

生むことになるのである。

4. 鑑定入院の性質

鑑定入院とは、法的には対象者に対する裁判官の命令による在院の強制であり、司法的処分としての性質を有している。精神保健福祉法による措置入院とはかなり性質が異なるものの、対象となる患者の病状や入院までの経緯はやや類似しており、医療者の側からすると措置入院患者を受け容れるのと同様の慎重さや緊迫感をもって処遇に当たることになる場合が多い。

前述のように鑑定入院の目的は通常の入院医療とはやや異なるところもあり、また入院期間が2～3ヶ月以内に制限されている(医療観察法第34条第3項等)ことも特徴的である。このため、鑑定入院に当たっては入院当初から鑑定入院の終了時期を見据えた目標設定に基づき診療に当たることが重要である。

他方、鑑定入院といえども入院には相違ないわけであり、特段の事情がなければ対象者を他の患者と差別化して処遇すべき合理性はない。通常の診療で行うべきことは鑑定入院でも行うべきであり、逆もまた然りである。

5. 鑑定入院医療機関が満たすべき要件

鑑定入院医療機関は、医療観察法その他の法令に定義された特定の施設形態ではなく、対象者を鑑定入院させる精神科病院という機能的分類に過ぎない。このため、鑑定入院医療機関それ自体に定義や基準が制定されているわけではない。医療観察法施行にあたり、精神保健福祉法上の措置入院指定病院を原則として、都道府県の調査に基づき厚生労働省が鑑定入院先の候補となる医療機関をリストアップし、裁判所等に情報提供しているのが現状である。

とはいえ、鑑定入院を円滑かつ適切に行うためには、鑑定入院医療機関にも一定の水準が要求されることも事実である。例えば、精確な精神科診断のためには、対象者の行動制限を緩めてその行動や対人関係における反応を多職種により多面的に観察することや、ある程度高密度の精神療法的アプローチを行い対象者の柔軟性や治療意欲を評価することにより治療反応性を見極める必要がある。平田らは「法定又は準法定基準」「医療的又は倫理的に必然的な基準」「司法精神医療的基準」「達成可能基準」により抽出した「鑑定入院医療機関が満たすべき水準」の策定を行い、さらにその達成度について全国調査を行っている。

ここではそれらの結果を踏まえ、鑑定入院医療機関が備えるべき具体的な水準の目安を示す。

(1) 鑑定入院医療機関の構造

- 公立病院であるか、措置入院指定病院であること。
- 臨床研修指定病院であること。

- 行動制限最小化委員会が設置され、入院患者の行動制限の最小化を図るために定期的な検討が行われていること。
 - 身体合併症に対応可能な診療体制または連携体制を確保していること。
- (2) 鑑定入院医療機関の人員
- 精神保健判定医又はそれと同等以上の学識経験を有する医師が 2 名以上常勤していること。
 - 精神保健参与員候補者又はそれと同等以上の学識経験を有する精神保健福祉士が 1 名以上常勤していること。
 - 入院患者 16 名あたり常勤換算で 1 名を超える医師が勤務していること。
 - 作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理技術者が勤務しており、多職種チームを組織できる体制にあること。
- (3) 対象者を鑑定入院させる病棟の構造及び人員
- 入院患者 13 名あたり常時 1 名の看護職員が勤務していること。
 - 対象者が無断退去することを予防出来る構造を有していること。
 - 複数の出入口を有する検査室を備えていること。
 - ホースのないシャワーを備えていること。
 - テレビや新聞等のアメニティを備えていること。
 - 対象者の処遇に関わる職員は、医療観察法に関する研修を受けていること。

6. 鑑定入院における処遇

(1) 対象者に対する診療の原則

鑑定入院において対象者を診療するにあたっては、基本的には通常精神科医療同様に対象者に必要十分な医療を提供することが求められる。また、対象者の行動制限等に当たっては、別に特段の定めのない限り、精神保健福祉法における基準や手続に準拠してこれを行うこととされている。いずれにせよ鑑定入院中の治療・処遇等を行うにあたり、対象者の人権擁護に十分に配慮することは必須である。

ほとんどの対象者は急性期の精神症状を有していると考えられるため、鑑定入院においては、精神科急性期薬物療法を中心とする科学的合理的な範囲の精神科医療が必要十分に提供される必要がある。

なお、鑑定入院中の医療に関する誤解のひとつとして、「対象者の精神状態を調べるためには、その状態を変えない方が良く、治療を積極的に行うべきでない」というものがあるが、この意見はエキスパートコンセンサスによって明確に否定されている。鑑定入院における医療とは前述のように鑑定と治療の相互連携であり、治療が進み対象者の精神状態が改善することにより、対象者との面接内容を深めその精神状態をより精緻に評価することが可能となるのである。他方、鑑定その他医療的観察と直接関係のない医療行為(例えば、緊急を要さない歯科治療等)について

は、対象者の意見を尊重したうえで、必要十分にこれを提供することが求められる。

なお、対象者の希望する内容の医療であっても、鑑定医が鑑定を阻害する医療行為であると判断した医療行為については、これを行ってはならない。これは鑑定入院の目的が鑑定にあるためである。ただしそのような事態は実際には稀であろう。

鑑定入院中に提供されるべき治療は薬物療法のみではない。「鑑定入院ガイドライン」では、鑑定入院期間が限定されていることから、鑑定入院での治療は薬物療法が中心になると述べているが、実際には対象者に対する心理社会的アプローチについても必要十分に実施することが求められる。これも対象者の治療反応性を見極める上で重要な役目を果たすとともに、対象者の社会復帰を促進する結果につながる。ただし、対象者に自身の他害行為を振り返らせる、いわゆる直面化技法を鑑定入院中に行うのは、対象者にとって過剰な負担を負わせることになるかもしれない、その是非についてはエキスパートコンセンサスも成立していない。他方で、他害行為を全く取り上げないというのも推奨されない。仮に患者が自身の他害行為に対する何らかの情動を表現したときには、対象者の混乱を受け容れ、情動の流れを記録し、批判的にならないことが重要であろう。

(2) 対象者に対する説明と告知

医療観察法は、刑事訴訟法や精神保健福祉法と密接に絡み合った制度であり、その運用形態は単純ではない。さらに、対象者は精神障害に加えて他害行為を行った直後であることが多く、少なからず混乱している。このため、対象者に対して医療観察法制度や対象者の現在の立場等に関する明確な説明を早期に行うことは、その後の混乱を予防する上で重要である。

対象者に対する説明は極力文書により行うべきであるが、精神保健福祉法の入院とは異なり鑑定入院では入院に関する説明文書の様式は公的に規定されていない。このため、厚生労働科学研究班により作成されたモデル文書を、それぞれの鑑定入院医療機関の実情に合わせて適宜改変したものを用いるのが良い。

対象者の行動を制限する場合には、対象者に対し、行動制限を行う旨とその理由について文書で告知することが必要である。

(3) 対象者に対する行動制限

医療観察法では鑑定入院中の行動制限に関して規定を設けていない。厚生労働省通知(要文献)によれば、鑑定その他医療的観察に必要欠くべからざる範囲における行動制限は認められており、具体的には精神保健福祉法のそれと同様の行動制限であれば問題は生じないとされている。すなわち、身体的拘束または 12 時間を超える隔離の必要性の判断については、精神保健指定医がこれを行うことが求められる。また、通信・面会等については、主治医等が、鑑定その他医療的観察のうえで制限が必要と判断した場合や、対象者の病状等精神医学的観点から制限が必要と判断した場合に限られるべきである。信書の発受の制限は原則として行うべきではない。

対象者宛の荷物・封筒等に刃物、薬物等の異物が同封されていると判断される場合には、対象者によりこれを開封させ、異物を取り出した上で対象者に渡し、診療録にその旨を記載するべきである。

対象者の隔離を行うのは、医療又は保護を図る上で隔離が必要と判断した場合に限るうえ、隔離による拘禁反応等が鑑定その他医療的観察を阻害するおそれがあることに留意し、適宜観察を行い、隔離が必要とはいえないと判断された場合は、速やかに隔離を解除することが求められる。また、隔離が必要と判断される場合であっても、主治医等の付き添いにおいて一時的な開放時間を設けるなど、柔軟な対応を図ることが必要である。

対象者の身体的拘束を行うのは、精神保健指定医の診察の結果、対象者の医療又は保護を図る上で身体的拘束が必要と判断した場合に限るうえ、身体的拘束による拘禁反応等が鑑定その他医療的観察を阻害するおそれがあることに留意し、適宜観察を行い、身体的拘束が必要とはいえないと判断された場合は、速やかに身体的拘束を解除することが求められる。また、身体的拘束が必要と判断される場合であっても、主治医等の付き添いにおいて一時的な拘束解除時間を設けるなど、柔軟な対応を図ることが必要である。

鑑定入院中の対象者に対する行動制限については、鑑定入院医療機関における行動制限最小化委員会での検討対象とすることが必要であり、鑑定入院だからといって対象者を別個に扱うべきではない。なぜなら、対象者の行動制限の判断はあくまでも医療又は保護を図る上での必要性に基づくものであるためである。要するに、行動制限に関する意志決定に関しては鑑定入院中の対象者も一般の精神科入院患者と同じ適正手続によるべきであり、このことはエキスパートコンセンサスにもなっている。

エキスパートコンセンサスによると、隔離や拘束は、他の患者への直接的な暴力、職員への暴力の脅し、病棟の器物を破壊する、明らかな意図を持った自殺企図、衝動的な自己破壊行動の状況下で考慮されることが推奨されている。この点は精神保健福祉法下の医療と同様であろう。

(4) 医療行為に関する対象者の同意の取扱い

鑑定入院医療機関の医療者は、対象者に医療を提供するにあたり、実施する医療内容とその必要性について説明を行い、可能な限り対象者の同意を得るように努めることが求められる。強制的な入院だからといって医療行為をすべからず強制することが許されるわけではない。これは措置入院等でも同様である。

ただし、臨床現場においては、強制的な医療が必要なこともしばしばある。患者が生命の危機に瀕している場合はもとより、昏迷や精神運動興奮などでは治療を行わなければ隔離拘束が長期化しかえって患者の健康を損ねるであろうし、幻覚妄想状態で服薬を拒絶している際には強制的に投薬を行わねば病状の改善が見

込まれず、結果的に精確な鑑定に悪影響を及ぼしたり、患者の社会復帰を阻害したりすることになることもある。

このため、治療行為について十分な説明を行ったにも関わらず、対象者の同意が得られない場合については、主治医等は、鑑定その他医療的観察に必要と考えられる範囲の治療についてのみこれを行うことが認められる。この点はエキスパートコンセンサスにもなっている。

なお、「必要と考えられる範囲」について明確な規定はなく、厚労省通知によれば、通常精神保健福祉法による医療と同様の内容であれば問題は生じないとされている。

したがって、単に対象者が治療を拒んでいるというだけの理由で一切の治療を行わないという考え方には妥当性がない。

他方、治療が緊急を要しない程度の病状である対象者に対しては、強制的な治療の実施には慎重を要する。例えば、病識欠如のために治療を拒否しているがあまり攻撃的でない患者への介入としては、患者への説明と説得のみがエキスパートコンセンサスとして推奨されており、強制的な投薬は第一選択にはなっていない。

なお、将来的には鑑定入院医療機関内にも、現在指定入院医療機関に設置されている(入院処遇ガイドライン)ような、強制的な治療の妥当性を評価する委員会を設置すべきであろう。

(5) 特殊な治療について

ここでは、電気けいれん療法及び持続性注射製剤による治療について述べる。

電気けいれん療法は薬剤抵抗性の一部精神疾患に対し高い有効性と安全性を有する治療技法であり、精神医療の現場では適応を吟味した上で治療選択肢のひとつとして考慮されており、それは司法精神医療分野でも同様である。しかし、鑑定入院下においては、健忘等の副作用を生ずることにより、対象者が事件当時を振り返ることが困難になるおそれがある。このため、通常精神医療に比べて電気けいれん療法のデメリットは高いと考えるべきである。平田らは、電気けいれん療法を行うのは対象者の生命等を守るため緊急に行う必然性があると主治医等が判断し、若しくは鑑定のために実施が必要不可欠であると鑑定医が判断した場合に限ることとしている。鑑定入院中の電気けいれん療法の是非についてはエキスパートコンセンサスも成立していない。

持続性抗精神病薬注射による治療は、怠薬傾向にある統合失調症患者を中心として古くから用いられており、近年では新規抗精神病薬の注射製剤も認可されるなどその適応も拡大しつつある。司法精神医療の分野でも持続性注射製剤の利用は積極的に検討されている。ただし、鑑定入院下においては、持続性注射製剤の使用により数週にわたり持続的に対象者の精神状態を変容させることから、鑑定

結果に影響を与えるおそれがあり、また重篤な副作用が遷延する危険性から適応には慎重な判断が求められるべきである。そもそも鑑定入院中の対象者は急性期の病状にあることが多く、投薬内容は状態に応じて柔軟に変更される必要があり、また入院中であるから服薬コンプライアンスは原則的に保たれるので、持続性注射製剤を導入するにはなじまないであろう。例外的に、対象者が以前にその投与を受け長期に安定していた履歴がある等の状況から対象者への投与に関する有効性及び安全性が確立していると主治医等が判断し、若しくは鑑定のために投与が必要不可欠であると鑑定医が判断した場合には、鑑定医の許可を得たうえで持続性注射製剤の投与を行うことも認められる。

7. 多職種チームについて

(1) 多職種チームとは何か

多職種チームとは *multiple-disciplinary team* の訳語であり、概念的には、様々な専門領域を有する複数の人員が多彩な視点から議論し協働して問題解決に当たる取り組みを指す。一般的には多職種連携に近い意味合いで用いられるが、各々の職種が単に役割分担するのではなく、ある一定の目的意識を持って様々な視点から議論し、最終的なゴールを目指すために協働する点に特徴がある。

(2) 鑑定入院において多職種チームを結成する意義

医療観察法の指定入院医療機関及び指定通院医療機関における医療では多職種チームが採用されている(入院処遇ガイドライン、通院処遇ガイドライン)。本稿では、鑑定入院においても多職種チームの採用を推奨する。というよりも、鑑定入院のような環境でこそ多職種チームによる医療を行わねばならない。

それは、生物心理社会モデルに基づく多面的な医療 はもとより、鑑定入院の目的が狭義の「鑑定」と広義の「医療的観察」であり、評価と治療、観察と介入、現在の状態の把握と未来の社会復帰支援という、時に相克するおそれのある複合的な目標達成を求められるためである。これらは一名の医師で担うのは相当に無理のある業務であろう。

多職種チームによるカンファレンスは対象者に関する複眼的な理解を助け、情報不足を補う。例えば、看護師による 24 時間にわたる対象者の観察は、鑑定医による面接での所見を裏付け、疑問を解消する役割を果たす。具体的には対象者が自らの精神症状をねつ造若しくは隠蔽しようと試みた場合、鑑定での面接のみに依拠して病状を判断すると、事実を見誤るおそれがあるが、昼夜を通してねつ造若しくは隠蔽が果たされるおそれはより低くなる。

とりわけ、対象者の鑑定の責任者である鑑定医は、対象者の治療に直接携わらず、治療者である主治医を別選定し、鑑定医と主治医が折に触れ意見交換を行いながら鑑定を進めるべきである。小高も両者を別個にして対象者のために協働すること

が適切と述べている。これは司法精神医療のみならず複合的な目標設定を強いられる現場における二重役割のジレンマを解消する最も簡便かつ優れた方法である。

平田は「鑑定入院医療機関が満たすべき医療水準」において、対象者の処遇を行うにあたり、主治医・看護師・精神保健福祉士・臨床心理技術者等を選任することを推奨している。また、鑑定にあたり多職種チームを結成することはエキスパートコンセンサスとして確立している。

また、主治医その他鑑定入院医療機関の職員と協働するためには、鑑定医も鑑定入院医療機関に所属する医師であることが望ましい。両者の連携が不十分になれば鑑定結果の精確性が損なわれるおそれがあるため、鑑定入院医療機関に所属していない医師が鑑定医となる際には特段の配慮が必要である。

人員上の都合等により、やむを得ず対象者の主治医が鑑定医を兼任する場合には、鑑定のための業務と主治医としての診療業務との区別や重複について十分な配慮が必要であることに鑑みて、主治医は必要により副主治医や鑑定助手をおくことを検討するべきである。

(3) 多職種チーム会議

多職種チームを結成する以上、チームのメンバーが意見交換する場を設けることは必要不可欠である。この場を一般に多職種チーム会議と称する。

多職種チーム会議のあり方についてはコンセンサスが確立していないところも多く、実際には各鑑定入院医療機関の実情に応じて適切な実施方法を確立する必要があるだろう。

多職種チーム会議の開催頻度に関してエキスパートの意見は一致していない。それでも、最低限、鑑定医が決定した時点、および鑑定書提出に際して各一回ずつは会議を開催するべきであろう。また、鑑定入院の受け容れが決定した時点で多職種チームの結成に当たり鑑定医なしでも多職種チーム会議を開催すること、鑑定書の提出後においても対象者の病状や今後の診療方針に関して意見交換するために多職種チーム会議を行うことが望ましいと考えられる。

鑑定入院期間は2～3ヶ月に限定されており、多職種チームの全メンバーが一堂に会することが困難であることも予想される。その際には、日頃より円滑な情報交換を行いながら診療に従事することが肝要である。

多職種チームの招集やスケジュール調整、司会進行の役目を誰が果たすかは、あらかじめ決定しておいた方が良い。この役目は医師以外の職種が担う方がスムーズかもしれない。

(4) 多職種チームのメンバー

鑑定医、対象者の主治医、担当看護師、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理技術者は、各々多職種チームの一員として名を連ねることについてエキスパートコンセンサスが成立している。

他方、薬剤師や栄養士が多職種チームに参入すべきか否かについてはコンセンサスがなない。事例の性質によってはチームに加えることも検討すべきかもしれない。

また、上記の職種のうち、作業療法士及び精神保健福祉士については、鑑定書の作成に直接参与するか否かについてはエキスパートコンセンサスが成立していない。これらの職種が鑑定書の執筆に直接関与しないとしても、収集した情報が多職種チームの中で共有されることを通じて、鑑定結果に反映されるべきであろう。

(5) 鑑定医

鑑定医は、裁判所から指名されて対象者の鑑定を行う学識経験者である。従って、鑑定書を作成することの責任は鑑定医に帰属するものである。ただし、前述したように、対象者の鑑定作業を鑑定医単独で担う必要はなく、またそうすべきでもない。鑑定医は自ら対象者と面接し精神医学的所見を得るほかに、主治医、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理技術者等と連携し、意見交換を行いながら対象者に対する理解を深めていくことが求められる。

鑑定医は鑑定入院においてどのように鑑定作業を進めるかについての舵取りをすることが求められる。鑑定医は、心理検査や各種画像検査を指示するのみならず、対象者の行動観察上のポイントや、対象者との関わり方について指針を示すべきである。例えば、行動制限を緩めて対象者の対人関係技能を評価したり、ある精神疾患を想定して薬物療法の方針を決定したりといった、対象者の処遇に関わる大きな判断を迫られることもある。ただしその際に、実際に対象者の診療に従事しているのは主治医ほか多職種チーム全体であることを忘れてはならない。診療の方針について、鑑定医は主治医と十分に議論した上で決定すべきである。仮に鑑定医と主治医との間で診療方針に関する意見が衝突した場合にどうするかについて、エキスパートは第一選択を示せなかったが、意見の一致を見るまで議論を続けるか、最終的には主治医の方針を優先することを推奨している。

また、鑑定医は、鑑定入院の全期間中、患者本人の回復へのモチベーションを注意深く評価するようエキスパートは推奨している。

なお、具体的な鑑定作業の進め方や鑑定書の記載方法については厚生労働科学研究による「鑑定ガイドライン」に詳しい。

(6) 主治医

主治医は対象者に対する狭義の医療の責任者である。主治医は鑑定入院期間中一貫して対象者に関わる医師であり、多職種チームのリーダーである。指定入院医療機関においても多職種チームにおけるリーダーシップは主治医が担っている(入院処遇ガイドライン)のと同様、鑑定入院中の対象者の診療内容については、主治医が一義的な責任を持つことになる。このため、緊急時には主治医又はその代理を務める当直医等が、診療の全権を持つことになる。例えば鑑定医が実施を逡巡している薬物療法や電気けいれん療法であっても、その承諾を待ついとまのない状

況で対象者が生命の危機に瀕している場合には、主治医の判断によりこれらを実施することも許容されるべきである。

鑑定医が対象者の精神状態の評価に重きを置くのに対し、主治医は通常精神科診療と同様に、対象者の病状の回復と社会復帰を促すことに特化して取り組みを進めるべきである。医学的見地から対象者の社会的予後に良い影響を与える公算が高いと考えられる医療行為の実施について主治医は逡巡するべきではない。

(7) 担当看護師

看護師は、多職種チームにおいては異色の存在である。それは、他の職種が通常患者一名につき一名選任されるのに対して、看護師は入院患者に対して常に複数名で連携してケアを行うのが通常であるためである。

したがって、多職種チームに参画するのは対象者を担当する看護師一名であったとしても、実際の対象者の処遇にあつては常に複数で対応しており、担当看護師が対象者の看護の全域を担っているわけではない。このため、担当看護師のみでは対象者に対する看護的視点の提供が十分に行えないことがありうる。とりわけ、多職種チーム会議の開催においては、担当看護師が勤務の都合上参加できないおそれも他の職種に比べて高い。

これらの問題を回避するためには、担当看護師を中心に看護師間であらかじめ連携し対象者の情報共有に努めることが必要である。すなわち、担当看護師は単独で多職種チームに参画しているのではなく、病棟の看護師を代表して参画しているという意識を持つことが求められる。

なお、対象者ごとに担当看護師を複数名選任するという方法もあるが、そうであつても前述の視点は欠かせない。

(8) 作業療法士

作業療法士の精神医療に関する役割については先行研究が複数ある。鑑定入院において作業療法士が関与する意義とは、生活管理能力、問題解決能力、対人関係技能などを評価し、支援することである。入院中の対象者の鑑定入院の限られた期間設定では、対象者の社会生活技能を向上させることには限界がある。対象者にいわゆる狭義の作業療法を勧めることは、作業療法士の役割としてはむしろ補助的なものに過ぎないであろう。むしろ、鑑定入院の初期には対象者にあまり介入せずに行動観察に努め、不用意に侵襲しない心理的距離を保ちながら、その生活能力を査定することが重要かもしれない。

とりわけ、休息やリラクゼーションのような、より対象者の心身を休ませる方向に働きかけるような取り組みは、作業療法士以外の職種にはこなしづらいものである。

(9) 精神保健福祉士

精神保健福祉士の役割は、一般的には患者の生活をサポートするための福祉的

支援を調整することである。それは鑑定入院においても変わらないのであるが、鑑定入院という環境では他の精神医療現場と異なる性質が複数あり、それが精神保健福祉士の多職種チーム内での役割を見えづらくする場合がある。

鑑定入院医療機関の精神保健福祉士の役割とは、対象者の生活のサポートである。すなわち、まずは鑑定入院中の対象者が問題なく生活できるように支援を行うことが求められる。具体的に最も問題になりやすいのは生活費であろう。鑑定入院中の医療費は裁判所から支弁されるが、生活費の支給はない。対象者が生活基盤を持たず支援者もいない場合には、入院生活における日用品の調達にも事欠くことになる。この場合、家族関係調整により対象者の支援体制を改善させるなり、生活保護の申請を援助するなりして対象者の生活基盤を安定させることは重要な業務である。

次に、対象者が鑑定入院を終えて地域社会に戻ることが想定される場合には、その後の対象者の生活がスムーズに進められることを目指して支援を行うことも必要である。この点は通常の入院医療における生活支援と同様であろう。対象者の退院後の生活を鑑定入院中から支援できるのは鑑定入院医療機関の精神保健福祉士のみであることに留意する必要がある。

対象者に関与する精神保健福祉士若しくはそれに準ずる役割を持つ者は、他にも社会復帰調整官と精神保健参与員がいる。前者は対象者の地域生活支援におけるコーディネーターとしての役割を果たしているが、社会復帰調整官は、対象者が処遇決定を受ける前の段階である当初審判においては、生活環境調整を行う権限がない(医療観察法第 101 条)。また、精神保健参与員は全対象者について必ず指定されるものではないが、当初審判においてはほとんどの事例において指定されており、審判に際して社会復帰調整官の作成した生活環境調査報告書を精査し、対象者の処遇に関して意見を述べることとされている。

精神保健福祉士は鑑定に当たり対象者の社会生活状況に関する情報収集を行う。この業務は社会復帰調整官と大きく重複するため、意見交換を重ね相互補完的に業務に当たることも検討するべきであろう。ただ、鑑定入院医療機関の精神保健福祉士にとってみれば、前述のように、今対象者にとって必要な支援が何であるかという視点に立って業務に当たることが肝要である。

(10) 臨床心理技術者

鑑定入院における臨床心理技術者の役割は、対象者に対する心理検査の文脈で語られることがほとんどであり、実際に心理検査が鑑定業務の大半を占めることも事実である。しかし、鑑定入院医療機関における多職種チームの一員として臨床心理技術者を位置つけた場合、心理検査結果の提出のみが業務の全てであると考えべきではない。

まず、臨床心理技術者は対象者の心理検査をどのように組み立てるのかについて、

多職種チーム会議で各職種からの意見を参考に鑑定医と相談すべきである。定式的な心理検査パッケージの他に個別の対象者にどのような心理検査を行うことでより精緻な鑑定結果を引き出せるかについては、実際に対象者の処遇に関与して初めて明らかになることも多い。そして、臨床心理技術者は心理検査の所見を多職種チーム会議の場で各職種にフィードバックし、その結果を検証すべきである。これにより心理検査結果は単なる結果から対象者の所見へと昇華し、対象者への理解を深めることができるであろう。

次に、臨床心理技術者は、対象者に対する心理療法を担当しても良い。対象者に対する治療の中で心理療法の占める比重はその病状によって異なるので、必ずしも全ての対象者に心理療法を行うべきであるとは言えないが、対象者の多くは心理療法によりその病状を変化させうる。対象者に心理療法を行うに当たっては、多職種チームの中で誰がどのようにどの程度の時間と労力をかけて対象者に携わるかについてあらかじめ方針を決めておく必要があるところ、その方針の原案は臨床心理技術者によって提供されることが望ましい。

(11) その他の職種

前述のように、鑑定入院医療機関の医療者には他にも薬剤師や栄養士といった専門職が存在するが、それらが多職種チームの一員として協働すべきか否かについてはエキスパートコンセンサスがない。個別の対象者について、必要な専門性を抽出し、適宜協力を仰ぐのが現実的であろう。

8. 鑑定入院の経過

(1) 鑑定入院開始前

対象者が鑑定入院医療機関に移送されてくることにより、鑑定入院が開始される。しかし、現実的にはその以前の段階から、既に鑑定入院業務の準備を整えておくことが望ましい。

実際には、ほとんどの事例において、鑑定入院の開始に先立ち検察庁等から鑑定入院医療機関に対して受け容れの打診がある。この段階で、鑑定入院医療機関においては、対象者を処遇する多職種チームを結成するとともに、鑑定入院医療機関に所属する医師を鑑定医の候補として推薦しておくが良い。

鑑定入院開始前に対象者の個人情報を入力することには限界があるが、実際には円滑な処遇を行うためにある程度の情報提供を受けることが必要である。鑑定入院の受け容れにあたり必要と考えられる情報について、エキスパートは第一選択を有さないが、対象者の行った他害行為のカテゴリーへの関心を示した。例えば対象行為が性犯罪の場合には、多職種チームの性別構成に配慮する等の方策が必要となるかもしれない。

(2) 第一期(鑑定医が指定されるまでの期間：通常鑑定入院後 1～2 週以内)

本稿では鑑定入院が開始されてから鑑定医が指定されるまでの期間を第一期と称する。この期間においては、鑑定医が決定していないので、狭義の鑑定はまだ開始できない。従って、対象者についての情報収集と、初期の病状評価、身体合併症や経済的な問題など緊急に対処すべき課題の確認等が主な業務になる。

患者への面接、バイタルサインのチェックは必ず鑑定入院初日に行うべきである(エキスパートコンセンサス)。

特に、鑑定入院当初における対象者の行動観察は重要である。これがおろそかであると、鑑定医が決定してからの鑑定作業に支障をきたすことになるので、医療者は各々対象者を観察しその行動記録を詳細に残すべきである。評価に当たっては鑑定ガイドライン等で示されている共通評価項目をはじめ病状に応じた適切な客観的評価方法を採用すべきである。

また、鑑定入院が開始されて自らの状況に戸惑っているであろう対象者に対し、適切な説明を提供し、入院生活をスムーズに開始できるよう支援することも多職種チームの役割である。

鑑定入院当初に対象者を処遇する病室については特段の規定がないが、実際には精神障害に基づく他害行為を行って間もない状況であることを勘案し、保護室での隔離が行われることが多い。隔離の実施の可否については対象者の病状を見定めて個別に判断するべきである。

また、鑑定入院の開始後、裁判所等から速やかに対象者に関する資料の提供がなされるよう、鑑定入院医療機関は裁判所に働きかけるべきである。

(3) 第二期(鑑定医が指定されてから鑑定書を提出するまでの期間：通常1ヶ月以内)

鑑定医が指定されてから鑑定書を提出するまでの期間を本稿では第二期と定義する。この間はいわば鑑定入院の実質をなすものであり、行うべき業務も数多いが、その期間は合議体により指定され、正味1ヶ月程度に留まる。このため、効率的に鑑定作業を進めつつ、対象者の社会復帰支援も行わねばならない。多職種チームのメンバーが各々の専門性を発揮することによりこの課題の解決は容易になる。

鑑定医が決定したら、可及的速やかに多職種チーム会議を開催し、対象者に関する情報共有、これまでの経緯の確認、鑑定の目標と作業工程の設定、各々の役割分担、次回の多職種チーム会議の日程調整等を行うべきである。

鑑定入院中における、対象者の家族との面接、保護観察所の社会復帰調整官との相談、血液検査、知能テスト、人格テスト、脳波、頭部MRI検査の実施はエキスパートコンセンサスにおいて第一選択と位置づけられているが、これ以外にも適宜必要な検査、処置、治療、支援を行っていく必要がある。

(4) 第三期(鑑定書を提出してから鑑定入院が終了するまでの期間)

鑑定書が完成し合議体に提出されると、鑑定入院の目的は一応果たされたこと

になる。しかし、決定が下されるまでの間、対象者は引き続き鑑定入院医療機関に滞在しているのであって、その間の処遇の責任は鑑定入院医療機関にある。対象者に引き続き必要十分な治療を提供することが求められる。この時の治療は病状の維持のみならずさらなる改善を目指すものであって構わない。

鑑定入院の終了後に対象者がどのような処遇を受けるにせよ、その後の処遇を円滑に進めるよう支援することが対象者の社会的予後を改善させることは言うまでもない。このため、多職種チームは引き続き対象者に関わり、その意向や見通しを傾聴し、適宜励ましを与えるべきである。社会生活技能訓練は有効に継続された場合多くの対象者にとって助けになるであろう。心理療法も効果が見込まれるのであれば継続するべきであるが、鑑定入院の終了時期を考慮したスケジュールを考えるべきである。

ほとんどの事例において対象者は引き続き精神医療を必要とすることになるので、今後対象者の医療を担う医療機関に対して、鑑定入院期間中に得られた情報を提供するための準備を進めるべきである。

なお、稀な事態ではあるが、鑑定結果を報告した後で、対象者の精神科診断を再考すべき程度に対象者の状態が変化した場合には、合議体に速やかに報告する必要がある(エキスパートコンセンサス)。

9. その他の論点

(1) 身体合併症の扱い

ほとんどの鑑定入院医療機関にとって、身体合併症の問題は重大である。本来、身体合併症への対処が元来の精神医療より優先されるべき事態にあっては、患者を身体科治療の可能な医療機関に移送するべきであり、実際に危急の際にはそのように対応して構わないこととされている。しかし、移送は鑑定入院医療機関の責任で行わねばならず、移送先の医療機関との交渉も難航するおそれがある。対象者の身柄を移送する際に、時間的余裕がある場合には、あらかじめ裁判所に申告しておくべきである。いずれにせよ、対象者の生命を守ることは鑑定入院以前に医療の本質的役割であり、これはその他のあらゆる目的に優先する。

なお、転院が長期に渡る場合には、合議体が鑑定入院の執行停止を決定する場合がある。

(2) 無断退去

鑑定入院中の対象者が無断で鑑定入院医療機関から退去した場合については、鑑定入院医療機関の職員は、直ちに裁判所、所轄の警察署に報告し、可能な範囲で対象者の捜索を行うべきである。その際、対象者を発見した場合は、対象者に鑑定入院医療機関に戻るよう促すとともに、直ちに裁判所、所轄の警察署に改めて報告することが求められる。なお、法律的には鑑定入院医療機関の職員に対象者を強制的

に連れ戻す権限はない。

(3) 外出泊

鑑定入院とは裁判官による有期の在院命令であり、この間、対象者が外出泊することは想定されていない。厚労省通知においても、対象者を外出泊させる必要はない旨記載されている。一般の精神科入院医療においては、患者を外出泊させることを通じて、その生活能力等を評価することがしばしば行われるが、鑑定入院においてはそこまでの評価は求められていないということであろう。なお、親族の死去等、何らかの事情により対象者を外出泊させる必要が生じた場合には、裁判所に相談したうえで慎重にこれを行うことが推奨されている。行政手続等の理由による外出泊に関しては、社会復帰調整官や付添人に援助を依頼することも検討すべきであろう。

(4) 医療費の取扱

鑑定入院における医療費は、原則として全額裁判所が支弁することとなっている(最高裁判所規則)。このため基本的には対象者に自己負担は存在しないのであるが、いわゆる生活費においてはこの限りでない。入院中に必要となる生活費の取扱については、あらかじめ鑑定入院医療機関において統一的な運用規定を設けておくことが望ましい。なお、対象者に関する実費徴収・預かり金については平成17年9月1日保医発第0901002号に準ずる。

対象者が元来生活に困窮している等、鑑定入院期間中における日常生活を行うにあたり経済的問題が大きいと考えられる際には、対象者が速やかに生活保護を受給できるよう、鑑定入院医療機関側が援助を行うことも検討すべきである。

(5) 付添人

付添人とは、主に当初審判において対象者の人権を守る役割を果たす弁護士である。鑑定入院医療機関は、対象者の社会復帰を促進するという医療観察法の最終目標に沿った診療を心がけるとともに、その理念を対象者のみならず付添人からも理解させるよう努めねばならない。対象者や付添人から鑑定入院中の処遇改善等に関する申し入れがあった場合には、適切な対応を行う必要がある。また、対象者の付添人から対象者の病状その他について情報提供を求められた場合には、可能な限りこれに応じるべきである。

(6) 詐病が疑われる場合

比較的稀な事態であると思われるが、精神障害者でない者が医療観察法の申立てを受けて鑑定入院する可能性もある。この場合、対象者の社会復帰の促進という医療観察法の目的自体が大きく揺らぐことになりかねないので、鑑定入院医療機関はこのような事例を見逃してはならない。

詐病が少しでも疑われた場合、速やかに多職種チーム会議を行い、また必要に応じて社会復帰調整官や付添人も交えて情報交換し、その真偽を確かめるべきである。詐病とは言わぬまでも他害行為時に完全責任能力があった疑いもたれる事例に

においては、鑑定医から合議体に対してその旨を伝え、責任能力の判断を鑑定事項に追加してもらうべきである。

10. 鑑定入院の今後のフィードバック

これまで述べてきたように、鑑定入院は通常精神医療と若干性質を異にするものの、患者の病状改善と社会復帰支援という医療の目的から大きく外れるものではない。ただし、鑑定入院では合議体をはじめ社会復帰調整官や付添人等、普段はあまり関わらない第三者が入院医療に関与することから、その医療機関や診療内容のあり方に関する問題が露呈することもある。その際、その問題が鑑定入院という特殊な形態の医療に帰属するものに過ぎないのか、医療機関若しくは一般的な診療形態そのものに問題があるのか、よく吟味する必要がある。けだし、鑑定入院を円滑かつ適切に遂行することにより、一般精神医療の質の向上が図られることになるのである。

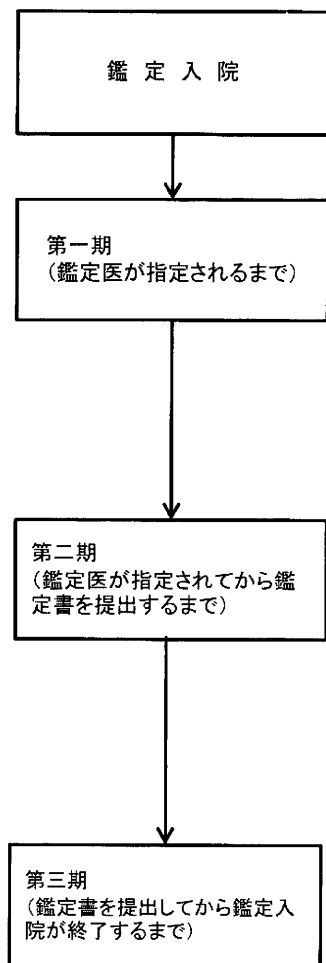
※備考

本稿における全てのデータは平成 23 年 3 月時点のものである。本稿は現時点での鑑定入院に関する論点を総括したうえで策定されたものであり、近い将来に新たな知見が得られた場合には本稿の全部又は一部が改正される可能性がある。

参考文献

- 1) 厚生労働省：医療観察法に基づく鑑定入院医療機関の推薦依頼について（平成 17 年 3 月 24 日障精発第 0324001 号）
- 2) 司法精神医療等人材養成研修企画委員会：医療観察法鑑定入院における治療・処遇等ガイドライン
- 3) 平田豊明ほか：鑑定入院における医療的観察に関する研究。厚生労働科学研究費（こころの健康科学研究事業）「医療観察法による医療提供のあり方に関する研究」（主任研究者：中島豊爾）平成 18～20 年度総括・分担研究報告書
- 4) 五十嵐禎人ほか：鑑定業務の教育研修に関する研究。厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業（精神障害分野））「医療観察法鑑定入院制度の適正化に関する研究」（研究代表者：五十嵐禎人）平成 20～22 年度総括・分担研究報告書
- 5) 小高晃：鑑定入院と地域精神保健福祉活動。病院・地域精神医学 50(2)132-133,2008
- 6) 吉岡隆一：鑑定入院の現状と課題 臨床精神医学 38(5)551-556,2009

医療観察法鑑定入院の流れ



多職種チームを組織
各職種で対象者情報の確認
入院前準備
(対象者が鑑定入院医療機関に移送されてくることにより、鑑定入院が開始されるが、その前から、鑑定入院業務の準備を整えておくことが望ましい。)

通常鑑定入院後1～2週以内
対象者についての情報収集
初期の病状評価
身体合併症や経済的な問題など緊急に対処すべき課題の確認
鑑定入院当初における対象者の行動観察
共通評価項目をはじめ病状に応じた適切な客観的評価
対象者に対し、適切な説明を提供

※患者への面接、バイタルサインのチェックは必ず鑑定入院初日に行うべきである。

通常鑑定入院後1ヶ月以内
多職種チーム会議の開催
対象者に関する情報共有(これまでの経緯の確認、鑑定の目標と作業工程の設定、各々の役割分担の確認)
対象者の家族との面接、生活環境などに関する情報収集
保護観察所の社会復帰調整官との相談
必要な検査、処置、治療、支援
(血液検査、知能テスト、人格テスト、脳波、頭部MRI検査の実施)
対象者への積極的な休息やリラクゼーション
行動観察および、日常の活動を通じた情報収集

鑑定入院期間中に得られた情報を提供するための準備
社会資源についての情報収集、家族への対応
社会生活技能訓練
心理療法(積極的に参加の希望を示し、疾病教育や、集団療法、および認知行動療法的介入が可能である場合、対象者の同意を得たうえで実施)
積極的な休息やリラクゼーション

障精発第 0324001 号
平成 17 年 3 月 24 日

各〔 都道府県
指定都市 〕 精神保健福祉主管部（局）長 殿

厚生労働省社会・援護局
障害保健福祉部精神保健福祉課長

医療観察法に基づく鑑定入院医療機関の推薦依頼について

心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成 15 年法律第 110 号。以下「医療観察法」という。）第 34 条第 1 項若しくは第 60 条第 1 項の命令を受けた者又は第 37 条第 5 項若しくは第 62 条第 2 項の決定を受けた者の入院（以下「鑑定入院」という。）を受け入れる医療機関（以下「鑑定入院医療機関」という。）については、先の担当者会議等でも説明しているとおりの鑑定その他医療的観察を実施するために対象者を入院させるための医療機関として、人口 100 万人当たり 2～3 カ所は確保する必要があります。

具体的な推薦手続としては、別紙「作業手順」のとおり各都道府県からの関係団体への協力要請などを行い、別添を参考に、対象となる医療機関の同意を得たうえで 4 月 28 日までに下記により推薦願います。

なお、今回推薦される医療機関のほか、各都道府県の人口に応じて引き続き鑑定入院医療機関を確保する必要があり、本年 6 月を目途に鑑定入院医療機関の追加推薦をお願いする予定ですので、予め御了知願います。

指定都市が所在する都道府県にあつては、都道府県及び指定都市の双方の連携・協力により作業を行い、当該都道府県が取りまとめのうえ提出願います。

さらに、鑑定入院中に採りうる、上記命令及び決定を受けた者（以下「鑑定入院中の対象者」という。）に対する行動制限などについては、法務省と厚生労働省との協議の結果、（最高裁判所とも協議済み）別添 2 のとおりであるので参考とされたい（上記の趣旨の明確化等については、追って法務省と厚生労働省とで整理・調整し、最高裁判所と協議する予定）。

また、鑑定入院に要した費用の請求と支払い及び鑑定入院中の対象者が入院決定を受けた場合の取扱いについては、最高裁判所と厚生労働省との協議の結果、別添3のとおりであるので、参考にされたい。

記

1. 提出様式 様式1
2. 提出期限 平成17年4月28日
3. 提出方法 電子メールにより提出願います。
なお、様式1については、事務担当者あて別途メール送信いたします。

(提出先及び照会先)

厚生労働省障害保健福祉部精神保健福祉課

医療観察法医療体制整備推進室

藤原、岡井

TEL : 03-5253-1111 (内線3096)

FAX : 03-3593-2008

電子メールアドレス : kansatsuhou@mhlw.go.jp

推薦の考え方

- 本法の円滑な施行のため、各都道府県単位で最低2カ所の医療機関を推薦
- 精神病床を有する都道府県立病院から推薦
- 都道府県立病院で必要推薦数に満たない場合には、設置主体にかかわらず看護師配置3：1以上かつ精神保健指定医を配置している病棟を有する医療機関から推薦

○ 鑑定入院中の行動制限について

鑑定入院は、検察官（又は保護観察所の長）による申立てを受けた対象者について、「鑑定その他医療的観察」を行うためのものであることから、個々の対象者について、鑑定を命ぜられた医師や鑑定入院医療機関の医師の判断により、このような「鑑定その他医療的観察」のために必要と考えられる行動制限については、仮に当該対象者の同意がない場合であってもこれを行うことができる。

具体的には、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下「精神保健福祉法」という。）による入院患者に対する行動制限と同様の行動制限であれば、これを行うことができる。

○ 鑑定入院中に提供する医療行為について

鑑定入院は、検察官（又は保護観察所の長）による申立てを受けた対象者について、「鑑定その他医療的観察」を行うためのものであるので、個々の対象者について、鑑定を命ぜられた医師や鑑定入院医療機関の医師の判断により、このような「鑑定その他医療的観察」のために必要と考えられる医療については、仮に当該対象者の同意がない場合であってもこれを行うことができ、また、鑑定入院中の対象者に対してその同意を得て行う医療については、それが「鑑定その他医療的観察」という鑑定入院の目的に反するものでない限り、これを行うことができる。

実際には、鑑定を命ぜられた医師や鑑定入院医療機関の医師の判断により、通常 of 精神医療を提供するのであれば、問題は生じない。

○ 鑑定入院中に転院等の必要性が生じた場合の取扱いについて

鑑定若しくは医療的観察を行う上での必要性又は合併症の治療等の医療上の必要性があれば、鑑定入院医療機関は、その判断により鑑定入院中の者を医学的管理の下で外出をさせることができる。また、上記のような必要性から転院させる必要があれば、地方裁判所に事前（緊急を要し、裁判所の決定を待ついとまがないと判断される場合であれば事後）に申し出て決定を得ることにより、転院をさせることもできる。

また、鑑定入院先の医療施設の指定を変更する決定（最高裁規則 51 条 3 項）を得て転院させた場合には、転院先の医療施設は、入院に要した費用及び精神障害の治療に要した費用を裁判所に請求することができる。また、鑑定入院医療機関に入院したまま、上記のような必要性から、外出扱いで他の医療機関において鑑定その他医療的観察のために必要と認められる医療が行われた場合にあつては、その精神障害の治療に要した費用は、鑑定入院医療機関が裁判所に請求し、それを鑑定入院医療機関から当該他の医療機関に支払う