

事例	41	42	43	44
入院時年齢	62	54	56	44
鑑定期間	37	36	35	39
問診回数			4	
対象行為	強盗	放火	傷害	傷害
鑑定期の処遇	入院6日間、個室隔離。その後、一般病室	隔離なし	隔離なし。医療保護入院中の申し立て。	一般閉鎖病床
多職種による協議を含む評価	あり	あり	あり	あり
鑑定医の属性	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	入院施設の医師(非主治医)
鑑定診断	アルコール性認知症 軽度精神遅滞 非社会性人格障害	統合失調症	統合失調症	アルコール離脱せん妄
入院機関での診断	アルコール性認知症	統合失調症	レヴィ小体型認知症	アルコール離脱せん妄
診断変更①あり②なし①=47 ②=79	①	②	①	②
鑑定期時症状	意識清明であり、精神病症状はなし。やや理解力は悪い。	被害妄想があり食事をとらないこともある。思考のまとまりが悪く論理に飛躍がある。病識に欠ける。	表情の動きは少ないが、声をかけると反応は良い。話し方は、一方的で、状況を無視して、自分の関心ごとを言うことが多い	意識清明。疎通良好。表面的には礼節は保たれている。
鑑定期のその他の症状		意欲低下、現実検討能力低下	奇妙なカニのような歩き方	断酒の意思は不明瞭
責任能力判断	心身耗弱	心神喪失	身心喪失	言及なし
治療の必要性	入院処遇が必要	入院処遇が必要	入院処遇が必要	言及なし
根拠	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。	病識が不十分であり、治療の同意がえられておらず、通院による医療は困難	病状は慢性化しており、治療への反応性が乏しい可能性がある。そうであっても病状の増悪の抑制のために入院による医療の必要があり、さらに病状の改善のためにも十分な医療資源が必要。	処遇に関する意見は記載されていない。
疾病性	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	統合失調症の減裂思考、幻覚妄想状態による対象行為	統合失調症の症状に巻き込まれていた	離脱状態は現在完全寛解である。アルコール依存症は持続している。
治療反応性	幻覚妄想に対する治療反応性あり。	薬物療法による病状の改善や病識の獲得などが見込める	精神障害の疾患は治療の効果が期待できる。	離脱状態は現在完全寛解であり治療の必要性はない。アルコール依存症については治療の可能性はある

事例	41	42	43	44
社会復帰要因	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。	病状の悪化による同様の行為のリスクが高い	病状の悪化による同様の行為のリスクが高い	対象行為の間接的な原因となったアルコール依存症候群については、保護された環境から離れると再発のリスクが高い。本法による医療を受けさせなければ、連続飲酒が再燃し、今回と同様のせん妄状態に至り、そのために同様の行為を行う、具体的・現実的可能性がある。
指定入院医療機関入院時の症状	幻覚妄想状態	軽度の減裂思考。意欲低下。警戒心の強さが目立つ。	表情の動きは少ないが、声をかけると反応は良い。話し方は、一方的で、状況を見失って、自分の関心ごとを言うことが多い	意識清明。疎通良好。表面的には礼節は保たれている。
処遇終了とした根拠	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。	約2年半、薬物調整やプログラム治療を試みたが、症状は寛解には至らず、服薬の継続と生活技能の維持の為に、強力な支援を要した。しかし、治療の経過において、病状の軽快状態は維持でき、ストレス状況下でも援助を受け入れる姿勢は持つことができるようになった。治療の継続は必要であるが、保護的環境でのリスクは下がったと考えられ、精神保健福祉法の任意入院での受け入れ病院を調整して処遇終了となった。	少量の抗精神病薬で、著名な副作用が出現し、食事がとれなくなることもあった。次第に、記憶力の低下や見当識の低下など認知症の症状が顕在化し、日常生活の常時の介護が必要になった。経過から、レヴィ小体型認知症と考えられ、身体機能の低下からリスクが下がったため処遇終了	対象行為後、1年間の措置入院を経たあとの申し立て。(1年間全く症状がなかったが、措置入院が継続され、その後医療観察法が申し立てられ、医療観察法の入院となった。)入院時に全く精神症状はなく、アルコール問題の否認もなかった。入院中より物質プログラムを導入し、退院後の任意治療の体制を調整し処遇終了。
鑑定時に医療観察法不処遇に該当したか。	該当していない。	鑑定の判断は妥当	鑑定時点では、鑑定および審判の判断は妥当	鑑定の囑託事項から、審判まで、裁判所の理解不足が際立っている。鑑定の事実の認定は妥当だが、治療反応性およびリスクに対する判断に関して「パターンリズムに傾き過ぎている。
問題点	なし	薬物抵抗性の対象者の本法による治療反応性をどう考えるか。鑑定や審判の問題というより、地域の支援体制の問題。	記憶力障害、失認などが顕在化してきて認知症が明らかになった。長期の保護的な医療介入が必要であり、リスクも低いと見られるため、入院受け入れ病院を調整して処遇終了となった。	鑑定書が、綿密詳細であるだけに、「治療反応性およびリスクに対する判断」のあいまいさは、大きな危険をはらんでいる。
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=35 ②=31③=57	②	③	③	②
診断変更①あり②なし①=47 ②=79	①	②	①	②
処遇終了カテゴリ①疾病性②治療反応性③社会復帰要因④その他 ①=31 ②=62 ③=25 ④=4	③	③	③	②

事例	45	46	47	48
入院時年齢	36	60	40	37
鑑定期間	26	42	46	#REF!
問診回数	4	4		?
対象行為	傷害	殺人・殺人未遂	放火	放火
鑑定期の処遇	10日間隔離、その後一般室	隔離から3週間で隔離解除	2日間隔離、その後一般病床	24時間隔離→退院時11時～16時の時間開放
多職種による協議を含む評価	なし	あり	なし	なし
鑑定医の属性	入院施設の医師(主治医)	外部医師	入院施設の医師(主治医)	外部医師
鑑定診断	破瓜型統合失調症	大脳基底核石灰化症による器質性うつ病性障害および器質性妄想性障害(Fahr病)	混合性人格障害、軽度精神遅滞	破瓜型統合失調症
入院機関での診断	破瓜型統合失調症	アルツハイマー型認知症	軽度精神遅滞、適応障害	情緒不安定性人格障害
診断変更①あり②なし①=47 ②=79	②	①	①	①
鑑定期時症状	落ち着いて話はあるが、しばしば応答はまとはずれ。滅裂でまとまりを欠いた言動が目立つ	対象行為前の迫害妄想は持続。あらたな妄想形成はなく、疎通性は保たれている。軽度抑鬱的	幻聴の訴えはあるが、疑わしい。日常意思疎通や行動に問題はない。	精神病性症状はみられない。
鑑定期のその他の症状			作業療法にも参加	欲求が満たされない時に容易に反応し攻撃的・易怒的・暴力的になる。
責任能力判断	身心喪失を示唆(検察官の申し立ては心神耗弱)	言及せず	言及せず。(心神耗弱による執行猶予後の申し立て)	記載なし
治療の必要性	医療観察法にはなじまない	入院処遇が必要	医療観察法にはなじまない	入院処遇が必要
根拠	残遺症状・陰性症状が強く、長期の入院加療を要する。これは、一般精神医療で十分である。	被害妄想は持続し、不安希死念慮あり、病識もなく、薬物などの治療反応性もあり、入院処遇が必要。	人格障害による逸脱行動は落ちついており、保護観察で指導するべき	薬物反応性はあり、現在の病的体験は消滅しているが、病識の乏しさ、著しいストレス耐性の低さ、衝動性の高さ、後見人の援助が期待できない、病院以外で生活する準備ができていない事から、病状の改善と環境調整を慎重に進める必要がある。
疾病性	統合失調症による残遺妄想と陰性症状に直接影響されていた	器質性うつ病性障害および器質性妄想性障害(Fahr病)の妄想の強い影響下に行われた。	対象行為は、憤怒感情に基づく原始反応	陽性症状はないが陰性症状の進行に基づく社会適応力、日常生活能力、感情や行動の統制能力、現実検討能力の低下の為、容易に情動不安定となって短絡的に問題行動に及ぶ。
治療反応性	良くて現状維持であり、治療効果は限定的	抗精神病薬による治療が期待できる。	人格障害と軽度精神遅滞があり、治療は困難	抗精神病薬の治療反応性は良好。気分の異変性、衝動性などについてはコントロール不十分。対象者の特徴を考慮しての精神療法や疾病教育などの治療戦略が必要。

事例	45	46	47	48
社会復帰要因	リスクは高い	行為前の妄想は持続しており、治療がなされなければリスクは高い。	周囲のサポート体制は不足しているが、保護観察で良い	家はなく、後見人の叔母が今後の支援はできない旨を表明。濃厚な社会復帰支援が必要。
指定入院医療機関入院時の症状	落ち着いて話是可以するが、しばしば応答はまとはずれ。減裂でまとまりを欠いた言動が目立つ。体感幻覚は持続し、認知機能も低い。			精神病性症状は認められない。過剰適応と思われる機嫌の良さ。
処遇終了とした根拠	一定の病状の改善と病感は得られるようになってきたが、常時の保護的な支援を要する状態以上の積極的な治療による効果は期待できない。加えて、支援を受け入れる姿勢は持つことができるようになり、相対的リスクは下がり処遇終了となった			責任能力・疾病性への疑義、治療反応性の乏しさ、長期的に同じ環境で治療を継続していく困難さ。
鑑定時に医療観察法不処遇に該当したか。	鑑定は妥当。審判は、最高裁判決に従った判断。	鑑定の判断は妥当。対象行為時はSSRIの多量投与の影響もあったか？時間をかけた評価が必要であった事例	鑑定の判断はおおむね妥当である。「鑑定を基礎とした」という意味での、審判の判断には疑問がある。しかし、実際には、軽度精神遅滞に適応障害の合併した状態であり、一般医療水準の低さを考えると入院決定は妥当か。	経過や現症からも人格障害を疑わせる根拠は十分にあったと考えられる。却下相当。
問題点	陰性症状と残遺症状の強い統合失調症患者の治療反応性をどうみるか。	記銘力障害、失認などが顕在化してきて認知症が明らかになった。長期の保護的な医療介入が必要であり、リスクも低いと見られるため、入院受け入れ病院を調整して処遇終了となった。	適応障害が主たる問題であり、人格障害とできるような性格の偏倚はなかった。薬物調整とストレス対処法の獲得で、退院が可能となった。適切な通院施設がなく処遇終了となった。	統合失調症症状がないにもかかわらず破瓜型統合失調症と診断されている。責任能力に関する判断がなされていない。
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=35 ②=31③=57	③	②	②	①
診断変更①あり②なし①=47 ②=79	②	①	①	①
処遇終了カテゴリ①疾病性②治療反応性③社会復帰要因④その他 ①=31 ②=62 ③=25 ④=4	②	②	③	②

事例	49	50	51	52
入院時年齢	40	70	38	58
鑑定期間	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!
問診回数	?	5	?	?
対象行為	放火	放火	傷害	傷害
鑑定期の処遇	夜間身体拘束。日中は安全ベルトを着用し車椅子。	隔離なし	隔離→一般室に移室	隔離→一般室に移室
多職種による協議を含む評価	あり	なし	なし	なし
鑑定期の属性	内部医師(非主治医)	外部医師	内部医師(非主治医)	内部医師(非主治医)
鑑定期診断	妄想型統合失調症	妄想型統合失調症	特定不能の精神病性障害	型分類困難な統合失調症
入院機関での診断	前頭側頭型認知症疑い	妄想型統合失調症・アルツハイマー型認知症	急性一過性精神病性障害	型分類困難な統合失調症・軽度精神遅滞
診断変更①あり②なし①=47 ②=79	①	①	①	①
鑑定期症状	陽性症状は目立たず、気分変動があり時折易怒的になる。	入院当初は被害関係妄想、思考伝播などの症状が目立っていたが、経過とともに意欲低下や感情鈍磨などの陰性症状が認められるようになった。	幻覚・妄想等の病的体験に左右された行動は一切認められない。	幻聴は持続しており、時に高笑い、独語がみられる。気分変動が目立ち、スタッフへの暴力も認められる。
鑑定期のその他の症状	記憶力低下、夜間せん妄もみられることがある。			
責任能力判断	起訴前鑑定で心神耗弱と判断されている	記載なし	記載なし	記載なし
治療の必要性	入院処遇が必要	入院処遇が必要	入院処遇が必要	通院処遇が妥当
根拠	現行の精神科医療では社会復帰が困難であり、多職種チーム医療が必要。特に家族支援に対する配慮が必要。	定期的に通院・服薬が行われていたにもかかわらず、対象行為も含めた他害行為が行われたという状況を考えると、症状増悪時の対応を含めたサポート体制の確立や、新たな居住地の選定が必要であり、入院処遇が妥当。	入院中は無投薬の状況にもかかわらず改善傾向を示したが、地域社会におけるストレスにさらされることで症状の悪化と再他害行為の可能性は極めて高い。	本法による治療を受けず従来の治療環境に戻ると被害者である兄に対する暴力は続く可能性は高い。一方で、更なる入院治療による身体療法や心理教育が症状改善に有効とは考えにくい。
疾病性	以前は幻聴・被害妄想・思考傷害などが主症状であったが現在は気分の易変性、衝動性、現実検討力の低下、病識欠如などが主症状。このような症状の変化は統合失調症の経過として一般的。	被害者に関連した被害関係妄想は強固なものであり、特に対象行為前には妄想に関連した不安や恐怖感が非常に高まっており対象行為に至ったと考えられる。	精神障害やその病因を特定することは困難であり、特定不能の精神病性障害と診断。	鑑別不能型統合失調症であり、症状の悪化時には幻聴や被害妄想が増悪しそれとともに易刺激性も亢進し対象行為に至ったと考えられる。
治療反応性	薬物反応性はある。現在前景となっている病識欠如、衝動性、自傷行為などは生活技能や認知機能の障害によって出現してきたもので、一般精神科医療では対応困難であるが、鑑定期入院に行われた多職種チーム医療では効果が得られている。	薬物療法が期待でき、多職種チームによる対応で更なる症状の改善や安定化の可能性もある。	鑑定期入院における看護ケアなどにより無投薬の状況にもかかわらず改善傾向を示している事から十分高いといえる。また、診断が確定すれば疾病教育を行いながら抗精神病薬の投与も可能となり症状の悪化を防止できる可能性も高い。	幻聴に対する薬物療法は期待できにくい。薬物調整により情動面の安定は計れると思われる。ただし、効果が得られるには長期間を要し、症状観察を注意して行える環境であれば外来通院も可能。

事例	49	50	51	52
社会復帰要因	特に問題になるのは生活能力、コミュニティ要因、ストレス対処などであり、これらに対応するために適切な医療の提供が必要。	定期的に通院・服薬が行われていたにもかかわらず、対象行為も含めた他害行為が行われたという状況を考えると、これまでのサポート体制では不十分。	病識がなく、妄想様の観念を悪化させる要因も未解決のまま地域に戻れば何らかの要因を契機に精神病症状が悪化し、再び他害行為にいたる可能性は極めて高い。	キーパーソンである長姉は治療に協力的であり、被害者である兄も本人に拒否的ではないため暴力行為のリスクが少なくなれば自宅での生活も可能。
指定入院医療機関入院時の症状	認知機能の進行性の低下、くも膜下出血後遺症による神経症状が主体。	被害妄想は背景化しているが、記憶障害・認知機能障害が目立つ。	無投薬の状態で精神症状は存在せず。	幻聴は持続しており、気分の易変性も目立つ。精神遅滞に伴う理解力・判断力の悪さも認められる。
処遇終了とした根拠	進行性の認知機能の低下、画像(形態・機能)検査による器質的変化	進行性の認知機能・身体機能の低下、画像検査による器質的変化	精神症状はなく薬物療法も不要。症状再発時の支援体制さえ整えば、本法による医療の必要性を認めず。	一定の治療効果が得られ、退院予定地(援護寮)が遠方であったため、具体的な退院調整を目的に2項転院とした。入院治療を通し得られた病状変化のサイクルの理解とその対処方法が転院後は利用されず、薬物調整もなされ、病状悪化から援護寮への体験外泊に至らずに期間終了。当院に戻ることよりも転院先で精神保健福祉法下での入院治療を継続した上で体験外泊を繰り返していく方が治療的と判断。
鑑定時に医療観察法不処遇に該当したか。	外傷が病像に変化を与えており、診断は困難。	ATDが顕在化する以前では診断困難。	無投薬の状況で精神症状は認めなかったが、病棟という保護的環境下での状態であり、診断は困難。	鑑定医の判断は通院処遇が妥当との判断であったが審判結果は入院処遇。
問題点	鑑定入院中の器質的要因に対する精査が不足。	鑑定入院中の器質的要因に対する精査が不足。		
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=35 ②=31③=57	②	②	②	①
診断変更①あり②なし①=47 ②=79	①	①	①	①
処遇終了カテゴリ①疾病性②治療反応性③社会復帰要因④その他 ①=31 ②=62 ③=25 ④=4	②	②	①	④

事例	53	54	55	56
入院時年齢	46			24
鑑定期間	#REF!			#REF!
問診回数	?			?
対象行為	傷害	傷害	殺人未遂	傷害
鑑定の処遇	隔離→個室	拘束→隔離→一般室	24時間隔離	初期に隔離拘束、その後多床室
多職種による協議を含む評価	なし	なし	なし	なし
鑑定の医師の属性	内部医師(非主治医)		入院施設の医師(主治医)	入院施設の医師(主治医)
鑑定の診断	破瓜型統合失調症	統合失調症	妄想型統合失調症	統合失調症
入院機関での診断	破瓜型統合失調症	人格障害・統合失調症は否定しえない	特定不能の広汎性発達障害	妄想型統合失調症
診断変更①あり②なし①=47 ②=79	②	①	①	②
鑑定の時症状	疎通性は悪く、独語が目立つ。しかめ顔、瞬きなどの顔の表情の奇矯さが顕著であり、思考障害と注意障害が目立つ。内体的体験については隠蔽的。		幻覚妄想、易怒性	幻覚妄想、易怒性
鑑定の時のその他の症状			抗精神病薬を投与してもめざましい変化はなかった	
責任能力判断	記載なし		記載なし	記載なし
治療の必要性	入院処遇が必要		入院処遇が必要	入院処遇が必要
根拠	母のサポートは期待できず、あきらかな疾病性、社会復帰阻害要因がそろっていることから本法を適用するのが妥当。その際、長年の疾病構造や人格変化からみて通院医療で開始することは不十分。		幻覚妄想に左右され易怒的で他害の危険性が高まるときがある。病識の確立、服薬の必要性の理解、対象行為の被害についての理解が十分でないため。	病識がなく妄想も持続しており、ある程度以上の治療反応性があると考えられ医療観察法による治療が必要。家族の受け入れなどを考えると強力な治療が必要であり、入院が必要。
疾病性	破瓜型統合失調症であり、賦活された妄想世界の中で敵味方の対立構図と生命的危機が感知されて対象行為に及んだと考える。		妄想型統合失調症	統合失調症
治療反応性	統合失調症性欠陥状態の病像のうち、幻覚や表情の奇矯さなどは治療で緩和することが十分可能。妄想世界を消すことはできないが、幻覚体験の侵襲性を減らすことによって不測の衝動行為の可能性は低下せしめることができる。		治療への拒否がなく服薬指導にも応じて内服している	通常よりやや多い(RIS6mg、HPD5mg-iv)で幻聴と精神運動興奮の改善しか得られなかったことからより長期の治療を必要としている

事例	53	54	55	56
社会復帰要因	妄想のため生まれ育った地域からは離反しており現在の生活形態も社会から遊離している。対人交流は母のみであるが、本人主導の関係でありその生活形態は妄想世界に保護的に働いていると考えられる。		幻覚妄想に左右され易怒的であり、他害の危険性が高い	家族や被害者である隣人との人間関係に注意を払う必要がある
指定入院医療機関入院時の症状	陰性症状が前景化しており、人格水準の低下も顕著。	被害念慮の傾向・疎通性や思考形式に問題なし	持続する幻覚妄想はみられず、フラッシュバック様体験、易刺激性が目立つ。社会性、共感性の質的障害。	幻覚・妄想は持続し、易刺激性も持続していた。
処遇終了とした根拠	薬物反応性に乏しい重篤な病態水準。陰性症状が主体であり、再他害行為のリスクは低い。通院処遇とした場合の地域の求める水準(主体的に治療に取り組む、連日のデイケア参加など)に到達することは現実的には困難であり、自閉空間を保障した形での通院処遇に地域は納得せず。		疾病性および治療反応性が乏しく、治療効果の汎化も困難である。	治療反応性が乏しく地域では問題行動がみられる可能性はあるが一般精神科病棟ではトラブルなく対応可能
鑑定時に医療観察法不処遇に該当したか。	多角的な生物学的・心理社会的治療を試す前での不処遇の判断は困難。	治療反応性なし・却下もしくは不処遇相当	却下相当	
問題点			対象行為そのものは幻覚妄想から生じておらず、本来責任能力を問えるのではないか	高齢となったりリスクの低い慢性統合失調症者の処遇のあり方
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=35 ②=31③=57	③	②	①	③
診断変更①あり②なし①=47 ②=79	①	①	①	②
処遇終了カテゴリ①疾病性②治療反応性③社会復帰要因④その他 ①=31 ②=62 ③=25 ④=4	②	②	①	③

事例	57	58	59	60
入院時年齢	25	45	67	50
鑑定期間	#REF!	#REF!		
問診回数	?	2		
対象行為	傷害	傷害	傷害	殺人
鑑定期の処遇	記載なし	記載なし	一般床→トラブルで隔離	保護室隔離
多職種による協議を含む評価	なし	なし	あり	あり
鑑定期の医師	外部医師	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)
鑑定期診断	中等度精神遅滞(F71)および破瓜型統合失調症(F20.1)	器質性妄想性障害	妄想型統合失調症、非社会性人格障害	広汎性発達障害、妄想型統合失調症
入院機関での診断	中等度精神遅滞	妄想型統合失調症、てんかん	妄想性人格障害	広汎性発達障害
診断変更①あり②なし①=47 ②=79	①	②	①	①
鑑定期時症状	幻聴	活発な幻聴を認め、体系化した被害妄想も疑われる	妄想・虚言が混在している。異常知覚は疑われない。日常生活の疎通性・自律度は高い。	疎通性・思考形式に問題なく論理的に話す。事件の経過は組織的な犯罪であると話す。
鑑定期のその他の症状	座布団の取り合いから鑑定期入院中に他患と殴り合いのけんかをしている	思考にまともなく理解も不十分	作為体験なし。IQ80	ごだわりが強く強迫的。IQ136
責任能力判断	「対象行為時の心神喪失となった精神状態と同様」	記載なし	記載なし	記載なし
治療の必要性	入院処遇が必要	入院処遇が必要	入院処遇を要する	入院処遇を要する
根拠	精神遅滞による判断能力および行動制御能力の低下に加え、幻覚妄想や感情鈍麻といった統合失調症の病状で対象行為を行っており、現在も認められる。入院外泊中の行為であり、入院処遇が必要。	精密な臨床検査を施行し、十分なスタッフと治療戦略を持って対応すれば器質性妄想性障害を改善させる可能性がある。	妄想は持続。通院は困難であり入院を要する	病識なく、妄想は持続。
疾病性	現在と同様の精神症状により行った	器質性妄想性障害による幻覚妄想により行っている	人格傾向および、SCIによる誇大妄想、被害妄想に基づき対象行為に至った。	対象者の論理的妄想世界とフラッシュバックという情動的な世界との混乱で混迷的になり、事件に至った。
治療反応性	統合失調症には抗精神病薬の投与が有効	抗てんかん薬、抗精神病薬の投与など有効な治療手段があり、精密な臨床検査を施行し、十分なスタッフと治療戦略を持って対応すれば器質性妄想性障害を改善させる可能性がある	人格障害に関しては治療反応性なし。SCIに関しては、薬物療法等の治療反応が期待できる	薬物療法は一定、期待できる。心理療法士による心理療法は効果が期待できる。

事例	57	58	59	60
社会復帰要因	病識に乏しく内省も不十分。精神遅滞による善悪の判断能力および行動制御能力の低下もあり、医療観察法によらなければ同様の行為を行う蓋然性が高い	医療観察法による治療を受けなければ同様の行為を行なう蓋然性が高い	他害行為のリスクは高い。累犯者である。	近親者はすべて死亡している。精神的な安定が得られれば、自立した生活は可能。
指定入院医療機関入院時の症状	幻覚はみられず、被害的な訴えは知的能力の低さに起因するもので了解可能。易刺激性、衝動性が著しい。	幻聴、電波体験の妄想、焦燥感が強い状態	一方的に自分のことを話し続ける。尊大で多弁。易怒的。内容は、誇大かつ被害的。日常生活の具体的な事項に対する疎通は保たれている。	疎通性・思考形式に問題なく論理的に話す。事件の経過は組織的な犯罪であると話す。
処遇終了とした根拠	行為は知的障害に基づく衝動行為で疾病性が乏しい。治療反応性はほとんどみられず、汎化も極めて困難。	てんかんは一定のコントロールが可能となったが、中核的な幻覚、妄想は改善せず治療反応性に乏しいと判断した	人格障害以外の精神障害を有しておらず、疾病性より責任能力はあると判断し処遇終了	1年間のドラッグフリーでの観察後、統合失調症は否定的で責任能力に問題ないと判断し処遇終了の申し立て。再鑑定が行われ統合失調症ではなく広汎性発達障害であるの鑑定結果が出、処遇終了となる。
鑑定時に医療観察法不処遇に該当したか。	不処遇相当		入院決定は止むをえない	入院決定は止むをえない
問題点	対象行為そのものが幻覚妄想によるものではないのではないか。鑑定書に共通評価項目なし、全5ページで結論。	退院時のリスク評価が適切であったか	鑑定書はしっかり書かれている。本人の荒唐無稽な話の症候学的評価の問題	責任能力の検討が必要
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=35 ②=31③=57	①	③	②	②
診断変更①あり②なし①=47 ②=79	①	②	①	①
処遇終了カテゴリ①疾病性②治療反応性③社会復帰要因④その他 ①=31 ②=62 ③=25 ④=4	②	②	①	①

事例	61	62	63	64
入院時年齢	31	62	67	33
鑑定期間				
問診回数	記載なし		6回	
対象行為	強制わいせつ	傷害致死	殺人	傷害
鑑定の処遇	一般病床	保護室隔離	記載なし	28日間隔離。その後開放観察
多職種による協議を含む評価	なし	あり	あり	あり
鑑定医の属性	入院施設の医師(主治医)	入院施設の医師(主治医)	外部医師	入院施設の医師(主治医)
鑑定診断	統合失調症	統合失調症、アルコール依存症	器質性妄想症、特定不能の認知症	統合失調症
入院機関での診断	広汎性発達障害	統合失調症、アルコール依存症	レビー小体型認知症	統合失調症
診断変更①あり②なし①=47 ②=79	①	②	②	②
鑑定时症状	応答に問題はないが、「思考内容の貧困」「他者の感情の不適切な認識」「させられ体験(自我障害)」「被害妄想」「自明性の喪失」がある	体系化された誇大妄想。残遺性の障害が強い。興奮・衝動性は少ない。	記憶力、見当識障害あり。対象行為時の記憶がはっきりしない。幻聴、幻視、妄想あり。	妄想知覚・被害妄想あり。幻聴は否定。陰性症状はめだたない。
鑑定のその他の症状	対象行為前、頻回の妻への暴力。IQ68.	30年来の罹患歴が考えられる。CT上萎縮あり。	CT上、脳水腫、小梗塞、MMSE 9点	
責任能力判断	心神耗弱	心神喪失	心神喪失	記載なし
治療の必要性	入院処遇を要する	この法によらない医療(不処遇)	通院医療+精神保健福祉法による入院	入院処遇を要する
根拠	病識なく、疾病と関連する対象行為に対する認識も十分ではない。	長期の入院加療が必要になると予測され、リスクも高くないので、一般医療で十分である。	医療観察法の「社会復帰調整力」が求められるべき。入院医療は必須。	統合失調症の病状に影響された他害行為を繰り返しており、中核群である。
疾病性	対象者が統合失調症の症状である「現実世界との遊離」した状態(精神病理学でいう自閉)にあった。	対象行為は統合失調症による幻覚妄想状態で行われており、疾病性は高い。	器質性妄想症を背景とした急性精神病状態もしくは、小梗塞によるせん妄状態	対象行為は統合失調症による幻覚妄想状態で行われており、疾病性は高い。
治療反応性	薬物療法の効果は期待できる	薬物療法など、十分な治療反応性が期待できるが、陰性症状も進んでおり、眼界があるかもしれない。	入院加療を要する状態	薬物療法など、十分な治療反応性が期待できる

事例	61	62	63	64
社会復帰要因	暴力を繰り返している	入院加療は必須であるが、生活基盤は整っていない。	社会復帰の調整には「対象行為」によって、困難があると推測される。	病状に直接関連した暴力を繰り返している
指定入院医療機関入院時の症状	幻覚・妄想はない。疎通性は良好。話す内容はまわりくどく要領を得ない。	体系化された誇大妄想。残遺性の障害が強い。興奮・衝動性は少ない。他者との交流はなく、引きこもりぎみ。	記憶力、見当識障害あり。対象行為時の記憶がはっきりしない。幻聴、幻視、妄想あり。	妄想知覚・被害妄想あり。幻聴は否定。陰性症状はめだたない。
処遇終了とした根拠	歪んだ認知に基づき犯行に至る。広汎性発達障害の疾病教育、認知の歪みを修正する試みなど行う。内省洞察は深まらないが、対象行為と同様の行為に至る危険は低いと判断。これ以上の治療は医療観察法の枠では困難であり、「犯罪を犯しても罪にならない」と言う構造は本人にとっては分かりにくむしろ不快であるため、責任能力あり、治療反応性に乏しいとの理由で処遇終了となる。	対象行為については「突き飛ばしたことは認めるが、相手は死んではいけない。」と否定。病識も乏しく内省は深まらなかった。これまでの経過から入院や施設入所で飲酒の制限をすれば再び同様の行為に至る可能性は低いと考えられた。退院先を調整して処遇終了となった。	少量の抗精神病薬で著明な副作用があり、パーキンソン症状が強く見られた。当院での頭部MRIでは前頭葉、側頭葉の委縮を認めた。時に「窓の外に人がいる」「外が火事になっている」など幻視を疑わせる発言も認めた。以上の経過や画像所見から、レビー小体型認知症と診断され、今後は認知機能障害、パーキンソン症状が進行し、寝たきりとなってゆくことが予想され、生命与後としても長くはないと思われたため処遇終了となった。	薬物療法で、院内では軽快状態が維持できるが、妄想の軽快には至らなかった。治療反応性に限界があり、リスクも下がったとして、地元の医療機関に医療保護入院となって処遇終了。
鑑定時に医療観察法不処遇に該当したか。	処遇については議論があるところだが、思いこみによる「統合失調症」を前提とした審判は妥当性がない	鑑定は妥当。審判の入院の判断も妥当であったと思われる。	鑑定は妥当。審判の入院の判断も妥当であったと思われる。	入院決定は妥当
問題点	鑑定の診断が、あまりにも偏った精神症候の解釈に基づいている。	なし。	なし。	なし(通院へつなぐ可能性は?)
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=35 ②=31③=57	①	③	③	②
診断変更①あり②なし①=47 ②=79	①	②	②	②
処遇終了カテゴリ①疾病性②治療反応性③社会復帰要因④その他 ①=31 ②=62 ③=25 ④=4	②	③	②	②

事例	65	66	67	68
入院時年齢	43	32	60	38
鑑定期間				
問診回数	12回	6回		
対象行為	傷害	殺人未遂	放火	傷害
鑑定期間の処遇	保護室隔離	開放処遇	30日間隔離。その後開放観察。	措置入院後であり解放観察
多職種による協議を含む評価	あり(レポート付き)	あり(レポート付き)	あり	あり
鑑定期間の属性	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)	入院施設の医師(主治医)
鑑定期間の診断	統合失調症、有機溶剤依存	統合失調症	統合失調症	妄想性障害、非社会性人格障害
入院機関での診断	統合失調症、有機溶剤依存	統合失調症	統合失調症	妄想状態、物質関連も疑われる。非社会性人格障害
診断変更①あり②なし①=47 ②=79		②	②	①
鑑定期間の症状	減裂、異常知覚、時に拒否・拒絶。衝動的なところもあり。無為自閉的な傾向あり。	日常の疎通性は良好。幻聴は残っているが、行動が左右されることはない。	荒唐無稽な妄想を話し続ける。誇大な妄想が多く、独語・放歌が見られる。	事件時の追跡妄想は軽快。易刺激性が高い。
鑑定期間のその他の症状	薬物治療で、刺激性は改善。IQ77。	IQ85	IQ80	IQ60
責任能力判断	記載なし	心神喪失	記載なし	身心喪失、もしくは心神耗弱
治療の必要性	入院処遇を要する	入院処遇を要する	入院処遇を要する	入院処遇を要する
根拠	病識なく、服薬にも拒否が見られ、病状は不安定。保護者も本人の治療の阻害因子となっている。	統合失調症の症状は持続。病識も十分には持っていない。病状への対処技能も乏しく、入院治療を要する。	統合失調症の症状は持続。病識も欠き、現実検討能力も極度に低下している。治療への同意も曖昧で表面的であり、通院による医療は困難であるため、入院治療を要する	妄想は潜在的にあり、刺激性も高い。犯罪歴も多く、リスクは高い。
疾病性	シンナー乱用後、統合失調症を発症。病状は不安定で入院を繰り返してきていた。対象行為は、減裂・精神運動興奮状態で行われた。	幻聴に支配されてのナイフによる傷害。弁識・制御能力は、病状悪化により著しく障害される。	怠薬・単身生活のストレスによる病状の悪化に伴う行為。行為時は減裂状態。	妄想性障害の迫害妄想に影響されて対象行為に至った。
治療反応性	薬物療法に反応する。疾病の性質上、治療反応性はある。	薬物療法に反応する。疾病の性質上、治療反応性はある。	薬物療法に反応する。疾病の性質上、治療反応性はある。	薬物療法は有効。妄想性障害自体や人格障害の治療効果は期待できない。

事例	65	66	67	68
社会復帰要因	病状に影響された暴力行為を繰り返してきており、リスクは高い。	病状は寛解状態にはなく、行動は異常体験に影響されやすい。同様の行為のリスク高い	病状に影響された他害行為を繰り返してきており、家族の支援体制も弱い。	累犯者でありリスクは高い。
指定入院医療機関入院時の症状	あまり話したがらないが、話したと内容は妄想的で、突然攻撃的になる。		一方的に自分の行為の正当性を話す。病識はない。時に幻聴に聞き入っている様子	幻覚・妄想などの症状はなし。思考形式の障害もなく、対人操作性が高い。
処遇終了とした根拠				入院時より、一貫して精神病症状はみられず、対人操作的な言動がつついた。薬物療法は継続しているが、現状以上の治療効果は、人格障害の要素が強く、内省や病識の獲得は困難である。
鑑定時に医療観察法不処遇に該当したか。	入院決定は妥当	入院決定は妥当	入院決定は妥当	鑑定時に、ごく一過性の妄想状態(原因不明)で、すでに軽快しているとして、不処遇にする選択肢あるいは、心神耗弱ではないとして却下する方法もあった
問題点			一般的な意味で、こうした残遺状態の強い対象者にどう治療戦略をとるか、ということは課題になる。	法施行当初の混乱もあったのかもれない。措置入院中の申し立てであったが、措置入院であっても、責任能力ありとできる場合もあるだろう。多くの問題が提起される事例
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=35 ②=31③=57	③	③	③	②
診断変更①あり②なし①=47 ②=79	②	②	②	①
処遇終了カテゴリ①疾病性②治療反応性③社会復帰要因④その他 ①=31 ②=62 ③=25 ④=4	②	③	②	①

事例	69	70	71	72
入院時年齢	63	76	53	58
鑑定期間				
問診回数				3回
対象行為	殺人未遂	放火	放火	殺人未遂
鑑定期の処遇	保護室隔離	保護室→解放	保護室隔離→一般床	保護室隔離
多職種による協議を含む評価	なし	あり	あり	ない
鑑定期の医師の属性	外部医師	外部医師	入院施設の医師(非主治医)	外部医師
鑑定期の診断	統合失調症	妄想性障害	神経梅毒、統合失調症の疑い	てんかん精神病
入院機関での診断	統合失調症	妄想性障害、アルツハイマー型認知症	神経梅毒	てんかん
診断変更①あり②なし①=47 ②=79	②	①	②	①
鑑定期の症状	妄想が持続しており、病識や内省はない。易刺激的、易労的	拒絶・拒否・拒食	持続的な幻聴、幻視、行動制御困難	顕著な不穏・焦躁感はなかった
鑑定期のその他の症状		脳萎縮、ラクナ梗塞、	IQ87	
責任能力判断	記載なし	記載なし	心神喪失	身心喪失
治療の必要性	入院処遇を要する	入院治療継続は必要とするが、慰労観察法の処遇は有しない	入院処遇を要する	入院処遇を要する
根拠	治療反応性は期待でき、リスクも高い。病識なく治療に拒否的であり通院は困難。	要件は満たしている。一方で、不処遇で良い根拠は記載されていない	治療反応性は期待でき、リスクも高い。閉鎖病棟では、管理できる水準だが、社会復帰のためには本法が望ましい	生活改善・心理教育や作業療法のよ うな洞察や周囲との融和を引き出す 治療が欠かせない
疾病性	体系化された嫉妬妄想に、怠業による病状悪化が重なった。	迫害妄想を主とする持続性妄想性障害であり、病状も軽快していない	異常知覚、行動制御能力低下	てんかん精神病であり、易刺激性・短絡性が続いている。
治療反応性	治療と管理が明確な枠で示される慰労観察法により、安定した治療反応性が期待できる。	薬物療法は有効	過去、生活技能が自立していた時期もあり、反応性は期待できる	医療観察法以外に治療反応性を高める方策はないであろう

事例	69	70	71	72
社会復帰要因	妄想が持続しており、病識や内省はない。易刺激的、易努力的であり、同様の行為のリスクは高い	家庭環境は劣悪	家族の支援は期待できない	社会復帰は可能だろう
指定入院医療機関入院時の症状	拒否的ではあるが、日常生活の疎通はスムーズ。幻聴は否定する。	軽度の見当識障害。身体機能低下	持続的な幻聴、幻視、行動制御困難	やや、うえんな話し方以外の精神症候なし
処遇終了とした根拠	治療プログラムへの拒否が強く、内省や病識の獲得が期待できない。同法による治療反応性を実質のあるものとして認めることはできなくなった。	治療継続は必要だが、認知機能の低下のため、薬物療法以外の効果が期待できない。自立できる水準に達する見込みはない。退院後の環境調整をして処遇終了となった。	Burn outの状態であるため抗生物質大量療法は無効が予想されるが、万一の幸運にかけて、上記の大量療法を施行した。結果、残念ながら変化なし。薬物療法でも著効はなかった。	てんかんに伴う精神病症状はなく、対象行為時、心神喪失でも心神耗弱でもなかった。疾病性が要件を満たさない。
鑑定時に医療観察法不処遇に該当したか。	入院決定は妥当	地裁で不処遇→高裁で入院→最高裁で、入院、と話題になったケースである。事実認定に誤認はなく、入院決定は妥当であった。	入院決定は妥当	却下されるべきであった
問題点	治療反応性の判断はこれでよいのか	医療観察法医療を要しないという意見ならば、鑑定書に具体的根拠を書く必要がある	なし	鑑定医の個人的な資質に問題がある。しかし、この鑑定医の判断を容認する審判にも問題あり
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=35 ②=31③=57	③	③	③	①
診断変更①あり②なし①=47 ②=79	②	①	②	①
処遇終了カテゴリ①疾病性②治療反応性③社会復帰要因④その他 ①=31 ②=62 ③=25 ④=4	②	②	②	①

事例	73	74	75	76
入院時年齢	46	53	79	54
鑑定期間				
問診回数				
対象行為	殺人未遂		殺人未遂	殺人
鑑定の処遇	隔離	不明		
多職種による協議を含む評価	あり	なし	あり	あり
鑑定医の属性	入院施設の医師(非主治医)	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)
鑑定診断	アルコール性精神病性障害(F10.50)、アルコール依存症(F10.21)	#1自己愛性人格障害 #2 双極性感情障害 #3 アルコール依存症。	アルコール依存症、アルコール幻覚症、アルコール性嫉妬妄想、アルコール性認知症	統合失調症
入院機関での診断	アルコール依存症(F10.21)	#1自己愛性人格障害 #2 双極性感情障害 #3 アルコール依存症。	アルコール依存症、アルコール幻覚症、アルコール性嫉妬妄想、アルコール性認知症	統合失調症
診断変更①あり②なし①=47 ②=79	②	②	②	②
鑑定时症状	妄想はおおむねおさまっており疎通は良好	気分は安定し、疎通性良好	軽度の記憶力低下あるも日常の疎通は良好。嫉妬に関する猜疑はあるが、訂正可能。	活気なく、おどおどしている。とりとめもなく話しつけ、洞察や批判は全くない。日常生活技能も著しく低下
鑑定时のその他の症状			HDR14	IQ53
責任能力判断	言及なし	心神耗弱	身心喪失	心神喪失
治療の必要性	入院処遇を要する	入院処遇を要する	入院処遇を要する	入院処遇を要する
根拠	家族の支援が期待できないため、入院が必要	通院は困難	アルコール依存症、アルコール幻覚症、アルコール性嫉妬妄想、アルコール性認知症の教育プログラムを要するが、認知症、聴力障害、視力障害があり、マンツーマンの処遇を有する。	症状改善、環境調整、社会生活技能の獲得が焦眉の急であり、絶対の入院の絶対的適用
疾病性	対象行為は、妄想に完全に左右されており、疾病性は高い	喪失はしてなかったが、精神障害の影響はあった	アルコール依存があり、アルコール飲酒により幻覚症が再発する。	統合失調症の幻覚妄想状態
治療反応性	薬物療法や、依存症に対するチーム医療の効果が期待できる。	#2 双極性感情障害は薬物療法の効果が期待できる	アルコール飲酒により幻覚症が再発する	

事例	73	74	75	76
社会復帰要因	再飲酒から再発の可能性が高い	同様の行為を行うリスクは高い	幻覚症に基づく他害のリスクは高い	
指定入院医療機関入院時の症状	軽度の記銘力低下もあるも日常の疎通は良好。嫉妬に関する猜疑はあるが、訂正可能。	活気なく、おどおどしている。とりとめもなく話しつ受け、洞察や批判は全くない。日常生活技能も著しく低下	意識は清明。態度は落ち着きなく攻撃的。話し方は大きな声で、多弁、観念奔逸を認めた。	
処遇終了とした根拠	妄想は断酒のみで寛解している。任意治療継続の意思が確認できた	入院後も主に反応性の人格親和的な躁うつ気分変動を繰り返し、薬物療法、心理社会的治療の反応に乏しかった	認知症、聴力障害、視力障害があり、精神療法の効果が期待できない。	症状は軽快にとどまり、陰性症状が強く持続これ以上の改善は期待できず、一方支援の継続は必要。
鑑定時に医療観察法不処遇に該当したか。	一過性の問題はある。程度によるのか。不処遇でもよかったか？鑑定書の問題点は少ない			
問題点	一過性の問題をどう考えるか？程度によるのか。			
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=35 ②=31③=57	③	①	③	③
診断変更①あり②なし①=47 ②=79	②	②	②	②
処遇終了カテゴリ①疾病性②治療反応性③社会復帰要因④その他 ①=31 ②=62 ③=25 ④=4	②	②	②	②

事例	77	78	79	80
入院時年齢			67	55
鑑定期間				
問診回数				記載なし
対象行為	傷害	傷害	傷害	殺人
鑑定时の処遇				記載なし
多職種による協議を含む評価	あり		なし	なし
鑑定会の属性	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)	外部医師
鑑定会診断	双極性感情障害、アルコール依存症、酩酊状態	頭部外傷後遺症、反社会性人格障害	統合失調症	統合失調症
入院機関での診断	双極性感情障害、アルコール依存症、酩酊状態	頭部外傷後遺症、反社会性人格障害	統合失調症	統合失調症
診断変更①あり②なし①=47 ②=79	②	②	②	②
鑑定时症状	意識は清明。態度は落ち着きなく攻撃的。話し方は大きな声で、多弁、観念奔逸を認めた。		人格水準低下。幻聴	幻聴・被害妄想・暴力傾向
鑑定时のその他の症状			IQ103	
責任能力判断	心神耗弱	心神耗弱(完全の可能性もあり)	身心喪失	言及なし
治療の必要性	入院処遇を示唆	入院処遇を示唆	入院処遇を要する	入院処遇を要する
根拠	法の枠のしっかりした構造とチーム医療で効果が期待できる。	法の枠のしっかりした構造とチーム医療で効果が期待できる。	病識に欠け怠業を繰り返している。	病識なく、暴力傾向が強い。強制医療を要する。
疾病性	双極性感情障害の気分高揚と誇大妄想から衝動的な行為に至る可能性がある。	一過性の状態であるが、興奮していた	40年来の統合失調症	統合失調症
治療反応性	双極性感情障害への薬物療法の効果は期待できる。アルコール依存へのプログラム治療も効果が期待できる。	薬物療法の効果が期待できる	統合失調症は治療反応性がある。	ある。

事例	77	78	79	80
社会復帰要因	人格障害、アルコール問題もあり、リスクは高い。	暴力的な傾向が強い	病状の悪化時には、幻覚妄想・現実検討能力の低下・易怒的になる。	病状の悪化時には、幻覚妄想・現実検討能力の低下・易怒的になる。
指定入院医療機関入院時の症状	人格水準低下。幻聴	幻聴・被害妄想・暴力傾向	幻聴・被害妄想・暴力傾向	応答に時間がかかる。幻覚妄想はなし。
処遇終了とした根拠	アルコール依存への治療に対する治療意欲なし。気分は安定していた。	治療反応性なし。	薬物療法では、軽快状態にとどまり、内省・病識は陰性症状が強く獲得できない。	薬物療法では、軽快状態にとどまり、内省・病識は陰性症状が強く獲得できない。
鑑定時に医療観察法不処遇に該当したか。				
問題点	人格からみて、退院後にトラブルをおこす可能性があることは否めないが、人格に起因する行動については、刑事処分により対応すべき、という主張が認められている。	本来、疾病性が問題になるケースであるが、治療反応性がないとして、処遇終了となった。実務的には、判断に関しては、暗黙の疾病性の問題が含まれている。		「医療観察法による医療を行うことによって、精神障害の改善が見込まれることが乏しい状態、すなわち、同法による治療可能性がないと評価している状態」と判断された。
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=35 ②=31③=57	①	②	③	③
診断変更①あり②なし①=47 ②=79	②	②	②	②
処遇終了カテゴリ①疾病性②治療反応性③社会復帰要因④その他 ①=31 ②=62 ③=25 ④=4	②	②	②	②