

5. 処遇判定基準をめぐって

医療観察法37条は、鑑定医に対して、医療観察法による医療の必要性（医療観察法適応）の有無を判定すること、および、適応がある場合には、入院処遇の必要性の有無（入院処遇適応）を判定することを要請している。医療観察法の鑑定には、このように、順序のある二段階の判定作業が求められている。

（1）医療観察法適応の判断基準

第一段階での判定は、先に述べたように、疾病性、治療反応性、社会復帰要因という3要素の評価によってなされるが、鑑定医に求められる鑑定事項は、通常は以下のように表現されている（括弧内は分担研究者の注釈）。

- （ア）対象者が精神障害者であるか（診断）
- （イ）精神障害者である場合には、その精神障害は、対象行為を行った際の原因となった精神障害と同様のものであるか否か（疾病性）
- （ウ）同様の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（治療反応性）
- （エ）治療可能性が認められる場合には、その医療（医療観察法医療）を受けさせなければ、その精神障害のために同様の行為を行う具体的・現実的な可能性があるか否か（再発リスク）

このような4項目について鑑定医の見解が求められる。すなわち、社会復帰要因という言葉は、実はどこにも出てこない。（エ）の再発リスク評価の中に、医療提供要因などとともに包摂されていると見てよい。このままでは、包括的にすぎるため、もう少し臨床に即した形で医療観察法の適応条件を表現して

みると、以下のようなになる。

- （i）対象行為が精神障害に起因するものであること
- （ii）その精神障害に治療反応性があること
- （iii）鑑定時現在の病状と社会復帰要因に鑑みて、その精神障害による対象行為が近い将来に再発する可能性が高いこと
- （iv）その可能性は、従来の精神保健福祉法による医療では減ずることができず、医療観察法による医療によってのみ減ずることができること

論理的には、以上の4項目を、「具体的・現実的な」エビデンスによって論証することができれば、医療観察法の適応となり、できなければ適応外（不処遇）ということとなる。

（2）入院処遇適応の判断基準

医療観察法適応の有無については、複数の判定医間で常に評価が一致するとは限らないものの、少なくとも医学的な議論が可能である。

これに対して、第二段階の入院処遇適応の判定については、非医学的な要素が介在しやすいため、複数の判定医および法曹関係者の間で評価が不一致となる確率が大いいと推定される。第二段階で求められているのは、「医療観察法による入院治療」の要否判断であり、「入院治療一般」の要否判断ではない。第一段階で医療観察法による医療が必要であるが、病状が十分に回復し、治療意欲・治療関係とも良好のため、通院処遇で再発防止が可能と判断されたとしても、非医学的な理由（例えば、自宅を放火したため住居がない、地域住民が対象者の帰住に反対しているなど）により、直ちに在宅ケアに移行することが困難の場合、入院処遇が必要なのか、在宅ケアの条件が整うまで、精神保健福祉法に

よる任意入院という形で対処するのが妥当ではないのか、という議論がありうる。

以下に、入院処遇の適応基準についての議論を整理してみる。

①入院処遇の絶対基準

入院処遇の適応症例は、指定入院医療機関における高度に管理的で専門的な入院治療が必要不可欠であり、その他の医療機関では、たとえ（病院機能評価機構の審査をパスしたような）高度な医療水準にある病院においても、再発防止と社会復帰促進という医療観察法の立法趣旨を実現することが不可能な症例である、と定義づける立場がある。いわば、入院処遇の絶対基準である。この基準に従うならば、入院処遇を推奨する鑑定医は、そのような基準に合致する症例であることを積極的に論証しなくてはならない。

②入院処遇の相対基準

ところが、現実には、入院処遇の必要性を論証するよりも、在宅ケアの困難性を論拠として入院処遇を推奨する鑑定が少なからずあると推測される。わが国における精神科病院群の現状とばらつきを考慮すると、「十分な在宅ケアを提供できる病院が近辺にない」という非医学的な理由をもって「入院処遇が不可欠」と結論づけられる可能性が十分にある。

あるいはまた、高規格の病棟と高密度のスタッフ、それに専門的プログラムを備えた指定入院医療機関における入院治療が、再発防止と社会復帰促進のためには最善の選択肢である、という理由で入院処遇を推奨する鑑定もありうる。入院処遇が不可欠（must）ではないが、一般論的には最善（best）であるという論法である。

以上の判断根拠は、入院処遇の絶対基準に対して、相対基準ということができる。

③限定主義と拡張主義

絶対基準を採用するのは、入院処遇の対象事例を厳密に絞り込もうとする限定主義の立場に立つ人々であり、指定入院医療機関のスタッフや医療費を給付し医療観察法制度を監督する立場にある厚労省サイド、あるいは地域処遇を優先する弁護士などに親和性が高い。

対して、相対基準は、地域ケアを担当する人々や社会的安全を優先する検察官など、できるだけ多くの対象者が指定入院医療機関における高規格の医療を享受すべきであると考える拡張主義の立場に立つ人々に親和的である。

いずれにせよ、限定主義と拡張主義のどちらの立場に近いかによって、入院処遇の判定基準には判定医や関係者の間に個人差を生じてしまう。今回の調査結果が示した疑義鑑定例59例のうち、指定入院医療機関の側から退院を申し立てた15例（明らかな誤審と評価された事例）を除く45例（全入院事例の12.4%）は、ここでいう入院処遇の絶対基準と相対基準の落差を反映した事例ということもできる。

6. 不処遇の判定基準

本研究班は、関係各機関の協力を得て、不処遇事例に関わる鑑定書や審判決定書を何例か収集し、内容を検討した。この中から、4例を紹介し、次項で不処遇の判定基準を検討する。なお、事例の特定を回避するために、実際の鑑定書を改変している。

（1）不処遇事例の提示

【事例1】70代前半の男性。アルツハイマー型認知症。対象行為は傷害。

対象者は、小学校3年以來、登校せず、若い頃からやや暴力的になりがちだった。道路交通法違反と詐欺で、若い頃に2、3回、

逮捕歴があるが、以後は農機具修理業を自営し、真面目に生活していた。配偶歴はなく、単身生活を続けてきた。

対象行為の3年前頃から記憶力低下が目立ち、仕事も単純なもののみ受けていた。最近では年金で生活し、その管理も自身ではできないため、近隣の親族に依頼していた。一度、徘徊し、他県で保護された。

対象行為当日、近隣の民家に侵入し、仏間で臥床し、休んでいたところ、その家の住民に発見された。本人は「自宅への侵入者を懲らしめる」かのように、ほうきで民家の住民に叩きかかり、傷害を負わせてしまった。住民が逃げ出した後、本人はそのまま仏間にふとんを敷いて寝てしまい、来訪した警察官に逮捕された。

警察に連れて行かれた後も、「俺は何もしてない」「お前たちが連れてきた」など話しており、まったく記憶していない様子であった。

鑑定入院後、病棟では穏やかに過ごしているが、たまに怒りだし、大声を上げることがあった。HDS-R3点と、最重度認知症と思われた。急性期閉鎖病棟で、認知症患者がほとんどいないため、夜間は退院まで隔離された。

頭部MRIで、水平断では、頭部CT同様、前頭葉、側頭葉の萎縮、海馬の萎縮と側脳室の拡大が目立っていた。側脳室周囲には高信号の部位があり、微小な脳梗塞が散在と思われた。臨床経過と併せて、アルツハイマー型認知症と診断された。

鑑定は、治療反応性が認められないため不処遇の判定を下し、審判もこれを追認した。不処遇決定の当日、地元の精神科病院が併設する老人保健施設に入所した。

【事例2】70代後半の女性。妄想性障害。対象行為は放火。

対象者は、中学卒業後、作業員などをして生活。結婚して数人の子を儲けるが、本人が50代から60代にかけて、子供が相次いで統合失調症を発病。夫と共稼ぎをしながら家計を支えたが、近年は生活保護を受けていた。対象行為の2年前に長男が心不全で急死。半年前には夫も悪性腫瘍で病死し、残された子供と孫（知的障害あり）たちと同居して世話をすることとなった。

借家の老朽化のため立ち退きを求められたが、福祉事務所は立ち退き料を所得と認定して転居費用を支給しなかったため、対象者は市長への不満を募らせていった。しだいに不眠がちとなり、近隣の物音に敏感となり、「いやがらせて音を出している」と口論するようになった。このため、近隣からも孤立するようになった。

対象行為の当日、家族全員を仏壇の前に集め、「市長から迫害されている」「追い詰められたので、みんなで死のう」と自宅に放火した。対象者は広範な熱傷を負い、地元の総合病院に数ヶ月入院。退院と同時に現住建造物放火の罪で逮捕されたが、簡易鑑定のうち心神喪失とされて不起訴処分となり、医療観察法に申し立てられた。

鑑定入院直後は、物音に敏感で、職員に対して、「お前は警官だろう」とすごみ、拒食が続いた。抗精神病薬の投与により、しだいに穏和となり、入院1ヶ月半後には家族とも和やかに面会し、対象行為について盛んに謝罪するようになった。

頭部CT検査において前頭・側頭領域に軽度萎縮を認め、大脳基底核にラクナ梗塞の散在を認めたほかは、検査所見には異常がなかった。しかし、心理検査は拒否された。

鑑定入院経過を総括して、鑑定医は、対象者を妄想性障害と診断し、対象行為もこれによるものと結論づけた。現在、迫害妄想は改善傾向にあるが、病識は希薄で、通院治療

では治療中断が予測される。支え手のいない家族要因も社会復帰を妨げている。したがって、入院治療が必要であり、治療反応性も認められるが、家族との強い絆を考慮すると、地元での治療とケースワークが重要で、医療観察法での強い枠組みによる処遇は必要ないとして、鑑定医は不処遇の判定を下した。

審判もこの鑑定結果を追認したが、検察官がこれを不服として高裁へ抗告。高裁はこの抗告を認めて、医療観察法による入院治療が必要と決定した。ところが、今度は付添人弁護士がこの決定を不服として最高裁に抗告した。しかし、最高裁は、医療観察法による医療の適応がありながら、精神保健福祉法による医療で再発防止と社会復帰が可能という理由で医療観察法の適応外（不処遇）とすることは許されないとして、付添人の抗告を却下。原審に差し戻された。

この結果を受けた地裁は、新たな裁判体で審判をやり直し、入院処遇の決定を下した。対象行為から約1年後、地元の精神科病院に転院し、良好な治療関係のもとで裁判所の決定を待っていた対象者は、結局、県外の指定入院医療機関へと移管されることとなった。

【事例3】40代前半の男性。統合失調症。対象行為は傷害。

対象者は子供時代からおとなしく友人は少なかった。大学卒業後、数回の転職ののち、機械工場に10数年勤めた。この間、労災事故で利き腕に大きな障害を遺したが、数年間は同じ工場で働いた。対象行為の6年前、実家を出てアパート住まいを始め、結婚相談所で紹介してもらった女性と数ヶ月間同居したが、結局、離別し、工場も辞めてしまう。

その後、実家に戻るも、引きこもりがちな生活を続けた。同じ頃、母親に認知症が目立ち始め、対象者は介護も手伝っている。しかし、しだいに、夜中に隣家に向かって叫ぶ、

家族が注意すると逆に攻撃的態度をとる、家中の壁をハンマーで打診して回る、自室内の家財道具を次々と捨てる、自宅のトイレを使わず外で用を足す、などの奇異な行動が出現するようになった。

家族は保健所や警察に相談に行ったが、受診勧奨にとどまっていた。そして、引きこもりから約5年後の某日、駅のプラットホームで面識のない2人の男性の顔面を素手で殴り、外傷を負わせる対象行為に至った。簡易鑑定によって統合失調症による幻覚妄想状態下の事件と診断され、不起訴ののち医療観察法に申し立てられた。

鑑定入院の当初においては、対象行為を否認し、「外国語を話す男たちに、いきなり駅で取り押さえられた」「逮捕したのは警察ではなく悪い組織」などと抗弁。連合弛緩に加えて、感情の平板化や自閉的態度が目立った。しかし、抗精神病薬の投与により、しだいに精神内界を語るようになり、数年前から幻聴が持続し、やくざ組織に狙われる恐怖を体験していたことなどを表明した。また、病識は不十分ながら、治療を受け入れる態度が現れている。家族も治療への協力を申し出ている。

以上の病歴と鑑定入院の経過等をふまえて、鑑定医は、現時点では入院治療の継続が必要であるが、今後、鑑定医の所属する医療機関において標準的な精神科治療を継続すれば、いずれ在宅ケアに移行することが期待できるばかりでなく、治療中断と病状悪化および対象行為の再発を防止することも可能であるとして、医療観察法による医療は不要であると結論づけた。

検察官が異論を呈したが、裁判所は、「現時点では、医療観察法による入院決定は、対象者の治療に効果的ではなく、鑑定人の意見の通り、精神保健福祉法による処遇に委ねても、対象者を鑑定人の所属する病院に医療保

護入院させる態勢が確保されており、その治療を受けるなどしておれば、対象者が本法対象行為と同様の行為を行う具体的、現実的な可能性はほぼない」として、不処遇の決定を下し、検察官も抗告しなかった。

【事例4】40代前半の女性。統合失調症。対象行為は実母の殺人。

対象者の母は、若い頃から親戚や隣人への被害的言動や奇行が目立ち、周囲から孤立しがちであった。対象者は、中高時代を通じて、成績は中の上。学校では、責任感があり、根気強いと評価されていた。高卒後、銀行に就職したが、職場内でのいじめもあってか、20歳ころから家族内で怒りっぽくなり、職場内でも目立つようになったため、家族の勧めで、22歳のころ、某精神科（鑑定入院先ではない）を受診している。

その後、通院しながら仕事を続けたが、しだいに休職の頻度と期間が増加。約10年後に退職となった。その直後に父が病死している。退職後は、通院は続けたものの、引きこもりがちで生活レパトリーに乏しい日々を母とともに過ごすこととなった。そして、対象行為の半年ほど前に、20年近く続けた通院を中断。前の職場などに、まとまらない内容の電話を頻繁にかけるようになる。

このような状況下で、対象者は、転びやすくなるなど身体機能の低下しつつあった母（当時70代）を自宅で絞殺するに至った。遺体とともに数週間を過ごしたのち、対象者は、親戚によって脱水状態で発見され、内科病院に入院して手当を受けたのちに検挙された。しかし、起訴前鑑定によって、統合失調症の慢性的幻覚妄想状態のため心神喪失と診断され、不起訴ののち医療観察法に申し立てとなった。

鑑定入院時は、まともには悪いながらも会話は可能で、「ずっとボイスコントローラー

でいろいろ言われて、怖くて水も飲めなかった」「今でも、聞こえている」と幻聴の持続を表明した。いっぽうで、「歯科医の夫と医師の息子がいる」と主張するなど、親族に関する妄想は確乎としていた。

対象行為については、対象者による絞殺の結論が出ているにもかかわらず、「〇〇さん（かつての上司の娘）が毒薬をもってきて母に飲ませたために、母は死んだ」と他者による毒殺であると主張。「死んだ母を腐らせまいとして水をかけたりしていたら、死に水とらなきゃ、という母の声が聞こえたので、生きてると思って安心した」などと、死体と同居した数週間を妄想している。結局、対象行為の詳細な状況はもとより、殺意さえも確認できなかった。日常生活活動性の低下しつつあった母の世話が負担になったのではないかと推測するにとどまった。

鑑定入院期間中、新規抗精神病薬を中心に薬物療法を施行したところ、幻聴や妄想の勢いがやや減じた印象はあったものの、著しい思考障害や意欲低下、自閉傾向などの慢性症状に変化は見られなかった。知能テストでは正常下限の知能とされ、各種の心理テストにおいても、著しい人格水準の低下が認められた。

以上の経過に基づいて、鑑定医は、対象者を治療反応性の乏しい統合失調症慢性状態と診断し、病状的にも環境的にも、現時点での在宅ケアは困難のため入院治療を要するとし、今後の長期にわたる医療と生活支援を考慮した場合、医療観察法による医療よりもむしろ、長年の通院先病院において精神保健福祉法による医療を継続するのが適当であると結論している。

この結果を受けて、裁判所は、対象者は環境変化に敏感に反応する人物であると認め、「治療反応性が弱いうえ、殺人や傷害などの粗暴な行為を行う可能性がないから、医療観

察法上の入院措置等をとることは相当ではなく、鑑定人が主張するように、これまでの住環境に近い場所での任意入院（もしくは医療保護入院）に基づく医療を受けさせるのが相当である」として、医療観察法上の不処遇と決定した。検察官による抗告もなされなかった。

（２）不処遇の判定基準

①不処遇の典型例

事例１は、治療反応性において医療観察法の適応外とされた典型例であろう。図60で示したように、不処遇事例の診断には、知的障害と認知症が3割以上含まれている。これらの事例では、急性精神病状態などの診断が併記されない限り、治療反応性が期待できないとして不処遇の審判が下されている。また、27ページの記述で示したように、審判終了後も精神保健福祉法による入院ないし通院医療が継続されている事例が大半を占めている。

審判前に関係者の事前協議が行われていたとすれば、この協議の場ですでに、不処遇の結論や審判終了後の処遇について、関係者（通常は、裁判官、審判員、参与員、検察官、付添人、鑑定医、社会復帰調整官の7者）の合意が形成されていたと推測される。

②不処遇判定が否定された事例

いっぽう、事例２は、一般的には治療反応性が乏しいとされる妄想性障害の診断が下されているものの、多分に状況反応性の機制が認められ、鑑定入院においても治療反応性が認められている。さらに、対象者の病識が不十分であることと、社会復帰の条件が未整備であることを考慮すると、論理的には医療観察法の適応があると判定すべき事例と思われる。したがって、不処遇の判定は、法的な観点からは整合性を欠くとされた。

しかし、入院処遇は、精神保健福祉法によ

る医療に比べて、社会復帰の促進という観点からすれば、臨床的にマイナス要因の増大をもたらすと判断された。要するに、この事例では、法的妥当性と臨床的妥当性が衝突してしまい、書面審査のみの抗告審では、法的妥当性が臨床的妥当性を凌駕する結果となってしまった。

医療観察法適応のある事例を医療観察法によらない入院医療という処遇に導こうとするならば、法的には、以下のような論理構成で臨まなくてはならないであろう。

- ア) 医療観察法による医療の適応がある。
- イ) しかし、高度に管理的で専門的な（強い枠組みでの）入院処遇は必要ない。
- ウ) したがって通院処遇が妥当である。

以上が鑑定主文で、以下は参考意見となる。

- エ) しかし、現時点では在宅ケアの条件が整っていない。
- オ) そこで、医療観察法115条（通院処遇中の精神保健福祉法入院を容認する規定）を援用して、精神保健福祉法による入院を推奨する。

事例２のように、入院処遇が臨床的にマイナスになると判断された事例において、法的妥当性と臨床的妥当性を両立させるには、この方法によるしかない。

ただし、このような変則的な便法は、通院処遇といつつ実質的には入院となる矛盾をはらんでおり、特にロジックを重んずる法律家の間には容認できないとする意見が少なからずあるものと推測される。この便法を容認するにしても、少なくとも任意入院とするのが筋であろうが、現実には医療保護入院が多い。

また、この便法が過剰に採用されると、指

定通院医療機関などが、指定入院医療機関の代用ベッドになるような事態を招く可能性もある。そのような事態を回避するためには、適切な密度と配置で指定入院および通院医療機関が設置され、入院処遇と在宅ケアとの臨床的なギャップ（時に社会復帰を阻害する要因となる）を最小化する方策が実現されなくてはならない。

③不処遇判定に関する今後の情勢

事例2に係る平成19年7月の最高裁判決の結果、医療観察法適応のある事例に対しては、臨床的には精神保健福祉法による医療で足りる、あるいは、そのほうが有効であるとの理由から不処遇の判定を下すことが、原則としてできなくなった。特に、入院の必要性があると鑑定医が記述すると、そのことをもって社会復帰要因に問題があるとされ、明らかに治療反応性を欠く認知症例などを除いては、ほぼ自動的に入院処遇という結論に導かれてしまう可能性が高くなった。

事例3および4のような慢性の統合失調症例に対しても、現代の精神医学・医療は、半永久的な入院という形態をとらなくとも、精神保健福祉法の枠組みで十分に病状をコントロールする方法論を有していると思われるが、そのような言説は、治療反応性を認定することと受け止められるかもしれない。そして、精神保健福祉法による医療を継続している限り対象行為が再発する「具体的・現実的な可能性」がないと鑑定医が主張しても、入院治療を要するほどの病状にあれば、裁判所は、「いずれ退院することを考えれば、手厚い在宅支援態勢や継続的通院を担保するために医療観察法の枠内に収めておくべきである」と判断する可能性がある。

すなわち、医療観察法適応に関しては、今後は、拡張主義が確実に優位となるであろう。33ページに示した医療観察法の適応条件

に即して言えば、(i) 疾病性、(ii) 治療反応性、(iii) 再発リスクの3項目について、その存在が論証できればよく、(iv) 医療観察法の不可欠性を証明する必要はなくなったともいえる。

逆に、不処遇の判定を下すためには、(i) (ii) (iii) という医療観察法の必要条件のいずれかを欠くことを論証する以外にないということになったといえよう。しかし、(i) (ii) はともかく、(iii) 再発リスクが高くないことを論証するのは現実的には困難である。「再発リスクが高くないと言い切ることのリスク」を回避しようとする鑑定医の心情を、あながち非難するわけにもいかない。いきおい医療観察法適応の判定が増えることとせらう。

事例2、3、4のように、医療観察法適応の3条件は満たすが、継続ケアの観点からみて、遠隔の指定入院医療機関における入院処遇が臨床的に有効ではなく、むしろ居住地に近く治療関係のある医療機関での入院および通院治療が望ましいと鑑定医が確信する症例では、前項で述べたような、「医療観察法の枠内での精神保健福祉法による入院治療（入院先が指定通院医療機関である必要はない）」という変則的な便法をとるほかはなくなるであろう。

しかし、この方法も、前述したように問題が多い。他方、指定入院医療機関のベッドは逼迫している。自治体立病院を中心に指定入院医療機関が急増する見込みも薄い。となれば、医療観察法における拡張主義の優勢も、すぐに物理的限界に突きあたる。法曹界と医療界が共同して、医療観察法の運用における法的妥当性と臨床的妥当性を両立させる方策を早急に検討しなくてはならない。

例えば、入院処遇の社会復帰期にまで達している対象者のうち、非医学的理由によって退院が延期されているような事例があれば、

いったん退院させて通院処遇とし、退院の条件が整うまで、115条を援用して、帰住先に近い病院に精神保健福祉法による入院とする便法がありうる。当初審判における便法を入院処遇終了の審判に採用する手法で、指定入院医療機関への入院を抑制するのではなく、退院を促進する方策ともいえる。医療観察法の立法趣旨に照らせば、入院処遇が介在するこの手法に異を唱える人は少ないであろうし、社会復帰調整官の仲介によって、すでに実例が積み重ねられているものと思われる。

E. 結論

医療観察法鑑定入院および鑑定作業の適正なあり方を検討するために、3年度にわたって多角的な調査・分析を行った。そして、鑑定入院医療機関の施設基準案（鑑定入院ガイドライン案）を提示し、鑑定入院医療機関から支持された。鑑定作業の根幹をなす医療観察法に係る判定基準（医療観察法適応基準および入院処遇判定基準）については、不処遇事例の検討を通じて逆照射的に検討を加え、指定入院医療機関の病床逼迫という現実に対して、一部の入院処遇事例の退院を前倒しする対策を提案した。

医療観察法体制の維持と進展のためには、課題が山積している。まずは、新たに発生する入院処遇事例に指定入院医療機関の増床が追いつかない現状をどう打開するかが焦眉の急である。また、累積しつつある通院処遇事例へのケア体制を充実させなければ、医療観察法の立法趣旨を曲げることになる。国は、

公立病院・民間病院の協力を得ながら、今後とも医療観察法体制を拡充し続ける責任を負っている。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- (1) 「医療観察法への社会的要請と運用上の問題」、精神神経学雑誌、第110巻43-48頁、2008年

2. 学会発表

- (1) 「医療観察法鑑定入院の実態-平成18年度厚生労働科学研究から」、第3回日本司法精神医学会（平成19年5月24日、東京）、一般演題
- (2) 「不処遇事例からみた医療観察法適応の判定基準」、第4回日本司法精神医学会総会（平成20年5月16日、福岡市）、一般演題

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得

なし

2. 実用新案取得

なし

3. その他

なし

資料 1

鑑定入院医療機関の施設調査票

(施設名：_____ 回答日：平成____年____月____日)

I. 調査日現在における貴院の施設・人員等についてご回答願います。

1. 施設概要

(1) 設立主体

- ①国立ないし独立行政法人立
 ②都道府県立ないし独立行政法人立（公設民営を含む）
 ③市町村立ないし国保立等の公立病院
 ④日本赤十字・厚生連・済生会・医師会立等の公的病院
 ⑤民間

(2) 病床種類別病床数

- ①精神病床 _____ 床
 ②一般病床 _____ 床
 ③その他の病床 _____ 床

(3) 認可を受けている精神科専門療法等

- ①精神科救急入院料 _____ 床
 ②精神科急性期治療病棟入院料(1) _____ 床
 ③精神科急性期治療病棟入院料(2) _____ 床
 ④精神科療養病棟入院料(1) _____ 床
 ⑤精神科療養病棟入院料(2) _____ 床
 ⑥精神科応急入院指定病院
 ⑦医師臨床研修指定病院（単独型・管理型・協力型）
 ⑧医療観察法指定入院医療機関 _____ 床
 ⑨医療観察法指定通院医療機関

(4) 精神科病棟の構成

閉：閉鎖、開：開放

救：救急入院料、急：急性期治療病棟

準：準開放

療：療養病棟、他：その他専門病棟

病棟	定床数	在院数	隔離室数	個室数	施錠状況	男女別	看護師配置数		精神科専門療法認可	鑑定入院
							有資格者	助手		
1					閉・開・準	男・女・混合			救・急・療・他	
2					閉・開・準	男・女・混合			救・急・療・他	
3					閉・開・準	男・女・混合			救・急・療・他	
4					閉・開・準	男・女・混合			救・急・療・他	
5					閉・開・準	男・女・混合			救・急・療・他	
6					閉・開・準	男・女・混合			救・急・療・他	
7					閉・開・準	男・女・混合			救・急・療・他	
8					閉・開・準	男・女・混合			救・急・療・他	
9					閉・開・準	男・女・混合			救・急・療・他	
10					閉・開・準	男・女・混合			救・急・療・他	
計										

医療観察法の鑑定入院で一度でも使用した病棟に○を付けて下さい

病棟数が 11 以上ある場合は、お手数ながら、このページをコピーして追加記入願います。

2. 専門職員（精神科全体）

- (1) 常勤医師 _____人
うち、精神保健指定医 _____人、精神保健判定医 _____人、臨床研修指導医 _____人
非常勤医師数（常勤換算） _____人（小数点以下1位まで）
- (2) 看護師（常勤） _____人
- (3) 保健師（常勤） _____人
- (4) 精神保健福祉士（常勤換算） _____人、うち精神保健参与員候補者名簿搭載者 _____人
- (5) 心理療法士（常勤換算） _____人
- (6) 作業療法士（常勤換算） _____人

II. 平成17年度の診療統計のうち、以下の数値についてご回答願います。

1. 外来診療

- (1) 年間初診患者数 _____人
- (2) 1日平均外来患者数 _____人（小数点以下四捨五入）

2. 入院診療

- (1) 1日平均在院患者数 _____人
- (2) 年間入院件数 _____件
うち、措置入院 _____件
緊急措置入院 _____件
応急入院 _____件
医療保護入院 _____件
任意入院 _____件
その他 _____件
- (3) 平均在院日数 _____日（小数点以下四捨五入）

III. 医療観察法の鑑定入院者に対する貴院の対応やご意見をお聞かせ下さい。

1. 手続きについて

- (1) 鑑定入院に際しての書面による説明をしていますか？
 国の研究班のモデル文書を使用している
 当院独自の書面を使用している
 書面による説明はしていない
 その他()
- (2) 入院後数日以内に精神鑑定書（簡易鑑定書を含む）は入手できていますか？
 現在は入手できる
 現在でも入手できない
 ケースによって両方が混在
 その他()
- (3) 鑑定書の入手方法は次のうちのどれですか？
 通常、裁判所から送付される
 裁判所に請求してはじめて入手できる
 ケースによって両方が混在
 その他()

- (4) 付添人から医療情報の提供を口頭で求められた場合、どのように対応されていますか？
- 原則として回答している
 - 裁判所に確認してから回答している
 - ケースによって両方が混在
 - その他()
- (5) 付添人の相談医による対象者の面接は許容しておられますか？
- 原則として許容している
 - 裁判所に確認してから判断している
 - ケースによって両方が混在
 - その他()
- (6) 家族等による日用品費の納入が不可能な場合、どのように対応しておられますか？
- 病院側で負担している
 - 裁判所に請求している
 - ケースによって両方が混在
 - その他()
- (7) 生活保護が必要な場合、どのように対応しておられますか？
- 当院職員が生活保護取得のため積極的に働きかける
 - 当院として特に積極的には働きかけない
 - ケースによって両方が混在
 - その他()
- (8) 親族との面会は許可しておられますか？
- 原則として許可している
 - 審判期日までは、原則として不許可
 - 鑑定入院中を通じて、原則として不許可
 - 裁判所に確認してから判断している
 - ケースによってパターンが混在
 - その他()
- (9) 親族への電話の発受信は許可しておられますか？
- 原則として許可している
 - 審判期日までは、原則として不許可
 - 鑑定入院中を通じて、原則として不許可
 - 裁判所に確認してから判断している
 - ケースによってパターンが混在
 - その他()

- (10) 親族への手紙の発受信は許可しておられますか？
- 原則として許可している
 - 審判期日までは、原則として不許可
 - 鑑定入院中を通じて、原則として不許可
 - 裁判所に確認してから判断している
 - ケースによってパターンが混在
 - その他()
- (11) 鑑定入院中の外出を許可されたことがありますか？
- 社会復帰調整官同伴で許可したことがある
 - 当院職員の同伴のみで許可したことがある
 - 家族の同伴のみで許可したことがある
 - ケースによってパターンが混在
 - 外出を許可したことがない
 - その他()
- (12) 鑑定入院中の外泊を許可されたことがありますか？
- あった
 - なかった
- (13) 入院時の病室は、どのような基準で選択しておられますか？
- 入院時は原則として隔離室を使用している
 - 隔離室もしくは個室を使用している
 - 他の患者と同様、入院時の病状に応じて病室を選択している
 - その他()
- (14) 隔離室の使用期間は、どのような基準で決めておられますか？
- 臨床的に隔離が不要と判断された時点で直ちに隔離を解除する
 - 原則として1週間は隔離室を使用する（時限開放を含む）
 - 原則として鑑定入院中は隔離室を使用する（時限開放を含む）
 - その他()
- (15) 隔離に際して書面告知しておられますか？
- 他の患者と同じく書面告知している
 - 鑑定入院ケースには書面告知していない
 - ケースによって両方が混在
 - その他()
- (16) 身体拘束に際して書面告知することにしておられますか？
- 他の患者と同じく書面告知することになっている
 - 鑑定入院ケースには書面告知しないことになっている
 - ケースによって両方が混在
 - その他()

(17) 対象者の隔離・拘束の妥当性について、院内の行動制限最小化に関する委員会で検討しておられますか？

- 他の患者と同じく委員会で検討している
- 鑑定入院ケースは委員会での検討の対象外にしている
- ケースによって両方が混在
- その他()

(18) 医療観察法のプロセスについて対象者本人から説明を求められた場合、どのように対応しておられますか？

- 全職員が説明できるよう院内研修をしている
- 原則として主治医が説明することになっている
- 社会復帰調整官に説明を委ね、病院職員は関与しないようにしている
- ケースによって両方が混在
- 特に取り決めていない
- その他()

(19) 審判終了後も貴院に入院（精神保健福祉法による）を継続していたケースがありましたか？

- あった（その理由）
- なかった

2. 医療内容について

(1) 主治医の選任基準がありますか？

- 管理的立場の医師が主治医になることにしている
- 精神保健指定医から選任することになっている
- 特に選任の基準はなく、他の患者と同様に選任している
- その他()

(2) 副主治医は置いておられますか？

- 必ず副主治医を置いている
- 原則として置いていない
- ケースによる
- その他()

(3) 看護師の担当はどのように選任しておられますか？

- 他の患者と同様の形で担当看護師を選任している
- 鑑定入院者は別枠で担当制を決めている
- ケースによって異なる
- その他()

(4) 精神保健福祉士の担当はどのように選任しておられますか？

- 必ず担当の精神保健福祉士を選任している
- ケースによって異なる
- その他()

- (5) 鑑定入院者への薬物療法はどのように施行されていますか？
- 他の患者と同様、病状に即して必要・十分な薬物を投与している
 - 鑑定入院という性質から、必要最低限の薬物を限定投与するよう心がけている
 - その他()
- (6) 薬物療法中に重篤な副作用が生じたケースはありましたか？
- 特になかった
 - あった()
- (7) 拒薬のために対応に苦慮されたケースはありましたか？
- 特になかった
 - あった
- (8) 拒食のために対応に苦慮されたケースはありましたか？
- 特になかった
 - あった
- (9) 自傷行為のために対応に苦慮されたケースはありましたか？
- 特になかった
 - あった
- (10) 他者への攻撃的行為のために対応に苦慮されたケースはありましたか？
- 特になかった
 - あった
- (11) 精神療法的面接の頻度はどのようになされていますか？
- 他の患者と同様、病状に即した頻度で行っている
 - 他の患者より高い頻度で行うよう心がけている
 - 原則として精神療法は行わない
 - その他()
- (12) 精神療法的面接はどこで行っていますか？
- 必ず専用の個室で行っている
 - 病室が個室の場合は、病室で行うこともある
 - 特に場所を決めずに行っている
 - 原則として精神療法は行わない
 - その他()
- (13) 精神療法のスタンスはどのようになされていますか？
- 他の患者とスタンスを変えないよう心がけている
 - 他の患者よりも心理的距離をとるよう心がけている
 - 特にスタンスを意識せずに接している
 - 原則として精神療法は行わない
 - その他()

- (14) 主治医が鑑定医を兼任しない場合、対象行為を面接の話題にすることがありますか？
- できるだけ話題にしないよう心がけている
 - ケースや局面によっては、あえて話題とすることがある
 - 特にそのようなことは意識せずに接している
 - 原則として精神療法は行わない
 - その他()
- (15) 作業療法は実施されていますか？
- 必要と判断されれば実施する
 - 原則として実施しない
 - ケースによって混在する
 - その他()
- (16) 電気けいれん療法は実施されていますか？
- インフォームドコンセントの得られる場合にのみ実施する
 - インフォームドコンセントがなくとも必要ならば実施する
 - 原則として実施しない
 - ケースによって混在する
 - その他()
- (17) 貴院では実施できない検査の必要が生じた場合、どのように対処されますか？
- できるだけ他院受診が実現するよう努力する
 - 緊急性のない限り他院での検査は行わない
 - その他()
- (18) 貴院では対応困難な身体管理上の問題が生じたために苦慮されたケースがありましたか？
- 特になかった
 - あった()
- (19) 対象者にレベル3（治療行為を要する）以上の有害事象を生じたことがありましたか？
- 特になかった
 - あった()
- (20) 対象者の存在によって、他の入院患者が反応を示すなどのトラブルを生じたことがありましたか？
- 特になかった
 - あった()
- (21) その他、鑑定入院中に治療ないし管理上の重大な問題が生じた経験がおありですか？
- 特にない
 - ある()

(22) 鑑定入院の期間について、次のどの意見に賛同されますか？

- 現状で概ね妥当と思う
- もっと短縮されるべきである
- どちらともいえない
- その他()

(23) 鑑定入院にかかわる費用の国庫補助額について、次のどの意見に賛同されますか？

- 概ね妥当と思う
- 低い
- 高い
- どちらともいえない
- その他()

(24) 今後も貴院で鑑定入院を引き受けてもよいと思われますか？

- これまでと同程度の頻度なら引き受けてもよい
- もっと頻繁に引き受けてもよい
- もっと頻度を低くしたい
- できれば引き受けたくない
- どちらともいえない
- その他()

(25) 鑑定入院医療機関の施設基準や治療基準（クリニカルパスなど）は必要と思われますか？

- 必要である
- 必ずしも必要とは思わない
- どちらともいえない
- その他()

よろしければ、職名とお名前をご記入願います。

職名 _____ 氏名 _____

ご協力ありがとうございました！

これまでに貴院で受け入れた医療観察法鑑定入院ケースについてご回答願います。

性別	入院時 年齢	診断 (注1)		合併症 (注2)	対象行 為(注3)	精神鑑定 (注4)	対象行為時の 責任能力(注5)	刑事処分 (注6)	在院日数 (注7)	帰 室		帰 結 (注8)	鑑定医 (注9)
		主診断	副診断							隔離室	個室		
1 男・女		F	F			簡・本・不?	喪・耗・有・?	不・猶・無・執・実・?	日	日	日	却・不・入・通・?・鑑	当・他
2 男・女		F	F			簡・本・不?	喪・耗・有・?	不・猶・無・執・実・?	日	日	日	却・不・入・通・?・鑑	当・他
3 男・女		F	F			簡・本・不?	喪・耗・有・?	不・猶・無・執・実・?	日	日	日	却・不・入・通・?・鑑	当・他
4 男・女		F	F			簡・本・不?	喪・耗・有・?	不・猶・無・執・実・?	日	日	日	却・不・入・通・?・鑑	当・他
5 男・女		F	F			簡・本・不?	喪・耗・有・?	不・猶・無・執・実・?	日	日	日	却・不・入・通・?・鑑	当・他
6 男・女		F	F			簡・本・不?	喪・耗・有・?	不・猶・無・執・実・?	日	日	日	却・不・入・通・?・鑑	当・他
7 男・女		F	F			簡・本・不?	喪・耗・有・?	不・猶・無・執・実・?	日	日	日	却・不・入・通・?・鑑	当・他
8 男・女		F	F			簡・本・不?	喪・耗・有・?	不・猶・無・執・実・?	日	日	日	却・不・入・通・?・鑑	当・他
9 男・女		F	F			簡・本・不?	喪・耗・有・?	不・猶・無・執・実・?	日	日	日	却・不・入・通・?・鑑	当・他
10 男・女		F	F			簡・本・不?	喪・耗・有・?	不・猶・無・執・実・?	日	日	日	却・不・入・通・?・鑑	当・他

注1: ICD-10コードの2桁までご記入下さい。

注2: 身体合併症のため、他科への受診や他科からの往診を要したケースに○をご記入下さい。

注3: 該当する以下の対象行為の番号をご記入下さい。

1.殺人、2.殺人未遂、3.傷害致死、4.傷害、5.放火、6.放火未遂、7.強盗、8.強盗未遂、9.強姦、10.強姦未遂、11.強制わいせつ、12.その他

注4: 今回の対象行為について鑑定入院前に行われた精神鑑定について、以下から該当する項目を選択して下さい。

簡: 起訴前簡易鑑定、本: 鑑定留置を伴う本鑑定、不: 鑑定を実施せず、?: 不明

注5: 今回の対象行為時の刑事責任能力を司法がどう評価したか、以下から該当する項目を選択して下さい。

喪: 心神喪失(責任無能力)、耗: 心神耗弱(限定責任能力)、有: 有責(完全責任能力)、?: 不明

注6: 今回の対象行為に関する刑事処分の番号を選択して下さい。

不: 不起訴、猶: 起訴猶予、無: 無罪、執: 執行猶予刑、実: 実刑(刑罰終了後)、?: 不明

注7: 調査日現在、鑑定入院中のケースについては、調査日現在までの在院日数をご記入下さい。

注8: 審判結果など調査日現在の相結を以下から選択して下さい。

却: 却下、不: 不処遇、入: 入院処遇、通: 通院処遇、?: 不明、鑑: 鑑定入院中

注9: 鑑定医の所属を選択して下さい。

当: 当院ご所属、他: 他院ご所属

なお、鑑定入院件数が10件を超える場合は、お手数ながら、このページをコピーして追加記入願います。

鑑定入院ケース調査票 (2)

鑑定入院中に実施した処置・検査に○を記入して下さい。

症例	身体		静脈麻酔薬 (注1)		抗精神病薬注射 (注2)		麻酔	補液	ECT(注3)				頭部画像診断 (注4)				心理検査 (注5)		その他の特殊な検査・処置 (注6)
	拘束	BZP	BAR	他	筋注	静注			デボ	榮養	修正型	非修正型	I	C	CT	MRI	PET	SPC	
1																			
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			

注1：鎮静処置として静脈麻酔薬を実施した場合に○を記入して下さい。ECTに際して実施したものは含みません。

BZP：ベンゾジアゼピン系薬剤を使用、BAR：バルビタール系薬剤を使用、他：他の麻酔剤を使用

注2：抗精神病薬を注射した場合に○を記入して下さい。

筋注：デボ利以外の筋肉注射、静注：点滴静注を含む静脈注射、デボ：デボ剤の筋注

注3：電気けいれん療法を実施した場合に○を記入して下さい。

バルス：パルス型の電気刺激装置を使用、サイン：サイン波の電気刺激装置を使用、IC：インフォームドコンセントがとれたケース

注4：標記の4種類の頭部画像診断を実施した場合に○を記入して下さい。

SPC：SPECT (シンダルフオートンエミジションCT)

注5：標記の2種類の心理検査を実施した場合に○を記入して下さい。

WAIS：WAIS もしくはWISCの全バージョン、Ror：ロールシャッハ検査

注6：飲酒テスト、体毛の薬物反応検査など、特殊な検査や処置を実施した場合は、具体的な検査・処置名をご記入下さい。

なお、鑑定入院件数が10件を超える場合は、お手数ながら、このページをコピーして追加記入願います。

2007年1月1日から同年6月末日までに貴院から退院した医療観察法鑑定入院ケースについてご回答願います。 回答日：2007年 月 日

性別	入院時 年 齢	診断 (注1)		合併症 (注2)	治療 (注3)	対象行 次(注4)	刑罰処 分(注5)	在院日数 (注6)	個室		審判結 果(注7)	継続入 院(注8)	継続理 由(注9)	継続日数 (注10)	鑑別医 (注11)
		主診断	副診断						隔離室	個 室					
1 男・女	月							日	日	日				日	
2 男・女	月							日	日	日				日	
3 男・女	月							日	日	日				日	
4 男・女	月							日	日	日				日	
5 男・女	月							日	日	日				日	
6 男・女	月							日	日	日				日	
7 男・女	月							日	日	日				日	
8 男・女	月							日	日	日				日	
9 男・女	月							日	日	日				日	
10 男・女	月							日	日	日				日	

注1：ICD-10コードの3桁まで(例：F20、F31、G40)ご記入下さい。

注2：身体合併症のため、他科への受診や他科からの往診を要したケースに○をご記入下さい。

注3：対象行為時の精神科治療歴について、以下の項目から該当する番号を記入して下さい。

1.精神科治療歴なし、2.治療中断ない終了、3.精神科通院中、4.精神科入院中、5.その他、6.不明
注4：該当する以下の対象行為の番号をご記入下さい(複数選択可)。

1.殺人、2.殺人未遂、3.傷害致死、4.傷害、5.放火、6.放火未遂、7.強盗、8.強盗未遂、9.強姦、10.強姦未遂、11.強制わいせつ、12.その他
注5：今回の対象行為に関する刑事処分について、以下の項目から該当する番号を記入して下さい。

1.不起訴、2.起訴猶予、3.無罪、4.有罪(執行猶予付き)、5.有罪(執行猶予なし)、6.不明

注6：鑑定入院の期間のみについてご記入下さい。

注7：審判結果を以下から選択して下さい。

1.入院処遇、2.通院処遇、3.不処遇、4.却下、5.不明

注8：鑑定入院終了後も貴院に継続入院となった事例について、継続入院開始時の入院形式をご記入下さい。継続入院例でなければ、無記入として下さい。

1.医療保護入院、2.任意入院、3.措置入院、4.その他

注9：前記の継続入院例の継続理由を下記から選んで下さい。継続入院例でなければ、無記入として下さい。

1.貴院での通院処遇の準備のため、2.指定通院医療機関が未定のため、3.指定入院医療機関が未定のため、4.その他、5.不明

注10：前記の継続入院例について、鑑定入院以外の入院日数をご記入下さい。継続入院例でなければ、無記入として下さい。

注11：鑑定医の所属を選択して下さい。1.当院に所属、2.他院に所属

なお、症例数が10件を超える場合は、お手数ながら、このページをコピーして追加記入願います。

