

の必要性は入院の理由が希薄であることをもって通院とするべきではなく、積極的に通院による医療の必要性について根拠や理由をもって述べることが求められる。

モデル鑑定書は医療観察法による鑑定をする際の一助となるべきものであり、鑑定医の自由裁量を妨げるものではない。今後、実際の医療観察法による鑑定が始まれば、個人情報への十分な配慮を行ったうえで鑑定例集の作成も検討すべきである。

## 資料 1

### 医療観察法モデル精神鑑定書<sup>1</sup>

鑑定人 ○○○○

#### 1. 緒言<sup>2</sup>

嘱託裁判所 ○○地方裁判所

嘱託期日 平成○○年○月○日

対象者 ○○○○ 生年月日

処遇事件名 傷害致死（別紙 1 記載の対象行為につき、医療観察法 3 3 条による申立て）

嘱託事項<sup>3</sup>

- ・ 精神障害者であるか否か
- ・ 医療観察法による治療の必要性の有無と治療処遇に関する意見
- ・ 現在の精神状態
- ・ . . . .

鑑定期間 平成○年○月○日から○月○日まで

鑑定入院場所 ○○病院（精神科病棟）

鑑定人は本件に関する記録を精査し、入院させた対象者の精神、身体の状態を検診し治療しながら医療観察法による医療の必要性に関して鑑定をおこなった。臨床心理技術者○○○○、精神保健福祉士○○○○、作業療法士○○、担当看護師○○○○、病棟看護師長○○を助手として鑑定を行った<sup>4</sup>。実母○○○○の立ち会いで自宅を視察し聴取をおこなった<sup>5</sup>。○○病院のカルテを見聞する機会を得た<sup>6</sup>。

以上の資料を参考として本鑑定書を作成した<sup>7</sup>。

#### 2. 鑑定主文<sup>8</sup>

##### 1) 医療観察法による治療必要性和治療処遇の意見

対象者は妄想型統合失調症に罹患しており、被害妄想に基づき対象行為にいたった。対象者の暴力傾向は持続しており、社会復帰を阻害している。統合失調症には、抗精神病薬など有効な治療手段があることから、対象者には治療反応性がありこの法律による医療が必要である。病識がなく、治療への同意が得られておらず、通院による医療は困難であり

<sup>1</sup> 目次をつけると読みやすい

<sup>2</sup> 緒言は定式化し箇条書とする。対象行為は送致状など被疑事実の添付や記載をするほうがよい

<sup>3</sup> 裁判官や精神保健審判員より特に指示された事項があれば意見を述べる

<sup>4</sup> 鑑定に関与した多職種のスタッフを記載するようにする

<sup>5</sup> 家族などの情報は社会復帰調整官が調査することが多いが、鑑定でも側副情報として重要である

<sup>6</sup> 鑑定で他の医療機関や学校記録などの側副情報をどのようにして得るか裁判所に相談する。鑑定入院の情報だけで判断することが困難な場合もあるが、最終的には精神保健審判員が情報を得ることができればよく鑑定書に全て盛り込む必要はない

<sup>7</sup> 面接・心理検査・身体検査・家族や関係者の面接などの日時をつけるのが望ましい

<sup>8</sup> 鑑定主文は極く短い結論のみとし、その他の説明は「鑑定経過」に記載した方が理解しやすい

入院による処遇が必要と判断する。

## 2) 現在の精神状態

対象者は被害妄想、迫害妄想(宗教的)、妄想知覚、誇大妄想、対人関係の敏感さを有しており、対象行為を行った際の精神障害が持続している。これらの状態に病識はなく治療に関しても拒否的である。対象行為への内省も被害的な曲解(暴走族が来て義父を殺した)により得られていない。自己中心性や被害感情が強く、暴力被害に関する共感性の乏しさを認め、易怒性も高い。

## 3) その他参考事項<sup>1</sup>

鑑定中も母親は小遣いを持参するなど治療に協力的で、対象者の症状が安定し家族への適切な援助があれば社会復帰は早期に実現する可能性がある。

## 3. 鑑定経過

### 1) 対象行為<sup>2</sup>

対象者は平成〇〇年〇月〇日義父に対する傷害致死罪。平成〇〇年〇月〇日に〇〇センター〇〇〇〇医師による起訴前鑑定が行われ、同年〇月〇日心神喪失により不起訴処分となり、医療観察法第33条による申し立てが行われた。

### 2) 家族歴<sup>3</sup>

対象者の実父の〇〇〇〇は大正〇〇年〇月〇日生れで、昭和〇〇年(〇〇才)に〇〇県で死亡した。

母〇〇〇〇は昭和〇〇年生まれで、現在〇〇歳で〇〇市〇〇に住む。

母は昭和〇〇年に父の〇〇と結婚したが、昭和〇〇年に離婚した。

父は昭和〇〇年に再婚した。継母は〇〇(昭和〇〇年生まれ)である。

母は昭和〇〇年に〇〇〇〇(大正〇〇年生まれ)と再婚した。

兄の〇〇〇〇は昭和〇〇年生まれで、〇〇大学を卒業後して中学校教諭をしていたが、昭和〇〇年(〇〇才)の時に統合失調症を発病している。

異父兄弟の弟の〇〇〇〇は昭和〇〇年生まれで、現在は母親と一緒に自営業をして現在に至る。精神障害の既往はない。

異母兄弟は〇〇(昭和〇〇年生まれ)、〇〇(昭和〇〇年生まれ、現在〇〇県在住)がいるが交流はなく詳細は不明である。

<小括><sup>1</sup>

<sup>1</sup> 裁判所より指示のある場合は、それに関する鑑定意見を述べる。鑑定中に本来の責任能力に鑑定人として疑義を持つ場合は、その意見を裁判官ないし精神保健審判員に連絡し改めて鑑定事項の指示を得る

<sup>2</sup> 対象行為は簡略に記載するが、長文のものは送致書などをコピーし添付する

<sup>3</sup> 家族歴や生育・生活歴は状態の評価や病歴に重要でなければ簡略でよい。必要事項を簡条書きとしてもよい。発達障害を念頭に置く場合は詳細にならざるを得ない

- ①実父は回避型か依存性人格障害の傾向を有するが狭義の精神病はない。
- ②兄は統合失調症で現在も治療を受けている。暴力傾向はない。
- ③実母はしっかりして生活や家族を支えてきた。対象者の暴力行為や異常な生活も病  
気と理解して生活費を援助していた。
- ④異父弟に精神障害はなく、対象者への直接的な援助は行わないが、母親の相談に乗  
っていた。

### 3) 生育歴・生活歴<sup>2</sup>

昭和〇〇年〇月〇日に〇〇で出生した。出産は正常分娩で大きな発育上の遅れやトラブルはなかった。母の記憶では抱いた時に抱きついてくるのが少ない子供だったという。

〇才より〇〇幼稚園に入園したが、一人で遊んで皆に交わらないと保母より言われたと母は記憶している。衣服をきちんとするなど几帳面で気が済まない面があった。

父は仕事を好まず、財産を賭け事や株で失い生活を維持することができなかった。母が対象者〇歳の頃に家を出て父と離婚した。兄と対象者は父親に引き取られた。実父は直ぐ再婚し継母の〇〇に養育された。

昭和〇〇年に〇〇小学校に入学している。小学校時代の成績は普通。

昭和〇〇年に〇〇中学に入学した。

昭和〇〇年に父の転居に伴い、〇〇中学に転校した。

昭和〇〇年に父親の生活が苦しく、進学も出来ないことから、兄と実母を頼って家出した。これをきっかけに再婚している実母が養育するようになり対象者兄弟を義父は引き受けた。

義父は〇〇宗の熱心な信者で、対象者もその活動に参加していた。宗派内部の対立によって義父と対象者は対立した。実母と義父は小さな食料品店をして生計を立て、経営が苦しくなると実母はマッサージ師をするようになった。

昭和〇〇年〇〇県立〇〇高等学校に入学した。非行歴はなかった。

昭和〇〇年同校を卒業し、在校していた時からのアルバイト先で働きながら進学を計画したが断念して、昭和〇〇年頃より〇〇に就職し営業職についた。3年間ほど勤務した。勤務を始めたときには、仕事もでき上司の評価も良く、「宴会部長」と言われていたと実母は記憶している。宗教活動に熱中して仕事を無断で休み、経理課や倉庫にまわされたことや、兄の発病に影響されてショックを受けていたことが重なり、仕事を辞めて、突然失踪し保護された〇〇駅で混乱した状態となり、昭和〇〇年に〇〇病院に初回入院した。

昭和〇〇年に〇〇病院を退院した。退院後はアルバイトをしていたが、昭和〇〇年〇〇月より朝早く起きられず、夜遅く帰宅するようになった。兄が入院して治療を受けていた〇〇保養院に昭和〇〇年より通院して服薬して仕事にも就いていたが、両親や兄へ怒鳴ったり暴力を振るうようになり、昭和〇〇年に〇〇保養院に入院した。平成〇〇年〇〇月まで入院を3回はさんで通院していた。退院している間はアルバイト程度の仕事をしていた。

<sup>1</sup> このほかの項目でも箇条書きの小括を入れると分かりやすい

<sup>2</sup> 生活歴などは社会復帰調整官からも情報が得られる。鑑定書では箇条書き程度で簡単にし、必要があれば裁判官と審判員が協議して追加書面または口頭での追加説明を求める。また最近の生活(対象行為6ヶ月前など)に関して別項として詳細に触れ問題を明確にする

怒りっぽく、食事の不満、一番フロに入るとこざわり、外来でも身勝手に刺激的な言動が目立つようになっていた。

平成〇〇年にタバコの火の不始末が原因で自宅が火災となり、この時に警察に保護されて〇〇病院へ入院した。〇〇病院を退院した以降は仕事には就かず、同じ家屋に仕切りをして顔を普段は合わせないようにして生活し、実母が3000円/日を所定の所において渡していた。

平成〇〇年に〇〇病院から〇〇病院に転院し退院後2ヶ月も間をおかずに、暴行事件で〇〇病院に措置入院した。平成〇〇年に〇〇病院を退院した後、今回の事件のあった平成〇〇年〇月〇〇日まで精神科には通院も入院もせず、服薬はしていなかった。

暴行事件で逮捕されたのは1回であるが、近所で何度も暴行を起こしていたことが知られている。近所の工事現場で音がうるさいと因縁を付けて瓦修理で屋根に登っている人を引きずりおろしたり、酒屋で空瓶を整理している人に暴力を振るったりなどがあった。家族、特に義父に対して執拗な暴力行為があった。身体的な暴力に加え、威嚇したり言葉による暴力、壁や戸を叩いたり物に対する暴力に至っては毎日のようにあったと実母は述べている。対象者は暴力行為を認めるも、家族や周囲の関係者の述べることと大きな開きがあり暴力を軽視する。対象者と両親は出入り口を別にして直接生活を共にすることはなかった。対象者は食事と一緒にすることはなく、仕事もせず、生活費は母親に依存して、「金は何時かは返すつもり」と述べながら、その生活が10年たつ。夜に家に戻るだけで、対象者によると古物商をする目的で骨董屋を回ったり、調べ物をする目的で図書館を回ったりして過ごしていたという。

#### <小括>

- ①生活歴を分けると、両親の離婚までの時期（〇-〇才）、実父との生活の時期（〇-〇才）、実母に引き取られてから高校を出て働いていた時期（〇-〇才）、発病して入院を繰り返していた時期（〇-〇才）、最後に退院して独特な生活をしてきた時期（〇才から現在まで）に分けることが出来る。
- ②〇-〇才：発達に大きな問題はないが、一人遊び、執着傾向、反応が一方的などの傾向は伺える。
- ③〇-〇才：大きな破綻はなく過ごしたが、父の無能力により生活が困窮し継母の実家である〇〇市に移り住み、母が再婚して住んでいた〇〇に近くなった。対象者は実父や継母には悪い感情はなかった。
- ④〇-〇才：兄に連れられ実母の所に身を寄せて、高校に進学し就職していた。大きな非行歴はなく、学生時代はアルバイトをし就職しても適応していた。
- ⑤〇-〇才：兄の発病に続く不安、宗教へのめり込み、仕事の葛藤などを契機に不安定化して発病し初回入院となる。入院体験は本人の意志に反する入院で1回目の入院以降、状態が不安定化する〇才頃より暴力親和性が顕在化してきた。特に義父や兄への暴力であるが、入院中は他の患者や職員などにも暴力的となっていた。その背景には自己中心的で過敏で被害的な受け止めがあった。〇〇病院に受診していた頃は通院を自らしており、転々としながらもアルバイト程度の仕事をしてきたが、平成〇〇年に火災を出して〇〇病院に入院して以降、全く仕事もせず大半の期間は入院をしてい

た。

- ⑥〇才から現在まで：仕事もせず、医療機関にもかからず、暴力傾向は続いていたが警察沙汰になるほどはなく、ないしは家族が忍従し住み分けて警察沙汰を回避していた。経済的には母からの援助で生活していたが感謝することもなく、独特の生活を送っていた。
- ⑦生活を振り返ると、幼児期に発達障害を疑うかすかな情報はあるものの、その後は発病とされる〇才まで精神的な問題や特異な生活ぶりには気づかれていない。発病し入院を境に暴力傾向は強まり、特に〇歳以降は頻繁に起こり自己中心性や過敏性、被害感情が形成されてきた。客観的には異様な生活であるが、対象者自身は「仕事（骨董）をしている」「宗教活動をしている」「人生の目標に向かっていく」などと考え、対象者自身と周囲の認識に大きな隔たりを有する。現実性の乏しさと、対象者の持つ非現実的な思考から由来すると考えられる。
- ⑧宗教は対象者の行動や思考の傾向を理解（説明）する大きな要素である。

#### 4) 既往歴<sup>1</sup>

特記すべきことなし。

#### 5) 薬物歴。飲酒歴<sup>2</sup>

特記すべきことなし。

#### 6) 現病歴<sup>1</sup>

〇〇病院に入院したのは昭和〇〇年〇月〇日より昭和〇〇年〇月〇日で、診断は心因反応で詳細は不明である。退院後の通院はしていない。

〇〇保養院には昭和〇〇年〇月〇日に初診し診断は精神分裂病。入院期間は以下の通りである。入院形態は同意入院（現医療保護入院）。

昭和〇〇年〇月〇日より昭和〇〇年〇月〇日

昭和〇〇年〇月〇日より昭和〇〇年〇月〇日

昭和〇〇年〇月〇日より昭和〇〇年〇月〇日

外来も初診の昭和〇〇年〇月〇日より平成〇〇年〇月〇日まで入院をはさんで定期的に通院していた。

〇〇病院の入院歴は下記の通りである。

平成〇〇年〇月〇日から平成〇〇年〇月〇日

平成〇〇年〇月〇日から平成〇〇年〇月〇日

平成〇〇年〇月〇日から平成〇〇年〇月〇日

平成〇〇年〇月〇日から平成〇〇年〇月〇日

〇〇病院には平成〇〇年〇月〇日から同年〇月〇日まで入院。診断は精神分裂病。

〇〇病院には平成〇〇年〇月〇日から平成〇〇年〇月〇日まで入院した。診断は主診断

<sup>1</sup> 身体的な疾患既往歴

<sup>2</sup> アルコールや薬物など物質使用歴は対象者に加え家族など側副情報を得て確認すべき

は精神分裂病で副診断は人格障害（分裂病性・反社会性）である。

平成〇〇年に〇〇病院を退院後は、事件の起こる平成〇〇年〇月まで医療機関にはかかっていない。

事件後の平成〇〇年〇月〇日に〇〇〇〇医師による簡易鑑定が行われ、妄想型統合失調症と診断された。宗教妄想による主張を繰り返して自己中心的で、注意すると喧嘩腰で自分の主張を繰り返し、些細なことで立腹した。他人の行動を自分に関係づけて「わざとしている」と訴え被害妄想を認め、犯行も義父がお湯を止めたと被害妄想に基づき攻撃した結果である。

<小括>

- ① 疎通性の悪さ、自己中心性、暴力傾向、外罰性、同じことを繰り返す、孤立した生活、人の交わりの少なさ、独特の固い表情などは共通して記載されている。人格面での偏りは著しく、自己中心性などの認知面や、感情の不安定さ変化のしやすさ、孤立し他と交わることが出来にくい対人関係、容易に看護者や患者へ暴力に及ぶ衝動性などが特徴である。
- ② 診断は初回〇〇病院では心因反応、それ以外は精神分裂病（統合失調症）と診断されている。〇〇保養院の診療録には被害妄想の記載があるが、具体的な妄想内容には言及がない。自閉傾向、孤立という陰性症状が主である。治療は統合失調症と診断して薬物療法が行われ、薬物療法への反応は〇〇保養院では認められ、他の病院では明確ではない（後ほど対象者が語るに、〇〇保養院以外では入院中もスタッフに見つからないように薬を捨て服薬をしていなかったという）。
- ③ 暴力行為や医師や看護師に対する暴力は被害感（被害念慮ないし被害妄想）に基づく。

## 9) 犯罪歴<sup>2</sup>

- ① 昭和〇〇年〇月〇日 業務上過失傷害 〇〇簡易裁判所 罰金 1 万円
- ② 平成〇〇年〇月〇日 窃盗（自動車） 〇〇検察庁 起訴猶予
- ③ 平成〇〇年〇月〇日 暴行 〇〇検察庁 起訴猶予

## 10) 対象行為前後の精神状態<sup>3</sup>

昭和〇〇年頃に妄想型失調症を発病した。昭和〇〇年頃より暴力的な傾向が強まっていた。家族特に義父や兄に向けられていたが、過敏で些細なことに被害妄想的となり、馬鹿にしたと言っては暴力行為に及ぶようになった。

事件の〇年をみても家族（実母、弟）よれば、頻繁に身体的暴力行為が義父あった。

---

<sup>1</sup> 現病歴は審判員の指示があれば更に詳細に記入すべきである

<sup>2</sup> 社会復帰調整官の記録に委ねてもよい。ただ過去の他害行為時も精神疾患の影響を受けていたかなどの検討を要する場合もある

<sup>3</sup> 「鑑定中の面接」で信頼しうると考えられた対象者の供述について、その旨を明示したうえで織り込んでいく。幻聴の有無や過去の精神科治療に関する理解や捉え方が、他害行為の動機や経緯など、対象者がこれまでの取調べとは異なる場合もあり聴取した内容が記載されていると参考になる

事件〇年前（平成〇〇年）ごろより暴走族が信仰や修行を邪魔する、家を追い出そうとしている、そのためにバイクの騒音を立てているとの妄想が存在していた。お経をあげるとバイクの音がして邪魔が入ると訴え、それに抗してお経をあげ、途中で小便がしたくなるとペットボトルに用を足し、それを100本以上も部屋に放置するなど常軌を逸した行動や、暴走族に投げるつもりと2階から道路にガラスピンや玉子を投げている。

古代史に関する能力があることが分かったと感じ、「古代史に関する新しい発見をした」と確信している。これで卑弥呼のなぞや邪馬台国の存在を実証できるというもので、古代マニアにありがちな空想ともいえるが、「古代史に関する能力を確信する」など妄想思考の傾向が強い。

事件〇ヶ月前よりフロに張るお湯が出ないのは義父がタンクのバルブを閉めてお湯が出ないようにして対象者に意地悪をしていると確信した。

事件当日対象者は、義父らが対象者の度重なる暴力のために嚴重に鍵をかけていた窓を壊して侵入し、暴力をもって責め立てた。暴行直後は死でいなかったと、自分が立ち去った後に他の者が侵入し殺害したと犯意を否認している。対象行為時は易怒的で逮捕時は「言動は粗野で、目はうつろでそわそわしており、いきなり座り込んだり、急に立ち上がったたりするなど落ち着かない様子で、また警官に殴りかかる素振りを見せ、いきなり自分の身体を壁にぶつけるなど常人とは明らかに異なる行動を示した」と情緒不安定だった。

#### 1 1) 現在症<sup>1</sup>

##### (1) 身体所見

理学所見に異常はない。

##### (2) 精神現症

意識は清明。疎通性に関しては当初は警戒して話を回避する傾向が見られ、馴染んでくると鑑定を担当する医師にはよく話すようになっていた。こだわりが強く、看護師には語気荒く一方的で訂正が効かない要求が見られた。

記憶は正常で事件に関する記憶は正確である。

気分変動（うつ・躁気分）は認められないが、激しやすく、些細なことで他の患者や看護師への攻撃的な言動が見られる。

意欲は低下し、言葉で表現をするものの実際は動くことができず、不潔で体臭が漂う

知覚は音に関しては敏感で、様々な音に敏感に反応している。妄想知覚を有し、音に関係づけ被害的となり、音により行動が容易に中断される。幻聴などは否定するが、自宅にいる際には暴走族が沢山来て家の前を大きなバイクの音を立てて往来するのが聞こえるという。これらが幻聴や妄想着想と思われる。

思考にも過敏性が認められており、関係妄想や被害妄想（馬鹿にしている）があり、敏感関係妄想による妄想形成や発展を認める。暴走族に迫害されているとの宗教に関連した体系だった迫害妄想を認める。自らの能力に関して誇大的な評価を有しており誇大妄想が

<sup>1</sup> 現在症は審判員の指示により詳細な記載を求める場合がある。また検査名を付記して記載する場合がある



存在する。

知的水準は正常で、むしろ利発。

人格傾向は自己中心的、自己愛的な傾向が顕著である。孤立的で家族には拒否的、他の人々と交わらず、ほとんど孤立した行動を取る。性的な経験もなく女性に関する興味も表現しない。易怒性や攻撃性、それに基づいて喧嘩や暴力性の傾向が見られる。親しくなると自らのことを語るに饒舌である。自らの能力には過信が見られる。共感性の欠如が見られる。誇大的に語るも現実場面では何も手が出ず人間関係や社会との関係を回避している。

表情は独特で、固い表情であるが、眉毛を上げ下げし渋面して目を見張っている。不眠なく、身体的な不調感もない。

態度はいつも尊大であるが、親しくなると笑顔もあり、態度も和らぐ。

### (3) 鑑定中の治療<sup>1 2</sup>

鑑定入院中はリスペリドンなど抗精神病薬を処方するが、拒否が強く服用せず。敢えて注射などの強制投与は行わなかった。対象者の訴えに傾聴することを中心とした支持的精神療法を行った。入院して1週間は観察のために隔離室で状態評価を行い、その後は徐々に行動制限を緩めて個室で経過をみた。

### (4) 臨床検査<sup>3</sup>

臨床検査より、身体的な異常は認めない。

### (5) 心理テスト<sup>4</sup>

心理テストと面接時の状況を総合すると、以下のように総括される。

被検者は知的に高く、思考は迂遠だが明らかな障害とまでは言い難い。心理テストでは明らかな認知の歪曲は見出せなかった。しかしながら誇大感、現実感のなさ、自我境界の弱さが特徴として挙げられる。

文章完成法や面接時の発言に見られたように誇大感が強く、現実感に欠ける。特に暴走族に狙われているという話題になると妄想的になり、現実判断が破綻してしまう。「こう言う妄想と思われるかもしれませんが」と自分の話がおかしいことをある程度認識できるが、内容を修正したり隠蔽するまではできない。また被検者は誇大感が強い一方で自己への内省が乏しく、自己意識が極端に低い。術学的で、他者へアピールしようという意識が強い割に、自分自身について考えることがなく、実際自分が他人にどう映っているかに

<sup>1</sup> 医療観察法による鑑定は治療しながらの鑑定である。治療の範囲に関しては最低限度とする意見と急性期治療として積極的に実施すべきであるとする意見がある。実施した治療に関しての詳細を記入し、その反応性を評価する。総合的で心理社会的な治療はいずれにしても医療観察法の処遇が決定してから始まるのは論を待たない。

<sup>2</sup> 鑑定入院中の治療は治療必要性の判断に大きく関連するため、治療経過に関しては「退院時サマリー」を念頭に置いて記載する。

<sup>3</sup> 血液検査だけでなく、MRI や CT など画像診断や脳波などの検査を充分出来ることが望ましい。但し、検査のために他病院を受診する必要がある場合は日帰りでは施設独自の判断でも可能とされているが、おおむね裁判所の意見を聞いてから実施すべきである。この場合は移送は鑑定入院医療機関が行う。

<sup>4</sup> 詳細なローデータを必要とする場合は、予め審判員より指示を受ける。また必要であれば、そのデータの追加報告を裁判官及び審判員が求めることができる。

については無頓着である。

被検者は一見警戒心が高そうであるが、ロールシャッハに見られたように、外界の情報を精査して自己を防衛しようとするのは少なく、むしろ一旦隠そうとしたことも隠し通せない、ガードの弱さが目立つ。これは自我境界の弱さと考えられ、他から影響されやすい、被検者の脆さである。

#### 4. 共通評価項目による評価<sup>1</sup>（評価期間平成〇〇年〇月〇日－〇〇年〇月〇日）

##### 「精神医学的要素」

#### 1) 精神病症状 評価：2＝明らかな問題点あり

- ①妄想的思考内容：暴走族に迫害を受けている、宗教的な迫害を受けている、古代文明を解明できているという誇大妄想、周囲の動きや音に意味を感じる（妄想知覚と着想）など奇妙な考えを表明し、事件でもお湯が出ないのは重義父による迫害と強度にこだわる。奇妙さ奇怪な思考内容、思考狭窄、確信や理論、妄想性の曲解が見られる。特に対象が明確な関係妄想。
- ②幻覚に基づく行動：バイクの音などへの過敏性より、幻聴体験。そこから妄想的な曲解が始まる。
- ③不適切な疑惑：他者からの悪意や妨害または差別待遇があるという確信。関係・迫害妄想まで含める。
- ④誇大性：過大な自己評価、優越感、異常な才能、自然的能力、使命についての妄想的確信。

#### 2) 非精神病性症状 評価：2＝明らかな問題点あり

- ①怒り：不適切にかんしゃくを起こし、他者に対する敵意、軽べつ、憎悪の表現。
- ②感情の平板化：著しく汚くしていても平気で生活している。

#### 3) 自殺企図 評価：0＝問題なし

##### 「個人心理的要素」

#### 4) 内省・洞察 評価：2＝明らかな問題点あり

- ①何の反省も示さない：当該他害行為に対する責任を感じていない。自分が起した行為ではなく他に真犯人がいると信じている。
- ②過去の暴力的な行為を無視し、自分の暴力行為に注意を払わない。自分の暴力行為をたいしたことではないとみなす。
- ③病識のなさ：自分の精神疾患を否認する。精神疾患と他害行為との関連も認識しない。

#### 5) 生活能力 評価：2＝明らかな問題点あり

- ①整容と衛生を保てない：衣服が汚いあるいはぼろぼろ。外見が汚い。
- ②金銭管理の問題：母親に一方的な援助を10数年求めて来た。
- ③家事や料理をしない：寝る場所が散らかっている。台所や共用場所を散らかったままにする。自分で片付けない。掃除、洗濯やゴミの分別が出来ない。
- ④安全管理：火の始末、戸締りが出来ない。

<sup>1</sup> 共通評価項目による評価や評点方法について具体的な形で明らかにする。検査用紙のコピーを添付してよい。裁判官と審判員の間で共通認識が得られるようになれば不要である。

- ⑤コミュニケーション技能：困難な状況で助けを求めることが出来ない。
  - ⑥社会的引きこもり：故意に他人との接触を避ける。グループ活動に入らない。
  - ⑦孤立：ほとんど友達がいない。集団の中においても他者との交流が乏しい。
  - ⑧生産的活動・役割がない：就労、地域活動などへの参加がない。
  - ⑨過度の依存性：自己中心的で暴力で要求する。
- 6) 衝動コントロール 評価：2＝明らかな問題点あり  
被害的になりピンを階下に投げるなど何か思いついたらすぐに行動してしまい行動の結果が自分や他人にどういう結果をもたらすかを考えることができない。先の予測ができない。

「対人関係的要素」

- 7) 共感性 評価：1＝軽度の問題あり  
他者の感情を理解することができず、自分の行為が相手にどのような影響を及ぼすか理解できない。他者の感情や他者への影響を知的に理解することはできても配慮しない。躊躇も罪悪感もなく他者を傷つける。自分の行動によって他人が被害をこうむっても済まないという気持ちは乏しい。
- 8) 非社会性 評価：1＝軽度の問題あり  
慣習を蔑視する態度：働く、収入を得るといった慣習に従った活動や場の有効性や価値を重要視しない。家族など特定の人を害する。
- 9) 対人暴力評価：2＝明らかな問題点あり 最後の観察日付（平成〇〇年〇月〇日）  
家族への暴力、特に被害者になった義父への暴力。

「環境的要素」

- 1 0) コミュニティ要因 評価：2＝明らかな問題点あり  
全く孤立しての生活。
- 1 1) 個人的支援 評価：1＝軽度の問題あり  
母親の支援は金銭的なもので 物質的“生活必需品を供給するための”。情緒的、正しい選択をするための助言をする関係には無い。
- 1 2) ストレス 評価：1＝軽度の問題あり  
経済的なストレス、住環境のストレス、疾病に関連する迫害感によるストレスがあり、また個人要因で音に敏感である。
- 1 3) 物質乱用 評価：0＝問題なし
- 1 4) 現実的計画 評価：2＝明らかな問題点あり
- ①病識も無く内省もないので治療プランについて対象者から同意がえられていない
  - ②住居について確保されていない。
  - ③生活費などの経済的問題がある。
  - ④緊急時の対応について検討されていない。
  - ⑤各関係機関との連携・協力体制が退院前より十分に機能しなかった。
  - ⑥退院後に対象者にとってキーパーソンとなる人は母親である。
  - ⑦地域への受け入れ体制、姿勢が十分であるかどうか

## 「治療的要素」

### 1 5) コンプライアンス 評価：2＝明らかな問題点あり

現在段階では病識がなく治療準備性はないが、過去〇〇保養院に通院した体験など将来は治療や介入により病識が出て問題の認知を得ることは可能と思われる。現在は治療へのモチベーションや自己への気づきもなく、治療へは拒否的である。対人スタイル評価では向犯罪的見方は顕著でないが、誇大性、衝動性、怒りへのモチベーションがあり、被害者への共感性などは乏しい。

### 1 6) 治療効果 評価：1＝軽度の問題あり

治療の効果とその般化については、薬物療法は効果が期待されるが、入院後も治療者に内緒で拒薬があるなどで状態の安定が得られないことがあった。生活援助や危機介入、心理教育による病識の獲得などは期待ができるが、管理下でなければ容易に治療より脱落する。治療プログラム内容の知識、対処スキルの獲得、対象者の信頼、犯罪性の理解、モチベーション、内省、院内処遇の失敗など人格要因で困難は予想される。

### 1 7) 治療・ケアの継続性 評価：2＝明らかな問題点あり

過去において治療モチベーションとコンプライアンスが維持することは困難だった。対象者の暴力を誘発するのを恐れるあまり、家族が治療への導入を回避してきたからである。病識の欠如と人格的な傾向が治療継続性の危険因子である。対象者がセルフモニタリングについて自覚し、そのことに関して周囲の助言をきくことができるかも重要でそのための地域チームを整えなければならない。対象者の症状悪化、もしくは不安定要因を治療者と十分話し合い、緊急時の対応が合意される必要があるが、これまでこのような介入はなされてこなかった。

## 5. 精神状態と考察

### 1) 医療観察法による治療の必要性の有無と治療処遇<sup>1</sup>

#### (1) 疾病性 診断<sup>2</sup>

妄想型統合失調症と診断される。発病は昭和〇〇年頃で初発当時は亜急性の発病により不安や混乱状態をきたして入院し、昭和〇〇年頃よりは被害妄想による暴力傾向が顕著になり入院を繰り返していたが、平成〇〇年以降は特異な自閉的生活により、薬物療法などを用いることなく安定が得られていた。平成〇〇年頃よりマンションが向かいに建設されるなど住環境の変化により被害妄想や、宗教に関係した迫害妄想（暴走族が対象者の信仰の邪魔をする）、自分の能力に関して誇大妄想（特別な能力がある）が増悪し、さらにケアをするために接触が増えた家族への被害妄想を悪化させていた。通行人などへも被害的となり物を投げるなどの行動が拡大していた。

#### (2) 疾病性 他害行為との関係<sup>1</sup>

<sup>1</sup> 主文にあげた結論にいたる考察を記載する。医療観察法に照らして治療の必要性を具体的な根拠を上げて述べる。疾病性と治療反応性、社会復帰を阻害する要因を過去の病歴、現在の状態と近い将来へのパースペクティブを含めて検討する。

<sup>2</sup> 診断は国際的に汎用されている ICD-10,DSM-4 を利用し、必要があれば従来診断を併記することもある。重複診断を必要とする場合は、これらの診断を全て記載する。診断をした根拠を明確にし、過去において、対象行為時において、現在その疾患がどのような状態にあるか意見する。

被害妄想により通行人へピンを投げる、壁や物にあたり大きな音を立てる、誇大妄想により自分の行動や発言を周囲の人が受け入れると思込み迷惑を省みない行動が認められる。家族が特異な自閉生活を容認することにより、他者とのトラブルは平成〇〇年以降は減じていたが、平成〇〇年頃より工事の騒音などによる住環境の変化により被害妄想が増悪していた。世話するため関与せざるを得ない家族（特に被害者である義父）に対しては、被害妄想による曲解により身体的暴力や壁を叩くなどの暴力行為などが顕在化していた。対象行為に際しても被害妄想に基づき義父に暴力行為を行った。

### （３）治療反応性<sup>2</sup>

妄想型統合失調症に対しては抗精神病薬など有効な治療手段はあると考える。平成〇〇年以降は入院しても服薬は充分していなかったし、平成〇〇年以降は治療を拒否したために未治療の状態であった。これまでの治療に関しては医療への不信感、強制入院への反発より治療的信頼関係が得られていなかった。治療導入が困難だったのは自己愛的・自己中心的で暴力的な傾向が人格変化として固まっており、家族だけの介入では治療に結びつかず治療抵抗性であったからである。過去の収容的な精神病院入院が暴力親和性を増したが、十分なスタッフと治療戦略をもって対応すれば妄想型統合症を改善させる可能性がある。治療と管理が明確な枠で示される環境により治療の効果が期待できる。

医療観察法という明確な法律的な枠組みがあれば対象者は治療的に接触をしやすいが、通常の病院の治療環境では容易に身勝手な行動拡大の要求とそれをコントロールするための医療者との葛藤が表面化する。医療観察法による治療関係では治療への導入が容易となり治療導入へ道を開く。

### （４）社会復帰要因<sup>3</sup>

対象者はこの間、家族への暴力行為が数多くみられ、その結果として義父を暴行の上死

---

<sup>1</sup> 他害行為を行った際の疾病と他害行為の関係を明らかにする。例えば人格要因で生じた他害行為で狭義の疾病とは関係のない場合は具体的な記載を行う。

<sup>2</sup> 治療反応性は治療に参加するかコンプライアンスは期待できるか、実際の治療効果及びその効果が汎化する可能性を評価する。現在の治療水準に照らして考察すべきで、かつ過去の治療経過や鑑定中の治療、またエキスパートコンセンサスとしての専門的な知見を総合して意見を具体的に記載する。

<sup>3</sup> 社会復帰を阻害する要因を全て記入する。最も考慮に入れるべきものは発端となった対象行為と精神疾患の関連である。病状の改善が困難である場合や、適切な支援がなければ容易に再発を繰り返す場合は、社会復帰が高度に阻害されていると判断する。

亡させている。対象者は、対象行為について、自分が起した行為でなく他に真犯人がいると信じ、責任回避的で自らの行為に対する内省がない。近くに実母や異父弟がおり、金銭や対象者の行動への介入など個人的支援が期待できる一方、支援による葛藤は高まり、暴力が再燃する可能性は高く、そのために社会復帰が困難となる。誇大妄想と迫害を受けているという被害妄想が存在して、宗教的迫害を受けている、暴走族による攻撃など広がっているなど被害感情が高まりつつあり、適正な治療的介入を行わなければ不特定多数への暴力行為の可能性は高まる。

## 2) 現在の精神状態について<sup>1 2</sup>

現在も妄想型統合失調症と診断される。また統合失調性人格変化により偏屈で自己愛的で自己中心的である。入院生活に慣れるに従い、同じ病棟内の患者の動きに敏感に反応して被害的となり威嚇するような大声が出たりする。精神科薬物療法は対象者の拒否により実施していないが、病院の環境が適度な自由と自閉性を保障しており妄想の発展はない。加えて鑑定目的とはいえ頻回かつ長時間の診察で、対象者の訴えを全て受け入れて聴取しており自尊感情も保たれ、妄想を否定されることもなく、葛藤は少なく、精神状態は安定している。被害妄想や誇大妄想という病識は一切ないが、事件の状況は理解しているが、真犯人が別にいると確信している。

身辺が不潔など生活能力も低下している。

## 3) その他

母親は医師の指示には協力的で、小遣いを持参したり、途切れている障害年金を再受給できるかなど、対象者の将来を案じている。しかし、過去に警察や保健所に依頼しても入院など適切な介入をしてもらえなかったため、退院するとまた治療を拒否し、自己中心的で暴力的行動が再現するのではと介護することを拒否している。弟は対象者に反感を持っているが、母親の相談に乗って消極的には協力する。

## 7. おわりに

先に述べた鑑定主文のように鑑定した。

平成〇〇年〇月〇〇日

鑑定人 〇〇〇〇 印

〇〇県〇〇

〇〇病院

<sup>1</sup> 鑑定は対象行為を行って1ヶ月かそれ以上経過していることが通常である。また鑑定中の治療に反応して改善していることも期待される。

<sup>2</sup> 医療観察法による治療が必要と判断する場合は、社会復帰阻害要因が大きく、入院治療すべきか、通院治療すべきかの根拠を明記する。漠然とした入院治療の必要性の証明では不足で、入院という行動制限が出来る環境での治療が必要な理由を銘記すべきである。

## 全体的な注意事項

1. 医療観察法の鑑定入院期間は、当初審判では鑑定及び審判を含んで原則2ヶ月と限りがあり、その鑑定書も相当に迅速(例えば1ヶ月以内)に作成されることが期待されている。裁判所・検察官・付添人も短時間のうちに十分な検討をする必要があるので、基本的には大部なものは避けるべきである。
2. 分かり切った事務的情報は省略すべきで、医療観察法の趣旨に鑑み、鑑定の前提となった事件の名称及び概要程度は記載すべき詳細である必要はない。
3. 鑑定主文を導き出した最終的な考察過程とそのための根拠となった資料を記載すれば足りる。最終的な意見に至るまでの試行錯誤的な考察や、最終的に判断材料として用いなかった細部的な資料については、その記載を省略する。例えば、最終的な考察結果と直接関係のない家族歴や生活史の細部、既往歴、薬物使用歴、身体合併症、身体測定の結果、心理テストの詳細、臨床的観察事項、鑑定入院中に行った治療内容等がこれに該当する。
4. 精神医療において一般的な事項は、処遇裁判所の合議において精神保健審判員が加わり、裁判官に対して専門的知識で意見するので、詳細な説明は不要であるが。しかし付添人や検察官も鑑定書の妥当性を検討する必要があるので、最低限の情報や論理の飛躍のない分かりやすさは担保する。
5. 緒言は鑑定の依頼日時・鑑定事項のほか、鑑定入院の場所・期間、対象者の面接・心理検査を行った日時、家族・関係者の面接を行った日時、身体検査や血液・レントゲン・脳波等の検査を行った日時、学校照会の有無、過去に通院した病院への診療経過の照会の有無、鑑定補助者の氏名・資格等を一覽的に示し、鑑定のための情報収集が十分かつ適正に行われたことなどを明らかにするための重要な記載と思われる。
6. 鑑定主文について医療観察法の医療必要性の有無と、有りとなれば入院によるか否かに関する意見を明確にする。鑑定経過で主文に至った経過を述べる。
7. 対象行為については概略を記載し、長いものは送致書のコピーを添付する。
8. 家族歴・生育歴・生活歴については、基本的な情報を記載する。生育歴、生活歴等について必要以上に詳細に記載すると、記載事実を巡り争点が不必要に拡大する恐れがある。
9. 対象者の最近の生活については、特異なもので、鑑定結果に影響を及ぼす事情と思われるものについては詳細に記載する。
10. 鑑定主文と無関係な既往歴、薬物歴、飲酒歴など鑑定において一般的に問題となりうる事項については、検討した旨を明らかにすべきであろうが詳細な記載は不要である。
11. 現病歴については、対象事件とあまりにも遠い過去の病歴については簡略に触れる程度に留める。
12. 鑑定における面接時の対象者の言動について、一問一答の記載は不要であるが、対象者の言動で、特に重要なものがある場合には、関係する検討事項の欄で適宜要約引用する。
13. 現在症について鑑定結果に直接影響するとは思われない身体所見、血液・肝機能・

心電図等の臨床検査結果，心理テストのローデータの詳細は不要で総括的記載で十分である。

#### 1 4 . 共通評価項目による評価について

「本法による治療適合性の判断根拠や基準をより検証可能にし，また治療が始まった場合には多職種チームでの評価や，入院・通院・再入院・処遇の終了などの様々な局面で継続した評価を行うために，共通評価項目を設定する。」としている。共通評価項目は結論だけでなく，その根拠にまで言及するほうが分かりやすい。



# 「触法精神障害者の治療必要性の判定に関する研究」

NHO肥前精神医療センター

分担研究者 平野誠

平成 16 年度研究報告書

## 3. 共通評価項目の改訂と評定者間一致度の検討

### 問題

本研究班は昨年度 17 項目と個別の追加項目からなる共通評価項目を作成した。この共通評価項目は 1 人の対象者に対して多職種が共通して評価するという意味において「共通」であり、また医療観察法の鑑定に始まり、指定入院医療機関、指定通院医療機関、また保護観察所や地域のサービスと対象者の治療段階ごとに一貫して評価するという意味でも「共通」である。さらに医療観察法に基づく医療を行う全国の施設において「共通」して評定するため、3つの意味で「共通」な評価項目となる。

さて、ここで共通評価項目が「共通」して使用されるためには、多職種が評定するためのマニュアルと研修が必要である。今年度本研究班では共通評価項目を評定するためのマニュアルを作成し、さらにそのマニュアルに基づいた評定の評定者間一致度を検証した。

### 研究 3-1 共通評価項目評定用マニュアルの作成

#### 目的

共通評価項目の解説とアンカーポイントを作成し、社会復帰要因<sup>1</sup>を多機関の多職種が測定する際に評定しやすくするとともに、各項目と社会復帰要因との関連性を明示する。

#### 方法

共通評価項目第 1 次案に解説とアンカーポイントを作成し、平成 17 年度に指定入院医療機関となる予定の 8 施設の代表と、肥前精神医療センターの多職種チームによる評定演習と討論を行う。これにより多機関・多職種で共通評価項目の共有をしやすくすることを意図する。

#### 結果と考察

平成 16 年 9 月 23 日～25 日の 3 日間にわたり、初年度に指定入院医療機関となる予定の 8 施設の代表と、肥前精神医療センターの医師・看護師・臨床心理士・作業療法士・精神保健福祉士の 5 職種を含む研究協力者会議を行った。会議で出された質問と意見を以下に挙げる。

- ① 各項目の得点は合計するのか？得点には意味があるのか？
- ② 各項目が独立した関係になっていないので評定しにくい。
- ③ 「0 = 問題なし、1 = 問題点あり疑う、2 = 明らかな問題点あり」となっているが、3 段階が等間隔になっていない。

<sup>1</sup> 平成 15 年度の報告書では共通評価項目を治療必要性の 3 軸のうち、「リスク」を評価するものとして提示した。しかしながら平成 16 年度、国会において厚生労働大臣が「リスク」という言葉は「対象者が危険であるという誤解を招くものとして用いるべきでない」と答弁した。そのため今年度以降「リスク」は勘案すべきでないものとし、医療観察法に基づく衣料におけるアセスメント対象から除外された。しかしながら共通評価項目がアセスメントの対象としているものは、対象者のリスクではなく、対象者が社会復帰するに当たって促進要因あるいは阻害要因となるものとして重要性が高い。よって共通評価項目の評価ターゲットとなる軸は「社会復帰要因」とされ、共通評価項目は改訂し、「社会復帰要因」を評価するツールとして使用が継続されることとなった。

- ④ マニュアルの中に解説と評価基準が混在している。分けるべき。
- ⑤ いくつかの項目には下位尺度が設定されているが、記録用紙の中でどの下位尺度が該当したか明示されない。
- ⑥ 「不安定要因」は多くのものを包含し、特に家族内の問題は「個人的支援」と「不安定要因」の両方に評価される。両者を分けるべき。

多施設の研究協力者から出された上記の意見を受け、上記①～⑥の点に対して下記のような対応を行った。

- ① 治療段階によって各項目の重要性が異なり、共通評価項目の結果を解釈する時に治療段階に従った重み付けが必要。そのため合計点は算出しないものとした。合計点を算出すると「何点以下なら退院可能」などといった問いが発生することが予想されるが、合計点で全てを判断することはできないため、点数への依存を避けるためにも合計点は算出しない。しかしながら各項目の得点の推移は治療の進捗状況を示すものとして重要。また多くの項目の得点が高ければ社会復帰を阻害する要因が多いことを示し、得点が低ければ社会復帰を阻害する要因が少なく、社会復帰を促進する要因が多いことを示すものである。
- ② 社会復帰要因は相互に関連するものであり、敢えて各項目が相互に独立した内容にしていなかったことを明確化した。数値を判断基準とされるのを避けるために合計点を算出しないが、それぞれの項目は社会復帰要因に関わるものであり、各項目は一定の相関関係を持つ。
- ③ 「0＝問題なし、1＝問題点あり疑う、2＝明らかな問題点あり」の3件法を等間隔にするため、表記を「0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らかな問題点あり」へと改めた。
- ④ 各項目の解説を「解説」と「評価基準」とに見出しをつけて区別した。
- ⑤ 下位尺度の存在する項目に関しては、記録用紙に下位項目番号を付与し、評定する際に対応する下位項目に丸をつけることとした。
- ⑥ 「不安定要因」を「コミュニティ要因」に改め、家族内での暴力などの不安定化促進因子を「個人的支援」の中で評価し、「コミュニティ要因」は家族外の安定化促進因子あるいは不安定化促進因子のみを評定することとした。

多施設・多職種による研究協力者会議を経て以上の明確化と改定を行ってマニュアルの改訂を行った。改訂したマニュアルに基づき、評定者間一致度の検証を行った。

### 研究3-2 共通評価項目の評定者間一致度の検証

#### 目的

共通評価項目は多職種のチームディスカッションによって評定するものであり、単独の評定者によって評定するものではない。また多職種のディスカッションの焦点とすることで治療を進める際の着眼点とすることに意義が大きい。しかしながら同一の対象、あるいは異なった対象について多機関で評定するため、一定の評定者一致度が必要となる。本研究では共通評価項目を他職種・多機関で使用するための評定者一致度を検証する。

#### 方法

共通評価項目17項目のそれぞれについて、以下の方法で評定者一致度を算出した。

評定者：肥前精神医療センターの多職種による司法病棟準備チーム9名。同チームは前述した9月23～25日の研究協力者会議の前ではあるが、評定方法の解説と、4例にわたる評定演習を行っている。そのため、同チームは一定の研修を経たものとみなした。

被検者：肥前精神医療センターで司法鑑定を行った22例（簡易鑑定11例、本鑑定11例）。評定者ごとの情報量を均質に保つため、鑑定書をもとに評定した。なお、司法鑑定例を選択した理由は、「内

省・洞察」など他害行為の存在を前提とした項目が含まれるため、一般精神科病棟の入院患者では項目を評定できないためである。また医療観察法の対象となる可能性のある患者を選択するため、完全責任能力とみなされた症例は除外した。

統計手法：級内相関係数（ICC(2,1)；2元配置変量、Case2）<sup>2</sup>を用い、項目ごとの評定者一致度を算出した。

## 結果

各項目の級内相関係数を表1にあげる。

表1 各項目の級内相関係数

項目	ICC(2,1)
1. 精神病症状	0.8028
2. 非精神病症状	0.4547
3. 自殺企図	0.8214
4. 内省・洞察	0.508
5. 生活能力	0.4779
6. 衝動コントロール	0.3066
7. 共感性	0.4794
8. 非社会性	0.3305
9. 対人暴力	0.6747
10. 個人的支援	0.5508
11. コミュニティ要因	0.2393
12. ストレス	0.2252
13. 物質乱用	0.8117
14. 現実的計画	0.1473
15. コンプライアンス	0.4359
16. 治療効果	0.3139
17. 治療・ケアの継続性	0.3341

評定者間一致度が substantial とされる 0.6 を越えたのは、項目 1 「精神病性症状」、項目 3 「自殺企図」、項目 9 「対人暴力」、項目 13 「物質乱用」の 4 項目のみであった。

## 考察

上記 4 項目以外は評定者間一致度が低く、「誰がつけても同じ値が得られる」とは言えない。評定者間一致度が低い理由としては、以下のようなことが考えられた。「現実的計画」、「ストレス」、「コミュニティ要因」、「治療効果」、「治療・ケアの継続性」などの地域に戻ってからの生活を予測する項目の一致率に関しては、治療導入前の鑑定書の情報のみでの評価であったため、治療導入後の展開が推測しにくい面があった。また鑑定前の地域生活についての情報が鑑定書から得られにくいことも評定者一致度の低い理由として考えられた。このように地域での情報が少ない場合、評定者の職種や経験によって推測する時に差が生じやすいことが認められた。実際の治療での共通評価項目の利用の際は経験に差のある多職種によるディスカッションを通じて評定されるため、今回の結果よりも一致度の増すことが期待される。

また「衝動コントロール」の評定者一致度の低さは、衝動的な怒りの扱いが不明確であったため評定が分かれたと思われた。

怒りについては「非精神病性症状」に挙げられており、本研究で用いたマニュアルでは「衝動コントロール」の項目では怒りについては触れておらず、いきあたりばったりの行動様式が中心となっていた。しかしながら評定者の多くが衝動的な怒りに基づいて「衝動コントロール」を評定した。そのため怒りのコントロールを衝動コントロールの項目で評定するか否か明確化する必要が感じられた。衝動性と怒りの問題に関しては他の尺度においても採り上げ方が分かれており、一致した見解を見ないこともあり、本研究は多職種による評定のしやすさ、意見の一致しやすさを重視して評定した肥前精神医療センターの多職種チームの多数決によって決定し、衝動的な怒りを「衝動コントロール」に含むものとして明記した。

また「コミュニティ要因」の項目も評定者一致度が低い。「コミュニティ要因」は「不安定要因」からの変更の際にコミュニティのサポートを項目に盛り込んだ。しかしながら本研究の評定の際にはサポートと悪影響のいずれもないコミュニティ要因を「問題なし」とするか「軽度の問題」とするかで意見が割れた。この

<sup>2</sup> 級内相関係数(Intraclass correlation coefficient:ICC)は検者間または検者内信頼性の指標として用いられる。ICCには母数モデル(Case1)、変量モデル(Case2)、混合モデル(Case3)の3つのモデルがあるが、あらゆる検者が母集団となり、検者間の完全一致を要する場合はCase2であり、複数の検者による1回の評点の一致を調べるのがICC(2,1)である(対馬)。本研究ではこのICC(2,1)の公式を用いた。

項目についても「衝動コントロール」と同様に多職種チームの多数決に基づき、サポートと悪影響のいずれもないコミュニティ要因は1＝「軽度の問題」とすることに決定し、マニュアルに明記した。

本研究で評定者一致度が低い項目に関して上記のように項目の解説を改訂した(資料)。資料の共通評価項目の解説が平成16年度末時点での案となるが、このままでは評定者一致度が担保されない。そのため、次年度の課題として、評定者一致度を高めるための共通評価項目の研修方法を確立することが挙げられる。さらに平成17年度に開始される医療観察法職員研修の場で共通評価項目評定のための研修を行い、改めて評定者間一致度を検証することを次年度の課題としたい。なお、その際には複数の機関の多職種チームが集まるため、多職種チームのディスカッションを通じて評定を行うという本来の共通評価項目の評定方法が実施可能となる。それ故、次年度は単独の評定者ごとの評定ではなく、多職種チームごとに評定を行い、評定チーム間の一致度を算出したい。このようにすることによって、多機関で共通評価項目を評定する本来の使用形態により近い形での一致度が推定可能となる。次年度の医療観察法職員研修を通じて評定者間一致度を調べた項目マニュアルを共通評価項目の解説第1版とし、平成17年度に運用が開始される医療観察法下の医療での使用を開始したい。

### 研究3-3 共通評価項目を軸とした入院治療とカンファレンスの展開

既述のように共通評価項目は医療観察法下の医療において、対象者の変化を評価するために継続的に使用されるものである。現在共同研究(分担研究者;村上優)において診療支援システムの開発が進められているが、その中でも共通評価項目をカンファレンスの主題に据え、定期的に評価していくことが定められている。以下に共通評価項目を軸とした入院治療とカンファレンスの展開を挙げる(図)。

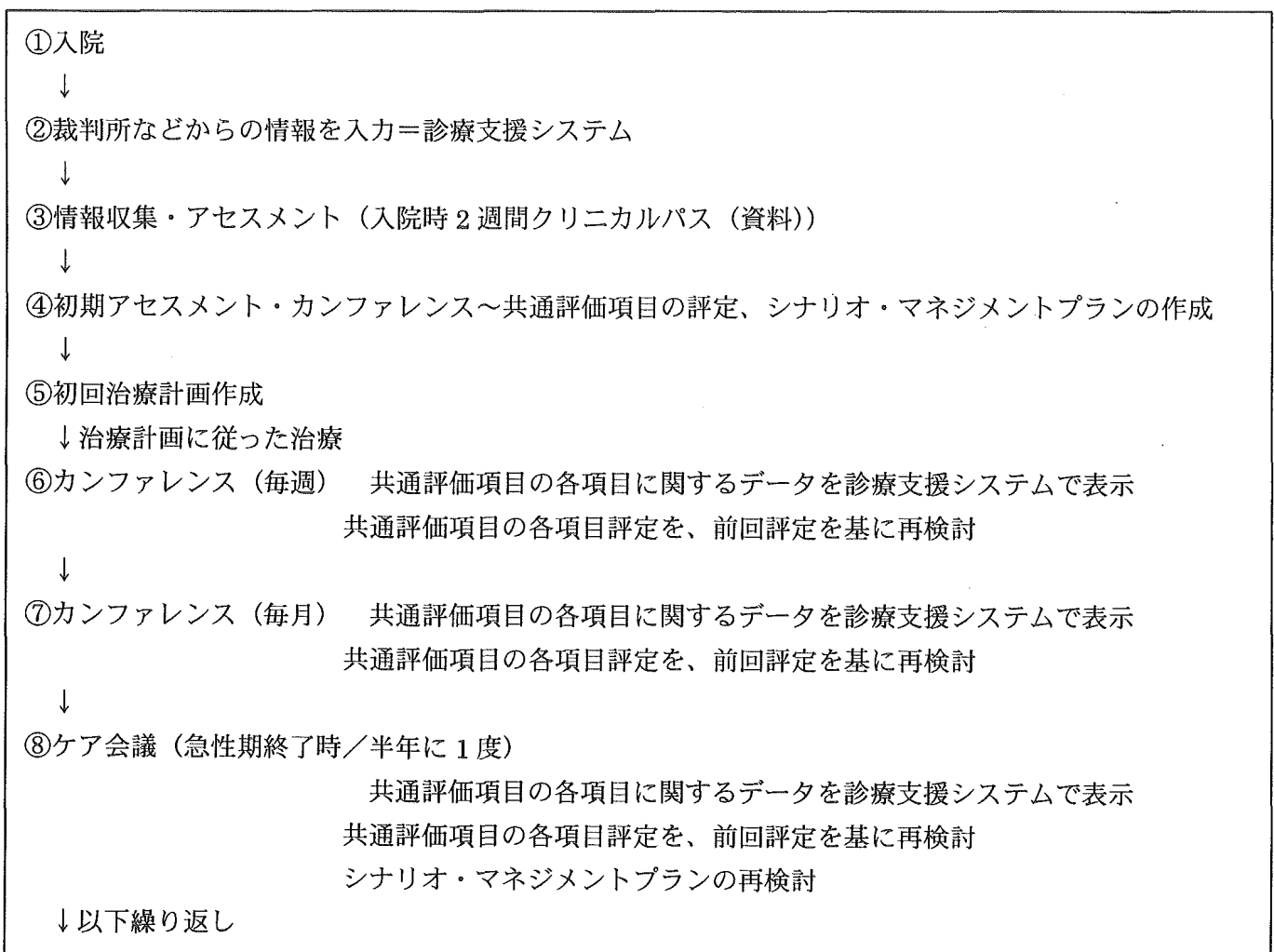


図 共通評価項目を軸とした入院治療とカンファレンスの流れ