

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）

総括研究報告書

他害行為を行った精神障害者の診断、治療
及び社会復帰支援に関する研究

平成19年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 山上 皓

平成20年3月

目 次

はじめに

I 平成19年度 総括研究報告書

他害行為を行った精神障害者の診断、治療及び社会復帰支援に関する研究 主任研究者 山上 皓	1
---	---

II 平成19年度 分担研究報告書

1. 他害行為を行った精神障害者の処遇判定に関する研究 分担研究者 山上 皓	5
2. 他害行為を行った精神障害者に対する通院医療に関する研究 分担研究者 岩成 秀夫	25
3. 他害行為を行った精神障害者の入院医療に関する研究 分担研究者 武井 満	185
4. 他害行為を行った者の責任能力鑑定に関する研究 分担研究者 岡田 幸之	339
5. 他害行為を行った精神障害者の看護に関する研究 分担研究者 宮本 真巳	347
6. 他害行為を行った精神障害者の特徴に関する研究 分担研究者 吉川 和男	457
7. 他害行為を行った精神障害者の医療必要性に関する研究 分担研究者 村上 優	(別冊)

はじめに

本書は、平成19年度厚生科学研究費補助金（こころの健康科学 研究事業）による「他害行為を行った精神障害者の診断、治療および社会復帰支援に関する研究」の報告書である。

平成17年7月7月15日の「心神喪失者等医療観察法」の施行に伴い、我が国では「心神喪失等の状態において他害行為に及んだ精神障害者（以下、触法精神障害者と称する）」を、新たな専門処遇制度（医療観察法制度）のもとで処遇することになった。

本研究の主たる目的は、医療観察法制度の下で開始された触法精神障害者のための専門医療（以下、司法精神医療と称する）の質的向上を図り、もって本制度の運用を円滑ならしめることにある。この領域では、すでに本法が制定された平成15年度より「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」（以下、「松下研究」と称する）が、我が国のこの領域の専門家を集めて3年間に亘り進められ、司法精神医療の円滑な導入に大きく貢献したところである。「松下研究」は平成17年度で終了したが、本研究はその後継研究として、同研究が法施行の準備段階より開拓し、展開してきた医療観察法制度関連諸領域の研究を、平成17年7月より開始された司法精神医療の実践に照らして検証し、問題点を明らかにし、改善策等を検討するなどして、将来の法改正に備える役割をも担うことになる。

法施行後2年あまりを経て、医療観察法制度の運用のあり方を概観すると、指定入院医療機関の偏在や病床数の不足など、制度導入期の一時的な困難が見られはしたが、概ね順調に経過している。審判や事例検討の場を通して、精神医療関係者と司法・法務関係者との交流が密となり、触法精神障害者についての共通理解や、専門職間の相互理解も深まってきているように見える。

本研究は、医療観察法による審判から、指定入院医療機関における医療、指定通院医療機関における医療と、医療観察法に関わる全領域の医療上の問題を扱うだけでなく、関連領域の課題として、精神科救急等一般精神科医療における触法精神障害者処遇に関わる問題や、責任能力鑑定に関する問題などをも広く取り上げている。そうした総合的な視点に立つての研究が、我が国の司法精神医療の確立と、一般精神科医療の健全な発展のために必要であるという考えによるものである。

なお、本年度における本研究全体の進行状況を記すと、平成19年6月15日に、分担研究者および研究協力者に集まっていた第1回全体会議、平成19年11月16日には研究成果の中間報告を兼ねての全体会議、平成20年2月2日、本年度の研究成果報告会である第3回全体会議を行った。

I 平成19年度 総括研究報告書

他害行為を行った精神障害者の診断、治療 及び社会復帰支援に関する研究

主任研究者 山上 皓 東京医科歯科大学名誉教授

研究要旨

本研究は、心神喪失者等医療観察法の施行に備えて平成 16 年度に開始された松下研究等の成果を踏まえつつ、心神喪失者等医療観察法のもとで他害行為を行った精神障害者の処遇のあり方を実証的見地から検討し、処遇内容の質的向上に資することを目的としている。研究班の特色として、各分担研究者が、①司法精神医療従事者等の研修指導に広く関わっていること、②行政機関等との密な協力関係にあること、などがあげられる。研究課題には、厚生労働省に加え、法務省や裁判所の協力を得て進めている重要なものが随所に含まれている。平成 19 年度の研究成果の概要は以下の通りである。

(1) 山上らは、法務省の協力を得て、医療観察法施行初期段階（平成 17 年 7 月～18 年 5 月）における、全国の審判対象事例 225 例について、3 種の資料（①当初審判における裁判官の決定書、②生活復帰調整官の社会環境調査報告書、③鑑定医による治療必要性鑑定書）を収集し、整理・分析して、医療観察法の運用状況を明らかにし、処遇決定に関する要因について分析した。その結果、対象事例の処遇決定がその必要性に応じて概ね適切に判定されてはいるが、処遇施設の整備の遅れや、精神鑑定における検討の不足、処遇判定基準の未確立、などを反映する問題点の存在も明らかにされた。これらの結果に基づいて、法の見直すべき点等、今後の課題についてさらに検討を進めている。

(2) 武井らは、本年度は前年度までの研究成果をふまえ、引き続き以下の 5 点について研究を行った。①医療観察法病棟の現状についてアンケート調査を実施し、治療プログラムの実施状況、行動制限の実態、デポ剤使用状況と医師の意識、修正型電気けいれん療法の実態、職種別の繁忙度調査、簡略化・省力化可能な業務の見直しなどに関する意見など、今後の医療観察法病棟のあり方を考える上での貴重なデータを得た。②精神科スーパー救急病棟は、他害行為を行った者の治療を一般精神科医療の場で日常的に行っているが、医療観察法施行によってそこにどのような変化が生じているかをアンケート調査した。その結果、スーパー救急の現場においては、重大な他害行為者についての刑事司法の関与に変化が生じているが、放火事例に限っては、医療観察法の対象としづらいという課題が浮上

した。③一般精神科病院で抱えている触法精神障害者のうち、治療困難な者について、現在どのようなことが問題となっており、どのような治療状況にあるかなどを明らかにするために、今年度は都立松沢病院で事例検討会を開催した。④医療刑務所内での精神科治療の現状を把握し、医療観察法病棟との住み分け等を検討するために、北九州医療刑務所の視察研修を行った。医療刑務所内には多数の精神障害者が収容されている現実とそこで行われている治療の実態など貴重な視察研修となった。⑤医療観察法が多職種チーム医療では重要な役割を果たすことになる臨床心理技術者の実態調査と技能の向上、情報交換のためのネットワーク形成を目的として、研修会を実施した。

(3)岩成らは、本年度、前年度までの研究実績を踏まえ、引続き①通院処遇の実態調査と②指定通院医療機関における通院医療に要する時間の調査、③医療観察法通院処遇における臨床心理技術者の業務実態の調査、④通院医療における訪問看護・デイケア・通院作業療法の現状、及び⑤通院ステージや処遇終了の判定について調査検討を行った。①の通院処遇実態調査では、保護観察所及びその支部にアンケート調査を実施して45カ所の保護観察所(含支部)から228人の通院係属者について調査票を回収できた。その結果、当初審判により直接通院決定された対象者(直接通院)は137人(60%)、入院処遇から退院決定され通院処遇に移行した対象者(移行通院)は91人(40%)であり、前年に比して移行通院が着実に増加していた。また、通院開始時に直接通院で4割前後、移行通院で1割前後が、精神保健福祉法の入院から開始することが判明した。また調査時点で精神保健福祉法による入院中の者が62人(27%)であった。調査時点で、少なくとも31人(14%)が病状不安定とされ、中には、精神保健福祉法による入院が1年以上に及ぶ者も認められた。地域関係機関の協力連携体制は、積極的157人(69%)、ある程度協力61人(27%)であった。②指定通院医療機関における通院医療に要する時間の調査は、36医療機関から回答を得、その結果、スタッフ1名が1日に行う通院医療に関わる業務時間は43分、対象者1名に対して医療機関が1日に関わる業務時間は132分であり、昨年度より僅かに増加という結果であった。現状のマンパワーではこれ以上の関わりは難しいのが現状であった。③医療観察法通院処遇における臨床心理技術者の業務実態調査では、通院対象者がいる場合でも、臨床心理技術者が実質的にMDTチームの一員となっているケースは半数にも満たないことなど、臨床心理技術者の活用が進んでいない様子が示唆された。④通院医療における訪問看護・デイケア・通院作業療法の現状については、回答した36医療機関における各医療サービスの提供状況は、訪問看護79%、デイケア69%、外来作業療法25%であり、訪問看護やデイケアは多くの医療機関で提供されていた。デイケアは通院対象者の特別な治療の場としての可能性も秘めているが、その利用目的は、現状では医療観察法以外の対象者と代わり映えないものであった。⑤通院ステージや処遇終了の判定についての調査は、ステージ分類や処遇終了の判定を、より具体的、客観的に行う方法の検討のために行ったが、共通評価項目に生活機能評価を加えることである程度補完できるものの、ステージ判定には個別性の要素が大きいこともわかった。

(4)岡田らは、厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）において、平成14年以来これまで行われてきた「責任能力鑑定における精神医学的評価に関する研究」の研究成果を基礎にして、平成18年度にひきつづき「刑事責任能力に関する精神鑑定書作成の手引き」を改定、発展させるため、以下のような作業を行った。①平成18年度版手引きの流布とフィードバックの収集、②刑事責任能力ビジュアルアナログスケール（CReVAS；クレヴァス）の開発と試行、③裁判員裁判制度における刑事責任能力鑑定実施にかかる事前検討、および同制度施行にあたっての法曹三者による準備（模擬裁判など）への協力、④米国精神医学と法学会による責任能力鑑定ガイドラインの翻訳、⑤司法精神・心理学的評価ツール（FOTRES）日本語版のスイス・チューリヒ州法務局との共同開発。このうち①については、前年度の「刑事責任能力に関する精神鑑定書作成の手引き」について鑑定人や法曹からのフィードバックを収集し、裁判員制度での利用を視野にいたした意見も確認し、②ではCReVASを開発し、実際に医師や法律家を対象にして試行し、「心神喪失」「心神耗弱」「完全責任能力」の分類のイメージには職種差よりも個人差が大きいことを示唆する知見が得られた。③では、裁判員制度導入時に、精神鑑定がどのように扱われることになるのか、それはどうあるべきかを班会議で討議し、手引きにも反映させた。④では、その翻訳を完了し、これを学術専門誌に投稿、全文を掲載することができた。⑤では、FOTRESの開発者との共同研究に着手し、日本語版開発の許諾を得ることができた。

(5)宮本らは、指定医療機関の看護師等のスタッフ及び対象者への意識調査と事例分析を行い、他害行為を行なった精神障害者への看護援助と多職種連携の現状を把握し、司法精神医療の問題点と今後の課題を明確化することを通じて、司法精神看護領域における援助技術とシステムの開発を目指す。本年度はこれまでの研究を引き継ぎ、7つのテーマについて研究し、以下のような成果を得た。①指定入院機関におけるクリティカルパスの作成：診断と対象行為別に入院各期の長さ、介入項目、アウトカム、バリエーションについて比較検討を行い、気分障害群の特異性を見出した。②対象行為の確認を通じた内省深化の支援：対象者の面接を通して、支援過程と支援方法を分析し、日常場面での看護師特有の関わりが成果を挙げていることが確かめられた。③グループ・プログラムにおける多職種連携と看護師の役割：心身の健康教育や、SSTを基盤とした認知行動療法的アプローチで、看護師の主体的な関わりが期待できることが明らかになった。④対象者の地域自立支援に向けた連携：対象者の多くが退院後の生活のイメージを掴みかねていること、看護師の自立支援に向けた配慮が対象者には伝わりにくいことなどが明らかになった。⑤指定通院医療機関等の看護職の役割：指定通院医療機関、訪問看護ステーションのスタッフは、生活再建の支援に手応えを感じながらも、マンパワー、社会資源の不足から苦悩していた。⑥多職種参加による事例検討会の有効性：参加者にとって、対象者の理解を深め、ケアへの無力感や閉塞感を和らげるエンパワメント効果のあることが確認できた。⑦包括的暴力防止システム(CVPPP)の運用実態と効果：CVPPPの導入は安全に実施されており、対象者の暴力に対する介入をめぐる看護師の意識を高めるのに役立っていることが明らかになった。

(6) 吉川らは、医療観察法の入院対象者 35 名に対し、世界各国で広く普及しているリスク・アセスメント・ツール HCR-20 による評価を行い、その各項目と急性期ステージの治療期間の相関を検討した。法施行から間もないこともあり、対象者の全治療期間ではなく入院処遇中の急性期ステージに限って調査を実施した。入院治療の導入の時期で、かつ、その後の治療が円滑に進むか否かの要因が多く含まれている急性期ステージの期間と、HCR-20 のかなりの項目が相関していたことは、HCR-20 が日本の司法精神医療の現場でも十分に適用できる可能性を示していると考えられた。急性期ステージの期間と有意な相関があった変数は、性別、R1（計画が実行可能性を欠く）、R4（治療的試みに対する遵守性の欠如）、R5（ストレス）であった。この背景として、パーソナリティ障害、物質関連障害、精神遅滞、認知症などの治療困難な対象者への治療プログラムが十分に機能しておらず、治療計画の立案自体に問題が生じていることが、急性期の治療期間の長期化の要因となっていると考えられ、今後の課題が示された。また、本研究で急性期ステージの期間と直接相関していなかった H5（物質使用の問題）や、負の相関を示した H7（サイコパシー）については、入院という保護的な環境における評価では十分ではなく、退院後の地域社会において評価を継続的に行っていく必要があると考えられた。

(7) 村上らは、「医療必要性の判断」に関して疑義ある症例を集積し、指定入院医療機関関係者による検討会を実施して、入院対象者について臨床的及び共通評価項目を症例ごとに検討し判断の妥当性を検証してきたが、この研究成果をもとに、平成 18 年度より、医療観察法による医療における「共通評価項目」に関する解説とアンカーポイントの再検討を進め、見直し案（共通評価項目改定版）を提示した。これらの研究の成果は、平成 18 年・19 年分担研究・医療観察法における医療必要性の研究「共通評価項目に関する改訂および共通評価項目の研修のためのガイド」として、本報告書の別冊として刊行された。

分担研究者

山上 皓（国際医療福祉大学・医療法人社団柏水会初石病院）

岩成秀夫（神奈川県立精神医療センター芹香病院）

武井 満（群馬県立精神医療センター）

岡田幸之（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）

宮本真巳（東京医科歯科大学大学院保健衛生研究科・精神看護学）

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）

村上 優（国立病院機構琉球病院）

（順不同）

Ⅱ 平成19年度 分担研究報告書

他害行為を行った精神障害者の診断，治療及び社会復帰支援に関する研究 分担研究報告書

他害行為を行った精神障害者の処遇判定に関する研究

分担研究者 山上 皓

研究要旨

法務省の協力を得て，医療観察法施行初期段階（平成 17 年 7 月～18 年 5 月）における，全国の審判対象事例 225 例について，3 種の資料（①当初審判におけるの決定書，②社会復帰調整官の社会環境調査結果報告書，③鑑定医による治療必要性鑑定書）を収集し，整理・分析して，医療観察法の運用状況を明らかにし，処遇決定に関する要因について分析した。

その結果，対象事例の処遇決定がその必要性に応じて概ね適切に判定されてはいるが，処遇施設の整備の遅れや，精神鑑定における検討の不足，処遇判定基準の未確立，などを反映する問題点の存在も明らかにされた。

本年度は，前年度の調査・分析結果を踏まえて，精神科医（鑑定医と判定医）と裁判官，および社会復帰調整官という，処遇判定に関わる専門家間の見解の相違点に注目して資料の分析を行い，具体例をあげて検討を加えた。

研究協力者（○印は今回報告者）

安藤久美子	東京医科歯科大学難治疾患研究所プロジェクト研究室	准教授
田中奈緒子	東京医科歯科大学難治疾患研究所プロジェクト研究室	准教授
○和田久美子	東京医科歯科大学難治疾患研究所プロジェクト研究室	助教
大澤 達哉	東京医科歯科大学難治疾患研究所プロジェクト研究室	助教
中屋 淑	東京医科歯科大学難治疾患研究所プロジェクト研究室	研究員

A. 研究目的

平成 17 年 7 月 15 日に、「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」（以下，医療観察法）が施行され，各地の地方裁判所，医療機関等において，医療観察法に基づく審判と治療が開始された。

本研究では，医療観察制度関連諸記録等を調査し，他害行為を行った精神障害者の診断，処遇判定，治療，社会復帰支援等のあり方について検討し，精神鑑定や審判に際して見られる検察官や裁判官，鑑定医や判定医，社会復帰調整官や参与員等諸専門家の見解・論点を整理し，専門領域間のコンセンサス作りを促すことが目的である。

B.方法

対象者は、平成 17 年 7 月施行時から平成 18 年 5 月 31 日の間に、当初審判において決定が下された医療観察法対象者 227 例である。うち、移送ケース、重複ケース各 1 例を除外した 225 例を研究対象とした。法務省の協力の下に得られた対象者に関する審判決定書、生活環境調査結果報告書、治療必要性鑑定書から、対象行為名、診断名、決定内容などの情報を得た。診断については、生活環境調査結果報告書と治療必要性鑑定書から情報を得、原則として ICD-10 に従った。

C.結果

1. 調査結果の概要

調査対象事例の詳細については、前年度の報告書に記したとおりであるが、ここであらためて（本年度の調査結果の理解に資する範囲内で）、その概要を記す。

調査対象事例の性別の内訳は男性が 160 例（71.1%）、女性が 65 例（28.9%）であった。対象行為時の平均年齢は 42.3 歳で標準偏差が 13.7、最高年齢は 90 歳、最少年齢は 20 歳であった。

主診断の内訳を表 1 に示す。障害名別では、F2（統合失調症、統合失調型障害および妄想性障害）が 162 例(72.0%)で最も多く、ついで F3（気分障害）が 23 例(10.2%)であった。

処遇決定の内容は入院 121 例(53.8%) 通院 60 例(26.7%) 不処遇 35 例(15.6%) 却下 8 例(3.5%) 取り下げ 1 例(0.4%)であった。

表 1 主診断の内訳と決定内容 (ICD-10)

決定内容	F0 器質	F1 物質	F2	F3 気分障害	F4 神経症	F6 人格障害	F7 精神遅滞	F8 発達障害	合計
入院	1 (10.0)	7 (38.9)	102 (63.0)	11 (47.8)	-	-	-	-	121 (53.8)
通院	6 (60.0)	5 (27.8)	42 (25.9)	7 (30.4)	-	-	-	-	60 (26.7)
不処遇	3 (30.0)	3 (16.7)	15 (9.3)	5 (21.7)	1 (50.0)	2 (66.7)	5 (83.3)	1 (100.0)	35 (15.5)
却下	-	3 (16.7)	2 (1.2)	-	1 (50.0)	1 (33.3)	1 (16.7)	-	8 (3.6)
取り下げ	-	-	1 (0.6)	-	-	-	-	-	1 (0.4)
合計	10(100.0)	18(100.0)	162(100.0)	23(100.0)	2(100.0)	3(100.0)	6(100.0)	1(100.0)	225(100.0)

罪種別内訳を表 2 に示す。傷害が 85 例(37.9%)と最も多く、殺人は 61 例(27.2%) 放火 47 例(21.0%)であった。罪種と決定内容の間に有意差は認められなかった (χ^2 検定)。

表2 罪種別内訳（対象行為が認められなかった1例を除く計224例）

	入院	通院	不処遇	却下	取り下げ	合計
殺人	38 (31.4)	15 (25.0)	7 (20.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	61 (27.2)
放火	25 (20.7)	17 (28.3)	5 (14.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	47 (21.0)
強盗	7 (5.8)	3 (5.0)	4 (11.4)	1 (14.3)	0 (0.0)	15 (6.7)
強制わいせつ	8 (6.6)	2 (3.3)	5 (14.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	15 (6.7)
傷害	43 (35.5)	23 (38.3)	14 (40.0)	6 (85.7)	0 (0.0)	86 (38.4)
合計	121 (100.0)	60 (100.0)	35 (100.0)	7 (100.0)	1 (100.0)	224 (100.0)

■鑑定医と社会復帰調整官の意見と決定内容

初年度には、鑑定医と社会復帰調整官の意見と決定内容の関係について調べたので、結果を表3に示す。

2. 処遇判定をめぐる専門家間の見解の相違点に関する分析

鑑定医、社会復帰調整官の意見と、審判における決定との関係を分析すると、以下の通りである。

表3 鑑定医、社会復帰調整官の意見と決定内容との関係

決定内容と鑑定医、調整官との意見の一致	入院	通院	不処遇	却下	取り下げ	合計
鑑定医、調整官の意見双方と一致	74 (61.7)	18 (30.0)	6 (17.6)	1 (14.3)	0 (0.0)	99 (44.6)
鑑定医、調整官の意見双方とほぼ一致	21 (17.5)	2 (3.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	23 (10.4)
鑑定医の意見とのみ一致	12 (10.0)	18 (30.0)	17 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	47 (21.2)
鑑定医の意見とのみほぼ一致	2 (1.7)	5 (8.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	7 (3.2)
調整官の意見とのみ一致	10 (8.3)	7 (11.7)	4 (11.8)	1 (14.3)	0 (0.0)	22 (9.9)
調整官の意見＝鑑定医意見だが決定内容と不一致	0 (0.0)	3 (5.0)	2 (5.9)	1 (14.3)	1 (100.0)	7 (3.2)
三者不一致	1 (0.8)	7 (11.7)	5 (14.7)	4 (57.1)	0 (0.0)	17 (7.5)
合計	120 (100.0)	60 (100.0)	34 (100.0)	7 (100.0)	1 (100.0)	222 (100.0)

入院決定が下された事例においては、決定内容、鑑定医の意見、社会復帰調整官の意見の3者一致となる割合が高かったが、通院、不処遇となると意見が異なる割合が高くなることがわかった。また、鑑定医の意見が採用される割合が高いことも明らかとなった。

■鑑定医の意見と決定内容

鑑定医の意見と決定内容の内訳のクロス集計を表4に示す。精神鑑定をおこなった鑑定医の意見は、221例中99例において、「入院が適切」、48例については「通院が適切」、23例は「本法による医療が必要」、41例については「本法による医療は不要」というものであった。鑑定医の意見と決定内容の一致率は、鑑定医が「入院が適切」とした場合に94.9%と最も高く、「本法による医療は不要」とした場合には65.9%と、最も低かった。

表4: 鑑定医の意見と決定内容

決定内容	鑑定医の意見					合計
	入院	通院	本法必要	本法不要	その他	
入院	94	3	18	4	2	121
%	94.9	6.3	78.3	9.8	20	54.8
通院	4	36	4	10	4	58
%	4.0	75.0	17.4	24.4	40.0	26.2
不処遇	2	5	1	24	2	34
%	2.0	10.4	4.3	58.5	20.0	15.4
その他	1	2	0	3	2	8
%	1.0	4.2	0.0	7.3	20.0	3.6
合計	99	48	23	41	10	221
%	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

■鑑定医の意見と決定内容との一致

決定内容別に、鑑定医の意見との一致率を表5に示す。「ほぼ一致」という項目は、鑑定医が「本法による医療が必要」と意見したものの、本法による入院にすべきか通院にすべきか、という点について明記していなかった事例である。この表に示したのは、却下と取り下げのケースを除いた計214例についてであるが、審判において入院決定とされたものにおいては、「ほぼ一致」をも含めると、9割以上の事例において、鑑定医の意見と一致していた。他方、通院決定が下された事例では、一致率が7割弱、不処遇決定事例では7割であり、決定内容と鑑定医の意見が一致する割合が低くなっていた。

表 5: 鑑定医の意見と決定内容との一致

	決定内容						合計 %	
	入院	%	通院	%	不処遇	%		
鑑定医の意見と一致	94	77.7	36	61.0	24	70.6	154	72.0
鑑定医の意見とほぼ一致	19	15.7	4	6.8	0	0.0	23	10.7
鑑定医の意見と不一致	8	6.6	19	32.2	10	29.4	37	17.3
合計	121	100.0	59	100.0	34	100.0	214	100.0

■意見が一致しなかった理由

決定内容と鑑定医の意見とが一致しなかった 42 例について、どのような点で不一致となったかを示すのが表 6 である。決定内容別に見ると、不一致例数が最も多かったのが通院決定事例で、不処遇決定事例がこれに次ぐ。通院決定が下されたものの中には、鑑定医が「本法の医療は不要」としていたものが 10 例含まれていた。鑑定医の意見別に見ると、「本法による入院が適切」と意見したものには、審判で通院決定とされた事例が 4 例、不処遇とされた事例が 2 例認められた。鑑定医が「本法による通院が適切」と意見したものには、審判で入院決定とされた事例が 4 例、不処遇とされた事例が 5 例認められた。鑑定医が「本法による医療は不要」と意見したものには、審判で入院決定とされた事例が 3 例、通院とされた事例が 10 例認められた。他に、鑑定医が、本法が必要かどうかを鑑定書に明記していなかったものが 6 例、その他分類不能なものが 6 例であった。

表 6: 鑑定医の意見と決定内容の不一致例

鑑定医の意見	決定内容				合計
	入院	通院	不処遇	却下・取り下げ	
入院	-	4	2	1	7
通院	3	-	5	2	10
本法不要	3	10	-	0	13
明記せず	1	3	2	0	6
その他	1	2	1	2	6
合計	8	19	10	5	42

不一致の内訳を調べてみると、入院もしくは通院で意見が分かれたものは 7 例であった。また、本法による医療が必要かどうかという点で不一致であったものは 20 例認められたが、そのうち、鑑定医が「本法による医療は不要」としたものの、決定では本法適用となったものが 13 例、それとは逆に、鑑定医が「本法による医療が必要」としたものの、決定では不処遇となったものが 7 例であった。

不一致の原因となった理由を、治療必要性判断の諸要件に照らして調べてみると、主にリスク評価の点で見解が分かれたと見なされるものが 8 例、主に治療可能性の評価の点で見解が分かれたものが 7 例、主に治療動機付けと治療継続性の評価の点で見解が分かれたものが 3 例、主に疾病性の評価の点で見解が分かれたものが 2 例であった。

なお、鑑定医が結論として「本法による医療は不要」としているものの中には、鑑定書の本文の中では、実は治療を継続しなければ同様の行為を行う可能性が高い、つまり、本来なら本法による医療が必要であるとされるべきであると思われる記述をしているものが少なからず見受けられた。医療必要性の判定基準が、鑑定医の間にまだ十分に浸透していないことによるのかもしれない。

また、鑑定医の意見と比較すると、決定書のほうが、治療可能性を広くとる傾向があった。ふたたび同様の行為を行う危険性の評価については、それぞれの事例、決定書、鑑定書によって様々に分かれ、ばらつきがあった。

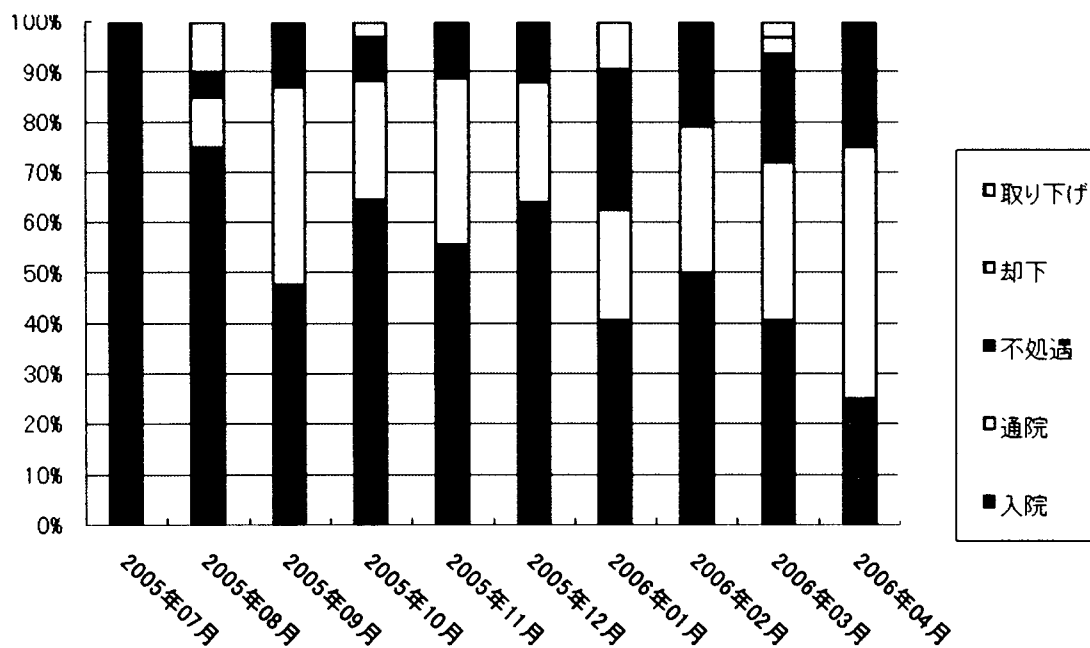
■決定受理月別決定内容の推移と一致率の推移

決定受理月別の決定内容の推移を表 7 とグラフに示す。施行当初は入院の割合が高かったが、次第に通院の割合が増えていき、不処遇の割合も増える傾向にあった（事例数が少ない平成 18 年 4 月分を除く）。最も通院の割合が高かったのが平成 17 年 9 月の 39.1%(23 例中 9 例)、最も不処遇の割合が高かったのが 06 年 2 月の 28.1%(24 例中 7 例)であった。

当時の指定入院医療機関の開設数などが影響しているものと思われた。

表7，図1 決定受理月別の決定内容の推移
(受理年月日が不明な2例を除く)

	入院	通院	不処遇	却下	取り下げ	合計
17年7月	2	0	0	0	0	2
17年8月	15	2	1	2	0	20
17年9月	11	9	3	0	0	23
17年10月	22	8	3	1	0	34
17年11月	15	9	3	0	0	27
17年12月	16	6	3	0	0	25
18年1月	13	7	9	3	0	32
18年2月	12	7	5	0	0	24
18年3月	13	10	7	1	1	32
18年4月	1	2	1	0	0	4
合計	120	60	35	7	1	223

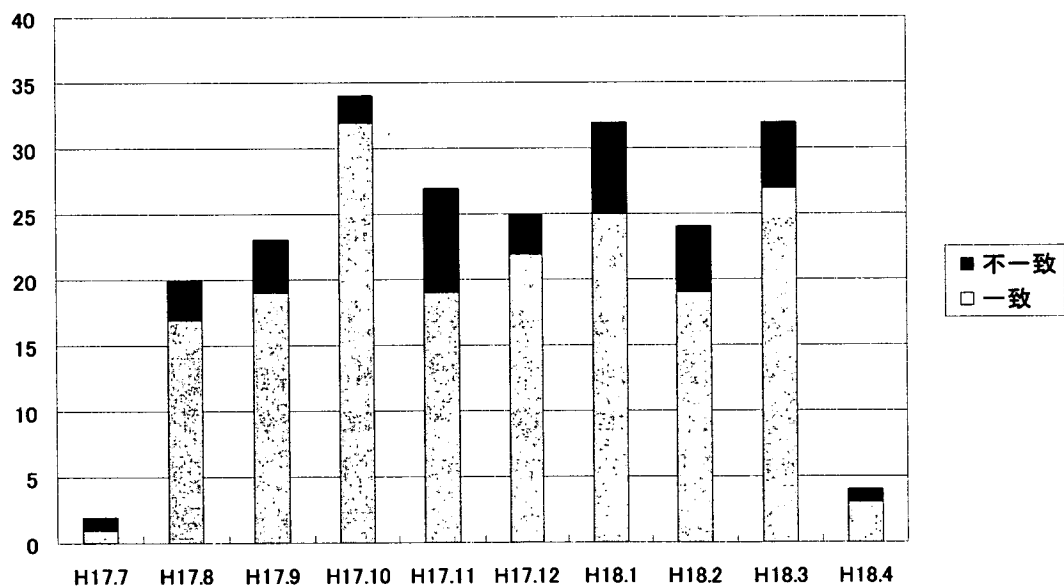


決定受理月別 意見の不一致件数の推移を表8，図2に示す。最も不一致の割合が高かったのが05年11月の29.6%(27例中8例)であった。

表 8 決定受理月別 意見の不一致件数の推移, () 内は%.

	一致	不一致	合計
17年7月	1(50.0)	1	2
17年8月	17(85.0)	3	20
17年9月	19(82.6)	4	23
17年10月	32(88.2)	2	34
17年11月	19(70.4)	8	27
17年12月	22(88.0)	3	25
18年1月	25(78.1)	7	32
18年2月	19(79.2)	5	24
18年3月	27(84.4)	5	32
18年4月	3(75.0)	1	4
合計	39(17.5)	184	223

図 2 決定受理月別 意見の一致・不一致件数の推移



3. 事例を通して見る専門家間の意見の相違等：

次に、不一致パターン別の事例の概要を示す。

1) 鑑定では「本法による通院が適切」の意見→審判では入院決定

表 9 に、鑑定では「本法による通院が適切」という意見が付されたが、審判では入院決定が下された 3 事例を示す。診断は 3 例とも統合失調症で、対象行為は放火、強制わいせつ、殺人未遂が各 1 例ずつであった。いずれも疾病性、治療必要性ともに本法適用の要件を満たしているものの、家族の支援や治療継続などの社会復帰阻害要因において、意見が分かれているものであった。

表9 鑑定では通院の意見→審判では入院決定であった事例

No (ID)	対象 行為	対象行為の概要	被害者(被 害対象), 被害程度	診断	意見 (鑑:は鑑定書の意見, 決:は決定書の意見をあら わす)
1 (105)	放火	自宅(家族が居住) を放火・全焼	自宅・全焼	F2 統合 失調症 (破瓜 型)	<p>鑑:統合失調症+軽度精神遅滞. 長期にわたり治療を受けているが, 一定のレベルまで治療反応性がみられるものの, 動機付けは困難で, 治療効果も不確実. 環境の変化に影響を受けやすい. 本法による通院が適切.</p> <p>決:長期にわたり医療を受けさせたのにもかかわらず, 本件と類似の行為に出ていることから, 医療を受けさせる必要あり. 家族の援助の意思なく, 反省にも乏しいので, 本人の意思を尊重すべきではない. 動機付けや治療効果は入通院の決定に影響されない. 入院先を退院後本件対象行為を行っており, 入院が適当.</p>
2 (121)	強制 わい せつ	見知らぬ成人女性 の胸を触る	未知の人	F2 統合 失調症 (緊張 型)	<p>鑑:本法による医療を受けさせなければ, 同様の行為を行う可能性が高い. その場合, 入院によらない医療が適切</p> <p>決:服薬中断に伴い再発, 入院を繰り返しており, 審判期日においても病状改善は不十分. 病識に欠け, 問題意識なし. 保護者による支援を期待できず, 通院による医療では効果的な治療を施すことが困難. 鑑定書では, おもに対象行為の程度, 内容により通院が適切としたと思われるが, 病状による判断については鑑定書も是認するところである.</p>
3 (216)	殺人 未遂	長男の頸部を締め たが, 祖母が現れ たため目的を遂げ ず(程度不明)	長男・不明	F2 統合 失調症 (妄想 型)	<p>鑑:妄想等の症状は軽減, 治療に対する拒否を認めず, 病感も出現している. 本法による医療の必要はあるが, 入院は不要.</p> <p>決:統合失調症, 妄想は軽減しているものの, 本法による医療は必要. 過去の同様の行為や鑑定入院中の様子から, 鑑定医の評価は是認できず, 家族の支援も期待できないため, 入院相当.</p>

2) 鑑定では「本法による入院が適切」の意見→審判では通院決定

次に、鑑定では「本法による入院が適切」との意見が付されたが、審判において通院決定が下された4事例を表10に示す。対象行為は放火2例、傷害1例、強盗・傷害（強盗致傷）1例であった。診断は統合失調症が3例、器質性精神障害が1例であった。被害者、被害程度は放火については自宅、強盗・傷害の2事例は未知の人（1例は複数人）であった。鑑定では、病識や治療への動機づけが不十分であるという理由で「本法による入院が適切」という意見が付されたが、審判の時点で鑑定時よりも症状が軽快していたり、入院により、家族と接触する機会が減ることや、入院により社会機能が低下する可能性があることなどがその理由とされていた。

表10：鑑定では「本法による入院が適切」の意見→審判では通院決定であった事例の概要

NO (ID)	対象 行為	概要	被害者 (被害対象)・被害程度	診断	意見 (鑑:は鑑定書の意見, 決:は決定書の意見をあらわす)
1 (2)	放火	家族らと同居する自宅に灯油をまき、自宅を全焼させ、隣家へ延焼させた。	自宅・全焼	F2 統合失調症 (妄想型)	鑑:薬物療法に一定の効果あり。妄想残っており、病識不十分、医療に関する不信心あり、通院継続困難。
					決:審判日までに病状軽快、入院まで必要なし。鑑定医も同意見である。
2 (43)	傷害	自分がストーカーされている証拠を撮影しようとし、見知らぬ被害者に咎められ、被害者を殴打(全治10日間)	未知の人・軽傷	F2 統合失調症 (妄想型)	鑑:妄想は体系化され強固に持続している。病識なく、治療への同意も消極的であり、入院が必要。
					決:過去の経歴より(生活能力あり)、入院によって機能低下のおそれ、病識、反省の意も出てきている。入院よりも通院が望ましい。
3 (161)	強盗・傷害	自動車盗を企て、駐車中の車に乗っていた被害者に暴行を加え、車両を強取し、被	未知の人3名、重症～軽傷	F2 統合失調症 (妄想型)	鑑:法42条第1項第1号の決定をして医療を行うことが必要である。