

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、病棟内で調理や保潔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

ン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、入院や刑務所に入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によって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医学的管理下になけ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では薬物依存に対する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、拘留所および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、回復後は拘留所に移送される。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時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）により扱われ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 (NYS SCR) 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、

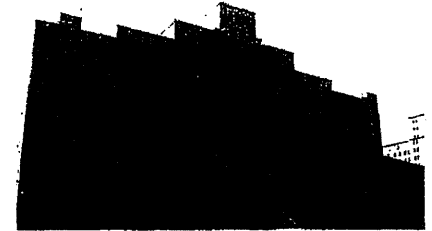


図2 Kirby forensic psychiatric center

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なり、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

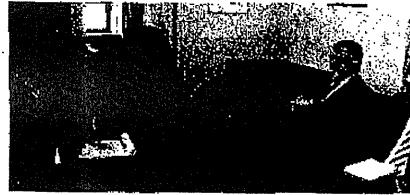


図3 R. Rosner教授との会談

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と。

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%は性的被害者の既往歴をもつ。また、刑務所の収容者の30%が性的被害者歴をもっているという報告もある。性犯罪者の場合、70%が性的被害者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。性的被害者の既往歴をもつ者、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「幻の音が聞こえる」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。

陪審員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日間で解決に達する。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。陪審員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

特集 老年精神医学と司法精神医学

- (2010).
- 5) 松下正明：精神医学と法；マクノートン・ルールを例として。（松下正明編）司法精神医学・第1巻；司法精神医学概論，2-18，中山書店，東京（2006）。
- 6) 内閣府（編）：平成21年版高齢社会白書，佐伯印刷，東京（2009）。
- 7) Rosner R (eds.) : Principles and Practice of Forensic Psychiatry. Chapman & Hall, London (1994).
- 8) 最高裁判所事務総局家庭局：成年後見関係事件の概況。http://www.courts.go.jp/about/siryu/kouken.html (2010).



高齢者にかかわる民事，刑事事件の状況

朝比奈次郎，三澤孝夫，平林直次

抄録

5人に1人が高齢者という「本格的な高齢社会」となり，高齢者にかかわるさまざまな事件について取りざたされる機会も多くなっている。本稿では，高齢者による犯罪，高齢者が被害者となる犯罪，高齢者がかかわる民事事件における遺産相続に関する問題，成年後見制度について概観する。

Key words：高齢社会，粗悪犯，自動車事故，成年後見制度，遺産相続

老年精神医学雑誌 21：741-746，2010

はじめに

わが国の総人口は，平成17（2005）年に初めて減少に転じ，平成20（2008）年10月1日現在，1億2769万人で，前年と比べて約8万人ほど少なくなっている。このようなわが国の総人口の減少傾向は，今後長期間続くことが予想されている。しかし，その一方で65歳以上の高齢者の人口は大きく増加し，過去最高の2822万人となり，高齢化率（総人口に占める割合）も22%を超えている。75歳以上人口についても1322万人に達しており，わが国の総人口の約10%を占めるに至っている。

このような現状から，わが国では，5人に1人が65歳以上の高齢者であり，10人に1人が75歳以上という「本格的な高齢社会」に突入している。このままの傾向で高齢者人口が増加し続けた場合，2055年には高齢化率が40.5%に達すると推計されている。このようなわが国の急速な高齢化は，人類史上，どの国も体験したことのないほ

ど速いペースで進行している。そのため，このような急激な人口割合の変化に，現在の社会制度等が対応しているのか，などの懸念が高まってきている。このような歪みのひとつとして，近年，高齢者と犯罪の問題が，大きく取り上げられることが多くなってきており，社会的な関心を集めている。

本稿では，高齢者が加害者，被害者としてかかわっている刑事事件や民事事件について概観する。なお，ここでは「高齢者」とは65歳以上の者を指すこととする。

1 高齢者による犯罪

1. 高齢者による犯罪の動向

法務省によれば，刑法犯の検挙人員は平成10年に100万人を超え，平成16年までは毎年，戦後最多を更新していた。平成17年に減少に転じ，平成19年は118万4336人で，前年より5万7022人（4.6%）減少した。刑法犯全体から自動車運転過失致死傷等を除いた一般刑法犯の検挙人員は平成19年は36万6002人で，前年より1万8628人（4.8%）減少している。その一方で高齢者層の一般刑法犯検挙人員の増加傾向は著しい。

Jiro Asahina, Takao Misawa, Naotsugu Hirabayashi：国立精神・神経医療研究センター病院
〒187-8551 東京都小平市小川東町4-1-1

表1 罪名別の高齢者比

	総数 (人)	高齢者 (人)	高齢者比 (高齢者/総数)
凶悪犯			
殺人	1,161	123	10.6%
放火	764	66	8.6
強盗	2,985	110	3.7
強姦	1,013	18	1.8
粗暴犯			
傷害	25,458	1,124	4.4%
暴行	21,808	1,822	8.4
脅迫	1,684	201	11.9
恐喝	5,054	65	1.3
窃盗犯			
窃盗	180,446	31,573	17.5%
知能犯			
詐欺	12,113	855	7.1%
横領	81,296	10,672	13.1
風俗犯			
強制わいせつ	2,240	135	6.0%
その他の刑法犯			
盗品譲り受けなど	4,230	522	12.3%
器物破損	6,575	386	5.9
その他	19,175	933	4.9
合計	366,002	48,605	13.3%

平成19年の高齢者の一般刑法犯検挙人員は48,605人で一般刑法犯検挙人員に占める高齢者の割合は13.3%であった。高齢者の人口増加率と、高齢者の一般刑法犯検挙率とを比較してみると、昭和63年の高齢者人口および高齢者の一般刑法犯検挙率を100とすると、平成19年の高齢者人口は199.2と20年で約2倍に増加しているのに対して、高齢者の一般刑法犯検挙人員は491.6と20年で約5倍に増加しており、高齢者人口の増加だけでは説明できない状況にある⁹⁾。

2. 高齢者による犯罪の特徴

平成19年の高齢者の一般刑法犯検挙人員数を罪種別にみると、窃盗31,573人(65.0%)、横領10,672人(22.0%)、暴行1,822人(3.7%)、傷害1,124人(2.3%)となり、検挙人員数の多い窃盗、横領だけで全体の87%となる。窃盗犯の

なかでは、非侵入窃盗29,845人、万引き25,854人が多かった。このように、高齢者の一般刑法犯検挙人員では、窃盗犯、知能犯が、その多くを占めている。しかし、罪名別の高齢者比(罪名ごとの検挙人員に占める高齢者の人員の比率)では、窃盗(17.5%)、横領(13.1%)、脅迫(11.9%)、殺人(10.6%)、放火(8.6%)の順になっており、脅迫、殺人といった凶悪犯、粗暴犯に占める高齢者の割合も決して少なくない(表1)。

以前より、高齢者による犯罪の傾向は老化に伴う性格変化、経済的な困窮、家族環境などの環境因、老化に伴う腕力、体力、すばやさなどの衰えにより、殺人、放火などの熱情ないし激情による犯罪、詐欺、横領、偽造などの広義の詐欺罪、汚職や背任などの知能犯が多いのに対して、傷害、暴力、恐喝、強盗などの粗暴犯は少ないとされて

きた¹⁰⁾。しかし、近年、高齢者の犯罪について、必ずしもこのような傾向どおりではなくなってきていることが指摘されている¹¹⁾。

内閣府によれば65歳以上の高齢者がいる世帯は全世帯の40.1%を占めており、そのうち高齢者単独世帯は22.5%となっている。昭和63年には、高齢者世帯において単独世帯が占める割合は13.6%であり、この20年間で高齢者単独世帯が大幅に増加している。とくに「心配事のある」独居高齢者のうち「頼れる人がいない」を挙げた割合は、平成14年度では16.8%であったのに対して、平成17年度には30.7%となり、大幅に増加している。

高齢者世帯の年間所得の分布をみると、「300万円未満」の割合が高齢者世帯の約6割を占めている。個々の家計においても「毎月赤字になる」「時々赤字になる」が高齢者世帯の40.4%を占めるなど、予想以上に経済的に困窮している高齢者世帯の多い現状がある¹²⁾。このように単独および夫婦のみの孤独で経済的にも不安の大きい高齢者世帯が増えている。そして、身近に相談する人がいない、十分に援助を受けることができないなどの状況などの理由から、窃盗や横領を行う高齢者が増加する傾向にある。

また、殺人については高齢者の一般刑法犯検挙人員に占める割合は少ないが、高齢者比は上位を占めている。平成20年版の犯罪白書の特別調査によれば、高齢者の殺人の場合、親族殺害で前科、前歴のない者が多い。各種の調査において、高齢者の殺人事件の被害者が身内であることはしばしば報告されている¹³⁾。また、親族殺害の裁判結果をみると親族以外の殺人に比べて執行猶予付きが多くなっている。犯行理由は経済的困窮、自身および親族の健康問題、将来への悲観などが挙げられていた¹⁴⁾。独居および夫婦のみの家族が増え、親族との交流が減少し、十分な援助を得ることができず、経済的困窮や身内や自身の健康不安などから現在および将来への不安を募らせ追いつめられた高齢者が殺人に及ぶなどのケースが増加して

いる。

そして、今までは少ないとされてきた恐喝、傷害の高齢者比も高まってきている。昭和63年と平成19年の高齢者比を比較すると、傷害は0.5%から4.4%、暴行は0.8%から8.4%となっており、粗暴犯の増加が著しいことも注目すべき点である。

平成20(2008)年の高齢者の就業者は292万人で、15歳以上の全就業者のうち5.3%を占めている¹⁵⁾。その割合は年々増え、高齢者の社会参加が促進されている。このような高齢者をめぐる状況は、近年大きく変化してきており、孤立化した家族状況や経済的不安などがある一方で、高齢者の社会参加が促進されたことにより対人接触が増えている。また、高齢者のなかには、知的能力の低下や制御能力の低下から元来もっている性格が尖鋭化し、頑固、怒りっぽい、興奮しやすいなどの傾向がみられる者もある¹⁶⁾。こうしたことは、2010年6月20日の神戸新聞に「キレル高齢者、若者を上回る」などでも取り上げられることが多くなってきていることに現れている。このような傾向からか、窃盗や横領だけではなく、いままで高齢者の犯罪者像から離れた粗暴犯なども増えてきている。

高齢者の再犯の問題も大きく取り上げられることが多くなってきている。朝日新聞によると「政府は14日、2010年の『高齢社会白書』を閣議決定した。独り暮らしの高齢者の3割以上は終日、周囲と会話をしないことが日常的になっており、高齢者の社会的な孤立が進んでいる。一方、高齢者による犯罪が増えており、社会的孤立がその要因になっているという。(中略)高齢者の犯罪者のうち3割が再犯で、社会的な孤立が犯罪を繰り返す要因だと指摘している」とあり、刑務所満期釈放者の5年以内刑務所再入所率は、64歳以下で60%前後であるのに比べて65歳以上では70%前後と高くなっている。また、65歳以上の満期釈放者の帰住先予定地をみると「その他」の人員が年々増加しており、65歳以上の満期釈放者に占める割合が68.8%に上り、適

証書遺言以外の遺言も相続人は家庭裁判所に検閲を請求することになっている。最高裁の司法統計によれば検認の件数は平成元年が約5,300件、平成14年が約10,500件、平成18年が約12,600件と増加傾向である。遺言作成が増加している理由は高齢者の増加だけでなく、資産価値の上昇、共同相続制の存在、相続人における意識の高まり、遺言者本人の意識の変革・積極化、遺言助成機構の整備、死後に自己の財産をだれに帰属させるべきかを生前から考えるようになったという指摘もある。また、遺言制度の利用の増加に伴い遺言をめぐり生じる争いの件数が増加すると想像される。それに伴い遺言能力に関する精神鑑定が要請されることも増加すると思われる¹⁾。

文 献

- 1) 新井 誠：成年後見制度とその運用。(松下正明編)司法精神医学・第4巻；民事法と精神医学，94-106，中山書店，東京(2005)。
- 2) 独立行政法人高齢・障害者雇用支援機構：高齢社会統計要覧(2009年度版)，<http://www.jeed.or.jp/data/elderly/statistics/statistics01.html>
- 3) 榎本博明：高齢者の心理。季刊家計経済研究，第70号：28-37(2006)。
- 4) 法務省法務総合研究所(編)：平成20年版犯罪白書：高齢犯罪者の実態と処遇。太平印刷社，東京(2008)。
- 5) Jacoby R：Psychiatric aspects of crime and the elderly. In Psychiatry in the Elderly, ed. by Jacoby R, Oppenheimer C, Oxford U.P., Oxford(1991)。
- 6) 小原圭司：加齢と犯罪。(山上 皓編)司法精神医学・第3巻；犯罪と犯罪者の精神医学，165-173，中山書店，東京(2005)。
- 7) 松下正明：遺言能力と精神鑑定。(松下正明編)司法精神医学・第4巻；民事法と精神医学，54-75，中山書店，東京(2005)。
- 8) 三澤孝夫：社会復帰援助の現状と展望。(森 長秀編)更生保護制度，114-123，弘文堂，東京(2009)。
- 9) 内閣府(編)：平成20年版高齢社会白書。佐伯印刷，東京(2008)。
- 10) 内閣府(編)：平成21年度交通安全白書。日経印刷，東京(2009)。
- 11) 西山 睦：民事法と精神医学。(松下正明編)司

高齢者がかわっている民事事件について

2010年5月の政府広報オンラインに「近年、70歳以上の消費者トラブルの被害が目立っています。全国の消費生活センターに寄せられた消費生活相談件数のうち、契約当事者が70歳以上の方の相談は、2004年度以降10万件を超え、2009年度は117,000件と相談全体の約14%を占めています」と報じられており、成年後見制度、財産相続や遺言などの高齢者の財産管理に関する問題が高齢者に関する民事事件では重要である。

1. 成年後見制度について

平成12年4月に成年後見制度が施行されてから10年が経過し、申立件数は増加傾向にある。最高裁判所の調査によれば、平成12年と平成21年を比較して、申立総数は、平成12年の9,007人から27,397人と約3倍に増えている。成年後見制度は、大きく法定後見制度と任意後見制度に分かれているが、いずれも増加傾向にある。任意後見制度における任意後見人を監督する任意後見監督人選任に関しては、51人から534人と、10倍ほどの著明な増加を示している¹⁾。任意後見とは、精神上の障害により判断能力が低下した場合に備えて、あらかじめ本人が公正証書により契約を締結し、任意後見受任者およびその受任者の権限の内容を定める制度である。そして、本人の判断能力が低下した場合に家庭裁判所が任意後見監督人を選任し、任意後見契約の効力を生じさせるものである²⁾。このような成年後見制度等の利用の増加は、高齢者をターゲットとした詐欺事件の増加などの社会状況を踏まえて、高齢者が自分の財産管理に強い関心をもってきている現れと思われる。

また平成12年と平成21年の成年後見制度の終局区分をみると、認容が申立件数に占めた割合は平成12年では68.7%にあるのに対して、平成21年では91.7%となっている。却下は平成12年が0.3%であるのに対して平成21年は0.2%で

当な居住地をもたないものが多いと推測される³⁾。このような居住地や身元引受人が決まっていない高齢出所者の経済的困窮や生活環境に基づく不安が高齢犯罪者の増加の一因となってきている。高齢者の出所後の福祉的な援助や支援体制の充実に注目がされている⁴⁾が、その整備は十分とはいえない。

3. 高齢者の自動車事故

政府は、近年、車を運転中に死亡する高齢者が増えていることから、高齢者の特性に合わせた対策を推進、整備しようとしている(2010年6月11日、NHKニュース)。一般刑法犯罪以外では、高齢者による交通事故が看過できない大きな社会問題となってきている。平成20年の全交通事故死者数のうち、65歳以上の高齢者が48.5%を占め16年連続で最も多くなっている。状態別交通事故死者数をみると、自動車乗車中については65歳以上の高齢者が全体の34.3%と最も多くなっている⁵⁾。高齢者の社会参加が増え高齢者が運転する機会が増えたことや、視力や聴力の低下、反射時間の延長、衝撃耐性の低下などの身体的問題や判断力の低下、長年の運転からくる「だろー運転」といわれる慣れ、周囲の状況に気を配れないなど心理的問題が挙げられるだろう。

2 高齢者が被害者となっている犯罪

次に、高齢者が被害に遭った一般刑法犯罪については平成14年をピーク以降減少傾向にあるが、詐欺および傷害は平成14年に急上昇してからはほぼ横ばいで推移している⁶⁾。これは加齢により判断能力などの認知機能の低下や周囲に相談相手が少ないことから、振り込め詐欺や還付金等詐欺事件などが増えているためと思われる。また、社会参加が増え対人交流が増えていることや加齢による性格変化からトラブルなどになりやすく傷害事件に発展しやすい状況になっていると考えられる。

あった。また、取り下げや本人死亡などを含めたその他の終局になった割合は、平成12年が31%に対して平成21年は8.1%となっている。さらに審理期間をみると、2か月以内に審理が終わるケースが平成12年は25.2%であるのに対して平成21年は69.5%となっている。また6か月を超えるケースは平成12年が14.6%であるのに対して平成21年は3%となっている。認容される事件が増えているのは却下件数が減ったのではなく、審理期間が短くなり死亡するなどして審理が終了するケースが減ったためと思われる。

鑑定の実施については、平成21年では終局事件のうち21.4%を占め、前年の27.3%より減少しているが、鑑定期間は1か月以内のものが52.1%と前年の49.9%より短期化する傾向が認められた⁷⁾。鑑定書作成のガイドラインの利用が進み、家庭裁判所と医師などの連携が進んだことにより、鑑定に要する期間が短縮化している⁸⁾。

また、平成22年5月2日の読売新聞の記事によると、身寄りのない認知症高齢者に対し、成年後見制度に基づく後見人を市区町村長が申し立てる「首長申立て」が急増しており、平成19年度が679件であるのに対して平成21年度は1,082件と約1.6倍に増えている。厚生労働省によれば、認知症患者は平成17年で推計170万人、平成42年には353万人に増えると推計されており、高齢者の単独世帯の増加も考慮すると身寄りのない認知症高齢者に対して首長申立ては増加していくと思われる。

2. 遺産相続に関する問題

近年、遺産分割をめぐる相続人同士の争い、いわゆる「争族問題」が多発している⁹⁾。司法統計によれば遺産分割事件数の動向は昭和63年が8,058件、平成19年が12,265件であり約1.5倍に増加している。こうした争族の問題を防ぐためにも遺言は重要である。日本公証人連合会によれば公正証書遺言件数は平成18年に7万件を超え25年前の昭和56年の約2倍となっており、平成19年には約75,000件となっている。また、公正

- 法精神医学・第4巻；民事法と精神医学，2-11，中山書店，東京（2005）。
- 12) 最高裁判所事務総局家庭局：成年後見関係事件の概況；平成20年1月～12月。http://www.courts.go.jp/about/siryō/pdf/seinen09.pdf
- 13) 相模新聞社：相模情報サイト。http://www.sou-zoku.co.jp/
- 14) 樽矢敏広，平林直次：「医療観察法」における指定医入院医療機関における実態。老年精神医学雑誌，18（5）：492-498（2007）。

特集

老年精神医学と司法精神医学



成年後見に関する精神鑑定，現状と課題

水野 裕

抄録

新しい成年後見制度のもとで，後見を中心に利用件数が増加している。その一方，申立手続きの簡略化，省略化もあまり論議をされることなく，進められてきた。以前は家裁が行っていた鑑定人の選定，依頼などは，申立での手続きのひとつとして利用者がしなければならなくなり，鑑定書の簡略化，さらに近年では，面接および鑑定自体が省略されることが増えている。これらによる利用者の不利益，または制度の悪用の危険について事例を通して検討を試みた。

Key words：成年後見制度，申立手続きの簡略化・省略化，鑑定連絡票，鑑定の省略，面接の省略

老年精神医学雑誌21：747-755，2010

はじめに

新しい成年後見制度が始まって，丸10年が経過した。図1，2に旧制度および，最近5年間の成年後見関係事件数を示した²²⁾。旧制度のころは，現在の後見に当たる禁治産については，昭和60年ころまでは年間1,000件に及ばないのに対して，最近では平成18年以降年間20,000件を超えるのが常となっている。このように新制度発足後は，後見の申立てを中心に件数は急激に増加している。そして，最近数年間の成年後見制度運用上の課題は，ここに端を発しているように思われる。すなわち，制度発足時は，件数がまだ，旧制度である禁治産・準禁治産制度のときの件数に近く少なかったが，期待通り増加したところ，それに対応するための根本的な対策を考慮していなかったように思えてならない。そのために，さまざまな手続きの簡略化，省略が進められたのではないか。本稿では，運用上なされたさまざまな簡略化，

省略によって引き起こされた問題点を主に取り上げることとする。

なお筆者は，毎日，認知症の人や，それを心配して受診する人，およびその家族を診察し，さまざまな相談に乗ることを主業務としている医師であるため，本稿で取り上げる諸問題はほとんど認知症の人たちについて経験したことであり，分野がかたよることをご容赦願いたい。

1 申立手続きをめぐる課題

—— 家裁への相談，後見用診断書，鑑定人依頼 ——

後述する課題は，すべて実務を簡略化もしくは省略したことでの問題であるが，ここで取り上げる申立手続きについては，これらの手続きが簡略，省略されたものではない。利用者の手続きが簡略化されたのなら喜ばしいことであるが，残念ながら，手続きを受け付ける側，すなわち，家庭裁判所にとっての業務を簡略，省略したために起こっている諸問題である。制度自体が大幅に変わることなく，受理する側の業務を簡略，省略すれば

Yutaka Mizuno：咨善会いまいせ心療センター・認知症センター
〒491-0057 愛知県一宮市今伊勢町後字柳中茶原30

医療観察法におけるクリティカルパス

平林直次

Hirabayashi Naotugu
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 趣味を見つめる 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 地域社会への参加の継続・拡大 一般精神医療への移行
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	週1~2回	週1~2回	週1回	週1回
家族カウンセリング	週1回 (必要に応じて)	週1回 (必要に応じて)	週1回 (必要に応じて)	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、安定的な通院、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うが、「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 (1/3)

	急性期クリティカルパス (イメージ)			
	1週目	2~4週目	5~8週目	9~12週目
本人の自覚	病状認識に傾ける。 情報の必要等について理解する事ができる。 スタッフに協力を求めることが出来る。負担の多いプログラムには参加できる。		スタッフに自分のことが分かる。 自分自身に活動に参加できる	これらの活動について考えることが出来る
評価・治療検討	初期評価値の実績及び副作用チェック 薬物療法の実績及び副作用チェック 対象者及び家族面接時病状メダラシと治療経過等説明。診察は1日1回	初期基本計画の策定 薬物療法の評価及び実施 治療関係情報の為の定期的情報提供 問題予測・前向き治療方針の検討	情報の提供による評価及び治療目標の達成 薬物療法の実績及び副作用チェック 病状の悪化の為の心理教育 薬物療法の効果評価	急期治療の評価、行動の評価、治療反応性評価、外出の可能性の評価を行う 復発予防への検討 支持的治療方針の心理教育の継続
検査	血液検査、X線、CT等	血液検査1ヶ月 X線1ヶ月 薬物血中濃度1ヶ月	血液検査1ヶ月 薬物血中濃度1ヶ月	血液検査1ヶ月 薬物血中濃度1ヶ月
心理検査	心理面接 (生質型等聴取)	心理面接 (人格形成等聴取)	問題行動の分析及評価 神経心理学的検査	病状尺度を用いた評価
多職種ゲーム	対象者および家族から情報収集、信頼関係の構築	治療プログラムへの導入、対象者ごとに当初目標を元に個別プログラムを検討・立案及び実施 急性期モニタリングの実施	プログラム参加状況の評価、再計画	治療プログラムの実施及び評価 回復期への移行について検討
看護活動 (体力の回復と患者看護者関係構築)	情報収集 (患者観測シート) 施設内入院時オリエンテーション、身体機能状態の評価、精神症状及び行動の観察、初期看護計画の作成、不穏時の早期介入 服薬の管理と薬物・副作用の観察 入浴・排泄介助	身体的健康状態の評価 身体管理能力と生活能力の把握と評価 治療プログラムへの導入と観察・評価 個別対応がわかりやすいによる援助関係の構築 看護相談面談を通じて心理的支援と問題解決、看護計画の見直し 服薬の管理と薬物・副作用の観察 入浴・排泄介助	治療プログラム参加への支援とプログラム終了後の個別フォロー 個別対応がわかりやすいによる援助関係の構築 看護相談面談を通じて心理的支援と問題解決、看護計画の見直し 服薬の管理と薬物・副作用の観察	回復期への移行可能性についての評価 個別対応がわかりやすいによる援助関係の構築 看護相談面談を通じて心理的支援と問題解決、看護計画の見直し 服薬の管理と薬物・副作用の観察
作業療法	作業モニタリングシート (情報収集) 治療関係の構築	急性期作業療法 (休息を促す活動)	個別性を緩和する活動 身体感覚の回復を促す活動 全てのケアやスタッフへの感謝が深まる 治療へのエンゲージメントが高まる (自己開示)	プログラム参加状況の評価及び外出の可能性の検討 集団・個別治療プログラムの実施及び評価、外出に際する 回復期モニタリングの実施 身体管理・精神状態観察と関連要因の検討、身体的モニタリングによる援助関係の構築 自己対地能力の評価 看護計画・看護ケア計画の作成 成功体験を積み重ねて達成感を獲得する活動 体力を回復する活動
精神療法		支持前療法 (休息を促す活動)	個別性を緩和する活動 身体感覚の回復を促す活動 全てのケアやスタッフへの感謝が深まる 治療へのエンゲージメントが高まる (自己開示)	回復期モニタリングの実施 身体管理・精神状態観察と関連要因の検討、身体的モニタリングによる援助関係の構築 自己対地能力の評価 看護計画・看護ケア計画の作成 成功体験を積み重ねて達成感を獲得する活動 体力を回復する活動
心理教育		疾病由来治療プログラムの導入	個別性を緩和する活動 身体感覚の回復を促す活動 全てのケアやスタッフへの感謝が深まる 治療へのエンゲージメントが高まる (自己開示)	回復期モニタリングの実施 身体管理・精神状態観察と関連要因の検討、身体的モニタリングによる援助関係の構築 自己対地能力の評価 看護計画・看護ケア計画の作成 成功体験を積み重ねて達成感を獲得する活動 体力を回復する活動
レクリエーション		経過観察 (週2回)		
全体ミーティング ソーシャルワーク業務	対象者、家族の情報収集、信頼関係の構築、家族・関係者の調整と心理サポート、権利保護、処遇等の相談 社会復帰調整官との連携・協議 社会生活の中心に掛る手帳付き	対象者、家族の情報収集、信頼関係の構築、家族・関係者の調整と心理サポート、権利保護、処遇等の相談 社会復帰調整官との連携・協議 社会生活の中心に掛る手帳付き	対象者、家族の情報と整理し福祉職員としての意見を伝える。家族・関係者の調整と心理サポート、 対象者の退院後の希望や居住地等についてニーズ調査し社会復帰調整官と協議 権利保護、法的課題	対象者、家族の情報と整理し福祉職員としての意見を伝える。家族・関係者の調整と心理サポート、 対象者の退院後の希望や居住地等についてニーズ調査し社会復帰調整官と協議 権利保護、法的課題

※ 個別の治療方針等については、対象者の病状により必要に応じて行う。

表2. 入院医療クリティカルパス (2/3)

	回復期クリティカルパス (イメージ)				
	1~3週目 (治療15~18週)	4~9週目 (治療18~21週)	10~18週目 (治療22~30週)	19~24週目 (治療31~36週)	25~36週目 (治療37~48週)
本人の自覚	自分の病状について考えられる 生活について考える 生活のリズムをつくる	病状について考えられる 社会生活 (家族管理員) の維持 生活のリズムをつくる 病状の外出について考える	病状改善の評価及び治療内容の再評価、外出に伴う変化に対応 治療プログラム (個別精神療法) の実施 集団精神療法・心理療法の実施 服薬コンプライアンスの確認	自身の自己管理に伴う症状の変化に対応 服薬計画・個別精神療法の強化 集団精神療法・心理療法の実施 服薬コンプライアンスの確認	自身の自己管理に伴う症状の変化に対応 服薬計画・個別精神療法の強化 集団精神療法・心理療法の実施 服薬コンプライアンスの確認
評価・治療検討	基本評価の見直し、回復期治療方針の決定、改善目標・再評価の可能な治療プログラム (個別精神療法) の実施 本人病状への調状及び治療経過の説明	病状改善の評価及び治療内容の再評価、外出に伴う変化に対応 治療プログラム (個別精神療法) の実施 集団精神療法・心理療法の実施 服薬コンプライアンスの確認	病状改善の評価及び治療内容の再評価、外出に伴う変化に対応 治療プログラム (個別精神療法) の実施 集団精神療法・心理療法の実施 服薬コンプライアンスの確認	自身の自己管理に伴う症状の変化に対応 服薬計画・個別精神療法の強化 集団精神療法・心理療法の実施 服薬コンプライアンスの確認	自身の自己管理に伴う症状の変化に対応 服薬計画・個別精神療法の強化 集団精神療法・心理療法の実施 服薬コンプライアンスの確認
検査	血液検査1ヶ月、ECG1/3ヶ月 薬物血中濃度1ヶ月				
心理検査	不安・抑うつ・衝動性及び自尊心、自己効力感のアセスメント	不安・抑うつ・衝動性及び自尊心、自己効力感のアセスメント	不安・抑うつ・衝動性及び自尊心、自己効力感のアセスメント	不安・抑うつ・衝動性及び自尊心、自己効力感のアセスメント	不安・抑うつ・衝動性及び自尊心、自己効力感のアセスメント
多職種ゲーム	病状改善の評価及び治療内容の再評価、外出の可能性の検討 回復期モニタリングの実施	病状改善の評価及び治療内容の再評価、外出の可能性の検討 回復期モニタリングの実施	病状改善の評価及び治療内容の再評価、外出の可能性の検討 回復期モニタリングの実施	病状改善の評価及び治療内容の再評価、外出の可能性の検討 回復期モニタリングの実施	病状改善の評価及び治療内容の再評価、外出の可能性の検討 回復期モニタリングの実施
看護活動	身体管理・精神状態観察と関連要因の検討、身体的モニタリングによる援助関係の構築 自己対地能力の評価 看護計画・看護ケア計画の作成 成功体験を積み重ねて達成感を獲得する活動 体力を回復する活動	身体管理・精神状態観察と関連要因の検討、身体的モニタリングによる援助関係の構築 自己対地能力の評価 看護計画・看護ケア計画の作成 成功体験を積み重ねて達成感を獲得する活動 体力を回復する活動	身体管理・精神状態観察と関連要因の検討、身体的モニタリングによる援助関係の構築 自己対地能力の評価 看護計画・看護ケア計画の作成 成功体験を積み重ねて達成感を獲得する活動 体力を回復する活動	身体管理・精神状態観察と関連要因の検討、身体的モニタリングによる援助関係の構築 自己対地能力の評価 看護計画・看護ケア計画の作成 成功体験を積み重ねて達成感を獲得する活動 体力を回復する活動	身体管理・精神状態観察と関連要因の検討、身体的モニタリングによる援助関係の構築 自己対地能力の評価 看護計画・看護ケア計画の作成 成功体験を積み重ねて達成感を獲得する活動 体力を回復する活動
作業療法	作業モニタリングシート (情報収集) 治療関係の構築	急性期作業療法 (休息を促す活動)	個別性を緩和する活動 身体感覚の回復を促す活動 全てのケアやスタッフへの感謝が深まる 治療へのエンゲージメントが高まる (自己開示)	回復期モニタリングの実施 身体管理・精神状態観察と関連要因の検討、身体的モニタリングによる援助関係の構築 自己対地能力の評価 看護計画・看護ケア計画の作成 成功体験を積み重ねて達成感を獲得する活動 体力を回復する活動	回復期モニタリングの実施 身体管理・精神状態観察と関連要因の検討、身体的モニタリングによる援助関係の構築 自己対地能力の評価 看護計画・看護ケア計画の作成 成功体験を積み重ねて達成感を獲得する活動 体力を回復する活動
心理教育		疾病由来治療プログラムの導入	個別性を緩和する活動 身体感覚の回復を促す活動 全てのケアやスタッフへの感謝が深まる 治療へのエンゲージメントが高まる (自己開示)	回復期モニタリングの実施 身体管理・精神状態観察と関連要因の検討、身体的モニタリングによる援助関係の構築 自己対地能力の評価 看護計画・看護ケア計画の作成 成功体験を積み重ねて達成感を獲得する活動 体力を回復する活動	回復期モニタリングの実施 身体管理・精神状態観察と関連要因の検討、身体的モニタリングによる援助関係の構築 自己対地能力の評価 看護計画・看護ケア計画の作成 成功体験を積み重ねて達成感を獲得する活動 体力を回復する活動
レクリエーション		経過観察 (週2回)			
全体ミーティング ソーシャルワーク業務	対象者、家族の情報収集、信頼関係の構築、家族・関係者の調整と心理サポート、権利保護、処遇等の相談 社会復帰調整官との連携・協議 社会生活の中心に掛る手帳付き	対象者、家族の情報収集、信頼関係の構築、家族・関係者の調整と心理サポート、権利保護、処遇等の相談 社会復帰調整官との連携・協議 社会生活の中心に掛る手帳付き	対象者、家族の情報と整理し福祉職員としての意見を伝える。家族・関係者の調整と心理サポート、 対象者の退院後の希望や居住地等についてニーズ調査し社会復帰調整官と協議 権利保護、法的課題	対象者、家族の情報と整理し福祉職員としての意見を伝える。家族・関係者の調整と心理サポート、 対象者の退院後の希望や居住地等についてニーズ調査し社会復帰調整官と協議 権利保護、法的課題	対象者、家族の情報と整理し福祉職員としての意見を伝える。家族・関係者の調整と心理サポート、 対象者の退院後の希望や居住地等についてニーズ調査し社会復帰調整官と協議 権利保護、法的課題

※ 個別の治療方針等については、対象者の病状により必要に応じて行う。

3●医療観察法で使用されているクリティカルパスの特徴と効果

精神科領域でしばしば使用されている代表的なクリティカルパスとして、「統合失調症の急性期治療」「うつ病の入院治療」「m-ECT」のクリティカルパスなどがある。これらのクリティカルパスには、想定期間が短期間であること、ルーチン化された業務であること、variantの発生が少ないことなどの特徴がある。一方、医療観察法の通院処遇は原則3年間、入院処遇は1年半とされており、長期間に渡るクリティカルパスである。また、医療観察法の対象者の年齢・性別、診断名、対象行為などは様々であり、variantの発生が多く、クリティカルパスになじまない。そもそも精神科医療では他の診療科と比較するとクリティカルパスはなじまないとする考えがある。そのような考えがある中、医療観察法の施行とともにクリティカルパスが示され、診療報酬請求と連動し全国の医療機関に普及した。このクリティカルパスは、現在までにきわめて大きな成果をあげて

いるように見える。

医療観察法の対象者は対象行為を起こしたこともあり、社会復帰への現実的イメージを持っていないことが多い。家族も同様である。そのような対象者や家族にとって、治療ステージごとの到達目標、医療の内容、処遇終了あるいは退院までの行程が明示されることにより、治療への動機付けを高めることが期待される。また、医療者にとっても、クリティカルパスを基に医療の進行状況を確認し、適宜目標設定を行うことにより退院促進や一般精神医療への移行を目指すことができる。

クリティカルパスが大きな成果をもたらしているのは事実であるが、医療・保健・福祉の領域にまたがる複雑なニーズを持つ対象者にとって、クリティカルパスに示された典型的医療 (画一的な側面を持つ医療) だけでは不十分である。医療観察法では、クリティカルパスと組み合わせるCPA-J (Care Programme Approach in Japan) と呼ばれるケアマネジメントの手法が用いられている。通院医療では地域関連機関の担当者を含むケ

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 (週日 49~54週)	7~12週目 (週日 55~60週)	13~14週目 (週日 61~62週)	15~19週目 (週日 63~67週)	20~24週目 (週日 69~72週)
本人の目安	障害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	障害や病状との関係を考える 病状の再発の兆候を理解する 援助の求め方がわかる	社会復帰を誓ってみる 退院先に行ってみる 地域の関係者と知り合う	退院先の生活に慣れる 地域の関係者となじむ 退院後の生活を計画する	社会生活に自信をもつ 退院に向けた具体的な準備をする
評価・治療方針	基本情報(年齢、性別、社会復帰期)の整理 障害の再発の兆候、服薬管理、生活リズムの再建、治療プログラムの進捗状況、薬物療法の再評価、本人家族への病状及び治療計画の説明	薬物療法の適正化への移行、再発の兆候の把握、生活リズムの再建、服薬管理の再評価及び治療内容の見直し、外治プログラムの進捗状況、治療プログラムの再評価、集団精神療法・心理療法の実施	外治の実施 再発の兆候の把握及び治療内容の見直し、外治に伴う変化に対応 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 家庭支援(外治評価)	外治に伴う変化に対応、薬物療法の再評価、退院先に関する社会復帰について社会復帰期医療官と情報交換 退院に向けた評価、再発の可能性評価	社会復帰期医療官との連携強化 退院後の生活に関する情報交換 退院に向けた具体的な準備 リスクアセスメント 退院先への説明の申し立て
検査	血液検査1/月 ECG1/3月	血液検査1/月 ECG1/3月	血液検査1/月 ECG1/3月	血液検査1/月 ECG1/3月	血液検査1/月 ECG1/3月
心理検査	心理検査、機能尺度評価	心理検査、機能尺度評価	心理検査(退院後)	心理検査(退院後)	心理検査(退院後)
多職種チーム	外治に向けた準備及び外治プログラムの検討 社会復帰ミーティングの実施	病状の再発、生活リズムと評価、社会復帰期医療官との連携	病状の再発、生活リズムと評価、社会復帰期医療官との連携	社会復帰期医療官及び通院医療機関等との情報交換、薬物の受け入れ状況の確認	社会生活上の課題克服について評価し、解決可能な場合について検討
看護活動	意図的コミュニケーションによる病状の把握と本人・周囲への説明、日常生活リズムに向けた援助 服薬の自己管理の評価及び指導 看護記録・看護ケア計画の作成	外治準備及び外治に対する不安への対応、多職種チームとの連携、服薬及び外治プログラムの進捗状況のフォロー	病状の再発に併発し、課題の洗い出し 課題への対応をチームで検討し、課題を明示する	薬物の受け入れ状況の確認 外治準備期間内を行い、日常生活リズムの再評価 退院後の生活について本人・ニーズの確認	服薬状況の確認、再発の兆候の把握 社会復帰期医療官との情報交換(ケアリレー) 外治時間調整により課題の洗い出しと具体的な対応の明示 退院に向けた準備、不安への対応 具体的な生活に向けた安心心の提供
作業療法	社会生活について自己管理する 作業療法(内)	社会生活について自己管理する 作業療法(内)	退院に向けた生活能力のアセスメントと課題の確認	社会復帰期医療官が作成する退院に向けた生活能力のアセスメントと課題の確認	社会生活能力に応じた課題の解決 具体的な生活に向けた安心心の提供
社会復帰支援	法律・制度・資源活用	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学ぶ、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、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を学ぶ	社会の中で自分らしく生きるためのイメージを学ぶ
認知行動療法	病状再発の危険サインの把握、対処行動の活用、退院の計画	病状再発の危険サインの把握、対処行動の活用、退院の計画	病状再発の危険サインの把握、対処行動の活用、退院の計画	病状再発の危険サインの把握、対処行動の活用、退院の計画	病状再発の危険サインの把握、対処行動の活用、退院の計画
レクリエーション	得意な活動(週2回定例)	得意な活動(週2回定例)	---	---	---
家族ミーティング	家族・関係者の調整 外治に備える施設設備等に関し見学する	家族・関係者の調整 外治に備える施設設備等に関し見学する	退院受け入れに向けた家族調整 退院先へのニーズを確認する 外治に併発し、退院後の生活に向けた情報収集を行う	家族・関係者の調整 退院先へのニーズを確認する 外治に併発し、退院後の生活に向けた情報収集を行う	家族・関係者の調整 退院先へのニーズを確認する 外治に併発し、退院後の生活に向けた情報収集を行う
社会復帰・福祉関係の知識・スキル向上等の習得を奨励する	---	---	---	---	---
外出	週2回:1~2h	週2回:3~4h	退院後外治	週1回:1~3泊訪問観察	5泊1回:7泊1回
家族調整	家族調整	家族調整	---	---	---
退院準備	退院準備	退院準備	退院準備	退院準備	退院準備

※ 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、対象者の個別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。

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。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。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/nimh/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。

利用者自らが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はなく、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。



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。この報告を踏まえると、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病識の獲得だけではなく、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はなく、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。



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

域生活となってからも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はなく、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を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

ひらばやし なおつぐ
国立精神・神経医療研究センター病院
〒187-8551 東京都小平市小川東町4-1-1

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。

氏名 ○○○○ 担当看護師 ○○○○

項目\日付	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
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。



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

○○○○様

平成○○年○月○日

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

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 ○デイケアに規則的に参加している ○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 	○○○○病院精神科 担当医○○○○ 精神保健福祉士○○○○ (ケア・コーディネーター) TEL 000-000-0000
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 ○デイケアに行くに疲れる 	<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、ケア・コーディネーター、訪問看護師) ○必要に応じて往診する 	○○○○病院精神科 担当医○○○○ (夜間 精神科当直医) 精神保健福祉士○○○○ (ケア・コーディネーター) TEL 000-000-0000 ○○訪問看護ステーション 看護師○○○○ TEL 000-000-0000
3 (赤)	<ul style="list-style-type: none"> ○家にも安心してできない ○近所の人に見張られている感じがする ○「火をつける」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 	○○○○病院精神科 担当医○○○○ (夜間 精神科当直医) 精神保健福祉士 ○○○○ (ケア・コーディネーター) TEL 000-000-0000 保護者 父○○○○氏 TEL 000-000-0000

本人署名 ○○○○ 保護者署名 ○○○○

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。

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。

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。

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。

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⁴⁾。

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、利用者と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つ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; S51-6, 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.

連載

司法精神医学⑧

医療観察法入院と精神保健福祉法 25条措置入院の運用実態について*

松本 聡子** 平林 直次** 永田 貴子**
朝比奈次郎** 瀬戸 秀文*** 吉住 昭****

Key Words : forensic psychiatry, mentally disordered offender, Medical Treatment and Supervision Act, index offence

はじめに

従来, 重大な他害行為を行った精神障害者の入院医療は主として精神保健福祉法による措置入院により行われてきたが, 2005年7月15日に「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)」が施行されたことにより, 医療観察法入院処遇および精神保健福祉法25条による措置入院の2つの入院形態より分担されることとなった。

医療観察法による入院処遇は最高裁判所の事務局が示した疾病性(当該対象者が対象行為を行った際の心神喪失あるいは心神耗弱の原因となった精神障害と同様の精神障害の存在), 治療可能性(医療観察法による治療が精神障害の改善に必要であるかどうか), 社会復帰阻害要因(医療観察法による治療を行わなければ社会復帰の妨げとなるような同様の行為を行う可能性があるかどうか)の3要件をもとに審判によって決定される。なお, 放火, 殺人, 傷害, 強姦, 強制わいせつ, 強盗の6つの他害行為(傷害以外は未遂も

含まれる)のことを医療観察法では「対象行為」と呼び, 対象行為を行った者のことを「対象者」と呼ぶ。

措置入院は「自傷他害の恐れ」を基準として決定される。しかし, 両制度の対象となる者を区別する基準は明確ではなく, 医療観察法に規定された6つの対象行為により措置入院となる場合と, 医療観察法による入院処遇となる場合の線引きについては, 臨床現場において混雑が存在するのが現状であり, また, 両制度の運用実態を正確に調査・比較した報告も十分には行われていない^{1)~4)}。そこで本稿では, 医療観察法入院処遇対象者と25条措置入院者の社会的特性, 精神科診断名, 対象行為の類型を紹介しながら, 両制度の運用実態について論じる。

医療観察法入院処遇について

精神障害者が重大な他害行為を行った場合, 心神喪失あるいは心神耗弱が認定されなければ, 検察官は裁判所に対し起訴してその処罰を求め。ただし, 裁判により心神喪失が認定された場合は無罪, 心神耗弱が認定された場合は減刑の確定判決が下される。一方, 起訴前の時点で心神喪失あるいは心神耗弱が認定された場合は不起訴となる。

このようにして不起訴あるいは無罪・減刑によって懲役刑または禁固刑を執行されないケースについては, 検察官は医療観察法による処遇を行う必要が明らかでない認められる場合を除き, 医療観察法による処遇の要否と内容の決定を地方裁判所に申し立てることが定められている。申し立て後は裁判所により指定された医療機関における2~3カ月の医療鑑定法に基づく鑑定入院の間に審判の基礎となる鑑定が行われる。その後, 裁判官1名と精神保健審判員(精神科医)1名を中心とする審判を経て, 入院処遇, 通院処遇, 不処遇, 申し立て却下のいずれかの決定が下される。

入院処遇および通院処遇は厚生労働大臣が指定した指定医療機関により行われる。なかでも, 入院処遇を行う機関は指定入院医療機関と呼ばれており, 厚生労働省による指定入院医療機関運営ガイドラインに示された運営・管理, 人員配置, 施設および設備の基準を満たすことが求められる。2011年3月の時点では26施設が指定医療機関として定められている。

25条措置入院について

都道府県知事または政令指定都市の市長は, 2名の精神保健指定医の診察により自傷他害のおそれが認められた場合, 精神障害者を本人の同意なく入院させることができる。うち, 検察官の通報により行われるものは25条措置入院と呼ばれている。医療観察法の施行以前は, 裁判により心神喪失が認定され無罪となった場合や, 起訴前の時点で心神喪失あるいは心神耗弱が認定され不起訴となった場合は, 25条措置入院の対象となっていた。

医療観察法入院処遇と 25条措置入院の現状と比較

前述したように, 特に医療観察法に規定された6つの対象行為により措置入院となる場合と医療観察法による入院処遇となる場合を区別する基準は明確ではなく, 今後も両制度の運用実態を正確に調査・比較しながら継続的に検討する必要がある。こうした背景に基づき, 筆者らは厚生労働科学研究⁵⁾として, 医療観察法入院処

遇対象者と25条措置入院者の社会的特性, 精神科診断名, 対象行為の類型についての調査を行った。

2008年4月1日~2009年3月31日の調査期間中における全国の指定入院医療機関16施設(国立精神・神経医療研究センター病院, 国立病院機構花巻病院, 国立病院機構東尾張病院, 国立病院機構肥前精神医療センター, 国立病院機構北陸病院, 国立病院機構久里浜アルコール症センター, 国立病院機構さいがた病院, 国立病院機構小諸高原病院, 国立病院機構下総精神医療センター, 国立病院機構琉球病院, 国立病院機構菊池病院, 国立病院機構神原病院, 国立病院機構賀茂精神医療センター, 岡山県精神科医療センター, 大阪府立精神医療センター, 長崎県精神医療センター)に入院処遇となった全症例288名を医療観察法入院群とし, 調査期間中に6つの対象行為(放火, 殺人, 傷害, 強姦, 強制わいせつ, 強盗, 傷害以外は未遂も含まれる)により精神保健福祉法第25条(検察官の通報)措置入院となった全症例について, 全国47都道府県および17政令指定都市の行政担当者に調査票の記入を依頼した結果得られた101名を25条措置入院群とした。

両群について, ①社会的特性(性別・年代), ②精神科診断名(医療観察法入院群では指定入院医療機関による診断名, 25条措置入院群に関しては措置診察時の診断名), ③対象行為(重大な他害行為)の類型について, 連結不可能匿名化された形で提供を受けた。診断基準としてはInternational Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10)⁶⁾を用いた。

医療観察法入院群の男女比は女性61名(21.2%) : 男性227名(78.8%), 25条措置入院群の男女比は女性20名(19.8%) : 男性81名(80.2%)であった。年代別内訳については, 医療観察法入院群は20代: 57名(19.8%), 30代: 84名(29.2%), 40代: 60名(20.8%), 50代: 50名(17.4%), 60代: 30名(10.4%), 70代: 4人(1.4%), 80代: 3人(1.0%)であり, 25条措置入院群は20代: 16名(15.8%), 30代: 32名(31.7%), 40代: 23名(22.8%), 50代: 13人(12.9%), 60代: 13人(12.9%), 70代: 3人

* Forensic Psychiatry⑧—Current status of Medical Treatment and Supervision Act and Mental Health and Welfare Law (Section 25).

** Satoko MATSUMOTO, Ph.D., Naotsugu HIRABAYASHI, M.D., Ph.D., Takako NAGATA, M.D. & Jiro ASAHINA, M.D.: 独立行政法人国立精神・神経医療研究センター病院精神科(〒187-8551 東京都小平市小川東町4-1-1); Department of Psychiatry, National Center Hospital of Neurology and Psychiatry, Kodaira, Tokyo 187-8551, Japan.

*** Hidefumi SETO, M.D.: 長崎県精神医療センター; Nagasaki Medical Center of Psychiatry, Omura, Nagasaki, Japan.

**** Akira YOSHIZUMI, M.D.: 独立行政法人国立病院機構花巻病院; National Hospital Organization Hanamaki Hospital, Hanamaki, Iwate, Japan.

表1 診断名: ICD-10(人)

	医療観察法入院群 (n=288)	25条措置入院群 (n=101)
F0	5	3
F1	15	8
F2	222	70
F3	18	6
F4	1	0
F6	9	1
F7	8	2
F8	8	2
F9	1	0
G40	1	0
不一致	0	9

(3.0%), 80代: 1人(1.0%)であった。

主診断の内訳については、25条措置入院群では9人(8.9%)において精神保健指定医の診断結果が一致しておらず、今回の調査では診断名は不明(不一致)として解析の対象から除外した。両群の主診断の内訳は表1のとおりである。また、他害行為の内訳については表2に示した。これら医療観察法入院群の年齢および対象行為の分布や性別の割合は先行研究⁷⁾とおおむね一致していた。

これらの社会的特性、精神科診断名、対象行為についてクロス集計結果に基づく χ^2 検定を行い、医療観察法入院群と25条措置入院群の間で検討を行った。なお、年代・精神科診断名・対象行為については残差分析も行った。精神科診断名についてはF1(物質使用障害圏)、F2(統合失調症圏)、F3(気分障害圏)、その他に分類し直し、解析に使用した。解析にはSPSS for Windows ver. 17.0 J[®]を用い、有意水準を5%とした。残差分析においては調整済み標準化残差の絶対値が1.96

以上で5%水準、2.56以上で1%水準、3.09以上で0.1%水準で有意な結果と見なした。

解析の結果、年齢、性別、主診断の内訳については両群間で統計学的に有意な差はみられなかった。他害行為の内訳に関しては、殺人については医療観察法入院群95名(33.0%)、25条措置入院群7名(6.9%)であり、医療観察法入院群で殺人の割合が有意に高かった($p < 0.001$)。また、放火についても医療観察法入院群54名(18.8%)、25条措置入院群5名(5.0%)であり、医療観察法入院群での割合が有意に高いことが示された($p < 0.001$)。一方、傷害については医療観察法115名(39.9%)、25条措置入院群80名(79.2%)であり、25条措置入院群の方が有意に多いことが示された($p < 0.001$)。以上の結果から、医療観察法入院は25条措置入院と比較するとより重大な他害行為を行った精神障害者の医療を担当していることが示され、また、判断の際には対象行為の重大さが考慮されているものと推察された。

なお、医療観察法入院群のなかには女性の子殺しや女性および高齢者の放火のケースが含まれている。女性の気分障害では、無理心中の結果としての実子殺しが起こる場合があることはよく知られている⁸⁾⁻¹²⁾。そして、母子心中の場合、被害者は乳幼児であることも多いことから既述に至ることも少なくない¹⁰⁾¹³⁾¹⁴⁾。こうした拡大自殺の症例の場合、殺人の加害者は同時に自殺未遂者でもあるため、自殺に対する綿密な医療および配偶者をはじめとする家族関係の修復が必要となる¹⁵⁾⁻¹⁸⁾。このような多彩で複雑な医療ニーズを持つ対象者が医療観察法指定入院医療機関において手厚い多職種チーム医療を受けることは適切と考えられる。また、放火は医療

表2 他害行為の類型(人)

	医療観察法入院群 (n=288)	25条措置入院群 (n=101)	調整済み標準化残差の 絶対値
医療観察法 対象行為			
・強姦	6	0	1.46
・強制わいせつ	11	4	0.06
・強盗	7	5	1.26
・殺人	95	7	5.12***
・傷害	115	80	6.79***
・放火	54	5	3.32***

$p < 0.001$, $\chi^2 = 55.41$, *** $p < 0.001$ (残差分析)

観察法の対象となる他害行為であるが、肉体的に男性よりも劣る女性や高齢者でも実行しやすい対象行為であり、こうした行為は「弱さの犯罪」⁹⁾と表現されることもある。

医療観察法入院処遇と 25条措置入院の線引き

医療観察法に規定された対象行為が認められながらも措置入院に至ったケースが存在する理由は、病状によって即応性の高い措置入院によりさしあたり医療が開始され、その後、医療観察法申立てが行われる場合があるという点を一例としてあげることができる。こうした手続きは精神医療の迅速な確保の観点からは適切であるが、一方、病状が不安定で、より手厚い医療が必要な時期に医療観察法による入院処遇が行われていないという問題点も発生することに留意しなくてはならないであろう。

また、25条措置入院群101名のうち、25条措置入院解除後に医療観察法の申立てが行われた者が15名存在する。換言すると、医療観察法対象行為に相当する行為があっても86名(85.1%)の者は医療観察法の申立ては行われていなかったということになる。対象行為相当の行為が認められても医療観察法の申立てが行われていなかったのは強制わいせつ: 4名中4名(100%)、傷害: 80名中74名(92.5%)、強盗および放火: それぞれ5名中3名(60.0%)、殺人: 7名中3名(42.9%)であることから、傷害については申立ての判断の際に傷害の重症度が考慮され、それに応じて申立てが行われていると考えられる。

なお、殺人では7名中3名については申立てが行われていないが、検察官は「社会に復帰することを促進するためにこの法律による医療を受けさせる必要が明らかでない」と認める場合を除き(医療観察法33条)申立てなければならないとされているため、申立てが行われなかった3名については「この法律による医療を受けさせる必要が明らかでない」と判断された根拠について、その後の予後を含めて詳細な検証が必要であろう。

今後はこのように医療観察法に規定された対象行為が認められた場合であっても25条通報に

より措置入院となる症例や、25条措置入院解除後に医療観察法の申立てが行われる症例など、医療観察法入院と25条措置入院の棲み分けにかかわる事例についてのさらなる調査を行うことが必要となると考えられる。

本稿においては、医療観察法入院群では指定入院医療機関による診断名、25条措置入院群に関しては措置診察時の診断名を解析に用いたが、医療観察法入院群のうちF6(パーソナリティ障害圏)に該当した9名の鑑定時の診断名の内訳は、F2: 6名、F7(精神遅滞)の重複障害: 1名、F6のみ: 2名であった。統合失調症と犯罪の関係については、元来の人格に犯罪傾向があり、少年時代から非行・犯罪を繰り返した後に統合失調症に罹患しその影響が加わることで重大犯罪に至ったものと、疾病主発病前には特に犯罪傾向を示しておらず、統合失調症の発病を契機として重大な犯罪に至ったものの2類型が存在すると唱える説²⁰⁾²¹⁾があることからわかるように、こうした人格的な特徴と疾患と犯罪の関係については判断が難しい面もある。そのため、鑑定時にF2の診断が下されたものが指定入院医療機関においては他の診断名に修正されることも珍しくない²²⁾。特に、鑑定時にはF2と診断されていたも入院後にF8(発達障害圏)に診断変更となるケースについては注目されている。

また、医療観察法による入院処遇の条件の1つに治療可能性(医療観察法による治療が精神障害の改善に必要なかどうか)の存在があげられるが、F0(器質性精神障害圏)やF6やF8が主診断であっても、精神症状が悪化した結果対象行為に至ったと思われる場合は医療観察法の対象となる場合がある。こうしたことから、どういった人々を医療観察法の対象とすべきかや、その鑑定の方法については、今後検討の余地があるものと思われる。

本稿は厚生労働科学研究費補助金(障害者対策総合研究事業)「重大な他害行為をおこした精神障害者の適切な処遇及び社会復帰の推進に関する研究」の分担研究として行われたものの一部である⁵⁾。ご協力くださった全国の指定入院医療機関のスタッフの皆様はこの場を借りて心からの感謝を表します。

文 献

- 1) 川本哲郎. 医療観察法と措置入院のあいだ. 臨床精神医学 2009 ; 38 : 705-8.
- 2) 武井 満. 医療観察法と処遇困難患者. 臨床精神医学 2009 ; 38 : 709-13.
- 3) 水留正流. いわゆる「治療反応性」について—法律学の視点からの事例群の分析—. 法と精神医療 2008 ; 23 : 87-101.
- 4) 吉岡隆一. 精神保健福祉法と医療観察法における治療可能性と社会復帰(阻害)要因評価. 精神神経学雑誌 2008 ; 110 : 1168-77.
- 5) 平林直次, 松本聡子, 朝比奈次郎, ほか. 厚生労働科学研究費補助金. 重大な他害行為をおこした精神障害者の適切な処遇及び社会復帰の推進に関する研究. 主任研究者 平林直次. 平成22年度総括・研究分担報告書. 東京: 厚生労働省; 2011. p. 25-36.
- 6) 中根允文, 岡崎祐士, 藤原妙子, ほか. ICD-10精神および行動の障害 DCR研究用診断基準 新訂版. 東京: 医学書院; 2008.
- 7) 和田久美子, 田中奈緒子, 中屋 淑, ほか. 医療観察法申し立て対象者225例の特性と処遇決定の現状. 臨床精神医学 2008 ; 37 : 415-23.
- 8) 奥村雄介. 拡大自殺を行った女性例3例について(うつ病と拡大自殺—その精神医学的考察—). 犯罪学雑誌 1990 ; 56 : 281-90.
- 9) 中田 修. 内因性うつ病の殺人とその責任能力. 犯罪学雑誌 1992 ; 58 : 49-57.
- 10) 稲村 博. わが国における心中の最近の傾向および危険の予測と対策. 精神科診断学 1993 ; 4 : 173-84.
- 11) 風祭 元. 精神医学の立場から—育児不安の究極的破綻: 子殺し—. こころの科学 2002 ; 103 : 44-9.
- 12) 風祭 元. 双極性障害の司法精神医学. 臨床精神医学 2006 ; 35 : 1427-30.
- 13) 品川信良, 野村雪光, 平岡友良, ほか. 産科および母子医療担当者の立場から「母子心中」を考える. 日本医事新報 1986 ; 3250 : 31-4.
- 14) 風祭 元. 拡大自殺による殺人—うつ病患者と犯罪—. こころの科学 2003 ; 107 : 116-22.
- 15) 石塚千秋, 鏡下成子, 佐藤親次. うつ病患者の拡大自殺未遂後の経過—精神鑑定事例2例の考察—. 臨床精神医学 2000 ; 29 : 761-8.
- 16) 安藤久美子, 猪俣健一, 島田亜紀子, ほか. 自らの加害行為によるPTSD類似症状—医療観察法の実子殺害例の検討から—. 臨床精神医学 2007 ; 36 : 1181-9.
- 17) 赤崎安昭, 森岡洋史, 畑 幸宏, ほか. 拡大自殺により実子を殺害したうつ病者に関する考察. 臨床精神医学 2008 ; 37 : 1201-12.
- 18) 風祭 元. 拡大自殺による殺人—うつ病患者と犯罪—. こころの科学 2003 ; 107 : 116-22.
- 19) 榎矢敏広, 平林直次. 「医療観察法」における指定入院医療機関における実態—とくに高齢対象者の場合—. 老年精神医学雑誌 2007 ; 18 : 492-8.
- 20) 風祭 元. 感情鈍麻と衝動行為—統合失調症慢性期の重大犯罪—. こころの科学 2004 ; 114 : 106-12.
- 21) 井上俊宏. 触法精神障害者の再犯についての多角的な研究—触法精神障害者946例の11年に亘る追跡調査結果の分析—. 犯罪学雑誌 1996 ; 62 : 161-84.
- 22) 平林直次, 佐藤真由美, 永田貴子, ほか. 厚生労働科学研究費補助金. 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21年度総括・研究分担報告書. 東京: 厚生労働省; 2010. p. 43-54.

* * *

医療観察法の現状と今後の課題*

安藤久美子*1 永田 貴子*2 平林 直次*3

*1独立行政法人国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 司法精神医学研究部 *2独立行政法人国立精神・神経医療研究センター 病院精神科 *3同 第二精神診療部長

Key Words 医療観察法、指定医療機関、多職種チーム、地域ケア会議、クロザピン

はじめに

医療観察法が施行されて、本年7月15日で7が経過したことになる。本制度はわが国で初めて施行された司法精神医療に関する法として大きな期待のもとにスタートしたが、その一方で当初よりさまざまな懸念も指摘されていた。本稿では施行からの7年を振り返り、改めてその現状と課題について、入院処遇、通院処遇に分けて概説する。

〈入院処遇〉

1. 概要

〈全国の病床整備状況〉

平成17年7月15日に施行された医療観察法(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)に基づき全国に設置された指定入院医療機関は、平成23年12月31日時点で28施設、666床(うち国関係:478床 都道府県関係198床)となった⁴⁾。平成23年7月15日までに指定入院医療機関が受け入れた対象者は1,496名(男性1,202名,女性294名),その内訳は、入院中599名,転院255名,退院642名(通院処遇へ移行491名,退院と同時に処遇終了132名,死亡6名,抗告承認による退院4

名)であった⁴⁾。

2. 現状-調査結果から-

本稿では、平成23年度に全国の指定入院医療機関に対して行われたアンケート結果²⁾の内容をもとに医療観察法入院医療の現状と問題点を述べる。

1) 年代・診断・対象行為

平成23年7月15日までに全国の指定入院医療機関25施設が受け入れた対象者のうち転院症例255名を除く1,241名について、性別、年代を表1に、診断、対象行為を表2に示した。年代では30代が362名(29%)と最多で、80代以上も9名(1%)認められた。高齢者では身体疾患の合併や認知症の重畳に配慮を要する場合がある。診断では、F2(統合失調症圏)が981名(79.1%),F1(物質使用障害圏)が86名(6.9%),F3(感情障害圏)が64名(5.2%)であった。

治療反応性の議論の祖上に上がりやすいF6(パーソナリティ障害圏),F7(精神遅滞),F8(発達障害圏)はそれぞれ13名(1.1%),18名(1.5%),24名(1.9%)であった。対象行為では、殺人・殺人未遂407名(33.4%),傷害420名(34.5%)が多く、次いで放火・放火未遂268名(22.0%)であった。

2) 入院日数

上記入院対象者のうち、死亡と抗告による退院を除いた対象者1,219名の推定入院日数は、平均値729日(700~758日),中央値841(804~878日)であった(Kaplan-Meyer法,括弧内は95%信頼区間)。さらに、退院と同時に処遇終了となった対象者を除き、入院処遇から通院処遇に

*The current situation and issues of the medical treatment and supervision act

**the Medical Treatment and Supervision Act, designated facilities, multidisciplinary team, care program approach, clozapine

表1 入院対象者の年代・性別

	入院対象者			通院対象者		
	男	女	計	男	女	計
20代	183 (19)	38 (15)	221 (18)	74 (15)	30 (16)	104 (15)
30代	288 (29)	74 (29)	362 (29)	156 (31)	57 (30)	213 (31)
40代	200 (20)	61 (24)	261 (21)	113 (23)	41 (22)	154 (22)
50代	194 (20)	51 (20)	245 (20)	85 (17)	34 (18)	119 (17)
60代	94 (10)	23 (9)	117 (9)	55 (11)	19 (10)	74 (11)
70代	20 (2)	6 (2)	26 (2)	17 (3)	8 (4)	25 (4)
80代	8 (1)	1 (0)	9 (1)	1 (0)	0 (0)	1 (0)
計	987 (100)	254 (100)	1,241 (100)	501 (100)	189 (100)	690 (100)

表2 診断 (ICD-10) と対象行為の内訳

	入院処遇			通院処遇		
	入院中	退院	計	直接	移行	計
F 0	9	22	31 (2.5)	7	7	14 (2.0)
F 1	36	50	86 (6.9)	27	26	53 (7.7)
F 2	493	488	981 (79.1)	178	349	527 (76.4)
F 3	31	33	64 (5.2)	42	30	72 (10.4)
F 4	3	5	8 (0.7)	1	4	5 (0.7)
F 5	0	0	0 (0.0)	0	0	0 (0.0)
F 6	5	8	13 (1.1)	2	3	5 (0.7)
F 7	6	12	18 (1.5)	4	3	7 (1.0)
F 8	9	15	24 (1.9)	3	4	7 (1.0)
F 9	0	2	2 (0.2)	0	0	0 (0.0)
G 30	0	1	1 (0.1)	0	0	0 (0.0)
G 40	0	1	1 (0.1)	0	0	0 (0.0)
不明	7	5	12 (1.0)	0	0	0 (0.0)
計	599	642	1,241 (100)	264	426	690 (100)
対象行為						
殺人	105	100	205 (16.8)	18	78	96 (13.9)
殺人未遂	101	101	202 (16.6)	35	68	103 (14.9)
傷害	198	222	420 (34.5)	91	131	222 (32.2)
強盗	11	15	26 (2.1)	12	15	27 (3.9)
強盗未遂	9	11	20 (1.6)	1	0	1 (0.1)
放火	135	133	268 (22.0)	83	97	180 (26.1)
放火未遂	12	23	35 (3.0)	12	6	18 (2.6)
強姦	1	0	1 (0.1)	0	5	5 (0.7)
強姦未遂	3	9	12 (1.0)	2	7	9 (1.3)
強制わいせつ	20	25	45 (3.7)	8	15	23 (3.3)
強制わいせつ未遂	3	2	5 (0.4)	2	4	6 (0.9)
不明	1	1	2 (0.2)	0	0	0 (0.0)
計	599	642	1,241 (100)	264	426	690 (100)

表3 年度別推計入院日数

	中央値		平均値	
	日数	95%信頼区間	日数	95%信頼区間
平成20年度 (n = 625)	603	(577 - 629)	620	(591 - 650)
平成21年度 (n = 766)	688	(650 - 726)	740	(706 - 774)
平成22年度 (n = 863)	727	(695 - 759)	821	(779 - 864)
平成23年度 (n = 1,086)	748	(725 - 771)	897	(852 - 942)

Kaplan-Meyer法による推定入院日数:入院-退院(通院処遇)を対象とした場合

移行した対象者の標準的な入院日数を算出したところ、平成20年度では平均値603日、中央値620日、平成23年度では平均値748日、中央値897日であり、増加が認められた(表3)。

3) 転院

指定入院医療機関では、しばしば対象者の退院調整目的に指定入院医療機関の間で転院が行われる。転院経験の有無別に推計入院日数を同様の方法で算出すると、転院あり群：平均値1,134日(1,040～1,227日)、中央値986日(895～1,077日)、転院なし群：平均値806日(759～853日)、中央値686日(653～719日)であった。転院あり群は、転院なし群に比較して入院日数の平均値および中央値が有意に長かった。

4) 行動制限

総病床数で年間総行動制限の実施数を除いた病床あたりの隔離実施件数は、平成19年度の男性0.064、女性0.030(ノ床/年)から、平成23年度の男性0.138、女性0.047(ノ床/年)へと増加傾向を示していた。また、拘束件数は、約0.010～0.030/床/年の間で推移し経年変化を認めていない。行動制限の原因としては、隔離では、暴力67.7%と衝動性67.7%がそれぞれ3分の2を占め、精神運動興奮56.9%、妄想36.9%、幻覚30.8%と続いていた。拘束では衝動性83.3%が最多で、次いで精神運動興奮77.8%、暴力50.0%、幻覚38.9%、妄想38.9%、不安38.9%であった。また、行動制限の実施期間に経年変化は認められず、7日以内、7～28日、28日以上がそれぞれ3分の1であったが、365日を超える長期隔離症例も3名含まれていた。行動制限を21回繰り返した症例は、多飲水が主たる理由であった。

5) 修正型電気けいれん療法 modified electric convulsive therapy ; m-ECT

平成23年7月15日までにm-ECTが施行された対象者は20名(男性19名、女性1名)で、診断は統合失調症19名、急性一過性精神病性障害1名であった。m-ECTの適応理由は、精神症状18名(90.0%)、薬物抵抗性12名(60.0%)

が多く、m-ECTの対象症状(複数回答)では、暴力14名(70.0%)、幻覚11名(55.0%)、妄想11名(55.0%)が多かった。倫理会議では、15名が事前承認、3名が事後承認(2名未回答)であった。事後承認の3名はいずれも平成20年度の実施であり、その後の事後承認例はない。また、m-ECTは年間数例の対象者に実施され、実施件数に目立った変化は生じていない。概ね適切な適応判断、実施手続きがなされていると考えられる。

6) クロザピン投与状況

新規非定型抗精神病薬の1つであるクロザピンは、高い症状改善作用が期待される反面、低率ながら顆粒球減少症や心筋炎など重篤な副作用が生じ得る。そのため投薬可能な施設やモニタリング方法には厳格な基準が定められている。平成21年、平成22年で処方可能な施設は、それぞれ8施設、16施設と徐々に増加している。

7) 多職種医療連携

医療観察法医療では、各対象者を中心に、医師、看護師、臨床心理技術者、作業療法士、精神保健福祉士の5職種が多職種チーム(multidisciplinary team ; MDT)を形成し治療を進める。標準的な薬物療法に加え、疾病心理教育、認知行動療法、社会生活技能訓練(social skills training ; SST)、個別・集団作業療法、心理面接、権利擁護講座などの種々の心理社会的プログラムが治療の進捗状況に合わせて選択される。また、地域ケア会議(care program approach 会議 ; CPA 会議)では、対象者、MDT、および地域関係者が参集し、臨床情報の共有や地域ケア計画の策定を協働して行っている。

このような医療観察法医療内容は、全国の指定入院医療機関で等しく実施されることを原則としている。そのため、平成19年度から指定入院医療機関は相互に病院を訪問し、実際に診療に臨席して医療内容の相互評価を行うピアレビューを実施している。その際、評定に用いられるチェックシートの結果では、平成23年度の「対象者参加型多職種チーム会議の実施」(78.6%)、「共通評

価項目による定期的評価」(64.3%)が、いずれも平成22年度に比べ増加しているものの80%に満たないこと、また「治療共同体のイメージによる病棟運営」「薬剤師の関わり」の実施率は低値にとどまっていることが指摘された。しかしながら、それ以外の指定入院医療機関として満たすべき項目はほぼすべてにおいて80%以上の実施率が得られており、全体として指定入院医療機関の機能や運営は良好と判断されている。

3. 今後の課題

以上から、以下のような今後の課題が抽出される。

1) 転院

転院例では有意に入院が長期化していた。この背景には、転院先の治療チームや地域関係者との関係構築に時間を要する点や、そもそも遠方からでは地域調整を進めにくいような疾病性、社会復帰阻害要因が存在しているため転院が考慮されるという点が指摘されている。現状では、空床の状況によりやむを得ず遠方の医療機関が入院先に選定されることがあるが、全国で十分な病床が確保された暁には各対象者の退院地を考慮した決定が行われるべきである。

2) クロザピン導入

医療観察法医療の必要性を担保する所謂3要件—「疾病性」「治療反応性」「社会復帰要因」—のうち「治療反応性」を検討する際、十分な薬物治療を尽くしていることは重要な事項である。クロザピンの投薬環境は徐々に整備されてきているが、すべての指定入院医療機関で投薬が可能な状況には至っていない。一方、現時点でクロザピンの投薬が可能な指定入院医療機関は少数である。継続的な医療を確保するために、クロザピン導入の際に対象者の帰住予定の地域関係者へ説明し、協力体制を仰ぐことも重要である。

3) 病棟規模による医療内容の格差

現在の指定入院医療機関は、病床数から概ね3つのタイプ(1病棟33床の標準型施設、17床程

度の小規模病棟、5床程度の小規模病床)に分けられる。各病棟は医療内容の均てんを原則としながら各規模の特性に応じた治療を展開しているが、少数病床の病棟では集団プログラムの実施には自ずと限界があり、対象者の凝集性から生じる力動的な治療効果を期待しにくい。また、医療観察法病棟に関与する医療者の人員不足や看護職員の問題も指摘されている。

4) 薬剤師の関与

医療観察法医療における薬剤師の関与の程度は各指定入院医療機関によりばらつきがある。薬剤師は入院処遇ガイドライン上、MDTのなかに明確に位置づけられていないが、対象者に服薬に関する質問や不安について医師とは異なる立場の者が専門的見地から応じることは、対象者の服薬援助に有益であると思われる。薬剤師との連携が無理なく図られることが望ましい。

〈通院処遇〉

1. 概要

〈全国の通院機関の状況〉

厚生労働省の当初目標では、人口100万人あたり2、3カ所、各都道府県に最低2カ所の指定通院医療機関の設置を目標として整備を進めてきた。平成23年12月31日時点における全国の指定通院医療機関は病院381カ所、診療所24カ所と報告されており⁴⁾、また、すべての都道府県において3カ所以上の指定通院医療機関が設置されていることから、当初の目標はほぼ達成されているといえる⁴⁾。しかし、地域によっては指定通院医療機関の偏在も目立っており、さらなる拡充が求められている。

2. 現状—調査結果から—

通院医療の現状についても、平成23年度に全国の指定通院医療機関に対して行われたアンケート調査の結果¹⁾をもとに報告する。本調査では平成17年7月15日～平成23年7月15日までに医療観察法の通院処遇を受けた対象者のうち、調査協力の得られた指定通院医療機関224カ所に通院していた690名である。このうち、当初審判にお