

医療観察法施行の動向と課題

法科大学院教授 岩井 宜子

- I はじめに
- II 医療観察法施行の法的体制
- III 指定入院医療機関における医療の実施
- IV 指定通院医療機関における医療の実施
- V 法施行後の状況
- VI 精神障害者等の犯罪の動向
- VII 精神医療施策
- VIII おわりに

I はじめに

「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律」（「医療観察法」と略称）が、平成15年7月10日に制定され、平成17年7月15日から施行されている。⁽¹⁾ この法律ができる以前においては、精神障害性犯罪者については、刑法39条により責任能力がないと判断される者においても、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」（精神保健福祉法と略称）24条の措置入院の通報によってしか、治療措置をとることができない状況であった。刑罰を科しえないなら、治療処分を科して治療を行う必要があるとする議論は戦前より論じられてきたが、実現するに至らなかった。「医療観察法」は、重大な他害行為を行った精神障害者に対して、必要な治療処遇を行うことを期して立法された。この法律には、5年後の施行状況の報告と見直しについても規定されていることから、その施行状況の検証を行い、精神障害者の人権擁護の要請と刑事政策的効果について、法律家の視点で評価を行おうとするものである。

II 医療観察法施行の法的体制

手続きとしては、心神喪失等の状態で重大な他害行為（殺人、放火、強盗、強姦、強制わいせつ、傷害—法2条②）を行った者（不起訴とされた者および起訴後無罪または限定責任能力による減軽後執行猶予の判決が確定した者）に対し、検察官が

対象者の居住地の地方裁判所に対し、処遇の要否について決定を求め（法33条①）、裁判所は、1人の裁判官と1人の精神保健審判員とからなる合議体で審判を行う。（11条①）

（1）入院医療

対象者には弁護士である付添人を付し（35条）、鑑定入院により精神科医に鑑定を求めた上（34条①）、また、保護観察所による生活環境の調査を必要に応じて求め（38条）、対象行為を行った際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するため、入院をさせてこの法律による医療を受けさせる必要があると認める場合は、入院の決定を行う。（42条①1号）鑑定入院の期間は、2月を超えることができないが裁判所は必要に応じて1月を超えない期間延長しうる。（34条③）

厚生労働大臣は、一定の基準に適合する国公立病院等（16条①）を指定入院医療機関として指定し、これに委託して医療を実施する。（43条①）と同時に、その旨を保護者及び決定をした地裁の所在地を管轄する保護観察所の長に通知をする。（43条③）指定入院医療機関の管理者は、入院を継続する必要を認めなくなった場合は退院の申し立てを、入院の継続を行う場合は、6か月ごとに継続の申し立てを裁判所に対して行う。（49条）保護観察所の長は、退院後の生活環境の調整を行わねばならない。（101条①）裁判所はそれらの申し立てに対し、入院を継続すべきことを確認する決定、退院を許可するとともに通院医療を受けさせる旨の決定、この法律による医療を終了する旨の決定のいずれかを行う。（51条）

（2）通院医療

通院医療で足ると認める場合（42条①2号）及び指定入院医療機関を退院後通院医療を受けさせる旨の決定がなされた場合（51条①2号）は、厚生労働大臣は、一定の基準に適合する病院若しくは診療所または薬局を指定通院医療機関として指定し、これに委託して通院医療を受けさせる。（43条②）その通知を受けた保護観察所の長は、指定通院医療機関の管理者並びに居住地の都道府県知事及び市町村長と協議の上、処遇の実施計画を定める。（104条①）実施計画には、指定通院医療機関の管理者による医療、社会復帰調整官が実施する精神保健観察並びに指定通院医療機関の管理者による援助、都道府県及び市町村による精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第47条又は第49条、障害者自立支援法第29条その他の精神障害者の保健又は福祉に関する法令の指定に基づく援助その他の援助について、その内容及び方法が記載される。（104条②）通院医療の期間は3年間とされ、裁判所は2年

を超えない範囲でその期間を延長しうる。(44条, 51条④) 保護観察所の長は、指定通院医療機関の管理者と協議の上、通院医療の必要がなくなったと認める場合は、裁判所にこの法律による医療の終了の申立てをする。(54条①) 通院期間の延長の必要があると認める場合は、裁判所に延長の申立てを行う。(54条②) 通院医療の期間中精神保健観察に付される。(106条①)

(3) 検討等

附則4条に、政府は、この法律の施行後5年経過した場合において、この法律の規定の施行の状況について国会に報告するとともに、その状況について検討を加え、必要があると認めるときは、その検討結果に基づいて法制の整備その他の所要の措置を講ずるものとするとの規定が置かれた。

厚生労働省は、厚生労働科学研究費補助金を支給し、岡山県精神科医療センター長中島豊爾氏を研究代表者とする精神科医を中心とする研究グループに「医療観察法による医療提供のあり方に関する研究」を委託し、フォローを行っている。

(4) 「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」に基づく入院との関係について

平成17年7月14日、医療観察法施行に合わせて、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課長通知が各都道府県・指定都市精神保健福祉主管部（局）長あて出されている。

- ・通院医療を受けているものについて、精神保健福祉法による措置入院等が行われることを妨げない（医療観察法115条）。
- ・精神保健福祉法による医療及び保護を受けているものに医療観察法の手続きをすることを妨げない（精神保健福祉法44条2項）。
- ・医療観察法に基づく鑑定入院中の者及び入院決定に基づき入院している者には、精神保健福祉法の規定は適用されない（精神保健福祉法44条2項）。
- ・措置入院等を受けている者に医療観察法の手続きが進行するとき、鑑定入院先に入院した時点でその効力が消滅するが、措置入院の場合は、その旨、それを命じた都道府県に措置症状消退届を出し、医療保護入院の場合は、退院届を提出するものとされている。
- ・医療観察法で入院中の者が無断退去した場合、措置入院の手続きを進めることができるが、当該指定入院医療機関に連絡し、連れ戻してもらう。
- ・措置入院等の手続き中の者が通院中の対象者であることが分かった場合は、各都道府県はそこに所在する保護観察所に連絡する。

Ⅲ 指定入院医療機関における医療の実施

一般の精神医療とは異なり、公共性及び専門性が極めて高いことに加え、継続的かつ適切な医療を全国で公平一律に実施されなければならないことのために、指定入院医療機関は、国、都道府県または独立行政法人において、次のような水準において整備されるものと規定されている。⁽²⁾

(1) 施設・設備

病床数は、フル規格独立型33床（運営病床30床、予備病床3床）または小規模独立型16床（運営病床15床、予備病床1床）とし、病床はすべて個室（10㎡以上）とする。

必要とする診療部門、共用部門としては、診察室（最低2か所）、処置室（酸素吸入装置、吸引装置等設置）、保健室（10㎡以上）、集団精神療法室、作業療法室、食堂・デイルーム（一定面積以上あれば共用可）、面会室（診察室3か所以上は共用可）である。

セキュリティ対策は、対象者が重大な他害行為を行って、将来も反復する危険があるため、入院治療が要求されるとされるもので、院内での自傷他害行為の防止と離院の防止のため、かなり、高度のものが要請されるとされる。閉鎖病棟としても、現在の世界的な水準の中で中程度のセキュリティを確保することが要請されている。

(2) 建物構造

モデル施設とされた国立精神・神経センター病院司法病棟は、そのため、2重の外壁を確保する形で、新築された。病棟入口は2重扉、スタッフの入退室は指紋チェック、外来者は記名登録、金属探知機を用いた厳重な持ち物チェックが行われる。外周には監視カメラがあり、病棟内にも、監視カメラ・アラームが設置され、窓は強化ガラス、家具・備品類も縊首防止や一種の武器とならないような工夫がなされている。

(3) 物品管理

持ち込みの物品管理は、自傷他害行為の防止のため、厳格な管理がなされている。

「禁止」は、ナイフ、カミソリ、ハサミ、ドライバー、酒類・違法薬物、ライター・マッチ、ガラス・陶器類、針金のハンガー等である。

「チーム会議で許可するもの」は、ラジカセ・CDプレーヤー、電気カミソリ、ベルト・ひも類、カバン、携帯電話、パソコン、ボールペン等である。

「貸し出し」は、ハサミ、針、爪切り、ドライヤー等である。

「個人所有の預かり」は、箸、T字カミソリ等である。

(4) 人員配置

当該病棟の人員配置として、概ね入院人員8人につき常勤医師1人（精神保健指定医1人以上、半分以上は専従）、常勤看護師概ね日中1.5人に1人、夜間6人に1人（最低3人以上）、臨床心理技術者、作業療法士、精神保健福祉士は常勤で概ね5人に1人が必要とされている。

病院全体の人員配置として精神保健指定医2人、薬剤師は医療法標準数を超えていることとされている。

夜間には警備員を配置するものとされている。

(5) 運営・管理等

医療の実施体制について、詳細なマニュアルが作られている。

・医療の質を確保するための会議

新病棟外部評価会議

新病棟の運営状況や治療内容に関する情報公開を行いその評価を受けることで、新病棟運営の透明性を確保するための会議。指定入院医療機関の管理者主催で年2回程度開催する。精神医学の専門家・法律に関し学識経験を有する者・自治体関係者の外部委員を各1名以上招聘するものとする。

新病棟運営会議

新病棟の運営状況について報告聴取し、運営方針を決定したり、全入院対象者に共通の治療方針を策定したり、入院対象者それぞれについて状態報告と今後の治療方針確認を行うための会議。特に、急性期から回復期、回復期から社会復帰期への移行が検討される者について報告を聴取し、治療の進展度合いを確認する。指定入院医療機関の管理者主催で1カ月に1回は開催するものとする。重大事故など緊急事態発生時は緊急時運営会議として臨時開催し、対応方針を決定する。

新病棟倫理会議

入院対象者の同意によらない治療行為を開始する必要性に関して、事前の協議により適否を決定するとともに、同意によらない治療行為を継続している入院対象者に関して報告聴取し、事後評価を行ったり、麻酔薬など強力な鎮静剤の投与を行った場合について報告聴取し評価を受けるための会議。指定入院医療機関の管理者主催で原則として月2回開催し、必要に応じ臨時開催するものとする。精神医学の専門家の外部委員1名以上を招聘する。

新病棟治療評価会議

治療の効果を判定するために定期的に入院対象者の評価を行うための会議。
原則として週1回開催し、新病棟内の医師、看護師、臨床審理技術者、作業療法士、精神保健福祉士の多職種チームにより構成することを基本とする。
必要に応じ、社会復帰調整官が参加する。また、必要に応じ、対象者本人も参加する。

・地域連携を確保するための会議

地域連絡会議

指定入院医療機関の地元関係機関等との円滑な業務関係を支えるための会議。定期的に（少なくとも1年に1回）、関係機関及び地域住民の関係者に出席を求めて、指定入院医療機関の状況及び本法の施行状況を報告し、話し合う場とする。

(6) 共通評価項目

医療必要性の判断根拠や基準をより検証可能にするために次のように、17の共通評価項目が設定されている。

「精神医学的要素」

1. 精神病症状

1) 通常でない思考内容

病的嫉妬、性的妄想、特定の対象への被害感等。

2) 幻覚に基づく行動

通常の外的刺激に基づかない知覚。独語等に表明される。

3) 概念の統合障害

混乱した、弛緩した、途絶した思考。

4) 精神病的なしぐさ

常同性、しかめ面、不適切な笑い等。

5) 不適切な疑惑

食べ物に毒が入っている等。

6) 誇大性

誇張された自己主張。

0 = 問題なし、1 = 軽度の問題、2 = 明らかな問題点あり、で評価し、下位評価の最も重い点数がここでの評価となる。(以下、同じ)

2. 非精神病性症状

1) 興奮, 躁状態

1 = 過度に楽天的, 多弁等。2 = 調子が高い, 興奮している, 落ち着かない等。

2) 不安・緊張

1 = 軽度で一過性のイライラ, 緊張等。2 = 大抵の間出現するイライラ感, 緊張等。

3) 怒り

不適切にかんしゃくを起こす。

1 = 他人への過度の非難。2 = 顕著な焦燥, 敵対的態度, 告発, 侮辱等。

4) 感情の平板化

1 = 感情反応が稀で固い。2 = 無欲とひきこもり。自分のおかれている状況に無関心。

5) 抑うつ

1 = 気力喪失の訴え。沈んでいる。2 = 絶望感, 希望喪失等。

6) 罪悪感

1 = 過去の行為についての過度の後悔。2 = すべてについての自己卑下と自己非難を示す広範囲な罪悪感。

7) 解離

1 = 解離性障害の疑い。一過性の解離状態。2 = 解離性障害あり。

8) 知的障害

1 = 軽度の問題。2 = 明らかな問題点あり。

3. 自殺企図

希死念慮の有無, 自殺企図の有無等の自殺傾向の評価。

1 = 軽度の問題, 2 = 明らかな問題点あり。

「個人心理的要素」

4. 内省・洞察

1) 何の内省も示さない

1 以下 = 表面的にでも自分の行為を認め内省の弁が見られる。

2) 過去の暴力的な行為を無視したり大目にみたりする。

3) 病識のなさ,

1 = 病気を否認しても他害行為への内省あり。

5. 生活能力

- 1) 生活リズム
- 2) 美容と衛生を保てない。
- 3) 金銭管理の問題
- 4) 家事や料理をしない
- 5) 安全管理：火の始末ができない等。
- 6) 社会資源の利用：交通機関等の社会資源を適当に利用できない。
- 7) コミュニケーション機能；困難な状況で助けを呼ぶことができない。
- 8) 社会的引きこもり
- 9) 孤立：ほとんど友達がいない。
- 10) 活動性の低さ；多くの時間を寝ているか横たわって過ごす。
- 11) 生産的活動・役割がない；デイケアや作業所の通所等への参加がない。
- 12) 過度の依存性；簡単なことでさえどうするかいわれなければならない。
- 13) 余暇を有効に過ごせない。時間の使い方が分からずに苦痛を感じる。
- 14) 施設に過剰適応する；病院に居続けたがっている。

評価：0 = 問題なし， 1 = 軽度の問題， 2 = 明らかな問題点あり

6. 衝動コントロール

- 1) 突然計画を変える，言うことがすぐに変わる等の一貫性のない行動
- 2) 待つことができない，飽きっぽい
- 3) 衝動買いや返す当てのない借金をする
- 4) そそのかされたり，暗示にかかったりしやすい。しばしば他の患者に騙される。
- 5) 内省や状況の判断なしにささいなことで怒りの感情を行動化する。

評価：0 = 問題なし， 1 = 軽度の問題， 2 = 明らかな問題点あり。

「対人関係的要素」

7. 共感性

基本的な対人関係における情性の欠如や他者への共感性の欠如を評価。

評価：0 = 問題なし， 1 = 軽度の問題， 2 = 明らかな問題点あり。

8. 非社会性

- 1) 侮辱的，からかうような，嫌がらせのようなことをいう。
- 2) 社会的規範，規則，責務を蔑視する態度
- 3) 犯罪志向の態度；一般に犯罪への同一化で示される。

- 4) 特定の人を害するようにふるまう
- 5) 他者を脅かす。
- 6) だます、嘘をいう。
- 7) 故意に器物を破損する。
- 8) 犯罪にかかわる交友関係。
- 9) 性的な逸脱行動：サディズム、小児性愛等。
- 10) 放火の兆し。

評価：0 = 問題なし， 1 = 軽度の問題， 2 = 明らかな問題点あり。

9. 対人暴力

観察された直接的な対人的暴力。

「コミュニティ・環境的要素」

10. 個人的支援

- 1) 情緒的サポート
- 2) 道具的サポート：物質面・行動面での支援
- 3) 情報を示すことによる支援

評価：0 = 問題なし， 1 = 軽度の問題， 2 = 明らかな問題点あり。

11. コミュニティ要因

居住環境・地域環境，人的ネットワーク，公的支援

評価：0 = サポートがある場合， 1 = コミュニティによる支援も有害な環境もなし。 2 = コミュニティが有害な影響をもたらす場合。

12. ストレス

対象者のストレス対処能力・ストレス耐性

評価：0 = 問題なし， 1 = 軽度の問題， 2 = 明らかな問題点あり。

13. 物質乱用

物質乱用歴の重篤度，犯罪との関連，物質乱用に対する内省の深まり。

評価：0 = 既往なし， 1 = 軽度の問題， 2 = 明らかな問題点あり。

14. 現実的評価

- 1) 退院後の治療プランについて対象者から十分に同意を得ているか。
- 2) 日中の活動，過ごし方について計画され，対象者がそれを望んでいるか。
- 3) 住居の確保，対象者が生活する場になりうるか。
- 4) 生活費などの経済的問題。
- 5) 緊急時の対応について確保されているか。

- 6) 連携・協力体制が退院前より十分に機能しているか。
- 7) 協力的関わりを継続して行ってくれるキーパーソンとなる人がいるか。
- 8) 地域への受け入れ体制が十分か。

評価：0 = 問題なし， 1 = 軽度の問題， 2 = 明らかな問題点あり。

「治療的要素」

15. コンプライアンス

- 1) 治療準備性：問題の認知，ゴール設定，モチベーション等
- 2) 対人スタイル評価—向犯罪的見方，被害者へのスタンス等

評価：0 = 問題なし， 1 = 軽度の問題， 2 = 明らかな問題点あり。

16. 治療効果

治療遂行評価—プログラム内容の知識，スキルの獲得，犯罪性の理解，内省等，

評価：0 = 治療効果が望める， 1 = 治療効果への問題が予想されるが，一定の治療効果は期待される， 2 = 治療効果は望めない。

17. 治療・ケアの継続性

- 1) 治療同盟—治療同盟を築き，積極的に患者を治療プロセスに導入する。
- 2) 予防—治療を継続することを阻害しうるものを固定し，その阻害要因に打ち勝つ戦略を形成する。
- 3) モニター：関係機関と情報を共有し，モニターの戦略をたてる。
- 4) セルフモニタリングについて自覚し，そのことに関して周囲の助言をきくことができるか。
- 5) 症状悪化や不安要因について治療者との緊急対応が合意されている。

評価：0 = 問題なし， 1 = 軽度の問題， 2 = 明らかな問題点あり。

これらの共通評価項目による評価が電子カルテに保存され，病棟内スタッフに共有されている。

(7) 処遇の流れとステージ分類

急性期（概ね12週程度）

対象者及び家族と面接し，病棟ガイダンスとともに，情報収集を行う。治療の初期基本計画をたて，多職種チームにより，治療プログラムの作成。薬物療法・作業療法・支持的精神療法・心理教育等を実施しつつ家族調整を行う。スタッフに自分のことが話せ，これからの治療について考えることができるようになって，次に移行する。

回復期（概ね36週程度）

基本評価を見直し、回復期治療方針をたて、改善度を評価し、外出の可能性を探る。生活のリズムをつかみ、社会生活（金銭管理を含む）の練習をする。服薬コンプライアンスの確認。作業療法として成功体験を積み重ねて達成感を獲得する活動、体力を回復する活動を行う。共感性を高めるための集団精神療法、病識を高めるための認知行動療法。家族関係者との調整を行うとともに、院内散歩から始めて、院外散歩もできるようになる。

自分にできることや自分の良さを見つけることができ、自分の将来について考えることができるようになり、次に移行する。

社会復帰期（概ね24週程度）

社会復帰期治療方針をたて、改善度を評価し、外泊の可能性を探る。服薬の自己管理の評価及び指導。職業適性検査を行い、就労準備作業を行う。症状再発の危険サインを認識し、対処の仕方を学ぶ。家族・関係者の調整を行い、外泊プログラムを作成し、社会復帰調整官と協議する。外出に同伴し、通院医療機関等訪問する。服薬の自己管理ができ、家族や援助者との関係を考えることができ、退院に向けた具体的準備をする。試験外泊から始め、5泊1回、7泊1回を経験し、退院の申し立てにいたる。

このように、概ね72週の手厚い医療により、社会内処遇に移行することが予定されている。

Ⅳ 指定通院医療機関における医療の実施

指定通院医療機関における通院処遇の目標・理念は次のとおりである。

- ⑥ ノーマライゼーションの観点も踏まえた対象者の社会復帰の早期実現
- ⑦ 標準化された臨床データの蓄積に基づく多職種チームによる医療提供
- ⑧ プライバシー等の人権に配慮しつつ透明性の高い医療の提供

（1）指定通院医療機関選定

保護観察所は、原則として対象者の居住地を退院予定地として環境調整を行う。

地方厚生局は、保護観察所と協議して、通院医療を担当する指定通院医療機関を内定する。退院地を管轄する保護観察所は、内定した指定通院医療機関を含む退院後の地域社会における処遇に携わる関係機関とケア会議等を開催するなどして協議の上、退院後の処遇の実施計画案を作成する。

内定した指定通院医療機関は、指定入院医療機関と連携し、退院後に必要な医療の内容について検討する。

(2) 医療の質や地域連携を確保する組織体制

ケア会議

社会復帰調整官が主催し、地域社会における処遇に携わる関係機関等が必要な情報を共有し処遇方針の統一を図るほか、処遇の実施計画の見直しや各種申立ての必要性等について検討するため、定期的又は必要に応じ開催される。

多職種チーム会議

主に指定通院医療機関内の多職種チームにより、対象者に個別の治療計画を作成し、定期的に評価を行うなど各職種が連携を図りながら医療を提供する。会議には必要に応じ、対象者本人も参加する。必要に応じ、外部の医療・保健・福祉関係者及び社会復帰調整官の参加を求める。

(3) 治療プログラム

- ・ 多職種チームによる個別の治療計画の作成と実施
- ・ 薬物療法については多剤を避け、同種同効の薬剤は単剤を基本とする。
- ・ 共通評価項目によって、継続的な評価を行い、毎月1度、多職種チームにより評価を行い、翌月の治療計画を作成する。
- ・ 記録等の標準化を図るため一定の情報を一覧できるような診療録を整備する。

(4) 処遇の流れ

前期通院医療（概ね6ヶ月を目安）

到達レベルは、訪問看護・デイケアなどを実施し地域生活に慣れ、外来通院や服薬など必要な医療を利用でき、計画的な生活を送ることができるようになることである。訪問看護・デイケアなどを実施し、対象者との信頼関係を構築する。

中期通院医療（概ね24ヶ月を目安）

訪問看護・デイケアなどを実施しつつ、可能な範囲でより自主的・積極的な治療メニューへの参加を促す。到達レベルは、生活を楽しみ、趣味を見つけ、地域の人と交流することができるようになることである。

後期通院医療（全体で36ヶ月で処遇終了、最大期間延長決定により60ヶ月まで延長）

一般精神医療への移行準備に当たり、各種治療メニューの実施頻度や到達目標の見直しを行う。到達レベルは、継続して必要な服薬ができ、安定した生活を送り、将来の見通しを立てられることである。

通院対象者が転居の届出を保護観察所に提出した場合において、指定通院医療機関の変更の必要がある場合は、転居先を管轄する保護観察所は、通院医療担当候補の指定通院医療機関、都道府県・市町村等と協議を行い、地方厚生局が指定通院医

療機関を選定し、当該指定通院医療機関、保護観察所並びに対象者及び保護者にその旨を通知する。

(5) 処遇の終了

保護観察所の長は、処遇の終了、通院期間の延長又は（再）入院の申立てを必要に応じ裁判所に対し行う。通院期間は3年であり、裁判所は総じて2年を超えない範囲でこの期間を延長しうる。

裁判所が行う決定は次の3種類である。

- I 通院期間延長決定（法56条1項1号）
- II 処遇終了決定（同項2号）
- IV 不適法を理由とする却下決定（法56条2項）

V 法施行後の状況

(1) 申立て等の状況（法施行：平成17年7月15日後平成21年8月1日までの状況⁽³⁾）

申立て総数は、1512件であり、入院決定が880件、通院決定が263件、不処遇決定が242件、対象行為を行ったと認められない場合または心神喪失者及び心神耗弱者のいずれでもないとして申立て却下となったもの46件、心神耗弱と認められ検察官が申立てを取り下げたもの10件、鑑定入院中のもの71件、退院許可を受けたもの410件である。

(2) 入院対象者の状況

平成21年8月1日現在における入院対象者の主診断は、統合失調症、統合失調型障害および妄想性障害（F2）が男317名、女77名でもっとも多く、次いで精神作用物質使用による精神および行動の障害（F1）が男26名、女1名、3位が気分（感情）障害（F3）で男14名、女9名、4位が心理的発達の障害（F8）男8名、5位が症状性を含む器質性精神障害（F0）で男6名、女1名、6位が精神遅滞[知的障害]（F7）で、男4名、7位が成人のパーソナリティおよび行動の障害（F6）で男2名、女1名、および神経性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害（F4）男3名となっている。

「医療観察法施行初期段階における審判対象事例225例の分析⁽⁴⁾」によると、男性が160例（71.1%）、女性が65例（28.9%）、30－39歳が最も多く、20歳から90歳に分布していた。対象行為別内訳は、傷害が85例（37.9%）、殺人が61例（27.2%）、放火47例（21.0%）、強制わいせつ16例（7.1%）、強盗15例（6.7%）で、強姦は認められなかった。

殺人の被害者71名との関係は、親が22人、子供が10人、配偶者が8人等、家族・親族が総計60名（84.5%）に及ぶ。傷害の被害者は、未知の人38名（44.7%）家族26名（30.6%）知人18名（21.2%）であった。放火は、同居家族のいる自宅への放火が33例（62.3%）であった。

精神医学的診断は、統合失調症圏が161例（71.9%）と最も多く、ついで気分障害が23例（10.3%）であった。

対象者の問題行動歴は、「あり」が153例（68.0%）存在し、逮捕歴ありが40例（17.8%）、少年院入院歴ありが12例（5.3%）、受刑歴ありが25例（11.1%）であった。

精神科入院歴ありが122例（54.2%）－措置入院歴ありは34例（15.1%）であった。過半数が、精神病院での治療を経ているにもかかわらず、今回の重大な他害行為の発現を防止できなかったことが分かる。

（3）治療の実施機関

1）指定入院医療機関の指定数は平成21年8月4日現在で、国関係が指定済み13か所、建設・建設準備中が4か所で計386床、都道府県関係が指定済み5か所、建設・建設準備中が8か所計63床である。当初の目論みでは、700床建設予定であったが、いまだ、達しえないことと、平均18ヶ月で退院させる計画が予想どおりいかないこともあって、満杯状態になる事態が平成20年6月には生じ、急遽次の応急措置がとられることになった。

①省令改正

平成20年8月1日、厚生労働省令第133号により、「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に基づく指定医療機関等に関する省令（平成17年厚生労働省令第117号）の一部を改正する省令」が発令された。

附則第2条を次のように、改めるものである。

1 項、厚生労働大臣は、当分の間、すべての指定入院医療機関において病床に余裕がない場合は、入院医療の決定を受けた者を指定入院医療機関に勤務する精神保健指定医が診察を行い、その症状に照らし、指定入院医療機関以外の医療施設（特定医療施設）又は指定以外の指定入院医療機関の病床（特定病床）で入院医療を行っても、その精神障害の特性に応じ円滑な社会復帰を促進するために必要な医療を受けることができなくなるおそれがないと認めるときは、特定医療施設又は特定病床において、入院医療を行い得る。ただし、この項に規定する医療の実施により、特定医療施設における病床又は特定病床に余裕がなくなると見込まれる場合を除く。

2 項、厚生労働大臣は、当分の間、すべての指定入院医療機関において病床に余裕がなくなると見込まれる場合は、入院対象者であって、その者が入院している指定入院医療機関に勤務する精神保健指定医による診察の結果、その者に対する医療の提供の経過及びその症状に照らし、早期に社会復帰することが可能な病状にあり、その円滑な社会復帰を促進するために必要な医療を受けることが特定医療施設又は特定病床における入院によって支障なく行われうると認められる者にたいし、特定医療施設又は特定病床において、入院医療を行い得る。

3 項、特定医療施設は、次の各号に掲げる病院であって、前 2 項の医療を提供するために必要なものとして厚生労働大臣が定める基準を満たすものでなければならない。

- 1 国公立病院
- 2 地方独立行政法人が設置する精神病院
- 3 精神保健福祉法の規定する指定病院
- 4 指定通院医療機関の指定を受けた病院

4 項、厚生労働大臣は、第 1 項・2 項の規定による医療を行おうとするときは、地理的条件、交通事情その他の条件を勘案して、特定医療施設又は特定病床を有する指定入院医療機関を定めなければならない。

5 項、厚生労働大臣は、第 1 項の場合は、委託指定入院医療機関、第 2 項の場合は、その者が入院している指定入院医療機関の管理者に対し、特定医療施設の名称、所在地及び電話番号その他の連絡先を通知しなければならない。

6 項、厚生労働大臣は、第 1 項・2 項の規定による医療を行おうとするとき必要な場合には特定医療施設等に移送しなければならない。

7 項、委託指定入院医療機関、第 2 項の場合は、その者が入院している指定入院医療機関の管理者は、第 1 項・2 項の規定による医療を担当するときは、その者に対し、当該委託指定入院医療機関等の医師、看護師その他の職員による治療計画の策定、定期的な診察又は病状の評価に関する事項その他の厚生労働大臣が定める事項を実施するとともに、特定医療施設において当該治療計画に基づいた適切な医療が提供されるよう、特定医療施設との間で、第 1・2 項に規定する者に対する医療の提供に関する契約を締結しなければならない。

8 項、委託指定入院医療機関等の管理者は、契約の締結にあたり、第 1・2 項に規定する者に対する医療の提供及び処遇に関する事項、委託指定入院医療機関等の策定した治療計画の実施に関する事項、その者の病状が急変した場合の委

託指定入院医療機関等が講ずべき措置に関する事項、特定医療施設における医療の提供に係る費用の算定及び支払に関する事項、契約解除その他当該契約に違反した場合の措置に関する事項その他厚生労働大臣が定める事項を記載した契約書を作成しなければならない。

9 項、第 1 項・2 項の規定による医療の提供の期間は、当該医療の提供を開始した日から起算して 3 月を超えることができない。ただし、第 2 項に規定する者については、厚生労働大臣は、3 月を超えない範囲でこの期間を延長することができる。

10 項、厚生労働大臣は、いずれかの指定入院医療機関の病床に余裕が生じたときには、速やかに第 1 項に規定する者を当該指定入院医療機関に移送しなければならない。

②問題点と現場の苦悩

このように、かなり複雑な文言が用いられているが、要するに指定入院医療機関の病床不足の場合、3 月を超えない期間、入院時と退院時（3 月間更新可能）、他の病床（特定医療施設等）に委託し、指定入院医療機関の責任において治療をおこなうべきものとするものである。

医療観察法第 16 条は、指定入院医療機関の指定は、国、都道府県、特定独立行政法人、又は都道府県若しくは都道府県及び都道府県以外の地方公共団体が設立した特定地方独立行政法人が開設する病院であって厚生労働省令で定める各基準に適合するものの全部又は一部について、その開設者の同意を得て、厚生労働大臣が行うと規定しており、国公立病院以外に入院医療機関の指定は行い得ない法規定となっている。そこで、本改正省令においては、あくまで、現存の指定入院医療機関に入院させているという形式をとり、病床不足のため、他の病院または他の病床を借りて治療を行うという窮余の策をとったものと思われる。

しかし、指定入院医療機関の施設条件が詳細に規定されているのは、他害行為を引き起こした精神疾病を安全な環境の中で、手厚い医療を施し、他害行為を行うことなく社会復帰をはかりうるような医療環境の設定に必要不可欠として定められているもので、他の施設で行おうとするのは、趣旨に合わないと思われる。

セキュリティの度合いが低レベルでよい対象者もいるというなら、厚生労働省令で定める基準をゆるめて、もっと多くの病床を指定入院医療機関に指定すべきものであろう。他の医療機関の指示に基づいて、その責任において、医療を実施することは、両者の機関において、不当な軋轢を生みうる。

さしあたっての問題点として、次の3点がある。

1. 委託指定入院医療機関の職員の負担

ただでさえ、満室で負担が多いのに、それにプラスして、別の病院（遠隔地でありうる）にいる対象者の治療計画の策定、定期的な診察又は病状の評価等を行わねばならない。人員配置をよほど増量しないと対処しえない。

2. 一般入院患者と同じ場所での処遇は、急性期の場合、あつれきを懸念し、不必要な拘束をしなければならない要因となる。

- ・ 1項の場合、万が一の事故を恐れて、一般患者との接触を避けるため、保護室に入れる等。

- ・ 2項の場合は、社会復帰期であり、外出・外泊も多く試みなければならない時期であるが、現実には無理であり、社会復帰に向けての適切な処遇ができない。

3. 近隣の住民の合意がなされているか疑問。

指定入院医療機関の設立の際には、住民の合意が前提とされていたはず。

平成21年になり、建設も進み、満床状態は改善されつつあるとされる。

しかし、北海道・青森・秋田・宮城・福島・栃木・岐阜・石川・福井・滋賀・京都・和歌山・兵庫・島根・山口・香川・松山・高知・徳島・佐賀・大分・宮崎の各府県には、指定入院医療機関の設立はなく、居住地と遠く離れた地で治療を受けざるを得ず、各道府県に小規模であっても入院設備を、すでに存在する国公立の病院に付設されることが望ましい。⁽⁵⁾

病床整備見込みは、693床（うち国関係：472床、都道府県関係221床）とされている。

2) 指定通院医療機関の指定数は、平成21年8月4日現在、国および都道府県立の医療機関55か所、その他の医療機関321か所が指定されている。

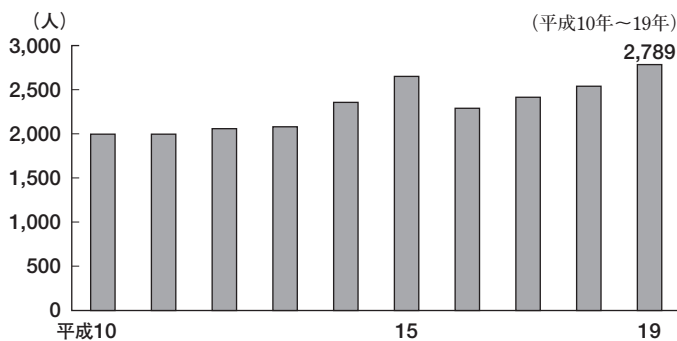
鑑定入院医療機関の推薦数は、国及び都道府県立の医療機関は59か所、その他の医療機関202か所が推薦されており、精神保健判定医等の推薦数は精神保健判定医873名、精神保健参与員714名である。

VI 精神障害者等の犯罪の動向

医療観察法施行以前においては、犯行時心神喪失であったとして不起訴にした者、および、心神耗弱であるが起訴猶予にした者に対し、病院における治療が必要であると判断される場合は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律における措置通

報が行われてきた。それら該当者を精神障害者等として警察庁の統計において、推移と罪名別の内訳が現在においても示され、犯罪白書にデータがのせられている。それらの者に対する推移を見たのが下のグラフ1であるが、平成19年には、施行以前の数字に戻っているのがうかがえる。医療観察法対象者であっても、一旦措置入院措置がとられた後に手続が開始される例も多いようである。⁽⁶⁾

グラフ1 精神障害者等の一般刑法犯検挙人員の推移



注 平成20年版「犯罪白書」120頁より引用

次に、平成18年・19年におけるこれら精神障害性犯罪者の罪名別人員、全体に占める割合を示した表1・2を掲げた。平成18年・19年の精神障害性犯罪者の罪名別の出現傾向において、年次においてそう変化が認められないことが分かる。

医療観察法の施行がある程度経過すれば、これらの数字が変化してくるのが注目される場所である。

表1 精神障害者等の一般刑法犯罪罪名別検挙人員

(平成18年)									
罪 名	総数	殺人	強盗	傷害・暴行	脅迫	強姦・強制わいせつ等	放火	窃盗・詐欺・横領	その他
検 挙 人 員 総 数 (A)	384,250	1,241	3,335	46,877	1,693	5,940	825	290,756	33,583
精 神 障 害 者 等 (B)	2,545	119	47	520	27	82	125	1,196	429
精 神 障 害 者	1,054	53	24	236	11	40	59	452	179
精神障害の疑いのある者	1,491	66	23	284	16	42	66	744	250
B/A (%)	0.7	9.6	1.4	1.1	1.6	1.4	15.2	0.4	1.3

注 平成19年版「犯罪白書」125頁より引用

表 2 精神障害者等の一般刑法犯罪名別検挙人員

(平成19年)

罪 名	総数	殺人	強盗	傷害・暴行	脅迫	強姦・強制わいせつ等	放火	窃盗・詐欺・横領	その他
検 挙 人 員 総 数 (A)	365,577	1,161	2,985	47,266	1,684	5,763	764	273,855	32,099
精 神 障 害 者 等 (B)	2,789	113	50	531	33	95	128	1,388	451
精 神 障 害 者	1,270	59	22	274	17	44	55	594	205
精神障害の疑いのある者	1,519	54	28	257	16	51	73	794	246
B/A (%)	0.8	9.7	1.7	1.1	2.0	1.6	16.8	0.5	1.4

注 平成20年版「犯罪白書」120頁より引用

医療観察法の対象行為に対する検察官の処分状況を見たのが次表である。起訴をしたが、心神喪失により無罪とされたものが平成18年には2名、平成19年には2名、心神耗弱とされ、執行猶予を得たものが平成18年には48名、平成19年には60名存在する。

表 3 対象行為・刑事処分別検察官申立人員

(平成19年)

対 象 行 為	総 数	不 起 訴	確 定 裁 判	
			無 罪	執行猶予等
総 数	444	382	2	60
放 火 等	135	112	1	22
強 制 わ い せ つ ・ 強 姦 等	25	20	-	5
殺 人 等	111	95	1	15
傷 害 等	145	134	-	11
強 盗 等	28	21	-	7

(平成18年)

対 象 行 為	総 数	不 起 訴	確 定 裁 判	
			無 罪	執行猶予等
総 数	368	318	2	48
放 火 等	107	96	1	10
強 制 わ い せ つ ・ 強 姦 等	21	19	-	2
殺 人 等	90	77	1	12
傷 害 等	125	110	-	15
強 盗 等	25	16	-	9

注 平成19・20年版「犯罪白書」より引用

次に、医療観察法の対象行為に対し、検察官が審判を申し立てた終局処理状況を次表に示した。不起訴処理されたケースのほぼ全数について、審判が申し立てられているのがうかがえる。また、殺人・放火の申し立て件数が増加し、入院決定も増加しているのが認められる。

表 4

検察官の申立てに係る地方裁判所の審判の対象行為別終局処理人員

(平成19年)

対 象 行 為	総数	終 局 処 理						
		入 院 決 定	通 決 院 定	医療を行 わない の 決 定	却 下		取下げ	申立て 不適法 による 却 下
					対象行為 を行った とは認め られない	心神喪失 者等では ない		
総 数	422	250	75	75	2	14	6	-
放 火 等	132	67	31	33	1	-	-	-
強 制 わ い せ つ ・ 強 姦 等	18	8	5	2	-	2	1	-
殺 人 等	112	76	16	14	-	3	3	-
傷 害 等	128	79	20	21	1	6	1	-
強 盗 等	32	20	3	5	-	3	1	-

(平成18年)

対 象 行 為	総数	終 局 処 理						
		入 院 決 定	通 決 院 定	医療を行 わない の 決 定	却 下		取下げ	申立て 不適法 による 却 下
					対象行為 を行った とは認め られない	心神喪失 者等では ない		
総 数	351	191	80	68	2	7	3	-
放 火 等	95	51	23	21	-	-	-	-
強 制 わ い せ つ ・ 強 姦 等	26	17	3	6	-	-	-	-
殺 人 等	86	51	21	12	-	1	1	-
傷 害 等	124	65	28	25	-	5	1	-
強 盗 等	20	7	5	4	2	1	1	-

注 平成19・20年版「犯罪白書」より引用

Ⅶ 精神医療施策

精神障害者による重大な他害行為を防止するためには、自己の病状に関し的確な判断を下すことが困難と思われる状態にある精神障害者に対する適切な医療体制が欠かせない。

そのため、都道府県には精神科病院の設置義務が課せられている（精神保健福祉法19条の7）が、自傷他害の恐れがあるとして措置入院（法29条）患者を入院させるために、国公立病院以外の者が設置した精神科病院の全部又は一部をその設置者の同意を得て都道府県知事が指定基準に基づき指定する指定病院は、平成18年6月⁽⁷⁾18日現在996施設ある。

平成19年における精神障害者に掛る申請・通報・届出件数は、15376件であり（前年より75件減少）、内訳は一般からの申請373件、警察官からの通報11698件、検察官からの通報1134件、保護観察所長からの通報20件、矯正施設からの通報2120件、精神科病院の管理者からの届出30件、医療観察法の通院医療対象者に係る通報1件

であり、2人以上の精神保健指定医の診察により措置入院とされた者は5407名で（前年より134名減少）あった。なお、措置の解除は、指定医の診察の結果、都道府県知事が行うこととされている。

入院患者の処遇については、その人権擁護のための配慮が精神保健福祉法において定められているが、厳しい人権への配慮と手厚い医療、長期にわたるフォローアップが保障されている医療観察法による医療との格差が問題視される。入院時診断基準の明確化、個別の多職種チームによる治療プログラムの実施、退院判定基準の明確化、退院後のフォローアップが行われれば、他害行為の防止はより実効化するものと思われる。

医療観察法による医療の実践の成果が波及することを期待したい。

VIII おわりに

平成17年の施行から4年余りを経た医療観察法による精神障害性犯罪者の医療処遇の状況をみてきたが、共通評価項目に基づく客観的かつ詳細な個別評価、それに対する多職種チームによる治療プログラムの策定と実施、内部は開放的、温かい雰囲気の中での入院生活、人権に対する行き届いた配慮、十分な見通しをもった後での退院と社会復帰調整官による観察と通院医療をともなったフォローアップと完璧に近い形で実施がなされていることが認められる。

問題点としては、指定入院医療機関の整備が十分でないこと、それに関連するものなのか、審判による入院決定も地域的に偏在していることが認められる点があげられる。それに、客観的な評価に基づく意思統一を求めて会議の開催が多く義務付けられていること、また記録の整備の義務付け、外出・外泊への付き添いなど、スタッフの負担は多く、多くの人員配置にかかわらず、それがすべて埋められていない状況が続くなど、手厚い医療の実施の大変さもうかがえた。専門性をもった多くのスタッフの養成が欠かせないことを実感した。

一般の精神医療体制で対応できる状態を社会復帰可能状態と評するため、精神障害者による重大な他害行為の防止をより実効化するためには、一般の精神医療体制の中にこの成果を生かしていく工夫がより求められるであろう。

注

- (1) 同法制定の経緯については、拙稿「『心神喪失者等医療観察法』の成立」岩井 宜子『性障害者福祉と司法（増補改訂版）』尚学社、2004、302頁以下等参照。
- (2) 次の記述は、「平成17年度司法精神医療等人材養成研修会：ガイドライン集」財団法人 精

神・神経科学振興財団によった。

- (3) 以下の記述は、厚生労働省ホームページより、数字を参照した。
- (4) 吉川和男等による「医療観察法制度モニタリングの分析結果に対する精神医学的妥当性評価に関する研究：医療観察法施行初期段階における審判対象事例225例の分析」厚生労働科学研究費補助金平成19年度分担研究報告書による。
- (5) 藤井康男「指定入院医療機関の小規模病棟の適正運用に関する研究」厚生労働科学研究費補助金平成20年度総括分担研究報告書『医療観察法による医療提供のあり方に関する研究』93頁以下に各県立病院への付設の模索が検討されている。
- (6) 以下のグラフ・表は、平成20年版および平成19年版犯罪白書より引用した。
- (7) 以下の数字は、精神保健福祉研究会監修『我が国の精神保健福祉』平成21年度版70頁以下によった。

【付記】

本論文は、平成20年度長期国内研究期間、国立精神・神経センター精神保健研究所司法精神医学研究部において客員研究員として研究させていただいた研究成果の一部である。ご指導いただいた吉川和男司法精神医学部長、また長期国内研究をお認めいただいた専修大学法科大学院の皆様に深く感謝申し上げます。

なお、本論文を山本和昭教授の退職記念号に掲載しうことは望外の喜びである。山本教授より、我々専修大学刑事法スタッフ一同、真の刑事訴訟の姿について多くの啓発を得たことを記し、深甚な感謝の意をお伝えしたい。