

表1 従来精神科医が行ってきた日常の臨床評価と関連が深いICF項目とその特性

| 第1レベル | 第2レベル | 第3レベル | 第4レベル | 療特異性× ₁ | 司法精神医異性× ₂ | 共通性(非特) | 評価時期× ₃ |
|--------------|------------|-------------|---------------|--------------------|-----------------------|---------|--------------------|
| 活動と参加 | | | | | | | |
| セルフケア | 自分の身体を洗うこと | 身体の一部を洗うこと | C | L | | | |
| | | 全身を洗うこと | C | L | | | |
| | 身体各部の手入れ | 身体を乾き乾かすこと | C | L | | | |
| | | 皮膚の手入れ | C | L | | | |
| | | 歯の手入れ | C | L | | | |
| | | 頭髮と髭の手入れ | C | L | | | |
| | | 手の爪の手入れ | C | L | | | |
| | | 足の爪の手入れ | C | L | | | |
| | 排泄 | 排尿の管理 | C | L | | | |
| | | 排便の管理 | C | L | | | |
| | | 生理のケア | | L | | | |
| | 更衣 | 衣服を着ること | C | L | | | |
| | | 衣服を脱ぐこと | C | L | | | |
| | | 履物を履くこと | C | J | | | |
| | | 履物を脱ぐこと | C | L | | | |
| | | 適切な衣服の選択 | C | L | | | |
| | 食へること | | C | L | | | |
| | 飲むこと | | C | L | | | |
| | 健康に注意すること | 身体的快適性の確保 | C | L | | | |
| | | 食事や体調の管理 | C | L | | | |
| | | 健康の維持 | F | C | S | | |
| | 対人関係 | 一般的な対人関係 | 基本的な対人関係 | 対人関係における敬意と思いやり | F | C | S |
| | | | | 対人関係における感謝 | Γ | C | S |
| | | | | 対人関係における寛容さ | F | C | S |
| | | | | 対人関係における批判 | F | C | S |
| | | | | 対人関係における合図 | | | S |
| | | | | 対人関係における身体的接触 | | | S |
| 複雑な対人関係 | | | | 対人関係の形成 | F | | S |
| | | | | 対人関係の終結 | Γ | | S |
| | | | | 対人関係における行動の制御 | Γ | C | S |
| | | | | 社会的ルールに従った対人関係 | F | C | S |
| | | 社会的距離の維持 | F | C | S | | |
| | | | | | | | |
| 特別な対人関係 | | よく知らない人との関係 | 公的な関係 | 権限のある人との関係 | F | C | P |
| | | | 下位の立場にある人との関係 | F | C | P | |
| | | | 同等の立場にある人との関係 | F | C | P | |
| | | 非公式な社会的関係 | 友人との非公式な関係 | Γ | C | P | |
| | | | 隣人との非公式な関係 | F | C | P | |
| | | | 知人との非公式な関係 | F | C | P | |
| | | | 同居者との非公式な関係 | Γ | C | P | |
| | | | 仲間との非公式な関係 | Γ | C | P | |
| | 家族関係 | 子どもとの関係 | Γ | | P | | |
| | | 親との関係 | Γ | | P | | |
| 兄弟姉妹との関係 | | F | | P | | | |
| 親族との関係 | | F | | P | | | |
| 親密な関係 | 恋愛関係 | Γ | | P | | | |
| | 婚姻関係 | Γ | | P | | | |
| | 性的関係 | Γ | | P | | | |
| 環境因子 | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-------------|-----------|--------|---|---|---|
| 支援と関係 | 家族 | | F | C | S | | |
| | 親族 | | F | | L | | |
| | 友人 | | | | L | | |
| | 知人 仲間 同僚 隣人 コミュニティの成員 | | F | | L | | |
| | 権限をもつ立場にある人々 | | | | L | | |
| | 下位の立場にある人々 | | | | L | | |
| | 対人サービス提供者 | | F | | L | | |
| | よく知らない人 | | F | | P | | |
| | 家畜 家禽など | | | | L | | |
| | 保健の専門職 | | F | C | S | | |
| | その他の専門職 | | F | C | S | | |
| | 態度 | 家族 | | F | C | S | |
| | | 親族 | | F | | L | |
| | | 友人 | | | | L | |
| 知人 仲間 同僚 隣人 コミュニティの成員 | | | F | | L | | |
| 権限をもつ立場にある人々 | | | | | L | | |
| 下位の立場にある人々 | | | | | L | | |
| 対人サービス提供者 | | | F | | L | | |
| よく知らない人 | | | F | | P | | |
| 家畜 家禽など | | | | | L | | |
| 保健の専門職 | | | F | C | S | | |
| その他の専門職 | | | F | C | S | | |
| 心身機能 | | | | | | | |
| 精神機能 | | 全般的精神機能 | 意識機能 | 意識状態 | | C | S |
| | | | | 意識の連続性 | | C | S |
| | 意識の質 | | | | C | S | |
| | 見当識機能 | | 時間に関する見当識 | | C | S | |
| | | | 場所に関する見当識 | | C | S | |
| | | | 人に関する見当識 | | C | S | |
| | 知的機能 | | | F | C | P | |
| | 全般的な心理社会的機能 | | | F | C | P | |
| | 気質と人格の機能 | | | F | C | P | |
| | 活力と欲動の機能 | | 活力レベル | | F | C | S |
| | | | 動機づけ | | F | C | S |
| | | | 食欲 | | F | C | S |
| | | | 渴望 | | F | C | S |
| | | | 衝動の制御 | | F | C | S |
| | 睡眠機能 | | 睡眠の量 | | F | C | S |
| | | 人眠 | | F | C | S | |
| | | 睡眠の維持 | | F | C | S | |
| | | 睡眠の質 | | F | C | S | |
| | | 睡眠周期に関連する機能 | | F | C | S | |
| | 個別的な精神機能 | 注意機能 | 注意の維持 | | | S | |
| | | | 注意の移動 | | | S | |
| | | | 注意の配分 | | | S | |
| | | | 注意の共有 | | | S | |
| | | 記憶機能 | 短期記憶 | | | S | |
| | | | 長期記憶 | | | S | |
| | | | 記憶の再生 | | | S | |
| | | 精神運動機能 | 精神運動統制 | | F | C | T |
| | | | 精神運動機能の質 | | F | C | T |
| | | 情動機能 | 情動の適切性 | | F | C | S |
| | | | 情動の制御 | | F | C | S |
| | | | 情動の範囲 | | F | C | S |
| | | 知覚機能 | 聴知覚 | | F | C | S |
| | | | 視知覚 | | F | C | S |
| 嗅知覚 | | | | | | S | |

| | | | | |
|-------------------|---------|---|---|---|
| | 味知覚 | | | S |
| | 触知覚 | | | S |
| | 視空間知覚 | | | S |
| 思考機能 | 思考の速度 | F | C | S |
| | 思考の形式 | F | C | S |
| | 思考の内容 | F | C | S |
| | 思考の統制 | F | C | S |
| 高次認知機能 | 抽象化 | | C | S |
| | 組織化と計画 | | C | S |
| | 時間管理 | | C | S |
| | 認知の柔軟性 | F | C | S |
| | 洞察 | F | C | S |
| | 判断 | F | C | S |
| | 問題解決 | | C | S |
| 言語に関する精神機能 | 言語受容 | | | L |
| | 言語表出 | | | L |
| | 統合的言語機能 | | | L |
| 計算機能 | 単純な算術計算 | | | P |
| | 複雑な計算 | | | P |
| 複雑な運動を順序立てて行う精神機能 | | | | L |
| 自己と時間の経験の機能 | 自己の経験 | | | L |
| | 自己身体像 | | | L |
| | 時間の経験 | | | L |

| 注 | | | | |
|---------------|------|-----------------------------|---|--|
| ×1 司法精神医療特異性 | F | Forensic related items | 司法精神医療に特異性が高い | |
| | (空白) | | 低い | |
| ×2 共通性 (非特異性) | C | Common items | 一般精神医療に全般的に共通性が高い | |
| | (空白) | | 共通性が低い | |
| ×3 評価時期 | S | Short term assessment items | 定期的 短周期 (日～1週単位) な評価項目 | |
| | L | Long term assessment items | 定期的 長周期 (数週～1月～数ヶ月単位) な評価項目 | |
| | T | Temporary assessment items | 不定期 (一時的 適宜) におこなわれる評価項目 | |
| | P | Pointed assessment items | 特定時期 (入院時や初外出 初外泊 退院の決定時など) におこなわれる評価項目 | |

「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」下での多職種チーム医療

黒田治（東京都立松沢病院）

I 多職種チーム医療

生物学的～心理学的～社会的な多因子複合的な存在としての精神障害

医師（Dr）、看護師（Ns）に占有されていた伝統的精神科医療の限界

臨床心理技術者（CP）、作業療法士（OT）、精神科ソーシャルワーカー（PSW）、その他、Dr、Ns 以外の専門職の専門知識、技法の利用、それらの統合の必要性

- ・ 欧米諸国での多職種チーム（Multi-Disciplinary Team (MDT)) アプローチの発展
わが国ではこれまで MDT が十分に発展してこなかったか、その理由として、(a) 国家資格化されていない職種があり、医療施設における配置義務がないこと、(b) 医師、看護師以外のコメディカルスタッフの介入を積極的に受け入れようとしない体質があること、(c) 現行の診療報酬体系では経営上プラスになるとは限らないこと、(d) MDT 医療のための確立された技法がなく、システムが確立されていないこと、が指摘されている（小渡敬 精神科チーム医療論の展開 最新精神医学 3 (5) 453-459 (1998)）

II 司法精神医療における MDT 医療

1 MDT の定義 (Sims A, Sims D Top Teams Health Service Journal 24 28-30 (1993))

- ・ 少なくとも 3 つ以上の専門職種で構成される
メンバーがチームの一員であることを自覚しており、他のメンバーを知っている
患者の評価や治療、マネジメントに関するチームの意思決定のために、定期的なミーティング（通常、週 1 回以上）が行われている
- ・ それぞれの専門職種の役割がより不明瞭になり、責任が共有される
チームリーダーおよびキーワーカー（個々の患者の担当スタッフ）が特定されている
- ・ 個々の患者に関連する決定のほとんどはキーワーカーが行う

2 精神医療における MDT の利点 (Soni S et al Multidisciplinary Teams and Line Management Psychiatric Bulletin 13, 657-661 (1989))

- ・ さまざまな専門職種間のより良好な協調関係をもたらす
臨床チーム内でより明確で公平な分業が行われる
- ・ 患者の治療計画を展開していくために全体論的視点からのアプローチをとれる
- ・ 個々のチームメンバーが各自の最高の能力を発揮して、互いに鼓舞しあえるような環境をつくり、メンバー間に協調性と相互支援をもたらす

3 司法精神医療における MDT 医療の利点（黒田治 イギリス司法精神医療施設における多職種チームアプローチの実際 臨床精神医学講座 S5 精神医療におけるチームアプローチ, 31-46, 中山書店, 東京 (2000)）

① リスク評価 マネジメントの必要性

精神障害者による触法行為の要因は精神障害だけでなく、本人の心理学的特性、養育環境、経済的状態、被害者との関係、偶発的状況因などさまざまな要素が複合的に関与

触法精神障害者のリスク評価およびマネジメントには、精神医学的診断や評価だけでなく、心理学や社会学など複数の専門職種による多面的な評価、MDT アプローチを通じた情報収集、意思決定過程が不可欠である

② 治療的ニーズ

- ・ 触法精神障害者の中には、人格障害、性嗜好障害、物質乱用、治療抵抗性精神障害など、従来の精神医学的治療が無効な障害を持つものか少なくない
- ・ 「非医学的な治療技法」、すなわち、患者の問題行動を物理的・心理的にコントロールするための特殊な看護ケア、環境療法、認知行動療法、心理療法といった、複数の専門領域にまたがる多様な治療技法が必要

③ 心理社会的 経済的援助

- ・ 精神障害の有無に関わらず、多くの犯罪者か数多くの心理社会的 経済的なハンディキャップを、触法行為に至る以前から抱えている

多くの触法精神障害者は、精神障害そのものの影響によって、あるいは、刑事司法施設や司法精神医療施設などに収容され、地域社会から隔離された閉鎖的・保安的権威主義的な環境での長期生活を余儀なくされることによって、2 次的、3 次的な心理社会的・経済的ハンディキャップを被る可能性がある

患者の精神障害そのものを精神医学的に治療することだけでなく、MDT アプローチによる多面的な評価とそれに引き続く作業療法 教育、レクリエーション、ソーシャルワークなどを通して、患者の心理社会的・経済的ハンディキャップを可能な限り減少させ、社会復帰を促進することか重要

④ 倫理的ニーズ

強制的な状況下で触法精神障害者を評価、治療するという特殊性ゆえに、司法精神医療は必然的に、患者の権利を侵害する危険性を常にはらんでいる

- ・ 危険な精神障害者を隔離するための司法精神医療施設は、同時に、そこで働く治療者の側をも、外部の精神保健専門家や地域社会から孤立させやすく、施設内の倫理的な水準は低下しやすい

Dr や Ns が立脚している医学モデルから独立した存在である CP や PSW が、客観的批判的かつ建設的な視点から MDT の意思決定過程に関与し 医療の倫理的水準をモニターすることか重要

4 MDT を構成する職種

MDT を構成する主要な職種は、精神科医、Ns、CP、OT、PSW であり、必要に応じて、言語療法士 (ST)、芸術療法士、音楽療法士、教師、薬剤師、栄養士、などかこれに加わる。

①精神科医

業務の基本は、通常精神科医療と同様、正確な診断と適切な治療、臨床経過のモニター

- ・他に持つべき知識や技能は

行動異常の評価、リスクと危険性に関する評価、退院または入院継続に関する地裁への申立

精神保健関連法規、刑法、民法についての知識、触法精神障害者に対するさまざまなサービスとそれらの利用法についての知識

コントロールや治療の一手段としての保安 (security) の理解とその利用、行動的問題を呈することの多い重症の精神病や人格障害などの慢性精神障害の治療、行動障害に対する心理学的治療

②Ns

日常看護業務を通しての患者の特性の理解および危険性の評価

- ・一般精神医学的および司法精神医学的な看護技法による治療やケア (Dr や CP のスーパーヴィジョンのもとで行なう。時に OT などと協働)

保安およびコントロール

③CP

心理測定的・心理学的技法を用いて、患者の精神障害の原因や性質についての理解を深める

多彩な心理学的技法を用いて、患者の治療やマネジメントに直接または間接的に関与する

- ・病棟内や MDT 内の精神力動的問題についての理解と助言を促進する

④OT

- ・「患者に作業をさせる (occupying the patient)」

診断や評価の補助

- ・患者が特定の活動を行うために必要な課題の分析

患者が日常生活に必要な行動を学習、再学習し、有害で不適切な行動を止めるための援助

- ・患者が適応的な行動を実行するための援助

・芸術や工芸、ドラマ、ダンス、作文といった創作的媒介を通して、患者が非言語的な自己表現を探索したり、特定の技能を身につけたりするための援助

様々な状況に対処するための戦略の教授

⑤PSW

- ・患者の家族背景や重要な対人関係、社会でのネットワークの考慮性、宗教、文化といった多様な問題に注意を払うことによって、患者を社会的な文脈の中で捕らえること

Ⅲ 司法精神医療における MDT 医療の課題（黒田、2000）

①リーダーシップ

良いチームリーダーの存在、明確に定義されたリーダーの役割、そして、合意によって定められたその権限はチームの成功に不可欠

②ライン マネジメント（系列管理）

- ・たとえばNsに見られるような階層型の管理系列か、MDTの運営に悪影響を与える可能性がある
- ・責任や説明義務に関連して、臨床的事柄と非臨床的事柄を区別する（臨床的決定については、チームメンバーはチームリーダーに対して責任を負い、非臨床的問題については、その職種の系列マネージャーに対して説明義務を負う）
- ・それぞれの職種の系列内でのスーパーヴィジョンと業務検討の促進
別々の系列マネージャー間の公式、非公式の連絡経路の開発
- ・専門医かチームリーダーとして十二分に力を発揮する

③責任（responsibility）と説明義務（accountability）

- ・MDTに属する専門家は、さまざまな機関や権威者に対して、責任や説明義務を負っている（Onyett S Responsibility and Accountability in Community Mental Health Teams. Psychiatric Bulletin 19, 281-285 (1995)）
- ・雇用者責任（雇用と一般管理に関する条件によって定義）、専門責任（患者への治療義務、専門家としての行動規範、国家登録のための必要条件によって定義）、医学的責任（専門責任の特殊な例であり、医師かその医学的研修の結果、専門的能力を備えていると認識している業務に対して、説明義務を負う）、究極的臨床責任（医療事故が起きた場合に、MDTの業務全体に対して説明義務を負っている専門医〔または指定入院医療機関の管理者〕か果たす責任）
全面的臨床責任（医師〔または指定入院医療機関の管理者〕か負う）、個別専門責任（このメンバーか負う）、共有責任（メンバー全員か合同で行った決定に対する責任）

④スタッフ・カルチャー

- ・スタッフ・カルチャーはさまざまなスタッフ集団の態度や価値観、集団同士の関係から成り立ち、病院の公式の方針や手続きだけでなく、しばしば「不文律」を通してMDTに多様な影響を及ぼす
時に患者に対して有害なものになりうる

この問題の検証や直面化にはしばしば困難を伴うか、MDT が適切に機能していくためには避けては通れない問題

何らかの衝突が起きた際にメンバー同士やグループ間で適切なコミュニケーションを図ったり、MDT のミーティングで討議したり、外部から独立の調整役に介入してもらうことか必要

⑤専門的役割の境界

- ・MDT 医療は個々の専門職種の役割とその境界を不明瞭にしやすい
専門的役割の境界線か不明瞭になりすぎると、メンバーか互いの専門領域に踏み込むことによって、責任や説明義務の混乱か生じる
- ・境界か厳格過ぎると、チームメンバーか互いに建設的なやり方で議論しあったり、自分の仕事についての他のメンバーの認識から学習する、といったことか難しくなる

⑥守秘義務 (confidentiality)

MDT 医療では、多くの専門職種か治療に関与し、情報を共有するため、守秘義務に関する問題か生しやすい

- ・守秘義務の例外事由について、たとえば、英国医師審議会 (General Medical Council Professional Conduct and Discipline Fitness to Practise. GMC, London (1993)) は、(a)患者もしくはその法律顧問か有効な同意を与えた場合、(b)医学的理由に鑑みて、患者の同意を求めることか望ましくない場合)、(c)開示か法律によって求められている場合、(d)開示か公共の利益にかなうような例外的状況 (例えば、患者自身や他の人間に対して、死または重大な危害のおそれかある場合)、(e)倫理委員会によって認可された医学研究目的、を挙げている

医師は、秘密情報の開示を決定したことについて、それを正当化する理由を常に用意していなければならない、もしも、疑問かある場合には、十分な経験を持つ医師に相談するか、法律家や施設内の倫理委員会などにアドバイスを求めるへきてある

臨床心理技術者の業務

・ 臨床心理技術者が果たす職能

■精神医療において心理学に基づく知識や技能をもちいて医療の精度の向上に貢献する。

■とりわけ、重大犯罪を犯した精神障害者について犯罪行為に至った精神病理とその周辺に關与する 事実について医学や社会学のモデルとは位相を異にする心理学モデルの適用によって個別の人格・ 行動特性をより深く構造的な把握を助け改善に向けての援助を分担する立場を基本とする。

■心理学モデルでは、発達理論、知能理論、認知（過程）機能、人格理論、精神力動論、行動理論、集団理論などによって個別の理解を高める役割を果たすことができる。

- a) 発達心理学的観点による状態像の構造化、支援機序の整理
- b) 行動理論に基づく状態像の理解と援助
- c) 人間関係力動の活用（対象者間、スタッフ 対象者間、スタッフ間など）
- d) 社会復帰と心理学的援助
- e) 精神療法の技術開発と技術提供

■健康からの連続性において定義 分類をしている国際生活機能分類（ICF）を尊重する。

精神疾患の中核症状についての観察を深めながら、次にあける観点からのアセスメントをし、援助 の課題がよりきめ細かく多面的構造化を持った展開になるように整理する役割を持つ。

- a) 個人と全体状況、部分と全体の関係
- b) 人格形成過程（人生の流れ）との関係
- c) 暮らしの一こまである事実として、文化と直面した側面を活用したり修復する観点
- d) 障害から生ずる行動の偏りについて個性を生かす軸で捉える工夫

■その結果、複数の職能が關係する治療過程を密にしてより明確な機能性を引き出し、治療の停滞を未然に防いで能動性の高い援助の実践が引き出される。

■犯罪となった行為についての認識を回避するのではなく、適切なアセスメントをもとに可能な限り今後のリスクを防ぎながら社会生活の回復が図られるよう精神療法、心理教育を効果的に実施する要員として貢献する。それは自己理解や自己コントロールを課題に認知機能の再構成、再教育の機会を根気よく積み重ねてより豊かな情緒への成熟が果たされ他者への信頼が深まることを意味している。

■これらの機能は、司法精神障害者および家族等、その關係者を含んだ人々を対象者とする。

■人格 行動の状態像を中心に治療過程の再評価を積み重ね、治療者集団および対象者と共有しつつ、 時期に見合った適切な援助機能の発展を促す。

■必要に応じて、犯罪被害者のケアにも継続的に関与する。

■地域生活への移行を円滑に進めるために、社会全般に精神障害者に関する適切な理解が普及する必要があり、日頃から地域住民のメンタルヘルスの維持向上を助けるような交流や啓発活動を定着させていることか望まれる。その場合に臨床心理技術者のもつ知識 技法・技能が意義をもたらす場合がある。

これらは必ずしも臨床心理技術者独自の職能と限定できるものではない。しかし関係する人それぞれに潜在している健全な自我機能を再生し発展していく営みについて、比較的合理的に役割を果たすことかできる点は臨床心理技術者の職能を特徴つける要素と言える。

・ 心理アセスメント

1 心理アセスメントの目的

元来、心理アセスメントとは以下の点を目的として行われる。

■精神 心理現象における心理機能の障害水準の把握

a) 対象者の心理機能の障害や水準の精査

b) 医師の診断決定の補助資料を得る

■精神 心理現象における心理機能の問題の要因の検索

■治療方針に関する心理的要因（変数）の把握

a) 精神療法開始の前提

b) 他のスタッフへの情報提供

■社会復帰への援助方法の把握

■予後の予測

これらを縦軸と見なした場合、横軸として司法精神医療独自の点として犯罪行為についての認識と贖罪を含めた自己の再構成への経過と症状経過とか関係する視点がある。さまざまなアセスメントに際してこの横軸からの検討も心掛けたい。

2 心理アセスメントの方法

原則的には以下の方法がある。

■面接法による「心理アセスメント面接」、なお、面接内容を標準化した構造化面接も用いる

■検査法による「臨床心理検査・神経心理学的検査」

知能検査・発達検査 発達評価 人格検査・神経心理学的検査

■行動観察による「観察心理アセスメント」

認知・行動分析および評価

■資料の聴取による「間接的心理アセスメント」

具体的には以下の検査法を状態や目的に応じて組み合わせて活用する。

*精神病理の軸

*中枢的病理の軸

神経心理学的側面（中枢性病変、物質関連障害、など）

*発達軸（知的障害・LD・ADHD・PDD・などの検索を含む）

*人格軸

*行動軸

（*生活軸）

3 アセスメントの実際

時期の区別なく蓄積されていくさまざまな個別情報から、いくつかの行動や病状を理解するための仮説が形成され治療の推進を支えるであろう。特に過去からの経緯についての家族からの情報は治療上のアセスメントとして不可欠である。事件により家族が抱える感情反応やそれ以前からの感情から生じている過剰な混乱(high EE)を受け止めながらの作業であり、本人への忌避感情を少しずつ解除していく課題も重複して存在している。したがって、リハビリテーションへの同伴者という立場に立脚して本人および家族の双方に継続的なかわり続けながら対処する作業となり、臨床心理技術者のもつ技法が役立つ領域である。アセスメントであると同時に家族を治療共同体の一員として支援する治療過程の一部でもある。

主治医の治療計画に基づいて個別に心理アセスメントの目的が示される。対象者の状態像を考慮しながら具体的な実施計画をたて、実行する。テストバッテリーの組み方は各臨床心理技術者の習熟度にもよるが、前述の各軸を中心にバランスよく把握し評価する必要がある。これらは必ずしも臨床心理技術者がすべてを行わなければならないというものではないが、他職種が行う場合には、そのスーパーバイザーとしての役割も期待される。

・ 治療・リハビリテーション過程への参加

1 心理学的治療の目標

司法精神医療において臨床心理技術者が関与できる治療法は一般精神医療の場合と同じく精神療法（心理療法）が主な手段となる。そして以下の点から治療過程はリハビリテーション過程を含んで始められると捉えたい。

精神療法を簡単に定義すると、「情緒的・心理的・精神的問題」に対する専門的治療関係を指し、次の3点を目標としている。

■現存する症状の消失 修正・軽減などの変化を目指す（症状）

■障害となっている行動のパターンの変化を目指す（行動）

■その人にとって前向きな人格の成長と発達を促進することを目的にしている（人格

発達)

これらに基づいて「司法精神療法9項目」として示されている要点を具体的目標とする。

2 症状の対象化のタイプからみた精神療法（心理療法）の分類

- 非特異的な治療・援助要因による精神療法
- 支持的精神療法
- 再教育的精神療法
- 再構成的精神療法
- その他の精神療法
- 折衷的精神療法

3 精神療法の実践

司法精神医療の対象となった理由を考慮するならば、急性期において、支持的精神療法を基本として治療への抵抗性を緩和する。回復期においては再教育的精神療法によって病気や治療の理解を助け同時に情動のコントロールを始めとして適応的行動の獲得を推進する。また、触法行為に至った諸要因を振り返り、より健全な自我の確立に向けて統合を促していくかについては個別に再構成的精神療法を活用することが必要であろう。更に社会復帰期には言語表現能力、コミュニケーション能力、生活能力、生活管理能力、家族関係、ストレスマネージメント、などをめくって更に積極的な精神療法プログラムが展開される。

以上によって、治療の共通評価項目16項目の改善を目指すものとする。

・ 社会啓発活動・その他

以下の課題についても他の職種と協力をして実践を進める。

・ 地域メンタルヘルス事業

障害者への正しい理解の啓発（基盤としてのノーマライゼーション感覚の普及など）

啓発資料の作成

「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」下での精神科医療における倫理とインフォームド・コンセント

異田治（東京都立松沢病院）

（本稿の内容は、参考文献について特に明記されていない場合は、松下正明・斎藤正彦編「臨床精神医学講座第22巻精神医学と法」（1997）、中根允文、松下正明編「臨床精神医学講座S12巻精神医学 医療における倫理とインフォームド・コンセント」（2000）に依拠している）

I 倫理とは？

倫理 「人として守るべき道。道徳。モラル」

道徳 「ある社会で、人々かそれによって善悪・正邪を判断し、正しく行為するための規範の総体。法律と違い外的強制力としてではなく、個々人の内面的原理として働くものをいい、また宗教と異なって超越者との関係ではなく人間相互の関係を規定するもの」

倫理学 「道徳・倫理の起源 発達・本質などを研究対象とする学問。その中心問題は道徳規範と善の問題である。論理学（または認識論）・美学とともに哲学の基本的部門とされてきた」（大辞林第二版，三省堂）

II 精神科医療における倫理

a 患者の基本的人権

「いかなる自由人も、適法な裁判または法律によらなければ、逮捕され、監禁され、領地を奪われ、追放されることはない」（マグナ カルタ、1215）

「すべて人は、生来等しく自由かつ独立しており」（アメリカ ハージニア州権利章典、1776年）

ドイツ・ワイマール憲法（1919年）での社会権の規定

日本国憲法の規定

11条【基本的人権の享有と性質】

国民は、すべての基本的人権の享有を妨げられない。この憲法が国民に保障する基本的人権は、侵すことのできない永久の権利として、現在及び将来の国民に与えられる。

13条【個人の尊重、生命・自由・幸福追求の権利の尊重】

すべて国民は、個人として尊重される。生命、自由及び幸福追求に対する国民の権利については、公共の福祉に反しない限り、立法その他の国政の上で、最大の尊重を必要とする。

14条【法の下での平等、貴族制度の否認、栄典の限界】

1 すべて国民は、法の下に平等であつて、人種、信条、性別、社会的身分又は門地により、政治的、経済的又は社会的関係において、差別されない。

25 条【生存権、国の生存権保障義務】

1 すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。

2 国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない。

b 医師（治療者）の古典的職業倫理

—ヒポクラテスの誓い

「私の能力と判断にしたかつてこの誓いと約束を守る

私は能力と判断の限り患者に利益するとおもう養生法をとり、悪くて有害と知る方法を決してとらない。

頼まれても死に導くような薬を与えない。それを覚らせることもしない。

婦人を流産に導く道具を与えない。

いかなる患者を訪れるときもそれはただ病者を利益するためであり、あらゆる勝手な戯れや墜落の行いを避ける。

女と男、自由人と奴隷のちがいを考慮しない。

医に關すると否とにかかわらず他人の生活について秘密を守る」

—義務主義的倫理（すべての理性的行為者は自身のうちに絶対的道的価値をもっている、カント）

—メディカル パターナリズム（父権的温情主義、医師は知的権威、道的権威、カリスマ的権威をもって患者の治療にあたる）

「現在の症状や予後について、特に経過が悪いときには何事も告げるべきではない。真実を告げると死に追いやられるからだ」（ヒポクラテス）

「医師の聖なる力の下に置かれることかすべての人間の幸福にとって重要なことである」（トゥルヴネル）

c 患者・医師関係における倫理的原則の変化—二つの流れ

1) 医学研究におけるインフォームド コンセント（以下、IC）概念の形成

第二次世界大戦下でナチスによって行われた人体実験への反省

—ニュルンベルク綱領（1947）

「研究対象となる人間の自発的承認が絶対に重要である。その人が承認を与えるだけの法的能力をもっていなければならない。強制がなく、自由に選択できる条件下で、試験対象者が承諾を決意する前に、研究の性格、期間、目的、方法、手段、予想される不利益および危険、実験に参加したために起こるかもしれない健康や容姿への影響について知らされていなくてはならない」

- ジュネーブ宣言（世界医師会、1948）
- 「ヒトにおける生物医学研究に携わる医師のための勧告（ヘルシンキ宣言）」（世界医師会、1964）

2) 臨床医療における IC 概念の形成

18 世紀末以降のアメリカでの医療過誤訴訟の判例の蓄積

1950 年代後半からのアメリカ社会での価値観の変化

- シュレントルフ判決 (Schloendorff v Society of New York Hospital, 1914)

患者の自己決定権

「成人に達し、健全な精神をもつ全ての人間は、自分の身体に何かなされるべきかを決定する権利がある。したがって、患者の同意なしに手術をする主治医は暴行を犯すことになり、その損害の責任を負う」

- ハンター判決 (Hunter v Burroughs, 1918)

医師の告知義務

- サルゴ判決 (Salgo v Leland Stanford, Jr , University Board of Trustees, 1957)

胸部大動脈造影による両下肢麻痺の責任が問われたケース

IC の必要性を指摘

- 「患者の権利章典」（アメリカ病院協会、1973）

「自分の診断、治療、予後について完全な新しい情報を自分に十分理解できる言葉で伝えられる権利」、「何かの処置や治療をはしめる前に、IC を与えるのに必要な情報を医師から受け取る権利」、「法律が許す範囲で治療を拒否する権利」、

「プライバシーについてあらゆる配慮を求める権利」など全 12 か条の権利

- 「患者の権利に関するリスボン宣言」（世界医師会、1981）

- 「アメリカ大統領委員会・生命倫理総括レポート」（1983）

* 功利主義的、自由主義的倫理観の台頭

①判断能力のある大人なら、②自分の生命、身体、財産などあらゆる（自分のもの）ものに関して、③他人に危害を及ぼさない限り、④たとえその決定が本人にとって不利益なものであっても、⑤自己決定の権限をもつ (Mill, 加藤)

d 精神科医療でのインフォームド・コンセント

- ミッチェル判決 (Mitchell v Robinson, 1960)

精神分裂病患者へのインシュリン療法と ECT 後の脊椎骨折の危険性をあらかじめ患者に知らせていなかった点で医師の過失が問われたケース

患者への情報開示の必要性

- 札幌ロボトミー裁判（札幌地裁、1978）

医師が手術を行う場合には「原則として患者の治療および入院の申込とは別の当

該手術の実施についての患者自身の承諾」を必要とする

患者が「自己の状態、当該医療行為の意義・内容、及びそれに伴う危険性の程度につき認識しうる程度の能力」を有する以上は本人の承諾を要する

—名古屋口ホトミー裁判（名古屋地裁、1981）

「医療は生体に対する医的侵襲 適法となるには、患者の生命又は健康に対する害悪発生の緊急の虞れの存するとき等特別の場合を除いて、患者の承諾が必要というべきで、患者の自己決定権に由来する右の理は、精神衛生法上の強制入院たる措置入院させられた精神障害者に対しても、右措置入院が当然には治療受忍義務を強いるものではないことから、適用され、更に、同人が医師の説明を理解し、治療を受けるか否かの判断能力を有する場合には、患者本人の同意が必要であって、近親者の同意では足りないと解すべきであり、特に精神外科の如き治療法は患者に与える影響の重大さから、より一層患者本人の同意が尊重されねはならない」

—宇都宮病院事件（1984）

—精神保健法改正（1987）

入院に関わる精神障害者本人の IC の原則

処遇改善の請求権

—精神科医療における国際的倫理規範

「ハワイ宣言」（世界医師会、1977、1983）

「精神病者の保護およびメンタルヘルスケア改善のための原則」（国連人権委員会、1991）

「マトリット宣言」（世界精神医学会、1996）

〔これらに共通する項目〕

- ・ 基本的人権や自律性を最大限尊重される権利
- ・ 利用可能な最良の治療を受ける権利
 - ✓ 自由の制限 侵襲性を最小限にする
 - ✓ 個別作成された治療計画
 - ✓ セカント オピニオン利用
 - ✓ 保健資源の公正な配分

可能な限り地域社会内での生活を維持しながら治療を受ける権利

- ・ 身体疾患と同水準の医療・ケアを受ける権利

IC を基盤にした良好な患者・医師関係を確立する権利（非自発的治療の原則禁止。ただし、例外事由あり）

IC を取り消す権利（取り消しによって不利益を被らない）

診察・治療に際しての適正な法定手続の保証

精神障害のゆえに IC の要件が免除される場合についての配慮

- ✓ 緊急事態

✓ 同意能力を欠く場合（代理人による IC）

✓ 他害のおそれがある場合

非自発的治療への独立・中立的上訴機関への不服申立権

秘密保持（医療者側の守秘義務）の権利（例外事由あり—患者自身または第三者が重大な身体的・精神的被害を受けるおそれがある場合）

・ 自分の診療情報へのアクセス権

・ 権利を告知される権利

医学教育・研究における倫理的配慮を受ける権利

e 医療における倫理の理念

① 自律尊重の原則

② 恩恵（善行）の原則

③ 無危害の原則

④ 正義（公正）の原則

f 精神科医療における IC の特殊性

1) IC の成立要素

① 患者への情報の開示（医師による説明）

② 患者の同意能力

③ 患者の理解

④ 患者の意思決定の任意性

⑤ 意思決定（同意または拒否）

2) 説明の問題

医師から患者へ説明されるべき事項は通常、①治療を必要とする理由（診断、障害の性質、重症度）、②提案されている治療やケアの内容、性質、目的、③治療に伴う危険性、④他の治療方法の可能性とそれに伴う危険性、⑤治療しない場合に予測される結果、などである

病名告知（例えば、精神分裂病〔統合失調症〕の診断を患者に伝えるかどうか？）

治療による危険性についての治療者側の認識（抗精神病薬を始めとする向精神薬によって非可逆的な副作用が出現する可能性）

3) 患者の同意能力の問題

同意能力（医療における意思決定能力）の評価は、「①医師が勧める治療方法や他の方法の内容、各々の効果と危険およびその可能性、医師が勧める理由などについて患者かとれたけ理解できているか（説明の理解の有無）、②患者か自らの価値観に適合する意思決定をなしたか（意思決定過程の合理性）」についての検討を通して行われる（丸山）

「同意能力とは、おおむね平均的な義務教育終了程度の知的機能に基づき、少なくともある程度合理的な意思決定を成し得る能力 精神医学的には自らの病とその程度、およびそれより生じる問題について現実検討できる能力」(厚生省研究班、1995)

4) 意思決定の任意性の問題

直接的物理的強制、間接的強制による同意は無効

説得による同意は有効

操作(選択肢の変更、虚偽の説明、おたてや義務感 罪悪感の醸成)による同意は、任意性が否定される場合がある

g ICの要件が免除される場合

1) 緊急事態

患者の生命 健康に重大な危険をもたらされる場合

例えば、患者に意識がなく、代理決定者にも接触できず、かつ緊急に治療が必要とされる場合には、説明要件だけでなく同意要件も免除される

2) 患者に同意能力のない場合

代理決定者(家族、後見人)によるICが必要

3) 他者に対する危険を防止するためにポリス パワー(警察権力)が発動される場合

患者に同意能力があっても、他害行為の防止に必要な措置を本人の同意なしに講ずることかてき場合がある—①自らの行動を制御する能力を欠く、②結果に対して刑法などによって責任を問えない、③治療の可能性がある

危険性の認定には犯罪におけるのと同様に厳格な適正手続きを要する

h 精神科医療における倫理的問題のトピックス

① ICに関連する問題

② 強制(非自発的)治療(非自発的入院、非自発的な薬物投与、隔離 拘束などの行動制限、同意能力の評価)

③ 守秘義務(捜査や裁判に関連しての患者 医師以外の人物や機関への情報開示、精神鑑定、精神障害犯罪者 触法精神障害者についての危険性の予測)

④ 二重責任(患者への治療責任と第三者〔例えば、患者の家族、地域住民、他の患者、スタッフ〕への責任の対立、可能的被害者への危険の通知)

Ⅲ 心神喪失者等医療観察法下での精神科医療に関連する倫理的問題

心神喪失者等医療観察法の下での精神科医療に関連して、以下のような倫理的問題が生じる可能性がある(Faulk、2000)。

① 非自発的入院下でのICの任意性

種々の権利を制限された非自発的入院の状況下において、日常生活の様子や治療への態度なども退院へ向けた評価の際の重要な要素となりうるような対象者か、ICにおいて、真の意味で任意の意思決定かてきるかどうか？

② 治療の場の選択

精神科医療においては、患者の自由の制限や患者への侵襲性を必要最小限に留めるのが原則である。したがって、入院医療機関での治療がある程度成功し、すでに入院医療機関のもつセキュリティーレベルは不要となったか、退院は時期尚早であるような段階の対象者を、退院までの間、入院医療機関に留め置くことは倫理的に問題であろう。このような場合、対象者を指定入院医療機関以外の一般精神科医療機関に転院させることが認められないとすれば、入院医療機関内に退院までのギャップを埋められるような低セキュリティーレベルのユニットを設置する必要かあろう。

③ リスク評価およびマネジメント

対象者の他害リスクについての評価に基づいて、入院医療機関内での行動の自由度、さまざまな治療・レクリエーション活動への参加、非自発的治療の選択、外出・外泊など入院医療機関外での行動の自由度、退院など多くの場面で、対象者のICが得られないままその行動を制限したり、対象者に侵襲を加えたりする事能か想定されるか、精神科医がこのようリスクを予測する能力は決して完全とは言えず、多かれ少なかれ False positive が生じる余地が残されている。このような状況は倫理面での批判を招来する。

④ 隔離や身体拘束

対象者の自傷 他害行為や器物破壊、他者への迷惑行為などを防ぐために行動制限を要する場合もありうるか、これらの手技の選択や必要とされる期間に関しては、その時点での対象者のリスクに見合った必要最小限のもてなければならない。行動制限は、医療を提供する側の人員不足や医療技術の低さ、施設の物理的欠陥（たとえば、十分な個室スペースが用意されていないなど）を補うために用いられるべきではない。身体拘束は原則的に看護師による人的な拘束のみであり、拘束具を用いる身体拘束は施行されるべきではない。隔離は他害行為を防止する目的のために用いられるべきであり、自傷行為や器物破壊などに対する隔離使用は正当化されない。

⑤ 非自発的な薬物投与

(i) 対象者の同意能力をどの時点で誰がどのような方法を用いて評価するか、(ii) 対象者が同意能力を欠いている場合、代理決定者によるIC(代諾)が必要となるか、これは従来の精神保健福祉法の規定する「保護者」で足りるか(医療観察法では精神保健福祉法の「保護者」と同一とされている)?あるいは現行「保護者」制度の欠陥や医療観察法の対象者に対する権利制限の程度に鑑みて、代理決定者の役割や選任手段に関する新たな法的枠組みが必要か?代理決定者となりうる家族か不在の場合(いわゆる「市区町村長同意」)、市区町村長の指定する職員か代理決定者となりうるか、(iii) 対象者に同意能力があっても、他害防止など特定の条件下で非自発的治療が容認される場合がある(上記)か、その際の

手続上の要件はどのようなものか、といった事柄について検討する必要がある。

⑥ 特殊な治療手技（ECT、精神外科その他の侵襲的・不可逆的治療）

ECTについては、原則的にmECTのみとする。適応がある場合には、薬物療法と同様、治療手技の選択肢の一つとして対象者に提示されるべきである。対象者のICが得られない場合には、上記の非自発的な薬物投与の際と同様の倫理的問題が生じる。精神外科その他の侵襲的・不可逆的な治療については非自発的入院患者に対しては施行しないのか原則か、国内法に規定がある場合（現時点で日本にはそのような規定はない）は、本人のICが得られ、独立した第三者機関がICの正当性について審査し、その治療が本人の健康上のニーズにとって最善のものであれば、施行できるとされる（国連原則11条14項）。

⑦ 行動療法

権利の制限を伴うような認知行動療法の施行に関連して倫理的問題が生じうる。

⑧ 身体合併症に対する治療についてのIC

⑨ 守秘義務の問題

医療観察法下での精神科医療では、多職種チームによる医療と、社会復帰調整官や通院医療機関、その他関係機関との連携が肝要とされるか、医療を通して得られた個人情報をも他の職種や機関に伝達することについて、対象者本人のICが得られない場合の取り扱いをどのようにするかについて検討を要する。

⑩ 二重責任

患者への治療責任と第三者〔例えば、患者の家族、地域住民、他の患者、スタッフ〕への責任の対立、可能的被害者への危険の通知に関連して倫理的問題が生じる。