

D. 考察

従来の報告では、暴力傾向を示す患者が治療困難とする報告^{1,7,8,9)}と治療反応性を楽観的に捉えるもの⁵⁾とがある。これらの所見の相違の大部分は、患者の性質の違いに由来するものと思われる。武井⁸⁾、花輪ら¹⁾の調査対象は重大触法(他害)行為を行って精神科治療を長く受けている患者であるが、森田らの調査⁵⁾の対象患者では、任意入院患者が42%を占めていた。本研究の調査では、重大触法行為の患者と暴力を繰り返してきた患者の両方が対象とされているが、彼らは武井、花輪らの対象患者と同様に精神科治療を長期間受けてきている慢性症例である。本研究の結果では、慢性化した症例では治療困難性や問題行動の持続性が高く、その程度は触法行為を行った患者と対人暴力の患者との間で違いがないという所見が得られている。

対象患者の経過中の生活状況の変化では、緩徐であるものの社会復帰の方向にあることが認められた。これは、精神症状、暴力傾向が持続していることを考慮すると、精神科治療に加えて、ケースワークや福祉的援助が積み重ねられてきたことによる成果だと考えられる。

本研究では、病死もしくは自殺で亡くなる患者の比率が18%と高かった(深刻な身体状況に陥った患者を含めると22%)。精神症状や暴力傾向が比較的軽度の患者を扱っていると考えられる森田らの報告⁵⁾ですら、1-5年の経過での死亡率は11%に及ぶ。本研究での死亡率が高いという所見は、決して特別なものではない。経過中に死亡する患者が多い理由は、患者の自分の身体ケアが不良であること、アルコール・薬物の使用、自殺傾向や事故傾性(incident-proneness)が高いことなどが考えられる。

精神科診断、入院前の問題行動、生育史の特徴などが改善の度合いに与える影響の検討で

認められた精神症状が覚醒剤精神病で改善しやすいという所見は、臨床の見地から当然予想されることである。また、暴力傾向が結婚歴のある患者で改善しやすいという所見は、対人関係や社会適応の能力が高ければ暴力のコントロール能力も高いという一般的傾向の反映と考えられる。ここではむしろ、精神科診断や問題行動の種類に経過に影響のあるものが見出されなかったことが注目される。それは、本研究の対象となった暴力傾向の強い患者には、患者の疾病性や過去の問題行動にかかわらず、一定の治療困難性が想定される必要があるということの意味していると考えられる。

精神症状が治療に反応せず、それに由来する問題行動を持続させる患者は、しばしば医療機関の診療や運営の負担となる。その例としては、精神症状の改善をみないまま長期間保護室を占有する患者や他の患者の開放的処遇の妨げとなる患者が挙げられている^{3,7)}。実際に問題となる患者は、精神障害の影響によって暴力をはじめとする反社会的行動を示す患者が大多数であろう。この精神障害の治療困難性は、処遇の場の特性や患者の社会的関係よりも、精神障害の性質や重症度が大きく関与していると考えられる。

E. 結論

本研究の対象となった暴力傾向の強い患者は、劣悪な養育環境に育ち、深刻なサポート不足の状態に苦しむ人々である。治療によっても改善のはかばかしくない治療困難例が高い比率を占める。深刻な身体状況に陥るか、病死する患者、自殺で亡くなる患者の比率が高いことも特徴である。彼らは社会適応能力や衝動コントロール能力などの心的資質が乏しく、さまざまなサポートを必要としている。しかしその暴力傾向のために、受けられるサポートを遠ざけ

るという悪循環が生じていると推定される。

本研究の対象患者は、問題行動の発生や精神症状の改善が限定的であり、入院期間が長期化しやすいことから、治療困難性が高いといえる。それだけに彼らに対しては、治療の努力を傾け続けること、さらにケースワーク、福祉的援助などのサポートを手厚く行うことが求められているといえる。

暴力傾向、精神症状、生活状況の改善を左右する要因の検討では、有意な所見が少数認められるに留まっている。これは、本研究の対象患者がすでに慢性化しており、経過に影響を与える要因が不明瞭になっていることを反映しているのかもしれない。

所見のまとめ

1. 暴力傾向を示す患者は高頻度で治療困難であり、少なからざる患者が入院治療を長期にわたって必要としている。そのため、医療観察法の入院治療処遇において、暴力傾向の改善が不十分で長期入院を必要とする患者の治療体制を早急に整備する必要がある。
2. 家族に対して、もしくは精神病院において暴力傾向を示す患者は、従来しばしば司法手続きにのらないことがあったが（医療観察法の処遇でも看過される可能性があるが）、重大他害行為を行った患者と同様に治療困難であり、十分な治療や社会的サポートを必要としている。そしてその治療は、患者の家族や精神科医療機関の大きな負担になっている。このタイプの暴力傾向の強い患者の治療や処遇も将来問題とされる必要がある。

参考文献

- 1) 花輪昭太郎, 濱元純一, 後藤文正, 他: 熊本県立こころの医療センターにおける触法精神障害者の治療 公立精神科病院の役割と関連して. 精神科治療学 12:831-839, 1997

- 2) 金杉和夫: 「処遇困難」に混在する3つの問題. 精神神経誌 94:1110-1113, 1992
- 3) 道下忠蔵, 他: 精神科医療領域における他害と処遇困難性に関する研究. 厚生科学研究報告書, 厚生省, 1990
- 4) 道下忠蔵: 医療環境の改革といわゆる処遇困難者問題. 精神神経誌 94:1080-1085, 1992
- 5) 森田俊彦, 川畑俊貴, 堀川典宏, 他: 「処遇困難例」に関する治療論的考察. 精神神経誌 94:1092-1098, 1992
- 6) 中谷真樹: 触法分裂病患者的治療的背景とその処遇—公立病院における調査から (第2報). 臨床精神医学 18:1219-1226, 1989
- 7) 中谷陽二, 大木進, 山田秀世, 他: 精神科保護病棟の長期在棟者についての臨床的研究いわゆる「処遇困難例」との関連で (第2報). 精神医学 33:471-478, 1991
- 8) 武井満: 非社会性人格障害の治療. 精神科治療学 20 増刊号: 234-237, 2005
- 9) 土屋賢治, 中谷陽二, 岩波明他: 触法精神障害者の臨床的特徴について: 1 公立病院における調査から. 精神医学 38:287-293, 1996

G. 研究発表

- 林 直樹: 暴力傾向を有する「処遇困難」男子入院患者の経過: 都立松沢病院における診療録調査から. 矯正医学 57:77-85, 2009

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

平成 20 年度厚生労働科学研究費補助金（心の健康科学事業）「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）」

分担研究「他害行為を行った精神障害者の入院医療に関する研究」（研究責任者 武井満）

分担研究報告書

「関東医療少年院研修による未成年触法精神障害者の精神科医療、矯正処遇の研究」

研究協力者：佐藤浩司，田口寿子

研究要旨

本分担研究班は、これまで医療観察法制度を含む、触法精神障害者の治療・処遇システム全体の現状の問題点を検討し、精神科医療の立場からの適切な振り分けの判断と、再発予防、社会復帰に向けた適切な医療の提供を可能とする司法精神医療のあり方を研究してきた（図 1「刑罰法令に触れる行為をした精神障害者」処遇マップ）。

平成 19 年度は北九州医療刑務所への視察を実施することにより、触法精神障害者の行刑施設内での処遇の実態を研修し、所内での処遇、さらにその後の処遇先等の全体の流れの現況に理解を深めることより、「責任能力判断による振り分けの不均衡」「精神保健福祉法第 26 条の在り方」が課題と考えられた。

平成 20 年度は前年の研究に引き続き、未成年における矯正施設である関東医療少年院への視察を実施することにより、未成年触法精神障害者の矯正施設内での処遇、その後の振り分け、情報共有等の課題を研修した。

A. 研究目的

旧来の本邦における触法精神障害者の処遇に関しては、法務省管轄、厚生労働省管轄等の縦割り行政の影響もあり、精神障害者自身のための適切な処遇の在り方に関して、各々の情報公開、情報共有が十分には行われず、殊に矯正施設内での精神障害者の処遇の実態は、不明瞭であった。

本分担研究班の研究内容は、触法精神障害者の各段階での処遇内容、振り分けの実態の現況を明瞭化させ、その上で現状の課題を浮かび上がらせ、より適切な精神科医療の提供を提言するものである。そこで平成 20 年度の研究では、平成 19 年度の北九州医療刑務所視察に引き続き、関東医療少年院視察を実施することにより、①医療少年院の概括を理解し

②矯正施設内での未成年触法精神障害者の処遇の実態を理解し
③その後の振り分け等への現況を理解する
以上の①～③の研修結果より、問題点、課題を抽出する作業を行った。

B. 研究方法

関東医療少年院での見学及び講義

1. 研修年月日

・平成 20 年 12 月 4 日（木）午後 1 時 30 分～午後 4 時

2. 研修場所

関東医療少年院（東京都府中市新町 1-17-1
TEL：042-362-2355）

3. 研修参加者

武井満，佐藤浩司，高山泰一，関原有美子，小

片圭子（群馬県立精神医療センター）
黒田治，田口寿子（東京都立松沢病院）
菊池安希子（国立精神・神経センター 精神保健研究所）
齊藤慶子（医療法人高仁会戸田病院）
島田達洋（栃木県立岡本台病院）

C. 研究結果

1. 関東医療少年院の概要（平栗裕美医師，柳下杏子医師による講義・説明）

(1) 施設概要

①少年院

少年院は，家庭裁判所から保護処分として送致された少年に対し，社会不適応の原因を除去し，健全な育成を図ることを目的として，矯正教育を行う法務省所管の施設である。少年院は全国に52か所あり，初等（概ね12歳以上16歳未満の者），中等（概ね16歳以上20歳未満の者），特別（概ね16歳以上23歳未満の犯罪傾向の進んだ者），医療（心身に著しい故障のある概ね12歳以上26歳未満の者）の4種類がある。

②医療少年院

医療少年院は全国に4か所（東京都（府中市），神奈川県（相模原市），三重県（伊勢市），京都府（宇治市））所在する。昭和26年より病院法に基づき，病院として規定されている。保護事件年間30万件のうち，少年院決定は64件，うち数パーセントが医療少年院決定であり，割合としては少ない。

③職員数

関東医療少年院の職員総数は69人。うち医師8人（精神科4，他科3，産科1，他非常勤で眼科，皮膚科など），看護師8，薬剤師1，管理栄養士1。臨床心理士は非常勤勤務である（1回/2週間程度）。夜間は9人体制。教育プログラムは法務教官が行う。

④定員

関東医療少年院の定員は130人だが，今までの在院数は多くても60人程度。現在は50人であり，男女比は，男子：女子=20人：30人である。

⑤疾患

以前は身体科8：精神科2の割合だったが，現在は身体科1.5：精神科8.5の割合。外部の受診が可能である。精神科疾患としては，覚せい剤後遺症が全体の約30%，発達障害は10%，統合失調症は10%，事前に気分障害の診断も認められるが，それは一時的な状態で，パーソナリティ未成熟の問題や適切な生育を受けていない子供も多い。

近年において特記すべきこととしては，発育過程で外的には何ら兆候もなく，いきなり非行に走る少年が多い。また入院後，安定状態で知能検査を行うと20～30上がる場合も認められる。

(2) 処遇

①種類

少年院の処遇には，非行の進み具合に応じて，短期処遇と長期処遇がある。一般短期処遇は早期改善の可能性の高い少年で6か月以内，特修短期処遇は早期改善の可能性が大きく開放処遇に適する少年で4か月以内，長期処遇は短期処遇に馴染まない少年で2年以内である。

②基本方針

基本方針は，医療と教育の連携である。

③医療プログラム

医療プログラムでは，薬物療法，精神療法，家族療法などを行い，教育側に対して医療情報を伝達し，処遇上のアドバイスを行う。

④教育プログラム

教育プログラムでは，生活療法，作業療法，心理療法，運動療法などを行い，医療側と連携し，教育情報を伝達し，治療上のサポートを行

う。

⑤連携の効果

病氣と向かい合うこと、信頼関係を築くこと、自己表現力を高めること、対人関係力を高めること、自己の可能性が広がるなど

(3) 教育活動

①教育の方針と流れ

特性と教育上の必要性に応じた教育課程を編成し、個別処遇計画を作成している。流れとしては、新入時教育、中間教育、出院準備教育、出院の順序ですすめていく。卒業は、義務教育在籍校の扱いになる。

②教育活動

5つの活動があり、生活指導、職業補導、教科教育、保健体育、特別活動である。

(4) その他

状況により26条通報する場合があります、時期は仮退院と同時に通報することが多い。そのうち、約半数が措置診察に至る。

2. 院内見学（平栗裕美医師による案内・説明）

施設は、閑静な住宅街の中に位置していた。高い壁に囲まれた大きめな学校と思える広い敷地である。医療施設、教育施設、居住施設等を見学させていただいた。院内見学の間に「入院者」に遭遇することは一度もなかった。見学できる範囲も非常に限られたものであった。その理由としては、少年矯正施設という枠組みのためのプライバシー保護によると考えられ、将来の発達可能性が重んじられている点で、少年施設らしさが感じられた。

施設にみられた特殊性としては、まず「病院」とされながらも、居住空間は2重のカギが掛けられ、少年同士の自由な交流は認められない、閉鎖性、管理度の高い厳しい居住環境であった。

D. 考察

1. 現場での研修・質疑応答で感じられたこと

関東医療少年院勤務の精神科医師よりの話で最も記憶に残ったものは、「入院者がとても改善していくことに喜びを感じる。」という発言であった。若年者の可塑性を象徴する言葉であり、現場職員が真摯に入院者に関与することの重要性を伝えている。その一方で医療と教育という2本立ての連携に関しては、そのシステムや構造化が不十分で、多職種チームというコンセプトの認識の向上の必要性を感じた。また入院者の事前・事後の連携という観点では、その閉鎖性、不連続性より旧来の矯正施設という構造が現在でも色濃く認められ、触法少年に対する矯正という意味より継続的なサポートの必要性を強く感じさせた。

2. 医療観察法医療との関連（図3）

成人犯罪事件では、起訴前段階、公判段階の各々で責任能力判断が実施され、そこで心神喪失（もしくは心神耗弱の一部）と判断された場合に医療観察法医療を受ける道筋が生じる（図2）。少年保護事件での経路は原則的に医療観察法医療への流れは考慮されておらず、現状の考え方からは、医療観察法医療適応の可能性は低い。運用の実際としては、「検察段階」「審判段階」「逆送後の裁判段階」などで医療観察法医療への移行を関係者が実施しようとすることも可能かと思われるが、現時点でそのような認識は乏しいものと思われる（図3）。

3. サポートの継続性について

矯正施設研修で明瞭化されたことは、閉鎖性とサポートの不連続性である。縦割り行政による弊害や矯正、懲罰、精神科医療等に関する考え方の日本の文化風土も大きい影響がある所以と考えられる。しかし真に未成年触法精神障害者たちを支え、再燃・再発を防ぎ、成長させ、問題行動のリスクを軽減させるためには、適切な情報共有、継続的な多職種チームのサポートは欠かせないものと思われる。この課題の改善

が今後の最も重要な点と考えられた。

E. 参考文献

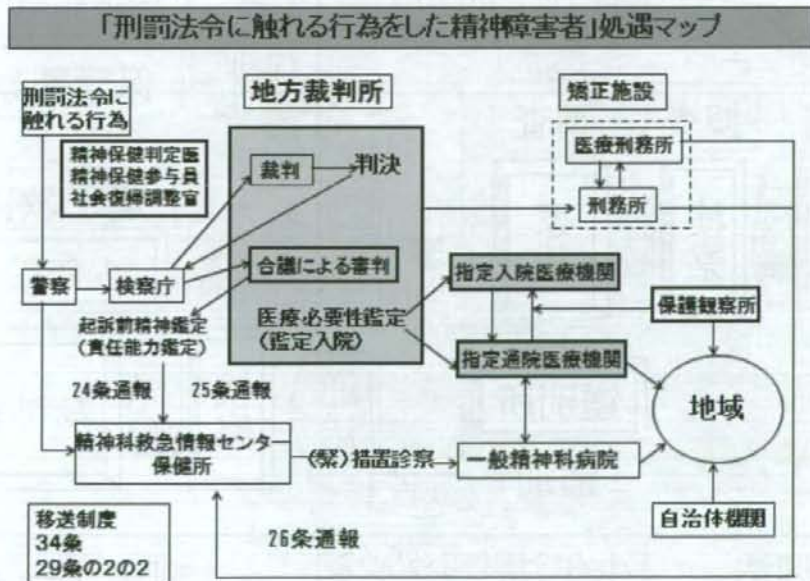
- 1) 「希望を胸に 少年院のしおり」(法務省矯正局)
- 2) 「非行少年に対する医療と教育の連携 関東医療少年院における処遇の概要」(関東医療少年院)
- 3) 「重大な他害行為を行った思春期統合失調症事例への対応」(第5回日本司法精神医学会大会・一般演題 大館太郎他)

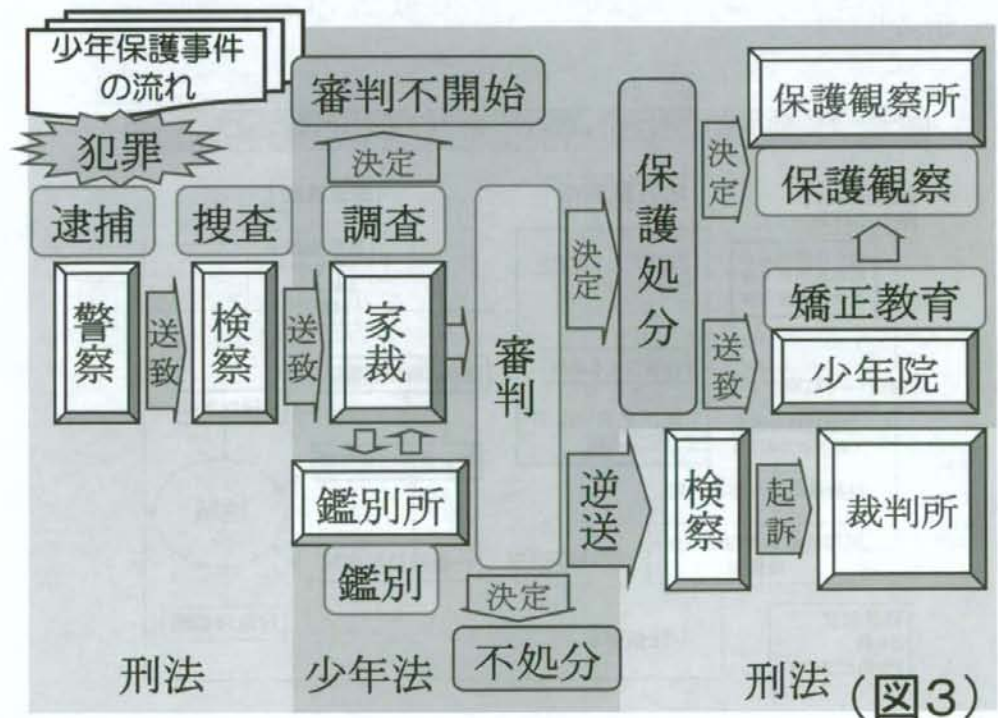
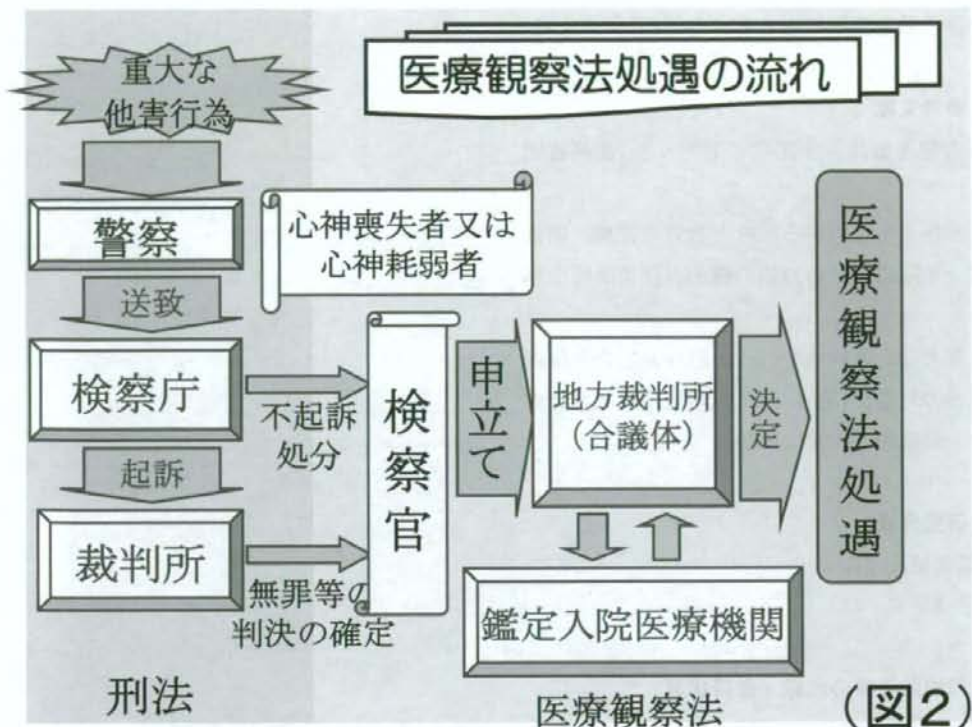
F. 研究発表

1. 論文発表：なし
2. 学会発表：なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得：なし
2. 実用新案取得：なし
3. その他：なし





司法精神医療ワークショップ「触法精神障害者の治療および処遇をめぐる現状と展望」

黒田 治（都立松沢病院）

[はじめに]

平成 20 年 5 月に福岡で開催された第 4 回日本司法精神医学会大会（会長：平野 誠 [肥前精神医療センター院長]）に特別招聘されたアメリカ Yale 大学「法と精神医学」分野准教授 Alec Buchanan 先生を、平成 20 年 5 月 12 日、都立松沢病院にお招きして、司法精神医療ワークショップを開催した。

当日は、Buchanan 先生にわが国の司法精神医療の現状をお伝えし、相互理解や討論を深めるために、岡田幸之先生（国立精神・神経センター精神保健研究所 司法精神医学研究部 精神鑑定研究室長）、平林直次先生（国立精神・神経センター病院 精神科医長）、美濃由紀子先生（国立精神・神経センター精神保健研究所 司法精神医学研究部 研究員）、黒田治がそれぞれ「わが国の刑事司法制度」、「医療観察法—入院処遇」、「触法精神障害者の地域処遇—指定通院医療機関における治療・ケアの現状と課題」、「刑事施設における精神科医療」と題する講演を行い、次いで Buchanan 先生が講演を行い、最後に総合討論を行うという構成をとった。ワークショップ全体の司会は武井満先生（群馬県立精神医療センター院長）と分島徹先生（都立松沢病院 副院長）をお願いした。

本報告書では、紙幅の都合上、わが国の現状に関する講演部分は割愛し、Buchanan 先生による講演部分と総合討論部分のみを掲載した。なお、Buchanan 先生の通訳として、菊池安希子先生（国立精神神経センター精神保健研究所 司法精神医学研究部 制度運用研究室長）にご尽力いただいた。

この場を借りて、上記の先生方および当日のワークショップの運営に協力いただいたすべて

方々に深謝申し上げる。

なお、以下に掲載した Buchanan 先生による講演と同じテーマについて書かれた同氏の論文¹⁾と拙著²⁾もあわせて参照されたい。

[講演]

精神障害者による暴力リスク・アセスメント—数理統計学的手法と臨床的手法の対立を越えて (Beyond actuarial and clinical) — Dr Alec Buchanan
(通訳 菊池安希子先生(国立精神神経センター精神保健研究所 司法精神医学研究部 制度運用研究室長))

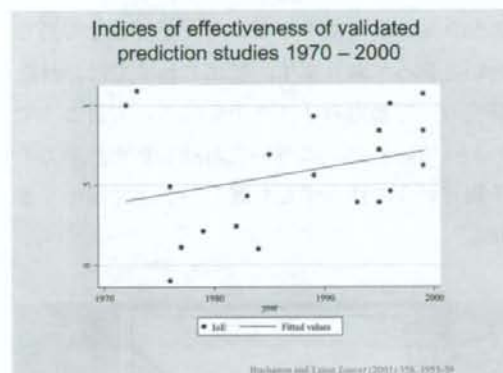
ご紹介ありがとうございます。最初にリスクアセスメントに関する私の考えをここでお話したいと思っております。特にこれまで行われた研究の中で暴力のリスク予測についてどこまでわかっているのかについてお話しします。暴力の予測というのは必ずしも難しいことではありません。



スライド 1

【スライド1】

スクリーンに今映っている漫画がどういうものかと申しますと、この場面では七面鳥が次々に来て、予言を受けているんですね。ですが、この七面鳥はクリスマスになると全員食べられてしまうんです。でも何も知らない七面鳥は、予言を聞きに入っていくという冗談です。精神科の患者の暴力を予測するというのは、この漫画でいう予言よりははるかに難しいことであると思います。1974年にアメリカ精神医学会はついに精神科医も心理士も患者の暴力を予測する能力はない、と言い切るに至りました。しかしながら、1974年以降、患者の暴力を予測するためにさまざまな手法をとることが可能になっています。実際にそういった研究結果を見てみますと、私達の暴力の予測の能力というのは偶然の確率をはるかに越えるということが示されています。



スライド2

【スライド2】

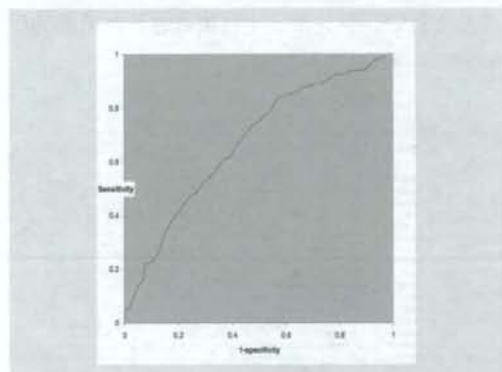
1970年から2000年にかけて暴力予測の妥当性研究がなされているんですけども、これはそれを示すグラフです³⁾。妥当性研究というのは、交差妥当性をちゃんととった研究であるということです。ある集団に対して予測力の判定をした研究があって、その手法を他の集団に對

して適応した場合に、同じように予測力があるのかどうかということを見た研究をここに含めて見えています。というのは、このような見方をしませんが、私達が陥りがちな罠というのがあります。ある特定の集団に対して予測方法を作ったとして、それ以外の集団にその方法を試さずに、これこそ予測の手法であるという過剰な発表をしてしまうとなりがちですので、他の集団に対しても、その手法の妥当性を試した研究が必要となるのです。

このグラフから3つのことが読み取れると思います。まず、この線の上向き加減を見ていただくと、予測に関しては時間経過とともにだんだんと上がってきているということが見てとれると思います。2つ目は、予測力は上がってきているけれども、すごく高く予測できるようになったというよりは、少しずつ上がってきたということが分かります。3番目は、研究によって予測力には幅があるということです。それを平均してみると、この直線のような形になります。そして先ほどアメリカ精神医学会が出した、精神保健の専門家に暴力の予測は不可能であるという見解に戻りますが、私自身は予測ができるかできないかというところが大事なのではないと思います。はっきり言えることは、偶然の確率を越えて予測はすることはできるが、完璧に予測できるというところまではいっていない、その間のどこかにあるということです。ここで大事なのは、どの程度、偶然よりは高い確率で予測できのであろうかというところを見ていくことだろうと思います。

これから私は、偶然よりどれだけ高い確率で予測できるのかについてお話したいと思います。実はそうはいいまして、そのような話をすること自体、驚くほど難しいことなんです。この難しさのひとつというのは予測の精度を表現するのに様々なやり方があるということです。し

かしながら、その中で、この方法が良いと台頭してきた手法というのがあります。ダグラス・モスマン (Douglas Mossman) の功績が大きい手法なんですけれども、いわゆる ROC 曲線 (receiver operating characteristic curve) と言われるものです。



スライド 3

【スライド 3】

もともとこの ROC 曲線がどこから出てきたかといいますと、レーダーで探査するとき飛行機とアルミニウムの塊を区別しなければならぬんです。その区別をするときの精度を調べるために考えられた手法だったんです。今では医学の中に取り入れられて、例えば、癌の検査の陽性検出率ほどの程度かなど、予測の精度を見るときに使われるようになりました。数学的な説明をするとややこしくなるんですけども、大事なものは、感度と特異度によって示される曲線ということです。青い直線が見えると思いますけれども、これは偶然の確率ですね。予測精度が高い方法であれば、ROC 曲線は、この青い直線より上側に現れるわけです。後ほど、その具体例についてお話したいと思います。この ROC 曲線を使って何を出していくかですけども、それが AUC (area under curve) という、ROC 曲線の下面積部分を算出したものなんです。

青い直線の下面積は 0.5 という数字になるわけですね。そして予測の精度が高まれば高まるほど、ROC 曲線の下面積 (AUC) は 1 に近づいていくはずなんです。この ROC 分析について覚えておく必要があるのは、ベースレート、つまりある事象が起こる確率とは独立してみることができるとい点です。その他の精度を測るような、陽性予測値 (positive predictive value) のような数値を使ってしまいますと、ベースレート、つまり事象の発生確率に影響を受けますので、そういう意味では予測精度の良し悪しを比較するのに制限が加わってしまうことになります。今言った陽性予測値に関して言いますと、2 つの集団で数値が違っていった場合に、それが事象の発生確率が違っていったからなのか、あるいは予測の手法がどちらの方が良かったからなのか判断できなくなってしまいます。1990 年代にこのような統計分析方法を使った多くの研究が行われました。

AsUC of 1990s validations

Instrument	AUC
PCL-R	0.72
VRAG	0.75
HCR-20	0.76

スライド 4

【スライド 4】

そして今、PCL-R (Hare Psychopathy Checklist-Revised) だったり VRAG (Violent Risk Appraisal Guide) だったり HCR-20 (Historical Clinical Risk Management 20-items) といった暴力リスクのアセスメント

の手法が、どの程度の予測精度を持っているのかについて分かってきました。そして、こういった予測力というのは、司法関係の患者だけでなく、一般の精神科の患者についても当てはまることが分かっています。この予測の精度はある国の中でだけ当てはまるというのではなく、たとえ、VRAGを取って見ますと、最近、スイスでも同様であるということが分かりました⁸⁾。しかしながら、AUCという数値の難しさというのは、この数字を見ただけでは、臨床現場でどのように考えたらいいのかということになかなかすぐにつながらないというところにあります。たとえば、PCL-Rで0.72というAUCの数値があるときに、PCL-Rを使って暴力を予測すると、私はだいたい当たりになるのか、外れになるのか、どの程度までそうだと言えるのだろうか、というのが分かりにくいところがあります。それに取り組むためにどんなふうに考えたらいいかなんですけれども、あるリスクアセスメントのツールを使ってスクリーニングをしようとする、それについて陽性に出た人については退院させないことにしようと思ったことにします。そうすると何人くらいの患者さんを退院させないという決断につながるのだろうか。一人が暴力的に振舞わないということを予防するために何人患者さんを退院させないでいる必要があるだろうか。

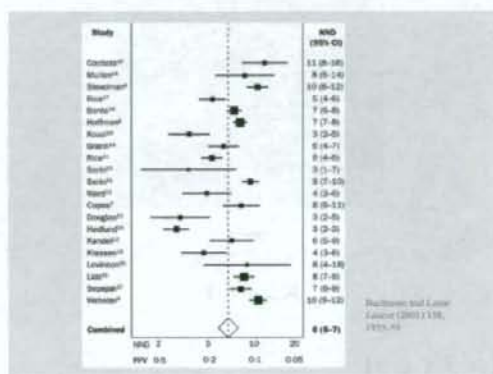
Number needed to detain

- NND
- the number of individuals who would need to be detained in order to prevent one violent act
- the inverse of positive predictive value

スライド5

【スライド5】

それを示す統計値が、1つの暴力行為を予防するために拘禁する必要のある人数、NNT (number needed to detain: 拘禁必要人数) とされるものです。これは統計学的には、先ほどの陽性予測値のちょうど逆に相当しますね。このことに答えるために私が何年前かにリース先生と行い、ランセットに掲載された系統的なレビュー³⁾の結果をお話します。



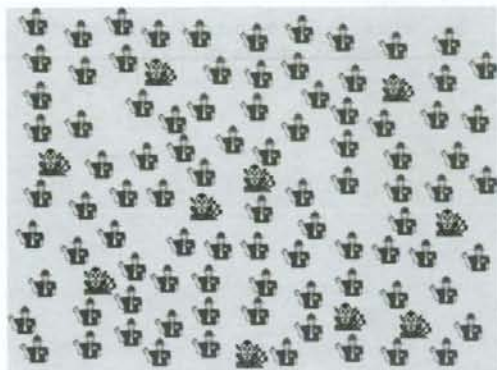
スライド6

【スライド6】

例えば、10%位のベースレート (事象発生率) のところで、PCL-Rを暴力のスクリーニングに使ったとすると、1つの暴力を防ぐために6人位を退院させないということになるでしょう。先ほどからベースレートという言葉を使っていますけれども、AUCと異なり、NNTはベースレートの影響を受けるんです。もう1つ、リスクアセスメントの方法を目に見えやすく示しましょう。

【スライド7】

10%位の人達が問題行動を示すだろうという集団があります。ここに悪魔とボーイスカウトがいますが、悪魔が何か暴力をします。



スライド7

Preventive detention at 10% base rate

Random	With risk assessment

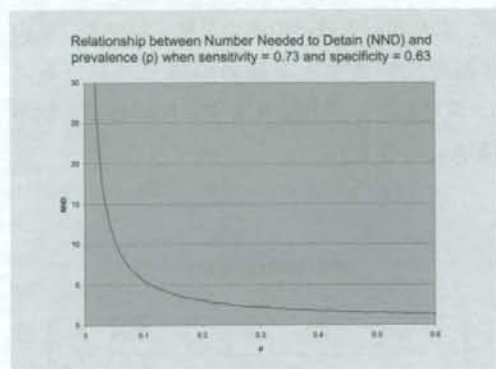
スライド8

【スライド8】

暴力の発生を防ぐために、そうじゃない人も含めてある一群の人たちを閉じ込めることにします。ここでは、1つの暴力を防ぐために、何も考えないで無作為に選んだ9人を不必要に拘禁する必要が出てきます。しかし、もしもPCL-RやVRAGやHCR-20などのリスクアセスメント・ツールを使って、ある程度選んだ上で拘禁するのであれば、1人の暴力を防ぐために不必要な5人を拘禁するのですむことになるでしょう。1人を防ぐために5人ですから、合計6人を拘禁することになります。

先ほどのベースレートに関するお話をします。ここに示されているのはベースレートが10%の場合の例として出しています。例えば日本を

含む多くの国ではもっと低いでしょう。ベースレートが低くなればなるほど、拘禁必要人数は増えていくんです。

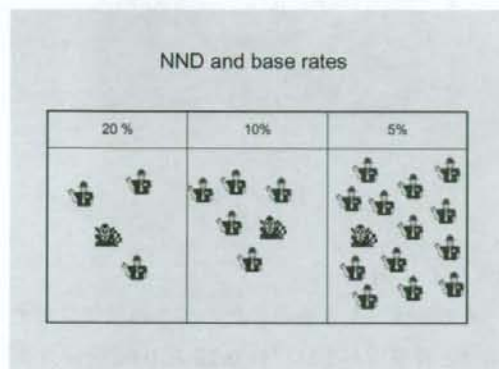


スライド9

【スライド9】

その数値の動きを示したのがこのグラフです。感度と特異度がそれぞれ0.73と0.63というデータが出ていますが、これはVRAGの研究からとった数字ですが、発生率(p)が下がれば下がるほど、特に10%から5%よりも下がってきますと、今、あるような予測の手法を使って、拘禁しなければいけない人数はグッと上がっているのが見てとれると思います。ECA (Epidemiologic Catchment Area) 研究の結果を使って同様な予測を求めると、過去12ヶ月間に暴力をふるったと自己報告した対象者の割合が17%だったのですが、これをベースレートとすると、その期間中に1つの暴力を防ぐために必要な拘禁必要人数は3.5人になります。しかし、ここでのポイントは、このECA研究でアウトカムとして使った「暴力」というのは、いわゆる我々が考えるような重い暴力ではなくて、もっと軽いものを含めてなんです。それでようやくベースレートをある程度高く引き上げた上で出した数値なんです。CATIE (Clinical Antipsychotic Trials of Intervention

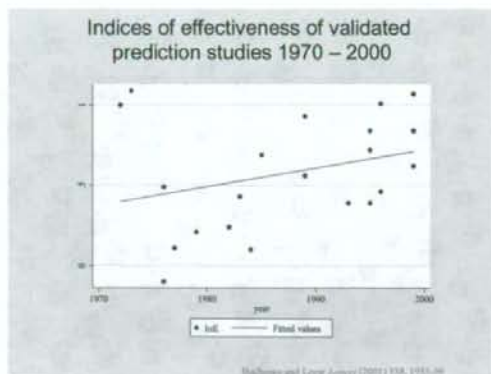
Effectiveness) という最近行なわれた疫学研究がありますけれども、この中で暴力というのは武器を使ったもの、あるいは重大な傷害を被害者に与えたものというふうに定義されていたので、より狭い意味での暴力を見えています。その定義を使いますと、暴力のベースレートは3.5%でした。そうなりますと拘禁必要人数が15人になります。



スライド 10

【スライド 10】

ベースレートが下がると、どれくらいの人を、暴力をふるわない人も含めて拘禁しなければならないかを図式化したのが、この悪魔とボイスカウトのスライドです。人口の中での暴力の発生数が下がれば下がるほど、1つの暴力を防ぐために拘禁しなければいけない人数は増えるのです。もうひとつだけ加えておきたいことは、ベースレートが下がれば下がるほど、心理測定学的な信頼性などの質の高さよりも発生率の方が重要な意味を持つてくるんです。例えばCATIE研究の例で見ると、3.5%のベースレートですと、20%感度を上げるようにカットオフ値を変えていっても、拘禁必要人数を15人から13人に下げるに過ぎないのです。



スライド 11

【スライド 11】

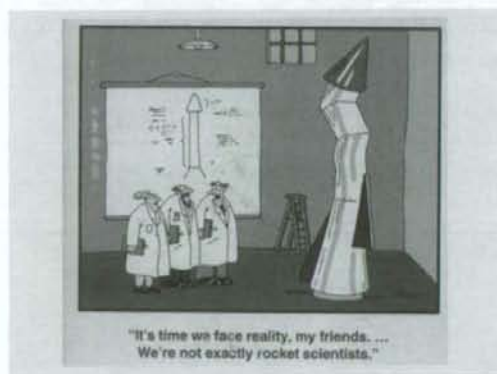
それでは将来的に、もう少しましな予測できる精度で予測できるようになるのだろうかということを報告したいと思います。もう少し予測精度を上げられるんじゃないかと思うんです。ただ、先に結論を申しますと、その一方で、どれほどこれから進歩を続けて、その進歩が蓄積されていったとしても、そんなに予測精度を上げるところまではいかないのではない、限界があるのではないかと思います。

それではもう少し予測精度があがるんじゃないかという理由を2つ話したいと思います。1つめの理由はゴードン⁹⁾が1960年代にした議論に関する話です。私が今まで紹介した研究は主に司法関係の対象者について行なわれたものでした。その対象者の多くは裁判で有罪判決を受けた人達です。すでに有罪判決を受けた集団の中で予測をしようとする、その中で誰がもう一度暴力を行なうかを予測するのは難しくなるのです。ですので、そうではなくて、一般人口を対象にした研究を重ねて行きますと、過去の有罪判決という要素も含めて、予測に役に立つ結果が積み重ねられるかも知れません。2つ目の論点は、特定の臨床現場で特定の患者を診ている臨床家の方が予測にすぐれているのではないかという議論があります¹⁰⁾。ピッツバーグ

からの研究なんです、アメリカの精神科医に関しては、男性の患者に対する予測は女性に対する予測より高くできるという研究もあります。

次に予測精度を上げるにも限界があるだろうという理由をお話します。1つ目は方法論的な問題です。初期の研究の多くは小規模患者集団に対して行われました。そして、使った変数というのもしなかつたのです。使われた変数に関しても、操作的に定義づけられた、かなり制約のあるものばかりを入れていました。利用される情報についても、ケースレポートやカルテから何も分析しないで、そのまま持ってきたようなものがしばしば使われました。最近になりますとやり方が随分違ってきています。皆さんの多くはマッカーサー研究 (the MacArthur Violence Risk Assessment Study) に関して馴染みがあると思いますが、1,100名の退院患者を対象にしました。この患者さんたちに対して、134の変数で検討を行いました。その操作的な定義もかなりきちんとしたものになっています。そしてアウトカムに関しても、公的な報告であがってくる犯罪歴だけではなく、患者のインタビューを行う、患者家族などの情報提供者からも側副情報を得る、という3重にとりました。そして、今この直線が少しずつ上がっていく、この理由の少なくとも一部分は方法論的に洗練されてきたからではないかと思われまふ。変数の定義の仕方を厳密にすることによって、これまでの問題点を克服できたのではないかと思ひます。予測精度が上がるといっても頭打ちになるのではないかと思うといった2つ目の理由は、これもまたゴードンの言ったことと関連のあるものですが、多くの予測モデルというのは、その集団毎にアウトカムがランダムに起こるものだという予測を前提にしています。そして、その中の集団の中には、特に暴力を起こす可能性

の高い固定メンバーがいると思ひます。そして、その予測の精度が高くない場合は、その確率の高い集団を同定することはできないだろうといった考え方をもちます。しかし、ゴードンは、暴力というのは特定の集団内においてランダムに起こりうるという考え方をするだけではなく、同一個人内でも暴力が起こるか起こらないかというのは無作為に起こりうるという考え方をすることも可能だとしたのです。ですので、時間を巻き戻して見直してみたら、当初予想していたのとは違ふ患者群が再犯・再被害行為をするかもしれないという前提をひくこともできるはずでふ。それが必ずしも全ての集団に当てはまらないとしても、このような両方の考え方をしてみることで、どんなに予測力を高めたとしても、天井効果といひますか、頭うちになるんだということが見てとれると思ひます。

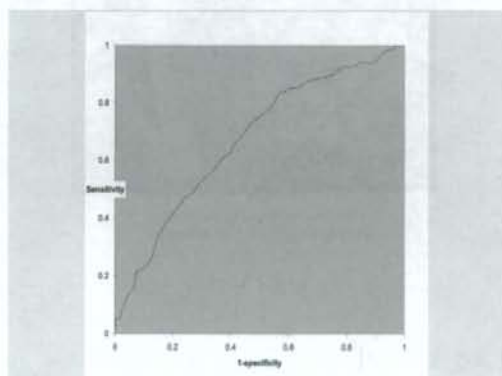


スライド 12

【スライド 12】

それでは今後、どうやったら臨床現場に研究を役立てていけるかというのを考えていけたらと思ひます。この漫画が示しているのは、私たちは自分たちが望むほど賢くはなれないんだということです。まずしなければならぬのは暴力と関連することが分かっている2つのタイプの変数を識別していくことだと思ひます。1つ

めは診断に関することです。暴力は精神障害の人達にどれくらい多いのか、少ないのか、その関連の強さですね。精神障害の中でも特に統合失調症の方にどうなのか、そのようなことに関する研究です。2つめの変数としては、より行動的なものです。行動の変数の方が、将来の暴力に対する予測にはより近接的な効果を持っています。フィラデルフィアの出生コホート研究があるんですけども、10代のころに非行を示した少年を追いかけたものですが、その子供が成人してから暴力を示したのは14倍であったとのことです¹⁰⁾。ナイジェルウォーカー博士はケンブリッジ大の犯罪学の先生なんですけれども、過去に暴力で有罪歴のある方は、そういった経歴のない方に比べて、14倍の確率で将来的に再び暴力犯罪を行うことを示しました⁹⁾。ですので、予測精度を今後上げたいのであれば、恐らくは今申し上げたような、より行動的な変数に注目して行っていく必要があるのではないかと思います。

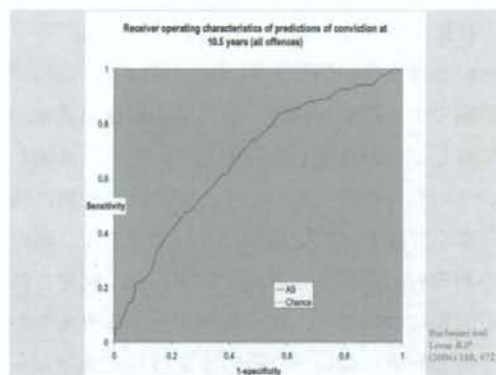


スライド 13

【スライド 13】

それでは今そのように考えていることを指示するデータをお示ししたいと思います。先ほどの一度お見せしたグラフなんですけれども、イギリスの高度保安病棟から退院した425人の患

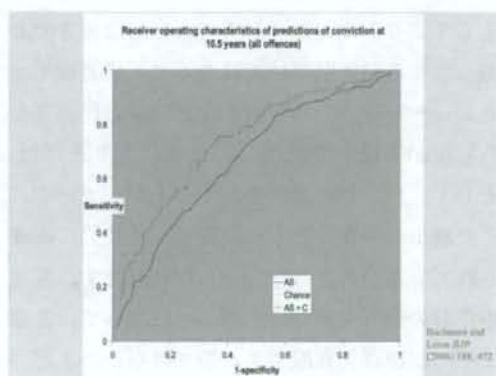
者を10.5年間にわたって追跡した場合に、どの変数を使ってどの程度正確に再犯リスクを予測できるのかを具体的に見てみたいと思います⁴⁾。



スライド 14

【スライド 14】

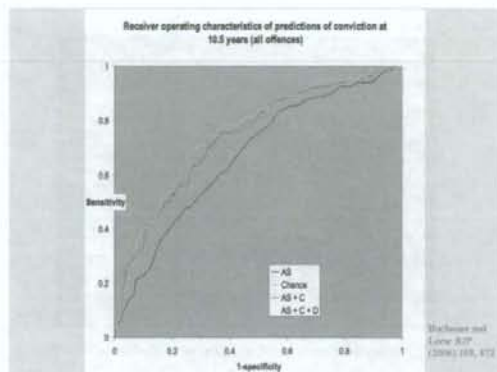
まず、人口統計学的な最低限度のデータ、年齢(A)と性別(S)を変数として使ってみました。それを加えるだけでこのROC曲線が偶然を示す青の直線より少しだけ上の方に動きます。



スライド 15

【スライド 15】

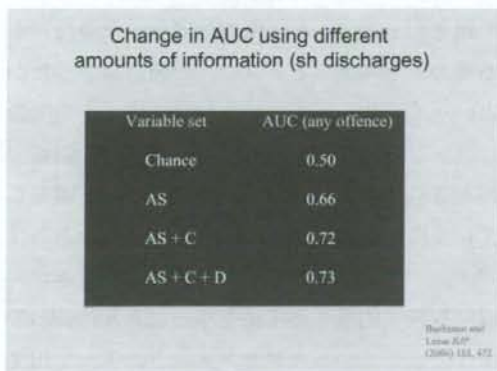
そこに、その人の犯罪歴(C)を加えてみると、さらに予測精度が高まったのが見てとれると思います。



スライド 16

【スライド 16】

最後にその人の診断に関する情報 (D) を加えました。それで少しは予測精度が上がったのですが、それほどではありませんね、先ほどに比べれば。診断に関する情報には人格障害の有無も含まれているのですが、それでも予測精度はそれほど上がりません。人格障害というのは暴力との関連が強いものの1つであるということが研究ですでにわかっているものはありますが、それでも診断の精度に与える影響はこのくらいなのです。

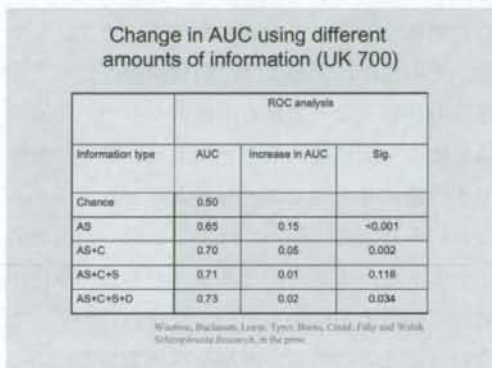


スライド 17

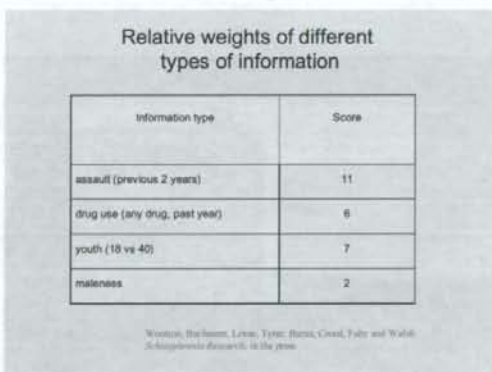
【スライド 17】

では、今グラフでお示ししている AUC を見てみると、一番下の数値を見て欲しいんですけ

ど、たったこれだけの情報を使った予測ではありますが、いくつかリスクアセスメントのツールとして紹介したもの (PCL-R, VRAG, HCR-20) の AUC とそんなに遜色のない値が得られていますよね。人口統計学的特性と犯罪歴と診断だけを変数として使っただけですが。



スライド 18



スライド 19

さきほど、2つのタイプの変数を有効に識別できるのではないかと言いました。1つは行動学的な変数で、それがどのように役立つかをお示ししたと思います。2つめの変数は臨床的な変数でした。臨床的な変数に着目したほうがいいのは、行動学的な変数に与える理由とは少し違う理由からなんです。リスクマネージメントができるようになって、単に人を拘禁しておく

だけでなく、もう少しましな、いい対応をできるようにするのであれば、もしもそうしたいと願うのであれば、精神状態と暴力の間にどのような因果のつながりがあるかという理解をもう少し深めなければなりません。ごく単純な例を挙げますが、精神科の患者に多い暴力のリスク要因には、物質使用というのがあることはすでにわかっています。しかし、その理由に関しては、物質使用によって中毒性の状態になって暴力を振るうのか、あるいは薬物の売買に関わることによって暴力の起きやすい場に身を置くことが増えるからなのか、こういったことについては少しは関心をもたれていますが、まだ今のところ、どちらの事情が効いているのか分かっていません。しかし、こういったことに対して理解を深めることによって私達の患者に対するマネジメント力というのは上がっていくと思います。



スライド 20

【スライド 20】

それでは結論に入っていきたいと思います。この領域においてもっとも難しい問いに答えようとする、そのことをもって結論としたいと思います。



スライド 21

【スライド 21】

VRAG や HCR-20 のような保険数理的な方法を使うか使わないについては、つまり、私たちの臨床現場でルーチンとして使うようになるのか否かについては、臨床家はあちらを立てればこちらが立たずというような状況に置かれるのではないかと思います。もしもこういったアセスメントをするということになれば、その患者の臨床的なニーズの先頭のところに、この暴力リスクというものを張り付ける行為をしたと責められます。しかしながら、もしこのリスクアセスメントをしなければ、何か問題が起きたときに、なぜ保険数理的な手法による暴力アセスメント・ツールを使わなかったかという責められることとなります。この議論はアメリカでもイギリスでも保護観察の領域で戦わされてきた議論です。予測の手法を開発していくには保護観察の現場が第一線になるわけです。そして、保護観察システムの中でできた、保険数理的な予測手法を作った人々に言わせると、こういったアセスメントによって出てきたスコアというのは、何が起こるかというのを決めつけるために用いるのではなく、比較の基準点、ベンチマークにするべきではないかと言っています。臨床的な推奨事項というのがいろいろ出てくると思うんですけども、その

推奨事項に対して、このリスクアセスメントで得られたスコアを兼ね合わせて考えるために使ったらどうだろう、と言っています。私たちはそのようなアプローチをとるのが妥当ではないかと思っています。と言うのも、私達はこういったリスクをどうマネジメントすればいいのか、まだ不確実な立場にあるので、このような姿勢で臨んだらいいんじゃないかと思っています。皆さん、ご清聴ありがとうございました。

[総合討論 (以下、敬称略。聴衆については匿名とした)]

分島 (司会) 「ではまず Buchanan 先生の前に講演を下された先生方に、Buchanan 先生の方からご質問があれば伺いたいと思います。」

Buchanan 「私の話を聞きたいということでいらっしゃった方も多いとは思いますが、私の話以上に4人の先生方には素晴らしい発表をして頂いたと思います。まず、黒田先生や美濃先生の話聞いていて思ったのは、法律を作るのはまず一つであります、しかしながら、その運用についてはまた別の次元で動いているということです。有効なサービスが作り上げられて行くためには、法律だけではなく、サービスの現場が法律を有効に使えるようにサービスの内容を上げていくという段階が必要なんだなと思いました。ある意味では法律の制定をすることは現場から見ると楽なことなのかも知れません。岡田先生の話に関しては、その中で示されていた懸念に関してはかなり共感すべきところが多いです。ある時点で刑事責任能力があったかどうかということだけで、将来のことを決めていくというのは問題があるのではないかということには共感いたします。もちろん私は日本の制度が少ししかわからない段階でものをいうのはできるだけ控えたいですけれども、

重要なのは臨床家自身に、対象者に何が必要かを判断させることではないかと思いました。言い換えますと、心神喪失と判断された人がその人のニーズを判断するアセスメントを受けないといけないと思うんです。アメリカでは心神喪失抗弁が適用される方の臨床的なニーズにはかなり多様なものが含まれます。今日の発表の中では、治療に関する話にかなり重きを置かれていたと思います。特に美濃先生の多職種チームの話は、多職種チームを作るべきといった方法論を越えて、実際に参加すべきといった点に感銘を受けました。日本のシステムの中で多職種チームといったものがどういったものにあたるか量的に示していく必要があるんじゃないでしょうか。例えば、地域のチームでは何人の患者を持つのかということや、臨床心理士が割くべき時間はどれくらいなのかということや、ニーズを量的に数値化することによって、実際に必要なサービスがきちんと確保されることにつながるんじゃないかと思っています。最近の法律システムの変化によって、どれほど司法精神医療の領域が広がってきたのかということについても印象に残りました。こういった変化が起きてきますと、さまざまな課題が新たに出てくると思います。例えば精神科医が、この人は精神病であると刑務所の中で診断したときに、その人の仮釈放の可能性がなくなってしまうかもしれないということに直面したときに、どんな困難に直面するのか、私にはまだ分かりません。ですので、さらなるトレーニングが必要になるかもしれません。他の方々も発言したいと思いますので、私からはこのへんで終わりたいと思います。」

分島 (司会) 「では、それぞれの先生方から付け加えることはございますか？」

岡田 「アメリカの現状を確認する意味で改めて確認したいんですが、日本では触法精神障害

者は責任能力の有無で処遇が決まってきます。これはアメリカとかイギリスでも同様なのか、そうではないのかということをお聞きしたいんですが。」

Buchanan 「イギリスに関してはそのようなシステムにはなっていません。イギリスでは心神喪失の抗弁というのはそんなには使われません。なぜならば、重大犯罪を犯した方がどのようなルートに乗っていくかについては裁判官が決めるのですが、その場合、重大犯罪を犯したからといって刑務所にいかなければならないわけではなくて、裁判の場で治療命令(Hospital Order)を出すことが可能なんです。そうなりますと保安上の心配というのが出てくるかもしれません。ですので、重大犯罪については治療命令だけでなく、退院制限命令(Restriction Order)を付けて出すことができます。このRestriction Orderが出ますと、病院だけの判断で退院をさせることができなくなります。アメリカではまた事情が違います。ほとんどの州では判事の判決を持って治療命令を出すわけにはいかないんです。2つのことを伴います。弁護士側が心神喪失の抗弁をしるということで押してきますので、残った州では心神喪失の抗弁が使われます。そして精神障害の人の多くは刑務所に送られます。」

岡田 「こちらには判事の方々もいらっしゃいますのでコメントを頂ければと思うんですが。」

A (裁判官) 「お伺いしたいのは、触法精神障害者の処遇に関して、日本では医療と司法の協力はあまり行われておりません。医療観察法ができてようやくそれが始まったところです。アメリカまたはイギリスで、触法精神障害者に対して、司法と医療の間でどんな協力をされているのか、分かれば教えて頂きたいです。」

Buchanan 「起こるべきだと私が考えていることと、実際に起きていることについてお話し

たいと思います。起こるべきだと思うのは、特に大学の人々がより貢献すべきだと思います。司法の領域に入ってくる精神科医が可能な限り法律について学べるようにすること、逆に法律家が精神医学について可能な限り学べるように保障することです。具体的にはケンブリッジ大学の犯罪学の研究所ではそういったフォーラムを開催したりしています。しかしながら実際は、こういった協力関係については、情熱のある人達の間だけで起こっているのが事実です。それぞれの現場ではいろいろなことが起きているとは思いますが、全体としてまとまった知識となるのが不可能な状態です。また長々と答えてしまいましたが、私はトレーニングの場で二つの領域を共通に学ぶことが必要と考えます。」

B (精神科医) 「一つ長い質問をします。暴力を予測するということは、666の数字を額に探すようなものだと思います。罰というのはその人が何をしたかということによって決められるものです。しかし、我々精神科医は患者さんの退院時期に関して、これからどのようなことをするであろうかという考えに基づいて判断します。トム・クルーズのマイノリティ・リポートという映画のように。疫学的な結果が示すことによれば、黒人であるということと暴力との間に関連があるということが示されています。もし質問項目の中に「あなたは黒人ですか?」という項目があればそれは大変問題になることだと思います。リスクを予測ということが新たな人種差別や偏見を生むということについてはどうお考えでしょうか?」

Buchanan 「質問内容について確認させて下さい。リスクアセスメントというのは危険なことではあるべきではない、というご意見であるということと、将来の暴力のリスクに基づいて人を拘禁することの正当性をいうことはできないということでもよろしいですか?まず2つ目の質問

についてですが、もしリスクアセスメントに基づいて人を拘禁することが正当化されないというのであれば、リスクアセスメントについて私たちが頭を悩ませることはないですよね。ただ実際にはほとんどの国では、リスクアセスメントに基づいた拘禁というのが行われています。ですから、そういった現状がある中では過剰な使いすぎは慎まなければいけません、法的な手続きに裏付けられるべきだと思います。リスクアセスメントの使用法には注意が必要ということとは全くその通りだと思います。」

平林「リスクアセスメントで入院期間を決めるんですが、入院っていうのはパニッシュメントではないということと、そして、確かに文献的にも、就職の問題とか貧困とかの暴力のリスクになりうる因子を代表する言葉として、そういう言葉が出てきていますけれども、治療する際には彼らを救っていくためにもある程度、そういう評価をして行かなければいけないんじゃないかなと思います。」

Buchanan「まさにその通りだと思います。少し付け加えると、先ほどお話に出たマイノリティ・レポートで示されているのは、何が起きているのか非常によく示していると思います。1つ分かるのは、予防拘禁をするに当たって、どんなに予測精度が上がっても、間違いが起こりうるんだということを自覚し続けるということが重要だと思います。」

岡田「今の話の文脈で少し確認をさせて頂きたいと思います。Buchanan先生の保険数理学的な話で、何かが起こったときに、そういった保険数理学的な評価をしていないと非難が起きるということがあったと思うんですが。アメリカやイギリスにおいて保険数理学的な予測方法というのは、司法の方々にはどれくらい信頼しているのか、ということについてお聞きしたいんですが。」

Buchanan「今、法律の先生に聞いてみましょうか？答えるのが難しい。私には分かりません。」

C(裁判官)「日本では、この間、4月25日に最高裁が、できるだけ鑑定を尊重しなさいという判決を出したんですが、その1週間後に精神科医2人が心神喪失としたのに裁判官がそれに従わなかったという判決があって、それを皆ご存じだからBuchanan先生にどうのお考えなのか聞きたいなと思いますけれども。」

Buchanan「保険数理学的な予測と、今の話がどうつながるのかわからないんですが。リスクアセスメントは診断とは異なります。」

C(裁判官)「精神科医の意見に法律家は従うべきなのか否か、ということです。リスクアセスメントも科学的なもので、診断も科学的なものであるはず。それに対して我々法律家はそれを否定することができるのかという、そういう話です。」

Buchanan「精神科医が、自分が良く分かっていることについて語っている時は、耳を傾けるべきだと思います。でも、よく分かっていない、と思われる時は耳を傾けなくていいんじゃないかと思います。診断に関しては、耳を傾けてもらうべきですが、刑事責任能力に関しては逆方向なんじゃないかと思います。」

岡田「診断よりはリスクアセスメントは科学的なものじゃないかと僕は思うんですが。精神科医などがそのツールを使って出した予測というのは、司法の方に関するパワーは絶大なものなのかどうかということがお聞きしたいんですが。」

Buchanan「私が思うに、司法精神科医がすべきことは、司法精神医学の領域のことを司法の方々によく分かる言葉で説明できることじゃないかと思います。特にリスクアセスメントに関するさまざまな技術については言えることで