

セル状態ヲ指稱スルモノナリトス所論鑑定人遠藤義雄ノ鑑定書ニハ被告人ノ犯行當時ニ於ケル心神障礙ノ程度ノ是非別判断能力ノ如クセル状態ニアリタリトハ認メラレシ精神稍興奮状態ニアリテ妄想ニ近キ被害の念慮ノ懐キ知覚及判断力ノ不十分ノ状態ニアリ感情判戦性ニシテ瑣事ニ異常ニ反應シテ激昂ノ衝動性行爲ニ近キ乃至ハ常軌ヲ逸スル暴行ニ出ツルカ如キ感情ノ障礙ノ症状存シタリト趣旨ノ記載アリテ右ニ依レハ本件犯行當時ニ於ケル被告人ノ心神障礙ノ程度ハ普通人ノ有スル程度ノ精神作用ヲ全然缺如セルモノニハアラズ唯其ノ程度ニ比シ著シク減退セルモノナリト謂フニアルカ故ニ其ノ精神状態ハ刑法ニ所謂心神耗弱ノ程度ニアリト認ムヘキモノニシテ所論ノ如ク心神喪失ノ程度ニアリト認ムヘカラサルモノトス果シテ然ラハ所論ノ鑑定ノ結論ハ相當ニシテ又原判決カ右鑑定書ノ記載ヲ引用シテ被告人カ本件犯行當時心神耗弱ノ状況ニアリト判断シタルハ正當ナリト謂フヘク記録ヲ精査スルモ此ノ點ニ付原判決ニ重大ナル事實ノ誤認アルコトヲ疑フニ足ルヘキ顯著ナル事由ヲ見サルヲ以テ論旨ハ理由ナシ

2. 「同様の行為を行う具体的・現実的可能性」措置入院の場合の認定との相違）【福岡高決平成18年1月27日判タ1255号345頁】

<判旨>

「…法42条1項1号ないし2号による医療を受けさせる旨の決定を行うには、対象者について、法による医療を受けさせなければ、その精神障害のために社会復帰の妨げとなる同様の行為を行う具体的・現実的可能性があることが必要であると解されるが、この法の立法趣旨等からみて、上記の可能性は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下「精神保健福祉法」という。）による措置入院（同法29条）の際の入院の必要性の判断の場合よりも長い期間を念頭において判断されるものと解するのが相当であり、その期間は、事案によっても異なり、一律に特定できるような性質のものではなく、ある程度幅のあるものと考えられるから、措置入院の際の入院の必要性の判断の場合よりも長い年単位のスパンで、本件における前記の同様の行為を行う具体的・現実的可能性を判断したという原審鑑定人の判断が、法42条1項についての誤った解釈に基づく判断であるとはいえず、また、同鑑定人のした鑑定に基づいて、前記の同様の行為を行う具体的・現実的可能性があると判断したと解される原決定に、法42条1項についての解釈・適用の誤りがあるともいえない。…」

<解説>

本件の対象者は、家族と同居中の居宅に放火したが（刑法108条の現住建造物放火）、心神喪失の状態にあったとして不起訴処分とされ、検察官により医療

149

観察法33条1項に基づく申立てがなされた。福岡地裁は、入院させて医療観察法による医療を受けさせる必要があると認め、入院決定を行った。これに対して、付添人が、医療観察法による医療を受けさせる旨の決定を行うには、「同様の行為を行う」具体的・現実的可能性が必要であるのに、福岡地裁は、年単位のスパンで、同様の行為を行う可能性の有無を判断して決定を行った等と主張して抗告した。

本決定は、まず、医療観察法による医療を受けさせる旨の決定を行うには、対象者に、医療観察法による医療を受けさせなければ、その精神障害のために社会復帰の妨げとなる同様の行為を行う具体的・現実的可能性があることが必要だとし、そして、この可能性とは、立法趣旨等を考えれば、精神保健福祉法の措置入院に必要とされる「自傷他害のおそれ」よりも、長い期間を念頭において判断するのが相当と結論付けた。立法当時、医療観察法に対して、措置入院という「自傷他害のおそれ」は判断できても、再び同様の行為を行う可能性は判断できないとの批判が向けられていたが、本決定は、再び同様の行為を行う可能性は判断可能との前提のもと、それは「自傷他害のおそれ」よりも、長い期間を念頭に置いて判断すべきものであることを明らかにしたのである。

◆以下、判例◆

【福岡高決平成18年1月27日判例タイムズ1255号345頁】

2 法42条1項の解釈・適用の誤りの主張について

所論は、[1]法42条1項1号ないし2号による医療を受けさせる旨の決定を行うには、「同様の行為を行う」具体的・現実的可能性が必要であるのに、鑑定人である医師Aの原審裁判廷における供述によれば、同人は、年単位のスパンで、同様の行為を行う可能性の有無を判断していると認められるところ、そのような鑑定人の誤った解釈に基づく判断をそのまま認めたと考えられる原決定は、年単位のスパンで判断される「同様の行為を行う」可能性をもって処遇要件と解したことになるので、法42条1項の解釈・適用を誤っている。[2]法42条1項の「対象行為を行った際の精神障害」とは、単なる精神病名（統合失調症など）ではなく、対象行為と密接に関連する、より具体的な精神症状（例えば幻覚妄想等の症状）を指すと解すべきであるところ、対象者には、対象行為を行った際の精神症状である幻覚妄想状態に支配された状態や非現実的な思い込みの状態が残存していないことは明らかであって、医療の必要性が消失しているというべきであるのに、対象者の精神障害が残存しているとして、法42条1項1号により医療を受けさせるために入院をさせる旨決定した原決定は、法42条1項の解釈・適用を誤っている、などと主張する。

そこで、検討するに、[1]法42条1項1号ないし2号による医療を受けさせる

150

旨の決定を行うには、対象者について、法による医療を受けさせなければ、その精神障害のために社会復帰の妨げとなる同様の行為を行う具体的・現実的可能性があることが必要であると解されるが、この法の立法趣旨等からみて、上記の可能性は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下「精神保健福祉法」という。）による措置入院（同法29条）の際の入院の必要性の判断の場合よりも長い期間を念頭において判断されるものと解するのが相当であり、その期間は、事案によっても異なり、一律に特定できるような性質のものではなく、ある程度幅のあるものと考えられるから、措置入院の際の入院の必要性の判断の場合よりも長い年単位のスパンで、本件における前記の同様の行為を行う具体的・現実的可能性を判断したという原審鑑定人の判断が、法42条1項についての誤った解釈に基づく判断であるとはいえず、また、同鑑定人のした鑑定に基づいて、前記の同様の行為を行う具体的・現実的可能性があると判断したと解される原決定に、法42条1項についての解釈・適用の誤りがあるともいえない。

また、[2]法42条1項の「対象行為を行った際の精神障害」には、基本となる精神疾患のほか、それから派生する精神症状も含まれると解されること、原決定は、「（対象者は）なお現在も妄想との距離がとれておらず、軽い思考障害、感情鈍麻、病識の薄弱さが残存している」と説示しているところからみて、対象者には、上記のような精神症状がなお残存しているとして、法42条1項1号の入院医療の必要があるものと判断したものであり、対象者の基本となる精神疾患から派生する精神症状の有無の点も検討した上、法42条1項1号の入院医療の必要があると判断したものであることが明らかであるから、原決定が、法42条1項の解釈を誤ったものとも、その適用を誤ったものともいえない。

3. 「人格障害という診断と退院許可の申立て」

【東京高決平成18年8月4日東京高刑時報57巻1-12号35頁】

<判旨>

「…指定入院医療機関甲病院の管理者の意見…は、合理的かつ妥当なものと考えられる。

したがって、退院の許可の申立時において、対象者は、人格障害と診断され、統合失調症及び感情障害の障害に罹患している可能性はなく、人格障害についての治療反応性は極めて低いことが認められ、ひいては医療観察法による医療必要性は存しないといわざるを得ない。

以上の事実を認定しなかった原決定は、指定入院医療機関の管理者の意見を

151

基礎とするといえるかは、疑問であり（医療観察法51条1項）、しかも、同法52条による鑑定を命ずることなく、裁判所独自で指定入院医療機関の管理者の意見を排斥する判断をしてよいのかについても疑問があるところである。

…原決定においては、対象者に現在いかなる精神障害があり、これに対しいかなる医療を受けさせる必要があるのかは、何ら明確にされていない。そうすると、原決定は、合理性、妥当性を有する指定入院医療機関の管理者の意見、すなわち、対象者は、現在、人格障害と診断されること、その治療反応性は極めて低いことを認定しなかった点において、重大な事実の誤認を犯しているものである。

重大な事実の誤認をいう指定入院医療機関の管理者及び付添人の論旨はいずれも理由があり、付添人のその余の論旨（決定に影響を及ぼす法令の違反）について判断するまでもなく、原決定は取消しを免れない。」

<解説>

本件の対象者は、傷害3件を行ったが、心神耗弱（2件）及び心神喪失（1件）で不起訴処分とされ、検察官により医療観察法33条1項に基づく申立てがなされた。鑑定医は、「統合失調症と診断するに足る症状的根拠を得ることは困難であり、対象者は自己愛性人格障害と反社会性人格障害に類似した特徴を有する混合性人格障害である」と述べていたが、裁判所は、その診断を採用せず、入院決定を行った。対象者が入院していた指定入院医療機関の管理者（病院長）は、入院決定の4カ月後、東京地裁に対し、対象者の診断は人格障害として間違いない等と主張して、対象者につき医療観察法による医療の終了を求める退院の許可の申立てをした。東京地裁は、本件入院決定を行なった横浜地裁に事件移送した。しかし、横浜地裁がこの申立てを棄却したため、管理者と付添人が抗告を行った。

本決定は、横浜地裁の申立て棄却決定を取り消すに際し、対象者が人格障害であり、人格障害についての治療反応性は極めて低く、ひいては医療観察法による医療必要性は存しないとした。つまり、治療反応性の低い人格障害だけでは、医療観察法の対象にならないことを認めたのである。

さらに、抗告審は自判できないので（68条2項）、事件は横浜地裁に差し戻されたが、本決定は、指定入院医療機関に入院する対象者が処遇要件を満たしていない場合には、指定入院医療機関の管理者が退院許可を求めて申立てを行い（49条1項）、裁判所は、医療を終了する旨の決定によってそれに答えることを認めたものと解することができる。

◆以下、判例◆

東京高決平成18年8月4日【東京高等裁判所（刑事）判決時報57巻1～12号35頁】

152

1 指定入院医療機関の管理者の論旨は、要するに、原決定は、本件退院の許可の申立てを棄却したが、入院決定時になされた鑑定で、対象者は、「自己愛性人格障害と反社会性人格障害に類似した特徴を有する混合性人格障害」と診断されていたところ、入院決定における「統合失調症ないしは統合失調症圏の疾患を完全に否定することは困難である」との裁判所の疑義に基づき、入院決定以降に入院治療を行うとともに症状等のアセスメントを行った結果、対象者は、上記の人格障害であり、その治療反応性は極めて低いことが明らかになったから、これらを認定しなかった原決定には、重大な事実の誤認がある、というのである。……

2 そこで一件記録を調査して検討するに、以下の事実関係が認められる。

(1)横浜地方裁判所は、検察官が対象者を心神耗弱と認めて公訴を提起しない処分をした平成15年9月の傷害2件及び心神喪失と認めて公訴を提起しない処分をした平成17年7月の傷害1件を対象行為として検察官からなされた、医療観察法42条1項の決定をすることの申立てを受けて、同年10月20日、対象者につき同条同項1号の入院決定をし（以下「本件入院決定」という）、対象者は、同日、同決定に基づき、指定入院医療機関甲病院（以下「甲病院」という）に入院した。なお、本件入院決定に当たり医療観察法37条に基づき行われた鑑定で、鑑定を命ぜられた乙病院医師Xは、対象者本人、弟及び父の陳述、あるいは鑑定入院中の対象者の精神及び行動の現病からは、操作的診断基準（DSM-Ⅳ）あるいはICD-10）に従う限り、統合失調症と診断するに足る症状的根拠を得ることは困難であり、対象者は自己愛性人格障害と反社会性人格障害に類似した特徴を有する混合性人格障害である、対象行為は、いずれも対象者の人格障害に由来した他害行為と考えることができる旨の意見を述べていた（横浜地方裁判所（医ろ）第2号鑑定書及び同第6号鑑定書。以下、これを「X鑑定」という）。しかし、裁判所は、対象者は精神科病院への任意入院あるいは措置入院を繰り返しているが、そのほとんどにおいて統合失調症の診断が下されていることなどに鑑みると、対象者の精神障害については、鑑定時あるいは近時の状態像からは人格障害とするのが相当であったとしても、統合失調症ないしは統合失調症圏の疾患を完全に否定することは困難であると考えられ、人格障害か統合失調症かという二者択一的な判断に拘泥せず、むしろ、対象者の精神障害については人格障害とも統合失調症とも明確に判断しがたいと重視し、その特徴があり、その状況下で他害行為を繰り返したという事実的側面を重視して、今後の処遇を決するのが相当と判断されるなどとして、入院の決定をした。

(2)甲病院の管理者（病院長）は、平成18年2月22日、東京地方裁判所に對し、対象者につき医療観察法による医療の終了を求める退院の許可の申立てを

153

した（同事件は、同年3月9日、医療観察法4条1項により、本件入院決定をした横浜地方裁判所に移送された）。その理由は、[1]病棟で対象者の行動を観察してきたが、統合失調症圏、気分障害圏の病態は認められず、診断は人格障害として間違いない、[2]人格障害の治療の中心は長期間継続する心理療法であるが、強制的な治療環境下で実施される心理療法ではその改善を期待することはできず、医療観察法のもとで治療を継続する限り、対象者は永遠に退院できず、社会復帰もできないことになってしまい、法の趣旨から考えても、対象者が医療観察法による治療を受けることは極めて不適切と判断するしかない、というものである。

そして、原審参考人Y（甲病院の医師）は、甲病院では、本件入院決定時の鑑定書に付されていた資料等に基づき、対象者が人格障害であるとの診断自体を疑うことはなかったが、対象者は過去に統合失調症と診断されていたところ、幻覚や妄想がはっきり出現した時期がないことから、そのような陽性症状なしに意欲や感情が鈍麻していき、人格崩壊に至る単純型の統合失調症、さらには、気分変動循環性障害の可能性等も視野に入れて、対象者の正確な診断をし、それに対する適切な治療をするという方針で臨んだこと、しかしながら、対象者には日常生活能力があり、感情の鈍麻や意欲の低下も認められないことから、統合失調症は否定できること、対象者が入院後に興奮を示したことが暴言、暴力を含めて合計5回認められたが、その前後において、対象者に幻覚、妄想、そう状態、うつ状態、てんかん発作、てんかんによる不機嫌などの精神症状は全く認められなかったこと、対象者は、さ細なことで情緒的なストレスがかかること、暴力行為や本休となる障害が、その瞬間に顕著に現れてくるというのが特徴であり、広汎性発達障害と考えられるが、すでに20歳を超えており、物事を理解したり認知、行動するパターンは、性格として固定したものであって、診断としては、自己愛性人格障害と反社会性人格障害に類似した特徴を有する混合性人格障害として間違いないこと、幻覚や妄想、抑うつといった目標となる精神症状がないのに、投薬しても効果はなく、対象者は、入院後、抗精神病薬と気分安定薬の投与を継続して受けていたが、上記のとおり暴言や暴力があったので、情動の安定という面でも投薬の効果は期待できないこと、心理療法等も続けてきたが、治療可能性は極めて低いと考えられること、などを供述し、指定医療機関の管理者の指定する医師としてその旨の意見を述べた。

3 以上によれば、指定入院医療機関甲病院の管理者の意見（本件退院許可申立書中に示されていると認められる。これを敷えんするものが本件抗告申立書に示されている。）は、合理的かつ妥当なものと考えられる。すなわち、甲病院においては、本件入院決定において示された、対象者の統合失調症ないしは統合

154

失調症の疾患を完全に否定することは困難であるとの疑義に基づき、4か月にわたり入院治療を行うとともに、病状等のアセスメントを精神科の多職種チーム（精神科医師、精神科看護師、作業療法士、臨床心理技術者、精神保健福祉士）により行い、その一致した意見として、統合失調症及び感情障害圏の障害に罹患している可能性を否定し、対象者は人格障害であり、治療反応性は極めて低いとの結論に至ったものである。入院決定に当たり行われたX鑑定の結果と一致しており、原審で付添人が提出した独立行政法人丙センターZ医師作成の見解書もこれらを支持している。したがって、退院の許可の申立において、対象者は、人格障害と診断され、統合失調症及び感情障害圏の障害に罹患している可能性はなく、人格障害についての治療反応性は極めて低いことが認められ、ひいては医療観察法による医療必要性は存しないといわざるを得ない。

以上の事実を認定しなかった原決定は、指定入院医療機関の管理者の意見を基礎とするといえるかは、疑問であり（医療観察法51条1項）、しかも、同法52条による鑑定を命ずることなく、裁判所独自で指定入院医療機関の管理者の意見を排斥する判断をしてよいのかについても疑問があるところである。

ところで、原決定は、過去の入通院歴及び投薬状況等にこだわっているとみられるところ、対象者が平成7年11月以降、統合失調症と診断されて精神科病院への任意入院ないし措置入院を繰り返していたことは、原決定の指摘するところであるが、この点については、例えば、本件入院決定時のX鑑定においては、症状のとりえ方や解釈に必ずしも適切とはいえない部分があったために、統合失調症という診断がなされてきた可能性のある旨指摘されていたところである。医療観察法に基づいて鑑定入院等を経てなされたX鑑定や指定入院医療機関における4か月に及ぶ経過観察に基づきなされた現在の診断によるべきことは、議論の余地のないところである。

しかるに、原裁判所は、対象者に対して過去において診断された病名及びその結果なされた投薬状況に拘泥して、対象者は人格障害であるとする指定入院医療機関による診断の採用を留保し、治療反応性の存在を否定せず、本件退院の許可の申立てを棄却したものである。もっとも、原決定においては、対象者に現在いかなる精神障害があり、これに対しいかなる治療を受けさせる必要があるのかは、何ら明確にされていない。そうすると、原決定は、合理性、妥当性を有する指定入院医療機関の管理者の意見、すなわち、対象者は、現在、人格障害と診断されること、その治療反応性は極めて低いことを認定しなかった点において、重大な事実の誤認を犯しているものである。……

よって、医療観察法68条2項本文により、原決定を取消し、本件を原裁判所である横浜地方裁判所に差し戻すこととし、主文のとおり決定する。

155

4. 「医療観察法による医療の必要性」

【最二決 平成19年7月25日刑集61巻5号563頁】

<判旨>

「…医療観察法の目的、その制定経緯等に照らせば、同法は、同法2条3項所定の対象者で医療の必要があるもののうち、対象行為を行った際の精神障害の改善に伴って同様の行為を行うことなく社会に復帰できるようにすることが必要なるを同法による医療の対象とする趣旨であって、同法33条1項の申立てがなかった場合に、裁判所は、上記必要が認められる者については、同法42条1項1号の医療を受けさせるために入院をさせる旨の決定、又は同項2号の入院によらない医療を受けさせる旨の決定をしなければならず、上記必要を認めながら、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律による措置入院等の医療で足りるとして医療観察法42条1項3号の同法による医療を行わない旨の決定をすることは許されないものと解するのが相当である・・・」

<解説>

本件の対象者は、家族らと住むアパートに放火したが（刑法108条の現住建造物放火）、心神喪失の状態にあったとして不起訴処分とされ、検察官により医療観察法33条1項に基づく申立てがなされた。長崎地裁は、鑑定結果を基礎とし、「現在もなお、妄想性障害に罹患しており、治療反応性もあるため、治療を行う必要があり、また、病識に乏しいため入院治療の継続が必要」と認めながらも、「一定期間、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律による入院をすることにより、精神障害を治療して社会復帰することが十分可能であり、医療観察法による医療を行うまでの必要性はない。」として、医療観察法による医療を行わない決定をした。これに対して検察官が抗告した。抗告審（福岡高裁）は、医療観察法による医療を行うまでの必要性はないとした決定は是認できないとして地裁の決定を取り消し、事件を長崎地裁に差し戻す決定をした。これに対して対象者が再抗告した。

本決定は、医療観察法の趣旨に照らした上で、対象行為を行った際の精神障害の改善に伴って同様の行為を行うことなく社会に復帰できるようにすることが必要と認められる者には、医療観察法による医療を行う以外の選択肢はとりえないことを明らかにした。これは、精神障害の改善ないままに再び同様の行為を行うことは、対象者にとって社会復帰の大きな妨げとなるので、そのような者に対しては、この法律による手厚い医療を受けさせるべきだという考えに基づくものである。

156

◆以下、判例◆

【長崎地決平成19年1月19日刑集61巻5号568頁】

1 対象行為

記録及び審判期日の結果によれば、対象者は、別紙記載「対象行為の要旨」[対象者は、平成18年8月4日午前9時25分ごろ、長崎県佐世保市…甲アパートC棟(木造コニアルスレート葺2階建、延床面積約179.72平方メートル)201号室対象者方6畳仏間において、灯油を布団に撒き、これにマッチで点火して火を放ち、その火を同室壁等に燃え移らせ、よって、自己の娘であるBほか7名が現に住居として使用している前記甲アパートC棟を焼損(焼損面積合計約136.34平方メートル)したものである。]のとおり行為をしたことが認められる。

したがって、対象者は、医療観察法2条2項1号所定の対象行為(刑法108条)を行ったことが認められる。

2 責任能力

記録及び審判期日の結果によれば、対象者は、平成18年4月ごろから、長崎県佐世保市…所在の共同住宅「甲アパートC棟」201号室に居住するようになったが、同年5、6月ごろ、妄想性障害に罹患し、階下で左腕のない女性が死んだためこの部屋には悪霊がとりついてるとか、自分の部屋は呪われているため魚の腐ったような臭いがしたり、色々な音が聞こえたり、自分の部屋で話したことが佐世保市長が居住する階下の部屋に筒抜けになったりするとか、どこに行っても呪いに追いかけられるなどといった被害妄想、迫害妄想に取り憑かれ、家族3人で死ぬしかないと思ひ、対象行為に及んだことが認められる。

このように、対象者は、幻覚・妄想に支配されて対象行為に及んでいるのであって、対象行為時、精神の障害により事物の是非善悪を判断する能力及びその判断に従って行動する能力が欠けており、心神喪失状態であったと認められる。

3 医療観察法による医療の必要性

鑑定人の鑑定を基礎とすれば、対象者は、現在もなお、妄想性障害に罹患しており、治療反応性もあるため、治療を行う必要があり、また、病識に乏しいため入院治療の継続が必要であると認められる。

しかしながら、同鑑定を基礎とすれば、[1]対象者は、鑑定入院当初は被害妄想や関係妄想が顕著な状態であったが、鑑定入院中の薬物療法及び精神療法により、幻覚はなくなり、妄想も軽快するなど精神症状は改善し、穏やかで、控えぬみか調で話し、礼節も保ち、治療スタッフや他の入院患者とも情緒的交流を図るまでになっており、更に治療を継続することにより治療効果は継続されると期待されること、[2]対象者の実子3名が統合失調症であったことから精神科病院に対する拒否感はなく、服薬や処置等には抵抗を示していないことから、

157

今後の治療の進展により病識が得られ問題の認知を得ることが可能であることが認められ、これらによれば、医療観察法による枠組みでの治療は必ずしも必要ではなく、通常の病院での入院治療継続が適当であるといえることができる。

上記鑑定に加え、記録及び審判期日の結果によれば、[1]対象者の妄想性障害は、平成16年2月以降、対象者が、長男の死、二女の入院、夫の死及び転居に伴う住環境の変化というストレスの掛かる事態に直面するといった心理的要因を背景に発症したと考えられるため、心理療法が行われることによる改善が望まれること、[2]対象者の長女及び二女は統合失調症を発症し入院中であり、孫は知的障害者入所更生施設に入所中であるから、それら対象者の家族が対象者に適切な援助を行うことは困難であるものの、家族は対象者の精神的支えとなっているため、医療観察法による入院により、それら者と地理的に離れてしまい面会が途絶してしまうことは、対象者に更なる心理的負担を強いてしまうおそれ強いこと、[3]対象者は鑑定入院先の医療関係者等と良好な関係を構築しているため、現在の医療環境の下での治療がより効果的と考えられること、対象者は対象行為時生活保護を受給しており、今後も精神保健及び精神障害者福祉に関する法律による入院による治療が可能であり、鑑定入院先の病院の医師は、同法による対象者の入院及び治療を受けける意向を示していること、[4]現在、対象者には帰居先が存在しないが、将来的には、福祉関係機関の援助を得て、救護施設等の利用も視野に入れた社会復帰に向けての調整が可能であることが認められる。

以上によれば、対象者は、一定期間、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律による入院をすることにより、精神障害を治療して社会復帰することが十分可能であり、医療観察法による医療を行うまでの必要性はない。

【福岡高決平成19年3月30日刑集61巻5号572頁】

論旨は、要するに、対象者には、対象行為を行った際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するため、入院をさせて法による医療を受けさせる必要があるのに、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(以下「精神保健福祉法」という。)による入院をすることにより、精神障害を治療して社会復帰することが可能であり、法による医療を行うまでの必要はないとして、医療観察法による医療を行わないとした原決定には、決定に影響を及ぼす重大な事実誤認及び法令違反がある、というのである(なお、付添人は、原決定と同旨の主張をするほか、本件では、法42条1項1号ないし2号による医療を受けさせる旨の決定を行うには、「同様の行為を行う」具体的・現実的な可能性が必要であり、その決定に当たっては鑑定を基

158

礎とすべきとされているところ、鑑定人柴原誠一郎医師作成に係る医療観察法精神鑑定書(以下「鑑定書」という。)には、対象者が対象行為と同様の行為を行う具体的・現実的な可能性があるとの判断は示されていないから、検察官の事実誤認の主張は失当である旨主張している。)

原決定は、概略、(1)対象者は、原決定別紙記載の「対象行為の要旨」のとおり、法2条2項1号の対象行為に該当する行為(刑法108条)をしたが、その行為当時、妄想性障害に罹患し、幻覚・妄想に支配されて対象行為に及んでおり、心神喪失状態であったと認められるところ、現在もなお、妄想性障害は継続しているものの、治療反応性もあるため、治療を行う必要があり、それについては、病識に乏しいため入院治療の継続が必要である、(2)しかし、対象者は、精神科病院に対する拒否感がなく、服薬や処置等には抵抗を示しておらず、今後の治療の進展により病識が得られ問題の認知を得ることが可能であるから、法による枠組みでの治療は必ずしも必要ではなく、通常の病院での入院治療継続が適当であることなど、原決定「理由」第2の3で判示する諸点から、対象者は、一定期間、精神保健福祉法による入院をすることにより、精神障害を治療して社会復帰することが十分可能であり、医療観察法による医療を行うまでの必要性はない、というものである。

2 しかし、原決定中、上記(1)の点は是認できるが、(2)の点は是認できない。理由は以下のとおりである。

(1)医療観察法は、精神障害による心神喪失等の状態で重大な他害行為が行われた場合、被害者に深刻な被害が生ずるだけでなく、そのような行為を行った者が有する精神障害は、一般的に手厚い専門的な医療の必要性が高く、同人が、精神障害を有していることに加えて、重大な他害行為を犯したという、いわば二重のハンディキャップを背負ってしまうとともに、そのような精神障害が改善されないまま再びそのために重大な他害行為が行われることとなれば、そのような事実が本人の社会復帰の大きな障害となることは明らかであることから、対象者に必要な医療を確保して不幸な事態が繰り返されないようにしつつ、その社会復帰を図るため、精神障害による心神喪失等の状態で一定の重大な他害行為(対象行為。法2条2項)を行った者(対象者)に対して、医療を受けける機会を与える目的等から制定されたものである。したがって、同法は、検察官に原則として申立義務を認め(法33条)、ひとたび法42条1項1号ないし2号の決定がなされた場合には、対象者に法による医療を受ける義務を課するとともに、対象者に必要な医療を受けさせることを国の責務とし(法81条)、また、対象者の社会復帰を円滑にするため、保護観察所に社会復帰調整官を置き、生活環境の調整等や医療機関との協力体制を整備している。

159

以上のような法の趣旨等に照らせば、裁判所は、検察官からの申立てに対し、対象者に、法42条1項1号ないし2号の要件が認められるか否かを審査し、対象者がその要件を充足すると認められる場合には、同条項に定められた入通院の決定をすべきであって、そのような場合には、入退院の手續・要件、持続的かつ専門的な医療体制の整備、医療等の実施機関あるいは強制力といった点で、大きな違いのある精神保健福祉法による医療が可能であるからといって、同条1項3号の医療を行わない旨の決定をすることは許されないといふべきである。

3 そこで、本件において、対象者に法42条1項1号ないし2号の要件が認められるか検討する。

対象者は、対象行為当時、妄想性障害に罹患し、被害妄想、迫害妄想に強く支配された状態にあり、対象行為もそのような対象者の精神障害及び精神状態によって引き起こされたものであって、対象者は対象行為時に心神喪失の状態にあったものである。そして、鑑定書によれば、対象者は、自分が病気であることを否認するなどして病識がなく、治療プランについても同意せず、服薬や処置等に抵抗感を示していないものの、治療に積極的ではなく、心理検査についてはこれを拒否したこと、対象者が上記疾患を発症した背景には、原決定が「理由」第2の3で指摘するようなストレス状況があり、精神症状は改善傾向にあるものの、将来も強いストレス状況にさらされた場合、症状の再燃が予想されるところ、対象者は、原審裁判廷において、(対象行為は)やむを得ずに行った、子供たちと一緒に死のうと今でも思っている、(医師に指示されている)薬は飲んでいない(したがって、原決定や鑑定書が、対象者が服薬や処置等に対し抵抗感を示していないというのは、審判時においては当を得ないものとなっている。)などと陳述している。

そうすると、対象者の上記病状は未だ十分に改善されているとはいえず、対象者に病識が乏しく、今後服薬を拒否する事態も考えられ、対象者には、症状を再燃させて、放火等の同様の行為に及ぶ具体的・現実的な可能性があると認められる。そして、対象者の従来の住居は放火によって焼失し、現在同人に帰るべき住居はなく、本件対象行為時に対象者と同居していた長女は統合失調症で入院し、孫も知的障害者入所更生施設に身を寄せている状況であり、他の家族・親族等に対象者の適当な引き受け先は見当たらない。そこで、対象者に対し、通院によって継続した治療を確保するのは困難であって、対象者に対しては、対象者が対象行為を行った際の精神障害である妄想性障害の症状を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するため、入院をさせて法による医療を受けさせる必要があると認められる。

160

[最二決平成19年7月25日別集61巻5号563頁]

なお、所論にかんがみ職権で判断すると、医療観察法の目的、その制定経緯等に照らせば、同法は、同法2条3項所定の対象者で医療の必要があるものうち、対象行為を行った際の精神障害の改善に伴って同様の行為を行うことなく社会に復帰できるようにすることが必要な者を同法による医療の対象とする趣旨であって、同法33条1項の申立てがあった場合に、裁判所は、上記必要が認められる者については、同法42条1項1号の医療を受けさせるために入院をさせる旨の決定、又は同項2号の入院によらない医療を受けさせる旨の決定をしなければならず、上記必要を認めながら、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律による措置入院等の医療で足りるとして医療観察法42条1項3号の同法による医療を行わない旨の決定をすることは許されないと解するのが相当であり、これと同旨の原判断は正当として是認できる。

161

3. 医療観察法関連Q&A【責任能力、不起訴処分、不処遇、却下、守秘義務等について】

1. 責任能力って？ 犯罪を行った者は非難されるべきではないのか？

犯罪を行った者に対して、「悪い奴だ！許さない」と道徳的非難が向けられるのは当然である。しかし、道徳的にその人を非難することと、刑法的にその人を非難できるか否かは別の問題である。刑罰を用いてその者を法的に非難するためには、その人に責任能力が備わっていなければならない。もし、その者が、行為を行った時に、精神の障害によって、やったことが、良いことか悪いことが分からなかった（弁識能力の欠如）か、そのことが悪いことであると分かっていても、自分を抑えられなかった（制御能力の欠如）場合には、責任無能力であるとして処罰することはできない。刑法の条文上、このような状態を心神喪失という（刑法39条1項）。他方、この弁識能力または制御能力が欠如してはいないが、著しく減退している場合には限定責任能力とされ、刑罰が必ず減軽される（刑法39条2項 心神耗弱）。

2. 不起訴処分って、最終的な処分ではないのか？

検察官は、事件を起訴するか起訴しないかを決定する権限を有している。起訴をしない、つまり裁判にかけない処分のことを不起訴処分という。不起訴処分には何種類もあり、例えば、証拠がなかったり、不十分だったりする場合や、加害者に責任能力がないため犯罪にならない場合がある。さらに、犯罪の嫌疑があつて裁判にかけようと思えばかけられるのに、色々な事情を考慮して「あえて起訴をしない」場合もある（起訴猶予・刑事訴訟法248条）。不起訴処分については、もうその判断は置けない…と一般に考えられがちであるが、検察官の不起訴処分に納得がいけない時には、被害者やその遺族は「検察審査会」に審査を求めることが可能である。そして、新たな証拠が見つければ検察官は起訴することが可能であるし、検察審査会が「起訴相当」の議決を2度行えば必ず起訴されることになる。

3. 医療観察法審判における「不処遇」と「却下」決定の違いは？

医療観察法の審判は、対象者に、対象行為を行った際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するためにこの法律による医療を受けさせる必要があるか否かを決定するために行われる。その結果、入院をさせてこの法律による医療を受けさせる必要があると認める場合には入院決定が（42条1項1号）、入院の必要ではないが、この法律による医療を受けさせる必要があると認める場合には通院決定が（42条1項2号）、

162

そのいずれにも当たらない場合には、この法律による医療を行わない旨の決定（いわゆる不処遇決定、42条1項3号）が言い渡される。いずれの場合にも、検察官による申立てが適法になされていることを前提とした上で、鑑定を基礎とし、鑑定医の意見、生活環境を考慮して、医療の必要性が判断される。

これに対し、却下決定は、検察官が法33条の規定に違反して申立てを行った場合に、「この申立ては受け付けられない」として、裁判所が言い渡すものである（42条2項）。例えば、法33条2項によれば、検察官は、対象者が刑の執行のために刑務所に収容されているときには申立てをすることはできない。それにもかかわらず、検察官が申立てを行ったような場合に、裁判所は却下決定を行うことになる。

4. 精神保健審判員や精神保健参員の守秘義務はどうなっているのか？

精神保健審判員若しくは精神保健参員又はこれらの職にあった者は、この法律の規定に基づく職務の執行に関して知り得た人の秘密を正当な理由がなく漏らしたときは、1年以下の懲役又は50万円以下の罰金に処せられる（医療観察法117条）。「秘密」とは非公知の事実であり、実質的にもそれを秘密として保護するに値するものをいう。したがって、カンファレンスや審判等を通じて知り得た対象者の病状、病歴、家族関係や生活環境などは、秘密に該当する。

但し、職務の執行以外の機会に、又は職務の執行とは無関係に知りえた事実は、ここの秘密には当たらない。つまり、友人から聞いた場合や、飲食店でたまたま耳にした場合などは含まれないことになる。

5. 誤った診断に基づいて医療観察法の処遇が確定した場合には、どうなるのか？

入院した指定入院医療機関の医師が、対象者の精神障害は、「統合失調症」ではなく「人格障害」であると診断し、治療可能性が疑わしいと判断したような場合であっても、医療観察法には、審判のやりなおし規定や、刑事手続きへの再送規定は置かれていない。そのため、実務では、指定入院医療機関の管理者から退院の許可の申立て（医療観察法49条1項）を受け、退院を許可するか、この法律による医療を終了する旨の決定を行い、対象者を誤った医療観察法の処遇から解放している（東京高決平成18年8月4日参照）。

しかし、それを越えて、いったん医療観察法の決定が確定した対象者に、刑事処分を科すことを目的とした審判を行う制度を設けるか否かについては、不利益再審の問題もあり、慎重な検討が必要と思われる。通常の裁判でも、詐病により心神喪失で無罪が確定した場合、刑罰を科すための再審は認められていない。

163

4. 刑事責任能力に関する精神鑑定書作成の手引き

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、分担研究「他害行為を行った者の責任能力鑑定に関する研究」分担研究代表者 岡田幸之（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所「刑事責任能力に関する精神鑑定書作成の手引き 平成18～20年度総括版（ver.4.0）」より抜粋

第1章 刑事責任能力の考え方～鑑定書に何をどう記すか

精神科医が刑事精神鑑定を求められたときに直面する、もっとも重要で、もっとも難しい問題は、刑事責任能力の評価である。本章では、その考え方をできるだけ簡単に解説する。

■推奨1 ■ 可知論と不可知論

【要点】

責任能力の評価と検討は可知論的な視点からおこなうことを推奨する。
※ただし、同時に、可知論の限界も熟知しておくべきである。

責任能力の考え方は大きく「不可知論」と「可知論」の2つに分けることができる。この2つはもともと、人の精神あるいは人生や運命の決定に関わる、哲学的命題による。それは神の存在にまで言及しうる深遠な課題であるが、刑事責任能力の文脈では、両者は「精神障害」がその人の意思や行動の決定過程にどのように関わるかを、評価することはできないとする立場（不可知論）と、できるとする立場（可知論）のちがいがあたる。

この二つの立場からの責任能力の判断は以下ようになる。

(1) 不可知論的な立場による責任能力判断

精神医学的診断（疾病診断）を下した時点で判断を停止する。あとは、あらかじめ精神医学者と司法関係者との間で、診断と責任能力との間的一对一対応で決めた「慣例」に基づいて責任能力の結論を導く。

(2) 可知論的な立場による責任能力判断

精神医学的診断（疾病診断）を下し、さらに個々の事例における精神の障害の質や程度を判断し、その精神の障害と行為との関係についての考察に基づいて、責任能力を判断する。

164

ところで、人の意思決定過程は究極的には説明できない部分があるのは確かである。この点で不可知論はある程度支持される。一方で精神症状が行動の動機づけに関わることがあるのも確かである。つまり可知論もそれなりに支持される面がある。

したがって、どちらの立場に立っても、現実的に責任能力の考察をおこなっていくうえで、完全に他方の視点を排除することはできない。つまり、評価を「厳密にはできない」という点を重視するのが不可知論“的”立場であり、「かなりの程度までできる」という点を重視するのが可知論“的”立場であるということになる。

鑑定にあたって、このいずれの立場にたつのかは、個々の鑑定人にゆだねられている。しかし、近年は可知論“的”な立場をとる鑑定が多くなり、そしてそれを採用する法廷も多くなっている。

その理由として、たとえば①臨床では統合失調症などに軽症例が増えていること、②疫学的研究や生物学的研究からも従来のように外因性、心因性、内因性という疾患の病因論的な分類が必ずしも明確な境界線を引くことができなくなっていること、③生物学的研究や疫学的研究が新たな知見を明らかにし続けており、かつ操作的診断基準の汎用がすすむことで、従来の慣例の基礎となっていた従来診断（伝統的診断）とは疾患概念が異なってきたこと、④その操作的診断基準は将来確実に変更されていくから「慣例」の構築が難しいこと、⑤精神障害者のノーマライゼーションや社会復帰の動きなどあいまって、精神障害者をあたかも社会的な機能を失った人たちとしてひとくくりにするのではなく、その精神機能をより綿密に多面的に評価するようになってきていること、などがあげられる。

このように精神医学や精神医療の状況は、可知論的な精神鑑定に親和性がより高まる傾向にある。また、裁判所の判断もおおよそ、そうした動向に一致しており、その立場を支持する法曹の見解として、1984年7月3日の最高裁第三小法廷決定の判旨にはつぎのようなものが示されている。

被告人が犯行当時精神分裂病に罹患していたからといって、そのことだけで直ちに被告人が心神喪失の状態にあったとされるものではなく、その責任能力の有無・程度は、被告人の犯行当時の病状、犯行前の生活状態、犯行の動機・態様等を総合して判定すべきである

※下線は著者による。

165

また、平成21年から開始される予定である裁判員制度では一般人が裁判に参加することになる。彼らに対しては、おそらく「重症の統合失調症ならば原則として心神喪失ということになっている」と不可知論的に述べるよりも、精神障害と事件との関係を整理して、可知論的な説明をするほうが（鑑定の結論自体に裁判員が同意するかどうかは別として）、少なくとも裁判員の間で行われる議論を現実的なものにするのでないかと思われる。

研究班では、このように「可知論と不可知論のどちらがより望ましいのか」という議論を十分に重ねたうえで、研究班では、可知論的な立場に立った鑑定を精緻なものにする作業をすすめることが、現実的であると考えた。本手引きも、そういった方向で作成されている。

ただ、こうした可知論的な視点を優位に考える方向性は、一方では責任能力の減弱や喪失を認める範囲を狭くしすぎる危険性もあるし（了解可能性や目的性を過剰に評価するなど）、逆に、責任能力の減弱や喪失を認める範囲を広くしすぎる危険性もある（犯罪をしたということは制御能力がなかったからであるといった説明を取り入れすぎるなど）。両方の危険性に注意した慎重な評価をしなければならない。

なお、具体的な可知論的な考え方については、岡田の論考（岡田幸之：刑事責任能力再考－操作的診断と可知論的判断の適用の実際。精神神経学雑誌107(9):920-935, 2005）などが参考になるであろう。

166

■推奨2■ 鑑定書意見の観点～弁識能力と制御能力

【要点】

責任能力を構成する能力は、弁識能力と制御能力に焦点をあてて整理することを推奨する。

※かならずしもこの両者が明確に区別できるというわけではない。

※法曹が別の視点や言葉をつかたかたちでの報告を求めるならば、この限りではない。したがって、個々の鑑定をするにあたっては、事前に、その鑑定依頼者とのあいだで、どのような観点から整理すべきかをよく協議しておくことが望ましい。

※とくに裁判員制度の運用にあたって、こうした用語や概念の法廷での扱いが変更される可能性があることに注意が必要である。

刑法第39条には次のように記されている。

心神喪失者の行為は罰しない。
心神耗弱者の行為はその刑を減輕する。

しかし、ここにある「心神喪失」「心神耗弱」がそれぞれ何をさすのか、ということでは法律の中にはどこにも記されていない。

法律家はこれをどうみているのかというと、その基本的な見方をあらわしているもののひとつとされているのは、1931年の大審院判決である。そこには次のように記されている。

心神喪失と心神耗弱とはいずれも精神障害の態様に属するものなりといえども、その程度を異にするものにして、すなわち前者は精神の障害により①事物の理非善悪を弁識するの能力なく、または②この弁識に従って行動する能力なき状態を指称し、後者は精神の障害いまだ上述の能力を欠如する程度に達せざるも、その能力著しく減退せる状態を指称するものなりとす。

※原文より読みやすくするために現代表記に変更した。また、下線は著者による。

167

上記のうち、下線部の前者①が弁識能力（あるいは弁別能力、判断能力、認識能力など）、後者②が制御能力（あるいは統御能力など）と解せられる。

そして、現在の法理学論や法曹の実務のなかでは、刑事責任能力について細かく検討する場合には、この二つの能力についてみるのが一般的であるといえる。

ここで、海外の例をみてみると、有名なマクノートン準則では「行為時に、精神の疾患により、①その行為の本質がわからないほど、もしくはわかっていたとしても①その行為の善悪がわからないほど、理性が欠如した状態であった」ものを心神喪失ととらえている。つまり、弁識能力（のみ）を採用している。また、米国のALI（米法協会）準則では「行為時に、精神の疾患により、①その行為の善悪がわからなかった、もしくは、②行為を法に従わせることができなかった」ものを心神喪失としており、弁識能力と制御能力との両者をみている。

この①弁識能力と②制御能力をどう扱うかについては、①弁識能力のみに依拠すべきか、①弁識能力と②制御能力の両者に依拠すべきかといった議論がある。実際、米国の現状では、ALI準則が②制御能力を考慮するためにあまりにも幅広く心神喪失を認定することが問題視されるようになり、多くの州でマクノートン準則への回帰をはかる、つまり①弁識能力のみによる判断を採用する傾向にある。

以上からすると、まず鑑定の依頼者であり鑑定結果の報告をする相手である日本の法律家が①弁識能力と②制御能力の両者をもとという立場をとっているのだから、原則として、精神科医もこの見方にあわせた説明を構成できるように準備しておくのがもっとも適当であると思われる。

この手引きでも、刑事責任能力という法的な能力を構成する能力として、①弁識能力と②制御能力の2つを念頭におき、それらを精神医学的に説明するということを推奨するものである。

ただし、できるだけ、米国の例に見るような議論が今後、起こる可能性もあることを念頭におくのがよいと思われる。両方の能力をみるのがよいのか、一方の能力だけだとすればどちらの能力をみるのがよいのか、さらには、そもそもこの2つの能力によって整理してみるのがよいのか、というのは、最終的には法的な議論のなかで決められるべきことである。

ことに平成21年から施行される裁判員裁判においては、一般人である裁判員にとって理解しやすいことが刑事訴訟手続き全体に求められている。そのため、このような「弁識能力」とか「制御能力」という特殊な用語を避けて裁判をおこなう可能性がある。

また精神医学的にこれらの能力をとらえようとしたとき、どこからどこまでを弁識能力として、そして制御能力としてとらえればよいのかということも必ず

168

しも明確になっているとはいえないし、そもそもこの2つの能力によって説明することが妥当であるのかということにも議論を要するといえる。

こうした法廷の動向や、精神医学的な立場からの議論のすすみ具合をよく見ながら、どのようなかたちで刑事責任能力の参考意見を整理するのがよいかを法曹に協力しつつ模索することが、刑事責任能力という“法的判断”のための資料を提供する立場にある鑑定人、精神科医としてとるべき方向性ではないかと思われる。

そして、もし法律家が別の整理のしかたを採用するのならば、われわれ精神科医は、彼らの整理方法による彼らの要請にできるだけあうようなかたちで鑑定結果の報告をするべきであろう。

この点で、それぞれの鑑定にあたっては、どのような観点から意見を述べるべきなのかについては、事前に、鑑定依頼者である検察官、弁護人、裁判所などとよく相談をしておき、同時にその限界についても理解を求めておくことが望ましいといえる。

本文で紹介した米田における刑事責任能力の動向については、下記などを参照のこと。

- 1) 岡田幸之、松本俊彦、樽矢敏広、吉澤雅弘、高本希奈、野田隆政、安藤久美子：米国の刑事責任能力鑑定－「米田精神医学と法学会」心神喪失抗弁を申し立てた被告人の精神鑑定実務ガイドラインの紹介(その1)。犯罪学雑誌72(6)：177-188, 2006。
- 2) 岡田幸之、吉澤雅弘、高本希奈、野田隆政、安藤久美子、松本俊彦、樽矢敏広：米国の刑事責任能力鑑定－「米田精神医学と法学会」心神喪失抗弁を申し立てた被告人の精神鑑定実務ガイドライン」の紹介(その2)。犯罪学雑誌73(1)：15-26, 2007。
- 3) 岡田幸之、野田隆政、安藤久美子、松本俊彦、樽矢敏広、吉澤雅弘、高本希奈：米国の刑事責任能力鑑定－「米田精神医学と法学会」心神喪失抗弁を申し立てた被告人の精神鑑定実務ガイドライン」の紹介(その3)。犯罪学雑誌73(2)：36-47, 2007。
- 4) 岡田幸之、安藤久美子、松本俊彦、樽矢敏広、吉澤雅弘、高本希奈、野田隆政：米国の刑事責任能力鑑定－「米田精神医学と法学会」心神喪失抗弁を申し立てた被告人の精神鑑定実務ガイドライン」の紹介(その4)。犯罪学雑誌73(4)：108-120, 2007。

169

■推奨3 ■ 心神喪失、心神耗弱、完全責任能力

心神喪失や心神耗弱の水準の判断も難しい。あらためて1931年の大審院判決を示す。

心神喪失と心神耗弱とはいずれも精神障害の態様に属するものなりといえども、その程度を異にするものにして、すなわち前者は精神の障害により事物の是非善悪を弁識するの能力なく、またはこの弁識に従って行動する能力なき状態を指称し、後者は精神の障害いまだ上述の能力を欠如する程度に達せざるも、その能力著しく減退せる状態を指称するものなりとす。

下線部に注目すると、弁識能力や制御能力について、心神喪失は失っている状態、心神耗弱は著しく減退している状態ということになる。

とくに心神耗弱については、当該の能力が著しく減退した状態であるから、「(著しくない程度に)減退した状態」ではこれに相当しないということになる。精神障害が存在する場合、とくに可加論的に当該行為との関連性を考察すると、そこに精神障害が大抵はなんらかのかたちで関与している。しかし、上記のような観点からすれば、たとえ関与がみられても、その結果としての能力の障害の程度が「著しい」ものでなければ、心神耗弱に相当するような判断はなされないことになる。

再三述べているとおり、責任能力は法的な判断であり法廷では裁判官によって決められるべきものであるけれども、鑑定人も自らの意見を構成するにあたって、能力の程度について何らかのイメージをもつことにはなるであろう。その際に、能力の障害の程度については、「著しく障害されていた」と「障害されていないか」との間に「(著しくない程度に)障害されていた」という水準を想定しておくべきである。

そして、ここで最も重要なのは、犯行時に何らかの精神障害に罹患していさえすれば、心神喪失か心神耗弱のいずれかにあたるという理解は誤りであるということである。

なお、こうした水準を想定しておくべきではあるが、実際の鑑定書にどういった言い回しをするのか、どこまで言及するのかについては、あくまでも当該の法廷の要請(起訴前の鑑定であれば検察官の要請)に従うべきである(推奨2と同様)。

ちなみに、刑事責任能力そのものは法的に判断されるものであるということから、その法的な言葉を直接に用いた「心神喪失である」とか「心神耗弱である」といったことを鑑定本文には書かないことが精神科医のなかでもおおよその通

170

例となっている。そのかわりに、その法的な結論にかなり近似する、そして上記大審院判決にも使われている表現を使って、①や②の能力が「失われていた」とか「著しく障害されていた」という表現をいわば婉曲的に使用してきた。

しかし、近年の法廷のなかには、このような婉曲的な表現にしても、結局は最終判断に直結しうる意見ではあるので、そこまでは求めないという方針で鑑定を依頼するところもでてきている。

一方で、最高裁判所2008年4月25日判決には次のようにある。

生物学的要素である精神障害の有無及び程度並びにこれが心理学的要素に与えた影響の有無及び程度については、その診断が臨床精神医学の本分であることにかんがみれば、専門家たる精神医学者の意見が鑑定等として証拠になっている場合には、鑑定人の公正さや能力に疑いが生じたり、鑑定の前提条件に問題があったりするなど、これを採用し得ない合理的な事情が認められるのでない限り、その意見を十分に尊重して認定すべきものというべきである。

すなわち、鑑定意見における心理学的要素への言及内容が決して軽んじられるわけではないことも確かである。

また、検察官が起訴前に行う鑑定では、起訴、不起訴を判断するためにより明確な結論を求める傾向にあるといえる。

こうした多くの複雑な現状をふまえると、鑑定を結論するにあたっての表現は、その依頼主とよく相談しておくべきであるし、こうした鑑定に対する要請の動向には常に注意しておく必要があるといえる。

■推奨4 ■ 「精神の障害」について

【要点】

当該行為時の弁識能力や制御能力の障害が「精神の障害」によるものであることを確認すること、および、臨床的に何らかの精神医学的な診断名が付されたとしても、それがここでいう「精神の障害」に該当するかどうか慎重に検討することを推奨する

171

再び1931年の大審院判決を例にする。

心神喪失と心神耗弱とはいずれも精神障害の態様に属するものなりといえども、その程度を異にするものにして、すなわち前者は精神の障害により事物の是非善悪を弁識するの能力なく、またはこの弁識に従って行動する能力なき状態を指称し、後者は精神の障害いまだ上述の能力を欠如する程度に達せざるも、その能力著しく減退せる状態を指称するものなりとす。

下線部に注目すると、弁識能力や制御能力になんらかの障害がある場合に、これを心神喪失や心神耗弱の根拠とするにあたっては、それが精神の障害に由来するものであることが求められることがわかる。

わが国においては、ここでいう「精神の障害」がいかなる範囲のものを指すのかを明確に示した基準はない。しかし、少なくとも「精神の障害」という条件を考えずに、「事件を覚えていないから」とか、「過剰に興奮していたから」といったことだけを根拠や理由として弁識能力や制御能力に障害があったというのでは、足りないことは明らかである。

さらに、法律の上でいう「精神の障害」と精神科医がその専門領域でいっている「精神障害」とは必ずしも同じものではないということにも注意をすべきである。とくに、精神医学的にも、上記の大審院判決が出された当時に「精神障害」とされてきたものとくらべると、現在、「精神障害」としているものはより広いものを含んでいる。またそれは今後も比較的容易に変わっていく。つまり、古くから主要精神病major psychosisとか三大精神病、二大精神病などと呼ばれてきた疾患概念にはおおよそ含まれ得ない、幅広い精神障害を「DSMやICDに掲載されているから」という理由だけで、この法律的な文脈でいう「精神の障害」と認めて良いのかについて、慎重であるべきであり、そう認めるにあたっては鑑定書のなかで相応の説明をする必要があると思われる。

このことはたとえば、小児性愛(DSM-IV-TR 302.2)、露出症(DSM-IV-TR 302.4)、窃視症(DSM-IV-TR 302.82)、窃盗癖(DSM-IV-TR 312.32)、放火癖(DSM-IV-TR 312.33)といった、その障害の特徴的な行動様式自体が特定の犯罪行為となりうる診断、あるいは反社会性パーソナリティ障害(DSM-IV-TR 302.4)や行為障害(DSM-IV-TR 302.4)といったその診断基準がとりまとめる一連の生活行動様式が犯罪や非行傾向そのものを意味する診断があることから、理解できるであろう。

また同様の意味で、何らかの臨床検査で「異常所見がみられたから」といった理由だけで、ここでいう「精神障害」に該当すると考えるべきではない。そ

172

の障害が事件に関連していることを合理的に指し示す必要があるといえる。

ところで、精神医学の診断には、従来診断や操作的診断があり、またそれぞれの精神科医がそれぞれの診断名について抱いている微妙なニュアンスには違いがあることも少なくない。このような事情は一般人にはあまり理解しやすいものではない。そこで必要に応じて、鑑定書のなかで示した診断名について、その疾患概念の背景を説明したり、あるいは他の医師であれば場合によっては（同じ状態像の理解を前提としながら）違う診断名を付けるかもしれないこと、その場合にはどういう診断名があげられる可能性があるのかということなどを述べたりするほうがよいかもしれない。そうしてあらかじめ法律家や一般人がその診断名を見たときにおこりうる混乱をあらかじめ予想した配慮しておくこともすめられる。

173

■推奨5 ■ 医療の必要性など「参考事項」として記すべき事項

【要点】

医療の必要性等は、刑事責任能力とは明確に区別して、「参考事項」の欄に積極的に述べることを推奨する。
※参考事項の欄にどのようなことを記載してほしいのかについては、鑑定依頼者である司法関係者に確認をするとよい。

刑事責任能力に関する精神医学的な能力は、弁識能力と制御能力であるという整理は、刑事責任能力として精神医学的に言及すべきことは例えば「治療が必要である（医療必要性）」といったことは別であるということを確認する。

ただ、精神医学的な治療の必要性などについては、その事例に深く関わる機会を得た精神科医として言及することは、本人にとっても司法にとっても有用であろう。そういった視点からの意見を、しばしば鑑定において求められる「その他参考事項」に記すのがよいであろう。

そして、そのような記載を積極的にすることにより鑑定人の責任能力に関する考察を、より純粋に弁識能力と制御能力に基づくものとするができるはずである。

このように、鑑定作業の中でみえてきた事項であっても責任能力に直接関係しないものは、あいまいに刑事責任能力の説明のなかに混入させるのではなく、それとは明確に区別して、「参考事項」の欄に記すのが望ましい。

そうした例として、以下のようなものがあげられる。ここにあげられる多くの、実際に、著者が鑑定をおこなってきたなかで、司法関係者（裁判官、検察官、弁護士）から言及を求められたことのある事項である。

なお、こうした言及にあたっては、その必要性などについて、鑑定を依頼した司法関係者に確認しておくことよい。

- (1) 医療観察法による処遇の中立の適否や審判で入院・通院による処遇の判断がなされる可能性。具体的には、医療観察法の処遇要件となる3要素（疾病性、治療反応性、社会復帰（阻害）要因）の評価など（詳細は、医療観察法の鑑定のためのガイドラインなどを参照すること）。
- (2) 精神保健福祉法第25条の通報の適否ないし適否。その通報の結果、措置入院の判断がなされる可能性など。
- (3) より一般的な意味での精神医学的治療（入院、通院）の必要性、その緊急性など。ときに処遇中の自殺の危険性についての注意喚起をすべき場合もある。

174

- (4) 訴訟能力（たとえば、被告人としての重要な利害を弁別し、それにしたがって相当な防御をすることの出来る能力など）、およびその治療による回復可能性など。※ただし、本邦においては「訴訟能力」の定義は十分な検討がなされているとは言い難い。したがって、これに言及する場合には、具体的にどのような能力についての評価を法廷が要請しているのかを慎重に吟味しなければならない。
- (5) 供述の信憑性等に関連する事項。たとえば、虚言、誇張など。（ただし、診断の前提として重要である場合には、診断の理由等として本文中に記す。とりわけ「詐病」などについては診断名のところに明確に記すべきである。）
- (6) 供述の理解にあたって、精神医学的に有用と思えるような示唆。例えば、広汎性発達障害のケースでの特異な言語表現がある場合や、コミュニケーションをとるうえで工夫すべき点がある場合の解説など。
- (7) これまで過去に当該事例をめぐって生じてきた（解決されてこなかった、悪循環を招いていた）問題や、医療システム、刑事司法システムなど、それぞれの処遇がおこなわれた場合、おこなわれない場合に生ずることが、今後、予想される問題についての、精神医療の専門家の視点からの整理、説明および提案など。たとえば、安易に心神喪失と判断して医療システムで扱ってきたことで生じる（生じてきた）問題を説明するなど。
- (8) 刑事責任能力に関連する事項ではあるが鑑定人個人の立場からの見解や提言というべきもの。たとえば、「自ら使用した薬物に由来する精神障害」や「違法薬物の使用に由来する精神障害」に関する考え方など。
- (9) その他の法的判断を法律家がするときの資料としての参考意見を求められた場合。例えば、「特定故意」の認定に関するような事項、つまり殺人罪なのか、傷害致死罪なのかという法的判断に関して、「殺意」といえるものがあつたのかどうか、というようなことが問題になることがある。この判断自体は、高度な法学的検討によるべきものであるから、精神医学の専門家にすぎない鑑定人がその判断をしてはならない。しかし、そのような法的判断を法律家がするうえで、有用と思われる参考事項があり、かつそれを述べて欲しいという鑑定依頼者からの求めがあるならば、（あくまでも参考という程度に）この欄に述べることになる。
- (10) その他の医学的配慮について。たとえば、身体疾患やその治療の必要性についてなど。

175

■推奨6 ■ 情報について

【要点】

鑑定における評価、判断の前提となる事実については、細心の注意を払うこと。

鑑定書を作成するにあたっては、さまざまな箇所、本人の供述を引用したり、供述に依拠した事実を前提にしたりして、評価や判断をすることになる。

まずこの「事実」の整理をおこない、そして次に「評価」や「判断」を行うという二段階の構造で作業をおこなうということは、あらかじめ確認されるべきである。

そして、評価や判断の前提とする「事実」の取り扱い、客観的な「事実」として（法廷で）確定されたものばかりではないのが通常であるから、細心の配慮が必要である。ことに起訴前鑑定ではそういった事態は不可避である。また、起訴後の鑑定では、さまざまな事情により、本人の供述内容が大きく変化していることも少なくない。したがって、どのような情報源から得た、どのような情報を前提としたのか、あとから分かるように心がけるとよい。

例えば、鑑定にあたって資料とした情報源をはじめに列挙しておき、(a)(b)…などと符号をつける。そして、鑑定書本文の記述の中では、その符号を利用して引用し、情報源を明確にするとよい。

また、例えば、鑑定の問診の際に聞いたことを前提にしたが、それが捜査段階での供述と異なるような場合には、鑑定での供述を根拠として採用した理由を示したり、あるいはもし捜査段階の供述を信用した場合には判断が異なるのかなども記載しておくことが望ましい。

こうした点では例えば、警察官や検察官による調査というのは、取調べをする捜査者が本人から事情を聴取して、文章として作成し、その内容で間違いないかを読み聞かせて本人に確認するという手続きで作成されているものであり、必ずしも完全に本人が語った生の「言葉」をそっくりそのままに記しているというわけではない（※その旨を明記して逐語で記している箇所がある場合もある）ことなどにも注意が必要である。

情報が不足して判断が確定しない場合には、その旨を記し、どのような情報があとから加われば、どのように判断が変わりうるのか、確定しうるのかなどを述べるのも丁寧でよい。

鑑定人としては情報を入手しよう努力したにもかかわらず、それが何らかの理由でかかわなかった場合には、その経緯を記しておくことも、すめられる。

176

なお情報の入手にあたっては、原則として、鑑定依頼主を通じて行う（もしくはその承諾や許可を得て行う）のが間違いなくよい。鑑定人が独自に情報入手をしようとする、あるいはそうした情報を基礎にして鑑定書を作成することで生ずる可能性のあるトラブルを避けるためである。したがって、前述のように入手を試みながら入手できなかった資料があるとすれば、たとえば「〇〇に関しては裁判所を通じて入手を試みたが、すでに保存期間を過ぎているため入手不可であるとの回答があった」などと鑑定書に記しておけばよいことになる。

177

参考1 鑑定の考察にあたっての7つの着眼点 ～法曹への説明に備える

われわれの研究班では、その討議を経た提案（通称、平田提案）に基づき、責任能力について言及する場合に有用であると思われる考察のための着眼点をまとめた。

■位置づけの変更について

この着眼点は、初版の17年度版で紹介してから、18年度版でも、また今回もいくつかの点で改訂を加えている。そのもっとも大きな変更は位置づけの変更にある。今回からは【推奨】の項目から、【参考】の項目へと変更し、そして、書式のなかでは「別紙」へと移動することになった。その理由については、本手引き冒頭の「18～20年度総括版にむけて」で述べたとおりであるので、使用前にぜひ一読していただきたい。

■7つの着眼点

この7つの着眼点としてあげられた各項目は、行為前後のおおよその時間的な流れにそって列挙すると以下ようになる。

- 動機了解可能性／了解不能性
- 犯行の計画的性、突発性、偶発性、衝動性
- 行為の意味・性質、反道徳性、違法性の認識
- 精神障害による免責可能性の認識の有／無と犯行の関係
- 元来ないし平素の人格に対する犯行の異質性、親和性
- 犯行の一貫性・合目的性／非一貫性・非合目的性
- 犯行後の自己防衛・危険回避的行動の有／無

※これらはあくまでも確認や整理のための着眼点であるから、各項目は、「ニュートラル」に位置づけて、たとえば①であれば了解の可能性と不能性の両面から、⑥であれば合目的性と非合目的性の両面から、とらえるという姿勢が求められる。

※どれか1つが該当したからとか、どれか1つの項目でも該当しないから、あるいは何項目あてはまったので、といったことで判断をするような性質のものではない（たとえば「基準」のようなものではない）ことにも十分に注意が必要である。

178

7つの項目の詳細は以下の通りである。

a. 動機了解可能性／不能性

どのような動機による犯行であるのか。症状（妄想など）に基づく明らかに不合理で了解不能な動機だけが認められるのか。現実の確執、利害関係、欲求充足など了解可能な要因があるか。一見了解可能であるだけなのか。了解不能の程度（たとえば妄想の奇異さの程度）にも言及するほうがよい。おそらくこの着眼点については、他にくらべて総合的評価における比重が大きくなることが多いであろう。

b. 犯行の計画的性／突発性／偶発性／衝動性

何らかの計画的性があると評価できるか。その緻密さほどの程度か。現実的な計画と言えるか。計画的というよりも、突発的、偶発的、あるいは衝動的なものであるか。

ただし、計画的とか衝動的の有無そのものが、即、弁識能力や制御能力といったものの評価になるわけではない。たとえば単純に、計画的であれば制御能力がある、衝動的であれば制御能力がないという結論になるわけではない。その犯罪には計画的性や衝動的性があるか、それは具体的にどのような面で確認されるか、そしてその計画的性や衝動的性にはどのように、どれくらい精神障害が関わっているかに注目することが必要不可欠である。

この項目は、事前の行動をみるため、犯行時点での能力をそのまま反映していない場合があることにも注意しなければならない。

c. 行為の意味・性質、反道徳性、違法性の認識

当該行為をどのように意味づけていたのか。違法で反道徳的なものであるとの認識をもっていたのか。たとえば、被害妄想の妄想上の加害者に対する正当なる反撃であると思こんでいるなど、精神症状に基づく誤った現実認識が原因となって、正当防衛的な行為であると妄信していたのか。

また、たとえば「殺人一般」に対してもっている善悪の判断と、自分が行った「殺人」に対して持っている善悪の判断に乖離がある場合があることにも注意すべきである。

不合理な正当化はあるとしても、それは自己愛的ないし猜疑的な人格傾向に基づくものではないかなども注意する。

あくまでも犯行時の認識を問うのであり、事後の反省などは基本的に区別される必要がある。

179

d. 精神障害による免責可能性の認識

犯行当時、あるいは犯行に先立って、自らの精神状態をどのように理解していたか。いわゆる病識や病感はどうであったか。精神障害による免責の可能性の認識をしていたか（「心神喪失」「心神耗弱」という法的な抗弁があり、それが自分に適用される可能性があるということを知っていたか）。その認識が動機として関係していたと評価できるか。

このとき、犯行後に本人が過度に精神症状や異常性を誇張したり、それらをねつ造したりしている様子の有無なども参考にはなるが、それは犯行時の能力に直接関係する要素ではないので、基本的には区別されなければならない。

e. 元来ないし平素の人格に対する犯行の異質性・親和性

この項目では、犯行が本人の人格から考えて異質なものであるか、親和的なものであるかについて検討する。これは以下の2つの視点をもつ必要がある。

(1)元来の人格を比較の対象として、統合失調症や慢性的覚せい剤使用の結果としてみられるような、いわゆる発症後の人格変化がある場合に、その病前と比べて認められる人格（性格）の変化が事件に関連しているか。

(2)犯行という比較的短期間の人格や精神機能全般を、それ以前やそれ以後の比較的長い期間のそれと比べてときに異質であるとか、断絶しているといった様子があり、それが事件と関連しているといえるか。例えば薬物の急性中毒や統合失調症の急性錯乱にみられる可能性があるもの。

なお、記憶の欠如（健忘）の存在が、犯行時に本人が(2)のような状態にあったことの傍証とされることがある。けれども、一般的に事件の最中には確実に本人の意思によって行動しているとみられる加害者が、事後になって、事件について覚えていないと述べることは非常に多いことから、そうした記憶の欠如の取り扱いは注意を払わなければならない。少なくとも、覚えていないという言葉以外に(2)を示唆する情報が得られない場合には、真に記憶の欠如があるのかという点を含め、また、記憶が欠如しているとしてもそれは事後に健忘が生じただけではないかということも含め、相当に慎重になるべきである。

f. 犯行の一貫性・合目的性／非一貫性・非合目的性

犯行の意図を実現するために一貫性のある行動をとっていたか。犯行意図の形成が不明確で、衝動的・偶発的な行動の結果として犯行が突出したもの（急性精神病による混乱の渦中で生じた犯行など）で、非合目的的な行動や奇妙さがみられると評価されるか。短期的な視点と長期的な視点に分けて論ずるほうが良い場合もある。

180

この点の評価、とくに合目的性の評価にあたっては、少なくとも次のような注意が必要である。すなわち、何らかの犯行を成し遂げているということになれば(あるいはそれが法律上は「未遂」であるとしても)、何らかの点で合目的な行動をとることができている——たとえば、完全に妄想のみに由来する病的な目的を達成するための犯罪であっても、その行動には合目的性が必ず見出される。つまり、合目的性を過剰にはかりすぎることとは避けられなければならない。

g. 犯行後の自己防御・危険回避的行動

犯行後に逃走や証拠隠滅、虚言などの自己防御的な行動をしていたか。被害者の救助や火災の消火など危険回避的な行動があったか。それらは、行為の性質や意味、善悪の判断に関係するものといえるか。あるいは、行動の一貫性等の面からはどう評価されるか。なお、事後の行動をみるため、犯行時点での能力をそのまま反映していない場合があるので注意が必要である。

■7つの着眼点の扱いについての注意

7つの着眼点については、①項目間でその重要度は同等ではないこと、②各項目は独立しているわけではなく、項目間に重なり合うことがらもあること、③どれかひとつの項目に該当したからとか、何項目あてはまるからというようにすることで刑事責任能力を判断するようなものではないこと、④各項目について一方向だけからみるのではなく、ニュートラルな視点から評価する必要があること(たとえば動機の了解可能性だけでなく、了解不能性にも目を向けること)、⑤事件によっては全く検討の必要がないものもあること、⑥検討をしても明確に言及することが難しいものもあること、などに注意しなければならない。

■7つの着眼点と総合的な最終判断との関係についての注意

これらの項目はあくまでも「視点」としてあげるものである。たとえば「基準」のように扱われるべきものではない。直接、弁識能力や制御能力の程度、あるいは刑事責任能力の結論を導くものでもない。これらの項目のうちどれかひとつでも欠けば、あるいは満たせば、刑事責任能力が認められるとか失われていくというような判断ができる、というものではない。

たとえば、完全に動機が奇異な妄想のみに由来していて、合理的で現実的な理由が一切かがおれないような場合でも、事件をおこす(おこした)ということはある程度合目的で一貫性のある行動をしている(いた)ことになる。このような事例で、あまりにも「合目的だから」というような点

に着目しすぎると、ほとんどすべての事件で能力が保たれていたことになってしまうのである。

最終的にはこの着眼点を参考にしたうえで、犯行と精神障害との関係を中心にした総合的な説明を法曹に提供することになる。

5. 医療観察法の審判において留意すべき事項

※平成17年度厚生労働科学特別研究 中島 豊爾

医療観察法の審判において、鑑定医は、医療観察法による医療を行う必要性についての鑑定を求められる。その鑑定結果の記された鑑定書は審判の結果に大きな影響を与えるものであり、鑑定書の作成に際して熟慮を要すべきことは言うまでもない。今回、鑑定書の収集及び分析により、下記の論点が明らかになった。以下に、事例を交えながら詳述する。

1. 医療観察法による医療の必要性について
2. 入院処遇と通院処遇の選別について
3. 対象行為又は責任能力に関して疑義があった際の対応について

《中略》

※なお、事例検討における鑑定書の抜粋については、特に議論の余地のある部分を抜粋したものであるが、個人情報保護のため一部記載を省略又は一般的な表現に改変するなどの処置を行っている。

1. 医療観察法による医療の必要性について

○具体的には、「他害行為を行った時点での精神障害の存在(疾病性)」「精神障害の治療可能性(治療反応性)」「同様の行為を行うことなく社会復帰を促進させるための医療の必要性(社会復帰要因)」の三者が、医療観察法による医療を行うための要件であるとされる。

○特に、3点目の社会復帰要因については、単に同様の行為を行うとした可能性があるのみでは不足であり、精神障害に基づき社会復帰の妨げとなる同様の行為を行う具体的現実的な可能性を含め、対象者の社会復帰を支援する側面から医療観察法による医療を提供することの是非について論じる必要がある。

○また、本来対象者の病状に関する純粋医学的判断を求められるところ、個別具体的な事情に応じ、対象者を取り巻く心理社会的環境にも言及する必要がある。

【うつ病】

被害妄想により家族を殺害したが、公判中に治療を受け、無罪判決に基づく申立て時点では寛解していた事例

○審判時点で寛解、治療反応性良好、家族の協力もあり、対象者や家族の治療動機良好
⇒ 不処遇

一般精神医療で再び同様の行為を犯す可能性は低い。

【統合失調症】

鑑定入院中に精神症状は改善したが治療への理解が得られない事例

○現時点で対象者は治療を拒否し、家族の治療協力も不十分で、一般的な精神科医療で十分な医療を確保できない。

⇒入院による医療

【アルコール・薬物関連障害】

○対象行為時は、精神病状態で心神喪失等の状態にあったが、鑑定時には精神病は消失し依存症のみ残っている場合

⇒再び同様の行為を犯す具体的現実的可能性が高いなら依存症を対象行為時と同様の疾患とみなし医療観察法で処遇し、再び同様の行為を犯す具体的現実的可能性が明確に高いとまで言えないなら、不処遇で一般医療での任意の対応を図るという考え方は首肯できる。なお、責任能力に関しては、使用開始時の状態は心神喪失等でないので、使用により自らが精神状態に陥ることを知っていたなら、「原因において自由な行為」として責任を問う考え方がある。

2. 入院処遇と通院処遇の選別基準について

○入院処遇と通院処遇の選別については、次のようないくつかの視点を総合して判断することが求められる。

- ・疾病性、治療反応性、社会復帰要因からみて医療観察法による入院医療が不可欠であれば、入院処遇とする
- ・院処遇では医療の継続性が確保されないならば、入院処遇とする
- ・治療の動機付けが不十分で周囲の援助も期待できなければ、入院処遇とする
- ・精神保健福祉法による入院で足りるならば、入院処遇とはしない
- ・あえて指定入院医療機関の専門医療を適用する必要性がなければ、入院処遇は選択しない
- ・遠方の指定入院医療機関への入院が社会復帰を阻害する時は、入院処遇は慎重に考慮する

○入院処遇か通院処遇かの判断を行うにあたり、下記の諸要素を勘案する必要がある。※(◎: 高い該当性、△: 状況による個別的該当性、×: 非該当を例示)

入院治療適合性（入院による治療で改善が期待できるか）

- ◎統合失調症、気分障害、意識障害などの急性期
- △統合失調症慢性期、妄想性障害、強迫性障害、解離性障害等
- ×合併している薬物依存、人格障害、認知症、知的障害等

- ・入院処遇不可避性（行動病気が強く入院以外の処遇では処遇困難であるか）
- ◎自他への攻撃行動や離院行為の現存、内省の欠如、顕著な他罰的傾向
- △不十分な病識、家族の無理解・非協力
- ×攻撃性・非社会性が微小、治療同意の存在、十分な家族の理解・協力

- ・（参考的に）対象行為該当性
- 意図的な殺人、無関係の第三者への他害行為、複数回の他害行為歴
- △比較的軽度の傷害、家族関係の中で起こった他害行為、初回の他害行為
- ※なお、対象行為該当性に関しては今後詳細かつ慎重な議論が必要である。

【妄想性障害】

- 嫉妬妄想が高じて配偶者への傷害を行った高齢者の事例
- 嫉妬妄想は訂正不能だが、限定的ながら医学的治療による改善も期待できる。病状改善と再発防止、社会復帰を確実にするため本法による医療が必要である。
- 脳器質疾患による認知機能の低下や生来の非社会的な人格傾向、指定入院医療機関が遠隔であることを総合的に考えると通院による医療がふさわしい。
- 家族状況を考慮すると、直ちに在宅医療とするのは困難。
（解説）
・「入院処遇未済、通院処遇以上」事例への有効な処遇の検討必要
・通院処遇としてつつ精神保健福祉法による入院を行うことも一定の妥当性

【統合失調症】

- 鑑定入院中に不完全覚醒に至った事例
- 治療の継続がなされなければ幻覚妄想状態が再燃し、対象行為を行ったときと同様の幻覚妄想、混乱状態が惹起される可能性がある。
- 幻覚妄想状態は次第に改善、病識も出現しつつあり。家族も治療に協力的である。
⇒通院処遇

（解説）精神症状が軽快傾向にあり、治療意欲も芽生えつつある場合は、通院処遇が有効な選択肢。

【統合失調症】

- 鑑定入院中に症状が軽快したが病識が欠如している事例
- 薬物療法により「注意感」「暗号による指示」といった症状は改善したが、「ヤクザは撲滅する」との妄想は強固。贖罪の念も芽生えていない。「自らで収めた」と病感を消失させ治療意欲を減退させている。
⇒入院による医療
（解説）審判時点で病識が欠如している場合には、通院処遇によっては医療の継続が損なわれる危険性がある。

3 対象行為又は責任能力に関して疑義があった際の対応について

- 医療観察法による審判においては、入院処遇、通院処遇、不処遇のいずれかの決定が行われるが、例外的に、審判の途上であっても裁判官により申立却下とされることがある。
- 具体的には、検察官による不起訴に基づく申立てにあって、「対象行為の不存在」、「対象者が完全責任能力である」、「不合法の申立て」においては、裁判官は決定を以て申立てを却下することができる。他方、無罪判決の確定後においては、却下規定は存在しない。
- 申立却下は専ら裁判所の裁判官に与えられた権限ではあるが、精神保健審判員ないし鑑定医にあっても、自らの職能を發揮し、必要に応じ申立てを却下するよう裁判官に要請すべき場面がありうる事が想定される。
- 特に責任能力については、今般、責任能力鑑定（特に簡易鑑定）の信頼性に疑問が示されていることから、ダブルチェックの意味合いがあることも認識すべきである。

【混合性人格障害】

- 過去に統合失調症と診断されていたが、操作的診断基準を満たさない。精神鑑定書では「会話はスムーズで連合弛緩などの思考障害も感じさせない。これまでの経過より推測して覚醒に近い統合失調症の残留状態」
- 対象行為は、何とか腹いせをしてやろうと思ひ、降車駅についてドアが開いたら降りて出てやろうとあらかじめ計画し実行している。簡易鑑定でいうように対象者が心神喪失の状態であったか大いに疑問。
- 人格障害の治療は一般にかなり困難だが、医療観察法の入院治療で、この

機会に適切かつ十分な治療を試みる事が有意義。

- （解説）
・鑑定医は、当初の診断を覆し、人格障害とした時点で、責任能力鑑定についても再検討するよう積極的に裁判所に提言すべき。
- ・審判員は、慎重に精読し必要に応じ再鑑定命令を下すなどの対応を行うべき
- ・このような簡易鑑定を行った医師に対するフィードバックの仕組みが必要

4 鑑定入院中の治療行為について

【妄想性障害】

- 鑑定入院中に治療への同意が得られなかった妄想性障害の事例
- 鑑定入院後、リスペリドン1mg投与したが拒否が強く、あえて注射などの強制投与は行わず。信頼関係構築をはかったが頑なさに変化なかった。
- 対象者は被害妄想に基づき自らを守るために凶器を所持し、保護するために現れた家族を被害的に解釈し襲った。妄想性障害により心神耗弱。
- 妄想対象への攻撃性は持続し再び同様の行為を行う可能性が高く、妄想対象は家族にとどまらない。対象者に病識はなく通院による医療は困難であり、入院による医療が必要。
（解説）従前な措置入院による医療が提供されたはず。強制的な投薬を含め、より積極的な治療を行う方が妥当だった。

【医療観察法の審判において精神保健審判医が留意すべき事項】【精神保健審判医ポケットメモ（第一版）作成者 八木 深】より抜粋うえ一部改変 ※平成17年度厚生労働科学研究 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 主任研究者：小山司 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-分担研究者：八木 深

6. 医療観察法鑑定ガイドライン

「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」（医療観察法）鑑定ガイドライン
厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業
「触法行為を行った精神障害者の精神医学的評価、治療、社会復帰等に関する研究」
成果報告
（主任研究者 松下 正明）

はじめに

本鑑定ガイドラインは、私が主任研究者として活動を行ってきた厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）「触法行為を行った精神障害者の精神医学的評価、治療、社会復帰等に関する研究」（いわゆる「松下班」）の研究報告書から、当該部分を一部訂正のうえ抜き出したものである。

平成17年7月15日、「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」（「医療観察法」）が施行されることになった。

「医療観察法」の実施にあたっては、入院や通院の現場における医療観察法医療の具体的なやり方や運用の仕方、あるいはその背景にある考え方の統一、さらには司法精神医療レベルの標準化、対象者の人権擁護の確立、精神医療の公開性を保つために、種々のガイドラインが設定されることになった。

周知のように、「医療観察法」における申立て後は、まず精神鑑定（鑑定入院）から始まる。したがって、まずは、精神鑑定のガイドラインが必要となる。とりわけ、「医療観察法」における精神鑑定が鑑定人の恣意性によって勝手に行われるならば、裁判所における判定はもろろんのこと、その後の入院医療、あるいは通院医療、ひいては医療観察法による医療全体に混乱を引き起こしかねないという危惧があり、鑑定ガイドラインの制定は緊要の課題とされてきた。

私は、鑑定ガイドラインもまた、他の「入院処遇ガイドライン」や「通院処遇ガイドライン」、「地域処遇ガイドライン」とともに、厚生労働省から提出されるものと思っていたが、最近になってそうでないことが分かり、急速、「松下班」において提案された「医療観察法鑑定ガイドライン」をひとつのモデルとして公表することにした。上に述べたように、「医療観察法」においては鑑定における統一性が保たれることが必須であり、そのために鑑定ガイドラインの制定が緊要事だからである。

鑑定ガイドラインとして「松下班」の成果をモデルとしたのは、昨年度より

開始された「医療観察法」における司法精神医療等人材養成研修会での鑑定ガイドラインの説明も「松下班」の報告に基づいているということがその理由のひとつである。厚生労働省が画定した「ガイドライン」と違って、この鑑定ガイドラインに絶対的に従わねばならないということではないが、これまでの関係者のなかではひとまずこのガイドラインを基準とすることで意見の一致をみており、このガイドラインに基づいて実際に鑑定が行われるはずであり、ここに公表する次第である。

本ガイドラインがこれからの医療観察法鑑定に従事される鑑定人の参考となれば幸甚である。

なお、本鑑定ガイドラインは、「松下班」中の分担研究である「触法精神障害者の治療必要性に関する研究」（分担研究者：平野誠 独立行政法人国立病院機構・肥前医療センター長）の3年間にわたる成果に主として基づいている。また、ガイドライン中にある、社会復帰要因をめぐる共通評価項目は厚生労働省による「入院処遇ガイドライン」に依拠していることを付記しておく。

平成17年8月1日

研究班 主任研究者 松下 正明

189

心神喪失者等医療観察法鑑定ガイドライン

() は医療観察法の条項を示す。

～基本的な考え方～

1. 医療観察法の趣旨

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「本法」という。）は、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者に対し、その適切な処遇を決定するための手続等を定めることにより、継続かつ適切な医療並びにその確保のために必要な観察及び指導を行うことにより、その病状の改善及びこれに伴う同様の行為の再発の防止を図り、もってその社会復帰を促進することを目的としている（1条1項）。

2. 本ガイドラインの目的

本ガイドラインは、本法の規定に基づき裁判所に鑑定を命ぜられた医師（以下「鑑定医」という。）が、本法の規定に基づき行われる鑑定（以下、「医療観察法鑑定」という。）の鑑定書に記載すべき事項の概要について述べ、鑑定医が作成する鑑定書の記載内容を標準化することを目的とする。本ガイドラインは、医療観察法鑑定を行う上での技術的な留意点について記載し、今後における医療観察法鑑定の技術の向上を目指すものである。

3. 医療観察法鑑定

1) 医療観察法鑑定の目的

医療観察法鑑定は、対象者に関し、第一に精神障害者であるか否か、第二に対象行為を行った際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するためにこの法律による入院または通院の医療を受けさせる必要性（以下「医療観察法医療必要性」という。）があるか否かの判断のために行われる（37条1項）。これらの判断に資するために、鑑定医は対象者の病歴や関連する側面情報を収集し、診察、検査等を実施して鑑定を行う。

医療観察法鑑定は精神障害の類型、過去の病歴、現在及び対象行為を行った当時の病状、治療状況、病状及び治療状況から予測される将来の症状、対象行為の内容、過去の他害行為の有無及び内容、並びに当該対象者の性格を考慮に入れて行い、医療観察法における医療必要性に関する鑑定の結果を述べるとともに、該当する場合には併せて、このような鑑定の結果に、当該対象者の病状に基づき、本法による入院による医療の必要性に関する意見を付すものである（法37条2、3項）。

190

2) 医療観察法鑑定の種類（入通院・退院及び入院継続・再入院）

第一に、検察官は、被疑者が対象行為を行ったこと及び心神喪失者若しくは心神耗弱者であることを認めて公訴を提起しない処分をしたとき、又は被疑者が、対象行為について、心神喪失を理由とする無罪の確定裁判若しくは心神耗弱を理由として刑を減輕する旨の確定裁判（実際に刑に服させることとなるものを除く。）を受けた場合、原則として、本法による処遇の要否及びその内容を決定することを申し立てることとなる場合、この検察官の申し立てに係る審判においては、原則として医療観察法鑑定が行われる（37条）。

第二に、指定入院医療機関の管理者による退院の許可の申立て、指定入院医療機関の管理者による入院継続の確認の申立て、又は指定入院医療機関に入院している対象者等による退院の許可若しくは本法による医療の終了の申し立てに係る審判において、裁判所が審判のため必要があると認める時には医療観察法鑑定を命じる場合がある（52条）。

第三に、本法の入院によらない医療を受けさせる旨の決定を受けた対象者について、保護観察所の長から指定通院医療機関の管理者の意見を付して、本法による医療の終了の申立て、入院によらない医療を行う期間の延長の申立て若しくは入院の申立て又は入院によらない医療を受けさせる旨の決定を受けた対象者等による本法による医療の終了の申し立てに係る審判において、裁判所が審判のため必要があると認める時には医療観察法鑑定を命じる場合がある（57、62条）

3) 刑事訴訟手続における鑑定との相違

刑事訴訟手続における精神鑑定では、鑑定人は、被鑑定人が当該行為を行ったときの精神状態を精査し、その責任能力の有無・程度について言及する。精神鑑定は専門家による判断ではあるものの、証拠の一つにすぎず、最終的には検察官ないし裁判所が種々の要素を考慮して総合的に責任能力の有無を判断する。

それに対して、医療観察法鑑定では、鑑定医は対象者の医療観察法における医療必要性についての意見を述べるものである。

4. 医療観察法鑑定における考え方

1) 医療観察法における医療必要性の判断

医療観察法における医療必要性の判断において、鑑定医は下記に示す3つの評価軸に時間軸を組み合わせて評価を行い、意見を述べる。

2) 医療観察法における医療必要性に係る3つの評価軸

(1) 疾病性

191

疾病性とは、対象者の精神医学的診断とその重症度、及び対象者の精神障害と当該他害行為との関連性を意味する。

対象者の精神医学的診断においては、ICD-10による分類を原則とする。また疾病の重症度に関しては、臨床的な記述をすると共に例えばICFやGAF等により評価を行う。疾病による弁識能力・制御能力の障害についても評価する。心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者においては、疾病と当該他害行為との関連性が認められるものと考えられるが、その関連性の強さについても医療観察法鑑定において評価する。

(2) 治療反応性

治療反応性とは、精神医学的な治療に対する、対象者の精神状態の望ましい方向への反応の強さを意味する。

対象者の精神障害が治療及び医学的なケアの可能性のないものである場合、すなわち対象者の精神障害が治療可能性のない場合は本法に係る医療の対象とはならない。対象者の精神障害の治療可能性を査定するためには、対象者が精神障害を有すること、対象者が治療反応性を有することが必要である。医療観察法鑑定においては、対象者が精神障害者であるか否かの判断と並行して、実際に対象者に対する精神医学的治療的アプローチを行うことで、対象者の反応を精査する。

治療反応性の判断に当たっては、以下のような下位概念に分けて考えることが有用である。即ち、対象者が治療を受けることに対する肯定的な動機づけを持ちうるかどうか（治療動機と準備性）、対象者が治療に同意して積極的に治療に参加できるかどうか（治療の同意と参加）、実際に行った治療が目標にあった効果が発揮するかどうか（治療目標と効果）、治療の効果が他の場面にも般化するかどうか（治療の般化）。

上記を総合的に考察した結果、対象者が治療反応性を全く有しないと判断されれば、必然的に対象者の精神障害は治療可能性のないものであると判断される。

(3) 社会復帰要因

本法は対象者の社会復帰を促進するための法律であるから、その処遇の決定に当たっては、対象者が社会復帰という目的を果たすことを促進あるいは阻害する要因について精査する必要がある。仮に対象者が高い疾病性を有しており治療反応性が認められなかったとしても、対象者の社会復帰を阻害するような確たる要因が認められないのであれば、あえて対象者に本法による処遇を行う必要はないであろう。本稿ではこの点に着目し、特に対象者の円滑な社会復帰を阻害する要因について、社会復帰要因という軸を設けて判断する。社会復帰要因は対象者の環境や経過（文脈）を考慮に入れることには論じることができない。社会復帰要因の評価にあたっては、臨床的な情報の積み重ねと構造的な評価方法等を参

192

考にする。後述する共通評価項目の17項目は、主に社会復帰要因のうち可変性のある要素についての経時的評価のために用いられる。

3) 時間軸の設定

医療観察法鑑定は、評価を何時の時点のもので行うのか、その時間軸の設定に特徴がある。過去に関しては生育歴、生活歴などを遡り、当該行為時、鑑定をしている現在、さらに審判時点での予測など長い時間の中での評価を行う。

疾病性や治療反応性、社会復帰要因が将来において変化しうるかについて意見を述べる。

4) 医療観察法における医療必要性の判断基準

医療観察法における医療必要性があると判断するためには、疾病性・治療反応性・社会復帰要因のいずれもが一定水準を上回ることが必要である。三者のいずれか一つでも水準を下回る場合には医療観察法における医療必要性がないと判断される。鑑定医は鑑定書を提出する時点での三者について記載し、もって医療観察法における医療必要性に関する意見を述べ、さらに審判時点における三者についての予測的見解を妥当な範囲に限り記載する。

～医療観察法鑑定における鑑定書の記載内容～

医療観察法鑑定を行うに当たっては、鑑定医は鑑定書を作成するにあたり審判の参考となる一定の様式を守ることが望ましい。

以下に鑑定書に記載すべき事項の原案をあげる。

1. 事実関係に関する記載

対象者の情報：氏名・性別・生年月日・年齢・国籍・本籍・現住所・職業付添人の情報（該当時）：氏名・事務所所在地

保護者の情報：氏名・住所

医療観察法鑑定に至る経緯（該当時）：地方裁判所名・裁判官・精神保健審判員・医療観察法鑑定を命ずる裁判の内容等

裁判四様（該当時）：送致警察署・主任検察官・判決裁判所・事件番号事件概要：当該対象行為の罪名・当該対象行為の概要、不起訴処分又は裁判の内容

医療観察法鑑定日時関係：医療観察法鑑定開始年月日・鑑定書作成年月日鑑定入院関係（該当時）：鑑定入院医療機関名・入院年月日

193

家族歴：負因・家族に関して特記すべき情報

生活史：出生地・生育歴・学歴（成績）・職歴・性発達歴・婚姻歴・海外渡航歴

最近の生活状況：家庭環境・交友関係・経済状況・社会活動・関心事（趣味）・宗教・社会福祉サービスの利用状況

犯罪歴：過去の他害行為の有無及び内容（あれば内容・裁判の結果・服役状況・捕縛・保護観察処分・不起訴処分等）

既往歴：身体疾患罹患及び治療歴・精神疾患罹患及び治療歴・精神科入院回数薬歴：常用薬物・違法薬物乱用歴・飲酒・喫煙・アレルギー歴

側副情報から特記すべき事項

2. 医療観察法鑑定に係る意見

「3つの評価軸による対象者の評価（それぞれ時間軸を考慮）」

疾病性：診断・重症度・当該対象行為と疾患との関連性

治療反応性：治療準備性・治療同意・治療の効果・治療の教化

社会復帰要因：共通評価項目・その他特記すべき情報

「主文」

対象者が精神障害者か否か

対象行為を行った際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するためにこの法律による医療を受けさせる必要があるか否か

この法律による入院による医療の必要性に関する意見（37、52、62条の鑑定の場合）

3. 医療観察法鑑定に係る情報

診断：主診断・副診断・身体合併症

現病歴：主診断に係る病歴・治療内容とその結果・対象行為を行った際の対象者の症状

鑑定時状態：鑑定書作成時点での対象者の症状及び状態像及び予測される将来の症状

対象者の性格傾向：臨床的観察事項・心理テストにおいて特記すべき事項

鑑定入院中に行った治療内容とその結果

194

特記すべき身体検査結果

その他参考となる事項

4. 別添（必要に応じて）

不起訴事件記録・裁判記録・刑事司法鑑定書・過去の診療録・学校記録・保健福祉サービス記録・心理検査結果・その他臨床検査結果・その他参考資料

～留意事項～

1. 医療観察法鑑定の実際と留意点

医療観察法鑑定は医学的見地から本法による処遇の必要性の有無に関する鑑定を行うものである。対象者の社会復帰を促進するためには、対象者にとって最も適切な処遇が決定される必要があり、裁判所による適切な判断に資するために鑑定医は医療観察法鑑定を行う。

本法の目的は「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者に対し、その適切な処遇を決定するための手続等を定めることにより、継続的かつ適切な医療並びにその確保のために必要な観察及び指導を行うことによって、その病状の改善及びこれに伴う同様の行為の再発の防止を図り、もってその社会復帰を促進すること」とされている。

このために概ね以下の手順で医療観察法鑑定を進める。

2. 医療観察法鑑定に当たり収集を検討すべき情報

1) 家族歴

家族の病歴と生活や行為の障害（人格、犯罪歴なども含む。）について記載する。

2) 生活史

不起訴事件記録・刑事裁判記録や保護観察所の調査等をもとにした側副情報を参考にする。可能な限り客観的で多角的な情報を得るよう努める。

- (1) 出生地・生育歴
- (2) 学歴と成績
- (3) 職歴
- (4) 性発達歴・婚姻歴
- (5) 宗教
- (6) 海外渡航歴

195

3) 最近の生活状況

不起訴事件記録・刑事裁判記録や保護観察所の調査等をもとにした側副情報を参考にする。

- (1) 家庭環境
- (2) 交友関係
- (3) 経済状況
- (4) 社会活動・関心事（趣味）・宗教
- (5) 社会福祉サービスの利用状況

4) 薬物・アルコール歴

対象者について薬物関連障害を疑う場合には、薬物乱用（有害な使用）、依存、精神病状態、後遺障害など、対象者がどのような病態水準にあるかを判断する。これらは年余にわたる経過の中で形成され進行するものであり、対象者自身がこれらをどのように認知していたかを客観的な情報をもとに検討する。

5) 犯罪歴・矯正処遇歴

不起訴事件記録・刑事裁判記録や保護観察所の調査等をもとにした側副情報を参考にする。特に過去の判決や事件記録等の側副情報を参考に、各行為と対象者の精神状態及び疾病性に関する検討を行う。

6) 性発達歴

生物学的な性発達歴に加えて、実際の行動面より性に関する発達歴を検討する。特に性的サディズムが関係する事例では性病理と他害行為との関係を検討する。

7) 側副情報

対象者にとって最も適切な処遇を迅速に決定するためには、より柔軟で十分な資料に基づいた判断が求められる。これは審判だけではなく鑑定でも同様である。例えば、対象者の発達歴を客観的に査定するには学校記録が、病歴にはこれまでの診療録が、他害行為と疾病の関係ではこれまでの犯罪歴が資料として有用である。一方、守秘義務や対象者の同意なしには閲覧できない資料があることも確かで、実際には鑑定医の可能な範囲内で情報収集を行うことになる。側副情報源としては次のようなものがある。

- (1) 不起訴事件記録（供述調書を含む。）
- (2) 裁判記録
- (3) 刑事司法鑑定書（簡易鑑定、本鑑定）

196

- (4) 前科前歴
- (5) 治療を受けていた場合は診療録
- (6) 学校記録（発達障害など）
- (7) 保健福祉サービス記録
- (8) その他

3. 医療観察法鑑定作業に係る項目

1) 診断

原則的にICD-10を用い、必要があればDSM-IVや従来診断を付記する。主診断に加えて、複数の診断がある場合には副診断も重要である。

2) 精神科現病歴関連

不起訴事件記録・刑事裁判記録や保護観察所の調査等をもとにした側副情報を参考にする。これらは診断や治療反応性を検討する上で最も重要な情報である。ときに鑑定医の直接的な視点より過去の診療録を検討する機会を得ることが有用なケースがある。

- (1) 病歴
- (2) 治療歴
- (3) 薬物療法歴

3) 鑑定時現症・精神徴候

精神現症の記載にあたっては標準的な用語を用いる。

4) 人格傾向

発達歴や生活史、過去の行為障害の有無などは不起訴事件記録・刑事裁判記録や保護観察所の調査等をもとにした側副情報を参考にする。対人関係への反応を過去から現在（鑑定時）を診ることで診断するが、心理テストも参考となる。

5) 心理テスト

知能テスト特にWAIS-Rは多くの情報を提供する。人格面のMMPI、うつ病のBDIのように自記式の評価から、専門家によるロールシャッハテストまで多種多様な心理テストの利用が考えられる。脳器質的疾患ではベンダーゲシュタルトテストも必要となる。このほかに文章完成テストやバウムテスト、P-Fスタディなど臨床的にも汎用されている心理テストを採用する。

197

6) 身体的検査（頭部CT、MRI、EEG、血液、肝機能など）
脳器質性疾患を鑑別する上でも頭部の画像診断や脳波検査は重要である。合併する身体疾患などでは血液データや腹部エコー・CTなど精神医学的検査以外の検査が必要となる場合もある。

7) 犯罪歴に関する情報

不起訴事件記録・刑事裁判記録や保護観察所の調査等をもとに側副情報を参考にする。過去の対象者の他害行為等がある場合には時系列で見てゆく有用な情報となる。特に暴力に関する情報はこれらの行為が生じた背景や文脈と疾病との関係を検討することが重要である。

8) 鑑定中の治療内容と治療に対する反応(薬物療法を中心として)

対象者の治療反応性を評価するために薬物療法を中心とした急性期治療を実施しながら評価を行う。

4. 共通評価項目

医療観察法医療必要性の判断根拠や基準をより検証可能にし、また治療が始まった場合には多職種チームでの評価や、入院・通院・再入院・処遇の終了などの様々な局面で継続した評価を行うために、共通評価項目を設定する。共通評価項目は以下の17項目とする。

共通評価項目

「精神医学的要素」

- ・精神病症状
- ・非精神病性症状
- ・自殺企図

「個人心理的要素」

- ・内省・洞察
- ・生活能力
- ・衝動コントロール

「対人関係的要素」

- ・共感性
- ・非社会性
- ・対人暴力

「環境的要素」

198

- ・個人的支援
- ・コミュニティ要因
- ・ストレス
- ・物質乱用
- ・現実的計画

「治療的要素」

- ・コンプライアンス
- ・治療効果
- ・治療・ケアの継続性

※共通評価項目の評価基準については資料（厚生労働省作成のガイドラインによる）を参照のこと。

199

7. 医療観察法による医療の必要性について

上記案件につきこれまで司法精神医療等人材養成研修・企画委員会医師部会では再三検討を行ってきたが、平成17年5月20日の医師部会における検討等を経て、下記の内容で意見の一致をみた。今後、この合意文書の記載された要件に着目して、個々の事例における審判のさいの参考とすることが望ましい。

平成17年6月12日

司法精神医療等人材養成研修

企画委員会・医師部会

第1章

医療観察法による医療の必要性を判断する立場にある精神保健審判員は、次の要件に着目することが求められる。

1. 審判時点において、当該対象者が対象行為を行った際の心神喪失又は心神耗弱の状態の原因となった精神障害と同様の精神障害を有していること

※論点：審判時点で障害の程度が顕著に改善している場合には、精神障害の種類により判断基準は異なる。

要件を満たす例

1. 統合失調症において、審判時に寛解状態にある場合。
2. 対象行為時に躁状態あるいはうつ状態であった場合に、審判時点において逆病相の状態を呈している場合。

要件を満たさない例

1. 急性一過性精神病性障害や適応障害等において、審判時には症状が全く認められず精神障害の診断基準を満たさない場合。
2. 当該行為を行った際には心神喪失等の状態の原因となるようなアルコール中毒による精神障害があったものの、審判時にはアルコール依存症のみの診断である場合

II. 審判時点の精神医療の水準に照らし、本法による医療を行うことにより、1で規定した精神障害の改善という効果が見込まれること

※論点：「精神障害の改善」には、「治療を行わなければじきに生ずるであろう病状の増悪を防ぐこと」をも含む。

200

要件を満たす例

1. 治療可能性の乏しい精神障害や認知症等であっても、妄想などの症状について治療により改善が可能な場合。この判断は慎重になされる必要がある。

要件を満たさない例

1. 単に薬理的鎮静や物理的な行動制限によって問題行動を抑制するよな場合。

Ⅲ. 本法による医療を受けさせなければ、その精神障害のために社会復帰の妨げとなる同様の行為を行う現実的な可能性があり、かつ、本法による医療によって、同様の行為を行うことなく社会復帰することを促進できると見込まれること

※論点：

- ・精神障害の改善により同様の行為を行う可能性が一時的に減じている場合でも、病状が再燃すればその可能性が著しく高まる場合がある。
- ・本法による医療の対象は、「同様の行為」を行う「現実的な可能性」を認める者のみに、限定されるべきである。

要件を満たす例

1. 統合失調症において、審判時点で症状は消失しているが病識がないなど再発のおそれが高い場合。

要件を満たさない例

1. 同様の行為を行う漠とした可能性があるに過ぎない場合。
2. うつ病において、症状があり自殺のおそれはあるが、拡大自殺を含む他害行為の可能性があると認めることが出来ない場合。

上記のすべて（Ⅰ～Ⅲ）を満たす場合には、対象者に医療観察法による医療を行う。

第2章

入院決定と通院決定のいずれを行うかについては、次の要件に着目する。

1. 入院による医療の適用：対象者について、対象行為を行った際の精神障

害を改善するために本法の入院という形態による医療が必要であると判断される場合

1) 【入院による医療の絶対的適用】

論点：「入院による医療」によってしか提供できないような「医療」を必要とする場合には、絶対的適用とされる。

要件が満たされる例

1. 医療（服薬訓練や心理教育等も含む）を入院環境下で提供する必要があると見なされる場合。

2) 【入院による医療の相対的適用】

論点：「入院によらない医療」によっても提供できるような「医療」を必要とする場合でも、その継続を保障する条件が整わない場合には、「入院による医療」から始める必要がある。

要件が満たされる例

1. 統合失調症において、症状は消失しているが病識がなく治療に拒否的であり、周囲の支援も期待できない場合。

Ⅱ. 【入院によらない医療の適用】

対象者について、対象行為を行った際の精神障害を改善するために本法の入院によらない医療が必要であると判断される場合

要件が満たされる例

1. 入院による医療の必要性が無く、かつ、対象者が医療の必要性を十分認識し、通院医療に対する十分な同意が得られる場合。ただし、この判断は、慎重になされなければならない。

第3章

精神保健審判員は、対象者の責任能力判定に疑義があり、当該対象行為を行った時点で心神喪失でも心神耗弱でもなかった疑いがあると考える場合には、処遇決定を行う前に、裁判官に対して当該申立てを却下することについて検討するように要請することが望ましい。

治療プログラム、退院調整
地域ケア会議の実際 VI

1. 指定入院医療機関における治療、治療プログラム、社会復帰援助方法等の解説

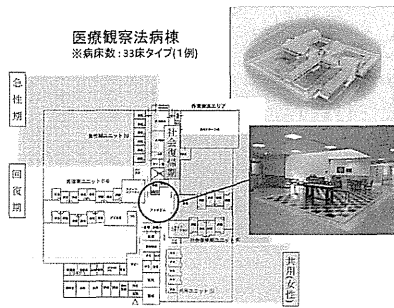
Ⅰ. 医療観察法審判における指定入院医療機関での治療方法等の理解の必要性

医療観察法審判では、指定入院医療機関の治療や退院調整方法等が論議の対象となることは多い。医療観察法の当初審判において、指定入院医療機関の治療内容や特徴、限界などを正しく理解しておくことは、審判決定の重要な判断材料となりえる。また、入院継続協立審判、退院許可申立審判などにおいても、入院継続決定、退院決定を行ううえで、指定入院医療機関の治療や退院調整方法等を理解しておくことは、極めて重要なことである。

指定入院医療機関から地方裁判所へ提出される書類等には、当然、指定入院医療機関で施行された治療内容、治療プログラム、援助方法が、その用語などとともに、そのまま記載されている。精神保健審判員（精神科医）や精神保健参与員（精神保健福祉士、精神科担当の保健師等）など、我が国の精神科の医療に実際にかかわっている専門家でも、司法精神医療における入院治療に関する経験や知識をもっているものは少なく、指定入院医療機関における実際の治療状況などがイメージしにくい場合がある。

そのため、精神保健審判員、精神保健参与員の養成研修などでも、指定入院医療機関の治療を講義する時間を設定しているが、このハンドブックにおいても、指定入院医療機関の代表的な病棟の仕組み、治療プログラム、退院調整方法等について、解説する章を設けて、これに対応することとした。

ただ、ここで紹介している病棟の仕組み、治療プログラムや退院調整方法等は、あくまで標準的なものであり、指定入院医療機関ごとに、施行していない治療プログラムや病棟の状況や地域性により施行方法等に違いがある。そのため必要に応じて、審判前カンファレンスなどにおいて、指定入院医療機関職員や社会復帰調整官に内容等を聞く機会を設定することなど併用して、このハンドブックをご活用いただければ幸いです。



II. 指定入院医療機関における「医療観察法病棟」とは

1. 医療観察法病棟の構造と医療の概要

標準的な医療観察法病棟は、病棟内を急性期、回復期、社会復帰期などに区分したユニットを持ち、また、各種セラピールームや作業療法室、ケア会議室を病棟内に整備している。そして治療や社会復帰の進行に合わせて対象者が、病棟内の各ユニットを移行していくことで、各ユニットにおける対象者の治療内容や治療目標を明確にでき、それらにあわせた疾病教育やリハビリテーション、社会復帰援助などの必要な関連プログラムを有効に運用することができるような構造となっている。

入院処遇ガイドラインには、入院処遇の目的・理念として、1. ノーマライゼーションの観点も踏まえた入院対象者の社会復帰の早期実現、2. 標準化された臨床データの蓄積に基づく多職種チームによる医療提供、3. プライバシー等の人権に配慮しつつ透明性の高い医療を提供、の3点が挙げられており、それらを踏まえて指定入院医療機関では医療を提供している。

多職種チーム医療の実際の運用では、一人の対象者に対して5職種6名で多職種チームを編成して入院から退院まで一貫して担当し、治療方針やその実施、評価、社会復帰の方向性までを多職種チームによる話し合いと同意で決定していくことを特徴としている。また、その決定に際

205

しては、対象者の意向が尊重され、話し合いや決定の過程に対象者が参加することを重視している。さらに、指定入院医療機関には多彩な治療プログラムが設定されており、対象者と多職種チームで話し合い、治療プログラムの活用を決定している。

退院に向けては、入院当初より、退院予定地の保護観察所（社会復帰調整官）と協力体制を整え、退院調整、社会復帰援助のため、対象者のケアマネジメントを中心としたCPA会議（対象者、病院関係者と地域関係者が退院支援、地域調整を行うためのケア会議）を定期的に開催し、入院時から退院を見通した医療を重視している。

2. 医療観察法病棟の各期（急性期、回復期、社会復帰期）

指定入院医療機関では、概ね18か月での入院対象者の退院を目指しており（厚生労働省の標準的モデル）、各期の標準期間を急性期3か月、回復期9か月、社会復帰期6か月程度としているが、各対象者の個別の病状などにより違ってくる。以下に、各治療時期の特徴的な関わりについて述べる。

①急性期（3ヶ月を目安）

急性期には、対象者との関係構築や治療への動機づけを高めていくことを重視する。そのため、担当多職種チームとの面接を実施し、疾患のことや対象行為のこと、治療プログラムの選択などに関して対象者と話し合う機会をもち、双方向性のコミュニケーションを通して、対象者が自身の思いや考えを安心して表現できることや治療の決定に参加できることを実感してもらう。また、早期より疾患・服薬心理教育プログラムを開始し、疾患について考える機会をもてるように支援する。

②回復期（9ヶ月を目安）

回復期では、個別面接や内省の集団プログラムへの参加を通して、対象者が対象行為の振り返りを行い、被害者への共感性を育むなど内省を深めていくことを支援する。また、疾患についての理解とともに衝動性や怒りのマネジメント、コミュニケーションなど個々の課題に取り組み、自己コントロール能力を身に付け、生きやすさを獲得できるように支援する。生活空間であるユニットで行われるユニットミーティングへの参加を通して、日常生活の中で起こる問題を実際に解決していく過程を体験することや、対人トラブルを実際に解決できる体験を積み重ねて

206

いくことで、問題解決能力や対人関係能力を高めることが期待できる。

また、回復期からは申請により外出も可能となり、環境変化による状態評価や病棟内で獲得できたものを実際場面で活用していくことが可能となる。

③社会復帰期（6ヶ月を目安）

社会復帰期には、退院後の生活や支援体制の確立をめざし、急性期から定期的実施していたCPA会議（退院支援、地域調整のためのケア会議）を頻繁に実施する。また、対象者自身も社会復帰講座などの集団プログラムに参加し、どのような社会資源が活用可能なのかを知る機会をもち、対象者自身が退院後の生活に関心を持ち、希望を述べるように支援している。また、外泊を通して、退院後の支援者との交流を深め、救助行動を確認することや、退院後の生活スケジュールを実際に行ってみることで無理がないか確認することなど退院に向けて準備していく。また、クライシスプランも作成し、退院後の支援者も含めて共有することで、実践可能なプランにし、対象者が安心して退院できるように支援する。

3. 多職種チーム (MDT)

医療観察法病棟は、英国とほぼ同様の基準で、医師、看護師以外に作業療法士、臨床心理技術者、精神保健福祉士を、専任で配置している。指定入院医療機関における多職種チーム (MDT) とは、この医師、看護師、作業療法士、臨床心理技術者、精神保健福祉士の5職種、あるいは薬剤師も入れた6職種による治療チームを指している場合が多い。

207

III. 治療プログラム

1. 権利擁護講座

指定入院医療機関の医療観察法病棟は、法律的にも物理的にも非常に拘束力の強い施設であるため、入院対象者に対して、その人権を保護するための権利擁護関連の諸制度が医療観察法の下に整備されている。しかし、これらの権利擁護関連の制度を有効に機能させていくためには、病棟職員だけでなく、対象者自身が、これらの制度の概要をある程度知っている必要がある。対象者が、この制度や権利を正しく理解することにより、対象者自身がこれらの制度をより利用しやすくなる。

「権利擁護講座」では、医療観察法の抗告、退院請求、処遇改善請求などの入院対象者の権利や入院中の治療同意と倫理会議、行動制限などの内容を中心に、必要があれば、医療観察法以外の精神保健福祉法や成年後見制度等についても取り上げるなど、対象者の権利擁護に係る幅広い項目を扱っている。

2. 疾患・服薬心理教育プログラム

疾患・服薬心理教育プログラムは、多職種で運営されているプログラムで、個別や小集団で実施されている。単に、知識の提供だけでなく、対象者自身の体験や思いを語る機会を大切にし、対象者ごとのペー

208

スで、疾患や治療について考えを深め、最終的に対象者が主体的な治療参加につながることを目的としている。

おおむね、プログラム内容は段階において構成されており、ステップ1では、入院や治療、検査などについて一緒に確認するなど治療導入・オリエンテーションとして位置づけられており、個別で実施されることが多い。ステップ2、ステップ3では、小集団の中でこれまでの個々の体験を共有しながら、疾患や薬物療法を中心とした治療について理解を深め、最終的にはクライシスプラン作成につなげることを目指す。特に、自身の症状を自覚症状、他覚症状に分けることや、症状悪化のサインを段階別に整理することなどは、そのままクライシスプランに反映させることができる。また、症状再燃を予防するための日常生活の中での工夫などについても話し合うことを通して、疾患とうまくつきあひながら生活していくことをイメージすることができるようになる。

プログラムでは、より実践的な学習につながるように、プログラムの中で学習のみではなく、毎回のセッションで宿題を出し、その宿題を対象者単独で取り組むのではなく、担当多職種チームとともに取り組むことを奨励している。また、実際には、プログラムは一度実施して終了というものではなく、対象者の理解度・進捗状況に応じて、何度も繰り返しプログラム参加することができ、担当多職種チームと個別で復習することなどを通して、対象者自身が学習したものを自身のマネジメントに活かすことができるよう支援している。

対象者が自身のプラン作成に、主体的に取り組めるための基盤となっているプログラムの一つであるといえるだろう。

3. 物質使用障害治療プログラム

医療観察法病棟で行われている標準的な「物質使用障害治療プログラム」は、アルコール・薬物の心身への弊害、依存症の特徴や回復過程、社会資源に関する情報提供といった心理教育と再使用を防止するための対処スキルの獲得に重点を置いて実施されている。

プログラムは、医療観察法病棟の多職種チームにより運営され、原則として退院まで継続して参加することが求められるものが多い。プログラムは、オープン形式で行われ、参加者は、ワークブックなどを用い、毎週1時間のグループセッションに参加する。また、施設によっては、

209

月1～2回のA.A.(Alcoholics Anonymous)、N.A. (Narcotics Anonymous)メッセージへ参加できるところもある。このようにメッセージに対象者が参加することは、対象者に退院後の社会資源の一つとして自助グループが存在することを知らせてもらうとともに、回復のイメージを持つことで、治療動機を高める効果などがある。

4. 内省プログラム

内省プログラムとは、プログラムに参加することで似たような体験を持つ当事者同士で対象行為に至るまでの経緯を共有、共感する体験を持つとともに、犯罪被害の影響についても学び、最終的には対象行為に至った要因や同様の行為を防ぐための手立てと自分なりに果たすことのできる責任について考えることを目的としている。回数や内容は、指定入院医療機関ごとに、違いがあるが、標準的なもので、1クールで全12回(1回/1週間)のセッションで、1セッションあたり75分・少人数のクロウズド・グループで行われている。内容的には、プログラムの意義と動機付け、生活史のふり返りを行った後、本格的に対象行為や被害者の問題を取り上げ、最終的には今後に向けての対処・防止プランの作成を行う。

5. 指定入院医療機関で行われるCPA会議

英国では、複数の関係機関が連携して精神障害者の退院支援、社会復帰援助を行っていかねばならないケアの難しいケースに対して、「CPA(Care Programme Approach)」というケアマネジメントを導入し対応している。「CPA」とは、①利用者中心主義(利用者の参加と意向の尊重)や、②ケア会議によるケア計画の調整と作成(透明性の確保、有機的な連携体制の構築)、③文書化されたケア計画(ケア計画への契約的手法の導入、説明と同意、関係機関の役割分担と緊急時対応の明確化)、④ケアの総括責任者[ケアコーディネーター]の選任(責任の明確化、情報の迅速な集約化と共有化)、⑤定期的な見直し(ケア計画の変更の機会の確保と即応性のある柔軟な運用)などの理念や手法を用いて、関係機関が有機的に連携できる地域ケア計画を作成していくケアマネジメントである。困難性のより高い司法精神医療対象者などの退院支援と社会復帰援助については、「enhanced CPA」として、これに対応している。

210

日本の医療観察制度は、英国を参考として、導入されたため、制度自体の運用や考え方が、英国の仕組みに近く、「CPA」を比較的導入しやすい環境にある。そのため、我が国の指定入院医療機関でも、「CPA」の理念や手続きに基づいたケア会議(退院調整会議)を地域の行政機関や社会復帰施設などの職員と定期的(3～4ヶ月に1度程度)に開催し、退院調整を行っているところが増えている。このような「CPA」の理念や手法に基づいたケア会議が「CPA会議」と呼ばれるものである。そして、このような「CPA」の理念や手法を活用し、対象者の意向を尊重し、同意を得ながら、地域の各関係機関が有機的に連携し、必要な支援を行うことができる地域処遇実施計画や緊急時対応計画(クライシスプラン)を作成していく指定入院医療機関が多くなってきている。

IV. 指定入院医療機関における外出・外泊の実態

1. 指定入院医療機関における外出・外泊

指定入院医療機関では退院後の地域生活を想定し、治療的意義とリスクアセスメントを十分に協議し外出・外泊を計画、実施している。

外出・外泊は、原則として指定入院医療機関スタッフが2～3名同伴し、退院後に対象者を支援する家族や関係機関職員等が介入する機会を積極的に設け、対象者と指定入院医療機関職員、退院後の支援者とが共に状態の評価を行い今後の課題を共有し、退院後の治療へとつなげている。

2. 外出・外泊計画の策定

指定入院医療機関では、外出は回復期以降に、外泊は社会復帰期以降に計画、実施される。外出・外泊ともに対象者を交えた担当多職種チームで、その目的と治療的意義、実施が可能である根拠について協議が行われ、リスクアセスメントとマネジメントに充分配慮し計画が作成される。

計画を作成する際には、対象者の退院後の地域生活をベースに、退院後の支援者(家族や関係機関等職員)と関わる機会を積極的に設け、退院地における支援者との面接、施設見学や体験利用、指定入院医療機関における模擬通院診察、ケア会議なども設定し、地域支援者の協力を得てスケジュールが立てられる。

対象者と共に話し合い、設定された場の目的や治療的意義を共有、

211

対象者自身が自己の課題を認識し主体的に外出・外泊に取り組めるよう計画を作成している。

3. 外出・外泊の実施

初回の院外外出・外泊を実施する前には治療評価会議において対象者の病状評価等の協議を充分に行い、運営会議の承認を得て実施している。

対象者と共に作成した計画にもとづき外出・外泊を実施し、実施中も随時状態の評価を行い、退院地の社会復帰調整官及び精神保健福祉関係者や関係機関とも密に連絡をとり協力を得ている。

4. 実施後の評価

外出・外泊実施後は対象者と共に振り返りを行い、対象者が具体的に退院後の生活イメージをもっているか、地域支援者の存在の理解を深めているか確認を行い、外出・外泊で得た学びや獲得したスキル、ケア会議で話し合われた内容のフィードバックを行うとともに、新たに発見された課題の共有を行っている。新たに発見された課題に対しては入院治療で引き続き取り組みが行われるが、退院後に継続して取り組んでいく課題も含まれている。

実施後の評価内容は、地域の支援者や関係医療機関とも共有され、処遇実施計画に反映される。また退院後に継続して取り組んでいく課題を地域の支援者と共有することで、退院後の治療へ役立っている。

5. 審判が必要とされる視点及び本人に確認するポイント

- 外出・外泊で取り組んだ事柄が、どのように処遇実施計画に反映されているか。
- 対象者が具体的かつ現実的な退院後の生活イメージを持っているか。
- 外出・外泊で得た学びや獲得したスキルは何か。
- 地域における支援者の存在を認識し、対象者自ら援助を求めることができるか。
- 外出・外泊で新たに発見された課題は何か。またそれは入院処遇中に達成が可能であるか、退院後も継続して取り組んでいく必要がある課題であるか。

212

2.保護観察所による通院処遇中(退院後)の「(地域処遇)ケア会議」とは

指定入院医療機関で入院中の対象者に行うCPA会議(指定入院医療機関が開催する退院調整のためのケア会議)とは別に、退院後の通院処遇を行っている対象者については、「地域社会における処遇のガイドライン」に基づき、本人の社会復帰が促進されることを目標に、保護観察所が定期的又は必要に応じケア会議を開催している。このような通院対象者のための会議を、入院対象者のためのCPA会議などと区別し「(地域社会における処遇のガイドライン)に基づく)ケア会議」としている。

このケア会議の構成員は、本人、家族、社会復帰調整官、指定通院医療機関(医師、精神保健福祉士、心理士、デイケア担当看護師、作業療法士等)、居住地の自治体所管課、市町村障害福祉課、生活支援センター、グループホーム、保健所、精神保健福祉センター等の職員である。治療状況、自己行動計画、支援プログラム内容を確認し、処遇方針の統一を図る。顔の見える関係を築き、地域での処遇実施計画を適時見直す場でもある。関係機関相互の連携の軸となり、さらに本制度終了後の支援体勢構築を見据え、つなげていくものである。

215

214

コラム 関係者が審判に思うこと、望むもの

VII

◎コラム【当初審判】社会復帰調整官として思うこと

1.コラム【当初審判】社会復帰調整官として思うこと

当初審判は、医療観察法の要否を決定し、さらに入院処遇か通院処遇かを決定する審判であり、いわば医療観察法へのゲートとなるものである。

当初審判では、総じて治療反応性や疾病性の観点から鑑定医や精神保健審判員が意見を言う場面が多いが、事例によっては、疾病性のみならず心理的問題の所在や発達障害に関するものが見え隠れする事例があり、その場合には、精神保健参与員からの家族背景や発達の有り様を指摘してかかるべき事例がある。また、地域での社会復帰施設や制度などの活用による通院処遇の可能性などについても、精神保健参与員に意見を言ってもらいたい部分である。

少なくとも精神保健参与員には社会復帰要因に関する促進または阻害要因を精神保健参与員の立場から、吟味かつ指摘していただきたい。例えば、対象者の病識や治療コンプライアンスは通院処遇を可能としていても、同居する家族に疾病に対する理解や疾病に対する嫌悪が著しい場合に、対象者の社会復帰要因として保護者や生活環境として安定的なものであるかどうかの指摘などは、精神保健参与員ならではの着眼から重要ではないだろうか。

そのためにも、まず、裁判所から送られてくる事件調書など処遇事件に関する資料を精読し、精神保健福祉分野に精通した者として、事件概要の把握、対象者の病状、生活歴、犯罪歴、病歴など生活全般に渡る詳細を文脈から読み解く必要がある。すなわち対象者が他害行為に至った経過やその背景にある病状や治療のコンプライアンス、家族の理解や協力の実態を読み解くことである。その作業を通じて、疑問や確認事項を審判前カンファレンス等で発信してほしい。そのことで社会復帰調整官が担う生活環境調査や報告書をより充実したものに発展させ、適切な処遇の決定に寄与することになる。

精神保健福祉分野の専門家として、精神障害者の社会復帰について合議体に意見を言い、助言等を行うことが求められている。よって、最新の精神保健福祉分野の知識や知見を以て、対応することは当然のことである。さらに、被害者等が家族等におよぶ場合には、その心情を押し量った上での発言内容を期待したい。また、家族等にはその家族成員に精神障害を持った者などが居る場合もあり、その場合には、必要であれば、家族等へのフォローに関する視点も持ち合わせてほしい。

215

216

2.コラム【当初審判】指定入院医療機関職員として審判に望むもの

当初審判

医療観察法における医療必要性の判断は「疾病性」、「治療反応性」、「社会復帰要因」の評価軸を中心に行われているが、評価の際には、指定入院医療機関で取り組まれている治療内容を十分理解した上での検討を期待したい。医療観察法では、精神疾患により対象行為を犯した統合失調症等の精神障害者を医療、リハビリテーション、社会復帰援助などを行い、治療し、社会復帰させていくことを想定して制度が作られている。

指定入院医療機関では、それに伴う病棟構造等を整備し、治療プログラムを準備して対応している。

しかし、実際には、高齢で入院が必要なほどの他害等のリスクが考えにくい者などが、単身で生活しにくいからとの理由で、入院してくる場合などもある、なかには、車椅子で入院してきた高齢者の対象者もいて、全国的に問題となっている。また、件数は少ないが、医療観察法が現在のところ想定していない、責任能力があり、刑事的な手続きが必要と思われる人格障害者や認知症、知的障害が中心のな症状で、治療反応性に強い疑義がある対象者が入院となる場合もある。

現状では、このようなケースの場合、指定入院医療機関で行われている治療プログラムなどを十分に活用することが困難な状況となり、結果として医療観察法での入院治療効果を発揮できないことなどが生じている。このような場合は、社会的入院につながることも危惧されるため、当初審判の際には「治療反応性」など慎重な検討が求められる。医療観察法における入院医療は拘束性の強い強制治療であることを念頭に置き、入院医療で何を期待し、どのような回復の見通しをもてるのかを当初審判で十分に協議してもらいたい。

また、医療観察法が「社会復帰を促進すること」を目的としている点からも、当初審判の時点で、疾病性を社会復帰要因で補完できる可能性や入院医療を検討する前に通院医療適応の可能性を十分に検討することも必要と思う。その際、現実的な利用可能性、本人にとっての利益などを考慮しつつ、通院処遇と入院処遇のどちらが、より今後、対象者本人の治療のために必要かを、よく協議していただきたいと願っている。

3.コラム【入院継続審判 退院時審判】社会復帰調整官として思うこと

退院許可申立審判

退院許可申立審判では、指定入院医療機関から医療上退院することが相当であるという意見が出され、保護観察所からも生活環境調整上退院相当である旨の意見書が出されている場合、意見書等提出書類を一見すると、退院することに何ら問題がないように見える事案も多いと思われる。しかし、手厚い医療を掲げる指定入院医療機関にて入院治療を受けている「守られた環境」における精神状態の評価であるため、精神保健審判員の立場では、手厚く守られた環境から出た場合の対象者の精神症状及び悪化時の医療上の対処など詳細に確認されると良いであろう。また、精神保健参与員の立場では、処遇実施計画書（案）等を参照し、地域における処遇体制について、なぜこの体制なのか、他にも考えられる援助体制はないのかなど担当の社会復帰調整官から確認することで、改めて、地域処遇について助言等を行うなど今後の処遇に良い影響をもたらすようなかわりを心がけてもらえるとう幸いである。

医療継続申立審判

医療継続にかかわる審判においては、指定入院医療機関及び保護観察所から、医療上及び生活環境調整上入院を継続する必要があるという意見であることが考えられる。（そうでなければ、退院許可申立審判となっているであろう。）医療継続は、医療の状況が中心の審議となると考えられるため、精神保健審判員の立場では、現在の医療状況と入院医療の限界値を精査し、入院が長期に渡っている対象者については、地域処遇につなげる最低限の治療上の回復を見極めることが求められる。精神保健参与員の立場も同様に、病識や自ら病気を管理していく能力の不足を補える地域支援の体制整備について、社会復帰調整官に対して意見を求め、対象者を取り巻く地域医療及び援助体制についての状況を把握し、これから退院するために求められる生活環境調整上の助言等を示してもらえると幸いである。

4.コラム【医療終了及び処遇終了申立審判】社会復帰調整官として思うこと

医療終了及び処遇終了申立審判

医療終了及び処遇終了にかかわる審判については、指定入院医療機関に入院している状況（医療終了）と地域で精神保健観察を受けている状況（処遇終了）が考えられる。入院中における審判及び通院中における審判のどちらにも共通するのは、本法の目的である「病状の改善及びこれに伴う同様の行為の再発の防止」と「社会復帰の促進」の観点から、医療観察法上の医療（処遇）を行う（継続する）ことが、目的に合うかどうかということだと思われる。

医療終了にかかわる審判における保護観察所の意見としては、あくまで、医療を継続し、退院許可決定を得られる程度の回復を指定入院医療機関に求めるものであるが、その限界を指定入院医療機関が考えている以上、ただ、長期入院を強いるものになってしまう危険性もあるため、精神保健審判員及び精神保健参与員は、対象者の人権の観点も踏まえた検討が必要となるであろう。

処遇終了にかかわる審判では、事前にケア会議等にて、通院処遇終了後の医療の継続（通院、服薬、リハビリテーション等）及び福祉相談体制の整備が進み、各地域関係機関からも処遇終了の了承を得てから、申立意見を提出していると考えられる。通院処遇について原則期間を待たずに終了し、一般の精神保健医療及び福祉サービスに移行したとしても、処遇中と同様に医療の継続が図られ、安定した生活の確保がなされるのか、精神保健審判員及び精神保健参与員は、その専門的な視点で判断し、必要な指摘及び助言を加えられたい。

5.コラム【入院継続審判 退院時審判】指定入院医療機関職員として審判に望むもの

入院継続申立審判について

入院継続審判は指定入院医療機関から申し立てが行われ「入院継続申立書」及び「入院継続情報管理シート」が資料として添付されます。

入院継続申し立ての審判においては、特に、法律的判断や医療的な判断に加えて、精神障害者の社会復帰に向けての社会福祉的視点や意見、対象者に対する権利擁護的な立場が重要となると思います。疾病性が入院を継続するほどの病状であるか、家族の受入体制の充実度や地域での援助体制の整備などの社会復帰要因が強化され、補完されたことで、より拘束性の少ない通院での処遇を行える可能性はないか、入院を継続するほどの疾病性が無いにもかかわらず、社会復帰要因の整備の遅れのために、漫然と入院するような社会的入院に入院対象者が陥っていないかなど、対象者に対する権利擁護的な立場に立ち、審判体が審判に取り組んでいただけることが、指定入院医療機関の職員にとっても、仕事をしていくうえでのよい緊張感にもなり、また、励みにもなっています。

また、指定入院医療機関では、入院継続決定が出た場合でも、その都度、入院継続申立に基づき裁判所の合議体で決定され送付されてきた審判の決定書を対象者とともに読み、問題点や課題を担当多職種チームと対象者が共有し、その後の主体的な治療へつなげる話し合いなどの取り組みを行っています。そのため、審判にかかわる関係者の皆様には、このように決定書が利用されていることも念頭に、対象者の課題などが明確に読み取れる決定書の作成を望んでいます。また、願わくば、対象者自身がよく理解できるよう、可能な限り対象者本人が理解しやすい平易な文章で審判決定書が作成されることを期待しています。

退院許可申立審判について

退院申立についても、対象者本人が行う場合と指定入院医療機関が行う場合があります。指定入院医療機関ではなく、対象者本人のみが、退院申立てを行っている場合には、まだ、治療や退院調整が必要で、結果として入院継続決定となることが結果として多いと思います。しかし、そのような場合でも、指定入院医療機関では、合議体で作った入院継続

の決定書を対象者とともに読みながら、問題点や課題を共有するようにしています。指定入院医療機関の職員としては、審判関係者の皆様にはこのような状況を念頭においていただき、対象者にもわかりやすく、問題点や課題を明確にした決定書の作成を望んでいます。

また、退院許可申立審判では、当初審判と違い、鑑定書を作成した鑑定医がその内容を説明する場面などが無いこととなります。そのため、退院許可申立審判の指定入院医療機関の文書からだけでは、対象者本人の病状や状況が、伝わりにくいことがあると思います。合議体として必要を感じた場合、カンファレンスや裁判所の電話会議のシステムなどを利用して、指定入院医療機関の職員に直接、参加依頼や問い合わせをしていただければと思います。

指定入院医療機関が、退院申立をしている場合には、まず「疾患性」の部分で、「病状が改善し、病院が入院を継続できるような状態にない」と判断しています。しかし、入院が必要でない程度に疾病性が軽くなったことと、対象者が問題なく地域生活できるレベルには、ある程度の開きがあると思いますし、退院申立を行った対象者でも、地域生活が問題なく可能であると判断するには懸念がある場合もあります。ただ、地域生活が可能なラインのみを重視しすぎると、一般の精神医療でも問題となっている社会的入院や保安処分のような対応になってしまうように思います。

また、退院後の「医療継続性」については、病識などだけでなく『もう同じような行為をしたくない』、『家族に迷惑をかけたくない』、『協力してくれた人たちに裏切りたくない』など対象者の思いにより、医療の継続性が保たれる場合もあることなども考慮して頂ければと思います。

一般の精神科医療でも、「疾病性」と地域ケアなどの“社会復帰要因”の双方を考慮して、退院判断を行っています。医療観察法の審判でも、総合的に判断して、決定を行ってもらえればと思います。

221

6.コラム【入院継続審判 退院許可審判】付添人の思うこと

弁護士は、当初審判は、必要的国選事件であることから担当する機会が多いが、入院継続申立事件や退院許可申立事件は、必要的国選事件でないため、あまり担当する機会は多くない。私は、当初審判を国選事件として受任した後に、家族から私選で依頼を受けることが何回かあったために経験することができた。

特に、当初審判から引き続いて通院継続申立事件や退院許可申立事件をすると、同じ対象者について、当初審判で指摘された問題点が、どのように改善されているか又は改善されていないかということと、時間の流れの中で把握することができ、そのダイナミズムを感じることもできるとともに、精神障害者の治療の難しさを考えさせられることもある。

最近では、入院継続申立事件においてもカンファレンスが行われるようになり、裁判官や精神保険審判員や精神保険参与員、社会復帰調整官との間で意見交換することができるとは、付添人にとっても大変に勉強になると感じたので、可能な限り、カンファレンスを実施してもらいたい。

退院許可申立事件において、審判期日を開くケースも経験したが、ここでは対象者に対して質問するというよりも、裁判官や精神保険審判員や精神保険参与員、社会復帰調整官から、色々とアドバイスをして激励するなどやりとりがなされ、入院から通院への橋渡しとして、大変に良い機会だと感じた。

医療観察法事件は、医療関係者と司法関係者が対立しあうのではなく、同じ目的に向かって協働することが期待されていると考えられる。

付添人は、対象者の立場に寄り添うという立場から、この協働作業に参加することになるが、臆することなく、率直な疑問をぶついたり、専門分野についての教養を請いながら、ぶつかっていくことが期待されていると思う。そのような気持ちで、これからも、試行錯誤しながら、付添人活動に取り組んでいきたい。

222

7.【退院許可申立審判】指定通院医療機関職員として思うこと

指定通院医療機関は、対象者がこの制度による処遇が終了後も主体的に治療を継続し、更なる社会参加をめざすことができるように支援していかなければならない。指定入院医療機関を退院することがゴールではないことは当然であるが、指定通院医療機関では、通院処遇中の問題点を検討したうえで、出来るだけ早期に医療観察法を終了して、一般医療に移行することを目指すなければならない。地域処遇終了後も、切れ目なく治療を継続し同様の行為を起さないように見守ろうという気概が指定通院医療機関には求められるのではないかと。指定入院医療機関から対象者を受け入れるにあたり、指定通院医療機関から望むことを記載したいと思う。

入院と同時に退院後の生活を想定した治療計画が立てられるが、その中の治療環境は極めて恵まれたものであり、現状の地域処遇での環境とは大きな差がある。この変化は対象者を戸惑わせ、懸命に適応しようと努力する中で急速にストレスを高めることが予測される。このストレスを最小限に抑えるために、帰住地への外出・外泊を繰り返し、環境変化による精神症状・生活技能の評価をしながら退院後の課題をアセスメントし指定入院医療機関と指定通院医療機関、保護観察所、地域関係機関などとの共同作業のもと支援計画を立てていくことが必要だと思う。特に、退院後の指定通院医療機関をはじめとするスタッフとの人間関係を安心できるものとする努力が必要だと思う。

指定入院医療機関が退院申し立てをする際に、問題なく地域生活が出来るかどうか判断することは時間をかけなければ出来ないと。地域スタッフとの新たな人間関係の構築だけでなく、社会的入院の原因となる対象者への偏見を乗り越える努力も必要と思う。このような問題点を乗り越えて対象者が地域処遇スタッフを不安なく受け入れることができるよう、帰住地が決定したら、地域スタッフが早期からCPA会議（指定入院医療機関における退院調整のケア会議）に参加し、地域生活における問題点を整理し、退院後の環境づくりを綿密に行うようにしたい。

最後に、指定通院医療機関の職員として、退院許可申立審判において、保護観察所より提出されている「処遇実施計画書（クライシスプラン含）」案に指定入院医療機関の医療やケアの取り組み、指定通院医療機関や地

223

域の関係機関の地域ケア計画が詳しく記載され、反映されていること。審判において、それらが十分に審議されること。また、当初審判と違い退院許可申立審判は、対象者の出延が義務となっていないが、退院許可申立者審判だからこそ、審判期日に対象者や関係者の出延を求め、必要な事項については、対象者や関係者に、確認がなされることなどを望みたい。

224

8.コラム【処遇終了申立審判】指定通院医療機関職員として思うこと

通院処遇中の通院期間は原則3年間である。通院期間後期になると、ケア会議において対象者の処遇終了や終了後の医療等が検討され、早期に処遇終了が可能であれば、地方裁判所に（医療観察法による医療の）処遇終了の申立てが行われ、審判の決定により、多くは、精神保健福祉法による通院医療をうけることになる。それ以外の場合は、通院期間満了日をもって処遇終了を迎えることになるが、この場合、原則、地方裁判所の審判を経ずに処遇処遇となる。また、原則3年ではあるが、3年経過後、保護観察所の通院継続申立により2年を超えない範囲で、地方裁判所の審判決定により通院期間の延長が認められる。

当初審判申立てや、入院処遇中の入院継続確認及び退院許可決定申立て、通院処遇中の処遇終了、再入院、期間延長申立てでは、地方裁判所において合議体が形成され、対象者には言い渡し、あるいは処遇決定書が送達されて合議体による判断が示されることになる。しかしながら、期間満了で医療観察法が終了する場合、通院期間満了日に自動的に処遇終了となり、対象者には保護観察所から「通院期間満了通知書」が送付されるだけであり、地方裁判所の合議体による判断が示されることなく、処遇終了となる。すなわち、医療観察法では、制度開始と入院処遇の終了の審判には、必ず地方裁判所が関与するが、期間満了となる通院処遇終了には、必ずしも裁判所が関与するシステムとなっていない。

しかし、地方裁判所の合議体による審判が行われ、処遇終了の判断を示された方が、対象者にとって、医療観察法での通院処遇への振り返りや一般精神医療移行へのけじめとなりやすい。また、指定通院医療機関の立場としても、特に、通院処遇の終了に多職種チームや関係機関に迷いがある場合などでは、医療観察法が目指している「対象者の社会復帰重視の立場」と「再被害行為の防止の立場」の判断のバランスについて、直接処遇の担当者ではなく、司法の判断を仰ぐことが適切と思われる。そのため、3年の期間満了で終了する対象者であっても、必要に応じて、保護観察所には積極的に処遇終了申立てを行ってほしいと考えており、働きかけていきたいと考えている。

なお、処遇終了申立て時には原則的に審判時に「審判期日」を開催するように地方裁判所の合議体に要望したい。合議体が対象者に直接、病

気の理解や対象行為に至った経緯の認識を確認することで、医療観察法による処遇を通した対象者の内省の深まり具合を精査でき、対象者にとっても改めて医療の必要性や被害行為の重大性を認識する機会になると思われる。直接処遇の担当者ではなく、第三者機関である合議体から、また、地方裁判所という場所で審判期日が開催されることに意義が大きいと考えている。

最後に、処遇終了申立てにおいて、指定通院医療機関や関係機関（保健所や福祉事務所等）の担当者が参加する法的根拠はなく、傍聴の是非も合議体の許可が得られなければ行うことができない。指定通院医療機関や関係機関が、処遇終了後も医療や支援を担当する場合においては、審判期日における対象者の発言内容を知ることが対象者の評価や今後の医療の継続においても意義が大きいため、合議体には、指定通院医療機関や関係機関に対する傍聴の配慮を是非ともお願いしたい。

**付録
審判内容整理ノート VIII**

「(医療観察法) 審判内容整理ノート」の利用法

「医療観察法審判ハンドブック」の付録として、開発中の「審判内容整理ノート」を巻末に掲載しています。この「審判内容整理ノート」は、医療観察法審判のカンファレンス(審判期日前・後協議)や審判期日において、各種資料の説明や内容の整理、評価軸、協議内容、審判期日の準備や当日の対応などを審判の進捗状況に合わせて、内容を説明し、協議内容や論点を整理し、問題点などを把握しやすいように作成された精神保健審判員、精神保健参与員用の支援ツールです。

また、模擬事例などを使用し、医療観察法審判関連の研修などでも利用できるよう作成されています。

この「審判内容整理ノート」は、

- ①当初審判用の「当初審判〔実務及び演習用〕審判内容整理ノート」と、
- ②退院許可申立審判(含:入院継続審判)用の「退院許可申立審判(含:入院継続審判)〔実務及び演習用〕審判内容整理ノート」の2種類があります。

「審判内容整理ノート」は、単独で使用することも可能ですが、基本的には、「医療観察法審判ハンドブック」を「Ⅲ.医療観察法審判の流れ」、「Ⅳ.医療観察法審判の考え方」、「Ⅴ.医療観察法審判の考え方〔参考資料〕」を参照しながら利用することを想定しています。

この2種類の「審判内容整理ノート」は、いずれも、A4版で使用されることを前提として作成されたものです。まず、A4版に拡大コピーして、ご利用ください。