

- 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」

15) コンプライアンス 評価：2＝明らかな問題点あり
現在政府では病識がなく治療準備性はないが、過去〇〇
療養院に入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、治療は拒
否的である。対人スタイル評価では肉親的見方は顕著で
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。

16) 治療効果 評価：1＝軽度の問題あり
治療の効果とその総化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絶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。

17) 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、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、家族が治療への介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

ことに因って周囲の助言をきくことができるかも重要でそ
のため地域チームを築かなければならない。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²⁵⁾

(1) 疾病性 診断²⁶⁾

妄想型統合失調症と診断される。発病は昭和〇〇年頃で
初発当時は重急性の発病により不安や高乱状態をきたして
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
想が悪化させていた。通行人などへも被害的となり物を

²⁵⁾ 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
ベクターを含めて検討する。

²⁶⁾ 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。重症診断を必要とする場合は、こ
れらの診断を含めて記載する。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を
述べる。

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²⁷⁾

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
圍の人が受け入れると思いつき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営むことにより、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
（特に被害者である祖父）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祖父に
暴力行為を行った。

(3) 治療反応性²⁸⁾

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。平成〇〇年よりは入院しても服薬は
充分でなかったし、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、強制入院への反感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
自己中心で暴力的な傾向が人格変化として固まっており、

²⁷⁾ 他害行為を行った際の疾病と他害行為の関係は明らかにする。例え
ば人格要因で生じた他害行為で執拗な疾病とは関係のない場合は具体
的な記載を行う。

²⁸⁾ 治療反応性は治療に参加するかどう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知見を総合して意見を
具体的に記載する。

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
妄想型統合失調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。
鑑定入院という明確な法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²⁹⁾

対象者はこの間、家族への暴力行為が数多くみられ、その
結果として祖父を暴行の上死させている。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、責任回避的に自らの行為に対する内容がない。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

²⁹⁾ 社会復帰を阻害する要因を含めて記入する。最も考慮に入れるべき
のは発病となった対象行為と精神状態の関連である。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。

る。

2) 現在の精神状態について²⁰⁾

現在も妄想型統合失調症と診断される。また統合失調症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、病棟の環境が適度な自由と自閉性を保障しており妄想の発現はない。加えて鑑定目的とはいえ顔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積極的に協力する。

7. おわりに

先に述べた鑑定本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

²⁰⁾ 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。
²¹⁾ 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機軸を明記する。漠然とした入院治療の必要性の証明で不足で、入院という行動制限が出来る程度での治療が必要な理由を記載すべきである。

全体的な注意事項

1. 医療観察法の鑑定入院期間は、鑑定及び審判を含んで2ヶ月と限りがあり、その鑑定書も責任能力の場合よりも相当に迅速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ため、基本的には大部なものと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. 鑑定本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の資料については、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を述べるので、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ため、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. 諸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・尿検査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・資格等を一覧的に示し、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. 鑑定本文について医療観察法の治療必要性の有無と、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。鑑定経過で本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. 鑑定本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る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。
14. 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。

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

（山上班分刊研究「医療観察法における医療必要性の研究」
《臨床病院村上版》）
医療観察法医療必要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。この評価は疾病性や治療反応性を基礎とし、リスクアセスメントとそのマネジメントに注目して作成される。
共通評価項目は以下の17項目と個別項目とする。

共通評価項目

- 「精神医学的要素」
 - 1) 精神病症状
 - 2) 非精神病性症状
 - 3) 自殺企図
- 「個人心理的要素」
 - 4) 内省・洞察
 - 5) 生活能力
 - 6) 衝動コントロール
- 「対人関係的要素」
 - 7) 共感性
 - 8) 非社会性
 - 9) 対人暴力
- 「臨床的要素」

69

70

- 10) 個人的支援
 - 11) コミュニティ要因
 - 12) ストレス
 - 13) 物質乱用
 - 14) 現実的計画
- 「治療的要素」
- 15) コンプライアンス
 - 16) 治療効果
 - 17) 治療・ケアの継続性

評価項目の使用法

1. データベース項目とは異なり、本評価項目は、治療導入前から治療中、退院後のフォローアップを通じて定期的に評価し続けるものである。そのため、項目は全て可変(dynamic)なものとする。
2. 評価期間は、原則として3ヶ月とし、3ヶ月間の最も悪い状態を考慮して点数化する。ただし入院後の初回評価（入院後3週目）に関しては、長期的なマネジメントが重要となるため、対象行為の半年前から入院観察期間中を含んだ評価とする。生活能力など評定項目の多くは短期間で変化するものではないが、精神病性症状、非精神病性症状は数週間単位での変化が予想される。これらの項目についても3ヶ月間の最も悪い状態が点数化されるが、自殺企図、対人暴力を合わせた計4項目に関しては最終観察日を記入し、その後の状態の推移を備考欄にテキストで記入する。鑑定時の評価についても入院後初回初期評価と同様で、対象行為の半年前から鑑定時までの観察期間中を評価期間として最も悪い状態が点数化されるが、薬物による酩酊など一過性の精神病状態があり、鑑定時に症状が消失していた場合には、その旨を鑑定での特記事項としてテキストで明記する。
3. 評価項目を可変なものとするため、項目は主として現在の状態の評価となる。しかし将来のマネジメントプランを検討するため、マネジメントにつながる、近未来についての評価項目を含んだ。
4. 本評価は処遇の変化の判断にも用いられる。ただし、リ

71

72

スクアセメントには、本評価と併せ、過去の（不変の要因も考慮に入れるべきである。

各項目についての解説とアンカーポイント

「精神医学的要素」

1. 精神病症状

解説

医療観察法の対象者は心神喪失または心神耗弱が前提となっているため、その多くに精神病症状の既往があると考えられる。統合失調症と暴力との関連については議論が分かれており、統合失調症が暴力のリスクファクターとなるという研究と、反対に精神病性障害とコントロール群との犯罪率が変わらないという研究、一度犯罪を起こした者の中では統合失調症は再犯リスクを下げるという研究がある（安藤2003）。また症状では幻覚や妄想と暴力の関係を示す研究がある。特に命令性幻聴が暴力のリスクを増すとの報告がある。またLink & Stueve (1994)によると、脅かされる感じと自分をコントロールできないという感じにつながる精神病症状は地域での暴力を予測する。共通評価項目では症状の有無を検討すると同時に、症状と対象行為の関係も評価したい。

評価基準

現在の精神科症状の広がりや重篤度を評価する。この項目は主として知覚、思考を評価する。下記項目がチェックされ、それぞれの項目を0（なし）、1、2の

3段階で評価し、最も高得点を示した項目の点数がコードされる。全ての項目を検討することが重要であるが、1の評点が多くあっても全体の評点は1であり、2点が1つでもあれば全体の評点は2点となる。観察期間中の最も重篤な状態が評価される。

- 1) 通常でない思考内容：普通でない、怪奇な、あるいは奇妙な考えを表明する。重要でないことに強度にこだわる。明らかに品質のもの、同質とみなす。これはおろかさや感ふざげによるものを含まない。(BPRS15. 思考内容の異常に準ずる：通常では見られない、奇妙、奇怪な思考内容、すなわち思考狭窄、風変わりな確信や理論、妄想性の曲解、すべての妄想。この項では内容の非通常性についてのみ評価し、思考過程の解体の程度は評価しない。本面接中の非指示的部分および指示的部分で得られた通常では見られないような思考内容は、たとえ他の項(例、心気的訴え、罪責感、誇大性、疑念等)ですべてに評価されていてもここで再び評価する。またここでは病的感傷、狂疑妄想、性的妄想、空想的妄想、破局妄想、影響妄想、思考欠入等の内容も評価する。特定の対象への被害感、暴力的空想は特に被害行為に関連の強いものとして重要視される。1＝ごく軽度。思考狭窄もしくは通常では見られない信念。稀な強迫観念。2＝患者にとって相当に重大な意味を持つ奇怪な理論や確信。)
- 2) 幻覚に基づく行動：通常の外的刺激に基づかない知覚。これは通常言語や実在しない脅威に振り回したり、明らかに間違った知覚をはっきりと述べたりすることで

示される。せん妄による幻覚もここで含む。(BPRS12. 幻覚に準ずる：外界からの刺激のない知覚。錯覚とは区別する。命令性の幻聴は特に被害行為との関連が強いものとして重要視する。1＝軽度。孤立した断片的幻覚体験(尤、自分の名前が呼ばれる)。2＝やや高度頻回の幻覚。患者がそれに反応し、洞察はない。)

- 3) 概念の統合障害：混乱した、弛緩した、途絶した思考。思考の流れを維持することができない。これはおろかさや感ふざげによるものを含まない。(BPRS4. 思考解体に準じる：思考形式の障害。主に観察にもとづいての評価。1＝多少の不明瞭、注意散漫、迂遠。2＝多少の無関係、連合弛緩、言語新作、途絶、筋道を失う。返答に理解困難なものもある。)
- 4) 精神病的なしぐさ：例えば、常同性、衝動性、しかも面明らかに不適切な笑い、会話、歌、あるいは、固定した動き。(BPRS7. 衝動的な行動や姿勢に準じる：風変わり、常同的、不適切、奇妙な行動および態度。1＝多少の風変わりな姿勢。時々的小さな不必要で反復性の運動(手を覗き込む、頭を振くなど)。2＝しかも、常同的運動・たいていの間、粗大な常同的あるいは奇異な姿勢。)
- 5) 不適切な疑念：明らかに不適切でなければならない(例、食べ物に毒が入っている。エイリアンが考えを盗む。あるいは自分が捕まえようとする)。いくつかの場合、患者の被害行為の性質や性格や身体的な障害のために、他の患者が自分を引っ掛けようとしていると表明されることがあるかもしれないが、

この場合おそらく患者の疑念は正しい。(BPRS11. 疑念に準じる：患者に対し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。自意識の増加や疑念の疑念から関係念慮や迫害妄想まで含める。ここには妄想気分も含める。1＝軽度。偶然とした関係念慮。自分のことを突いている、些細なことでも反対されているなどと疑う傾向。2＝落着いて感情面の負担のある被害妄想。いくらかの体系化あるいは妄想気分を伴う。)

- 6) 誇大性：誇張された自己主張、尊大さ、異常な力を持っているとの確信、常時自慢している、できないことをできると主張する。この主張には、過去と現在に関して真実でない主張や不可能な将来の計画が含まれる。(BPRS8. 誇大性に準じる：過大な自己評価、優越感、異常な才能、重要性、力量、富、使命。1＝優越感、重要性、才能、能力があると感じる。自慢、特別扱いされることを望む。2＝力量、超自然的な能力、使命についての妄想的確信。)

評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らかな問題点あり

総合評価は下位評価の最も高い点数が採用される。

一過性の場合は最後に観察された日付()

2. 非精神病性症状

解説

抑うつ状態での拡大自殺による被害行為も医療観察法の対象として想定されるものの1つである。また躁状態、易刺激性な状態での被害行為も想定される。責任

能力とは直接関係ないが怒りは暴力の強いリスクファクターで、特に抑うつ診断があるときにはその傾向が強い (Hodgins, 1999)。怒りと暴力は異なる水準のものであるが、感情としての怒りから暴力行為に至らないためのコントロール能力は他者行為の防止要因となり、アガーマネジメントなどによって怒りのコントロール能力を高めることで暴力リスクを低下させることができよう。

評価基準

この項目は主として気分および不安を評価する。知的障害に伴う認知の障害はこの項目で評価される。下記項目がチェックされ、それぞれの項目を0 (=なし)、1、2の3段階で評価し、最も高得点を示した項目の点数がコードされる。全ての項目を検討することが重要であるが、1の評価が多くあっても全体の点数は1であり、2点が1つでもあれば全体の点数は2点となる。

- 興奮、躁状態：気分高揚、易刺激性、多動。(BPRS17. 高揚気分)に準じる：健康感の増大から、多幸症と軽躁、更には躁状態と恍惚状態まで。1=過度に楽天的、多弁、目的ある活動が増加。2=調子が高い、興奮している、いつも幸福だ、自分は強いなどと感じる。落ち着かない、イライラ。言語促進。転導性亢進。多動が目的ある活動が障害される。
- 不安・緊張：ちょっとした問題に対しても過度の恐れや心配を表す。あるいは緊張する。(BPRS2. 不安)に準じる：心配、過度の懸念、不安、恐怖といった

主観的体験。1=軽度で一過性のイライラ、緊張、些細な事柄への過度の懸念もしくは特定の状況に関連した急性の不安発作。

- 不適切にかんしゃくを起こす。怒りの表現が軽度で、単発的な場合は無視してよい。(BPRS10. 敵意)に準じる：他者に対する敵意、軽べつ、憎悪の表現。イライラした、敵対的、攻撃的行為で患者自身により報告され、最近の病歴から知られているもの。1=他人への過度の非難。2=顕著な焦燥、敵対的態度。告発、侮辱、言語的脅迫を呈する怒りの爆発。
- 感情の平板化：感情の動きの減退、平板化。薬によるものではないこと。(BPRS16. 情動鈍麻)もしくは不適切な情動に準じる：感情緊張の低下もしくは不適切、ならびに正常の感受性や興味、関心の明らかな欠如。無関心、無欲症。表現された感情がその状況や思考内容に対して不適切。観察にもとづく評価。1=感情反応が極めて固い。もしくは時に文脈から外れたものである。2=無欲と引きこもり。自分の置かれている状況に無関心。妄想や幻覚が情動的色付けを欠く。不適切な情動。
- 抑うつ：悲哀感の表明。楽しみの喪失。これはほとんどの日常活動に染み込んでいる。(BPRS9. 抑うつ)気分が準じる：悲哀、絶望、無力、悲観といった感情を訴える。重症度を評価する際には被験者の表情や泣く様子を考慮に入れる。1=喪失の訴え。沈

んでいる。くよくよする。悲しい。2=抑うつの身体的徴候(通常はいくらかの制止もしくは軽減を示す)。絶望感、希望喪失。抑うつの内容が前向き。

- 罪悪感：過去の行為や自分ではどうしようもないことに対する過度の自責、恥、後悔。(BPRS5. 罪悪感)に準じる：過去の行為についての自責、自己批難。罰を受けて当然だと思う。1=過去の行為についての過度の後悔。些細なことについての自責傾向。2=うまくゆかないことすべてについての自己卑下と自己批難を示す広範囲にわたる罪悪感。
- 解離および心因性の意識障害：ICD-10における解離性障害の診断基準を満たす。もしくは拘禁反応や心因性もうろう状態などの意識障害が存在する。なお離人症状および意識障害をとともう情動反応および寝ぼけ状態などもこの項目に含める。統合失調感情障害あるいは急性一過性精神病に伴う意識障害もこの項目に含める。1=解離性障害の疑い。一過性の解離状態および心因性の意識障害の疑いを含む。2=解離性障害の診断基準を満たす。もしくは離人症状あるいは心因性の意識障害が認められる。
- 知的障害：知的障害に由来する認知の障害。1=知的障害の疑いもしくは境界域の知能水準。2=軽度以上の知的障害。
- 意識障害：身体疾患に由来するせん妄や離脱せん妄やてんかん発作あるいは発作後のもうろう状態など器質性の意識障害。1=意識障害の疑い。2=

あきらかな意識障害あり。

評価：0=問題なし、1=軽度の問題、2=明らかな問題点あり
総合評価は下位評価の最も高い点数が採用される。
一過性の場合は最後に観察された日付()

3. 自殺企図 解説

この項目は他者行為リスクのアセスメントからは外れるが、対象者の自殺を防ぐことを考え、自殺企図の評価を入れる。他者行為を行った者の自殺率は高く、自身の行為を振り返ったときに自殺のリスクが高まるものが想定される。

評価基準

この項目は希死念慮の有無、自殺企図の有無と自殺傾向のリスクを評価する。自傷行為は希死念慮を伴っているときにのみ1点以上の評価とし、希死念慮の伴わない場合には0点とする。希死念慮のみで自傷行為の認められない場合、ならびに明らかな生命におよぶ危険性のない自傷行為は、1点以下の評価にされ、明らかな生命の危険性を伴う自殺企図のある場合のみ2点とする。

評価：0=問題なし、1=軽度の問題、2=明らかな問題点あり
最後に観察された日付()

「個人心理的要素」

4. 内省・洞察

解説

内省には病識と対象行為（他害行為）の振り返りが含まれるが、それに加えて疾患と他害行為のつながりへの理解が含まれる。複合的な構成要素になるが、病識と他害行為への振り返りを別項目とすると、疾患と他害行為のつながりを評価することができなくなるため、3者の全てを包含した単一項目とする。内省は自分のプロセスに対する理解であり、あるかないかの二分法で捉えきれない。統合失調症などの精神障害があるからといって内省が全く欠如していると考えべきではなく、対象者自身がどのように理解をしているかが問われる。内省は再発の防止要因となる肯定的な要素であり、対象者の治療への動機付けと治療継続に関わる。

評価基準

この項目は、対象者が自分で精神障害をもっていると感じているかどうか、自分の精神障害の意味と責任に気づいているか、および、起こってしまった他害行為に対する姿勢を評価する。行動面では以下のような項目がチェックされ、それぞれの項目を0（=なし）、1、2の3段階で評価し、最も高得点を示した項目の点数がコードされる。疾病に対する内省と他害行為に対する内省の両方、ならびに他害行為と疾病との関係についての内省を含み、最も悪いポイントに従って評価する点に注意されたい。

- 1) 対象行為への内省：当該他害行為に対する責任を感じていない。自分が他人に強いことに謝罪しよ

うとしない。表面的でも自分の行為を認め、自らの行為を悔いるような発言が認められる場合には1点以下とする。

- 2) 対象行為以外の他害行為・暴力行為（身体的暴力、性的暴力、放火、窃盗など）への内省：過去の暴力的な行為を無視したりおおめに見たりする。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。他害行為・暴力行為を行ったことを否認する場合には2点とする。
- 3) 病識：自分の精神疾患を否認する。
- 4) 対象行為の要因の理解：対象行為と疾患との関係を認識しない。この両者の関連の内省のためには下位項目3で評価される病識と、下位項目1または2で評価される他害行為への内省が必要である。ただし精神疾患と他害行為との関連性が間接的である場合には、自分の他害行為の要因を理解しているかどうかを評価する。

評価：0=問題なし、1=軽度の問題、2=明らか問題あり

5. 生活能力

解説

生活能力はまた再発の防止要因と考えられる。対人場面でのトラブルを回避する能力、身の回りのことを行い、自立した生活を営む能力は退院後の生活の維持を容易にするであろう。逆に生活能力の欠如は社会復帰を困難にし、金銭管理の困難から生活費を使い果た

81

82

し、窃盗などの短絡的な犯行に至ることもある。この項目は主として作業療法士や精神保健福祉士によって評価されることが予想される。

1) 評定基準

この項目は患者の生活技能、対人技術などのうち不適応行動の能力的な面を評価する。入院あるいは留置中の場合は、地域での生活時の生活能力を参考にしながら、留置中の状態変化を勘案して評価する行動面では以下のような項目がチェックされ、最も高得点を示した項目の点数がコードされる。全ての低位項目を検討することが重要であるが、1の評点が多くあっても全体の評点は1であり、2点が1つでもあれば全体の評点は2点となる。

- 1) 生活リズム：昼夜逆転、睡眠と覚醒の時間が定まらない。
- 2) 整容と衛生を保てない：顔を洗わない、あるいはめったに洗わない。衣服が汚いあるいはぼろぼろ。外見が汚い、あるいはくさい。
- 3) 金銭管理の問題：金銭のやりくりができない。しばしば金銭の貸し借りをする。消費者金融から安易に借金をする。不要なものを安易に買ってしまふ。
- 4) 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。
- 5) 安全管理：火の始末、貴重品や持ち物の管理などができない。戸締りが出来ない。
- 6) 社会資源の利用：交通機関など公共機関を適切に

利用できない。必要な物品の入手が出来ない。

- 7) コミュニケーション技能：電話や手紙が利用できない。困難な状況で助けを求めることが出来ない。
- 8) 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。
- 9) 孤立：ほとんど友達がいらない。集団の中にも他者との交流が乏しい。
- 10) 活動性の低さ：まったく活動をしなない。多くの時間を寝ているか横たわって過ごす。
- 11) 生産的活動・役割がない：就労、主婦、学生、ボランティア、デイケアや作業所の勤務、地域活動などへの参加がない。
- 12) 過度の依存性：すがり付いて離れない、他者の時間を独占する。簡単なことでさえどうするか言われなければできない。
- 13) 余暇を有効に過ごせない：時間の使い方が分からずに苦痛を感じる。何も楽しみがない。
- 14) 施設に過剰適応する：病院に居続けたがっている。退院や社会にかかわるのを心配している。

評価：0=問題なし、1=軽度の問題、2=明らか問題あり

6. 衝動コントロール

解説

衝動性は情動、認知、行動に関連する。先のことを考えずにその場の思いつきで行動する、考えが変わりやすく、一旦同意しても容易に約束を違えるといった衝

83

84

衝動性の高さは、行動の長期的なマイナス面を考えないことにつながる。結果として即時的な欲求充足のための他害行為につながりやすくなる。また衝動性が高いと、加的に理解された内容が行動へと一般化されることの障害となる。これらの衝動的な欲求をコントロールすることを学習し、高い衝動コントロールをもつならば他害行為の防止要因となる。

評定基準

この項目は無計画に行動するパターンとしての衝動性を評価するもので、衝動的、計画的でない、考えたり先の予見のない行動パターンを評価する。先のことを考えずにその場の思いつきで行動するような傾向、気まぐれな態度、考えや行動の変わりやすさが評価の対象となる。衝動買いのために金銭管理が出来ない、治療計画に同意してもすぐにひるがえす、などの特徴が評価される。

怒りに関しては、ささいなことですぐかとなり、後のことを考えることなく大声を上げる、物に当たるなどの行動化が見られる時に、2. 非精神病症状と併せてここでも評価する。かっとなっても行動化を抑えることが出来る場合、また恨みなど特定の対象への怒りはここでは含まない。慢性的怒りは含まず、反応性の突発的な怒りは含む。行動面では以下のような項目がチェックされ、評価の参考とされる。

- 1) 突然計画を変える、言うことがすぐに変わる、など一貫性のない行動。例えばすぐに仕事を辞める、引越す、人間関係を壊す、約束を守れない、な

85

を及ぼすか理解できない。(例として広汎性発達障害に見られるような「こころの理論」の問題)あるいは他者の感情や他者への影響を加的に理解することはできても、抽象的で理論的にしか理論せず、他者を一切配慮しない。他者を自分の利益を満たすための道具としてとらえ、何の躊躇も罪悪感もなく、無責任や冷淡で他者を傷つけたり、他者を操作的に扱う。自分の行動によって他人が被害をこうむったことに対しての「あいつは運が悪かったんだ」「自分の知ったことではない」「(被害者がどう感じたか)自分じゃないから分かりません」などの言葉、操作的で搾取的な対人関係、人や動物の虐待などの行動が評価される。日常的な対人行動において常に他害的な意図や問題が認められる一群の人格障害や明らかな広汎性発達障害及び重篤な陰性症状として情動平板化した統合失調症の場合を2とし、他者の気持ちに対して一定の理解が出来る場合を1以下の評点とする。

評価:0=問題なし、1=軽度の問題、2=明らかな問題点あり

8. 非社会性

解説

社会や権威への否定的態度が含まれ、向犯罪の態度を評価する。個人への共感性の欠如とは異なる。犯罪行動を過小評価し、他者の権利を無視し、自己中心的な考え方を示す。非社会性が高いと精神病症状とは関係な

87

ど。

- 2) 待つことができない。飽きっぽい。落ち着いて座っていない。
- 3) 何か思いついたらすぐに行動してしまい、先の予測をしない。日先の利益に目を奪われて、先のことが考えられない。衝動買いや返す当てのない借金をする。
- 4) そのまかせられたり、暗示にかかりやすい。しばしば他の患者にだまされる。その場その場の状況で流される。ほかの患者の言うことに疑問を持たずに従う。
- 5) 内省や状況の判断なしにささいなことで怒りの感情を行動化する。

評価:0=問題なし、1=軽度の問題、2=明らかな問題点あり

「対人関係の要素」

7. 共感性

解説

共感性の問題はサイコパシーを特徴づける重要な特徴の1つでもあり、他者への共感性の欠如は自分の行為が相手へ及ぼす感情の理解のできなさに通じ、罪責感形成を困難にする。反対に高い共感性は他害行為の抑止力となる。

評価基準

この項目は基本的な対人関係における情性の欠如や他者への共感性の欠如を評価する。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

86

く他害行為に至りやすく、また怒りなど他害行為への動機がさほど強くなくとも行為に至りやすくなる。

評価基準

この項目は基本的な対人、対社会的な患者の姿勢を評価する。非(反)社会性人格障害の評価とは密接に関連しているが、ここでは治療やケアによって可変的な要因とみなされる非社会的態度や向犯罪の思考や対人関係の問題を評価する。ただし下記項目に当てはまる行動が明らかに精神病症状に基づくと考えられる場合は除外して考え、通常の生活上の行動パターンを評価する。疾患の影響が慢性的である場合、長期的な人格変化などの場合には除外せず下記行動や態度をもとに非社会的と評価する。

行動面では以下のような項目がチェックされ、評価の参考とされる。

下記項目があれば2点と評価される。

- 1) 侮蔑的な、からかうような、嫌がらせのようなことを言う:これははにかみからくる面を超えた程度でなければならない。また単発的なことであってはならない。
- 2) 社会的規範、規則、責務を蔑視する態度:市民社会、仕事や学校や家族といった、社会的規範に従った(非犯罪的な)人や活動や場の有効性や価値を、支持しない、あるいは拒否し否定する。これらはこうした人や活動や場に対する明らかな侮蔑や常時シニカルな態度をとることで示される
- 3) 犯罪志向的な態度:一般的に犯罪への同一化で示

88

- される。例えば、犯罪を是認し、警察を認めない。
- 4) 特定の人を害するようにふるまう、特定のタイプの被害者に固執する：たとえば女性スタッフに暴行になる傾向、子供や女性や当該犯行の被害者と似たタイプの人に固執(見たり話したり)する。
 - 5) 他者を脅す。
下記項目があれば1点以上の評価となる。頻度、程度が甚だしければ2点とする。
 - 6) だます、嘘を言う。
 - 7) 故意に器物を破壊する。
 - 8) 犯罪にかかわる交友関係：しばしばトラブルを起こしたり犯罪行為をしていることが疑われるものにつきあう。
 - 9) 性的な逸脱行動：不適切に触る、さす、話す、盗む、覗く。サディズム、小児性愛など。
 - 10) 放火の兆し：これは行動と言葉を含む。ほんのわずかな証憑も含む。

評価:0=問題なし、1=軽度の問題、2=明らかな問題点あり

9. 対人暴力

解説

多くのリスクアセスメント研究が示すように、将来の暴力についての最大の予測因子は過去の暴力である。過去の暴力の犯歴についてはデータベース中の項目で評価するが、暴力の発生の経過を評価し続ける意味で、対人暴力を共通評価項目に盛り込む。「対人」と限った

89

どを評価する項目でもあり、また公的な支援をどの程度補うべきかの指標でもある。

評価基準

この項目は家族や友人などの個人的な支援について、サポートの有無および支援的であるかどうかの両面から評価する。

援助的なサポートが存在する場合には0点、サポートの存在や巻き込まれなどのために有効性が疑わしい場合には1点、サポートが全く存在しないか、かえって有害な場合には2点が評定される。この項目では個人的支援があり、全体として対象者にとって害より益のほうが多いと考えられるときには0点と評価する。

評価:0=問題なし、1=軽度の問題、2=明らかな問題点あり

11. コミュニティ要因

解説

この項目は個人的支援を除いた対象者の環境について評価する。環境的には人的かかわりも含まれる。対象者の環境には対象者を不安定にする要因、および対象者の安定につながる要因の両者が考えられる。地域で対象者が生活するときの環境を想定し、対象者が地域で生活している間は実際の生活を評価、入院中であれば退院後に予想される環境について評価する。

評価基準

コミュニティ要因は居住環境と地域環境、人的ネットワーク、公的支援(社会資源)の3点から評価され

91

のは、定義をクリアするため、また医療観察法の対象となる他害行為が、放火を除き対人暴力行為であるためである。

評価基準

経過中に観察された直接的な対人的暴力を評価する。軽度の暴力であっても一度でも行動に並れば1点以上の評価がなされ、即座にその状況や対象者の要因が評価され、対応が検討されるべきである。

ここで暴力とは他者を実際に傷つける、傷つけようとする、傷つけようとするを含み、脅しの場合は「殺してやる」などのように明確である場合に限る。またストーキングのように恐怖を引き起こす行為も暴力に含む。強明わいせつ、強姦など全ての性的暴行も暴力に含む。

評価:0=問題なし、1=軽度の問題、2=明らかな問題点あり
最後に観察された日付()

「環境的要素」

10. 個人的支援

解説

この場合の個人的な支援は家族や近親者、友人などの公的でない関係者による援助をさす。家族による支援は対象者の安定や安心を得るのに大いに役立つし、公的支援で細やかな援助を構成するのは不十分である。対象者の個別の人間関係に即した個人的支援の有無を評価し、その家族等関係者への働きかけ、その関係者への支援の体制を検討する。家族への支援、介入、指導な

90

る。例として潜在的に有害な仲間集団、薬物依存を合併する対象者ではアルコールや薬物が容易に手に入る環境や乱用集団に戻ることを、金銭の浪費に誘惑が多い環境などが評価される。一方、この項目はまたコミュニティ要因が生活に健康な構造を与えられるような安定化への促進因子も評価の対象となる。例として新酒会とのつながりや地域の保健師との連携などが含まれる。コミュニティに援助的なサポートが存在する場合には0点、コミュニティが有害な影響をもたらす場合には2点を評定する。コミュニティによる支援および有害な影響のどちらもない場合、あるいは有害な影響とサポートタイプの影響との差がない場合に1点の評定とする。

この項目は退院先のコミュニティを評価するが、退院先が未定の場合は2点とする。退院先の候補が複数あるときは、第一候補地についての評価を評定として記入し、第二候補地以降については情報/判断材料/備考欄に評点したものを記入する。

評価:0=問題なし、1=軽度の問題、2=明らかな問題点あり

12. ストレス

解説

ストレスは対象者のストレス特性、耐性、対応能力によって、どんなストレスがどの程度のストレスを引き起こすか異なってくる。対象者のストレス耐性

92

を評価するとともに、ストレスの受けやすさも大きな要因である。対象者が自分のストレス耐性を把握し、回避などの行動を取れるのか、逆に自らストレスに近づけるような行動をとるのか、ストレスが高いときには病状も悪化しやすく、また他害行為も生じやすいため、対象者がどのようなものをストレスと感じるか評価することから介入計画の策定へとつなげる。

評価基準

ストレスの大きさはストレス、および対象者のストレス対処能力・ストレス耐性（ストレス脆弱性）の両者のバランスによって決定される。ストレス耐性が平均的であっても、家族との葛藤など大きなストレスが明らかであれば、強いストレスにさらされやすくなり、2点の評点になる。反対に大きなストレスがなくとも、ストレス脆弱性が明らかで、日常的なストレスで対処できなくなる場合も、対象者は強いストレスを体験するため2点の評点になる。大きなストレスの存在、およびストレス脆弱性のどちらも認められないときに0点の評点となり、大きなストレスの存在、あるいはストレス脆弱性が疑われたときに1点の評点となる。

評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らか問題あり

13. 物質乱用

解説

物質乱用は暴力のリスクファクターとしては大きな

ものであり、統計的には精神障害症状よりもはるかに暴力のリスクを高める。山本ら（1995）による追跡調査でもアルコール・薬物乱用者の再犯率は抜き目出で高い。また精神疾患との重複診断があるときに暴力リスクを高める要因でもあり、統合失調症においても気分障害においても、物質乱用と重複することで暴力犯罪のリスクが高まる（Hodgins, 1999）。

物質乱用の場合、他害行為は乱用時にも起こりうるが、使用していても薬物やその他の金銭の入手のために他害行為が行われる場合がある。

評価基準

物質乱用は入院などの強制的な環境下と社会復帰後の生活では異なるので、主には行動制限が厳格化の中で評価すべき事項である。

この項目は、物質乱用態の重篤度、犯罪との関連、物質乱用に対する内省の深まりで評価される。物質乱用の既往があれば0点、既往があれば1点以上の評点となる。物質依存の既往がありながら否認があれば2点となる。毎日大量に飲酒している、あるいはブラックアウトしての問題行動が繰り返されているということであれば乱用と判断して1点以上の評価。飲酒量では、1日あたりビールなら中ビン5本以上、焼酎なら3合以上、日本酒なら5合以上が乱用の目安となる。

評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らか問題あり

14. 現実的計画

解説

特に対象者の社会復帰に当たっては、現実的なフォローアッププランが存在し、対象者がそれを受け入れることが不可欠である。地域での生活を維持していくために方針が定まらず、フォローアップの体制が整っていないければリスクは高くなり、逆に対象者の再発やそれに伴う行為のリスクを低減させる現実的なプランが整えられ、かつ合意され遂行されることで対象者の地域での生活が保たれるであろう。また、いかに優れたプランがスタッフによって作られても、対象者の合意がなければプランの遂行ができず、プランは破綻する。そのため対象者の同意が含まれることも重要な要因である。

評価基準

対象者の計画性や現実的判断能力を評価するのではなく、実際に実現可能な計画があるかを評価する。退院後の計画、地域での生活を維持するための計画が対象者本人と公的な治療者や援助者によって作成され、これらの計画が現実的で実行可能であるか、対象者の再発やそれに伴う行為を予防することに沿っているか、計画が対象者や援助者に理解され受け入れられているか、そのための体制（人的、財政的など）は整っているかを検討する。

「適切、安全、対象者の自己決定を尊重した現実的計画」は対象者の自己に関する評価、行動のコントロールを基礎として、治療者との合意のもとでの退院計画

の具体性を評価する。治療者は対象者の社会復帰した後の状況を視野に置き、対象者にわかりやすい計画を提示し、その上で対象者の理解に基づく同意を得ることをめざす。

鑑定など治療の始まっていない段階では、対象者本人の計画を尋ね、その実現可能性を判断して、以下のような項目を評価する。

- 1) 退院後の治療プランについて対象者から十分に同意を得ているか、そして必要なときに変更できるかについても同意されているかどうか
- 2) 日中の活動、過ごし方（仕事、娯楽など）について計画され、対象者自身がそのことを望んでいるかどうか
- 3) 住居について確保され、対象者が生活する場となりうるかどうか（かかわりをもつ可能性のある人物の質も評価する）
- 4) 生活費などの経済的問題がないかどうか
- 5) 緊急時の対応について確保されているかどうか
- 6) 対象者に関わる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ているかどうか
- 7) 退院後に対象者にとってキーパーソンとなる人がいるかどうか、また協力的な関わりを継続して行ってくれるかどうか
- 8) 地域への受け入れ体制、姿勢が十分であるかどうか

評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らか問題あり

「治療的要素」

15. コンプライアンス

解説

治療可能性という用語が広まりつつあるが、実質的には治療可能性は相対的な概念で、判断の主体によって大きく変わりやすい。治療可能性の概念は下位概念へと分割して判断する方が望ましい。治療反応性は、治療可能性を含んだ概念で、治療へのモチベーションと準備性、治療コンプライアンスと参加、治療の効果、治療効果の般化の4段階に分割できる (Webster, et als., 2001)。この項目では前半の2段階、治療へのモチベーションと準備性、ならびに治療コンプライアンスと参加との両者を評価する。すなわち治療への意欲があり、かつ同意して治療を進めていけるかがここでの判断となる。

コンプライアンスは内省と密接に結びついており、一定の内省を持った上で治療を受け入れ、進めていくことである。コンプライアンスは治療の継続性につながるため、治療計画はコンプライアンスを高めるように進められる必要がある。

評価基準

この項目では治療へのモチベーションとコンプライアンスを評価する。要素的には以下のような項目にそって検討される。問題を感じて自ら治療を求めているか、治療へ積極的に取り組むか、モチベーションと治療への取り組みは一貫しているか。また仮に言葉で治療を求めているも、治療課題になかなか取り組まない、治

療関係を力でコントロールしようとする、意図的に治療効果を打ち消すことをする等の行動があれば、コンプライアンスには軽度ないしはそれ以上の問題があると評価される。

鑑定など治療開始前の評価時には、病識および自ら治療を求める態度が参考にされ、これらがなければ2点と評定する。

評価:0=問題なし、1=軽度の問題、2=明らか問題点あり

16. 治療効果

解説

コンプライアンスの項目で述べた治療反応性の後半2段階、治療の効果とその般化がここで評価される。これはコンプライアンスが、対象者の意思を評価するのに対し、治療効果は薬剤が十分に反応するか、心理的アプローチが学習あるいは般化されるかが評価の対象になる。ここでは治療抵抗性の統合失調症における薬剤への反応の乏しさ、知的障害による学習困難、広汎性発達障害による般化の困難などが問題として予想される。治療効果の予測は治療の導入時点で特に問題となり、治療効果が望めないとなれば、治療適合性が失われる。

評価基準

この項目は、治療抵抗性のうち治療効果(治療で得られるものと治療の般化)を評価する。要素的には下記項目にそって検討される。治療進行評価プログラム内容の知識、スキルの獲得、開示、対象者の信頼、知識の

適用、スキルの適用、犯罪性の理解、モチベーション、内省、出席、破綻的なこと、適切に利用できること、感情的理解の深さ。治療進行中には以上のような項目が検討されるが、それらに加え治療効果は未来の予測を含むため、治療中の評価および鑑定時など治療開始前の評価に際し、一般精神科診断に基づき治療効果とその般化についての予測が適用される。

評価:0=治療効果が望める、1=治療効果への問題が予想されるが、一定の治療効果は期待される、2=治療効果は望めない

17. 治療・ケアの継続性

解説

治療やケアの継続性に関する事項である。コンプライアンスの項目で現在のモチベーションとコンプライアンスを評価するのに対し、ここでは将来の予想を含む。つまり現在のモチベーションとコンプライアンスが維持されるか、また治療が中断に至るような危険因子はないか。医療機関へのアクセスの悪さや対象者が治療効果を感じられないことなどは治療・ケアの継続性を低下させる。

評価基準

この項目では治療を継続させるための評価を行う。下記項目が考慮され、また院内処遇の失敗や意図的な離院や外出、外泊の失敗もこの項目で評価される。

- 1) 治療同盟-治療同盟を築き、積極的に患者を治療プ

ロセスに導入する

- 2) 予防-コンプライアンスを阻止あるいは邪魔する可能性のあるものを査定し、プランを立てる(治療を継続することを阻害し得るものを、それが起こる前に同定し、その阻害要因に打ち勝つ戦略を形成する)
- 3) モニター-治療継続を行えるように治療者は、関係機関と情報を共有し、モニターの戦略を立てる
- 4) 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
- 5) 対象者の症状悪化、もしくは不安要因はどういったことなのかを治療者と十分話し合い、緊急時の対応が合意されている

なお、治療開始時の初期評価の段階では2点とするが、治療の継続性に関して既に明らか情報、今後の参考となるため備考欄に明記する。

評価:0=問題なし、1=軽度の問題、2=明らか問題点あり

個別項目

この項目は、共通評価項目以外の対象者の社会復帰と治療及びケアにとって必要な固有な項目を挙げる。また対象者の被害行為に関連して疾病として治療や介入を要する要因を、ひろく生物学的、心理学的、社会的に検討し、最も重要と思われる事項を3項目選択する。選択項目は大きく分けると、第1にリスクアセスメントとリスクマネジメント（何によって阻止できるか）を考慮して決定される。第2に治療及びケアにとって重要とされる項目を選択する。慢性的な管理を要する身体合併症はここに含める。第3に社会復帰にとって重要な意味を持つ項目を選択する。暴力リスクのある場合は暴力リスクの性質の検討がまずなされる。暴力リスクは多様な側面を持った構成概念であることを踏まえて検討する。

個別項目には特定の対象への被害妄想、命令性の幻聴など、17項目の下位項目に含まれるものであっても、自傷他害のリスクに密接につながるものであれば個別項目として挙げる。ただし自殺企図、アルコール乱用など17項目の中には同義のものに含まれるような項目は個別項目として扱うことをしない。嗜癖的な放火や性暴力は個別項目で扱う。

個別項目は他の項目と同様に変化し得る要因である。個別項目として挙げた項目は処遇終了まで削除することなく評価を続けることが必須となる。

共通評価項目から治療計画への架け橋 対象者の自傷他害のリスクのシナリオを作る

共通評価項目17項目+個別項目の評価から治療計画の策定に至る架け橋として、対象者の自傷他害のリスクのシナリオと、そのシナリオに対する治療・マネジメントプランを作成する。共通評価項目は対象者の社会復帰に関わる要因を評価するが、シナリオとそのマネジメントプランの作成に当たっては、最も避けるべき事象である自傷あるいは被害行為に特化したシナリオを作り、コンプライアンスの不良や病状の悪化などの要因は、自傷あるいは他害のシナリオの中で、シナリオに関連する要因として挙げられる。自傷他害のリスクのシナリオ1、2、3（あるいはそれ以上）のそれぞれに対するマネジメントプランを作成し、最悪の事態を防ぐための方策を描く。最終的には対象者に対する治療計画を作成して治療に取り掛かるわけであるが、治療計画は共通評価項目に含まない要因も全て加味して策定される。

1. 自傷他害のリスクのシナリオの作成

上述のようにシナリオは最も避けるべき事象である自傷あるいは被害行為に特化する。リスクは対象者の病状、行動や環境などの文脈に依存するが、これらの文脈を考慮に入れたシナリオを、以下の手順で描く。シナリオの作成には、17項目+個別項目の社会復帰要因の関連を描くという意味が含まれ、最悪の事態をいかにして防ぐかという治療・マネジメントプランへとつながる。シナリオと治療・マネジメントプランの作成は、治療期間に関わらず全期間を予想して作成し、治療の進展に伴っ

てシナリオの変化が予想された時に変更することが望ましい。

シナリオ作成の手順

- 1) 性質：どんな種類の問題（例えば暴力）が起こるか？
どのような状況、条件下で起こるかも併せて記入する。
- 2) 深刻さ：どのくらい深刻な問題（例えば暴力）が起こるか？
- 3) 頻度：どのくらい頻繁に問題（例えば暴力）が起こるか？
- 4) 切迫度：どのくらい切迫しているか？
- 5) 蓋然性：問題（例えば暴力）が起こる可能性はどのくらいか？

2. リスクの治療・マネジメントプランの作成

ここで作成される治療・マネジメントプランは、先に作成したシナリオに対応したプランである。すなわちシナリオ1を防ぐためのプランが治療・マネジメントプラン1、シナリオ2を防ぐためのプランが治療・マネジメントプラン2、となる。シナリオの作成が治療期間に関わらず全期間を予想してなされるため、治療・マネジメントプランの作成も同様に治療期間に関わらず全期間を予想してなされ、治療の進展に伴って治療・マネジメントプランの変化が生じた時に変更することが望ましい。治療・マネジメントプランは以下の手順で作成される。

治療・マネジメントプラン作成の手順

- 1) モニタリング：リスクの注意サインをどのようにしてモニタリングするか？どんなことがあればリスクを再評価しなければならないか？
- 2) 治療：介入すべき優先度の高い問題は何か？リスクファクターに対してどのような治療戦略がとられるか？
- 3) マネジメント：リスクの防止のために持続的に必要な支援は何か？
- 4) 被害者の保護：被害者を保護するために必要なプランは？
- 5) その他考慮すべきことは？

3. 治療計画の作成

共通評価項目は①17項目+個別項目の評価、②シナリオの作成、③治療・マネジメントプランの作成までを含み、実際の治療計画の作成は共通評価項目には含まない。しかし実際の医療観察法に基づく医療では、共通評価項目の評価の後に治療計画の作成が続くことが予想されるため、共通評価項目と治療計画との関係について述べる。

共通評価項目で作成するシナリオや治療・マネジメントプランは、17項目+個別項目の評価に続いてなされる一連の作業であり、17項目+個別項目の評価に基づいてシナリオと治療・マネジメントプランが作成される。しかし実際の治療計画は共通評価項目以外の要因、例えば対象者本人のニーズなどを含めて作成される。すなわち共通評価項目での治療・マ

マネジメントプランが自傷や他害のリスクに特化して作成されるのに対し、実際の治療計画はさらに広い要素を考慮し、なおかつどの職種が担当するかという役割分担も含めて作成される。また共通評価項目の治療・マネジメントプランが全期間を予想して作成されるのに対し、治療計画は次回の治療計画までの期間に限定して立てられる。以上のように、実際に多職種チームが取り組む治療計画は共通評価項目の治療・マネジメントプランを参考にして立てられるが、直結するものではなく、内容はより包括的、期間はより限定的なものとなるであろう。

第1版 平成20年9月

作成者

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 小山町)

精神保健判定区に必要な知識等の習得方法に関する研究班

(分担研究者 八木深)

心神喪失者等医療観察法における強制処遇の 正当化根拠と「医療の必要性」について

——最高裁平成19年7月25日決定を契機として

山本輝之

- I はじめに
- II 医療観察法の制定経緯と法的性格
- III 医療観察法における強制処遇の正当化根拠
- IV 最高裁判所平成19年7月25日決定
- V 考 察

I はじめに

(1) わが国では、2003年に、「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に関する法律」（以下、「医療観察法」、「法律」または「法」ということもある）が制定・公布され、2005年7月から施行された。これは、殺人、放火、強盗、強姦、強制わいせつ、傷害という重大な他害行為を行ったが、不起訴処分になった心神喪失者、心神耗弱者または責任無能力を理由として無罪の確定判決を受けた者あるいは限定責任能力を理由として自由刑の執行を免れた者（以下、「対象者」ということもある）に対し、適切な処遇を決定するための手続等を定めることにより、継続的かつ適切な医療なら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り、その社会復帰を促進することを目的として、制定されたものである（1条）。

この法律は、重大な他害行為を行った精神障害者の処遇を、裁判所が決定するという新たな司法処分の制度を創設したものであり、これは、これまで、このような精神障害者に対する強制入院の決定、処遇の変更、退院の決定などは、事実上精神保健指定医による診断を基礎として、精神医療

側が決定し、厚生労働省の責任において行われてきたのを大きく転換したものである。

(2) この法律の施行以来、その運用についてはさまざまな法律問題が生じているが、その1つが、対象者に対して入院による医療または入院によらない医療を決定する際の要件である「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場合」(42条1項1号)という文言の解釈、すなわち、この要件がどのような場合に満たされないことになるのか、ということである。

これについては、これまで見解の対立が存在したが、近時、この問題について判断を示した最高裁判所の判例が初めて出された。そこでは、一審

- 1) 同条項は、当初政府案では、「継続的な医療を行わなければ心神喪失又は心神耗弱の状態の原因となった精神障害のために再び対象行為を行うおそれがあると認められる場合」となっていたものが修正され、現行法の規定となったものである。修正案提案者の趣旨説明によると、対象者の精神障害を改善するための医療の必要性が中心的な要件であることを明確にしたうえで、さらにそのような医療の必要性が認められる者のうち、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配慮することが必要なだけが医療観察法による処遇の対象となることを明確にするために修正した旨が述べられている。そして、法務省および厚生労働省の立案関係者は、同条項について以下のような解説をしている。「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ことの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または通院決定がなされることになる。

アの要件は、具体的には裁判所が当該対象に対する処遇の要否およ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または心神耗弱の状態の原因となった精神障害と同様に精神障害を有しており、かつ、②そのような精神障害の改善(病状の増悪の抑制を含む)するために、本法による医療を行うことが必要であること、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を内容とするのである。

「精神障害が治療可能性のあるものであること」とは、裁判所が処遇の要否および内容を決定する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、そのような精神障害の改善(病状の増悪の抑制を含む)という効果が見込まれることをいう。

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および内容を決定する時点において、当該対象者について、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ることを内容とするものである。最高裁判所事務総局編「『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」(2005) 165頁以下参照。

と二審・最高裁判所とで異なった見解が示された。そこで、本稿は、医療観察法の制定の経緯・法的性格をふまえて、この判例を検討することにより、この問題について若干の考察を行うものである。

II 医療観察法の制定経緯と法的性格

(1) これまで、わが国においては、重大な犯罪を行ったが、不起訴処分になった精神障害者またはその疑いがある者、責任無能力を理由として無罪の確定判決を受けた者または限定責任能力を理由として自由刑の執行を免れた者は、刑事司法の手続きからは外され、検察官の通報により、精神保健福祉法25条、29条に基づいて、措置入院の手続きがとられることになっていた。しかし、以前から、重大な犯罪行為を行ったにもかかわらず、精神障害を理由に司法による責任追及が行われないのは不当である、また、措置入院制度は、このような精神障害者の再犯を防止するためには十分ではない、このような事態に対応するためには、彼らに対して刑罰に代えて保安処分を科すことができるよう刑法を改正すべきである、という見解が主張されてきた。²⁾

1974年には、法制審議会が、精神障害によって禁固刑以上の犯罪を行った者について保安上必要があると認められる場合には、法務省が設置する保安施設に收容し、治療および看護のために必要な措置を行うという治療処分と、アルコール依存、薬物依存等により禁固刑以上の犯罪を犯し、保安上必要があると認められる場合には、保安施設に收容し、依存状態を除去するために必要な措置を講じるとする禁絶処分という2つの処分を内容とする保安処分制度の導入を盛り込んだ改正刑法草案を提案した。しかし、①精神障害者の将来の危険性を予測することは困難である、②不確かな危険性を根拠として精神障害者に処分を科すことは彼らを不当に差別するこ

2) 最近のものとして、加藤久雄「現行措置入院制度による触法精神障害者処遇の現状と課題について—高度に危険な人格障害犯罪者に対する刑事法上の対応を中心にして」現刑3巻9号(2001)64頁以下、同・人格障害犯罪者と社会治療—高度に危険な犯罪者に対する刑事政策は如何にあるべきか(成文堂・2002)3頁以下。また、同趣旨のものとして、山上皓「触法精神障害者の法的処遇とその問題点」精神科治療学11巻10号(1996)1037頁、同「我が国における触法精神障害者処遇の現状と問題点」精神経誌102号(2000)15頁以下など。

とになり、人権侵害に結びつく、③保安施設における医療は、保安を重視せざるをえないから、治療関係を成立させることが困難である、ということなどを主な理由とする日本精神神経学会、日本弁護士連合会などの反対により実現しなかつた。³⁾

その後、1981年には、法務省が、保安処分の対象者を、殺人、放火、強盗、強姦、強制わいせつ、傷害の、いわゆる「六罪種」を行った者に限定する「保安処分制度（刑事局案）の骨子」を発表したが、やはり反対が強く、実現には至らなかった。その後、1987年に、精神衛生法を改正して精神保健法に制定するという改正が行われた。これは、1984年3月に、宇都宮病院で、入院患者を看護職員が金属パイプで殴打し、死亡させるという事件が起こり、わが国の精神医療全体が海外から強く非難され、国連の場においても激しく非難されたことから、当時の精神衛生法の名称を変更して、精神保健法に改め、その際、任意入院制度、精神保健指定医および精神医療審査会制度の創設を柱とする改正を行った。このような状況において、精神障害者に対する司法的対応が存在しないのに、彼らの人権の保護の方ばかりを厚くするというのは具合が悪いのではないか、精神障害者で処遇の困難な者に対して特別な処遇を行う制度を設けるべきではないかという意見が強く出されるようになった。これを受けて、1989年から、厚生科学研究による「精神科領域における他害と処遇困難性に関する研究」（いわゆる道下研究）が出され、その結論を受けて、公衆衛生審議会が1991年に中間意見を出した。その内容は、処遇困難患者の処遇について、法律の改正によってではなく、措置入院の運用によって対応しようというものであった。当時の言葉で、「ウルトラ措置」と呼ばれ、それは、処遇困難患者の処遇の改善を図るために、国立または都道府県立の精神病院に専門病棟を整備して、これらの者に対して特別な医療を行おうという提案であった。しかし、これも強い反対運動にあって挫折した。しかし、その後も、重大な犯罪を行った精神障害者の再犯を防止するため、特別な処遇制度を設けるべきであるとする要望が日本精神病院協会などを中心に強く出され、1999年の精神保健福祉法の改正の際に、衆議院厚生委員会において、「重

3) 大谷實「保安処分の現状と論点」ジュリ772号（1982）16頁以下参照。

大な犯罪を犯した精神障害者の処遇のあり方について、幅広い観点から検討を早急に進めること」という附帯決議がなされた。

これを契機として、2001年1月29日に、重大な犯罪を犯した精神障害者が犯罪をくり返さないようにするための対策をさまざまな観点から協議・検討することを目的とした法務省・厚生労働省による合同検討会が設けられた。

このような状況の中で、2001年6月8日に、精神病院に入退院をくり返していたAが、大阪教育大学附属池田小学校に侵入し、児童8名の刺殺を含む、23名を殺傷するという衝撃的な事件が起こった。そして、Aは、それより2年以上前に傷害事件を起こしたが、その時は措置入院させられ、約40日後に退院させられていたが、結果的に起訴猶予処分になっていたという事実が、事件後判明した。これを契機として、法務省、厚生労働省により急遽「法律案」が作られ、2003年7月に、医療観察法が制定・公布され、2005年7月から施行された。

(2) 前述したように、これまで、重大な他害行為を行ったが、不起訴処分になった精神障害者またはその疑いがある者、責任無能力を理由として無罪の確定判決を受けた者または限定責任能力を理由として執行猶予付きの有罪の確定判決を受けた者に対応する制度としては、精神保健福祉法における措置入院の制度しか存在しなかった。これは、精神障害者を行政的な判断だけで、なるべく早く精神医療に結び付けようとする制度であるという点では優れているが、このような精神障害者の再犯を防止するためには不十分であるという指摘が従来からなされてきた⁴⁾。すなわち、精神保健福祉法においては、検察官は、精神障害者あるいはその疑いがある者を不起訴処分にした場合、あるいは被告人が責任無能力を理由として無罪の確定判決を受けた場合、または限定責任能力を理由として執行猶予付きの有罪の確定判決を受けた場合、すみやかに、その旨を都道府県知事に通報しなければならないとされている(25条)。しかし、検察官が通報したものがすべて措置入院になるわけではない。都道府県知事が調査した結果、その必要がないと判断したときは、指定医の診察を受けさせるまでもなく、

4) 山上・前掲注2)「触法精神障害者の法的処遇とその問題点」1037頁、山上皓=岡田幸之「触法精神障害者と措置入院」日本精神病院協会雑誌17巻2号(1998)5頁以下など。

措置入院の対象から除かれる(27条1項⁵⁾)。また、同法では、検察官は、被疑者・被告人が精神障害者ではないかという疑いがあるだけで措置通報しなければならないとされている(25条)。そのため、2名以上の指定医による診察の結果、措置要件に該当しないと判断され、その対象とならないこともある。さらに、現在のわが国の精神医療は、医療中心で、人的な面でも構造的な面でも保安という観点からの配慮を行ってはいないため、措置要件を満たす場合であっても、医療機関が措置非該当、入院不要として、重大な他害行為を行った精神障害者を受け入れないケースが相当存在する。もちろん、以上のような場合、このような精神障害者が完全に自由になることはまれであり、精神保健福祉法上の任意入院になったり、あるいは医療保護入院になるケースが多いであろう。しかし、前者の場合には、本人が退院したいというときには原則として退院させなければならない(22条の4第2項)。後者の場合でも、精神病院の管理者が入院の必要性がなくなったと判断し、保護者が引き受けを承諾すれば、退院をさせることができるのである⁶⁾。

他方、医療機関がこのような精神障害者を「やっかい払い」のため、比較的短期間で退院させてしまっているという指摘もある⁷⁾。検察官通報の場合についてももちろん、措置入院一般の平均在院日数も公表されている資料の中には存在しないが、殺人などの重大な他害行為を行った精神障害者の場合でも、平均2年程度という比較的短期間で措置解除されていたようである。もっとも、このような事態には、医療機関がやっかい払いをしているということばかりでなく、それが措置入院制度自体の限界であるという精神医療関係者の指摘もある。すなわち、現在の精神医療においては、「他害のおそれ」という措置要件が、退院させたらすぐに人を襲う危険と解釈され、将来、どこかで再び他害行為を行うかもしれない危険とは考えられていない、そのため、重大な他害行為を行った精神障害者であっても、治療により幻覚・妄想などがコントロールされ、症状が安定し、そのよう

5) 精神保健福祉研究会監修・精神保健福祉法詳解〔三訂版〕(中央法規出版・2007)256頁以下参照。

6) 山上・前掲注2)「触法精神障害者の法的処遇とその問題点」1040頁以下。

7) 精神保健福祉研究会監修・前掲注5)313頁参照。

8) 山上=岡田・前掲注4)8頁以下。

な他害のおそれが消失した場合には、退院させざるをえない、というのである。⁹⁾このように、これまでの措置入院の制度は、重大な他害行為を行った精神障害者の再犯防止のために活用されていたわけでは¹⁰⁾ないのである。医療観察法は、裁判所の関与による新たな処遇制度を創設することにより、このような重大な他害行為を行った精神障害者の再犯の防止をはかり、彼の社会復帰を実現しようとするものである。

(3) このようにして作られた医療観察法の内容は、前述した、法務省の刑事局案骨子と公衆衛生審議会の中間意見との両方を基礎としたものである。すなわち、刑事局案は、重大な六罪種の犯罪を行った者に限定して、保安処分を行おうとするものであったが、このことが今回の法律にもそのまま引き継がれている。また、刑事局案は、裁判所が処分を言い渡すとするものであったが、その点も同じである。他方、これまで措置入院の対象となる者に対して特別な医療を行うというのが公衆衛生審議会の中間意見の考えであったが、そのことが今回の法律においても生かされている。このように、この法律は、刑事局案骨子と公衆衛生審議会の中間意見との両方を基礎として作られたものであるが、同法1条に定められた、同法の「目的」からするならば、その法的性格は、あくまでも精神医療法であり、重大な他害行為を行った精神障害者に対して、彼らの再犯を防止し、その社会復帰を実現するための特別の医療処分を施す新たな枠組みを付け加えたものであると理解すべきであるように思われる。そのことは、法案の段階では、裁判所が対象者に対して処分を言い渡すことができる要件として、「入院をさせて医療を行わなければ心神喪失または心神耗弱の状態の原因となった精神障害のために再び対象行為を行うおそれがあると認められる場合」という書きぶりであったが、「おそれ」という文言を使用すると保安を優先させる印象と与えるということで、この文言を削除する修正を行ったこと、また、その1条で、対象者に対して社会復帰のための医療を行うという目標を明確にした点にもあらわれている。

9) 座談会「司法精神医学の今日的課題 司法精神医学の発展のためにどうすべきか—教育的視点を中心に」精神医学44巻6号(2002)641頁〔小田晋発言〕。

10) 町野教授は、このことを検察官の起訴裁量権との狭間のなかに、精神障害者の犯罪は消えてゆく、と表現されていた。町野朔「措置入院—精神医療と刑事司法に関するメモ」ジュリ1208号(2001)4頁。

III 医療観察法における強制処遇の正当化根拠

(1) 医療観察法における処遇は、入院による医療(42条1項1号)、および入院によらない医療(42条1項2号)であるが、それら決定を受けた者は、それらの医療を必ず受けなければならない、とされている(43条1項・2項)。すなわち、本人の同意がなくても、強制的に処遇を課すことができるのである。それでは、なぜ、このようなことが許されるのか、その正当化根拠が問題となる。

(2) 周知のように、精神保健福祉法における強制入院が認められる根拠については、2つの考え方が存在した。1つは、ポリスパワーといわれるものであり、それは、精神障害者の行う反社会的な行為から社会を防衛するために、彼を強制的に入院させることが許されるのだとする考え方である。もう1つは、パレンスパトリエというものである。それは、自己の医療的利益を選択する能力が欠如・減退している精神障害者には、公権力が親代わりとなって彼を強制的に入院させることが許されるのだとする考え方である。現在、この両方の考え方について、措置入院は、自傷他害のおそれのある精神障害者を強制的に入院させるものであるから、それについては、ポリスパワーがその根拠であるのに対し、医療保護入院について、パレンスパトリエがその根拠であるとする理解が一般的になされているようである。

これに対して、町野教授は、精神障害者の自由を制限し強制的に医療を与えることが許される根拠について、再犯の防止というポリスパワー的目的を達成するために、再犯を行う可能性があるにすぎない精神障害者の自由を奪うことは許されないとされ、彼に医療を強制することのできる理由は、彼に医療を与えるというパレンスパトリエ的考慮以外にはないのであり、ただ、後見的強制医療の範囲が過剰に広範にわたることを避けるために、再犯の危険性の除去という大きな社会的必要性が制約的原理として要求されることになる、とする見解を主張されている。そのうえで、教授は、医療観察法は、「重大な他害行為」(放火、強制わいせつ、強姦、殺人、傷害、強盗)を行った精神障害者の医療に関する法律であり、精神保健福祉法の