

対応が現時点で可能かという問題、また矯正ではなく医療の方に流れすぎるのではという懸念も挙げられ、中長期的な課題と考えられた。

しかしながら、長期的な課題としては、限定責任能力と判定されて、矯正施設に精神障害者が多数収容される可能性が高く、この点を考慮すれば、限定責任として矯正施設内で治療をうけている精神障害者の一部で、治療可能性が高い対象者については、当該指定入院医療機関での治療に「ダイバージョン（双方向性）」する方策も今後検討すべきであるとの意見もあった（9の中でも検討された）。

#### 6. 性犯罪者・薬物依存例への対策の強化、保護観察所機能の強化

性犯罪者、また覚せい剤事犯への保護観察、処遇プログラムについては導入が開始されており、今後の強化が望まれるとの意見があった。しかし医療観察法との連携の部分、また刑務所内処遇も含めた全体の治療システムについては今後の課題と意見が述べられた。将来的には、違法薬物常習者については、再使用を防ぐために、強制通院のシステム、あるいは、性犯罪者については、保護観察処分の中で検討されるべきであるとの意見もあった。

#### 7. 対象者の選定を六罪種からリスク判定を基本とすること（関連条文第2条）

対象者となるべき事例が外されたり、適切でない事例が対象となったりという事態を防ぐため対象者をより適切に選定する必要性については意見が一致しているが、リスクの判定を客観的に行うことの困難さは改めて指摘された。しかし現行のシステムでも丁寧に行っていくことで可能となるとの意見も出された。

#### 8. 指定入院医療機関の整備

都道府県に対する整備の義務化は法令上難しいことなのではないかとの意見があった。指定入院医療機関の機能分化については必要性はあるが、全国的に行っていくにはまだ長期的な見通しが必要ではとの意見が出された。

#### 9. 他施設との連携の必要

長期重症事例については都道府県立病院で受け入れるか、あるいは医療観察法病棟で長期でみられるシステムを作るという意見も出されたが、両者とも実現には困難も伴うことが挙げられた。矯正施設とのダイバージョンについては実現させられればよいが、大幅な法改正も必要であり難しいこと、また受け入れる医療機関側の対応も困難さがあるのではとの意見もみられた。

#### 11. 指定通院医療機関の整備（関連条文第115条）

指定通院医療機関の機能を向上させるためには、法文上に「国・地方自治体に整備義務」を書き込む必要があるものと考えられた。また、通院途中における精神保健福祉法上の入院が行われる場合が少なくないが、これについては、当然のことながら国費化すべきとの意見が多数を占めた。また、指定通院医療機関に強制的に入院する場合（医療保護入院、また、措置入院）については、指定通院医療機関の主治医ではなく、保護観察所の長によって入院処置が行われるべきであるとの意見もあった。

#### 12. 地域処遇（精神保健観察）の枠組みの強化（関連条文第106条、107条）、13. 再入院手続きの迅速化（関連条文第59条）

保護観察の場合には特別遵守事項があるが、それとは制度が違うため同様にを行うのは難しいこと、また強制権と対象者の同意を得た医療とのバランスの問題があるとの意見が出された。また緊急に入院の必要がある場合は現行制度でも運用可能であることが挙げられた。

#### 16. 通院処遇対象者も含め、全対象者に関する情報の把握・分析の義務を厚労省が負うこと（法務省の協力を得て）

国に調査委員会を設置すること、法の中にそれに関する規定が明記されることが必要であること、また全体の把握と同時に個別の問題事例についても検討することが重要であるとの意見も出された。

#### (2) 国際シンポジウム「触法精神障害者の医

療と法制度—日本・アメリカ・カナダ—

シンポジストは以下のとおりである。中谷陽二「触法精神障害者の治療—境界を越えて—」、デイヴィット・ワイスタブ「倫理と司法精神医学」、スティーブン・ホージ「アメリカ合衆国における通院司法サービス」、山本輝之「治療観察法の問題点—法律の立場から—」、松原三郎「医療観察法改正に向けて—地域ケア体制の充実—」、トマス・グタイル「触法精神障害者へのアメリカのアプローチについて」。

### (3) 国際シンポジウムでのアンケート調査

国際シンポジウムへの参加者を対象として、法改正についての意見を問うアンケート調査を実施した(資料2)。アンケートは参加者111名中66名から回答が得られ、回収率は59.5%であった。回答数66件のうち回答に不備がみられた3件を除く63件を分析の対象とし、有効回答率は95.5%であった。シンポジウムの全参加者の内訳は医療従事者が半数強で59.5%、次いで行政関係者(医療施設を除く各種公的機関関係者。保護観察所職員も含む)25.2%、その他に法曹関係者(弁護士、法学研究者等)9.9%、その他学生等が5.4%という構成であったが、63件の有効回答の職種の内訳もほぼ同程度であった。今回のアンケートでは、医療観察法の法改正に関して様々な論点がある中で、以下に示す4つの項目に関して改正の必要があるかどうかを、職種・職域の違う対象者集団からそれぞれ意見を収集することを目的とした。調査した項目は以下の4つである。

(a) 責任能力判定を重視する現行体制の維持について

(b) 六罪種に限定した対象者の選び方をリスク重視の方法に変えることについて

(c) 矯正施設内の精神障害者の治療を、指定入院医療機関の一部を利用して行うことについて

(d) 都道府県立病院に人員基準の高い重症者病棟を設置し、指定入院医療機関からの長期重症患者の受け入れや鑑定入院に対応

することについて

これらについて、それぞれ「賛成」「反対」「よくわからない/どちらともいえない」の3件法で、自分の考えに一番近いものを選択する形で意見の収集を行った。

調査の結果を資料3に示した。全体の意見の割合は、(a)では「維持すべき」49.2%、「改変すべき」37.3%、「よくわからない/どちらともいえない」13.6%で、責任能力重視の体制を維持すべきという意見は約半数であった。職種別では医療従事者では「維持すべき」の意見の方がより多く、行政関係者では両者が同じ割合であった。(b)では、「改変すべき」50.8%、「必要ない」23.7%、「よくわからない/どちらともいえない」25.4%と、回答保留の割合が多くなっているものの、5割前後は「改変すべき」との意見であった。職種別では行政関係者よりも医療従事者の方がより多く「改変すべき」と回答していた。(c)では「導入すべき」64.4%、「必要ない」16.9%、「よくわからない/どちらともいえない」18.6%であり、「導入すべき」との回答が6割を超えた。職種別では、医療従事者において「導入すべき」の割合がより多く、行政関係者は「必要ない」「よくわからない/どちらともいえない」にも意見が分かれた。(d)でも同様に、「導入すべき」64.4%、「必要ない」13.6%、「よくわからない/どちらともいえない」22.0%と「導入すべき」との意見が6割超となったが、これについては医療従事者・行政関係者とも「導入すべき」と答えた者の割合は同程度である一方、行政関係者では「必要ない」の意見が少数で「よくわからない/どちらともいえない」の割合が高かった。また法曹関係者における割合については、回答者数が少なく偏りが生じている可能性があるため、他の職種との比較は行っていない。

その他、自由記述欄から抽出した各項目に関する意見は別紙に示した通りである。

今回のアンケートにおいて調査した4つの項目はいずれも、法の入り口としての対象者の

選定をどのように行うか、またそれと連動して、治療・処遇困難度の高い事例をどのような枠組みで処遇すべきかという点に関して意見を問うたものであるが、各種様々な意見が出されており、法改正に向けてはこれらの結果を参考としながら更に議論を深めていく必要があることが明らかとなった。

#### (4) フランス視察

視察は以下の日程で行われた

11/2 Plouguenevel (プルゲルネベル) UMD

UMDの説明後、病棟2つを見学し、スタッフと意見交換を行うことにより、治療プログラムや処遇についての情報を収集することができた。

11/3 Caen (カーン) 刑務所では性犯罪者の更生治療に特化した刑務所を見学し、先進的な取り組みについて意見を交換した。

11/4 パリ裁判所では、裁判所見学後、意見交換を行い、フランスにおける司法精神医療についての特に法の部分の情報を収集することができた。

### D. 考察

#### (1) 医療観察法改正に向けての意見交換会

日本精神科病院協会政策委員会、心神喪失者等医療観察法検討部会の部会員を研究協力者の中心として、法改正が必要な部分が検討されてきた。その中で、法改正が必要な項目を17項目に絞った。この項目を中心に、法改正に関する意見交換会を開催した。町野朔、山上皓の両氏の協力で、内容の濃い、あるいは、レベルの高い意見交換が行われた。主要な論点は以下のものであった。①鑑定入院に関する部分が法文上、ぜひ、必要である。②鑑定入院の質の向上が図れるように、鑑定入院医療機関の拠点化、あるいは、多職種チームの関与ができるように、ガイドラインを策定する必要がある。③指定入院医療機関を整備するためには、国だけでなく、自治体の協力義務を法文上に記載する。④指定

通院医療機関の整備と機能の向上のためには、国と地方自治体の協力義務を法文上に記載する必要がある。⑤通院処遇中に、指定通院医療機関に入院する場合には、国費で行われるべきである。⑥精神保健観察の枠組みを強化し、問題等が生じた場合には、保護観察所による対応が行われるべきである。

以上の主要な項目については、平成22年1月に、日本精神科病院協会・心神喪失者等医療観察法検討部会で取りまとめられた(資料4参照)。その中で、早急に改正すべき項目としては、以下の8項目である。早急に改正が必要な項目としては8項目に集約された。①鑑定入院に関する規定が必要、②鑑定入院医療機関の機能の向上、③検察官の申し立てが速やかにおこなわれること、④通院処遇中の精神保健福祉法入院は国費で賄われること、⑤精神保健観察・地域処遇の枠組みの強化、⑥指定通院医療機関の機能の強化、⑦政府による施行状況を把握する義務、⑧特定医療施設に関する省令の廃止、などである。

#### (2) 国際シンポジウム「触法精神障害者の医療と法制度—日本・アメリカ・カナダ—」

日本側演者では、中谷陽二氏がリスク判定と人格障害も含めた治療のあり方。五十嵐禎人氏が鑑定入院の問題点。山本輝之氏が法的立場から対象者の人権について。松原三郎は、指定通院からみた法改正が必要な点。他方、ワイスタブ氏からは、今後治療困難者が増加する可能性が指摘され、また、ホージ氏は対象者の判定により通院処遇を可能とすることについては発表があった。責任能力判定を前提とするわが国の医療観察法が、大きな成果を上げていることは、世界的に理解をされているが、他方では、人格障害者など、処遇が難しい例を避けていること等が問題点として指摘された。

(3) 国際シンポジウムでのアンケート調査  
アンケート調査の結果をみると、(a)責任能力判定を前提とすることについては、約半数が認めるものの、約3分の1は問題視している。(b)

六罪種からリスク判定への移行については、約半数がリスクへの移行に必要性を認めた。(c) 矯正施設とのダイバージェンについては、65%近くが賛同している。(d) 重症者病棟の開設については、65%近くが賛同している。

今回のように、当法に携わる専門家が母集団であっても、医療観察法が将来的に進むべき方向性については、いまだ定まらず、意見にばらつきが多いことが特徴であった。今後、引き続いてこれらの問題について検討する必要があるものと認められた。

#### (4) フランス視察

① Plouguenevel (プルクネヴェル) UMD視察では、フランスが求めてきた「処遇困難者病棟」は、わが国の医療観察法病棟とは大きく異なっていて、興奮や攻撃性のある状態を沈静化して、一般の精神科病院での治療を可能とすることである。従って、触法精神障害者だけでなく、一般精神科病院内で暴力行為があった者、あるいは、矯正施設内での治療が困難な者などが中心である。従って、治療後は元の処遇施設にもどることが原則である。

② Caen (カソ) 刑務所は、フランス北西部の性犯罪者が集中的に入所している。性犯罪者は、比較的高学歴や、性格的にもおとなしい者が多く、そのために、心理教育、認知行動療法などが効果を示しやすい。当刑務所では、安定した受刑者については積極的に地域に出して、就労訓練を行っているとのことであった。

③ パリ最高裁判所では、裁判の公開の原則が貫かれ、さらに、弁護士による積極的な抗弁が印象的であった。フランス国民の権利意識の高さを学ぶ良い機会であった。

#### E. 結論

(1) 心神喪失者等医療観察法については、鑑定入院をはじめとして、改正が必要な部分がある。(2) 早急に改正が必要な部分と、今後、中長期的に論ずべき部分とに分けて検討が必要である。(3) 国際シンポジウムでは、わが

国の医療観察法が高く評価されていることが明確となった。(4) アンケート調査の結果をみると、リスク判定や、他の施設とのダイバージェンの問題等、中長期的な課題については、十分に議論を重ねる必要がある。(5) フランスでは、裁判所命令による措置入院が導入されており、この部分については、今後、さらに拡大するものと思われる。

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

- 1) 医療観察法対象者の地域サポートの将来、臨床精神医学 38(5)641-645, 2009
- 2) 医療観察法の将来象. 精神医学 51(12) : 1144-1145, 2009
- 3) 松原三郎、八木深、村上優、平林直次、土居正典、水留正流、池田太郎 : ニューヨークにおける一般精神医療施策、触法精神障害者医療施策, 司法精神医学 5(1)掲載予定

##### 2. 学会発表

- 1) 指定通院医療機関に対するアンケート調査結果報告. 第 5 回司法精神医学会, 2009. 5. 15 群馬
- 2) 15 才で殺人事件を起こした広汎性発達障害の 1 例. 北陸司法精神医学懇話会 2009. 7. 11 金沢
- 3) 医療観察法改正に向けて一地域ケア体制の充実. 国際シンポジウム 2009. 10. 11 東京
- 4) 民間精神病院からみた医療観察法の問題点と法改正への提言, 第 37 回日精協精神医学会シンポジウム座長 2009. 11. 12 香川

#### 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. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

## 医療観察法の改正に向けた意見交換会資料

(平成 21 年 9 月 17 日 16:00～：第一ホテル東京)

	検討項目	注 釈	関連条文
1	鑑定入院に関する法的な記載が必要	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 鑑定入院中における治療の枠組みが不明確（強制的治療、行動制限、抗告など）。法的な枠組みを条文中に明記する必要がある。</li> <li>・ 詳細については、最高裁・厚労省が共同で鑑定入院ガイドラインを策定すべきである。</li> <li>・ 留置終了後の鑑定入院までの期間を措置入院で代用しない。鑑定が終了した後も鑑定入院医療機関にとどめるべきではない。拘留所内で処遇できるように法改正が必要。</li> <li>・ 身体合併症治療期間は、鑑定入院の期間からは除外されるべきである。</li> </ul>	第 37 条 対象者の鑑定
2	精神鑑定の質の向上	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 鑑定の質を向上させ、治療の内容を向上させるために鑑定入院医療機関の拠点化が必要。</li> <li>・ 鑑定入院医療機関では、鑑定内容を複数の判定医によって検討するシステムを義務付ける。</li> <li>・ 精神保健審判員は、鑑定入院中の対象者との面接を義務付けられないか？</li> <li>・ 鑑定入院の費用が、保護室長期使用料によって裏付けられるのはおかしい。</li> </ul>	第 13 条 意見を述べる義務
3	責任能力鑑定と医療観察法鑑定の同時実施が可能か	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 検察官の段階では、簡易鑑定だけにとどめるべきである。</li> <li>・ 検察段階で、医療観察法の適用を予想できるか？</li> <li>・ 裁判所鑑定では、責任能力鑑定と医療観察法鑑定の双方を同時に依頼することは可能か？</li> </ul>	第 37 条 対象者の鑑定

	第64条 抗告	
4 審判終了後に詐病・誤診が明らかとなった場合の 検察からの抗告・再審申し立て	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 検察側からの抗告を入院治療開始後3か月間まで可能なようにできないか？</li> </ul>	
5 責任能力判定を基本とする現行法の維持	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 責任能力判定から始まる現行法は変更する必要はない。</li> <li>・ その結果、矯正施設内での精神科治療の充実が求められる。</li> <li>・ 矯正施設内での強制的治療は可能か？</li> <li>・ 具体的には、矯正施設内で人格障害、性犯罪者、薬物依存などに、どのように対応するのか？</li> </ul>	
6 性犯罪者・薬物依存例への対策の強化、保護観察 所機能の強化	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ ドラッグコート（禁絶処分も含めて）についての検討を開始する必要がある。</li> <li>・ 各都道府県に1か所以上の、公的な薬物依存専門医療機関（診療所）を置く必要がある。</li> <li>・ 薬物依存症者については、保護観察所と医療機関が連携して行うシステムの導入。</li> <li>・ 矯正施設内で性犯罪者の心理教育を行い、出所後の地域でのフォローも保護観察所が行う。</li> </ul>	
7 対象者の選定を六罪種からリスク判定を基本と すること	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 現在のリスクアセスメント手法でどこまで可能か？</li> <li>・ 少なくとも、リスクの低い対象者を除外することができるのか？</li> <li>・ リスクの低い対象者については、従来の精神保健福祉法（措置入院）で治療する。</li> <li>・ 完全にリスクによる評価ができないのであれば、罪種の範囲を拡大できないか（器物破損、銃刀法違反など）？</li> </ul>	第2条 定義
8 指定入院医療機関の整備	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 都道府県に指定入院医療機関の整備を義務付ける。</li> <li>・ 指定入院医療機関の機能分化が必要（HSU、長期型、合併症、小規模地域型）</li> <li>・ 全数は長期治療群の増加を勘案すると1,000床以上が必要ではないか？</li> </ul>	

9	他施設との連携の必要	<ul style="list-style-type: none"> <li>・治療反応性がなく、低リスク群については、都道府県立病院へ転院すべきか？</li> <li>・特に治療反応性については、慎重な判定システムが必要。</li> <li>・精神保健福祉法入院への移行は、長期入院を保証しないので、司法が関与した新しい措置入院が必要ではないか？</li> <li>・受け皿として都道府県立病院内に「重症者病棟」を設置する必要があるか？ (全室個室で看護5対1、他コメディカルが配置されている)。</li> <li>・人格障害や薬物依存症の中で治療可能性のある事例（矯正施設内では治療困難）については、医療観察法病棟で一定数受けるべきではないか？</li> <li>・一般精神科病院からも治療困難者を一定数受けるべきではないか？</li> <li>・指定入院医療機関も、処遇終了の申し立てができる。</li> </ul>	第49条 指定入院医療機関の管理者による申し立て
10	退院時審判への指定通院医療機関の参加	<ul style="list-style-type: none"> <li>・退院時審判には指定通院医療機関の職員も参加できるようにすべきである。</li> </ul> <p>また、退院時審判では、必ず処遇の実施計画書の提出を求めらるべきである。</p>	
11	指定通院医療機関の整備	<ul style="list-style-type: none"> <li>・国は指定通院医療機関の整備と機能の向上に努める義務事項が必要。</li> <li>・生活環境の調整については、保護観察所と指定通院医療機関の連携が求められる。</li> <li>・指定通院医療機関に専任の精神保健福祉士を配置することで、生活環境の調整は大幅に医療機関側に任せざるべきではないか（社会復帰調整官は精神保健観察に集中すべきである）。</li> <li>・通院処遇中に病状悪化した場合の精神保健福祉法入院については、その費用は一定期間国費で賄われるべきである。</li> </ul>	第101条 生活環境の調整  第115条 精神保健福祉法との関係



12	地域処遇（精神保健観察）の枠組みの強化	<ul style="list-style-type: none"> <li>対象者が守るべき事項（第107条）については、合議体の議をへて、「一般的な守るべき事項」のほかに、個別に「特別に守るべき事項」を加えることができる。</li> <li>「医療を受けていない」「守るべき事項が遵守されていない」「飲酒が繰り返されている」などの状況は、精神保健観察上は重大な問題であり、保護観察所の長は精神科医療機関と協議して、受診（移送）を命ずるなど、責任をもった対応を義務付ける。</li> </ul>	<p>第107条 守るべき事項</p> <p>第106条 精神保健観察</p>
13	再入院手続きの迅速化	<ul style="list-style-type: none"> <li>保護観察所の長による再入院の申し立てでは、再入院の迅速化を図るために、審判以前に指定入院医療機関に仮入院できる制度が必要。</li> </ul>	<p>第59条 保護観察所の長による申し立て</p>
14	社会復帰の定義を変更する必要	<ul style="list-style-type: none"> <li>指定入院医療機関から施設や一般精神科病院への転院を社会復帰と見なすことができるのか？</li> </ul>	<p>第1条 目的等</p>
15	地域での医療観察法に関する啓発	<ul style="list-style-type: none"> <li>都道府県主管部局は「医療観察法地域精神保健福祉協議会」を開催し、医療観察法の啓発に努めなければならない。</li> </ul>	
16	通院処遇対象者も含め、全対象者に関する情報の把握・分析の義務を厚労省が負うこと（法務省の協力を得て）	<ul style="list-style-type: none"> <li>特に、自殺例など問題事例を正確に把握すべきである（厚労科研に委託してその原因を分析すべきである）。</li> </ul>	
17	法改正とともに、ガイドラインの改正を行う	<ul style="list-style-type: none"> <li>特に、現在、混乱が見られる部分の整理が必要ではないか。</li> <li>認知症症例、知的・発達障害例、人格障害例などの対応を明確にする必要がある。</li> </ul>	

**受講後アンケート**  
 <国際シンポジウム 2009：触法精神障害者の医療と法制度－日本・アメリカ・カナダ－>

2009.10.11

\*このアンケートは、国際シンポジウム2009実行委員会より承認を受け、平成21年度厚生労働科学研究「医療観察法の運用面の改善等に関する研究」(研究代表者:小山司(北海道大学))の分担研究「医療観察法制度全般に対する医学的視点からの評価研究」(研究分担者:松原三郎(松原病院))、ならびに「医療観察法制度全般に対する法学的視点からの評価研究」(研究分担者:山本輝之(明治学院大学))の研究活動の一環として実施するものです。

国際シンポジウム2009「触法精神障害者の医療と法制度－日本・アメリカ・カナダ－」にご参加いただき、ありがとうございました。今後の参考に致しますので、以下の設問にお答え下さい。

問1. あなたの職業属性をお答え下さい。あてはまる番号に○をつけて下さい。

1. - 医療従事者
2. - 行政機関関係者(医療施設を除く各種公的機関、保護観察所含む)
3. - 法曹関係者
4. - その他(詳細: \_\_\_\_\_)

問2. 今回のシンポジウムは、平成22年度に予定されている医療観察法の施行後5年の見直しも視野に入れて企画されたものです。法の見直しに関する以下の各文章(a)～(d)を読み、それぞれの選択肢の中から、あなたの考えに一番近いものを選んで○をつけて下さい。

(a) 責任能力判定の重視:法適用の振り分け基準として、現行では責任能力判定が重視されています。これにより、基本的には人格障害や物質使用障害は法適用の対象から除外されますが、この体制についてはどう思いますか。

1. - 維持するべきである
2. - 改変するべきである
3. - よくわからない/どちらともいえない

\* ご意見があればお書き下さい:

(b) リスクを重視した対象者の選定:法の適用範囲は現在6罪種に限定されており、それ以外の事例は他害リスクが高くても法の対象とはなりません。これをリスクアセスメントを重視した選定方法に改変することについてはどう思いますか。

1. - 改変するべきである
2. - 改変する必要はない
3. - よくわからない/どちらともいえない

\* ご意見があればお書き下さい:

(c) 指定入院医療機関の一部を矯正施設入所者に利用させる: 責任能力判定を重視した結果、矯正施設内に精神障害者が多く存在します。このうちの重症例の治療を指定入院医療機関で行うことについては、どう思いますか。

1. - 導入すべきである
2. - 導入する必要はない
3. - よくわからない／どちらともいえない

\* ご意見があればお書き下さい:

(d) 質の高い重症者病棟の設置: 都道府県立病院に人員基準の高い病棟を設置して、指定入院医療機関で治療反応性がないと判定された長期重症者の治療や鑑定入院を行えるようにすることについては、どう思いますか。

1. - 導入すべきである
2. - 導入する必要はない
3. - よくわからない／どちらともいえない

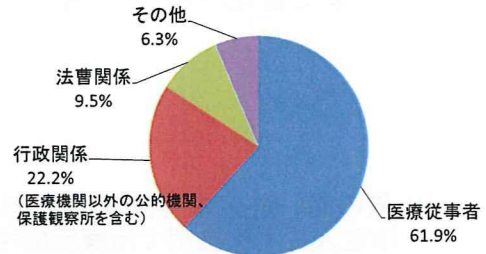
\* ご意見があればお書き下さい:

問3. 今回のシンポジウムを受講された感想を、以下にご自由にお書き下さい。また、医療観察法の法制度や運用について、何か改正に向けたご意見があればそれも併せてご記入下さい。

### 実施状況、回収率等

- 実施状況:  
2009.10.11に行われた国際シンポジウム2009『触法精神障害者の医療と法制度—日本・アメリカ・カナダ—』開催会場にて、参加者にアンケート用紙を配布し、任意で回答をお願いした。
- シンポジウム参加者数: 111
- アンケート回収数: 66
- 回収率: 59.5%
- 有効回答数: 63
- 有効回答率: 95.5%

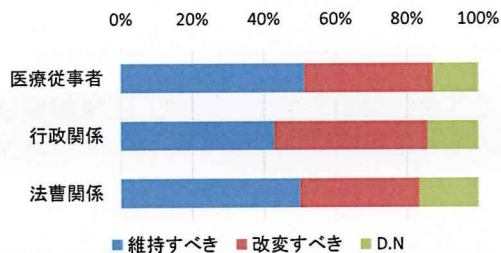
### 回答職種



※参加者全体の職種割合とほぼ変わりなし

(n=63)

### 職種別回答: (a) 責任能力判定の重視について



※職種のうち「その他」は除外  
※D.N=わからない/どちらともいえない

(n=59)

### 自由記載より: (a) 責任能力判定の重視について

#### 【維持すべき】

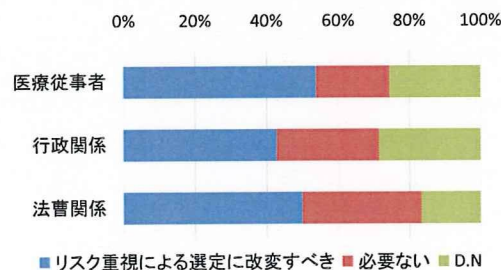
- 刑務所での治療プログラムを充実させ、刑務所内で処遇すべき(医)
- 処遇が必要ないということではないので、別の枠組みでの対応を検討すべき(医・法)
- 人格障害への治療法が確立され、一定期間での治療見込みがあるわけではないので、対象とすれば事実上の保安処分になってしまう(法)
- PD、SUDIは一般医療で扱うべき(行)

#### 【改変すべき・どちらともいえない】

- 将来的、あるいは徐々にだが、対象を広げるべき(医・行)
- SUDのみ対象としてよいのでは(医)
- 治療困難度が高く、一概には言えないが、治療可能性を目指して取り組んでいくべき(行)

(医:医療従事者、行:行政関係、法:法曹関係者)

### (b) リスクを重視した対象者の選定について



(n=59)

### 自由記載より: (b) リスクを重視した対象者の選定について

#### 【改変すべき】

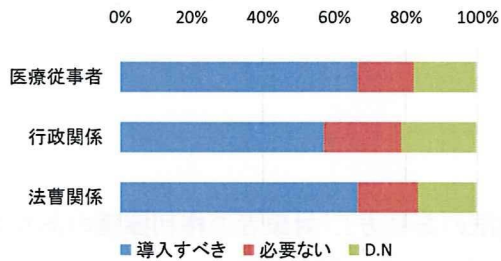
- 6罪種に分けきれないものもあるし、6罪種であってもリスクの面で法適用が不適切という場合もある(医)
- 合議体(多職種のグループ)で適用を検討できるシステムにすべき(医)
- 全てを変えるのではなく、6罪種による判断、リスクによる判断の双方の考え方を取り入れるようなシステムがよいのでは?(行)

#### 【必要ない・どちらともいえない】

- 司法サイドから申し立てられる以上、判断基準の明確さが求められるのは仕方がない(医・法)
- 受け皿が不足している現状では、対象は限定せざるを得ない(医・法)
- 保安処分についての議論のように、反発が起きるのでは?(法)
- 6罪種の対象者への処遇が十分確立した後には拡大すべき。そうでないと提供するサービスが質・量ともに劣化する(法)

### (c) 矯正施設から指定入院医療機関 へのダイバージョンについて

(指定入院医療機関の一部を矯正施設入所者に利用させる)



(n=59)

### 自由記載より: (c) 矯正施設から指定入院医療機関への ダイバージョンについて

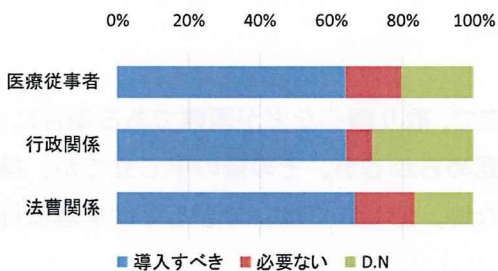
#### 【導入すべき】

- ・ぜひ導入すべき。医療から司法への逆のダイバージョンも可能にすべき(ただし法的整備が必要)(医・法)
- ・病床、人材、費用が確保された上で導入を検討すべき(医・行)
- ・導入すべきだが、その前に矯正施設内での治療も充実させるべき(医)

#### 【必要ない】

- ・矯正施設内での治療レベルの向上をまず考えるべき(医・行・法)
- ・指定入院医療機関の病床数は現状でも不足しており、余裕はない(医・法)
- ・治療が必要なケースは多いだろうが、特に指定入院医療機関を利用する必要はない。別の枠組みを考えるべき(医)

### (d) 重症者病棟の設置について



(n=59)

### 自由記載より: (d) 重症者病棟の設置について

#### 【導入すべき】

- ・ただし民間病院も許可しないと実効性がないのでは。なぜ県立病院に限定するのか不明(医)
- ・治療も刑罰もない軽法精神障害者が増加すれば、不起訴処分や無罪判決を出しにくくなるのではないかと。治療反応性のないケースの受け皿は必要(法)
- ・導入すべきだが、専門スタッフを揃えるのに時間がかかりそう(医)

#### 【必要ない】

- ・鑑定入院はあってもよいが、治療反応性のないケースは病院での治療の対象か？施設処遇が適当なのでは？(医)
- ・一部に隔離するための場所を作るだけ。保安処分との批判を受けることは避けられない(医・法)
- ・指定入院医療機関の整備、強化の方がまず先決(法)
- ・国立の医療機関で行うべき(医)

### 自由意見より(1)

- ・刑事/司法から精神科医療への一方向だけではなく、双方のダイバージョンが可能なシステムを検討すべき(医・法)
- ・「心神喪失/耗弱であれば治療のみ」「責任能力ありなら刑罰のみ」だけではなく、必要なタイミングで両方が受けられるシステムが必要(医)
- ・医療刑務所が本来の役割を果たしていない。もっと現状が明らかにされ、司法矯正施設における精神科医療の質の向上を図るべき(医)
- ・刑務所出所者と地域サービスとの橋渡しが現状は不十分で、司法につながることで医療中断に結びつきやすくなっている。改善が必要(行)

### 自由意見より(2)

- ・本来は司法の対象であるべきケースが、人格障害の診断がついたり精神科通院歴がある等で、司法の判断なく措置入院となるケースについて検討が必要(医)
- ・不処遇は原則再起訴すべき。重大な犯罪行為を行いながら刑罰も医療も受けないというケースを無くすべき(医)
- ・訴訟無能力者に対する処遇、受け皿も検討すべき。制度化が必要(法)
- ・医療従事者と比べると検察や裁判所等の司法側、政策担当者等行政側には温度差を感じる。双方が協力して制度改革に臨むべき(法)
- ・法制度の効果を上げるため研究が必要。様々な人材が研究に取り組めるよう門戸を開き、結果の公表も迅速にして欲しい(医)

## 医療観察法の改正の重点事項

(日精協、心神喪失者等医療観察法検討部会の協力による。平成 22 年 1 月)

当部会はこれまで 2 年間にわたって検討された意見を集約し、日精協の法改正に関する基本的な考え方を明らかにし、同時に、厚生労働科学研究を通じて、他の団体とも意見交換を行う。

### I. 早急に改訂が必要な事項

#### 1. 鑑定入院に関する記載が必要である。

鑑定入院中の「基本的な処遇のあり方」「行動制限のあり方」「対象者の権利擁護のあり方」「治療の原則」「合併症への対応」など、早急に明確にする必要がある。

#### 2. 鑑定入院医療機関の機能の見直し

鑑定入院では、質の高い診断と急性期治療が行われる必要がある。このためには、鑑定入院医療機関の機能については、できるだけ治療機能の高い医療機関に拠点化する（人口 100 万人に 2 か所程度）。また、精神鑑定においては、多職種チームによる精神鑑定が円滑に行われるように、病院内で精神保健判定医、臨床心理技術者、精神保健福祉士、看護師などからなる多職種チームを構成できることが必要である。

#### 3. 検察官の申し立ては速やかに行われること。

事件発生直後においては、対象者の病状が不安定で、取り調べなどが困難である場合には、一時的に措置入院となることは致し方ないものと認められるが、その後の申し立てが、措置入院退院後に行われる等、不適切な場合が少なくない。申し立ては、できるだけ早急に行われるようにすべきである。

#### 4. 通院処遇中の精神保健法入院は一定期間（4 ヶ月まで）は国費で賄われるべきである。

通院処遇途中の指定通院医療機関への入院は、早期治療の面では極めて重要な役割をもっている。入院については、国費で行われるべきである（保護観察所長の命令で行われるようにすべきである）。

#### 5. 精神保健観察・地域処遇等の枠組みの強化

通院処遇中の病状の悪化、通院や服薬を遵守しない状態、あるいは、飲酒など病状の悪化につながりやすい状況、疲労して休息が必要な状態等では、早期に指定通院医療機関への入院が必要となる。この判断は治療が指定入院医療機関の主治医が第一義的に行うが、医療保護入院等、強制的な入院を行う場合には、保護観察所長が指定通院医療機関からの情報に基づいて指定通院医療機関への入院命令を出すようにすべきである。また、法 107 条の「守るべき事項」に加えて、個別に「特別に守るべき事項」が加えられるようにして精神保健観察の枠組みを強化すべきである。

#### 6. 国および地方自治体は、指定通院医療機関の機能を強化する義務を負う。

通院医学管理料の引き上げ、訪問看護の診療報酬の引き上げ、多職種が地域と連携して活動するための費用など、国及び地方自治体は、早急に機能向上のための施策を行う義務がある。

7. 政府は、医療観察法の施行状況の全体を把握する義務を負う。

指定入院医療機関における治療状況だけでなく、通院対象者全員についても治療状況も含めて常に把握する義務がある。

8. 特定医療施設・特定病床については、直ちに運用を中止すべきである。

医療観察法の趣旨に反する特定病医療施設を認めることはできない。省令を直ちに撤回すべきである。

## II. 中長期的に検討が必要な事項

1. 矯正施設内の治療可能性のある重度の精神障害者を刑期中に医療観察法病棟で治療を行うシステムを導入すべきである（双方向性の機能連携）。

限定責任能力と判定された多くの精神障害者が矯正施設に送られている。現状では、医療刑務所での治療は十分なものではない。治療反応性を十分に検討したうえで、適した事例については、医療観察法病棟での治療も検討すべきである。

2. 都道府県に長期重症者病棟を整備すべきである

指定入院医療機関で長期間の治療にもかかわらず、治療反応性が低下した事例については、そのリスクを判定して、より低い人員基準のもとで治療看護が可能であれば、都道府県立病院の「長期重症者病棟」で治療が行われるべきである。都道府県立病院に「長期重症者病棟（全室個室で看護 7 対 1 など）を整備する必要がある。

3. 薬物依存、性犯罪者などについては、保護観察所が関わる特別な治療システムが必要。

違法薬物の使用者については、強制通院（所）を含む治療システムが必要である。このための新たな法整備が必要である。また、性犯罪者についても矯正施設と保護観察制度のもとで治療・指導が行われるべきである。

4. 指定入院医療機関の整備においては機能分化を行いながら、増床を進めるべきである。

指定入院医療機関については、身体合併症事例、重度治療困難例、人格障害併存例、薬物等の問題併存例等について、各指定入院医療機関が治療機能の分化を進めるべきである。また、当初の整備計画である 720 床については、見直して増床を行うべきである。

5. リスクによる判定を重視すべきである。

罪種によって対象者を選定する方法には限界があり、このために、対象者が示すリスクの程度によって治療の判定が行われるように、今後、十分に研究を進めたうえで、リスクによる判定が基本とできるように検討を進めるべきである。

6. 医療観察法対象者の安定した退院を促進するために専用の生活訓練施設が必要である。

生活障害が高度に残遺した場合には、生活訓練が行える施設が必要である。

(以上)

分担研究報告

精神保健判定医に必要な知識等の  
習得方法に関する研究

八木 深

独立行政法人国立病院機構 東尾張病院



平成 21 年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）  
分担研究報告書

精神保健判定医に必要な知識等の習得方法に関する研究

研究分担者 八木 深 国立病院機構東尾張病院 副院長

研究要旨：本研究の目的は、医療観察法の鑑定・審判の質を担保するため、厚生労働省判定事例研究会（以下「事例研究会」という）への模擬事例提供および仮想判定事例ケースブックを作成企画し、精神保健判定医等養成研修会（以下「養成研修会」）の改善提言を行い、諸外国の司法精神医学状況を調査し、我が国のあり方を幅広い視点で検討することにある。

厚生労働省と共同し事例研究会を全国 6 か所で実施し、班として模擬事例を提出した。仮想判定事例を作成しケースブックを作成するための準備として、倫理委員会の承認を得て、ひな型となる事例を作成した。

平成 21 年度養成研修会でアンケートを実施し回収率は 86.9%であった。有用と答えたものが全体で 57%あり前年度と同様の高水準であった。よく理解できたと回答できたものは 28%、まあまあ理解 64%で合計すると 9 割を超え高水準であった。責任能力鑑定は判定医の 53.8%が経験あり 41.8%は経験なく、よく理解できたと回答した判定医は責任能力鑑定経験ありの 40%、経験なしの 24.2%であり、責任能力鑑定の有無で理解度に差があった。

第 4 回精神保健判定医等事例検討シンポジウムを「裁判員裁判における新しい精神鑑定のあり方」をテーマとして開催し、44 名が回答し 82%が有用と答えた。岡田幸之講師の講演が特に好評で、最高検察庁の提案した鑑定書式を用いたワークショップも好評であった。

アンケート結果を養成研修会企画委員会に報告し、参加型研修を望む意見があることを報告し、同委員会は平成 22 年度養成研修会で、ワークショップを企画することになった。

研究協力者：（五十音順）

岩成秀夫（神奈川県立精神医療センター）

大森まゆ（国立精神神経センター病院）

岡江晃（京都府立洛南病院）

来住由樹（岡山県精神科医療センター）

須藤徹（国立病院機構肥前精神医療センター）

平田豊明（静岡県立こころの医療センター）

平林直次（国立療養所多磨全生園・国立精神神経センター病院）

松原三郎（松原病院）

村上優（国立病院機構琉球病院）

村田昌彦（国立病院機構北陸病院）

吉岡眞吾（国立病院機構東尾張病院）

三澤孝夫（国立精神神経センター病院）

## A. 研究目的

本研究の目的は、医療観察法の鑑定・審判の質を担保するため、厚生労働省判定事例研究会（以下「事例研究会」という）への模擬事例提供および仮想判定事例ケースブックを作成企画し、精神保健判定医等養成研修会（以下「養成研修会」）の改善提言を行い、諸外国の司法精神医学状況を調査し、我が国のあり方を幅広い視点で検討することにある。

### 1. 厚生労働省判定事例研究会への模擬事例提供および仮想判定事例ケースブック作成

心神喪失者等医療観察法（以下「医療観察法」という）の運用中遭遇する判断に迷う事例をモデル化して分析し、守秘義務を負った判定医によるクローズドな検討会である判定研究会での意見を踏まえた上で、仮想判定事例ケースブックの形で公表し、医療観察法制度を円滑に運用する上で有用な情報を提供することによって、医療観察法の審判・鑑定の質のさらなる向上を図ることを目的とする。

### 2. 精神保健判定医等養成研修会受講生アンケート

全受講生を対象にアンケートを実施し養成研修会の実際を把握し、司法精神医療等人材養成研修企画委員会（以下「企画委員会」という）に対し養成研修会プログラムの改善提言を実施することを目的とする。

### 3. 判定医等事例検討シンポジウム

精神保健判定医養成の公的研修以外に、既に判定医として実務についている判定医の意見交換や研修の場を提供する目的で開催する。

### 4. 海外司法精神医療状況研究

諸外国の司法精神医学状況を調査し、司法精神医学専門医の養成状況を調査し我が

国のあり方を幅広い視点で検討するのを目的とする。

## B. 研究方法

### 1. 厚生労働省判定事例研究会への模擬事例提供および仮想判定事例ケースブック作成

#### A 厚生労働省判定事例研究会の企画

研究班が事例研究会を企画し、厚生労働省が事例研究会を主催運営する。

研究会受講生は、都道府県精神保健福祉主管部（局）の長から各都道府県あたり約2名、全国で94名程度の推薦を受け厚生労働省が決定する。

平成21年度は、研究班と厚生労働省で合議し、11月20日（金曜日）東京、12月18日（金曜日）仙台、1月8日（金曜日）名古屋、2月5日（金曜日）大阪、2月19日（金曜日）広島、2月26日（金曜日）福岡の6会場で研究会を実施する。

事例研究会プログラムは、研究班と厚生労働省で合議し、1事例あたり合計105分で2事例を検討することにした。0）厚生労働省開会あいさつ・医療観察法施行状況20分、1）事例提示者の発表時間20分、2）受講生からの事実確認質問受け付け5分、3）各班での討論45分（特に処遇についての討論を重視）、4）班長から発表・討議・講師補足説明25分、5）回答用紙記入時間10分。

各班で討議する内容は、研究班で協議し、1）診断名、2）弁識能力、制御能力（①喪失されている、②著しく障害されている、③障害されている、④障害されていない）、3）疾病性、4）治療可能性、5）同様の行為を繰り返す具体的、現実的可能性、6）医療観察法の処遇の6項目とし、各々結論・その理由・さらに知りたい情報についてまとめた。

回答用紙は、同様の項目で構成され、班

の意見にかかわらず、受講生個人の意見として各事例ごとに匿名で記入し、事例研究会の最後に回収した。

## B 仮想判定事例ケースブック企画

厚生労働省判定事例研究会で検討した事例を当該研究会の意見等を踏まえて、ケースブックに記載するため仮想判定事例化する。

ケースブックの構成は、概ね以下のようになる。A) 事例の概要【年齢 性別】【鑑定时診断】【対象行為】【家族歴】【生活歴】【現病歴】、B) 事例の検討【診断名】【弁識能力・制御能力】【疾病性】【治療可能性】【同様の行為を繰り返す具体的現実的可能性】【医療観察法の処遇】、C) その後の経過、D) 論点の整理

【倫理的問題の有無の検討】本研究は、医療観察法の鑑定・審判・医療の目的で収集されたデータを事後に検討し、今後の鑑定・審判・医療の向上をはかるものであり、介入を伴わないレトロスペクティブな観察研究に該当する。本研究はケースブックや学会・論文発表という形式で公開の研究発表を意図しており、連結可能匿名化情報を扱うので、「臨床研究に関する倫理指針」（平成20年7月31日改）の適用範囲となる。個人情報保護について、公表にあたって被験者が特定されないようにするが、倫理的問題がないか検討した（資料1）。

仮想判定事例ケースブックモデル事例作成に際して、個人情報を保護し事例が特定されないように、以下の点に留意し仮想モデル化した。1) 氏名・住所・や学校名、病院名、会社名などすべての固有名詞は出てきた固有名詞の順にA、B、C、・・・などアルファベット1文字のみで記載する。2) 年齢については、30代等と記載し明示しない。さらに、例えば30代を20代に変更す

ることも考慮する。3) 性別や家族構成についても、可能な限り変更する。4) 出来事についても、可能な限り改変し、特定されないように対処する。

本研究は、介入を伴わない観察研究であり、医療行為に伴う利益・不利益は発生しない。個人情報漏出した場合、個人に不利益が発生するので、資料は鍵のかかる場所に厳重に保管する。症例や事例により被験者を特定できないようにすることが困難な場合は、あらかじめ別紙に従い説明し被験者の同意を得る。

倫理的問題がないか分担研究者の所属施設の倫理委員会で検討し承認を受けた。ケースブックに掲載する仮想判定事例を提示する研究協力者の所属施設の倫理委員会で検討し承認を受けることにする。

## 2. 精神保健判定医等養成研修会受講生アンケート

養成研修会の実態を把握するため、平成21年度も全会場、全職種413名(判定医189名参与員184名福祉職40名)にアンケート(資料3)を実施した。

アンケート項目は、例年どおり、0 初回・継続の別 1 参加種別(精神保健判定医・精神保健参与員・福祉職) 2 判定医について、刑事責任能力鑑定の経験有無簡易鑑定・嘱託鑑定・公判鑑定) 3 判定医について措置入院の要否に係る診察の経験有無 4 研修内容全体の有用性について 5 講義内容全体の理解度について 6 特に有用と思った項目 7 もっと理解を深めたいと思った項目 8 内容が重複していると思った項目 9 今後の研修会の進め方等についての意見で構成した。

## 3. 精神保健判定医等事例検討シンポジウム

平成21年9月26日(土)に第4回シンポ

ジウムを開催し参加者にアンケート（資料5）を実施し、シンポジウムの有用度・理解度、ワークショップの有用度・理解度を調査した。シンポジウムでは「裁判員裁判における新しい精神鑑定のあり方」を取り上げ、精神保健研究所 岡田幸之先生に講演していただき、新しい鑑定書書式（最高検察庁の提案したB書式）による刑事責任能力仮想事例ワークショップ、医療観察法却下事例検討を実施した（資料6）。

### C. 研究結果

#### 1. 厚生労働省判定事例研究会への模擬事例提供および仮想判定事例ケースブック企画

倫理委員会の承認を受け、仮想判定事例のひな型を作成した（資料2）。

仮想判定事例ひな型は、20代男性で鑑定時診断は強迫性障害であった。X-1年1月、中学時代の出来事などを持ち出しては「こうなったのは全部親や兄のせい」と大声で怒鳴り物にあたるようになった。対象行為当日、両親や兄から「ないがしろにされている。」との思いが生じ、両親や兄に対する憤りが現われ、両親からプレゼントされた電車模型を窓から外に投げ捨てた。しかし焦燥は収まらず、居間でインターネットをしていた兄にいきなり殴りかかり全治3ヶ月の頭部外傷を負わせた。

入院後、①対象者は、強迫行為（手洗い）に関しては困ってない、②小学生から鉄道模型を偏愛するなど、行動関心活動の、限局的で反復的常同的なパターンが存在する、③初対面の主治医に別の医師がいいと語ったり、ゴミ箱や共有の洗面台を専有し繰り返しがいいし痰を吐くなど相互的な社会関係の質的障害を認める。以上から、広汎性発達障害特定不能と診断変更した。

広汎性発達障害について、医療観察法の

手厚い入院処遇で認知行動療法を実施し退院後の環境を調整すれば治療可能性があるとの見方もあろう。しかし、20歳後半の成人の発達障害の治療反応性は一般に乏しいと考えられる。指定入院医療機関の医療により、対象者はスタッフへの相談や頓服服用などの対処行動を身につけ、本人が苦手とする相手とは距離を置く必要を理解し、実際に行動できつつある。しかし、「両親や兄のことを思い出すといらいらする」という訴えは持続し汎化には大きな課題がある。両親や兄との関係は、時間をかけた環境調整での分離が必要と考えられた。この点は、医療観察法鑑定人が指摘するように、地元での精神保健福祉法の下での中～長期の入院治療が必要になると考えられた。以上から、医療観察法鑑定人が当初述べたように、医療観察法の処遇をせず精神保健福祉法での治療を選択するのも合理性があったのではないかと思料された。

#### 2. 精神保健判定医等養成研修会受講生アンケート

##### 1) アンケート回収率・参加種別

平成21年度初回研修参加職種構成は、当該研修実施者の統計で、判定医47.2%、参与員38.9%、福祉職14.1%であった。同継続研修参加職種構成は、判定医42.6%、参与員57.4%であり、継続研修では参与員の参加が多かった。

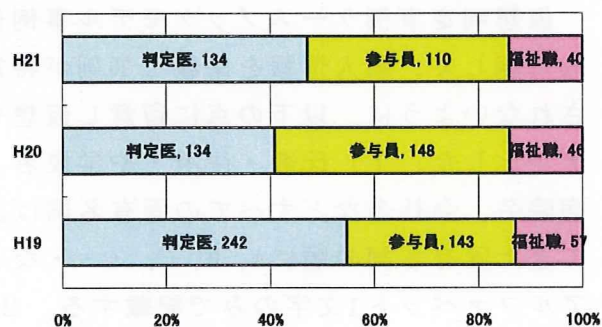


図1 平成21年度統計参加職種初回（上）同継続（下）