

令和元年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））

医療観察法の制度対象者の治療・支援体制の整備のための研究

分担研究報告書

司法精神医療の国際比較に関する研究

研究分担者 五十嵐 禎人 千葉大学社会精神保健教育研究センター

研究要旨：

司法精神医療に関して、法制度からアウトカムまでを含む共通調査項目を策定し、イギリス、オランダ、韓国の司法精神医療について、文献調査ならびに必要なに応じて研究者・実務担当者への聞き取り調査を行った。また、イギリスにおける Dangerous and Severe Personality Disorder（以下、DSPD）プログラムの経緯について調査した。

イギリスにおける DSPD プログラムは、刑事司法と精神科医療の重複領域に存在する対応困難事例に対して施設の高規格化によって対応しようとした試みといえ、対象者のプロフィールは異なるが、その経緯は、わが国の司法精神医療における長期在院者などの複雑事例の対応を考えるうえでも貴重な示唆を与えるものと考えられた。

研究協力者（順不同、敬称略）

藤井千代 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
菊池安希子 同上
小池純子 同上
平野美紀 香川大学法学部
趙 晟容 韓日法律問題研究所
椎名明大 千葉大学社会精神保健教育研究センター

法による処遇を終了する事例が多いこと、地域処遇中の対象者による再他害行為が少ないことなどの事実から、対象者の円滑な社会復帰の促進という医療観察法の目的が、少なくとも地域処遇に移行した対象者については達成されているといえる。その一方で、入院期間の長期化傾向や医療観察法による医療で得られた知見の一般精神科医療への還元などの課題が指摘されている。

こうした医療観察法による医療の課題や今後の在り方を検討するうえでは、すでに司法精神医療の実践について、長い実績を有する諸外国における司法精神医療の実態を把握し、わが国の司法精神医療の現状との比較を行うことが有効である。

本研究は、海外の司法精神医療の実態について、従来から行われてきた制度

A．研究目的

「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（以下、医療観察法）」が施行され、令和元年7月15日で14年が経過した。医療観察法による医療については、円滑に医療観察

(structure, process)の比較だけでなく、入院・通院期間、転帰・予後、社会復帰の状況などの outcome や病棟機能分化に関する情報を収集し、他の分担研究班によって収集される医療観察法による医療の実態に関する資料とあわせ、制度改善のための基礎資料となる司法精神医療に関する比較表を作成することを目的とする。

B．研究方法

研究1) 司法精神医療の実態に関する調査

司法精神医療に関する比較表作成のために、諸外国における司法精神医療の実態に関して調査を行った。一般精神科医療に関して、当分担班と同様に国際比較に関する課題を担っている厚生労働科学研究班(藤井班)とも協議を行ったうえで、共通調査項目(別紙1)を作成した。

令和元年度は、イギリス、オランダ、大韓民国(韓国)について、それぞれの国の精神医療・司法精神医療に造詣の深い研究者に依頼して、共通調査項目に基づいて、文献調査ならびに必要なに応じて研究者・実務担当者への聞き取り調査を行ない、情報を収集した。

研究2) 司法精神医療における病棟機能分化に関する調査

わが国の司法精神医療における複雑事例への対応策の1つとして、医療観察法病棟の機能分化が提案されている。これに関連して、イギリスで実施された Dangerous and Severe Personality Disorder (DSPD) プログラムについて文献検索ならびにイギリス政府の公刊物等により調査を行った。

C．研究結果

研究1) 司法精神医療の実態に関する調査

1) イギリス

イギリス(より正確にはイングランド)では、責任能力の判断基準は弁識能力の有無のみを問うマクノートン・ルールが使用されており、限定責任能力については殺人罪などに適用が限られている。司法精神医療へのダイバージョンについては、精神保健法に規定されており、刑事司法手続きの段階に応じて、種々の規定がある。医療観察法に類似しているのは、精神保健法(Mental Health Act) 37条に規定される病院命令(hospital order)であり、公共への危険の高い事例には、41条に規定される拘束命令(restriction order)が付される。いずれも、精神科医の治療の必要性に関する意見をもとに裁判所が決定する。

司法精神医療の病棟については、Maximum Security、Medium Security、Low Securityの3段階に分かれている。また、地域のClinicで通院医療を担っている。

入院後の処遇については、基本的には精神保健法による他の非自発的入院と共通している。治療等に関するガイドラインとしては、Code of Practiceが公刊されており、これに基づいて処遇が行われる。治療に関する監査の仕組みとして、入院の要否に関しては、司法権に属する精神保健審判所(Mental Health Review Tribunal)が審査を行なう。病院での治療や処遇に関するモニタリング機関として、Care Quality Commission(以下、CQC)がある。CQCは、病院への監査を行ない、水準に達しない施設には業務停止命令を出す権限を持つ。2017年には、1,165回の監査を行い、6,049回の改善命令を発した。内容の最多は告知に関するものであった。非同意治療のうち3ヶ月以上の抗精神病薬の投与や電気けいれん療法についてはCQCの管轄するSecond Opinion Appointed Doctors(SOADs)が個別の患者に面接したうえで、治療方針につ

いて評価する。2017年には2,319件の審査請求が受理され、14,503回の面接が行われ、27%で治療方針が変更されていた。

2) オランダ

オランダ刑法39条は「精神の病的障害あるいは発達障害により行為を行った者は罰しない」と規定しており、責任無能力者と認定された者は、処罰されない。限定責任能力概念については、明示の規定はないものの実務上は存在しているが、刑の減輕の規定はない。限定責任能力については、さらに3段階に分けられており、実務上、責任能力の判定は、5段階となる。

精神鑑定専門の鑑定留置施設としてピーター・バーン・セントラム (Pieter Baan Centrum) があり、精神科医を始めとした多職種チームにより、約7週間で、精神鑑定書が作成されている。

責任無能力者と認定された者で、自己、他人、あるいは社会または財産の一般的安全に対して危険を呈する時は、裁判官は1年間の精神科病院収容処分が付することができる。この場合、対象者は刑事手続きから離れ、精神科病院収容法 (Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen) の規定により処遇される。精神科病院収容法19条によれば、裁判所は入院命令をさらに1年間延長することができる。継続的に5年間入院させているときには、その後は2年毎に延長することができる。

精神科病院収容法とは別に、TBS (terbeschikkingstelling) 処分と呼ばれる刑事処分がある。TBS処分とは、4年以上の自由刑を最高刑として有する犯罪 (たとえば、強盗・強姦・殺人等) や特定の重大犯罪 (飲酒運転による重大な傷害の惹起、脅迫等) を行った精神障害者に対して、特に公共の安全を確保する必要がある場合に、

当該本人の人格、当該犯罪の重大性または過去の重大犯罪に関しての有罪判決の頻度等を考慮に入れて、刑事裁判所が決定・命令する処分である。限定責任能力者が主たる対象であるが、保安上の必要性という要件が重要視されるため、事例としては少ないものの責任無能力者に科されることもある。TBS処分の特徴としては、(1) 処分の決定や終了は刑事裁判所による判断であるが、治療内容などは医療者に委ねられている、(2) 刑罰ではないので通常の刑とは関係なく、社会への安全を重視して処分を付すことができる、(3) 処分を受けた者の8割近くはパーソナリティ障害者であること、(4) 処遇の目的は社会復帰とされているが、同時に、社会の安全を守るということも重要視されていること、(5) 治療や社会復帰などに関しては、膨大な予算と豊富なスタッフが充実したケアを行っていること、などがあげられる。

TBS処分は刑事司法の枠組み内で運用され、TBS施設は行刑施設の一部である。TBS施設は2019年9月2日現在、オランダ全国11施設あり、セキュリティによる分類がある。

TBS施設では、「他人の安全または社会もしくは財産の一般的安全に対する当該本人の危険性を減少させることによって、本人の社会復帰が平穩に行われることを目的とした措置」として治療が行われるが、これらの治療には本人の同意が必要とされる。そのため、対象者の治療への動機付けは、重要な課題とされる。

治療に関する助言や他のTBS施設への移送の可能性の検討、収容後6年が経過した場合には、鑑定の専門施設であるピーター・バーン・セントラムで鑑定が行われることがある。改善の可能性がないと判断された場合でも保安上必要な場合にはTBS施

設への収容が継続される。

なお、詳細については、平野による報告（別紙 2）を参照されたい。

3）韓国

韓国刑法では、「心神障害によって事物を弁別する能力がないか、あるいは意思を決定する能力がない者の行為は、罰しない。」（10条1項）、「心神障害によって前項の能力が耗弱する者の行為は、その刑を減輕することができる。」（10条2項）と規定しており、責任能力者は処罰されず、限定責任能力者の刑は減輕される。

司法精神医療については、治療監護法に規定される治療監護処分として行われている。治療監護処分の対象は、禁錮以上の刑に当たる犯罪を行ない、治療監護法による治療の必要性があり、再犯の危険性がある、（1）精神障害者（心神喪失者または心神耗弱者）、（2）薬物・アルコール中毒者、（3）精神・性的障害者となっており、（2）（3）については責任能力の減退は必要とされていない。検察官の請求により裁判所が処分の決定を行なうが、刑と併科されることがある。

入院は、治療監護所または国立指定法務病院であり、治療監護所では、検査病棟・女性病棟・一般病棟・薬物治療リハビリ病棟・人性病棟というように対象者の治療と処遇に合わせた病棟機能分化が行われている。

地域における司法精神医療は、治療命令制度と保護観察制度によって行われている。治療命令制度は、2015年の法改正で新設されたもので、対象は、心神耗弱者とアルコール・薬物中毒者に限定されており、裁判所が、刑の宣告猶予または執行猶予を下すとき、職権で、治療期間を定めて、通院治療を命じるものである。

なお、詳細については、趙による報告（別

紙 3）を参照されたい。

研究 2）司法精神医療における病棟機能分化に関する調査

DSPD ユニットとは、重度のパーソナリティ障害をもち、他害リスクが高い人々を犯罪行為の有無に関わらず、強制的に期限の上限を定めずに入院させるために構想された高規格ユニットである。DSPD プログラム実施の背景、開始までの経緯、DSPD プログラムの概要、評価研究、DSPD プログラムの終了経緯、触法行為のある重度パーソナリティ障害患者への現在の対応、について調査した。なお、詳細については、菊池による報告（別紙 4）を参照されたい。

D．考察

司法精神医療のあり方は、国によって異なり、法制度や医療の供給体制によって、どのような精神障害者を司法精神医療の対象とするのかについても大きな差がある。国際比較を行う場合に、こうしたシステムの相違を考慮せずに単純な数字の比較を行うことにはあまり意義はないといえよう。

今回調査の対象とした国のなかでは、責任無能力者を対象とするオランダの精神科病院収容法による入院処分の対象者や韓国の治療監護法における精神障害者は、わが国の医療観察法と比較的類似した人を対象としているものと思われる。これに対して、イギリスの DSPD プログラムやオランダの TBS 処分はパーソナリティ障害の診断を受けた人を主な対象としており、パーソナリティ障害が主診断とされる人がほとんどいないわが国の医療観察法とは対象者のプロフィールは大きく異なっている。しかし、わが国の医療観察法による医療においても、近年、医療観察法入院処遇における超長期入院者及び長期/頻回行動制限実施者など

のいわゆる複雑事例に対する対応の重要性が指摘されており、特に対象者と担当多職種チーム(Multi-Disciplinary Team:以下、MDT)との治療同盟が破綻している事例については、重複障害コンサルテーションの実施、他の指定入院医療機関への転院や新たな高規格ユニットの設置が提案されている(村杉,2019)。こうした複雑事例に対する対応を考えるうえでは、対象者のプロフィールは異なるとはいえ、オランダのTBS処分やDSPDプログラムの経緯は、貴重な示唆を与えるものといえよう。以下、こうした提案に関連した事項に関して、研究結果をもとに考察する。

オランダのTBS処分では、治療に関する助言や他のTBS施設への移送の可能性の検討のために、また、収容後6年が経過した長期事例の処遇に関して、専門施設であるピーター・バーン・セントラムで鑑定が行われている。治療者から独立した第三者的な立場の専門機関において鑑定を行ない、治療や処遇方法の見直しを行うという制度は、複雑事例に対する転院を制度的に位置づけるうえでは、参考になる方法といえよう。たとえば、複雑事例の転院を検討するさいには、第三者的立場の精神保健判定医による評価を行い、事例の複雑性や転院による治療可能性についての専門的な意見を徴することを制度化することなども考えられよう。

DSPDプログラムについては、精神医学的根拠に欠ける診断基準が使用されたこと、新たな治療法の開発につながる無作為化比較試験が行われなかったこと、高規格化病棟のみで治療を試みたが治療の受け入れも提供も不十分で、地域生活へのケア・パスウェイが整備されず、全体としての費用対効果が悪かったことが批判されている。一方でパーソナリティ障害の治療法への関心

を高めたことや、多くの職員にトレーニングが提供されたこと、第三者評価による客観的評価を取り入れたことは肯定的側面とされている。しかしこれら肯定的側面はDSPDプログラムの試行なしでも実現可能なものであった。

対象者のプロフィールが異なるとはいえ、社会実験ともいえるDSPDプログラムの経緯からは、司法と精神科医療の重複領域における対応困難者専用の高規格化病棟に意味があるとすれば、(1)精神医学的に妥当な対応困難者の定義が存在すること、(2)対応困難者に対する治療法が存在していること、(3)退院基準が明確であること、(4)退院後の地域移行をサポートするシステムが存在すること、(5)第三者評価が入ること、が重要であることが示唆される。医療観察法の場合、退院基準は明確であり、いわゆる複雑事例の「定義」「治療法」「地域移行」が課題となる。

医療観察法の複雑事例は、先行研究によれば、便宜的に「治療が極めて困難」「退院が困難」「入院期間が6年超」「頻回隔離」「長期隔離」「拘束事例」「再入院事例」「再処遇事例」とされている(村杉,2019)。このことが示しているのは複雑事例には多様性があり、精神医学的に妥当で一律的に適用できる定義を設けることが困難であることを示している。この多様性はほとんどがサイコパス基準を満たしていたDSPD対象者よりもはるかに大きいと思われる。MDTチームの組み換えや転地療養的な転院にも反応しない複雑事例を各地から集めて高規格化病棟に入院させたとしても、治療抵抗性は変わらず、帰住予定地から離れることにより、退院調整が一層困難になる可能性の方が高い。

複雑事例が複雑とされる理由が多岐にわたる以上、全員を取り込めるような治療法

の開発は困難であり、ケースフォーミュレーションを繰り返しながら、個別の工夫を重ねる以外に手立てはない。高規格化病棟でそれを行うとすれば、病棟スタッフが担当するケースの全例が複雑事例で占められることになり、スタッフの負担が相当に高くなると思われる。しかも、時間をかけ、治療的試みを続けても改善がみられる保証はない。

どのような努力をしても複雑事例となる事例が少ないながら一定数いるのは、精神科医療の現実である。むしろ、総数ではなく年間発生率が一定以上にならないように全国的なモニタリングをしたり、複雑事例とそれ以外の対象者で在院期間の統計の取り方を分けて推移をモニタリングしたりするなどの方策が制度の健全運用のためには重要であろう。また、そうしたモニタリングにおいては、大学等、第三者による評価も併せて入れることが有用であろう。治療者のみがとれる情報がある一方で、治療関係の中ではバイアスを排してとることができない情報（例：被治療経験に関わる Patient reported indicators など）もあり、制度運用の評価のためには必要と考えられるからである。

DSPD プログラムの経緯が示唆するのは、いわゆる複雑事例への対応として、専門性の高い処遇施設（いわゆる「箱もの」）を整備することの限界である。対象者の状態がいかに改善したとしても、対象者を受け入れてくれる指定通院医療機関や居住施設がなければ、入院期間の長期化などにより、その対象者は複雑事例であり続ける。対象者が複雑事例となった理由に応じて、それに対応できる医療現場や社会資源を地域に増やしていく努力を続ける必要があるといえよう。

E . 結論

司法精神医療に関して、法制度からアウトカムまでを含む共通調査項目を策定し、イギリス、オランダ、韓国の司法精神医療について、文献調査ならびに必要な応じて研究者・実務担当者への聞き取り調査を行った。また、イギリスにおける DSPD プログラムの経緯について調査した。

イギリスにおける DSPD プログラムは、刑事司法と精神科医療の重複領域に存在する対応困難事例に対して施設の高規格化によって対応しようとした試みといえ、対象者のプロフィールは異なるとはいえ、その経緯は、わが国の司法精神医療における長期在院者などの複雑事例の対応を考えるうえでも貴重な示唆を与えるものと考えられた。

F . 健康危険情報

なし

G . 研究発表

1. 論文発表

- 1) 五十嵐禎人：反社会性パーソナリティ障害．精神科；2019；35（Suppl.1）：467-471
- 2) 五十嵐禎人：司法精神医療における「病識」.精神医学 ,2019; 61(12):1459-1467

2. 学会発表

- 1) 東本愛香，新津富央，西中宏史，椎名明大，清水栄司，伊豫雅臣，五十嵐禎人：司法精神保健におけるリスク・アセスメントの普及への取り組み．第15回日本司法精神医学会大会，花巻，2019.6.8
- 2) 西中宏史，東本愛香，五十嵐禎人：更生保護施設における出所受刑者の問題行動に関わるリスク要因と保護要因 - リスクアセスメント・ツールの活用 - .

第 15 回日本司法精神医学会大会，花巻，
2019.6.8

- 3) 菊池安希子，橋本理恵子，岡野茉莉子，
相田早織，藤井千代：精神保健観察か
ら一般精神科医療への移行パターンの
研究 .第 15 回日本司法精神医学会大会，
岩手，2019.6.8.
- 4) 五十嵐禎人：裁判員裁判を契機とした
刑事責任能力鑑定の変化 . 第 115 回日
本精神神経学会学術総会，新潟，
2019.6.21
- 5) Kikuchi A: Changes Observed in
Mentally Disordered Offenders During
Forensic Probation in Japan .The 36th
International Congress on Law and
Mental Health, University of
International Studies of Rome
(UNINT), Rome, 2019.7.26.

H . 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
なし

2. 実用新案登録
なし

3. その他
なし

参考文献

村杉謙次：多様で複雑な事例の個別調査
及び治療・処遇に関する研究 .平成 30 年度
厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総
合研究事業（精神障害分野））医療観察法の
制度対象者の治療・支援体制の整備のため
の研究（研究代表者：平林直次）分担研究
報告書 .

別紙 1

< 共通調査項目 >

ア．法制度に関して

- ◇ 責任能力に関する法規定はどのようなものか。
 - 規定している法律や条文はどのようなものか。
 - 限定責任能力に関する規定はあるか。
- ◇ 責任能力の具体的な判定基準はどのようなものか。
 - 生物学的手法、心理学的手法、混合的手法のいずれか
 - 弁識能力（認知基準）、制御能力（意思基準）は要件か

イ．入院による司法精神医療

- ◇ 入院に関する法手続き
 - 根拠法
 - 入院の決定権者
 - 入院手続において参照される専門家意見
 - 入院の判断基準
 - 司法精神医療の対象となるのは、責任能力の減退を認められた人だけか、それ以外の人も対象となることがあるのか。
- ◇ 病棟機能分化の有無と状況
 - 機能分化はあるか、あるとすれば、その基準はなにか。
 - セキュリティレベルによるものか。
 - 疾患による専門分化（知的障害用、パーソナリティ障害用など）か。疾患による専門分化なし。
 - 上記以外の基準によるものか。
- ◇ 治療の監査について
 - 治療者から独立した機関による監査はあるのか。
 - ありの場合は、どのような機関（裁判所、司法省等）が監査を行うのか。

- ◇ 退院請求は可能か。
 - 可能な場合は、審査機関はどのような組織でどのような方法・基準で審査を行うのか。
- ◇ 入院期間や入院の更新に制限（上限）はあるのか。
 - ありの場合には、具体的にはどのような内容なのか。
- ◇ 退院に関する法手続き
 - 根拠法
 - 退院の決定権者
 - 退院手続で参照される専門家意見
 - 退院の判断基準

ウ．地域における司法精神医療

- ◇ 司法精神医療の入院施設から退院した患者の地域での治療を行う専門的施設はあるか。
 - ありの場合には、その根拠はどのようなものか（法律に規定されているのか）
 - 司法精神医療と一般の精神科医療との関係はどのようなものか
- ◇ 通院中の患者に対して強制的な医療措置をとることを可能とする法制度（例：Community Treatment Order）はあるか
 - ありの場合、
 - 法的根拠、判断基準、決定権者
 - 期間、更新の有無や上限
 - 義務づけられる治療内容はどのようなものか。（例：通院だけか、服薬や注射等も対象か）
 - 運用に関するガイドライン等はあるか。
 - 運用実態に関する統計はあるか。

地域における支援の担い手はどのような人か

地域における支援の調整役はどのような人か

エ．司法精神医療における治療について

- ◇ 司法精神医療における治療に関するガイドラインはあるか、あるとすれば、その具体的な内容はどのようなものか。（入手可能であれば、ガイドライン現物も）
 - ガイドラインはどこが作成しているのか。
 - 司法精神医療のみで使用されるのか。
 - ガイドラインは入院のみか、地域処遇についてもあるのか。

- ◇ 治療の目標はどのようなものか。再犯予防以外の目標はあるのか。
- ◇ 入院の場合、治療の進捗状況のモニタリングはどのような方法で行っているのか。
 - 主治医が行うのか、治療チームを構成する多職種の会議で行うのか、治療チームとは独立した立場の人も参加する会議で行うのか、外部の専門家も参加する会議で行うのか。
 - リスクアセスメント・ツールは使用されるのか。
 - ありの場合は、具体的な使用ツール名
 - リスク以外に治療の進捗状況をモニタリングするためのツールは使用されているのか。

オ．司法精神医療に関するアウトカムとデータ*

- ◇ 政府統計や公的研究で公表されている司法精神医療に関するアウトカムはどのようなものか。
- ◇ 司法精神医療の病床数はどのくらいか、人口比ではどのくらいか
- ◇ 司法精神医療の入院者はどのような人か
 - 人口統計学的データ
 - 診断
 - 在院期間
- ◇ 病棟スタッフはどのような人か
 - どのような職種の人がいるのか。
- ◇ 入院の費用を負担するのは誰か
- ◇ 入院費用はいくらくらいか

* データについては、入手可能な範囲で収集する。

* 情報についてはできるだけ出典を示してください。また、参照できる文献や報告書については、出典をお示しいただき、入手可能な場合には実物を添付してください。

別紙 2

オランダにおける司法精神医療における施設内処遇の枠組み

香川大学 法学部 平野 美紀

1. 法制度に関して

1.1. 責任能力の規定と精神科病院収容処分と TBS 処分

オランダでは、我が国と同様、責任能力が欠如する者については処罰されない（オランダ刑法 39 条¹）。また実務上、限定責任能力という概念が存在し、後述のように責任能力鑑定では生物学的手法と心理学的的手法との混合的手法が用いられる。責任能力あり、責任能力なし、の中間に、3 段階の限定責任能力として限定責任能力基準があるが、限定責任能力を規定した条文は、刑法には存在せず、減輕規定はない。

責任無能力者に対しては、裁判官は 1 年間の精神科病院収容処分を付することができる（オランダ刑法 37 条 1 項²）。この場合、対象者は刑事手続きから離れ、もっぱら精神科病院収容法（Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen）の規定による取り扱いを受けることになる。精神科病院収容法 19 条によれば、裁判所は入院命令をさらに 1 年間延長することができ、継続的に 5 年間入院させているときには、その後は 2 年毎に延長することができる。

さらに、特定の重大犯罪を行った、社会に危険のある者については、TBS (terbeschikkingstelling)³ 処分と呼ばれる刑事処分がある。TBS 処分と呼ばれる刑事処分は、日本には存在しない、行為者本人の危険性に着目するもので、刑罰のような刑の均衡

¹ 【オランダ刑法 39 条】Niet strafbaar is hij die een feit begaat, dat hem wegens de gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van zijn geestvermogens niet kan worden toegerekend. 精神の病的障害あるいは発達障害により行為を行った者は罰しない。

² 【オランダ刑法 37 条 1 項】De rechter kan gelasten dat degene aan wie een strafbaar feit wegens de gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van zijn geestvermogens niet kan worden toegerekend, in een psychiatrisch ziekenhuis zal worden geplaatst voor een termijn van een jaar, doch alleen indien hij gevaarlijk is voor zichzelf, voor anderen, of voor de algemene veiligheid van personen of goederen. 責任無能力者が、自己、他人、あるいは社会または財産の一般的安全に対して危険を呈する時は、裁判官は 1 年間の精神科病院収容処分が付することができる。

³ TBS とは、オランダ語でいう Ter beschikkingstelling の略であり、日本語に直訳すると監置となる。TBS 処分は英文では hospital order、entrustment order と翻訳され、日本語で社会治療処分と訳されていることもあるが（たとえば、ペーター・タック（山下邦也・田中圭二訳）「オランダ刑法における社会治療処分」香川法学 21 巻 3=4 号(2002)295 頁以下。）、オランダ国内では「TBS」と省略されているため、本稿ではあえて訳さずにそのまま TBS とする。

が考慮されず、比例原則が適用されない⁴。TBS 処分とは、4 年以上の自由刑を最高刑として有する犯罪（例えば、強盗・強制性交・殺人等）や特定の重大犯罪（飲酒運転による重大な傷害の惹起、脅迫等）を行った精神障害者に対して、特に公共安全を確保する必要がある場合に、当該本人の人格、当該犯罪の重大性または過去の重大犯罪に関する有罪判決の頻度等を考慮に入れて、刑事裁判所が決定・命令する処分である（刑法第 37a 条⁵）。

⁴ なお、オランダは TBS 処分のほか、累犯者に科せられる ISD 処分など、さまざまな刑事処分を有する。

⁵ （本報告の条文の翻訳は仮訳として筆者が行ったものである。）【オランダ刑法第 37a 条】
De verdachte bij wie tijdens het begaan van het feit gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens bestond, kan op last van de rechter ter beschikking worden gesteld indien: 行為時に精神の病的障害あるいは発達障害のあった者に対して、以下の場合に裁判官は TBS 処分を科することができる。

1°. het door hem begane feit een misdrijf is waarop naar de wettelijke omschrijving een gevangenisstraf van vier jaren of meer is gesteld dan wel behoort tot een der misdrijven omschreven in de artikelen 132,285, eerste lid, 285b, en 395 van het Wetboek van Strafrecht, 175, tweede lid, onderdeel b, of derde lid in verbinding met het eerste lid, onderdeel b, van de Wegenverkeerswet 1994, en 11, tweede lid, van de Opiumwet, en 刑法第 132 条、第 285 条、第 285b 条第 1 項、第 395 条、1994 年道路交通法の第 175 条第 2 項 b 若しくは第 3 項第 1 号 b、またはあへん法第 11 条第 2 項に規定される 4 年以上の自由刑が規定されている罪の場合。

2°. de veiligheid van anderen, dan wel de algemene veiligheid van personen of goederen het opleggen van die maatregel eist.他人の安全、または人や財物の一般的な安全のために、本処分が必要な場合。

2 Bij toepassing van het vorige lid kan de rechter afzien van het opleggen van straf, ook indien hij bevindt dat het feit wel aan de verdachte kan worden toegerekend. 前項を適用するにあたり、裁判官は、犯罪事実の有無にかかわらず刑罰免除を言い渡すことができる。

3 Het tweede en derde lid van artikel 37 zijn van overeenkomstige toepassing. 第 37 条第 2 項および第 3 項が適用される。

4 Bij het geven van een last als bedoeld in het eerste lid neemt de rechter de inhoud van de overige adviezen en rapporten die over de persoonlijkheid van de verdachte zijn uitgebracht, alsmede de ernst van het begane feit of de veelvuldigheid van voorafgegangene veroordelingen wegens misdrijf in aanmerking. 第 1 項の処分を言い渡す場合、裁判所は、当該本人の人格、

TBS 処分は前述のように刑罰ではないため、自由刑との併科が可能であり、TBS 処分と刑罰とが併科される場合、その刑罰の長さは、刑罰のみが科される場合の刑罰よりも短い。また、刑罰と併科された場合、通常は刑罰が先に執行され、通常は刑期の 3 分の 1 経過後、処分に移行する。これは、刑法 15 条の規定により、通常的自由刑において、刑期が 2 年以上の場合には、刑期の 3 分の 1 が経過すると、保護観察付等の条件付きで釈放されるからである⁶。

保安上の必要性という要件が重要視されるため第 37a 条の要件、すなわち、重大な犯罪であり、公共の保安上の理由がある、という要件が満たされれば、限定責任能力の場合だけでなく、事例としては少ないが、責任無能力の場合にも科せられることがある。

TBS 処分には、条件付きで社会内で処遇される条件付き TBS 処分のほか、自由を剥奪される、監護付 TBS 処分がある。条件付 TBS 処分は、裁判所が再犯の危険性の程度が社会的に容認されうる、と判断した場合や、本人が協力的である場合、TBS 施設への収容はされず、遵守事項を付されて、通常精神病院への入院や通院治療を受けるという処分である(刑法第 38 条⁷)。具体的には、精神科の治療を受け指示された薬を服用する、などである。

当該犯罪の重大性または過去の重大犯罪に関しての有罪判決の頻度に関して種々のアドバイスと報告書を考慮に入れる。

⁶ 【第 15 条第 1 項】De veroordeelde tot vrijheidsstraf van meer dan een jaar en ten hoogste twee jaren, wordt voorwaardelijk in vrijheid gesteld wanneer de vrijheidsbeneming ten minste een jaar heeft geduurd en van het alsdan nog ten uitvoer te leggen gedeelte van de straf eenderde gedeelte is ondergaan.1 年以上 2 年以下の自由刑を宣告された被告人は、少なくとも 1 年間の自由を剥奪され、かつ刑期の 3 分の 1 が経過したとき、条件付きで仮に釈放される。

【第 15 条第 2 項】De veroordeelde tot tijdelijke gevangenisstraf van meer dan twee jaren wordt voorwaardelijk in vrijheid gesteld wanneer hij tweederde gedeelte daarvan heeft ondergaan. 2 年以上の自由刑を宣告された場合には、その 3 分の 2 が経過した後、条件付きで仮に釈放される。

⁷ 【第 38 条第 1 項】Indien de rechter niet een bevel als bedoeld in artikel 37b geeft, stelt hij ter bescherming van de veiligheid van anderen dan wel de algemene veiligheid van personen of goederen voorwaarden betreffende het gedrag van de ter beschikking gestelde. De rechter geeft tevens een in de uitspraak aangewezen instelling, die aan bepaalde, bij of krachtens algemene maatregel van bestuur te stellen, eisen voldoet opdracht de ter beschikking gestelde bij de naleving van de voorwaarden hulp en steun te verlenen. 裁判所は、第 37b 項にいう処分を発しない場合、他者の安全または個人または

かつての外来処分では、条件に違反した場合の罰則が存在しなかったが、条件付 TBS 処分では、遵守事項に違反した場合、または、他人の安全または社会もしくは財産の一般的安全の必要がある場合、検察官の請求によって、裁判所は閉鎖施設での監護付処分の執行を命じることができる（刑法第 38c 条）。処分の形態の変更であっても TBS 処分の開始についての最終決定権は裁判所にあるが、保護観察所(Stichting Reclassering Nederland)が遵守事項の遵守を監督することになる⁸。

監護付 TBS 処分の場合、閉鎖施設で執行され、他人の安全または社会もしくは財産の一

財産の一般的な安全を保護するために、当該本人の行為に関して条件を付する。裁判所は、判決で指定された特定の要件を満たす機関に、本人が遵守事項を遵守できるよう支援と援助を提供するよう指示する。

2 Indien bij de uitspraak tevens een vrijheidsstraf wordt opgelegd, kan deze in het in het eerste lid van dit artikel bedoelde geval ten hoogste op drie jaar worden bepaald. 自由刑が付されている場合には最長 3 年までの刑を科すことができる。

3 Een voorwaarde als bedoeld in het eerste lid kan de rechter slechts stellen, indien de ter beschikking gestelde zich bereid heeft verklaard tot naleving van de voorwaarde. 裁判官は当該本人が遵守すると述べた場合にのみ第 1 項を宣告することができる。

4 Bij algemene maatregel van bestuur kunnen nadere regels worden gesteld omtrent de procedure van terbeschikkingstelling met voorwaarden. 条件付 TBS 処分の条件についての詳細は別途規則で定めるものとする。

【第 38c 条】 De rechter kan, op vordering van het openbaar ministerie, indien een gestelde voorwaarde niet wordt nageleefd of anderszins het belang van de veiligheid van anderen dan wel de algemene veiligheid van personen of goederen zulks eist bevelen dat de ter beschikking gestelde alsnog van overheidswege zal worden verpleegd. 裁判所は、検察官の申立てに応じて、規定された条件が遵守されない場合、または他者の安全または人または財産の一般的な安全の重要性について要請される場合、監護付 TBS 処分とすることができる。

⁸ オランダ保護観察所の役割については、平野美紀「オランダにおける社会内処遇制度：再犯防止対策の一つとして」法と精神医療 32 号（2019 年）。保護観察所は、資金は司法省によって賄われているものの、独立した組織である。特に特徴的な点は、保護観察官が、被疑者段階からかわり、司法機関への社会調査書を作成したり、当人の個人的な悩みについて相談に乗ったり、そのあとも継続して公判や施設での処遇の際にも当人の社会復帰と社会復帰後の調整のためにかかわる点である。施設収容中の帰休等にもかかわる。

般的安全が要求するときに科される（刑法第 37b 条⁹）。もちろん、社会復帰を目的とした治療が行われるが、本来の目的は、本人の再犯の重大な危険から社会を保護することである。処分は、裁判所が定める 1 年間あるいは 2 年間という限定された期間を宣告され、1 年間、あるいは 2 年間の延長を宣告することがある。処分の全期間は 4 年間であると規定されているものの、保安上の必要があればその期間に限定されない（刑法第 38e 条¹⁰）。そのため、終身的に収容される可能性もある。また収容期間が 6 年間を超えると、長期棟に収容される。

TBS 処分の目的は、対象となる精神障害者に対して治療を与えて社会復帰を実現させる

⁹ 【第 37b 条】De rechter kan bevelen dat de ter beschikking gestelde van overheidswege wordt verpleegd, indien de veiligheid van anderen dan wel de algemene veiligheid van personen of goederen de verpleging eist. 裁判所は、他者の安全または人や財産の一般的な安全に必要な場合、TBS 処分を付すことができる。

2 Indien de rechter naast de maatregel van terbeschikkingstelling met bevel tot verpleging van overheidswege een gevangenisstraf heeft opgelegd kan de rechter in zijn uitspraak een advies opnemen omtrent het tijdstip waarop de terbeschikkingstelling met verpleging van overheidswege dient aan te vangen.

裁判所は監護付き TBS 処分に加えて自由刑を科した場合 TBS 処分に関して開始しなければならない時期に関する助言を述べることができる。

¹⁰ 【38e 条】De totale duur van de maatregel van terbeschikkingstelling met bevel tot verpleging van overheidswege gaat een periode van vier jaar niet te boven, tenzij de terbeschikkingstelling met bevel tot verpleging van overheidswege is opgelegd ter zake van een misdrijf dat gericht is tegen of gevaar veroorzaakt voor de onaantastbaarheid van het lichaam van een of meer personen. 監護付き TBS 処分の合計期間は、1 人以上の身体への不可侵性への犯罪のおそれや危険を侵さない限り、4 年を超えない。

2 Behoudens de gevallen waarin een bevel als bedoeld in artikel 37b of artikel 38c is gegeven, gaat de totale duur van de maatregel van terbeschikkingstelling een periode van negen jaar niet te boven. 第 37b 条または第 38c 条でいう命令を除き、TBS 処分の合計期間は 9 年間を超えない。

3 Indien de totale duur van de terbeschikkingstelling niet in tijd is beperkt, kan de termijn van de terbeschikkingstelling telkens worden verlengd, wanneer de veiligheid van anderen, dan wel de algemene veiligheid van personen die verlenging eist. TBS 処分期間は、他人の安全または人の一般的な安全がその延長を必要とするときはいつでも延長され得る。

と同時に、社会の安全を確保することであり、従って、社会に危険を及ぼすおそれのある者については、その危険性が存続する限り対象となる。この場合、オランダでは、危険性の判断として HKT30 とよばれるオランダ式のアセスメントのほか、さまざまなアセスメントツールが並行的に使用される。

これらをまとめると、TBS 処分の特徴は以下の点にある。

- (1) 限定責任能力者および責任無能力の場合に科せられる点、
- (2) 処分の決定や終了などに対しては刑事裁判所による判断が下される一方、治療内容などは医療者に委ねられている点、
- (3) 刑罰ではないので通常の刑とは関係なく、社会への安全を重視して処分を付すことができる点、
- (4) 処分を受けた者の 8 割近くは人格障害者である点、
- (5) 処遇の目的は社会復帰と同時に、社会の安全を守るため、ということが前面に出されている面
- (6) 治療や社会復帰などに関しては、膨大な予算と豊富なスタッフが充実したケアを行っている点、

以上の 6 点である。

1.2. TBS 処分の経緯

そもそも、オランダにおける触法精神障害者処遇に関する歴史は古く、1928 年以来、TBS の前身である TBR (Ter beschikkingstelling van de regering) 制度によって、施設に収容することを定めていた。しかし、TBR 処分は収容期間の上限規定がないため長期間の治療拘禁を強いる結果となり、同種の犯罪を行った責任能力を有する受刑者が有期刑を定められているのに対して権利が保障されていないことなどから批判が高まり、1988 年 9 月 1 日より TBS 処分が TBR 処分に代わって新たに導入された¹¹。さらにその後、収容人員の増加などの現状に対処すべく発足したフォッケンス (Fokkens) 委員会の提言をもとに、1997 年 1 月 1 日より TBS に関する監護法 (Beginselenwet verpleging ter beschikkingstelling gestelden) が施行されるに至った。

1997 年度の改正による TBS 処分の最大の変革は、それまでの TBS 外来処分・TBS 入院処分に代わって、TBS 処分に、条件付 TBS 処分と、監護付 TBS 処分 (TBS met verpleging) とを創設した点である。

1.3. 処分の流れ

オランダでもわが国と同じように、起訴便宜主義が採用され、検察官の裁量が広く認められているものの、重大犯罪については原則的に起訴することになっており、有罪率は約

¹¹ 平野美紀「オランダにおける精神障害犯罪者の処遇」法と精神医療 12 号(1998)115 頁以下参照。

60%である¹²。被疑者に精神障害のおそれがあれば、司法が介入するシステムが運用されて予審判事に報告書の提出を命じられた司法精神医科医や心理学者等は、鑑定を行うことになる。鑑定期間についても、予審判事が認定し、必要があれば、その期間の延長を命じることができる。なお、訴訟能力がないとされた場合には刑事訴訟法 16 条により、治癒の報告を受けるまで訴訟手続きが延期しなければならないが、判例上、最重度の障害に限定されると解されているため、この条文が適用されることはほとんどない¹³。

報告書の作成には 2 つの方法があり、外来で拘置所に拘禁されている被疑者を訪問し、報告書を作成するか、あるいは、専門施設で留置鑑定が行われる。後者の場合、精神鑑定施設ピーター・バーン・セントラム (Pieter Baan Centrum) で、約 7 週間かけて、精神科医等のグループによって報告書が作成される。当施設は 2019 年までは、オランダのほぼ中央に位置するユートレヒト (Utrecht) にあったが、現在では、Alsmere というアムステルダム市の北側の新興住宅地から少し離れた地域に、新たに TBS 処遇施設と同じ建物に建設された¹⁴。古い統計ではあるが、1996 年の統計では、3,800 件に報告書の請求が行われたが、そのうち、留置鑑定 250 件中、220 件がピーター・バーン・セントラム で行われた¹⁵。当施設では、対象者一人に対して 1 日約 6 万円の経費を要するとされる¹⁶。

鑑定に必要な内容は以下の通りである。精神障害の有無、行為と精神障害との因果関係、責任能力の程度、再犯の可能性、望ましい治療、という点である¹⁷。

1.4. 処分の終了

処分の終了や期間延長は裁判所が決定する¹⁸。延長される場合、施設は、期間延長勧告 (verlengingsadvies) とよばれる報告書を司法当局に提出する。報告書の内容は、治療により期待される回復の程度、再犯のリスクアセスメントである。収容 6 年を経過した収容者の場合は、クリニックに所属しない外部 (たとえば前述のピーター・バーン・セントラム)

¹² Tak, PJP, The role of the prosecution service. In Essays on Dutch criminal policy. Wolf Legal Productions, pp.5-24, 2002. Nijboer, J.F., Criminal Justice System; In , Chorus, J.M.J., Gerver, P.H.M., Hondius, E.H., Koekkoek, A.K.(eds.) *Introduction to Dutch Law (3rd revised edition)*. Kluwer Law International, pp.383-433, 1999, ペーター・タック(中山研一・山下邦也・田中圭二訳)『オランダ刑事司法入門-組織と運用』(2000) 土本武司「日・蘭刑事司法の比較的考察」犯罪と非行 96 号(1993)2 頁以下を参照。

¹³ ペーター・タック(山下邦也・田中圭二訳)「オランダ刑法における社会治療処分」香川法学 21 巻 3=4 号(2002)295 頁以下。

¹⁴ 2019 年 9 月 2 日、Pieter Baan Centrum への聞き取り調査による。

¹⁵ Van der Leij, J.B.J., Jackson, J.L., Malsch, M., & Nijboer, J.F., Residential mental health assessment within Dutch criminal cases: A discussion. *Behavioral Sciences and the Law*, 19, 691-702, 2001.

¹⁶1996 年 8 月 29 日留置鑑定施設 Pieter Baan Center 訪問時の聞き取り調査による。

¹⁷ Van Marle, H., Forensic psychiatry services in the Netherlands. *International Journal of Law and Psychiatry*, 23, 5=6, 515-531, 2000.

¹⁸ 2014 年には 177 件終了している(2019 年 9 月 2 日、TBS 施設 Oostvaarderskliniek 訪問時の聞き取り調査による)。

の司法精神科医による診察と報告書が必要である。

2. 入院による司法精神医療の治療とデータ

前述のように、司法精神医療における根拠法は刑法であり、入退院や処分決定については裁判所の判断による旨も、すべて刑法に規定されているが、処遇に関しては、行刑法（Penitentiare Beginselenwet）、TBS に関する監護法（Beginselenwet Verpleging terbeschikkingstelling、以後「TBS 監護法」という）、TBS 処分施行規則（Regels omtrent de tenuitvoerlegging van de maatregel van terbeschikkingstelling、以後「TBS 規則」という）の規定に従う。これらの規定は、1999 年より施行されている行刑法の規定と内容はほとんど同じである¹⁹。TBS 処分は刑事司法の枠組み内で運用され、TBS 施設は行刑施設の一部であり、処分に付された者は、未決拘禁者および刑務所での受刑者と同様、自由を剥奪された者として被拘禁者の権利を有するためである（行刑法 1 条 e および t 条）。つまり一般原則については行刑法によっているが、より細かい規定については TBS 監護法や TBS 規則による。なお、TBS 監護法は 2020 年に改正予定である。

TBS 処遇施設は 2019 年 9 月 2 日現在、オランダ全国 11 施設あり、それらはセキュリティによる分類がある。

2019 年 9 月 2 日現在、全国の入院患者数は 1625 人、うち 94% は男性で、女性は 6% にすぎない。73% はオランダ国籍を有し、12% はスリナム、オランダ領アンティル、15% は他の国籍保有者である。オランダ国籍を有していても、労働者として移住してきた者など、言語の相違はもとより、宗教・生活習慣の相違によって犯罪に対する認識が大きく異なる場合が多く、処遇は困難になることを意味すると思われる。平均年齢は 42 歳で、平均収容年数は 8.4 年である²⁰。

3. 司法精神医療における施設内の治療について

3.1. 治療

TBS 処分における処遇の際の治療計画や治療内容等については、裁判所は関与せず、後述の監督委員会を通して司法大臣の監督を受けることになるが、基本的には施設の医療スタッフの裁量に任される。そのため、患者本人を含めて、医師や精神科医や他の数人の医

¹⁹被拘禁者の法的権利について、詳細は、ペーター・J・P・タック（平野（林）美紀訳）「オランダにおける被拘禁者の法的地位（上）（下）」自由と正義 52 巻 10 号(2001)36 頁以下、11 号(2001)14 頁以下参照。

²⁰ 2019 年 9 月 2 日 TBS 施設 Oostvaarderskliniek (Almere) 訪問時、Hans Neervoort 氏とのインタビューによる。ただし、平均収容年数は少しずつ下がっているとのコメントがあった。

療スタッフによって、治療計画が立てられ、各種セラピーが行なわれる。これらの「治療」は、TBS 監護法 1 条 u にいう「他人の安全または社会もしくは財産の一般的安全に対する当該本人の危険性を減少させることによって、本人の社会復帰が平穩に行われることを目的とした措置」をいい、本人の同意が必要とされる。これは、TBS 施設での治療がいわゆる社会治療とよばれるもので、治療の性質上、本人の同意が得られなければ治療効果が得られないからである。

このように緊急時の医療以外の、治療そのものは強制で行うことはできないため、治療に非協力的な収容者も存在する。医療スタッフはいかにして収容者に動機付けを与えるか日夜苦心し、また、治療に非協力であれば収容期間が長引くことが、収容者にとっては治療へのひとつの動機付けになっている。

それでもなお収容者が改善されないなどの問題がある場合に他の TBS 施設への移送の可能性や他の治療方法などのアドバイスを求めて、あるいは、収容後 6 年が経過した場合、前述の留置鑑定施設であるピーター・バーン・セントラムで鑑定が行われることがある。改善の可能性がないと判断されても保安上必要な場合には TBS 施設への収容が継続される。

社会復帰に向けた治療は多職種チームで行われ、危険性や治療効果などは常に評価されている。治療のほか、社会復帰に向けたさまざまな活動があり、たとえば、Oostvaarderskniniek は、最重度保安設備として機能する TBS 処遇施設であるが、収容定員が 140 名に対して、すべての収容者には個室での居室があり、リビングルームや台所が居室等にあるほか、同じ敷地の他の施設内に収容者が仕事として活動可能な、庭、売店、レストラン、クリーニングサービスで日中の時間を過ごすことができる。台所には調理用具も揃っているが、包丁やナイフ等は、別室で管理されていた²¹。

3.2. 本人の権利

具体的には、TBS 監護法や TBS 規則には外部交通(面会が週 1 時間以上、電話は週に 10 分以上、郵便の発受)・戸外滞留・帰休等が収容者の基本的な権利として規定されている。そのほか、TBS 監護法は、施設における作業、精神保健についても定めている。

ただし、処遇施設の保安や犯罪防止、被害者の保護の理由があれば、施設長はそれらの権利を制限することができる。しかしながら、刑事司法施設の第三者委員会としての監督委員会 (Commissie van Toezicht)²²、不服裁定委員会、法的扶助関係当局、保護観察所、

²¹ 2019 年 9 月 2 日の Oostvaarderskliniek(Almere)訪問時の聞き取り調査による。

²² すべての TBS 施設には、他の刑務所と同様、外部組織として第三者機関である監督委員会 (Commissie van Toezicht) がある (TBS 監護法 1 条 p、10 条、TBS 規則 7 条)。6 人以上のメンバーを擁する委員会の構成は、司法大臣による任命を受けた、裁判官、精神科医、弁護士、精神疾患の入院医療に関する行動科学的学識を有する者 (gedragsdeskundige met kennis van intramurale zorg voor geestelijk gestoorde) 等専門知識を有する者であり、任期は 5 年であるが再任は 2 回可能である (TBS 規則 7 条)。TBS 監護法 10 条 2 項によれば、監督委員会に課せられた業務は、自由を剥奪する処分等の監督、収容者からの苦情 (grievens) 処理やそれに付随する施設長と収容者長との調停手続き (bemiddeling)、TBS 監護法上 56 条ないし 65 条の条文等に定められて

司法当局や政府関係者ならびに機関等に宛てる手紙には制限がつけられないことになっている。

また、オランダ憲法では身体の不可侵が保障されているが、例外的に、収容されている危険な者から社会を保護するため、あるいは施設における秩序と安全の維持のために、もしくは本人の健康に対する重大な危険を避けるために必要がある場合、身体不可侵の権利の侵害は、TBS 監護法 21 条により適法とされている²³。具体的には、尿検査(同法 24 条)、衣服・身体検査(同法 25 条等)、緊急時の強制治療(同法 26 条)、緊急時の 24 時間以内の身体拘束(同法 27 条)、居室の検査(同法 29 条)などである。

3.3. 帰休制度と社会復帰

司法省の許可を得た上で行われる帰休制度については、TBS 監護法 50 条 - 51 条に規定がある。通常、処遇が最終段階に近くなると、外出が認められるが、最初は、数日間と限定され、施設職員が同行する。最終段階では、試験的外泊として、収容者・施設・保護観察所との協議によって計画書が作成され、付き添いなしでの宿泊が認められ、保護観察所が計画書の実行について審査し、結果を裁判所と施設に報告する。

全国で年間約 70,000 件の帰休が実施され、規定時間以内に施設に戻らなかったのは、2014 年は 39 件であったが、施設からの脱走は不可能であるといわれている²⁴。

さらに、条件付き TBS 処分によって社会内で治療される場合や、施設内処遇の最終段階で社会内で処遇される場合等、社会内処遇の担い手は、全国 60 ヶ所に治療体制を支える RIAGG (Regionale Instellingen voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg) 組織と各組織を結ぶネットワークや、保護観察所が関与して社会復帰後の受け皿となる。そして、これらを支えているのは、精神科医師や心理士をはじめとしたスタッフである。

²³ オランダは、憲法が自国の最高法典でありながら、国際人権条約規定は国内法の憲法に優先する。

²⁴ 2019 年 9 月 2 日の Oostvaarderskliniek 訪問時の聞き取り調査による。

別紙 3

< 共通調査項目 > (韓国)

韓日法律問題研究所 趙 晟容

ア．法制度に関して

1．責任能力に関する法規定はどのようなものか。

1) 規定している法律や条文はどのようなものか。

韓国の刑法は、刑事未成年者（9条）と心神喪失者（10条1項）について責任無能力を認めている。

刑法9条（刑事未成年者）「14歳に満たない者の行為は、罰しない。」

刑法10条（心神障害者）1項「心神障害によって事物を弁別する能力がないか、あるいは意思を決定する能力がない者の行為は、罰しない。」

心神耗弱者（10条2項）と聾啞者（11条）については限定責任能力を認めている。

刑法10条（心神障害者）2項「心神障害によって前項の能力が耗弱する者の行為は、その刑を減輕することができる。」

刑法11条（聾啞者）「聾啞者の行為は、その刑を減輕する。」

2．限定責任能力に関する規定はあるか。

あり。

刑法10条2項（心神耗弱者：報告者注） 刑法11条（聾啞者）

2) 責任能力の具体的な判定基準はどのようなものか。

刑法10条（心神障害者）は「心神障害」によって、「事物を弁別する能力」がないか、あるいは「意思を決定する能力」がない者の行為は罰しない（1項）とし、これらの能力が耗弱する者の行為は刑を減輕する（2項）と明記している。これについては、心神障害は精神障害と理解されており、心神障害という生物学的な要素によって、事物弁識能力または行動制御能力の欠如あるいは耗弱という心理学的な状態が生じることを、責任無能力あるいは限定責任能力の判断基準とする混合的手法をとっているといわれる。

判例も混合的手法を認めている¹。判例は「刑法10条に規定されている心神障害の有無及び程度の判断は法律的判断であって、必ずしも専門鑑定人の意見に羈束されるものではな

い」としている²。これは、生物学的要素の存否そのものも裁判官が判断すべきであるということではなく、生物学的要素による事物弁識能力または行動制御能力の有無及び程度という心理学的要素に対する判断だけが規範的なことであるとするものである³。

3. 統計的データ

鑑定医（人）の責任能力に関する意見と裁判官の判断との一致率に関して、かなり前の資料ではあるが、紹介すると、以下のとおりである⁴。

精神鑑定報告書には通常被鑑定人の責任能力の有無と程度に関する意見を述べる傾向がある。しかし、鑑定医（精神科専門医）の所見と裁判官の判断との一致率はあまり高くないようである。1988年から1997年の間治療監護所で精神鑑定を受けた後、治療監護判決が下されて同所に入所した触法精神障害者692名を対象にして責任能力の有無と程度に対する一致率を調べたら、鑑定医が心神喪失と判断した597名に対して裁判官も心神喪失と判断したのは449名（75.2%）であり、鑑定医が心神耗弱と判断した546名に対して裁判官も心神耗弱と判断したのは228名（41.8%）に過ぎなかった⁵。また、1990年1月から1997年3月の間ソウル恩平（ウンピョン）精神病院で精神鑑定を受けた触法精神障害者75名を対象にして責任能力の有無と程度に対する一致率を調べたら、鑑定医が心神喪失と判断した44名に対して裁判官も心神喪失と判断したのは16名（36.3%）であり、鑑定医が心神耗弱と判断した26名に対して裁判官も心神耗弱と判断したのは19名（73%）、鑑定医が責任能力ありと判断した5名に対しては裁判官もすべて責任能力ありと判断し、一致しない35名の場合は、裁判官が鑑定医より厳しい判断を下していた⁶。このように不一致率が高いのは、鑑定医と裁判官の主観的な見解の差だけではない。鑑定医が精神病理と症状的な側面から触法精神障害者を把握する傾向がある反面、裁判官は犯罪行為自体、判決当時の精神状態のほかに行行、過去の状態、再犯の危険性をより重要視するからであるという指摘がある⁷。

イ．入院による司法精神医療

1. 入院に関する法手続き

1) 根拠法

治療監護法。

1980年12月18日に制定された旧社会保護法には治療監護という司法的な治療処分制度があった。この社会保護法が2005年8月4日に廃止され、常習犯に対して適用されてきた保護監護制度はなくなった。しかし、触法精神障害者に適用されてきた治療監護制度は、2005年8月4日に制定された治療監護法（治療監護等に関する法律）によって維持される

ようになった。

2) 入院の決定権者

裁判所（裁判官）。

検察の治療監護の請求（4条1項）によって、裁判所が判決で宣告する（12条1項）。

治療監護の請求には独立請求（7条）と併合請求（4条1・5項）がある。前者は、検察官が不起訴処分をするとき、裁量で治療監護のみを請求するものである。後者は、起訴時または起訴後に、追加的に治療監護をも請求するものであるが、控訴審の弁論終結時までできる⁸。また、裁判所は、検察が請求しなかったが、起訴事件の審理過程において治療監護が必要であると認めるときには、検察に治療監護の請求を要請することができる（4条7項）。

刑と治療監護が併科されるときは、治療監護を先に執行する（18条）。

治療監護判決を受けた者は治療監護施設（16条の2）、すなわち治療監護所（16条の2の1項1号）と法務部長官が指定する国立精神医療機関（国立指定法務病院。16条の2の1項2号）に収容される。2017年10月31日現在、被治療監護者1,109名と鑑定留置者31名が忠清南道（チュンチョンナムド）公州市（ゴンジュシ）にある治療監護所である国立法務病院に収容されている。そして、被治療監護者50名が慶尚南道（ギョンサンド）昌寧市（チャンリョンシ）にある国立釜谷（ブゴク）病院の司法病棟である国立指定法務病院に収容されている⁹。

3) 入院手続において参照される専門家意見

検察官は、治療監護を請求するときは、精神科専門医等の診断または鑑定を参照しなければならないし（4条2項）、特に性的性癖のある、精神・性的障害によって性犯罪を犯した者に対しては、精神科専門医等の診断または鑑定を受けてから請求しなければならない（4条2項但書）。しかし、被疑者または被告人の過去の診断だけに基づいて請求をするケースはないという¹⁰。精神鑑定は刑事訴訟法に基づいた囑託鑑定であって、長期間の時間と観察及び十分な方法によって行われるが、一般的に診断はそうでないからである。

裁判所は、請求段階での診断または鑑定だけで精神障害または精神・性的障害の有無に対する判断が難しいときには、再び精神科専門医等による診断または鑑定を命じることができる（13条）。

精神鑑定の内容は依頼事項によって異なるが、通常は犯行時と鑑定時の精神障害の有無と程度、責任能力、治療の必要性、再犯の危険性について鑑定を行い、精神鑑定書を作成して依頼先に提出する¹¹。

精神鑑定は、治療監護所の場合、担当の精神科専門医は、被鑑定人を検査病棟に収容して身体検査、神経機能検査、心理検査、知能検査、面談、行動観察を行う。必要なときは

家族または参考人等の面談および捜査機関・過去の治療病院・学校・職場等の照会も行う¹²。

治療監護所の場合、「担当の精神科専門医の鑑定 診療審議委員会の正確性・客観性・公正性に対する審議 担当の精神科専門医の精神鑑定書の作成（指摘事項があるときは、再調査の実施の後、最終的な精神鑑定書の作成）」の過程で行われるが、通常1ヶ月くらいかかる¹³。

4) 入院の判断基準

(1) 個別的な判断基準（治療監護対象者）

治療監護法は触法精神障害者、触法薬物・アルコール中毒者及び触法精神・性的障害者を治療監護の適用対象者としている（2条1項）。

A. 触法精神障害者（1号）

刑法10条1項の心神喪失者または刑法10条2項の心神耗弱者であって、禁固以上の刑に当たる犯罪を犯した者

B. 触法薬物・アルコール中毒者（2号）

麻薬・向精神性医薬品・大麻・その他濫用され、または害毒を及ぼすおそれのある物質あるいはアルコールを、食飲・摂取・吸入・喫煙または注入する習癖があるか、あるいはこれらに中毒された者であって、禁固以上の刑に当たる犯罪を犯した者

C. 触法精神・性的障害者（3号）

小児性嗜好症（pedophilia）・性的加虐症（sexual sadism）など性的な性癖のある精神・性的障害者（person who has psychosexual disorder）であって、禁固以上の刑に当たる性暴力犯罪を犯した者（2008年改正によって追加）

(2) 共通的な判断基準（治療監護の共通要件）

A. 禁固以上の刑に当たる犯罪を犯すこと

触法精神障害者（2条1項1号）と触法薬物・アルコール中毒者（2条1項2号）の場合は、禁固以上の刑に当たる犯罪であれば、その種類には法律上制限がない。したがって、罰金または拘留、科料のみが規定されている犯罪、すなわち失火罪（刑法170条）、単純賭博罪（刑法246条1項）、過失致傷罪（刑法266条）などのような犯罪を犯したときには、治療監護は請求できない。

しかし、触法精神・性的障害者（2条1項3号）の場合は、禁固以上の刑に当たる性暴力犯罪と局限し、2条の2にその性暴力犯罪の範囲を明示している。例えば、刑法、性暴力犯罪の処罰等に関する特別法及び児童・青少年の性保護に関する法律上の性的自由に対する罪である。

B. 収容治療の必要性があること

旧社会保護法は治療監護処分の要件として治療の必要性を求めていなかった（旧社会保

護法 8 条) が、治療監護法には「治療監護施設における治療の必要性」が要件とされた。したがって、再犯の危険性があっても収容治療の必要性がなければ、治療監護は許されない。

しかし、治療の必要性が実際に治療監護の要件の強化に役に立つかについては、疑問が提起されている¹⁴。前述の治療監護対象者に該当すれば、精神障害、薬物・アルコール中毒または精神・性的障害による再犯の危険性を防止及び除去するために収容治療が必要であるとされるのが通常であろうからである。判例も、犯行当時はもちろん裁判の時点においても心神耗弱であることを理由として、収容治療の必要性を認めている¹⁵。

治療監護の要件の強化のためには、むしろ治療可能性を要件とするべきであるが、これは法的にまた実務的に要件とされていない。ただ、前述の触法薬物・アルコール中毒者(2号)については、治療監護の期間を2年と制限しているが、これは短期間の治療可能性を念頭に置いたことであるという解釈がある¹⁶。

C. 再犯の危険性

再犯の危険性は治療監護の要件であり、また治療監護審議委員会(37条)が治療監護の終了または仮終了を決定するにおいて一番重要視する基準でもある。治療監護法には再犯の危険性について具体的な内容がなく、再犯の種類についても規定がないため、これらについては全的に解釈に任されている。再犯の危険性の有無は、被監護請求人に対する危険性の一つの徴表となる原因行為として当該犯行の内容、判決宣告当時の被監護請求人の精神障害の程度、精神障害の原因となる疾患の性格と治療の難易度、向後治療を継続的に受けられ得る環境の有無、被監護請求人自身の再犯予防意志の有無などを、総合的で客観的に判断しなければならないとされている¹⁷。

* 司法精神医療の対象となるのは、責任能力の減退を認められた人だけか、それ以外の人も対象となることがあるのか。

「(1) 個別的な判断基準(治療監護対象者)」で紹介している。

2. 病棟機能分化の有無と状況

病棟は機能によって分化されており、疾患による専門分化ではない。治療監護対象者(以下、「被治療監護者」ともいう)が治療監護所に入所すると、彼に対する分類審査が始まる(被治療監護者の分類及び処遇管理準則4条2項)。この審査(新入審査)は、被治療監護者を収容する病棟を決め、専門治療及び個別処遇の適正を確保するためのものである。彼の過去病歴・家族歴・精神疾患別分類・精神状態・精神障害の程度・薬物またはアルコール中毒の程度・精神・性的障害の程度等を精神医学的に検査し、前科・犯罪動機・犯罪数・罪質・年齢・学歴・経歴・環境・身体の状態・家族関係・併加された刑等を分析して、診断しなければならない(同準則5条1項)。

治療監護対象者は分離収容しなければならないし（治療監護法 19 条）治療監護所には検査病棟・女性病棟・一般病棟・薬物治療リハビリ病棟・人性病棟がある。このような病棟の分類は主に治療監護対象者別の治療と処遇に合わせた病棟機能分化であるが（同準則 12 条）検査病棟には新入患者・男性鑑定患者・重症患者を、女性病棟には女性患者・女性鑑定患者を、一般病棟には男性触法精神障害者を、薬物治療リハビリ病棟には触法薬物・アルコール中毒者を、人性病棟には触法精神・性的障害者を、各々収容している。国立釜谷病院の司法病棟には縁故地がこの病院に比較的近く、症状が良好である触法精神障害者が入っている¹⁸。治療監護機関は全部閉鎖病棟である。

被治療監護者は精神障害、薬物・アルコールまたは精神・性的障害の程度によって良好・軽症または重症と分類する（同準則 11 条）。良好は治療の経過がきわめて良好であって、薬物または通院治療だけで治療が可能であると予想されるが、今後一定の期間の間精神医学的な観察が必要な場合である（同条 1 項 1 号）。軽症はその程度が軽微であって、通常的な治療だけで社会復帰が予想され、自傷他害の危険性が著しく減少した場合である（同条 1 項 2 号）。重症はその程度が重く、精神科的な専門的治療が必要であって、自傷他害の危険性がある場合である（同条 1 項 3 号）。被治療監護者は雑居収容し、治療上必要な場合には独居収容する（同準則 13 条 1 項）。また、精神障害、薬物・アルコールまたは精神・性的障害の程度によって病室を分離して収容することができるが（同準則 13 条 2 項）実際には症状の軽い者と重い者を雑居収容しているという¹⁹。しかし、リハビリ治療、職業訓練等の処遇は、良好・軽症・重症の症状の程度に合わせて行う。

3. 治療の監査について

1) 治療者から独立した機関による監査はあるのか。

法務部長官は年 2 回以上治療観護施設の運営実態及び処遇状態等について監査を行うことになっている（治療観護法 31 条）。主務部署は法務部の犯罪予防政策局の治療処遇課であり、年 2 回の監査を行っているという。監査のときは、治療監護施設の運営と処遇が治療観護法、同施行令、施行規則及び被治療監護者の分類及び処遇管理準則にそってなされているかどうか重点的に調べられるという。

被治療監護者または法定代理人等は、同法 30 条（処遇改善の請願）と同法施行令 8 条に基づいて、法務部長官に治療監護施設内での処遇改善について請願をすることができる。治療監護施設の長は各病棟に請願箱を設置し、請願の受付・処理のための請願管理簿を運営しなければならない（同法施行規則 14 条）

また、被治療監護者は国家人権委員会に陳情することができるし（国家人権委員会法 30 条 1 項 1 号、31 条）同委員会はその陳情に基づいて施設訪問調査（同法 24 条）等の調査を行い、勧告・意見表明をすることができる（同法 19 条）。さらに、場合によっては、そ

の陳情を該当国家機関または捜査機関に移送しなければならない（同法 33 条 1・2 項）。

さらに、同委員会は、被治療監護者等の陳情がなくても人権侵害または差別行為があったと信じるほどの相当な根拠があるときには、職権で調査することができる（同法 30 条 3 項）。

4. 退院請求は可能か。

被治療監護者の仮終了・終了・治療委託とこれらの取消及び治療監護施設間の移送等の審査の申請権限は検察官にある（同法 43 条 1 項）。検察官は申請のとき治療監護施設の長または保護観察官の意見書、治療監護判決謄本、刑と治療監護の執行記録及び治療監護事案の調査記録を提出しなければならない（同法 43 条 2 項、治療監護法施行令 17 条 1 項）。治療監護施設の長または保護観察官は検察官に仮終了等の審査の申請を要請することができる（同法 43 条 3 項）。検察官の申請期間については規定がないが、仮終了と終了の場合は治療監護の執行開始日から 6 月が経ってから申請することができるし、その申請が棄却されたときは、その日から 6 月が経ってから申請することができるといわれている²⁰。これは、後述する被治療監護者等の申請期間規定及び治療監護審議委員会の職権審査期間規定に合わせた解釈のように見える。

被治療監護者及び法定代理人・配偶者・直系尊卑属・兄弟姉妹は、治療監護の終了の審査を申請することができる（同法 44 条 1 項）。このとき、精神科専門医の診断書または鑑定書を添付しなければならない（治療監護法施行令 18 条 1 項）。治療監護施設の長は被治療監護者等の申請について意見を提出することができる（同施行令 18 条 2 項）。被治療監護者等の治療監護の終了の申請は治療監護の執行開始日から 6 月が経ってから申請することができるし、その申請が棄却されたときは、その日から 6 月が経ってから申請することができる（同法 44 条 3 項）。

1) 可能な場合は、審査機関はどのような組織でどのような方法・基準で審査を行うのか。

被治療監護者の仮終了・終了・治療委託とこれらの取消及び治療監護施設間の移送等の審査の権限は、治療監護審議委員会にある（治療監護法 37 条 3 項）。

仮終了等の審査には職権によるものと申請によるものがある。前者の場合、仮終了と終了の審査は治療監護を開始してから 6 月ごとに行い、仮終了または治療委託された者についてはその決定がなされてから 6 月ごとに終了審査をすることができる（同法 22 条）。治療委託の場合は、心神喪失者については治療監護を開始してから 1 年後に、心神耗弱者については刑期に当たる治療監護が執行されてから申請することができる（同法 23 条 2 項）。

治療監護審議委員会は、裁判官・検察官・法務部の高位の一般職公務員または弁護士の資格のある 6 名以内の委員と精神科等の専門医の資格のある 3 名以内の委員と委員長と構

成されるが、委員長は法務部次官がする（同条 2 項）。

同委員会は委員長を含めた在籍委員の過半数の出席で開議し、出席過半数の賛成で議決する（同法 41 条 1 項）。審議のときは、治療監護施設の長または保護観察官に意見書を提出させることができるが（同条 3 項）治療監護施設の長は提出のとき、被治療監護者の状態、予後、治療監護の終了の妥当性等に関する担当医の意見を参照しなければならない（同条 4 項）。

同委員会は、治療監護所の担当医が提出した動態報告書、判決文、前科記録等に基づいて仮終了等について書面審査を行うが、必要なときは法務部職員を通じて必要な事項を調査させ、提出させるか、あるいは被治療監護者・被保護観察者またはその他の関係者を召喚し、調査することができる（同法 40 条 2・3・4 項）。

担当医の提出する動態報告書は、収容開始後 6 月ごとに治療監護所の長を通じて同委員会に提出されるが、被治療監護者の治療経過、動態、現段階での精神障害の程度、社会適応性に関する内容が入っている（同法施行令 5 条 1 項、同法施行規則 12 条）²¹。

同委員会は、被治療監護者の治療関係、社会適応関係、前科、犯罪関係及びその他の情状関係を審査して仮終了等を決定する（治療監護終了・仮終了及び治療委託審査規定 3 条）²²。

5. 入院期間や入院の更新に制限（上限）はあるのか。

治療監護対象者のなかで、触法精神障害者（同法 2 条 1 項 1 号）と触法精神・性的障害者（同法 2 条 1 項 3 号）の場合は、治療監護の上限は 15 年であり、（同法 16 条 2 項 1 号）、触法薬物・アルコール中毒者（同法 2 条 1 項 2 号）は 2 年である（同法 16 条 2 項 2 号）。

しかし、殺人罪を犯した被治療監護者に再び殺人罪を犯す危険性があり、継続的な治療が必要であると認められる場合、治療監護施設の長の申請に基づく検察官の請求があるときは、裁判所は 2 年の範囲内で同法 16 条 2 項各号の収容期間の延長決定をすることができるし、これは 3 回まで可能である（同法 16 条 3 項）。

治療監護施設の長が期間延長を申請するためには精神科専門医の診療または鑑定が必要であり（同法 16 条 4 項）、監護期間または延長期間の満了 7 月前までしなければならない（同法施行令 4 条の 2 の 2 項）。

6. 退所に関する法手続

1) 根拠法

治療監護法、同法施行令、同法施行規則、治療監護終了・仮終了及び治療委託審査規定。

2) 退所の決定権者

前述したように、治療監護法上の治療監護審議委員会（同法 37 条 3 項）。

3) 退所手続で参照される専門家意見

前述したように、申請のときは、検察官の場合は、治療監護施設の長または保護観察官の意見書を提出しなければならない（同法 43 条 2 項、治療監護法施行令 17 条 1 項）。前者の意見書は、治療監護所の診療審議委員会の審議を経た担当の精神科専門医の意見を反映したものである。被治療監護者等の場合は、精神科専門医の診断書または鑑定書を添付しなければならない（治療監護法施行令 18 条 1 項）。

治療監護審議委員会の審査のときは、治療監護施設の長または保護観察官に意見書を提出させることができる（同法 41 条 3 項）。治療監護施設の長は提出のとき、被治療監護者の状態、予後、治療監護の終了の妥当性等に関する担当医の意見（動態報告書）を参照しなければならない（同条 4 項、同条施行令 5 条、同条施行規則 12 条）。同委員会は、治療監護所の担当医が提出した動態報告書等に基づいて書面審査を行うが、必要なときは法務部職員の調査報告書をも参考する（同法 40 条 2 項）。

4) 退所の判断基準

被治療監護者の退所は、治療監護審議委員会の治療監護の終了・仮終了または治療委託の決定があるとき、治療監護の期間満了時（同法 16 条 2・3 項）、被治療監護者に刑事訴訟法 471 条 1 項各号のいずれかに該当する事由があって、検察官によって治療監護の執行が停止されるとき（同法 24 条）に、可能である。

終了・仮終了の判断基準は、基本的には治療監護施設における治療の必要性和再犯の危険性の有無及び程度であるが、具体的判断基準は以下のとおりである²³。

治療監護終了決定の基準は、(1)十分に治療され、再犯の危険性がないと認められるか、(2)治療の経過が極めて良好であり、薬物または通院治療だけでも治療ができるし、再犯の危険性がないと認められるか、(3)治療をしても症状の好転を期待できない場合、再犯の危険性を防止するための最小限の社会適応訓練を終えた上、法定代理人等が十分な保護を誓約しているか（同審査規定 14 条）の三つである。

治療監護仮終了決定の基準は、(1)完治されてはいないが、社会的危険性が低く、引受ける保護者がある場合には、治療等の特別遵守事項を課して、仮終了を決定することができる、(2)長期収容が不可避的ではあるが、外来通院治療が可能であり、長期収容による社会適応力の低下現象が生じるおそれがあると認められる場合、法定代理人等または引受ける保護者の十分な保護誓約をもらって、仮終了を決定することができる、(3)ほぼ完治されたが、継続的な治療と保護観察が必要であると判断される場合には、法定代理人等または引受ける保護者の保護誓約をもらって、仮終了を決定することができる、(4)治療監

護期間の満了が近づいているが、継続的な治療と保護観察が必要であると判断される場合には、引受ける保護者がなくても、更生保護施設または社会復帰施設など中間処遇施設への入所あるいは外部病院への入院治療を条件として、仮終了を決定することができる（同審査規定 15 条）。実際退所のほとんどは仮終了の形態である。

治療委託制度は、法定代理人等が自費で外部の精神病院での入院治療を保障する場合、その施設に治療を委託するものであるが（治療監護法 23 条、同法施行令 7 条、同法施行規則 13 条）、法定代理人等の経済的な負担・外部精神病院の拒絶等の理由で実際は運用されていない²⁴。

仮終了または治療委託が決定されると、保護観察が開始するが（同法 32 条 1 項 1・2 号）、その期間は 3 年である（同条 2 項）。

表 1 に治療監護審議委員会の決定現況を示した。

ウ．地域における司法精神医療

地域における司法精神医療は、治療命令制度と保護観察制度によって行われている。そして、地域司法精神医療における中心的な役割をしているのは専任保護観察官であり、指定治療機関のなかで主に精神医療機関を中心として行われている。

1. 治療命令制度

治療命令制度は 2015 年 12 月 1 日に改正され、1 年後から施行された改正治療監護法に新設されたものである。この制度は、通院治療の必要性和再犯の危険性がある者であって、刑法 10 条 2 項の心神耗弱者であり、禁固以上の刑に該当する罪を犯した者、またはアルコールまたは薬物中毒者であり、禁固以上の刑に該当する罪を犯した者（治療監護法 2 条の 3）に対して、裁判所が、刑の宣告猶予または執行猶予を下すとき、職権で、治療期間を定めて、通院治療を命じるものである（同法 44 条の 2 の 1 項）。犯罪の種類には制限がないが、心神喪失の触法精神障害者と精神・性的障害者に対しては治療命令を科することはできない。

通院治療を命じるときは、保護観察を併科しなければならないが（同条 2 項）、この保護観察期間は宣告猶予の場合は 1 年、執行猶予の場合はその猶予期間とする（同条 3 項）。治療命令期間はこの保護観察期間を超えることはできない（同条 4 項）。

裁判官は、治療命令の決定のために必要なときは、保護観察所の長に、治療命令対象者である被告人の犯罪の動機、身体的・心理的特性及び状態、家庭環境、職業、生活環境、病歴、治療費用の負担能力、再犯の危険性などの調査を求めることができる（同法 44 条の 3 の 1 項）。また、精神科専門医に、その被告人の精神的状態、薬物・アルコールの依存度等について診断を求めることができる（同法 44 条の 4）。

治療命令の執行は、保護観察官が検察官の指揮を受けて行う（同法 44 条の 6 の 1 項）。治療命令は、精神科専門医の診断、薬物投与、相談等の治療と、精神健康福祉法上の精神健康専門要員の資格のある臨床心理士等による認知行動治療等の心理治療プログラムの実施等との方法で執行する（同法 44 条の 6 の 2 項）。このような、精神科専門医の治療、精神健康専門要員の心理治療プログラム等の執行のために、法務部長官は精神医療機関、中毒者リハビリ施設、精神健康福祉センター等を治療機関と指定することができる（同法 44 条の 7 の 1 項、同法施行規則 41 条）。

保護観察官は、治療命令を執行する前に、このような執行方法と、治療命令対象者の身体的・心理的特性及び状態、職業、生活環境及び治療費用の負担能力とを、総合的に考量した治療命令執行計画を立てなければならない（同法施行令 28 条）。また、被治療命令者に、治療機関、治療の方法・内容（同法 44 条の 6 の 3 項）、遵守事項（同法 44 条の 5）、この遵守事項違反のときの宣告猶予の失効または執行猶予の取消に関する事項（同法 44 条の 8）、その他執行に必要な事項を知らせなければならない（同法施行令 27 条 2 項）。さらに、被治療命令者との面談、指定治療機関の訪問等によって治療命令の執行状況を確認しなければならない（同法 44 条の 7、同施行令 30 条、同法施行規則 41 条 1 項）。

費用の場合、治療監護は国家負担であるが、治療命令は自費負担が原則であり、経済的能力がない者に対しては国家が負担する（同法 44 条の 9）。

施行後 2018 年 5 月 31 日まで治療命令と保護観察処分が科された者は 530 名で、そのうち 26 名（4.9%）が治療命令および保護観察の期間経過などの理由で治療命令の執行が終了し、2018 年 6 月 1 日現在、執行中の者は 504 名である²⁵。心神耗弱者が 256 名（48.6%）、アルコール中毒者が 190 名（35.9%）、心神耗弱とアルコール中毒の重複者が 84 名（15.8%）であった²⁶。この統計に薬物中毒者がいないのは、彼が治療命令対象者に追加された改正法が 2017 年 12 月 12 日に改正され、2018 年 6 月 13 日から施行されたからである。被治療命令者の類型別治療機関の現況は次の後述する「4 の 5」の表のとおりである。

2. 仮終了等による保護観察制度

被治療監護者が仮終了または治療委託されるときは、同時に保護観察が開始される（同法 32 条 1 項 1・2 号。治療委託制度は実際には行われていない。）。また、治療監護期間が満了した被治療監護者に対しても治療監護審議委員会が必要であると決定するときには、保護観察が開始される（同法 32 条 1 項 3 号）。保護観察期間は 3 年である（同条 2 項）が、その期間が終わるか、治療監護の終了決定がある場合等には、その前にも保護観察は終了する（同条 3 項）。

保護観察が開始すると、被保護観察者は保護観察法 32 条 2 項の遵守事項を守らなければならない（治療監護法 33 条 1 項）。その事項は、（1）住居地での常住、（2）犯罪を犯すおそれのある人との交際禁止、（3）保護観察官の指導・監督に従い、訪問に応ずること、（4）

住居移転または 1 月以上の旅行の事前報告である。治療監護審議委員会はこの事項に加えて特別な遵守事項を賦課することができる（同条 2 項）。それは、（1）通院治療と服薬の検査、（2）夜間等の特定時間の外出禁止、（3）特定地域・場所の出入禁止、（4）被害者等の特定人への接近禁止、（5）一定の住居地がない場合、居住場所の制限、（6）一定量以上の飲酒禁止、（7）薬物等中毒性物質の所持・使用禁止、（8）麻薬類の投薬・喫煙・摂取の検査、（9）その他被保護観察者の再犯または治療監護の原因となった疾病・習癖の防止のために必要と認められる事項である。被保護観察者またはその法定代理人等は、出所後 10 日以内に住居、職業、治療を受ける病院、登録した精神健康福祉センター、その外に必要な事項を保護観察官に書面で届け出なければならない（同法 34 条 2 項）。

保護観察所の長は、被保護観察者が上記の遵守事項を違反するときは、彼を拘引することができる（同法 33 条の 2 の 1 項）。また、仮終了または治療委託の取消を申請するときは、彼を刑務所・拘置所または治療監護施設に留置することができる（同条 2 項）。その留置は裁判官の許可が必要であるが、その許可は保護観察所の長から申請を受けた検察官が裁判官に要請してもらう（同条 3 項）。

仮終了の被保護観察者は、長期間治療監護機関に収容されていたため、家族関係や対人関係の維持が難しく、精神的な症状による社会的萎縮や対人関係の断絶が現れる場合が多い。したがって、保護観察は家族関係の厳しさ、就業状態および経済的環境、余暇の活用、対人関係の範囲および不健全な交際有無などを確認し、必要であれば別途の治療プログラムまたは職業訓練・教育に参加させ、経済的救護および生活保護対象者の指定支援等を行うなど、被保護観察者の社会適応のための支援を行っているという²⁷。

3. 司法精神医療の入院施設から退院した患者の地域での治療を行う専門的施設はあるか。

前述したような、法務部長官が指定した、精神医療機関、中毒者リハビリ施設、精神健康福祉センター等がある。後述する「4 の 5」の表のように、精神障害者に対する地域での治療はほとんどが指定精神医療機関で行われており（99.1%）、アルコール中毒者に対するそれもほとんどは指定精神医療機関で行われている（97.8%）。

1) ありの場合には、その根拠はどのようなものか（法律に規定されているのか）

治療監護法 44 条の 7 の 1 項、同法施行規則 41 条

2) 司法精神医療と一般の精神科医療との関係はどのようなものか

司法精神医療の根拠法律と担当部処は治療監護法と法務部であるが、一般の精神科医療の場合は精神健康福祉法と保健福祉部である。

韓国の精神健康福祉法は適用対象者については、日本の精神保健福祉法とは違って、触法精神障害者には適用されない。すなわち、措置入院制度に類似する行政入院制度があるが、触法精神障害者に対してはこれは適用できず、もっぱら治療監護法のみが適用可能である。

司法精神医療の場合、治療監護は前述した治療監護施設において行われるが、治療命令と仮終了中の通院治療は一般の精神科医療と同様に一般の精神医療機関等において行われる。すなわち、治療命令は前述したように指定された地域の一般の精神医療機関等において行われるし、仮終了中の通院治療は被保護観察者が登録した地域の一般の精神医療機関または精神健康福祉センターにおいて行われる。

前述したように満期退所者に対しても 3 年間の保護観察を課することができるし、この期間中は彼も遵守事項または指示事項を守らなければならない。彼がこれらの事項を拒否するか、守らない場合には、治療監護法上は 48 時間の拘引または緊急拘引（同法 33 条の 2 の 1 項）あるいは 1 年以下の懲役または 1 千万ウォン以下の罰金に処され得る（52 条 13 条。2017 年 12 月 12 日の改正法に新設）。しかし、私見であるが、刑事法上の制裁を終えた満期退所者に対して、法律上の遵守事項違反を理由として刑罰を科するのは、違憲の余地があるのではないと思われる。2019 年 4 月 23 日改正され 2020 年 4 月 24 日から施行される精神健康福祉法上の外来治療支援制度（現行法上は外来治療命令制度）によると、地方自治体の長は、自傷他害の前歴のため精神医療機関において入院治療または通院治療を受けた精神障害者に対して通院治療を強制し、この措置に従わないときは強制入院をさせ得るが（同法 64 条）この制度を治療監護の満期退所者に対しても適用できるかどうかは、まだ明確ではない。治療監護機関である、公州の治療監護所（国立法務病院）と国立釜谷病院の司法病棟（国立指定法務病院）とを、精神健康福祉法上の精神医療機関といえるかどうか定かでないからである。遵守事項違反に対して刑罰条項が新設されたので、この制度を満期退所者に適用することは現時点においては難しいように見える。

4. 通院中の患者に対して強制的な医療措置をとることを可能とする法制度（例：Community Treatment Order）はあるか。

1) 法的根拠、判断基準、決定権者

前の「ウ．地域における司法精神医療」の「1．治療命令制度」と「2．仮終了等による保護観察制度」のところ参照要

(1) 治療命令

法的根拠：治療監護法 2 条の 3、44 条の 2 の 2 項、44 条の 5

判断基準：同法 2 条の 3 の「治療命令対象者、通院治療の必要性及び再犯の危険性」

決定権者：裁判所、同法 44 条の 2 の 1 項

同法 2 条の 3 (治療命令対象者)「この法における治療命令対象者は、次の各号のいずれかに該当する者であって、通院治療を受ける必要があり、再犯の危険性がある者をいう。

1. 刑法第 10 条第 2 項によって刑が減輕される心神障害者であって、禁固以上の刑に該当する罪を犯した者
2. アルコールを食飲する習癖があるか、あるいはそれに中毒された者であって、禁固以上の刑に該当する罪を犯した者
3. 麻薬向精神性医薬品大麻、その他大統領令で定める、濫用されるか、害毒を及ぼすおそれがある物質を食飲摂取吸入喫煙または注入される習癖があったり、彼に中毒された者であって、禁固以上の刑に該当する罪を犯した者」

同法 44 条の 2 (宣告猶予時の治療命令等)「(1) 裁判所は治療命令対象者に対して刑の宣告又は執行を猶予する場合には、治療期間を定めて治療を受けることを命じることができる。

(2) 第 1 項の治療を命じる場合、保護観察を併科しなければならない」

44 条の 5 (遵守事項)「治療命令を受けた者は、次の各号の事項を遵守しなければならない。

1. 保護観察官の指示に従って誠実に治療に応じること
2. 保護観察官の指示に従って認知行動治療など心理治療プログラムを誠実に履修すること」

(2) 保護観察

法的根拠：同法 32 条

判断基準と決定権者：保護観察は、治療命令対象者と共に、仮終了、治療委託または満期退所（以下、「仮終了等」という）になった者に対して課されるものである（同法 32 条 1 項）から、保護観察を賦課する基準と決定権者は、仮終了等の審査・決定のそれらにほかならない。仮終了・治療委託は前述したように治療監護審議委員会にその審査と決定権があるが、満期退所者について保護観察が必要かどうかを審議・決定する権限も治療監護審議委員会にある。仮終了の基準については、「イ．入院による司法精神医療」の「4．退所請求は可能か」のところで叙述した。

同法 32 条 (保護観察)「(1) 被治療監護者が次の各号のいずれかに該当すると、保護観察等に関する法律による保護観察（以下、保護観察という）が始まる。

1. 被治療監護者に対する治療監護が仮終了された時
2. 被治療監護者が治療監護施設以外で治療を受けるよう法定代理人等に委託されたとき
3. 第 16 条第 2 項各号の期間または同条第 3 項によって延長された期間（以下、治療監護期間という）が満了される治療監護者に対して第 37 条の治療監護審議委員会が審査して保護観察が必要であると決定した場合には、治療監護期間が満了した時」

2) 期間、更新の有無や上限

裁判所が治療命令を宣告するとき、その期間は保護観察期間を超えることはできない。保護観察期間は宣告猶予の場合は1年であり、執行猶予の場合は基本的にはその猶予期間（最大5年）とするが、裁判所はその執行猶予期間のなかで保護観察期間を定めることができる（同法44条の2の3・4項）。

仮終了等の保護観察の期間は3年である（同法32条2項）が、治療監護審議委員会がその期間が終わる前に治療監護の終了決定をするときは、その前にも保護観察は終了する（同条3項）。

前の「ウ．地域における司法精神医療」の「1．治療命令制度」と「2．仮終了等による保護観察制度」のところ参照要

3) 義務づけられる治療内容はどのようなものか。（例：通院だけか、服薬や注射等も対象か）

韓国では入院または通院と治療とを分けて考える傾向はあまり見当たらない。

治療命令対象者または被保護観察者は保護観察法の32条2項の遵守事項だけでなく、治療監護審議委員会が課する特別な遵守事項も守らなければならないが、保護観察官による通院治療と服薬の検査は遵守事項の一つである（同法33条2項）。

治療命令対象者の場合は、精神健康福祉法上の精神健康専門要員の資格のある臨床心理士等（ソーシャルワーカー、看護師）による認知行動治療等の心理治療プログラムにも参加しなければならない（同法44条の6の2項）。

終了（満期退所も含まれる）または仮修了中の被保護観察者等の場合、本人の意思で精神健康福祉センターに登録して、診療・相談・社会復帰訓練等のサービスをうけることができる（36条の2）。保護観察官は他被保護観察者の再犯または治療監護の原因となった疾病・習癖の防止のために必要と認められる事項を特別遵守事項として課することができる（同法33条2項9号）ので、被保護観察者に対してこのセンターへの登録を課し得るが、実際にはこのセンターの人力不足などの劣悪な環境を考慮して、その登録を勧告するにとどまっているという。

前の「ウ．地域における司法精神医療」の「1．治療命令制度」と「2．仮終了等による保護観察制度」のところ参照要

4) 運用に関するガイドライン等はあるか。

治療観護法（32条～36条の4、44条の2～44条の9）、同施行令（9条～13条の2、26条～33条）、同施行規則（15条～26条の4、41条）

5) 運用実態に関する統計はあるか。

表 2 に「被治療命令者の類型別治療機関の現況」²⁸、表 3 に「治療命令の保護観察の終了現況」²⁹、表 4 に「仮終了者の精神科的診断名の現況」³⁰、表 5 に「被保護観察者の仮終了の取消事由の現況」³¹を示す。

5. 地域における支援の担い手はどのような人か。

施設：保護観察所、精神医療機関、精神健康福祉センター、中毒者リハビリ施設、薬局
担い手：専任保護観察官、精神科専門医、精神健康福祉法上の臨床心理士・ソーシャルワーカー・看護師

保護観察所では保護観察処分の類型別の専任保護観察を指定しており、治療命令または仮終了による保護観察のための専任保護観察官が指定されている。仮終了決定のとき、保護観察だけが課された場合、「仮終了保護観察専任保護観察官」が担当し、保護観察とともに位置追跡電子装置付着または性衝動薬物治療などが課される場合には「電子監督専任保護観察官」または「性衝動薬物治療専任保護観察官」が担当する。専任保護観察官は保護観察の開始日から 1 月以内に被保護観察者との面談、家族などの関係者との面談、犯罪経歴関連の資料、環境調査、本件の犯罪事実、精神科診療の内訳などの資料に基づいて再犯の危険性を評価し、その結果を反映して「初期分類等級」を決定する。この分類に基づいて被保護観察者に対する保護観察官の対面指導・監督の回数を決定するが、原則として仮終了中の被保護観察者に対しては、他の被保護観察者に比べ、相対的に高度の指導・監督を行うよう初期分類等級を指定する³²。2018 年 5 月現在、仮終了中の被保護観察者の 44%が最も危険性の高い等級に分類されている³³。

6. 地域における支援の調整役はどのような人か

韓国には日本の社会復帰調整官制度はない。しかし、十分ではないが、保護観察官がその役割を補っている。

エ．司法精神医療における治療について

1. 司法精神医療における治療に関するガイドラインはあるか、あるとすれば、その具体的な内容はどのようなものか。（入手可能であれば、ガイドライン現物も）

- 1) ガイドラインはどこが作成しているのか。
- 2) 司法精神医療のみで使用されるのか。
- 3) ガイドラインは入院のみか、地域処遇についてもあるのか。

治療監護法 25 条（被治療監護者の処遇）2 項（「被治療監護者に対する医療的処遇は精神病院に準じ、医師の措置に従うようにする」）によって、被治療監護者の治療に関するガイドラインは、原則的には民間の精神病院と同じである。但し、治療監護所は治療だけでなく監護も担当していて、監護という点において民間病院とは差がある。ガイドラインに当たるものとしては、法務部訓令である「被治療監護者の分類及び処遇準則」以外に、治療監護所の内規として「被治療監護者処遇規定」、「精神鑑定業務規定」、「外部病院への移送治療指針」、「外来診療運営規定」、「応急薬品管理規定」、「心肺蘇生術規定」、「治療監護所患者安全委員会の規定」などの医療関連規定と、「治療監護執行停止仮収容規定」、「映像保護システムの運営規定」、「釜谷法務病院の勤務指針」など、収容管理関連の規定もあり。これらの内規は治療監護所で修正可能であるが、法務部の最終検討を得なければならない。そして治療監護所は 2018 年保健福祉部管轄の病院認証を通過したので、病院認証のための規定集を発刊してその規定を遵守している。該当規定集は治療監護法、治療監護所内規及び保健福祉部病院認証規定基準集に基づいて治療監護所で発刊したものである。これは、保健福祉部基準集を最大限反映したものではあるが、治療監護法、治療監護所内規には反しないようにしており、安全保障活動、持続的な質の向上、診療伝達体系と評価、患者診療、医薬品管理などの項目となっている。上記の法規、内規、規定は公州治療監護所と釜谷病院の司法病棟でのみ使用される³⁴。

被治療監護者の分類及び処遇準則の主な内容（14 条～20 条）は、以下のとおりである。被治療監護者の治療のためにその症状に応じて有効かつ適切な治療を行い、治療上必要な場合には彼に一定の作業を課すことができる（15 条）。治療監護施設に入所すると、彼に担当の精神科専門医が指定され、出所するときまでその医者が彼を担当する（16 条）。担当医と看護師はそれぞれカルテ簿と看護記録簿を備置し、その医療行為に関する事項と所見を詳細に記録して署名しなければならない（19 条 1 項）。担当医の診療の妥当性、投薬の適正性、性衝動薬物治療の実施、被治療監護者の分類、鑑定留置者の鑑定、治療監護の終了・仮終了・期間延長、他治療監護施設への移送、その他の治療・処遇・収容・教育に関し治療監護施設の長が必要であると決定した事項等について、審議し、施設の長に諮問するために、診療審議委員会を設置する（20 条）。

治療監護施設における具体的な治療は、精神治療、薬物治療、環境治療、特殊治療、医療リハビリ治療、精神社会リハビリ治療（職業訓練リハビリ治療教育）等である³⁵。特殊治療は、15 名以内で行われる、サイコドラマ、音楽治療、美術治療、室内体育、作業治療等の 11 個の小集団治療と、50 名以上の病棟単位で行われる、映画上映、音楽祭、美術大会、体育大会、公演等の 10 個の大集団治療がある³⁶。

治療監護対象者別にみると、触法精神障害者には主に精神科的治療と特殊治療がなされる。

触法薬物・アルコール中毒者には精神科的治療、特殊治療およびリハビリ治療プログラムがなされる。治療監護所の場合、リハビリ治療プログラムは「薬物中毒リハビリセンタ

一」で行われている。具体的には断薬・断酒教育、人性教育及び職業リハビリ教育で構成されている。断薬・断酒教育は履修しなければならない 24 週プログラムであり、マトリックス - K、幸せ 48 段階、憤怒管理、再発予防、NA12 段階のプログラムとなっている。マトリックス - K を通じては、対象者が薬物・アルコール使用による自我の反社会的行動パターンを認知して親社会的共同体の生活ができるよう手伝う。幸せ 48 段階を通じては薬物・アルコールの使用による非合理的で歪曲された態度を変化させる。NA12 段階の場合は薬物・アルコールの使用から回復するための経験的実践指針を提示する。人性教育は書道、ヨガ、音楽治療、美術治療等で構成される。職業リハビリ教育としては、コンピュータ教育、製菓・製パン教育、検定試験などの入学試験準備等がある。このようなプログラムの効果を評価するために、事前・事後に、断薬自己効能尺度(Drug Abstinence Self-efficacy Scale)、変化準備度尺度 (University of Rhode Island Change Assessment)、自我尊重感尺度 (Self-Esteem Scale) 及び対人関係変化尺度 (Relationship Change Scale) を利用して、被治療監護者の変化程度を測定している³⁷。

精神・性的障害者の場合、性倒錯症の患者に対する性衝動抑制の薬物治療、共存疾患の患者に対する薬物治療等の精神科的治療および特殊治療とともに性犯罪者の歪曲された性認識を根本的に改善するための認知行動治療プログラムが運営されている³⁸。「性暴力犯罪者の性衝動薬物治療に関する法律」(以下、「性衝動薬物治療法」という)施行令第 8 条(治療薬物の指定)と法務部告示の「治療薬物」(法務部告示第 2017-107 号)によると、治療薬物では性ホルモンの生成を抑制・減少させる薬物として、メドロクキシープロゲステロン・アセテート (Medroxyprogesterone Acetate)、リュプロルリド・アセテート (Leuprolide acetate)、コセレルリン・アセテート (Goserelin acetate)、トリプトレルリン・アセテート (Triptorelin acetate) がある。性ホルモンが受容体に結合することを遮断する薬としては、サイプロテロン・アセテート (Cyproterone acetate) を使用することができます。内部ガイドラインとして法務省犯罪予防政策局が作成した「性衝動薬物治療マニュアル」がある。触法精神・性的障害者に対する認知行動治療プログラムの公式名称はなく、性衝動薬物治療法施行令 5 条(認知行動治療などの心理治療プログラム)に明記されていることに従って、「認知行動治療」または「心理治療プログラム」と命名している。プログラムの実質的な治療方法と核心的な原理は、認知行動治療方式を利用し、認知的歪曲の修正、被害者に対する共感能力の増進、社会-情緒的機能の向上、逸脱的性的嗜好の修正、再発防止能力の向上に重点が置かれている³⁹。

2. 治療の目標はどのようなものか。再犯予防以外の目標はあるのか。

精神障害の治療による正常的な社会復帰の促進及び支援(被治療監護者の分類及び処遇準則 14 条)

3. 入院の場合、治療の進捗状況のモニタリングはどのような方法で行っているのか。

1) 主治医が行うのか、治療チームを構成する多職種の会議で行うのか、治療チームとは独立した立場の人も参加する会議で行うのか、外部の専門家も参加する会議で行うのか。

主治医が毎週看護チームと患者の治療の状況を相談しており、認知行動治療を担当する臨床心理士とリハビリ治療、職業訓練などを担当する専門人力が患者を年 2 回評価して、その内容を主治医と共有し、またよりより必要なときお互いに治療の状況を共有している。治療監護法 22 条（仮終了等の審査・決定）と 37 条（治療監護審議委員会）によって、治療監護審議委員会は被治療監護者が治療監護執行を開始してから 6 月ごとに判事、検事、弁護士、精神健康医学科専門医等の委員たちが治療監護の終了または仮終了を審査している。また、被治療監護者の分類および処遇管理準則 46 条によって、担当医は治癒され、社会への復帰が望ましいと認められる被治療監護者に対し、治療監護審議委員会の審議の 2 月前に診療審議委員会に回付することができるが、精神科専門医、看護師、法務部公務員などの委員らは、治療の進行状況をモニタリングし、治療監護の継続必要性の有無を評価する⁴⁰。

2) リスクアセスメント・ツールは使用されるのか。

ありの場合は、具体的な使用ツール名

3) リスク以外に治療の進捗状況をモニタリングするためのツールは使用されているのか。

治療監護審議委員会と診療審議委員会に上程するとき、担当医は（臨時）退所鑑定書または Case conference という名称の共通書式を作成する。退所鑑定書には現病歴、過去の病歴、家族歴、犯行、入所時の診断名と症状、現在の精神状態検査（一般的な外貌、態度、行動、意識、指南歴、感情反応の状態、思考過程と内容、知覚、記憶力、一般知識および知能）、臨床心理検査の結果、現在の診断名、治療経過と予後、勧告または意見等を作成し、付随資料に精神症状、治療経過、行動様相、社会適応能力及び今後の治療意見を、リカルト点数評価方式で作成する。出所後の居住地、保護者の経済能力、教育程度、職業歴、病歴前の性格等も記述する。Case conference には現病歴、過去の病歴、犯行、治療経過および予後、家族関係、リハビリ治療、職業訓練等を記述する。但し、触法精神・性的障害者の場合、治療監護審議委員会と診療審議委員会に回付するとき、その病気の特性上、性犯罪の再犯リスクアセスメントを追加的に行い、認知行動治療結果も考慮する⁴¹。

オ. 司法精神医療に関するアウトカムとデータ *

1. 政府統計や公的研究で公表されている司法精神医療に関するアウトカムはどのようなも

のか。

2. 司法精神医療の病床数はどのくらいか、人口比ではどのくらいか

表 6、表 7 に、「年度別治療監護施設（治療監護所＋釜谷司法病棟）の収容者の現況」を示した。

3. 司法精神医療の入院者はどのような人か

1) 人口統計学的データ

2) 診断

表 8 に「2018 年治療監護施設の病名別の収容現況」、表 9 に「2018 年治療監護施設の罪名別の収容現況」を示す。

3) 在院期間⁴²

表 10 に、「2011 年 10 月 10 日現在の治療監護所の被治療監護者の在所期間」を示す。

4. 病棟スタッフはどのような人か

1) どのような職種の人がいるのか。

治療監護所の職員は 2017 年 10 月現在、定員 416 名のうち人員 398 名が勤務中で、18 名が欠員である。医務職は 17 名が定員であるが、14 名しか勤めていないし、看護職と看護補助は 129 名と 147 名が定員であるが、122 名と 144 名しか勤めていない。医務職と看護職の慢性的な不足は、民間病院に比べて低い給料、過度な業務量等に起因するが、これは治療効果を落とせる直接的な要因となっているという⁴³。

職種は、精神科専門医、内科専門医、歯科医、医療施設技師、薬剤師、精神保健看護師、看護補助員、精神保健臨床心理士、精神保健社会福祉士、作業治療士、社会事業要員、職業訓練教師、リハビリ治療士、特殊治療士等がある⁴⁴。

5. 入院の費用を負担するのは誰か

被治療監護者の費用は国家が負担する（治療監護法 16 条の 2 の 3 項）。被治療命令者の費用は、自費が原則であるが、経済力のない者については国家が負担することができる（同

法 44 条の 9 の 1 項但書)、国民基礎生活保障法 2 条 2 号の受給者と緊急福祉支援法 2 条の危機状況に置かれた者が経済力のない者に当たる (同法施行令 32 条 1 項)。

6 . 入院費用はいくらくらいか

2019 年度、治療監護所の年間予算は 38,955,000,000 ウォンである。その中で職員の人件費が 29,630,000,000 ウォン (76.1%)、被治療監護者に使われる医療費である収容費が 8,237,000,000 ウォン (21.4%)、その他の経費が 1,088,000,000 ウォンである。2019 年現在、被治療監護者 1,010 名を基準とする場合、一人当たりの費用は年間約 8,150,000 ウォン、毎月 679,000 ウォンである⁴⁵。この一人当たりの入所費用は、一般の精神障害者の一人当たりの入院費用より少ないようである。2017 年の医療保護患者の入院費用は定額制であって、一人当たりの 1 日入院費用は 43,478 ウォンであり、国民健康保険患者の一人当たりの入院費用 76,725 ウォンの 56.7%であった⁴⁶。

¹ 大判 92 1425、判例公報 1992 年 10 月 15 日 (930 号) 2,805。

² 大判 94 581、判例公報 1994 年 6 月 15 日 (970 号) 1,752;

大判 98 3812、判例公報 1999 年 3 月 1 日 (77 号) 408;

大判 99 1194、判例公報 1999 年 10 月 1 日 (91 号) 1986 .

³ (オ・ヨングン)、刑法総論、2005 年、447 頁。

⁴ = (ウォン・ボムヨン=趙晟容)、犯法精神障害者等に対する法的処遇に関する研究、2003 年、137・138 頁。

⁵ = (チョエ・サンソップ=ガン・スンギ)、「韓国における犯法精神疾患患者の現況に対する研究：法務部治療監護所の 11 年間の統計的考察」、大韓法医学会誌 22 巻 2 号、1998 年、40・41 頁再引用。

⁶ = = (チョエ・ユンジョン=チョウ・ジヒ=グオン・ゾンホァ)、「刑事的精神鑑定結果と法院の判決に関する考察」、神経精神医学 37 巻 5 号、1998 年、907 頁再引用。

⁷ = = = = (イ・ギョンスク=アン・ヒャン=チョエ・サンソップ=イ・ゼガップ=チョウ・ソンヒ)、「刑事精神鑑定の変化-1990 年と 2000 年」、大韓法医学会誌 26 巻 2 号、2002 年、31 頁； = = 、前掲注 (6) 910 頁。

⁸ = 、前掲注 (4)、121 頁。

⁹ = (グオン・スジン=バク・ソンフン)、重症の治療監護対象者の効率的管理方案、2018 年、25・27 頁。

¹⁰ = 、前掲注 (4)、129 頁。

¹¹ = 、前掲注 (4)、131 頁。

¹² = 、前掲注 (4)、132 頁。

¹³ = 、前掲注 (4)、132 頁。

¹⁴ = (バク・ハクモ=アン・ソンフン)、治療監護制度の再整備の方案、2016 年、62 頁。

¹⁵ 大判 2005 3940、大判 2005 4208。 = 、前掲注 (14)、63 頁の 69 参照。

¹⁶ = 、前掲注 (14)、63 頁。

¹⁷ 大判 90 103、大判 2000 1908、大判 2000 62。 (ソン・ギョンスク)

精神障害犯罪者の刑事責任に関する研究、2009年、成均館大学大学院博士論文、251頁再引用。

¹⁸ = 、前掲注(9)、26頁； = (グォン・スジン=ハン・ミンギョン) 司法病棟の運営現況及び発展方案に関する研究、2016年、29頁。

¹⁹ (チョエ・サンソップ。前治療監護所の所長)コメント。

²⁰ (アン・ソンフン) 治療監護制度の改善方案研究、2012年62頁。

²¹ 、前掲注(20)、60頁。

²² 、前掲注(20)、60頁。

²³ 、前掲注(20)、60・61頁。

²⁴ = 、前掲注(4)、177頁以下。

²⁵ = (アン・ソンフン=ジョン・ジンギョン) 精神疾患者の犯罪の予防及び減少のための地域社会内での管理方案、2018年、95頁。

²⁶ = 、前掲注(25)、109頁。

²⁷ = 、前掲注(25)、141頁。

²⁸ = 、前掲注(25)、119頁の表4-37再引用。

²⁹ = 、前掲注(25)、122頁の表4-41再引用。

³⁰ = 、前掲注(25)、129頁の表4-46(法務部内部資料)再引用。

³¹ = 、前掲注(25)、145頁の表4-64(法務部内部資料)再引用。

³² = 、前掲注(25)、139頁。

³³ = 、前掲注(25)、139頁。

³⁴ (チョウ・ソンナム。現治療監護所の所長)のコメント。

³⁵ = 、前掲注(14)、54頁。

³⁶ = 、前掲注(14)、55頁。

³⁷ = 、前掲注(14)、56頁。

³⁸ = 、前掲注(14)、56頁。

³⁹ のコメント。

⁴⁰ のコメント。

⁴¹ のコメント。

⁴² 、前掲注(20)、58頁の表15再引用。

⁴³ = 、前掲注(9)、37頁。

⁴⁴ 治療監護白書(試案) - 監護病院12年報、2000年；医協新聞、「精神科専門医6名、1050名担当」、2019年6月3日インターネット版

[http://www.doctorsnews.co.kr/news/articleView.html?idxno=129419&sc_word= &sc_word2=](http://www.doctorsnews.co.kr/news/articleView.html?idxno=129419&sc_word=&sc_word2=)

⁴⁵ のコメント。

⁴⁶ (mindpost)新聞、「精神疾患者の医療保護レベルは国民健康保険の58%... 出来高制に転換すべし」、2018年5月28日インターネット版

<http://www.mindpost.co.kr/news/articleView.html?idxno=235>。

<別紙3-表1> [治療監護審議委員会の決定現況]

単位：名

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
終了		3	3			2	1	4	2	3
仮終了	274	283	260	275	255	247	275	266	394	260
仮終了取消	8	17	8	20	15	19	54	84	60	91

*2018犯罪白書485頁の表III-87再引用

<別紙3-表2> 被治療命令者の類型別治療機関の現況

区分	精神障害（心神耗弱）		アルコール	
	人数（名）	比率（％）	人数（名）	比率（％）
精神病院	301	84.3	233	86.6
精神科医院	53	14.8	30	11.2
精神健康福祉センター	2	0.6	1	0.4
中毒管理センター	0	0	4	1.4
その他	1	0.3	1	0.4
合計	357	100	269	100

<別紙3-表3> 治療命令の保護観察の終了現況

区分	頻度	比率（％）
期間経過の終了	10	38.5
死亡の終了	3	11.5
執行猶予失効の終了	6	23.1
施行猶予取消の終了	6	23.1
特別赦免の終了	1	3.8
合計	26	100

* 2016年12月2日から2018年5月31日までの治療命令対象者の終了現況

<別紙3-表4> 仮終了者の精神科的診断名の現況

病名	年度	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
統合失調症	頻度(名)	42	52	66	71	65	83	139	80
	比率(%)	16.1	18.9	25.9	28.8	23.6	31.2	35.4	35.4
精神遅滞	頻度(名)	44	25	17	17	11	16	27	19
	比率(%)	16.9	9.1	6.7	6.9	4	6	6.9	8.4
躁うつ病	頻度(名)	16	29	13	14	11	15	24	14
	比率(%)	6.2	10.5	5.1	5.7	4	5.6	6.1	6.2
人格障害	頻度(名)	27	22	8	8	8	9	8	1
	比率(%)	10.4	8	3.1	3.2	2.9	3.4	2	0.4
てんかん	頻度(名)	11	3	3	4	7	7	4	2
	比率(%)	4.2	1.1	1.2	1.6	2.6	2.6	1	0.9
薬物中毒	頻度(名)	81	82	76	107	143	105	138	37
	比率(%)	31.2	29.8	29.8	43.3	52	39.5	35.1	16.4
その他	頻度(名)	39	62	72	26	30	31	53	73
	比率(%)	15	22.6	28.2	10.5	10.9	11.7	13.5	32.3
計	頻度(名)	260	275	255	247	275	266	393	226
	比率(%)	100	100	100	100	100	100	100	100

<別紙3-表5>被保護観察者の仮終了の取消事由の現況

区分 \ 年度		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
再犯	頻度(名)	4	13	7	6	18	32	34	48
	比率(%)	50	65	50	35.3	50	61.5	85	87.3
遵守事項違反	頻度(名)	3	7	7	10	17	20	6	7
	比率(%)	37.5	35	50	58.8	47.2	38.5	15	12.7
症状悪化	頻度(名)	1			1	1			
	比率(%)	12.5			5.9	2.8			
合計	頻度(名)	8	20	14	17	36	52	40	55
	比率(%)	100	100	100	100	100	100	100	100

<別紙3-表6>年度別治療監護施設（治療監護所+釜谷司法病棟）の収容者の現況 単位：名

	2013	2014	2015	2016	2017
計	1,080	1,138	1,158	1,118	1,101
1号	900	962	1,000	970	954
2号	107	84	66	52	49
3号	73	91	92	96	98

*1号：触法精神障害者、2号：触法薬物・アルコール中毒者、
3号：精神性的障害者
鑑定留置者は含まれていない

<別紙3-表7>2018年治療監護施設（治療監護所+釜谷司法病棟）の収容者の現況 単位：名

区分		1号	2号				3号	性衝動薬物治療	鑑定留置	
			小計	有害化学	向精神性	アルコール				
2018年	治療監護所	1039 (110)	860 (108)	59 (2)	24 (1)	19 (1)	16	76	1	43
	司法病棟	43	43							
	計	1,072	903	59	24	19	16	76	1	43

*1号：触法精神障害者、2号：触法薬物・アルコール中毒者、

<別紙3-表8> 2018年治療監護施設の病名別の収容現況 単位：名 (%)

計	統合失調症	精神遅滞	精神・性的障害	躁うつ病	妄想障害	アルコール	薬物(麻薬等)	人格障害	てんかん	その他
1038 (100)	528 (50.9)	84 (8.1)	76 (7.3)	71 (6.8)	70 (6.7)	71 (6.9)	46 (4.2)	23 (2.2)	10 (1)	58 (5.9)

* 性衝動薬物治療対象者1名は含まれていない。

* e-나라지표: http://www.index.go.kr/potal/main/EachDtlPageDetail.do?idx_cd=2813

* 2018年12月31日現在の人員

<別紙3-表9> 2018年治療監護施設の罪名別の収容現況 単位：名

計	殺人	性暴力	暴力	放火	窃盗	強盗	障害致死	薬物	その他
1038 (100)	328 (31.6)	208 (20)	149 (14.4)	76 (7.3)	58 (5.6)	48 (4.6)	30 (2.9)	41 (3.9)	100 (9.6)

* 性衝動薬物治療対象者1名は含まれていない。

* e-나라지표: http://www.index.go.kr/potal/main/EachDtlPageDetail.do?idx_cd=2813

* 2018年12月31日現在の人員

<別紙3-表10> 2011年10月10日現在、治療監護所の被治療監護者の在所期間 単位：名 (%)

区分	計	1年未満	1年以上2年未満	2年以上3年未満	3年以上4年未満	4年以上5年未満	5年以上10年未満	10年以上
計	952 (100)	337 (35.4)	206 (21.6)	115 (12.1)	81 (8.5)	64 (6.7)	120 (12.6)	29 (3)
男	845	298	188	104	66	54	110	25
女	107	39	18	11	15	10	10	4

* 法務部の保護法制課の統計資料

令和元年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））
医療観察法の制度対象者の治療・支援体制の整備のための研究
「司法精神医療の国際比較に関する研究」（五十嵐分担班）研究協力報告書
司法精神医療における病棟機能分化
- イギリス DSPD プログラムからの示唆 -

研究協力者 菊池 安希子 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所

要旨

【目的】本研究では、医療観察法複雑事例への対応策の1つとして挙げられることのある「司法精神医療の機能分化」に関わる情報収集の一環として、イギリスで実施された Dangerous and Severe Personality Disorder（以下、DSPD）プログラムについて調査し、複雑事例への示唆について考察する。

【方法】イギリスの司法精神医学の主要3雑誌を中心とした文献検索およびイギリス政府からの公刊文書より情報収集を行った。

【結果】DSPD プログラム実施の背景、開始までの経緯、DSPD プログラムの概要、評価研究、DSPD プログラムの終了経緯、触法行為のある重度パーソナリティ障害患者への現在の対応、について概要を記載した。

【考察】DSPD プログラムについては、精神医学の根拠に欠ける診断基準が使用されたこと、新たな治療法の開発につながる無作為化比較試験が行われなかったこと、高規格化病棟のみで治療を試みたが治療の受け入れも提供も不十分で、地域生活へのケア・パスウェイが整備されず、全体としての費用対効果が悪かったことが批判されている。一方でパーソナリティ障害の治療法への関心を高めたことや、多くの職員にトレーニングが提供されたこと第三者評価による客観的評価を入れたことは肯定的側面とされる。しかしこれら肯定的側面は DSPD プログラムの試行なしでも実現可能であった。DSPD プログラムで明らかになった課題は司法精神科制度や対象者の診断は異なっても医療観察法複雑事例への対応に活かすことが可能であろう。

研究協力者（敬称略）

五十嵐禎人 千葉大学社会精神保健教育研究センター
椎名明大 同上
藤井千代 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
小池純子 同上
平野美紀 香川大学法学部

であることを意味しない。しかし、精神障害がない者たち同様、精神障害がある者の中にも危険な他害行為に至る者が一部いるのは事実である。

本邦では精神障害がある者が事件を起こした場合、事件が「殺人、傷害、放火、強姦性交等、強制わいせつ、強盗（傷害以外は未遂を含む）」であり、かつ、心神喪失または心神耗弱の状態で行われた場合には、検察官の申し立てにより、地方裁判所で審判を受け、心神喪失等の状態で重大な他害

A . 研究の背景と目的

精神障害があることはその人物が「危険」

行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（以下、医療観察法）のもとで処遇される。しかし、いわゆる複雑事例のように手厚い精神科治療を行っても他害リスクが高いまま維持され、もはや治療上の進展がみられなくなった対象者も少ないながら存在し、入院期間が長期化する傾向がある。こうした対象者への対応案の1つとして、高規格病棟などが挙げられている（村杉，2019）。複雑事例を集めて治療するための高度に専門化された病棟をつくり、高密度の処遇を行うと共に、最良の介入法についての研究も実施するという案である。

高リスク者を集めて高規格病棟において処遇することで、司法と精神科医療の重複領域における対応困難例の介入を試みた例は諸外国の司法精神科にも存在した。その1つがイギリスの Dangerous and Severe Personality Disorder（直訳：危険性の高い重症パーソナリティ障害者）ユニットプログラムである。DSPD ユニットはパーソナリティ障害者を対象としているため、8割に統合失調症診断がついている医療観察法入院処遇者とは診断プロフィールが大きく異なるが、「マネジメント困難な患者に対して入所環境において最善の介入を試みることによって地域生活に移行することを目標とする」という目的の部分では共通している。本研究では、DSPD 病棟成立の経緯からその終焉までをたどることで、わが国における医療観察法複雑事例の処遇に与える示唆を考察したい。

B．方法

イギリスにおける司法精神医学の主要3雑誌である *Criminal Behaviour and Mental Health*、*Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*、*British Journal Forensic Practices* より、タイトルに Dangerous and Severe Personality Disorder を含む論文

を抽出し、かつ、DSPD 関連のイギリス政府刊行物をハンドサーチによって入手して情報を得た。さらに、研究協力者が2005年に Broadmoor 病院の DSPD 担当心理職に対して実施したインタビューおよび2011年にイギリスにて実施した内務省（Home Office）および Broadmoor 病院の DSPD 担当心理職に対するインタビュー結果も使用した。

C．結果

1． DSPD プログラム開始の背景

DSPD ユニットとは、重度のパーソナリティ障害をもち、他害リスクが高い人々を犯罪行為の有無に関わらず、強制的に期限の上限を定めずに入院させるための高規格ユニットである。DSPD 法案が最初に提案されたのは、ブレア政権下の1999年にイギリス政府が公表した "MANAGING DANGEROUS PEOPLE WITH SEVERE PERSONALITY DISORDER. PROPOSALS FOR POLICY DEVELOPMENT" (Home Office & Department of Health, 1999) というグリーンペーパー上であった。その構想には、以下に示すようないくつかの背景があった。

背景(1) 内務省 vs 保安病院

1990年代後半のイギリスにおいて内務省は保安の観点から2つの問題に直面していた。「刑期満了が近づいても他害リスクが高いままの受刑者をどう処遇したらよいか」と「他害リスクの高いパーソナリティ障害患者の入院をどうすれば保安病院に引き受けもらえるのか」という問題である。

パーソナリティ障害者の入院については、かねてより内務省対保安病院の攻防戦が存在していた。イギリスにおいて精神科患者の非自発入院について定めているのは精神保健法 (Mental Health Act . 1983 成立、2007年改正。2007年改正前のMHAを以下、MHA1983とする)である。MHA1983は精神障

害を “ mental illness, arrested or incomplete development of mind, psychopathic disorder and any other disorder or disability of mind ” とし、 “ psychopathic disorder ” および “ arrested or incomplete development of mind ” については、治療がその患者の病状を改善、もしくは悪化を防止する可能性が高い（＝治療反応性 treatability がある）場合にのみ、入院させることができるとしていた。つまり、有罪者に精神障害がある場合、「治療反応性あり」とみなされれば入院命令によって保安病院に入院となり、「治療反応性なし」とみなされれば刑務所において処遇されていたのである。当時、精神科医の間ではパーソナリティ障害は治療不能という考えが優勢であったため、他害リスクが高いと判断されたパーソナリティ障害の者に治療を受けさせたくとも、「治療反応性がない」ことを理由に入院を拒否されることが多かったという。一方、問題行動を繰り返し、近い将来に他害行為に至る可能性が高いとみなされるパーソナリティ障害患者は、事件を起こしていない間は司法の対象にはならず、かといって治療反応性がないとみなされるために保安病院への入院も拒否される傾向があったのである（Beck, 2010）。

背景（2）2つの事件

そのような背景の中、1996年にMichael Stone事件が起こった。Michael Stone（当時38）は、帰宅中のLin Russel（母親）と娘のMegan（6歳）とJosie（9歳）に襲いかかり、LinとMeganを死亡させ、Josieに重度の傷害を負わせた。Stoneに広汎な犯罪歴があったこと、精神科受診歴があったこと、数年前の入院時には他害リスクが高いと査定されたにも関わらず「サイコパス」診断を受けたために、「治療反応性なし」

「危険すぎる」と判断されて退院させられていたことが報道で明らかになると、National Health Service（以下、NHS）や政府に世論の激しい批判が向けられた（South East Coast Strategic Health Authority, 2006）。

一方、ほぼ同時期の1997年には高度保安病院の1つであるAshworth病院のパーソナリティ障害者病棟における不祥事が明らかになった。患者自治の名のもと、病棟ルールは無視され、ポルノグラフィや物質乱用が横行し、詐欺などの不正な経済活動が行われ、面会に来た子どもが小児性愛患者のもとで監督無しで長時間放置されてグルーミングされていたことが発覚した。調査報告書は、Ashworth病院の管理体制は「秘密主義で機能不全」であるため「速やかに廃院すべき」であり、「NHSと刑務所システムが共同で（パーソナリティ障害者に対する）管理体制を構築すべきである」と断じた（Fallon et al., 1999）。

DSPD 法案と激しい批判

Michael Stone 事件後の世論の批判を受け、Ashworth病院の不祥事に現れたパーソナリティ障害者に対する管理体制の脆弱性に直面させられる中、イギリス政府は、1999年にパーソナリティ障害に対する新しいサービスと法律を提案するグリーンペーパーを公表した（Home Office & Department of Health, 1999）。DSPD とみなされた者については、事件の有無に関わらず、リスクが高い間は裁判所の命令（DSPD order）によって無期限に入院させることができるような制度を新設しようとしたのである。

新制度案は精神科医や法律家から保安処分であるとして、激しい批判を受けた。王立精神科医学会（Royal College of Psychiatrists）も「政府がイギリス法体系の目をかいくぐって予防拘禁を成し遂げよ

うしており、事件を起こした者の刑期の延長や、事件を起こしていない個人に対して懲役を課す責任を精神科医に負わせようとする法案である」として、反対声明を出した(Applebaum, 2005)。

批判を受けたイギリス政府は 2000 年、Mental Health Act 改正案の中に DSPD 条項を含めるようなかたちでホワイト・ペーパーを公表したが再度の批判にさらされた。度重なる批判を受けたイギリス政府は DSPD 法の制定を取り下げたようにみえた。しかし、実際には他害リスクの高い重度パーソナリティ障害者の自由を拘束することを可能にする複数の対応策が同時並行で進められた。大別すると「MHA1983 の改正」、「刑事司法の改正」、既存法制度内で実施可能な「DSPD プログラム」の 3 つであった。

(1) MHA の改正 (2007 年)

政府は 2004 年に再度 MHA1983 改正案を提出し、2007 年に改正がされた。最大の改正は対象となる精神障害 (mental disorder) の定義を「mental illness, psychopathic disorder, mental impairment, or severe mental impairment」から「any disorder or disability of the mind」へと拡大し、要件としての「治療反応性」を削除して代わりに「適切な治療を提供可能 appropriate treatment is available」としたことであった。これによって保安病院は、治療反応性を理由とした入院拒否をすることはできなくなった。

(2) 刑事司法法 Criminal Justice Act (CJA) の改正

2003 年、つまり MHA1983 改正をめぐって精神科関係者間で論争が続いているさなかに、一方では刑事司法法が改正され、有罪が確定した個人のうち、特定の犯罪の前科があり、かつ、公衆に対して「深刻な危害」を与える「重大なリスク」を呈している者

に対して適用される Imprisonment for Public Protection (IPP) 処分が制定された。IPP では拘束期間が懲役刑期間と予防拘禁期間から構成される。このうち、予防拘禁期間は期間を定めず、仮釈放審査委員会が「公衆の安全のために受刑者を拘禁しておく必要性がなくなった」と認めるまでは収容が続くとする法律であった(Beard, 2019)。

政府は DSPD 法がなくとも、他害リスクが持続的に高い者を無期限に拘束したり、他害リスクが高い地域生活中の者を監視したりするための仕組みを整えたのである。なお、IPP はその後、国際人権規約第 5 項違反とされ、2012 年に廃止になっている。しかし、廃止が遡及的に適用されないため、2019 年現在、2400 人ほどがこの制度の下でいまだに刑務所に収容されている(Beard, 2019)。

(3) DSPD プログラムの実施

国内外からの批判にさらされ、イギリス政府は DSPD 法案やその内容を MHA に取り込む試みは取り下げた。しかし、今度は、それまで「有効な治療が存在しない」とされてきた重度パーソナリティ障害者に対する治療法を探索すること等を目的に掲げ、DSPD プログラムを試行し、評価することを決定した。社会問題化するパーソナリティ障害者の治療法が確立することの期待をこめて DSPD プログラムは開始された。

2. DSPD プログラム

1) 実施施設

DSPD プログラムのパイロットサイトが選ばれた(表 1)。刑務所 2 か所(Whitemoor 刑務所と Frankland 刑務所)と保安病院 2 か所(Broadmoor 病院と Rampton 病院)が選ばれ、その後、女性を受け入れる Primrose Project が Low Newton 刑務所でも始まった。さらに、高

度保安施設退院後の処遇のために3つの中等度保安病院(75床)と2つのNHSホステルが順次、準備された(Department of Health, Home Office, HM Prison Service, 2005)。

2) DSPD の定義

DSPD は DSM-5 のような精神医学的な診断基準ではなく、行政的な基準である。事業開始直後の 2001 年の内務省と保健省による報告書によれば、事業実施にあたって決められた DSPD 基準は以下の 3 点である(DSPD Programme, 2005)。

- A) 重症のパーソナリティ障害を呈している。
- B) 被害者が回復困難または回復不可能になるほどの深刻な身体的または心理学的危害を加えるに至る可能性が 50%以上の確率で存在する。
- C) リスクは、重篤なパーソナリティ障害と機能的につながっているとみなされる

パイロットサイトでは、アセスメントツールに基づく以下の基準が用いられた(Department of Health, Home Office & HM Prison Service, 2005)

- (1) Psychopathy Checklist - Revised (PCL-R; Hare, 1991) 30 (または PCL-SV で同等の点数); または 25 PCL-R 29 (または PCL-SV で同等の点数) プラス DSM-IV 反社会性パーソナリティ障害以外のパーソナリティ障害の診断; もしくは DSM-IV によるパーソナリティ障害の診断が 2 つ以上あること。
- (2) 性犯罪もしくは暴力犯罪のリスクが高く、被害者が回復困難または回復不可能になるほどの深刻な身体的または

心理学的危害を加えるに至る可能性が 5 割を超える確率で存在する。

- (3) 犯罪リスクとパーソナリティ障害のあいだには機能的なつながりが存在するべきである。

なお、女性では PCL-R スコアが男性より低く、併存するパーソナリティ障害がより重い傾向があるため、男性とは別基準が使われた。事件とパーソナリティ障害の機能的なつながりの基準を満たすかどうかについては、臨床チームがアセスメントに基づき、ケースフォーミュレーションを作成した上で判断することになっていた。

3) DSPD 患者の特徴

2000 年 5 月から 2007 年 8 月の間に 4 つの DSPD パイロットサイトに入院/入所した男性対象者 203 名は以下のような特徴を持っていた(Kirkpatrick et al., 2010)。平均年齢 35.7 歳 (SD=8.7)、人種は白人が大多数(93.5%)であり、指標犯罪としては、暴力犯および性犯で有罪の者が 53 (26%)、暴力犯のみが 75 (37%)、その他が 35 (17%)であった。その他の具体的内容は誘拐、不法監禁、銃器所持、性犯罪者処遇命令違反や強盗であった。刑の種類は、終身刑が 110 (54.2%)、有期刑が 87 (42.9%)、入院治療命令は 6 (3.0%)であった。診断(承重複あり)では反社会性パーソナリティ障害が 79.0%と最も多く、次いで境界型パーソナリティ障害が 54.1%であった。患者一人当たりのパーソナリティ障害の診断の平均数は 2.55 であり、75%以上の者に重複診断が認められた。対象者の 43.2%が PCL-R 30 であり、25 点以上の者が 77.8%であった。DSPD プログラム開始前は、犯罪行為がなくても拘束されて無期限に入院させられる者が増えることが懸念されたが、この調査ではそのような者は存在しなかった。Burns ら

(2011)は4つのパイロットサイトの開棟から事業解除までに入所した全患者を調査することを試み、Kirkpatrickら(2010)とほぼ同様の特徴を報告した。

4) 心理的治療プログラムの内容と効果

(1) 心理的治療プログラムの内容

DSPDプログラムでは、4つのパイロットサイト各自、治療プログラムをデザインすることとなった。Burns(2011)はパイロットサイトで提供された心理学的治療について調査した。治療プログラムの種類はBroadmoor病院が43で最も多く、残り3施設では各24であった。各治療プログラムはターゲット、内容、期間、名称が多様であったため、デルファイ法によって分類された(表2)。その結果、全体として保安病院の方が刑務所より治療プログラムが多かった。サイコパス治療プログラムはFrankland刑務所のみで提供され、トラウマ治療プログラムはWhitemoor刑務所のみで提供されるなど、サイトによって特徴があり、4施設に共通して提供されていたプログラムは2種(心理教育と心理的スキル)に過ぎなかった。アプローチとして強調されたのは、Broadmoor病院では認知行動療法であり、Whitemoor刑務所では精神力動的アプローチであり、残り2施設はその間に位置したといわれている。

図1は2005年時点でBroadmoor病院DSPDユニットで提供されていた心理療法のフロー図である(Farr & Cordwell, 2005)。Broadmoor病院のDSPD患者は、入院処遇の開始時から3段階の集団療法のパスウェイを通ることになっていた:1)治療関係の構築段階(本人の対処法やストレスを扱う);2)「積極的」治療段階(精神健康の回復とリスク行動を扱う);3)再発予防と病棟を退院して先に進む準備の段階、である。しかし、実際にはDSPD病棟の患者数が少な

かったため、各段階の集団療法の参加人数が足りず、病院の全患者を対象に実施されている集団療法にDSPD患者たちが通う形式をとらざるを得なかったようである。個別患者の治療パスを組み立てるためのこのフローは、DSPDプログラム事業解除後も引き続き採用された(Perkins et al., 2015)。

(2) DSPD 病棟の治療に関する効果検証治療プログラムの効果

Taylor(2003)やSaradjian(2010)はWhitemoor刑務所DSPDユニットに入所した受刑者の暴力件数が、入所前に比べて減少したことを報告した。しかし、対象者は自発的にDSPDユニットに入所した者たちであったため、治療内容というよりは、対象者のセレクション効果の影響が大きいと考えられた。

1年ごとのVRS(Wong, S., & Gordon, A., 2000)の平均点は、4つのパイロットサイトすべてにおいて有意な減少(1年目:64.8(SD=7.6);2年目:62.3(SD=7.9);3年目:57.7(SD=6.5))を見せた。しかし、対照群がないため、時間経過によるものか、介入効果によるものかは不明である。プログラムに参加している時間は患者一人あたり1週間に平均2時間であり、約10%の患者は何もプログラムに参加していなかったことを示す研究や(Burns et al., 2011)治療スタッフとの接触時間が週平均0.7~2.7時間であることを示す研究、(Trebilcock and Weaver, 2010)からすると、当初に期待されたほどには、高密度の介入が行われなかったようである。Draycottら(2012)がBroadmoor病院のPaddock病棟に入院している29名について21ヶ月追跡したところ、臨床的に意味ある変化を示した患者は3人程度に過ぎなかった。

治療参加率や治療完遂率を調べたSheldon(2010)は、86人の患者を追跡し、

暴力防止プログラムに参加を開始したのがわずかに 11 名、性犯防止プログラムについては 8 名に過ぎなかったことを報告している。治療開始後の中断も多く、暴力防止プログラムで 45.4%、弁証法的行動療法で 34.4%、物質使用プログラムで 28.6%であった。

社会問題化するパーソナリティ障害者の治療法が確立することの期待をこめて DSPD 事業は開始されたが、今日までに公表されている治療効果研究は少なく、治療法に関する無作為化比較試験は報告されていない。

5) DSPD プログラムに伴う支出と費用対効果

DSPD プログラム関連の支出に言及している研究は複数あるが、出典が記載されていないものも多く、掲載額にはかなりの幅があった。そのため、本稿では政府公表額を使用して全体の経費を示し、その上で、DSPD プログラムの費用対効果研究を紹介する。

2009 年のイギリス下院議会によれば、DSPD プログラム開始準備のための投資は、£128m (2005 年価値換算で 251 億 3792 万円)であり、Broadmoor 病院、Rampton 病院、Frankland 刑務所および 3 つの中等度保安ユニットと 2 つの NHS ホステルの建築/改築に使用された。また、DSPD サービスのマネジメントにかかった支出は、2003 年度および 2004 年度は年間 £40m (78 億 5560 万円)、2006 年度以降は年間 £60m (117 億 8340 万円)であった。2011 年には年間運営費が £69m (135 億 5091 万円)になっていたという (保健省、2011)。しかし、このような公表値は細目がわからず、詳細な費用対効果の検討が困難である (Barrett 2005)。

Barrett ら (2005, 2007) は、保安病院に入院中の個別患者にかかる費用を算出するために Secure Facilities Service Use Schedule (SF-SUS)を開発し、これを用いて、まずは Rampton 病院 DSPD ユニットの費用を

算出した。その結果、患者あたりの年間費用は £131,000 であり、高度保安病院に入院中の患者にかかる費用 (£132,860)と変わらなかった。

次に Barrett ら (2009) は、Whitemoor 刑務所において、DSPD アセスメントに紹介された群を無作為に「DSPD ユニットにてアセスメントを受ける群」と「当面は一般受刑者として処遇される群 (待機群)」の 2 群に割り付け、6 ヶ月間の費用と社会機能、攻撃性、QOL を比較した。その結果、DSPD 群は一般受刑者に比べて、費用が 6 ヶ月間で一人当たり £35,000 多くかかっていたものの、社会機能、攻撃性の変化においてより悪い結果を示しており、高度・高額で手厚い処遇が機能改善につながる証拠は示唆されなかった。

さらに Barrett ら (2012) は、マルコフ決定モデルを用いて、DSPD ユニットの重大再犯予防効果の費用対効果分析を行った。パーソナリティ障害の患者が、高度保安施設 (病院または刑務所) で一般的処遇をされた場合と比べ、DSPD ユニットで処遇された場合に、再犯防止効果がどのくらい高まり、費用に見合う便益をもたらすのかどうかを推計した。観察期間は再犯観測に十分とみなされる 25 年間に設定された。その結果、一般的処遇よりも DSPD 処遇において重大再犯率が期待値通りに下がったとしても、得られる便益は 25 年間のどの時点においても、余計にかかっている費用をはるかに下回ることが示された。

これらの一連の研究の結果、1) DSPD ユニットのコストはその他の保安ユニットよりもコストが高い、2) 資源投入量が多い分、アウトカムが良いわけではない、3) 刑務所と比べて高度保安病院で介入することの利点はない、ことが明らかになった、総じて DSPD プログラムは、数少ない将来の犯罪を防ぐために、ごく少数の病床に対象者を入

れ、高額な投資を行った費用対効果の悪い事業であると評価された(Barrett B, Tyrer P., 2012)。

3. DSPD の終焉

2007年に政府の依頼を受けたBradley卿は、刑事司法システムにおける精神保健サービスの提供について包括的かつ詳細に調べ、Bradley report(2009)を提出した。受刑者人口の約63%にパーソナリティ障害があり、一般人口の10~13%に比べると高率であるため、パーソナリティ障害を対象としたサービス提供が精神保健向上のために重要であることを指摘した。そして、DSPDプログラムについては「(パーソナリティ障害)スペクトラムの極端に位置する者」のみを対象にしているが「司法と医療の間の合意に基づく一貫したアプローチに欠けている」と評価した。今後は極端な事例に対して刑務所や保安病院の中だけで処遇するのではなく、処遇経路の「あらゆるレベルのパーソナリティ障害」に対して早期介入をし、処遇場所の変更(例、刑務所から地域へ)に関わらず、継続的に対応できるシステムを構築すべきであると推奨した。

第三者グループによる研究結果やBradley Report(2009)の結果を受けて、政府は、2011年Public Consultation on the OPD pathway implementation plan (Department of Health, Ministry of Justice, 2011)を発表した。DSPD事業は廃止し、DSPDの年間予算をOffender Personality Disorder Pathway(以下、OPDパスウェイ)の事業の実施と効果検証にあてることが決定した。

DSPD事業終了の報告を受け、2001年よりパイロットサイトの廃止措置decommissioningが開始された(表1)。まず、Broadmoor病院でのDSPD病棟が廃止された。余剰人員が140名出たことが記録に

残っている(Leeanne McGee, 2012)。他のDSPDサイトも順次、廃止され、生じた余剰人員の解雇を回避するために、NHS内の他部署への割り振りが行われた。

4. 現在のイギリスにおける他害リスクの高い重症パーソナリティ障害者の処遇

DSPDプログラムの廃止決定に前後して、重症パーソナリティ障害者の処遇にはいくつかの動きがあった。(1)「OPDパスウェイ・プログラムへの移行」、(2)「民間サービスの参入」、(3)「Hybrid Orderの増加」である。

1) OPD パスウェイ

OPDパスウェイは、イギリスNHSと刑務所サービス、保護観察サービスの連携によるサービスであり、2011年开始された。DSPD評価とBradley Report(2009)によって明らかになった課題への対応として、「ケア・パスウェイをわかりやすくする」「より多くのパーソナリティ障害犯罪者にサービスを提供できるようにする」「ターゲット集団の早期発見」に対応するシステムを構築することとなった。OPDパスウェイの原則を表3に示した(Skett S, Lewis, 2019)。

OPDパスウェイの目的は、再犯を減らして公衆の安全を高めるために、パーソナリティ障害の診断のつく<可能性の高い>犯罪者に対して、心理学的介入を伴うパスを提供することにある。<可能性の高い>というのは、対象者に含める基準は示されたものの、医師による診断は要さないこととなったからである。司法省が主導し、必要に応じて医療との連携がされる。OPDパスウェイの効果検証は第三者機関(大学等)が行うこととなった。

OPDパスウェイはDSPDと同等の予算で運用されると発表され、2018年までに対象となる3,000人の受刑者を同定し、2,000人

の人員を雇用し、治療提供機関を3倍に増やした。2017年現在、33,087(男性31,090人、女性1,996人)の犯罪者がスクリーニングを受けて対象者になっている(Skett & Lewis, 2019)。

2) 民間資本の参入

2007年に実現したMHA1983の「治療反応性」の削除と「提供可能な治療 available treatment」文言の挿入に伴い、保安病院がパーソナリティ障害者の入院を拒否する事例は減るはずであったが、十分ではないという印象を内務省では持っていたという。しかも、入院を拒否されるのは、パーソナリティ障害者だけでなく、発達障害を併存する患者なども含まれていた。そこで、内務省はNHSによる民間精神科サービスの買い取りシステムを利用し、司法精神科患者についても民間の保安病院に入院させる仕組みを整えた。その結果、民間司法精神科サービスは専門分化を進め、利用されることが増えた。保安病院も病床稼働率を下げないために受け入れ範囲を広げたとされている(Shakkelford, 2011)。

民間サービスとの競合させるやり方については、DSPDの後に始まったOPDパスウェイについても取り入れられ、2014年よりアメリカ資本のサービスの買い入れを行い、比較を開始した。OPDパスウェイでは、ハイリスク者の保護観察をNational Probation Serviceが担当し、低～中等度リスク者では民間のCommunity Rehabilitation Companies(以下、CRCs)が担当するようになった。

しかし、2014年以降に導入されたCRCsが保護観察処遇の質の低下を招いたことが明らかになり、政府は2019年に保護観察システムをすべて国営に戻すとの方針を発表した(National Audit Office, 2019)。

3) Hybrid Order の増加

DSPDプログラムからOPDパスウェイへの移行が決定した2011年頃から増加し始めたのがHybrid Orderである。

Hybrid Orderとは、MHA1983に定められ、1997年10月1日より施行された命令の一形態である。Hybrid orderでは、保安病院における治療の効果がなかった場合、もしくは、対象者の精神健康が改善して入院を必要となくなった場合、対象者を刑務所に移送し、刑期の最後まで収容するという制度である。Hybrid orderはほとんど使われていなかったが、DSPD病棟の事業が解除され始めたころから増加し始めた(Delmage et al., 2015)。入院命令 Hospital order (セクション37) & 拘束命令 Restriction order (セクション41)との違いは、最後まで患者として扱われるかどうかの違いである。入院命令の患者は、責任臨床家 Responsible clinician がこれ以上の入院治療を不要と判断すれば、退院することができる。つまり、起こした事件が深刻でも、他害リスクが高くても、病状が改善すれば刑期の途中で退院して自由の身になることができる。これに対し、Hybrid orderでは、最初は入院していても、これ以上の医療の必要性がないと判断された場合、刑務所に移送し、刑期終了まで刑務所に収容することができる。しかし、医療上の必要性があると認められれば、刑期を超えても保安病院への入院が継続される。Hybrid orderは有罪の確定した犯罪者が必要な精神科治療を受ける権利を保証しつつも、保安病院からの退院によって刑期を大幅に短縮する事態を防ぐ仕組みとして活用されている。

D . 考察

本稿では、刑事司法と医療の重複領域に存在する対応困難例に対して、悲惨な事件

を契機として、「危険性の高い重症パーソナリティ」という行政的基準を設け、予算的にも人力的にも高規格な特別ユニットにおいて治療を試みるという、社会実験のような経過を示したイギリスの DSPD プログラムの構想から終焉までの経過を概説した。

以下には、DSPD プログラムの肯定的側面と否定的側面を要約し、我が国の医療観察法のいわゆる複雑事例に対応するための今後の方策に与える示唆を考察する。

1. 否定的側面 / 批判

批判の 1 つは、精神医学的根拠の欠けた DSPD が考案され、行動の自由を制限する根拠として使用されたことである。他害リスクの高さを最も予測するのはパーソナリティ障害ではなく、犯罪関連要因であるという先行研究が数多くあるにも関わらず (Yang M, Wong SC, Coid J., 2010) あたかもパーソナリティ障害が原因であるかのような基準が設けられ、使用された。DSPD は、保安処分という目的を果たすための事業を、「治療的介入を拒否されることの多いパーソナリティ障害の対象者に治療を届ける」ことを隠れ蓑にして実現しようとしたと批判されることが多い (Duggan, 2011)。

DSPD プログラムでは、パーソナリティ障害に対する新たな治療法を開発することが目的として掲げられていたはずであったが、治療法の無作為割付比較試験は実施されず、目的は果たされなかった。

DSPD ユニット対象者が 1 週間で治療的介入を受けていた時間は平均 2 時間以下であり、全対象者の 10%は何の介入も受けていなかったことが明らかになったことから、再犯リスクが高いほど集中的で多くの介入をしなければならぬというリスク原則に従った処遇になっていなかったことが批判されることがある。しかし、治療効果の出てくにくい高リスク者を集めたことを考えると、

予想通り、治療導入の困難さが浮き彫りになったともいえる。

DSPD プログラムに対する最大の批判は、費用対効果の悪さである。政府公表値で計算しても、事前投資に £128m、その後 10 年間で少なくとも合計 £500m が費やされた。半年間の経済学的評価によれば DSPD ユニットは通常ユニットよりも受刑者一人当たり £3500 多くかかったばかりか、攻撃性などの状態が悪化した。保安病院の DSPD 経費は刑務所よりもさらに高額であった。事業全体の 25 年間の費用対効果の推計では、再犯防止によってもたらされる便益よりも経費が上回った。

保安目的の事業として考えたとしても DSPD プログラムには多くの課題があった。1 つは、一人で繰り返し事件を起こす少数者を治療対象にしたため、介入を要する多くのパーソナリティ障害受刑者に治療を提供できなかったことである。介入された DSPD 患者は年間 300 人以下であり、サービスは高度保安施設内でのみで提供され、地域へのケア・パスウェイが整備されなかった。明確に定めた包含基準に比べると退院基準が不明瞭であったため、DSPD ユニットから中等度保安施設に移行しようとしても断られることが多かったと言われており (Perkins et al., 2011) 不必要に入院期間が延長したと考えられる。

2. 肯定的側面 / 功績

DSPD プログラムに功績があるとすれば、「パーソナリティ障害に対する心理的治療の開発を活発化させたこと」「パーソナリティ障害について多くのスタッフをトレーニングしたこと」「第三者評価が組み込まれたことにより、臨床的效果、経済性、マネジメント面の評価が可能となり、次の政策に活かされたこと」である。

DSPD プログラムが開始されることとなり、

それまで「治療不能」とされていた集団に注目が集まったため、介入法の開発が活発化した。その結果、境界性パーソナリティ障害や、反社会性パーソナリティの治療ガイドラインも作成された(NCCMH et al. 2009) (NCCMH et al. 2010)。

DSPD プログラムによって多くのスタッフがパーソナリティ障害患者のマネジメントについてのトレーニングを受ける機会が得られた。Howells ら(2007)が、DSPD ユニットにおける治療の課題は「治療の動機づけの低い対象者が多い」、「スタッフのモラルとポジティブな治療環境を維持することの困難」、「治療効果を測定するための評価が困難」であると挙げており、スタッフの負担は相当に高かったといわれている。実際、Broadmoor 病院や Whitemoor 刑務所では、DSPD ユニット開棟後1年以内にスタッフの2割強が退職したという(Trebilcock and Weaver 2010)。こうした状況の中、パーソナリティ障害に対応するスタッフへの定期的なスーパービジョンの方法や、スタッフ間のコミュニケーション方法、患者による操作の見立て方等が洗練され、トレーニングに反映されるようになった(Tyrer et al. 2010)。

DSPD プログラムでは、DSPD ユニットの臨床家が研究を実施するだけでなく、当初より予算をつけて第三者による研究・評価(IMPALOX 研究[Tyrer et al., 2010]、Management, Organisation and Staffing (MEMOS) 研究 [Trebilcock and Weaver 2010]、Tyrer et al., 2010)、Inclusion for DSPD Evaluating Assessment and treatment (IDEA)[Burns et al., 2011]、Bradley 報告 (Bradley, 2009) 等を実施したことで、プログラム全体の臨床的、経済的、マネジメント的な客観的評価が可能となった。その研究成果は、事業を発展的に廃止する根拠の一部となったが、明らかになった課題は

次の OPD パスウェイ戦略のデザインに生かされた。

このようにパーソナリティ障害の治療法への関心を高めたことや、多くの職員にトレーニングが提供されたこと、第三者評価による客観的評価を入れたことは DSPD プログラムの肯定的側面とされる。しかしこれら肯定的側面はいずれも DSPD プログラムの試行をしなくとも実現可能な内容であったことは重要な示唆である。

3. 医療観察法複雑事例に対する示唆

イギリスと日本では、精神保健システムも刑事司法システムも異なる。DSPD プログラムと医療観察法では対象者のプロフィールが異なるため DSPD プログラムの経緯をそのまま本邦の医療観察法指定入院医療機関の複雑事例のための高規格化病棟にあてはめることはできない。しかし、以下の点については、社会実験ともいえるプログラムから学ぶことはできる。

DSPD プログラムの歴史は、司法と精神科医療の重複領域における対応困難者専用の高規格化病棟に意味があるとすれば、(1) 精神医学的に妥当な対応困難者の定義が存在すること、(2) 対応困難者に対する治療法が存在していること、(3) 退院基準が明確であること、(4) 退院後の地域移行をサポートするシステムが存在すること、(5) 第三者評価が入ること、が条件であることを示唆していると考えられる。

医療観察法では、退院基準は明確であるため、いわゆる複雑事例の「定義」「治療法」「地域移行」が課題となる。

医療観察法の複雑事例は、先行研究によれば、便宜的に「治療が極めて困難」「退院が困難」「入院期間が6年超」「頻回隔離」「長期隔離」「拘束事例」「再入院事例」「再処遇事例」とされている(村杉, 2019)。このことが示しているのは複雑事例には多様

性があり、精神医学的に妥当な一律的に適用できる定義を設けることは困難だということである。この多様性はほとんどがサイコパス基準を満たしていた DSPD 対象者よりもはるかに大きいと思われる。MDT チームの組み換えや転地療養的な転院にも反応しない複雑事例を各地から集めて高規格化病棟に入院させたとしても、治療抵抗性は変わらず、帰住予定地から離れることにより、退院調整が一層困難になる可能性が高い。

複雑事例が複雑とされる理由が多岐にわたる以上、全員を取り込めるような治療法の開発は困難であり、ケースフォーミュレーションを繰り返しながら、個別の工夫を重ねるより他に手立てはない。高規格化病棟で行うかたちをとってしまうと、スタッフが担当するケースの全例が複雑事例で占められることになり、負担が相当に高くなると思われる。しかも、時間をかけ、治療的試みを続けても改善がみられる保証はない。

どのような努力をしても複雑事例となる患者が少ないながら一定数いるのは、精神科医療の現実である。むしろ、総数ではなく年間発生率が一定以上にならないように全国的なモニタリングをしたり、複雑事例とそれ以外の対象者で在院期間の統計の取り方を分けて推移をモニタリングしたりするなどの方策が制度の健全運用のためには重要であろう。また、そうしたモニタリングにおいては、大学等、第三者による評価も併せて入ることが有用であろう。治療者のみがとれる情報がある一方で、治療関係の中ではバイアスを排してとれない情報（例：被治療経験に関わる Patient reported indicators など）もあり、制度運用の評価のためには必要だと考えられるからである。

DSPD プログラムの終焉と OPD パスウェイ

から示唆されるのは、司法と精神科医療の重複領域における対応困難者への対応については、専門性の高い処遇施設（いわゆる「箱もの」）を準備するだけでは限界があり、対応困難者が発覚・同定される場面ごとに処遇するシステムを構築することの重要性であった。医療観察法には地域処遇の仕組みはすでに存在している。引き続き、複雑事例化の理由別に対応できる医療現場や社会資源を地域に増やしていく努力を続ける必要がある。受け入れてくれる指定通院医療機関や居住施設がない場合、いかに状態の改善を示したとしても、複雑事例は（入院期間の長期化などにより）複雑事例であり続けるからである。

なお、本稿でいう DSPD 基準が直接にあてはまる対象者は、本邦ではむしろ、緊急措置診察や措置診察の時点で他害のおそれが精神障害によるものか判断が難しい事例であるいわゆる「グレーゾーン事例」の中に多く存在すると思われる。「グレーゾーン事例のうち、医療・福祉による支援では対応が難しいものについて他害防止の措置を執れるようにすることについては、人権保護等の観点から極めて慎重でなければならない」（平成 29 年度障害者白書）とあるように、我が国においてはイギリスと異なり、保安優先施策へと突き進む可能性は低いと思われる。平成 28 年 7 月 26 日に相模原市の障害者支援施設「津久井やまゆり園」（以下「施設」という。）において発生した障害者殺傷事件の後、取り組まれた対応策が、グレーゾーン事例に対する専門的治療のための高規格化病棟ではなく、措置入院後支援の仕組みの整備（厚生労働省，2018）へと向かったことは、奇しくも DSPD プログラムで明らかになった司法と精神科医療の重複領域における対応困難例への対応課題に応える形になっていると思われる。

E . 健康危険情報

なし

F . 研究発表

1.論文発表

なし

2.学会発表

なし

G . 知的財産権の出願・登録状況

1.特許取得

なし

2.実用新案登録

なし

3.その他

なし

参考文献

- 1) 村杉謙次:多様で複雑な事例の個別調査及び治療・処遇に関する研究.平成 30 年度厚生労働科学研究費補助金(障害者政策総合研究事業(精神障害分野))医療観察法の制度対象者の治療・支援体制の整備のための研究(研究代表者:平林直次)分担研究報告書.
- 2) Home Office and Department of Health. Managing Dangerous People with Severe Personality Disorder. London: Home Office, 1999. Retrieved February 6, 2020, from <https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+http://www.homeoffice.gov.uk/documents/cons-1999-personality-disorder?view=Binar>

Y

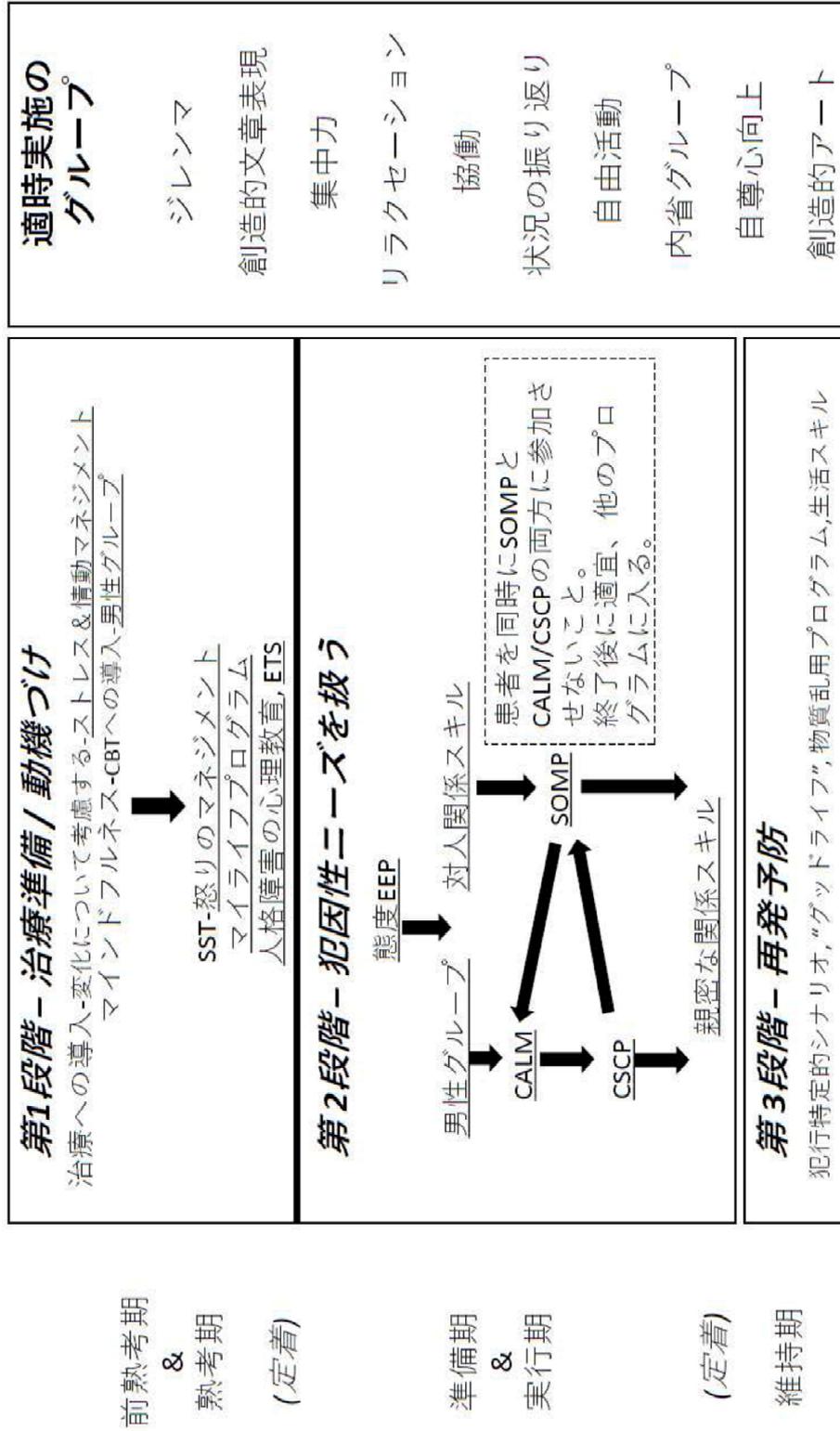
- 3) Beck JC: Dangerous Severe Personality Disorder: The Controversy Continues. Behav Sci Law 28: 277-288, 2010.
- 4) South East Coast Strategic Health Authority, Kent County Council, Kent Probation Area: Report of the independent inquiry into the care and treatment of Michael Stone, 2006.
- 5) Fallon P, Bluglass R, Edwards B et al: Report of the committee of inquiry into the personality disorder unit, Ashworth Special Hospital. London: Stationery Office, 1999.
- 6) Applebaum PS: Dangerous Severe Personality Disorders: England's Experiment in Using Psychiatry for Public Protection. Psychiatr Serv 56(4), [397-399](#), 2005.
- 7) Beard J: Sentences of Imprisonment for Public Protection. House of Commons Briefing Paper No.6086, 2019.
- 8) Department of Health, Home Office, HM Prison Service: Forensic Personality Disorder Medium Secure and Community Pilot Services: PLANNING & DELIVERY GUIDE. London, Home Office, 2005.
- 9) DSPD Programme: Dangerous and Severe Personality Disorder (DSPD) High Secure Services for Men: Planning and Delivery Guide. DSPD Programme, Department of Health, Home Office, HM Prison Service, 2005.

- 10) Department of Health, Home Office & HM Prison Service: Dangerous and Severe Personality Disorder (DSPD) High Security Services: Planning and Delivery Guide. Home Office, 2004.
- 11) Hare RD: The Hare Psychopathy Checklist-Revised. Toronto, Ontario, Canada: Multi-Health Systems, 1991.
- 12) Kirkpatrick T, Draycott S, Freestone M et al: A descriptive evaluation of patients and prisoners assessed for dangerous and severe personality disorder. *J Forensic Psychol*, 21(2), 264-282, 2010.
- 13) Burns TP & Fazel S, Fahy T: Dangerous Severe Personality Disorder (DSPD) Patients: Characteristics and Comparison with Other High-Risk Offenders. *Int J Forensic Ment Health*, 10: 127-136, 2011.
- 14) Webster C, Douglas K, Eaves D, & Hart S : HCR-20: Assessing risk for violence, version 2. Simon Fraser University; Mental Health, Law and Policy Institute, 1997.
- 15) Wong S, & Gordon A: Violence Risk Scale. Saskatoon, Canada Regional Psychiatric Centre, Correctional Service of Canada, 2000.
- 16) Burns T, Yiend J, Fahy T et al: Treatment for dangerous severe personality disorder (DSPD). *J Forensic Psychol* 22(3):411-426, 2011.
- 17) Farr C, Cordwell J: Assessing and Addressing Risk (DSPD). Personal interview 資料, 2005.
- 18) Perkins D, Farr C, Romero J et al: DSPD ten years on at Broadmoor. *Prison Service Journal*, 218, 10-16, 2015.
- 19) Taylor R: An Assessment of Violent Incident Rates in the Dangerous Severe Personality Disorder Unit at HMP Whitemoor. London: Home Office, 2003.
- 20) Saradjian S, Murphy N, Casey H: Report on the first cohort of prisoners that completed treatment in the Fens Unit, Dangerous and Severe Personality Disorder Unit at HMP Whitemoor. *Prison Service Journal* 192: 45-54, 2010.
- 21) Trebilcock J, Weaver T: Multi-method Evaluation of the Management, Organisation and Staffing (MEMOS) in High Security Treatment Services for People with Dangerous and Severe Personality Disorder (DSPD). London: Ministry of Justice., 2010.
- 22) Draycott S, Kirkpatrick T, Askari R: An idiographic examination of patient progress in the treatment of dangerous and severe personality disorder: a reliable change index approach. *J Forensic Psychol* 23: 108-124, 2012.
- 23) Sheldon K, Krishnan G: The clinical and risk characteristics of patients admitted to a secure

- hospital-based Dangerous and Severe Personality Disorder unit. The Br J Forensic Pract 11, 19-27, 2009.
- 24) Barrett B, Byford S, Seivewright H et al.: Service costs for severe personality disorder at a special hospital. Crim Behav Ment Health 3, 184-190, 2005.
- 25) Barrett B, Byford S: Collecting service use data for economic evaluation in DSPD populations Development of the Secure Facilities Service Use Schedule. 190 (suppl.49), Br J Psychiatry, 75-58., 2007.
- 26) Barrett B, Byford S, Seivewright H et al.: The assessment of dangerous and severe personality disorder: Service use, costs, and consequences. J Foren Psychi Psych 20, 120-131, 2009.
- 27) Barrett B, Tyrer P : The cost-effectiveness of the dangerous and severe personality disorder programme. Crim Behav Ment Health, 22(3):202-209, 2012.
- 28) Bradley K: The Bradley Report. Department of Health, London, 2009.
- 29) Department of Health, Ministry of Justice: Consultation on the Offender Personality Disorder Pathway Implementation Plan, 2011.
- 30) Leeanne McGee: Dangerous and Severe Personality Disorder (DSPD) Services Decommissioning at Broadmoor Hospital. SUMMARY REPORT - TRUST BOARD MEETING (PART 1), West London Mental Health NHS Trust, Fen 29, 2012. Retrieved February 6, 2020, from <https://www.wlmht.nhs.uk/wp-content/uploads/2012/01/DSPD-Services-Decommissioning-at-Broadmoor-Hospital.pdf>
- 31) Leanne McGee: Dangerous and Severe Personality Disorder (DSPD) Services Decommissioning at Broadmoor Hospital. Trust Board Meeting (Part 1)-25th January 2012, West London Mental Health NHS Trust, 2012. Retrieved February 6, 2020, from <https://www.wlmht.nhs.uk/wp-content/uploads/2012/01/DSPD-Services-Decommissioning-at-Broadmoor-Hospital.pdf>
- 32) Skett S, Lewis C: Development of the Offender Personality Disorder Pathway: A summary of the underpinning evidence. Probation Journal 66(2), 167-180, 2019.
- 33) Shackleford N: Mental Health Casework Section (MHCS), Home Office インタビュー, 2011.
- 34) National Audit Office: Transforming Rehabilitation: Progress review. Ministry of Justice, 2020. Retrieved February 6, 2020, from <https://www.nao.org.uk/report/transforming-rehabilitation-progress-review/>
- 35) DeImage E, Exworthy T & Blackwood N: The ' Hybrid Order ' : origins and usage. The J Foren Psychi

- Psych, 26:3, 325-336, 2015.
- 36) Yang M, Wong SC, Coid J: The efficacy of violence prediction: a meta-analytic comparison of nine risk assessment tools. Psychol Bull, 136, 740-67, 2010.
- 37) Duggan C: Dangerous and severe personality disorder. Br J Psychiatry 198, 431-433, 2011.
- 38) National Collaborating Centre for Mental Health. Borderline Personality Disorder: Treatment and Management. Clinical Guideline 78. National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009.
- 39) National Collaborating Centre for Mental Health. Antisocial Personality Disorder: Treatment, Management and Prevention. Clinical Guideline 77. National Institute for Health and Clinical Excellence, 2010.
- 40) Howells K, Krishnan G & Daffern M: Challenges in the treatment of dangerous and severe personality disorder. Advances in Psychiatric Treatment 13, 325-332, 2007.
- 41) Trebilcock, J. & Weaver, T.: Multi-method Evaluation of the Management, Organization and Staffing (MEMOS) in High Security Treatment Services for People with Dangerous and Severe Personality Disorder (DSPD). London: Ministry of Justice, 2010.
- 42) Tyrer P, Cooper S, Crawford M: The successes and failures of the DSPD experiment: The assessment and management of severe personality disorder. Medicine, science, and the law, 50, 95-99, 2010.
- 43) Tyrer P, Barrett B, Byford S et al: Evaluation of the Assessment Procedure at Two Pilot Sites in the DSPD Programme (IMPALOX Study). London: Home Office, 2007.
- 44) 内閣府：平成 29 年度障害者白書，内閣府，2017.
- 45) 厚生労働省：「措置入院の運用に関するガイドライン」について.各都道府県知事・各指定都市市長あて厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知(障発 0327 第 15 号) 平成 30 年 3 月 27 日 .

別紙4-図1 Broadmoor病院DSPDユニットのセラピー・フロー図



別紙4-表1 DSPDプログラムパイロットサイトの事業開始、定員と事業終了

施設	事業期間	ユニット名	対象	2009年患者数*	
				定員	患者数
Whitemoor刑務所	2000-2011	D wing (後にFenユニットと改称)	男性	70	61
Broadmoor病院	2003-2012	Bicester病棟 (2005年Paddock病棟に移転)	男性	48	39
Frankland刑務所	2004-2011	Westgateユニット	男性	86	76
Rampton病院	2004-2014	Peaks病棟	男性	70	50
Low Newton刑務所	2006-2011	Primroseユニット	女性	12	12

*Department of Health (2011) より作成

別紙4-表2 各DSPDユニットで提供されていた心理的治療

心理治療分類	DSPDパイロットサイト			
	保安施設		刑務所	
	Broadmoor	Rampton	Frankland	Whitemoor
心理教育	○	○	○	○
動機づけ面接	○		○	
心理的スキル	○	○	○	○
性犯プログラム	○	○		
暴力犯プログラム		○		
一般再犯防止プログラム	○	○		○
サイコパシープログラム			○	
認知療法	○	○		○
力動的的精神療法	○	○		○
再犯脆弱性プログラム	○		○	
トラウマプログラム				○

(Burns et al., 2012) より作成