

を経時的に2つのポイントを決めて統計をとるというシステムで行われます。これは、どういふふうに行われるかという、経時的に2つのデータのセットがとられるわけですが、2つ目のデータのところで起こった暴力事件を、1つ目のデータテストのほうと照らし合わせて、2つ目の暴力が起こったときに、1つ目でそれを予告するファクターが存在したかどうか、ということを通るという方法です。

その1つの例が、暴力のリスクのアセスメントガイド、VRAG、バイオレンス・リスク・アセスメント・ガイドというものです。

次に、これはどちらかというと、主要効果の文献検索的ナリサーチ方法です。これは前の主要効果の分析と同じように、2つの経時的なポイントでリスクを評価するというのですが、基本的に第1点から第2点までの間で、さまざまな文献上で見出されたファクターの関与の有無を検証しようという方法です。これの非常に典型的な例が、HCR 20 (Historical, Clinical, Risk management 20item scale) という方法です。

もう1つ、新しい方法が、リスク・ファクター間の相互作用を加味して考えられた繰り返し効果の分析、イタレーション・イフェクト・アナリシスというのがあります。MacARTHUR PACKAGE は、その一例です。

#### ・ VRAG

これがVRAG、先ほどの暴力リスク・アセスメント概念ですが、これは基本的に固定されたアイテム別にリスクが評価されているというものです。この固定された項目は4つほどあって、この4項目のトータルスコアがVRAGのスコアになります。幼児期、児童期におけるこの患者の背景、また成人の適応の背景、実際の犯罪に関連したさまざまな変数、最後に診断基準です。

### THE VIOLENCE RISK APPRAISAL GUIDE (VRAG)

#### • CHILDHOOD

**Lived with parents, school adjustment, arrest/behaviour problems before age 16**

#### • ADULT ADJUSTMENT

**Drug, marital, accommodation, employment & offending history**

#### • INDEX OFFENCE VARIABLES

**Age, victim sex, relationship, injury**

#### • DIAGNOSTIC CRITERIA

**PD +3; SCHIZOPHRENIA -3; PCL-R SCORE, IQ, ATTITUDES TO CRIME**

このスケールを使ったところで、実は問題が生じることは、ここで明らかになります。見て分かるように、統合失調症自体がマイナスファクターなのです。統合失調症というのは、暴力のリスクを下げるファクターになってきます。そうなると、統合失調症を扱う場合に、このスケールそのものが問題になってきてしまいます。

#### ・ HCR 20

次に、HCR 20 ですが、いちばん上のヒストリカルアイテムとなっているのは、固定された項目であり、VRAGの項目と非常によく似ています。

### HISTORICAL, CLINICAL, RISK MANAGEMENT 20 ITEM SCALE (HCR-20)

- **HISTORICAL ITEMS**
  1. PREV. VIOLENCE    2. AGE FIRST VIOLENCE    3. RELATIONSHIP INSTABILITY
  4. EMPLOYMENT PROBLEMS    5. SUBSTANCE USE PROBLEMS
  6. MAJOR MENTAL ILLNESS    7. PSYCHOPATHY    8. EARLY MALADJUSTMENT
  9. PERSONALITY DISORDER    10. PRIOR SUPERVISION FAILURE
- **CLINICAL ITEMS**
  1. LACK OF INSIGHT    2. NEGATIVE ATTITUDES    3. SYMPTOMS OF MAJOR MENTAL ILLNESS
  4. IMPULSIVITY    5. UNRESPONSIVE TO TREATMENT
- **RISK MANAGEMENT ITEMS**
  1. PLANS LACK FEASIBILITY    2. EXPOSURE TO DESTABILIZERS
  3. LACK OF PERSONAL SUPPORT    4. NONCOMPLIANCE WITH REMEDIATION ATTEMPTS
  5. STRESS

次に、臨床項目においては、5項目ほどありますが、これを変更することは理論上は可能です。

最後に、リスク・マネージメントの項目が、やはり5項目あります。これも理論上は変更することができるものです。状況を是正するためのプログラムに対して、実際に個体が、患者個人が反応しているか、また、どのようなストレスがかかっているか等がそのような例となると思います。

• **MacARTHUR PACKAGE**

この次のマカーサー・リスク・アセスメント・スタディ、これが現在の我々の考え方にいちばん影響を与えているものと考えておりますが、これは今まで述べてきたこの2つを統合して、こういった形のものでできたということがよく分かると思います。左側が、系統的とか歴史的という、どちらかという固定されたものであり、右側が個体、個々人の中で変化が見られる可変的なものであります。

**MacARTHUR RISK ASSESSMENT STUDY - CUE DOMAINS**  
**Monahan, Steadman et al, 1994**

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>DISPOSITIONAL</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Demographic</li> <li>Personality</li> <li>Cognition</li> </ul> </li> <li>• <b>HISTORICAL</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Social/family</li> <li>Education</li> <li>Work</li> <li>Psychiatric</li> <li>Criminal/violence</li> </ul> </li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>CONTEXTUAL</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Perceived stress</li> <li>Social support</li> <li>Means for violence</li> </ul> </li> <li>• <b>CLINICAL</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Axis I diagnosis</li> <li>Symptoms</li> <li>Axis II diagnosis</li> <li>Function</li> <li>Substance use/misuse</li> </ul> </li> </ul> |
|--|---|

【臨床的に有用な分類ツリー】

また、先ほど申し上げたイタレーション、繰り返し型の分析におきまして、同じような方法で分析をするとどうなるかということなのですが、精神科にかかっていた患者を対象にして、こういったものが統計的に出てくるかということ、逮捕歴の全くない425人の患者に対しては、それから12カ月後までの間に、暴力が発生する確率は非常に低い9%です。ところが、以前に逮捕されたことがあるという208名の患者に対しては、12カ月後までの期間において、36%が再逮捕される、あるいは再度暴力事件を起こす確率が非常に高くなっています。

それでは、再逮捕される率が高い、逮捕歴や暴力事件を起こした経歴を持っている人間が、非常に危険な率が高いと言えるかということ、実際には3分の1しか再度暴力事件を起こしていません。3分の2は起こしていません。では、再度暴力事件を起こす3分の1をどうやって識別するか。その3分の1に対して、最近、暴力に関連する妄想を抱いたことがあるかということで、「イエス」と答えた者が53%と、リスク・ファクターとしてはかなり予測性が高くなっていくというのが段階的に分かってきます。

左側の逮捕歴が全くなしのグループに関しては、どんどん安全な群を識別していくためにどのようなアセスメントをしていけばいいか。下にいくにつれて、全くリスクが低いであろうという群を識別していくことができます。

**A CLINICALLY USEFUL CLASSIFICATION TREE ?(EXTRACT)**

**MONAHAN ET AL, 2000 (N=939; 19% VIOLENT)**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>NO PREV. ARREST</b> 425 (38) <u>9% VIOL</u></li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>SERIOUS ARREST</b> 208 (75) <u>36%</u></li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>MOTOR IMPULSIVENESS</b></li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>RECENT VIOLENT FANTASIES</b></li> </ul>	
<b>LOW</b>	<b>HI</b>	<b>NO</b>	<b>YES</b>
359 <u>7%</u>	66 21%	134 27%	74 <u>53%</u>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>FATHER'S DRUG USE</b></li> </ul>			
<b>NO</b>	<b>YES</b>		
306 <u>5%</u>	53 19%		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>VOLUNTARY</b></li> </ul>			
<b>NO</b>	<b>YES</b>		
233 <u>3%</u>	83 11%		

【結果測定の問題点】

その結果を実際に測定したからといって、それがどれほど私たちにとって意味があるかということの分析は、また非常に難しくなってきます。

あまり突っ込んだ話はしませんが、例えば我々が扱っている暴力の形態の中には、ベースレイト、つまり一般的発生率が極めて低いものがあるわけです。そうすると、その発生率が極めて低いものが、実際に長い間発生しなかったからといって、私たちがリスク・アセスメントをしたから発生しなかったのかどうか、もともと非常に稀であるから発生しなかったのだということと区別することが困難になってきます。

もう1つは、我々臨床家として、実は2つのことを追求することを要求されているので、結果を考えるにあたってジレンマに陥ります。我々医者から見て、臨床家として良いといわれる結果は何かということ、やはり暴力的な人間が減ること、暴力のリスクが下がることが、臨床家として求められることですが、やはり患者に対して臨床家としての義務はどういうものかということ、患者がより健康であり、かつ人生に対する満足度が上がるということ、私たちは追求していかなければいけないわけです。

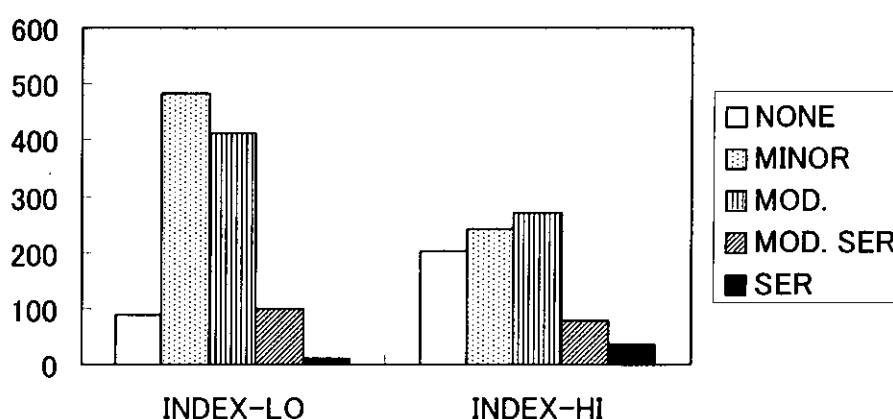
常に我々は、臨床家として自分たちの仕事の出来具合を評価せざるを得ないわけで、何をしなければいけないかと

いうと、まず病院からの逃亡数とか、あるいは病院からの逃走率等を我々は把握していかなければなりません。ただし、その数、実際に起こったものの数というのが、常に抱えている集団のパーセンテージとして出さなければいけないという問題があります。それと同時に、私たちは臨床家として、例えばさまざまな活動やセラピーに対して、献身的に毎週何時間、患者に提供することができるか。あるいは特定のイベントや、特定の治療、特定のアクティビティが患者に提供されるまでにどれぐらいの待ち時間があるか等で、我々は自分を評価していかなければならないわけです。同時に、管理経営の側においては、やはり各サービスのコストというものを評価の中に加えていきます。

【ハイセキュリティー・ホスピタル入院患者の調査より】

Fig.2 は、ハイセキュリティーの精神医療施設において、我々が行った調査の結果です。

Fig. 2 Lifetime seriousness of violence & seriousness of the index offence 1319 men, 253 women



ご覧のように、1,300人強の男性、および200人強の女性が収監されている施設です。ここにおいて指標犯罪とは病院に入院させられるきっかけになった犯罪を指し、リスク・ファクター、すなわちそれを予測するリスクファクターとして、これより前に起こした暴力事件や暴力行為が、予測の要素になるかどうかということを経験的に見ていくわけです。

シリアス・バイオレンスという言葉は、被害者が死亡した、あるいは死亡の一步手前のかなりひどい被害を被ったということです。黄色のモデレーター・シリアスというのは、重傷を被害者に負わせた、つまり、被害者が入院をしなければならない事態に陥ったというものです。いちばん下のインデックス・ハイと書いてあるところに、この2つが入っています。以前、殺人を犯したら、また次に殺人を犯すという、この2つに関連性があるかどうかという、若干の関連性が見られるということです。ただし、そのグループには37名しか患者がいませんので、あまり統計的に有意義なものではありません。

その他については、指標犯罪の重さと、暴力をふるったという過去との2つの間には、逆相関関係があるということが判明しています。我々が扱った集団の中で、重度な暴力にかかわった人というのは、あまりたくさんいません。統合失調症の患者だけを扱った場合には、非常に深刻な指標犯罪を起こす前に、暴力を起こしたかということ、71%は以前は起こしていないという結果が出ています。指標犯罪の重度と、以前の暴力反復傾向との間には、明らかに逆の関係が存在するということが、これでお分かりになると思います。

つまり、暴力を繰り返す頻度が高いということは、むしろ重度の暴力をふるうというファクターに対しては、マイナス効果がこの中から表れているということです。それは、常識的に考えれば当然だと思います。暴力を繰り返す傾向にある者に対しては、やはり監視、保護体制というものをきちんと周りが作っていきますから、そういう意味では

重度の犯罪に陥るという確率は下がるかもしれません。

#### 【統計的評価の有効性】

ここで、やはり私たちが質問されるのは、統計学的な評価に対して、あまりにも我々は物事を知らなさすぎるという点だと思います。私の仲間の2人は、1970年からずっと発表され続けてきた、さまざまなオリジナルデータを含んだ調査件数に対しての検索をしまして、その中で地域社会における成人の暴力的な行動の予測のファクターとして、実際に実証されている、あるいは正確と見なされるものをその中から選び出したのです。この実際の期間で、全体の検索で何件そのような文献が出てきたかという、23件しかこの分野では実際の調査は行われていません。

まず、感度 sensitivity と特異度 specificity の問題というものを、我々はまず最初に理解しなければいけないと思います。感度が良いアセスメントの道具というのはどういうものかという、何かを起こすであろう原因をチェックアウトすることができるようなアセスメントの道具ということになります。ただ、そのリスクを抱えている人間を100%拾い上げろということであれば、実はかなり底辺が広がってしまうわけで、感度が高ければ高いほど、我々全員がその中にはまってしまって、それで選ばれてしまう可能性も出てくるわけです。

ということで、特異度というものを我々は、アセスメントの評価道具には求めなければいけません。特異度というのは、暴力的な傾向を示すであろう、確実に示すであろう人たちだけをどうやってピックアップしていくかということで、感度をあまり高くするよりも、むしろ特異度をその中に入れていって、2つのバランスをどうやってとるかということが問題だと思います。特異度があまり高くなると、実はひよっとしたら拾っておかなければいけない人が漏れ落ちてしまう危険性が出てきます。

この文献検索の調査に戻りますが、23のさまざまな行動を予測するための調査を検索してみて、全体的な道具、ツールの感度というのが0.52と出てきます。0.52というのは何かというと、暴力をふるう人間が10人いたら、その道具を使って5人は分かるけれど、5人はそこから漏れ落ちるということです。特異性もあまりよくはありません。特異度が0.68というのはどういうことかということ、その年において1人の人間が暴力を起こすことを予防するためには、6人の人間を拾い上げなければならないということになります。

暴力のベースレイトというのが、我々がここで想定しているのが約10%、精神障害を持っている人の中での暴力のベースレイトもおよそそのぐらいであろうということを想定して使っています。ところが、このベースレイトで暴力という範囲をもう少し特定したもののベースレイト、例えば殺人というもののベースレイトはもっと低くなるわけですから、それを使って、実際にここに当てはめた場合には、結果はさらに惨憺たるものになってきます。統計学的なアセスメントというのが、いかに限界があるものかということが、こういうものを見ると明らかです。

…………… 時間の関係で数枚のスライドを説明なしに流していきます……………

#### 【リスクのコントロール】

リスクを分析し、その重度と可能性を判定した後で、リスクを回避するために一体何をしたらいいか、という話に入っていくことになります。これも、非常に私たちにとっては限界のあるものです。まず、最初のポイント（初犯の危険性）を除去することは無理です。消滅させることはできません。

次に、リスクの回避ということでは、精神科医はあまりにしばしば、治療の必要性が無いという理由を見出してしまうように思います。例えば、本質的に暴力をふるう危険性のある患者に対して、メンタル・ヘルスサービスの提供を拒んだり、その他、すべきではないような判断をしてしまうという可能性がここから出てくる危険性があります。我々がリスクを回避しようとしたときに、臨床家として適切ではない行動をとってしまう可能性があるわけです。

次に、暴力のコストを下げるというのは一体どういうことかということですが、暴力を単一のもののみないで、逆に言えば暴力を頻度や重度に分けて見ていく場合には、コストを下げるという概念を当てはめることができます。暴

力が起こるというリスクを下げる、実際にリスクを下げることはできなくても、暴力が生む結果そのもの、あるいはその暴力の重度そのものを下げることは可能であると思われます。しかし我々の主たる目的とされるべきものは、リスクそのものをどうやって減少させるかということです。

#### 【予測可能性と予防可能性】

実際にはさまざまなリスクがあり、そこから人々を守るという意味においては、あまり突っ込んだリスク評価の道具は必要ない場合もあります。英国では、非公開の特別調査委員会が、精神障害者が犯した事件に対して開かれるという話をいたしました。それ以外にも精神障害者が殺人を犯した場合には、個別の調査委員会が開かれます。その調査は時に長期に亘り、高いコストを要し、詳細にわたるレポートが出されます。こういった調査委員会は、膨大な記録を手にすることができます。臨床の現場での患者に関する記録、警察における記録、近親者の面接等、近親者に関する記録等も手に入れて、それを検討することも可能です。

また、実際に事件が起こった後、後から振り返って物事を検証するという、そういった利点も持っています。そういった本当に膨大な資料を提供された調査委員会の報告書を見てみますと、40 のケースがありましたが、その 40 のケースの中で、実際にこの殺人が事前に予測できたかという、その可能性があったとされるのはわずか 11 件。ただし 3 分の 2 のケースにおいては、委員会は予測はできなくても、それを防止することはできたという結論を出しています。

なぜこういった結論が出されたのか。ある調査委員会が入った事件というのは、若い男性で、統合失調症を患っていました。非常に病状が悪化して、自分の病気に対して絶望感があり、母親を殺してしまったわけです。ただし、母親を殺すに至るまでに、母親に対して暴力をふるった形跡は一度もなく、また周りの人間に対して暴力をふるったという経歴もありませんでした。確かに病状が悪化するにつれて、彼のイライラ度はつものついでといったわけですが、実際にはその病状や彼の経歴を調べて、誰かを殺害してしまうであろうということは、全く予測はつかなかったであろうというのが、調査委員会の結論です。しかしながら調査委員会は、このケースをフォローしてみると、この統合失調症そのものに対して、十分な治療がなされていれば、母親を殺害するに至らなかったであろうと結論したのです。結果として調査委員会としては、殺人を予測することはできなかった。しかしながら、その殺人が起こる状況を予防するということは可能であったと結論づけています。

#### 【リスクと精神障害—関係を考える上での核心的疑問】

そこで、では精神障害とリスクということをもっともっと狭い範囲で見た場合にはどうなるでしょうか。確かに精神障害と全く関係のないリスク・ファクターというものをこの中に入れて考えるのは正当であります。臨床的には、精神障害という範囲の中でリスク・ファクターというものを見ることが大事だと思います。

精神病と暴力ということに、私の視点を定めて当ててみたいと思います。それが私の専門的に見ている分野でもあります。病気そのものが、暴力そのものを引き起こす原因になっているかどうかということを探るにあたって、我々医師として、このようなことを自問自答していかなければなりません。

例えば、発病前に暴力的な事件があったか。あるいは発病後にしか暴力はふるわなかったか。また、発病後の病気の症状の中で、暴力と結びつくような症状が特定できるか。それをもう少し狭めて、あるいはもう少し具体的に考えていって、暴力が起こるときに出ている症状はどんなものか。また、特に患者からの自己申告において、自分たちの症状の結果として、暴力的な行為が出たのだということが出てくるか。また、特定の症状というよりも、むしろいくつかの症状のコンビネーション、つまり特定の症状のコンビネーションが出たときにこそ、暴力が出てくるというような分析ができるかどうか。

#### 【臨床的領域—マネージされるべき暴力関係】

英国で行われた一連の研究、そしてその後と同じようにイスラエルで行われた研究を見てみますと、一般論として精神病の症状と暴力には、関連性があるという結論を出すことができます (Table 2)。

私の場合には、特定の行動、特定の行動が起こったその時期、その時間に、我々の焦点を当てて、それに関連した質問を行ってきました。これを詳細に、1つずつの調査を説明はできませんが、これを見てお分かりのように、さまざまな診断を対象として調査を行ってきました。

Table 2 The sample

BRIXTON STUDY 1	203 MALE PRISONERS; 90 WITH SCHIZOPHRENIA, 31 OTHER PSYCHOSES; RECORDS & INTERVIEW (R&I)
BRIXTON 2	167 MALE PRISONERS, 61 SCHIZOPHRENIA, 30 OTHER PSYCHOSES; R&I
MAUDSLEY SAMPLE	46 MEN, 37 WOMEN WITH DELUSIONS; 58 SCHIZ; INTERVIEW
HIGH SECURITY HOSPITAL 1	1454 M, 286 W; 818 SCHIZ, 105 OTHER PSYCHOSES; RECORDS
HIGH SECURITY 2	150 M, 60 W, SCHIZ; R&I

刑務所に収監されている男性の集団から、実際にその刑務所の記録とデータを手に入れて調査を行ったこともあります。また、男性と女性、双方が収容されている病院において、データおよび記録を手に入れることができた所もあります。また、ハイセキュリティの病院において、2カ所で実際に調査を行うことができました。ただ、この2カ所「ハイセキュリティ」と書いてあるのは、実は1カ所で2つのサブグループに分かれています。いちばん下のハイセキュリティのグループにおいては、入院記録、申告記録、および面接記録、両方が提供されています。

Fig.3 を見ると分かるように、実際に犯罪を起こした時期に、精神病的男性のほとんどが、症状を訴えています。左側の紫の欄は、非暴力的な犯罪に関しては、精神病を患っている者であっても、非常に論理的な動機づけを語る事ができたという欄であります。しかしながら右側の、より暴力的な犯罪に関して言えば、暴力的な犯罪の原因として、自分たちの精神病の症状を訴えるという傾向が非常によく出ています。

Fig. 3 Symptoms at time of offence Vs direct impact - a pre-trial prison sample Taylor, 1985

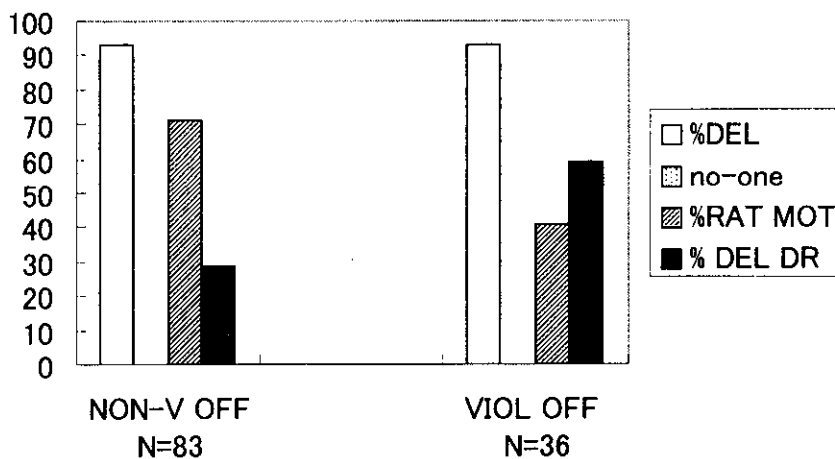
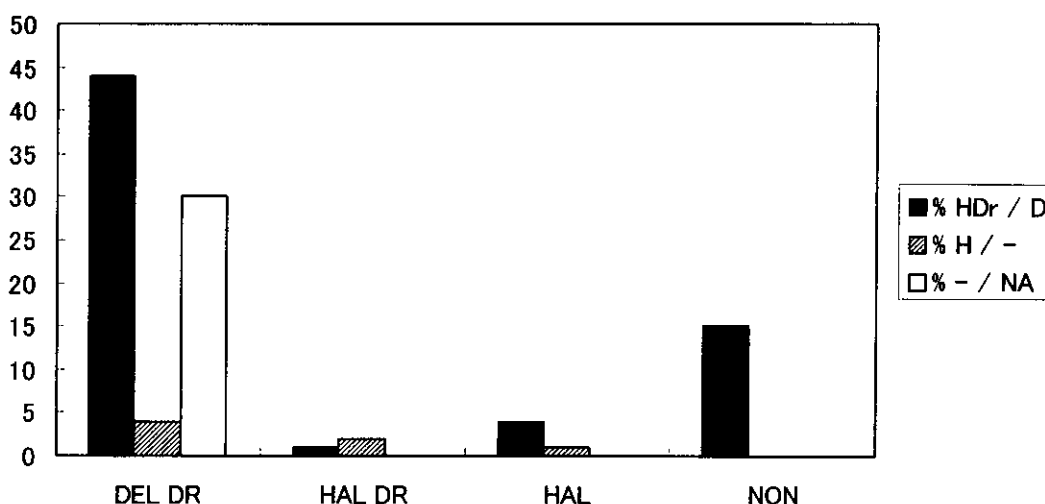


Fig.4 はハイセキュリティの入院施設ですが、入院の原因となった犯罪の生じた時期に何が起こったか、ということをおこのスライドで示しています。ここで犯罪そのものは、重度の犯罪が多いということが分かると思います。重度の犯罪に関しては、ほとんどの患者が、その犯罪を犯した時期において、妄想によって自分はそうしてしまったということをお訴えています。

Fig. 4 Interaction between delusions and hallucinations on index violence - high sec hosp. 'pure' psychosis (n=593) Taylor et al. 1998

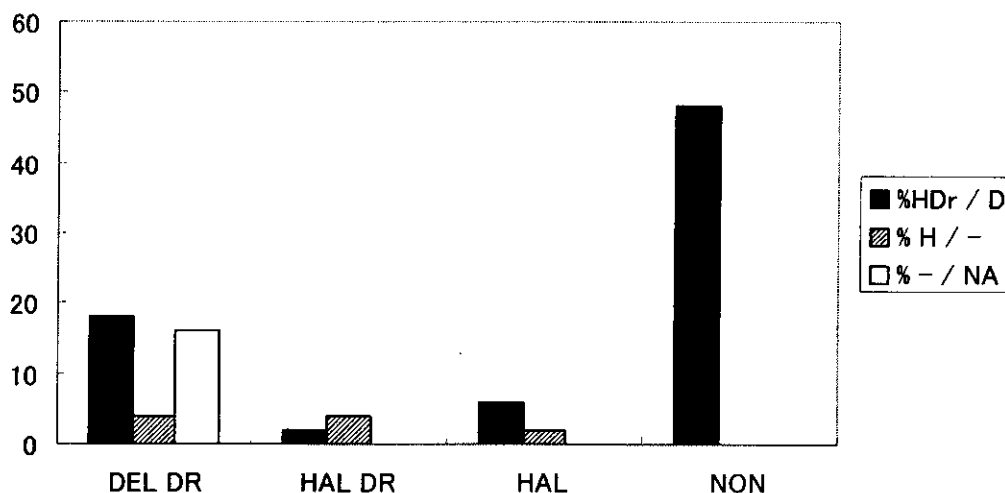


幻覚の重要性というのは、妄想と同時期に存在するときのみ重要性を帯びるというような結果が出ています。幻覚そのものを単独で考えると、暴力に関連しての重要性というのは、あまり見出すことはできません。

症状と暴力的な行動との結びつきが出来なかったグループというのが、小さなグループですがあります。患者もそれが出来なかったし、臨床スタッフの側もそれを結びつけることが出来なかった。このグループに関しては、発病前に顕著な出来事のある児童期を過ごしたという形跡がないものです。

Fig.5 は、発病前に行為障害等、児童期において非常に深刻な問題を抱えていたという経歴のある人です。人格障害そのものが問題になっているこの群においては、精神病の症状そのものの重要性は逆に減少しています。

Fig. 5 Interaction between delusions and hallucinations among high secure offender patients with psychosis and pd (n=235)





ということで、精神病を患っている群も、それを2つに分ける必要があるということです。つまり、発病前には顕著な症状や、行動が目立っていないという群と、行為障害や人格障害というインディケーターがすでに現れているという群です。

#### 【暴力と関連する症状】

次に、精神病と暴力を、どのような関連づけで考えるかということですが、確かに妄想が明らかな重要性を持っているところから、暴力と関連の深い妄想を特定する必要があるかという問題が出てきます。我々が使ったスケールは、9つのアイテムがあります。

**Table 3** は一般の精神病院のサンプルですが、60%ぐらいの患者が自分の信念に基づいて何らかのアクションを起こしています（ただし、ここでアクションとは、明瞭で断定的なもののみを指しています。彼らは、他の患者達以上に、自分の信念を支持する情報を求め、それを見付けたと思いがちです。これには非常にネガティブな、その場から引き上げるようなアクションを起こしたのも含まれています。テレビから変な声が聞こえてくるということであれば、テレビから自分の身を引いてしまうというようなことです。

ここでアクターとノーアクターとは、行動を起こした者と行動を起こしていない者を指し、アクターというのは暴力を実際にアクションとして起こした者、これは自分に対する暴力と他者に対する暴力が含まれています。ノーアクターというのは、それ以外の者すべてです。自分あるいは他者に対して、暴力的な行動を起こすということが、どういったアイテムに基づいているかということが、ここに列挙されています。まず1つは、暴力的な行動を起こした者の中には、自分たちの思い込みを実証しようとして、実際にその証拠を探そうとして行動する。また、それを見つけたと思ひ込む。それが露呈したと思ひ込み、かつ、発生した事実、自分が実証したと思われる事実に対して、感情的な反応を起こす、特に恐怖反応を起こす。

我々が彼らの思い込みに対して、対立するような考え、そうではないと、それを否定するような考えを出した場合には、自分の思い込みをさらに変えていって、その対立を解消するような行動を見せていきます。特にこの最後の点に関してお考えいただきたいのは、ある思い込みを患者が持った場合、その思い込みが事実ではないと否定する人間は、ほとんどの場合近親者、あるいは周りにいる家族やその他の友人たちだと思います。さらに詳しく説明するには時間がないのですが、次にご覧いただきたいのは、非常に重大な暴力をふるってしまった患者群がどこかということ、実際には家族とともにとどまった群の中に多いということです。専門家との接触のみという場合には、実はあまり重篤にはなっていない。それにつながるもう1つの考えは、被害者の身近にいる者がより重度な暴力の被害者になることで、家族あるいは知人というものが、ここに浮かんできます。

#### 【暴力と関連する症状—直接リスクの原因となるか？】

基本的に直接リスクの原因となり得る症状は一体何であろうか、暴力のリスクの源は何であろうかということで、まず2つのポイントを挙げてみたいと思います。米国の言葉を使えば、**Threat, Control, Override** というもの。英国の用語を使うと **Passivity, Influence, Religion** という、この3つのものが持ち上がってきます。つまり、自分が脅迫されている、自分が管理されている、自分が恐ろしい思いをしているといった、そういう思い込みです。

スライドを見てお分かりのように、妄想そのものがどのようにここで関係してくるかということが、ここに出ています。

### **SYMPTOMS CORRELATING WITH VIOLENCE - SOURCE OF DIRECT RISK**

- **THREAT/CONTROL-OVERRIDE - US/ISRAEL**
- **PASSIVITY, INFLUENCE, RELIGION -UK**
- **ACCORDING TO THE 'MADS', DELUSIONS WHICH LEAD TO ACTION ASSOCIATED WITH :**  
**EVIDENCE SEEKING BEHAVIOUR**  
**FINDING 'EVIDENCE' FOR DELUSION**  
**FRIGHTENED BY IT**  
**PREPARED TO MODIFY IT**
- **COULD THIS BE PARTLY WHY THERE IS SUCH A HIGH RISK OF VIOLENCE TO INTIMATES?**

そこで、暴力のリスクに対して、臨床的なアセスメントをするにあたって、何をすべきかということですが、まず統計的なデータを捨てる必要はありません。その中で必要なものだけ、必要に応じて我々は参照すればいいわけです。統計的なデータに何を加えなければならないかという、個人の行動のパターンに関するデータを探さなければならなりません。それによって、1つ1つの好ましくない行動の分類に対して、より深い意義を我々は持たせることができます。

### **DRAWING TOGETHER A MODEL FOR ACTION: CLINICAL ASSESSMENT AND MANAGEMENT OF RISK OF VIOLENCE**

- **FEEDS ON ACTUARIAL DATA**
- **ADDS DATA ON INDIVIDUAL PATTERNS AND MEANING, TO EACH CLASS UNDESIRABLE ACT**
- **COUPLES MANAGEMENT WITH ASSESSMENT**
  - **TO AVOID RISK**
  - **TO ACCEPT & ELIMINATE/REDUCE RISK**
- **BARS TO ASSESSING CLINICAL STRATEGY**  
**IMPACT- LOW BASE RATE OF TARGET**
  - **SOUND MANAGEMENT REDUCES CHANCE OF CONFIRMING PREDICTIONS**
- **INDICATORS OF SUCCESS**

アセスメントを行ったら、必ずマネジメントをする。それを臨床の実践の中に必ず戻していく。それによって、リスクを回避するための行動を起こすわけですが、それよりもっと必要なのは、リスクを減少させるために何をしたらいいか、ということを考えることです。最初に申し上げましたが、それをやったとして、我々は成功しているか否かということの最終的な評価は、かなり困難な問題であります。

精神療法家 James Gilligan は、個人を見ていくことがいかに大切かということを繰り返し述べています。

### **VIOLENCE Our Deadly Epidemic and its Causes. GILLIGAN, 1992**

**BUT EVEN THE MOST APPARENTLY "INSANE" VIOLENCE HAS A RATIONAL MEANING TO THE PERSON WHO COMMITS IT.....**

**AND EVEN THE MOST APPARENTLY RATIONAL, SELF-INTERESTED, SELFISH OR "EVIL"**

**VIOLENCE IS CAUSED BY MOTIVES THAT ARE UTTERLY IRRATIONAL AND ULTIMATELY SELF-DESTRUCTIVE....**

**VIOLENT BEHAVIOUR, WHETHER IT IS "BAD" OR "MAD", IS PSYCHOLOGICALLY MEANINGFUL**

彼の言葉を引用すると、我々が見て、どうにも理解できない、本当に不可解な暴力であっても、それを実際に行った加害者にとっては、極めて論理的な意味を持っているのである。そして、我々が見ると非常に利己的であり、かつ論理的であり、我々が邪悪であると評価する暴力であっても、その裏には、実のところ全く非論理的な、そして自己破滅的な理由がある場合がある。

暴力的な行動というのは、badであろうと madであろうと、つまり悪いものでであろうと、あるいは気が触れたものでであろうと、心理学的には意味が深いものである。我々の仕事は、その意味を理解することであり、そしてその理解に則して患者が自らの反応の意味を知り、それをより破壊的ではなく、より適応的なものへと変えて行くのを助けることが、私たちの究極の使命である。

ご静聴ありがとうございました。ここで何かご質問があればお受けしたいと思います。

**【質疑】**

○座長 どうもありがとうございました。ご質問、あるいはディスカッションをどうぞ。

○山上 実際に臨床の場での退院のときの判断、あるいはリスクの評価、あるいは再入院の必要性に関するリスクの評価で、おそらく判断が非常に難しい、いずれにするかと迷うケースがあると思うのですが、そういうときに、最終的にそういうケースで重視する問題点を、どのような点に置いていますでしょうか。

○パメラ まずいちばん重要なことは、個々の患者に対してのアセスメントを、やはり個人個人に当てはまるようなものを作ることが必要です。特に重度の犯罪を犯した患者に対しては、まずその犯罪を犯すに至ったあらゆる要因、すべての要因が理解できているかどうかということを確認する必要があると思います。

特に、こういったことをやるにあたっては、さまざまなスタンダードな測定の道具、あるいは評価の道具を使わなければならないわけですが、アセスメントにおいては、多分、人によって変数を使わなければならないし、それ以外の評価の道具、また家族や近親者に対する面接等もやっていく必要があると思います。また、できればある一定期間、サイコダイナミックなアセスメントというものも必要になってくるかもしれません。

そして、退院を許可するにあたって、いちばん重要視しなければならないのは、犯罪を犯したときと今の個人との変化が見られるか、特に先ほど申し上げた犯罪を起こすまでに出会ったさまざまな要因を我々が理解する必要があると申しましたが、その要因1つ1つにおいて変化が見られたかどうか、ということについての評価が必要かと思えます。

特に、精神科の、患っている病気の症状に関して言えば、病気の症状が改善されたかどうかというのは簡単にアセスメントできると思いますが、それ以外に、いちばん重要とされるのは、自分の病気がいかに深刻で、かつ危険になり得るかということを患者自身が理解している、ということが実証されることが重要だと思えます。それと同時に、それゆえに退院してからも、治療に対して自分をきちんとコントロールしてくれるというような実証を、どうやって求めるかということがポイントになると思います。

再入院に関してのアセスメントですが、確かに症状が悪化してしまいましたら、それは明らかに再入院するということとなりますが、そういう症状以外のアセスメントのファクターがあるかということ、我々が特定の患者に対して、危険と思われる道程、つまりプロセスというものを識別していれば、そのプロセスが始まっているかどうかということをも多分、見ることができます。それは、特定の例でお話をしたほうがよく分かると思います。

家主を殺してしまったという男性の例ですが、診断に関して若干の議論はありましたが、おそらくこの男性は、躁うつ病であり、かつアルコール症者でした。ソーシャルワーカーたちの助けを借りて、家主を殺すに至った経緯をかなり正確に、かつ出来事を把握していくことができました。まず最初に、非常にうつが襲ってきても、それを他人に話せない、自分がうつになってきたということを話せない状況が出てきました。他人に話せないために、お酒を飲んで解消するという行為を続けました。

それが、この男性の所に訪問をしているさまざまな専門家たちには分からない。アルコールを隠し飲んでいただけです。生活するお金がなくなっていく。お金がなくなると、お金をどうやって作ろうかと、いろいろと盗みを働いたり、金策に走るわけです。例えば、自分の所の電気やガスのメーターをいじって、料金をごまかしたりとか、そういうことまでやるようになる。

そこで我々としては、アルコール摂取がだんだんと上がってきているという証拠と、彼が金策を一生懸命になってやり始めるのは、一体どういう行動に現れるかということを追うことになりました。彼に対しても、アルコールとお金を人から取ろうという、その2つに関して自分で気をつけなさいということをお話することができました。ある程度の信頼関係ができていないとこれは出来ないのですが、信頼関係ができて、私たちがそういったことを観察、監視することを彼は受け入れてくれていて、実際に他人のお金を盗み始めるという傾向が出たときに、再入院を促し、病院に入れました。

我々は、そういった入院の状況、退院後の状況、両方ともをフォローすることによって、彼の状況を把握し、危険な場合には入院をさせるということを繰り返すことができ、暴力はそれ以降は起こしていません。これでお答えになりましたでしょうか。

○織田（下総療養所） 人格障害と暴力というのは、これも非常に重要な問題だと思うのですが、実際に私たちの病院には、人格障害の方で、暴力事件を起こして入院してくる方が結構いらっしゃいます。実際問題として、分裂病などと違って、どういった評価で、どういう時期に退院させるかというのは、非常に迷うケースが多いわけで、その辺について先生のお考え、あるいはその治療について、お聞かせいただくとありがたいと思います。

○パメラ 私自身は、先ほどお話ししたように、精神病と暴力の関係を探ることが専門なのですが、実は私は、仕事の経験ゆえに、最近は人格障害の方が非常に多く収容されている所に配置されており、臨床的にはかなりたくさんさんの経験を持っています。

特に、人格障害の患者に関しては、ほかのいかなる患者以上に、チームワークが大切になります。まず1つは、さまざまな専門分野の範囲をすべて持ち込んでチームを作るということです。チームワークの重要性というのは、違った専門知識や、専門分野を持っている人たちがチームを組めば、さまざまな視点がそこにある。たくさんさんの視点から目が向いているということは、監視されている人間が、だますことがより難しくなってきます。周囲の人間にとって危険な人格障害の患者を扱うということが、医師自身にとっても非常に大きな、心理的かもしれませんがダメージを与える場合もあります。自分がかかなり臨床家としての経験があったとしても、そういったダメージを受ける可能性はあるわけで、自分以外の専門分野の人々が、周りにサポートシステムとしてあるということは、非常に重要な体制になってきます。

アプローチとしては、先ほどお話をしたこととほとんど同じで、まずアセスメントのアプローチとして、最初に正式に、すでに標準化されている人格障害のアセスメントの道具を使います。それに加えて、よりジェネラルな、チームとしてのアセスメントをやらなければなりません。

## 2. 英国における司法精神医学のトレーニング

(司法精神医学ワークショップ 講演第2部)

パメラ J. テーラー

ロンドン大学精神医学研究所 教授

まず、英国での医学教育がどのようになっているかということ、最初にお話しておく必要があると思います。

医学生は、最初の5、6年は医学のベースを学ぶ期間であって、その中では医学の基本プラス、さまざまな専門分野を垣間みるチャンスが与えられます。

その教育は基本的には臨床重視の教育なのですが、それが終わったあとで、十分に学習をしたという試験結果を出すことができれば、その次に1年間、まだ専門家としての免許は得ていないのですが、実際に現場で診療をする猶予期間というのが与えられます。その1年間というのは、基本的には医師としての試験採用期間と考えられていて、正式な教育を受けるというよりも、むしろ臨床の現場で動かなければなりません。その中で6カ月は内科、6カ月は外科という形でトレーニングを受けます。

その1年間の試験採用期間が終わると、医師として正式な認可を受ける、レジスタード・ドクターになるわけですが、そのあとで一般専門医教育というのが待ち受けています。ここで自分の専門分野を決めます。内科に行く、外科に行く、精神科に行くなどを決めるのがこの時期です。

この一般的な専門家訓練が3年から4年かかります。その3年から4年かけた後に自分の専門分野の認定試験を受けなければなりません。例えば精神科であれば精神科の認定試験を受けるわけです。それに合格した暁には、王立精神医学会の正式なメンバーになることができるわけです。

その時点でまだエネルギーが残っていたら、本当の専門家としての訓練を始めます。そのスペシャリスト・トレーニングというのはさらに3年から4年かかります。

その後は専門家としての生涯教育をしなければならないという義務を課せられるわけで、自分は専門家としての生涯教育を実際に継続して行っているということも、綿密に記録をし公表しなければならないのが、英国のシステムです。司法精神医学に入る場合には、この分野というのは実際には、自分が医学生として大学に入った時点で、そういった専門分野が選択可能であるということはわかるわけです。それ以降専門家の訓練の中に、徐々により大きな比重を占めるようになってきました。私の今日の話は、特にスペシャリストとしてのトレーニングに焦点を当てます。

英国で認められている精神医学の専門医制にはこれだけのアイテムがあります。

### RECORDED SPECIALTIES IN PSYCHIATRY

- GENERAL ADULT PSYCHIATRY
- OLD AGE PSYCHIATRY
- CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY
- PSYCHIATRY OF LEARNING DISABILITY
- FORENSIC PSYCHIATRY
- PSYCHOTHERAPY
- DUAL SPECIALTY RECOGNITION

司法精神医学はその1つです。まず、臨床家としてのトレーニングをより高度に仕上げていくために必要とされるのは何かというと、その専門分野において独立した臨床を行うことができるだけの能力をつけさせるというのが最終的な合意であって、すべての専門のトレーニングをする者には次のようなことが科せられています。その高度の訓練を受けるにあたっての個々の目標はここに書いてあります。

## PRINCIPAL AIMS IN HIGHER CLINICAL TRAINING

- TO MAKE THE PERSON FIT FOR PROFICIENT INDEPENDENT PRACTICE IN THE SPECIALTY
- FOR ALL HIGHER TRAINEES:
  - PROFESSIONAL ATTRIBUTES
  - DEPTH OF CLINICAL TRAINING
  - SKILL IN MULTI-DISCIPLINARY TEAM
  - TEACHING
  - RESEARCH AND AUDIT
  - SERVICE MANAGEMENT

そのリストの中で1つ1つ内訳を見ると、例えば、専門家としてどのような心構えが必要か。心構えの分野は日本と全く変わりません。患者に対して誠実に、かつ、礼儀正しい診療ができなければならない。必要なところで他の者の意見を聞き入れ、あるいは求め、あるいは、必要に応じての継続的な教育を己になす能力を持っていなければならない云々という常識的なものです。

## CORE GOALS: KNOWLEDGE AND SKILLS

- PSYCHOPATHOLOGY
- CURRENT UNDERSTANDING OF THEORETICAL BACKGROUND OF COMMON DISORDERS,AND-
- METHODS IN THEIR MANAGEMENT AND TREATMENT
- LEAGAL AND ETHICAL FRAMEWORK OF PRACTICE
- IMPACT OF CULTURAL AND FAMILLY ISSUES
- KNOWLEDGE OF RANGE OF POTENSIAL SERVICES
- COMPETENCE IN ASSESSING, MANAGING AND TREATING PATIENTS ACCORDING TO THIS KNOWLEDGE
- ABILITY TO WRITE REPORTS(COURT & OTHERS)
- ABILITY TO MAINTAIN RELATIONSHIPS WITH ALL
- COMPETENCE IN INFORMATION TECHNOLOGY

必要な知識と技術を身につける。必要なものというのは皆さんたぶん同じだと思いますが、言うまでもなく、非常に深い精神病理学の理解を持っていなければならない。一般的な障害とその治療法に関しては、現代までに言われていること、いちばん最新の情報を持っていなければならない。これも別に精神医学に限ったことではないのですが、臨床の現場において、法的及び倫理的な義務とその枠組を理解していなければならない。

文化的及び家族の問題に対する理解と知識がなければならない。特に英国においてはすでに多文化国家になっていますので、違う文化を理解するという知識は非常に必要です。当然、我々の知識を実際に現実社会で応用するためには、我々が扱う患者さんに対してどのようなサービスが提供されているかという、その体系も知らなければなりません。もちろん、コミュニケーションというのも非常に重要な技術の1つです。これは口頭でのコミュニケーションのみならず、レポート、報告書の作成というのも重要視されます。指導に関してもやはり基本的な知識と技術がなければならない。これは皆さんも同じことだと思います。

研究及び監査。これに関しても皆さんが基本的にご存じのことと全く同じだと思います。もちろん、研究に入るということは全員に言えることではありませんが、研究に入って基本的な知識がなぜ必要かということ、基本的なプロジェクトデザインを作る能力を持っていなければ、文献検索をして、それを批判的な目を持って把握する、あるいは評価するということができなくなります。研究の次のオーディット。これは監査というもので、これに関してはより現

実的なもの、我々が実際に医者として活動している、その基本的な活動そのものを監査して、自分がちゃんとした行動をとっているかどうかということ、より具体的に見るということです。例えば隔離という対策がどのくらいの頻度で、どのくらいの状況の中で入院患者に対して当てはめられているかということ、常にレビューをするといったことです。あるいは実際に提供されている治療の中で、実際に患者に使われているものは一体何パーセントぐらいか、使われていない場合には、それはなぜかということもそれに加えて検討していかなければなりません。

マネージメント。ファイルの管理技術に関しても、私たちは多少の知識を持っていないければなりません。特に司法精神医学をやっている者としては、これは新しい分野で、新しいサービスが提供されることがしばしばあります。そのサービスを提供するという点についてのインプットを求められるので、マネージメントに関する技術や知識が必要になってきます。

## THE TASKS OF FORENSIC PSYCHIATRY

- ASSESSMENT AND-
- MANAGEMENT AND-
- TREATMENT OF MENTALLY DISORDERD OFFENDERS IN THE COMMUNITY, IN HOSPITALS AND IN PRISONS
- ASSESSMENT AND TREATMENT OF VICTIMS OF CRIME OR VIOLENCE
- GIVING ADVICE AND / OR SUPPORT TO OTHERS INCLUDING OTHER CLINICIANS, LAWYERS, POLICE, SOCIAL WORKERS/PROBATION OFFICERS
- PROVISION OF FORMAL EXPERT EVIDENCE AND REPORTS

司法精神医学の分野においては何をしなければいけないか。この新しい分野では、我々に課せられた義務の一覧表を見るところからはじめなければなりません。これは基本的にはさまざまな環境やさまざまな施設において触法精神障害者のアセスメント、マネージメント、そして治療に携わります。犯罪や暴力の被害者のアセスメント及び治療に対する知識も持っていません。なぜなら、それは被害者に対する救済措置として重要であるのみならず、我々が扱っている触法精神障害者の多くが、自分たちがもともとそういった被害者であったという経歴を持っているからです。

連れて来られた患者全員を自分たちの分野として受け入れるわけではありませんが、自分たちの専門的な知識をアドバイスして、他の分野の人間に求められ提供することはしばしばあります。我々は当然同業者、他の医者、他の臨床家に対してサポートやアドバイスをすることもありますが、しばしば医者ではない人間に対して、アドバイスを提供しなければならないことがあります。そういった場合、やはり、医者ではない人間にわかりやすい言葉でのコミュニケーションを心掛けなければならないと同時に、守秘義務という観点から、例えば警察に証言を求められる云々の場合に、どのようなアドバイスやどのような情報を提供できるかということ、常に考えていかなければなりません。

また、専門家としての証拠の提出というところで、我々は文章による提出及び口頭での証言をしばしば求められます。そういうことで我々は、犯罪学に対しても知識を持っていないければなりません。関連法令に関する知識も必要です。当然、精神保健法に関する知識は必要ですが、それのみならず、やはり刑法、民法に対する知識も求められます。行動上のアブノーマリティを評価することができなければならないのですが、それと同時に、精神病理学的な影響がどのように行動に映し出されるかということも、知らなければなりません。リスクの評価に関しては先ほどずいぶんお話をしました。

特に裁判所に対して報告するにあたっては、医学的な言葉の使い方と法的な言葉の使い方にはかなり落差があるわけですから、そういったコミュニケーション、あるいは文章能力というものが必要になってきます。法律家の哲学と臨床家の哲学というのは非常に違います。法律家の哲学というのはいわゆる二者択一の哲学。イエスかノーか。それに対して医者の場合には、確率というのを哲学のベースに持っています。私たちがこの違いが哲学にたくさんあ

るということを理解していないと、コミュニケーションがうまくいきません。

心理療法及び薬物療法、双方に関する知識も深くなければなりません。それから慢性の状況に対してはかなり長期戦の構えで、長期治療を施す準備がなければなりません。治療の一環として、あるいは治療の道具の1つとして保安という概念、セキュリティという概念そのものも、使わなければならないということも理解していなければなりません。そのためにはさまざまな環境の中での臨床検査を重ねる必要があります。ハイセキュリティ及びミディアム・セキュリティ、及び地域社会に根付いたローセキュリティの施設を見る必要があります。それから刑務所、裁判所、その他関連したサービス、さまざまなものを見ていかなければなりません。

トレーニングにおいて一定の水準を守っていかなければなりません。自分たちに目標を課して、常にその評価をすることを忘れてはなりません。それと同時に同業者や、我々が指導をする学生たちからの評価を受ける必要があります。研修生に関しては毎年、研修生の目にも入るような明確な形での、報告や評価がなされる必要があります。研修プログラムに関しても、最低5年間隔でレビューをする必要があります。

計画的な専門家としての継続教育努力に関しても、これは同業者間での評価をするという形になってはいますが、ただいま現在は同業者間、ピアレビューではなくて、部外者による継続教育の評価も取り入れるようになってきています。

臨床そのものが我々の仕事のいわば軸になりますが、その基本的な目標は、触法精神障害者に対して必要なサービスを提供し援助を提供すると同時に、実際の被害者や潜在的な被害者に対して、いかにセーフガードを設けるかということを考えることです。だからあらゆる議論やあらゆる知識というのは、臨床の場に当てはめて実行されなければなりません。

私たちはリスクに関してずいぶん話をしてきましたが、特に臨床的な判断というのは、主観的になってしまうというリスクを常に抱えています。だから、経験を重ねた臨床医であってもチームワークと、同業者によるレビューというのは常に重要視しなければなりません。

## CLINICAL PRACTICE FOCUS IS THE KEY

- THE ULTIMATE AIM OF FORENSIC PSYCHIATRY IS TO DELIVER SERVICES TO ASSIST OFFENDER-PATIENTS & SAFEGUARD ACTUAL & POTENTIAL VICTIMS, SO –
- ALL THEORY AND KNOWLEDGE MUST BE RELATED TO THE CLINICAL SITUATION.
- MOST KNOWLEDGE IS FOUNDED ON GROUP DATA, BUT ASSESSMENT/ TREATMENT IS OF THE INDIVIDUAL
- HOWEVER, CLINICAL JUDGEMENT IS ALWAYS AT RISK OF BEING SUBJECTIVE, SO TEAM WORK AND PEER REVIEW ALWAYS REMAINS IMPORTANT
- WORK WITH PEOPLE WHO MAY PROJECT THEIR TRAUMA & RAGE CAN AFFECT CLINICAL JUDGEMENT & PRACTICE, SO EVEN SENIOR STAFF NEED ACCESS TO SUPPORT & SUPERVISION OF THEIR WORK

我々が扱っている患者は非常に大きなトラウマ、怒りなどを抱えており、それを我々に投影することがしばしばあるので、私たち自身が、自分の仕事を実行していくに当たっては、やはり自分たちに対するサポートシステムというのもしっかりしておかなければなりません。我々はそういった他者のサポートが必要だというニーズ、自分の欲求をまず受け入れるところから始めることが、特に司法医学の分野にはそれが重要です。もう1つ司法医学分野特有の問題は、我々が日常的に仕事をしなければいけない施設のセッティングそのものに市中病院があり、それを我々が理解するということです。特に臨床家ではない専門家とのインターフェイス、接触において気をつけなければいけないことがしばしばあります。私たちの専門分野というのは、精神障害あるいは精神病と能力との関連づけであって、一般



的な暴力についての専門家だというような発言をしたり、あるいは、そういうような思い込みを持ってしまうという危険性が、常に我々の場合にはあるということを忘れないでください。

まだまだ言いたいことはたくさんありますが、ちょうど時間となりましたので、この辺で終了させていただきます。

司会 座長の松下先生、ありがとうございました。これで本日の当会場におけるワークショップを終了いたします。

## 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、3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、最終回の研究会には、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を添える。

#### 研究協力者

- 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 （警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）

# ドイツにおける社会治療制度

Dr. Rudolf Egg 講演

2003年3月1日 福岡にて

## 目次

- 1 ドイツにおける社会治療制度の展開
  - 1.1 処分執行による解決の挫折
  - 1.2 社会治療の再出発？
- 2 ドイツにおける社会治療制度の最新の状況について：刑事政策センター(KrimZ)による施行日における調査
- 3 社会治療における治療のコンセプト
- 4 社会治療の評価
- 5 個々の連邦州における社会治療制度
  - 5.1 バーデン=ヴルテンブルグ州(Baden-Württemberg)における社会治療
  - 5.2 バイエルン州(Bayern)における社会治療
  - 5.3 ニーダーザクセン州(Niedersachsen)における社会治療
  - 5.4 ノルトライン=ヴェストファーレン州(Nordrhein-Westfalen)における社会治療
  - 5.5 他の連邦州における社会治療制度
  - 5.6 終わりに

## 文献一覧

## 図表一覧

平成 15 年 3 月 1 日、福岡県立医療センター大宰府病院において、コロキウムを開催した。

その際に、ドイツより、ネドピル教授(ミュンヘン大学教授、司法精神医学)とエッグ教授(エルランゲン・ニュルンベルグ大学教授、犯罪学)を招き、講演をしていただいた。

エッグ教授の講演は、「ドイツにおける社会治療施設における処遇の実態と課題」と題するもので、ネドピル教授の講演は、「ドイツにおける司法精神医学教育の現状と課題」と題するものであった。

以下に、まず、その際のエッグ教授による講演の概要を紹介させていただく。

また、ネドピル教授の講演内容については、2002 年に出版した著書\*において、制度の概要等その背景をも含めて概説したので、その概要をここに紹介させていただく。

---

\*加藤久雄 『人格障害犯罪者と社会治療』(成文堂・2003 年・213 頁以下に収載)

## 1 ドイツにおける社会治療制度の発展

社会治療施設の歴史は、1966年に遡る。その時期において、いわゆる対案グループの専門家達(14人のドイツ人とスイス人の刑事法学者)は、彼らの「刑法対案」の中で、「社会治療施設への収容」(改正刑法対案69条)という考えを打ち出した<sup>1</sup>。この提案の主眼というのは、高い再犯の危険性のある犯罪者について、行刑上の特別な施設制度により社会復帰させることであった。この提案は、最終的に、ドイツ連邦議会における全ての党派の合意により、1969年7月に可決され、刑法65条として採り入れられることになった。この新しい改善・保安処分は、その施行期日として、当初、1973年10月1日が予定されていたが、後に、1978年1月1日に延期され、そして、再度、1985年1月1日に延期されることになった。

この「社会治療施設への収容」は、精神病院収容処分(刑法63条)及び禁絶施設収容処分(刑法64条)と並んで、第3の治療処分執行の形態として運用されなければならないとされていたものであり、特に、外国の幾つかの施設として、1935年の段階で既に開設されていたデンマークのヘルシュテッドヴェスター収容所やオランダ・ユトレヒトにあるファン＝デル＝フーベン・クリニックをモデルとしていた<sup>2</sup>。

その後において、幾つかの連邦州で、様々なモデルを試験運用するための施設が開設されることになったが、そこにおける収容者の取り扱いは、裁判官の命令によるものではなく、収容者の同意の届出があった場合又は行刑職員が勧告することによって実施されるものだった<sup>3</sup>。

### 1.1 「処分による解決」という方式の挫折

しかしながら、当初においてから、このような犯罪者を治療するという考え方に対する批判、とりわけ、保守的な刑事政策的見解(例えば「犯罪者は罰せられなければならない者であって、治療を受ける者ではないのではないか」というのは存在した。更に、70年代に入ると、刑事政策的に、そういった考え方に抵抗する社会批判的な類似の観点からの異論(例えば「犯罪とは、社会の問題であり、個人の問題ではない」というのが、次第に強調されるようになってきた<sup>4</sup>。

基本的に、このような右派的な政治的見解によって、しばしば誘導されることになった論議は、後に、アメリカの取り組みにおいて「上手くいかない! (Nothing works!)」という支配的なスローガンにより、結論付けられるに至ってしまった。とりわけ、リプトン＝マーティンソン＝ウィルクス(Lipton, Martinson & Wilks : 1975)の参考文献において、そのようなことが散見されるけれども、これは、一面的で、短絡的な見方に過ぎない。というのも、これらの研究自体は、挫折の要因となった治療的な糸口の全てに関し、総じて説明し尽くしうるものではなく、その根拠付けにおいて、行刑における治療結果に関して全く特異な部分を描写しているに過ぎないからである。

しかしながら、ドイツの社会治療の更なる発展において、経済的な理由というのは、決定的に重要であった。60年代においては、明らかな経済的好況であったのに対して、70年代、80年代は、大きな景気の後退が示されるに至った。そのために、連邦州の財政資金も次第に不足するようになり、新しい社会治療施設(例えば、バイエルンやバーデン＝ヴルテンベルクにおいて)増設のために、既に詳細

<sup>1</sup> Baumann et al. (1966, S. 126 ff.)を参照。

<sup>2</sup> 個別の施設に関しては、Egg (1984, S. 5 - 22)を参照。

<sup>3</sup> それに関しては、Bundeszusammenschluss für Straffälligenhilfeにおける解説(1973, 1977, 1981); 要約と参考文献として、Egg (1984, S. 75-95)を参照。

<sup>4</sup> 議論の検証に関しては、要約として、Egg (1984 S. 49 ff.)を参照。