

医療観察法鑑定・総括用書式（ver.4.0） 使用の手引き

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）
医療観察法における専門的医療の向上と普及に資する研究
分担研究 医療観察法鑑定書の作成法に関する研究

目次

はじめに				2
医療観察法鑑定・総括用書式の開発の目的				
鑑定書書式ではなく総括用紙にした理由				
総括用書式の使用方法				
書式				4
総括用書式				5
別紙書式の例				14
(別紙1) 対象行為概要、鑑定経過等				15
(別紙2) 精神医学的診断に関する解説				16
(別紙3) 診断基準				17
(別紙4) 家族歴、生活歴・既往歴・現病歴等				18
(別紙5) 心理検査所見等				19
(別紙6) 医学的検査所見等				20
(別紙7) 面接所見等				21
(別紙8) 薬物療法の経過等				22
(別紙9) 対象行為前後の精神状態				23
(別紙10) 改訂共通評価項目 (第3版)				24
総括用書式の作成例			(作成者)	
1 初回審判	入院	F2+F7	(荒川育子)	32
2 初回審判	入院	F2+F7	(木下英俊)	41
3 初回審判	入院	F1	(加藤愛理)	51
4 初回審判	通院	F3	(賀古勇輝)	61
5 初回審判	不処遇	F7+F2	(大澤達哉)	71
6 初回審判	不処遇	F0	(久保彩子)	81
7 初回審判	不処遇	F0+身体合併症	(椎名明大)	90
8 継続審判	処遇終了	F2+F7	(柏木宏子)	99
9 継続審判	処遇終了	F1	(茨木丈博)	110

はじめに

■医療観察法鑑定・総括用書式の目的

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（以下、医療観察法）のもとで対象者の処遇を決定するのは、地方裁判所の審判です。この審判において、鑑定書は重要な判断資料となります。鑑定書が精神医学的に信頼性の高いものでなければならぬことは言うまでもありません。それは法的な公正性にもつながるでしょう。

鑑定書を作成するには大変な手間がかかります。対象者にとっては2～3ヶ月という貴重な時間をかけて行われるものです。このような負担のもとで作成されるのだから、鑑定書は最大限にその利用価値が引き出されるべきです。処遇中、処遇終了後と、先々まで役に立てられることが望まれます。

このような観点から、①精神医学的な信頼性、②法的な公正性、③実務的な利用価値、の3点にかなう鑑定書が作成されることを目標として、医療観察法鑑定の総括用書式を作成しました。この手引きでは第4版を紹介します。

■鑑定書書式ではなく総括用紙にした理由

一般的に信頼性の高さや公正性を追求するならば、画一的なものを目指すべきです。但し、実際の鑑定ではケースごとに多様な整理が必要です。対象者の精神障害の種類による違いはもちろん、その人がどのような人生を歩んできて、障害を抱えながらどのように暮らしてきたのか、対象行為に至る具体的な状況やその前後の事情など、書き込まなければならない情報や評価は、個人ごとに全く異なります。それらを漏れなく拾いながら、同時に画一的な書式を用いることは困難です。またそのようなものを追求しすぎると、結局、汎用性を損ない、鑑定医の使いにくいものになるかもしれません。

以上の点を中心に検討をすすめて、第3版から大幅に改訂をすることにしました。できるだけ自由度の高いものにしつつ、しかし要点は確実におさえることを目標にしました。このため、鑑定書自体の書式は定めず、提出の際に用いる総括用紙を作ることにしました。

この総括用紙の使用は必須ではなく、鑑定書をまとめる際のツールの一つとしてご利用いただければと考えています。

総括用紙を使用しない場合も、裁判所からはこの書式の内容について記載を求められる場合があります、その内容が医療観察法の処遇の判断において重視される場合があることを踏まえ、鑑定書を作成されることをお勧めしたいと思います。

■総括用書式の使用方法

この総括書式の使用方法はシンプルです。鑑定書を作成した後に、裁判所に提出する際の「まとめ」としてご活用ください。以下に要点を挙げます。

- ・ 総括用書式は、※の記載を参考にしてください。
(※の記載が邪魔になる場合には消してかまいません)。
- ・ 必要に応じて、別紙様式をご利用してください
- ・ モデル作成例もご参考ください。

※モデル作成例はあくまでも作成方法の理解を促す目的で作成しました。

※鑑定の意見のあり方を提示あるいは推奨する目的で作成されているわけ
ではありません。

書式

1 総括用書式

2 別紙書式

医療観察法鑑定書総括書式（鑑定書のまとめ）

生活歴、現病歴、既往歴、家族歴、身体所見、心理検査所見、対象行為前後の精神状態、診断、考察と説明、共通評価項目などについては別紙を用いる等して詳細に記す。この総括書式を最終的なまとめとして鑑定書の冒頭に添付する。

1 基本情報

1-A 対象者氏名

○○ ○○（ふりがな）

1-B 性別

男性 女性

↑ 該当する□にチェックを入れるか黒塗りにする。

1-C 生年月日

・・・年・・・月・・・日

1-D 鑑定書提出時の満年齢

・・・歳

1-E 審判種別

初回審判（法 37 条に基づく鑑定）

入院中の対象者の鑑定（法 52 条に基づく鑑定）

管理者の申立て（入院継続 通院移行 医療終了）

対象者・保護者・付添人の申立て（通院移行 医療終了）

通院中の対象者の鑑定（法 62 条に基づく鑑定）

保護観察所長の申立て（再入院 通院延長 医療終了）

対象者・保護者・付添人の申立て（医療終了）

↑ 該当する□にチェックを入れるか黒塗りにする。

1-F 対象行為

対象者は・・・。

1-G 上記の対象行為日（複数の場合は列挙）

1 ・・・年・・・月・・・日（殺人 強盗 放火 強制性交等 強制わいせつ 傷害）（未遂）

2 ・・・年・・・月・・・日（殺人 強盗 放火 強制性交等 強制わいせつ 傷害）（未遂）

3 ・・・年・・・月・・・日（殺人 強盗 放火 強制性交等 強制わいせつ 傷害）（未遂）

↑ 該当する□にチェックを入れるか黒塗りにする。

2 精神障害の診断^{※1※2※3※4※5}

※1 診断に必要な情報、診断根拠などは別紙等に記載する。

※2 該当する ICD コードがある場合、末尾に () で付記する。

※3 診断には「傾向」や「疑い」も含めるが、安易な列挙にならないように注意する。

※4 診断が複数ある場合には全て列挙する (5つ目以降がある場合には適宜行を追加する)。

※5 身体疾患、身体障害については、精神科治療に影響する点は 4-A,B で、社会復帰要因に影響する点は 5-A4,5-C での記載を考慮する。

2-A 対象行為時の精神障害の診断

精神障害あり 精神障害なし

↑ 該当する□にチェックを入れるか黒塗りにする。

2-A 1 診断名：・・・・(ICD コード)

症 状：・・・・

2-A 2 診断名：・・・・(ICD コード)

症 状：・・・・

2-A 3 診断名：・・・・(ICD コード)

症 状：・・・・

2-A 4 診断名：・・・・(ICD コード)

症 状：・・・・

2-B 鑑定時現在の精神障害の診断

精神障害あり 精神障害なし

↑ 該当する□にチェックを入れるか黒塗りにする。

2-B 1 診断名：・・・・(ICD コード)

症 状：・・・・

2-B 2 診断名：・・・・(ICD コード)

症 状：・・・・

2-B 3 診断名：・・・・(ICD コード)

症 状：・・・・

2-B 4 診断名：・・・・(ICD コード)

症 状：・・・・

3 疾病性（対象行為の機序の整理）

3-A 対象行為当時の精神障害の＜症状等＞と思考、感情、行動、対象行為との関係^{※6※7※8}

※6 精神障害のどのような面が対象行為とどのように関係しているのか、精神障害以外の事情も含めて具体的に書く。

※7 前項2において複数の精神障害をあげた場合には、それぞれの精神障害ごとの影響をできるだけ明確に記載する。

※8 末尾の用紙に概要図を描いてもよい（任意）。

3-B 鑑定時現在の精神障害の＜症状等＞と思考、感情、行動との関係^{※9※10}

※9 鑑定書作成までに行った具体的な精神医学的治療とその効果を踏まえて、現在のどのような症状が対象者の思考、感情、行動にどのように影響しているか、とくに3-Aの構造に変化がみられたのかという点に注意をしながら記述する。

※10 前項2において複数の精神障害をあげた場合には、それぞれの精神障害ごとに影響をできるだけ明確に記載する。

3x 現在の精神障害と対象行為当時と同様の機序の存否区分^{※11※12}

※11 上記の3-Aと3-Bの比較などから、現在の思考、感情、行動に対象行為当時と同様の機序の構造が認められるか評価をする。

※12 「同様の機序の構造が認められる」とは、厳密に同様の機序ではなくとも、類似の構造が再現される蓋然性がある場合も含む。

対象行為時の精神障害は鑑定時現在も認められ、同様の機序の構造は持続している。

対象行為時の精神障害は鑑定時現在も認められるが、＜症状等＞の軽快・消褪等により、同様の機序の構造は認められなくなっている。

対象行為時の精神障害は鑑定時現在は認められない。

↑該当するもの／もっとも意見に近いものの□にチェックを入れるか黒塗りにする。

どうしても当てはめられない場合や追加の意見等がある場合（対象行為の責任能力判断に関し特に指摘する事情がある場合も含む。）には、以下の その他 を用いて（ ）内に解説をする。

その他（ ）

4 治療反応性（治療効果に関する診立て）※13

※13 精神障害が複数ある場合などは必要に応じて本様式を追加する。

4-A 精神障害に対して考えられる今後の具体的な治療・支援の方策※14

※14 精神障害に対して鑑定書作成までに行った具体的な精神医学的治療とその効果を踏まえて記述する。

4-A1 生物学的アプローチ

4-A2 心理学的アプローチ

4-A3 社会学的アプローチ

4-B 上記 4-A1,2,3 の3領域のアプローチによって見込まれる治療効果※15

※15 悪化や進行の防止等の消極的側面と、有意な症状改善や病状安定後の再発・再燃防止の効果等といった積極的側面の両方から、治療効果の見込みや予測妥当性を検討することが望ましい。

4x 上記 4-B で見込まれる精神障害への治療効果の評価区分※16

※16 その障害に関する治療効果の一般論だけではなく、この対象者における具体的な事情を十分に加味して評価する。

反応性はない（あるいは反応性はほとんどなく、治療の効果は基本的に期待できない）。

反応性は不明（どのような効果がどの程度期待できるか等は、現時点では不明）。

反応性がある

悪化や進行の防止

症状改善や再発・再燃防止の効果等が期待できる

↑該当するもの／もっとも意見に近いものの□にチェックを入れるか黒塗りにする。

どうしても当てはめられない場合や追加の意見等がある場合には、以下の その他 を用いて（ ）内に解説をする。

その他（ ）

5 社会復帰要因（社会生活機能と活動・参加に関する診立て）

5-A 社会復帰要因の判断にあたって参考となる対象者本人の現在の状態^{※17※18※19}

※17 この項目はあくまで確認のために例示した。たとえば「あり」「なし」で加算して結論を出すという使用方法は不適切である。

※18 網羅的、排他的ではない。したがって、これらとは別に重要な項目もある。評価する内容が重複する項目もある。

※19 問題点としてだけでなく、「十分にある」などはストレングス（強み）としても注目する。

5-A1 病識 ※共通評価項目[2 内省・洞察]等参照

十分にある あるが、不十分 ない

5-A2 アドヒアランス、動機付け ※共通評価項目[3 アドヒアランス]参照

十分にある あるが、不十分 ない

5-A3 対象行為への内省や対象行為と精神障害等との関連性への気づき ※共通評価項目[2 内省・洞察]等参照

十分にある あるが、不十分 ない

5-A4 日常生活動作（IADL）※料理、洗濯、掃除、買い物、電話、金銭管理などの能力 ※共通評価項目[8 日常生活能力]等参照

十分にある あるが、不十分 ない

5-B 社会復帰要因の判断にあたって参考となる環境等の状態

5-B1 通院先 ※共通評価項目[18 現実的計画]等参照

確実にある 具体的な作業は進んでいるが確立・確定はしていない ない

5-B2 ケア体制 ※共通評価項目[19 治療・ケアの継続]等参照

確実にある 具体的な作業は進んでいるが確立・確定はしていない ない

5-B3 ケア計画 ※共通評価項目[19 治療・ケアの継続]等参照

確実にある 具体的な作業は進んでいるが確立・確定はしていない ない

5-B4 クライシスプラン ※共通評価項目[19 治療・ケアの継続]等参照

確実にある 具体的な作業は進んでいるが確立・確定はしていない ない

5-B5 住居 ※共通評価項目[18 現実的計画]等参照

確実にある 具体的な作業は進んでいるが確立・確定はしていない ない

5-B6 収入 ※共通評価項目[18 現実的計画]等参照

確実にある 具体的な作業は進んでいるが確立・確定はしていない ない

5-B7 家族等の個人的支援 ※共通評価項目[16 個人的支援]等参照

確実にある 具体的な作業は進んでいるが確立・確定はしていない ない

5-C 社会復帰要因の判断に関する 5-A,B 各項目についての特記事項^{※20※21}

※20 各項目の全部又は一部についてコメントがあれば、文章で記述するか箇条書きにする等、適宜の体裁で記載する（手引きの記載例も参照のこと）。

※21 この 5-C を用いず空欄とし、次の 5-D で一括して記述してもよい。

5-D 上記 5-A,B,C を踏まえた社会復帰要因と社会復帰阻害要因の総合的な評価^{※22※23}

※22 問題点としてだけでなく、ストレングスとしてみられる要素についても評価をする。

※23 適切な治療をしない場合にはどのような状況になりそうなのかといった診立てをできるだけ具体的に記述する。

5x 社会復帰要因・社会復帰阻害要因の評価区分

医療観察法の専門的な医療を受けさせなければ、同様の行為を行う具体的・現実的な可能性がある。

医療観察法の専門的な医療を受けさせなければ、同様の行為を行う可能性はあるとは言えるが、その可能性は具体的・現実的とまでは言えない。

医療観察法の専門的な医療を受けさせなければ、同様の行為を行う可能性があるとは言えない。

↑該当するもの／もっとも意見に近いものの□にチェックを入れるか黒塗りにする。

どうしても当てはめられない場合や追加の意見等がある場合には、以下の□その他を用いて（ ）内に解説をする。

その他（ ）

6 結論^{※24※25}

※24 結論が医療観察法による医療を行うのが適当であるという場合には、その医療は本法による入院によるべきか、それとも通院によるべきか、その理由を含めて説明する。

※25 結論が医療観察法による医療をしない／終えるのが適当であるという場合には、どのような処遇が考えられるかについても参考として、できるだけ具体的に記載することが望ましい。

6x 結論区分^{※26※27}

※26 上記の要点を区分の選択によって明示する。

※27 たとえば刑事責任能力に関する見解を求められた場合などにはⅢを使用して、() 内に結論を具体的に記載する。

I 要医療観察法医療 (I a 入院・ I b 通院)

II 医療観察法医療不要

III その他 ()

↑ 該当する にチェックを入れるか黒塗りにする。

7 鑑定事項・主文

7-A 鑑定事項^{※28}

※28 鑑定命令等の書面に記載された鑑定事項を転記する。

1. (例) 対象者が精神障害者であるか。
2. (例) 対象者が精神障害者である場合、その精神障害は、対象行為を行った際の心神喪失又は心神耗弱の状態の原因となった精神障害と同様のものであるか。
3. (例) 対象者が対象行為を行った際の原因となったものと同様の精神障害を有している場合、その精神障害は治療可能性のあるものか
4. (例) 対象者の精神障害について治療可能性が認められる場合、本法による医療を受けさせなければ、その精神障害のために同様の行為を行う具体的・現実的な可能性があるか
5. (例) 以上をふまえ、対象行為を行った際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するためにこの法律による医療を受けさせる必要があるか否か。仮に医療を受けさせる必要がある場合、入院処遇又は通院処遇のいずれが適当であるか。

7-B 主文^{※29}

※29 主文は、鑑定事項に対応して書く。

1.
2.
3.
4.
5.

以上の通り鑑定する。

鑑定書作成年月日年 . . . 月 . . . 日

鑑定人氏名 ○○ ○○

(参考資料^{※30}) 機序／フォーミュレーションの概要図^{※31}

※30 このページは、参考資料であり、作成するかしないかは鑑定人の自由である。

※31 このページは、3-A と 3-B の内容について説明する概要図である。

3 の内容のなかでとくに機序／フォーミュレーションにおいて重要な要素^{※32}

精神障害の要素 として重要なもの	
精神障害以外の要素 として重要なもの	

※32 ここであげた要素を次の「概要図」に書き込むとよい。

(概要図) ^{※33}

※33 「フォーミュレーションの概要図」は印刷後に手書きで記入したり、貼付してもよい。

別紙書式の例

- (別紙 1) 対象行為概要、鑑定経過等
- (別紙 2) 精神医学的診断に関する解説
- (別紙 3) 診断基準
- (別紙 4) 家族歴、生活歴・既往歴・現病歴等
- (別紙 5) 心理検査所見等
- (別紙 6) 医学的検査所見等
- (別紙 7) 面接所見等
- (別紙 8) 薬物療法の経過等
- (別紙 9) 対象行為前後の精神状態
- (別紙 10) 改訂共通評価項目（第 3 版）

※ 別紙は、任意作成するものです。

ここにあげているものも例ですから、適宜、取捨選択してください。

書式の形式や内容を独自に変更しても構いません。

ただし、共通評価項目については、その使用が強く推奨されています。

(別紙1)

対象行為概要、鑑定経過等

鑑定依頼者	〇〇〇地方裁判所
鑑定依頼日	〇〇〇〇年〇月〇日
鑑定書作成日	〇〇〇〇年〇月〇日
対象行為 対象行為種別	※鑑定依頼書や提供された資料から転記する。 対象者は、〇〇〇〇年〇月〇日午後〇〇時〇〇分ころ、〇〇〇〇〇したものである。 殺人
鑑定経過	(本人面接、心理テスト) 〇〇〇〇年 〇月 〇日 〇時〇分～〇時〇分 〇〇〇〇年 〇月 〇日 〇時〇分～〇時〇分 〇〇〇〇年 〇月 〇日 〇時〇分～〇時〇分 (医学的諸検査) 〇〇〇〇年 〇月 〇日 〇時〇分～〇時〇分 (家族面接) 〇〇〇〇年 〇月 〇日 〇時〇分～〇時〇分 〇〇〇〇病院内
参考資料	※情報ごとに(a)(b)…などと符号をつけて、別の記入欄で情報源を明確にする場合に、その符号を利用して引用するとよい。 ※「一件記録」「鑑定資料一式」といった包括的な表記のほか、本文中などでより具体的に特定して引用したほうが適当であると思われる場合には、たとえば「乙〇〇号証」「〇月〇日〇〇の検察官調書」などと記す。 ・ 裁判所から提供された資料一式 ・ 〇〇〇〇
鑑定助手	〇〇〇〇病院 医師 〇〇〇〇

(別紙 7)

面接所見等

※記入欄の伸縮は自由に行ってよい。

※記述する分量等は任意であるが、診断や対象行為の機序を説明するにあたって必要十分な記載をすること。

【〇〇〇〇に関する面接記録】

<〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇?>

〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇。

<〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇?>

〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇。

<〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇?>

〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇。

<〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇?>

〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇。

<〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇?>

〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇。

(〇〇〇〇年〇月〇日 第〇〇回面接より)

【〇〇〇〇に関する面接記録】

<〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇?>

〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇。

<〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇?>

〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇。

<〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇?>

〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇。

<〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇?>

〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇。

(〇〇〇〇年〇月〇日 第〇〇回面接より)

【〇〇〇〇に関する面接記録】

<〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇?>

〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇。

<〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇?>

〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇。

(〇〇〇〇年〇月〇日 第〇〇回面接より)

(別紙 8)

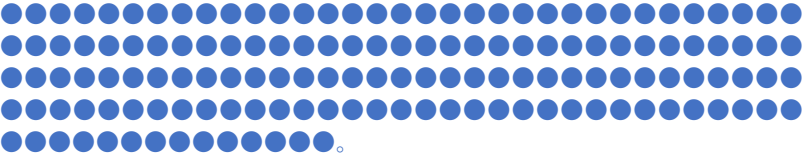
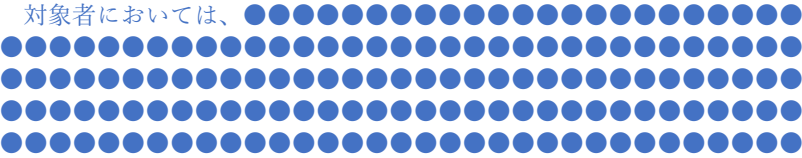
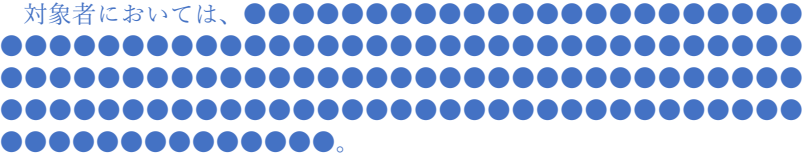
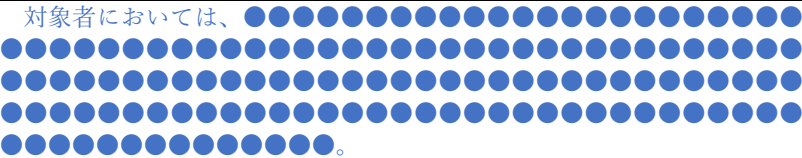
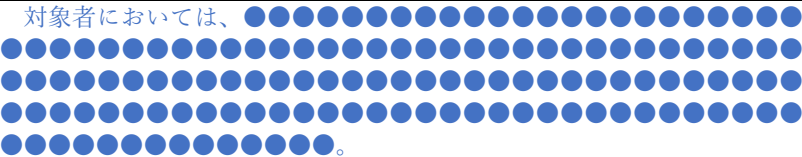
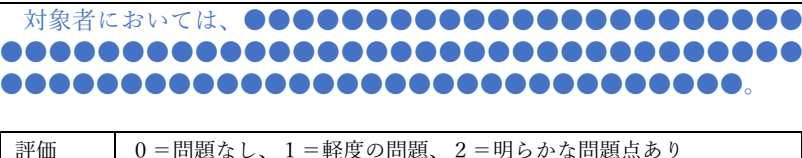
薬物療法の経過等

※記入欄の伸縮は自由に行ってよい。

※記載する内容等は任意であるが、治療の効果等を説明するにあたって必要十分な記載をすること。

主たる向精神薬（1日投与内容）						
日付	●●●●	●●●●	●●酸●●●●	●●●●	●●●●	
●/●	●●mg	●●mg	●●●mg	●●mg		
●/●	●●mg	●●mg	●●●mg	●●mg		
●/●	●●mg	●●mg ↓	●●●mg	●●mg		
●/●	●●mg	●●mg ↓	●●●mg	●●mg		
●/●	●●mg		●●●mg	●●mg	●/●	
●/●	●●mg		●●●mg	●●mg	●/● ↑	
●/●	●●mg		●●●mg	●●mg	●/● ↑	
●/●	●●mg		●●●mg	●●mg	●/● ↑	
上記投与で現在にいたる						
+ : 追加 ↓ : 減量 ↑ : 増量 () 内は血中濃度						

			<table border="1"> <tr> <td>4</td> <td>感情の平板化</td> <td>●</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>抑うつ</td> <td>●</td> <td></td> </tr> <tr> <td>評価</td> <td colspan="3">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を記載する。()</td> </tr> </table>	4	感情の平板化	●		5	抑うつ	●		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を記載する。()																		
4	感情の平板化	●																													
5	抑うつ	●																													
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を記載する。()																														
7	認知機能	●	<p>対象者においては、</p> <p>認知機能の下位項目の得点は以下のとおりであり、総合的には本小項目は●点となる。</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>下位項目</th> <th>得点</th> <th>詳細</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>知的障害</td> <td>●</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>先天的な認知機能の偏り</td> <td>●</td> <td></td> </tr> <tr> <td>評価</td> <td colspan="3">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。</td> </tr> </tbody> </table>		下位項目	得点	詳細	1	知的障害	●		2	先天的な認知機能の偏り	●		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。														
	下位項目	得点	詳細																												
1	知的障害	●																													
2	先天的な認知機能の偏り	●																													
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。																														
8	日常生活能力		<p>対象者においては、</p> <p>日常生活能力の下位項目の得点は以下のとおりであり、総合的には本小項目は●点となる。</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>下位項目</th> <th>得点</th> <th>詳細</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>整容と衛生を 保てない</td> <td>●</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>金銭管理の問題</td> <td>●</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>家事や料理を しない</td> <td>●</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>安全管理</td> <td>●</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>公共機関の 利用</td> <td>●</td> <td></td> </tr> <tr> <td>評価</td> <td colspan="3">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。</td> </tr> </tbody> </table>		下位項目	得点	詳細	1	整容と衛生を 保てない	●		2	金銭管理の問題	●		3	家事や料理を しない	●		4	安全管理	●		5	公共機関の 利用	●		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。		
	下位項目	得点	詳細																												
1	整容と衛生を 保てない	●																													
2	金銭管理の問題	●																													
3	家事や料理を しない	●																													
4	安全管理	●																													
5	公共機関の 利用	●																													
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。																														
9	活動性・社会性	●	<p>対象者においては、</p>																												

				 <table border="1" data-bbox="630 385 1436 452"> <tr> <td>評価</td> <td>0 = 問題なし、1 = 軽度の問題、2 = 明らかな問題点あり</td> </tr> </table>	評価	0 = 問題なし、1 = 軽度の問題、2 = 明らかな問題点あり
評価	0 = 問題なし、1 = 軽度の問題、2 = 明らかな問題点あり					
	1 2	自傷・自殺	●	<p>対象者においては、</p>  <table border="1" data-bbox="630 772 1436 840"> <tr> <td>評価</td> <td>0 = 問題なし、1 = 軽度の問題、2 = 明らかな問題点あり ある場合は最後に観察された日付を記載する。()</td> </tr> </table>	評価	0 = 問題なし、1 = 軽度の問題、2 = 明らかな問題点あり ある場合は最後に観察された日付を記載する。()
評価	0 = 問題なし、1 = 軽度の問題、2 = 明らかな問題点あり ある場合は最後に観察された日付を記載する。()					
治療影響要因	1 3	物質乱用	●	<p>対象者においては、</p>  <table border="1" data-bbox="630 1093 1436 1160"> <tr> <td>評価</td> <td>0 = 問題なし、1 = 軽度の問題、2 = 明らかな問題点あり</td> </tr> </table>	評価	0 = 問題なし、1 = 軽度の問題、2 = 明らかな問題点あり
評価	0 = 問題なし、1 = 軽度の問題、2 = 明らかな問題点あり					
	1 4	反社会性	●	<p>対象者においては、</p>  <table border="1" data-bbox="630 1415 1436 1482"> <tr> <td>評価</td> <td>0 = 問題なし、1 = 軽度の問題、2 = 明らかな問題点あり</td> </tr> </table>	評価	0 = 問題なし、1 = 軽度の問題、2 = 明らかな問題点あり
評価	0 = 問題なし、1 = 軽度の問題、2 = 明らかな問題点あり					
	1 5	性的逸脱行動	●	<p>対象者においては、</p>  <table border="1" data-bbox="630 1736 1436 1803"> <tr> <td>評価</td> <td>0 = 問題なし、1 = 軽度の問題、2 = 明らかな問題点あり</td> </tr> </table>	評価	0 = 問題なし、1 = 軽度の問題、2 = 明らかな問題点あり
評価	0 = 問題なし、1 = 軽度の問題、2 = 明らかな問題点あり					
	1 6	個人的支援	●	<p>対象者においては、</p>  <table border="1" data-bbox="630 1998 1436 2065"> <tr> <td>評価</td> <td>0 = 問題なし、1 = 軽度の問題、2 = 明らかな問題点あり</td> </tr> </table>	評価	0 = 問題なし、1 = 軽度の問題、2 = 明らかな問題点あり
評価	0 = 問題なし、1 = 軽度の問題、2 = 明らかな問題点あり					

				<table border="1"> <tr> <td>5</td> <td>緊急時の対応について確保されているかどうか</td> <td>●</td> <td></td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>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</td> <td>●</td> <td></td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>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</td> <td>●</td> <td></td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>地域の受け入れ体制、姿勢が十分であるかどうか</td> <td>●</td> <td></td> </tr> <tr> <td>評価</td> <td colspan="3">0 = 問題なし、1 = 軽度の問題、2 = 明らかな問題点あり 小項目は中項目の評価の参考とする（下位評価の最も高い点数にする必要はない）</td> </tr> </table>	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 = 明らかな問題点あり 小項目は中項目の評価の参考とする（下位評価の最も高い点数にする必要はない）					
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 = 明らかな問題点あり 小項目は中項目の評価の参考とする（下位評価の最も高い点数にする必要はない）																										
19	治療・ケアの継続性		<p>対象者においては、</p> <p>治療・ケアの継続性の小項目の得点は以下のとおりであり、総合的には本中項目は●点となる。</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>小項目</th> <th>得点</th> <th>詳細</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>治療同盟</td> <td>●</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>予防</td> <td>●</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>モニター</td> <td>●</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>セルフモニタリング</td> <td>●</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>クライシスプラン</td> <td>●</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		小項目	得点	詳細	1	治療同盟	●		2	予防	●		3	モニター	●		4	セルフモニタリング	●		5	クライシスプラン	●	
	小項目	得点	詳細																								
1	治療同盟	●																									
2	予防	●																									
3	モニター	●																									
4	セルフモニタリング	●																									
5	クライシスプラン	●																									

(以上)

モデル作成例

作成例	鑑定意見	精神障害	(作成者)
1 初回審判	入院	F2 + F7	(荒川育子)
2 初回審判	入院	F2 + F7	(木下英俊)
3 初回審判	入院	F1	(加藤愛理)
4 初回審判	通院	F3	(賀古勇輝)
5 初回審判	不処遇	F7 + F2	(大澤達哉)
6 初回審判	不処遇	F0	(久保彩子)
7 初回審判	不処遇	F0 + 身体合併症	(椎名明大)
8 継続審判	処遇終了	F2 + F7	(柏木宏子)
9 継続審判	処遇終了	F1	(茨木丈博)

※モデル作成例はあくまでも作成方法の理解を促す目的で作成しました。

※鑑定の意見のあり方を提示あるいは推奨する目的で作成されているわけ
ではありません。

モデル作成例 1 初回審判 入院 F2 + F7

医療観察法鑑定書総括書式（鑑定書のまとめ）

生活歴、現病歴、既往歴、家族歴、身体所見、心理検査所見、対象行為前後の精神状態、診断、考察と説明、共通評価項目などを詳細に記した別紙などを用いて鑑定書を各自で完成させたら、この用紙を最終的なまとめとして作成して鑑定書の冒頭に添付する。

1 基本情報

1-A 対象者氏名

○○ ○○ (○○○ ○○○○)

1-B 性別

男性 女性

1-C 生年月日

・・・年・・・月・・・日

1-D 鑑定書提出時の満年齢

32 歳

1-E 審判種別

- 初回審判（法 37 条に基づく鑑定）
- 入院中の対象者の鑑定（法 52 条に基づく鑑定）
- 管理者の申立て（入院継続 通院移行 医療終了）
 - 対象者・保護者・付添人の申立て（通院移行 医療終了）
- 通院中の対象者の鑑定（法 62 条に基づく鑑定）
- 保護観察所長の申立て（再入院 通院延長 医療終了）
 - 対象者・保護者・付添人の申立て（医療終了）

↑ 該当する□にチェックを入れるか黒塗りにする。

1-F 対象行為

対象者は、○○○○らが現に住居に使用する○○市○○町○○番地○○アパートの自室である A 号室に放火する目的で、X 年 Y 月 Z 日午後 2 時 30 分頃、同室の窓の外からライターで紙袋に火をつけ床に投げ、同室を焼損（焼損面積約○平方メートル）させた。

1-G 上記の対象行為日（複数の場合は列挙）

X 年 Y 月 Z 日（放火）

2 精神障害の診断※1※2※3※4※4.1

※1 診断に必要な情報、診断根拠などは別紙を作成して記載する。

※2 診断には、相当する ICD コードがある場合、末尾に () で付記する。

※3 ここでいう診断には「傾向」や「疑い」も含めるが、単に可能性のあるものの安易な列挙などにならないように注意する。

※4 診断が複数ある場合には列挙する (5 つ目以降がある場合には適宜行を追加する)。

※4.1 身体疾患、身体障害については、精神科治療に関する点は 4-A,B で、社会復帰要因に関する点は 5-A4, 5-C での記載を考慮する。

2-A 対象行為時についての精神障害の診断

精神障害あり 精神障害なし

↑ 該当する□にチェックを入れるか黒塗りにする。

2-A 1 診断名：統合失調症 (F20.0)

症 状：連合弛緩、被害妄想、患者のことを話し合う幻声

2-A 2 診断名：軽度知的障害・行動状の機能障害がないか軽微のもの (F70.0)

症 状：読み書きの問題、社会的な未熟性

2-B 鑑定時現在についての精神障害の診断

精神障害あり 精神障害なし

↑ 該当する□にチェックを入れるか黒塗りにする。

2-B 1 診断名：統合失調症 (F20.0)

症 状：連合弛緩、被害妄想、患者のことを話し合う幻声

2-B 2 診断名：軽度知的障害・行動状の機能障害がないか軽微のもの (F70.0)

症 状：読み書きの問題、社会的な未熟性

3 疾病性（対象行為の機序の整理）

3-A 対象行為当時の精神障害の＜症状等＞と思考、感情、行動、対象行為との関係^{※5※6※7}

※5 精神障害のどのような面が対象行為の発生とどのように関係しているのかを精神障害以外の事情も含めて具体的に描く。

※6 前項2において複数の精神障害をあげた場合には、それぞれの精神障害ごとに影響をできるだけ明らかにしたうえで描く。

※7 この構造を理解しやすくするために末尾の用紙に概要図を書いてもよい（任意）。

対象者は19歳時に統合失調症を発病し、少なくとも対象行為前の数年間は服薬をしておらず、このため対象行為の1ヶ月前ころから対象者には**＜話し合う幻声＞**が聞こえていた。また、声の主たちが網戸を破き、郵便受けから玄関に砂を入れ、自分に警告しているという**＜被害妄想＞**があった。対象行為当日は、買い物から帰宅し、アパートの外廊下にて自室の玄関をあけようとしたところ、台所の窓があいていることに気づいた。窓の隙間から中をのぞくと、床に水がこぼれているのが見え、対象者は「ついにやられた」「毒を撒かれた、間違いない」と**＜被害妄想＞**を抱いた。強い恐怖の感情がわき**＜被刺激性が亢進＞**し、「このまま家の中には入れない、どうしよう」と混乱したうえ「奴らはまだ中にいる」「燃やすしかない」という理由で、窓から、喫煙のために持っていたライターで紙袋に火をつけ床に向かって投げ、放火に至った（本件対象行為）。

つまり対象者は、統合失調症の症状である**＜被害妄想＞**に基づき日頃より網戸のほころびや玄関の砂など身の回りの物事に対して妄想的意味づけがみられるなか、対象行為時は窓があいていて水がこぼれていたことに対して**＜被害妄想＞**を抱き**＜被刺激性が亢進＞**し、放火という行動に至ったと考えられる。

一方で、対象者には軽度知的障害もみとめる。出生前後に明らかな異常はみとめなかったものの、地元の公立小学校や公立中学校での成績は下位で、中学卒業後は無職であった。読み書きにおいては、主にひらがなを使っていた。対象行為当時は独居をしており、食事、掃除、洗濯など身の回りのことはできていたが、ごみ捨ての細かいルールや近所づきあい、金銭管理、郵便物の対応については理解が不十分であったため姉が頻繁に顔を出し援助をしていた。また対象者はライターを使ってタバコを吸うが、姉から見ても日頃は火事を怖がり、火の始末に気を付けていた。

つまり、対象者は軽度知的障害に該当し**＜読み書きの問題＞**や**＜社会的な未熟性＞**をみとめるが、火の始末を含め実際の家庭内の技能は有していた。対象行為は、例えば火の危険性への無知から行われたというのではなく、知的能力の結果であるとは言えない。

ただし、軽度知的障害に基づく**＜社会的な未熟性＞**により偶然の事象（網戸のほころび、玄関の砂）や自身の過失（おそらく窓を開けっぱなしにして出かけた、おそらく水をこぼした）を客観的に理解できなかったことは、対象者の情動を刺激し**＜被刺激性の亢進＞**の一端となったと考えられる。

3-B 鑑定時現在の精神障害の＜症状等＞と思考、感情、行動との関係^{※8※9}

※8 鑑定書作成までに行った具体的な精神医学的治療とその効果を踏まえて、現在のどのような症状が対象者の思考、感情、行動にどのように影響しているか、とくに3-Aの構造に変化がみられたのかという点に注意をしながら記述する。

※9 前項2において複数の精神障害をあげた場合には、それぞれの精神障害ごとに影響をできるだけ明らかにしたうえで描く。

1 統合失調症について

鑑定入院の当初は、「やつらが病院の食事に毒を入れている」「やつらがそう話し合っていた」という**＜被害妄想＞**や**＜話し合う幻聴＞**を訴え、**＜被刺激性の亢進＞**をみとめ興奮や不食がみられた。リスペリドン4mgを投与し支持的精神療法を繰り返したところ、**＜被害妄想＞**や**＜幻聴＞**、**＜被刺激性の亢進＞**をみとめなくなり、情動が安定し食事がとれるようになった。

しかし現在でも、「病院のなかでは大丈夫だが、家に帰ると必ず奴らは仕掛けてくる」と考えており、「テレビをみていたら、奴らからの予告があった」と<被害妄想>を切迫して訴えることがある。今のところ興奮に至ることはないが、「帰ったら、やってやりますよ」と述べ、病室でシャドウボクシングをしている。

よって、投薬により改善傾向にはあるものの、<被害妄想>の確信度は高く刺激によって<被刺激性の亢進>をみとめ行動化に至る構造は、対象行為当時も鑑定時も変わっていない。

2 軽度知的障害について

現在も、病棟生活上大きな問題はないものの、<社会的な未熟性>による誤解から「おかしい」と考え不信感を述べることもある。「おかしい」と感じたときにスタッフへ相談する練習を開始しており、誤解がとけることで情動が安定する様子がみられる。

よって、援助により安定する傾向にはあるものの、軽度知的障害に基づく<社会的な未熟性>から誤解をし不信感を抱く構造は、対象行為当時も鑑定時も変わっていない。

3x 現在の精神障害と対象行為当時と同様の機序の存否区分^{※10※10.1}

※10 上記の3-Aと3-Bの比較などから、現在の思考、感情、行動に対象行為当時と同様の機序の構造が認められるか評価をする。

※10.1 「同様の機序の構造が認められる」とは、厳密に同様の機序ではなくとも、類似の構造が再現される蓋然性がある場合も含む。

対象行為時の精神障害は鑑定時現在も認められ、同様の機序の構造は持続している。

対象行為時の精神障害は鑑定時現在も認められるが、<症状等>の軽快・消褪等により、同様の機序の構造は認められなくなっている。

対象行為時の精神障害は鑑定時現在は認められない。

↑該当するもの／もっとも意見に近いものの□にチェックを入れるか黒塗りにする。

どうしても当てはめられない場合や追加の意見等がある場合（対象行為の責任能力判断に関し特に指摘する事情がある場合も含む。）には、以下の□その他を用いて（ ）内に解説をする。

その他（ ）

4 治療反応性（治療効果に関するこの先の診立て）※15

4-A 精神障害に対して考えられる今後の具体的な治療・支援の方策※16

※16 精神障害に対して鑑定書作成までに行った具体的な精神医学的治療とその効果を踏まえて記述する。

4-A1 生物学的アプローチ

リスペリドン 4mg を投与したところ、<被毒妄想>、<幻聴>、<被刺激性の亢進>の軽減がみられている。さらなる増量や、他の抗精神病薬の投与により、いっそうの改善を見込める。

知的能力に関しては、薬物療法によって変化させることは不可能であり下記の心理学的アプローチ・社会的アプローチが中心となる。

4-A2 心理学的アプローチ

支持的精神療法によって、情動が安定することが確認されている。統合失調症の疾病教育を行うことでアドヒアランスの向上が見込めると考えられるが、現時点では開始していない。

また、対象者は読み書きが得意でないが、音楽、絵画、スポーツなどのプログラムに参加をすることで社会復帰の可能性を探れる可能性がある。対象者も興味をもっており、積極的にプログラム参加を促す。

4-A3 社会的アプローチ

生活上で適切な援助を行うことで、問題が解決し、情動が安定することが確認されている。これまでは姉のみに相談をしていたが、相談できる支援者を増やす提案を行ったところ興味を持っており相談スキルの向上を目指す。自宅は放火により退去となっており、今後生活能力評価を行い適切な帰住地を選定する必要があるが、今しばらくは病状の改善が優先される。またこれまで日中はひとりで家にいることが多かったが、日中活動の地域資源について見学や体験を行い、導入を検討する。

4-B 上記 4-A1,2,3 の3領域のアプローチによって見込まれる治療効果※16.1

※16.1 悪化や進行の防止といった消極的側面と、有意な症状改善や病状安定後の再発・再燃防止の効果等といった積極的側面の両方から、治療効果の見込みや予測不能性を検討することが望ましい。

さらなる薬物調整により、幻聴や被害妄想の改善が見込まれる。また、対象者が理解できる平易な形で疾病教育を行うことで、アドヒアランスの向上が期待できる。

さらに、生活能力評価に基づく帰住地選定や、日中活動を含む週間スケジュールの策定、支援者との関係づくりを行うことで、対象者の病状変化にタイムリーに対処する体制の構築が可能と考えられる。

4x 上記 4-B で見込まれる精神障害への治療効果の評価区分※17

反応性はない（あるいは反応性はほとんどなく、治療の効果は基本的に期待できない）。

反応性は不明（どのような効果がどの程度期待できるか等は、現時点では不明）。

反応性がある

治療は悪化や進行の防止の意味にとどまる。

治療によって有意な症状改善や病状安定後の再発・再燃防止の効果等が期待できる。

どうしても当てはめられない場合や追加の意見等がある場合には、以下の その他 を用いて（ ）内に解説をする。

その他（ ）

5 社会復帰要因（社会生活機能と活動・参加に関するこの先の診立て）

5-A 社会復帰要因の判断にあたって参考となる対象者本人の現在の状態^{※21※22※23}

※21 この項目はあくまで確認のため例である。たとえば「あり」「なし」で加算して結論を出すという使用方法は不適切である。

※22 網羅的、排他的ではない。したがって、これらとは別に重要な項目もある。評価する内容が重複する項目もある。

※23 問題点としてだけでなく、「十分にある」などはストレングス（強み）としても注目する。

5-A1 病識 ※共通評価項目[2 内省・洞察]等参照

十分にある あるが、不十分 ない

5-A2 アドヒアランス、動機付け ※共通評価項目[3 アドヒアランス]参照

十分にある あるが、不十分 ない

5-A3 対象行為への内省や対象行為と精神障害等との関連性への気づき ※共通評価項目[2 内省・洞察]等参照

十分にある あるが、不十分 ない

5-A4 日常生活動作（IADL）※料理、洗濯、掃除、買い物、電話、金銭管理などの能力 ※共通評価項目[8 日常生活能力]等参照

十分にある あるが、不十分 ない

5-B 社会復帰要因の判断にあたって参考となる環境等の状態

5-B1 通院先 ※共通評価項目[18 現実的計画]等参照

確実にある 具体的な作業は進んでいるが確立・確定はしていない ない

5-B2 ケア体制 ※共通評価項目[19 治療・ケアの継続]等参照

確実にある 具体的な作業は進んでいるが確立・確定はしていない ない

5-B3 ケア計画 ※共通評価項目[19 治療・ケアの継続]等参照

確実にある 具体的な作業は進んでいるが確立・確定はしていない ない

5-B4 クライシスプラン ※共通評価項目[19 治療・ケアの継続]等参照

確実にある 具体的な作業は進んでいるが確立・確定はしていない ない

5-B5 住居 ※共通評価項目[18 現実的計画]等参照

確実にある 具体的な作業は進んでいるが確立・確定はしていない ない

5-B6 収入 ※共通評価項目[18 現実的計画]等参照

確実にある 具体的な作業は進んでいるが確立・確定はしていない ない

5-B7 家族等の個人的支援 ※共通評価項目[16 個人的支援]等参照

確実にある 具体的な作業は進んでいるが確立・確定はしていない ない

5-C 社会復帰要因の判断に関する 5-A,B 各項目についての特記事項^{※36.1※36.2}

※36.1 各項目の全部又は一部についてコメントがあれば、文章で記述するか箇条書きにする等、適宜の体裁で記載する（手引きの記載例も参照のこと）。

※36.2 この 5-C を用いず空欄とし、次の 5-D で一括して記述してもよい。

現時点では、病識は欠如している。指示のもとに内服はしているが、薬の効果や必要性は理解しておらず、精神障害と事件の関連の理解も不十分である。生活スキルとして、食料調達、洗濯、掃除、買い物、家族との電話はできるが、金銭管理や知らない相手との電話は難しい。

通院先は、以前に通っていたクリニックが候補とはなるが、通院は数年間途絶えており現段階では未定である。

ケアの計画やクライシスプランは未策定である。

もとの自宅は放火のため退去となっており、帰住先は未定である。

収入や個人的な支援の面では、引き続き家族の援助が得られることになってはいるが、詳細については対象者や家族とあらためて検討を要する。

5-D 上記 5-A,B,C を踏まえた社会復帰要因と社会復帰阻害要因の総合的な評価^{※37※38}

※37 問題点としてだけでなく、ストレングスとしてみられる要素についても評価をする。

※38 適切な治療をしない場合にはどのような状況になりそうなのかといった診立てをできるだけ具体的に記述する。

対象者においては、治療の途上であること、通院先が未定であること、放火のため自宅が退去となっており帰住地が未定であること、支援体制が未定であることが社会復帰阻害要因となっている。安定した治療環境と生活環境が確保されなければ、病状が悪化し再び被害妄想に基づく行動化に至る可能性が高い。

現時点で対象者が日中活動や支援の受け入れに前向きであること、家族も本人を支援する意思を持っていることは強みであり、適切な治療により社会復帰が期待できる。

5x 社会復帰要因・社会復帰阻害要因の評価区分

■医療観察法の専門的な医療を受けさせなければ、同様の行為を行う具体的・現実的な可能性がある。

□医療観察法の専門的な医療を受けさせなければ、同様の行為を行う可能性はあるとは言えるが、その可能性は具体的・現実的とまでは言えない。

□医療観察法の専門的な医療を受けさせなければ、同様の行為を行う可能性があるとは言えない。

↑該当するもの／もっとも意見に近いものの□にチェックを入れるか黒塗りにする。

どうしても当てはめられない場合や追加の意見等がある場合には、以下の□その他を用いて（ ）内に解説をする。

□その他（ ）

6 結論^{※39※40}

※39 結論が医療観察法による医療を行うのが適当であるという場合には、その医療は本法による入院によるべきか、それとも通院によるべきか、その理由を含めて説明する。

※40 結論が医療観察法による医療をしない／終えるのが適当であるという場合には、どのような処遇が考えられるかについても参考として、できるだけ具体的に記載することが望ましい。

対象者は、統合失調症の幻覚妄想状態に基づき放火に至った。対象者は現在も統合失調症に罹患しており、幻覚妄想状態が持続し現時点でも入院治療が必要な状態にある。

また対象者の再被害を防止し社会復帰を実現するためには、安定した治療の継続と、適切な住環境や支援体制が必要である。そのため、病識の獲得や治療継続の必要性の理解、通院先の確保、生活能力評価に基づく帰住地設定、日中活動先の確保、支援体制の構築が課題である。

上記の課題を達成するために、対象者には、医療観察法による手厚い医療を受けさせる必要がある。薬物調整や心理社会的治療を十分に行いながら生活能力を評価し、帰住地を選択する必要があることから、入院環境で治療を開始する必要がある入院処遇が適当である。

6x 結論区分^{※41※42}

※41 上記の要点を区分の選択によって明示する。

※42 たとえば刑事責任能力に関する見解を求められた場合などにはⅢを使用して、() 内に結論を具体的に記載する。

- I 要医療観察法医療 (I a 入院・ I b 通院)
- II 医療観察法医療不要
- III その他 ()

↑ 該当する□にチェックを入れるか黒塗りにする。

7 鑑定事項・主文

7-A 鑑定事項^{※43}

※43 鑑定命令等の書面に記載された鑑定事項を転記する。

1. 対象者が精神障害者であるか。
2. 対象者が精神障害者である場合、その精神障害は、対象行為を行った際の心神喪失又は心神耗弱の状態の原因となった精神障害と同様のものであるか。
3. 対象者が対象行為を行った際の原因となったものと同様の精神障害を有している場合、その精神障害は治療可能性のあるものか
4. 対象者の精神障害について治療可能性が認められる場合、本法による医療を受けさせなければ、その精神障害のために同様の行為を行う具体的・現実的な可能性があるか
5. 以上をふまえ、対象行為を行った際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するためにこの法律による医療を受けさせる必要があるか否か。仮に医療を受けさせる必要がある場合、入院処遇又は通院処遇のいずれが適当であるか。

7-B 主文^{※44}

※44 主文は、鑑定事項に対応して書く。

1. 対象者は、精神障害者である。
2. その精神障害は、対象行為を行った際の心神喪失又は心神耗弱の状態の原因となった精神障害と同様のものである。
3. その精神障害は、治療可能性のあるものである。
4. 医療観察法による医療を受けさせなければ、その精神障害のために同様の行為を行う具体的・現実的な可能性がある。
5. 医療観察法による医療を受けさせる必要がある。入院処遇が適当である。

以上の通り鑑定する。

鑑定書作成年月日・・・年・・・月・・・日

鑑定人氏名 ○○ ○○

※この事例はモデル事例として作成した架空のものです。

モデル作成例 作成者：荒川育子（東京都立松沢病院）

モデル作成例 2 初回審判 入院 F2+F7

医療観察法鑑定書総括書式（鑑定書のまとめ）

生活歴、現病歴、既往歴、家族歴、身体所見、心理検査所見、対象行為前後の精神状態、診断、考察と説明、共通評価項目などを詳細に記した別紙などを用いて鑑定書を各自で完成させたら、この用紙を最終的なまとめとして作成して鑑定書の冒頭に添付する。

1 基本情報

1-A 対象者氏名

〇〇 〇〇 (ふりがな)

1-B 性別

男性 女性

↑ 該当する□にチェックを入れるか黒塗りにする。

1-C 生年月日

・・・年・・・月・・・日

1-D 鑑定書提出時の満年齢

35 歳

1-E 審判種別

初回審判（法 37 条に基づく鑑定）

入院中の対象者の鑑定（法 52 条に基づく鑑定）

管理者の申立て（ 入院継続 通院移行 医療終了）

対象者・ 保護者・ 付添人の申立て（ 通院移行 医療終了）

通院中の対象者の鑑定（法 62 条に基づく鑑定）

保護観察所長の申立て（ 再入院 通院延長 医療終了）

対象者・ 保護者・ 付添人の申立て（ 医療終了）

↑ 該当する□にチェックを入れるか黒塗りにする。

1-F 対象行為

対象者は、W 年 X 月 Y 日 Z 時頃、A 県 B 市 C 区 D 町路上において、被害者 E に対してその前胸部を手拳で複数回殴打し、その後同人に馬乗りになって左頬部を手拳で複数回殴打し、前額部及び左眼窩周囲を殴打するなどして同人に全治約 5 ヶ月の左第 6、第 7 肋骨骨折、下顎骨骨折、左眼窩底骨折を負わせたものである。

1-G 上記の対象行為日（複数の場合は列挙）

1 W 年 X 月 Y 日（ 殺人 強盗 放火 強制性交 強制わいせつ 傷害）

↑ 該当する□にチェックを入れるか黒塗りにする。

2 精神障害の診断^{※1※2※3※4※5}

※1 診断に必要な情報、診断根拠などは別紙を作成して記載する。

※2 診断には、相当する ICD コードがある場合、末尾に（ ）で付記する。

※3 ここでいう診断には「傾向」や「疑い」も含めるが、単に可能性のあるものの安易な列挙などにならないように注意する。

※4 診断が複数ある場合には列挙する（5つ目以降がある場合には適宜行を追加する）。

※5 身体疾患、身体障害については、精神科治療に関する点は 4-A,B で、社会復帰要因に関する点は 5-A4, 5-C での記載を考慮する。

2-A 対象行為時についての精神障害の診断

精神障害あり 精神障害なし

↑ 該当する□にチェックを入れるか黒塗りにする。

2-A 1 診断名：妄想型統合失調症（F20.0）

症 状：被害妄想、身体的被影響体験、命令幻聴

2-A 2 診断名：軽度知的障害・行動上の機能障害がないか軽微のもの（F70.0）

症 状：社会的な未熟性、情緒的な未熟性

2-B 鑑定時現在についての精神障害の診断

精神障害あり 精神障害なし

↑ 該当する□にチェックを入れるか黒塗りにする。

2-B 1 診断名：妄想型統合失調症（F20.0）

症 状：被害妄想

2-B 2 診断名：軽度知的障害・行動上の機能障害がないか軽微のもの（F70.0）

症 状：社会的な未熟性、情緒的な未熟性

3 疾病性（対象行為の機序の整理）

3-A 対象行為当時の精神障害の＜症状等＞と思考、感情、行動、対象行為との関係

【統合失調症】

対象者は、陰性症状である＜意欲低下＞＜自閉＞により、外出は必要最低限で、かかりつけ精神科クリニックへの通院は途絶え、無為に閉居する生活となっていた。対象行為前 2 ヶ月前頃から、服薬をしなくなった。対象行為の 1 ヶ月前頃から、「秘密結社が家の外から送ってくる電波で、脳を縮められ、筋肉が溶かされる」という＜被害妄想＞、＜身体的被影響体験＞が出現するようになった。対象行為の 1 週間前からは、「早く死ね」「謝れ」という＜命令幻聴＞を自覚し、不眠が増悪し、「いらいらして」、「奴らを黙らせるため」に自室の壁を殴る対物暴力や、怒声を生じるようになった。このころ、「筋肉に到達する電波を自分から反らせるため」に窓際に金属を並べたり、「電波の侵入を防ぐため」に自室の窓や換気口をガムテープで封鎖したりする異常行動が出現した。W 年 X 月 Y 日に、連絡がない本人を大家と父が尋ねた。父が合鍵で玄関を開けたところ、対象者は怒声をあげながら自室から飛び出してきた。その後、路上に居た、本件被害者である大家 E を認め、近寄って右手拳をもって同人の左胸部を殴打し、転倒したところをさらに馬乗りになって父に制止されるまで頬部、左眼窩周囲を殴打し続けた。

本対象行為は、統合失調症の陰性症状である＜意欲低下＞＜自閉＞により周囲と孤立していた対象者が、＜身体的被影響体験＞＜命令幻聴＞を自覚し、それが周囲の悪意がある何者かによってもたらされているという＜被害妄想＞に繋がり、他者に相談ができないまま、自身を防衛しないといけないという思考をより強固にするに至った。その中で、本人と面識の乏しい被害者 E が自宅に赴いたことで、E が自身に危害を加えている首謀者であるという確信を持ち、怒りの感情を抱いたことによって、対象行為を行ったものと考えられる。

【知的障害】

軽度知的障害の特性として＜情緒的な未熟性＞により不安や怒りを適切に処理することができず、短絡的な衝動行為が顕在化し、対物暴力や異常行動の頻度が増えていった。すなわち、対象者には、暴力への閾値が低く、困難な状況において容易に暴力をはじめとする衝動的な手段に訴えやすい傾向があり、この事は、対象行為を惹起する要因となっていたと考えられる。加えて、困難な状況にあったにも関わらず、＜社会的な未熟性＞により周囲への援助希求を適切に表出することができず、本人の状況はクリニック主治医や近隣住民はおろか、家族にすら把握されていなかった。このため服薬や精神療法、心理的援助等の治療再開の機会を失っていた事も、本人の状態悪化、ひいては今回の対象行為を惹起した要因の一つと考えられる。

3-B 鑑定時現在の精神障害の＜症状等＞と思考、感情、行動との関係

【統合失調症】

入院中に精神療法、リスペリドン投与 6mg /日による薬物療法、隔離処遇による刺激遮断が実施された。本人は主治医や看護職員へ、「ここでは電波が届かないから安心できます」と述べ、対物暴力や入院前に認められていた様な異常行動、不眠を認める事なく経過していた。対象行為前の状況について訊ねられると、「アパートは電波が…本当に辛かった、許せません。」と振り返り、訂正が困難であった。以上より、現在は＜被害妄想＞、＜身体的被影響体験＞、＜命令幻聴＞の確信度、侵襲度は減じ、特に＜身体

的被害影響体験>、<命令幻聴>はほぼ消退しているが、<被害妄想>は残存していると考えられる。病棟では活気がなく、自発的な看護職員への相談はもとより、日常的な会話すら乏しく、<意欲低下><自閉>は継続して認められる。

【知的障害】

病棟では病棟規則に関する些事に拘泥したり、悪態をついたり、不安を訴えたり、医師や看護職員による説明を受けても早々に話を切り上げたりする事があった。<社会的な未熟性><情緒的な未熟性>は、現在も継続していると思料される。

3x 現在の精神障害と対象行為当時と同様の機序の存否区分^{※11※12}

※11 上記の3-Aと3-Bの比較などから、現在の思考、感情、行動に対象行為当時と同様の機序の構造が認められるか評価をする。

※12 「同様の機序の構造が認められる」とは、厳密に同様の機序ではなくとも、類似の構造が再現される蓋然性がある場合も含む。

対象行為時の精神障害は鑑定時現在も認められ、同様の機序の構造は持続している。

対象行為時の精神障害は鑑定時現在も認められるが、<症状等>の軽快・消褪等により、同様の機序の構造は認められなくなっている。

対象行為時の精神障害は鑑定時現在は認められない。

↑該当するもの／もっとも意見に近いものの□にチェックを入れるか黒塗りにする。

どうしても当てはめられない場合や追加の意見等がある場合（対象行為の責任能力判断に関し特に指摘する事情がある場合も含む。）には、以下の その他 を用いて（ ）内に解説をする。

その他（ ）

4 治療反応性（治療効果に関するこの先の診立て）※13

※13 精神障害が複数ある場合などは必要に応じて本様式をコピーして使用する。

4-A 精神障害に対して考えられる今後の具体的な治療・支援の方策※14

※14 精神障害に対して鑑定書作成までに行った具体的な精神医学的治療とその効果を踏まえて記述する。

4-A1 生物学的アプローチ

【統合失調症】

被害妄想、身体的被影響体験、命令幻聴の陽性症状には、リスペリドンを主剤とする抗精神病薬による薬物療法が有効と考えられる。意欲低下、自閉等の陰性症状に対する有効性は、心理社会的治療との併行により、引き続き評価する必要がある。

なお、鑑定中にもこの治療は開始され、その効果の一部は既に確認されている。

【知的障害】

生物学的治療が軽度知的障害による社会的、情緒的な未熟性を改善、寛解させる事はないが、それらに伴って二次的に派生する不安、焦燥、興奮、抑うつ等の症状に対しては、対症的な抗精神病薬、気分安定薬、抗不安薬、睡眠薬などの投与が検討され、効果を認める可能性がある。

4-A2 心理学的アプローチ

【統合失調症】

統合失調症に関する疾病教育は有効と考えられる。例えば、一般的な疾患経過や治療継続の重要性に関する理解が得られれば、前駆期と呼ばれる本人の早期の不調を察知したり、症状悪化のリスクとなる怠業等、治療中断の可能性を減じたりする事ができる。対象行為に至る機序への洞察を深める内省プログラムや、適切な治療希求や対処行動を促すためのクライシスプランの策定も、同様に有用と考えられる。

ただし、現在のところはこのアプローチは行っていない。

【知的障害】

ソーシャルスキルトレーニング、アサーショントレーニング等を通じて、対人関係に関するスキルを習得する事により、他者とのトラブルの発生を減らす効果が期待できる。アンガーコントロールによる怒りや衝動性の制御を向上させる事も、衝動的な行動への閾値を上げる事につながり、有効と考えられる。

ただし、現在のところはこのアプローチは行っていない。

4-A3 社会学的アプローチ

【統合失調症】

通院医療機関の選定、個人的支援の中核となるキーパーソンの設定、地域の精神保健福祉に対する支援ネットワークの確立が有効かつ必須である。

ただし、現在のところはこのアプローチは行っていない。

【知的障害】

通院医療機関の選定、支援の中核となるキーパーソンの設定、居所の選定、日中活動の充実、経済的な安定を図る、等生活支援を通じたネットワーク構築により、本人の不安やストレスの改善が得られ、結果として他者とのトラブルを減少させることができる可能性がある。

ただし、現在のところはこのアプローチは行っていない。

4-B 上記 4-A1,2,3 の 3 領域のアプローチによって見込まれる治療効果^{※15}

※15 悪化や進行の防止といった消極的側面と、有意な症状改善や病状安定後の再発・再燃防止の効果等といった積極的側面の両方から、治療効果の見込みや予測不能性を検討することが望ましい。

【統合失調症】

生物学的アプローチに関して、リスペリドンを主剤とする抗精神病薬による薬物療法を継続する事で、被害妄想、身体的被影響体験、命令幻聴の陽性症状、意欲低下、自閉の陰性症状の改善、寛解維持が見込まれる。本人と治療継続の必要性が十分に共有され支援ネットワークが構築されれば、自発的な内服の継続や、服薬状況の支援者との共有も可能になることが考えられる。心理学的アプローチ、社会学的アプローチいずれも、上記の生物学的アプローチを継続するうえでの有効性が期待できる。総合的な治療効果として、有意な症状改善や症状安定後の再発、再燃防止の効果が期待できると思料される。

【知的障害】

生物学的な治療が軽度知的障害による社会的、情緒的な未熟性を改善、寛解させる事はないが、心理学的アプローチによる対人関係技能や問題解決能力、衝動制御能力の獲得によって、他者とのトラブルの発生を減らす効果が期待できる。また、そうした相談の場や支援を提供するためのネットワークもその効果を高めるものと期待できるため、社会学的アプローチも並行して行うべきと考えられる。

4x 上記 4-B で見込まれる精神障害への治療効果の評価区分^{※16}

※16 その障害に関する治療効果の一般論だけでなく、この対象者における具体的な事情を十分に加味して評価する。

反応性はない（あるいは反応性はほとんどなく、治療の効果は基本的に期待できない）。

反応性は不明（どのような効果がどの程度期待できるか等は、現時点では不明）。

■ 反応性がある

治療は悪化や進行の防止の意味にとどまる。

■ 治療によって有意な症状改善や病状安定後の再発・再燃防止の効果等が期待できる。

↑ 該当するもの／もっとも意見に近いものの にチェックを入れるか黒塗りにする。

どうしても当てはめられない場合や追加の意見等がある場合には、以下の その他 を用いて () 内に解説をする。

その他 ()

5 社会復帰要因（社会生活機能と活動・参加に関するこの先の診立て）

5-A 社会復帰要因の判断にあたって参考となる対象者本人の現在の状態^{※17※18※19}

※17 この項目はあくまで確認のため例である。たとえば「あり」「なし」で加算して結論を出すという使用方法は不適切である。

※18 網羅的、排他的ではない。したがって、これらとは別に重要な項目もある。評価する内容が重複する項目もある。

※19 問題点としてだけでなく、「十分にある」などはストレングス（強み）としても注目する。

5-A1 病識 ※共通評価項目[2 内省・洞察]等参照

十分にある あるが、不十分 ない

5-A2 アドヒアランス、動機付け ※共通評価項目[3 アドヒアランス]参照

十分にある あるが、不十分 ない

5-A3 対象行為への内省や対象行為と精神障害等との関連性への気づき ※共通評価項目[2 内省・洞察]等参照

十分にある あるが、不十分 ない

5-A4 日常生活動作（IADL）※料理、洗濯、掃除、買い物、電話、金銭管理などの能力 ※共通評価項目[8 日常生活能力]等参照

十分にある あるが、不十分 ない

5-B 社会復帰要因の判断にあたって参考となる環境等の状態

5-B1 通院先 ※共通評価項目[18 現実的計画]等参照

確実にある 具体的な作業は進んでいるが確立・確定はしていない ない

5-B2 ケア体制 ※共通評価項目[19 治療・ケアの継続]等参照

確実にある 具体的な作業は進んでいるが確立・確定はしていない ない

5-B3 ケア計画 ※共通評価項目[19 治療・ケアの継続]等参照

確実にある 具体的な作業は進んでいるが確立・確定はしていない ない

5-B4 クライシスプラン ※共通評価項目[19 治療・ケアの継続]等参照

確実にある 具体的な作業は進んでいるが確立・確定はしていない ない

5-B5 住居 ※共通評価項目[18 現実的計画]等参照

確実にある 具体的な作業は進んでいるが確立・確定はしていない ない

5-B6 収入 ※共通評価項目[18 現実的計画]等参照

確実にある 具体的な作業は進んでいるが確立・確定はしていない ない

5-B7 家族等の個人的支援 ※共通評価項目[16 個人的支援]等参照

確実にある 具体的な作業は進んでいるが確立・確定はしていない ない

5-C 社会復帰要因の判断に関する 5-A,B 各項目についての特記事項^{※20※21}

※20 各項目の全部又は一部についてコメントがあれば、文章で記述するか箇条書きにする等、適宜の体裁で記載する（手引きの記載例も参照のこと）。

※21 この 5-C を用いず空欄とし、次の 5-D で一括して記述してもよい。

5-D 上記 5-A,B,C を踏まえた社会復帰要因と社会復帰阻害要因の総合的な評価^{※22※23}

※22 問題点としてだけでなく、ストレンクスとしてみられる要素についても評価をする。

※23 適切な治療をしない場合にはどのような状況になりそうなのかといった診立てをできるだけ具体的に記述する。

統合失調症については 3A に記した通り、鑑定入院時点で既に薬物療法が開始されており、その効果は得られ始めているが、いまだに被害妄想の症状は持続している。病識はなく、治療への動機づけやアドヒアランスも十分でない。対象行為との関係性の理解も不十分である。

知的障害に由来する社会的、情緒的な未熟性もこの状態をより困難なものとしている。このような現在の状態からすると、社会での生活をすすめるに先立って、精神障害への治療を行わなければ、これまで同様に周囲との孤立を強め治療中断に至り、不安を強め、短絡的な他害行動、暴力的な解決をしてしまう状況に陥ることは容易に想像される。こうした状況を防止するためのケア計画、ケア体制、クライシスプランなども現状では策定されていない。結果として、本件対象行為と同様の行為をするなどにより、円滑な社会復帰を行うことが阻害されるものと思われる。

5x 社会復帰要因・社会復帰阻害要因の評価区分

医療観察法の専門的な医療を受けさせなければ、同様の行為を行う具体的・現実的な可能性がある。

医療観察法の専門的な医療を受けさせなければ、同様の行為を行う可能性はあるとは言えるが、その可能性は具体的・現実的とまでは言えない。

医療観察法の専門的な医療を受けさせなければ、同様の行為を行う可能性があるとは言えない。

↑該当するもの／もっとも意見に近いものの□にチェックを入れるか黒塗りにする。

どうしても当てはめられない場合や追加の意見等がある場合には、以下の□その他を用いて（ ）内に解説をする。

その他（ ）

6 結論^{※24※25}

※24 結論が医療観察法による医療を行うのが適当であるという場合には、その医療は本法による入院によるべきか、それとも通院によるべきか、その理由を含めて説明する。

※25 結論が医療観察法による医療をしない／終えるのが適当であるという場合には、どのような処遇が考えられるかについても参考として、できるだけ具体的に記載することが望ましい。

対象行為の際の心神喪失・心神耗弱の原因となった精神障害は現在も存在しており、精神医学的治療が必要な状態にある。本法医療による生物学的アプローチ、心理学的アプローチ、社会学的アプローチにより、総合的な治療効果として、有意な症状改善や症状安定後の再発、再燃防止の効果が期待できると思料される。本法による医療がなされなければ、同様の行為を行う現実的、具体的な可能性がある。

入院中の保護的な環境では著しい精神症状悪化をみていない。他方、今後、寛解を維持しながら、精神科治療の継続が可能であるかの評価や、居所や本人の見守り体制、日中活動といった、支援ネットワークの構築は未完であり、現時点で通院医療機関を選定する状況にない。

以上より、本法による医療を行う事が適当である。その場合、まずは入院治療から開始することが適当であると判断される。

6x 結論区分^{※26※27}

※26 上記の要点を区分の選択によって明示する。

※27 たとえば刑事責任能力に関する見解を求められた場合などにはⅢを使用して、() 内に結論を具体的に記載する。

I 要医療観察法医療 (I a 入院・ I b 通院)

II 医療観察法医療不要

III その他 ()

↑ 該当する□にチェックを入れるか黒塗りにする。

7 鑑定事項・主文

7-A 鑑定事項^{※28}

※28 鑑定命令等の書面に記載された鑑定事項を転記する。

1. 対象者が精神障害者であるか。
2. 対象者が精神障害者である場合、その精神障害は、対象行為を行った際の心神喪失又は心神耗弱の状態の原因となった精神障害と同様のものであるか。
3. 対象者が対象行為を行った際の原因となったものと同様の精神障害を有している場合、その精神障害は治療可能性のあるものか
4. 対象者の精神障害について治療可能性が認められる場合、本法による医療を受けさせなければ、その精神障害のために同様の行為を行う具体的・現実的な可能性があるか
5. 以上をふまえ、対象行為を行った際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するためにこの法律による医療を受けさせる必要があるか否か。仮に医療を受けさせる必要がある場合、入院処遇又は通院処遇のいずれが適当であるか。

7-B 主文^{※29}

※29 主文は、鑑定事項に対応して書く。

1. 対象者は精神障害者である。
2. その精神障害は、対象行為を行った際の心神喪失又は心神耗弱の状態の原因となった精神障害と同様のものである。
3. その精神障害は治療可能性のあるものである。
4. 本法による医療を受けさせなければ、その精神障害のために同様の行為を行う具体的・現実的な可能性がある。
5. 以上をふまえ、対象行為を行った際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するためにこの法律による医療を受けさせる必要がある。入院処遇が適当である。

以上の通り鑑定する。

鑑定書作成年月日 P年Q月R日

鑑定人氏名 ○○ ○○

※この事例はモデル事例として作成した架空のものです。

モデル事例鑑定書 作成者：木下英俊（東京都立松沢病院 精神科）

モデル作成例 3 初回審判 入院 F1

医療観察法鑑定書総括書式（鑑定書のまとめ）

生活歴、現病歴、既往歴、家族歴、身体所見、心理検査所見、対象行為前後の精神状態、診断、考察と説明、共通評価項目などを詳細に記した別紙などを用いて鑑定書を各自で完成させたら、この用紙を最終的なまとめとして作成して鑑定書の冒頭に添付する。

1 基本情報

1-A 対象者氏名

〇〇 〇〇 (ふりがな)

1-B 性別

男性 女性

↑ 該当する□にチェックを入れるか黒塗りにする。

1-C 生年月日

・・・年・・・月・・・日

1-D 鑑定書提出時の満年齢

・ 35 歳

1-E 審判種別

初回審判（法 37 条に基づく鑑定）

入院中の対象者の鑑定（法 52 条に基づく鑑定）

管理者の申立て（ 入院継続 通院移行 医療終了）

対象者・ 保護者・ 付添人の申立て（ 通院移行 医療終了）

通院中の対象者の鑑定（法 62 条に基づく鑑定）

保護観察所長の申立て（ 再入院 通院延長 医療終了）

対象者・ 保護者・ 付添人の申立て（ 医療終了）

↑ 該当する□にチェックを入れるか黒塗りにする。

1-F 対象行為

対象者は X 年 Y 月 Z 日午前 3 時頃、当時居住していた A 県 B 市の対象者宅において、被害者である〇〇〇〇（母親）に対して殺意をもってその胸部および腹部を刺傷するなどしたが、全治 3 か月を要する多発切創を負わせるにとどまり、その目的を遂げなかったものである。

1-G 上記の対象行為日（複数の場合は列挙）

1 X 年 Y 月 Z 日（ 殺人 強盗 放火 強制的性交 強制わいせつ 傷害）（ 未遂）

↑ 該当する□にチェックを入れるか黒塗りにする。

2 精神障害の診断^{※1※2※3※4※5}

※1 診断に必要な情報、診断根拠などは別紙を作成して記載する。

※2 診断には、相当する ICD コードがある場合、末尾に () で付記する。

※3 ここでいう診断には「傾向」や「疑い」も含めるが、単に可能性のあるものの安易な列挙などにならないように注意する。

※4 診断が複数ある場合には列挙する (5 つ目以降がある場合には適宜行を追加する)。

※5 身体疾患、身体障害については、精神科治療に関する点は 4-A,B で、社会復帰要因に関する点は 5-A4, 5-C での記載を考慮する。

2-A 対象行為時についての精神障害の診断

精神障害あり 精神障害なし

↑ 該当する にチェックを入れるか黒塗りにする。

2-A 1 診断名：覚せい剤使用による遅発性精神病性障害 (F15.75)

症 状：幻覚妄想状態 (被害関係妄想、幻聴、体感幻覚)、精神運動興奮

2-B 鑑定時現在についての精神障害の診断

精神障害あり 精神障害なし

↑ 該当する にチェックを入れるか黒塗りにする。

2-B 1 診断名：同上 (F15.75)

症 状：同上 (ただし、対象行為時に比していずれの症状も改善傾向にある。)

3 疾病性（対象行為の機序の整理）

3-A 対象行為当時の精神障害の＜症状等＞と思考、感情、行動、対象行為との関係^{※6※7※8}

※6 精神障害のどのような面が対象行為の発生とどのように関係しているのかを精神障害以外の事情も含めて具体的に描く。

※7 前項2において複数の精神障害をあげた場合には、それぞれの精神障害ごとに影響をできるだけ明らかにしたうえで描く。

※8 この構造を理解しやすくするために末尾の用紙に概要図を書いてもよい（任意）。

25歳頃より、仕事仲間におすすめられ、仕事や生活のストレスを契機に覚せい剤を使用するようになった。次第に使用量が増え、28歳頃より覚せい剤使用時の幻覚妄想が出現した。本人によると覚せい剤の最終使用は32歳時であるというが、同時期から覚せい剤を使用していないときにも幻覚妄想が出現するようになった。幻覚妄想状態で暴れた等の理由で複数回の措置入院歴があり、薬物治療で幻覚妄想が改善するものの退院後すぐに医療中断し、再燃することを繰り返していた。

今回、対象行為の3か月前に措置入院を退院となったが、すぐに服薬中断となり、通院もしていなかった。対象行為2か月前頃から「お前を殺す」「組織から逃げられると思うな」といった＜幻聴＞や「食事をすると体がしびれる」といった＜体感幻覚＞が再燃していた。次第に「母が組織とつながっており、組織の命令で自分に毒を盛っている」という＜被害関係妄想＞に発展した。対象行為前日夜に母に「毒を入れているのか」「俺を殺す気か」と＜精神運動興奮＞状態で詰め寄ったが、母が否定したため、「このままでは毒を盛られて母に殺される」「殺される前に母を殺すしかない」と考え、深夜母が眠っているところを狙って包丁で刺す対象行為に至った。

3-B 鑑定時現在の精神障害の＜症状等＞と思考、感情、行動との関係^{※9※10}

※9 鑑定書作成までに行った具体的な精神医学的治療とその効果を踏まえて、現在のどのような症状が対象者の思考、感情、行動にどのように影響しているか、とくに3-Aの構造に変化がみられたのかという点に注意をしながら記述する。

※10 前項2において複数の精神障害をあげた場合には、それぞれの精神障害ごとに影響をできるだけ明らかにしたうえで描く。

入院当初は症状が活発で、何もないところに「うるせえ」と大声で怒鳴るなど＜精神運動興奮＞著しく、＜幻聴＞も活発であった。「食事をすると舌がしびれる」と＜体感幻覚＞も持続し、「毒が入っている」と＜被害関係妄想＞から食事を拒否したりする様子も認められた。本人の同意が得られたためリスペリドンの投与を開始した。同剤を6mg/日まで増量し＜精神運動興奮＞は改善したが、職員の些細な言動にいら立ちを見せるなどの＜易刺激性＞は認められている。＜幻聴＞＜体感幻覚＞＜被害関係妄想＞にも改善傾向が認められるものの残存しており、時折食事を残すなどの行動は続いている。

3x 現在の精神障害と対象行為当時と同様の機序の存否区分^{※11※12}

※11 上記の3-Aと3-Bの比較などから、現在の思考、感情、行動に対象行為当時と同様の機序の構造が認められるか評価をする。

※12 「同様の機序の構造が認められる」とは、厳密に同様の機序ではなくとも、類似の構造が再現される蓋然性がある場合も含む。

■対象行為時の精神障害は鑑定時現在も認められ、同様の機序の構造は持続している。

□対象行為時の精神障害は鑑定時現在も認められるが、＜症状等＞の軽快・消褪等により、同様の機序の構造は認められなくなっている。

□対象行為時の精神障害は鑑定時現在は認められない。

↑該当するもの／もっとも意見に近いものの□にチェックを入れるか黒塗りにする。

どうしても当てはめられない場合や追加の意見等がある場合（対象行為の責任能力判断に関し特に指摘する事情がある場合も含む。）には、以下の □その他 を用いて（ ）内に解説をする。

□その他（ ）

4 治療反応性（治療効果に関するこの先の診立て）^{※13}

4-A 精神障害に対して考えられる今後の具体的な治療・支援の方策^{※14}

※14 精神障害に対して鑑定書作成までに行った具体的な精神医学的治療とその効果を踏まえて記述する。

4-A1 生物学的アプローチ

これまでの措置入院での治療経過、および鑑定入院中の薬物治療への反応性から、＜精神運動興奮＞＜幻聴＞＜体感幻覚＞＜被害関係妄想＞に対し抗精神病薬は一定の効果を有すると考えられる。また、＜精神運動興奮＞や＜易刺激性＞に対し、バルプロ酸などの気分安定薬の使用が有効である可能性がある。

4-A2 心理学的アプローチ

これまでに自発的な治療につながったことがなく、医療中断による再燃を繰り返しているため、疾病教育により疾病や治療に対する正しい理解を獲得する必要がある。同時に、支援者と良好な関係を構築し治療へのモチベーションを高め、本人が治療の必要性を理解し、治療を受け入れられるような関わりが必要である。過去に覚せい剤乱用歴があることから、必要に応じて薬物依存症の治療プログラムも検討すべきである。

4-A3 社会学的アプローチ

通院医療機関の選定、個人的支援の中核となるキーパーソンの選定、地域の精神保健福祉に対する支援ネットワークの確立が有効かつ必須である。対象行為をきっかけに母は本人との同居を拒否しており、退院後の住居設定も必要となる。

4-B 上記 4-A1,2,3 の3領域のアプローチによって見込まれる治療効果^{※15}

生物学的アプローチを通し、精神病症状の改善、および情動の安定化が期待できる。心理学的アプローチを通じては疾病について理解し、治療への意欲を高め、主体的な治療参加が得られる可能性がある。社会学的アプローチを通じて退院後の生活を安定させ、医療の継続性を担保することが期待できる。それらの総合的な治療効果として、退院後も服薬・通院を継続し、症状が安定した状態を維持できる可能性が十分にある。

4x 上記 4-B で見込まれる精神障害への治療効果の評価区分^{※16}

※16 その障害に関する治療効果の一般論だけでなく、この対象者における具体的な事情を十分に加味して評価する。

反応性はない（あるいは反応性はほとんどなく、治療の効果は基本的に期待できない）。

反応性は不明（どのような効果がどの程度期待できるか等は、現時点では不明）。

反応性がある

治療は悪化や進行の防止の意味にとどまる。

治療によって有意な症状改善や病状安定後の再発・再燃防止の効果等が期待できる。

↑該当するもの／もっとも意見に近いものの□にチェックを入れるか黒塗りにする。

どうしても当てはめられない場合や追加の意見等がある場合には、以下の その他 を用いて（ ）内に解説をする。

その他（ ）

5 社会復帰要因（社会生活機能と活動・参加に関するこの先の診立て）

5-A 社会復帰要因の判断にあたって参考となる対象者本人の現在の状態^{※17※18※19}

※17 この項目はあくまで確認のため例である。たとえば「あり」「なし」で加算して結論を出すという使用方法は不適切である。

※18 網羅的、排他的ではない。したがって、これらとは別に重要な項目もある。評価する内容が重複する項目もある。

※19 問題点としてだけでなく、「十分にある」などはストレングス（強み）としても注目する。

5-A1 病識 ※共通評価項目[2 内省・洞察]等参照

十分にある あるが、不十分 ない

5-A2 アドヒアランス、動機付け ※共通評価項目[3 アドヒアランス]参照

十分にある あるが、不十分 ない

5-A3 対象行為への内省や対象行為と精神障害等との関連性への気づき ※共通評価項目[2 内省・洞察]等参照

十分にある あるが、不十分 ない

5-A4 日常生活動作（IADL）※料理、洗濯、掃除、買い物、電話、金銭管理などの能力 ※共通評価項目[8 日常生活能力]等参照

十分にある あるが、不十分 ない

5-B 社会復帰要因の判断にあたって参考となる環境等の状態

5-B1 通院先 ※共通評価項目[18 現実的計画]等参照

確実にある 具体的な作業は進んでいるが確立・確定はしていない ない

5-B2 ケア体制 ※共通評価項目[19 治療・ケアの継続]等参照

確実にある 具体的な作業は進んでいるが確立・確定はしていない ない

5-B3 ケア計画 ※共通評価項目[19 治療・ケアの継続]等参照

確実にある 具体的な作業は進んでいるが確立・確定はしていない ない

5-B4 クライシスプラン ※共通評価項目[19 治療・ケアの継続]等参照

確実にある 具体的な作業は進んでいるが確立・確定はしていない ない

5-B5 住居 ※共通評価項目[18 現実的計画]等参照

確実にある 具体的な作業は進んでいるが確立・確定はしていない ない

5-B6 収入 ※共通評価項目[18 現実的計画]等参照

確実にある 具体的な作業は進んでいるが確立・確定はしていない ない

5-B7 家族等の個人的支援 ※共通評価項目[16 個人的支援]等参照

確実にある 具体的な作業は進んでいるが確立・確定はしていない ない

5-C 社会復帰要因の判断に関する 5-A,B 各項目についての特記事項^{※20※21}

※20 各項目の全部又は一部についてコメントがあれば、文章で記述するか箇条書きにする等、適宜の体裁で記載する（手引きの記載例も参照のこと）。

※21 この 5-C を用いず空欄とし、次の 5-D で一括して記述してもよい。

「なんで俺が病院に入れられるのかわからない」「俺は自分の身を守ろうとただけ」と病識は欠如している。措置入院時に何度か疾病教育を受けたことがあるが、「自分には当てはまらない」と述べ、理解は不十分である。処方された薬は内服するものの、「飲まないで退院させてもらえないと思うから飲む」「薬は出来るだけ早くやめたい」と述べており、服薬の必要性については理解していない。「俺は病気じゃない」「治療は必要ない。退院後はまた母親との生活に戻るから何も問題ない」と述べており、治療や支援への動機づけはなされていない。「自分が殺されないためにはああするしかなかった」「母が助かってよかったとは思いますが、母が組織とつながっていて、命令されて毒を盛ったのは事実」と述べており、対象行為への内省は欠如している。病識もないため、疾病と対象行為との関連性についても全く自覚がない。

精神疾患発症前には単身生活をし、就労経験もあった。しかし対象行為前は母親と同居しており、日常生活については多くの部分を母親に依存していた。また、金銭管理について、十分な小遣いをもらっていたにも関わらずたびたび母親に追加の小遣いを要求するなど乱費傾向であったという。以上から、日常生活能力は不十分で、訓練による能力向上を図り、生活面での支援体制を整えていく必要があると考えられる。

通院先については、これまで特定の医療機関につながったことがなく、現時点では未定である。既存のケア体制・ケア計画・クライシスプランはない。いずれも鑑定入院中にはとくに確立・立案・作成していない。対象行為被害者である母から同居はできないとの意思が示されており、現時点で住居の確保が出来ていない。対象行為前は母の収入に依存していた。母は今後の経済的支援は困難であると述べており、障害年金や生活保護などの申請が検討されるが、現時点で収入は確保されていない。母以外に交流のある親族はおらず、キーパーソンとしては母親が想定される。母親は治療に対し一定の支援について意思表示しているものの、対象行為被害者であり対象者に対し強い恐怖感を持っていることから、その支援は限定的となることが予想される。

5-D 上記 5-A,B,C を踏まえた社会復帰要因と社会復帰阻害要因の総合的な評価^{※22※23}

※22 問題点としてだけでなく、ストレングスとしてみられる要素についても評価をする。

※23 適切な治療をしない場合にはどのような状況になりそうなのかといった診立てをできるだけ具体的に記述する。

精神障害である覚せい剤使用による遅発性精神病性障害については、鑑定中には、薬物療法を開始してその効果は得られ始めているが、いまだ症状、とくに<幻聴><体感幻覚><被害関係妄想>などは持続している。病識はなく、治療への動機づけやアドヒアランスも十分なものではない。対象行為との関係性の理解も不十分である。現在の状態からすると、社会での生活をすすめるに先立って精神障害への治療を行わなければ、幻覚や被害関係妄想に基づいて身近な人間を傷つけるような状態に陥ることは容易に想像される。こうした事態に陥らないためのケア計画、ケア体制、クライシスプランなども策定されていない状況にある。結果として、本件対象行為と同様の行為をするなどにより、円滑な社会復帰を行うことが阻害されるものと思われる。

一方で、病前には単身生活し就労も出来ていたことから、症状改善後の生活スキルトレーニングや支援体制の構築により、ある程度自立した生活を送れるようになる可能性は十分にある。

5x 社会復帰要因・社会復帰阻害要因の評価区分

医療観察法の専門的な医療を受けさせなければ、同様の行為を行う具体的・現実的な可能性がある。

医療観察法の専門的な医療を受けさせなければ、同様の行為を行う可能性はあるとは言えるが、その可能性は具体的・現実的とまでは言えない。

医療観察法の専門的な医療を受けさせなければ、同様の行為を行う可能性があるとは言えない。

↑該当するもの／もっとも意見に近いものの□にチェックを入れるか黒塗りにする。

どうしても当てはめられない場合や追加の意見等がある場合には、以下の□その他を用いて（ ）内に解説をする。

その他（ ）

6 結論^{※24※25}

※24 結論が医療観察法による医療を行うのが適当であるという場合には、その医療は本法による入院によるべきか、それとも通院によるべきか、その理由を含めて説明する。

※25 結論が医療観察法による医療をしない／終えるのが適当であるという場合には、どのような処遇が考えられるかについても参考として、できるだけ具体的に記載することが望ましい。

対象行為の際の心神喪失・心神耗弱の原因となった精神障害は現在も存在しており、今なお病状は不安定で入院による精神医学的治療が必要な状態にある。また、社会復帰要因についても、病識、アドヒアランス、治療への動機づけ、対象行為への内省なども不十分であり対象者本人だけでは自発的に治療を継続して受けることは難しいうえ、退院後の住居も設定されておらず、通院医療機関を選定するような段階ではなく、またケア体制や個人的支援を受けることも困難な状況である。したがって、医療観察法の専門的な治療を継続的に行うためには、入院による医療を受けさせることが適当であると判断する。

6x 結論区分^{※26※27}

※26 上記の要点を区分の選択によって明示する。

※27 たとえば刑事責任能力に関する見解を求められた場合などにはⅢを使用して、() 内に結論を具体的に記載する。

I 要医療観察法医療 (I a 入院・ I b 通院)

II 医療観察法医療不要

III その他 ()

↑ 該当する□にチェックを入れるか黒塗りにする。

7 鑑定事項・主文

7-A 鑑定事項^{※28}

※28 鑑定命令等の書面に記載された鑑定事項を転記する。

1. 対象者が精神障害者であるか。
2. 対象者が精神障害者である場合、その精神障害は、対象行為を行った際の心神喪失又は心神耗弱の状態の原因となった精神障害と同様のものであるか。
3. 対象者が対象行為を行った際の原因となったものと同様の精神障害を有している場合、その精神障害は治療可能性のあるものか
4. 対象者の精神障害について治療可能性が認められる場合、本法による医療を受けさせなければ、その精神障害のために同様の行為を行う具体的・現実的な可能性があるか
5. 以上をふまえ、対象行為を行った際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するためにこの法律による医療を受けさせる必要があるか否か。仮に医療を受けさせる必要がある場合、入院処遇又は通院処遇のいずれが適当であるか。

7-B 主文^{※29}

※29 主文は、鑑定事項に対応して書く。

1. 対象者は精神障害者である。
2. その精神障害は、対象行為を行った際の心神喪失又は心神耗弱の状態の原因となった精神障害と同様のものである。
3. その精神障害は治療可能性のあるものである。
4. 本法による医療を受けさせなければ、その精神障害のために同様の行為を行う具体的・現実的な可能性がある。
5. 以上をふまえ、対象行為を行った際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するためにこの法律による医療を受けさせる必要がある。入院処遇が適当である。

以上の通り鑑定する。

鑑定書作成年月日・・・年・・・月・・・日

鑑定人氏名 ○○ ○○

(参考資料^{※30}) 機序／フォーミュレーションの概要図^{※31}

※30 このページは、参考資料であり、作成するかしないかは鑑定人の自由である。

※31 このページは、3-A と 3-B の内容について説明する概要図である。

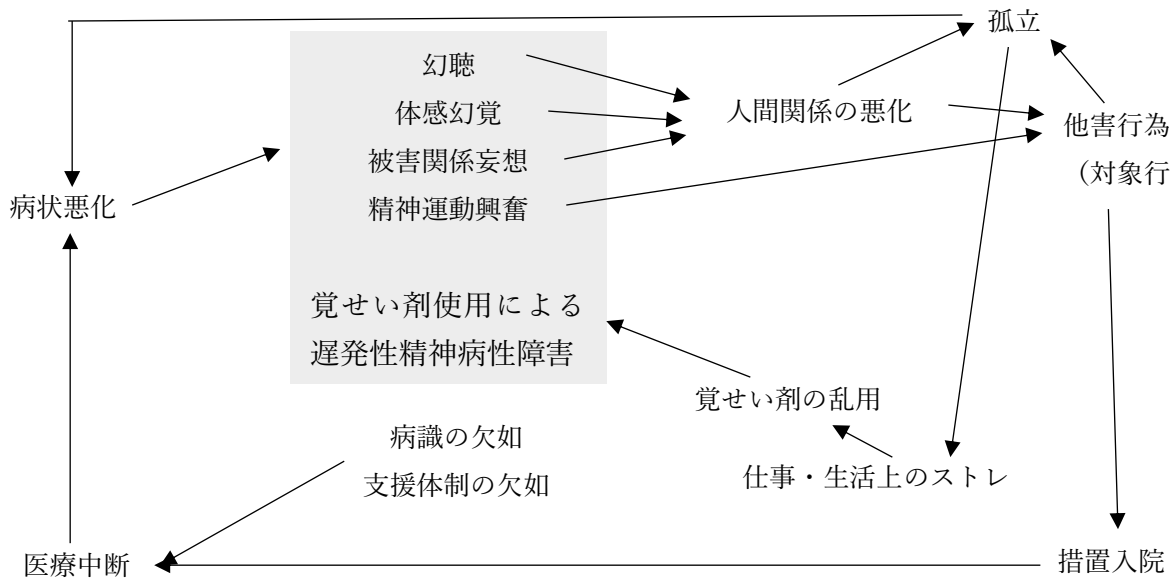
3 の内容のなかでとくに機序／フォーミュレーションにおいて重要な要素^{※32}

精神障害の要素 として重要なもの	幻聴、体感幻覚、被害関係妄想、精神運動興奮 病識の欠如、繰り返す医療中断
精神障害以外の要素 として重要なもの	覚せい剤の乱用 仕事・生活上のストレス、人間関係の悪化、孤立 支援体制の欠如

※32 ここであげた要素を次の「概要図」に書き込むとよい。

(概要図) ^{※33}

※33 「フォーミュレーションの概要図」は印刷後に手書きで記入したり、貼付してもよい。



※この事例はモデル事例として作成した架空のものです。

モデル事例鑑定書 作成者：加藤愛理

モデル作成例 4 初回審判 通院 F3

医療観察法鑑定書総括書式（鑑定書のまとめ）

生活歴、現病歴、既往歴、家族歴、身体所見、心理検査所見、対象行為前後の精神状態、診断、考察と説明、共通評価項目などを詳細に記した別紙などを用いて鑑定書を各自で完成させたら、この用紙を最終的なまとめとして作成して鑑定書の冒頭に添付する。

1 基本情報

1-A 対象者氏名

A (〇〇 〇〇)

1-B 性別

男性 女性

↑ 該当する□にチェックを入れるか黒塗りにする。

1-C 生年月日

・・・年・・・月・・・日

1-D 鑑定書提出時の満年齢

65 歳

1-E 審判種別

初回審判（法 37 条に基づく鑑定）

入院中の対象者の鑑定（法 52 条に基づく鑑定）

管理者の申立て（入院継続 通院移行 医療終了）

対象者・保護者・付添人の申立て（通院移行 医療終了）

通院中の対象者の鑑定（法 62 条に基づく鑑定）

保護観察所長の申立て（再入院 通院延長 医療終了）

対象者・保護者・付添人の申立て（医療終了）

↑ 該当する□にチェックを入れるか黒塗りにする。

1-F 対象行為

対象者は、X 年 Y 月 Z 日、A と夫が現に住居に使用し、かつ現にいる居宅に放火しようと考え、午前 4 時頃、同居宅内の寝室において、同所に敷かれた布団にライターで火を点火して火を放ち、その火を同所の壁、床、天井等に燃え移らせ、よって同居宅内を焼損したものである。（現住建造物等放火）

1-G 上記の対象行為日（複数の場合は列挙）

1 X 年 Y 月 Z 日（殺人 強盗 放火 強姦性交 強制わいせつ 傷害）

↑ 該当する□にチェックを入れるか黒塗りにする。

2 精神障害の診断^{※1※2※3※4※5}

※1 診断に必要な情報、診断根拠などは別紙を作成して記載する。

※2 診断には、相当する ICD コードがある場合、末尾に () で付記する。

※3 ここでいう診断には「傾向」や「疑い」も含めるが、単に可能性のあるものの安易な列挙などにならないように注意する。

※4 診断が複数ある場合には列挙する (5 つ目以降がある場合には適宜行を追加する)。

※5 身体疾患、身体障害については、精神科治療に関する点は 4-A,B で、社会復帰要因に関する点は 5-A4, 5-C での記載を考慮する。

2-A 対象行為時についての精神障害の診断

精神障害あり 精神障害なし

↑ 該当する にチェックを入れるか黒塗りにする。

2-A 1 診断名：双極性感情障害・現在混合性エピソード (F31.6)

症 状：躁症状 (気分の高揚、過活動、易怒性・易被刺激性の亢進) と
抑うつ症状 (自殺念慮、罪業妄想、激越) の混在

2-A 2 診断名：－

症 状：－

2-B 鑑定時現在についての精神障害の診断

精神障害あり 精神障害なし

↑ 該当する にチェックを入れるか黒塗りにする。

2-B 1 診断名：双極性感情障害・現在軽症うつ病エピソード (F31.3)

症 状：抑うつ症状 (軽度の精神運動抑制、罪責感)
(ただし、対象行為時に比較して全般的に軽快してきている。)

2-B 2 診断名：－

症 状：－

3 疾病性（対象行為の機序の整理）

3-A 対象行為当時の精神障害の＜症状等＞と思考、感情、行動、対象行為との関係^{※6※7※8}

30代に第2子を出産後にうつ病を発症し、精神科治療歴がある。数ヵ月間の治療で抑うつ状態は改善したが、その後軽躁状態を呈して治療中断された。その後は自然に軽快し、以降長らく気分症状は再発せず、主婦として問題なく生活していた。

X-1年、対象行為の約6ヵ月前に明らかな誘因なく抑うつ状態が再発し、＜抑うつ気分＞や＜精神運動抑制＞、＜罪責感＞などが出現した。自らの意思でB総合病院精神科を受診し、うつ病の診断でエスタロプラム10mgが処方され、3ヵ月ほどで症状は改善した。しかし、服薬継続していたにもかかわらずその1ヵ月後（対象行為の約2ヵ月前）から急速に抑うつ症状再発し、＜抑うつ気分＞や＜精神運動抑制＞のほか、＜不安焦燥感＞、「夫や息子に対して取り返しのつかないことをしてしまった」といった＜罪業妄想＞、＜自殺念慮＞も続いて出現した。夫に対して自殺を仄めかしたため、対象行為の1週間前にB総合病院精神科への入院を申し込み、入院待機となった。その後抑うつ症状に加え、夜になると＜気分の高揚＞や＜易怒性＞、＜過活動＞が出現するようになり、夜間寝ようとせずに書き物をしたり、じっとしていられず家の中をウロウロと歩き回ったり、急に夫を怒鳴りつけたと思ったら直後に泣きながら謝罪するなど情動不安定になった。対象行為のあった日も前夜から寝ずに手紙を書いたりしていたが、「取り返しのつかないことをしたので死ぬしかない」と考え、突発的に自身の寝室で布団に火を放った（本件対象行為）。

この対象行為は、再発したうつ病相で＜罪業妄想＞や＜自殺念慮＞が出現していたことに加え、躁症状の＜気分の高揚＞や＜過活動＞、＜易怒性＞が混在し始めて混合状態に移行し、情動が急速に不安定化した末に起こった自殺企図であると説明される。

3-B 鑑定時現在の精神障害の＜症状等＞と思考、感情、行動との関係^{※9※10}

起訴前鑑定入院中に開始されたクエチアピン200mgと炭酸リチウム600mgが奏効し、対象行為から約2ヵ月後には躁症状の＜気分の高揚＞や＜過活動＞、＜易怒性＞は消失し、抑うつ症状の＜抑うつ気分＞や＜精神運動抑制＞、＜罪責感＞が残存した。その後抑うつ症状も徐々に軽減し、X年Y+4月、医療観察法鑑定の開始時には＜自殺念慮＞は消失し、軽度の＜精神運動抑制＞と対象行為に対する＜罪責感＞が残存する程度となった。双極性障害と診断し、夫同席で心理教育を行ったところ、疾患に対する理解が深まり、再発予防の重要性など治療に対する意欲も高まった。

3x 現在の精神障害と対象行為当時と同様の機序の存否区分^{※11※12}

対象行為時の精神障害は鑑定時現在も認められ、同様の機序の構造は持続している。

対象行為時の精神障害は鑑定時現在も認められるが、＜症状等＞の軽快・消褪等により、同様の機序の構造は認められなくなっている。

対象行為時の精神障害は鑑定時現在は認められない。

↑該当するもの／もっとも意見に近いものの□にチェックを入れるか黒塗りにする。

どうしても当てはめられない場合や追加の意見等がある場合（対象行為の責任能力判断に関し特に指摘する事情がある場合も含む。）には、以下の□その他を用いて（ ）内に解説をする。

その他（ ）

4 治療反応性（治療効果に関するこの先の診立て）※13

4-A 精神障害に対して考えられる今後の具体的な治療・支援の方策※14

4-A1 生物学的アプローチ

双極性障害による＜気分の高揚＞＜過活動＞＜易怒性＞＜易被刺激性＞といった躁症状や＜抑うつ気分＞＜精神運動抑制＞＜罪責感＞といった抑うつ症状については、クエチアピンと炭酸リチウムが奏効しており、躁症状は消失し、抑うつ症状も改善傾向である。今後もクエチアピンと炭酸リチウムを中心とした薬物療法でさらなる改善が期待できる。

4-A2 心理学的アプローチ

双極性障害に関する心理教育により、薬物療法の必要性を理解したり、再発の際の前駆症状に早期に気づき、対処するスキルを身につけ、再発を防止することが可能であると思われる。

すでに夫同席での心理教育を開始しており、病識が形成され、治療意欲も高まってきている。

4-A3 社会学的アプローチ

通院医療機関の選定、個人的支援の中核となるキーパーソンの設定、地域の精神保健福祉に対する支援ネットワークの確立が有効かつ必須である。

すでに通院医療機関は現在鑑定入院を行っている当院で引き受けることが可能な状況であり、本人と家族もそれを希望している。キーパーソンとなる夫には上述の通り本人と一緒に心理教育を受けてもらっており、疾患に対する理解も深まっている。近所の住む長男夫婦も夫の不在時などの見守り支援を担ってくれる予定である。訪問看護の導入を促し、本人と夫ともに賛同しており、訪問看護ステーションの調整が進んでいるところである。

4-B 上記 4-A1,2,3 の3領域のアプローチによって見込まれる治療効果※15

生物学的アプローチについては、現在服用しているクエチアピンと炭酸リチウムを中心に継続していく必要がある。これによって残存する抑うつ症状のさらなる改善も見込まれ、再発予防効果も期待される。心理学的アプローチとしては、すでに開始している心理教育を継続することで、病識の形成や再発予防へ向けてのスキルの獲得が期待できる。社会学的アプローチとしては、夫や長男夫婦の支援に加え、訪問看護の導入により、治療の継続や再発予防効果が期待できる。これらの総合的な治療効果として、残存する抑うつ症状が改善し、再発が防止され、安定した状態が持続する可能性は十分にある。

4x 上記 4-B で見込まれる精神障害への治療効果の評価区分※16

反応性はない（あるいは反応性はほとんどなく、治療の効果は基本的に期待できない）。

反応性は不明（どのような効果がどの程度期待できるか等は、現時点では不明）。

反応性がある

治療は悪化や進行の防止の意味にとどまる。

治療によって有意な症状改善や病状安定後の再発・再燃防止の効果等が期待できる。

どうしても当てはめられない場合や追加の意見等がある場合には、以下の その他 を用いて（ ）内に解説をする。

その他（ ）

5 社会復帰要因（社会生活機能と活動・参加に関するこの先の診立て）

5-A 社会復帰要因の判断にあたって参考となる対象者本人の現在の状態^{※17※18※19}

※17 この項目はあくまで確認のため例である。たとえば「あり」「なし」で加算して結論を出すという使用方法は不適切である。

※18 網羅的、排他的ではない。したがって、これらとは別に重要な項目もある。評価する内容が重複する項目もある。

※19 問題点としてだけでなく、「十分にある」などはストレングス（強み）としても注目する。

5-A1 病識 ※共通評価項目[2 内省・洞察]等参照

十分にある あるが、不十分 ない

5-A2 アドヒアランス、動機付け ※共通評価項目[3 アドヒアランス]参照

十分にある あるが、不十分 ない

5-A3 対象行為への内省や対象行為と精神障害等との関連性への気づき ※共通評価項目[2 内省・洞察]等参照

十分にある あるが、不十分 ない

5-A4 日常生活動作（IADL）※料理、洗濯、掃除、買い物、電話、金銭管理などの能力 ※共通評価項目[8 日常生活能力]等参照

十分にある あるが、不十分 ない

5-B 社会復帰要因の判断にあたって参考となる環境等の状態

5-B1 通院先 ※共通評価項目[18 現実的計画]等参照

確実にある 具体的な作業は進んでいるが確立・確定はしていない ない

5-B2 ケア体制 ※共通評価項目[19 治療・ケアの継続]等参照

確実にある 具体的な作業は進んでいるが確立・確定はしていない ない

5-B3 ケア計画 ※共通評価項目[19 治療・ケアの継続]等参照

確実にある 具体的な作業は進んでいるが確立・確定はしていない ない

5-B4 クライシスプラン ※共通評価項目[19 治療・ケアの継続]等参照

確実にある 具体的な作業は進んでいるが確立・確定はしていない ない

5-B5 住居 ※共通評価項目[18 現実的計画]等参照

確実にある 具体的な作業は進んでいるが確立・確定はしていない ない

5-B6 収入 ※共通評価項目[18 現実的計画]等参照

確実にある 具体的な作業は進んでいるが確立・確定はしていない ない

5-B7 家族等の個人的支援 ※共通評価項目[16 個人的支援]等参照

確実にある 具体的な作業は進んでいるが確立・確定はしていない ない

5-C 社会復帰要因の判断に関する 5-A,B 各項目についての特記事項^{※20※21}

※20 各項目の全部又は一部についてコメントがあれば、文章で記述するか箇条書きにする等、適宜の体裁で記載する（手引きの記載例も参照のこと）。

※21 この 5-C を用いず空欄とし、次の 5-D で一括して記述してもよい。

- ・対象行為より以前は自身の障害をうつ病として認識しており、躁症状に関する病識はなかったが、現在は治療により混合性エピソードが改善したことや双極性障害の心理教育を行っていることにより、病識は形成されてきている。ただし、対象行為により家族に迷惑をかけたことに対する罪責感が続いており、自己の弱さを責める発言も聞かれ、病識は十分とは言えない。
- ・治療の必要性は認識しており、再発への恐怖心もあいまって、服薬は「医師の指示通り必ず続ける」と述べている。心理教育についても積極的な姿勢で取り組んでいる。
- ・治療への動機づけは十分といえるが、訪問看護の利用については当初消極的であり、一連の経緯について人に話すことは「恥」であると捉えていた。現在は訪問看護の導入を受け入れているが、社会的アプローチへの動機づけは十分とは言えない。
- ・対象行為については繰り返し謝罪の言葉を述べ、罪責感も認める。双極性障害の病状悪化により自殺念慮が高まり、対象行為に至ったとの説明には理解を示すが、「自分の弱さが今回のことを招いてしまった」と述べるなど、疾患ではなく自身の性格などに帰属させる傾向があり、対象行為と精神障害との関連についての理解は十分とは言えない。
- ・現在は抑うつ症状も改善傾向であり、病棟内での生活は自立している。
- ・対象行為以前も抑うつ症状が悪化する前までは、自宅での生活は自立しており、主婦として家事や金銭管理など問題なくこなしていた。
- ・現在鑑定入院を行っている当院で通院を引き受けることが可能な状況であり、本人と家族もそれを希望している。
- ・同居している夫がキーパーソンであるが、心理教育も受け、疾患理解は深まりつつある。近所に住む長男夫婦も夫の不在時などの見守り支援を担ってくれる予定である。夫と長男、長男の妻の 3 人での役割分担（通院の同行、日中の見守り等）について話し合われている。
- ・訪問看護の導入を促し、本人と夫ともに賛同している。医療観察法通院処遇となった場合に利用可能な訪問看護ステーションは選定されており、内諾は得られている。
- ・クライシスプランは完成していないが、現在行っている心理教育プログラムの中でセルフモニタリングは開始されており、これを元にクライシスプランを作成する予定となっている。
- ・夫と 2 人で暮らしていた自宅（持ち家）は対象行為で一部焼損したが、被害のなかった部屋については居住可能な状況であり、焼損した部屋もリフォーム工事が進んでおり、まもなく居住可能になる予定である。
- ・年金による収入に加え、これまでの貯金が十分あり、経済的な心配はないと思われる。

5-D 上記 5-A,B,C を踏まえた社会復帰要因と社会復帰阻害要因の総合的な評価^{※22※23}

※22 問題点としてだけでなく、ストレングスとしてみられる要素についても評価をする。

※23 適切な治療をしない場合にはどのような状況になりそうなのかといった診立てをできるだけ具体的に記述する。

精神障害である双極性障害については 3A に記した通り、鑑定中に薬物療法を開始してその効果は得られているが、抑うつ症状として<精神運動抑制>や<罪責感>などは残存している。病識は形成されつつあり、治療への動機づけやアドヒアランスは十分と言えるが、対象行為により家族に迷惑をかけたこ

とに対する罪責感が続いており、「自分の弱さが今回のことを招いてしまった」と述べるなど、疾患ではなく自身の性格などに帰属させる傾向があり、対象行為と精神障害との関連についての理解は十分とは言えない。このような現在の状態からすると、精神障害へのさらなる治療を行わなければ、抑うつ症状の再燃や罪責感の悪化は十分考えられ、対象行為時のような罪業妄想や自殺念慮の再発、さらには自殺企図へと進む可能性も考えられる。こうした事態に陥らないためのケア計画やクライシスプランの作成には取り掛かりつつあるが、まだ完成されていない状況にある。結果として、本件対象行為と同様の行為をするなどにより、円滑な社会復帰を行うことが阻害されるものと思われる。

5x 社会復帰要因・社会復帰阻害要因の評価区分

- 医療観察法の専門的な医療を受けさせなければ、同様の行為を行う具体的・現実的な可能性がある。
- 医療観察法の専門的な医療を受けさせなければ、同様の行為を行う可能性はあるとは言えるが、その可能性は具体的・現実的とまでは言えない。
- 医療観察法の専門的な医療を受けさせなければ、同様の行為を行う可能性があるとは言えない。
- ↑該当するもの／もっとも意見に近いものの□にチェックを入れるか黒塗りにする。
どうしても当てはめられない場合や追加の意見等がある場合には、以下の□その他を用いて（ ）内に解説をする。
- その他（ ）

6 結論^{※24※25}

※24 結論が医療観察法による医療を行うのが適当であるという場合には、その医療は本法による入院によるべきか、それとも通院によるべきか、その理由を含めて説明する。

※25 結論が医療観察法による医療をしない／終えるのが適当であるという場合には、どのような処遇が考えられるかについても参考として、できるだけ具体的に記載することが望ましい。

対象行為の際の心神耗弱の原因となった精神障害は現在も存在しており、この障害については精神医学的治療が必要な状態にある。鑑定中の治療により症状は改善傾向にあり、今後もさらなる改善の可能性は十分見込まれる。ただし、罪責感などの抑うつ症状は残存しており、自責的思考は容易に高まる可能性を有していると思われる。病識や動機づけ、対象行為と精神障害との関連性への気づきなども不十分であり、ケア計画やクライシスプランの作成も途上である。以上より、医療観察法による医療を行うのが適当と考える。

医療観察法による医療を行うにあたり、通院医療機関は選定できており、主に家族によるケア体制は構築されており、住居や経済状況にも問題はない。治療継続の必要性は十分理解できている。したがって、医療観察法による医療は、通院治療から開始するのが適切であると判断する。

6x 結論区分^{※26※27}

※41 上記 6-A の要点を区分の選択によって明示する。

※42 たとえば刑事責任能力に関する見解を求められた場合などにはⅢを使用して、() 内に結論を具体的に記載する。

I 要医療観察法医療 (I a 入院・ I b 通院)

II 医療観察法医療不要

III その他^{※42} ()

↑ 該当する にチェックを入れるか黒塗りにする。

7 鑑定事項・主文

7-A 鑑定事項^{※28}

※28 鑑定命令等の書面に記載された鑑定事項を転記する。

1. 対象者が精神障害者であるか。
2. 対象者が精神障害者である場合、その精神障害は、対象行為を行った際の心神喪失又は心神耗弱の状態の原因となった精神障害と同様のものであるか。
3. 対象者が対象行為を行った際の原因となったものと同様の精神障害を有している場合、その精神障害は治療可能性のあるものか
4. 対象者の精神障害について治療可能性が認められる場合、本法による医療を受けさせなければ、その精神障害のために同様の行為を行う具体的・現実的な可能性があるか
5. 以上をふまえ、対象行為を行った際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するためにこの法律による医療を受けさせる必要があるか否か。仮に医療を受けさせる必要がある場合、入院処遇又は通院処遇のいずれが適当であるか。

7-B 主文^{※29}

※29 主文は、鑑定事項に対応して書く。

1. 対象者は精神障害者である。
2. その精神障害は、対象行為を行った際の心神耗弱の状態の原因となった精神障害と同様のものである。
3. その精神障害は治療可能性のあるものである。
4. 本法による医療を受けさせなければ、その精神障害のために同様の行為を行う具体的・現実的な可能性がある。
5. 以上をふまえ、対象行為を行った際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するためにこの法律による医療を受けさせる必要がある。現在は治療により症状は改善してきており、病識も形成され、治療の必要性を十分認識している。家族の支援体制も構築されており、通院先も確保されており、通院処遇が適当である。

以上の通り鑑定する。

鑑定書作成年月日・・・年・・・月・・・日

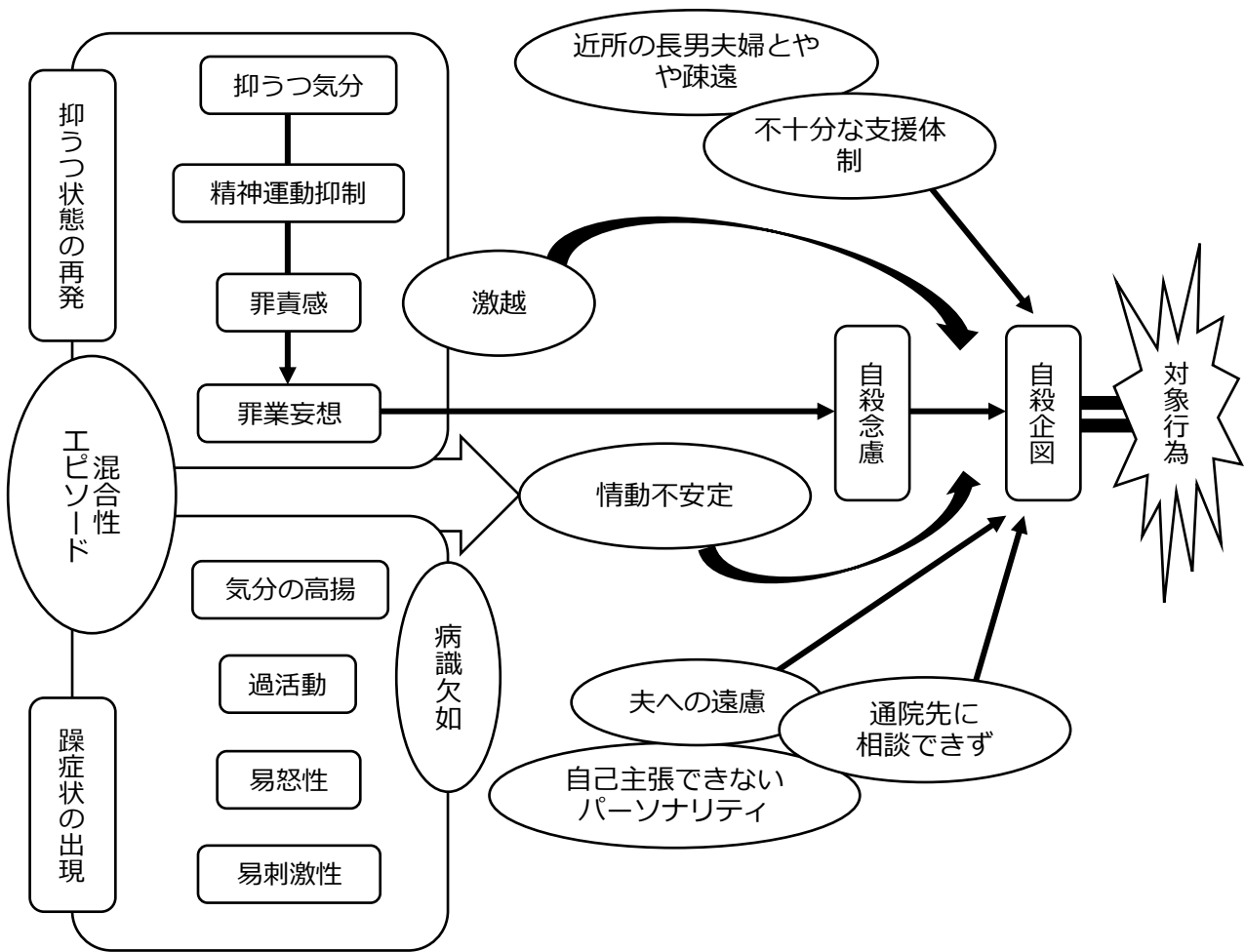
鑑定人氏名 ○○ ○○

(参考資料^{※30}) 機序／フォーミュレーションの概要図^{※31}

3の内容のなかでとくに機序／フォーミュレーションにおいて重要な要素^{※32}

精神障害の要素 として重要なもの	気分の高揚、過活動、易怒性・易被刺激性の亢進、 抑うつ気分、精神運動抑制、罪責感、罪業妄想、自殺念慮、激越、情動不安定
精神障害以外の要素 として重要なもの	不十分な支援体制、長男夫婦との関係、自己主張ができないパーソナリティ

(概要図) ^{※33}



※この事例はモデル事例として作成した架空のものです。
モデル事例鑑定書 作成者：賀古勇輝

モデル作成例 5 初回審判 不処遇 F7+F2

医療観察法鑑定書総括書式（鑑定書のまとめ）

生活歴、現病歴、既往歴、家族歴、身体所見、心理検査所見、対象行為前後の精神状態、診断、考察と説明、共通評価項目などを詳細に記した別紙などを用いて鑑定書を各自で完成させたら、この用紙を最終的なまとめとして作成して鑑定書の冒頭に添付する。

1 基本情報

1-A 対象者氏名

〇〇 〇〇 (ふりがな)

1-B 性別

・男性

1-C 生年月日

・・年・・月・・日

1-D 鑑定書提出時の満年齢

28歳

1-E 審判種別

初回審判（法 37 条に基づく鑑定）

入院中の対象者の鑑定（法 52 条に基づく鑑定）

管理者の申立て（ 入院継続 通院移行 医療終了）

対象者・ 保護者・ 付添人の申立て（ 通院移行 医療終了）

通院中の対象者の鑑定（法 62 条に基づく鑑定）

保護観察所長の申立て（ 再入院 通院延長 医療終了）

対象者・ 保護者・ 付添人の申立て（ 医療終了）

↑ 該当する にチェックを入れるか黒塗りにする。

1-F 対象行為

対象者は X 年 Y 月 Z 日・・時頃、走行中の電車先頭車両において、被害者 A（6 歳）に対して、その頭部を両手で突き飛ばして転倒させ、全治 6 か月の頭蓋骨骨折を負わせ、また、止めに入ったその父親（38 歳）の右腕に噛みつき、全治 1 か月の咬傷を負わせたものである。

1-G 上記の対象行為日（複数の場合は列挙）

X 年 Y 月 Z 日（傷害）

2 精神障害の診断^{※1※2※3※4}

※1 診断に必要な情報、診断根拠などは別紙を作成して記載する。

※2 診断には、相当する ICD コードがある場合、末尾に () で付記する。

※3 ここでいう診断には「傾向」や「疑い」も含めるが、単に可能性のあるものの安易な列挙などにならないように注意する。

※4 診断が複数ある場合には列挙する (5 つ目以降がある場合には適宜行を追加する)。

※4.1 身体疾患、身体障害については、精神科治療に関する点は 4-1, 4-2 で、社会復帰要因に関する点は 5-A4, 5-C での記載を考慮する。

2-A 対象行為時についての精神障害の診断

精神障害あり 精神障害なし

↑ 該当する にチェックを入れるか黒塗りにする。

2-A 1 診断名：知的障害、軽度知的障害 (ICD コード：F70)

症 状：興奮、感情の制御困難、対人関係能力の障害、問題解決能力の障害

2-A 2 診断名：統合失調症 (ICD コード：F20)

症 状：特になし

2-B 鑑定時現在についての精神障害の診断

精神障害あり 精神障害なし

↑ 該当する にチェックを入れるか黒塗りにする。

2-B 1 診断名：知的障害、軽度知的障害 (ICD コード：F70)

症 状：対人関係能力の障害、問題解決能力の障害

2-B 2 診断名：統合失調症 (ICD コード：F20)

症 状：特になし

3 疾病性（対象行為の機序の整理）

3-A 対象行為当時の精神障害の＜症状等＞と思考、感情、行動、対象行為との関係^{※5※6※7}

※5 精神障害のどのような面が対象行為の発生とどのように関係しているのかを精神障害以外の事情も含めて具体的に描く。

※6 前項2において複数の精神障害をあげた場合には、それぞれの精神障害ごとの影響をできるだけ明らかにしたうえで描く。

※7 この構造を理解しやすくするために末尾の用紙に概要図を書いてもよい（任意）。

幼少期に発育発達の遅れを指摘された。保育園でも集団行動になじめず、癩癩を起すことが多かった。小学校に入学するも授業についていけず、指示を理解できないことも多かったことから、両親と担任が相談して専門医を受診したところ、知的障害を指摘され愛の手帳3度を取得した。小学校3年から特別支援学級に通い、中学特別支援学級を卒業した。簡単な会話はできたが、学年が上がるにつれ、抽象的な理解がより一層困難になり、状況に応じた物事の判断ができず対人トラブルになることなどが増えた。そのため中学卒業後は特別支援学校高等部に進学した。在学中、耳を抑えて突然走り出したり、大声で叫んだりすることが続いたため専門医受診したところ、幻聴や被害妄想を認め統合失調症と診断された。入院して薬物療法が開始されリスペリドン6mg、バルプロ酸800mgで安定した。その後は通院を続け忘れることなく服薬し特に不穏となることなく過ごし、高等部卒業後は知的障害者作業所に通所しパンを焼いている。作業所には自宅からバスに乗って一人で通い、休日は同じ路線の好きな電車に乗ることを日課にするなどパターン化した生活を送っていた。

対象者は日曜日、お気に入りの路線の電車の先頭車両に乗り景色を見ていたところ、途中から乗車してきた被害者が割り込んできた。動かないでいたが、何度も叩かれ押されもしたため、被害者を突き飛ばして転倒させた。止めに入った同伴の被害者父に怒鳴られ腕をつかまれると、対象者は大声を出してその右腕に噛みついた。

対象者は認知機能の発達に制限があるため言語理解・表出に制限があり状況を十分に言語化できないが、状況から自身の行動を邪魔されたことに反応し、また、いわゆるパニックになったため本件対象行為が行われたと推測される。相手が幼い子供であるにもかかわらず、そのことに配慮した行動をとることができず〈感情制御困難〉、場所を譲ったり詰めたりすることなく〈現実的論理的思考の問題〉、また、言葉でその感情を伝えたりすることができず〈言語表出の問題〉、突発的・衝動的に行動化〈ストレス耐性の欠如〉〈興奮〉して対象行為に及んだと考えられる。また、被害者に怒鳴られたことで著しく混乱して同様に衝動的に右腕に噛みついた〈興奮〉。ただし、これら一連の行動は、対象者の行動特性・パターンとは言えず（最近10年間はほとんど問題行動なく過ごしていた）、従来経験のないストレス負荷によって引き起こされた一時的で反応性の行動と考えられる。

高校生の時に幻覚妄想状態で統合失調症を発症し薬物療法が施されたが、服薬コンプライアンスは良好で、以後同様の状態を呈することはなかった。

本件対象行為前も服薬状況良好で、奇異な言動が観察されたことはなく、対象行為時も独語空笑なども確認されていないことから統合失調症の症状はなかったと考えられ、本件に影響を与えていなかったと考えられる。

3-B 鑑定時現在の精神障害の＜症状等＞と思考、感情、行動との関係^{※8※9}

※8 鑑定書作成までに行った具体的な精神医学的治療とその効果を踏まえて、現在のどのような症状が対象者の思考、感情、行動にどのように影響しているか、とくに3-Aの構造に変化がみられたのかという点に注意をしながら記述する。

※9 前項2において複数の精神障害をあげた場合には、それぞれの精神障害ごとの影響をできるだけ明らかにしたうえで描く。

入院後、従来処方継続している。論理的思考の欠如、言語表出の稚拙さ、新規場面への適応の問題を認め、時に頭を抱える焦燥感を認めるが、知的障害の本質的特性に変化はない。ただし、ゆっくり丁寧に平易な言葉で伝えれば、興奮することなくコミュニケーションをとることができ、感情は安定している。統合失調症の症状を認めない。

3x 現在の精神障害と対象行為当時と同様の機序の存否区分^{※10}

※10 上記の3-Aと3-Bの比較などから、現在の思考、感情、行動に対象行為当時と同様の機序の構造が認められるか評価をする。

■対象行為時の精神障害は鑑定時現在も認められ、同様の機序の構造は持続している。

□対象行為時の精神障害は鑑定時現在も認められるが、＜症状等＞の軽快・消褪等により、同様の機序の構造は認められなくなっている。

□対象行為時の精神障害は鑑定時現在は認められない。

↑該当するもの／もっとも意見に近いものの□にチェックを入れるか黒塗りにする。

どうしても当てはめられない場合や追加の意見等がある場合（対象行為の責任能力判断に関し特に指摘する事情がある場合も含む。）には、以下の □その他 を用いて（ ）内に解説をする。

□その他（ ）

4 治療反応性（治療効果に関するこの先の診立て）※11

※11 精神障害が複数ある場合には本様式をコピーして使用する。

4-A 精神障害に対して考えられる今後の具体的な治療・支援の方策※16

※12 精神障害に対して鑑定書作成までに行った具体的な精神医学的治療とその効果を踏まえて記述する。

4-A1 生物学的アプローチ

一般的には知的障害を改善させる薬物療法は存在しない。ただし、情動の不安定・多動・衝動性などを対症療法的に一定程度改善させることができる場合がある。対象者の場合、統合失調症を発症したときから薬物療法が開始され、本件対象行為を除けばここ数年それらの症状は観察されていないことから、その薬物療法が知的障害の各種症状にも効果をもたらしている可能性がある。

なお、統合失調症については、＜幻聴＞＜被害妄想＞＜情動不安定＞といった症状については、抗精神病薬、気分安定薬などの薬物療法与が有効であるが、既にこの治療は開始され、長年症状を認めないなどその効果を認める。

4-A2 心理学的アプローチ

知的障害については、小学時代から特別支援学級、高校から特別支援学校に通っており、長年教育面から既に対象者に合わせた各種心理学的アプローチを受けていたといえる。その成果もあってか、高等部卒業後は両親や支援スタッフの援助を受けながら、作業所に通所していた。パターン化した生活ではあったが、その範囲では逸脱した行動は確認できず、考えうる最大限の社会適応ができていたといえ、本人の知的能力の点から、これ以上の心理学的アプローチには限界があると考えられる。

統合失調症については、病識の獲得、疾病の理解、薬物療法の必要性の理解などは不十分であり、それらに対する心理学的アプローチが一般的には必要であるが、対象者の場合、知的な制約からその理解はほとんど期待できない。ただし拒否なく支援者の指導を受け入れている。

4-A3 社会学的アプローチ

知的障害については、心理学的アプローチと同様に、既に長年生活支援を受けている。通院し、知的障害者を専門とする作業所スタッフの指導を受け、両親の理解対応も良好で適宜行政への相談も行っていた。統合失調症についても、受動的ではあるが、現在考えうる各種支援は既に受けている。

4-B 上記 4-A1,2,3 の 3 領域のアプローチによって見込まれる治療効果 ※12

※12.1 悪化や進行の防止といった消極的側面と、有意な症状改善や病状安定後の再発・再燃防止の効果等といった積極的側面の両方から、治療効果の見込みや予測不能性を検討することが望ましい。

既に生物学的・心理学的・社会学的アプローチを受けており、現時点で考えうる最大限の治療効果を獲得していると考えられる。これ以上の改善は本人の知的水準を考慮すると極めて困難と考えられる。

本件対象行為は統合失調症の影響を受けてはいない。対象者に対する統合失調症の治療としては効果が得られている。対象者の精神活動の基盤となる知的障害を考慮すると、その効果は限界に達しており、更なる改善は期待できないと考えられる。

4x 上記 4-B で見込まれる精神障害への治療効果の評価区分^{※13}

※13 その障害に関する治療効果の一般論だけではなく、この対象者における具体的な事情を十分に加味して評価する。

反応性はない（あるいは反応性はほとんどなく、治療の効果は基本的に期待できない）。

反応性は不明（どのような効果がどの程度期待できるか等は、現時点では不明）。

反応性がある

治療は悪化や進行の防止の意味にとどまる。

治療によって有意な症状改善や病状安定後の再発・再燃防止の効果等が期待できる。

↑該当するもの／もっとも意見に近いもののにチェックを入れるか黒塗りにする。

どうしても当てはめられない場合や追加の意見等がある場合には、以下の その他 を用いて（ ）内に解説をする。

その他（知的障害について現時点で標準的で十分な各種アプローチを受けており、一般的に考えて治療効果は限界に達していると考えられる。しかし、対象者の経験したことのない医療観察法において特別な治療が行われることでさらなる改善が得られる可能性は完全には否定できないため上記と判断した。ただし、知的障害の治療に現在以上に効果的で特別な治療法が存在するわけではなく、その可能性は低いと考える。）

5 社会復帰要因（社会生活機能と活動・参加に関するこの先の診立て）

5-A 社会復帰要因の判断にあたって参考となる対象者本人の現在の状態^{※14※15※16}

※14 この項目はあくまで確認のため例である。たとえば「あり」「なし」で加算して結論を出すという使用方法は不適切である。

※15 網羅的、排他的ではない。したがって、これらとは別に重要な項目もある。評価する内容が重複する項目もある。

※16 問題点としてだけでなく、「十分にある」などはストレングス（強み）としても注目する。

5-A1 病識 ※共通評価項目[2 内省・洞察]等参照

十分にある あるが、不十分 ない

5-A2 アドヒアランス、動機付け ※共通評価項目[3 アドヒアランス]参照

十分にある あるが、不十分 ない

5-A3 対象行為への内省や対象行為と精神障害等との関連性への気づき ※共通評価項目[2 内省・洞察]等参照

十分にある あるが、不十分 ない

5-A4 日常生活動作（IADL）※料理、洗濯、掃除、買い物、電話、金銭管理などの能力 ※共通評価項目[8 日常生活能力]等参照

十分にある あるが、不十分 ない

5-B 社会復帰要因の判断にあたって参考となる環境等の状態

5-B1 通院先 ※共通評価項目[18 現実的計画]等参照

確実にある 具体的な作業は進んでいるが確立・確定はしていない ない

5-B2 ケア体制 ※共通評価項目[19 治療・ケアの継続]等参照

確実にある 具体的な作業は進んでいるが確立・確定はしていない ない

5-B3 ケア計画 ※共通評価項目[19 治療・ケアの継続]等参照

確実にある 具体的な作業は進んでいるが確立・確定はしていない ない

5-B4 クライシスプラン ※共通評価項目[19 治療・ケアの継続]等参照

確実にある 具体的な作業は進んでいるが確立・確定はしていない ない

5-B5 住居 ※共通評価項目[18 現実的計画]等参照

確実にある 具体的な作業は進んでいるが確立・確定はしていない ない

5-B6 収入 ※共通評価項目[18 現実的計画]等参照

確実にある 具体的な作業は進んでいるが確立・確定はしていない ない

5-B7 家族等の個人的支援 ※共通評価項目[16 個人的支援]等参照

確実にある 具体的な作業は進んでいるが確立・確定はしていない ない

5-C 社会復帰要因の判断に関する各項目についての特記事項

病識はほとんど確認できないが、否認もない。治療に対する姿勢はほとんど受け身であるが、拒否はない。対象行為の話になると「ごめんなさい」と繰り返すが、被害者への共感や内省の具体的内容について説明することはできず、知的な問題から十分な洞察ができていないといえない。表面的である。

作業所での活動としてパンを焼くことができるが、単純な作業の一環としてできているに過ぎない。料理洗濯掃除などはほぼすべて両親が担っており、金銭管理能力はない。ただし、電話・バスの利用、両親との電話を受けることはできる。

10年以上の通院先があり、月に一度定期的に受診している。通いなれた作業所に対象者の特性を理解した支援スタッフがあり、また、両親も支援を続けている。既存のケア計画が存在する。今まで対象行為のような問題行動に至ったことはなく、クライシスプランの作成が試みられたことはない。両親が同居する自宅がある。障害年金を受給している。両親が両親死亡後の本人のために資産運用している。

5-D 上記 5-A,B,C を踏まえた社会復帰要因と社会復帰阻害要因の総合的な評価^{※37※38}

※37 問題点としてだけでなく、ストレングスとしてみられる要素についても評価をする。

※38 適切な治療をしない場合にはどのような状況になりそうなのかといった診立てをできるだけ具体的に記述する。

対象者の知的障害の程度を考慮すると、利用可能な支援態勢が十分に整えられており、既に実行されている。社会復帰阻害要因は認めない。

5x 社会復帰要因・社会復帰阻害要因の評価区分

医療観察法の専門的な医療を受けさせなければ、同様の行為を行う具体的・現実的な可能性がある。

医療観察法の専門的な医療を受けさせなければ、同様の行為を行う可能性はあるとは言えるが、その可能性は具体的・現実的とまでは言えない。

医療観察法の専門的な医療を受けさせなければ、同様の行為を行う可能性があるとは言えない。

↑該当するもの／もっとも意見に近いものの□にチェックを入れるか黒塗りにする。

どうしても当てはめられない場合や追加の意見等がある場合には、以下の□その他を用いて（ ）内に解説をする。

その他（ ）

6 結論^{※39※40}

※39 結論が医療観察法による医療を行うのが適当であるという場合には、その医療は本法による入院によるべきか、それとも通院によるべきか、その理由を含めて説明する。

※40 結論が医療観察法による医療をしない／終えるのが適当であるという場合には、どのような処遇が考えられるかについても参考として、できるだけ具体的に記載することが望ましい。

対象行為の際の心神喪失・心神耗弱の原因となった精神障害は現在も存在しており、この障害については精神医学的治療が必要な状態にあり疾病性を満たす。

一方、精神障害に対して、長期間適切な治療・支援を受けており、治療効果は限界に達しており、これ以上の治療反応性は期待できないと考えられる。

支援体制も十分に整っており社会復帰阻害要因はない。強いていえば、医療観察法が適用されると既に整備された支援体制が中断され、新規場面への適応が困難な対象者にとっては治療がより困難になる可能性がある。

以上、疾病性以外の要件を満たさないため医療観察法は不要であると判断する。

6x 結論区分^{※41※42}

※41 上記 6-A の要点を区分の選択によって明示する。

※42 たとえば刑事責任能力に関する見解を求められた場合などにはⅢを使用して、() 内に結論を具体的に記載する。

I 要医療観察法医療 (I a 入院・ I b 通院)

II 医療観察法医療不要

III その他 ()

↑ 該当する にチェックを入れるか黒塗りにする。

7 鑑定事項・主文

7-A 鑑定事項^{※43}

※43 鑑定命令等の書面に記載された鑑定事項を転記する。

1. 対象者が精神障害者であるか。
2. 対象者が精神障害者である場合、その精神障害は、対象行為を行った際の心神喪失又は心神耗弱の状態の原因となった精神障害と同様のものであるか。
3. 対象者が対象行為を行った際の原因となったものと同様の精神障害を有している場合、その精神障害は治療可能性のあるものか
4. 対象者の精神障害について治療可能性が認められる場合、本法による医療を受けさせなければ、その精神障害のために同様の行為を行う具体的・現実的な可能性があるか
5. 以上をふまえ、対象行為を行った際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するためにこの法律による医療を受けさせる必要があるか否か。仮に医療を受けさせる必要がある場合、入院処遇又は通院処遇のいずれが適当であるか。

7-B 主文^{※44}

※44 主文は、鑑定事項に対応して書く。

1. 対象者は精神障害者である。
2. その精神障害は、対象行為を行った際の心神喪失又は心神耗弱の状態の原因となった精神障害と同様のものである。
3. その精神障害は治療可能性のあるものであるが、治療効果はすでに限界に達している。
4. 本法による医療を受けさせなければ、その精神障害のために同様の行為を行う具体的・現実的な可能性はない。
5. 以上をふまえ、対象行為を行った際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するためにこの法律による医療を受けさせる必要はない。

以上の通り鑑定する。

鑑定書作成年月日・・・年・・・月・・・日

鑑定人氏名 ○○ ○○

※この事例はモデル事例として作成した架空のものです。

モデル事例鑑定書 作成者：大澤達哉

モデル作成例 6 初回審判 不処遇 F0

医療観察法鑑定書総括書式（鑑定書のまとめ）

生活歴、現病歴、既往歴、家族歴、身体所見、心理検査所見、対象行為前後の精神状態、診断、考察と説明、共通評価項目などを詳細に記した別紙などを用いて鑑定書を各自で完成させたら、この用紙を最終的なまとめとして作成して鑑定書の冒頭に添付する。

1 基本情報

1-A 対象者氏名

〇〇 〇〇 (〇〇〇〇 〇〇〇)

1-B 性別

女性

1-C 生年月日

・ ・ 年 ・ ・ 月 ・ ・ 日

1-D 鑑定書提出時の満年齢

77 歳

1-E 審判種別

■ 初回審判（法 37 条に基づく鑑定）

入院中の対象者の鑑定（法 52 条に基づく鑑定）

管理者の申立て（ 入院継続 通院移行 医療終了）

対象者・ 保護者・ 付添人の申立て（ 通院移行 医療終了）

通院中の対象者の鑑定（法 62 条に基づく鑑定）

保護観察所長の申立て（ 再入院 通院延長 医療終了）

対象者・ 保護者・ 付添人の申立て（ 医療終了）

↑ 該当する にチェックを入れるか黒塗りにする。

1-F 対象行為

対象者は、〇〇〇〇が現に住居に使用し、かつ同人が現にいる居宅に放火しようと考え、午前 1 時頃、同居宅内の居間において、同所に敷かれた布団にライターで火を点火して火を放ち、その火を同所の壁、床、天井等に燃え移らせ、よって同居宅内を焼損したものである。

1-G 上記の対象行為日（複数の場合は列挙）

・ ・ ・ 年 ・ ・ 月 ・ ・ 日（現住建造物等放火）

2 精神障害の診断^{※1※2※3※4※4.1}

※1 診断に必要な情報、診断根拠などは別紙を作成して記載する。

※2 診断には、相当する ICD コードがある場合、末尾に () で付記する。

※3 ここでいう診断には「傾向」や「疑い」も含めるが、単に可能性のあるものの安易な列挙などにならないように注意する。

※4 診断が複数ある場合には列挙する (5 つ目以降がある場合には適宜行を追加する)。

※4.1 身体疾患、身体障害については、精神科治療に関する点は 4-A,B で、社会復帰要因に関する点は 5-A4, 5-C での記載を考慮する。

2-A 対象行為時についての精神障害の診断

精神障害あり 精神障害なし

↑ 該当する□にチェックを入れるか黒塗りにする。

2-A 1 診断名：レビー小体型認知症 (F02.8)

症 状：認知機能低下、幻視、嫉妬妄想、不眠、易刺激性亢進

2-B 鑑定時現在についての精神障害の診断

精神障害あり 精神障害なし

↑ 該当する□にチェックを入れるか黒塗りにする。

2-B 1 診断名：レビー小体型認知症 (F02.8)

症 状：認知機能低下、幻視、嫉妬妄想、不眠、易刺激性亢進

(ただし、対象行為時に比較して全般的に軽快してきている。)

3 疾病性（対象行為の機序の整理）

3-A 対象行為当時の精神障害の＜症状等＞と思考、感情、行動、対象行為との関係

元来嫉妬深く内向的な性格であったが、70歳を過ぎた頃より＜幻視＞とそれに伴う＜嫉妬妄想＞が出現した。対象行為の約1年前の身体科病院での入院中に＜認知機能低下＞が進行し、オムツ着用や食事要求を繰り返すなど介護がさらに困難となった。当時の主治医からは認知症を指摘され専門医受診を勧められたが、家族は行動できず有効な解決に至っていなかった。退院後は自宅で過ごしたが、オムツ着用となったため夫との外出が減った。そのため夫への嫉妬妄想は悪化し、夫への暴言や杖で叩くなどの暴力に発展するようになり＜易刺激性の亢進＞が出現した。また＜不眠＞が徐々に悪化し、徘徊により警察通報されることが繰り返された。対象行為当日は朝から夫が不在で、日中より独語をしながら自宅を徘徊するなど落ち着かなかった。夜間は不眠で幻視が顕著となり嫉妬妄想に駆られ、夫の浮気相手を驚かして追い出そうと考え、衝動的に夫の布団に火をつけた（本件対象行為）。

この対象行為は、夫の浮気相手を追い出すという動機に基づくが、これは＜幻視＞と＜嫉妬妄想＞によるものである。日常生活能力低下（ADL 低下）により夫との外出機会が減るなどの状況変化に対し、元来の聴力・視力障害に伴うコミュニケーション障害に加え＜認知機能低下＞の進行により状況判断が一層困難となっていた。そのため、それら状況変化が＜嫉妬妄想＞に促進的に作用し妄想的な確信を強めていた。それに伴い＜易刺激性の亢進＞など感情の問題も加わり、対象行為前には夫への暴言や暴力に発展するなど衝動統制が不良となる中で、＜不眠＞が加わり対象行為に至った。

3-B 鑑定時現在の精神障害の＜症状等＞と思考、感情、行動との関係^{※8※9}

※8 鑑定書作成までに行った具体的な精神医学的治療とその効果を踏まえて、現在のどのような症状が対象者の思考、感情、行動にどのように影響しているか、とくに3-Aの構造に変化がみられたのかという点に注意をしながら記述する。

※9 前項2において複数の精神障害をあげた場合には、それぞれの精神障害ごとに影響をできるだけ明らかにしたうえで描く。

鑑定入院中に開始したドネペジルおよび抑肝散、クエチアピン投与により＜幻視＞＜嫉妬妄想＞＜不眠＞＜易刺激性亢進＞は対象行為時よりも目立たなくなっている。しかし＜認知機能低下＞について改善は乏しく、現在の状況を理解できず、徘徊し病棟ドアを開けようとする行動や帰宅要求を繰り返している。時に食事要求や帰宅要求などが通らないと怒り出し、内服を拒否するなど介護への抵抗があるが暴言や暴力には発展せず、時間を置くと落ち着くなど、易刺激性亢進や衝動統制不良は改善していると考えられる。

3x 現在の精神障害と対象行為当時と同様の機序の存否区分^{※10※10.1}

※10 上記の3-Aと3-Bの比較などから、現在の思考、感情、行動に対象行為当時と同様の機序の構造が認められるか評価をする。

※10.1 「同様の機序の構造が認められる」とは、厳密に同様の機序ではなくとも、類似の構造が再現される蓋然性がある場合も含む。

対象行為時の精神障害は鑑定時現在も認められ、同様の機序の構造は持続している。

対象行為時の精神障害は鑑定時現在も認められるが、＜症状等＞の軽快・消褪等により、同様の機序の構造は認められなくなっている。

対象行為時の精神障害は鑑定時現在は認められない。

↑該当するもの／もっとも意見に近いものの□にチェックを入れるか黒塗りにする。

どうしても当てはめられない場合や追加の意見等がある場合（対象行為の責任能力判断に関し特に指摘する事情がある場合も含む。）には、以下の その他 を用いて（ ）内に解説をする。

その他（ ）

4 治療反応性（治療効果に関するこの先の診立て）

4-A 精神障害に対して考えられる今後の具体的な治療・支援の方策

4-A1 生物学的アプローチ

<幻視><嫉妬妄想><不眠><易刺激性の亢進>といった認知症の周辺症状である BPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia) は薬物療法により改善が認められる。一方で認知症の中核症状となる認知機能低下は進行性でありその程度は重度といえ現状で改善は乏しく、治療を継続したとしても今後の改善は期待できない。

4-A2 心理学的アプローチ

現在のところはこのアプローチは行っていない。社会復帰促進のため、治療継続性理解や疾病の自律的な管理の実現を目指した疾病教育、対象行為の内省の深化、社会生活および日常生活能力の向上を目指した生活療法などが必要であるが、認知機能低下とコミュニケーション障害により学習と般化は困難と言わざるを得ず、病識の獲得や内省深化による変容を対象者に期待することは現実的ではない。

4-A3 社会学的アプローチ

家族機能は脆弱で行政手続きなども行うにも支援が必要である。社会復帰調整を行い、現在は地域包括支援センターを中心とした支援体制が有効に機能しており、経済的基盤は確保され、帰住先となる入所施設の選定、医療機関の選定に着手している。

4-B 上記 4-A1,2,3 の3領域のアプローチによって見込まれる治療効果

生物学的アプローチについては、周辺症状の改善により介護の負担軽減や今後の社会的基盤の維持には有効に機能する。一方で心神耗弱の原因となったレビー小体型認知症の中核症状である認知機能低下にはすでに重度の低下に至っており、生物学的なアプローチおよび心理学的なアプローチを継続して行ったとしても、今後それらが改善し判断能力が回復することは期待できない。社会学的アプローチにより支援体制や環境調整が可能となり、社会生活を安全に維持できると考えられるが、対象行為を契機にすでに行政を中心とした包括的支援体制が機能しており新たなアプローチの必要性はない。以上から、生物学的・心理学的アプローチにより中核症状となる認知機能低下の改善による判断能力の回復は期待できないが、主として必要となる環境調整についてはすでに行なわれており、医療観察法医療提供によって今後見込まれる治療効果は乏しい。

4x 上記 4-B で見込まれる精神障害への治療効果の評価区分

反応性はない（あるいは反応性はほとんどなく、治療の効果は基本的に期待できない）。

反応性は不明（どのような効果がどの程度期待できるか等は、現時点では不明）。

反応性がある

治療は悪化や進行の防止の意味にとどまる。

治療によって有意な症状改善や病状安定後の再発・再燃防止の効果等が期待できる。

↑該当するもの／もっとも意見に近いものの□にチェックを入れるか黒塗りにする。

どうしても当てはめられない場合や追加の意見等がある場合には、以下の □その他 を用いて（ ）内に解説をする。

その他（ ）

5 社会復帰要因（社会生活機能と活動・参加に関するこの先の診立て）

5-A 社会復帰要因の判断にあたって参考となる対象者本人の現在の状態^{※21※22※23}

※21 この項目はあくまで確認のため例である。たとえば「あり」「なし」で加算して結論を出すという使用方法は不適切である。

※22 網羅的、排他的ではない。したがって、これらとは別に重要な項目もある。評価する内容が重複する項目もある。

※23 問題点としてだけでなく、「十分にある」などはストレングス（強み）としても注目する。

5-A1 病識 ※共通評価項目[2 内省・洞察]等参照

十分にある あるが、不十分 ない

5-A2 アドヒアランス、動機付け ※共通評価項目[3 アドヒアランス]参照

十分にある あるが、不十分 ない

5-A3 対象行為への内省や対象行為と精神障害等との関連性への気づき ※共通評価項目[2 内省・洞察]等参照

十分にある あるが、不十分 ない

5-A4 日常生活動作（IADL）※料理、洗濯、掃除、買い物、電話、金銭管理などの能力 ※共通評価項目[8 日常生活能力]等参照

十分にある あるが、不十分 ない

5-B 社会復帰要因の判断にあたって参考となる環境等の状態

5-B1 通院先 ※共通評価項目[18 現実的計画]等参照

確実にある 具体的な作業は進んでいるが確立・確定はしていない ない

5-B2 ケア体制 ※共通評価項目[19 治療・ケアの継続]等参照

確実にある 具体的な作業は進んでいるが確立・確定はしていない ない

5-B3 ケア計画 ※共通評価項目[19 治療・ケアの継続]等参照

確実にある 具体的な作業は進んでいるが確立・確定はしていない ない

5-B4 クライシスプラン ※共通評価項目[19 治療・ケアの継続]等参照

確実にある 具体的な作業は進んでいるが確立・確定はしていない ない

5-B5 住居 ※共通評価項目[18 現実的計画]等参照

確実にある 具体的な作業は進んでいるが確立・確定はしていない ない

5-B6 収入 ※共通評価項目[18 現実的計画]等参照

確実にある 具体的な作業は進んでいるが確立・確定はしていない ない

5-B7 家族等の個人的支援 ※共通評価項目[16 個人的支援]等参照

確実にある 具体的な作業は進んでいるが確立・確定はしていない ない

5-C 社会復帰要因の判断に関する 5-A,B 各項目についての特記事項^{※36.1※36.2}

※36.1 各項目の全部又は一部についてコメントがあれば、文章で記述するか箇条書きにする等、適宜の体裁で記載する（手引きの記載例も参照のこと）。

※36.2 この 5-C を用いず空欄とし、次の 5-D で一括して記述してもよい。

5-D 上記 5-A,B,C を踏まえた社会復帰要因と社会復帰阻害要因の総合的な評価^{※37※38}

※37 問題点としてだけでなく、ストレングスとしてみられる要素についても評価をする。

※38 適切な治療をしない場合にはどのような状況になりそうなのかといった診立てをできるだけ具体的に記述する。

対象行為前対象者は家族と同居していたが、認知機能低下や ADL 低下、BPSD により在宅介護は破綻しつつあったと考えられ、加えて現在家族の同居への不安は強く対象者の受け入れを拒んでいる。対象行為前より専門医への受診を勧められており、ADL 低下に加え、徘徊や暴言・暴力など課題が山積している状況にもかかわらず受診や相談につながっておらず、家族は有効な問題解決が行えていなかった。また現在調整を進める中で、行政手続きなどにも多くの支援が必要であったことなどから個人的支援が有効かどうかには疑問が残る。これまでの現状から治療や支援がなければ、家族は有効に機能せず不安はありながらもやむを得ず在宅での同居となる見込みは高く、在宅でのケアや治療の継続は期待できないため、認知症の BPSD が持続し再び夫への他害行為が出現する可能性がある。

しかし、対象行為を契機に、地域包括支援センターや行政が有効に機能しており、経済的基盤や居住地選定、医療・福祉の提供のためのケア体制が整備されつつある。具体的には、生活保護受給の経済的基盤が確保でき、介護保険利用申請の結果、要介護 4 と認定され、現在施設入所に向けたケア計画策定が行われている。心理社会的介入が困難であり、セルフモニターやクライスプランはできないが、認知症高齢者介護における諸問題を解決するための各機関の連携体制はすでに整いつつある。

総合すると、すでに診断が確定しそれに必要な医療および支援の提供がなされ状態は安定しており、退院後のケア計画やケア体制が整いつつある現状からは、本件対象行為と同様な行為を行うなどにより円滑な社会復帰が阻害されるとは考えにくい。

5x 社会復帰要因・社会復帰阻害要因の評価区分

医療観察法の専門的な医療を受けさせなければ、同様の行為を行う具体的・現実的な可能性がある。

医療観察法の専門的な医療を受けさせなければ、同様の行為を行う可能性はあるとは言えるが、その可能性は具体的・現実的とまでは言えない。

医療観察法の専門的な医療を受けさせなければ、同様の行為を行う可能性があるとは言えない。

↑該当するもの／もっとも意見に近いものの□にチェックを入れるか黒塗りにする。

どうしても当てはめられない場合や追加の意見等がある場合には、以下の□その他を用いて（ ）内に解説をする。

その他（ ）

6 結論^{※39※40}

※39 結論が医療観察法による医療を行うのが適当であるという場合には、その医療は本法による入院によるべきか、それとも通院によるべきか、その理由を含めて説明する。

※40 結論が医療観察法による医療をしない／終えるのが適当であるという場合には、どのような処遇が考えられるかについても参考として、できるだけ具体的に記載することが望ましい。

対象行為の際の心神耗弱の原因となった精神障害であるレビー小体型認知症は現在も存在しており、幻視や嫉妬妄想、易刺激性などの周辺症状は薬物療法により一定程度改善したが、中核症状となる認知機能低下は重度かつ進行性であり、今後あらゆる医療的介入をおこなっても、判断能力の回復は期待できない。対象者本人の変容が期待できない以上、介入の中心は環境調整にならざるを得ないが、すでに行政を中心としたケアマネジメントが有効に機能しケア計画やケア体制が整いつつあり、帰住先や医療機関などの選定も行われる見込みである。したがって、医療観察法による専門的な医療を受けさせなければ、同様の行為を行う具体的・現実的可能性があるとは言えないため、医療観察法医療を受けさせる必要はないと判断する。今後は、ケアマネージャーを中心に確立したケア体制に沿って、精神保健福祉法による治療を継続することが可能であると考え。

6x 結論区分^{※41※42}

※41 上記の要点を区分の選択によって明示する。

※42 たとえば刑事責任能力に関する見解を求められた場合などにはⅢを使用して、() 内に結論を具体的に記載する。

I 要医療観察法医療 (I a 入院・ I b 通院)

II 医療観察法医療不要

III その他 ()

↑ 該当する にチェックを入れるか黒塗りにする。

7 鑑定事項・主文

7-A 鑑定事項^{※43}

※43 鑑定命令等の書面に記載された鑑定事項を転記する。

1. 対象者が精神障害者であるか。
2. 対象者が精神障害者である場合、その精神障害は、対象行為を行った際の心神喪失又は心神耗弱の状態の原因となった精神障害と同様のものであるか。
3. 対象者が対象行為を行った際の原因となったものと同様の精神障害を有している場合、その精神障害は治療可能性のあるものか
4. 対象者の精神障害について治療可能性が認められる場合、本法による医療を受けさせなければ、その精神障害のために同様の行為を行う具体的・現実的な可能性があるか
5. 以上をふまえ、対象行為を行った際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するためにこの法律による医療を受けさせる必要があるか否か。仮に医療を受けさせる必要がある場合、入院処遇又は通院処遇のいずれが適当であるか。

7-B 主文^{※44}

※44 主文は、鑑定事項に対応して書く。

1. 対象者は精神障害者である。
2. その精神障害は、対象行為を行った際の心神喪失又は心神耗弱の状態の原因となった精神障害と同様のものである。
3. その精神障害について治療可能性は乏しいといえる。
4. 本法による医療を受けさせなければ、その精神障害のために同様の行為を行う具体的・現実的な可能性があるとはいえない。
5. 以上をふまえ、対象行為を行った際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するためにこの法律による医療を受けさせる必要はない。

以上の通り鑑定する。

鑑定書作成年月日・・・年・・・月・・・日

鑑定人氏名 ○○ ○○

(参考資料^{※45}) 機序／フォーミュレーションの概要図^{※46}

※45 このページは、参考資料であり、作成するかしないかは鑑定人の自由である。

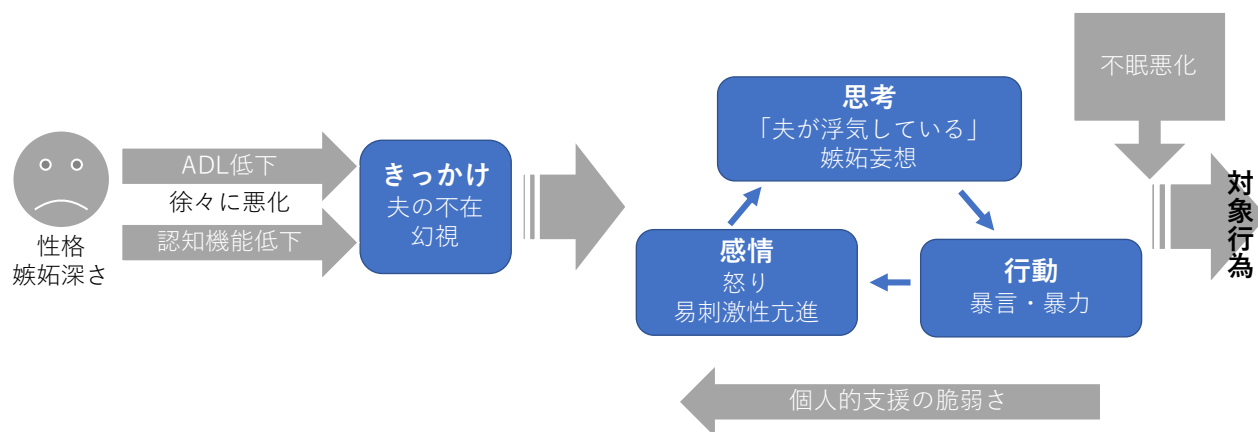
※46 このページは、3-A と 3-B の内容について説明する概要図である。

3 の内容のなかでとくに機序／フォーミュレーションにおいて重要な要素^{※47}

精神障害の要素 として重要なもの	認知機能低下、不眠、幻視、嫉妬妄想、易刺激性の亢進
精神障害以外の要素 として重要なもの	ADL 低下 個人的支援の脆弱さ 性格要因

※47 ここであげた要素を次の「概要図」に書き込むとよい。

(図を PC で作成した例) ^{※48}



※48 「フォーミュレーションの概要図」は印刷後に手書きで記入したり、貼付してもよい。

※この事例はモデル事例として作成した架空のものです。

モデル事例鑑定書 作成者：久保 彩子（国立病院機構琉球病院 精神科）

モデル作成例 7 初回審判 不処遇 F0+身体合併症

医療観察法鑑定書総括書式（鑑定書のまとめ）

生活歴、現病歴、既往歴、家族歴、身体所見、心理検査所見、対象行為前後の精神状態、診断、考察と説明、共通評価項目などを詳細に記した別紙などを用いて鑑定書を各自で完成させたら、この用紙を最終的なまとめとして作成して鑑定書の冒頭に添付する。

1 基本情報

1-A 対象者氏名

〇〇 〇〇 (ふりがな)

1-B 性別

男性 女性

↑該当する□にチェックを入れるか黒塗りにする。

1-C 生年月日

X-42年〇〇月〇〇日

1-D 鑑定書提出時の満年齢

・42歳

1-E 審判種別

初回審判（法 37 条に基づく鑑定）

入院中の対象者の鑑定（法 52 条に基づく鑑定）

管理者の申立て（入院継続 通院移行 医療終了）

対象者・保護者・付添人の申立て（通院移行 医療終了）

通院中の対象者の鑑定（法 62 条に基づく鑑定）

保護観察所長の申立て（再入院 通院延長 医療終了）

対象者・保護者・付添人の申立て（医療終了）

↑該当する□にチェックを入れるか黒塗りにする。

1-F 対象行為

対象者は、X年3月12日18時30分頃、自宅において、同居の夫に対し、殺意をもって所携の包丁で切りつけたものの、夫の抵抗に遭い、その右前腕に全治1カ月の切創を負わせるに留まったものである。

1-G 上記の対象行為日（複数の場合は列挙）

1 X年3月12日（殺人未遂）

2 精神障害の診断※1※2※3※4※5

※1 診断に必要な情報、診断根拠などは別紙を作成して記載する。

※2 診断には、相当する ICD コードがある場合、末尾に () で付記する。

※3 ここでいう診断には「傾向」や「疑い」も含めるが、単に可能性のあるものの安易な列挙などにならないように注意する。

※4 診断が複数ある場合には列挙する (5 つ目以降がある場合には適宜行を追加する)。

※5 身体疾患、身体障害については、精神科治療に関する点は 4-A,B で、社会復帰要因に関する点は 5-A4, 5-C での記載を考慮する。

2-A 対象行為時についての精神障害の診断

■精神障害あり □精神障害なし

↑ 該当する□にチェックを入れるか黒塗りにする。

2-A 1 診断名：器質性気分（感情）障害（F06.3）

症 状：抑うつ症状（抑うつ気分、希死念慮、罪業妄想）、精神病症状（被害妄想）

2-A 2 診断名：なし

症 状：なし

2-B 鑑定時現在についての精神障害の診断

■精神障害あり □精神障害なし

↑ 該当する□にチェックを入れるか黒塗りにする。

2-B 1 診断名：器質性気分（感情）障害・寛解（F06.3）

症 状：なし

2-B 2 診断名：なし

症 状：なし

3 疾病性（対象行為の機序の整理）

3-A 対象行為当時の精神障害の＜症状等＞と思考、感情、行動、対象行為との関係^{※6※7※8}

※6 精神障害のどのような面が対象行為の発生とどのように関係しているのかを精神障害以外の事情も含めて具体的に描く。

※7 前項2において複数の精神障害をあげた場合には、それぞれの精神障害ごとに影響をできるだけ明らかにしたうえで描く。

※8 この構造を理解しやすくするために末尾の用紙に概要図を書いてもよい（任意）。

対象者は「夫が殺人鬼で、自分も過去の入院中に患者を殺したことがあり、このままだと娘が殺されてしまうため、夫を殺して自分も死ぬしかない」という罪業妄想、被害妄想、希死念慮に基づいて、包丁を振り回し夫を傷つけたものである。事件当時、対象者の行為は精神症状に完全に支配されていた。

3-B 鑑定時現在の精神障害の＜症状等＞と思考、感情、行動との関係^{※9※10}

※9 鑑定書作成までに行った具体的な精神医学的治療とその効果を踏まえて、現在のどのような症状が対象者の思考、感情、行動にどのように影響しているか、とくに3-Aの構造に変化がみられたのかという点に注意をしながら記述する。

※10 前項2において複数の精神障害をあげた場合には、それぞれの精神障害ごとに影響をできるだけ明らかにしたうえで描く。

鑑定入院中に精神症状は完全寛解しており、現在は明らかな精神症状を認めない。

3x 現在の精神障害と対象行為当時と同様の機序の存否区分^{※11※12}

※11 上記の3-Aと3-Bの比較などから、現在の思考、感情、行動に対象行為当時と同様の機序の構造が認められるか評価をする。

※12 「同様の機序の構造が認められる」とは、厳密に同様の機序ではなくとも、類似の構造が再現される蓋然性がある場合も含む。

対象行為時の精神障害は鑑定時現在も認められ、同様の機序の構造は持続している。

対象行為時の精神障害は鑑定時現在も認められるが、＜症状等＞の軽快・消褪等により、同様の機序の構造は認められなくなっている。

対象行為時の精神障害は鑑定時現在は認められない。

↑該当するもの／もっとも意見に近いものの□にチェックを入れるか黒塗りにする。

どうしても当てはめられない場合や追加の意見等がある場合（対象行為の責任能力判断に関し特に指摘する事情がある場合も含む。）には、以下の その他 を用いて（ ）内に解説をする。

その他（ ）

4 治療反応性（治療効果に関するこの先の診立て）※13

※13 精神障害が複数ある場合には本様式をコピーして使用する。

4-A 精神障害に対して考えられる今後の具体的な治療・支援の方策※14

※14 精神障害に対して鑑定書作成までに行った具体的な精神医学的治療とその効果を踏まえて記述する。

4-A1 生物学的アプローチ

器質性気分障害に伴う症状の多くは、鑑定入院後に投与された甲状腺剤、抗精神病薬及び気分安定薬により消失した。薬物療法への反応は良好である。今後も当分は投薬を継続することが必要である。抗精神病薬については今後数ヵ月以内の断薬が可能かもしれないが、再発事例であるため気分安定薬は長期にわたる投与が安全であると思われる。また甲状腺剤の投与については内科医師との連携のもと甲状腺機能をモニタリングしながら検討すべきである。

4-A2 心理学的アプローチ

鑑定入院中に精神疾患に対する基本的な心理教育を行った。対象者は現在受療に同意している。薬物療法により症状が比較的速やかに消失したため、精神症状に対する直接的な心理学的アプローチは行っていない。今後は再発予防のため服薬モニタリングを継続することが必要である。

また、今回の対象行為の影響もあり、夫から離婚を切り出されている。対象者は夫の主張を淡々と受け止めているが、今後心理的葛藤が表面化する可能性が高いため、きめ細かな観察と心理的サポートが必要である。

4-A3 社会学的アプローチ

対象者が以前通院していた精神科クリニック及び内科診療所に連絡を取り、今後の通院加療について相談を行った。いずれも受入れは良好である。

夫との離婚により社会経済的状況が変化する可能性が高いが、現在その点に対して特段のアプローチは行っていない。

4-B 上記 4-A1,2,3 の3領域のアプローチによって見込まれる治療効果※15

※15 悪化や進行の防止といった消極的側面と、有意な症状改善や病状安定後の再発・再燃防止の効果等といった積極的側面の両方から、治療効果の見込みや予測不能性を検討することが望ましい。

基本的には服薬の継続により寛解維持が期待できると思われる。

4x 上記 4-B で見込まれる精神障害への治療効果の評価区分※16

※16 その障害に関する治療効果の一般論だけでなく、この対象者における具体的な事情を十分に加味して評価する。

反応性はない（あるいは反応性はほとんどなく、治療の効果は基本的に期待できない）。

反応性は不明（どのような効果がどの程度期待できるか等は、現時点では不明）。

■ 反応性がある

治療は悪化や進行の防止の意味にとどまる。

■ 治療によって有意な症状改善や病状安定後の再発・再燃防止の効果等が期待できる。

↑ 該当するもの／もっとも意見に近いものの□にチェックを入れるか黒塗りにする。

どうしても当てはめられない場合や追加の意見等がある場合には、以下の その他 を用いて（ ）内に解説をする。

■ その他（ ）

5 社会復帰要因（社会生活機能と活動・参加に関するこの先の診立て）

5-A 社会復帰要因の判断にあたって参考となる対象者本人の現在の状態^{※17※18※19}

※17 この項目はあくまで確認のため例である。たとえば「あり」「なし」で加算して結論を出すという使用方法は不適切である。

※18 網羅的、排他的ではない。したがって、これらとは別に重要な項目もある。評価する内容が重複する項目もある。

※19 問題点としてだけでなく、「十分にある」などはストレングス（強み）としても注目する。

5-A1 病識 ※共通評価項目[2 内省・洞察]等参照

十分にある あるが、不十分 ない

5-A2 アドヒアランス、動機付け ※共通評価項目[3 アドヒアランス]参照

十分にある あるが、不十分 ない

5-A3 対象行為への内省や対象行為と精神障害等との関連性への気づき ※共通評価項目[2 内省・洞察]等参照

十分にある あるが、不十分 ない

5-A4 日常生活動作（IADL）※料理、洗濯、掃除、買い物、電話、金銭管理などの能力 ※共通評価項目[8 日常生活能力]等参照

十分にある あるが、不十分 ない

5-B 社会復帰要因の判断にあたって参考となる環境等の状態

5-B1 通院先 ※共通評価項目[18 現実的計画]等参照

確実にある 具体的な作業は進んでいるが確立・確定はしていない ない

5-B2 ケア体制 ※共通評価項目[19 治療・ケアの継続]等参照

確実にある 具体的な作業は進んでいるが確立・確定はしていない ない

5-B3 ケア計画 ※共通評価項目[19 治療・ケアの継続]等参照

確実にある 具体的な作業は進んでいるが確立・確定はしていない ない

5-B4 クライシスプラン ※共通評価項目[19 治療・ケアの継続]等参照

確実にある 具体的な作業は進んでいるが確立・確定はしていない ない

5-B5 住居 ※共通評価項目[18 現実的計画]等参照

確実にある 具体的な作業は進んでいるが確立・確定はしていない ない

5-B6 収入 ※共通評価項目[18 現実的計画]等参照

確実にある 具体的な作業は進んでいるが確立・確定はしていない ない

5-B7 家族等の個人的支援 ※共通評価項目[16 個人的支援]等参照

確実にある 具体的な作業は進んでいるが確立・確定はしていない ない

5-C 社会復帰要因の判断に関する 5-A,B 各項目についての特記事項^{※20※21}

※20 各項目の全部又は一部についてコメントがあれば、文章で記述するか箇条書きにする等、適宜の体裁で記載する（手引きの記載例も参照のこと）。

※21 この 5-C を用いず空欄とし、次の 5-D で一括して記述してもよい。

現在、対象者は自身の精神障害の性質を理解しており、その精神障害が対象行為を招いた事実についても受け入れている。過去の経緯も踏まえ、病状悪化と他害行為が結びついていることを理解している。対象者は治療の必要性を理解している。今後通院服薬する意志を示している。少なくとも現時点ではアドヒアランスは良好である。ただし、これまでも怠薬した履歴があることから、今後例えば経済的負担などを機に怠薬するリスクがないとはいえない。

精神症状はまったくくないが、現在膀胱がんの影響で発熱を繰り返しており、日常生活が困難な状態である。

対象者は過去に精神科クリニックに通院しており、通院及び服薬が維持されている期間においては落ち着いた社会生活を送っていた。そして鑑定時現在の対象者は同院への再通院に同意している。対象者の夫は本件他害行為を機に離婚を検討している。ただし対象者及び対象者の娘は離婚に反対しており、協議は難航することが予想される。対象者の親族はいずれも高齢であり、対象者との関係は良好であるが、物理的なサポートは期待できない。

身体合併症に対する治療が急務であり、鑑定入院中にはケア計画・クライシスプランの立案には至っていない。

対象者の現住居は確保されている。夫名義であり、夫は離婚を望んでいるが、その場合でも現住居は対象者に贈与する意向を示している。対象者は事件当時夫の扶養に入っていた。今後、離婚が成立した場合、対象者が収入を確保できる見通しは立っていない。

5-D 上記 5-A,B,C を踏まえた社会復帰要因と社会復帰阻害要因の総合的な評価^{※22※23}

※22 問題点としてだけでなく、ストレングスとしてみられる要素についても評価をする。

※23 適切な治療をしない場合にはどのような状況になりそうなのかといった診立てをできるだけ具体的に記述する。

対象者の医療面では十分な環境が確保されているといえる。家庭環境は良好とはいえないが、そのことを理由に社会復帰阻害要因が強いと判断することは医療観察法の趣旨に反するであろう。なお、上記項目では評価されていないが、対象者の罹患している膀胱がんの今後の経過によっては、より濃厚な生活支援が必要になる可能性があるが、この点も医療観察法による医療の必要性を判断するうえで本来考慮すべき問題ではない。

5x 社会復帰要因・社会復帰阻害要因の評価区分

医療観察法の専門的な医療を受けさせなければ、同様の行為を行う具体的・現実的な可能性がある。

医療観察法の専門的な医療を受けさせなければ、同様の行為を行う可能性はあるとは言えるが、その可能性は具体的・現実的とまでは言えない。

医療観察法の専門的な医療を受けさせなければ、同様の行為を行う可能性があるとは言えない。

↑該当するもの／もっとも意見に近いものの□にチェックを入れるか黒塗りにする。

どうしても当てはめられない場合や追加の意見等がある場合には、以下の□その他を用いて（ ）内に解説をする。

その他（ ）

6 結論※24※25

※24 結論が医療観察法による医療を行うのが適当であるという場合には、その医療は本法による入院によるべきか、それとも通院によるべきか、その理由を含めて説明する。

※25 結論が医療観察法による医療をしない／終えるのが適当であるという場合には、どのような処遇が考えられるかについても参考として、できるだけ具体的に記載することが望ましい。

対象行為の原因となった器質性気分障害は鑑定書完成現在完全寛解している。再燃及び再発予防のためには通院及び服薬が必要であるが、対象者はそのことを理解し自ら受療する意志を示している。通院先は確保されている。対象者の夫は対象者の社会復帰に協力する意志を示していないが、娘と両親は協力的である。

他方で、対象者は膵臓がんに罹患しており、早急な精査加療を必要としている。現在の鑑定入院医療機関では内科及び外科の対応が十分に行えず、対象者にとって良質な身体科治療を提供できる体制が確保されていない。対象者が膵臓がんの精査加療のため入院を必要とするか否かは専門医の診察を仰いだうえて判断する必要があるが、対象者の身体状態は良好とはいえ、たびたびの発熱や便秘による体力低下、及びそれらに伴うせん妄を起こしたこともあることから、それなりの濃厚な医療体制が必要であると考えられる。

以上を踏まえて判断すると、対象者に対しては医療観察法による医療を行わず、精神障害に対する治療は対象者及び家族等の自助努力に委ねるとともに、対象者の身体科治療を適切に行える医療機関を早急に手配して転院の手続きを取ることが最善である。

6x 結論区分※26※27

※26 上記の要点を区分の選択によって明示する。

※27 たとえば刑事責任能力に関する見解を求められた場合などにはⅢを使用して、() 内に結論を具体的に記載する。

I 要医療観察法医療 (I a 入院・ I b 通院)

II 医療観察法医療不要

III その他 ()

↑ 該当する にチェックを入れるか黒塗りにする。

7 鑑定事項・主文

7-A 鑑定事項^{※28}

※28 鑑定命令等の書面に記載された鑑定事項を転記する。

1. 対象者が精神障害者であるか。
2. 対象者が精神障害者である場合、その精神障害は、対象行為を行った際の心神喪失又は心神耗弱の状態の原因となった精神障害と同様のものであるか。
3. 対象者が対象行為を行った際の原因となったものと同様の精神障害を有している場合、その精神障害は治療可能性のあるものか
4. 対象者の精神障害について治療可能性が認められる場合、本法による医療を受けさせなければ、その精神障害のために同様の行為を行う具体的・現実的な可能性があるか
5. 以上をふまえ、対象行為を行った際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するためにこの法律による医療を受けさせる必要があるか否か。仮に医療を受けさせる必要がある場合、入院処遇又は通院処遇のいずれが適当であるか。

7-B 主文^{※29}

※29 主文は、鑑定事項に対応して書く。

1. 対象者は精神障害者である。
2. その精神障害は、対象行為を行った際の心神喪失又は心神耗弱の状態の原因となった精神障害と同様のものである。
3. その精神障害は治療可能性のあるものである。
4. 本法による医療を受けさせなくても、その精神障害のために同様の行為を行う具体的・現実的な可能性があるとはいえない。
5. 以上をふまえ、対象行為を行った際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するためにこの法律による医療を受けさせる必要はない。

以上の通り鑑定する。

鑑定書作成年月日・・・年・・・月・・・日

鑑定人氏名 ○○ ○○

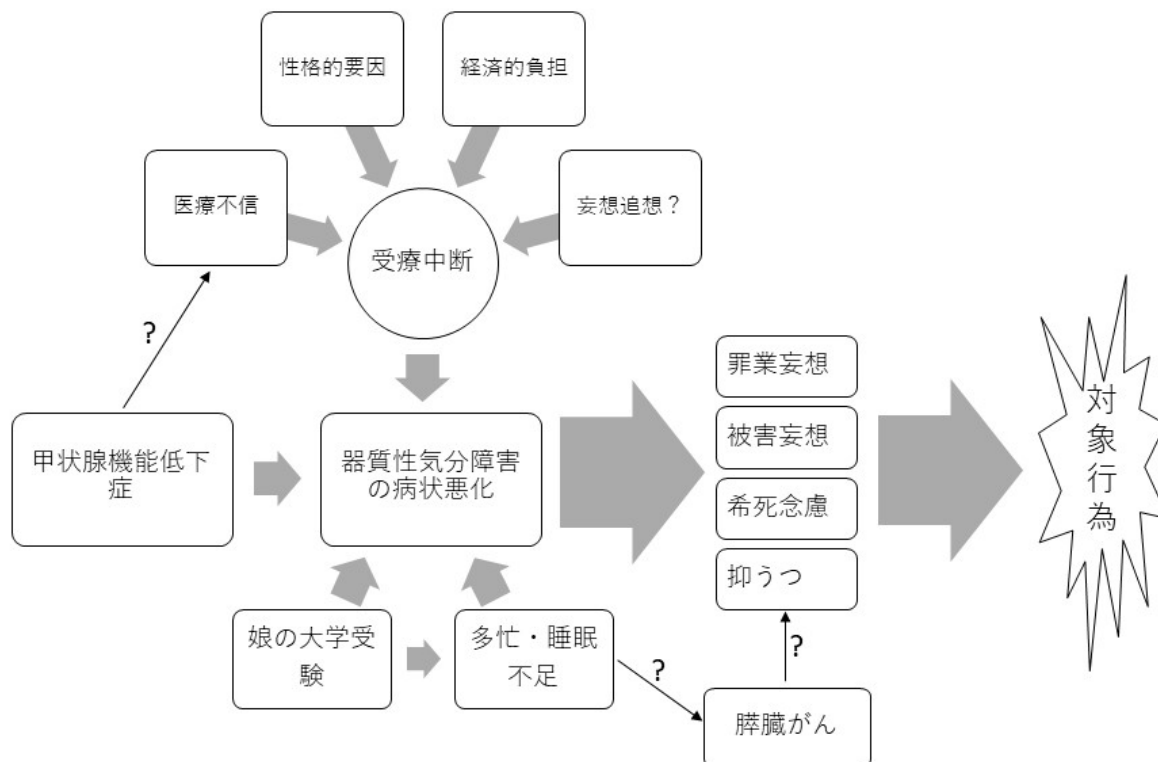
(参考資料^{※30}) 機序／フォーミュレーションの概要図^{※31}

3の内容のなかでとくに機序／フォーミュレーションにおいて重要な要素^{※32}

精神障害の要素 として重要なもの	気分の高揚、活動性の亢進、誇大性の高まり、易怒性の亢進、易被刺激性の亢進 対人関係能力の障害、問題解決能力の障害 病識の欠如
精神障害以外の要素 として重要なもの	隣人との人間関係、支援体制の欠如

※32 ここであげた要素を次の「概要図」に書き込むとよい。

(概要図) ^{※33}



※この事例はモデル事例として作成した架空のものです。

モデル事例鑑定書 作成者：椎名明大

モデル作成例 8 継続審判 処遇終了 F2+F7

医療観察法鑑定書総括書式（鑑定書のまとめ）

生活歴、現病歴、既往歴、家族歴、身体所見、心理検査所見、対象行為前後の精神状態、診断、考察と説明、共通評価項目などを詳細に記した別紙などを用いて鑑定書を各自で完成させたら、この用紙を最終的なまとめとして作成して鑑定書の冒頭に添付する。

1 基本情報

1-A 対象者氏名

〇〇 〇〇 (ふりがな)

1-B 性別

男性 女性

↑該当する□にチェックを入れるか黒塗りにする。

1-C 生年月日

X-42年・・月・・日

1-D 鑑定書提出時の満年齢

45・・・歳

1-E 審判種別

初回審判（法 37 条に基づく鑑定）

入院中の対象者の鑑定（法 52 条に基づく鑑定）

管理者の申立て（入院継続 通院移行 医療終了）

対象者・保護者・付添人の申立て（通院移行 医療終了）

通院中の対象者の鑑定（法 62 条に基づく鑑定）

保護観察所長の申立て（再入院 通院延長 医療終了）

対象者・保護者・付添人の申立て（医療終了）

↑該当する□にチェックを入れるか黒塗りにする。

1-F 対象行為

対象者は、X年・・月・・日午前4時頃、現にAら10名が住居に使用し、かつ6名が現にいるアパートに放火しようと考え、7号室当時の対象者方において、新聞紙にライターで点火したうえ、同新聞紙を同室内に敷かれた布団の上に置いて火を放ち、前記アパートを焼損しようとしたが、前記Aらが消火したため、前期布団等を焼損したにとどまり、その目的を遂げなかったものである。

1-G 上記の対象行為日（複数の場合は列挙）

X年・・月・・日（殺人 強盗 放火 強制性交等 強制わいせつ 傷害）（未遂）

↑該当する□にチェックを入れるか黒塗りにする。

2 精神障害の診断※1※2※3※4※5

※1 診断に必要な情報、診断根拠などは別紙を作成して記載する。

※2 診断には、相当する ICD コードがある場合、末尾に () で付記する。

※3 ここでいう診断には「傾向」や「疑い」も含めるが、単に可能性のあるものの安易な列挙などにならないように注意する。

※4 診断が複数ある場合には列挙する (5 つ目以降がある場合には適宜行を追加する)。

※5 身体疾患、身体障害については、精神科治療に関する点は 4-A,B で、社会復帰要因に関する点は 5-A4, 5-C での記載を考慮する。

2-A 対象行為時についての精神障害の診断

精神障害あり 精神障害なし

↑ 該当する にチェックを入れるか黒塗りにする。

2-A 1 診断名：型分類困難な統合失調症 (F20.3)

症 状：持続する、「火をつけろ」という命令性の幻聴、被毒妄想、注察妄想、「守護霊に乗っ取られる」と踊り続ける作為体験、まとまらない会話、ひどくまとまらない行動。

2-A 2 診断名：中等度知的障害， 行動面の機能障害がないか最小限であると言及されている (F71.0)

症 状：対人関係能力の障害、問題解決能力の障害、金銭管理の問題、社会的な判断能力、健康上の利益を理解する能力の限界

2-B 鑑定時現在についての精神障害の診断

精神障害あり 精神障害なし

↑ 該当する にチェックを入れるか黒塗りにする。

2-B 1 診断名：型分類困難な統合失調症 (F20.3)

症 状：持続する幻聴、被害妄想はなく、会話や行動はまとまっている。
セルフケアの機能の著しい低下と、顕著な意欲低下がみられる。

2-B 2 診断名：中等度知的障害， 手当又は治療を要するほどの行動面の機能障害 (F71.1)

症 状：対人関係能力の障害、問題解決能力の障害、金銭管理の問題、社会的な判断能力、意思決定能力の限界、健康上の利益を理解する能力の限界、感情のコントロール不良、一過性の妄想様観念、一過性の注察感、一過性の自我親和的な幻聴

3 疾病性（対象行為の機序の整理）

3-A 対象行為当時の精神障害の＜症状等＞と思考、感情、行動、対象行為との関係

【統合失調症】

対象者は、17歳時に、持続する命令性の幻聴（「死ぬ」「右にすすめ」等）と、被害妄想（やくざに追われて命を狙われているという追跡妄想、食事に毒が入れられているという被害妄想）が出現し、家を飛び出して、近所の川に入水する自殺企図があり措置入院となり、以降20回以上の入退院を繰り返している。十分量の抗精神病薬による薬物治療がなされていても、ストレス負荷が重なると、幻聴や妄想が悪化していた。本件対象行為の4カ月前に、同居していた祖母が死亡し、その後、精神科病院への受診ができなくなった。3カ月前から、幻聴や作為体験などの異常体験が活発となり、ベランダで踊っている姿を周囲の住民から目撃されていた。また、独語や空笑も活発であった。このような、精神病性症状が持続的に悪化している最中に、「火をつける」という幻聴に動機づけられて、ライターで新聞紙に点火し、布団の上に置いて放火したものである（本件対象行為）。対象行為後も、会話は滅裂であり、警察署にて机の上で、「守護霊に乗っ取られた」と踊り続けるなど、行動もまとまりない状態であった。このように、統合失調症による命令性の幻聴が対象行為を惹起し、思考のまとまりのなさから、幻聴に対し批判的に吟味することが全くできなかった。

【中等度知的能力障害】

中等度知的能力障害による、対人関係能力や問題解決能力の障害により、生活の困窮の相談ができずに追い込まれていった。対象者の両親は、生後すぐから行方不明となり、対象者は出生後から乳児院、4歳からは児童養護施設で育成された。児童養護施設ではいじめにあい、暴力被害や性被害の対象となった。17歳時に妊娠を契機に結婚したが、夫から暴力を受け、半年で離婚した。息子は中等度知的能力障害と注意欠如多動症にて施設に入所している。対象者にとって、息子のよき母親であること、が唯一自己を肯定できる要素であり、それ以外の、障害があることや治療が必要であることは対象者にとって受け入れがたい事情であり、否認した。このような事情に、中等度知的能力障害からくる、社会的判断能力の低下や、支援の必要性を理解することの困難さが加わり、支援者の訪問を拒否し、自室にこもるようになった。結果として治療が中断し、統合失調症の病状が悪化し、対象行為を惹起した。

3-B 鑑定時現在の精神障害の＜症状等＞と思考、感情、行動との関係

【統合失調症】

対象者は2019年8月8日に医療観察法入院となった。入院当初は、持続する命令性の幻聴、持続する被害妄想、持続する作為体験からしばしば不穏興奮状態を呈した。加えて、対物暴力、対人暴力、自傷行為や自殺の脅しが頻回に見られた。新規抗精神病薬を十分量十分期間投与し、服薬アドヒアランスも確認されたが、症状は改善されず、治療抵抗性統合失調症の基準を満たした。入院約半年後からクロザピンが導入された。クロザピン200mg/日にて、有効血中濃度が維持されている。これよりクロザピンを減量すると、衝動性や攻撃性が高まる。現在は、クロザピン導入後から約2年半経過している。入院当初にみられた、持続する命令性の幻聴、持続する被害妄想、持続する作為体験、対物暴力、対人暴力、自傷行為や自殺の脅しは、この2年は見られていない。しかし、セルフケアの機能の低下と、意欲の低下が顕著であり、ほぼ臥床して過ごし、ほとんどの時間が無為自閉的となっている。介助にはその時の気分で抵抗す

ることもある。このため、食事も服薬も常にスタッフによる促しが必要となっている。

【中等度知的能力障害】

（上記のとおり、対象者はクロザピンによる薬物治療を開始してから、持続する幻覚妄想状態や興奮、衝動性や攻撃性、自傷行為が見られなくなっており、クロザピンによる薬物治療を継続する必要があるが）クロザピンの服薬には常に医療者による促しが必要であり、時々医療者による促しにも抵抗することがある。医療者の言動に極めて敏感であり、特に若い女性スタッフに対して「馬鹿にされている」と感じやすく、そのような不快な感情をコントロールすることができずに、不快感を治療よりも優先させて、服薬を拒否することもある。他の医療者が促すことで服薬ができるため、全く内服できないことはない。これには、中等度知的能力障害による、治療の必要性の理解の乏しさや、感情コントロールの困難さが影響している。

対象者は、退院後は息子と二人暮らしをしたいと希望している。息子は中等度知的能力障害と注意欠如多動症で行動障害が強く、対象者との同居は、濃厚な支援を入れたとしても現実的ではないが、対象者はこのことが理解できず、他の選択肢を提示されると「馬鹿にされている」と被害的に受け取る。このように、中等度知的能力障害の影響による、社会的な判断能力や意思決定能力にも限界がある。

対象者はほとんど自室にこもっており、集団での治療プログラムには参加ができていない。自己肯定感が著しく低いことから、他対象者や医療者の言動に極めて敏感であり、些細なことが傷つき体験となり、「周りの目が気になる」と回避的となる。セルフケア機能の著しい低下や意欲の低下ともあいまって、ほとんどの時間は無為自閉的な生活となっている。

3x 現在の精神障害と対象行為当時と同様の機序の存否区分^{※11※12}

※11 上記の3-Aと3-Bの比較などから、現在の思考、感情、行動に対象行為当時と同様の機序の構造が認められるか評価をする。

※12 「同様の機序の構造が認められる」とは、厳密に同様の機序ではなくとも、類似の構造が再現される蓋然性がある場合も含む。

対象行為時の精神障害は鑑定時現在も認められ、同様の機序の構造は持続している。

対象行為時の精神障害は鑑定時現在も認められるが、＜症状等＞の軽快・消褪等により、同様の機序の構造は認められなくなっている。

対象行為時の精神障害は鑑定時現在は認められない。

↑該当するもの／もっとも意見に近いものの□にチェックを入れるか黒塗りにする。

どうしても当てはめられない場合や追加の意見等がある場合（対象行為の責任能力判断に関し特に指摘する事情がある場合も含む。）には、以下の その他 を用いて（ ）内に解説をする。

その他（ ）

4 治療反応性（治療効果に関するこの先の診立て）

4-A 精神障害に対して考えられる今後の具体的な治療・支援の方策^{※14}

※14 精神障害に対して鑑定書作成までに行った具体的な精神医学的治療とその効果を踏まえて記述する。

4-A1 生物学的アプローチ

【統合失調症】

持続する命令性の幻聴、持続する被害妄想、持続する作為体験、対物暴力、対人暴力、自傷行為や自殺の脅しといった衝動性の亢進、易怒性、持続する興奮状態には、クロザピンが著効している。クロザピンの血中濃度を測定し、適正範囲内にモニタリングしている。200 mg/日以上だと、過鎮静となり、それ以下だと衝動性や攻撃性が高まることも確認しており、現在の用量で継続することが望まれる。

【知的能力障害】

なし（中等度知的障害については、生物学的な治療に反応するものではない）

4-A2 心理学的アプローチ

【統合失調症】

個別に統合失調症の心理教育を繰り返した。対象者の理解にあわせて、視覚的で分かりやすい資料を用いて心理教育を行ったところ、対象者は、統合失調症であることや、クロザピンによる薬物治療が効果があることには一定の理解を示すようになった。しかし、学習したことが定着せず、自ら説明することはできない。

実際の行動面では、クロザピンの服薬には、常に医療者の促しが必要であり、自ら服薬することはできていない。また、その時の気分によって、服薬を拒否することがあり、スタッフを変えて促す必要がある。

【知的能力障害】

対象者の自己効力感を向上させることで、一過性の被注察感や被害関係念慮、「鑑定宏子はわからずや」といった自我親和性の幻聴の軽減や、治療動機の向上を目指すこととした。この取り組みとして、個別の作業療法で、息子に絵や手紙、折り紙、財布、などを作り、息子に送って、息子が入所する施設から、息子が喜んでいる写真や手紙を送ってもらうという試みを実施した。対象者は意欲的に取り組んだが、その意欲が他の面にも汎化されることはなく、また、持続することもなく、その時その時の気分流される傾向に変化はなかった。1週間に1回のお茶会を担当多職種チームで実施し、過去1週間で対象者が取り組めたことを振り返り、ポジティブフィードバックし、視覚的に分かりやすく記録する取り組みも行ったが、普段の行動面に特に変化は見られなかった。共通の目標を持つことで、治療同盟の構築を目指す試みとして、息子と同居したいという対象者の希望を共通の目標とし、将来のロードマップを共有する試みも行ったが、対象者の理解は得られなかった。その他、外出の機会も頻回に設けたが、外出時は楽しんでいる様子であったが、それ以外の時間の意欲の向上にはつながらなかった。

4-A3 社会学的アプローチ

【統合失調症】

訪問看護やヘルパーなどの支援を濃密に入れた、単身生活を想定し、服薬カレンダーを用いた服薬自己管理（最初の1ヶ月は支援者と一緒に行い、服薬する習慣をつけるよう試みた）や、食事摂取の訓練（作

業療法で簡単な調理を行ったが、対象者は火の管理や炊飯器の設定ができなかった)に取り組んだが、自ら服薬できたことはほとんどなく、食事は料理ができないことに加えて、最低限の衛生管理もできなかった。また、金銭管理については、簡単な計算ができず、菓子類を大量に買い込んだ。よって、単身生活は困難であると考えられた。

入居の可能性のある、グループホーム3カ所、生活訓練施設3カ所、救護施設2カ所すべてに入居依頼をし、対象者も見学に行くなどしたが、すべての施設に断られた。

クロザピンが処方可能な精神科病院7カ所に入院の打診をしたところ、1カ所の精神科病院が入院の受け入れを表明した。

【知的能力障害】

精神障害の社会的アプローチに加えて、療育手帳を取得し、知的障害者のための入所施設を探すこととしたが、幼少期・就学期の客観的な情報が全くないことから、療育手帳の取得には至らなかった。

4-B 上記 4-A1,2,3 の3領域のアプローチによって見込まれる治療効果^{※15}

※15 悪化や進行の防止といった消極的側面と、有意な症状改善や病状安定後の再発・再燃防止の効果等といった積極的側面の両方から、治療効果の見込みや予測不能性を検討することが望ましい。

生物学的アプローチ（薬物療法）によって、中等度知的能力障害に伴う感情コントロール不良を背景とした興奮や衝動性の亢進には一定の効果が期待できる可能性はあるが、鎮静以上の効果はない。対象者には、入院中に、自己効力感の向上や良好な治療同盟を目的とした、様々な心理学的アプローチが試みられてきたが、その効果は、持続することも汎化されることもなく、普段の生活では、その時その時の感情が優先され、同じ行動の繰り返しとなっている。以上から、治療効果は極めて限定的と言わざるを得ない。

4x 上記 4-B で見込まれる精神障害への治療効果の評価区分^{※16}

※16 その障害に関する治療効果の一般論だけでなく、この対象者における具体的な事情を十分に加味して評価する。

反応性はない（あるいは反応性はほとんどなく、治療の効果は基本的に期待できない）。

反応性は不明（どのような効果がどの程度期待できるか等は、現時点では不明）。

反応性がある

治療は悪化や進行の防止の意味にとどまる。

治療によって有意な症状改善や病状安定後の再発・再燃防止の効果等が期待できる。

↑該当するもの／もっとも意見に近いものの□にチェックを入れるか黒塗りにする。

どうしても当てはめられない場合や追加の意見等がある場合には、以下の □その他 を用いて（ ）内に解説をする。

その他（ ）

5 社会復帰要因（社会生活機能と活動・参加に関するこの先の診立て）

5-A 社会復帰要因の判断にあたって参考となる対象者本人の現在の状態^{※17※18※19}

※17 この項目はあくまで確認のため例である。たとえば「あり」「なし」で加算して結論を出すという使用方法は不適切である。

※18 網羅的、排他的ではない。したがって、これらとは別に重要な項目もある。評価する内容が重複する項目もある。

※19 問題点としてだけでなく、「十分にある」などはストレングス（強み）としても注目する。

5-A1 病識 ※共通評価項目[2 内省・洞察]等参照

十分にある あるが、不十分 ない

5-A2 アドヒアランス、動機付け ※共通評価項目[3 アドヒアランス]参照

十分にある あるが、不十分 ない

5-A3 対象行為への内省や対象行為と精神障害等との関連性への気づき ※共通評価項目[2 内省・洞察]等参照

十分にある あるが、不十分 ない

5-A4 日常生活動作（IADL）※料理、洗濯、掃除、買い物、電話、金銭管理などの能力 ※共通評価項目[8 日常生活能力]等参照

十分にある あるが、不十分 ない

5-B 社会復帰要因の判断にあたって参考となる環境等の状態

5-B1 通院先 ※共通評価項目[18 現実的計画]等参照

確実にある 具体的な作業は進んでいるが確立・確定はしていない ない

5-B2 ケア体制 ※共通評価項目[19 治療・ケアの継続]等参照

確実にある 具体的な作業は進んでいるが確立・確定はしていない ない

5-B3 ケア計画 ※共通評価項目[19 治療・ケアの継続]等参照

確実にある 具体的な作業は進んでいるが確立・確定はしていない ない

5-B4 クライシスプラン ※共通評価項目[19 治療・ケアの継続]等参照

確実にある 具体的な作業は進んでいるが確立・確定はしていない ない

5-B5 住居 ※共通評価項目[18 現実的計画]等参照

確実にある 具体的な作業は進んでいるが確立・確定はしていない ない

5-B6 収入 ※共通評価項目[18 現実的計画]等参照

確実にある 具体的な作業は進んでいるが確立・確定はしていない ない

5-B7 家族等の個人的支援 ※共通評価項目[16 個人的支援]等参照

確実にある 具体的な作業は進んでいるが確立・確定はしていない ない

5-C 社会復帰要因の判断に関する 5-A,B 各項目についての特記事項^{※20※21}

※20 各項目の全部又は一部についてコメントがあれば、文章で記述するか箇条書きにする等、適宜の体裁で記載する（手引きの記載例も参照のこと）。

※21 この 5-C を用いず空欄とし、次の 5-D で一括して記述してもよい。

5-D 上記 5-A,B,C を踏まえた社会復帰要因と社会復帰阻害要因の総合的な評価^{※22※23}

※22 問題点としてだけでなく、ストレングスとしてみられる要素についても評価をする。

※23 適切な治療をしない場合にはどのような状況になりそうなのかといった診立てをできるだけ具体的に記述する。

精神障害である統合失調症に対しては、クロザピンによる薬物治療が奏功しており、クロザピン導入後、2年以上に亘って、暴力や自傷を含む衝動的な行動や、持続する興奮状態や作為体験、持続する幻聴などはみられていない。このため、クロザピンによる薬物治療が継続できる環境が整えば、対象行為と同様の行為を行う可能性は低い。

生活障害が目立っており、セルフケアの機能の著しい低下や、治療動機が顕著であり、社会機能の維持や活動、社会生活への参加を困難としている。統合失調症による社会機能低下と、中等度知的能力障害による社会的な判断能力や理解力の乏しさとがあいまって、単身生活や、施設での集団生活をより一層困難なものとしている。心理学的アプローチも様々に試みられてきたが、普段の生活に汎化することができない。

クロザピンによる薬物治療が継続できる環境が整えば、対象行為と同様の行為を行う具体的・現実的可能性は認められないところ、クロザピンによる薬物治療の継続が可能な A 精神科病院が、対象者の長期的な入院の受け入れを表明している。

よって、社会復帰要因および社会復帰阻害要因はどちらも極めて限定的である。

5x 社会復帰要因・社会復帰阻害要因の評価区分

医療観察法の専門的な医療を受けさせなければ、同様の行為を行う 具体的・現実的な可能性がある。

医療観察法の専門的な医療を受けさせなければ、同様の行為を行う可能性はあるとは言えるが、その可能性は 具体的・現実的とまでは言えない。

医療観察法の専門的な医療を受けさせなければ、同様の行為を行う 可能性があるとは言えない。

↑該当するもの／もっとも意見に近いものの□にチェックを入れるか黒塗りにする。

どうしても当てはめられない場合や追加の意見等がある場合には、以下の□その他を用いて（ ）内に解説をする。

その他（クロザピンによる薬物治療の継続は必要）

6 結論※24※25

※24 結論が医療観察法による医療を行うのが適当であるという場合には、その医療は本法による入院によるべきか、それとも通院によるべきか、その理由を含めて説明する。

※25 結論が医療観察法による医療をしない／終えるのが適当であるという場合には、どのような処遇が考えられるかについても参考として、できるだけ具体的に記載することが望ましい。

対象行為の際の心神喪失の原因となった精神障害は現在も存在しており、この障害については引き続き精神医学的治療が必要な状態にある。生物学的アプローチ（クロザピンによる薬物療法）によって、持続する幻覚妄想状態や興奮状態、他害行為や自傷行為などの衝動行為は、2年以上みられていない。

心理教育、服薬自己管理や食事摂取の訓練をはじめ、自己効力感の向上や良好な治療同盟の構築を目的とした、様々な心理社会的アプローチが試みられたが、その効果は、持続することも汎化されることも期待できない。これには中等度知的能力障害による影響が大きい。中等度知的能力障害は治療反応性が期待できない。現在のところ、クロザピンによる薬物治療を継続できる環境調整を行うことのみが、有効な治療手段となっている。

社会復帰要因を検討すると、病識、アドヒアランス、動機づけ、対象行為への内省などを獲得することは、対象者には期待できないことに加えて、統合失調症による社会機能低下と、中等度知的能力障害による社会的な判断能力や理解力の乏しさがあいまって、単身生活や、施設での集団生活は現実的ではなく、現に可能性のある施設にはすべて断られた。クロザピンによる薬物治療が継続できる環境を整えば、対象行為と同様の行為を行う具体的・現実的可能性は認められないところ、クロザピンによる薬物治療の継続が可能なA精神科病院が、対象者の長期的な入院の受け入れを表明している。

以上から、対象者には、治療の汎化が期待できず、社会復帰要因は極めて限定的で、精神科病院への入院を継続できれば社会復帰阻害要因はほとんどないことから、精神科病院に精神保健福祉法による入院をさせて、医療観察法による医療を終えることが適当であると判断した。その後は長期的な視点で社会復帰を目指すことが望まれる。

6x 結論区分※26※27

※26 上記の要点を区分の選択によって明示する。

※27 たとえば刑事責任能力に関する見解を求められた場合などにはⅢを使用して、() 内に結論を具体的に記載する。

I 要医療観察法医療 (I a 入院・ I b 通院)

II 医療観察法医療不要

III その他 ()

↑ 該当する にチェックを入れるか黒塗りにする。

7 鑑定事項・主文

7-A 鑑定事項^{※28}

※28 鑑定命令等の書面に記載された鑑定事項を転記する。

1. 対象者が精神障害者であるか。
2. 対象者が精神障害者である場合、その精神障害は、対象行為を行った際の心神喪失又は心神耗弱の状態の原因となった精神障害と同様のものであるか。
3. 対象者が対象行為を行った際の原因となったものと同様の精神障害を有している場合、その精神障害は治療可能性のあるものか
4. 対象者の精神障害について治療可能性が認められる場合、本法による医療を受けさせなければ、その精神障害のために同様の行為を行う具体的・現実的な可能性があるか
5. 以上をふまえ、対象行為を行った際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するためにこの法律による医療を受けさせる必要があるか否か。仮に医療を受けさせる必要がある場合、入院処遇又は通院処遇のいずれが適当であるか。

7-B 主文^{※29}

※29 主文は、鑑定事項に対応して書く。

1. 対象者は精神障害者である。
2. その精神障害は、対象行為を行った際の心神喪失又は心神耗弱の状態の原因となった精神障害と同様のものである。
3. その精神障害に生物学的アプローチによる治療可能性はあるが、心理社会的治療アプローチの効果は極めて限定的で、治療の汎化は期待できない。
4. 本法による医療を受けさせなくとも、精神科病院に入院させ、クロザピンによる薬物治療が継続できれば、その精神障害のために同様の行為を行う具体的・現実的な可能性はない。
5. 以上をふまえ、対象行為を行った際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するためにこの法律による医療を受けさせる必要はない。長期的な視点で社会復帰を目指していくことが望まれる。

以上の通り鑑定する。

鑑定書作成年月日・X+3年・・月・・日

鑑定人氏名 ○○ ○○

(参考資料^{※30}) 機序／フォーミュレーションの概要図^{※31}

※30 このページは、参考資料であり、作成するかしないかは鑑定人の自由である。

※31 このページは、3-A と 3-B の内容について説明する概要図である。

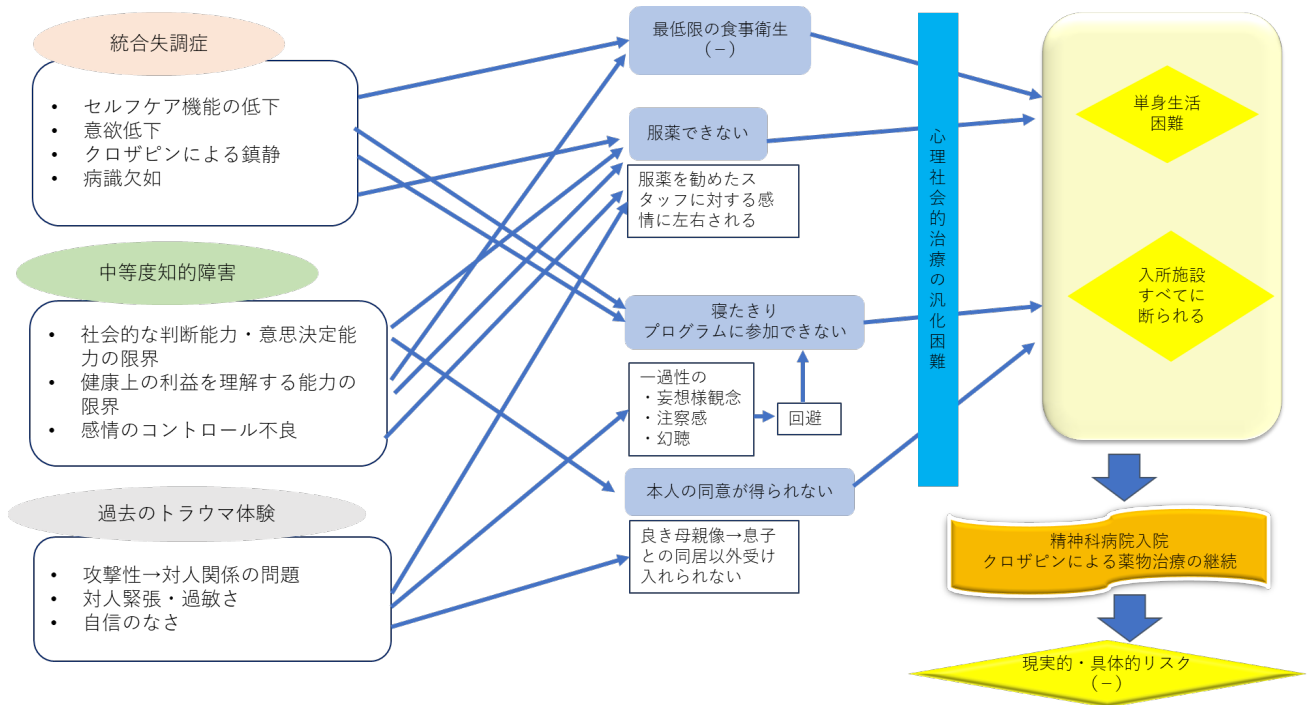
3 の内容のなかでとくに機序／フォーミュレーションにおいて重要な要素^{※32}

精神障害の要素 として重要なもの	セルフケアの機能の著しい低下、顕著な意欲低下、対人関係能力の障害、問題解決能力の障害、社会的な判断能力・意思決定能力の限界、健康上の利益を理解する能力の限界、感情のコントロール不良、一過性の妄想様観念、一過性の注察感、一過性の自我親和的な幻聴、病識の欠如
精神障害以外の要素 として重要なもの	入所施設に断られた、精神科入院が受け入れを表明

※32 ここであげた要素を次の「概要図」に書き込むとよい。

(概要図) ^{※33}

※33 「フォーミュレーションの概要図」は印刷後に手書きで記入したり、貼付してもよい。



※この事例はモデル事例として作成した架空のものです。

モデル事例鑑定書 作成者：柏木宏子（国立精神・神経医療研究センター病院 司法精神診療部）

モデル作成例 9 継続審判 処遇終了 F1

医療観察法鑑定書総括書式（鑑定書のまとめ）

1 基本情報

1-A 対象者氏名

○○ ○○ (○○○○ ○○○○)

1-B 性別

・女性

1-C 生年月日

・・年・・月・・日

1-D 鑑定書提出時の満年齢

37 歳

1-E 審判種別

初回審判（法 37 条に基づく鑑定）

入院中の対象者の鑑定（法 52 条に基づく鑑定）

管理者の申立て（ 入院継続 通院移行 医療終了）

対象者・ 保護者・ 付添人の申立て（ 通院移行 医療終了）

通院中の対象者の鑑定（法 62 条に基づく鑑定）

保護観察所長の申立て（ 再入院 通院延長 医療終了）

対象者・ 保護者・ 付添人の申立て（ 医療終了）

1-F 対象行為

対象者は、V と同居していたものであるが、X 年 Y 月 Z-1 日午後 11 時頃 V 方において V と口論になり、
第一 Y 月 Z 日午前 2 時頃、同所において、所携のまな板で V の頭部を殴打して V に全治約 2 週間の頭
頂部皮下出血を負わせ

第二 Y 月 Z 日午前 2 時頃、同所において、所携の喫煙用ライターで V 宅リビングの敷物に点火し、よ
ってリビングの床及び壁面計約 10 平方メートルを焼損し、もって、現に V が住居として使用する建物
に放火し

たものである。なお、第一及び第二の行為の際、対象者は心神耗弱の状態にあった。

1-G 上記の対象行為日（複数の場合は列挙）

X 年 Y 月 Z 日（傷害・現住建造物放火）

2 精神障害の診断^{※1※2※3※4※4.1}

※1 診断に必要な情報、診断根拠などは別紙を作成して記載する。

※2 診断には、相当する ICD コードがある場合、末尾に () で付記する。

※3 ここでいう診断には「傾向」や「疑い」も含めるが、単に可能性のあるものの安易な列挙などにならないように注意する。

※4 診断が複数ある場合には列挙する (5 つ目以降がある場合には適宜行を追加する)。

※4.1 身体疾患、身体障害については、精神科治療に関する点は 4-A,B で、社会復帰要因に関する点は 5-A4, 5-C での記載を考慮する。

2-A 対象行為時についての精神障害の診断

精神障害あり 精神障害なし

↑ 該当する にチェックを入れるか黒塗りにする。

2-A 1 診断名：覚醒剤及び市販鎮咳剤による多剤の急性中毒 (ICD-10 F19.0)

症 状：気分高揚、易怒性、脱抑制、幻覚

2-A 2 診断名：多剤依存症 (ICD-10 F19.2)

症 状：覚醒剤、鎮咳剤及びベンゾジアゼピン系向精神薬の強迫的使用欲求、使用統制困難、耐性形成

2-A 3 診断名：情緒不安定性パーソナリティ障害 (ICD-10 F60.3)

症 状：情緒不安定、爆発性、スプリットティング

2-B 鑑定時現在についての精神障害の診断

精神障害あり 精神障害なし

↑ 該当する にチェックを入れるか黒塗りにする。

2-B 1 診断名：多剤依存症、現在保護的環境により使用を制限されているもの (ICD-10 F19.21)

症 状：入院環境による制限のため使用統制困難、耐性形成等はいずれも軽快している。使用欲求もやや軽快しているが持続している。

2-B 2 診断名：情緒不安定性パーソナリティ障害 (ICD-10 F60.3)

症 状：爆発性は薬物療法により軽快している。情緒不安定、スプリットティングは持続し、その他、見捨てられ不安が顕在化している。

3 疾病性（対象行為の機序の整理）

3-A 対象行為当時の精神障害の＜症状等＞と思考、感情、行動、対象行為との関係^{※5※6※7}

※5 精神障害のどのような面が対象行為の発生とどのように関係しているのかを精神障害以外の事情も含めて具体的に描く。

※6 前項2において複数の精神障害をあげた場合には、それぞれの精神障害ごとに影響をできるだけ明らかにしたうえで描く。

※7 この構造を理解しやすくするために末尾の用紙に概要図を書いてもよい（任意）。

対象者は思春期・青年期から、おそらく生育史を背景にして＜情緒不安定＞、＜爆発性＞、＜スプリッティング＞といった情緒不安定性パーソナリティ障害の特徴を満たす症状・対人パターンを繰り返し、そうした自身の症状・対人パターンから受けるストレス・苦痛緩和について、他に適応的なコーピングスキルを持てなかったことと関係して、覚醒剤、鎮咳剤、向精神薬の＜使用欲求＞、＜統制困難＞、＜耐性形成＞からなる依存症も呈するに至ったと考えられる。

本件対象行為の頃、交際し同棲していた被害者 V との間でも人間関係としては不安定で、やはり＜情緒不安定＞、＜爆発性＞、＜スプリッティング＞が継続していた。V と共に覚醒剤を使用しながら性交するときもあれば V と激しい喧嘩になるときもあるといったことが繰り返された。

対象行為の前日から数時間前に覚醒剤を吸入していたところ、V の一言を被害的に受け止めるや口論となり、V が対象者を支配して迫害する者であるような口ぶりで罵る等し、鎮咳剤を過量内服しながら数時間にわたり V に怒鳴ったり物を投げたりした。その過程で、一段強い激昂があり、V の頭をまな板で叩き、ライターで家に火をつける等した。

対象行為を直接動機付けた主たる思考や感情とは、V に対する被害感と怒りである。第一に、これらは＜情緒不安定＞、＜爆発性＞、＜スプリッティング＞といったパーソナリティ障害の症状に発端する。また、これらに基づく V への被害感と怒りは、V への攻撃を動機付けるとともに、依存症の＜使用欲求＞と＜統制困難＞のもと鎮咳剤の過量内服も動機付けた。第二に、普段より長時間かつ激しい V への攻撃を持続できたのは、V の挑発的態度があったにせよ、当時に覚醒剤及び鎮咳剤の急性中毒状態に基づく＜気分高揚＞、＜脱抑制＞、＜易怒性＞があったためと考えられる。加えて第三に、この急性中毒状態は、V から攻撃を受けたように感じる＜幻覚＞（あまりに長時間の攻撃のために V は段々反抗する氣勢を失っていったが、対象者は、V から「やれるものならやってみろ」と言われたのでまな板で殴ったとか、壁から V の腕が生えて殴りかかってきたように見えたという。）も生じさせて、V に対する被害感ないし被害妄想、怒りを増長させたと考えられる。これらが相まって、対象行為をなす傷害、放火といった激しい行動まで至らせたと考えられる。

3-B 鑑定時現在の精神障害の＜症状等＞と思考、感情、行動との関係^{※8※9}

※8 鑑定書作成までに行った具体的な精神医学的治療とその効果を踏まえて、現在のどのような症状が対象者の思考、感情、行動にどのように影響しているか、とくに 3-A の構造に変化がみられたのかという点に注意をしながら記述する。

※9 前項2において複数の精神障害をあげた場合には、それぞれの精神障害ごとに影響をできるだけ明らかにしたうえで描く。

1 薬物依存について

対象者の精神障害のうち、覚醒剤や鎮咳剤その他の依存物質の急性中毒状態は入院処遇による行動制限のため再現されない。依存症について、依存症の疾病教育プログラムへの参加や、依存症者回復施設への試験外出におけるミーティング等により、＜使用欲求＞や＜統制困難＞、＜耐性形成＞は一応軽快しているはずである。

しかし、後述のように、パーソナリティ障害の病理は病棟内で＜情緒不安定＞、＜見捨てられ不安＞、

<スプリッティング>が相まって退行的な行動化を来す状況となっている。このもとで、しばしば<使用欲求>を公言する状況にあり、改善が十分であるとは言い難い。

2 情緒不安定パーソナリティ障害にまつわる問題について

情緒不安定性パーソナリティ障害の<情緒不安定>、<爆発性>、<スプリッティング>といった症状は現在も持続している。ただし<爆発性>は気分安定薬を中心とした薬物療法により軽快している。

入院処遇においては依存症の疾病教育プログラムとともに、個別に疾病教育の対象とし、対人的な感情の動きをモニタリングの対象として毎日モニタリングシートでチェックしているほか、病棟内で生じた対人トラブルについては、病棟で対応を統一するとともに都度本人にフィードバックしていた。途中からは心理士により認知行動療法に近い形でパーソナリティ障害に合わせた心理療法も導入された。

しかしながら入院が長期化するにつれ、退院により入院環境から放逐されてしまうという<見捨てられ不安>の側面が強まっている。これは第一に<情緒不安定>や<スプリッティング>を増長させて治療関係や治療効果を妨げ、第二に退院の動機づけを減殺し、両者がさらに入院長期化や逸脱行動を助長する関係にある。こうして、入院が長引く中で対象者の逸脱行動があり、それがまた長期化に作用する、という悪循環が生じている。

現在の対象者は、退院希望はあるが薬物使用欲求があって抑えられない不安はあるし MDT をはじめとする指定入院医療機関が十分治療してくれず退院できると思えない、と述べる。このように退院を回避し治療関係をくさす発言自体も<見捨てられ不安>や<スプリッティング>が顕現したものと考えられ、<爆発性>が軽減しているとしても、思考・感情面での被害感や怒りに傾きやすいといえる。入院の途中で一応達成された内省獲得も、入院長期化や不安のためか逆に見失われつつある。

こうした現状では、上記のように改善不十分な薬物依存、ひいては薬物使用と結びついて（また、生活状況の悪化をもたらす可能性があって、それにより爆発性を改善させている気分安定薬の内服アドヒアランスを低下させうる。）、対象行為時同様の状態像を再燃させる蓋然性があると考えられる。

3x 現在の精神障害と対象行為当時と同様の機序の存否区分^{※10※10.1}

※10 上記の3-Aと3-Bの比較などから、現在の思考、感情、行動に対象行為当時と同様の機序の構造が認められるか評価をする。

※10.1 「同様の機序の構造が認められる」とは、厳密に同様の機序ではなくとも、類似の構造が再現される蓋然性がある場合も含む。

対象行為時の精神障害は鑑定時現在も認められ、同様の機序の構造は持続している。

対象行為時の精神障害は鑑定時現在も認められるが、<症状等>の軽快・消褪等により、同様の機序の構造は認められなくなっている。

対象行為時の精神障害は鑑定時現在は認められない。

↑該当するもの／もっとも意見に近いものの□にチェックを入れるか黒塗りにする。

どうしても当てはめられない場合や追加の意見等がある場合（対象行為の責任能力判断に関し特に指摘する事情がある場合も含む。）には、以下の □その他 を用いて（ ）内に解説をする。

その他（対象行為時には急性中毒も関与したが現在は急性中毒はない。ただし急性中毒を来しうる依存症及びパーソナリティ障害は現在もあり、これらを全体として見れば社会において急性中毒を再現させる蓋然性がある。その意味で「対象行為時の精神障害は鑑定時現在も認められ」と判断した。）

4 治療反応性（治療効果に関するこの先の診立て）※15

※15 精神障害が複数ある場合には本様式をコピーして使用する。

4-A 精神障害に対して考えられる今後の具体的な治療・支援の方策※16

※16 精神障害に対して鑑定書作成までに行った具体的な精神医学的治療とその効果を踏まえて記述する。

4-A1 生物学的アプローチ

薬物依存症についての生物学的治療はないといえる。アルコール依存症については抗酒薬、節酒薬は存在し、これらのうち依存物質の渴望に働きかける薬剤を他の依存症に適応外使用する向きもあるが、根拠や効果に乏しいと考えられる。

他方、薬物使用の現実的な引き金となりうる<情緒不安定>あるいは<爆発性>を抑えるための気分安定薬の投与は選択肢であり、対象者については入院処遇中に継続的に投与され、少なくとも爆発性については一定の効果があるので、継続することが望ましいし、対象者も効果を実感して継続を希望している。

4-A2 心理学的アプローチ

薬物依存症の心理的介入一般として、動機づけの維持を基礎として、疾病教育や精神状態のモニタリング等が必要となる。対象者については依存症プログラムが長期に実施され、疾病の知識的側面や、自己の問題意識と治療動機については一定程度確保されている。またモニタリングについても、入院処遇中にモニタリングシートを活用する習慣はついている。

ただ、モニタリングは、地域生活で現に薬物を入手する可能性がある状況での実施こそが重要であると思われるが、現時点の対象者は入院長期化とパーソナリティ障害の問題のために、モニタリングと薬物使用欲求との関係を見失いつつあるようである。

パーソナリティ障害について、入院処遇においては、当初の過剰適応から徐々に対人トラブルが見られ始めた段階から徐々に対象者自身のパーソナリティ特性に基づく問題のフィードバックを始め、その後、心理士により個別に認知行動療法的な心理療法が開始された。これ自体は一定の効果を示したと思われる。一般的には心理療法を継続することが勧められるが、医療観察法の入院処遇下という前提で、追加的な改善や地域移行への般化という点では、どこまで有意義か。限界を慎重に検討する必要がある（後述 4-B）。

4-A3 社会学的アプローチ

薬物依存症についての原則的なアプローチ、すなわち、日々の生活で引き金となりうるイベントを同定しそれを回避するか代替行動により対処する行動を身につけ相談する等の継続的な支援体制構築が必要であるところ、疾病教育ののち、モニタリングシートやクライシスプラン作成、依存症集団プログラム、自助グループを含む依存症者回復支援施設の紹介や見学等はできており、入院処遇の中途までは対象者自身もこれらを受け入れていた。現状の対象者も、依存症からの回復に必要なものを問われると教科書的に上記のことを回答できるものの、入院処遇のような密な支援がなければできないとか、MDT が十分な支援をしてくれないとかの理由を挙げて、退行して現実的な判断を避けるようになり、動機づけ段階がむしろ後退した状況になっている。

また、パーソナリティ障害についての自助グループ等は存在するが、本件の対象者のように薬物依存症を合併している場合、依存症の自助グループや回復支援施設が結果的にはパーソナリティの問題もカバーしていることが多く、依存症についての治療と合わせて行うことが肝要である。

4-B 上記 4-A1,2,3 の 3 領域のアプローチによって見込まれる治療効果^{※16.1}

※16.1 悪化や進行の防止といった消極的側面と、有意な症状改善や病状安定後の再発・再燃防止の効果等といった積極的側面の両方から、治療効果の見込みや予測不能性を検討することが望ましい。

結論的には、現時点では、有意な症状改善という積極面があるかは相当に疑わしいうえに、悪化防止という消極面においても、今後の入院処遇の継続が悪化を促進させる可能性も伺われる。その理由は以下の通りである。

上記の通り、爆発性について薬物療法の効果は期待できるが、他の要因によって内服アドヒアランスが低下する問題が残る。心理学的、また社会的アプローチについては、少なくとも入院処遇の中途までは効果を上げたと考えられるし、一般的にはその継続によって薬物依存、薬物再使用との距離をとることが期待される。

だが問題は、パーソナリティ障害の病理と関連して治療進展が頓挫している点にある。入院処遇の途中で、心理療法や、依存症治療に合わせたケースワークが有効である局面がみえていた。しかし、パーソナリティ障害の心理療法は、非自発入院のように現実刺激が緩和された保護的環境では退行の問題が生じて奏功しがたく、また集団療法も利用困難である。現に本件対象者も、入院が長期化するに従い、退行によると思われる退院の回避や治療関係の価値下げがみられている。このこと故に通院移行の目処が立たず入院が長期化することが、さらに退行を促進して悪循環を形成する。

非自発入院下でパーソナリティ障害の病理が関与してこのような悪循環が形成されていくと、現実検討を向上させる手段に乏しく、脱却が困難になると考えられる。すなわち、試みられた心理社会的治療が地域移行後に般化される現実性、動機づけが損なわれてしまっている。

指定入院医療機関の主治医・MDT は、なおパーソナリティ障害の問題を御しながら通院処遇への移行を目指すべく、入院処遇を継続することが妥当である旨を主張するが、提示する治療方針は、この 2 年ほど膠着状態にみえる現状と大きく変わらないものであって、対象者の状態を具体的に改善できる見込みがあるようには思われない（鑑定人としても、指定入院医療機関が提示した方針以外に新たな方針が思いつかなかった）。

4x 上記 4-B で見込まれる精神障害への治療効果の評価区分^{※17}

※17 その障害に関する治療効果の一般論だけでなく、この対象者における具体的な事情を十分に加味して評価する。

反応性はない（あるいは反応性はほとんどなく、治療の効果は基本的に期待できない）。

反応性は不明（どのような効果がどの程度期待できるか等は、現時点では不明）。

反応性がある

治療は悪化や進行の防止の意味にとどまる。

治療によって有意な症状改善や病状安定後の再発・再燃防止の効果等が期待できる。

↑該当するもの／もっとも意見に近いものの□にチェックを入れるか黒塗りにする。

どうしても当てはめられない場合や追加の意見等がある場合には、以下の □その他 を用いて（ ）内に解説をする。

その他（ ）

5 社会復帰要因（社会生活機能と活動・参加に関するこの先の診立て）

5-A 社会復帰要因の判断にあたって参考となる対象者本人の現在の状態^{※21※22※23}

※21 この項目はあくまで確認のため例である。たとえば「あり」「なし」で加算して結論を出すという使用方法は不適切である。

※22 網羅的、排他的ではない。したがって、これらとは別に重要な項目もある。評価する内容が重複する項目もある。

※23 問題点としてだけでなく、「十分にある」などはストレングス（強み）としても注目する。

5-A1 病識 ※共通評価項目[2 内省・洞察]等参照

十分にある あるが、不十分 ない

5-A2 アドヒアランス、動機付け ※共通評価項目[3 アドヒアランス]参照

十分にある あるが、不十分 ない

5-A3 対象行為への内省や対象行為と精神障害等との関連性への気づき ※共通評価項目[2 内省・洞察]等参照

十分にある あるが、不十分 ない

5-A4 日常生活動作（IADL）※料理、洗濯、掃除、買い物、電話、金銭管理などの能力 ※共通評価項目[8 日常生活能力]等参照

十分にある あるが、不十分 ない

5-B 社会復帰要因の判断にあたって参考となる環境等の状態

5-B1 通院先 ※共通評価項目[18 現実的計画]等参照

確実にある 具体的な作業は進んでいるが確立・確定はしていない ない

5-B2 ケア体制 ※共通評価項目[19 治療・ケアの継続]等参照

確実にある 具体的な作業は進んでいるが確立・確定はしていない ない

5-B3 ケア計画 ※共通評価項目[19 治療・ケアの継続]等参照

確実にある 具体的な作業は進んでいるが確立・確定はしていない ない

5-B4 クライシスプラン ※共通評価項目[19 治療・ケアの継続]等参照

確実にある 具体的な作業は進んでいるが確立・確定はしていない ない

5-B5 住居 ※共通評価項目[18 現実的計画]等参照

確実にある 具体的な作業は進んでいるが確立・確定はしていない ない

5-B6 収入 ※共通評価項目[18 現実的計画]等参照

確実にある 具体的な作業は進んでいるが確立・確定はしていない ない

5-B7 家族等の個人的支援 ※共通評価項目[16 個人的支援]等参照

確実にある 具体的な作業は進んでいるが確立・確定はしていない ない

5-C 社会復帰要因の判断に関する 5-A,B 各項目についての特記事項^{※36.1※36.2}

※36.1 各項目の全部又は一部についてコメントがあれば、文章で記述するか箇条書きにする等、適宜の体裁で記載する（手引きの記載例も参照のこと）。

※36.2 この 5-C を用いず空欄とし、次の 5-D で一括して記述してもよい。

4-B と同様に、対象者の現在の状態（5-A）は病識、アドヒアランス、内省が一旦ある程度達成されたものの、パーソナリティ障害の病理によって制限された状況にある。

環境要因（5-B）についても、入院処遇の途中まで作業の進んだ分があるものの、その後の治療進展膠着によって、有効な水準にまで確立することが妨げられたまま経過している。

5-D 上記 5-A,B,C を踏まえた社会復帰要因と社会復帰阻害要因の総合的な評価^{※37※38}

※37 問題点としてだけでなく、ストレングスとしてみられる要素についても評価をする。

※38 適切な治療をしない場合にはどのような状況になりそうなのかといった診立てをできるだけ具体的に記述する。

現状の対象者は、パーソナリティ障害の病理によって、一旦ある程度まで達成された治療動機づけや地域移行への意欲が後退し、治療者を価値下げする等の状況での膠着が、2 年以上にわたり持続する現状に至っている。同時に、環境調整の進展、ケア計画の確立も妨げられている。

現状のまま入院処遇を終了させた場合、対象者は直ちに居住地すら無い状態となるから、現指定入院医療機関または別の精神科病院の精神病棟での精神保健福祉法に基づく入院（ただし入院処遇の経過から、非自発入院によることは難しいと考えられる。）、以前に見学をして受け入れの意向を示している依存症者回復施設への入所、もしくは近隣の簡易宿所のいずれかを対象者自らが選択して、それぞれのもとの医療及び支援を受けることが考えられる。だが現状の、治療動機が欠如し治療者を価値下げした対象者が、治療や支援へのアドヒアランスが不十分のまま、残存するパーソナリティ障害の問題や薬物使用欲求によって対象行為と同様の状態に陥る可能性は考えられる。

ただし、対象者の現実検討や治療動機低下は非自発入院環境により促進された側面があり、その意味で精神的ではないから、環境変化、すなわち入院処遇の保護的環境から（強引にでも）地域移行することによって、幾分かは現実検討や治療動機を取り戻し、結果的には対象行為と同様の状態に陥る現実的・具体的な可能性は高くない、ということもあり得るかもしれない。だが、その予測は十分なし得るところではない。

他方で、この 2 年以上の膠着状態から、再度対象者の動機づけを回復させて通院処遇へ移行させるような、現状を打開する現実的な手段は見出されていない。

5x 社会復帰要因・社会復帰阻害要因の評価区分

医療観察法の専門的な医療を受けさせなければ、同様の行為を行う具体的・現実的な可能性がある。

医療観察法の専門的な医療を受けさせなければ、同様の行為を行う可能性はあるとは言えるが、その可能性は具体的・現実的とまでは言えない。

医療観察法の専門的な医療を受けさせなければ、同様の行為を行う可能性があるとは言えない。

↑該当するもの／もっとも意見に近いものの□にチェックを入れるか黒塗りにする。

どうしても当てはめられない場合や追加の意見等がある場合には、以下の□その他を用いて（ ）内に解説をする。

■その他（ 医療観察法医療を受けさせない場合はおろか、医療観察法医療を継続しても、同様の行為を行う具体的・現実的な可能性はある。そして、それを改善する見込みが立たない。 ）

7 鑑定事項・主文

7-A 鑑定事項^{※43}

※43 鑑定命令等の書面に記載された鑑定事項を転記する。

1. 対象者が精神障害者であるか。
2. 対象者が精神障害者である場合、その精神障害は、対象行為を行った際の心神喪失又は心神耗弱の状態の原因となった精神障害と同様のものであるか。
3. 対象者が対象行為を行った際の原因となったものと同様の精神障害を有している場合、その精神障害は治療可能性のあるものか
4. 対象者の精神障害について治療可能性が認められる場合、本法による医療を受けさせなければ、その精神障害のために同様の行為を行う具体的・現実的な可能性があるか
5. 以上をふまえ、対象行為を行った際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するためにこの法律による医療を受けさせる必要があるか否か。仮に医療を受けさせる必要がある場合、入院処遇又は通院処遇のいずれが適当であるか。

7-B 主文^{※44}

※44 主文は、鑑定事項に対応して書く。

1. 対象者は精神障害者である。
2. 対象者の現在の精神障害の診断は、多剤依存症及び情緒不安定性パーソナリティ障害（以下、当該精神障害という。）である。対象行為時はこれらに加え覚醒剤及び鎮咳剤の急性中毒状態にあった。当該精神障害は臨床的にみて、両者相まって覚醒剤または他の依存物質の使用による急性中毒状態を再現しうるから、対象行為を行った際の心神耗弱の状態の原因となった精神障害と同様のものであるといえる。
3. 対象者の当該精神障害は、一般的には治療可能性がある。ただし現時点までの本法による医療の経緯と結果を踏まえると、さらに本法による医療を続けさせることが、対象者にとって追加的な改善をもたらすようには思われない。
4. 対象者が受けた本法による医療の状況を踏まえ、現時点で、当該精神障害のために同様の行為を行う具体的・現実的可能性は否定されない。ただし上記3の通り、追加的な改善見込み自体が乏しい。むしろ本法による処遇継続が機能低下を促進し悪化させている可能性すらある。
5. 本法による医療が追加的な改善をもたらす見込みが乏しい（うえに、悪化させている可能性がある）以上、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し、これに伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するためにこの法律による医療を受けさせる必要を肯定することができない。

以上の通り鑑定する。

鑑定書作成年月日・・・年・・・月・・・日

鑑定人氏名 ○○ ○○

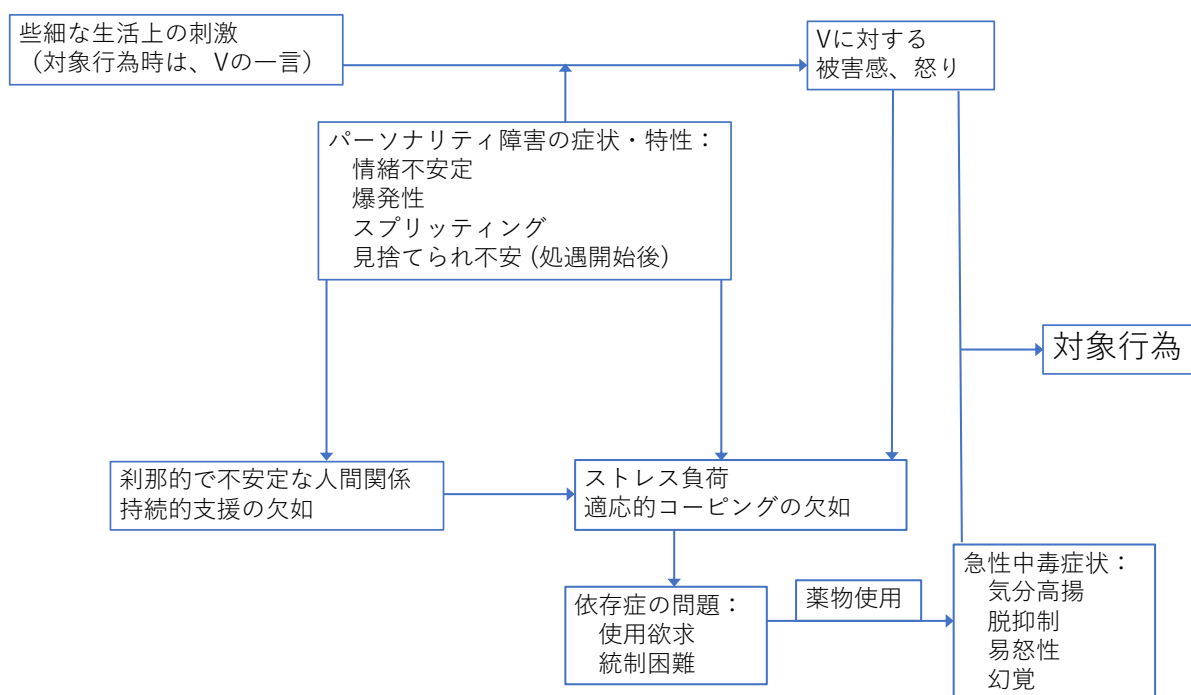
(参考資料^{※45}) 機序／フォーミュレーションの概要図

3の内容のなかでとくに機序／フォーミュレーションにおいて重要な要素^{※47}

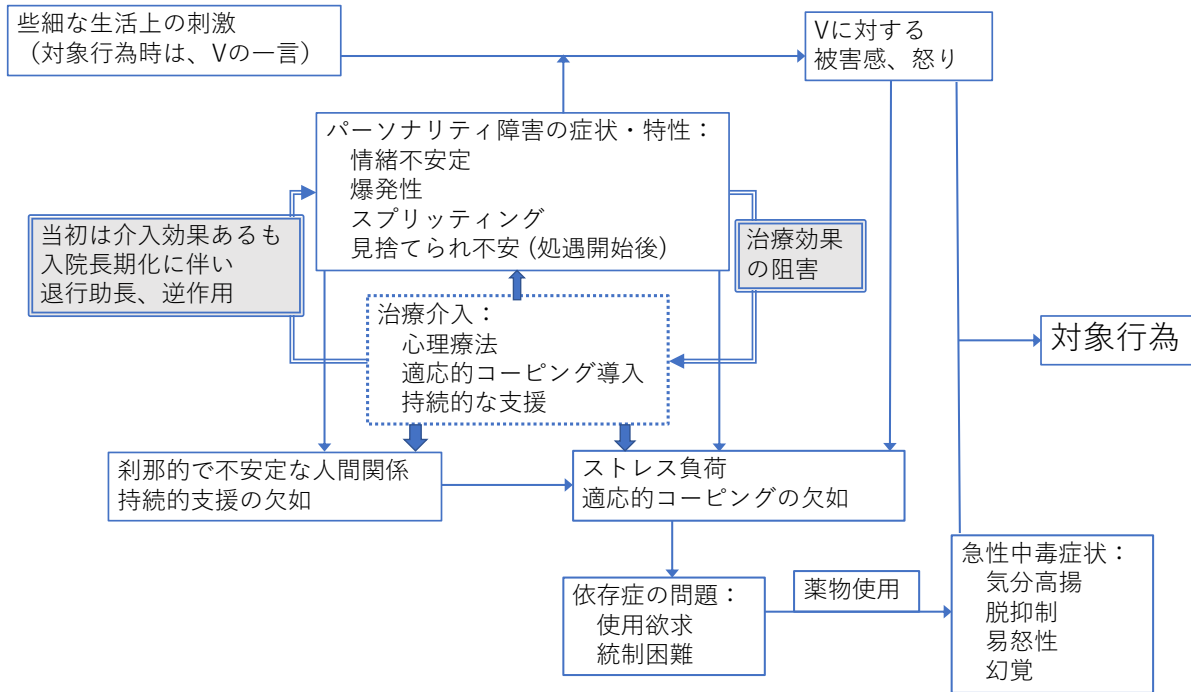
精神障害の要素 として重要なもの	依存症の症状： 使用欲求、統制困難 急性中毒の症状： 気分高揚、脱抑制、易怒性、幻覚 パーソナリティ障害の症状・特性： 情緒不安定、爆発性、スプリッティング 刹那的で不安定な対人様式・人間関係
精神障害以外の要素 として重要なもの	適応的なストレスコーピングの欠如～薬物依存への親和性 持続的な支援体制の欠如

※47 ここであげた要素を次の「概要図」に書き込むとよい。

① 対象行為時のフォーミュレーション概要図



②鑑定時現在のフォーミュレーション概要図



※この事例はモデル事例として作成した架空のものです。
 モデル事例鑑定書 作成者：茨木丈博（神奈川県立精神医療センター）

	厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）
研究課題	医療観察法における専門的医療の向上と普及に資する研究
課題番号	21GC1012
研究代表者	平林直次（国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター）
分担研究課題	医療観察法鑑定書の作成法に関する研究
分担研究者	岡田幸之（国立大学法人 東京医科歯科大学）
分担共同研究者	茨木丈博（神奈川県立精神医療センター）
協力研究者	荒川育子（東京都立松沢病院）
（執筆者・執筆順）	木下英俊（東京都立松沢病院）
	加藤愛理（国立精神・神経医療研究センター病院）
	賀古勇輝（北海道大学病院附属司法精神医療センター）
	大澤達哉（東京都立松沢病院）
	久保彩子（国立病院機構琉球病院）
	椎名明大（千葉大学社会精神保健教育研究センター）
	柏木宏子（国立精神・神経医療研究センター病院）
	茨木丈博（神奈川県立精神医療センター）