

図7 鑑定中の管理責任

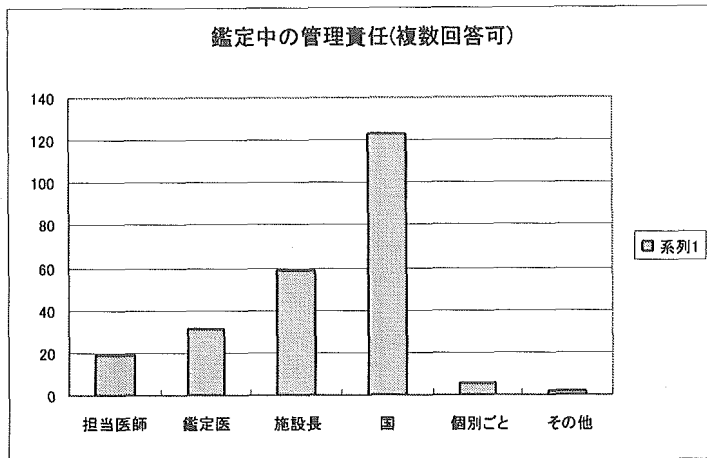


図8 鑑定に必要な専門職

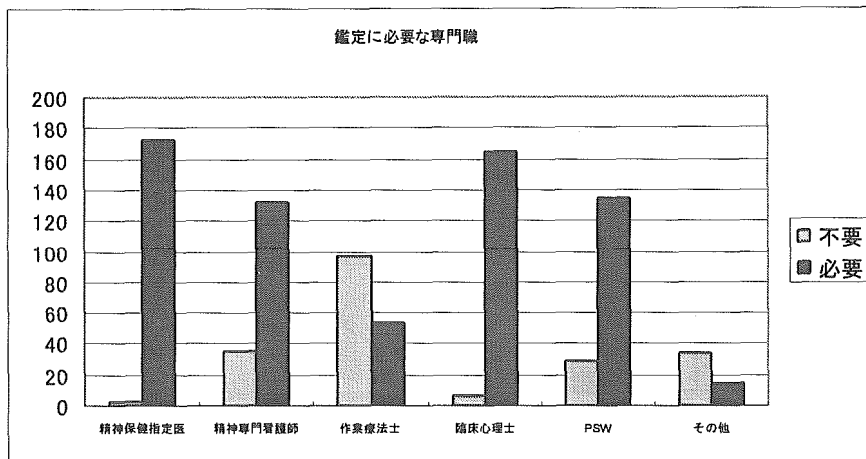


図9 鑑定の条件

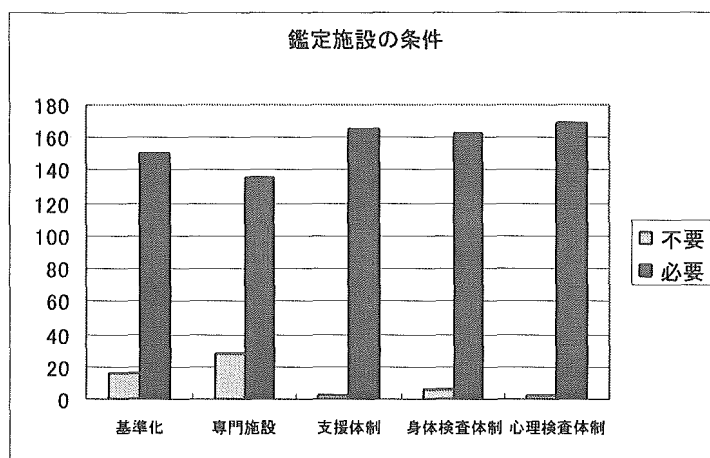


図 10 治療反応性の評価

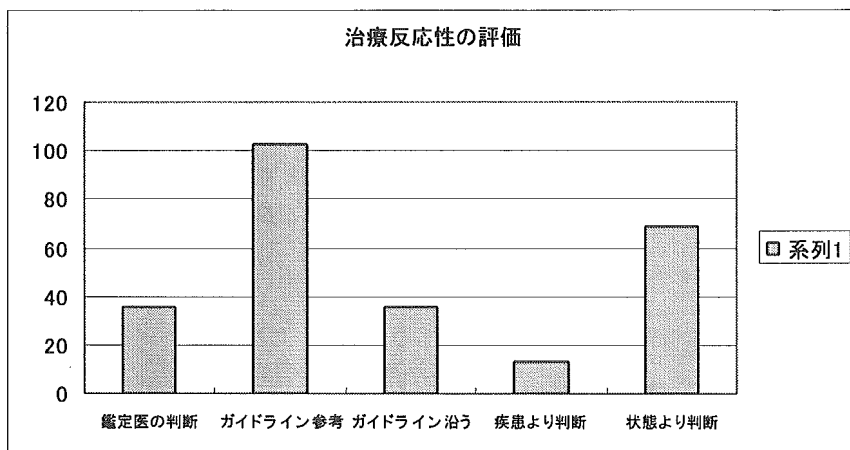


図 11 鑑定業務受け入れ

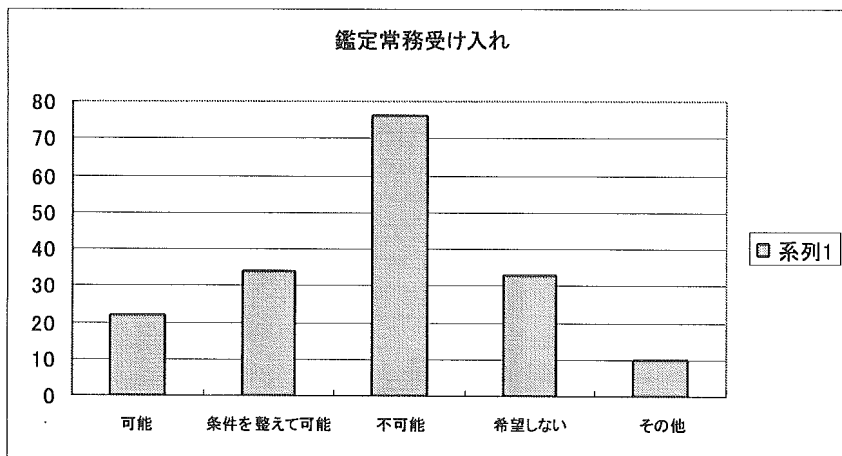


図 12 鑑定業務の依頼

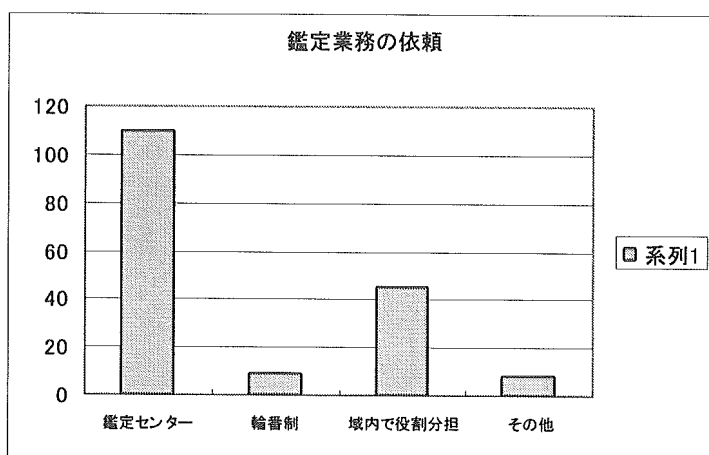
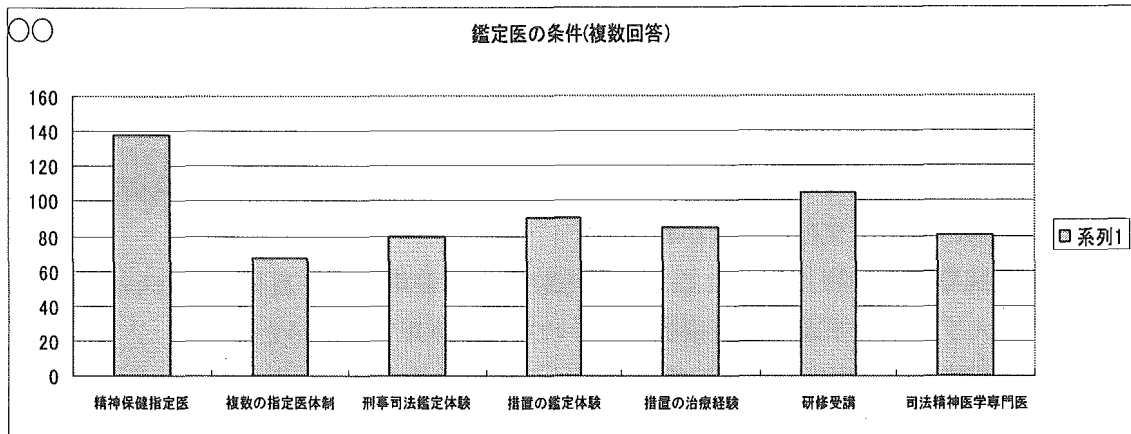


図 13 鑑定医の条件



資料 2

医療観察法に関する鑑定について精神保健判定医の調査 自由意見

<医療観察法に関する総論>

- ・ 法的仕組みが整っても実施すべきハードやマンパワーがない現状での見切り発車は極めて危険。法の空文化となりかねない。
- ・ 指定入院期間と同様に重要な鑑定入院施設を何の保障も法的裏付けもないのは不備としか思えず、このままだと医療観察法そのものが運用できないと考える
- ・ DSM の多軸診断は疾病が人格障害（傾向）と共存するという前提で体系化した診断システムである。この点を理解して、鑑定の診断ツールに用いるべき。
- ・ 地方裁判所と交流を要する。
- ・ 退院後の地域ケア体制が充実していることが精神鑑定の前提である。地域ケアシステムの充実度によって鑑定内容は変化する。
- ・ 今回の法は個体要因のみの「鑑定」で環境要因を担保していない。
- ・ 依存症の場合は刑事責任能力ありとする。依存症に対する回復プログラムを刑務所内で行う。
- ・ この法が再犯による被害者を増やさず、作らないために機能することを願う。
- ・ 通院中断の定義は何日とするのか。
- ・ 法解釈について極めて厳密な話であるが、法の成立時にそのことが議論されて作られたものか。ゆるやかな形で成文化されたものを、どれだけ厳密に移行しようとしても無意味である。
- ・ 一般の精神科治療のガイドライン化を促進する可能性が強いことを危惧する。
- ・ 司法に関わる医師の意見を優先させず、学会にガイドラインの内容を委託すべき。
- ・ 医療経済的なガイドラインが示されていない。
- ・ 検察段階での鑑定でこの法律に載せるか否かが決まる。現状では起訴前鑑定は判定医が行わない可能性が強く判断に乖離が起これば混乱を生じる。
- ・ 安易に本法の適用がなされない様に第 3 者機関による審査（本法の適用が妥当であったか否か）をすべき。

<医療観察法鑑定>

- ・ 鑑定の開始から終了の期間を明記すべき
- ・ 精神保健法の指定病院で措置入院を引き受ける医療機関は指定通院医療機関としての責務を迫るべきである。
- ・ 鑑定書を 1 ヶ月で仕上げるのは無理。

- ・ この場合に主目的は鑑定であって治療でない。早急に医学的関与必要と決められれば医学的ルートに早急に乗せるべき。
- ・ 本法の鑑定をあまり専門化すべきではないとの意見に対して、リスクアセスメントや指定医療機関との治療ケアの内容の理解を前提としており、ある程度の専門性は必要である。
- ・ 鑑定ガイドラインもしくはマニュアルが必要。
- ・ 法の目的の「早期社会復帰」について鑑定内容に盛り込むべき。研修でも「入り口部分」に比べ「出口」「社会復帰」支援についての検討が薄い。

<医療観察法の鑑定医>

- ・ 多忙のため協力したくてもできない。
- ・ 鑑定医を判定医の中から選ぶのではなく、判定医以外でも鑑定を行うにふさわしい人材から広く登用する。
- ・ 司法精神医学～医療に関する知識経験の積み重ねが必要。
- ・ 日常診療を前提に鑑定にも従事することは無理を伴う。
- ・ 適切な処遇のためには精神鑑定が一施設や特定の個人に限定しない。
- ・ 起訴前鑑定の鑑定医と医療観察法の鑑定医は、異なることが考えられるが、人材は少なく、判定医名簿が起訴前の鑑定医の選任に関しても使用される可能性があり、あまり負担にならぬようご配慮を要する。
- ・ 手厚い司法精神医療を必要とする対象者がどうかを鑑定で見極める。そのために鑑定医も判定医も医療観察法の深い目的を熟知しておく必要を強く感じる。
- ・ 短期間で結論のでにくい場合には、鑑定者が複数ということもありうる。
- ・ 鑑定センターでは鑑定者は固定しないこと。常勤者が居て、外部から鑑定医が来る様な形がよい。
- ・ 「精神鑑定」に必要な人材をクリアーにすることが何よりも必要である。
- ・ 司法精神鑑定の本鑑定のようなレベルを求められるのであれば、1ヶ月程度では不可能であろう。司法精神鑑定とは、異なる簡単な内容であれば可能性がある。懸念されることは「鑑定医」の力量の差で、その統一向上をはかるべく研修会はぜひ必要である。

<鑑定入院施設>

- ・ 重大犯罪をおかした者が最初期の2～3ヶ月におこなわれる鑑定が一般の精神科病棟におけるものであれば、何のために新法であるのかわからない。指定入院医療機関に鑑定入院させて、鑑定医が出向くという方法が实际的であろう。
- ・ 鑑定入院先は国公立しかない。鑑定から入院するまで一貫して行える国立の専門施設を作るべき。
- ・ 精神鑑定を行う場所がはっきりしない

- ・ 民間単科精神病院で精神鑑定を行うとなれば、他患者とか職員への危険性を避け、事故防止、無断離院を防ぐために入院中は管理者の責任において隔離室入院になる。
- ・ 専門施設が必要と思うが、主治医と鑑定医が別となると運営はかなり難しく、事前の打ち合わせがかなり要る。
- ・ 救急病院で有床の精神科があり、保護室があって、3:1以上の看護体制がとれていないと無理である。
- ・ 精神鑑定入院時は急性期の一番問題のある時期であり、指定入院医療機関ですべきである。指定病院に入院させることを原則とした方がよい。運用面で指定入院医療機関の使用も考慮すべき。
- ・ 一般精神病院で行うのは、精神保健福祉法の枠内でこれまで無理矢理やってきたことを先送りするだけである。
- ・ 鑑定期日に要求される精度の高さを考えると期日は起訴前本鑑定と同等の機関は必要。
- ・ 鑑定入院の出来る施設を県で数箇所程度作るべき（専門的施設）。
- ・ 重大な他害行為をおこした直後の急性期になると想定され、むしろ指定入院医療機関より手厚い人員配置役者が必要である。
- ・ 一般精神病院に2～3ヶ月入院することは、現実的に無理。
- ・ 鑑定入院施設の条件、法的援助などを明確にする必要がある。
- ・ 治療反応性を考えるとはじめから指定入院施設で鑑定するのがベターである。しかし、施設が少ない現状を考えると困難である。
- ・ 一般精神医療の範囲（ハード、ソフトとも）内で、超急性期に該当する状態と推測される患者に対応することは多大な困難をもたらす。精神鑑定を今の精神病棟で実施するには、問題が多すぎる。
- ・ 重大な身体合併症やその疑わしい対処できる総合病院の確保も前提となる。鑑定入院期間中が被鑑定者に関する情報も不十分、不安定な要素が多いため、ハード面、ソフト面を十分に有する鑑定センター設置を考えるべき。
- ・ 鑑定入院期間を2ヶ月以内とした時、構造的にも人的にもその期間に鑑定結果を出すのは、現状の職務の中で行うことになれば極めて困難を伴う。
- ・ 急性期症状の障害者を指定入院施設以上のレベルの単科精神病院に入院させて鑑定するという、夢のようなことが現実に可能なのか。民間の指定通院施設に指定されても行政司法サイドからは何らのサポートもない。手厚い財政援助でハイレベルな医療を行える指定入院施設（もしくは当該施設内の別病棟）での鑑定入院、もしくは鑑定センターの設置が必須。
- ・ 鑑定センターを設置すべきの意見として・・・将来的には拘置所に収容されている拘留中、公判中の未決囚への早期の精神医学的介入（医療の必要性+訴訟能力回復）も併せてできるような（Three Bridge's RSU 内にある remand prisoner ward のような）施設の設立が望ましい。

- ・ 教育と将来のスペシャリストの育成の一部として、大学病院で鑑定入院ができないかと条件、問題点を想定する。大学が司法精神医学と関与すべきだという意見もあるが職員（医師も含む）の安全性、医療法上の正合性、病院の理解などハードルは大きい。鑑定入院中も積極的治療をすべきと考える。鑑定センターの基準が出来て整備の補助や人材の確保の費用・予算が支給できれば大学内に鑑定センターをおくと考える大学が出てくるかもしれない。
- ・ 鑑定期間が最も負担が多い。一般の精神科病院（公立以外が大部分）での貧弱な医療体制で2,3ヶ月看なくてはならないことに問題がある。鑑定専門の施設が望ましい。

<鑑定書>

- ・ 成年後見制度のよう一定の書式を用意する必要がある。
- ・ 鑑定書の作成を簡単にして欲しい。
- ・ format を電子化して用意すべき。

<入院中の治療・処遇・行動制限・責任>

- ・ 鑑定入院中の治療、行動制限について法的な根拠がない。従って、事故（自害、他害あるいは突然死）の責任が裁判所の命令で入院して裁判所なのか、施設の長なのか、鑑定医なのか、どこにあるのか釈然としない。
- ・ 鑑定入院命令から鑑定医が選ばれる間、鑑定が終了した後の入院中は誰が責任主体か不明。
- ・ 鑑定の間、症状判断に必要な程度の治療中断時が必要と考えられる。この間の安全確保できるだけの人員、設備は必要であり事故の責任が民間では負えない。国の管理責任が必要。構造化して、スコア化できるように研究してほしい。
- ・ 一番病状が激しく明らかな時期であるのに此の点が何も定められずにすり抜けている。この3ヶ月に治療、処遇の方向性が定まる。
- ・ 管理責任は国とすべき。

<治療反応性>

- ・ 治療反応性が重視されているようですが、責任能力がないと判定された場合の対象者の行き先に疑問を感じる（例えば治療反応性が乏しいと判定された衝動性の激しい器質性精神障害者をマンパワーの欠しい医療施設に押し付けることになるのではないか）。
- ・ 治療反応性の鑑定など、余り拘り定規にならないこと、重度の犯罪行為を行った対象者であり、要入院治療の方向で鑑定する必要がある。
- ・ 治療可能性をあまり狭くとらえない方がよい。そうでないと何のためにこの制度ができたのかわからない（極論すれば知的障害、人格障害も治療可能性はある。心神耗弱となる背景があるなら、治療可能な部分がある。）

資料 3

鑑定ガイドライン以外で医療観察法の鑑定に関して明らかになっていること、医療関係者の意見は次の通りです。

1. 鑑定入院期間は通常 2 ヶ月、最長 3 ヶ月です。鑑定入院先の病院は裁判所が決定します、引き受け施設のリストを予め厚生労働省が最高裁判所に提出します。
2. 鑑定医が鑑定入院施設とは別の所属である可能性はありますが、治療や観察等の指示を考慮すると同一施設のほうが円滑に鑑定を実施できます。
3. 鑑定医は医療観察法による治療の必要性に関する意見を添えて鑑定書を作成しますが、実質的に鑑定のための期間は 1 ヶ月前後で、その後の期間は審判での決定を出すための入院期間となります。
4. 治療しながらの鑑定です。対象者の同意によらない治療や行動制限は「鑑定その他医療的観察」の必要な範囲であれば鑑定医の判断で行うことができるとされ、基本的には対象者や家族などの同意を得られない場合でも上記の目的の範囲で必要な医療が実施できます。
5. 通常の措置入院などと同様に、鑑定中に生じた事故・障害や過誤は鑑定入院を引き受けた医師の責任ですが、裁判所の命じる入院ですので基本的には国家賠償の対象となります。
6. 鑑定入院中の対象者の身柄の確保の義務は鑑定施設にあります。刑事事件の鑑定と異なり、施設だけで管理が困難な場合にも警察の関与を求めることはできませんが、援助を要請し警察の判断で付き添うことはありえます。いわば通常の措置入院と同じ扱いといえます。
7. 従来では心神喪失等で不起訴になり精神保健福祉法の 25 条通報で入院した措置入院の急性期の段階が「鑑定入院」の時期に相当します。現行のシステムでも治療を担当して何ら変わることがないという考え方と、裁判所の命じる入院で離院や暴力行為など問題回避する責任や体制を重視し特別な体制を必要とする考え方があります。
8. 基本的には一般病棟で鑑定をすることになります。受け入れ病棟は救急病棟や急性期閉鎖病棟が念頭に置かれますが、救急病床や隔離室の回転を考えると鑑定の対象者で、その病床を 2 ヶ月から 3 ヶ月間占有することは困難とする意見もあります。
9. 救急処置に際し転院が必要であれば裁判所に申し立てることができますが、緊急で救命的な処置を優先しなければならない場合は事後の申し立てが許されます。
10. 鑑定に必要な検査などで転院する場合には裁判所の許可が必要ですが、宿泊を要しない外来での検査は鑑定医の判断で実施可能です。

参考資料

心神喪失者等医療観察法鑑定ガイドライン(試案)

() は医療観察法の条項

～～基本的な考え方～～

1. 医療観察法の趣旨

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

2. 本ガイドラインの目的

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

3. 医療観察法鑑定

1) 医療観察法鑑定の目的

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

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

2) 医療観察法鑑定の種類（入通院・退院及び入院継続・再入院）

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

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

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

3) 刑事訴訟手続における鑑定との相違

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

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

※ 英米における刑事司法の精神鑑定では生物学的方法（生物学的・医学的な精神の障害の判定）と心理学的方法（行為の是非弁別能力と行動制御能力）の双方を有する混合的方法によって、責任能力の有無が判断されている。この混合的方法は精神の疾患又は欠陥（グラム・ルール）、自己の行為の邪悪性を弁別する能力（マクノートン・ルール）、自己の行為を法の要求に従わせる能力（抵抗不能の衝動テスト）を検討するものであり、また訴訟能力の有無の評価も同様の方法で行われている。

4. 医療観察法鑑定における考え方

1) 医療観察法医療必要性の判断

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

2) 医療観察法医療必要性に係る3つの評価軸

(1) 疾病性：疾病性とは、対象者の精神医学的診断とその重症度、及び対象者の精神障害

と当該他害行為との関連性を意味する。

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

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

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

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

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

(3) 社会復帰要因：本法は対象者の社会復帰を促進するための法律であるから、その処遇の決定に当たっては、対象者が社会復帰という目的を果たすことを促進あるいは阻害する要因について精査する必要がある。仮に対象者が高い疾病性を有しており治療反応性が認められたとしても、対象者の社会復帰を阻害するような確たる要因が何ら認められないのであれば、あえて対象者に本法による処遇を行う必要はないであろう。本稿ではこの点に着目し、特に対象者の円滑な社会復帰を阻害しうる要因について、社会復帰要因という軸を設けて判断する。社会復帰要因は対象者の環境や経過（文脈）を考慮に入れることなしには論じることができない。社会復帰要因の評価にあたっては、臨床的な情報の積み重ねと構造的な評価方法等を参考にする。後述する共通評価項目の17項目は、主に社会復帰要因のうち可変性のある要素についての経時的評価のために用いられる。

3) 時間軸の設定

医療観察法鑑定は、評価を何時の時点のもので行うのか、その時間軸の設定に特徴がある。過去に関しては生育歴、生活歴などを遡り、当該行為時、鑑定をしている現在、さらに審判時点での予測など長い時間の中での評価を行う。疾病性や治療反応性、社会復帰要因が将来において変化しうるかについて意見を述べる。

4) 医療観察法医療必要性の判断基準

医療観察法医療必要性があると判断するためには、疾病性・治療反応性・社会復帰要因のいずれもが一定水準を上回ることが必要である。三者のいずれか一つでも水準を下回る場合には医療観察法医療必要性がないと判断される。鑑定医は鑑定書を提出する時点での三者に

ついて記載し、もって医療観察法医療必要性に関する意見を述べ、さらに審判時点における三者についての予測的見解を妥当な範囲に限り記載する。

～～医療観察法鑑定における鑑定書の記載内容～～

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

以下に鑑定書に記載すべき事項の原案をあげる。

1. 事実関係に関する記載

対象者の情報：氏名・性別・生年月日・年齢・国籍・本籍・現住所・職業

付添人の情報（該当時）：氏名・事務所所在地

保護者の情報：氏名・住所

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

裁判関係（該当時）：送致警察署・主任検察官・判決裁判所・事件番号

事件概要：当該対象行為の罪名・当該対象行為の概要、不起訴処分又は裁判の内容

医療観察法鑑定日時関係：医療観察法鑑定開始年月日・鑑定書作成年月日

鑑定入院関係（該当時）：鑑定入院医療機関名・入院年月日

家族歴：負因・家族に関して特記すべき情報

生活史：出生地・生育歴・学歴（成績）・職歴・性発達歴・婚姻歴・海外渡航歴

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

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

既往歴：身体疾患罹患及び治療歴・精神疾患罹患及び治療歴・精神科入院回数

薬歴：常用薬物・違法薬物乱用歴・飲酒・喫煙・アレルギー歴

側副情報から特記すべき事項

2. 医療観察法鑑定に係る意見

「3つの評価軸による対象者の評価（それぞれ時間軸を考慮）」

疾病性：診断・重症度・当該対象行為と疾患との関連性

治療反応性：治療準備性・治療同意・治療の効果・治療の般化

社会復帰要因：共通評価項目・その他特記すべき情報

「主文」

対象者が精神障害者か否か

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

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

3. 医療観察法鑑定に係る情報

診断：主診断・副診断・身体合併症

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

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

対象者の性格傾向：臨床的観察事項・心理テストにおいて特記すべき事項

鑑定入院中に行った治療内容とその結果

特記すべき身体検査結果

その他参考となる事項

4. 別添（必要に応じて）

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

～～留意事項～～

1. 医療観察法鑑定の実際と留意点

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

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

このために概ね以下の手順で医療観察法鑑定を進める。

2. 医療観察法鑑定に当たり収集を検討すべき情報

1) 家族歴：家族の病歴と生活や行為の障害（人格、犯罪歴なども含む。）について記載する。

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

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

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

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

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

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

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

7) 側副情報

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

- (1) 不起訴事件記録（供述調書を含む。）
- (2) 裁判記録
- (3) 刑事司法鑑定書（簡易鑑定、本鑑定）
- (4) 前科前歴
- (5) 治療を受けていた場合は診療録
- (6) 学校記録（発達障害など）
- (7) 保健福祉サービス記録
- (8) その他

3. 医療観察法鑑定作業に係る項目

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

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

- (1) 病歴
- (2) 治療歴
- (3) 薬物療法歴

3) 鑑定時現症・精神徴候：精神現象の記載にあたっては標準的な用語を用いる。

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

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

6) 身体的検査（頭部CT,MRI,EEG,血液,肝機能など）：脳器質性疾患を鑑別する上でも頭

部の画像診断や脳波検査は重要である。肝性脳症などでは血液データや腹部エコー・CTなど精神医学的検査以外の検査が必要となる場合もあり、他科の専門医との連携を要する場合もある。

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

8) 鑑定中の治療内容と治療に対する反応（薬物療法を中心として）：対象者の治療反応性を評価するために薬物療法を中心とした急性期治療を実施しながら評価を行う。

4. 共通評価項目

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

共通評価項目

「精神医学的要素」

- ・精神病症状
- ・非精神病性症状
- ・自殺企図

「個人心理的要素」

- ・内省・洞察
- ・生活能力
- ・衝動コントロール

「対人関係的要素」

- ・共感性
- ・非社会性
- ・対人暴力

「環境的要素」

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

「治療的要素」

- ・コンプライアンス
- ・治療効果
- ・治療・ケアの継続性

※各項目の評価基準については別添を参照のこと。

「触法精神障害者の治療必要性の判定に関する研究」

分担研究者：NHO肥前精神医療センター 院長 平野誠

平成 16 年度研究報告書

2. 医療観察法モデル鑑定書

目的

医療観察法鑑定書に関しモデル鑑定書と解説を作成し、法律家(裁判官相当)と精神科医(精神保健審判官相当)、心理療法士ないし精神保健福祉士(精神保健参与員相当)による審判の必要な鑑定書のあり方を検討する。

方法

典型的な医療観察法の治療が必要とされる統合失調症例、判断に困難を予想される精神病状態を呈する自閉傾向を有する症例について、鑑定書(長・中・短・最短)をモデル的に作成し、法律家、精神科医師、心理療法士及び精神保健福祉士による検討を行う。

結果

統合失調症をモデルケースとした鑑定書に関して検討を行い、鑑定書記載の留意点を脚注として作成する。鑑定書については、その作成機関が決まっており延長に限度があるため、また鑑定人負担を軽減するためにも、必要最低限度のものを法律家、医師共に求めている。

全体的な注意事項としては次の指摘があった。

1. 医療観察法の鑑定入院期間は、当初審判では鑑定及び審判を含んで原則2ヶ月と限りがあり、その鑑定書も相当に迅速(例えば1ヶ月以内)に作成されることが期待されている。裁判所・検察官・付添人も短時間のうちに十分な検討をする必要があるため、基本的には大部なものは避けるべきである。
2. 分かり切った事務的情報は省略すべきで、医療観察法の趣旨に鑑み、鑑定の前提となった事件の名称及び概要程度は記載すべき詳細である必要はない。
3. 鑑定主文を導き出した最終的な考察過程とそのための根拠となった資料を記載すれば足りる。最終的な意見に至るまでの試行錯誤的な考察や、最終的に判断材料として用いなかった細部的な資料については、その記載を省略する。例えば、最終的な考察結果と直接関係のない家族歴や生活史の細部、既往歴、薬物使用歴、身体合併症、身体測定の結果、心理テストの詳細、臨床的観察事項、鑑定入院中に行った治療内容等がこれに該当する。
4. 精神医療において一般的な事項は、処遇裁判所の合議において精神保健審判員が加わり、裁判官に対して専門的知識で意見するので、詳細な説明は不要であるが。しかし付添人や検察官も鑑定書の妥当性を検討する必要があるため、最低限の情報や論理の飛

躍のない分かりやすさは担保する。

5. 緒言は鑑定の依頼日時・鑑定事項のほか、鑑定入院の場所・期間、対象者の面接・心理検査を行った日時、家族・関係者の面接を行った日時、身体検査や血液・レントゲン・脳波等の検査を行った日時、学校照会の有無、過去に通院した病院への診療経過の照会の有無、鑑定補助者の氏名・資格等を一覧的に示し、鑑定のための情報収集が十分かつ適正に行われたことなどを明らかにするための重要な記載と思われる。
6. 鑑定主文について医療観察法の医療必要性の有無と、有りとなれば入院によるか否かに関する意見を明確にする。鑑定経過で主文に至った経過を述べる。
7. 対象行為については概略を記載し、長いものは送致書のコピーを添付する。
8. 家族歴・生育歴・生活歴については、基本的な情報を記載する。生育歴、生活歴等について必要以上に詳細に記載すると、記載事実を巡り争点が不必要に拡大する恐れがある。
9. 対象者の最近の生活については、特異なもので、鑑定結果に影響を及ぼす事情と思われるものについては詳細に記載する。
10. 鑑定主文と無関係な既往歴、薬物歴、飲酒歴など鑑定において一般的に問題とならうる事項については、検討した旨を明らかにすべきであろうが詳細な記載は不要である。
11. 現病歴については、対象事件とあまりにも遠い過去の病歴については簡略に触れる程度に留める。
12. 鑑定における面接時の対象者の言動について、一問一答の記載は不要であるが、対象者の言動で、特に重要なものがある場合には、関係する検討事項の欄で適宜要約引用する。
13. 現在症について鑑定結果に直接影響するとは思われない身体所見、血液・肝機能・心電図等の臨床検査結果、心理テストのローデータの詳細は不要で総括的記載で十分である。
14. 共通評価項目による評価について

「本法による治療適合性の判断根拠や基準をより検証可能にし、また治療が始まった場合には多職種チームでの評価や、入院・通院・再入院・処遇の終了などの様々な局面で継続した評価を行うために、共通評価項目を設定する。」としている。共通評価項目は結論だけでなく、その根拠にまで言及するほうが分かりやすい。

考察

医療観察法の治療必要性に関して入院による医療の典型例との意見を付す鑑定書を作成した。この外に入院によらない医療の必要性(通院例)や判断が困難なモデル症例の鑑定書を作成する必要がある。入院による医療の必要性には、入院環境が治療のために積極的に必要とする根拠と理由を具体的に述べる必要があるが、入院によらない医療(通院による医療)