

いては何も触れられていない。もちろん、対象者本人が納得の上で情報が提供されることが一番であることに間違いはない。しかし、ある場合には、本人に言うわけにはいかないときもあるはずである。そのような場合にまで、本人の同意を得ずに情報を提供してはいけないということは、むしろ対象者の社会復帰を阻害することにもなりかねない。周囲の人に対象者の事情を理解してもらった上で、治癒につとめ社会復帰を図ることが必要だからである。

そこで、このような場合について、筆者が所属する司法精神医療人材養成企画委員会法律部会では、次のような見解を示してきた。すなわち、「通院医療に係る者が個人情報取扱業者また、「公衆衛生の向上……のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき」には、事前に本人の同意を得ることなく個人データを第三者に提供することができる（個人情報保護法 23 条 1 項 3 号。なお、行政機関個人情報保護法 8 条 2 項 4 号、独立行政法人等個人情報保護法 9 条 2 項 4 号は「特別の理由」としてその許容性を定めている）。これによるならば、他の医療関係者への対象者の個人情報の提供は、医療観察法の規定する通院医療の実施に必要な範囲においては、本人の事前の同意がなくても、許されるのが原則である。本人の事前の承諾がない以上情報提供が許されないとすると、医療観察法 108 条・109 条の予定している関係諸機関の連携による円滑な地域処遇が、きわめて困難となる」というものである¹⁾。ただ、この場合であっても、情報の利用目的に「医療提供上の必要がある場合には第三者提供する」旨を掲げておくべきであるし、「社会復帰のことを考えて、ある範囲の人にはあなたの病気のこと等を言うこともあるが了解して欲しい」旨を対象者に前もって説明しておくことは必要であろう。しかし、これは、あくまでも対象者本人の協力を得ながら行うためのものであり、同意を求めるという意味ではない。

3. 情報共有の限界

医療観察法の対象者は、犯罪行為を行っている者であるため、地域住民が対象者の動向に強い不安・関心を抱いていることは理解しうるところである。以前であれば、このような不安は、精神障害者に対する偏見に基づく不合理な不安と言えたところもあったかもしれないが、現在では、これは、差別や偏見などの問題とは直接関係のない、理由のある要求だと受け止めなければならないと思われる。

この点、各ガイドラインは、次のように述べている。「入院処遇ガイドライン」では、地域住民については「本人が特定されるような情報については、開示しない」とこととされている(II-5-1))。また、「地域処遇ガイドライン」は、「個別の事情に応じ、対象者の社会復帰が促進されると見込まれる場合には、一定の範囲内で、対象者の同意に基づき、提供可能な情報の範囲を定めるものとする」としている(2-(7))。確かに、地域住民への情報提供は、医療援助の必要性からでは根拠づけられないため、本人の同意なく情報を提供することは困難であろう。だからといって、本人の同意を得ることも極めて困難であると思われる。

では、逆に、地域住民に情報を提供するべきかという問題であるが、以前は、医療者は、患者の秘密については他人に漏らしてはいけないということが基本であった。それは医療者の倫理であったし、医師などについては守秘義務として法律上にも規定されている(刑法

134条1項)。しかし、カリフォルニア州最高裁判所で出されたタラソフ判決は、この考え方が絶対ではないことを示したのである。

事案は以下のようなものであった。

カリフォルニア大学病院の神経科クリニックに勤務していた心理学者は、自分の患者ポッターが、治療の過程でタチアナ・タラソフという若い女性に危害を加える危険があることを知っていた。心理学者は、精神科医に相談し、学内の警察にも、ポッターが危険であり、精神病院に収容されるべきだという通知をした。警察は本人に会って話をしたが、危険ではないと判断し、その後何の措置も講じなかった。また、精神科医は、これ以上何もするなと言ひ、この件に関する書類廃棄を命じた。その後、ポッターはタラソフを殺害したため、タラソフの両親が、大学等を相手に損害賠償請求訴訟を提起したのである。これに対し、カリフォルニア州最高裁判所は、精神障害についての効果的な治療をサポートし、患者のプライバシーの権利を保護するという公益の存在、さらには、精神療法上の秘密交通権の重要性を認めた上で、このような利益に対しては、暴力的な攻撃から公衆を守るといふ公益も考慮しなくては行けない、危険性が著しい時には、心理療法家と患者との間の秘密交通権という特権はなくなると判示した²⁾。つまり、タラソフ判決は、第三者への危険性が具体的に認識された場合にのみ医療者に法的警告義務が存在すると言っているのであり、それ以外の場合はもちろん、近隣住民への警告の許容性、あるいは通報・警告義務があるとまでは言っていない。我が国の医療観察法における通院処遇時の情報提供の限界を考える際にも、このタラソフ判決の射程は参考になると思われる。

参考文献

- 1) 町野朔・山本輝之「通院医療と地域処遇における情報の取扱いについて」、平成17年度 司法精神医療等人材養成研修会『通院・地域処遇における課題』 パネルディスカッション「地域処遇をめぐって」参考資料 司法精神医療等人材養成研修企画委員会 2005年10-11頁。
- 2) *Tarasoff v. Regents of University of California*, 17 Cal.3d 425 (1976)

触法精神障害者の処遇に関する国際比較研究

分担研究報告書

分担研究者 吉川 和男

国立精神・神経センター精神保健研究所

平成17年度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

触法精神障害者の処遇に関する国際比較研究

分担研究者 吉川和男 国立精神・神経センター精神保健研究所司法精神医学研究部長

研究要旨：

平成17年度より開始される医療観察法制度の運用状況を把握すると同時に、諸外国（英国、フランス、ドイツ、イタリア、オランダ、スウェーデン、デンマーク）における同様の制度の実施状況を調査し、これらを比較検討することによって、医療観察法制度の国際的な位置づけを明らかにしながら、同様の問題に対する解決策、将来のあり方を検討することを目的とした。このため、研究の準備段階として、7カ国の法制度、実践状況における類似性や差異を明らかにするため質問紙を作成しその内容の分析を行った。その結果、本邦においては、刑事責任能力鑑定と医療観察法の鑑定と2種に分けて実施している点と、司法精神科病棟でそれを実施できないことの問題が諸外国の制度との比較からも明らかであった。また、対象者についても、諸外国の司法精神医療が積極的に取り組み始めている人格障害や物質使用障害の問題は避けて通ることができないものと思われた。さらに、慢性的な行動上の問題を抱える対象者には十分な治療の期間をかける必要があるのではないかと思われた。

A. 研究目的

わが国と諸外国における司法精神医療制度の実施状況を把握し、それぞれのシステムを支える多様な因子を比較分析することを目的とする。これによって、医療観察法制度の国際的な位置づけが明らかにされ、同様の問題に対する解決策が判明し、将来のあり方を提言することが可能になることが期待される。

B. 研究方法

これまでも諸外国の司法精神医療の制度の概要は多くの研究者により報告されてきたが、各国の制度間で用いられる用語の違い、概念の微妙なずれなどから、十分な比較検討には限界があった。このため、本研究では共通の調査フォーマットを用いることでこれらの問題を解決することとした。

まず、研究の準備段階として、7カ国の法制度、実践状況における類似性や差異を明らかに

するため質問紙を作成しその内容を分析したのでここにその概要を報告したい。

C. 研究結果

(1) 関連法規

表1に、触法精神障害者の治療のために整備されている各国の法規定を整理した。本邦のように治療の手続きに至るまでには刑法、刑事訴訟法が関与しているのはどの国においても共通していることなので割愛した。フランスは医療観察法以前の本邦のように刑法と保健法を組み合わせる処遇を行っている。ドイツ、イタリアは刑法の中に保安処分制度が組み込まれている。本邦のように司法精神医療専門の法律を整備している国はスウェーデンのみである。後述するようにオランダのTBSでは、人格障害者を積極的に精神医療の対象としているため、制度を比較する場合には注意が必要である。

表 1. 触法精神障害者の治療のための関連法規

	法律の種類と名称	直近の改正年
日本	心神喪失者等医療 観察法	2004
	精神保健福祉法	2005
英国	精神保健法（刑事）	1983
	心神喪失および訴 訟能力法	1991
フランス	刑法	1994
	保健法	2000
ドイツ	刑法	1975
	州法	不定
イタリア	刑法	1930
	民法	改正中
	民事訴訟法 刑事訴訟法	改正中 1988
オランダ	刑法典	1997
	TBS 原則法	
スウェーデン	司法医療法	1992
	精神保健法	2000
デンマーク	刑法	2000
	精神保健法	1998

(2) 対象者

表 2 に各国の司法精神医療が法律上対象としうる精神障害者について ICD-10 を用いて整理した。ただし、いずれの場合においても単純に診断名だけで、法的に対象外とする制度を有している国はない。この表は、一般的な傾向を示しているに過ぎず、個々の事例によって対象となるか否かの判断が分かれる場合があるのはどの国でも共通している。

人格障害を含め全ての精神疾患が対象となりうる国はドイツ、オランダ、デンマークの 3 国である。一方、器質性精神障害と統合失調圏のみという受け入れの幅に狭い傾向が窺われるのがフランス、イタリアである。これは後述するように、人口当たりに整備されている司法

精神科病床数とも関係しており、十分な病床数がなければ対象者が絞り込まれる傾向があるのは否定できないであろう。

表 2. 司法精神医療が法律上対象とする精神障害

	F0	F1	F2	F3	F4	F6	F7
日本	○	△	○	○	×	×	△
英国	○	△	○	○	△	△	○
フランス	○	×	○	×	×	×	×
ドイツ	○	○	○	○	○	○	○
イタリア	○	×	○	○	×	×	○
オランダ	○	○	○	○	○	○	○
スウェーデン	○	○	○	○	○	○	×
デンマーク	○	○	○	○	○	○	○

F0 器質性精神障害

F1 物質使用障害

F2 統合失調症

F3 気分障害

F4 神経症性、ストレス関連、身体表現性障害

F6 人格障害

F7 精神遅滞

(3) 刑事責任能力の年齢

表 3 に各国の刑事責任能力が発生する最少年齢について整理した。本邦と同様概ね 14 歳が平均的な年齢であるが、英国のように少年による凶悪事件を契機に法改正が行われ引き下げられた国もある。欧州の全ての国では死刑制度がなく、かつ、各国とも未成年者に対しては少年院等の特別な施設で処遇をしているため、刑事責任能力に求められる年齢の引き下げが、直接、触法精神障害者の処遇に影響を及ぼすことはないであろう。

表 3. 刑事責任能力の最少年齢

	年齢
日本	14
英国	10
フランス	13

ドイツ	14
イタリア	14
オランダ	16
スウェーデン	15
デンマーク	15

(4) 刑事責任能力概念

表4に各国の刑事責任能力の概念について整理した。本法のように責任無能力と完全責任能力との間に中間的な段階を想定しているものを段階的概念、そのような中間的概念を認めないものを二分的概念と区別した。ほとんどの国で段階的概念を採用しているが、オランダのように5段階の段階を設けている国もある。EU諸国のほとんどの刑法は大陸法であるため、本邦と同様に刑事責任能力の考え方が普及しているが、コモンローを採用している英国では刑事責任能力概念がほとんど発達していない。英国では1957年に成立した殺人法で、殺人のみに限定責任能力の概念が適用されるに過ぎない。実際、英国で重大な他害行為を行った精神障害者のほとんど(90%以上)は有罪判決を受け、治療の必要性のみを要件として司法精神科病棟に移送されている。

表4. 刑事責任能力概念

	概念
日本	責任無能力・限定責任能力・完全責任能力(段階的概念)
英国	刑事責任能力概念適用せず
フランス	責任無能力・限定責任能力・完全責任能力(段階的概念)
ドイツ	責任無能力・限定責任能力・完全責任能力(段階的概念)
イタリア	責任無能力・限定責任能力・完全責任能力(段階的概念)
オランダ	責任無能力・限定責任能力・完全責任能力(段階的概念)
スウェーデン	刑事責任能力概念適用せず

デンマーク	責任無能力・完全責任能力 (二分的概念)
-------	-------------------------

(5) 鑑定場所

表5に審判前の拘留場所あるいは鑑定場所について整理した。本邦では医療観察法における鑑定入院の場所と実施主体について問題となっているが、表に示すように、司法精神医療施設を有しながら、そこを審判前の拘留場所あるいは鑑定場所として利用していない国は皆無である。多くの国は、司法精神医療施設で専門的な治療を受けながら審判の決定を待つのが普通である。本邦のように、急性期を設備も人員も不十分な一般精神医療施設で賄うというのは明らかに制度上の欠陥である。また、その処遇を管轄する所管も決まっていないということも大きな問題である。

表5. 鑑定場所

	鑑定場所
日本	一般精神医療施設・拘置所
英国	一般精神医療施設・司法精神医療施設・拘置所(刑務所)
フランス	一般精神医療施設・司法精神医療施設・拘置所(刑務所)
ドイツ	一般精神医療施設・司法精神医療施設・拘置所(刑務所)
イタリア	一般精神医療施設・司法精神医療施設・拘置所(刑務所)
オランダ	一般精神医療施設・司法精神医療施設・拘置所(刑務所)
スウェーデン	一般精神医療施設・司法精神医療施設
デンマーク	一般精神医療施設・司法精神医療施設・拘置所(刑務所)

(6) 刑期と精神科治療の連続性

表6に刑期と精神科治療に連続性があるか否かを整理した。すなわち、限定責任能力で有

罪判決を受けた場合、精神科治療の期間が刑期として算入されるかどうか、あるいは受刑者が精神病院に入院した場合に治療期間が刑期に算入されるかどうかという問題である。ドイツ、イタリア、オランダには明確な法規定があり、フランス、スウェーデンでも規定はないが実質的には算入されている。このような制度は司法精神医療の対象者として人格障害を受け入れている国で比較的發展している。

表 6. 刑期と精神科治療の連続性

	連続性
日本	適用なし
英国	適用なし
フランス	法規定ないが適用 (性犯罪者除く)
ドイツ	法規定あり
イタリア	法規定あり
オランダ	法規定あり
スウェーデン	法規定ないが適用
デンマーク	適用なし

(7) 精神鑑定の鑑定人数

表 7 に精神鑑定に必要とされる鑑定人の数を整理した。本邦の場合、鑑定人の数に規定はないが、少なくとも医療観察法下では、鑑定医と精神保健審判員の 2 名が関与し、これに責任能力鑑定の鑑定人も加わることになる。精神鑑定が刑事責任能力鑑定と医療観察法における医療の必要性の鑑定と二つに完全に分かれて実施されている国は本邦だけで、鑑定人の確保、費用や効率面から問題が多い制度であることは明らかであろう。

表 7. 精神鑑定の鑑定人の数

	鑑定人の数
日本	2 名以上
英国	2 名
フランス	1 名

ドイツ	規定無し
イタリア	規定無し
オランダ	2 名
スウェーデン	1 名
デンマーク	規定無し

(8) 司法精神医学の特別教育

表 8 に司法精神医学の特別教育の有無と教育年数について整理した。司法精神医学に長い歴史を有する英国、ドイツはサブスペシャリティとしての専門教育を受ける一定の期間を設けている。本邦では精神保健審判員のための講習期間の 3 日を取り上げたが、現在、精神神経学会が中心となって精神科専門医制度が立ち上げられようとしている。この際、英国で行われているように、さらに、その上位のサブスペシャリティとして司法精神医学の専門医も認定する制度を確立していくことが望ましいであろう。

表 8. 司法精神医学の特別教育

	教育
日本	3 日
英国	3 年
フランス	なし
ドイツ	1 年
イタリア	なし
オランダ	なし
スウェーデン	なし
デンマーク	なし

(9) 再評価の責務と期間

再評価の責務とは、一度審判で決定した処遇についての見直しを誰がいつ行うのかという問題である。本邦では医療観察法第 49 条に規定されているように、当該指定入院医療機関に勤務する精神保健指定医が診察をし、管理者が 6 ヶ月以内に入院継続の申し立てを行い、裁判所が決定を行うことになって

いる。表9および10に整理したように、各国で6ヶ月目に治療施設の精神科医が再評価を行わなければならない点で共通している点は興味深い。最も入院継続の必要性がなくなった場合は直ちに申し立てを行う点は各国とも共通している。

表9. 再評価の責務

	責務
日本	治療施設の精神科医
英国	治療施設の精神科医
フランス	治療施設の精神科医
ドイツ	治療施設の精神科医
イタリア	
オランダ	独立した精神科医
スウェーデン	裁判所
デンマーク	なし

表10. 再評価までの期間

	期間
日本	6ヶ月
英国	6ヶ月
フランス	6ヶ月
ドイツ	1から2年毎
イタリア	
オランダ	1から2年毎
スウェーデン	6ヶ月
デンマーク	1から2年毎

(10) 条件付退院から開放までの期間

表11に触法精神障害者が退院後に条件付で退院となるか否か、そして、その条件が解除されるまでの期間がどの位になるかを示した。本邦の医療観察法下では、退院後、通院処遇となるかどうかは個々のケースで異なるため、個別に決定されると解釈されるよう。ほとんどの国は本邦と同様に個別に条件が付与されているが、ドイツだけは触法患者は基本的に全例条件付退院となっている。ただし、期間につい

ては本邦と同様2年から5年の間で個別に決定されている。

表11. 条件付退院からの開放までの期間

	期間
日本	個別的に決定（3年、最大5年）
英国	個別的に決定
フランス	個別的に決定
ドイツ	2から5年
イタリア	規定無し
オランダ	個別的に決定（TBSでは1年）
スウェーデン	規定無し
デンマーク	個別的に決定

(11) 外出・外泊

表12と13に司法精神科病棟からの外出・外泊に関して整理した。外出・外泊が対象者の社会復帰や人権保護にとって重要である一方、地域住民の安全管理という観点においては大きなジレンマを抱えている点は各国共通しているであろう。表12に示されているように、敷地内と言っても、ドイツのように敷地の周囲が高い塀で囲まれ入退出も管理されている施設もあれば、本邦のように施設の建物から一步外に出れば、敷地外と変わらないような開放的なところもあるため、外出の状況を単純に比較することは困難である。しかし、敷地外への外出に関しては、各国の状況は比較的一様である。この場合について検討すると、裁判所の許可が必要となる国はドイツ、イタリア、スウェーデンの3国である。ドイツ、イタリアはいずれも保安処分が存在する国であるため、リーガルモデルによる司法精神医療が展開されていることも関係していよう。これに対して、日本と英国はメディカル・モデルを採用しているため、外出・外泊はあくまで医療行為の範疇で捉えられている。

表 12. 外出・外泊許可に対する裁判所の許可

	裁判所の許可
敷地内の同伴外出	該当国なし
敷地内の単独外出	スウェーデン
敷地外の同伴外出	スウェーデン
敷地外の単独外出	ドイツ、イタリア、スウェーデン
敷地外の同伴外泊	ドイツ、イタリア、スウェーデン

表 13. 敷地外への単独外泊の決定権

	決定権
日本	医療者
英国	医療者
フランス	委員会
ドイツ	裁判所
イタリア	裁判所
オランダ	法務省
スウェーデン	裁判所
デンマーク	医療者と検察官

(12) 強制治療に関する法規定

精神科医療においては、司法精神医療施設のみならず、一般精神医療施設においても、患者の意志に反する強制治療がしばしば施されることになるため、この問題については人権上の配慮が求められる。表 15 に示したように、日本を除く全ての国は少なくとも薬物療法の強制治療については法的な規定が設けられている。本邦においては隔離・拘束等の行動制限については精神保健福祉法の中で規定があるが、強制治療については法規定がなされていない。

また、抗ホルモン療法は、性犯罪者に対する司法精神医療においては重要な治療技法であるが、本邦では認可はもちろん使用実績もない。

このような状況と比べて、全ての強制治療に法規定を設けているのはオランダ、スウェーデンの北欧勢である。

表 15. 強制治療に関する法規定

	抗ホルモン療法	薬物療法	ECT
日本	×	×	×
英国	×	○	○
フランス	×	○	×
ドイツ	×	○	×
イタリア	×	○	×
オランダ	○	○	○
スウェーデン	○	○	○
デンマーク	×	○	○

(13) 審判後の触法精神障害者（責任能力の減弱・喪失を認められた者）の処遇施設

表 16 に示したように、イタリアを除くほとんどの国では、責任能力の減弱・喪失を認められた触法精神障害者は、司法精神医療施設だけで処遇されているわけではないことが分かる。しかし、本邦のように対象行為の重さによって司法精神科病棟に振り分けられている国はなく、ほとんどは、対象者の症状の重さと危険性に応じて相応しい施設への振り分けがなされるのが普通である。このことは表 17 に示したように、犯罪行為を行っていない精神障害者であっても暴力行為等で処遇が困難な患者を司法精神科病棟が受け入れている国が少なくないことから裏付けられる。しかし、司法精神医療施設の病床数が十分でなかったり、地域の受け皿が不足しているなどの理由で病床の回転が悪かったりすると、このような処遇困難者を受け入れる余地はなくなるであろう。もっとも、ドイツ、イタリアは保安処分施設という制度上の観点から処遇困難者の受け入れはない。

表 16. 審判後の触法精神障害者（責任能力の減弱・喪失を認められた者）の処遇施設

	施設
日本	一般精神医療・司法精神医療施設
英国	一般精神医療・司法精神医療施設
フランス	一般精神医療・司法精神医療施設
ドイツ	一般精神医療・司法精神医療施設
イタリア	司法精神医療施設
オランダ	一般精神医療・司法精神医療施設
スウェーデン	一般精神医療・司法精神医療施設
デンマーク	一般精神医療・司法精神医療施設官

表 17. 処遇困難者（非触法者）の司法精神医療施設への収容の可否

	可否
日本	×
英国	○
フランス	○
ドイツ	×
イタリア	×
オランダ	○
スウェーデン	○
デンマーク	○

(14) 司法精神科病床数

表 18 に各国の人口 10 万あたりの司法精神科病床の数を整理した。調査年は 1998 年から 2003 年までと幅がある。本邦に関しては平成 18 年 2 月時点とした。先述したようにほとんどの国では一般精神科病床でも触法患者を処遇しているが、その病床数はスウェーデンを除いて含めていない。厚労省の指定入院医療機関の整備目標数は全国で 700 床であるから、仮にこの数値目標が達成されたと仮定しても、人口

10 万人あたりの病床数は 0.58 となり、各国の中で最も低い病床数となる。

一方、本邦以外の各国の平均病床数は 6.7 であるから、これを単純に数値目標と仮定すると、本邦には 8,000 床あまりの病床数が必要となる。しかし、仮に、本邦の精神障害者による重大な他害行為の発生率が他国と比べ著しく低く、その値が各国の平均の 10 分の 1 以下であれば、厚労省が試算している数値目標が概ね妥当なものとなる。精神障害者による重大な他害行為の発生率については今後調査していく予定である。

表 18. 人口 10 万人あたりの司法精神科病床数

	病床数	一般精神科における司法病床の有無
日本	0.1	有（含めず）
英国	6.1	有（含めず）
フランス	0.8	有（含めず）
ドイツ	13.1	有（含めず）
イタリア	2.2	無
オランダ	9.8	有（含めず）
スウェーデン	8.0	有（左記に含）
デンマーク	6.6	有（含めず）

(15) 司法精神科外来治療サービス

表 19 には司法精神科の外来治療サービスが整備されているかどうかを整理した。英国などはかなり整備されている方であると思われるが、なしという判断となっている。英国の司法精神医療サービスは、基本的に一般の精神保健サービスを土台としているのは確かであろう。このように考えると、本邦では指定通院医療機関が形式上確保されているとはいえ、人員面などで実質的な支援が国から得られていない以上、司法精神科外来治療サービスが存在するとは到底言えないであろう。

表 19. 司法精神科外来治療サービスの有無

	有無
日本	?
英国	×
フランス	×
ドイツ	○
イタリア	×
オランダ	○
スウェーデン	×
デンマーク	×

(16) 物質使用障害に対する司法精神科治療サービス

表 20 には物質使用障害のための治療サービスが司法精神医療の中に確保されているかについて整理した。物質使用障害は精神障害者の再犯のリスクを高めることは各国の調査で確認されており、司法精神医療の中でも重要な課題となっている。英国は物質使用障害に対する治療サービスがないとしているが、本邦における状況と比べれば、かなり充実している方である。このように表の中でなしと判断されているのは、その国の当事者がまだ不十分と考えているという主観が入っている可能性もあるため、今後、調査方法に工夫が必要であるかもしれない。

表 20. 物質使用障害者のための司法精神科治療サービス

	有無
日本	×
英国	×
フランス	×
ドイツ	○
イタリア	×
オランダ	○
スウェーデン	×
デンマーク	×

(17) 司法精神科病棟の担当所管

(5) で述べたように全ての国で司法精神科病棟が整備されているが、イタリアを除き、担当所管のほとんどは厚生省（保健省等名称に違いはある）である。これは医療サービスを提供する以上当然の傾向であると思われ、英国やドイツもかつては法務省が担当所管であったが、現在では厚生省に変更された経緯がある。

表 21. 司法精神科病棟の担当所管

	担当所管
日本	厚生（労働）省
英国	厚生省
フランス	厚生省
ドイツ	厚生省
イタリア	法務省
オランダ	両省
スウェーデン	厚生省
デンマーク	厚生省

(18) 民間司法精神科病棟の有無

民間に司法精神科病棟の運営を委ねている国はあまり多くはない。英国においては司法精神科病床の不足から、民間の地域保安病棟がかなり増えてきているが、そのクオリティが国営 NHS のものと比べると低い点がしばしば指摘されている。民営化する場合には、一定の治療や施設環境等の水準が担保されるような監査体制等を強化する必要があるだろう。

表 22. 民間司法精神科病棟の有無

	有無
日本	×
英国	○
フランス	×
ドイツ	○（計画中）
イタリア	×
オランダ	○
スウェーデン	×

デンマーク	×
-------	---

(19) 予防拘禁の有無

予防拘禁とは、一般的に、刑期に関わりなく治療によって将来の危険性が消失するまで刑事施設に拘禁することを可能とする法規定を指す。この法規定を有しているのはドイツとデンマークであった。特に、昨今、性犯罪者、中でも小児性愛者に適用するために各国で整備が進められる傾向にあり、英国でも、Dangerous Severe Personality Disorder (DSPD)に対する法改正が準備されている。本邦でも保安処分論争の際にこの制度に対する嫌悪感が示されたが、どれだけ質の高い治療を提供できるかがこの制度の存続にかかっている。

表 23. 予防拘禁の有無

	有無
日本	×
英国	×
フランス	×
ドイツ	○
イタリア	×
オランダ	×
スウェーデン	×
デンマーク	○

D. 考察

本邦にも医療観察法制度が導入され、司法精神科病棟も徐々に整備され、本格的な司法精神医療の幕開けとなった。司法精神医療はその国の精神医療の充実度の指標となるとも言われており、確かに欧州の精神医療の先進国では充実している傾向が窺われた。一方で、欧州の中でも司法精神医療は絶えず批判の目に晒されてきており、リーダー的存在である英国においてさえ、80年代にはヨーロッパ人権委員会より特殊病院における閉鎖性を指摘され、改革を余儀なくされた経緯もある。

司法精神医療は、対象者の人権と地域住民の安全（人権）の確保という相反するテーマを両立させなければならない難しさがああり、そこに、政治的バランス感覚が求められる。

各国と本邦の状況を概観すると、法律に関しては、医療観察法が他国と比べて紆余曲折の歴史的背景の中で誕生していることもあり、内容はおそらく最も複雑なものではないかと思われる。特に、対象者の審判の決定までに少なくとも2度の精神鑑定が行われなければならない点はそのことを如実に物語っている。

対象者の選定については、主に医療の必要性という理念の中だけで議論されることが多いが、整備される病床数というより現実的な問題もこの問題に影響していることが示唆された。また、欧州の多くの国が性犯罪者を初めとする多くの人格障害者の問題に取り組んでおり、さらに、物質使用の問題も司法精神医療の課題として無視できないものとなっている。

精神医療の中でもこのような複雑で困難な課題を解決していくためには、司法と精神医療との連続性を円滑にするための法整備、施設、人員、教育体制を十分整備しなければならないことは言うまでもないであろう。

本邦においては、鑑定の際に多額の費用と人材を消耗している傾向がある。これを解消するためには、刑法と刑事訴訟法を改正し、他国と同様に起訴前に医療観察法による処遇の必要性も含めた鑑定を一回で実施するのが効率的で、かつ、対象者の治療への早期導入という観点からも望ましく、適切な処遇を決定する上でも有効ではないかと思われる。その際には、諸外国と同様、治療の一貫性を保つためにも司法精神科病棟である指定入院医療機関において鑑定入院を行えるようにすべきであろう。

現在の本邦の司法精神医療は開始してまもないことと、ほとんどの医療従事者にとってはじめての体験であることから、対象者に対してどのような治療アプローチをとればよいのか模索している段階であるのは否めない。そのた

め、ややもすると、従来の一般精神医療の延長線上で治療戦略を進めていく傾向にあるが、諸外国の先人達がたどってきた道のりを謙虚に学ぶ姿勢も重要である。特に、重大な他害行為を行う精神障害者は慢性の行動上の問題を抱える者がほとんどであり、多くは薬部療法だけでは治療効果がなく、これまでの急性期治療モデルでは到底対処できない。むしろ、各国の司法精神科病棟の中には一般精神科病棟では処遇困難な慢性患者を受け入れて治療するところも少なくなく、逆に、処遇困難な慢性患者を治療できなければ、司法精神科病棟としての役割を持ち得ないと言っても過言ではないであろう。

このように考えていくと、厚労省が掲げる1年6ヶ月という平均の入院期間は果たして十分なのだろうか。この入院期間は重大な他害行為を行い25条通報で措置入院となった者の平均の措置入院期間を根拠に算出しているが、措置入院制度が不十分であったために誕生した制度の入院期間の根拠を不十分な時代のデータを元に算出することにどれだけの妥当性があるのか疑問である。仮に、この平均入院期間を守ろうとすると、対象者を治療途中で退院させるという最も非倫理的で危険な行為を医療者が行わなければならないことになる。

筆者が従来の我が国の制度の中で、触法精神障害者の暴力犯罪の再犯要因について調査した結果では、最大のリスク要因は物質使用障害の診断名であり、次いで、短い入院期間であった。この二点を現在の医療観察法制度が十分対処できないとすれば、その存在意義すら失われかねないであろう。

E. 結論

平成17年度より開始される医療観察法制度の運用状況を把握すると同時に、諸外国(英国、フランス、ドイツ、イタリア、オランダ、スウェーデン、デンマーク)における同様の制度の実施状況を調査し、これらを比較検討すること

によって、医療観察法制度の国際的な位置づけを明らかにしながら、同様の問題に対する解決策、将来のあり方を検討することを目的とした。このため、研究の準備段階として、7カ国の法制度、実践状況における類似性や差異を明らかにするため質問紙を作成しその内容の分析を行った。その結果、本邦においては、刑事責任能力鑑定と医療観察法の鑑定と2種に分けて実施している点と、司法精神科病棟でそれを実施できないことの問題が諸外国の制度との比較からも明らかであった。また、対象者についても、諸外国の司法精神医療が積極的に取り組み始めている人格障害や物質使用障害の問題は避けて通ることができないものと思われた。さらに、慢性的な行動上の問題を抱える対象者には十分な治療の期間をかける必要があるのではないかと思われた。

F 健康危険情報

なし

G 研究発表

1. 論文発表

- 1) 吉川和男：指定通院医療機関と地域社会における処遇上の問題点. 日精協誌 24(4)：40-2144, 2005
- 2) 吉川和男：精神医学用語解説—296. 心神喪失等医療観察法—. 臨床精神医学, 34, 839-840, 2005
- 3) 吉川和男：書評 Conduct and Oppositional Defiant Disorders - Epidemiology, Risk Factors, and Treatment (行為と反抗挑戦性の障害—疫学、危険因子、治療). Cecilia A. Essau 編 犯罪学雑誌 71(4)：125-131, 2005
- 4) 吉川和男：心神喪失者等医療観察法制度における精神医療—矯正施設への影響と課題—. こころの臨床 a la carte. 24(3). 329-334. 2005
- 5) 吉川和男：医療観察法と精神鑑定—制度の

- 概要と精神鑑定の役割-。司法精神医学2。刑事事件と精神鑑定（総編集：松下正明、編集：山内俊雄・山上皓・中谷陽二）。中山書店。東京。2006
- 6) 吉川和男：精神障害と犯罪-統合失調症と犯罪-。司法精神医学3。犯罪と犯罪者の精神医学（総編集：松下正明、編集：山内俊雄・山上皓・中谷陽二）。中山書店。東京。2006
- 7) 吉川和男：司法精神医療に必要な知識-リスクアセスメントの理論と実践-。司法精神医学5。司法精神医療（総編集：松下正明、編集：山内俊雄・山上皓・中谷陽二）。中山書店。東京。2006
- 8) 竹島正、立森久照、吉川和男：精神医療と心神喪失者等医療観察法の運用-指定通院医療機関。司法精神医学5。司法精神医療（総編集：松下正明、編集：山内俊雄・山上皓・中谷陽二）。中山書店。東京。2006
- 9) Izutsu T, Shimotsu S, Matsumoto T, Okada T, Kikuchi A, Kojimoto M, Noguchi H, Yoshikawa K (2006). Deliberate Self-Harm and Childhood Hyperactivity in Junior High School Students. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 14: 1-5.
- 10) 松本俊彦, 岡田幸之, 千葉泰彦, 安藤久美子, 吉川和男, 和田 清: 少年鑑別所男子入所者におけるアルコール・薬物乱用と反社会性の関係—Psychopathy Checklist Youth Version (PCL: YV) を用いた研究—. *日本アルコール薬物医学会誌* 41, 59-71, 2006
- 11) 吉川和男: 「医療の必要性」の判定基準と鑑定のあり方。臨床精神医学 35(3):251-257, 2006
- 12) 吉川和男: 第6章我が国の精神保健福祉制度-4 心神喪失者等医療観察法。新クイックマスター精神看護学。監修: 松下正明・坂田三充・樋口輝彦。医学芸術社。pp. 220-226. 2006
2. 学会発表
- 13) 吉川和男: 医療観察法の意義と課題. 第101回日本精神神経学会総会シンポジウム「医療観察法の諸問題と精神科医療」。平成17年5月20日。大宮ソニックシティ
- 14) 吉川和男: 児童青年に対する認知行動療法の理論と実践: 基礎研究の臨床への応用可能性 指定討論 一行為障害の問題を通して-. 日本心理学会第69回大会。慶應義塾大学。平成17年9月11日
- 15) 吉川和男、野口博文: 心神喪失者等医療観察法制度における専門的医療のモニタリングに関する研究。平成17年度精神医療政策ネットワーク協議会。平成17年12月13日。アルカディア市ヶ谷
- 16) 吉川和男: 精神障害者による暴力犯罪の再犯、第17回精神保健研究所研究報告会、2006. 3. 20

H 知的財産権の出願・登録状況

(予定も含む)

なし

司法精神医療従事者の研修・教育ならびに
専門家養成システムの作成と実行に関する研究

分担研究報告書

分担研究者 山内俊雄

埼玉医科大学

平成 17 年度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

司法精神医療従事者の研修・教育ならびに専門家養成システムの作成と実行に関する研究

分担研究者： 山内俊雄 埼玉医科大学学長

研究要旨

司法精神医療従事者を、職種により「医師」「看護師」「PSW」「心理士」「作業療法士」に分け、それぞれ研修・教育・専門家の養成のシステムについて検討した。特に今年度は、専門家の養成のための教育・研修システム（カリキュラム）を作成することを目標とした。そのために、それぞれの職種において、「一般目標」と「行動目標」を明確にした具体的な提言をすることを目指した。なお、本分担研究班の特別部会として、平成 16 年度より「通院・地域処遇に関する課題」検討部会を設置し、マニュアル作成を目的として作業を続けており、本年度も継続した。

研究班員（50 音順）

安藤久美子（国立精神・神経センター・武蔵病院）

稲森晃一（国立精神・神経センター・武蔵病院）

岡田幸之（国立精神・神経センター精神保健研究所）

小島秀吾（東京医科歯科大学難治疾患研究所）

小松容子（国立精神・神経センター・武蔵病院）

柑本美和（国立精神・神経センター精神保健研究所）

佐藤三四郎（埼玉県立精神保健総合センター）

佐藤るみ子（国立精神・神経センター・武蔵病院）

羽山由美子（大阪府立看護大学 看護学部）

藤川尚宏（福岡県立精神医療センター 太宰府病院）

町野 朔（上智大学 法学研究科）

松原三郎（松原病院）

三澤孝夫（国立精神・神経センター・武蔵病院）

三澤 剛（国立精神・神経センター・武蔵病院）

美濃由紀子（東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科）

宮本真巳（東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科）

山上皓（東京医科歯科大学難治疾患研究所）

山根 寛（京都大学医学部保健学科作業療法学専攻）

吉川和男（国立精神・神経センター精神保健研究所）

事務担当

萩原多重子（東京医科歯科大学難治疾患研究所）

横山富士男（埼玉医科大学精神医学）

A. 研究目的

司法精神医療従事者を、職種により「医師」「看護師」「PSW」「心理士」「作業療法士」に分け、それぞれ研修・教育・専門家の養成のシステムについて検討する。

B. 研究方法

特に今年度は、専門家の養成のための教育・研修システム（カリキュラム）を作成することを目標とした。そのために、それぞれの職種において、「一般目標」と「行動目標」を明確にした具体的な提言をすることを目指した。なお、本分担研究班の特別部会として、平成16年度より「通院・地域処遇に関する課題」検討部会を設置し、マニュアル作成を目的として作業を続けており、本年度も継続した。

C. 研究結果と考察

1) 医師部会

一般の精神医学の素養を基盤として、その上に、司法精神科についての素養を身につけるべきとの基本的姿勢で、習得すべき知識、技能、態度をあげた。特に本年度は、①司法の執行現場で精神医学的側面を扱う医師。②触法精神障害者の医学・医療を扱う医師。③一般精神医療の中での法的な側面を扱う医師に分け、それぞれについて、教育・研修の目標、方略、評価について検討した。具体的には、「医学部教育（卒前教育）」について、「臨床研修医の司法精神医学教育」「精神科専門医の司法精神医学教育」「司法精神医学専門医教育」に分けて、学習すべき事柄、学習方略、評価などを詳細に検討した。

2) 看護師部会

「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の看護を適切に行うために必要とされる知識、技能、態度を習得すること」を一般目標として、学習目標を、①人権擁護の方法、②アセスメント、③適切な看護計画の策定、④多職種チームワークをとる、⑤当事者ならびに家族の援助、⑥治療プログラムの提供、⑦社会復帰援助などの、それぞれの項目ができるようになることとして、それぞれについて具体的な学習項目、学習方略、評価を策定した。

3) PSW部会

「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の社会復帰を適切に行うために必要とされる知識、技能、態度を習得すること」を一般目標として、以下のような学習目標をたてた。①司法手続き、②社会復帰の観点から、審判において適切な意見を述べる、③症状評価を理解する、④治療法を理解する、⑤集団療法を行う、⑥生活状況の調査、⑦環境の評価、⑧個別援助計画をたてる、⑨家族援助、⑩被害者援助、⑪処遇計画をたてる、⑫関係機関と連携をとる、⑬社会資源の開発、⑭権利擁護の利用、⑮個人情報保護などの各項目ができるようになることとし、そのそれぞれについて、学習ステージごとの学習方略、評価方法をさだめた。

4) 心理士部会

他職種と協力して、「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の心理的アセスメントを行い、それに基づいて心理学的援助を適切に行うことができるような知識、技能、態度を習得すること」を一般目標とし、次のような学習目標を設定した。①司

法手続きについて述べる、②倫理や人権についての知識と行動、③被害者の心理の把握と支援、④心理的アセスメント、⑤精神鑑定について理解し、鑑定に役立つ報告書を作る、⑥心理学的援助、⑦他の職種の業務について理解する、⑧他職種との連携とマネジメント、⑨職員の精神衛生の支援、⑩自己の精神衛生についての対処、⑪研究的視点を持つ、⑫司法精神医療を志す人への教育の各項目ができるようになる、こととし、具体的な学習方略資格認定等について検討した。

5) 作業療法士部会

司法精神医療に於ける作業療法士養成のガイドラインを、「卒前の大学・養成校における教育」「大学院に於ける教育」「卒後の初任者教育」「卒後教育」に分けて、それぞれ「一般目標」「学習目標」「学習方略」「評価」を設定した。すなわち、初期には「司法精神医療概論」「司法精神科作業療法」「司法精神科領域と特性」「司法精神科医療の特性」などの基礎的な知識や技能の習得が必要とした。後期では、「司法精神科作業療法の役割と業務」「管理・運営」「指導者育成」などについての修練も積む目標を設定した。それに従い、それぞれの学習方略や評価が計画された。

6) 法律家部会

「医療観察法」を適切に運用し、重大な加害行為を行った精神障害者に適切な医療を提供するために、「精神障害者の権利」「精神医療の役割を **ethical, legal and social issue, ELSI**」として認識・理解すること」を一般目標とし、そのために以下のことを学習するものとした。①精神医療における自己決定権、②精神医療の社会的責任、③

精神医療と司法、④わが国に於ける保安処分問題と精神保健福祉法、⑤医療観察法と精神保健福祉法、⑥精神障害者の他害行為と不法行為責任、犯罪被害者の問題、⑦プライバシー侵害と名誉毀損、精神障害者の差別、⑧個人情報の保護と情報の共有。これらのことを学ぶ学習方略として、①裁判例、症例などのケースを中心に、討論をベースとして講義、②メディカル、ソーシャルワーカーなどの多職種の参加による学習、③スライド、ビデオなどと共に裁判例、法令、行政通知などを教材とした学習、④精神医療施設の見学と討論などをあけて、学習資料についても検討した。

7) 通院地域処遇部会

本部会では「通院・地域処遇において関係する医療機関職員、ならびに地域住民を対象とした医療観察法の啓発活動のあり方に関する研究」を目的とした。そのための具体的方法として、①精神科専門職種に対する研修、②医療機関一般職員と社会復帰施設職員への啓発活動、③地域住民・一般市民に対する啓発活動をあげた。その上で、モデルケースを通して、「かかわるべき機関」「かかわるべき人」「ケアプランの策定」「病状悪化時の対応」「指定通院医療機関内での対応」などについて検討した。

D. 結語

「医療観察法」が実施され、いよいよ研修の場を持つことができるようになった。また、入院ならびに通院処遇の経験も重ねられ、それに伴い司法精神医療に関する知見も増すことが予想される。一方、司法精神医療に参加を希望したり、研修を望む者も増えることが考えられる。そのような状

況に対応すべく、本研究班の成果を広く公表し、専門性の獲得のみならず、初期の研修でも司法精神医療への理解と素養の獲得に寄与することを考えていきたい。

各職種ごとの個別の研究・検討を経て、合同研究会を平成17年7月21日、平成17年10月19日、平成18年1月12日の3回にわたって開催し、それぞれの職種部会の研究成果について発表し総合的に討論し、各職種部会間の研究の整合性をはかった。その結果については、「司法精神医療従事者の研修・教育ならびに専門家養成カリキュラム」としてまとめる予定である。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

論文発表 なし

学会発表 なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

特許取得 なし

実用新案登録 なし

その他 なし

医師作業部会報告書

藤川 尚宏

(福岡県立精神医療センター・太宰府病院)