

図3 2008年12月末の転帰(累積転帰図)

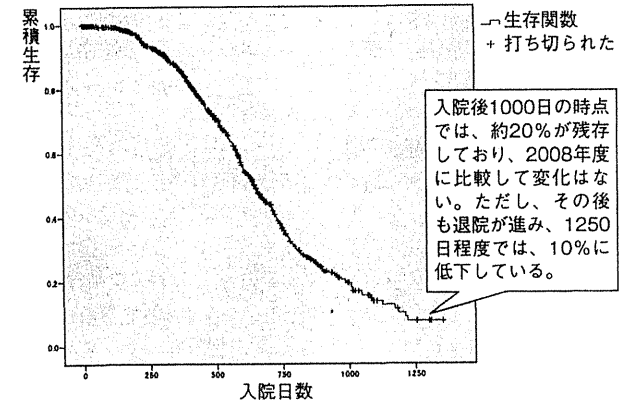


図4 生存関数

判においてもカンファレンス方式を採用することで、専門性を超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<sup>4)</sup>。

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<sup>4)</sup>。

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<sup>4)</sup>。

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

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人について調査が行われた<sup>4)</sup>。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よる。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<sup>6)</sup>。

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と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) 入院施設の設定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ジ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ジ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, 使用そのものについての責任を認めるべきとする一般市民の意識は高い<sup>6)</sup>。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<sup>2)</sup>。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、異常酩酊に関し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<sup>17)</sup>。単純酩酊は「麻酔期に達した後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了解でき、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<sup>3)</sup>。

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して単純・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<sup>7)</sup>。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 $\gamma$ と減退率 $\beta$ 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<sup>7)</sup>。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)、 $\gamma$ : 移行率(0.5~

0.95),  $\beta$ : 消退率 (0.1~0.3)。ここで得られた推計値はあくまでも参考値とすべきで、アルコールの分解スピードは男女の性差も (男性が早い)、個人差も大きいことが知られている。ALDH 活性型と不活性型を持つ人ではアルコール消失速度が異なり、また消化管での吸収や睡眠などによって遅延することも知られている。飲酒後 1 時間後から 4 時間寝た群の血中濃度は  $0.12 \pm 0.02 \text{ mg/ml}$ 、起きていた群  $0.06 \pm 0.01 \text{ mg/ml}$  で、飲酒後に睡眠を取るとアルコール消失は遅延する<sup>4)</sup>。

## 「難解な法律概念と裁判員裁判」 (司法研修所編)における判例<sup>5)</sup>

**事例 1: 病的酩酊 (もうろう・夢幻様状態)** 大阪地判平成 5 年 9 月 24 日強盗傷害/心神喪失で無罪確定; 飲酒後に通行中の被害者の頭部をレンガで殴り現金を強取しようとして負傷させた。被害者の頭部より血が流れ落ちるのを見てわれに返った。

裁判所は①犯行現場に行った経緯が不明、②犯行態様とその後の態度の急変が不自然、③平素の人格より想像できない、④強盗の動機が認められないと認定して、鑑定で行われた飲酒テストで特異な脳波 ( $\theta$  波) に再現性が強い、もうろう状態・夢幻様状態と判断し、犯行状況それ自体に責任能力欠如があり、酩酊の程度も軽くないとした。

コメントとしては、いわば「てんかん」と等質の「もうろう状態」と認定しての判断である。比較的、短時間のうちに犯行より目ざめて対応が急変している特徴と、脳波異常を基礎にして「てんかん」と等質とみなして、心神喪失の判断につながった。

**事例 2: 飲酒と睡眠剤による混合酩酊** 東京地判平成 5 年 9 月 24 日強制わいせつ致傷/心神耗弱で懲役 3 年確定; 飲酒のうえ、睡眠剤と精神安定剤を服用した状態で人通りの多い歩道で、通行中の女性につかみかかり、脅して下着を脱がせて陰部を触るなど 1 週間の傷害を負わせ、制服警察官を見て逃走した。

裁判所は①犯行状態は言動に脈絡なく理解しがたい異常なもの、②犯行前後の記憶欠損、③飲酒と睡眠剤による混合酩酊で、重篤でないが意識障害を呈し、複雑酩酊と同程度であった、④自己の置かれている状況を一定程度認識し、合目的な反応を示す、⑤犯行前に風俗店に出入りしており犯行に至る事情として特異でない、⑥犯行後 1 時間の呼気アルコール濃度  $0.4 \text{ mg/l}$  で高度な酩酊ではないと認定して、心神耗弱とした。

コメントとしては、アルコール血中濃度より飲酒による酩酊は高度ではないが、睡眠剤との相乗作用で「混合酩酊」であり、犯行の動機は了解可能としても、犯行態様には不自然という判断である。混合状態が生じることは認めてもその解釈には異論があり、多剤乱用 (服薬や飲酒をするときには自由意思) による相乗効果が自由意思を奪ったとして、責任能力を認めないことを是認すべきか否かである。多剤乱用をするほど依存症は重篤としても、依存症は責任能力を減弱する因子とはならない。風俗店に出入りし違法な買春行為を平然としていて、酩酊して場をわきまなかった程度と判断もできる。これに対して「原因において自由な行為」を対置して検討すべきとする意見もある。

**事例 3: 異常酩酊** 福岡高判平成 10 年 9 月 28 日殺人、殺人未遂/心神耗弱で懲役 7 年確定; 飲酒のうえ外出し、不満の解消として女性につきまとい、パート帰りの主婦 2 人を通り魔的に包丁で刺し 1 人を殺害、1 人は未遂に終わった。

裁判所は①犯行後 1 時間後の呼気アルコール濃度  $0.25 \text{ mg/l}$  と高くはない、②犯行前後に見当識障害や意識障害はない、③犯行後包丁などを隠匿・投棄して犯行に及んだ記憶がある、④事件後に起こした物損事故後に飲酒検知を求められた際に、知人に代わって行うように依頼したなど、犯行発覚を恐れた行動と理解できる、⑤被告が主張している健忘は虚偽供述か思い出したくないという抑圧によるもの、⑥犯行時に幻覚様の体験をしたという供述にも変遷が多く信用性は乏しいと認定した。そのうえで、犯行動機は飲酒による抑制

が解除され、不満解消の目的で女性につきまとい、同女の拒否の態度に攻撃性が高まり殺意までに高められたと全くの了解不能とはいえない。しかし、前科前歴もなく宗教家として信者を有していたなど平素の人格から了解が不能で、普段の生活状況や行動傾向などと乖離し、アルコール依存症に陥っていた可能性がある認められ、犯行に対する記憶が抽象的なものにとどまっていることを合わせて考えると、飲酒による異常な酩酊状態にあり心神耗弱の状態にあった可能性を否定できないとした。

コメントとしては、事実認定よりは弁識能力、制御能力ともに損なわれていないことが考えられるが、著しい酩酊でないにも関わらず、日頃の行動よりかけ離れた行動をとったとして異常酩酊と認定し、心神耗弱として判決は確定した。しかし酩酊で抑制がとれた際の逸脱行動を異常酩酊とするのは範囲が広すぎるし、アルコール依存で飲酒を当事者が抑制しないことを制御能力の著しい減弱ととらえるのは、自招性の観点よりも裁判員より批判が出ると考えられる。完全責任という判断もあり得る。

**事例 4: 複雑酩酊とアルコール依存による人格障害の増悪** 札幌地判平成 6 年 2 月 7 日現住建造物等放火/心神耗弱で懲役 3 年確定; 心因反応とアルコール依存で通院し生活保護を受給していた。居酒屋で酩酊して帰宅途中で派出所が目に入り、パチンコ店員他の対応などの不満や、今後の人生を警察官に聞いてもらおうと思いつき立ち寄ったが、警察官が不在で、しばらく待っても帰ってこないことに立腹して放火した。

裁判所は①犯行直後の呼気検査で  $0.65 \text{ mg/l}$  と相当量の飲酒と酩酊状態、②おおむね記憶があり、一部記憶が欠落、断片的となっているが、自己の置かれている状況を認識し行動して見当識もかなり保たれていた、③動機は通常人の行為とはかなりの断絶がある、④生活歴、入院歴、飲酒状況、鑑定書に照らせば、犯行当時に複雑酩酊の状態にあり長期間の飲酒によるアルコール依存のための人格障害が増悪した状態に基づくと認定して

心神耗弱とした。

コメントとして、被告の示す身勝手さの由来は「自己愛」「依存性」による人格障害であり、記憶の欠損も一部とすれば複雑酩酊としても程度は軽く、短絡的な行動も人格異質性ではないとなれば心神耗弱とするには困難があるとする。

**事例 5: 複雑酩酊が争われ単純酩酊** 東京高判平成 3 年 10 月 22 日殺人、殺人未遂/無期懲役 (一審・死刑)、上告; 被害女性と一時は結婚話まで出たが、同女が親戚に反対され、また乱暴して傷害を負わせてから、同女よりも愛想を尽かされた。その後も脅してまでもよりを戻そうと頼み、拒絶されて同女を殺害しようと考えた。夕方より長時間飲酒をし、深夜に包丁と金槌を持って同女宅に赴き、同女が実家に避難しているを知って、実家の玄関ガラスをたたき割って侵入し、同女ら 2 人を殺害、3 人に重傷を負わせた。

裁判所は①知能、性格その他生来の精神異常はない、②長時間小刻みに飲酒したが犯行直前に被告を目撃した知人は酩酊していると見えなかった、③犯行にある程度の計画性が認められる、④犯行後に灯油をかぶり点火しようとした行動も、当初自殺を考えていたことから異常行動といえない、⑤念のために行われた鑑定での「普通知の下」から「境界知」の知能や執念深く粘着性で興奮しやすく、衝動的で爆発性や自己中心性の性格は責任能力に影響を及ぼさない、⑥鑑定では複雑酩酊としているが、その根拠が不十分と判断した上で、鑑定にある「善悪は正しく認識し、行動制御は軽度で減弱」とあることを採用して完全責任とした。

コメントとして、単純酩酊の「性格の先鋭化」「計画され意図が明確で犯行動機や行為の了解が得られる」とみるか、複雑酩酊の「本来の性格とは異なり」「動機や行為の抑制が欠如し、行為や動機は全体としては了解できても不機嫌や情動的興奮で抑制が欠如」とみるかで、裁判所は複雑酩酊に疑問を示している。

## 裁判員裁判での判例

被告は30代の男性で過去には暴力団に属し、暴力犯での逮捕歴や飲酒したうえで妻に対する暴力があった。大量飲酒が続いていた。被告は義父やその友人と飲酒をして被害者に対するこれまでの不満を述べ、複数回の電話のやり取りで被害者と口論が高じ、「やってやる」と怒声でやり取りをした。義父や友人ら5人で包丁やゴルフクラブを持ち、友人の妻が車を運転して被害者宅にいき、対応に出た被害者ともみ合いになり、包丁で刺殺した殺人事件である。被告は車に乗っている期間の記憶が曖昧で、もみ合いから、義父の持っていた包丁で被害者を刺した記憶が曖昧である、犯行場面の記憶が一部欠損している、犯行後にさらに攻撃し、駆け付けた警察官にまでも食ってかかるなど、情動的興奮や状況認知の悪さより複雑酩酊か否かが争点となった。

### 1. 起訴前嘱託鑑定

病的酩酊に近い複雑酩酊として心神喪失と取れる判断を示した。

**鑑定本文** ①被害者宅に向かう車に乗ったところから逮捕後に飲酒検査をうけるまでの記憶が著しく欠損しており、複雑酩酊に相当する。臨床的にはアルコール依存を認める。②被害者を懲らしめてやろうということでは、義父と共謀したらしい。犯行直前の被告人の酩酊の程度および態様においては少なくとも緻密な殺害計画は、共謀できなかった。犯行直後の被告人は、状況把握が鈍麻し、奇異行動が目立っていた。すなわち、犯行時の被告人は、行動が一貫せず、行為の意味や善悪の判断能力に欠けていた。

鑑定人が複雑酩酊とした根拠は「周りの関係者がこの重大さに気付いて、被害者を看護しようとしているときに、それを手伝うどころか、まだやろうとするため、義母らが必死に止めなくてはならなかったような当時の被告人の行動は、被告人が異常に興奮し、まとまりのない行動を常に取りようとしており、了解不能な精神運動興奮状態」を挙げている。

鑑定記録より WAIS III, 言語性 62, 動作性 87, 全検査 IQ70 で境界知能。事件当時は毎晩焼酎水割り平均して3~5杯で、テンションが上がり喜怒哀楽が強くなる。飲むとケンカをするなど酒癖は悪い。これまで傷害など5回の逮捕歴がある。

犯行時は義父らとの飲酒や被害者と電話で口論したことは記憶している。その後、車に乗って犯行までの30分までの記憶は以下である。①家を出る時にゴルフクラブを持っていこうと思った。②車の中で義父に「くらわしますよ」と問うと、義父は「おう」と答えた。③被害者宅で自分より背の低い男性に「どけ」と言った。④手に持っていたナイフで、自分の左斜め前に立っていた被害者の腹あたりを刺した。ナイフがスーと入った感触は覚えている。いつナイフを手にしたかを思い出せない。刺した後、右の方から両手で抱きかかえられるように止められた。⑤犯行後に玄関の方向を向いて立っていて、玄関の右側が開いていた光景を覚えており、その後に警察官と話したイメージが残っている。⑥その後は、警察署で色々聞かれ飲酒検知をした。

逮捕時の呼気アルコール濃度は0.5 mg/l だった。犯行時の血中アルコール濃度はウイドマーク法で1.36~1.57 mg/ml と推測。鑑定中には飲酒テストは実施されていない。

### 2. 鑑定と意見を異にする意見書と裁判員裁判での尋問

**血中アルコール濃度と酩酊** 犯行時の血中アルコール濃度はウイドマーク法で1.36~1.57 mg/ml と推測されているが、飲酒テストをせずに一般的なアルコールの移行率や排出率では不十分で、示された推測値は一応の目安として考える。

**犯行時の行動状況** 犯行時の酩酊は単純酩酊に集団での口論など情動反応が加わり興奮し、複雑酩酊化した状態である。電話で被害者に義父や自分のことをのしられたことを契機に怒り、反発して喧嘩腰となり興奮をしている。単純酩酊と複雑酩酊は意識混濁のレベルの差を基礎としており、情動反応が加わる場合などでは明確に峻別が

できない。

駆け付けた警察官への威嚇は、犯行で生じた興奮状態が継続して、現場の混乱から理解ができない。もうろう状態に伴う本能的衝動的な行動であれば見境がなくなるはずなのに、敵と味方を理解して行動を取っていた。

**平素の人格** 被告は過去に暴力団に属して傷害など粗暴犯の前科を有し、飲酒すると粗暴な行動をとることがあり、飲酒により粗暴な面が先鋭化したのであり、人格疎遠とは異なる。一般的には酒癖が悪いと表現できる。

**健忘をめぐる問題** 意識レベルの変化が起こるのはアルコールの基本的な性格である。「飲酒時のことを覚えていないこと」と「飲酒当時に合目的な行動がとれない」ということは別の問題である。今回は被告らの行動は意図と目的を持った行動で、その行動には一貫性がある。その後に記憶がない状態は単純酩酊でも起こり得るし、今回のような情動反応が加わって複雑酩酊化した状態ではさらに起こりやすい。また健忘があるとしても「ゴルフクラブを持った」、「車で被害者宅に向かい、車中でやっていいですか、やりますよと会話をした」、「向かい合った」、「刺した」、「止められた」ことの漠然とした記憶(イメージ、気持ち、場面)は残り、完全に健忘しているわけではない。

**犯行の了解可能性** 犯行は酩酊により短絡的な行動を助長し、興奮を加速し、衝動性を増したとしても、第1に幻覚妄想やせん妄状態およびもうろう状態などの精神病レベルの状態での行動にないことは明白である。第2に義父や自身がなじられたことに反応して興奮して敵愾心が高じたという犯行動機は明確で了解可能であり、ともに被害者を攻撃しようとする行動は一貫している。犯行は酩酊による興奮のみにより生じたのではなく、ともに被害者への攻撃を意図した行動の結果として生じたのである。

### 3. 裁判員裁判での判断

完全責任と判断した。

## 公判鑑定の事例

被告は30代男性でこれまでアルコール精神病と診断されてきた。酩酊して器物損壊を繰り返してきた。隣のスーパーマーケット(スーパー)の街灯などを被害妄想に基づいて壊し(器物損壊)、従業員へ暴行し傷害を負わせた事件。

中学の時にシンナー吸引をはじめた。18歳頃よりシンナーから大量飲酒へ移行した。突然に暴れたり、速くの話に被害的に反応し、怒鳴り暴力をふるい、理解が得にくい行動に走る。

A 病院精神科に通院していたが、父親は医師より、アルコール問題があると説明を受けていた。飲酒すると父親への暴力、独言、空笑、テレビや食器を壊したりした。7年前にスーパーの隣に引っ越し、1年位前から「スーパーは自分のもの」、「店長は偽者」と話す。暴力行為、傷害、器物損壊などで8回の逮捕歴があり、3回実刑となり刑務所に入所していた。

犯行時は「気持ちが落ち着かず、複数の人の笑い声や話し声が聞こえた。イライラして外に出てみると、50歳くらいの男性が何かして危ない」と感じた。1年ほど前より「スーパーも自分のもの」と確信していた。

逮捕時は呼気アルコール濃度は0.1 mg/l で正常歩行・直立可能。「店員が悪い。日本刀やバットを振り回していた」「偽の店長は車で人をひく。わが物顔で運転し、大人や子どももひかれた。自分も危ない時があった」「店に入るとう術をかけられ手足が動かなくなる」と訴えていた。

鑑定時は被害関係妄想を認めるが、明確な幻聴は否定的。妄想知覚的にスーパーでの賑わいを幻聴様を受けとめる。政治的には特異な確信を抱いている。会話に奇妙さ、概念連合弛緩など思路障害を認める。人格には対人接触性が奇妙で超然としている。知的能力は軽度の低下を有する。病識はなく、公訴事実に関しても内省はない。

規定飲酒テストでは血中アルコール濃度0.8 mg/ml でろれつが回らず、「4年前バットで100~200回叩かれた。気絶した。その後は覚え



ていない。相手も警察に呼ばれた。裁判所で話したがわかってくれなかった。「禿げたおじさんに何百回も叩かれた」と妄想内容を語る。自由飲酒テストで血中濃度 0.7 mg/ml でろれつがまわらず、目が座り、急に笑顔で握手を求め多幸的となる。1.2 mg/ml で「民族のことは自分達のことと考えなければいけない。どうして戦ったのかを見なければいけない。…今の時代はアイヌ民族をやめてもらう」「日本は日本であることを証明することが国家。民族だから日本には兵隊がいっぱい、日本の社会のルール…」と民族的な奇妙な主張が続く。自由飲酒テスト(純アルコール換算 160 g)は犯行当時と同量近くの飲酒で、アルコール血中濃度が最高 1.6 mg/ml の域に達しても単純酩酊のレベルで推移した。犯行時の酩酊レベルは軽度。被告は犯行時も飲酒テストでも酩酊中の記憶があり、強い健忘は残していない。

鑑定ではアルコール精神病か統合失調症かの診断が問題となり、第 1 に妄想知覚や妄想着想が存在し、それに基づき暴力行為が頻発するが、その背景に「他の人が話しているのは自分の悪口を言っている」と被害妄想を認める。第 2 に幻聴が存在し、音への過敏性が犯行の契機。第 3 に持続性妄想が存在し、1 年前から「スーパーは自分のもの」、「店長は偽者」と話す。第 4 にままとまりのなさ、観念連合弛緩。第 5 に会話の貧困、情動的反応の鈍麻、社会的引きこもり、社会的能力の低下などの陰性症状。第 6 に関心喪失、無為があり統合失調症と診断した。

アルコールは直接作用として精神病性障害を来す物質ではない。幻覚や妄想は離脱症状として出現する。また連続飲酒後に 10 時間前後で出現する早期の幻覚は幻聴が主体で、一般的に 24 時間以内には消失する。最終飲酒後 42~72 時間で出現する大離脱症状の振戦せん妄は全身の粗大な振戦に意識障害が加わり、幻視を中心とする幻覚状態が出現するが、これも 1 週間前後には消失する。慢性中毒として脳の器質的变化により認知機能が低下し、嫉妬妄想や物盗られ妄想や被害妄想が出現する。

本来ある妄想に基づいて、飲酒により脱抑制がおこり、行動化しているのである。酩酊しなければ切迫感がなく行動化が避けられているだけで、被害妄想には変化がない。統合失調症の慢性的な妄想は二重見当識と称されるように、妄想的世界と現実の世界を両立しているものであり、直ちに妄想に基づいて破綻的な行動に出ることは少ない。

一時期シンナーを吸引した既往があり、有機溶剤を連続して使用した後に幻覚が起こることは多く、またフラッシュバックや飲酒などにより幻覚が誘発され再現される。刑務所での体験で「ガラスに顔が出てきた」と訴えるが、有機溶剤による幻視に特徴が似る。有機溶剤を吸引していた急性期にこれらが問題とならないのであれば、シンナーを中止して 10 年以上経過しており、有機溶剤乱用による遅発性精神病性障害は否定的である。

鑑定結果は、犯行当時は統合失調症に罹患し、アルコールの影響も強く受ける状態であった。犯行時は妄想に支配されて、物音などに過敏な状態に加えて飲酒により行動の抑制に困難があり、善悪の判断に著しく障害あり、その判断に従って行動する能力も障害をされていたとした。

判決では心神耗弱と認定した。

## おわりに

裁判員裁判では異常酩酊の責任能力判断には厳しい目が注がれていることに留意して鑑定を進めるべきである。精神病状態を伴う場合には、精神症状と犯行態様との関係を検討すべきで、統合失調症と等価として理解ができる場合が多い。しかし酩酊の質が課題となるケースでは変化していく酩酊を微視的にみるのではなく、大局的な経過より判断すべきと考える。なぜなら単純酩酊と複雑酩酊の間、また複雑酩酊と病的酩酊の間には相互に移行し、境界が曖昧なケースが多く、また情動など他の要因が加わると酩酊の質は一過性に变化をする。これを過去にさかのぼって証明することは困難である。大局的な経過より判断するには、犯行動機の詳細可能性と人格異質性の観点からの考察は重要な意味を持つと考える。

## 文献

- 1) 原隆: アルコール精神障害. 刑事責任と精神鑑定, 司法精神医学 2 巻, 中山書店, pp 159-165, 2006
- 2) 岩井宣子: 故意犯と原因において自由な行為. 精神障害福祉と司法, 尚学社, pp 377-383, 2004
- 3) 松原三郎: 起訴前鑑定と医療—民間精神病院の立場から. 臨床精神医学 31: 277-282, 2002
- 4) 松本博志: アルコールの基礎知識. 特集 [飲

酒運転対策プロジェクト]. Jpn J Alcohol & Drug Dependence 46: 146-156, 2011

- 5) 村瀬均, 河本雅也, 佐伯仁志, 他: 責任能力. 難解な法律概念と裁判員裁判. 法曹会, pp 32-54, 2009
- 6) 中谷陽二: 薬物依存者の責任能力. 精神障害者の責任能力—法と精神医学の対話—. 金剛出版, pp 159-178, 1993
- 7) 柴田洋子, 新井尚賢: 酩酊犯罪の精神鑑定. 金剛出版, 1985

## 学会告知板

### 緊急シンポジウム「うつ病克服へのロードマップ」

日時 2011 年 12 月 18 日(日) 13:00~15:00(開場 12:30)

会場 新宿明治安田生命ホール

東京都新宿区西新宿 1-9-1 明治安田生命新宿ビル B1F (新宿駅西口正面)  
無料・参加自由

主催 日本うつ病学会・日本生物学的精神医学会・日本心身医学会

共催 日本精神神経学会・日本精神神経科診療所協会・日本精神科病院協会

日本神経精神薬理学会・日本統合失調症学会・日本アルコール精神医学会  
日本臨床精神神経薬理学会・日本総合病院精神医学会・日本認知療法学会

司会 野村総一郎(防衛医科大学校精神科学講座教授)

岩波 明(昭和大学医学部精神医学教室准教授)

パネリスト 樋口輝彦(国立精神・神経医療研究センター総長)

国民病としてのうつ病~自殺・長期休職

久保千春(九州大学病院病院長)

身体疾患とうつ病

尾崎紀夫(名古屋大学医学系研究科教授)

うつ病健診の波紋~職場でのうつ病の対応を巡って

谷田部雅嗣(NHK 解説委員)

うつ病報道とコミュニケーションギャップ

古川壽亮(京都大学大学院医学研究科教授)

認知行動療法と抗うつ剤の真の効果

柳澤勝彦(国立長寿医療研究センター研究所副所長)

認知症とうつ病~神経病理学の観点から

加藤史(理化学研究所脳科学総合研究センターチームリーダー)

うつ病を解明せよ!~脳科学の観点から

神庭重信(九州大学大学院医学研究院教授)

うつ病の専門医とは何か~うつ病センター構想

(パネリストの発表: 各 10 分 パネルディスカッション: 20 分)

問合せ先 日本うつ病学会事務局(平日 10:00~17:00)

☎: 03(3263)8697 Fax: 03(3263)8693 e-mail: jsmd@secretariat.ne.jp



研究  
と  
報告

## クロザピンの有効性とその臨床的意義\*

木田直也\*\* 大鶴 卓 福田貴博 福治康秀  
村上 優

抄録 精神医学 54: 1145-1150, 2012

クロザピン (CLZ) は、治療抵抗性統合失調症の適応を持つ唯一の抗精神病薬であり、陽性症状に効果が高いことは過去にも報告されている。ただ、その具体的な標的症候を示す報告は本邦ではなく、それを明らかにすることを目的とした。CLZ 投与は、早期から陽性症状に特に効果的であった。その標的症候としては、幻覚・妄想に最も効果的で、猜疑心・敵意・非協調性にも十分な効果が期待できることがわかった。陰性症状や神経症候群は、観察した期間での改善は限定的であった。CLZ の効果は、最低でも 6~12 か月投与継続した後には判定することが望ましいと思われた。維持量の平均 400 mg/日は、過去の報告と同様の結果であった。

## Key words

Clozapine, Treatment-resistant schizophrenia, BPRS, CGI-C, CPMS

## はじめに

2009年7月に日本で発売されたクロザピン (CLZ) は、治療抵抗性統合失調症の適応を持つ唯一の抗精神病薬であることから、その有用性<sup>1)</sup>に高い期待が寄せられている。一方で、CLZ 治療を開始した患者数は、2011年12月末で約600例であり、限られた精神科医が CLZ による治療を経験している状況である。

その背景として、ひとつには、クロザリン患者モニタリングサービス (CPMS) に登録することが必須であり、そのために検査体制の整備、血液内科・糖尿病内科との連携などさまざまな準備と手続きが必要なが挙げられる。次に、CLZ の処方 CPMS 規定に沿って採血・検査を行い、

その結果で判断することから、投与対象となる患者に開始・継続できるかどうかという懸念もあるだろう。しかし、これらは CLZ による治療を進める際に、精神科医が最も懸念する重大な副作用である無顆粒球症の早期発見・早期対処のために必要なことである。

このような状況下では、CLZ の市販後の臨床例をまとめた報告<sup>5,10)</sup>はおのずと限られている。CLZ は陽性症状に効果が高いことは知られているが、その具体的な標的症候を示す報告は、少なくとも本邦ではない。具体的な標的症候が明確になることは、CLZ 投与が望ましい患者像がより明確にイメージできることに繋がる。

筆者が所属する国立病院機構琉球病院では、病院内で多職種による多層的な体制を整え、2012

表1 全症例の概要 (2012年1月時点)

症例数	31例	
治療抵抗性	反応性不良	30例(96.8%)
	耐容性不良	1例(3.2%)
性別	男	24例(77.4%)
	女	7例(22.6%)
開始時年齢	平均(分布)	39.8歳(25~61歳)
他院からの紹介	5例(16.1%)	
CLZ 開始直前の抗精神病薬の種類数	単剤	8例(25.8%)
	2剤	16例(51.6%)
	3剤	5例(16.1%)
	4剤	2例(6.5%)
CLZ 開始直前の主剤 [クロルプロマジン (CP) 換算で最も多い抗精神病薬である。うち2症例については CP 換算で同量のため、主剤は2つとした]	オランザピン	18例(54.5%)
	リスベリドン	7例(21.2%)
	ケチアピン	4例(12.1%)
	アリピプラゾール	1例(3.0%)
	その他の非定型薬	0例(0%)
CLZ 開始直前の前薬の CP 換算量	平均(分布)	1,332 mg (500~2,850 mg)
定型薬	3例(9.1%)	

年1月時点で31症例に CLZ による治療を開始した。本稿では、その中で3か月以上処方継続している20症例の処方前、3か月、6か月、12か月後の CGI-C、BPRS 評価を基に、CLZ の有効性とその臨床的意義を考察し報告する。なお、この論文については、日本精神神経学会利益相反基準に照らして、開示すべき企業がないことを明記しておく。

## 全症例の概要

当院では、2012年1月時点で31症例に対して、CLZ による治療を開始した。治療抵抗性の分類については、反応性不良が30例で、耐容性不良は1例のみであった。男女別については、男性24例と女性7例であった。開始時の平均年齢は39.8歳であり、その分布は25~61歳で、30代、50代が多かった。他院からの紹介は5例であった(表1)。

CLZ 開始直前の抗精神病薬の種類数については、単剤8例、2剤16例、3剤5例、4剤2例であり、2剤以上を使用していたものは75%近く

にも上った。CLZ 開始前の主剤 [クロルプロマジン (CP) 換算で最も多い薬剤] としては、オランザピンが18例(54.5%)と最も多く、リスベリドン7例(21.2%)、ケチアピン4例(12.1%)、アリピプラゾール1例(3.0%)と続いた。CLZ 開始直前の前薬の CP 換算量の平均は1,332 mg であり、500 mg~2,850 mg まで分布していた。CGI-S による投与前重症度評価では、中等度の精神疾患1例(3%)、顕著な精神疾患8例(26%)、重度の精神疾患22例(71%)であった(表2)。当院では、病院全体の取り組みとして抗精神病薬の単剤化を進めているが、最大用量を使用しても、病状を抑えることができず、抗精神病薬への抵抗性があり、やむなく多剤併用療法となっていた。

CLZ 開始時の入院病棟は、医療観察法病棟で9例、一般精神科病棟22例であり、医療観察法病棟のほうが病床数に対して処方率が高かった。

投与31例の内28例が継続しており、そのうち6例が退院した。中止3例のうち2例は、それぞれ白血球減少、けいれん発作の副作用のため中止で、もう1例は同意撤回による中止であっ

2012年5月7日受稿, 2012年9月3日受理

\*\* 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), Kida Naoya, OHTSUKU Taku, FUKUDA Takahiro, FUKUJI Yasuhide, MURAKAMI Masaru: National Hospital Organization Ryukyu Hospital

0488-1281/12/Y500/論文/COPY

表 2 全症例の概要 2 (2012 年 1 月時点)

統合失調症投与前重症度 (CGI-S)	正常	0 例
	精神疾患の境界域	0 例
	軽度の精神疾患	0 例
	中等度の精神疾患	1 例 (3%)
	顕著な精神疾患	8 例 (26%)
	重度の精神疾患	22 例 (71%)
開始時病棟	医療観察法病棟	9 例
	一般精神科病棟	22 例
継続・中止	継続数 (内退院数)	28 例 (6 例)
	中止数 (中止理由)	3 例 (白血球減少, けいれん発作, 同意撤回)
投与期間	6 か月未満	16 例
	6 か月~1 年未満	7 例
	1 年以上 (最長)	8 例 (1 年 11 か月)
用量	平均最大量 (分布)	483 mg/日 (350~600 mg/日)
	平均維持量 (分布)	400 mg/日 (175~600 mg/日)

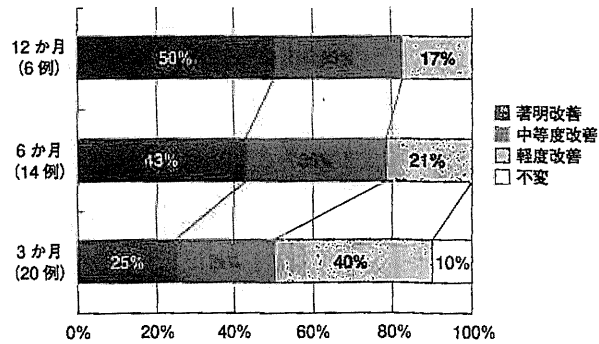


図 1 CGI-C の改善度

た

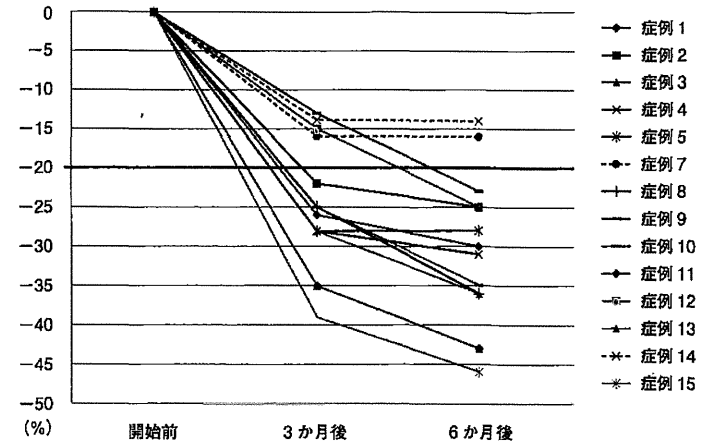
投与期間は、6 か月未満が 16 例、6 か月~1 年未満が 7 例、1 年以上が 8 例であり、最長 1 年 11 か月であった。最大量の平均は 483 mg/日であり、その分布は 350~600 mg/日であった。維持量の平均は 400 mg/日であり、その分布は 175~600 mg/日であった。ただし、最大量、維持量には個人差が大きかった。

### CGI-C, BPRS の評価結果

CLZ を 3 か月以上継続投与し、CGI-C, BPRS

を評価した 20 症例について、開始前 (20 例)、3 か月後 (20 例)、6 か月後 (14 例)、12 か月後 (6 例) の評価結果を以下に示す。

CGI-C は、CLZ 投与 3 か月後では著明改善 25%、中等度改善 25% であり、6 か月後では、同 43%、36% と改善した患者が増加し、12 か月では、同 50%、33% とさらに増加した。また、不変例は投与 3 か月後では 10% 存在したが、6 か月後には認めなくなり、悪化例も認めなかった。6 か月継続した 14 例全例が軽度改善以上であり、中等度改善以上の改善率は 79% に達して



投与開始後 6 か月後において、BPRS 総得点が 20% 以上改善した症例 12 症例 / 14 症例

図 2 BPRS 総合得点の改善度

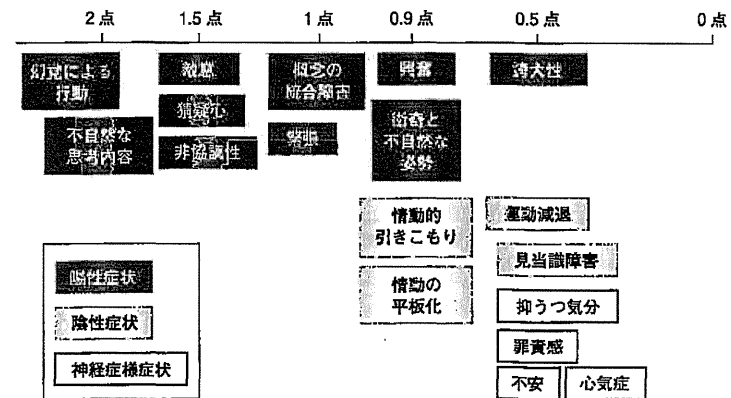


図 3 BPRS 下位項目の改善度

いた (図 1)。

CLZ 投与を 6 か月継続し、BPRS 評価ができた 14 例の合計スコア平均値は、投与前 60.5 (範囲は 32~83)、3 か月後 45.4、6 か月後 41.6 であった。BPRS 合計スコアが投与前と 6 か月後を比較し、20% 以上改善した例は 14 例中 12 例であり、

BPRS は CGI-C と同様、長期投与で改善度が高かった (図 2)。BPRS 全項目で改善を認めており、特に、陽性症状の幻覚による行動、不自然な思考内容の項目は顕著な改善を認め、敵意、猜疑心、非協調性の項目も改善度は高かった。陰性症状の情動的引きこもり、情動の平板化は比較的改善を

認めたと、運動減退、見当識障害の改善は限定的であった。神経症様症状も改善は認めたと効果は乏しく、特に下位項目の心気症は効果が最小であった(図3)。

## 考察

CLZの効果は、CGI-C、BPRS合計スコアの推移をみると、投与3か月後に確認できる可能性が高いが、その後投与6か月後や12か月後に初めて効果が認められる例があることを示している、このことから、CLZの効果は最低でも6~12か月投与継続した後に判定することが望ましいと思われる。これは、CLZ投与開始後12か月間の経過をみたMeltzerの報告<sup>9)</sup>と一致する。

CLZが他剤無効の陽性症状に効果があることは他の報告<sup>3,4,5,7,10)</sup>とも共通していた。CLZの投与前から投与6か月後のBPRSの各症状別改善度をみると、最も効果が期待できるCLZの標的症状は幻覚・妄想であり、猜疑心・敵意・非協調性の症状に関しても十分な効果が期待できることがわかった。治療抵抗性統合失調症患者でも、特にこの症状を有している者にCLZ投与が最も効果が期待できることがわかり、これは臨床実感とも一致していた。陰性症状や神経症様症状については、観察した期間での改善は限定的であった。よって、CLZ投与により精神症状の中で比較的早期に改善が期待できるのは陽性症状であると言える。また、中核症状が陰性症状・神経症様症状の治療抵抗性統合失調症患者の場合には、観察期間はさらに長期が必要かもしれない。

CLZの維持量(平均投与量)の平均400mg/日(分布は175~600mg/日)は、他の報告<sup>1,2,8,9)</sup>300~500mg/日と同様の結果であった。

これまでの抗精神病薬による治療に反応しなかった幻覚や妄想を中心とした陽性症状がCLZ治療により改善することで、患者は精神症状と心理的距離が取れ、疎通性や現実検討能力も改善していく。こうした患者と医療スタッフが円滑にコミュニケーションをとれるようになり、心理社会的アプローチも行いやすくなる。そこでは、ひと

つには医師、看護師、作業療法士、臨床心理士など各専門職種による集団および個別プログラムとして疾病教育が行われる。その過程で統合失調症の症状、薬の副作用や服薬継続の重要性について患者の理解が進み、2~3回/日の自己体温測定など単独での体調と服薬の管理が可能となる。またクライシスプランを作成し、退院後に発熱など体調や精神症状に変化があった場合は、まずどこに連絡するか、どういう行動をとるか、などを具体的に文章化・視覚化して患者および家族などの支援者に明示して繰り返し確認し、退院後の生活の不安の軽減に努めている。退院後は、デイケア通所とACT(包括型地域生活支援プログラム)を組み合わせ、訪問看護師などさまざまな専門職種よりなる多職種チームによるサービス提供を行い、緊急時はクライシスプランに沿った行動が遂行される。その結果として、患者の社会復帰が促進され、維持される。他剤無効の医療観察法症例がCLZによる薬物療法で病状が改善し、多くの心理社会的治療が可能となり、社会復帰が促進されたという事実は、この見解を強く支持する。

CLZの対象者については、陽性症状が強く長期入院となっている患者や、活発な病的体験のために隔離や身体拘束などの行動制限を頻回もしくは長期にわたって行っていた患者など重症例に対して投与を検討した。CGI-Sによる投与前重症度評価では、耐容性不良の1例を除いて、30例のすべてが顕著もしくは重度の精神疾患であったことはこのことを裏付ける。

CLZの投与が必要であると判断された場合は、本人もしくは家族などの代諾者に説明を行い、家族がいらない1例を除いてすべての代諾者からの同意を得た。本人もしくは代諾者から同意を得られた症例にはすべてCLZによる治療を開始した。治療者が誠意と情熱をもって、最適であると思われるCLZによる治療を繰り返し提示したときに、明らかな非同意をした例はなかった。

当初懸念された定期的な検査への患者の不満は、ほとんど聞かれなかった。その理由として、ひとつには、必要とされる説明を十分行い同意を

取得することが心理教育的効果につながったことが挙げられる。またCLZの治療経過とともに患者は効果を実感し、自ら処方継続を希望する例が圧倒的に多くなり、治療継続のための検査も厭わなくなったことも挙げられる。

本報告は、20症例の検討であるが、全例がこれまでさまざまな薬物療法で改善が困難であった治療抵抗性統合失調症例であるため、CLZの治療効果はきわめて高いと言える。CLZ治療を基礎として心理社会的アプローチを組み合わせることで、社会性の乏しかった患者の地域生活への移行や拡大のチャンスを与えることができると感じている。

本報告が、クロザピンの効果や臨床的意義を臨床家が理解する一助になれば幸いである。なお、現在、多施設共同にて症例を集積し同様の視点から報告する準備を進めている。

## 文献

- 1) Chang JS, Ahn YM, Park HJ, et al: Aripiprazole augmentation in clozapine-treated patients with refractory schizophrenia: An 8-week, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *J Clin Psychiatry* 69: 720-731,

2008

- 2) 榎本哲郎: クロザピン(クロザリル®)。最新精神医学 16: 467-473, 2011
- 3) 石郷岡純, Herbert Y. Meltzer, 村崎光邦, 他: Clozapineの実像に迫る—Meltzer先生を囲んで。臨精薬理 13: 1799-1812, 2010
- 4) Kane J, Honigfeld, G, Singer J, et al: Clozapine for the treatment-resistant schizophrenic. A double-blind comparison with chlorpromazine. *Arch Gen Psychiatry* 45: 789-796, 1988
- 5) 来住由樹: Clozapine導入決断の条件・タイミング。臨精薬理 15: 189-196, 2012
- 6) Meltzer HY: Dimensions of outcome with clozapine. *Br J Psychiatry Suppl* 17: 46-53, 1992
- 7) 大鶴卓: 医療観察法における治療抵抗性。日社精医誌 20: 423-425, 2011
- 8) Taylor, D, Mace S, Mir S, et al: A prescription survey of the use of atypical antipsychotics for hospital inpatients in the United Kingdom. *Int J Psychiatry Clin Pract* 4 (No. 1): 41-46, 2000
- 9) Taylor D, Paton C, Kapur S: モーズレイ処方ガイドライン第10版(内田裕之, 鈴木建文, 渡邊衛一朗訳)。アルタ出版, 2011
- 10) 渡邊治夫, 澤温, 谷水知美, 他: 治療抵抗性統合失調症に対するclozapine使用の現状と問題点。臨精薬理 14: 1615-1624, 2011

## MEDICAL BOOK INFORMATION

医学書院

# パルス波ECTハンドブック

Clinical Manual of Electroconvulsive Therapy

原著 Mankad MV et al

監訳 本橋伸高・上田 諭

訳 竹林 興・鈴木一正

●A5 頁224 2012年  
定価5,250円(本体5,000円+税5%)  
[ISBN978-4-260-01563-3]

精神科診療に必須の治療法である電気けいれん療法(ECT)は、世界標準のパルス波治療器が普及しているが、十分な治療効果を得るためには、麻酔、電気刺激、発作後反応の段階で様々なパラメータを適切に設定し評価することが必要である。本書は、最新理論、装置と手順、様々なパラメータの設定・評価法を簡潔に記述した、米国の最新テキストの全訳、ECTの最大の臨床効果と安全性を追求する、すべての精神医療関係者必携の書。

## 医療観察法の現状と今後の課題

### 指定入院医療機関より

大鶴 卓\*<sup>1</sup> 村上 優\*<sup>2</sup>

<sup>1</sup>独立行政法人国立病院機構琉球病院 精神科医長・医療観察法病棟 医長 <sup>2</sup>同 院長

**Key Words** 医療観察法, 指定入院医療機関, 多職種チーム医療, MDT, 審判

### はじめに

医療観察法は平成17年7月15日に施行され、平成23年末までに申立て2,457名、入院決定1,488名、退院許可846名が審判にて決定されている。琉球病院（以下、当院という）医療観察法病棟は平成21年2月1日に開棟し、これまでに約100名の対象者の入院を受け入れてきた。

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者に医療および保護を行うことを目的としており、わが国で初めての司法モデルでの強制治療である。その目的は、病状の改善および同様の行為の再発を防止し社会復帰を促進することであり、さまざまな決定に司法が関与しているが、実務は社会復帰を目的とした精神科医療そのものである。筆者は、当院医療観察法病棟医長として勤務しており、その経験と実践も含め医療観察法の現状と課題について述べる。

### 鑑定（刑事責任能力鑑定、医療観察法鑑定）の現状と課題

医療観察法施行後は、鑑定書が他の精神科医の目にふれる機会が増え、その作業に参加する者も増加し、全体としてのコンセンサスの形成や鑑定医自身へのフィードバックがかかるようになり、医療観察法施行当初に比べると、全体として鑑定の質と精度ともに向上している。

今後の課題としては、医師個人の判断だけでなく、コンセンサスに基づいた標準的で客観性が担保された医療観察法鑑定が望まれる。当院では、鑑定書はカンファレンス方式で作成している。鑑定医以外に複数の精神科医師を含む多職種チームを作り、3、4回のカンファレンスを経て、鑑定医が最終的な結論を出すようにしている。将来的には鑑定センターの設立も検討すべきかもしれないが、現時点でもカンファレンス方式を取り入れることにより鑑定医が入手できる情報が格段に増え、議論を重ねることで鑑定精度の向上につながる。

### 審判の現状と課題

医療観察法の処遇は地方裁判所での裁判官と精神保健審判員による合議体によって決定され、裁判所の決定で対象者の処遇が決まるというわが国で初めての制度である。この審判での合議体には、精神保健審判員以外にも必要に応じて鑑定医や指定入院医療機関の医師等が参加する。審判の決定についてはカンファレンス方式が採用されており、精神科医と裁判官の議論のなかで審判の結論が決定している。このような手続きを通して司法と精神医学の対話が格段に進んだ。筆者は主に指定入院医療機関の医師として参加しているが、カンファレンスを重ねるなかで裁判官の精神医学の知識やそれに基づく判断が明らかに高まっていると実感している。医療観察法により司法と精神医学の対話が生まれた点は、大きな前進である。

## 医療観察法入院治療

### 1. 病棟の偏在

審判で入院が決定されると指定入院医療機関へ入院する。指定入院医療機関や病床は偏在があり四国、近畿、北海道の病床が少ないことが指摘されている。とくに北海道は現時点で病床はなく、確保の目途も立っていない。当院では全国の保護観察所とハイビジョン画質のテレビ会議システムを導入しており、社会復帰調整官との会議や家族説明はそれを有効に活用している。また必要時には現地に対象者とともに行き退院調整を行っており、退院調整に大きな障害はない、しかし、対象者は居住地に近い場所で治療を受けることが望ましく、広大な北海道に病床を確保する必要がある。

### 2. 指定入院医療機関での治療の実態

#### 1) ガイドラインに基づく医療の提供

指定入院医療機関の医療は、厚生労働省から示されている指定入院医療機関運営ガイドライン、入院処遇ガイドラインに基づき行われている。さまざまな指定入院医療機関で治療プログラムも含めた治療の進め方に大きな差異はなく、ガイドラインに基づく医療の提供により病院や地域間での医療格差が少なくなり、均てん化が可能となる。

医療観察法では、多職種チーム（multi-disciplinary team, 以下MDTという）で治療を行うことが特徴である。対象者ごとに担当MDTが構成され、治療を進めていく。個別のMDT会議では、各職種がそれぞれの専門性に基づき対等に意見を述べ、最終的にMDTとしての評価や合意が形成される。その評価をもとに対象者とMDTで面接を繰り返しながら、CPA（care program approach）で治療方針を決定し、それに基づき各職種が専門性をいかして個別の治療計画を立案し治療介入を行っている。治療を進めるうえで最も大切なことは、対象者の主体的な治療参加であ

る。治療方針を立案するために厳密で正確な評価が必要なことは当然だが、治療動機や希望もふまえ対象者が主体的に参加できるよう治療を進めていく必要がある。

医療観察法では上述の対象者ごとのMDT会議以外にさまざまな会議がガイドラインにて定められている。週1回の治療評価会議は個別のMDTで決定した治療方針を協議する場であり、勤務の都合上参加できないものを除き全職種が参加している。この会議で個別のMDTで立案された治療方針は承認・見直しされ、再度個別のMDTで協議するしくみである。またこの会議は病棟内のピアレビューの意味も持っており、担当MDT以外と率直な意見交換を行うことで新たな視点が見つかることも多い。

毎月開催される運営会議は、病棟の運営状況の報告、治療評価会議を経て決定された治療方針の検討・承認を得る場であり、院長・副院長・看護部長・事務部長を始めとした病院管理者が参加する。具体的には治療ステージ移行、初回の院内散歩・院外外出の承認、入院継続・退院申請の承認など治療の大きな節目や責任レベルの拡大について協議・決定する場である。個別のMDT会議や治療評価会議は決定権を持っていない水平構造であり、運営会議で最終的な責任を持つ管理者が垂直的に決定する構造となっている。当院では、運営会議でステージ移行や外出許可が承認されないことも少なくなく、それは管理者からみて評価や治療方針に問題がある場合が多く、運営会議は個別のMDTの治療が効果を上げているかをチェックする場としても機能している。また緊急の外泊、事故時などには臨時運営会議で協議を行い、対策を決定している。

毎月開催される倫理会議は外部委員も参加し、本人の同意によらない治療などの事前・事後の協議・承認を行っている。デボ剤、クロザリル、m-ECTは事前の承認が前提であり、隔離、拘束、緊急時の注射などの治療も事後に妥当性の協

議を行っている。倫理会議での検討事例は困難症例であることも多く、当院では倫理会議を外部精神科医からのスーパーバイズの場としても活用し、議題の協議以外に評価や治療方針についても助言をもらっている。

このように治療方針の決定に関して各種会議のプロセスを経ることは、治療方針や治療効果をチェックする機能だけでなく、治療の透明性・客観性を担保することにつながっている。個別のMDTが対象者の主体性を尊重し治療を進めながら、各種会議を経て治療方針と責任の所在が決定していくプロセスは、医療観察法入院医療の両輪である。

## 2) 当院での入院治療の実態

医療観察法入院医療は、ガイドラインで18カ月が基準とされており、その内訳は急性期3カ月、回復期9カ月、社会復帰期6カ月であり、各ステージの治療目標が示されている。当院での各ステージの実際の治療について記す。

### ○入院時面接

入院時の面接から治療は始まる。対象者は裁判所より入院を告知され、入院決定書を受け取っている。そのなかに疾病名、対象行為、入院の理由などが説明されており、それを対象者と一緒に確認することから始めている。対象者は司法での取り調べや鑑定先での面接や治療を経ており、自身の病状や対象行為に対して本人なりの理解や考えを持っている。それを入院時に確認し、尊重しながらその後の治療方針を立てている。

### ○急性期

急性期では、治療関係の構築、治療参加の準備性を高める、診断・病状・人格・能力などの評価を主体としている。入院後に担当MDTは、入院の理由について対象者と面接を繰り返す。対象行為や疾病罹患をすべて否定する対象者はまれであ

り、病状や対象行為への本人なりの理解や考えを治療の糸口としている。そのなかには治療者が理解に苦しむ内容もあるが、MDTの考えを一方向的に押し付けることはせず、「どうしてそのような考えや理解に至ったのか」を丁寧に聞くことから始めている。

医療観察法医療では、内省や病識の獲得が重要とされ、そのためには対象者自身の主体的体験や理解も汲んだ個別的な治療が欠かせない。急性期での心理教育は基本的な疾病と治療の説明に加え体験談などを輪読し、対象者のとまどいや不安も含めた体験的理解につながることを目的としている。その他のプログラムも制度理解・集団への参加を促すものであり、その後の治療参加の準備性を高めるアプローチとしている。

急性期治療の過程で治療関係の構築とともに対象者の疾病・人格特性の評価を行って入院治療による改善の予測を立て、それに基づきできるだけ具体的に退院地や退院後の生活イメージをMDTで共有し、その後の治療方針を立案している。同時に急性期の間で薬物療法の目的を立てることも大切である。対象者はすでに鑑定入院で薬物療法を受けており、医療観察法入院時には病状は表面上落ち着いているが、ストレス時に容易に病状悪化を認めたり、強固な陽性症状を内在している対象者も多い。

急性期の間にできる限り病状改善を目指し薬物調整を行うことで、その後の心理社会的治療の効果もふまえた入院治療での改善の予測の精度が上がり、より具体的な退院後の生活イメージが可能となる。当院では、治療抵抗性統合失調症の治療薬であるクロザピンの調整も含め急性期の間で薬物調整を終わらせることを目指している。

### ○回復期

回復期では、対象者の疾病・人格・能力特性に対しMDTを中心とした多層的な心理社会的治療が中心である。集団や個別プログラムで疾病教育

SST、ストレスマネジメント、制度理解などの治療を行い病識や内省を深めることを目指している。集団参加も自由度が高くなり、対象者自身が役割や責任を持つことができるよう工夫している。

再他害行為を防ぐことに最も有効なものは、対象者の主体的な治療参加である。薬物療法のコンコーダンスプログラム、被害を考えるプログラム、症状悪化のケースフォーミュレーションなどは、対象者の言葉や考えを尊重しながら対象行為や病気を振り返ることができるように配慮している。プログラムは行うだけでは効果は薄く、それを振り返ることや日常場面でいかすことが重要である。

当院では主に看護師がさまざまな治療プログラムを振り返る面接を持つことで理解を深め、一般化につなげている。医療観察法では看護師はケアコーディネーターとしての役割を持ち、病状改善の程度、プログラムの理解度、内省や病識などの評価を総合的に把握し、治療効果と課題を対象者とも共有しながら円滑に治療が進むようマネジメントしている。ケアコーディネーターとして看護師が対象者とMDTの橋渡しとなり、治療をマネジメントするという看護師像は新しいものであり、MDTによる治療の成否は看護師にかかっているともいえる。

また看護師は、対象者が困ったときに相談できるようにすることを大切にしている。医療観察法入院治療では看護面接が繰り返されており、その目的は疾病や対象行為の振り返りだけでなく、対象者が「何で困ったり、つまづいたりしているか」に自ら気づき、相談できるためでもある。丁寧に本人の話聞き、相談希求能力を高めるアプローチは退院後の治療や生活にとっても重要である。

このように対象者の主体的治療参加を伴ったMDTアプローチを続けることは、対象者が単に病気を理解するだけでなく病状の悪化と対象行為の関係を理解でき、それを防ぐためにはどうすればよいかを考え続けることにつながり、病状悪化のサインと相談スキルの向上、クライシスプラン

作成、具体的な地域生活のイメージ構築が自然にできるように工夫している。

### ○社会復帰期

社会復帰期では、外泊を通して具体的な退院後の社会生活の最終調整を行う期間である。それまでもケア会議で情報共有は繰り返しているが、社会復帰期では、地域での支援体制、クライシスプラン、実際の生活や治療スケジュールなどを対象者も交えて細部まで話し合い決めていくケア会議を繰り返しながら、退院地に外泊を繰り返し、退院後の具体的な生活のイメージを共有していく。また院内にあるデイケアの協力を得て、対象者が入院中にデイケア訓練を続けるようにしている。デイケア訓練は、対象者の退院後のスケジュールに合わせて週に2～4回、長い対象者では1年以上通い続け退院につなげている。

当院では、疾病受容と対処能力の向上、地域生活を行うための生活能力と相談希求能力の向上のどちらも重視している。生活者として地域生活が安定して送れることは退院後の病状の安定にとって欠かすことはできない。しかし医療観察法入院では対象者の単独外出や外泊は認められておらず、その際に医学的管理のために職員が同伴するため人手がかかり、外出泊の機会が少なくなる問題がある。その問題を克服するため当院では社会復帰ユニットに生活訓練室を併設し、包括的生活技能訓練を行っている(図1、表1)。

生活訓練室は1LDKのアパートの1室をイメージし、キッチン、6畳の居間、風呂、トイレ、洗濯機など生活に必要なものは設置されている。生活訓練室は社会復帰病棟の病床の並びにあり、看護師の観察は他の病床と同じようにできるため長期間の擬似退院生活訓練が可能となる。対象者と具体的な地域生活をイメージし、献立と予算を決め、買い物と調理、全般的な家事、日中の過ごし方として院内デイケアの参加、屯服薬も含めた内服自己管理、緊急時の携帯電話のかけ方の練習

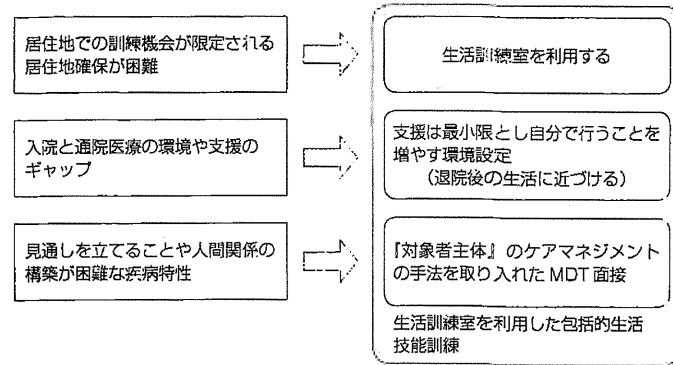


図1 生活訓練室を利用した包括的生活技能訓練

表1 包括的生活技能訓練の位置づけ

処遇	急性期～	回復期～	社会復帰期		通院処遇
生活の場	病院				地域
訓練	ADL訓練	IADL訓練 (外出訓練)	包括的生活 技能訓練	外泊訓練	
作業の場	手段としての 作業	目的を持った 作業	模範的作業 (院内シミュレー ション)	居住地での作業 (シミュレーシ ョン)	実生活の作業 (リアルオク ペーション)
スキルの発揮	限定的	部分的	連続的, 包括的		自律的

などの包括的な生活技能を訓練できるようになっており、徐々に日数を延ばして1～2週間程度の訓練を繰り返すようにしている。

このような包括的な生活訓練を通して、「思ったより食事を作るのは大変だった。デイケアに参加すると疲れるので、朝と夕食の献立はもう少し簡単にしなければいけない」「予算よりも食費がかかり過ぎた。もう少し節約しないとお金が足りなくなる」「1人でいるとさみしい。日中の過ごし方をもう少し考えたい」などの自らの気付きにつながり、次の生活訓練でその課題に取り組むことを繰り返しながら、生活者としての実感とスキルを高め、実際の外泊訓練にいかしている。対象者単独での外出泊ができず機会が限定されている現状では、各医療観察法病棟に生活訓練室が設置

されることで入院から通院への支援や環境のギャップを埋めることにつながると考える。

また社会資源の乏しさゆえに退院が困難となっている現実もある。当院では、多職種が地域に出て行き社会資源のスタッフと関係を作り、その信頼関係のなかで対象者がグループホームや作業所等の社会資源へつながる実践を行っている。将来的には社会資源が充実することを期待するが、短期的にそれが難しいならば、現時点ではいままある社会資源と多職種でつながっていくしかない。

### 3) ガイドラインについて

医療観察法入院治療では、急性期、回復期、社会復帰期を通してガイドラインに沿った医療を展開している。急性期は評価、病状の改善、リスク

アセスメントが主体であるが、回復期から社会復帰期へ移行する過程でリハビリやストレングスモデルの概念を積極的に取り入れ、ケアマネジメントの手法を用いた対象者主体の包括的な精神科リハビリテーションへと転換していき、その実務は一般的な精神科医療と同じである。

また担当MDTが治療の責任は負うが、対応できる範疇を越えた問題が起こった場合には職員全員でそれを共有して対処する雰囲気を作っており、病棟全体の力を使う多職種チーム医療へと発展させることを心がけている。ガイドラインにより多職種チーム医療が構造化されている医療観察法入院治療は、筆者が精神科医療のなかで実現したいと思っていた理想に近いものである。

### 退院審判

退院審判は、対象者だけでなく担当MDT、裁判官や精神保健審判員にとっても重要な場である。審判の場で「入院はきつかったが自分を見つめ直す場になった。これをいかし二度と同じような失敗をしないようにがんばりたい」との内容の話をする対象者も多い。対象者にとっては、入院の総まとめの機会となり、また今後続く地域生活への決意表明の場になる。当院では担当MDTはできる限り全員が参加して対象者と一緒に審判を受けており、MDTへの入院治療のフィードバックを受ける機会になっている。

裁判官や精神保健審判員はこれまで入院や入院継続の決定で対象者と関わりを続けてきているが、直接接したのは入院決定の審判のときのみであり、その後は書面やカンファレンス等の情報しかない。退院審判時に対象者の病状の改善、病気と対象行為の振り返り、具体的な地域生活の実現性とその決意を目にすることで、入院治療の効果が実感として理解できる場になっている。

これまでは司法が精神科の治療行為に関与し続ける機会はほとんどなかったはずである。医療観察法においては司法と精神科医療の対話が生まれ

たが、それは単なる処遇決定の場ではなく、その治療過程に共同して関与し続ける機会となったことが重要な成果と考える。

### 医療観察法通院

審判にて退院が決定されると通院処遇へ移行する場合がほとんどである。当院は入院指定医療機関であるとともに通院指定医療機関であり、筆者は医療観察法通院も担当している。入院から通院まで連続して主治医として関与できることは治療の連続性の確保のために非常に重要である。医療観察法入院から通院を通して担当すると、入院から地域生活に移行し慣れるまでに3カ月から1年程度かかる例が多いことに驚かされる。通院は社会復帰調整官を軸とし、クライシスプランも含まれた対象者主体の地域ケアマネジメントである。たしかに入院と比べ人的資源は少なくなるが、医療観察法入院中から、対象者も含めたケア会議を通して情報共有を繰り返し、顔の見える関係のなかで地域生活のイメージを多機関が連携して構築することで有機的な支援体制は可能であると実感している。

また当院以外の県内の指定通院医療機関へ通院となった対象者の初回ケア会議には入院担当MDTが参加し、入院時に立てた治療計画がうまく機能しているかどうかを確認し、必要があれば助言を行っている。このような医療観察法通院の実践を入院医療に還元しながら、さらなる入院医療の向上につながるよう心がけている。

### 医療観察法入院医療の現状と課題

最後に医療観察法入院治療の現状と課題をまとめる。医療観察法というわが国初の司法モデルの強制治療ができたことにより、司法と精神医学の対話が生まれたこと、精神鑑定が広がり質が向上したこと、ガイドラインに基づく多職種チーム医療の構造化、リスクアセスメントを用いた医療の展開などは新しいものであり、精神科医療の向上

や展開に寄与するものである。

医療観察法入院治療の効果としては、法の理念通りに社会復帰が促進されたのか、再被害行為が防止できているのか、附則にも示されるように一般精神科医療へ還元できているのか、などが挙げられる。

社会復帰の促進に関しては、平林らの平成21年度の厚生労働科学研究の入院全対象者の入院期間調査<sup>1)</sup>より考察する。平成21年7月15日時点までのデータでは、全対象者の入院期間の中央値は688日、平均値は740日であり、1,250日を超えて約10%の対象者の入院が続いていると予測されている。9割の対象者は退院できており、全体として社会復帰は進んでいるが、約1割の長期入院者への対策が課題となる。医療観察法は対象者の8割強が統合失調症であり、当院での経験からも長期在院者のなかには治療抵抗性統合失調症者も少なからず含まれると考える。

そのような対象者に対して当院ではクロザピン、m-ECTの治療を積極的に行っている。当院医療観察法病棟でこれまでに12例の対象者にクロザピンを投与し、5例の社会復帰が促進できた。当院が中心となりフォローする例だけでなく、県外・県内の指定通院医療機関へ処方継続を引き継いだ例、当院でクロザピン処方を行い地元の指定通院医療機関とアキケアや訪問看護を連携して行う例などさまざまな連携の形があり、それを工夫することでクロザピン処方の可能性を広げることができる。医療観察法医療の必要性の判断の3要件の1つに治療反応性が含まれていること、指定医療機関の医療は最新で専門的なものが求められていることにより、指定入院医療機関は治療抵抗性統合失調症に対しクロザピンの処方を積極的に進める必要がある。

また当院は年間6,000件以上の訪問看護の実績があり、平成24年より琉球病院ACT(R-ACT)の体制を整備し、今後はより重度の精神

障害を有していても地域生活が可能となると考える。

再被害行為の防止については、永田らの平成23年度の厚生労働科学研究の医療観察法入院を経て通院に移行した対象者の予後研究<sup>2)</sup>より考察する。同意が取れた142名の予後調査では、退院後に軽微なものも含み他害行為は6件あり、措置入院1名、医療観察法再入院1名であった。

措置入院1名、再入院1名が重大な他害行為を起こしたと想定しても再被害行為の数は少ない。法の目的である病状の改善および同様の行為の再発を防止し社会復帰を促進することは現時点では達成できていると考える。しかし、平成23年11月に医療観察法に基づき入院していた対象者が施設内で他の対象者を絞殺し逮捕される事件が起こっており、今後司法精神医学会が中心となった事故調査と報告がなされることを期待する。

最後に一般精神科医療への還元についてだが、これは道半ばと言わざるを得ない。前述の通り現時点で還元できたものもあるが、今後はガイドラインに基づく対象者の主体性を尊重した多職種チーム医療やさまざまな心理社会的治療技法を一般精神科医療へ還元する責務を自覚し、日々の業務を続けていきたい。

## 文 献

- 1) 平林直次：入院医療における治療プログラムの多様化に関する研究。平成21年度厚生労働科学研究分担研究報告書，2010。
- 2) 永田貴子：医療観察法入院処遇対象者の予後と予後に影響を与える因子に関する研究。平成23年度厚生労働科学研究分担研究報告書，2012。

## 参考文献

- 1) 五十嵐禎人：医療観察法に基づく精神鑑定。精神科治療学 24：1077-1082，2009。
- 2) 村上 優：医療観察法の存続は可能か—指定入院医療機関より—。精神神経学雑誌 113：468-476，2011。
- 3) 村上 優：医療観察法と多職種チーム医療。日精協誌 30(8)：759-764，2011。





障害者権利条約批准に係る国内法の整備：今後の精神科医療改革への萌芽

## 今後の精神科医療改革と非自発的入院医療\*

吉住 昭\*\*

### Key words

Mental disability, Psychiatric illness, Involuntary admission by the prefectural governor

### はじめに

今、医療・保健・福祉の枠組みが大きく変わろうとしている。医療の分野総体では、医療費の総枠や医師不足をどうするかなどが大きな論点になっている。一方、精神科医療領域に限って見れば、2004(平成16)年にまとめられた「精神保健医療福祉の改革ビジョン」については、10か年計画の中間点を迎えた2009(平成21)年9月に、今後の精神保健医療福祉のあり方などに関する検討会報告書「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」がまとめられた。この報告書などを踏まえ、施策の具体化を目指し診療報酬の一部改定もなされた。また、2010(平成22)年5月からは「新たな地域保健医療体制の構築に向けた検討チーム」が設置され、そこでは、アウトリーチ体制の具体化など地域精神保健体制の整備・認知症と精神医療・保護者制度と入院制度について検討が進められている。

また、精神科医療改革は、単に医療という枠組みのみならず障害・福祉という枠組みとも交差

し、2つの領域からさまざまな動きが進行している。以下、障害としての対策、具体的には障害者制度改革の推進体制についてふれ、疾患として、精神疾患が5疾病5事業に加えられること、その両者が精神科医療改革に及ぼす影響についてふれる。また、精神科における非自発的入院は、障害者制度改革推進会議においても重要な課題としてあるが、本特集の中で保護者制度の問題と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(医療観察法)の問題は取り上げられており、筆者が研究班に所属し研究を進めてきた古くて新しい問題である措置入院について取り上げる。

### 障害者施策という枠組みから

障害者の権利に関する条約の批准に向けて国内法の見直しを図っていくため、2009(平成21)年12月、内閣総理大臣を本部長とする障がい者制度改革推進本部が設置され、2010(平成22)年1月から、障がい者制度改革推進会議において審議が進められている。障害者改革の推進体制は図

\* Reform of Psychiatric System and Involuntary Admission

\*\* 独立行政法人国立病院機構花巻病院 (☎ 025-0033 花巻市諏訪500), YOSHIZUMI Akira : National Hospital Organization Hanamaki Hospital, Hanamaki, Japan

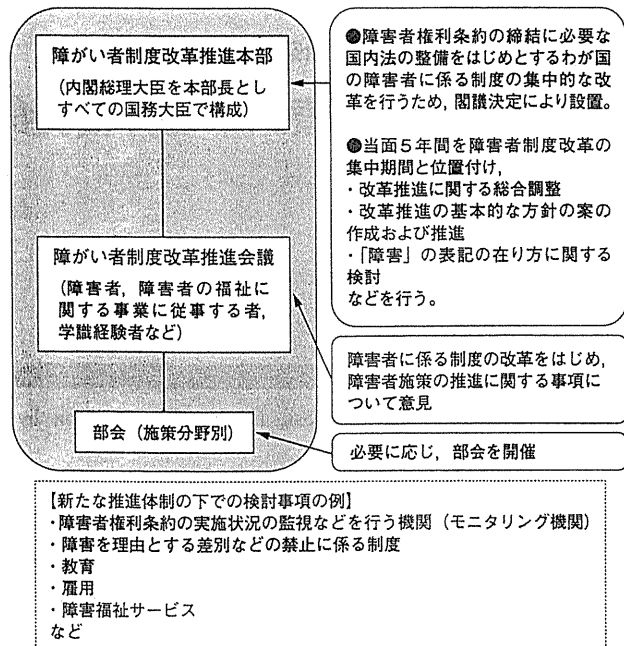


図1 障害者制度改革の推進体制

1<sup>4)</sup>に示す。推進会議は、2010(平成21)年6月7日に今後の改革の工程を定めた第1次意見、同年12月17日には第2次意見をまとめた。またそれに先立ち6月29日には、「障害者制度改革の推進のための基本的な方向について」が閣議決定された(図2<sup>5)</sup>)。その、障害者制度改革の基本的な考え方として、障害者を主体的存在として捉え、障害を理由とする差別のない社会づくりを目指し、障害の有無にかかわらず、差異と多様性を尊重する共生社会の実現を図るとしている。その中で、11に及ぶ個別分野のうち医療に関しては、①精神障害者に対する強制入院、強制介入医療などについて、いわゆる「保護者制度」の見直しなどを含め、その在り方を検討し、2012年内を目的にその結論を得る、②「社会的入院」を解消するため、精神障害者に対する退院支援や地域生活における医療、生活面の支援に係る体制の整備について、総合福祉部会における議論との整合性を

図りつつ検討し、2011年内を目的にその結論を得る、③精神科医療現場における医師や看護師などの人員体制の充実のための具体的方策について、総合福祉部会における議論との整合性を図りつつ検討し、2011年内を目的にその結論を得る、④自立支援医療の利用者負担について、法律上の規定を応能負担とする方向で検討し、2011年内を目的にその結論を得る、としている。

これを受けて、日本精神神経学会では「障害者制度改革の推進のための基本的な方向について」に対する意見を述べている<sup>6)</sup>。そこでは、保護者制度については、現在の保護者制度は、家族に過大な負担を強いる一方で、市町村長同意のような実態として十分に機能していない部分を含んでおり、現行の保護者制度は廃止し、少なくとも非自発的入院に関する責任は公的機関が担うことを法律に明記すべきであること、当面は、非自発的入院要件の明確化、適正手続きの保障、実効性ある

**目的・基本的考え方**

●障がい者制度改革推進会議の「障害者制度改革の推進のための基本的な方向(第一次意見)」(平成22年6月7日)を最大限に尊重し、我が国の障害者に係る制度的な集中的な改革の推進を図る。

●障害の有無にかかわらず、相互に個性の差異と多様性を尊重し、人格を認め合う共生社会の実現

**障害者制度改革の基本的方向と今後の進め方**

**基礎的な課題における改革の方向性**

(1) 地域生活の実現とインクルーシブな社会の構築  
・障害者が自ら選択する地域への移行支援や移行後の生活支援の充実、及び平等な社会参加、参画を柱に据えた施策の展開  
・虐待のない社会づくり

(2) 障害のとりえ方と諸定義の明確化  
・障害の定義の見直し、合理的配慮が提供されない場合を含む障害を理由とする差別や、手話その他の非音声言語の定義の明確化

**横断的課題における改革の基本的方向と今後の進め方**

(1) 障害者基本法の改正と改革の推進体制  
・障害や差別の定義を始め、基本的施策に関する規定の見直し・追加  
・改革の集中期間内における改革の推進等を担う審議会組織の設置  
・改革の集中期間終了後に障害者権利条約の実施状況の監視などを担ういわゆるモニタリング機関の法的位置付け 等

→第一次意見に沿って検討、23年に法案提出を目指す

(2) 障害を理由とする差別の禁止に関する法律の制定等  
・障害者に対する差別を禁止し、被害を受けた場合の救済等を目的とした制度の構築

→第一次意見に沿って検討、25年に法案提出を目指す  
これに関連し、人権救済制度に関する法案も早急に提出できるよう検討

(3) 「障害者総合福祉法」(仮称)の制定  
・制度の谷間のない支援の提供、個々のニーズに基づいた地域生活支援体系の整備等を内容とする制度の構築

→第一次意見に沿って検討、24年に法案提出、25年8月までの施行を目指す

**工程表**

	平成21年12月～平成22年	平成23年	平成24年	平成25年	平成26年
横断的課題のスケジュール等	障がい者制度改革推進本部の設置(平成21年12月)	●障害者基本法改正・制度改革の推進体制等に関する法案の提出	●次期障害者基本計画決定(12月目途)	●障害者差別禁止法案(仮称)の提出(改革の推進に必要な他の関係法律の一括整備法案も検討)	●障害者総合福祉法案(仮称)の提出 ----- 8月までの施行

**個別分野における基本的方向と今後の進め方** ※主な事項について記載

(1) 労働及び雇用	・福祉的就労への労働法規の適用の在り方 ・雇用率制度についての検証・検討 ・職場での合理的配慮確保のための方策	(～24年度内) (～24年度内目途)			
(2) 教育	・障害のある子どもが障害のない子どもと共に教育を受けられるよう、インクルーシブ教育システム構築の理念を踏まえた制度改革の基本的方向 ・手話・点字等に通じた教員等の確保・専門性の向上に係る方策	(～22年度内) (～24年度内目途)			
(3) 所得保障	・障害者の所得保障の在り方を公的年金の抜本見直しに併せて検討 ・住宅の確保のための支援のあり方	(～24年度内) (～24年度内)			
(4) 医療	・医療費用負担のあり方(応能負担) ・社会的入院を解消するための体制 ・精神障害者の強制入院などの在り方	(～23年度内) (～23年度内) (～24年度内目途)			
(5) 障害児支援	・相談・療育支援体制の改善に向けた方策	(～23年度内)			
(6) 虐待防止	・虐待防止制度の構築に向けた必要な検討				※各個別分野については、改革の集中期間内に必要な対応を図るよう、工程表としてそれぞれ検討期間を設定
(7) 建物利用・交通アクセス	・地方のバリアフリー整備の促進等の方策	(～22年度内目途)			
(8) 情報アクセス・コミュニケーション保障	・情報バリアフリー化のための環境整備のあり方 ・障害特性に応じた災害時緊急連絡の伝達の方策	(～24年度内)			
(9) 政治参加	・選挙情報への障害者のアクセスを容易にする取組 ・投票所のバリア除去等	(～22年度内)			
(10) 司法手続	・刑事訴訟手続における障害者の特性に応じた配慮方策	(～24年度内目途)			
(11) 国際協力	・アジア太平洋での障害分野の国際協力への貢献				

図2 障害者制度改革の推進のための基本的な方向について(6月29日閣議決定)【概要】

権利擁護制度の構築などを通じて、非自発的入院がより限定的に運用されるよう目指すべきとの点にふれている。また、「非自発的治療介入」についても、議論を開始する必要があることにもふれた。また「社会的入院」の解消については、「精

神保健医療福祉の改革ビジョン」において約7万人の「社会的入院」があるとされ、地域移行支援施策が始まってすでに6年を経過したが、大きな成果を上げることができず、このことは、障害者権利条約が掲げるインクルージョン理念にも

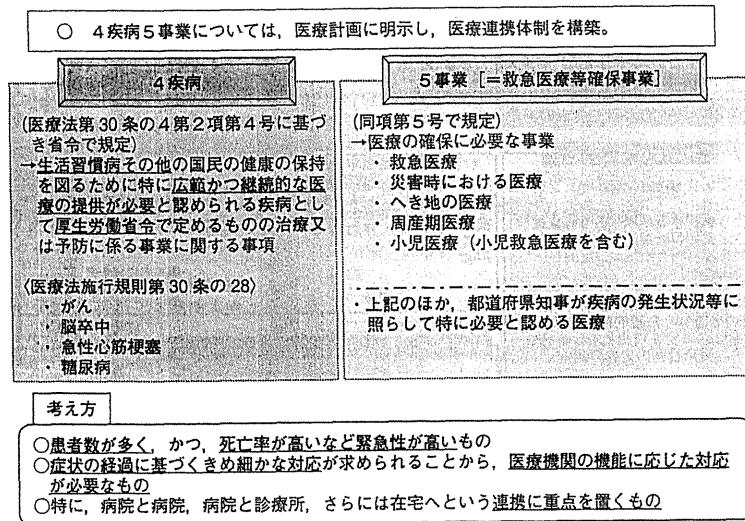


図3 4疾病5事業について

反するとした。また、医療法におけるいわゆる「精神科特例」によって、精神科医療は一般医療に比して少ない医師、看護師で提供されてきたことを踏まえ、「福祉の代替」や「社会防衛の道具」であることをやめて「普通の医療」となるために、速やかに精神科特例を廃して精神医療の水準を向上させるべきであるとしている。

## 疾患対策という枠組みから

2008(平成20)年6月21日付で公布された良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律により、医療計画の記載事項として新たに、がん、脳卒中、急性心筋梗塞および糖尿病の4疾病、救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療および小児医療(小児救急医療を含む)の5事業が追加された(図3<sup>2)</sup>)。そして、2011(平成22)年7月6日の社会保障審議会医療部会は、精神疾患を医療計画に記載すべき疾患に追加することを合意した。これにより、4疾病5事業で構成してきた地域医療の必須要素は、5疾病5事業となる。厚生労働省

は省令を改正し、2013(平成24)年度以降の医療計画に反映させ、必要な医療機能や医療機関の分担・連携の推進方針は、同省の検討会で明確化し、策定指針に盛り込む、とされている。また医療計画では、患者数が多く、死亡率が高いなど緊急性が高い、医療機関の機能に応じた対応が必要、病院・診療所・在宅の連携に重点を置く疾患を明示し、広範で継続的な医療を提供し、国民の健康を保持することになっている。精神疾患は、2008(平成20)年調査で患者数が323万人と、現行4疾病で最も多い糖尿病の237万人をも上回る。さらに、うつ病や認知症の増加など、国民に広く関わる疾患となっている。また、年間3万人に上る自殺者の9割が、何らかの精神疾患を患っていた可能性もあり、緊急性も高い。また、医療提供の観点では、地域の精神科をはじめとする病院、診療所、訪問看護ステーションなどが、個々の機能に応じた連携を推進することが求められている。

そのような状況を踏まえ、「5疾病5事業」となることを、精神科医療の改革に向けてどう生か

していくかが喫緊の課題となつてこよう。特に、都道府県が策定する医療計画に精神疾患に対する記載が義務づけられることから、その医療計画に、精神疾患に対する記載が義務づけられる。この作業を今後の精神科医療の改善に向けたものとし、保健・医療・福祉などにかかわるさまざまな機関、団体、職能間の合意のもとで計画内容が確認され、目標が共有され、実効性のあるものとするために、これについても日本精神神経学会は見解<sup>2)</sup>として、精神科医療改革の好機として捉え、その上で3点の重要性を指摘した。それらは、①精神科医療従事者、関連保健福祉サービスなどの関係者、住民・患者などが共同で精神疾患の医療計画策定に向けて協議する場を設定する必要、②計画作成には、現状の把握・分析が不可欠であり、関係者が行政機関とともに地域全体の精神科医療の現状を調査し、把握・分析するとともに、その情報を公開することの重要性、③計画に定めるさまざまな医療機能の達成状況を検証するために、数値目標を設定することの必要と目標達成状況の検証をすること、である。

また、さらに精神疾患対策基本法案(仮称)の制定に向けた動きもある。これは、「こころの健康政策構想会議」<sup>3)</sup>から提案されたものである。ここで、①精神疾患は、わが国においても「健康・生活被害指標」(Disability Adjusted Life Years; DALY)<sup>11)</sup>によれば、全体の4分の1を占め最大の原因になっていること、②「こころ」の健康の位置づけが低いこと、法制度が旧態依然のままであり、国民のニーズに対応できないこと、③精神疾患を有する者やその家族に過大な負担を与えたこと、④国家戦略として総合的な精神疾患の対策が必要であることが、精神疾患対策基本法案制定が必要な理由としている。

## 非自発的入院医療—特に措置入院制度をめぐって

5疾病5事業という疾病対策という点からは、今後の課題として浮かび上がってくる可能性はあるが、障がい者制度改革推進会議の中では、先に

ふれたように精神障害者に対する強制入院などの見直しが論議されている。2010(平成22)年6月7日の、「障害者制度改革のための基本的な方向(第一次意見)」では、医療分野での推進会議の問題認識として、精神障害者に対する強制入院の見直しについてより詳しく論じ、「現行制度では、精神障害者に対する措置入院、医療保護入院、裁判所の決定による入院、強制医療介入等については、一定の要件の下で、本人の同意を必要とせず、強制的な入院・医療措置をとることが可能となっており、自由の剝奪という観点から検討すべき問題がある。このため、現行の精神障害者に対する強制入院、強制医療介入等について、いわゆる「保護者制度」を見直すべきである」と述べている。また同年6月29日の閣議決定は、先にふれたように、強制入院、強制医療介入などについて、2012年を目途にその結論を得る、としている。この点からも、強制入院あるいは非自発的入院や強制医療を、日々行わざるをえない状況にある臨床に従事する者にとって、一定の結論が出される期限も目前にせまっており、決して避けて通れぬ大きな課題である。

強制入院のうち医療保護入院、あるいは保護者の問題、医療観察法については本特集で取り上げられている。ここでは措置入院について現状と問題点にふれてみる。医療観察法成立前夜には、措置入院制度の充実で足りぬのではないかという意見もあったが、措置入院制度の運用については、その実態は知られていないことも多い。また、全国的なデータも不足している。さらに、措置入院の問題については、もっぱら措置診療にあたる医師の確保が非常に困難であることが問題になることが多い。そのために、2012(平成24)年4月に施行予定の精神保健福祉法の一部改正では、第19条の4に「指定医は、その勤務する医療施設の業務に支障がある場合その他やむを得ない理由がある場合を除き、前項各号に掲げる職務を行うよう都道府県知事から求めがあった場合には、これに応じなければならない」と、指定医の公務員職務への参画義務を規定するということが伝わる

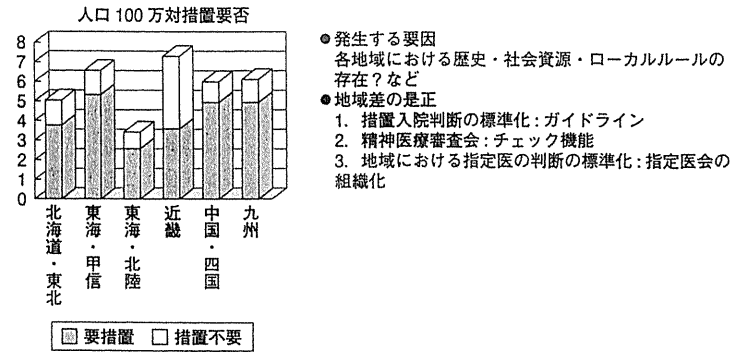


図4 地域別の措置入院判断の差  
2000年度検察官通報  
瀬戸<sup>9)</sup>による図を一部改変

程度である。

措置入院制度に関する研究については、厚生労働科学研究により2001(平成13)年度「措置入院制度のあり方に関する研究」、2002, 2003(平成14, 15)年度「措置入院制度の適正な運用に関する研究」、2004から2006(平成16から18)年度「措置入院制度の適正な運用と社会復帰に関する研究」、2007, 2008(平成19, 20)年度「措置入院制度の運用実態に関する研究」、2009(平成21)年度「医療観察法導入後における触法精神障害者への対応に関する研究」、2010, 2011(平成22, 23)年度「医療観察法導入後における触法精神障害者への精神保健福祉法による対応に関する研究」を行ってきた。

その中で、2002(平成14)年度から2006(平成18)年度は、医療観察法施行前の2000(平成12)年度の全通報事例(警察官通報については2か月)の「通報書等」「事前調査書」「措置入院に関する診断書」「措置入院者の症状消退届」を都道府県・政令指定都市より収集し、通報ごとの詳細な分析を行うとともに、措置入院に関するガイドラインを策定した。また2007, 2008(平成19, 20)年度は、都道府県レベルでも措置通報—事前調査—措置入院要否—措置入院者の退院という一連の流れが把握されているとは言えず、そのため

にも措置入院をモニターすることが必要で、そのために文書管理システムを作成し、そのシステムについて都道府県主管課に対しアンケート調査を行った。また2009(平成21)年度は、医療観察法導入後における全都道府県・政令指定都市の2008(平成20)年度に精神保健福祉法第25条に基づき検察官通報となった全事例の「通報書等」「事前調査書」「措置入院に関する診断書」「措置入院者の症状消退届」を収集し、さらに医療観察法入院前に精神保健福祉法入院となった事例、触法精神障害者に対する自治体の対応に関する研究を実施した。2010(平成22)年度は、千葉県における運用実態、26条の運用など調査した。また2011(平成23)年度は、24条警察官通報の1か月分の全国のデータを収集しているところである。

この研究に参加している筆者の問題意識は、「精神障害者の入院の決定に関しては、絶対的な基準はなく、入院をめぐる地域差、医師間の差異が存在する。もとよりそれは、完全に一致するのが困難なことは論を待たない。しかしそうであっても、あまりにその決定の差が大きすぎると精神科医療に関与する患者や家族を初めとし、多くの人に精神科医療に対する不信も生みかねない。特にそれが、都道府県知事による強制的な入院である措置入院において、精神保健指定医とい

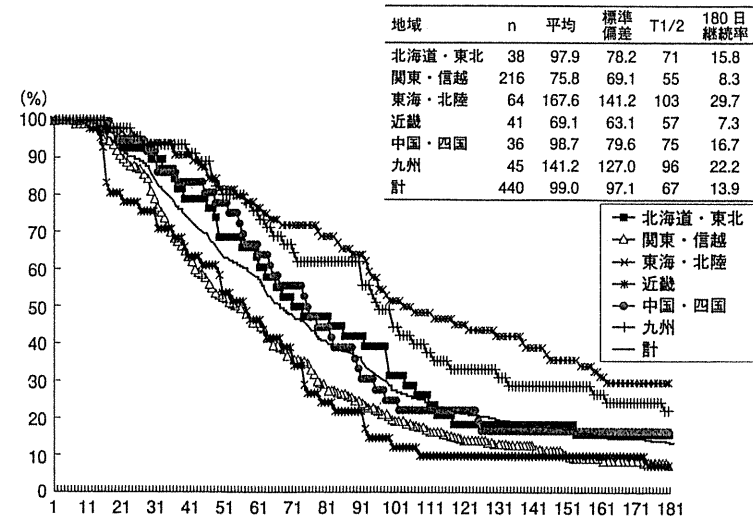


図5 地域別措置入院後180日目までの入院継続率<sup>13)</sup>  
2008年度検察官通報

う資格を持つ医師による判定に著しい差異が生ずれば、さらに重要な問題となろう」ということであり、まず全国的な措置入院制度の運用実態を把握すること、医療観察法が非自発的入院である措置入院にどのような影響を与えたかを調査すること<sup>9,10)</sup>、措置要否の判断を標準化するためのガイドライン案<sup>12)</sup>を提示することなどであった。

1) 措置入院制度の実態—指定医による判断の地域差について

2000(平成12)年度1年間(24条警察官通報に関しては2か月)に全国の59都道府県・政令指定都市(当時)の全措置通報事例の通報書等・事前調査書・措置入院に関する診断書・措置入院者の症状消退届を、収集し分析した。また、同様に2008(平成20)年度1年間の25条検察官通報について、資料を収集した。

ここでは、特に検察官通報における地域差に焦点をあてその一部を述べる。図4に、2000(平成12)年度検察官通報により措置診察を受けたものの各地域別の要措置、不要措置、図5に2008(平

成20)年度検察官通報で措置入院になった者の、措置入院継続率を示す。図4では、人口100万対要措置・不要措置は、中国・四国と九州は似た傾向のあるものの、地域ごとに大きな開きがあった。また、その是正のために、ガイドラインなど措置入院判断の標準化、精神医療審査会においてチェック機能を持つ必要性、地域ごとに指定医会などを立ち上げて、指定医判断の標準化を図る必要を述べた。この地域差は、措置入院の継続率でも認められ、時期は異なるが、図5にあるように、医療観察法施行後の2008(平成20)年度に検察官通報で入院となったものの管轄区域別の180日目までの措置入院期間、入院継続率、入院継続率が50%となる期間(T<sub>1/2</sub>)は、北海道・東北でそれぞれ97.9±78.2日、15.8%、71日、関東・信越75.8±69.1日、8.3%、55日、東海・北陸167.6±141.2日、29.7%、103日、近畿69.1±63.1日、7.3%、57日、中国・四国98.7±79.6日、16.7%、75日、九州141.2±127.0日、22.2%、96日であった。また、入院期間の平均値の差では、東海・北陸が、東海・北陸は北海道・東北より69.7日、

関東・信越より91.7日、近畿より98.5日、中国・四国より68.9日長かった。あわせて九州も関東・信越より65.4日、近畿より72.2日、有意に延長していた ( $F=12.9 > F_{.05}(5,434) = 2.23$ , Bonferroni  $p < .05$ )<sup>13)</sup>。

## 2) 措置入院判断のためのガイドライン<sup>12)</sup>

先に、措置入院の地域間格差を改善する方策として、3つの方向性を提示したが、ここではその1つとしての措置判断のためのガイドラインを示す。本ガイドラインは、以下の3段階を経て作成された。まず、2000(平成12)年度に通報された事例のうち、措置診察にいたった事例の3,884枚の措置診断書のうち措置判断不一致例を分析し、指定医の判断が分かれたと思われる要因を分析し、そこから措置判断の不一致をなくしていくにはどのような基準を作成すればよいかを班員間で議論し最初の案が作成された。次の段階で、2005(平成17)年11月から2006(平成18)年1月末の間に実際に措置診察を行った6県市の指定医に、作成したその第1次措置入院判定ガイドライン案についての意見をもらった。そして、その意見をもとに一部変更した第2次措置入院判定ガイドライン案を精神科関連施設に提示し意見を集約した。さらに最終的に、2006(平成18)年11月に218の精神科関連機関(国立17、自治体38、日本精神科病院協会関連49の計104の精神科医療施設、64精神保健福祉センター、50保健所)に送り、作成したものである。それらは、以下の8項目である。

1. 「ICD-10 精神および行動の障害」に該当する精神障害があるか、それに基づく症状が存在する(疾病基準)
2. 問題となった行為は、自傷行為または他害行為に該当する(問題行動の自傷他害への該当)
3. 問題となった行為は、精神症状によって生じたか、もしくは関連がある(問題の行為と精神症状の関連)
4. 問題となった行為に対する判断能力がないか、著しく低下している(判断能力)

5. 問題となった行為を生じたかもしくは関連した精神症状が、診察時に持続しているか、軽快または消失している場合でも、容易に再燃や悪化が予想される(精神症状の持続や易再燃性)
6. 精神科の入院治療によって、精神症状の改善が期待されるか悪化が防止される(治療反応性)
7. 入院させなければ、自傷行為、または他害行為を引き起こすおそれがある(入院処遇の必要性)
8. 7つの項目を満たす場合に、措置入院該当と判定することが適切だと考える

措置入院の基準に関しては、「精神保健精神障害者福祉に関する法律第28の2第1項の規定に基づく厚生大臣の定める基準」(昭和63年4月8日厚生省告示第125号)があるが、その解釈や実施において地域差が認められるのであれば、ここに提示したガイドラインを実際の事例にあてはめて、今後の措置要否・解除の具体的判断を行っていく必要もあろう。

## おわりに

精神科医療改革が制度改革という枠組みで動き始めようとし、非自発的入院制度も見直されようとしている時、もちろんのことながら制度自身によりよいものとなっていかなばならぬことは言うまでもない。しかし、「仏(制度)を作って魂(運用)入れず」となれば、何のための改革か疑問も生ずる。法律家の主張の中には、「一般人や他の障害のある人には認められていない強制処分が疾病や障害ゆえに合理化されるのか、もし合理性がないとすれば差別の問題になるのではないか」という観点からそれを検討する必要がある」とする意見もある<sup>1)</sup>。しかし、実地に臨床活動を行うものにとっては、非自発的入院、強制入院は日々遭遇する問題であり、泥臭い日常の中にある。それ故にこそ、制度改革が言われている今こそ、実地にあたるものは、制度改革で言われている強制性のより厳格な適応が必要となろう。そして、そのこ

とが、5疾病5事業という枠の中で、精神科の医療も適切な位置づけがなされるとともに、何よりも多くの人々からの支持を得られるものとなっていくであろう。

## 文献

- 1) 池原毅和：精神障害法。三省堂，p3, 2011
- 2) 厚生労働省：4疾病5事業について。http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000zc42-att/2r9852000000zc7o.pdf
- 3) こころの健康政策構想会議：こころの健康政策構想会議提言書(2010年5月28日)。http://www.cocoroiseisaku.org/pdf/cocoro0625.pdf
- 4) 内閣府：障害者制度改革の推進体制(2010年1月12日)。http://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/kaikaku/s\_kaigi/k\_1/pdf/s2.pdf
- 5) 内閣府：障害者制度改革の推進のための基本的な方向について(2010年6月29日閣議決定)。http://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/kaikaku/s\_kaigi/k\_16/pdf/ref.pdf
- 6) 日本精神神経学会：「障害者制度改革の推進のための基本的方向について」に対する意見—精神科医療に関する分野を中心に(2010年12月25日)。http://www.jspn.or.jp/ktj/ktj\_k/2010\_12\_25shougaisyasks/2010\_12\_25shougaisyasks.html
- 7) 日本精神神経学会：精神疾患が医療法にお

る医療計画の重要疾病として記載されるにあたっての日本精神神経学会理事会見解(2011年9月28日)。http://www.jspn.or.jp/info/2011/2011\_09\_28kenkai\_seishinshikkan.html

- 8) 瀬戸秀文：精神保健指定医の措置入院と措置解除の判断基準について。全国精神医療審査会連絡協議会。2007年2月23日(岡山)。
- 9) 瀬戸秀文，藤林武史，吉住昭：精神保健指定医の措置入院要否判断に影響する因子について。日精協誌 28：27-32, 2009
- 10) 瀬戸秀文，藤林武史，吉住昭：精神保健指定医の措置入院要否判断の因子の組み合わせによる影響について—措置入院に関する診断書の決定木分析による検討。臨精医 38：469-478, 2009
- 11) WHO World Health Report 2004, published February 2009 (http://www.who.int/healthinfo/global\_burden\_disease/estimates\_country/en/index.html)
- 12) 吉住昭，瀬戸秀文，藤林武史：措置入院に際する精神保健指定医判断の標準化。日精協誌 28：20-26, 2009
- 13) 吉住昭，瀬戸秀文，竹島正，他：医療観察法導入後における精神保健福祉法第25条に基づく検察官通報の現状に関する研究。pp 9-43, 厚生労働科学研究費補助金・医療観察法導入後における触法精神障害者への対応に関する研究。平成21年度分担研究報告書。2010

## 学会告知板

### 第15回(2012年度)森田療法セミナー開催

日時 2012年5月～12月(全12回)隔週木曜 19:00～21:00

会場 授産施設「街」3階ホール(西武新宿線下落合駅8分)(予定)

内容 このセミナーは、森田療法初心者向けのものです。森田療法の基本的な理論と治療の実践についての講義を行います。本セミナーは、日本森田療法学会公認です。

受講対象者 メンタルヘルスに関わる医師、臨床心理士、カウンセラー(学生相談、スクールカウンセラー、産業カウンセラーなど)、看護師、社会福祉士、精神保健福祉士、教育関係者で森田療法セミナー資格審議会が適当と認めた方。原則クライアントの守秘義務を守れる方。

受講料 医師6万円 メンタルヘルス従事者4万円 大学院生2万円

問合せ ☎ 194-0298 東京都町田市相原町 4342

法政大学現代福祉学部久保田研究室内 森田療法セミナー事務局

e-mail: morita.seminar@gmail.com

お問い合わせ、ご連絡は事務局まで郵便もしくはe-mailにてお願いいたします。行き違いを避けるため、お電話によるお問い合わせはご遠慮ください。