

精神保健判定医の全国アンケート調査

小池 純子^{1,2)}, 森田 展彰¹⁾, 中谷 陽二¹⁾Junko Koike^{1,2)}, Nobuaki Morita¹⁾, Yoji Nakatani¹⁾:

A Nationwide Questionnaire Survey of Medical Experts in Mental Health Evaluation

精神保健判定医の現状とニーズを明らかにする目的で、全国の判定医に対しアンケート調査を行った（回収率 66.6 %）。得られた回答について単純集計を行った上で、統計解析を用いて医療観察法の鑑定および審判経験の有無、臨床経験年数による比較を行った。その結果、判定医としての経験は、医療観察法の鑑定経験者は 201 名（53.0 %）、未経験者は 173 名（45.6 %）、鑑定回数の平均は 2.8 ± 2.4 回、審判員経験者は 284 名（74.9 %）、未経験者は 86 名（22.7 %）、審判経験回数の平均は 3.0 ± 2.5 回であった。医療観察法鑑定の経験者の 7 割が負担を感じていたが、主な理由は時間的制約であり、鑑定の方式に対する評価は概ね良好であった。また負担を感じつつも、今後も引き受けたいと感じている者が 7 割以上に達しており、鑑定経験と意欲の向上に相関があることが示唆された。鑑定未経験者は経験者よりも鑑定を引き受けることに躊躇しやすく、また鑑定入院医療機関の医師が鑑定を担当しやすいことから、比較的限られた判定医が鑑定に携わる傾向がうかがわれた。審判では、鑑定の場合と比べ、心理的負担を感じる者が多かった。審判は医師本来の役割に馴染みにくく、抵抗感や負担感が生じていると推測された。また審判員が鑑定結果に拘束される面があり、結果に疑問を持った場合の対応が具体的に規定されていないことが負担感の一因と推測された。このため、鑑定書の位置づけや審判員の判断との関係を明確にする必要があると考えられた。

判定医が知識向上のために求める学習機会は、判定医の実務経験や精神科臨床経験年数によって異なっていた。経験や知識に応じた情報、医療観察法の実務に即した知識の提供が必要と思われた。判定医が司法精神医学の幅広い専門知識を学習する必要性について付言した。

＜索引用語：心神喪失者等医療観察法、精神保健判定医、鑑定人、司法精神医学、触法精神障害者＞

I. はじめに

「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）の下では、原則として裁判官 1 人と医師である精神保健審判員（以下、「審判員」という）1 人からなる合議体により（同法 11 条）、両者が共同して、個々の対象者について最

も適切な処遇を決定することができる²⁵⁾。この審判員の職務を行うのに必要な学識経験を有する医師を精神保健判定医（以下、「判定医」という）という⁷⁾。審判では検察官や指定入院機関の管理者等の申立てにより、入院または通院に係わる決定（同法 42 条）、退院の許可又は入院継続の決定（同法 51 条）、処遇の終了又は通院期間の延長の

著者所属：1) 筑波大学大学院人間総合科学研究科, Graduate School of Comprehensive Human Sciences, University of Tsukuba

2) 東京都立松沢病院看護部, Tokyo Metropolitan Matsuzawa Hospital

受理日：2008 年 12 月 6 日

決定（同法 56 条）、入院等の決定（同法 61 条）を行う。このさい審判員には、医療観察法による医療の必要性を医学的に判断すること、審判で求められている事項を医学的に判断することが役割として求められている³⁾。

また裁判所は、判定医またはこれと同等以上の学識経験を有すると認める医師に対し、対象者が「精神障害者であるか否か及び対象行為を行った際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するためにこの法律による医療を受けさせる必要があるか否かについて」の鑑定を命じる（同法 37 条 1 項）。鑑定を行うに当たっては、精神障害の類型、過去の病歴、現在及び対象行為を行った当時の病状、治療状況、病状及び治療状況から予測される将来の症状、対象行為の内容、過去の他害行為の有無及び内容並びに当該対象者の性格を考慮して（同法同条 2 項）鑑定結果を述べるとともに、当該対象者の病状に基づき、この法律による入院による医療の必要性に関する意見を付さなければならない（同法同条 3 項）。

判定医は、精神保健指定医として 5 年以上指定されていること、且つ直近の 2 年間に措置診察実績がある志望者のうち、3 日間の判定医養成研修に参加した者が認定される。この研修会は、1 年に 1 度、東京、大阪、福岡で開催され、初回研修は 3 日間（講義時間は 21 時間半）で行われる。判定医の資格を有していても過去 1 年間に、鑑定か審判のいずれにおいても実務経験がなかった場合には、1 日間（講義時間は 6 時間）の継続研修が必要となる。研修内容は、医療観察法や指定入通院医療の概要、実務内容、事例シミュレーションなどである²¹⁾。

認定を受けた判定医は同意をすることで、都道府県から厚生労働省に推薦されて名簿に登録される。そして名簿をもとに地方裁判所は処遇事件ごとに審判員の選任、鑑定の命令を行う。なお名簿登録は、「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施行令（平成 16 年 10 月 14 日政令 310 号）」2 条の規定

に基づいて行われている。判定医の報酬について、具体的な額は不明であるが、審判の場合では、裁判所職員臨時措置法 4 号が準用する一般職の職員の給与に関する法律 22 条 1 項に基づいて支払われることになっている。このほかに国家公務員等の旅費に関する法律に定める旅費、日当及び宿泊料が支払われることとされている。一方鑑定の場合には、鑑定 1 件に対する手当が裁判所側から鑑定の完了ごとに支給される⁸⁾。

このように判定医は、医療観察法の運用のなかで重要な役割を負っている。司法と医療が緊密に連携する本制度では、判定医には一般的臨床経験に加えて司法手続きやリスク評価などの特殊な知識が求められる。一方、欧米各国に較べて日本の司法精神医学の人材育成は遅れていることが指摘されている^{1,27)}。今後、判定医の質を向上させることが急務と考えられ、そのためには判定医の活動の現状や司法精神医学の研修のニーズを明らかにする必要がある。そこで、厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「司法精神医学の人材育成等に関する研究」の分担研究として全国の判定医に対するアンケート調査を行い、既にこの結果を報告した¹⁹⁾。今回はさらに詳細な分析を加え、判定医の実務における問題点とその背景、および今後の課題について検討を行った。

II. 対象と方法

「司法精神医学の人材育成等に関する研究」の研究班は、平成 17 年度から平成 19 年度の 3 年間にわたって、司法精神医学の人材育成のための教育や司法精神医学の専門医制度などについての検討を行った。構成メンバーは林拓二（京都大学教授）、清水徹男（秋田大学教授）、三國雅彦（群馬大学教授）、中谷陽二（筑波大学教授）、倉知正佳（富山大学教授）、佐野輝（鹿児島大学教授）、宮岡等（北里大学教授）、岡崎祐士（松沢病院院長）であり、人材育成教育を担う機関である大学の教授が中心となっている。最終年度は 3 回の班会議が行われた。3 回目の会議において、あらかじめ中谷が作成した「精神保健判定医アンケート」の

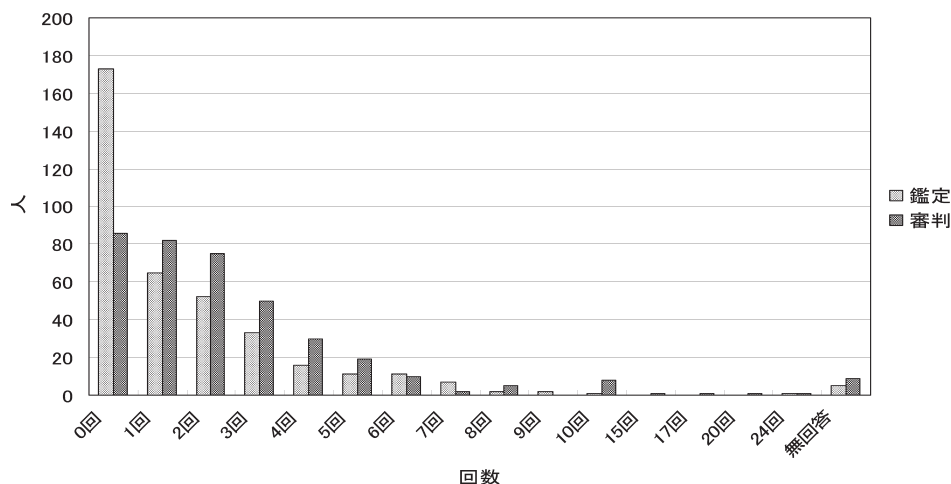


図1 医療観察法鑑定および審判経験回数

素案について討議を行い、これを参考にしてアンケート用紙を完成させ、平成18年度判定医名簿に登録された569名全員に郵送した（調査期間は平成20年1月～3月）。アンケートでは、勤務施設の種類、臨床経験、刑事精神鑑定の経験、養成研修会に対する評価、医療観察法での鑑定および審判員の経験、知識向上のために希望する学習機会、医療観察法に関する自由意見などを質問項目とした。倫理的配慮として、回答は無記名とし、回答しなくても不利益を生じないことなどをアンケートに明記した。筑波大学人間総合科学研究科研究倫理委員会の承認を得た。なお名簿は厚生労働科学研究費補助金「医療観察法による医療提供のあり方に関する研究」班の許可を得て使用した。

得られた回答について、単純集計を行った上で、医療観察法の鑑定および審判経験の有無、臨床経験年数によって回答者の属性や研修の希望内容が異なることを想定し、統計解析により比較を行った。統計解析にはSPSS for Windows ver.12.0を用いた。

Ⅲ. 結 果

1. 回答者

379名から回答が得られた（回収率66.6%）。

うち鑑定経験者は201名（53.0%）、未経験者は173名（45.6%）、無回答が5名（1.4%）であった。鑑定回数の平均は 2.8 ± 2.4 回（平均値±標準偏差）であった（図1）。審判員経験者は284名（74.9%）、未経験者は86名（22.7%）、無回答が9名（2.4%）であった。審判員経験回数の平均は 3.0 ± 2.5 回であった（図1）。判定医として厚生労働省への推薦を受けた地区は、関東・信越の130名（34.3%）が多く、他の地区のおよそ2.5倍である。主な勤務先は、医療法人・個人病院勤務医が168名（44.3%）と約半数を占め、都道府県立病院の79名（20.8%）がこれに次いだ。精神科の臨床経験年数は16～20年が69名（18.2%）、21～25年が77名（20.3%）、26～30年が72名（19.0%）で、中堅世代に集中していた。刑事精神鑑定については、経験件数が1～10件の173名（45.6%）が最も多く、未経験の155名（40.9%）がこれに次いだ（表1）。簡易鑑定については、未経験の150名（39.6%）、1～10件の138名（36.4%）の順であった（表1）。

2. 判定医養成研修会、鑑定・審判について

判定医養成研修会、鑑定・審判の方法や報酬などに関する感想を求めた。判定医の職務について、

表1 医療観察法鑑定および審判経験の有無、臨床経験年数による比較

総数	全体		1 群	2 群	3 群	4 群	有意差	経験年数		有意差
	N=379	%	鑑定・審判経験者 N=150	鑑定のみ経験者 N=50	審判のみ経験者 N=133	経験なし N=36		25 年以下 N=204	26 年以上 N=173	
推薦を受けた地区							n.s.			n.s.
北海道・東北	54	14.2	16 (10.7)	12 (24.0)	16 (12.1)	9 (25.0)		23 (11.3)	31 (18.0)	
関東・信越	130	34.3	59 (39.3)	9 (18.0)	48 (36.4)	8 (22.2)		84 (41.2)	46 (26.7)	
東海・北陸	42	11.1	18 (12.0)	7 (14.0)	13 (9.8)	3 (8.3)		21 (10.3)	21 (12.2)	
近畿	51	13.5	22 (14.7)	5 (10.0)	20 (15.2)	4 (11.1)		28 (13.7)	23 (13.4)	
中国・四国	45	11.9	15 (10.0)	9 (18.0)	16 (12.1)	4 (11.1)		20 (9.8)	24 (14.0)	
九州	56	14.8	20 (13.3)	8 (16.0)	19 (14.4)	8 (22.2)		28 (13.7)	27 (15.7)	
主な勤務先							***			*
国立病院	28	7.4	15 (10.0)	4 (8.0)	4 (3.0)	4 (11.1)		18 (8.8)	10 (5.8)	
都道府県立病院	79	20.8	50 (33.3)	13 (26.0)	8 (6.1)	6 (16.7)		36 (17.6)	43 (25.0)	
市町村立公立病院	13	3.4	4 (2.7)	1 (2.0)	6 (4.5)	1 (2.8)		6 (2.9)	7 (4.1)	
医療法人・個人病院	168	44.3	51 (34.0)	28 (56.0)	71 (53.8)	14 (38.9)		81 (39.7)	85 (49.4)	
診療所	14	3.7	4 (2.7)	1 (2.0)	6 (4.5)	3 (8.3)		11 (5.4)	3 (1.7)	
精神保健センター・保健所	19	5.0	4 (2.7)	0 (0.0)	13 (9.8)	1 (2.8)		13 (6.4)	6 (3.5)	
大学（医学部）	35	9.2	11 (7.3)	3 (6.0)	15 (11.4)	5 (13.9)		25 (2.1)	10 (5.8)	
大学（医学部以外）	8	2.1	6 (4.0)	0 (0.0)	2 (1.5)	0 (0.0)		6 (2.9)	2 (1.2)	
その他	14	3.7	5 (3.3)	0 (0.0)	7 (5.3)	2 (5.6)		8 (3.9)	6 (3.5)	
精神科臨床経験							n.s.			
6 年～10 年	8	2.1	2 (1.3)	3 (6.0)	2 (1.5)	1 (2.9)				
11 年～15 年	50	13.2	17 (11.3)	11 (22.0)	16 (12.1)	5 (14.3)				
16 年～20 年	69	18.2	30 (20.0)	7 (14.0)	23 (17.4)	9 (25.7)				
21 年～25 年	77	20.3	28 (18.7)	7 (14.0)	32 (24.2)	7 (20.0)				
26 年～30 年	72	19.0	37 (24.7)	13 (26.0)	19 (14.4)	3 (8.6)				
31 年～35 年	47	12.4	18 (12.0)	2 (4.0)	20 (15.2)	4 (11.4)				
36 年～40 年	35	9.2	13 (8.7)	3 (6.0)	14 (10.6)	4 (11.4)				
41 年以上	19	5.0	5 (3.3)	4 (8.0)	6 (4.5)	2 (5.7)				
刑事精神鑑定経験							***			***
なし	155	40.9	45 (30.0)	18 (36.0)	71 (53.4)	19 (54.3)		106 (52.2)	47 (27.3)	
1 件～10 件	173	45.6	77 (51.3)	27 (54.0)	48 (36.1)	14 (40.0)		82 (40.4)	91 (52.9)	
11 件～20 件	25	6.6	15 (10.0)	2 (4.0)	6 (4.5)	2 (5.7)		7 (3.4)	18 (10.5)	
21 件～30 件	8	2.1	3 (2.0)	1 (2.0)	4 (3.0)	0 (0.0)		3 (1.5)	5 (2.9)	
31 件～40 件	5	1.3	5 (3.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)		2 (1.0)	3 (1.7)	
41 件以上	11	2.9	5 (3.3)	2 (4.0)	4 (3.0)	0 (0.0)		3 (1.5)	8 (4.7)	
簡易鑑定経験							n.s.			*
なし	150	39.6	54 (36.0)	15 (30.0)	64 (48.5)	16 (44.4)		94 (46.5)	56 (32.4)	
1 件～10 件	138	36.4	50 (33.3)	25 (50.0)	42 (31.8)	14 (38.9)		60 (29.7)	76 (43.9)	
11 件～20 件	25	6.6	10 (6.7)	3 (6.0)	10 (7.6)	2 (5.6)		15 (7.4)	10 (5.8)	
21 件～30 件	17	4.5	9 (6.0)	1 (2.0)	4 (3.0)	2 (5.6)		11 (5.4)	6 (3.5)	
31 件～40 件	16	4.2	10 (6.7)	3 (6.0)	2 (1.5)	1 (2.8)		10 (5.0)	6 (3.5)	
41 件以上	31	8.2	17 (11.3)	3 (6.0)	10 (7.6)	1 (2.8)		12 (5.9)	19 (11.0)	

推薦を受けた地区、主な勤務先、精神科臨床経験： χ^2 検定を用いた。*： $P<0.05$ ，***： $P<0.001$ ，n.s.：有意差なし

刑事精神鑑定、簡易鑑定：4 群比較では Kruskal-Wallis 検定を、2 群比較では Mann-Whitney 検定を用いた。*： $P<0.05$ ，***： $P<0.001$ ，n.s.：有意差なし

非常に、あるいは多少負担を感じたと回答した者、今後鑑定や審判員を引き受けたくない、あるいはあまり引き受けたくないと回答した者に対して、理由を質問した。

養成研修会については 6 割以上が内容を適切と感じ、7 割以上が必要な知識や情報が得られたと

回答した。鑑定については、約 7 割では勤務場所を鑑定入院場所とし、鑑定入院期間では約 6 割が「ちょうどよい」と感じていた。診断の資料や情報が十分であったかについては「十分得られた」が 52 名 (25.7%)、「ある程度得られた」が 108 名 (53.0%) であった。「鑑定ガイドライン」に

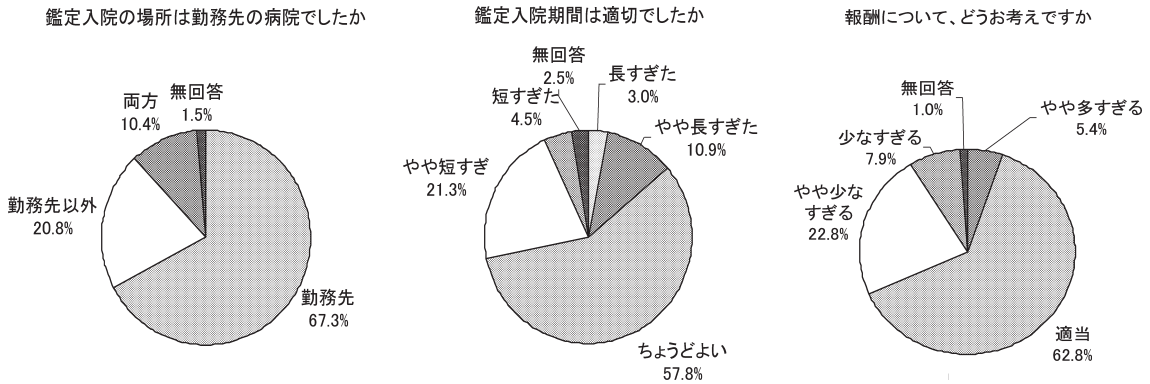


図2 医療観察法鑑定 (N=202)

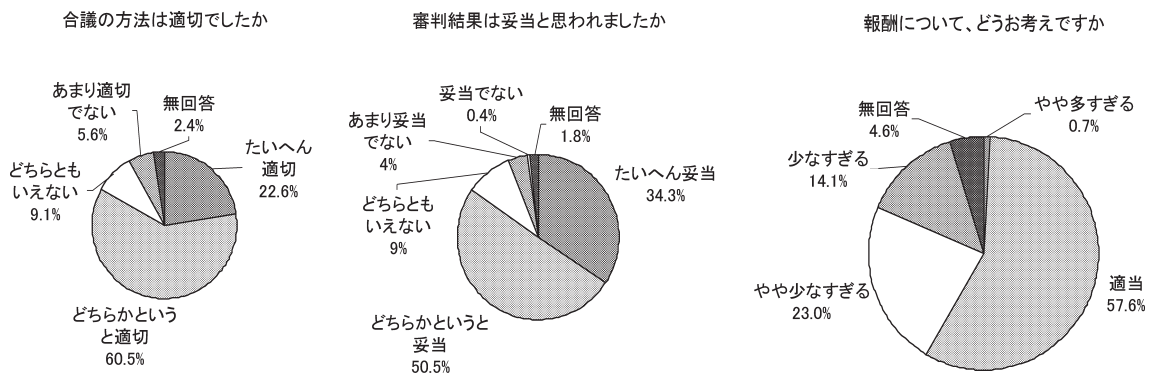


図3 医療観察法審判 (N=287)

ついては、「たいへん参考になった」が64名(31.9%)、「ある程度参考になった」が122名(61.2%)で、併せて93.1%に達した。審判の決定については、「くわしく知っている」が82名(40.6%)、「ある程度知っている」が95名(48.0%)であった。審判については、8割以上が合議方法や審判結果を適当と認識していた。鑑定の報酬については、「適当」という回答が62.8%をしめた。一方で30.7%が少ないと感じていた。

審判経験者により感じられた合議の適切さについては、「たいへん適切だった」または「どちらかというと適切だった」という回答が229名(83.1%)をしめ、審判結果の妥当性では、「妥

当であった」が235名(84.8%)であった。審判員の報酬については「適当」という回答が158名(57.6%)、「やや少なすぎる」「少なすぎる」が105名(37.1%)であった。

負担感については、鑑定経験者の138名(68.3%)が「非常に負担を感じた」「多少負担を感じた」と回答したのに対し、審判員経験者ではそれが3割程度にとどまった(図4)。一方、今後の鑑定については、鑑定経験者の145名(71.8%)が「積極的に引き受けたい」、「余裕があれば引き受けたい」と回答していた。審判員の未経験者の約半数が「積極的に引き受けたい」、「余裕があれば引き受けたい」と回答しているのに対し、鑑定の未経験者では「積極的に引き受けたい」の回答

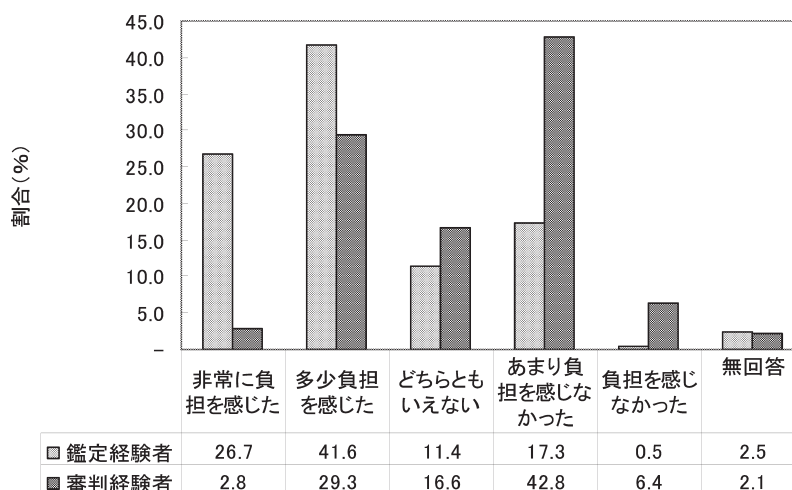


図4 鑑定審判経験別の負担感

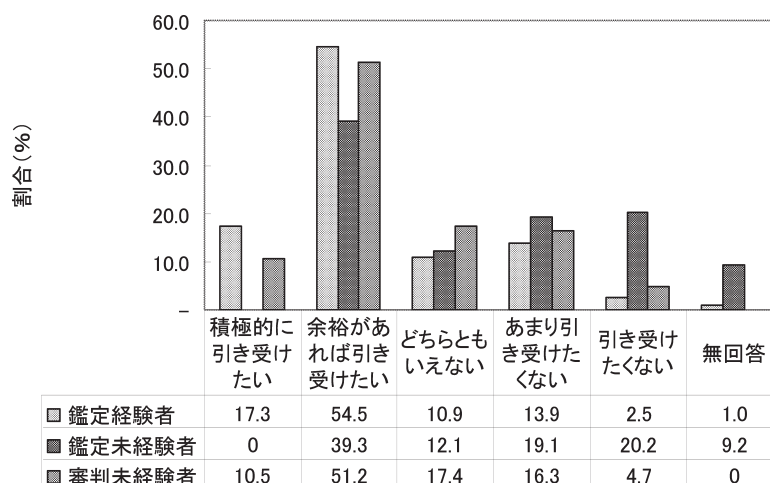


図5 鑑定審判経験別の意欲

がなく、「余裕があれば引き受けたい」という回答も4割弱にとどまった(図5)。

負担と感じた理由は、鑑定と審判員のいずれでも、「通常業務が忙しく時間がない」という時間的制約が最も多く、半数以上を占めた。同様に、今後引き受けたくないとする理由でも時間的制約が最も多かった。それ以外の理由では、鑑定については、鑑定場所の問題22名(15.1%)、鑑定

期間が短い13名(8.9%)、責任が重い10名(6.8%)という回答が多かった。審判員については、責任が重い16名(18.0)、判断に迷うケースについてのジレンマ14名(15.7%)が多かった。

アンケートでは、判定医としての知識向上のため、どのような機会を希望するかについて質問した。質問項目は12項目で、それぞれについて5

段階評価で回答を求めた。「強く希望する」と「希望する」の回答が多かった項目は、「責任能力の考え方や判定についての講習」(86.7%)、ついで「司法関係者と医療関係者の合同カンファレンス」(83.6%)、「対象者についてのケースカンファレンス」(77.0%)、「症状評価やリスク評価についての講習」(70.7%)であった。他方で、「裁判所の見学・傍聴」(33.8%)、「刑務所などの矯正施設の見学」(43.8%)、「認知行動療法についての講習」(45.7%)については、希望者の割合が低かった。

3. 分析結果

1) 医療観察法鑑定・審判員経験の有無による比較

鑑定と審判員の経験について、両方の経験者を1群(150名)、鑑定経験はあるが審判員経験のない者を2群(50名)、審判員の経験はあるが鑑定の経験がない者を3群(133名)、両方の経験がない者を4群(36名)として分類し、4群間の比較を行った。

表1に示すように、主な勤務先に有意差が認められた($\chi^2=64.655$, $df=24$, $P<0.001$)。1群では都道府県立病院に従事している者の割合が多く、医療法人・個人病院従事者の割合が少なかった。これに対して3群では、国立、都道府県立病院従事者の割合が少なく、医療法人・個人病院、精神保健センター・保健所に勤務する者が多かった。刑事精神鑑定の経験件数にも有意差が認められた($P<0.001$)。1群では刑事精神鑑定の経験者の割合が有意に高く、3群と4群では未経験者の割合が高かった。簡易鑑定では有意差は認められなかった($P<0.10$)ものの、1群と2群で経験者の割合が高く、3群と4群に未経験者が多い傾向がみられた。日本司法精神医学会の会員か否かについては、1群に会員の割合が多く、3群と4群では非会員の割合が8割以上に及んでいた($\chi^2=14.408$, $df=3$, $P<0.001$)。

希望する学習機会の項目で有意差が認められた項目は、「対象者についてのケースカンファレンス」

($P<0.05$)、「司法関係者と医療関係者の合同カンファレンス」($P<0.001$)、「裁判所の見学」($P<0.05$)、「海外の司法精神医学施設の見学・研修」($P<0.001$)、「認知行動療法についての講習」($P<0.001$)、「人格障害、発達障害、物質関連障害についての講習」($P<0.05$)、「司法精神医学の研修センター、鑑定センターの設立」($P<0.001$)の7項目であった。「裁判所の見学」は、2群と4群に多い傾向にあり、これ以外の項目については、1群と2群に希望者の割合が多く、3群と4群で低かった。

2) 臨床経験年数による比較

臨床経験年数の中央値をもとに、経験年数25年以下の群と26年以上の群の2群に大別して分析を行った(表1)。経験年数25年以下の群は、主な勤務先が大学(医学部)であり($\chi^2=16.339$, $df=8$, $P<0.05$)、刑事精神鑑定の経験が少なく($P<0.001$)、簡易鑑定の経験も少なく($P<0.05$)、また司法精神医学会員の割合が少なかった($\chi^2=14.404$, $df=5$, $P<0.05$)。また同群では、希望する学習機会として多かった回答は、「指定入院医療機関の見学・研修」($P<0.001$)、「刑務所などの矯正施設の見学」($P<0.05$)、「法律家による刑法などについての講習」($P<0.05$)、「責任能力の考え方や判定についての講習」($P<0.001$)であった。26年以上の群で多かったのは、「認知行動療法についての講習」($P<0.05$)であった。

IV. 考 察

今回の調査は全国の判定医を対象として行われた最初のものである。回収率は66.6%で、関心の高さがうかがわれるとともに種々の問題点が明らかになった。

1. 現状と実務上の問題点

1) 鑑定の現状と問題

これまで鑑定については、医療の必要性の判定基準や鑑定ガイドライン²⁾が関心を持たれ、鑑定の方法や判定の難しさが指摘されてきた。また、

鑑定入院の場所と期間、鑑定入院中の処遇と病床確保なども問題点として取り上げられてきた^{10,12)}。今回の調査では、鑑定経験者のうち26.7%が「非常に負担を感じた」、41.6%が「多少負担を感じた」と回答し、判定医の多くが負担を感じていることが明らかになった。その主な理由は、本来の診療業務のなかで鑑定業務を行う時間的余裕がないことであり、今後引き受けたくないとする理由についても、時間的制約が半数以上に及んでいた。これまでに指摘されていた鑑定期間や鑑定入院先の病床確保よりも、勤務の合間をぬって対象者と面接して鑑定書を作成する余裕がないことが問題として認識されていた。精神科医が鑑定を敬遠する理由の一つに長い鑑定書を書かなければならないという先入観がある¹³⁾という指摘があり、このことが負担感や未経験者の消極的態度に反映している可能性がある。

他方で興味深く思われるのは、鑑定経験者は、鑑定入院期間、診断に必要な資料や情報、鑑定ガイドライン、報酬について概ね肯定的に評価しており、審判で下された決定についても9割近くが知っていると答えたことである。また鑑定を負担と感じながら、今後も引き受けたいと思っている者が7割以上に達していた。一方、鑑定経験がない場合、積極的に引き受けたいと回答した者がなく、全く引き受けたくないと答えた者が20.2%に及んでおり、未経験者ほど鑑定を引き受けることに躊躇する傾向がある。すなわち、鑑定経験と意欲の向上にはある程度の相関があると考えられ、実際に鑑定を経験することによって意欲が高まるのが期待される。裁判所が鑑定医を選択する基準は明らかではないが、より意欲的な者が選択されている可能性がある。しかし、今回の調査結果は、未経験者に積極的に鑑定を命じることの重要性を示唆する。また未経験者の場合、鑑定の報酬や環境よりも負担感の少なさが求められる傾向があり、負担の軽減策が望まれる。

鑑定経験者には都道府県立病院の医師の割合が高かった。理由として、現在、鑑定入院機関の多くを公立病院が引き受けていることが考えられる。

外部の病院に足を運ぶ負担を避けるために鑑定入院機関の医師が鑑定を行う傾向がうかがわれる。上述のように、鑑定の実施と意欲の向上が関連することを考慮すると、一部の医師に鑑定業務が集中することは好ましい事態とは言えないであろう。

2) 審判の現状と問題

医療観察法は医療モデルと刑事司法モデルの「折衷モデル」の特質があり¹⁷⁾、他方で医療と司法は基本的に対立の構造にある⁹⁾とも指摘されている。そのため、今回の調査では、審判の合議方法や結果の妥当性を否定的にとらえる回答が多いのではないかと推測された。しかし実際には8割以上の回答者が審判結果を妥当と受け止めていた。

ところで、審判では、心神喪失者等医療観察法による審判の手続等に関する規則（以下、「規則」という）40条の規定に基づき、検察官、精神保健参与員などで事前に打合せを行うことができ、実務上「カンファレンス」あるいは「事前協議」と呼ばれている²⁰⁾。三好¹¹⁾は東京地裁のカンファレンスについて、「打合せの一形態として、対象者以外の関係者のほぼ全員が一堂に会し、対象者の社会復帰のための適切な処遇を見出すため、それぞれの立場から自由に意見を述べ合って協議するということが頻繁に行われている。」と説明している。また平尾⁴⁾は、「対象者にとって最も適切な処遇の選択がなされ、また、その後の処遇が円滑に行われるためには、カンファレンスの活用が一つのポイントになる」と述べている。今回の調査ではカンファレンスに関する質問は設けなかったが、司法と医療の意思疎通を図り、審判の進行を円滑とする上でカンファレンスが役立っている可能性がある。ただし規則40条はカンファレンスの開催を義務付けておらず、打合せの内容についても言及していない。東京、大阪、兵庫ではカンファレンスが実施されている報告^{6,11,20)}があるが、全国的な実施状況については不明であり、今後明らかにされる必要がある。

また審判は通常の刑事裁判と異なり、裁判官と精神保健審判員の意見の一致により裁判を行うことが原則で（医療観察法14条）、医療処遇を決定

する場とされている(同法42条1項)。このことについて概ね肯定的にとらえられていることも、調査結果からうかがわれる。ただし、処遇解除などの審判が今後増加するに従って、状況は変化する可能性がある。

審判員は鑑定の場合と比較して1人あたりの経験数が多く、また報酬が少ないと感じる者が多かった。それにもかかわらず、負担を感じた者の割合は鑑定の場合の約半数にとどまり、逆に負担を感じなかった者の割合は約3倍にのぼった。審判員を負担と感じる理由の多くは、鑑定と同様に時間的制約であった。次いで、審判での判定の難しさに由来する心理的負担があげられ、この点が鑑定の場合と異なっている。回答内容を検討した結果、心理的負担の要因は2つのパターンに大別できると考えられた。1つは、本来の職業性に比して不自然な任務を負っていることによる負担、もう1つは、提出された鑑定書に拘束されることによる負担である。職業性に関わる負担とは、たとえば「対象者や家族と面接する機会が少ない」、「判断材料が鑑定書のみで、書類審査にすぎず、合議とは名ばかりである」という意見にあるように、審判の主な判断材料は一件記録や鑑定書で、本人との面接はごく限られていることである。医師にとっては医師法の規定通り、診察に基づく診療が本来の業務であり、審判員は医師の本来的な役割とは異質である。このことも審判に対する抵抗感や負担感を生じさせる一因ではないであろうか。

鑑定結果に拘束されることによる負担であるが、これは特に鑑定書と審判員の意見が異なる場合に問題となり得る。審判における鑑定書の位置づけについて医療観察法42条1項は、「裁判所は、33条1項の申立てがあった場合は、37条1項に規定する鑑定を基礎とし」としており、ここからは鑑定書に必ずしも拘束されないと解釈される。これについて岡田²³⁾は、「裁判所は、提出された鑑定書の記載内容や結論が不明確である場合や、その判断の合理性ないし妥当性に疑いがある場合には、鑑定人に、その意味や判断の根拠等につき追

加の書面または口頭での説明を求めるなどの方法により、鑑定の結果や意見の趣旨を明確にしたいうえで、評議を行う必要がある。」と述べている。しかし鑑定結果に疑問があっても、それを理由に再鑑定が行えるとは明文化されておらず、事実上鑑定人の意見に拘束される面が少なくない。吉岡³¹⁾は、鑑定による処遇意見が「当初審判においてそのまま採用されていると考えられる。」と述べているが、疑問を残しながらも鑑定意見を採用している事例があるのではないだろうか。審判における鑑定書の位置づけや、それに対する審判員の判断のあり方が明確にされる必要がある。心神喪失者及び心神耗弱者のいずれでもないと認めて申立てを却下する場合(医療観察法40条1項)はさらに問題であろう。中谷¹⁶⁾は、「独自の鑑定を行うことなく、提出された資料のみで(対象者の刑事責任能力を)判断することは事実上困難である。」としている。

2. 専門教育について

「判定医の知識向上のため希望する学習機会」の項目の中で回答が多かった「責任能力の考え方や判定についての講習」、「司法関係者と医療関係者の合同カンファレンス」、「対象者についてのケースカンファレンス」、「症状評価やリスク評価についての講習」は、鑑定や審判を行う上で直接必要となる機会と考えられる。これに対して、希望の少なかった機会は、「刑務所など矯正施設の見学」、「裁判所の見学」、「海外の司法精神医学施設の見学・研修」、「認知行動療法についての講習」であり、いずれも鑑定や審判とは直接関連しない。

経験者と未経験者の比較では、「裁判所の見学」は、審判員経験者に希望者の割合が少なかった。審判が裁判所で行われるため、既に知識として習得済みであることが理由として推測できる。「人格障害、発達障害、物質関連障害についての講習」については、鑑定経験者に希望者の割合が多かった。これらは、覚せい剤依存症者への対応²⁶⁾など、治療可能性や鑑定判断が問題になる疾患であり、鑑定経験者に関心が高いと推測される。

「司法精神医学の研修センター、鑑定センターの設立」も鑑定経験者に希望が多かった。医療観察法以前から、岡田²²⁾が指摘したように、鑑定センターの設立は「鑑定の効率化と水準の向上と公平化を図る」見地から論じられてきた。医療観察法施行後も、鑑定の均一性や入院施設の確保のために設立が望まれている¹⁰⁾。本調査からも、鑑定の質向上のためにセンターが待望されていることがうかがわれる。

精神科の臨床経験による比較では、25年以下の群では刑事精神鑑定および簡易鑑定経験が少なく、司法精神医学会会員も少なかった。鑑定や審判はもとより司法精神医学に携わる機会が少なかったと推測される。この群が希望する学習機会としては、「指定入院医療機関の見学・研修」、「刑務所などの矯正施設の見学」、「法律家による刑法などについての講習」、「責任能力の考え方や判定についての講習」の割合が高く、基礎的知識が求められていると考えられる。

研究会や学会は、現状の解析から問題解決に至るまで、司法精神医学・医療の発展に欠かせない場と考えられる²⁹⁾。なかでも司法精神医学会は今後の発展に寄与すると期待されている³⁰⁾。本調査では、鑑定未経験の群や臨床経験25年以下の群に学会非会員の割合が高いことが明らかになった。知識向上の場としての学会の役割が広く認識されるべきであろう。

以上のことから、判定医が求めているものは、医療観察法の実務に直接必要でありながら、これまでに蓄積してこなかった知識や経験であり、このようなニーズにふさわしい機会を提供することが必要であろう。

3. 今後の課題

調査結果をもとに今後の課題について若干述べてみたい。

厚生労働省は精神保健判定医の目標数を全国で800人としている²⁴⁾。しかし、目標数に遠く及ばないこと、刑事精神鑑定の経験がとぼしい判定医が多いこと、司法精神医学会会員が4分の1に満た

ないことなど、医療観察法の実施に人材育成が遅れをとっている現状が推測される。特に刑事精神鑑定の未経験者の割合が高いことは重要と思われる。刑事精神鑑定未経験者が鑑定を行うことについて平田³¹⁾は、「刑事精神鑑定の経験が1件以下という医師が（医療観察法）37条鑑定や審判に従事することについては、いささかの不安を禁じえない。」と述べ、懸念を表明している。また、審判員経験者には医療法人・個人病院勤務者の割合が高かったが、触法精神障害者に触れる臨床経験が相対的に少ないことが審判での判断に影響することも考えられる。さらに判定医の報酬については、おおむね満足しているが、少ないと感じている者も3割程度いる。判定医の人材を確保するためには、報酬を見直すことも有効と思われる。

ここで厚生労働省による判定医の推薦基準⁷⁾を検討すると、原則として、「精神保健福祉法18条に基づく精神保健指定医の指定を受けて5年以上経過している者で、かつ精神保健福祉法27条1項に基づく診察を直近2年間で1件以上行った実績のある者」とされている。また推薦枠についても併記されており、それによれば、5年以上の経験を有する精神保健指定医について、民間病院に勤務している者と国公立病院に勤務している者の比率が約8:2となっていることを根拠として、「民間推薦枠8割、国公立推薦枠2割」とされている。推薦基準はこのような、指定医業務の経験を判定医となるための基本的要件とみなしている。

ところで、精神保健福祉法により指定医が行う診察は、現在時の診断および差し迫った危険性の予測に重点を置いている。それに対して刑事精神鑑定では、犯行時つまり過去のある時点での精神状態に遡って分析する必要がある¹⁵⁾、またある程度の法律と犯罪学の知識を持つことが望ましい¹⁴⁾。鑑定は、「対象行為を行った当時の病状」（医療観察法37条1項）など、刑事精神鑑定と共通する分析が求められるため、指定医業務の経験のみでは不十分と考えられる。今回の調査結果で、刑事精神鑑定の未経験者は鑑定についても躊躇する傾向が見られたことは、判定医の推薦要件と関連し

ている可能性がある。また審判においても、措置入院の場合とは異なり、より長期にわたる行為の再発リスクを査定するという特殊な技術が求められる。さらに、矯正施設等での触法精神障害者の処遇についても知っておく必要がある¹⁸⁾。従って、司法精神医療全般の中心的役割が期待される判定医²⁸⁾には、指定医としての知識や経験に加えて司法精神医学や犯罪学の幅広い知識が必要と考えられ、推薦基準や研修方法の見直しが検討されるべきであろう。

V. ま と め

1 判定医の現状とニーズを明らかにする目的で、全国の判定医に対しアンケート調査を行った(回収率 66.6%)。

2 医療観察法鑑定の経験者の7割が負担を感じていたが、主な理由は時間的制約であり、鑑定の方式に対する評価は概ね良好であった。また負担を感じつつも、今後も引き受けたいと感じている者が7割以上に達しており、鑑定経験と意欲の向上に相関があることが示唆された。

3 医療観察法鑑定の未経験者は鑑定を引き受けることに躊躇しやすく、また鑑定入院医療機関の医師が鑑定を担当しやすい傾向がうかがわれ、可能な限り多くの判定医が鑑定に携わることが望ましいと思われた。

4 医療観察法の審判員では、鑑定の場合と比べ、心理的負担を感じる者が多かった。審判員は医師本来の役割に馴染みにくく、抵抗感や負担感が生じていると推測された。

5 審判員が鑑定結果に疑問を持ち、その扱いに苦慮する場合があります。鑑定結果と審判員の判断の関係が明確に規定されていないことが一因と推測された。

6 判定医が知識向上のために求める学習機会は、判定医の実務経験や精神科臨床経験によって異なっており、経験や知識に応じ、医療観察法の実務に即した情報の提供が必要と思われた。

7 判定医には、指定医としての知識や経験に加えて刑事精神鑑定の経験や司法精神医学の幅広い知識が望まれ、そのための学習機会を整備する必要があることを付言した。

多忙の中でアンケートにお答えいただいた判定医の方々、名簿の使用に便宜をはかってくださった「医療観察法による医療提供のあり方に関する研究」班の中島豊爾主任研究者に深謝いたします。本研究は厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「司法精神医学の人材育成等に関する研究」(主任：林拓二)の分担研究として行い、結果の一部は第4回日本司法精神医学会大会で発表した。

文 献

- 1) 林 拓二：司法精神医療の人材養成と地域ネットワークの構築に向けて。臨床精神医学, 35 (3); 321-324, 2006
- 2) 平野 誠：触法精神障害者の治療必要性の判定に関する研究。厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業 触法行為を行った精神障害者の精神医学的評価、治療、社会復帰等に関する研究報告書 (主任研究者：松下正明)。p. 73-146, 2005
- 3) 平野 誠：精神保健審判員の業務。司法精神医学 5 司法精神医療 (松下正明総編集)。中山書店、東京、p. 179-188, 2006
- 4) 平尾博志：心神喪失者等医療観察制度における保護観察所の業務の概況。法律のひろば, 12; 11-16, 2006
- 5) 平田豊明：医療観察法への社会的要請と運用上の問題点。精神経誌, 110 (1); 43-48, 2008
- 6) 石井敏樹：精神保健審判医 (兵庫県：第1号)を終えて。日精協誌, 25 (2); 39-43, 2006
- 7) 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：心神喪失者等医療観察法に基づく精神保健判定医及び精神保健参与員の候補者推薦について。2004
- 8) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課：精神保健判定医 (精神保健審判員や鑑定医の候補) 及び精神保健参与員の候補者となることにつき内諾いただいた方へ必要となる手続等について。2004
- 9) 前田雅英：司法判断と医療判断。Jurist 増刊 精神医療と医療観察法 (町野 朔編)。有斐閣、東京、p. 91-95, 2004
- 10) 松原三郎：指定医入院医療機関の役割と問題点。日精協誌, 24 (4); 66-74, 2005
- 11) 三好幹夫：心神喪失者等医療観察法施行後2年の現状と課題について。判例タイムズ, 1261; 25-35, 2008
- 12) 村上 優：医療観察法における鑑定について。日

精協誌, 24 (4); 18-23, 2005

13) 仲宗根玄吉：精神鑑定の意義と手続き。臨床精神医学講座 19 司法精神医学・精神鑑定（松下正明総編集）。中山書店，東京，p. 81-93, 1998

14) 中田 修：精神鑑定の初心者のために。精神医学レビュー No. 19 精神鑑定（山上 皓編集）。ライフサイエンス，東京，p. 43-49, 1996

15) 中谷陽二：精神鑑定の実際と鑑定書。臨床精神医学講座 19 司法精神医学・精神鑑定（松下正明総編集）。中山書店，東京，p. 95-105, 1998

16) 中谷陽二：刑事責任能力鑑定。司法精神医学・医療教育の現状と課題。司法精神医学 5 司法精神医療（松下正明総編集）。中山書店，東京，p. 164-168, 2006

17) 中谷陽二：医療観察法の本質を問う 折衷モデルの行方。日精協誌, 25 (2); 16-20, 2006

18) 中谷陽二：司法精神医学入門。精神経誌, 110 (1); 49-54, 2008

19) 中谷陽二：司法精神医学における多職種連携及び国際比較に関する研究。厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業 司法精神医学の人材育成等に関する研究（主任研究者：林 拓二）。p. 47-73, 2008

20) 並木正男，西田真基：大阪地方裁判所における「心神喪失者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。」）施行後の事件処理状況。判例タイムズ, 1261; 36-63, 2008

21) 日 精 協 HP http://www.nisseikyo.or.jp/home/medical/01kenshuu/08hanteii/hanteii_top.html

22) 岡田幸之：精神鑑定の現状と問題点。臨床精神医学講座 19 司法精神医学・精神鑑定（松下正明総編集）。中山書店，東京，p. 106-116, 1998

23) 岡田雄一：医療観察法における審判の基本構造とその運用 裁判官の立場から。日精協誌, 24 (4); 29-33, 2005

24) 岡崎祐士：卒後研修における司法精神医学教育のあり方に関する研究。厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業 司法精神医学の人材育成等に関する研究報告書（主任研究者：林拓二）。p. 113-127, 2007

25) 白木 功：審判手続きを中心に。Jurist 増刊 精神医療と医療観察法（町野 朔編）。有斐閣，東京，p. 12-31, 2004

26) 清水 賢，小沼杏坪，津久江一郎：医療観察法施行後の問題点について。日精協誌, 25 (2); 21-24, 2006

27) 山上 皓：司法精神医学の概念と歴史。臨床精神医学講座 19 司法精神医学・精神鑑定（松下正明総編集）。中山書店，東京，p. 3-13, 1998

28) 山上 皓：医療観察法施行の意義 司法精神医学の立場から。日精協誌, 25 (2); 9-13, 2006

29) 山内俊夫：司法精神医療従事者の研修・教育ならびに専門家養成システムに関する研究。厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業 触法行為を行った精神障害者の精神医学的評価，治療，社会復帰等に関する研究報告書（主任研究者：松下正明）。p. 465-509, 2004

30) 山内俊夫，小島卓也，三国雅彦：司法精神医学・医療教育の現状と課題。司法精神医学 5 司法精神医療（松下正明総編集）。中山書店，東京，p. 29-37, 2006

31) 吉岡眞吾，藤井陽一郎，八木 深ほか：医療観察法鑑定の現状と問題点について—東尾張病院における法施行後 16 例の鑑定経験から—。臨床精神医学, 36 (9); 1093-1099, 2007

A Nationwide Questionnaire Survey of Medical Experts in Mental Health Evaluation

Junko KOIKE^{1,2)}, Nobuaki MORITA¹⁾, Yoji NAKATANI¹⁾1) *Graduate School of Comprehensive Human Sciences, University of Tsukuba*2) *Tokyo Metropolitan Matsuzawa Hospital*

A nationwide questionnaire survey was conducted to clarify the current status of medical experts in mental health evaluation and their needs (recovery rate: 66.6%). The data were simply tabulated and then statistically analyzed with respect to past experiences of serving as expert witnesses or judges as defined by the Medical Treatment and Supervision Act and past clinical experience. The results showed that 201 respondents (53.0%) had served as medical experts an average of 2.8 ± 2.4 times, while 173 respondents (45.6%) had not served as such experts, and that 284 respondents (74.9%) had served as judges an average of 3.0 ± 2.5 times, while 86 respondents (22.7%) had not served as judges. Although about 70% of the respondents who had served as expert witnesses felt that their experiences were burdensome, mostly due to time-related concerns, most had favorable views of the legal process. More than 70% of the respondents indicated that they would continue to serve as expert witnesses despite their sense of burden, thus suggesting a correlation between a past experience of serving as an expert witness and a willingness to do so again in the future. Furthermore, the results indicate that medical experts in mental health evaluation who have not served as expert witnesses are more hesitant, and since physicians employed at institutions for forensic psychiatric examination are more likely to serve as expert witnesses, a relatively small group of medical experts in mental health evaluation repeatedly serve as expert witnesses. On the other hand, when compared to serving as medical experts, serving as judges was psychologically more stressful for many respondents. Since physicians are not used to being judges, they may experience feelings of resistance or burden. Also, judges are somewhat bound by expert testimony, and the fact that there is no written policy for questioning testimony adds to their stress. Therefore, it will be necessary to clarify the positioning of expert evidence and the decisions made by judges.

What medical experts in mental health evaluation needed to improve their knowledge varied depending on the type and duration of work and clinical experience. Therefore, it is necessary to provide information matching the experience, skills, and information related to the practical aspect of the Medical Treatment and Supervision Act. Moreover, the results suggest the necessity for medical experts in mental health evaluation to acquire a wide range of expert knowledge in forensic psychiatry beyond that required for the Medical Treatment and Supervision Act.

<Authors' abstract>

<**Key words**: Medical Treatment and Supervision Act, medical expert in mental health evaluation, expert witness, forensic psychiatry, mentally disordered offender>
