

経過は概ね良好が 261 事例 (60%) と最も多く、その要因として「医療機関と地域支援機関の連携がはかれた」、「家族の受け入れがあり、ケア会議への参加、デイケア、受診への同伴、服薬管理など協力・理解が得られたこと」、「関係者連絡会議により情報の共有、ケースの支援方法について統一を図っている」、「ケア会議のほか援護寮を利用し生活訓練を続けるなかで、本人にも自覚が生まれつつある」、などであった。続いて処遇困難 (病状悪化含む) が 94 事例 (21.6%) で、その要因として、「家族の支援が得られない」、「病識がない」、「居住地の確保が困難」、「地元住民の理解が得られない」、「専門的医療機関等が近くにない」などであった。その他では 74 事例 (17%) であった。

【設問 3】「ケア会議」への参加状況について

参加したことがある保健所は 205 (53.9%) で、内 192 の保健所に事例経験があった。参加していない保健所は 172 (45.3%) で、内 28 の保健所に事例経験があった。

【設問 4】医療観察法の運用に際してのマニュアル作成の有無について

マニュアルを作成していると答えたのは 44 保健所 (11.6%) で、内容としては都道府県と市が共同で作成したマニュアルが多く、27 都道府県であった。また、内 28 の保健所に事例経験があった。

【設問 5】医療観察法の運用に際しての課題について (自由記載)

- ・マンパワー不足
- ・法への不満
- ・医療観察法から精神保健福祉法への切り替えの悪さ
- ・警察・検察・在宅サービス提供機関など関係機関の知識不足
- ・関係機関との連携不足
- ・社会資源不足
- ・地域や家族の理解不足
- ・保健師の役割の曖昧さ
- ・地域での社会資源 (施設、作業所、グループホーム等) からの対象者へ偏見が大きい
- ・市町村の役割不明確
- ・金銭的な負担
- ・処遇終了後の連携
- ・社会復帰調整官の重要性などがあげられた。

D. 考察

- ・平成 18 年度の調査よりもかなり多くの保健所 (44%→73.5%) からの回答が得られ、研究の精度が高まった。また、医療観察法に対する関心も高まっていると考えられる。
- ・予想したよりも多くの保健所 (H.18 - 40.9%→H.20 - 58.7%) が事例に関わっていた。
- ・各保健所の役割によって事例へのかかわり方も違った。
- ・「ケア会議」へは全体の 53.9% の保健所が参加しており、事例経験のある保健所だけで言えば 88.3% が参加していた。

- ・ 処遇状況については初年度調査とお変わらない結果であったが、今回の調査を含めて、医療監査法と精神保健福祉法とのつながりおよび両法が関わる場合の促進要因、阻害要因がある程度明らかとなった。

E 結論

医療観察法施行後 3 年を経過する中で、事例経験のある保健所が着実に増加していることから、同法の運用が地域において根付いてきていると言えるが、まだまだ対応状況には大きな違いがあるといえる。特に社会復帰調整官のかかわり状況に大きな違いがあり、また保健所においても医療観察法から精神保健福祉法に移行した段階で、対応状況に大きな落差がある。

初年度および今年度の調査から両法とのつながり及び両法が関わる場合の促進要因、阻害要因として以下のことが考えられる。

《促進要因》

- ・ 関係機関の連携がケア会議等において十分にとれている
- ・ 処遇終了後に社会復帰調整官が担っていた調整者の役割が地域関係者へ円滑に移行している
- ・ 関係機関の共通認識のための要領、マニュアルが準備されている
- ・ 入り口での問題として、24 条、25 条と重なって運用されるため、警察レベルでの対応が適切であること
- ・ 行政機関が過去においてすでに関与していたケースではうまく行きやすい
- ・ 関係機関の役割の明確化（医療機関→本人支援、保健所→家族支援、社会復帰調整官→関係機関の連絡調整）
- ・ 市町村への移行、役割の明確さも必要であり、処遇当初からの市町村の参画が求められる

《阻害要因》

- ・ 地域処遇での問題として指定通院医療機関が休みのときの対応が明確でなく、責任の所在があいまいとなっている
- ・ 精神保健福祉法には、地域におけるフォロー体制の仕組みがない。このため社会復帰調整官には法的に引継ぎをする相手がいない
- ・ 社旗復帰調整官が保健所や市町村の業務内容および精神保健福祉法、障害者自立支援法のもとでの支援を理解していない
- ・ 対象者決定過程が保健所では不明のため、事例が法による支援対象者にそぐわないと考えられる場合がある。そのため保健所として支援の限界がある。保健所には犯罪者支援のノウハウがないため反社会的な行動をとる人の支援は困難である。また、地域支援を要しない人格障害等の事例が支援困難であること
- ・ 社会復帰調整官が少なすぎる
- ・ 連携をキーワードとして考えた場合、指定医療機関が地域にない、あるいは遠すぎる
- ・ 対象者が地域で生活していくための社会資源（グループホームやケアホーム等の住居、日中活動の場、社

会復帰施設である援護寮など)が不足している

・ 「厚生指標」に投稿予定

F 研究発表

- ・ 第 67 回日本公衆衛生学会総会 (平成 20 年 11 月 5 日～7 日 福岡市)にて学会発表

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

分担研究協力事業

医療観察制度ハンドブック（保健所活用版）の作成に関する研究

研究協力者 東海林 文夫 東京都中央区保健所長

研究要旨 心神喪失者等医療観察法が施行され3年を過ぎ、既に半数の保健所が医療観察制度事例を経験している。重大な犯罪を犯した精神障害者の治療と社会復帰の促進が司法・入院医療・通院医療・精神保健福祉サービス提供の一連の流れにおいて行われ、対象者の地域処遇と制度終了後の地域精神保健福祉サービスは保健所の新しい役割になっている。今後、地域処遇を受け、社会復帰する対象者が増える中、保健所としては医療観察制度の理解を深めておく必要がある。この度、保健所において医療観察制度を理解し対象者の処遇、社会復帰支援に必要なと思われる様々な事項を検討し、Q&A形式にまとめた。

研究組織：研究協力者 東海林 文夫（東京都中央区保健所長）、竹之内 直人（愛媛県西条保健所長）、鈴木 孝太（山梨大学医学部大学院 医学工学総合研究部社会医学講座 助教）、

分担研究者 角野 文彦（滋賀県健康福祉部健康推進課 課長）

研究アドバイザー 八木 深（国立病院機構 東尾張病院）、松原三郎（松原病院）

A. 研究目的

心神喪失者等医療観察法が平成17年7月に施行され3年が経過した。司法制度と精神保健が一体になり精神障害者の社会復帰を目指す心神喪失者等医療観察制度（医療観察制度）は、保健所の現場での新しい業務に位置づけられるものと考えられる。実際、多くの保健所が事例を経験していることから、全国の保健所は医療観察制度について理解を深め、処遇の向上を図る必要がある。このため保健所において医療観察制度を理解し対象者の処遇、社会復帰支援に必要なと思われる様々な事項を検討し、保健所が新しい本制度を理解し対象者の社会復帰支援を図るためにQ&A形式のハンドブックを作成する。

B. 研究方法

研究協力者が医療観察制度の運用に関して保健所として必要と考えられる事項を文献や経験等から質問事項を選び、それぞれについてQ&Aを作成した。Q&Aの作成に当っては心神喪失者等医療観察法、入院処遇ガイドライン、通院処遇ガイドライン、地域社会における処遇のガイドライン、法務省援護局の心神喪失者等医療観察法 Q&A 及び心神喪失者等医療観察法による地域処遇ハンドブック、東京都の「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行なった者の医療及び観察等に関する法律」に基づく東京都の地域社会における処遇に関するガイドラインや地域処遇マニュアル、詳細な医療観察制度についての出版物など、インターネット検索による資料も参考にした。研究協力者作成のQ&A案は

インターネットを活用し意見交換を繰り返し加筆、修正しQ&Aを充実させた。

C. 結果

総論として心神喪失者等医療観察法の要

点、各論として裁判所、医療観察制度に携わる関係機関の役割、審判、指定医療機関、地域社会における処遇、指定通院医療機関における医療、ケア会議の開催、精神保健観察、病状悪化時における緊急対応、評価、地域社会における処遇の終了、情報の共有を13の大項目として、全体で146の小項目のQ&Aを作成した。

D. 考察：

当初は医療観察制度の地域処遇に関する保健所マニュアル作成を考えていたが、すでに制度普及やそれぞれの処遇マニュアル等が発行されていた。さらに平成20年10月22日から同年11月21日に行った角野班の調査では376か所の保健所から回答を得え、そのうち221か所の保健所（58.8%）が医療観察制度の事例を経験していた。事例総数は557事例であり、対象者の処遇は60.9%が概ね良好であった。個々の事例に応じて精神保健福祉サービスの経

験を踏まえ地域処遇を行っていると考えられた。しかし、22.1%が処遇困難であったが、その理由としては対象者家族の受け入れ拒否や対象者の病状が不安定などであり、医療確保と医療継続は重要であることが明らかである。これからも多くの保健所が医療観察制度対象者の事例に係わることが予想される。このような現状から保健所は医療観察制度全体を理解したうえで対象者の地域処遇等に対応することが重要であると考え、保健所の現場で起こりうる医療観察制度や地域処遇に係わる事項をQ&Aにまとめた。

E. 結論：

保健所において医療観察制度の理解を深め、対象者の社会復帰促進を図るために必要な医療観察制度Q&A作成を試みた。

F. 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・登録情況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

[ケース2]

- 1) 医療観察法の鑑定入院時の診断名：[]
- 2) 社会復帰調整官はどのような役割でしたか。
[]
- 3) この事例について、貴機関の担当者からみてその後の状況は次のどれに該当しますか。
ア、経過は概ね良好、イ、処遇困難（病状悪化含む）、ウ、その他
また、考えられる要因について下記に記して下さい。

・
・
・

[ケース3]

- 1) 医療観察法の鑑定入院時の診断名：[]
- 2) 社会復帰調整官はどのような役割でしたか。
[]
- 3) この事例について、貴機関の担当者からみてその後の状況は次のどれに該当しますか。
ア、経過は概ね良好、イ、処遇困難（病状悪化含む）、ウ、その他
また、考えられる要因について下記に記して下さい。

・
・
・

[ケース4]

- 1) 医療観察法の鑑定入院時の診断名：[]
- 2) 社会復帰調整官はどのような役割でしたか。
[]
- 3) この事例について、貴機関の担当者からみてその後の状況は次のどれに該当しますか。
ア、経過は概ね良好、イ、処遇困難（病状悪化含む）、ウ、その他
また、考えられる要因について下記に記して下さい。

・
・
・

[ケース5]

- 1) 医療観察法の鑑定入院時の診断名：[]
- 2) 社会復帰調整官はどのような役割でしたか。
[]
- 3) この事例について、貴機関の担当者からみてその後の状況は次のどれに該当しますか。
- ア、経過は概ね良好、イ、処遇困難（病状悪化含む）、ウ、その他
また、考えられる要因について下記に記して下さい。
- ・
 - ・
 - ・
 - ・

設問3 貴機関の「ケア会議」への参加状況についておたずねします。

- 1) 参加したことがある
- 2) 参加していない

設問4 医療観察法の運用に際して、マニュアル作成をしていますか

ア、している

内 容（対処順、フローチャート、事例集など具体的に ）

イ、特にしていない

設問5 医療観察法の運用に際し、保健所等行政機関の役割の中で課題と思われることがありましたら、下記に記載願います。特に事例があった保健所には医療観察法と精神保健福祉法の関わりの中での課題（促進・阻害要因等）を具体的に簡条書きで記載願います。

- ・
- ・
- ・
- ・
- ・

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。

資料2. 調査結果粗集計

回答のあった保健所

		n	%
1	指定都市	28	7.4
2	中核市	33	8.7
3	その他政令市	7	1.8
4	特別区	14	3.7
5	都道府県	298	78.4
	全体	380	100.0

設問1 1) 事例件数

		H.18		H.20	
		n	%	n	%
1	1件	70	76.1	105	47.1
2	2件	14	15.2	48	21.5
3	3件	3	3.3	30	13.5
4	4件	2	2.2	13	5.8
5	5件	1	1.1	7	3.1
6	6件以上	2	2.2	20	9.0
	全体	92	100.0	223	100.0

設問1 1) 保健所別の事例件数

		事例数	度数	%	mean	SD
1	指定都市	104	17	18.6	6.1	8.9
2	中核市	87	26	15.5	3.3	2.2
3	その他政令市	26	5	4.6	5.2	1.6
4	特別区	38	12	6.8	3.2	2.4
5	都道府県	305	163	54.5	1.9	1.4
	全体	560	223	100	2.5	3.1

設問2 1)鑑定入院時の診断名

		n	%
1	統合失調症	317	72.9
2	うつ病	19	4.4
3	躁うつ病	11	2.5
4	躁病	3	0.7
5	アルコール関連病	16	3.7
6	その他 (てんかん、精神遅滞、覚せい剤精神病、器質性精神障害、双極性感情障害など)	66	15.2
7	無回答	3	0.7
	全体	435	100.0

設問2 3)事例状況

		H.18		H.20	
		n	%	n	%
1	概ね良好	57	41.9	261	60.0
2	処遇困難	23	16.9	94	21.6
3	その他	33	24.3	74	17.0
4	無回答	23	16.9	6	1.4
	全体	136	100.0	435	100.0

設問3 ケア会議参加状況

		n	%
1	参加したことがある	205	53.9
2	参加していない	172	45.3
3	無回答	3	0.8
	全体	380	100.0

設問4 マニュアル作成状況

		H.18		H.20	
		n	%	n	%
1	している	32	13.6	44	11.6
2	特にしていない	188	80.0	333	87.6
3	無回答	15	6.4	3	0.8
	全体	235	100.0	380	100.0

資料3. 記述回答

設問2 社会復帰調整官はどのような役割でしたか。
ケア会議の開催・進行/関係機関の調整・連絡/ケース支援/処遇実施計画書の作成/本人・家族への面接訪問/生活環境調査/保護観察所からの照会/情報提供/退院調整/居住地確保/援助の検討/処遇のコーディネーター/本人のトータルサポート/ケアマネージャーなど

設問3 7) この事例について、その後の状況は次のうちどれに該当するか	※状況 ア：経過は概ね良好 イ：処遇困難（病状悪化含む） ウ：その他
状況	考えられる要因
ア	病院からグループホーム（精神）に入所した。 ひとりの生活はさびしいと選択。グループホームから通院、デイケア通所、教会にも通う。 教会がこころの支えとなっている。高齢者施設入所を目指している。
ア	ケア会議による「処遇実施計画」で本人の援助内容が機構ごとに具体的に決められており、社会復帰調整官がその調整を適正にしている。
ア	家族の協力と理解があったこと（ケア会議への参加、デイケア、受診への同伴、服薬管理） 関係機関の連携と役割分担ができたこと。きめ細かなサービスを提供する体制がとれたこと。
ア	入院中からの家族に対する家庭訪問に同行し、信頼関係の構築に努めた。 地域の概要や社会資源の状況等積極的に提供した。 社会復帰調整官からの連絡時、訪問後には必ず意見交換をおこなった。
ア	本人の治療へのモチベーションが得られ維持できた。 任意入院、救護施設への入所等関係機関の受け入れ協力が得られたこと。
ア	病院、役場、保健所、保護観察所、家族で退院に向けた役割についてクライシスプランをたて、確認している
ア	社会復帰調整官により心理療法が行われ本人が自分の心理と犯罪について振り返ることができた。現在のところ本人の病状が安定している
ア	本人に病識があること。 本人を取り巻くように職員に不安時は随時相談していることで問題発生前に対処できたこと。 関係職員の連携がスムーズだった。 家族の協力が得られている。
ア	必要な医療の確保実現 適切なサービス、社会資源の紹介、定期的な家族支援。
ア	保護観察所からの処遇実施計画に基づき、医療機関、保健所、社会復帰調整官が連携をとりながら役割分担をして支援することが出来た。 必要に応じて関係機関が集まり、ケース検討会を開催した。

ア	対象行為への内省、病識獲得が困難、高齢という状況で、入所施設を利用し、地域定着への移行がスムーズに進んだ。
ア	通院・服薬についての支援（月2回の訪問看護・面接、週3回のデイケア、週1回の通院）。
ア	見通しが立つまで病院の協力をえながら外泊等を繰り返し、地域処遇を模索 病状の変化に伴い、保健所・市福祉関係課と連携し、高齢者対応として養護老人ホームなどの施設利用に処遇を変更し、支援が結果的に高齢者福祉施設利用の方向で処遇決定した。
ア	通院継続しており、日常生活も問題なくすごしている。 事件を忘れそうになってもこの制度が思い出させてくれると本人がいていた。
ア	鑑定入院中にケア会議を実施し、今後の方向性や必要な支援について検討。社会復帰調整官が地域とのパイプとなって動いているため。
ア	訪問等により、本人及び家族との信頼関係を築くことが出来た。 病状悪化時には関係機関で連絡を取り合い、情報を共有し、タイムリーな支援が出来た。
状況	考えられる要因
イ	家族がケースの受け入れに拒否的である。 問題行動あり（暴力・薬物依存・金銭管理に問題あり、暴力団やシンナー友達に要注意 専門的医療機関等が近くにない）。
イ	療育手帳は保持していなかったが、本人に知的障害があり。 事件への内省や治療への前向きな取り組みができない。 父子家庭であるが、父親が本人に対して言っていることと、行政や医療機関に対して申し立てていることが違うため、本人への説明がなかなか統一できなかった。
イ	保健所に求められる役割は家族支援だが、関係作りが困難。 「通院措置」の場合、地域ネットワークの構築と医療の機能が不十分のまま在宅となるため、社会復帰調整官のスキルは非常に重要。
イ	本人の関係者への攻撃性が消失せず退院となっていない。保健所は、関係者カンファレンスへの出席のみ。
イ	鑑定入院時の診断名とは違う（薬物の乱用）と思われるため、支援になりにくい。 本人、家族からの支援者への情報に虚偽があり、信頼関係がない。 精神保健観察中に新たな事件により実刑判決を受けた。「人身喪失者」での判断ではない人への支援は本人も意味を持たないと考えているようである。
イ	治療反応性が悪い 指定医療機関でのプログラムを拒否していた。 アルコールの乱用、依存の問題行動に対する本人の理解がない。本人は詐病でこうなった、刑務所のほうがましと、本法に対する不満は明らかである。主治医やPSWと全く関係性がとれない。
イ	本人の病状が好転していないこと。 近県の入院機関が満床で、遠方にある県に入院しており、本人の状況が見えず地域の体制が整えられていないこと。

イ	病状悪化で退院困難（身体的な劇悪化）。
イ	依存症の治療が全く行われない段階での退院。 退院後の様々な支援が本人にとってのイネイブリングになってしまったこと。そもそも本ケースが医療観察法による対象者として適切であったのかどうかという点。 本人が本法による治療の意義を全く理解できないこと、本法による処遇を継続しても効果がないと再入院の申し立てによる鑑定入院の判断が出たこと。
イ	家族力が脆弱で、父との関係もよくない。 知的障害による能力不足と問題行動。 住所地と居住地が違う。父が退院に反対し理解が得られない。
イ	現在退院しているが、44条の通院期間は内服するが、その後は内服しないと言っている。 病識なし、医療観察法終了後は治療中断が予想される。医療観察法終了後の関係機関の支援やフォローについてはどのようにしていくかが問題。 終了は3年でよいのか？終了の時期に疑問あり。
イ	病識の欠如、本人の医療への不信が強いため治療がうまく進まない。
イ	退院後の地域の受け皿がない。
イ	現在入院処遇を受けているが自宅が焼失により通院処遇となった際の住居について、課題となっているが、まだケア会議の開催がない。
イ	本人の出身地域と通院治療のための本人の現在地が離れており、将来的にどこに住むべきかという問題について市町村レベルで押し付け合いが始まっている。 治療の過程で本人の問題性は統合失調症ではなくむしろ知的障害の部分である旨指摘された。知的メインの対象者は治療反応性の問題からこの制度に乗ることが適切なかの疑問。
イ	家族関係の不安定さが、本人の病状の不安定さにつながり、生活の場も不安定 診断名のゆらぎ、生活習慣病の合併。
イ	病状の悪化はしていないが、ダルク通所が、処遇実施計画書通りに進まない。本人がダルクの必要性を理解していない、ダルクまでの交通費が自費負担。
イ	入通院病院に対し、民事訴訟を起し係争中。 発達障害も伴っていると思われるため、処遇、対応が難しい。家族は受け入れ拒否。
イ	治療のための入院と、通院決定後の主治医との見識のちがいにより治療方針が変わり安定しない点。
イ	親族の協力が得られずにキーパーソンがいない。 入院機関が遠方で、情報の共有、方針等細部にずれが出来る。関係者が病気や問題行動の理解、再発等の不安の除去に時間がかかる。

設問5 医療観察法の運用に際し、保健所等行政機関の役割の中で課題と思われること。
”保護者”に対する意欲が司法側と噛み合わないことが多い。家族の存在が確認できて、選任を受けていないだけで市町村長が即保護者となってしまう、家族が選任を受けないまま経過してしまう。どこが、誰が、選任指導を行うのか明確でない。
医療観察法が対象となる事例について、もう一度検討すべきでは。治療反応性の有無が問われ、処遇対象にならないケースや、入院が短期で地域に戻されるケースがある。多くは知的障害や人格障害事例で、地域でも対応に苦慮する。こうした事例の触法問題も考える必要を感じる。(法律と現実のギャップ)
医療観察法で対応できないケースを民間病院に受け入れさせざるをえない基盤は改善すべき。医療観察法に限界のあるケースこそ行政でさらなる処遇を考える必要があると思われる。(法整備、受け入れ機関、施設の設置等)
医療観察法では医療費負担、処遇会議ほか、ケアが非常に暑く、精神保健福祉法の病状の似た患者には公的関与が少ない。(公平間に欠く)
医療観察法終了後、社会復帰調整官が担っていた調整者の役割の地域関係者への円滑な移行。
医療観察法による処遇が終了した後も地域での支援を継続していける体制維持が促進要因になる。
関係機関の役割の明確化の必要性(医療機関→本人支援、保健所→家族支援、社会復帰調整官→関係機関の連絡・調整)。
管内に通院指定医療機関がない。
ケア会議が開催されると医療観察法の処遇実施計画に基づき、保健所の訪問も月1回行われる。それは通常の精神保健福祉法の支援により、はるかに濃厚な関わりである。しかし、処遇終了後は、地域に住む一精神障害者という取り扱いにしかならず、服薬の確認や生活環境の調整が十分にできるかどうか確信をもてず不安を感じる。
指定通院医療機関が管轄内に集中しているため、通院のために住所を管轄外から移動することもあり対象者が集中している。
社会復帰調整官と保健師の役割が重なり、医療観察法運用中は社会復帰調整官が中心となるため、保健師の関わりはほとんどなくケア会議に出席するのみの現状。処遇終了後の継続支援を考えると医療観察法運用中から社会復帰調整官との連携が必要か？
精神保健福祉法第24条の通報→他害の事実が既に起きた段階では医療観察法の処遇の流れで動くことになると考えるが、実際には精神保健福祉法の第24条通報が出されたことがあり、警察の初動の問題がある。
退院後に際し、該当者の受け皿(住居や社会福祉施設等)の拡充。
地域の医療機関が積極的に動いてくれた。(訪看の実施、処遇終了後もケア会議を開催)ので、連絡を取りながら支援を一緒に行えた。
中核市であり、市町村業務も保健所で行っているため、スムーズに判断できる。

法の間は、社会復帰調整官がケアマネジメントするが、地域の関わりとして、保健所と市町村の関わり
の比重が不明確なため、精神保健の訪問活動をほとんどしていない市町村の場合、訪問の関わりをしない。
市町村も、もっと積極的に関わって欲しい。

地域の社会資源（特に福祉領域）にどこまで情報を伝えてよいか現場に仕されていること。

前述の県マニュアルでも、保健所や市町村の役割、働き方については簡易に示されているのでもう少し
細部まで示して欲しい。

医療観察法で通院医療を受けているとき、移行のため地域の医療機関に変更したいと考えたが、自
立支援医療との併用できず変更が難しかった。通院医療機関が遠く訪看も遠い。法終了後円滑に医療機関
の移行が出来るよう併用を認めて欲しい。

当所も事例がないため、日頃から情報収集につとめ勉強をしているが、初動の警察（出先の）自体があ
まり医療観察法について把握していない印象を受ける。

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学事業）
司法精神医療の適正な実施と普及のあり方に関する研究
平成20年度分担研究報告書

司法精神医療に携わる人員の相互交流に関する研究

分担研究者 岩波 明（埼玉医科大学精神医学教室准教授）

研究協力者：竹林宏（埼玉県立精神医療センター）

黒木規臣（埼玉医科大学医学部精神医学教室）

山内俊雄（埼玉医科大学）

岡島由佳（昭和大学医学部精神医学教室）

加藤進昌（昭和大学医学部精神医学教室）

研究要旨：わが国の現状において、司法精神医療については一般市民への理解はいまだに浸透しておらず、司法精神医療に携わる人員の相互交流も不十分であることがこれまでの研究で示された。本年度の研究においては、さいたま地方裁判所の協力により医療観察法の対象者の資料を閲覧し、医療観察法の施行日である平成17年7月より平成19年末日までの2年半の期間、医療観察法に基づく審判によって処遇が決定した対象者の臨床的特徴と処遇に関して調査を行った。対象者の人口統計学的指標、対象行為、精神科診断、審判における決定内容などについて検討した結果、性別では男性が多く、年齢は幅広く分布していた。診断的には統合失調症圏が80%近くを占めた。対象である67例中、精神科受診歴は53例、入院歴は42例でみられ、平均10.9年の精神科治療歴があった。さらに、対象行為時の受療状況は3例が入院中、30例が通院中であったことは、一般精神医療をさらに充実される必要性を示している。

A 研究目的

平成17年に医療観察法が施行され、さらに裁判員制度において一般市民が精神障害者の犯罪を裁く立場になりうる状況が迫ってきているものの、司法精神医療は、依然として一般市民の目からみて身近なものにはなっていない。医療観察法、精神保健福祉法などにおける司法精神医療の適正な実施と普及において障壁となるものとして、

一般市民の精神障害者に対する誤解や偏見がある。この誤解や偏見を是正するのに重要であるのが、ジャーナリズムの役割である。現状ではセンセーショナルな一過性の報道はみられるが、司法精神医療に関する基本的な問題点に関して、十分な議論がされているとは言えない。この点に関しては、医療観察法の対象者の特徴を分析することによって、医療観察法の運用状況について

広く示すとともに、通常の精神医療の問題点を指摘することが重要な作業となる。

本研究においては、①さいたま地方裁判所の協力により医療観察法の対象者の資料を閲覧し、医療観察法の施行日である平成17年7月より平成19年末日までの期間、医療観察法に基づく審判によって処遇が決定した対象者の臨床的特徴と処遇に関する調査を行った。

対象者の人口統計学的指標、対象行為、精神科診断、審判における決定内容などについて検討する。

②過去の精神鑑定書を分析し、精神鑑定を行う際の問題点についての、予備的な検討を行った。

① 医療観察法対象者の臨床的特徴と処遇に関する研究

B 研究方法

さいたま地方裁判所の協力によって、医療観察法の対象者の資料を閲覧し、医療観察法の施行日である平成17年7月より平成19年末日までの期間、医療観察法に基づく審判によって処遇が決定した対象者の臨床的特徴と処遇に関する調査を行った。対象者の人口統計学的指標、対象行為、精神科診断、審判における決定内容などについて検討を行った。

本研究は臨床統計的な検討であるので、倫理的な問題はみられない。

C 研究結果

1. 対象者数

対象者は、さいたま地方裁判所において、

医療観察法の施行日である平成17年7月より平成19年末日までの2年6か月の間、医療観察法の審判によって処遇が決定した対象者で、平成17年が6例(男性2例、女性4例)、平成18年が21例(男性15例、女性6例)、平成19年40例(男性29例、女性11例)の合計67例(男性46例、女性21例)であった。

他の裁判所に移行した1例と退院決定の審判2例は除外した。

2. 年齢

対象者全例の平均年齢は、40.0歳(SD 11.0)であった。年齢分布は、20代16例(23.9%)、30代18例(26.9%)、40代19例(28.4%)、50代以上14例(20.1%)とすべての年齢層にわたって幅広く分布をしていた。

3. 精神科診断

ICD-10の基準に基づいて、対象者の精神科の主診断を検討した(表1)。

その結果、F0(症状性を含む器質性精神障害)が4例(男性3例、女性1例)、F1(精神作用物質使用による精神および行動の障害)が4例(男性4例)、F2(統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害)が52例(男性35例、女性17例)、F3(気分障害)が4例(男性2例、女性2例)、F6(成人の人格および行動の障害)が1例(女性1例)、F7(精神遅滞)が2例(男性2例)みられた。

F4(神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害)、F5(生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群)、F8(心理的発達の障害)、F9(小児期

および青年期に通常発症する行動および情緒の障害)には、該当する症例はみられなかった。

4. 対象行為

医療観察法の適用となった対象行為については、殺人10例(男性10例、女性6例)、傷害23例(男性16例、女性7例)、強盗4例(男性3例、女性1例)、強姦・強制わいせつ7例(男性7例)、放火17例(男性10例、女性7例)であった(表2)。

5. 臨床的背景

対象者の臨床的背景の平均値(SD)を表3に示す。

教育年数は平均11.6年(SD 2.2)、就労年数は平均10.0年(SD 12.2)であった。

精神疾患の初発年齢は平均26.4歳(SD 12.2)、精神科受診歴がみられたものが53例、ないものが14例であった。精神科の初診時年齢は平均26.5歳(SD 10.8)だった。

また精神科における治療年数は平均10.9年(SD 15.6)で、入院治療を行ったものが42名みられ、その入院期間の平均は22.1月(SD 56.7)であった。

対象行為の3か月以内に精神科治療を受けたものについて治療中と定義した場合、対象行為時において精神科治療がみられたものが33例、なかったものが34例であった。

6. 触法歴

過去に触法行為がみられた例は25例み

られた。その中で重大犯罪は7例でみられ、内訳は、殺人1例、放火2例、傷害3例、強制わいせつ1例であった。

矯正施設の受刑歴のあるものが6例、ないものは61例であった。

7. 鑑定と審判

医療観察法における精神鑑定の対象者の処遇に関する結論は、入院43例、通院9例、不処遇14例、その他1例であった。

一方、審判における決定事項においては、入院47例、通院6例、不処遇13例、その他1例であった。

鑑定における結論と審判の決定において、大きな食い違いはみられなかった。

8. 鑑定と審判の不一致例

鑑定と審判の不一致例について検討を行った。

鑑定の結論が通院であったが、審判で不処遇となったものが2例みられた。このうち、1例は外国人で海外への帰国を理由にして不処遇となっていた。

逆に鑑定で通院あるいは不処遇となったもの4例が審判では入院となった。このうち2例は鑑定では精神保健福祉法による入院が適当とされたが、審判においては、医療観察法における入院を優先される決定となった。

D 考察

司法精神医療を適切に施行するためには、まずジャーナリズムおよび一般市民に精神疾患およびその関連法規に関する正しい知識を認識してもらう必要がある。現状では、医療観察法についても、精神保健福祉法に

ついても、一般市民の理解は不十分である。したがって、医療観察法については、このような脆弱な基盤の上に立っていることを認識し、その必要性を認識してもらう必要がある。

本研究ではこのような視点にたって、医療観察法の対象者の臨床的特徴を検討し、精神医療における医療観察法の位置づけを行うことを試みた。

(1) 今回の結果のまとめ

今回の研究の結果から、以下の結論が得られる。

平成17年から平成19年の2年6か月において、医療観察法による処遇が決定した対象者67例の臨床的諸要因を調査した結果、性別は男性が多く、年齢は幅広く分布していた。精神科の診断的においては、統合失調症圏が80%近くを占めた。

対象行為は、傷害、放火、殺人の順が多かった。

過去に精神科受診歴がみられたものは53例で、入院歴は42例でみられた。過去に、平均10.9年の精神科治療歴があった。対象行為時の精神科受療状況は3例が入院中、30例が通院中であり、約半数が最近まで治療を受けていた。

処遇に関する精神鑑定結論と裁判所における審判の決定に、大きな違いは認めなかった。

以上の結果は、医療観察法の対象となる患者は特殊な精神科患者ではなく、一般の精神医療が十分に機能しなかったケースであることを示唆している。今後、初期段階における精神医療を充実させることによって、対象行為に至るケースを減らすことは

十分に可能であると思われた。また多くの例で最近まで精神科における治療を受けていたことを考えれば、症状の悪化時に適切に治療に導入するシステムが存在すれば、多くの犯罪は防止することが可能であったことを示唆している。

(2) 医療観察法前後の比較

ここで医療観察法施行の前後における触法精神障害者の処遇について、統計的に検討したい。

表4に、医療観察法の施行前の時期である平成7年から平成16年における心神喪失および心神耗弱者の実数を示した。刑法39条の規定により、不起訴あるいは裁判で無罪となったケースは、年によってばらつきはみられるが、年間約600例程度で推移していることがわかる。

表5には、平成16年度における罪名と心神喪失および心神耗弱者の割合を示した。殺人の84.5%放火の64.9%が無罪となっていた。

表6に示すのは、平成18年における医療観察法が適用された事例の総数である。平成16年のデータと比較すると、「殺人」「放火」はほぼ同数であるのに対し、他の罪名について少ない数となっている。

E 結論

司法精神医療の適切な施行においては、ジャーナリズムや一般市民の十分な理解が必要である。そのためには医療観察法の運用の実態について、正確な情報を発信する必要がある。今回の調査から、運用の実態が明らかになったが、一般の精神医療をより充実されることの重要性が高いことが示

唆された。さらに過去の受刑歴が少ないことは、医療モデルを用いることの正当性を示している。

F 健康危険情報

なし

G 研究発表

岩波明「刑法39条」 光文社（2009年発刊予定）

岩波明「精神鑑定の信用性」 読売新聞 2008年5月21日朝刊

H 知的財産権の出現・登録状況

なし

② 精神鑑定の客観性に関する予備的研究

B 研究方法

司法精神医療における精神鑑定の役割は非常に重要なものであるが、その科学性、客観性については、これまで十分に議論はされていない。その理由の一つとして、これまで司法精神医療は、精神医学と司法システムの境界領域として、我が国においては必ずしも重要視されてこなかった歴史的な経緯がある。

犯罪を犯した精神障害者（触法精神障害者）に対する心神喪失、心神耗弱などの刑罰の減免措置は、日本においても諸外国においても長い歴史を持つものであり、ある意味自然発生的なシステムと考えられる。刑法三十九条などの法的な規定は、これを確認したものであるが、必ずしも一般市民の賛同を得られているとは言えない現状がある。日本において刑法三十九条による取

り決めは、実務的には精神保健福祉法と平成17年に施行された心神喪失者等医療観察法によって運用されている。しかしながら、司法機関と医療施設の協力関係はいまだに十分とは言えず、今後の大きな課題として残っている。

触法精神障害者の処遇や治療、社会復帰にあたっては、様々な分野の専門家の協力が不可欠である。司法当局や社会福祉関連施設の重要性は言うまでもないが、やはりもっとも重要なプロセスは、精神医学的な評価である。

そこで求められている点は、対象者の処遇を決定するために、精神医学的な診察、検査などによって医学的な診断を定め、疾患の重症度、犯行時や現在の臨床症状を評価することである。さらに犯行時における責任能力（弁識能力と制御能力）を推定することも求められる。これは精神科の治療に直結するとともに、裁判など法的な手続きにおける基本的な指針となる。以上のような診断と評価のプロセスが「精神鑑定」である。

精神鑑定には、いくつかの種類がある。逮捕勾留された直後から被疑者に明らかかな精神障害がみられる場合、検察官は起訴前鑑定を行う。起訴前鑑定は通常「簡易鑑定」であることが多く、鑑定人は一～二日の短時間の面接で鑑定書を作成する。この簡易鑑定は精度が低いという批判が多い。とはいうものの、過去の治療歴などから診断が明らかであるケースも多く、必ずしも簡易鑑定のシステムが不適切とは言えない。

現在のシステムにおいては、起訴前の簡易鑑定において被疑者に責任能力がないと判断された場合、ほとんどの場合検察は不