

はじめに

この報告書では、司法精神医学・医療に従事する医師の教育について、医師作業部会の最終的なまとめとしている。したがって、この研究班で先に提出した報告書ですでに述べてきたことであっても、再度検討しここに総括的に述べることで資料や提言となるようにしたい。

報告書の内容は考え方に重きをおいている。現時点では司法精神医学の教育は皆無に等しい。そのような中で教育システムを作っていくには、詳細な具体計画よりも、考え方がまず大切と思う。とはいえ、システムのイメージを細かに作らなければ先には進まないという考え方もある。報告書の最後に、現時点で考えられる理想的な教育プログラムをなるべく具体的に作成し提示してみた。

医師作業部会メンバー

山内俊雄, 山上皓, 松原三郎, 吉川和男, 岡田幸之, 安藤久美子, 小嶋秀吾, 横山富士男, 藤川尚宏(順不同)

1. 司法精神医学教育の基本的な考え方

司法精神医学・医療の定義と領域

司法精神医学・医療の定義は、「法と精神医学・医療の接点領域を扱うこと」としているのは、これまで通りである。狭くして広いが、概念的には主に次のように3つの領域に分けると考えやすい。

1. 司法の執行現場で精神医学的側面を扱う。例えば、刑事、民事の現場で活動する。
2. 触法精神障害者の医学・医療を扱う。これは、前項と次項の両方にまたがる領域。
3. 一般精神医療の中での法的な側面を扱う。

教育の目的は、これら定義で示される領域で必要かつ十分に活動できる医師を育てることにある。

教育を規定する背景

この研究班が動き始めたときから、司法精神医学・医療を取り巻く状況は大きく変わってきており、教育を考える上でも考慮する必要がある。以下、特に影響を与えると考えられる事柄について記載した。

1. 司法と精神医療の接点での動きが活発となってきている。

- 以前から、触法を行った精神障害者の処遇には大きなばらつきがあった。特に、指定医の措置診察、あるいは刑事責任能力鑑定などの鑑定、さらに、地域それぞれの関係機関の処遇については、影響が大きいだけに問題となる。このことをふまえ、鑑定については、標準化を目指す動きが始まっている。
- 医療観察法が成立し施行されるようになった。
- この法にしたがって審判、指定医療機関という新たなシステムが始動し、医師に精神鑑定を求められる機会が増えている。
- 司法関係者と医療関係者、行政関係者のかかわりが増え、司法、医療、行政の互いの関心

が高くなってきた。

- 医療観察法の判定医の確保、医療従事者の確保のための研修が開催されるようになった。
 - 成年後見人制度もすでに動き始め、本格化してきて、こちらも民事的な能力とその判定への関心が集まった。
 - 犯罪被害者保護法が成立し、犯罪被害者の精神鑑定が求められるようになると同時に、被害者の観点からの意見が取り入れられるようになってきた。
 - 自立支援法にみられるような地域医療への転換が始まりつつある。地域での人権問題、触法問題など司法的な配慮が求められてきている。
2. 医師人口の増加により、その水準のばらつきが問題となりつつあり、また、専門医への細分化の傾向ができてきた。
- 医師全体の水準を上げるために、倫理、説明責任といった法的な問題にも教育が必要になった。すなわち、一般医療でも司法精神医学の考え方、倫理をきちんと教育されることが望まれる。
 - 専門医への傾向とその教育に関心が高まっており、実際、精神神経学会の専門医制度が始まった。小児青年医学学会認定医や老年医学会認定医のような専門医制度はすでに先に動き始めている。平成 17 年には、日本司法精神医学会が発足した。
 - いくつかの大学では、司法精神医学講座の新設が計画されるようになった。
3. 教育の考え方も変わりつつある。
- 知識のほとんどがインターネットで得られるようになり、専門医は、知識以上に Skill や attitude 習得への教育がより重要な意味を持つようになってきた。このことは、新たに始まった医師の初期研修制度にも表れている。
 - また、精神医療が地域でのケアに移ると、医療関係者だけではなく、他職種、他機関との協力や相談などがさらに大きな医師の役割になってきている。このように医師の役割や活動の形態が多様になってきており、教育もそれに応じる必要が出てきた。
4. しかしながら、厳しい状況もあり、次のようなことも考慮せざるをえない。
- 指定入院医療機関の建設がなかなか進まない。
 - 指定通院医療機関は、民間に任される部分が大きく、均一なサービスを提供できるかどうか疑問である。
 - 司法機関の中での医師の定数は増えていない。

以上のようなことから、今後の教育の方向が求められる。

1. 医師全体の底上げ

司法精神医学・医療の関連領域にはすべての医師が関わりうるので、すべての医師にそのかわりの程度に応じた教育を浸透させ、一定の水準と統一を保つ教育が必要である。

そのためには、今すでに充実が図られている教育の中に司法精神医学教育を含めていく。

2. 司法精神医学の専門医制度をつくる。

日本に、認定された専門医制度をつくり、専門的な知識・技術に十分に通じた医師をつくる必要があ

る。

最近になり、医師の教育が、医学部教育に始まって、卒後臨床研修、精神科専門医研修と形ができつつあることを考慮すると、司法精神医学の専門医制度を作るとしたら、おそらくは、そのさらに後に司法精神医学専門医が来るという形になると思われる。

3. 教育の内容については、

医師全体の流れでもあるが、知識だけでなく、より技術や態度などにも焦点があり、実務、経験といったことを大切とした教育が要請されている。

特に司法場面での専門医の活動は従来の診療場面とは大きく異なる場合があり、また、通常ではなかなか触れることがなく、教育ではこのような場を実際に体験する時間を大きくとる必要がある。

ただし、既存の日本の医学教育システムは統一されていないことを考慮する必要がある。今あるいくつかの教育システムは、それぞれの責任主体は違い、さまざまな教育を一貫したものとして扱う組織がない。これからの課題である。この教育の研究では、教育の責任主体はとりあえず棚上げしておき、望ましい教育のあり方を検討する。

II. 医師教育制度の中での司法精神医学教育

これから先、仮に司法精神医学専門医制度ができたとしても、司法精神医学は決して専門医が占有するべきものではなく、その知識や技術の一部は他の医師にも広く必要なものでもある。ここでは、医学部教育から、臨床研修医、精神科専門医、そして、司法精神医学専門医教育という流れを想定し、それぞれの教育の段階に入れ込むべき司法精神医学の教育目標(GIO General Instructional Objective、SBOs Specific Behavioral Objectives)を検討する。

GIO と SBOs を決める際の考慮点

どの段階の教育にどのような教育目標をたて、そして最終的にどのような専門医を育てるかということは、さまざまな要因から規定されてくる。当然、この先、これら規定要因の考え方が変われば、後に述べる教育目標(GIO と SBOs)案は修正されなければならない。

1. 精神医学・医療の定義・領域による検討

専門医を考えた場合には、まず、先の定義での 3 つの領域のどこに重点をおくかでその教育目標は変わってくる。あまりに、領域 1.の部分に重きをおくと特殊性が際立ち、専門医は孤立する。領域 3.の部分が重いと、専門性が失われる。領域 2.の部分がなくては、司法の考えと医学・医療の考えを統一して理解・実践することが難しくなる。したがって、これらの 3 つの領域のバランスを配慮することになるが、医療観察法が施行されるようになった現在、領域 2.を主たる活動とする専門医養成を目指し、そこから広げていくのが实际的であろう。

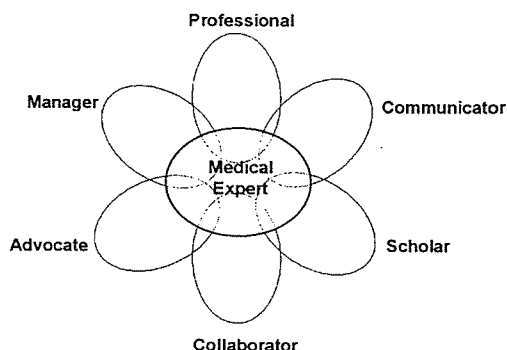
2. 専門医の機能による検討

医師が果たす機能によっても GIO と SBOs は変わってくる。

医師の機能については、図 1 のような整理がある。¹⁾

それぞれの機能で司法精神医学に関連する部分があるので、下に整理した。それぞれの範囲と深さがあるが、どの機能にどの程度重きを置くかで教育の目標も変わってくる。

図 1. 医師の機能



Medical Expert

司法精神医学専門医に期待されるのは、司法と精神医学の接点の部分にある知識であり、これを活用することが求められている。まずは、触法精神障害者の治療に関する知識と技術であり、その治療に必要な医療チームや組織の臨床上の決定の責任を負う力量である。また、裁判その他の司法が関わる分野で医学的な意見を専門家として求められる。

Communicator

司法精神医療では、医師のCommunicatorとしての役割は大きく、この点での教育は特に必要である。特殊な病的な状態にある精神障害者とのCommunicationはそれなりの技術がいる。触法が絡むと微妙な問題が発生するので、その場合のcommunicationには特に配慮が必要である。同じような問題は家族や、利害が絡んだ関係者にも起こり、communicationには気をつけなければならない。また、チーム医療での他の職種や、医療現場に慣れていない司法・行政、NGOなど関係者と接することが多く、誤解を生まないような的確なcommunication技術は大きな教育目標である。

Collaborator

先のCommunicatorと深く関連している。専門医は、精神障害者と協力する技術にも長けていなければならない。Informed consentを優先する時代であり、治療には、まず患者との治療の協力関係をつくる技術が必要である。また、専門医はさまざまな立場の人と協力していくことになるので、この点の教育は大切である。場合によっては、板ばさみになることもある。協力関係とともに利害関係の整理や、葛藤の処理にも長けて、適切に動けるように訓練が必要である。

Manager

触法精神障害者の治療には、さまざまなサービスや支えが必要である。これら障害者を取り巻くさまざまな資源がみえ、総合して考え、適切に働きかけることが専門医には求められている。また、医療チームを効果的に運用できるように、あるいは、所属している病棟や組織を効率的に運用できるように、とりまとめていく力がある。

Health Advocate

精神障害者は、その限られた能力と偏見にさらされる逆境から、権利のみならず保健の面でも発言力が

弱くなる。触法精神障害者となれば発言はなおさら難しい。医師は、広く精神保健や医療の代弁者・推進者として発言する責務がある。そのための学習が必要である。

Scholar

司法精神医学に関して、科学的原理を理解し、科学的方法論に精通し、研究結果や文献をきちんと評価することが必要である。

Professional

専門医として、その能力の維持に努め、あるいは技術の向上に心がけ、常に新しい知見を知っている。また、倫理を十分に理解し、それに沿った行動することが求められるが、本来的にそれが難しい場に立たされる司法精神医学専門医にとっては、この訓練が特に重要と考えられる。

3. 活動する場(職場)との関係による検討

専門医が活動する場も、矯正施設にあまりに重きをおくと、少数派となる。しかし、矯正施設をしらなければ、司法精神医学専門医とは言えない。専門医の教育には矯正施設の医療は必須である。また、裁判所との関わりは今後ますます増えると思われるので、裁判所での実務の場の体験をなるべく多く教育に入れる必要がある。

また、多くの触法精神障害者は一般精神医療の場で医療を受けるという現実も考慮する必要がある。一般精神科医師の教育に司法精神医学を含めることが必要であり、また、司法精神医学専門医には一般医師に現場でコンサルテーションできるような教育が必要である。

4. 医師専門レベルでの検討

前述したように、医師全体で司法精神医学の教育が必要であるが、それぞれの専門レベルの医師の活動の場と内容によって、おのずとその教育の内容や範囲は定まってくる。図 2 は、そのような活動と、医師の専門レベル、教育の流れとの関連を大まかに示したものである。

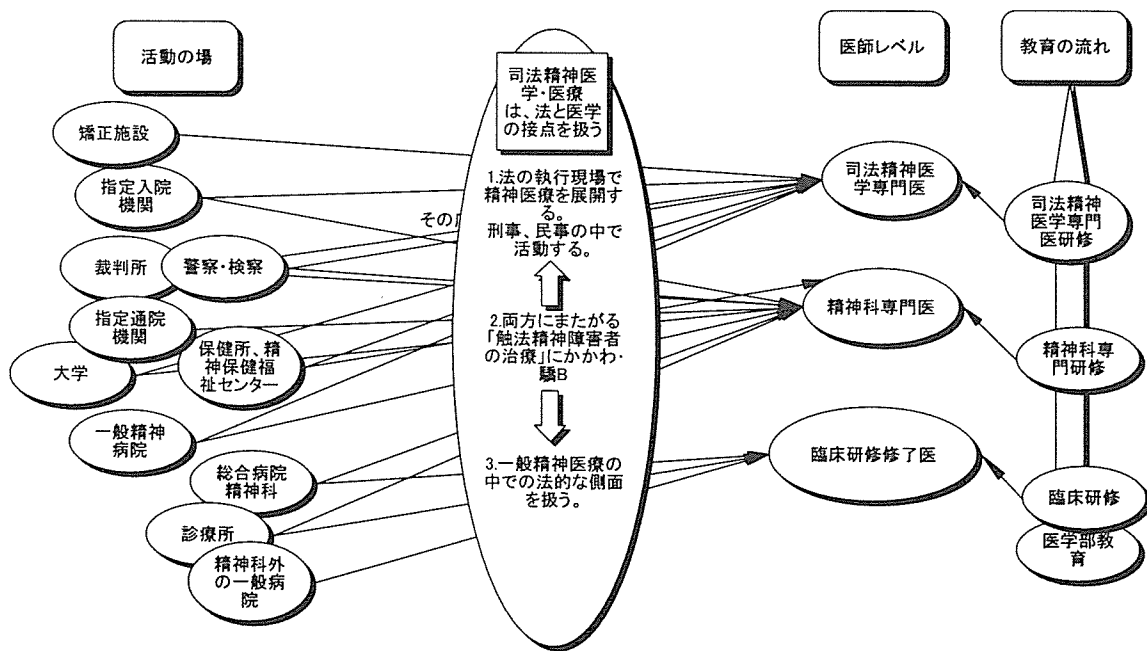
司法精神医学専門医はこれらを通してきて到達するというイメージである。

5. 国際的なバランスからの検討

先進国の司法精神医学専門医との比較でも、専門医の教育内容が決まってくる。

これについては、前報告書(平成 14 年度)が参考となる。

図2 教育機関と医師レベルと定義 GIO とのイメージ関係図



GIO と SBOs の案

以上の規定要因を考慮して現時点で考えられるそれぞれの医師の GIO と SBOs の案を次に提示する。将来、規定要因が変われば、これら内容は当然変わるべきものである。これらの要因の変化を取り入れ、時代の要請に従い、GIO や SBOs を柔軟に改変していくシステムもまた必要であろう。

① 医学部教育

GIO

一般医療でみられる法と精神医療の問題について知っており、適切に接することができる。

SBOs

1. 精神医療に関連する重要な法の概要と倫理の概念を知っている
 2. 精神科患者に偏見を持たず、尊厳をもって接することができる。
- (詳細は 表1-a. 医学部教育のSBOs)

コメント

精神科患者に対する偏見は医師がもつとも強いといわれている現状と、医師が与える社会的影響を考えれば、基本的な考え方と倫理はここでしっかりと学習しておくことが大切である。

② 臨床研修医教育

GIO

一般医療でみられる法と精神医療の問題について知っており、臨床場面で実際に適切な医療行動がとれる。

SBOs

1. 精神医療に関連する重要な法の概要と倫理の概念を知っている。
2. 精神科患者に偏見をもたず一般医療行為ができる。
3. インフォームド・コンセントを基礎に治療をすすめていくことができる。
4. 精神科患者の治療に法的な側面があることを知り、必要なときは適切に専門医に相談をしたり紹介したりできる。
5. 患者や家族それぞれの立場と気持ちを理解し、効果的なコミュニケーションがとれる。
6. 倫理についての理解、応用ができる。

(詳細は 表1-b. 臨床研修医の司法精神医学教育SBOs)

コメント

臨床研修医は何よりも実務を体験し実際に行動できることを目標とする。教育は、その正しい理解と経験の統合が進むように配慮される。

③ 精神科専門医教育

GIO

一般精神医学・医療において必要な司法精神医学的な側面を理解し配慮した医学・医療活動ができる。

SBOs

1. 司法精神医学についての一般精神医療に必要な知識を熟知し、自ら説明ができる。
2. 触法精神障害者の臨床がある程度できるとともに、一般精神障害者についてはその法的側面を配慮した臨床ができる。
3. 触法精神障害者の医療活動を知っており、参加協力できる。
4. 精神医学医療の法的側面、行政的側面について、関係機関に協力できる。

(詳細は 表1-c. 精神科専門医の司法精神医学教育SBOs)

コメント

精神科医療の中心となる医師である。特に精神保健福祉法に熟知し、その中に含まれている司法精神医学的な問題については十分に理解しておく必要がある。また、触法とまではいなくても、軽度触法の問題は常に意識をしておく必要があり、医療と法という基本的な考えや倫理についても十分に知っておく必要がある。また、司法精神医学専門医や専門機関の活動について熟知し、そこからサポートを受けたり、そこを効果的に利用できるような教育も必要であろう。

精神科専門医の教育はまだ形ができ始めたばかりであるが、これから急速に進むと思われる。そうすると、その中の司法精神医学も、これから先かなり高度な内容が盛り込まれていく可能性がある。

④ 司法精神医学専門医教育

GIO

司法と精神医学・医療の接点にもっとも詳しい専門家として活動ができる。

SBOs(表 1-d)

1. 司法精神医学について深く熟知し、自ら説明ができる。
2. 触法精神障害者の臨床ができる。
3. 司法精神医療の組織の中で活動できる。
4. 司法精神医学に関して、他の個人、組織から相談を受けたり、協力をしたりできる。

5. 最良最善の司法精神医学・医療を目指し、維持できる。
 6. 司法精神医学の倫理を理解し、実践することができる。
- (詳細は 表1-d. 司法精神医学専門医教育のSB0s)

コメント

司法精神医学の3つの領域を網羅した。

司法精神医学の専門医というと、少なくとも定義領域 1.に深く造詣や経験をもつ医師というイメージが一般的にはある。しかし、一方で、触法精神障害者がもつとも多く処遇を受けているのは一般精神医療の中であるという現実を考えると、専門医は、定義でいうところの、領域 2.と領域 3.もその教育に十分に含める必要がある。

III. 司法精神医学専門医の教育

医学部教育、臨床研修教育、精神科専門医教育の方法は、それぞれの教育機関に任せ、ここでは、司法精神医学専門医の教育に絞り、その教育方法について整理する。

教育の場の検討

教育は、なによりも、体験がその基盤となる。将来そこで活躍するであろう場、あるいは、当然知っておくべき場、これらを直接体験できるような教育の場が必要である。

しかしながら、司法精神医学の場となるべき機関は、数もそう多くなく、しかも全国に散在している。教育の場としては、単一の機関で完結できるところはない。結局は、いくつかの教育の場となる機関を集めて、グループで協力して教育の場とすることになる。

ここではそのような場をその重要度から、3つのグループに分けて整理する。全体の統括プログラムを企画作成し責任をもつ基幹教育機関、実地訓練を行う必須実習機関、さらに、できれば組み入れたい見学や短期実習選択機関である。

統括プログラムを作成する基幹教育機関

● 指定入院医療機関

医療観察法の中心的機関であるが、司法機関との関連、保健医療機関との関連が深く、現在の機関の中ではもっとも幅広く司法精神医学・医療が体験できるので、ここで統一したプログラムを作るのがもっともよい。ただし、当初の予定ほどには施設整備が進まず、数も少なく、まだ、活動し始めたばかりであるので、これからの充実が望まれる。

● 大学

もともと教育の専門機関なので、講座があれば、ここが統一したプログラムをつくるのがよい。ただし、実習機関としては不足であり、実習については別の協力機関が必要である。

必須実習機関

● 指定入院医療機関

司法機関にもっとも近い保健医療機関として必須である。司法的にも、保健医療的にも、実習を通して幅広く学習を深めることができる。まだ、数が少ないが建設が計画通りに進めば、期待できる。

- 指定通院医療機関

医療観察法の対象者について、社会復帰の活動の場を体験できる。一般精神医療の現場と重なっているため、様々な問題がみえやすく、学習に都合がよい。ただし、水準にはばらつきがある。

- 矯正機関(刑務所、少年院、医療刑務所)

司法機関を基盤とした実習ができる。ただ、数が少なく、医療の充実という点ではこれからの場である。通常の医療機関とは管轄が違うので、教育プログラムに組み入れるには、まだいろいろな困難が予想される。

選択実習 or 見学(講義や討議を含む)機関

- 裁判所

裁判所内の見学、刑事裁判の見学、医療観察法の審判への見学などができる。判例などについても勉強ができる可能性がある。

- 保護観察所

保護観察、医療観察などの法務省の中での位置づけ、方策、考え方などが参考になる。

- 精神保健福祉センター

行政と精神医療の関係を学習するのによい。また、精神保健福祉法の中のかなりの活動が精神保健福祉センター内で行われており、システム的な問題も見えやすく勉強になる。

- 精神医療審査会

精神保健福祉法の枠組みの中での人権と精神医療について学習するのによい。

- 警察、拘置所など、刑事司法制度機関

刑事司法制度の流れの中での精神障害について学習するのによい。また、犯罪による加害者と被害者の心理的サポートと和解プログラムについての学習できる。

- その他、弁護士会、NGO など人権擁護組織など。

もっとも流動的であり、現場の意見、さまざまな視点からの意見が聞ける。

教育期間の検討

教育期間については、上記の内容を十分に体験し習熟する期間ということになる。

教育の中心となる指定入院医療機関では、もっとも総合的に学べること、対象者一人についてのレポートが半年毎に出されること、標準の入院治療期間が1年半であることを考慮すると、やはり1年間はほしいところである。

それを終えた後であれば、指定通院機関での教育期間は、医療観察法対象者のレポートが半年毎であることを考慮して、半年程経験するとよいだろう。

また、矯正機関については、以下のような現場の意見があり、できれば、長く取りたいところではある。

「率直に言えば、6 ヶ月で矯正システムや矯正施設の精神障害者の特徴を理解することは難しいかもしれません。理由は、

- ① 少年法では概ね1年の収容期間で矯正教育プログラムが組まれている。
- ② 刑法では薬物関連、交通関連以外の多くの有罪判決では、1年以上の刑期が組まれることが多く、収容分類の再検討(6 ヶ月毎)、処遇検討会、特殊治療プログラムやその他の慰安行事は年単位で構成されている

矯正医療や収容システムを理解することを目的とする場合、数ヶ月間の短期の経験では誤解や安易な解釈がなされるのではないかと危惧されます。人格障害や薬物依存、拘禁反応などの困難なケースに実際に遭遇しないと、強制的に収容している施設での処遇の現実や問題点がなかなか見えてこないような気がします・・」(安藤)

LS(Learning strategy)の検討

LSについては、さまざまなものがある。特に、細かな違いを捉えて別の方法とみなすと、それこそ無限に枚挙することができるであろう。

ここでは、ある程度抽象レベルをあげて、概要程度に示すにとどめ、それぞれの司法精神医学的な側面からみた留意を示した。(表 2.司法精神医学専門医教育のLS)

医学教育の中でも、司法精神医学教育の段階ともなると、教育の中心となるのは体験教育である。多くの方法は、各々の体験をいかに効率よく意義あるものにするかの工夫である。LSの効果を考えるとき、あまりに細かに分けた単一のmethodだけでは十分ではなく、methodsを集めたmoduleのようなより総合的な方法としてはじめて有効ということもある。あるいは特定の場と組み合わせると有効という場合もあろう。LSの効率と質について今後ますます重要視されると思われるが、教育を受ける者にとってはその総体が常に問題となる。

また、どの方法も次項のassessmentを組み入れることができる。特に途中に入れれば、formative assessment(つまりfeedbackによってLSを修正していくためのassessment)ということになり、LSとassessmentは分かちがたい。実際の教育計画の時には、assessmentとセットで考えることになろう。

司法精神医学の教育を受ける者は、すでに多くの教育を受けてきており、学習方法についてはある程度は周知のはずである。すでに独自の方法を身につけている者もあろう。自分にあつた方法がとれるように、学習方法には自主性や自由度に幅を持たせたほうがよい。

Assessment

教育が効果的に十分に行われているかは、やはり評価が必要である。

参考に、米国のレジデント評価方法を提示した。(表 3. 米国レジデントの評価法道具箱)

ここに見られるように、評価の方法は、LSに似て、多様である。一側面に焦点を当てていたり、重なっていたり、また、どれも長所欠点があり、ひとつの方法では完結しない。結局、これらを多少修正したり、組

み合わせたりして用いることにもなり、新たな方法の開発の余地もまた大きい。

ここでは、多様な方法の整理に必要な視点をいくつかあげ、司法精神医学的な側面から多少の検討を加える。(表 4. assessment 方法の整理に必要な視点)

● 評価の対象範囲とその内容(評価の目的)

評価方法で測定しようとしている知識、技術、態度である。これは、すなわち上記の GIO、SBOs について評価することでもある。評価にもいろいろな目的があり、治療計画の修正に使われたり、学習方法の点検や軌道修正に使われたりするが、最終的には、専門医にふさわしいかどうかの評価(つまり、資格評価)に集約される。

● 誰が評価するか

臨床では、やはり、同僚や supervisor による評価の重みは大きい。ただし、司法精神医学専門医の同僚や supervisor が周囲に少なく、教育の場が狭い状況では、その評価は主観に流れ、bias がかかりやすい。患者や被鑑定者からの評価は、利害関係が絡むことが多く、場面によっては評価そのものが不可能である。チーム医療を行う場では、他の職種からの評価が大切になる。裁判所など司法関係からの評価もあるとよい。ただし、いずれも評価結果の解釈には、それぞれの立場による bias を慎重に考察する必要がある。

● どのような場で

現場で直接に観察できると、かなり細かいところまで評価できる。診察場面、面接場面などではこの現場評価が使える。裁判や審判などの場面での評価は、その裁判の結果への影響や個人情報保護との関係で、現場評価そのものが難しい。別の仮想の場所でおこなうなどの工夫がいる。

● 場の中で被評価者が使う関連材料、道具の有無と内容

何か関連材料や道具があつたりすると、実際の現場を思い出しやすい。それらを利用して、記憶力、定式化力、知識、まとめの力などを評価できる。しかし、司法精神医学では、守秘についての配慮が特に必要なので、そのやり方には工夫がいる。

● 評価者が直接、観察するもの

評価者が評価する際、何を直接観察しているかである。観察するものは常に一面であり、みるものによっては正反対の結果が出たりする。他の評価ともあわせて、なるべく総合的な判断が望ましい。

● 評価期間(longitudinal か cross-sectional か)

十分に評価するためにはある一定の期間が必要だが、コストや時間的な制約と関わってくる。

● criterion-based か、normative か

ある一定の基準を決めてそれに対する到達度を評価するようにするのが criterion-based の評価である。当然のことながら、criterion にあがっている評価項目の選択が特に重要である。評価項目はオープンになっていれば教育の方向にも影響する。(この意味では、この報告書で先にあげた SBOs は、到達目標を想定しているので、これと軸を同じくする。つまり、SBOs は criterion-based の評価項目を指したものともいえる。)

一方で、評価を criterion のみに頼ると、専門医があまりに少数になったり、逆に多くなりすぎて専門医の均一性がなくなったりして、困ることもあり、normative な側面もまた配慮しておく必要がある。

どちらに重きをおくかというのは、司法精神医学専門医のように、新たに創設するときに特に難しい。

- validity、reliability、feasibility or practicability、cost

科学的であるためには必須である。これらについては、それぞれの方法で確かめておく必要がある。

- formative で使うか、summative で使うか

研修期間中に学習者に feedback するための評価が formative であり、司法精神医学教育の中でもぜひ必要である。終了後に、summative な評価をすることになる。

- assessment の構造化の程度

上記の reliability を追求すると、assessment の構造化は避けられない。また、資格の問題が絡むと、公平さの点から、構造化された評価方法が必要となる。

以上、専門医教育を受ける者に対する評価方法について述べた。繰り返しになるが、どの方法も一面的なものと考えたほうがよい。専門医としての資格評価を考えるときに、多くの評価を総合的に判断する必要がある。

なお、この研究の期間中に、英国で司法精神医学専門医として登録するときに参考とすべきガイダンスが示された。その中に示された評価の材料と基準はやはり多様な観点からのものである。³⁾

Accreditation

さらに、教育を受ける者への評価の他に、supervisor や trainer などを評価したり、教育のプログラムやそれを企画、実行する教育機関なども評価したりしていくことになる。この報告書の射程外であるが、これからの課題である。

IV. 司法精神医学専門医の教育プログラムの具体例

最後に教育プログラムの具体例をあげる。

ただし、状況的にはまだ先の話である。ある程度、他の条件が揃ったらこのようなプログラムもできると仮定した上で作成している。

先の述べたように、司法精神医学専門医の教育では、ひとつの教育機関ですべてのプログラムをこなすことは難しい。ここでも、複数の教育機関をまとめて、ひとつのプログラムを行う教育機関群として計画している。まず、中心となる基幹教育機関が、全体を統括する。そのためのプログラムを用意し、教育に責任をもつ。協力教育機関でさらにその機関それぞれに特異のプログラムを用意する。教育を受けるものはこの教育機関群をローテイトし、すべてを経験して修了する。

1. 基幹教育機関による統括プログラム

概要

(ここは、プログラムの概要であるが、全国レベルでのスタンダードを満たし、資格に通じると記載する。)
このプログラムは、司法精神医学専門医になるための教育プログラムである。このプログラムの GIO および SBOs は、全国レベルでコンセンサスが得られた GIO と SBOs に準拠している。また、必要な施設基準を満たしている。

GIO

司法精神医学を専門として活動できる。すなわち司法と精神医学・医療の接点に熟知し、活動できる。

SBOs

(ここは、表 1-d. と同じものを書く。下記のように抽象レベルを上げて、少ない項目で表現してもよい)

- 1 司法精神医学についての知識を熟知している。
- 2 触法精神障害者の臨床ができる
 - 2.1 評価(能力判定を含む)ができる。
 - 2.2 個別事例の治療計画を立てることができる。
 - 2.3 さまざまな治療法を熟知し、実践できる。
 - 2.4 地域 resources に熟知し、地域での治療をリードしアレンジできる。あるいは、consultation ができる。
 - 2.5 触法精神障害者の臨床をとりまく法を熟知し、適切な適用を考えることができる。
 - 2.6 リスクアセスメント、マネージメントができる。(セキュリティの使い方を含めて)。
 - 2.7 病院以外の特殊な setting での評価・治療ができる。
- 3 司法精神医療の組織の中で活動できる。
 - 3.1 チーム医療ができる
 - 3.2 病棟運営管理ができる。
 - 3.3 組織の構造がわかり、組織内での各部署や各種委員会の活動をよく理解している。
- 4 他の個人、組織から司法精神医学の相談を受けたり、協力をしたりできる
 - 4.1 患者や家族と協力をできる。
 - 4.2 他の医療・保健従事者と協力ができる
 - 4.3 司法場面で活動ができる
 - 4.4 被害者救済について理解し、援助できる
 - 4.5 様々な審査に加わり、あるいは審査を受けて意見をすることができる。
 - 4.6 さまざまな場面での業務を公平な立場でおこなうことができる
 - 4.7 公的な役割の中で活動ができる
- 5 最良の医療を目指し、維持できる
 - 5.1 質向上のためのことができる。
 - 5.2 教育ができる。
 - 5.3 研究ができる。
- 6 倫理を理解し、実践することができる
 - 6.1 治療に責任を持つことができる
 - 6.2 倫理についての理解、応用ができる

LS

教育期間

2年間

教育実施機関

講義実施機関

(大学)

(指定入院医療機関)

必須実習機関(ローテーション)

指定入院医療機関 1年

指定通院医療機関 6ヶ月

矯正機関 6ヶ月

選択実習 or 見学機関

裁判所

保護観察所

精神保健福祉センター

精神医療審査会

その他

講義内容と時間割

講義内容は、「司法精神医学の知識」

毎週2時間、大学ないし指定入院機関が責任もって行なう。

講師選定は、基幹教育機関が行う。

実習内容と時間割

実習教育機関に従う。

2. 各教育機関の個別プログラム

基幹教育機関は、全国レベルのGIOとSBOsが到達できるように、講義と実習を各教育機関に配分し、それぞれに教育がなされるようにしている。

講義実施機関

(基幹教育機関が計画した講義プログラムに従い、決められた場所に各協力教育機関それぞれから講義を受けに集まる。)

内容 表 1-d. 司法精神医学専門医教育のSBOsのうち

1. 司法精神医学について以下の知識を熟知し、自ら説明ができる。(いわゆる知識)

必須実習機関

GIO、SBOsと、LS。

(表 5-1 司法精神医学専門医の必須実習機関のGIO、SBOs、LS)

選択実習機関

GIO、SBOsと、LS。

(表 5-2 司法精神医学専門医の選択実習機関のGIO、SBOs、LS)

(実際のプログラムはもう少し、具体的なところまで作ることになる。また、なかなか時間が取れないときには、これらのプログラムを簡略化する。)

文献

- 1) Societal Needs Working Group. CanMEDS 2000 project. Skills for the new millennium. Annals of the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada 1996; 29:206-16.
- 2) TOOLBOX OF ASSESSMENT METHODS Version 1.1: ACGME Outcomes Project: Accreditation Council for Graduate Medical Education; American Board of Medical Specialties (ABMS), September 2000
- 3) Specialty specific guidance in support of applications under Article 14 - Forensic Psychiatry Approved by PMETB on 30 September 2005

表 1-a. 医学部教育の SBOs

1. 精神医療に関連する重要な法の概要と倫理の概念を知っている
 - 1.1. 治療に関するインフォームド・コンセント
 - 1.1.1. 父権主義と自己決定権
 - 1.1.2. 同意能力
 - 1.2. 個人情報と守秘義務
 - 1.3. 医療事故、医療過誤、過失
 - 1.4. 法制度
 - 1.4.1. 精神保健福祉法
 - 1.4.1.1. 法の概論
 - 1.4.2. 成年後見人制度
 - 1.5. 一般医療の倫理、精神医療の倫理
2. 精神科患者に偏見なく、尊厳をもって接することができる。

表 1-b. 臨床研修医の司法精神医学教育 SBOs

1. 精神医療に関連する重要な法の概要と倫理の概念を知っている。
 - 1.1. 治療に関するインフォームド・コンセント
 - 1.1.1. 父権主義と自己決定権
 - 1.1.2. 同意能力
 - 1.2. 自由の制限
 - 1.2.1. 強制入院と行動制限
 - 1.3. 個人情報と守秘義務
 - 1.4. 医療事故、医療過誤、過失
 - 1.5. 法制度
 - 1.5.1. 精神保健福祉法
 - 1.5.2. 成年後見人制度
 - 1.6. 一般医療の倫理、精神医療の倫理
2. 精神科患者に偏見をもちず一般医療行為ができる。
3. インフォームド・コンセントを基礎に治療をすすめていくことができる。
4. 精神科患者の治療に法的な側面があることを知り、専門医に相談をしたり、適切に紹介したりできる。
5. 患者や家族それぞれの立場と気持ちを理解し、効果的なコミュニケーションがとれる。
6. 倫理を理解し、実践することができる。
 - 6.1. 尊厳をもって、患者や家族にかかわることができる。

表 1-c. 精神科専門医の司法精神医学教育 SB0s

1. 司法精神医学についての一般精神医療に必要な知識を熟知し、自ら説明ができる。
 - 1.1. 司法精神医学が扱う領域、目的
 - 1.1.1. 司法精神医学の領域
 - 1.1.2. 司法精神医学の目的
 - 1.2. 司法精神医学・医療の歴史
 - 1.2.1. 我が国の歴史と現状
 - 1.3. 一般犯罪学からみる精神障害
 - 1.3.1. 犯罪の概念、分類、統計
 - 1.3.2. 触法者の処遇(法学から)
 - 1.3.3. 犯罪被害者学
 - 1.3.4. 犯罪と精神医学とのかかわり
 - 1.4. 精神医学からみる触法、犯罪
 - 1.4.1. 基本的な考え方
 - 1.4.2. 攻撃性
 - 1.4.3. 性
 - 1.4.4. 病態と触法、犯罪
 - 1.4.4.1. 統合失調症
 - 1.4.4.2. 気分障害
 - 1.4.4.3. 中毒性精神障害(アルコール、覚せい剤、有機溶剤等)
 - 1.4.4.4. 器質性精神障害
 - 1.4.4.5. 人格障害を合併した精神病
 - 1.4.4.6. ストレス関連障害
 - 1.4.4.7. その他の精神障害
 - 1.5. 重要な法概念
 - 1.5.1. プライバシー侵害と名誉毀損
 - 1.5.2. 他害行為と不法行為責任
 - 1.5.2.1. 他害行為防止義務
 - 1.5.2.2. タラソフ判決
 - 1.5.2.3. 犯罪被害者の権利
 - 1.5.3. 治療に関するインフォームド・コンセント
 - 1.5.3.1. 父権主義と自己決定権
 - 1.5.3.2. 同意能力
 - 1.5.3.3. 治療を受ける権利、拒否する権利
 - 1.5.3.4. 治療の強制
 - 1.5.4. 自由の制限
 - 1.5.4.1. 人身保護法
 - 1.5.4.2. 強制入院と行動制限
 - 1.5.5. 精神障害者の権利と「公共の福祉」
 - 1.5.6. 精神医療の社会的責任
 - 1.5.7. 個人情報と守秘義務
 - 1.5.7.1. 個人情報の保護と共有
 - 1.5.7.2. 歴史
 - 1.5.7.3. 守秘の実際、情報共有の実際
 - 1.5.7.4. 患者への公開、第三者への公開
 - 1.5.8. 医療事故、医療過誤、過失
 - 1.6. 法制度
 - 1.6.1. 刑法
 - 1.6.1.1. 触法行為を行った者の法手続
 - 1.6.1.1.1. 刑事司法手続
 - 1.6.1.1.2. ダイバージョン
 - 1.6.2. 民法
 - 1.6.2.1. 民事能力の判定(法学の立場から)
 - 1.6.2.1.1. 概説
 - 1.6.3. 成年後見人制度
 - 1.6.4. 医療観察法
 - 1.6.4.1. 法の目的
 - 1.6.4.2. 手続き
 - 1.6.5. 精神保健福祉法
 - 1.6.5.1. 法の概論
 - 1.6.5.2. 法の変遷
 - 1.6.5.3. 観察法案との関連
 - 1.7. 司法精神医学的評価
 - 1.7.1. 司法精神医学的評価とは
 - 1.7.1.1. 刑法
 - 1.7.1.2. 民法
 - 1.7.1.3. 処遇と臨床
 - 1.7.2. 主たる評価概念(精神医学の立場から)
 - 1.7.2.1. 能力評価
 - 1.7.2.1.1. 責任能力
 - 1.7.2.1.1.1. 精神医学からみた責任能力の概念
 - 1.7.2.1.1.2. 責任能力に与える精神障害の影響
 - 1.7.2.1.1.3. 責任能力と法的処遇、医療の関係
 - 1.7.2.2. 治療必要性評価
 - 1.7.2.2.1. 概説
 - 1.7.2.2.2. 治療必要性の構成概念
 - 1.7.2.2.3. 精神科治療の必要性とその限界

- 1.7.3. 司法精神医学的評価の実際
 - 1.7.3.1. 精神鑑定の手順・手続
 - 1.7.3.1.1. 精神鑑定の目的と位置付け
 - 1.7.3.2. 個々の場面での評価法の特徴と留意点
 - 1.7.3.2.1. 刑事
 - 1.7.3.2.2. 民事
 - 1.7.3.2.3. 精神保健福祉法
- 1.8. 司法精神医療
 - 1.8.1. 司法精神医療の場
 - 1.8.1.1. 医療観察法の下での医療
 - 1.8.1.1.1. (医療観察法) 鑑定入院中の医療
 - 1.8.1.1.2. 指定入院医療機関での医療
 - 1.8.1.1.3. 指定通院医療機関での医療
 - 1.8.1.1.4. 通院処遇と社会復帰調整官
 - 1.8.1.1.5. 一般精神医療との違い
 - 1.8.1.2. 精神保健福祉法の下での医療
 - 1.8.1.3. 自立支援法と医療
- 1.9. 司法精神医学・医療の倫理
 - 1.9.1. 概説
 - 1.9.1.1. 医療における倫理の考え方
 - 1.9.1.2. 治療の倫理
 - 1.9.1.3. 精神医学の悪用
 - 1.9.1.4. 研究の倫理
- 2. 触法精神障害者の臨床がある程度できる。一般精神障害者の法的側面を配慮しながら臨床ができる。
 - 2.1. 個別事例の評価(能力判定を含む)ができる。
 - 2.1.1. 触法患者から病歴聴取ができる。
 - 2.1.2. 必要な所見を取れる。
 - 2.1.3. 必要な検査を選択し指示できる。
 - 2.1.4. 鑑別診断ができる。
 - 2.1.5. 病態に関連する因子(素質、生活史、家族関係、性格、ライフイベントなど)について把握し、説明ができる。
 - 2.1.6. 病態と法的能力との関連を把握し説明できる。
 - 2.1.7. 病態と触法行為との関連を把握し説明できる。
 - 2.2. 病院以外の特殊な setting での評価・治療ができる
 - 2.2.1. 精神保健福祉センター
 - 2.2.1.1. 保健医療活動ができる。
 - 2.2.2. 保健所
 - 2.2.2.1. 保健医療活動ができる。
- 3. 触法精神障害者の治療組織の活動を知り、参加協力できる。
 - 3.1. チーム医療ができる
 - 3.1.1. 治療チームの一員として参加し、役割を担える。
- 4. 精神医学医療の法的側面、行政的側面について、関係機関に協力できる。
 - 4.1. 患者や家族と協力をできる。
 - 4.1.1. 患者や家族それぞれの立場と気持ちを理解し、効果的なコミュニケーションがとれる。
 - 4.1.2. 治療同盟をつくり、協力しながら治療を進めることができる。
 - 4.2. 他の医療・保健従事者と協力ができる
 - 4.2.1. 措置診察をして、適切な報告書を書ける。
 - 4.2.2. 保健所の医療監視などに参加、協力ができる。
 - 4.3. 司法場面で活動ができる
 - 4.3.1. 鑑定書を作成できる
 - 4.3.1.1. 刑事司法における鑑定(刑事責任能力、抗弁能力、その他)ができる。
 - 4.3.1.2. 民事における鑑定(成年後見人、損害賠償能力、その他)ができる。
 - 4.3.1.3. 求められている情報や意見を正確に把握できる。
 - 4.3.1.4. 裁判所を通じた情報の収集の仕組みを理解し、利用できる。
 - 4.3.1.5. 論理の通ったわかりやすい鑑定書を書くことができる。
 - 4.3.2. 警察署、拘置所の精神障害に関する援助ができる。
 - 4.4. 被害者救済について理解し、援助できる
 - 4.4.1. 被害者やその家族の相談に応じたり、援助したりできる。
 - 4.4.2. 被害者救済の制度の利用ができる。
 - 4.5. さまざまな場面での業務を公平な立場でおこなうことができる
 - 4.6. 公的な役割の中で活動ができる
 - 4.6.1. 国の政策を理解し、協力することができる。
- 5. 倫理を理解し、実践することができる。
 - 5.1. 倫理についての理解、応用ができる
 - 5.1.1. 尊厳をもって、患者や家族にかかわることができる。
 - 5.1.2. 権利擁護について理解し、適応できる。
 - 5.1.3. 精神医学の悪用について理解し、防止できる。

表 1-d. 司法精神医学専門医教育の SBOs

1. 司法精神医学について以下の知識を熟知し、自ら説明ができる。(いわゆる知識)
 - 1.1. 司法精神医学が扱う領域、目的
 - 1.1.1. 司法精神医学の領域
 - 1.1.2. 司法精神医学の目的
 - 1.1.3. 司法精神医学専門医に求められる知識、技術、態度
 - 1.2. 司法精神医学・医療の歴史
 - 1.2.1. 我が国の歴史と現状
 - 1.2.1.1. 触法精神障害者の処遇システムの変遷
 - 1.2.1.2. 重要な事件と政策
 - 1.2.2. 各国の歴史と現状
 - 1.2.2.1. 英国
 - 1.2.2.2. カナダ
 - 1.2.2.3. 米国
 - 1.2.2.4. ドイツ
 - 1.2.2.5. オランダ
 - 1.2.2.6. フランス
 - 1.2.2.7. その他
 - 1.3. 一般犯罪からみる精神障害
 - 1.3.1. 犯罪の概念、分類、統計
 - 1.3.2. 触法者の処遇(法学から)
 - 1.3.3. 犯罪被害者学
 - 1.3.4. 犯罪と精神医学とのかかわり
 - 1.4. 精神医学からみる触法、犯罪
 - 1.4.1. 基本的な考え方
 - 1.4.2. 攻撃性
 - 1.4.3. 性
 - 1.4.4. 病態と触法、犯罪
 - 1.4.4.1. 統合失調症
 - 1.4.4.2. 気分障害
 - 1.4.4.3. 中毒性精神障害(アルコール、覚せい剤、有機溶剤等)
 - 1.4.4.4. 器質性精神障害
 - 1.4.4.5. 人格障害を合併した精神病
 - 1.4.4.6. ストレス関連障害
 - 1.4.4.7. その他の精神障害
 - 1.5. 重要な法概念
 - 1.5.1. プライバシー侵害と名誉毀損
 - 1.5.2. 他害行為と不法行為責任
 - 1.5.2.1. 他害行為防止義務
 - 1.5.2.2. タラソフ判決
 - 1.5.2.3. 犯罪被害者の権利
 - 1.5.3. 治療に関するインフォームド・コンセント
 - 1.5.3.1. 父権主義と自己決定権
 - 1.5.3.2. 同意能力
 - 1.5.3.3. 治療を受ける権利、拒否する権利
 - 1.5.3.4. 治療の強制
 - 1.5.4. 自由の制限
 - 1.5.4.1. 人身保護法
 - 1.5.4.2. 強制入院と行動制限
 - 1.5.5. 精神障害者の権利と「公共の福祉」
 - 1.5.6. 精神医療の社会的責任
 - 1.5.7. 個人情報と守秘義務
 - 1.5.7.1. 個人情報の保護と共有
 - 1.5.7.2. 歴史
 - 1.5.7.3. 守秘の実際、情報共有の実際
 - 1.5.7.4. 患者への公開、第三者への公開
 - 1.5.8. 医療事故、医療過誤、過失
 - 1.6. 法制度
 - 1.6.1. 刑法
 - 1.6.1.1. 触法行為を行った者の法手続(刑法、刑事訴訟法、少年法)
 - 1.6.1.1.1. 刑事司法手続
 - 1.6.1.1.2. 捜査方法、拘置・勾留方法
 - 1.6.1.1.3. ダイバージェン
 - 1.6.1.1.4. 手続きにかかわる触法者統計とその分析
 - 1.6.1.1.5. 矯正施設の処遇システムとその流れ
 - 1.6.1.2. 刑事責任能力の判定(法学の立場から)
 - 1.6.1.2.1. 概説
 - 1.6.1.3. 判例研究
 - 1.6.1.3.1. 主要・重要判例紹介
 - 1.6.1.3.2. 特殊判例紹介
 - 1.6.2. 民法
 - 1.6.2.1. 民事能力の判定(法学の立場から)
 - 1.6.2.1.1. 概説
 - 1.6.2.2. 精神障害者に係る民事手続
 - 1.6.2.2.1. 損害賠償

- 1.6.2.2.2. 労務災害
 - 1.6.2.2.3. 障害者認定
 - 1.6.2.2.4. 後見人制度
 - 1.6.2.2.5. 証言能力
 - 1.6.2.2.6. 犯罪被害
- 1.6.3. 成年後見人制度
 - 1.6.4. 医療観察法
 - 1.6.4.1. 法の目的
 - 1.6.4.2. 手続き
 - 1.6.4.3. 治療と処遇
 - 1.6.5. 精神保健福祉法
 - 1.6.5.1. 法の概論
 - 1.6.5.2. 法の変遷
 - 1.6.5.3. 観察法案との関連
- 1.7. 司法精神医学的評価
 - 1.7.1. 司法精神医学的評価とは
 - 1.7.1.1. 刑法
 - 1.7.1.2. 民法
 - 1.7.1.3. 処遇と臨床
 - 1.7.2. 主たる評価概念(精神医学の立場から)
 - 1.7.2.1. 能力評価
 - 1.7.2.1.1. 責任能力
 - 1.7.2.1.1.1. 精神医学からみた責任能力の概念
 - 1.7.2.1.1.2. 責任能力に与える精神障害の影響
 - 1.7.2.1.1.3. 責任能力と法的処遇、医療の関係
 - 1.7.2.1.2. 抗弁能力
 - 1.7.2.1.3. 訴訟能力
 - 1.7.2.1.4. その他
 - 1.7.2.2. リスク評価
 - 1.7.2.2.1. 危険性の判定の歴史と概念
 - 1.7.2.2.1.1. 概説
 - 1.7.2.2.1.2. 危険性の多義性
 - 1.7.2.2.1.3. 精神障害と危険性
 - 1.7.2.2.1.4. 危険性への要因
 - 1.7.2.2.1.5. 危険性の判定の歴史
 - 1.7.2.2.2. 重大な他害行為のおそれの評価方法
 - 1.7.2.2.1. 評価が必要となる場面
 - 1.7.2.2.2. 情報収集
 - 1.7.2.2.3. 診察
 - 1.7.2.2.4. 評価のまとめ方
 - 1.7.2.2.3. リスク・アセスメント
 - 1.7.2.2.3.1. リスク・アセスメントの考え方
 - 1.7.2.2.3.2. 危険性の予測方法
 - 1.7.2.2.3.3. actuarial と clinical
 - 1.7.2.2.3.4. 臨床的なリスク評価
 - 1.7.2.2.3.5. PCL-R、HCR-20 などのアセスメント・ツールの使用方法と限界
 - 1.7.2.3. 治療必要性評価
 - 1.7.2.3.1. 概説
 - 1.7.2.3.2. 強制入院の基準の変遷
 - 1.7.2.3.3. 治療必要性の構成概念
 - 1.7.2.3.4. 精神科治療の必要性とその限界
 - 1.7.2.3.5. 観察法案における基準
 - 1.7.2.4. その他の評価
 - 1.7.3. 司法精神医学的評価の実際
 - 1.7.3.1. 精神鑑定の手順・手続
 - 1.7.3.1.1. 精神鑑定の目的と位置付け
 - 1.7.3.1.2. 情報収集の方法と留意点
 - 1.7.3.1.3. 医学的検査、心理検査の評価方法
 - 1.7.3.2. 鑑定書の作成方法
 - 1.7.3.2.1. 文書の目的
 - 1.7.3.2.2. 形式
 - 1.7.3.2.3. 裁判所での使われ方
 - 1.7.3.3. 個々の場面での評価法の特徴と留意点
 - 1.7.3.3.1. 刑事
 - 1.7.3.3.2. 民事
 - 1.7.3.3.3. 医療観察法
 - 1.7.3.3.4. 精神保健福祉法
 - 1.7.4. 法廷における証言の技法
 - 1.7.4.1. 証言の目的
 - 1.7.4.2. 証言を求められる場面
 - 1.7.4.3. 証言の実際
 - 1.7.5. 供述心理学
 - 1.7.5.1. 詐病
 - 1.7.5.2. 被暗示性
 - 1.7.5.3. 健忘