

分担研究報告

鑑定入院制度のモニタリングに関する研究

五十嵐禎人

千葉大学社会精神保健教育研究センター

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））
平成 26 年度 分担研究報告書

鑑定入院制度のモニタリングに関する研究

研究分担者：五十嵐 禎人（千葉大学社会精神保健教育研究センター）

研究協力者：

澤 潔（千葉県精神科医療センター）
椎名明大（千葉大学医学部附属病院 こどものこころ診療部）
中根 潤（国立病院機構下総精神医療センター）
平田豊明（千葉県精神科医療センター）
松原三郎（松原病院）
村上直人（静岡県立こころの医療センター）
吉岡眞吾（国立病院機構東尾張病院）

研究要旨

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（以下「医療観察法」という。）に基づく鑑定入院の実態を明らかにし、その質の均霑化を促すために、全国の鑑定入院医療機関 286 施設を対象として、施設概要調査、鑑定事例調査、困難事例調査、という 3 種類のアンケート調査を行った。

施設概要調査については、129 施設（回答率 45.1%）から回答を得た。鑑定入院医療機関の施設概要はここ数年来変化していないものと推定された。鑑定事例調査と困難事例調査については、169 件（推計回答率 43.6%）の調査票を得た。鑑定入院対象者のプロフィールは裁判所等の公式な統計と概ね一致していた。鑑定入院医療機関における医療および観察についてはおおむね標準的な精神科治療が行われていることが示唆された。約 6 分の 1 の事例で、申立に関する疑義が表明されていた。回答者の医療観察法に関する知識不足を感じさせる回答も散見された。

鑑定入院制度の構造上こうした調査で得られる情報には限界があり、制度の実態把握のためには指定入院医療機関で行われているようなモニタリング体制の整備が必要と思われた。また、鑑定入院医療機関の職員に対する研修・教育体制の確立が必要であると思われた。

A. 研究目的

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 10 号。以下「医療観察法」という。）が平成 17 年 7 月 15 日に施行されてから 9 年が経過した。本制度は黎明期を過ぎて運用面では定常状態に移行しており、残された課題も浮き彫りになり、今後のさら

なる制度改革が議論されるべき時期にさしかかっていると見える。医療観察法の当初審判において鑑定入院は、実質的に対象者の処遇を決定する分岐点であると同時に、急性期治療を提供する場でもある。このような重要性を帯びているにもかかわらず、鑑定入院中の処遇や医療の内容を規定する法令はなく、厚労省通知において、精神保健

福祉法に準拠した医療が提供されればよいとされているに過ぎない（「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日障精神発第0324001号：厚生労働省）」）。このような現状において、司法精神医療等人材養成研修会企画委員会や千葉大学社会精神保健教育研究センター等は、医療観察法鑑定入院で起こりうる様々な状況を想定して臨床実践の指針となるガイドラインを策定してきた（「医療観察法鑑定入院における治療・処遇等ガイドライン（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対象者の診療に関する指針（鑑定入院診療ガイドライン：五十嵐ら）」）。

我々は上記の取組とも協働しつつ、鑑定入院の実態を多角的に調査したうえで、適正な鑑定入院のあり方を提言する試みを行ってきた（平成20～22年度厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「鑑定入院医療機関における医療・観察に関する研究」、平成23～25年度厚生労働科学研究費補助金障害者対策総合研究事業「鑑定入院制度のモニタリングに関する研究」）。その結果、鑑定入院医療機関が満たすべき医療水準の策定と、その達成度の検証が果たされるとともに、鑑定入院中の医療内容と鑑定医による処遇判定に関する不均質の存在が示された。また、この不均質の是正のためには、鑑定入院対象者の処遇等について処遇施設側からの報告を求める制度設計が必要であるとの結論に至り、想定される報告事項を網羅した「鑑定入院対象者経過報告書（案）」の様式を作成した。

今年度の研究計画においては、鑑定入院医療機関の施設概要を調査し例年との異同を検証すること、「鑑定入院事例調査票」に基づく鑑定入院対象者の事例収集を通じて対象者の属性傾向を調査すること、処遇困難事例について個別に検討し鑑定入院制度の課題を

抽出しその解決策の示唆を得ることを目的とした。

B. 研究方法

我々は上記の目的を達成するために以下の3種類のアンケート調査を行った。

- (1) 施設概要調査
- (2) 鑑定事例調査
- (3) 困難事例調査

調査に当たり我々は各々の調査票を作成した。施設概要調査の調査票を別紙1に示す。鑑定事例調査については、昨年度作成した「鑑定入院事例調査票」を一部修正して使用した。鑑定入院事例調査票を別紙2に示す。また、困難事例調査については、昨年度に引き続き、鑑定事例調査の対象となった各事例について、申立てに関する疑義や困難理由などをそれぞれ、主に選択式設問を中心として回答を求めることにした。困難事例調査票を別紙3に示す。

調査票の送付先については、昨年度までは、鑑定入院医療機関として把握されていた全国の205施設を対象としてきた。本年度は、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課医療観察法医療体制整備推進室に対して、本研究の趣旨を説明したうえで、医療観察法鑑定入院医療機関候補推薦名簿の提供を申請し、本研究の調査のために同名簿を使用する許可を受けた。これによって、本年度は、平成26年6月30日現在の全国の鑑定入院医療機関286施設のすべてに対して、調査票を郵送し、書面による回答を求めた。

なお、送付に先立ち、我々は国立精神医療施設長協議会、日本精神科病院協会、全国自治体病院協議会のそれぞれに文書による研究協力要請を行った。

施設概要調査は各施設の職員、鑑定入院事例調査及び困難事例調査は原則として各鑑定入院対象者の主治医又はそれに準ずる者に対して記載を求めた。鑑定入院事例調査及び困難事例調査の対象は、平成25年7月1日から平成

26年6月30日までの間に当該鑑定入院医療機関から退院した対象者を指定した。

返送された調査票を集計分析した。

(倫理面への配慮) 本年度の研究において調査したデータは匿名化されており、患者の特定ができないようになっている。

また、千葉大学大学院医学研究院の倫理委員会において、本研究の倫理的妥当性が審議され、承認されている。

C. 研究結果

1. 回収率

(1) 施設概要調査

施設から回答を得た。回答率は $129/286 = 45.1\%$ である。なお、昨年度の回答率は $134/205 = 65.4\%$ であった。

(2) 鑑定入院事例調査

169件の調査票が返送された。裁判所の平成25年度司法統計によると、医療観察法42条1項にかかる決定件数は入院決定267件、通院決定39件、不処遇決定59件であり、同法40条1項による申立却下が14件であった。また医療観察法第61条にかかる決定件数は入院決定9件であった。これらの合計388件のほぼ全例が鑑定入院を経ていると考えられ、上記以外の審判は鑑定入院の適応とはなりづらいことから、調査年月のズレはあるものの、これを今回の調査の母数と概ね等しいと仮定することが可能である。その場合、今回の鑑定入院事例調査の回収率は $169/388 = 43.6\%$ と推計される。

(3) 困難事例調査

鑑定入院事例169件の全例に合致した調査票169件の調査票を回収した。

2. 施設概要調査の結果

今回の調査に回答した施設の属性は下記の通りである。

(1) 設立主体 (図1)

国立ないし独立行政法人立が約1割、都道府県立ないし独立行政法人立(公設民営を含む)が2割、民間が約7割という結果であり、昨年度の調査結果

とほぼ同様であった。

(2) 病床数 (図2)

回答施設の精神病床数の平均は 274.8 ± 160.1 (40~948) (平均±標準偏差(最小値~最大値、以下同じ) 床であった。一般病床を有する施設は30施設であった。

(3) 認可病棟等 (図3)

施設の算定している精神科専門療法等を見ると、精神科救急入院料50施設、精神科急性期治療病棟入院料62施設、精神科療養病棟入院料67施設、精神科応急入院指定病院85施設、医師臨床研修指定病院58施設、医療観察法指定入院医療機関25施設、医療観察法指定通院医療機関92施設、医療観察法特定病院(入院処遇が可能な病床あり)7施設となっていた。回収率が異なるため昨年度との直接の比較は困難であるが、昨年度と比較して医療観察法の指定医療機関からの回答数が若干減少している。

(4) 施設職員 (図4~図12)

回答各施設の職員数の平均は、常勤医師 10.8 ± 7.1 (2~58) 人(うち精神保健指定医 7.9 ± 5.6 (1~53) 人、精神保健判定医 2.0 ± 2.2 (0~13) 人)、看護師及び准看護師(常勤換算) 110.6 ± 73.9 (12~536) 人、作業療法士(常勤換算) 9.2 ± 8.4 (0~79) 人、精神保健福祉士(常勤換算) 9.5 ± 8.5 人(うち精神保健参与員候補者 0.8 ± 1.4 (0~11) 人)、臨床心理技術者(常勤換算) 3.9 ± 3.4 (0~20) 人であった。保健師を配置している施設は15施設だった。昨年度と比較して、作業療法士、精神保健福祉士、保健師の数が若干増加していた。

(5) 鑑定入院件数 (図13)

平成25年7月から平成26年6月までの間に退院した鑑定入院対象者数を、施設ごとにみると、同時期に鑑定入院を受け入れていた施設は71施設で、総数は183人、最大数は12人であった。

3. 鑑定事例調査

(1) 鑑定入院の種別 (図14)

当初審判に係る鑑定入院が 159 例、
(再)入院の申立てに係る鑑定入院が
7 例であった。昨年度の調査に比べて、
(再)入院の申立てに係る鑑定入院の
比率が増加していた。

(2) 対象者の性別 (図 15)

男性が 123 例、女性が 45 例であった。

(3) 対象者の年齢 (図 16)

対象者の年齢は 40 代が 43 例と最多
であった。平均年齢は 46.3±15.3 (20
~82) 歳であった。

(4) 事件前の同居家族 (図 17)

対象者の約 7 割に同居家族がいた。

(5) 婚姻歴 (図 18)

婚姻歴のない対象者が有効回答の 6
割を占めた。

(6) 就労経験 (図 19)

就労経験のある対象者は有効回答の
8 割弱に及んだ。

(7) 今回の申立てに係る他害行為 (図
20)

対象行為の内訳は、傷害が 61 件、放
火 (未遂含む) が 32 件で多く、殺人未
遂 31 件、殺人 27 件がこれに続いた。
なお、医療観察法の対象行為とならな
い暴行、窃盗のみが他害行為としてあ
げられていた回答が 4 件みられた。

(8) 当該対象行為の被害者 (図 21)

対人他害行為における被害者の内訳
に関して、家族は有効回答の半数に留
まった。対家屋に関しては対象者宅が
有効回答の約 7 割を占めていた。

(9) 責任能力鑑定の有無 (図 22)

無回答・不明の回答が全体の約 25%
~40%を占めており、回答の精度は低
い。簡易鑑定、嘱託鑑定、公判鑑定は
有効回答のそれぞれ 69.8%、44.2%、
8.8%に行われていた。

(10) 責任能力鑑定結果 (図 23)

簡易鑑定、嘱託鑑定では、鑑定結果
の約半数は心神喪失を示唆するもので
あった。公判鑑定については、すべて
心神耗弱を示唆する内容であった。

(11) 司法判断 (図 24)

心神喪失による不起訴が 104 例と最
多で過半数を占め、心神耗弱による起

訴猶予が 27 例でこれに続いた。

(12) 精神科診断 (図 25、図 26)

主診断は F2 統合失調症圏が約 7 割を
占めていた。副診断のついた事例は全
体の約 2 割以下であり、F7 精神遅滞が
最多であった。

(13) 精神科治療歴 (図 27)

対象行為の時点で精神科に通院中
であった者が 34.7%、入院中であつた者
が 7.2%と全体の約 4 割を占めており、
治療中断若しくは終了していた者

(26.9%) より多かつた。精神科治療
歴のない対象者は 31.1%で昨年度より
多かつた。

(14) 精神科入院歴 (図 28)

過去に精神科入院歴を有する者は 81
名であり、このうち 21 名は過去に措置
入院を経験していた。措置入院歴の有
無が不明であった者は 21 名であった。

(15) 過去の問題行動 (図 29)

対象者の過去の問題行動として最も
多いのは暴行であり、傷害、器物損壊、
窃盗がこれに続いた。

(16) 自殺企図及び自傷行為 (図 30)

対象者のうち自殺企図の既往がある
者は 38 名いた。また自殺企図に当たら
ない自傷行為を起こしたことがある者
と合わせ、有効回答中の 29.1%が自殺
・自傷の既往を有していた。

(17) 鑑定入院に用いた病棟 (図 31)

鑑定入院中に入院していた病棟とし
ては、精神科救急入院料の対象となる
病棟が最多で、有効回答全体の 45.2%
を占めており、この割合は昨年度より
上がっていた。

(18) 鑑定入院病棟の変更 (図 32)

鑑定入院中に対象者を処遇する病棟
が変更になった事例は 12 例のみであつ
た。

(19) 鑑定入院中の治療内容 (図 33)

鑑定入院中に薬物療法を実施されな
かつた対象者は 8 例であった。クロザ
ピン療法を受けた対象者はいなかった
が、向精神薬の非経口投与が 5 例、向
精神薬の筋肉内注射が 20 例、持効性注
射製剤が 8 例の対象者に実施されてい

た。鑑定入院中に電気けいれん療法が実際された事例は1例で、修正型で実施されていた。

(20)身体合併症への対応 (図 34)

身体合併症のため鑑定入院中に他科への搬送が行われたのは3例で、診断名は、深部静脈血栓症、腰椎圧迫骨折、無回答であった。このうち他院への転院が行われたのは深部静脈血栓症の1例のみであった。なお、このほかに、身体合併症としては、C型肝炎、ペースメーカー植込術後・前立腺肥大・高血圧症、気管支喘息、高アンモニア血症、高血圧・高脂血症・変形性肩関節症・変形性膝関節症・白内障、高血圧・脳梗塞後遺症、高血圧症、高脂血症・高尿酸血症、糖尿病が挙げられていた。

(21)隔離 (図 35)

全体の77.4%の対象者に隔離が行われていた。隔離が実施された事例の平均隔離日数は、 42.6 ± 31.9 (1~97)日であった。隔離日数81日以上の長期隔離対象者は25名いた。そのプロファイルは、34条鑑定が22名、60条鑑定が2名であり、対象行為は殺人7名、殺人未遂2名、放火6名、障害11名、傷害致死1名であった。精神科診断は、F0 1名、F1 3名、F2 19名、F60 1名、F7 1名であった。治療状況をみると、すべての対象者に対して薬物療法が行われており、向精神薬の筋肉内投与が4名、持効性注射剤の使用が2名となっていた。これ以上の情報は得られていないが、隔離長期化の要因は、それぞれの対象者の罹患している疾患の重篤性による可能性が高いものと推測された。

(22)身体的拘束 (図 36)

拘束の行われた対象者は13名と昨年度より若干増加していた。身体的拘束の日数が判明している12名の平均拘束日数は、 23.2 ± 18.7 (4~57)日であった。拘束日数が11日以上に及んだ長期身体拘束事例は7名であった。すべての事例が34条鑑定であり、対象行為は

殺人2名、傷害4名、暴行1名であった。精神科診断は、F0 1名、F2 5名、F6 1名であった。精神科治療については、すべての事例で薬物療法が行われており、向精神薬の静脈内投与3名、筋肉内投与4名であり、修正型電気けいれん療法が行われた事例も1名あった。50日以上 of 身体的拘束継続を要した事例もあった。これ以上の情報は得られていないが、身体的拘束長期化の要因は、それぞれの対象者の罹患している疾患の重篤性による可能性が高いものと推測された。

(23)鑑定及び審判結果 (図 37)

審判結果と比較して鑑定医の鑑定結果には無効回答が多い。鑑定医は有効回答の74.5%で入院処遇を示唆しており、審判では有効回答の77.7%が入院決定を受けていた。

(24)対象者の居所等 (図 39)

入院以外の決定を受けた対象者に関して、その後の処遇を問うたところ、通院決定を受けた対象者の3分の2は自宅に戻っており、不処遇決定を受けた対象者の3分の2は、引き続き一般精神科医療を受けていた。申立却下となった事例のうち、無回答の1例を除く2例は、完全責任能力を理由とした却下であった。

(25)鑑定医の所属 (図 40)

鑑定医の所属をみると、有効回答のうち、鑑定入院先の病院の医師が主治医と鑑定医を兼ねていた事例が38.4%、鑑定入院先の病院で鑑定医と主治医を分けた事例が42.1%、鑑定入院医療機関とは別の施設に所属する鑑定医が鑑定を行った事例は19.5%であった。

(26)責任能力の吟味 (図 41)

有効回答の78.3%の事例で、責任能力に関する吟味が行われていた。

(27)協議・審判期日への出席 (図 42)

3分の2の事例で、審判期日前の協議へ出席していたが、審判期日へ出席した事例は4分の1であった。8例では、審判期日後の協議が行われていた。

4. 困難事例調査

鑑定入院事例調査票に対応した 169 通の調査票が回収された。

(1) 回答者の立場 (図 42)

困難事例調査票の回答者の立場は、主治医かつ鑑定医 36.7%、主治医だけ非鑑定医 (鑑定医は院内) 32.0%、主治医だけが非鑑定医 (鑑定医は院外) 16.6%、鑑定医だけが非主治医 6.5%、病院管理者等 4.1%、PSW4.1%であった。

(2) 主治医としての困難事項 (図 43)

主治医として鑑定入院を行うにあたり困難を感じた点に関する設問では、精神症状の重篤性をあげたものが 26 通 (15.4%)、行動障害の重篤性をあげたものが 14 通 (8.3%)、その他の要因をあげたものが 30 通 (17.8%) であった。それぞれの相互関係は、図 43 に示したとおりである。

自由記載の内容を抜粋し、平易な理解のために一部改変したものを、それぞれの困難性に分けて以下に示す。

精神症状に関する具体的な記述は、以下のとおりである。

- ・執拗な要求、薬物治療への抵抗。
- ・精神症状重く、約一ヶ月半近く保護室にて隔離対応した。
- ・病識なく、服薬、検査の拒否あり。入院当初はスタッフに対する暴力行為あり。
- ・病識をまったく欠いていた点。
- ・亜昏迷状態となり、点滴や修正型電気けいれん療法を行った。
- ・病識欠如と体系化された妄想のため治療困難であった。
- ・妄想は体系化しており、司法そのものが妄想の対象となっていた。
- ・病識が全くなく、治療の必要性を理解できなかった。
- ・病識が欠如しており、治療の必要性も理解できず、動機付けが困難であった。
- ・非常に長期にわたる妄想構築があり、また高齢のため精神療法の

効果が限られた。

- ・重度の認知症状態であり、夜間せん妄があった。言語による意思疎通が困難であった。
- ・異性関係を契機に易怒的となりやすかった。

行動障害に関する具体的な記述は、以下のとおりである。

- ・暴言・暴力 (破壊行為) が見られた。
- ・性的言動。
- ・保護室内での生活環境について要望が多く、権利主張も強く表面上は穏便なものの、例えばテレビの視聴やゲーム機の使用を認めてほしい、電気代を自己負担するのはおかしい、裁判所が負担してほしい、認められない場合は人を殺す、等と脅迫の手紙を堂々と送りつけることがあった。
- ・主治医に対する暴力。

その他に関する具体的な記述は、以下のとおりである。

- ・リスク管理。
- ・高齢で骨折、肺炎など合併症の管理に追われた。
- ・身体合併症で転院が必要であった。
- ・鑑定入院時には精神症状はほぼ消失していた。家庭内での行為であり、家庭から離れ時間が経過していたため病状は安定していた。
- ・措置入院後に鑑定入院への切り替えとなったため、手続き上の当惑があった。
- ・対象者の地元が当院のある地域であり、入院中の病棟に対象者の知り合いがいるなどがあり、隔離を必要とした。
- ・判決は確定していたが、事件時の精神状態についても意見を求められたこと。自分の子供を殺した

事件で今回の鑑定入院に至るまでに1年以上経過しており、過去に2回の鑑定で十分吟味されていた。今後の本人の処遇を決定するための今回の鑑定で、事件について思い出させることは不適切ではないかと思われた。

・官公庁が年末年始の休みに入る直前に当院に一旦措置入院となり、年明け早々措置解除次いで鑑定入院となったケース。当院に措置入院した当初は裁判結果が出た直後であり、控訴するかどうか弁護士と相談しなくてはならないが、控訴期限が2週間と限られていることにあせっていた（実際に検討・手続きすることのできる日数は年末年始のため数日間であった）。

・双極性障害としての通院・入院歴を持つ対象者が、うつ状態で対象行為を行ったが、勾留中に疎通性が悪化し、昏迷状態となった。対象行為時に意識障害を伴う臨床症状があり、髄液中に抗 NMDA 受容体抗体が陽性であったことから、対象行為は抗 NMDA 受容体脳炎のいわゆる「精神病期」における意識障害と錯乱状態などの症状に強く影響された行為であると考えられた。抗 NMDA 受容体脳炎と双極性障害という機能的な精神障害との鑑別診断が難しかった。

・担当調整官より不処遇となる可能性があるため、鑑定入院終了後も医療保護入院をお願いしたいと依頼があった。当院では受け入れができないことを伝えると、調整官は他の受け入れ先をさがすとのことであった。そのためか鑑定入院期間が2ヶ月間から3ヶ月間に延長となった。

・経済困窮→生活保護申請、家族調整←被害者が家族であった

・精神遅滞は元来あるが、精神病症状が統合失調症によるものか判

断が困難であった

・覚せい剤使用の可能性があったが、証拠が得られなかった。

・欠陥状態にあり、病識や内省は望めないために治療反応性は乏しいものとした。再他害のリスクは低い。いところが成年後見人になることに同意し、かかりつけ医（医療観察法指定通院機関でもある）が精神保健福祉法での長期入院と居住地のケースワークを請けおうとのことで、不処遇の方針としたが、合議体の判断は生活能力や環境変化に伴う病状の変化について十分な評価を行う必要があり、医療観察法による医療を行わなければ再他害行為の可能性を否定できないというものであった。合議体に統合失調症欠陥状態の治療反応性について説明したが、理解が得られなかった。

・通院処遇を狙って付添人を動かしてあれこれと策略した。

・当初通常の入院として受け入れた。何故か入院中を理由に警察は全く動かず、こちらが警察・検察に働きかけようやく動き始めた。

・精神症状軽く無投薬となる。

・家族と連絡が取れず、結局一度も来院なく、日用品・小遣い金なく身の回りのものを一切入手できなかった。

・従前からの知的障害に基づく問題行動があった。

・対象者は日本語能力に難があり、精神科的治療に困難を極めた。

・残遺症状が強い統合失調症の患者。事件自体は幻覚妄想から衝動行為による傷害で、本法の適応を考慮することも妥当だが、事件より2年以上経過し民事で示談が成立していた。自閉的生活主体の患者が作業所等へ通いはじめ（つまり社会復帰への段取りが整いはじめ）た矢先に申立てとなった。被

害者は刑事罰を長年求め続けており、やむを得ないといったところか。

・対象者は鑑定入院の約7年前に離婚し、単身生活を送っていた。今回鑑定入院に際し、元妻や二人の子供に連絡を試みたが、協力が得られず、生活歴及び飲酒歴、若い頃からの精神病状の背景などについては今回被害者である高齢の兄からは情報が得られなかった。

・82才という高齢であり、認知機能の低下もあり治療反応性、社会復帰要因に問題あるため

・日本語が母国でない

・本人の実兄（同居）が脱法ドラッグや大麻を本人に使わせている上に病状への薬物の悪影響に大変理解が薄かった。

・第三者が被害者の殺人であるが、公判にて弁護士側が医療観察法による医療を受けさせるために執行猶予付判決を求め、それが認められた特殊なケースであった。その際、医療刑務所での治療継続が整っていないなど、いわゆる「処遇判断からの遡及的判断」を求めており、当初審判も同じ判事であったためその問題を指摘した。

(3) 審判結果の把握 (図 44)

回答者の約9割は審判結果を知っていた。しかし、鑑定医であったにもかかわらず審判結果を知らないと回答した調査票が2通あった。

(4) 鑑定医としての回答を求める項目の回答者 (図 45)

鑑定医の立場としての回答を求めた以下の3項目に関する回答者の立場は、鑑定医である者106通、鑑定医でない者62通、無回答1通であった。

(5) 申立てに関する疑義 (図 46)

医療観察法の申立に関して疑義があったという回答は、30通(17.8%)であった。疑義の内容としては、責任能力

判断が8通、医学的判断が11通、申立時期が8通だった。なお、その他を選んだ回答は9通あり、その内容を以下に示す。

・簡易鑑定で「パーソナリティ障害で鑑定入院の必要性はない」とわざわざかいてあるのに鑑定入院をさせるなら、何のための簡易鑑定だったのか。簡易鑑定の結果が出る前に鑑定入院を決めたのかもしいれないが、そうであるなら簡易鑑定をやらなくてもよいのではと思いました。

・対象行為後は治療なしで症状は安定していた。

・一度は減刑として執行猶予の判決が出たが、鑑定入院となった理由の詳細を詳しく教えてほしかった。

・事件前、保健所等への通報がなされたが、適切に対応されていない。

・診断名が鑑定医の判断と異なっていた。

・簡易鑑定医の診断に疑義があったが、審判医師もそれを重視しすぎていた。

・医療観察法通院処遇中の対象者が医療保護入院中、再入院の申立てがなされた。

・高齢で認知機能の低下が予想されるため

(6) 鑑定医としての困難事項 (図 47)

鑑定医として鑑定入院中に困難を感じた事項については、対象者が精神障害者であるかどうかの評価が困難であったとする回答が7通、対象者の精神障害が対象行為の主因かどうかの評価が困難であったとする回答が5通、対象行為の主因となった精神障害に治療可能性があるかどうかの評価が困難であったとする回答が20通、医療観察法医療によらなければ対象行為が再発する具体的・現実的な可能性があるかど

うかの評価が困難であったとする回答が 22 通であった。

その他の記載があった回答は 10 通であり、その内容と審判結果は以下のとおりである。

困難事項	審判結果
状態の変化があり、対象行為時から鑑定時の経過が困難であった。	入院決定
鑑定入院時は既に服薬等により対象行為時の精神症状は概ね安定していた。	入院決定
抗 NMDA 受容体脳炎も合併しており、医療観察法にするか精神保健福祉法にするかの判断に苦慮した。	入院決定
診断が難しかった。	入院決定
脱法ハーブ使用について起訴前鑑定でも医療観察法鑑定でも見抜けなかった（本人が否定していた）	入院決定
同居家族がいたが、本人にほとんど関与しておらず、生育歴・普段の生活状態が情報不足となった。	入院決定
診断の確定について	入院決定
対象者が外国人で通訳を介した鑑定であったこと。	不処遇決定
刑事鑑定時の診断、医療観察法鑑定入院時の主治医の診断と私の診断が異なっており、説明に工夫を要した。	不処遇決定
医療観察法で対応するのではなく、通常の刑事罰を受けるべき	不処遇決定
本件は特異な事件。対象行為の被害者（息子）が憑依状態となって、その憑物を追い出そうと暴力的に対応した結果、息子が死亡した。息子の憑物を信じたことが刑事鑑定で妄想とされた。	申立却下

(7) 審判結果に対する評価（図 48）

審判結果に対する評価をみると、有効回答の約 9 割が、概ね納得のいく結果であったと回答していた。

審判結果に納得の行かない部分があったという回答は 5 通あり、審判結果は入院決定 3 通、通院決定 2 通であった。その自由記載の内容と審判結果を以下に示す。

自由記載	審判結果
18 年後の再燃であり、5 年程度の処遇はあまり意味がない。	通院決定
責任能力も多少あるのではな	入院決定
いか	
一般医療で十分と思われた。	入院決定

全く納得がいかなかったという回答は 4 通あり、審判結果は入院決定 2 通、通院決定 2 通であった。その自由記載の内容と審判結果を以下に示す。

自由記載	審判結果
審判中、参与員が心理士であったことから、鑑定書内の心理検査結果に対する批判に徹し、本来の審議がなされないまま、結果を導かれた。	通院決定
通院処遇であるが、精神保健福祉法で対応可能な方。	通院決定
在宅に戻す選択はあり得ないが、治療反応性という点で、医療観察法の入院処遇が妥当であるのか迷う。	入院決定
当初から合議体は結果ありきで話を進めていることがひしひしと伝わってきた。入院 60 日の時点で改めて治療反応性なしとして処遇終了の方針で意見を記載した。（鑑定医が入院処遇後の主治医も兼ねた事例）	入院決定

D. 考察

1. 回収率と過去調査との比較について

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。

前年度までは、鑑定入院医療機関であると思われる全国 205 施設を同定し、事前に各種団体に協力要請を行ったうえで、アンケート調査への協力を依頼していた。本年度は、厚生労働省医療観察法医療体制整備推進室から平成 26 年 6 月 30 日現在の鑑定入院医療機関候補推薦名簿の提供を受け、全国の鑑定入院医療機関 286 施設に対してアンケート調査の協力を依頼した。

対象施設数の増加もあって、回収率は 45.1%と昨年度（65.4%）と比較して大幅に低下したが、回答施設数は、129 施設と昨年度（134 施設）より若干の減少に止まった。鑑定入院事例・困難事例の収集数は、昨年度は 171 件（推定回収率 44.1%）であったが、本年度は 169 件（推定回収率 43.6%）であり、おおむね昨年度と同程度の回収率であるといえる。

2. 施設概要調査

今年度の調査結果は、職員数、施設基準など若干の変動はみられるものの、おおむね同様の結果といえる。回収率が低いという問題はあるものの、鑑定入院医療機関の施設概要については、本調査結果は概ね代表性を有しているものと推測される。

3. 鑑定事例調査

鑑定入院事例の年齢・性別、生活歴に関しては昨年度と比較して大きな変化はない。対象行為別に見ると、傷害が最多で、殺人と放火がこれに続くという内訳も、裁判所の公式統計や先行研究の結果によく一致している。家族が被害者となる事例の割合が全体の約半数に留まっていることも昨年度と同

様である。責任能力鑑定や司法判断、医療観察法鑑定における責任能力の吟味の有無については、昨年度と同様に他の調査項目に比べて有効回答率が低かった。

鑑定入院対象者の精神科診断は統合失調症圏が最多で、副診断としては精神遅滞を伴うものが多かった。この傾向は昨年度までの結果と同様である。対象行為の時点で精神科に通院中ないし入院中であった者が全体の約 4 割を占めており、また対象者の過半数が過去に精神科入院歴を有していた。こうした結果は、医療観察法が既存の精神科医療に対する補完的役割を果たしていることを示すと同時に、一般精神科医療においてもリスクアセスメントに基づくリスクマネジメントが適切に行われるようになれば、医療観察法のような重厚なシステムの対象とされる患者を減少させることができる可能性を示唆するものである。

昨年度の調査と同様に、鑑定入院対象者の多くは自殺企図・自傷行為を起したことがないことが示された。また、これらの行為をしたことのある対象者の中では、自殺企図の方が自殺企図を伴わない自傷行為よりも多かった。他害行為を行う精神障害者は自殺に及ぶおそれも高いとされるこれまでの知見とはいささか異なっている。他害行為が起きた直後では、以前の軽微な自傷行為は見過ごされている可能性も低くないと思われ、結果の解釈には慎重を要するが、他害行為と自殺企図・自傷行為との関係については今後の精査が必要であろう。

鑑定入院対象者は精神科急性期治療の可能な病棟で処遇されることが多い。しかしながら全体の約 4 分の 1 は 15 対 1 以下の病棟で処遇されており、十分なケアや観察が行われているかどうかについて疑問がある。今後も鑑定入院医療機関の医療水準の向上を図る必要がある。

鑑定入院中、ほとんどの対象者に対

して薬物療法が行われていた。また特殊な治療が行われた事例は僅かであった。隔離を要した対象者は全体の4分の3に及ぶが、その日数は事例により様々であった。身体的拘束が行われることは少なく、日数も比較的短期間に留まっていた。隔離・身体的拘束が長期化した事例は、対象者の罹患している疾患の重篤性による可能性が高いものと推測された。医療観察法制度黎明期の混乱に比べると、鑑定入院における医療については、標準的な精神科医療が行われるようになってきている可能性が示唆される。

鑑定医と裁判所の判断は概ね一致を見ていた。不処遇となった対象者もなんらかの形で精神科医療につながっている事例が多かった。完全責任能力による申立却下は2例見られた。全体としては、医療観察法による審判は有効に機能していると見ることができよう。

4. 困難事例調査

昨年度に引き続き、困難事例調査は、鑑定事例調査とリンクして行ったため、定量的な解析が可能となっている。なお、鑑定入院中の困難事項に関しては、主治医の立場からの回答と鑑定医の立場からの回答を求めた。

主治医の立場から、鑑定入院中の困難事項としてあげられたのは、対象者の精神症状を理由とするものが多かった。その他としてあげられている項目では、精神科診断に関する問題、鑑定入院の事務上の問題、対象者の生活環境や環境調整の困難さ、対象者本人や家族との軋轢の他、裁判所等の関係機関の対応の是非を問う内容も散見された。今後、関係諸機関との相互理解とより一層の連携強化が図られる必要がある。

鑑定医の立場からの回答をみると、医療観察法の申立てに対する疑義が全体の6分の1の事例でみられた。この結果は、ほぼ昨年と同様である。昨年度は、疑義の理由としては、責任能力

判断と医学的判断の両者がそれぞれ同程度に問題視されていたが、本年度は、医学的判断、申立時期、責任能力判断の順になっていた。その他の回答のなかには、医療観察法に関する基本的な知識を欠く記載も見られた。

鑑定入院中の困難事項としては、リスク評価を挙げる回答が最多で、次いで治療可能性の評価であった。治療可能性の評価とリスク評価は医療観察法鑑定の中核といえるものであり、これらが困難事項としてあげられることはある意味当然のことといえよう。

回答者のほとんどは審判結果を認識しており、おおむね審判結果に納得していた。

5. 医療観察法や司法精神医学に関する知識

本調査は、回答者の医療観察法や司法精神医学に関する知識を直接問うものではない。しかし、鑑定事例調査、困難事例調査ともに、回答者自身の医療観察法や司法精神医学に関する知識不足によると思われる明らかに矛盾した回答が少なからずみられた。鑑定医である回答者であっても制度の理解が不十分と思われる回答が散見された。医療観察法鑑定を行う鑑定医のすべてが精神保健判定医名簿に登録されているわけではないが、鑑定医は、判定医と同等以上の学識経験をもつと裁判所が認定した医師である。こうしたいわば医療観察法に関する専門知識を持っていると思われる医師であっても、医療観察法に関する十分な知識を持っているとはかぎらないことを示唆する今回の調査結果は、判定医や鑑定入院医療機関の職員に対する医療観察法や司法精神医学に関する知識の啓発の必要性を示唆している。現在、指定医療機関の職員に対しては従事者研修をはじめ種々の研修の機会が提供されているが、鑑定入院医療機関の職員に対してはそうした研修の機会は設けられていない。鑑定入院医療機関であっても指

定医療機関ではない施設も少なくない。今後は、鑑定入院医療機関の職員に対する研修・教育についても検討していく必要があるのではなかろうか。

6. 対象者の責任能力に関して

医療観察法制定時に行われた議論では、論者の医療観察法への賛否を問わず、検察官の不起訴処分ならびにその前提となる精神科医による精神鑑定、特に、簡易鑑定が精確性を欠くことを指摘していた。検察官による責任能力判断ならびにその前提となっている起訴前鑑定の再チェックは、医療観察法審判の重要な機能のひとつともいえる。しかし、今回の調査結果では、責任能力鑑定の結果やそれに伴う司法判断、医療観察法鑑定における責任能力の吟味など、責任能力に関する設問に関しては、他の項目と比較して無効回答の比率が高かった。調査票への記載漏れなのか、責任能力鑑定についての関心が低いのかは、今回の調査では不明である。しかし、責任能力を基準としてダイバージョンを行う医療観察法制度においては、鑑定入院に携わる者は、鑑定医であれ主治医であれ、対象者の刑事責任能力判断についても一定の情報を得ておくべきものと思われる。こうした観点からみると、責任能力に関する情報に関心が低いともとれるような今回の結果は、いささか不安の残るものである。

E. 結論

全国の鑑定入院医療機関に対して、施設概要調査、鑑定事例調査、困難事例調査を行った。

今年度はすべての鑑定入院医療機関を対象とした調査を行っており、回収率は低下しているものの、鑑定入院制度全体の実態をより正確に反映したものとなっていると思われる。

今回の調査の結果、鑑定入院医療機関の施設基準や運用は定常状態に入っていること、鑑定入院中の医療および

観察の実施については、均霑化がなされていることが示唆された。しかし、回収率は40%程度であり、本調査に協力の得られていない鑑定入院医療機関における医療および観察については不明である。

鑑定入院制度の運用実態の把握に努めることは、医療観察法制度の適正な運用とこれに伴う他害行為を行った精神障害者の社会復帰の促進のために不可欠である。指定入院医療機関に関してはデータベース事業が開始されるなど、医療観察法による医療に関してはモニタリング体制が確立されつつあるといえるが、鑑定入院に関しては、法規定のあいまいさもあって、そうした動きがみられない。鑑定入院は医療観察法制度の入り口であり、鑑定入院において行われている医療および観察に関するモニタリング体制が整備されてはじめて、医療観察法に関するモニタリング体制が確立されるといっても過言ではなかろう。

F. 健康危険情報 なし。

G. 研究発表

1. 論文発表
準備中。
2. 学会発表
準備中。

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。

図1 設立主体

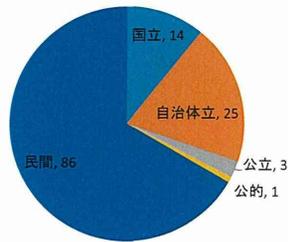


図4 精神科医師配置

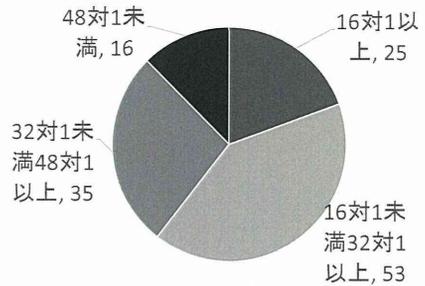


図2 病床数

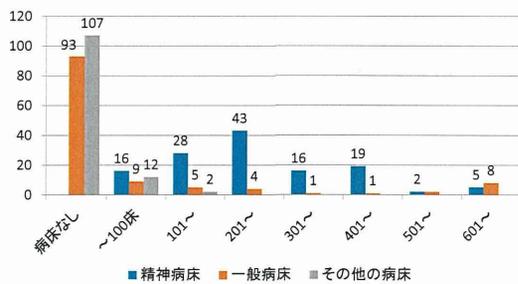


図5 精神保健指定医数

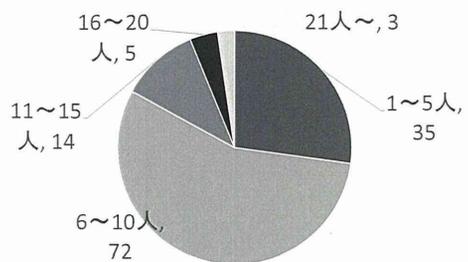


図3 認可病棟

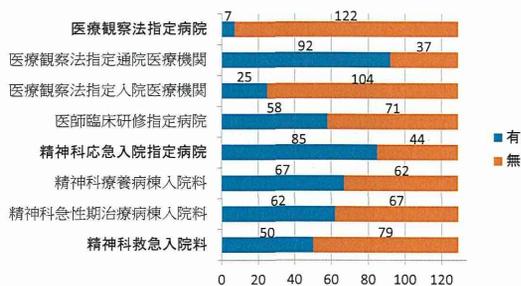


図6 精神保健判定医数

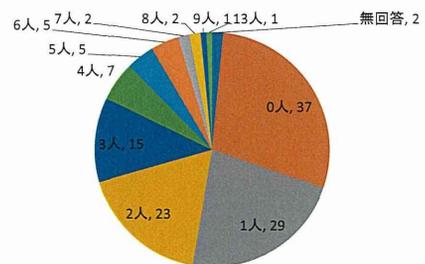


図7 看護師数

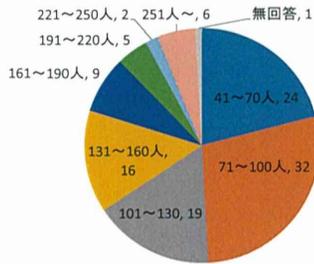


図10 精神保健参与員候補者数

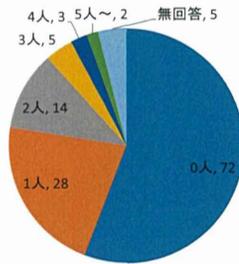


図8 作業療法士数

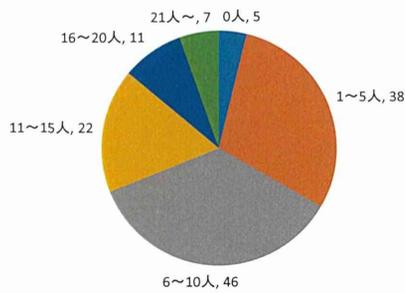


図11 臨床心理技術者数

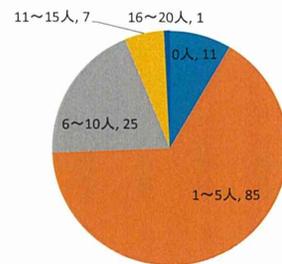


図9 精神保健福祉士数

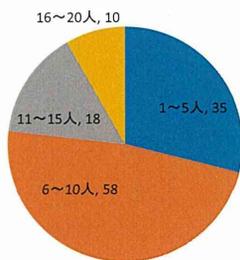


図12 保健師配置

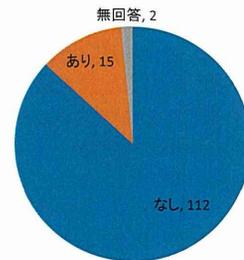


図13 鑑定入院件数
(2013.7～2014.6)

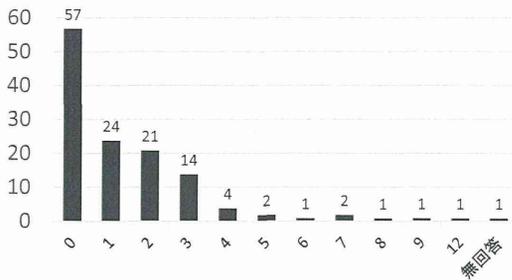


図16 対象者の年齢

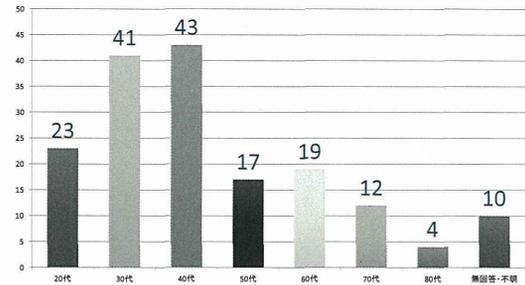


図14 鑑定入院種別

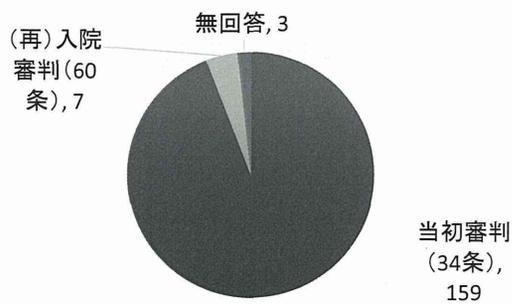


図17 同居家族

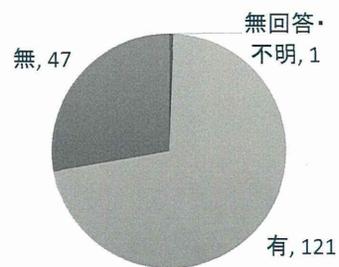


図15 対象者の性別

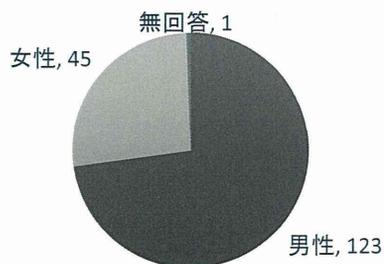


図18 婚姻状況

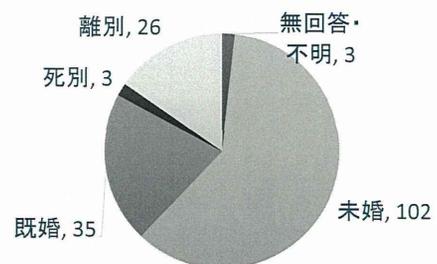


図19 職歴

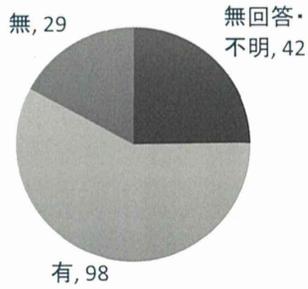


図22 責任能力鑑定の有無

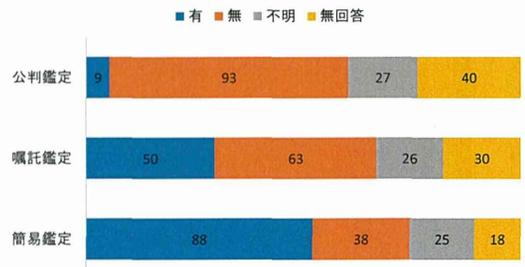


図20 他害行為種別(延べ件数)

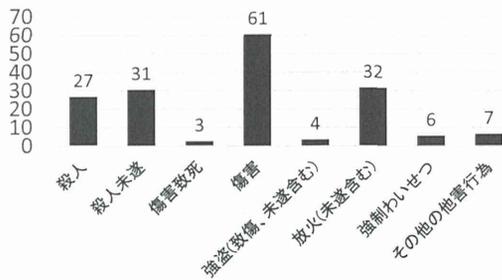


図23 責任能力評価

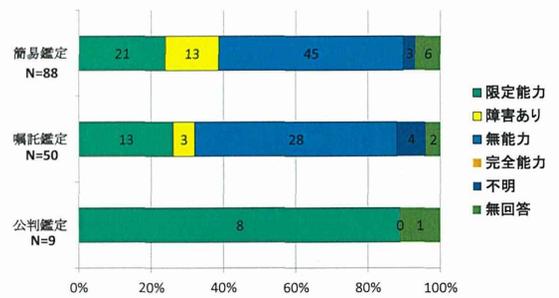


図21 被害者・地(延べ件数)

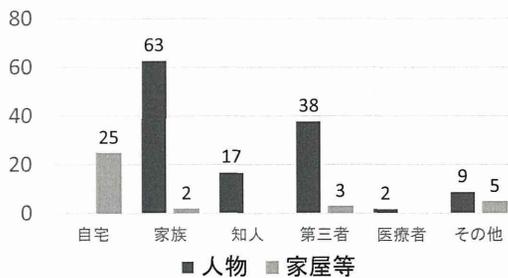


図24 司法判断

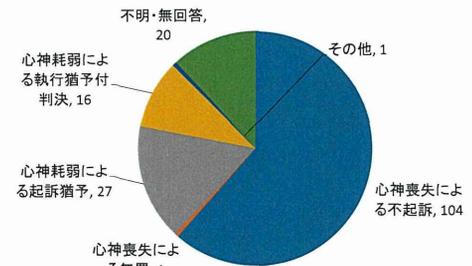


図25 精神科主診断

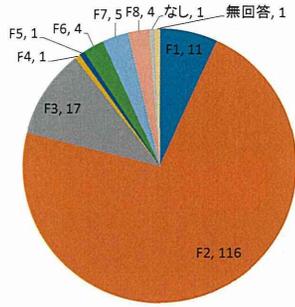


図28 精神科入院歴

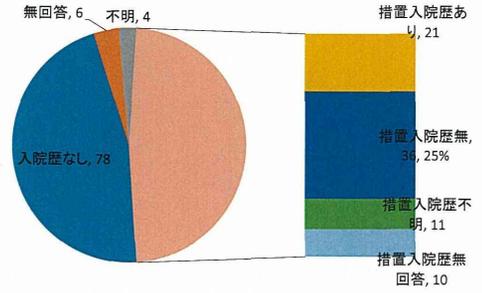


図26 精神科副診断

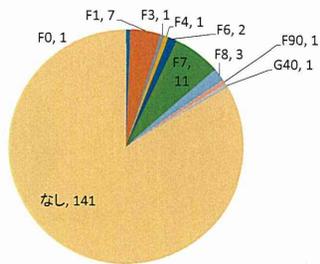


図29 過去の問題行動

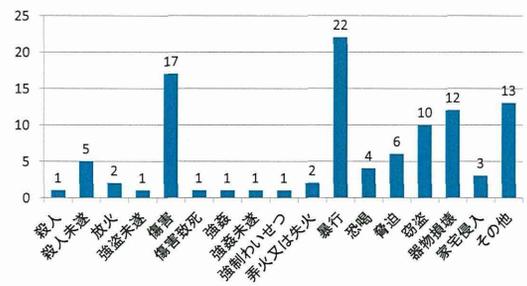


図27 精神科治療歴

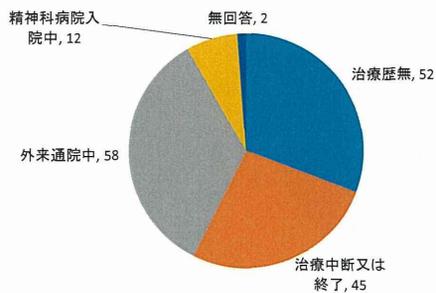


図30 自殺企図及び自傷行為

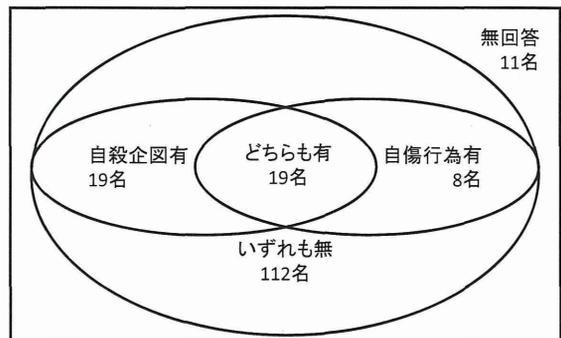


図31 対象者が入院した病棟

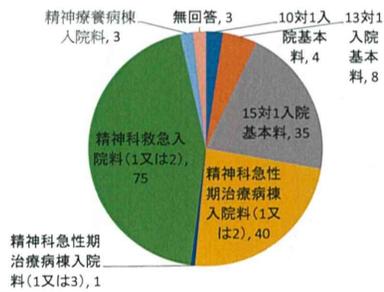


図34 身体合併症への対応

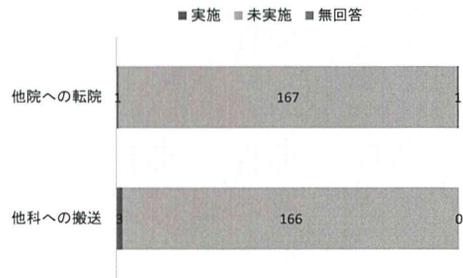


図32 鑑定入院病棟の変更

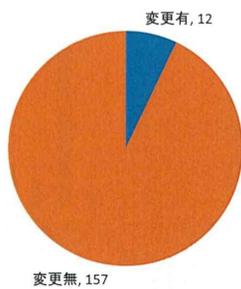


図35 隔離

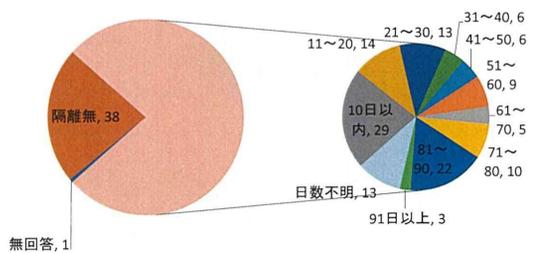


図33 治療内容

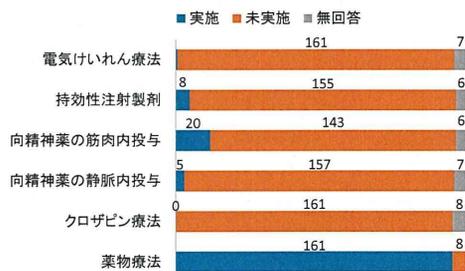


図36 身体的拘束

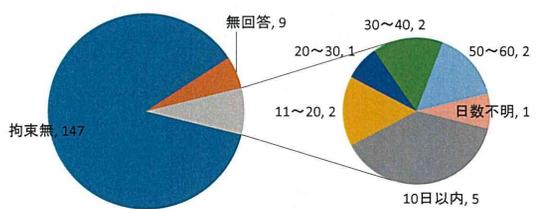


図37 鑑定及び審判結果

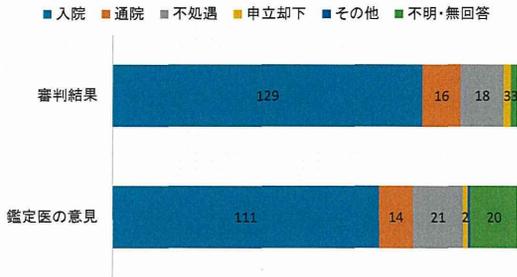


図40 責任能力の吟味

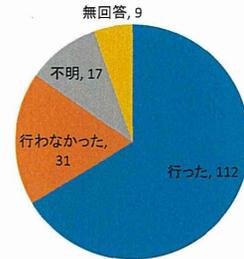


図38 対象者の居所等

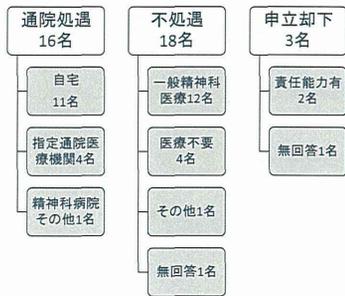


図41 協議・審判期日

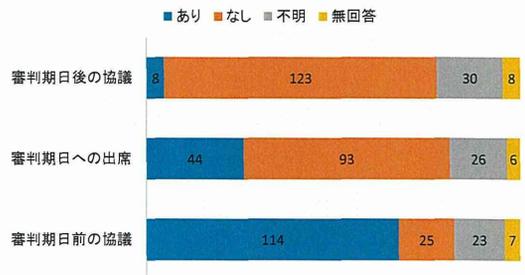


図39 鑑定医所属

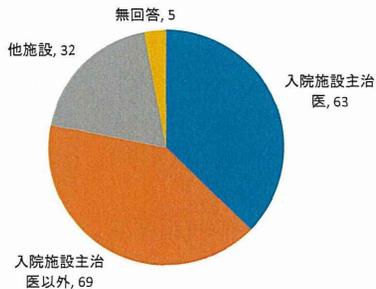


図42 困難事項回答者

