

6.4.7.情報の受け手は同意なしで情報が開示されたことを知らされ、取決められた適切な安全保障手続きを行う。

6.4.8.開示は、サービス利用者のケースファイルに記録され、サービス利用者は理解能力があれば説明を受ける。

6. 5. 同意を求めるためのスタッフへの指導

6.5.1.スタッフを援助するために、すべての機関は、明確な指導を行う手続きを行う。つまり

- ・ 同意を求める必要性和そうしない場合の結果
- ・ 同意を求める訓練を受けている者と、どのように介入が開始されるか
- ・ ある者に代わり、決定を下すことができる者
- ・ 同意なしでは情報開示できない状況
- ・ 同意がなくても情報を開示する権限を有する者、この権限がどのようにして要請されたか
- ・ この処理に関して記録が保管されること
- ・ 情報共有に関する同意の記録と保管の手続き
- ・ 共有に関する同意の限界についての記録
- ・ 同意が限定されるとき次の手続き

6.5.2.それぞれのプロトコールには日付が含まれるが、その日付までにプロトコールの当事者はこの手続きを適切に行い、手続きがモニターされている進行状況についても述べる。

6. 6. 詳細な連絡先の保管

6.6.1.すべての機関は、同意を求めるよう訓練されたスタッフのリストを所有する。

6.6.2.スタッフの名前と連絡先について、連絡する。

- ・ 特定の目的のための情報を請求先
- ・ それぞれのプロトコールに関して開示を認容する権限を有する者
- ・ 特定のサービス利用者グループに関する情報を開示することについて、法的なアドバイスと提供する者
- ・ 特定の目的に関して秘密保持される情報を受け取る権限のある者

6.6.3.それぞれのプロトコールは、特定のプロトコールに関する連絡先をリストにするか問い合わせをして、どのようにリストが保管されるかを定める。

7. アクセスと安全手続き

7. 1. 個人情報の伝達

7.1.1.特定の個人についての情報を要求するときには、個人を明確に特定するために個人についての十分な情報も同時に提供されなくてはならない、ということは重要である。一般

的な確認者がいない場合、データの主体の名前、住所や誕生日を、可能であれば情報要請と共に提出する。

7.1.2.個々のサービス利用者を特定できるような情報については、安全な方法で伝達され、共有されるために、エージェンシーは最大の配慮をする。

7.1.3.ファックスはできる限り避けるべきである。避けられないのであれば、ファックスによる伝達について、すべてのエージェンシーにとって共通する適切な行為基準があるべきである。

7.1.4.電子による個人情報の伝達は、安全なネットワークの中で、あるいはディスクや、特定の受け手に直接的に、個人から個人へと行われるのは許容される。このとき、安全なネットワークは、?????の間でのみ可能である。

7.1.5.緊急の場合には、それぞれのサービス利用者に関する情報は電話で要請されたり、提供されたりする。口頭での情報提供や情報伝達について、すべてのエージェンシーに共通する行為基準がある。直接的な伝達もこの基準に該当する。全機関では内部の手続きがこの行為基準を反映しているようにしなければならない。

7.1.6.個人情報を含んだ文書のやりとりは、封をした封筒で、各機関の特定の者に宛てて行われる。“個人的な内密書類、宛名の者が開封”と書いておく。その特定の者はそのような情報の発信には注意をし、封筒が未開封で配達されることと予定の時間内に受け取れるよう、機関と取決めをしておく。機関の方針が、名宛人に配達する前に担当部署ですべての手紙を開封する方針である場合、情報は知る必要がある者にのみ限定されていることが重要であるが、代替的な伝達手段ができるようパートナーに明確にしなければならない。

7.1.7.情報が特定の目的に従うとき、その目的に特定されるプロトコールは情報の安全な保存管理について詳細な取決めをしなければならない。この取決めは、その目的に関連する特定の役割を有する者だけが情報の入手について可能であるようにしなければならない。役割ごとのアクセスの優先権は、それぞれのプロトコールで特定される。

7. 2. 取決めた目的以外での個人情報利用

7.2.1.機関のスタッフは、期間内でいくつかの役割を担う。特定のひとつの役割を果たす中で、サービス利用者に関する情報が、役割の中で非常に助けになる、あるいは機関のより広範な利益につながると思われる場合には、優先的アクセスが与えられることがある。

7.2.2.しかし、内密な情報は、開示される時点で特定された目的の場合にだけ開示され、データの監督者とデータの主体双方の同意が得られなければ、そのほかの目的で利用されてはならないというのがアクセスの条件である。

7.2.3.他の目的のために情報を利用したいスタッフや、情報の受け取りを認可された者以外に情報を開示したい者は、(これから作られる) 特定の書式に則り、データ監督者に正式な申込書を提出しなくてはならない。なぜその目的のために情報開示が正当化されるかについての十分な情報を盛り込むのは、申込みを行う者の責任である。サービス利用者には、情

報をその他の目的のために利用する同意を得るか、情報を要求する理由が同意のない情報開示を正当化すると判断するのは、データ監督者の責任である。

7.2.4.それぞれのプロトコルは、機関やスタッフに適用される罰則を定める。罰則は、データ監督者との間で取決められた方法以外で情報を利用したり開示したりした場合に適用される。

7.2.5.それぞれのプロトコルは、プロトコルの当事者の一方が内密情報について認可されていない利用をした場合には、データ監督者や機関に対しては、法的責任を問わない旨の取決めもしておく。

7. 3. 統計的なデータと匿名のデータの利用に関する制限

7.3.1.パートナーの機関のサービス利用者の記録からの統計的なデータを受け取り、もともと情報が提供された目的以外で情報を利用したい場合、機関は、データの出先（データ監督者）に許可を要請しなくてはならない。

7.3.2.プロトコルの範囲内のコミュニティ外へ、パートナーが提供した統計や他のデータも含まれた報告書や論稿を提出したり回覧したりする機関は、報告書や論稿が発表される前データの監督者が報告書を読みコメントする機会を与える。特定の目的のための情報共有を保護するそれぞれのプロトコルは、そのような報告書について、公表より前に読んで検討したり承認したりする取決めについて記す。

7.3.3.それぞれのプロトコルは、プロトコルが保護する特定の目的でまとめられた資料を基にしているケース研究を、より広範に利用したり公表したりすることを認める取決めも行う。

8. プロトコル管理手続き

8. 1. 正式な認容と採用

8. 2. プロトコルの普及

8.2.1.プロトコルは、複数のエージェンシーのブリーフィングや訓練のプログラムの中で責任者や他のスタッフに紹介される。（このための計画も立てられなければならない。）このプログラムは、プロトコルが有効となる1月前以内に決定的とし、訓練は導入する月以前に予定される。プロトコルの導入と関連する法的要請によって生じる訓練の必要性を理解する、パートナーにまで広がった訓練グループがあるとよい。パートナーは、訓練の必要性を支える計画を立てる必要がある。訓練期間は現在のスタッフの即時的な必要性と、将来的に期間に加わる新しいスタッフの必要性に対応する。

8.2.2.プロトコルのコピーは、それぞれのエージェンシーの、手続きやガイドラインの伝達に関する内部取決めに従って、関係するすべてのスタッフに回覧される。可能であれば、プロトコルは、オンラインでスタッフが入手できるようにする。プロトコルは____地方議会内で利用できるようにする（他の機関のスタッフにはどのように告知するか？）。

8.2.3. プロトコールの一般への普及は、一般の人が個人情報の開示に関する権利について十分に知ることを確保する必要性に沿って進められる。地域の「公共情報」イニシアチブに向けて提案される。サービス利用者グループと地域の健康センター（やそれに代わる団体）が公共へのプログラム説明について討議する。

8.2.4. プロトコールが公表される場合、可能であれば、関係する機関のウェブサイトや、公共図書館などの情報起点で入手可能であるようにする。_____地方議会に関するプロトコールは、議会のウェブサイトにも載せる。パートナーエージェンシーは、要求する一般人に渡せるように、十分な数のコピーを用意しておく。

8.2.5. プロトコールを一般に普及するための計画は、プロトコールが有効となる日より 1 ヶ月前以内に決定的にする。

8. 3. プロトコールと手続きについてのモニターと見直し

9. 一般プロトコールの管理

10. 定義

11. 参考文献

12. 契約同意

12. 1. 引受け

12.1.1. この書類に記載されている手続きが、エージェンシーの中で、法定手続きに則り、専門家としての責任を担う形で、情報共有の安全な枠組みを提供することを、プロトコールの当事者は理解する。

12.1.2. 下記のことに同意する。

- ・ プロトコールに書かれている手続きと構造を確立し、それに従う。
- ・ _____内の住民に関する情報共有に関してエージェンシーが作成したそれぞれのプロトコールは、一般のプロトコールと矛盾しない。
- ・ これらの手続きがとられる場合それぞれのプロトコールの中で特定されているときを除けば情報共有に制限はない。

12. 2. 免責同意

12. 3. 署名

付録

司法精神医療従事者の研修・教育に関する研究

分担研究報告書

分担研究者 山内俊雄

埼玉医科大学

厚生労働科学研究補助金（こころの健康科学研究事業）
分担研究報告書

司法精神医療従事者の研修・教育に関する研究
分担研究者 山内俊雄（埼玉医科大学 副学長、精神医学講座主任教授）

研究要旨：下記の各項目について検討し、わが国における司法精神医療従事者の教育の現状と教育のあるべき姿について方向性を明らかにした。

1. 諸外国の司法精神医療従事者の教育システムならびに専門性について
2. 日本の司法精神医療従事者の教育システムならびに専門性の現状について
3. 司法精神医療には、どのようなスタッフが必要とされるか
4. スタッフの教育・養成システムはどうあるべきか

A. 研究班の目的

司法精神医療従事者の教育システムならびに専門性の確立をどうすべきかを明らかにする

B. 研究方法

本研究班の目的を達成するために、研究会を開催し、①諸外国の司法精神医療従事者の教育システムならびに専門性の状況に詳しい研究者の講演を聞く、②日本の現状について調査研究を行い、そのうえで、③司法精神医療には、どのようなスタッフが必要とされるか、④スタッフの教育・養成システムはどうあるべきかについて研究した。

（倫理面への配慮）

日本の司法精神医学教育の現状を把握するため、アンケート調査や現状の調査に当たっては、個人のプライバシーを侵害しないよう、匿名性に充分配慮し、公表に際しても個人が同定されないよう配慮した。

C. 研究結果

1) 諸外国の司法精神医療従事者の教育シ

ステムならびに専門性について

欧米諸国の医学教育のシステムと司法精神医学の教育システムについて、検討した。なかでは英国の司法精神医学の教育システムがもっとも体系化されており、学ぶべき点が多いことがわかった。看護師、ソーシャル・ワーカーの教育システムにおいても同様であった。

2) 日本の司法精神医療従事者の教育システムならびに専門性の現状について

(1) 大学における司法精神医学教育の現状

大学医学部、医科大学で行っている卒前の精神医学教育では「精神保健福祉法」についての講義が中心である。また、精神医学の卒後教育においても、多くの大学で刑事鑑定、民事、簡易鑑定はともに年に数件行なわれているにすぎない。

(2) 看護師教育およびソーシャル・ワーカーにおける司法精神医学教育

わが国においては看護師教育の中での司法精神医学教育はほとんど行われていない、といっても良い。

日本の精神保健福祉士の資格は、一般的な精神障害者を対象とした資格のため、司法精神医学等の教育はされていない。

D. 考察

1) わが国の司法精神医学教育・研修の現状

(1) これまで、制度上の理由から、あるいはイデオロギーの理由などから、触法と精神医療の関係について、意識が低く関心が薄かった。

(2) 触法精神障害者の司法精神医学的評価や治療の場が統一されていなかった。

触法精神障害者については中心となるべき施設がなく、各施設に分散されて個別にばらつきの大きい評価・処遇が行われており、知識の集積がなかった。また、刑務所など司法分野に精神科医が非常に少ないこともあり、司法制度内の処遇については、不明のことも多かった。

(3) 触法精神障害者の司法精神医学的評価や治療に関して医療と司法の相互検討がなかった。

評価や治療について専門家が集まって相互に検討しあう場が特に少ない。さらに、医学と司法との間での相互検討もない。例えば、医療側から司法にわたった鑑定書について、司法から医学への feedback がない。これでは、鑑定書についての可否を検討できない。このような鑑定書軽視が、労力は論文にも匹敵するにもかかわらず、業績として認められない現状を生み出している。

(4) 司法精神医学教育の場の問題

また、大学は、通常は教育の中心となる

べきところであるが、現状では、司法精神医学の講座はなく、司法精神医学の研修、実習はほとんど行われていない。

2) これからの司法精神医学教育・研修の方向性

本来、司法精神医学・医療は、広がりがある。それは、大学、病院、社会復帰施設、拘留所、刑務所など広い場の評価や処遇のみを指すのではなく、刑事から民事まで広い場面で求められる知識や技術の体系と実践である。したがって、その教育もまた、これら広い分野でそれぞれの関係者に十分に浸透していくのが望ましい。

しかし、現在は日本の司法精神医学教育の萌芽期とも言うべき時にあり、当面は、重大な犯罪を行った精神障害者の処遇に絞って、教育を充実させるのが現実的であると考えられる。

3) 重大な犯罪を犯した精神障害者の処遇に関わるスタッフの養成

重大な犯罪を犯した精神障害者の処遇に関わるスタッフは次のような職種が考えられる。

指定入院医療機関・指定通院医療機関において処遇・治療に携わる者

指定入院医療機関に勤務する精神保健指定医・医師・看護師

精神保健審判員、精神保健判定医、精神保健参与員

精神保健観察官、裁判官、検察官

これらのスタッフは次のような段階をへて養成されるべきと考えられる。

(1) 中期的目標

おおよそ5年を目途とし、それぞれの職種に求められる知識、技能、態度の修得をめざし、研修カリキュラムを策定する。

(2) 長期的目標

専門資格の認定を行う。

研究会を設立し、専門性を高め、経験を共有し、相互点検する会を発足する。

(3) 医学と司法の連携について

新法の適切な運用のためには、医療、司法の両関係者が出席して、「処遇判定会議」を開き、意見を交換しながら、より適切な判定を求めることが必要である。

4) わが国において司法精神医学関連学会の状況

司法精神医学は法と精神医学を総合する領域の学問であるにもかかわらず、これまで、医学部と法学部、行政の領域では厚生（労働）省と法務省という具合に、医療と法は別の枠組みで取り扱われてきた。このため、両者の連携を実現することは非常に困難であった。その中で、司法精神医学に関連する諸学会も学術研究と臨床研究の接点が密接なものは少なく、互いの業績が実際の臨床場面に還元されているとはいえない。

今後の司法精神医療の充実にむけて求められているものは、司法関係者と精神医療関係者の対話が図られる学際的学会である。また、資格認定も視野に入れた学会活動の確立を進めるべきであろう。

E. 結論

1) 医師、看護師、精神保健福祉士、心理士、作業療法士等の卒前教育において、司法精神医学の基本的知識・態度教育をすべきである。

2) 医師、看護師、精神保健福祉士、心理士、作業療法士等で、司法精神医学・医療に係わる者に専門性の高い教育をおこなう研修システムを構築すべきである。

3) 司法精神医学・医療の専門性を高め、資格認定のためのシステムを構築すべきである。

4) 司法精神医学・医療に係わる者が専門性を高めるために共通の場（学会・研究会等）を作るべきである。

5) 司法関係者に精神医学に関する理解を深める研修をおこなうべきである。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

山内俊雄：医学教育からみた精神医学・医療の現状と問題点——「共生」ならびに「司法精神医学」の視点から——、学術集会「精神障害者との共生社会」特別委員会、2002年12月12日

山内俊雄：司法精神医学の教育の現状と問題点、第25回埼玉精神医学懇話会、2003年1月30日

- H. 知的財産の出願・登録状況（予定を含む。）
1. 特許取得 なし
 2. 実用新案登録 なし
 3. その他 なし

分担研究班

「司法精神医療従事者の研修・教育に関する研究」 の概要

分担研究班

・研究課題名：司法精神医療従事者教育の研修・教育に関する研究

- ・班長 山内俊雄（埼玉医科大学精神医学）
- ・班員 飯森真喜雄（東京医科大学精神医学）
五十嵐禎人（東京都精神医学総合研究所）
石川到覚（大正大学人間学部人間福祉学科）
加藤久雄（慶応義塾大学法学部）
佐藤三四郎（埼玉県立精神保健総合センター）
羽山由美子（聖路加看護大学）
藤川尚宏（福岡県立精神医療センター）
三澤孝夫（国立精神・神経センター）
山上 皓（東京医科歯科大学難治研）
吉川和男（国立精神・神経センター・武蔵病院）
- ・協力班員
安藤久美子（関東医療少年院）
岡田幸之（東京医科歯科大学難治疾患研究所）
古賀正明（法務省保護局）
小松容子（聖路加看護大学 精神看護学）
神馬幸一（慶応義塾大学法学部大学院生・記録担当）
田野倉陽子（慶応義塾大学法学部大学院生）
林美紀（国立精神・神経センター 精神保健研究所 社会精神保健部）
宮田祐良（法務省保護局）
横山富士男（埼玉医科大学精神医学）

・研究班の目的：司法精神医療従事者の教育システムならびに専門性の確立をどうすべきかを明らかにする

・検討項目：

1. 諸外国の司法精神医療従事者の教育システムならびに専門性について
2. 日本の司法精神医療従事者の教育システムならびに専門性の現状について
3. 司法精神医療には、どのようなスタッフが必要とされるか
4. スタッフの教育・養成システムはどうあるべきか
5. その他

1. 研究会の開催日と主な議題

本研究班の目的を達成するために、研究会を開催し、①諸外国の司法精神医療従事者の教育システムならびに専門性の状況、②日本の現状、③司法精神医療には、どのようなスタッフが必要とされるか、④スタッフの教育・養成システムはどうあるべきかについて研究した。

研究会の開催日と当日の主なテーマは以下の通りである。

第1回：平成14年8月7日

班員および協力班員により当分担研究の方向性ならびに進め方に関連した意見交換がおこなわれた。

第2回：平成14年9月18日

加藤久雄班員により「ドイツにおける触法精神障害者に対する刑事法的対応の現状と司法精神医学教育システムについて」の講演がおこなわれた。

第3回：平成14年10月16日

- 1) 林美紀協力班員により「オランダにおける触法精神障害者処遇と司法精神医療従事者の研修・教育について」の講演がおこなわれた。
- 2) 加藤久雄班員による前回の続きの講演がおこなわれた。

第4回：平成14年10月30日

議題：各領域において、どのような司法精神医学の研究・教育がなされているか、実情のついでの報告がおこなわれた。

- 1) 山内俊雄班長：「日本における司法精神医学の卒前・卒後教育の現状について」
- 2) 羽山由美子班員：「日本における看護スタッフの教育の現状について」
- 3) 吉川和男班員：「医療スタッフの海外派遣（イギリス）による教育・研修について」
- 4) 宮田祐良協力班員：「日本で予定されている「精神保健観察官」の教育について」

第5回：平成14年11月12日

Pamela Taylor 教授(Institute of Psychiatry, King's College, London, UK)による以下の講演会を開催した。

- 1) 精神障害者の暴力のリスクマネジメントにおける臨床的な考え方
- 2) 司法精神医学のトレーニング

第6回：平成14年12月4日

以下の議題を討論した。

- 1) 触法行為を行った精神障害者の処遇にあたって、どのようなスタッフがもとめられるか
- 2) 各スタッフの研修・教育はどのようになされるべきか

第7回：平成15年1月8日

- 1) 山内俊雄班長により提示された「報告書」（案）をもとに意見交換が行われ、追加、修正が行われた
- 2) 三澤孝夫班員によるイギリスの施設見学の報告が行われ、処遇状況についての説明が会った

第8回：平成15年2月12日

報告書の検討を行った

第9回：平成15年3月6日

報告書の検討を行った

2. 討議内容のまとめ

1) 諸外国の司法精神医療従事者の教育システムならびに専門性について

欧米諸国の医学教育のシステムと司法精神医学の教育システムについて、検討した。なかでは英国の司法精神医学の教育システムがもっとも体系化されており、学ぶべき点が多いことがわかった。看護師、ソーシャル・ワーカーの教育システムにおいても同様であった。

2) 日本の司法精神医療従事者の教育システムならびに専門性の現状について

(1) 大学における司法精神医学教育の現状

大学医学部、医科大学で行っている卒前の精神医学教育では「精神保健福祉法」についての講義が中心である。また、精神医学の卒後教育においても、多くの大学で刑事鑑定、民事、簡易鑑定はともに年に数件行なわれているにすぎない。

(2) 看護師教育およびソーシャル・ワーカーにおける司法精神医学教育

わが国においては看護師教育の中での司法精神医学教育はほとんど行われていない、といっても良い。

日本の精神保健福祉士の資格は、一般的な精神障害者を対象とした資格のため、司法精神医学等の教育はされていない。

3) わが国の司法精神教育・研修の現状

(1) これまで、制度上の理由から、あるいはイデオロギーの理由などから、触法と精神医療の関係について、意識が低く関心が薄かった。

(2) 触法精神障害者の司法精神医学的評価や治療の場が統一されていなかった。

触法精神障害者については中心となるべき施設がなく、各施設に分散されて個別にばらつきのある大きい評価・処遇が行われており、知識の集積がなかった。また、刑務所など司法分野に精神科医が非常に少ないこともあり、司法制度内の処遇については、不明のことも多かった。

(3) 触法精神障害者の司法精神医学的評価や治療に関して医療と司法の相互検討がなかった。

評価や治療について専門家が集まって相互に検討しあう場が特に少ない。さらに、医学と司法との間での相互検討もない。例えば、医療側から司法にわたった鑑定書について、司法から医学へのfeedbackがない。これでは、鑑定書についての当否を検討できない。このような鑑定書軽視が、労力は論文にも匹敵するにもかかわらず、業績として認められない現状を生み出している。

(4) 司法精神医学教育の場の問題

また、大学は、通常は教育の中心となるべきところであるが、現状では、司法精神医学の講座はなく、司法精神医学の研修、実習はほとんど行われていない。

4) これからの司法精神医学教育・研修の方向性

本来、司法精神医学・医療は、広がりがある。それは、大学、病院、社会復帰施設、拘置所、刑務所など広い場の評価や処遇のみを指すのではなく、刑事から民事まで広い場面で求められる知識や技術の体系と実践である。したがって、その教育もまた、これら広い分野でそれぞれの関係者に十分に浸透していくのが望ましい。

しかし、現在は日本の司法精神医学教育の萌芽期とも言うべき時にあり、当面は、重大な犯罪を行った精神障害者の処遇に絞って、教育を充実させるのが現実的であると考えられる。

5) 重大な犯罪を犯した精神障害者の判断・処遇に関わるスタッフについて

「重大な犯罪を犯した精神障害者の処遇に関する法律」（以下、新法）によれば、その判断、処遇にかかわるスタッフとして図のような職種があげられる（図）。

6) 重大な犯罪を犯した精神障害者の処遇に関わるスタッフの養成

(1) 中期的目標

おおよそ5年を目途とし、それぞれの職種に求められる知識、技能、態度の修得をめざし、研修カリキュラムを策定する。

(2) 長期的目標

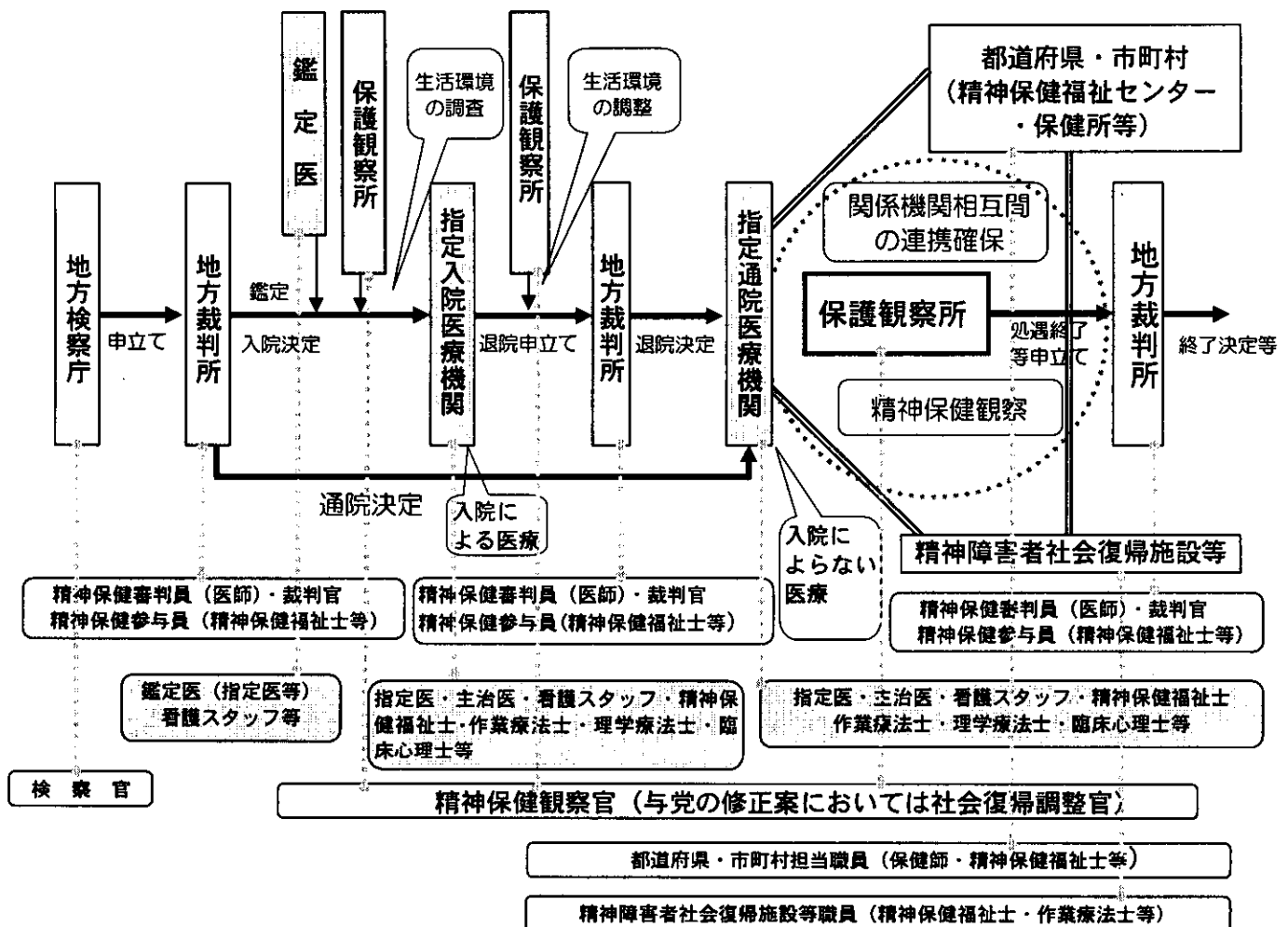
専門資格の認定を行う。

研究会を設立し、専門性を高め、経験を共有し、相互点検する会を発足する。

(3) 医学と司法の連携について

新法の適切な運用のためには、医療、司法の両関係者が出席して、「処遇判定会議」を開き、意見を交換しながら、より適切な判定を求めることが必要である。

○ 新たな処遇制度における手続の流れと処遇に携わるスタッフ等



7) わが国において司法精神医学関連学会の状況

司法精神医学は法と精神医学を総合する領域の学問である。しかしこれまで、わが国では学術領域においては医学部と法学部、行政の領域では厚生（労働）省と法務省という具合に、医療と法は別の枠組みで取り扱われてきた。このため、両者の連携を実現することは非常に困難であった。その中で、司法精神医学に関連する諸学会はこの連携を促進する役割を担っている。しかし、これまでの研究経緯をみると、必ずしも十分な成果をあげているとは言えない。また学術研究と臨床研究の接点が密接なものは少なく、互いの業績が実際の臨床場面に還元されているとは言いがたい。

今後の司法精神医療の充実にむけて求められているものは、再犯抑止という矯正の視点と人権に配慮した医療倫理の両立のもとに、司法関係者と精神医療関係者の対話が図られる学際的学会である。また、資格認定も視野に入れた学会活動の確立を進めるべきであろう。

3. 提言

- 1) 医師、看護師、精神保健福祉士、心理士、作業療法士等の卒前教育において、司法精神医学の基本的知識・態度教育をすべきである。
- 2) 医師、看護師、精神保健福祉士、心理士、作業療法士等で、司法精神医学・医療に係わる者に専門性の高い教育をおこなう研修システムを構築すべきである。
- 3) 司法精神医学・医療の専門性を高め、資格認定のためのシステムを構築すべきである。
- 4) 司法精神医学・医療に係わる者が専門性を高めるために共通の場（学会・研究会等）を作るべきである。
- 5) 司法関係者に精神医学に関する理解を深める研修をおこなうべきである。

研究報告

I. 諸外国の司法精神医療従事者の教育システム
ならびに専門性について

1) イギリス司法精神医療従事者の教育システム
ならびに専門性について

五十嵐禎人班員
(東京都精神医学総合研究所)

1. イギリスにおける司法精神医学と司法精神科医療

イギリス（正確には、イングランドとウェールズ）の精神保健法 Mental Health Act 1983 の Part IIIは触法精神障害者の治療や精神保健システムへの移送について規定している。わが国の現状との比較を念頭にイギリスの触法精神障害者の処遇に関する法制度の特徴を簡単にまとめる。

①触法精神障害者の処遇の最終的な決定は原則として司法、すなわち裁判所の手に乗ねられている。強制入院命令 hospital order をはじめとした精神科的処分 psychiatric disposal はあくまでも刑罰の代わりであり、重大な触法行為については精神障害者であっても法の下に平等に裁判を受けるようになっている。②重大な触法行為を行い公衆に対する危険性の高い触法精神障害者に関しては拘束命令 restriction order（退院にさいして内務大臣の許可を条件とする命令）のように精神保健システムへの移送後もその治療について行政（内務省）が監督する制度を持っている。③責任無能力者や訴訟無能力者の処遇と有罪を認めた上で精神科的処分を受けた者の処遇がほぼ同じになっており、どちらの場合も確実に精神科医療につながるような制度になっている。したがって、犯行時の責任能力の有無について争うよりは、現在の精神症状に基づく治療の必要性を重視し、有罪を認めた上で精神科的処方を求めることが多くなっている。④刑事司法手続の各段階に応じた精神保健システムへの移送制度があり、また必要に応じて精神保健システムから司法システムへの再移送が可能となっている。

また、触法精神障害者や処遇困難患者の専門的な治療施設として高保安度病院 High Security Hospital（最大の保安度のもとでの治療を提供する施設。現在、イングランドとウェールズには Broadmoor、Rampton、Ashworth の 3 病院、約 1,200 床がある。かつては特殊病院 special hospital とよばれていた）や地域保安病棟 Regional Secure Unit（1974 年の Butler 委員会の中間報告に基づき、高保安度病院と地域の一般精神科病床との間の橋渡しをし、触法精神障害者や処遇困難患者の社会復帰を促進するために設置された病棟で、中等度の保安度 medium security のもとでの治療を提供する施設。現在、イングランドとウェールズで約 2,400 床）がある。

こうした法制度や精神保健システムの違いもあって、司法精神医学という概念もわが国と比較するとかかなり幅広いものとなっている。もちろんイギリスにおいても司法鑑定をはじめとした裁判関係の領域は司法精神医学の重要な分野の 1 つである。しかしながら司法精神医学上級専門医 consultant forensic psychiatrist とは高保安度病院、地域保安病棟、あるいはコミュニティの司法精神医学専門チームなどにおいて触法精神障害者や処遇困難患者の治療に従事している者を指している。イギリスにおいてもこうした触法精神障害者の治療を中心とした司法精神科医療が確立したのは、Butler 委員会勧告に基づき地域保安病棟の整備が本格化した 1980 年代以降のことである。現在では、司法精神医学は精神科専門医の職能集団である王立精神科医学会 Royal College of Psychiatrists (RCPsych) の中で、独立した専攻分野 subspecialty として認定されている。そして、以下に述べるように司法精神医学専門医のトレーニング過程においては、司法精神科医療の臨床の場での経験は必須のものとされている。

2. イギリスにおける医師の資格

イギリスで臨床を行う医師はすべて医師審議会 General Medical Council (GMC: 医師統制機関であり、医師登録の抹消などの制裁処分権をもつ) に登録されている必要がある。医学部卒業後インターン研修 internship training を修了し、GMC に登録されると医師として臨床に携わることができるようになる。

イギリスの医療は国民医療サービス National Health Service (NHS) とよばれる国営医療が基本で

ある。NHS による医療は、一般開業医 General Practitioner (GP) による外来での一次医療と病院での専門医による二次医療とに分かれている。NHS の病院に勤務する専門医師は、上から順に、Consultant (上級専門医)、Specialist Registrar (SpR: 専門研修登録医)、Senior House Officer (SHO: 上級研修医) の 3 つの階層に分かれている。このうち、病棟の医療行為については Consultant がすべての責任を負っており、すべての医療行為は Consultant の名のもとに行われる。SpR と SHO は Consultant の指導 supervision のもとに医療を行う研修医であり、SpR を Senior trainee、SHO を junior trainee とよぶこともある。

NHS に勤務する医師は、研修医ポストを含めすべて公募によって採用されている。Consultant ポストの定数は NHS 行政部 NHS Executive が地域ごと、専門専攻分野ごとに必要数を推計し、定数を決めている。SpR 以下の研修医ポストの定数については、今後の Consultant の退職者予定者数やサービスの需要予測などに基づいて NHS Executive が地域、専門専攻分野ごとに決定している。ちなみに NHS の研修医は病院の勤務医であり給与等は NHS の予算から支出されている。

3. イギリスにおける医師の卒後研修制度

イギリスにおける医学部卒業後の研修は、まず GMC へ登録するためのインターン研修から始まる。この段階の医師は、わが国のかつてのインターン制度と同様に正式登録 full registration 前である。インターン研修機関として認定された研修指定病院の登録前研修医 pre-registration House Officer (PRHO) のポストに応募し、採用されるとインターン研修が始まる。研修期間は 12 ヶ月間であり、そのうち最低 3 ヶ月間は内科、最低 3 ヶ月間は外科で研修することが義務付けられている。残りの 6 ヶ月間については、内科・外科以外の専門各科で研修を行うことになるが、そのうち 4 ヶ月までは一般医療 general practice (一般家庭医の行う一次医療) の研修でもよいとされる。また、インターン研修は事前に許可を得れば、海外で行うことも可能とされている。研修を修了すると、GMC に正式に登録される。

インターン研修を修了し、GMC に正式登録されると、専門各科 (内科、外科、精神科など) に分かれた研修に入る。この段階の研修は専門医基礎研修 Basic specialist training とよばれ、その最終目標は各科の専門医として認定されること、すなわち各科専門医の職能集団である王立専門医学会 Medical Royal College (精神科であれば RCPsych、外科であれば Royal College of Surgeons) の入会資格を得ることである。具体的な研修プログラムや研修期間 (通常は 2~4 年) は専門各科ごとに定められている。研修指定病院の SHO ポストに応募して採用されると専門医基礎研修が始まる。専門医基礎研修を修了すると、王立専門医学会の入会資格試験の受験資格ができる。入会資格試験は通常筆記試験と臨床試験から構成されているが、これに合格すると、王立専門医学会への入会が認められる。王立専門医学会の会員資格は専門各科について基礎的な研修を修了したことを意味しており、イメージとしては、わが国の内科学会の認定医に近いといえよう。

王立専門医学会の会員資格を得ると SpR ポストへ応募することが可能となる。SpR として採用されると、さらに専門各科の中での専攻分野 subspecialty (例えば、内科であれば循環器科や消化器科、精神科であれば老年精神医学や児童思春期精神医学) についての専門研修に入る。この段階の研修は高次専門医研修 Higher specialist training とよばれ、その研修内容や研修期間 (通常は 5~7 年) は、専攻分野ごとに各 RCPsych が定めている。

高次専門医研修を修了し、GMC に専門医登録 Specialist registration されると Consultant ポストに応募することが可能となる。1997 年より NHS の Consultant (ただし臨時代理ポスト locum post を

のぞく)として採用されるためには、この専門医登録が法的に必要とされており、また、民間医療機関の場合でも、専門医登録のない医師は通常、Consultant としては雇用しないとされる(ただし、民間医療機関に関しては法的な義務はない)。

研修プログラムの認定や研修修了者に対する専門医研修修了証明書 Certificates of Completion of Specialist Training (CCST) の発行は、王立専門医学会の専門医研修機構 Specialist Training Authority of the Medical Royal Colleges (STA) が行っている。STA は、1996 年にイギリスの卒業研修制度や専門医資格・登録システムをヨーロッパ共同体 European Communities (EC) の専門医資格制度に適合するように改正したさいに設立されたものであり、各王立専門医学会が行っている専門医研修や専門医資格認定試験が EC や関連国内法の定める基準に適合していることを保証するための機関である。したがって、具体的な研修プログラムの内容や専門医認定試験の実施は各王立専門医協会が行っており、CCST も各王立専門医協会からの推薦に基づいて発行されている。なお、現在、STA が管理しているのは専門医の研修だけであり、GP の研修については Joint Committee on Postgraduate Training for General Practice (JCPTGP) が管理している。

精神科の場合は、研修プログラムの認定や研修修了の認定の実務は、RCPsych が行っている。現在、精神医学における専攻分野 subspecialty としては、①一般(成人)精神医学 General (adult) psychiatry、②老年精神医学 Old age psychiatry、③児童思春期精神医学 Child and adolescent psychiatry、④発達障害精神医学 Psychiatry of learning disability、⑤司法精神医学 Forensic psychiatry、⑥精神療法 Psychotherapy の6つが認定されており、また、一般精神医学の副専攻分野として、物質乱用精神医学 Substance misuse psychiatry、リエゾン精神医学 Liaison psychiatry、リハビリテーション精神医学 Rehabilitation psychiatry が認定されている。

4. 精神科における専門医基礎研修

精神科における専門医研修の管理や研修プログラムの認定の実務は、すでに述べたように精神科専門医の職能集団である RCPsych によって行われている。精神科における専門医基礎研修(SHO レベルの研修)の到達目標は RCPsych の会員資格(Membership of the Royal College of Psychiatrists: MRCPsych)の取得であり、そのためには、RCPsych が認定する研修プログラムを修了し、MRCPsych 試験に合格し、RCPsych の正式会員として登録される必要がある。ただし、精神科の SHO の中には GP の専門研修中の者も含まれている(GP の研修のうち 6 ヶ月間は精神科での研修にあてることが可能となっている)。

精神科における専門医基礎研修の期間は、通常 3 年間である。SHO は、通常、同じ研修プログラムに参加している認定研修施設を 6 ヶ月ごとにローテートしながら、より上級の研修ポストへと移動していく。研修プログラムや研修施設によっては 6 ヶ月以下の期間でローテートすることもあるが、逆に 6 ヶ月以上同一ポストで研修するようなプログラムは、臨床経験の幅を狭めることにつながり研修プログラムとしては不相当であるとされる(ただし、地域の特殊事情等がある場合を除く)。通常は、専門医基礎研修開始後 12 ヶ月間は、一般(成人)精神医学で研修を行うか、あるいは一般(成人)精神医学と老年精神医学でそれぞれ 6 ヶ月間ずつ研修を行う。残りの期間については、6 ヶ月間を一般(成人)精神医学ないしはその副専攻分野 sub-specialty である物質乱用精神医学、リエゾン精神医学、リハビリテーション精神医学のいずれかで研修し、さらに、一般精神医学以外の専攻分野の中から最低 2 つの専攻分野を研修する。なお、2000 年 4 月より、児童思春期精神医学ないしは発達障害精神医学を最低 6 ヶ月間は研修することが必須とされるようになり、これらの研修を修了していない者