

表2-1

医療観察法審判受託件数			
	度数	パーセント	有効パーセ
0	105	29.5	29.7
1	44	12.4	12.5
2	36	10.1	10.2
3	33	9.3	9.3
4	23	6.5	6.5
5	31	8.7	8.8
6	10	2.8	2.8
7	12	3.4	3.4
8	8	2.2	2.3
9	3	0.8	0.8
10	13	3.7	3.7
11	3	0.8	0.8
12	2	0.6	0.6
13	1	0.3	0.3
14	2	0.6	0.6
15	7	2	2
19	2	0.6	0.6
20	8	2.2	2.3
23	1	0.3	0.3
24	1	0.3	0.3
27	1	0.3	0.3
28	1	0.3	0.3
30	3	0.8	0.8
32	1	0.3	0.3
33	1	0.3	0.3
60	1	0.3	0.3
欠損値	3	0.8	—
合計	356	100	100

表2-2

医療観察法審判受託件数年間平均			
	度数	パーセント	有効パーセ
0	77	21.6	25.2
0<,≤1	149	41.9	48.9
1<,≤2	44	12.4	14.4
2<,≤3	17	4.8	5.6
3<,≤4	11	3.1	3.6
4<	7	2.0	2.3
欠損値	51	14.3	—
合計	356	100	100

表 3 - 1

初めて責任能力鑑定を受託してから経過年数			
Ave10.5	±	SD10.5	
	度数	パーセント	有効パーセント
0	78	21.9	24.2
1	11	3.1	3.4
2	8	2.2	2.5
3	12	3.4	3.7
4	8	2.2	2.5
5	14	3.9	4.3
6	10	2.8	3.1
7	14	3.9	4.3
8	16	4.5	5
9	7	2	2.2
10	24	6.7	7.5
11	3	0.8	0.9
12	7	2	2.2
13	4	1.1	1.2
14	2	0.6	0.6
15	16	4.5	5
16	5	1.4	1.6
17	2	0.6	0.6
18	6	1.7	1.9
19	4	1.1	1.2
20	19	5.3	5.9
21	4	1.1	1.2
22	1	0.3	0.3
23	4	1.1	1.2
24	2	0.6	0.6
25	11	3.1	3.4
26	1	0.3	0.3
27	1	0.3	0.3
28	2	0.6	0.6
30	13	3.7	4
33	1	0.3	0.3
34	2	0.6	0.6
35	4	1.1	1.2
37	1	0.3	0.3
40	2	0.6	0.6
43	1	0.3	0.3
44	1	0.3	0.3
52	1	0.3	0.3
欠損値	34	9.6	—
合計	356	100	100

表4-1

簡易鑑定受託件数			
	度数	パーセント	有効パーセ
0	143	40.2	41.8
1	25	7	7.3
2	15	4.2	4.4
3	17	4.8	5
4	9	2.5	2.6
5	13	3.7	3.8
6	4	1.1	1.2
7	4	1.1	1.2
8	10	2.8	2.9
9	1	0.3	0.3
10	12	3.4	3.5
11	4	1.1	1.2
12	2	0.6	0.6
13	1	0.3	0.3
14	4	1.1	1.2
15	4	1.1	1.2
16	3	0.8	0.9
17	1	0.3	0.3
18	1	0.3	0.3
19	1	0.3	0.3
20	14	3.9	4.1
21	1	0.3	0.3
23	2	0.6	0.6
26	1	0.3	0.3
27	1	0.3	0.3
30	7	2	2
33	2	0.6	0.6
34	1	0.3	0.3
35	1	0.3	0.3
36	1	0.3	0.3
40	1	0.3	0.3
43	1	0.3	0.3
50	7	2	2
51	1	0.3	0.3
52	1	0.3	0.3
55	1	0.3	0.3
60	2	0.6	0.6
65	1	0.3	0.3
66	1	0.3	0.3
69	1	0.3	0.3
70	2	0.6	0.6
79	1	0.3	0.3
80	1	0.3	0.3
87	1	0.3	0.3
100	3	0.8	0.9
113	1	0.3	0.3
115	1	0.3	0.3
140	1	0.3	0.3
169	1	0.3	0.3
189	1	0.3	0.3
229	1	0.3	0.3
250	2	0.6	0.6
300	1	0.3	0.3
400	1	0.3	0.3
500	1	0.3	0.3
600	1	0.3	0.3
欠損値	11	3.1	—
合計	356	100	100

表4-2

簡易鑑定受託件数年間平均			
	度数	パーセント	有効パーセ
0	53	14.9	22.2
0<,≤1	99	27.8	41.4
1<,≤2	31	8.7	13.0
2<,≤3	14	3.9	5.9
3<,≤4	8	2.2	3.3
4<,≤5	7	2.0	2.9
5<,≤10	14	3.9	5.9
10<	13	3.7	5.4
欠損値	117	32.9	—
合計	356	100	100

表5-1

起訴前本鑑定受託件数			
	度数	パーセント	有効パーセ
0	182	51.1	53.5
1	35	9.8	10.3
2	20	5.6	5.9
3	30	8.4	8.8
4	13	3.7	3.8
5	14	3.9	4.1
6	3	0.8	0.9
7	6	1.7	1.8
8	5	1.4	1.5
9	3	0.8	0.9
10	4	1.1	1.2
11	2	0.6	0.6
12	1	0.3	0.3
14	1	0.3	0.3
15	3	0.8	0.9
17	2	0.6	0.6
18	2	0.6	0.6
20	3	0.8	0.9
23	1	0.3	0.3
30	2	0.6	0.6
32	2	0.6	0.6
33	1	0.3	0.3
36	1	0.3	0.3
40	1	0.3	0.3
41	1	0.3	0.3
47	1	0.3	0.3
50	1	0.3	0.3
欠損値	16	4.5	—
合計	356	100	100

表5-2

起訴前本鑑定受託件数年間平均			
	度数	パーセント	有効パーセ
0	85	23.9	36.0
0<,≤1	131	36.8	55.5
1<,≤2	14	3.9	5.9
2<	6	1.7	2.5
欠損値	120	33.7	—
合計	356	100	100

表6-1

裁判所依頼鑑定受託件数			
	度数	パーセント	有効パーセ
0	191	53.7	55.2
1	62	17.4	17.9
2	24	6.7	6.9
3	14	3.9	4
4	6	1.7	1.7
5	15	4.2	4.3
6	4	1.1	1.2
7	2	0.6	0.6
8	5	1.4	1.4
9	3	0.8	0.9
10	7	2	2
11	2	0.6	0.6
14	1	0.3	0.3
15	2	0.6	0.6
16	1	0.3	0.3
20	2	0.6	0.6
21	1	0.3	0.3
23	1	0.3	0.3
25	1	0.3	0.3
26	1	0.3	0.3
47	1	0.3	0.3
欠損値	10	2.8	—
合計	356	100	100

表6-2

裁判所依頼鑑定受託件数年間平均			
	度数	パーセント	有効パーセ
0	97	27.2	40.1
0<,≤1	132	37.1	54.5
1<,≤2	11	3.1	4.5
2<	2	0.6	0.8
欠損値	114	32.0	—
合計	356	100	100

表7-1 判定医直接アンケート ケースブック有用性・理解度

ケースブックの有用性											
鑑定等の経験		ハンドブック有用性					経験ごとの有用性分布				
医療観察法 審判・鑑定	刑事責任 能力鑑定	とても有用	まあまあ有用	あまり有用でない	全く有用でない	合計	とても有用	まあまあ有用	あまり有用でない	全く有用でない	
なし	なし	10	5	0	0	15	67%	33%	0%	0%	
なし	あり	25	9	2	0	36	69%	25%	6%	0%	
あり	なし	17	27	1	0	45	38%	60%	2%	0%	
あり	あり	126	93	5	0	224	56%	42%	2%	0%	
合計		178	134	8	0	320	56%	42%	3%	0%	

ハンドブックの理解度											
鑑定等の経験		医観x刑事 とハンドブック理解度 のクロス表					経験ごとの理解度分布				
医療観察法 審判・鑑定	刑事責任 能力鑑定	よく理解 できた	まあまあ 理解できた	あまり理解 できなかった	全く理解 できなかった	合計	よく理解 できた	まあまあ 理解できた	あまり理解 できなかった	全く理解 できなかった	
なし	なし	6	9	0	0	15	40%	60%	0%	0%	
なし	あり	15	20	1	0	36	42%	56%	3%	0%	
あり	なし	16	26	1	0	43	37%	60%	2%	0%	
あり	あり	109	105	3	0	217	50%	48%	1%	0%	
合計		146	160	5	0	311	47%	51%	2%	0%	

資料3 判定医直接アンケート 自由意見

- ・アメリカ製診断基準には全くなじめない
- ・医療観察法にのるべきでない人が入院になっている！
- ・他の鑑定とくらべる機会がないのできちようである
- ・手続きが多く煩雑と考えます
- ・まだ1度も経験がなくよくわかりません
- ・医療観察法そのものを見なおすべき
- ・医療側はベットがふえるなりで、予算がすごくふえているが、司法側が業務がふえすぎて気の毒です。予算のシフトをするべきです。判事さんがかわいそうです。
- ・担当裁判官、判定医による審判期日前の話しあいを少なくとも1回以上は要する、という認識を裁判所に持って欲しい
- ・申し立てが検察官だけに限定されている点の見直しは必要ではないか。「起訴便宜主義」によって医療観察法の趣旨がゆがめられないか。
- ・字が小さすぎて読み辛い
- ・依頼がないのでもう登録はやめようと考えています。(研修等の参加は時間の無駄)
- ・医療観察法鑑定が特定の医師に殆ど限られてしまっているのが問題と思います
- ・本鑑定後に裁判所に呼ばれるのが苦痛です。何でもかんでも鑑定する必要はないと思います。
- ・ケース毎、裁判所毎、全国レベル、精神科医同志、様々なレベルで協議を重ねていくことが大切だと考えている。
- ・年末の鑑定が多く時間的に余裕がないこと多かった。カンファレンスは有効。2回してほしいが。
- ・守秘義務の問題があるが、専門家が相談できる体制があればいいと思います
- ・傷害罪の基準をもっとあげるのよいいのではないか。1週間の傷害で事例にあげるには手続きが煩雑すぎる。通常の医療に費やす時間をとられすぎる。
- ・審判は少しずつ平準化されてきたように思います。入院→外来→地域という流れがうまくいくケースといかないケースに分かれており、うまくいかないときの対処法が確立していない印象があります。
- ・医療観察法の判定時に検察側と付添人（弁護側）とが相反する意見となるが、対象者のことを考え、相反するのではなく、もっと自由な発想に基づく意見が出ないものかなあと思いました。知的障害者の処遇についてはいつも迷ってしまいます。治療可能性は低い但不処遇とすると再犯してしまう可能性もありと考えると答えが見つかりません。同様のことは発達障害にもあてはまり、この障害者に適した処遇はないのでしょうか。
- ・申し立て→鑑定入院→不処遇となった場合の、その後の処遇状況を開示してほしい。起訴された事例はあるか、精神保健福祉法での治療となったのか、そのまま身柄が自由となるのか。実際を開示していただきたい。
- ・酩酊犯罪の場合は、医療観察法の対象にならない場合がありますが、酩酊状態により減刑された場合は、保安処分的な受け皿が必要だと思います。
- ・事例検討の場などを精神医学的立場と法学的立場のみならず、社会科学的立場の人たちも加えてもっと増やすべきだと思います。暗く、重く、複雑、責任が重い…等のイメージが伴う司法精神の分野を伸ばすには、前述のような試みが必要でしょう。

- ・鑑定入院について：治療の手続きや継続性の観点から指定入院医療機関が担う方が良いと考えます。
- 合議体における審判員の位置づけについて：精神保健福祉士の専門性が活用されていないように思える。
- ・本文の字体が小さく高齢者に読みづらい。A4版で字体を大きく。
- ・関心を持ち資格も継続していますが、今のところ依頼はありません。
- ・ケースブックの基となった研究会に参加して、実際の議論を拝聴したいです。事例検討会、ケースカンファレンス等を繰り返し行っていくことは非常に重要な事と考えています。オープンに開催されると良いと思います。
- ・先日会議に出席したのですが、入院処遇中にパーソナリティ障害と診断が変更になり、処遇終了し、刑事罰を受けない場合もあるようです。医療観察終了後、刑事裁判を行う制度を作るべきと思います。
- ・入院病床が17症となったが審判の件数が増えると予想されるのに判定医の数が少なくなっている。入院継続の審判が形式的に行われてしまってもいけないと思うし、提出文書の出し方等にも議論が必要と思われる。(入院治療の課題をどこまで達成できたかなどをわかりやすく記載すること等)
- ・治療反応性についてはその治療施設によって幅があると思われ、その基準作り(底上げ)のために、この様な共通の認識作りの取り組みは重要と思われます。
- ・当地については入院施設からの情報が不十分(特に処方)で困っている。入院継続の申請がされても処方欄に眠剤とか湿布しか書いておらず問い合わせると半年同一処方とか少し変えただけとかやる気がないとしか思えない。そうした例が複数ある。またそうした症例について裁判官の反応もかなり温度差がある。ストレスなのであまり審判はしたくない。
- ・ケースブックについてもっと文章を添削しては。
- ・認知症の治療可能性の事例については同じくFTDのケースを経験した(措置入院として処遇した)ので参考になりました。
- ・判断の質のばらつきが大き過ぎる
- ・70代、80代の妄想性障害や認知症の対象者を本法による処遇が必要なのか疑問を持ってしまう。平成19年の最高裁判例のためとは思いますが、余命という観点での問題提起があってもよいのではないでしょうか。
- ・医学的処遇と法的処遇の相違点のむずかしさがよくあった。これからもむずかしい問題があろうが法よりは患者優先を私達は考えなければいけない。
- ・時々この法律は検察のゴミ箱かと思うことがある。
- ・東京では当初審判で平均2回カンファレンスを行い審判期日を行っているほか退院審判でも1~2回のカンファレンスと審判期日を実施している。審判期日を体験した対象者は自身に課されている治療や社会的な行動についての自覚、洞察に深まりが得られる印象がある一方、他の地域で退院審判期日あまり行われていないことがあることを耳にしている。実際、再入院、再処遇の対象者が審判期日を受けていない者では従来の精神保健福祉法入院とのちがいで充分自覚せず自らの責任を意識できていない一面があった。退院後審判は身体合併症や認知症のためコミュニケーションが困難な場合以外は必ず審判期日を実施すべきである。
- ・医療観察法鑑定例では対象行為後措置入院となり病状改善して作業所に通い、就労内定の方が医療観察法鑑定入院となりました。検察サイドの問題についてどこにも苦情を聞いてくれる制度等がありません。

- ・ 日常の仕事をしながらの新しい内容の学習ですので、また1人の人間の処遇にかかわる重大な問題でもありますので、引き受けて適切に対処できるのか不安があります。
- ・ 治療反応性がない→退院申し立てというケースが退院後どう処遇されて一定期間後の予後（状況）がどうなのか知りたい。法の全国的な運用が全く判定医には知らされていない。全国的なデータは定期的に判定医に知らせるべきではないか。
- ・ 指定入院医療機関で診療に従事されている医師等の考えている「治療反応性」や入院処遇の妥協性が低いと考えられる事例などが知りたいです。
- ・ 今回のような事例ケースブックの共有や事例検討（鑑定）をすすめることにより、鑑定をより標準化できるよう努める必要があると考えます。そして医療法鑑定業務を精神科医師の特別な業務から地域精神保健のための一般的な業務にさらに進めることが重要だと思います。
- ・ 離島などの場合、判定医業務につく事がほとんどありません。裁判所までの距離や経費の問題もあるかと思いますが、やはり実務経験がないと知識も忘れていくので、まんべんなく業務が回る様なシステム構築をお願いしたいところです。
- ・ 判定医、審判医、鑑定医などの人材確保がまず大事だと思います。
- ・ 当地では鑑定可能な施設が3箇所、判事、医師も手探りでやっている状況です。判定医を受けてもらって医師の力量を見極めている状態です。迷う様な例のケースブックの続版を希望します。できれば日弁連のかたの意見も併っていただければ助かります。
- ・ ある精神遅滞の治療可能性の事例について治療反応性が乏しく医療観察法での処遇は不安というのは了解できるが現実的に今の精神科医療及び矯正のシステムでどのように処遇されるのが妥当であるのかわからないので審判の場で不処遇という決定を下しにくい。
- ・ 自分が審判に関わった事例に関し、事後の通知（例えばいつまで入院したとかいつ退院してどこに通院中とか）が全くなく、自分の判断があれば良かったのかどうかの判断材料にならない。
- ・ パーソナティー障害、性犯罪者等の処遇についての議論、検討をすすめるべきであろう。同時に制度化されてからの「講習会」ではなく、それ以前に学習、検討する必要が生じるのではないか。
- ・ 鑑定医や審判員の判断が妥当であったとしても、裁判官がその判断を受け入れようとしなないことが多く感じられます。
- ・ 審判期日以外にも対象者と面接などして観察する機会が欲しい。
- ・ 人格障害の疑いのケースが審判事例に入ってくる事があるが、基本的には医療では治療困難ではないかと思われる。
- ・ 主診断（責任能力に影響を与えるもの）のみでなく、責任能力に影響しない合併診断（特に反社会PDや薬物依存）も考慮して審判が行えるようにすることが必要と思う。
- ・ 自費で講習会に参加していますが、症例は最近の講習会で一度みた例ばかりで、大体理解しました。アルコールに於いて「原因に於いて自由な行為」については私も判事に質問したことがあります。その時は「飲酒する前に危害を加える目的で飲酒した場合に適用され得る」と狭義の定義を話しました。個人的には是には異論があり、「精神作用物質を使用すると、刑事事件を起こす様な又はそれに準ずる粗暴行為を過去に行っている」という要件だけで良いと思っています。刑事裁判を行うべきと考えます。
- ・ 全体として、医療観察法制定後10年を節目に、精神保健医療福祉改革の車の両輪の一つとしての成果や課題も含め、全面的な検証が必要と考える。審判については、a 地方自治体の役割の明確化、b 指

定通院医療機関に相応しい体制と技術を確保する補助・報酬の改善、c事例の支援を行う障害福祉サービス等事業者と区市町村への財政支援、e個人情報の取り扱いルールの整理と関係機関の確保、f事業の効率化が必要である。さらに、精神科以外を含む医療機関者の理解拡大と系統的人材育成（例：好事例の紹介、学部や研修段階で本制度に触れる経験、大学病院での鑑定入院、研究奨励）、国民への普及啓発も必要である。

- ・治療可能性で困惑することがよくある。パーソナリティ障害や発達障害の方がずっと統合失調症の重症例より治ると思うのだが・・・

- ・元々観察法には疑問を持っています。十分な議論、法も含めて整備されていません。我々はこの法律が暴走しないように監視を続けなければなりません。既に密室化している気がしますかでしょうか。

- ・発達障害、精神病、精神遅滞であっても責任能力は広い意味では有と考える。それでは少年であっても老人であっても同じである。完全責任能力ではなくてもである。

- ・正解があるわけではないだろうがまだまだ判断に揺れることが多い。

- ・国籍が日本でない人の処遇の判断に困難を要することがある。

- ・県内に指定入院機関がないため、入院処遇を選択することのハードルが高くなってはしないかと自問しています。（あくまで判断に迷うケース）その様な傾向が全国的にあるのでしょうか？

- ・軽微な傷害でも医療観察法に乗せてくることがある。検察官の判断に委ねられている。措置入院との適応が不明確

- ・裁判所との全体会議を年に1回行っている。それは継続してほしい。

- ・責任能力鑑定や観察法鑑定と指定入院医療機関での診断が全く違うケースが何例かみられました。統合失調症と妄想性障害の違いならまあ了解できるのですが、統合失調症とアルコール依存症の違いとなるとどちらかが決定的なミスということになります。この辺りのフィードバックされると鑑定の信頼性を上げることになると思うのですが如何でしょうか？

- ・通院処遇がスムーズになるように地域リハビリテーションの体制を早期に整備しないと、結果として医療観察法公認の新たな社会的入院制度を作る事になる恐れあり。

- ・家族内殺人（拡大自殺を含める）と家族外殺人では対象者の対象行為に対する内省や再犯性の診断等に著しい隔たりがあると考えられるが「殺人」として同様にあつかわれるのはいかなものかといつも懸念があります。

- ・司法の対象となった人に対して、ある程度枠組みが必要と個人的には思います。そこと臨床の場での治療として、個別対応をしたいという現場がかみ合っていない印象があります。

- ・人格障害のケースや器質性精神障害の症例について論点の整理、法的コメントは大変参考になった。

- ・医療観察法全体で言えば入院期間を短く、通院期間を長くした方がいいのではと思われる。アルコール依存症について医療観察法のシステムは本来統合失調症のためのモデルと思われるが、アルコール依存症（幻覚症も含めて）の場合、もう少し指定通院を増やしてもいいのでは（通院だけでなく自助グループ参加の有無も含めて）と考える。むしろ依存症の様な病態こそ、再使用をチェックする意味で指定通院のシステムが必要と思われる。

- ・当初危惧したよりも医療観察法全体が柔軟に運用されている。ケースブック事例のように精神医学的診断から法的診断に到るまで内容を洗練させていく必要がある。精神鑑定の精度をあげる。制度を最大限に運用しても残る処遇困難例を出してレベルの制度に衝いて考える。
- ・医療観察法による治療が必要であることの要件をどう考えるか明確でない。
- ・起訴前本鑑定、医療観察法鑑定を経て被疑者の処遇が決まるので(指定入院医療機関への入院となる)本格的に治療を開始するのが、病状がおさまってからになる可能精が高い。これは医療上妥当性があるのかどうか検討を要する。犯行後逮捕されても、保釈、措置入院等となったため、犯行からかなり経過した段階で不起訴、申し立てがなされ、病状(犯行時の)改善後に医療観察法鑑定入院となるといった適切性を欠く法運用は回避できないのか。
- ・最近簡易鑑定後の裁判で証人として出廷を求められることが数回ありました。(簡易鑑定でいえることは証言できる範囲が限定的であり弁護士の戦術であることが多いのですが)これは危ないと思います。何とかこのようなことがなくなるよう議論したいです。
- ・日頃困る事ばかり、非常に問題が整理された。続編の機会があれば是非お願いします。
- ・人格要因がかなり影響した犯行でも、たまたま事件当時に妄想的思考があったことで心神消耗と判断され医療観察法の鑑定入院に回ってくるケースがあり、処遇がどうあるべきか非常に悩む場合がある。高機能自閉症、アスペルガー障害といった発達障害の診断が被疑者に対して安易に付けられるケース、つまり精神医学診断の濫用が今後増えてくることが懸念される。
- ・急がされすぎて時間に余裕がない。裁判官がこちらに対して命令口調なのも閉口する。
- ・病状に惑わされず対象者の人をよく見ることが必要、望ましい処遇が時として診断を組み直してという考え方も必要な場合もあるのでは。
- ・診察所をしている私には鑑定にあてる時間を作るのが難しいです。審判員の方が受けやすいです。
- ・発達障害の人の問題行動は治療に反応する場合もあればしない場合もある。要入院となったものの、触法行為に至る可能精が高いまま退院になったり、不処遇となった、また放火して再び鑑定となったり、判断がむずかしい。
- ・疾病性が低く、限定責任能力を考えざるを得ない対象者は司法の枠内で治療ないし介護を受ける様に考えるべきでないか。現在医療観察法の法内においても他害リスクが高いまま10年~20年と経過していく病例もいろいろです。超長期性を認めていくべきであろうと考える。
- ・まだ経験がなく、とくにありません。今年は日本司法精神医学会に参加させていただく予定です。医療観察法の新しい書式でのサンプル鑑定書をぜひ作っていただきたいと思っております。
- ・通院処遇終了に際しては、審判にかけずケア会議の判断で決定されているが、その後の経過を追って資料とする事と思う。
- ・儀式と認識してあまり深く考えない。入院、退院への流れの中で入院の内容がお粗末。通院側として入院側に質問を出したら、通院できそうな表現にアッサリ変更する作文あり失望と限界を感じた。論客がいたらとても鑑定書を書けない自分の限界を感じてしまう。治らぬ人を生涯収容する施設がしっかりしないと虚しい。
- ・審判で入院処遇となったが抗告審で却下され、入院が取り消されて、戻って来た事例があります。抗告審は高裁の判事3名で行い、精神保健判定医(精神科医)は関与しておりません。不備に思います。(精神科医が抗告審に加れないということで)精神科医を入れる方法はないのでしょうか。付添人(弁

護士)は通院処遇もしくは不処遇が勝利、検事は入院処遇が勝利のような争いをしているように感じますが、これでいいのでしょうか。

- ・経験は少ないが入院より通院処遇の方が使える社会資源が少なく改善すべき点が多い印象をもつ。
- ・所属施設の団体に鑑定をうけおったとき判断をひとりですることが多い。時間の許す限り、勉強会やカンファレンスに参加するようにしているが、自らの事例を相談できる機会は限られる。判定医の(地域での)ネットワークが構築され、情報の共有やケースカンファレンスになどができればよいと思っています。個人情報の問題など検討問題はありますが。
- ・医療観察法仮想判定事例は極めて有用な資料です。続編を期待しますがその時はぜひ一般図書の編集の際に関わることになる編集者(出版社勤務の編集、校正等の専門家)による校正を経ていただくようお願いいたします。文体の不一致また記述されている事実が誰の情報に基づくものかなど視点の混乱などが目立ちます。せっかくの貴重な内容ですのでそのような形式的なことで価値を下げるのはもったいなく思います。
- ・役割、役目が実感わいてこないので各部やブロックごとの研修会を考えています。
- ・処遇を考えると「再び同様の行為」を余り限定的に規定することは現実的でないと思われる。例えば幻覚妄想に基づいて「放火」をした対象者のこの言動が攻撃的要素が強ければ違う時点では「暴行、傷害、殺人」を引き起こす可能性が十分考えられる。その可能性は「再び同様行為」に含まれるのではないだろうか。
- ・仮想判定事例ケースブックがとても興味深く、一気に読みました。このようなケースブックが定期的に関係者に配布されるようになるならば、難しいケースの判定処遇のバラツキがへらせるのではないかと思います。また、個人的には措置入院→通院の際の連携がうまくいっていないケースがあると感じています。
- ・パーソナリティー圏、発達障害圏等の中核より外れた疾患群を医療観察通院症例として地元医療機関に依頼された場合、依頼を受けた側は医療観察の3年間及びその後の十数年において多大な労力を負うことになる。医療観察治療モデルにはまりにくい、治療による改善の見込みが乏しい症例については不処遇の判断をしても良いのではないのでしょうか。仮に通院処遇となったとしてもその対価が過小すぎる印象を持ちます。
- ・起訴前、本鑑定のその後の経過、経緯がフィードバックされないことがほとんどである、少なくとも自ら鑑定後の対象者の経緯を知って診断、治療、フォローに役立てたい。鑑定入院後の指定入院、通院の様子などを全くフィードバックされないことも同様である。
- ・私は成人期以降のアスペルガー症候群など広汎性発達障害の診療を専門とする者です。古い(偉い)先生はPDDを決して認めようとしませんので、司法精神医学はこのままでは進歩しません。もっと勉強して欲しいと思います。
- ・単科の精神病院に勤務しています。依頼があれば簡易鑑定を引き受けていますが判断に迷うことも時々あり、ケースブックは大変勉強になりました。弁識能力、制御能力や処遇の判断についても、先生方の意見が2分、3分しているのを見て、判例の積み重ねが必要であることが分かりました。
- ・ケースブックを作ることはよいことだと思う。通院処遇についての制度整備が必要だ。まず病院の報酬をあげてもらわなければならない。

・今までご一緒させていただいた裁判官の方々がいずれも精神医学の特殊性を理解され、判定医の見解を最大限に尊重して頂いたのが当方としては納得いく審判、合議体を経験させていただきました。唯一、鑑定も同じですが他のケースから学び自らの判断を批判して頂くような症例検討の場は不可欠だと思います。無論、司法精神医学会の大きな役割なのでしょうが、各地域の状況が異なる以上、その地域の勉強会を開いて頂きたい。

・医療観察法施行から5年以上経過しているので早急に見直しが必要。人格障害、発達障害、知的障害、単独のケースを処遇する別の法の枠組と処遇の場の整備が早急に必要。そうでないと精神科病院はいつまでたってもゴミ箱、クズかごととしてしか扱われない。

・経験は少ないですが、幻覚妄想状態で他者に一週間のケガを負わせたケースが一例は医鑑法の鑑定、翌日、別の患者で同様のケースが25条にあがっており、司法の判断の不公平を感じました。鑑定入院中は投薬のみで疾病教育はなされず、おちついていても外出泊の施行もできないとなると通院処遇にはふみきれません。しかし話し合いでは医鑑法にのった通院か入院しか選べないと言われ、鑑定医としても本当は措置入院のレベルなのにと納得ができませんでした。審判会議はデキレースのようで患者のためになる判断は難しいと思いました。同様のケースでも不穏な方が24条になり落ち着いている方が医鑑法にのってしまう。措置レベルでも医鑑法など本来のよい医療をするという主旨とどんどん逆行してゆきます。やりきれない思いをしました。

・審判医の立場から鑑定における診断は秘密になってほしい。特に統合失調症の場合。鑑定人の立場から、措置入院期間での入院診察が必要であるのに入院の途中で退院になっている場合、鑑定人が怨まれるケースがある。

・鑑定入院期間が短いため、必要な資料を取り寄せないことがある。入院医療機関の医療の中身に対しての研修が不十分なため処遇についての判定を出す場合に迷うことがある。既存の通院医療機関を利用するに過ぎないためソフト・ハードとも不十分。入院医療機関が入手しうる資料は主に鑑定書のみとなるため治療する上では不十分になる場合があると危惧している。入院継続もしくは通院判定の報酬は妥当と思われるがより多くの労力を費やす入院、通院もしくはその他を決定する当初審判の報酬が少なすぎる。

・知能検査について大抵WAISになっていますが理由はあるのでしょうか。今回のケースブックでもWAISをIQ50未満にするのは??と思いました。田中ビネーでみたらもう少し現実的な評価になるのかと思います

・入院から退院にきりかわる際のタイミングがやや早いと思われるケースが多いように思われる。その意味で入院にかかわる医師以外の審判員が第三者的に検討する今の制度はとてもよいと考える。

・高齢者のケースにおいては主たる疾病以外に認知症が加わってくることがある。(また逆に認知症はないといいきれる場合もある) その場合どの程度犯行に影響しているのかしていないのか、認知症の取り扱いに苦慮することがあると思うが、そのような経験はないのでしょうか。あれば教えてもらいたい。

・医療観察法が施行され鑑定書や審判内容が他の専門家にふれることになったことにより精度の向上や技術の教育が活発になったと考える。

・開始当初より処遇に悩む事例がふえたと感じる。そのような状況の中で今回頂いた資料は有用と思う。今後さらに判定事例を蓄積して公開してほしい。

・十分な取り調べが行われず、簡易鑑定、起訴前鑑定もされず医療観察法鑑定になったケースでは本人は対象行為をしていないと言ったりして大変苦労

・医療に対する期待という考え方がいまだに高い状態、統合失調症であっても、治療反応性が限定的でありうることや実際入院処遇を行ったみたが反応が乏しい場合に医療がリスクを抱き込みすぎている現状があるように思います。この点を改善しなければ、長期収容化する懸念を持っています。

・ICD-10のF1は医療観察法で処遇されるべきでないと考えてます。なし崩し的にF1を医療観察法で処遇されつつあることが問題です。F1の疾病に対する治療と医療観察法の処遇は合致しません。医療観察法の鑑定あるいは入院処遇に医療観察法の対象外とされる場合、あらためて起訴すべきと考えます。

・審判員を特化している地裁で審判員をまわしてもらうようにすべての刑事部をお願いしている。鑑定人のスーパーバイザーの経緯からして起訴前鑑定、医療観察法鑑定の粗末さにあきれている。また、検察は何でも医療観察法に流しこんでくる傾向を感じる。まだ件数は審判員として少ないが今後、多数のケースを受け入れると思う。不処遇、入院処遇終了後の転帰先を知りたい。

・総合失調症と診断され（耗弱）、医療観察法で入院措置された患者、アスペルガー障害と診断変更になり、退院し通院（地元病院）となったが、医療観察法の対象ではないとして通院機関による通常の支援しか受けられない。しかし患者はその後も頻繁に精神病症状を出現させ時に暴力行為に至るので治療に難渋している。もう少し（例えば環境整備や観察所での経過確認など）対象者の枠を拡大できないものか治療可能性についてできる事を探してほしい。

・指定入院医療機関に勤務しているので審判には関与しておりませんが、最初の審判（医療観察法で処遇すべきかどうか）に関与すべきかしない方がよいのか、どうなのでしょう。

・今後は判例の治療効果等、判定医にフィードバックされ判定医の質の向上に役立ってほしい。また、入院施設の機能分化の方向にむかってほしい。そうすればより裁判所の治療モデルのデータが蓄積される。

分担研究報告

司法精神医療における退院調整・社会復帰援助を行う
関係機関職員の支援と研修方法の開発に関する研究

資料1：「医療観察法審判ハンドブック」の追加部分、改変部分一覧

三澤 孝夫

国立精神・神経医療研究センター

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）

研究報告書

司法精神医療における退院調整・社会復帰援助を行う

関係機関職員の支援と研修方法の開発に関する研究

分担研究者：三澤 孝夫 国立精神・神経医療研究センター

研究協力者

- | | |
|------------------------|------------------------|
| ◇相川 あや子 聖学院大学(社会福祉学) | ◇伊東 秀幸 田園調布学園大学(社会福祉学) |
| ◇岩崎 香 早稲田大学(社会福祉学) | ◇上野 容子 東京家政大学(社会福祉学) |
| ◇太智 晶子 国立精神・神経医療研究センター | ◇金成 透 所沢慈光病院 |
| ◇垣内 佐智子 高知保護観察所 | ◇熊地 美枝 国立精神・神経医療研究センター |
| ◇重吉 大輔 千葉保護観察所 | ◇澤 恭弘 国立精神・神経医療研究センター |
| ◇高崎 邦子 国立精神・神経医療研究センター | ◇高橋 理沙 信州大学（看護学） |
| ◇松坂 あづさ さいたま保護観察所 | ◇嶺 香一郎 九州地方更生保護委員会 |
| ◇八木 深 国立病院機構 東尾張病院 | |

研究要旨

本研究は、海外で先進的に行われている司法精神医療・福祉のケアマネジメント手法等を参考として、医療観察法における地域への円滑な退院調整・社会復帰援助のために必要となる知識・技術を明らかにする。そして、その研修および実際の業務を支援していくためのツールを開発していく。また、関係機関等とも協力し、研修方法等について、具体的な提言を行っていく。

本年度の研究においては、英国における司法精神医療・保健・福祉発展の課程で、司法精神医療・保健・福祉を実際に行う関係者への研修が重要であること。実際に退院者が増え始めた現状において、司法精神医療・保健・福祉分野の専門知識やノウハウ、倫理観や事例などを習得できる中級者向け研修など、より専門的で、実践的な研修が必要となることを明らかにした。また、当時、公的な研修以外の関係機関(指定入院・通院、地方自治体、社会復帰関係施設等)の関係者の有志による司法精神医療・保健・福祉に関する自発的な研修会が活発であり、有効であったことも明らかにした。

次年度においては、英国で行われている専門的で、実践的な司法精神医療・保健・福祉関係の従事者のための中級、上級者の研修等内容を参考として、また、我が国の現状も考慮した医療観察法関係者への専門的で、実践的な従事者のための中級研修等のカリキュラムを作成およびその試行を、現在、厚生労働省の委託の指定入院・通院機関の従事者研修を行っている精神・神経科学振興財団と協力して行っていく。

また、「入院処遇から通院処遇・地域への円滑な退院調整・社会復帰援助のための研修および実際の業務を支援していくためのツール」の開発として、現在、その件数と重要性が急速に増してきている医療観察法の退院許可申立審判、通院処遇中の医療終了申立審判、通院継続申立審判、再入院申立審判などのカンファレンス、審判期日などに関係者が適切に対応できるよう、「医療観察法審判ハンドブック」の内容を大幅に拡充した改訂版を作成した。

◆調査対象及び協力施設等

【国内 / 「司法精神医療福祉研究会」等】

国立精神・神経研究センター病院（指定入院・通院医療機関）/ 茨城県立友部病院（指定入院・通院医療機関）/ 神奈川県立精神医療センター芹香病院（指定入院・通院医療機関）/ 独立行政法人国立病院機構 久里浜アルコール症センター（指定入院医療機関）/ 栃木県立岡本台病院（指定通院医療機関）/ 都立松沢病院（指定入院・通院医療機関）/ 井の頭病院（指定通院医療機関）/ 薫風会山田病院（指定通院医療機関）/ こころのホスピタル町田（指定通院医療機関）/ 周愛利田クリニック（指定通院医療機関）/ 高月病院（指定通院医療機関）/ 多摩中央病院（指定通院医療機関）/ 所沢慈光病院/ 千葉大学付属病院（指定通院医療機関）/ 東京海道病院（指定通院医療機関）/ 東京武蔵野病院（指定通院医療機関）/ 根岸病院（指定通院医療機関）/ 長谷川病院（指定通院医療機関）/ 多摩あおば病院（指定通院医療機関）/ 東京足立病院（指定通院医療機関）/ 東京保護観察所（保護観察所）/ 東京保護観察所 立川支部（保護観察所）/ さいたま保護観察所（保護観察所）/ 千葉保護観察所（保護観察所）/ 高知保護観察所（保護観察所）/ 福岡保護観察所（保護観察所）/ 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（研究・教育機関）/ 田園調布学園大学（研究・教育機関）/ 信州大学（研究・教育機関）/ 聖学院大学（研究・教育機関）/ 早稲田大学（研究・教育機関）

【英国等】

Institute of Psychiatry(精神保健研究所) /Broadmoor Hospital(High Secure Hospital) /Chaucer Community Resouce Center(Community Resouce Center) /Denis Hill Unit (Bethlem Royal Hospital) /(MSU) /Camberwell Green Magistrates'Court(治安判事裁判所) /Orchard Lodge(青少年更正施設) /Belmarsh Prison (Healthcare Unit) /(拘置所/刑務所) /Maudsley Hospital(Southwark 自治体) /ASW 事務所(ASW 事務所) /MailStone(ホステル) /Shaftesbury Clinic(MSU) /Shaftesbury Clinic(ASW 事務所) /St.Martin of tours House(ホステル) /The Maroon Day Center(デイセンター) /Central Criminal Court(中央刑事裁判所) /Castle Day Center(デイセンター) /Maudsley Hospital(Southwark 自治体) /Southwark MIND(民間当事者団体) /Bracton Centre(MSU) /

※順不同

A. 研究目的

本研究では、海外で先進的に行われている司法精神医療・福祉のケアマネジメント手法、研修方法やその内容等を参考として、医療観察法における入院処遇から通院処遇・地域への円滑な退院調整・社会復帰援助のために必要となる知識・技術を明らかにする。そして、関係機関等とも協力し、現在、医療観察法における入院処遇から通院処遇・地域への退院調整・社会復帰援助に関わっている指定入院医療機関、指定通院医療機関、保護観察所、保健所、都道府県、市区町村、社会復帰施設等の職員への研修方法について、具体的な提言を行っていく。

また、医療観察法における入院処遇から通院処遇・地域への退院調整・社会復帰援助に実際に関わっている指定入院医療機関、指定通院医療機関、保護観察所、保健所、都道府県、市区町村、社会復帰施設等と協力し、医療観察法における通院処遇・地域への円滑な退院調整・社会復帰援助を支援していくためのツールを開発していく。

B. 研究方法

本年度は、初年度に引き続き、海外で先進的に行われている司法精神医療・福祉のケアマネジメント手法、研修方法やその内容等を参考として、医療観察法における地域への円滑な退院調整・社会復帰援助のために必要となる知識・技術を明らかにするため、海外(特に、医療観察法とその制度のモデルとなった英国の司法精神医療・保健・福祉システムなどを調査するとともに、精神保健福祉、ケアマネジメント、司法精神保健福祉などを専門とする援助者、研究者の協力を得て、これらの円滑な退院調整・社会復帰援助

を行うためのケアマネジメントや援助者への研修方法等について、聞き取り調査を行い、KJ法で結果を分類し、内容を複数の専門家で確認し、妥当性を検討した。

そして、調査した海外で先進的に行われている司法精神医療・保健・福祉の制度や実践を参考に、国内の各地域行われ始めている司法精神医療の取り組みなども調査し、医療観察法における入院処遇から通院処遇・地域への円滑な退院調整・社会復帰援助の方法に必要な研修内容と方法を明らかにしていく。また、厚生労働省委託の全国の指定入院・通院医療機関従事者研修会を行っている公益財団法人精神・神経科学振興財団と「入院処遇から通院処遇・地域への円滑な退院調整・社会復帰援助のための研修(医療観察法関連職員中級者研修)」について意見交換を継続的に行った。

また、「入院処遇から通院処遇・地域への円滑な退院調整・社会復帰援助のための研修および実際の業務を支援していくためのツール」の開発については、「医療観察法審判ハンドブック」の改訂版の作成した。

(倫理面への配慮)

本研究においては、調査内容及び支援ツールの作成においても、海外の聞き取り及び文献調査、精神保健福祉、ケアマネジメント、司法精神保健福祉などについて専門とする援助者、研究者への聞き取り調査等に限定して実施している。そのため、プライバシー情報など、個々人を特定できる情報は入っておらず、本研究により、医療観察法の対象者などの個人の利益が損なわれるような可能性はなく、倫理上の問題はないと考える。

C.&D 研究結果、及び考察

1.英国における司法精神医療・保健・福祉関係者への研修

1.)英国における精神医療・保健・福祉の環境と司法精神医療

英国において、司法精神医療の入院対象者の退院促進・社会復帰が大きく進んだ背景として、以下のような「英国における既存の精神医療・保健・福祉分野の環境」があげられる。①多職種チームによる精神科医療の定着、②司法病棟の退院調整・決定への司法の適切な関与、③地域での「アウトリーチ」や「居住関連支援」の充実などである。これらが、司法精神医療の入院対象者の退院促進・社会復帰の発展に大きな役割を果たしていることは確かである。しかし、これらの環境が整い、一般精神医療において退院促進が進んだ1970年代後半になっても、司法精神医療の入院対象者の退院は、遅々として進まなかった。実際に、司法精神医療・保健・福祉分野において入院処遇から通院処遇・地域への円滑な退院調整・社会復帰援助が大幅に改善していくのは、1980年代末から1990年代になってからである。

これには、前述の英国の「既存の精神医療・保健・福祉分野の環境」である①多職種チームによる精神科医療の定着、②司法病棟の退院調整・決定への司法の適切な関与、③地域での「アウトリーチ」や「居住関連支援」の充実などとともに、英国の司法精神医療・保健・福祉の環境自体の発展が大きいと言われている。特に、①1980年代後半から開始された[Medium Secure Unit]【地域保安病棟】の整備が大きく進

んだこと、②司法精神医療・保健・福祉に活用しやすいケアマネジメント手法が研究され、整備されたこと、③精神医療・福祉関係者に、司法精神医療・保健・福祉分野の専門知識等や上記のケアマネジメント方法などのノウハウ、このような対象者に積極的に関わることの重要性など、司法精神医療に関わることの社会的な意義や倫理観など共有化されたことの意義は、重要で、英国の司法精神医療・保健・福祉の発展と入院対象者の退院促進、社会復帰に果たした役割は大きいとされている。

2) 英国における司法精神医療・保健・福祉発展の重要な要因

英国政府は、1970年頃より、司法精神医療入院対象者の退院促進が遅々として進まないこと、司法精神医療の入院施設内での長期在院に伴う種々の不祥事などを、国民やマスコミ、精神医療や保健、福祉などの各関係者などより批判され、司法精神医療においても「収容から地域へ」の方針転換を行った。そして、1983年、精神保健法改正し、治療後の退院を前提とした[Medium Secure Unit]【地域保安病棟】が全英的に整備していく。しかし、このような英国政府の方針転換が行われ、精神保健法改正により退院できる政策的、制度的枠組みや病棟などが整備されたことだけで、英国の司法精神医療の入院対象者の退院が促進されていったわけではない。

1983年の精神保健法の改正により、[Medium Secure Unit]【地域保安病棟】の整備が進んでいくと、英国では、司法精神医療の入院対象者の退院者および退院候補者が急激に増加し、地域の精神医療・保

健・福祉関連機関や地方自治体は、その変化に対応をせまられることになった。また、治療や退院調整、援助体制の整備や各関係機関の連携がうまくいかないなど混乱が起り始め、手探りによる連携方法等の模索が行われた時期がある。そのため、初期には、退院促進のために整備された [Medium Secure Unit] 【地域保安病棟】についての期待と、実際になかなか進まない退院促進との現状のギャップから、地域保安病棟や地域・自治体の担当職員が疲弊し離職していくなどの状況が、一部に報告されている。

現状では、我が国において、医療観察法病棟や保護観察所(社会復帰調整官)の担当者などが多く離職したなどの報告は、無いが、このような状況は、医療観察法病棟が、ほぼ整備され、退院者および退院候補者が急速に増加しつつあり、地域の精神医療・保健・福祉関連機関や都道府県、市区町村が対応をせまられつつある現在の我が国の状況に似てきている。

しかし、英国では、1990年代に入ると、徐々に司法精神医療の入院対象者の退院促進が進み、やがて、司法精神医療・保健・福祉の関係機関が有機的に連携できるのサポート体制を提供できるようになっていく。そして、それには、[Medium Secure Unit] 【地域保安病棟】の整備とともに、②司法精神医療・保健・福祉に活用しやすいケアマネジメント手法が研究され、整備されたこと、③精神医療・福祉関係者に、司法精神医療・保健・福祉分野の専門知識等や上記のケアマネジメント方法などのノウハウ、このような対象者に積極的に関わることの重要性など司法精神医療に関わることの社会

的な意義や倫理観など共有化されたこと」などのソフト面の整備や、それらを行うことのできる人材育成、そのて、研修内容、方法の発達が、大きく貢献している。

3) 退院促進を行っていくための関係者への中級、上級者研修の重要性

前回の報告書では、「司法精神医療・保健・福祉におけるケアマネジメントの重要性」とともに、「司法精神医療における研修の重要性」を取り上げたが、本年度の研究では、このように時期、英国では、実際にどのような研修がなされていったかを報告していく。英国においても、1983年に政策方針が変更され、司法精神医療の入院対象者に対する退院促進の機運が盛り上がると、英国政府や地方自治体は、相次いで司法精神医療の入院対象者に対する退院促進に関わる職員への制度説明研修など初任者研修を整備していった。我が国では、厚生労働省の委託で精神・神経科学振興財団が行っている「指定入院医療機関、指定通院医療機関従事者研修」や都道府県の精神保健福祉センターなどが行っている地域の精神障害者関連施設職員向けの研修が、それにあたるであろう。しかし、英国においては、前年度の報告書で報告したとおり、同じく1983年の改正から始まった措置入院の制度改正に伴う「認定ソーシャルワーカー (Approved Social Worker: ASW) ※現: 認定精神保健専門家 (Approved Mental Health professionals)」の研修が、司法制度や司法精神医療やケアマネジメントなどについては、制度改正にともなう司法精神医療の初任者研修より充実しており、また、その受講者も多かったため、英国においては、初任者研修が盛んな時期