

75施設が要件を満たしていた。3施設が裁判所に報告しないと回答した。6施設が鑑定入院対象者を他院に搬送することはないと回答した。達成率は89.3%である。

なお平成20年度調査における同項目の達成率は94%であった。

- ⑬ 対象者の鑑定が終了した後に鑑定入院が終了するまでの期間においては、対象者を鑑定入院医療機関に留めおくこと。その際、主治医等の判断により、対象者に引き続き必要十分な医療を提供すること。(水準B)

80施設が要件を満たしていた。1施設が鑑定終了後は対象者に医療を提供しないと回答した。達成率は98.8%である。

なお平成20年度調査における同項目の達成率は99%であった。

(6) 行動制限 (図14、図15、図16)

- ① 鑑定入院中において対象者の行動を制限することは、鑑定その他医療的観察に必要な欠くべからざる範囲に限ること。(水準A)

50施設が要件を満たしていた。33施設が通常より強固な行動制限をしていると回答した。達成率は60.2%である。

なお平成20年度調査における同項目の達成率は60%であった。

- ② 対象者の行動を制限する必要性の判断のうち、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。(水準A)

回答した84施設すべてが要件を満たしていた。達成率は100%である。

なお平成20年度調査における同項目の達成率は99%であった。

- ③ 鑑定入院中の対象者の通信・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り、これを行うこと。(水準A)

78施設が要件を満たしていた。5施設が通信・面会は原則として禁止していると回答した。達成率は94.0%である。

なお平成20年度調査における同項目の達成率は95%であった。

- ④ 鑑定入院中の対象者の信書の発受の制限は原則として行わないこと。(水準A)

82施設が要件を満たしていた。1施設が信書の発受は原則として禁止していると回答した。達成率は98.8%である。

なお平成20年度調査における同項目の達成率は96%であった。

- ⑤ 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こと。(水準A)

80施設が要件を満たしていた。4施設が対象者に届いた荷物について職員が開封し内容を調べた後で対象者に渡すと回答した。達成率は95.2%である。

なお平成20年度調査における同項目の達成率は93%であった。

- ⑥ 対象者の隔離を行う場合は、対象者の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り、これを行うこと。なお、12時間を超える隔離を行う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。(水準A)

46施設が要件を満たしていた。38施設が鑑定入院当初は必ず隔離を行うと回答した。達成率は54.8%である。

なお平成20年度調査における同項目の達成率は60%であった。

- ⑦ 対象者の隔離を行うに当たっては、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、適宜適当な観察を行い、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。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。(水準B)

76施設が要件を満たしていた。7施設が鑑定入院中は原則として隔離を継続すると回答した。達成率は91.6%である。

なお平成20年度調査における同項目の達成率は85%であった。

- ⑧ 対象者の身体的拘束を行う場合には、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り、これを行うこと。(水準A)

76施設が要件を満たしていた。5施設が身体拘束は行わないと回答し

た。達成率は93.8%である。

なお平成20年度調査における同項目の達成率は96%であった。

- ⑨ 対象者の身体的拘束を行うに当たっては、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、適宜適当な観察を行い、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。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。(水準B)

回答した80施設すべてで要件を満たしていた。達成率は100%である。

なお平成20年度調査における同項目の達成率は99%であった。

- ⑩ 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。(水準C)

69施設が要件を満たしていた。14施設が鑑定入院対象者を行動制限最小化委員会の検討対象としていなかった。達成率は83.1%である。

なお平成20年度調査における同項目の達成率は79%であった。

- ⑪ 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、直ちに裁判所、所轄の警察署に報告するし、可能な範囲で対象者の捜索を行うこと。その際、対象者を発見した場合は、対象者に鑑定病棟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。(水準A)

79施設が要件を満たしていた。まず対象者の検索を行い発見できない場合は裁判所、所轄の警察署に報告すると回答した5施設は達成率の算出からは除外した。達成率は100%である。

なお平成20年度調査における同項目の達成率は98%であった。

(7) 社会的支援 (図17)

- ① 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こと。また、付添人がその相談医をして対象者の診察をさせることを希望した場合においては、可能な限りこれに応じよう配慮すること。(水準B)

80施設が要件を満たしていた。4施設が付添人に情報提供を行わないと回答した。達成率は95.2%である。

なお平成20年度調査における同項目の達成率は93%であった。

- ② 対象者が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を有している場合は、可能であれば対象者が速やかに生活保護を受給できるよう、適当な援助を行うこと。(水準C)

66施設が要件を満たしていた。16施設が鑑定入院対象者に対して社会的援助を行わないと回答した。達成率は80.5%である。

なお平成20年度調査における同項目の達成率は79%であった。

- ③ 原則として鑑定入院中の対象者を外出・外泊させる必要はないこと。何

らかの理由により対象者を外出・外泊させる必要がある場合においては、裁判所に相談したうえで慎重にこれを行うこと。(水準C)

76施設が要件を満たしていた。8施設が鑑定入院対象者を外出させないと回答した。後者の回答についても原則的には要件に合致しているものと考えれば、達成率は100%である。

なお平成20年度調査における同項目の達成率は97%であった。

- ④ 対象者が鑑定入院命令の取り消しを裁判所に申し立てた場合には、その旨を裁判所に報告すること。(水準C)

80施設が要件を満たしていた。3施設が対応しないと回答した。達成率は96.4%である。

なお平成20年度調査における同項目の達成率は98%であった。

- ⑤ 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、適切な対応を行うこと。(水準A)

83施設が要件を満たしていた。1施設が対応しないと回答した。達成率は98.8%である。

なお平成20年度調査における同項目の達成率は98%であった。

4. 鑑定事例調査

(1) 鑑定入院の種別 (図18)

当初審判に係る鑑定入院が97例、(再)入院の申立てに係る鑑定入院が5例、無回答が13例であった。

(2) 対象者の性別 (図19)

男性が78例、女性が26例で、無回答が11例であった。

(3) 対象者の年齢 (図20)

対象者の年齢は40代が23例と最多であった。平均年齢は46.4歳だった。

(4) 事件前の同居家族 (図21)

対象者の約7割に同居家族がおり、そのほとんどが親族であった。

(5) 婚姻歴 (図22)

婚姻歴のない対象者が6割弱を占めた。

(6) 就労経験 (図23)

就労経験のある対象者は全体の8割弱に及んだ。

(7) 今回の申立てに係る他害行為 (図24)

対象行為の内訳は、傷害が27件、放火が26件で多く、殺人未遂20件、殺人17件がこれに続いた。

(8) 当該対象行為の被害者 (図25)

被害者の内訳は、無回答が3割に及んだため回答の精度に疑問が残るが、家族と自宅放火、第三者がほぼ同等の割合となっていた。

(9) 責任能力鑑定結果 (図26)

責任能力鑑定に関する記載は全体の2割程度が無回答であり、回答の精度が低かった。簡易鑑定、嘱託鑑定、公判鑑定の各々の判断能力、制御能力に関する判定のうち最も重度の評価をなされたものについて集計（ただし、いずれかの項目が無回答の場合は無回答とした）したところ、責任能力が完全に失われたとされたものが42例、著しく障害されていたとされたものが38例、障害されていたとされたものが6例、障害されていなかったとされたものが1例であった。また、精神鑑定が一度も行われていないという回

答が10例あった。無回答は18例であった。

(10) 申立て時点での精神科診断名 (図27)

申立て時点では統合失調症圏の診断が全体の半数以上に及んでいた。

(11) 刑事処分 (図28)

刑事処分は心神喪失による不起訴が半数を超え、心神耗弱による起訴猶予が約1割であった。心神耗弱による執行猶予着き判決も1割以上に見られた。ただし、不明もしくは無回答が2割あるため、回答の精度に疑問が残る。

(12) 鑑定入院での最終的な診断 (図29、図30)

主診断は統合失調症圏が半数以上を占めた。また従診断は半数以上が無回答であった。

(13) 身体合併症 (図31)

治療を要する身体合併症を有する対象者は17例であった。

(14) 精神科治療歴 (図32)

対象行為の時点で精神科に通院中だったの者が約4割に及び、未治療若しくは治療を中断していた者とほぼ同数だった。

(15) 過去の措置入院歴 (図33)

過去に措置入院歴を有する対象者は26例で、全体の約4分の1であった。そのうち複数回の措置入院歴がある者は6例だった。

(16) 過去の問題行動 (図34)

過去に他害行為の内訳として最も多いのは暴行、傷害であった。

(17) 鑑定入院に用いた病棟 (図35)

鑑定入院処遇が行われた病棟としては、精神科救急入院料の対象となる病棟が最多で、半数近くに及んだ。

- (18) 薬物療法 (図36)
薬物療法を実施されなかった対象者が8例いた。なおそのすべてにおいて精神療法は実施されていた。
- (19) 入院精神療法 (図37)
精神療法を実施されなかった対象者は3例いた。入院精神療法の算定回数の平均は21回であった。
- (20) 他院への搬送 (図38)
身体合併症治療等のため鑑定入院中に他院に搬送された対象者は2例いた。
- (21) 他院への転院 (図39)
他院への転院を要した事例はなかったが、無回答が約4割に及んだため、回答の精度に疑問が残る。
- (22) 特殊な治療 (図40)
鑑定入院中に行われた特殊な治療としては、静脈注射、筋肉注射、デポ剤が各々若干名いた。電気けいれん療法の実施は報告されなかった。
- (23) 隔離の日数 (図41)
全体の過半数において対象者に隔離が行われていたが、その日数及び時間開放の有無は多岐に渡っていた。全体の平均隔離日数は32日であった。
- (24) 拘束の有無及び日数 (図42)
拘束の行われた対象者は6名おり、その期間は10日以内が半数を占めた。
- (25) 鑑定医と主治医及び鑑定入院医療機関の関係 (図43)
半数の事例において鑑定医が主治医を兼任していた。また1割程度で鑑定入院医療機関外の医師が鑑定医を務めていた。
- (26) 鑑定及び審判における精神科診断 (図44)
審判における診断でも統合失調症圏が最多であった。なお、鑑定医の診断と

裁判所の診断が異なったのは1例であった。裁判所の診断については無回答が2割近くを占めた。

(27) 処遇決定 (図45)

裁判所による処遇決定は入院78例、通院10例、不処遇22例、却下1例、取り下げ1例であった。

(28) 審判後の対象者の居所 (図46)

無回答が多数を占めており、回答の精度が低い。

5. 困難事例調査

計15件の回答があった。論点を分類すると、責任能力判断に関する問題が5件、診断に関する問題が1件、身体合併症に関する問題が2件、処遇に関する問題が3件、運用に関する問題が2件、職員に関する問題が2件となった。以下に事例の概略を記す。

- (1) 40代男性、覚せい剤使用による精神障害。治療可能性がなく不処遇となった。対象行為時の責任能力判断の妥当性に疑問が持たれている。(責任能力判断に関する問題)
- (2) 30代男性、広汎性発達障害。起訴前鑑定では妄想性障害の診断であったが、上記診断変更。強制わいせつ事件に関して責任能力ありと判断され申立却下となった。(責任能力判断に関する問題)
- (3) 年齢性別診断不明。起訴前に責任能力鑑定が行われず、鑑定入院中に責任能力判断を求められたため、作業に難渋した。(責任能力判断に関する問題)
- (4) 40代男性、遅発性精神病性障害。起訴前簡易鑑定の結論と医療観察法鑑定での責任能力判断が異なった。鑑定入院中に責任能力を判断することに困難を感じた。(責任能力判断に関する問題)

- (5) 60代男性、反社会性パーソナリティ障害。起訴前簡易鑑定の結論に誤りがあり、それを前提とした検察官による申立ても適切でないと考えられた。(責任能力判断に関する問題)
- (6) 20代男性、統合失調症。起訴前鑑定の段階では知的水準の問題が見逃されていた。また家族の理解も悪く、対応に苦慮した。(診断に関する問題)
- (7) 年齢不明女性、統合失調症。重篤な身体合併症を生じ、対処に苦慮した。身体状態の切迫性が裁判所に理解されなかった。(身体合併症に関する問題)
- (8) 30代女性、統合失調症。妊娠中の鑑定入院であり、家族が薬物療法に対する忌避感を示したため、修正型電気けいれん療法が選択された。特に問題となる合併症は生じなかったが、本来は産科とより密接な連携が望ましいと考えられた。(身体合併症に関する問題)
- (9) 30代女性。統合失調症。外出許可の判断及び診療情報共有について難渋した。(処遇に関する問題)
- (10) 年齢性別診断不明。入院処遇の決定がなされる事例において、移送の都合上対象者の荷物の数量等をあらかじめ伝達する必要があるところ、決定がなされていない段階で対象者とどのように相談すれば良いかわからず苦慮した。(処遇に関する問題)
- (11) 30代男性、統合失調感情障害及び精神遅滞。入院環境下で他患との人間関係がストレスとなり鑑定作業が滞った。鑑定入院対象者を一般の精神病棟で処遇することに困難を感じた。(処遇に関する問題)
- (12) 40代女性、妄想状態。他害行為当初に申立てがなされず措置入院を繰り返した後で鑑定入院となった。当初から医療観察法の申立てが行われるべきであった。(運用に関する問題)
- (13) 年齢不明男性。統合失調症。未治療で事件を起こし措置入院となり、病状改善し退院間近となっていた矢先に鑑定入院命令がなされた、しかも入院中の施設が鑑定入院医療機関として指定されたため。関係者に混乱を生じた。事件後速やかに医療観察法申立ての判断を行うべきであり、さらに鑑定入院先も所轄官庁において別個の施設を確保すべきであったと考える。(運用に関する問題)
- (14) 40代男性、統合失調症。鑑定入院医療機関に所属する一部の医師が治療に消極的であり、ほとんど治療が行われなかった。(職員に関する問題)
- (15) 年齢性別診断不明。刑事責任能力鑑定と医療観察法鑑定との違いを鑑定入院医療機関の職員に理解させるのが難しい。(職員に関する問題)

D. 考察

1. 総括

今回我々は、鑑定入院の実態を明らかにし課題の抽出と運用の改善のための示唆を得る目的で複数の調査を行った。

考察のはじめに、このような調査研究の限界として、回答率の低さと選択バイアスについて触れておかねばならない。我々は鑑定入院の受け入れ実績があると思われる全国205施設を同定してアンケート調査への協力を依頼した。回答率は各調査によって異なるが、施設ベースで4割強、事例ベースで3割弱と考えられた。そもそも、鑑定入院医療機関には公的な定義がなく、いかなる病院が鑑定入

院先として指定されるかは事例毎に裁判官の一存（現実的には、検察官と各施設、再入院事例の場合には社会復帰調整官の調整）によって決定されている。したがって、全ての鑑定入院医療機関を網羅して調査を行うことは不可能である。調査対象外だった施設で何件の鑑定入院が行われたかを知ることは容易ではない。

次に、研究への協力は各施設の管理者及び回答者となる職員の任意に委ねられている。同様の条件で行われた他の調査に比して、本調査の回答率は決して低いものではないが、全国の鑑定入院医療機関の半数を下回る結果しか把握できていないという事実は、結果の解釈に当たり認識しておく必要がある。加えて、このような調査研究に協力する姿勢を示す施設は、本研究の主旨に賛同し、鑑定入院制度の円滑化を望む者が多く含まれている可能性が高い。したがって、本研究への協力を得られなかった施設の実態は、本研究の結果からはかけ離れたものである可能性も、否定はできない。

上記の制約は、公権力の行使に拠らない一研究の持つ構造的な限界であると言わざるを得ない。そのことを踏まえたくて今回の調査結果の考察を行うこととしたい。

2. 施設概要調査

今回の調査で得られた鑑定入院医療機関の概要は、結果において述べたとおり、昨年度や一昨年度の同内容の調査結果と酷似している。このことは、少なくとも我々の調査に協力いただいた施設の性質は、ここ数年来ほとんど変化していないということを示している。

これはとりもなおさず、医療観察法に基づく鑑定入院の運用が定常状態に入っていることの証左といえる。おそらく、制度運用に大

幅な変更が加わらない限り、鑑定入院医療機関の施設概要は今後もほとんど変わらないものと思われる。

3. 履行状況調査

我々は、平成19年度に行われた先行研究で策定された「鑑定入院医療機関が満たすべき医療水準（案）」の遵守状況を再調査した。

調査項目の多くにおいて、若干数の施設が無回答であったが、それらは解析の対象からは除外した。

水準案では達成すべき項目をA水準27項目、B水準8項目、C水準13項目に分類している。それに沿って今回の調査結果を解析したところ、A水準の達成率の中央値は93.3%、B水準の達成率の中央値は89.8%、C水準の達成率の中央値は75.0%となった（図47）。

なおこの結果は平成20年度に行われた同内容の調査結果に比べ、C水準の向上を認めた。

全項目の達成率の算術平均は、82.0%であった。

続いて、個別の項目を見ていくと、下記のこと示唆された。

精神保健参与員候補者の常勤については、4年前に比べて5ポイントの上昇をみた。これは、参与員候補者の拡充がなされつつある結果かもしれないが、選択バイアスの影響も否定できない。

鑑定入院医療機関の医師配置の達成率は全項目中最低の26.2%であった。4年前に比べて4ポイントの上昇をみているとはいえ、精神科病院における医師配置の乏しさが残存していることを示す結果となっている。

鑑定病棟の入院基本料については、従来推奨されてきた精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟1に加え、精神科救急・合併症入院料を算定する病棟が新たに加わった。この

点については、水準（案）の見直しが必要かもしれない。

職員の研修については、鑑定入院に携わる全職員が研修を受けている施設は少数派であった。この点については現場の運用や研修の実施状況について検証が必要であろう。

対象者の担当職員の選任については、4年前に調査に比べて達成率が26ポイントも上昇した。これは調査方法の変更による影響と思われる。実際には作業療法士等が専属で配置されていない施設もあり、水準（案）の見直しが必要かもしれない。

鑑定医と主治医との関係については、水準（案）においては、現場の状況に配慮して鑑定医が主治医を兼ねる場合についての留意事項にも触れているが、鑑定入院の運用に関する他の研究では、鑑定医と主治医を分けるべきであるとの意見が主流である。この点についても水準（案）の見直しが必要かもしれない。

対象者の入院に当たり鑑定入院について文書で説明することについては、以前から達成率が低く、しかも4年前に比べて2ポイント低下した。この点について、鑑定入院医療機関は鑑定入院命令の主体ではないとはいえ、対象者本人に対する説明責任を有しているという認識をより広めていくことが必要である。と同時に職員に対する研修を充実させ医療観察法に関する知識を深める取組も必要であろう。これに対して、行動制限に関する文書説明については、4年前の調査より達成率が5ポイント上昇した。これは精神保健福祉法の運用が年々厳格化されていることの波及効果かもしれない。

鑑定医決定前の医療提供については、4年前に比べて達成率が5ポイント低下した。その理由は明らかでないが、現在も少なからぬ

施設において鑑定医が決定するまでは対象者に医療を提供しない方針とされていることは問題である。

鑑定を阻害する医療行為を提供すると回答する施設が多かったために、同項目の達成率は水準Aにしては低く留まっている。しかしこの項目はそもそも鑑定を阻害する医療行為の内容が現実的に想定しづらいという意見が多勢を占めており、水準（案）の見直しが必要かもしれない。

急を要する場合における対象者の同意によらない医療の取扱いについては、4年前の調査に比べて達成率が6ポイント低下した。その理由は不明であるが、対象者の同意によらない医療は行わないと回答した施設が若干数あったことに関係しているものと思われる。患者本人の同意によらない医療は極力避けるべきであることは論を待たないが、鑑定入院という状況において、単に対象者本人が受療を拒否しているからといって医療行為を行わずに放置することは、鑑定結果の精確性を損なうことになるとともに、対象者の病状悪化を招き予後にも悪影響を及ぼすおそれがあることをよく認識しておく必要がある。

電気痙攣療法の実施については、4年前の調査より達成率が15ポイント低下した。これは調査方法の変更による影響と思われる。水準（案）においては、電気痙攣療法の安易な実施による弊害を避けるために原則禁止とし例外についても述べているが、困難事例調査にも述べられたように電気痙攣療法を選択することが合理的である事例も若干ながら存在する。臨床現場における適切な運用を促すという意味において、水準（案）の文言を再考する必要があるかもしれない。

持効性注射剤の使用についても上記と同様であり、特に医療観察法施行当初において

鑑定入院中に薬剤投与による過鎮静が横行した経緯から、水準（案）は持効性注射剤の使用について警鐘を鳴らす内容となつてものであるが、その後非定型抗精神病薬の持効性注射剤も認可されその効果も検証されつつある現在、運用の指針を再度見直す時期が来ているともいえる。それでもなお、鑑定入院中の対象者は原則として行動を制限されている状況にあることに鑑み、持効性注射剤の使用に当たっては対象者への十分な説明と同意取得の努力を行うことを原則とするなど厳格な運用が求められよう。

鑑定入院当初の隔離については、4年前の調査より達成率が5ポイント低下した。その理由は不明である。事実上ほとんどの対象者が鑑定入院当初は隔離を余儀なくされることと想定するのは、病棟運営上やむを得ないものと思われるが、それでもなお対象者に本当に隔離が必要かどうかは個別具体的な判断によるという原則を守るべきである。

他方、鑑定入院中は隔離を継続すると回答した施設が減ったため、同項目の達成率は4年前の調査に比べて6ポイント上昇した。これは各施設が鑑定入院事例の経験を重ねることにより、より少ない行動制限で安全な処遇ができるようになった結果であるかもしれない。

対象者が無断退去した際の対応については、裁判所や警察署への届出と、施設職員による対象者の捜索とは、通常同時並行で行われ、状況により前後することもありうるものと考えられる。この点については水準（案）の記載を再検討すべきかもしれない。

4. 鑑定事例調査

今回の鑑定事例調査においては、115例の事例を入手した。鑑定入院対象者経過報告書（案）の記載を求めたため、各項目には無回

答が目立ち、全体の解析が困難となっている。また、回答者が記載事項についてよく理解できていないと推測される項目も散見された。

責任能力判断、刑事処分、裁判所による診断の各項目については、いずれも無回答が2割に及んだ。これはおそらく、施設側が関係部局から積極的に情報を収集していないことによるものと推測される。上記の情報は協議の治療上においては必須といえるものではないが、鑑定入院中の対象者を理解し、その処遇をより円滑に行うため、また鑑定結果に対するフィードバックを得て今後のより適切な制度運用に資するため、これらの情報を入手する努力を怠るべきではない。

精神科従診断及び他院への転院の有無、審判後の対象者の居所については、無回答が多数見られた。この点については、鑑定入院対象者経過報告書（案）の様式を再検討する必要があるものと思われる。

記載内容そのものについては、いずれの項目についても昨年度の調査結果と大差ない。鑑定入院の運用が定常化している証左といえる。

5. 困難事例調査

今回我々は新たに、いわゆる処遇困難事例についての情報収集を行った。回答者の自由記載により15例を収集し、論点を分類した。

(1) 責任能力判断に関する問題

なかでも最も多くの指摘を受けた責任能力判断に関する問題は、医療観察法の施行前から長らく議論されてきた論点である。医療観察法は対象者の心神喪失もしくは心神耗弱を起点として処遇が開始されるものであり、当初の責任能力判断が誤っていた場合にそれを是正できる機会はほとんどない。この問題の解決のためには、制度設計の大幅な変更を行

うか、検察官、裁判所、精神科医等の関係者が相互に研鑽とフィードバックを積み重ねることにより処遇判断の質を向上させるしかないであろう。その意味で、近年において各地で多職種による事例検討会が開催されることが増えてきたのは、望ましい傾向であると考えられる。

(2) 診断に関する問題

次に診断に関する問題は今回1例しか収集されなかった。鑑定事例調査においても、診断名の変更は少数に留まっている。しかし、指定医療機関において初めて対象者の診断に関する疑義が提起される事例も一定程度存在しており、鑑定入院医療機関や裁判所へのフィードバックの方法も考える必要があるであろう。

(3) 身体合併症に関する問題

身体合併症に関する問題は、数は少ないもののひとたび発生すると緊急性、致命性の高い問題となりうるため、注意が必要である。論点は、精神障害者が身体科治療を受けるに当たっての問題と、鑑定入院処遇における手続の煩雑さに起因する問題との2つに分かれるものと思われる。いずれにおいても、日常的に関係機関と良い連携体制を構築しておくことが望ましいことは確かである。ただ、鑑定作業を中止せざるを得ないような重篤な身体合併症が発生した場合の、対象者の身柄の取扱については、より法令を明確化しておく必要があるのではないかとと思われる。

(4) 処遇に関する問題

今回指摘された処遇に関する論点はいずれも具体的な問題提起を伴うものであった。

まず、鑑定入院中の外出については、法令に明確な規定がなく、厚生労働省及び法務省の協議結果による通知があるのみである。診療情報共有に至っては一般医療においても守

秘義務や公益性を巡って当事者間で見解の相違を生ずることのある問題であり、一律に論じることは困難である。これらについては事例を重ね関係機関間でのコンセンサスを形成することにより当面の運用を図るのが現実的ではないかと思われる。

次に、入院処遇決定に向けての準備については、医療観察法施行前から対象者移送のための交通手段手配などの論点があり、裁判所の立場としては法令上審判当日前に結果を伝えるわけにはいかないにせよ、現場での運用では事前準備が必須であることも確かであり、当初から法令と実務の間に構造的な乖離があることが指摘されていた。鑑定入院医療機関としては、入院処遇決定が想定される場合には、そのことを対象者に明確に伝えることは憚られるにせよ、可能性を示唆して準備を開始するのは現実的にやむを得ないのではないかとと思われる。

最後に、鑑定入院医療機関内での患者同士の人間関係については、一般の精神病棟への入院でも起こりうる問題であり、取り立てて鑑定入院対象者を必要以上に特別視するべきではないというのが当研究班の立場である。ただ、病棟によっては鑑定入院対象者の存在が病棟運営に悪影響を及ぼす可能性もあり、そのような病棟で鑑定入院対象者の受け入れが可能かどうかについては慎重な検討が必要であるものと思われる。

(5) 運用に関する問題

運用の問題については、2例とも医療観察法の申立てが遅れたために対象者への不利益を生じた可能性がある点が大きな問題である。これらはいずれも検察当局の問題であり、施設側で改善の工夫を行うことは難しい。関係機関に対し問題提起を行い続けることが必要であろう。

(6) 職員に関する問題

最後に職員に関する問題としては、施設職員自身が鑑定入院の性質についてよく知ることが重要である。そのためには今後も医療観察法に関する研修会等を通じて啓発を図ることが求められる。我々としても医療観察法の適切な運用に資する情報を発信していく所存である。

なし。

3. その他

なし。

E. 結論

今年度においては、全国の鑑定入院医療機関に対して、施設概要調査、履行状況調査、鑑定事例調査、困難事例調査を行った。鑑定入院の運用自体は定常状態に入っており、今後大きく変化する見込みは低いものと考えられる。現時点での課題として、診断の精度の問題、責任能力鑑定の問題、個々の処遇に関する具体的な論点などが抽出された。また、鑑定入院医療機関が満たすべき医療水準（案）及び鑑定入院対象者経過報告書（案）については、項目や様式を一部見直すべき段階に来ていることが示唆された。鑑定入院中の医療と処遇を均霑化するために、司法機関と鑑定入院医療機関との情報共有と連携を深める必要がある。そのためには一定の法令的整備も必要と思われる。

F. 研究発表

1. 論文発表

なし。

2. 学会発表

なし。

G. 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

図1 設立主体

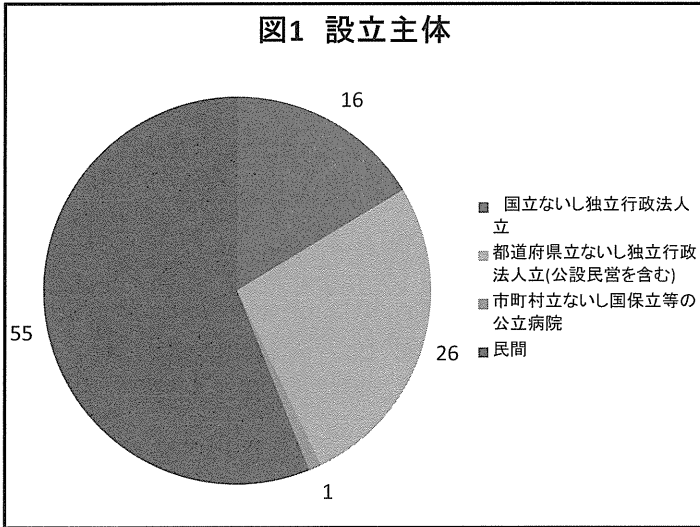


図2 精神病床数 平均288±148床

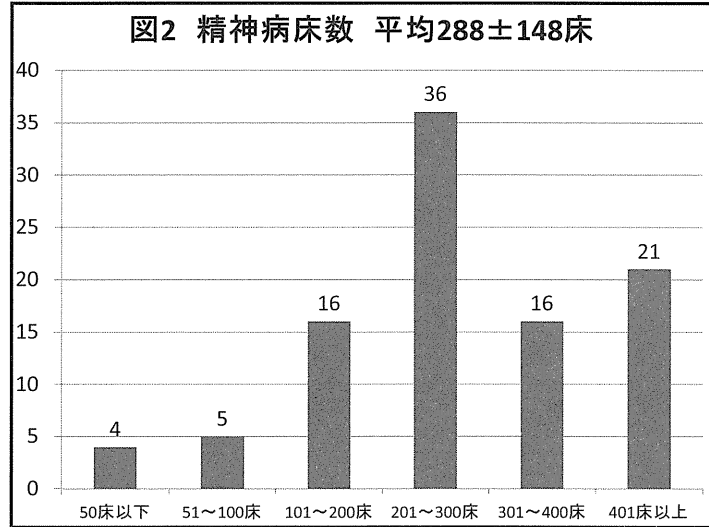


図3 認可病棟等

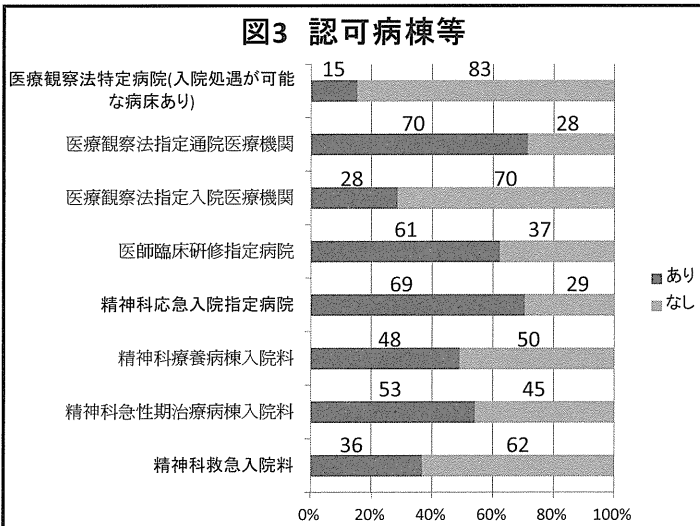


図4 累計鑑定入院対象者数

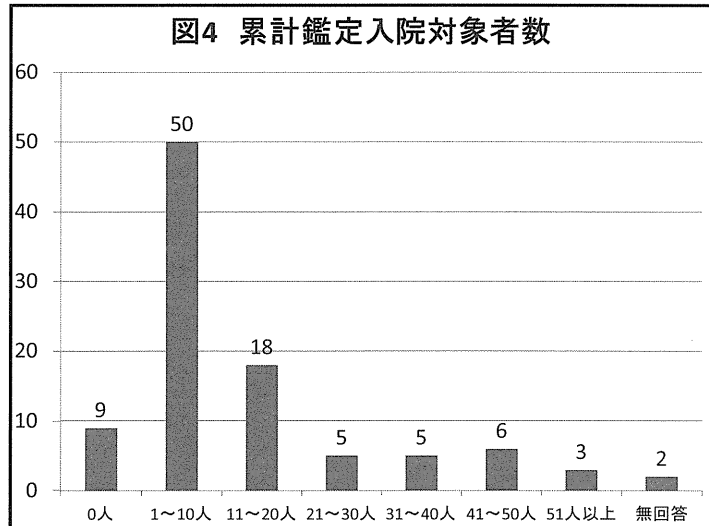


図5 鑑定入院医療機関

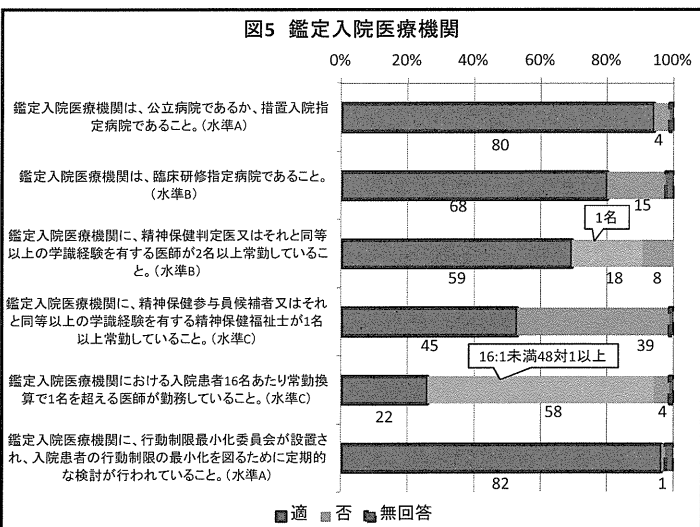


図6 鑑定病棟

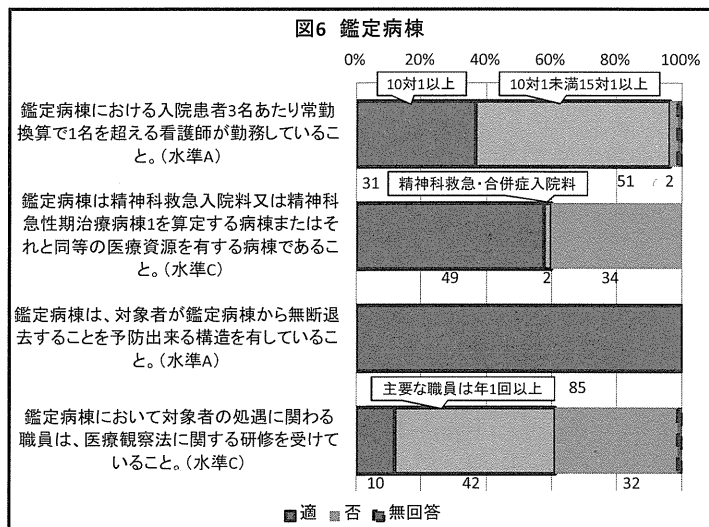


図7 処遇総論

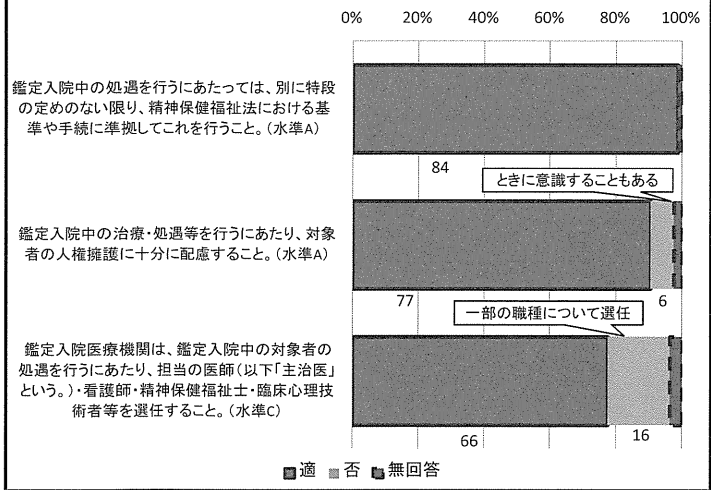


図8 鑑定医の所属先及び主治医との関係

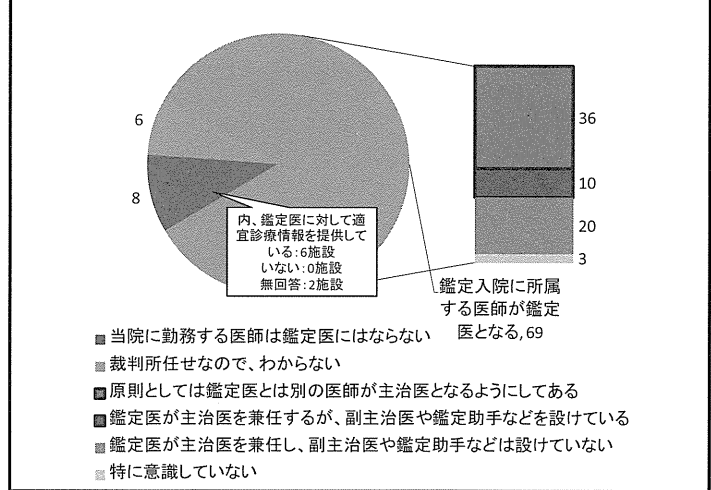


図9 対象者への説明及び告知

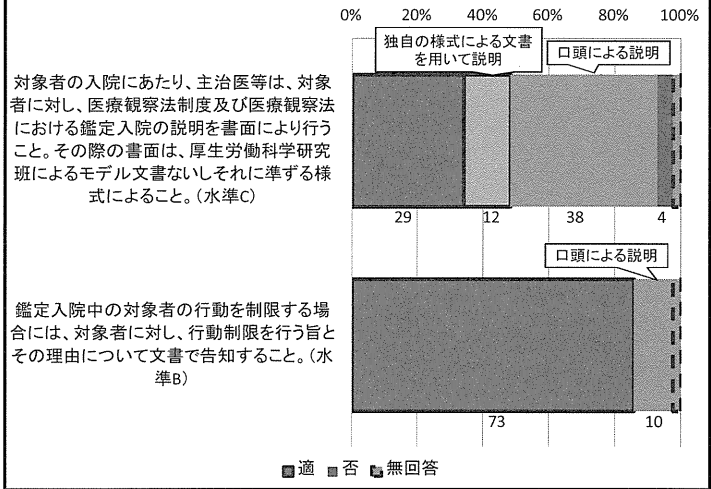


図10 医療の提供 (1)

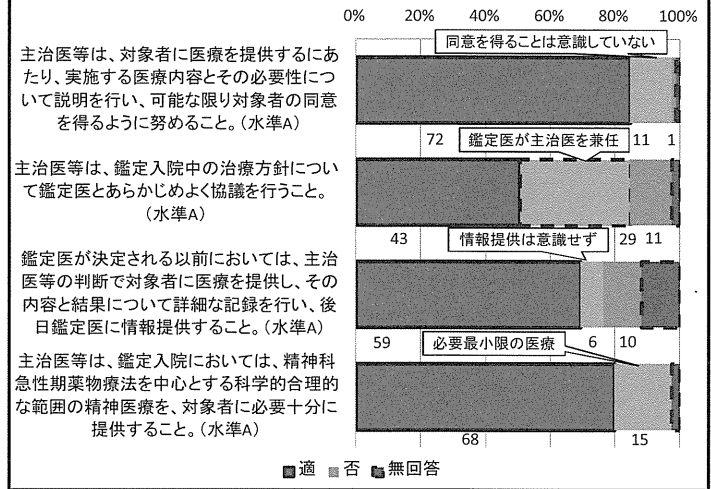


図11 医療の提供 (2)

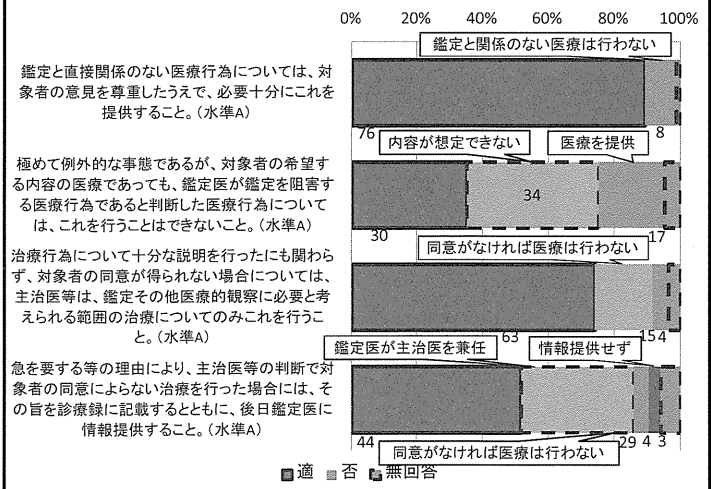


図12 医療の提供 (3)

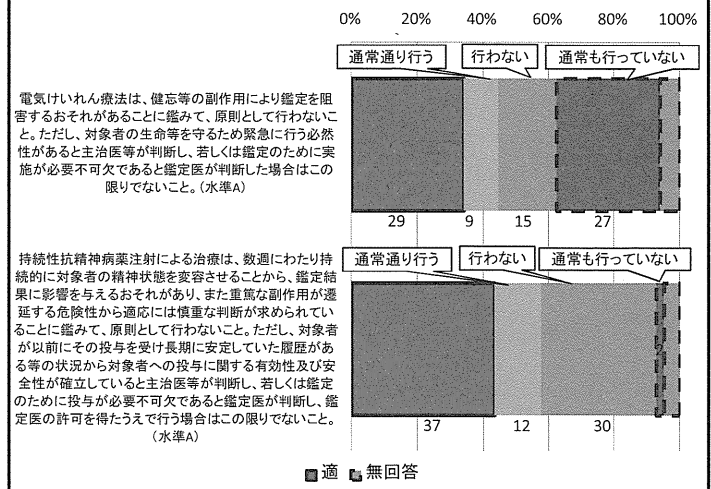


図13 医療の提供 (4)

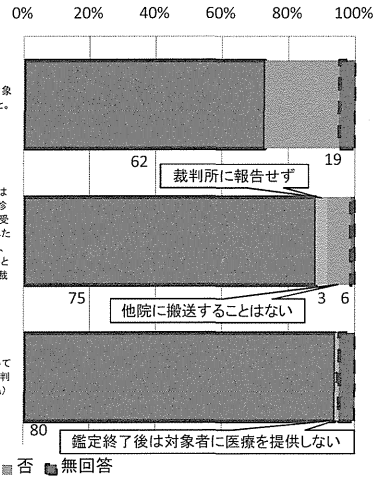


図14 行動制限 (1)

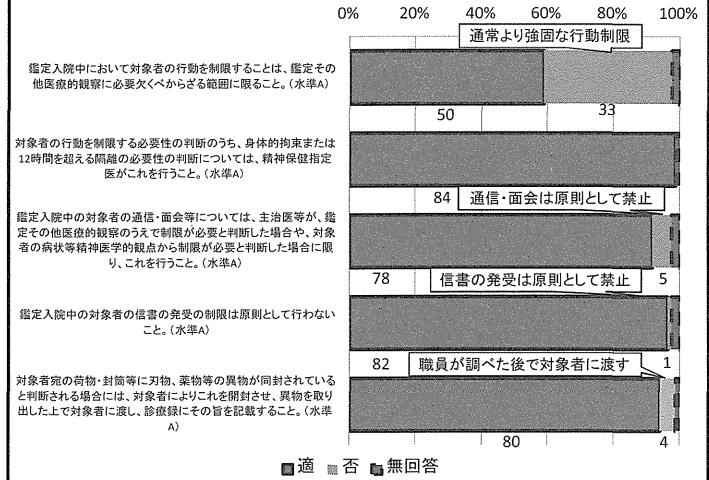


図15 行動制限 (2)

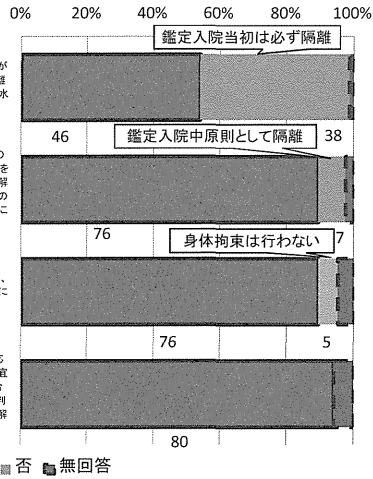


図16 行動制限 (3)

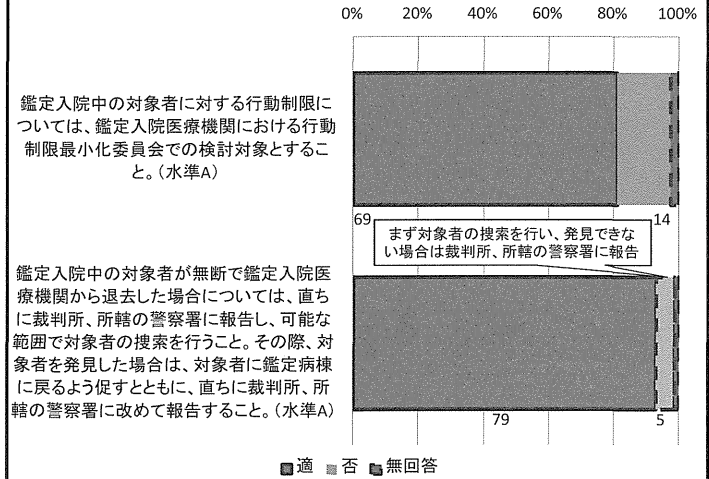


図17 社会的支援

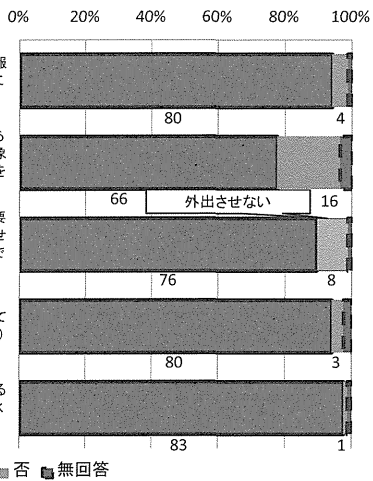


図18 入院の種別

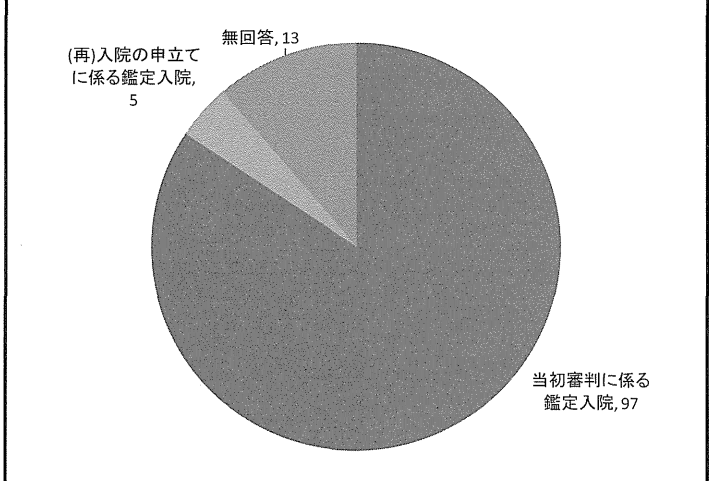


図19 対象者の性別

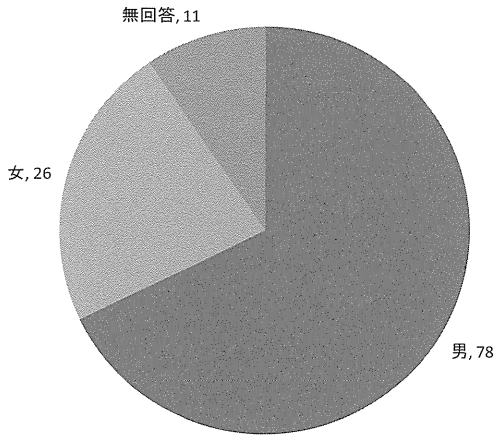


図20 対象者の年齢 (平均 46.4±16.0歳)

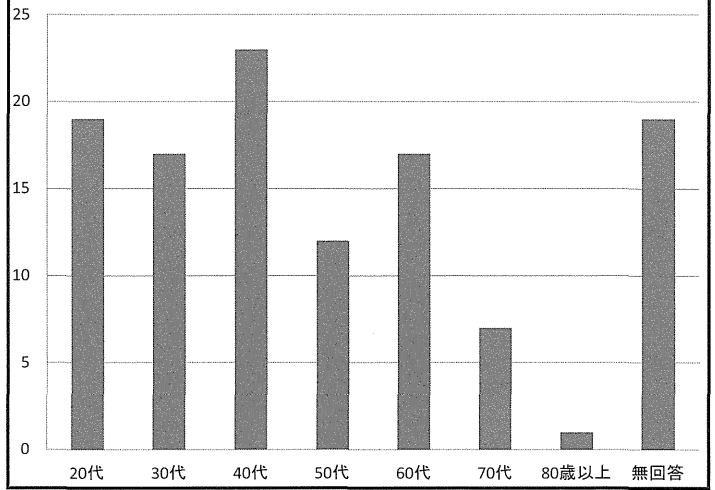


図21 事件前の同居家族

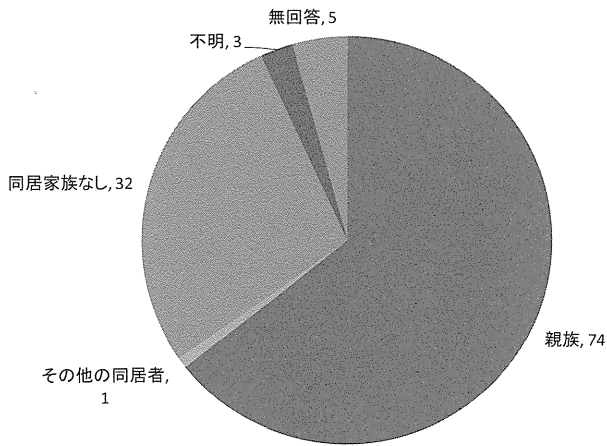


図22 婚姻歴

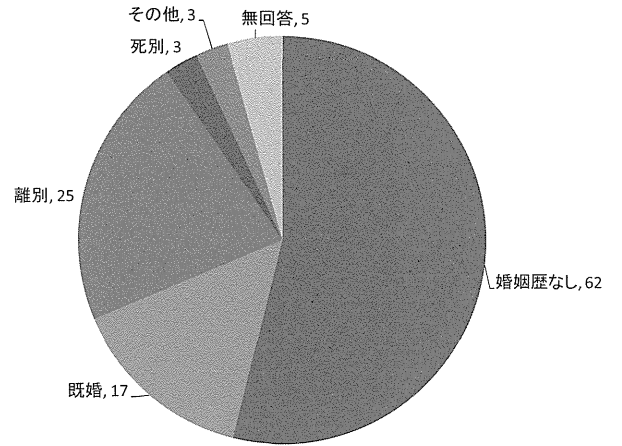


図23 就労経験

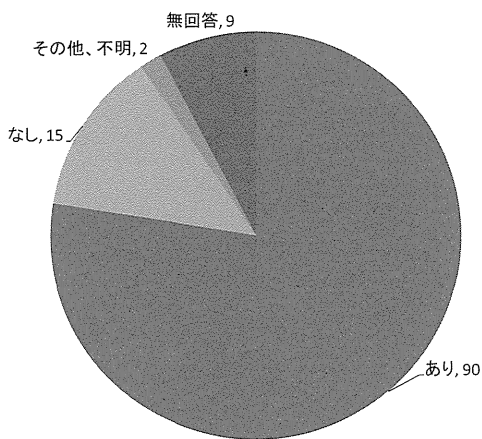


図24 今回の申立てにかかる他害行為

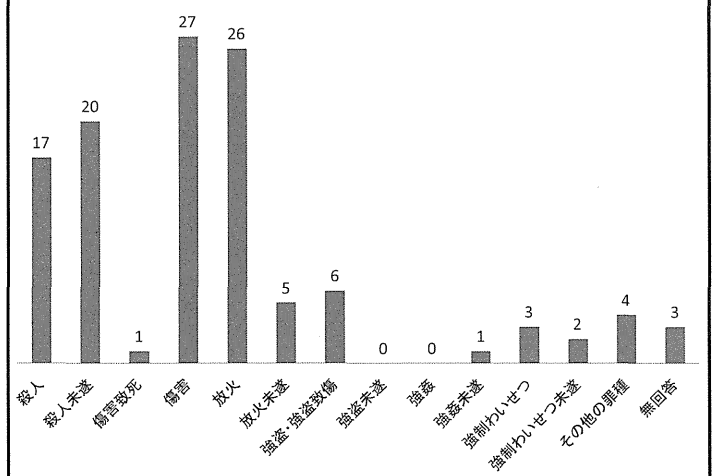


図25 当該対象行為の被害者

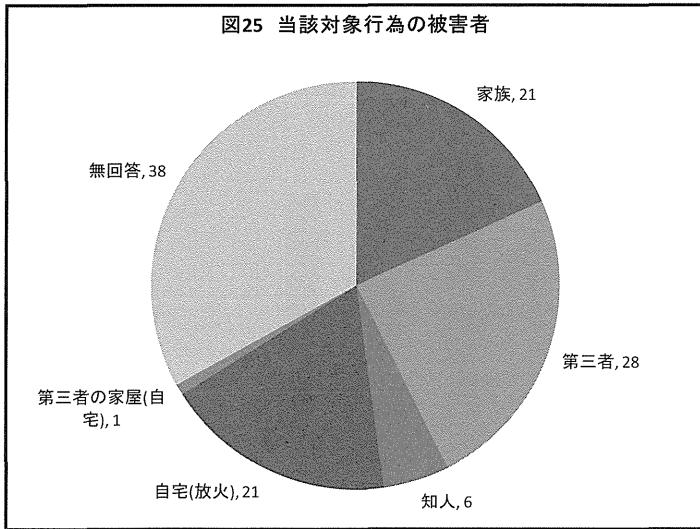


図26 責任能力鑑定結果

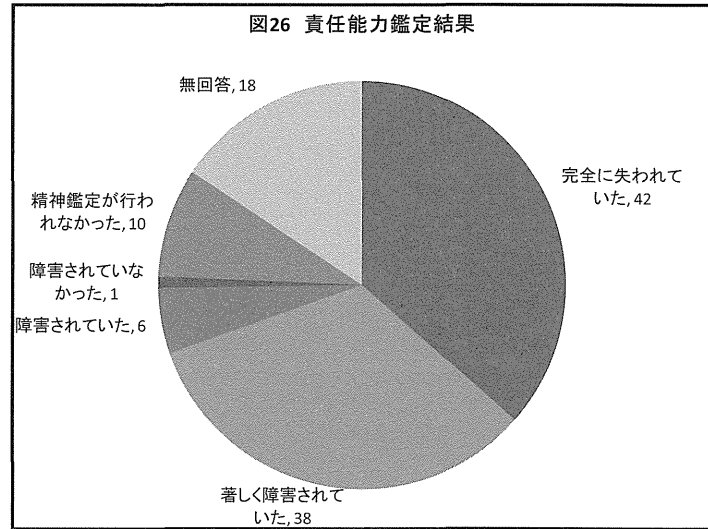


図27 申立て時点での精神科診断名

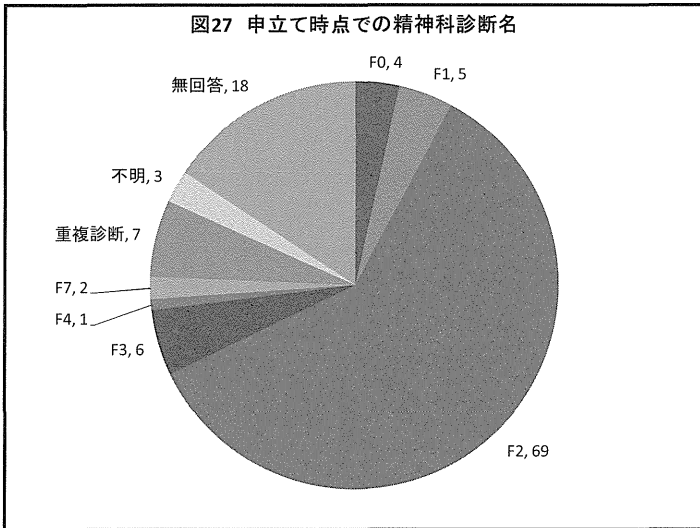


図28 刑事処分

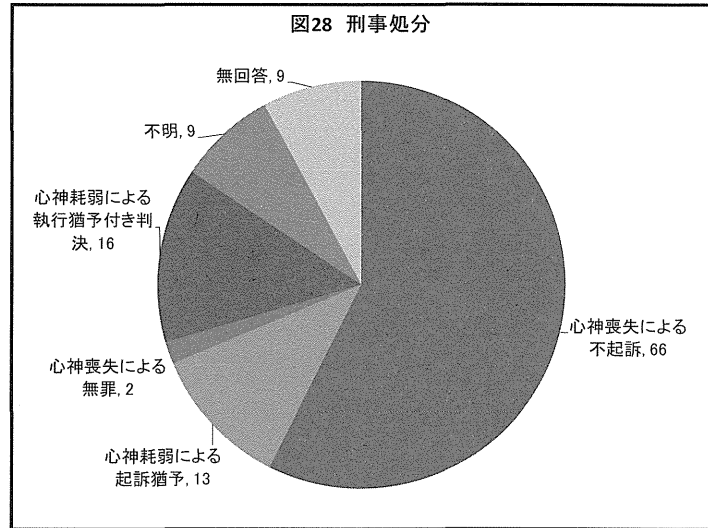


図29 鑑定入院での最終的な主診断

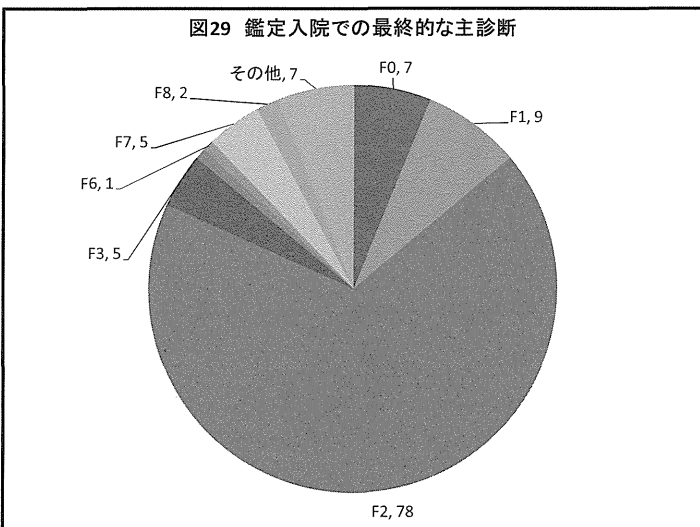


図30 鑑定入院での最終的な従診断

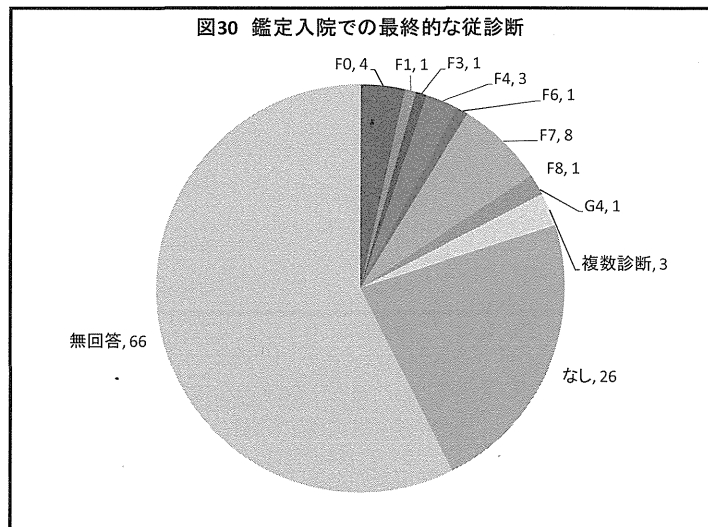


図31 身体合併症

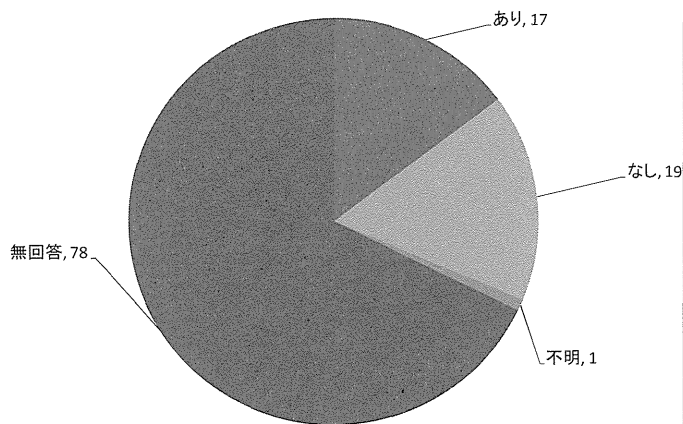


図32 精神科治療歴

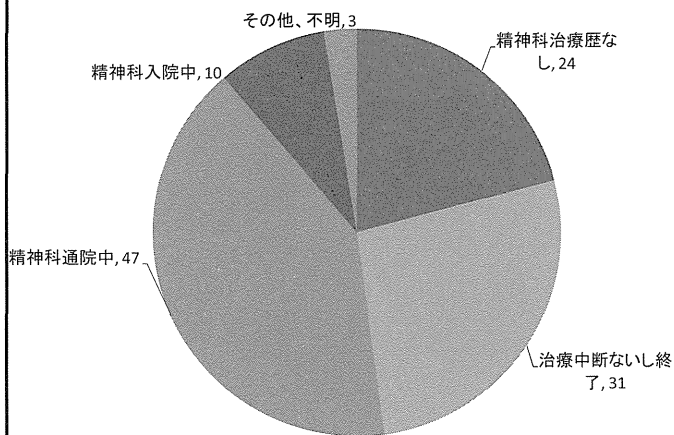


図33 過去の措置入院歴

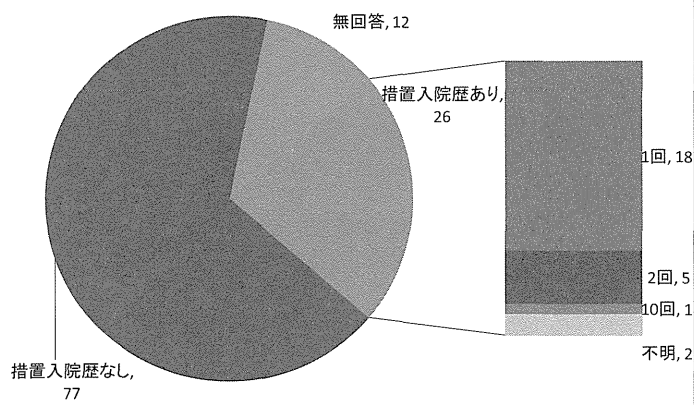


図34 過去の問題行動(延べ件数)

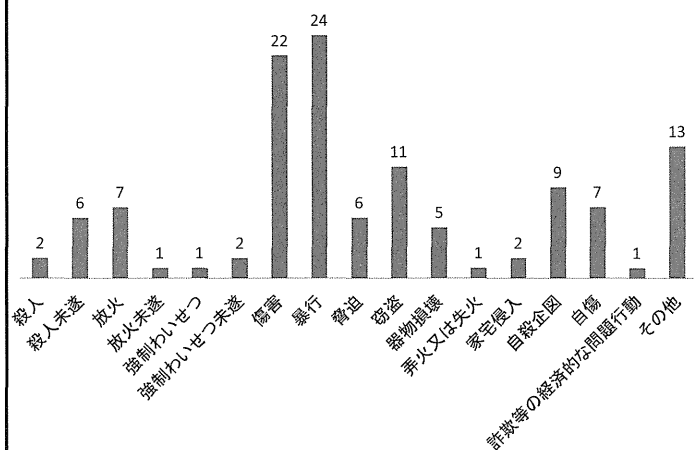


図35 鑑定入院に用いた病棟

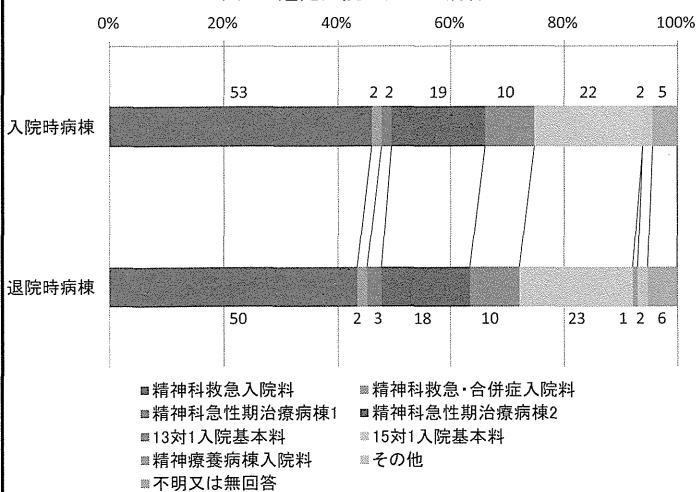


図36 薬物療法

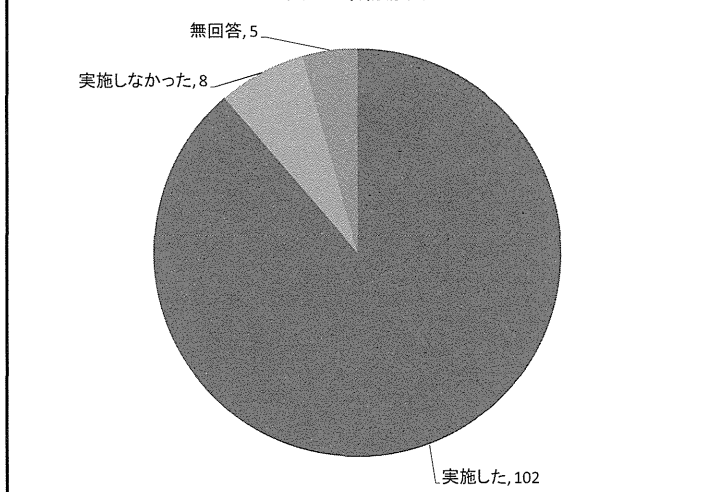


図37 入院精神療法 (算定回数の平均は21±15回)

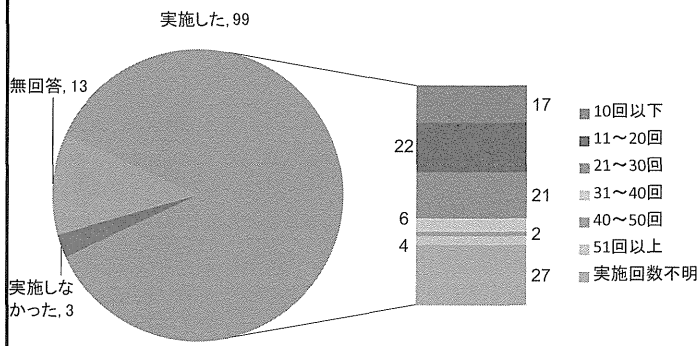


図38 他院への搬送

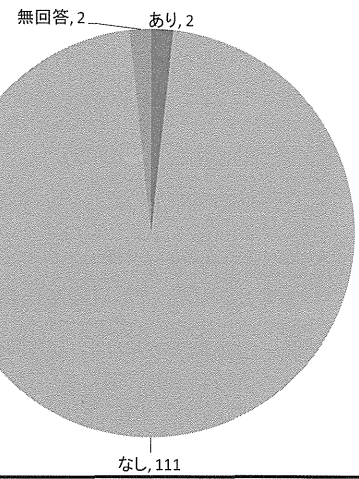


図39 他院への転院

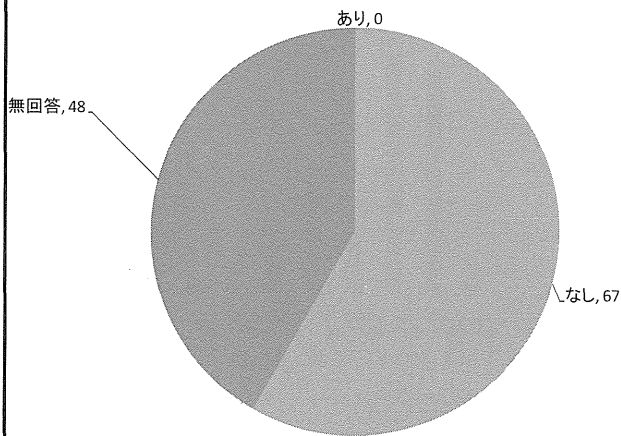


図40 特殊な治療

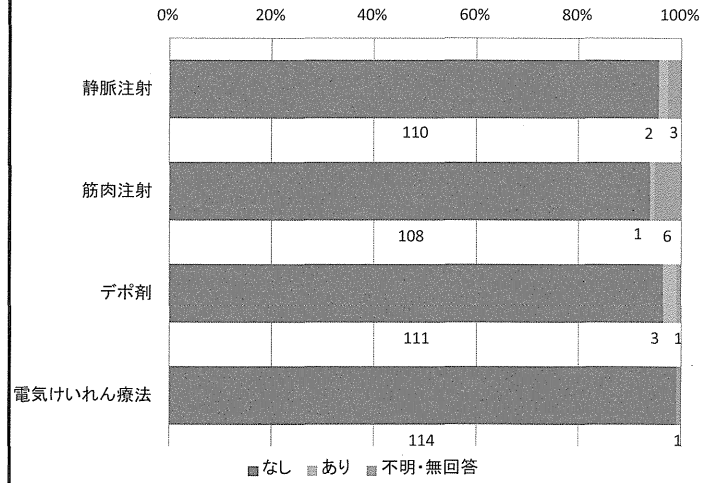


図41 隔離日数 (平均32±31日)

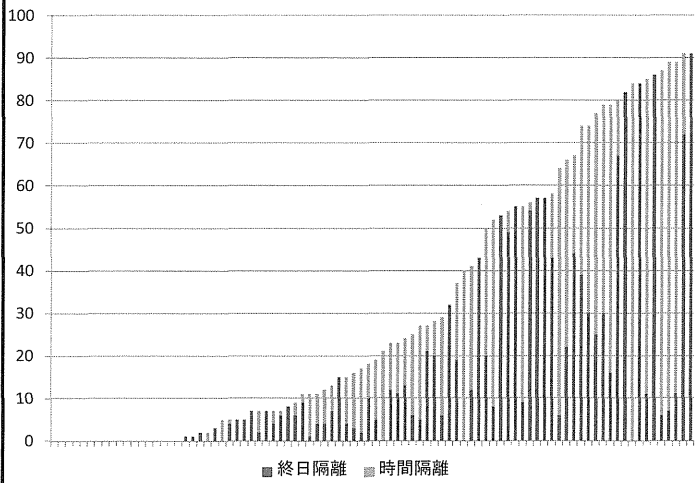


図42 拘束の有無及び日数

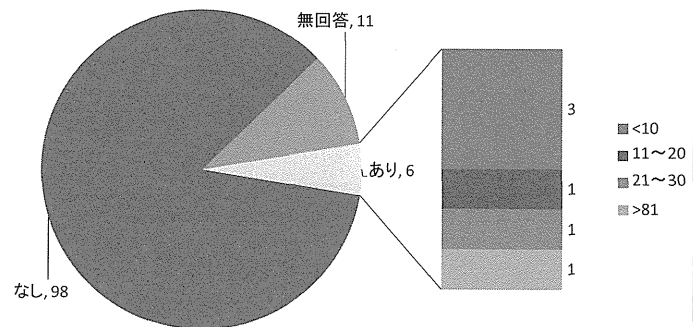


図43 鑑定医と主治医及び鑑定入院医療機関の関係

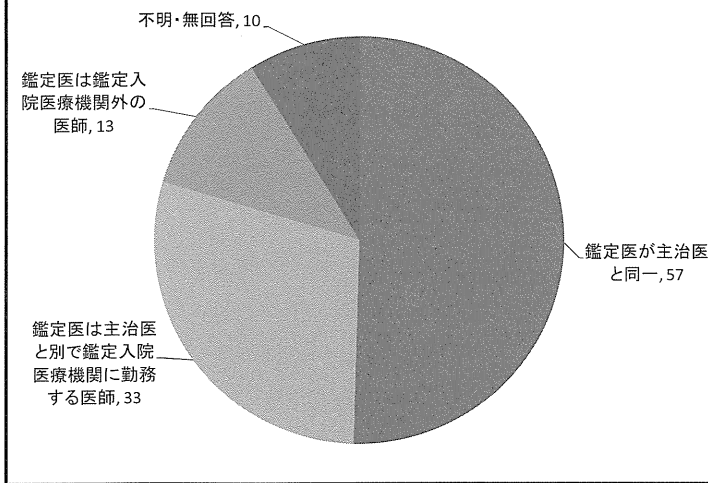


図44 鑑定及び審判による精神科診断

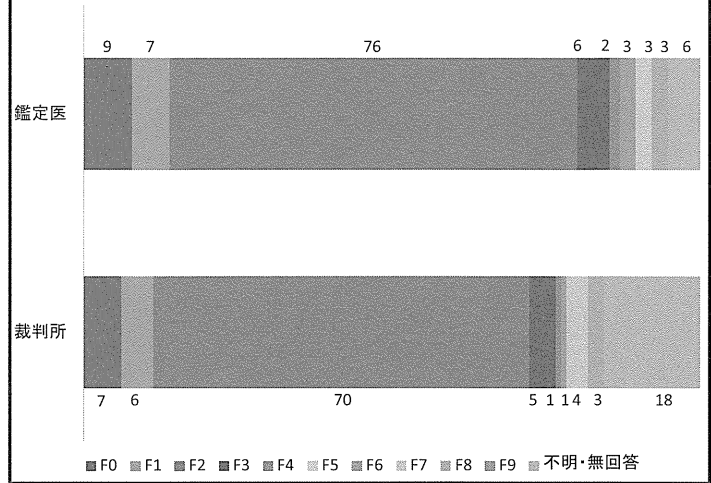


図45 処遇決定

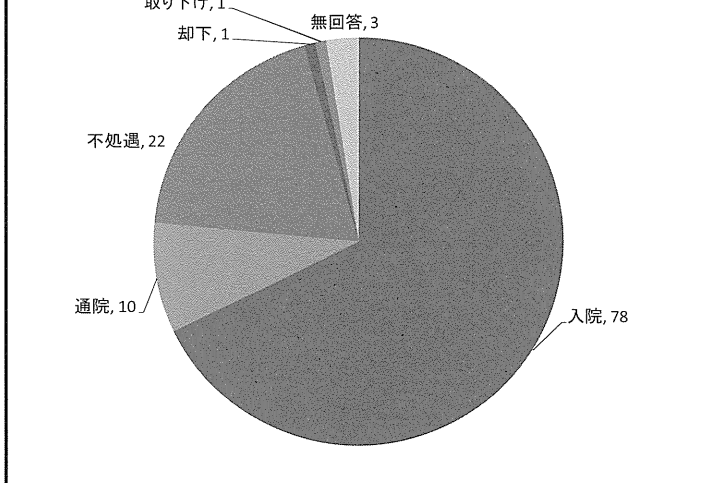


図46 審判後の対象者の居所

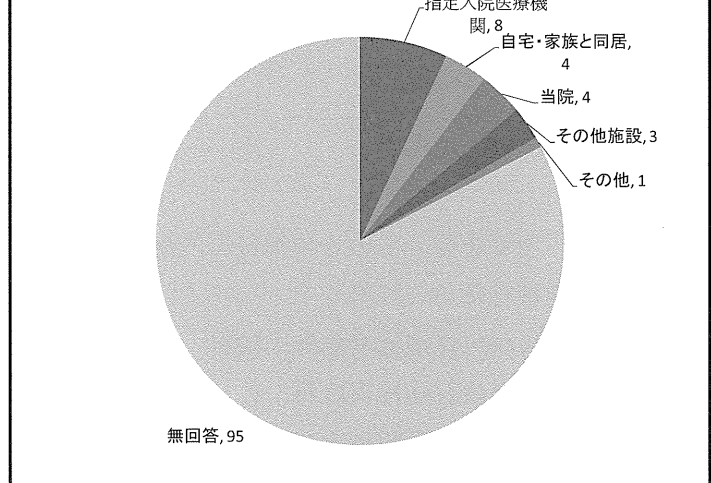
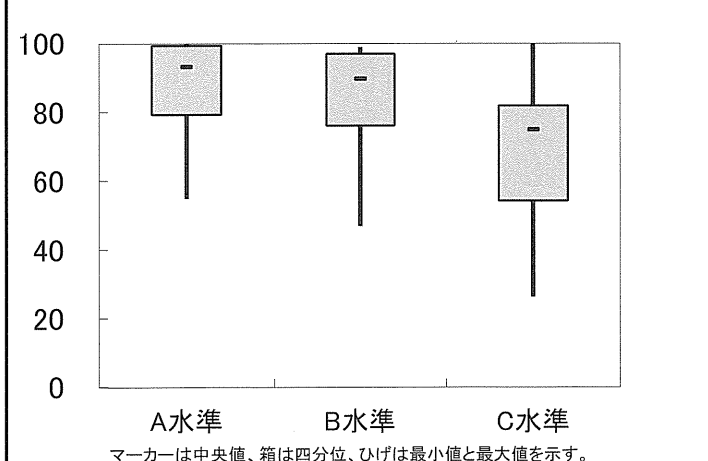


図47 医療水準の達成率



別紙 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（常勤換算） _____ 人（准看護師を含む）

(3) 保健師（常勤換算） _____ 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