

## 医療観察法医療のこれまでとこれから

竹田 康二

重大な触法行為を行った精神障害者のうち、触法行為時に心神喪失または耗弱の状態であったと判断された者は、『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）の対象となることがある。法施行後、2020年までに累計4,000名以上の触法精神障害者が医療観察法の対象となった。日本には触法精神障害者を専門とする医療制度が存在していなかったため、司法精神医療分野で欧米先進諸国に遅れていた。しかし医療観察法施行後、その差は縮まっている。医療観察法施行初期の医療観察法医療の特徴として注目されたのは、多職種チーム医療、イギリスの Care Programme Approach (CPA) の概念を取り入れた地域関係者とのケア会議、多職種共働による多様な心理社会療法プログラム、Comprehensive Violence Prevention and Protection Program (CVPPP) に基づいた行動制限の最小化などであり、現在は一般精神医療に浸透しているものも多い。2010年代以降は、治療抵抗性統合失調症患者に対するクロザピン処方 of 積極的な導入、地域移行に向けたクライシス・プランの活用なども医療観察法病棟で広く実践されている。2017年には重度精神疾患標準的治療法確立事業によるデータ収集システムの運用が開始され、入院医療がデータベース化され、データをもとにした医療の改善がめざされているが、医療観察法病棟平均在院期間の長期化などが課題である。通院処遇対象者の重大な再他害行為の発生率は低い。もっとも通院処遇期間中に約半数が1回は精神保健福祉法入院を経験しているなど課題もある。今後、医療観察法病棟における重複障害に対する心理社会的療法の発展や、指定入院医療機関の活用などによる地域司法精神医療の専門性の向上が望まれる。また病状の改善や社会復帰の促進のためには、一般精神医療での新しい取り組みを医療観察法の通院医療にも取り入れていくことも望まれる。

### 索引用語

司法精神医療, 医療観察法, 触法精神障害者, 暴力, 社会復帰

### はじめに

2005年に『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』（以下、医療観察法）

が施行された。医療観察法は日本で初めて専門的司法精神医療制度を定めた法律である。医療観察法第1条1項は、「病状の改善及びこれに伴う同様の行為の再発の防止を図り、もってその社会復帰を促進することを目的とする」<sup>38)</sup>と定めており、医療観察法は触法精神障害者の病状の改

著者所属：国立精神・神経医療研究センター病院司法精神診療部/福島県立ふくしま医療センターこころの杜精神科

編注：本特集は第118回日本精神神経学会学術総会シンポジウムをもとに田口寿子（神奈川県立精神医療センター）を代表として企画された。  
doi: 10.57369/pnj.23-147

善、再他害行為の防止のみならず、社会復帰の促進を掲げている点に特徴がある。医療観察法は日本の司法精神医療を大きく発展させた。一方で、医療観察法医療の概況が明らかになるとともに、今後さらなる改善に向けて取り組んでいくべき課題もみえてきている。本稿では医療観察法医療の「これまで」を振り返るとともに医療観察法医療の「これから」について述べる。

## 1. 医療観察法とは

医療観察法制定までの歴史や経緯、制度の詳細に関しては多くの先行文献<sup>6,9,30,31</sup>があり、それらをご覧いただきたい。以下では、医療観察法制度の概要を簡単に述べる。

重大な他害行為を行った精神障害者のうち検察官が心神喪失ないし心神耗弱に相当すると判断し不起訴とした者、起訴されたが刑事裁判にて心神喪失で無罪、または心神耗弱により執行猶予刑以下の判決を受けた者が、医療観察法の申し立て対象となる（以下、対象者）。医療観察法の申し立てがなされると、医療観察法鑑定書や生活環境調査結果報告書をもとに裁判官と精神保健審判員による合議体が、医療観察法による処遇の判断をする。医療観察法の処遇判断は疾病性、治療反応性、社会復帰要因の3要件に基づき実施される<sup>26</sup>。医療観察法は入院処遇と通院処遇からなる。医療観察法の対象となる重大な他害行為（以下、対象行為）は殺人、傷害、放火、強制性交等、強制わいせつ、強盗の6罪種に限定されている（傷害以外は未遂含む。2023年7月の改正刑法施行により、強制性交等、強制わいせつはそれぞれ不同意性交等、不同意わいせつに変更）。司法統計から推計すると、近年は新規の対象者数は250～300名で推移しており、累計では4,000名以上が医療観察法の対象となっている<sup>37</sup>。医療観察法施行当初は当初審判決定による通院処遇対象者（以下、直接通院処遇対象者）の割合も高かったが、近年の直接通院処遇対象者の割合は10%前後であり、大半の対象者が入院処遇で医療観察法による処遇を開始している<sup>37</sup>。

入院処遇対象者は、指定入院医療機関に設置された医療観察法病棟で治療を受ける。指定入院医療機関は公立病院に限られている。2022年11月時点で、全国35施設が指定入院医療機関の指定を受けており、指定入院医療機関に設置された医療観察法病棟に予備病床を含め856床が整備されている<sup>23</sup>。医療観察法病棟の病床数は33床（予備病床含む）を基本とするが<sup>23</sup>、病床数が数床の小規模な病棟

（ユニット）も存在する。司法精神医療制度は国により違いが大きく、海外の司法精神病棟では、起訴前の触法精神障害者や受刑者なども治療対象となりうる<sup>1</sup>。医療観察法病棟は、対象を重大な他害行為を行った触法精神障害者のうち責任無能力ないし限定責任能力と判断された者に限定していることもあり、人口を考慮すると、病床数は先進諸国の司法精神病棟病床数<sup>1,43</sup>と比較すると少ない印象である。また High, Medium, Low など複数のセキュリティレベルの司法精神病棟を有している国もあるが<sup>1</sup>、医療観察法病棟はすべて同一のセキュリティレベルである。

退院許可決定による通院処遇対象者（以下、移行通院処遇対象者）、または直接通院処遇対象者は、通院処遇期間中、指定通院医療機関にて治療を受けることを義務づけられる。通院処遇期間は原則3年、最長5年である。2022年4月時点で全国597の病院、92の診療所、2,640の薬局、643の訪問看護ステーションが指定通院医療機関の指定を受けている<sup>22</sup>。指定通院医療機関は公立病院に限定されておらず、指定入院医療機関と比較し多く整備されているが、機関により人的・物的資源に違いが大きい。また1年以内（2018年7月～2019年7月）に対象者を受け入れた経験のある機関のうち、9割の機関の受け入れ者数は1～3名であったとする報告がある<sup>35</sup>。

医療観察法は対象者に長期にわたる医療が義務づけられるなど、人権的制約が大きい制度である。特に入院医療は公共性および専門性も高いことから、継続的かつ適切な医療が全国で公平一律に実施されなければならない<sup>19</sup>。したがって医療観察法による医療と処遇は、厚生労働省、法務省が作成した各種ガイドラインに基づいて実施される。2022年11月現在、6つの医療観察法に関するガイドラインが発行されている<sup>21</sup>。指定入院・通院医療機関による医療のほかにも、医療観察法では社会復帰調整官の役割が重要である。社会復帰調整官は全国の保護観察所に勤務しており、生活環境調査・調整、処遇実施計画、精神保健観察などを通じて医療観察法申し立て時から処遇終了まで対象者とかかわりを持ち続け、社会復帰を支援していく。また医療観察法医療では海外の代表的な暴力リスクアセスメントツールである Historical-Clinical-Risk Management-20 (HCR-20)<sup>44</sup>を参考として作成された共通評価項目<sup>12</sup>が、医療観察法による医療の必要性を評価する指標として用いられており、医療観察法鑑定時から処遇終了時まで継続的に評価される。

## II. 医療観察法病棟における医療の特徴

医療観察法病棟は法施行初期から、多職種チーム (multi-disciplinary team : MDT) 医療, イギリスの Care Programme Approach (CPA)<sup>14)</sup> の概念を取り入れた地域関係者との定期的なケア会議 (CPA 会議), 多職種協働による心理社会療法プログラム, Comprehensive Violence Prevention and Protection Program (CVPPP)<sup>32)</sup> に基づいた行動制限の最小化などを目標<sup>28)</sup> として実践してきており, これらの取り組みは現在の一般精神医療でも徐々に浸透しつつある。他にも治療評価会議, 運営会議, 倫理会議, 外部評価会議など各種会議により外部的視点から医療的, 倫理的適正が評価される仕組み<sup>19)</sup> も医療観察法医療の特徴の1つである。

また医療観察法病棟で実践されている心理社会療法プログラムには施設差があるが, 認知矯正療法 (neuropsychological educational approach to cognitive remediation : NEAR), wellness recovery action plan (WRAP), 認知行動療法 (cognitive behavioral therapy : CBT), メタ認知トレーニング, 物質使用障害プログラム, Social Skill Training (SST) など一般精神医療でも実践されているプログラムの他に, 内省プログラム<sup>10)</sup> など医療観察法病棟独特のプログラムも実践されている。

クロザピンは無顆粒球症などの重篤な副作用のリスクがある反面, 治療抵抗性統合失調症患者に対する高い効果が報告されており<sup>13)</sup>, 日本でも2009年から販売されている。またクロザピンは, 統合失調症やその他の精神病患者の暴力や攻撃性を減少させる可能性があり<sup>5)</sup>, 最近もクロザピンはオランザピンやハロペリドールと比較して, 行為障害を伴う統合失調症患者の暴力リスクを減少させたとする報告が出ている<sup>24)</sup>。したがって病状の改善と暴力リスクや攻撃性の低減を目的として医療観察法病棟では, クロザピンが積極的に使用されている。平成29年(2017)患者調査<sup>20)</sup>では統合失調症, 統合失調症型障害および妄想性障害の患者数は792,000人と報告されており, 国内のクロザリル患者モニタリングサービス登録患者数(2022年12月2日現在)は15,354人であることから<sup>25)</sup>, 一般精神医療における統合失調症患者に対するクロザピン処方率は約2%と推計される。一方, 医療観察法病棟では約25%の統合失調症患者がクロザピンを処方されていたとする報告がある<sup>15)</sup>。

クライシス・プランは精神科患者が安定した病状を維持するため, また病状悪化のサインや病状の進行を認められた際に適切に対応するために対象者, 支援者双方の対処をまとめた計画書であり<sup>33)</sup>, 強制入院率の低下に効果的とする報告がある<sup>2)</sup>。医療観察法病棟では, クライシス・プランが2010年代以降広く普及しており, 入院処遇対象者はMDTと共同で, 外泊や退院後の地域生活に向けたクライシス・プランを作成し, CPA会議などで地域関係者とも共有し活用している。

## III. 入院処遇の概況

2017年, 入院医療の定期的, 体系的なモニタリング, 医療観察法医療の水準向上, 精神保健医療福祉全般の水準向上を目的として, 重度精神疾患標準的治療法確立事業(医療観察法データベース事業)によるデータ収集システムの運用が開始された。医療観察法データベース事業は厚生労働省が事業費を負担している。全国の指定入院医療機関は, 氏名等の情報が除かれた入院処遇対象者のデータを毎月, 幹事病院(国立精神・神経医療研究センター病院)に専用回線を通じて送信する。幹事病院はデータを分析し, 定期的に厚生労働省と全国の指定入院医療機関にフィードバックし, 医療観察法入院医療の均てん化, 般化, さらなる改善をめざしている。また医療観察法データベース事業とは独立して, データベース事業で収集されたデータの二次利活用研究事業も実施されている<sup>16)</sup>。2022年, 『医療観察法統計資料2020年版』(以下, 医療観察法統計資料)が発行された<sup>11)</sup>。医療観察法統計資料は医療観察法データベース事業により全国の指定入院医療機関から収集された情報をもとに医療観察法データベース事業運営委員会が発行した医療観察法入院処遇に関する基礎統計資料であり, 医療観察法施行後15年間の入院処遇の変化と現況がわかる。以下では, 医療観察法統計資料を要約した内容を記載する。

累積集計(n=3,761)では入院処遇対象者の年齢は30代(26.0%), 40代(25.9%)が多く, 性別では男性が76.6%を占めていた。また精神科主診断は『疾病及び関連保健問題の国際統計分類第10版(ICD-10)』で分類されているが, 累積集計ではF2(精神病性障害)が79.4%を占めており, 次いでF3(気分障害), F1(物質関連障害)の順であり, その他の疾患が占める割合はわずかであった。また精神科主診断を性別で比較すると, F3が精神科主

診断に占める割合は女性（12.7%）のほうが男性（4.8%）よりも高かった。対象行為（傷害以外は未遂含む）は累積集計では傷害（36.3%）、殺人（32.7%）、放火（23.4%）、強盗（4.0%）、強制わいせつ（3.1%）、強制性交等（0.5%）の順であった。性別で比較すると傷害の占める割合は男性（41.1%）が女性（20.5%）より高く、殺人と放火の占める割合は女性のほうが男性よりも高かった。入院処遇ガイドラインは標準的治療期間を1年半としているが、累積集計ではKaplan-Meier法により推計された平均在院期間は1,022日であり、2020年12月31日時点在院者は半数近くが在院期間2年以上であった。また退院者の平均在院期間は経年的に延長傾向にあり、2020年に退院した対象者の平均在院期間は1,182日であった。2020年12月31日時点で隔離されていた対象者は763名中17名（2.2%）、拘束されていた対象者は4名（0.5%）であった。経年的に入院処遇期間中の隔離経験者の割合、拘束経験者の割合は上昇傾向であり、2020年に退院した対象者の約20%が入院処遇期間中に隔離を経験していた。医療観察法病棟退院時、83.0%の対象者が通院処遇に移行していた。移行通院処遇対象者の医療観察法病棟退院時の居住としては施設入所等（29.8%）、家族同居（20.1%）、独居（19.5%）、精神科医療施設（13.5%）の順であった。医療観察法施行初期は、家族同居が移行通院処遇対象者の退院時の居住に占める割合が高かったが、経年的に施設入所等の割合が上昇し、家族同居の割合は低下していった。

#### IV. 医療観察法における通院医療と通院処遇の概況

通院処遇期間中、対象者には処遇実施計画に基づいた医療が義務づけられる。義務づけられた医療が遵守できない場合は、医療観察法再入院の申し立ても検討される<sup>7)</sup>。また医療観察法病棟で実施されるCPA会議と同様に、定期的な地域関係者とのケア会議が通院処遇でも社会復帰調整官の主催で実施される。

もっとも指定通院医療機関は施設により人的、物的資源に差が大きい。地域処遇ガイドラインにおいて通院処遇では、「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）に基づく精神保健福祉サービスを基盤として本制度に基づく処遇の体制が形づくられるものである<sup>7)</sup>」と記載されているように、医療観察法通院医療では必要に応じて精神保健福祉法病棟への入院なども活用されている。

また対象者により、あるいは同じ対象者でも通院処遇の時期により必要な医療や福祉サービスレベルも大きく異なる。例えば移行通院処遇対象者では多くの対象者が医療観察法病棟退院時に訪問看護、デイケアや作業所を利用するなど手厚い医療・福祉的サービスのもと、地域生活を開始しているが<sup>42)</sup>、通院処遇期間中に就労に至るF2の対象者も割合は高くはないが存在する<sup>41)</sup>。医療観察法通院医療は入院医療ほど一般精神医療と分化しておらず、対象者により個別性が大きい。

通院処遇の概況に関しては、国立精神・神経医療研究センターから発行された通院処遇統計レポート（2020年版<sup>17)</sup>（以下、通院処遇統計レポート）が詳しい。通院処遇統計レポートでは2020年までに通院処遇が終了した全通院処遇対象者2,568名の概況を報告している。以下では、通院処遇統計レポートを要約した内容を記載する。性別では、女性が占める割合が、直接通院処遇対象者（38.1%）のほうが、移行通院処遇対象者（23.2%）より高かった。精神科主診断については、F2が占める割合が、直接通院処遇対象者（60.4%）は移行通院処遇対象者（83.0%）と比較して低かった。転帰では、通院処遇対象者全体の約90%が期間満了または処遇（医療）終了決定（56条1項2号）で通院処遇を終了していた。一方で98名が通院処遇中に死亡しており、85名が医療観察法再入院処遇となっていた。また直接通院処遇対象者のほうが、移行通院処遇対象者と比較して、処遇（医療）終了決定（56条1項2号）で処遇を終結している者の割合が高く（41.7% vs 28.4%）、平均通院処遇日数が短かった（864.8日 vs 978.2日）。通院処遇期間中、重大な再他害行為は17名（0.7%）で認めた。重大な再他害行為の発生率は国内外の再他害行為に関する類似先行研究の結果<sup>3,45)</sup>と比較して低い水準だが、通院処遇統計レポートにおける「重大な再他害行為」とは「医療観察法の対象となるような重大な再他害行為を行い、かつ法61条第1項第1号の（再）入院決定または新たに法42条第1項第1号・2号の入・通院決定ないし罰金刑以上の刑事処分を受けたケース」を意味するもので、重大な再他害行為のすべてが含まれているのではなく限定的な点に注意が必要である。また通院処遇期間中に1,283名（50.0%）の対象者が精神保健福祉法入院を経験していたが、非自発的入院に限れば630名（24.5%）であった。

通院処遇終了後の対象者に関する研究は少ない。最近では大鶴が、通院処遇終了者の予後調査を実施している。90事例（沖縄県73例、島根県17例）を収集し、全期間にお

いて再処遇事例はなく、重大な他害行為は通院処遇終了3~4年後に1件認めただけであったと報告している<sup>36)</sup>。

## V. 医療観察法医療の課題とこれから

医療観察法が2005年に施行されて18年が経過した。手探りのなかで始まった制度であったが、先人たちによる多くの取り組みと知見が積み重ねられた結果、司法精神医療後進国の立ち位置からは脱却したといえるだろう。また医療観察法におけるいくつかの取り組みは一般精神医療にも一般化されつつあり、一般精神医療にも一定の影響を与えたといえる。

もっとも課題はある。1つは医療観察法病棟の平均在院期間の長期化である<sup>11)</sup>。Tomlin, J.らは、2013年当時のEU加盟国の司法精神病棟の平均在院期間を報告している<sup>43)</sup>。在院期間は幅が大きく(1.04~10年)、平均在院期間が7年を超える地域も5つ認めていることから、現在の医療観察法病棟の平均在院期間(1,022日)も必ずしも長いとはいえないかもしれない。もっとも国により司法精神医療制度は大きく異なるため<sup>1)</sup>、一概に比較することは困難である。医療観察法病棟における時点行動制限率(2020年12月31日時点)は隔離率が2.2%、拘束率が0.5%であり<sup>11)</sup>、令和2年度630調査<sup>18)</sup>(医療計画、障害福祉計画等に活用する目的で、精神科医療機関等を対象に毎年実施する調査)における2020年6月30日時点の隔離率4.7%、拘束率4.1%と比較して低水準である。しかし対象となる患者層が大きく異なる点には注意が必要である。また、経年的な入院処遇期間中の隔離経験者の割合、拘束経験者の割合の上昇は改善すべき課題である。これらの課題に関連して、村杉は、「長期入院群」「行動制限群」双方の条件に合致する重複障害事例を複雑事例中核群としたうえで、「重複障害、特にASDの併存」「CLZ使用割合の高さ」「衝動性・暴力リスクの高さ」「家族機能の脆弱さ」「治療同盟構築の困難さ」を特徴として挙げて、複雑事例中核群への介入として、重複障害に対する心理社会的療法が重要であると報告している<sup>29)</sup>。

医療観察法病棟における情報通信技術(information and communication technologies: ICT)機器の使用環境も課題である。精神科病棟入院患者は、信頼できない医療的情報の入手、精神症状への影響やプライバシー保護などを理由として病棟内でのICT機器の利用が制限されることがある<sup>27)</sup>。特に医療観察法病棟では、インターネットを介し

た自身や他の対象者の触法行為歴の閲覧・投稿などのリスクも重なることから、ICT機器の利用が厳しく制限されている<sup>8)</sup>。しかしながら現代社会においてICT機器は情報アクセス、コミュニケーション、商品の購入などあらゆる生活場面で幅広く活用されている<sup>39)</sup>。精神病症状を有する患者の多くも携帯電話を保有しているとする報告もあり<sup>4)</sup>、精神科患者においても、もはやICT機器は日常生活に不可欠なものと思われる。退院後の社会復帰の促進という観点からは、リスクには十分配慮しながらも、できる限り対象者が医療観察法病棟内でICT機器を活用できる環境を整備していく必要がある。

通院処遇対象者の重大な再害行為の発生率は0.7%と低い水準であった<sup>17)</sup>。しかし臨床の場面では、地域関係者が有する対象者の再害リスクに対する不安感が地域調整の難しさにつながり、医療観察法病棟の平均在院期間が長期化するケースもある印象を受ける。実際に、医療観察法対象者に携わる訪問看護師が「医療観察法に必要となる観察と評価を正確に行う難しさ」「再害行為を意識した支援における関わり難しさ」などを困難感として抱いていたとする報告もある<sup>34)</sup>。地域関係者の不安感解消のためには通院処遇でも専門的司法精神医療を提供できる体制づくりが重要である。そのためには、豊富な司法精神医療資源を有する指定入院医療機関の活用が望まれる。

また通院処遇期間中に少なくない数の死亡者を認めており、約半数の対象者が通院処遇期間中に精神保健福祉法入院をしている<sup>17)</sup>。さらに移行通院処遇対象者かつ研究参加同意者に限られた研究ではあるが、通院処遇期間中に死亡した対象者の死因の過半を自殺が占めていたとする報告もある<sup>40)</sup>。これらの状況は、病状の改善や、社会復帰の促進という医療観察法の目的からは、大きな課題である。プライマリケア医との連携、assertive community treatment (ACT)、インテンシブケースマネジメントモデルなど、一般(精神)医療における取り組みを医療観察法の通院医療に取り込んでいき、死亡者や精神保健福祉法入院率の減少をめざしていくことが望まれる。

## おわりに

医療観察法の入院医療では、手厚い医療が実践されている。入院医療では、平均在院期間や行動制限経験率の経年的上昇、ICT機器使用環境の改善などが課題である。通院医療では、多くの対象者が3年以内に通院処遇を終了して

おり、重大な再被害行為の発生率も低かった。しかし、約半数が通院処遇期間中に精神保健福祉法入院を経験しているなど課題もある。今後、医療観察法病棟における重複障害を有する患者に対する治療方法の発展や、指定入院医療機関の活用などによる地域司法精神医療の専門性の向上も望まれる。

#### 利益相反

研究助成金：公益財団法人三菱財団，公益財団法人神経研究所精神神経科学センター，ノバルティスファーマ株式会社

共同研究：大日本印刷株式会社，株式会社図書館流通センター，株式会社企画魂

#### 文献

- 1) Beis, P., Graf, M., Hachtel, H. : Impact of legal traditions on forensic mental health treatment worldwide. *Front Psychiatry*, 13 ; 876619, 2022
- 2) Bone, J. K., McCloud, T., Scott, H. R., et al. : Psychosocial interventions to reduce compulsory psychiatric admissions : a rapid evidence synthesis. *E Clinical Medicine*, 10 ; 58-67, 2019
- 3) Fazel, S., Fimińska, Z., Cocks, C., et al. : Patient outcomes following discharge from secure psychiatric hospitals : systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*, 208 (1) ; 17-25, 2016
- 4) Firth, J., Cotter, J., Torous, J., et al. : Mobile phone ownership and endorsement of “mHealth” among people with psychosis : a meta-analysis of cross-sectional studies. *Schizophr Bull*, 42 (2) ; 448-455, 2016
- 5) Frogley, C., Taylor, D., Dickens, G., et al. : A systematic review of the evidence of clozapine’s anti-aggressive effects. *Int J Neuropsychopharmacol*, 15 (9) ; 1351-1371, 2012
- 6) Fujii, C., Fukuda, Y., Ando, K., et al. : Development of forensic mental health services in Japan : working towards the reintegration of offenders with mental disorders. *Int J Ment Health Syst*, 8 ; 21, 2014
- 7) 法務省保護局，厚生労働省：地域社会における処遇のガイドライン (<https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/001080401.pdf>) (参照 2023-09-13)
- 8) 市橋佑香，竹田康二，山本壮則ほか：医療観察法病棟における情報アクセス環境調査。 *司法精神医学*, 17 (1) ; 111, 2022
- 9) 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
- 10) 今村扶美：医療観察法指定入院医療機関における「加害者」へのアプローチ―「内省プログラム」を通してのかかわり―。 *司法精神医学*, 9 (1) ; 114-118, 2014
- 11) 重度精神疾患標準的治療法確立事業運営委員会：医療観察法統計資料 2020 年版 (<https://www.ncnp.go.jp/common/cms/docs/toukeishiryoku20221226.pdf>) (参照 2022-12-23)
- 12) 壁屋康洋，砥上恭子，高橋 昇ほか：共通評価項目の信頼性と妥当性に関する研究―第3版への改訂と評定者間一致度の検証―。

*司法精神医学*, 12 (1) ; 19-27, 2017

- 13) Kane, J., Honigfeld, G., Singer, J., et al. : Clozapine for the treatment-resistant schizophrenic. A double-blind comparison with chlorpromazine. *Arch Gen Psychiatry*, 45 (9) ; 789-796, 1988
- 14) Kingdon, D. : Care programme approach : recent government policy and legislation. *Psychiatr Bull*, 18 (2) ; 68-70, 1994
- 15) 来住由樹，矢田勇慈，北川航平ほか：治療抵抗性統合失調症に対する効果的かつ安全な治療法の確立に関する研究。国立研究開発法人日本医療研究開発機構委託研究長寿・障害総合研究事業障害者対策総合研究開発事業（精神障害分野）「医療観察法における，新たな治療介入法や，行動制御に係る指標の開発等に関する研究」（研究開発代表者：平林直次）平成 29 年度総括・分担研究開発報告書。 p.73-84, 2018
- 16) 国立精神・神経医療研究センター病院：医療観察法データベースを二次利用した研究の実施 (<https://www.ncnp.go.jp/hospital/patient/mtsa.html>) (参照 2022-12-23)
- 17) 国立精神・神経医療研究センター病院司法精神診療部，国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 地域精神保健・法制度研究部：通院処遇統計レポート（2020 年版） ([https://www.ncnp.go.jp/common/cms/docs/tsuinshogu\\_toukei.pdf](https://www.ncnp.go.jp/common/cms/docs/tsuinshogu_toukei.pdf)) (参照 2023-09-13)
- 18) 厚生労働科学研究費補助金『持続可能で良質かつ適切な精神医療とモニタリング体制の確保に関する研究』研究班：令和 2 年度 630 調査 (<https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/630.html>) (参照 2023-09-13)
- 19) 厚生労働省：指定入院医療機関運営ガイドライン (<https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/001080396.pdf>) (参照 2022-12-23)
- 20) 厚生労働省：平成 29 年（2017）患者調査の概況 (<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/17/dl/kanja-01.pdf>) (参照 2023-09-13)
- 21) 厚生労働省：医療観察法各種ガイドライン等 ([https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000197589\\_00007.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000197589_00007.html)) (参照 2022-12-23)
- 22) 厚生労働省：指定通院医療機関の指定状況 ([https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/shougaisa\\_hukushi/sinsin/iryokikan\\_sitei.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaisa_hukushi/sinsin/iryokikan_sitei.html)) (参照 2022-12-23)
- 23) 厚生労働省：指定入院医療機関の整備状況 ([https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/shougaisa\\_hukushi/sinsin/iryokikan\\_seibi.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaisa_hukushi/sinsin/iryokikan_seibi.html)) (参照 2022-12-23)
- 24) Krakowski, M., Tural, U., Czobor, P. : The importance of conduct disorder in the treatment of violence in schizophrenia : efficacy of clozapine compared with olanzapine and haloperidol. *Am J Psychiatry*, 178 (3) ; 266-274, 2021
- 25) クロザリル適正使用委員会：CPMS 登録されている医療機関 (<https://www.clozaril-tekisei.jp/registered-medical-institutions>) (参照 2022-12-23)
- 26) 三澤孝夫監：医療観察法審判ハンドブック，第 2 版（改訂版） ver1.1.2014 (<https://www.ncnp.go.jp/nimh/chiiki/documents/06-03.pdf>) (参照 2022-12-23)
- 27) Morris, N. P. : Internet access for patients on psychiatric units. *J Am Acad Psychiatry Law*, 46 (2) ; 224-231, 2018
- 28) 村上 優：英国司法精神医療と「心神喪失者医療観察法」の医療。 *日本アルコール関連問題学会雑誌*, 6 ; 128-133, 2004
- 29) 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

- る研究. 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)平成30年度~令和2年度総合研究報告書. p.50-56, 2021
- 30) 中谷陽二: 国際比較から医療観察法をみる. 臨床精神医学, 35 (3); 315-319, 2006
- 31) Nakatani, Y.: Challenges in interfacing between forensic and general mental health: a Japanese perspective. *Int J Law Psychiatry*, 35 (5-6); 406-411, 2012
- 32) 日本こころの安全とケア学会監, 下里誠二編著: 最新 CVPPP トレーニングマニュアルー医療職による包括的暴力防止プログラムの理論と実践ー. 中央法規出版, 東京, 2019
- 33) 野村照幸, 森田展彰, 村杉謙次ほか: 医療観察法病棟におけるクライシス・プランの作成と活用に関する実態調査. 臨床精神医学, 49 (3); 415-421, 2020
- 34) 奥田 淳: 医療観察法通院処遇対象者への訪問看護に携わる看護師の困難. 日本精神保健看護学会誌, 28 (2); 10-19, 2019
- 35) 大鶴 卓: 通院医療の実態を把握するための体制構築に関する研究. 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)平成30年度~令和2年度総合研究報告書. p.57-80, 2021
- 36) 大鶴 卓: 直接通院の実態および通院処遇複雑事例の特徴に関する全国調査. 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」(研究代表者:平林直次)令和3年度分担報告書. 2022
- 37) 最高裁判所事務総局編: 司法統計ー刑事事件編ー平成17年度~令和2年度 ([http://www.courts.go.jp/app/sihotokei\\_jp/search](http://www.courts.go.jp/app/sihotokei_jp/search)) (参照 2022-12-23)
- 38) 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 (平成十五年法律第十号) (<https://elaws.e-gov.go.jp/document?lawid=415AC0000000110>) (参照 2022-12-23)
- 39) 総務省: 令和3年度情報通信白書 (<https://www.soumu.go.jp/johotsusintokei/whitepaper/r03.html>) (参照 2022-12-23)
- 40) Takeda, K., Sugawara, N., Matsuda, T., et al.: Mortality and suicide rates in patients discharged from forensic psychiatric wards in Japan. *Compr Psychiatry*, 95; 152131, 2019
- 41) Takeda, K., Sugawara, N., Yamada, Y., et al.: Employment-related factors of forensic psychiatric outpatients with psychotic disorders. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 15; 3341-3350, 2019
- 42) 竹田康二: 指定入院医療機関退院後の予後に影響を与える因子の同定に関する研究. 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)令和2年度分担研究報告書. p.21-30, 2021
- 43) Tomlin, J., Lega, I., Braun, P., et al.: Forensic mental health in Europe: some key figures. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 56 (1); 109-117, 2021
- 44) Webster, C. D., Douglas, K. S., Eaves, D., et al.: HCR-20: Assessing risk for violence, version 2. Mental Health Law and Policy Institute, Simon Fraser University, Burnaby, 1997 (吉川和男監訳, 岡田幸之, 安藤久美子, 菊池安希子訳: HCR-20ー暴力のリスク・アセスメントー. 星和書店, 東京, 2007)
- 45) Yoshikawa, K., Taylor, P. J., Yamagami, A., et al.: Violent recidivism among mentally disordered offenders in Japan. *Crim Behav Ment Health*, 17 (3); 137-151, 2007

# Past and future of the Medical Treatment and Supervision Act

Koji TAKEDA

Department of Forensic Psychiatry, National Center of Neurology and Psychiatry Hospital

Department of Psychiatry, Fukushima Medical Centre of Mental Health

In Japan, persons who committed serious crimes and are judged to have been irresponsible or to have had diminished responsibility due to mental disorders at the time of these crimes may be subjected to the Medical Treatment and Supervision Act (MTSA). The enactment of the MTSA in 2005 led to the introduction of specialized forensic mental health services. As of 2020, more than 4,000 mentally disordered offenders have received treatment under the MTSA, allowing Japan to close the gap between Western countries leading the field of forensic psychiatric treatment.

The characteristics of the MTSA that attracted attention in the early years of its implementation include multidisciplinary team care, care meetings with community stakeholders based on the concept of the Care Programme Approach (CPA) in the United Kingdom, various psychosocial therapy programs conducted jointly by multiple professions, and the minimization of behavioral restrictions using the Comprehensive Violence Prevention and Protection Program (CVPPP). Many of these features have since been widely integrated into general, non-forensic mental health services. Since the 2010s, prescription of clozapine for treatment-resistant schizophrenia patients and use of crisis plans for social rehabilitation have been widely practiced in forensic psychiatric wards.

An important issue related to inpatient treatment under the MTSA is the increasing average length of stay. The incidence of serious re-offenses during outpatient treatment orders under the MTSA is relatively low, although there are concerns regarding improvement of symptoms and reintegration into society, as approximately half of patients under outpatient treatment orders have been hospitalized in general psychiatric wards at least once.

In future, psychosocial therapy targeting comorbid psychiatric disorders is expected to be developed in forensic psychiatric wards. The quality of community treatment for forensic psychiatric patients is hoped to be improved by the utilization of designated inpatient institutions. In addition, active incorporation of novel treatment approaches from general psychiatry into outpatient treatment under the MTSA may promote patients' reintegration into society.

## Author's abstract

**Keywords** forensic psychiatry, Medical Treatment and Supervision Act, mentally disordered offenders, violence, social rehabilitation