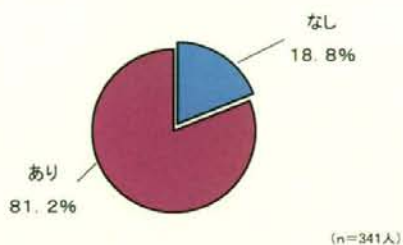
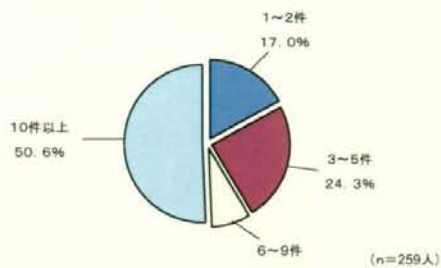


医療観察法以外の鑑定経験



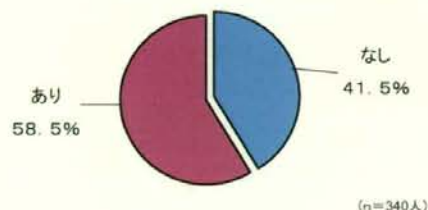
7

医療観察法以外の鑑定経験数



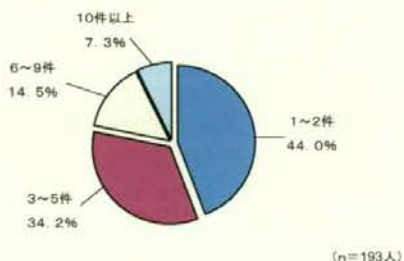
8

医療観察法における精神鑑定を行ったこと



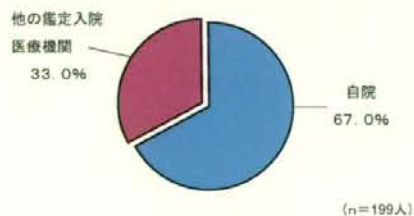
9

医療観察法における精神鑑定を行った件数



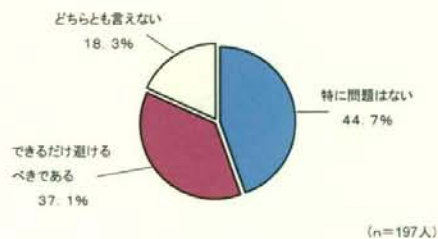
10

精神鑑定場所



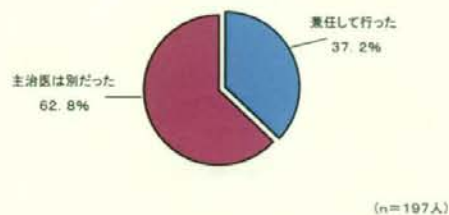
11

自院以外の医師が鑑定医になることについて



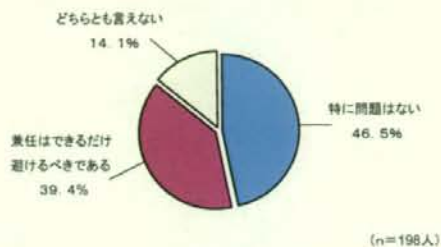
12

鑑定医と主治医の兼任について



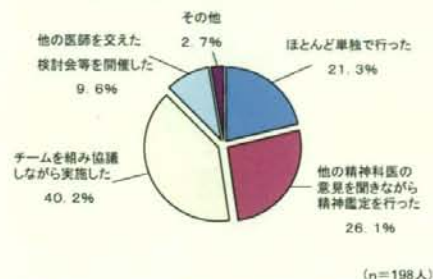
13

鑑定医と主治医の兼任について



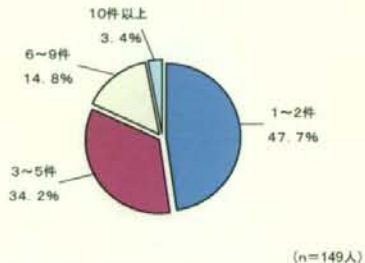
14

鑑定時の連携体制



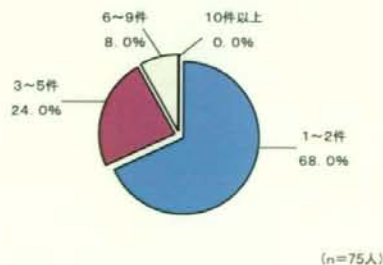
15

鑑定場所：自院で行った経験数



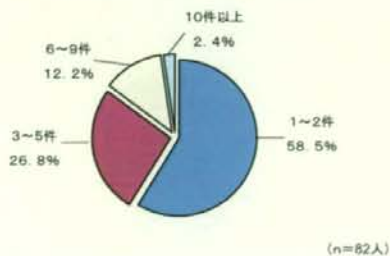
16

鑑定場所：他の鑑定入院医療機関で行った経験数



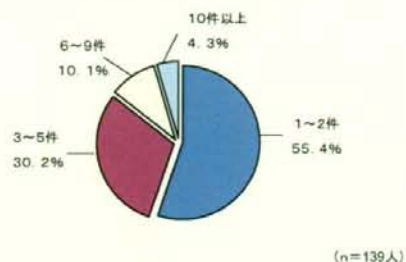
17

鑑定では鑑定医と主治医は兼任して行った件数



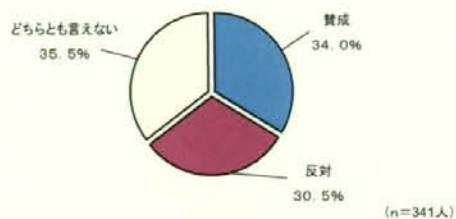
18

鑑定では鑑定医と主治医は別で行った件数



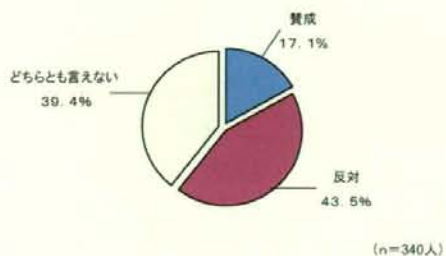
19

審判員が対象者に面接し、結果意見書の提出



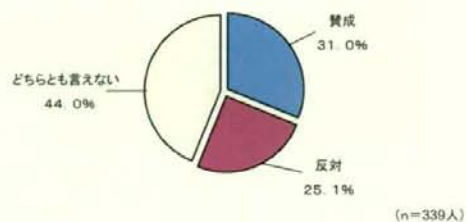
20

主鑑定医と副鑑定医を指名し、副が鑑定意見書の提出



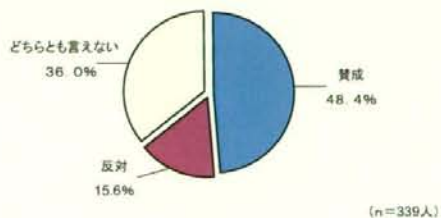
21

指定入院医療機関を精神鑑定センターとし鑑定書を作成



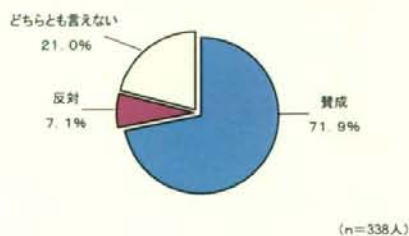
22

専門家が加わった精神鑑定センターをおき、アドバイスを行う



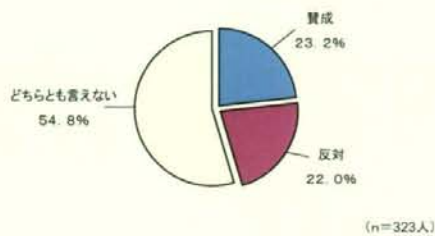
23

既判定医を対象に継続研修会、鑑定事例検討会の開催



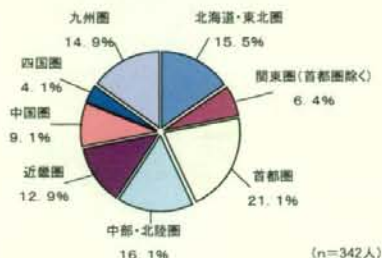
24

継続研修の内容をさらに充実させるだけで十分



25

都道府県(地域別)



26

松原病院における鑑定会議結果

- ・実施期間(平成20年1月～平成21年2月)
- ・参加医師数:毎回8～10名
- ・開催数19回
- ・起訴前鑑定13件(限定責任9件、完全責任4件)
- ・家庭裁判所鑑定1件(完全責任)
- ・医療観察法鑑定1件(心神喪失)
- ・成年後見鑑定2件
- ・その他 簡易鑑定の実施方法についての検討:2回

27

東京武蔵野病院における医療観察法鑑定の実施状況～鑑定入院の問題点～

藤村尚宏

28

医療観察法鑑定入院における当院のフロー 東京武蔵野病院 鑑定入院病棟E4 2008.1

東京地検・地検・事務局・書記室
鑑定入院依頼(指定入院特定病棟入院)依頼
↓
院長・司法精神医療部長(主任)、担当科長PSW、部長
対象者の各症の把握(簡単な病歴、病名、現症、鑑案状況、精神科既往、行動行為の内容、明度の有無と程度等)
病歴室、鑑室、2班、一動床の空床の確保
法廷月日と時間
YES
関東広域厚生局 鑑送
↓
当院救急外来受診、受付で電子カルテ外通部印に登録、主治医の紹介
科長相談、診察開始
鑑定入院(指定入院)の適宜、目的の確認(主治医が説明)
「鑑定入院(指定入院特定病棟)に關してのお知らせ」(医療保護入院の告知文書と医療観察法鑑定入院に關する事項を参考にして当該病棟に付属する、口頭と文書で説明。鑑定入院指定入院特定病棟)の告知として、「鑑定入院(指定入院特定病棟)告知書(様式)」に告知の日時と、告知者、書面を受け取った側の入院者の署名をもらう。その旨を電子カルテに記載する。
同時に、「鑑定の準備および医療観察法に係る鑑定について」の協力のお願、の文書に署名していただく。
担当看護課、担当精神保健福祉士の紹介、(鑑定医-指定入院主治医の名前のみ紹介)。(付添い人は必ずれ決定され通知されることを説明)
↓

29

生活歴、病歴、現症、鑑案内容と状況を確認して確認
入院中の経過、治療内容について整理し説明、とくに、鑑案についてはこれまでの治療をまず踏襲しながら随時変更していくこともあると説明する
↓
「鑑定の有無を決定して、予定の病棟・病室に関東広域厚生局の病官と担当看護課、担当精神保健福祉士で移動
↓
担当看護課がバイタル測定、病棟内案内、病室案内
↓
電子カルテに、主治医は詳しい生活歴、病歴、現症、確定診断、鑑別診断
添削計画、薬物処方
指手厚に衣服整理、行動範囲(同伴者は複数か1人か、看護課だけでいいか、補助看護者だけでいいか、性別を問うかなど)、通信、電話の制限は原則なし、病状によって制限するかどうか等
不随時、不随時、そのほかの依頼、対応の指示
↓
治療計画書を入院者に説明して貰う、鑑案のにもとる
↓
指示された病室に指示された同伴者とともに向く(病室中は落ち書き次第、検査を開始する)
↓
以下、通常の急性期入院治療に關する(チーム医療の開始)
主治医(チーム医療課長-サブグループ長-サブグループ長-病棟管理課2名が補完)
主管看護課(1-病棟課長-副課長-A/B看護チーム(看護員23名)-1補助看護者6名が補完)

30

担当精神保健福祉士(一部に1名)が精神保健福祉士と地域と連携、社会復帰支援、付添い人のへ連絡、家族、福祉事務所、地域保健センター等との連携を図る(連絡・相談・調整、病院全体では20名)

担当OTR(アシスタント)名として病棟内でのOTプログラムを実施、記録(病院全体では30名OTR)

担当CP(3名のCPが順番で主に心理検査を担当、主治医・鑑定医に説明)

+鑑定医(=当院司法精神医(審判)長)1名(入院後1週間以上たつて決定紹介)

毎週の合同カンファレンスで新人院患者の一人としてプレゼンテーション

↓

社会復帰支援官、付添い人の紹介、面接(窓口は、主治医もしくは病棟精神保健福祉士)

↓

主治医診療は原則として週日行う。主治医不在(その日の担当看護師からのさまざまな報告を受ける)

鑑定医診療は入院期間中、鑑定医のペースで行われるが、主治医から上申して一緒に行うこともある。

家族来院時にも鑑定医に連絡して同時診察することも多い。

担当ないし、病棟精神保健福祉士から職員からの連絡などを随時受ける

↓

入院期間中に、合同カンファレンスで症例検討・報告、意見、批判などを多量に受ける

主治医が社会復帰支援官、付添い人、家族などと連携して内容をすべてカルテに記す

鑑定医と不定期に一回診察、病状の報告と診断、治療、予後、審判の行くべき方向を検討する

審判日が決定されるころまでに、主治医と鑑定医で検討する

鑑定入院例

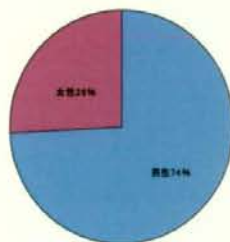
	性別	入院年齢	入院期間	対象行為	主治医診断	鑑定医診断	主治医見解	鑑定医審判	その後
1 AK	男性	31	82	傷害	S	S	指定入院	指定入院 国立精神 指定通院	通院 指定通院
2 BP PH	女性	39	76	放火	S	S	指定入院	指定入院 指定通院	終了 当院
3 KM	男性	43	57	傷害	P+MR	M+P	却下	指定入院 北陸	通院 却下
4 SH	男性	51	64	放火	D+AL/P	S+AL	指定入院	指定入院 国立精神	指定通院 当院
5 SK CH	女性	29	41	傷害	S	S	指定入院	指定入院	不処置 当院通院

	性別	入院年齢	入院期間	対象行為	主治医診断	鑑定医診断	主治医見解	鑑定医審判	その後
6 JK	女性	41	56	傷害	S	S	指定入院	指定入院 小児	指定通院 当院
7 FS	男性	42	57	傷害	MOI	MOI	指定入院	指定入院 障害	
8 TK	男性	66	58	傷害	S	S	不処置	不処置	当院通院 後入院中
9 SI	男性	56	57	傷害	S	S	指定入院	指定入院 国立精神	
10 TM	女性	46	52	放火	EPI	EPI	不処置	不処置	当院任意 入・通院
11 SN	男性	80	87	傷害	D	S+	指定入院	指定通院 当院	終了
12 KH	男性	43	53	傷害	覚醒剤	覚醒剤	却下	指定入院 国立精神	
13 HH	男性	32	46	殺人未遂	S	S	指定入院	指定入院 国立精神	
14 KT	男性	29	69	傷害	広汎+S	S	指定入院	指定入院 国立精神	
15 KT	男性	85	57	放火	認知症	認知症	不処置	不処置	本人ホーム
16 TH	男性	42	58	傷害	S	S	指定通院	指定通院 当院	漢方山H

	性別	入院年齢	入院期間	対象行為	主治医診断	鑑定医診断	主治医見解	鑑定医審判	その後
17 KN	女性	31	88	傷害	広汎性	広汎性	指定通院	指定通院 当院	通院中
18 YK	男性	65	82	放火	ALK	ALK	指定通院	指定通院 当院	
19 YN	女性	41	81	放火	MDI+MR	MDI+MR	指定通院	指定通院	任意入院
20 OY	男性	47	79	傷害	シシナ [*]	S+シシナ	指定入院	指定入院 北陸	
21 SK	男性	53	85	傷害	強迫	D+強迫	指定通院	指定入院 障害	
22 MJ	女性	23	57	傷害	広汎性	S+広汎性	指定通院	指定入院 障害	
23 YN	男性	31	52	傷害	広汎性 過心	S	指定通院	不処置	他院通院
24 OO	男性	23	55	傷害	広汎性	広汎性	却下	却下	羞し厚し 留置
25 OM	男性	42	70	強迫未遂	S	S	指定通院	指定通院	他院通院
26 KS CH	男性	30	75	強制猥褻	譫妄障害	譫妄障害	不処置	不処置	帰国

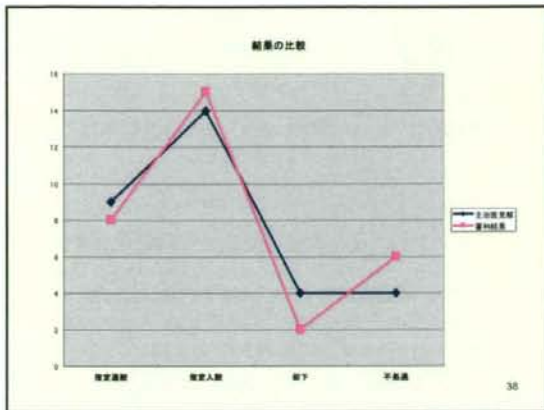
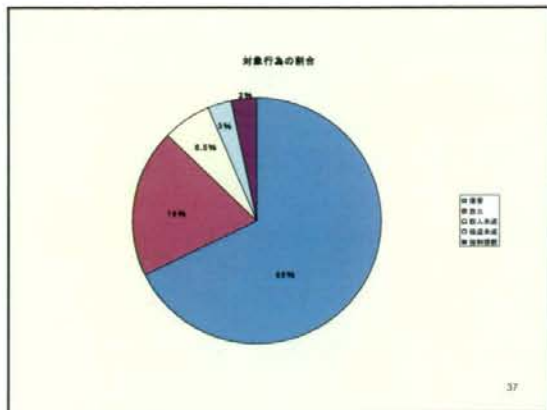
	性別	入院年齢	入院期間	対象行為	主治医診断	鑑定医診断	主治医見解	鑑定医審判	その後
27 MT	男性	53	84	殺人未遂	S+	指定入院	指定入院	指定入院 国立精神	
28 OK	男性	43	71	傷害	S+	指定入院	指定入院	指定入院 久置法	当院 特定入院
29 OK CH	女性	41	65	傷害	急性一過性+強迫	?	却下	却下	臨床家 留置後、 任意入院
30 OM	男性	57	67	傷害	シシナ 過失性	?	不処置	指定入院 国立精神	当院 特定入院
31 KU KOR	男性	53		傷害	MOI	MOI	指定通院	指定入院 国立精神	当院 特定入院

男女比



男
性
74%

女
性
26%



医療観察法における 鑑定入院の問題点

第34回精神医学会(日精協)シンポジウム
2006. 11. 17
財団法人精神医学研究所附属
東京武蔵野病院
藤村尚宏

39

1. 鑑定入院における問題点の捉え方?

鑑定入院にいたる経時的動き(プロセス)に従って、
さまざまな事例の相違点を整理することから問題点を探る

- 取り扱う法律の相違(精神保健福祉法、医療観察法)
- 取り扱う側の相違(警察官、①検察官、②裁判所、医師)
- 対象者(被鑑定者側)の相違(対象行為、対象疾患 - 知的障害、人格障害等)(受ける検査・治療・処遇等)
- 鑑定入院を行う側の相違(③鑑定医・④病院の質)
- 審判結果の相違(⑤指定入院、⑥指定通院、却下等)

40

2. 鑑定入院の決定まで・・・

- 警察官あるいは検察官通報によって
措置入院か?
起訴前鑑定から鑑定入院か?

措置入院要否、鑑定入院要否の判断は、
誰が?: 警察官と検察官 + 精神保健指定医
何を?: (症状の激しさ - 病状と疾病の本質 - 緊急医療の必要性)と(6重罪の内容の激しさ、程度)

措置入院後、退院・通院中(しかも就労中)、
改めて鑑定入院となる場合もある

41

- 6重罪の範囲の捉え方に明確な基準がない
措置入院よりも医療観察法へとまる投げにされる傾向は?
逆に、「まずは措置入院から」となっていないか?
- 起訴前簡易鑑定が平準化されていない
アルコール、各種薬剤の依存症候群や人格障害、知的障害に対する見解の相違
その後の経過、処遇、結果に重大な影響は?

42

3. 鑑定入院が決定してから・・・

- ・ 鑑定入院決定時：
裁判所で、本人への鑑定入院についての説明不足
→ 鑑定入院時に改めて説明
- ・ 鑑定入院中：
医療観察法と精神保健福祉法の守備範囲が不明確
→ (隔離・行動制限等、面会・外出・外泊等の制限)、(通常の急性期検査・治療・リハビリ等を行うこと)等の法文化なし
必要以上の行動制限防止、予防拘禁防止が必要
→ 医療保護入院に準じて(医保入院の文書をもって)ICの取り直し

43

- ・ 鑑定入院中、主治医と鑑定医の関係が不分明
□同一人 □同一病院内で異なる □他院の鑑定医望ましいのは？

→ 治療看護に支障をきたさないように、主治医が入院治療の責任の主体として関わり、鑑定医は鑑定するのみ

- ・ 鑑定入院中、鑑定医、精神保健審判員、精神保健参与員、社会復帰調整官、付添い人等による協議や合議の内容が、主治医・病院側に伝わることが少ない
→ 主治医の見解を伝えにくい、反映されにくい
→ 病棟担当精神保健福祉士と社会復帰調整官との密なかかわりが必要

44

鑑定医サイドからの問題点

- ・ 鑑定文提出前、または鑑定文提出後審判までの間
→ 関係者(裁判官・精神保健審判医・精神保健参与員・付添い人・検事・社会復帰調整官・鑑定人)の意見交換、方針決定を行なう時間の連絡・調整が難しく不十分に終わりが早い→ 致し方ないのか？
- ・ 主治医と鑑定医との関係
→ 同一病院内で異なる医師が望ましいか？！
診療録開示の問題等、鑑定場所と鑑定医の所属機関が異なる場合の負担の問題、治療反応性・治療内容について主治医との意見交換が容易であること、随時必要時病棟に向き対象者を自由に観察できる状況

45

4. 審判結果が出てから・・・

- ・ 審判結果は審判決定日まで伝えられない
→ その後の処遇の内容にかかわらず、治療の連続性が途切れやすい
→ 生活環境・状況の整備に遅れを生じることが多い
- ・ 審判結果の本人への説明ないしICが不足
→ 審判結果に対する本人あるいは家族の不満
→ 治療的に説明しなおす必然性が生じる

46

- ・ 精神保健参与員の意見や見解の反映が薄い
→ 鑑定入院中は全く関知なし

- ・ 社会復帰調整官は審判結果とともに関与
→ 精神保健福祉法変更となると作動せず

- ・ 付添い人弁護士の常同的な主張
→ 医療観察法の却下として捉えられがち

47

6. 全体として・・・課題

- ・ 緊急措置診察・起訴前鑑定・鑑定入院・鑑定文・審判のためのカンファレンス・審判結果等の標準化とレベルアップ
 - ・ 検察官・鑑定主治医・鑑定医・審判員・裁判官・鑑定入院病院等の質量にわたる標準化とレベルアップ
- 行う人、行われる場所、行うことの標準化とレベルアップ
そのための法的整備と研修会の充実

48

(別紙 3)

5.(2) 自院以外の医師が鑑定医となることについて如何お考えでしょうか？

【肯定的意見（意見提起・条件付含む）・容認】

- ・なかなか実際は難しいが、本来はそうあるべき
- ・入院先の医師と鑑定医とが、しっかり連絡をとっていけばよい
- ・特段問題はないが鑑定医を病院とのコミュニケーションが良好にとれることは前提条件
- ・医療水準（対象者を観察する能力）が十分であれば問題はない
- ・治療者として関わるおそれがあるので他院を中心に行うことにしている
- ・利害関係もなく中立な立場で公正な判断ができ、かえって良いのではないか（※同意見複数あり）
- ・鑑定入院医療機関が少ないのでやむを得ない
- ・自院の方がきめ細かな観察、情報の入手に便利だが、「できるだけ避るべき」という論拠も格別はない
- ・（鑑定入院医療機関が民間病院2カ所のみ）現実的には他院の医師がこなさないと、その医療機関の医師の負担がふえてしまう
- ・鑑定入院中の医療行為について、鑑定医と入院主治医が緊密に連携し、適正な治療内容を常に検証していくべき
- ・自院以外の医師が鑑定する場合は、情報の共有、頻回の診療が困難である等デメリット。しかし長期的視野に立てば医療観察制度が普及し、均質化に役立つというメリットも

【疑問・否定的意見】

- ・3回程度の診察で鑑定書作成が可能であったが、診断や責任能力の判定が困難なケースでは、距離的に鑑定入院先（約40km）へ出張するのが困難になっていたのでは
- ・鑑定する医師の努力を要する
- ・面接、入院カルテ閲覧等、多大な時間と労力がかかり、負担が大きくなる。鑑定は日常業務外で行うことなので無理がある
- ・実際問題として時間がなく、対象者と数回しか会えないことがほとんど。また現実には鑑定病院の担当者の方が対象者に関して詳しく把握されているので、かなり違和感を覚える。またこのことは実質鑑定期間は1ヶ月あまりしかないことも関係。もう少し時間があればいい（※同意見複数あり）
- ・自院以外での鑑定は受けない。検査システム、看護レベルなどを把握してないとやりにくい
- ・多職種による治療しながらの今後の方針決定が鑑定の重要なポイントなので、自院以外だと治療チームを動かし難い
- ・入院先主治医とのコミュニケーションに煩わしさを感じる、双方遠慮気味となり対象者に対する治療的関わりがおろそかとなる
- ・鑑定医が主治医となるのは避けなければならないのはもちろんであるが可能な限り、近くで日常の状態が可能な場所（自院）に入院させるべき
- ・治療反応性を十分評価できない可能性がある
- ・治療反応性、とくに症状の動き、変化をみる際には、やはりその病院の医師の鑑定であることが必要
- ・鑑定医と入院先の主治医及びスタッフとの情報交換が必ずしもスムーズに行かないことが多い

5.(4) 鑑定医と主治医を兼任することについて如何お考えでしょうか？

【肯定的意見（意見提起・条件付含む）・容認】

- ・主治医として関係がつくれていることがメリットとなることもあるのでは
- ・鑑定医と主治医との間でしっかりと連絡がとれていれば問題はない
- ・人員の確保が困難
- ・一般の刑事鑑定では求められていない治療可能性や社会復帰可能性を問うのであれば兼任した方がいいのかも
- ・既に急性期は脱しているケースが殆どあること、1～2ヶ月程度の入院では主治医として殆ど機能しないこと、医師不足などから兼任でも充分
- ・問題なしとも云えないが、現実的に2名の医師を割く余裕がない場合も
- ・むしろ兼任すべきと思う

【疑問・否定的意見】

- ・息の合った鑑定医と主治医のコンビのチームが最も望ましい
- ・人格障害圏が疑われる患者の場合は、鑑定医と主治医を分けた方が鑑定しやすい
- ・感情移入がおこるので主治医になるべきでない
- ・兼任をしなければならないところでは鑑定はするべきではない
- ・絶対に避けるべき
- ・鑑定、治療相互に影響を与えうる（判定医によっては）
- ・副主治医としての立場でもあったが、審判で本人の不利の立場での弁論があるため本人への立場をきちんとした方がよい
- ・主治医は患者との治療期間構築が仕事であり、鑑定とは立場が異なるので、避けるべき
- ・治療と鑑定は別ものなので分けるべき
- ・家族に接する時でも、家族にすれば鑑定医に会うのと主治医に会うのとでは、期待するものが異なる
- ・治療関係性や精神療法的関与が違いやりにくい
- ・客観的になれるので兼任しない方がよい。治療のバイアスをうける
- ・主治医は対象者の権利を守る立場であり鑑定医は冷静に判断をする立場。両者を兼ねた時は勤務時間が終了した後に鑑定医の立場で判断したが、かなり苦勞した
- ・鑑定に際しては侵襲的な質問を避けられず治療的観点からは必ずしも適切ではない
- ・2～3ヶ月の鑑定入院期間中、鑑定人の鑑定期間は1ヶ月。役割を分けた方が対象者からみて、処遇の構造が分かりやすいであろう
- ・主治医とは別の鑑定医という立場だったので、本人に対して役割がわかりやすかった。入院中の治療もスムーズに行なわれ、その治療の反応も客観視できて良かった
- ・分けた方が効率的
- ・主治医と兼ねると、忙しくなって大変と思う

5.(5) 鑑定時の連携体制はどうだったでしょうか？

- ・多職種チームで実施（鑑定医以外に主治医も含む）。薬剤師もチームに入った
- ・診察は単独、ただし、他医師、スタッフの意見をきくことがほとんど
- ・自院ではなかったため、主治医およびコ・メディカルスタッフと相談しながら実施
- ・場合によっては、主治医の意見をきく。基本的には、他の精神科医の意見はきかない
- ・病棟師長あるいは看護師の意見を1～2度、主治医の意見も通常1回伺った
- ・自院の臨床心理士とチームを組んで、協議しながら行った
- ・臨床心理士に各種心理検査を依頼し、結果の解釈について協議した（※同意見複数あり）
- ・判断に迷うケースの場合、相談できる所がないのが現状。鑑定入院先においては必要に応、看護師、心理士、主治医に話を聞いた
- ・6例中4例は、他の若手Drと共に鑑定書を記載した
- ・病棟での指示等は主治医、NSを主に話し合った。PSWやCPは聴取や家族調整のみ
- ・判断に悩む事例については検討会を行った
- ・発達障害が疑われる場合などは、児童精神科医の助言、診察が必要であった
- ・共通評価項目に関しては③（多職種チーム）は必要か？有益と思われるが、鑑定事項は鑑定医が単独で結論を導くよう考察すべき（そうでないと無責任になる）

6.(1) ① 合議体の精神保健審判員も必ず鑑定入院医療機関で対象者に面接を行い、その結果を1～2枚の意見書として提出する。

【肯定的意見（意見提起・条件付含む）・容認】

- ・面接することは賛成。意見書はどこに提出するのか。合議体の一員としての立場を歪めないよう注意が必要
- ・手続きは煩雑となるが、鑑定の質向上のためには必要
- ・カンファランスが充実していれば「必ず面接を行う」必要はないが、審判員が希望すれば面接を行えるようにシステム化しておいた方がよい
- ・鑑定書に対して別の意見を持っており、面接（診察）希望であれば、受け入れてもいいのではないか
- ・事前に面接などすることでより主体的にケースの処遇を総合的に検討する契機となるのでは
- ・審判員は本人を直接はみない場合もあり得るのは、問題かもしれない
- ・審判の場以外での病状把握ができるので望ましい
- ・入院施設内で対象者と面接できる機会があったほうが、対象者を把握しやすいし、チームへの意見も聞きやすい
- ・現行では審判員が対象者と接触する機会限られており、鑑定書以外のデータが得づらい為、その対策にもなる
- ・意見書を作成、提出する必要はないが、対象者に面接を行うのは意味がある（※同意見複数あり）
- ・今の体制では審判員が本人と会うのは審判時のみ（これも数個の質問のみ）であり、その立場で鑑定医の判断をくつがえすのは難しいのでは
- ・現状の制度では審判員が対象者と直接に顔を合わせる機会は審判の際しかなく、よほどの例外的な場合以外は鑑定結果に疑問をさしはさめない
- ・意見書というより所見とすべき。また、それを鑑定人に（審判に先立って）カンファランスで提示

した方がよい

- ・鑑定人の意見に明らかに問題がある場合には行ってもよい
- ・そうできれば理想的だが、現実には、各医師は、多忙な臨床の中での業務であり無理。そうするためには、倍の医師が必要
- ・鑑定医との関係性に配慮が必要
- ・意見書はあった方がいいだろうが必ずという訳ではない
- ・審判員としての役割が不明確になる鑑定医との事前協議を十分に行えば大丈夫

【疑問・否定的意見】

- ・対象者との接触密度が違うのでたいした意見は出ないと思う
- ・面接をすることはやぶさかではないが（裁判官もいわゆる面接をしている）、意見書はいらないというより誰に対して提出するのか（※同意見複数あり）
- ・よいとは思いますが負担の面が気になる。審判員と合議を同等の立場で行なう裁判官の方だけは会わず、意見書もつくらぬのかということも気になる
- ・では、裁判官も面接すべき、となるのでは？判定医と審判員の診断が異なる場合、誰が調整するか混乱するのではないか
- ・これだと鑑定書と、審判員がいずれの意見に重きを置くのかわからなくなる
- ・微妙な症例で短時間の面接では、従来の簡易鑑定と同じことになるのでは。むしろ予断をもって鑑定書を読むことになるのではないか
- ・審判員は中立性を保つ必要があり、複数の意見が必要なら別の医師におねがいすべきである。
- ・時間がない。審判が裁判と同じなら白紙の状態で見たい
- ・業務が多忙化し無理では？（※同意見複数あり）
- ・審判員の負担が増えて、引き受けづらくなる
- ・時間設定で困難。東京都の様に鑑定前に裁判官、審判員等も参加して鑑定の争点整理の機会を設けた方がよいのでは
- ・判定医の業務の負担が増える→通常の治療時間が減る
- ・やはり審判と鑑定は分けるべきでは
- ・意見が分れた場合にどうするか。誰が最終的に責任を持つのか
- ・鑑定医の意見（鑑定書）を尊重する。審判員も面接を行うと時間的ロスが生じる。その為に審判を行っているので必要ない
- ・審判員は、鑑定書（その基礎となった一件書類も含む）から判断すべき。鑑定書の不備があれば再鑑定を命ずることができる
- ・煩雑となる。立場が不明瞭となる

6.(1) ② 合議体が主鑑定医と副鑑定医を指名し、副鑑定医は1～2枚の鑑定意見書を提出する。

【肯定的意見（意見提起・条件付含む）・容認】

- ・この場合、鑑定医は互いに名前がわからないようにした方が遠慮なく自由に意見が言えるのではないか

【疑問・否定的意見】

- ・別々に鑑定医を指定しても負担が増えるばかりで内容の均一化につながらない
- ・手続きが今以上に煩雑になり、受け手がなくなる（※同意見多数あり）
- ・意見が不一致の場合の検討も同時にされないといへない
- ・判断が分かれた場合に混乱をきたしかねない
- ・鑑定助手はつけた方がよいが最終判断の責任は鑑定人がもつべきであり、文書化された意見書をかくことには意味がない
- ・副鑑定の意味付けが難しいのでは。人の確保が難しいのでは
- ・よいと思うが現状でも鑑定医をみつけるのが難しいところで果たして可能なのか、すでに審判員と鑑定医がいるところで、さらに3人目の意見が必要なのか
- ・あまり意味がないのでは
- ・鑑定入院先のスタッフと協議していれば意味はないのではないかと
- ・鑑定医一人では信頼度が低いという理由か？一人で充分やれると思う
- ・不一致がありうるケースでは両鑑定の主・副の位置付けが難しい
- ・副でも鑑定をする業務の負担は大きい
- ・意見の集約ができず“宮崎鑑定”のようになつたらかえって精神医学に対する信頼を損ねる
- ・どちらの意見を採用するか問題が生じるので主・副などでなく同等の立場の複数の医師が鑑定すべき
- ・必ず対等の立場でなければならない
- ・鑑定医と副鑑定医の関係が不明
- ・副鑑定の位置づけがはっきりしない
- ・副鑑定医は十分な情報を得ず回答することになる
- ・今まで鑑定医の意見書で不十分だったことがないのに、さらに副鑑定医の意見書は不要
- ・副鑑定医の意見も取り上げると審議が長引き早く結論を出すことができない。時間的ロス
- ・異なる判断が出た場合どうするか。1名ないし1つの鑑定書を基本とすべき。1～2枚の診断書という略式を求めることも疑問。では、主・副2人とも1～2枚で済ませるべき
- ・対立する意見を書いて、混乱しないか
- ・2名になれば客観的になるわけではない。それより鑑定実務の研修を充実させる方がよい
- ・本法の鑑定は処遇の鑑定であるため、PSW等の他職種とのカンファレンスで結論を出すことが重要と考えるため鑑定内容の均一化（医学的な診断）のみでは「鑑定結果」としては不十分
- ・意見が妥協案となってしまうおそれがある
- ・主と副鑑定医の意見調整はできても、次の裁判の鑑定医が別の見解を示す場合が多いのでは
- ・強く反対するわけではないが、そこまで本制度を複雑にする必要もない
- ・主鑑定医が同一施設で勤務する若手Drの協力を得て連名でかけばよい
- ・鑑定医と鑑定助手が話し合い、鑑定のカンファレンスが持てればよい
- ・主治医を副鑑定医として意見書を提出させる
- ・あまり意味があると思えない。鑑定医2名とする方がよい（個々が独立して鑑定書を作成する）
- ・複数の鑑定医体制というのは鑑定医が忙殺される、面倒くさい、きりがないので反対。1人の鑑定医体制で問題があるなら鑑定医を指導するシステムを作ればよいのでは
- ・急性期治療中である事がほとんどであり鑑定の内容に時間差も多少影響する可能性あり

6.(1) ③ 複数の判定医がいる医療機関に鑑定入院医療機関を拠点化し、「精神鑑定センター」として、必ず他の判定医やスタッフによる情報を義務付けて鑑定書を作成する。

【肯定的意見（意見提起・条件付含む）・容認】

- ・理想的ではないかもしれないが、実現可能な案としてはベスト
- ・鑑定医療のレベルを上げるためには、鑑定センター化は必要
- ・義務付けは必要ないのでは
- ・センターとするのはよいが「必ず他の」という部分が引っかかる
- ・ただし、偏りができないようにした方がよい
- ・ひとりよがりな鑑定を防ぐためには最も効果的
- ・よい意見とは思われる。そのような体制をとりたいが現状の医師不足のなかではできない
- ・ぜひ、全国の国の機関で実施してもらいたい
- ・但し、一極集中は避けるべき。半数程度が限度で、他はふり分けるべき
- ・理想的とは思いますが、マンパワーの問題があるので実現はきびしいのでは（※同意見複数あり）
- ・これが1番良い方法と思う
- ・判定基準の統一性を図る上ではセンター化に利があるが中立性は損われる可能性有り
- ・これだけ事例が増加し、また鑑定医に偏りが生じている以上、この方法がもっとも現実にふさわしいのではないか
- ・鑑定入院の現状を改善できる
- ・センターには身体疾患を治療できる機能をもたせてほしい
- ・鑑定センターがあった方がのぞましいが精神保健福祉法下の精神科病院でこれを行うのは難しい
- ・現在の民間病院で鑑定入院を受け入れている事自体不合理

【疑問・否定的意見】

- ・地域差が大きい。全国一律に行えない
- ・大都市ではありうるが田舎ではありえないこと。特に能力のない病院が業務を独占することにつながる
- ・そのような病院が全国どの位あるか疑問
- ・身体合併症を伴い、大学病院での対応が望ましかった症例があったが「センター」を拠点化すると入院できる病院がかぎられるのではないか
- ・鑑定センターの判定医に鑑定が集中する結果になりうる
- ・一医療機関にかかる負担が大きそう
- ・センターが設置されたとして、（そこに勤務する判定医が）従来の診療業務と鑑定業務を両立させられるか？MDTとしての鑑定は望ましい
- ・センターがするのは反対。数ヶ所で行うべき
- ・拠点化して精神鑑定センターを作るのではなく、複数の鑑定入院医療機関でよいシステム作りの競走をすべき
- ・実現の可能性が低い。またこの「鑑定センター」なるものの質がどの程度担保されるかわからない
- ・鑑定作業に時間がかかるのでは
- ・現実的に拠点となる機関がみつからない（必要数）と思われる。また外部の鑑定医の意見も取り入れないと機関によって偏った傾向が出てくる

- ・鑑定のできない精神科医が増えるのでは。指定医制度と関連付ける必要はないか？
- ・人員に余裕があれば望ましいが、拠点病院とされるであろう公的病院も今は日常臨床で忙殺されているのでどちらともいえない
- ・拠点化することが鑑定の偏りになる、鑑定医が育たないなどにつながる
- ・一部に集中して大変。一部に集中化することで司法精神医療が特別となり、一般化しなくなる
- ・基本的には賛成だが、医療観察制度が、幅広く日本の精神医療に浸透しにくくなる。「センター」の恣意性が出るおそれがある
- ・拠点化すると、全体の資質向上にはつながらない
- ・鑑定センターに鑑定を一極集中させることは鑑定の均一化、専門医の養成には良いかもしれないが、鑑定の質の向上に役立つか疑問であり、一般の精神科医が医療鑑定法とその鑑定に対し関心を失い、司法精神医学・医療の汎化を阻害するおそれがある
- ・集団無責任体制になり、玉虫色の鑑定結果になる可能性あり
- ・学習会の定例化は必要だが「センター」まではやりすぎでは
- ・そこまでは必要ない。大規模になるとそこでまたいろいろな問題が生じてきてなかなか審議がはかどらない
- ・協議してもまとまらない可能性があり、無理にまとめても問題がある(鑑定医間の力関係を反映したものになる等)
- ・結局、上司・上席の意見に意見が集約されることになるのでは
- ・医療機関の複数の判定医の中で、上席にある者の意見に引きずられ易い。協議のプロセスが分かる記録が鑑定書以外に必要
- ・県では指定入院医療機関以外には、センターの役目を受ける医療期間がない
- ・複数の判定医がいる医療機関の通常の診療ができなくなる
- ・各鑑定医の見解が十分反映されないおそれ
- ・目的は鑑定書の標準化にあるとすれば、刑事鑑定など一定の鑑定数を経験した者にのみ鑑定を命じることが必要

6.(1) ④ 単独で精神鑑定を行うが、鑑定医のために専門家が加わった「鑑定サポートセンター」をおき、鑑定上に生じた疑問点・問題点について、要請があればアドバイスをを行う。

【肯定的意見（意見提起・条件付含む）・容認】

- ・鑑定する側は行いやすそうですがサポーターは大変
- ・サポートセンターの質が確保できればよいアイデア
- ・スーパーバイズのシステムと位置づけると必要
- ・あると助かるが「専門家」というのをどのように決めるのか基準が必要
- ・これはかなり現実的かも
- ・「精神鑑定センター」より現実的
- ・「サポート」なら大歓迎
- ・「サポートセンターにいる専門家」が、それを専業としているならよいが、結局③のような医療機関の判定医が通常の臨床と兼業になるのであれば反対
- ・現在はこれに近い体制
- ・鑑定の実地研修が不十分な現状では有効

- ・できあがった鑑定書をチェックして意見を言ってもらえると良いと思うが、期日の制限などで大変と思う
- ・基本的には賛成である。現在、処遇上の不明点は裁判所に質問することが多いが、医療面での具体的な質問をしづらい。しかし、この「センター」は誰が構成要因としてふさわしいのであろうか？
- ・司法医学上の判断に迷った際、是非正しい意見を聴きたいことがあった

【疑問・否定的意見】

- ・うまく運用できるか？
- ・専門家とは？
- ・中途半端
- ・今ひとつイメージがつかめない
- ・新しいコンセプトだが、イメージしにくい。国立の機関に作るのか、どういふサポートをするのか？情報提供だけなのか？
- ・責任はあくまで1人が負うべきでは
- ・鑑定の独立性の観念から否定的
- ・鑑定サポートセンターの意見に動かされる可能性もある
- ・やや現実性に乏しい
- ・現実に可能か？期間が長期になる恐れあり
- ・熟練した鑑定医であればかえって失礼になる。疑問点は審議関係者で話し合えばよい
- ・経験をつんでいる判定医をサポートとして任命し助言にたいして報酬を支払う方が現実的ではないか
- ・要請がなければ、機能しない。サポートセンターのスタッフは鑑定に従事しないので、適切な助言は困難
- ・同様のサポートセンターは起訴前の鑑定により必要性がある
- ・サポートセンターの力量に問題あり
- ・「要請があれば」という条例では、均一化につながらない
- ・誰がやるのか
- ・そもそも鑑定医を、引き受けるものは、きっちりと、1人で鑑定できなければならない（そもそも研修中6～10年間の間に精神科でトレーニングされているべき。各大学で20～30代の医師がトレーニングを受けておくべきではないか）
- ・たまにだけだけの専門家の意見が正しいとは限らない。診た人の意見を基本とすべき
- ・できるだけ自由に気軽に、多くの鑑定医が利用できるシステムがあれば役には立つと考えるが一体誰が運営していくのか疑問
- ・制度上の問題は裁判所にきく。内容上の疑問は自分で解決すべき

6. (1) ⑤ その他、医療観察法における精神鑑定の均霑化に役立つ方策・ご意見があれば、ご記入ください。

- ・判定医の集まりを地域で開催し、意見交換の機会を持つ。（※同意見複数あり）
- ・鑑定医の認定をする際の基準を明確にすることが必要（※同意見複数あり）
- ・指定医のレポートか、更新時に鑑定経験を義務付けるのはどうでしょうか？（※同意見複数あり）

- ・判定医を増やし全員で鑑定に当たる（※同意見複数あり）
- ・鑑定は1名でよいが、鑑定医の能力はやはりある程度ないと困る（※同意見複数あり）
- ・複数の医師の協議を必須にすると、時間を捻出できる専門家のみでの鑑定が増えるおそれがある。精神鑑定にたずさわる医師の裾野を広げるような案を望む。（※同意見複数あり）
- ・研修・事例検討を行なう。鑑定の問題点を公に議論する場をもうける（※同意見複数あり）
- ・必要な事務的援助を受けやすくしてもらいたい。
- ・鑑定入院場所はしばって、主治医と鑑定人は別にし、鑑定人をできるだけ外から呼ぶ
- ・全国レベルでの情報の共有化をはかること
- ・医療観察法鑑定のもととなる刑事事件の精神鑑定の均霑化も必要。
- ・鑑定人の権限・責任は最終的には鑑定人に属するという構造に直接介入しないような形での協議や助言の要請に応える枠が必要
- ・“蓋然性”を精神医学領域の言葉で定義しなおすのもありだと思います。
- ・鑑定入院医療機関の均霑化を考える必要がある。すなわち、指定入院医療機関が、鑑定入院もひきうけ、通院医療もひきうけるべき。
- ・鑑定入院後の結果をフィードバックするシステムがあると良い。（※同意見複数あり）
- ・精神鑑定作業自体は、これまで通り単独で行なうが、合議体が考えて、鑑定上に生じた問題点があれば意見書として提出する。
- ・鑑定期間が短過ぎる。
- ・テスト的に10名位の鑑定医が、同一対象者を鑑定し出来るだけ結果を項目別にして判定すると一貫性が確認出来る。（※同意見複数あり）
- ・各県の人口バランスに差があるため、一律に決めることは反対である。その地域の特性に合わせないと鑑定医を辞退する方が（特に過疎地）出ると思う（ハードルが高過ぎて）（※同意見複数あり）
- ・審判定後の経過について、どこかの時点で意見交換できればと思う
- ・判定が審判（オブザーバー参加等）、指定入院医療機関、指定通院医療機関の医療の現状を学ぶ機会を作ること。
- ・鑑定事例集の発刊はWebで鑑定書を閲覧できるようにする（厳重なパスワード付）
- ・司法精神医学会に入会し、教育譲渡の受講を義務づける。少なくとも判定医は年間5例程度の簡易鑑定を義務づける
- ・公的病院に精神鑑定センターを設置し、精神鑑定は複数の判定医で協議して鑑定書を作るようにする。（※同意見複数あり）
- ・判定医が審判（オブザーバー参加等）、指定入院医療機関、指定通院医療機関の医療の現状を学ぶ機会を作ること
- ・即ち鑑定留置HPは大病院であるから複数Drが一般に関与しているので問題を感じていない

6. (2) ① 既に判定医となった方々を対象として、継続研修会のほかに、鑑定事例の検討会を毎年開催する（複数回参加すれば、継続研修の受講を不要とする）。

【肯定的意見（意見提起・条件付含む）・容認】

- ・厚労省の事例検討会のように、事例呈示後、能動的ワークを行い、受講生に簡単な報告書（鑑定意見）をかかせる。それをもとに可否を審査する。
- ・県による不均一を避けるシステムを作り、検討会は県単位で（※同意見複数あり）

- ・とくに判定に迷うケースについての検討があると有難い。
- ・継続研修の受講を長く継続することによって診断能力が幅広くなり適格になる
- ・必要なことである。是非とも催して下さい（※同意見複数あり）
- ・鑑定事例の検討会については、毎年はどうかと思うが、5年に一度位は行ってもよい。また、希望者のみ行えばよいとも思うし、参加できなかった場合には抄録等を有料で配布すればよい。
- ・指定入院医療機関から鑑定医に治療経過 e t c の f e e d b a c k を行う。プライバシーの問題は本人の同意をとればクリアできるはず。（ほとんどの事例で了承となるはず）
- ・事例の蓄積があるので、それらの反省を踏まえ、事例検討方式で
- ・常に開かれたものとするためには「検討される」場をもうけるべきでありその場に参加することで「開かれた」ものとの意識を共有すべきである（※同意見複数あり）
- ・継続研修の受講も必要と考えます

【疑問・否定的意見】

- ・よいとは思いますが、継続研修との差がわかりません
- ・時間的に無理。冊子体を作る方がよい（※同意見複数あり）
- ・医療観察法制度の動向は（鑑定と別の機会に）周知されるべき、上記*は反対です。
- ・国が、出張旅費等も負担すべきである。（※同意見複数あり）
- ・毎年である必要は必ずしもない（※同意見複数あり）
- ・義務化することはむつかしいのではないか
- ・地方でも開催していただけるのが疑問。

6. (2)② 継続研修の内容をさらに充実させるだけで十分である。

【肯定的意見（意見提起・条件付含む）・容認】

- ・個別の具体的なケースについての議論の過程が重要
- ・よいと思いますが、“充実”が受講の“負担”にならないか心配です
- ・鑑定というのは非常に責任の重い仕事なのに鑑定に特化したトレーニングは必須であると思う
- ・事例を持ち込んでいただき、検討をする
- ・判定医であっても実際に審判員としての経験のない者は継続研修会が必要となるであろう。
- ・出来あがった鑑定書の妥当性を評価する事は必要でしょう

【疑問・否定的意見】

- ・精神鑑定をその療法で多職種チームで行うことで一般医療のレベルアップにもつながる。鑑定の入り方も含め検討会は必要と思います。
- ・継続研修の中では事例の検討が少ないように思われます。もし事例検討が増えれば上記の研修会は不要になると思われますが。（※同意見複数あり）
- ・制度の動向とそれに合わせた鑑定医への要請を思うだけでは鑑定自体が真剣にとりくまれなくなると思います
- ・継続研修が役に立っていると思っている人はいないと思う。仕方なく参加しており、時間のムダ、テキストを作った方がよい（※同意見複数あり）
- ・鑑定事例の検討会を時間をかけて行うことが重要だと考えられるため（※同意見複数あり）

- ・研修会で方向性の固まっていな意見がかわされても現場は混乱すると思います

6. (2) ③ その他に改善策があればご記入ください。

- ・人手不足となるが向上させるなら、試験や鑑定のレポートの提出などで評価する事があるのでは？
- ・指定入院医療機関の見学
- ・事例集による知識や理解の均等化をはかること（※同意見複数あり）
- ・研修は、1）制度・運用、2）鑑定・処遇決定等の2つの面があると思います。一緒に行なうことは難しいので2つ行なった方がいいのではないかと
- ・鑑定結果が、非常に不適切と判定医が考えた場合に、何らかの報告を、出す制度が必要では
- ・社会復帰調整官の人員増と力量とくに対象行為者をめぐる環境からどれだけ情報を集められるかが再犯阻止のために私たちが提供できることではなか
- ・対象行為を行った後、かなりの時間がたった当事者をいくら精密に鑑定してもあまり医療観察法には意味がない。
- ・中央の研修には遠方の場合、なかなか参加できない。地方でも何らかの研修が出来る体制も望ましい。当院は入院指定病院の先生とカンファレンスを開いたり、別の司法精神懇話会に参加して、研鑽に勤めている。そういう会へ中央から講師を公費で派遣して貰えると良い。（※同意見複数あり）
- ・いくつか事例検討会に参加しましたが、開催する施設の先生方だけの事例提示であり、事例を公募する方法をとってもよいのではないかと思います。
- ・鑑定書の公開、相互批判（※同意見複数あり）
- ・専門医制を設ける
- ・継続研修を新規研修とほとんど同じ内容にするのはやめて下さい
- ・大学に司法精神医学講座・児童精神医学講座を設置する
- ・識見のある判定医を選ぶことが大事である。（※同意見複数あり）
- ・地区別に研修を行うことが必要（※同意見複数あり）
- ・単なる“資格”的なものとしての存在意識は必要ないと思われ、「年に1回は経験なことが継続の条件とするなどの方策が事実、判定医となっても、鑑定していない者の数が多いようい思われる
- ・指定入院、通院医療機関の治療者、公判における鑑定人、精神保健判定医等合同で事例検討を行う場があればよい
- ・裁判官の意見も聞かせて頂きたい
- ・大学における卒後研修の中に精神鑑定を含めるべきである（※同意見複数あり）
- ・精神保健審判員の処理すべき件数が多すぎて、負担が非常に過重となっている。ましてや鑑定医の負担も非常に大きすぎる。
- ・指定医療や、審判の場に臨席できる機会を増やすこと。（※同意見複数あり）
- ・事例の指定入院医療機関との間でのフィードバックが一番ではないでしょうか
- ・判定医資格の条件として過去の医療観察法鑑定あるいは刑事精神鑑定の経験とそのケースについてのレポート提出を求める。判定医となった後も数年おきに最低1回の鑑定を義務づける。
- ・犯罪精神医学についての基礎的知識を共有出来るようにする必要がある
- ・年1～2回の研修より日々の鑑定の中で、数年間アドバイザーをおくべき

7.医療観察法の精神鑑定、鑑定入院など全般的なご意見があればご記入ください。

- ・司法精神医療といっても特別なものではなく、一般精神医療のレベルアップなしには空中の楼阁に等しい。常に一般精神医療にフィードバックしながら専門性を高める必要があり、興味や関心を持つ精神科スタッフに見学、研修の場を提供すべきと思われる。(※同意見複数あり)
- ・鑑定のスケジュールが司法側にのみ支配され鑑定期間を実質1ヶ月しかもらえない。(※同意見複数あり)
- ・審判の結果が鑑定医に通知されない。鑑定ばかりを完璧なものにしても、これでは審判に関わっているとの意識は持ち難い。
- ・家族歴については新たな発見がなければ、司法鑑定のみでよいのでは(迅速化が言われていますので)
- ・多職チームで鑑定をやることで病院のレベルはかなりあがると思います。できれば主治医と鑑定人は別な方が、いろいろな見方ができよりベターと思います。
- ・刑事責任能力の鑑定と、医療観察法の鑑定の関係を整理するべきではないかと思われます。(※同意見複数あり)
- ・鑑定入院を行なう上での、検察庁、裁判所との意見交換を持つ機会を随時開催し、対象者の不利益が生じないように配慮する必要がある。鑑定入院のとき身柄だけ来て、一件記録も、前医療機関の治療内容も分らないケースがあった。また、不処遇としたとき、鑑定入院先が以後の治療先を手配しないと行けない事態を避けるようにしてほしい。(※同意見複数あり)
- ・医師不足などで年々忙しくなっており、観察法にかかわる時間が極端に少なくなっているため鑑定をやること自体が困難となってきた。
- ・引退したりして診療にかかわっていないが経験のある医師などを活用する方法を考えるべきである。(※同意見複数あり)
- ・身体的リスクの高いケースが単科精神科病院での鑑定入院に入ってこないようなシステム上のセーフティネットが必要だと思います。(※同意見複数あり)
- ・今の制度のままでは“要入院(指定病院)”が増えつづけるのは当然と思われる。医療観察法での入院、通院が優先して行われるべき対象のみを、その対象とできるシステムへの変更が必要である。(※同意見複数あり)
- ・鑑定医資格制度を導入できないか(※同意見複数あり)
- ・現在医療観察法入院施設のベッド数が、需要に対して圧倒的に不足している。このため同法鑑定入院が終了しても、近隣の地域には空床が無く、遠方の他見施設に入院せざるを得ないなど矛盾が生じている。これは入院対象者の枠を広げすぎて、再犯可能性の低い者や暴力性の低い者まで一律に扱っていることが、大きな原因であると考え。従って、せつかく多大な資金や人材を投入した入院施設を有効利用するためには、裁判所の審判で入院対象者を絞り込み、「精神保健福祉法の措置入院が相当である」との判定も可能とするべきではないかと考える。(※同意見複数あり)
- ・医療刑務所を鑑定入院先として使用しない理由を教えてください
- ・全治1～2W間の傷害事件の鑑定を2件ほど経験しました。もっと細かい網をかけるべきでないでしょうか。
- ・起訴前の本鑑定と鑑定入院を両方行うのは非効率である。(※同意見複数あり)
- ・本法のあり方として、典型的な入院対象の症例は措置入院等でも十分であることが多く、本当に必要なのは、人格障害や薬物依存を伴うなど処遇困難なケースであると思われます。(※同意見複数あり)
- ・鑑定入院期間の施設基準、治療・処遇基準を明文化すべきである(※同意見複数あり)

・対象行為発生後数ヶ月以上たってから不起訴処分となり、鑑定入院となる事例がある。患者はこの間、24条通報に基づいて措置入院し、鑑定入院決定後転院している。鑑定がおこなわれる頃には、症状は消失ないし変容しており、鑑定の意義が損なわれてしまう。また対象行為をおこなっているにもかかわらず、とりあえずは措置入院となっている点も疑問である。対象行為をおこなった患者は、措置入院するとしても入院先を鑑定入院医療機関に限定するなど、将来の鑑定を見通した処遇を受けるべきと考える。

・退院までの期間が短すぎるケースがある。また、退院後の処遇が家族任せになっているケースもある。ともかく、ベット数がたりない。十分改善するまで何年でも治療すべきである。観察法の期限切れで、精神保健福祉法で転院させることはもつてのほかである。

・(医療観察法以前になされる起訴前鑑定の問題が明らかになった。)したがって医療観察法の簡易定書に、「法律等の云う責任能力」についての判断を厳密に行うような記載を義務づける必要があると考える。(※同意見複数あり)

・公的機関での鑑定が行われるべきではないでしょうか

・勤務先の病院に入院させて鑑定する方が、情報も多く、多くの意見を参考にできるのでよいと思う。

・精神科医師の質の向上を図ることが必要。主に大学の精神科教室での教育について、基礎的な訓練を充実させること。一方的な考え方に陥らない様に指導をすること。(※同意見複数あり)

・長期的視点ではあるが、やはり同法鑑定の問題は、同法医療の「治療能力」の発展にかかっているであろう。特に対象者の居住地確保のシステム、指定通院医療を確保するシステムが整備されることが、同法鑑定の評価基準を左右することになる。すなわち、同法医療の治療能力が、同法処置の要件「①疾病性、②治療反応性、③社会復帰要因」を判断するための基礎的な要因を分かっているかである。こうした問題が未解決の中であるからこそ「①治療反応を得られない重篤な統合失調症はどうか?」「②根本的治療法はないとしても、一定の行動改善は期待できる、パーソナリティ障害、発達障害、初期認知症はどうするか?」という問いの答えが、不明確となるであろう。法的に同法申し立ての要件が幅広い(①対象行為②責任能力といった解釈のある要件)以上、多様、多彩な対象者が入りうる。入り口が広い以上、出口を多様に、幅広く出やすくすべきと考える。そのための整備が大切である。

・①精神鑑定医の選択が、均一(公平)になっていない。ある病院に偏る等の傾向がある。基準をつくるべきであると思われる。②通院医療に診療報酬上の配慮を厚くすべきと考える。③対象者の移送に関して、物々しい体制が作られているが症例によってはもっと簡略化してよいと思われる。