

常臨床の合間を縫って実施されるために、鑑定書作成には必要最小限度を網羅すれば足りるとする意見もある。実際に作成された鑑定書を調査して、あるべき鑑定書の作成に関する指針を検討する。

## B.研究方法

調査の対象は医療観察法が施行されて入院処遇が始まった平成17年9月15日より平成18年1月15日の5ヶ月間に国立精神・神経センター武蔵病院(平成17年7月開設)及び独立行政法人国立病院機構花巻病院(平成17年10月開設)、肥前精神医療センター院(平成18年1月開設)、東尾張病院院(平成17年12月開設)の4施設に医療観察法により入院処遇となった対象者について、その添付されてきた医療観察法鑑定書に関して、資料1の調査用紙を用いて同施設に勤務する研究協力者に対してアンケート調査を行った。調査に対しては倫理会議の承認を得て実施し、また個人を特定できないように配慮した上で、統計的な数字のみによる分析をおこなった。また対象者の同意をえるように努めた。

## C.結果の概要

医療観察法施行後に入院対象者の鑑定書の概括調査について武蔵・花巻・東尾張・肥前の4施設で54例の情報を得られ、その医療観察法鑑定書に関して検討をおこなった。

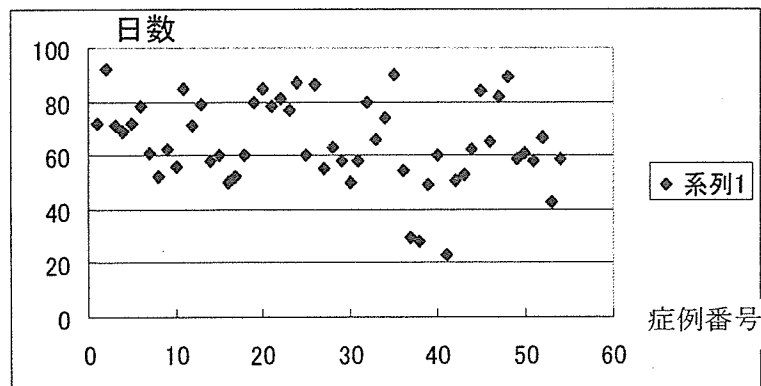
## D.結果と考察

医療観察法の医療必要性に関する鑑定は裁判所における審判、入院や通院の処遇の決定、治療評価及び各種報告書に反映される。実施の医療観察法医療の臨床が始まるに従い、法の趣旨にしたがって医療が展開されているかを実際に基づいて評価するスタートに医療観察法鑑定はある。鑑定書の概括調査により法の目的に沿って鑑定及び鑑定書がどのように運営され、記載されたかを54例の結果を示したうえで考察し問題点を検討する。

### 1. 鑑定入院期間

鑑定入院は検察官の申し立てにより裁判官の判断で入院命令が出される。この場合に検察官は鑑定入院先に関する意見をつけて申し立て、更には鑑定人の候補に関しても意見を述べることが多い。鑑定入院施設と同一施設に鑑定人がいる場合と、別の施設に所属する場合があります、都会では特に後者が多く見られる。鑑定入院期間は法34条3項によって2ヶ月間と決められ、延長しても1ヶ月を超えることはできない。鑑定入院期間は図1に示した。鑑定入院期間の平均は65日で最小値は23日、最大は92日と期限の限度までである。中央値は62日であるから法律の2ヶ月の規定した期間を基準としている。対象行為から鑑定入院するまでの期間は簡易鑑定のみで刑事責任能力の判断をする場合は逮捕されて20日前後である。嘱託鑑定(起訴前の本鑑定)や起訴され公判鑑定となった場合、また逮捕に際し状態が悪く勾留が困難のために措置入院となり刑事責任能力の判断が遅れた場合には、対象行為から医療観察法鑑定までの期間は千差万別で、長期化している場合が多い。この間に治療が行われているとしても不十分なことも予想される。疾病があれば治療の観点よりは早期の医療導入が求められ医療観察法鑑定の期間は必要最小限度とすべきであるが、また鑑定中に治療が積極的に行われ、その結果として治療効果が上がり医療観察法による入院を回避できたり、医療観察法の医療ではなく精神保健福祉法での処遇が可能になれば、鑑定入院期間を最大限に活用することも推奨される。

図1 鑑定入院期間



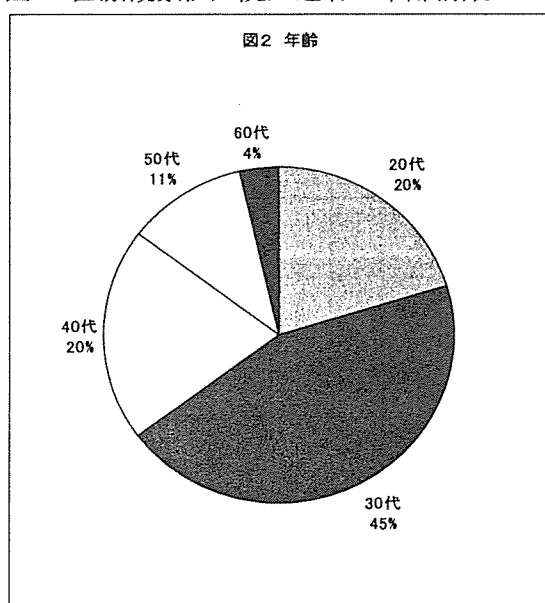
## 2. 性別

当初対象者の男女の性別比は10対1を想定しており、多くても6対1とされていた。入院施設では全体30床(予備を入れると33床)に女性病室5床で、しかも必要があれば男性も入院する可能性があるために共用ユニットと命名されている。鑑定入院の男女比でも同様な傾向があり、鑑定入院を一般精神科病棟の閉鎖病棟とする機会が多いが、可能であれば精神科救急病棟を持つ病院で実施すると体制が取りやすい。その多くは男女の混合病棟であるために融通が利かせて実施することができる。今回の医療観察法入院処遇者の性別比は男性85%女性15%である。

## 3. 医療観察法入院処遇者の年齢構成

入院対象者の年齢構成は各世代にまたがっているが30歳台45%と最も多く、その前後の世代が各20%で、この世代で全体の85%を占めている。20歳未満の未成年が医療観察法で申し立てを受ける可能性は家裁より逆送され刑事裁判で心神喪失が出た場合であり、理論上は起こりえても実質的にはこれらの世代が入院となるケースはない。60歳以上の高齢者は少数ながら存在するが脳器質性疾患(認知症や器質性人格変化、アルコール精神病など)が加わる場合には、医療観察法による治療可能性に疑問が残る。また高齢化して身体合併症の問題を多く抱えている場合は身体科を容易に受診できるシステム(外出や転院)が必要となる。

図2 医療観察法入院処遇者の年齢構成

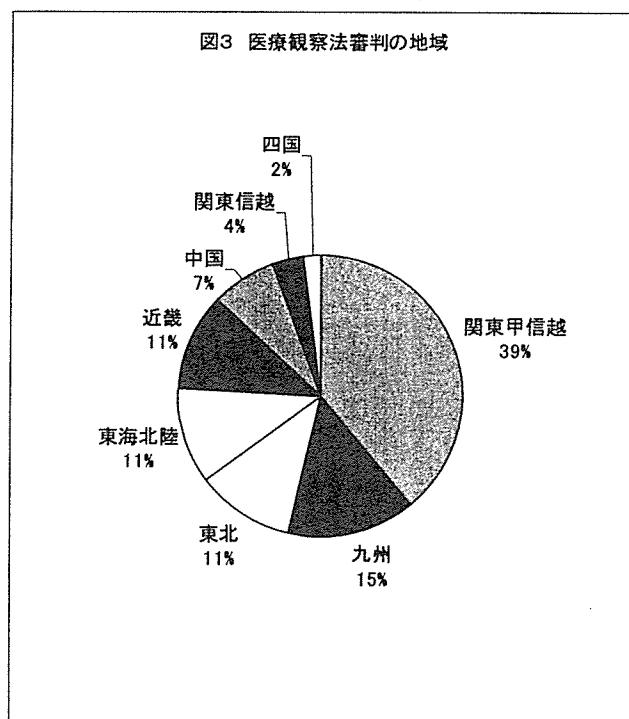


## 3. 当初審判の地域

措置入院率は地域格差が大きく、措置入院の基準に関して地域特性や違いがあることが問題視されている。医療観察法の審判に関しても現時点では同様の地域格差が見られる。図3は地方厚生局での医療観察法入院数値を示すが、これを見ても人口比では九州に入院が多く、近畿が少ない。九州のなかでも沖縄と熊本に入院処遇となるケースが多いが、この地域で心神喪失等の状態で重大な他害行為を行なった者が多い根拠はない。刑事の責任能力鑑定のあり方、検察の起訴のあり方、精神障害者の他害行為があっても医療化をして積極的に受け入れてきたこれまでの精神医療の役割の差、それを支える精神科医師の判断の差などが関係していると推測される。人口で大きな差がない佐賀県では申し立てがなく、簡易鑑定を含めた起訴前鑑定も年間10件を切るが、沖縄では申し立ても多く、年間100件近くの簡易鑑定が行われ医療観察法で入院となった件数も多い。簡易鑑定のあり方を比較すると、沖縄では鑑定への敷居が低く鑑定書は簡略で、検察より求められた部分にだけ医師が判断する形式を取っている。佐賀では簡易鑑定でも1日程度

の期間ではあるが可能な限り総合的に鑑定を進め、可知論的な考察に耐えるように鑑定書が記載されている。同じ厚生局管内にあっても申し立て件数や入院処遇に地域格差が出てる傾向は全国的であり、医療観察法の医療の必要性、さらには入院か通院かの判断基準の差に関しては詳細な検討が必要である。この差が大きければ法の前の平等に抵触するばかりか、地域の特性を取り込みすぎでは裁判所が関与する意味がなくなる。

図3 入院処遇者の当初審判の地域



#### 4. 入院処遇者の主診断

主診断は統合失調症が58%で最も多く、ついで物質使用障害4例(8%)、人格障害単独が1例見られる。ここでは26例の回答が空白となっているために比率は正確ではなく、統合失調症圏はさらに多い可能性もある。

物質使用障害ではアルコール依存が1例あり、アルコール精神病が2例、有機溶剤依存が1例になっている。本来、アルコール依存は刑事責任能力が認められるために医療観察法の申し立てはないと予想されていた。またアルコール精神病でも対象行為時の診断であり、鑑定時には依存があっても精神病状態にはないことが推測される。本来は一過性の精神障害は対象とならないことは、法務省の白木氏の論文でも指摘されているし、最高裁判所の示した医療観察法の解説に「精神障害である場合には、その精神障害は、対象行為を行なった際の心神喪失又は心神耗弱の原因となった精神障害と同様にものであるか」を鑑定で判断を示すように記載されている。アルコール精神病は鑑定時には存在せずアルコール依存のみの状態であれば、これらの一過性精神病性障害は対象にはならないと考える。ただアルコール依存をベースにアルコール精神病が出現するのであれば、アルコール依存は精神病性障害の直接の原因となり、広く同様の精神障害とする考えもある。さらには今回の調査では明確にされていないが、副診断ないし重複診断でも物質使用障害の合併率は高く、また操作的診断では統合失調症でも従来診断では覚せい剤精神病である症例等が少数ながら存在する。

人格障害の診断で医療観察法の入院処遇になった症例では治療反応性に大きな問題を有する。先に挙げた最高裁の解説でも「精神障害を有している場合には、その精神障害は治療可能性のあるものであるか否か(その時点での精神医療の水準に照らし、本法による医療を行なうことにより、

その精神障害の改善(病状の増悪の抑制を含む)という効果が見込めるか否か」を鑑定で判断するように指示している。治療可能性はその処遇を受けているところ(病院)から社会復帰をした場合に般化できるか否かも大きな判断要素である。また医療観察法の鑑定では人格障害と診断されたが、過去に統合失調症と診断をされて措置入院を繰り返していた場合は、その診断に引きずられて人格障害との診断を軽視する傾向にあり、またそれが成人の発達障害である場合は、さらにこだわりやフラッシュバックを妄想として捉え統合失調症と診断される症例もある。治療可能性に関しては治療に反応するかを治療への参加が援助により獲得できるのか、治療効果があるのか、それが般化するかを現在の精神医療の基準に沿って評価することにある。

先に沖縄での簡易鑑定の例を示したように、刑事鑑定が短時間で情報の少ないところで安易に行なわれている場合には、医療観察法の鑑定のほうが責任能力を判断するにも精度が高まる期待がある。刑事鑑定で統合失調症と診断を受け、医療観察法鑑定で解離性障害と診断されたが、審判では医療観察法による入院処遇となったものの、その診断ゆえに早期に退院へ導入が準備されている。この場合には対象者の問題行動には変化がなく、中途半端に医療観察法における処遇を受けたことで混乱や反発をきたす。むしろ責任能力を認め刑事手続きに導入するべきだったと考える。

表 1 入院処遇者の主診断

ICD-10	人	%
F20.0	19	35
F20.1	4	7
F20.3	3	6
F20.9	2	4
F20.5	1	2
F20.6	1	2
F20	1	2
F10.5	2	4
F10.2	1	2
F18.2	1	2
F31	1	2
F44.9	1	2
F53.1	1	2
F61	1	2
空白	14	26

## 5. 対象行為

重大な他害行為は殺人、放火、強盗、強姦、強制わいせつ、傷害をさしている。傷害以外は未遂も申し立てる要件となる。傷害のみは軽い場合に限り、当該対象者の対象行為の内容、過去の他害行為の有無・内容及び当該対象者の現在の病状・性格・生活環境を考慮して、当該対象者に対して本法による処遇を行なうまでの必要が無いと判断される場合には申し立てしないことができる。この場合「障害が軽い場合」か否かについては加療期間、傷害の種類、内容等も考慮し、社会通念により決せられることになる。逆言えば女性を押し倒して強制わいせつ未遂となった場合で心神喪失と判断されれば必ず申し立てられるし、また心神耗弱ではあるが起訴猶予処分とすれば申し立ては行なわれる。医療観察法では検察の起訴便宜主義に大きく制限は受けているが、人格障害や物質使用障害、知的障害に関連して微妙な判断を要する心神耗弱には、責任を問うのか医療化するのか検察の判断が優先する。

殺人の被害者は親族である場合が多く、花巻病院と肥前精神医療センターの症例では被害者

の85%が家族である。この場合には家族葛藤の中での出来事であり、被害の対象者が不在となった場合には、再び同様の行為を起すことなく社会復帰とするリスクアセスメントには慎重を要する。しかしいずれも入院処遇となっている症例が多い。

放火に関しても連続放火の症例は稀で、多くは自傷行為(自殺未遂)や、襲われる不安より逃げるための手段として放火する場合である。この場合にはやはり再び同様の行為を起すことなく社会復帰とするリスク評価には慎重を要するとすべきで、実際は通院処遇となっているのもこれらの症例である。

傷害に関しては当初は入院処遇の中に軽微な傷害が含まれていたが、裁判所での審判を重ねるごとに検察官の申し立ての基準も是正されてきている。今回は軽微でも前回は重傷を負わせている症例や、刃物を持っての傷害で重大な傷害になりかねない症例が申し立てられ、入院処遇となっている。またこれまで病状があったにもかかわらず家族の反対で医療につながらずに、軽微ではあるが傷害事件を起して医療観察法によって初めて治療が始まった症例もある。このような症例では精神保健福祉法による強制治療(措置入院)でも可能でないかという議論がある。軽微な傷害の場合に措置入院と医療観察法の治療を選択するかは検察の判断に委ねられる。重大な他害行為と判断されない症例では、例えば妄想にもとづく器物損壊や威力業務妨害などでは不起訴で25条通報されれば措置入院となるのは容易に考えられる。社会復帰を目的に医療にのせる枠組みとして強制入院をさせるのであるから、医療観察法が措置入院よりも優位に効果的である証明をすべきではないかとの主張もある。

今回の調査期間には性犯罪では強制わいせつで強姦はない。強制わいせつでは知的障害が合併している症例で、これらも治療可能性の判断には慎重を要する。

表2 入院処遇者の対象行為

対象行為	人	%
殺人	17	31
殺人未遂	7	13
傷害	15	28
放火	7	13
放火未遂	1	2
強盗	3	6
強盗未遂	1	2
強制わいせつ	2	4
不明	1	2

## 6. 入院処遇者の刑事責任能力の判断

心神喪失と判断された症例が72%で、心神耗弱は17%である。鑑定書ではその点に触れず不明が11%あった(図6)。

心神耗弱では検察が不起訴ないし起訴猶予とし起訴をせず申し立てを行なう場合と、公判で心神耗弱と認められて刑が減免されて執行猶予判決がついた場合がある。最も治療に苦慮するのは人格障害や物質使用障害の合併で心神耗弱とされた場合である。本来、矯正施設のような硬い管理の枠組みで処遇するか、期間を限定してケアを行なうほうが効果が評価しやすい物質使用障害の場合には心神耗弱を理由にして執行猶予をつける意味や効果は理解を得がたい。

公判を経て医療観察法の処遇を受ける症例では、対象行為より1年以上もたってから医療観察法による鑑定や入院となる症例もあり、いずれも治療への動機付けが困難である。この場合に執行猶予を受けることができる程度の他害行為であるために傷害等が対象行為であることが多い。

刑事責任能力の根拠となった鑑定の種別は59%が簡易鑑定である。ここでも簡易鑑定に関する問題を看過できない。また鑑定がなかった症例も2例あり、医療観察法の鑑定の前にある、医療観察法の入口を決する刑事責任能力に関する安易な判断が存在することが問題である(図7)。治療は時期を失しては効果が得られないし、また治療の動機付けもできない場合があり、これらが強

制入院における法律モデルの問題点である。裁判所で手順を踏んで処遇を決定するために、医療的な判断の時間軸とは異なる時間経過が求められ判断がなされる。医療観察法は我が国で初めて強制入院へ法律モデルを導入した試みである。審判の迅速さも一つの課題であろうし、英国に模して刑事手続きにある時期も治療を積極的に併用していくことも実際的である。

図6 入院処遇者の刑事責任能力判断

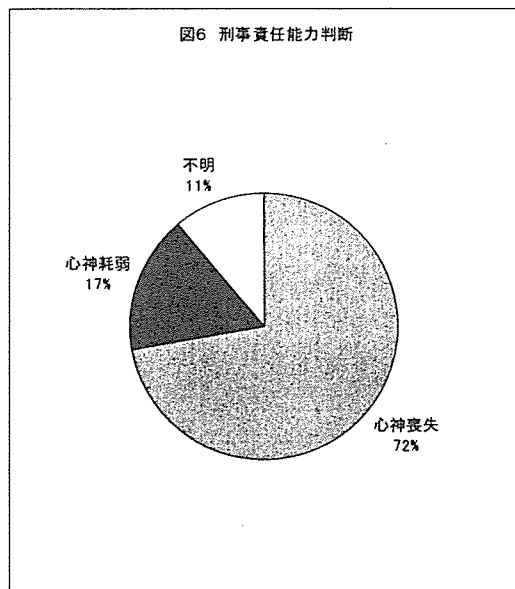
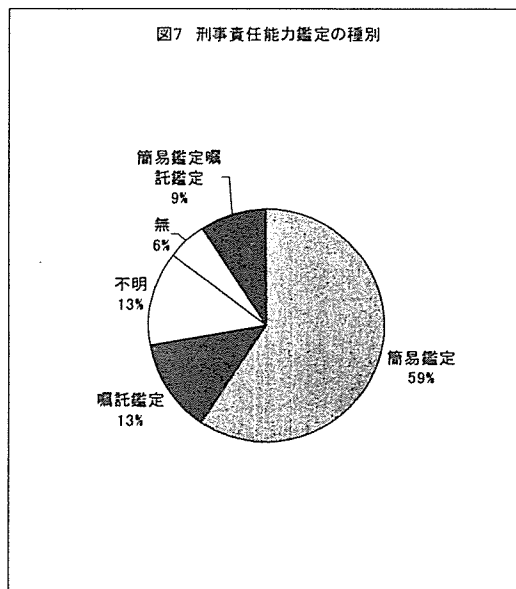


図7 入院処遇者の刑事責任能力鑑定の種別



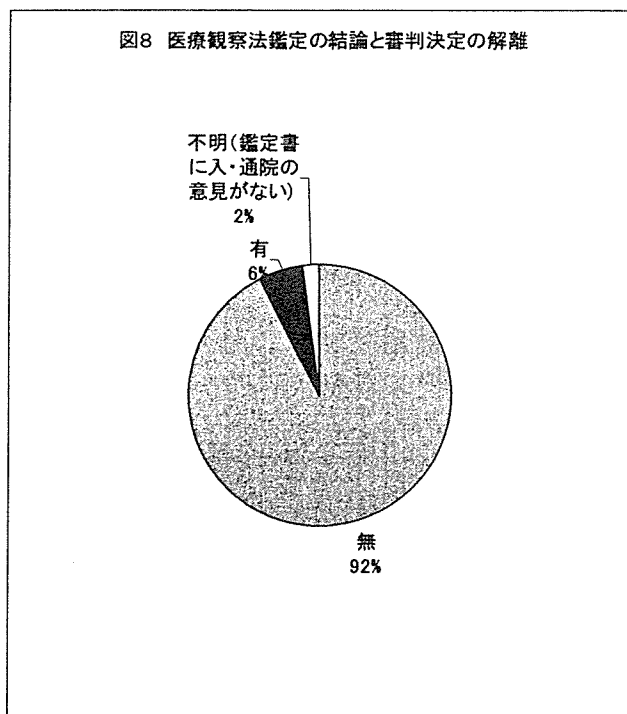
### 7. 医療観察法鑑定の意見と審判の解離

医療観察法 34 条 3 項には「この法律による医療の必要性に関する意見を付す」ことが定めている。これは純粋に医療的な観点から意見を言うことが求められており、裁判所が、本法による処遇の要否及び内容、特に入院と通院のいずれの決定をするにあたり、重要な資料として考慮することができるようにするためである。この他にも社会復帰調整官作成の生活環境調査も重要な資料で、それらをもとに裁判所で裁判官と精神保健審判員が参与員の意見を参考にしながら決定を下すのである。最終決定者が裁判官と精神保健審判員の合議であれば、鑑定人との意見の相違があることはむしろ大いにありうることである。今回の調査では図8に示したように92%で鑑定と審判の判断が一致しているが、8%は鑑定医の意見とは異なる審判結果が出ている。審判のあり方がカンファレンス様式で裁判官の調整にしたがって、焦点を決め専門家の意見として鑑定を進めるようになれば意見と審判結果の解離はさらに少なくなる。第三者が入ることにより合議をしながら客観性を得ていく過程は、これまでの医師の判断に大きく委ねられていた精神医療の手順を一変させるものである。その意見の相違に対して意見を調整する機能を精神医療も獲得してかなければならない。

退院をめぐる審判では対象者と入院施設、地域で受け入れる保護観察所の中では意見の隔たりが大きくなる可能性がある。この場合に新たな鑑定を命じることも法律には規定されてるが、このセカンドオピニオンの鑑定が利用されるのか否かは経過を見なければ分からない。また今回は当初審判での鑑定書の調査であるが、将来は退院基準についての意見、入院から通院に移行することを証明可能な説明の根拠を示すことが必要である。

これには共通評価項目の精神症状の改善を前提に「現実的計画」「治療・ケアの継続性」に関する下位項目に注目して評価を進めることにより、具体的な検討が行なわれる。

図8 医療観察法鑑定の見解と審判の決定の解離



### 8. 医療観察法鑑定入院における治療や処遇

医療観察法鑑定入院における治療や処遇に関しては、医療観察法34条に「鑑定及び医療的観察のため」としか規定は無い。ここでは治療に関しては積極的に進めるとする意見と、本格治療は処遇が決定してからで薬物療法にとどめ積極的な治療は行わないとする意見がある。行動制限に関しては精神保健福祉法による手続きによるとする意見が主流である。

#### 1) 薬物療法

図9 薬物療法の実施

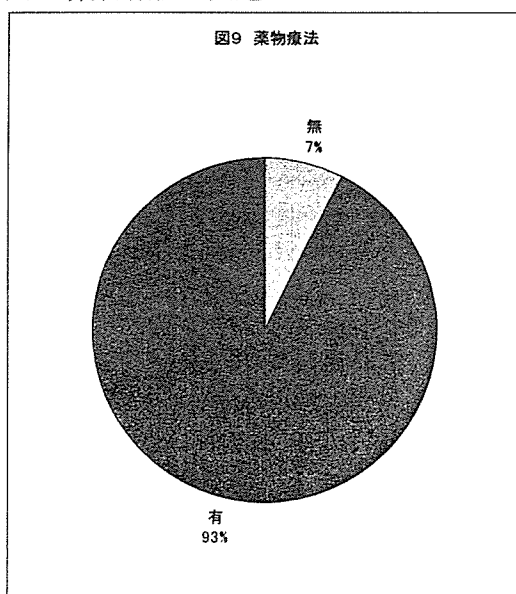


図10 薬物療法の種類 (抗精神病薬)

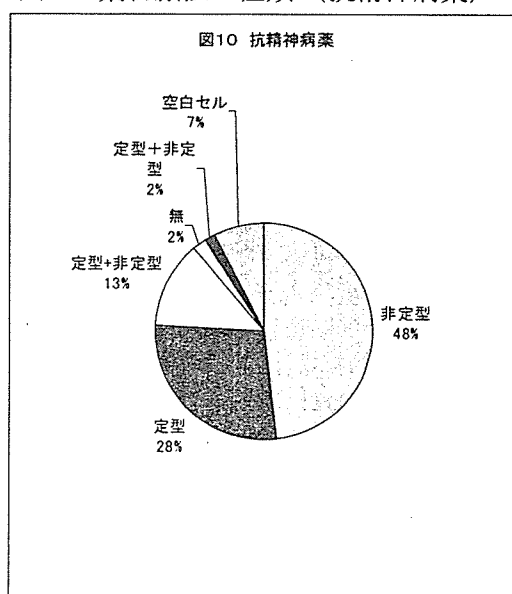
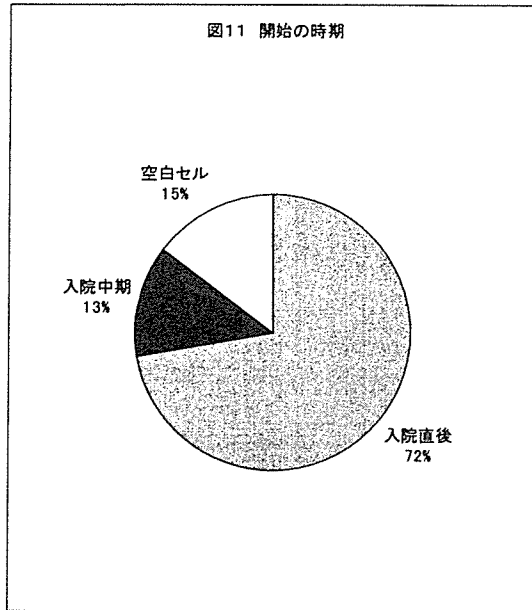


図 11 薬物療法の開始時期



薬物療法は医療観察法の鑑定時に普段に行なわれる治療で、治療を拒否し服薬をしなかった2例(7%)を除いて実施されている(図9)。そのうち抗精神病薬の種類は48%が非定型抗精神病薬の単剤投与を行なわれ、28%が従来型の定型抗精神病薬、残りの24%が定型と非定型の多剤使用である(図10)。多剤併用が多い我が国にあっては単剤使用による治療や治療反応性を評価する機会となっている。即効性を期待し急速飽和療法等により「早く治す」のではなく、薬物療法の効果を確認しながら評価することを入院ガイドラインでも推奨している。医療観察法による鑑定(評価)という枠組みの中で腰をすえて治療の必要性を評価する機会になっている。

薬物療法を施行しなかった症例は2例のみで拒否が強く、鑑定に際して強制的な治療を行なうことによって、拒否がさらに強まり鑑定にも不都合を生じる可能性があるかと判断して実施しなかったとしている。また強制的な治療を実施しなくてもケアや関わりができる状態であったので敢えて強制的な処遇は行なわなかった。後者に関しては入院後に薬物療法の必要性に関して心理教育を受けてから服薬を自ら開始したが、前者は注射により抗精神病薬の投与が始め、状態が改善して疎通性が回復し自ら服薬が始まった。この症例の場合に鑑定中より服薬に関する指導や心理教育を徹底していれば、鑑定入院中よりの服薬は可能であろうし、拒否が強くても薬物療法の必要性が強く示唆されれば、本人の同意によらない治療を積極的にすることも鑑定中の治療として意味がある。鑑定入院では同意によらない治療をした場合の代諾者がなく、またセカンドオピニオンをえる機関もなく鑑定医の判断に任されているとしても、それらの経過や結果は鑑定書や審判を介して第三者の評価を受けるために客観的で透明性の高い適正手続きを踏んでいると考える。

薬物療法の開始時期は入院直後からが72%で、入院中期は13%で、時期は不明な症例は15%ある。対象行為をおこして逮捕、勾留されている時期より薬物療法が始まっている症例もある(図11)。治療の立ち上がりの速さは医療機関としては当然のことであり、さらに積極的な治療展開も検討すべきである。

## 2) 隔離・拘束

隔離・拘束は薬物療法と同様に本人の同意によらない処遇で行動の制限にあたる。鑑定中の行動制限に関してもガイドラインはないが、医療観察法の入院における行動制限が精神保健福祉法を準拠することを考えると、鑑定中も同様な考え方で対応する場合が多い。

鑑定中の隔離に関しては実施したことある症例が70%で、鑑定書からは隔離の有無は読み取れず不明が22%、なしは2%であった。安全上の理由で鑑定入院でははじめ隔離室へ入院し、その後状態を見て隔離を解除していく。隔離の平均に数は42日、最小で5日、最大87日、中央値は



33日である。この日数では隔離期間は状態評価で妥当とされる期間よりも長い可能性は大きいが、対人暴力や離院の可能性に対する安全面からの配慮が優先する可能性があり、鑑定に向けた病棟構造がないところでは両者のバランスを判断しながら期間を決定している。

拘束はなしが60%、不明30%で拘束を行なったとするケースは1人〔7日間〕に過ぎない。

図12 鑑定入院中の隔離

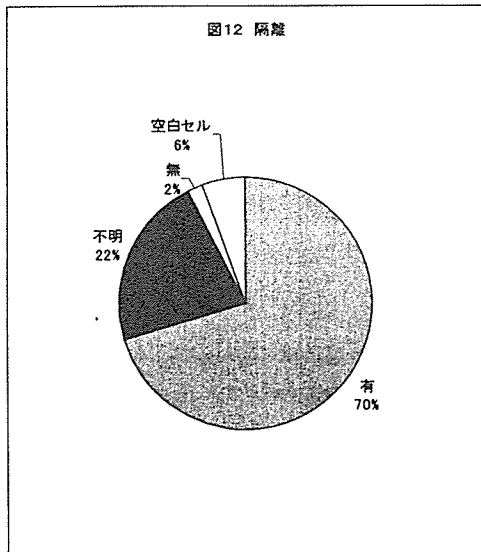


図13 鑑定入院中の拘束

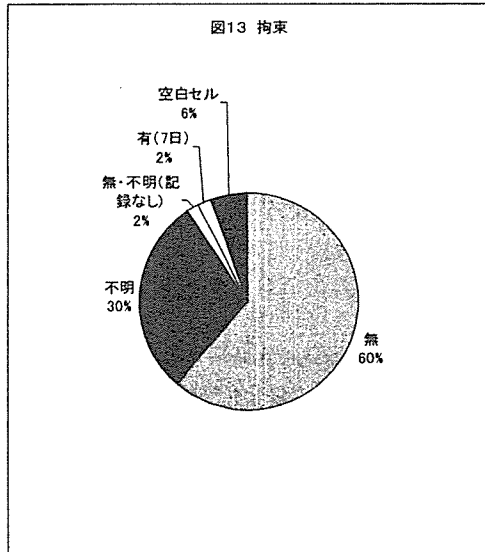
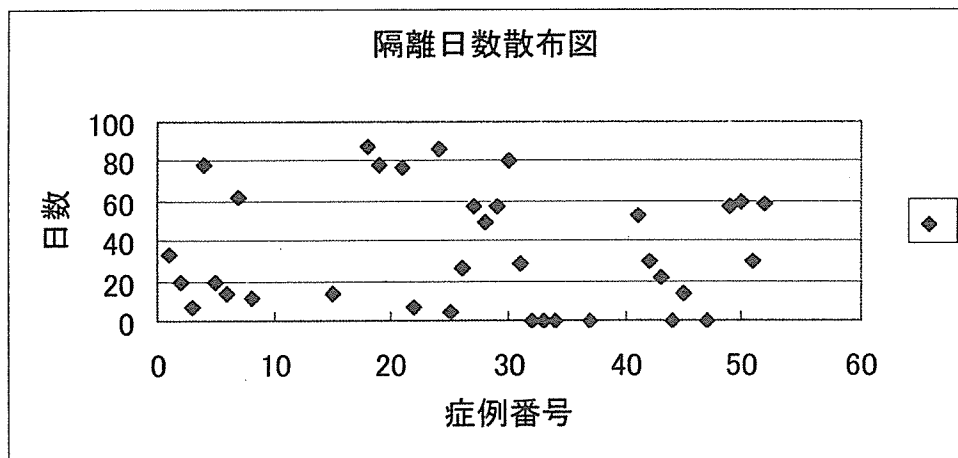


図14 隔離日数の散布図



鑑定中といえども最小規制の原則は守られるべきであるが、片方では安全に配慮して管理する責任もあり、隔離をして精神状態や行動の評価を行い、治療の進行の度合いや安全を確認し処遇を改善している現状を表している。鑑定を引き受けた病棟の構造にもよるところが大きく、鑑定を専門に実施する施設があればこれらは改善すると考えられる。その際に最も適した構造は医療観察法の入院病棟が安全面からも規制を最小化できる点からも望ましい。

### 9. 共通評価項目の記載

医療観察法の処遇が決定すれば構造的な評価方法としての共通評価を記載し、報告することがルール化されている。そのために評価の一貫性を得る目的で医療観察法の鑑定でも記載することが推奨されている。89%の鑑定書では記載があり、記載のない鑑定書は9%に過ぎない。

鑑定での評価と入院後2週間目の初期評価での一致率は項目で大きなばらつきが見られる。今

後の課題として共通評価項目のアンカーポイントや評価する際のルールに関して研修の機会を増やしていくべきである。

### 10. 入院施設より見た鑑定書

入院施設よりみた鑑定書の総合評価では79%に鑑定書では妥当と判断している。これは鑑定に関する意見を始め、疾病性(診断)や治療反応性の検討、社会復帰要因のなかで特に阻害因子としてのリスクアセスメント、病歴等過去の情報、対象行為、鑑定時の評価等を総合しての評価である。制度が始まり戸惑いがある時期ではあるが、鑑定を担当する医師の質の高さが得られていることを示している(図15)。

図15 入院施設より見た鑑定書の総合評価

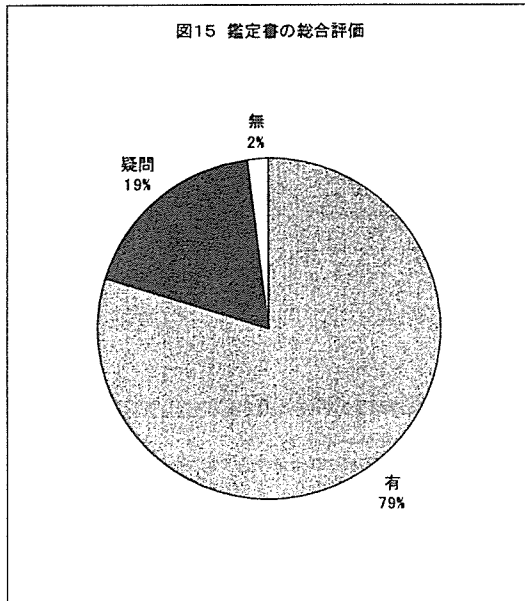
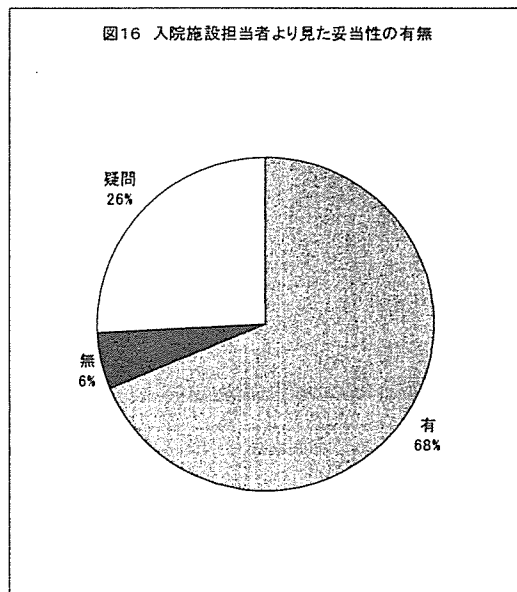


図16 入院施設より見た入院決定の妥当性



一方入院施設の担当者からみた医療観察法による入院処遇の妥当性に関する意見を求めると、妥当性「あり」とするものが68%、「なし」は6%、「疑問をていする」ものは26%であった。これは第1に医療観察法の対象とすべきか、第2に医療観察法の対象としても通院の対象ではなかった、診断に関する意見、診断と密接に関連する治療反応性に関する意見、責任能力判断に関する意見があげられる。入院医療機関は入院の是非を決定する機関ではないが、これから続く治療に責任を持ち、また入院を決定した要因の改善を目標に治療計画を立案し、退院の申し立てをする機関である。医療観察法の入院環境では治療反応性が乏しく治療戦略を立案できない症例や、医療観察法の治療環境が整ってはいるが強制力の強い強制入院であることを考えると、通院などのより少ない規制の治療形態の選択をすべきである意見がある〔図16、表3〕。

表3 妥当性無しおよび疑問とした根拠

根拠	度数
・ 社会復帰要因の相違+医療の必要性の相違	2
・ 医療の必要性の相違	2
・ 入院通院対象外の意見の相違	2
・ 診断相違+入院・通院・対象外の意見の相違	1
・ 医療の必要性の意見(通院・入院)の相違	1
・ 医療の必要性の意見(通院・入院)の相違+入院・通院・対象外の意見の相違	1
・ 治療反応性の相違+医療の必要性(入院・通院)の相違	1
・ 治療反応性の相違	1

・ 治療反応性の相違・医療必要性の相違・入院通院対象外の意見の相違	1
・ 治療反応性の相違・医療の必要性の相違・入院・通院・対象外の意見の相違	1
・ 入院・通院・対象外の意見の相違	1
・ 診断の相違＋医療の必要性の相違	1
・ 治療反応性の相違・入院通院対象外の意見の相違	1
・ 治療反応性の相違・医療必要性の相違	1
・ 治療反応性の相違・医療の必要性の相違・入院通院対象外の意見の相違	1

#### E. 結論

触法精神障害者の治療必要性の判定に関する研究を鑑定書と、鑑定書に対する入院施設担当者の評価という視点でおこなった。制度は始まった直後の鑑定で混乱が予想されたが、鑑定書の総合的評価で妥当とする鑑定書が78%と高く、鑑定の質は保たれている。医療観察法による入院決定に関しては診断、治療反応性などへの疑問、また最小規制の原則から通院処遇が望ましいとする処遇意見に関して疑義を有するものが32%あり、妥当するものが68%であった。これは入院を決定する立場ではないが、今後の治療に責任を負い、退院の申し立てを行っていく立場からの意見として参考になる。

## 医療観察法施行後の鑑定書概括調査

目的：医療観察法鑑定書より鑑定書の構成、治療や処遇、行動制限、審判決定と鑑定意見に関して調査し、医療観察法の鑑定のあり方に関する現状を評価する。

対象：平成17年9月より平成18年1月15日までに医療観察法により入院した対象者の鑑定書を対象とする。

方法：鑑定書に関するアンケート調査。

倫理的問題：倫理会議の承認を得る。個人を特定できないようにし当事者の同意をえる。

### はじめに

鑑定書が備えるべき情報は、必要条件（法定された情報）と充分条件（裁判官と精神保健審判員が「対象行為を行った際の精神障害を改善し、これに伴う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ないし入院によらない医療を受けさせる必要がある可否か、さらにはこの法律による医療を行わない」と判断することに供する医学および医療的な情報）により幅がある。鑑定書は作成までの期間に限定があり、通常では1ヶ月程度と予想され、日常臨床の合間を縫って実施されるために鑑定書作成には必要最小限度を網羅すれば足りる。実際に作成された鑑定書を調査して、あるべき鑑定書の作成に関する指針を検討する。

### 1. 対象者基本情報

- 1) 鑑定入院期間 \_\_\_\_\_ 日間
- 2) 鑑定期間 \_\_\_\_\_ 日間
- 3) 対象行為  1 殺人  2 殺人未遂  3 放火  4 放火未遂  
 5 強盗  6 強盗未遂  7 強姦  8 強姦未遂  
 9 強制わいせつ  10 強制わいせつ未遂  
 11 傷害  0 不明
- 4) 主診断 ICDコード F - □□. □
- 5) 性別  1 男  2 女
- 6) 年齢  1 0代  2 0代  3 0代  4 0代  5 0代  
 6 0代  7 0代以上

- 7) 刑事責任能力鑑定の種別  1 簡易鑑定  2 囑託鑑定  3 公判鑑定  
 4 なし  0 不明
- 8) 刑事責任能力判断  1 心神喪失  2 心神耗弱  0 不明
- 9) 心神耗弱の場合  1 不起訴処分  2 執行猶予判決  0 不明
- 9) 医療観察法審判の地域  
 1 北海道  2 東北  3 関東信越  4 東海北陸  5 近畿  
 6 中国  7 四国  8 九州

## 2. 鑑定書の構成

1) 鑑定書の字数 (鑑定書の枚数) A-4 版で ( ) 枚)  
 1枚あたりのおおよその字数 \_\_\_\_\_ 字

2) 法で定めた事項の有無

- ①精神障害の類型  1 有  2 無  0 不明
- ②過去の病歴  1 有  2 無  0 不明
- ③現在及び対象行為を行った当時の病状  1 有  2 無  0 不明
- ④治療状況  1 有  2 無  0 不明
- ⑤病状及び治療状況から予測される将来の症状  
 1 有  2 無  0 不明
- ⑥対象行為の内容  1 有  2 無  0 不明
- ⑦過去の他害行為の有無及び内容  1 有  2 無  0 不明
- ⑧当該対象者の性格  1 有  2 無  0 不明
- ⑨医療必要性に関する鑑定の結果  1 有  2 無  0 不明
- ⑩本法による医療必要性に関する意見 (37-2,3)  
 1 有  2 無  0 不明

3) 研究班ガイドライン案で示した事項の有無

(1) 疾病性:

- ①精神医学的診断基準  
 1 ICD-10  2 DSM-4  3 従来診断  4 その他
- ②疾病の重症度 臨床的な記述  
 1 ICF  2 GAF  3 その他  0 不明
- ③弁識能力・制御能力の障害についての評価  
 1 有  2 無  0 不明
- ④疾病と当該他害行為との関連性の評価  
 1 有  2 無  3 不明

(2) 治療反応性：

- ①治療動機と準備性  1有  2無  0不明  
②治療の同意と参加  1有  2無  0不明  
③治療目標と効果  1有  2無  0不明  
④治療の般化  1有  2無  0不明

(3) 社会復帰要因：

- ①社会復帰促進する要因  1有  2無  0不明  
②社会復帰を阻害する要因  1有  2無  0不明  
③共通評価項目  1有  2無  0不明  
④リスクアセスメント  1有  2無  0不明

(4) 時間軸の設定

- ①過去に関しては生育歴・生活  1有  2無  0不明  
②当該行為時の状態とリスク評価  1有  2無  0不明  
③鑑定時の状態とリスク評価  1有  2無  0不明  
④将来の状態とリスク予測  1有  2無  0不明

4) 鑑定書に記載の有・無（医療観察法で定めた事項以外の記載）

(1) 事件概要：

- ①当該対象行為の罪名  1有  2無  0不明  
②当該対象行為の概要  1有  2無  0不明  
③不起訴処分又は裁判の内容  1有  2無  0不明

(2) 家族歴：負因・家族に関して特記すべき情報

1有  2無  0不明

(3) 生活史：生育歴・学歴（成績）・職歴・性発達歴・婚姻歴など

1有  2無  0不明

(4) 最近の生活状況：家庭環境・経済状況・社会活動・社会福祉サービスの利用状況

1有  2無  0不明

(5) 物質使用歴：評価の有無

1有  2無  0不明

(6) 診断：主診断・副診断・身体合併症

1有  2無  0不明

(7) 心理テスト：検査内容

1有  2無  0不明

(8) 鑑定入院中の治療内容とその結果

1有  2無  0不明

(9) その他参考となる事項

1有  2無  0不明

### 3. 鑑定入院中の治療に関する実態と記載

- 1) 薬物療法  1有  2無  0不明
- 2) 薬物療法ありの場合
- ①開始の時期  1入院直後  2入院中期  3入院後期
- ②薬物療法の内容
- a 抗精神病薬  1定型  2非定型  3無  5不明
- b 抗不安薬  1有  2無  0不明
- c 抗うつ薬  1有  2無  0不明
- d 気分調整薬  1有  2無  0不明
- e その他の向精神薬  1有  2無  0不明
- ③薬物療法の効果  1有  2無  0不明
- ④治療に対する拒否  1有  2無  0不明
- ⑤同意によらない薬物療法  1有  2無  0不明
- 有りの場合に実施したこと
- a 内服（水薬等）  1有  2無  0不明
- b 注射  1有  2無  0不明
- c デポ剤  1有  2無  0不明
- 3) 電気痙攣療法  1有  2無  0不明
- 4) 心理社会的療法  1有  2無  0不明

### 4. 鑑定入院中の処遇

- 1) 隔離  1有（期間 日）  2無  3不明
- 2) 拘束  1有（期間 日）  2無  3不明
- 3) 検査以外で病棟外に出る  1有  2無  0不明
- 4) 通信の制限  1有  2無  0不明
- 5) 面会の制限  1有  2無  0不明

### 5. 鑑定医以外の鑑定協力体制の構成

- 1) 医師  1有  2無  0不明
- 2) 心理療法士  1有  2無  0不明
- 3) 精神保健福祉士  1有  2無  0不明

- 4) 作業療法士            1 有    2 無    0 不明  
5) 看護師                1 有    2 無    0 不明  
6) 社会復帰調整官からの情報    1 有    2 無    0 不明

## 6. 側副情報

### 1) 側副情報の有無

- 1 有    2 無    0 不明

### 2) 有りの場合に下記にチェック

- 1 不起訴事件記録    2 裁判記録    3 刑事司法鑑定書  
 4 過去の診療録        5 学校記録    6 保健福祉サービス記録  
 7 心理検査結果        8 その他臨床検査結果    9 その他

## 7. 入院施設担当者より見た鑑定書について

- 1) 診断の妥当性                    1 有    2 無    3 疑問    0 不明  
2) 治療必要性の意見の妥当性    1 有    2 無    3 疑問    0 不明  
3) 共通評価項目の評価            1 有    2 無    3 疑問    0 不明  
4) 鑑定書の総合評価               1 有    2 無    3 疑問    0 不明  
5) 総合評価で妥当性なしとした根拠  
 1 診断の相違    2 治療反応性の相違    3 社会復帰要因の相違  
 4 医療の必要性の相違    5 医療必要性の意見(入院・通院)の相違  
 6 入院・通院・対象外の意見の相違    7 その他

## 8. 医療観察法鑑定の結論と審判決定の解離

- 1 有    2 無    0 不明

## 9. 入院施設担当者よりみた医療観察法の審判結果の妥当性

### 1) 入院施設担当者よりみた妥当性の有無

- 1 有    2 無    3 疑問    0 不明

### 2) 妥当性無し及び疑問とした根拠

- 1 診断の相違    2 治療反応性の相違    3 社会復帰要因の相違  
 4 医療の必要性の相違    5 医療の必要性の意見(入院・通院)の相違  
 6 入院・通院・対象外の意見の相違    7 その他



## 10. 鑑定書と入院時の共通評価項目の評点の一致

共通評価項目	項目	鑑定書の評点	入院時評点	備考
	1	精神病状態		
	2	非精神病性症状		
	3	自殺企図		
	4	内省・洞察		
	5	生活能力		
	6	衝動コントロール		
	7	共感性		
	8	非社会性		
	9	対人暴力		
	10	個人的支援		
	11	コミュニティ要因		
	12	ストレス		
	13	物質乱用		
	14	現実的計画		
	15	コンプライアンス		
	16	治療効果		
	17	治療・ケアの継続性		

厚生労働科学研究「触法行為を行った精神障害者の精神医学的評価、治療、社会復帰等に関する研究」  
「触法精神障害者の治療必要性の判定に関する研究」  
医療観察法鑑定の通院処遇と意見するモデル鑑定書

分担研究者 平野 誠 独立行政法人国立病院機構 肥前精神医療センター院長

#### 研究要旨

これまでの医療観察法のモデル鑑定書に加えて、医療観察法による通院処遇とすべきとの意見つけたモデル鑑定書を作成した。

#### 研究協力者：

北村俊則（熊本大学）  
佐藤誠（北九州医療刑務所）  
西村由貴（慶應義塾大学）  
岡田幸之・野口博文（精神保健研究所）  
黒田治（松沢病院）

#### 指定入院医療施設 8施設より

平林直次（精神・神経センター武蔵病院）  
八木深（東尾張病院） 村田昌彦（北陸病院）中嶋正人（花巻病院） 中根潤（下総精神医療センター）  
山岡信明（賀茂精神医療センター）  
村上優・須藤徹・西谷博則・壁屋康洋・吉澤由香利・中野良子（肥前精神医療センター）

#### 研究目的

医療観察法の鑑定に関してはこれまでも全体の構成をモデル化した鑑定書を作成した。司法精医療人材養成研修を通して配布され、このモデル鑑定書を参考にした医療観察法の鑑定書の記載様式を採用する鑑定も多い。また医療観察法鑑定では処遇に関する意見を付記することが義務づけられているが、鑑定の参考とする目的で通院処遇に焦点を合わせた記載に関する試案をモデル鑑定書として提案する。

医療観察法の鑑定における鑑定入院告知に関する文案（一般精神科入院における告知文書に相当）を作成し、また鑑定入院直後に対象者に告知する鑑定計画文案（一般の入院における入院治療計画書に相当）もあわせて作成する。

#### 方法

鑑定書の全体様式は先にあげたモデル鑑定書の書式を採用し、通院処遇と意見する根拠を疾病性、治療反応性、社会復帰要因として記載したものに注釈をつけた。この様式に法律家の意見を得て訂正を行なった。

## 通院モデル 医療観察法鑑定書（抜粋）<sup>1</sup>

対象行為 放火症例 42歳女性。

7年前より精神科クリニックに通院していた。対象行為は自殺目的で子供がいる家に放火し2階部分を焼失せしめたものである。当時は通院が不規則化し、また関係被害妄想で憔悴していた。

### 1) 鑑定中の治療<sup>2</sup>

鑑定入院当初リスペリドン〇mgを投与したが、尿閉や視力の調節障害を訴えるためにオランザピンに変更し、尿閉などの副作用は改善したため〇mgまで増量した。入院直後は緊張や不安があったが、睡眠や食事もとれ気分も改善してきた。敏感関係妄想もそれに伴い軽減した。<sup>3</sup>対象者の訴えに傾聴することを中心とした支持的精神療法を実施し、病気の説明や対応方法についても説明を加えた。鑑定医に加えて主治医による診察をおこない安心をえた<sup>4</sup>。対象行為については感情を伴って回想する等、内省も得られた<sup>5</sup>。病識に関して、「統合失調症では」と自ら語るが、同時に軽いショックも受けている。自己の敏感な性格に関して洞察が得られ、何かのきっかけで妄想に発展する傾向を理解する。それを維持するために継続した服薬及びカウンセリングが必要であることを理解し、また対象者自身も治療の継続を望んでいる<sup>6</sup>。作業療法士による生活技術訓練や自己主張、自己効力感を増す試みを提案すると関心を示し、家事など家での過ごし方に関して計画できる<sup>7</sup>。ただ事件を起したことで、地元や子供の学校、

<sup>1</sup> 鑑定書の構成は入院モデル鑑定書と同様である。ここでは通院処遇が適当と意見した根拠を中心に記載した。

<sup>2</sup> 鑑定入院時に既に通院に適する状態になっている対象者も見られるが、治療を進めることにより鑑定入院中に通院処遇が望ましいと判断される症例も多い。治療に関しては具体的に記載する。

<sup>3</sup> 鑑定入院中の治療の中心は薬物療法である。鑑定入院では刑事責任能力判定がされ心神喪失等の状態の根拠となる医学的診断は既になされている。医療観察法鑑定でも診断に関して疾病性の検討をおこなうが、明らかに疾病があると判断されれば、通常精神医学的な治療、特に急性期の薬物療法を入院の早い段階で実施する。

<sup>4</sup> 鑑定入院施設が鑑定医と同一の施設である場合も、鑑定医以外の主治医がついているほうが、鑑定中の治療、特に信頼感や安心を得ての心理社会的な治療が進みやすい。鑑定業務では対象行為と疾病の関係を問診するなどストレス面接になる可能性があり、精神療法として傾聴するのは主治医が担当するなど柔軟な対応が可能となる。

<sup>5</sup> 内省は対象行為への内省、対象行為と疾病の関係性の内省、過去の生活や対人関係、受診行動、他害行動などの傾向に関する内省を含む。限られた入院期間で内省を得られるかどうかは、鑑定で治療をどれほど重視するかによって変化する。治療方針を明確に立てることができれば積極的な治療を進めるべきである。

<sup>6</sup> 継続した治療を確保できることが通院処遇の前提である。

<sup>7</sup> その動機付けも治療的介入の大きな要素であるが、鑑定医や入院機関の主治医に限定した治療関係では般化しない。このために心理教育や危機的などきの行動をSST等を通して学習することも必要となる。

日常生活で買い物など外出する際に世間の目を気にする心配や不安は強い。鑑定入院中も夫、子供、父や妹、などの面会が定期的であり、家族の絆による安心感が得られ家族による調整が進んだ。これを機会に夫、父も治療の必要性や協力を意識化することができた<sup>1</sup>。

## 2) 医療観察法による医療の必要性の有無と治療処遇

### (1) 疾病性 診断<sup>2</sup>

- # 1 ICD-10 F22.0 妄想性障害
  - # 2 ICD-10 F60.0 妄想性人格障害
  - # 3 ICD-10 F31.0 軽症うつ病エピソード
- と診断する。

# 1の妄想性障害は、平成〇〇年ごろ悪口を言われている感じがして自ら通院を始め服薬をしている<sup>3</sup>ので、この頃に顕在化(発病)したと考えられる。

状態が悪化したのは、平成〇〇年に会社に試験採用されたときに盗難の犯人とみなされてからである。疑いの目を持たれて、「見られている」「監視されている」「車を調べられている」との追跡、注察、被害妄想が出現している。疑われた状況からの反応性のものであり適応障害による被害妄想の可能性もある。家族は全てが妄想とは感じていないなど病状の了解や説明可能性が認められる。元来、対人関係が不得手で、周囲の評価が気になり、また自己評価が低く、自信がなく、回避的で、孤立している状況と、その元来の過敏性より一過性に敏感関係妄想様の妄想構築が進んだ<sup>4</sup>。これらの性格傾向は# 2の妄想性人格障害に由来するものである。入院後も身体的な不調にこだわり、心氣的訴えや思い込みの強さが認められるなど過敏性が認められる<sup>5</sup>。

更に事件の〇年前よりうつ気分や引きこもり、平成〇〇年〇〇月を最後に治療からの一時の脱落があり服薬も不規則化していた。それまでも一過性の妄想が出現したが、同時に普段の生活をこなしており、家族はさほど心配をしていなかったが、対象者が不機嫌で、夫の関わりを拒否したため、対象者の気持ちに接することができなかったこともある<sup>6</sup>。

<sup>1</sup> 家族との個人的な関係は、家族が疾病を理解し、また家族自身に援助の手が差し伸べられるならば治療の継続や危機介入の計画を立案するうえで重要な因子である。家族の心理教育や家族内の葛藤に介入する家族療法を鑑定機関が実施することは、時間、地域、関係スタッフ等の条件を考慮すると困難が大きい。社会復帰調整官も鑑定段階では調査が主体で生活環境調整は行わないことから、鑑定入院で実施できることには限りがある。弁護士による付添い人活動が活発に行われるケースで家族の調整が進むこともある。

<sup>2</sup> 主診断に関する記述で、発病時期、症状の経過、増悪因子や背景因子、対象行為までの治療歴や処遇歴、病識、対象者のこれまでの受診行動や危機的状況への対処技術などを記載する。過去に受診した経歴があれば、それを参考に継続的な医療の可能性について論じる。

<sup>3</sup> 対象行為を起した際の精神状態の推移やそれに関与した背景因子、増悪因子、改善因子、また受診行動に触れる。

<sup>4</sup> 症状形成に関わる要素を説明的に記載する。増悪に関与する要素(社会的・対人的ストレス因子)、増悪の頻度、切迫度、症状再燃の蓋然性などである。

<sup>5</sup> 性格傾向や人格障害に関する記載をする。

<sup>6</sup> 症状や行動化を阻止する要素(社会的・対人的ストレス防御因子)を記載する。