

- ・ 不可知論で認知症を例示していたが、コンベンションでは認知症は重症度で判定していた。
- ・ 自殺についても気をつけた方がいい点や課題を学べるという。
- ・ 対象者の意見も聞きたい。
- ・ 疾病の再発・再犯をどう防ぐかに関係している地域医療現場の声が聞きたい。
- ・ 併存疾患の問題・長期在院者の問題・再鑑定の必要性・療養型病棟等を討議必要。

【講義方法 参与員】

○初回研修

- ・ 研修の初めに参与員の役割を説明すると各講義の理解が進む。
- ・ 参与員に選任された場合、実際にどのようなことをするのか仕事の内容が分からない。
- ・ 参与員のための実務研修、事例検討等を実施してもらいたい。
- ・ 業務演習は事例を使った具体的判断を取り上げて欲しい。
- ・ 判定医中心に感じられた。質問しにくかった。

○継続研修

- ・ 参与員として関与するポイントの講義があるとよい。
- ・ 職種ごとに分けて事例を提示して欲しい。それぞれの立場からどう関与したか。
- ・ 審判時に参与員がどう関わったのか、どうゆう影響があったのか、参与員に求められるものは何かという話を聞きたい。

【事例選択】

○判定医 7 件

- ・ うまくいかなかった事例の提示を。同じ轍を踏まないため。(4 件)
- ・ 入院例は医療観察法で処遇することの意義が鮮明になるような事例の提示がいい。通院事例も同様。

- ・ 判断に迷う例や治療困難例を取り上げて欲しい。
- ・ 犯行時のみ緊張病状態にあった事例の考え方も提示して欲しい。

○参与員 3 件福祉職 1 件

- ・ 医療機関のない地域での事例の困難さについて知りたい。資源不足による困難をしりたい。
- ・ 社会復帰施設受け入れ側からみた事例提示もほしい。
- ・ 不処遇となった事例を取り上げて欲しい。参与員としてなんで観察法適応なのか疑問例もある。
- ・ (福祉職) 治療効果なく長期化し一般医療に移行した例や直接通院後悪化して入院した例も知りたい。

【事例提示】

○判定医 8 件

- ・ 具体的事例をできる限り増やして欲しい(2 件)
- ・ 入院治療過程の詳細は簡単でいい。鑑定・審判の過程がもっとも重要。(2 件)
- ・ 事例はもう少し少なくていい。(2 件)
- ・ 診断的に問題のあるケースが散見された。気分障害、発達障害についてどうするか検討の余地がある。
- ・ 不処遇の理解をすすめる上での説明が不十分で了解できなかった。(東京)

○参与員 3 件福祉職 1 件

- ・ 審判の判断過程についてたくさんの事例を通して知りたかった。入院通院の実際より重要。
- ・ 事例 1-5 は一貫した流れがあり大変分かりやすかった。
- ・ どこに焦点を当てた事例提示か疑問があることが多かった。(東京)
- ・ (福祉職) できるだけ多くの事例を取り上げてもらいたい。

【審判シミュレーション 6 件】

○ 判定医 3 件

- ・ 模擬裁判をしてはどうか。
- ・ 継続研修に入れてはどうか。事例は絞る。
- ・ 事例の説明とシミュレーションをもう少し明確にして欲しい。審判員の入り方が具体的に分かるといい。

○ 参与員 3 件

- ・ 具体的にイメージできてよかった。
- ・ どのような形で話が決着していくのか最後まで見たかった。
- ・ 審判シミュレーションの数を増やして欲しい。

【過密スケジュール 16 件】

○ 判定医 9 件

- ・ 休憩時間が少ない。
- ・ 日数増やしてもよいので 1 日の分量を減らして欲しい。
- ・ 3 日間座ったままの研修は体力的にきつかった。
- ・ スケジュールがハード過ぎる。各講義をもう少しコンパクトにしたら時間的なゆとりができる。
- ・ 長時間集中力がもたない。2 回に分けてりして欲しい。

○ 参与員 6 件

- ・ 盛りだくさんで、ゆとりがなく疲れた。
- ・ 2 日目の休憩時間の配分が短く少々きつかった。
- ・ 継続は 1 日のみだが、講義が詰まりすぎてきつかった。

○ 福祉職 分刻みのスケジュールでトイレに行っても時間内に戻ってくることが困難であった。3 日間 22 時間 30 分。

【時間短縮 8 件】

- ・ 2 日間で十分な研修内容であった。省令の変更を求める。
- ・ 2 日半に減らせないか。特に 2 日目がき

つい。

- ・ 継続研修は 5 時間程度にしてほしい。
- ・ 最終日は一六時までに終了して欲しい。交通の便があるので。

【継続研修】

- ・ 1 年以上ケースにあたらなかったの知識が薄れるので良い機会になった。
- ・ 改正や改訂項目が分かった。

【会場 17 件】

○ 東京会場 11 件

- ・ 狭くて長時間着座しているのが苦痛である。(多数)
- ・ 寒かった。(2 件)
- ・ 会場マイクはトラブルになりやすい。演者・フロアマイクがうまく調整されるといい。
- ・ パワーポイントが細かく、遠くから見えない。

○ 大阪会場 2 件

- ・ エアコンが効き過ぎで少し寒かった。
- ・ 大阪会場九階にゴミ箱が欲しい。

○ 福岡会場 4 件

- ・ 椅子が硬い (2 件)
- ・ 講師によっては後ろの席まで声が届かない (2 件)

【運営 24 件】

- ・ 旅費を全額出して欲しい。
- ・ 推薦する本の会場販売も考えてほしい。
- ・ 継続研修は、事例にかかわらず、全員定期的に受ける必要があるのではないか。
- ・ 受講のみでよいのか。最低ラインとしてテスト等必要でないか。
- ・ 判定医とその他で分けて合同研修でないほうが理解が深まると思った。
- ・ 合同で研修し治療・回復のため連携する機会は有意義。
- ・ 生活訓練施設や作業所など受け皿側の職員研修があってもいいのではないか。

【有用でなかったと回答した受講生判定医 7 件】

○東京 3 件

- ・人権に関わる業務だから、医師の差で結果が大きく異なることは是非避けるよう努力すべきである。
- ・一方通行講習をやめグループワーク等参加型の講義で個人の考えの偏りを補正すべき。
- ・本物の事例は演習に用い、それ以外は資料を回収しなくていい仮想事例にすればいい。

○福岡 4 件

- ・鑑定入院における法的位置づけが分かりにくい。精神保健福祉法に則るだけでいいのか。
- ・共通評価項目の講義は、内容が乏しく必要なテキストを読むだけで足りる。またはしっかり時間をとるべき。
- ・2 日間で十分な研修内容であった。省令の変更を求める。
- ・全項目もっと短縮可能。

【あまり理解できなかった受講生】判定医 10 件 参与員 9 件 福祉 1 件

○判定医 10 件

- ・法学は内容が法学者にしか分からない傾向が強い。専門用語の解説が必要。
- ・総論的な話が多く、具体例が分からない。
- ・内容がとても複雑であり、今後理解を深めたい。
- ・質疑時間を長くすべき。
- ・マニュアル的なものが欲しい。措置鑑定のように広まるといい。マニア的なものは省いて欲しい。
- ・資料は多種多様なので簡潔な整理を望む。
- ・推薦する本の会場販売も考えてほしい。
- ・対象者が手厚い対応が受けられるのは素晴らしいが、一般患者さんと差がありす

ぎる。

○参与員 9 件

- ・各コマの冒頭で、学んで欲しいこと、目的を明確にし、質問時に話がそれないようにすべき。
- ・総論をコンパクトにまとめて共通評価項目のシミュレーションをして欲しい。
- ・参与員研修の内容を 1 日にとって欲しい。
- ・実際に参加している人達でシミュレーションすると頭に入りやすい。
- ・概論をすべて 1 日目に受講できるといい。

○福祉職 1 件

- ・過密スケジュールであった。

【資料 16 件】

○判定医 11 件

- ・抄録集に拡大図があり大変に助かり有用。
- ・字が小さくて読めないのが多いのが難点。
- ・アンガーマネージメントなど持ち帰れる参考資料があるといい。参考文献の紹介も欲しい。
- ・資料の一覧表があるといい。資料が多いので。
- ・資料は重過ぎる。CD-R にして欲しい。
- ・本物の事例は演習に用い、それ以外は資料を回収しなくていい仮想事例にすればいい。

○参与員 4 件

- ・初日オリエンテーション時に参加職種別資料確認をして欲しい。
- ・パワーポイント資料は、読みやすい縮尺でお願いしたい。
- ・本の数が多く、もち帰りに大変。直接職場に送ってほしい。

○福祉職 1 件 見やすい大きさでの印刷を望む。

【その他意見 判定医 12 件】

- ・医療観察法の各種治療プログラムが一般精神医療に広まるとよいと感じた。

- ・国公立の充実したマンパワーの一般医療と、高い自己評価で実は充実していない民間とで大きな違いがある。
- ・国公立の充実したマンパワーの一般医療と、高い自己評価で実は充実していない民間とで大きな違いがある。
- ・人権に関わる業務だから、医師の差で結果が大きく異なることは是非避けるよう努力すべきである。
- ・責任能力について、医療側と司法側で差があるので、共同のケースカンファレンス必要。
- ・責任能力判定に個人差がありすぎる。もう少し統一見解を示して欲しい。
- ・対象者が手厚い対応が受けられるのは素晴らしいが、一般患者さんと差がありすぎる。
- ・対象者のみでなく精神障害者全てが同等の水準の医療を受けられることを望む。
- ・入院期間長期化は問題。増床あるいは代用措置を考える必要がある。
- ・判定医を増やしたいのであればインフォメーションを事前にもっとした方がよい。
- ・本研修を受けただけで審判員が務まるか心配。

【その他意見 参与員12件】

- ・マンパワーの必要性を痛感した。
- ・医療観察法があるのに、何故措置通報するのか、警察にもっとアピールして欲しい。
- ・一般医療は、MDTはなく、多剤併用で、観察法と雲泥の差がある。処遇終了後のケアが気になる。
- ・指定通院の訪問看護の認識が違う。服薬・通院指導したなど結果の伴わないことを言い張るなど質が伴わない。質の保証を。
- ・指定入院医療機関のマンパワーをさらに増やすように厚生労働省で基準を変える施策をすべき。
- ・審判の精度を上げるのは、検察官や裁判官にも理解してもらう必要がある。
- ・精神障害に何の知識もない国民が責任能力判断できるとは思えない。
- ・精神病症が横ばいと言う統計だが、横ばいでいいと思うのか。
- ・精神保健医療のマンパワーを増やし、対象行為が起こる前にもっとかかわれるといい。
- ・貧弱な自立支援法では再発が心配だ。
- ・よってたかった対象者を丸裸にして、こんなに安心だと見せないと地域で受けられないのか。

【その他意見 福祉職3件】

- ・治療内容やプログラムの具体的な内容は研修内では難しいだろうから、研修会や参考文献等のアナウンスがあるといい。
- ・精神科医療全体の底上げが必要。地域職員の技術向上が必要。入院のノウハウを地域に伝授して欲しい。
- ・福祉職員の役割がはっきりしないため、研修の意味が分かりづらく年々参加者が減少している。

第4回精神保健判定医等事例検討シンポジウム参加者アンケート

厚生科学研究 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班
分担研究者 独立行政法人国立病院機構 東尾張病院 八木 深

アンケートご協力のお願い

第4回精神保健判定医等事例検討シンポジウムご参加お疲れ様でした。今後のシンポジウムをよりよいものにするために、以下のアンケートにご協力いただければ幸いです。

1 参加種別（丸で囲んで下さい）

精神保健判定医・精神保健参与員・社会復帰調整官・法律関係者・指定医療機関職員
その他（ ）

2 刑事責任能力鑑定の経験（精神保健判定医の方のみ回答してください）

あり（簡易鑑定・嘱託鑑定・公判鑑定）・なし

3 措置入院の要否に係る診察の経験（精神保健判定医の方のみ回答してください）

あり・なし

4 シンポジウム全体の有用性について（どれかひとつを丸で囲んで下さい）

① 有用であった ② まあまあ有用であった ③ あまり有用でなかった
④ 殆んど役に立たなかった

5 シンポジウム全体の理解度について

① よく理解できた ② まあまあ理解できた ③ よく理解できなかった
④ 殆んど理解できなかった

6 ワークショップの有用性について（どれかひとつを丸で囲んで下さい）

① 有用であった ② まあまあ有用であった ③ あまり有用でなかった
④ 殆んど役に立たなかった

7 ワークショップの理解度について

① よく理解できた ② まあまあ理解できた ③ よく理解できなかった
④ 殆んど理解できなかった

8 ワークショップについてのご意見（自由記載）

9 今後のシンポジウムの進め方や精神保健判定医等養成研修（公的研修）についてのご意見（自由記載。不足する場合は裏面を使用して下さい）

資料 6 第 4 回精神保健判定医等事例検討シンポジウム 配布資料

開催者 小山司班八木分担研究班 五十嵐禎人班岡田幸之分担研究班共同開催

開催目的

精神鑑定等を研修し意見交換する場が乏しいので、本シンポジウムは、このような場を提供し、精神保健判定医に必要な知識等を提供するのを目的とする。

開催日時 平成 21 年 9 月 26 日 (土) 9:30 - 16:30

会場 名古屋大学医学部医系研究棟 1 号館地下会議室

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(小山司班)の概要

本研究は、司法精神医療を適正に執り行うこととともに全国的に普及させることを目的として、到達のための諸課題を解決するための研究を行うものであり、本研究で抽出された諸課題は、司法精神医療が円滑かつ適正に遂行されるための条件を具体的に提言してゆくための重要な基礎資料となることが期待される。

平成 20 年度「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」(八木分担研究) 概略

本研究の目的は、1 精神保健判定医養成研修の実際を把握し、2 海外の動向を含めて広く「精神保健判定医に必要な知識及び技術」について意見聴取を実施し、3 今後の精神保健判定医養成研修のあり方について提言を行うことにある。

平成 20 年度は、①仮想事例を用いた指定入院医療機関プログラム紹介ビデオの作成・上映、②研修会受講生アンケートによるプログラム修正の効果判定、③精神保健判定医等事例検討シンポジウムの継続実施と過去のシンポジウムを総括する「精神保

健判定医ポケットメモ」の作成・配布、④研修会時間割の改定提言を実施した。

平成 20 年度研修会アンケートの回収率は 82.1%で、判定医の 52.5%に責任能力鑑定の経験があった。前年度に比べ、有用と答えたものが 53%から 63%に増加し、責任能力についての講義を実施した結果、前年度に観察された鑑定経験の有無での理解度の差は消失し、アンケートを基にしたプログラム修正はビデオ使用を含めて有効であった。

第 3 回精神保健判定医等事例検討シンポジウムを平成 20 年 9 月に開催した。64 名の参加者にアンケートを実施し、47 名(73%)が回答し 72%が有用と答えた。薬物関連障害の新しいプログラム紹介および自傷についての松本俊彦講師の講演が特に好評であった。第 1 回・第 2 回シンポジウムで取りあげた、最高裁判所医療観察法解説 3 要件、「一般医療を継続することにより再び同様の行為が起きる具体的現実的可能性がない」条件をまとめ、「精神保健判定医ポケットメモ」を作成し配布した。

最後に、研修会を実務に直結したものにするために、厚生労働省令に記載されている研修会時間割について、総論を縮小し、事例検討の時間を大幅に増加するような改定を提言する。①医療観察法及び精神保健福祉行政概論を従前の 2 時間 30 分から 1 時間に短縮、②医療観察法に関する事例研究を従前の 3 時間から 6 時間に拡張、③司法精神医学の枠組みで 90 分の特別講演の実施、④全受講生に共通評価項目説明 60 分実施。

第 4 回精神保健判定医等事例検討シンポジウム プログラム

テーマ 裁判員裁判における新しい精神鑑定のあり方

9:30 開会

9:35 精神鑑定って何？

発表 岡田 幸之（精神保健研究所）

司会 舟橋 龍秀（東尾張病院）

10:40 新しい精神鑑定

進行 岡田 幸之（精神保健研究所）

司会 八木 深（東尾張病院）

13:00 ワークショップ 新しい鑑定書作成してみよう

発表 八木 深（東尾張病院）

司会 岡田 幸之（精神保健研究所）

15:10 医療観察法と責任能力鑑定申立の検討

発表1 岩田 拓（城山病院）

発表2 岡田 幸之（精神保健研究所）

16:10 総合討論 新しい精神鑑定について
司会 八木 深（東尾張病院）

16:30 閉会

裁判員裁判の下における精神鑑定書の書式例

http://www.kensatsu.go.jp/saiban_in/kanteisho.htm

ここに掲載した2つの鑑定書書式例（A案・B案）は、いずれも、最高検察庁に設置した研究会が、裁判員裁判における分かりやすく、迅速かつ的確な精神鑑定立証の在り方を検討する過程において作成したものです。

A案は、平成18～20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）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」の分担研究班の一つの「他害行為を行った者の責任能力鑑定に関する研究」班のメンバーであり司法精神医学を専門とする精神科医の方の協力を得て、その研究班の成果である「刑事責任能力に関する精神鑑定書作成の手引き」（リンク）の検討・作成作業を

参考にしながら、罫線枠を用いた書式として作成しました。

B案は、記載すべき項目についてはA案と同じ考え方に立ちつつ、罫線枠を用いない書式としています。

両案とも捜査段階における本鑑定を念頭に置いています。

また、いずれも、本文を鑑定主文と理由の要旨にとどめた2頁程度のものとし、理由の詳細等を別紙に譲る方式（別紙方式）にしております。別紙方式としたのは、裁判員裁判では裁判員が鑑定書を読む負担をできる限り小さくする必要があるところ、未だ争点が明らかではない鑑定の段階では、鑑定人の方に結論に至る理由の詳細を別紙に記載しておいていただき、公判前整理手続を経て争点が明らかとなった段階で、別紙のうち詳細な立証の必要が生じた部分のみを抄本化してこれを本文（鑑定主文と理由の要旨）に添付することにより、公判に提出する必要かつ十分な鑑定書を比較的容易にコンパクトなものにできると考えたことによるものです。

いかなる方式の鑑定書を作成するかは、もとより鑑定人にゆだねられた事項ですが、裁判員裁判における分かりやすい鑑定書を作成する際の参考にしていただくため、ここに掲載することとしました。

精神鑑定書（B案）

平成〇〇年〇月〇〇日

〇〇病院 鑑定人医師 〇〇〇〇 印

1. 被疑者 〇〇〇〇 男 昭和〇年〇月〇日
現在 40 歳

2. 鑑定事項

1. 犯行当時における被疑者の精神障害の存否。

2. 1. が肯定される場合、その精神障

害は本件犯行にいかなる影響を与えたか。

3. 1. が肯定される場合、犯行当時の被疑者の善悪の判断能力及びその判断に従って行動する能力の有無及びその程度。

3. 鑑定主文

- 1 被疑者は、犯行当時、〇〇症であった。
- 2 被疑者の本件犯行は、〇〇症による症状に直接影響されたものではないと考える。
- 3 被疑者の善悪の判断能力及びその判断に従って行動する能力は失われてはいなかったが、著しく減弱していたと考える。

4. 鑑定経過

5. 統合失調症と診断した理由（別紙の1参照）

6. 被疑者の精神障害の本件犯行への影響（別紙の1(2)(3)参照）

7. 善悪の判断能力及び行動制御能力（別紙の2参照）

<別紙>

1. 統合失調症と判断した理由

- (1) 生活歴・現病歴
- (2) 犯行前後の行動
- (3) 犯行後の供述
- (4) 心理検査
- (5) 現在の精神状態
- (6) 詐病の可能性（精神障害を装って刑罰を逃れようとしている可能性）
- (7) その他参考事項

2. 善悪の判断能力及び行動制御能力に関する検討

本件犯行当時の被疑者の善悪の判断能力及びその判断に従って行動する能力について、詳細に検討すると次のとおりである。

(1) 犯行動機の詳細可能性（動機を理解することができるか）

(2) 犯行の計画性・突発性

(3) 反道徳性・違法性の認識（犯行を悪いこと、法に違反することと認識していたか）

(4) 精神障害による免責の可能性の認識

(5) 犯行の人格異質性（犯行は被疑者の人格になじむものか）

(6) 犯行の一貫性・合目的性

(7) 犯行後の自己防御・危険回避的行動

3. 国際疾病分類第10版（ICD-10）による統合失調症の診断基準

資料7 ワークショップ仮想事例 強盗被疑
事件 被疑者A 30代男性

(家族歴)

被疑者は、第3子長男として出生。姉2人が居る。現在は、父母と同居。父は工員をしていたが、気を病む人で考えすぎで自分が病気と思う人であったという。被疑者にとっては一番愛着があった。母は、「大人しただけの人」と陳述している。

(生活歴)

- 1 被疑者は、Cy1市で出生し、小学校では、大人しくて黙っている子であったが、特に不登校もなく、隣近所の子と遊んでいた。中学2年から、「人間の醜さが分かり人と付き合うのが嫌になった」という。被疑者は、「中学校の頃嘘をつかれて、泥棒だと言われた。それで、Cy1市に戻っても仕事がなかった」と陳述している。
- 2 中学校を卒業後、自動車工場に就職し3年勤めた。その後、工員、パチンコ店店員等職を転々とした。家族の供述によると、今日は会社に来ていませんという連絡があって、被疑者に聞くと、「途中でふっと電車を降りたくなった。ぼーっとしていた。」と言っていたことがあった。
- 3 30代後半で郷里のCy1市に戻ってきて店員等をしたが、人間関係が上手く行かず嫌気がさして辞め、仕事もなくなった。この頃から、出奔し、公園等で野宿するようになる。心配した家族の問いかけに対し、「公園等に寝泊まりしていたのは、自分はお釈迦様と同じ生まれであり、お釈迦様はインドの公園で生まれたから。自分には予知能力がある。」と答えた。
- 4 被疑者は、X-1年、公園で野宿していたが、手元の金がほぼ底を尽き、明日からの生活にも困る状況になった。近くに家電屋があるのを思い出し、「あの家電屋なら、レジにまとまったお金が

あるんじゃないか」「夜中に家電屋に入ってお金を盗んでやろう」と思いついた。犯行用具として、粘着テープ、手袋、果物ナイフなどを購入した。夜中になり、家電屋へ向かったが、電気が点いており、人が残っていると思ったため盗みに入る事は諦めた。ひとまずマンガ喫茶に行くことにし、その途中、強盗をすることを思いついた。客を装い注文し、ナイフをつきつけるタイミングを窺ったが、店員が若い男性であり、また、タイミングがあわなかったことから実行できず、単に金を払っただけで終わり、所持金をほとんど使い果たした。朝になってマンガ喫茶を出る際、サラ金のポケットティッシュをもらい、サラ金強盗をすることを思いついた。サラ金を探して歩き回っているうちに疲れてしまった。もうひとつもらったポケットティッシュがタクシーの広告であったので、今度はタクシー強盗を思いつき電話で偽名でタクシーを呼んで乗り込み、タクシーが信号待ちで停車すると、運転手に果物ナイフをつきつけて脅すチャンスをうかがったが、なかなか勇気が出ず、踏ん切りがつかないうちにどんどん遠くに来てしまったことから、もう強盗はできないと諦め、運転手にお金を持っているということを伝え、一緒に交番に行った。交番の警察官から持ち物を見せるように言われ、果物ナイフなどを差し出し、強盗をするつもりだったことを話し、強盗予備罪で逮捕された。

- 5 X年Y-8月、執行猶予判決により釈放され、Cy1市の自宅に戻ったが、自室で布団に横になりゴロゴロし、昼ゴロゴロしているため、夜は熟睡できなかった。

婚姻歴 なし

物質乱用歴

アルコール 被疑者の供述によると、酒が唯一のストレス解消法であり、酎ハイを1日1-2本程度飲んでいましたが、すぐ顔が赤くなりアルコールには弱い。

覚せい剤・シンナー 本人は使用歴ないと否定する。

(現病歴)

- 1 被疑者は、うつ病ということで、X年Y-4月末から、Bクリニックに週に1度の割で通院しており、眠れないということで夜中に外に出て行ったり、「死にたい」と言ったり、「僕、余命は1年だ。」と言ったりしていた。
- 2 X年Y-1月末午後11時30分ころ、Cy3市においてAが倒れているところを一般人が発見し119番通報、救護隊によりC病院へ搬送された。本人からの事情聴取では、「鬱病により、D川へ飛び込み死のうとしたが死にきれず、川岸で倒れていた。」との事であり、連絡を受けた家族は、精神科E病院へ被疑者を連れて行った。しかし、病室等を見て本人が入院を拒否したので、先生と相談し、その日は帰宅した。Bクリニックへ引き続き通院し、以後は異常行動はなかった。
- 3 Aの小学時代の友人Fの供述によると、Aは数年前からお金が無いと言い出し、「お金を貸してほしい」と何回か頼むようになった。Z-2日昼ころに被疑者から突然電話があり、「小学校の先生から連絡先を聞いた。」「お金を返したい。」といった内容であり、約4年前に1万円貸していたことを思い出し、Cy1駅で待ち合わせることにした。
AはCy1駅まで自転車で来て、その時Aは手持ちが無いと言い、何を思ったの

か、探偵と書かれた新聞広告の切抜きを差し出し、これをもらってくれと言いだし、訳もわからず、受け取ると今度は何かの写真の切り抜きを取り出し、これも見てくれ等と言ってきたので、興味もなかったもので、いらないと突き返した。また、そのとき被疑者に今は何をやっているのか聞くと、「占い師」と言っていた。また被疑者は、「給料はもらえるけどいつ入るか分からないけどあてはある。」と言っていた。

- 4 本件犯行5時間前に、Aは家族に「どうしても寝れないから。」と述べ、自転車で出て行って、コンビニで無料の就職雑誌を持って帰って来た。
- 5 中学の同級生Fの警察への相談内容によると、本件犯行3時間前ころ、AがF方の玄関戸を叩き、2階にいたFがベランダから声をかけると、被疑者は「上げてくれ」「俺は余命1年だ」と叫んでいたため、Fが「俺は用事があるから今から出て行く」と言うと、被疑者はしぶしぶその場から離れて行った。
- 6 被疑者は自分で髪の毛を切ったり眉毛を剃ってしまって、異様な風貌になっていた。

(本件犯行当時の行動)

○被害者の供述

被疑者が乗車し、走り出してすぐに、被疑者が突然、「俺は金目的で乗ったんだ」というため、運転手が振り向くと、被疑者はナイフを右手に持ち腰を浮かせるようにしていた。運転手は身の危険を感じ、信号で停止した際、現金を被疑者に渡した。丁度信号が青になったので、「もうちょっと出せ。」と車を前に出すように言ったので少し進み自動ドアを開けた。被疑者は、車を発進させるように命令した。

発進して 20-30 メートルして被疑者の方を見ると姿はもう見えなかった。

○A の供述

強盗した日、家にあったナイフを持ち出してポケットにしまい、ニット帽を被って、家から歩いて公衆電話に行き、偽名を使ってタクシー会社に電話をした。X 年 Y 月 Z 日午前 2 時頃タクシーがやって来たことから、タクシーの後部座席に乗り込んだ。乗り込んだ後は運転手さんに目的地を告げてタクシーが走り出した。

走り出してすぐに、車内でポケットからナイフを取り出して運転手さんを脅かした。運転手さんを脅した後は、運転手さんからお金が入った青色っぽいポーチを奪い取った。ポーチを奪った後、ここでタクシーを停めさせて私は降り、走って逃げていった。逃げる途中で、被っていた黒色の無地のニット帽を取って草むらに捨てた。捨てた時は無意識に捨てたが、今思うと捕まりたくないと思い、証拠を隠すために捨てた。

それから酒が飲みたくなかったので、いつも行く家の近くのコンビニに行き、そこで缶酎ハイ 500 ミリリットルを 2 本買った。コンビニからは歩いて家に戻り、包丁を台所のあった場所に戻して、2 階に上がって自分の部屋で着替えた後に缶酎ハイを 2 本飲んで寝た。

青いポーチは、Z+1 日に自転車をこいで、家の近くにある川に橋の上から投げ捨てた。

(犯行後の行動)

A の小学時代の友人 F の供述によると、Z+1 日夜に A から電話があり、「金ができた、返せるよ。」等といった感じであった。A は「いくらでも返せるよ。」と羽振りがいいことを言っていた。Z+2 日の朝、

A から電話があり、1 万円の借金を取りあえず 5 千円返す、バイトがあるので、その前に Cy1 駅で待ち合わせと決めた。A は千円札 5 枚で約束どおり返してくれ、あと 5 千円はもう少し待ってというようなことを言った。

(取調状況)

Z+3 日 警察の取調べで、被疑者は取調室に入室するや、突然泣き出し、「殺してくれ」「刑務所に行くと、僕は、他の人に狙われているから、恐いので医療刑務所に行かせて下さい」と語り、机を拳で叩く等したが、やがて落ち着きを取り戻し取調べに応じた。Z+4 日 検察庁の弁解録取書取調中に被疑者が泣き出したため、検察官が理由を尋ねたところ、「自分の先が見える。」などと述べた。そのほかの受け答え等ははっきりとしていた。

Z+10 日 警察の取調べ

病院からはうつ病と診断されており、自分が自覚している症状としては言葉では上手く表現できないが、「人間が頑張って生きていくという悲壮感や恐怖感」という思いに襲われて涙が出る。このような思いに襲われるようになったのは中学校を卒業した直後くらいのことで、理由は自分でも分からない。現在でも一日ずっと生きていくための悲壮感や恐怖感はあるが、特に夜中の眠れない時に強く感じる。また、感情の起伏が激しいということも自覚している。テンションが急に高くなったり、急に落ち込んだりして、自分でも感情をコントロール出来ずに本当に嫌になってしまう。

対人恐怖症は医者からは特に何も言われていないが、自分で認識している病気である。小学校の時は、活発で明るい性格で誰とも仲良くなれたが、中学校 2 年生の時から「人間の醜さや嫌な部分が分かり、人と付

き合うのが嫌になってしまい、対人恐怖症になってしまった」。私はこの時から、人と喋ることは普通に出来たのですが、「人との関係に深入りしたくない」と思うようになり、上辺だけの人間関係しか築くことができず、友人ができなくなってしまった。

（犯行動機）

○供述調書

Z+3 日（警察取調べ）「仕事をしていないので収入がなく、普段は親から日銭をもらっているが、もっと自由に使えるお金が欲しかったからである。」と犯行動機を述べている。

Z+12 日（警察取調）夜になっても相変わらず全然眠れずにイライラしながら、人間が生きていく悲壮感や恐怖感という思いに襲われていた。こんな時は缶酎ハイでもグビッと飲んでスッキリしたいと思うのだが、缶酎ハイを買うお金がないので、飲みたいという欲求を押し殺して我慢していた。しかし、我慢すればするほど、酒を飲みたいという欲求に駆り立てられ、私は布団で横になって天井を見つめながら、「もう限界だ。これ以上我慢していると本当に頭が狂っておかしくなってしまう。警察に捕まってもいいから、どんなことをしてでも酒を飲みたい。」と思った。そして、コンビニで酒を盗んでやろうと直感で思いついた。しかし、「どうせ犯罪に手を染めるなら、酒でもつまみでも何でも買えるお金の方がいいわ。よし、タクシー強盗をしてやろう。」と決意した。そして、タクシー強盗をするために、部屋にあった黒色のニット帽と台所にあった包丁をズボンの右ポケットに隠した。それから、家族に気付かれることなく、そーっと静かに家を出た。外に出て、今回も前の時と同じ方法で強盗をすること

にした。

○鑑定時発言

金のためにタクシー強盗したのではない。夜になると、自分でない感覚になる。それで、悲しくて泣いたりする。突発的に行動する。絶対にしたくないと思っても身体が動く。衝動的になるきっかけはない。日本の未来が見える。人生の先が見える。それで自分が居たくない。皆死ぬ。それが見える。夜になると何でもやってしまいそうで怖い。やっちゃいけないと恐怖で抑えていたが、タクシーに乗った瞬間にもう逃げられないやるしかないと思った。命令する幻聴はなかったが、もう一人の自分がいたのは覚えている。言葉で表しようがない。

（鑑定時所見）

精神と行動の状態 表情は固く動きが少ない。視線は合わせ、疎通性は良好である。会話は、流暢で思考途絶などの思考障害はない。鑑定中異常行動は観察されなかった。

（１）睡眠 犯行直前は、日中に臥床しがちであり、夜間不眠であった。

（２）清潔の保持、身辺自立 髪はぼさぼさであるが、一応身辺自立できている。

（３）行動上の問題 被疑者は Z-2 日に友人に金を返すと連絡しておきながら、手持ちが無いと言い、何を思ったのか、探偵の広告の切り抜きや写真を差し出したり、奇妙な行動が見られた。

（４）言語的疎通性 疎通性は良好である。

（５）記憶 本件犯行を含めて健忘なく記憶している。ただし、本件犯行については、「覚えているけど、しっくりこない。僕がやったんですよね。」と答え、記憶しているが現実感がない様子である。

（６）感情 被疑者は、取調べ時に「人間が頑張って生きていくという悲壮感や恐

怖感」という思いに襲われて涙が出ると語り、一見抑うつ表現にも見えるが、より抽象的で、理解しにくい漠とした不安・恐怖である。

(7) 意欲 事件前は、家に閉居し自閉的生活をしていた。鑑定では、発語量はむしろ多い。

(8) 知覚 20歳代から幻聴があり、「危ない結びつきがあると、声が教えてくれる。」という。命令したり行動に注釈したりする幻聴はないという。

(9) 思考 取調べ時、「刑務所に行くと、僕は、他の人に狙われているから、恐いので医療刑務所に行かせて下さい」と語り、被害念慮がある。鑑定時には、「他人にじっと見られてペンで目を刺されたり危害を加えられそう」と猜疑的になっている。

鑑定時には、「世界の終わりが見える。先が見える。自分の先が見える。」などと魔術的思考を認め、「夜になると、人がやらないようなとんでもないアイデアが浮かぶ。」と語り、思考が自生的に生じている。

(10) 知的水準 会話から知的水準に問題はないと考えられた。

(11) 人格傾向 元々は内向的で、友人も少ないシゾイド性格であった。

(12) 自らの精神状態に関する認識 不眠や幻聴は病気で治したいと語る。先が見えることについては、治らないかもしれないと語る。

<症状小括>

1 被疑者には、魔術的思考および自生思考を認める。

2 被疑者は、友人に外れ宝くじを渡したり、奇妙な行動が見られた。

3 被疑者には幻聴を認めるが、断片的な叫び声で、命令や注釈はしない。

4 被疑者は、本件犯行を記憶するが、犯行を行った現実感に乏しい。

資料 ICD 10 F21 統合失調型障害診断基準

これは統合失調症にみられるものに類似した奇異な行動と、思考、感情の異常を特徴とする障害であるが、いずれの段階においても明瞭で特異な統合失調症性の異常を認めないものである。とくに支配的な障害や典型的な障害はないが、場にそぐわない以下のいずれかが存在しうる。

(a) 不適切な、あるいはぎこちない感情（患者は冷たくよそよそしくみえる）。

(b) 異様な、奇異な、あるいは風変わりな行動や容姿。

(c) 他者との疎通性の乏しさ、および引きこもって人付き合いしない傾向。

(d) 本人の所属する文化的規範にも矛盾し、行為に影響を与えるような奇妙な信念や神秘的考え。

(e) 猜疑的、妄想的観念。

(f) しばしば醜形恐怖的、性的、あるいは攻撃的内容を伴う、内的抵抗のない強迫的反復思考。

(g) 身体感覚的（身体的）錯覚などの諸錯覚、離人感あるいは現実感喪失を含む異常知覚体験。

(h) 奇妙な会話やその他の仕方で表現され、著しい減裂はないが、あいまいで回りくどく比喩的で凝りすぎた常同的な思考。

(i) 強度の錯覚、幻聴等の幻覚、および妄想様観念を伴う精神病様エピソードが時折、一過性に通常外的誘因なくして生じる。

この障害は重症度が動揺しながら慢性の経過をとる。時には明らかな統合失調症に発展することもある。発病時期ははっきりせず、進行と経過は通常パーソナリティ障害のそれに類似する。これは統合失調症患者と遺伝的な関連をもつ者に多くみられる

ので、統合失調症の遺伝的「スペクトラム」の一部を成すと考えられている。

診断ガイドライン

この用語を用いる場合には、上記の典型的な特徴の3, 4項が少なくとも2年間は持続的あるいはエピソード的に存在していなければならない。患者は統合失調症の診断基準を満たしてはならない。第一度親族に統合失調症の病歴があることは、この診断にとって補助的な重要性をもつが、必須条件ではない。

＜含＞境界型統合失調症 潜行性統合失調症 潜行性統合失調症様反応 前精神病期統合失調症 前駆期統合失調症 偽神経症性統合失調症 偽精神病質性統合失調症 統合失調型パーソナリティ障害

ICD10 F20 統合失調症診断ガイドライン

(a)から(d)のいずれか1つに属する症状のうち少なくとも1つの明らかな症状(十分に明らかでなければ、ふつう2つ以上)、あるいは(e)から(h)の少なくとも2つの症状が、1ヵ月以上、ほとんどいつも明らかに存在していなければならない。

考想化声、考想吹入あるいは考想奪取、考想伝播。

支配される、影響される、あるいは抵抗できないという妄想で、身体や四肢の運動や特定の思考、行動あるいは感覚に関するものである。それに加えて妄想知覚。

患者の行動にたえず註釈を加えたり、患者のことを話し合う幻声、あるいは身体のある部分から聞こえる他のタイプの幻声。

宗教的あるいは政治的な身分、超人的力や能力などの文化的にそぐわないまったくありえない他のタイプの持続的な妄想(たとえば、天候をコントロールできるとか宇宙人と交信しているなど)。

どのような種類であれ、持続的な幻覚が、

感情症状ではない浮動性や部分的妄想あるいは持続的な支配観念を伴って生じる。あるいは数週間か数ヶ月間毎日持続的に生じる。

思考の流れに途絶や挿入があるために、まとまりのない、あるいは関連性を欠いた話し方になり、言語新作がみられたりする。興奮、常同姿勢あるいはろう屈症、拒絶症、緘黙、および昏迷などの緊張病性行動。

著しい無気力、会話の貧困、および情動的反応の鈍麻あるいは状況へのそぐわなさなど、通常社会的ひきこもりや社会的能力の低下をもたらす、「陰性症状」。それは抑うつや向精神薬の投与によるものでないこと。

関心喪失、目的欠如、無為、自己没頭、および社会的ひきこもりとしてあらわれる。個人的行動のいくつかの側面の質が全般的に、著明で一貫して変化する。

明らかな抑うつあるいは躁症状があり、統合失調症性の症状が感情障害に先行したことが明らかでないような場合は、統合失調症と診断すべきでない。統合失調症と感情障害の症状の両方が同時に進展し、いずれが優勢ともいえないならば、たとえ統合失調症状それ自体が統合失調症の診断に該当するものであっても、統合失調感情障害(F25,-)と診断すべきである。明らかな脳疾患が存在したり、薬物中毒あるいは薬物からの離脱状態にある場合も、統合失調症と診断すべきではない。てんかんや他の脳疾患が存在するときに生じた統合失調症類似の障害はF06.2に、薬物によって惹起されたものはF1X.5に、分類すべきである。

***精神鑑定書作成用紙は最高検B案を配布した。**

分担研究報告

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

山本 輝之

明治学院大学法学部

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

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

分担研究者 山本輝之 明治学院大学法学部 教授

研究要旨

わが国の心神喪失者等医療観察法（以下、「医療観察法」は、重大な他害行為を行った精神障害者の処遇を定めている。しかし、その運用や彼らの実際の処遇方法などについて、これまで多くの問題点が指摘されている。そこで、われわれの研究グループは、医療観察法の将来における改正の向けた提言を行うため、これまでの研究においても比較法的な調査・報告を行ってきた。今回の研究においても、継続してこの課題に当たり、我が国の医療観察法の運用面に関する課題を浮き彫りにし、将来の制度の在り方を検討する。研究の初年度における本年度は、従来裁判所による処遇の実施など触法精神障害者に特別な制度を設けてこなかった点で、かつての我が国と比較的類似した処遇制度を採ってきたが、最近になって保安処分制度を導入したフランスの法制度及び精神医療体制などについて、文献調査及び訪問調査を行い、それに基づいて、法的・医学的観点から分析・検討を行った。

研究協力者

柑本美和（東海大学法科大学院）

水留正流（南山大学法学部）

（触法）精神障害者処遇制度の構築に向けて、制度のモニタリングを行うことは、本研究における重要な調査事項である。

A. 研究目的

本研究では、医療観察法の運用における問題点を法的観点から整理・検討し、同法の改正に向けた具体的提言を行うことを目的とする。とりわけ、現行法の枠組そのものをも検討し、将来のあるべき

以上のような観点から、本年度は、フランスの制度調査を行った。フランスのシステムは、わが国の従来の精神医療システムと類似したものであった。そのフランスにおいて、近年、保安処分制度を導入するなど、触法精神障害者の処遇をめぐる大きな法改正が行われた。これは、

今後のわが国における、重大な他害行為を行った精神障害者の処遇に関する法制度などをあり方を検討するについて、注目すべき内容を含んでいる。そこで、それについて、法的・医学的観点から分析・考察を行うことを目的とした。

B. 研究方法

研究協力者とともに、フランス精神保健法の改正の内容について文献調査・訪問調査を行い、それに基づいて分析・考察を行った。とりわけ、末道康之教授(南山大学法学部)から、最近のフランス刑事司法の動向について話題提供を受け、研究協力者を交えて調査事項を検討した。

このうち、訪問調査は 2009 年 11 月 1 日から 8 日にかけて行った。Bretagne 地方 Plouguernevel の処遇困難者病棟(*unité pour les malades difficiles; UMD*)、Caen 刑務所等を訪問し、スタッフとのインタビューを行うとともに、施設を見学した。

以下の考察は、以上の情報に基づいたものである。

C. 研究結果

われわれの研究グループは、医療観察法の将来における改正のに向けた提言を行うため、これまでの研究においても比較法的な調査・報告を行ってきた。今回の研究においても、継続してこの課題に当

たり、我が国の医療観察法の運用面に関する課題を浮き彫りにし、将来の制度の在り方を検討した。研究の初年度における本年度は、従来裁判所による処遇の実施など触法精神障害者に特別な制度を設けてこなかった点で、かつての我が国と比較的類似した処遇制度を採っていたが、最近になって保安処分制度を導入したフランスの法制度及び精神医療体制などについて、文献調査及び訪問調査に基づいて法的・医学的観点から分析・検討を行い、そこから、医療観察法の改正に向けた提言を行うための多くの有益な示唆を得た。

D. 考察

1. フランスの法状況

(1) フランスの精神医療法制は、強制入院は県知事の権限で行うこと、犯罪行為を行った精神障害者の処遇のための特別な手続を持たず、一般精神医療システムの中で対処してきたこと、などの枠組みをとっている点で、わが国の従来の精神医療システムと類似する。そのうえで、触法精神障害者の一部を含む処遇困難者を特別な病棟 *unité pour les malades difficiles (UMD)* で処遇する制度を有している。この体制はわが国のいわゆる「道下研究」における処遇困難者病棟構想に大きな影響を与えたものであった。また、同

国では地域における精神医療体制を「セクトール制」によって構築し、各地域の受け持ち患者と処遇困難者病棟等の後送機関との役割分担をはっきりさせている点も特徴的である。

触法精神障害者処遇の点では、各地方の刑事施設内における医学・心理学サーヴィス *service médico-psychologique régional (SMPR)* が充実している点も、従来注目されてきた点であった。

以上のように、これまでのフランスにおける触法精神障害者処遇のシステムは、重大な他害行為を行った者を含めて、裁判所の命令にはよらない一般精神医療と同様の枠組で行うというものであり、それは、わが国の医療観察法制定時にも大きく注目され、とりわけ民主党案はこれを参照したものであると思われる。

(2) 以上の精神医療法制とは別に、近年、フランスでは性犯罪者の処遇が大きな問題となってきた。1994 年に刑法典が全面改正されたが、とりわけ性犯罪者処遇の分野では、これまでも様々な刑事処分が創設されてきていた。

すなわち、1998 年には性犯罪を対象とした社会内司法追跡 *suivi socio-judiciaire* が創設され、その後その適用範囲が拡大されている。また、社会内司法追跡処分は遡及適用が禁止されているため、それ以前の行為に対する処分として別途、司

法監視 *surveillance judiciaire* が創設されている。これらは、自由刑の執行終了後に行刑裁判官が課す監視処分である。

また、2004 年には、性犯罪者等をデータベースに登録するための法制度が整備されている。これも、その後性犯罪以外にも拡大されている。同時期には、携帯型電子監視措置も法制化され、2007 年に以降積極的に適用されるようになった。これにより、対象者の GPS 監視が可能となっている。これらの制度は、前述の通り、もともとは性犯罪者を対象に創設されたものであるが、後の法改正によって、いずれも、性犯罪以外の重大犯罪にも適用が拡大された。

これらの措置が適用されるためには、一定の重大犯罪を犯したことに加え、累犯による社会への危険性が立証される必要がある。この危険性は医学的鑑定によって明らかにされなければならない。また、社会内司法追跡及び司法監視については、対象者に治療を受ける義務が発生するのが原則となる。これらは、最終的には行刑裁判官によって決定され、実施されることになる。ただし、携帯型電子監視措置による GPS 監視に関しては、多職種保安処分委員会の意見を聞いて行うことが求められている。

(3) 以上のように、収容を伴わない処分の範囲で可能な限りの保安的な考慮が払

われていた。しかし、2007 年 7 月、性犯罪のために繰り返し受刑し、刑務所から出所したばかりの男が男児を強姦する事件が発生した。これを契機として、より効果的な性犯罪者への犯罪抑止措置が求められ、「保安留置及び精神障害による刑事無答責の宣告に関する 2008 年 2 月 25 日法」による保安処分 *mesure de sûreté* の制度の創設に至った。

この法律で導入される司法留置 *détention judiciaire* は、主として性犯罪者を念頭に置いて設けられた収容保安処分である。法律は 2010 年に施行されるが、執行すべき刑期が 15 年以上のものが対象であり、かつ、法律施行前の行為には適用されないため、現実に対象者がこの処分を受けることになるのは 2035 年以降になる。この処分では、医学的鑑定による再犯可能性の検討の後、多職種保安処分委員会の意見を聴き、新たに設置される司法留置裁判所がこの意見に基づいて決定を下して、処分が施行される。対象者は、新たに設置される施設に収容されることになる。

また、社会内司法追跡や司法監視よりも強力な非収容保安処分として、保安監視が導入された。コーディネーター医師が治療をコーディネートし、対象者はその治療を受ける義務がある。司法留置による収容の終了する者、及び社会内司法

追跡または司法監視の措置の終了する者を対象とする。後者の類型については、法施行後早い段階で対象者が出るのが想定される。保安監視に関しても、新しく設置される裁判所が、多職種保安処分委員会の意見を聞いて決定することになる。

(4) 2008 年 2 月 25 日法は、司法留置処分の導入のほかに、責任無能力ゆえに無罪となった者を対象に、判決裁判所の命令による措置入院を内容とする保安処分をも創設した。

2008 年法で創設された、裁判所命令による措置入院制度は、現在既に動いているようである。この制度では、裁判所が県知事に対して入院させることを求め、制度上は、県知事が入院させる手続をとる。その後の処遇には、裁判所は関与しない。また、責任無能力者を対象とした非収容保安処分も定められた。

2. 処遇困難者病棟 (UMD)

(1) フランスの精神医療制度のもっとも特徴的なものの一つとして、処遇困難者病棟の存在が挙げられる。前述の通り、フランスではセクトワール制のもとで、地域を管轄する医療行政が、当該地域の患者への医療を一貫して担当する。処遇困難者病棟及び矯正医療は、そのわずかな例外をなす。

処遇困難者病棟への入院の対象は、措置入院対象者のうち、他人に対して危険であり、特別病棟において実施される集中治療プロトコールの実施と特別の保安措置が必要であって、かつ、通常の入院病棟にとどめておくことができないような、確実な、または切迫した危険状態にある者である。処遇困難者病棟は、イギリスの高度保安病院などとは異なり、地域精神医療において対応できない状態になった者に、集中的な治療を施し、地域精神医療に戻すための施設である。

(2) 処遇困難者病棟は、Henri Colin 病棟が Val-de-Marne 県 Villejuif に、1910 年に設置されたのが最初である。その後、1947 年から 63 年にかけて 3 施設が設置され、全土で 4 施設という形で、長らく運用されてきた。1990 年頃にはあわせて 500 床程度であったが、その後ベッド数が減少していた。これは、病室の個室化など、各病棟のアメニティーを向上させたためであるとされる。

このような状況の中で、再度、処遇困難者病棟の増床が目指されるようになった。今回の調査で訪問した Côte d'Armor 県 Plouguernevel の Christian Codorniou 病棟は、そうした政策の一環として、2008 年 1 月に開棟した。同病棟の男性 40 床を含めて、現時点で、フランス全土の処遇困難者病棟の病床数は、男性 412 床、女性

40 床となっている。今後さらに 5 病棟が整備される予定になっている。

このような方針転換の背景には、社会の安全をより重視しようとする政治的な意図が指摘される。

(3) 処遇困難者病棟は、精神疾患の軽快をはかるための施設として運用されてはいない。あくまで処遇上の危険性を有する患者の状態の改善を図るためのプログラムを実施することを目標としている。したがって、処遇困難者病棟から直接地域に退院することはないという運用になっている。標準的な滞在期間は 6 ヶ月程度とされる。

Plouguernevel の病棟では、入院患者の約 19%が刑事施設から移送されてきた者、約 6%が責任無能力のために予審免訴となった者である。後者の類型については、今後は、前述の保安処分(裁判所命令による措置入院)の対象となるものと思われる。なお、司法留置は別の新たな施設で行われることになっており、処遇困難者病棟に入院することは予定されていない。

3. 矯正施設における精神科医療

(1) 刑事施設での精神科医療を担当する部門は二つある。ひとつは、観察・救急ケア区画 unités de consultations et de soins ambulatoires; UCSA である。これは、週に数回、近隣の医療施設からスタッフが派