

(5) 対象行為

図11に、対象行為の比率を示した。Ⅱ群ではⅠ群に比べて、放火の比率が増加し、殺人が減少しているが、統計的有意差はない。

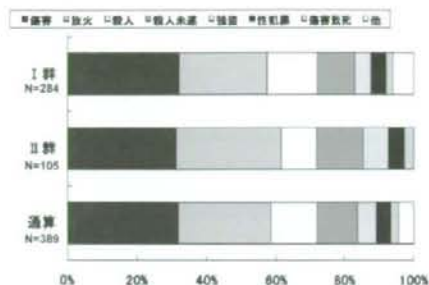


図11 対象行為

(6) 刑事処分

図12に、医療観察法への申し立て刑時の事処分の内容を示したが、Ⅰ、Ⅱ群間で明らかな差がある。すなわち、Ⅰ群では、公判後の申し立てが約半数を占めていたのに対して、Ⅱ群では、これが激減し、不起訴処分に置き換わっている。

医療観察法の施行初期には、すでに公判が終了して刑事処分が確定し、治療関係も安定しているケースに対して、医療観察法が申し立てられ、鑑定入院によって治療関係が中断させられるという事例が散見されたが、Ⅰ群では、このような事例も含め、公判後の申し立て事例が重なったものと推測される。

いっぽう、Ⅱ群では、公判後の申し立て事例が激減し、起訴前に申し立てられる事例が

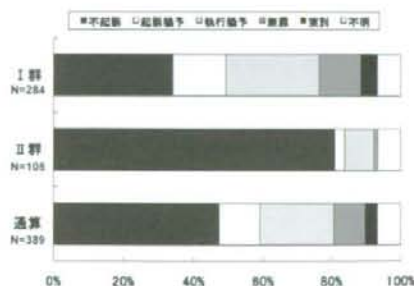


図12 刑事処分

増えたこと、すなわち、医療へのアクセスが迅速になったことが窺われるが、半面で、裁判を受ける機会が狭められていると解釈することもできる。特に、公判を経ていないために、医療観察法プロセスにおいて刑事責任の評価が疑問視される事例の増加することが懸念される。

(7) 審判結果

図13に、審判結果の比率を示した。Ⅱ群では、Ⅰ群に比べて入院処遇の判定が増加し、通院処遇が減少して、不処遇を下回るようになってきている。判定結果には地域差があり、判定医や裁判官による処遇判定基準の地域差や個人差も推測されるため、図13を経時的な変化のみで説明することはできないであろうが、図12の変化は、医療観察法の施行から時間を経るにしたがって、入院処遇への期待が高まる傾向を反映しているとも解釈できる。

この傾向は、いっぽうで、指定入院医療機関の病床利用率が上昇して、入院ベッドが逼迫しつつある現状の一因を形成しているものと推測される。

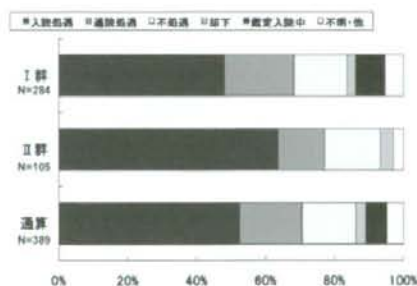


図13 審判結果

(8) 平均在院日数

図14に示したように、Ⅱ群の鑑定入院期間は、Ⅰ群よりも12.6日(21.4%)延びている。しかも、病室別の在院期間では、個室の期間が短縮し、一般病室の期間が延長している。これは、鑑定入院医療機関側の姿勢の変化、

すなわち、鑑定入院対象者への特別視や警戒姿勢が緩和し、一般の入院事例と同等の対応に近づいていることを物語っている。

ただし、入院期間の延長自体は、鑑定入院医療機関側の要因によるものではなく、審判プロセス（鑑定入院命令から審判決定書の送達まで）の遅延化と、先に述べた指定入院医療機関のベッド逼迫状況によるものと思われる。

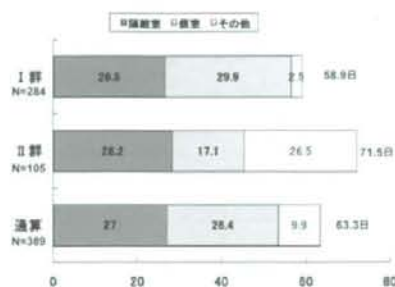


図14 平均在院日数

(9) 鑑定入院中の医学的処置

鑑定入院中に行われた医学的処置内容をI群とII群とで比較したのが表1である。身体拘束、静脈麻酔、静脈注射、デポー剤注射の比率がII群でやや上昇していることがわかるが、いずれも件数が少なく、偶発的要因の関与を否定できないため、精神医学的な重症事例が増加しているということとはできない。いずれにせよ、精神科救急病棟など急性期治療のデータと比較すれば、医学的処置の頻度は

表1 鑑定入院中の処置

	I群	II群	通算
●身体拘束	15(5.3%)	10(9.5%)	25(6.4%)
●静脈麻酔			
ベンゾジアゼピン系	3(1.1)	4(3.8)	7(1.8)
バルビタール系	1(0.4)	1(1.0)	2(0.5)
●抗精神病薬注射			
筋肉注射	27(9.5)	9(8.6)	36(9.3)
静脈注射	9(3.2)	7(6.7)	16(4.1)
デポー剤	6(2.1)	4(3.8)	10(2.6)
●鼻腔栄養	0	1(1.0)	1(0.3)
●補液	13(4.6)	5(4.8)	18(4.6)
●ECT(ICなし)			
修正型	1(0.4)	0	1(0.3)
非修正型	1(0.4)	0	1(0.3)

明らかに低いこと、すなわち、鑑定入院事例では、臨床的な急性期状態にある事例が少ないことを物語っている。

(10) 鑑定入院後の継続入院例

平成18年度の鑑定入院医療機関調査では、医療観察法上の処遇決定後も精神保健福祉法による入院を継続した経験があると回答した鑑定入院医療機関が回答106施設中24施設(22.6%)あったが、19年度の鑑定入院事例調査では、そのようなケースは、105例中の16例(15.2%)であった。18年度の調査は回答者の所感を問うたものであり、19年度の個別事例調査とは結果を単純に比較はできないものの、医療観察法の施行から時を経て、通院処遇ないし不処遇が決定後も鑑定入院医療機関に精神保健福祉法上の入院を継続する事例が減少していることが推測された。

しかし、平成20年度に入って、医療観察法病棟の病床数が入院数に追いつけない状況となり、鑑定入院医療機関における入院継続例は増加に転じた。そして、平成20年秋には、鑑定入院医療機関を指定入院医療機関に準じた医療観察法入院病床とする特定病院制度が省令によって創設されるに至った。

19年度の鑑定入院事例調査では、設問形式に問題があったため、継続入院の理由については明らかにできなかった。通院処遇の準備のためとする選択肢は1例が該当するのみで、指定通院ないし入院医療機関が未定のためという選択肢に該当する事例はなかった。「その他」の理由を選択した事例が15例と最多であったが、内容を記述する欄を欠いていた。

継続入院16例の審判結果をみると、入院処遇が2例、通院処遇3例、不処遇9例、却下2例で、「その他」の理由での継続入院例15例中の9例(60%)は不処遇事例であった。すなわち、医療観察法の適応外であったが、入院治療の必要があったため、鑑定入院医療機関に引き続き入院し

ていた事例が6割を占めていたということになる。継続入院の平均期間が鑑定入院の平均期間71.5日より長い94.2日と比較的長い理由も、この点から説明できよう。

なお、入院処遇決定後の継続入院2例の継続入院期間はいずれも4日間と短期であった。おそらく、指定入院医療機関は決定していたが、何らかの理由により移管が遅延したものと推測される。

3. 鑑定入院ガイドライン調査

平成20年、全国206施設に対して調査票を送付し、返送による回答を求めたところ、65.5%にあたる135施設から回答を得た。調査票の質問項目とそれらに対する回答の内訳は資料3の通りである。

以下に各項目の回答について分析する。

(1) 調査対象水準別の達成率

医療水準案では、達成すべき内容をA水準（最小基準。即時の達成が不可欠であると考えられる水準）、B水準（推奨基準。早急な達成が必要であると考えられる水準）、C水準（最適基準。達成を検討すべきと考えられる水準）の3段階に分類している。今回の調査より得られた回答を医療水準案に照らして得られた段階毎の達成度は、それぞれ下記の通りであった。また、図15にこれらを図示した。

全30項目あるA水準（最小基準）の達成度は、最高100%、最低56%で、中央値は93%で

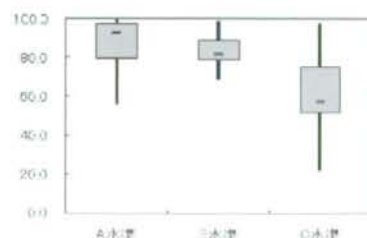


図15 医療水準毎の各項目達成率

あった。

全7項目あるB水準（推奨基準）の達成度は、最高99%、最低69%で、中央値は82%であった。

全10項目あるC水準（最適基準）の達成度は、最高98%、最低22%で、中央値は58%であった。

(2) 個別項目（A水準）

全30項目あるA水準の各項目及びその達成率を、達成率が高い順に下記に示す。（各項目冒頭の番号は医療水準案における項目番号に対応。以下同じ）

- 1(1)①公立もしくは指定病院：100%
- 1(1)⑥行動制限最小化委員会：99%
- 1(2)③閉鎖病棟：99%
- 2(3)⑬鑑定終了後の医療継続：99%
- 2(4)②行動制限の指定医判断：99%
- 2(4)⑬無断退去への対応：98%
- 2(5)⑤処遇改善請求への対応：98%
- 1(2)②15対1以上の看護配置：96%
- 2(4)④信書の発受制限の禁止：96%
- 2(4)⑧身体拘束の最小化：96%
- 2(4)③通信・面会制限の最小化：95%
- 2(1)②精神保健福祉法への準拠：94%
- 2(1)⑥主治医と鑑定医の連携：94%
- 2(3)⑫身体合併症等転院の対応：94%
- 2(3)⑧非同意医療の事後報告：93%
- 2(4)⑤封書内の異物の取り扱い：93%
- 2(1)③人権擁護への配慮：92%
- 2(3)⑤鑑定に無関係な医療提供：89%
- 2(1)①必要十分な医療提供原則：86%
- 2(3)④必要十分な医療提供：86%
- 2(3)③鑑定開始前の医療提供：84%
- 2(3)①説明と同意取得の努力：82%
- 2(4)⑩行動制限委員会での検討：79%
- 2(3)②鑑定医との事前協議：76%
- 2(3)⑦非同意医療の提供：73%
- 2(3)⑨電気痙攣療法の原則禁止：70%

- 23)⑥鑑定に反する医療の禁止：64%
- 24)⑥隔離の最小化：60%
- 24)①行動制限の最小化原則：60%
- 23)⑩持続性徐放剤の原則禁止：56%

(3) 個別項目 (B水準)

全7項目あるB水準の各項目及びその達成率を、達成率が高い順に下記に示す。

- 24)⑨身体拘束継続の最小化：99%
- 25)①付添人への情報提供：93%
- 24)⑦隔離継続の最小化：85%
- 22)②行動制限の文書告知：82%
- 11)②臨床研修指定病院：80%
- 23)①心理社会的治療の実施：78%
- 11)③精神保健判定医2名常勤：69%

(4) 個別項目 (C水準)

全10項目あるC水準の各項目及びその達成率を、達成率が高い順に下記に示す。

- 25)④入院取消請求への対応：98%
- 25)③外出泊への対応：97%
- 25)②生活保護受給の援助：79%
- 12)④職員の研修：65%
- 21)⑤副主治医等の配置：61%
- 21)④担当職員を選任：54%
- 12)②急性期治療病棟：52%
- 22)①法制度の文書説明：52%
- 11)④参与員候補者の常勤：48%
- 11)⑤16対1以上の医師配置：22%

(5) 設置主体別の比較

各質問項目について設置主体別のクロス集計を行った。その結果、公立病院と民間病院との間でカイ二乗検定による有意差を生じた項目は下記の通りであった。

まず、医師の配置について、精神保健判定医又はその職務に就いていた医師の常勤数は、公立病院では、85%で複数名、11%で1名であるのに対し、民間病院では、61%で複数名、28%で1

名であり、公立病院の方が潤沢 ($P<0.05$) であった(図16)。また、常勤換算医師数が入院患者16名当たり1名以上である施設の割合は、公立病院で43%、民間病院で10%であり、公立病院の方が手厚い ($P<0.00001$) 医師体制を有していた(図17)。

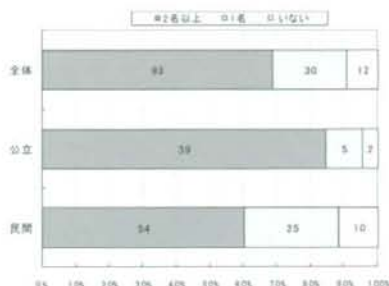


図16 精神保健判定医数

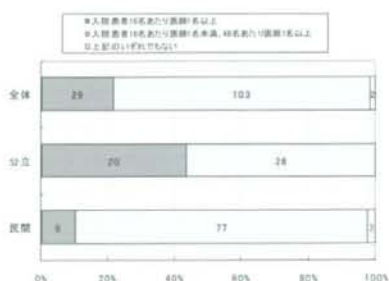


図17 常勤換算医師数

次に、鑑定病棟の看護配置基準は、公立病院では40%で10対1以上、全施設が15対1以上であるのに対し、民間病院では33%で10対1以上、94%で15対1以上であり、公立病院の方が手厚い ($P<0.001$) 看護体制を有していた(図18)。



図18 鑑定病棟の看護配置数

ただし、鑑定病棟が保険診療区分上の精神科救急入院料もしくは精神科急性期治療病棟1を算定している割合は、公立病院では33%、民間病院では62%で、民間病院の方が逆に高率($P<0.01$)であった(図19)。

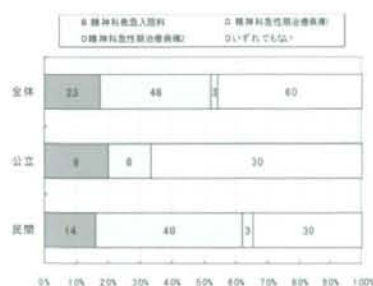


図19 鑑定病棟の保険区分

続いて、当該鑑定入院医療機関に勤務する医師が鑑定医となっている施設の割合は、公立病院では97%、民間病院では70%で、公立病院の方が高率($P<0.01$)であった(図20)。



図20 鑑定医の所属

他方、「鑑定入院当初の対象者には必ず隔

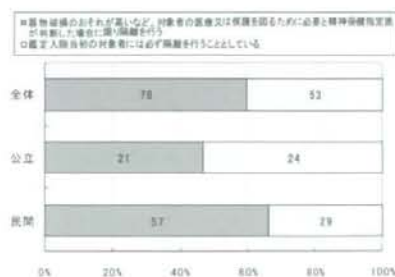


図21 鑑定入院当初の隔離

離を行うこととしている」と回答した施設の割合は、公立病院では53%、民間病院では34%で、公立病院の方が高率($P<0.05$)であった(図21)。

4. 鑑定医調査

平成18年度に実施した鑑定入院医療機関調査において医療観察法鑑定を実施した医師124名から回答があった。鑑定入院医療機関調査の対象期間である平成17年7月15日から平成18年12月末までの間に医療観察法鑑定を実施した医師の実数が未定のため、鑑定医調査の回答率は不明であるが、鑑定入院事例調査による推計回答率65.2%よりは高い(複数事例の鑑定を行った医師もいるため)ものと推測される。

以下に、124名の回答内容を示す。

(1) 鑑定医の所属・経験等

鑑定医の所属する機関としては、民間医療機関が約半数で最多であり、都道府県立病院がそれに次いだ(図22)。これまで最も長く所属していた機関についても概ね同様であった(図23)。臨床経験年数については21~30年という回答が最多であった(図24)。刑事司法鑑定の経験回数は1~10件が最多であり、刑事司法鑑定を経験したことのない鑑定医も15名いた(図25)。医療観察法鑑定の経験数は1回のみが最多であるが、最高9回の経験を有する者もいた(図26)。精神保健審判員については未経験の鑑定医が最も多く、最高は10回であった(図27)。制度施行後間もないにも関わらず、一部の地域においては業務の寡占が起こっている可能性がある。刑事司法鑑定においても同様の状況が存在しており、特定の医師への負担の増大や質の偏りが指摘されているところであり、今後の検討が必要であろう。

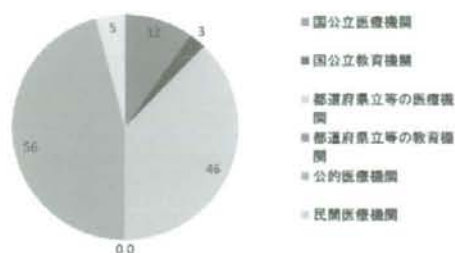


図22 鑑定医の現在の所属機関

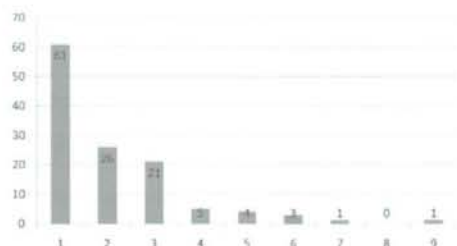


図26 鑑定医の医療観察法鑑定経験数



図23 鑑定医の最長所属機関

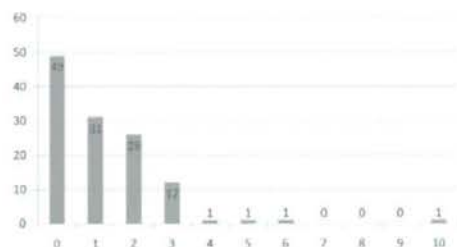


図27 鑑定医の審判員経験回数

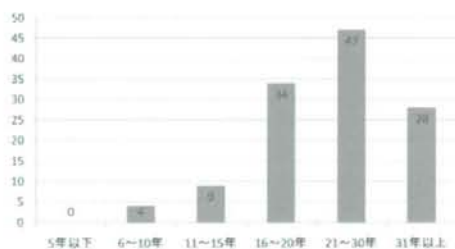


図24 鑑定医の臨床経験年数

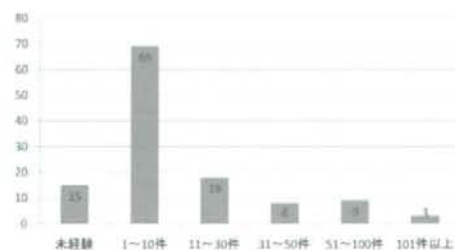


図25 鑑定医の刑事司法鑑定経験数

(2) 対象者の入院している施設と鑑定医の所属する施設との関係

この問題は法施行準備期間から幾度となく議論されてきた問題である。現時点においては全体の約8割に及ぶ97名が、対象者の入院している医療機関の医師が鑑定を行ったと回答しており、他の医療機関に入院した対象者の鑑定を行っているのは23名に過ぎない。また、鑑定医の所属施設を鑑定入院医療機関と別にすることを望む鑑定医はほとんど存在しない(図28)。前者のメリットとしては情報共有が円滑に行えることが挙げられる。他方、後者のメリットは鑑定の公正さを確保することであるが、実際には鑑定入院医療機関の医師が鑑定を行う時間的余裕がないために他の医療機関の医師が鑑定を行っている事例が多いかもしれない。

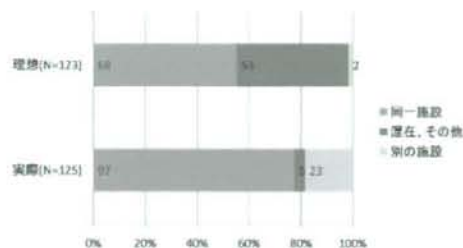


図28 対象者の入院している施設と鑑定医の所属する施設との関係

(3) 鑑定医と主治医との関係

約半数である60名が鑑定医と主治医を兼任している一方、鑑定医は治療に関与していないと答えた者も39名に上った。理想については事例によるという回答が56名で最多であった(図29)。鑑定医と主治医と分ける場合にも治療反応性の確認等について相互で意見交換を行う必要があるとの意見もあった。逆に鑑定医が主治医を兼任すると治療者と鑑定人という立場の使い分けが困難になるという意見はあまり見受けられなかった。また、副主治医に関してはマンパワーの問題もあり、あまり考慮の対象になっていないようである。

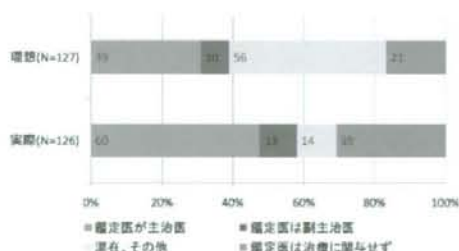


図29 鑑定医と主治医との関係

(4) 鑑定助手の選任について

鑑定助手を選任しているのは全体の約2割である24名に過ぎず、95名は単独で鑑定を行っている(図30)。鑑定業務の分担はもとより、発達障害等に関する専門的な検査や若

手医師の育成等の目的も踏まえ、鑑定助手を選任すべきと考える鑑定医もいるが、やはりマンパワーの問題があるようだ。

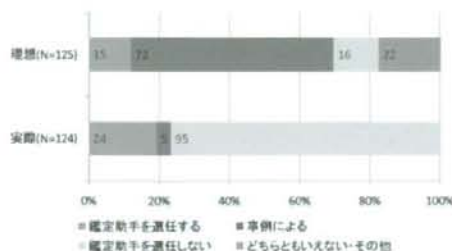


図30 鑑定助手の選任について

(5) 鑑定のための面接

鑑定のための面接については、週2~3回という回答が67名と半数強を占めた。また、約8割に当たる101名が十分な頻度で面接を行えたと回答している(図31)。通常の精神科入院急性期治療と同等程度の関わりを持っている鑑定医が多いのではないかと考えられる。

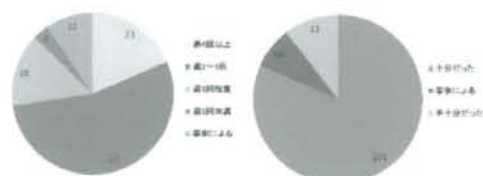


図31 鑑定のための面接の頻度

(6) 精神症状のため鑑定困難な事例

対象者の精神症状のために鑑定が困難であった事例を経験した鑑定医は全体の約3割に当たる33名であった。

(7) 対象者の薬物療法に関する意見

鑑定入院医療機関の項でも述べたが、鑑定入院中の対象者には必要十分な薬物療法を行うべきである。しかしながら、鑑定医の中で

15名は薬物療法を必要最小限にとどめるべきであると回答している（図32）。事例によると回答した27名については個別の考え方の違いはあるが、鑑定入院中の対象者に対する適切な薬物療法のあり方を啓発することが必要であろう。



図32 対象者の薬物療法に関する意見

(8) 社会復帰調整官の情報の有用性

全体の約7割に当たる84名が、鑑定を行うにあたり、社会復帰調整官の行う生活環境調査の情報を有用であると回答している（図33）。

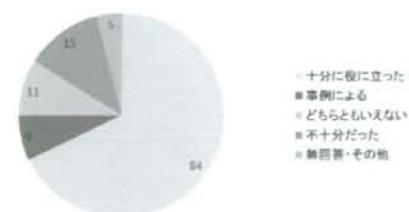


図33 社会復帰調整官の情報の有用性

ただし、法解釈上は、社会復帰調整官の生活環境調査はあくまでも審判に供するためのものであり、鑑定医に直接提供される性質のものではないとされている。そのような厳格な運用がされている旨の回答も散見された。

もっとも実際には、鑑定医による鑑定書と社会復帰調整官による生活環境調査とは互いに排他的な関係にはなく、両者が連携することにより、より適正な審判に資するところが

大きいと考えるのが現実的であろう。その意味では、多くの地域においては柔軟な対応が図られているといえる。

(9) 鑑定に支障を来した経験

鑑定に支障を来した経験のある鑑定医は28名と全体の2割強であった。その内容は多岐に渡っており、情報収集や検査の施行が困難といった鑑定作業の問題から、家族の軋轢や巻き込まれ、裁判所や前医との見解の相違といった連絡調整に関する事、身体合併症の発症、立地条件、時間の不足といった意見が見られた。鑑定入院の運用の指針がないことにとまどいを覚える意見もあった。

(10) 鑑定ガイドラインについて

鑑定医のほぼ全員が鑑定書を作成するにあたり鑑定ガイドラインに準拠したと回答している。また、半数弱に当たる58名が鑑定ガイドラインを使いやすいと評価しているのに対し、使いづらいと回答したのは22名であった（図34）。鑑定ガイドラインの項目については、適切で妥当との評価が68名と半数を上回ったのに対し、もっと簡略化してよいとの回答は29名であった。各種ガイドラインにおける共通評価項目に対する評価については、約4割に当たる53名が適切で妥当と評価した（図35）。



図34 鑑定ガイドラインは使いやすいか

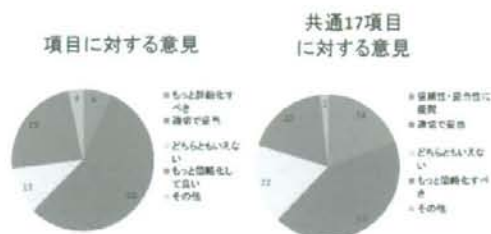


図35 鑑定ガイドラインに対する意見

鑑定ガイドラインは鑑定医には概ね良い評価を受けているようである。共通評価項目はHCR-20やPCL-R等のリスクアセスメントツールを日本流にアレンジしたものであり、厚生労働科学研究において信頼性妥当性の検証が行われているが、鑑定医の中にはまだなじみが少ないこともあり、その点にとまどいを覚える回答も散見された。今後の検証が必要であろう。

(11) 責任能力鑑定について

先だっで行われた責任能力鑑定の鑑定書については、約6割に当たる77名が情動的価値を感じていた。一方、検察等の責任能力判断に疑問を持つ事例を経験した鑑定医は31名、責任能力鑑定書と実際の対象者との間に齟齬を感じた事例を経験した鑑定医は28名であり、約4分の1が責任能力判断に疑問を呈した経験を有していた(図36)。

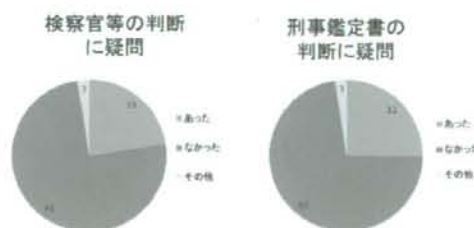


図36 責任能力判断に疑問を感じた事例

個別回答においては、検察官の申立ての基

準に対する異議を唱えたものが散見された。法案審議において、法務省では他害行為の内容が傷害であってその程度が軽い場合、具体的には概ね全治一週間にも満たない場合においては、敢えて申立てを行わないこともありうるとしているが、実際には当該の他害行為の社会に対する影響等も勘案して判断を行っていることもあり、申立てを行わないという判断はかなり慎重になされているようである。そのため、精神医療従事者から見ると過剰な申立てがなされているように映るのかもしれない。この点については、法の運用上、各々の職域における裁量権がどの程度容認されるべきかについて、現実的なコンセンサスの確立が望まれるところである。他方、鑑定医サイドにおいても、簡易鑑定書を見ずに医療観察法鑑定に臨んでいたり、自ら簡易鑑定を担当した事例について医療観察法鑑定を行ったりといった、適正な鑑定を行うにあたり問題となるような事例もあり、鑑定医における適切な業務遂行が求められるところもあるように感じられる。

(12) 鑑定医が判断困難と感じた事例

治療反応性、社会復帰要因、処遇の必要性、入院の必要性について、それぞれ判断に迷う事例を経験したか否かを問うたところ、いずれも鑑定医の3~5割が判断を迷った経験を有していた。特に処遇の必要性については半数に当たる62名が迷った経験があると回答している(図37)。

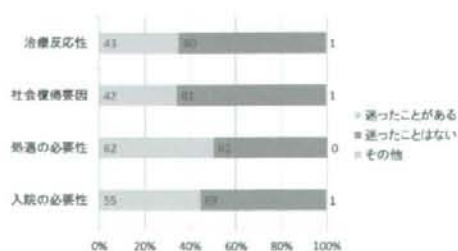


図37 鑑定医が判断困難と感じた事例

処遇の必要性について迷った事例に関する個別回答を見ると、重大でないと思われる被害行為に対する申立てや措置入院終了後の申立てに対する疑念等があった。ただ、これらは正確には「法令的には適切であるものの臨床実感にそぐわない申立てに対する困惑」とでもいうべきものであり、処遇判断そのものについて迷ったのとは質の違う疑念であるように思われる。総じて、鑑定医は処遇判断についてはあまり迷うことなく鑑定を行っていると考えられる結果である。

(13) 鑑定書の作成について

鑑定書の作成にかかる報酬については、裁判所との間で特に取り決めはないとの回答が65名と多数であった。規定されている報酬額の平均値は24.5万円であった(図38)。鑑定書作成の負担感については、やや負担という回答が61名で全体のほぼ半数であり、大いに負担とした37名と合わせて約8割が負担を感じていた。今後も鑑定を引き受けたいかとの問

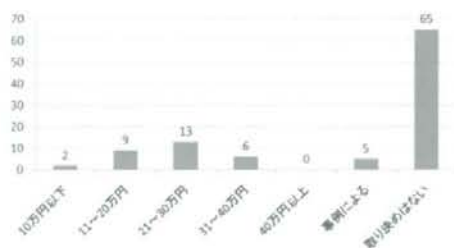


図38 鑑定書作成報酬

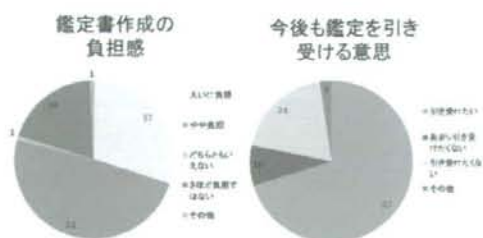


図39 鑑定書の作成の負担感等

いに対しては、約7割に当たる87名が引き受けたいと回答していた(図39)。

鑑定書作成にかかる報酬については全国標準がなく、トラブルとなる場合も少数ながら存在するようである。また多くの鑑定医は相応の負担感を感じているにも関わらず、今後も鑑定を引き受ける意志を有している。その理由は様々であろうが、鑑定医が今後も意欲的に鑑定を請け負い、適切な処遇決定によりひいては対象者の社会復帰に結びつけることができるための方策の重要性を感じさせる結果であるといえる。

(14) 審判について

審判前の打ち合わせについては、半数強に当たる71名が参加したと回答した。事前打ち合わせの必要性については6割に当たる79名が必要と回答した(図40)。

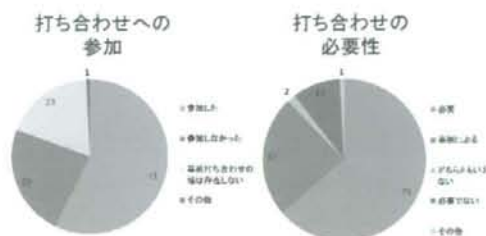


図40 審判前の打ち合わせ

社会復帰調整官の意見が審判結果を左右した事例があったと回答した鑑定医は106名と全体の8割に及んだ。

鑑定書の提出後に検察ないし付添人から追加の説明を要求された経験を有する鑑定医は15名で、全体の8割に当たる107名はそのような経験はないと回答した。

審判期日への出廷が原則となっていると回答した鑑定医は46名で全体の4割弱であった。審判期日の行われる場所については、原則として裁判所との回答が97名と約8割に及

んだ。審判期日に負担を感じた経験のある鑑定医は7名に過ぎなかった。

審判の結果については過半数に当たる71名が裁判所から結果の通知を受けているが、42名は結果の通知を受けていなかった。審判結果が鑑定の見解と異なった経験を有する鑑定医は全体の2割に当たる17名で、約8割に当たる98名はそのような経験はなかったと回答している。

現在のところ、医療観察法の審判においては、責任能力判断が問題となる裁判とは異なり、鑑定人が過剰なプレッシャーを受けることは比較的少ないようである。個別回答においては、詳細な説明を求める裁判所や、医療観察法の医療に機械的に反対する付添人等に対する心理的負担が挙げられていた。これについては地域や当事者間の格差が大きいようである。

5. 指定医療機関調査

平成18年度の指定医療機関調査では、指定入院医療機関9施設の医師17名、指定通院医療機関31名（回収率63.3%）から回答を得た。19年度の指定入院医療機関に対する調査では8施設から363例の入院事例に関する回答を得た。18年度と19年度では調査対象や調査項目が異なるため、以下に、別々に結果を示す。

（1）平成18年度の指定医療機関調査結

①医療観察法鑑定書の入手可能性

指定入院医療機関においては9割以上が医

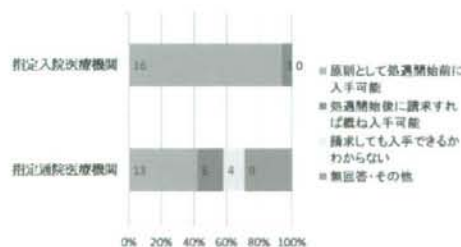


図41 医療観察法鑑定書の入手可能性

療観察法の鑑定書を処遇開始前に入手できると回答した。他方、鑑定書を処遇開始までに入手可能と回答した指定通院医療機関は約4割であった（図41）。

鑑定書は対象者の病状等を知る上で貴重な情報源になると思われるが、指定通院医療機関においては鑑定書の早期入手にはあまりこだわっていないようである。

②刑事司法鑑定書の入手可能性

簡易鑑定等の刑事司法鑑定に関する鑑定書については、原則として処遇開始前に入手可能と回答した施設は指定入院医療機関・指定通院医療機関ともに約3割にとどまった（図42）。

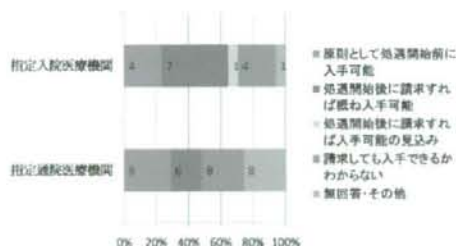


図42 刑事司法鑑定書の入手可能性

処遇の開始時点においては、責任能力判断は適切であることが前提となっているため、あえて刑事司法鑑定書に目を通す必要性は薄いと考えられる施設が多いのかもしれない。

③鑑定ガイドラインについて

医療観察法の鑑定書が鑑定ガイドラインに準拠しているか否かについての質問に対しては、指定入院医療機関と指定通院医療機関とで回答が大きく異なった。指定入院医療機関においては、準拠していないものもあるという回答が約7割を占めたのに対し、指定通院医療機関においては約6割がすべて準拠していると回答した（図43）。

他方、鑑定ガイドラインに改善の余地があるか否かに関しては、指定入院医療機関・指定通院医療機関とも6割以上が特に改善の必要はないとしており、問題を提起している回答においても、ガイドラインそのものよりもガイドラインの使い方に疑問を呈するような記載が散見されるところを見ると、鑑定ガイドライン自体に問題を感じているわけではなさそうである。

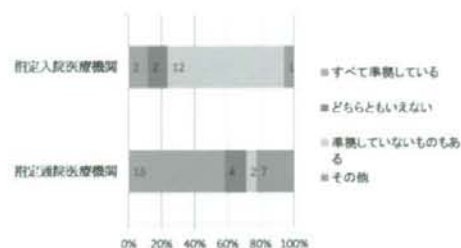


図43 鑑定書はガイドラインに準拠しているか

④鑑定書に対する疑問

鑑定書に対する疑問に関しても、指定入院医療機関の評価と指定通院医療機関のそれとは大きく異なっている。

診断への疑問は指定入院医療機関の8割弱で疑問を感じたことがあるのに対し、指定通院医療機関では1割に過ぎない(図44)。精神障害と対象行為の関係については、指定入院医療機関では7割が疑問を感じたことがあるのに対し、疑問を感じたことのある指定通院医療機関は1施設もなかった(図45)。責任能力判断においては指定入院医療機関の7割が疑問を感じたことがあるが、そのように回答した指定通院医療機関は1割に満たない(図46)。治療反応性に至っては、ほぼすべての指定入院医療機関が疑問を感じたことがあるのに対し、疑問を感じたことのある指定通院医療機関は1割強に過ぎなかった(図47)。社会復帰要因についても順に8割に対して1割、共通評価項目については6割

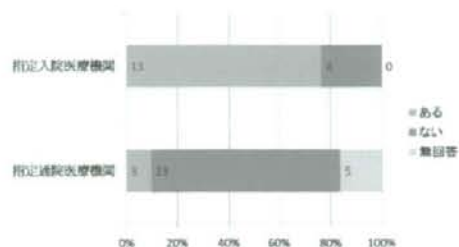


図44 鑑定書の診断に疑問を感じた事例

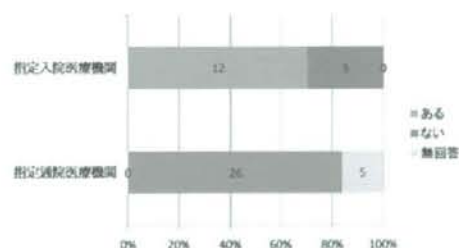


図45 精神障害と対象行為との関係について鑑定書に疑問を感じた事例

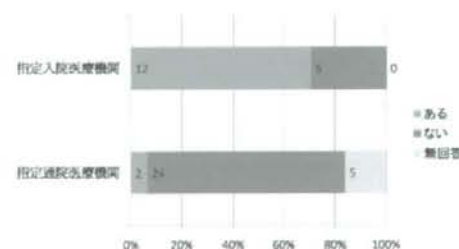


図46 責任能力判断に疑問を感じた事例

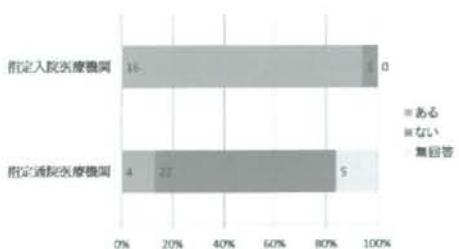


図47 治療反応性に疑問を感じた事例

に対して1割と、指定入院医療機関と指定通院医療機関とで大きな認識の差を生じている（図48）。さらに、指定入院医療機関の全施設において、処遇決定に疑問を感じたことがあると回答しているのに対し、そのように答えた指定通院医療機関は2割に過ぎない（図49）。

特に診断においては、統合失調症と精神遅滞の鑑別、発達障害の合併、認知症とうつ病の誤診といった基本的な誤りを指摘する声が多かった。対象行為との関連においては、薬物の関与や、衝動的行為と病的体験に基づく行為との峻別に関する疑問が提示された。指定入院医療機関においては、仮に1名でも処遇決定に疑問のある事例があれば、強い疑問を感じるであろうし、指定通院医療機関においては、ある程度見通しのついた対象者を受け入れることが多いであろうから、これらの評価の差異には不可避のところもあろう。そ

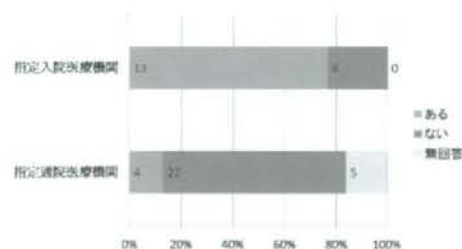


図48 対象者の社会復帰要因に関して鑑定書の判断に疑問を感じた事例

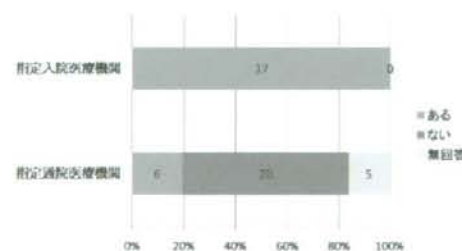


図49 審判における処遇決定に疑問を感じた事例

れでも、処遇決定に疑問を持たれるような事例が多いと、実際に処遇を行う精神医療従事者のモチベーションに悪影響を及ぼすし、審判の信頼性も揺らぐことが危惧される。処遇の基準の統一化とそのための早急な啓発が望まれるところである。

⑤ 鑑定医の能力にばらつきを感じるか

指定入院医療機関の6割が鑑定医の能力はかなりばらついていると感じているのに対し、そのように答えた指定通院医療機関はほとんどない（図50）。鑑定書の分量については、指定入院医療機関の5割がかなりのばらつきを感じているのに対し、そのように答えた指定通院医療機関は1割にとどまっている（図51）。入院処遇決定の判定基準についても、指定入院医療機関の6割がばらつきを感じているのに対し、そのように答えた指定通院医療機関は1施設のみであった（図52）。

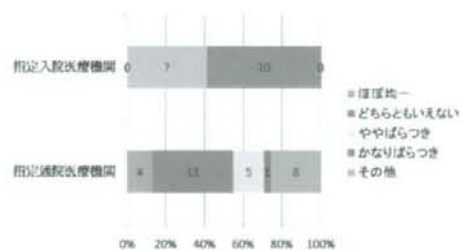


図50 鑑定医の能力にばらつきを感じるか

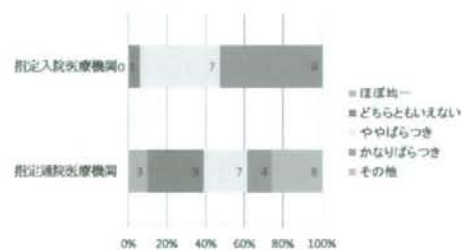


図51 鑑定書の分量にばらつきを感じるか

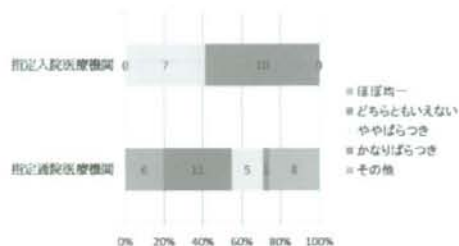


図52 審判における入院処遇の判定基準にばらつきを感じるか

この結果は、統計上の問題に起因しているところもあると思われる。多くの指定通院医療機関は複数の対象者を比較する機会に乏しく、また同じ地域の対象者を処遇しているのに対し、指定入院医療機関は全国各地の対象者を複数名受け入れているため、より個人間・地域間のばらつきを感じ取りやすいのであろう。

ただし、各設問についてはほぼ均一であると答えた施設が少数であることから、多くの施設が何らかのばらつきの存在を感じていることは確かである。

⑥鑑定の標準化のための方策について

鑑定の標準化のためには指定医療機関からのフィードバックが必要であるという意見は多く、ほぼすべての指定入院医療機関と半数以上の指定通院医療機関が肯定的な見解を持っている（図53）。

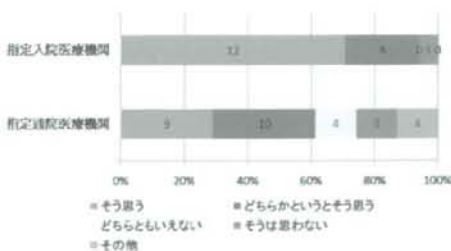


図53 鑑定の標準化のため指定医療機関からのフィードバックは必要か

ただし、そのための具体的な方策については意見が分かれている。指定入院医療機関においては、精神保健判定等養成研修や司法精神医学会等の学会活動がフィードバック方法として有効であるとする意見は半数程度に過ぎず、全国的な調査の定期的施行の方が有効性が高いと考えているが、それについても明らかに有効とする意見は2割程度に過ぎない（図54）。他方、指定通院医療機関においてはいずれの方法においても6割程度が有効であるとしており、方策間の差異はなかった（図55）。

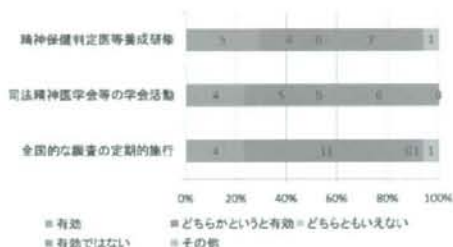


図54 フィードバックのための方策の有効性（指定入院医療機関）

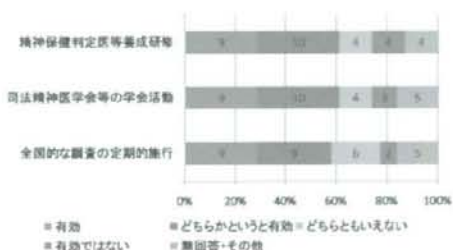


図55 フィードバックのための方策の有効性（指定通院医療機関）

具体意見として、指定入院医療機関からは、指定入院医療機関の職員との意見交換の必要性を述べるものが多かった。入院医療の現場を見てその可能性と限界を知ること、仮定の症例検討会の開催、法曹との対話等を強調する意見もあった。対照的に、指定通院医

療機関からは具体的な意見が少なく、現時点では良くわからないというのが率直な感想のようである。

指定入院医療機関はフィードバックの必要性を痛切に実感しながらも、現行の方策のみでは不十分な効果しか期待できないのではないかと危惧しているのに対し、指定通院医療機関の見解はより楽観的であるように思われる。

⑦ 鑑定書の様式化について

医療観察法の鑑定書を成年後見制度のそのように様式化することについては、指定入院医療機関の6割が肯定的見解を持っているが、当の鑑定医や指定通院医療機関はあまり積極的ではない。特に鑑定医の半数は否定的見解を有している(図56)。鑑定書を記載する立場においては、様式に縛られず柔軟な鑑定書の作成を心がけているのに対し、鑑定書の質のばらつきを危惧する指定入院医療機関は一定水準の鑑定書が作成されるような方策を望んでいるのかもしれない。

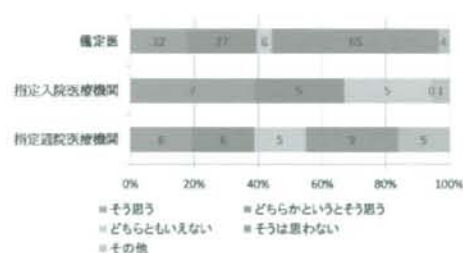


図56 鑑定書を成年後見制度のように様式化した方が良いか

(2) 平成19年度指定医療機関調査

調査対象10施設のうち8施設から回答があった。

① 入院処遇判定への疑義事例

8施設がこれまでに受け入れた入院処遇事

例は通算363例であった。このうち、入院処遇の判定に疑義のあった事例が59例(16.3%)あり、うち15例では、病院管理者による退院請求がなされていた。

② 医療観察法鑑定書への疑義事例

また、医療観察法の鑑定書に疑義ありとの回答が56例あったが、疑義項目別の事例数は、以下のようになっていた。

診断	46 (82.1%)
疾病性	33 (58.9%)
治療反応性	40 (71.4%)
社会復帰要因	16 (28.6%)
医療観察法適応	29 (51.8%)
入院処遇適応	47 (83.9%)

すなわち、入院処遇の適応はないと指定入院医療機関側が評価した事例が最も多く、次いで診断への疑義、治療反応性への疑義、疾病性への疑義と続いた(図57)。

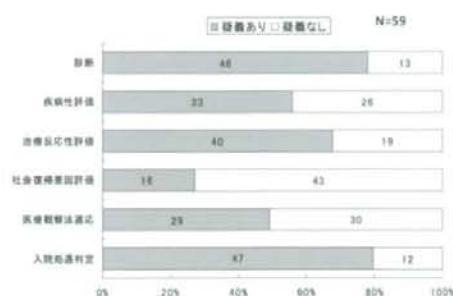


図57 鑑定書への疑義内容

さらに、これら56例の鑑定入院が実施された地区を地検単位で示すと、以下のようであった。

札幌	2
水戸	3
栃木	1
埼玉	3
千葉	1

東京	3
横浜	2
石川	1
静岡	5
愛知	3
京都	1
大阪	4
神戸	3
広島	1
高知	1
福岡	5
熊本	2
長崎	1
鹿児島	1
沖縄	2
無回答	10

6. 不処遇事例調査

調査票を送付した53の保護観察所のうち50か所から、不処遇事例121、却下事例15について回答があった。

以下に、主な項目について、不処遇事例と却下事例を、本研究班が把握している全鑑定事例389例のうち入院処遇もしくは通院処遇となった医療観察法対象事例195例と比較して図示し、不処遇および却下事例群の特徴を説明する。次いで、不処遇事例を例示し、医療観察法の適応基準の文脈で考察を加える。

(1) 性別

図58に、不処遇事例（121例）、却下事例（15例）、および対象事例（195例）における性別を示した。不処遇事例、却下事例では、対象事例に比べて女性の比率が多いことがわかる。不処遇の理由で最も多いのは、「あえて医療観察法による医療の必要がない」というものであるが、そのように判断した背景には、性差が影響を及ぼした可能性がある。

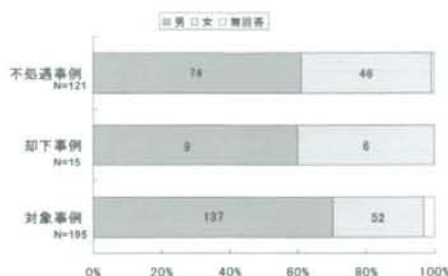


図58 性別

(2) 年齢

図59に、年齢階層を3者で比較して示した。不処遇事例では対象事例に比べて60代以上の高齢者の比率が高い。却下事例において、40代の比率が有意に高く、60代以上の高齢者の比率が低い。母数が小さいため、偶発的であった可能性が高い。

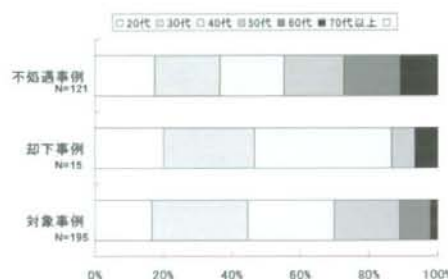


図59 年齢階層

(3) 診断

図60に示したように、診断の比率は、3者で大きく異なっていた。不処遇事例では、対象事例に比べて、F7（知的障害群）と認知症を含むF0（身体因性障害群）の比率が有意に高かった。これらの診断群では、治療反応性がないと評価され、不処遇の判定がなされた事例が多いためであろう。

却下事例では、F6（人格障害）とF1（物質使用障害）の診断群が突出している。責任能力ありと評価され、申し立て却下（検察官への差し戻し）とされた事例が多いためであ

ろう。

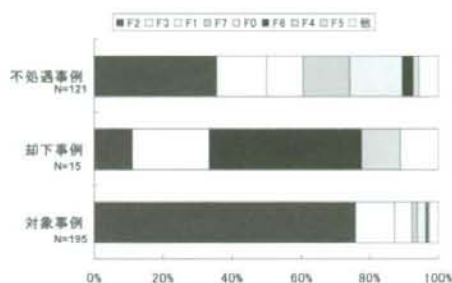


図60 主診断

(4) 対象行為

図61に対象行為の比率を示した。不処遇事例では、対象事例に比べて殺人および殺人未遂の比率が低く、放火（未遂を含む）の比率が高かった。すなわち、対象行為の重大性が相対的に低かった。この点が、不処遇の判定に影響した可能性がある。

却下事例では、傷害と強盗（未遂を含む）の比率が突出している。事例数が少ないので、断定的なことはいえないが、強盗事件では責任能力が問われる事例が多いことは頷けることである。

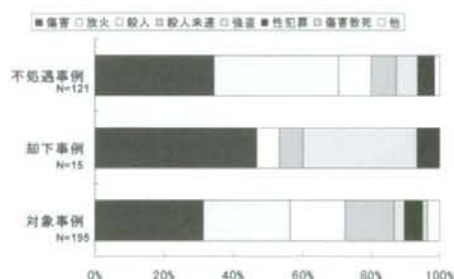


図61 対象行為

(5) 刑事処分

図62に示したように、却下事例では、明らかに起訴猶予（心神耗弱）事例が多い。診断構成（人格障害と物質使用障害が多い）や対象行為（強盗が多い）と並んで、刑事責任が問えると判定され、申し立て却下となった事

情が推測可能である。

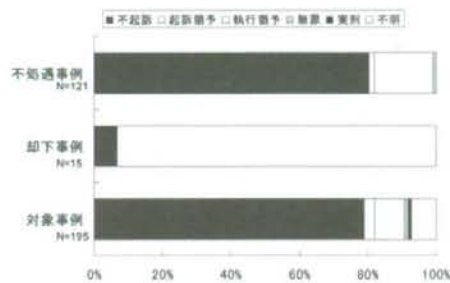


図62 刑事処分

(6) 不処遇の理由

図63に、不処分理由の比率を示した。「あえて医療観察法による医療の必要がない」という理由が最も多い。しかし、2007年7月の最高裁判決は、医療観察法の適応があるにもかかわらず、精神保健福祉法による医療で足りるという理由で不処遇とするのは許されないとしている。今後は、このような理由による不処遇の決定が抑止されることとなろう。

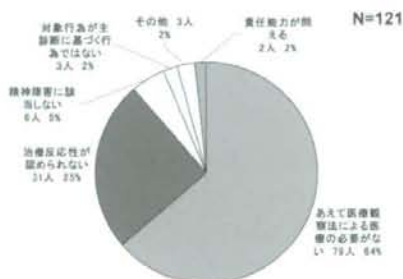


図63 不処遇の理由

(7) 却下の理由

図64に、申し立て却下と判定した理由の比率を示した。やはり、責任能力が問えるとして申し立て却下された事例が最も多い。ただし、却下されたからといって、必ずしも起訴されるとは限らない。心神喪失による不起訴という処分内容から、心神耗弱のため起訴猶予へと刑事処分が変更され、申し立てが維持された事例もある。

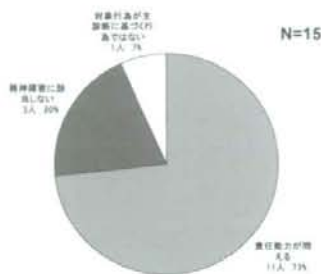


図64 却下の理由

D. 考察

1. 鑑定入院医療機関における医療水準のばらつき

全国の鑑定入院医療機関の水準はかなりのばらつきがある。施設ごとの医療資源の差異に始まり、処遇決定のプロセスや対象者への説明・告知の方法、対象者の行動制限から治療戦略に至るまで、多くの施設が様々な基準を用いて判断を行っているが、その内容における施設間格差・地域格差は予想以上に大きかった。

特に、全入院期間中対象者を隔離することを前提としていたり、対象者の薬物療法を必要最小限に制限していたりといった、推奨されない基準を用いて対象者を処遇している施設が散見されることは、早急に改善すべき問題であるといえる。また、鑑定入院医療機関側から見ると、対象者の生活費の問題や、鑑定入院終了後にも対象者が鑑定入院医療機関にとどまっているという事態は、鑑定入院を受け入れるにあたり大きな障害となるおそれがある。

いずれにせよ、多くの鑑定入院医療機関においては対象者の処遇を手探り状態で進めているのが現状ではないかと思われる。多くの施設が望んでいるように、鑑定入院の処遇のあり方を標準化するための取り組みが早急に必要であることと思われる。

2. 鑑定入院ガイドラインの意味するもの

平成20年度の鑑定入院ガイドライン調査では、本研究班が示した鑑定入院ガイドライン案が、現実的にも多くの鑑定入院医療機関で受け入れられている現状を示したが、未だ達成されていない項目も多い。それらを総括すると、鑑定入院医療機関は一般精神医療に比べて、治療に対して消極的であり、行動制限に関してはより強固であり、対象者への告知についてもなおざりになりがち傾向があるという実態がある。これらは言うまでもなく今後早急に是正すべき問題である。

(1) 鑑定入院制度の運営責任

そもそも、このような事態が起きている背景には、鑑定入院医療機関の運営に関する法令的根拠が乏しいという事実がある。平成18年度の本研究報告でも述べたが、医療観察法を制定及び施行するに当たり、政府は指定入院医療機関に関しては精神保健福祉法と同等以上の施設基準を法定するとともにその運営のあり方についても詳細なガイドラインを示しているが、鑑定入院医療機関に関してはそのような規定を一切設けなかった。

これは、鑑定という作業が対象者の治療を含むものか否か、鑑定入院制度を所管するのが厚生労働省なのか法務省なのか裁判所なのか、といった制度設計上の整理があいまいであったことに起因しているように思われる。

鑑定入院は当然に病院で行われるものであり、病院の管轄は厚生労働省であるが、厚生労働省には鑑定入院医療機関そのものを指導監督する権限がない。鑑定入院命令を発しその医療費を支弁するのは裁判所であるが、鑑定入院中の医療内容の妥当性を検証し医療費の査定を行う技術を裁判所が有しているかは疑問である。

さらに、対象者を収容するにあたり鑑定入

院医療機関を調整し実際の移送を行う業務は、当初審判では検察庁、再入院の審判では保護観察所がそれぞれ担っているが、収容先である鑑定入院医療機関のリストは厚生労働省が各都道府県に協力を依頼して作成されたものである。仮にそのリストの中に劣悪な施設が混在していたとしても、それを除外する権限はいずれにもない。

このように、鑑定入院制度はその責任や監督権限の所在が未整理の状態では運用されているのが現状である。司法精神医療の入口であり、鑑定であると同時に医療であるという、これまで本邦に存在しなかったパラダイムを創設するに当たっては相当の議論があったであろうし、制度施行当初は一定数の鑑定入院医療機関を確保することが至上命題であったことは想像に難くなく、その意味では現状は過渡期における混乱として不可避であったとの意見もあろう。

しかし、医療観察法制度施行3年間を経て、制度の特長や問題点が浮き彫りになりつつある現在、そろそろ鑑定入院制度のあり方を今一度見直すべき時期に来ているといえるのではなかろうか。例えば、鑑定入院を司法精神医療の入口として捉えるならば、鑑定入院医療機関の基準の法令化、適切な施設の選別と指導監督、医療費の予算措置及び査定などの業務を厚生労働省が一元的に担うという制度設計も、一考の余地があるのではないかとと思われる。

(2) 鑑定入院における医療水準の確保

この項の最後に、鑑定入院の質の向上が急務となっている事情をもう一点指摘しておく。

現在、医療観察法指定入院医療機関の開設が進まないことから、病床数の大幅な不足が顕在化している。この事態に対し、政府は省令改正により、審判により入院決定を受けた

対象者を、医療観察法特定病院に指定した鑑定入院医療機関に一時的に留め置くという応急措置を講じている。この現状は都道府県立医療機関で病床が確保されるまで短くとも数年は続くと思われる。したがって、当面は鑑定入院医療機関においても医療観察法による入院医療を提供することが求められることとなる。

特定病院の円滑な運用のためには鑑定入院医療機関における医療水準の確保が極めて重要であることは言うまでもない。この点がなござりになれば、指定入院医療機関に入院できず鑑定入院医療機関に留め置かれた対象者が十分な医療を受けられず、よって入院が長期化し、一層の病床不足を招くという悪循環から、司法精神医療に対する信頼性が損なわれ、最終的には医療観察法制度自体が破綻をきたすという最悪の展開も考えられるのである。

3. 鑑定医の鑑定能力の均霑化

平成18年度の鑑定医調査の結果を見る限り、鑑定医が行う鑑定そのものに関しては、議論もあるものの、概ね円滑に行われている様子である。鑑定医と鑑定入院医療機関、主治医、副主治医、鑑定助手といった役割分担については未だコンセンサスを得るに至っておらず、今後も検討する必要がある。

最も問題となるのは、鑑定医の鑑定内容は、当の鑑定医が思っているほどには指定医療機関、特に指定入院医療機関から評価されていないということである。判断する者と処遇を行う者とは立場が異なるのは当然であるが、決定がなされるたびに見解の相違が明らかになるのでは法の運用に差し障るし、対象者の不利益にもつながるおそれがある。このような現状を打開するためには、精神保健判定医や鑑定医と指定医療機関の従事者、その他処遇に携わる者達が一堂に会して情報を共有し議論する場を設けることが最も有効で

あるように思われる。

4. 指定医療機関による鑑定書の評価

(1) 平成18年度調査

平成18年度の調査では、指定入院医療機関の医療観察法病棟担当医師に対して、鑑定書に疑義を抱いた経験の有無について意見を求めたところ、18人から回答があった。その結果を疑義項目別に示したのが図65である。これによると、鑑定書における治療反応性の評価に疑問を感じたことがあると回答した医師が94.4%に上ったのをはじめ、全項目で6割以上の回答者が、疑義のある鑑定書に遭遇したことがあったと答えている。

しかし、この調査結果は、回答者が疑問を感じた鑑定書に1例でも遭遇したことがあれば、疑義ありと分類されてしまうため、疑義鑑定書が大半を占めるかのように誤解されやすい。図65は、むしろ、診断や疾病性に疑義を感じた鑑定書に一度も遭遇したことがない指定入院医療機関の医師が2割以上もいた、と鑑定書の信頼度をプラスに評価しておくべきであろう。

(2) 平成19年度の調査結果

平成19年度の調査では、視点を変えて、指定入院医療機関への入院処遇事例の全てを対象として、医療観察法関連項目の評価に疑

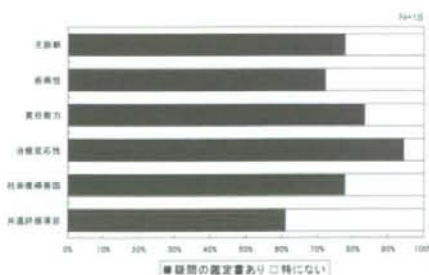


図65 指定入院医療機関における鑑定書への疑問 (平成18年度)

義のあった鑑定書の実数を洗い出してもらった。

その結果、疑義鑑定例は59例で、全入院処遇事例363例に対する比率は16.3%、このうち15例(4.1%)については、病院管理者から退院請求が申し立てられていた。疑義鑑定59例における項目別の疑義比率を図57に一覧表示した。

特に診断と入院処遇適応についての疑義が目立つ。平成19年度調査では、診断構成までは調査しなかったため、どの診断に疑義があったのか判然としないが、疾病性や治療反応性、あるいは責任能力との関連で推測すれば、鑑定書で精神病圏とされた診断が、指定入院医療機関では神経症圏(解離性障害等)や人格障害圏(自己愛性人格障害等)へと変更された可能性が高い。

疾病性、治療反応性、社会復帰要因の3要素のいずれかにおいて医療観察法への適応がなければ不処遇、刑事責任能力が認められれば却下という判定が下されるべきであり、入院処遇の必要性が認められなければ通院処遇が推奨されるべきであるが、鑑定における判断や法解釈の誤りのために、指定入院医療機関に紛れ込んでしまった事例が約6例に1例あった、と指定入院医療機関は評価したのである。

この不一致率は、指定入院医療機関から見た場合、大きな数値と感じられるであろう。指定入院医療機関の増設を語る前に、入院処遇の判断を厳密に行ってもらいたい、との声がかえてくるといってもよい。ただし、鑑定医側の抗弁の機会がないので、あくまでも、指定入院医療機関の側からみた数値であることを差し引いておく必要がある。診断はもとより、医療観察法適応や入院処遇適応が判定医によって食い違う事例の生ずることは避けられないからである。