

A. 研究目的

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（以下「医療観察法」と略記）の当初審判において、鑑定入院は、実質的に、対象者の処遇を決定する分岐点であると同時に、急性期治療を提供する場ともなっている。このような重要性を帯びているにもかかわらず、鑑定入院中の処遇や医療の内容を明確に規定する法律はない。厚労省通知において、精神保健福祉法に準拠した医療が提供されればよいとされ、精神保健判定医等の養成研修会において「鑑定入院ガイドライン」が示されているのみである。

当研究班の研究目的は、鑑定入院の実態を多角的に調査したうえで、適正な鑑定入院のあり方を提言することである。この目的を実現するために、昨年度は、鑑定入院医療機関を対象として、担当医師の意識調査、鑑定入院者のプロフィールと処遇および医療内容をアンケート調査したほか、鑑定医を対象として、鑑定入院のあり方や問題点、それに鑑定医の臨床経験や属性などを問うた。さらに、指定入院医療機関および指定通院医療機関を対象として、鑑定書からみた医療観察法鑑定水準とばらつきを問い、指定通院医療機関には通院処遇対象者のプロフィールを追加調査した。

このような多角的な調査を通じて、鑑定入院中の医療内容と鑑定医による処遇判定には、無視できない不均質の存在することが示唆された。この結果を受けて、今年度は、

1. 鑑定入院ケースのプロフィール調査（継続）、2. 指定入院医療機関からみた入院処遇への疑義事例調査、3. 不処遇および却下事例の調査、それに、4. 鑑定入院医療機関の施設基準案の検討、の4課題を本研究班の作業課題とした。

B. 研究方法

1. 鑑定入院ケースのプロフィール調査

全国の鑑定入院医療機関のうち、昨年度に調査票を発送した240病院に対して、資料1の調査票（昨年度の調査票を一部改訂）を郵送し、2007年1月から6月までの6ヶ月間に、調査対象病院から退院した鑑定入院ケースについて、性別、年齢、診断、治療歴、対象行為、刑事処分、鑑定入院日数、審判結果、継続入院日数、それに検査や処置内容などに関する回答を求めた。

2. 指定入院医療機関からみた入院処遇への疑義事例調査

2007年7月1日現在の医療観察法指定入院医療機関10施設に対して、資料2の調査票を郵送し、通算入院症例数、そのうち、入院処遇の審判結果に疑義のある症例数、鑑定書に疑義のある症例数、および鑑定書への疑義の内訳（診断、疾病性、治療反応性、社会復帰要因、医療観察法適応、入院処遇適応）について回答を求めた。

3. 不処遇および却下事例の調査

全国53の保護観察所に対して、資料3の調査票を郵送し、2007年7月1日までの期間に各保護観察所が担当した医療観察法申し立て事例のうち、当初審判の結果、不処遇ないし却下の判定がなされた事例について、年齢、診断、対象行為、刑事処分、不処遇ないし却下の理由、転帰に関する回答を求めた。

4. 鑑定入院医療機関の施設基準案の検討

鑑定入院中の医療と処遇の実態に関する昨年度の研究結果をふまえ、研究協力員間の討論を経て、鑑定入院医療機関の施設基準案を作成した。

(倫理面の配慮)

1、2、3の調査結果には医療観察法対象者の個人情報が含まれるが、調査票および事例提示は、対象者個人を同定できないように配慮されており、調査結果はインターネットに接続しないコンピュータ内に保存されたうえ、調査終了後には全データを削除した。また、主任研究者の所属する病院内の倫理委員会において、本研究における調査と事例提示が承認されている。

C. 研究成果

1. 鑑定入院ケースのプロフィール

(1) 回答率

240施設に調査票を郵送した結果、56施設(23.3%)から105例について回答があった。調査対象とした240施設の中には、調査対象事例がなかった施設もあるため、調査対象事例のあった施設からの回答率は算出できない。

しかし、回答事例105例から、対象事例に関する回答率を推測することはできる。これまでに行われた医療観察法審判の月間平均件数は30.0件であるから、調査対象期間の6ヶ月間の審判件数は180件と推測される。したがって、105例の回答数から推計した回答率は58.3%となる。

(2) 回答結果

①性別

男 ----- 82
女 ----- 23
男性が78.1%を占めた。

②年齢

20代 ----- 29
30代 ----- 29
40代 ----- 15
50代 ----- 14
60代 ----- 12
70代 ----- 3

80代 ----- 1
無回答 ----- 2

20代と30代で過半数を占め、平均年齢は41.4歳であった。

③退院した月

2007年1月 ----- 16
2月 ----- 14
3月 ----- 20
4月 ----- 17
5月 ----- 16
6月 ----- 17
無回答 ----- 2

④主診断

F0 ----- 6
F1 ----- 8
F2 ----- 77
F3 ----- 7
F4 ----- 0
F5 ----- 0
F6 ----- 1
F7 ----- 3
F8 ----- 2
無回答 ----- 1
統合失調症を含むF2群の診断が73.3%を占

めた。

⑤副診断

F0 ----- 4
F1 ----- 3
F2 ----- 0
F3 ----- 1
F4 ----- 2
F5 ----- 0
F6 ----- 2
F7 ----- 5
F8 ----- 1
G4 ----- 1
その他 ----- 2
副診断なし ----- 84
副診断のある事例は21例。F7 (知的障害)

が最も多く、次いでF0（認知症を含む脳器質性障害）、F1（物質使用障害）と続いた。

⑥合併症

他科受診を要する身体合併症例が14例あった。

⑦対象行為（重複例あり）

殺人	11
殺人未遂	15
傷害致死	3
傷害	34
放火	30
放火未遂	3
強盗	5
強盗未遂	3
強姦	0
強姦未遂	2
強制わいせつ	3

⑧刑事処分

不起訴	85
起訴猶予	3
無罪	1
有罪（執行猶予付き）	9
有罪（執行猶予なし）	0
不明	7

公判提起されなかった事例が88例（83.8%）を占め、公判後の申し立て事例は10例（9.5%）にとどまった。

⑨鑑定入院の在院日数

回答のあった101例の鑑定入院の平均在院日数は71.5日であった。うち、隔離室を使用した事例は91例で、隔離室使用日数は平均28.2日、個室使用事例58例の平均使用日数は17.1日で、単純加算すると、隔離室・個室の使用日数は平均45.3日、残り26.2日は多床室が使用されていたことになる。

⑩審判結果

入院処遇	67
通院処遇	14
不処遇	17

却下	4
不明	2
無回答	1

⑪継続入院

鑑定入院終了後に鑑定入院医療機関に継続して入院した事例が16例（15.2%）あった。入院期間の平均は94.2日で、最長は200日であった。入院形式は措置入院が1、医療保護入院が9、任意入院が4、その他が2であった。入院継続の理由として、通院処遇の準備のためという項目を選択した事例が1例あったが、入院医療機関もしくは通院医療機関が未定という項目を選択した事例はなく、その他の項目を選択した事例が15例であった。

⑫鑑定医の所属

鑑定入院医療機関	79
その他の医療機関	24
無回答	1

⑬行動制限（重複あり）

身体拘束	10
通信制限	22
面会制限	30

⑭静脈麻酔

ベンゾジアゼピン系の薬剤による麻酔事例が4例、バルビタール系薬剤による麻酔事例が1例あった。

⑮抗精神病薬注射

抗精神病薬の筋注事例が9例、静注事例が7例、デポ剤筋注事例が4例あった。

⑯鼻腔栄養

拒食や誤嚥への対策として鼻腔栄養を実施した事例が1例あった。

⑰補液

身体管理や薬剤投与のために点滴を行った事例が5例あった。

⑱電気けいれん療法

電気けいれん療法を実施した事例はなかった。

⑲頭部画像診断

頭部CTスキャンを実施した事例が69例、MRI実施例は18例、シングルフォトンCT (SPECT) 実施例が3例あった。

⑩心理検査

WAIS-R実施例が77例、ロールシャッハテスト実施例が67例あった。その他の特殊な検査としては、MMPI、HDS-R、MMSEなどの心理検査と飲酒テストが各1例ずつあった。

2. 指定入院医療機関からみた入院処遇への疑義事例

調査対象10施設のうち8施設から回答があった。

8施設がこれまでに受け入れた入院処遇事例は通算363例であった。このうち、入院処遇の判定に疑義のあった事例が59例(16.3%)あり、うち15例では、病院管理者による退院請求がなされていた。

また、医療観察法の鑑定書に疑義ありとの回答が56例あったが、疑義項目別の事例数は、以下のようになっていた。

診断	46 (82.1%)
疾病性	33 (58.9%)
治療反応性	40 (71.4%)
社会復帰要因	16 (28.6%)
医療観察法適応	29 (51.8%)
入院処遇適応	47 (83.9%)

すなわち、入院処遇の適応はないと指定入院医療機関側が評価した事例が最も多く、次いで診断への疑義、治療反応性への疑義、疾病性への疑義と続いた。

さらに、これら56例の鑑定入院が実施された地区を地検単位で示すと、以下のようであった。

札幌	2
水戸	3
栃木	1
埼玉	3
千葉	1

東京	3
横浜	2
石川	1
静岡	5
愛知	3
京都	1
大阪	4
神戸	3
広島	1
高知	1
福岡	5
熊本	2
長崎	1
鹿児島	1
沖縄	2
無回答	10

3. 不処遇および却下事例

調査票を送付した53の保護観察所のうち50か所から、不処遇事例121、却下事例15について回答があった。

(1) 不処遇事例

当初審判で不処遇の判定がなされた121例のプロフィールなどを以下に示す。

①性別

男	74
女	46
無回答	1

有回答中の男性の比率は61.7%、女性が38.3%であった。

②年齢

20代	21
30代	23
40代	23
50代	21
60代	20
70代	10
80代	3

平均年齢は47.2歳で、20代から60代まで年代

のばらつきは少なかった。

③最終診断（重複例あり）

F 0	19
F 1	13
F 2	44
F 3	18
F 4	2
F 5	0
F 6	4
F 7	17
F 8	1
G 4	1
その他	2
精神障害に該当しない	3

統合失調症をはじめとするF 2群が44例と最多を占めたが比率は35.5%であった。F 0、F 3、F 7、F 1がこれに続いた。

④対象行為（重複例あり）

殺人	12
殺人未遂	9
傷害致死	0
傷害	43
放火	38
放火未遂	7
強盗	4
強盗未遂	4
強姦	0
強姦未遂	1
強制わいせつ	5
その他	2

⑤刑事処分

不起訴	94
起訴猶予	2
無罪	1
有罪（執行猶予付き）	24
有罪（執行猶予なし）	0
不明	0

⑥不処遇の理由

精神障害に該当しない	6
------------	---

責任能力が問える	2
対象行為が主診断に基づく行為ではない	3
治療反応性が認められない	31
あえて医療観察法による医療の必要がない	79
その他	2

自由記載欄には、不処遇理由として以下のような記述があった。

- ・外国籍の対象者で、日本に家族等の支援者がいない状況であったので、帰国の上で家族に囲まれて安心できる治療環境の確保が望まれた。
- ・申し立て時、措置入院を経て、すでに一般の精神科病院に通院治療を継続していた。指定通院医療機関に通院を変更するより、現在の主治医との治療関係を重視した。
- ・鑑定入院中に頸椎損傷を発症した。予後としては、障害が固定され、今後改善される見込がない（転帰の自由記載欄に「脳外科病院に転院となった」と記載あり）。
- ・精神障害についての治療は引き続き行われる予定であるが、本法律による医療が必要とは認められなかった。

⑦転帰

精神保健福祉法による入院	58
在宅+通院医療	50
在宅+医療不要	8
勾留+通院医療	0
勾留+医療不要	0
その他	2
無回答	3

- 自由記載欄には、処遇決定後の転帰について、以下のような記載があった。
- ・地元の福祉課との連携が順調にいき、近隣の福祉施設に通所することが決定した。
 - ・従来から利用していた知的障害者グループホームを継続して利用することとなった。併発している精神障害については、地元の

県立病院に通院することとなった。

- ・在宅ではあるが、知的障害者援護施設への通所につなげた。

(2) 却下事例

当初審判で却下となった15事例のプロフィールなどを以下に示す。

①性別

男	9
女	6

②年齢

20代	3
30代	4
40代	6
50代	1
60代	0
70代	1
80代	0

平均年齢は41.1歳であった。

③最終診断

F0	0
F1	2
F2	7
F3	0
F4	1
F5	0
F6	4
F7	0
F8	0
G4	0
その他	0
精神障害に該当しない	1

④対象行為

殺人	1
殺人未遂	1
傷害致死	0
傷害	7
放火	0
放火未遂	0

強盗	2
強盗未遂	3
強姦	0
強姦未遂	0
強制わいせつ	1
その他	0

⑤刑事処分

不起訴	14
起訴猶予	1
無罪	0
有罪（執行猶予付き）	0
有罪（執行猶予なし）	0
不明	0

⑥却下の理由

精神障害に該当しない	3
責任能力が問える	11
対象行為が主診断に基づく行為ではない	1

⑦転帰

精神保健福祉法による入院	3
在宅+通院医療	2
在宅+医療不要	0
勾留+通院医療	0
勾留+医療不要	2
その他	6
無回答	2

自由記載欄には、処遇決定後の転帰について、「勾留+医療については不明」という記載が4件あった。上記データでは「その他」に含まれている。

4. 鑑定入院医療機関の施設基準案

研究方法の章で述べたような手順で、本研究班は、鑑定入院医療機関の施設基準案を策定した。その成果を資料4に示した。

D. 考察

1. 鑑定入院ケースのプロフィールにみる医療観察法運用の変化

(1) 昨年度のデータとの比較

昨年度は、医療観察法が施行された2005年7月から約1年半後の2006年12月までに鑑定入院医療機関に鑑定入院となったケースのプロフィール調査を実施し、284例の個別データを得た。これらのケース群を以下、本文ではI群と表記する。今回の調査では、昨年度に引き続く2007年1月から6月までの半年間に鑑定入院医療機関から退院したケースを対象として、昨年度とほぼ同様の内容で調査を行い、105例の個別データを得た。これらのケースを本文ではII群と表記し、いくつかの項目についてI群と比較してみる。医療観察法体制が揺籃期を経て巡航体制に入りつつある現在、医療観察法の対象がどのように移り変わったかを検討するためである。このような比較をすることは、医療観察法の運用状況の変化を読み取る上で、今後も有用と思われる。

①性別

鑑定入院ケースの性別を、I群とII群、および両群通算の3者で比較して表示したのが図1である。II群ではI群に比べて男性の比率がやや増加しているが、統計的有意差はない。

②年齢

図2は、鑑定入院ケースの年齢層を3者比較したものである。II群では、I群に比べて、20、30代の若年層と60代の比率が増加し、40代、50代の中年層が減少している。

③診断

図3に、主診断の構成比を3者で比較した。F2群を主体とする診断構成はI、II群間で差はない。図4のように、副診断においても同様である。

④身体合併症

図5に、他科受診を要する身体合併症ケースの比率を示した。II群ではI群に比べて、身体合併症の比率が高い。20代から70代まで

年齢分布に偏りはないため、偶発的要因によるものと思われる。

⑤対象行為

図6に、対象行為の比率を示した。II群ではI群に比べて、放火の比率が増加し、殺人が減少しているが、統計的有意差はない。

⑥刑事処分

図7に、医療観察法への申し立て刑時の事処分の内容を示したが、I、II群間で明らかな差がある。すなわち、I群では、公判後の申し立てが約半数を占めていたのに対して、II群では、これが激減し、不起訴処分に置き換わっている。

医療観察法の施行初期には、すでに公判が終了して刑事処分が確定し、治療関係も安定しているケースに対して、医療観察法が申し立てられ、鑑定入院によって治療関係が中断させられるという事例が散見されたが、I群では、このような事例も含め、公判後の申し立て事例が重なったものと推測される。

いっぽう、II群では、公判後の申し立て事例が激減し、起訴前に申し立てられる事例が増えたこと、すなわち、医療へのアクセスが迅速になったことが窺われるが、半面で、裁判を受ける機会が狭められていると解釈することもできる。特に、公判を経ていないために、医療観察法プロセスにおいて刑事責任の評価が疑問視される事例の増加することが懸念される。

⑦審判結果

図8に、審判結果の比率を示した。II群では、I群に比べて入院処遇の判定が増加し、通院処遇が減少して、不処遇を下回るようになっている。判定結果には地域差があり、判定医や裁判官による処遇判定基準の地域差や個人差も推測されるため、図8を経時的な変化のみで説明することはできないであろうが、図8の変化は、医療観察法の施行から時間を経るにしたがって、入院処遇への期待が

高まる傾向を反映しているとも解釈できる。

この傾向は、いっぽうで、指定入院医療機関の病床利用率が上昇して、入院ベッドが逼迫しつつある現状の一因を形成しているものと推測される。

⑧平均在院日数

図9に示したように、Ⅱ群の鑑定入院期間は、Ⅰ群よりも12.6日(21.4%)延びている。しかも、病室別の在院期間では、個室の期間が短縮し、一般病室の期間が延長している。これは、鑑定入院医療機関側の姿勢の変化、すなわち、鑑定入院対象者への特別視や警戒姿勢が緩和し、一般の入院事例と同等の対応に近づいていることを物語っている。

ただし、入院期間の延長自体は、鑑定入院医療機関側の要因によるものではなく、審判プロセス(鑑定入院命令から審判決定書の送達まで)の遅延化と、先に述べた指定入院医療機関のベッド逼迫状況によるものと思われる。

⑨鑑定入院中の医学的処置

鑑定入院中に行われた医学的処置内容をⅠ群とⅡ群とで比較したのが表1である。身体拘束、静脈麻酔、静脈注射、デポー剤注射の比率がⅡ群でやや上昇していることがわかるが、いずれも件数が少なく、偶発的要因の関与を否定できないため、精神医学的な重症事例が増加しているということとはできない。いずれにせよ、精神科救急病棟など急性期治療のデータと比較すれば、医学的処置の頻度は明らかに低いこと、すなわち、鑑定入院事例では、臨床的な急性期状態にある事例が少ないことを物語っている。

(2) 鑑定入院後の継続入院例

昨年度の調査では、医療観察法上の処遇決定後も精神保健福祉法による入院を継続した経験があると回答した鑑定入院医療機関が30.5%に及んだが、今回の鑑定入院ケースの個

別調査では、そのようなケースは、105例中の16例(15.2%)にすぎなかった。前回の調査は回答者の所感を問うたものであり、今回の個別調査とは結果を単純に比較はできないものの、医療観察法の施行から時を経て、通院処遇ないし不処遇が決定後も鑑定入院医療機関に精神保健福祉法上の入院を継続する事例が減少していることが推測された。

継続入院の理由については、今回の調査では、設問形式に問題があったため、明らかにできなかった。通院処遇の準備のためとする選択肢は1例が該当するのみで、指定通院ないし入院医療機関が未定のためという選択肢に該当する事例はなかった。「その他」の理由を選択した事例が15例と最多であったが、内容を記述する欄を欠いていた。

継続入院16例の審判結果をみると、入院処遇が2例、通院処遇3例、不処遇9例、却下2例で、「その他」の理由での継続入院例15例中の9例(60%)は不処遇事例であった。すなわち、医療観察法の適応外であったが、入院治療の必要があったため、鑑定入院医療機関に引き続き入院していた事例が6割を占めていたということになる。継続入院の平均期間が鑑定入院の平均期間71.5日よりも長い94.2日と比較的長い理由も、この点から説明できよう。

なお、入院処遇決定後の継続入院2例の継続入院期間はいずれも4日間と短期であった。おそらく、指定入院医療機関は決定していたが、何らかの理由により移管が遅延したものと推測される。

2. 指定入院医療機関からみた入院処遇への疑義症例が提起する問題

(1) 昨年度の調査結果

昨年度の調査では、指定入院医療機関の医療観察法病棟担当医師に対して、鑑定書に疑義を抱いた経験の有無について意見を求め

たところ、18人から回答があった。その結果を疑義項目別に示したのが図10である。これによると、鑑定書における治療反応性の評価に疑問を感じたことがあると回答した医師が94.4%に上ったのをはじめ、全項目で6割以上の回答者が、疑義のある鑑定書に遭遇したことがあったと答えている。

しかし、この調査結果は、回答者が疑問を感じた鑑定書に1例でも遭遇したことがあれば、疑義ありと分類されてしまうため、疑義鑑定書が大半を占めるかのように誤解されやすい。図10は、むしろ、診断や疾病性に疑義を感じた鑑定書に一度も遭遇したことがない指定入院医療機関の医師が2割以上もいた、と鑑定書の信頼度をプラスに評価しておくべきであろう。

(2) 今年度の調査結果

今回の調査では、視点を変えて、指定入院医療機関への入院処遇事例の全てを対象として、医療観察法関連項目の評価に疑義のあった鑑定書の実数を洗い出してもらった。

その結果、疑義鑑定例は59例で、全入院処遇事例363例に対する比率は16.3%、このうち15例(4.1%)については、病院管理者から退院請求が申し立てられていた。疑義鑑定59例における項目別の疑義比率を図11に一覧表示した。

特に診断と入院処遇適応についての疑義が目立つ。今回の調査では、診断構成までは調査しなかったため、どの診断に疑義があったのか判然としないが、疾病性や治療反応性、あるいは責任能力との関連で推測すれば、鑑定書で精神病圏とされた診断が、指定入院医療機関では神経症圏(解離性障害等)や人格障害圏(自己愛性人格障害等)へと変更された可能性が高い。

疾病性、治療反応性、社会復帰要因の3要素のいずれかにおいて医療観察法への適応が

なければ不処遇、刑事責任能力が認められれば却下という判定が下されるべきであり、入院処遇の必要性が認められなければ通院処遇が推奨されるべきであるが、鑑定における判断や法解釈の誤りのために、指定入院医療機関に紛れ込んでしまった事例が約6例に1例あった、と指定入院医療機関は評価したのである。

この不一致率は、指定入院医療機関から見た場合、大きな数値と感じられるであろう。指定入院医療機関の増設を語る前に、入院処遇の判断を厳密に行ってもらいたい、との声が聞こえてくるといってもよい。ただし、鑑定医側の抗弁の機会がないので、あくまでも、指定入院医療機関の側からみた数値であることを差し引いておく必要がある。診断はもとより、医療観察法適応や入院処遇適応が判定医によって食い違う事例の生ずることは避けられないからである。

(3) 医療観察法適応および入院処遇適応の判定基準をめぐって

医療観察法37条は、鑑定医に対して、医療観察法による医療の必要性(医療観察法適応)の有無を判定すること、および、適応がある場合には、入院処遇の必要性の有無(入院処遇適応)を判定することを要請している。医療観察法の鑑定には、このように、順序のある二段階の判定作業が求められている。

①医療観察法適応の判断基準

第一段階での判定は、先に述べたように、疾病性、治療反応性、社会復帰要因という3要素の評価によってなされるが、鑑定医に求められる鑑定事項は、通常は以下のように表現されている(括弧内は執筆者の注釈)。

- (ア) 対象者が精神障害者であるか(診断)
- (イ) 精神障害者である場合には、その精神

障害は、対象行為を行った際の原因となった精神障害と同様のものであるか否か（疾病性）

- (ウ) 同様の精神障害を有している場合には、その精神障害は治療可能性のあるものであるか（治療反応性）
- (エ) 治療可能性が認められる場合には、その医療（医療観察法医療）を受けさせなければ、その精神障害のために同様の行為を行う具体的・現実的な可能性があるか否か（再発リスク）

このような4項目について鑑定医の見解が求められる。すなわち、社会復帰要因という言葉は、実はどこにも出てこない。（エ）の再発リスク評価の中に、医療提供要因などとともに包摂されていると見てよい。このままでは、包括的にすぎるため、もう少し臨床に即した形で医療観察法の適応条件を表現してみると、以下のようになる。

- (i) 対象行為が精神障害に起因するものであること
- (ii) その精神障害に治療反応性があること
- (iii) 鑑定時現在の病状と社会復帰要因に鑑みて、その精神障害による対象行為が近い将来に再発する可能性が高いこと
- (iv) その可能性は、従来の精神保健福祉法による医療では減ずることができず、医療観察法による医療によってのみ減ずることができること

論理的には、以上の4項目を、「具体的・現実的な」エビデンスによって論証することができれば、医療観察法の適応となり、できなければ適応外（不処遇）ということとなる。

②入院処遇適応の判断基準

医療観察法適応の有無については、複数の判定医間で常に評価が一致するとは限らない

ものの、少なくとも医学的な議論が可能である。

これに対して、第二段階の入院処遇適応の判定については、非医学的な要素が介在しやすいため、複数の判定医および法曹関係者の間で評価が不一致となる確率が大きいと推定される。第二段階で求められているのは、「医療観察法による入院治療」の要否判断であり、「入院治療一般」の要否判断ではない。第一段階で医療観察法による医療が必要であるが、病状が十分に回復し、治療意欲・治療関係とも良好のため、通院処遇で再発防止が可能と判断されたとしても、非医学的な理由（例えば、自宅を放火したため住居がない、地域住民が対象者の帰住に反対しているなど）により、直ちに在宅ケアに移行することが困難の場合、入院処遇が必要なのか、在宅ケアの条件が整うまで、精神保健福祉法による任意入院という形で対処するのが妥当ではないのか、という議論がありうる。

以下に、入院処遇の適応基準についての議論を整理してみる。

(ア) 入院処遇の絶対基準

入院処遇の適応症例は、指定入院医療機関における高度に管理的で専門的な入院治療が必要不可欠であり、その他の医療機関では、たとえ（病院機能評価機構の審査をパスしたような）高度な医療水準にある病院においても、再発防止と社会復帰促進という医療観察法の立法趣旨を実現することが不可能な症例である、と定義づける立場がある。いわば、入院処遇の絶対基準である。この基準に従うならば、入院処遇を推奨する鑑定医は、そのような基準に合致する症例であることを積極的に論証しなくてはならない。

(イ) 入院処遇の相対基準

ところが、現実には、入院処遇の必要性を論証するよりも、在宅ケアの困難性を論拠として入院処遇を推奨する鑑定が少なからず

あると推測される。わが国における精神科病院群の現状とばらつきを考慮すると、「十分な在宅ケアを提供できる病院が近辺にない」という非医学的な理由をもって「入院処遇が不可欠」と結論づけられる可能性が十分にある。

あるいはまた、高規格の病棟と高密度のスタッフ、それに専門的プログラムを備えた指定入院医療機関における入院治療が、再発防止と社会復帰促進のためには最善の選択肢である、という理由で入院処遇を推奨する鑑定もありうる。入院処遇が不可欠 (must) ではないが、一般論的には最善 (best) であるという論法である。

以上の判断根拠は、入院処遇の絶対基準に対して、相対基準ということができる。

(ウ) 限定主義と拡張主義

絶対基準を採用するのは、入院処遇の対象事例を厳密に絞り込もうとする限定主義の立場に立つ人々であり、指定入院医療機関のスタッフや医療費を給付し医療観察法制度を監督する立場にある厚労省サイド、あるいは地域処遇を優先する弁護士などに親和性が高い。

対して、相対基準は、地域ケアを担当する人々や社会的安全を優先する検察官など、できるだけ多くの対象者が指定入院医療機関における高規格の医療を享受すべきであると考える拡張主義の立場に立つ人々に親和的である。

いずれにせよ、限定主義と拡張主義のどちらの立場に近いかによって、入院処遇の判定基準には判定医や関係者の間に個人差を生じてしまう。今回の調査結果が示した疑義鑑定例59例のうち、指定入院医療機関の側から退院を申し立てた15例（明らかな誤審と評価された事例）を除く45例（全入院事例の12.4%）は、ここでいう入院処遇の絶対基準と相対基準の落差を反映した事例ということもでき

る。

3. 不処遇および却下事例のプロフィールと不処遇の判定基準

今回の調査では、全国の保護観察所を対象として、当初審判で不処遇ないし却下の判定が下された事例のプロフィール調査を実施した。医療観察法の適応とならなかった事例を分析することによって、医療観察法37条鑑定における処遇判定に際して参考となる情報を抽出したいと考えたからである。

以下に、主な項目について、不処遇事例と却下事例を、本研究班が把握している全鑑定事例389例のうち入院処遇もしくは通院処遇となった医療観察法対象事例195例と比較して図示し、不処遇および却下事例群の特徴を説明する。次いで、不処遇事例を例示し、医療観察法の適応基準の文脈で考察を加える。

(1) 不処遇および却下事例の特徴

①性別

図12に、不処遇事例（121例）、却下事例（15例）、および対象事例（195例）における性別を示した。不処遇事例、却下事例では、対象事例に比べて女性の比率が多いことがわかる。不処遇の理由で最も多いのは、「あえて医療観察法による医療の必要がない」というものであるが、そのように判断した背景には、性差が影響を及ぼした可能性がある。

②年齢

図13に、年齢階層を3者で比較して示した。不処遇事例では対象事例に比べて60代以上の高齢者の比率が高い。却下事例において、40代の比率が有意に高く、60代以上の高齢者の比率が低い。母数が小さいため、偶発的であった可能性が高い。

③診断

図14に示したように、診断の比率は、3者で大きく異なっていた。不処遇事例では、対

象事例に比べて、F7（知的障害群）と認知症を含むF0（身体因性障害群）の比率が有意に高かった。これらの診断群では、治療反応性がないと評価され、不処遇の判定がなされた事例が多いためであろう。

却下事例では、F6（人格障害）とF1（物質使用障害）の診断群が突出している。責任能力ありと評価され、申し立て却下（検察官への差し戻し）とされた事例が多いためであろう。

④対象行為

図15に対象行為の比率を示した。不処遇事例では、対象事例に比べて殺人および殺人未遂の比率が低く、放火（未遂を含む）の比率が高かった。すなわち、対象行為の重大性が相対的に低かった。この点が、不処遇の判定に影響した可能性がある。

却下事例では、傷害と強盗（未遂を含む）の比率が突出している。事例数が少ないので、断定的なことはいえないが、強盗事件では責任能力が問われる事例が多いことは頷けるところである。

⑤刑事処分

図16に示したように、却下事例では、明らかに起訴猶予（心神耗弱）事例が多い。診断構成（人格障害と物質使用障害が多い）や対象行為（強盗が多い）と並んで、刑事責任が問えると判定され、申し立て却下となった事情が推測可能である。

⑥不処遇の理由

図17に、不処分理由の比率を示した。「あえて医療観察法による医療の必要がない」という理由が最も多い。しかし、2007年7月の最高裁判決は、医療観察法の適応があるにもかかわらず、精神保健福祉法による医療で足りるという理由で不処遇とするのは許されないとしている。今後は、このような理由による不処遇の決定が抑止されることとなろう。

⑦却下の理由

図18に、申し立て却下と判定した理由の比率を示した。やはり、責任能力が問えるとして申し立て却下された事例が最も多い。ただし、却下されたからといって、必ずしも起訴されるとは限らない。心神喪失による不起訴という処分内容から、心神耗弱のため起訴猶予へと刑事処分が変更され、申し立てが維持された事例もある。

（2）不処遇事例の提示

本研究班は、関係各機関の協力を得て、不処遇事例に関わる鑑定書や審判決定書を何例か収集し、内容を検討した。この中から、4例を紹介し、次項で不処遇の判定基準について考察を加える。

【事例1】70代前半の男性。アルツハイマー型認知症。対象行為は傷害。

対象者は、小学校3年以來、登校せず、若い頃からやや暴力的になりがちだった。道路交通法違反と詐欺で、若い頃に2、3回、逮捕歴があるが、以後は農機具修理業を自営し、真面目に生活していた。配偶歴はなく、単身生活を続けてきた。

対象行為の3年前年頃から記憶力低下が目立ち、仕事も単純なもののみ受けていた。最近は年金で生活し、その管理も自身ではできないため、近隣の親族に依頼していた。一度、徘徊し、他県で保護された。

対象行為当日、近隣の民家に侵入し、仏間で臥床し、休んでいたところ、その家の住民に発見された。本人は「自宅への侵入者を懲らしめる」かのように、ほうきで民家の住民に叩きかかり、傷害を負わせてしまった。住民が逃げ出した後、本人はそのまま仏間にふとんを敷いて寝てしまい、来訪した警察官に逮捕された。

警察に連れて行かれた後も、「俺は何もしない」「お前たちが連れてきた」など話し

ており、まったく記録していない様子であった。

鑑定入院後、病棟では穏やかに過ごしているが、たまに怒りだし、大声を上げることがあった。HDS-R 3点と、最重度認知症と思われた。急性期閉鎖病棟で、認知症患者がほとんどいないため、夜間は退院まで隔離された。

頭部MRIで、水平断では、頭部CT同様、前頭葉、側頭葉の萎縮、海馬の萎縮と側脳室の拡大が目立っていた。側脳室周囲には高信号の部位があり、微小な脳梗塞が散在と思われた。臨床経過と併せて、アルツハイマー型認知症と診断された。

鑑定は、治療反応性が認められないため不処遇の判定を下し、審判もこれを追認した。不処遇決定の当日、地元の精神科病院が併設する老人保健施設に入所した。

【事例2】70代後半の女性。妄想性障害。対象行為は放火。

対象者は、中学卒業後、作業員などをして生活。結婚して数人の子を儲けるが、本人が50代から60代にかけて、子供が相次いで統合失調症を発病。夫と共稼ぎをしながら家計を支えたが、近年は生活保護を受けていた。対象行為の2年前に長男が心不全で急死。半年前には夫も悪性腫瘍で病死し、残された子供と孫（知的障害あり）たちと同居して世話をすることとなった。

借家の老朽化のため立ち退きを求められたが、福祉事務所は立ち退き料を所得と認定して転居費用を支給しなかったため、対象者は市長への不満を募らせていった。しだいに不眠がちとなり、近隣の物音に敏感となり、「いやがらせで音を出している」と口論するようになった。このため、近隣からも孤立するようになった。

対象行為の当日、家族全員を仏壇の前に集

め、「市長から迫害されている」「追い詰められたので、みんなで死のう」と自宅に放火した。対象者は広範な熱傷を負い、地元の総合病院に数ヶ月入院。退院と同時に現住建造物放火の罪で逮捕されたが、簡易鑑定ののち心神喪失とされて不起訴処分となり、医療観察法に申し立てられた。

鑑定入院直後は、物音に敏感で、職員に対して、「お前は警官だろう」とすごみ、拒食が続いた。抗精神病薬の投与により、しだいに穏和となり、入院1ヶ月半後には家族とも和やかに面会し、対象行為について盛んに謝罪するようになった。

頭部CT検査において前頭・側頭領域に軽度萎縮を認め、大脳基底核にラクナ梗塞の散在を認めたほかは、検査所見には異常がなかった。しかし、心理検査は拒否された。

鑑定入院経過を総括して、鑑定医は、対象者を妄想性障害と診断し、対象行為もこれによるものと結論づけた。現在、迫害妄想は改善傾向にあるが、病識は希薄で、通院治療では治療中断が予測される。支え手のいない家族要因も社会復帰を妨げている。したがって、入院治療が必要であり、治療反応性も認められるが、家族との強い絆を考慮すると、地元での治療とケースワークが重要で、医療観察法での強い枠組みによる処遇は必要ないとして、鑑定医は不処遇の判定を下した。

審判もこの鑑定結果を追認したが、検察官がこれを不服として高裁へ抗告。高裁はこの抗告を認めて、医療観察法による入院医療が必要と決定した。ところが、今度は付添人弁護士がこの決定を不服として最高裁に抗告した。しかし、最高裁は、医療観察法による医療の適応がありながら、精神保健福祉法による医療で再発防止と社会復帰が可能という理由で医療観察法の適応外（不処遇）とすることは許されないとして、付添人の抗告を却下。原審に差し戻された。

この結果を受けた地裁は、新たな裁判体で審判をやり直し、入院処遇の決定を下した。対象行為から約1年後、地元の精神科病院に転院し、良好な治療関係のもとで裁判所の決定を待っていた対象者は、結局、県外の指定入院医療機関へと移管されることとなった。

【事例3】40代前半の男性。統合失調症。対象行為は傷害。

対象者は子供時代からおとなしく友人は少なかった。大学卒業後、数回の転職ののち、機械工場に10数年勤めた。この間、労災事故で利き腕に大きな障害を遺したが、数年間は同じ工場で働いた。対象行為の6年前、実家を出てアパート住まいを始め、結婚相談所で紹介してもらった女性と数ヶ月間同居したが、結局、離別し、工場も辞めてしまう。

その後、実家に戻るも、引きこもりがちな生活を続けた。同じ頃、母親に認知症が目立ち始め、対象者は介護も手伝っている。しかし、しだいに、夜中に隣家に向かって叫ぶ、家族が注意すると逆に攻撃的態度をとる、家中の壁をハンマーで打診して回る、自室内の家財道具を次々と捨てる、自宅のトイレを使わず外で用を足す、などの奇異な行動が出現するようになった。

家族は保健所や警察に相談に行ったが、受診勧奨にとどまっていた。そして、引きこもりから約5年後の某日、駅のプラットフォームで面識のない2人の男性の顔面を素手で殴り、外傷を負わせる対象行為に至った。簡易鑑定によって統合失調症による幻覚妄想状態下の事件と診断され、不起訴ののち医療観察法に申し立てられた。

鑑定入院の当初においては、対象行為を否認し、「外国語を話す男たちに、いきなり駅で取り押さえられた」「逮捕したのは警察ではなく悪い組織」などと抗弁。連合弛緩に加えて、感情の平板化や自閉的態度が目立っ

た。しかし、抗精神病薬の投与により、しだいに精神内界を語るようになり、数年前から幻聴が持続し、やくざ組織に狙われる恐怖を体験していたことなどを表明した。また、病識は不十分ながら、治療を受け入れる態度が現れている。家族も治療への協力を申し出ている。

以上の病歴と鑑定入院の経過等をふまえて、鑑定医は、現時点では入院治療の継続が必要であるが、今後、鑑定医の所属する医療機関において標準的な精神科治療を継続すれば、いずれ在宅ケアに移行することが期待できるばかりでなく、医療中断と病状悪化および対象行為の再発を防止することも可能であるとして、医療観察法による医療は不要であると結論づけた。

検察官が異論を呈したが、裁判所は、「現時点では、医療観察法による入院決定は、対象者の治療に効果的ではなく、鑑定人の意見の通り、精神保健福祉法による処遇に委ねても、対象者を鑑定人の所属する病院に医療保護入院させる態勢が確保されており、その治療を受けるなどしておれば、対象者が本法対象行為と同様の行為を行う具体的、現実的な可能性はほぼない」として、不処遇の決定を下し、検察官も抗告しなかった。

【事例4】40代前半の女性。統合失調症。対象行為は実母の殺人。

対象者の母は、若い頃から親戚や隣人への被害的言動や奇行が目立ち、周囲から孤立しがちであった。対象者は、中高時代を通じて、成績は中の上。学校では、責任感があり、根気強いと評価されていた。高卒後、銀行に就職したが、職場内でのいじめもあってか、20歳ころから家族内で怒りっぽくなり、職場内でも目立つようになったため、家族の勧めで、22歳のころ、某精神科（鑑定入院先ではない）を受診している。

その後、通院しながら仕事を続けたが、しだいに休職の頻度と期間が増加。約10年後に退職となった。その直後に父が病死している。退職後は、通院は続けたものの、引きこもりがちで生活レパートリーに乏しい日々を母とともに過ごすこととなった。そして、対象行為の半年ほど前に、20年近く継続した通院を中断。前の職場などに、まとまらない内容の電話を頻繁にかけるようになる。

このような状況下で、対象者は、転びやすくなるなど身体機能の低下しつつあった母（当時70代）を自宅で絞殺するに至った。遺体とともに数週間を過ごしたのち、対象者は、親戚によって脱水状態で発見され、内科病院に入院して手当を受けたのちに検挙された。しかし、起訴前鑑定によって、統合失調症の慢性的幻覚妄想状態のため心神喪失と診断され、不起訴ののち医療観察法に申し立てとなった。

鑑定入院時は、まともには悪いながらも会話は可能で、「ずっとボイスコントローラーでいろいろ言われて、怖くて水も飲めなかった」「今でも、聞こえている」と幻聴の持続を表明した。いっぽうで、「歯科医の夫と医師の息子がいる」と主張するなど、親族に関する妄想は確乎としていた。

対象行為については、対象者による絞殺の結論が出ているにもかかわらず、「〇〇さん（かつての上司の娘）が毒薬をもってきて母に飲ませたために、母は死んだ」と他者による毒殺であると主張。「死んだ母を腐らせまいとして水をかけたりしていたら、死に水とらなきゃ、という母の声が聞こえたので、生きてると思って安心した」などと、死体と同居した数週間を妄想している。結局、対象行為の詳細な状況はもとより、殺意さえも確認できなかった。日常生活活動性の低下しつつあった母の世話が負担になったのではないかと推測するにとどまった。

鑑定入院期間中、新規抗精神病薬を中心に薬物療法を施行したところ、幻聴や妄想の勢いがやや減じた印象はあったものの、著しい思考障害や意欲低下、自閉傾向などの慢性症状に変化は見られなかった。知能テストでは正常下限の知能とされ、各種の心理テストにおいても、著しい人格水準の低下が認められた。

以上の経過に基づいて、鑑定医は、対象者を治療反応性の乏しい統合失調症慢性状態と診断し、病状的にも環境的にも、現時点での在宅ケアは困難のため入院治療を要するとしたうえで、今後の長期にわたる医療と生活支援を考慮した場合、医療観察法による医療よりもむしろ、長年の通院先病院において精神保健福祉法による医療を継続するのが適当であると結論している。

この結果を受けて、裁判所は、対象者は環境変化に敏感に反応する人物であると認め、「治療反応性が弱いというえ、殺人や傷害などの粗暴な行為を行う可能性がないから、医療観察法上の入院措置等をとることは相当ではなく、鑑定人が主張するように、これまでの住環境に近い場所での任意入院（もしくは医療保護入院）に基づく医療を受けさせるのが相当である」として、医療観察法上の不処遇と決定した。検察官による抗告もなされなかった。

（3）不処遇事例の検討

①不処遇の典型例

事例1は、治療反応性において医療観察法の適応外とされた典型例であろう。図14で示したように、不処遇事例の診断には、知的障害と認知症が3割以上含まれている。これらの事例では、急性精神病状態などの診断が併記されない限り、治療反応性が期待できないとして不処遇の審判が下されている。また、45ページのデータからもわかるように、審判

終結後も精神保健福祉法による入院ないし通院医療が継続されている事例が大半を占めている。

審判前に関係者の事前協議が行われていたとすれば、この協議の場ですでに、不処遇の結論や審判終結後の処遇について、関係者（通常は、裁判官、審判員、参与員、検察官、付添人、鑑定医、社会復帰調整官の7者）の合意が形成されていたと推測される。

②不処遇判定が否定された事例

いっぽう、事例2は、一般的には治療反応性が乏しいとされる妄想性障害の診断が下されているものの、多分に状況反応性の機制が認められ、鑑定入院においても治療反応性が認められている。さらに、対象者の病識が不十分であることと、社会復帰の条件が未整備であることを考慮すると、論理的には医療観察法の適応があると判定すべき事例と思われる。したがって、不処遇の判定は、法的な観点からは整合性を欠くとされた。

しかし、入院処遇は、精神保健福祉法による医療に比べて、社会復帰の促進という観点からすれば、臨床的にマイナス要因の増大をもたらすと判断された。要するに、この事例では、法的妥当性と臨床的妥当性が衝突してしまい、書面審査のみの抗告審では、法的妥当性が臨床的妥当性を凌駕する結果となってしまった。

医療観察法適応のある事例を医療観察法によらない入院医療という処遇に導こうとするならば、法的には、以下のような論理構成で臨まなくてはならないであろう。

- ア) 医療観察法による医療の適応がある。
- イ) しかし、高度に管理的で専門的な（強い枠組みでの）入院処遇は必要ない。
- ウ) したがって通院処遇が妥当である。

以上が鑑定主文で、以下は参考意見とな

る。

- エ) しかし、現時点では在宅ケアの条件が整っていない。
- オ) そこで、医療観察法115条（通院処遇中の精神保健福祉法入院を容認する規定）を援用して、精神保健福祉法による入院を推奨する。

事例2のように、入院処遇が臨床的にマイナスになると判断された事例において、法的妥当性と臨床的妥当性を両立させるには、この方法によるしかない。

ただし、このような変則的な便法は、通院処遇といつつ実質的には入院となる矛盾をはらんでおり、特にロジックを重んずる法律家の間には容認できないとする意見が少なからずあるものと推測される。この便法を容認するにしても、少なくとも任意入院とするのが筋であろうが、現実には医療保護入院が多い（42ページ⑩）。

また、この便法が過剰に採用されると、指定通院医療機関などが、指定入院医療機関の代用ベッドになるような事態を招く可能性もある。そのような事態を回避するためには、適切な密度と配置で指定入院および通院医療機関が設置され、入院処遇と在宅ケアとの臨床的なギャップ（時に社会復帰を阻害する要因となる）を最小化する方策が実現されなくてはならない。

③不処遇判定に関する今後の情勢

事例2に係る2007年7月の最高裁判決の結果、医療観察法適応のある事例に対しては、臨床的には精神保健福祉法による医療で足りる、あるいは、そのほうが有効であるとの理由から不処遇の判定を下すことが、原則としてできなくなった。特に、入院の必要性があると鑑定医が記述すると、そのことをもって社会復帰要因に問題があるとされ、明らかに治療反応性を欠く認知症例などを除いては、

ほぼ自動的に入院処遇という結論に導かれてしまう可能性が高くなった。

事例3および4のような慢性の統合失調症例に対しても、現代の精神医学・医療は、半永久的な入院という形態をとらなくとも、精神保健福祉法の枠組みで十分に病状をコントロールする方法論を有していると思われるが、そのような言説は、治療反応性を認定することと受け止められるかもしれない。そして、精神保健福祉法による医療を継続している限り対象行為が再発する「具体的・現実的な可能性」がないと鑑定医が主張しても、入院治療を要するほどの病状にあれば、裁判所は、「いずれ退院することを考えれば、手厚い在宅支援態勢や継続的通院を担保するために医療観察法の枠内に収めておくべきである」と判断する可能性がある。

すなわち、医療観察法適応に関しては、今後は、拡張主義が確実に優位となるであろう。48ページに示した医療観察法の適応条件に即して言えば、(i) 疾病性、(ii) 治療反応性、(iii) 再発リスクの3項目について、その存在が論証できればよく、(iv) 医療観察法の不可欠性を証明する必要はなくなったともいえる。

逆に、不処遇の判定を下すためには、(i) (ii) (iii) という医療観察法の必要条件のいずれかを欠くことを論証する以外にないということになったといえよう。しかし、(i) (ii) はともかく、(iii) 再発リスクが高くないことを論証するのは現実的には困難である。「再発リスクが高くないと言い切ることのリスク」を回避しようとする鑑定医の心情を、あながち非難するわけにもいかない。いきおい医療観察法適応の判定が増えることとなる。

事例2、3、4のように、医療観察法適応の3条件は満たすが、継続ケアの観点からみて、遠隔の指定入院医療機関における入院

処遇が臨床的に有効ではなく、むしろ居住地に近く治療関係のある医療機関での入院および通院治療が望ましいと鑑定医が確信する症例では、前項で述べたような、「医療観察法の枠内での精神保健福祉法による入院治療（入院先が指定通院医療機関である必要はない）」という変則的な便法をとるほかはなくなるであろう。

しかし、この方法も、前述したように問題が多い。他方、指定入院医療機関のベッドは逼迫している。自治体立病院を中心に指定入院医療機関が急増する見込みも薄い。となれば、医療観察法における拡張主義の優勢も、すぐに物理的限界に突きあたる。法曹界と医療界が共同して、医療観察法の運用における法的妥当性と臨床的妥当性を両立させる方策を早急に検討しなくてはならない。

例えば、入院処遇の社会復帰期にまで達している対象者のうち、非医学的理由によって退院が延期されているような事例があれば、いったん退院させて通院処遇とし、在宅ケアの条件が整うまで、115条を援用して、帰住先に近い病院に精神保健福祉法による入院とする便法がありうる。当初審判における便法を入院処遇終了の審判に採用する手法で、指定入院医療機関への入院を抑制するのではなく、退院を促進する方策ともいえる。医療観察法の立法趣旨に照らせば、入院処遇が介在するこの手法に異を唱える人は少ないであろうし、社会復帰調整官の仲介によって、すでに実例が積み重ねられているものと思われる。

4. 鑑定入院医療機関の施設基準案

鑑定入院医療機関が満たすべき医療水準案の策定に当たり、本研究班は下記の各項目を指標とした。

(1) 現行の鑑定入院制度において法定されている、又は所管省庁である法務省及び厚生

労働省若しくは最高裁判所が通知等によって示している基準（法定又は準法定基準）

（２）鑑定入院制度のあり方を現行の精神保健福祉との整合性も含めて精神医学的及び倫理的に検討した結果、当然に達成されるべきと判断された基準（医学的及び倫理的に必然的な基準）

（３）医療観察法の指定入院医療機関及び指定通院医療機関における治療及び運営に関して厚生労働省が策定している、又は当然に達成されるべきと考えられている基準（司法精神医療の基準）

（４）現在の鑑定入院医療機関の運営実態に鑑みて、多くの鑑定入院医療機関が達成している、又は達成可能と判断された基準（達成可能基準）

上記の各指標に基づき、本研究班は有識者や実務経験者等も交えて複数回の議論を行い、「鑑定入院医療機関の規格」「鑑定入院医療機関における処遇」「鑑定入院対象者に対する医療の提供」の三要素について、満たすべき水準の抽出を行った。

次に、抽出された水準を下記の見地に基づき三段階に分類した。

- ①水準A：現行の医療観察法施行状況に鑑みて、即時の達成が不可欠であると考えられる水準。本水準は、既に法定ないし準法定化されているか、又は医学的若しくは倫理的に考えて即時に達成されることが当然であると判断された項目に対して付与される。
- ②水準B：医療観察法の理念をはじめ精神保健福祉の見地から考察した結果、早急な達成が必要であると考えられる水準。本水準は、法定はされていないが、医学的若しくは倫理的に考え、又は医療観察法制度における司法精神医療との整合性に鑑みて、早

急に達成されることが必要であり、かつその実現が現実的に可能であると判断された項目に対して付与される。

- ③水準C：医療観察法の理念をはじめ精神保健福祉の見地から考察した結果、達成を検討すべきと考えられる水準。本水準は、上記の各指標に基づき、達成されることが必要であると判断されたが、前記水準A又はBに該当しなかった項目に付与される。

このようにして、鑑定入院医療機関が満たすべき医療水準の案を策定した。なお、この水準案はあくまでも医療観察法制度の適正な運用と我が国の司法精神医療、ひいては精神医療全体の底上げを果たすために策定されたものであり、単に鑑定入院制度の現状を追認もしくは要約するに留まるものではないことを明記しておく。

今回の研究により、鑑定入院医療機関がその使命を果たすために備えるべき人的および設備的要件や、対象者の処遇および治療にあたって遵守すべき事項等が、ある程度、明確化されたものとする。

鑑定入院医療機関は法定化された施設ではない。従って、そのあり方について、法令のみに根拠を求めて議論しても、適正な鑑定入院医療機関の態様は見えてこなかった。また、それが鑑定入院医療機関における医療従事者の戸惑いにもつながっていたという経緯が、基準案作成作業の基底に存在する。

本研究においては、法令や制度論のみならず、精神医学的あるいは倫理的側面や、現行の医療観察法制度における他の医療機関における運営実態との整合性など、多角的な観点から検討を重ねた。これによって、鑑定入院医療機関のあり方について、従前よりも踏み込んだ議論を行うことが可能であったと考えられる。

E. 結論

医療観察法による鑑定入院者のプロフィールが、法の施行後1年半までとそれに引き続く半年とでどのように変化したかを分析したところ、公判後の申し立て事例の減少と不起訴事例の増加、通院処遇の減少と入院処遇の増加、鑑定入院日数の延長などの変化が明らかとなった。

指定入院医療機関に入院処遇への疑義症例を抽出してもらったところ16.3%が該当し、4.1%は指定入院医療機関の管理者による退院が申し立てられていた。入院処遇の判定基準には、対象を厳密に絞り込むべきであるとする限定主義と対象を広げようとする拡張主義の立場があるが、指定入院医療機関側は、限定主義的な立場に親和性が高いと推測された。

保護観察所への調査や事例検討を通じて、不処遇および却下事例のプロフィールを分析したところ、入院ないし通院処遇事例と比較して、不処遇事例では治療反応性や管理水準の低い事例群、却下事例では責任能力の問える事例群の像が浮かび上がった。また、2007年7月の最高裁判例は、今後、不処遇事例を抑止し入院処遇事例を増加させるものと推測されたが、指定入院医療機関のベッドは限られているため、法曹界と医療界の対話による打開策が急務と思われた。

最後に、以上の所見と昨年度の調査結果を踏まえて、鑑定入院医療機関における医療と処遇に関する基準案を提示した。来年度は、この基準案の達成度や基準案に対する意見を調査する予定である。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

(1) 昨年度の研究成果は、第103回日本精神神経学会（2007年5月17日、高知市）のシンポジウム「医療観察法にかかわる鑑定と法運用の実態—事例を通して—」において「医療観察法への社会的要請と運用上の問題点」と題して口演発表し、その原稿が日本精神神経学会誌第110巻1号43～48ページに掲載された。

(2) また、第3回日本司法精神医学会（2007年5月24日、東京都）の一般演題に「医療観察法鑑定入院の実態—平成18年度厚生労働科学研究から—」と題して口演発表し、その抄録が司法精神医学第3巻1号133ページに掲載された。

(3) 今年度の研究成果は、第4回日本司法精神医学会（2008年5月16日～17日、福岡市）において「医療観察法不処遇事例からみた医療観察法適応の判定基準」と題して一般口演ののち、司法精神医学に論文投稿の予定である。

2. 学会発表

(1) 昨年度の研究成果は、前記のように、第103回日本精神神経学会シンポジウムおよび第3回日本司法精神医学会にて口演発表した。

(2) 今年度の研究成果は、前記のように、第4回日本司法精神医学会において口演発表するほか、シンポジウム「医療観察法の見直しに向けて」の座長を務める中で紹介する予定である。

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得

なし

2. 実用新案取得

なし

3. その他

なし