

害においてもかなりの治療が図られる。かといって、いずれにおいても病識は不十分なままの場合が多く、通院医療の継続が当初から困難な場合もある。さらに、通院医療と共に日常生活の自立的な継続が困難な場合が少なくない。これらの問題を解決するために、通院決定と同時に精神保健福祉法上の入院が行われて、生活環境が整うまでの待機状態が作られることもある。このような非定型的な手法は、結果として長期の入院に陥る場合が少なくなく、決して望ましい形ではない。むしろ、入院により十分に病識が獲得されるまでの間、治療が進められ、さらに、十分に地域での受け入れ態勢が整ってから退院とすべきである。

特に、入院医療施設がなかった近畿地区ではこのような非定型的な通院処遇となる場合が多く、結果として、審判結果の37%が通院処遇で、入院処遇はそれと同数となるような結果である。

また、直接通院となった事例をみると、疾患別では統合失調症の割合が低く(66%)、これに対して物質使用障害が12%と大幅に増えている(図3)。このことは、依存症状をもつ対象者の経過観察に通院医療が利用されていることが伺える。本来は依存症状の治療については、本法の通院医療には不向きであると考えられる。

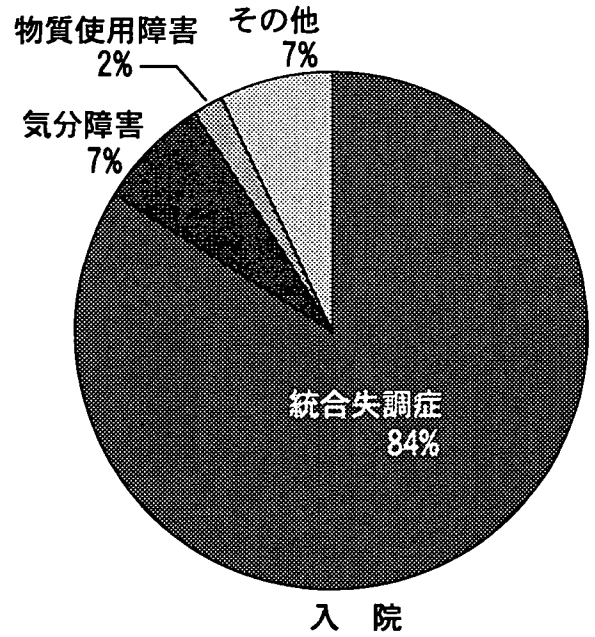
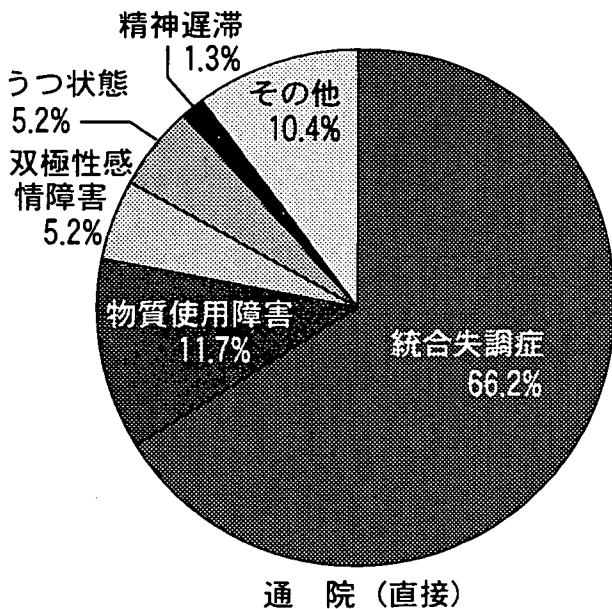


図3 入院処遇と通院処遇(直接)の疾病分類

このように、施行直後とは言え、通院医療ではその対象者の選定において問題例が少なくなく、今後の改善が望まれる。

### 5. 多職種チームによる医療

多職種によるチーム医療では、各職種が責任をもって対象者の状態の評価を行い、さらに今後の治療方針を提案する。さらに多職種チーム会議を開催して、最終的に治療方針を決定する。決定された内容は対象者に明示されて、本人の同意を得るような努力が払われる。その内容は、薬物療法はもちろんのこと、心理教育(統合失調症、気分障害など)、物質依存への教育など多岐にわたるが、それぞれの担当職種がプログラムの進行状況と本人の理解の程度、あるいは、精神状態の評価などを並行的に加える必要がある。対象者の精神状態や治療の進行状況は多面的に捉えられ、問題点も明確になってくる。

評価の方法として「共通評価項目」があげられるが、多職種による活動の中心は個別の職種によるチーム医療である。そのために、対象者の治療目標に合致した治療プログラムの設定が重要となる。治療プログラムとしては別表のような項目が考えられる(表1)。この中では、担当者を例示したが各医療機関で変更

することは可能である。多職種チームの基本は各職種による評価と治療計画であるが、実態はそれに基づいて治療プログラムを実施していくことにある。

多職種チームの中での、アウトリーチ機能では、訪問看護が最も効果的な手法である。実際には、各医療機関がもつ訪問看護師の数は1～2名にとどまっており、現状では指定通院医療機関のもつアウトリーチ機能は脆弱である。このために、医療観察法における訪問看護料は、通常よりも高く算定することも必要である。

表1 通院医療に必要な治療プログラム

▶ 医療観察法についての説明：医師
▶ 多職種チームによる医療の説明： 医師、ケア調整者
▶ 疾病に関する心理教育 (統合失調症、気分障害など)：看護師
▶ 薬剤とその副作用に関する心理教育：薬剤師
▶ 人格障害に対する心理教育：心理士
▶ 怒りの制御教育：心理士
▶ 対象行為の内省教育：心理士
▶ 生活機能回復プログラム：作業療法士
▶ 社会生活技能訓練：看護師
▶ 社会資源の利用：PSW
▶ 物質依存治療プログラム：不特定

## 6. 居住施設の問題

対象者は、約65%が家族と同居をしているが、約29%はアパート等で单身生活を行っており、さらに6.5%がグループホームを中心とする各種の居住施設を利用している(平成18年度調査)(図4)。

対象者にとって最も安定的な居住場所は家庭であることは当然のことであるが、対象者の精神症状が落ち着いており、また、日常生活能力が確保されている場合には单身生活が可能である。この場合には、週に1～2回程度の訪問看護や、デイケアの通所で対応が可能となる。また、同様にグループホームも单身アパートに準じて利用が可能である。ところが、精神症状が不安定であったり、日常生活能力が十分でない場合には、24時間にわたってケ

アが可能な施設が求められる。援護寮やケアホームがこれに相当するが、この部分は量的に極めて少ないために、居住場所の確保は極めて困難になる。

病院周辺に手厚い支援が可能な社会復帰施設や、ケアの密度の高いグループホームがある場合には、退院への道筋を作りやすいが、そうでない場合には対応が困難となる。

さらに、一部には、直接通院や指定入院医療機関からの退院に際して、一定期間指定通院医療機関に精神保健福祉法による入院を行って、実際の生活訓練を実施した後にアパートやグループホームに再退院する手法がとられることもある。やはり、24時間ケアを必要とする事例を支える施設が、量的に十分とは言えないのが実情である。大都市部では、この法律のためにケアホームが必要となるかもしれない。

その他 (5件) 内訳  
 ・援護寮・入院中・グループホーム  
 ・病院スタッフ常駐ケア付アパート  
 6.5%

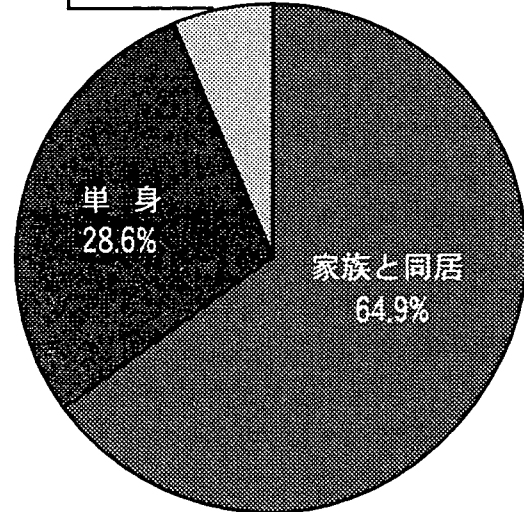


図4 通院処遇中の居住状況 (回答77件)

## 7. 通院処遇と精神保健観察の枠組みの問題

対象者は法42条によって、医療を受ける義務を負っているが、それが中断した場合には、保護観察所に対して報告を行い、協力を求めることになる。保護観察所では、社会復帰調整官を派遣して、通院するように、あるいは、内服をするように勧めるが、その効果が不十分

な場合には、面談を求めることになる。これにも応じなかった場合には、法107条の「対象者の守るべき事項」に違反することになって、再入院の審査が始まることになる。少なくとも、対象者の病状悪化に、または、治療中断については再入院の手続きは、直ぐに作動するものではない。

むしろ重要なのは、病状悪化時の対応を早めにとることであり、段階別に、「第1段階：病状再燃初期、早期警告症状が出現」「第2段階：病状再燃中期、幻覚妄想が持続するなど早急な対応が必要な場合」「第3段階：緊急事態、自傷他害の恐れがある場合」などに分けるとすれば、早期から対応して、必要であれば、早めに精神保健福祉法による入院を行うことが最良であろう。ところが、このような入院では、入院料については一般保険料で支払われるために、対象者の負担は大きい。一定期間（3ヶ月間程度）は医療観察法の費用でまかなわれるべきである。

## 8. 通院医療上の問題点と今後の課題

通院処遇上の問題点を列挙すると以下のよう

にまとめることができる。  
(1) 現状では、各指定通院医療機関が通院処遇のために配置できる人員は不足しており、特に訪問看護などアウトリーチに関する機能は不十分である。

(2) 特に、ケア会議への参加、多職種チーム会議、さらには、個別の治療プログラムの実施など、多くの時間を裂く必要があり、関係職員には大きな負担である。

(3) このような人員不足の状況を解決するためには、通院医学管理料や訪問看護料を大幅に増額する必要がある。

(4) 通院医療における多職種チーム医療を充実させるために、各種の治療プログラムを整備する必要がある。

(5) 精神保健観察が充実するように、社会復帰調整官を増員する必要がある。

(6) 医療と地域生活支援が乖離しないように、十分な連携が必要であるが、医療機関が行

う生活支援に対しても一定以上の報酬上の評価が必要である。

(7) 居住施設、特に夜間においてもケアができる施設の増設が必要である。

(8) 病状悪化時に精神保健福祉法による入院を行った場合には、一定期間（3ヶ月間程度）は医療観察法に基づく費用でまかなわれるべきである。

(9) 指定入院医療機関を地域型と中央型にわけ、各都道府県には通院・地域処遇と連携した入院施設が必要である。

(10) 鑑定入院医療機関を拠点化し、鑑定ならびに鑑定入院中の治療の質を向上させる必要がある。

## 9. おわりに

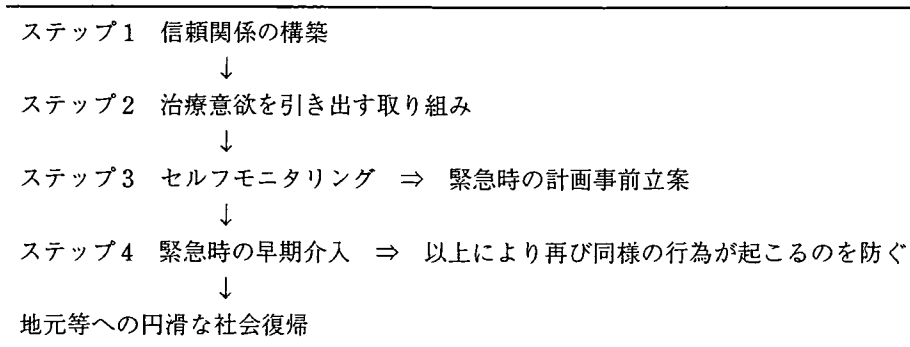
施行から2年以上を経過したが、通院医療の機能を充実させる必要性がますます明確になった。指定通院医療機関においても多職種によるチーム医療が十分に機能するように、通院医学管理料をはじめとして、医療観察法に関する訪問看護料や訪問介護に関する部分を大幅に引き上げる必要がある。このように指定通院医療機関への援助は、最も効率的に地域精神医療の底上げにつながるものと考え

## 参 考 文 献

- 1) 日本精神科病院協会, 精神・神経科学振興財団: 司法精神医療等人材養成研修会ガイドライン集, 2007
- 2) 日本精神科病院協会, 精神・神経科学振興財団: 司法精神医療等人材養成研修会教材集, 2007
- 3) 小山司 ほか: 厚生労働科学研究費補助金 こころの健康科学研究事業 司法精神医療の適正な実施と普及のあり方に関する研究 平成18年度総括・分担研究報告書, 2007



表1 医療観察法の医療戦略



なる。

共通評価項目のもう1つの特色は、網羅的にアセスメントした後に、情報を統合しリスクの文脈を把握する点にある。どのような状況で再び同様の行為が起こる可能性があるかについて、リスクのシナリオを作成し文脈を把握した後、対応策を検討し、その後アセスメントをもとにした治療計画を作成する。共通評価項目は、単なるアセスメントツールではなく、治療計画作成を支援するツールといえる。

### 3 医療の継続を確保するための戦略

法第1条は、法の目的を達成する手段として、「継続的かつ適切な医療並びにその確保のために必要な観察および指導を行うこと」を規定している。

対象者は、医療を受ける義務があるという決定を裁判所の審判で受けており、医療観察法による医療は強制的側面を持つ。しかし、通院医療においては、強制的側面を強調しても対象者が医療を中断する可能性がある。医療の継続は、地域処遇に関与する機関にとって特に重要な課題である。

共通評価項目を用いてアセスメントしてリスクのシナリオを作成すれば、どのような症状や状況が対象行為と結びついて要注意となるのか、その「読み」が治療者に見えてくる。医療の継続のためには、治療者の「読み」を対象者といかに共有してゆくかの医療戦略が重要である。

医療観察法の医療戦略は、4つのステップで構成される。ステップ1は信頼関係の構築、ステップ2は治療意欲を引き出す試みの実施、ステップ

3はセルフモニタリングをもとにした緊急時の介入計画の事前立案、ステップ4は緊急時の早期介入である。このように対象者の治療意欲を引き出しながら、緊急時に早期介入できれば、医療の継続が確保され、再び同様の行為を起こすことなく地元などへの円滑な復帰が可能になるはずである(表1)。

信頼関係の構築のためには、チームで綿密なオリエンテーションを実施し、医療観察法の制度理解と対象行為の確認を行う。初日に懇切丁寧に時間をかけることが特に推奨される。

対象行為に触れることで、信頼関係の構築が阻害されるのではないかと危惧するむきもあることと思う。しかし、《事件についての話し合いの乏しさ》は患者と看護師の双方に不信感を生じさせ、患者は不信感→見捨てられ感→孤立感、看護師は不信感→接近の困難性→無力感をたどり、さらなる不信感に陥る<sup>4)</sup>。対象行為を積極的に取り上げ対象者と話し合うことができれば治療者と対象者の両方に信頼感が芽生えると期待できる。対象行為を否認する対象者も少なくないが、生育歴をたどりながら対象行為に至った経緯を詳細に確認してゆくことで、信頼関係を醸成する戦略とするのである。過去をしっかりと理解することは、内省の深化にも貢献する。

対象行為に至った経緯が確認されると、どのような症状や状況が対象行為と結びつき要注意かという文脈が見えてくる。このとき、治療者が理解するだけでなく、対象者がこの結びつきを理解することが重要である。どのような症状や状況が要注意かを対象者とともに考えることは、セルフモニタリングの第一歩である。要注意症状・状況が確

認められれば、要注意症状・状況が出現したときどのように対処するかを対象者と話し合い、治療意欲を引き出しながら緊急時の介入計画を立て、対象者の同意を得ることが可能になる。

緊急時の介入はタイミングを逃さず早期に実施することが重要である。

## 4 セルフモニタリングの方法

Brokovec TDおよびBrian Sharplessによると、「セルフ・モニタリング(SM)はさまざまな問題に対する行動療法の基本的なスキル」であり、3つの理由で重要であるという。第1に、「患者には諸要因の間の因果関係を理解してもらい、自分たちの思考、イメージ、感情のパターンが内界・外界にどのような客観的効果を持つかを理解してもらうことが重要である。これは、患者が自分の習慣的なパターンに主体的に働きかける基盤となる。」、第2に「気づくのが早いほど、能動的な選択を行って、循環に入らないような対処を、より効果的に行うことができる。」、第3に、「自分自身や環境を客観的に観察するセルフモニタリングによって、患者は自分の認知が作り上げた幻想ではなく、実際にあるものを見つめ、そこに生きるということを考えるようになる。」<sup>2)</sup>。詳しくは成書を参照されたい。

本稿では、「どういう症状や状況が対象行為と結びつき要注意かを自分で理解し、現在要注意症状や状況がどの程度あるかに気づくこと」をセルフモニタリングと呼ぶことにする。セルフモニタリングを通して、対象者自身が同様の行為の再発という悪循環に入りかけているかどうか早期に気づき、この悪循環に入らないよう対処できるのが目標になる。

セルフモニタリングの具体的な方法として、統合失調症再燃防止のための患者用パンフレット<sup>2)</sup>を利用する手法がある。第1段階として、疾病教育などで一般的要注意症状を対象者に説明する。第2段階として、対象者自身に一般的要注意症状のどれがあったかをチェックしてもらう。第3段階として、パンフレットにない要注意症状があるか話し合う。第4段階として、要注意症状が出現

したときの一般的対処法を説明する。第5段階として、対象者の対処法を尋ね、緊急時の介入計画を立て対象者の同意を得る。この方法は、雛形があるので導入しやすく入院医療に比べて人員が厚くない通院医療でも実施可能と思われる。注意点として、対象者にパンフレットを渡して読んでおくように伝えるだけでは不十分であること、型にとられると対象者にとって本当に注意がいる状況・症状を見落とす可能性があること、対象者がひととおりこの方法を教わっても般化できるかフォローが必要であることなどがある。

セルフモニタリングのもう1つの方法として、パンフレットを用いず、タイミングを見て個別に介入する手法がある。

例えば、対象者が次のように発言したと仮定してみる。「今後心配なことは、今回の事件のようなことになったらどうしようかということ。あのときはかーっとなって家族を叩いて怪我をさせてしまった。家族同士がいい合って自分にもいつてきたから。これからは、黙って我慢するしかないのかな」。

対象者の発言を分析すると、次のようになる。①同様の行為を繰り返したくない、②家族がいい合っている状況が対象行為に結びついたという理解、③今後家族がいい合っていたら黙るという仕方での対処、④黙るという対処は最善とは思わないが他の対処がわからない。

この発言は、どのような状況・症状が要注意でどのように対処するのがよいかともに考える介入のタイミングがきたことを示している。対象者の発言は些細と思っても記録に残す習慣が必要である。記録に残せば、チームで対応を検討できる。

タイミングをとらえて、どういう症状・状況が要注意か、どういう対処が必要かを対象者と相談し、対象者のことばでまとめると、対象者にわかりやすい。例えば、要注意の状況として、「家族同士がいい合いをしているとき」など対象者のことばを抜き出して文書にすると有効である。

次に、どういうふうにしたらいいのかという対処法を対象者に考えてもらう。治療者側があらかじめ対処法を提示するのではなく、一緒に考えてみるという姿勢で対応し、「仲のよい家族に相談

○○病院 通院者グリーンカード (緊急時等連絡カード) (表)	
_____様 番号	
1	いつもこのカードを持っていてください。
2	○○病院への連絡の際、「グリーンカードをもっている○○です。番号は_____です。」とお伝えください。
3	連絡先 ○○病院 (まるまるびょういん) 電話 ○○○-○○○-○○○
4	担当者 主治医 ケア調整者 主担当看護師 副担当看護師 家族の連絡先
5	落ち着いて、どのような様子かをお知らせ下さい。
6	落ち着いて、指示を聞いて下さい。
7	○○病院で必要と判断した場合、社会復帰調整官等関係機関に連絡します。

図1 グリーンカード表

する」、「テレビを見る」、「部屋で一人になる」といった対象者のことばで対処法を文書化する。その後、治療者側の読みにしたがって、「それでもだめだったらどうするの」と問いかけ、「病院に電話する」という答えを引き出す。最後に、治療者側から、「家族を傷つきたくなかったとき」「通院できなくなったとき」には絶対連絡して欲しいと提案する。このようにセルフモニタリングから危機介入計画が作成可能になる。

## 5 医療観察法通院医療における早期介入の重要性

通院医療の安全管理の総論として、危機的状況に陥らないよう予防することが重要であり、不幸にして危機的状況に陥った場合、状況をすばやく評価し、迅速な危機介入を実施する必要がある。危機はいきなり到来するのではなく、危機に至る段階がある<sup>8)</sup>。

第1段階は、「病状再燃初期」であり、早期警告症状が出現している場合である。この段階での対応の原則は、セルフモニタリングツールを使用して説明し、薬物調整・環境調整を実施する。訪問回数を増やし、同意を得られるなら休息のための任意入院も考慮する。

第2段階は、「病状再燃中期」であり、自傷他害

はないが服薬中断などにより病状悪化している場合である。この段階での対応の原則は、あらかじめの取り決めに従い、入院の同意を得られ閉鎖環境を必要としないなら任意入院をすすめる。同意が得られず、服薬中断などにより入院治療が不可欠なら、保護者の同意を得ての医療保護入院を考慮する。迅速に介入するため、訪問回数を増やすとともに、医療保護入院を必要とする事態に備え保護者との連絡を密にする。

第3段階は、「緊急事態」であり、病状悪化し自傷他害のおそれがある場合である。この段階では、精神保健福祉法26条の3により、医療観察法通院医療の対象者に自傷他害のおそれがあるときは、指定通院医療機関の管理者および保護観察所の長は通報する義務があるので措置入院を考慮した対応が必要である。

第4段階は、「(再)入院申し立て」である。法第59条によると、保護観察所の長は、「同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するために入院をさせてこの法律による医療を受けさせる必要があると認めるに至った場合」に、医療観察法の(再)入院の申し立てを行う。

医療観察法の通院処遇で重要なのは、第1段階での早期介入である。第1段階で時機を逸せず介入すれば、第2段階・第3段階・第4段階への進

〇〇病院 通院者グリーンカード（緊急時等連絡カード）  
（裏）

8 以下のような場合、早めに電話して下さい。（例文）

- 夜、眠れなくて困った。
- 家族同士が言い合って困った。
- 家族を傷つけたくなくなった。
- 周りが気になり不安になった。
- 考えがどんどん浮かびまよまらなくなった。
- 声が聞こえ始めた。
- 人が私のことについて、話したり笑ったりしていると思った。
- その他

図2 グリーンカード裏

展を防止できる。早期介入の際、セルフモニタリングツールを用いた説明が有効である。

## 6 医療観察法通院医療における「グリーンカード」の考案

指定通院医療機関は、「通院対象者通院医学管理料の施設基準に係る届出書」の提出を求められている（障精第0802004号）。その中で、「緊急時の連絡・対応方法」について、「患者等への説明文書の例等、参考書類を添付すること。」となっている。東尾張病院では、緊急時の連絡・対応方法について説明するために、対象者などに配布するカードを考案し「グリーンカード」と命名した<sup>9)</sup>。

「グリーンカード」の表には、病院の電話番号と主治医・ケア調整者・主担当看護師・副担当看護師の各氏名および家族の連絡先を明記してある。これは、緊急時に対象者が動転していると主治医名などを即座に思い出せない可能性があるからである。なお「ケア調整者」は、岩成らが提案した職種で、「保健医療福祉サイドにおいて独自のケアマネージャーの役割を果たす者」であり、「社会復帰調整官と連携協力して本法の通院医療を遂行する」<sup>9)</sup>。東尾張病院では外来看護師長をケア調整者に任命し社会復帰調整官との連絡窓口にしている。さらに、グリーンカードをいつも所持していること、緊急連絡時にはグリーンカードを所持している旨伝えること、落ち着いてどのような様子か知らせること、落ち着いて指示に従うこと、必要に応じて病院から社会復帰調整官に連絡することなどの一般的事項を記載した（図1）。

「グリーンカード」の裏には、「以下のような場合、早めに電話して下さい」と記載し、対象者と相談した要注意症状・要注意状況を記載している。この際、できるだけ対象者のことばを抜き出すのが望ましい。例えば、「家族同士が言い合っているとき」「家族を傷つけたくなくなったとき」「通院できなくなったとき」などである。要注意症状や状況は、対象者と継続的に相談するのが望まれ、話し合いの結果でグリーンカードを改訂するのがよい。

当初審判で通院決定がなされた場合など、通院処遇開始前に十分な話し合いをする時間がない場合などは、再燃防止のための患者用パンフレットに記載されている一般的な要注意症状を参考にして「グリーンカード」の裏面に記載する方法もある。例えば、「夜眠れない」「声が聞こえる」「考えがどんどん浮かびまよまらぬ」「周りが気になり不安になった」などである（図2）。

「グリーンカード」を利用した緊急時の対応手順例を以下に示す。

- ①通院対象者などに緊急時の対応方法を記載したカードを事前によく説明し配布する。
- ②通院対象者などが、当院に連絡する場合、グリーンカード所持者であることを伝えてもらう。当院は、グリーンカード所持者リストを用意し、氏名を聞いただけでグリーンカード所持者であることがわかるようにする。
- ③グリーンカード所持者からの連絡は、原則としてケア調整者が受ける。
- ④連絡を受けたケア調整者は、所定の書式に連



絡日時・対応者氏名・連絡内容を記載し、保存してある緊急時対応法に従って指示し、指示内容を記載する。

- ⑤時間外では、事務当直が連絡を受け、当直医・当直看護師長に「グリーンカード所持者」からの連絡であることを明らかにして対応依頼する。
- ⑥連絡を受けた当直医または当直看護師長は、所定の書式に連絡日時・対応者氏名・連絡内容を記載し、保存してある緊急時対応法に従って指示し、指示内容を記載する。
- ⑦ケア調整者(時間外は、当直医・当直看護師長)は、緊急と判断した場合には、内容を社会復帰調整官・主治医および当院緊急連絡網で連絡する。
- ⑧必要により、緊急受診をすすめる。
- ⑨緊急訪問必要かどうか、緊急会議で検討する。
- ⑩事態が切迫している場合は、警察に保護要請する。
- ⑪緊急措置入院必要と判断されるなら、社会復帰調整官の指示を仰ぎ、関係保健所に連絡する。

緊急時の対応法は、事前に対象者と相談しておく。一般的には、頓服を服用する、それでも安定しないなら病院に連絡する、といった方法がある。「仲のよい家族に相談する」、「テレビを見る」、「部屋で一人になる」といった対象者のことばを引用した対処法は対象者にわかりやすい。対象者の不安が強く自ら対処法を考えることができないような場合には、「好きな音楽を聴いてみる」「散歩をしてみる」「深呼吸をしてみる」「外の風景をしてみる」といった注意そらしや「嫌なイメージが浮かんだときにストップと自分でいってみる」といった思考制止法、「楽しいイメージを思い浮かべてみる」といったイメージ置換法を提案してみる方法もある<sup>1)</sup>。詳しくは成書を参照されたい。こういった対処法を文書化し、本人の同意を得て、診療録や対応ファイルに保存し、当直者など担当者以外も指示できるようにしておくことが重要である。

## 7 「グリーンカード」運用モデル

グリーンカードを利用した仮想モデル通院事例を提示する。なお、モデル事例は仮想であり、実際の事例との関連はない。

40歳代統合失調症男性で、20年ぐらい前に就職を契機に発症し、服薬中断すると、幻覚妄想が再燃し入退院を繰り返していた。

対象行為2カ月前に服薬中断し、対人関係のストレスも重なり不眠となり、自ら以前通院していた病院を受診した。しかし副作用を嫌い睡眠薬のみ服用し抗精神病薬は服用しなかった。対象行為の3日前に「そわそわして何かしそうな感じがする」と病院に電話した。対象行為当日、家族と口論になり傷害を加え、審判で通院処遇が決定された。

通院処遇の可能性があると判明した段階から、オリエンテーションおよびセリフモニタリングを実施し、緊急時の対処法も、通院開始前に準備した。鑑定情報から対人関係のストレスがあると再燃しやすいこと、自らSOSを出せること、就労をあせり通院中断しやすいことなどが判明した。家でも苦労は絶えない、職場でも苦労が絶えないというところで、断れなくなってしまう傾向があり、ストレスをためると幻覚妄想状態になりやすいので、家庭を安定させることが重要と考えられた。

週1回の外来診察、職員2名での訪問看護を開始した。訪問看護実施記録は、対象者の氏名、記載者の氏名、治療ステージ、訪問看護第何回目で次回訪問がいつかという基礎情報を記載し、さらに、対象者の早期警告症状、早期警告症状が出現した場合の対処法、残薬チェック欄および患者の状態を色で記載した。対象者の発言や観察事項は、共通評価項目のどの項目にあたるかを明示した(図3)。なお、東尾張病院では、訪問看護職員は携帯電話を持参し、対象者の状況を色で病院に伝達している。要注意状態の場合、例えば「黄色の紙が欲しい」などと伝達することになっている。

### 第1回訪問看護記録

1) 「ゴミだらけで、毎日掃除しています」。(共

## 指定通院医療訪問看護実施記録

対象者氏名	様		記載者氏名	
訪問日時	年 月 日 ( )		時 分～	時 分
訪問スタッフ	N s :	Dr :	CP :	PSW : OT :
訪問回数	第 回		治療ステージ	前期 ・ 中期 ・ 後期
訪問間隔	回 / 週		次回訪問予定日	年 月 日 ( )
早期警告症状				
リスクの状況	<input type="checkbox"/> 青：異常なし <input type="checkbox"/> 黄：やや不安定 <input type="checkbox"/> 赤：不安定 <input type="checkbox"/> 真っ赤：援助要請			
残薬数	朝薬	昼薬	夕薬	就前薬 頓服薬
共通評価項目（17項目＋個別項目）				
1. 精神病性症状	2. 非精神病性症状	3. 自殺企図	4. 内省・洞察	
5. 生活能力	6. 衝動コントロール	7. 共感性	8. 非社会性	
9. 対人暴力	10. 個人支援	11. コミュニティー要因	12. ストレス	
13. 物質乱用	14. 現実的計画	15. コンプライアンス	16. 治療効果	
17. 治療ケアの継続性	その他 ( )			
共通評価項目に基づいた経過記録 ※各項目の記載内容に評価を付ける				評価
例) 非精神病性症状	D) 全然眠れない。頓服もきかない。だんだん状態が悪くなっている。 A) 困っているなら入院して休みましょう。 R) 入院はしたくないと答える。			2
次回訪問時の留意事項及び訪問スタッフへの依頼				

図3 訪問実施記録書式例

通評価項目：ストレス・生活能力)

掃除ができるという点で生活能力が保持されているとの評価と同時に、家庭内のことを全部対象者が背負っているという点でストレス因子があると評価した。

2) 「子供がお金欲しいといい困る。」(共通評価項目：ストレス)

ストレス因子は一般に重要な情報で、以前に、家庭内ストレスで状態悪化した経歴があるので、特に注意が必要。

3) 「グリーンカード」(共通評価項目：現実的計画)

対象者のストレス状況を把握した訪問看護職員が「グリーンカードはどこにありますか」と聞いてみたところ、「引き出しの中にしまいこんである」という答え。職員はやんわりと「そこが一番手の届きやすいところですか」「もっといい場所はないですか」というニュアンスを含めて尋ねた。

第2回訪問看護記録 黄色(要注意)

1) 「薬を飲んでも眠れない。やる気がなくて、昼間も横になっていて、憂うつさが強くなって、状態が悪くなった」(共通評価項目：非精神病性症状・生活リズム)

切迫感があり要注意と判定し、以前話し合った計画に従い、「困っているなら、入院して休みましょう」と、提案したが対象者は拒否した。

2) 「グリーンカード」(共通評価項目：現実的計画)

「グリーンカードはどこにあるの」と訪問看護職員が尋ねると、「財布の中に入れてある」との答え。グリーンカードを取り出して、一緒に見ながら、「このカードを見て、いつでも連絡下さい」と伝え、いつでも受け入れOKというサインを出した。

3) 服薬状況(共通評価項目：コンプライアンス)

薬は、一応服薬しているが、薬物調整をしないと服薬中断のリスクがある。

## 第3回訪問看護記録

1)「薬が変わってからよく眠れるようになって、よだれが出るのが止まってよかった」(共通評価項目：非精神病性症状・コンプライアンス)

薬物調整の結果、抑うつや不眠症状が改善し、薬に対する不満もなくなった。

## 第4回訪問看護記録

1)「もう、働こうと思う。毎日、退屈で、ビデオが壊れて修理代もいる」「訪問看護とか忙しいでしょうから、もうやめさせてもらおうかと思えます」(共通評価項目：ストレス・治療ケアの継続性)

「まだ働くのは早い」と頭ごなしにいきなり否定すると、本人のニーズを否定することになるので、信頼関係が損なわれる可能性がある。訪問看護スタッフは、「ケア会議で話しましょう。それまでは、今までと同じで」と提案し、対象者も受け入れた。

## 第1回ケア会議記録

## 1)就労について

就労すると通院中断する可能性があるのが心配だと対象者に伝え、次のケア会議まで待つことで合意した。いきなり就労を考えずに、施設見学をすすめたが、対象者は拒否した。

## 2)訪問看護について

「訪問看護は薬の確認するだけで、それで交通費を払うのは考えもんだ」という発言あり。訪問看護のあり方を考える必要がある。

## 第5回訪問看護記録

## 1)訪問看護(共通評価項目：現実的計画)

訪問看護時、一緒にストレス解消の散歩をしましょうと提案すると、対象者は同意した。信頼関係の確立が必要な時期と考えられる。

## 2)ストレス対処(共通評価項目：現実的計画)

断れないことが対象者のストレスになると職員が考えて、断る練習をしたらどうかと提案したが、対象者は合意しなかった。まだプログラムの導入のタイミングでない様子。対象者の同意を得られない計画は現実的計画とならない。

## 第6回訪問看護記録

1)「働きたいのにみんな駄目だという。家にも何もすることがない。就職の話は止められたが、嫌だ、働きたい、働ける。」(共通評価項目：

## ストレス・治療ケアの継続性)

スタッフは就労は時期尚早と考えているが、対象者と溝がある。「授産施設に行ったほうが道が広がる」と再び提案したが、対象者は拒否した。ケア会議で再度検討必要。

## 第2回ケア会議記録

就労が時期尚早と伝えてばかりでは、治療関係が崩れるのではないかと判断し、必ず通院ができるという条件で就労を許可した。

## 第7回訪問看護記録

1)「面接に行ったが、いくつも断られた。「あなたみたいな人はむいていない」とほろくそにいわれた。現実には厳しい」(共通評価項目：ストレス)

対象者は現実的なストレスに直面している。就労したいと思い面接を受けたが、現実には厳しかったと落ち込んでいる。

2)「グリーンカード」(共通評価項目：現実的計画)

対象者がストレス状況にあるとスタッフは考え、グリーンカードの裏に何が書いてあるかを対象者に尋ねた。対象者は、夜眠れなくなる、いらいらすることが多くなったら要注意と2つ答えた。まだ幾つか記載してあるが、「これから少しずつ覚えていこう」と確認した。対象者は、不眠をきっかけに対象行為前に通院再開しているので、不眠が要注意ということは理解している。スタッフとしては他のいくつかの点でもSOSを出してほしいと考えている。

## 第8回訪問看護記録

1)「愚痴をこぼしてしまいますけど」という発言(共通評価項目：治療ケアの継続性)

スタッフは、「愚痴をこぼしてくれるほうがいいんですよ」という対応をした。信頼関係が構築されつつある。

2)「グリーンカード」(共通評価項目：現実的計画)

グリーンカードを見ながら要注意サインを振りかえると、「たばこが増える、忘れっぽくなる」と自ら語る。自分なりに考えてこういうときに要注意だという発言は重要である。グリーンカードは、対象者のことばを引用して変更してゆく。

## 8 おわりに 「グリーンカード」の効用

セルフモニタリングツールとしての「グリーンカード」を用いた緊急時の介入法を紹介し、通院医療の1つのモデルを提示した。

グリーンカードは対象者に渡すだけではあまり有効でない。対象者に「困ったときいつでもグリーンカードでSOSを出して下さい」というメッセージを伝え、折に触れて、「グリーンカードのことを覚えていますか?」「今、グリーンカードのサインはありそうですか?」というようにグリーンカードの要注意症状を話題にするのが有効である。グリーンカードが特に有効なタイミングは、ストレスがかかったときである。1人1人何がストレスになるか違うので、訪問看護などでその見極めをしながら早期に介入するのが重要である。

### 文献

- 1) Beck JS : Cognitive Therapy : Basics and Beyond. Guilford,1995 (伊藤絵美, 神村栄一, 藤澤大介訳: 認知療法実践ガイド 基礎から応用まで. 星和書店, 東京, 2004)
- 2) Hayes SC, Follette VM, Linehan MM : Mindfulness and Acceptance: Expanding the Cognitive-Behavioral Tradition. The Guilford Press, 2004 (春木豊監修, 武藤崇監訳, 伊藤義徳, 杉浦義典: マインドフルネス&アクセプタンスー認知行動療法の新次元. ブレーン出版, 東京, 2005) (特にpp308-309)
- 3) 岩成秀夫: 触法精神障害者の社会復帰と通院治療に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金こ

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」(主任研究者 松下正明) 平成16年度 総括・分担研究報告, pp287-302. 平成17年3月

- 4) 熊地美枝: 触法精神障害者との援助関係に関する研究. 厚生労働科学研究費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」(主任研究者 松下正明) 平成16年度 総括・分担研究報告, pp542-550. 平成17年3月
- 5) 松原三郎: 指定通院医療機関における治療プログラム. 臨床精神医学 35: 267-275, 2006
- 6) 村上 優, 高橋 昇, 大橋秀行: 指定入院医療機関における治療プログラム. 臨床精神医学 35: 259-265, 2006
- 7) Scheifler PL, Weiden PJ, Gever MP : Helping yourself to prevent relapse. Team Solutions™ (上島国利, 染矢俊幸監修: 再燃を防ぐために. インターネットで公開)
- 8) 八木 深: 医療観察法通院医療における安全管理. 厚生労働科学研究費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」(主任研究者 松下正明) 平成16年度 総括・分担研究報告, pp338-348. 平成17年3月
- 9) 八木 深: 指定通院医療機関における「緊急時の連絡・対応方法」について. 厚生労働科学研究費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」(主任研究者 松下正明) 平成17年度 総括・分担研究報告, pp419-424, 平成18年3月

\*

\*

\*



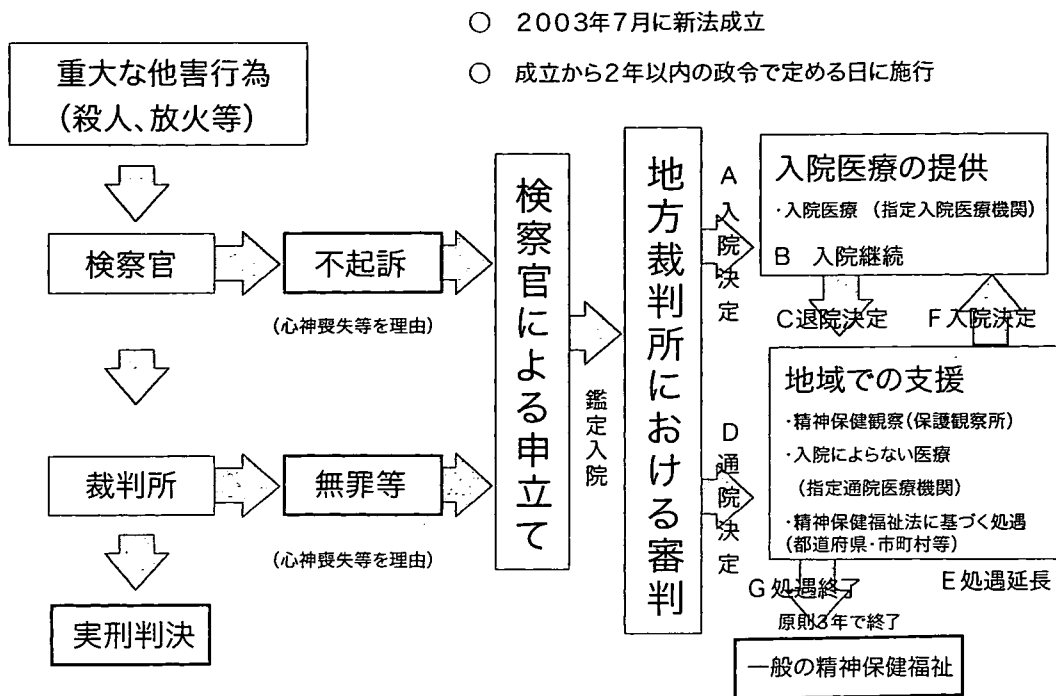


図1 医療観察法のしくみ（「医療観察法指定入院医療機関運営ガイドラインから」引用）

て担当することになった<sup>注2)</sup>。当院では同法施行後平成19年1月15日現在までに計16例の同法精神鑑定入院を受け入れ、同年5月31までにはその全例の鑑定作業ならびに地方裁判所による審判が終了し、処遇が決定している。

平成19年1月15日の時点で、全国で同法申し立て件数は513件であることから、当院はそのうちの約3%を一施設で担当したことになる<sup>注3)</sup>。本稿では当院での同法の精神鑑定の結果やその後の経過を報告するとともに、そこに認められる特徴や問題点などについて検討したい。

## 2 医療観察法による処遇決定までの流れ

医療観察法は、重大な他害行為(刑法に規定された殺人、放火、強盗、傷害、強姦、強制わいせつの6罪種に相当する行為。このうち殺人、放火、強盗、強姦についてはその未遂罪も含む)を働き逮捕送検された者のうち、刑事責任能力について

精神障害により心神喪失または心神耗弱の認定を受けて、不起訴、無罪、執行猶予などの身柄を拘束されない司法処遇が決定された者について、再び検察が一元的に地方裁判所に同法による入院の申し立てを行うことにより同法の運用が開始される。それを受けて同法による対象者の処遇の適応が検討される。その検討の場とはここに述べる医療観察法による精神鑑定を経た地方裁判所による当初審判である。この当初審判で同法の処遇について、①指定入院医療機関による入院医療、②指定通院医療機関による通院医療、③不処遇、④却下の4つのうちから1つが選択されることになる。

不処遇と却下は紛らわしく思われるかもしれない。不処遇は対象者が同法適応を検討する対象としては認められるが、病状その他の理由で同法による医療を行うまでもなく、一般精神医療(精神保健福祉法下)で処遇可能と判断される者等であり、却下とは同法適応を検討すべき対象と見なされない者である。却下例としては審判で、対象行

注1：本稿執筆日時を平成19年5月31日とする。  
注2：平成19年5月31日現在、同法指定入院医療機関は全国で10カ所であるが、同法の鑑定入院、指定入院医療、指定通院医療の3者ともに担当している施設は、独立行政法人国立病院機構琉球病院と当院の2カ所のみである。  
注3：正確なデータは得られていないが、平成19年1月15日の時点で同法精神鑑定医療機関は約200余カ所といわれており、この数字も全国有数のものとのことである。

表1 医療観察法における精神鑑定の特徴

1. 医療観察法による医療の必要性の鑑定が主目的
2. 刑事責任能力に関する司法判断は決定済み<sup>\*1</sup>
3. 鑑定の結果は合議体審判によって検討される
4. 治療を組み込んだ鑑定作業
5. 医療観察法の医療による事後検証が可能<sup>\*2</sup>

<sup>\*1</sup>責任能力については通常嘱託事項に含まれないが、重大な疑義があるときは意見をすることが可能

<sup>\*2</sup>不処遇・却下例については検証困難

為が同法の規定する行為には当てはまらなると判断される場合(放火未遂とされていたものが放火予備罪と認定変更された場合等)や、対象者に責任能力が十分に認められると判断される場合(詐病と認定される場合等)等である。

同法の処遇の全体の流れについては図1に示す。

### 3 医療観察法における精神鑑定の特徴

医療観察法による精神鑑定は、従来行われてきた刑事責任能力に関する精神鑑定(以下、刑事鑑定)などとは異なる性格を持つ。その特徴は以下の5点に要約できる(表1)。

#### 1. 医療観察法による医療の必要性の鑑定が主目的

同法の精神鑑定は同法第37条に規定されているように、同法による医療が必要であるか否かについての鑑定を行うものである。通常その医療が必要な場合には指定入院医療と指定通院医療のいずれがふさわしいかの意見を添えることが求められる。

#### 2. 刑事責任能力に関する司法判断は決定済み

「心神喪失等の状態」と司法判断された者が同法の申し立て対象となるのであるから、刑事責任能力についての判断はすでになされている。同法による精神鑑定の嘱託事項には刑事責任能力に関する問題は通常含まれない。しかしながら同法40条に規定されているように、裁判所は対象行為の認定、心神喪失者等の認定の問題で重要な判断変更があるときには、申し立て却下の判断をすることになるので、同法精神鑑定においてこれらの判

断変更を必要とする知見が得られたときには、その旨の意見を鑑定意見に盛り込む必要がある。ただし一度決定した司法判断、特に確定裁判による司法判断を変更することは容易なことではない。

#### 3. 鑑定の結果は合議体審判によって検討される

通常の刑事鑑定において、その鑑定結果は法律家によって採否の判断がなされる。そこにおいては法律家と精神医療の専門家(鑑定人)の間で見解が大きく異なることも少なからずあるようである。しかしながら同法における審判では、法律家である裁判官だけでなく精神医療の専門家(審判員、参与員)等も合議体の一員として参加することになるので、精神医療の側の意見が盛り込みやすくなる。後で触れるが、同法精神鑑定による処遇意見は多くがそのまま審判で採用されているようである。

#### 4. 治療を組み込んだ鑑定作業

同法による精神鑑定は、同法による医療の適合性を判断するという目的のために、鑑定期間中も積極的に治療を行い、その治療反応性などを鑑定意見に盛り込むことになる。この点が従来の刑事鑑定と異なるところである。急性期病態にある対象者の場合など、もしも鑑定期間中十分な治療をすることなく鑑定入院医療機関で処遇するとなれば、鑑定入院医療機関にとって大きなストレスであるだけでなく、対象者に対する人道上ならびに医療上の大きな問題となりうる。

#### 5. 医療観察法の医療による事後検証が可能

この点が同法精神鑑定と刑事鑑定との最も大きな相違点だと考えられる。刑事司法段階で精神鑑定を受けた被疑者は、刑事司法判断後は矯正施設処遇、医療処遇(医療観察法による処遇ならびに措置入院等による処遇)、釈放などに振り分けられる。このとき原則的にはその鑑定人が刑事司法判断後の対象者について関与する機会はなく、その後の検証は不可能である。しかしながら医療観察法の精神鑑定においては、当初審判後医療観察法による処遇が開始されると、指定入院医療や指定通院医療のもとで通常数年間にわたり同法による医療が継続されることになり、当該裁判所は当該指定医療機関から医療上の情報を受け取り続け

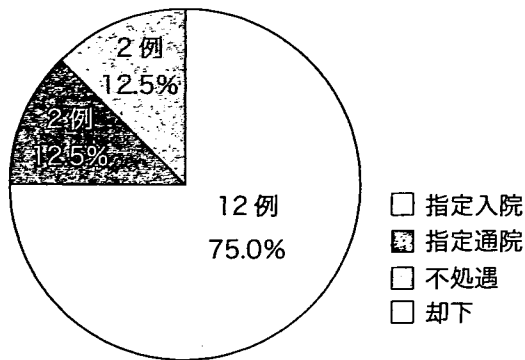


図2 東尾張病院での医療観察法精神鑑定を行った対象者16例の当初審判による決定種目

ることになる。特に当院のように医療観察法の精神鑑定入院、指定入院医療、指定通院医療を併せて担当していると、当院の関係者は同法の処遇の初期から処遇終了まで継続的に関わることが可能となる。

ただし当初審判で不処遇と却下となった者についての事後検証は困難である。このことによる新たな問題点については後で触れる。

#### 4 東尾張病院における医療観察法精神鑑定

##### 1. 鑑定後の審判結果の分析

当院での同法精神鑑定を経た16例の当初審判の結果は、指定入院決定は12例(75.0%)、指定通院決定は2例(12.5%)、不処遇は2例(12.5%)、却下は0であった(図2)。これに対して平成19年1月15日の時点で、全国での同法の申し立ては513件であった。そのうち処遇が決定したものは435件である。そのうち指定入院決定は244例(56.1%)、指定通院決定は100例(23.0%)、不処遇は65例(14.9%)、却下は15例(3.4%)、不明11例であった(図3)。

母集団の対象者数の限界から安易な比較はできないが、当院での同法精神鑑定を経た対象者の指定入院の決定比率は全国平均より高い。また16例中、現在までに14例について鑑定後の経過が当院の医療等によって追跡可能であった。不処遇の2例について現時点では追跡調査ができていない。

当院での医療観察法の精神鑑定を行った者のプロフィールを表2に示す。

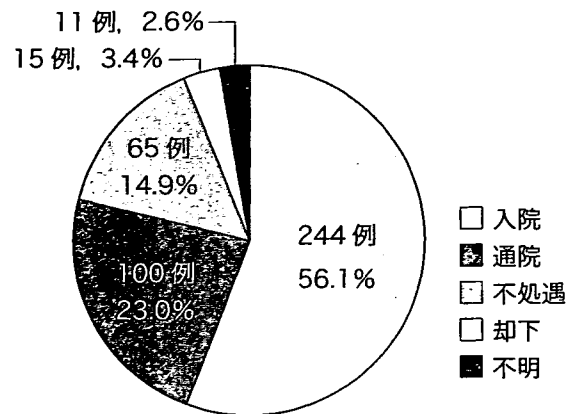


図3 全国435件決定種目 2007年1月15日現在

##### 2. 指定医療による鑑定結果の検討

###### 1) 刑事司法処遇時の診断が医療観察法の精神鑑定により診断変更となった事例

当院での同法精神鑑定により、それまでの診断が変更となった者は3例あった。それは以下のような内訳であった。診断は原則的にICD-10に準拠している。

- ①統合失調症→軽度精神遅滞+情緒不安定性(衝動型)パーソナリティ障害(表 事例2)
- ②統合失調症→妄想性障害(表 事例4)
- ③統合失調症→軽度精神遅滞+急性一過性精神病性障害(表 事例8)

このように3例とも刑事司法段階では統合失調症と診断された者が、医療観察法の精神鑑定によって診断変更となっている。この理由については、まだ十分な検討はなされていないものの、次のような事態が推定される。

- i) 刑事司法段階の精神鑑定は1回ないし、数回の面接によって判断をする必要がある。このときに妄想などの精神病性の症状が認められれば、精神病性疾患の中で発生比率が高く病像が多様な統合失調症の診断を採用することが多くなる。
- ii) 刑事司法段階の精神鑑定は、対象行為からの経過時間が短く、対象者の病態はより急性期の病態を示していることが多い。急性精神病状態では、統合失調症とそれ以外の精神疾患との区別が困難なことが少なくない。



表2 東尾張病院 医療観察法 鑑定入院 対象者 (左端の番号は入院受け入れの順番)

年齢	性	対象行為	診断	責任能力	刑事処分	処遇	特記事項
1	30代	男	殺人未遂	統合失調症	心神喪失	不起訴	指定入院
2	30代	男	傷害致死	精神遅滞・人格障害	心神耗弱	不起訴	指定入院 指定入院で診断変更
3	60代	男	傷害	妄想性障害	心神耗弱	不起訴	指定通院(他院)
4	60代	女	放火未遂	妄想性障害	心神耗弱	執行猶予	指定入院
5	30代	男	放火	統合失調症・精神遅滞	心神耗弱	不起訴	指定入院
6	20代	男	強姦	統合失調症	心神耗弱	執行猶予	指定入院
7	20代	男	傷害	統合失調症	心神喪失	不起訴	指定入院
8	30代	男	殺人	精神遅滞・急性一過性 精神病性障害	心神喪失	不起訴	不処遇 措置解除後任意入院中の申立
9	50代	男	傷害	統合失調症	心神耗弱	不起訴	不処遇 医保入院 指定通院困難
10	50代	女	強盗致傷	統合失調感情傷害	心神耗弱	執行猶予	指定通院(当院)
11	40代	男	殺人未遂	統合失調症	心神喪失	不起訴	指定入院
12	30代	男	強盗	統合失調症	心神喪失	不起訴	指定入院
13	30代	男	傷害	統合失調症	心神喪失	不起訴	指定入院 被害者(父)は意識不明
14	30代	女	殺人	統合失調症	心神喪失	不起訴	指定入院 拡大自殺にて実子殺害
15	20代	男	放火	統合失調症	心神喪失	不起訴	指定入院
16	40代	男	放火	統合失調症	心神喪失	不起訴	指定入院

iii) 医療観察法の精神鑑定では、対象行為から一定時間が経過しており、医療機関において(同法の精神鑑定は刑事司法の精神鑑定の多くと異なり、鑑定医療機関にて行われる)積極的に治療を行いつつ鑑定作業を進められる。鑑定医療機関においては病棟看護師などの多くの人による観察が鑑定入院期間中継続的に行われる。また治療というダイナミズムの中での観察が可能である。これは医療観察法の精神鑑定により得られる情報が、刑事司法段階での精神鑑定よりも量的にも豊富であるだけでなく、「回復過程を観察できる」という質的にも多様な情報を得ることができることを意味している。

## 2) 医療観察法の精神鑑定の診断が指定入院医療において診断変更<sup>註4)</sup>となった事例

医療観察法の精神鑑定による診断が、指定入院医療において診断変更となった者が1例あった。

それは先に述べた医療観察法の精神鑑定において刑事司法段階の診断が変更された事例(表 事

例2)が、その後の指定入院医療の過程で再び統合失調症の診断へと戻されたものである。

この事例は、さまざまな角度からの検討を要するものではあるが、ここではごく簡単に診断変更の経緯を示しておく。

- i) 対象行為以前に4回の精神科病院入院歴があり、そこでの診断は統合失調症であった。
- ii) 対象行為後の刑事司法段階での情報では、対象行為時幻覚は確認できなかったが、奇妙な妄想的言動が認められた。これらのことから刑事司法では統合失調症の診断が採用された。
- iii) 医療観察法の鑑定入院においては、統合失調症の診断基準(ICD-10など)を満たさないと判断された。一方で軽度精神遅滞と情緒不安定性(衝動型)パーソナリティ障害の診断基準は満たすと考えられた。鑑定人の意見は「不処遇」であったが、当初審判では指定入院処遇が決定された。
- iv) その後の指定入院医療においては、薬物療法への良好な反応が認められたこと、その結果パーソナリティの障害は小さいと評価されたことなどから再び統合失調症と診断された。

註4: ここでの診断変更は、指定入院医療機関の中での変更であり、これを当該裁判所における審判において認定された診断までさかのぼって変更が認められたわけではない。

ただし、この指定入院医療での治療期間中も統合失調症の診断基準を厳密に満たしているとはいえない。

この事例から考えられることは、指定入院医療における情報は、医療観察法の鑑定入院における情報よりも質・量ともにさらに多くなるということが考えられる。しかしそれ以上に重要な相違は、精神鑑定(刑事司法と医療観察法の両者の精神鑑定を含む)における診断は一定期間に得られた情報の中から最適の分類へと導く帰納的なものであるのに対し、指定入院医療などの治療における診断は、治療方針を立てるために情報を取捨選択して戦略的に決定する演繹的な側面が強いものということがあげられよう。もちろん多くの事例ではそれらの診断は一致するものではあるが、ときにはこのように診断が分かれることもある。

### 3. 医療観察法の精神鑑定の評価

当院は平成19年5月31日現在までに総計46名の同法指定入院医療を担当した。この中で医療観察法の精神鑑定における処遇意見と、それを受けて行われる当初審判での判断とで異なる判断がなされた者は2例のみである。そのいずれも「不処遇」との鑑定意見に対して「指定入院医療を要する」と判断されたものである。

裏を返せば同法の精神鑑定による処遇意見は、多くの当初審判においてそのまま採用されていると考えられる。ゆえに同法精神鑑定での鑑定人の意見は極めて重要であることがわかる。その一方で、不処遇決定された者は、その判断の妥当性を事後的に検証することは困難となる。

## 5 考察—医療観察法の精神鑑定と指定(入院・通院)医療を併せて担当する立場から—

### 1. 医療観察法の精神鑑定の般化の問題

医療観察制度は施行後2年に満たない新しい医療制度である。日本の精神医療全体からみれば、精神医療の分野でのシェアとしても限定的であり、対象となる症例の数の比率も高くない。また同制度は司法判断を経た後に改めて検察の申し立てから始まり、鑑定入院、裁判所の審判、指定医療という極めて複雑な過程をたどることになる。

一方、指定入院医療機関は現在全国に10カ所しかない。これらの指定入院医療機関の配属スタッフは原則として従事者養成研修を受けているが、それ以外の施設に従事するものはそのような研修を受ける機会を得ることは必ずしも容易ではない。指定通院医療に関しては、基本的には既成の一般精神医療のシステムの中に同居しているのが現状である。先にあげた平成19年1月15日の時点で100例ほど<sup>注5)</sup>の指定通院医療の対象者が存在することになるが、指定通院医療機関は全国で200カ所あまりあるという。このために各指定通院医療機関の処遇経験数もごく少ないものと考えられる。

このような現状から、鑑定人や審判員として医療観察法に携わる精神保健判定医ですらその多くが、同法指定入院医療などの指定医療に触れる機会が乏しいのである。

それゆえ現在のところ医療観察法の医療は一般精神医療の側からはその全貌が見えにくいものといわざるを得ない。

そのような中で医療観察法の精神鑑定は第3章で触れたように従来行われてきた刑事責任能力に関する精神鑑定とは大きな相違がある。

以上のようなことから、今後医療観察法の医療の処遇例が増え、より多くの関係者が同法の医療に関与するようになることを考えると、同法精神鑑定の精度や水準を高めてゆく必要がある。そのためには精神保健判定医が資格取得後も再トレーニングを受けられ、より新しい医療観察法の医療や司法精神医学の知見を学ぶことのできる場を用意する必要があるだろう。

### 2. 医療観察法の医療の適応に関する問題

医療観察法の医療は、精神医学的には「(精神障害による)心神喪失等の状態」と認定されたものに適応される。ここには統合失調症、感情障害(躁うつ病)などといった個別の診断が直接問われてはいない。しかしながら現状では、同法の治療処遇の具体的指針となるガイドラインなどは統合失

<sup>注5)</sup>：当初審判で指定通院医療が決定したものに、指定入院医療を終了して指定通院医療に切り替えられたものが加わる。

調症の急性期治療モデルに準じて作られている。

その一方で同法の精神鑑定において同法の医療を受けさせることが必要か否かを判断するときには、治療反応性を検討することが必要となる。このとき同法指定入院医療の「手厚い医療」の成果を期待する視点と、「統合失調症の急性期治療モデル」の限界という視点で判断に迷うことがある。反社会的で衝動的なパーソナリティ傾向を持つ対象者や物質依存、発達障害に関わる対象者の場合などでは問題は深刻である。

### 3. 医療観察法の精神鑑定や同法指定医療における診断変更の問題

第4章の2.で触れたように医療観察法の鑑定入院や指定入院医療の中で、それまでの診断と異なる診断がなされることがある。特に指定(入院・通院)医療の中で診断が変更された場合どのように対応したら良いであろうか。刑事司法における精神鑑定の診断は事後変更はしないのが通例であるとのことである。特に確定裁判による決定に際して採用された診断を事後的に変更することは原則的にはできない。第2章に触れたとおり医療観察制度は確定裁判後に処遇申し立てがなされることがある。この医療観察法による処遇中も当初審判での診断を事後的に裁判所レベルで変更することは望めないであろうか。

第4章に示したように指定医療の中での診断変更は、情報の質・量の違いによる診断の精度や妥当性の問題にとどまらないものを含む。それは指定医療の処遇中は処遇の節目ごとに処遇終了までの間、指定医療機関から裁判所に治療内容や経過および治療反応等の医療情報を伝達し続けるのであるから、その中で肝腎の診断についてその診断変更が処遇終了まで認められないとすれば、指定医療機関の関係者のモチベーションに関わる問題となるからである。診断と治療方針は医療におい

ては不可分の問題であるので、医療の実施主体において「診断変更を決定できない」とすれば治療の進め方にも大きな障害になりうる。

しかし一方で、同法指定医療機関というごく一部の施設に従事する者のみが裁判所の決定事項に変更を加えられるとすることにも問題はあつた。法律の運用はできるだけ平等性・普遍性が重要であるからである。今後各方面の関係者の入念な検討が必要であろう。

## 6 おわりに

医療観察制度は新しい制度である。まだまだハード、ソフト両面での不備は多い。しかしこれは医療観察制度の不備というよりも日本の精神医療と刑事政策の不備の結果であるとみなすべきであろう。呉秀三<sup>1)</sup>が1918年の報告で日本の司法精神医学・医療の未整備を嘆いて以来の懸案がようやく1つの解決の糸口をつかんだといえよう。まさにパンドラの箱を開けたところといえるのかもしれない。この未熟な医療観察制度でこれまでの日本の司法精神医学・医療の宿題が一気に解決できるものとは思われない。

われわれは歴史的にも国際的にも広い視野に立って、関係者と協力しつつ、また国民の理解を得る努力をしつつ、問題を1つひとつ解決してゆくしかないであろう。

本稿は第3回日本司法精神医学会大会(2007年東京)における発表演題をもとにしております。

### 文献

- 1) 呉 秀三, 榎田五郎: 精神病者私宅監置の実況及び其の統計的観察. 内務省報告(1918). 復刻版: 創造出版, 東京, 1973

\*

\*

\*

# 精神医療と個人情報保護法

柑本美和

## 「 1：問題の所在

精神医療を実践する際には、患者の医療情報を使用することが不可欠である。よりよい医療を患者に提供するためには、医療関係者が情報を共有した上で、最善の策を探ることが必要となる。さらに、その情報が医学研究に役立てられることによって、新たな治療法が生み出される可能性も高くなる。このように患者の医療情報は、適切に利用されれば患者本人に利益をもたらすことになる。

その一方で、病気に関する情報、特に精神疾患に罹患しているという事実は、即、社会的偏見と結びつく。他人に知られることによって、例えば居住先や就職先の選択などに際し差別を受けるなど、患者本人の不利益に作用する可能性も生じる。内閣府が平成15年に行った「個人情報保護に関する世論調査」の結果においても、精神医療の情報に限定されているわけではないが、「個人の病歴・身体の障害などの記録」は、他人に知られたくない個人情報の第五位に挙げられている<sup>1</sup>。患者本人が、その情報を他者に漏らしたくないと考えるのはもっともである<sup>2</sup>、医療関係者には医療情報の取り扱いにつき一層適切な配慮が求められているのである。

しかし、患者と医師とが一對一で対応していた医療モデルは、現在ではもう過去のものである。現在の医療現場ではチーム医療が主流となり、医師、看護師、ソーシャルワーカー、リハ

ビリワーカーなど、多数の医療従事者が一人の患者に関与する。患者への医療提供のために、患者の医療情報が、これら医療スタッフの間で共有されることは当たり前のこととなり、さらに、診療費の請求などといった事務の関係上、患者の医療情報が外部へ提供されることも通常である。

精神医療の現場も例外ではない。しかも、精神医療が他の医療と異なるのは、それに加えて、入院中心医療から地域精神医療の時代へと医療構造が大きく変革しているという点である。患者が病院の中だけで治療を受けている場合には、チーム体制で医療が行われても、医療情報は病院内部に留まっていた。しかし、地域精神医療は、医療機関だけでなく精神保健福祉センターや保健所、社会復帰施設等との連携の下に行われる。つまり、患者は地域において保健、医療、福祉の総合的なケアの対象となり、多くの人々が精神保健多職種チームとして患者の社会復帰に向けたケアに関与する。そこでは、ケアの現場における医療・福祉・保健の各関係者の適切な医療情報共有が、患者のスムーズな社会復帰を図るために不可欠とされる<sup>3</sup>。

精神医療の現場では、個人情報保護法が全面施行されて以降、医療情報の共有に躊躇が見られ混乱が生じているという<sup>4</sup>。そして、患者への適切な医療提供を妨げる事態を引き起こすことが危惧されている。

本稿は、このような問題状況を踏まえた上で、