

厚生労働行政推進調査事業費補助金 障害者政策総合研究事業（精神障害分野）  
分担研究報告書

精神保健判定医養成等制度運用の見直しに関する研究

研究分担者 八木 深 国立病院機構花巻病院 院長

研究要旨

本研究の目的は、判定医と司法精神医療従事者の養成制度や研修の有効性について調査し、調査結果をもとに改善提案を行い、コンセンサスを得て、ガイドライン、マニュアル、ツール、それらを使うための研修システムなどの一連の成果物を発表することにある。平成 29 年度は、精神保健判定医等養成研修会（以下「養成研修会」）全受講生 305 名（初回 131 名、継続 174 名）を対象にアンケートを実施し、回収率は 91%であった。有用・まあまあ有用と回答した受講生は 97%、理解/まあまあ理解と回答した受講生は 97%でいずれも平成 28 年度と同じ高水準であった。判定医では「鑑定・処遇が問題となった事例検討」や「判定医の業務と責任」、参与員では「参与員の業務と責任」が高評価であった。他の職種の業務への関心の低さが問題となっており、今年度より「多職種チーム医療」の講義で、入院医療機関のスタッフによる多職種チーム模擬会議を供覧し、参加者同士の議論を取り入れた。新たな講義の有用度評価は、判定医、参与員ともに良好であった。

最高裁判所司法統計によると審判のばらつきは現在も持続しており、精神保健判定医の研修は、今後も重要である。厚生労働省判定事例研究会に、処遇を継続すべきか 52 条鑑定事例、飲酒下の対象行為の疾病性を考える事例、PTSD とマインドコントロールと診断された事例を提供し、仮想化しケースブック事例を作成し、研修に寄与した。

研究協力者氏名・所属研究機関名

大島 紀人	東京大学学生相談ネットワーク本部・国立病院機構花巻病院
来住 由樹	岡山県精神科医療センター
須藤 徹	国立病院機構肥前精神医療センター
田口 寿子	国立精神・神経医療研究センター病院
平田 豊明	千葉県精神科医療セン

ター

平林 直次	国立精神・神経医療研究センター病院
村上 優	国立病院機構榊原病院
村田 昌彦	国立病院機構榊原病院
安田 拓人	京都大学法科大学院
山本 輝之	成城大学法学部

A. 研究目的

本研究の目的は、司法精神医療従事者の養成制度や研修の有効性について調査し、

結果をもとに改善提案を行い、コンセンサスを得て、ガイドライン、マニュアル、ツール、それらを使うための研修システムなどの一連の成果物を発表することにある。

#### 1. 養成研修会受講生アンケート

養成研修会の実際を把握し、企画委員会に対し養成研修会プログラムの改善提言を行うことを目的とする。

#### 2. 厚生労働省判定事例研究会事例提供

事例を厚生労働省判定事例研究会（以下「判定事例研究会」）に提供し、既に判定医になった者に対し鑑定・審判にあたっての考え方を整理する機会を提供し、質の担保をはかることを目的とする。

#### 3. ケースブック用仮想事例作成

判定事例研究会事例を仮想化し、ケースブックの形で公表し、制度を円滑に運用する上で有用な情報を提供し、精神保健判定医の質のさらなる向上を図る。

### B. 研究方法

#### 1. 養成研修会受講生アンケート

実態を把握するため、受講生全員を対象に平成19年以降同内容のアンケート（資料1）を実施した。項目を以下に示す。

- 1) 初回研修・継続研修の別
- 2) 参加種別（精神保健判定医・精神保健参与員・福祉職）
- 3) 研修内容全体の有用度
- 4) 講義内容全体の理解度
- 5) 有用と思った講義
- 6) もっと理解を深めたいと思った講義
- 7) 内容が重複していると思った講義
- 8) 今後の研修会の進め方等の意見
- 9) 判定医について
- a) 措置入院の可否に係る診察経験の有

無

- b) 刑事責任能力鑑定の経験（簡易鑑定・嘱託鑑定・公判鑑定）

#### 2. 判定事例研究会への事例提供

指定医療機関に募集し、論点があり、研究班で結論が一致する例を選択した。

#### 3. ケースブック用仮想事例作成

判定事例研究会で検討した事例を仮想化し、審判や鑑定の考え方の道筋を指し示し判定事例ケースブックの形で整理した。

#### 4. 最高裁判所司法統計の分析

最高裁判所司法統計を用いて、平成17年から平成28年を3期に分割し、高等裁判所管区でまとめて比較し、決定にばらつきがあるか分析した。

（倫理面への配慮）

本研究は、医療観察法の鑑定・審判・医療の目的で収集されたデータを事後に検討し、今後の鑑定・審判・医療の向上をはかるものであり、介入を伴わないレトロスペクティブな観察研究に該当する。本研究はケースブックや学会・論文発表という形式で成果を公開することを意図しており、連結可能匿名化情報を扱うので、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」の適用範囲となる。

ケースブック事例作成に際して、個人情報保護し事例が特定されないように、以下の点に留意し仮想化した。

- 1) 固有名詞は出てきた順にA、B、Cとアルファベット1文字のみで記載する。
- 2) 年齢は30代等と記載し明示しない。

さらに、変更も考慮する。

- 3) 性別や家族も可能な限り変更する。
- 4) 出来事についても可能な限り改変し  
特定されないように対処する。

本研究は、平成27年度花巻病院倫理審査委員会  
で承認を受けて実施した。

### C. 研究結果

#### 1. 養成研修会受講生アンケート

##### 1) アンケート回収率・参加種別

平成 29 年度の受講生は 305 名（判定医 143、  
参与員 162、初回 131、継続 174）  
で、回収率は 91%（初回 95%、継続 87%）  
であった（図 1、2）（表 1）。

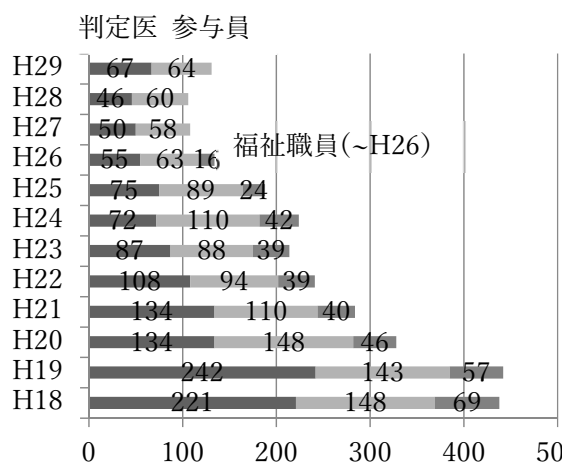


図 1 職種別参加人数（初回研修）

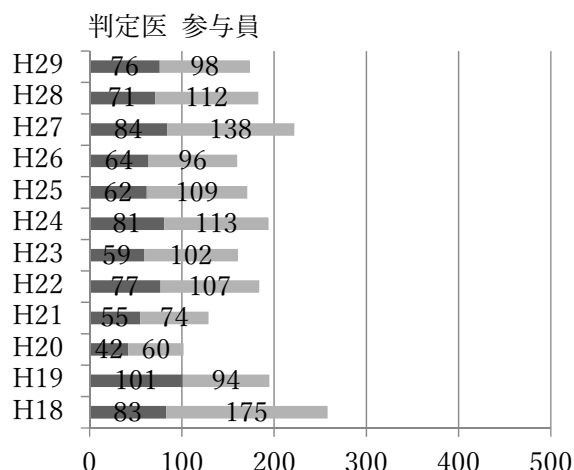


図 2 職種別参加人数（継続研修）

##### 2) 判定医の責任能力鑑定経験の有無

平成 29 年度の初回研修会参加者判定医 64 名について、責任能力鑑定の経験あり 30 名（47%）、なし 25 名（39%）、無回答 9 名（14%）であった。責任能力鑑定経験者は全体の約半数であった。

表 1 参加者数、アンケート回収率

	職種	参加者	回収数	回収率
初回	判定医	67	64	96%
	参与員	64	61	95%
	小計	131	125	95%
継続	判定医	76	62	82%
	参与員	98	89	91%
	小計	174	151	87%
合計		305	276	90%

（研修の種類・職種不明の 4 名は含めず）

責任能力鑑定経験がある判定医の鑑定内訳は、簡易鑑定のみ 10 名、簡易鑑定および起訴前嘱託鑑定 8 名、すべて 6 名、起訴

前嘱託鑑定のみ4名、簡易鑑定と公判鑑定1名、起訴前嘱託鑑定と公判鑑定1名であった。

平成19年度から平成29年度までの11年間の累計で初回研修会参加者判定医916名が責任能力鑑定経験について回答し、鑑定経験あり454名(50%)、なし398名

(43%)、無回答64名(7%)であった。責任能力鑑定経験者は無経験者を上回った(図3)。

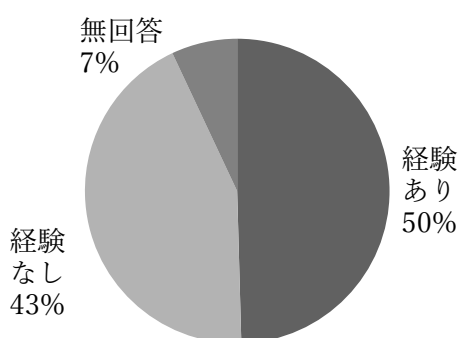


図3 平成19-29年度累計鑑定経験

平成19年度から平成29年度まで11年間の累計で責任能力鑑定経験がある判定医の鑑定内訳は、簡易鑑定のみ180名

(40%)、起訴前嘱託鑑定のみ38名(8%)、公判鑑定のみ36名(8%)、簡易鑑定および起訴前嘱託鑑定78名(17%)、簡易鑑定および公判鑑定22名(5%)、起訴前嘱託鑑定および公判鑑定11名(2%)、全て62名(14%)、鑑定経験内容無回答27名(6%)であった。公判鑑定経験は131名(29%)であった(図4)。

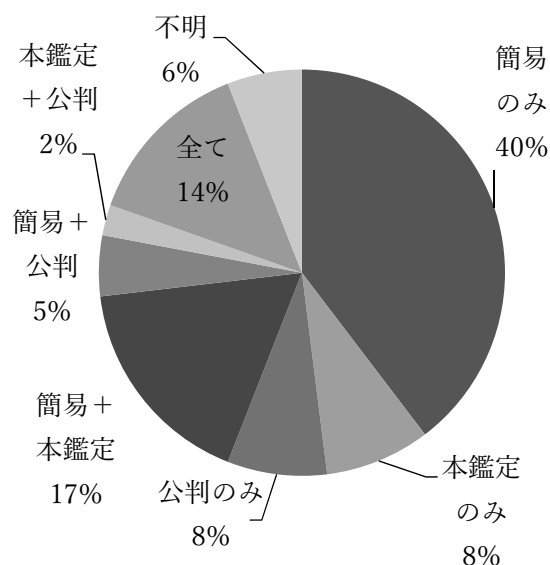


図4 平成19-29年度鑑定種別経験累計

### 3) 養成研修会の有用度

研修全体について、受講生の71%(H28年71%)が有用と回答し、やや有用と合わせると97%(H28年99%)にのぼった。研修の種類、職種別の有用度を表2に示す。

平成29年度の研修で実施した項目と、項目ごとに「有用」と回答された割合を資料2に示す。初回判定医は、精神鑑定または処遇が問題となった事例報告(83%)、精神保健判定医の業務と責任(81%)、刑事責任鑑定と医療観察法(77%)を有用とする回答が多く、医療観察法における薬物療法(44%)は少なかった。初回参与員は、精神保健参与員の業務と責任(66%)、精神保健参与員演習(64%)を有用とする回答が多く、薬物療法(41%)は少なかった。自身の職種に関わる項目の評価が高い一方で、薬物療法については有用とする者が少なかった。

表2 研修種別・職種別有用度  
(カッコ内は前年度)

	有用	やや有用	あまり有用でない	有用でない
初回 判定医	64% (73%)	34% (24%)	2% (3%)	0% (0%)
初回 参与員	76% (83%)	20% (17%)	4% (0%)	0% (0%)
継続 判定医	72% (67%)	23% (33%)	4% (0%)	0% (0%)
継続 参与員	71% (64%)	27% (33%)	1% (2%)	0% (0%)

継続研修では、医療観察法の施行状況、精神鑑定または処遇が問題となった事例報告、グループディスカッションを行ったが、判定医、参与員ともに、いずれの講義についても有用と回答した割合は良好であった。

#### 4) 養成研修会の理解度

研修全体について、受講生の66%(平成28年56%)が理解できたと回答し、まあまあ理解できたという回答と合わせると97%(平成28年98%)が良好な理解を示した。研修の種別、職種別の理解度は表3に示す。

もっと理解を深めたいと思った項目(資料3)についても、有用度とおおむね同様の傾向が認められた。初回判定医は精神保健判定医の業務と責任(31%)、グループディスカッション(鑑定事例)(27%)の割合が多く、我が国における医療観察法の施行状況(5%)の割合が少なかった。初回参与

員では、精神保健参与員の業務と責任(57%)精神保健参与員業務演習(54%)の割合が多く、我が国における医療観察法の施行状況(8%)の割合が少なかった。

表3 研修種別・職種別理解度  
(カッコ内は前年度)

	理解できた	まあまあ理解	あまり理解できず	理解できず
初回 判定医	60% (59%)	34% (41%)	6% (0%)	0% (0%)
初回 参与員	67% (38%)	33% (60%)	0% (2%)	0% (0%)
継続 判定医	77% (69%)	21% (31%)	2% (0%)	0% (0%)
継続 参与員	64% (58%)	33% (37%)	3% (5%)	0% (0%)

継続研修では、判定医、参与員ともに、初回研修と比べて、「理解を深めたい」という回答の割合は少なかった。

5) 養成研修会の今後の進め方等について  
養成研修会への要望(自由記載)をまとめると、医療観察法医療で出会う症例をもとに、グループワークを行うなど、より実践的、実務的な内容を求める声が多かった。研修会で取り扱うべき内容、日程が定められている中で、スケジュールのタイトさを指摘する一方、テーマ間の時間配分の工夫を求める声も見られた。今年度新たに導入した、「多職種チーム医療」に関する講義では、「分かりやすい」とする声が見られる一方で、「意図が伝わりにくい」とする声も見られた。

以下に自由記載の内容を分類し掲載する。

#### 【会場・運営】

時間管理をしっかりして17時までに終了してほしい(2)、適度に休憩時間があったので集中して聴講できた、1日目9時からの講義は良くない、近畿地方など会場を増やしてほしい、講義で使用しない冊子は郵送してほしい、受講者名簿を配布してほしい(県内のPSWと連絡をとることもあるため)、冷房が強すぎた、喫煙コーナーは不要、電子機器OFFを徹底してほしい。

#### 【研修内容について】

症例・グループワークなど実践的、実務的な内容がもっとあった方がよい(8)、保護観察所の話は現場で経験のある調整官の方がよい、他の医療観察法初任者研修と内容が近い、今後より深く知りたい・聞きたいテーマ(歴史、本法医療の限界、地域ごとのスーパービジョン体制、m-ECTを含め実際に有用な治療法)。

#### 【多職種チームのロールプレイ】

意図が不明確だった(3)、有用ではなかった(2)、(ロールプレイの背景となる)対象者の対象行為と簡単な病歴、生活歴など事例資料があればよかった(2)、分かりやすかった(2)、質疑の時間がほしかった。

#### 【審判シミュレーション】

良かった・分かりやすかった(5)、(シミュレーションの中での)議論がかみ合っていない・提示された鑑定書のレベルも十分だったか疑問、ポイントをテキスト内に明確にしてほしかった、もう少し(内容を)具体的

にしてほしかった。

#### 【グループディスカッション】

資料を読む時間・ディスカッションの時間がもっとほしかった(5)、グループディスカッションは有用だった(4)、事例の情報量が少なかった(2)、グループ間の距離が近く、会話が聞き取りにくかった(2)、司会・書記が決められていてスムーズだった。ファシリテーターがいると良かった、事例の概要説明が良かった、資料は時系列にそつてもう少し簡潔に、参与員の立場から意見を言える事例がなかった。

#### 【全体的に】

大変勉強になった(14)、今後もこのような研修会で良い(5)、スライド・資料が見にくい(5)、プレゼンテーションの技術を向上させてほしい、早口で聞き取りにくかった、プレゼンテーションの技術を向上させてほしい、研修が長かった、つめ込み感があったので、もっとゆっくり講義演習を受けたかった、難しい専門用語・略称の解説が欲しい(2)。

#### 2. 判定事例研究会事例提供

事例1 処遇を継続すべきか 52 条鑑定事例、事例2 飲酒下の対象行為の疾病性を考える事例、事例3 PTSDとマインドコントロールと診断された事例の計3事例を研究会に提示した。

#### 3. ケースブック用仮想事例作成

平成29年度判定事例研究会提供事例を仮想化しケースブック事例とした。

#### 事例1 概要

【対象者】 20歳代、男性

【対象行為】殺人未遂 X年Y月Z日午後4時ごろ、対象者自身が入所中であったグループホーム室内において、同じく入所中であった他患者Aに対し、殺意を持って両手で同人の頸部を締め付けたが、施設の職員に制止され、殺害の目的を遂げなかった。

【既往歴】特記すべきものなし。

【アルコール・薬物使用歴】薬物乱用なし。飲酒は出来ず、いわゆる下戸である。

【犯罪歴】万引きで逮捕・検挙されたが、審判不開始。

【趣味】音楽鑑賞、携帯ゲーム

【家族歴】明らかな精神疾患の既往をもつものはない。父親は、家庭内暴力と虐待があり、家庭内暴力・身体心理的虐待を行ったという認識はあるが、現在は反省して変わったと述べている。姉は、成人後父親から謝罪を受けているが、家族と距離を取り独居している。

【生活歴・現病歴】同胞2名のうち、第2子。乳幼児期の発達に明らかな異常の指摘はなし。小学校時代は地元の野球チームに所属し活発で社交性もあった。他方、家庭では父が第1子を主として殴る蹴るなどの暴力を繰り返し、当人はそれらを目撃しつつ、暴言は頻繁に受けていたとされる。また第1子より、「何で自分だけが殴られて、あんたは(殴られない)」という理由で暴力を受けていた。母親もモラルハラスメントによる暴言、暴力を継続して受けていた。中学では本人も父親に口答えをして、暴力を受けているが、母親は声を聴きつつも助けに入ることが出来なかったという。こうした家庭の状況と裏腹に、野球部に所属し、友人も多かった様子であった。この頃、本人が何かを殴りつけたように手拳を赤く腫らしているの

を目撃されるが、母親が本人に事情を聞くとアカギレだと答えるのみであった。

両親は対象者が中学生時に離婚し、対象者のみが母親に引き取られ、母の実家で母方の祖父母と暮らすようになる。高校には通学していたが、部屋に帰るとドアも窓も閉じ、ドアから家族を睨み付けて無言でいることもしばしばであり、部屋の壁はカッターナイフでつけられた傷や刃物が突き立ててあった。学校では問題行為は報告されていない。

高校卒業後、実家を出て一人暮らしを始めるが、工場で就労したが、過剰な緊張による手の震えから継続できず、関連性は不明であるが、万引きで検挙されるが、審判不開始となる。

その後20歳ごろから工場で短期就労を行うが、手の震え、目の攣りで仕事に支障をきたし、実家に戻って生活していた。対象者自身はずっと人が怖くて仕方がなく「死にたい」と漏らしたら実家に戻されたと述べる。単身生活の自室はゴミ屋敷のように散乱していた。23歳時より障害者年金2級を受給した。

X年2月頃から、アルバイトをしていたが、知り合いからの紹介で、飛び込みで店主と契約した特別な短時間就労であり、一日の大半は自室で寝て過ごす生活であった。

中学までの本人の語る生育は曖昧で、記憶の欠落を伴う、切れ切れのエピソードのみが語られるが、幼少期から他人と接する際の恐怖があったという。小学校低学年ごろから自分の傍に(外在する人影のようなものとして)「カゲ」という人物の姿を見るようになった。同級生に紹介したことがあるが、「何もいない」と言われた。自身が成

長すると外在していた人物としてのカゲ以外に「イロ」という別個の人物が生じ、頭の中だけに存在するようになった(対象者は、心の中のリビングと言う場所に「中の人」としていると述べる)。

小学校低学年時、当時「遺跡を見つける」として穴を一人遊びで掘っていたところ、友人が来て、捨て猫を拾ってきて飼い主の探索を手伝って欲しいと言われた。そこで快く返事をしながら、子猫を掘っていた穴に埋めて殺した。居なくなった子猫が引き取られたと勘違いした友人が喜ぶのを見て「馬鹿な子だな、私が殺したのに」と考えた(事実確認は出来ていない)。中学頃、飼っていた小鳥の脚を折り、地面に叩き付けて3回殺した(母親によれば、実際に殺す場面は見えていないが、脚が折れた飼鳥は目撃したという)。また、高校時代は部屋の壁を殴る、頭を打ち付ける、リストカット、刃物を鞆に入れて持ち歩く、イライラしてナイフを自室の壁に突き立てるなどの行動が多発していたが、家族は部屋に入れず、高校での問題行為の報告はなかった。

21歳頃の精神科病院初診時に『カゲ・イロ』という人物が私の中にいる」と語り、診断は境界性パーソナリティ障害。X-1年Y-2月まで通院している。大量の薬を処方され、調子が良くない中、この頃からふらりと父親の元を訪ねるようになった。対象者は姉や知り合いに会うためと述べ、母親は金のある父親に小遣いをもらう為だったと述べる。虐待を受けていた父親との関わりは、対象者は「扱い方さえ間違えなければ金はある」といった趣旨を述べる一方、病的に自身の外見が爬虫類のようだと気にしている様子もあった。

この間に、自傷、振戦で総合病院に9日間の入院。リストカットで精神科病院に一日の任意入院、本対象行為の現場となった施設には、X-1年に通所を開始、自傷、母親への切りつけ未遂等で対象行為を起こした入所までを含め、数回の入所や入院歴がある。いずれも10日以下の短期であり、対象行為を引き起こした入所は17日と最も長かった。

【対象行為前の精神状態】X年Y-1月中旬頃早朝、対象者は、母の寝室へ入り包丁で母を刺そうとしたが、別人格の「カゲ」が母に逃げるように叫んで警告を発し、母親は刺されるのを免れた。同日、本人が対象行為の現場となった、かかりつけ精神科病院を受診し、主治医の診察場面で「カゲ」の人格が出現し、「今日、母を刺そうとした(対象者・主人格の名前)が衝動的になったら止められない」と述べ、入院となっている。父親以外の人間が明確な対象者の人格の切り替わりを実際に診たのはこれが唯一である。数日で退院後、勤務先を訪ね、「刺させてほしい」と述べた。上司は、左腹にナイフの刃先を当てる事まで許可し、しかし実際にチクッと痛みを感じた時点でナイフを取り上げて止めさせている。対象者は、上司が「刺したいなら刺してもいい」と言ったのに、実際すると止められ、言う事とやる事が違うと憤りを感じたと述べている。その後、公園の子供を見て刺したいと思ったが、人の眼があるので止めたと語る。Y-2月、「刺したい、首を絞めたい」という人を殺すことへの衝動を語り、同日、上述同病院を受診して医療保護入院し、数日入院し、その後施設に入所した。

【対象行為の状況】X年Y月Z日朝、施設の



食堂で朝食を食べ、自室でゲームやLINEをしていた。昼食は普段から食べないので、食べずに自室にいた。午後になって近所の公園に外出し、帰って自室で横になっていると段々と鼓動が速くなってきて、人を殺したいという気持ちが出てきて抑え切れなくなった。スタッフに止めてもらおうと考え、詰所に向いたが、居合わせた女性スタッフの後ろから右手を首に当てるようにして、肩に手を置いた。すると詰所にいた他男性スタッフに引き離され、「詰所から出ていけ」と言われ、衝動を止めてほしかったのに出て行けと言われてイラッとして、自室に向かった。部屋には被害者Aが1人でいた。Aが「どうしたの？用があるの？」と尋ねてきたので、「違う、衝動が出てきた」と答えた。続けてAから「何の？」と聞かれたが、うまく言葉に出来ず、正面からAの首に右手をおいた。Aは「どうしたの？」と聞いてきたので、一旦手を外した。「何で、そんなことしたの？」と聞かれ「衝動があるから」と答えた。人を殺したいと言う衝動が抑えきれず、再度Aの首に両手を当て、「殺してもいい？」と尋ねるとAが「いいよ」と答えた。Aの首を両手で力を込めて絞めたが、Aは「それくらいじゃ死なないからもっと強く」と言ってきた。そこでAに「死にたいの？」と尋ねると、「死にたい」と答えたので、力を込めて絞めているとAは倒れていき、対象者はAの上に覆いかぶさる形となった。そこに施設のスタッフが来て、対象者の背中を引っ張り、Aから引き離した。

【対象行為後の状況】X年Y月Z日、対象者は、対象行為後、入所中の施設が警察署へ通報し、同日より警察に拘留された。刑務所にて、B医師による精神鑑定を受け、B医師は、

対象者は自閉スペクトラム症をベースに発症した統合失調症であると診断した。同年Y+2月Z+19日、検察官検事は、対象者について上記対象行為を行った事及び心神喪失者であることを認め、公訴を提起しない処分とし、医療観察法33条1項の申立てを行った。同日地方裁判所裁判官は、同法34条第1項前段により、鑑定その他医療的観察のため、対象者をC病院に鑑定入院した。

【起訴前嘱託鑑定】対象者は、広汎性発達障害であって、高校を卒業したころ思春期に統合失調症を発症し、幻聴を体験していたが、その体験を別人格の言葉として受け止めていたと考えられる。本件犯行時及び現在、統合失調症である。本件犯行前に、人を殺したい衝動を覚えて、その衝動に従って行動したと述べていて、自己の衝動を内省し抑制することができず、本件犯行に至ったと推定される。

【医療観察法の鑑定中の治療と精神状態】鑑定入院当初観察のため隔離を実施したが、明らかな精神症状や衝動性が認められないことを確認して、約1時間の病棟内時間開放を施行した。処方薬は、バルプロ酸、ベンゾジアゼピン系抗不安薬及び睡眠薬を主として経過観察された。鑑定期間中に健忘、人格の交代は認められなかった。自傷や衝動的な他害行為は見られなかった。幻覚、妄想などの精神病症状、思考障害、陰性症状を認めず、挨拶は会話を普通に行い、他患者や病棟スタッフとも適宜会話していた。鑑定面接の当初には、拒否や否定を忌避するために話したくない、これまでも信じてもらえなかったことは話しませんなどの言葉があったが、傾聴していると次第に率直な話しぶりとなっていった。

【医療観察法鑑定 精神現症】鑑定時、意識は清明で、疎通性は良好で、思考障害を認めず、的確な返答が出来る。記憶は過去のことは幼少期に向かうにつれて覚えていないことが多く、最近の事でもまだらな記憶である。事件の記憶は正確で、対象行為後、鑑定に至るまでの記憶は正常で、健忘は見られなかった。気分変動はなく、意欲関心も保たれる。開放時には周囲と適宜交流が出来ており、明らかな幻覚や感覚障害はない。妄想や思考障害は認めず、知的水準はウェクスラー成人知能検査では、総合 IQ76(言語性 67、動作性 91) (起訴前鑑定(鑑定入院-2ヶ月)では、総合 IQ81(言語性 83、動作性 82)) であり、知的レベルは境界であった。おとなしく穏やかな態度であり、鑑定入院という環境下では指示に従っている。病棟の規則や対応への不満は述べるが、周囲を巻き込むことや要求がましいことはなく、暴言暴力や自傷等衝動行為は見られない。また、人格交代も認めなかった。

【医療観察法鑑定の結果】対象者は、①多重人格障害(F44.81)、②非社会性パーソナリティ障害(F60.2)、情緒不安定性パーソナリティ障害(F60.3)と診断される精神障害者である。対象者は「小さいころから人を殺したい衝動があった」と述べたが、X-1年秋ごろから、人を殺したい衝動にかられ、母や上司を刺そうとしたり、施設スタッフの首を絞めたりした。対象行為の日には、不意に人を殺したい衝動が強くなり、施設スタッフの首を絞めようとして制止された後、自室で他患者の首を衝動的に絞めている。対象行為そのものを、対象者自身(主人格)が記憶しており、認めることが出来る。善悪の判断はできるが、共感性、社

会性には乏しく、謝罪の念はほとんど見られない。衝動性は亢進しており、自分の行動をコントロールする力は低くなっていたと考えられる。対象者の治療として、①対象者の人格が変化、成長すること、②解離(健忘や多重人格)という防衛機制を使わず、対人・社会場面で適応できるようになることが目標となる。専門性の高い各種スタッフとの交流の中で、安定した対人関係を感じ取れる事、治療同盟を構築することから治療を開始する必要がある。その中で、対象者の自己評価が高まり、他者や社会に対する信頼関係を築けるようになり、自己開示できるように成長していくことが必要となる。対象者には、身辺自立ができるようになること、対人・社会スキルを学ぶこと、葛藤や衝動の生じる状況下で言語のコントロールができるようになること、必要時に適切に他者に助けを求めるなどリスクマネジメントができること、などが必要とされる。これらには、衝動行為、犯罪行為を防ぐための心理教育、支持的な精神療法、認知行動療法的なアプローチと対症的な薬物療法が有効と考えられる。

解離(健忘・多重人格)への介入は慎重に行うべきと考えられる。対象者の知的レベルは境界知能であるため、学習困難が予測され、また学習したことを場面に応じて使いこなすことも困難であると予想される。また、現時点では他者や社会と安定した関係を結ぶことの困難さ、共感性の乏しさ、衝動性、反社会性などが認められるため、治療のスピードは遅いと予想される。しかし、上記の治療、指導、環境調整を行うことで、一定の治療効果は期待できると考えられる。対象者に、病識や治療の必要性の

認識が乏しく、共感性、社会性の低い現時点では、対象者の治療には、種々の専門スタッフが連携できる枠組みが必要であり、医療観察法による治療という明確な法律的な枠組みの中で示される環境により、十分なスタッフと治療戦略をもって専門的な治療を行う必要があると判断する。

【補充鑑定書の要旨】対象者は多重人格障害と診断されるが、人格が多数に分離しているため、衝動を抑える能力が低下している。よって、複数の他人格を統合し、1つの人格にする治療（または1つの人格システム(主人格+全ての他人格)として共存し、現実に適応する治療）を行うことで、衝動を抑える能力が高まり、今後、同様の行為を起こさず、社会復帰させることができると考えられる。

対象者の治療について

① 対象者は、小児期に親からの虐待を受け心的外傷を経験しており、幼少期の対象者の家庭環境下では、自己肯定感を持つことや他者を信頼し安定した関係を持つことは困難であったと考えられる。まず、精神療法の中で、対象者が自己肯定感を感じられ、他者を信頼できるようになり、安定した対人関係を持つことができるようになることが治療の第一歩となる。治療者患者間の治療同盟が構築され、対象者が自己を表現できるようになることが重要である。

② 治療者－患者間に徐々に治療同盟が構築されるにつれ、他人格が出現し、過去の心的外傷、そのことに関する怒り、怨み、不満などが語られると予想される。それぞれの人格がどのような経験や記憶を持ち、どのような役割を担っているかということを理解し、その情報を患者と経験していく

ことになる。どの程度まで他人格を呼び起こし、どの程度まで心的外傷に触れるか、どの程度の自然治癒力を期待するか、ということは、治療者がその都度対象者の状態を診て判断すべきである。1つの人格への統合が難しいことも予測され、その場合は、いくつかの人格が共存し、各人格が役割を持って協調して、1つの人格システムとして現実社会へ適応していくことが目標となる。身体が1つである以上、今後は、患者はどの人格の言動についても、その結果に責任を負わなければならない、ということを経験者は各人格に受け入れさせる必要がある。

③ 1つの人格として対処技術を獲得し、「他害行為を行わず、解離しないで日常生活に適応していく」ことが社会復帰のポイントとなる。

対象者は家事や金銭管理ができないので、生活スキルを身につける必要がある。また、対象者には葛藤や衝動の生じる状況下で言動のコントロールができること、必要時には他者に助けを求めること、など非常時のリスクマネジメントができることが要求される。ストレスの少ない状況では解離を用いずに日常生活を営みやすいため、大きなストレスのない環境を作ることも重要である。生活上のストレス要因の排除(対象者の場合は父との接触を避ける等)、他の精神疾患の治療(対象者の場合は、情緒不安定性パーソナリティ、非社会性パーソナリティ障害、それらに基づく不安・焦燥・抑うつ・自傷などの行動化、摂食障害などに対する治療)、必要に応じて身体疾患の治療、経済的・社会的問題などのマネジメントを行う必要がある。薬物療

法は、抑うつ気分、睡眠障害、フラッシュバックや不安、パニック、攻撃性などに対し、対処的に向精神薬を使用する。

## B その後の経過① 当初審判

【審判決定】主文 対象者に、医療を受けさせるために入院をさせる。

理由 第2 対象者の精神障害等

1 一件記録によれば、対象者は、同年Y月Z日、人を殺したい衝動に駆られていたところ、同室にいた被害者を発見したため、被害者を殺せないかと考え部屋に入ったが、その際には、対象者は、殺人は悪いことであるという考えもあったことから、葛藤を抱いた状態であったこと、対象者は、病室で被害者に対し、殺していいかを尋ねたところ被害者が殺していい旨答えたため、少し驚いたものの、「被害者が了承してくれた」「こんな機会はもう人生でないだろう」などと考え、両手で被害者の首を絞めるという本件対象行為に及んだことが認められる。また、一件記録をはじめ、鑑定人(医療観察法鑑定)作成の鑑定書及び補充鑑定書によれば、対象者は、本件対象行為時、多重人格障害と診断される状態であり、対象者の主人格は、非社会性パーソナリティ障害及び情緒不安定性パーソナリティ障害と診断される状態であって、多重人格障害により人格が多数に分裂しているため、衝動を抑える能力が低下していたと認められ、上記の事実関係に照らせば、対象者は、本件対象行為時、心神耗弱の状態であったと評価するのが妥当である。

第3 処遇の理由

1 治療反応性について

鑑定書においては、多重人格障害に対す

る治療反応性が肯定されているところ、同鑑定書の判断及び意見について疑問をさしはさむ事情は何ら見いだせないので、対象者については治療反応性が認められるというべきである。

2 処遇の必要性及び内容について

(1) 対象者が、本件対象行為以外にも、X-1年秋頃からは人を殺したい衝動を抑えきれず、例えば、X年Y-1月Z+6日、母親を包丁で刺そうとするなどしていることといった従前の経過等に照らせば、審判期日において対象者が述べるとおり現在は人を殺したい衝動が消失しているとしても、医療観察法による医療を受けさせなければ、対象者が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は明らかである。

(2) そうすると、対象者については、対象行為を行った際の精神障害を改善するため、医療観察法による医療を受けさせる必要があるというべきである。そして、鑑定書において示される対象者の多重人格障害に対する治療は、通院処遇により継続的に行うことが困難であることは明らかであることや対象者の従前の生活状況等に照らせば、処遇の内容としては、入院処遇が相当である。

B その後の経過②入院処遇決定～転院前

Y+5月、入院当初より、対象者は自身に多重人格が存在していることは認めるが、対象行為は人を殺したい衝動によって起こったものであり、多重人格とは関係がないと主張した。人を殺したい衝動は、対象行為後に逮捕された瞬間から生じなくなり、今後も衝動は起こらないので治療の必要はなく、閉鎖的で制限の多い病棟環境が自身の

状態をますます悪化させると述べ、早期の退院を要求した。入院後、閉鎖的空間や物品所持が自由にならないことへの不満が強く、拒否的な言動や水撒き等の衝動行為が見られた。スタッフへの暴力を示唆し処遇変更を求めたが、実際に暴力はなかった。悪夢を見るために眠りたくないと言ったが、患者と消灯時間を過ぎてでもホールで過ごし、生活リズムが整わず、睡眠薬の増量を希望した。6剤のベンゾジアゼピン系抗不安薬及び睡眠薬、非ベンゾジアゼピン系睡眠薬2剤に加え、クエチアピン 300 mg、プロペリシアジン 25 mg、バルプロ酸 800 mgという処方になった。薬剤増量の危険性を説明しても、「死んだら死んだでそれでいい」「単に無に帰すこと。たいした問題じゃない。」と返答した。こうした言動の一方で、他患者と楽しそうに交流し、プログラムは自身で選んで起床誘導を依頼し、ちぐはぐな面もあった。不満は述べつつも問題行動なく生活リズムも整ったため、Y+8月に急性期から回復期に移行した。

「血を見たい衝動」からプラスチックを割って、割面で自身の手首や頸部や顔面を傷つけ出血させるといった自傷行為が見られたが、人を殺したい衝動とは別物で人を殺したい衝動は今後生じないと主張した。自傷行為の原因は入院処遇への不満であると別人格カゲ(明確ではない)として母親に電話で述べた。転院が決定したY+11月にも手に傷をつけ手袋で隠す行動があった。自殺企図については、Y+7月には「薬をたくさん飲むと楽になれる気がした」と述べ、自己管理していた市販鼻炎カプセルを大量内服し、Y+9月には毛布を巻き付けての縊頸行為もあった。

回復期に移行後、生活上の問題や、相談ができないことにストレスが溜まり、イライラを看護師に訴えて反応を観察するような仕草を見せたり、拘束を希望したり、看護師の些細な行動に監視的な雰囲気を感じドア蹴りを行ったりしたため、短期間隔離した。振り返りで反省の弁を述べたが、隔離が解除されないとわかると「前回は1日で出れたのに、出れると思ったから話したのに。」と再び衝動行為に出るといったこともあった。

母親への電話においては、対象者の内的世界の変化を、別人格が話す、手紙を書くなどの行為が継続し、病棟生活上も記憶が抜け落ちるといった訴えがしばしばあり、人格交代や解離性健忘を生じているとみられた。悪夢に現れる「XS」という人を殺したい衝動の強い人格が他人格と一緒に消えると母親に情報提供後、悪夢やXSの訴えは消失した。

転院時には、わずかながら医療観察法の入院治療のルールに乗りつつあるようにも見受けるが、地元で何度も入院退院を繰り返したが問題は解決しておらず、元来疾病性に問題のあるケースであり、医療観察法による入院治療を行うことが適切であるかどうかの疑問は残ったままである。「再他害行為の防止」に関しては、人を殺したい衝動を生じるメカニズムの解明やその予防法の確立が必須であるが、対象者は「人を殺したい衝動はもう起こらない」と主張するばかりで、深めて考えようとする意志に乏しく、また過去に人を殺したい衝動が生じた時の様子を振り返るように促しても避けようとする傾向が強く、さらにそういった時には実際に人格交代や解離性健忘などを生じていたらしく自身の記憶も定かでないことが多

い様子であり、人を殺したい衝動のメカニズムの解明および出現予防対策の確立には多大な困難が予測される。入院治療にはいずれ行き詰まりを生じる可能性が高いものと予想されると総括された。

B その後の経過③転院後～処遇終了まで

1 診断 対象者の病状が、起訴前鑑定書において診断された統合失調症 (F20) に該当するかどうかを検討した。当院入院期間を通じて、統合失調症の診断を積極的に裏付けるような病状は見られていない。当院入院期間中、明らかな別人格の出現は、スタッフによって観察されていない。入院中にも何回か健忘を示すエピソードが見られ、心理検査 (DES) にて解離の度合いが高いこと、生育歴において虐待を受けたことが推測され、病状として解離が存在すると考えられ、解離性障害 (F44.9) の診断を下すことは妥当と考えられる。衝動性の強さ、感情の不安定さ自体は現象面として繰り返し確認されている。これらは、対象行為にも明らかに影響を与えていると考えられ、また、情緒不安定性パーソナリティ障害 (F60.3) の診断と整合する症状で対象者に情緒不安定性パーソナリティ障害の診断を付することは妥当である。また被虐待症候群、愛着障害の存在、解離性同一性障害の存在を想定しても症状として矛盾しない。生命の尊厳や社会規範を尊重する意識の乏しさも顕著であるが、取り入れ、被暗示性の要素を鑑み、直ちに非社会性パーソナリティ障害 (F60.2) の診断要件に該当するとの立場は採らなかった。従診断として解離性同一性障害を採用するとしても、対象行為時の対象者の精神状態については、人格や記憶の連続性・同

一性は保たれ、物事の是非についての判断力を保持していたと考えられる。

2 治療反応性 可能な限りの治療反応性を追求する姿勢で対象者の治療に当たった。対象行為の再発防止を図るためにまず、規則違反の基準及び行動範囲の物理的構造を厳格かつ具体的に設定した。Z月の転院入院後、急性期エリア内のみで過ごしてもらい、自傷行為、危険行為等が見られる都度、不適切な行動に対して粛々と具体的規則に基づく対応を行い、同時に本人の自尊心に働き掛ける支持的姿勢との均衡を図りつつ、薬剤調整し必要最小限の行動制限と面接等の対応を図った。Z+1月に一旦、病状評価のため、観察密度を保持しつつ、所持品や行動範囲を大幅に拡大し、居室を移動したところ、同月下旬から Z+2 月上旬にかけて患者との性的逸脱行動が複数回あり、不適切な行動をしないことや社会的ルールを守ることの重要性を説く等の面接を経て、居室を急性期エリアに戻した。対象者は、直後に自室の窓に靴紐をかけて縊首を図った。直前まで他患とトランプに興じるなど明らかな不調・不穏の兆しは認め難かった。本人は処遇についての不満を募らせ、「医療への復讐」であったことを語り、「試しにやってみたが何も得られなかった」と述懐した。対象者は、逸脱行為に際し他者を巻き込むので、他患への影響が大きく、他患の療養環境確保の意味からも、本人の安全重視の観点からも厳重な監視と行動制限を継続せざるを得ない状況となり、病院やスタッフに対する陰性感情を増大させた。

ここで着目されたのは、対象者の書面における表現の豊かさであった。話法においてあまりに貧困であった対象者の表現は書

面においては全く異なる様相を示し、また書面においては字体や文体の明らかな違いから、対象者の内的世界が多重人格的である様相も見取れた。明らかに対象者は自らの生きづらさや違和感といった心理課題を投影する形で読書しており、その理解は対象者の詩的・芸術的感性の高さを示した。そうしたナラティブの共有により、行動制限の意味付けをし直す中で、書面を通じて対象者との Shared Decision Making が徐々に形成された。主治医は、対象者が持ち込んだ蔵書のうち本人が重要視するものを全て読み、把握し、鑑定や情報を再整理し、母親との手紙のやり取りを通じ、対象者の理解の深化に努め、対象者の述懐する別人格の存在を受容しながら、その中に境界を設けるように解釈を新たに作り出す工夫を行った。対象者に存在する被暗示性を管理対象としてではなく、ストレングスとして扱い、治療の進展に正に寄与するものとして捉え直した。

更に、改めて被虐待のサバイバーとして対象者を捉え直し、母子関係において母親の DV サバイバーとしての治療も同時進行で開始し、母子関係からの間接的な治療影響を統御し、実際の支援関係を含んだ安全な場の構築を具体的な戦略の元に行った。徐々に対象者の治療参加は自発的かつ積極的なものへと変化し、以前より行っていたリラクゼーションは安全感の醸成に、ストレッチは気分改善のための身体介入にと、本来の治療効果を発揮するようになった。

対象者は故意に近視を放置したが、これは相手の表情に対する過敏性への対処であり、対象者が周囲状況への配慮に欠け、想像をしようとしなないことの原因の一部である

ことがわかった。トラウマによる回避が対人配慮の欠如に見えている可能性が示された。

対象者は、過去に単身生活をしてきたが、掃除や洗濯、家賃や光熱費の支払いを含めて実質的には母親がサポートし続けており、一定の生活支援が継続されなければ単身生活は困難であると考えられていた。しかし回復後の査定では個々の ADL 能力は高く、回復に従って自力での ADL の維持は可能になる可能性がある。

精神療法も進み、対象者は確定した自己として環境・他者に関わる事の不安を改めて表明し、漸く自らのトラウマや対人関係特性や愛着の問題を直接現実との間で扱う準備ができた。今後、解離性同一性障害という表現型をなしていたが故に幼弱なまま放置されていた心理的課題、生活課題を、安全かつ安心な理解環境を保持し治療継続する必要がある。

これまで母子ばらばらに行ってきた治療過程を、相互に開示する治療を行った。対象者には軽度ではあるが発達上の特性があるものと思われ、母親の治療過程の透明化および理解こそが、対象者が今後母親を安全な場所として認識するにあたって必要な過程であると考えた。対象者に記憶がないままに電話で母に別人格が話していた事を精神療法の場で開示し、話し合うことを本人に向け行った。母に別人格が主人格には電話内容を言うなど口止めすることは、母子関係を複雑にし、母の覚悟のない煮えきれない態度を対象者なりに攻撃的に試していたようなところがある。この点を敢えて両者の前で開示し、母子ともに「相手ではなく自分が何をしたいのか」を直接話し合うこ

との必要性を心理教育し、本人には「約束を守られなかった別人格の気持ちの統合」という新たな課題を提示した。

対象者に心理的な虐待を原因とした幼少期の外傷体験が存在することを考えると、表面的には心理的な支援者となり得ている様に見える母親が、対象者の無意識下の心理において、虐待の場面においては対象者を「見殺し」にした存在として意味付けされている可能性がある。対象者は虚無感や寂しさ、トラウマの再現としてのやり直しへの希求から現在も母親との接触を求めるが、日常的な母親の関わりが対象者の人生の回復にとって真に安全で有効なものにするには母親の治療を同時に行うと共に、母親という人間の理解を対象者が進めていけることが不可欠である。対象者は、情緒不安定性パーソナリティ障害を有していると判断され、衝動性の緩和や睡眠の確保を目的とした精神科治療薬の処方などのために精神科医療との関わりを必要とするものと考えられる。上記治療構造を理解し、実践するためには特別な技能は必要ないが、personality障害の治療経験が豊富な医師が望ましい。また、トラウマや発達特性、愛着障害からの回復に関して理解があることが望ましい。

### 3 社会復帰阻害要因

対象者は、以前のように、興奮や行動化せず、治療課題を「記憶がないなりに考える・受け止める」と表明し、人格統合と本人課題の裏にある自己理解・内省が進んだ。以上により、現時点で通常精神医療の中で、現実生活課題に即して行われるべき範囲・段階の課題になりつつあるといえる。

父親は健在だが、家族への暴力や暴言を繰り返し対象者に大きな外傷体験を生じさ

せた張本人であり、支援者としては相応しくない。

### B その後の経過④52条鑑定の実施および処遇終了後

Y+19月～Y+21月の期間、処遇終了に際しての審判のため、医療観察法第52条に基づく、再鑑定が施行された。

#### 【52条鑑定結果】鑑定主文

(1) 対象者の現時点における精神障害の有無及び内容

対象者は、①多重人格障害 (F44. 81) ②情緒不安定性パーソナリティ障害 (F60. 3) と診断される精神障害者である。

(2) 医療観察法による医療を行うことにより、その精神症状の改善が見込まれるか

対象者の罹患している精神障害は治療可能性がある。現在は医療観察法入院治療が継続されているところである。

①については解離症状の出現場面は母親への手紙と電話に限られている。また、事件当時は人格交代が見られず、主人格の犯行であった。

②は人格そのものであり、人を殺したい衝動など精神症状を伴う場合は治療すべきであるが、必ずしも医療観察法による医療が適切とは言えない。対象行為時は自身で制御できない衝動性や焦燥感が認められ、②を基盤にした精神症状であったと考えられる。現在は、医観法入院によって、一定の治療効果が得られており、すでに人を殺したい衝動は消失している。

(3) 再行為の可能性

医観法入院導入時は、その精神障害のために対象行為と同様の行為を行う可能性はあったが、人を殺したい衝動が消失した現



在は、今後同法による治療を続ける必要性は低下している。①、②については、現在も完全な改善は得られていないが、現在は善悪の判断力は保たれている。また人を殺したい衝動の再燃時の対応も一定の効果が見込まれている。

#### (4) その他参考意見

起訴前嘱託鑑定では統合失調症と診断された。そこで医療観察法入院時には統合失調症を除外診断するため、抗精神病薬の減薬・中止を試み、幻覚・妄想の発現を観察したが、幻覚・妄想は見られなかった。①については解離人格を体外に感じることもあり、統合失調症と誤診されることがある。鑑定でも解離症状である「中の人の声」が精神病状態と判断されたことから統合失調症を診断されたものと思われる。その後の経過を見れば解離症状であったことは明らかであり、統合失調症は否定される。②については、予測不能な行動に治療者側も忍耐強い対応を強いられる。自傷行為を観察・予防しなければならぬ治療環境では行動制限はやむを得ないが、ストレス耐性の弱い対象者には逆に衝動性を悪化させる結果となり、長く膠着状態が続いていた。しかしながら、主治医・スタッフの忍耐強い努力にこたえるように、対象者も徐々に適応を見せるようになっていく。

この機会を活かして今後は、医観法入院という強制的な治療の枠組みではなく、本人に責任を持たせ、自己判断で治療をすすめることのできる環境が望ましいと考えられる。ただし変動を見せるのが②の特徴でもあり、自傷行為の完全な防止は難しい。治療の枠組みの変更にはこれまで通りの慎重な配慮を期待したい。

その後、対象者は治療の引き継ぎを行った、帰住地である母親の実家が所属する地域の精神科病院に1か月に1回の受診を継続している。対人的な関わりづらさ、しんどさ、こわさが話の診察の主題となっており、課題に対して向き合っている様子である。母親に対しての支援体制として、警察、保健所等の相談体制は構築済みであったが、実際に問題行為や相談は生じていない。

### C 論点 (コメント)

#### 論点の整理 (コメント)

##### 1. 人を殺したい衝動をどう考えるか

対象者は、対象行為直前に近所の公園に外出し、帰ってきて自室で横になっていると段々と鼓動が速くなり、人を殺したい気持ちを抑えきれなくなり、スタッフに止めてもらおうと考え、女性スタッフの後ろから首に右手を当てる様にして、肩に手を置いたところ、男性スタッフに引き離され、詰所から出て行くように言われた。衝動を止めて欲しかったのに出て行けと言われて、対象者は、イラっとして、部屋に向かい、被害者の首に右手をおいた。何でそんなことしたのと尋ねられ、衝動があるからと答えており、スタッフに出て行けと言われイラっとして行った対象行為である。情緒不安定なパーソナリティに基づく対象行為と考えられ、対象行為は、幻覚妄想や解離症状に基づくものではない。

対象者が解離症状を出すのは、母親の前である。対象者は、無意識下で、母親を、虐待場面で対象者を見殺しにした存在と考えている可能性がある。異常行動を出さないと母親に振り向いてもらえないと対象者が考え、その延長上で、人を殺したい衝動が出

現したと考えられる。また、対象者は、虚無感や寂しさ、トラウマの再現としてのやり直しへの希求から対象者は母親との接触を求めるが、日常的な母親のかかわりが対象者の人生の回復にとって真に安全で有効なものにするためには、母親の治療を同時に行い、母親という人間の理解を対象者が進めることが不可欠である。

2. 疾病性について 安田教授のコメント  
心神喪失または耗弱の原因となった精神障害が現在も続いているなら疾病性はある。完全責任なら疾病性はない。多重人格について、人格が多数に分裂しているため、衝動を抑える能力が低下し、心神耗弱と審判で認定しているが、珍しい認定である。

#### 事例2の概要

【対象者】50歳代、男性

【対象行為】放火（自宅全焼）

【既往歴】22歳 右上腕骨骨折 24歳  
腰痛症

【アルコール・薬物使用歴】飲酒：20歳より飲酒開始。（後述）喫煙：10～20本／日  
シンナー・違法薬物等の使用歴なし。

【犯罪歴】窃盗（スーパーで缶チューハイを万引きした）

【家族歴】精神疾患や問題飲酒などの家族歴なし

父：70歳代後半 土建業に従事。60歳で腰痛のため離職。

母：70歳代後半 主婦。64歳までパート勤務。

弟：対象者の5歳下。会社員をして別居だが、対象行為時は帰省していた。

【生活歴・現病歴】発達発育の異常なし。  
地元小・中学校に通学。手のかからない子

供で、成績は中の上だった。少数ながら友人はおり、たまに一緒に遊びにでかけることがあった。中学は全員が部活動に参加することになっていたが、運動部は練習がきつく人間関係がわずらわしいため、文化系クラブに入った。活動は少なく、月に1回程度だった。高校ではよく勉強し、成績はクラスで1番になることもあった。専門学校に進学し資格を取得。20歳時、地元で就職した。就職後、まもなく、家を出たいと主張。まずは貯金をするよう両親がたしなめたが聞き入れず、母親が敷金礼金などの初期費用を肩代わりし、単身生活を始めた。23歳時、勤務中に転倒し右上腕骨骨折し3か月の休職後、復職したが、その際に、同僚から「休んでも給料がもらえていいね」と言われてむなしくなり、リストカットを繰り返した。このころから、毎日寝酒として、ビールや酎ハイを2、3缶飲むようになった。25歳で退職し、以降は、職を転々とした。28歳時、家賃滞納が発覚。父親がアパートを解約させ、実家に戻った。このころより、交際相手と連日飲酒して酩酊状態で帰宅し、母親がたしなめると、声を荒げて攻撃的・反抗的な態度をとるようになった。本人は一人暮らしをしたいと主張し続けたが、就労が続き、経済的に独立は不可能で、みかねた親族から縁談を紹介され、30歳より同棲した。男女の関係にはならず、同棲のストレスから、さらに飲酒量が増え、多い時には4リットルの焼酎を2日で空けることがあった。31歳時、アルコール離脱けいれん発作で救急搬送され、アルコール依存症の診断で精神科病院に転入院した。これを契機に、同棲を止め、実家に戻った。以降は就

労しても、数日～数週間のみで離職。40歳より、世帯で生活保護を受給開始した。精神科病院への通院は継続し、数か月断酒することもあったが、父親の酒を隠れ飲みして水を足してごまかす、歩いて通院し、浮かせた交通費で酒を買う、酒を万引きするなどにより、たびたび飲酒していた。40歳代前半、連続飲酒で失禁したことを契機に解毒のため入院。入院中に、断酒会、デイケアなどを紹介されたが、人間関係のストレスで逆効果になると言い、退院後は参加しなかった。40歳代前半睡眠薬を2週間分服薬し、救急搬送された。本人は、ゆっくり眠りたかっただけ、と述べ、希死念慮は否定し、2日間で退院した40歳時、酒の万引き、仕事が見つからないことを理由に任意入院した。40歳代前半歳時には、著しいやせを来し、酒を飲むと自己嫌悪になり食事が食べられなくなるとの本人の訴えで任意入院した。入院中に抗酒剤が処方されたが、吐き気を理由に中断した。50歳後半ごろ、ソーシャルワーカーの勧めでデイサービスのボランティアを始めたが、腰痛を理由に休みがちとなり、半年で辞めた。月1回の外来通院は継続し、本人から不眠や腰痛の訴えで睡眠薬や鎮痛薬の屯用での処方の希望があるのみだった。

【対象行為前の状況】対象行為の半年前から、作業所通所を開始し、月に数百円～数千円の工賃を得るようになった。本人は、「自分で稼いだ金だから好きなように使う」と公言し、工賃を得ると缶チューハイ等を買ってきて、自宅で飲むようになった。母親がとがめると、不機嫌になり母親を無視する、死ぬと言って家を飛び出

し、飲酒しながら帰宅する、家族と食事をとることを拒むなどした。母親が酒を取り上げて大ゲンカになり、母親の目の前でリストカットすることもあった。対象行為の1か月前からは、腰痛や微熱、全身倦怠感などの体調不良を訴え、欠勤や早退が増え、自室で引きこもりがちとなった。作業所スタッフには、母親が認知症になり、自分が家事をしなければいけないので負担だと話していた。

【対象行為当時の精神状態】対象行為の2日前、作業所からの帰宅途中にコンビニで缶チューハイを4本買い、夕方から自宅で飲んだ。翌日は昼ごろに起床し、冷蔵庫から缶チューハイを取り出したところを母親に注意され、母親に怒鳴り散らし、自室にひきこもってリストカットした。ノートには「ダメだ。あいつら殺して私も死ぬしかない」との殴り書きをしていた。

対象行為当日、缶チューハイ1本(500ml)を飲みながら、テレビをみていた。父親は同じ部屋で新聞を読み、母親は食卓の片づけをしていた。7時50分、自室布団にライターで火をつけ、火に気付いた母親の悲鳴をあげ「消防車を呼ばなきゃ」と言うと、両親を振りほどいて、自ら119番通報し、「火を点けました」と述べ、住所は正確に述べたが、家族か尋ねられても無言であった。その後、包丁で自分を刺そうとして親と弟に制止された。

【対象行為後の状況】消防隊とともに臨場した警察官に声かけされると、警察官を見てすぐに閉眼し無反応になり、繰り返しの問いかけで、「誰?」「知らない人がいた」「今はいなくなった」と述べ、対象行為の理由には答えず、通報理由は、「知ら

ない人に110番するように言われたから」と答えた。対象者のポケットからは、「ダメだわ。あいつら殺して自分も死ぬしかない」「憎しみしかない」というメモが見つかった。酒臭やふらつきはなく、逮捕後3時間の飲酒検知では、呼気アルコール濃度は0.15mg/l（酒気帯び）、受け答えは落ち着いていた。警察署では、「家に知らない男の人が座っていて、その人に火を点けたって110番して言えといわれた」「両親とは喧嘩もしていないので刺した理由は思い当たらない」と冷静に陳述した。発見されたメモについては、「言いたくない」「メモの内容と事件の関連はない」と述べた。

対象行為後に起訴前嘱託鑑定実施し、アルコール依存症と、犯行前後の記憶をほとんど健忘しており、意識障害下の犯行であり、少量の飲酒で病的酩酊に至ったので、放火するほど家族との軋轢はなく、飲酒を監視されていた不満があったとしても計画的な行動とは考えられず、心神喪失状態であるとの判断で、不起訴処分になり、医療観察法の申し立てがされた。

【医療観察法鑑定】《理学所見》身長168cm 体重52kg 特記事項なし。《検査所見》血液検査、尿検査、心電図検査の異常なし 頭部CT：ごく軽度の前頭葉、小脳の萎縮を認める。《鑑定中の服薬》ニトラゼパム5mg + レボメプロマジン25mg 1×就 ボルタレン25mg 1日3回  
《行動・精神状態》入院当初より礼節保たれ、一般病床に移床後も変化なし。作業療法に受動的に参加し、他の患者とも談笑している。対象行為については「全く記憶がなく、原因はわからない」「両親との関係

は悪くなかったし、死にたい気持ちもなかった。お酒のせいでおかしくなったんだと思う」「親兄弟には申し訳ないと思う」と述べた。活気はなく、今後の自身の処遇がわからないのが不安だと述べた。

《鑑定中の状態》自身の病名は、「アルコール依存症」と述べた。飲酒欲求は、入院後は全くないが、ストレスがあると飲んでしまうかもしれないから通院は続ける、と話した。飲酒テストのために、缶チューハイを手渡されると、「いつも寝る時か、体が痛くて辛い時に飲むので、今は飲む気になれません」と嫌がり、数口飲んで、「これ以上飲みません」と涙を流して拒否した。家族との面会の意思を確認すると「留置所にいるときに謝っている」「迷惑をかけたから向こうも会いたくないと思う」と希望しなかった。

【心理検査所見】 《WAIS - III》・全検査IQ=86 言語性IQ=93 動作性IQ=76  
知的機能は平均の下。言語理解は平均的で、一般常識や基本的なルールの理解は良好。処理速度が平均より低く、質問を何度か聞き直す、作業を指さしながら行うなど聴覚的な記憶の弱さや、固執性を認めるが、日常生活に支障のあるほどではない。《PFスタディ》欲求不満場面での対応は常識的だが、原因を他責的に受け止め攻撃的になりやすく、自責の念は乏しい。自己主張や自己弁護をせず、相手が問題を解決することを求めがち。《SCT》模範的で端的な表現が目立つ。事件に対する後悔、自己評価の低さ、希望の乏しさを示す記載もある。「（もう一度やり直せるなら）事件を起こさないようにしたいです」「（私の失敗は）たくさんあります」「（私の野望

は) 特にありません」

《その他》心理士に「小学生のころ、給食を残して叱られた同級生をかばって、逆に自分が担任から目をつけられた」とのエピソードを語り、「先生と呼ばれる人は皆怖いと感じてうまく話せない」「このことは鑑定医には言わないでほしい」と述べた。

【医療観察法鑑定 意見】《診断》①アルコール依存症 ②アルコールによる残遺性および遅発性精神障害（以降「アルコール残遺性障害」）③病的酩酊

短大卒にも関わらず、IQが平均の下。質問を聞き返すなどもある。知能低下や認知障害が想定される。飲酒を注意されて激高する、仕事が続かず引きこもりがちになるなど、情動不安定さや性格変化を認める。対象行為時、飲酒量は少ないが、理由もなく両親を包丁で刺し、知らない人が刺したとの錯覚を生じ、その後健忘をきたした。病的酩酊による意識障害による犯行である。

現在、病的酩酊はないが、アルコール依存症のため再飲酒の可能性は高く、飲酒すれば病的酩酊を生じる可能性がある。アルコール残遺性障害のため、退院して社会に戻れば、問題行動を起こす可能性が高い。アルコール依存症の治療は、生涯にわたる断酒が必要で、そのために、薬物療法や、個人精神療法、断酒会などのグループ療法への参加が有効である。両親は、対象者との同居は怖いと述べ、対象者も家族と距離を置くむね述べている。単身生活になれば飲酒に走る恐れがある。

【生活環境調査報告書 意見】これまで精神科医療を受けていたが、自らアルコール依存症の問題に直面せず、入院中に体験した自助グループ等も中断しており、治療の

必要性の認識は不十分である。本人はアルコールの摂取量や頻度が普通の人と違って、一生付き合う病気であるとの認識はあり、いままで知識を学習したことがないから、納得するまでしっかり学びたいと述べ、病識は不十分ながら、疾病に向き合う意思を示している。自助グループや相談支援機関を利用する必要があるとも述べている。審判前のカンファランスで、本人の診断についてアルコール依存症と聴取しており、医療観察法の疾病性には該当しないと解釈できる。現時点で住居は決まっていなが、不処遇決定となった場合には、鑑定入院医療機関で一時的に精神保健福祉法による入院を行い、住居や医療機関の選定を行うことは可能である。

## B その後の経過

【当初審判の結果】入院処遇決定  
《疾病性》対象者は、アルコール依存症と、程度は軽いがアルコール残遺性障害に罹患している。対象行為直前に飲酒し、対象行為時の記憶が全くなく、犯行動機が不明である。アルコール依存症とアルコール残遺性障害が基盤にある状態で飲酒して病的アルコール中毒に陥り、対象行為に及んだと考えられる。対象行為時は心神喪失の状態にあったと考えられる。希死念慮をうかがわせる内容のメモを残しているが、起訴前簡易鑑定、医療観察法鑑定を通じて希死念慮の表出はなく、審判時も希死念慮の存在を否定しており、希死念慮が対象行為に大きな影響を与えたとは考えにくい。現在は、飲酒をしていないため病的アルコール中毒の状態にはないが、社会に戻ればアルコール残遺性障害による問題行動を起こ

す可能性が高く、飲酒により病的アルコール中毒をきたし、他害行為を起こすおそれがある。

《治療反応性》アルコール依存症は生涯の断酒が必要であり、アルコール依存症に精通した医療機関で、薬物療法や個人精神療法、断酒会などのグループ療法を行うことで断酒に成功する患者が多い。したがって治療反応性を認める。

《社会復帰要因》両親は対象者との同居を拒否しており、兄弟も対象者と同居できる状況にない。他にキーパーソンとなりうる者はなく、対象者の居住先は決まっておらず、周囲の見守りや支援体制は未定である。通院による医療の確保は困難である。

【入院後の経過】入院当初は適応的にふるまい、物質使用障害治療プログラム等に積極的に参加した。他の対象者ともそつなく交流した。精神病症状や明らかな気分変動、認知機能障害等は認めなかった。入院10日目に、腰痛、握力低下、対人ストレス等を理由に、自室での食事摂取や、頓服薬の自己管理を希望し、希望がかなわないと、「相談しても意味がない」と、突然態度を翻し、スタッフを無視する、ふてくされた対応をするなどした。数日後には態度を軟化させ「スタッフがどういう態度をとるか試した」と述べた。入院1か月後、担当多職種チーム面接で、主治医から本人に対して、アルコール残遺性障害の診断は否定的で、アルコール依存症の単独診断では、疾病性がなく、早期に退院となる可能性があることを説明。退院時に困らないよう、治療と調整を急いで行うこと、アルコール依存、身体化、受動攻撃性は、不適切なストレス対処であり、適切な対処技能の

獲得が治療課題であることを伝えた。本人は「1年半と聞いていたから、不安だけど、退院が早いのはうれしい」と述べ、セルフモニタリングやクライシスプランの作成には協力的に応じた。入院2か月ごろより、急激な体重減少を認め、一部のスタッフには、今後の処遇に対する不安や、過去の対人関係の傷つき、幼少期からの絶望感などを打ち明け、ストレスで痩せてしまうと述べた。他方、特定の対象者やスタッフには辛辣にふるまい、病棟規則のささいな逸脱を繰り返す、手足を壁にぶつけて自傷するなどの行動を認めた。入院4か月ごろ、外泊訓練の費用と偽って、両親に過剰の送金を依頼し、菓子等を購入して過食嘔吐していたことが発覚。盗食も発覚した。これらへの介入を機に、スタッフに対して拒絶的となり、検温や集団プログラムなど、最低限の介入には応じ、社会復帰調整官の面接にも応じるもの、担当多職種チームとの話し合いには応じず、治療計画や具体的な退院調整等の話し合いができない状態となった。入院5か月、処遇終了を前提に退院申立を行った。申立ての趣旨は、下記の通り。「診断は、特定不能のパーソナリティ障害（境界性・受動攻撃性・反社会性の特徴を有する）とアルコール依存症である」「自身の葛藤に対して、受動攻撃的行動、身体化、虚言、アルコール乱用などで、社会的な責任を放棄する傾向がある。医療観察法対象となりうる疾病性は認めない」その後も本人の拒否的態度は持続し、病棟規則の不遵守を繰り返すなどしたため、外出泊による地域調整が安全管理上不可能になった。他方、通院医療機関からは、外泊による模擬受診やデイケアの体験

利用をしてほしいとの希望があり、合議体から病院に、「退院先の医療機関の意向に沿う調整を模索するように」との指示あり。審判期日で、合議体から本人に「重大事件を起こしたことを自覚し、スタッフとの約束を守り、治療に取り組むように」と指導があった。決定がすぐに出なかったことから、本人はこのままでは退院できないかもしれないとの不安を訴え、外出を希望した。そのため、あらためて外出許可のために治療参加や規範遵守、体力維持が必要であることを本人に確認、達成度を評価した上で外出を再開した。地域の関係者とはスカイプで情報共有を行い、最終的には、帰住地に外出してCPA会議を実施し、そのまま現地で処遇終了決定となった。

### C 論点の整理（コメント）

①アルコール依存症に伴う行動障害に対する精神医学的評価、責任能力の評価、医療観察法の疾病性の評価をどのように行うべきか

対象行為時の心神喪失・心神耗弱の原因が病的アルコール中毒であり、審判時の診断がアルコール依存症のみの場合には、医療観察法の疾病性の要件を満たさない。また、パーソナリティ障害のみを有する者は、完全な責任能力を有するとされ、医療観察法の対象ではない。アルコール依存症の長期罹患に伴う、認知機能障害や人格変化について、残遺性・遅発性精神障害と診断する際には、責任能力への影響の程度について、慎重に検討する必要がある。この事例では、入院後の生活状況や精神状態、従前の生活状況を確認し、残遺性・遅発性精神障害を否定し、主診断をパーソナ

リティ障害、従診断をアルコール依存症と判断、医療観察法の疾病性を否定した。

②アルコール依存症に行動障害を伴う者に対して、医療、司法、保健・福祉が果たすべき役割は何か

手厚く高度な医療を提供するとされる医療観察法病棟にも限界がある。最近では、治療的司法の文脈で、罪を犯した者に対して、刑罰では解決できない原因・問題に対して、科学的な治験に基づく治療法や介入で、心理的・社会的問題の解決・改善を図り、再犯を防止し、社会復帰を支援する取り組みが、薬物依存症者の刑の一部執行猶予等で実践されている。他方、依存症治療は、任意の治療という側面が重要である。また、パーソナリティ障害は、当事者参加を起訴とする回復モデル・医療福祉モデルでは、対人操作性を増し、処遇困難を増悪させることがあり、むしろ明確な構造化を有する矯正処遇が適している。この事例では、対象者に対して、アルコール乱用等が、不適切なストレス対処として生じている旨の心理教育を行い、医療観察法終了後の医療継続や断酒を含む健康的な生活の動機付けを図ったが、その過程でパーソナリティ障害に基づく不適応が生じ、医療観察法の治療効果が発揮できない状況に陥った。この事例では、通院予定の医療機関の協力や、審判期日での合議体からの説諭等により、本人が態度を軟化させ、地域生活に移行することができた。しかしながら、一般に、このような状態で、通院先や住居の確保を行うことは困難で、長期の社会的入院に陥る可能性がある。処遇決定の際には、これらを踏まえて、不処遇、却下も含めて慎重な検討が望まれる。

### 事例3 概略

【基本情報】

【対象者】30代 男性A

【対象行為】放火：対象者は、Bと共謀の上、D方において、被害者Dの居住する木造家屋の勝手口に灯油をまき、ライターで火をつけ、Dの居住する家屋を焼損したものである。

【飲酒歴・薬物歴等】 なし。飲酒しない。

【犯罪歴】 なし。

【既往歴】 特になし。

【家族歴】 母方親戚に高齢で自死した者と精神科病院に長期入院中の者あり。両親、兄弟とも特に信仰しているものはない。

【生活歴】 2名同胞中第1子長男。周産期異常なく発育発達に異常を指摘されたことはない。自営業を営む両親のもとで養育された。幼少の頃は、離婚し戻ってきた父方叔母が、対象者の家族と共に生活していた。家業で多忙であり、なおかつ、年子で兄弟が生まれ、両親とも対象者にあまり手をかけられなかった分、同居した父方叔母が母代りの存在であった。

幼稚園に入園するが、人見知りが強く泣いてばかりおり、緊張のため行事に参加できず、親しい友達もできなかった。小学校に入学後も内気で人見知りが強かったが、学校では唯一できた同級生の友人を頼りにし、学校以外では活発で積極的な兄弟と行動をいつも共にしていた。ささいなことも自分で決められず、兄弟やその友人の決断にゆだねたり真似したりするなど依存的であった。成績は普通であったが、偏食がひどく小さくやせていた。学校から帰ると、誰に言わ

れるでもなく、家業の手伝いを率先してやっていた。中学校では、人に会うと顔が真っ赤になり買い物に出かけるのも嫌になる時期があり、より対人緊張は強くなったが「真面目で正直」「我慢強い根性もの」「従順で人に反発することがない」「人を信じて疑わない」と評され、不登校はなかった。高校では厳しい部活動に入部し、顧問に叱咤激励されたが、熱心に練習に打ち込み、充実していた。高校卒業時より公務員を志し、専門学校に通い、19歳時に公務員試験に合格し、市役所で事務職員として勤務し、激務で知られていた部門に配属された。配属当初から勤務に不安があったが、市民への対応で、身体的にも精神的にも強く疲弊した。勤務3年目頃より、激しい頭痛で勤務中に救急搬送される、時間感覚がわからなくなる、通勤路が判らなくなるなど不調をきたし、睡眠はとれず、食思は不良となり、無断欠勤を繰り返すようになった。

その頃友人の紹介で、霊能力者を自称するCと知り合い、Cに「業」を行ってもらうことにより、急激に体が軽くなったと実感し、「先生（C）とお話することが支え」と、Cの霊的な力を信じ、度々相談するようになった。その後一旦は市役所に復帰するが、勤務の傍ら、休日にはCの事業を無償で手伝うようになり、その一年後には心配する両親の反対を押し切り、市役所を退職しCのもとで働くようになった。

その後は、営業販売部門を担当し、厳しいノルマをこなすため、家族や親戚、元同僚人などに突然電話し、営業活動をして、居眠り運転から追突事故を起こし5か月入院治療を受けた。対象者は「大きな事故だったのに命が助かったのはCのおかげ。命の恩人」と



ますます崇拜するようになった。その頃、「神様と先生とおばあちゃんに仕えます」「反発しない」「正直」等、隙間なく書かれたノートや「一生懸命仕事をします」「ノルマを達成できなければ自害します」などの誓約書のようなものが多数見つかり、家族はますます心配したが、対象者は家族の言うことを聞くことはなかった。

20代後半からは、Cが事業を拡大し、対象者は従業員とともに、経理などの重要な業務を任されるようになり、嬉しくもあったが不安やプレッシャーを感じていた。そのため、Cが「業」と称する修行に、それまで以上に打ち込むようになった。対象者は「業」について、決死の覚悟で決めたことを遂行することで精神のクラスが上がり、一方で「業」を落とせば、「ばち」があたり、Cの側や会社にいられなくなると信じ、「過酷で尋常じゃなく辛い」業を毎日行っていた。業の内容は、専務と10時間ミーティングし自分の悪いところを振り返り、1日唱え続け、寝食も忘れていた。営業の合間に温泉に立ち寄ったのをCにとがめられ、対象行為まで10年以上湯をためて入浴しなかった。

30代前半には、本対象行為の被害者であるDが、定職を辞めてCのもとで働くようになり、Dは些細なことで興奮し怒鳴るなどみられ、徐々に大声で叫ぶ、包丁を持ち出し壁などに突き刺し脅迫する様子が見られるようになった。対象者は、当初はそのようなDに対し注意していたが、そのことでDから暴力を振るわれるようになり、熱湯をかけられやけどを負う、体を何度も殴られ痛みで呼吸が浅くしかできないほどになることもあったが、恐怖で何も言い返せなくなっていった。

Dの入社により、Cと徐々に距離ができたと感じるようになり、それを「自分が業を落とすため」と考え、Cのそばや会社にいたい一心で、ますます業に没頭するようになった。日中は仕事をこなし、夕方から夜まで営業の電話をかけ続け、その後深夜まで業に励み、再び3時すぎに起床し仕事を始めるなどの過酷な生活を送っていた。

30代後半には対象行為の共犯者であるBが、仕事を手伝うようになった。会社ではその頃社員が減ってきており、対象者とC、D、Bの4人という閉鎖的な環境で、対象者とBが業を行い、その見張りをDが行うという構図であった。そして業を達成できないことを理由に、Dは対象者に対し暴力だけではなく、罰金として金銭を搾取するようになった。DはBに対して暴力は振るわないが、経済的に安定していることからより多額の金銭を搾取するようになった。対象行為3年前からは、対象者とBが地元警察に、Dからの暴行や金銭の搾取を数回相談しているが、警察からそれぞれにDから離れるよう再三指導がなされたが、出頭したCを含め3人ともそれを拒み、被害申告も結局はなされないままであった。対象者自身はDとは離れたかったが、Cや会社から離れることはとても考えられなかった。

罰金と称する搾取は、徐々にエスカレートし、対象行為半年前には毎月5万円以上払わなければならなくなり、当時対象者は月8万円の給与所得で、社員寮として自宅アパート代も会社にとられていたため、ほとんどお金がなく、食事代にも窮するようになり、年金暮らしの両親から援助を受けた。高齢の母に弁当を届けるようしばしば依頼するようになり、弁当のない日は食バ

ンのみで過ごすようになった。

【現病歴】対象者は、30代後半頃より、入社したDから日常的に激しい暴力を振るわれるようになった。対象者はDに当初は反論したが、さらに激しい暴力を振るわれた。Dは常に「反抗すれば包丁で刺す、仕返しする、殺す」というなど、暴力や恫喝、家族に危害が加わるなどの脅迫が繰り返され、恐怖により反抗できず言いなりになっていった。対象行為半年前頃からは、同僚Bとともに、「どうにかしないとDは絶対にとまらない」「命をとるまでしたらいけない」など話合うようになり、嫌な思いをするたびにDをどうにかすることが頭をかすめるようになった。Dに脅されるようになり、包丁で刺されそうになったら逃げられるよう、普段から会社の裏玄関のカギは開けておくように備えるなど、常に緊張を強いられるようになっていた。

【対象行為前後の精神状態】対象者とBに対するDの金銭の要求はさらにエスカレートし、対象行為数日前には、Dは家の改修費用900万円弱の支払いを対象者とBに命じたが、対象者は支払能力がなく、結局はBが消費者金融に借金を重ね支払った。だがその直後に、さらに軽自動車購入代として220万円を支払うよう命じられ、Dの暴力に怯え断ることもできずにいた。支払期限が迫る中、Dは「約束をまもらないと包丁で刺す」「散弾銃は防弾チョッキは通らないけどライフルなら通る」「指を詰めてもらう」など恫喝し、2人は逆らうことはできなかった。一方で金策は限界に達し、対象行為4日前にBの車中で対象者とBは初めて具体的にD宅に放火する計画を立てた。その計画は、Dのいない間に、勝手口に灯油

をまき、家を焼損し、そうして家を改修できなくなるというもので、殺害しようとはまでは考えなかった。対象行為3日前より、それぞれ対象者とBは灯油を購入するなど準備を行った。

対象行為当日、Dの自宅に対象者とBは赴き、勝手口に灯油をまき、ライターで火をつけたが、火が燃え上がると、対象者は呆気にとられ、怖くなり、Bとともに即座に逃げ出した。対象者はどこをどのように逃げたのか全く覚えていないが、気づくと自身の車の中におり、どうしてよいかわからず車の中でじっとしていたら、警察が駆けつけ署に連行され、対象行為を自白し、逮捕拘留された。起訴前本鑑定後にBとともに起訴され、心神耗弱で執行猶予付きの判決が確定し、医療観察法申し立てがされた。

【起訴前鑑定の意見】被疑者は、心的外傷後ストレス障害に罹患し、マインドコントロールによって思考や行動が支配されていた事で、認知（物事のとらえかた）に障害や歪みを来していた。また不眠、過労、絶食、身体疾患（糖尿病）等もまた、認知の障害または歪みを強化する生物学的布置因子といえる。犯行当日も金銭要求期限に追い込まれ、疲労困憊の状況にあっても、Cの指示を遂行するためにデザートを2時間近く探し回るほどの忠誠を果たし、律儀に「業」を行う被疑者の様子は、宗教的に支配されていることを如実に示している。すなわち思考や行動パターンに狭窄と偏奇をきたした、思考の視野狭窄というべき異常な精神状態に陥っていた。Dを襲う以外の選択肢が考えられなくなり、客観的には非常に稚拙で、滑稽とさえいえる態様の方法

で犯行に及んでいる。上記3つの事柄はいずれも本件犯行に影響を与えている。被疑者は、是非弁別能力は障害され、これに従って行動し得る能力は、著しく障害されていたと考えられる。

【医療観察法の鑑定中の治療と精神状態】対象者は、初回診察時、かなり緊張がつよく、足が痛い途中で席を立ち診察室内を歩き回る、トイレに行く等の落ち着きのない様子が見られた。2回目以降の面接では緊張感は和らいだが、やや俯き加減であり、声は小さく表情に乏しく、軽度の抑うつ気分を認める。睡眠食欲は良好で、体重は少し増加している。入院中、疎通はよく、問題行動はなく安定した生活を送っていた。エビリファイ3mg、その他痛み止めなどを内服していた。

【医療観察法鑑定 疾病性に関する総合的な説明】起訴前鑑定書によると、健忘や解離症状、不安、思考や感情の回避、身体化、優格観念が認められた。本鑑定時の面接では対象行為については自然に話すことが可能であるが、記憶が多少曖昧である点や、不安やDに対する恐怖感、頭痛や下肢の痛みなどの身体化症状は依然として認められており、心的外傷後ストレス障害は安定した入院生活や薬物療法により軽くなっているが、現時点でも同様に診断することが妥当である。対象者の霊的ないし宗教的なものへの過度の依存と自我の喪失（起訴前鑑定におけるマインドコントロールと同意義）に関しては、Cに対する感情や依存、被支配感は全く変化しておらず、犯行当時と同様の状態であると考えられた。つまり対象者は現在対象行為を行った際と同様の精神障害に罹患しているといえる。

【医療観察法鑑定 治療反応性】心的外傷後ストレス障害に関しては、安定した入院生活および薬物療法により軽快傾向にある。しかし状況によっては再燃する可能性が高く、今後も十分な期間の安定した生活や薬物療法、精神療法が対象者には必要である。一方で「霊的ないし宗教的なものへの過度の依存と自我の喪失」に関しては未だ改善のきざしは見られず、この問題が解決しないと対象者自らがCに近づく可能性が高く、対象行為と同様の事態になるやもしれず、今後も引き続き治療を行う必要がある。結論からすると、疾病には治療反応性が認められ、治療可能性も十分にあると判断する。

【医療観察法鑑定 社会復帰要因】対象者はCの近くでの生活がほぼ10年近く経過しており、対象者の人生のかなりの部分を占める期間となっている。犯行前の閉鎖的な生活から抜け出すには、たとえ疾病が軽快したとしても、かなりの困難が予想されるし、現時点では対象者自身にCから離れたくない気持ちが強く残存していることから、社会復帰後の具体的生活（居住地・経済面・相談相手・日常生活をどう過ごすか等）に関して一から検討する必要がある。また対象者は未婚であり、両親は高齢で年金生活者であり、キーパーソンとしては問題がある。兄弟は遠方に生活している。協力的であるが、全面的な支援は難しいのではないかと思われる。鑑定入院中の出来事であるが、対象者の実家に知人と称する人物が来訪し、対象者の現状を母親に尋ねたらしい。Cは供述の中で「対象者に戻ってきてほしい」と話しており、Cの差し金である可能性も否定できない。他にも、Dと

の接触がない状況も作っておく必要があると思われた。以上のように、対象者には社会復帰を阻害する多くの要因がある。

## B その後の経過

当初審判において、入院決定がなされ、指定入院医療機関 E 病院に入院した。集団生活に問題はなく、無為や自閉は見られなかった。心気的不安が目立った。当初から不眠はあるが、他の対象者のささいな行動など些細なきっかけで、恐怖心や不眠の悪化、耳鳴りや頭痛、動悸や冷感などを伴うパニック発作などが再燃。しかし一方で目立った解離症状や自傷などのアクティングアウトは認めなかった。D に似た人物をみた不安は、抗不安薬を投与することで軽減し、包丁という言葉回避したが、集団適応は問題なかった。被害者 D に対し表面的な謝罪はある一方、D から受けた虐待について振り返り、非難や、二度と会いたくないなどと嫌悪感を示し、D に似た男性を避け、包丁の侵入夢の存在を語るようになった。一方、逃げ出すなど適切に問題解決できなかったことについては、「会社をおいては逃げられなかった」と責任感や C との関係維持を重んじたと話し、自らの問題に気づかない。「業」という理不尽な試練に従順に従っていた背景については「社長の言うとおりにすれば、弱い自分が変われる。」と、虚弱な体質や、あがり症で何事もうまくやれない自分という、自己に対する否定的なイメージが根強くみられた。「業」にのめりこんだ自身を「少しやり過ぎていた」と振り返ることはできるが、「業」を課し達成できない罰を与え、D の虐待を黙認した C に対する怒りや違和感は全くなく、「社長は命の恩人。交通事故に遭っ

た自分を救ってくれた」「今も何でも見透かされている」と畏怖と尊敬の念を抱いていた。

対象行為に至る経過を、C との異常な関係性と自身の認知の歪みを焦点化し、認知行動療法的に振り返った。生来的な執着性、依存性などから、公務員の挫折という社会的危機をへて、「C への依存」や「不安から業への没頭」というプロセスが悪化し、対象行為に至ったことは自身で気づき理解できた。しかし内服調整により一時的にフラッシュバックの再燃とともに情動不安定になると、今後への過度な不安、悲観さから、「また地元に戻れるのか、家族と同じように過ごせるのか不安ではないんです。」「ゆとりがある今より、苦しくても頑張っていたあの頃に戻りたい」と問題解決が変化した。不安が再燃すると、認知行動療法により得られた自身の傾向への気づきや適切な問題解決より、これまでの情動焦点的で回避的な解決に依存しやすいと思われ、これは宗教的な支配の強さというより、対象者自身の人格特性によるものが大きいと思われた。

## C 論点の整理(コメント)

この症例で検討すべきことは以下の 3 点である。

- ①責任能力の検討
- ②疾病性及び治療反応性の検討
- ③対象者の社会復帰に必要な医療的介入について

【①責任能力の検討】起訴前責任能力鑑定においては、宗教的支配、度重なる虐待と学習性無力感、不眠、過労、絶食、糖尿病などの生物学的布置因子が状況をより悪化させ、思考狭窄という異常な精神状態に陥ってい

たとえ、その意見は医療観察法鑑定でも概ね踏襲している。マインドコントロールにおける責任能力については、十分な司法精神医学的知見は乏しいと言わざるを得ない状況であり、むしろ司法の場で活発に議論されてきている。一連のオウム事件を端緒とする刑事事件ではそもそもの心理的操作の影響自体が否定され厳罰が下されている。一方で、統一教会を相手どった損害賠償請求訴訟では、2000年9月14日広島高裁の判断においては、「統一教会会員だったころは、自由意志が制約されていた（読売新聞）」のであり「心理的操作の精神的苦痛を認定し損害賠償を認めた（毎日新聞）」と言う解釈がなされている。つまり、カルトのマインドコントロールに対する勧誘の不法性などで一定の理解を示し、またその場合には本来持っているはずの自由意志が制約されていることを認めたのである。このような心理的操作、マインドコントロールにおける精神状態を、「感応精神病と同等」であると主張する精神科的視点もある。

対象者の場合、個人の価値観が全否定され、宗教的世界観に入れ替わる解凍 - 再凍結段階と言われる過程が重要である。公務員の挫折という社会的危機の中で、反応性に抑うつ状態が強くなり、結果的に生理的な剥奪が強い中で、被暗示性が高まる「神秘体験」を経て、Cへの没入が始まってゆき、Cとの関係に不安が募ると回避的に「業」に没入し自ら生理的な剥奪状況を作り、その価値判断をさらに強化していった。対象者は、社会的な危機に直面すると、強く回避し「業」に没頭し、Cの影響力の強さより、対象者の性格特性が大きな要因である。対象者の性格特性は、元来熱心で几帳面、真面目

な執着気質で、思春期より赤面恐怖、対人恐怖が強く、自己不全感が強く他者に依存的で、環境に過剰適応する傾向があり、そのため、Cに過度に支配された状況下で、同僚で本対象行為の被害者であるDから、日常的な暴力や脅迫、金銭要求などをされても、その状況から自身で脱することさえまななかつた。つまり虐待を受けた生活の中で逃げ出せないのは、Cとのつながりが断たれ社会的な危機に陥ることの不安が勝り、また自分がいないと会社が困るなどの責任感の強さから来ており、了解不能なものではない。度重なる虐待と学習性無力感が状況を悪化させ影響したとは思われるが、対象者が被害者に対し、犯行を行う直接のきっかけになったのは、恐怖や不安による衝動的な自己防衛ではなく、金策が尽きた現実的に追い詰められた状況の中で、計画的に犯行を行っており、生物学的布置因子や心理学的状態を総合しても、自由意思が阻害されるような精神病圏に類似した症状が影響した「思考の視野狭窄」ではなく、人格傾向や環境要因に影響された「思考の視野狭窄」であるに過ぎないと思われる。よって人格特性が強く影響したとは考えられるが、著しいといえるかについては疑問がある。

安田教授のコメントによると、マインドコントロールについては、背中に銃を突き付けられ反抗できない状況に匹敵するなら、罪を問えないだろうが、今回の事件は違う気もする。

【②疾病性及び治療反応性の検討】マインドコントロールについては対象者の人格特性が大きな要因であると思われる。対象者は、元来熱心で几帳面、真面目な執着気質で、思春期より赤面恐怖、対人恐怖が強く、

自己不全感が強く他者に依存的で、環境に過剰適応する傾向が見られている。虐待による学習性無力感や生物学的布置因子は、その後の安全な環境に隔離されていることや医療観察法鑑定による精神科的治療により軽減しており、対象者の疾病性、特に疾病と対象行為の関連性については、環境要因や対象者の人格傾向に由来するところが大きいと思われる。この点、すなわち、他害行為と疾病の関連性の検討が医療観察法鑑定では十分に言及されていない。同様の行為の再発を防ぎ、社会復帰を促進するために、対象者の特徴的な人格特性および環境要因を改善することの方が重要と考える。実際、入院中の認知行動療法的介入により、自身の特性を理解し、それがどのように対象行為に関連したのかは理解するが、社会的な関係が不安になると容易にこれまでの歪んだ問題解決に戻ってしまう傾向を認めている。今後の再他害を防ぐには、周囲の関係者がそのような対象者の傾向を理解し、彼女の適切な問題解決をしっかり支援する環境が維持できなければ実現はできないと思われる。一般的には、人格障害は医療観察法の医療必要性における治療反応性に問題があり、医療観察法医療の適応はないと言われており、対象者の人格特性を変化させるための介入をこの医療で何処まで行うかは議論があると思われる。

【③対象者の社会復帰に必要な医療的介入について】現在までも、対象者の実家に不審な電話が来たり、不審な人物が実家辺りを探っていたりするなど、Cらは対象者と接触を図ろうとしていると思われ、対象者が自ら接触しなくても、Cらから接触された場合に、対象者は再びCの支配で生活する可能

性は高い。対象者が今後もCと距離を保ち、その接触にも影響されない状態を維持するためには、対象者の変容と共に、医療の継続や家族の支援だけでなく、司法や行政の支援も必要であると思われる。現在では当初審判の付添い人と成年後見制度の保佐及び補助を担ってもらうよう協議している段階であり、そのような制度利用が、Cらとの接触をどこまで回避できるかについては、今後も合議体と、裁判所カンファランスを通し検討を重ねていく予定である。

なお、宗教の自由があり、本人が、Dを信奉し、それが、特に疾病の影響とも考えられないなら、Cからの被害への反撃であり、対象行為がDとは直接関係ないなら、対象者とDとの関係は介入すべき事項でもない可能性がある。

#### 4. 最高裁判所司法統計の分析

最高裁判所司法統計の医療観察法統計部分を基に、平成17年から平成28年にかけて前期中期後期の3期に分けて決定を分析した。入院決定に関して、平均からの偏移・ばらつきは、前期（平成17-20年）で、大阪管区や広島管区で低く、ばらつきが目立った（図5）。中期（平成21-24年）で、ばらつきは確実に減少している（図6）。後期（平成25-28年）では、高松管区が平均に使っていたが名古屋管区で高くばらつきは持続している（図7）。

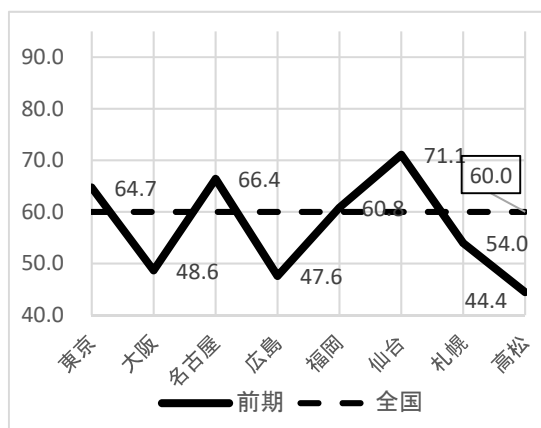


図5 H17-20年高裁管区別入院決定比率

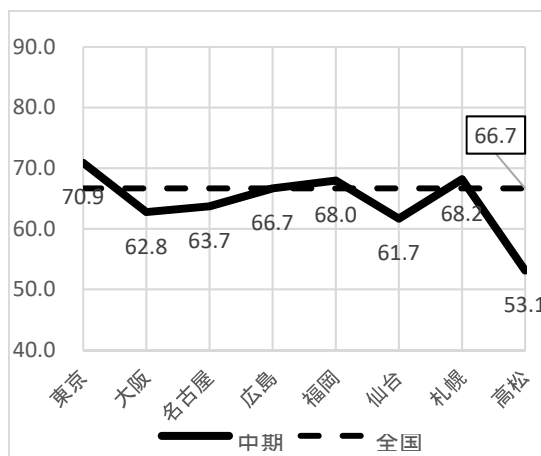


図6 H21-24年高裁管区別入院決定比率

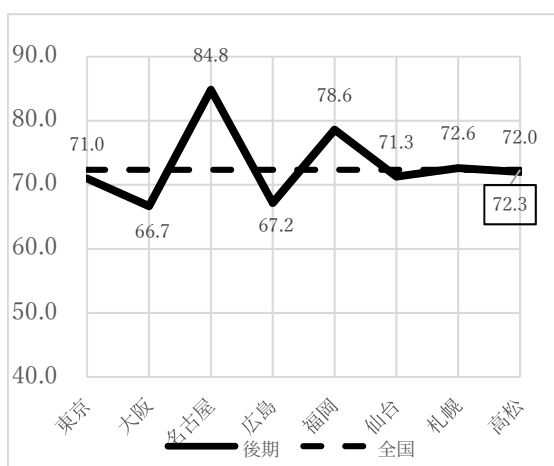


図7 H25-28年高裁管区別入院決定比率

## D. 考察

### 1. 養成研修会受講生アンケート

平成29年度は有用度71%、理解度66%と高水準を維持し、特に理解度の向上が得られた(図8、9)。

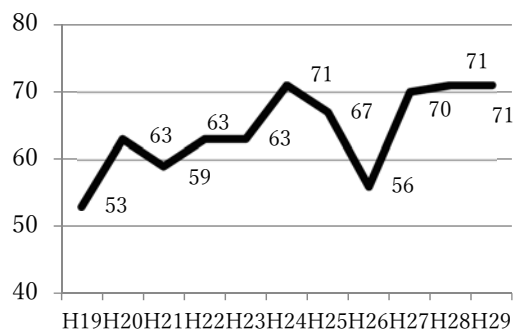


図8 「有用」回答率%の推移

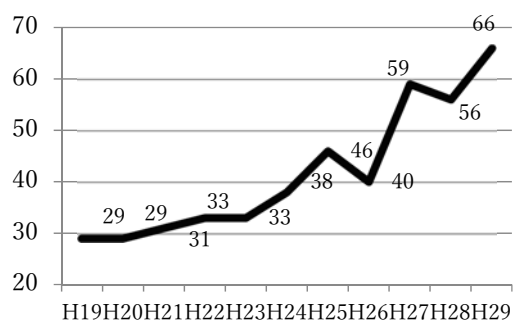


図9 「理解できた」回答率%の推移

有用度・理解度の詳細を分析すると、職種に寄らず有用度、理解度ともに良好な結果が得られた(図10、11)。

初回と継続に分けて分析すると、初回受講生は、有用69%、やや有用27%、継続受講者は、有用72%、やや有用26%と、有用度については差がなかった。理解度についても、初回受講生で、理解できた63%、ま

あまあ理解できた 33%、継続受講生で、理解できた 69%、まあまあ理解できた 29%とおおむね一致していた。

項目別にみると、判定医では「判定医の業務と責任」、参与員では「参与員の業務と責任」「参与員業務演習」について「有用」とする回答が多かった。また、「理解を深めたい」とする回答も同項目で多かった。このことから参加者は、業務に直接関わる知識の習得や演習に取り組みたい、との意向が強いことが示唆された。

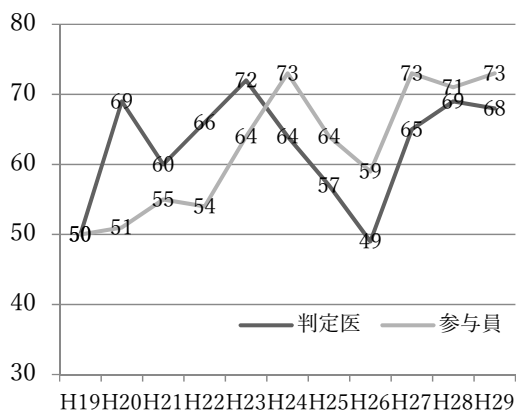


図 10 「有用」回答率%（職種別）

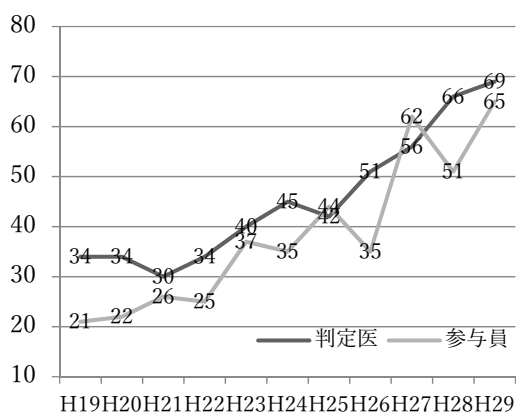


図 11 「理解できた」回答率%（職種別）

一方で、他の職種の業務や役割を理解するために、これまでの研修会では、職種ごとに業務内容の解説を中心に行ってきた。しかし、参加者の関心は低い傾向が見られており、今年度から「多職種チーム医療」をテーマとした講義を新たに加えた。この講義では、指定入院医療機関のスタッフが多職種チームでの会議の様子を実演し、これを参考に、参加者がチームでテーマを決めて検討を行う形式とした。ある職種（作業療法士）の業務に焦点を当てた従来型の講義と有用度を比較すると、判定医は 58% v. s. 52%、参与員は 57% v. s. 41%と、新設された講義の有用度が高い傾向を認めた。多職種チーム医療は医療観察法医療の重要な柱のひとつであり、現場での実践も進んでいる。今後一層の内容改善が望まれる。

このほか、医療観察法における薬物療法については、判定医、参与員いずれでも有用と感じる割合が少なかった。日常的に薬物療法を行う医師と、直接関わらない参与員の両者にとって有用な講義を構成することは難しく、内容の検討にとどまらず、講義の対象をどうするか検討することも今後の課題である。

また、鑑定、退院申し立てをテーマとしたグループディスカッションを行ったが、その評価は職種、経験を問わず高かった。参加型の研修を要望する声は、自由記載でも多く寄せられた。

養成研修全体の評価は、有用度、理解度ともに良好な水準にある。しかし、有用度が低いと評価されるプログラムが固定化する問題が指摘されていた。今年度は「多職種チーム医療」をテーマに、講義形式の改



良を行った。今後も参加者の声も参考に有用性の向上がはかれることが望ましいだろう。

## 2. 判定事例研究会への事例提供

判定事例研究会は、3会場で開催し合計6事例を提示した。本年度は新規のみ3事例を提示し、52条鑑定事例を含め幅広く事例を提示した。

## 3. ケースブック用仮想事例作成

ケースブック用仮想事例で、取り上げた3事例は、いずれも、入り口の責任能力の判断に、疑義があった。パーソナリティ障害は、心神喪失等の原因となった精神障害とは通常みなされず、治療に多大な困難があり、治療可能性にも疑義があり、単なる収容になってしまう危惧があり、医療観察法の目的にそぐわないといえよう。

## E. 結論

最高裁司法統計の分析によると、年を追うごとに、決定のばらつきは減少しているが、平成25-28年でもまだばらつきがみられた。同じ事例に対しては、どの地域で検討しても、同じ決定が出るのが望まれる。その為には、まず精神保健判定医の養成の質を担保する必要がある。今年度は、養成研修会アンケートで抽出した講義への要望事項を基に、各職種の役割の講義を見直し、多職種チームの実際をシミュレーションする講義を、企画委員会に提案した。

すでに実務についている判定医については、医療観察法鑑定・審判時の考え方の整理・周知が重要である。判定事例研究会では、実務についている判定医に研修の機会を提供するとともに、判定に苦慮する事例

をエキスパートとして検討し考え方を整理した。事例を仮想化し、医療観察法仮想判定事例ケースブックを作成し、広く、判定医に周知することは今後も重要であると考えられる。さらに、幅広く司法精神医学および医療をテーマにして、シンポジウムを開催してゆくことも重要である。

同じ事例をワークショップで検討するのは、均てん化に寄与するところが多い。また、平成25年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業（精神障害分野））専門的医療の普及の方策及び資質向上策を含めた医療観察法の効果的な運用に関する研究分担研究報告書 精神保健判定医の質の担保に関する研究（分担研究者八木深）によると、鑑定経験や審判経験については、ほとんど経験のないものと、多数の経験をしているものに、2極化している（図12・13・14・15）。各地方裁判所が、依頼にあたって、名簿順に機械的に依頼することで、経験数を均てん化する工夫も必要と考えられた。その場合、著しく質の低いと考えられる鑑定がされないように、鑑定中に合議体で、カンファレンスを実施するのが重要になると思われる。

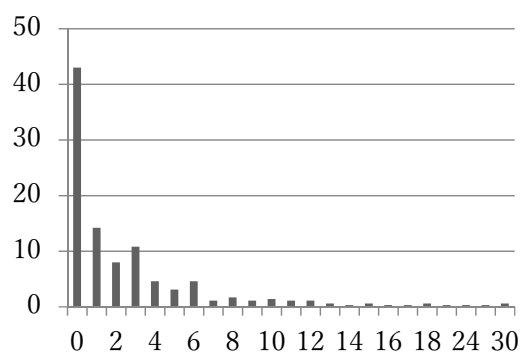


図12 医療観察法鑑定受託件数の分布%  
(平成25年)

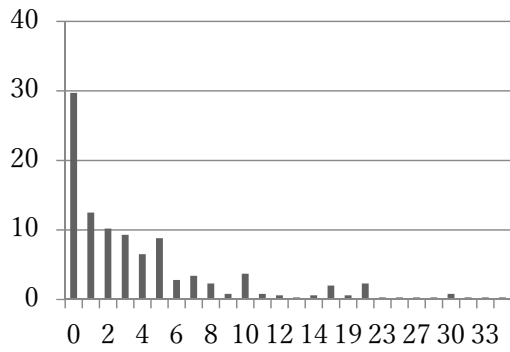


図 13 医療観察法審判受託件数の分布%  
(平成 25 年)

F. 健康危険情報  
(なし)

G. 研究発表  
1. 論文発表  
(なし)  
2. 学会発表  
(なし)

H. 知的財産権の出願・登録状況  
(なし)

地裁ごとの鑑定件数(件/人・年)

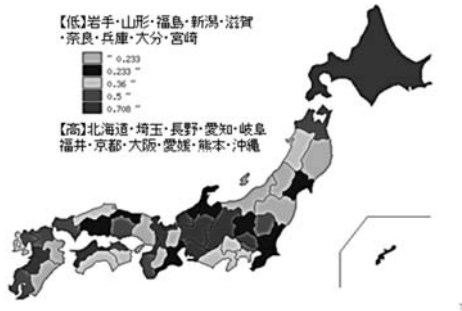


図 14 地裁ごとの鑑定件数 (件/人・年)  
(平成 25 年)

地裁ごとの審判件数(件/人・年)

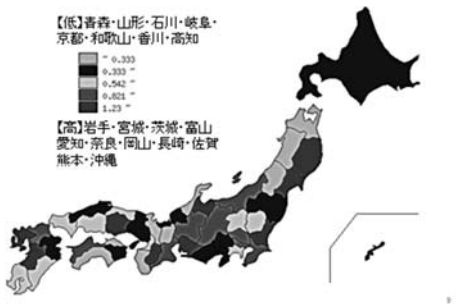


図 15 地裁ごとの審判件数 (件/人・年)  
(平成 25 年)



<資料 1 >

## 精神保健判定医等養成研修会受講生アンケート

厚生労働科学研究 医療観察法制度分析を用いた観察法医療の円滑な  
運用に係わる体制整備・周辺制度の整備に係わる研究  
分担研究者 独立行政法人国立病院機構花巻病院 八木 深

アンケートご協力をお願い

精神保健判定医等養成研修会ご参加お疲れ様でした。今後の研修をよりよいものにするために、研究班として提言したいと思っております。つきましては、以下のアンケートにご協力いただければ幸いです。該当する( )に○をつけ、自由記載欄には記述をお願いいたします。提出をもって同意いただいたことにします。

- ・今回の研修は? ・参加種別 ・今回の研修についてお答えください
- |          |             |                                                                                       |                                                                                         |
|----------|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| ( ) 初回研修 | ( ) 精神保健判定医 | 1 講義の有用性                                                                              | 2 講義の理解度                                                                                |
| ( ) 継続研修 | ( ) 精神保健参与員 | ( ) 有用                                                                                | ( ) 理解できた                                                                               |
| ( ) その他  |             | ( )  | ( )  |
|          |             | ( ) 有用でない                                                                             | ( ) 理解できない                                                                              |
- ・有用だった講義、もっと理解を深めたいと思った講義をいくつでもお選びください

		有用	理解	
第1日	1	( )	( )	触法精神障害者の処遇の歴史
	2	( )	( )	医療観察法の概要(法学)
	3	( )	( )	医療観察法における医療と法律
	4	( )	( )	医療観察法における保護観察所の役割
	5	( )	( )	医療観察法における入院医療
	6	( )	( )	医療観察法における通院医療
	7	( )	( )	医療観察法におけるコーディネーター
	8	( )	( )	医療観察法における多職種チーム医療
第2日	9	( )	( )	判定医のみ 刑事責任鑑定と医療観察法
	10	( )	( )	
	11	( )	( )	参与員のみ 精神保健参与員の業務と責任
	12	( )	( )	
	13	( )	( )	医療観察法における薬物療法
	14	( )	( )	医療観察法における共通評価項目
	15	( )	( )	医療観察法における作業療法
	15	( )	( )	審判シミュレーション
第3日	16	( )	( )	我が国における医療観察法の施行状況
	17	( )	( )	精神鑑定または処遇が問題となった事例報告
	18	( )	( )	グループディスカッション1 鑑定事例
	19	( )	( )	グループディスカッション2 退院申し立て

講義内容に重複があったものがあればご記載ください

記入例： 講義 1 と 講義 2 など

・今後の研修会の進め方等についてのご意見（自由記載）をお書きください

-----

判定医の先生はこちらもご記入ください

1. 措置入院の要否に係る診察のご経験 ( ) あり ( ) なし

2. 刑事責任能力鑑定のご経験 ※経験数は概数でも結構です。

刑事責任能力鑑定経験年数 ( ) 年

簡易鑑定経験数 ( ) 件

嘱託鑑定経験数 ( ) 件

公判鑑定経験数 ( ) 件

刑事責任能力鑑定合計経験数 ( ) 件

継続研修受講の判定医の先生はこちらもご記入ください

3. 医療観察法に係る鑑定・審判のご経験 ※経験数は概数でも結構です。

判定医名簿登載後経過年数 ( ) 年

医療観察法鑑定経験数 ( ) 件

医療観察法審判経験数 ( ) 件

ご協力ありがとうございました

<資料 2 >

養成研修アンケート 有用だと思った講義

有用だと思った講義	初回 判定医	初回 参与員	継続 判定医	継続 参与員
1 触法精神障害者の処遇の歴史	66%	59%	-	-
2 医療観察法の概要（法学）	73%	59%	-	-
3 医療観察法における医療と法律	67%	59%	-	-
4 医療観察法における保護観察所の役割	73%	51%	-	-
5 医療観察法における入院医療	66%	59%	-	-
6 医療観察法における通院医療	58%	44%	-	-
7 医療観察法におけるコーディネーター	50%	51%	-	-
8 医療観察法における多職種チーム医療	58%	57%	-	-
9 刑事責任鑑定と医療観察法	77%	-	-	-
10 精神保健判定医の業務と責任	81%	-	-	-
11 精神保健参与員の業務と責任	-	66%	-	-
12 精神保健参与員業務演習	-	64%	-	-
13 医療観察法における薬物療法	44%	41%	-	-
14 医療観察法における共通評価項目	63%	54%	-	-
15 医療観察法における作業療法	52%	41%	-	-
16 審判シミュレーション	69%	54%	-	-
17 我が国における医療観察法の施行状況	63%	48%	63%	58%
18 精神鑑定または処遇が問題となった事例報告	83%	54%	77%	66%
19 グループディスカッション1 鑑定事例	75%	59%	79%	69%
20 グループディスカッション2 退院申し立て	72%	57%	77%	65%

初回判定医は 1～10、13～20、初回参与員は 1～8、11～20、継続研修は判定医、参与員ともに 17～20 を受講した。

<資料3>

養成研修アンケート もっと理解を深めたいと思った講義

もっと理解を深めたいと思った講義	初回 判定医	初回 参与員	継続 判定医	継続 参与員
1 触法精神障碍者の処遇の歴史	11%	16%	-	-
2 医療観察法の概要（法学）	17%	36%	-	-
3 医療観察法における医療と法律	17%	38%	-	-
4 医療観察法における保護観察所の役割	6%	15%	-	-
5 医療観察法における入院医療	16%	28%	-	-
6 医療観察法における通院医療	16%	28%	-	-
7 医療観察法におけるコーディネーター	6%	13%	-	-
8 医療観察法における多職種チーム医療	8%	13%	-	-
9 刑事責任鑑定と医療観察法	25%	-	-	-
10 精神保健判定医の業務と責任	31%	-	-	-
11 精神保健参与員の業務と責任	-	57%	-	-
12 精神保健参与員業務演習	-	54%	-	-
13 医療観察法における薬物療法	11%	13%	-	-
14 医療観察法における共通評価項目	16%	51%	-	-
15 医療観察法における作業療法	19%	21%	-	-
16 審判シミュレーション	13%	43%	-	-
17 我が国における医療観察法の施行状況	5%	8%	8%	12%
18 精神鑑定または処遇が問題となった事例報告	23%	34%	15%	25%
19 グループディスカッション1 鑑定事例	27%	36%	10%	25%
20 グループディスカッション2 退院申し立て	25%	39%	11%	28%

初回判定医は1～10、13～20、初回参与員は1～8、11～20、継続研修は判定医、参与員ともに17～20を受講した。