

げられており、それらのリスクアセスメントツールを使用するためには PCL-R の習熟が必要になる。

また PCL-R で評価されたサイコパシーは他者への操作性が高く、治療が非常に困難で、現在開発されている治療方法で効果が示されているものはない。医療観察法の枠組みでは重複障害がない限り責任能力があり対象とはならないが、鑑定時の評価などで、だまされないためにも PCL-R を知っておくことは判定の基礎である。

PCL-R は世界中で使用され、司法の領域では世界的な共通言語となっている。尺度の開発から10年以上経っており、項目の検討や評定マニュアルの説明を改訂することもなされているが、世界中に広まってデータが蓄積されているために項目そのものの改訂は行わない方針となっている。我が国でも PCL-R の評定を行うことが出来る環境を整えることが必要である。

方法

Hare PCL-R 2nd Edition (Technical Manual ,Rating Booklet, Interview Guide)の完全翻訳（西村由貴 訳）を行い、金子書房より平成 16 年 11 月に検査用紙(採点盤と適正化表を含む)を含めて出版された。現段階ではこの完全翻訳を入手し、PCL-R を評定するためには Hare 博士らによる研修を受けることが条件付けられている。我が国でも PCL-R を評定するために Hare PCL-R 2nd Edition (Technical Manual ,Rating Booklet, Interview Guide)の完全翻訳を使用し Robert D. Hare、Adelle E. Forth、西村による「PCL-R の臨床および司法上の適応」の研修会（4 日間、2005. 3.14-17）を開催した。

結果

全国より 56 名が研修会に参加し PCL-R を評定する資格を得た。研修を通して、Hare ら講師の評点と受講者の一致度は高まり、特にグループによる評定ではその傾向が高い。また西村による「日本のシステムでの PCL-R の使用」の講義が行われ、我が国での使用に関する注意をえた。

考察

従来 PCL-R の評定は英語で外国での研修を受講（事務局 Darkstone Research Group）することが求められていたが、今後は我が国で PCL-R を評定する環境を整えるためには日本で日本語での研修を実施することが必要である。その第 1 回を肥前精神医療センターの主催で実施したが、PCL-R 日本事務局（ホームページ：<http://www.pcl-rjp>）を西村の所属する慶應義塾大学におき、今後は継続的に研修会を開催する必要がある。臨床的に評定するためには受講者に資格審査があり①社会科学、医学、行動科学の分野で高等学位を取得している、②大学院で精神病理学、統計学、心理測定理論の課程を修了している、③サイコパシーに関する臨床及び研究論文に精通していることが求められる。しかし我が国では適正な専門職の資格認定が存在せず、医療観察法による医療の枠組みが出来ただけで全体の研修制度も

始まったばかりであり、専門的登録制度を論じる段階にはない。また PCL-R を使用するにあたって、適切な訓練を受け経験を有していることを保証しなければならないが、英語で訓練を受け、英語の項目を使用することで使い方は理解できても、そのままサイコパシーの概念や PCL-R の使用法を日本人に適応できるか否かと言う文化的な課題が残る。そのために日本語での訓練や日本語での研修用のツール(モデル症例など)を使用して、日本人対象者のスタンダードを作ることが必要である。

現行の PCL-R の T スコア、パーセンタイル、適正化は全てカナダと北米の対象者から算出されている。日本の対象者に対する適応しても意味がなく、そこから適応結果をえることはできない。今後はイングランド版で実施しているように日本事務局に日本人のデータを集積し日本人の T スコア、パーセンタイルを出す必要がある。また現行のカットオフ値(30 点以上が高得点)も日本に合わせて設定してよいことが認められており、ヨーロッパ圏(英国・スウェーデンは 26 点がカットオフ値との報告があり、一方で 30 点でも問題のないとの報告がある)では検討がなされている。同様に PCL-R の項目の説明もカナダ・北米の症例より心象経験より記述されているために日本人対象者の採点に際し戸惑うところも少なくない。西村より PCL-R 評定の基準で採点してカットオフ値で調整する指示がなされている。

医療観察法の対象者は精神病状態を伴う疾病性においては重症例を想定しており、PCL-R の評定の対象としては不適格である。リスクアセスメントは実際に高リスク群と低リスク群の比較をしてこそ意味を持つものであり、高リスク群に精通することも求められる。刑務所などで勤務するなど特別な臨床経験がない限り、臨床的に典型的 PCL-R を体得する機会は乏しい。また医療観察法の治療の可能性に関してもないに等しく、その意味では医療の対象ではなく矯正の対象となる。今後の医療観察法の適用がどのように推移するかによって、我が国での PCL-R の臨床的な位置づけは変化するであろうが、研究的に PCL-R を評定する意味は大きく、日本でのデータの蓄積が待たれる。

PCL-R の項目に対する西村の日本人を評定する場合の異文化的な視点からのコメントを記載する。項目 1 (口先だけのこと／表面的な魅力) は、日本人の犯罪者は口数が少なく、管理上も発言が許可されていないことが多く、文化的にも積極的な自己表現やアピールが容認されにくい。逆に良く話してくれるので「悪い人ではない」という印象で点数を低くする可能性があり注意を要するが広く他のスタッフの意見を得て採点する。項目 2 (誇大化した自己価値観) では面接中でも自信たっぷり、自説・主張が強い、高慢でうぬぼれているように見える、記者会見でも開いているような話し方であるが、日本の犯罪者でこれほどの自己表現をすると気分の高揚感を疑い高得点を付けにくい。対象者に出来る限り話をさせて判断する必要がある。項目 3 (病的なまでに嘘をつくこと) では嘘をつく、だますが特徴であるが、基本的に良く話すものは評価しやすいが精神科の日常臨床の会話レベルでは出にくい。また知的にやや低いレベルにある対象者では防衛機制として虚言を行うために、これを区別するか否かが課題であるが現行は区別していない。評定 5 (詐欺／人を

操ること)であるが項目4と区別が難しいことがある。基本的なイメージは人を利用して自分を利することが目的な行動であるが、極めて巧妙な対象者は面接者を面接中に操ることもあり注意が必要である。相手に不快感を与えずに会話に主導権をとっていることがある。日本では勤務評定に係わるので職員から情報が得にくい項目である。項目6(良心の呵責/罪悪感の欠如)は自分の行動が相手にマイナスの結果を与えても全く気にしないことを意味するが、「申し訳ないことをした」という表現があったとしても意味はない。日常生活や周囲との人間関係で、対象者の反応の仕方、説明のしかたを観察する必要がある。項目7(浅薄な感情)では日本人は相手に喜怒哀楽を幅広く見せないし、面接者が自分の感情の幅を基準に考え勝ちであるし、最近の傾向として「概して浅薄、長続きしない感情」が増えてきているために評定に際し迷うことが多い。感情表現に惑わされることなく感情体験の内容について聞き、記録を参照することが求められる。項目8(冷淡さ/共感性の欠如)では日本人の採点に問題はないが、「良心の呵責」の項目につられて採点する傾向にあるために独立して評定すべき項目である。共感性は「浅薄な感情」との共通点があるが、犯罪行動に限らず日常生活での他人との感情や体験を共有してきたか、することを好むかで評価すべきである。項目9(寄生的生活様式)は意図的に他人に依存する生活様式であるが、日本では子供の社会的自立が遅く30歳代でも結婚せず親との同居していることも見られ、「引きこもり」生活で全面的に経済的依存をしている社会背景もあるが、仕事をしない背景に犯罪があるのか否か、相手を利用する悪意があるか否かを問わず採点する。項目10(十分な行動のコントロールができない)は怒りこりっぽさ、怒り・攻撃性をむき出しとし状況にそぐわないことをさすが、衝動コントロールとは区別を要する。爆発的行動で側副情報から具体的な行動を見て採点する。項目11(不特定多数との性行為)は常習的な行き当たりばったりの関係をさし現在の婚姻関係ではなく従来の性関係パターンをみる。男性の場合に多くの性関係を持つことを誇り、非現実的な回答をすることがしばしばあるが、この場合は現実に関係したかという正確な解答よりも、そこに価値観を見出すことを情報として捉えるべきである。項目12(子供の頃の問題行動)はオリジナルでは12歳未満であるが、日本では刑事罰の非対象年齢を想定して14歳未満とした。必ず対象者の生活背景と共に判断すべきで、一見問題行動があっても対象者の幼児期の生活環境の中で許容範囲であれば2点はつけない。項目13(現実的、長期的な目標の欠如)は目標を実行に移す能力ややる気がないものをさし、将来のことを悩まない。すでに長期に収容されている対象者では具体的で生き生きした回答が返ってこない可能性もあり、それはその状況では現実的とする。項目14(衝動的なこと)は怒りや攻撃性だけでなく行動全般が思いつきである事を指す。項目15(無責任なこと)は項目16の「自分の行動に責任が取れないこと」と区別する必要があり、日本では高年齢ほど連帯責任の価値観が強く、義務・責任を全うしないと周囲に多大な迷惑をかけ本人の評価が落ちることに留意する。職場の人間、知人の評価の低さ、雇用主・友人・社会などへの義務感、忠誠心がない、裏切りなどの補足情報を得る。項目16「自分の行動に責任が取れないこと」は日本人での評定上の問題はないが、人

に察してもらうことを期待して明確な言語化をしない傾向が日本人全般にはある。自分の行動が引き起こした結果や影響を状況要因から説明している場合は、面接者は共感せずに採点する必要がある。項目 17（多数の長続きしない婚姻関係）において、日本では同棲生活を婚姻関係と同等に扱いにくい社会背景がある。ここでは財政的な義務を含めて一緒に生活するパートナーの意であり、一定の親密な人間関係を維持継続できるかを評価することが目的であり字義にとらわれないことが必要である。項目 18(少年非行)ではオリジナルでは 18 歳未満であるが、日本では少年法の対象が 20 歳未満であることから 20 未満とし、刑事司法システムで正式に扱われない年齢での非行を対象とする。警察で保護されたが逮捕されなかったものはオリジナル版の方針に従って扱わないことにする。イングランド版では刑法上の問題もあり独自解釈を入れている部分があり、我が国でも今後検討を要する。項目 19（仮釈放の取り消し）は日本では比較的少ないが、仮釈放中の違反や脱走行為などを記録情報から得る。項目 20(犯罪の多種方向性)ではオリジナルの分類を踏襲して 15 罪種に分類する。吉益の犯罪生活曲線では 5 類型であり、また今後日本の刑法と分類上の目的を考慮のうえ、日本語表現に改訂する必要がある。

以上は日本文化の中での評点の注意点を西村の指摘に沿って記載したが、それでも司法集団でも 26 点を超える事例は少なく、30 点を超えることはさらに少ない。日本におけるカットオフ値は今後の課題である。推定で項目を採点しないように注意が必要であるし、対象者の普段の行動に精通しているスタッフや身内からの情報提供が貴重である。

文献

Robert D. Hare : Hare PCL-R 2nd Edition (Technical Manual ,Rating Booklet, Interview Guide) MHS, New York. 2003

西村由貴訳 : Hare PCL-R テクニカルマニュアル、評定用解説書、インタビューガイド、検査用紙（採点版と適正化表） 金子書房、東京、2004

触法精神障害者の治療プログラムに関する研究

分担研究報告書

分担研究者 武井 満
群馬県立精神医療センター

平成 16 年度厚生労働科学研究補助金（こころの健康科学研究事業）
触法行為を行った精神障害者の精神医学的評価、治療、社会復帰等に関する研究
分担研究報告書

触法精神障害者の治療プログラムに関する研究

分担研究者 武井満 群馬県立精神医療センター 院長

研究要旨

昨年度までの研究において、医療観察法下の入院治療プログラムの内容として、プログラム作成のための前提条件の整理、司法精神医学用語の定義、対象者に関する「5軸評価」、「治療到達目標」の作成、多職種チームの役割分担、司法精神療法の概略、新病棟の運営方針、外出・外泊の実施要領、各種会議の設置とその役割、身体合併症の対策、急性期、回復期、社会復帰期の流れと評価の関係、処遇終了時の状態像、司法精神医療の理念など骨子となるものについて研究を行い、司法精神医療の概要と課題を明らかにした。

平成16年度は以上の成果を踏まえ、現在、一般精神医療で治療を受けている実際の症例について、もし医療観察法下で治療することになったならば、どのような経過になるか、どのような点がこれまでの医療と異なり、治療効果が期待できるのか、実際に評価を行ったならばどのような問題点が生じるかなど、多職種チームが治療の流れと問題点を具体的にイメージ化できるのを目的として、入院の入り口から始まり、責任能力の鑑定、鑑定入院、急性期、回復期、社会復帰期、地域処遇、医療観察法による処遇終了に至るまでをシミュレーションした事例集を作成した。

提示することになった症例の多くは、いずれも精神医療がこれまで担わされてきた過酷ともいえる負担を浮き彫りにさせる生々しい内容を持った事例であり、シミュレーションすることによって現行の精神保健福祉法下における医療の問題点と限界点がかなり明瞭にされたものと考ええる。またその分、医療観察法がいかに画期的な意味を持っている法律であるか、それだけに今後の適切な運用の重要性、また来るべき次期改正に向けてのあるべき方向性などについて、示唆に富む内容を示すことができたと考ええる。

研究班員：（五十音順）

五十嵐禎人（東京都精神医学総合研究所）

黒田 治（東京都立松沢病院）

梅津 寛（東京都立松沢病院）

佐藤浩司（群馬県立精神医療センター）

来住由樹（岡山県立岡山病院）

島田達洋（栃木県立岡本台病院）

藤川尚宏（福岡県立大宰府病院）
吉川和男（国立精神・神経センター精神保健研究所）
研究協力者：
稲森晃一（国立精神神経センター武蔵病院）
岡田幸之（国立精神・神経センター精神保健研究所）
菊池安希子（国立精神・神経センター精神保健研究所）
斉藤慶子（戸田病院）
下津咲絵（国立精神・神経センター精神保健研究所）
田口寿子（東京都立松沢病院）
津久江亮太郎（国立精神・神経センター武蔵病院）
中根 潤（国立下総精神医療センター）
野口博文（国立精神・神経センター精神保健研究所）
平林直次（国立精神・神経センター武蔵病院）
松本俊彦（国立精神・神経センター精神保健研究所）
村田昌彦（国立北陸病院）

A. 研究目的

前年度までの研究で、医療観察法下の入院治療プログラムの内容として、骨子となるものについてはほぼ研究が終了し、新病棟における治療の全容が見えてきた。

平成16年度は以上の成果を踏まえ、現在、一般精神医療で治療を行っている実際の症例について、もし医療観察法下で治療することになったならば、どのような経過になるか、いかなる点がこれまでの医療と異なり、どのような点で効果が期待できる

のか、実際に評価を行ったならばどのような問題点が生じるのかなど、新病棟の多職種チームが治療の流れを具体的にイメージ化できるのを目的として、入院の入り口から始まり、責任能力の鑑定、鑑定入院、急性期、回復期、社会復帰期、指定通院医療、地域処遇、医療観察法による処遇終了に至るまでをシミュレーションした事例集を作成する。

B. 研究方法

これまでに研究員及び研究協力者が実際に治療に関わってきた症例について研究会で持ち寄り、それらの症例の概略的な把握と問題点の整理を行い、医療観察法の治療の流れにしたがった一定のフォーマットを作成し、それにできるだけ則って、症例の治療シミュレーションを行った。ただし実際に治療中の症例であることから、フォーマットの形に収めきるのが困難な事例も多く、バリエーションがあることはご了解いただきたい。

記載の流れとしては、まず症例の概要と入院に至る経過、5軸の初期基本評価、急性期、回復期、社会復帰期それぞれの治療内容と治療到達目標の達成度評価、指定通院医療期間における地域処遇の状況、医療観察法における処遇終了時の状態像評価、共通評価項目による評価、まとめといった内容になった。シミュレーションとしてできるだけ分かりやすくなるように、随時、必要に応じて研究会での議論を踏まえた解説を加えた（医療観察法による症例のシミュレーションフォーマット参考）。

医療観察法下であれば多職種チームによって評価されることが、実際の症例では

担当者だけでこれまでのカルテ等を参照して評価を行っていることから、当然、シミュレーションとしての限界があり、内容的にみれば不十分にならざるを得ない面があったが、それでも全体としては医療観察法下の治療の流れを、ある程度、理解していただけるものとする。なお実際に記載するに当たり、可能な限り個人情報には配慮し、一部改変を加えた。

C. 研究結果と考察

本研究の目的は新病棟での治療プログラムの作成にあるが、今回、実際の症例について医療観察法下での治療を想定してシミュレーションしてみると、単に入院治療のみではなく、入り口の問題に始まり、受け皿としての一般精神病院の問題、通院治療と地域での処遇の問題というように一連の流れとして系統的に整理してシミュレーションすることにならざるを得なかった。現状の精神医療体制にあっては、これら一連の流れのすべての点において問題を抱えており、それに対して医療観察法がいかなる有効性を発揮できるかがシミュレーションすることである程度明らかになったと同時に、医療観察法の抱える今後の課題もまた浮かび上がってきた。

1. 現行の精神保健福祉法における入り口の問題（図1）

実際に取り上げられた事例は、いずれも重大な他害行為を行っている者であり、現行法のなかで、様々な経過を経て精神病院へ入院となっている。本来であれば、重大な他害行為を行った者が精神病院へ入院となる経緯は、警察で逮捕送検され、検察

庁で起訴前精神鑑定がなされ、その結果を踏まえて検察官が責任能力を判断し、責任無能力であれば不起訴処分となって保健所に精神保健福祉法 25 条の検察官通報がなされ、それを受けて、必要と判断された場合に措置診察が実施され、強制入院となるというのが典型的な形である。

しかし実際の症例では、24 条の警察官通報で強制入院となり、その後の刑事司法手続きがどのようになされたかは不明なまま、身柄は病院にあって入院治療が継続され、その後の刑事司法の関与はないままに退院となって地域に戻っているなど、重大な他害行為があつたにも関わらず、医療だけが対象者の責任を負う形で事が済んでしまっているといったことが少なからずあつた。

結果の是非はいずれにしろ、このようにして、現行法下では入り口の段階で、すでに多くの課題が存在していることは、すでに繰り返し報告してきたが^{1, 2, 3, 4)}、今回の事例シミュレーションによって、そのことはさらに明らかになった。どのようにあるべきかは様々な意見があると思われるが、少なくとも重大な他害行為を行った者を強制入院させて治療を行う以上、その法的根拠と身柄の責任体制は明確にされておくべきと考える。そのような意味で、精神保健福祉法の 23 条の申請から 24 条の警察官通報、25 条の検察官通報、そして 26 条の矯正施設の長の通報までの通報制度の仕組みと移送制度、精神科救急との関係、警察官職務執行法第 3 条などは、強制診察、強制入院といった公権力の行使を行う上での法的根拠になるものであり、その解釈と運用の在り方、問題点について指定

医業務を行う精神科医は十分に理解しておく必要がある。しかし現状は、恣意的現場主義的とも言わざるを得ない対応が行われており、厳密な意味で言えば人権の侵害が日常的に生じており、加えて、そのことはまた社会の安全をも守ることができない状況を作り出している。

今回、医療観察法が成立し施行されることで、この入り口の問題は、これまでと異なり整理されやすくなることは間違いないが、それもこのような強制診察・強制入院にまつわる法的仕組みが関係者に熟知されてのことである。本事例集では、そのような意味から、入り口のところで問題を医療観察法との関連からかなり重視して記載したつもりである。

シミュレーションした事例に見られた入り口の問題は、少し広く考えれば「刑罰法令に触れる行為を行った者」に対して適切な処遇を行うという、言わば社会のあり方の根本に関わるところで、すでに多くの課題が存在していることを意味しており、結論的に言えば、現状の精神医療体制は「医療」としての範囲を大幅に超えて、社会防衛としての役割を果たさざるを得ないような仕組みになっており、そのために人権を確保して適切で安全な医療を提供するという、医療本来の役割を果たすことが出来ない状況に置かれているといえる。

医療観察法の目的の一つは34万床の削減にあると考えるが、34万床の体制は意味なく出来上がってきたわけではなく、過去の厚生行政が、社会の安全と人権の保障という必ずしも相容れない社会の基本事項に関わることを、他省庁との役割分担、責任範囲の明確化といったことを行わず、

「医療」といういわば万人に受け入れられやすい美名の下に丸受け入れさせられ（あるいは丸受けし）、本来ならば国の基本政策として税金で行われなければならないことを、自治体行政に丸投げし、更に保険診療という全く次元の異なる経営モデルを中心にして強制入院医療を行ってきたところに、根本的な問題点があったと考える。

強制入院という公権力の行使は、措置入院はもちろん、医療保護入院と言えども、患者のためでもあるが、それは明らかに「社会の安全」のためでもあり、「人権の保障」という時には相反する大きな課題がその背景には存在することから、厚生行政の責任だけで担えるものでも、担うべきものでもないと考える。追加的に言えば、精神保健福祉法では各都道府県には精神病院の設置義務があるが、そのことは都道府県知事の命令で強制入院が行われる以上、人権を確保する上からも、医療内容を担保しなければならないことから、当然のことといえる。しかし設置されている公立精神病院は公営企業法の適用を受けており、赤字が問題とされることからやはり経営モデル中心に運用せざるを得ない。実際、全国の各都道府県立精神病院は、現在、救急その他、増大する一方の業務量にも拘わらず、赤字が問題とされ、慢性的なマンパワー不足のなかで、十分な医療体制を構築することができず、強制入院させているにも拘わらず、人権を確保した安全で安心できる良質な精神医療の提供が出来ないという状況にある。医療観察法の施行は、このようなこれまでの精神医療体制の問題点をあぶり出し、本来のあるべき精神医療シ

システムを構築していくための重要なとっかかりとなるものであり、またそのような観点から今後、整備運用されていくべきである。

2. 精神鑑定の現状と課題

従来の精神保健福祉法下では、検察庁の段階で責任能力の鑑定が行われ、その結果を基に検察官が対象者の責任能力を判断し、心神喪失あるいは心神耗弱とされた場合、精神保健福祉法25条の検察官通報がなされ、一般精神病棟へ強制入院となっていた。このような従来から行われている責任能力の鑑定の在り方について、法務省刑事局は、医療観察法下にあっても従来と何ら変わるものではないとしているようであるが、実際には、これまで従来から行われていた責任能力の鑑定自体に標準化されたものは存在していなかったことから、責任能力鑑定を実施するかしないかも含めて、その内容は時に恣意的、現場主義的に解釈されて対象者の処遇が行われてきたといえよう。また例えば鑑定を行う場所の問題一つを考えてみても、これまでのところ、その内容の重要さに比して、医療的設備を備えながら安全に鑑定できる場所は確保されてはならず、そのような意味で、責任能力の鑑定自体が、これまでシステム化されていたといえる状況にはななかったと考える。

医療観察法下では責任無能力の鑑定結果が出て、検察官が裁判所に申し立てを行えば、次に裁判官の鑑定入院命令で医療必要性の鑑定がなされることになるが、その場合の鑑定場所はことここにあっても一般精神病棟が想定されており、アメニティ

ーを重視しつつ、患者の治療を安全に行うことを第一義としてきた一般精神病院の医療現場にあっては到底受け入れられる内容のものではない。この鑑定はあくまでも医療の必要性を鑑定するのが目的であり、治療することにその目的があるのではない。病棟スタッフも当然治療して退院させることを意識して働いており、鑑定というある種の評価を目的として働いているわけではない。しかも治療を実際に行う以上、臨床現場で働いている者ならばよく分かるように、可能性としてはあらゆる事態が生じ得るのであって、医療行為については鑑定入院を受けた鑑定人及びその病院の管理者が責任を取るにしても、安全に鑑定できる場所を確保するのは、厚労省、法務省、裁判所を含めた国の責任であり、すでにこの問題は前々から指摘されていたにも関わらず、そのような場所の確保に対する切実な問題意識なくして安易に鑑定入院を一般精神病棟で行おうとすることは、精神病院の病院としてのあるべき本来の姿と現状を混乱させた、かつ精神障害者の人権と安全の確保の必要性を理解していない暴挙と言わざるを得ない。

このように医療観察法が施行されても、責任能力の鑑定から鑑定入院による医療必要性の鑑定まで、ハード面を含めた精神鑑定のシステム化は現在までのところ殆ど手付かずの状態にあることが、本事例集から読みとれるはずである。来るべき法改正に向けて、精神鑑定の一貫性のあるシステム整備は、今後極めて大きな課題となるう。

3. 5軸の「初期基本評価」のについて(表

1)

医療観察法下の入院治療では、多職種チームにより評価がなされ、その評価に基づいて治療計画が作成されて治療が実施される。これまでの本邦の一般精神医療では、評価をして治療をするという概念の不徹底さやマンパワー不足もあり、5軸での評価といった整理された形での評価はなされてこなかった。シミュレーションされた症例は、あくまでも現実に治療中の事例であり、担当者が単独でカルテ等を参照して過去に遡って記述したものであることから、内容的にはその域を超えるものではないことは理解していただけたと思うが、しかし実際の医療観察法下における入院治療の場での多職種チームによる評価であれば、その内容は豊潤で多岐に渡ることになることは言うまでもない。

シミュレーションとしてはあるが、5軸の初期基本評価を実際に行ってみると、その治療的意義には非常に高いものがあることが今回の事例研究から明らかになった。

4. 治療到達目標の達成度評価および共通評価項目の評価について

「治療到達目標の達成度評価」とは、5軸の初期基本評価による状態像評価に基づいて治療目標を設定し、治療を実施する中でどこまで改善したかを評価するものであり、通常の一般精神医療にあってもカンファレンス等を通してある程度は行われてきたことである（表2）。治療到達目標の達成度評価をするということは、治療によりどの程度改善したかを評価することであり、同時にそれは次の治療目標を設

定する状態像評価となるものでもある。評価という概念を治療の流れとして見た場合、評価と治療とは直接的に繋がる行為であり、いわば表裏一体の関係にあるといえよう（図2）。したがって、点数化による評価方法は治療到達目標の評価にあっては馴染まないことから、本事例集では記述による評価法が取られている。今回はシミュレーションによる評価ではあったが、実際の症例について具体的に治療到達目標の達成度評価を行ったところ、多くの症例において、一般精神医療では評価が十分にされていないことが判明した。少ないマンパワーで多数の患者を治療している一般精神医療の限界といえよう。

このように治療到達目標の達成度評価は治療行為と直接的に結びついたものであり、今後の課題としてその下位分類については各職種ごとでさらに検討を重ねる必要があるが、大筋としては指定入院医療機関としての治療内容に沿ったものとして十分に機能しうると考えられた。

それに対して共通評価項目の評価は、ある次期の横断面でのリスクアセスメントを中心とした評価であり、評価内容は点数化されることで、対象者の状態像の変化を外形的に一目で確認し、併せて各施設間での対象者の把握に関し、できるだけバラつきが出ないようにすることを目的として作られている。治療到達目標の評価が良くなれば、結果的に共通評価項目の評価も良くなると想定されるが、今回のシミュレーションでも一応そのことは示されたものとする。

5. 指定通院医療と地域処遇の課題

今回の医療観察法では、入院医療には十分なマンパワーが確保され、これまでになかった画期的な治療が可能になることが期待できる。しかし残念ながら、指定通院医療の体制については、社会復帰調整官が付くことで法務省の責任が明確に示されたことは、これまでと比べ大きな前進ではあるが、臨床的にみて対象者の地域での生活状況を具体的にイメージした場合、なおあまりにも課題が多く、医療観察法下にあっても、このような対象者の社会参加と地域処遇に関しては、問題は解決されないままに山積していることがシミュレーションを通して理解された。医療観察法施行直前を控えた今、次期の法改正に向けて、問題点を整理しつつ既存の社会資源を活用して、出来ることからやっていくということより、当面はやむを得ないが、今後は法務省の強力な責任体制の下で法の整備も含めた格段の進展を期待したい。

6. 医療観察法における処遇終了時の状態像評価（表3）について

どのような状態像になれば、医療観察法における処遇を終了することになるかをシミュレーションしたが、対象者本人の病像の問題としては、一般精神医療の枠組みでは直面化や内省といった課題がどうしても残存してしまうことが明らかになった。医療観察法下であれば司法の枠組みの下、多職種チームで治療に関わることにより、この点に関してはかなりの治療効果が期待できると考える。ただし指定通院医療機関は最長5年間と規定されており、統合失調症の陰性症状など、症状が残存した形で処遇を終了とせざるを得ない場合も少

なからず存在することが想定された。そのようなことも含めて、地域での処遇にあっては単に現状の社会資源を活用するという程度から更に踏み込んで、医療観察法の対象者を対象とした専門施設の整備が今後は欠かすことができないと考える。このような整備がなされることによって、相対的に対象者の処遇の終了もより早期に終了することができるようになるだろう。いずれにしても医療観察法の処遇が終了できるかどうかは、対象者の病像が改善されることに加えて、地域処遇のための社会資源がどれだけ整備されるかということに大きくかかってくることは明らかである。

D. まとめ

以上、実際の症例について、もし医療観察法の下で治療を行ったならば、どのような経過になるかをシミュレーションした結果を述べた。シミュレーション事例については資料を参照されたい。これらの事例以外にも発達障害等の症例についても検討を行ったが、事例として呈示するまでには至らなかった。統合失調症中心の事例呈示となったが、医療観察法下での治療がどのようにして進められていくか、現状の精神医療とはいかなる点で異なるかなど、本事例集を通読することで理解いただけるものと考えている。

これまでも繰り返し述べてきたように、日本の精神医療は、入り口の問題、受け皿の問題、通院および地域処遇の問題など、すべての点において課題が山積しており、医療観察法の施行に向けて分担研究班として研究を行えば行うほど、ますます新たな課題が洗い出されてくるような状況に

ある。本事例集を作成するに当たり、日本の精神医療には個々の努力にも関わらず、精神保健福祉法の法としての欠陥とその運用の杜撰さ、司法精神医学の不在、病院医療とは名ばかりの施設基準しかない医療資源の状況、など骨格と呼べるものは何もなかったのではないかとさえ思われたのが、本事例集を作り終えての感想である。

医療観察法の施行は不十分ながらも、これらの日本の精神医療の取り巻く状況に対して、大きな一歩を踏み出すものであり、何としても適切な運用を目指して、更には次期の法改正に向けて深化させるべく、司法、行政に加えて、精神医療関係者自身の理解と努力が期待されるところであり、本事例集を通読することによって、そのような意図を読み取っていただけるものと考ええる。

文献

1) 武井満：日本の精神医療と触法精神障害者問題。犯罪と非行137号、23-46、日立みらい財団、2003。

2) 武井満：精神科救急と刑事司法の接点—その司法精神医学的対策。精神科治療学18(増)、198-204、2003。

3) 武井満：精神保健福祉法通報制度の問題点と司法精神医学的課題—触法精神障害者治療現場の現状から。精神医学44、619-625、2002。

4) 武井満：強制入院を考える。精神科2(5)、446-448、2003。

E. 研究成果

1) 武井満：触法精神障害者問題と精神科医療改革。公衆衛生68(2)、97-101、2004。

2) 武井満：措置入院制度の運用と処遇困難患者問題。ジュリスト(増)精神医療と心神喪失者等医療観察法、179-183、2004。

3) 武井満：医療観察法による医療の考え方と指定入院医療機関の治療。日精協誌24(4)、45-52、2005。

参考： 医療観察法による事例シミュレーションフォーマット

事例 番号 性別

題名

所属

筆者名

症例の概要と入院に至るまでの経過

<解説>

I. 急性期

治療内容

<5軸による初期基本評価>

- ①疾病軸
- ②人格軸
- ③行動軸
- ④生活軸
- ⑤発達軸

<「治療到達目標」の達成度>

生理：

精神症状：

コンプライアンス：

対人関係：

自己コントロール：

人格：

自己イメージ：

生活：

外出・外泊・その他：

<解説>

II 回復期

治療内容

<「治療到達目標」の達成度>

生理：

精神症状：

コンプライアンス：

対人関係：

自己コントロール：

人格：

自己イメージ：

生活：

外出・外泊・その他：

<解説>

III 社会復帰期

治療内容

<治療到達目標の達成度>

生理：

精神症状：

コンプライアンス：

対人関係：

自己コントロール：
 人格：
 自己イメージ：
 生活：
 外出・外泊・その他：

<解説>

IV 地域での処遇

治療内容

<「医療観察法による処遇終了時の状態像」にもとづいた評価>

- 社会内存在の形式：
- 精神症状：
- 遵法性
- コンプライアンス：
- 人間関係：
- 依存性：
- 生活面：

<解説>

V. 共通評価項目

共通評価項目の継時的変化

	入院前	急性期	回復期	社会復帰期	地域での処遇時期
精神病症状					
非精神病症状					
自殺企図					
内省・洞察					
生活能力					

衝動コントロール					
共感性					
非社会性					
対人暴力					
個人的支援					
コミュニティ要因					
ストレス					
物質乱用					
現実的計画					
コンプライアンス					
治療効果					
治療・ケアの継続性					

<解説>

VI. まとめ

図1 精神保健福祉法通報制度の仕組みとその問題点

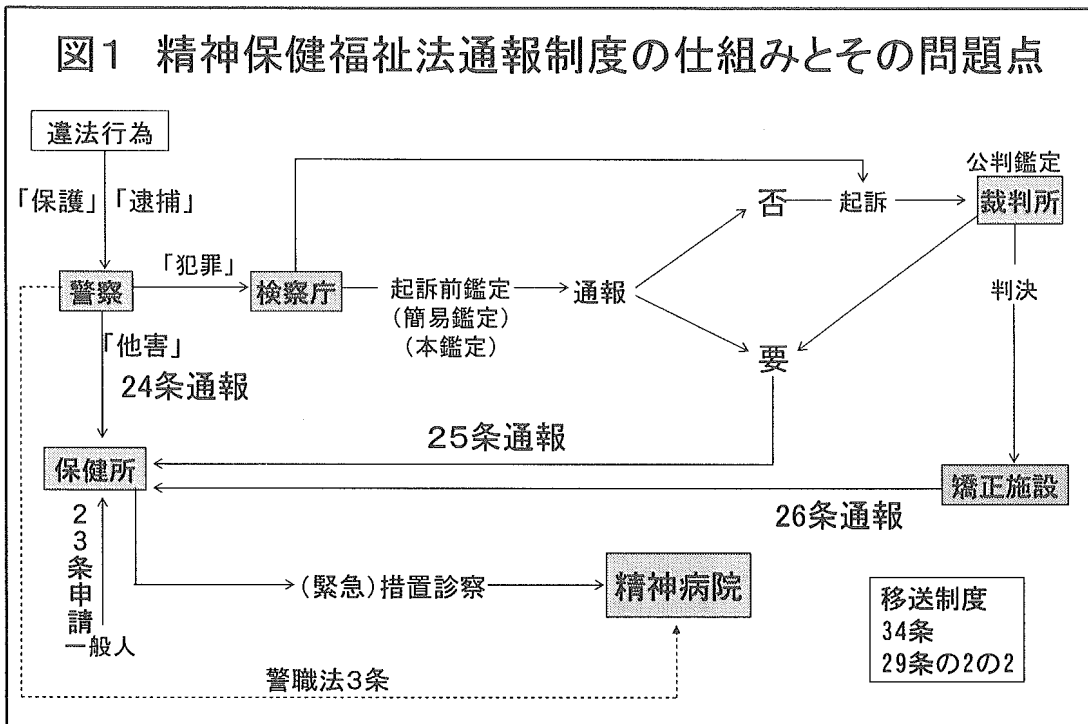


図2 医療観察法における評価と治療の流れ

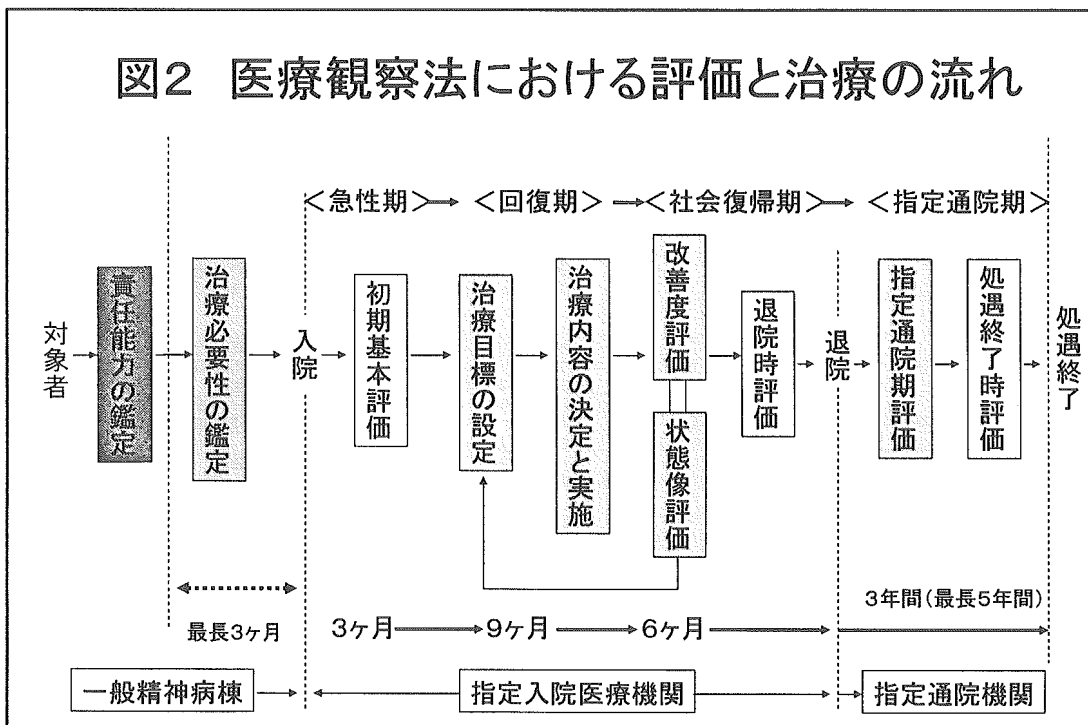


表1 初期基本評価

疾病軸	診断、重症度、知的能力 症状の種類・程度・経過 身体的検査、心理検査 遺伝要因、家族歴、生活歴、治療歴薬剤反応性、服薬順守性 治療同意性 病感・病識の有無・程度 障害の図式
人格軸	人格障害の有無・程度・治療反応性 性格・気質傾向、体質、疾病との関係 生育環境、虐待歴 生活歴、家族関係、職歴 対人関係歴・反応性 攻撃性、暴力性、衝動性 遵法性 薬物乱用歴、飲酒歴 行動様式
行動軸	過去の暴力行為 薬物使用歴、飲酒歴 虐待歴、非行歴 犯罪歴・犯罪内容 犯行状況、再犯性 疾病との関係
生活軸	日常生活状況、セルフケア 経済状況、住宅環境・状況 家族状況、対人環境状況 生活技術能力 作業能力 就労能力、金銭管理能力 対人関係能力
発達軸	知的能力、知的特性、高次脳機能 人格特性

表2 各時期における治療到達目標

	急性期	回復期	社会復帰期
生理	休息と生命の維持 心身の疲労からの回復 睡眠リズムの調整 基本的な生活リズムの回復	基本的な生活リズムの完成 基礎体力の回復 身体感覚の回復 睡眠リズムの安定	基本的な生活リズムの継続 基礎体力の充実 身体感覚の充実・発展 睡眠リズムの安定的継続
精神症状	急性精神症状の軽減 身体的問題点の確認 心理的問題点の確認 疎通性の確保	急性精神症状の消失 身体的問題の解決 意欲・集中度・持続力の回復 疎通性の回復	精神病症状の再燃なし 身体合併症の管理継続 意欲・集中度・持続力の継続 疎通性の安定
コンプライアンス	治療関係の準備・導入 治療の必要性の理解 服薬効果の判定 服薬必要性の理解	患者治療者関係の確立 治療効果の理解	治療継続の必要性の確約 通院・服薬継続性の確約
対人関係	対人関係改善の準備 良好な人間関係の気づき 複数の人間との関わり	対人交流技能の習得 対人関係の改善 信頼感、安心感の実感	対人関係の安定と広がり 良好な人間関係の獲得 健康な仲間意識
自己コントロール	司法精神療法への導入 グループワークへの導入 自己コントロール能力水準の評価	自己コントロール能力の回復 衝動性のマネージメント 怒りのマネージメント	自己コントロール能力の安定 攻撃性・暴力性・衝動性の改善 自己コントロールの限界確認
人格	人格・性格・行動特性の理解と整理 病的行動特性と人格的行動特性の区別 治療プログラムへの導入	人格・性格・行動特性の受容 未学習課題の再教育	人格特性の活用 未学習課題の達成
自己イメージ	暴力的イメージ解体の準備 病的世界から現実世界への導入 病棟生活のセルフケア能力習得	暴力的イメージの解体 自己イメージの再構成 病棟生活セルフケアの自立	心身の健康イメージの獲得 社会生活者のイメージ獲得 日常生活能力の安定
生活	身辺処理能力の獲得 患者ニーズの把握 現実直視の準備	日常生活能力の回復 社会生活能力の回復 日常生活を楽しむ体験 障害との折り合い・受容	生活技術能力の習得 社会資源利用能力の習得 社会生活能力の回復水準確認 障害との共存
外出 外泊 その他	家族・関係者の休息・関係性の維持 外出の準備	家族調整・環境調整 外出の開始 外泊の準備	外泊の開始 社会参加イメージの具体化 社会参加の場の確保 家族・地域の受け入れ体制

資料：事例

以下にシミュレーションした事例9例を呈示する。診断的には、統合失調症7例、うつ病1例、頭部外傷後遺症1例である。事例シミュレーションのまとめ方は前述したフォーマットを参照されたい。共通評価項目の評価については、平野班の共通評価項目に関する解説とアンカーポイントを参照されたい。

事例1 男性

病的殺人衝動から傷害事件を犯し、24条の警察官通報を経て緊急措置入院となった統合失調症例—電気けいれん療法が事件の健忘を生じさせ、病状不安定から長期の隔離を要した経過について—

【診断】 統合失調症

ICD-10：F20 統合失調症

DSM-IV：295 統合失調症

【当該行為】 傷害

【家族歴】 精神疾患の負因はない。父親は温厚で会社を定年退職。専業主婦の母親も穏やか。家族との仲は良い。

【既往歴】 特になし

【生活歴】 小中学校ではバレー部に所属。成績は上の方。中学では生徒会の副会長。高校では水泳部。友人は多い。高校卒業後、専門学校へ進むが、卒業後は都会へ出てひとり暮らしをしてアルバイト。身の回りのことは自分でできていたが、生活費は親の援助も受ける。

競馬にのめりこんだこともあったが、損をしてやめる。

【現病歴】

X-3年25歳のとき、「君は人を殺してないから就職できないんだ」といった幻聴、注釈妄想で発症。A病院に2ヶ月入院。その後は自宅で無為に過ごしていたが、X年5月から仕事に出るようになる。その頃から、自分の病気は治ったと思い、通院服薬を中断。X年9月29日頃から不眠で落ち着かない状態となる。10月2日、A病院精神科外来へ行き、殺人