

「堅い精神科救急（緊急鑑定）の実態と改革」* ——診療形態の定量化による比較と分析——

西山 詮

Akira Nishiyama

I 論文作成の動機

1960年代に入ると、日本精神病院協会も日本精神神経学会も精神衛生法（1950制定）を自力で改正しようとの活動を開始した。1964年には両者がそれぞれ意見を纏めつつあった。その矢先、同年3月24日、アメリカ合衆国のライシャワー駐日大使が、19歳の統合失調症の少年に右股を刺されるという事件が発生した。各方面からの批判は、これまで精神保健福祉政策を怠っていた厚生省には向かわず、専ら治安当局に集中した。しかし、その影響は精神衛生当局にも及ばないではなかった。

通報の義務を広範に負わせ、精神障害者を取締りの対象にすることを前面に掲げた主張と、精神障害者の医療と社会復帰の推進こそがこの際最も重要であり、事件予防にも効果的であるという主張とが対立する中で、紆余曲折を経て1965（昭和40）年3月改正法が成立し、施行された。緊急鑑定・緊急措置入院の制度はこの改正法の中に産み落とされた。

このような事情もあって、この制度は治安を強化する対策の一つと見なされ、度々批判に晒された。恐らくその反動であろう。精神衛生法第29条の2（緊急鑑定の規定）に関して、厚生省事務次官通知（昭40.8.25）は次のように述べている。

すなわち「緊急措置入院をさせることができる精神障害者は『直ちに入院をさせなければその精神障害のために自身を傷つけ又は他人を害するおそれ著しいと認め』られる場合に限られるものであり、具体的には、他人を殺傷し、自殺を企図し、自傷の行為に及び、又は著しい程度に暴行を行なう等現実に危険性を生ずる状態にあることが要件とされるものである」というのである。この通知は、緊急措置入院の要件として、自傷・他害の行為が実際にあったことを要求しており、こうした見解に賛成する刑法学者もあった。これは、手続を省略して、寄る辺ない個人をただ一人の鑑定医の診断によって強制的に入院させるという強権を発動させるのであるから、その個人によほどの危険性がなければならないというもので、police powerに沿った見解である。しかし、通常鑑定・措置入院の場合は軽微な自傷・他害のおそれ足りるのに、緊急鑑定・緊急措置入院のときに重大な自傷・他害の事実を要すると考えるのは、論理の転倒というものであろう。それでは緊急鑑定が通常鑑定よりも緊急事態に対応する力を失い、法律（精神衛生法は医療法である）の目的に沿わないからである。そして、法律の条文はあくまで自傷・他害のおそれと規定している。そうすると、上記通知は法の違法な解釈を指定医に対して勧め

*文献2)（本論文・参考文献とも学会会員ホームページに掲載します）

著者所属：錦糸町クボタクリニック

ていることになる。

法治国家においては、法が現実を支配すべきであってその逆ではないとはよく指摘されることであるが、実際には法（の解釈）もまた現実から学ばざるを得ないことが少なくない。1970年代も後期になって、東京都が夜間休日の精神科救急体制の整備を具体的に考え始めたとき、緊急鑑定・緊急措置入院の制度が機軸をなすことは明らかであったから、この制度の法解釈上の問題を解明し、この制度を医療法の一翼として基礎付けることが必要であった。精神科救急の実際はこの問題を現実的に解決する絶好の場であった。

診療形態を比較するためには、これを類型化し、定量化する必要がある。その際、各類型の中心の特徴を明示する必要があるが、それらの境界の鮮明度についてはやかましくいわないのがこうした方法の骨である。診療形態の堅さ（柔らかさ）を診療の対象となる患者の意思と連結した。患者の意思によらない強制診療を堅い診療といい、患者の意思に基づく診療を柔らかい診療と呼ぶ。そうすると、例えば緊急鑑定による緊急措置入院は最も堅い診療で、医療保護入院が堅い診療、任意入院は柔らかい診療、通院治療はさらに柔らかい診療である。このような定量化によって、各国または各施設の診療形態の堅さを比較することが可能になる。

なお、精神衛生法はその後改正されて精神保健法となり、さらに改正を受けて今日では精神保健及び精神障害者福祉に関する法律となっているのは周知のとおりである。

II 「堅い精神科救急（緊急鑑定）の実態と改革」について

東京都が実行する精神科救急は、柔らかい救急をできるだけ既存のおよび将来開設される通常診療機関に委ね、緊急やむを得ない堅い救急に限ってこれを引き受けようという体制である。緊急鑑定はこの堅い救急の中核をなしている。

東京都の第一ブロック（都立墨東病院担当）で扱った精神科救急体制初期（昭和 53.11.16～同

55.12.31）の救急例のうち、緊急鑑定例（110名）を取り出して研究対象とした。これらにつき緊急鑑定書を分析し、措置期間と入院期間を調査した。

II-1 性と年齢——暴力性

墨東病院（総合病院）精神科の通常外来（柔らかい救急）の受診者の性比は1.06（同病院の診療圏の住民の性比は1.08）であるのに対して、精神科救急（堅い救急）の性比は1.70、そのうち入院例の性比は2.12、緊急鑑定例（最も堅い救急）の性比は5.11で、診療形態が堅くなるにつれ男性が多くなる。

次に年齢分布を見ると、墨東病院の精神科通常外来や北米等の精神科救急の受診者が一般になだらかな分布曲線を描くのに対し、東京都の精神科救急は青壮年層を中心とする急峻な曲線を示し、緊急鑑定例は30歳代を中心とするさらに鋭い曲線となる。すなわち救急診療の堅さが増すにつれて、年齢分布曲線はゆるやかな曲線から青壮年層を峰とする棘波ともいべき曲線へと収斂する。

以上により、堅い精神科救急とは青壮年の男性を主たる対象とする強制診療である。青壮年の男性とは暴力性の具現である。精神障害者の暴力性は性や年齢に規定されるところが大きい。すなわちこの所見は、性と年齢という因子が危険な暴力にとって恐らくは疾病よりもはるかに大きな意義を持つという学説を支持する。いずれにしてもこの暴力性は、強制診療を正当化する根拠たる police power に対応する患者の一側面である。

II-2 保護状況と精神状態——意思能力

保護者の状況を受診時の同伴者で見ると、墨東病院精神科通常外来では、患者単独および家族同伴の受診がほぼ同数で、両者の合計が96%を占めていた。これに対して緊急鑑定例では、同行者が警察官のみである者が80%、警察官の同行した場合の合計が96%、家族が同行した場合の合計は13%である。少数の者が身近に家族をもち合わせていたが、事態が家族の対応能力を超えて

いたのである。

次に、被鑑定者の精神状態を見ると、77%に幻覚妄想状態が、56%に精神運動興奮および昏迷が見られた。疾病診断では統合失調症が53%、中毒性精神病が37%、両者で90%を占める。診断については性差が著しく、男性の場合は統合失調症が48%、中毒性精神病が42%であるのに対し、女性では統合失調症が73%で、中毒性精神病は少ない。要するに、緊急鑑定とは、主として男性の、精神病（統合失調症と中毒性精神病）の、急性期（初発と再発）の診察を意味する。

以上から、被鑑定者は殆ど全てが精神病（psychosis）の状態にあり、現在の状態像からわかるように、治療に同意する能力がなく（im-competent）、かつ適切な保護者を欠く状態にあることが明らかになった。これは強制診療の根拠たる *parens patriae power* に対応する患者の側面である。

II-3 問題行動と危険性要件の軟化

厳格な自由主義の立場に立てば、個人の自由を制限することが許されるのは他人の自由を実際に侵害した時に限られる。国家の福祉化に伴い、他害のほかに自傷が加わり、さらに医療の手を前方領域に伸ばすために自傷・他害の「おそれ」が含まれる。この「おそれ」が要件に加わることによって精神衛生法は決定的に変化する。それまで過去の事実縛られて、刑事法に近い性格をもっていた精神衛生法が、これによって現在志向性および将来志向性を自己の本質的特徴とするからである。医療の目的は過去の行為に対する反動がなく、現在ないし将来の病苦の軽減や除去にあるから、強制的救急診療とはいえ、自傷・他害のおそれをその要件に入れたことは、医療の本質に合致したのである。

被鑑定者の問題行動としては、暴行、自傷、器物破壊が多く（それぞれ30%前後）、次いで傷害、脅迫、自殺企図、家宅侵入（それぞれ10ないし15%）が多かった。東京都の緊急鑑定は厳格に行なわれていることがわかる。しかし、緊急鑑定

を受ける直接の契機となった問題行動を調べてみると、その中には厳格な意味で自傷・他害のおそれとは呼べない行動が多く含まれている。例えば、冬の夜半、薄着姿の女性が路上駐車中のトラックの下に蹲っていたという例（症例1）がそれである。これらはドイツのBaden-Württemberg州の強制収用法にいう「無保護放置ないし深刻な健康障害の危険」をもたらす行状や、アメリカのCalifornia州等の精神保健法にいう「重症無能力状態」に相当する。この要件を取り入れることは *parens patriae power* の更なる前進となる。

精神病の状態にあり、そのために意思無能力である、という疾病要件を厳格に守りつつ、危険性要件を上記のように若干軟化させるならば、総合的に見て強制診療の厳格な基準を破壊することなしに、意思無能力者の精神科救急を一步進めることが可能であることを論じた。このようにして、前記した厚生事務次官通知の矛盾から逃れることが可能になる。

II-4 緊急措置入院と審査の必要性

緊急鑑定の結果緊急措置入院となった者は76%である。これらは48（今日では72）時間以内に通常鑑定（後追鑑定）を受ける。こうして、最終的に措置入院となった者は55%、同意入院（今日の医療保護入院）となった者32%、その余は通院治療等であった。後追鑑定が措置権の発動であるのみならず、審査機能を果していることが明らかである。

緊急鑑定の診断と後追鑑定の診断とを比較すると、完全一致が36%、ほぼ一致が43%、小修正が9.3%で、この三者の合計は88%である。大修正といえども強制診療を正当化する病状カテゴリーを少なくとも一つは共有しているのだから、これをも含めると四者で95%になる。病状診断に関しては鑑定人は極めて良好な一致を示している。

措置見込期間については、後追鑑定が3ヵ月および6ヵ月とするものが多いのに対し、緊急鑑定はこれを3ヵ月未満とするものが多く、両者の間

には有意差がある。見込期間を1ヵ月以下、2ヵ月ないし3ヵ月、6ヵ月の三つに分けて両鑑定の一一致率を調べると、一致した場合が42%で、不一致が58%であった。

措置入院の見込期間と事実上の措置入院期間との関係を調べてみると、緊急鑑定ではほぼ一致が30%、著しい不一致が11%、後追鑑定ではほぼ一致が28%、著しい不一致が17%である。入院(措置入院と措置解除後の入院の合計)の見込期間と事実上の入院期間との関係についてもほぼ同様の傾向が認められる。

以上のように、鑑定人の疾病診断(現在の判断)は一致率が高いが、措置見込期間(危険性予測)や入院見込期間(入院治療必要性予測)は、鑑定人相互の間でも、それぞれの事実上の入院期間との間でも、一致する割合が極めて低いのである。

こうして、救急入院の判断は救急担当の指定医1名に委ねることができるが、医師の将来予測能力は低いので、入院後の治療の適否の審査が必須になる。なお、定期審査については、入院後3ヵ月および12ヵ月に行なうのが適切であることを論じた。

California州の精神衛生法はまず72時間の強制入院を認め、そこで改めて医証を発行して必要な場合は14日間の強制入院が継続できる。この間に任意入院や通院治療に切替わる者が多いが、残った者について自傷のおそれある者には医証により14日の強制入院が、他害のおそれある者には裁判所に申請して90日間の強制入院が継続できる。すなわちこの法律の特徴は、強制入院に一定期間の限界をおき、この間こまめに医的判断または裁判所の審査を行なう点にある。

わが精神衛生法で強制入院に期限を定めているのは仮入院(21日)と緊急措置入院(48後に72時間)の二つであるが、前者はほとんど利用されていない(その後廃止された)から、われわれが強制入院に関して期限または審査を経験するのは、緊急措置入院に限られるとあってよい。他の措置入院と膨大な同意入院に関しては原則として実質

的な審査の機会はなく、いわゆる精神病院の不祥事件などの例外的な場合に知事の審査権が発動されたことがあるというにすぎなかった。強制入院の初期のみに目を奪われず、入院後の審査に注目すべきだったのである(後に定期審査等が行なわれるようになった)。

II-5 精神衛生鑑定の現在性

従来、自傷・他害のおそれを判定することは、将来の予測を意味すると考えられてきた。しかし、精神衛生法における「おそれ」の判断は、現在の判断である。いうまでもなく、現在の幅、換言すれば過去から現在への移行と現在から将来への移行は、先天的に決まっている訳ではない。われわれは状況に応じてさまざまな幅をもった現在を生きており、それによって過去や将来の遠近(perspective)が異なってくる。

刑事裁判は被告人を直ちに刑務所に入れ、これを速やかに矯正することが本来の仕事ではなく、過去の犯行の事実の綿密な調査・確認とそれに対する現在の法的評価を慎重かつ厳密に行なうことが重要な仕事であるから、主として過去と現在に定位し、現在の幅は広く、はるか過去にも遡らなければならない。従って刑事精神鑑定において、鑑定事項である「犯行時および現在の精神状態」という際の「現在」は、これを鑑定時に限ってもたいてい数ヵ月、時には数年にも及ぶ幅をもつのである。これに対して精神衛生鑑定は、被鑑定者の現在の病状と自傷・他害のおそれを速やかに判断し、直ちに行なうべき治療の要否・種類を決定しなければならないから、その行動時間は現在と将来に定位し、現在の幅は狭く、将来は間近にある。緊急鑑定はさらに強く現在に定位している。ここでは数時間や数日どころか一瞬にして様相が一変するような病状や自傷・他害のおそれ、保護者の状況等が問題になっていて、現在の幅は極小に切り詰められている。著しい自傷・他害のおそれの徴標として過去に遡って意味がある問題行動も、通常精神衛生鑑定よりもはるかに現在に近いものでなくてはならない。Pennsylvania州の

精神衛生法（1976年）によると、「明瞭かつ現在の危険」とは過去30日以内に当該人物が重大な身体的危害を自他に対して与えたか、与えようとしたことと定義される。

このような緊急事態においては、自傷・他害のおそれの時間的様相も「今……したばかり」とか「今にも……しそうだ」という風に、現在と過去または現在と将来が癒着した形態を取る。また、「次の瞬間どんな行動に出るかわからない」というように、殆ど現在に属するような至近の将来であるにもかかわらず、将来の行動が予測できないような状態を目の当たりにしている。ドイツのNordrhein-Westphalen州の精神衛生法も規定していたように、損害のもとになる事件が目前に差し迫っているか、または事件の生起が患者の予見しがたい状態（Unberechenbarkeit）のために予測不能ではあるが、特別な事情のためにいつでも起こりかねない時に現在の危険（gegenwärtige Gefahr）が成立するのである。われわれの調査はまさにこれらの事情を確認した。こうして、緊急鑑定における自傷・他害のおそれとは現在の状態を指しているものであるが、その現在とは過去および将来の方に向かってせいぜい数日ないし数週間の幅しかないと考えるべきである。

Ⅲ 精神科救急の展開

その後、文献1)に見られるように、診療の堅さによる診療形態の定量化は、各自治体や各施設の救急診療の比較分析をするのに有効であることが確かめられた。文献3)は精神保健鑑定や緊急鑑定の事例を示すのみならず、緊急鑑定を中心とする強制診療の法的根拠についてなお一層の理論的検討を試みたものである。文献4)と6)は文献2)の延長と補充である。文献5)は東京都の精神科救急が警察官通報と連携して救急措置を増加させている近年の動向を明らかにしたものであ

る。「東京は救急の代替に措置が利用されている」というような批判があるが、このような見解は緊急鑑定・緊急措置入院制度を治安対策としか見ない旧来的見地の告白にほかならない。Vancouverの「カー87」を見れば明らかなように、大都市において警察官は夜間休日の精神科救急の貴重なマンパワーである。大阪府、神奈川県、千葉県等において、新規措置入院が東京都に比して著しく低いのは、精神科救急の体制がいまだ完備に至らないために、必要な警察官通報が抑制されているためではないかと思われる。文献7)は、都立総合病院精神科の通常外来（柔らかい救急）を無自覚に運営していると、神経症者や軽うつ病者が主としてこれを利用し、統合失調症者がここから排除される場が形成されることを示した。夜間休日の精神科救急に統合失調症者が多いのは、平生から彼らの世話をする体制が地域に不足していることを示す所見である。この通常外来の調査が、文献2)の本研究をする原動力となった。

文 献

- 1) 飛鳥井望，西山 詮，三宅由子ほか：精神科救急医療の実態——首都圏7施設共同一斉調査の結果から——。精神経誌，96；122-137，1994
- 2) 西山 詮：堅い精神科救急（緊急鑑定）の実態と改革。精神経誌，86；89-119，1984
- 3) 西山 詮：精神保健法の鑑定と審査——指定医のための理論と実際——。新興医学出版社，東京，1991
- 4) 西山 詮：精神科救急医療の現状と課題。地域精神医療の発展のために。精神医学，38；232-244，1996
- 5) 西山 詮：大都市の措置入院——救急措置入院の展開と基準——。精神経誌，101；727-736，1999
- 6) 西山 詮：精神科救急における措置入院の意味。精神科治療学，16；689-694，2001
- 7) 西山 詮，吉田克子：精神分裂病と精神科外来。精神経誌，80；471-508，1978