

表2 日本うつ病学会用語検討委員会の中間報告の要旨

【全委員の合意事項】	
1.	「将来、こういう用語法に統一されることが望ましい」といえるような用語法を本委員会が推奨する。
2.	ICD-10, DSM-IVの病名リストの中で、「うつ病」という用語が指し示す疾患(障害)の範囲を取り決める。
【多数意見】	
1.	医学用語としての「うつ病」は疾患(障害)の名称(病名)とし、「抑うつ」は症状・状態を指すものとする。
2.	「うつ病」が指し示す範囲は、F3の中で、かつmajor depressive episode(DSM-IV)に相当する状態が出現すると定義されている病名群に限定する。ただし、双極性気分(感情)障害は「うつ病」が指し示す範囲には含めないものとする。また、F0, F1, F2に含まれている病名群は「うつ病」が指し示す病名群には含めないものとする。
3.	ICD-10, DSM-IVの様々な英語病名中で用いられているdepressiveは、疾患(障害)ではなく、抑うつという症状を指すものである。したがって、これを「うつ病性」と訳するのはやめて、「抑うつ性」と改訳する。例えば、organic depressive disorderは「器質性うつ病性障害」ではなく、「器質性抑うつ性障害」と改訳する。
【少数意見】	
1.	「うつ病」が指し示す範囲には、いわゆる単極性のものだけでなく双極性気分障害のうつ病相も含める。
2.	「うつ病」が指し示す範囲には、DSM-IVのdepressive disorderの全て、ICDではF3で抑うつを呈するもの全てを含める。抑うつ程度が軽く、major depressive episodeの基準を満たさないものでも、F3で抑うつを示すものは全て「うつ病」に含める。
3.	単に「うつ病」という場合はF0, F1, F2の抑うつは含まないものとする。しかし、現行の「血管性うつ病」、「器質性うつ病」、「インターフェロンによるうつ病」という表現は将来も許容してよい。
4.	F3のみならず、ICDのF0, F1, F2に分類されるものでも、それがmajor depressive episodeに相当(ただしD項目以外)する抑うつを主症状とするものであれば「うつ病」が指し示す範囲に含める。
5.	現行訳では、F3以外でも、英語病名中のdepressiveを「うつ病性」と訳しているものがあるが、これを改訳までする必要はない。

イドライン案])を作成することを目標と定めた。このガイドラインは、うつ病に関連した用語法や翻訳が将来的にはこういう方向に収束・収斂していくことが望ましい、という方向性を提案するものである。現在、その中間報告(要旨は表2)がまとめられ、会員の討論に付されようとしている。

参考文献

- 1) 豊嶋良一：英語から翻訳された病名呼称用語は妥当だったか—「社会恐怖(社会不安障害)、行為障害、外傷後ストレス障害」の場合。精神神経学雑誌 110: 825-828, 2008
- 2) 笠原敏彦：Social Phobiaは社交恐怖か? 精神神経学雑誌 112: 644-648, 2010

医療観察法と精神鑑定

act on medical care and treatment for patients who have caused serious cases under the condition of insanity/psychiatric examination

永田貴子 国立精神・神経医療研究センター病院・精神科
平林直次 国立精神・神経医療研究センター病院・精神科

医療観察法

概要

「心身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)は、「心神喪失または心神耗弱の状態、殺人、放火等の重大な他害行為を行った者に対し、適切かつ継続的な医療を

実施することによりその病状を改善させ、以て同様の行為の再発の防止を図り、社会復帰を促進すること」(1条1項)を目的として、2005(平成17)年7月15日に施行された。

この法律の対象となる精神障害者は「対象者」、また、法の対象となる他害行為は、殺人、放火、強盗、強制わいせつ、強姦、および傷害(傷害致死を含む)の6種であり、「対象行為」と呼ばれる。

成立の背景

従来、わが国において重大な他害行為を行った精神障害者の医療に関する法律は存在せず、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」(以下、精神保健福祉法)で規定された措置入院により医療が行われていた。しかし、措置入院には看過できない問題が指摘されてきた。その1つは、措置入院に関する入退院決定を行う精神保健指定には過度の責任が求められていたことである。また、措置入院の医療内容、入院期間、行動制限の実施状況などには少なからぬ地域間格差や施設間格差が存在していた。さらに、精神保健福祉法には退院後の通院医療に関する規定がなく、しばしば治療中断が起り、継続的な医療が確保されていなかったことである。

そのため、司法機関と医療機関の連携による継続的な専門的医療の提供と、適切な処遇システムの整備が期待されていた。

処遇システム(図1)

A. 開始の手続き

医療観察法の手続きは、以下に述べる対象者について、検察官が地方裁判所(以下、裁判所)に対し申し立てを行うこと(法33条1項)により開始される。

- ①対象行為を行い、心神喪失もしくは心神耗弱者であることが認められ、不起訴処分となった者
- ②対象行為について、心神喪失者であることを理由に無罪判決を受けた者、もしくは心神耗弱者であることを理由に刑を減刑する

旨の判決を受けた者(懲役または禁錮の刑を言い渡し執行猶予の言い渡しをしない裁判であって、執行すべき刑期があるものを除く)

検察官による申し立てがなされると、裁判所は、医療観察法による医療の必要性に関する鑑定および医療の観察のため対象者を入院させるように命ずる(医療観察法による鑑定入院命令)。鑑定入院は原則として2か月以内(1か月を超えない範囲で延長可能)である。

対象者の処遇を決定する審判は、裁判官に加え、医師である「精神保健審判員」各1名による「合議体」により行われる。精神保健審判員は、一定の学識経験をもつ医師(精神保健判定医)の中から、対象者ごとに裁判所により選任される。合議体は、精神保健審判員とは別の鑑定医により行われた鑑定結果を基礎に、保護観察所による生活環境調査や精神保健参与員(多くの場合、精神保健福祉士)の意見を参考にしながら、対象者の処遇を決定する。

審判の結果、対象者は原則として、①本法による医療を受けさせるために入院させる旨の決定(入院決定)、②入院によらない医療を受けさせる旨の決定(通院決定)、③本法による医療を行わない旨の決定(不処遇)、のいずれかの決定を受ける。これらの決定に対し不服がある場合、検察官、対象者、保護者または付添人は2週間以内に抗告することが可能である。

B. 入院処遇

入院決定がなされると、厚生労働大臣の定める「指定入院医療機関」において医療を受ける。指定入院医療機関は2010年7月末日現在、全国に24施設(計566床)設置されている。指定入院医療機関では、医師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理技術者らにより編成される多職種チーム multiple disciplinary team(MDT)により医療が実施される。対象者自身が疾病、および

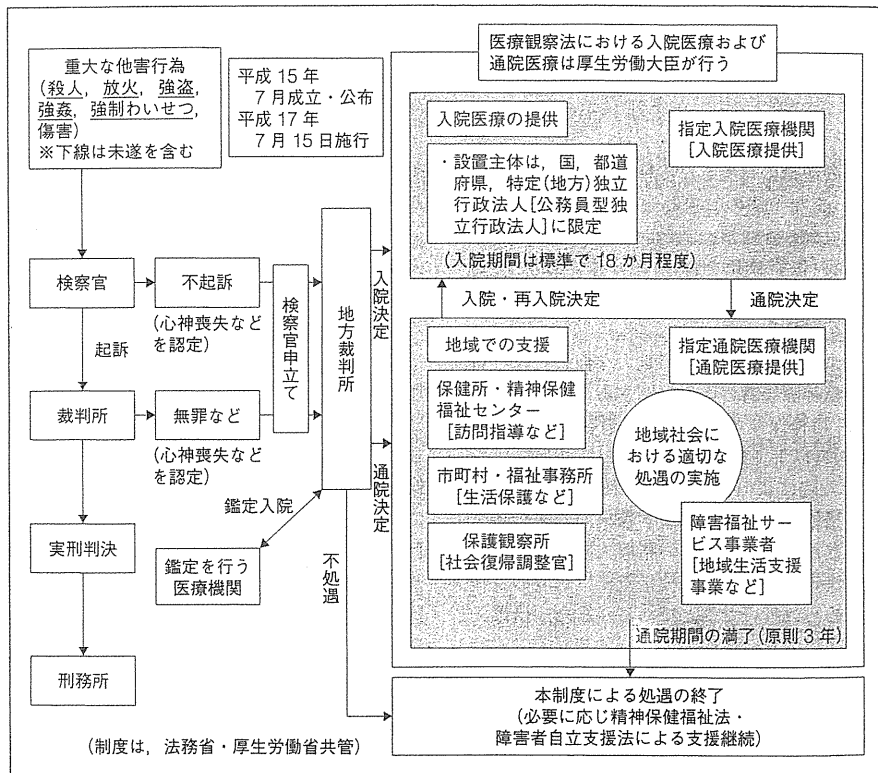


図1 医療観察法の仕組み
(厚生労働省ホームページ：心神喪失者等医療鑑査法より一部改変。http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaiho ken/sinsin/gaiyo.html)

疾病と対象行為との関連を理解し、自ら必要な医療および援助を求め、同様の行為を未然に防ぎ、安全な地域社会生活を営み社会復帰することを目的に、疾病心理教育、SST(社会生活技能訓練)、作業療法、認知行動療法、内省プログラムなど、種々の心理・社会的療法としての治療プログラムが開発、実践されている。

指定入院医療機関の管理者は、本法による入院医療の必要性が消失した場合、速やかに裁判所に対し退院の許可の申し立てを行い、他方、入院治療を継続すべき場合には入院決

定あるいは最後に入院継続決定がなされてから6か月以内に裁判所に入院継続の申し立てをしなければならない。申し立てを受けた裁判所に設けられた合議体は、①入院を継続すべき旨の決定(入院継続決定)、②退院を許可するとともに入院によらない医療を受けさせる決定(退院許可決定)、③本法による医療を終了する決定(処遇終了決定)、のいずれかを行う。6か月ごとに合議体が審判を行うことにより、本法による医療の透明性及客観性が確保されている。

C. 通院処遇

当初審判における通院決定や、退院の申し立てに対し退院許可決定に加え通院決定がなされると、対象者は厚生労働大臣の定める「指定通院医療機関」において通院医療を受ける義務が生じる。通院期間は原則3年であるが、必要に応じて2年間の延長が可能である。2010年7月末日時点で、全国に434か所の病院および診療所が指定通院医療機関として登録されている。

通院処遇に際しては、保護観察所の長が、指定入・通院医療機関、地域精神保健関係機関などの協議内容を踏まえ、対象者ごとに個別の「処遇実施計画」を定める。処遇実施計画書に基づき、医療・ケアの提供、危機介入および精神保健観察が行われる。精神保健観察は保護観察所の社会復帰調整官により行われ、社会復帰調整官は関係機関と連携し、対象者の受療状況および生活状況を観察する。対象者との面接相談や精神保健的指導、地域ケア会議の開催の他、必要に応じて医療観察法による「再入院」の申し立てや精神保健福祉法による入院処遇などが講じられる。

D. 処遇終了・再入院

保護観察所の長は、対象者に本法による通院医療を受けさせる必要性が消失した場合には裁判所に対し本法による医療を終了する申し立てをする。他方、精神症状の改善が不十分であるなど、通院期間を延長して本法による医療を継続する必要があると認められる場合には2年を超えない範囲で通院期間を延長する申し立てをする。また本法による再入院を受ける必要があると認められる場合には、再入院の申し立てをすることが決められている。

精神鑑定

精神鑑定の種類

精神鑑定 psychiatric examination には表1のように、司法鑑定として、刑法・刑事訴訟法による起訴前簡易鑑定、起訴前嘱託鑑定

表1 精神鑑定の種類

I. 司法鑑定	1. 刑事鑑定	1)起訴前鑑定 ①簡易鑑定 ②嘱託鑑定 2)公判鑑定
	2. 医療観察法による鑑定	
	3. 民事鑑定	1)成年後見鑑定 2)その他の鑑定
II. 行政鑑定	措置診察	

(本鑑定)、公判鑑定、民法による法定後見人制度のための鑑定、民事訴訟法に基づく行為能力、証言能力に関する鑑定、また前述の医療観察法による鑑定などがある。また、行政鑑定として精神保健福祉法による措置入院の要否を判断する精神保健指定医の診察がある。

責任能力とは

刑事精神鑑定の多くは責任能力鑑定である。まず、わが国における責任能力の考え方について述べる。

刑法39条は、「心神喪失者の行為は罰しない、心神耗弱者の行為は、その刑を軽減する」と規定している。心神喪失、心神耗弱については、1931(昭和6)年の大審院判例における基準が現在まで通用している。すなわち、「心神喪失とは、精神の障害により物事の是非善悪を弁別する能力またはその弁別に従って行動する能力の欠如した状態をいい、心神耗弱とは、精神の状態がまだその能力が完全に失われたとは言えないが著しく減退したもの」である。こうした行為の善悪、すなわち違法性を認識・判断(弁識能力)し、それに従って自らの行為を制御する能力(制御能力)を、責任能力と呼ぶ。

責任能力の規定の仕方には、①精神病などの生物学的要素を基準とする生物学的的方法、②行為時の自由意思(弁識、制御能力)の排除といった心理学的要因に着眼する方法、③両者を併用する方法があり、わが国をはじめ現

代の立法はほとんど、③混合的方法を採用している。

心理学的要因を巡っては、従来、精神障害が人の意思や行動に与える影響を他人が判定することはそもそも不可能であるとする立場(不可知論)と、可能であるとする立場(可知論)とが存在してきた。不可知論は、自由意思である弁識・制御能力は、哲学的、形而上学的な問題であるから何人にも判断し得ないとする考え方で、例えば統合失調症の診断であれば常に責任無能力とするというように、診断と責任能力判定との間にあらかじめ形成された合意(「慣例」Konvention)に基づき責任能力を判断する。

従来、わが国では不可知論が支持されていた。しかし、精神医療の進歩に伴い、同じ診断名でも軽症例を含む様々な精神症状を呈する精神障害者が存在すること、精神障害者も地域社会の一員として生活する権利をもつとするノーマライゼーションの理念から、診断名のみで一律に責任能力を規定する考え方に矛盾が生じること、さらに、現行のICD-10やDSM-IV-TRの操作的診断基準が、病因ではなく症候学、すなわち経時的に変化する症状を前提としていることから、不可知論一辺倒の考え方は現状に即していない。

1984年の最高裁判例においても、「被告人が当時精神分裂病に罹患していたからといって、そのことだけで直ちに被告人が心神喪失の状態にあったとされるものではなく、その責任能力の有無・程度は、被告人の犯行当時の病状、犯行の動機・様態等を総合して判定すべきである」と不可知論的立場が明確に否定された。

可知論は、弁識・制御能力をより実体的な能力と見なし、他者による経験科学的な証明が可能であると考え、他人の行動の全てを理解し予測することが不可能であることはもちろんであるが、上記のことを総合すると、現代のわが国における刑事精神鑑定は、可知論的立場にのっとって行われるべきであり、

診断のみならず、症状の質や重症度、それらと行為との間の関連性を個別具体的に検討する必要があるといえる。

起訴前簡易鑑定 (刑事訴訟法第223条)

簡易鑑定は、捜査の段階において被疑者の刑事責任能力に疑義がある場合に行われる。犯行時の刑事責任能力と現在の訴訟能力を評価することを目的に、年間2,000件以上行われている。基礎前に行われる鑑定のほとんどは簡易鑑定である。鑑定結果は、検察官が公訴を提起するか否か決定する際の判断材料となる。

実務上、簡易鑑定では、捜査関係書類の通読、数時間の面接、精神衛生診断書の作成が行われる。心理検査や医学的検査は鑑定医の判断で、必要に応じ最低限のものが行われる。

従来、個人差や着目点の相違が相当にあった鑑定内容を均質化すべく厚生労働科学研究班による簡易鑑定書式モデルが提示、実用化されているので参照されたい。ここでは、診断とともに、犯行の動機・了解可能性や計画性、犯行時の精神状態の平素との質的懸隔など、責任能力を評価する際に着目すべき点が挙げられている。

鑑定留置を伴わず短時間で施行される簡易鑑定では、迅速な判断が求められるがゆえに時間内には判断し難い事例も認められる。このような場合、および、被疑者が昏迷や錯乱状態にあり鑑定そのものに同意できない場合、あるいは同意を拒否している場合には、強制処分として次の嘱託鑑定(本鑑定)が行われる。

起訴前嘱託鑑定(本鑑定) (刑事訴訟法第167, 168, 223-225条)

鑑定留置を伴う正式の精神鑑定で、いわゆる精神鑑定とはこれを指す場合が多い。

鑑定留置は、裁判所が発行する鑑定処分許可状に基づいて行われる。この間、被疑者の勾留執行は停止される。鑑定は被疑者の様態により拘留所および精神科病院のいずれで行

うことも可能である。期間に法的規定はなく、おおむね2-3か月程度で行われている。

鑑定事項は検察官からの鑑定嘱託書に記載されている。犯行時および現在の精神状態とともに刑事責任能力について意見を求められる場合が多い。鑑定医は、一件記録(事件に関する全ての記録を綴じたもの)を精読し、情報収集のための面接、観察、検査(理学的所見、血液学的・生化学的・血清学的検査、生理学的検査、画像検査、心理検査)などを行う。生活歴、現病歴の捕捉のため、検察官を通じて学業成績表を参照したり、家族や知人の面接から側副情報を得たりする。鑑定書の書式に決まりはないが、家族歴、生活歴、現病歴、現在症、犯行前後の精神状態、診断、鑑別診断、責任能力、処遇に関する意見などについて鑑定事項に対応させ詳細かつ過不足なく記載することが必要である。

2009年5月に裁判員制度が開始された。一般市民が参加する裁判員裁判では、精神医学的知識のない裁判員が公判期日に読んで理解可能な鑑定書を作成することが求められるようになっていく。

公判鑑定 (刑事訴訟法第165条)

刑事事件の公判中に被告人の責任能力に疑義が生じた場合に、裁判所の命令により行われる。検察官、弁護人のいずれも鑑定を申請し得るが、最終的な鑑定命令は裁判官の判断により下される。鑑定人は証人として裁判所に出席し宣誓しなければならない。また、鑑定書の内容について法廷に呼ばれ尋問されることがある。鑑定内容は、「犯行時および現在の精神状態」であることが多い。責任能力は専ら裁判所の決定事項であるという認識があるため文書に示されることは少ないが、証人尋問の中では必ず言及される。なお裁判員裁判においては、集中的な審議が行われるため、公判開始前の「公判前整理手続」の中で鑑定が行われている。

医療観察法鑑定 (医療観察法第34, 37条)

医療観察法の項で述べた鑑定入院命令によ

り行われる。医療観察法における鑑定の目的は、対象者が精神障害者であるか否か、この法律による医療の必要性があるか否かに関して判断する際の情報を提供することである。医療観察法医療の必要性の判断では、「疾病性」(対象者の精神医学的診断とその重症度、対象行為との関連性)、「治療反応性」(精神医学的治療に対対象者の精神状態がいかにか改善し得るか)、「社会復帰要因」(対象者の社会復帰を促進あるいは阻害する社会的要因があるか)の3軸から評価を行い、全てが一定基準を上回る場合に医療観察法による医療が必要であると判断される。最高裁判平成19年7月25日判例では、「本法による医療が必要な対象者について措置入院等の医療で足りるとして同法による医療を行わない旨の決定をすることは許されない」とされた。しかし、「治療反応性」については、何をもって判断の基準とするかまだ議論が重ねられている。

参考文献

- 1) 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。
- 2) 厚生労働省ホームページ：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の規定の施行の状況に関する報告について。(http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r985200000wvym.html)
- 3) 「他害行為を行った者の責任能力鑑定に関する研究」班(分担研究者：岡田幸之)：刑事責任能力に関する精神鑑定書作成の手引き。平成18-20年度厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学)。(http://www.ncnp.go.jp/nimh/shihou/kantei.htm)

精神保健福祉法と入院形態

act on mental health and welfare for the mentally disabled, and a form of admission

永田眞子 国立精神・神経医療研究センター病院・精神科
 平林直次 国立精神・神経医療研究センター病院・精神科

精神保健福祉法

成立の歴史

現行の「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」（以下、精神保健福祉法）は、戦後の精神衛生法、さらに精神保健法を改正して制定された。以下に成立の歴史と各改正における変更点を挙げる。

1900（明治33）年に精神障害者に関する初めての法律として「精神病者監護法」が制定された。これにより、それまで行われていた精神障害者を許可なく監禁することは禁止されたが、一定の手続きを取れば精神障害者を自宅に監置する「私宅監置」は認められていた。

1919（大正8）年、「精神病院法」が制定され、公共の責任で精神病院が設立されることになった。しかし、予算の関係から私立の代用病院が作られることも多く、私宅監置も残されたままであった。

精神衛生法 1950（昭和25）年制定

第二次世界大戦後、欧米の精神衛生の考えが導入され、「精神衛生法」が成立した。この法律は、以前の「精神病者監護法」「精神病院法」を廃止して継承したものであり、現在の精神保健福祉法はこの精神衛生法の制定に始まる。

精神衛生法では、私宅監置を禁止し、都道府県に公立精神病院の設置を義務づけた。精神衛生相談所、訪問指導規定が明示され、自傷他害のおそれのある精神障害者の措置入院、保護義務者の同意による同意入院の制度が制定された。

1964（昭和39）年、ライシャワー事件（ライシャワー駐日大使が統合失調症の少年に刺されて負傷した事件）を機に、精神障害者の不十分な医療の現状が社会問題となり、通院・社会復帰対策の充実を目的とした改正の動きが生じた。

1965（昭和40）年、精神衛生法の一部が改正され、保健所を地域精神保健行政の第一線機関として位置づけ、訪問・相談事業を強化すること、通院医療費の1/2を公費負担とすることなどが定められた。

1984（昭和59）年のいわゆる宇都宮病院事件（医療従事者が不足する中、無資格者による医療行為が行われたり暴行により患者が死亡したりした事件）を契機に、精神障害者の人権に配慮した適切な医療の実施と社会復帰促進の観点から精神衛生法が改正されることになった。

精神保健法 1987（昭和62）年制定

精神衛生法の一部がさらに改正され、名称も「精神保健法」に変更された。ここでは、任意入院、医療保護入院、措置入院の設定や、精神科医療において患者の行動制限に関わる精神保健指定医の設置、強制入院の要否を審査する精神医療審査会の設置などが定められた。

1993（平成5）年、同法の見直しが行われ、主に以下の点が改正された。

- 1) 精神障害者の社会復帰を促進するため、国、地方公共団体、医療施設、社会復帰施設などが連携すべきことを明記し、精神障害者地域生活援助事業（グループホーム）を法定化し、新たに精神障害者社会復帰促進センターの指定を認めたこと
- 2) 精神障害者の適切な医療および保護の実施のために、保護義務者を「保護者」と呼称しその負担軽減と支援を図ること、また、仮入院期間を3週間から1週間に短縮すること
- 3) 従来、やや不明確であった「精神障害者」の定義を「精神分裂病、中毒性精神病、精

神薄弱、精神病質その他の精神疾患を有する者」に改め、精神疾患の定義はICD-10によるとしたこと

- 4) 今日の治療法の進展などを踏まえ、精神障害者を栄養士、調理師、製菓衛生師、診療放射線技師などの絶対的欠格事由から相対的欠格事由に改めたこと

1993（平成5）年12月、「心身障害者対策基本法」が改正され「障害者基本法」が成立した。これにより、これまで対象とされていなかった精神障害者も基本法の対象として障害者の範囲に明確に位置づけられた。これを契機に、精神障害者の福祉対策を充実することを目的に、1995（平成7）年、精神保健法の一部改正が行われた。

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（精神保健福祉法） 1995（平成7）年7月制定

精神保健法の一部が改正され、名称も現行の「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」に改められた。法律の目的および責務に「精神障害者の自立と社会経済活動への参加の促進」が明記された。次に改正点の概要を挙げる。

- 1) 精神保健福祉手帳制度の創設
 - 2) 精神障害者社会復帰施設の4類型の規定の明記：精神障害者生活訓練施設（援護寮）、精神障害者授産施設、精神障害者福祉ホーム、精神障害者福祉工場
 - 3) 通所患者リハビリテーション事業の法定化（社会適応訓練事業）
 - 4) 医療保護入院などを行う精神病院に常勤精神保健指定医を置くこと
 - 5) 医療保護入院の際の告知義務の徹底
- 1999（平成11）年4月改正では、さらに以下の内容が改正された。概要を記す。
- 1) 精神障害者の人権に配慮した医療の確保：医療審査会および精神保健指定医の機能が強化された
 - 2) 移送制度：緊急に入院が必要であるにもかかわらず本人の同意が得られない精神障害者を都道府県知事の責任により適切な病院

に移送する制度を創設した（仮入院は廃止された）

- 3) 保護者の負担軽減：従来、保護者に課せられていた患者が自傷他害を行わないよう監督する義務が保護者の過重な負担となっていたため削除された
- 4) 障害者の保健福祉の充実：精神保健福祉センターの機能が強化され、精神障害者地域生活支援センターが精神障害者社会復帰施設として法定化された

その後、2005（平成17）年10月31日に障害者自立支援法が成立し、精神保健福祉法の改正はその附則において行われた。そこでは、精神障害者に対する通院医療を自立支援医療として位置づけること、「精神分裂病」を「統合失調症」に呼称変更すること、特定措置制度を創設することなどが決められた。特定措置とは、医籍登録後4年かつ精神科臨床2年以上の「特定医師」の配置を条件に特定病院を都道府県が認定するもので、特定医師は緊急時などに限り、精神保健指定医でなくとも医療保護入院、応急入院、12時間以内の退院制限を行うことができるとされた。

精神保健福祉法における精神障害者の入院形態

精神保健福祉法による精神障害者の入院形態は以下のように分けられている（表1）。任意入院（第22項の3、4）

任意入院は本人の同意に基づく入院である。任意入院にあたっては、この旨を含む任意入院に関する事項を書面で告知し、本人から入院同意書を得る必要がある。精神保健福祉法の理念としては、なるべく精神障害者であっても任意入院の形態が望まれる。

任意入院では、患者本人から退院の申し出があった場合には退院させなければならない。ただし、精神保健指定医の診察の結果、本人の医療および保護のために入院を継続する必要があると認められる場合には、72時

表1 精神保健福祉法による入院制度

	患者および周囲の状態	入院決定者	保護者の同意	入院期間の制限	退院の制限
任意入院	本人の同意	非指定医で可	不要	なし	制限なし(ただし、72時間に限り指定医による退院制限が可)
医療保護入院 措置入院	医療および保護が必要 自傷・他害のおそれ	指定医*1名 指定医2名	必要 不要	なし なし	医師の判断による 医師の判断による
緊急措置入院	自傷・他害のおそれが認められるが、指定医2名による診察が実施できない	指定医1名	不要	72時間	医師の判断による
応急入院	急速の医療が必要かつ保護(義務)者の同意が得られない	指定医1名	得ることができない	72時間	医師の判断による

* 指定医：精神保健指定医の略

間に限り退院を制限することができる。この間に必要があれば次項の医療保護入院などに切り替える。

医療保護入院(第33条)

精神保健福祉法第33条による入院で、精神保健指定医による診察の結果、精神障害者であり、かつ、医療および保護のため入院の必要がある者で、保護者の同意がある場合には本人の同意がなくてもその者を入院させることができる、というものである。1987年の改正以前は一般的に「同意入院」と呼ばれていたが、本人が同意した場合の入院と紛らわしいこともあり、本条の要件である患者本人の「医療及び保護のため」という意味で、「医療保護入院」という名称に変更された。なお、保護者が未選任の場合においても、精神保健指定医の判断に基づき、扶養義務者の同意がある場合には4週間に限りその者を入院させることができる、とされている(第33条2項)。この場合、医療保護入院を継続するためには、扶養義務者は4週間のうちに家庭裁判所により保護者としての選任の手続きを受ける必要がある。

医療保護入院をした場合および医療保護入院を退院した場合は、10日以内に入院届または退院届を最寄りの保健所長を経て都道府

県知事に提出することが義務づけられている。なお、入院時は同意者の同意書を添える必要がある。また、精神病院の管理者は、これらの入院に関係する事項を退院の請求も含め患者に書面で通知しなければならない。措置入院(第29条)

精神保健福祉法第29条に規定された都道府県知事による入院措置である。「精神障害者であり、かつ、医療及び保護のために入院させなければならぬ精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすと認めるときは、その者を国若しくは都道府県の設置した精神病院又は指定病院に入院させることができる」と定められている強制入院である。この場合、2人以上の精神保健指定医の診察(措置診察)を経て、上記について診察結果が一致することが必要である。なお、この場合には保護義務者の同意は必要要件ではない。

また、措置入院に相当する症例であるが、急速を要し、精神保健指定医2名の診察を行うことができない状況では、精神保健指定医1名の判定で72時間を超えない範囲で措置入院をさせることができる。これを、緊急措置入院という。緊急措置入院では、72時間以内に通常の措置診察を行い、措置入院とするか否かを決定しなければならない。

また、医療保護入院者および措置入院者を入院させている精神病院の管理者は、医療保護入院では12か月ごと、措置入院では6か月ごとに、厚生労働省令の定める規定事項を指定医による診察の結果に基づき、都道府県知事に報告する必要がある。

応急入院(第33条の4)

精神病院の管理者は、医療および保護の依頼があった者について、急速を要し、保護義務者の同意が得られない場合には、本人の同意がなくても72時間に限り入院させることができる。これを応急入院という。適応となるのは、自傷他害のおそれはないが、意識障害や昏迷状態、単身者で身寄りがすぐには判明しない場合などである。

精神保健指定医と行動制限

精神保健福祉法では、精神保健指定医について、①5年以上診断または治療に従事した経験を有すること、②3年以上精神障害の診断または治療に従事した経験を有すること、③厚生労働大臣の定める精神障害について診断または治療に従事した経験を有すること、④厚生労働大臣の定める一定の研修を修了していること、などを規定している。

医療保護入院、措置入院、応急入院などの入院の必要性の判断、12時間を超える隔離室への収容や身体的拘束などを含む行動制限は、精神保健指定医にしか行えないことになっている。

なお、入院患者の通信・面会に関しては、患者の医療または保護に欠くことができない限度において制限を行うことができるとされているが、信書の発受、都道府県および地方自治局その他の人権擁護に関する行政機関の職員、患者の代理人である弁護士との電話・面会については、いかなる場合でも制限してはならないとされている。また、閉鎖病棟内にも公衆電話などを設置し、人権擁護に関する機関などの電話番号を掲示しておくことが必要であるとされた。

参考文献

- 1) 精神保健福祉研究会(監)：三訂 精神保健福祉法詳解。中央法規出版、2007

向精神薬の臨床試験

clinical trials for medicinal product investigation in psychiatry

中林哲夫 医薬品医療機器総合機構新薬審査第三部

定義

臨床試験とは、介入の結果を確認しこれを評価するための前向きの研究であり、その目的は、医薬品、医薬品としての候補物質、手術、心理療法、医療機器、そして食事などの特定の介入について、治療、診断、または予防の観点からその効果を評価することである。欧米では原則的に全ての臨床試験がGCP(Guideline for Good Clinical Practice)に準拠して実施され、「治験」という概念が存在するのは先進国のうちでもわが国のみである。わが国の臨床試験は、「臨床研究に関する倫理指針」(平成20年7月31日全部改正、厚生労働省)などに従う「臨床研究」と、薬事法に従う治験に大別できるが、臨床研究で実施された試験成績は、一般に医薬品の承認申請のための評価資料として用いることができないため、その目的に応じて試験計画や体制を設定する必要がある。本項では、治験として実施される臨床試験を中心に解説する。また、医薬品開発を目的とした臨床試験は、従来は開発相の概念により分類(第Ⅱ相や第Ⅲ相など)されてきたが、日米EU医薬品規制調和国際会議 International Conference on Harmonisation of Technical Requirements for Registration of Pharmaceuticals for Human Use(ICH) (http://www.pmda.go.jp/ich/ich_index.html)のE8ガイドライン(臨床試験の一般指針について：平成10年4月21日付医薬審第380号 厚生

医療観察法におけるクリティカルパス

平林直次

Hirabayashi Naotsugu
国立精神・神経医療研究センター病院

1 ●はじめに

平成17年7月15日に医療観察法が施行され、その目的は、重大な他害行為を行った精神障害者に対して、「その病状の改善及びこれに伴う同様の行為の再発の防止を図り、もってその社会復帰を促進すること」とされた。従来の精神保健福祉法による医療では、社会復帰までも視野に入れた医療・保健・福祉が適切に提供されているとは言い難かった。むしろ、重大な他害行為を行ったことなどもあり、患者、家族、医療者の間には社会復帰に対して消極的な意見すら存在していた。そのような現状の中で、厚生労働省から法の施行とともに通院処遇・入院処遇ガイドラインが提出された。このガイドラインでは、通院及び入院の標準的期間を定め、その行程表をクリティカルパスとして示した。つまり、医療観察法では「社会復帰」という明確な目標を掲げ、実現するための行程を示し、その実現までの期限を設定したのである。このような試みは海外では見ることはできず、我が国の医療観察法による医療のユニークな点である。

本稿では、医療観察法のクリティカルパスを紹介するとともに、精神科医療におけるクリティカルパスの有用性と問題点についてナラティブ医療と比較しつつ検討する。

2 ●医療観察法で使用されているクリティカルパス

医療観察法におけるクリティカルパスは、通院医療用(表1)と入院医療用(表2)がある。前者は前期6ヶ月、中期18ヶ月、後期12ヶ月の3期(36ヶ月間)の治療ステージから、後者は急性期3ヶ月、回復期9ヶ月、社会復帰6ヶ月の3期(18ヶ月)の治療ス

表1. 通院医療クリティカルパス

通院医療クリティカルパス (標準的な医療内容のイメージ)

	1ヵ月目(前期)	2~6ヵ月目(前期)	7~24ヵ月目(中期)	25~36ヵ月目(後期)
本人の目安	地域生活に慣れる 外来通院ができる 必要な薬がきちんと飲める 社会資源の利用	計画的な生活ができる 生活上の困りごとを表現 し相談できる 金銭管理ができる	生活を楽しむことができる 趣味を見つける 地域の人と交流ができる	継続して必要な服薬ができる 安定した生活が送れる 将来の見通しが立てられる
評価・治療検討	指定通院医療機関への移行	安定的な通院	限定的な社会参加	地域社会への参加の継続・拡大 一般精神医療への移行
外来通院	週1~2回	週1~2回	週1回	週1回
訪問看護	週2~5回	週2~5回	週1~3回	週1回(必要に応じて)
服薬コンプライアンス	訪問時確認			
日常生活動作 (食事・入浴・排泄・ 清潔・服薬)	訪問時確認	訪問時確認		
検査	血液・尿検査・心電図等 (3月に1回) 心理検査(必要に応じて)	----	----	----
デイケア 作業療法	週1~2回 週1回、個別作業療法	週1~2回 週1回、個別作業療法	週2~3回 週1回、集団作業療法	週1~2回 週1回、集団作業療法
個別精神療法 集団精神療法 家族カウンセリング	週1~2回 週1回(必要に応じて)	週1~2回 週1~2回 週1回(必要に応じて)	週1回 週1回 週1回(必要に応じて)	週1回 週1回 週1回(必要に応じて)
ケア会議 多職種チーム会議		移行評価	移行評価	一般精神医療への移行を目的とする連携会議

※ 個別の治療行為等については、対象者の病状により必要に応じて行う。

テージからなっている。入院医療の行われる医療観察法病棟は、その治療ステージ別に医療の効率・安全性などの点から、構造や機能が工夫されたユニットで構成されている。

通院医療クリティカルパスでは、「治療目標」、「通院対象者の到達レベルの目安」、「提供されるサービスごとの留意事項」が示されている。また、治療ステージごとに1)前期：指定通院医療機関への移行、安定的通院、2)中期：限定的な社会参加、3)後期：地域社会への参加の継続・拡大、一般精神医療への移行について評価・治療検討することになっており、指定通院医療機関への通院開始から一般精神医療への移行の過程が段階的に示されているのが特徴である。

入院医療クリティカルパスでは、治療目標が治療ステージ毎に定められており、その実現に向けて職種別に業務内容が定められている。紙面の都合で詳細についてはふれないが、「各治療ステージの到達目標」も具体的に決まっている。このクリティカルパスの特徴は、多職種チーム医療としていること、入院医療への導入から退院までの行程が段階的に示されていることである。

表2. 入院医療クリティカルパス (3/3)

		社会復帰期クリティカルパス (イメージ)				
		1~6週目 (通算 49~54週)	7~12週目 (通算 55~60週)	13~14週目 (通算 61・62週)	15~19週目 (通算 63~67週)	20~24週目 (通算 68~72週)
本人の自覚	健康で安全な生活をイメージできる 服薬の自己管理ができる 他人の痛みがわかる	家族や援助者との関係を考える 病状の再発の兆候を理解する 服薬の決め方がわかる	社会資源を使ってみる 通院先に行ってみる 地域の関係者と知り合う	通院先での生活に慣れる 地域の関係者となじむ 通院後の生活を計画する	社会生活に自信をもつ 通院に向けた具体的な準備をする	
評価・治療検討	薬物療法の見直し、社会復帰期治療方針の決定、改定後療養・外泊の可能性評価、治療プログラムの適応と実施、薬物療法の評価 本人家族への病状及び治療計画の説明 診察は週2回	薬物療法の維持療法への移行、評価、副作用のモニタリング 生活改善の評価及び治療内容の見直し、外泊に伴う変化に対応 治療プログラム (個別精神療法、集団精神療法、心理療法) の実施 家族面談 (外泊評価) 入院継続の必要性への申し立て	外泊の実施 症状改善の評価及び治療内容の見直し、外泊に伴う変化に対応 治療プログラム (個別精神療法、集団精神療法、心理療法) の実施 家族面談 (外泊評価)	外泊に伴う変化に対応、薬物療法の見直し、治療法に関する社会資源について社会復帰支援官と情報交換 通院に向けての評価、再発の可能性評価	社会復帰支援官との通院後経過について情報交換 通院後指定通院医療機関との情報交換 通院申請報告書の作成 リスクアセスメント 退院先への通院の申し立て	
検査	血液検査 1/月 ECG 1/2ヶ月	血液検査 1/月 ECG 1/2ヶ月	血液検査 1/月 ECG 1/2ヶ月	血液検査 1/月 ECG 1/2ヶ月	血液検査 1/月 ECG 1/2ヶ月	
心理検査	心理検査・信頼尺度評価	自尊心・自己効力感アセスメント	心理検査 (認知行動療法)	信頼尺度評価		
多職種チーム	外泊に向けた準備及び外泊プログラムの検討 社会復帰ミーティングの実施	病状の見直し、生活様態と評価、社会復帰期治療の効能に同伴する	医師・外泊に同伴、生活上の課題の洗い出しと治療プログラムの再検討	社会復帰支援官及び通院医療機関等との情報交換	生活上の課題克服について評価し通院可能性について検討	
看護活動	包括的コミュニケーションによる表現の能力回復に基づく人間関係の改善、日常生活に自立に向けた援助 服薬の自己管理の評価及び指導 看護面接・看護ケア計画の作成	外泊準備及び外泊に対する不安への対応、多様な治療プログラムへの導入と観察及びプログラム後のフォロー	医師・外泊に同伴し、課題の洗い出し 課題への対応をチームで検討し具体的な対応を明示する	家族の受け入れ状況の確認 外泊申請期間の観察を行い、日常生活維持可能性について評価する 通院後の生活について本人ニーズの確認	服薬状況の確認、身体状況の確認 通院医療機関への情報提供 (ファミリー) の作成 外泊申請期間により課題の洗い出しと具体的な対応の明示 通院に向けた準備、不安への対応	
作業療法	社会生活について自己管理する体験 職業適性検査 (内)	職業適性検査 (外)	職業適性検査 (外)	職業適性検査 (外)	職業適性検査 (外)	
社会復帰支援	法律・制度・資源活用					
精神療法	社会の中で自分らしく生きるためのイメージを養う。適切な自己表現ができる。	社会の中で自分らしく生きるためのイメージを学ぶ	社会の中で自分らしく生きるためのイメージに出会う	適切な自己表現		
認知行動療法	病状再発の危険サインの認識、対処行動の活用、適切な生活	病状再発の危険サインの認識、対処行動の活用、適切な生活	病状再発の危険サインの認識、対処行動の活用、適切な生活	病状再発の危険サインの認識、対処行動の活用、適切な生活	病状再発の危険サインの認識、対処行動の活用、適切な生活	
レクリエーション	短距離歩行 (週2回定例)					
全体ミーティング	短距離歩行 (週1回定例)					
ソーシャルワーク業務	家族・関係者の調整 家族に備え福祉施設等に同伴見学する 社会復帰・福祉関連の知識・スキル等提供を援助する。	家族以外に指導を行う 外泊プログラムの作成し、社会復帰支援官と連携する 外泊に同伴し通院医療機関等と連携する	通院受け入れに向けた家族調整の必要性を認識する 外泊に同伴し、通院後の生活に向けた情報収集を行う	家族・関係者の調整生活能力に合わせた社会資源活用に関する課題を解決する。 社会復帰支援官が作成する経過の実施計画作成への援助	家族・関係者の調整 通院に向けた生活・経済上の課題について解決を援助する。	
外出	週2回: 1~2h	週2回: 3~4h				
外泊	週2回: 1~2h	外泊計画	試験外泊	週1回: 1~3泊短期外泊	5泊1回: 7泊1回	
家族面談	家族面談 家族検査					
通院計画			通院準備	地域調整	通院の申立て・通院計画作成	

※ 個別の医療行為等については、対象者の病状により必要に応じて行う。

ア会議が開催され、入院医療では医師、看護師、心理療法士、作業療法士、精神保健福祉士などからなる多職種チーム会議 (Multidisciplinary Meeting) が開催されている。対象者自身もこれらの会議に参加し、対象者のニーズを中心にオーダーメイドな個別性の高い医療が計画され提供される。すなわち、医療観察法の多職種チーム医療は、ガイドラインに示されたクリティカルパスをケア計画の羅針盤としつつ、対象者の個性に注目したナラティブ医療を提供しているのである。言わば、クリティカルパスとケアマネジメントの複合的手法と見なすことができる²⁾。

指定医療機関の診療報酬はクリティカルパスと連動していることもあり、全国の指定医療機関で用いられている。これは全国規模の通院・入院医療の均てん化に大きな効果を発揮している。重大な他害行為を行った精神障害者の精神医療は、医療観察法施行前には主として措置入院によって行われていたが、入院期間、行動制限の実施状況など看

過できない地域差・施設間格差が存在することが指摘されてきた。医療観察法では、クリティカルパスを通して一定の目安を示すことにより、措置入院のような格差の発生の予防や均てん化が試みられている。クリティカルパスは入院医療だけではなく、通院医療でも試みられているが入院医療と比較すると診療報酬上の制約もあり、不十分と言わざるを得ないのが現状である。

4. 医療観察法のクリティカルパスを実現するための各種のツール

通院医療や入院医療では、様々な医療行為が行われている。例えば、医療についての説明と同意、臨床検査、薬物療法、m-ECT、各種の治療プログラム、多職種チーム医療、退院後の治療計画作成、デイケア、作業療法、心理療法などである。医療観察法のクリティカルパスは、このような医療行為のひとつひとつに対して作成されたものではなく、“通院医療や入院医療の全経過の行程表”をマクロ的視点からとらえ作成したものである。この行程表は、前述の通り、治療ステージごとに到達目標が設けられている。この到達目標を実現するために、医療の提供の遅延や課題の見落としを避け、多職種チームを構成する各職種が行う医療の内容、実施時期、注意事項などが記載されている。言わば各医療行為を束ね、ひとつの統合された医療として提供するための基本計画書と位置づけられる。

このクリティカルパスによる基本計画の実現を支える仕組みやツールが医療観察法では多数用意されている。医療観察法では、多職種チーム医療、共通評価項目、包括的暴力防止プログラム (CVPPP)、診療支援システム (電子カルテ)、各種の治療プログラム (疾病教育、対象行為に関する内省、認知行動療法、Social Skills Training: SST、作業療法、社会復帰講座・権利擁護講座など) が用意されている³⁾。医療観察法におけるクリティカルパスに規定された医療を実現するには、それを支える仕組みやツールを欠くことができない。

5. 医療観察法における多職種チーム医療とクリティカルパス

医療観察法における医療は、多職種チーム医療を原則とする。尾関らは、Transdisciplinary team について「患者の必要性がまず存在し、その必要性をそこに存在する医療者で役割分担して担当するため、医療者は状況に応じてその役割が変動する」と述べ、Transdisciplinary team と Multidisciplinary team (MDT) との違いを述べている⁴⁾。医療観

察法領域では、英国における司法精神医療をモデルとして発達したこともありMDTと呼ばれる。しかし、その実際はまさにTransdisciplinary teamであって、各職種が対象者のニーズを中心に治療計画を作成し医療提供をする。その際において、クリティカルパスが各職種間の連携を促進し情報共有を進め、チーム医療を実現する役割を果たしている。中嶋は、医療観察法の手法を精神医療全般へ応用することを試み、一定の成果を上げていることを紹介している⁵⁾。クリティカルパスの実現には、多職種チーム医療が必須である。精神医療全般に医療観察法で行われている医療を普及するためにはそれを支える多職種からなる人材の確保が必須である。

6●医療観察法の医療とナラティブ医療

精神科領域においてもEBM (Evidence-Based Medicine: 客観的科学的証拠に基づく医療) では、「客観的な根拠にもとづいて病気を治すことや、状態を改善すること」が要求されている。そのひとつの表れがクリティカルパスである。クリティカルパスにも長所と短所がある。医療観察法のような多様性を持つ対象者の場合、クリティカルパスによる医療だけでは不十分である。対象者のニーズを中心に個別に作成されたNBM (Narrative-Based Medicine: ナラティブ (物語) に基づく医療) と組み合わせて、医療を提供することが必要であろう。

[引用文献]

- 1) <http://www.ncnp.go.jp/nimb/shihou/sitei.htm>
- 2) 平林直次. 医療観察法病棟における多職種チーム医療. 精神科臨床サービス 7 (4): 500-507, 2007
- 3) 永田貴子, 平林直次. 指定入院医療機関における治療プログラム開発. 臨床精神医学 38 (5): 623-629, 2009
- 4) 尾関恩, 太田喜久夫, 才藤栄一. リハビリテーションとは. 地域リハ5 (9): 764-768, 2010
- 5) 中嶋正人. 精神科臨床と医療観察法医療に係る一考察——治療課題の多軸的把握と多職種協働をめざして——. 精神科治療学 25 (6): 825-831, 2010

クライシスプランの作り方：医療機関

平林直次

抄録 クライシスプランの作成から実効性の確保には、利用者による「疾病理解」「必要な医療の理解」「再発（発病）サインの理解」「（精神症状の）セルフモニタリングとセルフコーピング」「援助希求行動」、支援者による「危機予防」「危機介入」「アフタケア」が必要である。

利用者自らに関わり作成されたクライシスプランは、JCP (Joint Crisis Plan) と呼ばれる。クライシスプランの作成過程は、利用者自らが病気の特徴や必要な医療を理解し、セルフモニタリングを通して「疾患セルフマネジメント能力を高める過程」に他ならない。JCPは利用者の自己決定権を徹底的に尊重した医療であり、利用者中心の医療である。クライシスプランの作成を通してもたらされる疾患マネジメント能力の向上は、自己評価の改善や自己効力感の改善を通して、受療行動に顕著な変化をもたらす。利用者の医療アドヒアランスを著明に改善することが期待される。

精神科臨床サービス 11: 393-397, 2011

キーワード：ジョイントクライシスプラン, 危機介入, ケア計画, 自己疾患マネジメント, セルフモニタリング

医療機関におけるクライシスプラン作成については、身体疾患を例に挙げて説明すると理解しやすい。たとえば、がんと診断された場合、医療機関の担当医の説明だけでなく、別の医療機関を受診してセカンドオピニオンを求めたり、インターネットから情報収集したり、さまざまな情報を収集して、患者自らが、自分自身の治療方法を選択決定するのが一般的になっている。外科的治療、化学療法、放射線療法後も医療を継続し、再発予防を試み、再発症状（サイン）を認めたら早期に受診する。

このような身体疾患においては当たり前に行われている医療の自己決定、再発時の適切な受療行動を精神疾患においても定着させる必要がある。そのためには、医療者がクライシスプランを作成

するのではなく、利用者自らがクライシスプランを作成することが不可欠である。利用者自らが作成に関わり作成されたクライシスプランは、JCP (Joint Crisis Plan) と呼ばれる。クライシスプランの作成過程は、利用者自らが病気の特徴や必要な医療を理解し、「疾患セルフマネジメント能力を高める過程」に他ならない。クライシスプラン作成・実施のためには、利用者による「疾病理解」「必要な医療の理解」「再発（発病）サインの理解」「（精神症状の）セルフモニタリングとセルフコーピング」「援助希求行動」、支援者による「危機予防」「危機介入」「アフタケア」が不可欠である。

このクライシスプラン作成・実施は、医療機関の多職種チームによる、利用者の参加した「治療プログラム」と呼ばれる心理社会的治療によって進められる。本稿においては、医療観察法病棟における多職種チームによる治療プログラムを中心

としたクライシスプラン作成・実施の実際を紹介する。

I. 疾病教育と服薬心理教育

厚生労働科学研究班から、医療観察法入院処遇となった者のうち、79.1%に精神科受診歴を、54.7%に精神保健福祉法による入院歴を持つことが報告された。また、約80%の対象者が医療中断から180日以内に重大な他害行為に及んでいた。この報告を踏まえ、医療観察法による医療の重要な課題の1つは、医療の継続性、アドヒアランスの改善であることがわかる。医療の継続性を改善するためには、①病識の獲得だけでなく、②病気に関する知識と自己対処技能の獲得、③障害の受容が不可欠である。

国立精神・神経医療研究センター病院医療観察法病棟においては、統合失調症を対象とした「ステップ」と呼ばれる疾病教育や服薬心理教育が実施されている。ステップでは、薬物療法により急性期症状がある程度改善した利用者を対象として、テキストやワークブックを使用して、16セッションからなる集団療法が実施される。その課題は、統合失調症の一般的な知識の獲得、利用者自身による発病から入院までの日常生活や症状の振り返りを通して、急性期症状の同定、必要な医療の理解、再発（発病）時の早期徴候の理解と対処行動などである。服薬心理教育においては、向精神薬の効果と副作用に関する知識の獲得だけでなく、服薬自己管理を通しての服薬行動の習慣化が試みられている。

II. 再発徴候のセルフモニタリングと自己対処行動

利用者自らが、再発時の早期徴候や急性期症状を理解したら、個別に「(精神症状)セルフモニタリングシート」を作成する。セルフモニタリングシートを作成する際に重要なことは、医療者の援助を受けながら利用者自らが作成すること、地

域生活となつてからも1人で使用できるように作成することである。表1に示したように、セルフモニタリングシートの縦軸には、自己対処可能な症状から周囲による支援・援助が必要な症状まで段階的に並べる。横軸には日にちを入れ、経時的にセルフモニタリングができるようにする。症状の有無や程度については、利用者の使用しやすいうように0~10など数字を記入する。利用者は、毎日、決まった時間にモニタリングシートを記入し、入院中であれば病棟スタッフ（多くの場合、看護師）と確認する。病棟スタッフと確認することにより、モニタリングシートの使用方法の理解、使用の定着をはかるだけでなく、主観的評価と客観的評価とのズレを確認し、セルフモニタリング能力を向上させることが目的である。

利用者が(精神症状の)セルフモニタリングシートを作成・利用し、セルフモニタリング能力がある程度獲得したら、次の課題は、セルフモニタリングシートにより精神症状の変化に気づいた場合の自己対処や、周囲の支援者による対応計画の作成である。

表2に示したように、自己対処や支援者の対応計画の違いから、再発徴候や精神症状をレベル0~3の4段階に分類する。この4段階については、信号機の青・黄・赤に例えて説明すると利用者は理解しやすい。たとえば、レベル0(青):寛解状態にあり、日常生活も規則的で就労可能な状態、レベル1(黄):自己対処で解決可能、レベル2(黄):周囲の支援者による対応が不可欠、レベル3(赤):利用者の同意によらない危機介入が必要、などに分類する。このクライシスプランの例に従えば、睡眠障害はレベル1に相当しており、睡眠剤の服用や日中の活動を増やすなど自己対処が中心となる。一方、「火をつけないと殺すぞ」などの幻聴はレベル3に相当しており、精神保健福祉法による非自発的入院の対象となる。クライシスプラン作成に当たっては、提供するサービスの内容、担当者、連絡先など可能な限り具体的に取り決めておくと、円滑な危機介入が可能となる。以上のようなセルフモニタリングシートにより

表1 セルフモニタリングシートの例

退院後の使用を目的として、入院中に作成された例である。作成後は、入院中から使用しスタッフとチェック内容を確認し、セルフモニタリング能力の向上をはかることが重要である。

項目\日付	氏名 ○○○○				担当看護師 ○○○○			
	4/7 月	4/8 火	4/9 水	4/10 木	4/11 金	4/12 土	4/13 日	
状態								
生活リズムが規則的である	10	10	10					
デイケアに規則的に参加している								
睡眠がとれる	10	8	10					
周りの人の意見を聞くことができる	10	10	10					
週末に外出している								
イライラする	0	0	0					
タバコの本数が増える	0	1	0					
周りの人が気になる	0	0	0					
体重が減少している	0	0	0					
デイケアに参加すると疲れる								
病院(家)にいても安心できない	1	1	0					
知らない人の声が聞こえてくる	0	0	0					

※このシートは、0~10の数字で記入してください。

服薬の確認	朝		眠前		朝		眠前		朝		眠前		朝		眠前	
	朝	眠前	朝	眠前	朝	眠前	朝	眠前	朝	眠前	朝	眠前	朝	眠前	朝	眠前
服薬済み	○	○	○	○	○	○										
スタッフの確認	○	○	○	○	○	○										

※スタッフとシートの確認がすんだら、○を記入してください。

危機状況を同定し、その重症度評価に基づく危機予防、危機介入、アフタケアに関する計画は、まさにクライシスプランそのものに相当している。本稿で示したクライシスプランは一例であり、クライシスプランの形式や内容は、利用者の個性にあわせて柔軟に変更して作成することが必要である。また、クライシスプランでは再発徴候に注目しがちであるが、レベル0に示したように安定した状態を取り入れることにより、再発徴候を浮き上がらせたり、自己実現への次のステップにつながる事が期待できる。

クライシスプランとは、危機状況にある利用者に対して実施する危機介入(狭義)だけではなく、予防、介入、介入後アフタケアを含むケア計画(広義)である。また、クライシスプランにとってもっとも重要なことは、利用者が中心となり作成・実施することにより、利用者自らの疾患マネジ

メント能力の改善を目指すことである。すなわち、利用者が精神疾患の特性や必要な治療方法、再発予防や予防時の対処方法について知り、自らマネジメントできるようになることが最終目標である。

III. 家族を含む支援者との情報共有

退院後の地域関連機関による危機介入計画を作成するためには、できる限り早い時期より関連機関との情報共有や連携を開始することが重要である。入院当初よりケア会議を定期的で開催し、地域関連機関の支援者と利用者とは相互に理解を深め、危機予防、危機介入、アフタケアに関する計画を利用者が作成する段階から加わることが必要である。地域関連機関の担当者がケア計画を作成するのではなく、提供可能なサービスを示し、利用者がサービスを取捨選択しクライシスプランを

表2 クライシスプランの例

〇〇〇〇様

平成〇〇年〇月〇日

担当多職種チーム 医師〇〇〇〇 精神保健福祉士〇〇〇〇 作業療法士〇〇〇〇 訪問看護師〇〇〇〇

レベル	状態	自己対処	支援者の対応	関係機関連絡先
0 (青)	<ul style="list-style-type: none"> ○生活リズムが規則的である ○周りの人の話を素直に聞くことができる ○デイケアに定期的に参加している ○週末には友達と外出することができる 			
1 (黄)	<ul style="list-style-type: none"> ○眠れない ○イライラする ○周りの人の話を素直に聞けない ○タバコの本数が増える ○週末も外出することが少なくなる 	<ul style="list-style-type: none"> ○睡眠薬(商品名)を飲む ○休養をとるように心がける ○臨時に外来受診する ○ケア・コーディネーターに相談する 	<ul style="list-style-type: none"> ○内服薬の調整をする ○必要に応じて訪問看護の回数を増やす 	<ul style="list-style-type: none"> 〇〇〇〇病院精神科 担当医〇〇〇〇 精神保健福祉士〇〇〇〇 (ケア・コーディネーター) TEL 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
2 (黄)	<ul style="list-style-type: none"> ○周りの人のことが気になる ○日常生活が不規則になる ○体重が減少する ○デイケアに行くとき疲れる 	<ul style="list-style-type: none"> ○デイケアの週間スケジュールを変更する ○任意入院による休養を検討する 	<ul style="list-style-type: none"> ○ケア会議を開催する(外来担当医, 精神保健福祉士, デイケア作業療法士, 訪問看護師) ○必要に応じて往診する 	<ul style="list-style-type: none"> 〇〇〇〇病院精神科 担当医〇〇〇〇 (夜間 精神科当直医) 精神保健福祉士〇〇〇〇 (ケア・コーディネーター) TEL 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇訪問看護ステーション 看護師〇〇〇〇 TEL 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
3 (赤)	<ul style="list-style-type: none"> ○家にいても安心できない ○近所の人に見張られている感じがする ○「火をつけろ」など幻聴が聞こえてくる 	<ul style="list-style-type: none"> ○任意入院による休養を検討する ○本人の同意が得られない場合、医療保護入院も検討する 	<ul style="list-style-type: none"> ○任意入院 ○医療保護入院 	<ul style="list-style-type: none"> 〇〇〇〇病院精神科 担当医〇〇〇〇 (夜間 精神科当直医) 精神保健福祉士 〇〇〇〇 (ケア・コーディネーター) TEL 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 保護者 父〇〇〇〇氏 TEL 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

本人署名 〇〇〇〇 保護者署名 〇〇〇〇

含む利用計画を作成するのである。このような過程を経ることにより、利用者のクライシスプランに対する理解を深化させ、クライシスプランの実施に際しては利用者が能動的・主体的に対処することを可能にするのである。たとえば、医療観察法病棟では、作業療法のパソコン教室の活動として、利用者が自らケア計画書を入力し、作成した

ケア計画書をケア会議の際に地域関連機関の担当者や家族に説明する。すなわち、利用者がケア計画書を作成し、サービス提供を自発的に依頼するのである。このケア計画書には、利用者や利用者家族の署名欄が作成されており、説明と同意の確認にも利用されている。また、関係者の情報共有や連絡を促進する。

Ⅳ. 地域ケアにおける実践と危機介入

利用者はセルフモニタリングを継続し、必要に応じて、外来診察、デイケア、精神科作業療法、訪問看護、保健・福祉施設通所あるいは入所中に担当者としてセルフモニタリングシートを用いて状態を確認する。

再発時の徴候など変化が認められた場合、利用者は自己対処方法を実施するとともに、サービス提供の担当者に相談したり、ケア・コーディネーターに相談する。この段階での最大の目標は、再発などによる危機状況の発生の予防である。多くの場合、予定された自己対処や、危機予防を目的とした医療・保健・福祉サービス提供により危機介入に至ることは少ない。

Ⅴ. 危機介入

危機予防介入により多くの場合、危機状況が発生することは稀である。それでも再発により幻覚や妄想などの急性期症状が活発となり病識を欠如し、危機介入が必要になることもある。このような状況においても、利用者があらかじめ作成し署名したケア計画書を示し、危機介入計画を確認することは効果的である。その結果、非自発的入院を避け、自発的入院による危機介入が期待できることも多い。

Ⅵ. 危機介入後のアフタケア

危機介入が行われた場合、危機介入後のアフタケアが重要である。事前に作成されたクライシスプランにより、危機予防や危機早期介入により危機状況の発生を予防できなかった要因を明確にし、クライシスプランの見直しと再作成を実施する。

まとめ

クライシスプラン作成の最終目的は、クライシ

スプラン作成を通して、利用者が疾患セルフマネジメント能力を獲得することである。身体疾患の医療では当たり前に行われてきた医療である。それは、利用者の自己決定権を徹底的に尊重した医療であり、利用者中心の医療である。クライシスプランの作成による疾患マネジメント能力の向上は、自己評価の改善や自己効力感の改善³⁾を通して、受療行動に顕著な変化をもたらす。利用者の医療アドヒアランスを著明に改善することが期待され²⁾、JCPと呼ばれている。クライシスプランの導入は、非自発的入院医療の頻度を減少させ、医療費を低下させることが期待されている。

ただし、このような背景には、ケア計画作成やケア計画書による効果だけではなく、利用者の自己決定権を尊重したクライシスプラン作成を通して構築された、利用者やケア提供者との信頼関係の存在が大きいのと思われる。また、利用者は病識を獲得したり、病気の知識を学んだり対処方法を獲得することによって、精神疾患を自己管理可能な疾患として実感するようである。そして、精神障害を受容し、その人らしく生きることに気づいていくように思われる。

本稿では、医療観察法病棟で行われているクライシスプランの作成方法を紹介した。今後、精神医療全般に広く普及することを期待する。

文 献

- 1) Flood, C., Byford, S., Henderson, C., Leese, M., Thornicroft, G., Sutherby, K., Szmukler, G.: Joint crisis plans for people with psychosis: Economic evaluation of a randomized controlled trial. *B.M.J.*, 7; 333 (7571): 729, 2006.
- 2) Gray, R., Spilling, R., Burgess, D., Newey, T.: Antipsychotic long-acting injections in clinical practice: Medication management and patient choice. *Br.J.Psychiatry, Suppl.* 52; S 51-6, 2009.
- 3) 平林直次: 重度精神障害者に対する地域でのモニタリング体制、支援方法の開発に関する研究. 平成16年度厚生労働科学研究補助金 重度精神障害者の治療及び治療効果等のモニタリングに関する研究報告書 (主任研究者 吉川和男), 2004.

医療観察法と多職種チーム医療*

村上 優

独立行政法人国立病院機構琉球病院 院長

Key Words** 医療観察法, 多職種チーム, ガイドライン, 共通評価項目

はじめに

医療観察法は2005年7月15日より施行され、現在までに2,114名が医療観察法の医療必要性申し立てを受けて(表1)、現在は入院処遇が1,259名(表2)、通院処遇は936名が受けている(表3)。

医療観察法は、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行ったものについて、医療および保護を行うことが目的となっている。わが国で初めての法律モデルによる強制入院であり、心神喪失等の判断を行うには刑事精神鑑定を経て検察官が申し立てるか、または起訴後に裁判所で同状態にあるとの判決を受けて申し立てが行われる。申し立てが行われれば精神科医師による医療観察法鑑定と、保護観察所に所属する社会復帰調整官の生活環境調査を基礎として、審判やそれに先立つカンファレンスでは精神保健参与員が加わり、精神保健審判員と裁判官の合議で医療観察法医療の必要性に関して検討が行われる。医療観察法の始まりには治療チームとは異なる検察官、弁護士、裁判官などの法律家が実際、かつ具体的に医療の必要性の判断に参加することが最大の特徴である。

これまでのメディカルモデルの強制力を用いた精神科医療では、治療を担当する医療チームに入院や退院の決定に関する権限が委ねられているが、医療観察法ではこれらの権限は医療チームになく、裁判所に治療経過や状態を報告して判断を仰ぐ。行動制限も外部評価委員を含めた倫理委員会の承認や報告が義務づけられており、医療チーム(とくに医師)に判断を白紙委任する体制でなく、法律や厚生労働省によるガイドラインで権限が明確に規定され、その権限は限定的である。

わが国の精神科医療における多職種協働チームの源流は、アルコール医療より始まるのではなかろうか。外科や内科は医師の指示で診断情報が集まり、医師の判断と指示のもとに治療を進めるために医師中心の多職種チームのヒエラルキーが作られている。精神科も薬物療法が中心で強制的入院が全体を支配していた時代は、医師中心のヒエラルキーが構成されていた。一方で契約での治療関係が主流で、有効な薬物療法の乏しいアルコール医療では、他の専門職種と医師との治療や処遇に関する技術力や権限について大きな格差はなく、専門性を同等に発揮する水平構造のチームと、判断に対する責任を明確にするため医師の判断を仰ぐ垂直構造が交差する協働チームとなっていた。

今日の精神科医療は、ノーマライゼーションの普及とともに自己決定やリカバリモデルが重視され、当事者活動もさかんになり、またすべての精神科の臨床領域で多職種による多様な治療活動が進んだことにより、医師を頂点とするヒエラルキー構造ではなく、多様な専門性が有機的に協働するチームにシフトしてきた。

その完成型を目指したのは医療観察法の多職種チーム(multi-disciplinary team, 以下、MDTと

表1 申立件数

(平成23年3月31日現在)

北海道 (札幌)	東北 (仙台)	関東 (東京)	中部 (名古屋)	近畿 (大阪)	中国 (広島)	四国 (高松)	九州 (福岡)	合計
108	144	837	188	326	145	80	286	2,114

表2 審判結果

(平成23年3月31日現在)

入院	通院	不処遇	申立却下	取り下げ	合計
1,254	359	332	74	16	2,035

表3 通院(直接・移行通院)

(平成23年3月31日現在)

	北海道	東北	関東	中部	近畿	中国	四国	九州	合計
直接通院	25	26	109	25	83	24	24	43	359
移行通院	34	56	226	57	79	30	15	80	577
計	59	82	335	82	162	54	39	123	936

いう)である。医療観察法医療を準備するに当たって、英国のMDTモデルを学んできたが、それ以上にアルコール医療の多職種協働チームを念頭に置き、精神科リハビリテーション、包括的地域精神医療を参考にした。また医師、看護師、精神保健福祉士(PSW)、作業療法士(OT)、心理療法士(CP)、薬剤師は言うに及ばず、法に基づいた病棟運用を行うために配置された事務職や、診療録管理士など専門職種協働の一端を紹介する。

ガイドラインに沿った医療

医療の均霑化をめぐる、厚生労働省より指定入院(通院)機関運営ガイドラインと入院(通院)処遇ガイドラインが示されており、法務省より地域処遇ガイドラインが、最高裁判所は医療観察法および審判手続規則解説が示されている。法の施行に合わせて作成されており、実際に施行されて以降の知見を取り込んだ改訂はなされていないが、現在でも多くの点でガイドラインに沿った医療が実施されている^{1, 2)}。

指定入院機関における人員配置(多職種とその数)や人員の役割(管理者、精神保健指定医)、医療の質を確保するための会議(新病棟に係る外部評価会議、運営会議、倫理会議、治療評価会議)が定められており、これらを活用して多職種チームの運営が構成されている。処遇ガイドライ

ンでは「標準化された臨床データの蓄積に基づく多職種チームによる医療提供」が理念として明記され、多職種チームによる医療を前提とした治療の流れが制度化されている(図1)。

治療の基本は、対象者(医療観察法では「患者」とは呼称しない)ごとに担当MDTが構成されて治療を進める核となる。評価や治療計画、それに沿った治療の進行とモニタリング、再評価はこれらの担当MDTが基本案を作成する。その案を毎週開かれる治療評価会議で検討するしくみになっている。治療評価会議に参加するのは、病棟医長と医師、看護師長や看護師、それにCP、OT、PSWの代表で構成されて、担当MDTの評価や計画が見直されていく。また1週間の変化や課題を報告して検討を加えて、医療観察法病棟としてのコンセンサスを得ていく。この作業には各医療観察法病棟施設間での工夫がなされて一律ではないが、琉球病院では問題のあるケースや、定期見直しの場合には時間をかける治療評価会議を設定している。また院長も参加して、病棟スタッフとは異なった視点での検討をする機会もある。いわばMDTという治療チームが、専門職として同じ権限で情報を提供しながら検討した水平的な方針を、病棟として承認する過程である。

運営会議はステージ移行(急性期、回復期、社会復帰期)、初回の外出・外泊、入院継続や退院

* Multi-disciplinary team and the law for medical treatment and observation of those who are not guilty by reason of insanity

** the law for medical treatment and observation of those who are not guilty by reason of insanity, multi-disciplinary team, guidelines, common assessment item for risk

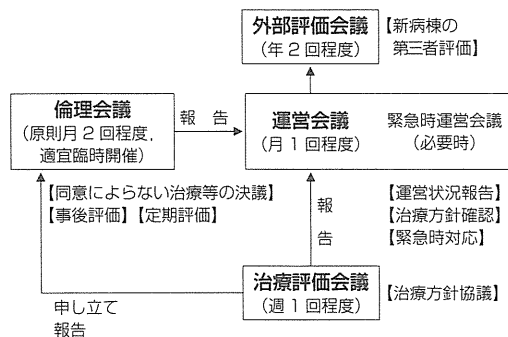


図1 各会議の位置づけ

の申し立てに関する事項を検討する。院長、診療部長、事務部長、看護部長など管理職と医療観察法病棟の中心スタッフ（医長、看護師長、看護師代表、コメディカルスタッフ）によって報告、検討、決定や承認が行われる。これは治療評価会議で決定権を持たない専門家の水平的な検討の過程を、責任を負う管理者が垂直的に承認していくプロセスである。文書での検討だけでなく、すべて実際にカンファレンスすることで、評価や治療方針は細部や深部にわたっても確認が行われる。琉球病院では管理職による判断根拠の確認作業や意見は厳しく、病棟の決定が差し戻される機会も多々みられる。権限が平等なMDTを基礎にして病棟チームの水平的な検討を前提にして、垂直的な決定をするシステムが十分機能することにより、病院として十分に責任を果たせる判断がなされるしくみになっている。緊急の運営会議も事故（離院や自殺、他害行為）などに対応して開かれ、現場に近いところで管理職が責任を求められるようになっていく。

本人の同意によらない治療などに関しては、毎月開かれる外部委員（琉球病院では精神科医師）を交えて倫理会議で事前と事後の検討と評価が行われる。クロザリルの使用、m-ECT、同意のない持続性抗精神病薬注射製剤（デボ剤）は事前承認が前提であり、拘束や隔離、同意によらない注

射などの使用も事後に妥当性の検討が行われる。医療観察法病棟では隔離や拘束は比較のまれであるが、最近はクロザリルの使用に関する検討を提案することが多い。外部委員の同意がなければ院内委員が同意をしても実行できない決まりになっており、施設側は治療の透明性や説明責任を負っている。倫理委員会は月2回を原則としているが、琉球病院の場合は検討事項が少ないために月1回で、緊急時には臨時開催をしている。また外部委員は大学精神科教授や、県立病院院長、病院協会の代表など精神科医として見識の高いメンバーで構成されており、困難症例に関する検討の機会にもなり、施設を超えての治療や行動制限の妥当性の検証ができる。

医療観察法における多職種チームの構成

琉球病院では30床の病床に病棟医長1名（精神保健指定医）、担当医師（精神保健指定医3名、非指定医1名）、看護師43名（看護師長1名、副看護師長2名を含む）、CP3名、OT3名（専任2名、併任1名）、PSW3名（専任2名、併任1名）が配置されている。併任に当たるメンバーは医療観察法の通院処遇に係ることもあり、入院から通院の一貫性を保っている。通院処遇では可能な限り包括的地域精神医療を多職種で構成している。対象者全員に対して、5職種（医師、看護師、

心理士、作業療法士、精神保健福祉士）による担当MDTが構成される。当初より多職種協働が義務づけられている。

多職種チームの機能

対象者は各専門職種の専門による視点より多角的に評価を受けて、治療計画が立案され、定期的に見直し評価されて、治療ステージに沿って社会復帰に向けた工程がたてられる。いわば対象者の個性性を重視し一律ではない治療が構成されるが、そこで最も重要視されることは、当事者自身の治療への参加である。当然、疾病や対象行為を否認し、妄想的な世界から疎通が取れないケースも存在するが、多くは鑑定や審判の経過のなかで、自らの診断や症状について議論を聞く機会があり、その過程を経て処遇が決定されてきているために、まったくの治療拒否はまれで、なんらかの糸口が存在する。多職種の誰かが糸口を探り、疾病に関する情報を提供し、対象者の権利擁護を積極的に行い、共感しながら、治療の有効性を説いていくにはMDTの存在が前提となる。

各職種の役割は専門性により明確に分けられているわけではなく、相互の共同作業が進むと、互いの専門性の理解も深まり、疾病や個人を見る視点が進化し拡大する。ケースフォームフォーミュレーションを作業療法士が実施して心理療法士がフォローする。また集団療法でのファシリテーターや補助者の役割も入れ替わりながら運営される。SSTも看護師が主導して実施されることも一般的である。

認知行動療法は治療セッションだけでなく、ホームワークとして課題が出されると日々の生活中でサポートされ、実際の生活で現れた危機も即座に取り上げられるなど、重層的で切れ目ない治療が可能になる。すべてがいつでも多職種で構成されると感じられるのは、医療観察法のMDTの特徴といえる。

これらを維持するために、MDT会議、MDT面接、治療方針を決めるCPA（care program approach）、治療評価会議（病棟で評価や治療を

方向づける）、倫理会議（同意によらない治療や処置について外部委員を招いての妥当性の検討）、運営会議（ステージ移行、処遇継続や退院の請求）などの、医療観察法での治療を支える枠組みが存在する。複数の協働機会が制度化されており、そのうえに裁判所が退院や入院継続・終了などの処遇を決定する法律モデルの強制入院制度が存在し、制度そのものが多職種により協働作業を加速する。裁判所（裁判官と精神保健審判員）が退院や処遇終了の権限を有しており、社会復帰を進めるのはMDTと対象者が協働して裁判所に回復を証明していく。主治医は医療の権限のすべてが委ねられている一般精神科医療とは異なる構造を有している。

MDTは対象者や裁判所を含めて、多様なコミュニケーションを行い相互の理解を深め重層的なチーム医療となる。

専門性の尊重を基盤とした役割補完、調整能力、関係性の構築がチームに求められる。あらかじめケアコーディネータは決められており、多くはプライマリナースがこの役を担う。彼らの成長は著しく、新しい看護師像を提供するといっても過言ではない。MDTの持つ凝集性や専門性が協働作業を、これまでのチーム医療とは違った水準へ押し上げている。

多くのスタッフに恵まれているからこそできることを列挙すると、次のようになる。第1にすべての対象者が多職種医療を受けることができる。第2に多様な治療（薬物療法、心理社会的療法）が可能になる。第3に隔離・拘束などが大幅に減少する。第4に常時観察などリスクマネジメントが緻密になる。第5に外出や外泊などの調整に多職種で関与して多角的な介入が可能となる。まだ地域との取り決めで、対象者の単独外出や外泊は認められず、この際の医学的管理には人手を要するために、外出や外泊の機会が制限されるなどの課題を有しているものの、グループホームへの試験入所も病院スタッフが関与して行われるので、これら施設の安心にもつながっている。

1. 現場の看護師の指摘

- ・多職種で対象者にアプローチすることで、退院に向け治療のクオリティが向上する。多職種でチームを組むので他の職種の仕事内容も少しはわかり、自己の知識の向上にもつながる。看護師がチームのコーディネータをする役割なので、対象者の退院までのプランをイメージするトレーニングになった。
- ・各職種が専門的な見方、接し方、評価をすることで、より専門的でクオリティの高い関わりができる。専門性を集結することで問題点の共有⇒治療戦略⇒実施⇒評価と治療、看護の継続性を保てる。チーム形成することでモチベーションの維持や困ったときの相談も簡単にできる(治療共同体)。
- ・看護師や医師は問題重視的な考えに偏りがちである。OT, CP, PSW が入ることでそこでのみ着目するのではなく、社会復帰に向けてどうアプローチすべきかがみえてくる。1人の対象者に多職種に関わることは1人の人間の人生(医療観察法における再犯防止や社会全体でフォローできる体制づくり、地域を巻き込む医療、ノーマラゼーション)をも大きく左右する。
- ・クライシスプランを一緒に考えていく経過のなかで、対象者は退院後のイメージが明確になり、困ったときの相談者の分担等明確にイメージができ、実際にそれを役立てることができる。そのなかで入院時にやるべきチーム役割も明確になる。看護師1人で指導するのではなく、チーム全体で役割分担ができ、得たい結果につなげることができる(1人は憎まれ役、1人は逃げ道役、フォロー役など)。治療計画は対象者の意見を拾うことができ、方向性の修正も容易である。1人でやると偏りがちになるが、事前にMDTで話し合うことで偏りがなくなる。看護だけでは荷が重いケースは、負担が大きいと同じ情報を共有しているスタッフ同士で相談しやすく、精神的負担が軽減できる。
- ・各職種が専門的な関わりを行うことで、対象者自身もスタッフの職種を把握し相談することが

表4

大項目	中項目	小項目
精神医学的要素	精神病症状	6
	非精神病症状	9
	自殺企図	
個人心理的要素	内省・洞察	4
	生活能力	14
	衝動コントロール	5
対人的要素	共感性	
	非社会性	10
	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	8	
治療的要素	コンプライアンス	
	治療効果	
	治療・ケアの継続性	5

で退院につなげている。1つの職種だけでは負担になってしまうことも、チーム全体で関わることで、いままでの一般精神科と比較して退院に向けての看護展開がスムーズに行っている。各職種の職種内容を理解することで活用方法がわかり不在時はチームで各職種のフォローができる。

2. その課題

- ・医師、コメディカルは受け持ちが多いため、会議などがブッキングすることが多い。看護師は師長がスタッフをまとめる役割を担っているが、コメディカルをまとめる役割を担う人がいない。
- ・看護師は人数が多すぎて情報の共有が難しい。
- ・看護師はケアコーディネータを行う。看護師の経験や力量によりコメディカルへのアプローチに差が生じる。少人数のコメディカルの調整はシフト上難しい。看護師中心のプログラムを運営では、担当看護師を付けてと観察者が不在になる。
- ・自分のチームのことでゆとりがなく、チーム以外のことは関心が薄れることがある。チームに任せきりになることもある。

そして医療観察法にとどまらずに「医療観察法から始まったMDTは、本来、一般精神や鑑定入院にあるべき形態だと感じる、医療観察法の医療を成功させることで一般精神に般化させるためにも質の向上を目指す必要があると感じる」との意見が主流である。

共通評価項目の設定

MDTの協働作業を支えているものに、「共通言語」としての共通評価項目の導入がある。医療観察法の医療は、本質的には一般精神科医療と異なるところはない。診断や治療においてその対象者の個別性や、多重な課題に沿って緻密に提供されている。統合失調症が90%近くを占めるが、重複障害は知的障害18%、発達障害6%、物質使用障害12%、人格障害4%、脳器質性障害5%と多様な疾患が存在している事実により、その治療も多様さが求められる。

医療観察法医療で一般精神科医療とは異なる点を挙げれば、リスク評価を基本に据えた点である。そのためにHCR-20を基礎としつつも、わが国の精神科医療を念頭に置いて共通評価項目が作られた(表4)。これは過去の出来事や動かない項目(初めての暴力、家族歴、人格評価、PCLなど)は基本情報として押さえることとして、可変的な中項目17項目を挙げて、多職種で評価する方法をとった³⁾。

共通評価項目は基本的にはリスクアセスメントとして機能している。医療観察法での票と治療計画の立案は次のプロセスをたどるように構造化している。共通評価項目の各項目を評価して、暴力リスクについてどのような事態で生じるかのシナリオを想定し、そのシナリオに沿って、どれほどの事態の性質、深刻さの程度、頻度、切迫度、蓋然性を見立て、それに対するマネジメントプランを立案し、これを基礎にして全体的な治療評価と計画をたてる構造をとっている。

ガイドラインを始め、報告書には共通評価項目についての評価を行うことが定められており、各施設とも利用をしている。この評価の構造化が医

療観察法チームの下敷きで、これが共通言語となり意見交換が促進される。職種間でも、チーム間でも、施設間でも同様に使用しているために、医療の均質化が図りやすい。多職種が有効に機能するためには、法の目的を体現する共通な言語を用いることが必要であり、そのために開発されたのが共通評価項目であった。

新しいチーム医療を求めて

医療観察法は、わが国で初めての法律モデルによる強制医療である。医療福祉関係者だけでなく、法律家(裁判官、検事、弁護士、人権擁護関係)が参加した医療体系である。そのために従来の個人の医師の持つ権限が著しく抑えられている。そのことが多職種医療を加速したともいえる。それぞれが専門職として機能するだけでなく、どのように協働するかを具体的に構造化してきた。

また、対象者全員へ多職種チームを適応してきた。治療評価会議・運営会議・倫理会議などの運用の構造化、共通評価項目のように評価の構造化などの枠はむしろ専門職の自立を促してきた。対等な立場での協働はおのおのの専門性を高め、単なる多職種とは異なった次元へ医療を進めることができているのではと感じる。

今後はこれらを実際のデータで示すべきで、それは疾病の症状の改善や、病識や内省の深化、対人暴力など問題行動が改善して、その結果としての社会復帰の促進がどれほどに図られたかを示すべきであろう。

医療観察法の附則に述べられているように、医療観察法で得られた体験や効果を、いかに一般精神科医療へ還元するかは、医療観察法に携わる多職種ひとりひとりの役割でもある。

文献

- 1) 厚生労働省：指定入院医療機関運営ガイドライン。
- 2) 厚生労働省：入院処遇ガイドライン。
- 3) 村上 優：共通評価項目に関する改訂及共通評価項目の研修のためのガイド。他害行為を行った精神障害者の診断、治療及び社会復帰支援に関する研究(主任研究者山上 皓)平成19年度報告書、2008。

特集 医療観察法の存続は可能か——5年後見直しを迎えて——

医療観察法の存続は可能か——指定入院医療機関より——

村上 優

1. はじめに

2005年7月15日に施行された医療観察法は5年を経て、見直しに差し掛かった。図1に示す医療観察法制度が評価を受けるとすれば、第1に医療観察法の入口にあたる「心神喪失等の状態」の評価である刑事責任能力鑑定が円滑に進んでいるか、第2に医療観察法の審判とそれを支える医療観察法の医療必要性に関する鑑定（医療観察法鑑定）が機能しているか、第3には医療観察法指定入院施設が法の目的である「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及び指導をおこなうことによって、その病状の改善及びこれに伴う同様の行為の再発の防止を図り、もってその社会復帰を促進」に向けた医療が提供できているか、第4には医療観察法の体制の下に地域移行と地域でのサポートが整えられたか、第5に医療観察法体制から精神保健福祉法での医療に移行したかである。

視点をかえれば医療供給の観点から、保安処分で議論になった「治療なき拘禁」ではないか、社会復帰促進という法の目的を個別に評価できるか、提供される精神科医療の質と量に関して評価できるか、国連人権原則などに沿った人権の基準を提供できているか、外部評価（行政的・精神医学的・市民的視点で）を受けているか、保護観察所におかれた社会復帰調整官がケアコーディネーターとしての活動を問うことである。医療観察法での精神科医療を抽象的に論じるべきでなく、過渡期的な不十分さを過大に評価せず、またDSPD (dangerous person with severely personality

disorder) のように人格障害を治療対象としている外国の動きを無前提に導入すべきでもない。

2. 刑事責任能力鑑定が円滑に進んでいるか

矯正処遇か医療的処遇かを決定する前提は責任能力の有無である。そのために行われる刑事精神鑑定は重要な意味を持つ。医療観察法がスタートして検事など一部の法律家しか目にしなかった精神鑑定が、弁護士や裁判官、様々な立場の医療関係者に検討されようになった。鑑定様式の提案やモデル化、刑事精神鑑定ワークショップなど研修機会の提供により、客観性や精神医学に基礎を置く判断過程を構造化して、鑑定を専門としない精神科医が参加できるように門戸が広がった。

心神喪失や心神耗弱により責任が問えないと判断されて、検察により医療観察法の申し立てが行われる。重大事件の場合に心神喪失は医療観察法医療の対象で、心神耗弱は刑が減刑されるが基本的には矯正処遇となる。心神喪失・耗弱の判断の差はその後の医療提供の原則に大きな隔たりをもたらす。一度矯正ルートに乗れば刑期が終わるまで変更はできないし、また医療処遇となればその後の経過で責任能力を問うべきと判断されても矯正処遇に移行することはない。わが国では法律的な処遇から治療処遇へのダイバージョンは一方向性であり、矯正処遇や治療的処遇を行った上で再検討して処遇を見直し変更する双方向性に処遇はできない。このために刑事責任能力鑑定と、検察や裁判での責任能力判断は重要である。重大な事件こそ裁判における心神喪失と心神耗弱の判断は

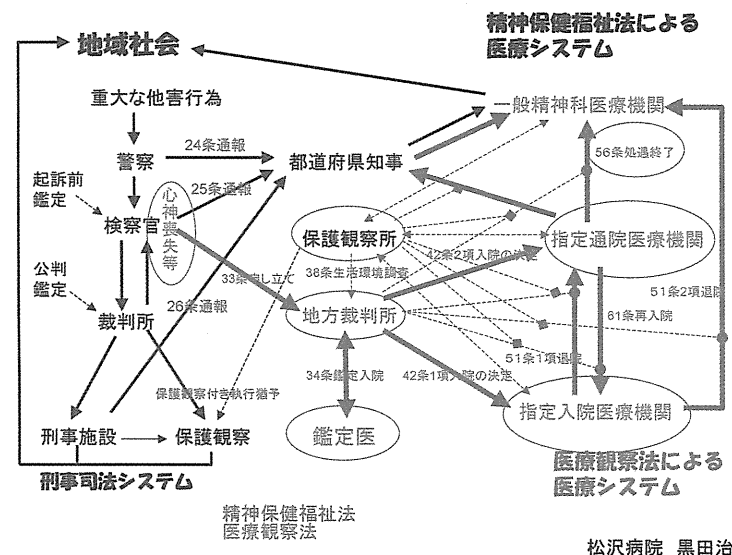


図1 精神保健福祉法による医療システム

その後の処遇に大きな差を生じる。心神喪失では医療観察法医療への申し立てがなされて医療への道がつくが、心神耗弱では刑が減じられて矯正処遇となる。統合失調症の寛解期や急性増悪初期では社会生活を営む中での行為であり、心神耗弱と判断されることも多い。事件を境に疾病が進むことが予測されても、現在の判断では矯正処遇となり医療に特化した処遇は受けることはできない。

医療観察法施行直後の1年間で対象行為にみた鑑定までの経路が報告されている(表1)³⁾。殺人の対象行為でも本鑑定は37.7%でしか実施されていない。傷害で本鑑定がされたのは9.6%と少なく、その多くは簡易鑑定である。簡易鑑定は迅速な処遇決定のため医療への接近性を良くするという利点はあるが、適正な処遇を決定するための鑑定の質と量のバランスでは問題が多い。刑事精神鑑定も医療観察法が施行されて増加している印象がある。これに携わる精神科医師も増加しており、適正な鑑定過程と精神医学的な妥当性をもつ

鑑定内容を得るためには、本鑑定の実施が求められる。

医療観察法の入院対象者は統合失調症圏が87.2%を占めることは、心神喪失や心神耗弱を前提として申し立てられることに由来する(表2)。しかし主病名は統合失調症でも重複障害が47%にみられ知的障害は18%、広汎性発達障害は6%、物質関連障害は12%に併存している(表3)。一方でパーソナリティ障害は少なく、これらの障害は治療へ導入せずに矯正処遇、すなわち責任能力を認める方向で判断がされている証左である。しかし医療観察法施設間でのピアレビューを通じてみると、臨床現場では反社会性人格の要素が大きく、妄想や幻聴があるにしても統合失調症とは診断しがたい事例が入院となる症例が少数ながら存在していることも事実である。刑事精神鑑定と検察や裁判所における責任能力判断にさらに注目する必要がある⁴⁾。

表1 対象行為にみた鑑定までの経路

鑑定までの経路	殺人 n=53	放火 n=53	強盗 n=53	強制わいせつ n=13	傷害 n=13	合計 n=187
措置入院あり (%)	5 (9.4)	9 (24.3)	2 (18.1)	4 (30.8)	11 (15.1)	31 (16.6)
簡易鑑定あり (%)	34 (64.2)	24 (64.9)	8 (72.7)	8 (61.5)	52 (71.2)	126 (67.4)
簡易鑑定のみ (%)	23 (43.3)	23 (62.2)	8 (72.7)	8 (61.5)	49 (67.1)	111 (59.4)
本鑑定あり (%)	20 (37.7)	3 (8.1)	0 (0)	0 (0)	7 (9.6)	30 (16)
本鑑定のみ (%)	7 (13.2)	2 (5.4)	0 (0)	0 (0)	4 (5.5)	13 (7)
鑑定なし (%)	5 (9.4)	9 (24.3)	2 (18.1)	4 (30.8)	11 (15.1)	21 (16.6)
不明 (%)	4 (7.5)	0 (0)	1 (9.1)	0 (0)	3 (4.1)	8 (4.3)

表2 医療観察法入院対象者の状況 (2009年3月1日現在)

Fコード	診断	男性	女性	合計	割合
F0	器質性精神障害	7名	2名	9名	1.90%
F1	物質使用障害	27名	1名	28名	5.80%
F2	統合失調症	345名	76名	421名	87.20%
F3	気分障害	10名	9名	19名	3.90%
F4	神経症性障害	2名	0名	2名	0.40%
F6	パーソナリティ障害	2名	2名	4名	0.80%
	合計	393名	90名	483名	100%

表3 入院対象者における重複障害

	合計
n	511
知的障害	90 (18%)
広汎性発達障害	32 (6%)
物質関連障害	60 (12%)
パーソナリティ障害	21 (4%)
F4障害	8 (2%)
F0/G4障害	24 (5%)
身体合併症	76 (15%)

3. 医療観察法の審判とそれを支える

医療観察法鑑定

医療観察法は目的を「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者に対し、その適切な処遇を決定するための手続等を定めることにより、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及び指導をおこなうことによって、その病状の改善及びこれに伴う同様の行為の再発の防止を図り、もってその社会復帰を促進することを目的とする」(第1条1項)と規定し、社会復帰が最終目標であるとしている。医療観察法の医療必要性は3要件(疾病性・治療反応性・社会復帰要因)の判定で、1要件でもなくなれば医療必要性は構成しないとされ、2009年8月の最高裁決定でも確認された。

医療観察法の申立件数と審判結果(2005年7月15日～2009年12月末)は1,632件で、審判結果を示した(図2)。この全国規模でみると入院・通院・不処遇・申立却下の判断傾向は現在までも大きくは変化していない。

医療観察法により医療必要性の鑑定については、厚生労働科学研究班によるモデル鑑定書やその様

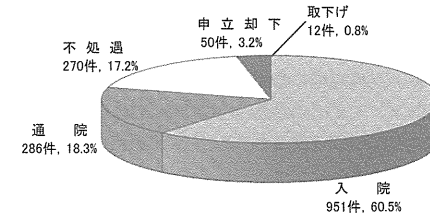


図2 医療観察法の申立件数と審判結果 (2005年7月15日～2009年12月末) 1,569件

表4 精神保健判定医養成

	平成17年	平成18年	平成19年	平成20年	平成21年
人員	449	659	796	873	905

表5 精神保健参与員養成

	平成17年	平成18年	平成19年	平成20年	平成21年
人員	405	524	621	714	737

式を基本とした書式が提案された^{1,2)}。司法精神医療等人材研修企画委員会としての判定と処遇に関するガイドラインを示したにすぎず、厚生労働省や法務省としては明確なものは示しておらず、最高裁判所は「心神喪失者等医療観察法及び審判手続き規則の解説」を提示している。司法精神医療等人材研修企画委員会による年3～4回の研修会(仙台・東京・大阪・福岡会場)は5年を過ぎ、精神保健判定医のべ3,682名と参与員のべ3,001名が受講している。鑑定医や審判員、参与員としての裁判所でのカンファレンスや審判実務を経ることによって医療観察法への理解が深められ、また厚生労働省による判定事例研究会により事例検討によって均質化が図られている(厚生労働省ホームページ)。

鑑定医の資質の向上の取り組み、医療観察法鑑定によって精神鑑定の視野が広がり、司法精神科医の養成が求められ全体の底上げが図られた。刑事責任能力鑑定でも、多くの精神科医師など専門家が重ねて鑑定書に目を通すために、鑑定人の判

断に対するフィードバックがかかるようになった。

医療観察法医療必要性の3要件(疾病性、治療反応性、社会復帰要件)の概念が定着し、非自発的入院の論理、判断能力についての医学的検討などが行われるようになった。今後は治療反応性や社会復帰要因についてコンセンサスを得る必要がある。また鑑定では個々の鑑定医の見立てと主義を超えた客観性が求められる。

裁判所との問題共有は審判に伴って実施されるカンファレンスによって、決定がどのような効果や意味を持つかの検討が求められるようになった。裁判官の精神障害への理解やとらえ方が広がり、実際の精神科臨床と一致した判断が得られるようになった。特に当初審判をしたチームによって、その後の経過も追っていくと、症状改善までの経過、治療の障壁となる問題を共有するようになった。当初審判だけでなく、入院継続や退院時の審判でもカンファレンス方式がとられるようになった。退院審判では疾病性と社会復帰要因のバランスが議論の争点となることが多いが、これらの審

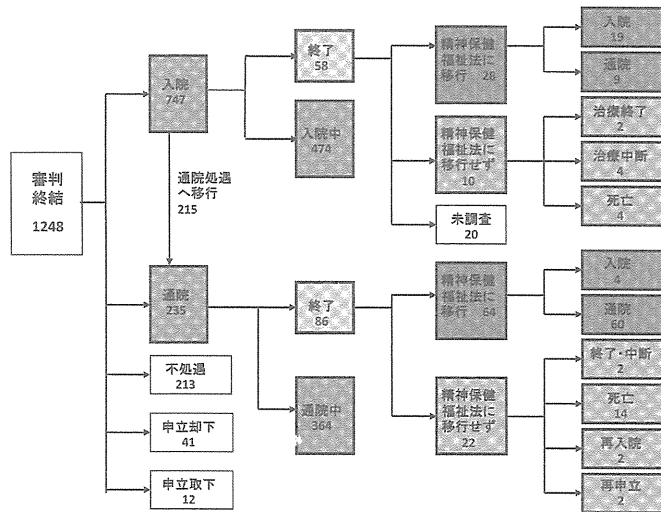


図3 2008年12月末の転帰(累積転帰図)

判においてもカンファレンス方式を採用することで、専門性を越えた相互理解が進み、議論が深化する。

鑑定の方法論でも鑑定医のみによる鑑定ではなく、多職種による鑑定という流れについても提案された。鑑定システム(多職種チーム、同僚医師のカンファレンスなど)が提案された⁴⁾。

4. 医療観察法指定入院施設が法の目的に沿って医療提供できている

医療の量的な評価と質的な評価

医療観察法の申し立てが行われた1,248人についてその後の2008年12月末時点での転帰を平田が報告している⁴⁾。

18ヵ月の入院期間を目標としているが、多くの対象者はこの期間内に社会復帰を果たすことができている(図4)。

「入院対象者が退院までに要した期間(全国値)2009.7.15現在」(平林直次ら)でみると1年以内の短期群, 1~2年の中心群, 2~3年の長期群,

3年以上の困難群が存在して10%前後の入院対象者が長期となる可能性を示唆し、さらなる社会復帰促進のための方策が検討された⁴⁾。

長期入院の短縮化に向けては、重篤な措置入院患者について入院期間が長くなる場合もあるが、その一方で重大な他害行為に及んだ医療観察法対象者の入院期間が短縮化できている。期間を含めた治療ステージを決めるなど決定にあたって運営会議、倫理会議、治療評価会議、多職種チーム会議が関与しており、治療行為の透明性を担保している。

医療観察法の医療では本格化した多職種による医療が行われており、新しい取り組みと言える。特に精神保健福祉士、臨床心理技術者などのコメディカルが病棟に配置されたことは大いに評価できる。また、保護観察所の社会復帰調整官も社会復帰の大きな戦力となっている。地域での支援体制として導入されたCare Program Approach (CPA)、関係機関をマネジメントする社会復帰調整官は社会復帰促進に有効であり、これら医療

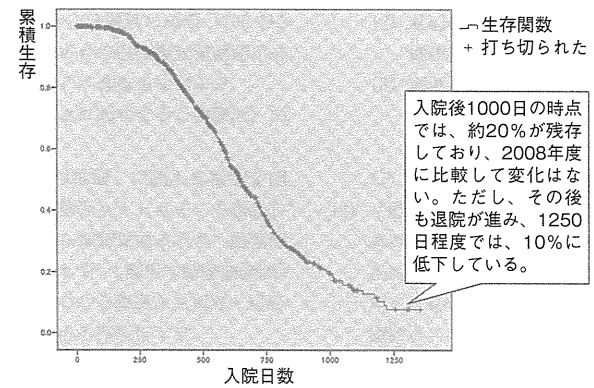


図4 生存関数

観察制度の成果は一般精神医療においても活用されることが望ましい。

入院処遇より直接処遇終了となった対象者58名について調査が行われた⁵⁾。元来は通院処遇を経ることが想定されるが、22%は退院時点で医療観察法処遇が終了となる。これらのうち「疾病性の問題」を理由とする10名について、パーソナリティ障害=5名(鑑定診断:統合失調症3名, 妄想性障害1名, 感情障害1名)、発達障害=2名(鑑定診断:統合失調症2名)、物質使用障害=2名(鑑定診断:感情障害1名, パーソナリティ障害1名)、その他=1名(鑑定診断?)であった。これは入院時点での診断に関して入院後に変更をしたものである。時間をかけ手厚い観察によって診断が変更となるので、短期間の観察では得られない情報をもとに診断を見直したことになる。鑑定診断における精度の問題として、1) 診断技術が明らかに未熟であるもの、2) 微妙な診断が要求されるもの、3) 鑑定期間中では診断が困難であったもの、4) 医療観察法を理解していないことがあげられる。

「治療反応性」の問題19名については統合失調症=4名(慢性期, 治療抵抗性が強い)、認知症=9名(鑑定診断:統合失調症4名, 感情障害

2名, その他2名)、物質使用障害=3名(アルコール2名, 覚醒剤1名)、精神遅滞=2名(鑑定診断:統合失調症1名, 感情障害1名)、その他=1名(てんかん)が対象となった。これは治療抵抗性であったり、認知症のように進行性疾患、物質関連障害で自由な契約下でない経過をみる

ことができないなど終了に至る理由は多様である。「社会復帰要因」の問題5名については身体機能低下=肺気腫, 肺癌, 糖尿病・認知機能低下, 認知症, その他によりリスク消失である。

「社会復帰の促進」を具現化するために治療システムがガイドラインで決められ、治療目標を明確にした枠組みに沿った治療プログラムが作成されて効果ある対応ができた。またガイドラインにより外部評価、倫理会議・治療評価会議など治療の透明性や多職種医療の構造を明確にした。集中的な医療資源の投入により、観察法病棟における行動制限については最小限となっている。人手や設備を投入すれば治療成績が上がるのがわが国の精神科臨床現場においても示された。医療観察法施行当初と従来の措置入院を比較すると指定入院医療機関での医療では行動制限, 抗精神病薬の処方量が有意に少なかった。また、持続性注射製剤, 修正型電気けいれん療法についても実施数は

少なかった。また、それらの実施にあたっての医学的な適応の判断、対象者の同意の取得、倫理会議の手続きは適正に行われていた。裁判所や保護観察所が関わることで得られる効果もあり、対象者に対して明確な治療目的や対象者の権利を説明できるため治療同盟が構築しやすい。また、指定入院医療機関では専門的な医療を実行するための、疾病教育や服薬、対象行為の認識と内省などの各種の治療プログラムが作成されている⁹⁾。

医療機関内では、これまでの医師中心、薬物療法中心から多職種中心の治療が行われており、また、機関外との関係においても様々な機関、職種が対象者の社会復帰を促進することを共通の目標とし、連携して一人の対象者に関わるため、手厚いサポートがなされるようになり、新しい多職種チームによる精神科医療が始まった。特に我が国で遅れていた臨床心理技術者が常駐化し心理社会的治療を進展させ、保護観察所に社会復帰調整官が置かれ社会復帰の大きな戦力となっている。多職種チーム医療とリハビリテーションは「医師中心モデルから多職種中心モデル」へのパラダイムシフトに大きな役割を果たした。

それでも長期入院化する治療抵抗性統合失調症の存在がある。現在、クロザピンを導入する医療観察法病棟もあり、治療抵抗性統合失調症の予後は大きく変化する期待がある。琉球病院では5例に使用し、副作用(せん妄状態)で中止した1例を除いて異常体験の緩和、情緒の安定、攻撃性や衝動性の改善が見られ、心理社会的な介入が可能となっている。攻撃性や衝動性がつよく、情緒が安定せず、被害妄想などに囚われている医療観察法病棟の対象者にクロザピンの導入は検討に値する。改善後の心理社会的介入の体制が整っていることはクロザピンの適応を促進する。これらのアプローチでも改善が認められない治療抵抗性統合失調症で、暴力リスクが軽減しても精神病状態の持続や統合失調性の人格変化が著しく、見守りが絶えず必要な症例については high dependency という概念を提案したい。精神保健福祉法に基づき、低い保安レベルの施設で設備やマンパワーを

厚くした医療環境において長期間の治療介入を行い、最終的には社会適応レベルを改善することを目的とする high dependency unit を整える必要があるだろう。

5. 医療観察法通院でのチーム医療と関係機関

継続的な通院治療の必要性については施行前より指摘されていたが、指定入院医療機関の入院対象者の80%は過去に精神科治療歴があり、最終受診日から6ヶ月以内に対象行為を起こしているため、治療継続のシステムの重要性が明確となった。裁判所の決定により実施され司法の関与を対象者に意識させること、鑑定時より社会復帰調整官が関わること、多職種による質の高い医療が実施されることが治療の継続性や効果に寄与している。これまでの観察という役割のみではなく、社会復帰も担うようになったことで、保護観察所の役割を考える大きな契機となった。処遇終了後においても通院を継続しているものが多く、円滑な一般精神医療への移行がなされていると言える。こういった地域におけるコーディネーターは地域精神医療にも望まれるところである。

アウトリーチ型の医療やケアマネジメントが定着し、訪問看護などのチームによるケアの質を高め、医療中心より多職種チームによる包括的な地域生活支援体制を得ることができた。処遇実施計画におけるクライシスプランの考えが明確化し、「本人からの注意サインを、本人を含めて誰が、どのように把握してどういった対応をとるか」をあらかじめ決めることが介入に有効である。クライシスプランの作成にあたっては、当事者参加型により対象者が作成に関与したプランはより効果的である。

6. 「治療なき拘禁」は乗り越えられたか

医療観察法の医療体制はわが国で最も国連人権原則に沿った人権を尊重した基準体制を提供できている。治療の内容、多職種チーム医療、様々なレベルで外部評価システム(行政的・精神医学的・市民的視点で)を実施している。積極的にア

ドボカシーを取り入れている施設もあり、裁判所による入院命令であるだけに対象者の権利擁護に関する体制を整えようとしている。

7. 医療観察法が存続するために

医療観察法は精神科医療に大きな転換をもたらした。第1に精神科医療へ法律モデルが導入され、司法と精神医学の対話が始まり、わが国で初めての司法精神医療がスタートした。第2に精神科医療に集中的で高い機能を持った治療システムが導入されたことである。これらは人権上も、治療システム上も一般精神科医療に大きな影響をもたらしている。

発足後4年までは病床準備の不足による混乱もあったが、施行5年を前にして病床不足は解消の方向に進んでいる。今後の通院処遇体制の整備がさらに進み、入院病床の地域偏在が改善されれば、医療観察法の医療体制が整えられたと評価できる。

この法律をさらに充実させるべく、今後の課題について意見をまとめる。

- 1) 都道府県の責務を明示し、都道府県の役割を義務づける。身近な医療福祉サービスを受けるために自治体の責任・関与の明確化が求められる。
- 2) 入院施設の設置基準について国と都道府県立、特定独立行政法人と定められているが、独立行政法人および地方行政法人における非特定独立行政法人の認可を法定化する。
- 3) 医療観察法鑑定について監督する司法・行政的な責任を明確にする。「鑑定入院医療機関」(第37条)の定義や施設基準を定め、医療内容の報告を行い、鑑定ガイドラインを策定し、「鑑定および医学的管理」に関する規定を明示する。
- 4) 鑑定(司法精神医学に関わる全ての鑑定)の高規格化を目的とした基準を作成する。
- 5) 身体合併症治療のために医療観察法施設以外の一般科に入院時した場合の規定(100条3項)を見直す。
- 6) 外出や外泊中の医学的管理に関するガイドラ

インを作成する。外出・外泊中の医学的管理について、付き添いの在り方、遠隔での管理や単独外泊など医学的管理について現実に即したガイドラインを設ける。

- 7) 地域での処遇に関して、一時的な休息や状態悪化に対応する指定通院医療機関への精神保健福祉法入院に際しては期間を限定して国費での入院とする。
- 8) 社会復帰施設の充実が必要である。単身生活が想定できない症例では援助がある施設への入所が社会復帰の前提となる。多様な援助レベルを想定した社会復帰のための施設が期待される。
- 9) 指定通院医療機関も生活環境調整に参加するように明示する。通院施設の意見を反映させる機会を制度的に保証する。
- 10) 指定医療機関(特に入院)の数や質に関する将来的な見通しを立てる。
- 11) 北海道に指定入院医療機関を設立する。
- 12) 医療観察法システムと矯正システム双方向性のダイバーションの制度設計を検討する。矯正施設から医療観察法施設への移送基準を設ける。
- 13) 犯行時は心神耗弱と判断されて矯正施設に入所した受刑者について、治療が矯正処遇に優先して必要な場合に医療観察法施設へダイバーションするシステムを導入する。厳罰化の傾向などにより統合失調症でも責任能力を認められ受刑しているが、疾病の進行により矯正処遇に不適切なケースが存在し、これらの救済を視野に入れるべきである。
- 14) 入院医療機関の機能分化について検討する。
 - (1) 保安レベルを一律とせず、リスクアセスメントに基づき施設管理やサービスの提供を多様にする。
 - (2) 地域密着型病院(小規模ユニット・小規模施設): 社会復帰期及び症状軽快型
 - (3) 専門別の類型(身体合併症・アルコール依存など)
- 15) 退院促進に関して指定入院医療機関における、

外部からの監査, 入院施設相互の交流やピアレビューを通して提供する医療の均質化を図り, 医療の質を確保するために一層の制度的な配慮を要する。

- 16) 通院対象者に対する精神保健観察の枠組(106条「精神保健観察」107条「守るべき事項」)について, 遵守事項が守られない場合に医療機関への同行を求めることができる規定を設ける。通院医療機関(ないし保護観察所)は危機介入における警察の関与を求めることができる規定を設ける。
- 17) 事故調査機関の設置を規定する。入院・通院処遇での事故・事件調査委員会を社会保障審議会に設置する。

文 献

- 1) 厚生労働科学研究(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15年度総括・分担研究報告書, 2004

2) 厚生労働科学研究(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・分担研究報告書, 2005

3) 厚生労働科学研究(こころの健康科学研究事業)「他害行為を行った精神障害者の診断, 治療, 及び社会復帰支援に関する研究」(主任研究者山上皓)平成19年度総括・分担研究報告書, 2008

4) 厚生労働科学研究(こころの健康科学研究事業)「医療観察法における医療の質の向上に関する研究」(主任研究者中島豊爾)平成22年度総括・分担研究報告書, 2010

5) 厚生労働科学研究(こころの健康科学研究事業)「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)平成22年度総括・分担研究報告書, 2011

6) 指定入院医療機関治療プログラム集(主任研究者平林直次)。平成20年度国立病院機構共同臨床研究, 2009



裁判員制度と精神鑑定

物質使用障害の精神鑑定の実際*

村上 優**

Key words

Actio libera in causa, Psychiatric assessment practice, Substance abuse, Pathological drunkenness

はじめに

物質使用障害の精神鑑定で対象となる病態は①急性中毒, ②離脱せん妄, ③精神病性障害, ④健忘症候群, ⑤残遺性および遅発性精神病性障害である。また実際に鑑定で遭遇する薬物はICD-10に沿って挙げると, アルコール(F10), 大麻(F11), 覚せい剤(F15), 揮発性溶剤(F18), 多剤使用(F19)が多い。これらの薬物によって病態の現れ方は多様で特徴があり, 物質使用障害として一括して論じることは困難である。ここではアルコール関連障害の精神鑑定を中心に論じる。

物質使用障害の責任能力を検討する際に問題となる事項は, これらが自招性, すなわち自らが使用したために, 精神病状態や意識障害を惹起しているということであり, 「原因において自由なる行為 actio libera in causa」という法律概念を持ち出すまでもなく, 使用そのものに関しての責任を認めるべきとする一般市民の意識は高い⁶⁾。泥酔して運転をして死亡事故を起こした場合に, 飲

酒運転や危険運転致死罪の適用を「記憶がないから」といったためらうことはない。同様に複雑酩酊による興奮を伴い, 些細なことで衝動的に殺人を犯したとしても, 記憶がないということで免責するという判断を一般市民は受け入れないであろう。また精神病状態は「意図的な」乱用の結果であり, それが覚せい剤の場合のように幻覚に基づく犯行でも, 責任能力を減じることにただちに賛成はしないだろう。

「原因において自由なる行為」の法律構成は難解であるが, 簡略にすれば「違法行為を行うこと予定して自らそのような状態を招く」として故意犯として見立てるのか, 違法行為を予見はできたにもかかわらず予見しなかった場合の過失犯とするかである²⁾。一般的に酩酊前における「違法行為の予見可能性」の証明を必要とする。酩酊前に具体的な違法行為を予見できるかを論じるには仮定が多く, 犯行が起こった結果を解釈した説明によるために客観性や妥当性を欠き, 実際の認定は困難である。

酩酊など自ら招いた物質の摂取による結果として生じているとしても, 高度に判断能力が障害された酩酊, すなわち精神病状態と等価の酩酊は行為者の弁識能力, 制御能力を失ったものとして責任無能力とする。病的酩酊がそれにあたる。また複雑酩酊で意識障害が存在する場合には判断能力

* Psychiatric Assessment Practice of Substance Abuse

** 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), MURAKAMI Masaru: National Hospital Organization Ryukyu Hospital, Okinawa, Japan

が減弱し、責任能力が著しく障害されていると考え、心神耗弱とする判例が存在してきた。一般市民たる裁判員が参加することで、物質使用した者の責任を厳しく問うという流れが底流にあるとしても、異常酩酊についての定義を明確にし、犯行と異常酩酊の関係を裁判員に理解を得る必要がある。

物質使用の鑑定で問題となるのは、たとえば酩酊が時々刻々と変化し、移ろいやすい場合である。単純酩酊や複雑酩酊にある時に、口論などで激昂して情動反応が生じ、病的酩酊化した激しい興奮が生じることがあるが、一過性で経過するために、短時間の弁識能力や制御能力を失っているとしても、行為のすべてを免責することを裁判員が納得するだろうか。加えて証言における虚言の可能性を排除しなければならず、曖昧になっている記憶をたどって客観的に証明することは困難である。

記憶の欠損(健忘)のあり方も裁判員には伝わりにくい。特に酩酊して比較的普段の行動や合目的な行動、人格より推定される行動を行っているとするれば、健忘があるからといって弁識・制御能力がないとは認められないだろう。

このように裁判員が参加する裁判において、一般常識による判断に資するような鑑定が求められる。具体的に検討を行っていく。

アルコール関連障害の精神鑑定

わが国では酩酊については Binder の酩酊の定義が取り上げられる¹⁷⁾。単純酩酊は「麻酔期に達した後に興奮期が再現することはない。自己統制可能で見当識があり著しい健忘は残さない。一般に多幸的で幻覚妄想はない」、複雑酩酊は「興奮が強く、長く続き、態度の秩序が乱れ平素の人格とは異質の粗暴な行動があらわれやすいが、行動の流れは周囲より見て理解でき、著しい無差別、夢想的でなく、見当識に著しい障害はなく、気分は刺激的でも幻覚妄想はない。広範な記憶欠損はない」、病的酩酊は「著しい興奮に加えて著しい見当識障害がある。気分は苦悶的で幻覚、妄

想を伴い、著しい健忘を残す。もうろう型では意識障害のために行動は無差別、非現実的となり、周囲から見て了解不能であるが、本人にとってはある程度の意味連関あり。せん妄型では全く内的関連がない」と定義されてきたが、実際に観察される酩酊を明確に分けることは困難である。短い時間の経過で状態が変化し、その間にケンカなどの情動不安となる要素が加わり、酩酊も変化をする。「移ろいやすさ」が酩酊の特徴とすると、明確に区切って酩酊を定義することは現実的ではない。

松原は酩酊の分類を表のように「意識・行為面・気分・人格面・見当識・記憶面」の要素に分けて示した。複雑酩酊と病的酩酊では犯行当時の行為が「目的性を持っているか、目的性を喪失していたか」が大きな判定要素になり、単純酩酊と複雑酩酊では「人格面と気分」に差があり、複雑酩酊では人格面で質的に変わり、気分が不機嫌で情動興奮が著しくなるとした³⁾。

病的酩酊ではてんかんの発作時の意識変化に相当するとすれば、判断能力が欠如ないし著しく低下していることについて理解を得ることは比較的容易である。

複雑酩酊は「人格面と気分」の変化に照らして、大筋の記憶を保ちながら元来の人格傾向(たとえば反社会的な)が尖鋭化して興奮して粗暴となった場合に、複雑酩酊としてその判断能力が著しく低下していると認定することに妥当性があるだろうか。大筋で犯行動機が了解可能な過程であれば、酩酊が関与していた行為であっても、著しく判断能力が低下をしていないとはしない。判断能力が低下し責任が問えず、責任を問うことが制限されれば、これらの酩酊者に広く本人の意に反しての行動の制限(強制入院など)を科さなければならないことになる。

これまで触れたように裁判員に酩酊における責任能力の判断を求めるには難がある。単純酩酊と複雑酩酊の間にグレーゾーンが存在することを前提にしたうえで、複雑酩酊は限定的に判断すべきである。たとえば単純酩酊下で周囲に影響を受

表 酩酊の分類

	単純酩酊	複雑酩酊	病的酩酊
意識	意識の混濁	意識の混濁	意識の変容
行為面	抑制の低下 行為全般について 了解可能	抑制の欠如、粗悪な行為 行為の動機に了解可能性 や目的性の存在	本能的衝動的 自動行為 行為の動機・目的性の喪失
気分	気分高揚 易刺激的	不機嫌 情動興奮	不機嫌 本能的な運動興奮
人格面	性格の尖鋭化 人格相応 人格統合の保持	人格疎遠	人格解体
見当識	ほぼ保たれる	見当識の低下 周囲認知機能の残存	完全見当識障害
記憶面	時に健忘を生じる	比較的著しい健忘	著しい健忘

け、ケンカなど情動反応が加わった場合には複雑酩酊化する。時間経過で変化した対人的な行為を分単位に区分けて単純・複雑酩酊と明確に区別することはできない。

司法研修所がまとめた判例では、総合的な判断で「動機了解可能性」と「犯行の人格異質性」を重視し、「犯行の手段・態様」「犯行当時の記憶の有無程度」に関しては相対的な判断となっている。

アルコール関連障害における鑑定過程

酩酊犯罪における証拠(判断根拠)の収集としては、他者から見た酩酊に関する側副情報が重要である。酩酊犯罪では被害者と加害者、周囲の者も飲酒をして酩酊していることがあり、有効な観察がなされず側副情報が得られない場合があるが、裁判所や検察当局に依頼をして、酩酊状態や犯行前後の様子に関して客観的な情報を得るように努める。

飲酒テストは柴田らの方法に沿って規定飲酒テストと自由飲酒テストに分けられる⁷⁾。それぞれ血中アルコール濃度と酩酊の程度や質を評価する。規定飲酒テストは、日本酒3合相当(純アルコール60g)を30分で飲酒する。飲酒移行率 γ と減退率 β を測定でき、次に行われる自由飲酒

テストの基礎となる。自由飲酒は犯行時の飲酒量に相当した飲酒をするか、自由に大量(日本酒4合相当以上、血中濃度1.8mg/ml以上)に飲酒をし、酩酊状態の再現性について考察する。それぞれのテストでは飲酒後6時間経過を観察し、血中濃度は3時間までは30分ごと、その後は1時間ごとに測定し、自由飲酒では12時間経過を観察することもある。頻回に採血をするためにヘパリンロックをしたカテラン針を留置して、対象者の負担を軽減している。飲酒テスト中の脳波検査では、てんかん性の変化が出現するなど貴重な情報が得られることがあるが、異常酩酊であるほど酩酊中の脳波は対象者の協力も得にくいなど、実施については困難なことが多い。

飲酒テストの再現性は柴田の報告では複雑酩酊75%、病的酩酊66%と比較的に高いが、通常は再現することは難しいとされている⁷⁾。アルコールに関する対象者の生理的条件(セット)と心理的条件(セッティング)によって酩酊も大きく異なるために、施設内での飲酒テストには限界が大きい。

飲酒量がわかっている場合は、ウインドマーク法により血中アルコール濃度Cの犯行時の推計は下記の計算で行う。

$C[\text{mg/ml}] = A / (\text{体重}[\text{kg}] \times \gamma) - \beta \times \text{時間}$, A: 摂取純アルコール量(mL), γ : 移行率(0.5~