきである。
- 8) 施設として備えるべき条件は、
- ① 刑事司法手続きが終了した後に送致されるにしても、また急性期の病態水準にある可能性が高いことが予想されるので、閉鎖病棟で急性期の治療が可能な構造（隔離室を含めて）を備えた施設が基本である
 - ② 治療を行いつつ鑑定が進められることから、治療体制が整っていることが求められ、理想的には急性期治療病棟の基準を有することが望まれる
 - ③ 過去3年鑑定5件以上、起訴前・起訴後本鑑定3件以上の施行件数を有するなど鑑定に関する体験を持つ
 - ④ 鑑定に関与している専門職（職員を有する（精神保健指定医 臨床心理士 精神科ソーシャルワーカー 検査看護師 その他）
 - ⑤ 鑑定に要する検査機械を有する（MRI・CT 脳波など）
- とする。医療観察法の鑑定を指定入院医療施設内で行うことが出来るようにするとの意見がある一方で、新法を厳密に考えれば指定入院施設への入院は適正手続きを経た後にすべきで、裁判所の決定がない段階での入院は出来ないとする意見がある。
- 9) 医療観察法の鑑定を担当する医師の備

えるべき条件としては、

- ① 精神保健指定医（複数の精神保健指定医体制ないし指導体制）
- ② 簡易精神鑑定以上の経験者
- ③ 精神保健法29条の鑑定経験
- ④ 措置入院の治療経験
- ⑤ 所定の精神鑑定研修を受講した者

である。このうち複数の鑑定を行う精神保健指定医の存在が重要で、複数の医師で検討する機会がより客観性を高めるといえる。

将来的には司法精神医学専門医制度を新設し、英国のようにコンサルタント司法精神科医の専門医制度として発足する期待もあるが、特殊で専門化した医療による弊害も考慮に入れる必要がある。司法精神医学が通常の臨床精神医学とかけ離れた概念や方法、治療が支配する領域になれば、臨床家として優秀な人材はこの領域を希望しないであろう。

2 医療観察法における鑑定中の治療について

- 1) 医療観察法における鑑定は法1条の目的に「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」とあるのを受けて、法33条の「この法律における医療を受けさせる必要」を判断する目的で、同34条に添って「鑑定その他医療的観察」のために入院をさせる。

2) 鑑定中の治療についての規定は直接にはないが、法37条に対象者の鑑定にあたっては「精神障害の種類、過去の病歴、現在及び対象行為を行った当時の病状、治療状況、病状及び治療状況から予測される将来の病状・考慮する」とあり、現在を含む治療状況に触れている。この鑑定では医療を受けさせる必要性を判断するのであり、そのために試みに治療を開始することは鑑定の前提であるし、触法行為で逮捕に続く刑事司法における拘留や鑑定では治療は積極的に行われない実状を考えると、その後の医療観察法の鑑定時は早急に治療提供することが人権上も、治療を受ける権利を保障する上でも求められる。

- 3) 医療観察法の鑑定は刑事司法手続きを終えてはいるが、まだ司法手続きの中にあり、全てが医療原則での治療を行うことが出来るとするには問題がある。刑事手続き等で拘禁されている精神障害者（疑いのある者を含む）に対する権利規定について、国連原則の中で原則20に「最も有効なメンタルヘルスケアを享受すべき」とし、一方でインフォームドコンセントの重視をあげている。このために医療観察法における鑑定中の治療も原則的にはインフォームトコン

セントに添って治療を行うが、急性症状などで必要な治療を拒否している際には、判断能力の評価をした後に必要な治療（投薬や行動制限）が認められる。

- 4) 北村俊則（精神科医療における患者の自己決定権と治療同意能力 学芸社，1994）によれば判断能力は同意不同意の選択の明示（認知能力としては最も低く設定された判断能力）、選択結果の合理性（考え方は合理性を欠いても結果が合理性を持つ）、情報処理の合理性（思考過程の合理性を求める）、実際的理解（利益や危険など開示された実際的理解の有無）、状況特性の把握（情報を合理的に処理し決定の結果の予測を求める）の5つの要素よりなり、病態の重症度と計画されている治療の重大性よりとのレベルの判断能力を求めるかが決まる。具体的には精神運動興奮、妄想や病識の著しい欠如に基づく拒薬があり、直ちに治療を行わなければ対象者が不利益（自傷や他害の危険のために隔離拘束を実施するなど）をこうむる場合は抗精神病薬などの注射や服薬などを行うことが出来るが、意識消失を伴うような治療（電気けいれん療法や麻酔薬静脈注射）に関しては、代諾して同意を与える保護者に相当する存在の規定がないので

実施できないと考える。

- 5) 電気けいれん療法が有効とするエビデンスがあり、かつ代替的な治療がないほど緊急性がある場合には、鑑定を終了して裁判所に直ちに医療の必要性に関する意見（電気けいれん療法等の必要性を含めた意見）を付して審判の判断を仰ぐ。医療サイドより見て治療が対象者に対する利益処分としても、当事者やその意見や権利を代弁する付添人より見れば強制入院治療であり不利益処分の側面が存在することを考えると、法律の手順に添って医療を実施する原則を守るべきである。
- 6) 付添人が選任されている場合の、付添人への説明は対象者の利益を代理する者と考えらるべきで、求められれば病状、治療に関する説明をする。たゞ治療の代諾を付添人に求めるなどは根拠が無く出来ないと解する。

3 医療観察法による治療処遇 () は医療観察法の条項 (資料10)

- 1) 医療観察法の目的は「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者に対し、その適切な処遇を決定するための手続き」を定めることにある。そこでは「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」と医療に関する規定であることを明記し、「その病状の改善及びこれに伴う同様な行為の防止を図り、持ってその社会復帰を促進する」と、同様の行為の防止と表現されるリスクアセスメント マネージメントを含む再発予防や社会復帰の促進をおこなうとする。

- 2) 医療観察法の対象行為とは放火（現住物 非現住物・建物以外）と同未遂、強制猥褻や強姦と同未遂、殺人（同意殺人を含む）と同未遂、傷害、強盗と同未遂をさす。対象者は心神喪失か心神耗弱で公訴をしないものか、裁判で無罪が確定した者か、刑を減輕されて執行猶予刑を受けた者に限られる。これらの者について地方裁判所において審判かなされ処遇を決定することになる。
- 3) 裁判所は対象者の住んでいるところか、行為地を所轄する地方裁判所に置かれる。その後の審理（入院 退院など処遇決定）や医療と福祉体制の提供を行う責任から対象者に対する地域責任性は明確にすべきである。精神保健

判定医（厚生労働大臣か名簿作成）より選ばれた精神保健審判員（地裁が任命）と裁判官の一致した合議で処遇を決定することになる。同様に精神保健参与員（精神保健福祉の専門家 厚生労働大臣が名簿作成）が裁判所より指定されることがある。

- 4) 入院の延長や退院の審判に際して、指定入院医療機関の長は処遇事件に関わる申し立てをした場合に意見と必要な資料の提出を行う（25条）。これは入院の要否を決定する審判（33-1）、退院の可否を決める審判（49-1,2）、通院の処遇の継続の要否を決定する審判（54-1,2）、再入院の可否を決定する審判（59-1,2）をさす。患者及び家族は弁護士を専任できるが、これは全ての審判（入院継続 退院など）において付添人活動を定めてはいないか、継続した付添人活動は重要である。そのための弁護士の付添人活動に指定医療機関として最大限の協力を行うべきである。
- 5) 審判所の裁判官は入院の要否を判定するために鑑定入院を命じることが出来る

(34-1)。入院期間は2ヶ月を越えない期間が原則で、最大で1ヶ月の延長が出来る。鑑定は精神障害の種類、過去の病歴、現在及び対象行為を行った当時の病状、治療状況、病状及び治療状況から予測される将来の症状、対象行為の内容、過去の他害行為の有無及び内容、並びに当該対象者の性格を考慮にいれて行い、入院による治療に必要性の関する意見を付す(37-2,3)。

- 6) 処遇の決定について審判所は鑑定を基礎に患者の生活環境を配慮し、精神障害により再び同様の犯罪を行う恐れがあるかを検討し入院命令(42-1)、通院命令(42-2)、この法律を適応しない(42-3)といずれかの判断を行う。入院は期限の上限を定めず、通院は3年以内とし、審判所の判断で2年を超えない範囲で延長できる(44)。
- 7) 我が国における刑事司法の精神鑑定では生物学的方法(生物学的 医学的な精神の障害の判定)と心理学的方法(行為の是非弁別能力と行動制御能力)の双方を有する混合的方法によって、責任無

能力の抗弁が構成されている。これらは精神の疾患又は欠陥(ダラム ルール)、自己の行為の邪悪性を弁別する能力(マクノートン ルール)、自己の行為を法の要求に従わせる能力(抵抗不能の衝動テスト)に沿っての検討がなされたと考えることができる。また訴訟能力の有無も同様の方法で評価をされている。精神鑑定は専門家による証拠の一つであり、総合的に裁判所が責任能力の有無を判断する。我が国ではその多くが起訴前の鑑定であり、起訴便宜主義により実際的には検察官により責任能力の有無が判断されているのが実情である。刑事司法の判断においては「合理的な疑いの余地のない証拠」によるために、疑わしきは被告人の利益が通常であり、当然予想される無罪判決を考慮に入れて人権上からも、労力的(時間的、経済的)な荷重を回避する目的から、責任能力に問題のあるケースでは起訴をされない。心神喪失などで医療観察法による裁判の審判を受ける者は、刑法による手続きが一応終了した者

を対象にするのであるから、起訴前鑑定で検察官による責任能力に関する司法判断においても、「合理的な疑いの余地のない証拠 proof beyond a reasonable doubt」のレベルでの生物学的（生物学的 医学的な精神の障害の判定）、心理学的（行為の是非弁別能力と行動制御能力）な判断がなされたとみなすことができる。ただし検察官だけの判断に際しては医療観察法による裁判の審判により、検察官に差し戻すことは原理的に可能である。原則的には裁判所で責任能力の判断がなされれば、医療観察法による裁判の審判は純粋に治療必要性の判断にのみ特化されたとみなすことができる。刑事司法に対して精神保健福祉法による措置入院と近い民事上の判断といえる。

4 強制入院の法的な根拠

- 1) 法的な証明は3レベルに分類される。①証拠の優越性 preponderance of evidence (51%以上の可能性による)、②明白な説得力のある証拠 clear and convincing evidence③合理的な疑いの余地のない証拠 proof beyond a

reasonable doubt (95%前後の証明)に分けられる。刑事司法による「合理的な疑いの余地のない証拠」レベルによって責任能力は「心神喪失」ないし「心神耗弱」と判断された後に行われる医療観察法による審判は治療適合性に重点おいたものであり、通常の強制入院（治療の必要性 医療保護入院）における原則と基本的に同等の判断と考えられる。

- 2) 強制入院の前提となる理念や規準は世界的に見ても、入院による患者個人の「自由の制限・剥奪」と「人権」の大きさの狭間で、この30年間でも大きく揺れてきたと考えられる。この揺れは精神医療の現状や治療として与えられる内容の貧困さに相関しており、医療側の整備が進む中で我が国でもその規準が定まってきた。強制入院の規準を支える基本概念は①ポリス パワー police power、危険性規準 dangerous standard、②パレンス パトリエ parens patriae、治療必要性規準 Standard of need for care and treatment にまとめることができる。その論争の経過は横藤田誠の「法廷のなかの精神疾患-アメリカの体験」(季刊精神科診断学 9巻1号1998年から12巻3号2001年)に見ることができる。以下はその要約である。パレンス パトリエ の概念は1845年 Oakes 事件の州最高裁 Shaw 長官の示した規準により始まる。それによると強制的な治療に

関しては「人道の法」にてらし、患者自身の安全及び他者の安全のために行うか、その拘束が彼の回復のために必要か又はそれに役立つか否かの検討が必要とされる。これらの「治療の必要性」による入院の判断は「証拠の優越性」よりは厳密としても、「合理的な疑いの余地のない証拠」よりは低いレベルの証拠による証明でよいとされた。ここに「明白な説得力のある証拠」により「治療の必要性による強制入院」が行うことができるようになった。しかし強制入院が増加して多くの精神障害者が収容され、十分な治療が提供されない中で拘禁による人権侵害が顕著になり、精神医療は内外より批判にさらされるようになった。カリフォルニア州における Lanteman-Petris-Short Act(1967)はそのよう状況を背景として、「治療の必要性」要件を廃止して「切迫した危険 imminently dangerous」と「重度障害 gravely disabled」の時にのみ強制入院を認めるポリス パワーのないし危険性規準による入院のみに限る提案がなされた。また入院の判断や収容期間に時間の設定を行った（72時間の診察治療のための入院、入院規準に合致すれば14日間の集中治療、更には弁護士選任権、陪審審理を受ける権利を有する180日以内の入院）。これらの動きは強制入院手続きの刑事手続化をもたらし、入院判断に対する証明も「合理的な疑いの余地のない証

拠」のレベルで行うことが求められた。Lessard 判決(1972)による入院規準の実体要件（強制入院の対象）は、精神病であること、自他の福祉のために治療が必要であること、明白な危険行動の要件を有すること、その証明には「拘束されなければ自他に直ちに危害を及ぼす顕著な可能性」「危険性が自他に対して重大な危害を及ぼす最近の明白な行為、未遂、又は威嚇」の認定に基づくものとされた。手続き的保障も告知、裁判所での迅速審理、合理的で疑いの余地のない証明、弁護人の効果的援助、自己負罪拒否特権、伝聞証拠の排除、陪審審理を受ける権利を認めるへきとした。これらの背景には当時の精神病院の惨状、強制入院後の適切な医療の提供がてきない現状、そこには人間の尊厳の無視により社会より見て強制入院制度の正義性のゆらぎが見られたのである。その入院の判断が厳格すぎて対象から漏れ、必要な治療を受けることができない患者が多く出ること、当時より精神科医の多くはこの判断に反対だった。しかし監禁するだけの強制入院は許されないのは明白であり、O'Conner v Donaldson(1975)の裁判における連邦最高裁判決によれば、強制入院を正当化する理由として、公共への危害を防止する（他人への危険）、彼自身の生存又は安全を保証する（重度障害及び自身への危険）、彼の疾患を軽減し又は治癒させること（治療の必要

性と可能性)を示した。Stone, A は The Social and Medical Consequences of Recent Legal Reform of Mental Health Law in the USA The Criminalization of Mental Disorder, in Psychiatry, Human Rights and the Law 18 (M Roth & R Bluglass ed 1985)のなかで危険要件の問題点に触れ、①重篤な精神疾患を持ち短期間の強制的な入院治療から利益を受ける者の大部分は危険でないから、真に入院を必要とする対象から除外される。②犯罪を犯した者は刑事司法で裁かれるから(結果的に心神喪失で無罪になるにしても)、「危険」要件の下での強制入院の対象になる者は、刑事司法にとっては重要とみなされず、この要件は真に社会防衛的機能を果たしていない。③希な例を除き暴力傾向を治療することはできない。④治療不能の暴力患者を多数入院させることにより公立精神病院の治療環境は破壊されとして「治療の必要性」要件の復活の動きを提唱している。APA「成人の精神病院入院に関する立法指針」(The Guideline for Legislation on the Psychiatric Hospitalization of Adults)でも強制入院は「他人への危険」に限定し、パレンス・パトリエに基づく入院根拠として、近い将来の自身への危険、食物 衣類 健康 安全 など自己基本ニーズをまかなえない(重度障害)、重篤な精神障害によって重大な精神的 身体的荒廃を蒙るとし

た要件をあげている。ここにたって強制入院の要件は定まってきてはいるが、その要件の有無を証明するレベルに関して論争があり、刑事手続きとは異なり「明白な説得力のある証拠」が強制入院手続きに適切であるとした Addington v Texas(1979)における連邦最高裁判決がある。そこでは精神障害者の「自由」と「福祉」について後者に肩入れして、危険性規準に向いていた強制入院を治療必要性規準に向けたが、根底には精神科診断に対する信頼性、精神病院の治療能力を前提としたもので、また精神障害者の行動に対する社会の態度を配慮したものになっている。画期的な判断として我が国でも紹介された「治療の適切性」の構造的アプローチ (Wyatt 訴訟 1971-72)には強制入院の医学的 憲法的最低規準がある(大谷実 中山宏太郎編「精神医療と法」弘文堂 1980)。そこでは、①人間らしい心理的・物理的環境、②適切な治療を与える十分な数の資格あるスタッフ、③個々の患者に対応した治療プログラムとして精神障害者の適切な治療のための憲法的最低規準 3 5 項目を挙げている。逆にいえばこれらの規準をクリアすれば、強制的な治療はその法的根拠を持つことになる。寺嶋正吾はその解説の中で次のように述べている。「精神医学は精神障害の訴訟治療において未発達で客観性を欠く領域を広く取り込んでいる。強制収容手

続、収容後の処遇において法律家の目には多くの問題点が浮かび上がってくるにちがいない。それを一つ一つ法廷で争っていけば以上述べたアメリカの現状に至りつくのである。中略
より確からしい価値を求めて精神医学を医学の本流に戻そうとし、生物学的精神医学への回帰の強い潮流もある。しかし精神科の実際の医療に関しては精神医療構造の多様化、拡大、統合の歩みは確実だし、以上述べてきた精神障害者とされる者の確立された権利も次第に現実のものとして定着していくのが1980年代のアメリカの趨勢である。」

- 3) 現在のアメリカにおける強制入院はポリス パワー（危険性規準）よりもパレンス パトリエ（治療必要性規準）での判断を優先している。合法とするには法律論争を集約してみると次の条件をそろえるべきといえる。パレンス パトリエでの入院においては、入院要件の証明には「明白な説得力のある証拠」のレヘルとするのが妥当と考えられている。条件とはこれまでを要約すると①精神病であること。自身への危険、食物 衣類 健康 安全など自己基本ニーズをまかなえない（重度障害）。重篤な精神障害によって重大な精神的 身体的荒廃を蒙る、②公共への危害（他人への危険）を有し他人の安全のために必要、③患者自身の安全のために必要、④自他の福祉のために

治療が必要である、⑤拘束が彼の回復のために必要か又はそれに役立つ。疾患を軽減し又は治療させること（治療可能性）、⑥入院手続きの保障。告知、裁判所での審理、弁護人の援助、伝聞証拠の排除など権利を認める、⑦専門家による判断（評価、鑑定）、⑧人間らしい環境、適切な治療、十分な数の資格あるスタッフ、個々の患者に対応した治療プログラムなど「治療の適切性」の憲法的・医学的規準を満たす。

5 我が国の強制入院

- 1) 昭和46年以降入院者の30%を超えていた措置入院は減少し、現在入院している患者の割合でも1%（平成13年度）となっている。まだ地域によるばらつきがあるもの、その役割は自傷他害を要件とはしているもの精神科救急医療としての役割が中心となっている。この背景には我が国でも精神医療に対する批判が渦巻く中、ポリス パワー（危険規準）により強制入院の要件を厳密な判断によって行うようになったからといえる。この傾向は精神衛生法から精神保健法に変わり、その後の改正を通して医療制度が整ってきたことにもよる。宇都宮病院事件に端を発するこの法改正は、初めは異端視されていた医療や法律関係者の努力により精神医療を大きく変化させる基盤を作った。入院手続きに司法が介入することはなかったが、ア

アメリカの Lessard 判決(1972)による入院規準の実体要件である、精神病であること、自他の福祉のために治療が必要であること、明白な危険行動の要件を有すること、その証明には「拘束されなければ自他に直ちに危害を及ぼす顕著な可能性」「危険性が自他に対して重大な危害を及ぼす最近の明白な行為、未遂、又は威嚇」の認定に基づくものが反映されているといっても過言ではない。それ故に措置入院における危険予測は、限りなく現在のものであり、今、ここで起こりそう、ないし起こっている状態での判断であり、精神科救急医療のなかでの役割が強くなっている。これは精神医療が整ってきた地域では顕著となり、精神医療の未整備なところではまだ昔ながらの規準で動くために、措置入院率にバラツキが残ってはいるが、昭和49年よりは大幅に減少してきた。

- 2) これまで措置入院により、今後は医療観察法がカバーする患者も入院させていたが、医療観察法が施行するに伴い新たな強制入院体制が始まる。この強制入院の判断に裁判所が介入するという、我が国での入院制度には全く存在しなかった手順を踏むことになった。世界的に見れば裁判所が強制入院に関与することは一般的な手順であり特殊なものではない。今後、これまでの措置入院と医療観察法の入院で異なるのは、「時間」に関する位置

づけとなる。措置入院は切迫した危険であり精神科救急の根拠になるが、医療観察法は重大な事件で心神喪失等の判断を受けたケースに対しており、時間軸を前後に設定して過去と現在、さらに将来の可能性を検討して入院や退院を決定する。

6 医療観察法治療適合性

- 1) 医療観察法における強制入院の判断は、すでに刑事司法手続きが終了(裁判所での心神喪失判断)したか、多くはする可能性(検察官の責任無能力の判断)のある者に対して危険規準に照らして専門家(精神保健審判員)と裁判官が協力して裁判所において判断をする。提供される医療は専門家により、これまでの精神医療水準よりはるかに多いマンパワーを備え、個別に評価された治療計画に基づいて行われる。治療環境も個室の病室を始め、生活や心理療法、認知行動療法、作業療法、運動療法などか可能な治療空間を有し、プライバシーに配慮し、治療にはインフォームドコンセントが重視されている。これは人道的な心理的・物理的環境、適切な治療を提供するための有資格者職員の数、個別治療プランの条件を網羅しており、治療は患者自身の福祉に沿うものである。裁判所の判断に加えて、必要があれば第三者機関として社会保障審議会の審査を受けることができるし、この他にも法務省人権擁護局や、弁護士会の人権擁護委員会、適

正な法手続きを踏み人権団体にも訴える権利を認め、そのための通信や面会の制限は行われないなど、既に精神医療において認められる権利を採用する。合法で適切な手続きと専門的で豊富な医療を提供することか前提であり、医療福祉の面では充実したものである。医療観察法による強制入院は重大な事件をおこし、その精神疾患（疾病性）により心神喪失などの刑事司法判断を終え、「病状の改善及びこれに伴う同様な行為の防止を図り」と表現される疾病の再発と同様な行為（犯罪）を予防する危険規準による入院の側面を有するが、それ以上に「医療と保護のための入院の必要性」を満たす治療環境と条件を整えることによりポリス パワー（危険性規準）よりもバレンス パトリエ（治療必要性規準）での判断を優先したものになる。

- 2) 治療によって他者への危険を取り除く目的により強制医療が成立している。対象者が現在の精神科治療によって改善するか、治療する可能性を有する、放置による疾病の進行を阻止できる可能性を有することを前提としている。これを「治療反応性」と表現して、強制入院治療の要件として定めている。治療反応性には科学的な手法でエビデンスが明確にあるもの、エビデンスに揺らきがあり専門家においてコンセンサスが得られていないもの、エビデンスが全くないものに分けられるか、全く治療反応性がないものは医療の対象にはならない。

- 3) 危険予測を元来正確に行うことは出来ない。危険概念は「断定的な危険」から、「可能性としての危険（リスク）」に概念が変化し、その評価については臨床的な観察や犯歴や病歴などの情報を得る作業を繰り返し、専門家で検討して合意を形成する手順を踏むことに加えて、数理統計的な手法が発達してきた。これらを総称してリスクアセスメントと呼び、リスクアセスメントに基づいて医療観察法の治療適合性を判断する。医療観察法の強制入院で現存の措置入院と最も異なる所は時間軸の設定である。重大な犯罪を起こしているためにリスクアセスメントは過去と、現在、そして将来にわたり検討されることになる。精神科救急医療による入院よりは長く時間軸の設定を行うことになる。

- 4) 医療観察法治療適合性の判断は4次元の軸により評価を行い、最終的には裁判所において裁判官と精神保健審判員なる精神科医師が合議で判断する。4次元の軸とは、

- ① 疾病性
- ② 治療反応性
- ③ リスクアセスメント
- ④ 時間軸の設定

をさす。各疾患の医療観察法治療適合性スペクトルを造り3段階の評価（ある、疑う、ない）に分類し検証することが今後必要となるか、これらを図として視覚化し症例モデルを資料として掲載する（資料11）。