

ニューヨーク市における一般精神医療施策, 触法精神障害者医療施策

General and Forensic Psychiatric Treatment in New York City

松原三郎 #1
Saburo Mtsubara

土居正典 #5
Masanori Doi

八木 深 #2
Fukashi Yagi

水留正流 #6
Masaru Mizutome

村上 優 #3
Masaru Murakami

池田太一郎 #7
Taichiro Ikeda

平林直次 #4
Naotsugu Hirabayashi

はじめに

2008年度厚生労働科学研究「医療観察法鑑定入院制度の適正化に関する研究」(主任研究者:五十嵐禎人)の分担研究「鑑定医の資質の向上に関する研究」(研究分担者:松原三郎)において,2009年3月9~13日の5日間にわたり,アメリカNew York市(以下,NY市)を訪問し,同市における司法精神医療施策ならびに一般精神医療施策の視察を行った。NY州は,脱施設化運動の影響を最も大きく受けたといわれている。10万人近くが入院をしていた州立精神病院は,その9割が退院をし,その結果,多くがホームレスや刑務所入所となったといわれている。現在のNYでは,Bellevue Hospital Centerを中心とする精神科救急を支える病院群と,それに続く治療を行う中間期(intermediate)治療病院が配置されている。さらに,これらの治療施設は,地域の精神科クリニックやケアつき住宅を運営するNPO団体と密接な連携を保って地域精神科医療を支えている。今回は,これらのうちBellevue Hospital Center,中間期治

療病院であるSouth Beach Psychiatric Center (SBPC),司法精神科病院であるKirby forensic psychiatric centerへの視察を行った。

精神鑑定の質的向上を目的とする部分では,同国の陪審員裁判制度下での司法精神科医の養成システムについてや,心神喪失判断のあり方などについて,専門家からレクチャーを受け討論を交わす機会を設けた。本稿では,視察報告と併せそれらについても内容を紹介するとともに,NY市における精神障害者医療施策全体について概観する。

1. SBPC

SBPCはNY市Brooklyn地区にあるNY州立精神科病院の一つであり,中間期の治療を専門に行う精神医療センターである。

NY市では,精神疾患をもつ患者は急性期にはNY市内にある17か所の救急・急性期対応施設(主に総合病院精神科)で治療が行われるが,その後もさらに入院治療が必要な患者については,SBPCのような中間期治療施設で引き続き治療を受けることとなっている。急性期治療を受けた患者

#1 松原病院 (☎920-8654 石川県金沢市石引4-3-5)
Matsubara Hospital

#2 独立行政法人国立病院機構東尾張病院 (☎463-0802 愛知県名古屋守山区大森北2丁目1301番地)
National Hospital Organization Higashi-Owari Hospital

#3 独立行政法人国立病院機構琉球病院 (☎904-1201 沖縄県国頭郡金武町字金武7958-1)
National Hospital Organization Ryukyu Hospital

#4 国立精神・神経センター病院 (☎187-8551 東京都小平市小川東町4-1-1)
National Center Hospital of Neurology and Psychiatry

#5 高岡病院 (☎670-0061 兵庫県姫路市西今宿5-3-8)
Takaoka Hospital

#6 南山大学 (☎466-8673 愛知県名古屋市昭和区山里町18番地)
Nanzan School of Law

#7 厚生労働省 (☎100-8916 東京都千代田区霞が関1-2-2)
Ministry of health, Labour and Welfare

のうち10～15%が、通常30～60日間の治療期間の後に中間期治療施設へ送られる。さらにこのうち約25%は、裁判所から入院治療命令を受けた患者である。

SBPCの担当地区はBrooklyn西部, Staten Island南部, Manhattan 42 St. 以南で、人口384万人である。担当地区の住人以外は原則的に入院できない。300床の入院病床を有しているが、このうち10床は思春期専用となっている。

中間期治療の目的は、精神症状を治め、セルフケア能力を回復させて、できるだけ早く地域に戻すことである。1か月間に50人以上の入院があり、病棟はほぼ20人単位で構成され、入院当初の治療病棟から、社会復帰前の訓練病棟までといったようにそれぞれ機能別に分けられている。治療の基本は、リカバリーモデルに基づいて行われ、種々の機能回復はできるだけ実践のなかで行われる。たとえば、対人関係の回復は、病棟内で生じた問題を集団で話し合うなかで習得していく。生活上のセルフケアは、病棟内で調理や保清活動を行うことで能力の回復・向上を目指し、さらに、生活訓練はアパートを決定した後に地域スタッフと連携しながら、できるだけ実際の生活の場で訓練を行う。特に地域との連携のもとで回復を図ることが重視され、その橋渡しはケースマネジメントによって行われている。病院に所属するケースマネジャーが地域スタッフ（居住支援や地域精神科クリニックのスタッフら）と連携しながら、本人の希望や目標を明確にしながらサービスプログラムを組んでいく。重症な場合（再入院を繰り返す場合など）には、集中的ケースマネジメント（intensive case management；ICM）が行われる。ケースマネジャーの1人あたりのケースロードは10人程度と設定されている。住居については、NGO団体がホテルを買い取ったりしながら、精神障害者のためにさまざまなタイプの支援つき住居を用意している。支援つきアパートやグループホームでの生活が困難な場合には、一時的入居訓練施設（transitional resident）が用意されている。

実際には、入院が長期に及ぶ患者も存在し、リスクが高い場合には2～3年の入院期間となるが、そうでない場合には、精神障害者専用のナーシ

グホームも敷地内に用意されている。このような努力の結果、中間期の平均在院日数は110日程度であるという。

退院促進のなかでは、本格的な治療や回復は地域のなかで行われるべきであるという考え方が基本である。このために、退院の判断は精神症状の回復やセルフケア能力も勘案されるが、最終的にはリスクアセスメントによって判定される。また、利用者（consumer）中心の考え方が根底に流れていて、地域に移行した後にもさまざまな支援サービス（Wellness and Recovery Service；WRS）が得られる。特に患者組織（NPO）で運営されているBaltic Street Service会社は、権利擁護事業（裁判所命令関連への支援）、就労支援（グループ就労や工場・販売・建築会社への派遣など）、住居提供、新聞発行、家族のための疾病教育など幅広く活動している。

SBPCの最も大きな特徴は、7か所のCommunity Mental Health Centerをもっていることである。ここでは28人がチームを組んで治療にあたる。このうち2人は精神科医であるが、South Beachの本体病院の入院治療担当医と兼任している。7か所のクリニックで合計3,300人の外来患者が治療を受けている。また、2か所のクリニックにはACT（assertive community treatment）チームが併設されている。実際にBrooklynの地域クリニックを訪問してみると、診療（面接）は7人のセラピスト（精神科医、看護師、臨床心理士〈CP〉精神保健福祉士〈PSW〉など）によって1日80～100人（登録患者数480人）について行われるが、このうち精神科医が診療にあたるのは12人程度である。院外処方、院外検査であるが、デポ剤注射は、クリニック内の処置室で行われる。さらに、クリニックにはRecovery Centerが併設されており、月曜から金曜までの午前9時から夕方4時頃まで、20～30人がここで過ごす。ちょうど、デイサービス（あるいはデイケア）に似ている。通院患者については、3か月ごとにサービスプランが立てられている。

同じビル内には、ACTチームが併設されている（図1）。通院患者とは別に68人の患者がサービスを受けている。8人のスタッフ（このうち1人は精神科医、1人は家族療法専門、1人は薬物使用専門、

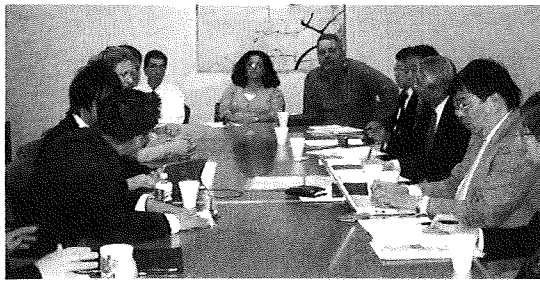


図1 ACTチームのミーティング

さらにピアスタッフ1人)が24時間体制でかかわっているが、一人あたり月に6～8回の訪問が標準である。ACTサービスを受けているのは、いずれも重度の精神症状が継続している患者 (severely and persistently mentally ill individuals ; SPMI) で、このうち20人は裁判所から通院命令を受けている (assisted outpatient treatment ; AOT) 患者である。SPMIでもすべてがACTの対処ではなく、過去1年以内に3回かそれ以上の入院を繰り返した場合 (もしくは、連続90日以上入院・施設入所) やAOTを受けている患者に限られる。入院が2回までの患者や、3回以上救急室を受診した患者、あるいはホームレスなどは、集中的なケースマネジメントを受けることが求められる。

SBPCが統括しているクリニックやACTでは、通院患者の同意を得て治療を行うことが原則とされており、服薬を拒否しても強制的な処置を行うことはない。本体病院でも電気けいれん療法 (ECT) は行われていない。通院中に病状が悪化して、危険性が増したときのみ強制的な治療に移行される。このために、症状が悪化して警察連携 (911番) が行われることが頻回 (週に3回程度) にあるという。利用者中心に治療が行われることが重視されているが、その結果、高い就労への移行が図られている。

2. Bellevue Hospital Center

Bellevue Hospital Centerはアメリカで最も古い公立の総合病院であり、病床の半数にあたる約300床が精神科で、そのうち2病棟、68床が司法精神医療専門病棟である。司法精神病棟には警官が多数出入りして監視しており、刑務所並みの体制を

整えている。また、審判を行う法廷も備えており、今回、法廷でcourt-ordered assisted outpatient treatment (AOT) の説明が行われた。

AOTは1999年2月にNY地下鉄でKendra Webdaleが、統合失調症患者で入院歴のあるAndrew Goldsteinにプラットフォームから突き落とされ、死亡したために作られたKendra's Lawに基づいている。また、以前から精神障害をもった人々がコミュニティに受け入れられず、入院や刑務所へ出入りしながら犯罪を繰り返す回転ドア現象が社会問題であった。これを、一つにはコミュニティでの自立を手助けすること、二つには警察による介入で社会の安全を守ることで解消しようというのがAOTの試みである。実際、法施行以前のDuke大学による1978年から2000年にかけての一般研究で、サンプル数が少ないものの、AOTは裁判所の命令があり、精神障害をもった人々に関して、入院率の減少、外来治療の促進などの効果があったと報告している。

適応となる条件は、①18歳以上、②精神障害に罹患、③医学的管理下になれば地域で安全に暮らせない、④過去3年間に2回以上の入院や留置歴がある、過去4年間に自傷他害行為やそのおそれがあった、⑤自発的に治療に参加しない、⑥過去の病歴や現症からAOTがなければ自殺や自傷・殺人や傷害の危険性が高い、⑦AOTが有益である、などである。アルコール依存症や薬物依存症、パーソナリティ障害のみの場合適応とならない。実際、AOTでは薬物依存に対しての治療は強制できない。大半は統合失調症患者である。

1999年から2004年までの5年間で10,078人から申請され、4,041人が審判を受け、3,766人が実際にAOTの命令を受けている。命令を受けると6か月後、さらにAOT継続が必要か否か協議され、その後も1年おきに裁判で決定される。審判には司法精神科医による再犯リスクに重点をおいた鑑定書が提出され、裁判官、弁護士、検察によって協議される。特に内服コンプライアンスが重要であり、守られない場合AOTの継続や、司法精神病棟への入院命令がなされる。

医療費については主にMedicaidという低所得者向けの任意保険が利用されているが、AOTは高額

であり、保険未加入のため利用できない人々も多数いる（日本の国民皆保険制度の優秀さをたびたび実感させられ、すべての訪問先で賞賛された）。

精神症状の悪化や自傷他害の危険が高まった場合、2人の司法精神科医による診察で3日間の強制入院が可能である。司法精神科医は精神科専門医となった後、司法精神科棟をもった病院、裁判所、AOT、司法専門精神病院で各3か月、計1年の研修を行い、認定される。

NY市では市の精神衛生局がAOTプログラムを管理し、市の健康病院協会のスタッフによる治療チームの編成も行っている。NY州精神保健事務局（Office of Mental Health；OMH）が各施設からの報告を受けAOTプログラムの評価を行っているが、実際にAOTプログラムやそれに並行した依存症や住居斡旋サービスを利用して、89%が生活状況を改善し、自傷他害行為が44%減少していると報告している。

3. NY州における司法精神医療システム

刑法システムにおける精神障害者の支援は2ユニットあり、OMHにおかれている司法サービス部門が刑事訴訟法や監獄法による命令を受けた精神障害者への支援を行い、地域司法部門がコミュニティにおける適切な協力体制を強化している。現在、NY州のOMHにおける司法精神医療は再編されつつあり変化している。

重症触法精神障害者に有効な支援は刑法関係者との連携が必要であるが、刑法システムは複雑で地域や区、州のレベルで異なる。NY州では、精神障害者が事件を起こして逮捕されると、拘置所および1年以内の刑を収容する施設（Jail）に収監され、そこで訴訟能力について精神科医の鑑定を基礎として裁判所が判定を行う。訴訟能力がないとされた場合は司法精神科施設に入院して治療を受け、訴訟能力が回復するまで収容され、回復後は拘置所に移送される。入院期間は2～3か月が平均で、状態により1年を超える場合もある。起訴後に心神喪失と判断されれば、再び司法精神科施設に入院となるが、この場合には入院期間は長期となり（平均10年程度）、直接コミュニティに戻る

ことはなく一般精神科病院へ入院となる。

OMHの司法施設で支援される人々は精神衛生法、刑事訴訟法、監獄法による強制入院で、以下の通りそれぞれ入院カテゴリが分けられる。第一は刑事訴訟法330.20による「精神障害による責任無能力（心神喪失；not responsibility for criminal conduct by reason of mental disorder or defect；NGRI）」のケースで、Kirby forensic psychiatric centerなど司法精神科病院で処遇される。このケースでは強制レベル変更や地域に戻る際には裁判所命令が必要となる。第二は刑事訴訟法730による「精神障害による訴訟無能力」とされた場合で、重罪（felony）と軽罪（misdemeanor）により扱う裁判所が最高裁判所か地方裁判所と異なっている。軽罪では判断無能力と判断されれば責任は消失し、被告は精神保健法の規定により州の一般精神医療センターに移送される。重罪の場合は判断無能力で司法精神科病院に入院しても責任は消失せず、訴訟能力が回復するまで入院治療を受けることになる。この第二のケースの場合は起訴後も1年間は適用可能であり、その場合OMHは予測される最大刑の2/3の期間まで拘束することができる。第三は監獄法による判決前までの入院で、監獄施設に拘禁する。司法病棟だけでなく警察により警備されて成人精神医療センター、市町村の一般精神科ユニットに入院することもある。第四は監獄法による判決後の収容者のケースで、この場合の入院は州や地方区監獄施設に拘禁される。

OMHの司法施設は全病床695床で、このほかに州立矯正施設に19か所のsatellite mental health unitを展開しており、緊急ベッドが151床あり、矯正局と共同してOMHが重篤な精神障害者収容者にintermediate care program（ベッド数565床）を提供している。

4. Kirby forensic psychiatric center

Kirby forensic psychiatric centerはWards IslandにあるManhattan州立病院の敷地内に1985年設立された。同州立病院の設立は古く、昔は孤立した島で橋がなく船でしか渡ることができない

隔絶されたところであったが、現在は道路も完備している。15,000床の病床が脱収容化で規模を縮小しており、15階建ての大きな建造物が3棟あるが、有閑施設になっているところもある (図2)。

Kirby forensic psychiatric center はNY州 OMHの運営する maximum security hospitalである。入院経路の多くは刑事訴訟法により訴訟無能力と判断され、精神障害者の入院に関する NYS code of rules and regulation (NYSCRR) を経て州知事により同院への入院を決定された患者である。

入院者の58%は訴訟無能力(裁判所で精神障害ゆえに訴訟を遂行する能力がないと判断)にある者で、精神症状の回復を目的としてJailから送られてくる。回復すればJailに戻されるが、回復の見込みがない場合は刑事手続が打ち切られて、そのまま民事手続により入院を継続する場合もみられる。

入院者の38%は裁判で責任無能力者と判断された患者である。高度保安病棟であるKirbyに入院する患者は危険とされるために年間では十数人の入院であるが、入院期間が10年以上と長期化している。危険度が少ないケースはSBPCなどの地域病院へ入院となるし、またKirbyを退院しても同様の病院へ入院となるケースが多い。このほかに危険な一般患者として地域病院から送られてくる患者が少数(4%)みられる。

全病床164床で7病棟に分かれ、男性が89%、女性が11%を占める。病棟機能別では高機能NGRI中心(NGRIのために長期入院で安定した患者が収容されている高機能な患者病棟)、認知と身体合併、女性、行動異常(急性期)などの病棟に分かれている。

医療施設認定合同審査会(Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations; JCAHO)に認可された最新専門ケア基準(患者の権利やプライバシーへの配慮、個人の機能レベルに応じた保安の必要)に沿ってケアが供給される。

病棟(定床26床)スタッフは医療チーム9人(精神科医1人、内科医0.5人、心理士1人、ソーシャルワーカー1人、看護師2人、看護助手3人、リハビリテーションカウンセラー1人)で、保安関連要員は全病棟に40人が配置されている。このほかに病院としては司法評価者、コンサルタント、



図2 Kirby forensic psychiatric center

司法プログラム管理者などの職員がいる。総職員数から推測すると資格を有するこれらの職種以外に助手(たとえばメンタルヘルスセラピーエイドなど)にあたるスタッフが多く配置されている。司法精神医療に特化された認定資格にForensic Psychiatrist (Psychologist)があるが同施設には医師が2人、心理士が1人配置されている。医療チームは「病院」という認識で、保安チームは「刑務所」という認識と表現するように管理的な色彩が濃い。

入院対象者の多くは統合失調症と気分障害で知的には平均IQが70~80の境界レベルにある者が多い。訴訟能力テスト(competence of stand trial test, 犯した罪や行為を理解しているか、弁護士に相談できるかなど7項目)により訴訟能力が回復したかを評価される。これらのテストは認定された医師や心理士以外でも評価ができる。

病院外への外出は想定されておらず、退院前の患者を同じ敷地にある州立一般精神科病棟に数時間単位で過ごさせるのみである。時に重症な身体疾患では受診をすることがあるがまれなことで、外気にふれるのは病棟外へは広い運動場やバスケットコートに出るときであろうか。

高機能NGRI中心病棟の病室の構成は、大部屋が中心でホールや食堂があり、専門職チームの部屋やカンファレンス室を有する。古い病棟を使用しているので特記する工夫はない。監視モニターは死角などに設置されており、個人の部屋には設置されていない。自殺予防のために紐などがかかる突出したところはない。リハビリテーション棟には体育館、音楽室、ジム、集団療法室、視聴覚室、木工室などが広く作られている。ゆとりのあ

る構造である。

治療に関しては薬物療法ではclozapineが20%ほどの患者に使用されて効果を上げているとの評価である。心理社会的治療も積極的に実施されているが具体的な教示はなかった。ただ訴訟能力の回復を目的としている患者は入院が短期間であり、逆に心神喪失での入院では平均10年と長期間の入院となり、集中的な治療を維持することは困難ではないかと推測される。

退院への手続きは担当治療チームの評価、病院の司法評価者の評価、次いで病院司法委員会の評価に主治医の評価をつけて州の司法精神科部門(州知事)へ申立てを行い、州最高裁判所が病院に来て法廷で審査がなされる。法廷では患者の代理人に加えて地域の代理人が退院に反対する争点をもって意見を述べるなど公共の安全への配慮が大きく、容易には社会復帰ができない。

5. 司法精神科医の養成について

NY大学司法精神医学部門R Rosner教授から、司法精神科医の養成プログラムの紹介を受けた(図3)。氏は1973年にAmerican Academy of Psychiatry and the Law (AAPL)に参加し、当時ばらつきがあり総意も得られていなかった研修プログラムについて、何を研修するか、臨床経験や、スーパービジョンの方法をどうするかなどを7年間かけて標準化し、基準に合致するプログラムを認定した。現在、アメリカとカナダで40のプログラムが認定されている。また、氏は司法精神科医認定試験の立ち上げにも関与した。試験は2つの部分からなり、第1部は知識を問う筆記試験であり、それに合格すれば第2部で、自験鑑定レポート3例を提出しそのレポートについて口頭試問がなされる。口頭試問では、検察・弁護側どちらからの依頼に対しても適切に証明する能力があるかどうか、公判で自分の意見を明確に表明し、その背景にある理由を適切に説明する能力があるかどうかをテストする。司法精神科医は意見を主張するだけでなく、その意見が何を根拠とするのかを明確に言う必要があり、理論的でまとまった論旨でないと裁判官も陪審も理解できない、と氏は



図3 R Rosner教授との会談

強調した。筆記試験の合格率は8割、口頭試問の合格率は6割である。

Rosner教授は司法精神医学の教科書編集にも携わり、それらはRosnerの教科書として名高い。氏が教科書作成に関与した理由はいくつかある。一つは思春期は犯罪率が高いのに、思春期に対応できる専門の司法精神科医がいなかったためそれを補う内容の本を作成し専門家を養成する必要があったこと、もう一つの理由は、裁判で精神科医の証言が偏る場合がままあり、精神科医の倫理に関する本を作成する必要があったことである。アメリカでは、裁判に勝つためには何でもするという状況があり、鑑定人が倫理的かどうかは軽視されやすく、検察側精神科医、弁護側精神科医がいて、裁判官はどちらを信じればよいかと迷うことがある。アメリカにおいて鑑定医の中立性はきわめて重要な課題である。氏が属するNY州刑事裁判所・最高裁判所のための司法精神医学クリニックは裁判所のためのもので、裁判所内にあり、どちらをサポートしても同じなので中立でバイアスがないという。

アメリカで司法精神科医になるためには、医学部卒業後、精神科を4年研修し、司法精神医学のフェローを1年経験して、その後に試験を受ける。全米で精神科医は44,000人程度で、そのうちの4,000人が司法精神科認定医であるという。AAPLの認定をもっているかどうかはとても大事だが、法的規定はない。NY市の規定では、鑑定書を書く精神科医は一般精神科の資格者か、資格をとる要件を満たす者に限られる。精神科医資格はAmerican board of neurologyが与える。

総括すると、司法精神科医の養成のためには、どのように教科書を書くかが大事であり、あとは質を担保したトレーニングプログラムを作り、認

定体制を確立すれば質のよい人材を得ることができる。

6. 司法精神医学セミナー

Rosner 教授やそのスタッフによる司法精神医学セミナーに参加した。本セミナーは司法精神医学の専門家を目指す者が対象である。セミナーでは、臨床、教育、研究の面から司法精神医学の専門家を育成することを目的としたプログラムが行われていた。

a. 成人性犯罪者に関するセミナー

成人性犯罪者の再犯率は他の犯罪と比較するときわめて高いのが特徴である。そこで、出所後、再度、拘禁することを目的に Challenges to SVP Commitment Laws が制定された。原則的には刑期を終え出所した者を再拘禁できないことから、精神科医が標準的な方法を使って再犯のリスクを予測し、再犯のリスクの高い者には治療命令を出し入院させた。ただし、最近になって、最高裁判所ではこの治療命令は違法であるとの判断が示されたため、今後、どのようになるか不明である。

[SVP Commitment の過程]

- ① conviction
- ② incarceration
- ③ screening (Commitment Center)
- ④ evaluation
- ⑤ temporary commitment
- ⑥ trials
- ⑦ review process

上記の見直しは1年ごとに行われるが、精神科医と心理士によって再犯の可能性が高いと判断されると精神科施設への入院継続の命令が出される。

すべての年齢層の平均と比較して、思春期には、強姦の犯罪者が約20%増加する。また、小児に対する性的虐待は30~50%増加する。再犯率はきわめて高く、3年間の追跡調査では45%に上っていた。軽症例は治ることもあるが、暴力的性犯罪(強姦、サディスト)は治りにくい傾向がある。思春期や青年期に性犯罪が多い理由としては、テストステロン値が高いことや前頭葉の発達が未熟で

あることがあげられる。

性犯罪者が特に多い年齢層は、15歳から25歳である。性犯罪者の場合、通常の性交の過程では、どこかの段階でうまくいかず、性交を成し遂げられないことが多い。また、暴力的ではあり、学習障害 (learning disability)、注意欠如・多動性障害 (ADHD) の診断を受ける者が多い。

男性の20%は性的被虐待の既往歴をもつ。また、刑務所の収容者の30%が性的被虐待歴をもっているという報告もある。性犯罪者の場合、70%が性的被虐待の既往歴を訴えるが、嘘発見器などを使った研究では30%程度と推定されている。

原因については、性犯罪は生物学的な原因論が考えられているが、正確には不明である。性的被虐待の既往歴をもつ者、知的障害者、発達障害者、母子家庭に多いことが指摘されている。

アメリカでは、性犯罪は精神科領域の問題として治療の対象と考えられる。ホルモン療法については、あくまでも治療を受ける者の同意が必要である。ただし、副作用が強くあまり行われていないのが現状である。

b. 思春期性犯罪者のリスクアセスメントに関するセミナー

思春期の場合、他の年代に比べると暴力のリスクは高い。The Violence Risk Appraisal Guide (VRAG) などのリスクアセスメント、リスクマネジメントツールは、予後判定や治療を考えるうえで有効である。Psychopathy Checklist Revised (PCL-R) も同様である。今回のセミナーでは、Structured Assessment of Violence Risk in Youth (SAVRY) と呼ばれる思春期のリスクアセスメントツールの紹介があった。

この評価尺度は、「historical factors 10項目」「social/contextual risk factors 6項目」「individuals/clinical risk factors 8項目」「protective factors 6項目」の4領域、30項目からなる。評点は、「低度」「中等度」「高度」の3段階にアンカーポイントが設定されている。

c. Rational Emotive Behavioral Therapy (REBT) の紹介

REBTは、Albert Ellisによって考案された心理療法の一つである。主として、その適応はアルコール依存症であった。心理的および感情的障害は、事実や環境によって引き起こされているわけではない。非合理的な思考が、事実や環境の、知覚や解釈をゆがめることによって引き起こされていることもある。私たちは、非合理的な思考（知覚や解釈）を攻撃、挑戦、拒否することが可能である。非合理的な考えを合理的な考えに置き換えることによって、心理的および感情的障害を引き起こしている非合理的な感情を合理的な感情に変えることができる。REBTの実践と適応を通して、非合理性を減らすことと自己効力感や幸福感を改善することができるのである。

REBTは、ABCDEの過程からできている。

- A) 実際に起こっている事実に対する自動的習慣的認識
- B) 事実に対する知覚や解釈の、信念や非合理的思考への帰結
- C) 非合理的（不適応、不適切、非現実的）である引き起こされた感情
- D) 非合理的感情に関する議論、攻撃、挑戦
- E) 効果的かつ合理的思考（事実に対する知覚や解釈）による置換

7. 陪審員裁判の心神喪失判断について

NY州のJB Newton刑事部統括裁判官から、同州における陪審員裁判制度下の心神喪失判断について話をうかがった。NY州では、裁判官裁判をするか陪審員裁判をするかは被告人が選ぶことになっている。心神喪失判断にあたり、陪審員は医師の意見を聞く必要がある。弁護側の医師と検察側の医師の両者が一致して心神喪失と判断すれば確定するが、両者とも心神喪失でないと判断すれば喪失とはならない。両者が不一致の場合は陪審員が判断を行う。そこでは医師がきちんと説明し、証言できるかが問題となる。両方の医師が同じ事実をもとに結論に達しているのか、現実的に理解

しているかどうか、どこに意見の衝突があり、どの点において違っているのかなどを明らかにしていく必要がある。

日本の裁判員裁判ではシンプルな短い鑑定書が求められていることを伝えると、Newton裁判官は、自分なら医師が理解していることをすべて知りたいと思うと答えた。被告人が自分の行動の善悪を理解しているか、病状によって理解していないのかどうかの情報は必要である。責任能力があるかどうかを判断するのは、簡単な文章のテストだが実はとても複雑で、言葉がわからないと理解できないものである。医師はシンプルにわかりやすく説明しなければならない。「妄想」という言葉は使用せず、「間違った認識がある」と言い換えたり、「幻聴」ではなく「幻の声が聞こえる」という工夫が必要で、こういう言い換えをすれば、情報が消えることはないためわかりやすい。たとえば「paranoia」という言葉も、医療的な意味と一般的な意味ではまったく違うため、「非現実的に周りのことを疑う」とか「信じていない」という説明を用いる。一般人は、うつ病を単に悲しいだけと思ったり、精神病が存在しないと思ってしまうことがあるために、言葉の使い方には注意が必要である。

裁判官は陪審員に対し、心神喪失とは何か、何を証明する必要があるのかを説明する。陪審員に渡す最高裁判所が決定した文書があり、連邦裁判所はそのまま陪審員に渡せるがNY州では弁護側検察側が合意しないと渡せない。良い裁判官は心を伝える「先生」のような気持ちをもっている。

たとえば「正当防衛のために彼を殺しました。私は無実です」という主張に対し、陪審員は被告人の側に立って考えることを求められる。どちらに正当性があったのかを考えなければならない。そして被告人が何を考えていたかについても陪審員は考えなくてはならず、ここに困難がある。「相手が武器を持っている」と被告人が信じているだけで十分であり、その場合には精神障害の有無は関係がない。精神症状のため、相手が武器をもっていたと信じていた場合、本当に自分が危険な状態にあったと被告人が信じていたなら無罪となる。本当にそういう妄想があったのかどうかを証明する

のはまた別の問題である。検察側，弁護側のどちらか一方が詐病だと主張すれば，第三の鑑定が行われる。

陪審が結論に達するのに時間制限はなく，合意に達するまでは他の人との接触を禁じられる。平均は4日間で評決に達する。殺人の例では精神障害者の場合が一番時間を要し，1～2週間ほどかかることが多い。陪審が最終的に合意に達しなければ裁判は無効となり，裁判そのものがやり直される。

まとめとして，心神喪失判断が必要な陪審裁判

では，医師がシンプルでわかりやすく，しかも情報を消さずに説明することがきわめて大切である。

(注) 執筆分担箇所

- 1：松原三郎・水留正流
- 2：土居正典・池田太一郎
- 3, 4：村上 優
- 5, 7：八木 深
- 6：平林直次

司法精神医学

第5回 日本司法精神医学会大会

シンポジウムⅡ

指定入院医療機関における 長期入院とその対策

平林直次

第5巻 第1号 2010年3月 (p.87)

指定入院医療機関における長期入院とその対策

The long stay and strategy in the forensic secure hospital

平林直次

Naotsugu Hirabayashi

本稿は、第5回日本司法精神医学会大会シンポジウム II に発表した抄録を掲載したものである。

Key words 医療観察法 (the Medical Treatment and Supervision Act), 指定医療機関 (forensic secure hospital), 対象行為 (index offence), 長期入院 (long stay)

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 (以下、医療観察法) による医療では、物的および人的資源が指定医療機関に集中的に投入され、多職種チームによる各種の治療プログラムの開発と導入、ケアマネジメントの実践などのさまざまな試みが行われている。その結果、医療資源を集中的に投入することで達成できる精神医療のモデルがおぼろげながら示されつつある。その一方、医療観察制度の課題や医療の限界も明らかになりつつある。その大きな課題の一つは、指定入院医療機関における入院期間の長期化である。

全国の既設の指定入院医療機関を対象とした調査によれば、医療観察法施行時から2008年7月15日現在までの延べ入院数は625人であった。

Kaplan-Meyer法を用いて入院期間を推計してみると、入院日数の中央値および平均値はそれぞれ603日 (95%信頼区間 576.8 - 629.1日)、620日 (590.5 - 649.7日) であった。これはあくまでも推計値であるが、厚生労働省から提出された入院処遇ガイドラインに示された入院期間18か月 (547.5日) と比較すると、推計入院期間は中央値で55.5日、平均値で72.5日、ガイドラインよりも長い。また、入院決定者の20%程度が1,000日を超える長期入院に移行することが予測されている。

シンポジウム当日は、わが国に必要な医療観察法による病床数を推測するとともに長期入院患者の特徴を報告し、その病棟の機能分化の必要性や、地域ケアの充実による退院促進の重要性について述べたい。
(大会抄録)

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）
「医療観察法による医療提供のあり方に関する研究」

総括・分担研究報告書

発行日 平成 22（2010）年 3 月
発行者 研究代表者 中島 豊爾
発行所 地方独立行政法人岡山県精神科医療センター
〒700-0915 岡山県岡山市北区鹿田本町 3-16
TEL：086-225-3821 FAX：086-225-3834

