

いて、精神保健福祉法に準拠した医療が提供されればよいとされ、精神保健判定医等養成研修において「鑑定入院ガイドライン」が示されているのみである。このため、特に鑑定及び医療的観察を担当する鑑定入院医療機関の医師や看護師等の実務者からは戸惑いの声が多いのが現状である。

医療観察法の鑑定とは、対象者の精神状態の判断のみならず、その治療反応性や社会復帰を促進又は阻害する要因の分析も含めて多角的に検証した上で処遇決定に関する意見を述べるものであるため、鑑定を円滑に行うためには対象者の鑑定入院中の処遇を適切に行う必要がある。一方で、我が国においてはこれまで、鑑定という司法精神医学的取り組みがともすると精神科臨床から乖離した独自の作業であるかのように見なされてきた経緯があり、鑑定と医療とを相互協働して成すことのイメージがわからないと感じる実務者も多いようである。

鑑定を行う人材を育成するためには、この医療観察法鑑定の本質ともいえる論点を整理して明確に教示することが必要である。我々は上記のような問題意識に立ち、実務面における標準的な鑑定入院処遇についてのコンセンサスを作ることを試みた。

B. 研究方法

当分担研究においては、以下の2つの研究を遂行した。

まず、鑑定入院で遭遇する可能性のある各種の想定状況への対応に関して、既に鑑定入院に積極的に関与しているいわば鑑定入院に関するエキスパートと呼ぶべき人材に対して、アンケート調査を行い、その対応方針に関するコンセンサスが成立するか

どうかを確かめることとした。

アンケートの対象として、精神保健判定医資格を持ち、鑑定入院医療機関に勤務経験のある50名の医師を選定し、郵送による回答を求めた。

質問項目は別表に挙げたとおりである。計60項目の想定状況に対し複数の治療選択肢を用意し、計336項目の治療選択肢についてそれぞれその適切性を9段階で評価させた。

各選択肢について、3つの適切性範囲(1~3, 4~6, 7~9)間の得点分布についてカイ二乗検定を行い、偶然に起こるとは考えにくい($P<0.05$)分布からコンセンサスの有無を確認した。また、エキスパートの過半数が9点を選択した治療選択肢を最善の治療を位置づけ、得点分布の95%信頼区間(CI)が6.5以上の選択肢を一次選択、3.5以上の選択肢を二次選択と位置づけた。

もう一つの研究は、鑑定入院の看護に関するものである。千葉大学医学部附属病院精神科病棟に鑑定入院した対象者の看護記録から具体的な看護場面を抽出し、KJ法を用いて鑑定入院の看護についての概念図を作成した。続いて、鑑定入院の看護の経験を有する他施設2箇所の看護師から「鑑定入院で困難と感じたことは何か」「鑑定入院の看護とは何か」等に関する聞き取り調査を行い、概念図の外的妥当性の検証を行った。詳細については別掲する。

(倫理面への配慮)

本年度に当分担研究班で行った各研究はいずれも患者への介入的内容を一切含んでおらず、また患者の個人情報は一切取り扱わないものである。なお、当該の各研究は、それぞれ鑑定入院エキスパートコンセンサ

ス研究及び鑑定入院看護研究と称して、千葉大学大学院医学研究院における倫理審査委員会でその倫理的妥当性に関する審議を受け、承認されたものである。

C. 研究結果

鑑定入院エキスパートコンセンサス研究の結果は下記の通りである。

(1) 回答率及び結果概要

鑑定入院エキスパートコンセンサスに関するアンケート調査においては、計 50 名のエキスパートのうち 42 名から回答を得た。回答率は 84% である。

計 60 項目の想定状況に関する計 336 の治療選択肢について解析を行い、89.3% にあたる 300 項目についてコンセンサスが成立していることが確認された。また、治療選択肢のうちエキスパートの過半数が 9 点を選択し、最善の治療と位置づけられたのは計 29 項目であった。

(2) 総論(構造面)

鑑定入院を行うためには豊富な医療資源が必要であるということでエキスパートの見解が一致していた。鑑定入院を行うべき場所としては国立精神・神経センター病院や鑑定入院専用の医療機関が最善の選択肢として採用された。鑑定入院対象者を受け入れる病棟としては少なくとも精神科急性期治療病棟の構造が必要と考えられた。病棟に備えるべき構造として、面接室には 2 箇所の出入り口を設けること、シャワーはホースなしのものを採用することが推奨された。鑑定入院病棟のアメニティ用品としては新聞とテレビの設置が望ましい

とされた。

(3) 総論(人員面)

鑑定入院を行うための人的資源についても一定の配慮が必要であることが示されている。鑑定入院医療機関に精神保健判定医や精神保健指定医が常勤していることは必須であると考えられた。また、鑑定入院対象者を処遇するに当たっては 10 対 1 以上の看護基準が必要とされた。配置職員として、看護師はもちろん、作業療法士や精神保健福祉士、臨床心理技術者の参与も強く推奨されたが、このうち作業療法士と精神保健福祉士については、具体的業務として鑑定書作成の補助を分担すべきかどうかについてコンセンサスが得られなかった。

鑑定入院に当たっては多職種チームを結成することが強く推奨された。チームの要員として前述の各職種が必須であるが、薬剤師や栄養士をチームに加えるかどうかは意見が分かれた。またチーム会議の適切な開催頻度についてもコンセンサスが得られなかった。

鑑定入院が開始されると裁判所から鑑定医が指名されるが、鑑定医と主治医との関係については、別の医師がそれぞれを担当し相互意見交換を行うことが推奨された。また治療方針についても両者で相談の上で決定することが望ましく、両者の見解が異なる際には最終的には主治医の方針を推奨することがより望ましいとされた。

(4) 鑑定開始前

鑑定入院の依頼があった際に鑑定入院を受け入れるか否かについては、事前に対象者に関する情報、特に他害行為の

内容を聴取した上で、受入の可否を判断するという意見が多かった。

医学生の実習の対象に鑑定入院対象者を含めるか否かについてはコンセンサスが得られなかった。

(5) 診断と治療

鑑定入院初日に対象者の病歴聴取とバイタルサインの確認を行うことは必須とされた。また、家族からの病歴聴取、社会復帰調整官との相談、血液検査、知能検査、人格検査、脳波検査については鑑定入院中に行うことが必須であるとされた。脳MRIの施行も第一選択と考えられた。

薬物療法については、他の患者同様、鑑定入院対象者に対しても病状改善のために最善を尽くすべきであるとされた。他方、精神療法においては、鑑定入院中に対象者に自己の行った他害行為への振り返りを促すかについては意見が分かれ、患者治療者関係の構築、支持的な精神療法、精神疾患に関する心理教育の実施が推奨された。

(6) 治療に関する同意の問題

鑑定入院は必然的に対象者の行動を制限する性質を有しているため、治療に関する同意の問題が避けて通れない。エキスパートは個々の治療行為に関して対象者本人の理解に基づく同意を得られるように最善を尽くすが、なお同意が得られない場合には強制的な治療を行う必要があるとしている。鑑定入院当初から隔離や拘束を行うか否かについては対象者の状態により臨機応変に判断すべきであり、また対象者の病状が安定し次第早急に開放を検討すべきである

とされる。対象者による直接的な暴力のほか、自殺企図やそのほめかし、器物破壊行為も隔離又は拘束を検討すべき事象とされた。

(7) 審判

審判期日を経た後も、対象者の鑑定入院処遇が終了するまでの間は対象者への治療を継続し、病状のさらなる改善を目指すべきである。またその間に対象者の精神科診断を考え直すに値する新たな事実が発覚した場合には、その旨を早急に裁判所に連絡すべきであるとされた。

(8) 個別臨床状況

その他の論点として以下のような状況に関する治療選択肢が検討された。

病歴が不明で明らかな精神病症状のない対象者が殺人を行ったような事例については、数日間は薬剤の投与を行わずに経過観察することも検討することが推奨された。

病識がないために治療を拒絶しているが不穏ではない対象者に対して強制的な投薬等を行うかについて、エキスパートはあまり積極的ではなく、病状説明と受療の説得を繰り返すことのみが推奨されていた。

病状の安定した対象者について、他害行為の話題をあえて避けることは推奨されないが、対象行為の直面化を積極的に行うべきかについては意見がやや分かれた。

鑑定入院中の対象者に電気けいれん療法を行うかどうかについては、コンセンサスが得られなかった。

また、鑑定入院看護研究の結果としては、

鑑定入院で行われる「鑑定」と「医療的観察」との間にはギャップが存在すること、鑑定のために医療的観察を最小限にする「鑑定第一主義」と、医療及び看護を手厚く実施していくことで患者の自立を促す「社会復帰第一主義」との二者択一では患者に対し何らかの不利益が生じるおそれがあり、双方の融和が必要であることが明らかになった。

D. 考察

鑑定入院制度が始まって4年が経過しているが、種々の報告によると鑑定入院及び鑑定の質については地域格差や施設間格差が非常に大きいことが示されている。その理由として、鑑定入院という制度そのものが本邦の精神医療になじみが薄いものであり、多くの地域又は施設において手探りで鑑定入院のあり方を模索しているのが現状ではないかとの推測が成り立つ。

しかしながら、今回の調査においては、少なくとも鑑定入院エキスパートの間では鑑定入院中の各種状況に対してどのように判断するかについて、一定のコンセンサスが成立していることが示された。この結果を広く伝えていくことにより、鑑定入院の均霑化とその質の底上げが果たされる可能性があるといえる。

他方、エキスパートの間でも意見の一致を見なかった論点として、対象者に対する他害行為への直面化と、電気けいれん療法の施行が挙げられる。

対象者が自らの他害行為を振り返り、その意味を理解して再発を防ぐ力を会得することは、司法精神医療の本質であり、医療観察法における治療手順にも収載されてい

る。しかし、処遇がまだ決定していない鑑定入院の段階でそのような取り組みを行う必要があるのかは疑問である。他方、鑑定入院の実務者としてみれば、対象者と関わっていく際にあえてその他害行為についてまったく触れないというのは困難であるし望ましい関わりとも言えないであろう。この点は鑑定入院が鑑定でもあり治療でもあるという特殊な性質と深く関与している問題であり、制度全体との整合性も勘案しつつより深い議論が必要なテーマであろう。

また、電気けいれん療法に関しては、健忘の副作用を起こすことから原則として鑑定入院中に行うべきではないという見解が先行研究により成されている。しかしながら自殺企図や悪性症候群などの事象において、電気けいれん療法を行わなければ対象者の生命を損ないかねない状況も理論上は存在する。その際にどのような判断基準でどのような手続きを経て治療選択肢を決定するのかについて、今後コンセンサスを作っていく必要があるかもしれない。

E. 結論

本年度の研究においては、鑑定入院に関する諸問題について、エキスパートによるコンセンサスの有無及び程度を明らかにするとともに、鑑定入院医療機関に従事する看護師の視点から見た、鑑定と医療的観察の齟齬という本質的な問題についても一定の示唆を得ることができた。この結果を踏まえ、鑑定入院に関与する人員に対する教育啓発を行うことにより、鑑定入院の質の向上に寄与できるものと考えられる。

F. 健康危険情報

なし。

G. 研究発表

1. 論文発表

本研究成果の一部を The Expert Consensus of Admission for Psychiatric Examination: A National Survey in Japan for New Forensic Mental Health System として投稿中である。

2. 学会発表

なし。

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし。

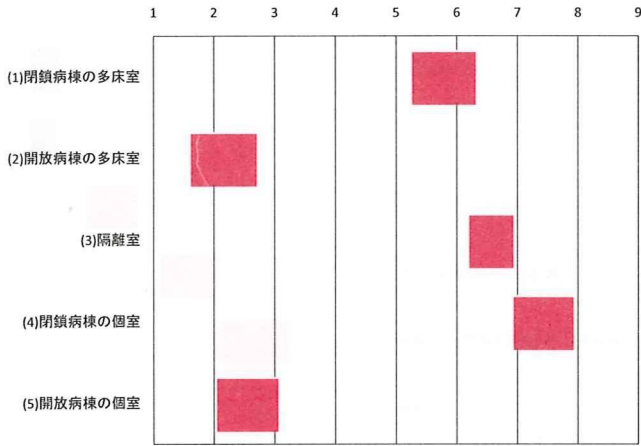
2. 実用新案登録

なし。

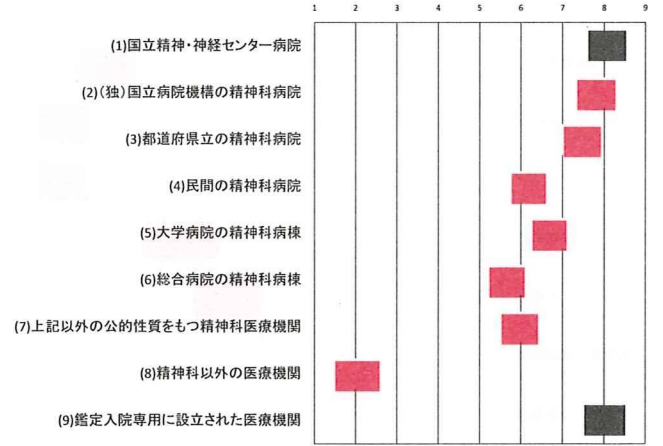
3. その他

なし。

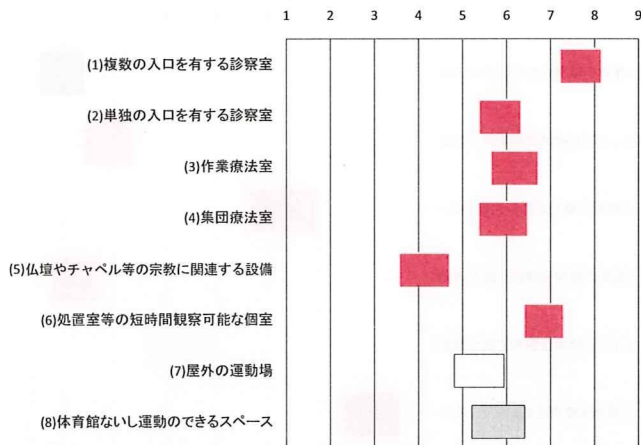
鑑定入院対象者を処遇する病室



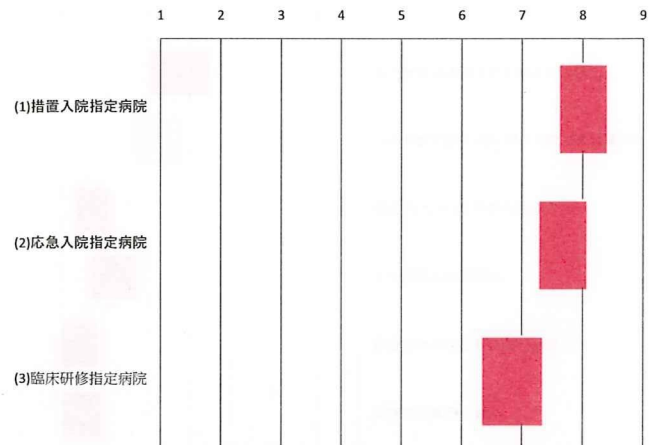
鑑定入院医療機関の設置主体



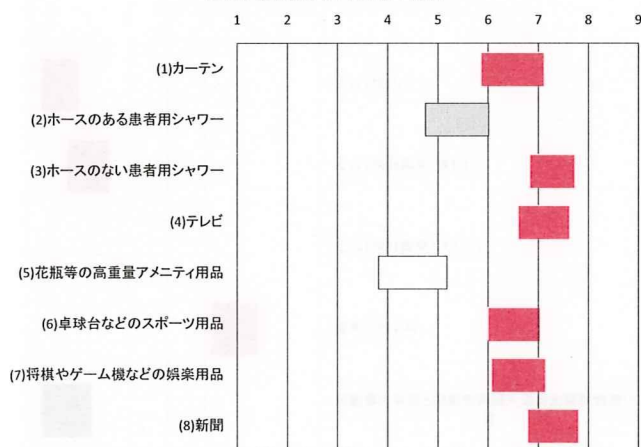
鑑定入院病棟が備えるべき構造



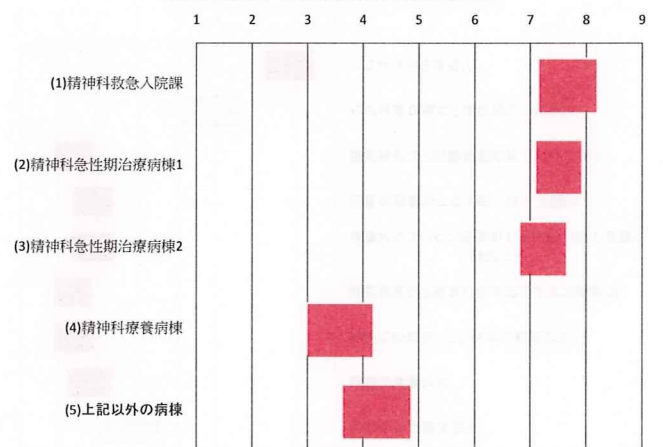
鑑定入院医療機関が備えるべき性質



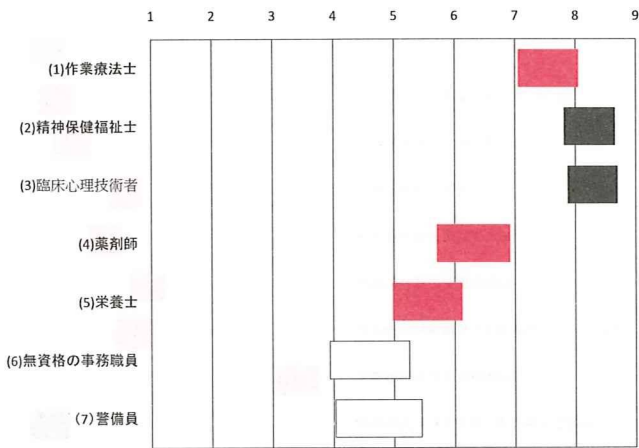
鑑定入院業務を行う病棟の設備



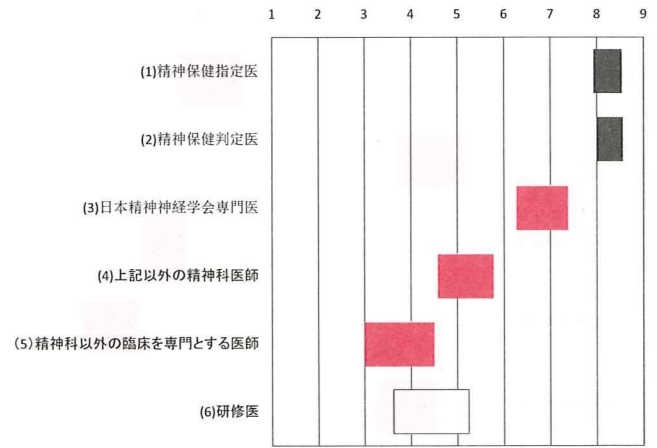
鑑定入院病棟の看護配置及び保険診療区分



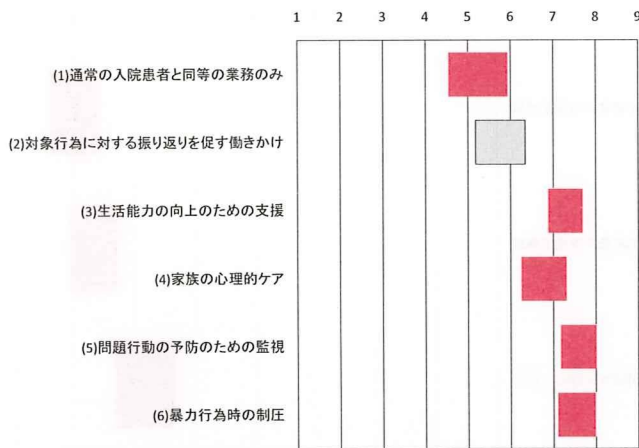
鑑定入院業務に携わる職員



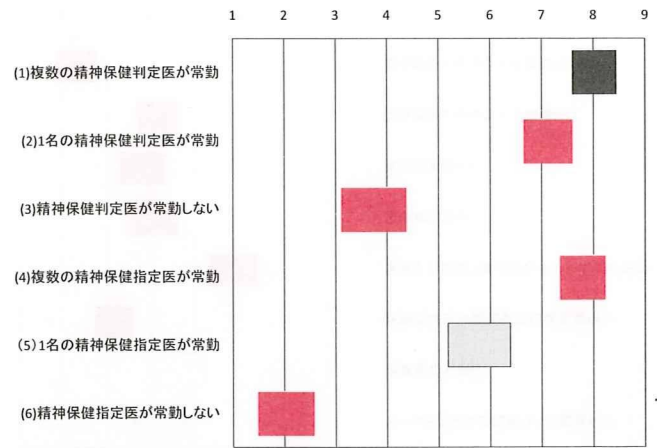
鑑定入院医療機関に勤務する医師の資格等



鑑定入院業務を行う看護師の役割



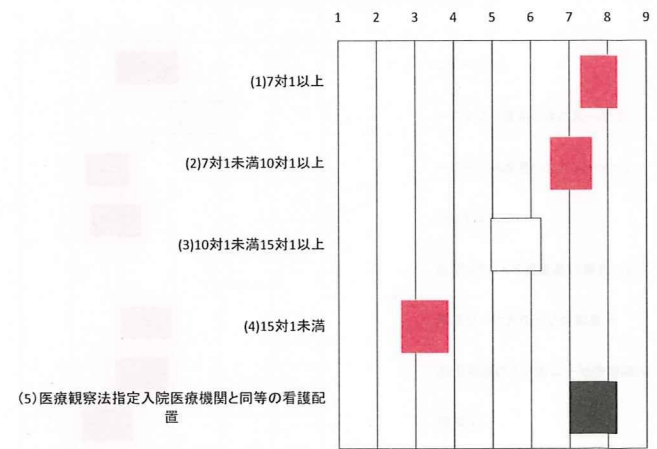
鑑定入院医療機関に勤務する精神科医師の資格等



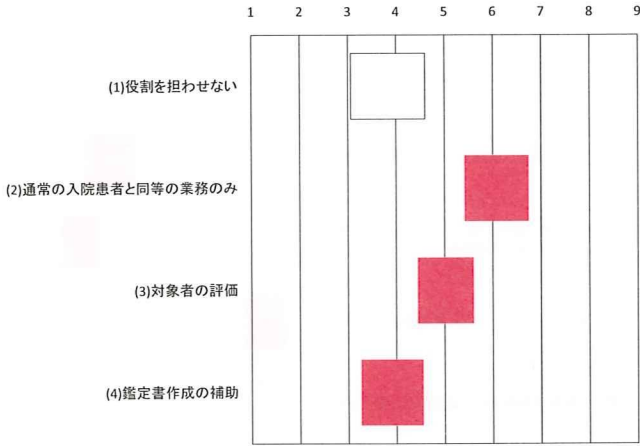
鑑定入院業務における精神保健福祉士の役割



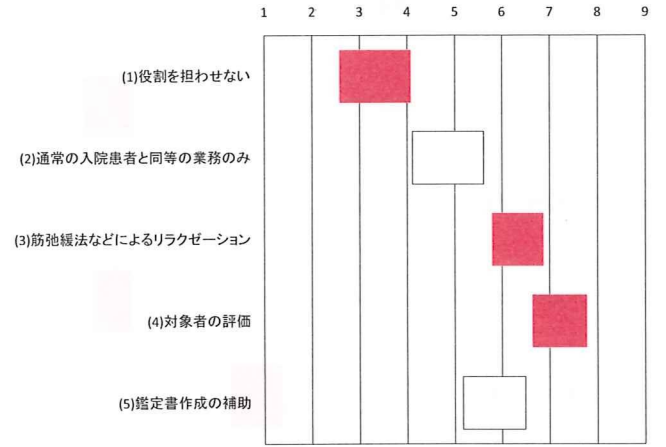
鑑定入院病棟に勤務する看護師の人員配置



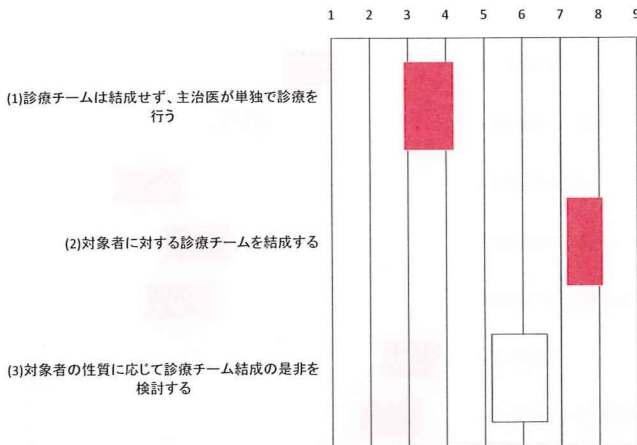
鑑定入院業務における栄養士の役割



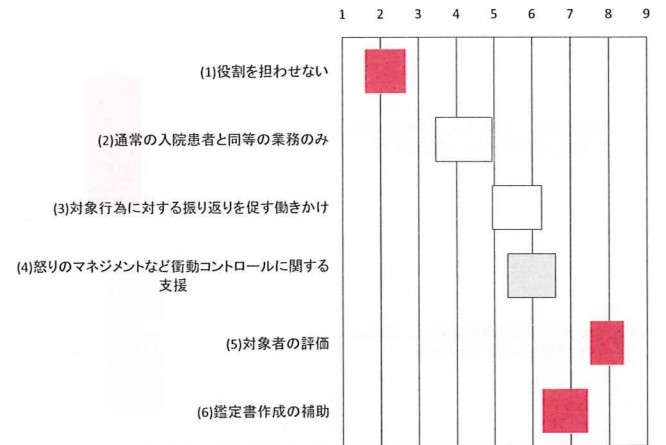
鑑定入院業務における作業療法士の役割



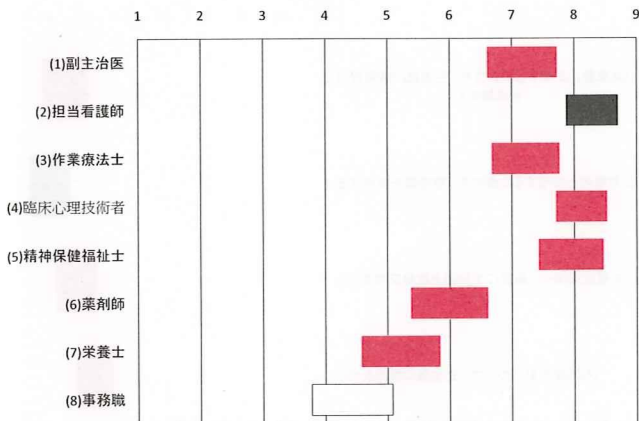
鑑定入院を担当する診療チームのあり方



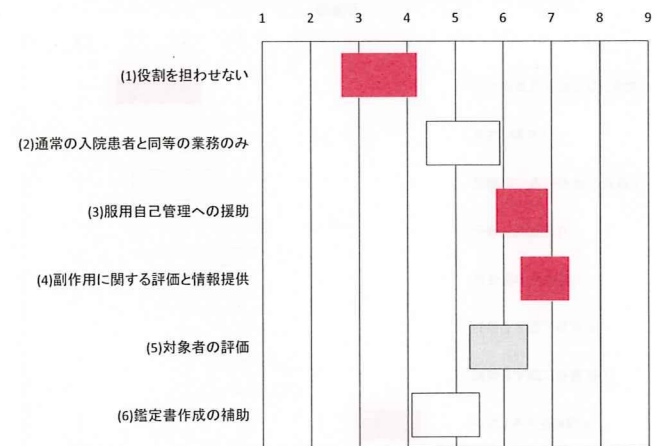
鑑定入院業務における臨床心理技術者の役割



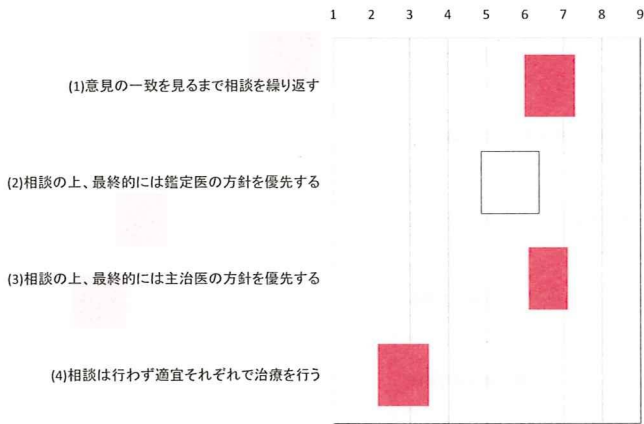
鑑定入院を担当する診療チームを結成する際、どの職種をチームに加えるか



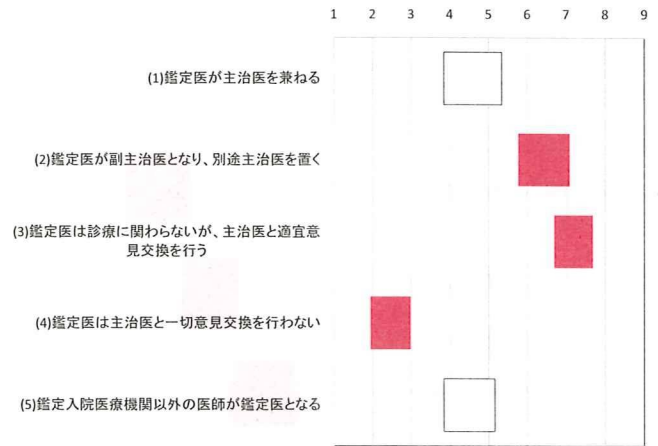
鑑定入院業務における薬剤師の役割



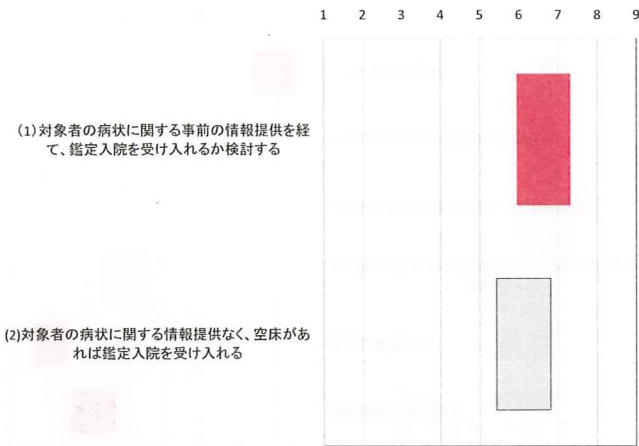
鑑定医と主治医が異なり、鑑定入院対象者の治療方針について見解の相違がある場合の対処



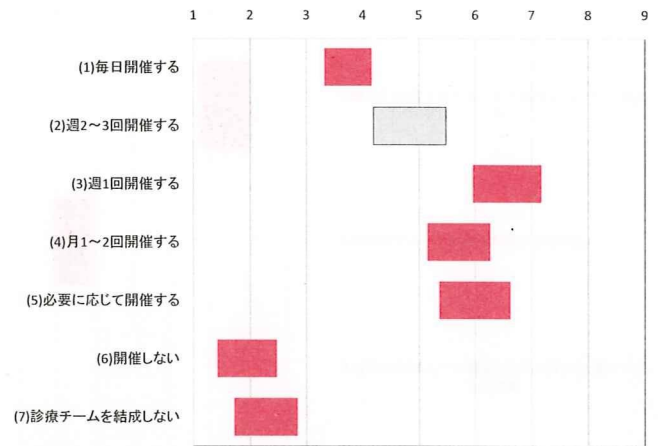
鑑定医と主治医の関係



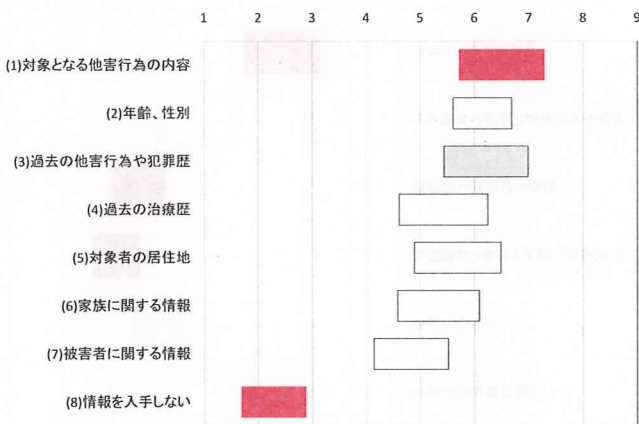
対象者の鑑定入院を受け入れるか否かの検討



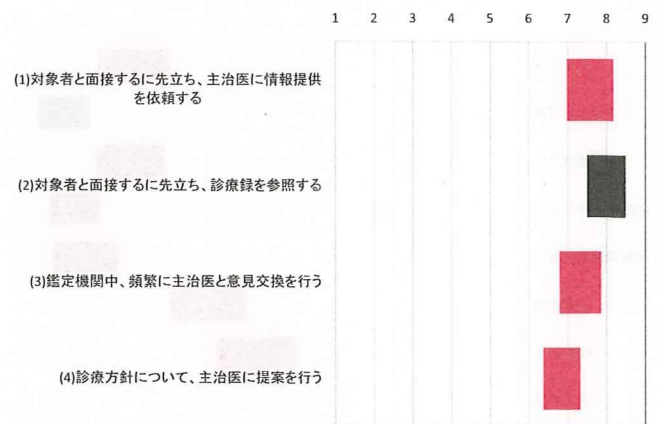
鑑定入院を担当するチームがチームカンファレンスを開催する頻度



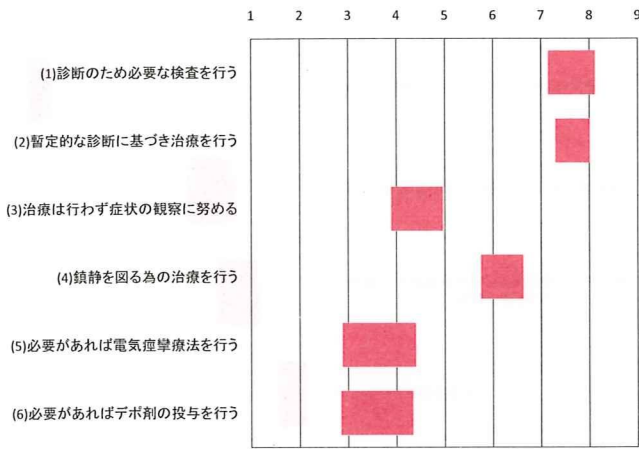
対象者の鑑定入院を受け入れるか否かの検討にあたり考慮に入れる情報



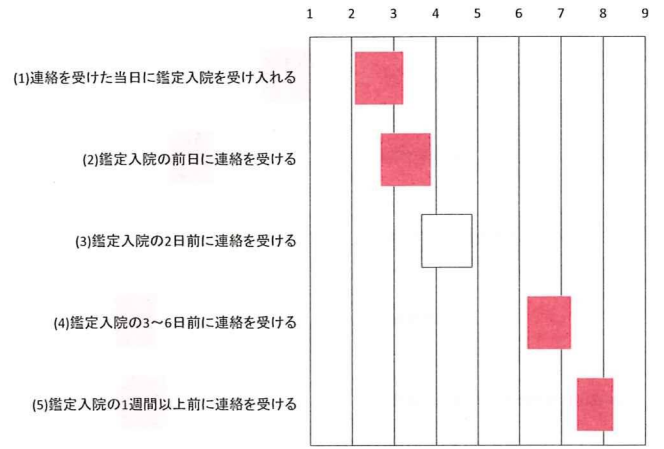
鑑定医が所属施設以外の鑑定入院医療機関で鑑定を行う場合について



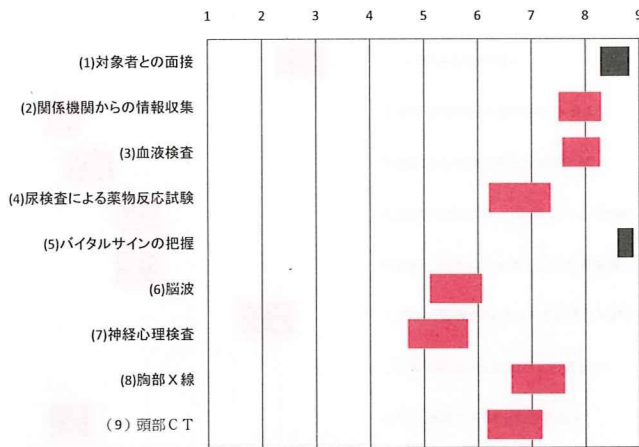
鑑定入院後、鑑定命令が発せられるまでの間の対象者の処遇



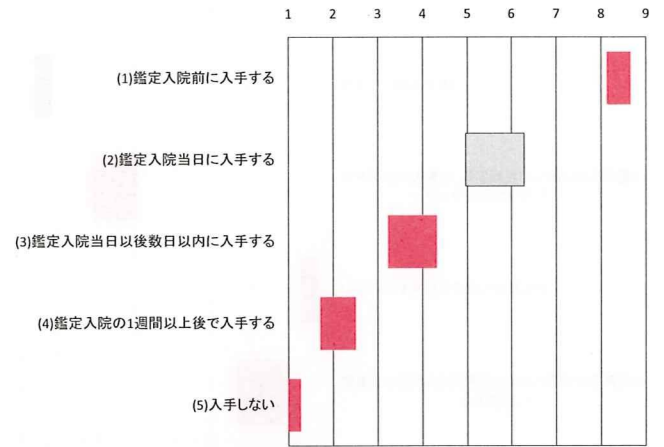
鑑定入院の受け入れに関して入院前に連絡を受けるタイミング



鑑定入院当日に行うべき面接及び検査



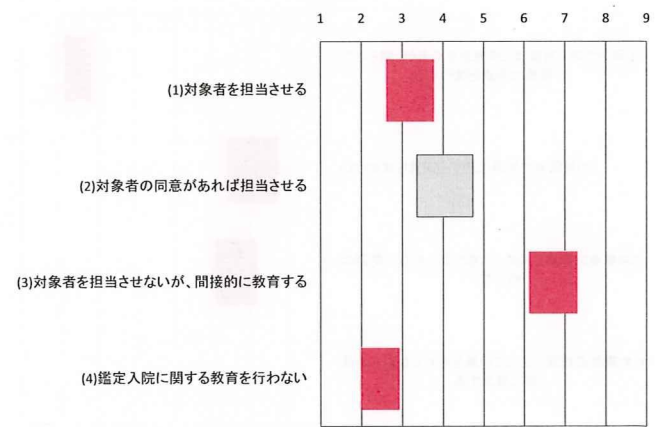
鑑定入院対象者の資料を入手するタイミング



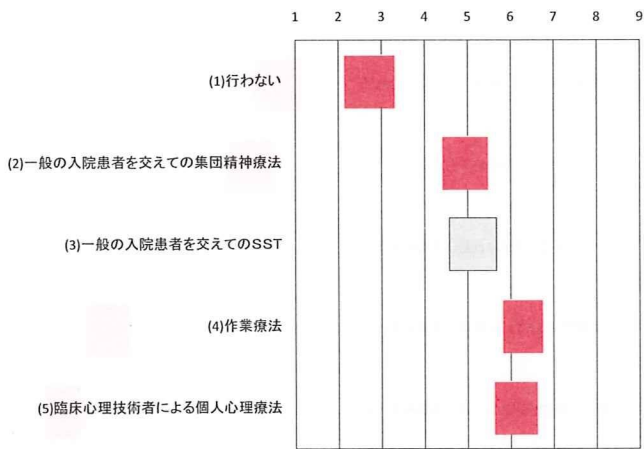
鑑定入院期間中に行うべき面接及び検査



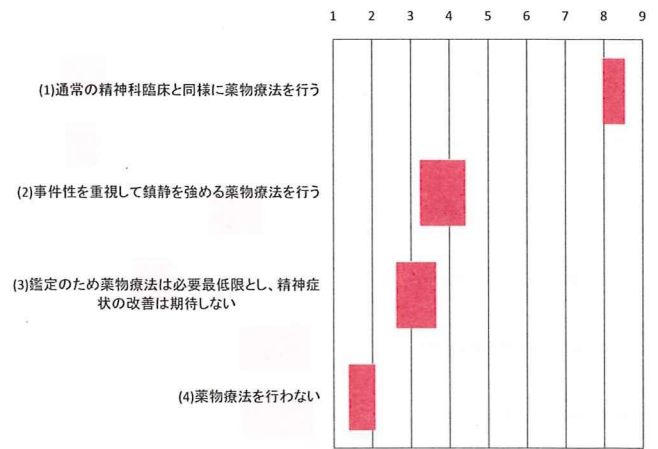
医学生が実習で鑑定入院病棟を訪れた際、鑑定入院対象者を担当させるか



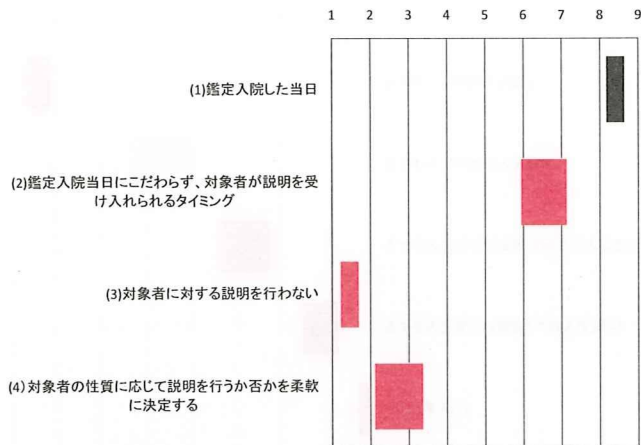
鑑定入院対象者へのチーム医療による精神療法的アプローチ



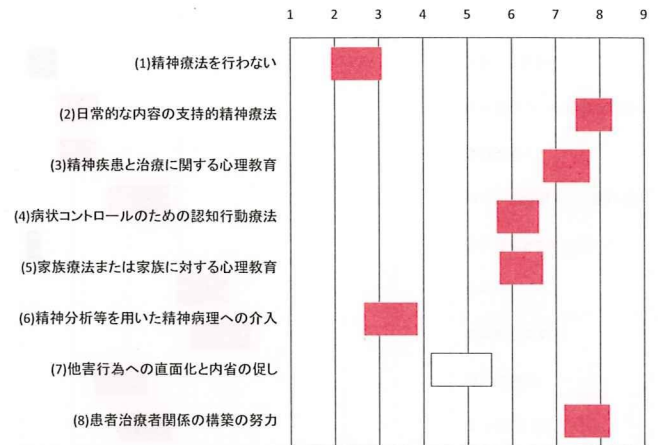
鑑定入院対象者に対する薬物療法の基本的な考え方



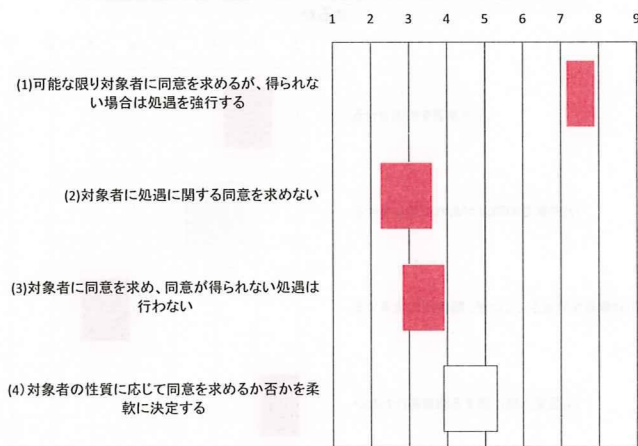
鑑定入院対象者に鑑定入院に関する説明を行うタイミング



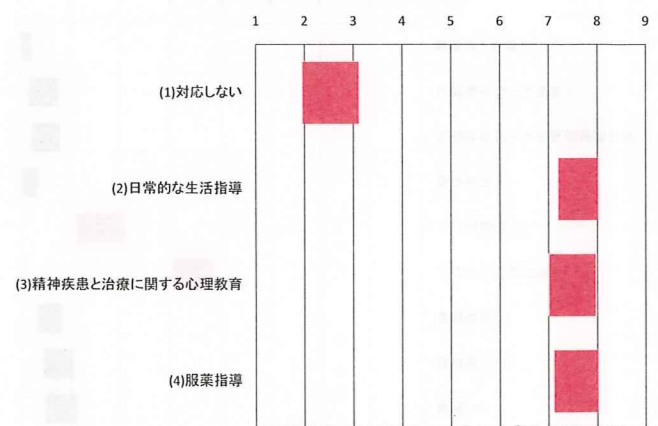
鑑定入院における精神療法の基本原則



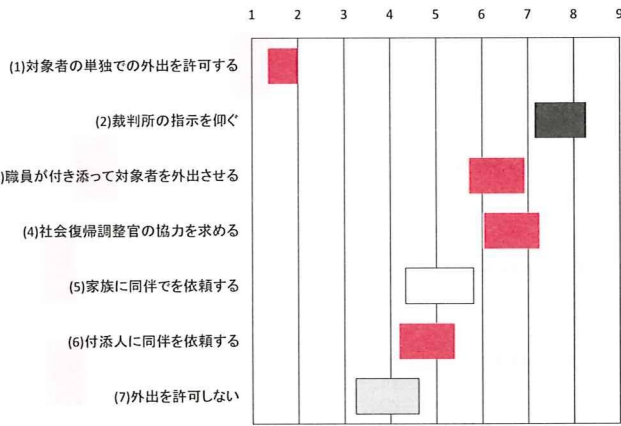
鑑定入院対象者の処遇について対象者に同意を求めるか



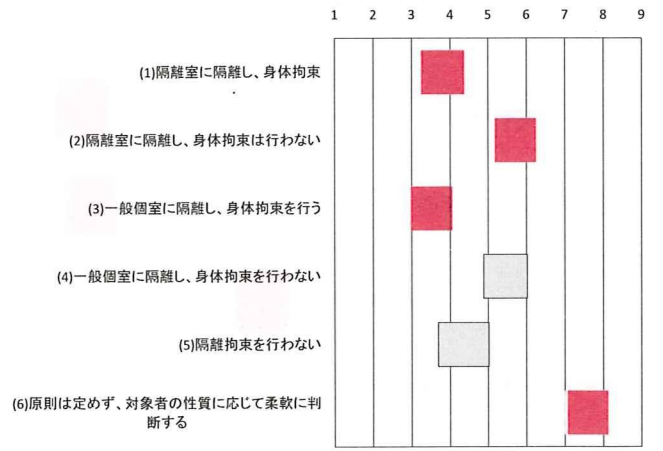
服薬を継続し精神症状は安定しているものの治療の必要性を理解していない統合失調症の対象者への対応



鑑定入院対象者の親族が急病で死去し、対象者が葬儀への参列を希望している場合にどう対応するか



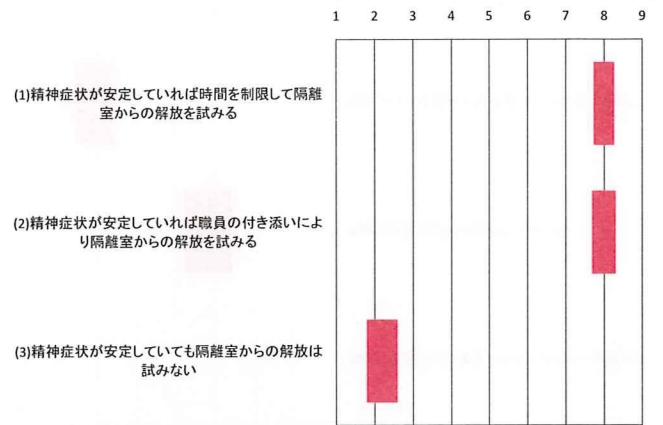
鑑定入院当日において鑑定入院対象者にどのような処遇を行うか



鑑定入院対象者の鑑定が終了し、審判を待っている間において、対象者及び家族が外泊を希望した場合(対象者の精神症状は単独での外泊が可能な程度に安定している)



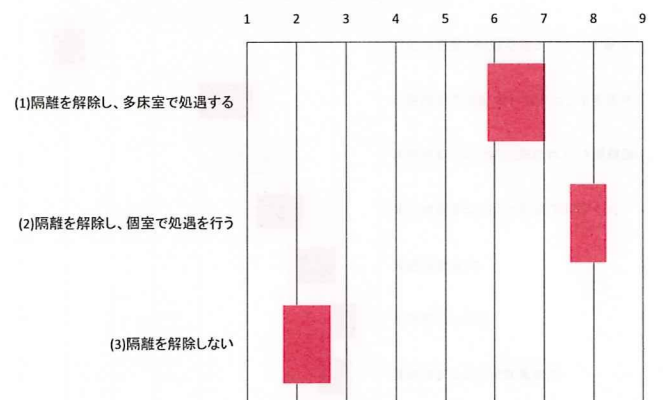
鑑定入院当日に隔離を要した鑑定入院対象者について、入院後数日を経た段階での処遇



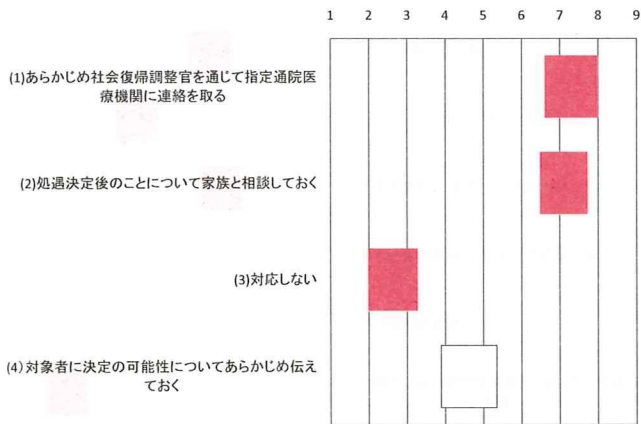
対象者を隔離または拘束するべきか



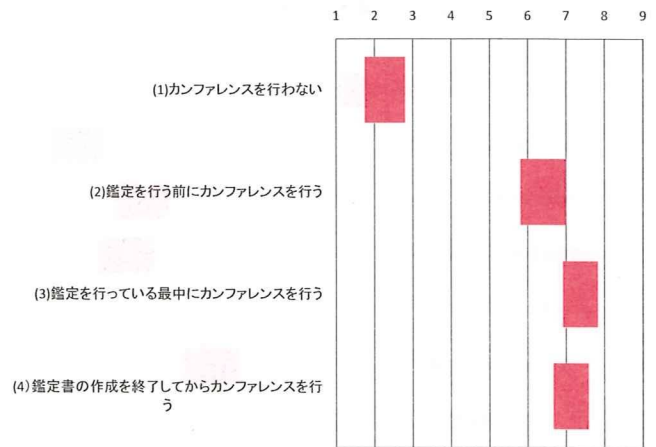
鑑定入院当日に隔離を要した対象者について、入院後数週間を経て症状評価及び初期治療を行い、精神医学的に隔離を要する(には至らない)と判断できた場合の処遇



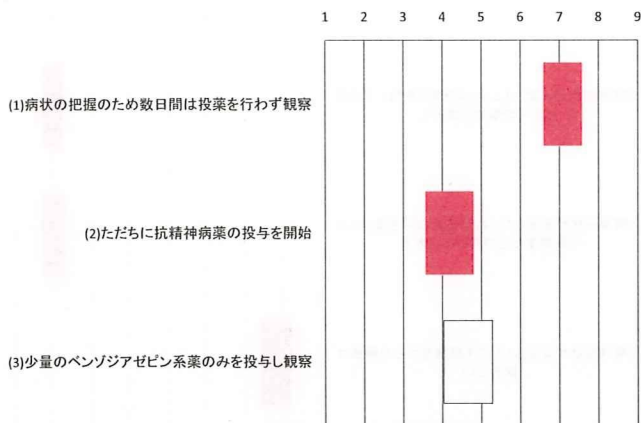
鑑定入院対象者の病状が安定しており、通院決定が出される可能性が高いと判断される場合の対応



審判における関係者のカンファレンスの開催



対象行為が殺人で、過去の病歴が不明であり、はっきりした幻覚又は妄想の存在が確認されない場合



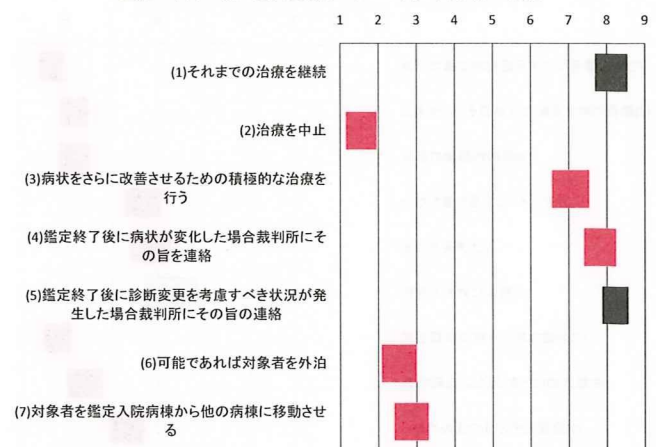
鑑定入院対象者の治療反応性を判断する際にどの程度の期間をかけるか



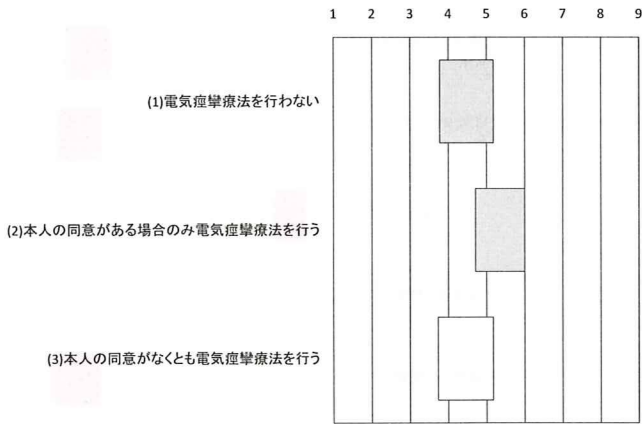
病識がなく服薬を拒否しているものの不穏な様子ではない対象者への対応



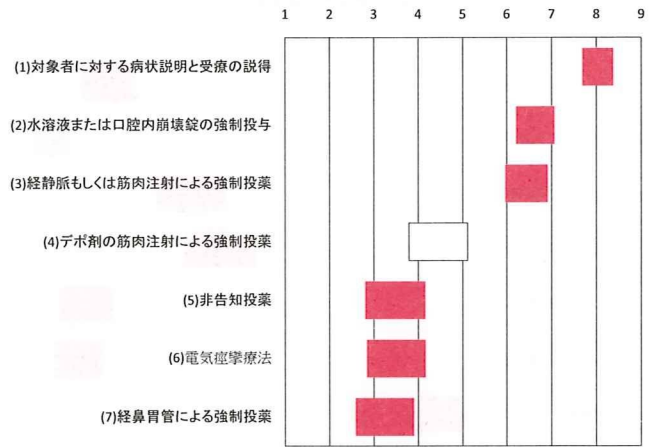
鑑定が終了し、処遇決定を待つまでの間の対象者の治療



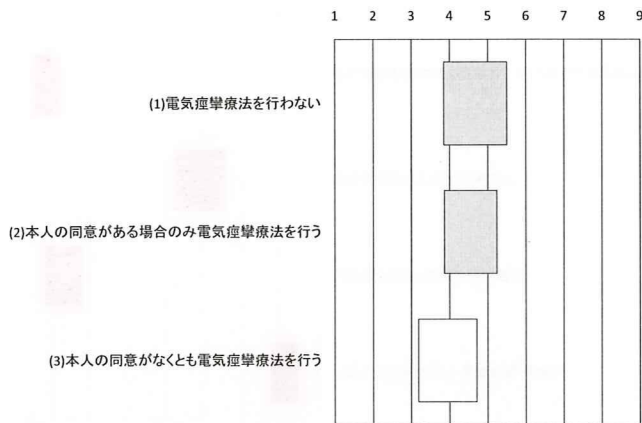
希死念慮が強く拒食拒薬が続いているうつ病の鑑定入院対象者に対して電気けいれん療法を行うか



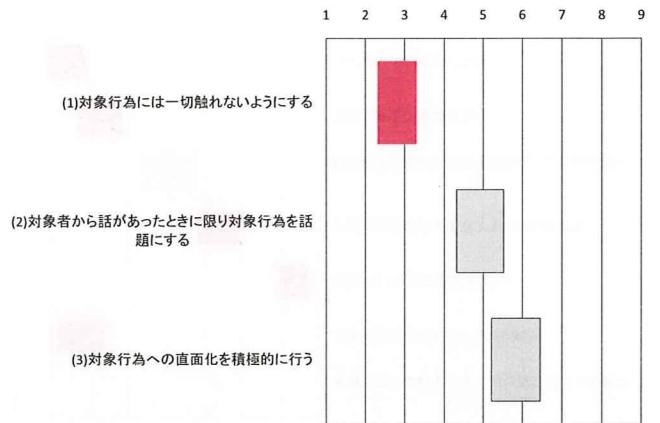
病状により不穏で暴力行為のおそれの高い対象者への対応



初期治療により悪性症候群を発症した鑑定入院対象者に対して電気けいれん療法を行うか



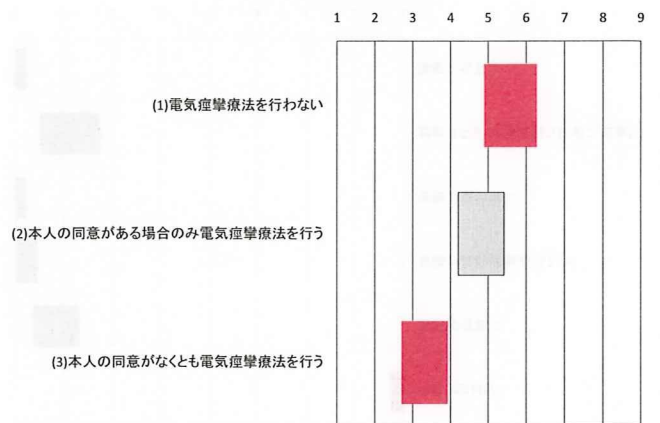
病状の安定している鑑定入院対象者に対して対象行為への振り返りを促すか



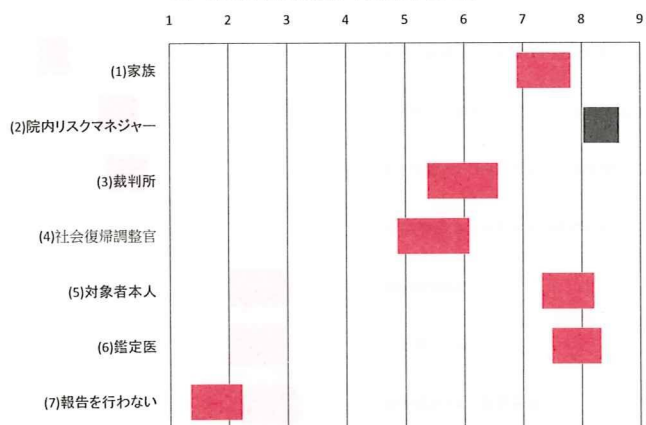
鑑定入院対象者に対して電気けいれん療法を行うにあたり同意を得るべき相手



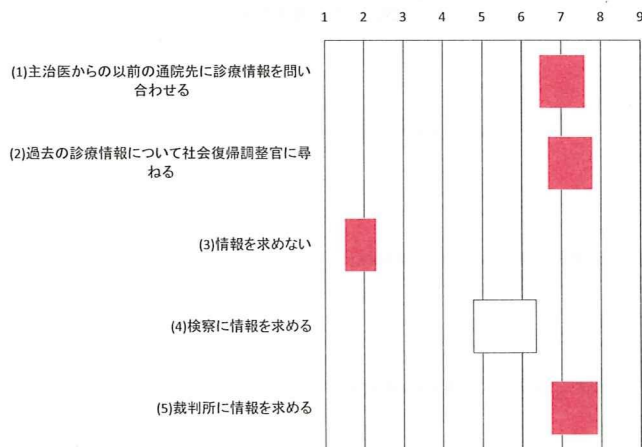
薬剤抵抗性の幻覚妄想状態が続く統合失調症の鑑定入院対象者に対して電気けいれん療法を行うか



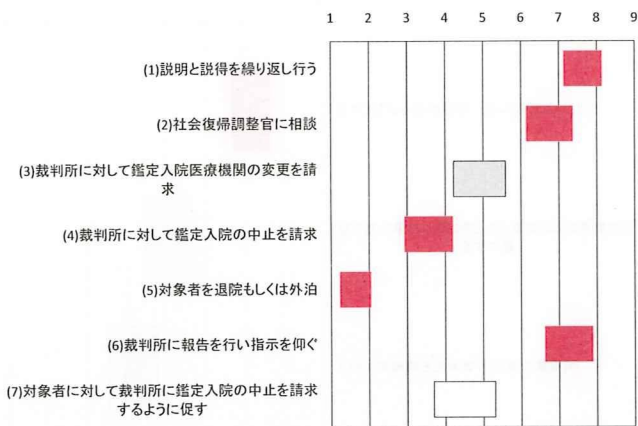
鑑定入院対象者に誤投薬が発生したものの有害事象の発生には至らなかった場合、誤投薬の事実を伝える相手



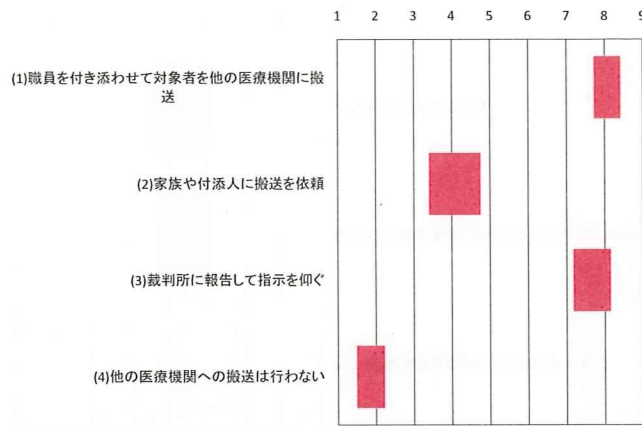
鑑定入院対象者が過去に他院で精神医療を受けていた場合の対応



対象者が鑑定入院中の処遇に不満を持ち法的手段を考えている場合の対応



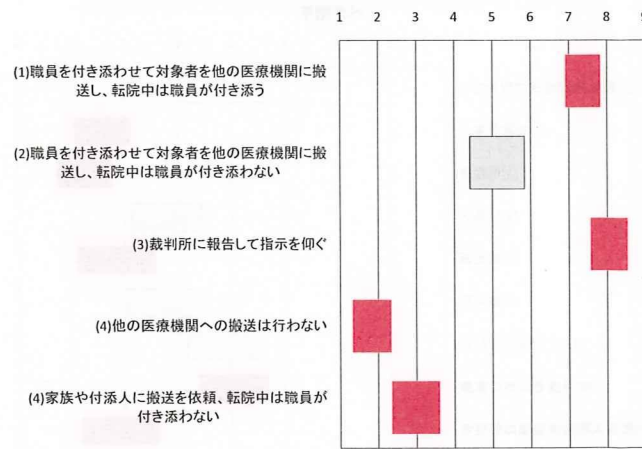
身体疾患のため鑑定入院医療機関では行えない検査が必要となった場合の対応



対象者が鑑定入院医療機関から無断退去し行方が分からなくなった場合の対応



鑑定入院対象者に生命に関わる身体合併症が生じた場合の対応



○中嶋秀明、山本 美佐江、笠井 翔太、
森内 加奈恵、三浦 瑞恵、吉永 尚紀

要旨

鑑定入院に困難が伴う原因の一つには、医師や看護師などそれぞれが鑑定入院で何をすべきか明らかになっていないためであると言われている。

今回鑑定入院の看護とは何かを明らかにするために、1施設における鑑定入院対象者の看護記録から概念図を作製し、他2施設の看護師のエキスパートレビューという形で妥当性を検証した。

結果、医療観察法における医療的観察と鑑定との間にはギャップが存在し、それらが「鑑定第一主義」「社会復帰第一主義」と相容れない方向に向かうという構造が鑑定入院には存在することが明らかになった。

つまり、鑑定入院における看護とは、「医療的観察」「鑑定」それぞれに必要な検査・医療などのバランスを取りながら対象者にとって最適となる関わりを提供することであるとの結論を得た。

Keyword : 鑑定入院、看護、ギャップ

A. 研究目的

平成 17 年の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（以後医療観察法と略す）が施行されてから鑑定入院が行われるようになった。しかしながら、看護師の中には何をしたら良いか分からないという意見や、非常に困難であるとの意見もある。これには鑑定入院の全般に渡っての基準がない事が原因ではないかと言われている。そもそも鑑定入院の看護とは何か、それを明らかにするために鑑定入院となった対象者の看護を記録から振り返ることで「鑑定入院の看護とは何か」を現す概念図の作成を試みたのでここに報告する。

B. 研究方法

千葉大学医学部附属病院精神科病棟（以下当病棟と称す）にて入院となった鑑定入院の対象者 1 名の看護記録から、研究者らが「これは看護である」「こうすれば看護になった」場面を抽出シラ

ベルに記入する。

KJ 法を習得した研究者の指導の元、研究者数名で KJ 法を用いてラベルを分類し「鑑定入院の看護とは何か」についての概念図を作成する。

論理的サンプリングを用いて同様に当病棟に入院となった鑑定入院の対象者の看護記録から場面を抽出し概念図を精製する。

同様の作業を繰り返し概念図に新しいカテゴリが作成されなくなった段階で概念図とする。

作成された概念図を用いて、鑑定入院の看護の経験の有する 2 つの他施設の看護師 3 名から「鑑定入院で困難と感じたことは何か」「鑑定入院の看護とは何か」等の聞き取り調査を半構成で行い概念図の外的妥当性の検証を行う。

（倫理面への配慮）

概念図作成においては、鑑定入院にて行われた記録を対象としているため対象となる個人は存在しない。そのため人権擁護のための配慮は発生

しないが、個人の記録を用いるため個人名はすべて研究に使用する特異なコードによって管理した。

概念図の妥当性を検証する聞き取り調査の際には対象者に研究の概要を別紙にて説明し、研究の参加が任意であること、一旦同意した後も取り消す事が可能である旨を説明書と同意書を用いて説明、同意を得た。

聞き取り調査は看護師3名に1時間程度のインタビューを行う為時間的制約が発生した。聞き取り調査の場所は対象看護師の所属する施設で行ったため金銭的な負担などは発生しなかった。

本研究は千葉大学医学部倫理委員会において承認を得たうえで実施した。

C. 研究結果

図1. 鑑定入院の看護の概念図に得られた概念図を示す。

鑑定入院で行われる医療的観察と鑑定との間にはギャップが存在し、鑑定のために医療的観察を最小限にする「鑑定第一主義」があり、鑑定を優先させるがために看護師には「看護したかった」「これだけしか出来なかった」と言う不満が生まれる。また、医療・看護を手厚く実施していくことで、患者の自立を促す「社会復帰第一主義」には精神保健福祉法による「いつも通りの精神科看護」などが行われている事が明らかになった。結果として、どちらか一方では患者に対し不利益が生じる構造を有していることが明らかになった。

D. 考察

鑑定第一主義に属するラベルとしては、「対象者が入浴するためバスタオルは医療機関が準備するべきであると言われた」や「鑑定に差し支えるから何もしないでほしいと言われた」「衝動性がコントロールできず、男性看護師6名によって入浴介助を行った」などがあった。患者への影響を考え、より対象事象が起きた時の様子をそのま

ま維持しようとするのは十分了解可能である。つまり、患者の安全のためにリスクマネジメントを行う看護が必要とされることが明らかになった。

また「社会復帰第一主義」の中には「いつも通り隔離は一週間以内にする」「衝動性のコントロールができるように関わる」「納得の行かない審判」などがあった。鑑定入院において治療の反応性を見ることは法の精神にもかなっており、医療観察法の根幹を成す部分である。対人関係の中から対象者の日常生活自立に向けて関わる看護が必要とされることが明らかになった。

E. 結論

鑑定入院における看護とは、「医療的観察」「鑑定」それぞれに必要な検査・医療などのバランスを取りながら対象者にとって最適となる関わりを提供することであるとの結論を得た。

また、医療的観察と鑑定は相容れない性質を有しているかもしれないが、鑑定入院中にはどちらも行う必要がある。両者に求められる看護を効率よく実施するためには、鑑定のための検査等と医療的観察のための治療で行うべき、それぞれの看護が明確にされているクリニカルパスの必要性が示唆された。

F. 健康危険情報

—省略

G. 研究発表

第6回日本司法精神医学会大会を予定

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

なし

医療的観察と⚡鑑定のギャップ

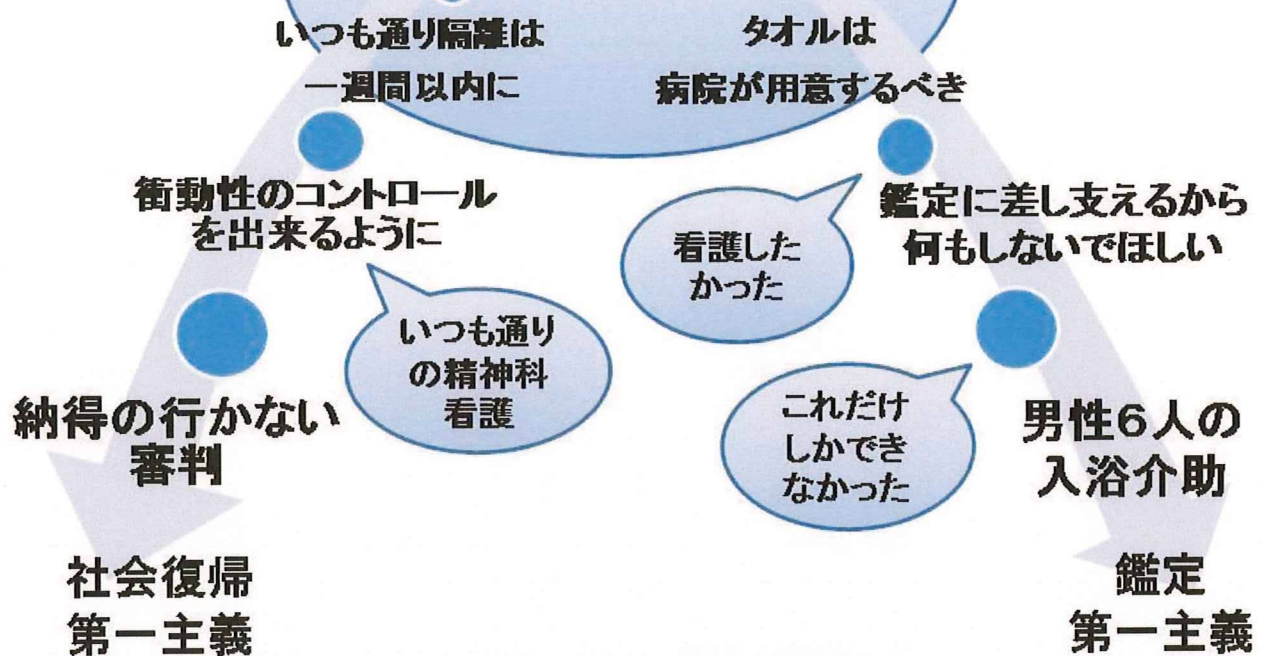


図1.鑑定入院の看護の概念図

平成 21 年度 研究成果の刊行に関する一覧表

研究成果の刊行に関する一覧表

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
五十嵐 禎人	医療観察法に基づく精神鑑定	精神科治療学	24(9)	1077-1082	2009
五十嵐 禎人	【心神喪失者等医療観察法の改正をめぐって】 申立てと鑑定-医療観察法におけるリスク評価	臨床精神医学	38(5)	571-575	2009
岡田 幸之、安藤久美子、黒田治、五十嵐 禎人、平林 直次、松本 俊彦、樽矢敏広、野田 隆政、平田 豊明	裁判員制度における精神鑑定の課題-全国の模擬裁判に参加した精神科医らの意見調査から	精神科	14(3)	183~189	2009
岡田 幸之	裁判員制度における精神鑑定	司法精神医学	4(1)	88-94	2009
岡田 幸之	刑事責任能力と精神鑑定-精神医学と法学の再出発	ジュリスト	1391	82-88	2009
松原三郎	医療観察法対象者の地域サポートの将来	臨床精神医学	38(5)	641-645	2009
松原三郎	医療観察法の将来象	精神医学	51(12)	1144-1145	2009
松原三郎、八木深、村上優、平林直次、土居正典、水留正流、池田太一郎	ニューヨークにおける一般精神医療施策、触法精神障害者医療施策	司法精神医学	5(1)	掲載予定	2010