

2) データ解析上の問題としては、〔各種シートの記述内容の曖昧さと作成様式の違い〕があげられた。なかには、未記入項目が多い施設もあり、必要なデータが収集できないといった問題があった。また、記入はされているものの、書くべき項目に必要な内容がかかれていない（たとえば、診断名やコード番号が ICD-10 に沿って書かれていない、刑事手続きの記載が曖昧、指定入院医療機関から通院に移行した事例であっても受診歴に記載がない、など）ため重要な情報が記録上抜けていることや、記述の仕方も施設によって違いが著しかったことから、十分情報が取りきれない状況があった。

上記に加えて、既述のとおり、記録作成様式の違いも著しく、とくにデータベースシステムを使用していない施設分のデータに関しては、コンピュータ上で解析をかけるために全てのシートを手入力しなければならない事態が生じた。

このような事態を回避するためには、データベースシステムの臨床での普及が必須であると考えられる。しかし、現状としては次に示すような問題があり困難な状況にある。

3) 調査遂行上の問題点として、〔データベースシステムの普及の困難さ〕があげられた。当研究班において開発した記録作成ソフトウェアであるデータベースシステムは、通常多くのパソコンユーザーに利用されている「エクセル」の機能を用いたシステムになっている。しかし、指定通院医療機関の中には、担当者が日常的に扱えるパソコンが備えられておらずシステムが使えない、

エクセルのバージョンが古いためうまくインストールできない、記録を扱う者が PC 操作に不慣れであることから使いこなせない、などの声が多く寄せられ、とくに施設内の PC 装備の遅れがその大きな原因となっていた。

また、一般企業で開発された医療用の電子カルテを導入している施設においては、電子カルテとの互換性の問題で本研究のデータベースシステムを使用できないという問い合わせがきており、電子カルテにデータベースシステムをどう組み込んでいくかということも今後の課題である。

シート入力に関する問題としては、1 枚のシートを、メールによって添付し、多職種の間で担当者間で入力しあうといった方法を用いている施設もあり、1 台の PC 内で複数の人物が入力しあうのが困難という声もあった。また、各種シートを作成するための PC は、セキュリティの強化されているものが望ましいが、施設によってはセキュリティの強化された PC 台数や設置場所が限られており、日常業務の合間に記録を入力することが困難だという意見も寄せられている。

上記に加えて、データベースシステムそのものの使用方法の複雑さや普及活動の及ばなさ、もあげられる。使用方法の複雑さに関しては、ユーザーの意見を反映しながら、より現場で使いやすいように、PC 操作に不慣れな人でも簡単に操作できるためのシステム改変を続けていく必要がある。また、普及活動においては、指定通院医療機関となった施設には、比較的早期にシステムを送付する、研修会や学会、各種研究会議など、関連機関が集まる場を利用して配

布する、ホームページの充実など、引き続きシステム開発班と連携して普及活動を続けていく必要がある。

上記1) 2) 3) にあげられた問題は、何らかの具体的な対策によって比較的早期に改善が期待できるものと、長期的な視野でみていかなければならない課題とがある。現状では、できることから着実に周囲に働きかけていくことが重要であろう。

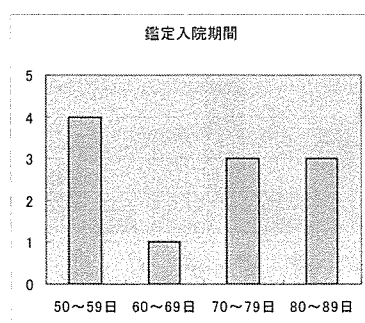
II-1. 診療記録等(各種シート)による静態情報等の集計値の結果(表1)

1) 性別と年齢

本調査で対象とした25事例の性別は、男性13名(52%)、女性11名(44%)、不明1名(4%)であった。また、平均年齢は、46.4歳(SD値=11.5 中央値=45.5 最小値=27 最大値=67 最頻値=53)であった。

2) 鑑定入院の期間(処遇決定日-申し立て日により算出)

鑑定入院の期間については、25事例中11事例に有効回答が得られた。鑑定入院期間の平均日数は、73.5日(SD値=14.1 中央値=53 最短日数=53 最長日数=89)であった。



3) 事件から申し立てまでの期間

事件から申し立てまでの期間については、25事例中16事例に有効回答が得られた。申し立てまでの期間の平均日数は、81.8日(SD値=66.8 中央値=21 最短日数=19 最長日数=208)であり、短いものと長いものとの差がかなり大きいという結果であった。

表1: 基本属性データ

全体	25例
性別	男 13例(52%)
(有効n=24)	女 11例(44%)
年齢	平均 46.4歳 ±11.5s.d.
(有効n=21)	範囲 27歳~67歳
鑑定入院期間	平均 73.5日 ±14.1s.d.
(有効n=11)	範囲 53日~89日
申し立てまでの期間	平均 81.8日 ±66.8s.d.
(有効n=16)	範囲 19日~208日
通院継続期間	平均 340日 ±73.4s.d.
(有効n=13)	範囲 159日~444日
訪問看護の時間	平均 59.8分 ±19.9s.d.
(有効n=20)	範囲 40分~130分

4) 通院継続期間(25全例継続中)

通院継続期間(処遇決定日~平成18年12月31日まで)については、25事例中13事例に有効回答が得られた。

平均日数は、340日(SD値=73.4 中央値=359 最短日数=159 最長日数=444)であった。

5) 訪問看護

訪問看護においては、有効シートが得られたケースは4例であった。全例継続中で、調査時点までで通院継続期間は300日~370日であった。

4例の内訳は、3例は指定通院医療機関からの訪問であり、1例は訪問看護ステーションからの訪問であった。

前者3例における20回分のデータより、1回の訪問時間は、40~130分（平均59.8分±19.9s.d.）であった。前者3例のうち、2例は月に1回の頻度での訪問であり、残りの1例に関しては、月に2回の訪問を3ヶ月間にわたり行っていた。後者1例に関しては、週に1回の頻度で訪問が行われていた。

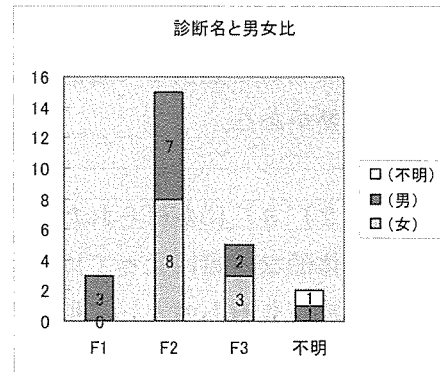
訪問者の職種は、看護師と精神保健福祉士の2名で行っているもの、看護師2名で行っているもの、精神保健福祉士1名で行っている場合があった。

6) 対象者の住居地

対象者の住居は、東北北海道3名(12%)、関東甲信越9名(36%)、東海北陸1名(4%)、近畿2名(8%)、中国四国4名(16%)、九州沖縄3名(12%)、不明3名(12%)であった。通院対象者の住居と通院医療機関の所在地については、ほとんどが同地区内であったが、同地区内であっても距離的にかなり離れている場合も多く、通院に2時間程かかるというケースもあった。

7) 診断名とその男女比、副診断の有無、身体合併症

25事例の主診断については、Fコード〔F1〕3例(12%)、〔F2〕15例(60%)、〔F3〕5例(20%)、不明2例(8%)であった。うち、男女比は〔F1〕(男:女=0:3)、〔F2〕(男:女=7:8)、〔F3〕(男:女=2:3)であった。



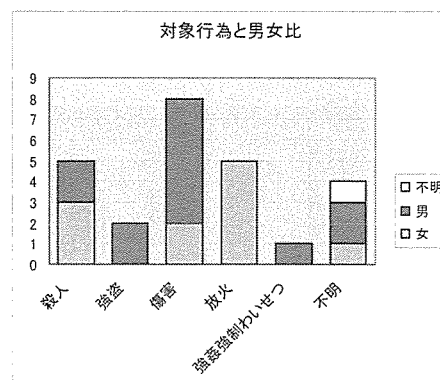
副診断については、副診断あり4例(16%)、なし19例(76%)、不明2例(8%)であった。副診断のある4例の内訳は、アルコール依存症1例、てんかん1例、妄想性人格障害2例であった。

身体合併症については、3例あり、内訳はC型肝炎、高血圧、鉄欠乏性貧血であった。

8) 対象行為

医療観察法の対象となった行為については、殺人5例(20%)、強盗2例(8%)、傷害8例(32%)、放火5例(20%)、強姦強制わいせつ1例(4%)、不明4例(16%)であった。

うち、放火(男:女=0:5)においては、女性の方が多い傾向があり、傷害(男:女=6:2)においては、男性の方が多い傾向を示していた。



II-2：テキストデータ分析による結果

多職種チーム会議シート(1ヶ月、3ヶ月)のテキストデータより、事例ごとに対象者の生活状況、治療経過や指導、介入の内容など追い、1) 危機介入、2) 問題点、3) 治療・援助内容と思われる箇所を抽出した。

1) 危機介入としては以下のようなものがあげられた。(ケースとしてその1部を紹介する。)

<ケース1>40代 女性 F2 放火

エピソード：事件時に関わりのあった、精神医学的な治療に否定的な団体が、指定通院医療開始後に再び対象者宅に出入りするようになった。本人も集会などに行き始めた。1ヵ月経過後も相変わらず、同団体は出入りしていたものの、訪問看護によって本人の様子の変化を評価し、接触を控えるように助言を続けたところ、2ヵ月後には、同団体の出入りはあるが、本人は接触の機会を減らそうと努力している姿が伺われた。3ヵ月後には、本人も同団体との接触を危険だと認識し、関係を希薄にしようとしているとのことである。

このケースでは精神医療を受けないように促す団体との接触がみられたが、このような治療中断につながる環境は、結果として、再び対象行為と同様の行為をまねく危険性を高めるものと思われる。このケースでは、定期的な訪問看護の実施によって、医療者が問題を早期に察知することで、本人や家族に注意を促し、継続して介入ができたことで、危機回避ができたといえよう。

<ケース2>50代 女性 F3 放火

エピソード：対象行為は自宅への放火で

あり、指定通院医療開始当初は、家族とアパート暮らしをしており、この間は症状が安定していた。しかし、放火によって壊れていた自宅の修理が終わり、自宅への引越しが決まった時点から、ストレス、不安、焦燥感の増強が見られた。症状も再燃しはじめ、医療者により再び同様の行為をおこなう可能性が懸念された。また、近所からの不安の訴えも強く聞かれた。

このケースの場合は、自宅への転居を機に症状悪化した対象者に対して、医療者が再び同様の行為をおこなう危険性を考え、予防的に薬物を増量するなどの介入を行っていた。また、患者の状態に応じていつでも介入できる準備を整えていた。転居後は、近所から不安の訴えがかなり強く寄せられ、住民が集会を開くなどしていたため、夫と保護観察所が中心となり、説明会を行うなどの介入を行い住民の不安軽減に努め、一応了解を得たとのことである。

放火などの対象行為の場合は、対象者の介入のみならず、地域の住民との関わり方への介入も必要になってくる場合が少なくない。このケースのように、状況に応じた速やかな介入が行われなければ、地域住民との深刻なトラブルを招きかねないであろう。

自宅への放火による本人の事件後の住居の問題や地域住民との付き合いの問題に対して、医療観察法における医療従事者としてどのような介入ができるかは、非常にデリケートな問題でもあるため、そのあり方については十分な検討が必要である。また、その際には対象者の個人情報保護などにも十分配慮することも忘れてはならない。

<ケース3>40代 女性 F2 放火

エピソード：訪問看護時の同伴外出訓練や不安や焦燥感についての言語化を促す関わりによって、徐々に症状が安定してきていた対象者に、ある日、身体疾患が見つかった。入院、手術の必要性があり、本人も不安をかなり訴えている。

このケースは、特定の安定した人間関係の中で精神症状も安定していたものの、突然に身体疾患が見つかったことで、本人の不安が増強し、またその身体疾患の治療のための入院による新しい人間関係においてもストレスが高まることが予測された。医療者は、身体疾患治療に関する情報を早期に得たことで、入院時に問題が起こったときに家族がすぐに相談できるような体制を整えることなどの準備や介入を行ったところ、精神症状に大きな変化を起こすことなく、入院、手術は終了したとの事である。

対象者のストレスを予測し、相談の窓口を設けるといった介入によって、患者も安心感を得て、症状再燃を予防したケースであるといえよう。

<ケース4>60代 男性 F1 殺人

エピソード：対象行為は、飲酒後の殺人未遂（妻）であり、これまでアルコールの治療歴はない。家族（妻）については、「典型的なイネイブラー」と評価されており、夫婦そろって疾患への理解が乏しく、再飲酒が再犯のリスクを高めることが予測された。

このケースは、医療者が介入することによって、断酒会への継続的参加に繋がったケースであり、夫婦ともに参加を促すことで、妻の疾患に対する理解が深まり、夫婦

で病気について考えることができるようになった。妻が夫に言いたいことを言えるようになったことで、妻の表情が明るくなり、訪問看護時にもスタッフにいろいろ相談ができるようになったとのことである。

アルコール問題を抱えている対象者に対しては、まず、飲酒の状況を正確に把握し再飲酒の危険性を評価することが必要である。定期的な訪問看護の実施は、自宅の状況が観察することが可能となるため、再飲酒の有無の確認がしやすいという利点がある。また、定期的にスタッフが自宅を訪ねて様子を伺い、会話を重ねていくことが再飲酒への抑止となる効果もあり、再び同様の行為をおこなうことを防止するにあたって大いに役立っているケースであるといえるだろう。

2) 多職種チーム会議シートのテキストデータより抽出された問題点としては、①対象者自身に関する問題、②家族に関する問題、③その他の問題の3項目に分けられた。

①対象者自身に関する問題

企死念慮、幻聴、関係念慮のため外出困難、不安、焦燥感、強迫観念、確認行為、ストレス、不眠、近隣の住民に対する被害感、疾患への理解の不足、内省の乏しさ、訪問看護拒否、身体疾患の併発

②家族に関する問題

対象者の症状や疾患への理解の不足、対象者との関わりかたがわからない、家族も訪問看護に対して拒否的

③その他の問題

通院が遠距離、近隣住民の反対運動など

3) 多職種チーム会議シートのテキストデータより抽出された治療・援助の内容については、①対象者自身に対する援助、②家族に対する援助、③その他に対する援助の3項目に分けられた。

①対象者自身に対する援助

自己評価を高めるようなケア、必要な相談や生活状況を自分から話せるような支援、病状の説明、情報提供、断酒会への参加促し、気分転換のすすめ、服薬指導、口渇への対処方法指導、眠剤服用時間について指導、薬物療法による調整、外出訓練、就労についての方向性の検討、ストレスについての相談援助、生活リズムの見直し、住環境・生活環境の確認

②家族に対する援助

家族への治療の参加を促す、家族を多職種チーム会議に呼ぶ、病状・病態の説明、情報提供、家族の精神的相談にのる、対象者との関わり方について一緒に考える、断酒会の家族会への参加を促す

③その他に対する援助

地域住民への働きかけなど

2) 3) の結果より、指定通院医療機関では、対象者の個別性にあった生活上の問題に注目し、状況に応じた援助を行っていることがわかる。このような従来の援助行為に加えて、医療観察法対象者という側面を考慮にいたった関わりとしては、多職種チーム会議に本人や家族の参加を促し、ケアプ

ランを一緒に考えることや、地域住民への働きかけなどがあげられた。

今後は、従来の個別援助に加えて、このような医療観察法を視野に入れた関わり（リスクアセスメントや内省への援助、危機介入）を重点的に行っていく必要がある。そのためには、多職種による幅広い視点による問題の把握と介入・計画によるアプローチは欠かせないと考えられる。

D. 考察

質的データによる分析の結果から、危機的な状況において、医療者が早期に問題を察知し、早期に介入することで、対象者の症状悪化や再び対象行為と同様の行為をおこなうリスクを防止することができるケースが少なくないことが示された。医療観察法における通院医療の利点としては、従来よりも濃厚な関わりによる定期的な通院や訪問看護の実施により、対象者や家族の状況を早期に把握し、起こりうる問題を予測し、適切な介入へと導くための重要な契機となっていることが明らかになった。また、多職種がチーム会議や訪問看護に加わることによって、問題を多角的に捉えたケアの実施が可能となっていることも利点としてあげられた。

多職種チーム会議においては、地域の保健所や訪問看護ステーション、社会復帰調整官の参加を呼びかけている施設もあった。地域の関係機関が会議に参加することで、地域からのサポートも受けやすい状況が作られ、より状況・ニーズにそった支援が可能となっていた。多職種チーム会議の開催方法は、施設によって差がある状況ではあ

るが、地域との連携体制を作るうえで、人的資源をうまく活用しマネジメントする力が、指定通院医療において求められている課題であるといえよう。

1ヶ月シートの提供医療の実施欄には、診察、訪問看護の2本柱が中心である施設が多く、一部の施設でデイケアも実施しているという状況である。すなわち、従来の一般精神医療における通院よりも手厚い医療を行おうという姿勢はあるものと思われるが、指定入院医療機関で実施されているような医療観察法の専門的な治療プログラムを実施している施設は、現在のところほとんどないようである。

また、共通評価項目における内省・洞察項目での記載の部分に、内省に関する評価の記述が入力されているケースも少なく、多くが空欄となっていた。このことは、医療観察法における対象者への内省のアプローチは重要であるとはわかっているが、それを通院機関の誰がどうやって行うかは、はっきりしておらず、それに対する取り組みも遅れている状況であることを示している可能性がある。通院医療においても、対象行為についての内省に関する関わりや、精神疾患に関する理解への関わり（心理教育など）などがより積極的に行われるよう、指定入院医療機関との十分な連携をはかり、系統だっで行われることが、今後の課題であるといえよう。

訪問看護については、とくに処遇決定の審判から直接通院処遇となった事例などでは、対象者との関係性を成立させるにあたっての困難が予想され、また訪問時の事故発生

などに対する懸念も抱かれるところである。この点について今回収集されたケースの経過からみると、最初の数ヶ月は患者の訪問拒否が激しかったケースでも、根気強く定期的な訪問を重ねている内に徐々に関係が形成されていっているものがほとんどであった。このことから、医療者側が医療と対象者とのパイプをつなぐ役割を意識して、関わっていくことが重要であり、実際、それは有効にはたらくものと考えられる。

医療観察法による通院医療において、訪問看護の実施は重要な位置をしめており、その役割の可能性は多岐にわたると予測される。本研究などを通じて、こうした現場で培われたアプローチのノウハウを後進の現場にも広くフィードバックさせることによって、訪問看護における役割の明確化を図ることも今後の重要課題であろう。

上記に加え、遠距離訪問や従来よりも手厚い訪問医療に見合うだけの診療報酬上の手当てが得られていないことも、今後の検討事項としてあげられるであろう。

指定通院医療における通院医療や会議の持ち方、記録の書き方などについては、現場でも手探りの状態であり、各種の混乱が起こっていることは否めない。まずは、現場で問題となっている事柄を明確にしたうえで、対応策・解決策をこうじていく必要がある。そういった意味で、今年度の通院医療機関におけるモニタリング研究は、事例数は少なかったものの、各事例から明らかになったことは、現場の医療にとっても、制度改革にとっても、貴重な基礎資料の1つになると考えられた。

データベースシステム普及のための今後

の課題としては、書式の作成のしやすさと同時に、要点を数量的に把握することを目的とした書式、及びそのシステムの改変を進めることがあげられる。

E. 結論

指定通院医療機関 15 施設、25 事例の診療記録(延べ 406 枚)を質的に分析した結果、以下の 6 つの利点・課題点が明らかになった。

1. 医療観察法における濃厚な通院医療の実施により、危機的な状況を早期発見し、介入することが可能となっている。
2. 多職種が積極的にケアに参入することにより、問題点の把握がしやすくなり、多角的なケアの実施が可能となっている。
3. チーム医療を活かし、地域の資源をうまく活用していくために、各通院機関がマネジメント力を発揮する必要がある。
4. 指定通院医療機関での治療プログラムの実施と内省への取り組みは今後の重要課題である。
5. 訪問看護におけるスタッフの意識向上と役割の明確化。
6. 全国の指定通院医療機関における問題点、利点など現場の状況とニーズ把握、量的な動態把握のための研究活動は急務である。

謝辞：本研究にご協力いただきました指定通院医療機関のスタッフの皆様に、心より感謝いたします（本来であれば、調査にご協力頂いております各指定通院医療機関と

その担当者のお名前をあげてお礼申し上げますところですが、医療機関と対象者の匿名性に配慮して、伏せさせていただきます）。

F. 研究発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

4. 医療観察法制度モニタリングの分析結果に対する法的妥当性評価に関する
研究

分担研究者 町野 朔

通院医療中に傷害事件を起こした事例をめぐって、

精神医療と法律学との対話の試み

——医療観察法の医療についての法律的モニタリング——

分担研究者 町野朔¹⁾

1) 上智大学法学研究科

研究要旨

いわゆる「処遇困難者」に医療観察法による医療が言い渡されたが、通院医療中に再犯に至った事例を取り上げ、医療の見方への法律の対応を紹介し、法律のあり方、将来の方向を考察する。犯罪を行った精神障害者にも、社会復帰のための適切な医療が行われるべきであり、医療観察法はこの趣旨に従って運用されなければならない。しかし、精神障害者への適切な医療・処遇は、医療観察法が前提とする純粋な医療だけで、常になしうるものではない。医療観察法の運用、さらに法律そのものの見直しも視野に入れて、考察が続けられなければならない。

A. 研究目的

医療観察法の医療の対象とされたが、通院医療中に傷害事件を起こした事例の事後的検討を行うことによって、医療者、司法関係者による医療観察法の運用の実際、その法的問題点、医療観察法全体の問題を検討する。

本分担研究は、医療観察法による医療実務の全体を法的観点からモニタリングを行うことを最終目的とするが、現在のところ、班による指定医療機関からのデータは、まだ収集の途上であり、医学的観点からの分析も、まだこれからである。医療的観点でのモニタリング研究もこれからである。

このようなことから、我々の法的観点からの全体的なモニタリングも、3年目の研究として行うこととし、本年は、法的に興味ある事例のモニタリングを行うこととする。しかし、これだけでも、医療観察法がかかえる、深刻な問題が浮かび

上がり、それに対する法制度的な対応のあり方、運用の改善、さらには、法制度の枠組みの再検討についても、考えさせられることとなった。

一法律家の疑問、質問に真摯に答えていただき、医療観察法による処遇の実際について親切にお教えいただいた、多くの医療関係者に深く感謝している。

B. 研究方法

取り上げる事例に関する、鑑定書、審判の決定書を、医療関係者のコメントを参考にしながら検討した。そのほか、医療観察法の問題一般、他の事例に関する医療者の見解を聴取し、後記 I の文献 1./2.にある事例と付添人をつとめた弁護士諸氏の考察を参考にした。このようにすることにより、医療観察法に対して、法律家の持っているイメージと、医療関係者のそれとを対照しながら考

えることができた。

【倫理面への配慮】

この研究は、臨床研究倫理指針、疫学研究倫理指針等の行政的倫理指針の対象ではないが、医療の対象とされた精神障害者本人、その他の関係者のプライバシーを保護するために、以下では、人名を匿名化するほか、場所、日時などについても事実を変更することにより、人の特定化につながらないような記述を心がけた。

C. 研究結果

A（女性）に関する事実経過は、次のようであり、いわゆる「処遇困難者」に関する医療的・法的対応の困難さが浮かび上がる。

1. 対象行為（X年Y¹月Z¹日）：殺人未遂

P県の自宅において、内縁の夫B、知人らと飲酒中、Bから暴言を浴びせられたほか、激しい暴力を振るわれたことに激昂して包丁でBを数回突き刺した。

2. C医師らによる起訴前嘱託鑑定書（X年Y²月Z²日）：心神耗弱

犯行時、統合失調症に罹患し、幻覚状態で、幻聴活発。「是非善悪を弁識し、その弁識に従って行動する能力は極めて低下していた」。医療観察法による処遇が妥当。

3. 検察官によるP地方裁判所への審判の申立て（鑑定入院命令がX年Y³月Z³日）

次項5.のP地裁決定によると、検察官はAは犯行時「心神喪失」であったとして、不起訴処分として、申立てを行っている。

4. D医師による医療観察法精神鑑定書（X年Y⁴月Z⁴日）：入院による医療

①解離性障害、②アルコール依存症。両者につ

いては治療反応性があり、入院による医療を必要と認める。

5. P地方裁判所決定（X年Y⁵月Z⁵日）：入院による医療

統合失調症（起訴前鑑定）か、解離性障害（医療観察法鑑定）か、ではなく、両者の合併。Aを取り巻く環境条件は劣悪であるから入院による医療が必要。退院後は長期のフォローが必要。

6. 指定入院医療機関E病院（Q県）の管理者によるQ地方裁判所への退院の申立て（X年Y⁶月Z⁶日）：統合失調症ではなく、解離性障害＋アルコール依存症であり、医療の必要性なし。

院長F、精神保健判定医Gの連名で提出。法49条1項の保護観察所長の意見を付して出される退院の申立ての体裁をとっていない。Aには医療の必要性がなく、もともと医療観察法の対象とはならないから退院させるべきだという趣旨。

7. Q地方裁判所決定（X+1年Y⁷月Z⁷日）：退院を許可、入院によらない医療

上記6.を法の規定する退院許可の申立てとして受理。医療を受けさせる決定が確定している以上、事後的に本法による処遇の対象者でないと判断することはできない。統合失調症であるかには問題があるものの、Aには治療反応性があるから、入院によらない医療を継続する。P県内の指定通院医療機関、入所授産施設における適切な地域医療が可能。

8. 再犯行為（X+1年Y⁸月Z⁸日）：傷害

P県内の入所授産施設Iに居住し、指定通院医療機関H病院に通院していたが、飲酒禁止であるIの中で飲酒したことを咎められたことに怒り、同じIの居住者であるJ（女性）を殴打し、全治1週間見込みの傷害を与えた。

9. K医師による簡易鑑定（X+1年Y⁹年Z⁹日）：完全責任能力

妄想性、非社会性、情緒不安定性の特徴を持つ混合性人格障害、および、アルコール依存。本件犯行当時における弁識能力は歪んでいるとはいえ保たれ、統制能力も著しく低下はしていない。精神保健福祉法上の通報は不要。措置入院も不要。

10. P地方裁判所判決（X+2年Y¹⁰年Z¹⁰日）：懲役1年6月、執行猶予3年の有罪判決。その期間中保護観察に付される。

その後、医療観察法による「入院によらない医療」は継続中で訪問看護は行われているが、Aは通院医療機関には来ない。保護観察所には出頭している。

D. 考察

1. 責任能力と医療観察法による医療

医療観察法においては、Aが心神喪失あるいは心神耗弱であったか、完全責任能力であったかが、Aがこの法律による医療を受けることになるかを定める第1の関門である。この点で、Aの対象行為時の精神障害が統合失調症であるか、解離性障害かをめぐる起訴前鑑定（C 2.）、処遇鑑定（C 4.）に続く、裁判所、医療関係者の見解の相違は興味深い。「悪魔の声が聞こえた」という病的体験を統合失調症の症状とみるか、人格の変換体験であり解離性障害とみるか、前者だとすれば「精神病」であり責任能力に問題を生じさせるが、後者だとしたらそうではない、という論理で議論が進行している。

この論理そのものも、刑事法学的観点からは、いずれ検討しなければならないものである。しかし、C. の事実経過からしても、Aは、医療的に対応が困難な精神障害者であり、医療観察法の対象とするのに適さないというのは、医療者一般の考えである。Aが完全責任能力者であれば、最初からこの法律による処遇のルートに乗らないことになる。Aの精神障害の鑑定をめぐって、厳し

い対立があったことにはこのような背景もあったのである。

しかし、精神障害者に精神医療が意味を持つかという問題と、彼に責任能力があるかという問題は別である。医療観察法が、触法精神障害者への医療の可否を、その責任能力に結びつけたことによって、安易に刑罰の要件である責任能力の概念が変化する結果を招くようなことがあるとすれば、問題である。筆者自身は、責任能力と医療的対応可能性とは関係するとは思いが（I 4.参照）、精神医療が困難な者は完全責任能力であるという論理を認めるわけにはいかない。

当該精神障害者に社会復帰のための医療を与えるべきか否かは、彼が犯罪を行った者であったとしても、その責任能力の不存在・減退とは直接の関係にはないのであり、日本の法律は、将来は両者のリンクを弱める方向に進むべきだと思われる。

2. 医療観察法による医療の必要性

裁判所は、精神障害者の社会復帰促進のために医療が「必要」であること、精神障害者に精神医療に対する治療反応性があることを認め、精神医療が彼の社会復帰を「可能」とするという見通しについて、少なくとも精神医療関係者よりは、積極的である。

医療の必要性がないAは、医療観察法の医療の対象者ではないから退院させるべきだという指定入院医療機関側の申立て（C. 6.）に対して、Q地方裁判所は、解離性障害・アルコール依存症にも治療反応性があり、心理社会的治療が有効であるとするD医療観察法鑑定（C. 4.）、入院後の集中的プログラムにより、Aは疾病とその悪化因子についてある程度の理解を示すようになっていくという、退院申立書（C. 6.）にあるGの意見をとらえて、医療の可能性・必要性を肯定し、通院医療を命じている（C. 7.）。裁判所は一般に、病名の判断、責任能力の判断については、医療関係者の判断に沿いながら、論理を組み立てようとするが、ここでの「医療の必要性」について

の裁判所の態度は、これとは違っているように見える。

社会復帰そのものではなく、その「促進」のために医療を行うという法律の趣旨からするなら、医療の可能性があるときには、医療を言い渡すべきという裁判所の態度は理解しうるところである。「精神障害の改善」には病状の増悪の抑制を含み、その効果が見込まれれば、医療を言い渡すことができるというのが、最高裁判所事務総局のコンメンタールの解釈である（I 3.の170頁）。「疑わしきは医療」である（この点については、I 5.および6.参照）。しかし、現在の医療体制で「継続的かつ適切な医療」をこのような精神障害者に確保することが、特に通院医療において、困難であることも理解しうるところである。現に、この事例ではAはこの法律による医療を受けているときに、再犯を行っている。

触法精神障害者にも、精神障害者の社会復帰のための精神医療、地域医療を基盤とした精神医療を目指す医療観察法の理想を追求するためには、現在の通院医療、精神保健観察の運用に改善すべき点がないかを検討すべきではある。筆者には、この点について何らかの妙案があるわけではないことを、率直に認めなければならない。しかし、何よりも重要だと思われるのは、今回のような「失敗」を寛容に受け止める社会の態度を醸成させることだと思われる。多くの医療関係者が関わったこの事例をみると、そして、入院中のAを通院医療の準備のために、P県に連れて行き外泊の間ずっと付き添っていたE病院スタッフの努力など、その懸命な環境調整の実行を見るとき、感銘を覚えるのは筆者だけではないと思う。医療関係者が社会の反発をおそれて、このような対象者から手を引くような事態になってはならない。

3. 犯罪の抑止における医療と刑事司法の役割分担

この事例に関する精神医療関係者の感想の中には、精神障害者の犯罪防止に関する興味深い指摘があった。

医療観察法は犯罪の防止を直接の目的とするものではない。ただ、犯罪を行った精神障害者に精神医療を行い、社会復帰を目指すものであり、再犯を行わないということは、その社会復帰の1つの内容であるに過ぎない。しかし、再犯の防止が法の目的の1つであり、しかも、人々がこの法律に期待を寄せる点であることも否定できない。

だが、犯罪の防止という点に関しては、患者への医療提供サービスを基本とし、患者の意思に沿いながら処遇を行う精神医療には限界があり、行った犯罪の責任として、処遇を負荷させる刑事司法の方が効果的である。この事例におけるAも、再犯である傷害について執行猶予付きの有罪判決（C. 10）を受け、保護観察には素直に応じているが、H病院への通院はまったく行っていないという。

また、Aが改善意欲を持たず、飲酒を続け、通院医療を行わなくなるなどの事態に至ったとき、再入院の申立てを行わなかったのは、Aに精神症状が見られなかったこと、仮に再入院させても、E病院において治療不協力的だったのと同じことが繰り返される可能性が大きいことのほか、Aとの医療関係がさらに悪化することをおそれたためであるという。

以上のような意見は、単に「医療関係者の必罰主義」としてしまいう訳にはいかないものである。再犯の防止のためにも、そして医療の確保のためにも、精神医療と刑事司法がどのような役割分担を行うべきかは、触法精神障害者の類型に応じて、どのような処遇が適切であるかという観点から考えなければならない。そして、ときには、刑事司法と精神医療の処遇の切り替えの方策、さらには両者の融合も考えなくてはならない。これは、「責任無能力・限定責任能力によって自由刑を免れた触法精神障害者」のみに医療を行うという、カテゴリーカルな現行法のあり方を見直すことにもならざるを得ない。

E. 結論

犯罪を行った精神障害者にも、社会復帰のための適切な医療が行われるべきであり、医療観察法はこの趣旨に従って運用されなければならない。再犯の防止のための慎重な措置は執られるべきであるが、再犯のあることを危惧するあまり、処遇困難者を敬遠したり、地域精神医療に消極的になってはならない。しかし、対象者の適切な医療のためには、精神医療と刑罰との使い分けも必要となるのであり、この観点からの医療観察法の運用、さらには、法の見直しも考えられなければならない。

F. 健康危険情報

なし。

G. 研究発表

1. 論文発表

なし。

2. 学会発表

なし。

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得

2. 実用新案登録

3. その他

いずれも、なし。

I. 参考文献

1. 日本弁護士連合会・刑事法制委員会・医療観察部会、『第1回 心神喪失者等医療観察法付添人経験交流会 報告書』、2006年

2. 磯田丈弘ほか、「特別企画 医療観察法の

実務・運用と今後の課題』、『季刊刑事弁護 49号』、82頁、2007年

3. 最高裁判所事務総局、『「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」及び「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による審判の手続等に関する規則」の解説』、刑事裁判資料 284号、2005年

4. 町野朔、『「精神障害」と責任能力：再考・再論』、内田文昭先生古稀祝賀論文集、青林書院、2002年

5. 町野朔、「法律家の視点から見た医療観察制度の問題点」、日本司法精神医学創刊号、2006年

6. 町野朔、「司法精神医学の現状と課題—法律家の視点から—」、日本司法精神医学第2号、2007年

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
吉川和男	第4章医療観察法-3通院医療・地域社会における処遇	坂田三充	精神看護エクスペール17精神看護と法・倫理	中山書店	東京	2006	93-101
安藤久美子、岡田幸之、小泉義紀	諸外国における刑事精神鑑定-カナダ-司法システムと精神鑑定.	松下正明、山内俊雄、山上皓、中谷陽二	司法精神医学 2. 刑事事件と精神鑑定	中山書店	東京	2006	283-290
岡田幸之	犯罪行動の類型的考察-主要刑法犯(殺人・強盗・放火)	松下正明、山内俊雄、山上皓、中谷陽二	司法精神医学 3. 犯罪と犯罪者の精神医学	中山書店	東京	2006	46-55
岡田幸之、安藤久美子	諸外国における刑事精神鑑定-アメリカ-訴訟能力の判定	松下正明、山内俊雄、山上皓、中谷陽二	司法精神医学 2. 刑事事件と精神鑑定	中山書店	東京	2006	271-276
松原三郎	医療観察法の概要と精神科医療に与える影響	高柳 功 植田孝一郎 山角 駿	精神保健福祉法の最新知識改訂版	中央法規	東京	2007 予定	
松原三郎	医療観察法における指定通院医療機関の役割と課題	中谷陽二	精神医療と法	弘文堂	東京	2007 予定	

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
吉川和男	司法精神医療のあり方と今後の課題	司法精神医学	第1巻第1号	17-18	2006
吉川和男、山上皓	医療観察法制度の意義と課題	精神神経誌	108(5)	490-496	2006
吉川和男	攻撃性と司法精神医学-攻撃性の評価-	精神科治療学	21(8)	825-834	2006
松本俊彦、岡田幸之、千葉泰彦、井筒節、下津咲絵、野口博文、柑本美和、菊池安希子、吉川和男	若年男性における自傷行為の臨床的意義について: 少年鑑別所における自記式質問票調査	精神保健研究	19	59-73	2006

吉川和男、福井裕輝、野田隆正、吉住美保、松本俊彦、岡田幸之	脳腫瘍によりアスペルガー症候群を発症し母親を殺害した事例	犯罪学雑誌	72	105-119	2006
松本俊彦、岡田幸之、千葉泰彦、安藤久美子、吉川和男	破壊的行動障害の症状と反社会的傾向の関係—Psychopathy Checklist, Youth Versionと共分散構造分析を用いた研究—	犯罪学雑誌	72	135-146	2006
吉川和男	特集精神鑑定. 精神鑑定の対象となる「精神障害」	BAN (番)	12月号	14-16	2006
岡田幸之、松本俊彦、野口博文、安藤久美子、平林直次、吉川和男	ICFの精神医療への導入 ICFに基づく精神医療実施計画書の開発	精神医学	49(1)	41-48	2007
吉川和男	司法精神医学と医療観察法制度—その意義と課題	OT作業療法ジャーナル	44(3)	180-187	2007
吉川和男	心神喪失者等医療観察法制度の実状と課題—入院および通院治療を中心に—	犯罪と非行	151	21-38	2007
Yoshikawa, K., Taylor, P. J., Yamagami, A., Okada, T., Ando, K., Taruya, T., Matsumoto, T., Kikuchi, A.	Violent recidivism among mentally disordered offenders in Japan	Criminal Behaviour and Mental Health	17		2007 (in press)
Matsumoto T, Okada T	Designer drugs as a cause of homicide.	Addiction	101	1666-1667	2006
岡田幸之、松本俊彦、野口博文、安藤久美子、平林直次、吉川和男	ICFの精神医療への導入 ICFに基づく精神医療実施計画書の開発	精神医学	49(1)	41-48	2007
岡田幸之	刑事精神鑑定—医療観察法施行後の変化	こころの科学	132	42-46	2007
岡田幸之、松本俊彦、樽矢敏広、吉澤雅弘、高木希奈、野田隆政、安藤久美子	米国の刑事責任能力鑑定—「米国精神医学と法学会 心神喪失抗弁を申し立てた被告人の精神鑑定実務ガイドライン」の紹介 (その1)	犯罪学雑誌	72(6)	177-188	2006

岡田幸之、吉澤雅弘、高木希奈、野田隆政、安藤久美子、松本俊彦、樽矢敏広	米国の刑事責任能力鑑定－「米国精神医学と法学会 心神喪失抗弁を申し立てた被告人の精神鑑定実務ガイドライン」の紹介（その2）	犯罪学雑誌	73(1)	15-26	2007
岡田幸之、野田隆政、安藤久美子、松本俊彦、樽矢敏広、吉澤雅弘、高木希奈	米国の刑事責任能力鑑定－「米国精神医学と法学会 心神喪失抗弁を申し立てた被告人の精神鑑定実務ガイドライン」の紹介（その3）	犯罪学雑誌	73(2)	(印刷中)	2007
岡田幸之、安藤久美子、松本俊彦、樽矢敏広、吉澤雅弘、高木希奈、野田隆政	米国の刑事責任能力鑑定－「米国精神医学と法学会 心神喪失抗弁を申し立てた被告人の精神鑑定実務ガイドライン」の紹介（その4）	犯罪学雑誌	73(3)	(印刷中)	2007
野口博文、小松容子、久永文恵	攻撃性の高い統合失調症のケースマネジメント	精神科治療学	21(8)	859-866	2006
松原三郎	スイス司法精神医療施設視察報告	日精協誌	26(1)	55-58	2007.1
松原三郎	指定通院医療機関の課題と薬物療法～民間病院の立場から～	臨床精神薬理学	10(5)		2007.4予定
松原三郎	「医療観察法」における通院医療と高齢者	老年精神医学雑誌	18(5)		2007.5予定