

告知内容調査票

Disclosure Content Check List (DCCL)

北村 俊則

北村 總子

国立精神・神経センター精神保健研究所

社会精神保健部

判断能力評価用構造化面接を行うに先立って、主治医、担当看護婦、その他の医療従事者は、これから行おうとしている医療行為の内容と、そのことに対する同意権限について患者に説明しなければならない。この告知内容調査表は、こうした事前の説明を行う際に記入するものである。

医療側が説明しようとする医学医療情報の範囲と内容は、現時点での患者の精神状態や協調性に依拠するものであり、すべての情報を告知内容調査表を記載するまでに患者に説明する必要はない。

主治医、担当看護婦、その他の医療従事者は、告知同意に必要な医学・医療情報の開示の有無、その内容について記載する。各項目には「はい・いいえ」の二者択一もしくは複数の選択肢が与えられているので、患者に与えた医学・医療情報に従って、それぞれ記入用紙に記載する。その上で、今回提示している治療法についての患者の判断能力の有無を概括的に評価する。最後に自由記載形式により、患者の判断能力を記述する。

施設名：

患者氏名：

説明（告知）者氏名：

科目名：

性別：

1: 男性

2: 女性

説明（告知）年月日：

19 年 月 日

生年月日：

19 年 月 日

年齢：

結婚状態：

- 1: 未婚 2: 既婚 3: 死別 4: 離婚

医療費支払い形態：

- 1: 国保 2: 生保 3: その他

決定権の保有

〔治療法、入院等、判断能力評価の対象となる事項〕の施行の前に、患者自身が行う行わないの決定をする権限を有することを説明しましたか。

- 1: はい
2: いいえ

決定の依頼

〔治療法、入院等、判断能力評価の対象となる事項〕の施行について、患者自身に決定するよう求めましたか。

- 1: はい
2: いいえ

治療の推薦

〔治療法、入院等、判断能力評価の対象となる事項〕の施行を、その名称（例えば、電気けいれん療法、向精神薬の経口注与、抗生物質の点滴静等）を含めて患者に薦めましたか。

- 1: はい
2: いいえ

1: はいの場合：その内容

治療を薦めた場合：医学上正式の名称（例えば電気けいれん療法、抗うつ薬、クロールプロマジン、利尿剤）を用いましたか。あるいは非医学的名称（例えば精神分析療法を単に「お話し」）もしくは予想できる患者のショックを和らげるために変更した名称（例えば抗精神病薬を「安定剤」）を用いましたか。

- 1: 医学上正式の名称
2: 非医学的名称もしくは変更した名称

薬物療法を薦めた場合：どういう名称を使用しましたか。

- 1: 一般的名称（例えば、お薬、錠剤、お注射、点滴）

- 2: 何に効果があるかを説明する名称（例えば、胃の薬、安定剤、睡眠薬）
- 3: 医療上の分類名称（例えば、抗不安薬、抗潰瘍薬、抗生物質）
- 4: 当該薬剤固有の一般名もしくは商品名（例えばハロペリドール、セレネース、アスピリン）

治療から期待できる利益の説明

〔治療法、入院等、判断能力評価の対象となる事項〕から期待できる利益について説明しましたか。

- 1: はい
- 2: いいえ

はいの場合：その内容

治療から予想できる危険の説明

〔治療法、入院等、判断能力評価の対象となる事項〕から予測できる危険について説明しましたか。

- 1: はい
- 2: いいえ

はいの場合：その内容

代替手段の説明

〔治療法、入院等、判断能力評価の対象となる事項〕の代替手段について説明しましたか。

- 1: はい
- 2: いいえ

はいの場合：その内容

無治療の場合に期待できる利益の説明

〔治療法、入院等、判断能力評価の対象となる事項〕を実施しない場合に考えられる利益について説明しましたか。

- 1: はい
- 2: いいえ

はいの場合：その内容

無治療から予測できる危険の説明

〔治療法、入院等、判断能力評価の対象となる事項〕を実施しない場合に予測できる危険について説明しましたか。

1: はい

2: いいえ

はいの場合：その内容

病名告知

正式診断名（精神科の場合は DSM-III-R）を記載して下さい。

病名を説明しましたか。

1: はい

2: いいえ

はいの場合：その内容

病名を告知した場合：医学上正式の診断名を使用しましたか。あるいは非医学的診断名（例えば、神経衰弱、ひどく弱っている、できもの [腫れ物]）もしくは予想できる患者へのショックを和らげる診断名（例えば、精神分裂病をノイローゼ、胃癌をかなり大きい胃潰瘍）を使用しましたか。

1: 医学上正式の診断名

2: 非医学的診断名もしくは変更した診断名

平成11年度厚生科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）

分担研究報告書

精神障害者の受診の促進に関する研究

分担研究者：

益子 茂 東京都立多摩総合精神保健福祉センター地域保健部長

研究協力者：

阿部弘樹 福岡県糸島保健所参事補佐

池原毅和 東京アドヴォカシー法律事務所所長・弁護士

石井昌生 神戸市東灘区保健部長

計見一雄 千葉県精神科医療センターセンター長

斎藤章二 斎藤病院院長

佐伯仁志 東京大学法学部教授

澤 温 さわ病院院長

竹島 正 国立精神・神経センター精神保健研究所精神保健計画部長

中 康 東京都立精神保健福祉センター地域援助医長

中川博幾 福井県精神保健福祉センターセンター長

中島節夫 北里大学東病院精神保健科長

三浦勇夫 三浦診療所所長

研究要旨

精神保健福祉法の趣旨に鑑み精神障害者に適時・適切に医療を提供できるよう体制を整備することが求められているが、治療の必要性が理解できない精神障害者の医療の確保については困難を伴う現状があり、その医療へのアクセスに際して、人権擁護の観点から望ましくない事態が一部で指摘されている。当研究班は平成9年より、そうした事例への対応の実態や人権に配慮した新たな制度創設の必要性、その際の備えるべき要件等について調査研究を行ってきた。平成11年の精神保健福祉法の改正により、第34条として医療保護入院のための移送制度が創設された。そこで平成11年度は、都市部の保健所や精神保健福祉センター等に対し聞き取り調査を行って得られた資料や諸外国等の法規及びガイドライン等を参考に、34条適応の対象の考え方や指定医による移送・入院の要否に関する判断基準等について検討した。その結果、保健所等が34条による指定医の診察が必要と考えるべき対象は、精神障害が強く疑われ、地域精神保健福祉施策で努力しても解決が得られず、かつ栄養、睡眠、清潔保持等の基本的な生活維持に困難が生じているか、または現実認識等が障害され周囲の状況に対し適切に行動できない状態が持続ないし反復して、医師の診察を拒んでいる者であること、34条による移送・入院の必要性に関する指定医の判断基準としては、その病状の程度が重篤な精神障害者（精神病状態にある者）であり、そのために自己の健康または安全の保持に困難が生じているか、もしくは直ちに入院させなければ健康上に重大な損失が予測される者で、入院による治療有効性が担保され、かつ判断能力の低下により任意入院が行われる状態にない者であることという結果を得た。

A. 研究目的

わが国の精神保健福祉施策が入院中心から地域ケア中心へという大きな流れに沿って推進される中で、精神保健福祉法の目的に精神障害者の自立と社会参加が位置付けられたことから、精神障害者の地域生活支援体制の構築が重要な課題となっている。疾病と障害を併せ持つ精神障害者が地域において自立と社会参加を実現するためには、何よりもまず病状が安定していることが前提となる。従って医療は、精神障害者の地域生活を支えるための最も基本的かつ不可欠なサービスであり、適時・適切にそれが供給できるよう体制を整備する必要がある。こうした状況をふまえ現在全国的に精神科救急医療体制の整備が進められているが、一方で精神障害の初発や再発で自傷他害のおそれまでは至らないが、早急に受診・治療が必要であるにもかかわらず、精神障害のため自身ではその必要性が理解できず、受診したがらない者の医療へのアクセスについては、依然として困難を伴う現状がある。これまで、措置要件を満たさない者の医療機関への移送の権限等については法制度上に明確な規定がなく、漠然と保護者の本人に治療を受けさせる義務の延長線上にあると認識されてきたきらいがある。そのため公的機関は介入に慎重となり、孤立した家族はやむなく、人権上問題のあるようなやや無理をした方法を選ばざるをえない事態が一部に見られる。近年、主として首都圏等の都市部において、警備会社等の民間業者が家族との契約のもとに、受療を拒んでいる精神障害者又はその疑いのある者の病院までの搬送を請け負う実態のあることが、一部の新聞報道で取り上げられた。多くの場合医師等の専門家の立ち会いによる判断や説得なしに行われており、人権上の問題をはらんでいるが、既存の制度や事業の機能しにくい部分で需要が発生していると思われる。社会全体の高齢化、都市化、核家族化等が急速に進展する中で、早

急に適切な支援策を講じることが求められている。そこで、治療の必要性が理解できない精神障害者の人権にも十分配慮した医療へのアクセス確保のあり方について、既存の制度のより実効ある運用や関係機関との連携・協力の一層の推進による方策の可能性を探る一方、移送に関する新たな制度導入の必要性も含めて検討することを目的に平成9年度より研究を開始した。平成9年度は主として都市部の保健所を対象に、家族等の説得のみでは受診に結びつかない事例に関する相談や対応の実態についてアンケート調査を行った。その結果から、約3分の1の保健所が管内で警備会社等の民間業者による搬送が行われた事実を把握していたことがわかり、精神障害者の人権に十分配慮した公的な責任に基づく移送システムの検討が必要であると考えられた。平成11年1月に公衆衛生審議会から出された意見書「今後の精神保健福祉施策について」において「保護者に治療を受けさせる義務を担保するため、治療の必要性が判断できない精神障害者の診察・移送に関する仕組みを設けることについて検討すること」とされたことから、平成10年度の当研究では、新たな制度創設の必要性とその制度の具体的なあり方及び対象の考え方等について、精神保健医療関係者を対象にアンケート調査を行った。その結果から、新たな制度の創設は必要であること、家族の要請を受けた保健所が調査したうえで、必要と判断されれば指定医が本人を診察の上移送の可否を判定し、その指定医の所属しない病院へ公的な責任のもとに移送するという制度の骨格が示された。平成11年6月には精神保健福祉法が改正され、34条として新たに医療保護及び応急入院のための移送に関する規定が設けられた。そこで平成11年度は、34条の対象の考え方や移送・入院の可否に関する指定医の判断基準等について検討し、もってこの条項のより適正な運用に資するための提案を行うことを目的として本研究

を行った。

B. 研究方法

所在地の自治体の精神科救急医療体制に参加している自治体病院、大学病院精神科、民間病院に加え、精神科診療所、自治体の保健衛生部局、精神保健福祉センター、保健所、国立の研究機関にそれぞれ所属する医師及び精神医療の現状に詳しい弁護士、刑法学者らを研究協力者として研究班を組織した。研究班は、これまでの研究で警備会社等の民間業者による搬送の事例が都市部に集中していたことから、首都圏にあるA県の複数の保健所と精神保健福祉センター、同じく首都圏にあるB県の精神保健主管課と精神保健福祉センター、首都圏以外の政令指定都市C市の保健所等に対し聞き取り調査を行った上で、研究会を開催して、聞き取りで得られた資料と平成10年度に当研究班の行ったアンケート調査の結果、欧米の関係法規や国連原則等における非自発入院の基準をも参考にしながら検討を行った。平成12年1月に厚生省より示された「移送に関するガイドライン（案）」において、医療保護入院及び応急入院のための移送についての基本的考え方については、「緊急に入院を必要とする状態にあるにもかかわらず、精神障害のために患者自身が入院の必要性を理解できず、家族や主治医等が説得の努力を尽くしても本人が病院に行くことを同意しないような場合に限り、本人に必要な医療を確保するため、都道府県知事が、公的責任において適切な医療機関まで移送するものである。したがって、この移送制度の対象以外の者に本制度が適応されるのことがないよう、事前調査等の移送のための手続きを適切に行うことが重要である。」とされたことから、移送制度を適応する対象についての考え方や指定医による判断基準を中心に報告することとした。

C. 研究結果

1. 事前調査の取り組みと考え方について

34条の適応に関する事前調査は、地域精神保健福祉業務の一環としてとらえられ、それを担う保健所等は、その活動の中で関係機関とも連携して自発受診につなげる努力を最後まで追求するべきである。34条の適応を考慮するに当り保健所等の実施機関においては、所内の業務担当者会議やケースに関わる関係者連絡会議等を十分に活用することで、担当者みの判断が先行したり責任が過重になることのないよう工夫する必要がある。そうした会議の中では、地域精神保健福祉施策での取り組みを最大限追求したかどうかの確認と評価、34条を適応した場合しない場合それぞれの課題、入院した場合入院中に失われるおそれのある生活基盤の保全あるいはその代替方法等のほか、実施機関の職員が調査に出向く際の警察等への同行依頼の必要性を含めた体制や留意事項なども検討材料になると考えられる。また調査・検討の過程で、保護者等と今後の対応についてよく話し合ったうえ、実施機関としての方針を伝えて理解を得ておくことが大切である。最終的にこの制度を利用して入院となったとしても、保健所等関係機関はそれを終着点としてではなく、逆に出発点ととらえ、入院中も本人や家族、主治医等と話し合う機会を持ち、今後の社会復帰や再発予防等を見通した一貫した支援計画の中に位置づける視点を持つことが重要と考えられる。

2. 事前調査における34条適応の対象の考え方等について

実施機関である保健所等が34条適応を判断する際の対象の考え方については、当研究班では上記のアンケート調査や聞き取り調査の結果等に基づいて検討し、以下のような状態または状況をその判断の目安として提示するものである。即ち、精神障害の存在が強く疑われ、保健所あるいは医療機関等による地域

保健福祉施策で努力したが有効な解決が得られず、かつ切迫した状態と判断されること。切迫した状態とは、例えば、栄養、睡眠、清潔の保持、寒冷・暑熱の防御、火気の管理等の基本的な生活の維持にも困難が生じているとか、社会生活上必要な状況認知や判断に著しい障害があり、周囲の状況に対し適切な行動がとれない状態、即ち興奮や過活動、持続する重度の社会的引きこもり等が反復、持続または増悪しているような状態を指す。そのため医師の診察が直ちに必要であるにもかかわらず、本人の強い拒否があるといった事例について、34条の移送・入院のための指定医の診察の対象とすることが適当であると考えられる。但し、措置入院や緊急措置入院のための診察が必要と判断される時は、それが明らかになった時点で速やかにその手続きにはいること、対象者の健康状態が極めて悪化していることが確認された場合は、身体的・精神的な状態に応じて、救急医療の対象として敏速な対応を行うことは当然である。

3. 34条における指定医診察の位置づけについて

保健所等の実施機関による受診勧奨等の地域精神保健活動を含む事前調査の結果、他に受診に結びつける方法がなく、34条の適応の対象であると判断された者に対し、知事の指定する指定医が本人を訪問して診察を行うこととなる。その際の指定医の判断は独立したものとしてなされるが、それまでに得られた事前調査結果等も参考として十分考慮されるべきである。またこの診察は、診療契約に基づかない行政的な判定業務であると同時に、医療保護入院をさせるためのものであることから、指定医は診察場面において、任意入院にむけての受診説得を含め得る限り治療的な面接を行うよう努めることが望ましい。

4. 判断基準策定の必要性について

33条における医療保護入院の要件のうち、指定医の判断によるものとしては「1. 精神障

害者であり、かつ、2. 医療及び保護のため入院の必要のある者であって3. 当該精神障害のために任意入院が行われる状態にないこと」の3点であり、3については今回新たに規定されたところであるが、それらの判断の根拠については具体的な基準は示されておらず、依然として指定医の裁量に任されていると考えられる。これに対し34条では「1. 精神障害者であり、かつ、2. 直ちに入院させなければその者の医療及び保護を図る上で著しく支障のある者であって3. 当該精神障害のために任意入院が行われる状態にないこと」とされており、2において明らかに33条より対象が絞られており、同じ医療保護入院ではあっても条文の文言としては33条の4の応急入院に極めて近いものとなっている。これは知事の権限による移送という強制措置を伴うことから、人権に十分配慮して濫用を防止する意味からも、対象を通常の医療保護入院よりさらに重篤で緊急性の高い者に限定すべきであると考えられたからである。従って、その知事の移送命令の根拠となる指定医の判断について、恣意的になることのないよう、措置入院におけると同様に一定の判断基準が示される必要があると考えられる。加えて、34条では入院に際し受け入れ側医療機関の指定医による再判定を要しないことから、即時退院という事態が繰り返されて制度への信頼が損なわれることを防ぐためにも、それぞれの指定医が共通認識の上に立てるよう判断基準の明確化が必要である。

5. 指定医の判断基準の考え方について

34条による移送・入院の適応になる者、即ち自傷他害は認めないが、本人が拒否していても今すぐ精神科入院医療を施す必要がある者とはどのような状態の者を指すのかをある程度具体的に示す必要がある。この制度の運用として、保健所等による受診勧奨を含む調査の結果、34条による以外には他に医療に結びつける方法がないと判断された者について

指定医診察を行うということから、最終的に指定医に求められるのは専ら医学的見地からの判断であると考えられる。そこで、平成10年度にわれわれの研究班で行ったアンケート調査の結果を中心に、国連原則や米国精神医学会のガイドライン、英国の精神保健法等における非自発入院の基準を参考にして検討を行った。アンケート調査結果からは、精神病状態で入院医療の有効性が担保された者で、睡眠、栄養、清潔保持といった精神身体活動の低下がある者や事件等から自己の安全を守れない者といった回答が多かった。後半部は非自発入院の基準として米カリフォルニア州で最初に採用された重篤な能力障害gravely disabled（重篤な精神障害により衣食住が賄えず、自己の健康や安全保持といった生活維持に必要な基本的な能力が損なわれていること）の概念に近く、現在では米国の多くの州や英国でもそれに近い考え方が取り入れられているものである。広い意味での自傷に含まれるという考え方もできるが、自殺企図等、自己の生命、身体を害する行為といった専ら積極的かつ直接的なイメージでとらえられているわが国の措置入院の判定基準における自傷からは、ややはずれていると考えられ今回の34条の第一の適応となると考えられる。上記には該当しなくとも、33条の4の応急入院の適応として通知されている「直ちに入院させなければ患者本人の予後に著しく悪影響を及ぼすおそれがあると判断される場合」とほぼ同様の医学的判断がなされる場合には適応とすべきで、これもまた、今回参考とした諸外国等の基準の中に必ず含まれているものである。次に、精神病床での入院医療によって、少なくとも入院させなかった場合に予測される悪化を防ぐことができるという治療有効性の担保は、生活の場から病院へ強制的に直接入院となる本制度が、単なる地域からの排除のために利用されることを防ぐ意味からも必須の条件である。この治療適合性という

考え方は、非自発入院についての諸外国等の基準でも採用されており、指定医であれば、その判断は決して困難なものではないと考えられる。さらに、精神病状態によって現実検討能力や判断能力が低下しているため、指定医による説明・説得を理解した上で入院による治療を受けることに同意することができない状態であることも確認される必要がある。以上より当研究班は以下の基準を提案する。

6. 34条に係る移送・入院の可否についての指定医の判断基準

34条の移送・入院に当っては、知事の指定する指定医による診察の結果、以下の要件のすべてに該当することが確認される必要がある（但し3）についてはaかbのいずれか）。

- 1) 精神障害者であること。
- 2) 当該精神障害による病状の程度が重篤であること。なおここでいう病状の程度が重篤であるとは、幻覚、妄想その他の現実認識の歪みと、そうした自己の状態に対する洞察の欠如によって現実との関係を適切に保つことが困難となり、基本的な生活維持のために通常必要とされる能力にも支障が生じる程度に精神機能が損なわれている状態、即ち「精神病状態」が持続又は反復していることを指す。
- 3) 当該精神障害のためにその者の状態が以下のa, bいずれかに該当すること。
 - a. 生活維持のための基本的な能力が損なわれた結果、自己の健康又は安全の保持に深刻な困難が生じていること。なおここでいう健康又は安全の保持とは、例えば栄養摂取、睡眠確保、清潔保持、寒冷・暑熱の防御、火の始末、水道やガスの元栓管理等を指す。
 - b. 直ちに入院治療を行わなければその者の状態にさらに深刻な悪化をきたし、回復が一層困難になるなどの身体的・精神的健康上の損失がもたらされる可能性が高いこと。
- 4) 入院治療によってのみ一定以上の治療効果が期待できること。但し、その入院は単に現

在の環境からの一時的な分離や避難を主たる目的とするものではないこと。なおここでいう一定以上の治療効果とは症状の軽減、又はこれ以上の悪化を防止することを含む。

5) 当該精神障害により、判断能力が著しく低下しているため入院治療の必要性が理解できず、本人の同意による入院が行われる状態にないこと。

6) 措置入院の要件を満たさないこと。

D. 考察

34条は地域精神保健又は精神障害者の地域生活支援の中に位置づけられるものであり、適時・適切に医療を受ける権利を保障するためのものである。同時に、強制措置を伴う以上、人権に配慮し、その適応についての判断は適正になされなければならない。そのため、その事前調査は地域精神保健福祉業務の一環であり、その過程においても受診勧奨や地域資源との連携等の努力を尽くした上で、あくまで緊急避難的な措置として移送が行われるべきである。移送制度の適応を考慮するような事態に至る前の段階で、地域において介入し支援する仕組み作りも検討されなければならない。現在でも地域で積極的に往診や訪問看護を行っている医療機関は存在する。保健所としても精神科通院医療中断者保健サービス事業等を通じて医療機関との連携をさらに強めることで、ともども一層きめ細かな地域精神保健活動を推進する契機とすることが望まれる。最近の報告によると、精神分裂病では発病後の未受診期間が長ければ長いほど予後は不良であるという結果で一致している。早期発見・早期治療は精神障害においても極めて重要である。まずは、一般市民に対する精神保健や精神障害の正しい知識の普及、相談窓口としての保健所の周知、精神医療に関する情報の公開等をさらに推進することが求められる。未受診者の早期の医療への結びつけについても、34条の制度がその事前調査等の

運用も含めて有益に機能することが期待される。今回、応急入院指定病院に限定された移送受け入れ医療施設の、ソフト・ハード両面にわたる療養環境のさらなる向上もまた急ぐべき課題である。本人にとっては意に沿わない形で生活環境から切り離されて入院となる本制度においてはことに、入院施設の治療水準や療養環境は、今後の本人の医療への信頼感や予後をも左右する重要な問題といえるであろう。関係各方面の一層の努力を期待したい。いずれにしても、平成12年4月より移送制度は実施される。本制度が、判断能力の低下した状態の精神障害者に対して、その人権に十分配慮して適時・適切に医療を供給するものとして、適正かつ有効に運用され、結果としてわが国に真の地域精神保健福祉が発展する契機になることを願うものである。

E. 結論

平成11年6月精神保健福祉法が改正され、その34条に新たに医療保護入院及び応急入院のための移送制度が規定された。それを受けて平成12年1月厚生省より「移送に関するガイドライン（案）」が示され、それを骨子として各都道府県等で実際の運用の検討と体制作りが急がれている。当研究では、平成9年度と10年度に関係者に対して行ったアンケート調査及び11年度に行った聞き取り調査をもとに、34条適応の対象の考え方について検討するとともに、ガイドラインでは直接示されていないが、実施の際に参考となる指定医の診察の要否及び指定医による移送・入院の要否についての判断基準を提示した。

F. 研究発表

1. 論文発表

なし。

2. 学会発表

なし。

精神障害者のための成年後見制度についての研究

—禁治産鑑定の実態と、その問題点—

分担研究者 山上 皓 東京医科歯科大学 教授

研究要旨（禁治産鑑定の実態と、その問題点）

平成12年4月からの新しい成年後見制度の施行に備え、痴呆性高齢者の能力判定、精神鑑定と診断のあり方を検討するための基礎資料として、従来の禁治産鑑定の実態を調査・研究した。その概要は以下の通りである。

最高裁判所の協力を得てA家庭裁判所における一定期間内に申立てられた禁治産、および準禁治産事件のうち鑑定が実施されたものについて、その資料の概観とまとめを行った。閲覧した資料は、家庭裁判所の調査官の作成による調査報告書、鑑定人作成による鑑定書である。なお、主治医らによる診断書がある場合にはこれも参考資料とした。

具体的には1997年4月1日～6月30日（3ヶ月間）にA家庭裁判所に禁治産ないし準禁治産事件の申立があったもの全例77件について調査した。このうち鑑定が行われたのは51件（66.2%）であった。種類別に見ると禁治産鑑定は49件、準禁治産鑑定は2件であった。調査結果をまとめると、事件本人については、病院等の施設に入所中のものが7割弱で、疾患ではいわゆる「老年性痴呆」が5割を超えていた。鑑定内容では、鑑定書の内容にばらつきが大きく、とくに一般臨床で必要と考えられる情報が欠如したものが散見された。鑑定書の作成期間は1日～141日、費用は3万円～約50万円と非常に幅が広がったが、鑑定期間および費用と鑑定書の内容との間には関係がなかった。鑑定人の選定をみると、主治医や主治医が紹介する医師ではなく裁判所が紹介する医師が半数を超えていた。今回の調査であきらかになった鑑定書の内容、作成期間、鑑定費用のばらつきは法の下での平等にも反する可能性のある重大な問題である。新制度下においては鑑定書および診断書の作成業務の絶対数が激増することが予想され、その実施にあたる医師の不均一さが増す可能性があり、早急に、精神科医へ研修等、司法精神医学教育の充実を図る必要があると思われる。また、今後、新制度下で作成される鑑定書、診断書を収集して、再検討を加えて行く必要があると思われる。

A. 研究目的

平成12年4月からの新しい成年後見制度の施行に備え、痴呆性高齢者の能力判定、精神鑑定と診断のあり方を検討するための基礎資料とする目的で、従来の禁治産鑑定の実態を調査・研究した。

これまでの民事鑑定に関する報告を見ると、それらが指摘している問題点は大きく法制度自体の事項と鑑定業務の事項とにわけることができる。とくに後者であげられているのは(1)鑑定人が得られにくいこと、(2)鑑定の質に疑問

があること¹⁾、(3)鑑定人による「心理学的要素」の検討とそれによる意思能力への言及の是非^{3),4)}、(4)いわゆる「審判の鑑定依存」の問題²⁾、(5)鑑定費用の問題、(6)鑑定期間の問題などである。

これらの問題について考察を深めるためには具体的な事例を検討することが必要不可欠であることは言うまでもない。しかし、司法精神鑑定についての実態調査は難しく、ことに民事鑑定に付いては刑事のそれに比べて、より個人の秘密が保持されなければならないため、事例を

得にくく、調査研究は一層困難となる。そのため、先行研究では、たとえば研究者自身が経験した鑑定事例をまとめたものであるなどの限界がみられ、禁治産鑑定の全体像を把握しての議論はなかなか難しいものとなっている。

本研究では上記の限界を解決するために最高裁判所に協力を求め、一家庭裁判所における一定期間の禁治産・準禁治産鑑定を対象として調査を実施することにした。本稿の第一の目的はこれによって得られた結果をまとめ、民事鑑定の現状を把握するための基礎資料を提供することにある。第二の目的は、この実態を踏まえて、平成12年度からの新しい成年後見制度の実施をむかえる場合に起こりうる問題点をあげておくことにある。

B. 研究方法

最高裁判所の協力によりT家庭裁判所における一定期間内に申立てられた禁治産、および準禁治産事件のうち鑑定が実施されたものについて、その資料の概観とまとめを行った。

司法精神鑑定を専門とする研究者ら3名の精神科医が家庭裁判所内で資料を閲覧した。資料は家庭裁判所の調査官の作成による調査報告書、鑑定人作成による鑑定書である。なお、主治医らによる診断書がある場合にはこれも参考資料とした。

鑑定の内容については、まず各項目（表紙、事件本人の氏名等、緒言、申立ての経緯、家族歴、本人生活歴、現病歴、既往歴、家族歴、身体所見、心理所見、考察、主文）の記載の有無

を確認した。さらに数量的にそれを検討するために鑑定書全体および各項目ごとに文字数を数えてデータ化した。ただし本稿では簡便にするため、これを1,600字詰め程度の紙片を一枚とした概算数値を提示するにとどめる。また記載文

字数は必ずしも鑑定書の質をそのまま反映するものではないが、同様の手法は刑事鑑定書についての山上の研究⁵⁾でも用いられており、実用性のある一指標といえる。このような方法によってまとめられたデータを概観し、民事鑑定の現状と問題点をまとめた。

調査対象とされたのは、1997年4月1日～6月30日（3ヶ月間）にA家庭裁判所に禁治産、および準禁治産事件の申立があったもの全例77件である。このうち鑑定が行われたのは全体の66.2%にあたる51件であった。これを事件の種類別に見ると禁治産鑑定は49件、準禁治産鑑定は2件であった。

（倫理面への配慮）

調査対象とされた裁判記録は、一般には公開されないものであり、また事件本人及び関係者のプライバシーにかかる多くの情報が記されている。したがって、記録の取扱には充分注意し、本報告においても個々のケースのプライバシーに触れるような問題については触れていない。

C. 研究結果

1) 被鑑定人の特徴

表1：性別、鑑定時の本人の居所、能力障害の主たる原因になった障害

内容	件数	%
性別		
男性	16	31.4
女性	35	68.6
鑑定時の本人の居所		
自宅（独居）	3	5.9
自宅（同居）	13	25.5
病院・施設など	35	68.6
能力障害の主たる原因になった障害		
老年性の痴呆 （脳血管性、アルツハイマー型等）	29	56.9
精神遅滞	7	13.7
外傷等による意識障害 （いわゆる「植物状態」等）	6	11.8
精神分裂病	5	9.8
複数の障害の複合	4	7.8

鑑定を受けた事件本人（被鑑定人）51名についてまとめた。平均年齢は 69.1±20.7SD 歳（範囲 25～97 歳、中央値 74 歳）であった。性別、鑑定時の本人の居所、能力障害の主たる原因になった障害を表 1 にまとめた。性別では女性が 7 割弱を占めていた。鑑定時の本人の居所をみると病院・施設などが 7 割弱を占めていた。能力障害の主たる原因になった障害では「老年性の痴呆（脳血管性、アルツハイマー型等）」が半数以上であった。以下、多い順に「精神遅滞」、「外傷等による意識障害（いわゆる「植物状態」等）」、「精神分裂病」、「複数の障害の複合」であった。

2) 鑑定書の特徴

表 2：鑑定書の体裁

体裁	件数	%
1 枚の心理検査結果（口頭鑑定資料）	1	2.0
1 枚の診断書程度	1	2.0
2～3 枚の説明つき診断書程度	4	7.8
4～10 枚の鑑定書	25	49.0
11 枚以上の鑑定書	20	39.2

鑑定書の体裁を表 2 に記した。4～10 枚の鑑定書が約半数であった（表 2）。鑑定書の記載内容について各項目の記載の有無によって示した（表 3）。また諸検査の実施状況についても実施のなかったもの数によって示した（表 4）。鑑定期間は平均 47.1±41.5 SD 日（範囲は 1～141 日、中央値は 45 日）であった。裁判期間は平均 186.3 ±90.6SD 日（範囲は 66～423 日、中央値は 177 日）であるから、鑑定は裁判日程全体の 1/4 から 1/6 程度を要していることが分かる。鑑定費用は平均 268,314±89,845SD 円（範囲は 30,000～465,700 円、中央値は 300,000 円）であった。鑑定書の体裁と鑑定期間の間、および鑑定書の体裁と費用の間に一定の関係はなかった。

表 3：51冊の鑑定書における病歴の記載内容（記載のないもの）

	全体		内訳				
	件数	%	痴呆	精神遅滞	意識障害	分裂病	複合
現病歴	2	3.9	2				
本人生活歴	5	9.8	3		2		
日常の生活機能	8	15.7	5		1	2	
既往歴	11	21.6	6	3		2	
家族歴	12	23.5	7	2		2	1

数字は記載のない鑑定書の実数

表 4：51冊の鑑定書における諸検査の状況（実施のなかったもの）

	全体		内訳				
	件数	%	痴呆	精神遅滞	意識障害	分裂病	複合
理学的検査	29 (2)	56.9	16 (2)	5	2	5	1
神経学的検査	32 (2)	62.7	17 (2)	6	2	5	2
検体検査（血液等）	35 (15)	68.6	19 (9)	5 (2)	3 (3)	5	3 (1)
画像・生理学的検査							
CT・MRI	26 (16)	56.9	15 (9)	5	(5)	5	1 (2)
脳波	39 (4)	76.5	22 (4)	5	4	5	3
心理検査	24 (3)	47.1	7 (3)	6	4	3	4

数字は実施していないものの実数

()内の数字は以前の検査の引用のみのものの実数

3) 鑑定人の特徴

51件の鑑定は51人ではなく28人の鑑定人によって実施されていた(表5)。最も実施件数の多かった鑑定人では、調査対象期間の3ヶ月間に15件の鑑定をおこなっていた。鑑定人の性別は、男性26名、女性2名であった。平均年齢は47.3±

11.7SD歳(範囲35~67歳、中央値42歳)であった。鑑定人の所属と専門科をみると単科精神病院の医師が13名で最多であった(表6)。28名の鑑定人のうち操作的診断基準を適用していたのは2名のみであり、両名ともDSM-IVを用いていた。

表5：鑑定人の人数と期間内(3ヶ月)の鑑定受諾件数

担当件数		鑑定人		事件数合計
1件	×	22名	=	22件(43.1%)
2件	×	4名	=	8件(15.7%)
6件	×	1名	=	6件(11.8%)
15件	×	1名	=	15件(29.4%)
		28名		51件(100.0%)

表6：鑑定人の専門科目と所属機関

専門科目	所属機関			合計
	大学	総合病院 (含付属病院)	単科病院	
精神科	2	9	13	24
神経内科			1	1
脳外科	1			1
内科		1	1	
小児科	1			1
合計	4	10	14	28

4) 鑑定人の選定

51件の事件のなかで申立て時点で事件本人に主治医がいたものは45件(88.2%)であった。主治医がいなかった6件は裁判所が紹介した医師によって鑑定が行われていた。主治医のいた45件のうち17件(37.8%)がその主治医によって鑑定が行われ、5件(11.1%)が主治医の紹介する医師によって鑑定が行われていた。残る23件(51.1%)は裁判所が紹介した医師によって鑑定が行われていた。したがって51件全体のうち29件(56.9%)で、裁判所が紹介した医師による鑑定が行われていた。

5) 鑑定結果と審判決定

事件種類、鑑定結果、審判決定を表7にまとめた。いずれの鑑定書も何らかのかたちで医学的診断の域をこえた結論、つまり意思能力ないし行為能力に言及していた。鑑定結果と審判決定の一致する率(取下げを含む)は、鑑定で明確に障害の程度にまで言及したものの39件に限ってみると38件(97.4%)であった。また、申立てられた事件種類と鑑定結果の一致率は、鑑定で明確に障害の程度にまで言及したものの39件に限ってみると39件中36件(92.3%)であった。

表 7：事件種類、鑑定結果および審判定定

事件種類	鑑定結果	審判定定			合計
		禁治産	準禁治産	申立取下げ	
準禁治産事件	禁治産相当	1			1
	準禁治産相当		1		1
禁治産事件	禁治産相当	35			35
	準禁治産相当	1			1
	能力障害あり (程度の言及なし)	11		1	12
	障害なし			1	1
全体	禁治産相当	36			36
	準禁治産相当	1	1		2
	能力障害あり (程度の言及なし)	11		1	12
	障害なし			1	1
	全体	48	1	2	51

D. 考察

1) 事件本人の特徴について

社会構造の高齢化にしたがって対象年齢層が上がり、痴呆関連の障害が増加することが予想される。金澤^リによる自験 146 例の報告では 1979 年から 1997 年の 18 年間で老年性痴呆関連の障害は 54 件 (37.0%) であり、とくに 1995 年から 1997 年だけに限れば 42 件中 17 件 (40.1%) であったという。本研究は 1997 年のうちの 3 ヶ月間のみを対象にしているが、老年性痴呆関連の障害は 56.9% であり、金澤の報告する数値よりも明らかに高くなっている。今後さらにこの数字は上昇する可能性があるといえる。

ちなみに金澤の報告では男女差は見られないけれども、本研究では男女比がほぼ 1 : 2 で圧倒的に女性が多くなっている。この違いが年次変化によるものであり、やはり高齢化社会がその背景にあるとすれば、元来女性のほうが平均寿命が長いことなどに関連があるかもしれない。つまり、夫か妻のどちらかが健康である場合には経済的権利を他方へ移すような法的措置を講じようとするのはあまりなく、完全に法的措置を必要とするような経済的世代交代は「母親から子どもへ」という形態をとりやすいといふことの現れなのかもしれない。

2) 鑑定書について

鑑定書の体裁や記載内容、鑑定期間、鑑定費用には差が大きいことがあきらかになった。しかも、鑑定書の体裁、鑑定期間、鑑定費用のそれぞれの間には有意な関係はなかった。病歴の記載や実施検査をみると日常診療でも必要とされるようなものが欠落しているものも少なくない。例えば老人性の痴呆が多数を占めている現状でありながら、CT や MRI などの画像検査が 5 割以上の事件で実施されていないことなどは特記すべきことであろう。もちろん「明らかな」痴呆などに画像検査が必要かどうかは負担費用の軽減の点からも疑問のもたれるところではある。このような検査実施の基準などもある程度、具体的に指針を示す必要があるかもしれない。

現状では、鑑定書をどのように作成するか、どれだけの時間をかけるか、費用はどれだけ請求するのかが、個々の事例の特性、すなわちどれだけ事例が複雑であるか、事件本人がどれだけの財産を保有しているか、事件に対する決定がどれだけの経済的な規模に影響を与えるものか、あるいは鑑定人の事情により決定されることが伺われる。新制度下においてはガイドラインが示されており、このような格差は減ずる可能性があるけれども、それは平均して現状よりも鑑定内容については「質を高く」、費用については「安く」、期間については「短く」という方向へと位置付けられている。それは結果的に鑑定人の負担を重くするものであり、実現には困難があることが予想される。このような条件は場合によっては鑑定人を確保すること

を難しくする可能性がある。

3) 鑑定人の特徴と彼らの選任について

51 件の鑑定は 28 人の医師によって実施されていた。なかには 3 ヶ月間に 15 件もの鑑定を担当している者がおり、少数の医師によって現在の鑑定システムが維持されているのである。以前から鑑定人の確保は問題となっており、ここでもそのことが明らかになった。とくに、多くの鑑定をおこなっている鑑定人の職務内容を見てみると、たしかに鑑定期間が比較的短く、在宅の事件本人宅を訪問するなど便宜をはかっており、重要な役割を担っていることは指摘しておかなければならないであろう。また比較的数字は少ないけれども、やはり鑑定をしばしば行っている医師がいるが、彼らは先の 15 件をこなす鑑定人に比べて、より時間はかけるものの専門性の高い、あるいは事件が複雑である場合に、裁判所からの委嘱を受けているようである。彼らもまた、鑑定人の確保が難しい現状において、重要な役割を担っているということになるであろう。

一方、主治医が鑑定を行うことについても、その公平性などの問題が指摘されているけれども、本研究の対象となった事例の主治医の中にも「鑑定を引き受けることが治療関係を損ねる危険性がある」ということや「公平な判断ができるかどうか疑問がある」という理由で鑑定依頼を断っている者がいた。主治医による鑑定の適否の結論は本論では保留するが、その問題の指摘は医療現場の声でもあり、ひいては鑑定人の確保の問題ともつながるものであることがわかる。

鑑定の質の均一化の一策として、診断にあたって DSM や ICD などの操作的診断基準を適用することが考えられる。しかし、現在のところこの 28 名の鑑定人のうち操作的診断基準を用いているのは 2 名のみであった。そのうちの 1 名は DSM-IV を用いたとしながらも、その診断基準を正確に適用していなかった。日常臨床でもこれらの診断基準が全ての医師に普及しているといえるわけではないので、一定の診断基準を用いることは現状では難しいかもしれない。

なお鑑定人の多くは精神科医であったが、なかには内科医などが実施している事例もある。もちろん、頭部外傷や代謝疾患などの事例で精神科医以外が鑑定を実施することはむしろ妥当である。しかし、そのような鑑定書のなかには「回復の見込みや程度」について緊急時の医学的対処方法を記載しているものもあった。新制

度下におけるガイドラインについては鑑定書作成に慣れていない医師にとっても利用度の高いものである必要があるといえる。この点から、今後、実際にガイドラインを使用した鑑定書を集めて検討することや、鑑定人から意見をフィードバックしてもらうことが重要であるといえる。

4) 鑑定結果と審判定定

9 割以上の事例で鑑定結果と審判定定に一致があった。この数字をもって果たして「審判の裁判依存がある」といえるのかどうかは結論することは出来ない。もっとも障害の程度を断言的に述べていないものも 51 例中 12 例 (37.3%) あり、これを「心理学的要素」の判断の部分的な保留であると考えれば、必ずしも裁判官の決定が鑑定結果に依存している率は高いとは言えないかもしれない。

一方、9 割以上の事例で事件種類（禁治産事件なのか準禁治産なのか）と鑑定結果の一致があったことにも注目すると「審判の鑑定依存」ではなく「鑑定の申立事件種依存」というべき現象がそこにあるかもしれないことに気付く。より具体的に言えば、ひとつの事件が申立てられ、家庭裁判所から鑑定が依頼された場合、ことにそれが調査官の調査を経ている場合、鑑定人は申立てられた事件の種類が禁治産事件であれば「禁治産相当」と結論し、準禁治産事件であれば「準禁治産相当」と結論しているかもしれないのである。事件の種類が名づけられているとき、鑑定人にとっては裁判所の意向が暗示されているように受け取られる可能性があるわけである。いわば刑事事件で「心神喪失事件」だとか「心神耗弱事件」と名付けられているようなものであり、鑑定人がこれに真っ向から反対するだろうかという疑問が湧くのである。実際、事件種類に対して覆した結論を提示している鑑定書には他の鑑定書ではみられないほどの詳細さ、厳密さがある。例えば、事件本人の家族・関係者の写真を本人に提示してそれが誰なのかを言わせるという手法をとっていた。この例からすると、事件種類名に示されている「暗黙の結論」を覆すには鑑定人に相当の労力が必要とされるということも推測される。

ところで新制度下では後見、保佐よりも補助においてより簡易な「診断書」で足りるとしている。その理由は補助の場合には、事件本人の任意で手続きが進められることやそれによって本人が受ける権利の制限も少ないからであると考えられる。一方、今回の調査では、例えば準

禁治産は2例のみであるがそのうちの1例が極めて詳細な鑑定書をもって準禁治産を禁治産相当であると判断している。つまり詳細な記述を必要とする判断の微妙な事例は、旧制度下でいう禁治産よりも準禁治産の事例、新制度下でいう後見、保佐よりも補助で多く見られる可能性がある。したがって果たして補助類型には基本的に「診断書」の書式を用いるということが妥当であるかという疑問がもたれる。

E. 結論

禁治産鑑定および準禁治産鑑定は民法第7条、第11条などの法律に依拠したものである。しかし、業務内容はこれまであまり具体的に規定されてこなかった。また、原則として公開されることのない記録であるので、調査も容易には許されないことから、その実態も明らかにされることがなかった。

今回の調査であきらかにされた鑑定書の内容、作成期間、鑑定費用のばらつきは法の下での平等にも反する可能性のある重大な問題である。新制度下においては鑑定書および診断書の作成業務の絶対数が激増することが予想され、その実施にあたる医師の不均一さが増す可能性があり、早急に、精神科医へ研修等、司法精神医学教育・研修の充実を図る必要があると思われる。

鑑定のあり方については、新制度下においてはガイドラインを作成するなどの方法によって、改良がすすめられたところもあるが、今後、新制度下において作成された鑑定書、診断書を収集して再検討を加えていくことが必要であろう。

(引用文献)

- 1) 金澤彰：禁治産鑑定の現状と問題点．臨床精神医学 26(11)；1371-1377, 1997.
- 2) 西山詮：民事精神鑑定の実際．新興医学出版社, 東京, 1995.
- 3) 西山詮：精神障害者の行為能力—精神医学の立場から—．臨床精神医学 26(11)；1393-1398, 1997.
- 4) 前田泰：精神障害者の行為能力—法律学の立場から—．臨床精神医学 26(11)；1385-1391, 1997.)
- 5) 山上皓：精神分裂病と犯罪．金剛出版, 東京, 1992.

F. 研究発表

1. 学会発表

岡田幸之：これまでの禁治産鑑定の実態．第1回司法精神医学ワークショップ。2000年2月19日、東京

なお、本研究についての論文は、「法と精神医療」第15号（2001年3月刊行予定）に発表する予定である。

