

図9 病床の機能分化のイメージ

①②③は、病棟・ユニット単位で分化の促進および評価を進めていく。

(厚生労働省「精神保健医療福祉の改革ビジョン」資料、2004、より)

の治療においては、精神症状が治療困難である事例が多い。このために、薬物療法が重要な役割を果たすものと考えられるが、それと同時に「多職種がかかわった治療」がきわめて有用であることが示されている。

わが国では、入院1年後の残留率が14.1%であるが、他方では、急性期と回復期で比較的人員基準が高い環境下で治療を行っている医療機関では、1年後の残留率5%以下を達成している。年間5万人程度が残留していくものを2万人以下に抑えるためには、現状よりもさらに急性期・回復期治療に特化していくことが必要になる。このためには、医師・看護師・PSWなどの人員を急性期・回復期に移動する必要がある。結果として病床の機能分化を促進する必要がある。

他方、1年以上の長期入院者では、日精協の調査結果が示すように、(A)「精神症状が重度で退院が困難な群（長期重症者群、精神症状が4～6）」、(B)「ADL*14、IADL*15が低下し、さらに、慢性合併症をもち、日常生活に介護を要する群（要介助群、能力障害が4～5）」、さらに、(C)「精神症状・能力障害がともに軽度で看護・介護の密度が少なくすむ群（軽症群、精神症状3以下で、なおかつ能力障害が3以下）」の3群に分けることができる。最近の調査結果では、長期入院者を1～6群に分けているが、(A)約18%、(B)38%、(C)44%が予測される。しかし、この数字で

* 14 ADL (activities of daily living)

日常生活動作。食事摂取、移動、排泄など、日常生活を行ううえで必要な基本的動作能力。

* 15 IADL (instrumental activities of daily living)

手段的日常生活動作。掃除をする、電話をかける、金銭を管理する、食事の仕度をするなど、ADLを応用しながら、日常生活の活動を拡げる能力。

2軸評価による群分け

	精神症状1	精神症状2	精神症状3	精神症状4	精神症状5	精神症状6			
能力障害1	1群		2群	4群					
能力障害2									
能力障害3	2群		3群						
能力障害4	5群						6群		
能力障害5									

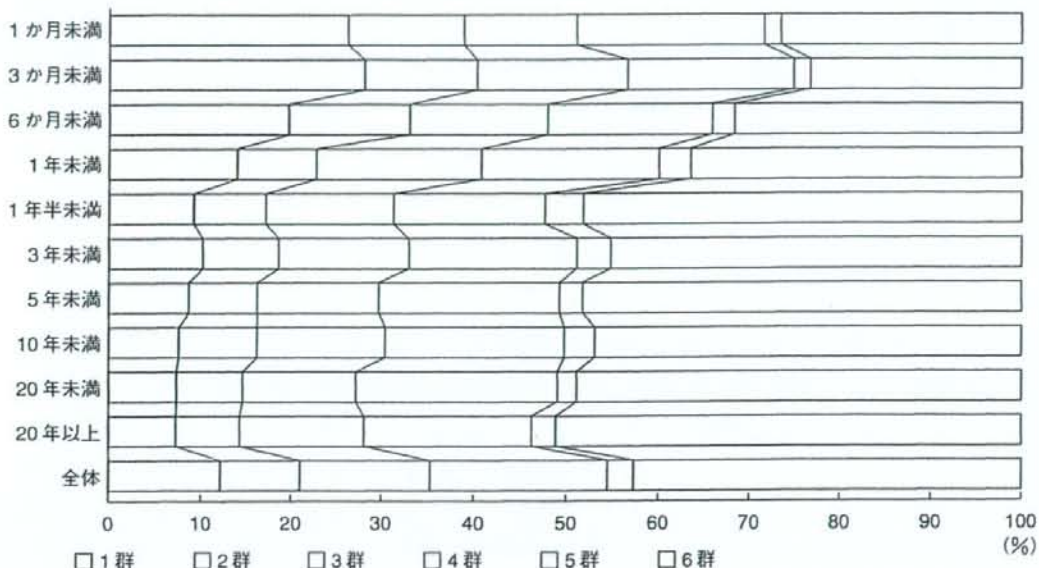


図10 2軸評価による群別にみた入院期間別の割合

(2007〈平成19〉年度厚生労働科学研究「精神病床の利用状況調査」より)

は、長期軽症者群の範囲、長期重症者群の範囲が不明確であり、今後、議論を要するところである(図10)。

退院促進の課題

ケアマネジメントを基本とした退院促進

長期入院から地域に移行した人たちは、適切なケアマネジメントが行われ、さらに、居住面・生活支援面で、十分な援助を受ければ、退院当初には混乱しても次第に地域のなかで安定した生活を送ることができる。初期において十分な支援が受けられるように、本人の希望を重視したケアマネジメントが必要である。

スタッフによるきめ細かな支援サービスは、医療機関周辺では高い密度で行うことができるが、離れたところでは十分なサービス提供は困難である。したがって、病院周辺への退院促進が主流とならざるをえない。遠隔地で、保健センターやその他のサービスを利用しながら行うことは困難が伴うのが現状である。現在のわが国の社会復帰は医療機関に依存している場合が少なくない。今後はさらに、地域住民が主体となった地域支援体制の整備が必要になる。

また、回復の過程においては、リカバリーモデル (recovery model, Anthony 1993) を基本として、その人の「wellness」に焦点を当てた対応が求められる。エンパワメントを引き出すようにきめ細かなケアマネジメントが求められる。

居住施設の不足

前述したように、1年以上入院群では、退院後は自宅以外を選ぶ必要がある。単身アパート生活はむしろ、援助的生活を経た後に行うほうが安定的である。援助的生活の主たるものは、ケアホーム、グループホームであるが、障害者自立支援法導入後は、むしろ減少の傾向にある。また、これに付随した生活介護・生活訓練、居宅支援、訪問看護などの枠組みについても各事業者で検討の段階である。今後、十分な量が確保されるように、建築・改修の費用補助などの施策が求められる。

また、精神症状や生活障害の程度が中等度（精神症状3、能力障害3程度）以上の人たちは、いきなりグループホームやケアホームに移行することは困難な場合が多い。この点では、従来の生活訓練施設や福祉ホームは比較的容易に移行が可能であった。グループホーム、ケアホームあるいはアパート生活への移行を促進するために、過渡的に利用できる職員人員基準が高い社会復帰施設（昼夜一体型）が必要であると思われる。

生活支援サービスの充実

障害者自立支援法によって、生活介護、生活訓練、居宅支援サービスなどの枠組みが明確になった。しかし、訪問看護、デイケアなど医療保険サービスの重要性は減るところかますます重要になってきている。

特に訪問看護は、諸外国に比較してそのサービス量は圧倒的に少ない。イギリス等では、多職種で構成している精神障害者地域支援チーム (Community Mental Health Team: CMHT) が果たしている役割は大きい。わが国では保険診療上での評価が低いためにほとんどの医療機関では赤字運営が余儀なくされている。また、採算をとるためには、訪問看護ステーションとした場合には、逆に多職種チームが構成できなくなるなどの矛盾点が指摘されている。

また、精神科デイケアでは、初期のプログラムの充実が必要ではあるが、

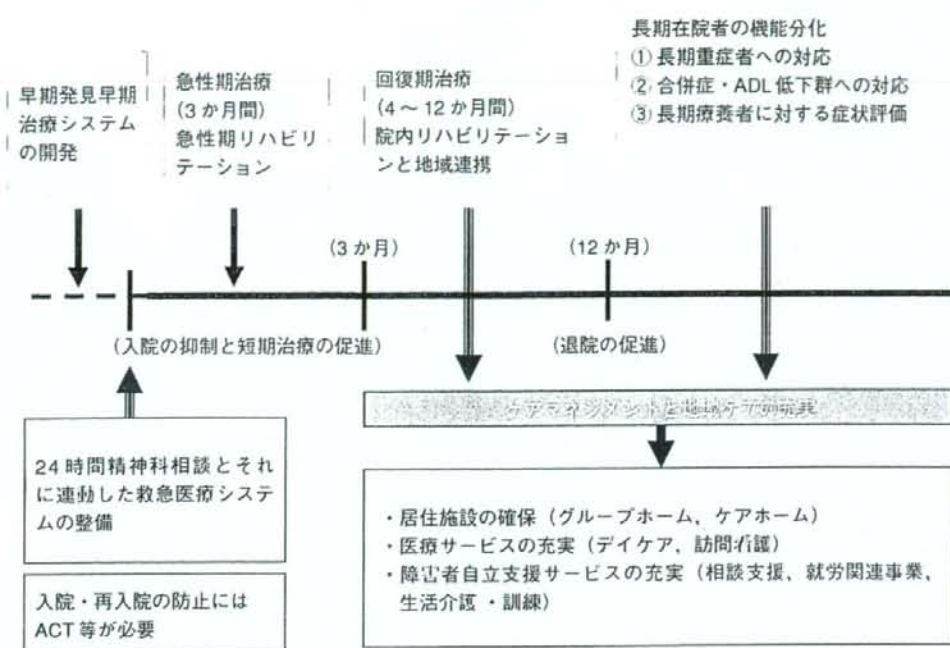


図 11 わが国の精神科医療の現状と課題

ACT : assertive community treatment (包括型地域生活支援)。

同時に長期間にわたって継続的に通所が行われ、その結果安定が図られている事例が少なくないことも考慮されるべきである。

わが国では、精神科病床数が多いことが常に問題としてあげられている。しかし、わが国では健康保険制度が発達しており、この結果、一定水準以上の医療を比較的安価に受けることができる。この結果、精神科病床は社会復帰施設的な機能までももち、さらに、これに打ち勝てるだけの社会復帰施設や居住施設が整備されてこなかった。諸外国では、逆に、必要な精神科医療を安心して受けられるシステムが十分に整備されていないことも指摘されている。わが国では、単に精神科病床の数を比較するのではなく、むしろ、整備された医療施設を利用しながら、どのようにして精神障害者の地域生活を援助するシステムを医療と福祉の連携できめ細かくつくっていくかを検討すべきではないか。現状では、地域生活が可能と思われる精神障害者であっても、地域での居住施設や生活支援サービスが不足しているために、入院生活を余儀なくされている部分があることは確かである。精神障害者が尊厳をもって地域で生活できるように、医療保険面と障害者自立支援サービスの双方が連携しながらサービス内容を高める必要がある。

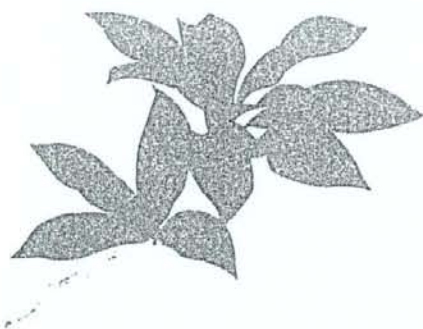
また入院治療においては、急性期・回復期治療の充実、わが国の精神医療にとっては早急に実現しなければならない施策である。しかし、これを実現するためには、急性期・回復期において医師やコ・メディカルスタッフを充実させる必要がある。前述したように、1年以上の長期入院者には「長期重症者群」「ADL等低下群」が70%以上を占めるために、医療費の削減は困難であるが、長期入院病床の機能分化を進め、同時に医師・看護師・介護者の再配置を進めることで、結果として、急性期・回復期治療の充実が実現できるものと考え（図11）。

（松原三郎）

引用文献

- 1) 精神保健福祉研究会（監）、我が国の精神保健福祉（精神保健福祉ハンドブック）平成18年度版。東京：太陽美術；2007。
- 2) 大島 巖、長期入院精神障害者の退院可能性と、退院に必要な社会資源およびその数の推計—全国の精神科医療施設4万床を対象とした調査から。精神経誌1991; 93 (7): 582-602。
- 3) 黒田研二、長期入院患者の退院可能性とリハビリテーションニーズに関する調査—調査結果の速報。精神経誌1999; 101 (9): 762-776。
- 4) 日本精神科病院協会、精神障害者社会復帰サービスニーズ等調査事業報告書、2003。
- 5) 日本精神科病院協会、平成14年マスタープラン調査データ集、2003。

精神保健判定医 ポケットメモ



目次

第1章 精神保健判定医の法的位置づけ	5
第2章 精神保健判定医の2つの役割	6
第3章 法案修正過程での議論	7
第4章 医療観察法処遇の3要件(最高裁解説)	7
第5章 鑑定嘱託事項	9
第6章 「同様の行為を行う具体的・現実的な可能性」について	10
第7章 鑑定を基礎とした処遇決定	12
第8章 処遇要否及び内容の決定	14
第9章 評決の方法	15
第10章 医療観察法モデル鑑定書と最高裁解説の要件との関係	17
第11章 処遇決定の地域差	20

はじめに

この「精神保健判定医ポケットメモ」は、心神喪失者等医療観察法の鑑定や審判にあたっての今までの考え方を整理したものであり、実務上の助けとなると考え発行することにした。原案は、平成19年3月23日および9月29日に、平成19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）司法精神医療の適正な実施と普及のあり方に関する研究（主任研究者 小山司）の分担研究精神保健判定医に必要な知識等の習得方法に関する研究（分担研究者八木深）班が開催した「精神保健判定医等事例検討シンポジウム」において発表した総論であり、今回加筆修正したものである。

構成は、精神保健判定医の法的位置づけと役割をまず確認し、次に、最高裁判所医療観察法解説について処遇を決める3要件を中心に取り上げ、特に要件3「同様の行為を行う具体的・現実的な可能性」についての最高裁の見解を示し、さらに、最高裁の解説する処遇3要件と医療観察法モデル鑑定書の関係を考察した。最後に、最高裁3要件から見た不処遇についての考え方を示した。

第12章 医療観察法による医療の必要性について	22
第13章 医療観察法の審判において精神保健判定医が留意すべき事項	26
第14章 医療観察法鑑定入院における治療・処遇等ガイドライン	30
第15章 不処遇事例の考え方	35
参考文献	39
医療観察法モデル精神鑑定書	41
共通評価項目の解説とアンカーポイント(第2版)2008.4.1 現在	70

第1章 精神保健判定医の法的位置づけ

心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療と観察に関する法律（以下、「法」という。）第6条は精神保健審判員について規定し、「厚生労働大臣は、精神保健審判員として任命すべき者の選任に資するため、毎年、政令で定めるところにより、この法律に定める精神保健審判員の職務を行うのに必要な学識経験を有する医師（以下「精神保健判定医」という。）の名簿を最高裁判所に送付しなければならない。」法施行令によると、「厚生労働大臣は、次の①及び②のいずれにも該当する者のうち、本人の同意を得たものについて、その氏名等を精神保健判定医名簿に記載する。

- ① 名簿を送付する期日に精神保健指定医であって、名簿を送付する年度の前年度の末日において、5年以上指定を受けていた者
- ② 次のイ、ロ又はハのいずれかに該当する者
 - イ 精神保健福祉法第27条第1項若しくは第2項、第29条の2第1項又は第29条の4第2項の規定による（措置）診療に従事した経験を、名簿を送付する年の4月1日前2年以内に有する者であって、厚生労働省令で定める研修（名簿を送付する年の11月1日前3年以内に行われたものに限る。）の過程を終了した者
 - ロ 精神保健審判員として、医療観察法第42条第1項、第51条第1項、第56条第1項又は第61条第1項の裁判を行った経験を名簿を送付する年の1月1日前2年以内に有する者
 - ハ 医療観察法第37条第1項、第52条、第57条又は

5

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。

第3章 法案修正過程での議論

法案修正過程で平成15年5月8日の国会審議で、以下のことが議論された。「危険人物であるというレッテルを貼ることになり円滑な社会復帰を妨げないか?」「偶然とした危険性のようなものが感じられるものまで対象にされるのではないか?」「特定の具体的な犯罪行為やそれが行われる具体的な時期の予測といった不可能な予測を強いるのではないか?」。この議論を経て、

- ① 本人の精神障害を改善するための医療必要性が中心要件
- ② このような医療の必要性の内容を限定し、精神障害の改善に伴って同様の行為を行うことなく社会に復帰できるよう配慮することが必要と認められる者が本法による処遇の対象ということが確認された。

第4章 医療観察法処遇の3要件（最高裁解説）

法42条は、「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、この法律による医療を受けさせる必要があると認める場合」を処遇の要件としている。

最高裁解説によると、「対象行為を行った際の精神障害」とは、本法の対象者は対象行為を行った当時心神喪失又は心神耗弱の状態にあったものであるが（第2条第3項）、この心

第62条第1項に規定する鑑定を行った経験を名簿を送付する年の1月1日前2年以内において有する者

上記①及び②のいずれにも該当する者と同等の学識経験を有すると認める者
厚生労働省令で定める研修については、現在日本精神科病院協会が委託を受け、「精神保健判定医等養成研修会」を開催している。

第2章 精神保健判定医の2つの役割

法第6条により、精神保健判定医は、精神保健審判員に任命される候補者であり、さらに、法第37条により、裁判所は「精神保健判定医又はこれと同等の学識経験を有すると認める医師に鑑定を命じなければならない」。精神保健判定医は、精神保健審判員としての役割、医療観察法鑑定人としての役割に精通している必要がある。

精神保健審判員は、法第13条により、「評議において、精神障害者の医療に関する学識経験に基づき、その意見を述べなければならない」。精神保健審判員は、鑑定に合理性・妥当性があるかを検討し、鑑定を基礎として医療の必要性に関する意見を述べ、入院に関する鑑定意見や対象者の生活環境を考慮して、評決に参加する。

医療観察法鑑定人は、法37条により、対象者に関し、「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」について鑑定し、「当該対象者の病状に基

6

心神喪失又は心神耗弱の状態の原因となった精神障害をいい、「精神障害を改善し」の「改善」には、病状の増悪を抑制することも含まれ、「同様の行為」とは、第1条第1項の「同様の行為」と同じ意味であり、重大な他害行為、すなわち第2条第2項各号に掲げるいずれかの行為をいい、対象行為と別の罪名でもよい。

最高裁解説によると、このような本法による処遇の要件については、文理上、

- ア 対象行為を行った際の精神障害を改善するため、本法による医療を受けさせる必要があると認められること
- イ 精神障害の改善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、本法による医療を受けさせる必要があると認められる場合の2つに分けることが可能であり、この両者が認められる場合に入院決定又は通院決定がなされることになる。

最高裁解説によると、アの要件は、具体的には、裁判所が当該対象者に対する処遇の要否及び内容を決定する時点において、

- ① 当該対象者が対象行為を行った際の心神喪失又は心神耗弱の状態の原因となった精神障害と同等の精神障害を有しており、かつ、
- ② そのような精神障害を改善（病状の増悪の抑制を含む。）するために、本法による医療を受けさせる必要があること、すなわち、その精神障害が治療可能性のあるものであること

7

8

を内容とするものである。

最高裁解説によると、イの要件は、具体的には、裁判所が当該対象者に対する処遇の要否及び内容を決定する時点において、

- ③ 本法による医療を受けさせなければ、その精神障害のために社会復帰の妨げとなる同様の行為を行う具体的・現実的な可能性があり、かつ、本法による医療を行うことによって、同様の行為を行うことなく社会復帰することを促進できると見込まれること

を内容とするものである。裁判所は、①から③までのいずれもが認められる場合には、入院決定か通院決定をすることとなる。

第5章 鑑定嘱託事項

最高裁解説によると、法第37条の規定する鑑定事項は、具体的には、個々の対象者に関して、

- ① 精神障害者であるか否か
② 精神障害者である場合には、その精神障害は、対象行為を行った際の心神喪失又は心神耗弱の状態の原因となつた精神障害と同様のものか
③ 同様の精神障害を有している場合には、その精神障害は治療可能性のあるものであるか（その時点での精神医療の水準に照らし、本法による医療を行うことにより、その精神障害の改善（病状の増悪の抑制を含む。）という効果が見込まれるか否か）
④ 治療可能性が認められる場合には、本法による医療を受けさせなければ、その精神障害のために同様の行為

9

そのような症状がある場合に、その内容をはじめ、当該対象者による対象行為の内容、過去の他害行為の有無等第37条第2項に規定する事項

- ① 当該対象者の精神障害の種類・・・精神保健福祉法参照
② 過去の病歴
③ 現在及び対象行為を行った当時の病状
④ 治療状況
⑤ 病状及び治療状況から予測される将来の症状
⑥ 対象行為の内容
⑦ 過去の他害行為の有無及び内容・・・軽微なもの、刑に処せられないものも含む
⑧ 当該対象者の性格
⑨ 当該対象者の生活環境等

を考慮し、

かつ、それまでに携わった多くの症例から経験的に共有される知識・経験に照らし、

当該対象者が今後対象行為を含む問題行動に出ることがあり得ると判断されるかどうかの意見を述べることであり、特定の犯罪行為やそれが行われる時期の予測といった不可能な事情が求められているわけではない。

「可能性があると認められる」場合は、審判の結果収集された資料により、裁判所がこのような可能性があると認定できる場合をいい、同様の行為を行うのではないかという漠然とした危険性が感じられるに過ぎないような場合には、同様の行為を行う具体的・現実的な可能性があると認められる場合には当たらない。

11

を行う具体的・現実的な可能性があるか否かを内容とする。

従って、裁判所が嘱託する鑑定事項の例としては、一般的に

- ① 対象者の対象行為時の精神状態
② 対象者が精神障害者であるか否か
③ 対象者に対し、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、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療および観察等に関する法律による医療を受けさせる必要があるか否か
④ 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

となることが多い。

処遇内容に関する意見を付記していない鑑定書が初期に散見されたので注意を要する。

第6章 「同様の行為を行う具体的・現実的な可能性」について

最高裁解説によると、「本法による医療を受けさせなければ、その精神障害のために同様の行為を行う具体的・現実的な可能性があるか否か」については、その判断が困難であるとの意見もあり得ると考えられるが、鑑定を行う医師に求められるのは、当該対象者が本法による医療を受けなければ、どのような症状が繰り返されるかは再発するか、

10

最高裁解説によると、仮に同様の行為を行う具体的・現実的な可能性がある場合であっても、例えば、その精神障害のために他人に軽微な傷害を与える可能性があるにとどまる場合のように、そのような可能性が当該対象者の円滑な社会復帰の妨げになるものではないと認められる場合には、イの要件を満たすこととはならないと解される。

平成18年5月8日参議院法務委員会聴取によると、

- ① 対象者が有する精神障害が治療可能性のないものである場合
② 対象行為を行った際と同様の症状が再発し、同様の行為を行う具体的・現実的な可能性がない場合

には、その精神障害を改善するためにこの法律による医療が必要であるわけでもなく、また、その精神障害の改善に伴って同様の行為を行うことなく社会に復帰できるよう配慮することが必要であるわけでもないため、入院や通院の決定は行われない。

第7章 鑑定を基礎とした処遇決定

法42条によると、裁判所は鑑定を基礎としかつ、この法律による入院による医療の必要性に関する鑑定意見及び対象者の生活環境を考慮し、処遇の決定をする。

最高裁解説によると、

- ① 鑑定の結論が不明確であると考える場合や、その合理性・妥当性に疑問があると考える場合には、鑑定を行った医師にその意味・内容や根拠等を尋ねる等により、鑑定の趣旨を確認したり、その合理性・妥当性を検証し、

12

- ② 当該鑑定が合理的かつ妥当なものと判断されればこれを基礎とした上で、対象者の生活環境をも考慮して、本法の処遇の要否および内容を決定する。

仮に、鑑定結果が「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本法による医療を受けさせる必要はない」ということが明白であり、かつ、これに合理性・妥当性が認められる場合において、裁判所が入院決定又は通院決定することは、一般的には鑑定を基礎とするものとはいえないであろう。

他方、仮に、鑑定結果が「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本法による医療を受けさせる必要がある」という結論であり、かつ、これに合理性・妥当性が認められる場合であっても、対象者の生活環境等をも考慮した結果今後の通院治療の継続が十分に確保されると認められ、かつ、そのような治療が継続されるのであれば同様の行為を行う具体的・現実的な可能性があるとまでは認められないと判断されるような場合には、本法による医療を行わない旨の決定をすることもないわけではないであろう。

鑑定内容のうち、①精神障害者であるか否か、②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は、審判決定にあたって基礎とすべき鑑定内容であり、③この法律による入院による医療の

必要性に関する意見は、審判決定にあたって考慮すべき意見である。①②の判断材料は審判を拘束するが、③は審判で考慮されるが拘束はしない。

なお、鑑定が結論を導くに当たって前提とした事実（「精神障害の有無とその類型、病状の重さ」「その精神障害が治療可能性のあるものであるかどうか」）は審判の処遇決定において拘束力をもつと考えられるが、「社会復帰（阻害）要因」については、処遇裁判所が評価・判断可能であると考えられる。

第8章 処遇要否及び内容の決定

最高裁判所によると、本法による処遇の要否及び内容の決定に当たっては、個々の対象者について、

- ① その精神障害を改善するための医療の可能性・必要性
- ② その精神障害のために社会復帰の妨げとなる同様の行為を行う具体的・現実的な可能性の有無を判断する必要があることから、

合議体の審判員は、

- ① 精神科医による鑑定結果の医学的合理性・妥当性の有無を吟味する
- ② とともに、自らも、
- ③ 対象者の精神障害の類型
- ④ 病状
- ⑤ 生活環境

を踏まえ、

その精神障害や病状の推移

対象行為を行った際と同様の病状が再発する可能性を考慮するなど、それぞれの専門性をいかしつつ、また、相互に十分に協議することにより、本法による処遇の要否及び内容を共同して決定することになる。

平成18年5月8日参議院法務委員会議事録によると、裁判官の判断に当たっては、主に、例えば精神科医による鑑定結果の合理性、妥当性の有無を吟味するとともに、本人の病状、またそれに加えてその生活環境に照らし治療の継続が確保されるか否か、また同様の行為を行うことなく社会に復帰することができるような状況にあるか否かといった事柄をも考慮する。

具体例としては、例えば身近に適当な看護者がいて、本人を病院に通院させたり、あるいは定期的に服薬をさせるということが見込まれるような場合には、治療の継続が確保されるであろうと考えられる。

また、もう一方の例は、例えば身近に十分な看護能力を有する家族がいる場合で、仮に、本人の病状が悪化して問題行動に及びそうになった場合に、直ちに適切に対処することが見込まれるような場合には、同様の行為を行うことなく社会に復帰することができるような状況にあるであろうと考えられる。

第9章 評決の方法

法第14条によると、「第11条第1項の合議体による裁判は、裁判官及び精神保健審判員の意見の一致したところによる。

最高裁判所によると、「意見の一致したところによる」とは、

意見の一致した部分が合議体の結論となるという意味であり、この範囲で合議体の決定がなされることとなるという意味である。

本法による処遇の要否及び内容に関するすべての決定について、裁判官と精神保健審判員それぞれの最終的な意見と合議体の決定との関係を示すと、次のとおりである。

この表によると、合議体の1人が「医療を行わない決定（第3号）」の意見を述べた時点で、合議体として「医療を行わない決定（第3号）」が確定する。「医療を行わない決定（第3号）」の意見については、特に精密に評議を重ねる必要があると考えられる。

○ 第42条第1項の決定

合議体の1人の意見	合議体の他の1人の意見	合議体の決定
入院決定（第1号）	入院決定（第1号）	入院決定（第1号）
入院決定（第1号）	通院決定（第2号）	通院決定（第2号）
入院決定（第1号）	医療を行わない決定（第3号）	医療を行わない決定（第3号）
通院決定（第2号）	通院決定（第2号）	通院決定（第2号）
通院決定（第2号）	医療を行わない決定（第3号）	医療を行わない決定（第3号）
医療を行わない決定（第3号）	医療を行わない決定（第3号）	医療を行わない決定（第3号）

第10章 医療観察法モデル鑑定書と最高裁解説の要件との関係

医療観察法の鑑定書の作成方法については、松下山分組研究「触法精神障害者の治療必要性の判定に関する研究」（分組研究者肥前精神医療センター平野謙）が平成16年に「モデル鑑定書」を報告しており、参照すべきである。最高裁解説によると、処遇決定の3要件は以下のとおりであった。

- ① 当該対象者が対象行為を行った際の心神喪失又は心神耗弱の状態の原因となった精神障害と同等の精神障害を有しており、かつ
- ② そのような精神障害を改善（病状の増悪の抑制を含む。）するために、本法による医療を受けさせる必要であること、すなわち、その精神障害が治療可能性のあるものであること
かつ
- ③ 本法による医療を受けさせなければ、その精神障害のために社会復帰の妨げとなる同様の行為を行う具体的・現実的な可能性があること

モデル鑑定書の骨子と最高裁解説3要件との関係は、次の通りである。

- 2) 現在の精神状態について⇒要件①心神喪失等の原因となった精神障害と同等
5. おわりに

鑑定に求められる事項は、

- ① 診断
- ② 対象行為時の精神状態
責任能力があるのではないかの疑念を持った場合、直ちにその旨を裁判所に申し出る
- ③ 対象行為時の精神状態が現在も持続しているか
- ④ 治療可能性
- ⑤ 病状及び治療状況から予測される将来の症状
- ⑥ 本法による医療を受けさせなければ、その精神障害のために社会復帰の妨げとなる同様の行為を行う具体的・現実的な可能性
- ⑦ 入院必要性

であると考えられ、①～④はモデル鑑定書に直接項目あり、⑤～⑦は、社会復帰要因にあたる。

モデル鑑定書の「社会復帰要因」記載上の注意点は、以下のとおりである。

- ・ 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。

1. 緒言
2. 鑑定本文
 - (1) 医療観察法による治療必要性と治療処遇の意見
 - (2) 現在の精神状態
3. 鑑定経過
 - 1) 対象行為 2) 家族歴 3) 生活歴
 - 4) 既往歴 5) 薬物歴・飲酒歴 6) 現病歴
 - 7) 犯罪歴
 - 8) 対象行為前後の精神状態 ⇒ 責任能力があると疑念もつたら裁判所に連絡
 - 9) 現在症
 - (1) 身体所見 (2) 精神現症
 - (3) 鑑定中の治療 ⇒ 要件②治療可能性
 - (4) 臨床検査 (5) 心理テスト
 - (6) 共通評価項目による評価
4. 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
 - (1) 疾病性 診断
 - (2) 疾病性 他害行為との関係
 - (3) 治療反応性 ⇒ 要件③治療可能
 - (4) 社会復帰要因 ⇒ 要件④社会復帰の妨げとなる同様の行為を行う具体的・現実的な可能性

特に重要なのは、対象者の精神疾患と対象行為との関連性をきちんと論証し説明し、病状悪化と社会復帰の妨げとなる同様の行為を行う可能性との具体的な繋がり論証・説明することにある。

モデル鑑定書の「医療観察法による治療の必要性の有無と治療処遇」記載上の注意点は、以下の通りである。

本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ス・ベクトルを含めて検討する。

第11章 処遇決定の地域差

平成19年1月1日時点の統計を報告者が厚生局から入手したものを以下に示す。

鑑定書 100111 調査	申立 件数	決定 件数	入院 件数	入院 %	通院 件数	通院 %	不 知 通	卸 下
北海道	26	21	10	47.6	8	38.1	3	0
東北	35	29	21	72.4	3	10.3	5	0
関東甲信	178	137	83	60.6	28	20.4	20	6
東海北陸	59	48	35	72.9	6	12.5	5	2
近畿	85	70	28	37.1	26	37.1	17	1
中国四国	66	47	21	44.7	13	27.7	11	2
九州沖縄	74	59	33	55.9	11	18.6	11	4
合計	513	411	229	55.7	95	23.1	72	15

各地域で、適切に処遇決定を行った結果、たまたま統計上

地域差が発生した可能性もあるが、一番考えられるシナリオは、法施行後日が近いため、運用の考え方に未だばらつきがある可能性である。

山上班村上分科研究では、指定入院医療機関からみて疑義のある鑑定・審判例の収集をしており、以下のような問題点を抽出している。

① 診断

本当に統合失調症なのか。鑑定時統合失調症と診断された入院症例の中に、精神遅滞+情緒不安定性人格障害や発達障害が含まれている。

② 心神喪失等の状態の原因となった精神障害と同等の精神障害

対象行為時アルコール精神病があったが、鑑定時単なる依存のみで、「心神喪失等の状態の原因となった精神障害と同等の精神障害」があるか疑義のある症例がある。

対象行為時覚せい剤精神病 ⇒鑑定時単なる依存のみ

③ 治療可能性

混合性人格障害で治療可能性が認定された例がある

④ 共通評価項目

少数ながら、共通評価項目を使用していない鑑定書がある。判断根拠や評価期間を記載していない鑑定書やシカーポイントを厳密に適用していない鑑定書が散見される。

山上班岩成分科研究では、指定通院医療機関からみ

て疑義のある審判例の収集をしており、以下のような問題点を抽出している。

⑤ いきなり通院

大多数が精神保健福祉法入院

⑥ 精神保健福祉法長期入院事例

通院決定に合理性・妥当性があるのか

⑦ 遠距離通院

現実的に通えるのか

⑧ 通院にふさわしい病識・内省・洞察

病識なしで通院決定しており、現実に通院が困難な例がある。

第12章 医療観察法による医療の必要性について

(山17/6/12司法精神医療等人材養成研修企画委員会医師部会作成)

法施行前に、判定医等養成研修会の企画立案をしていた司法精神医療等人材養成研修企画委員会医師部会が作成した処遇の目安である。「今後、この合意文書の記載された要件に着目して、個々の事例における審判のさいの参考とすることが望ましい。」と提言されているが、精神保健判定医に広く知られているわけではないのでここに全文を紹介する。

第1章 医療観察法による医療必要性の判断

I. 審判時点において、当該対象者が対象行為を行った際の心神喪失又は心神耗弱の状態の原因となった精神障害と同等の精神障害を有していること

※ 論点：審判時点で障害の程度が顕著に改善している場合には、精神障害の種類により判断基準は異なる。

(要件を満たす例)

1. 統合失調症において、審判時に寛解状態にある場合。
2. 対象行為時に睡状態あるいはうつ状態であった場合に、審判時点において逆相の状態を呈している場合。

(要件を満たさない例)

1. 急性一過性精神病性障害や通院障害等において、審判時には症状が全く認められず精神障害の診断基準を満たさない場合。
2. 当該行為を行った際には心神喪失等の状態の原因となるようなアルコール中毒による精神障害があったものの、審判時にはアルコール依存症のみの診断である場合

II. 審判時点の精神医療の水準に照らし、本法による医療を行うことにより、1で規定した精神障害の改善という効果が見込まれること

※ 論点：「精神障害の改善」には、「治療を行わなけれ

ばじきに生ずるであろう病状の増悪を防ぐこと」をも含む。

(要件を満たす例)

1. 治療可能性の乏しい精神遅滞や認知症等であっても、妄想などの症状について治療により改善が可能な場合。この判断は慎重になされる必要がある。

(要件を満たさない例)

1. 単に薬理的な鎮静や物理的な行動制限によって問題行動を抑制するよな場合。

III. 本法による医療を受けさせなければ、その精神障害のために社会復帰の妨げとなる同様の行為を行う現実的な可能性があり、かつ、本法による医療によって、同様の行為を行うことなく社会復帰することを促進できると見込まれること

※ 論点：

- ・ 精神障害の改善により同様の行為を行う可能性が一時的に減じている場合でも、病状が再燃すればその可能性が著しく高まる場合がある。
- ・ 本法による医療の対象は、「同様の行為」を行う「現実的な可能性」を認める者のみに、限定されるべきである。

(要件を満たす例)

1. 統合失調症において、審判時点で症状は消失しているが病識がないなど再発のおそれが高い場合。

(要件を満たさない例)

1. 同様の行為を行うとした可能性があるに過ぎな

<p>い場合。</p> <p>2. うつ病において、症状があり自殺のおそれがあるが、拡大自殺を含む他害行為の可能性があると認めることが出来ない場合。</p> <p>上記のすべて（Ⅰ～Ⅲ）を満たす場合には、対象者に医療観察法による医療を行う。</p>
<p>第2章 入院決定と通院決定</p> <p>1. 入院による医療の適用：対象者について、対象行為を行った際の精神障害を改善するために本法の入院という形態による医療が必要であると判断される場合</p> <p>1) 【入院による医療の絶対的適用】</p> <p>論点：「入院による医療」によってしか提供できないような「医療」を必要とする場合には、絶対的適用とされる。 (要件が満たされる例)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 医療（服薬訓練や心理教育等も含む）を入院環境下で提供する必要があると見なされる場合。 2. 【入院による医療の相対的適用】 <p>論点：「入院によらない医療」によっても提供できるような「医療」を必要とする場合でも、その継続を保障する条件が整わない場合には、「入院による医療」から始める必要がある。 (要件が満たされる例)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 統合失調症において、症状は消失しているが病識

25

<p>1 医療観察法による医療の必要性について</p> <p>1-1 うつ病</p> <p>被害妄想により家族を殺害したが、公判中に治療を受け、無罪判決に基づく申立て時点で寛解していた例</p> <p>○審判時点で寛解、治療反応性良好、家族の協力もあり、対象者や家族の治療動機良好</p> <p>⇒ 不処遇 一般精神医療で同様の行為を防げる</p> <p>1-2 統合失調症</p> <p>鑑定入院中に精神症状は改善したが治療への理解が得られない事例</p> <p>○現時点で対象者は治療を拒否し、家族の治療協力も不十分で、一般的な精神科医療で十分な医療を確保できない。</p> <p>⇒入院による医療</p>

27

<p>がなく治療に拒否的であり、周囲の支援も期待できない場合。</p> <p>II. 【入院によらない医療の適用】</p> <p>対象者について、対象行為を行った際の精神障害を改善するために本法の入院によらない医療が必要であると判断される場合</p> <p>(要件が満たされる例)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 入院による医療の必要性が無く、かつ、対象者が医療の必要性を十分認識し、通院医療に対する十分な同意が得られる場合。ただし、この判断は、慎重になされなければならない。
<p>第3章</p> <p>精神保健審判員は、対象者の責任能力判定に疑義があり、当該対象行為を行った時点で心神喪失でも心神耗弱でもなかった疑いがあると考える場合には、処遇決定を行う前に、裁判官に対して当該申立てを却下することについて検討するよう要請することが望ましい。</p>

26

第13章 医療観察法の審判において精神保健判定医が留意すべき事項

(平成17年度厚生労働科学特別研究中島豊貴)

法施行後、実際の鑑定審判員をもとにした提言がされた。以下は報告者が、適宜要約した内容である。

<p>2 入院処遇と通院処遇の選別基準について</p> <p>2-1 妄想性障害</p> <p>嫉妬妄想が高じて配偶者への傷害を行った高齢者の事例</p> <p>○嫉妬妄想は訂正不能だが、限定的ながら医学的治療による改善も期待できる。病状改善と再発防止、社会復帰を確実にするため本法による医療が必要である。</p> <p>○脳器質疾患による認知機能の低下や生来の非社会的な人格傾向、指定入院医療機関が遠隔であることを総合的に考えると通院による医療がふさわしい。</p> <p>○家族状況を考慮すると、直ちに在宅医療とするのは困難。 (解説)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 「入院処遇未満、通院処遇以上」事例への有効な処遇の検討必要 ・ 通院処遇としつつ精神保健福祉法による入院を行うことも一定の妥当性 <p>2-2 統合失調症</p> <p>鑑定入院中に不完全寛解に至った事例</p> <p>○治療の継続がなされなければ幻覚妄想状態が再燃し、対象行為を行ったときと同様の幻覚妄想、混乱状態が惹起される可能性がある。</p> <p>○幻覚妄想状態は次第に改善、病識も出現しつつあり、家族も治療に協力的である。</p> <p>⇒通院処遇 (解説) 精神症状が軽快傾向にあり、治療意欲も芽生えつつ</p>

28

ある場合は、通院処遇が有効な選択肢。

2-3 統合失調症

鑑定入院中に症状は軽快したが病識が欠如している事例
○薬物療法により「注釈感」「暗号による指示」といった症状は改善したが、「ヤクザは撲滅する」との妄想は強固。罪の念も芽生えていない。「自らで収めた」と病識を消失させ治療意欲を減退させている。

⇒ 入院による医療

(解説) 審判時点で病識が欠如している場合には、通院処遇によっては医療の継続が損なわれる危険性がある。

3 対象行為又は責任能力に関して疑義があった際の対応について

3 混合性人格障害

○過去に統合失調症と診断されていたが、操作的診断基準を満たさない。精神鑑定書では「会話はスムーズで混合弛緩などの思考障害も感じさせない。これまでの経過より推測して寛解に近い統合失調症の残遺状態」

○対象行為は、何とか避けさせてやろうかと思いつき、降車駅についてドアが開いたら出て出てやろうとあらかじめ計画し実行している。簡易鑑定というように対象者が心神喪失の状態であったか大いに疑問。

○人格障害の治療は一般にかなり困難だが、医療観察法の入院治療で、この機会に適切かつ十分な治療を試みることに有意義。

(解説)

- ・ 鑑定医は、当初の診断を覆し、人格障害とした時点で、責任能力鑑定についても再検討するよう積極的に裁判所に提言すべき。
- ・ 審判員は、慎重に精読し必要に応じ再鑑定命令を下すなどの対応を行うべき
- ・ このような簡易鑑定を行った医師に対するフィードバックの仕組みが必要

特に、「対象行為又は責任能力に関して疑義があった際の対応について」は重要であり、「鑑定医は、当初の診断を覆し、人格障害とした時点で、責任能力鑑定についても再検討するよう積極的に裁判所に提言すべき」であり、「審判員は、慎重に精読し必要に応じ再鑑定命令を下すなどの対応を行うべき」ことから、精神保健判定医は責任能力鑑定の素養をもつべきであることが示唆された。

第14章 医療観察法鑑定入院における治療・処遇等ガイドライン

(平成18年11月 司法精神医療等人材養成研修企画委員会作成)

鑑定医は、鑑定書の作成者であるとともに、鑑定入院中の対象者の治療・処遇の責任者でもある。鑑定入院中の治療・処遇について、厚生労働省や法務省はガイドラインを発出しておらず、公式見解は未だない。ここに紹介するのは、判定医等養成研修会の企画運営にあたっている司法精神医療等人材養成研修企画委員会の提言である。

1. 鑑定入院における基本的な考え方

- 1) 医療観察法鑑定入院は、裁判官によって対象者に対して出される鑑定入院命令に基づいて行われる入院であり、その目的は、対象者にとって最も適切な処遇を決定するために行われる医療観察法審判の重要な資料となる医療観察法鑑定書作成である。したがって、鑑定入院の第1の目的は鑑定作業にあり、鑑定入院中の治療等については、鑑定作業の妨げとならない範囲で行われる。
- 2) 鑑定入院中の治療は現在の精神医学・医療の水準に照らして実施される。また、鑑定入院中の処遇・行動制限・同意によらない治療等については、精神保健福祉法に示された基準と手続きに準拠して行われる。
- 3) 鑑定入院中の治療・処遇等を行うにあたっては、対象者の人権擁護に十分な配慮をしなければならない。
- 4) 鑑定を命ぜられた医師（以下、「鑑定医」という）は、鑑定入院医療機関ならびにその主治医と十分な連携を図ると共に、鑑定作業中に問題等を生じた場合には速やかに裁判所に報告し、その判断を仰ぐ。
- 5) 鑑定入院医療機関は、鑑定入院中の対象者の治療・処遇等が円滑に行われるように、主治医・

看護師・精神保健福祉士・臨床心理技術者などによるチームを形成すべきである。対象者への説明・対応についてはチームで統一して行い、また、各職種相互の連携に努める。さらに、鑑定医との連携協力についても十分に行われるように努めなければならない。

2. 鑑定入院中の治療

- 1) 鑑定入院中の治療に関わる者は、対象者に対し実施する医療内容とその必要性について説明を行い、可能な限り同意を得るように努める。
- 2) 入院期間が2ヶ月前後で3ヵ月を超えないことから、鑑定入院中の治療は、薬物療法を主体とした急性期治療が行われることが想定される。
- 3) 鑑定入院中の治療については、鑑定医の示した治療方針に従うことが原則である。しかし、鑑定医の選任がなされるまでの間ならびに鑑定業務と直接関係しない日常診療に係る医療行為については主治医の判断で行うことができる。
- 4) 治療行為について十分な説明を行ったにも関わらず、対象者の同意が得られない場合については、鑑定医ならびに主治医は、鑑定その他医療的観察に必要と考えられる範囲の治療については、これを行うことができる。この場合、行われた治療ならびにその理由について、診療録に記載す

る。
5) 急を要するために、主治医の判断のみで対象者の同意によらない治療を行った場合には、その旨を診療録に記載し、後日鑑定医による事後評価を受ける。
6) 電気けいれん療法ならびに持続性抗精神病薬注射による治療は、原則として対象者本人の同意を得て行う。なお、これらの療法は鑑定業務に影響を与える可能性があるため、主治医の判断のみで行わず、必ず鑑定医の了解を得て行うこととする。
7) 鑑定その他医療的観察に支障をきたさない場合には、心理社会的な治療等についても実施することができる。
3. 行動等の制限について
1) 鑑定入院医療機関の管理者は、対象者が無断で鑑定入院医療機関から退去するような事態が生じないように、また自傷行為や他害行為に及ばないように、その安全に配慮する必要がある。なお、対象者の処遇は閉鎖処遇を原則とする。
2) 鑑定入院中においては、鑑定その他医療的観察に必要な欠くべからざる範囲において、対象者の行動を制限することができる。鑑定入院中に対象者の行動の制限を行う場合は、精神保健指定医の診察

によることを原則とし、精神保健福祉法の規定と同様の手続きを行う。
4. 通信・面会などについて
1) 通信・面会等については、基本的に自由である。ただし、鑑定医または主治医が、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は、これを行うことができる。制限を行う場合は、精神保健福祉法の規定と同様の手続きを行う。
2) 信書の受取については、これを制限することはできない。ただし、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。
5. その他
1) 原則として、鑑定入院中の対象者は当該鑑定入院医療機関内に留まるべきであり、外出・外泊を行う必要はない。しかし、鑑定その他医療的観察のために外出・外泊を行う必要があると鑑定医が判断した場合には、裁判所にも相談したうえで慎重に行う。なお、外出・外泊中については、当該鑑定入

院医療機関の職員が付き添う。
2) 鑑定入院中の対象者について、鑑定その他医療的観察を行う上での必要性あるいは身体合併症の治療等の医療上の必要性から、他の医療機関への受診が必要と判断された場合には、鑑定入院医療機関は、その医学的管理の下で対象者を外出させることができる。なお、上記の必要性から対象者を転院させる必要が生じた場合は、裁判所に事前（緊急を要し、裁判所の決定を待つこととまがなと判断される場合であれば事後）に申し出てその決定を得ることにより、対象者を転院させることができる。

まとめると、鑑定医は、①鑑定入院医療機関・主治医と十分な連携を図る、②鑑定作業中に問題等を生じた場合には速やかに裁判所に報告しその判断を仰ぐ、③行動制限や電話面会については精神保健福祉法の処遇が基本となる、④外出・外泊を行う必要があると鑑定医が判断した場合には、裁判所にも相談したうえで慎重に行う、の4点が骨子である。

第15章 不処遇事例の考え方

医療観察法で処遇するためには、最高裁3要件(①②③)がいずれも必要である

- ① 当該対象者が対象行為を行った際の心神喪失又は心神耗弱の状態の原因となった精神障害と同等の精神障害を有しており、

かつ
② そのような精神障害を改善(病状の増悪の抑制を含む。)するために、本法による医療を受けさせる必要があること、すなわち、その精神障害が治療可能性のあるものであること。
③ 本法による医療を受けさせなければ、その精神障害のために社会復帰の妨げとなる同様の行為を行う具体的・現実的な可能性があり、かつ、本法による医療を行うことによって、同様の行為を行うことなく社会復帰することを促進できると見込まれること。
不処遇の要件は、最高裁3要件のどれかが満たされないことが必要であり、つまり文面上以下のABCDのいずれかが認められることが必要である。

不処遇の要件=ABCDのいずれかが認められること

- A 対象行為時の心神喪失等の状態の原因となった精神障害と同等の精神障害がない
 B 治療可能性がない
 C 本法による医療を行わなくても、再び同様の行為が起きる具体的現実的可能性がない。
 D 本法による医療を行っても、同様の行為を行うことなく社会復帰することを促進できると見込まれない

ところで、平成19年に最高裁判所は以下のような職権判断

を示し、医療観察法の医療必要性を認めながら、一般医療でも対応可能だから医療観察法の医療は不要との判断を否定した。最高裁判例は、法律と異ならず、下級審の単なる事例判断とは違う点に注意が必要である。

最高裁 190725 平成 19(医へ)4 原審福岡高等裁判所平成 19(医ほ)2 190330

主文 本件抗告を却下する。

なお、所論にかんがみ職権で判断すると、医療観察法の目的、その制定経緯等に照らせば、同法は、同法 2 条 3 項所定の対象者で医療の必要があるもののうち、対象行為を行った際の精神障害の改善に伴って同様の行為を行うことなく社会に復帰できるようにすることが必要な者を同法による医療の対象とする趣旨であって、同法 3 条 1 項の申立てがあった場合に、裁判所は、上記必要が認められる者については、同法 42 条 1 項 1 号の医療を受けさせるために入院をさせる旨の決定、又は同項 2 号の入院によらない医療を受けさせる旨の決定をしなければならず、上記必要を認めながら、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律による措置入院等の医療で見るとして医療観察法 42 条 1 項 3 号の同法による医療を行わない旨の決定をすることは許されないものと解するのが相当であり、これと同旨の原判断は正当として是認できる。

この最高裁の職権判断は、「C 本法による医療を行わな

ても、再び同様の行為が起きる具体的現実的可能性がない。」場合のような「医療観察法の医療の必要性がない」場合に、不処遇とすることを否定したわけではない。つまり、措置入院等の医療で再び同様の行為が起きる具体的現実的可能性がないなら、処遇は不要である。

ところで、一般医療を継続することにより病状の再発の可能性が低い時、通院処遇の終了が検討される。

処遇終了の日安 通院処遇ガイドライン

- 病状が改善し、通院後期において一定期間病状の悪化がみられない。
- 処遇終了後、継続的な治療（通院、訪問看護等）が安定して実施できる。
- 処遇終了後、服薬管理、金銭管理等の社会生活能力が確保されている。
- 処遇終了後、安定した治療を継続するための医療整備、支援体制が確立している。
- 緊急時の介入方法についても地域における支援体制が確立している。

※従って、一般医療を継続することにより病状の再発の可能性が低い

処遇終了の日安を改定すれば、本法による医療を行わなくても、再び同様の行為が起きる具体的現実的可能性がない場合を示すことが可能である。

本法による医療を行わなくても、再び同様の行為が起きる具体的現実的可能性がない場合

- 病状が改善し、審判時において一定期間病状の悪化がみられない。
- 本法による医療を行わなくても、継続的な治療（通院、訪問看護等）が安定して実施できる。
- 本法による医療を行わなくても、服薬管理、金銭管理等の社会生活能力が確保されている。
- 本法による医療を行わなくても、安定した治療を継続するための医療整備、支援体制が確立している。
- 緊急時の介入方法についても地域における支援体制が確立している。

※従って、一般医療を継続することにより再び同様の行為が起きる具体的現実的可能性がない

参考文献

「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」及び「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による審判の手続等に関する規則」の解説、最高裁判所事務総局、平成 17 年 3 月、刑事裁判資料第 284 号

「医療観察法モデル鑑定書」、松下班分担研究「他法精神障害者の治療必要性の判定に関する研究」（分担研究者肥前精神医療センター平野誠）、平成 16 年度総括・分担報告書、pp104-118。

「医療観察法による医療の必要性について」、H17/6/12 司法精神医療等人材養成研修企画委員会医師部会

「医療観察法の審判において精神保健判定医が留意すべき事項」、平成 17 年度厚生労働科学特別研究中島豊留。

「医療観察法鑑定入院における治療・処遇等ガイドライン」、平成 18 年 11 月司法精神医療等人材養成研修企画委員会。

医療観察法モデル精神鑑定書¹

松下 研「触法精神障害者の治療必要性の判定に関する研究
(肥前精神医療センター平野誌)

鑑定人 ○○○○

1. 緒言²

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33条による申立て)

嘱託事項³

- ・ 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治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○○○○、病棟看護部長○○を助手として鑑定を

¹ 目次をつけると読みやすい

² 緒言は定式化し簡潔とする。対象行為は進捗状況と被疑事実の簡付や記載をするほうがよい

³ 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

曲解(暴走族が来て親父を殺した)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、暴悪性も高い。

3) その他参考事項⁴

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⁵

対象者は平成○○年○月○日義父に対する傷害致死罪、平成○○年○月○日に○○センター○○○○医師による起訴前鑑定が行われ、同年○月○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⁶

対象者の実父の○○○○は大正○○年○月○日生れで、昭和○○年(○○才)に○○県で死亡した。母○○○○は昭和○○年生まれで、現在74歳で○○市○○に住む。

⁴ 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

⁵ 対象行為は簡潔に記載するが、長文のものは進捗状況などをコピーし添付する

⁶ 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潔でよい。必要事項を簡潔書きとしてもよい。発達障害を念頭に置く場合は詳細にならざるを得ない

行った⁷。実母○○○○の立ち会いで自宅を複数し聴取をおこなった⁸。○○病院のカルテを見開する機会を得た⁹。以上の資料を参考として本鑑定書を作成した¹⁰。

2. 鑑定正文¹¹

1) 医療観察法による治療必要性と治療処遇の意見

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、対人関係の感受性を有しており、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拒否的である。対象行為への内省も被害的な

⁴ 鑑定に関与した多職種スタッフを記載するようにする

⁵ 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、鑑定でも側面情報として重要である

⁶ 鑑定で他の医療機関や学校記録などの側面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

⁷ 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

⁸ 鑑定正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

⁹ 鑑定正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

母は昭和○○年に父の○○と結婚したが、昭和○○年に離婚した。父は昭和○○年に再婚した。継母は○○(昭和○○年生まれ)である。

母は昭和○○年に○○○(大正○○年生まれ)と再婚した。

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

異父兄弟の弟の○○○○は昭和○○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○○(昭和○○年生まれ)、○○(昭和○○年生まれ、現在○○県在住)がいるが交流はなく詳細は不明である。

異父兄弟の弟の○○○○は昭和○○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○○(昭和○○年生まれ)、○○(昭和○○年生まれ、現在○○県在住)がいるが交流はなく詳細は不明である。

<小括>¹²

- 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状と理解して生活費を援助していた。
- ④ 異父兄弟に精神障害はなく、対象者への直接的な援助

¹² このほかの項目でも簡潔書きの小括を入れると分かりやすい

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¹¹⁾

昭和〇〇年〇月〇日に〇〇で出生した。出生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育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再婚した。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學している。小学校時代の成績は普通。

昭和〇〇年に〇〇中学に入學した。

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養父は引き受けた。

¹¹⁾ 生活歴などは社会復帰調整官からも情報が得られる。鑑定書では簡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

45

なり、この時に警察に保護されて〇〇病院へ入院した。〇〇病院に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養っていた。

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困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、特に養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、威嚇しなどの言葉による暴力、壁や戸を叩いたりの物に対する暴力に至っては毎日のようで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に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背置屋を回ったり、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。

47

養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養父と対象者は対立した。実母と養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學した。非行歴はなかった。

昭和〇〇年同校を卒業し、在学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回はさんで退院していた。退院している間はアルバイト程度の仕事をしてきた。怒りっぽく、食事の不満、一番フロに入るとこだわり、外来でも身勝手な行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

46

<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:発病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:大きな破壊はなく過ごしたが、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根拠性が顕在化してきた。特に養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受け止めがあった。〇〇

48

病院に受診していた頃は通院を自らしており、転転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 ○才から現在まで：仕事もせず、医療機関にもかかわらず、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○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。発病し入院を機に暴力傾向は強まり、特に○歳以降は頻り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る」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。

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す、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。人情面での隔りは著しく、自己中心性などの認知面や、感情の不安定な変化のしやすさ、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。〇〇保嬰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普及がない。自閉傾向、孤立という陰性症状が主である。治療は統合

4) 既往歴¹¹⁾

特記すべきことなし。

5) 薬物歴、飲酒歴¹²⁾

特記すべきことなし。

6) 疾病歴¹³⁾

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まで、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。

〇〇保嬰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

¹¹⁾ 身体的な疾患既往歴

¹²⁾ 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面情報を得て確認すべき

¹³⁾ 疾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

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嬰院では認められ、他の病院では明確ではない（後ほど対象者が語るに、〇〇保嬰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薬屋をしていたという）。

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¹⁴⁾

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¹⁵⁾

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ていたが、過激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。

¹⁴⁾ 社会復帰調整官の記録に委ねてもよい。ただ過去の他者行為時に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

¹⁵⁾ 「鑑定中の前後」で信頼しうると考えられた対象者の供述について、その旨を指示したうえで盛り込んでいく。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、他者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

事件の○年をみても家族(実母、弟)よれば、前案に身体的暴力行為が裏付あった。

事件○年前(平成○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。お経をあげる音や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ベットのボルトに用を足し、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ビンや玉子を投げていた。

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。これで単なる呼のなぞや邪馬台国の存在を立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○ヶ月前よりフロに張るお経が出ないのは義父がタングのバルブを閉めてお経が出ないようして対象者に悪意を感じていると確信した。

事件当日対象者は、義父が対象者の度重なる暴力のために嚴重に腫れかけていた患を擦して侵入し、暴力をもって責め立てた。暴行直後は死でいいなかったと、自分が立ち去った後に他の者が侵入し被害したと拒否を否認している。対象行為時は暴力的で逮捕時は「音動は粗野で、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。

53

や発症を認める。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。暴悪性や攻撃性、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、眉毛を上げ下げし顔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²¹

鑑定入院中はリスベ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。散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な精神療法を行った。入院して1週間は観察のために隔離室

²¹ 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。総合的に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。

²² 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」を念頭に書いて記載する。

た。

1) 現在症²²

(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、看護師には話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、些細なことでも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茨山来て家の前を大きなバイクの音を立てて往來するの聞こえるという。これらが幻聴や妄想著想と思われる。

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

²² 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。また検査者を付記して記載する場合がある

54

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²³

臨床検査より、身体的な異常は認めない。

(5) 心理テスト²⁴

心理テストと面接時の状況を総合すると、以下のように結果される。

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、現実判断が確証してしまう。「こう言う妄想と思われるかもしれませんが」と自分の話がかかいか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。哲学的で、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

²³ 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。この場合は移送の責任は鑑定入院医療機関にある。

²⁴ 詳細なローデータが必要とする場合は、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。

55

56

ついで考えることがなく、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御しようとすることは少なく、むしろ一旦認そうとしたことも隠し通さない、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、被検者の陥さである。

4. 初版共通評価項目による評価¹⁴ (評価期間平成〇〇年〇月〇日—〇〇年〇月〇日)

「精神医学的要害」

1) 精神病症状 評価：2＝明らかな問題点あり

- ① 妄想の思考内容：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龍父による迫害と強度にこだわる。奇妙な奇想な思考内容、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 不適切な疑念：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。

¹⁴ 共通評価項目による評価や評価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。

- ④ 安全管理：火の始末、戸締りが出来ない。
 - 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：敬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くて、集団の中にも他者との交流が乏しい。
 - ⑧ 生産的活動・役割がない：縦分、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
被害的になりビンや卵に殴られ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ふ結果をもたらすかを考えることができない。先の手荷がでない。

「対人関係的要害」

- 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視しない。家族など

④ 詩人性：過大な自己評価、優越感、異常な才能、自然的な能力、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

「個人心理的要害」

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。自分で片付けられない。掃除、洗濯やゴミの分別が出来

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。

「環境的要害」

10) 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。

11) 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。

12) 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。

13) 物質乱用 評価：0＝問題なし

14) 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。