

令和4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））

医療観察法における専門的医療の向上と普及に資する研究

分担研究報告書

### 医療観察法再鑑定の必要性に関する調査および検討

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：

医療観察法 52 条鑑定の実態を把握したうえで、指定入院医療機関からの退院と同時に処遇終了となる事例の指定入院医療機関からの申立ての基準や審判における判断基準を明らかにするために研究を行った。令和4年度は、令和3年度の本研究で医療観察法 52 条鑑定ありと回答した5施設を対象として、52 条鑑定事例に関する情報を収集し、医療観察法 52 条鑑定の実態把握を行った。

4 施設（回収率 80.0%）から4事例の回答を得た。収集できた 52 条鑑定事例から得られた情報の範囲では、退院・入院継続の審判では、医療観察法による医療の必要性の評価で問題とされる疾病性、治療反応性、社会復帰要因は、要件というよりは、要素として評価されている可能性が示唆された。また、指定入院医療機関から処遇終了の申立てを行う場合に考慮すべきことについて、事例に基づいて考察した。疾病性だけを理由とした申立ては適切とはいえないこと、治療反応性の評価がもっとも重要であること、治療が尽くされていることを確認するためには他の指定入院医療機関によるコンサルテーションの活用や 52 条鑑定の積極的な実施が有用と思われることを指摘した。

研究協力者（順不同、敬称略）

椎名明大 千葉大学社会精神保健教育  
研究センター

#### 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）」の施行によって、他害行為を行った精神障害者のうち心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者に対しては、特別法による処遇が保証されることになった。医療観察法の施行直後は、指定医療機関の不足や審判や鑑定結果のばらつきなどの問題が指摘されていたが、施行

後 17 年以上が経過し、制度の運用は安定してきている。入院期間は当初の想定より長期化しているものの、司法の関与のもとに、早期に社会復帰する対象者の増加や地域処遇中の再他害行為の少なさなど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達成されていることが示唆されている<sup>1)2)</sup>。また、医療観察法病棟では、多職種協働チームによる治療計画に基づく医療などにより、従来の精神科医療では社会復帰困難とされてきた患者であっても、治療が奏功して社会復帰可能となる事例が少なくなることが明らかになっている<sup>3)</sup>。

医療観察法の対象者は、(1) 重大な他害

行為を行っていること、(2) 心神喪失者等と認定され刑を免れていること、(3) 医療観察法による医療が必要であること（疾病性、治療反応性、社会復帰要因の3要件を満たしていること）、の3つの条件を満たしていることが必要とされている。医療観察法では、対象者の処遇は、裁判官と精神保健審判員（精神科医）による合議体によって構成される審判によって決定される。検察官による申立てに基づいて行われる当初審判（医療観察法42条）では、先の3つ条件のうち、(1) (2) については合議体を構成する裁判官によって、(3) については医療観察法鑑定書をもとに、社会復帰調整官の作成する生活環境調査報告書、精神保健参与員・検察官・対象者・付添人の意見を参考として、裁判官と精神保健審判員との合議によって判断される。

医療観察法による医療のうち、入院による医療は、指定入院医療機関の医療観察法病棟で提供される。医療観察法病棟入院中の対象者の退院・入院継続については、退院許可等の審判（医療観察法51条）によって行われるが、その結果は、(1) 入院継続（51条1項1号）、(2) 退院を許可し、地域処遇へ移行する（51条1項2号）、(3) 退院を許可し、医療観察法による医療を終了する（51条1項3号）の3種類がある。また、医療観察法52条は、退院または入院継続に関する審判について、裁判所が審判のために必要と認める場合には、対象者に対する医療観察法による医療の必要性について、精神保健判定医等に鑑定（以下、「医療観察法52条鑑定」と略記する）を命ずることができる旨を規定している。

指定入院医療機関は対象者が前記の3要件（疾病性、治療反応性、社会復帰要因）を欠く場合には、退院許可を申立て、地方裁判所は処遇審判を行う。指定入院医療機

関からの退院と同時に処遇終了となる事例の割合は、指定入院医療機関ごとにまた地域ごとにばらつきが存在することが知られている<sup>4)</sup>。医療機関の特性や地域性の存在を考えると、ある程度のばらつきは許容されるとしても、ばらつきを最小化するための努力は必要である。しかし、指定入院医療機関や裁判所における処遇終了判断の基準、審判のあり方は示されていない。また裁判所の合議体は指定入院医療機関の意見を基礎に審判を行うとされており、退院申立てに関する合議体のチェック機能は限定的である。ドイツにおける精神病院収容処分の長期収容者の収容継続要件の厳格化ならびに収容要件確認のための鑑定の鑑定人を治療者から独立した専門家に限定するという確認手続の厳密化は、長期入院対策や処遇終了の適正化に重要な示唆を与える<sup>5)</sup>。こうした確認手続の厳密化という観点から、医療観察法52条に基づき治療者から独立した第三者による鑑定を実施することの必要性が指摘されている<sup>4)</sup>。

しかし、医療観察法52条鑑定については、実施件数を含め、その実態は明らかではなく、その実態を把握するための調査が必要である。

本研究の目的は、医療観察法52条鑑定の実態を把握したうえで、指定入院医療機関からの退院と同時に処遇終了となる事例の指定入院医療機関からの申立ての基準や審判における判断基準を明らかにすることである。

令和4年度は、令和医療観察法52条鑑定の実態把握を目的として調査を行った。

## B. 研究方法

### 1. 調査対象

対象は、令和3年度の本研究で医療観察

法 52 条鑑定を経験したと回答した指定入院医療機関に入院中に 52 条鑑定を受けた入院対象者の診療録に記載された情報である。

## 2. 調査方法

令和 3 年度の調査で医療観察法 52 条鑑定の経験ありと回答のあった指定入院医療機関のうち研究協力への同意のあった施設を対象に事例の詳細に関する調査を行った。

調査票を作成し、当該対象者について、指定入院医療機関の医師に以下の項目について回答を依頼した。

性別、年代（当初審判時、52 条鑑定時）、精神科診断名（指定入院医療機関における）、対象行為の概要、入院後の治療経過、52 条鑑定実施にいたる経緯、52 条鑑定実施後の経過

### （倫理面への配慮）

本研究は千葉大学医学研究院倫理審査委員会より承認を得て実施した（承認番号 M 10396）。

## C. 研究結果

### 1) 52 条鑑定の実施状況について

52 条鑑定は、退院・入院継続の申立て（49 条、50 条）に関する審判を行う際に行われる。裁判所の統計（最高裁判所事務総局刑事局：平成 18 年、23 年、28 年、令和 2 年における刑事事件の概況、法曹時報収載）に基づき医療観察法施行から 2020 年までの退院・入院継続の申立ての件数と 52 条鑑定の実施件数を表に示した。

### 2) 52 条鑑定の実態について

調査対象とした 5 施設のうち 4 施設から回答があり、4 件の 52 条鑑定事例の情報を収集することができた。収集した 52 条鑑定事例 4 例の概要を以下に示す。

（事例 A）

【診断名】アスペルガー症候群（ICD-10 F84.5）

【対象行為】傷害

【52 条鑑定人】他施設の医師

過去に医療観察法による入院処遇となり治療反応性を理由に処遇終了・精神科病院転入院となった事例。再被害行為により入院処遇となった。対象者・家族の医療に対する不信感があり、病棟内では、対象者による性的逸脱行動が問題となっていた。

当初審判の統合失調症の診断から、アスペルガー障害へと変更され、入院 5 ヶ月後に疾病性を理由に処遇終了申立が行われた。裁判所は、疾病性がないとの判断に躊躇を覚えること、社会復帰要因について、他害リスクが高まった場合の介入方法が想定されていないことなどから 52 条鑑定の実施を決定した。52 条鑑定の結果は、統合失調症を否定する根拠はなく、疾病性がないとはいえないこと、これまでの治療経過ならびに対象者・家族の医療不信が強いことから、医療観察法の医療を継続することによる精神障害の改善、症状の増悪の抑制は期待できず、治療反応性は乏しいというものであった。社会復帰調整官と付添人による調整が行われ、自宅に退院し、自立支援施設の訪問ケアを受ける体制が確保された。裁判所は、52 条鑑定の結果も踏まえ治療反応性を理由に処遇終了とした。

（事例 B）

【診断名】統合失調症（ICD-10 F20）

【対象行為】傷害

【52 条鑑定人】他施設の医師

家族の治療への理不尽な介入（使用する抗精神病薬を指定し、担当医や病棟に恫喝の面会や電話を繰り返す）が問題となった事例で、入院 3 年後に、これ以上の改善が見込めないという理由で処遇終了申立が行われた。また、処遇終了後については、以

前通院していた病院への転入院のための調整が行われていた。裁判所は、52条鑑定を実施し、その結果も踏まえ、十分な治療反応性はないことを確認し、以前通院していた病院への転入院を前提として処遇終了とした。

(事例 C)

【診断名】統合失調症 (ICD-10 F20.9)

【副診断】小児性愛 (ICD-10 F65.4)、軽度精神遅滞 (ICD-10 F70)

【対象行為】強制わいせつ

【52条鑑定人】他施設の医師、指定通院医療機関所属

当初審判で統合失調症、軽度精神発達遅滞、小児性愛の診断を受けている事例で、入院2年後(3回目の審判)に指定入院医療機関から、統合失調症の可能性が低いこと、再被害行為防止のための体制構築が必要である旨の意見を付して入院継続の申立をしたところ、地方裁判所では、統合失調症の診断を前提として疾病性、治療反応性を検討し入院継続の決定となった。対象者側から抗告がなされ、抗告審で、疾病性・治療反応性について十分な審理を尽くしていないという理由で差し戻しとなり52条鑑定が行われた。統合失調症の治療でもまだやれることがあるという52条鑑定の鑑定人の見解をもとに、審判では、通院決定とされ、対象者は鑑定人の所属する指定通院医療機関に転入院した。

(事例 D)

【診断名】自閉症スペクトラム障害 (ICD-10 F84.9)

【副診断】統合失調症 (ICD-10 F20.9)

【対象行為】殺人未遂

【52条鑑定人】他施設の医師、指定入院医療機関所属

当初審判では、統合失調症に広汎性発達障害が合併していると判断された事例であ

る。指定入院医療機関の多職種協働チームは、統合失調症の診断に否定的であったが、統合失調症を否定することもできず、主診断を自閉症スペクトラム障害、副診断を統合失調症として治療を継続していた。入院1年7ヶ月後(3回目の審判)に入院継続の申立を行ったところ、精神保健審判員から、治療反応性がないので入院継続はできないという意見があり、52条鑑定となった。52条鑑定の結果は、主診断は統合失調症であり、今後も適切な治療により改善が見込まれることなど具体的な治療の方向性を指し示すものであった。裁判所は、鑑定結果に基づき、入院継続の決定を行った。

## D. 考察

### 1) 52条鑑定事例の件数と本調査の意義

退院・入院継続に関する審判では、指定通院医療機関の管理者の意見を基礎として審判を行うこととされている。審判にあたり裁判所が、指定入院医療機関の管理者の意見だけで医療観察法による医療の必要性の可否を判断できると考えた場合には、52条鑑定を行うまでもなく、審判決定が行われる。こうした事情もあって、52条鑑定が実施される事例はきわめて少ない。医療観察法施行から2020年までの約16年間で、52条鑑定が実施されたのは、11件にすぎず、52条鑑定実施率は、高い年でも0.29%に止まる。本研究で収集できた52条鑑定事例は4例に過ぎないが、52条鑑定実施事例全体の36.4%をしめている。本研究の結果は、少数とはいえ、52条鑑定の実態を初めて明らかにするものであり、意義のあるものと思われる。

### 2) 52条鑑定実施の経緯

本研究で収集した52条鑑定事例のうち、指定入院医療機関から処遇終了を申立てたのが2例(事例A, B)、入院継続を申立てた

のが2例(事例C,D)であり、審判の結果は、処遇終了が2例(事例A,B)、通院処遇への移行が1例(事例C)、入院継続が1例(事例D)であった。

今回収集できた事例の範囲では、52条鑑定が実施される経緯は、以下の2つに大別されよう。

#### (1) 精神科診断の困難な場合

当初審判やその際に行われた医療観察法鑑定と入院後に行われた指定入院医療機関の多職種協働チームの間で精神科診断に相違が生じている場合。今回収集できた事例(事例A,D)では、統合失調症と自閉スペクトラム症との鑑別・合併が問題となっていた。こうした事例で、どちらの見解が適切かどうかについて、裁判所が判断に困った場合に、公正中立な立場からの意見を求めて、52条鑑定が実施される。

#### (2) 治療反応性や社会復帰要因の評価に懸念がある場合

対象者の病識や治療意欲に問題があったり(事例C)、家族等の支援者から治療の進展を阻害するような不適切な介入が行われたり(事例A,B)するなどの問題があり、退院に向けての調整に支障をきたしている事例。現状以上の治療反応性が望めるかの判断や退院後や処遇終了後の対象者の治療・生活状況や再被害行為のリスクなどに関する懸念があり、裁判所だけでは十分な判断ができないと考えられる場合に、公正中立な立場からの意見を求めて、52条鑑定が実施される。

### 3) 52条鑑定実施事例からみた医療観察法による医療の必要性の判断

医療観察法による医療の必要性については、疾病性、治療反応性、社会復帰要因の3つの要件を満たすことが必要とされている。ただし、これら3つの要件は、独立し

た構成概念とは必ずしもいえず、相互に関連した部分も少なくない。要件として、1つでも一定の水準以下になれば、そのことだけで、医療観察法による医療の必要性がないと評価するよりは、それぞれを要素と考え、それらを総合的に評価する方が臨床的な判断との整合性はより高いように思われる<sup>6)7)</sup>。もっとも、医療観察法の入口である当初審判においては、要素と考えると治療反応性が拡大解釈され、社会復帰要因がきわめて高い場合には、入院による医療の対象となる可能性があり、その場合には、治療なき拘禁が生じるリスクが指摘されている<sup>8)</sup>。したがって、当初審判において、それぞれを要件として、慎重に判断することには、一定の合理性がある。

今回収集できた52条鑑定事例からみれば、裁判所は、たとえば疾病性がなくなったというようにひとつの要件を満たさなくなったという理由だけで、退院許可や処遇終了決定を行っているわけではないことが示唆される。むしろ、指定入院医療機関からの疾病性がないという理由による申立てに対しても、治療反応性や社会復帰要因などにも目配りし、52条鑑定を実施したうえで、処遇終了を決定している。今回収集できた事例の範囲ではあるが、退院・入院継続に関する審判に関しては、医療観察法による医療の必要性は、3要件というよりは3要素として判断されている可能性が示唆される。

### 4) 指定入院医療機関よりの処遇終了申立の際に考慮されるべきこと

退院・入院継続の審判では、医療観察法による医療の必要性は、指定入院医療機関の管理者の意見を基礎として判断される。52条鑑定は、裁判所が、指定入院医療機関の管理者の意見だけでは十分な判断が行えない場合に行われるものであり、指定入院

医療機関の管理者の意見に対して裁判所が懸念や疑義をもった場合に実施されるものといえる。

指定入院医療機関に入院している対象者は、当初審判で医療観察法の入院による医療が必要と判断された人であり、対象者の社会復帰に向けての課題が同定されている。指定入院医療機関から退院や処遇終了を申立てる場合には、退院・処遇終了決定を行うにふさわしい状態に対象者がいることが確認されていることが望ましいと思われる。そのためには、指定入院医療機関における治療・支援によって、当初審判で同定された課題が改善され、入院を継続してもこれ以上の改善は望めず、退院・処遇終了後に想定される生活環境においても改善された状態が維持される見込みがたっていることを確認する必要がある。特に、処遇終了を申立てる事例は医療観察法の経過としては特殊な存在である。通院処遇への移行が想定される事例以上に、医療観察法による医療の必要性をより厳密に精査したうえで、申立てを行うことが望ましいといえよう。

52条鑑定事例は少数ではあるが、裁判所が指定入院医療機関の管理者の意見のどのような点に懸念や疑義をもつのか、52条鑑定の結果も受けて、裁判所がどのように決定を行ったのかなどを示すものである。以下、今回収集することができた52条鑑定事例をもとに、指定入院医療機関から処遇終了申立てを行う場合に考慮されるべきことについて考察する。

当初審判で認定された精神疾患の存在が否定された場合、疾病性の要件を満たさず、医療観察法による医療の必要性がなくなつたと考えることは論理的にはありえるかもしれない。しかし、事例Aの示すように、裁判所は、そのような判断方法はとらないようである。事例AやDの示すように、統

合失調症と自閉スペクトラム症の鑑別を完全に行うことは困難であり、両者が合併している事例も少なくない。事例Aの52条鑑定人も指摘するように、統合失調症と自閉スペクトラム症の鑑別が困難な事例について、統合失調症である可能性を完全に否定することはできない。指定入院医療機関からの処遇終了申立てを疾病性だけを理由として行うことは適切とはいえないであろう。なお、精神科診断が変更された場合には、それに伴って治療反応性や社会復帰要因の評価も変化する。精神科診断が変更された場合には、新たな精神科診断のもとでの治療反応性や社会復帰要因の評価を行うのが適切と思われる。

今回収集できた事例をみても、退院・入院継続の審判にあたり、裁判所は、対象者が退院や処遇終了後にどのような生活環境におかれるのか、治療継続や危機介入のためにどのような支援体制が構築されるのかについて強い関心をもっている。これは、社会復帰要因に関する評価であり、退院・処遇終了後の受け皿の選択を意味している。退院・処遇終了後の受け皿の選択は、指定入院医療機関だけで行えるものではなく、社会復帰調整官による生活環境調整によるところも大きい。また、事例Cのように52条鑑定を契機として退院先が決まることもある。指定入院医療機関としては、対象者の社会生活能力についてアセスメントを繰り返し、どの程度までの回復が可能であるかを見極めておく必要があると思われるが、この評価は、治療反応性とも密接に関連した評価といえよう。

治療反応性は多義的な用語である。治療反応性には、病状の悪化の防止も含むとされており、アルコール依存症のように一般的には非自発的治療になじまないような精神疾患であっても、そのことだけで、医療

観察法による医療の必要性がないと判断してはならないとされている（令和3年8月30日最高裁判所第2小法廷決定）。

治療反応性の評価にあたっては、時間軸を考慮する必要がある。当初審判における治療反応性の評価は、医療観察法鑑定等で得られた情報に基づく見込みであり実際の治療は実施されていない状況での評価であるのに対して、退院・入院継続の審判での治療反応性の評価は、指定入院医療機関において実際に治療を行ったうえでの評価である。治療に難渋し、入院が長期化している対象者に関して、指定入院医療機関から処遇終了の申立てを行う場合には、治療反応性の評価がもっとも重要であり、現在の精神科医療の水準で対象者に行える治療が尽くされており、これ以上の改善が望めないことが確認されたうえで、処遇終了の申立てを行うことが望ましいといえよう。

治療が尽くされていることの確認のためには、ケースフォーミュレーションを行い、評価と治療を繰り返すことになる。しかし、事例Bのように、裁判所が、治療を担当している指定入院医療機関の評価だけでは十分ではないと考えて52条鑑定が実施されることがある。また、事例Dでは、指定入院医療機関での治療経験の豊富な鑑定人が52条鑑定を行っており、その結果は、対象者の治療に難渋していた指定入院医療機関の多職種協働チームに治療の方向性を指し示す有益な内容のものであった。治療が尽くされているかどうかの確認のためには、このように治療者から独立した第三者的な立場からの評価が有益な場合は少なくないと思われる。現在、複雑事例について、他の指定入院医療機関によるコンサルテーションが行われているが、治療に難渋している対象者の治療・評価にあたっては、こうしたコンサルテーションを受け、その助言

を治療・評価に活かすことは、治療が尽くされていることを確認するためにも有用な手段といえよう。

治療が尽くされていることを確認するためには、一定の時間をかけることも重要である。ただし、その確認のために入院期間が長引きすぎても、今度は、治療なき拘禁のリスクが生じることになる。治療やそれに対する反応は個々の事例によっても異なることを考えれば、治療が尽くされていることの確認は、両者のバランスを考慮したうえで、個々の事例ごとに行われるべきものといえよう。

#### 5) 52条鑑定の活用について

現在、52条鑑定の実施率はきわめて低い。しかし、事例AやDでは、52条鑑定の実施により、対象者の診断・治療をめぐる問題が整理・改善されていた。52条鑑定は、治療者とは独立した専門家による医療観察法による医療の必要性に関する評価である。裁判所が、指定入院医療機関の管理者の意見に疑義や懸念を感じ、カンファレンスなどを行っても疑義や懸念が解消されない場合には、積極的に52条鑑定を実施することが、対象者のより適切な処遇につながることを示唆される。

#### E. 結論

52条鑑定を経験した指定入院医療機関を対象として52条鑑定事例に関する情報を収集した。4施設から4事例の52条鑑定事例を収集した。収集できた52条鑑定事例から得られた情報の範囲では、退院・入院継続の審判では、医療観察法による医療の必要性の評価で問題とされる、疾病性、治療反応性、社会復帰要因は、要件というよりは、要素として評価されている可能性が示唆された。また、指定入院医療機関から処遇終了の申立てを行う場合に考慮すべきことについて、事例に基づいて考察した。

疾病性だけを理由とした申立ては適切とはいえないこと、治療反応性の評価がもっとも重要であること、治療が尽くされていることを確認するためには他の指定入院医療機関によるコンサルテーションを活用や52条鑑定の積極的な実施が有用と思われることを指摘した。

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

五十嵐禎人：責任能力の判定と処遇のためのアセスメント 刑事責任能力鑑定と医療観察法鑑定をめぐって. 司法精神医学, 2022; 17(1): 24-32

### 2. 学会発表

東本愛香, 西中宏吏, 野村照幸, 五十嵐禎人：出院者の支援に関するクライシスプランを用いた実践事例. 第18回日本司法精神医学会大会, Web開催, 会期2022.7.9-8.8

## 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

## 文献

- 1) 村上優：医療観察法の10年 改革の糸口. 司法精神医学 10 (1) 3-9, 2015.
- 2) 五十嵐禎人:触法精神障害者と医療観察

法. 臨床精神医学, 46(4)389-396, 2017.

- 3) 村上優:司法と医療の狭間にある事例にどう対応するか. 精神科臨床サービス, 17 (3) : 245-250, 2017.
- 4) 平林直次:令和2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」総括研究報告書, 2021.
- 5) 五十嵐禎人:令和2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))「司法精神医療の国際比較に関する研究」分担研究報告書, 2021.
- 6) 三好幹夫:心神喪失者等医療観察法施行後2年の現状と課題について.判例タイムズ 1261 : 25-35, 2008
- 7) 五十嵐禎人:医療観察法におけるリスク評価. 臨床精神医学, 38 (5) :571-575, 2009
- 8) 椎名明大:医療観察法に関する精神鑑定. 刑事精神鑑定ハンドブック(五十嵐禎人, 岡田幸之編), 中山書店, 東京, p.47-66, 2019

表 退院・入院継続の審判の終局人員と52条鑑定の行われた人員

年	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
終局人員	0	166	492	750	896	902	1062	1226	1270	1405	1482	1327	1389	1392	1330	1373
鑑定の行われた人員	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0	2	4	0	0
実施率	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.11%	0.11%	0.09%	0.08%	0.00%	0.07%	0.00%	0.00%	0.14%	0.29%	0.00%	0.00%