

- 5) 疾病性は国際疾病分類 ICD-10 による分類と重篤度と、その疾病と犯罪行為の関係性を重視する。重篤度は例えば国際生活機能分類 ICF をもちいるか、GAF スケールなどをもちいる。重篤度が軽度や一過性で社会生活が可能な場合は対象とならないし、疾病と犯罪行為の関連が無い場合も同様である。
- 6) 疾病と犯罪行為の関係性に関しては慎重に判断を要する。これは刑事司法の鑑定や、検察官、裁判官の判断で十分に検討されるべき事項であるが、医療観察法による鑑定、審判でも再度検討すべきである。直接の疾病とは関係のないところで、犯罪を起こしやすい傾向（非社会性人格障害など）により医療観察法による入院をすることとなれば、疾病は改善してもその人格的傾向による暴力のために社会復帰をさせることが不可能になる。これは矯正による処遇が行われてきた問題であり医療観察法の対象ではない。
- 7) 治療反応性について検討する。治療及びケアに反応しない者を強制入院させてはならない。それは医療の対象とはならず、犯罪を起こしている場合は矯正の対象である。治療反応性を診断に連動して定めることには限界がある。人格障害は治療反応性がないと判断する精神科医師が大多数であるが、人格障害者が一過性に精神病状態を呈して犯罪を行った場合、またアルコールによる異常酩酊が加わって犯罪を起こした場合、覚せい剤を使用して幻覚妄想状態で犯罪を行った場合などでは判断が分かれる。人格障害を基礎として重複障害により精神病状態や意識障害が加われば、疾患単位だけでは処遇の分類を決めることができない。治療も疾病全体に対する治療反応性より、標的症状に限定しての治療反応性を検討する必要が生じる。
- 8) リスクアセスメントの方法の HCR-20 の項目である Clinical の 5 項目（病識の欠如、陰性感情と態度、精神症状、衝動性、治療への抵抗性）と、Risk Management に関する 5 項目（実行可能な計画の欠如、不安定要因への曝露、個人的な支援の欠如、医療の継続性のなさ、ストレス）は治療反応性を検討する標的の症状となりうる。
- 9) 危険には「断定された危険」dangerousness と「危険の可能性」risk の意味がある。また危険が起こる経過（文脈）を考慮に入れることなしには危険性の有無を論じることができない。医療観察法では重大な犯罪（他害行為-粗暴犯、放火などの財産犯、性犯）を起こした者を対象にしているためにリスクアセスメントは最も重要視される視座である。危険評価は過去の行為からの検討で始まるために、重大な犯罪を前提とした医療観察法では犯罪行為への危険性に関心が集まることは当然である。
- 10) 医療観察法の強制入院で現存の措置入院と最も異なる所は時間軸の設定である。重大な犯罪を起こしているため

にリスクアセスメントは過去と、現在、そして将来にわたり検討を行うために、長い時間軸の設定を行うことになる。過去に関しては生育歴、犯罪歴などは生まれた時にまで遡るが、将来に関する時間軸は今後の課題となる。差し迫った危険は予測しやすいし、また逆に時間軸を長く取れば予測する確率は高くなる。

- 1 1) これらを医療観察法にそった対象者の審判の流れ、医療観察法治療適合性の判定の4次元軸、治療反応性の概念、4次元で適合性評価の概念、症例10における適用、またそれを診療録に反映させる電子カルテ基本構造案を図示した。

7 治療適合性評価のためのデータベース

- 1) 対象者を全体として理解し評価するために、ここでは全項目を挙げたデータベースを示した。これらは鑑定の経過やその後の治療により正しい情報が集積されてよりの確に対象者のプロフィールを描くことが出来るようになる(資料2, 3)。
- 2) 前科前歴などの司法関係の情報や、プライハシー保護に関する情報など側幅情報がどれほど得られるかは未知のところが多い。今後、関係機関で調整されるべきであるが、刑事司法の責任能力鑑定ではこれらの情報は提供されることが通常である。
- 3) 治療適合性の評価は、その後の治療方やリスクマネージメントにつながるものである。臨床的な非構造的評価のみで

は信頼性や妥当性の検証を行うことが出来ず、判断根拠も明確とはならない。このために構造化したリスクアセスメントの採用を視野に入れた準備が必要である。保険数理的な手法としてVRAGやPCL-Rが挙げられるが、これらは数値化されており日本での検証がないまま導入は出来ない〔資料12〕。保険数理的に偏らない構造的リスクアセスメントにWebster、Douglas、Eaves、Hart等によって作られたHCR-20(第2版)があり、我が国でも正式導入の環境を整えることが求められている。ガイドブックは「Assessing Risk For Violence」と「Violence Risk Management Companion Guide」よりなり、評価とマネージメントが表裏一体となっており、「対象者の行動をどう変えるか」が評価の目的になっている点が重要である。参考として壁屋による部分的な紹介を行った〔資料7〕。

- 1) 衝動性や攻撃性、怒りなどの要素的な評価尺度に関しても参考としてデータベースに加えることが必要となる。衝動性に関してはBIS(Barratt)、ICL-R(Webster)、怒りに関してはSpielberger STAXI、攻撃性に関して丸田敏雅の攻撃行動評価用構造化面接を資料として巻末に掲載する〔資料13〕。
- 4) 我が国ではこれらが臨床的に使用される機会がないため直接的には利用は出来ないが、今後は環境を整えて採用を検討すべきである。

8 共通評価項目

- 2) 医療観察治療適合性にもとづき治療が必要となった者に関して、共通した視座より入院から通院、更には治療終結にいたる経過の評価を行うことが必要となる。これは時系列（治療ステーション）においても、多職種チームが関与して評価を実施する上でも必要とされる。また評価は治療や援助及び処遇方略に直結することを念頭に置き、共通評価項目を設定する。
- 3) 一般精神医な座を中心に考察を進める。今回の新法の対象者は、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者となっている。目的は継続的かつ適切な医療並びにその確保のために必要な観察および指導を行うことによって、その病状の改善およびこれに伴う同様の行為の再発の防止を図ることとされている。心神喪失の状態とは弁識能力ないしは制御能力に関する判断である。弁識能力は、物事の是非善悪を、対象者がおかれた現実の状況下で判断しうる能力と考えられ、その能力の基盤を要素的に考えると、第1に自我機能が保たれ、思考の連続性が維持されていて、その場その場の状況のある程度の抽象性を持った社会的構造の中で把握する能力と考えられる。弁識能力の障害は精神障害の生物学的な側面を強く反映し、内因性精神障害における根本的な障害の態様とみなされる。制御能力はこの弁識に基づき、行動を制

御する能力と考えられ、一般に法的な枠では、弁識能力に大きな障害がない場合は、制御能力の減弱は重篤な意識障害の存在が前提とされていると考えられる。この場合も医学的な布置因子は必須であり、単に衝動性の制御能力の低さや反社会的な傾向を持っていることで制御能力の減弱が認められることはないと考えられる。いわば無条件の衝動性や反社会的な傾向は、治療対象とはなり得ない。一方、いわゆる精神障害者の多くは犯罪を起こさずに病と闘っている事実を考えれば、重大な他害行為に至ってしまった対象者は、疾病に加え、より深い心理社会的な困難を抱えていると予測される。そこでは、弁識能力の減弱が伴っているのみならず、制御能力に著しい困難を抱えていると予測される。治療的には、同様の行為の再発の防止という見地からは、制御能力を高めることこそが主な治療目的となり、衝動性や反社会的な傾向を直接的な治療対象としていかなければならない。これは臨床的な実感である。治療には大きな困難が伴ってくると予測される。それは一般に弁識能力や制御能力の最も根底となる、高等感情（社会内存在としての自己の認知とそれに伴う規範意識や、他者に対する共感能力）が、統合失調症を中心とする精神障害において、生物学的に最も深く障害される傾向があり、最終的な治療目標ではあっても、ここに到達するには大きな困難があると予測されるからである。現

状では、こうした感情鈍麻に対する薬物療法の効果はごく限られており、治療の手掛かりはまずは制御能力を高めることに焦点が当てられる。精神療法や教育を含む生活指導を通して、自我機能の強化を目指し、生活環境を構造化していく手助けをすることが治療の大きな柱となっていくと考えられる。さらには環境要因を評価し、適切な支援と管理のできる体勢を構築していかなければならない。司法病棟ではこうした視点から高度に専門的集中的な評価と治療が、一般精神医療以上に要請される。以下に示す評価尺度は、主として欧木の再犯に関する研究に基づいている。欧木の研究を基にして可変的な因子を抽出して構成されている。再犯の予測ということに関しては、犯罪歴や非行歴、あるいは精神病質的傾向など不変な要因が最も大きく寄与しているとされている。一方で、弁識能力や制御能力の減弱は紛れもなく医学的でないしは心理社会的な要因から起こってくるものであり、疾病に対する治療可能性として常に追及されなければならない。したがって、この評価尺度は、再犯予測としてではなく、治療の指針として企図され、可変的な要因のみを評価している。しかし、評価尺度を用いた治療効果のアウトプットは、宿命的に同種の他害行為とならざるを得ない。現状では、この評価尺度は、新たに導入される制度の指針として、データに基づくものではなく経験的および理念的な、(根底

を支える弁識能力や制御能力の強化維持という)医療者としての視点から構成したものである。

- 4) 共通評価項目については HCR-20、VRAG、MaCarthur 研究及びリスクに関する研究から、変化しうる項目を指標として取り出し平野班案とした。我が国で実際使用される共通評価項目は平野班をベースに治療研究班とも整合性をもって決定されるへきて厚生労働省案が16項目作成された。これらは巻末に資料として掲載した〔資料14〕。

E 結論=医療観察法における鑑定の実施に当たり施設、鑑定医、また精神保健判定医の条件を検討した。また鑑定における治療について注意する点をまとめた。医療観察法による治療適合性の判断について疾病軸、治療反応軸、リスクアセスメント軸、時間軸の基本構造を提案した。またその後の多職種チームによるリスクアセスメントを中心とした共通評価項目を提案した。

G 研究発表

1 論文発表

村上優 司法精神医学の臨床への問題提起
精神看護, 7, 44-52, 2003

2 学会発表

村上優 インボンウム「心神喪失者医療観察法-我が国の精神医療と今後の課題」法と精神医療学会, 京都 2004

H 知的財産権の出願 登録

1 特許取得 なし

2 実用新案登録 なし

3 その他 特記すべきことなし

表1 都道府県別の鑑定に関する調査

	回答	全鑑定		医療観察法の鑑定について				
		ある	なし	可能	条件付可能	不可能	希望しない	その他
北海道	1	1	0					1
青森	1	1	0	1				
岩手	3	3	0	2	1			
宮城	2	2	0		1		1	
秋田	0							
山形	1	0	1		1			
福島	1	1	0		1			
茨城	2	1	1	1	1			
栃木	2	1	1			1	1	
群馬	1	1	0		1			
埼玉	2	1	1		2			
千葉	2	2	0	2				
東京	15	5	10	3	1	6	4	1
神奈川	6	3	3	1	2	2	1	0
新潟	2	2	0	1			1	
富山	2	2	0		1		1	
石川	2	2	0			2		
福井	1	1	0				1	
山梨	2	1	1		1			1
長野	2	2	0		2			
岐阜	0							
静岡	3	2	1		1		2	
愛知	4	2	2		2	1	1	
三重	1	1	0	1				
滋賀	1	0	1		1		1	2
京都	4	3	1	1				
大阪	3	2	1		1	2		
兵庫	1	1	0		1			
奈良	2	2	0	1	1			
和歌山	2	2	0			1	1	
鳥取	1	1	0		1			
島根	1	0	1			1		
岡山	3	2	1	1		1	1	
広島	4	3	1		2	1	1	
山口	3	2	1	1	1		1	
徳島	1	1	0		1			
香川	2	0	2	1	1			
愛媛	1	0	1			1		
高知	2	1	1		1	1		
福岡	4	4	0	2	1	1		
佐賀	3	3	0	1		2		
長崎	2	1	1	1		1		
熊本	5	2	3		1	3		1
大分	0							
宮崎	2	2	0		1	1		
鹿児島	2	2	0	2				
沖縄	1	1	0		1			
全体	108	72	36	23	33	28	18	6

図1

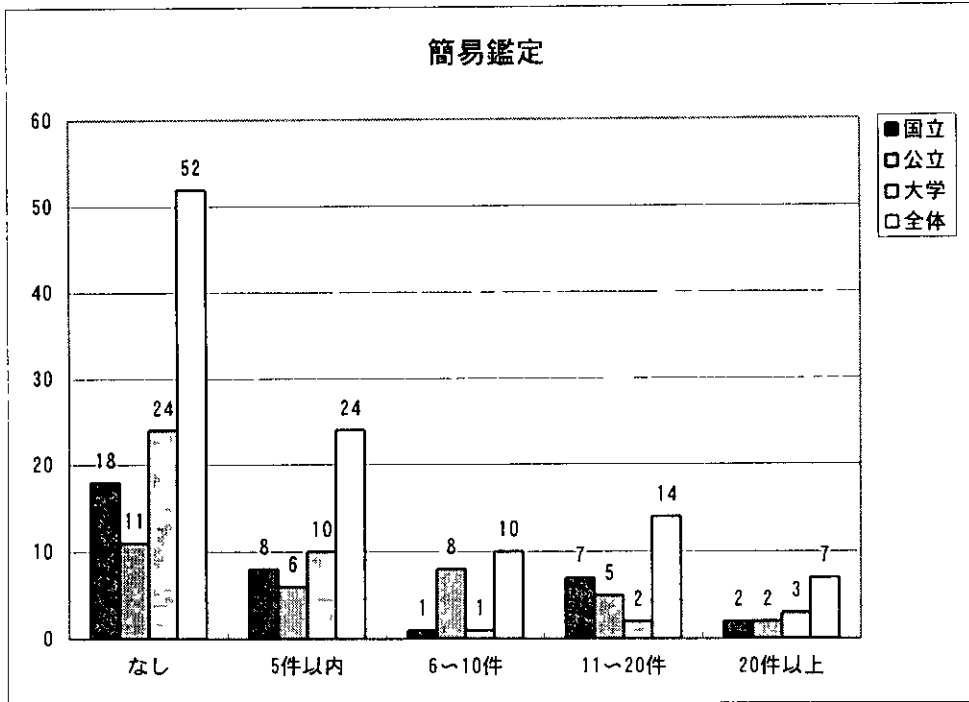


図2

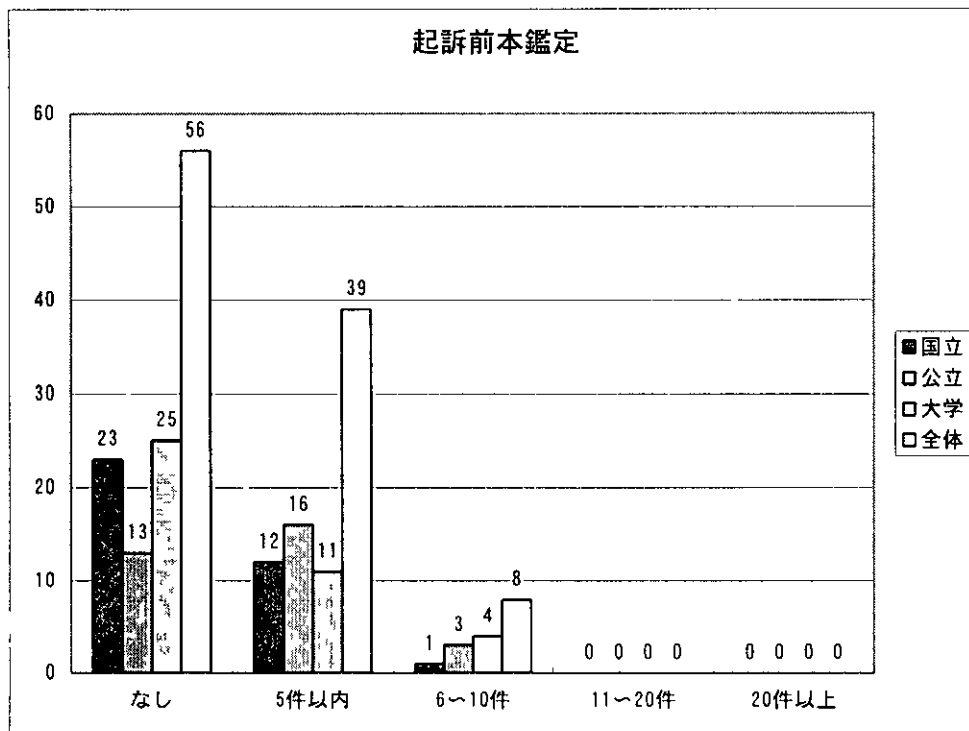


図3

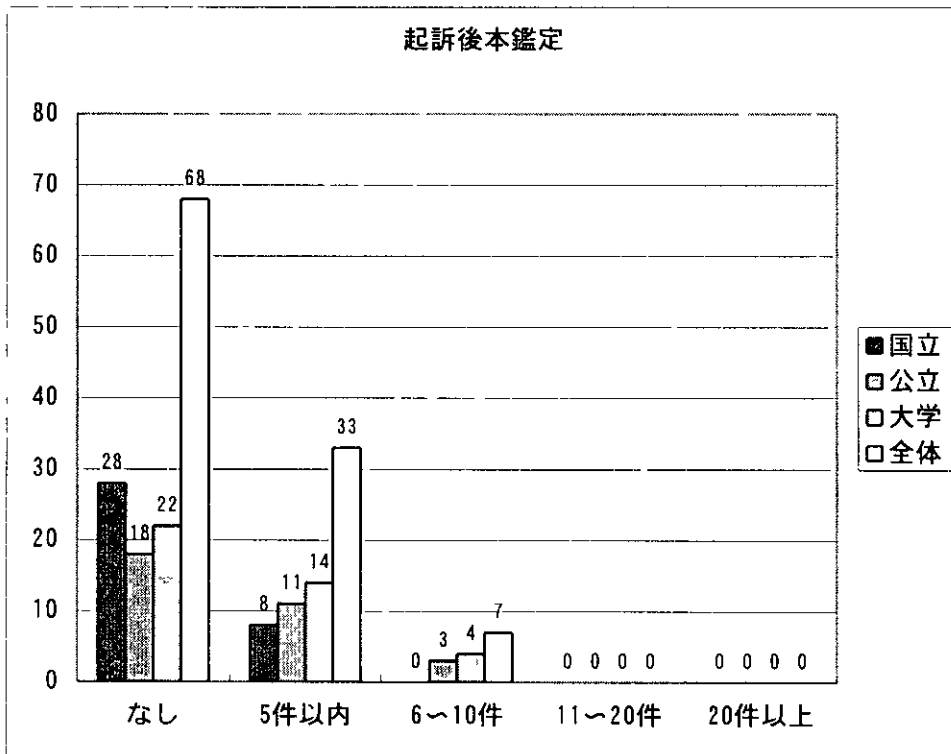


図4

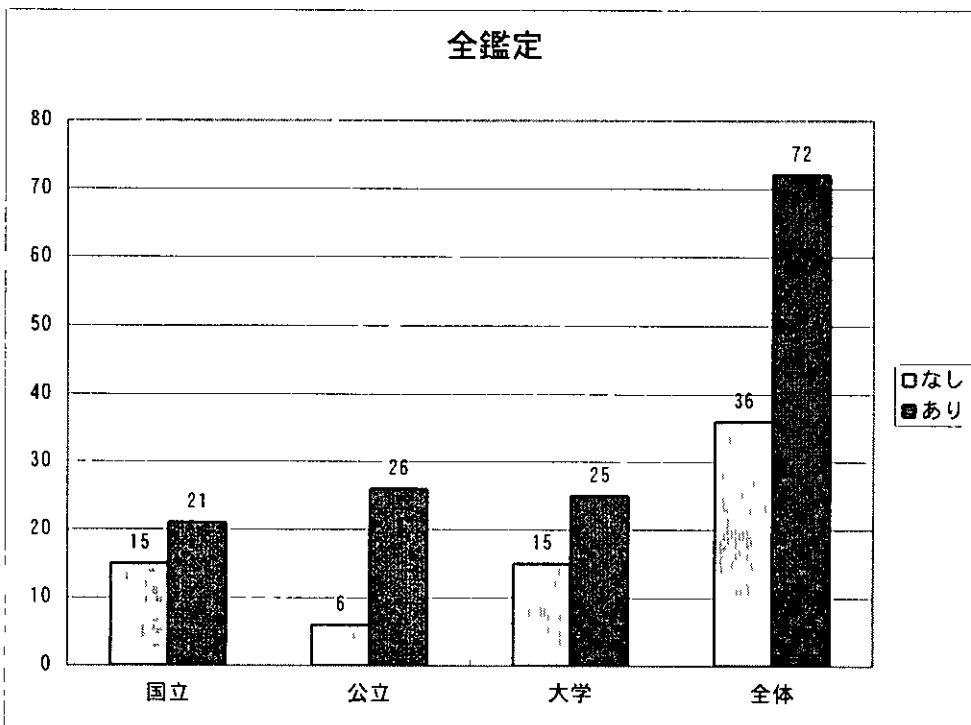


図5

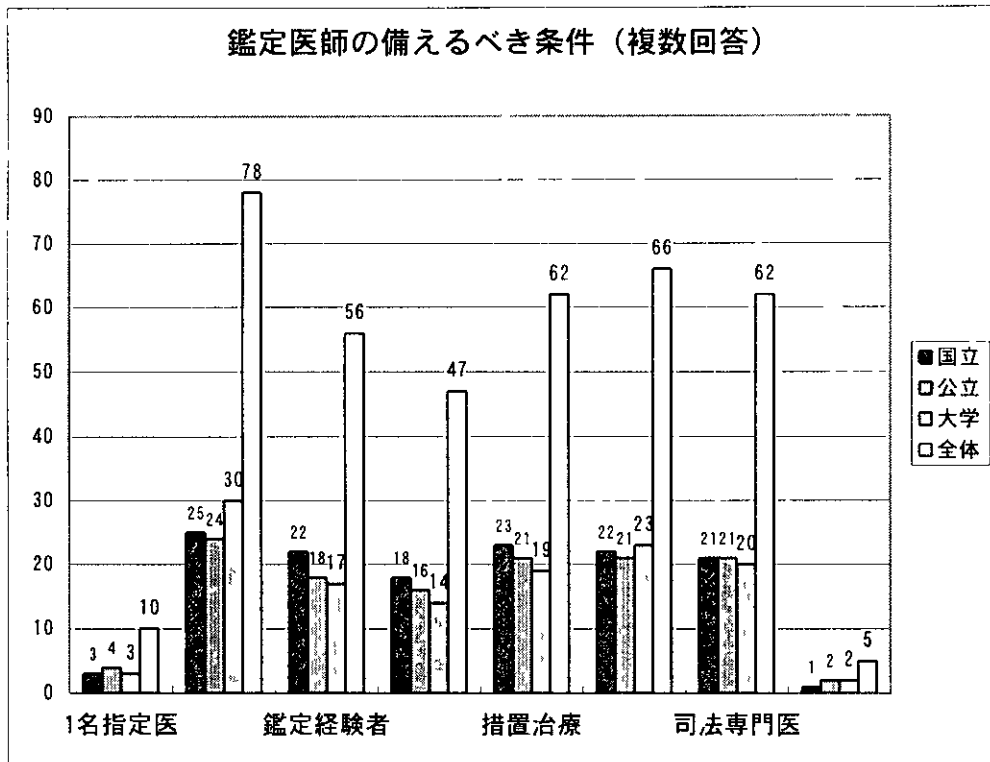
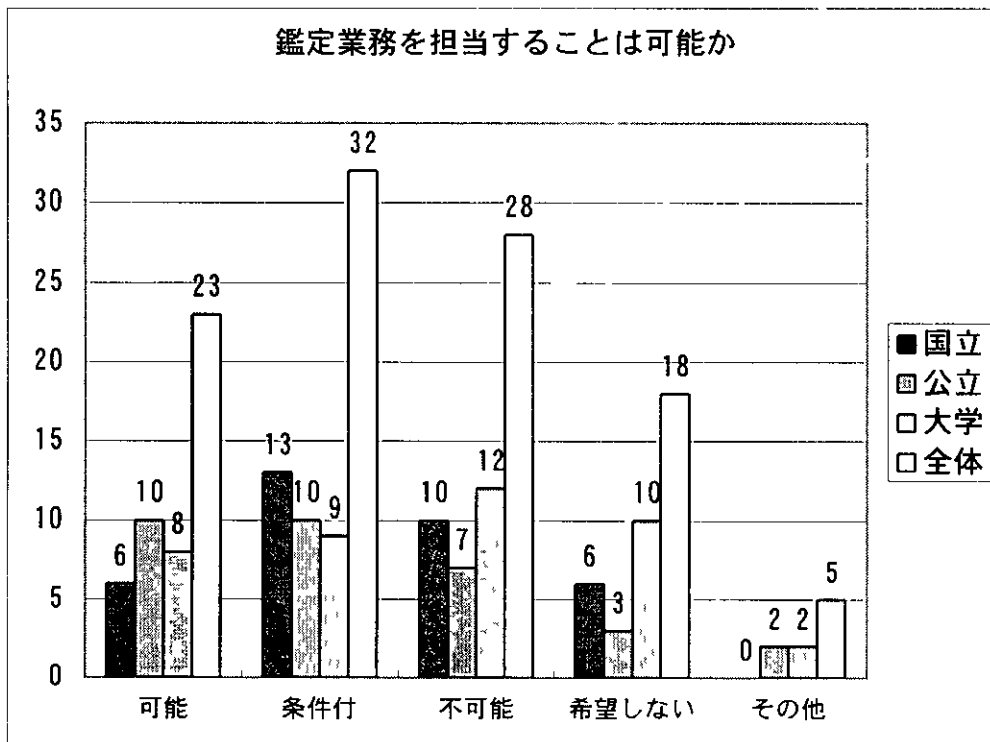


図6



- 精神保健法29条の鑑定経験
- 措置入院の治療経験
- 所定の精神鑑定研修を受講した者
- 司法精神医学専門医制度（新設するとして）を受講した者
- その他（ ）

2 施設の条件

- 臨床心理士 不要 要
- 精神科ソーシャルワーカー 不要 要
- 検査態勢は（血液検査 生理学的検査 画像検査 その他） 不要 要
- 専門施設 不要 要（内容 ）
- その他（ ）

3 医療観察法の治療必要性の鑑定と評価

- 鑑定や評価はそれぞれの精神医学的専門性で判断すべき
- 鑑定と評価に関するガイドラインを作成し、それに参考にする
- 鑑定と評価に関するガイドラインを作成し、それに従う
- 現行の精神保健福祉法の措置入院の鑑定方法や評価に準拠する
- 新しい方法論を採用する
- その他（ ）

4 先生の医療観察法での治療必要性の鑑定業務を担当することは可能か

- 可能
- 条件を整えて可能（具体的に、 ）
- 不可能
- 希望しない
- その他（ ）

5 医療観察法での治療必要性の鑑定業務の依頼

- 任意でその都度、裁判所より指定されて
- 鑑定センターを設置して
- 鑑定委託先を年度ごとに指名する
- 鑑定施設基準を設置して認可制にする
- その他（ ）

6 先生の地域で大学、国立、自治体立病院以外で刑事司法鑑定を既に積極的にされている施設があればお教え下さい。

ない

ある（施設名・連絡先など）

7 医療観察法に関する精神鑑定についてご意見があれば記載下さい。

資料 2

肥前 診療録 基本構造

【基本情報 A】

氏名 _____ 生年月日 _____ 性別 _____

住所 _____ 電話 _____

本籍 _____

保護者 _____ (家裁認定不要、あり-認定日 _____)

連絡先 1 (氏名 間柄 住所 電話)

連絡先 2 (氏名 間柄 住所 電話)

連絡先 3 (氏名 間柄 住所 電話)

家系図

法的情報

対象犯罪 _____ 発生年月日 _____

起訴 (なし、あり-無罪 執行猶予付き有罪) 決定年月日 _____

刑事責任能力 (心神喪失、心神耗弱)

起訴前鑑定 (なし、あり-鑑定人 _____)

起訴後鑑定 (なし、あり-鑑定人 _____)

審判所

地方裁判所

裁判官

精神保健審判員

精神保健参与員

審判決定 1 (入院命令 通院命令・再入院命令・終了) _____ 年月日

審判決定 2 (入院命令 通院命令 再入院命令・終了) _____ 年月日

審判決定 3 (入院命令 通院命令・再入院命令・終了) _____ 年月日

審判決定 4 (入院命令・通院命令 再入院命令 終了) _____ 年月日

保護観察所

担当保護観察所 1 住所・電話 _____

担当者 社会復帰調整官

担当保護観察所 2 住所 電話 _____

担当者 社会復帰調整官

指定通院医療機関

1 施設名 _____ 担当医名 _____

2 施設名 _____ 担当医名 _____

社会福祉

健康保険種別 _____

障害年金 (なし あり-種別 _____) 取得年月日 _____

生活保護（なし、あり-担当地 取得年月日 ）

担当者

指定入院医療機関

担当医師

担当精神保健指定医

司法精神医療センター長

担当 PSW

病棟看護師長

担当司法精神科看護師

担当看護師

関係スタッフ

臨床心理士

作業療法士

その他の援助者

担当弁護士

公的

私的

アドボカシー

昭会年月日

入院 入院年月日 退院 年月日

1 回

2 回

裁判所への報告（年月日）

報告予定日 報告内容・年月日 裁判所の決定内容 年月日

1

2

社会保障審議会報告

年月日 報告内容

1

2

その他の報告

年月日 報告書提出先 報告内容

1

2

【基本情報 B】

審判所提出の診断

主診断 (ICD-10)
重複診断 1 (ICD-10)
重複診断 2 (ICD-10)
重複診断 3 (ICD-10)

薬物 アルコール使用に関する情報

使用薬物 1 (薬物名 初回使用 乱用 急性中毒状態 依存 精神病状態 薬物関連問題)
使用薬物 2 (薬物名 初回使用 乱用 急性中毒状態 依存 精神病状態 薬物関連問題)
アルコール (初飲 乱用 酩酊 依存 身体依存 精神病状態 関連問題)

身体疾患に関する情報

身体合併症 1
身体合併症 2
身体合併症 3

禁忌に関する情報

薬物アレルギー
食物アレルギー
その他身体的 心理的禁忌

自傷 自殺に関する情報

自傷歴
自殺歴

犯罪歴に関する情報

(暴力関連) Cormier-Lang criminal history score Violent offenses
犯罪歴 (非暴力関連) 同上 non-violent offense

入院時リスクアセスメント指標

PCL-R 点数
HCR-20 点数
VRAG 点数

危険に関する情報

危険とされる行動の記録一覧(過去)

発生年月日	問題行動	状態	評価	対処
-------	------	----	----	----

衝動性 挑発を受けやすさの指標(入院時)

Novaco 点数
Barrett 点数
ICL 点数

〔臨床情報〕

①〔家族歴〕

家族歴 1（人柄、職業、病歴、犯罪歴）

父親 母親 祖父母 兄弟 配偶者 子供 その他

家族歴 2（患者との関係）

②〔生活歴〕

生育歴 生活歴（生育 経済 家庭 生活 就業 問題行動 その他）

養育歴

幼児期

学童期

思春期

青年期

成人期

発達歴

学歴と成績 学校記録よりの情報

義務教育

高等教育

その他

職歴 内容 期間 転職理由

結婚歴

未婚 結婚 離別（死別 離婚 その他） 再婚

宗教

海外渡航歴

③〔現在の社会環境の情報〕

家族関係

交友関係

経済状態

社会活動・関心事・趣味

社会福祉サービス歴 内容 期間

母子福祉

生活保護

その他

④〔犯罪歴・矯正処遇歴〕

犯罪歴（当該犯行）

犯罪歴（暴力関連）

犯罪歴（非暴力関連）

非犯罪的暴力の経歴（自他）

矯正処遇歴

⑤[薬物及びアルコール歴（物質使用歴）]

薬物（初回使用 乱用 急性中毒状態 依存 精神病状態 薬物関連問題）
アルコール（初飲 乱用 酩酊 依存 身体依存 精神病状態 関連問題）

⑥[精神科現病歴関連]

主訴 徴候（今回入院になった時点での犯罪や精神状態、エピソード）

精神科現病歴関連

現病歴

治療歴（入院・外来）

薬物療法歴（副作用歴も含めて）

隔離 拘束歴

性的発達歴 sexual history

人格傾向

診察時現症

外観・態度

気分

怒り

認知

集中力

対人関係 協調性

コンプライアンス

権威（裁判所・管理者など）への態度

対象犯罪に対する態度

被害者への態度

病気への態度（病識）

病院への態度

入院決定の理解（治療 罰）

将来の希望の有無

退院への希望

行動制限への反応

社会活動への関心

動機付け

薬物療法とその理解

睡眠状態

食欲

清潔の維持

精神徴候（別紙-精神症候学 北村 評価項目）

BPRS

GAS

⑦[身体疾患の病歴]

⑧[危険に関する情報]

危険とされる行動の記録一覧(観察期間中)

発生年月日	問題行動	状態	評価	対処
	危険を増幅する要素			
	精神症状と犯罪の関係			
	身体的暴力			
	言語的暴力			
	暴力の程度			
	危険を予告する徴候(前兆)			
	問題行動			
	性的抑制欠如			
	火への危険			
	自傷行為			
	離院の危険			
	衝動性 挑発を受けやすさ			
	Novaco 点数			
	Barrett 点数			
	ストレス状況への対応能力 耐性			
	PCL-R 評価項目 点数			
	HCR-20 評価項目 点数			
	VRAG 評価項目 点数			

⑨[初診時の評価]

診断

発達上の評価

人格評価(ASPD、精神病質傾向)

身体合併症評価

リスクアセスメント

治療の要 不要

治療可能性の有無

リスクマネージメント

入院ゾーン

行動制限

観察レベル

看護レベル

【次回 CPA 会議までの目標（予定 年月日）】

総合評価

治療

看護

心理的介入

社会的介入

リハビリテーション計画

資料 3

肥前 データベース初期

【基本情報 A】

B1 性

男 女

B2 年齢

_____才

B3 言語理解

問題なし 困難あり 通訳/代弁者要 不能 不詳/不明

A〔臨床情報〕

①〔家族歴〕

F1 血族の障害

なし 器質性/症候性障害 精神作動物質による精神・行動障害
分裂病、分裂病型、妄想性障害 感情障害 神経症、ストレス性、心身症性障害
身体病による行動異常 人格行動障害 精神遅滞 発達障害 その他の精神障害
不詳/不明

F2 父親の職業

該当なし フルタイム職業 パートタイム職業 季節職業 家業
主婦/夫 専門教育中/再訓練中 保護雇用 無職 就業不能 その他

F3 父親のアルコール乱用

なし あり 不詳/不明

F4 父親の薬物乱用

なし あり 不詳/不明

F5 父親の逮捕歴

なし あり 不詳/不明

F6 父親の精神科治療歴

なし あり 不詳/不明

F7 母親の職業

該当なし フルタイム職業 パートタイム職業 季節職業 家業
主婦/夫 専門教育中/再訓練中 保護雇用 無職 就業不能 その他

F8 母親のアルコール乱用

なし あり 不詳/不明

F9 母親の薬物乱

なし あり 不詳/不明用

F10 母親の逮捕歴

なし あり 不詳/不明

F11 母親の精神科治療歴

なし あり 不詳/不明

親子関係

F12 父親患者間

特記なし 過度に依存した関係 希薄な関係 敵対関係 不詳/不明

F13 母親患者間

特記なし 過度に依存した関係 希薄な関係 敵対関係 不詳/不明

②〔生活歴〕

生育歴・生活歴（生育・経済 家庭 生活 就業・問題行動・その他）

L1 双生児/多胎児

なし あり 不詳/不明