

英国視察報告書

東京医科歯科大学難治疾患研究所

渡辺 弘

- 1 Broodmoor Hospital(High Security Hospital)
- 2 Three Bridges Unit(Medium Security Unit)
- 3 Denis Hill Unit(Medium Security Unit)
- 4 Trevor Gibbens Unit(Medium Security Unit)
- 5 英国司法精神医療の近年の動向

1 ブロードモア病院

ブロードモア病院は1863年に創立された高度保安病院で、ロンドンの西方140~50kmのところにある。イングランドの高度保安病院は他にランプトン、アッシュワースがあるがブロードモアは主にロンドン、南イングランドをカバーしている。また、ランプトンが学習障害の治療を専門しており、この病院には学習障害の患者は存在しない。年間予算は日本円に換算しておよそ100億円、患者1人当たりの予算は約2400万円を要する。

病院の施設は高い塀に取り囲まれ、全体の敷地は250エーカー、建物53エーカーを誇る。病院の入場の際は空港並の厳重なチェックが行なわれる。施設内のいたるところに塔があり、テレビカメラが設置され、患者のバッジの名前まで読むことができる。患者の足音を感知するシステムもあり、どの患者がどの病棟から出ていったか即座にわかる仕組みになっている。1日に8回患者がどこにいるかをチェックし、1人の患者が見つからないと病棟は閉鎖される。このように高い塀、入場の際の厳重なチェック、厳重な監視など一見刑務所のように思われるが中に入るとゆったりしており病院という雰囲気を感じさせる。医師からすればこのような高い塀は必要ではなく、政治家たちの圧力が大きいとのことであった。

病棟はビクトリア朝の建物の外観を呈しており、それぞれの病棟にはイギリスの地方にちなんだ名称がつけられている。病棟全部で22病棟あり、16病棟が男性病棟で6病棟が女性病棟である。病床数は約400床あり、325人が男性患者、75人が女性である。1つの病棟におおよそ25名の患者が入院している。見学当時はほとんど満床であり、95.5%患者入っており、9人が入院待ちということであった。病院内の他の施設としては教育センター、図書館、売店、床屋、教会などの施設がある。患者の宗教的ニーズを満たすことも重要と考えられており、クリスチャンチャペルや仏像モスク等も存在する。スタッフ総数は約1300名(2000年10月現在1281人)で医師、看護師、作業療法士、心理療法士、PSWを含む。医師は18名(教授1名、講師3名)、看護師はスタッフでも最大を占め、看護スタッフは700名おり、有資格と無資格者の割合はそれぞれ60%と40%とのことであった。

治療としては精神療法、薬物療法、作業療法が行なわれている。精神療法として個人精神療法、集団精神療法、認知行動療法、教育(性犯罪者に対する性教育など)が行なわれ

ている。電気ショック療法に関しては年間3例ほどであり、ECT Area が設置され、Recovery Room もあり、無痙攣での実施に際しては外部から麻酔科医がやってくるのことであった。「分裂病で殺人を犯した患者に罪の意識を植え付けようとしているが上手くいかない。この病院ではどうしているか?」の問いに関しては患者が罪の意識を認識するの

は非常に困難で、自分の罪の犯したことがどういったことか認識させるためここでは被害者の役、加害者の役に分けて罪を再現するなどの治療をやっているとのことであった。治療に関しては精神療法が非常に重視されているとの印象を受けた。

案内された人格障害の病棟であるストックウオード病棟には21人の入院患者がおり、スタッフは医師4人(内コンサルタントが2人、)、看護スタッフ数は患者数の2倍の約40人で常時7~8人(夜間4人)いる。隔離室の使用に関しては1ヶ月に1回~2回(1-2時間)であり、4時間ごとに医師の診察が行なわれる。より妄想的になったり、怒ったりしないように監視カメラはなく、看護者がずっと保護室の前に立っている。また、病室は自傷行為しにくいように設計されている。

社会復帰のための職業訓練も重視され、陶芸・園芸、電気工事、大工など様々な職種が学べるような施設を整えられ、資格も取れるようになっている。また、前述のごとく教育センターもあり、読み書きも算数もできない患者も多いので地域社会に復帰したとき役立つように教育をうけることができる。放送大学で学士号の取得も可能で数学の博士号を取得した者もいるとのことである。

2000/01年の退院先としては地域保安ユニットへ33名で大部分を占め、他の高度保安病院1名、一般精神病院3名、刑事システム7名、その他2名である。

平均在院期間はおよそ8年であり、社会復帰の期間としておよそ10年(ブロードモアの入院期間が平均8年で地域保安病棟2年)を目安に考えているとのことであった。

2Three Bridges Unit

Three Bridges Unit は地域保安病棟の1つでロンドンの南西部車でおよそ30分の市街地にある。1980年代35床しかないベッドが今では121床を超えるようになった。この地区のイーリングを含め西ロンドンをカバーし、ロンドン近接もカバーしている。病棟は評価のための病棟、急性期病棟、リハビリテーション病棟、退院前病棟からなる。罪名は殺人や放火など重大犯罪が多い。

評価のための病棟

未決勾留の重い精神病がきちんと治療を受けていないこと問題を解決するために設立された。未決勾留を医学的観点から治療が必要であるかないか裁判所に報告し、有罪である場合には刑務所での処遇の方が適切などのアドバイスをする。評価のための病棟の役割として裁判所から病院、病院から裁判所間の安全を守ること、裁判所に戻る前のリスク評価などがある。保護室の使用の1h ナース、2h ごと Dr が診察、12h コンサルタント、レジ

スターがみることになっている。

薬物療法に関してはハロペリドールなら 18mg 投与、injection に関しては筋注のみで、デポ剤も使用している。また、ロラゼパムを用いることもある。

急性期病棟

他の施設や刑務所では処遇困難な患者で占める。病床数は 17 床で現在の入院患者は男性

14 名女性 3 名であった。診断はほとんど分裂病であり、30-40%は人格の問題はあるが純粹

な人格障害はいないとのことであった。

スタッフについては医師数は 4 人、看護スタッフ数は常時 5 人、夜間は 4 人であり、勤務体制は 3 交代制で 30 人のナース(男性 22 人女性 8 人)からなるチーム看護体制をとっている。各シフト必ず 1 人女性ナースを置いている。

作業療法士は各病棟に 1 人おり、心理療法士、PSW は各コンサルタントに 1 人ずつついている。リハビリは病棟単位で行うこともあるし全体で行うこともある。

保護室の使用について頻度は 1 ヶ月に 1~2 回程度であり、最近では 1 時間、数週間前に 15 時間使用したことがあった。過去 10 年間で長期の使用は 3~4 週間使用したことがあったそうである。また、ジムもあり、運動のための専属スタッフであるトレーナー 8 名いる。暴力的患者にとって運動は重要であるとのことであった。

退院前病棟

退院前の最後の施設で平均入所期間 1 年半である。現在 12 名(男 9 名女 3 名)が入所している。新聞配達、図書館、病院内など働く場所がたくさんあり、働くだけでなく、病院外の学校で学んでいる者もいる。スタッフ数は男女 2 名いる。社会復帰のための自立した生活への準備としてできるだけホステル内で動機付けをして様々な活動をしている。食事洗濯など生活上の実践的な技術を取得することを助けている。

3 Denis Hill Unit

Denis Hill unit はロンドンから東南へ約 40 分のところにあり、ベスレムロイヤル病院の一隅にあるレンガ造りの 2 階建ての建物である。イギリスで最も最初に設立された地域保安病棟であり、設立当初は女性患者も存在したが最近では保安の問題で男性患者しかいない。病棟は 1 病棟で入所者 25 名である。患者の入所ルートは 4 分の 3 は最近犯罪を犯した裁判所、刑務所からの者であり、4 分の 1 は MHA 民事セクションからの入院、他の病院、low secure unit では治療困難な患者で占める。ベッドのニーズが高く、常時 40 人くらい待機している。ベッドの需要が大きいため病床を拡大しようとする動きがある。年間予算は 350 万ポンド(日本円で約 7 億円)が当てられ、患者 1 人当りのコストは 13 万ポンド(2600 万円)である。在院期間 2 年だったが次第に長期化の傾向にある。

患者の診断名は精神病特に精神分裂病が多く、患者の典型例としては治療抵抗性の分裂

病で反社会性を有し、薬物乱用があり、IQ は 70 前半くらいとのことである。純粋な人格障害はいない。

スタッフは患者 25 人に対し医師 5 人、看護スタッフ 50 人である。罪名は殺人、強姦その他重大犯罪が多い。1 シフトの最低のナーススタッフは昼;8 人、夜;6 人とのことであった。司法精神医学の看護スタッフに要求される重要な能力として

①観察能力

②暴力的な状況を防ぐこと。

③暴力が起きたとき対処すること。

を挙げている。プライマリーナーシングシステムを採用しており、1 人の患者に対し 3 人のナースが責任をもつ。最低 1 人は有資格者である。また、フロントナースといって病棟をよく動き回るナースが必ず 1 人は存在する。看護スタッフは患者と協調的関係を作るようにしている。

スタッフの採用に際しては精神障害者に対してポジティブな態度を持ち、困難な状況に対応できるような自信のある人を重要視しているという。

治療は薬物療法、精神療法、作業療法がおこなわれている。薬物療法としてクロザピン、リスペリドン、オランザピンなど非定型精神病薬を用いており、デポ剤も多く使用されている。毎回薬物について見直しをしている。精神療法は個人精神療法、集団精神療法など種々の精神療法がおこなわれており、さらに患者 1 人に必ずナースがついて毎朝グループミーティングをしている。環境療法も重視されている。暴力のリスク、自殺のリスクなどリスクアセスメントに関しては最初のケースカンファレンスに 1 回行なわれ、その後 4~5 ヶ月に 1 回見直しが計られるとのことであった。

4Trevor Gibbens Unit

Trevor Gibbens Unit はケント地区にある地域保安病棟の 1 つで、人口約 150 万人をカバーしている。外観上は普通の民家と代わりがない。この病棟は Maid Stone Hospital の敷地内にあり、34 床を有し、4 つの病棟からなる。すなわち、急性期病棟 11 床(うち ICU3 床)リハビリ病棟 16 床、軽症病棟 4 床、退院前病棟 3 床である。急性期病棟では重症患者が多いが、病気が重くても可能な限り activity を与えている。ここでもトレーニング

ルームが設置されており、夜間でもトレーニングすることができる。怒りの発散としても運動は大切だとのことであった。全室個室で部屋の開錠はカードにより、プライバシーも保たれている。看護スタッフに関しては 3 交代制であり、1 回のシフトに 2 人の有資格ナースが存在する。リハビリ病棟は 16 人(内女性 4 名)の患者に対し、1 日で 19 人のスタッフがおり、夜間は最低 3 人、現在は 4 人とのことであった。病棟を出ると農場があり、動物なども飼育されており、ゆったりした雰囲気である。病棟から農場が見える構造になっており、自分が栽培したものがどうやって売られていくかも見ることができ、社会復帰

の incentive になるという。農場はオープンだし、保安の面で大変ではないかの質問に対し、

大変だが無線機を持ったナースや車で追いかけるナースもあり、対処しているとのことであった。

治療に関しては精神療法、薬物療法、作業療法が行なわれる。治療方針については毎週回診があり、患者を連れてきてミーティングを行い、大きな見直しは6ヶ月ごとに患者の家族も含め、行なわれる。心理療法としては認知行動療法が中心であり、問題があったことを再認識させ、その他探索的なものを用いている。

この病院の特徴としてセラピーのチームが統合されていることと Activity が高い(SST: 社会技能訓練も含めて)とのことである。Threaptic Activity team(TAT)と呼ばれる医師、看護師、心理療法士、PSW、OT などの共同チームにより、治療にあたっている。職種を分けないほうがフレキシブルにできるし、互いのコミュニケーションもとりやすくなるので患者にとっても有益だとのことであった。最近、この TA は他の保安ユニットでも注目されている。

5 英国司法精神医療の近年の動向

現在の英国では高度保安病院の機能が低下し、ベッド数を減少させる方向にある。過去3年から5年に一般の国民の不安、メディアの圧力によって政府は安全を強調するように政府は一般の国民の不安を鎮めるためにレンガの壁、メッシュの塀を建設したが、医師にとっては不要だと思われる。

最近、議論の多い問題としては重度の人格障害をもった危険な人々に対する治療である。政府は2000年12月重度に危険な人格障害者に関する白書を公表し、これらの人格障害のためのアセスメントと治療の特別なプログラムを作成した。一部の施設での施行や他の法律による部分的導入が行なわれている。今までこれらの人格障害のグループは刑務所にいるかコミュニティで生活していたが治療可能であれば特別病院で治療をうけていた。精神保健法の下では人格障害については治療可能性を要件とするので治療可能でないと判断された者については治療できず、現在のこのような事態に対して何とか治療をしようとする試みである。政府は精神保健法に関する法律を改正してこれらの人格障害に対して治療をしようとしている。このような政府の方針に関して英国の精神科医の意見は真っ二つに分かれている。政府の方針にのっとって人格障害の彼らは楽観的に人格障害を治療できると考えている精神科医もいるが、その一方でこれらの患者が期限なしに施設に閉じ込められてしまうのではないかとこの危惧がある。「反社会的人格障害を治療可能として考えているのか?」との質問に対し、政府の方針で楽観的な一部の医師は可能と考えているがとしているがそれに反対も強い。原理的な問題点として全く犯罪をおかしていない人格障害をも施設に閉じ込めようとする動きがあり、もしそれらの人々がいろんな心理テストでハイリスクであると判断されれば施設の中にいれてしまうことになってしまう。問題なのは

リスクを判定するのにそれに使っているテストや方法が十分ではなく犯罪を犯さない人たちもかなりの数の人格障害をも施設の中に入れてしまうという結果を避けられないであろう。ということであった。

基本的に犯罪を犯すのは人格障害であり、精神病の人は犯罪をおかさない。人格障害と精神病の患者を区別した方が一般の人々にとっても精神科の患者は安全だと思われる。特に司法精神医学のシステムが確立されていない日本で人格障害までを治療に取り込むと一般の患者まで危険と思われるので将来的にはともかく現時点では保安病院やユニットで人格障害の治療までするべきではない。また、このことは日本の一般的な精神科医の意識とも合致すると思われる。

過去 10 年から 15 年コミュニティケアが強調されるようになって Medium Secure unit の重要性が増加している。患者の在院期間がこの 10 年で長期化するようになり、10 年前は在院期間が 1 年半～2 年だったが現在では 3 年と長期化の傾向にある。Three Bridges Unit の医師も 10 年前には 1 年半から 2 年で移すのが普通であったが毎年 3 人ぐらいよくならない患者がいるので 10 年経てば 30 人になってしまう。このような入院の長期化とそれに伴う Medium Secure Unit でのベッド不足は司法精神医学全体でも大きな問題となっていることを指摘していた。そのため民間病院への委託や患者が長期間待機しているといった問題がある。今後より多くの Medium Secure unit を建設する予定で将来 2000 床まで増床する計画があるという。その他の問題点としてアルコール薬物乱用が増加しているが、それに対する対応が遅れていること、刑務所での治療体制が十分でないといったことが指摘されている。

今回は言及できなかったが全体としてリハビリとホステルによるサポートも充実おり、社会復帰のための様々な施策が施されている。現在のイギリスの精神科医療はコミュニティケアの時代へと移りつつあるといえる。

調査団は2001年10月30日、英国内の3つの高度保安病院の一つであるブロードモア一病院を訪問した。広報担当者から渡された分厚いパンフレット類にその歴史や概略、スナップ写真などが掲載されているが、これはいわば外向けの宣伝用で、実際に訪問した印象とは異なっているため、記録に留めて置きたい。

病院の位置はロンドンから南西の方角へ40マイルも離れたところにあり、高速道路を使って市内からゆうに1時間半かかる。設立当時(1863年)には、患者の搬送、家族の面会等に関してアクセスに問題があったものと考えられる。ただし当時から鉄道網が発達していたので、列車で最寄りの駅まで行き、あとは馬車などを利用できた。設立当時、53エーカーの敷地に、飾り気のない、ピクトリア風のレンガ造りの3ないし4階建が何棟か造られ、周囲を2メートル程の高さの塀が覆っていた。スタッフが少なかったため、一部屋に100名以上が収容されていた。病棟群を取り囲んだ250エーカーが病院の敷地で、周囲から隔絶されていて、文字通りのlunatic Asylumだった。800名の収容に対して医師は2名だけが配置されていたという。現在も当時の医師用住居がそのまま使用されている。

現在、英国でも日本と同じように、凶悪事件があると報道合戦が過熱し、触法精神障害に対してより厳しい処分を求めるマスコミの論調があるという。

ブロードモア病院にも「有名」な凶悪事件の実行犯が収容されているため、病院側も神経質になり、カメラやメモ類の持ち込みが禁止されていて、気楽に見学という雰囲気とはほど遠い。約5メートルの高さの外壁で周囲と隔てられており、中に入るときには訪問者は顔写真を撮影され(外へ出るときに同一人物かどうか確認するため)、金属探知器を通り抜け、さらに念入りにポディーチェックされる。

ただし内部は建物は古いが現代的な機器で管理されており、例えば足音だけで誰がそこを通ったかが判別されるシステムがあり、また約70メートルの高度からの高機能監視カメラが24時間作動している。

400名(うち75名が女性)の患者に対して、18名のConsultant Psychiatrist(そのうち1名の司法精神医学の教授と3名の上級講師のポストがある)と8名のAssociate Specialist/Staff Grade Doctorの医師が配置され、700名の看護スタッフ、その他、心理、作業療法士、芸術療法・リハビリ担当職員、教員、事務員などがいて、ソーシャルワーカーなども加えると単純にならすと、患者1名に対して、3人のスタッフという配置になっている。

これだけの十分なスタッフがいるため、患者が不穏になって保護室使用・拘束という事態に陥らないように未然にケアが可能とのことで、実際、保護室の使用は極端に少ない。仮に使用してもせいぜい1、2時間である。保護室使用中はドアの外に常時、看護者が臨場する。

実際、われわれ調査団が訪問した病棟では、患者よりスタッフの姿ばかりが目についた。年間予算を患者一人あたりで割ると、2400万円の計算になる（ちなみにドイツの場合には患者一人に対して一日2ないし3万円程度の予算。ただし計算方法が異なる可能性あり）。それでも充実した治療プログラムのためにスタッフは多忙で、増員の希望があるとのことだが、今年は、高額な外周フェンスの設置工事のみが行われた。この外周フェンスは高い塀のさらに外周をとりかこんで設置されるもので、患者の万一の逃亡を予防するためとの説明だったが、無駄なものという印象を受けた。スタッフからみても無用なものらしいが、政府は（メディアもそうだが）万一の危険性を意識するとの説明だった。おそらく一般国民の意識の中にも、危険な患者というイメージがあるためだろう。

一般に高度保安病院への入院期間は8年ほどで、その後ほとんどが Medium Secure Unit という、少しばかり保安度が低下した（それでも十分すぎるほど保たれている）施設に移され、社会復帰へ近づいていく。この MSU も患者一人当たりで計算すると年間 2400 万円から 2800 万円の予算だとのことである。

単純にわが国の措置入院システムの貧困さと比較しても徒勞の感が否めないが、吳秀三の時代と同じく、日本は触法精神障害者の処遇において、先進国から相当の遅れをとっていることは確かで、早急に対策が打たれなければならないという印象を強く受けた。

なお触法精神障害者に対してこれだけの予算措置がなされているのだから犯罪被害者に対する国家的援助も手厚くなされているのだろうが、今回の調査の目的には含まれていなかった。これは車の両輪のようなもので今後の重要な課題である。□

イギリスにおいては精神障害者を地域でサポートして行くことに力が入れている。触法精神障害者および暴力的傾向の強い精神障害者に対しても、地域の安全を保ちながら彼らの社会復帰を促進する先駆的な取り組みがなされている。われわれは今回の視察で触法精神障害者および暴力的傾向の強い精神障害者のための中間施設を見学した。そこで得られた情報を中心に以下にまとめる。

犯罪あるいは暴力行為のために特殊病院、地域保安ユニットに入院した患者は、そこから退院して地域の生活に適応するためには様々な困難を抱えている。病状が悪化して再び犯罪や暴力行為を犯す危険性に加えて、貧困、住居や仕事がないなどの社会的要因も深刻である。このために彼らに対する地域支援は一般の精神障害者に対するものよりも、より高度で手厚いものが必要と考えられている。具体的には精神科医、地域精神科看護者、ケースワーカー、臨床心理士などが多職種協同のチームをつくり、リスクアセスメントをしながら患者をサポートしている。また、一般の患者に比べて、多くの機関が関わっているという。

彼らに住居を提供する事は、彼らの社会復帰を促進する上できわめて重要なことと考えられている。このために政府は地方自治体に地域保安ユニットを退院した患者のための住居を用意するように法令で命じている。これに従って各地域に彼らのためのホステル（グループホームのようなもの）が作られている。

そのひとつである New Hope というホステルはロンドン市内にあり 11 人の男性患者を合計 12 人のスタッフ（日中 4～5 人、夜間 3 人）で 24 時間ケアしている。患者はゆったりとして気持ちの良い個室を与えられている。共同のキッチン、テレビのあるリビング、静かに音楽を聞きたい人のためのリラックスルーム、芝生が敷かれ果物の木が植えられた中庭、パソコンルームなどもある。患者はここでの暮らし、スタッフの関わり、コミュニティーでの教育活動を通して、自尊心を高め、対人技術を向上させ、有益な活動を見出すよう援助される。ホステルで生活をしながら、地域に仕事を得ることのできる患者もいる。また、ホステルの中でもガーデニングや事務などの仕事を提供しているという。スタッフは万が一のために警察に直通の警報ベルを常に携帯している。患者はここで一年半から二年暮らし、より自立度の高いホステルや一般住居、あるいは長期間滞在のための援助付き住居へと移っていくという。この取り組みにより、再犯や暴力事件の再発はかなり減少したという。

アパートでのより自立度の高い生活を援助する活動として、jigsaw プロジェクトという取り組みが紹介された。すぐ傍にスタッフがいて援助を受けられる 6 部屋と地域の中にある 12 部屋を援助の場所とし、24 時間の継続的な援助を行っている。ここでは女性の患者も受け入れている。地域の中にある部屋の患者に対しては電話でのサポートなども多用されているという。ここでも多職種から構成されるチームにより、患者が自らの精神障害を

より良く理解し自己管理技術を向上させることを通して、再発や再犯を防ぎ、地域の生活に適応できるよう援助される。就労のための援助も行われる。これによって退院してもすぐに再発や再犯によって入院してしまういわゆる「回転ドア現象」を減少させることができているという。

日本ではこうした触法精神障害者あるいは暴力傾向の強い患者に対する組織的なサポートシステムは存在しない。このために彼らの退院には多大な困難が伴い入院が長期化したり、退院したとしても再発による暴力事件の再発、再犯などの危険が高い。日本でもこうしたイギリスの制度を見習い、触法患者に対する地域サポートシステムを積極的に構築する必要があると感じた。

厚生科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）

分担研究報告書

精神障害者の自傷他害行為への対応と、その防止に関する医療体制等の整備に関する研究
自傷他害行為を示す精神障害者の治療環境の改善に必要な法整備についての研究

分担研究者 加藤久雄 慶應義塾大学法学部教授

重大な犯罪行為を行う精神障害者に対する適切な処遇制度のあり方を検討するため、国内外の研究者に呼びかけて、6回に亘って医事刑法研究会を開催し、政策提言を行った。研究会のうち、3回の研究会には、この領域で進んだ制度を整備しているドイツ及びイギリスの司法精神医学領域の権威者を招いて講演していただき、大変意義深いものとなったので、以下にその際の講演の要旨と、会議議事録を添える。

研究班員

- 安部哲夫 （獨協大学法学部教授）
- 五十嵐禎人 （東京都精神医学総合研究所）
- 小林寿一 （察庁科学警察研究所）
- 北潟谷仁 （北潟谷法律事務所）
- 澤口聡子 （東京女子医科大学医学部法医学教室）
- 林幸司 （雁の巣病院・司法精神科医）
- 吉田敏雄 （北海学園大学法学部教授）
- 田口寿子 （都立松沢病院）
- 藤井千枝子 （慶應義塾大学看護医療学部専任講師）
- 矢野恵美 （慶應義塾大学大学院法学研究科博士課程）
- 浜谷真美 （読売新聞社社会部記者）

ジョン・ガン教授（ロンドン大学・イギリス）講演

ロンドン大学のジョン・ガン教授(Prof. Dr. John Gunn)は、2002年2月2日に、東京医科歯科大学に於いて開催された日本精神保健政策研究会の特別講演のため来日された。

同月3日(翌日)、第6回医事刑法研究会において、ガン教授をお招きし、同教授の講演内容について、更なる質疑応答が行われた。

以下は、日本精神保健政策研究会におけるガン教授の講演の内容、及び、医事刑法研究会での質疑応答について、収録したものである。

紹介：

ジョン・ガン教授は、ロンドン大学精神医学研究所の司法精神医学部門のヘッドをなさっており、この度、日本政府の招きで来日されました。

ガン教授は、1937年生まれ、現在63歳。英国のバーミンガム大、ロンドン大で医学を修められ、41歳の時に司法精神医学のプロフェッサーに、50歳で司法精神医学部門のヘッドになりました。

ガン教授は、司法精神医学部門では、司法精神医学専門家の育成に力を注がれまして、国内向け、そして、国外向けの研修コースをつくられました。これは、日本でも学ばなければいけないことなのですが、こういったことにより、イギリスにおいては、司法精神医学の専門家が、飛躍的に増加しました。精神医学の領域だけではなく、セキュリティ領域との連携の中で、実際に、そういう難しい患者さんの診療もされているというふうに向っております。日本からも多くの方が留学して、ガン教授の教えを受けています。10年程前に1度、日本においでになり、今回は、2度目の来日であります。

ガン（通訳 山崎恵子、以下同じ）：

私は、英国の司法精神医学の話を、今日、ここで、してほしいと頼まれています。これは、いま、日本で最も関心がある分野であると同っております。但し、途中で話がつまらないなどと思ったら、質問をして話を刺激して下さい。皆様方の関心が何であるかということは、外国人である私には、なかなか把握できませんので、その辺りを宜しくお願い申し上げます。

これからスライドを御覧頂いて、お話をさせて頂くのですが、このスライドは、後ほど、皆さんに、ハード・コピーを手渡し頂ければ、私の話の要約としてお持ち帰り頂けるものと思います。スライドの中には、今日の話、または、皆様の関心とは、あまり関係のないものもありますので、時にはかなり手短かに説明をしてしまう場合もございます。

英国における司法精神医学の歴史は非常に長いので、最初に19世紀の話を致しまして、それから20世紀に進んでいきたいと思っております。

最初に、劇的な変化が起こりましたのは1800年です。ハットフィールドという人物が王の暗殺を企てました。皆様も、よくご存じの通り、このように社会を騒がす問題が一つ起こりますと、それが、法改正への新しい動きへの刺激となるわけです。

ハットフィールドというのは、元々軍人でありまして、戦場におきまして頭部に外傷を負って常に頭痛に悩まされ、抑鬱的であり、かつ、自殺傾向が強いと診断されておりました。自殺願望が非常に強く、自分は死刑になって死にたいのだという妄想を抱いておりました。結果として、裁判では、精神障害で無罪判決が下っております。

その当時は、無罪になりますと、そのまま自宅に帰れます。ところが、社会は許しません。社会の大きな運動が起こりまして、議会で直ちに立法の処置がとられ、ハットフィールドは、裁判所からそのまま精神科の病院へ入院するという経路を辿ったわけでありまして、これが、司法精神医学の、英国での始まりともいえるものです。

これは(スライド)、1808年の州精神収容施設法というものなのですが、英国の各郡各州におきまして多くの精神病院が新しい立法措置のために建てられたという現状であります。そこで、英国で、一番、伝統のある古い精神科病院のベツレム病院におきまして、特別病棟が1814年に設置されました。この特別病棟が、このハットフィールドのような人間を収容する場所となっていたわけです。

英国では、どのような分野でも常に起こることなのですが、1つの施設を、新しく設立致しますと、直ぐに、その施設は、手一杯になってしまい、新しい同様の施設が必要になってくる。精神科の分野も例外ではございませんで、1814年に

ベツレムでつくられました特別病棟は直ぐに満杯になってしまった。そして、ベツレムの運営理事会におきまして、新しい病院を造ろうということになり、ブロードモアに新しい病院が建造されました。ブロードモアも、1900年代に入りますと満杯状態になり、同じような最高保安施設であり病院であるランプトン・ホスピタルというものが、1912年に、更に、増設されました。

1922年において、「Infanticide Act(幼児殺法)」親が自分の子供を殺した場合に適用される法律が制定されました。この1922年の法律により、人を殺した時に、殺人罪ではなくて、限定責任能力の下で、最高刑が下らないという措置が、初めて採用されました。

モズレイという人物に関しては、いろいろ言われておりますが、司法精神医学の中では、一番、有名な名前だと考えております。裁判所の証言台に立つことが多く、彼の富の多くは、裁判所で築かれたといわれておりますけれども、現在の英国における自発的入院、コミュニティ・ケア、そういったものに関する治療の慣行というものは、モズレイが発端を創ったと私は考えております。何故、そうかといえますと、モズレイは、ロンドンにおいて、介護病棟であり、且つ、措置入院ではない自発的な入院を主体とした病院を造るのであれば、いくらでも資金を出すというふうになっていた人物です。その結果として、彼の資金で、完全な開放、且つ、外来患者も取り扱う精神科病院ができたのであります。彼のインパクトのおかげで、こういった問題に対応するために王立諮問審査委員会というものができました。

そして、1930年には、精神措置処遇法というのができて、その結果と致しまして画期的なことが起こりました。つまり、精神科病院に対して強制入院以外の形で入院することが可能になったのが1930年です。

1946年に、国家のヘルス・サービス法、派遣サービス法というものが出来ました。ここで、いわゆる国の管轄として、全てのヘルス・サービスをおくという形で、こういった法律が適用されるようになりました。ですから、保安ユニット等も保険衛生サービスの下におかれるというような措置が、ここで初めて実行されたわけです。1946年の、その法律の後に、幾つかの更に重要な法律がありますが、1957年「殺人法」、この立法は、やはり、先程の「幼児殺法」のところで申し上げましたように限定責任能力が適用される種類の法律であります。

実は、1957年の殺人法ができた年に、この分野での調査を目的と致しました王立諮問委員会がつけられました。その諮問委員会の報告を受けて、1957年に精神衛生法が英国でつくられたのであります。

1965年に、英国では死刑が廃止されました。これは、司法精神科医にとって朗報であったわけです。何故、朗報であったかといえますと、それまでは、何とか命だけは助けようということだけが先行して、なかなか他のところまで気を回すことができない状況にあった。その力というものが、もう少しまっとうな形で注ぐことができる。精神科医が触法精神障害者の死刑という問題だけに注目する必要がなくなったということです。

1975年のボトラー報告に基づいて、いわゆる英国の近代的な司法精神医学が発足したといっても過言ではないと思いますが、後に、この報告書に話を戻します。

現在の精神衛生法は、1983年に多少手が加えられました改正法でございます。59年に精神衛生法ができて83年に改正法ができました。

1924年に、先程、名前が挙がっておりましたが、王立諮問委員会が出来ました。先程の王立諮問委員会の報告の結果として、この精神治療法が1930年に出来ました。この1930年の法律の特色というのは、それまでと違って精神科の患者が強制的ではなくて自発入院ができるということでありました。

更に、只今、申し上げました諮問委員会以上に影響力がありましたのが、1954年から7年の間に立法作業に携わった通称「パーシー委員会」といわれるものです。

このパーシー委員会が、幾つか、今でも英国の精神医学の基本となっている原則を打ち出しました。

まず、原則その1、「Informality」。これは、なかなか日本語に訳し難い言葉であると聞いておりますが、自発入院とかそういった形で説明をすることができますと思います。精神の疾患が判明している患者と他の科にかかる患者を同様に扱い、同様の原則の下に治療を受けるということが、この「Informality」の原則の根底にあります。また、患者を拘束をするということは、社会的に対象者について非常な汚名を着せてしまう、それから、社会的な不利益を受けるだろうということで、可能な限りそれは避けるべきであるという点が、報告書に出ております。

第2の原則、ここに「裁判所なしで」と書いてありますが、基本的には、弁護士、或いは、司法の専門家、裁判所等が出来る限り前面に立たないということです。

実は、この原則は何かといえますと、精神障害というのは医療の専門家にしか診ることができない障害、病気であり、司法というのは、それに侵された患者のマネジメントに関して最小限の役割しか果たすべきではないという原則です。ただ、残念なことに、現政権においては、この原則が攻撃されつつあります。

1959年の時点では、登録入院をしなければならない患者の場合には、その許可をする、その命令をするというのは、

裁判所の判事という職についている人が行っていました。

しかしながら、この基本原則とは、むしろ法律家ではなく医師、ソーシャル・ワーカーと社会福祉の専門家、近親者・親族・血縁者が最終的な入院の決断を下すべきであるという原則です。但し、他人に自らが入院させられたと感じる患者にとっては、抗告をするプロセスが必要であるということで、法律家が、何処で関わってくるかという、この抗告のプロセスなわけです。この抗告のプロセスというのは、審査委員会に患者が直接直訴をするという形です。この審査委員会の総責任者を務めるのが法律家です。

1983年の精神衛生法の下での強制入院においては5つの条件があります、この基準条件が満たされた場合に成り立つということです。

- a. 精神障害の診断が下されること
- b. 自らの健康安全のため、或いは、他者の安全を確保するために拘束する必要があると認められること
- c. 二人の登録医(指定医)が、鑑定を行うこと
- d. 最近親者と認定されたソーシャル・ワーカーが、その登録手続を行ったこと
- e. 病院の管理者が、それを確認し受け入れたこと

この5つの条件です。

精神障害の実際の統計を見るにあたって、英国全体の人口動態をお見せします、総人口は日本の約半分と考えて頂いて結構です。

これ(スライド)は、現在英国とウェールズにおける、入院ベッド数の推移です。81年から96年しかグラフには出ておりませんが、これを延ばしてみますと、大体20世紀を通して下降線を辿っています。大体96年以降も、更に減りつづけているというのが現状です。

この結果として、1808年の群施設法というものが設立されてから建設されました大きな病院というのは、ほとんどが閉鎖されており。現在は、よりベッド数の少ないユニットで、入院患者をまかなっており、ほとんどの障害者はコミュニティ・ケアを何らかの形で受けているというのが現状です。

1975年のバトラー報告の要点を、ここ(スライド)に、出しております。英国は保健行政で各地域に区分されておりますが、保健行政が区分した各地域毎に、小規模であります保安ユニットを造るということが、報告書に書かれております。

英国におきましては、従来、刑務所において精神障害が発症した場合には、病院に移すというシステムはありましたが、1975年のバトラー報告では、それをより早期に、より頻繁に行うべしという勧告がなされておまして、現在では、その方向に実際に進んでおります。

もう1つ、非常に重要なのは、触法精神障害者のアフターケアを適切にすべしという勧告でありまして、実際に英国における司法精神医学の非常に重要な役割の1つというのは、コミュニティに入ってから患者の対応、アフターケア、そして、それをどのように実行していくかということが大切なポイントとされています。

1981年から1997年まで、どのように我が国の司法精神医学、並びに、施設に拘束される人間の状況が変わってきたかということ、この統計(スライド)からご覧下さい。実際のベッド数そのものは、劇的に減っております。ただ、その次のスペシャル・ホスピタルは、特殊精神科病院、或いは、先程、お話した保安ユニットのことですが、そのベッド数というのはあまり変わっていません。但し、刑務所において拘束される人間の数は、残念なことに現在は増えております。全体として見ますと、施設内に拘束される人口というのが減ってきているということがお分かりになると思います。現在の入院ベッド数というのは3万に既に減っているのですけれども、このベッドが激減したということは、刑務所入所数の増加というやや残念な副産物も生んでおります。

これ(スライド)は、英国の実は強制入院の数なのですけれども、様々な理由でこのように増えております。ちょっと複雑な状況がありますが、1990年からの10年間を見ても、2000年において2万6000件くらいと増えております。ただ、その中で、実際に、何らかの事件等に関わって、触法精神障害者として入院させられた部分、それは比率としては変わっておりません。

英国では、何人ぐらいの精神科医がいるのかという質問にお答えしますと、3000名強というところですが、司法精神科医は、あまり大きな部分を占めておりません。

ただ、司法精神科医についてだけを集めて見ても、数そのものは増えております。2000年で180名そこそこの司法精神医学の専門家が現在いるということです。

これ(スライド)が、精神科の領域における各スペシャリティの医師の数です。一番、多いのは、一般精神病院の専門家、その次に多いのが、老年精神科医、その次が、児童・思春期、そして、次が、先程、ご覧に入れた司法精神医学の専門家です。いま現在、一番、医師が不足している、或いは、医師を雇おうと思ってもなかなか見つからないのは、どの分野のスタッフかという点、LD(学習障害)と児童・思春期の専門家です。

それでは、英国における司法精神医学とは、何であるかということ、少しご説明致します。

司法精神医学の定義、良い定義ではないかもしれませんが、一番、分かり易い定義というのは、「精神医学と法律の接点において患者の問題に対応するべく、特殊な分野の精神医学である」ということです。

司法精神医学において、どのような技術、或いは、能力が必要とされるかということの一般的なリストをここに掲げておきます。

- 行動異常の評価をする能力
- 鑑定書・報告書等の作成能力
- 裁判所における証言の能力
- 治療の一環として保安を提供できること
- 慢性患者の対応ができること
- 精神衛生法の知識があること
- 心理学的治療に卓越していること

特に、この心理学的治療方法というのは、ここにおける重要なポイントだと、私は思っています。現在、司法心理学に関するスペシャリティをもつ人達が段々と出てきています。

司法精神医学の仕事は何であるか、その責任は何であるか、ということですが、いうまでもなく様々な社会的背景の下で、精神障害者の治療にあたること、それから被害者の治療、様々な専門家に対して助言・提言をすること、証拠、及び、報告書・鑑定書等を提供することです。

我々が、どのような組織・機関とタイアップしなければならないかということですが、特に、内務省……日本では、法務省と同じような仕事をしていると思って頂いて結構ですが、そこでの接点が非常に強いのです。プロフェッション・サービス、これは保護観察の業務を提供するところですが、プロフェッション・サービスにおきましても、司法精神科との接点が非常に強い。

イギリス内務省におきましては、精神保健ユニットという特別業務をこなしている部署があります。特に、そこにおきまして扱われているのは、拘束命令を受けた患者さん等です。そこでは諮問委員会があり、そういった患者の処遇、特に、退院時等をめぐっての判定、及び、諮問というものが密に省内で行われています。

先程の保護観察機関との提携に関して、特に、裁判所におきまして、外来で治療を受けることを条件に執行猶予を与えられる触法患者が非常に多いわけですが、そういった場合には、保護観察官と外来での病院と両方の接点を、患者は、持ち続けなければいけないということなのです。

現在の英国における精神病院の入院ベッド数ですが、いわゆる一般ベッド数というのが多いのです。約 3 万というのは、先程、申し上げました。更に、それと比べまして、中間保安ユニットにおきまして 2500、これは実は伸びつつありまして、現在は、民間病院が、その一部を担い始めています。それから最高保安ユニットに関しては、だいたい 1500 で推移しておりまして、あまり数字は動きません。

最後に、英国で、私達、司法精神科医が、どのような挑戦に立ち向かっていかなければならないか。

これは他の国においても、ほぼ同じことがいえるのではないかと思います。

一つの大きな社会的な問題というのは、一般社会、報道、それから政治家までも、現在英国において増えつつある殺人の件数について……過去 50 年くらいずっと、少しずつではありますが、件数が増えておりますが……そういったことが精神障害者の犯罪と結びついているという錯覚を起こしているということです。もちろん、皆様に、このようなことを弁明したり説明したりする必要はなく、それは、間違った認識だということは、よくご存じのことだと思います。

我々の母国におきまして、一般社会に対して啓蒙が必要であり、啓蒙するためにどのようなことをしているかお見せします。

これは、殺人と精神障害の関係の統計です。だいたい年間の交通事故での死亡件数というのが英国では 3500 から 4000 くらいですが、そのうちの約 300 が非常に悪質なドライバーによるもので、謀殺罪に匹敵する刑罰を与えるケースとして取り上げられておりますけれども、それはだいたい 300 くらいです。但し、交通事故死の中の悪質なケース 300

件というのは、実際には、殺人統計の中には入っておりません。いわゆる殺人事件ということで、人間が他の人間を殺してしまうケースはだいたい600から700件です。

そのうち、裁判所において心神喪失、いわゆる精神障害を負っているために殺人を犯したと判断されるケースはどれくらいかという、600から700のうち僅か80で、非常に少ない数です。

私は、英国で、よく言っているのですけれども、精神障害者に道端で殺される確率は、宝くじに当たる確率よりももっと低いというふうに考えています。それは、真実からは、ちょっと遠うかもしれませんが、.....私は宝くじには当たったことはありませんので、どのくらいの率か分かりませんから。

結果として、そういったことをグラフで示しますと、年間殺人事件の件数は伸びているけれど、それを起こしている精神障害者の数は一定だとするならば、それは割合としては段々減っていくわけですから、このようなグラフ(スライド)が成り立つ。これは、政治家達が騒いでいることとはまったく反するわけです。

現在、英国の政治家というのは、「しかしながら、精神障害者が殺人を犯したりすることがあるのだから、その確率を下げるために、もう少し安全にしていくための立法措置がまだ必要である」と騒いでいます。実際には、我々が申し上げるのは、そういった患者さんの評価、ケア、治療等を行うための十分なシステムを持っているわけだから、それを更に変更することは必要ではないということです。

どういったシステムがあるかということ、ここ(スライド)に全部書いてありますが、幾つかハイライトだけお話しします。

ホスピタル・オーダーというのは、裁判所から病院へ即入院、いわゆる措置入院という形で、強制的に患者が送られる、或いは、刑務所から患者が病院へ送られるということもあります。

ホーム・オフィスと書いてあるところは、先程、お話ししたように、内務省の中でも精神衛生に携わる特別ユニットがあるということです。

その他のケア・プログラム・アプローチ、「CPA」と書いてあるものですが、これは説明するにはかなり長い時間がかかります。英国で、コミュニティ・ケアと申しまして、コミュニティの中での医療や看護を提供するための非常に綿密なシステムが成り立っております。そういったシステムによって、コミュニティ・ケアが実際に行われているということです。

それ以外に、保安病院.....最高保安病院と中間保安病院があります。それから、性犯罪を犯した者に関しましては、地元の警察に登録をしなければならないというシステムになっておりますので、警察当局が元の性犯罪者が何処に住んでいるかということ、常に把握しています。

以上において、触法精神障害者の犯罪件数自体は、大したことはないと申し上げましたが、とはいうものの精神障害を負った者が暴力的な傾向を示すという確率は、決して低いものではありません。

そういったリスクが、どういった場合に一番高いか。そのトップにくるのが、アルコール、及び、薬物乱用です。その次に、順を追って分裂症、いわゆる疾患が長引いた場合、妄想の存在、特に、受動的妄想、それから非常に、インパクトの強い妄想があった場合です。

これ(スライド)は、アメリカでECAの研究で、スワンソンと共同研究者が1990年に発表したデータです。精神障害を負っている者は、一般人と比較して、暴力的な傾向について、どのように異なるかということです。

一番左側(スライド)が、何も障害を負っていないという項目で、それでも暴力的な傾向があるのは、そのうち2%くらいの人物にそれは見られる。それが感情障害になると、それは3%に上がる、分裂症になるとそれは8%になる、薬物乱用になると10倍になるというところです。

特に精神障害の中で、暴力的な傾向が、どういった場合に生じるのかということに注意深く我々は検討していかなければなりません。薬物・アルコール乱用において、暴力的傾向が高まってくるとすれば、現在、英国において、そういった収容患者の数は増えていっていますので、危惧する問題だろうと思います。

スワンソンの更なる統計の中で、診断名が重なれば重なるほど、暴力的傾向が強くなるという報告書が出されております。通常の場合には、「精神障害+薬物乱用」といったものが一般的に非常に多いのですが、とにかく診断名が重なれば重なるだけ暴力の危険性が高くなります。

それでは、これから、我々が政府に対して諮問をする場合に、精神医学の中で何が必要かということを考えなくてはなりません。

それは、言うまでもなく、メンタル・ヘルスに関わる専門スタッフの数を増やさなければならない。アルコール・薬物乱用に対応するためのサービスが必要である。これは、まだ英国では非常に不足しております。それから、一般教育、市民教育が必要である。つまり、問題の焦点を市民が、実際に、理解していない、啓蒙が必要である。そして、コミュニティ・サービスというのは、まだまだ資金不足ですから、その辺りを補充していく必要があると思います。

現在、これから必要なサービスのリストを作るとしたら、こういうものであろうと思います。

- 開放病棟において司法精神科で使えるベッド数が必要であるということ
- 中間保安ユニットにおいて、長期入院の施設が必要であること
- 保安ユニットの中でのアセスメント・センターというのが必要であること
- コミュニティ・ケア、いわゆる一時的なステイをするような場所、デイ・ケアというものが必要であること
- 病院や刑務所の中でも治療ができるようなコミュニティ体制をつくる必要があること
- 性犯罪者のための特別ユニットが必要であること

そして、我々が、近い将来立ち向かわなければならない挑戦は次のようなものであります。

アルコール・薬物等の乱用が増えている、これに関しては対応するべき方策を考えなければならない。

また、イギリスでは、一般市民の精神科医療に対する期待度というのが、あまりにも高くなりすぎている。精神科の医療を与えれば、全てが良くなるというような現実を度外視した期待感というものも非常に困りものだと思っています。

そして、自分は悪くない、他者が悪いのであるという「Blame Culture」、すなわち、他者に罪をなすりつけるという文化が英国では横行しています。特に、精神科の場合には、「医者が悪い」というような見方が強くなってきているのは、非常に問題だろうと思います。

そして、「Risk Free Culture」ということですが、.....現在の英国の文化の中で、我々は、皆、リスクを負うべきではないと考えている人間が殆どです。ですから、誰もリスクを負わないというような文化が横行してしまうと、これも問題です。

その次に、刑務所の人口が増加しつつある。これは非常に精神科医にとって頭が痛い問題です。

最後に、コミュニティ・ケアというのが、非常に資金もかかるし、病院でのケアに比べて飛躍的にいろいろな資源が必要となってくる。但し、長い目で見ると、病院でのケアよりもコミュニティ・ケアの方が実り多いものであると我々は考えています。

私が、今、かいつまんでお話ししたものが、皆様の現状にとってお役に立つものであったかどうかわかりませんが、ご静聴ありがとうございました。

時間があれば、皆様のご質問をお受けしたいと思います。(拍手)

質疑応答(講演当日：日本精神保健政策研究会において)

質問者：

年間の殺人件数が600ないし700という数字ですが、これは受理件数ですか、それとも検挙件数ですか。

ガン：

検挙して、実際に起訴が成り立った件数です。

質問者：

私共は、公立精神病院の役割の1つとして、殺人等の重大犯罪を犯した精神障害者の治療を細々と、或いは、暗中模索しながら、しかし、積極的に行ってきました。ただ、治療しながら常に感じていることは、十分な治療を行えていないという無力感であります。我々の病院では、精神疾患の疾患にもよりますが、治療の目標の1つに被害者への罪の贖い、また、被害者の感情への共感があると考えています。もし、専門的な治療があるとすれば、どのような治療法があるのか、専門治療が行われていない日本で行うには、その方法はどのようにしたら良いか、ヒントを教えてくださいと思います。治療法なくして、ただ、マン・パワーだけ増やしても意味がないと我々は思っています。

私は、専門治療について言いますと、多くの精神科医は幻想とって嘲笑いますが、今日は、恥を忍んで、質問致しました。

ガン：

実際、触法精神障害者に関して、特別な治療法があるかという、それは、本当の意味では無いのではないかと。特別な治療法ではなくて、その患者の疾患は何か、それは一般の患者と同じように、その精神障害に対して、元々皆様方がおやりになられた治療法を行えばいいわけです。但し、それを施すにあたって、彼らは触法、つまり法律を犯した、

時には、非常に大きな罪を犯している人もいます。なので、そういった司法でトラブルを起こしたという、その人間の特性を理解した特別の保安ユニット、そして、その中でそういった人間を扱いながら治療するということを理解できる医師、看護師、スタッフ等の整備が必要である。そういったものをつくった上で、一般の精神科の患者さんと同じプロトコルを施せばよいということを申し上げるわけです。

特に、サイコセラピーに重きをおくべきであると、私は考えます。

質問者：

その「理解しながら」というのは、どういったことか？

ガン：

英国では、そういったスペシャリティの教育をしておりますので、是非、英国に留学生を送りこんで下さい(笑)。

質問者：

司法精神医学の専門家は、一体どのような場所で仕事をしてられるのか。

ガン：

実際には、先程、ご紹介した最高保安ユニット、中間保安ユニットという特殊な保安ユニットでも仕事をしています。また、コミュニティ・ケアとか通常のユニットにおいても仕事をしていますので、あらゆるレベルにおいて司法精神医学の専門家が仕事をしているというのが現状であります。

現在、司法精神医学の専門的な教育ができる大学というのは、英国でも3校か4校くらいしかございません。ただ、思い出して頂きたいのは、近代司法精神医学が、何時、始まったのかという私のコメントの中で、1975年のバトラー報告が非常に画期的な刺激になったということを申し上げました。その前、例えば、1970年の英国を見たら、現在、皆さん方が直面しておられるのと同じような問題を我々は抱えていたわけです。ですから、バトラー報告をつくった委員会が、本当に特別に努力をし、研究をし、そして適切な報告をするという刺激を政界等に与えることができたことから、僅か25～26年の間に、今の段階まで進むことができた。そういう意味で、そんなに長い歴史を我々は持っているわけではございません。

質疑応答(講演翌日：医事刑法研究会において)

山上皓(東京医科歯科大学難治疾病研究所；以下、山上)：

昨日、ガン教授に、精神保健政策研究会で特別講演をして頂いて、その後触法精神障害者の処遇についてのシンポジウムを致しました。そこで、ガン教授に貴重なコメントを頂いております。その中で、大きな問題となったのは、1つは触法精神障害者の処遇に関して、日本は、まだ責任あるシステムがないということ。司法が責任をもって、或いは、医療が責任をもつか、何処が責任をもってどのようなシステムをつくるかということが問題になっているということ。更に、触法精神障害者に対する医療サービスというのが、日本では、まだ、そういう人達を集めて集中治療するという試みが十分にされていないので、それがいったいどういう性質のものか、それがどういう目的で、どういう仕方で治療効果を上げられるのだろうかというところで、基本的な疑問が挙がりました。

そして、司法精神医学が、まだ、日本では確立していないために、その研修のシステムが医師・スタッフはじめ co-medical のスタッフの研修について、これから日本で大きな問題になるけれども、医療サービスの開始と共にその研修のあり方がどうされるべきかということが問題になりました。

医療システムへの患者の振り分けに関して、精神鑑定がどういう役割をもつか。今まで責任能力の判定が実質的な鑑定に委ねられていたけれども、おそらくそれとは違う治療の可能性、再犯危険性とか、そういう問題をどのようについて、医者が取り組んでいくことができるかという問題。全体を通して、社会の安全の問題と触法精神障害者を処遇する上で彼らの人権を擁護するには、どういう配慮が必要か、このような5つくらいの問題が提議されて論議されたと思います。

一般の精神医療が遅れているところでは、それを前提とする司法精神医療というのは成り立たないと、ガン教授は、おっしゃっていたけれど、日本では、実際に精神医療が何十年と遅れていて、その進展を待っていると、いつまで経っ

でも司法精神医療が立ち上がらない。司法精神医療を立ち上げることで、一般の精神医療から保安の部分を取り除けば一般の精神医療も改善されるという、そういうステップがいるのではないかと、私は感じているのですけれども、その点から、お話頂ければと思います。それは、日本において、一般の精神医療が措置入院を通じて保安の役割を引き受けているという部分もあるものですから、ここで司法精神医療を早く立ち上げて、一般の精神医療の改善にも役立てたいというわけです。

ガン（通訳 横山千晶 以下同じ）：

もちろんおっしゃることはよくわかりますし、法律的なところから入られて、それが一般的なところに、またフィードバックされていくということは、あり得ると思います。もちろん国によって、文化によって、或いは、地方によって全然違う考え方があるわけですから、それなりの文化的な見地をとられれば良いと思います。但し、はっきりと言っておきたいことは、「法律的な精神科」というものはないということです。ここで「法律的な」ということを言っているのは、例えば、分裂症の例を出しますけれども、分裂症の人達が犯罪等ということに行った場合に、そこで法律的ものは、当然、入るわけですが、その治療の面において、そういった法律のスペシャリストが関与するということはあり得ないのではないかと。

加藤久雄（慶應義塾大学法学部教授；以下、加藤〔久〕）：

例えば、一般的な精神科的な治療から、触法の問題にスペシャライズされていって、その中でも重度のもの、中程度のもの、非常にマイナーなものという段階を経て、それぞれに対応した施設ができてくる。イギリスは、それを歴史的にやってきたわけですね。そういった段階を経て、今度、例えば、重度な危険性をもった患者に対して、非常に厳しい保安をして、その保安の中で治療をしていくということになると、患者に対して不当な人権侵害ということがあるのではないかと批判が出てくる。

裁判所の方も、危険な人物を、とにかく社会から隔離しなければいけないのだけれども、それを病院でやると、原則として無期限である。一般の人達は、「あぁいた施設に一生、閉じ込めておくのではないかと」という、そういう怖れみたいなものもある。そういうことを避けるために、責任能力とは関係なく、一般の刑務所の方に、特に、限定責任能力者の場合には、責任が全く無いという人ではなくて中程度の責任能力がある人たちについては、有罪にして刑務所に入れる。

昨日のお話ですと、イギリスの場合は刑務所人口が増えているが、この数字は、そういったことに関係があるのか。

ガン：

政策的な見方としては、刑務所というものがもっと使われるべきであると考えられています。つまり、犯罪については、厳しいジャッジメントをするべきであるという見方が増えてきていますので、それによって、当然ながら、刑務所の収容者の数というものは増えている。政治的な犯罪の見方、或いは、犯罪のものの見方がそのまま反映されているものであって、それはベッド数とは、全く関係がありません。

ベッドのことですが、スペシャル・ホスピタルのベッドだけではなく、全てのベッドが減っているということが、お解りになると思います。これはどういうことかといいますが、最近の傾向として、病院ではなく、コミュニティの中で、精神的な治療が行われるべきであるという考え方から来ているわけです。

2枚目のスライドで見てお分かりのように、その配分を見ますと、ブランとしまして、重警備を必要とする人々というものを、もうちょっとミディアムなところに落としていこうという傾向がある。それが先程、述べましたコミュニティで精神治療が行われるべきであるという考え方と、当然ながら連携してくるわけであって、そういった意味でミディアム・セキュリティの方に、ハイ・セキュリティの人達が、移ってきているということはありません。全体的に言いますと、当然、ミディアム・セキュリティのところのベッド数がいちばん多いことにはなりますが、以前に比べるとこの数もたいへん少ないことになっています。

平均的に、ハイ・セキュリティの人達が、使用されているのは6年間。ミディアム・セキュリティの人達の平均収容期間が2年間、その他の人々が、大体、1ヶ月から2ヶ月です。私達のシステムというのは、当然、治療は、もちろん長期にわたって行うわけですが、刑務所にいる受刑者達に比べると、病院の中に入っている期間というのは短いかもしれません。但し、ほとんどの重警備を要する人達というものは、当然、犯罪者なのですけれども、この3つのカテゴリーが、相互に分断されているというわけではなくて、そういったハイ・オフエンダーの人達が、下の施設へと移ってきているということがあるわけでありませぬ。

もう1つ、セキュリティを必要とする人々に関してですけれども、殆どの人達は、やはり有罪判決を受けて、刑務所生活から始まります。そして、治療を必要とするということで、病院の方に移ってくる人達が多くて、そして治療が終わったら、また、その場で刑期を終えるために刑務所に移るといふ、そういった移動も行われている。つまり、刑務所と病院との間の相互の移送ということもあります。

武井満（群馬県立精神医療センター院長；以下、武井）：

病院内で問題行動があつて、病院から刑務所へ移送するということはないのですか。

加藤〔久〕：

今の質問に関連して、ドイツの場合は、日本みたいに病院の中で、事件が起こってもほとんど問題とされないが、イギリスの場合には例えば病院の中で殺人が起こった場合には、どうするのか。

ガン：

イギリスの場合は起訴されて、裁判で有罪となつた場合に、その時、初めて、その人を何処に収容すればよいかということが決定される。

武井：

日本では、毎年、10件以上、殺人、或いは、傷害致死事件が病院内で起きているのですけれども、イギリスではどうですか。他の精神病院の中で、或いは、セキュリティ・ホスピタルの中で殺人事件というのは起こっていますか。

ガン：

数はなんともいえませんが、大変、少ないです。1年に1回でもあつたとしたら、それは、本当に驚くべきことだと思います。

何年か前に起こつたケースで、これは、大変、世論の批判があつたことについてお話したいと思いますけれども……性犯罪者が特殊病院に入れられていて、外で働くような作業に出ているときに、たまたま、そこで、元々子供を殺した犯罪者だったのであるけれども……また、子供を殺してしまつた。これに関しては、有罪判決が出まして、そのまま刑務所に送られました。かなり世論の圧力が、裁判官にかつた結果です。

武井：

昨日のお話ですと、イギリスでは、1年で80名は精神障害者による殺人事件。日本は一般の殺人事件が1300件で、精神障害者によるものは、大体、1割くらい。この80名の人達は、ハイ・セキュリティの所に送られているのか、或いは、ミディアム・セキュリティの所に行くのか。或いは、先程のお話のように、世論がプレッシャーをかければ刑務所へ行く可能性もあるのですか。その場合、ブレンドンのような医療刑務所に行くのか、一般の刑務所か。

ガン：

まず、驚いたことと、ほつとしたのと、同時なのですから。

イギリスは、日本の人口の2分の1しかありません。それなのに、120から130もの精神障害者による殺人が起こっているということが、私には、驚いたというのと同時にほつしているところでもあります。

イギリスの場合は、必ず限定責任能力を認められてからでないと裁判できないので、殺人の場合は、故殺罪が問題にならないと任意のジャッジメントができない。そういった経緯を経た方が、80名なのです。その80のうちの半分が、大まかに言うと、ホスピタルに行く、その殆どは、ミディアム・セキュリティ、少数がスペシャル・ホスピタル。残りの半分は何処に行っているのかというと、刑務所に行く。理由は、例えば、鬱病の人の症状が改善して治療の必要がない、もう刑務所へ入れていいというケースか、或いは、精神科医が、この人は病院では治療ができないということで、強く反対して刑務所の方へ送ってしまうというケースか、或いは、最後のブレンドンの場合というのは、医者ではなくて刑務所の中の管理者が、ブレンドンに移送するということを決めるのであつて、それは医者や裁判官の判断ではない。

加藤〔久〕：

故殺罪の80名は、皆、減刑するのですか。ということは、これ以外にも殺人をやっている、例えば、人格障害者で責