

# 平成 20 年度 分担研究報告書

鑑定入院医療機関の高規格化に関する研究

研究分担者 平野 誠

分担研究報告書

分担研究課題 「鑑定入院医療機関の高規格化に関する研究」

研究分担者 平野 誠<sup>1)</sup>

研究協力者 須藤 徹<sup>1)</sup> 村上 優<sup>2)</sup> 松原三郎<sup>3)</sup> 平田豊明<sup>4)</sup>

<sup>1)</sup> NHO 肥前精神医療センター <sup>2)</sup> NHO 琉球病院 <sup>3)</sup> 医療法人財団松原愛育会松原病院

<sup>4)</sup> 静岡県立こころの医療センター

研究要旨

本分担研究では、鑑定入院医療機関の質を確保するための方略について具体的な選択肢を挙げてその妥当性、現実的可能性について検証を行う。今年度は指定入院医療機関に入院となった後に処遇終了になった34症例について、事例を通して鑑定の質にかかわる問題点を抽出する。各施設治療担当医師により作成された事例プロフィールを集積し、合同討議形式で分析した。その結果、処遇終了事由において、疾病性の要件をみたさない症例が10例、治療反応性の要件をみたさない症例が19例、身体機能低下を主とする社会復帰要因の要件をみたさない症例が5例であった。これら処遇終了事例の中には、入院後の経過をみて初めて要件を満たさないことが明らかになった事例も含まれるが、明らかに鑑定に疑義のある症例が多い。今後、こうした疑義のある鑑定の背景を検討し、鑑定入院医療機関の質を確保するための具体的な方略を立てる必要がある。

A. 研究目的

医療観察法鑑定入院制度に関する論点の中でも最もよく取り上げられてきたのが、鑑定入院医療機関の質の確保についてである。鑑定入院を行う医療機関の水準を向上させることが、良質な鑑定のためには必須であることは言うまでもない。ただ、具体的にどの程度の水準が適切かつ効率的な制度運用のために必要なのかについては十分な検討は行われていない。

本分担研究では、鑑定入院医療機関の質を確保するための方略について具体的な選択肢を挙げてその妥当性を検証する。具体的には、「医療観察法に定義される指定入院医療機関を鑑定入院医療機関とする」、「医

療観察法鑑定のために専門的な鑑定入院医療機関を設立する」、「一定の水準を確保した医療機関のみを登録した鑑定入院医療機関のリストを作成し各地方裁判所においてリストの活用を図る」といった方略について、その正当性、妥当性、現実的可能性について検証を行う。研究方法としては、有識者に対する意見聴取や、費用対効果の統計学的分析等を想定する。

「質を確保するための方略」といったとき、その質を検討するための具体的な方法がまず求められる。鑑定医の立場で考えたとき、医療観察法鑑定は弁識・制御能力のみならず、治療反応性や社会復帰要因に関する意見を求められ加えておおむね一ヶ月と

いう短期間で鑑定書を提出しなければなら  
ないなど、独特の困難があると推測される。  
本研究は、まずはこうした鑑定に伴う困難  
の克服のために「鑑定医が要請する鑑定入  
院機関の質」を明らかにすることが必要で  
ある。

また一方で、「なされた鑑定の質の評価」  
という立場で考えると、現在の医療観察法  
のシステムのなかで、鑑定の質についての  
検討が可能になる場合は、当初審判におけ  
る審判員と裁判官による審判における場と  
指定入院・通院医療機関の実務者からの報  
告しかない。個々の審判における審判員に  
よる鑑定に対する評価は、審判員という権  
威に因って名目上ある程度担保されている  
と考えられるが、それぞれ異なった多数の  
審判員によってなされており事例の集積に  
乏しい。一方、指定入院医療機関には事  
例の集積はあるが、質の評価に関しては、  
医療機関の診療レベルの違いや実務者ゆ  
えの視点の偏りなどの可能性があり、その  
「なされた鑑定の質の評価」という点に関  
しては正当性や妥当性を担保する根拠に乏  
しい。そうした中で、医療者の立場から鑑  
定の質を評価しようとするれば、まずは事  
例の集積した指定入院機関の事例につい  
て評価の妥当性の担保に配慮しながらと  
りかかるべきであろうと考えられる。評  
価の妥当性を担保するための方策として  
は、指定入院機関以外の医師による鑑  
定の質に関するレビューや、入院継続  
や処遇終了の申請後の審判を経た事例  
を検討する方法などが考えられる。以上  
の前提で本年度は指定入院医療機関に  
入院となった後に処遇終了になった34  
症例について、事例を通して鑑定の質にか

わる問題点を抽出した。

## B. 研究方法

指定入院医療機関に入院となった後に  
処遇終了になった34症例について、事例  
を通して鑑定の質にかかわる問題点を  
抽出する。各施設治療担当医師により  
作成された事例プロフィールを集積し、  
合同討議形式で分析した。

(倫理面での配慮)

研究目的の治療ではなく、日常臨床を、  
統計的解析と事例検討により考察した。  
また個別事例は、事例が特定できない  
ように、内容を改変し、プライバシーの  
保護に配慮した。このため本研究によ  
って、患者個人の利益が損なわれる可  
能性はなく、倫理上の問題はないと考  
える。

## C. 研究成果

### I. 入院処遇後、処遇終了となった事例の概要

医療観察法による医療を開始・継続・終  
了する判断は

1. 対象行為を行った際の精神障害を有しているか (疾病性)
2. その精神障害を改善するために医療観察法による医療が必要であるか (治療反応性)
3. 医療観察法による医療を行わなければ、社会復帰の阻害となる対象行為と同様の行為を行う可能性がある (社会復帰 (阻害) 要因)

以上3要因を判断して行うことになって  
いる。

3 要因のいずれか一つでも一定水準を下回



る場合医療観察法の医療必要性がないと判断しうる。」ことになっている。(※司法判断としては3要因ではなく3要件として判断される)

#### 処遇終了となった全34例の内訳(資料化)

- 1) 疾病性の問題 10名
  - ・パーソナリティ障害=5名(鑑定診断: 統合失調症3名、妄想性障害1名、感情障害1名)
  - ・発達障害=2名(鑑定診断: 統合失調症2名)
  - ・物質使用障害=2名(鑑定診断: 感情障害1名、パーソナリティ障害1名)
  - ・その他=1名(鑑定診断?)
- 2) 治療反応性の問題 19名
  - ・統合失調症=4名(慢性期、治療抵抗性が強い)
  - ・認知症=9名(鑑定診断: 統合失調症4名、感情障害2名、その他2名)
  - ・物質使用障害=3名(アルコール2名、覚醒剤1名)
  - ・知的障害=2名(鑑定診断: 統合失調症1名、感情障害1名)
  - ・その他=1名(てんかん)
- 3) 社会復帰要因の問題 5名
  - ・身体機能低下=肺気腫、肺癌、糖尿病・認知機能低下、認知症、その他

#### II 3 要件の検討(鑑定に問題があると考えられる事例から抽出)

##### 1. 疾病性の問題~鑑定診断における精度の問題

- 1) 診断技術が明らかに未熟であるもの

- ・精神症状を安易に判定し、統合失調症や感情障害と診断してしまう

- ・エビデンスのない検査により結論を導いている

- ・ICD-10などの診断基準に沿っていない

- ・虚言を見抜けなかった

##### 2) 微妙な診断が要求されるもの

- ・発達障害や知的障害の影響を過小評価している

##### 3) 鑑定期間中では診断が困難であったもの

- ・精神症状が実は認知症の初期症状であったが、鑑定期間中には認知症症状が顕在化しなかった

##### 4) 医療観察法を理解していない?

- ・医療観察法による治療で更正を期待している

- ・知的障害やパーソナリティ障害の患者に内因性精神疾患(特に感情障害とされることが多い)の診断をつけて医療観察法にあえて乗せようと判断していることが疑われるもの

##### 2. 治療反応性の問題~医療観察法の適用に問題があったが入院が決定してしまった例(知的障害、発達障害、パーソナリティ障害、物質使用障害など)

- ・鑑定診断の妥当性を検証し、診断が異なると判断された時点で処遇終了を検討している。対象者が自分自身の社会適応性について困難さを認めた場合、治療反応性を(それなりに)認め、治療プログラムが行われる。

- ・社会適応性に関して問題意識がない対象

者は、プログラムを準備しても乗ってこないため治療反応性に乏しい。処遇終了となった場合、後の観察もなく、問題となる事例であろう。→処遇終了として地域に出さざるを得ないが、対象行為が重大なものや、ハイリスクである対象者の場合、これでよいのか？それ以前に、検察官や審判員はこうした事実に関する認識をもっているか？

### 3. 社会復帰要因

重篤な身体疾患（肺炎腫、悪性腫瘍）あるいは認知症を有する対象者は「同様の行為」を起こす可能性が低いと判断可能であり、処遇終了となっている。→・鑑定入院中に判断可能ではなかったか？

## D. 考察

医療観察法の鑑定施設という視点から以下に問題提起をする。

①診断や治療反応性の評価のためには、なるべく開放処遇を早期より提供し、病状や行動に関する多くの情報を鑑定医に提供する必要があり。特に疾病性に問題がある場合、精神保健福祉法準用のもとでは、行動制限自体が一定の疾病性を認めることになり、判断に偏向を与える。

②逆に、疾病性に問題のある対象者に関して、精神保健福祉法に準じた行動制限を順守しようとするれば、鑑定施設の負担は計り知れないものがある（例：パーソナリティ障害の対象者の、計算づくの執拗な威嚇などの逸脱行動に対して行動制限は是認できるのか→一般精神医療であれば、病気ではないとして退院させるようなケースである。）

③刑事鑑定とは異なった事情・困難が医療観察法鑑定にはある。鑑定の精度を上げることは個人の人権を守るためにも社会の公正を保つためにも絶対の課題である。そのためには、一定の施設の高規格化は必要である。

④一方で、特定の医療機関に医療観察法の鑑定が偏ってしまうのは、精神医療の今後のためにも決して好ましいことではない。疾病性が明らかな対象者の処遇は、精神科医療機関である以上そんなに大きな困難はない。疾病性に問題があり処遇に難渋するような（鑑定）対象者をどういう施設で見ることが、鑑定施設の高規格化という問題にとって大きなテーマとなる。

⑤地方（県）による鑑定施設・鑑定医の実施状況の差が非常に大きい。おのずとこの差は、鑑定の質に反映するだろう。ある程度の標準化はやはり必要なのではないか？

⑥質の担保の指針として、鑑定入院バスなどを実施している施設もある。こうした、ソフト面での視点から、鑑定入院施設の基準を考える方向も可能であろう。

## E. 結論

もとより、精神科診断は経過を観察して初めて下すことが出来ることが多い。医療観察法の鑑定では、宿命的に時間の制約という困難を背負っている。当然に、その判断の根拠は、その時点で明らかになっている情報のうち、専門家としての質の検討をした後の証拠に基いてなされる。入院期間中に集めうる情報の質を高めるためには、なるべく行動制限を少なくした状態で行動観察することが有効なことは疑いの余地が

ない。疾病性の疑義症例の多くは、パーソナリティが適切に評価されていれば、避けられた誤診であるように思われる。しかし、他害行為を起こしたばかりの対象者に対して、行動制限を少なくした状態で行動観察するためには、ハード・ソフト両面の充実が要請される。一方で、特定の医療機関に医療観察法の鑑定が偏ってしまうのは、精神医療の今後のためにも決して好ましいことではない。医療観察法の鑑定施設は検察庁が選定することになっているが、検察官が鑑定施設に導入するプロセスを含めて、広い視点と実情を踏まえた施設整備が考えられなければならない。これらは、次年度以降の課題としたい。

**F. 健康危険情報**

なし

**G. 研究発表**

なし

**H. 知的財産権の出願・登録状況**

なし



別紙1 検討会議事録

III 検討会議事録

医療観察法関連合同班会議事録（五十嵐班平野分担研究および山上班村上分担研究 2009年1月16日—17日）

出席者：指定入院医療機関 13機関から実務担当をしている医師15名および、平野、村上分担研究者

（症例検討1）

A 五十嵐班平野分担研究および山上班村上分担研究として、医療必要性と（鑑定施設の高規格化について議論していく。基盤としては処遇終了のケースについて話していく。処遇終了疾病性10例、治療反応性19例、社会復帰要因 5例 34例を仕分けしている。

最初の事例は社会復帰要因に関連したケース。80代の男性で妄想性障害で障害を起こした。肺気腫があり長谷川は測定不能なほど身体状態が悪化していた。内科に転院となり処遇終了となった。肺炎を繰り返し、鑑定入院中に身体状況が急激に悪化した。

B 鑑定の初めは認知症の問題はないけど、鑑定中に悪くなるケースがある。鑑定中に頭部外傷を起こして機能が低下したケースもある。鑑定入院中に悪化した場合にそれを反映するか、議論が必要。

A また、妄想性障害とはいえベースには認知症があるような症例。被害妄想から傷害を起こした。入院中に肺気腫に肺炎を合併した。持続酸素療法で動けない状態。指定入院医療機関でも肺炎を起こしてぎりぎりのタイミングで内科転院となった。

D 鑑定での問題はなかったか。

A 鑑定では1カ月の段階で審判が行われて、身体合併は一時的な合併として判断される。審判時点ではまだリスク、治療反応性もあるだろうと考えられていた。

B 鑑定で刻々と変化しているという問題。肺気腫だけであればどうか。

A 持続酸素療法中でも他害行為起こしており、まだリスクはあった。

A 入院になってすぐアクションを起こして2ヶ月くらいで処遇終了となった。

B 合併症が重篤。長谷川ができないほど身体も悪かったが、認知症もあつた。認知症は治療反応性はあつたのか。

A 妄想性障害と言えないこともない。しかし、一方では全般的な認知機能低下に伴う被害念慮のレベルで人格レベルの問題とも考えられた。

B 認知症でどこまでこの治療に組み入れるか。80歳で被害念慮もあり、実行できるが、今後機能が低下していく。そういった場合どうするか。

E 治療反応性、社会復帰の面で、のせない方がいいのではと内科と話している。

F 一人はFTD, 1人はアルツハイマーを経験。アルツハイマーはアリセプトでよくなった。FTDは進行が進んでおり、身体合併症があつた。

中途半端な認知症で医療の必要性を判断するのは難しい。身体合併症の問題なのか。

A 医療観察法に入ると、身体管理のネットワークが悪くなる。受け入れ病院が見つからなければ、大変なことになっていた。

B 癌の末期で医療観察法に乗ってきた場合。入院した時には分からなかった。身体

状態が悪くなってリスクも低いと考えて処遇終了となった。疾病教育ができていたので、合わせ技。

武蔵が合併症治療もやるとのことだが、身体合併についても考慮したらよいか。

C 鑑定書の内容はどうか。

A 妄想性障害とは少なくとも判断できないレベル。器質性の人格変化レベル。疾病性に関してもそうだし、身体状態を評価するには、頻回に出向かないといけないけど、2, 3回しか外向かない場合も多い。身体状態も含めた状態を鑑定医が把握していない問題点がある。対象行為の時の検察調書だけで判断している問題点があった。

B リアルタイムで情報を反映しない。審判もリアルタイムに反映しないという問題点。

A 肥前は入院でやるのでそれなりに全身状態のアセスメントができる。これが、訪れてやるとなると難しい。

A 2例目。精神科に長期入院していた慢性期の統合失調症患者。入院時活発な幻覚妄想状態、傷害を起こした。HDRは一ケタ。慢性化した陰性症状であったところに新たなエピソードが絡んできた。

F 当院でも、似たケースがある。もともと妄想があった人。それで見当識障害が出現した。鬱状態で入ってきて、認知症となって、治療反応性がないとのことで終了となった。

B 妄想に基づいていたから疾病性があり、薬が効いて治療反応性があるということで医療観察法になった。措置入院にはなっていないのか。

A 医療観察法の治療をしたので一般精神

科で処遇できるレベルになった。問題はここまで来たときに、社会復帰まで治療反応性は期待できないが保護的環境での入院継続が必要となった場合、もし、受け入れ先がない場合にどうするか。

J 服薬が担保できれば処遇終了でいいと思う。

B 入口の部分で入れないというのは？

A せん妄か統合失調症の幻覚妄想かが分かりにくいケースであった。受け持ち看護師の観察で、幻覚妄想状態と判明した。それで薬物療法を中心としてできた。精神病症状が軽快して、認知症だけで退院となったから、入院としてよかったケース。

B 受け入れ病院がなかった場合に裁判所は処遇終了をみとめるのか。処遇終了には、受け入れ先がなくても、終了できることにはなっているが。

A 実際は難しいと思う。このケースの場合は、もともとの病院が、自分のところで見る、ということだった。

B たとえば知的障害の反応で、反応は消失した場合、40代とかだどこうはいかないのでは。

A 知的障害では、妄想様反応で放火をしたケースがある。保護的環境下では大丈夫だが、妄想は被害念慮で説明できる程度で、かといって知的問題から単身で生活できるレベルにはならない。疾病性に問題があり、加えて、保護的環境下でのリスクは低いと考えられ処遇終了して一般精神科に転院となった。

C 中等度知的障害の方がいた。プログラムに乗らなかった。わりと早期で退院となった。



F 菊池は、知的障害で処遇終了例はない。  
B 入院の時点では来るのは仕方ないのか。

A 軽度に近い中等度。放火に至る経緯も、了解可能な動機に基づいていた。責任を問うてもいいようなケースであった。少なくとも喪失のレベルではない。耗弱か完全でいいくらい。妄想は、隣の人が家をのぞくとか、悪口を言われる、という内容。結婚や離婚ができていない。認知症の母親を見ていて疲労蓄積したあとのことであった。

H 入院時にどの程度精神症状があるかで、決まってくると思う。

B 知的障害があって適応障害であっても、精神症状がある。完全にできるのか。耗弱であれば医療観察法に乗ってくる。

D 鑑定面接中にどの程度見たかによる。こっちに入院してよく見て初めて分かったのでは。

B 喪失とは言い難いが、耗弱であればこっちに来る。適応障害であれば、一過性で、鑑定の時に症状がなければ、疾病性はないという考え方もあるが、犯行時に症状があれば一般的には疾病性はあるとする。

C スタッフとの間の対人関係、操作的な動きは取れていた。状況を把握して、自分の頭の中で意識してやることはできるレベル。映画の話をするのは対人スキルの一つで、脈絡がないわけではない。刑事鑑定でじっくり見ることになれば、ぎりぎり耗弱にはなるか、完全になる可能性が高い。

Y 医療観察法は、医療振り分け機関のようになる可能性もあるのでは。3要件をみたしているから医療観察法で見なければならぬというよりは、もっと適切な医療があ

ればそっちに行くのでもよさそう。

C 知的障害が主な問題だが、反応性の症状が出やすい。薬物治療の反応があるかの疑問と、保護的環境下で改善することを、治療反応性と言ってよいかという問題。ある程度保護的な環境下で治まるようであれば、退院し、次につなげるといい。

B その時に、通院か入院かということはどう考えればよいか。

A 対象者の理解の程度というか、プログラムに全く乗れないようであれば、入院治療、ある程度できれば通院治療と考えた。中等度知的障害は、調整官に早めに話をしておいて、病院が見つかって、そちらに行けると判断した後の終了判断であった。もともとは、知的障害だけでは、該当しないと考えられていたが、医療観察法の処遇終了として積極的に考えるべきなのか、一時的な妄想様状態になる人は、精神医療がかかわることになる。医療観察法は切らない方が良いのか。

C 結果的に通院となった方は、経済的な管理が下手で、医療観察法の通院処遇となった。リスクを評価したうえで判断。リスクがゼロにはなりにくい。地元の医療体制との兼ね合いで決まってくるのでは。本人の理解と受け入れ態勢と。

J 医療観察法は、ストライクゾーン以外にも広げていくと、ベットがうまっていく。知的障害以外の方も乗ってくる可能性が出てくるのでは。

B 内因性の疾患名が入っている方であった。保護的環境下では、対象疾患がなくなったケースとなる。

(症例検討2、疾病性)

A 母親を撲殺して、鑑定中は事件を覚えていないといい、統合失調症と判断され乗ってきた。入院により詐病であったと判明して終了となった。幻聴を訴え、起訴猶予となった前歴あり。当該犯行は否認していた。起訴前本鑑定では、虚言の可能性を認めながらも統合失調症としていた。不起訴処分となって、医療観察法鑑定となり、入院治療が適当となった。起訴前鑑定医は、心神耗弱と考え、検察官との協議過程で喪失となった。検察が、耗弱だったら起訴していただろう、鑑定医との内々の話で不起訴が進んでいった。よくわからないのだが、責任能力が争点になった時には検察官に立証責任が課せられるという話を聞く。実際にそうかどうかは知らないが、被疑者が「覚えてない」と主張するケースでもあり、検察官が起訴にためらった可能性あり。入院中は、思考障害はなく、自己愛性のパーソナリティ傾向が強く出ていた。疾病性、治療反応性が要件を満たしていないと考えて、処遇終了の申請を行い認められた。起訴前鑑定医の思い込みの部分が強い印象。起訴前鑑定でも、嘘をついているだろうと考えてあるにも関わらず、喪失となった。起訴前鑑定は6回くらい面接してある。医療観察法の鑑定は15分の面接を2回して鑑定書を作っている状態。疾病性を問題にしなければならぬ症例。病棟内での状態では、統合失調症特有の症状は見られなかった。

入院中は挑発に近い形の怒鳴りあいの、嘘をつく余地がない状態での陳述を積み重ね、そのなかで動機関連や犯行の態様に関する

記憶を引き出した。審判で統合失調症と判断された根拠に関して、一つずつ反論していった。性格に関しても、本来学者肌の理系大学生といった判断がどこで出来るのか、強制入院という言葉をあいまいに使っている、といった問題点があった。こういう例を出してしまうと、明らかな殺人犯を野に放つのかという批判を受けることとなり、非常にエネルギーが必要となる。

C 新宿駅、バスジャックの、知的障害の妄想性反応が有名。統合失調症とは本質的に違うのであって責任能力が問えると判断されたのであって、安易に知的障害を医療観察法に乗せるべきではないと考える。医療観察法ができたからと言って、知的障害の妄想性反応のような、非常に細かな検討がある症例を、疾病性があるとする傾向になるのは、よくないのでは。

B 起訴前鑑定では、作り話が入っているということ？

A 鑑定医が頭の中で組み立てたストーリーにそって、言葉が抽象化される。父親からコントロールされるという言葉が、作為体験と抽象化されている。鑑定医の解釈が過大であったと。若い頃の精神病症状はなかったと判断できるのではと考えている。病棟生活の中で、行動制限をせずに様子を見ると、とても統合失調症とは考えられない。詐病というよりは黙秘していた。大学との交渉で、幻聴があったが軽快したといえ、診断書をもらえて復学できると考えてそうしていたことがある。

B 鑑定には慣れている先生の鑑定であった。自分のストーリーにあわせていく悪しき例と考えていい。



D また、背景には医療観察法ができたことが大きいと考えられる。心神耗弱としかかかれていない。医療観察法がなければ、耗弱をつめて、検察官が起訴した可能性がある。

A なぜこんな問題が起こったのか、誤診が起こっているのはなぜか。

Y 統合失調症ということを持って、それを抽象化していった。結論ありき、ということ。

A 一番は、統合失調症による人格変化という言葉が独り歩きしているような印象。人格変化による易刺激性、攻撃性という言葉があまりにも安易に広まって受け入れられ過ぎている。また、医療保護入院を要し、という記載が誤解を招く。他の2か所で統合失調症と判断されているのは、疾病利得（復学のための診断書）のためと考えられた。両親は社会常識にたけていた、そのことも影響があったかもしれない。

B 鑑定時に診療録を取り寄せることをしなければわからない。慣れてくると、結果ありきになり、自分の疾病概念に当てはめた鑑定書になってしまう可能性がある。

A 少なくとも、ICD はしっかりと適応してほしい。

B 起訴前鑑定医が統合失調症という結論を最初に持ってきたのはなぜか。

A 過去の診断がついていたからと思われる。当院では刑事鑑定は入院してやっている。拘置所でやっているだけの鑑定ではこういう問題が出てきやすい可能性がある。生活の様子を見れば、人格の偏倚は確実に分かる。鑑定留置はできるだけ入院でやって、生活の様式を観察して鑑定した方がい

いと思われる。

B 医療観察法の鑑定は、言語道断。点としか見ていないから、面としての観察をいかに鑑定書に反映させるか。

A 医療観察法の鑑定で、入院施設の鑑定医が鑑定するのは良くないといっている先生もいる。

H 長崎では、医療観察法で鑑定して、入院もしている。どうしても、バイアスがかかってくる。鑑定の入院と観察法の入院を割り切って理解できない対象者も多い。

E 鑑定医や裁判官も決まってくると同じパターンになる。

B 裁判所はいろんな意見を学習する。入院期間の考えを反映できない。

長崎のように一点集中は問題か。名古屋は半分くらいが鑑定している。富山は二つの民間病院で鑑定している。沖縄は民間の二つでやっている。議論する場が少しずつできてきている。熊本は菊池と、民間二つ、県立がする。三重は五か所くらい。医療観察法病棟が入ってから、よその病院に回るようになった。意図があるかは不明だがあるかもしれない。長野は4つ。民間、県立。最寄りのところがする。医療観察法病棟と関係ない医者が鑑定する。連携してスムーズに治療ができるメリットもある。新潟は上越は一つ。鑑定受けてそのまま入院するケースがある。連続しているメリットはある。岩手は、花巻は最近再開して県立2か所、民間2か所で鑑定をほとんどしている。医療観察法の考え方がうまく広まったような印象。指定通院になっている病院がなかなか受け入れなかったり、不安が強い状況があったが、医療観察法鑑定をやっていた



だいたのところには理解が得られて、協力してもらえるとというメリットがある。

B 鑑定センターに関してはどうか。

A 肥前は、鑑定は、佐賀県は全部して、福岡県の鑑定も、3分の1くらいしている。刑事も医療観察法も全部うけている。

B 他の県からの鑑定を受けているのは、肥前と、あと埼玉県の事例くらい。

D デメリットは 多角的評価を受けるチャンスが少なくなる。バイアスがかかってくる。病棟の都合や、私情が入る可能性。

C 刑事司法、医療観察法、審判、治療、医者をどう同じにするかの議論で、医療観察法と、審判が違えば、医療観察法の鑑定と、治療は同じでもいいという話があった。

F 肥前と同じような症例。統合失調症と診断されて入ってきたが、統合失調症という感じがしない。薬剤中止でも再燃なし。短い期間ではなかった。被害的な認知をしやすかったり、自分が嫌いな対象者に嫌われているという認知の歪みはあった。共感性が乏しかった。パーソナリティの障害と考えられ、地元の病院に通院することとなった。診断は特定不能のパーソナリティ障害となった。終了の処遇申し立て理由は、疾病性。他害リスクに関しては言及していない。他害リスクはあるが、疾病性なしにて申請。新潟地裁であった。リスクはあるけれど、パーソナリティ障害は疾病性はないとの判断。当初認定された幻覚妄想がない。

D 医療観察法鑑定で、判断能力のある人であった。病棟内で起こった暴力事件では、分かってやっていた。警察にも入ってもらったが、起訴されなかった。刑事司法にさかのぼる問題。統合失調症と診断されてい

た。精神病性の症状は、被害妄想と言えるレベルではなく、被害念慮のレベルであった。

B こういった例は多いのか。

A 今のところ肥前では一例。

B 診断を再評価して裁判所が認めたのは良かった。

B パーソナリティ障害だけ審判で通らなかったケースは。

E 30代の男性で、鑑定では、妄想型の統合失調症。強盗殺人未遂。覚醒剤は10代から使用。中毒性精神病、反社会性のパーソナリティ障害と考えられる。対象行為は、フラッシュバックに基づいたもの。入院中もフラッシュバックは一度起こした。薬物で改善した。人格に関してはこれ以上の改善は認めないとのことで処遇終了の申し立てをしたが棄却された。

B 理由は？

E ひとつは薬物の量と種類。フラッシュバックはリスパダールで改善した。症状改善したのであれば、なぜリスパダールを継続しないのか、と。もともと通院していた病院への不信感があったが、そこを指定病院で通院してほしいようだった。

B 犯行当時に薬物を使っていたか判然としていない。2日間くらいのフラッシュバック。鑑定期間中には異常体験はなかった。入院していたときは反社会的な動きがメインであった。脆弱な体質があるからベースで薬を使っていた方がいいと考えられた。処遇終了か通院かが問題となると思われる。

A 中毒性精神病かフラッシュバックかは大きな鑑別点となる。内服していたらフラッシュバックの可能性はあり、処遇から外

すのは難しい印象。

B 2週間続いているから、遅発性精神病性障害の可能性あり。フラッシュバックの扱いは困難。2週間続くこととは分けた方がいいのでは。責任能力も、時間の連続性からどうかと思われる。昔は一過性のものはほとんど完全だった。2週間続いていると、審判で戦えるか疑問。

S フラッシュバックのとらえ方が独特。狭く考えている。

L うちではパーソナリティ障害で処遇終了の申し立てをしている症例がある。保護観察所が引受先がなく、再鑑定をすることとなった。

B 退院申し立てに対する鑑定は初ではないか。

L 大学で鑑定することとなった。身柄は観察病棟のある病院。

C 当院の症例。診断を精査していくと、睡眠薬の依存傾向があった。不規則勤務、妹とのお金のやり取りなどあり、理屈の通じる状態で犯行。鑑定書に記載されていた、医療観察法による矯正医療をするべきという記載は問題か。薬物への強い欲求はなく、意識レベルの変動もなかった。それよりも、人格面の問題あり。疾病性は全くないと判断して申請。アルコールのプログラムを開始した。理解もよく、治療には乗ってきた。地元の断酒会に参加した。そんな中で、退院申請が通った。入院期間は6ヶ月ほど。審判で喪失ないし耗弱になったのは、地域的な問題で権威のある鑑定医の意見が通った。放火だから、審判員が棄却するのは難しいのか。棄却で責任を問うラインになるのでは。

B 医療観察法がなければ裁判になりそうな症例では。処遇終了が通ったことは県にフィードバックされるか…。裁判官は学習しているだろう。

C 医療観察法ができて初期に入院した人。SSRIを輸入して躁状態を惹起して、人を殴った。SSRIの乱用であれば教育も必要かと考え時間をかけた症例。物質乱用ということで処遇終了となった。付き添い弁護士がたくさんいたが、通院医療を主張した人もいたが、裁判官による説得で納得した。処遇終了にできたポイントは、本人が、カウンセリングを受けると述べたこと。気分障害はないと評価した。躁状態はSSRIの影響と考えた。リチウムは内服したまま。いま考えると、疾病性はなくリチウムを投与する必要はなかった。通院の脱落予防のための意味もあってリチウム処方した。

B 付添い弁護士は家族からの要望を受けていたのでは。

C 気分障害が否定されたことが終了処遇のポイントとなった。今だったら、リチウムは内服せずに早めに終了できるのではと思う。

〈症例検討3、発達障害事例〉

C 総合病院に通っていて、統合失調症と診断されていた。対象行為時は、家のことはやっていた。除雪が頻繁になって（家族に任されていた）、家族への不満から暴力となり、逃げた妹を見つけた近所の人を殴った。了解可能と考えた。幻覚などはなかった。鑑定診断では家族への気持ちを妄想ととらえてあった。鑑定医が、初めてアスペルガー



と診断していた。入院後診断を進めたところ、妄想等なくアスペルガーだけであった。疾病性が異なることと、アスペルガーの治療反応性に問題があり退院申請。地元で混乱があり、地元の通院機関でみるという考えもあったが、審判の中で結果的に終了になった。そうなったら、通院施設がとらないということとなった。結果的には鑑定病院が引き取った。短期間の医療保護入院となったあと、今はアパートで暮らしている。PDDの人が、統合失調症と二重診断があったりするが、対象行為に発達障害がかかわっている場合、医療観察法で出来るプログラムは、疾病教育で、自分の弱点の説明をしたり、入院中の他者とのトラブルについては、その都度看護から話して、しだいに落ち着いた。

B 本人に、自分の弱点や対人スキルを学ばせる治療をする余地はあるのでは？治療がある程度進めてから終了にしたのか、診断がついた時点でやったのか。

C 診断が付いた時点で申請した。発達障害にかかわれる医療機関は少ない。SSTとかやっついていかないと、つまり、医療機関とのかかわりがあった方がいいというケースであった。薬は、眠前薬程度であった。メジャーであっても睡眠薬代り程度。境界知能程度で就労は多少やっていたが続かなかった。暴力は一回。リスクという点ではそう高くない。

B しかし、暴力が学習された症例は困難？。

A 当院ではPDDであっても、かなり二次障害が来ているケースがほとんど。疾病性があるなどしか思われぬ人しか来てない。薬がいる人が多い。

B アスペルガーに関しては、かなり二次障害があっても、耗弱レベル、ほとんど完全と言っていた。PDDに関してはまだコンセンサスができていない。二次障害があっても、根本的な影響なければ責任を問う。PDDは精神病質に匹敵するようなもので、耗弱レベルかという考え方をするようになった。

L 両親への他害行為のアスペルガーで、帰るところがなく、長引いているケースがある。薬物で、衝動性がある程度抑えられるが、アカシジアが出やすい。家族も発達障害がありそうな家族。

Y アスペルガーの人を不処遇にして、鑑定した病院で措置入院とした症例で市長同意で当面入院したという例がある。家族に対してはすさまじい暴力があったが、他の人にはない。刑事の鑑定でもアスペルガーで完全だったが、奇妙な暴れ方をして検察が不起訴にした。医療観察法の審判では、不処遇にして措置となった。地元の医療機関が断ったので当院一般病床で引き受けた。

F 当院のPDDの症例。治療反応性で処遇終了となった症例。対象行為は傷害。音楽を聞こうと思ったらカセットデッキが壊れた。買うには仕事をしないといけないが、年齢制限があることに気づき、包丁を持って、外に飛び出して最初に会った人を刺した。統合失調症と診断されていた。衝動性のコントロールは薬剤が必要であった。知的にも軽度の問題があった。心神耗弱状態と審判では判断された。心理の検査で、こだわりやコミュニケーション障害があった。薬剤は必要であったが、疾病教育は入っていない。薬剤にも限界を感じ、地域に戻



すのも困り転院先を探した。もともと通院していた病院に帰った。3番目の入院者で期間は長く、1年半以上入院していた。リスクはありそうな人。入院中も衝動性から女性に接近することはあった。女性へのセクハラ行為があった。精神保健福祉法になぐということて終了となった。母親に暴力をふるうところがあって、家庭内暴力があったため、自宅に帰るといふ選択肢は難しいと判断された。

A 肥前にも似たような症例があり、3年入院している、保護室も2年ほど利用し、めどが立たない。病棟内寛解の見通しもついていない。しかし、治療反応性を理由にした処遇終了は困難ではないかと考えている。

J 入口の部分では、PDDで二次障害がなければ、責任能力を認めるということになるのではないか。

B 責任能力が問えないとなるポイントは何？

H 知的問題と、ストレス脆弱性か。

A 肥前のケースは裁判で、心神耗弱で執行猶予であった。

B PDDで、反応性が衝動的であったり、パニックであれば、精神病性症状がなくても耗弱レベルにあるという考えがある。しかし、いったん医療観察法に乗ると、処遇終了となる例があるため、論理矛盾がある。リスクを見ると、永遠と見なければならなくなるケースになる可能性がある。

H 知的障害かつ自閉症の重大な犯罪者の鑑定で、完全となった。精神医学的な判断は置いておいて、裁判官の心理的判断にゆだねている。

D 特性のこだわりとか、コミュニケーション

の障害が主な犯罪では、完全としている。

C つらいところだけど、完全責任能力。薬物療法が効果がなければ、永遠になってしまうので、入る前に完全としておいた方がいい。

N 耗弱のケースがあってもいいという考えもある。統合失調症が合併しているようなケースであったり、鑑別が難しいケースもある。医療観察法に入ってきた場合は、治る症状とそうでない症状に分けて、治療反応性で出すという考えもある。

B 性的な発言を繰り返すレベルで、引き取る先がないケースではどうするか。

A 治療反応性の考え方。衝動制御に関する著しい困難に対しては、一般的には反応はないと考えていいと思う。医療観察法の治療反応性の要件を満たさないとすると、措置ということになるが。

B より困難患者を措置で見ないといけいいのか、という議論となる。非常に暴力性が高い場合に一般の措置で見るのは矛盾がある。

A 治療反応性に関する議論は、リスクという見地との相対的なものになる。この点、疾病性に関する議論とは根本的に異なる。

D 原則として、精神病性症状がなければ、PDDは完全とする。

(症例検討4、その他)

F 急性一過性精神障害 鑑定時の診断は不明。隣の人から嫌がらせ、心身の不調を訴えて受診していた。宗教活動していて、ホワイトハウスからの情報が隣人に～という妄想、隣人の「ころす」という幻聴あり。

対象行為の後も、アルバイトや宗教活動をしてきた。鑑定中は薬剤フリーで再燃なく、対人関係も問題なし、入院中も問題ない状態。急性一過性精神障害と診断し、ストレス下で同様の状態が起こることを本人、地域に説明したうえで医療機関に相談するとの流れを作った上で処遇終了。診断をつける目的で、入院が必要との鑑定。診断は不明だけれど、精神病はあるという。鑑別は、統合失調症と急性一過性、妄想性障害。

D 責任能力の前提は診断では。

F ICD に合わせると、合わないとの書き方。症状は1週間前後であった。急性一過性となると、この法律に合わないというストーリーで、診断を保留としたのでは。

B 診断不明だが、精神障害はあるということがあってよいかは議論されるべき。

C 統合失調症で幻覚妄想あり、ECTにも効果なく、治療反応性において一般病院に送った。

A ハイデペンデンシイはこういった症例を想定しているのか。

B リスクは？

C リスクはシビアなリスクではない。医療保護入院となった。

B どの条件であれば、一般医療でよいか、治療の種類や期間の目安は？

C 時折、攻撃的となるが、毎日の介入が必要なレベルではなかった。審判では、攻撃性が危惧されて、医療保護でいいのか、措置なのかが問題となり、審判員が実際に来てみて、審判が決まった。

B ある程度の基準が必要ではないか。リスクの問題、程度の問題、治療が変化しない

症例はある。基準を案として出すとありがたい。

A 衝動性や、社会復帰阻害要因なども含めて、治療反応性単独で申し立てをすることはしない。受け入れ先と話がつくということが大前提となってくるケースではないか。受け入れ先が見つかって、他害リスクが下がったと考えて。リスクが高い人の場合は、ハイデペンデンシイなどで、医療観察法のなかで、もっと長い期間でやるという方法もあるかもしれない。

Y 統合失調症の診断治療歴の長い人。薬物反応性が悪く、周期的に反社会的な行動があり、ECTが42回施行されている。H18年に傷害事件を起こした相手に対して恐喝未遂事件を受けて、懲役、釈放となり、その後自殺を目的に自宅に放火。鑑定期間中に外傷中の自傷行為で硬膜下血腫、くも膜下血腫などあった。しかし、それだけで説明ができない所見があった。入院時はMMSE低下があった。両側前頭葉を中心とした委縮があった。両側海馬の委縮もあった。言語を介した疎通の低下もあった。前頭側頭型認知症と考えられた。大学に事例を出し、FTDと考えた。筋萎縮性側索硬化症の合併もあった。誤嚥などあり、身体的な治療が優先とされ、大学に転院となった。半年ほど、頭部外傷のリハビリなど必要であった。落ちてきたという経緯。統合失調症と診断されたのは、統合失調感情障害に近い状態。

B 入口のところでどうだったか。問題があるとしたら、統合失調症というよりは、分裂感情障害が疑われること。頭部外傷にさ



らに、FTDの合併があった。認知症は、統合失調症の陰性症状と同じように、状態によって、リスクの評価で処遇が決まってくる。

〈症例検討5、物質関連障害〉

C 幻聴で放火し、統合失調症と診断された。しかし精神症状、陽性、陰性症状共になかった。薬剤中止によっても、症状の再燃なく、アルコール精神病と判断された。アルコールを断つということをしなさいといけないということで、自ら求めていくのが最善だろうと考え、断酒会に行くようにして、6か月目に処遇終了となった。レールを引いたうえで退院となった。

アルコール・薬物依存の治療に同意しない場合は入院による治療反応性はないと考えるべきか。

F 覚せい剤と反社会性。火炎瓶を投げて放火。内服にて、幻覚妄想が目立たない状態となった。人格の問題で、いろいろと、金品のやりとりや、覚せい剤の持ち込みなどあった。しかし、本人の任意性に基づかないと、という考えで、調整官と一致し、処遇終了となった。リスクに関しては、警察に情報提供して、視察対象としてもらうこととなった。慢性持続性の状態。

B 通院の方が妥当か。

F 覚せい剤依存症に重きを置いており、強制医療は、依存症の治療としては治療的でない。薬物治療に関しては、任意でやるほうが治療的かという考え。薬物専門のクリニックにしばらく通院していたが、今は通院していない。

D 鑑定時および審判時に精神病症状がな

くても疾病性は満たすのか。

B 平木の論文では、そういう一過性のものは想定していないということ。責任能力に関しては、無能力と判断することもあるが、幻覚はなくてアルコール依存だけある場合ははずす。

J アルコール依存は強制治療に適さないという考えは今後変わるか。

B それをやると、すぐに病棟がパンパンになる。

J アルコールで、妄想が長期で続くケースもある。妄想性障害もあると思われ、また、アルコールを飲むと、幻覚妄想が出てくる。それは、通院治療がいいのか、任意で精神保健福祉法で治療した方がいいのか。

B 妄想性障害が持続している、未治療だと続く場合、妄想性障害で通院にするのか。飲酒がリスクファクターとなる。短期で終わるものと、長く続くものに分けて考える。一過性のものや、依存だけであればこの法には乗せない、と考えるのが妥当だろう。

〈C先生の基調報告〉

処遇終了に関して。34例の中で当院の事例が多い。処遇終了の3要件、いずれか一つでも一定標準を下回れば終了が考えられる。疾病性があやしい時点で申し立てできる。統合失調症で、病棟内で適応できていれば、治療反応性があるといわれる。進展がない場合に、終了とすることもある。平成17年7月から平成19年7月までの集計で、19年が13例。疾病性の問題が10例。鑑定時の診断は統合失調症で、入院後診断が異なる場合。治療反応性となると、統合失調症が入ってくる。慢性期であって、



治療抵抗性が強い場合。認知症。社会復帰要因となると、5名で、身体機能の低下がある。これは比較的スムーズに終了となっている。当院は延べ82名入院。指定通院25名 在院35名 転院25名。処遇終了の9名については、鑑定と診断が異なる場合がほとんど。7人は疾病性、認知症、知的障害、統合失調症については治療反応性が難しいことで出る。てんかんは、てんかんを専門としている病院に、社会復帰要因で通院へ。平均在院日数、336日、191日から714日まで。714日は、統合失調症で、ECTをしたが効果がなかった。鑑定の診断が、疑義がある人が多い。入院直後から診断の見直しをしている。6か月の中で、アクションを起こし、調整官に話しており、地元の退院先を探すようになっている。調整官が積極的に動かない場合は、退院申請を早めにかけることもある。統合失調症と知的障害の方は、責任能力が問えたような症例。最初の入り口で違うと、最後まで苦慮する。50歳代の適応障害と知的障害で、統合失調症と診断されていた人は、地元が統合失調症ではといい、通院となった。軽度知的障害の30代男性は、治療をしていくことに本人が同意したので処遇終了できた例。鑑定診断の精度の問題がある。精神症状については、念慮程度であっても妄想として、安易に統合失調症とつける傾向がある。エビデンスのない心理検査によって、衝動性が高いと判断されるケース、虚言を見抜けないケースなど。発達障害で二次障害が強い場合に精度がぐらつく。認知症は、1~2か月では初期症状としてとらえられないことがある。医療観察

法を理解していない鑑定もある。知的障害やパーソナリティ障害に対して、あえて、内因性の診断名を付けているケースも散見される。判定医の再教育が必要か。診断についてのコンセンサスが必要か。審判の問題もある。フィルター機能を果たしていない。医療観察法に消極的で鑑定医が少ないと、審判員が鑑定医に逆らえないなど。地域によって処遇決定内容に偏りがある。鑑定が適正だが、審判で覆されることもある。結果的に審判で入院となるケース、通院となって困るケースもある。第三者による検証が必要と思われる。ここでコンセンサスと、一般の精神科医や審判員との共有を目指す。エラーが生じるのは仕方がないが、エラーも含めて、適正に運用する包括的な指針が必要と思われる。PDは処遇終了とすることには、一般の人は、理解されにくいところがある。厚労省側と、法務省側で話し合う必要あり。

治療反応性の問題として病棟内寛解には持ち込めても、地元では難しい症例をどうするか。地元で転院することが多いが、転院先の病院でその後モチベーションがわかなくなったりしている。統合失調症と、発達障害合併しているような治療抵抗のある症例では、3年以降抱えてどうなるのか。プログラムに乗らないようなケースは、リスクが高い場合はどうしたらよいか。一般的な感覚とはずれが生じている。社会復帰要因では、重篤な身体疾患あるいは認知症にて同様の行為を起こす可能性が低いと判断可能。鑑定入院中に判断可能ではなかったか。疾病性の問題は、現在まで続いている。第三者にチェック機関があるといいのでは。

(議論)

B 疾病性の問題。制度が成熟していけば、解決していくのか。審判の場で議論がどれだけできるか。

A 鑑定の段階で、期間が短いことは問題。

B 鑑定医の数の問題、現在880人。1500人以上必要、あるいは1000人必要か。再教育はフィードバックをかける、鑑定医に、入院はこうですよ、と話すのがいいのか。書いた本人にどうやって伝えるか。報告制度をとるか。最近では裁判所が鑑定医に報告するようになってきている。

H 鑑定医の講習会は、指定医の資格取得みたいに、事例をレポートさせて、更新制にするのはいいかもしれない。非常に難しいが、指定医療機関での実習、なども。

B 希望した人に提供するという制度はいいかもしれない。

C 審判にしっかりした機能をしてほしい。カンファレンス制度はどうか。ある県は、鑑定医が一人しかいないので、カンファレンス制度が役に立たない。審判には逆らえない。

B 沖縄は、裁判官は審判員の意見に合わせる傾向。審判員は、入院に傾きやすい。審判員や、鑑定医の意見をそのまま受け入れることも多い。

N 電話でのカンファレンス。鑑定医がカンファレンスにずっと出ることはない。

B 審判の場が、鑑定医を育てる場である。審判員が直接本人に会いに来るというケースは、あるか？

H 精神科や審判員に対する教育より、裁判官に対する教育の効果もあるのでは。埼玉の審判員が、入院へ持っていこうとする

傾向もある。埼玉は指定通院期間が少ないとので、入院につながるのでは。社会復帰要因が絡んで、通院か入院かを定めるが、入院機関と通院機関とでドッキングして話し合うべき。

G 通院の研究班としては、無理がある通院があるという報告があつてからは少し改善した。通院の側からすると、マンパワーの面であまりにも違いすぎる。

H 鑑定医意見を基礎として書かれてあるので、覆すのであれば、鑑定のどこが問題かを論証して、再鑑定を基礎にする必要がある。安易に覆されるのは良くないのでは。

G 判定医に必要なのは、入院か通院か意見としてきく。処遇するかどうかは鑑定が主。通院か入院かは独自に決められる。

Y 鑑定書の意見が通らない場合は、不処遇にした後どうするかははっきりしていないと、まずは指定通院で、となることもある。その他の意見が必要かと思われる。

B 第三者による検証は、鑑定か審判か。フィードバック、個別でやるよりは、疑義の発生を減らすために判定医や鑑定医や審判員にする。もう一つは研究という形でフィードバックできる。

B 疾病性があつて、他害リスクがあるが、治療が進んで行かず固定する人をどこで見るのか。

G ある病院では難治でも、他ではそうではないので、転院させてはどうか、という一般的な意見もある。

B 長期に入れる態勢も用意すべきか

G ハイ、メディアム、ロウ、に分けてやる、という意見。長期を前提とした施設を作るのか、イギリスのようなハイデペンデ



ンシユニット…精神科に特化したものではなくて、ケア密度が高い医療、そういう概念をとり入れるか。イギリスは、統合失調症はメディアムに多い。ハイはパーソナリティ障害が多い。

H 周囲の人から見ると、リスクの軸が大事だが、対象者に対しては、治療反応性が大事になる。疾病性があれば、リスクが高いから入院が必要と言える、手厚いケアができるところを作る必要がある。

G 指定医療入院機関は各県一つあるわけでない。居住地に近いところで長期入院をするというのはどうか。

B 医療観察法から出すのか入れるのか。

H 半年ごと位に、リスクなどを評価しながら見ていく。医療観察法の方が、裁判所が関与するので、医療観察法で見た方がいいのでは。

G 医療だけをするのではなく、外部の目があった方がいい、それを、医療観察法でするのか、精神科一般でするのか、基本的には医療観察法でするのがいいのでは。

D 一方で、病床数が少ない。長いスパンで見ているのか。

B ベット数は720~800で頭打ちでは。一般医療の中で、一部できるのでは。リスクの問題が回避されている場合で、治療反応性がなくて長くいる人たちは、一般医療の中で道筋があるのでは。医療観察法の中で、治療抵抗性の人を二つに分けて考えるのもいいのでは。

H 一般医療は、精神保健福祉法で指定医の判断になる。しかし、第三者の監視があるのは、医療観察法。一般医療にも、そういった監視があれば。場合によっては、

集中治療ユニットを作る。裁判所は難しいとしても。英国では、シビルロウとクリニカルロウで入っている。

B 一応のまとめとして、①制度が成熟していくのを待ち、それぞれで議論していく。

②仮想化した事例集を出す。③医療刑務所からの情報を入れる。としておく。

〈Y 先生の医療観察法鑑定の問題点について基調報告〉

(議論)

A 不処遇と却下は異なる。審判が却下とすると検察庁が動くべき問題もあるので、この2つは明確に区別した方が良い。

B 審判の前に処遇方針を決めるのが一般的なのか。40条があり得るが、発達障害では耗弱もありえるので、議論は分かれるところ。

V 却下になって、再度医療につながるのもあり。完全であれば、却下で合議体をした方がいいだろう。

A 却下の方向は常に鑑定の段階で考慮すべきと思う。検察官が喪失と判断して、医療観察法鑑定で耗弱と判断した場合でも、合議体をして、検察官が又動かないといけない。福岡では、医療観察法の鑑定でも、刑事責任能力が囑託事項に含まれる。

B 医療観察法はパターンリズムになってはいけない。メディカルモデルだけでなく、リーガルモデルが入っている。

A 耗弱ないし喪失の判断が、最初の精神疾患の有無、の囑託に入っている。

職業裁判官も入った合議体にて再度責任能力を検討する。鑑定医は、却下と判断した場合は、裁判官に申し出ないといけない。