



参考 対象行為と医療観察法の対象となっていない行為等一覧

医療観察法第2条第2項 この法律において「対象行為」とは、次の各号に掲げるいずれかの行為に当たるものをいう。					
医療観察法	刑法	罪名	刑法の章	医療観察法対象外罪名	特例・加重規定
一 刑法(明治四十年法律第四十五号)第八十条から第一百十条まで又は第一百十二条に規定する行為	第108条 第109条 第110条 第112条	現住建造物等放火 非現住建造物等放火 建造物等以外放火 (108条と109条1項)未遂	第九章 放火及び失火の罪	第111条：延焼 第113条：予備 第114条：消火妨害 第116条：失火 第117条：激発物破裂 第117条の2：業務上失火 第118条：ガス漏出致死傷	第115条：差押自己物
二 刑法第七十六条から第七十九条までに規定する行為	第176条 第177条 第178条 第178条の2 第179条	強制わいせつ 強姦 準強制わいせつ及び準強姦 集団強姦等 (上記の)未遂	第二十二章 わいせつ、姦淫及び重婚の罪	第182条：淫行勧誘 第184条：重婚	第181条：致死傷
三 刑法第九十九条、第二百二十九条、第二百三十一条又は第二百三十二条に規定する行為	第199条 第202条 第203条	殺人 自殺関与及び同意殺人 (上記の)未遂	第二十六章 殺人の罪	第201条：予備	
四 刑法第二百四条に規定する行為	第204条	傷害	第二十七章 傷害の罪	第206条：現場助勢 第207条：同時傷害の特例 第208条：暴行 第208条の2：危険運転致死 第208条の3：凶器準備集合	第205条：傷害致死
五 刑法第二百三十六条、第二百三十八条又は第二百四十三条(第二百三十六条又は第二百三十八条に係るものに限る)	第236条 第238条 第243条	強盗 事後強盗 未遂罪	第三十六章 窃盗及び強盗の罪	第235条：窃盗 第235条の2：不動産侵奪 第237条：強盗予備 第239条：昏酔強盗	第240条：強盗致死傷 第241条：強盗強姦致死 第242条：他人占有自己物 第244条：親族間 第245条：電気

厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）
医療観察法導入後における触法精神障害者への対応に関する研究
分担研究報告書

触法精神障害者に対する自治体の対応に関する研究

研究分担者	竹島 正	（国立精神・神経センター精神保健研究所）
研究協力者	小山明日香	（国立精神・神経センター精神保健研究所）
	立森 久照	（国立精神・神経センター精神保健研究所）
	金田一正史	（千葉県健康福祉部障害福祉課）
	小泉 典章	（長野県精神保健福祉センター）
	松本 俊彦	（国立精神・神経センター精神保健研究所）

研究要旨：【目的】医療観察法導入後における都道府県・政令指定都市における、触法精神障害者に対する対応を把握し、触法行為を行った精神障害者の処遇の改善に役立てる資料とすることを目的とした。【方法】全国の都道府県・政令指定都市（以下、自治体という）の精神保健福祉主管課長あてに「触法精神障害者に対する自治体の対応に関するアンケート調査」を実施した。回答のあった自治体は56か所（回答率86.2%）であった。【結果および考察】第24条における警察官の保護下でない通報や、第26条における出所後の通報などを含めて、第24条および第26条による通報件数などは著しく増加しており、通報制度の運用が変化していると考えられた。一方、第25条の通報件数などはあまり増加しておらず、検察官の段階で第25条と医療観察法のトリアーザが行われるようになったことが関係していると考えられた。医療観察法の地域処遇については、自治体が一定の経験を積みつつあり、また触法精神障害者の対応を進めるなど、医療観察法の成果が示されたが、同時に、検討すべき課題も少なくないことが明らかになった。また、触法精神障害者の自殺関連行動が少なくないことから、その処遇においては、自殺予防も重要であることが明らかになった。【結論】触法精神障害者は、医療観察法による医療または措置入院の適用に該当するか否かに関わらず、日常生活の自立が困難、社会からの支援が届きにくい、または孤立しがちな者が多く含まれている可能性があり、社会福祉援助も含めて、その支援のあり方を多角的に検討していく必要があると考えられた。

A. 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、医療観察法という）は、平成17年に施行され、平成22年は施行後5年の見直しの年に当たる。医療観察法導入後における都道府県・政令指定都市における、触法精神障害者に対する対応を把握し、触法行為を行った精神障害者の処遇の改善に役立てる資料とすることを目的とした。

B. 方法

平成21年12月14日付けで全国の都道府県・政令指定都市（以下、自治体という）の精神保健福祉主管課長あてに「触法精神障害者に対する自治体の対応に関するアンケート調査」（資料参照）を郵送した。アンケートは、精神保健福祉法第24条（警察官の通報）・第25条（検察官の通報）・第26条（矯正施設の長の通報）の運用状況、措置入院制度の運用方法、第24条・第

25条・第26条における医療観察法の対象行為該当と判断される事例数、自殺企図と判断される事例数、医療観察法の地域処遇事例数と地域精神保健活動の連携などであった。なお、アンケートの中で、平成11年度から平成21年度までの自治体の通報件数、27条診察事例数、29条措置入院件数について訊ねたが、平成21年度については4月1日から11月30日までの8ヵ月間の数値の報告を得たため、本文および表ではその数値を1.5倍した12ヵ月分の推定値を用いた。

アンケートは平成21年12月14日に発送し、平成22年1月22日までに回答のない自治体に対してFAXで再依頼を行った。その結果、56都道府県・政令指定都市より回答があった（回答率86.2%）。

C. 結果

1. 第24条・第25条・第26条の運用状況

1) 第24条

事前調査を主として実施する機関は、保健所38か所（67.9%）、精神保健福祉主管課3か所（5.4%）、精神科救急情報センター2か所（3.6%）、曜日・時間帯による各機関分担9（16.1%）、その他4（7.1%）であった（表1）。その他は「各区精神保健福祉主管課」、「各区保健センター」、「区役所」、「精神保健福祉センターで主管課業務を実施」であった。

主たる事前調査の実施方法は、「通報者または対象者との面談」34か所（60.7%）、「通報書と通報者からの情報」6か所（10.7%）、「事例により異なる」16か所（28.6%）であった（表2）。

指定医による診察の範囲は、「事前調査によって診察が必要とされたもの」が56か所（100.0%）であった（表3）。

2) 第25条

事前調査を主として実施する機関は、保健所27か所（48.2%）、精神保健福祉主管課16か所（28.6%）、精神保健福祉センター4か所（7.1%）、精神科救急情報センター3か所（5.4%）、曜日・時間帯による各機関分担5（8.9%）、その他1

（1.8%）であった（表4）。その他は「精神保健福祉センターで主管課業務を実施」であった。

主たる事前調査の実施方法は、「通報者または対象者との面談」18か所（32.1%）、「通報書と通報者からの情報」21か所（37.5%）、「事例により異なる」17か所（30.4%）であった（表5）。

指定医による診察の範囲は、「事前調査によって診察が必要とされたもの」が56か所（100.0%）であった（表6）。

3) 第26条

事前調査を主として実施する機関は、保健所26か所（46.4%）、精神保健福祉主管課19か所（33.9%）、精神保健福祉センター4か所（7.1%）、精神科救急情報センター3か所（5.4%）、曜日・時間帯による各機関分担3か所（5.4%）、その他1か所（1.8%）であった（表7）。その他は「精神保健福祉センターで主管課業務を実施」であった。

主たる事前調査の実施方法は、「通報者または対象者との面談」7か所（12.5%）、「通報書と通報者からの情報」27か所（48.2%）、「事例により異なる」22か所（39.3%）であった（表8）。

指定医による診察の範囲は、「事前調査によって診察が必要とされたもの」が56か所（100.0%）であった（表9）。

2. 措置入院制度の運用状況

診察に当たる医師の確保方法に「取り決めがある」と回答した自治体は9か所（16.1%）、「必要の都度、対応できる指定医を探している」は43か所（76.8%）、「その他」は4か所（7.1%）であった（表10）。「取り決めがある」は「休日、夜間は輪番病院の指定医が対応」、「月毎、予定表を作成」、「受入れ実績の少ない医療機関から順に確保」、「精神科病院協会に委託し、輪番制で依頼している」、「毎年、市内の精神科病院・精神科のある総合病院・クリニックの協力が得られたところと輪番契約を結び、年間計画を立てて医師を確保している」などであった。「その他」は「一次診察は原則として精神科救急情報センターの指定医が対応、二次診察は受入予定病院の指定医が対応」、「取り決めがある保健所

と、必要の都度、対応できる指定医を探す保健所がある」、「二次診察は輪番病院に依頼」、「夜間・休日については精神科救急医療システムによる待機指定医、平日・昼間は保健所が探している」であった。

指定医による診察の一般的な状況は、「指定医が別に診察するようにしている」26か所(46.4%)、「二名の指定医が同時に診察するようにしている」17か所(30.4%)、「特に決めておらず、状況に応じて判断する」13か所(23.2%)であった(表11)。

診察する指定医に受入予定病院の指定医が含まれるかについては、「原則として含まれない」37か所(66.1%)、「原則として含まれる」18か所(32.1%)、「その他」1か所(1.8%)であった(表12)。「その他」は「含まれないのが基本だが、運用上、含むことが多い」であった。

主たる診察の場所は、「対象者の居所(自宅、警察署等)」33か所(58.9%)、「診察する指定医の居所」16か所(28.6%)、「その他」7か所(12.5%)であった(表13)。「その他」は「一次診察は対象者の居所、二次は診察する指定医の居所」、「入院受入予定病院」、「夜間休日は病院で緊急措置診察」であった。

入院する場合の受入病院の確保方法は、「取り決めがある」17か所(30.4%)、「必要の都度、対応できる指定を探している」36か所(64.3%)、「その他」3か所(5.4%)であった(表14)。「その他」は「休日夜間は当番病院、平日昼間はその都度探している」、「主治医がいて受入可能な場合はその病院。それ以外の場合は、日中はその都度探し、休日夜間は輪番当番病院」であった。

3. 第24条の運用実態、医療観察法の対象行為該当、自殺企図と判断される事例等

平成15年度以降の通報件数の推移を追うことができた45か所の自治体について集計したところ、平成15年度6,988件、16年度8,081件、17年度8,058件、18年度9,100件、19年度8,729件、20年度8,860件、21年度8,807件であった(表15)。また、平成11年度以降のそれぞれの年度

について、回答のあった自治体の合計人口(すべての年度について一律に平成17年国勢調査による人口を用いた)をもとに人口10万あたりの通報件数を算出した。その結果、平成11年度の通報件数は4.4件、第27条診察事例数は2.7件、第29条措置入院件数は2.1件であったが、平成20年度はそれぞれ8.4件、4.1件、3.0件となっていた。

平成21年4月1日から11月30日までの8ヶ月間に通報のあった事例のうち、対象者が警察官の保護下にはないまたは身柄を拘束されていない状態での通報は24か所(42.9%)の自治体から報告があった(表16)。報告があった各自治体における通報件数のうち1.3%~96.6%が該当する事例であった。

平成20年4月1日から21年11月30日までの20ヶ月間に通報のあった事例のうち、医療観察法の対象行為該当と判断された事例は31か所(55.4%)の自治体から報告があった(表17)。報告があった自治体における通報件数のうち0.3%~8.6%が該当する事例であった。

平成21年4月1日から11月30日までの8ヶ月間に通報のあった事例のうち、通報時に自殺企図と判断される事例は24か所(42.9%)の自治体から報告があった(表18)。報告があった自治体における通報件数のうち0.6%~27.3%が該当する事例であった。

触法精神障害者に対する自治体の対応を進める上での意見を表19にまとめた。「自傷他害に該当しない事例について通報される場合がある」、「保護せずに、もしくは保護を解除した後に通報を出すケースが散見され、対応に苦慮している」、「現場の警察官は医療観察法の認識は薄い」、「第24条通報で3ヶ月間措置入院となり、措置入院中に医療観察法鑑定入院となり、「措置入院者の症状消退届」を病院管理者に求めることになった。精神保健福祉法と司法との間で、事務的な手続きについて確認がとれているのか」、「医療観察法に基づく裁判所への申立てが必要となる重大事件を起こした対象者が、そ

の対応を待たずして措置入院となった場合には、医療観察法の手続きを行う期限（刑事手続き上の拘留期限と同等程度）を設ける必要があるのではないか」、「医療観察法による対応前に24条通報に基づき措置入院となった対象者が、その後医療観察法に基づく入院決定を受けた場合、その時点で措置入院の必要性がなくなることから措置解除となるが、このような場合の具体的な手続き規定を整備する必要があるのではないか」などの意見があった。

4. 第25条の運用実態、医療観察法の対象行為該当、自殺企図と判断される事例等

平成15年度以降の通報件数などの推移を追うことができた45か所の自治体について集計したところ、平成15年度767件、16年度811件、17年度740件、18年度805件、19年度845件、20年度955件、21年度903件であった（表20）。また、平成11年度以降のそれぞれの年度について、回答のあった自治体の合計人口をもとに人口10万あたりの通報件数を算出したところ、平成11年度の通報件数は0.8件、第27条診察事例数は0.5件、第29条措置入院件数は0.4件であったが、平成20年度はそれぞれ0.9件、0.4件、0.3件であった。

平成20年4月1日から11月30日までの20ヶ月間に通報のあった事例のうち、医療観察法の対象行為該当と判断された事例は24か所（42.9%）から報告があった（表21）。報告があった各自治体における通報件数からみると、1.5%～30.0%が該当する事例であった。

平成21年4月1日から11月30日までの8ヶ月間に通報のあった事例のうち、通報時に自殺企図と判断される事例は2か所（3.6%）から報告があった（表22）。報告があった各自治体における通報件数からみると、10.0%～20.0%が該当する事例であった。

平成21年4月1日から11月30日までの8ヶ月間に通報のあった事例のうち、起訴前鑑定書が全事例に添付されていたのは8か所（14.3%）、一部に添付されていたのは39か所（69.6%）、添

付されていた事例がなかったのは5か所（8.9%）であった（表23）。

触法精神障害者に対する自治体の対応を進める上での意見を表24にまとめた。「現に医療に結びついている例であっても、事務的に第25条通報される場合がある。また、24条通報により対応したケースであっても、第25条通報される場合がある」、「拘留中にアルコール依存症の離脱症状が出て、対応困難で25条運用する事例があり、拘留中のアルコール依存症対応（医療）の整備を図る必要があると思われる」、「医療観察法に基づく検察官から裁判所への申立てが却下となった場合、検察官がその場（裁判所）で法25条に基づく通報をすることが想定される」、「執行猶予事例等において、刑の言い渡しから刑確定までの間（刑確定後、医療観察の申し立てを行う場合）25条の通報により、措置入院等対応を求められる」などの意見があった。

5. 第26条の運用実態、医療観察法の対象行為該当、自殺企図と判断される事例等

平成15年度以降の通報件数の推移をみることもできた45か所の自治体についてのみ通報件数を集計したところ、平成15年度977件、16年度1,140件、17年度1,337件、18年度1,626件、19年度1,530件、20年度1,743件、21年度2,027件であった（表25）。また、平成11年度以降のそれぞれの年度について、回答のあった自治体の合計人口をもとに人口10万あたりの通報件数を算出した。その結果、平成11年度の通報件数は0.29件、第27条診察事例数は0.07件、第29条措置入院件数は0.06件であったが、平成20年度はそれぞれ1.67件、0.13件、0.06件となっていた。

平成20年4月1日から11月30日までの20ヶ月間に通報のあった事例のうち、医療観察法の対象行為該当と判断された事例は9か所（16.1%）の自治体から報告があった（表26）。報告のあった各自治体における通報件数からみると、2.3%～37.0%が該当する事例であった。

平成21年4月1日から11月30日までの8ヶ月

月間に通報のあった事例のうち、通報時に自殺企図と判断されるような事例は4か所(7.1%)の自治体から報告があった(表27)。報告があった各自治体における通報件数からみると、4.0%~12.5%が該当する事例であった。

触法精神障害者に対する自治体の対応を進める上での意見を表28にまとめた。「上級庁の指示で、法第5条の「精神障害者」に該当するとして、形式的と認識しつつ通報してくる。しかしながら、通報は、措置入院の要否を判断する診察を実施するという行政権限を発動する基となるものであり、このような事例に関する通報の本来の必要性、意味に疑問がある。他の通報・届出と同じく「自傷他害のおそれ」を通報要件に加えるべきである」、「矯正施設内での精神科治療が必要であると思われる」、「生活支援が必要な触法精神障害者の地域生活への移行、定着を支援するシステム作りが必要と考える」、「医療観察法施行後は重大な他害行為を犯した者は、26条通報されなくなったが、窃盗や覚醒剤犯罪を犯した者があがってくる。これらは出所後の支援が必要とされる人達であり、今後の地域生活定着支援センター等での支援と26条通報を整理した方が良いのではないかなど」の意見があった。

6. 医療観察法の地域処遇と地域精神保健福祉活動の連携

医療観察法の施行から平成21年11月末までの間に地域処遇の実績について報告のあった自治体は50か所(89.3%)の合計534件であって、1自治体の平均は10.7件であった。無回答は6か所(10.7%)であった。無回答の理由として、4か所の自治体から保護観察所が対応しており自治体で把握していないことがあげられた。残りの2か所の理由は不明であった。回答のあった自治体50箇所の地域処遇で対応した事例数は、0事例1か所、1~5事例15か所、6~10事例18か所、11~15事例7か所、16~20事例3か所、21事例以上6か所であった(表29)。医療観察法施行から平成21年11月末までの4年4ヶ月間に地域処遇で対応した事例数を人口

10万人あたりで計算すると、0.47事例であった。この数値をもとに年間事例数を計算すると、人口10万人あたり平均0.11事例であった。

地域処遇を終了した事例数は、0事例11か所、1~5事例32か所、6事例以上7か所であった(表30)。医療観察法施行から平成21年11月末までの4年4ヶ月間に地域処遇を終了した事例数を人口10万人あたりで計算すると、0.12事例であった。この数値をもとに年間事例数を計算すると、人口10万人あたり平均0.03事例であった。

平成21年11月末の時点で地域処遇となっている人数の合計は、回答のあった自治体50か所の合計で、通院治療312人(88.9%)、措置入院1人(0.3%)、医療保護入院17人(4.8%)、任意入院17人(4.8%)、その他4人(1.1%)であった(表31~35)。

地域処遇期間中の自殺企図を経験した自治体は8か所(14.3%)、自殺既遂を経験した自治体は3か所(5.4%)であった(表36~37)。事例数の合計は自殺企図11件、自殺既遂3件であり、地域処遇で対応した事例数のそれぞれ2.1%、0.6%に該当した。自殺既遂の3件を地域処遇で対応した事例数で割ると、人口10万対自殺死亡率561.8に相当する数字となった。

触法精神障害者に対する自治体の対応を進める上での意見を表38にまとめた。「現状では、入院指定医療機関から通院指定医療機関、通院指定医療機関から一般精神医療機関へと医療側の情報や経験が蓄積されない」、「地域の中で本人の”ケアマネージャー”役を誰が担うか、および関係者・機関の役割分担のコンセンサスを一致させていくことが重要と認識している」、「医療観察法第101条に基づき、指定入院医療機関入院中から、退院後の生活環境の調整を連携して行っていくことは、地域処遇を受け入れる関係機関にとっても安心でき、対象者の理解を深めていくことにつながる」、「精神障害者地域移行支援特別対策事業、自立支援法に基づく相談支援事業などの既存事業や地域自立支援協議会などの既存体制を医療観察法による処遇中から

活用し、関係機関と連携することが対象者の社会復帰を促進することにつながると考える」、「地域処遇において、指定通院施設への負担があまりに大きく、理想とした地域処遇は施設処遇に傾いてしまっている」などの意見があった。

D. 考察

第24条・第25条・第26条について保健所が主として事前調査を行う割合は、それぞれ67.9%、48.2%、46.4%であった。平成13年度に行われた調査（平成13年度厚生科学研究費補助金（厚生科学特別研究事業）「措置入院制度のあり方に関する研究」による）では、それぞれ第24条74.6%、第25条23.7%、第26条18.6%であった。保健所が主として事前調査を行う割合は、平成13年度に比べると、第24条はやや減少し、第25条、第26条は増加していた。この理由として、回答する自治体に政令指定都市が増えたことと、政令指定都市では精神保健福祉センターや保健所が主管課の役割も果たす場合があることの影響が考えられた。

措置入院制度の運用状況では、診察に当たる医師の確保方法に「取り決めがある」と回答した自治体は9か所（16.1%）であった。平成13年度に行われた調査では10.2%であったので、「取り決めがある」自治体はやや増加したことになる。また、入院する場合の受入病院の確保方法について「取り決めがある」と回答した自治体は30.4%で、13年度の22.0%よりも増加していた。この理由として、精神科救急医療システムと輪番病院制が自治体に普及してきたことが考えられた。

第24条の運用実態では、平成15年度以降の通報件数の推移では第24条は増加傾向にあった。また、平成11年度と平成20年度を比較すると通報は約2倍に、第27条診察事例数、第29条措置入院件数も増加していた。この理由として、対象者が警察官の保護下でない、または身柄を拘束されていない状態での通報が約4割の自治体から報告があるなど、24条通報のあ

り方の変化、通報対象の拡大の影響が考えられた。また、平成20年4月1日から21年11月30日までの20ヶ月間に通報のあった事例のうち、医療観察法の対象行為該当と判断された事例は55.4%の自治体から報告があった。この理由として、警察の現場における医療観察法の認識、医療観察法の対象行為（放火、強制わいせつ、強姦、殺人、傷害、強盗）における放火、傷害の扱いなどの影響が考えられたが、適正なトリアージを行うためには、現場で経験された問題のフィードバックが重要であろう。平成21年4月1日から11月30日までの8ヶ月間に通報のあった事例のうち、通報時に自殺企図と判断される事例が42.9%の自治体から報告があったことは、自傷他害のおそれのある精神障害者などの処遇は、自殺予防の観点からもとらえる必要があることを示すものと考えられた。

医療観察法の施行は第25条の運用に最も影響を与えたと考えられる。平成15年度以降の通報件数の推移では第25条は、第24条、第26条ほどは増加していなかった。また、平成11年度と平成20年度を比較しても、人口10万に対する通報件数、第27条診察事例数、第29条措置入院件数とも増加していなかった。このことは、医療観察法の整備により、検察官によって医療観察法と精神保健福祉法第25条の間のトリアージが行われるようになったことが関係していると思われた。自治体からあげられた「24条通報により対応したケースであっても、第25条通報される場合がある」という問題点は、措置入院制度の運用上の問題として、どのような事例であるか、検討する必要があると考えられた。第25条の運用における触法精神障害者の処遇については、拘留中のアルコール依存症対応（医療）などの医療観察法以前からの問題と、医療観察法の申し立ての間に措置入院等対応を求められるなどの医療観察法の制度的問題のふたつが存在すると考えられた。

平成15年度以降の第26条通報は著しく増加していた。また平成11年度と平成20年度の人

口10万対通報件数、通報件数、第27条診察事例数、第29条措置入院件数とも増加しており、特に通報件数の増加が著しかった。この背景には「H18.5.23法務省矯正第3373号被収容者の釈放に関する訓令の運用について（依命通達）」の影響が考えられた。自治体の回答からみると、第26条通報への対応に自治体は苦慮している。第26条通報になる者には、発達障害、認知症も含めて、日常生活の自立が困難で、社会からの支援が届きにくい、または孤立しがちな者が多く含まれている可能性があり、単に第26条の適用の有無を論じるだけでなく、社会福祉的な視点の援助についても検討の必要があると考えられた。

医療観察法の地域処遇と地域精神保健福祉活動の連携については、医療観察法の施行から平成21年11月末までの間に地域処遇の実績についての経験があることを報告した自治体は49か所にのぼり、地域処遇の終了を経験した自治体も39か所にのぼることから、医療観察法における地域処遇についての自治体の経験が蓄積されつつあると思われた。その一方で、6か所の自治体からは、地域処遇については保護観察所が対応しており自治体で把握していないことなどを理由に、地域処遇で対応した事例数と終了した事例数については無回答であった。医療観察法では、保護観察所の長は、指定通院医療機関の管理者ならびに都道府県知事および市町村長との間において必要な情報交換を行うなどして協力体制を整備するとともに、処遇の実施状況を常に把握し、当該実施計画に関する関係機関相互間の緊密な連携の確保に努めなければならないとされているが地域処遇の事例数を把握していない自治体が1割程度存在したことは、医療観察法の運用における自治体と保護観察所経験の蓄積を促すという観点から注意が必要と考えられた。

地域処遇期間中の自殺は3件発生しており、自殺死亡率に換算すると、人口10万対500を超える高い数値であった。このことは、触法精神

障害者は自殺のハイリスク群でもあることを示唆するものであり、その処遇において自殺予防の観点も重要であることを示すものと考えられた。医療観察法は地域処遇における地域精神保健医療体制との連携の大事な時期を迎えており、地域精神保健医療体制の充実強化を前提として、地域の中で本人のケアマネージャー役を誰が担うか、および関係者・機関の役割分担のコンセンサスを形成していくことが重要と考えられた。

今回のアンケート調査は、触法精神障害者の問題が、単に法律の運用の適正化に止まるわけにはいかないニーズを背景に持っていることを示しており、社会福祉援助も含めて、その支援のあり方を多角的に検討していく必要があることを示すものと考えられた。

E. 結論

医療観察法導入後における都道府県・政令指定都市における、触法精神障害者に対する対応を把握し、触法行為を行った精神障害者の処遇の改善に役立てる資料とすることを目的として、全国の自治体の精神保健福祉主管課長あてに「触法精神障害者に対する自治体の対応に関するアンケート調査」を実施した。第24条および第26条による通報件数などは著しく増加しており、通報制度の運用が変化していると考えられた。一方、第25条の通報件数などはあまり増加しておらず、検察官の段階で第25条と医療観察法のトリアージが行われるようになったことが関係していると考えられた。触法精神障害者は、日常生活の自立が困難、社会からの支援が届きにくい、または孤立しがちな者が多く含まれている可能性があり、社会福祉援助も含めて、その支援のあり方を多角的に検討していく必要があると考えられた。

表1 第24条・主として事前審査を実施する機関

	度数	パーセント
保健所	38	67.9
精神保健福祉主管課	3	5.4
精神保健福祉センター	0	0
精神科救急情報センター	2	3.6
曜日・時間帯による 各機関分担	9	16.1
その他	4	7.1
合計	56	100.0

表2 第24条・事前調査実施方法

	度数	パーセント
通報者・対象者との面談	34	60.7
通報書と通報者からの情報	6	10.7
事例により異なる	16	28.6
合計	56	100.0

表3 第24条・指定医による診察の範囲

	度数	パーセント
全通報事例	0	0.0
事前調査によって診察が必要 と判断されたもの	56	100.0
合計	56	100.0

表4 第25条・主として事前審査を実施する機関

	度数	パーセント
保健所	27	48.2
精神保健福祉主管課	16	28.6
精神保健福祉センター	4	7.1
精神科救急情報センター	3	5.4
曜日・時間帯による各機関分 担	5	8.9
その他	1	1.8
合計	56	100.0

表5 第25条・事前調査実施方法

	度数	パーセント
通報者・対象者との面談	18	32.1
通報書と通報者からの情報	21	37.5
事例により異なる	17	30.4
合計	56	100.0

表6 第25条・指定医による診察の範囲

	度数	パーセント
全通報事例	0	0.0
事前調査によって診察が必要 と判断されたもの	56	100.0
合計	56	100.0

表7 第26条・主として事前審査を実施する機関

	度数	パーセント
保健所	26	46.4
精神保健福祉主管課	19	33.9
精神保健福祉センター	4	7.1
精神科救急情報センター	3	5.4
曜日・時間帯による各機関分 担	3	5.4
その他	1	1.8
合計	56	100.0

表8 第26条・事前調査実施方法

	度数	パーセント
通報者・対象者との面談	7	12.5
通報書と通報者からの情報	27	48.2
事例により異なる	22	39.3
合計	56	100.0

表9 第26条・指定医による診察の範囲

	度数	パーセント
全通報事例	0	0.0
事前調査によって診察が必要 と判断されたもの	56	100.0
合計	56	100.0

表10 診察にあたる指定医の確保方法

	度数	パーセント
取り決めがある	9	16.1
必要の都度、対応できる指定 を探している	43	76.8
その他	4	7.1
合計	56	100.0

表11 指定医の診察状況

	度数	パーセント
指定医が別に診察するように している	26	46.4
二名の指定医が同時に診察 するようにしている	17	30.4
特に決めておらず、状況に応 じて判断する	13	23.2
合計	56	100.0

表12 受入予定病院の指定医

	度数	パーセント
原則として含まれない	37	66.1
原則として含まれる	18	32.1
その他	1	1.8
合計	56	100.0

表13 診察場所

	度数	パーセント
対象者の居所(自宅、警察署 等)	33	58.9
診察する指定医の居所	16	28.6
その他	7	12.5
合計	56	100.0

表14 受入病院の確保方法

	度数	パーセント
取り決めがある	17	30.4
必要の都度、対応できる指定 を探している	36	64.3
その他	3	5.4
合計	56	100.0

(表15は別途掲載)

表16 24条通報のうち対象者が警察の保護下
ないまたは身柄確保されない状態での通報事例
(8ヶ月間)

	度数	パーセント
あった	24	42.9
なかった	31	55.4
不明	1	1.8
合計	56	100.0

合計836件

表17 24条通報のうち医療観察法の
対象行為該当と判断される事例
(20ヶ月間)

	度数	パーセント
あった	31	55.4
なかった	24	42.9
不明	1	1.8
合計	56	100.0

合計138件

表18 24条通報のうち自殺企図と判断される事例

	度数	パーセント
あった	24	42.9
なかった	30	53.6
不明	2	3.6
合計	56	100.0

(表19,20は別途掲載)

表21 25条通報のうち医療観察法の対象行為
該当と判断される事例
(20ヶ月間)

	度数	パーセント
あった	24	42.9
なかった	30	53.6
不明	2	3.6
合計	56	100.0

合計51件

表22 25条通報のうち自殺企図と判断される事例
(8ヶ月間)

	度数	パーセント
あった	2	3.6
なかった	53	94.6
不明	1	1.8
合計	56	100.0

合計3件

表23 25条通報の起訴前鑑定書の添付

	度数	パーセント
全事例に添付されていた	8	14.3
一部の事例に添付されていた	39	69.6
添付されていた事例は なかった	5	8.9
対象なし	3	5.4
不明	1	1.8
合計	56	100.0

(表24,25は別途掲載)

表26 26条通報のうち医療観察法の対象行為
該当と判断される事例
(20ヶ月間)

	度数	パーセント
あった	9	16.1
なかった	45	80.4
不明	2	3.6
合計	56	100.0

合計42件

表27 26条通報のうち自殺企図と判断される事例
(8ヶ月間)

	度数	パーセント
あった	4	7.1
なかった	51	91.1
不明	1	1.8
合計	56	100.0

合計14件

(表28は別途掲載)

表29 地域処遇で対応した事例数

	度数	パーセント
0	1	1.8
1	2	3.6
3	4	7.1
4	3	5.4
5	6	10.7
6	6	10.7
7	2	3.6
8	4	7.1
9	4	7.1
10	2	3.6
11	1	1.8
12	2	3.6
15	4	7.1
16	1	1.8
17	1	1.8
18	1	1.8
22	1	1.8
24	1	1.8
25	1	1.8
35	1	1.8
41	1	1.8
47	1	1.8
不明	6	10.7
合計	56	100.0

合計534件

表30 地域処遇で終了した事例数

	度数	パーセント
0	11	19.6
1	13	23.2
2	6	10.7
3	7	12.5
4	5	8.9
5	1	1.8
6	1	1.8
8	3	5.4
10	2	3.6
11	1	1.8
不明	6	10.7
合計	56	100.0

合計132件

表31 地域処遇人数(通院治療)

	度数	パーセント
0	1	1.8
1	3	5.4
2	3	5.4
3	5	8.9
4	12	21.4
5	4	7.1
6	4	7.1
7	4	7.1
8	2	3.6
9	1	1.8
10	2	3.6
11	2	3.6
12	2	3.6
16	2	3.6
20	1	1.8
25	1	1.8
不明	7	12.5
合計	56	100.0

合計312件

表32 地域処遇人数(措置入院)

	度数	パーセント
0	46	82.1
1	1	1.8
不明	9	16.1
合計	56	100.0

合計1件

表33 地域処遇人数(医療保護入院)

	度数	パーセント
0	38	67.9
1	7	12.5
2	1	1.8
3	1	1.8
5	1	1.8
不明	8	14.3
合計	56	100.0

合計17件

表34 地域処遇人数(任意入院)

	度数	パーセント
0	39	69.6
1	5	8.9
2	3	5.4
6	1	1.8
不明	8	14.3
合計	56	100.0

合計17件

表35 地域処遇人数(その他)

	度数	パーセント
0	45	80.4
2	2	3.6
不明	9	16.1
合計	56	100.0

合計4件

表36 自殺企図

	度数	パーセント
あった	8	14.3
なかった	37	66.1
不明	11	19.6
合計	56	100.0

表37 自殺既遂

	度数	パーセント
あった	3	5.4
なかった	45	80.4
不明	8	14.3
合計	56	100.0

合計3件

(表38は別途記載)

表19 医療観察法と精神保健福祉法 24条の運用に対する意見

<ul style="list-style-type: none"> ・(第24条通報)精神障害のため通院中という情報のみで機械的に通報されることがあるが、被通報者には、事実関係を捜査等により明らかにする権利もあることから、緊急に医療に結びつける必要がない場合は、それらのことを実施した上で通報することが必要と考える。 ・(第24条通報)精神障害者を保護せずに通報があっても、行政として対応が困難な場合がある。 ・(第24条通報)警察官が対応してから相当期間経過後に24条通報書が送付されている事例が多い。 ・(医療観察法関係)捜査の初期段階で通報が行われ、結果的に医療観察法の対象と思われる事例があることから、通報のあり方についての整理・検討が必要と思われる。 ・(医療観察法関係)通院処遇中の医療観察法対象者が24条通報対象行為を行った場合に備え、関係機関と対処方針を定めておく必要がある(対象者に関する情報共有、指定通院医療機関における休日・夜間の対応等)。
<ul style="list-style-type: none"> ・(医療観察法関係)精神治療歴ありは24条通報に流れやすい。 ・(医療観察法関係)最初の警察官段階での刑罰判断と検察官の制度処遇判断において、重大な他害行為の中の傷害について、「軽微」とそれ以外のものとの判断に疑問を感じる。
<ul style="list-style-type: none"> ・(医療観察法関係)通院期間中の精神保健福祉法に基づく入院の適用を妨げるものではないが、治療の一貫性や手厚い専門的な医療の確保という観点から、また、現場での混乱を防ぐという観点から、医療観察法に基づく一貫した医療の提供が望ましいと考える。
<ul style="list-style-type: none"> ・(医療観察法関係)医療観察法の対象行為(特に自宅への放火)を行った被通報者について、精神障害者なので事件扱いしないとの理由で、24条通報となる事例が見受けられる。
<ul style="list-style-type: none"> ・(第24条通報)既に入院(医療保護入院等)をしているにもかかわらず、警察が搬送したからとの理由で、後日24条通報してくるケースがある。 ・(第24条通報)警察官が直接関与したり確認をしておらず、第三者からの情報だけで、24条通報してくるケースがある。「保護または逮捕」を通報要件として法文上に明記することが必要だと考える。 ・(第24条通報)総合病院では自殺企図のケースに関わる事が多いが、精神疾患ゆえの精神症状による自傷行為があるにも関わらず、申請・通報のルートにのらないケースがあるため、今後検討が必要と思われる。 ・(医療観察法関係)触法精神障害者(疑い含む)の第24条通報の場合、取調中に通報になったり、取り調べは完了したものの今後の司法手続きの行方が不明瞭なまま、通報となる場合がある。 ・(第24条通報)事案発生時に精神障害者と判明した途端、事件についての十分な検証がなされないまま、第24条通報となる場合がある。 ・(医療観察法関係)対応の煩雑さからか、精神的な問題のある事例については医療観察法施行前と同様に「精神障害の疑いの有る者」としての第24条通報として簡易に対処される傾向がある。
<ul style="list-style-type: none"> ・(医療観察法関係)警察に対する医療観察法の周知が必要ではないか。
<ul style="list-style-type: none"> ・(医療観察法関係)医療観察法の該当と思われる事例は逮捕するのではなく、警職法3条に基づく保護の場合が多い。 ・(医療観察法関係)警察官は医療観察法を知らないことがほとんどである。 ・(医療観察法関係)法第24条通報～指定医による診察～措置入院となった事例で医療観察法該当と思われる場合、速やかに移行できる仕組みが必要ではないか。
<ul style="list-style-type: none"> ・(第24条通報)警察の保護要件が担当者により異なる。また、保護要件があっても保護せず警察官が23条申請を運用するよう主張する事例があった。 ・(医療観察法関係)医療観察法の対象となる人でも、24条通報となり、疾患の治療のみで犯罪へのふり返りが十分なされない場合もある。 ・(医療観察法関係)第24条通報での措置入院を繰り返す人が見られる。罪の重さだけでなく、回数(頻度)も加味される必要はないか。
<ul style="list-style-type: none"> ・(第24条通報)自傷他害に該当しない事例について通報される場合がある。 ・(第24条通報)すでに入院処遇となっている者について、事後に通報してくる場合がある。 ・(医療観察法関係)措置入院者が医療観察法へ移管するため鑑定入院をすることになったケースで、鑑定入院と同時に精神保健福祉法の措置事由が消滅すると解釈されているが、規則等では明文化されていない。万一、病院から病院へ移送中に事故が生じた場合、行政責任の所在が不明であるので、患者がどの時点でどちらの法の管理下にあるか法律上定めるべきである。 ・(医療観察法関係)措置診察の際、指定医から医療観察法の適用対象ではないかと指摘された通報があったが、警察内部で協議した結果を翻すことはできなかった。触法行為の場合、事件とすることにより、よりよい医療につながる場合があるので、警察等と連携を密にし、医療観察法について理解を深めることが必要である。

表19 医療観察法と精神保健福祉法24条の運用に対する意見

- ・(医療観察法関係)放火未遂について第24条通報されることがある。医療観察法の対象となる可能性もある中で、あえて24条通報される理由が不明確なことが多い。
- ・(医療観察法関係)現場の警察官に医療観察法が周知されておらず、精神疾患があるということで、精神保健福祉法が優先されている感じがある。
- ・(医療観察法関係)医療観察法の対象行為のうち、軽微な傷害は対象とならないこともあるとされているが、その定義が明確でない。傷害事例で逮捕に至らない場合は精神保健福祉法での処遇となるが、家族、本人への再犯防止の教育が不十分となり得る。
- ・(医療観察法関係)医療観察法による入院となった者が「治療・反応性なし」とされて退院した直後に、他害行為のために第24条通報となった事例があった。
- ・(医療観察法関係)警察署が医療観察法について十分に認識されていないため、対象行為と思われる事象についても24条通報とする事例が見られる。
- ・(医療観察法関係)措置入院後、検察に送検されて医療観察法により処遇が決まるまで時間がかかるため、措置入院後に病状が回復し退院し、通院しているにもかかわらず、鑑定入院となる事例が見られる。
- ・(医療観察法関係)医療観察法の申立がなく、第24条通報が出されて措置入院となり、措置解除後、医療保護入院・任意入院となり退院準備をしている時点で、検察官による不起訴処分、医療観察法を前提とした法第25条通報、再措置入院中に医療観察法申立による鑑定入院、指定入院医療機関への移送と転院が行われたケースがあった。本ケースは、措置入院解除の手続きなく、精神保健福祉法上の処分やその後の支援も途中で切れたまま他府県の指定入院医療機関に入院しているが、適切な処遇とは言い難い。
- ・(第24条通報)保護せずに、もしくは保護を解除した後に通報のあるケースが散見され、対応に苦慮している。
- ・(第24条通報)警察官に身柄を確保されない状態で通報のあったケースについては、面談等による事前調査の実施が困難である。
- ・(医療観察法関係)警察管が医療観察法を知らずに混乱したことがある。
- ・(第24条通報)自傷他害の事実確認のない、お知らせ的な通報に困っている。警察の保護下でない場合、調査等が困難を極める。すでに入院している場合にも通報がある。
- ・(医療観察法関係)事件の後、24条通報をするか、検察庁送致にするか、警察の中で基準が不明確に感じられる。治療の緊急性があり、措置入院となる事例もあると思うが、医療観察法へのつなぎ(本人や家族への説明も含めて)を整備する必要がある。
- ・(医療観察法関係)放火等の重大な他害行為があった場合、警察署から本県に直ちに第24条通報がなされるケースが多く、警察署と地検(検察官)で、どの程度、医療観察法第33条第1項に基づく裁判所への申立を検討されているのか疑問を感じる。
- ・(医療観察法関係)逮捕・送検され、検察官の申し立てではじめて医療観察法の制度による手続きが開始される。「重大な他害行為」を行ったが、現場・警察署の判断により逮捕・送検に至らない(例えば高齢のため拘留に耐えられない等の理由)場合、まずは医療観察法適用が検討される必要があるのではないか。
- ・(第24条通報)夜間・休日の場合など、対象者の留置の認められる時間の中では、措置診察を行うための指定医や受入病院の確保に難渋することがある。
- ・(医療観察法関係)すでに医療観察法の対象となっている事例に「重大な犯罪行為」を犯したと言えない者が含まれている。
- ・(第24条通報)他害行為のない事例について24条通報が出されることがある。
- ・(医療観察法関係)警察に医療観察法の周知が十分になされておらず、起訴の必要性を説明しても、とりあってもらえない事例があった。
- ・(医療観察法関係)警察官が医療観察法を把握していないことが多々ある。
- ・(第24条通報)事後通報(警察で保護等をし、家族に引きとらせた後の通報)には、「通院歴が確認されたから」「迷惑行為が続いているから」などの理由で自傷他言緊急性に欠けるものが多い。一方調査時には安全性が確保されていない点に対応の困難さを感じる。
- ・(医療観察法関係)第24条通報により、医療観察法の対象行為には該当しないと考えられる対象者の入院措置を行ったケースについて、約2カ月後に検察庁より、医療観察法上の診察を行う旨の連絡があり、鑑定入院となった。医療観察法の対象行為の曖昧さと、本来は医療観察法で対応すべきケースについて、精神保健福祉法をつなぎ的に利用する点を危惧する。
- ・(医療観察法関係)医療観察法の対象となる重大な他害行為を行った者であるが、本人も軽傷を負ったため、その処置後、24条通報を経て措置入院となった。当初から医療観察法の対象になるケースではなかったか。
- ・(第24条通報)現場で対応する警察官によって対応が全く異なる。”社会通念による客観的判断”とはいっても、本人の申し立てに不自然さが無い場合においても第24条通報となる時があり、戸惑うことがある。

表19 医療観察法と精神保健福祉法 24条の運用に対する意見

- ・(医療観察法関係)医療観察法による対応が想定される事件(傷害、放火、殺人等)を起こした対象者が、その精神症状が激しいために警察署での取り調べや留置に耐えられず、早急な医療対応が必要なために捜査継続を前提として第24条による通報がなされると、医療観察法による入院手続きの前に精神保健福祉法による措置入院となる。このような場合、身柄付きで送検された場合に通常適用される「拘留期限」がなくなるからなのか、その後の刑事手続き及び医療観察法に基づく手続きが遅れ、鑑定入院となるまでに長時間を要することがある(半年近く要した事例あり)。措置入院先の病院としても、医療観察法による入院継続が想定される対象者であることから、一定の治療効果が出ている状況であっても措置解除の判断にまで踏み切ることが難しく、処遇に苦慮しているものと思われる。身柄付きで送検できるレベルの対象者よりも、留置にすら耐えられないレベルの重篤な対象者のほうが医療観察法に基づく(より手厚い)治療を受けられるようになるまでに長い期間を要している、という実態があることは問題である。したがって、医療観察法に基づく裁判所への申立てが必要となる重大事件を起こした対象者が、その対応を待たずして措置入院となった場合には、医療観察法の手続きを行う期限(刑事手続き上の拘留期限と同等程度)を設ける必要があるのではないか。
- ・(医療観察法関係)医療観察法による対応前に24条通報に基づき措置入院となった対象者が、その後医療観察法に基づく入院決定を受けた場合、その時点で措置入院の必要性がなくなることから措置解除となるが、その際特段の手続き(法第29条の4又は第29条の5に定める手続き(指定医の診察、消退届の提出)類似の行為)が必要となるのか、それとも他法を優先するため当然に措置解除ということで特段の手続きは必要ないのか不明確である。このような場合の具体的な手続き規定を整備する必要があるのではないか。
- ・(医療観察法関係)措置入院後に鑑定入院となる事例があるが違法性はないか。
- ・(医療観察法関係)現場の警察官は医療観察法の認識は薄い。
- ・(医療観察法関係)第24条通報で3ヶ月間措置入院となり、措置入院中に医療観察法鑑定入院となり、「措置入院者の症状消退届」を病院管理者に求めることになった。精神保健福祉法と司法との間で、事務的な手続きについて確認がとれているのか。
- ・(医療観察法関係)医療観察法の対象者に措置入院を行ったケースがあったが、医療観察法に移行するまでの期間が数ヶ月かかった。速やかに移行できるようにしてほしい。

表24 医療観察法と精神保健福祉法25条の運用に対する意見

<ul style="list-style-type: none"> ・(第25条通報)被疑者が簡易鑑定で「精神疾患がある」と判明した場合、「判断能力有り」と判断されても、不起訴処分として通報する傾向がある。起訴し裁判を行った上で、25条後段(裁判が確定したときの通報)の規定を適切に運用することが必要と考える。 ・(第25条通報)通報から処分(釈放)の日までの期日が短く、対応に苦慮した事例がある。 ・(医療観察法関係)医療観察法の適用に時間がかかるため一時的に措置入院とした事例があった。こうした手法には、本人の治療の観点から検討が必要と考える。
<ul style="list-style-type: none"> ・(第25条通報)現に医療に結びついている例であっても、事務的に第25条通報される場合がある。また、24条通報により対応したケースであっても、第25条通報される場合がある。通報対象の整理が必要。
<ul style="list-style-type: none"> ・(医療観察法関係)刑事事件の判決言い渡しから医療観察法の申し立てまでの期間をつなぐ目的で検察官通報が行われており、検察官通報と医療観察法の申し立てとの重複事例が生じている。
<ul style="list-style-type: none"> ・(医療観察法関係)地域処遇中の精神保健福祉法に基づく入院の適用も防げるものではないが、治療の一貫性や手厚い専門的な医療の確保という観点から、また、現場での混乱を防ぐという観点から、医療観察法に基づく一貫した医療の提供が望ましいと考える。
<ul style="list-style-type: none"> ・(医療観察法関係)医療観察法の受け入れ可能な鑑定入院先が見つからないために、25条通報となる事がある。また、鑑定入院医療機関を探す以前から、「入院先がすぐには決まらない」との理由で25条通報の連絡が入ったが、早急に探すよう促し、入院先が見つかり、通報に至らなかった例があった。強制入院の時間を最小限にするためにも、すみやかに鑑定入院に移行できるのが好ましいと考える。 ・(医療観察法関係)医療観察法と思われる事例があるが、その申し立てがされずに裁判が開始され、25条通報となったことがある。本人の聴取から精神疾患があると推測出来たと思えるが、簡易鑑定もされず、精神疾患の可能性について触れられてこなかった。より適切な判断・処遇が検察や弁護士に求められるのではないかと。 ・(医療観察法関係)放火および傷害は、申し立てを行う検察官の判断に差があり、措置診察の医師からも疑問が投げかけられる時がある。
<ul style="list-style-type: none"> ・(第25条通報)第25条通報における精神症状、自傷他害要件のはっきりした、措置入院となりうるような通報事例の減少と、判断に苦慮する事例の増加を感じている。
<ul style="list-style-type: none"> ・(第25条通報)第25条通報は自傷他害のおそれが少ない者がほとんどで、知的障害のケースが多く見られる。また、24条通報で措置入院中に25条通報が出される例もある。25条通報に至る出来事からだいぶ期間が空いてからの通報も多い。
<ul style="list-style-type: none"> ・(第25条通報)特に軽犯罪の場合、犯罪と精神疾患が関連していない場合であっても通院歴があるということで、不起訴処分、25条通報となることがある。 ・(医療観察法関係)第25条通報の中には医療観察法の適用対象と思われる例がある。一旦措置入院しても、医療観察法適用への変更が可能となるような仕組みがほしい。
<ul style="list-style-type: none"> ・(医療観察法関係)「医療観察法にのせる予定だが、申立から鑑定入院が決まるまで、措置入院にならないか」との通報があった。鑑定入院時には検察から連絡があったが、処遇決定については何も連絡がなかった。そもそも医療観察法の予定なら措置入院は適当なのか。
<ul style="list-style-type: none"> ・(医療観察法関係)医療観察法の申し立てをすることが決まっている事例について、いったん釈放された後に第25条通報があったため対応に困った。
<ul style="list-style-type: none"> ・(医療観察法関係)医療観察法の鑑定入院につなぐまでの約2週間、精神保健福祉法での入院を「求められる」ことについて法整備が必要である。
<ul style="list-style-type: none"> ・(医療観察法関係)検察庁が事件について起訴し、無罪の確定後に医療観察法の手続きがなされるため、判決確定までの間(2週間)の本人の身柄を拘束することができないため、第25条通報される事例がみられる。
<ul style="list-style-type: none"> ・(医療観察法関係)対象行為があれば、少なくとも検察官まで上げるルールを確立すること、その上で、第25条通報ではなく、医療観察法の申立をすることも併せてルール化する必要がある様に思う。
<ul style="list-style-type: none"> ・(医療観察法関係)医療観察法申立の基準が検察官により異なる(障害3日程度でも申し立てたケースもあり)。 ・(医療観察法関係)判決から刑確定=申し立てまで2週間要するが、その期間中に、対象者の身柄を確保する「つなぎ」として第25条通報が出され、精神保健福祉法による入院を検察が望むケースが多数見受けられる。
<ul style="list-style-type: none"> ・(医療観察法関係)執行猶予事例等において、刑の言い渡しから刑確定までの間(刑確定後、医療観察の申し立てを行う場合)25条の通報により、措置入院等対応を求められる。自宅へ帰したくないと言われる。
<ul style="list-style-type: none"> ・(医療観察法関係)第25条通報の事例で、医療観察法の申立を予定しているにもかかわらず、判決言い渡しで執行猶予になって同日釈放される可能性が大きいので、通報させてもらいたい(入院先は鑑定入院予定先を希望する)という事例があり、法のすき間、空白期間があると聞いたが、もしそういう問題があるのなら、

表24 医療観察法と精神保健福祉法 25条の運用に対する意見

- ・(第25条通報)第 24条通報と重複する場合がある。
- ・(第25条通報)面接日時、面接場所等の設定が困難な場合がある。
- ・(第25条通報)拘留中にアルコール依存症の離脱症状が出て、対応困難で第25条通報のある事例がある。拘留中のアルコール依存症対応(医療)の整備を図る必要があると思われる。
- ・(医療観察法関係)不起訴処分となった者等に医療観察法の申し立てを行った場合、その手続き期間中はその者を拘置しておけないため、検察庁から法 25条通報がなされるケースが見受けられる。医療観察法手続き期間中の対象者の身柄確保について法整備をすべきではないかと考える。
- ・(第25条通報)パーソナリティ障害等、刑罰の対象とすることが、患者本人の回復に有益であると考えられる事例についても、精神科病院入院歴等があることを根拠に、法第 25条通報がされる場合があり、対応に苦慮している。
- ・(第25条通報)被疑者または被告人について、精神障害者またはその疑いがあると判断した根拠等の資料の添付がなく、警察官の取り調べ調書の写し等が添付された通報があり、措置診察の要否の判断が困難な場合がある。
- ・(第25条通報)診察(鑑定)が拘留期限ぎりぎりで行われる事が多く、拘留中に措置診察を実施するためには、口頭聞き取り以外で情報を得ることができない。
- ・(医療観察法関係)医療観察法の確定するまでの間、措置してほしいという事で第25条通報をだしている。
- ・(医療観察法関係)医療観察法申し立て見込み者の控訴期間中のみの精神保健福祉法による入院について、指定病院等から鑑定入院病院への転院などがあり、本人・家族への説明や治療の継続性などについて課題があるように思う。
- ・(医療観察法関係)医療観察法に基づく検察官から裁判所への申し立てが却下となった場合、検察官がその場(裁判所)で第 25条通報をすることが想定される(現在のところ事例なし)。この場合、知事(市長)としては本人をその場に待機させ、または拘束する手段がなく、また受入病院の調整や指定医の確保などにも一定の時間を要するため、このような第25条通報への対応は物理的に不可能である。医療観察法に基づく申し立てが却下となった場合、対象者を入院させる代替手段としての精神保健福祉法上の通報はできないこととする規定の整備を要するのではないか。
- ・(医療観察法関係)医療観察法の判断基準が明確でない。
- ・(第25条通報)すべての案件において、起訴前鑑定は必要ではないか。

