

- ① 症例は **couple therapy** のセッションが望ましい。両個人と治療者の合同セッションを可能にする。パートナーが彼らの関係でどれほど表現できるかを知ることは大切である。
- ② 症例がパートナーと過ごす時を監視することが大切で、その監視をどう行うかが大切である。
- ③ 退院後に高い期待を寄せている。例えばフルタイムでの仕事である。自己評価や動機付けを維持するにはプラスに作用する。しかし就労にはサポートが必要で、期待よりは低いレベルのものになる。この状況下で自己評価や動機付けを維持する援助がいる。
- ④ 違法薬物の使用は地域でも断薬を維持するように援助と監視が必要である。症例は物質乱用の問題はなく、入院中に使用もなかった。低い監視レベルで十分である。

Long term

- ① 間関係が変化すれば、再発や暴力のリスクは再評価されるべきである。
- ② 症例は非常に乏しい情緒的な対応能力しか持たない。過去の間関係の破綻に対する反応は他のパートナーを見つけるか仕事を懸命にするか、違法薬物をする事だった。人間関係の破綻の時に、症例がどう対応するか監視する必要がある。過去の症例の対応戦略は適当でないか利用できない。さらなるサポートが必要である。
- ③ 症例はアフタケアや観察に対しては陰性の態度を表現している。長期間、接触するレベルの関係を作ることが大切である。

5) 検討事項

リスクアセスメントでは、変化しない要素と、治療や成長により変化する要素をいかに関係づけて評価するかが問題である。その目的で Monahan らが ICT を開発しているし、人格要因からの評価としては Hare の PCL-R があり、その流れに HCR-20 も存在する。HCR-20 は保険統計的な処理より、決められた角度から評価を積み重ねリスクを評価し、リスクマネージメントまでの道筋を計画として作成する。いわゆる臨床的なリスクアセスメントに近く、採用はしやすい。ただし、いずれにしても再犯率はそう高くない (base rate 20% 前後) 危険予測となれば、再犯にいたる暴力と言うよりも、広く暴力を行う可能性となり対象が広がる。臨床的には有用な危機管理体制である。HCR-20 は主に心理療法士 (評価と治療を担当する) によるリスクアセスメントである。看護や作業療法の治療場面、地域でのサポートを担当する SW (特に ASW) など、様々な場面でリスクアセスメントが行われている。全てが、方法論を一つにするわけではないが、その集大成がそのチームのリスクアセスメントとして、ある客観性を有するようになる。

触法精神障害者の治療プログラムに関する研究

分担研究報告書

分担研究者 武井 満
群馬県立精神医療センター

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）

分担研究報告書

触法精神障害者の治療プログラムに関する研究

分担研究者 武井 満

群馬県立精神医療センター 院長

研究要旨

「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（案）」が政府によって検討されているに当たり、指定入院医療機関において行われる治療内容に関するプログラムの作成を目的として本研究を行った。研究方法としては、触法精神障害者を取り巻く概略と現状をまず明らかにするために、触法精神障害者に対する処遇システムと治療内容に関して、英国、フランス、カナダの諸外国と我が国のそれとを比較検討した。その結果、我が国の触法精神障害者処遇システムの欠陥と司法精神医療の不備が明らかになった。そこで研究初年度として、これらの成果と現状認識を踏まえ、次年度以降の本格的な治療プログラムの作成に向けた基本的問題点の整理とあるべき方向付けを行った。

研究班員（50音順）

五十嵐禎人 東京都精神医学総合研究所
梅津寛 東京都立松沢病院
来住由樹 岡山県立岡山病院
黒田治 八王子医療刑務所
佐藤浩司 群馬県立精神医療センター
島田達洋 栃木県立岡本台病院
八田耕太郎 北里大学東病院
藤川尚宏 福岡県立太宰府病院
吉川和男 国立精神神経センター・
武蔵病院

研究協力員

阿部恵一郎 千葉刑務所
安藤久美子 関東医療少年院
太田順一郎 岡山大学医学部付属病院
樽矢敏広 群馬県立精神医療センター

A. 研究目的

現在政府は「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（案）（以下、医療観察法案）」の検討を行っているが、我が国の精神医療においては、従来、触法精神障害者に対する専門治療についての研究はきわめて少なく、したがって触法精神障害者への専門的かつ効率的な治療を提供できる体制の整備を早急に行う必要がある。

そこで本研究では、触法精神障害者に対する特別な法制度を有する諸外国の司法精神医療に関する知見を調査、研究し、我が国で触法精神障害者に対して行われている治療法と比較検討して、我が国の精神医療に適合した治療プログラムを開発することを目的とする。

B. 研究方法

(1) 触法精神障害者に対する特別な法制度を有する諸外国の処遇システムの実情と司法精神医療の現状、そこで実践されている種々の治療技法の適応性、内容、効果および問題

点について調査、研究する。

(2) 我が国の触法精神障害者に対する処遇システムと精神医療の現状、及びその問題点について調査、研究する。

(3) 法案が適用された場合に専門的医療および観察の対象になると想定される触法精神障害者の人口統計学的、精神医学的、犯罪学的特性について検討する。

(4) 入院、通院の各段階において利用可能な、対象者の医療および社会復帰に最も適した効率的な治療プログラムを開発する。

C. 研究結果

1. イギリス、フランス、カナダの触法精神障害者の治療状況（資料1, 2, 3, 4参照）

(1) 法制度と触法精神障害者処遇システムの特徴

①一般犯罪者と触法精神障害者をどのような法体系とシステムの下で振り分けていくかは、司法精神病棟の治療対象者をどのように捉えるかという問題とも絡んで、大変重要な課題である。その内容は各国で事情が異なると考えられ、今回の短期間の調査では十分に明らかにできなかったが、諸外国の場合、精神障害者による犯罪であっても、指標犯罪の事実認定とその身柄の処遇に関しては、裁判所によって決定されるのが原則となっていた。本邦における精神保健福祉法第24条通報のように現場の警察官段階や、同25条通報の検察庁段階で、裁判所の判断を抜きにしてその処遇が決定されてしまうことはないと考えられた。本格的な治療に入る以前にあって、簡単であっても裁判所によって刑事司法的な判断がなされた上で、治療が開始されることが原則となっていた。

②犯行時の責任能力の有無によって当該精神

障害者の処遇が決定されることはほとんどなく、本人の精神障害（これは狭義の精神病だけでなく、人格障害も含まれることが多い）の性質や程度、治療必要性、治療可能性、危険性の程度などの要素が考慮された上で、刑罰から治療処分までの広範囲な選択肢から決定されていた。また必要な治療は責任能力にとらわれず受けられるという、本来の意味での人権尊重、再犯予防、社会の安全性維持、被害者感情への配慮といった幅広い視点に基づいて処遇内容が決定されるようにシステムが構築されていた。

③ 刑事司法システムの中で処遇されている精神障害犯罪者であっても、治療必要性が生じた場合には可及的速やかに精神保健システム内の医療機関に移送して、適切な治療を行えるような実効性のある制度になっていた。

(2) 施設面の特徴

①各国とも一般精神障害者と触法精神障害者とを、同一空間で一律に処遇するようなことはなく、触法精神障害者の場合は司法精神病棟として、司法の枠付けを有した専門医療施設において治療を行っていた。

②英国の場合、精神障害者の呈する危険性に応じて、高度保安病院、中程度保安施設、低度保安施設まで階層的なセキュリティー・レベルを備えた司法精神医療施設が存在していた。

③保安（セキュリティー）の意味は、safety（安全）の意味であり、患者と職員、更に地域住民の安全性を確保して治療ができるということであり、結果的に社会の安全も保てるという意味である。したがって英国の場合、施設の周囲こそは塀や金網で囲まれていたが、建物内部に関しては、自由度は治療を優先すべく最大限に尊重されていた。また十分なマンパワーの確保こそが最大限のセキュリ

ティーと考えられており、それに相応しい人手と設備が準備されていた。

④施設運営に関して以下のような原則が示されていた。

精神障害犯罪者のケアに関する Reed 原則 (Reed, 1994)

- (1) 患者個人のニーズに基づいて
- (2) 可能な限り、地域社会内で
- (3) 患者の居住地近くで
- (4) 患者の危険性によって正当化されるセキュリティ・レベルにおいて
- (5) 社会復帰と自活の可能性を最大まで高めることを目標に

(3) その他

①司法精神医療のシステム整備・進展によって、諸外国では対象者を一般の精神疾患に加えて、純粋な「人格障害」をも含めた対象へと広げつつある。治療に名を借りた長期・無期限隔離になる可能性があるという批判も踏まえつつ、治療の可能性を求めて「人格障害の治療」というテーマにも挑戦しつつあった。

②精神遅滞については、英国の場合、「learning disorder」を対象としたハイセキュリティの専門治療施設が作られていた。

③司法精神病棟は専門治療施設として、一般精神病棟以上に、系統だった治療が安全に行われることが求められる。したがって司法精神専門医療として身体的、生物学的な側面からの治療に加えて心理学的、社会学的な側面からの評価・介入が不可欠であるとの認識から、特に英国では、心理療法士等を含めた多職種チーム (multi-disciplinary team) によるアプローチ (MDTアプローチ) が徹底していた。

④諸外国では触法精神障害者に対し、司法精神医療として本格的に取り組むことで、単に触法精神障害者の処遇システムの改善だけで

なく、一般の精神医療にあっても脱施設化を進めるなどの改革が可能となり、一般精神病床の削減、地域ケアの進展などの精神医療改革に繋がっていった。たとえば英国では脱施設化が進み、人口6000万人に対して、現在、精神病床数は3万床程度となっており、34万床ある本邦との差異は歴然である。

2. 国内の触法精神障害者の治療状況について

触法精神障害者の治療に取り組んでいる岡山県、栃木県、群馬県の3ヶ所から報告を受けた。

(1) 岡山県立岡山病院の場合 (資料5参照)

岡山県立岡山病院での触法精神障害者に対する治療の現況は、現行の法制度の中で治療対象者に対し、精神医療の関与と司法の関与を双方の責任の下で何とか行っていくという粘り強い実践が認められた。具体的には、監獄法、刑事訴訟法、少年法等の読み込みから、医療か司法かの一方通行にならないようにして、対象者への処遇を行っていた。また地元警察との継続的な事例検討会を行う等、触法精神障害者の事例に関して関係機関との問題の共有化を図るべく積極的な対応を打ち出していた。岡山病院での実践は、現行法制度の下での触法精神障害者に対する治療の可能性について、一定程度の示唆を与えているが、現場的な努力の中で、限界も認められた。

(2) 栃木県立岡本台病院の場合

栃木県立岡本台病院は栃木県精神科救急医療システム実施要綱に基づいて、平成12年より基幹病院として県内の三次救急のすべて、休日夜間の一次・二次救急のかなりの部分を受け入れることにより、栃木県内の触法精神障害者の入院をほとんど受け入れている。

る。この精神科救急システムの整備により、三次救急が減少し、一次・二次救急が増加するといった変化が見られ、放置すれば病状悪化により触法行為を起こす可能性があるようなケースを未然に食い止められて来ている可能性がある。しかし、精神科救急の情報センターが院内にあり勤務中の看護師が兼任していること、夜間・休日は保健所職員が現場に行かず携帯電話のやりとりだけで緊急措置診察の通報を行っていること、日中の措置診察でも指定医の認識不足などから、適切な症例の選択がなされず、司法対応が望ましいような不適切な症例などが、救急入院となってしまうこともときにみられる。この問題点や岡本台病院に一極集中しているシステムのため、二次・三次救急を合わせると年間の岡本台病院の入院件数は300例を超える。このため、約半数の症例が1ヶ月程度で他院に転院となり、地域でのフォローアップという利点はあるが、一貫した入院治療という点では問題がある。また、多数の一般の入院患者と同じ病棟で診療が行われるため、触法精神障害者に対して事件への直面化など、再犯防止のための極めの細かい治療を施すなどの余裕がないのが現状である。法24条の警察官通報で殺人の症例が緊急措置入院し、その後一度も直接的には司法対応されることもなく入院継続となってしまうのも、事件の重大さへの直面化という点からその適否を検討されるべきである。

〈症例〉（匿名性を保つため、いくつかの症例を組み合わせで構成した）

20歳頃、幻覚妄想状態で統合失調症を発症。A病院に入院して改善し、外来通院しながら働いていたが、もう治ったと思い怠業。このために幻覚妄想状態が再発し、自分の父

親を宇宙人だと思いこみ、包丁で刺殺。現場で逮捕されるが、直後に24条通報がなされ、緊急措置入院となった。薬物療法では改善せず、ECT（電気けいれん療法）を行い幻覚妄想状態は改善した。改善までに数ヶ月を要し、この間警察より事情聴取の問い合わせはあったが、病状不安定のため実現できなかった。このため起訴されず警察はその後手を引いた。状態が改善した後は再発防止のためにデポ剤を導入したが、ECTのためか事件を全く覚えておらず、事件への直面化が困難であった。病状が改善しても、家族は事件の再発を恐れて引取りを拒否し、長期の入院が続いている。

考察

ECTによると思われる健忘と改善後一度も警察との接触がなされなかったために、事件への直面化が困難だった。デポ剤は導入したが、一般病棟での治療のため、再発防止のための特別な治療プログラムはなく、重大事件のため家族の受け入れも困難で、長期の入院となっている。このような症例の適切な社会復帰のためには、事件の重大さへの直面化と再発防止のための入念な治療プログラム、およびそれが可能な治療環境、地域の安全を確保できるような綿密な外来フォローアップ体制と治療プログラムが必要であろう。しかし本邦の現状では、その実現は著しく困難である。

（3）群馬県立精神医療センターの場合

群馬県における触法精神障害者の治療の現況は、群馬県立精神医療センターによるハード救急の基幹病院としての実践、精神鑑定業務の一括的対応、移送制度が始まったための精神科救急情報センター整備により、群馬県内に限ってはあるが対象の実態が透明化し

つつあり、問題の本質が見えやすくなってきている。岡山病院と同様に、現行法の範囲ではあるが、触法精神障害者に対して、司法と医療の双方向からの働きかけを行い、当該触法精神障害者の治療的改善と、併せて一般精神障害者の治療にも支障が生じないように、現場的な対応をしている。また触法精神障害者に関する問題の共有化と関係機関との連携を深めるために、警察、保健所、検察庁、行政当局等との間で話し合いが行われつつある。しかし同じ事例を対象としていても、受け皿がない中で、立場によってまったく逆の結論となり、当該触法精神障害者の身柄の処遇に関しては苦慮することが多く、事実上、解決困難な場合も少なくない。

問題の本質は、司法的枠付けを有した触法精神障害者の専門治療施設が本邦には存在していないということにあり、受け皿がない中で、警察官通報事例から検察官通報事例まで、一般の精神病床が身柄の引き受けをせざるを得ず、一旦引き受けると刑事司法の関与は一切なくなるということにある。たとえ強制入院ということはあっても、基本的には公立病院といえども患者サービスと保険診療で治療を行っている一般の精神病院であり、他患者の安全、職員の安全、地域住民の安全を守って適切な治療を行うには自ずと限界があるのは明らかであり、責任の持てる範囲の治療ということを考えざるを得ない。

<症例> 男性

20歳前に精神科受診歴がある。統合失調症の診断で、東京近県の精神科病院に定期的に通院していたが、生活自体は単身生活であり、タクシーの運転手などをして自立していた。事件前は、実家の父親が死亡したことをきっかけに仕事を退職し、実家に戻って母親

と同居するようになっていた。

X年某日、同居中の母親の首を背後からロープで絞めて窒息死させ、更に鉋で切りつけるという事件を起こし逮捕される。起訴前本鑑定が行われ、母親殺しの動機として、主に母親が若い頃から盲信していた宗教的観念に強く影響され、犯行に及んだことが考えられた。

本人は殺人という自身の行為に関して十分な認識をしており、その行為は一般社会においては許されない行為であるという認識も保持していた。一方で行為そのものは、本人自身が真実と考える妄想に基づいて行われており、その妄想は軽症で慢性の統合失調症を背景として、母親の宗教的言動に多分に影響された、「感応性妄想性構築」と言えるような状態と捉えられた。またその一方で、この事件は痴呆と妄想観念を持つ母親との生活に行き詰まり、母親の今後の生きる苦しみを思った上での行動であり、了解可能な行動と考えることも出来た。

精神保健福祉法25条の検察官通報要と判断した場合、それ以降、身柄は単に精神病院に送られるだけになり、その後であって自身の罪を償う機会を逸することになるなどの意見を浴えて、鑑定書は「25条通報否」とされた。しかしそのような鑑定書のな洋にもかかわらず、その後、法25条の検察官通報がなされ、当センターに措置入院となり現在入院加療中である。

問題点

起訴前本鑑定では「25条通報否」とされ、裁判を受けるべきとされたが、実際には不起訴処分となって25条通報になり、措置入院となった事例である。その後の刑事司法の関与はまったくない。受け入れ病院としては、現状の医療体制で治療を行わざるを得ず、事実

上、特に触法精神障害者であることは意識されずに通常の精神科治療を行っている。仮に症状の改善そのものは容易であるにしても、他患者の安全、犯罪事実への直面化、地域での受け入れ体制などの課題を医療側の責任だけで行わなければならない。

D. 考察

1. 触法精神障害者の処遇に関する刑事司法・精神医療システムについて

今回の調査で、諸外国には刑事司法と精神医療が相互に乗り入れた触法精神障害者の処遇システムと治療のための受け皿が整備されていることが明らかになった。また治療の必要性に応じて、矯正施設と保健医療施設との往来が可能であった。本邦の場合、処遇のシステムも治療のための受け皿も、そのいずれもが欠如しており、司法精神医療に関し、著しい立ち遅れの状態にあることが判明した。

本邦では、精神障害者とされる人が犯罪行為をなした場合、現行では、たとえ重大犯罪であったとしても裁判所による犯罪の事実認定も責任能力の判定も、いずれもなされることなく、岡本台病院の事例に見るように、現場段階での警察官の通報により、いきなり一般精神病院へ入院となり、その後は刑事司法の関与がないままに病院に任されてしまうことがあることが明らかになった。また仮に検察庁に送致されても、被疑者が精神障害とされると、群馬県立精神医療センターの事例に見るように、精神鑑定の結果とは必ずしも関係なく、起訴便宜主義に基づきやはり裁判所による刑事司法の判断がなされることなく検察官の通報により、いきなり一般精神病院へ入院となる仕組みになっていた。裁判所による司法判

断がなされずに、犯罪行為をなした精神障害者の処遇が決定されてしまうこのようなシステムは、諸外国には存在していなかった。本邦のこのような現状は、裁判を受ける権利をはじめとして重大な人権侵害に当たる可能性がある。またハイリスクのある触法精神障害者の治療を、何の法的権限も保障されていない一般の精神病床で、経営モデルの保険診療で行うことにより、有効な治療を十分な人手をかけて行うということが甚だしく困難となり、治療の責任の所在が不明確なだけでなく、治療の一貫性も保てず、再犯予防も困難となり、結果的に社会の安全も保てないことになると考えられた。

この刑事司法と精神医療を取り巻く触法精神障害者の処遇システムは、医療観察法案によって一般の精神病床以外の受け皿が初めてできることになり、その意味における改善は見られるが、24条通報、25条通報、26条通報は依然としてそのまま生きているなど、今後の検討すべき課題は多い。

2. 治療対象者について

治療対象者の範囲をどのように考えるかは大変困難な課題である。今回の新法の内容では、いったん指定入院医療機関に入院した者は、再度刑事司法のルートに戻すことはなく、また指定入院医療機関の治療は純粋に医療的な内容となり矯正的なことは含まれない。したがって対象の判断には治療の必要性に加えて、治療の可能性が検討されなければならない。欧米先進国では、「純粋な人格障害者」をも触法精神障害者として治療対象になりつつあるが、本邦では、現行での精神鑑定における一般的な判断として有責性が明らかであ

ること、治療可能性の視点から見た場合、人格障害の治療に本格的に取り組めるほどの治療実績も体制も整っていないことなどより、今後しばらくは対象外と考えざるを得ない。

対象の診断の考え方として、器質性精神障害と内因性精神障害については問題なく治療対象と考えたい。しかし触法精神障害者の場合、一軸で診断確定される場合は少なく、多くの例で二軸以上の診断を必要とする。すなわち「内因性精神障害+人格障害」、「中毒性精神障害+人格障害」、「精神遅滞+人格障害」等である。これまでの治療経験によれば、主たる精神障害の要素が大きく、人格障害の要素が小さければ、比較的治療の可能性は高いが、逆に主たる精神障害の要素が小さく、人格障害の要素が大きければ治療に困難を伴うことが多い。したがって、今回までの考え方としては、純粋な人格障害は対象外とし、精神障害+人格障害までを対象としたい。それも個々の事例にはよるが、人格障害の要素ができるだけ小さい場合を当面は対象と考えたい。それによって、指定入院医療機関に長期に受け入れざるを得なくなるような事例の発生は比較的防ぎやすくなると考えられる。

また検察官の申し立てを受けた対象者の精神鑑定は、従来のような単に責任能力のための鑑定ではなく、治療の必要性や治療の可能性などの「治療のための鑑定」が行われるべきであり、場合によっては実際に投薬などの治療行為を短期間でも行い、その反応性を検討すべきである。その時点で精神症状の改善が見られ訴訟能力が認められる者に対しては、対象者とせず裁判を受けさせるべきである。覚せい剤などの薬物関連の触法精神障害者については、治療反応の良好な場合が少なからずあると推定され、このような場合が

多々あり得ると思われる。

「精神遅滞」に関しては、薬物療法の効果、知的レベル、生活適応レベル、性格偏倚の面等、現時点では治療対象にすべきかどうかなど、判断すべき要因が多く、一律に決めることはむずかしい。英国の4つあるスペシャルホスピタルの一つは、学習障害専用となっており、この問題の根深さが伺える。

アルコール、薬物関連精神障害に関しては、中毒性精神病+人格障害の事例が統合失調症とされるなど、疾患の鑑別においてなお不透明な部分がある。この点の検討が、治療対象とすべきかどうかも含め引き続き必要である。また治療の受け皿として、治療機能に加え司法的枠組みを強化した新たな専用施設の設置も考慮していくべきと考える。

なお付け加えると、治療によって症状が改善し危険性の予測も少なくなったが、疾病そのものが重症なため退院困難な事例に関しては、指定入院医療機関での入院を継続させる必要はなく、また限られた医療資源を有効に活用するためにも、地域の指定された一般精神病院へ転院することもあり得るようにすべきである。また精神保健福祉法26条の矯正施設の長による通報事例に関しては、現在、一般の精神病院が受け入れているが、複雑な問題を抱えた治療困難例であることが少なからず経験されることから、一旦は指定入院医療機関で受け入れて治療が行われるべきであると考えている。

また法案が適用された場合、対象になると想定される触法精神障害者の中核となるのは、従来、精神保健福祉法第24条および25条を経て、措置入院となっていた触法精神障害者である。次年度以降、我が国でこのような触法精神障害者を対象として行われた既存研究を調査するとともに、独自調査によって

対象の人口統計学的、精神医学的、犯罪学的特性について検討したい。

3. 外形的施設整備について

医療観察法案における指定入院医療機関は、対象が重大犯罪を行った触法精神障害者であるが、治療を行うことを目的としたものであり、単なる隔離施設にならないためにも、治療を第一義と考えた医療モデルで運用されるべきである。したがって十分な医療スタッフと施設整備を有したものでなければならない。とくに物理構造に頼らないセキュリティー重視のためにも医療スタッフの充実は欠かせない。基本的には全室個室対応、専門治療を実施するための多職種のマンパワーの整備、リハビリテーションのための施設設備、十分な検査（CT、MRIの整備等）機能、十分な身体管理の行える環境、合併症問題に対しての対応など、他病院との連携も円滑にできるような運用上の配慮が必要である。

4. 治療内容について

(1) 治療の基本的概念

本法案における指定医療機関の医療は、あくまでも社会復帰を目指し医療モデルで行われる治療である。したがって危険性に充分配慮しつつも、精神症状の改善、過去の触法行為に関する理解、ソーシャルスキルの向上、心理社会的・経済的援助などを通じて「社会復帰」を促進することになる。治療行為そのものも、一般精神病床におけるそのように精神保健福祉法に順じて行われるべきであり、内容的には、①精神病症状の改善 ②対象者自身の犯行に対する直面化（精神医学的な言語としては、「病職」にも通じる）の2本柱が重要と考えられる。

(2) 治療概要

司法精神病棟の医療は一般精神病棟以上に十分なマンパワーで系統だっで行われなければならない。具体的には正確な診断、適正な身体療法（薬物療法、物理療法）、精神療法（心理療法）、リハビリテーション、福祉、自助活動などが治療の要素となる。個別性が重視されるべきであり、グループ活動としては小グループ活動が中心となろう。また社会復帰のための外出・外泊は必須であるが、セキュリティーの面からの課題は多い。

これらの治療活動が滞りなく進むよう、治療前の評価と治療中の評価は重要となる。できるだけ早期に社会復帰できることが好ましいが、そのためにはリスク評価や治療の徹底性・完成度などが一般精神病棟以上に求められる。また治療の遂行に当たっては、多職種によるチーム医療を徹底させるべきである。

(3) 身体療法

①薬物療法

系統だった薬物療法が行われる必要がある。薬物による患者への抑圧を避けるため、細心の注意と従来陥りがちだった大量薬物療法にならぬような工夫が重要となる。英国における司法精神病棟の薬物療法については資料2、フランスのそれは資料3を参照のこと。

②物理療法

薬物の効果が見られない事例や重篤な病状の対象者に対しては、mECT（パルス波治療機）の施行も考慮されるが、副作用となる記憶力障害、健忘等は、当該患者に認知機能の障害をもたらす可能性が高い。したがってmECTの使用は犯罪の直面化という当該治療目的に困難をもたらす可能性があり、その実施に当たっては十分な慎重さを要する。ただしフランスの治療困難病棟では90%以上にECTが行われているという報告もある（資料3）。

(4) アセスメント

治療前、治療中、退院前の各段階において、精神病状および危険性に関するアセスメントの実施は必須と考えられる。触法精神障害者治療における先進諸国で利用されているアセスメントの様式を参考に、本邦での医療内容に沿ったアセスメントの作成を要する（今回の厚生省班研究では、アセスメントに関する研究班があり、共同研究、協議がなされるべきである）。

(5) 心理療法

英国やカナダでは、「不安のマネージメント」「怒りのマネージメント」「肯定性」等主題を決めた心理療法が行われている。本邦での治療プログラムにあっても、臨床心理士を中心として、個人、集団の心理療法がさまざまな段階で行われることが必要であるが、本邦では現在までのところこのような目的に合った臨床心理士は育っていないと思われ、困難が予想される。この問題は臨床心理士が本邦でセラピストとして認知されるための教育的な視点としても重要となる。

(6) リハビリテーション

入院治療の各段階において、治療の完成度を高めるためのリハビリテーションは必須である。具体的には社会生活を継続できるための条件整備として、経済的保障、住宅保障、人間関係の保障、生活技術の獲得、アフタケアの保障などの課題を福祉と連携して実現していかなければならない。とくに対象者が社会の一員として、反社会的行為をなさずに生活できるようになるために、社会生活者としてのイメージ獲得が重要であり、英国の司法精神病棟で行われているような退院直前の单身生活の模擬体験などは積極的に取り入れたい。

なお外出・外泊の実施は、社会との繋がり

を継続するためにも、上記のリハビリテーションの成果を確認するためにも必須であり、リズムカル、段階的に進めていかなければならない。同時に一方でセキュリティーの問題、犯罪行為に対する直面化という問題があり、責任体制を明確にした上で、慎重かつ確実に実施されることが肝要となる。外泊初期段階は医療施設内宿泊所での外出、外泊を行い、その評価に従って院外外泊を実践していくことなどが考えられよう。事故防止のために、院外への外出、外泊に際しては、配備された職員の同伴による観察も必要であろう。

(7) 保護室の使用

英国では、保護室は基本的に使用しないで治療を行っている。仮に使用する場合でも、せいぜい数時間の短時間、長くても一日程度であり、それも保護室へ入室させた場合には、必ずスタッフが24時間直接観察していなければならないことになっている。症状悪化や興奮などにより、本邦ならば保護室の使用を行わざるをえないような場合でも、対面看護によって使用しないで済ませているという（資料1）。いずれにしても本邦のこれまでの治療手技では保護室の役割は小さくないが、英国式の対面看護のやりかたも含め、今後の検討課題である。

(8) 保護観察所との関係

今回の研究では退院後のアフタケア体制について触れることはできなかった。現状では、触法精神障害者が退院した場合、当該患者の任意の意志に基づき、病院スタッフが訪問看護などで関わることになるが、服薬指導や危機介入になどに際しての強制力はなく、迅速で適切な対応には困難があった。

アフタケアがスムーズに導入されるた

めには、入院中のある時期からアフタケアを視野に入れた治療がなされる必要があり、指定入院医療機関での治療であってもそのことには変わりはなく、次年度以降の治療プログラム作成で取り上げたい。医療観察法案では当該患者の指定入院医療機関退院後は、保護観察所が関わることになっており、一定の法的権限の基で当該患者に関わることは大変有効であり効果も期待できるが、アフタケアの導入に向けて具体的にどのような段階からどのような関係性を持って関わるかは、初めての試みでもあり、医療スタッフとの連携のあり方も含め、詳細な検討が今後必要である。

5. その他

男女性差における取扱の相違、外来医療(指定通院医療機関)との連携、一般精神科病棟への入院の可能性、地域社会へ復帰するための段取りと受け入れ体制の整備など考慮すべき点は山積している。

E. 次年度以降の提言とまとめ

(1) 今回の研究は、当班を含め、各班相互の内容に当然のことながら重複が見られることから、次年度以降、内容を深めるためには各班の相互乗り入れ、共同研究が必要になると考える。

(2) 今回の研究は、医療観察法案に基づいたものであるが、本法案はまったく新規の内容であることから、その運用に関し、現時点では不明確な点が少なからずある。とくに刑法39条との関係において多くの限界点を有しており、精神保健福祉法の通報制度との関係も整理されているとは言いがたい。したがって本研究は、本法案が今後更に内容を深化し改善されていくことを期待しつつ、提言していく研究であると考えます。

(3) 平成14年度の研究では、触法精神障害者の治療状況に関する本邦及び諸外国における現状認識を行い、そのことで本格的な「治療プログラム」作成についての将来展望を開くことができたと考えます。次年度以降は、今年度の実施内容をなお一層深め、本邦の実態に則した適切な「治療プログラム」作成を推し進めたい。

F. 健康危険情報

G. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

H. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 特記することなし

イギリスの司法精神医療施設における精神障害犯罪者治療

黒田 治（八王子医療刑務所）

1. イギリスの司法精神医療施設

- a. 最高度保安病院（high security hospital）
- 最重度保安—刑務所並みの高い塀と病院入り口の「エアロック」システムに守られている
 - 入院対象—MHA1983 によって強制入院の対象となる精神障害者のなかで、「公衆に対して重大かつ切迫した危険を生じさせるような」者
 - 塀の内側に閉鎖病棟、さまざまな治療施設が点在
 - 病室はすべて個室、夜間のみ施錠される
 - 入院期間は長期（平均 7 年）
- b. 地域保安病棟（regional secure unit）
- 中等度保安—一般病院に隣接。塀はなく、外観上、保安設備が目立たない構造。看護師による人的保安に依存
 - 入院対象—暴力、放火、性的逸脱行為などのために一般病棟で安全に処遇できない；2 年以内に軽快退院・転院が見込まれる精神障害者
 - 外来診療・地域司法精神医療との密接な関係

2. 司法精神医療の特殊性

- ① 他者への危険性を示す精神障害犯罪者のリスク評価・マネージメント
 - ② 治療的ニーズ—人格障害、性嗜好障害、物質乱用、治療抵抗性精神病など伝統的な精神医学的治療が無効な患者が治療対象；暴力・性的逸脱行為のマネージメント
 - ③ 心理社会的・経済的援助—精神障害犯罪者の心理社会的・経済的ハンディキャップ、長期間の施設生活による 2 次的ハンディキャップの軽減
 - ④ 倫理的ニーズ—保安と患者の権利との間のバランス
- * 多職種によって構成されるチームによる医療（multi-disciplinary team approach）の重要性

3. 多職種チームアプローチ

- 生物学的・心理学的・社会学的障害としての精神障害
- 司法精神科医、司法精神科看護師、臨床心理士、作業療法士、ソーシャルワーカー

ーなどで構成される

- 患者の評価、治療、マネージメントに関するチーム内の意思決定のために定期的なミーティング（通常週1回以上）を開いている
- チームリーダー、キーワーカーの特定

4. 司法精神医療施設での治療の特徴

治療技法については、通常精神医療と特段変わるところはないが、司法精神医療の特殊性との関連から以下のいくつかの特徴が指摘できる（Snowden, 1995）

a. 病棟プログラム

- 運動、作業療法、芸術療法、補習教育など
- 多職種チームアプローチを通じて、個々の患者の抱えている問題に焦点をあて、リスク評価や治療過程を補う

b. 保安（セキュリティー）の重視

- 物理的障壁とスタッフ〔主に看護師〕による監視
- 物理的障壁以外にも、心理学的技法、適切な薬物療法、濃密な看護ケア、監視などによって一定のセキュリティーを提供することはできるが、保安病棟のもつ物理的障壁を必要とするような暴力的患者も存在する
- 可能な限り最低限の物理的セキュリティー・レベルで患者を処遇するのが原則
- スタッフのレベルが低い、薬物療法などの治療に関する検討が不十分である、といった理由で保安病棟が利用されるべきではない

c. 対面看護（specialling）

- 自傷他害のおそれのきわめて高い患者の暴力や自傷行為を防止するために、一人または複数の看護師が、常時（必要な場合には浴室やトイレも含めて）、その患者のそばにいて、いつでも適切な介入を行える態勢を取る技法
- 職員と患者との間の緊張を増加させる可能性もあるため、必要性について十分に吟味されなければならない
- 代わりに、患者をより刺激の少ない環境に置くためにデイルームの一部や寝室、運動エリアを利用する選択肢もある

d. 隔離

- 暴力的な患者によるスタッフや他の患者への他害行為を防止するための

最後の手段であり、できる限り短時間の利用に留めるべき

- 患者を隔離するかどうかについての決定を看護師が行わざるを得ない場合が少なくないが、医師もなるべく早い段階で関与する
- 隔離の解除のためのプランを医師と看護師との間で共有する
- 隔離そのものを廃止している施設も少なくない

e. 抑制・拘束法 (control and restraint method)

- 患者の暴力行為を抑制するために看護師が三人一組になって物理的に介入する手法

f. 外出・外泊の利用

- 患者の精神状態や行動、全般的な協調性などの改善度を注意深く段階的に確かめるために、患者の自由度や責任の程度を増加させる一連の過程
- 病院内のグラウンドへの看護師同伴での外出→病院外への看護師同伴での外出→期限付き・期限なしの病院外への外出→同伴なしでの自由外出
- 制限命令付き患者では内務省精神保健ユニットの許可を要する
- 外出や外泊に関する決定を行うたびに、患者が攻撃的になったり、再犯に及んだり、逃走したりするリスクを考慮しなければならない

g. 精神療法

- イギリスでも司法精神医療の領域では今なお、精神療法家の数は不足している
- スーパーヴィジョンや理論的枠組みを欠いた状況での複雑(本格的)な精神療法は避けるべき
- カウンセリングや支持療法が主体
- 刑事司法ケースという特殊性から、時に通常精神療法の場合よりもより指示的なものになる必要が生じる
- 防衛機制、転移、逆転移に関する一般的理解
- 行動障害を示す患者、特に人格障害や性嗜好障害を有する患者への認知行動療法

h. 司法精神医療の領域での薬物療法のガイドライン

- 一定期間、投薬なしで観察し、診断や評価の質を改善する
- 少数の薬剤の使用法に精通する

- 定期的に投薬内容を再検討し、症状を抑えるのに必要な最少量を用いるように心掛ける
- 治療の性質、目的、効果、副作用、代替治療法についての説明
- 常に最新の情報を入手（例えば、非定型抗精神病薬）
- 依存性のある薬物（ベンゾジアゼピン系、抗コリン薬）の投与に留意
- 多剤投与を避ける
- 治療への同意のための法的要件に従う
- 治療法の選択に際して、退院後の患者のコンプライアンスをどの程度必要とするかに留意
- 大量の抗精神病薬を用いた薬物療法に関する英国精神科医学会のコンセンサスに従う

英国の司法精神医療施設における治療

国立精神・神経センター武蔵病院 吉川和男

1. 懲罰（あるいは嫌悪療法 aversion therapy）について

我が国の刑務所、医療刑務所においては、懲罰を行っているが、英国の刑務所や司法精神医療施設においては、懲罰は実施されていない。犯罪者の多くは過酷な懲罰的な家庭環境の出身者が多く、問題行動の多くが幼少時の虐待や思春期における嫌悪や苦痛を伴うトラウマに引き続いて生じている。そのため、懲罰による身体的、精神的苦痛はこのような行動パターンや憎悪を強化していただくだけであり、有害であると考えられている。むしろ、治療の基本は、このような行動パターンの悪循環から本人を開放していくことにあり、そのような意味で犯罪者には懲罰ではなくセラピーが必要と考えられている。罰 punishment は一定期間の自由の拘束で十分であるとされる。

2. 治療環境（地域保安ユニット）

1. 逃亡等に備えた物理的セキュリティ（フェンス、集中エアロックドア、強化ガラス等）は、必要最小限とし、これらは可能な限り視覚的に目立たないように工夫し、採光、色彩等に配慮する。

2. 病棟の物理的空間を十分にとり、プライバシーを保てるように全て個室とする。自室に持ち込む物品の管理は原則的に患者自身。自室の鍵も自己で管理。ただし、ライター、刃物等の凶器となるものについては病棟管理。

3. 病棟は集中治療エリア ICA、入院病棟、リハビリテーション病棟、退院前病棟など機能的に分割。1病棟15床前後。看護配置は30名で5-5-4の勤務体制。ただしICAは6床程度で、看護は22名（4-4-3）と手厚く配置する。医師数は1病棟2名（1名はコンサルタント）、臨床心理士2名、OT1名の比率。

4. 保護室は各病棟に1室。使用頻度は数ヶ月に1回。1回につき数時間で終了。急性期で興奮状態にある患者はICAで看護者2名以上を常時付き添わせ、保護室の使用は極力避ける（この場合、シフトは変更する）。状態が悪い患者ほどベテランの看護者を濃厚に配置していく。拘束具による身体拘束は一切行わず、緊急時に3名以上の人手によって拘束する passive restraint。この間 talking-down を行い、強制的な薬物の使用は極力避ける。

5. 病棟15床に対し、2名の医師がいる場合、半数づつ患者を分けて各々が担当するのではなく、2名で15名の患者を担当する。治療方針は2名の医師で相談しながら決定し（通常は1名がコンサルタント）、診察も交互に関わったり、同時に関わったりする。

3. 薬物療法

(デニスヒルユニットにおける処方例。25床中の約半数のケース)

原則は単剤投与である。

Zuclopenthixol (depot) 5名

Clozapine 4名

Flupenthixol (depot) 3名

Fluphenazine (depot) 2名

- ① 28歳 男性 統合失調症 Clozapine 250mg
- ② 26歳 男性 分裂感情障害 Flupenthixol depot 300mg, Diazepam 10mg (tds), Zopiclone 7.5mg (nocte), Procyclidine (抗バ剤) 10mg (tds)
- ③ 40歳 男性 統合失調症 Flupenthixol depot 700mg two weekly
- ④ 35歳 男性 統合失調症 Fluphenazine decanoate 100mg two weekly IM, Chlorpromazine, Procyclidine and Paracetamol (鎮痛剤) PRN
- ⑤ 28歳 男性 統合失調症 Flupenthixol decanoate 400mg im weekly, Procyclidine, Diazepam and Paracetamol PRN
- ⑥ 28歳 男性 統合失調症 Clozapine 400mg a day, Lithium Carbonate 500mg bd, Sodium Valproate 1 gm morning, Lorazepam PRN
- ⑦ 男性 統合失調症 Zuclopenthixol 200mg two weekly
- ⑧ 30歳 男性 統合失調症 Clozapine 550mg a daily (100+100+150+200), Gaviscon (消化剤), Fybogel (緩下剤), Senna and Paracetamol PRN, Ibuprofen 200 mg four times a day
- ⑨ 31歳 男性 統合失調症 Zuclopenthixol 600mg IM, Procyclidine 10mg bd, Lorazepam PRN
- ⑩ 22歳 男性 統合失調症+薬物依存 Zuclopenthixol 300mg im 2 weekly, Venlafaxine 75mg bd, Procyclidine 5 mg mane
- ⑪ 男性 統合失調症 Zuclopenthixol 400mg two weekly, Zuclopenthixol 25mg bd, Procyclidine 5 mg bd, Lorazepam PRN
- ⑫ 35歳 男性 統合失調症 Clozapine 25mg daily, Paroxetine 40mg mane, Gliclazide (糖尿病治療薬) 160mg mane and 80 mg nocte
- ⑬ 男性 統合失調症 Zuclopenthixol 400mg two weekly, Procyclidine, Haloperidol, Diazepam PRN
- ⑭ 49歳 男性 統合失調症 Modecate 75mg 2 weekly, Procyclidine 5 mg tds, Tenoretic (β 遮断薬) 1 tablet once daily, Fybogel PRN, Gaviscon PRN, Lorazepam 1 mg bd PRN, Salbutamol Inhaler (喘息吸入剤) 2 puffs twice a day, Becotide Inhaler

2 puffs twice a day

Zuclopenthixol decanoate (商品名 Clopixol)

我が国では1剤も認可されていない thioxanthene 系の抗精神病薬のデポ剤。他に錠剤とアセテート版がある。英国医師会と英国王立薬理学会が毎年発刊する薬物処方ガイドライン British National Formulary (BNF)によると、「統合失調症と他の精神病における維持療法、特に攻撃性 aggression と焦燥感 agitation に有効」と記載されている。1回につき 200mg から 600mg を1から4週の間隔を空けて臀部又は大腿の筋肉内に注射する。デポ剤の中でも、症状の再発防止と遅延に最も有効であることの検証がなされている (Coutinho et al, Cochrane Database Syst Rev 2000; (2): CD001164)。英国のRSUでは最も使用頻度が高い。1アンプル (1ml) あたり 200mg と 500mg (濃縮版) の2種のアンプルがある。

Clozapine (商品名 “Clozaril”)

すでに世界68カ国で使用され、効果を実証されている難治性統合失調症に対する経口治療薬。我が国では顆粒球減少症等の副作用が問題となり治験が中止されたが、平成13年度より再開されている。

他の抗精神病薬よりも統合失調症の症状そのものの改善と認知や社会性の改善に優れているとの多数のコントロールスタディがある。また、錐体外路症状は極めてまれで、急速な緩和作用も得られる。

最近、躁病や境界性人格障害に対する有効性も報告*されるようになってきており、精神病と人格障害を併せ持つことの多い司法精神科病棟の患者に対する需要は極めて高い。

なお、顆粒球減少症等の副作用に関しては、認可国においては同薬剤の販売会社がモニタリング・サービスを行い、投薬中の全患者の血液検査を定期的に行って厳しく管理している。(最初の18週は毎週、その後は2週間おき)

* Goodnick et al, Expert Opin Pharmacother 2001 (4):667-80, Chengappa et al, J Clin Psychiatry 1999 60(7):477-84, Benedetti et al, J Clin Psychiatry 1998 59(3):103-7

Flupenthixol decanoate (商品名 Depixol)

Zuclopenthixol と同様、thioxanthene 系の抗精神病薬のデポ剤。欧州では最もシェアが高い。錐体外路症状は1から3日後に出現し、約5日間持続する(遅延することあり)。感情を高める作用があり、攻撃性や焦燥感のような症状が出現した場合には、他の薬剤を選択する。1回につき 50mg から 400mg までを1から4週の間隔を空けて臀部又は大腿の筋肉内に注射する。1アンプル (1ml) あたり 20mg、100mg、200mg の3種

のアンプルがある。

Fluphenazine decanoate (商品名 Modecate)

錐体外路症状は投与後数時間で出現し、約2日間持続(遅延することあり)。重度のうつ状態には禁忌。1回につき12.5mgから100mgまでを2から5週の間隔を空けて臀部又は大腿の筋肉内に注射する。注射24時間後より効果が出現するが、十分に効くまでには4日ほど要する。1アンプル(1ml)あたり25mgと100mg(濃縮版)の2種のアンプルがある。本邦のフルデカシンは25mgのみ。

4. 治療プログラム

倦怠とマンネリズムは、ストレスやトラブルをもたらすとの考え方に立ち、入院期間中は濃厚に治療プログラムを提供していく方針。また、薬物療法に適切なサイコセラピーを組み合わせると治療効果が著しく高まるとのコントロールスタディに立脚し、構造的なセラピーの開発に努めている。

1) 集団療法

グループセラピーのほとんどは、認知行動療法を基礎にしている。セラピストのほとんどは臨床心理士で、認知行動療法士の資格を持っていることが多い。性犯罪者に対しては、精神分析的アプローチを取ることが多いが、RSUではまれ(主に高度保安病院や性犯罪者の外来クリニック)。ここに紹介したそれぞれの治療グループは、基本的にクローズドで、一度構成メンバーが組まれると、終了まで途中で加わることができない(脱落はあり)。それぞれ年間平均2、3回ローテーションして行われる。

SST

不安のマネージメント anxiety management

怒りのマネージメント anger management

Novaco (1970)によって確立。施設によって異なるが、通常、8セッションほどで構成。1セッション90分程度。導入、理論、討論、ロールプレイ、実践の5段階に分けられる。怒りの引き金となる事象や考えと暴力行為の相互関係について学習し、認知的、生理学的な覚醒に対するマネージメント能力を高める。グループ内で参加者それぞれの暴力に対する、固有の脆弱的な要因や促進的な要因あるいは継続的な要因を同定していく。参加者は種々の認知的技術やリラクゼーション技術を学ぶことで、怒りを誘発する状況を乗り越える適応能力を高める。また、暴力的でなく、肯定的な方法でどのように自らの怒りを他人に伝えるか(注. 怒りを抑制してはならない)を、SST