

鑑定入院対象者の平均在院日数は約75日であり、うち隔離室での処遇が約30日であった。なお、平均在院日数は変化しないものの、隔離及び個室処遇の日数は平成22年度の方が前年度より減少していた。

審判結果については、入院決定が約3分の2を占めた。

鑑定医の所属施設については、全事例の約8割において当該施設に所属する医師が鑑定医となっていた。

鑑定入院中において、身体拘束や通信面会の制限等の行動制限が行われた事例が散見された。また、ベンゾジアゼピン系催眠鎮静薬の静脈内投与、抗精神病薬の筋肉内投与、抗精神病薬精神薬の静脈内投与、持続性徐放製剤(デポ剤)の投与、鼻腔栄養、補液、電気けいれん療法等の特殊な治療が行われた事例もあった。ただこれらはいずれも少数であり、特定の傾向を指摘することは困難であった。

鑑定入院対象者に対する検査として、頭部CT、頭部MRI、知能検査、ロールシャッハテストほか、各種検査が行われていた。

#### (4) 過去の調査との比較

上記調査結果の項目において、平成21年度調査と平成22年度調査との間にはほとんど差異はなかった。

先行研究との比較では、平成17年7月15日(法施行日)から平成19年6月30日までのいわば医療観察法黎明期に比べ、近年では処遇決定における入院決定が増え通院決定が減っている傾向を認めた。平均在院日数はやや長期化の傾

向があった。

#### 2. 鑑定入院対象者経過報告書(案)の作成と試用

我々は、平成22年度研究において、精神保健福祉法における措置入院等に準じて鑑定入院対象者の入院及び退院に際してその概要を行政機関に届け出ることを鑑定入院医療機関に義務づけることについて考察した。この観点を踏まえ、我々は、仮に鑑定入院医療機関が鑑定入院対象者の処遇内容等に関して当局に報告を行うこととした際において必要な報告事項を網羅的に収載した報告書の様式の作成を試みた。

作成に当たっては、研究協力者相互による議論のほか、過去の文献や行政文書、当分担研究のこれまでの成果及び課題等を参考にして、記載項目の抽出を行った。その結果、記載すべき項目として、鑑定入院の種別、対象者個人情報、対象者の過去の生活状況、責任能力鑑定結果、司法判断及び終局決定、対象者の精神科診断、生活歴及び現病歴、過去の重大な問題行動、今回の他害行為の内容、鑑定入院開始日、鑑定書提出日、審判期日、鑑定入院終了日、在院日数、対象者を処遇した病棟種別、治療経過、特殊な治療行為の有無及び内容、身体合併症対応の有無及び内容、行動制限の有無及び内容、鑑定医の所属施設、鑑定結果、審判結果、鑑定入院が中止となった際の理由、審判後の居所、特記事項、鑑定入院医療機関名、管理者氏名、が挙げられた。これらを網羅して我々は「鑑定入院対象者経過報告書(案)」の様式を作成した。

本様式は研究協力者によって試用され、その精確性、妥当性、利便性を吟味された。その結果を踏まえ一部改訂したものを別紙

3に示す。

#### D.考察

##### (1) 鑑定入院対象者のプロフィールについて

我々は本研究において2年間にわたり鑑定入院対象者のプロフィール調査を行った。また、同様の調査を行った先行研究の結果との比較検討も行った。その結果、医療観察法制度施行当初と比べると、不起訴による申立ての割合が増加し確定裁判後の申立ての割合が減じたこと、鑑定入院対象者の処遇決定として入院の割合がやや高まり通院の割合がやや下がったこと等が指摘されるが、ここ1~2年の比較においては調査項目について大きな変動はないように思われる。このことから、当初審判までに限って言えば、医療観察法制度運用が当初の黎明期を過ぎて定常状態に入りつつあるといえるのではないかと考えられる。今後長期的には再入院の申立ての割合が増えることが予想されるが、現時点では数が少なく解析の対象にするには尚早である。

なお、本研究は各施設の任意によるアンケート調査という手法を採用しているため、回答率が4~5割程度に留まっており、調査結果が鑑定入院全体を反映しているとは言い難い。これは調査研究の限界であるといえる。

##### (2) 鑑定入院医療機関の医療水準と医療内容との相関に関する分析

我々は先行研究において鑑定入院医療機関に求められる医療水準案を策定し、その達成率の検証を行った。この

医療水準案は、法定又は準法定基準、医学的及び倫理的に必然的な基準、司法精神医療的基準、達成可能基準といった種々の見地に基づいて抽出されたものであり、この医療水準を達成していることが鑑定入院医療にいかなる影響を及ぼすかについての検証は済んでいない。医療水準を達成している鑑定入院医療機関でこそ適切な鑑定入院をなしえることの証明が求められているのである。そこで我々は、平成21年度研究において、鑑定入院医療機関の各属性と医療水準とが何らかの相関を示しているかについて検証を試みた。なお、この検証に当たっては、我々の調査と同時に行った別の調査の調査票の記載を参照した。

具体的には、鑑定入院医療機関に対して実施されたアンケートの調査項目の中から、施設ごとの格差をより明確に示している項を抽出し、「施設が応急入院指定病院であること」「施設が臨床研修指定病院であること」「施設が16対1以上の医師配置を有していること」「施設に精神科救急入院料若しくは精神科急性期治療病棟の算定を受けていること」「施設に精神保健判定医が2名以上常勤していること」「施設に精神保健参与員候補者名簿登載者が常勤していること」の6項目につき、該当するものをそれぞれ1点として、その合計を6で除したものをその施設の構造評点(structure index)と称した。

その結果、解析可能な122施設における調査対象の構造評点の平均値は0.47、標準偏差は0.23であった。構造

評点が0.66以上である鑑定入院医療機関(highSI)は40施設、構造評点が0.34以下である鑑定入院医療機関(lowSI)は24施設、その中間(medSI)が58施設存在した。各施設の構造評点と、医療観察法施行当初からの鑑定入院対象者数との相関係数は0.38であった。また、鑑定入院の受入実績のない鑑定入院医療機関20施設のうちhighSIは3施設のみであり、lowSIが8施設、medSIが9施設を占めた。3段階のSIごとの鑑定入院の受入実績の有無には有意な差異があった(ピアソン型カイ二乗検定による $p=0.025$ )。

これらの結果から、ある程度の医療資源を整えている医療機関が鑑定入院を積極的に受け入れており、逆に医療資源の乏しい施設では鑑定入院の受け入れを忌避している可能性が示唆された。

本来次に行うべきは、実際に鑑定入院を受け入れた場合にどの程度の水準が満たされれば円滑な鑑定入院が行えるかの検証である。しかし、現時点では鑑定入院医療機関におけるアウトカムの指標が明確でなく、これを定量的に測定することははなはだ困難であるといえる。我々は平成21年度研究で得られたデータから鑑定入院のアウトカムを測定する指標を抽出することはできなかった。

鑑定入院医療機関の水準と望ましい鑑定入院の指標については、今後も考察を重ねる必要があるものと思われた。

(3) 鑑定入院対象者経過報告書(案)について

我々は先行研究において、鑑定入院制度の法制化の必要性について意見を述べた。その要旨は、鑑定入院医療機関の質は全国的にもまちまちであり均霑化が図られるに及んでおらず、その主たる背景として鑑定入院制度の責任や監督権限の所在が未整理の状態で開催されていることが挙げられることを前提として、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いうものである。

とりわけ、今回のような任意による調査に基づいて制度運用の全容を見極めるのは一定の限界があり、特に鑑定入院のアウトカムを問うていくためにはこれまでのような定量的内容の調査では足りず、個々の対象者の処遇内容や予後等についても詳細な情報収集が必要であること、他方では多額の国費を投じて運用されている鑑定入院制度の質の向上は国家的課題であるということに鑑みると、鑑定入院対象者の実態把握を公的に行うことが急務であるように思われるのである。

そのための具体的なやり方として、我々は昨年度の報告書において、精神保健福祉法における措置入院等に準じて鑑定入院対象者の入院及び退院に際してその概要を行政機関に届け出ることを鑑定入院医療機関に義務づけることについて論じた。

今年度においては上述の観点をより微細に検討し、鑑定入院者経過報告書

(案)という具体的な様式の作成と試用を行った。なお、当初は鑑定入院開始後と鑑定入院終了後にそれぞれ報告書を作成することをイメージしていたが、検討の結果、鑑定入院終了後の報告のみで足りるであろうという結論を得た。

仮に法改正により鑑定入院の所管が厚生労働省と位置づけられた場合には、当然同省が行政指導として各施設に対して鑑定入院事例の報告を求めるということになろう。他方、現行法においては、鑑定入院は地方裁判所における審判の一部であり、鑑定入院命令の発出主体は裁判官である。してみれば、鑑定入院医療機関から裁判所に向けて鑑定入院対象者の処遇経過を報告し、裁判所がその妥当性をおって検証するのが合理的である。もっとも、裁判所そのものは医療機関に対する直接の指導監督権限を有さないし、医療内容に関するノウハウを有しているわけではないので、実際には厚生労働省はじめ関係省庁が連携して精査を行うのが現実的であろう。

今回の報告書(案)では、鑑定入院医療機関の管理者(実質的には鑑定入院対象者の主治医)が、鑑定医や検察庁その他対象者の処遇に関与する諸機関から情報を収集し、報告書を作成するという体裁をとった。これは、対象者の主治医なればこそ、その対象者を取り巻く状況をつぶさに観察して情報を統合し、対象者の精神的健康の回復という精神医療の目的に沿って動くべきであるという考え方によるものである。報告書(案)の試用に当たっては、鑑定入院医療機関や対象者の主治医では知り難い情報や、主治

医に決定権のない事項について記載を求められるのはいかがなものかとの意見もあった。しかし一方で、多くの施設において鑑定入院医療機関が単に対象者を留め置く場と化している現状において、対象者のための医療という基本に立ち返るためには、対象者の主治医がその処遇決定過程に思いをいたすことも必要であろうと思われる。

## E. 結論

本研究においては、先行研究に準じて全国の鑑定入院医療機関に対して調査票を送付し、各施設及び鑑定入院対象者の属性について分析した。鑑定入院対象者の性質等についてはこの2年間で大きな差異はなく、医療観察法制度が施行5年を経て概ね定常状態に移行していることの証左を得た。鑑定入院医療機関の属性と鑑定入院対象者数の相関を調べた結果、一定の医療資源を備えていない施設では鑑定入院の受け容れが困難になっている可能性が指摘された。他方、鑑定入院のアウトカムを測定するための指標は未だ明らかになっておらず、任意による調査ではそれを解明することは困難であると考えられた。鑑定入院の質の向上と均霑化に資するため、我々鑑定入院対象者の処遇内容等について鑑定入院医療機関側が経過報告書を作成し当局に提出するというスキームを想定し、鑑定入院対象者経過報告書(案)の様式を作成し、これを試用した。

## F. 健康危険情報

なし。

## G.研究発表

### 1. 論文発表

なし。

### 2. 学会発表

なし。

## H.知的財産権の出願・登録状況

### 1. 特許取得

なし。

### 2. 実用新案登録

なし。

### 3. その他

なし。

## 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に○をつけて下さい。

- ①精神科救急入院料
- ②精神科急性期治療病棟入院料
- ③精神科療養病棟入院料
- ④精神科応急入院指定病院
- ⑤医師臨床研修指定病院
- ⑥医療観察法指定入院医療機関
- ⑦医療観察法指定通院医療機関
- ⑧医療観察法特定病院（入院処遇が可能な病床あり）

#### 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
- (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21年度の診療統計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  
医療観察法鑑定入院 \_\_\_\_\_件  
刑訴法精神鑑定 \_\_\_\_\_件  
(3) 平均在院日数 \_\_\_\_\_日 (小数点以下四捨五入)

Ⅲ. 平成17年7月から現在までに、貴院が引き受けた鑑定入院件数をご回答願います。

鑑定入院件数 \_\_\_\_\_件

データ確認の必要が生じた場合のため、お手数ながら、回答者のご氏名等をお知らせ願います。

回答者 \_\_\_\_\_ (所属・職種 \_\_\_\_\_)

連絡先 TEL : \_\_\_\_\_

FAX : \_\_\_\_\_

e-mail : \_\_\_\_\_

ご協力ありがとうございました！

## 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に○をつけて下さい。

- ①精神科救急入院料
- ②精神科急性期治療病棟入院料
- ③精神科療養病棟入院料
- ④精神科応急入院指定病院
- ⑤医師臨床研修指定病院
- ⑥医療観察法指定入院医療機関
- ⑦医療観察法指定通院医療機関
- ⑧医療観察法特定病院（入院処遇が可能な病床あり）

#### 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

##### (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21年度の診療統計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  
        医療観察法鑑定入院 \_\_\_\_\_ 件  
        刑訴法精神鑑定 \_\_\_\_\_ 件  
(3) 平均在院日数 \_\_\_\_\_ 日 (小数点以下四捨五入)

Ⅲ. 平成17年7月から現在までに、貴院が引き受けた鑑定入院件数をご回答願います。

鑑定入院件数 \_\_\_\_\_ 件

データ確認の必要が生じた場合のため、お手数ながら、回答者のご氏名等をお知らせ願います。

回答者 \_\_\_\_\_ (所属・職種 \_\_\_\_\_)

連絡先 TEL: \_\_\_\_\_

FAX: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

ご協力ありがとうございました！

鑑定入院ケース調査票 (1)

平成21年7月1日から22年6月30日までの1年間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:平成22年 月 日

症例番号	性別	入院時年齢	入院年月	診断(注1)		合併症(注2)	治療歴(注3)	対象行為(注4)	刑事処分(注5)	在院日数(注6)	隔離室		審判結果(注7)	継続入院院(注8)	継続理由(注9)	継続日数(注10)	鑑定医(注11)
				主診断	副診断						個室	室					
1	男・女		年 月							日	日	日				日	
2	男・女		年 月							日	日	日				日	
3	男・女		年 月							日	日	日				日	
4	男・女		年 月							日	日	日				日	
5	男・女		年 月							日	日	日				日	
6	男・女		年 月							日	日	日				日	
7	男・女		年 月							日	日	日				日	
8	男・女		年 月							日	日	日				日	
9	男・女		年 月							日	日	日				日	
10	男・女		年 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.治療中断ないし終了、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.医療観察法入院処遇 5.その他

注9: 前記の継続入院例の継続理由について、以下の項目から該当する番号を記入して下さい。継続入院例でなければ、無記入として下さい。

1.指定入院医療機関が未定のため、2.指定通院医療機関が未定のため、3.貴院での通院処遇の準備のため、4.特定病院として入院処遇を代行、5.その他、6.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)

症例 番号	行動制限(注1)		静脈麻酔 (注2)			抗精神病薬注射 (注3)			鼻腔	ECT(注4)		頭部画像 診断(注5)		心理検査 (注6)		その他の特殊 な検査・処置 (注7)		
	身体 拘束	通信 制限	面会 制限	BZP	BAR	他	筋注	静注	デポ	液	修正 型	非修 型	I	C	CT		MRI	WAIS
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		

鑑定入院中に実施した処置・検査等のうち、該当する欄に○を記入して下さい。

注1：鑑定入院中に1度でも行った行動制限があれば、該当欄に○を記入して下さい。

注2：鎮静処置として静脈麻酔を実施した場合に○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3：抗精神病薬を注射した場合に○を記入して下さい。

筋注：デポ剤以外の筋肉注射、静注：点滴静注を含む静脈注射、デポ：デポ剤の筋注

注4：電氣けいれん療法を実施した場合、修正型と非修正型に分けて○を記入して下さい。

IC：インフォームドコンセントがとれたケース

注5：標記の2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。

注6：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7：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、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。

様式XX

## 鑑定入院者経過報告書(案)

鑑定入院の種別		□当初審判における鑑定入院(第34条)		□(再)入院にかかる鑑定入院(第60条)	
対象者	フリガナ			生年月日	年 月 日 (退院時 満 歳)
	氏名	(□男・□女)			
	住所	都道府県	郡市区	町村区	
	生活状況	同居家族	婚姻歴	職歴	
責任能力鑑定	起訴前簡易鑑定	□なし・□あり {		判断能力(□正常・□障害・□著しい障害・□喪失) 制御能力(□正常・□障害・□著しい障害・□喪失)	
	起訴前嘱託鑑定	□なし・□あり {		判断能力(□正常・□障害・□著しい障害・□喪失) 制御能力(□正常・□障害・□著しい障害・□喪失)	
	公判鑑定	□なし・□あり {		判断能力(□正常・□障害・□著しい障害・□喪失) 制御能力(□正常・□障害・□著しい障害・□喪失)	
司法判断	病名				
	終局決定	<input type="checkbox"/> 心神喪失による不起訴 <input type="checkbox"/> 心神耗弱による起訴猶予 <input type="checkbox"/> 心神喪失による無罪 <input type="checkbox"/> 心神耗弱による執行猶予 <input type="checkbox"/> 心神耗弱において執行すべき刑期なし <input type="checkbox"/> 不明			
精神科診断 (主治医による最終診断を記載すること)	主たる精神障害	従たる精神障害	身体合併症		
	ICD-10( )	ICD-10( )			
生活歴及び現病歴 (推定発病時期、過去の精神科医療の内容、今回の申立てに至る経緯等を含めて詳細に記載すること)					
過去の重大な問題行動	<input type="checkbox"/> 殺人 <input type="checkbox"/> 殺人未遂 <input type="checkbox"/> 放火 <input type="checkbox"/> 放火未遂 <input type="checkbox"/> 強盗 <input type="checkbox"/> 強盗未遂 <input type="checkbox"/> 強姦 <input type="checkbox"/> 強姦未遂 <input type="checkbox"/> 強制わいせつ <input type="checkbox"/> 強制わいせつ未遂 <input type="checkbox"/> 傷害致死 <input type="checkbox"/> 傷害 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 恐喝 <input type="checkbox"/> 脅迫 <input type="checkbox"/> 窃盗 <input type="checkbox"/> 器物損壊 <input type="checkbox"/> 弄火又は失火 <input type="checkbox"/> 家宅侵入 <input type="checkbox"/> 詐欺等の経済的な問題行動 <input type="checkbox"/> 自殺企図 <input type="checkbox"/> 自傷 <input type="checkbox"/> その他				
今回の申立てに係る他害行為の内容					
鑑定入院開始日	年 月 日	鑑定書提出日	年 月 日	在院日数	
審判期日	年 月 日	鑑定入院終了日	年 月 日	日	
対象者を処遇した病棟の種別 (保険診療上の区分を選択すること)	<b>入院時</b> <input type="checkbox"/> 精神科救急入院料(1又は2) <input type="checkbox"/> 精神科急性期治療病棟入院料1 <input type="checkbox"/> 精神科急性期治療病棟入院料2 <input type="checkbox"/> 精神科救急・合併症入院料 <input type="checkbox"/> 精神療養病棟入院料 <input type="checkbox"/> 10対1入院基本料 <input type="checkbox"/> 13対1入院基本料 <input type="checkbox"/> 15対1入院基本料 <input type="checkbox"/> 18対1入院基本料 <input type="checkbox"/> 20対1入院基本料 <input type="checkbox"/> その他		<b>退院時</b> <input type="checkbox"/> 精神科救急入院料(1又は2) <input type="checkbox"/> 精神科急性期治療病棟入院料1 <input type="checkbox"/> 精神科急性期治療病棟入院料2 <input type="checkbox"/> 精神科救急・合併症入院料 <input type="checkbox"/> 精神療養病棟入院料 <input type="checkbox"/> 10対1入院基本料 <input type="checkbox"/> 13対1入院基本料 <input type="checkbox"/> 15対1入院基本料 <input type="checkbox"/> 18対1入院基本料 <input type="checkbox"/> 20対1入院基本料 <input type="checkbox"/> その他		

治療内容等	治療経過					
	特殊な治療行為	向精神薬の静脈内投与	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	回数	薬剤名
		向精神薬の筋肉内投与	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	回数	薬剤名
		持効性注射剤の使用	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	回数	薬剤名
		電気けいれん療法の施行	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 修正型	<input type="checkbox"/> 非修正型
身体合併症対応	他科又は他施設への搬送	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	回数	傷病名	
	他科又は他施設への転院	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	回数	傷病名	
行動制限	隔離 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (うち終日隔離 日)	身体的拘束 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (うち終日拘束 日)	その他の特別な制限			
転帰	鑑定医	<input type="checkbox"/> 主治医と同一 <input type="checkbox"/> 鑑定入院医療機関に所属する他の医師 <input type="checkbox"/> 他施設の医師				
	鑑定結果	精神科診断				
		疾病性	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明	
		治療反応性	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明	
		社会復帰要因	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明	
		医療観察法による医療の必要性	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明	
	医療観察法による入院処遇の必要性	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明		
審判結果	精神科診断					
	疾病性	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明		
	治療反応性	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明		
	社会復帰要因	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明		
<input type="checkbox"/> 入院決定 <input type="checkbox"/> 通院決定 <input type="checkbox"/> 不処遇決定 <input type="checkbox"/> 申立取下げ <input type="checkbox"/> 申立却下 ( <input type="checkbox"/> 完全責任能力 <input type="checkbox"/> 対象行為なし <input type="checkbox"/> 不適法な申立て) <input type="checkbox"/> その他 (鑑定入院が途中で中止された場合、その理由を記載すること)						
審判後の居所	<input type="checkbox"/> 自宅 ( <input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 施設 ( <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 援護寮 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 精神科医療機関 ( <input type="checkbox"/> 指定入院医療機関 <input type="checkbox"/> 指定通院医療機関 <input type="checkbox"/> その他の医療機関) <input type="checkbox"/> 精神科以外の医療機関 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他					
特記事項 (今後の方針、鑑定入院に係る問題点、その他気づいた点があれば記載すること)						
以上のように報告する。 <div style="text-align: right;">年 月 日</div>						
鑑定入院医療機関						
管理者氏名		主治医氏名				
行政処理欄						

# 平成 20－22 年度 分担研究総合報告書

鑑定医の資質の向上に関する研究

分担研究者 松原 三郎

## 鑑定医の資質の向上に関する研究

研究分担者 松原三郎 松原病院

### 研究要旨

医療観察法における鑑定医の資質を向上させ、ひいては、鑑定の精度を向上させることを目的として、以下の研究が行われた。

#### 1) 平成 20 年度

- ・ 判定医を対象とした鑑定入院のあり方に関するアンケート調査
- ・ 松原病院における鑑定会議開催の効果に関する研究

#### 2) 平成 21・22 年度

- ・ 刑事鑑定ワークショップの開催
- ・ 刑事鑑定ワークショップに関するアンケート
- ・ 松原病院における鑑定会議開催の効果に関する研究

### A. 研究目的

医療観察法が平成 17 年 7 月から施行され、医療観察法による鑑定が行われ始めたが、指定入院医療機関に入院後において、当初審判における精神鑑定そのものの質が問われる事例が少なからず認められた。特に、指定入院医療機関においては、人格障害、発達障害、物質使用障害、認知症例などについて疑義がよせられることが多く認められた。医療観察法における精神鑑定では、対象者の「医学的診断、責任能力判定、治療反応性、社会復帰要因」など、これまでの精神鑑定以上に複雑な判断を求められるものであり、結果として、判定の困難さが伺える事例が少なくない。そこで鑑定と判定医の実態を調査するためアンケート調査を行った。

またこのアンケート調査より鑑定責任鑑定に関する研修会の開催を多くの判定医が望んでいるという結果認められた。実際に、刑事責任能力の判定が困難な事例が少なくなく、鑑定医の質の向上を図るためには、記事責任能力判定について、研修を行うところから再出発する

必要性が認められた。平成 21、22 年度に「刑事精神鑑定ワークショップ」を企画し開催した。

松原病院においては、精神鑑定業務について、同僚医師の意見を求めるシステムを導入した。平成 20 年より、精神鑑定書提出前に同僚医師や他の職種からの意見を求め、鑑定の内容を向上することを目的として「鑑定会議」を行い始めた。

### B. 研究方法

(1) 医療観察法における精神鑑定に関するアンケート調査

平成 21 年 1 月 16 日から 1 月 31 日までの間に、登録済の精神保健判定医 566 人に対して郵送によってアンケート調査を行なった。調査項目は、当該判定医の基本情報（年齢、所属）、精神鑑定の経験（医療観察法鑑定、医療観察法以外の鑑定）、医療観察法鑑定の形式（鑑定場所、主治医との兼任）、新たな鑑定の方法についての意見聴取などである（調査用紙資料 1 参照）。

## (2) 刑事精神鑑定ワークショップ

第1回は平成21年11月22、23日、第2回は平成22年11月20、21日、いずれも学術総合センター中会議場1・2(東京都千代田区一ツ橋)にて刑事精神鑑定ワークショップを開催した。日本司法精神医学会、研修・教育企画委員会としてワークショップのプログラムを企画した。メンバーは五十嵐禎人(千葉大学社会精神保健教育研究センター)、来住由樹(岡山県精神科医療センター)、須藤徹(肥前精神医療センター)、田口寿子(東京都立松沢病院)、平林直次(国立精神・神経センター病院国立療養所全生園)、村上優(国立病院機構琉球病院)、八木深(国立病院機構東尾張病院)、松原で、ワークショップのプログラムの構成、各講義の内容について何度も議論して決定した。(プログラムは資料3、4を参照)

## (3) 刑事精神鑑定ワークショップアンケート

平成21、22年度いずれも刑事精神鑑定ワークショップの効果と問題点をアンケート調査によって検討することにした。対象者はワークショップ参加者で、ワークショップ終了後、会場にて主に受講後の理解度や感想について意見聴取するアンケート調査を実施した。(アンケート調査用紙は資料5参照)

(4) 松原病院における鑑定会議開催の効果に関する研究。

平成20年1月から、松原病院では、起訴前鑑定(簡易鑑定)、医療観察法鑑定、成年後見制度鑑定などについて、鑑定書提出前に鑑定会議を実施して、鑑定の内容について報告検討してきた。鑑定医個人だけの意見に偏ることなく、他の医師(指定医または判定医)の意見も聞きながら結論を導く必要があると合意したからである。

**(倫理面への配慮)**ワークショップの参加者は守秘義務を持つものだけに限り、また、同時に個人の情報に関する資料については、ワークショップ終了後に、その資料を回収し破棄した。

## C. 研究結果

(1) 医療観察法における精神鑑定に関するアンケート調査(資料2参照)

566人の判定医に対して直接郵送し、回答が得られたのは345人で回答率は60.9%であった。判定医の所属先は約半数(48.6%)が民間精神科病院であり、公的病院(30.2%)、大学病院(11.4%)であった(図1)。医療観察法以外の鑑定経験については、経験あり(81.2%)、なし(18.8%) (図2)。医療観察法鑑定の経験では、経験あり(58.5%)、なし(41.5%) (図3)。医療観察法鑑定についてみると、件数は1~2件が44.0%とまだ少数にとどまっている判定医が多い(図4)。鑑定場所は自院が67.0%、自院以外は33.0% (図5)。鑑定医と主治医の兼任したのは37.2%にとどまった(図6)。兼任の是非については、問題ないと答えたのは46.5%、兼任は避けるべきであるとの回答は39.4%であった(図7)。精神鑑定の過程での連携体制については、「チームを組み協議しながら行った」が最も多く(40.2%)、「他の精神科医の意見を聞きながら行った」(26.1%)、ほとんど単独で行った(21.3%)、他の医師を交えた検討会を開催した(9.6%)であった(図8)。全体の87%が何らかの意見を聞きながら鑑定を行っている実態が明らかになった。鑑定の精度を上げるためにはどのような手法が好ましいかについては、鑑定医を自院以外の医師がなることについては、特に問題はない(44.7%)、できるだけ避けるべき(37.1%) (図9)。「精神保健審判員が対象者に面接し意見書を提出する」では、賛成34.0%、反対30.5%で意見が分かれた(図10)。「主鑑定医と副鑑定医の2名体制にする」では、反対43.5%、賛成17.1%であり、否定的な意見が上回った(図11)。「指定入院医療機関を鑑定センターとする」ことについては、賛成が31.0%、反対25.1%と意見が分かれた(図12)。「専門家のいる鑑定センターがアドバイスする」では、賛成が48.4%、反対15.6%で、肯



定的な意見が多かった（図 13）。「判定医に対して鑑定事例検討会などの研修会を開催」では、71.9%が賛成であった（図 14）。

## （2）刑事精神鑑定ワークショップ

第 1 回、第 2 回いずれも開催案内を全国の精神科病院に郵送、各種団体にメールで送り、定員 110 名とした。参加資格を精神保健指定医または日本精神神経学会専門医資格取得者とした。参加応募は多く、申込み数は定員をオーバーした。

講義内容は、精神鑑定の歴史と最近の動向、精神鑑定の基本手法、精神鑑定における倫理と中立性の総論的な内容のもの、統合失調症圏、妄想性障害、老年期精神障害・器質性精神障害、気分障害、パーソナリティ障害、神経症圏、物質使用障害、発達障害、精神遅滞の精神鑑定についての講義が行われた。昨年は精神遅滞の精神鑑定はなく、今年から行われた。どの講義も事例を含めた内容で、とても充実したプログラム内容であった。グループ別鑑定事例検討ではグループごとに活発に意見交換がなされた。

## （2）刑事精神鑑定ワークショップアンケート

アンケートでは受講者の年齢、性別、所属地域、所属機関等について、また、精神保健判定医の認定を受けているかどうか、更にこれまでの刑事精神鑑定（簡易鑑定含む）・医療観察法鑑定の経験数について調査し、今回のワークショップ参加者の背景情報を明らかにした上で、それぞれの講義に対する理解度と実務に与える効果について尋ねた。

第 1 回、第 2 回どちらのアンケートとも各講義の理解度と実務上の効果については、ほぼ全ての講義で 8 割は「理解できた」「効果的であった」と回答していた。しかし、刑事精神鑑定の経験数別にみると、ワークショップ全体の理解度は「よく理解できた」と回答したのが 5 件以上の刑事精神鑑定経験ありの群より経験数 5 件未満の群が少なく、刑事精神鑑定経験数の少ない者にとっては十分に理解しきれない部分があったと思われた。実務上の効果につい

ても同様であった。（資料 6）

## （3）松原病院における鑑定会議開催結果

平成 20 年 1 月から平成 23 年 1 月までの間に 40 件の検討が行われた。起訴前鑑定（簡易鑑定）31 件（うち限定責任能力 19 件、完全責任能力 12 件）。家庭裁判所審判 1 件（完全責任能力）。医療観察法鑑定 1 件（通院医療の判定）。成年後見 5 件（後見判定 5 件）、本鑑定 2 件（限定責任能力 1 件、完全責任 1 件）である。

表 松原病院における鑑定会議検討結果  
（平成 19 年は鑑定会議は実施されていない）

	H19	H20	H21	H22
起訴前簡易鑑定				
責任無能力	2	0	1	0
限定責任	7	8	3	8
完全責任	4	5	2	4
起訴前本鑑定				
責任無能力	0	0	0	0
限定責任	1	1	0	1
完全責任	0	0	0	1
医療観察法	0	1	0	0
成年後見	2	2	3	0

起訴前鑑定における責任無能力判定の率

H19 年度（14.3%）、H20 年度（0%）、  
H21 年度（16.7%）、H22 年度（0%）

## D. 考察

（1）医療観察法における精神鑑定に関するアンケート調査結果より：アンケート結果では、判定医の精神鑑定経験数は 40%以上は 5 件以下であり、経験数としては不十分である。このような状況の中で、医療観察法鑑定の質を向上させるためには、「専門家が加わった精神鑑定センターによるアドバイス」あるいは、「鑑定事例研究会の開催」を求める声が多かった。これらの意見を反映させるために、平成 21 年度からは急遽「刑事精神鑑定ワークショップ」を開催し、また、複数の医師が関与する鑑定会議の

効果をみるために、松原病院において「鑑定会議」を実施することとした。

(2) 平成 21、22 年と刑事精神鑑定ワークショップを開催した。医療観察法の鑑定を行ううえで、その基本となる部分は刑事責任能力の鑑定であると言っても過言ではない。ところが、わが国の責任能力鑑定では、「不可知論」をはじめとして、鑑定結果について、未だに意見の一致をみない部分が少なくない。このことが医療観察法鑑定の不安定さの一因になっていることも否定できない。他方、鑑定についての広く参加を求めた研修会はほとんどなく、今回、このようなワークショップに参加できてよかったという意見が、多く認められた。精神科医が鑑定や司法について知識を深めてくうえで、また鑑定に関する研修を望む医師の多くのニーズに答えていくためにも、今後も刑事精神鑑定ワークショップを開催していく必要がある。質のよい鑑定の研修の機会が増えることによって、鑑定医の資質、医療観察法鑑定の精度が向上すると思われる。

(3) 刑事精神鑑定ワークショップ受講後アンケートの結果から、講義の内容、構成は概ね高い評価であったといえる。多くの精神科医が、鑑定の実務的な研修を望んでいるのが現状である。今後は、経験年数に応じた研修内容等を考慮して、このような機会を提案していく必要があると思われる。

(4) 鑑定会議について

同僚医師とともに、他の職種も関わり鑑定会議を実施することにより、鑑定業務についての見識が広まり、同時に、その精度も高まった。鑑定会議実施後においては、徐々に、心神喪失と判定された割合が減少し、完全責任能力と判定された事例が増加している。他の指定医や判定医から意見を求めることにより、特に、厳正化したとは言えないが、鑑定内容の質的な変化が認められた。このような傾向は、おそらく全国的な傾向と合致するものと考えている。精神鑑定の質の向上を図る上では、鑑定会議等、他

の医師や職種が参加した会議を実施することは意義は高いのではないかと。

## E. 結論

(1) 鑑定医の資質向上、鑑定の精度の向上のために、ワークショップのような研修会を開催することは有効である。

(2) 精神鑑定を行う場合には、病院内で他の医師も交えた鑑定チームを構成し、鑑定を行うことは鑑定内容の質の向上の面からは有効である。また、鑑定書を提出する前に、他の指定医や判定医の意見を問う、鑑定会議を開催することも質の向上の面からは有効であった。

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

1) 医療観察法の地域サポートと ACT. 臨床精神医学, 37 (8), 1029-1036, 2008

2) 医療観察法における指定通院医療機関の役割と課題. 精神科医療と法, 145-158, 弘文堂, 東京, 2008

3) 松原三郎, 安藤久美子, 一ノ瀬真琴, 椎名明大, 永田貴子, 水留正流, 八木深, 米山英一: 英国ロンドンにおける地域司法精神医療視察報告. 日精協誌, 27 (11), 1026-1037, 2008. 11. 5

4) 医療観察法対象者の地域サポートの将来, 臨床精神医学 38(5)641-645, 2009

5) 医療観察法の将来象. 精神医学 51(12): 1144-1145, 2009

6) 触法精神障害者の地域ケアはいかにあるべきか, 臨床精神医学 39(10)1321-1328, 2010

### 2. 学会発表

1) 直接通院になった統合失調症の一例. 第 17 回北陸司法精神医学懇話会, 金沢, 2008

2) 指定通院医療機関に対するアンケート調査結果報告. 第 5 回司法精神医学会, 2009. 5. 15 群馬

- 3) 15才で殺人事件を起こした広汎性発達障害の1例. 18回北陸司法精神医学懇話会  
2009.7.11 金沢
- 4) 医療観察法改正に向けてー地域ケア体制の充実. 国際シンポジウム 2009.10.11 東京
- 6) 医療観察法が一般精神科医療に与えた影響について. 第6回司法精神医学会シンポジウム,  
2010.6.5 東京
- 7) 通院処遇アンケート調査からみた通院医療の問題点(1). 第6回司法精神医学会一般演題,  
2010.6.4 東京
- 8) 通院処遇アンケート調査からみた通院医療の問題点(2). 第6回司法精神医学会一般演題,  
2010.6.4 東京
- 9) 多職種チームにおける通院医療の円滑化に向けた試み～情報共有ツール「通院MDT経過シート」の作成. 第6回司法精神医学会一般演題,  
2010.6.4 東京
- 10) 医療観察法における通院処遇について.

- 法と精神医療学会第26回大会 研究報告  
2010.12.4 東京
- 11) 指定通院医療機関における医療. 国際シンポジウムパネルディスカッション  
2010.12.12 東京
- 12) 通院処遇の課題～対応困難事例の検討～.  
第5回通院医療等研究会 2011.1.29 東京

#### 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. 実用新案登録

なし

##### 3. その他

なし

## 「医療観察法における精神鑑定に関するアンケート調査」

## 1. 年齢について (○印)

- ① 30代 ② 40代 ③ 50代 ④ 60代 ⑤ 70代 ⑥ 80代

## 2. 所属先

都道府県名 ( )

- (1) ① 指定入院医療機関 ② 指定通院医療機関 ③ 鑑定入院医療機関
- 
- (重なる場合には複数に○印を付けてください)

- (2) ① 大学 ② 公的病院 ③ 民間病院 ④ 診療所 ⑤ その他 ( )
- 
- (1か所のみ○印を付けてください)

## 3. 医療観察法以外の鑑定経験 (簡易鑑定を含む、成年後見は除く)

- ① なし ② あり (約 件)

## 4. これまで、医療観察法における精神鑑定を行ったことがありますか?

- ① なし ② あり ( 件)

5. 医療観察法による精神鑑定を行った経験のある方のみお答えください。

## (1) 鑑定場所

- ① 自病院 ( 件) ② 他の鑑定入院医療機関 ( 件)

## (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?

- ① 特に問題はない。
- 
- ② できるだけ避けるべきである。
- 
- ③ どちらとも言えない。

ご意見があればご記入ください

## (3) 鑑定では、鑑定医と主治医を兼任されましたか?

- ① 兼任して行った ( 件) ② 主治医とは別だった ( 件)