

ではないか。

- ・人格障害の責任能力を問わなかった点と人格障害の治療可能性を肯定した点。
- ・妄想性障害と診断した根拠が不十分であった。また、現在症で妄想の存在を裏付ける情報がないまま、妄想の存在を前提として鑑定意見が述べられた。

## II. 多職種チームによる鑑定を実践している施設（肥前精神医療センター）からの聞き取り（議事録抜粋）

- ・当院では、救急病棟で鑑定対象者を受け入れ、医療観察法病棟スタッフが多職種チーム（MDTチーム）を編成し、鑑定作業を進めている状況
- ・救急病棟看護スタッフは、日常生活のケアを中心としてかかわる。
- ・病棟の病床運営、管理の観点からは、一般の患者との交わりは感心できない。鑑定は鑑定の対象者のみの方が良いと思われる。
- ・病棟スタッフは、生活面を見ている、医療観察法病棟の看護スタッフが事件や内省についての面接でアセスメントしており、病棟スタッフはその後のフォローに回っている。
- ・スタッフ能力の問題もあり、人力的には不足していると思われる。
- ・スタッフレベルでは、リスクへの対応に関する不安はある。
- ・MDTでは、PSWも入っており、各方面からの情報が有り良いと思われる。
- ・共通評価項目を中心に評価しているが、救急病棟のスタッフが評価に慣れていないということを感じる。実際に、戸惑いや理解できないことなどの声もある。救急病棟のスタッフに尋ねることで、情報が得られるという

ス。

- ・救急病棟は、鑑定入院パスを使用している。
- ・医療観察法病棟は、鑑定がドライン（看護版）を使用している。
- ・急性期病棟は、共通評価項目の訓練を受けていない。→このことは、ある意味「役割分担」という考え方もある。医療観察法病棟、急性期病棟のスタッフが混合で関わることでそれぞれの役割が生まれるという考え方もある。
- ・鑑定入院と一般入院が混在することで、多くの問題はない（一度患者同士で情報がもれたことはあった）
- ・共通評価項目に関連して情報交換をすることで、情報が新たに出てきたり、深みも出てくるという状況もある。
- ・医療観察法鑑定対象者は比較的落ち着いている。（対象者の状況にもよる）
- ・救急病棟のスタッフの特性→救急場面の患者の評価の視点と医療観察法病棟のツールを通じた指摘で評価が深まるということも特性としてあげられる。
- ・人力的には、専門のスタッフ配置ができればと考えられる（例えば、リスク面など）可能なならば鑑定入院者の所にホール1名のスタッフ配置ができればとも考える。マンパワーは重要。評価もケアも人手は重要。
- ・人手に関しては→急性期病棟の場合→27名スタッフ（日勤11名）→+3名ということ。（医療観察法Ns1:1.3）
- ・医療観察法対象者の受け入れに関してスタッフの不安、反応に関しては、これまで措置での殺人等も受け入れている経緯もあり、大きな反応ではないようだ。
- ・医療観察法対象者の場合、鑑定=治療、治

療の効果まで考えて対応している。

- ・これまで個室づつで対応してきた。他の患者さんとの関わりでも評価しているか？  
→知的障害の患者さんなどの場合は、鑑定の患者に近寄っていくなどの場面があったりするが、評価として見ている。
- ・医療観察法病棟スタッフの場合は、急性期病棟のスタッフの情報を基に評価を整理しなおす作業を行っている。面接だけでは、情報としては十分とは言えない。
- ・面接で得られた情報を日常生活場面での情報を併せることが重要。
- ・共通評価項目の重要性は十分に認識している（救急病棟）
- ・救急病棟スタッフが共通評価項目の理解があれば良い、救急病棟スタッフだけで鑑定していくこともできる。
- ・鑑定中の検査などは2名以上で対応（時には医療観察法病棟から応援）
- ・MDTという観点で言うと、OT、CPが医療観察法に入っていないスタッフだったため、こちらから情報を引き出しながら整理した。
- ・MDTそれぞれの視点で評価を上げることはできている場合もあった。
- ・疾病性に関しては、精神病性症状、非精神病性症状を中心とした情報をMDTで整理していく過程から診断となっていく。
- ・疾病性、診断については、鑑定入院中に全てが出来るわけでもない？概ねできるためには、情報の質（MDTによる）にも関連する。これらは、共通評価項目を含んだ一般的な情報との関連もある。生活情報が重要。
- ・構造、空間的な点からは、迷惑行為などが有る場合であっても、隔離しないで対応

できる空間があれば理想的。

- ・鑑定中であっても、隔離を行えば、当然「疾病性」が問われることになる（倫理上）。医療観察法の場合は、「被疑者」ではなく、「対象者」であるから責任能力鑑定とは自ずと相違がある。
- ・「治療反応性」の観点では、鑑定期間も踏まえると、薬物を服用して安定しているということであれば、入院を必要としないという判断となる以外の評価は困難ではないか。ある意味、「疾病性」を評価することから「治療反応性」を考えるしかないとも考えられる。
- ・鑑定中の評価では、MDTによる共通評価項目の評価に基づいた、疾病性の評価とリスク（社会復帰要因）であろうと思われる。
- ・鑑定パスに関して、琉球発、その後に肥前で作成。
- ・鑑定パスにするためにはアウトカムを入れることが必要
- ・鑑定パスに社会復帰調整官の具体的な内容がないが基本的にミーティングに参加。それ以外は調整官によって面会にくる回数などは違っている
- ・調整官とも情報を共有し、お互いの意見交換も行うことは必要。
- ・最初の共通評価項目評点は先にひな形を作成している
- ・鑑定入院の鑑定医も同施設の医師が主治医・鑑定人を兼ねるケースと、他施設に入院し鑑定医が面接にくるケースがあるが、他施設入院の場合どのように情報交換・共有がされているか分からない
- ・医療観察法の鑑定には専門的な知識・経験を持った多職種がそろっている施設が適

切。刑事鑑定よりもさらに人権に配慮した対応が必要であり、1ヶ月で疾病性や社会復帰要因に対する判断には困難が伴う。

・医療観察法鑑定対象者の付添人は、責任能力なしと医療観察入院の対象外といったダブルスタンダードで動く必要があり、刑事事件の場合の弁護士の動きと違っている。

・医療観察法鑑定ではより厳密な鑑定・診断が必要と考えられるため、鑑定センターのような専門的な施設が必要と考える（責任能力判断・医療観察法対象かの判断）。

#### 【要約】

当院では、救急病棟で鑑定対象者を受け入れ、医療観察法病棟スタッフで多職種チーム（MDTチーム）を編成し、鑑定作業を進めている状況。救急病棟看護スタッフは、日常生活のケアを中心としてかかわる。病棟スタッフは、生活面を見ている、医療観察法病棟の看護スタッフが事件や内省についての面接でアシストしており、病棟スタッフはその後のフォローに回っている。スタッフレベルでは、リスクへの対応に関する不安はあり、人員的には不足していると思われる。人手に関しては→急性期病棟の場合→27名スタッフ（日勤11名）→+3名ということになっている（医療観察法Ns1:1.3）。鑑定入院と一般入院が混在することで、多くの問題はない。鑑定中の検査などは2名以上で対応（時には医療観察法病棟から応援）している。

共通評価項目を中心に評価しているが、救急病棟のスタッフが評価に慣れていないということを感じる。実際に、戸惑いや理解できないことなどの声もある。一方で、救急病棟のスタッフの特性→救急場面の患者の評価の視点と医療観察法病棟のツールを通じた指

摘で評価が深まるということも特性としてあげられる。医療観察法病棟スタッフの場合は、急性期病棟のスタッフの情報を基に評価を整理しなおす作業を行っている。面接だけでは、情報としては十分とは言えない。面接で得られた情報を日常生活場面での情報を併せることが重要。「疾病性」に関しては、精神病性症状、非精神病性症状を中心とした情報をMDTで整理していく過程から診断となっていく。「治療反応性」の観点では、鑑定期間も踏まえると、「疾病性」を評価することから「治療反応性」を考えるしかないとも考えられる。鑑定中の評価では、MDTによる共通評価項目の評価に基づいた、疾病性の評価とリスク（社会復帰要因）であろうと思われる。

構造、空間的な点からは、迷惑行為などがある場合であっても、隔離しないで対応できる空間があれば理想的。鑑定中であっても、隔離を行えば、当然「疾病性」が問われることになる（倫理上）。医療観察法の場合は、「被疑者」ではなく、「対象者」であるから責任能力鑑定とは自ずと相違がある。医療観察法の鑑定には専門的な知識・経験を持った多職種がそろっている施設が適切。刑事鑑定よりもさらに人権に配慮した対応が必要であり、1ヶ月で疾病性や社会復帰要因に対する判断には困難が伴う。

Ⅲ. 指定入院機関での多職種チーム医療の効果のレビューを行った。

MDTによる治療によって、治療効果が上がっていることは臨床実感としては明らかである。本報告では、臨床実感をMDT治療という角度から記述する。

従来の精神医療に比較して、指定入院医療機関で実践されているのは、(不十分ながら)英国なみの人出をかけた MDT 治療である。概念的には、こうした治療環境で可能になったことには、以下の点が考えられる。(○数字の後の数字は共通評価項目の番号に対応している)

① 1. 精神病症状・2. 非精神病性症状  
a)診断における利点:

・日常生活に根差した有効な情報が集まりより適切な診断が可能になる。(MDT による多様な面接の中で、例えば、対象者は職種や人によって異なった陳述をする。あるいは、陳述内容と生活の様子や表情などに大きな違いがあったりする。こうした情報により、症状の重症度や性質は明らかになってくる。)

b)薬物療法上の利点

・情報が豊富なことはもちろんであるが、薬物の効果を確認するための大胆な減薬が可能になる。

c)処遇上の利点

・行動制限を極小化でき、行動制限による二次的な症状の修飾を、本来の病態から区別できる。

② 3. 自殺企図 常時観察下に置くことにより、不必要な行動制限をしなくてすむ。このことは、対象者の安全保障感や信頼感に大きく寄与する。

③ 4. 内省・洞察 対象行為について、守られた環境で向き合うことができる。これにより、対象者の生活史から対象行為を解離させることなく、病氣と向き合うことができる。

④ 5. 生活能力・生活技能の不足はスト

レスの大きな要因となる。OT や日常生活指導や SST などによって、技能を獲得することは、再発リスクを下げる。こうした、技能獲得のための援助には人手と時間がかかる。また、一方で、「やらないのではなくできないのではないか」というスタッフの視点は、対人関係的な緊張を下げる。

⑤ 6. 衝動コントロール・7. 共感性・8. 非社会性・13. 物質乱用

安全の確保された病棟の中で、また、常時相談できるスタッフのいる中で、治療プログラムが進められる。また、同時にプログラムで獲得された技能が、汎化されていく。

⑥ 10. 個人的支援・11. コミュニティ要因・14. 現実的計画

PSW の常時の介入で、対象者は援助を受け入れる姿勢が獲得できる。また、相談する技能とともに責任を自覚できるようになっていく。

⑦ 12. ストレス 15 コンプライアンス・16. 治療効果・17. 治療の継続性 MDT による治療環境で初めて、ストレスに対する実践的な対処法が獲得される。治療の継続には、病識と信頼感が基礎になるがそれも MDT による治療環境で初めて達成されるものである。

⑧ 9. 対人暴力

CVPPP 技法により、適切な暴力行為への介入および、未然の防止が可能になる。こうした、暴力行為に対する冷静で現実的な対応は病棟環境の維持に必須のものである。

## D. 考察

医療観察法は施行5年目を迎え、実際の運用実績が蓄積されてきている。全体とし

てみれば、法は「重大な他害行為をおかした精神障害者の社会復帰」という本来の目的に沿った運用がなされており、法の目的を逸脱した運用はなされていない。精神医療の日常実務においては、法の施行により、大きな困難を抱えた精神障害者の社会復帰に十分な効果が上がっている。また精神医療に司法官が直接関与することで、従前に比し、より人権を尊重した適切な処遇決定がなされている。法の施行によって、従前では期待できなかった社会復帰の実が上っているという印象がある。法の運用の実態は、第一に、司法官が、処遇の適否の決定において「疾病性・治療反応性・社会復帰要因」を三要件ととらえ、明確な基準に基づいて判断する姿勢を堅持しており、人権擁護に大きく寄与している。第二に、要件の判断において、精神科診断や治療の特性である「経時的な評価による臨床的判断の変更」に理解を示し柔軟な判断が行われている。第一および第二の厳密性と柔軟性という両面の課題が、司法官と審判員によって、適切に運用されていると考えられる。第三に、医療機関や法務省関係者が対象者の社会復帰のためという方向で、一致して努力している。そのために整えられたソフトやハードの体制は、治療においてより制限の少ない処遇を可能にし、加えて多職種による治療によって、めざましい治療効果を上げていると考えられる。

一方で、個別の判断においては、事実認定のレベルで疑義があるケースが散見されるが、これは多くは検察官もしくは鑑定医師の個人的資質に問題がある場合である。本研究は、問題点の指摘と改善を主として

行っているが、これは、全体としては医療観察法はおおむね適切に運用されているという前提のもと、より良いものを目指しての前向きな研究である。

昨年度の報告では、下記問題提起を行った。再録すると、「①診断や治療反応性の評価のためには、なるべく開放処遇を早期より提供し、病状や行動に関する多くの情報を鑑定医に提供する必要がある。特に疾病性に問題がある場合、精神保健福祉法準用のもとでは、行動制限自体が一定の疾病性を認めることになり、判断に偏向を与える。②逆に、疾病性に問題のある対象者に関して、精神保健福祉法に準じた行動制限を順守しようとするれば、鑑定施設の負担は計り知れないものがある（例：パーソナリティ障害の対象者の、計算づくの執拗な威嚇などの逸脱行動に対して行動制限は是認できるのか→一般精神医療であれば、病気ではないとして退院させるようなケースである。）

③刑事鑑定とは異なった事情・困難が医療観察法鑑定にはある。鑑定の精度を上げることは個人の人権を守るためにも社会の公正を保つためにも絶対の課題である。そのためには、一定の施設の高規格化は必要である。

④一方で、特定の医療機関に医療観察法の鑑定が偏ってしまうのは、精神医療の今後のためにも決して好ましいことではない。疾病性が明らかな対象者の処遇は、精神科医療機関である以上そんなに大きな困難はない。疾病性に問題があり処遇に難渋するような（鑑定）対象者をどういう施設で見ることが、鑑定施設の高規格化という問題に

とって大きなテーマとなる。

⑤地方（県）による鑑定施設・鑑定医の実施状況の差が非常に大きい。おのずとこの差は、鑑定の質に反映するだろう。ある程度の標準化はやはり必要なのではないか？

⑥質の担保の指針として、鑑定入院パスなどを実施している施設もある。こうした、ソフト面での視点から、鑑定入院施設の基準を考える方向も可能であろう。」

こうした問題提起に関して、本年度の研究では、医療観察法鑑定での判断において、特に「疾病性」の評価が実際に問題になっているケースが多いことをⅠ. で実証した。さらに、こうした問題点を改善するための施設の基準として、ある程度専門性をもった多職種チームを備え得る施設基盤が必要であることをⅡ. とⅢ. で示した。繰り返しになるが、「法的側面からいうと、医療観察法においては一旦医療観察法に乗った場合双方向性を持たないといった事実から考えて、医療観察法鑑定は刑事裁判に戻せる事実上最後の機会となる。従って、医療観察法の鑑定においても刑事鑑定と同様あるいは刑事鑑定以上に疾病性（責任能力）の厳密な評価が必要であることを担保することは、社会的公正を保つための最重要課題である。」ということは、肝に命じられなければならない。

#### E. 結論

処遇終了事例の検討により、疾病性を含めた医療観察法鑑定が不十分であることが示された。医療観察法鑑定は理念的にも実践的にも、最小限の行動制限による詳細な精神状態の観察が必要かつ最も有用である

う。多職種チームで鑑定に当たるメリットは、指定入院機関の治療実践から明らかである。医療観察法鑑定は、指定入院機関並みのハード・ソフトを備えることが望ましいと考えられる。次年度は最終報告として、現実的な施設基準を提案する予定である。

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

なし

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

1	事例	合計41	1	2
2	鑑定期間	32	10	16
3	問診回数	記載あり=7/41	2	6
4	対象行為		放火	傷害
5	鑑定診断	主診断 ①統合失調症23 ②覚せい剤精神病 3 ③妄想性障害 3 ④アルコール依存 3 ⑤人格障害 1 ⑥認知症 2 ⑦精神遅滞 0 その他 6	覚せい剤精神病	統合失調症
6	鑑定時の処遇		24時間隔離。	24時間隔離
7	多職種による協議を含む評価	あり=6/41	なし	なし
8	鑑定医の属性		入院施設の医師(非主治医)	入院施設の医師(主治医)
9	鑑定時症状		対象行為時より減弱していたが幻覚妄想は持続。	異常体験は持続。動揺性あり、疎通性も状況により変化する。
10	鑑定時のその他の症状		易刺激強く、処遇困難。	拒薬あるよう
11	責任能力判断	あり=24/41	心神耗弱と判断	言及なし
12	根拠		覚せい剤精神病に対する専門的な治療が必要。①「反社会性に乏しく疾病性と犯罪行為が純粋に直線的である」ことにある程度該当。②「疾病性と犯罪行為との関連が複雑で直線的でないが、薬物依存や人格の問題などで一般の精神科病院では処遇困難」にまさに該当するので医療観察法に乗せるべき。	統合失調症は治療可能性がある
13	疾病性		幻覚妄想に支配されての犯行	統合失調症という診断
14	治療反応性			
15	社会復帰要因		真の病識に乏しい。家族はおそれている	家族の支援が弱体化している、症状が顕著である。
16	指定入院医療機関入院時の症状		幻覚妄想は認めず。解放処遇により易刺激性もみられなかった。	ほとんど疎通がとれない状態。衝動性、拒否が目立った。興奮状態はなし。イレウスを合併しており、身体管理を要する状態であった。
17	処遇終了とした根拠		内服に対し拒否を示さず、症状は安定していた。糖尿病の合併症が著しく、身体機能低下により他害のリスクが低い。	言語による疎通が全くとれず、治療反応性がなかった。一方、内服やデボ剤投与は拒否なく、日常生活は援助があれば送ることができた。精神保健福祉法による処遇となった。
18	鑑定時に医療観察法不処遇に該当したか。		解放処遇や身体機能を適切に評価することで不処遇と判断可能であった。	長年の治療経過から、言語による疎通性が回復する見込みはほとんどなく、不処遇と判断可能であった。
19	指定入院機関での診断	主診断 ①統合失調症13 ②覚せい剤精神病 3 ③妄想性障害 1 ④アルコール依存(依存性疾患) 5 ⑤人格障害 5 ⑥認知症 5 ⑦精神遅滞 3 発達障害 3 その他 3	覚せい剤精神病	統合失調症
20	問題点		隔離処遇が症状評価に大きな影響を与えていた。多職種での評価がなく、処遇に影響を与えていた。	過剰投薬、隔離処遇が対象行為発生に影響した可能性がある。鑑定期間中も生活技能に関する評価がなされていない。
21	診断変更①あり②なし	①=21 ②=20	①	②
22	処遇終了カテゴリー①疾病性②治療反応性③社会復帰要因④その他	①=19 ②=15 ③=6 ④=1	③	②
23	鑑定評価①明らかな問題あり②改善の余地あり③問題なし	①=15 ②=14 ③=12	②	②

3	4	5	6
41	35	23	37
1回?		5	4
放火 統合失調症	強姦未遂 統合失調症	殺人 統合失調症	放火 軽度精神遅滞、破瓜型統合失調症
10日間隔離、その後一般病室 なし	記載なし なし	24時間隔離 なし	24時間隔離 なし
外部の医師 表情穏やか、疎通性良好。幻覚・妄想や問題行動なし。	入院施設の医師(非主治医) 施行は表面的で深みはない印象。幻覚・妄想は全くなく、対人疎通性は良好。問題行動はなし。	外部医師 幻覚・妄想が持続。軽度の思考形式の障害あり。対象行為は否認している。	外部医師 易刺激性は認めず。幻聴の陳述はするが一定しない。知的水準=IQ52。意思疎通に困難を認める。
		自閉傾向、意欲低下など陰性症状あり。	
心神喪失	心神耗弱	心神喪失	言及せず
薬物療法の効果が上がっている。	妄想が再燃するおそれがある。	症状が持続しており、病識が不十分。それにより通院治療が困難。	薬物療法、疾病教育、司法精神療法、多職種チーム医療により治療可能性あり。
統合失調症による幻覚妄想状態	統合失調症による妄想。	統合失調症による幻覚・妄想、精神運動興奮。	統合失調症
服薬継続の意思がうかがえない	治療を継続していたが、他害行為を繰り返していた	対象行為(院内殺人)	リスクは高い
幻覚・妄想は「マイクロチップを埋められている」という疑念はあるが、気のせいかもしれないと語った。その他の幻覚・妄想状態は全く認めず。胸部・下肢の違和感に伴う不安・焦燥を訴え、アカンジアが疑われた。	施行は表面的で深みはない印象。幻覚・妄想は全くなく、対人疎通性は良好。問題行動はなし。非常に低姿勢で、スタッフの顔をうかがう。	幻覚・妄想が持続。軽度の思考形式の障害あり。対象行為は否認している。	易刺激性は認めず。幻聴の陳述はするが一定しない。知的水準=IQ52。意思疎通に困難を認める。欲求が通らないと衝動的な暴力がでる。
入院時RIS4mg投与されていたが、病歴棟の検診により、統合失調症の診断が疑わしいので薬物を中止した。6ヶ月間状態観察を行ったが、軽度発達障害の傾向はみられたが、幻覚・妄想の再燃はみられなかった。疾病性が要件を満たさないとして処遇終了とした。	入院中の安定している時期においても強制わいせつ用の行為を2回、暴力行為を数回繰り返した。他害行為においては本人の内的なストレスが関与していた。拒薬がみられることもあったが、明らかな幻覚・妄想状態がみられることはなかった。一方、服薬とは関係なくトランス障害を起こすことがあった。治療的に約2年間経過をみたが、改善が得られず処遇終了とした。診断に関しては外傷の既往があり、脳の器質性障害による人格障害の可能性が高い。鑑定病院が医療保護入院で受け入れた。	21ヶ月間入院し、薬物調整等を行ったが、根本的な病状の改善が得られなかった。一方、対象行為の否認はなくなり、対象者なりに内省は得られるようになった。病状からみて通院は困難であり、精神保健福祉法による入院となった。	広汎性発達障害が主診断であり、統合失調症は否定的であった。薬物療法およびプログラム治療の効果は期待できない。自閉環境を維持することで、一般精神科棟で処遇可能であり、精神保健福祉法での入院に移行した。
統合失調症としての診断根拠がはっきりしない。鑑定時にも適切な評価が可能であった。	鑑定時においても心神耗弱相当との判断がなされており、鑑定時点での評価は適切であった。	鑑定時の判断は妥当。	責任能力判断がなされておらず、心神耗弱相当として却下となる可能性があった。
軽度発達障害	器質性人格障害	統合失調症	広汎性発達障害
抗精神病薬の安易な投与、鑑定医の診察回数少なさ。推測のみで鑑定されている。	医療観察法の鑑定を受けて却下という可能性はあり得たかもしれない。		隔離処遇によりコミュニケーション能力の評価ができず、診断を誤った可能性がある。
①	①	②	①
①	①	②	①
①	②	③	②



7	8	9	10
37	32		30
	2		
放火	殺人		
統合失調症、身体化障害	統合失調症	統合失調症およびアルツハイマー病	妄想性障害
24時間隔離？	24時間隔離	夜間隔離	24時間隔離
なし	なし	あり	なし
入院施設の医師(主治医)	外部の医師	入院施設の医師(主治医)	外部の医師
対象行為時の幻覚・妄想は認めないが、音への過敏性、被害関係念慮は残存。下腹部痛、排尿障害も認める。	服薬していないのに睡眠もとれており、そのせいか頭の回転も良く、質問に対して論理的に答えてくれた。	幻聴・被害妄想が持続している。HDS-R=13点。	疎通は可能で、記憶障害も目立たなかった。妄想は持続。
	なし	せん妄	
言及せず	心神喪失	言及せず	心神喪失
病識なく治療の継続性への同意がない	内省・病識が全くない。服薬も拒否している。	対象行為は主に統合失調症に基づくものであり、治療反応性が期待できる。	治療可能性はあるが、高齢であること及び呼吸器疾患により親族と同居しない限り同様の行為を行う具体的現実的可能性は低い。
統合失調症	統合失調症	統合失調症およびアルツハイマー病	持続性妄想性障害
再発リスクが高い	思い通りにいかなかったらこれからも短期的に同様の行為を行う危険性が高い	現状で精神症状が活発である。	精神保健福祉法の対応でよい
幻覚・妄想は全くなく、好意的で活気がなかった。身体症状の訴えが多い。疎通性は良好で思考障害はなし。記憶力障害があった。	幻覚・妄想など精神症状なし。疎通性も良好。しかし処遇に納得しておらず、スタッフに対しては非常に攻撃的。直接的な暴力に至ることはない。	幻聴・被害妄想が持続している。認知機能障害を認めた。	肺炎の悪化により瀕死の状態。積極的な内科治療を行った。面接は不可能な状態。
診断は入院中に明らかな躁状態になり、そううつ病に変更された。HDR-Sで10点台で軽度の認知症を発症していた。自立した生活は困難であり、本人も援助を受ける姿勢が確保されたため、精神保健福祉法による入院となった。	統合失調症と診断できる病歴がなく、入院期間での生活ぶりも全く精神障害を疑わせるものはなかった。事件を覚えていないと言うことは虚言であった。疾病性の要件を満たさず、処遇終了となった。	鑑定通り統合失調症の増悪があり、薬物療法及び環境調整で軽快状態になった。アルツハイマーに関しては治療反応性がなく、地元の病院に精神保健福祉法による入院を受け入れた。保護的な環境ではリスクはない。	身体機能低下によるリスク低下で処遇終了とした。
鑑定時にも認知機能の低下はみられていたが、入院の判断は妥当。	精神障害が仮にあったとしても、せいぜい心神耗弱程度であり、却下されるべきケースであった。	鑑定判断は妥当と思われる。	鑑定判断は妥当と思われる。
躁うつ病・軽度認知症	人格障害	統合失調症およびアルツハイマー病	器質性人格障害
生活技能や認知機能の判断が不十分。	主治医は人格障害との添書を入院機関に送ってきた。最低限病棟での生活の様子を考慮すれば、こんな鑑定はあり得ない。	なし	審判での判断に疑義あり。
①	①	②	①
③	①	②	①
②	①	③	③

11	12	13	14
38	33	33	30
?	?	?	?
放火	傷害	傷害	強制わいせつ
反復性うつ病、軽度精神遅滞	統合失調症(アスペルガーを伴う)	気分障害・躁性エピソード	てんかん精神病、統合失調症性人格障害
24時間隔離 なし	初期に隔離、その後多床室 なし	24時間隔離 なし	記載なし あり
外部医師 比較的安定している	入院施設の医師(非主治医) 衝動制御の障害、強迫的こだわり、児童的態度、 観念連合弛緩、被害念慮	入院施設の医師(非主治医) 多弁など躁状態	入院施設の医師(主治医) てんかん発作およびもうろう状態を認めず。高揚気 分あり。
		性格として強迫性人格障害、自己愛性人格障害が 認められるが対象行為とは関係せず。	
うつ病による焦燥、衝動性、MRIによる現実検討能 力・理弁別能力の著しい低下あり	言及せず	心神喪失	記載なし
うつ病相が短期間に再燃を繰り返しており薬物的 予防効果について検討が必要。症状再燃時の制 御能力が不十分。通院では社会復帰阻害要因の 改善及び適切な心理教育が困難。	統合失調症は治療可能性がある	医療観察法による治療を受けさせないと同様の行 為を行う具体的・現実的な可能性が高い。	治療反応性あり、病識なく服薬回数を一日2回朝・ 夕に減量しても安定する状態、職場で服薬不要な 状態になるまで入院による処遇が必要。
激越うつ病としての衝動行為による犯行。知的障 害により病態が把握できず感情コントロールは不 十分。	被害念慮から他害行為が惹起された。	躁状態により生じている。	自分に都合の悪い部分の記憶が欠損している。供 述調書に対象行為内容を陳述しているのは作話 的意図がある。
うつ病に対する薬物効果はある程度確認できる。 心理教育や各種スキルの学習は治療効果を向上 させる。	アスペルガーに対して非定形抗精神病薬の投与と 多職種によるチーム医療を行えばアスペルガーを 伴った統合失調症を改善する可能性あり。	内服により拒絶・易怒性・要求過多が改善しており 、治療反応性は認められる。	入院後発作や解離反応がみられないので治療反 応性は良好。医療観察法による法律的な枠組みの 中で嚴重な治療継続が必要。
支援のための具体的手だてを立案することが必要 。	周辺住民感情が悪く、母親は施設入所を求めている	病識にかけ、対象行為への自省に欠けており、薬 物・精神療法が十分行われないと同様の行為を行 う可能性が十分ある。	本人の希望する研究開発系の会社に就職すること は多大な困難がある。
気分症状を認めず、落ち着いていた。	幻覚・妄想体験は認めなかった。衝動制御に若干 問題あり。	きわめて軽度の躁状態を認めた。攻撃性は認めな かった。	発作なく意識水準も安定していた。
進行性の認知機能の低下	統合失調症としての症状を認めず、ストレス耐性の 低さから生じた反応性の症状と判断した。	物質乱用による問題行動であり、医療観察法の枠 組みでは適切な治療効果が得られない。	地元での治療を継続する上で、てんかんの専門的 な病院に通院するため、医療観察法を終了した。
FTDが顕在化する以前では診断困難。	妄想内容について丁寧に判断すれば却下の判断 は可能。	物質乱用は判断されており、却下の判断は可能で あった。	要件の判断には疑義あり。
FTD	アスペルガーのみ	物質乱用	てんかん
	ASPの責任能力に対する議論が必要である。	躁状態の評価は慎重に行うべき。	てんかん精神病と診断されているが、脳波所見の 記載がない。
①	①	①	②
②	①	①	①
③	①	①	②

15	16	17	18
32	37	40	40
?	?	?	?
傷害致死	放火未遂	放火	放火
中等度精神遅滞、双極性感情障害	アルコール依存症、非社会性人格障害、双極性感情障害	重度の物質依存(アルコール、抗不安薬、睡眠導入剤)、覚せい剤乱用後遺症の可能性、反社会性人格障害、衝動性人格障害	統合失調症、アルコール中毒症
24時間隔離	24時間隔離	24時間隔離	記載なし
なし	なし	なし	なし
入院施設の医師(主治医)	入院施設の医師(主治医)	入院施設の医師(主治医)	入院施設の医師(非主治医)
易刺激性、易怒興奮性、粘着性、多弁、多動、不眠、誇大妄想あり。病識なく治療の意思はない。	感情障害は持続している(躁状態ではなく軽うつ状態)	感情的にやや抑うつ的。興奮はなかった。	幻覚・妄想はなし。記憶力は悪く、対象行為について良く覚えていない。
喪失していた	記載なし	理非弁別の判断がつかないことはなくて、社会常識的な対応は可能。精神病水準の思考の問題や混乱もみられない。	心神耗弱
精神遅滞の治療可能性はない。易怒興奮性や粘着性、暴力性、非社会性はすでに固定化され治療することは期待できない。双極性感情障害についても薬物療法による治療効果は極めて不十分。隔離によりトラブルを回避している。	本人の感情障害は持続しており、社会復帰を阻害している。双極性感情障害には薬物療法が有効でありこの法律による治療が必要である。病識が不十分でありサポートする家族が不在であり通院は困難。	アルコールを断ち、適切な抗不安薬や睡眠導入剤の使用により不眠、易刺激性を改善する必要あり。フラッシュバックはないが易刺激性は覚せい剤後遺症の影響もうかがえるので今後フラッシュバックなどの病的症状の再発を防ぐ必要あり。治療は断酒下で行う必要があるため入院が必要。人格障害には更生のための教育的アプローチも必要。	アルコール中毒は治療可能性あり。統合失調症は経過が長く完全寛解は困難だが、治療可能性は残存する。
不快感から易怒興奮性が増していたところに家族からの刺激に触発されて行った。	躁状態により攻撃性が高まり非社会性人格障害と相まって生じた。	?	統合失調症、アルコール中毒症
精神遅滞の治療可能性はない。躁状態に対する薬物を増量すると副作用が出るため治療関係を損なう。隔離で対処しているが、治療反応性極めて乏しい。	双極性感情障害には抗精神病薬や感情調整剤が有効。医療観察法によって枠組みを作りうる。	?	アルコール中毒は治療可能性あり。統合失調症は経過が長く完全寛解は困難だが、治療可能性は残存する。
手厚い支援を必要とするが、唯一の支援者を失った。	感情障害の治療と多罰性、衝動性の内省が社会復帰に必要。	?	記載なし
易刺激性、易怒興奮性、粘着性、多弁、多動、不眠、誇大妄想あり。病識なく治療の意思はない。	気分障害としての症状は認めず。	幻覚・妄想なし。	幻覚・妄想なし。慢性化した残に症状も認めず。
気分障害としての診断基準を満たさず、精神遅滞のみの診断では医療観察法による要件を満たさないと判断した	気分障害としての診断基準を満たさず、医療観察法による要件を満たさないと判断した	疾病性に疑義あり、医療観察法に適用しないと判断	統合失調症としての診断基準を満たさず、アルコール依存については医療観察法に該当せず。
鑑定判断は妥当であると思われた。	判定時点で疾病性の判断は可能であった。	却下すべき症例であった	症状を丁寧に確認すれば、アルコールによる問題に収束可能であった。
中等度精神遅滞	アルコール依存症	アルコール依存症	幻覚症を伴うアルコール依存症
気分に対して厳密な判断が必要。	気分に対して厳密な判断が必要。	鑑定書中の記載に矛盾がある。嘱託項目で精神障害であるか、医療観察法による医療を受けさせるか否かの2点のみしか記載していない。	
①	①	①	①
①	①	①	①
②	①	①	①

19	20	21	22
25	32	40	42
?	?	?	?
放火	殺人	強姦未遂	殺人未遂
統合失調症	統合失調症	軽度精神遅滞および統合失調感情障害	統合失調症、中等度精神遅滞
24時間隔離	24時間隔離	多床室	初期に隔離、その後多症室
なし	なし	なし	なし
外部医師	入院施設の医師(非主治医)	入院施設の医師(非主治医)	入院施設の医師(主治医)
活発な幻聴や妄想体験を認める。	活発な幻覚・妄想体験を認め、時に精神運動興奮を生じることがあり。	入院当初気分高揚あり、性的逸脱発言認めたが、行動化することなし。	活発な幻覚・妄想を認め、施行は支離滅裂
血液検査以外の検査を拒否			常同行為、WAIS-IIIにてIQ=64
心神喪失	心神喪失	記載なし	是非善悪の弁別能力、弁別能力に従って行動する能力が著しく障害されていた
重症の統合失調症	妄想の対象が他の家族に向けられる可能性がある。強制力があり、しっかりとした枠組みで治療を行う必要がある。	薬物療法が著効したため入院は不要だが、薬物療法を継続するために通院処遇が必要。	保護室では症状に改善傾向を認めたが、多床室に移動後刺激が増えて症状が活発となった。環境刺激の統制のために入院が必要。
重症の統合失調症	妄想型統合失調症で、強い攻撃性を伴っていた。	統合失調感情障害、躁状態	統合失調症(重症度は慢性で中等度)、軽度精神遅滞
統合失調症	抗精神病薬の増量により精神運動興奮に治療効果が認められた。	統合失調感情障害に対して薬物療法が有効。精神発達遅滞に対してはディケア的な医療的対応と作業所や職業訓練などの福祉的対応により社会復帰が望まれる。	これまでの長期の種々の治療に対して十分な効果が得られていないが、環境刺激の統制のため、入院治療が必要。
対象行為	支援者に調整必要	医療観察法による危機介入を行えば家族の受け入れ不安を緩和可能。通院が担保される。	記載なし
著明な幻覚・妄想状態。	著明な幻覚・妄想状態。易刺激性も伴っていた。	気分的には落ち着いており、欲求充足的な妄想体験を認めることがあった。	幻覚・妄想は持続。解体した思考も持続。易刺激性は認めず。
ECT等行ったが治療に反応せず難治。精神保健福祉法による入院処遇となった。	薬物療法に反応乏しく、心理社会的治療に対しても症状をコントロールすることが困難であり、治療反応性に乏しいと判断。	統合失調感情障害による精神病症状ではなく、知的障害による不適応性の反応としての症状のみであり、精神遅滞と診断。疾病性が不適当と判断した。	指定通院機関への通院が地理的に困難であり、通院がリスク要因となりえると判断。通院可能な病院に通うため、あえて処遇終了とした。
	鑑定判断は妥当であるが、慢性の統合失調症の治療反応性は厳しい場合がある。	不処遇相当。	
統合失調症	統合失調症	精神遅滞	統合失調症
なし		知的障害者に生じやすい精神症状をきちんと評価すべき。	
②	②	①	②
②	②	①	④
③	③	①	③

23	24	25	26
14	37	46	35
?	?	不明	不明
強制わいせつ	強盗致傷	傷害	放火
統合失調症	前頭側頭型認知症	統合失調症	覚醒剤精神病、反社会性人格障害
記載なし	24時間隔離、身体拘束	閉鎖病棟多床室	常時施設から日中解放観察へ
なし	なし	なし	なし
入院施設の医師(主治医)	入院施設の医師(非主治医)	外部医師	外部医師
軽減しつつあるが幻覚妄想状態にある。	徘徊、暴力、女性職員へのセクハラ行為	明確な統合失調症の症状は認められない	活発な幻覚・妄想を認める
治療意欲なく、拒薬傾向あり	質問に返答乏しく、空笑認める。返答時の語彙も乏しい。	特になし	LPの筋注希望あり
記載なし	記載なし	記載なし	記載なし
統合失調症による精神症状に伴う対象行動を自ら抑制し、適応的に生活することが困難。	FTDの薬物治療効果・反応性は低い。しかし、環境調整や生活指導、作業療法、認知行動療法により反社会的行為に至らないように治療すれば対象行為に至らない。	対象行為以後継続して入院治療を行っており、状態が改善しているため	指定入院医療機関が全国で2つしかなく、支援者から離れることは社会復帰阻害となる
統合失調症	前頭側頭型認知症	幻覚妄想に支配されての犯行	幻覚妄想に支配されての犯行
薬物療法により奇異な言動は消滅したが、病識形成に至る薬物反応性は認めず	薬物療法により落ち着きつつあり、治療反応性を認める		
記載なし	運動療法や作業療法を導入し、介護者の負担を減じることが可能。デイケア等のコーディネートが必要。	支援体制が確立されていない	上述
幻覚・妄想は軽減していたが、易刺激性は持続していた。	言語的に疎通がほとんど取れないが、易刺激性は目立たなかった	幻覚妄想は認めず。	妄想体験は持続。症状により行動科することは無い。金銭の授受等行っていた。
治療プログラムに参加せず、薬物療法の反応性も限定的であり、治療反応性に乏しいと判断。	言語的な疎通性が取れず、治療プログラムへの導入が不可能。薬物療法も抗精神病薬を中止したが目立った悪化なく、治療効果は限定的。	入院継続期日延滞	薬物療法は必要だが、反社会性人格障害、覚醒剤依存については治療反応性に乏しい。覚醒剤専門のクリニックに通うことを条件として処遇終了とした。
当初審判での通院処遇決定は不適切であった。慢性の統合失調症の治療反応性は厳しい。	不処遇相当。	通院処遇程度	精神病勢症状を認めており、入院処遇の決定は妥当。
統合失調症	前頭側頭型認知症	統合失調症	覚醒剤精神病、反社会性人格障害
当初審判での鑑定時点から3要件についてきちんと評価していない。再申立て時の鑑定(同一の鑑定人)が当初審判時の鑑定をほぼ踏襲している。	一過性の改善(大量の抗精神病薬による鎮静)を持続的な改善と評価し得ない	不起訴処分でありながら、既に入院治療を行っている対象者を対象行為より1年3ヶ月後に申し立てを行っている。	
②	②	②	②
②	②	③	②
①	②	②	③

27	28	29
33	46	26
2	不明	不明
傷害	放火	殺人未遂
残遺型統合失調症＋軽度精神遅滞	急性一過性精神病性障害＋うつ病エピソード＋軽度認知障害	破瓜型統合失調症
行動制限は行わず	隔離解除後不穏となり身体拘束	常時施設から解放観察へ
なし	なし	なし
外部医師	入院施設の医師(主治医)	入院施設の医師(非主治医)
幻覚・妄想は認められず、感情鈍麻や意欲・活動性が低下	幻聴・妄想知覚、被害関係妄想	思考解体、こだわり、疑惑
特になし	精神運動興奮、拒食	感情の平板化
記載なし	記載なし	記載なし
薬物により衝動コントロールが良好となったため	十分なスタッフと治療戦略を持って対応し、治療と管理が明確な枠で示される環境により治療効果が期待できる	指定入院医療機関の整備されが環境と十分なスタッフで行動制限を最小とし、手厚い医療を行えば病状の改善が期待できる
衝動コントロール不足および思考の混乱	幻聴及び抑うつ気分、不安などから希死念慮が生じた	妄想の存在は不明。認知機能障害・現実検討能力低下による自制困難が生じた。
患者本位でなく強制度の強い外来治療が必要	キーパーソン不在	長期入院中の対象行為のため、社会復帰は高度に阻害されている
落ち着いており、幻覚・妄想は認めず。混乱も生じず。	面談も困難な程度まで意欲低下が著明。抗うつ剤への反応も乏しい。	幻覚・妄想は目立たず、疎通性の低下が著しい。
軽度MRおよびSはあるが、対象行為はPDD-NOSによるパニックにより生じたものであり治療反応性に乏しい	アルツハイマー病であり治療反応性に乏しい	陽性症状が認められず、薬物への反応も乏しく心理社会的プログラムの理解が得られなかったため治療反応性に乏しい
鑑定期間ではPDDが判断しにくく、多飲水などの状況では被害的になりやすいため処遇の判断は困難。	SPECT等の検査が行えない、長期観察ができないと困難。	治療反応性に乏しい部分で判断可能か？仕方ないか。。。。
PDD-NOS	アルツハイマー病	統合失調症
①	①	②
①	②	②
①	②	③

30	31	32
10 不明		29
4 不明		不明
傷害	傷害	放火
覚醒剤精神病、軽度精神遅滞	妄想型統合失調症＋軽度精神遅滞	アルコール依存
隔離室使用(施設)	記載なし	常時施設から解放観察へ
なし	なし	あり
入院施設の医師(主治医)	入院施設の医師(非主治医)	入院施設の医師(非主治医)
幻聴	被害関係妄想	なし
心神耗弱	心神喪失	心神喪失
薬物により幻聴が軽減、深刻味に欠けるが服薬の必要性を認める。	社会的・薬物・精神療法的な治療介入を行わないと知的な問題もあり、ストレスに対処できず幻聴や妄想知覚が生じ、衝動的に問題を起こす可能性が十分あるため。	治療可能性あり、本法による医療を受けさせなくても再犯の可能性は低い
覚醒剤精神病による幻覚・妄想による	統合失調症による妄想知覚、被害妄想による	単純酩酊
記載なし	記載なし	家族への十分な教育が必要
幻聴は認め、ふらつきが強い。過鎮静気味。思考察知も認める。	幻覚・妄想は認めず。ドラッグフリーで経過を見たが悪化せず。	なし。落ち着いて過ごしていた。
精神病は認められ、治療は必要で改善したが、併存症としての知的障害と人格面(反社会的)はこれ以上の治療反応性なし	対象行為時の幻聴は怪しい。特定不能のパーソナリティ障害であり、治療反応性に乏しい	せん妄も改善し、認知機能も問題なく疾病性に疑義あり。
仕方なし。	症状を丁寧に評価すれば処遇終了の判断が可能であった	不処遇をもともと念頭に置いていた
覚醒剤精神病、軽度精神遅滞	軽度精神遅滞	アルコール依存
滞住地はダルク。ダルクの方針上強制治療を回避するため、処遇終了とした。		
②	①	②
②	①	①
③	①	①

33	34	35	36
38	40		30
不明			
殺人未遂	放火	傷害	傷害
血管性認知症、妄想を伴う	鑑別不能型統合失調症＋軽度精神遅滞	自己愛性人格障害と反社会性人格障害に類似した特徴を有する混合性人格障害	妄想性障害
身体拘束(転倒転落防止上)あり	記載なし	24時間隔離にて開始。約20日間で保護室全面開なし	保護室隔離 なし
入院施設の医師(主治医)	入院施設の医師(主治医)	入院施設の医師(主治医)	入院施設の医師(主治医)
不倫妄想	幻聴、平板化した感情	情動的反応の鈍麻・不適切	緘黙状態(一切しゃべらず、かつての言動から被害妄想の存在が疑われた。)
HDS=20、錯覚、幻視、意欲低下			
記載なし	心神喪失	簡易鑑定では、心神喪失。責任能力の判断に大きな問題がある。	心神耗弱
抗精神病薬により妄想を改善すると再犯の可能性を減じうる	1. 幻聴が残存し、ストレスへの対処がないので、外来通院ではわずかなことで再犯する。2. 家族が拒否している。3. 対象者に細やかな対応するために医療観察法が必要。4. 居住地、関係機関との連携が必要(母親がSである)。	衝動コントロールや共感性欠如の問題は、怒りのマネジメントなどの認知行動療法的手法を用いた司法精神療法が重要とされており、それを可能にするには専門家と場所の整っている法所定の入院施設での治療が必要である。	現在、対象者に病識はなく治療への同意は得られず、通院による医療は困難である。また、明確な治療の枠組みを必要とし、安全感(妄想を生んだ生育歴や環境)の欠如への介入には十分な時間と潤沢な人的資源の投入が必要である。
妄想に基づき、衝動的に行った。多発性脳梗塞の程度は軽い。	記載なし	自己愛性人格障害と反社会性人格障害に類似した特徴を有する混合性人格障害	妄想性障害
		精神的安定を維持する薬物療法と情緒的未発達を改善する認知行動療法などを取り入れることである程度の改善は期待できるのではないかと	妄想性障害に対して妄想を軽減するのに抗精神病薬の使用は有効である。また、認知のゆがみに対して認知行動療法等の有効性も期待できる。
家族の受け入れは厳しく、居住地調整が必要	社会復帰要因として記載なく、「その他の参考意見」に上述の意見を記載していた	今後も繰り返す、同様の他害行為に及ぶ現実的で具体的な可能性がある。	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。
鑑定時と同じく確信度が高い	人格水準の低下、思考障害が著明。	幻覚・妄想などなし。	緘黙状態
妄想が改善した。血管性認知症の治療反応性は乏しい。身体機能の低下により他害行為の可能性が減じている。	薬物療法、プログラムに参加したが改善が得られず、統合失調症そのものが治療反応性に乏しい	治療反応性が認められない。	妄想性人格障害であり、治療による改善は期待できない。入院中の行動からすると再び同様の行為を行う可能性は低い。
自宅に退院すると再犯の可能性高く入院処遇はやむなし	治療反応性に乏しい部分で判断可能か？仕方ないか。。。	人格障害であり、却下し、刑事責任能力を問うべきであった。	緘黙状態であり、妄想の存在を推定し医療観察法の対象と判断された。人格障害であり、不処遇が適切。
血管性認知症、妄想を伴う	鑑別不能型統合失調症＋軽度精神遅滞	人格障害	人格障害
特養に退院。1項入院～2項入院として病棟を変えることなく対応	イライラして火をつけたと述べており、精神症状と犯行の関連性に乏しい。診断も過去の診断を参考にしているなど主体性に欠く。また、「入院により放火していないので、治療反応性がある。幻聴や陰性症状には薬物反応性は乏しい可能性がある。軽度IDに対しても反応性は乏しい。」などの記載があり、きちんと判断していないのではないか	人格障害の責任能力を問わなかった点と人格障害の治療可能性を肯定した点。	妄想性障害と診断した根拠が不十分であった。また、現在症で妄想の存在を裏付ける情報がないまま、妄想の存在を前提として鑑定意見が述べられた。
①	②	②	①
②	①	①	①
②	①	①	①



37	38	39	40
26	31	21	36
放火 妄想性障害	殺人未遂 統合失調症 前頭葉型認知症(中等度)	強盗未遂 統合失調症	傷害 統合失調症 器質性精神障害(人格水準低下、衝動制御不良)
保護室隔離。途中から部分開放 なし	保護室隔離 なし	保護室隔離 あり	保護室隔離を基本として時間開放を行った なし
入院施設の医師(非主治 妄想が持続 なし	入院外施設の医師 幻聴、被害妄想が活発 HDS-R 19点	入院施設の医師(非主治医) 幻覚妄想状態 残遺状態 糖尿病 I 型	入院施設の医師(主治医) 幻覚妄想状態 人格水準低下 衝動制御不良
なし	心身耗弱	心身耗弱 (確定裁判あり)	心身喪失
現在も妄想が強固であり、現実検討や病識がなく、病氣に対する理解がなく、入院治療が必要である。	症状が活発であり、病識を欠く。家族の支援も期待できない。	現在も幻覚や妄想が強固であり、現実検討や病識がなく、病氣に対する理解がない。残遺状態が強く、治療反応性は低いと予想されるため、加えて糖尿病を管理できる体制が必要である。よって、不処遇として、精神保健福祉法での入院が必要である。	現在も妄想が強固であり、現実検討や病識がなく、病氣に対する理解がなく、入院治療が必要である。
妄想性障害	統合失調症	統合失調症の欠陥状態に近い	統合失調症 脳梗塞による知的能力低下、衝動制御不良
妄想性障害自体は薬物療法により改善することは困難であるが、治療プログラムによりリスクを下げることができる。	統合失調症で治療反応性あり。	統合失調症ではあるが、治療反応性は低い。	数十年治療を継続したにもかかわらず、幻覚や妄想は変化しなかった。治療反応性がすこぶる良いとはいえないが、あると判断する。
同様の行為に至る具体的現実的可能性が存在する。	幻覚妄想状態であり、具体的現実的可能性あり。	対象行為時と同様の精神状態が続いており、具体的現実的可能性がある。	幻覚妄想状態であり、具体的現実的可能性あり。
対象行為時と同様の妄想が持続していた。	幻覚妄想状態。	幻覚妄想状態 残遺状態	幻覚妄想状態、人格水準低下、衝動制御不良
治療により妄想は改善し病識も出現し、精神保健福祉法による任意入院を継続すれば再び同様の行為を行う可能性はない。肺がんのため通院処遇とせず、身体治療もあり、処遇終了。	入院後、認知機能低下、身体機能低下が著しく、認知症が顕在化し治療反応性は期待できなかった。また、身体機能の低下があり、同様の行為を実行する可能性が低くなった。しかしながら、統合失調症による幻覚妄想状態は薬物療法を継続したが軽快しなかった。	院内軽快レベル以上には陽性症状の改善せず、日常生活を支援保護する環境でなければ生活できず、現状以上の治療反応性は期待できない。陽性症状自体はやや改善している。相対的なリスクは低下し、精神保健福祉法での対応が可能となった。	薬物療法や心理社会的治療には反応せず、幻覚や妄想は持続した。しかし、相対的なリスクは低下し、精神保健福祉法での対応が可能となり、医療保護入院先も見つかり、処遇終了。
該当していない。	該当していない。	残遺状態が著しかったが、鑑定時から統合失調症について完全に治療反応性を否定することはできず、不処遇には該当していなかった。	脳梗塞による知的機能低下、人格水準低下、衝動制御不良が予想されたが、鑑定時から統合失調症の幻覚や妄想について完全に治療反応性を否定することはできず、不処遇には該当していなかった。
妄想性障害	統合失調症 前頭葉型認知症(中等度)	統合失調症	統合失調症 器質性精神障害
なし	なし	なし	なし
②	②	②	②
③	②	③	②
②	③	③	②

41
37
強盗
アルコール性認知症 軽度精神遅滞 非社会性人格障害
入院6日間、個室隔離。その後、一般病室あり
入院施設の医師(主治医) 意識清明であり、精神病症状はなし。やや理解力は悪い。
心身耗弱
入院中にも幻聴の再燃を認め、飲酒やストレスによるアルコール精神病の再燃の可能性が高い。
アルコール精神病性障害 軽度精神遅滞 非社会性パーソナリティ障害 幻覚妄想に対する治療反応性あり。
飲酒やストレスによるアルコール精神病の再燃の可能性が高い。
幻覚妄想状態
入院後、アルコール性認知症が顕著となり、病識の獲得、断酒の継続など治療反応性はまったく認められなかった。ただし、相対的なリスクは低下し、精神保健福祉法での対応が可能となり、医療保護入院先も見つかり、処遇終了。
該当していない。
アルコール性認知症
なし
①
③
②

# 平成 21 年度 分担研究報告書

鑑定業務の教育研修に関する研究

分担研究者 五十嵐 禎人

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）

平成 21 年度 分担研究報告書

鑑定業務の教育研修に関する研究

研究分担者：五十嵐 禎人 千葉大学社会精神保健教育研究センター

研究協力者：椎名明大(千葉大学医学部附属病院精神神経科)

中嶋秀明(千葉大学医学部附属病院看護部)

藤崎美久(千葉大学医学部附属病院精神神経科)

永田貴子(国立精神・神経センター病院)

山本美佐江(千葉大学医学部附属病院看護部)

笠井翔太(千葉大学医学部附属病院看護部)

森内加奈恵(千葉大学医学部附属病院看護部)

三浦瑞恵(千葉大学医学部附属病院看護部)

吉永尚紀(千葉大学医学部附属病院看護部)

研究要旨

医療観察法による鑑定入院業務の標準化とその教育普及を図る目的で、医療の面と看護の面から標準的な鑑定入院のあり方を明らかにするための取り組みを行った。具体的には、まず医療面について鑑定入院に積極的に関与している精神保健判定医 50 名に対してアンケート調査を行い、その結果を鑑定入院エキスパートコンセンサスとしてまとめることとした。42 名より回答を得て、鑑定入院中に遭遇する可能性のある全 60 項目の想定状況に関する計 336 の治療選択肢について解析を行い、91.1%にあたる 306 項目についてコンセンサスを得た。うち 29 項目が最善の治療選択として位置づけられた。他方、鑑定入院中の電気けいれん療法の施行、対象行為への直面化についてはコンセンサスが得られなかった。次に看護面においては、鑑定入院における看護のあり方を明確化するために K-J 法を用いて鑑定入院事例に関する定性的分析を行い、他施設との意見交換を通じてその概念化を図った。その結果として、鑑定医の企図する司法精神医学的概念である鑑定と、看護者の想定する社会復帰支援としての医療的観察との間には構造的なギャップが存在することが明らかとなり、このギャップを埋める努力を行いながら鑑定及び医療的観察を遂行することの必要性が示された。

A. 研究目的

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（平成 15 年法律第 110 号。以下「医療観察法」という。）が平成 17 年 7 月 15 日に施行されてから 4 年が経過した。医療観察法の当

初審判において鑑定入院は、実質的に対象者の処遇を決定する分岐点であると同時に、急性期治療を提供する場ともなっている。このような重要性を帯びているにもかかわらず、鑑定入院中の処遇や医療の内容を明確に規定する法令はなく、厚労省通知にお