

状態で実子殺害に至る。薬物療法で状態は安定。対象者は、以前より通院していた信頼する前医への通院を強く希望。自主的に通院を継続する意思が十分にあること、同様の対象行為の再発の可能性は低いことなどから、指定通院医療機関での通院医療よりも、本人の希望する医療機関への通院の方が通院の便や治療意欲の点からもメリットがあると判断し、処遇終了して精神保健福祉法による通院へと移行した。

IV. 「診断」にかかる事実認定

指定入院機関において、十分な評価期間を持たせた事例 42 例中下記 16 例の診断に関する疑義例が報告された。なお、個人が特定されないよう、適宜内容は変更している。

(診断に疑義のあった症例)

(年齢 対象行為 入院前診断 入院後診断の順に記載；略号 AD：アスペルガー症候群，ASD：非定型自閉症，PD：パーソナリティ障害，MR：知的障害，DD：妄想性障害，SAD：統合失調感情障害)

- ①3XM 殺人未遂 SC AD 確定
- ②2XM 傷害 SC ASD 確定+DD
- ③2XM 殺人 SC ASD 確定
- ④2XF 傷害 SC Tourett 確定
- ⑤2XF 殺人 SC ASD 確定+SC 確定
- ⑥3XM 傷害 SAD ASD 確定
- ⑦4XM 傷害 SC AD 確定
- ⑧2XM 殺人未遂 SC AD 確定+SC 確定
- ⑨5XM 強姦未遂 SC PD (回避性・依存性) 疑い
- ⑩2XM 殺人 SC PD (自己愛) 確定
- ⑪3XM 傷害 MR+SC MR 確定
- ⑫4XF 放火 SC MR 確定
- ⑬2XM 殺人 SC OBS (脳炎後)
- ⑭4XF 放火 MDI OBS (MDI+器質性 PD)

⑮6XM 放火殺人 SC MDI+Dementia

⑯7XM 殺人未遂 SC DD+Dementia

上記各事例の概略を下記に示す。

症例①

a) 病歴

幼少時よりおとなしく、自分から友達に溶け込んでいくことの出来ない子であった。中学 3 年頃より、他人の視線や態度が気になる、自分への攻撃のような気がすると感じ、強くなりたいと思って空手を習った。高校まではまじめで喧嘩もなく、珠算、暗算の資格を取ったりした。格闘技を習えろと思い消防隊に入隊。約 4 年ほどトラブルもなく生活し、約 400 万の貯金ができ、大学に行くために消防隊をやめ、建築デザイン科に入学した。同学年の女子に夢中になったが振られてプライドが傷つき学院を休み始め、半年後に退学。警備会社に勤務した。X 年、ニーチェを読んでいるときに自分の心が他人に伝わっている気がし始めた。東大出の銀行員から見下されている気がして惨めに感じ、営業に変わったが客を 1 件も取れず 3 ヶ月で退社した。翌年、消防隊に再入隊したが、掃除しようと思ったところロッカーに鍵がかかっており、先輩の嫌がらせだと思いショベルでロッカーを壊すということがあった。また、テレビを見る為に座ろうとした椅子を同僚が占有していると思い、いきなり後頭部めがけてとび蹴りしたこともある。その後班長になったが、部屋に後輩が入ってきたことに腹を立て、スチームにこめかみをぶつけ怪我をさせ、その後退職。同年 A 病院初診。「神や悪魔の声が聴こえる」「他人から何か悪いことをされている気がして人間関係が上手くもない」「気分の落ち込みがあり死にたいような気になる」と訴え、統合失調症と診断された。その後、A 病院に任意入院したが、入院費が気になり退院。単身生活で A 病院に通院した。その後も対象者は自分に指示するような幻聴や

自殺したい気持ちに襲われること、自分の考えに「そうだ、そうだ」という幻聴などを訴えて何度か入退院を繰り返している。その間精神症状が安定し、X+3年には抗精神病薬を中止したこともあるが、数ヶ月で自分の考えに「そうだ、そうだ」という幻聴が再燃しプロムペリドールを再開した。X+4年頃から電気を消したかどうか何度も確認する、物を置くのにミリ単位でおかないと気がすまないなどの強迫症状が出現した。X+7年に「アパートの隣人が自分に向けて大きな音を立てているように思う」「作業所の人の笑い声やテレビの音が自分に向けられている」などの被害関係妄想が出現し、A病院に任意入院。症状は速やかに落ちつき退院。X+10年、家の鍵が合わないことに腹を立て、実姉に暴力。全裸で歩き意味不明のことを言っているところを警察に保護された。医療保護入院となったが、同日自殺企図。その後も看護師とすれ違いざまに「自分の行く道を邪魔したと思った」と蹴ったり他患の顔をいきなり蹴ったりする暴力行為が出現。しかし暴力は隔離になると速やかに落ち着いてきた。しかし姉が保護室という環境に抵抗があり退院させ、通院していたが同年10月、姉を包丁で刺し、自分から警察に通報、措置入院となった。入院後、対象者は「姉が自由にさせてくれないから」と述べ、入院後も面会に来た姉に対して、いきなりテーブルをひっくり返すなどの粗暴行為を起こした。措置解除後、アパートで独居生活をし、自閉的な生活ながら定期的に通院していたが、いきなり姉の手を刺し警察に保護され、X+12年、措置入院となった。その時には「姉を殺すのではないかという不安とずっと戦っていた」「姉は感情をむき出しにする」と述べ、明らかな幻聴や被害妄想はなかった。約半年後に福祉ホームに退院したが、突然福祉ホームから行方不明となった。3日後に警察官の制服を盗み保護され措置

入院。診察時には「これを着れば助かると姉の声で幻聴あがった」と述べた。半年後に退院し、1~2週に1回の診察を受けていたが、診察時に幻聴や被害関係妄想の訴えはなく、今回の対象行為直前まで通院していた。X+14年、姉が義父に殺されているのでは無いか確認に行ったが姉が対応に出てきたので姉は死んでいないことがわかった。その時他人の力で姉の死を願うのは卑怯だと思い、自分の手で殺害することを決意した。包丁では過去2回とも致命傷には至らなかった事から今回はアイスピックにしようと考えた。アパートに戻りCDを止めたところ、時刻表示が誤っており、2時30分であったことからその時刻に姉の殺害を決意した。午後2時半を少し過ぎたところで姉に襲いかかり、心臓を狙って執拗に刺し続けたが致命傷を与えられない事から頭や首を狙った。姉の頭がラジカセに当たったところスイッチが入り、YMOのライディーンという曲が流れ出した。その時「自分が目指していたのはゲーテやニーチェという超人であって悪魔ではない。このまま姉を殺したら悪魔になってしまう。わずかでも息のあるところで止めて罪を負う事が超人になること」と考え、姉にとどめを刺すのを止めた。対象者は警察に電話し、緊急逮捕された。

b) 鑑定時診断 思考伝播、被害関係妄想、対象者特有の奇妙なこだわりや思考、強迫症状、自発性低下、意欲低下、対人的孤立と引きこもり。こういった他者との関わりを避けた生活で被害関係妄想は軽くなっている。集団で生活し他者からの刺激を受けることで関係妄想が発生。これらから慢性的経過をたどっている統合失調症と診断された。

c) 鑑定時診断とその根拠

・思考伝播：X年10月頃ニーチェの本を読んでいる時に思考伝播体験が始まった。

「人に自分の考えが伝わる感じ。しんどくは無

いけど不思議な感覚です。最近は大分減っています。」

「他の人に自分の考えが悟られている。」

「自分の考えが他の人とシンクロしている。」

「くしゃみはイエスで自分の思っている事を肯定している、咳は自分の思っている事をノーと言っている…自分の事を他の人が分かっているという証拠です。」

「人のオナラが…そんなことが分からんかバカと言っているように思う。」

「人の笑い声が自分を馬鹿にしているように思える。」

・衝動性

人格バランスが悪く、衝動的に行動しやすい側面がかなりある。これは、消防隊入隊後から消防隊の同僚、入院患者、姉、主治医へ何度と無く暴力行為を繰り返していることから明らかである。これらは必ずしも精神病症状(幻聴、妄想など)とは並行していない。しかし人格に影響を与える統合失調症の病態からして、統合失調症の影響を認めざるを得ない。

・思考障害

話の脈絡が悪く(支離滅裂と言う程ではないが)まとまりに欠け、思考過程の連合弛緩が認められる。また、また特異なことに強度の拘りを示すとか、あることに特別な意味付けをするなど普通でない奇妙な考えを表明する(→妄想知覚や妄想解釈といってよい)。これらは慢性化した統合失調症による思考障害と考えられる。

・被害的思考(不適切な疑惑)

「人の笑い声が自分を馬鹿にしているように思える」などと訴え、他者からの悪意があるという被害的な思考がある。

・幻聴

X+2年6月に始まった。格好良い男の声で「そうだ、そうだ」、怪獣の声で「違う、違う」、女や子供の声で「そう」という声が最初に聴こ

えた。X+2年7月 精神科病院初診。「神や悪魔の声が聴こえたという幻聴」、「他人から悪い事をされているような気がして人間関係が上手く持てない」「気分の落ち込みがあり死んでしまいたいような気になる」との主訴から統合失調症の診断。その後自分に指示するような幻聴も出現。「カミュの異邦人を読んでいて21ページに『ゆっくり行くと日射病にかかる恐れがあります。けれども急ぎすぎると汗をかいて教会で寒気がします』という文書があってここから幻聴が始まりました。」と述べている。

・対人関係の障害

他者に対して被害感が強い為、安定した対人関係が持てない。他人との接触を避け、殆どグループ活動に入らない。(保護室に入室して他者との関わりが制限されている為、対人刺激が少ない環境にいる。物理的に対人接触や行動が制限されている事は寧ろ対象者に対し保護的に作用して、衝動のコントロールを援助していると考ええる。)

・共感性

自己の感情や思考についての囚われが強いが、それだけ他者への共感性に乏しい。

・その他

社会生活活動能力の低下、意欲低下、自責的、強迫的な言動

本人は「公判で、精神鑑定のことを言われました。自分では異常ではないと思っています。ちゃんと善悪の判断はついています。善悪の判断がつかないことは家畜扱いで、人間扱いされていないと思います。弁護士さんに恨みは無いんですけど、自分は自分で正常と思っています。刑に服すことはハッキリ言って怖いんですけど、刑に服したいです。人間が人間扱われるのが当然で、もっと評価してもらいたいです。ちょっと誉められるとうつつを抜かず点があるので、厳しくして欲しいです。」と話した。

d) 現在診断とその根拠

統合失調症診断の根拠とされた思考伝播について：カミュの『ツアラストラ』を読み、生きる上で本人が悩んでいる事と同様のことが記されており、自分の人生の指南書であると感じた。同書の『超人から悟られになった』との言葉より、自分が『悟られ』つまり『周囲の人に自身の事が悟られる』ようになったと考えた。これに対して精神科医師より『思考伝播』との解釈を貰い、本人もこの考えに対して『思考伝播』という言葉を使うようになったと推測される。自我境界の曖昧さがあれば、多少の不安や恐怖を感じるところではあるが、本人はそういった感情は持たず、却って『悟られ』の体験を楽しんだり、客観的にその体験を観察したりする。本人は非常に暗示や一つの思い込みに囚われやすい傾向にはあるが、上記の点より、本人の言う『思考伝播』は統合失調症の症状とは異なるものと考えられる。

思考障害について：連合弛緩はなく、物事の理解や応用も問題ない。しかし、「特異なことに強度の拘りを示したり、あることに特別な意味付けをしたりするなど普通でない奇妙な考えを表明する」ことは現在も認められている。奇妙な考え方ではあるが、拘るものは数字や物の形など非常に限定されている。また、これらは幼少期よりあったとの情報もある。本人の中ではこれらの考えは整理されていて、独自の解釈ながらも常に貫いている。以上から、鑑定書では妄想知覚や妄想解釈と判断されているが、本人の持つ数や形への強い拘りに基づいた解釈ととる事もできる。

被害的思考（不適切な疑惑）について：『人の笑い声が自分を馬鹿にしているように思える』などと訴え、他者からの悪意があるという被害的な思考がある。」とされている。本人は自己評価が低く、常に人より劣っていると考えて

いる為、被害的になり易い素地がある。また、幼少期より苛められた記憶が鮮明に残っており、現在もしばしば「日付」と言うスイッチでその記憶が蘇り、当時の感情も体験する。以上から被害的思考に陥りやすい傾向はあるが、統合失調症による被害妄想とは断定できない。

幻聴について：「カミュの異邦人を読んでいて21ページに『ゆっくり行くと日射病にかかる恐れがあります。けれども急ぎすぎると汗をかくて教会で寒気がします』という文書があってここから幻聴が始まりました。」と述べ、「自転車で転んで幻聴が無くなった」と話すなど、ここにも本人独自の解釈が入り「幻聴」という言葉の解釈自体から再考が必要である。少なくとも現在、あるはずの無い音が聞こえるといった症状は無い。

衝動性：対象行為を含めて過去7回の暴力がある。うち被害念慮が関係している可能性があるのは入院中、他の認知症の入院患者に対し顔面を叩打した1件である。姉に対する暴力3件を除いた残り3件については、自分のテリトリーを不意に侵されたことに対する混乱からの暴力であった。テリトリーとは自分の個人的生活空間やそれに属する物(自分の部屋やロッカー、持ち物)のことと、ここでも独自の解釈があり、また突然の状況変化に混乱しやすい一面が認められる。上記より、これまでの暴力事件に関しては、幻覚妄想による精神運動興奮ではなく、突然の状況変化に対応できず混乱した事から起こったものと考えられる。

まとめ：幻覚・妄想・作為体験などの統合失調症の典型的症状は少なくとも対象行為時より認められていない。唯一明らかとされた思考伝播に関しても、統合失調症の症状とは異なる可能性が高い。また、日常生活において強度の拘りがあり、それらは日常生活パターンにまで及んでいる。(朝起きてから行う一連の動作手順が

決まっている。途中で中断させられると、混乱し、イライラする。)この傾向は、統合失調症の発症時期とされる23歳以前より、少なくとも本人の記憶する5歳の頃から始まっている。また、対人関係が非常に苦手であり、自身の感情には敏感であるが、相手の感情に配慮することが不得手である。意欲の低下や引き籠り傾向は認めず、他人への関心やかかわりたいという欲求は保たれている。また人間関係以外についても偏りはあるが関心は保たれている。統合失調症による陰性症状は存在しない。以上から、本人に特徴的に見られるこだわりや物事への特異な意味づけなどは幼少期から連続して見られており、20代前半に発症した統合失調症というよりは、発達障害(特にアスペルガー症候群)の可能性が高い。強度のこだわりや独自の解釈、混乱し易い傾向などから社会生活に支障を来している状態と考えられる。

症例②

a) 病歴

20歳時から住み込みで新聞配達の仕事をし、4月からは大学に通い始めたが、その頃から「学校の先生が自分の行動を盗聴、監視している」という妄想を抱くようになった。集中力が低下し、新聞配達が遅れるなどの為苦情の電話が殺到したが、それも大学の嫌がらせと考えるようになった。消火器を移動させたり投げつけることで嫌がらせに抵抗できると確信しており、配達先の廊下の消火器を噴霧したりした。対象者は「消火器を投げつければ嫌がらせが止む」と考えた上で、対象者が学院のグルと考えていた地域の住民に嫌がらせを止めさせようとしてマンションの10階から消火器を投げ落とし、落下した消火器が跳ね返って歩行者に当たり、全治2ヶ月の負傷をさせるという対象行為に及んだ。

b) 鑑定時診断とその根拠

大学の先生が、2チャンネルのシステムにより不特定多数を操り対象者を常時監視し、行動を邪魔している、盗聴器が取り付けられているという妄想と、歩行人から「死ねばいいのに」と言われたことがあるという幻聴体験から、妄想型統合失調症と診断された。

c) 現在診断とその根拠

大学からの嫌がらせを受けているといった被害関係妄想を有するものの、思考障害や自我障害は明らかでなく、被害関係妄想以外の精神病的症状は認められなかった。その一方で、興味関心は目立って狭くアニメや芸能界に限られ、人との情緒的交流を全く求めようとせず、自分の計画通りでない事には混乱するなど、想像力の欠如を認めた。対人コミュニケーションスキルは不足し、社会性も乏しかった。こういった事を総合し、対象者は軽度の広汎性発達障害を併せ持つ妄想性障害であると診断された。

症例③

a) 病歴

統合失調症の祖母が溺愛する一方で、ひどく叩く、過干渉するといった不安定な療育を受けて育った。小学生の頃には行動が遅く怖がり、3年生の頃からいじめの対象となった。中学1年時に祖母の被害妄想が悪化し兄と2人で生活するようになった。中学3年時にはトイレから出られない、手洗いが止まらないなどの症状のために強迫性障害を疑われ、カウンセリングと薬物療法を受け始めた。高校は始業式に出ただけで中退し、以後は家でゲームやホラーのDVDを見るだけの生活となった。このころから通信販売でボーガンやナイフを購入している。祖母から「働かない者は人間のくずだ」と言われ、飛び降り自殺をしようとしたり、大量服薬をしたこともあった。17歳頃に、過去の両親の暴力に対する恨みを述べて、興奮して兄に殴る蹴る

の暴行を加えたため、地元精神医療センターを受診した。幻聴や妄想を認めたことから統合失調症と診断され投薬が開始されたが、殆ど兄が通うのみであった。その後もマンションに引きこもったままの生活であったが、X年頃からは特に親への攻撃性が増し、殺してやるなどの発言が増えていった。服薬は兄の管理の元に行われ、飲み忘れることはなかった。事件当日、祖母が突然会いに来たため、本人は会いたくないとドア越しに対応したが、祖母が無理に入ってきたため持っていたナイフで祖母を切りつけ殺害に及んだ。

b) 鑑定時診断とその根拠

兄や祖母に対する強い被害妄想、祖母の叫び声といった幻聴、意味もなく笑い出すなどの空笑、会話が遅く思考途絶を認める。以上から妄想型統合失調症と診断された。

c) 退院時（現在）診断とその根拠

両親に対する被害的発言は生育史を考えれば十分に理解できることであり、妄想とは言えないと考えられた。また、過去の体験を思い出し怒りの感情から暴力に至るほか、ゲームやDVDに局限された関心領域の狭さ、生活様式全般にわたる拘り、感覚過敏、言語表出の不得手さ、コミュニケーション技能の全般的な低さ、想像力の欠如、ファンタジーにふける傾向など、自閉症圏内の特徴がいくつも見出され、高機能自閉症と診断された。

症例④

a) 病歴

14歳時より大勢の人の声が聴こえるというようになり、地元のクリニックに通院するようになった。内容は「ふざけるな」など、対象者を責めるようなものであった。15歳時より幻聴に左右されコードで首を絞めたりするようになり、地元大学病院受診。「手足も誰かが動かしている気がする」「体に誰かが入ってくる」等の訴

えがあり、統合失調症と診断され1年3ヶ月の入院治療を受けた後、元のクリニックに通院を再開した。その後対象行為に及び一旦地元の精神科病院に措置入院になった後、医療観察法の申立てがなされ、鑑定入院となった。

b) 鑑定時診断とその根拠

意思疎通は可能であるが、連合弛緩が著しい。「自分ではない気がするので喋れない」などさせられ体験類似の妄想もある。感情の平板化も著しく意欲は慢性的に低下。以上から残遺型統合失調症と診断された。

c) 現在診断とその根拠

入院時より男性を怖がり、全くコミュニケーションが取れないこと、注意保持が困難で、会話も行動もまとまらないことから、入院時の処方の有効性に限界があると考えられ、漸減中止した。その後口周囲を舐め回す、顔を擦る、高笑いする、卑猥な言葉を繰り返すなどの様々なチック症状が出現。ハロペリドール3mgで一部改善が認められたが、注意の障害、多動、音声・運動性チックは持続し、チック障害（トゥレット症候群が最も疑われる）が根底に存在していると診断された。さらに入院後も、10代前半の性的虐待や中絶の経験等、それまで妄想とみなされた話が比較的具体性と一貫性を保って語られた。男性を非常に怖がり、混乱した言動に至るときの関わりは殆ど常に男性看護師であることを考え併せ、これらの妄想と考えられてきた話は事実であり、言語表現能力に著しい障害を負っている対象者が、表現出来ない事で援助を求められず被害が繰り返された結果、現在では複雑性PTSDに陥っていることも強く疑われている。対人コミュニケーション能力及び言語表現能力に乏しい対象者の独特な言い回しや話の仕方が、これまで連合弛緩と認識されてきた可能性が高い。また対象者には多動が認められるが、これはADHDまたは虐待の結果の多動

傾向である可能性がある。

症例⑤

a) 病歴

小学3年時より吃音。中学、高校時も吃音はあったが、仲の良い友人はいつも3~4人いた。高校進学後にいじめに遭い、このころより自然に笑えないと訴えるようになった。X年より場にそぐわない思い出し笑いが出現。反抗的となり、精神科を受診時は対人恐怖症と言われて投薬開始となった。X+1年2月、かわいがってくれていた祖父が死亡、その葬儀の場で両腕を振る奇妙なしぐさが見られた。対象行為前には、友人とテレパシーでつながっているとの訴えや、独言、まとまりのない言動が増え、また妹が母親に殺されると突然考え付き、今やらなければ妹が自殺するかもしれないと考え、母親を刺殺するに及んだ。

b) 鑑定時診断とその根拠

妄想着想、妄想知覚（母親が妹に殺される）、考想伝播と幻聴体験（テレパシーで友人と話す、殺せと聴こえる）ことから、妄想型統合失調症と診断された。

c) 現在診断とその根拠

面接や行動観察の中で、「精神科に染まらないようにする儀式的行為」や『殺す』、『臭い』などの幻聴、「自己臭妄想」の存在が明らかとなり、時間経過と共に増悪していった。統合失調症による、自我障害、幻聴、妄想と考えられた。その一方で視線が合わない、吃音などの様子が見られ、心理検査の結果も、全体の流れを把握したり結果を予測する力が劣り、また裏をかく、比喩を用いるなど相手の気持ちが読み取れないことが明らかとなった。統合失調症の症状が改善し、治療が進んだ時点においてさえ被害者である母親の気持ちを想像することも自らの感情洞察も困難であり、広汎性発達障害を合併していると診断された。

症例⑥

a) 病歴

同胞2人の第1子。子供の頃より成績は優秀であったが、運動は苦手であった。中学生までは友人づきあいがあったが、高校生の頃からゲームやアニメに熱中するようになり、自室に閉じこもるようになった。成績不良にて大学には進学せず、専門学校も期待した講義がなく中退している。21歳頃、「自分は人を殺す為にいる」といった意味不明の言動があり、統合失調症と診断された。X年には精神運動興奮、滅裂言動で医療保護入院となっている。その後も治療は中断しがちであり、精神運動興奮、滅裂思考で2回の入院歴がある。対象者は普段はゲーム、フィギュアに熱中し、アルバイトは転々とし、長く定職に就いたことはない。X+10年に突然東京で生活すると言い出し単身で生活していたが、ネット上で7年来の友人と喧嘩になり、そのすぐ後にアルバイトで年下の社員に怒鳴られた後から不眠となり、妄想気分、テレビが自分を見ているなどの妄想が出現し、駐車場で男性を殴り、止めに入った被害者の家族を数回殴打するという対象行為に及んだ。

b) 鑑定時診断とその根拠

考想化声、行動に注釈を加える幻聴があり、緊張病性興奮状態もしばしば認められ、緊張病型の統合失調症と診断された。X年の初回エピソードまでは不適応や問題行動を示すエピソードがないことから、発達障害は否定された。

c) 退院時（現在）診断とその根拠

入院後の情報収集で、これまで明らかな幻覚妄想状態になったことはなく、テレビで自分のことを言っている気がしたのも、借金が心配で不眠になるという、本人にとって過重なストレスがかかる状況に反応してのものであった。異常言動とされてきた病歴上のエピソードも、就職を口やかましく言う親に反発して、カッとな

ったうえでの行動であることが明らかとなった。また当初より理知的な反面、社会的相互関係の障害が目立った。入院後に得た病歴上の情報及び多職種による本人の生活及び特徴を評価していった結果、広汎性発達障害であると診断され、本人の社会的に好ましくない行動が実は障害の特徴に根ざしたものであると理解されるようになった。共感性の欠如から被害者の心情を察することが困難であったが、実際に相手の立場になって事件を文章で書くことで、相手の痛みを表面上は理解できるようになった。

症例⑦

a) 病歴

対象行為の2, 3年前から、「誰かに尾行されている」、「部屋に誰かが入っている」というようになった。後ろの車を追跡してきていると思ひ、逆に追突したこともある。X年7月には見ず知らずの男性に「統一教会の信者と直感し」抱きつくという事件を起こして逮捕された。両親は入院をさせたいと思ひ、警備会社の職員と共に入院させるべく対象者が一人で住んでいるマンションに行った。入院させられると思つた対象者は部屋に逃げ込んだが、警備会社の職員の一人が片言の日本語であったことから、対象者は「統一教会から入院させられる」と思ひ込み、包丁で警備会社の職員を刺した。

b) 鑑定時診断とその根拠

妄想気分（ベランダからの景色が違って見える）、被害関係妄想および注察妄想と幻聴（夜中に音がする、目を開けると音は止む、目をわざと開けないと音が続いて、その後目を開けると音が止んだ。カメラで監視していると思う）、妄想知覚（歩いている人を見て、明らかに統一教会の信者と直感した）、連合弛緩、軽度うつ、以上から統合失調症と診断された。

c) 現在診断とその根拠

鑑定入院中の薬物投与（リスペリドン1mg）

により、明らかに精神病症状が消失。当院入院中一貫して精神病症状は認められなかった。入院後の症状評価より、素地にアスペルガー症候群が存在することが明らかとなった。そのため過重なストレスや予想外の出来事に対して上手く対処できず、不眠などから一時的に妄想を生じてきたと考えられる。対象行為前は10年ぶりに週5日のペースで不規則な仕事を始めたばかりであった。アスペルガー障害があることがストレス対処を困難にし、周囲の援助を受けることなく、対象行為にまで至ったものであると考えられる。

症例⑧

a) 病歴

小さいころから同年代の友人はおらず、潜水艦、ロケット、航空機に関心があり、そういった分野に詳しい大人と何時間でも話す子どもであった。予定通りであることにこだわり、その通りにならないと怒り始める子どもであった。両親が不仲であり喧嘩が絶えない家庭であり、高校時代に一度不登校になった。その後は大学に進学したが、授業に関心を持たず中退。その後就職したが、いじめにあい退職した。X年11月頃から妄想伝播、指示性の幻聴、不眠がありイライラして器物を破損した為受診を勧められ、統合失調症と診断された。通院は副作用のため自己断薬。その後も症状は続き、偶然外にいた人をスパイと思ひ込み、殴り倒して首を絞めるという対象行為に及んだ。

b) 鑑定時診断とその根拠

鑑定入院中はほとんど話をせず、独言や空笑もみとめられなかったが、警察での取調べの時に、「スパイがいる」「考えがばれる」などと供述していた為、上記病歴も含め、妄想型統合失調症と診断された。

c) 退院時（現在）診断とその根拠

入院後もほとんど話をせず、当初対人交流は

まったくと言ってよいほどなかったが、その後少しずつ話を始め、考想伝播、指示性の幻聴の存在が本人の話からも明らかとなり、妄想型統合失調症と診断された。また同時に、統合失調症の症状が消失している時点においても、対人交流には関心を持たず、特定のテーマに片寄った関心があること、鑑定入院中の知能検査でVIQとPIQの乖離が30と極端であり、特に先を読むことが苦手という所見があること、また、母親から得た生育歴もあわせて広汎性発達障害を合併していると診断された。学習能力の高さによって知識・常識を見につけ、社会的な振る舞いは何とかできているために目立ちはしないものの、ストレスの高い職場環境が発症に影響を及ぼした可能性があると考えられた。

症例⑨

a) 病歴

高校までは成績良好で、野球部に所属している積極性のあるタイプであった。進学を断念し、X年より家業の家具店を手伝ったが、店は倒産し、借金返済の為に姉の夫が経営する商店に勤務し、借金返済もほぼ終わったX+3年9月頃から、不眠、幻聴が出現。支離滅裂な言動や自傷行為の為に入院。その後地元に戻ったが、農薬を飲み自殺企図し、入院となった。そのときにも妄想気分や被害妄想、幻聴で医療保護入院となり、退院後は実家で両親と共に暮らし、通院を続けていた。半年後、隣家に上がりこみ包丁をもって暴れた為、入院。このときは「殺せ」という幻聴が活発であったと話す。その後2年以上落ち着いていたが、膝の痛みを訴える母親を見て急に「かわいそうだから楽にしてあげよう」と考え、頭部を殴打し、頸部を包丁で刺し殺人未遂で措置入院となった。その後より性的問題を入院中に度々起こし、男子閉鎖病棟に転棟。その後は問題行動もなく約5年後に退院した。その後は熱心に信仰し、特に問題はないよ

うに見受けられていたが、X+30年頃より女性信者に抱きつくなどの行動が度々見られるようになった。X+32年3月、新聞記事を見ていて、ごろ合わせから急に「高齢女性と性交しろ」という意味で、性交しなければ病気が治らないと考え、対象行為に及んだ。

b) 鑑定時診断とその根拠

過去の性的問題行動が、例えば「コマーシャルの『アリコ』から『子有り』になり、子供のいる女性が対象に違いないと考える、新聞の占いで『行動を起こすには今日しかない』と書いてあれば今日やらなければならないと考える、そのようなときには教会の音楽が急におかしくなる」「周囲の変容を感じ、今やれという合図と感じて行動に移したこともあった」など、対象者が述べた内容から、急激に度々妄想気分、妄想知覚が再燃してきた妄想型統合失調症であり、妄想に基づいた対象行為と判断された。

c) 現在診断とその根拠

入院中にも3回の強制わいせつ未遂様の行為が繰り返された。その行為に到る経過を詳細に検討したところ、行為前、対象者には治療的な介入に対する内的な葛藤が存在し、行為による状況打開の意図があることが推測された。また、面接のストレスや入院環境のストレスに反応して、数日間で軽快する減裂状態が観察された。こうした全体の経過をみると、対象者の精神症状は内的葛藤反応と理解でき、人格を基盤とした反応であると推測された。こうした診断の可能性のもと、対象者自身の希望もあり薬物は投与せず様子を観察したところ、その後の経過において、全く薬物を服用しない状態で明らかな幻覚や妄想はみられず、減裂思考に陥る回数・程度などは減少し、十分ではないが、次第に疎通が取れるようになっては来ている。統合失調症は否定的だが、日常生活における環境刺激や自己の欲望による易刺激性や情動の易変性など、

認知・行動障害の程度が重く、現状では十分な弁識・制御能力があるとは言えない状態である。

症例⑩

a) 病歴

幼少より、気が小さい反面いったん言い出したら聞かない頑固な子どもだった。思春期以降は、友人はほとんどいなかったが、自分の興味のある分野の勉強は熱心に行っていた。進学高校から数学系の大学に入学。大学在学中、下宿の隣室の女性の車をこわし、逮捕されたことがある。(罪をのがれようと言う気持ちもあって)「噂をされる。クーラーの音が声聞こえる。」などと話し、示談で不起訴になった。大学は休学になり、いったん帰省した。逮捕された時話していた、幻聴や妄想様の症状はなかったが、復学するため精神科受診、軽い統合失調症と診断された。外来通院をしていたがほとんど服薬しなかった。復学が1年のばされたため、語学の勉強のため外国留学を決めたが、この過程で両親との葛藤が高まり、家庭内暴力が2回あった。2回目は警察が介入し精神科に入院となったが、病院についたときには、冷静で全く精神症状はなかった。1ヶ月で退院、外来通院をしていたが、服薬はしていなかった。その後外国に留学、2ヶ月ほど過ごしたが、対人トラブルがあり、帰省した。事件は帰国当日、父親を刺殺したものである。入院前は「いったん、眠って気がついたら血だらけの父が横たわっていた。全く記憶がない。」との供述を一貫して話していた。

b) 鑑定時診断とその根拠

病歴上妄想および人格変化が見られるとされ、刑事鑑定では統合失調症で不起訴。医療観察法でも統合失調症で入院処遇とされた。鑑定期間中、思考障害や気分障害は全くなく、冷静に論理的な話をしている。医療観察法の鑑定では、記憶がないのは「二重見当識によるもの」とされていた。

c) 現在診断とその根拠

医療観察法で入院処遇になった後は、「俺は病気じゃない。入院は違法だ。父親は『遺産を渡さない』といったので刺した。はっきりおぼえているさ。」と話していた。入院後は一切の治療を拒否。もっとも治療を必要とするような症状はなにもない。電話などの処遇で要求が通らないとスタッフを冷静に恫喝するが、自分から暴力をふるったり逸脱行動をしたりすることはない。六法全書を読みながら主治医を起訴したり、離院をほめかしたりして過ごしている。明らかに犯行の否認のための虚言が見られ、情性欠如の際立った自己愛型パーソナリティ障害と診断できる。

症例⑪

a) 病歴

X年、「周囲が自分を変な目で見ると整形する」と言い学校を休むようになった。近隣住民にも攻撃的となり、地元精神科に入院。「自分の考えが周囲に伝わる」等の訴えもあり、家人に暴力を振うようになった。容姿への劣等感から自傷し、「自分の部屋にビデオカメラが取り付けられている」という訴えも認められ、統合失調症の診断で入退院を繰り返した。20代半ばから性的発言が目立ち、性衝動の行動化が心配されるようになったが、衝動的な言動は入院すると速やかに落ち着き、退院すると悪化することの繰り返しであった。X+5年、自宅裏のアパートに住む女性たちから性的なからかいの対象となり、母親への暴力が頻発。X+6年にはアパートに忍び込み、その2日後、急に包丁で父親に切りつけるという対象行為に及んだ。

b) 鑑定時診断とその根拠

鑑定入院では、対象者は知的障害を有する統合失調症であり、短期入院ではなく時間をかけて統合失調症の治療を実施すればこういった症状は改善すると判断され、医療観察法の入院処

遇となり、当院に入院となった。

c) 現在診断とその根拠

考想伝播などの自我障害を疑う所見は、入院後一貫して認められなかった。指示的な内容や噂話という形での幻聴も存在せず、「バカと聴こえる」といった幻聴も、対象者が情動的に落ち着いて生活できている時には消失していた。「カメラで撮られている気がする」などの訴えも、「本当はそんなはずはない」と自分で修正可能であり、現実検討能力はおおむね保たれていた。一方対象者は知的障害により思考力や作業能力が低く、性衝動のコントロールが出来ず、性的な言動に関してはその多くが強迫観念に基づいていた。以上のことから幻聴は性的思考からの強い情動反応による一過性のものであり、統合失調症は疑いまたは寛解状態と考えられた。対象行為時も隣に住む外国人女性からからかわれるなどの強い性的情動体験が積み重なった結果、衝動抑制力が低下し、母親への粗暴行為に至ったと考えられた。

症例⑫

a) 病歴

3歳時に父親が自殺、母親に育てられた。子供の頃から成績は下位。友人は全くおらず、中学1年時より不登校となり、以後登校していない。高校中退後は家事手伝いをしながら母親と2人きりで生活した。X年結婚したがX+2年に離婚。その頃より母親への暴力、自傷行為、幻聴、空笑がみられるようになり、統合失調症と診断された。初診時に知的障害を疑われたが特に検査は行われなかった。治療開始当初より抗精神病薬の副作用が出やすく、統合失調症としての十分量の薬物治療が行われたことはなかった。対象行為前は認知症の母親の不規則な生活リズムに対象者自身が合わせて面倒を見ており、疲労が蓄積していた。そのような中で「隣家の人たちが家を覗く」「悪口を言われている」

と訴え、隣家に放火した。

b) 鑑定時診断とその根拠

「主治医が雑誌を盗った、スピーカーから教えてくれる」などの訴えがあり、疎通が悪く意味不明の話をすることから、「幻聴や被害妄想が活発で思考障害も著しく」統合失調症と診断された。

c) 現在診断とその根拠

疎通は良く、対話形式の独言もなく、思考障害も自我障害も明らかではなかった。「盗られた」などの発言が頻繁に聞かれたが、その内容はしばしば変わり発展を欠き、対象者の不安が増強される場面で一過性に増え、不安が解消されると訴えもなくなることを繰り返した。意味不明に思われた言動は対象者が詳しい映画の内容を一方的に話していることが次第に分かり、不眠、攻撃的言動には抗精神病薬は効かず、SSRIが奏功した。IQおよび生活史を考慮し、対人コミュニケーションスキルが極めて未熟で知的障害を併せ持つ対象者が、疲労から一過性に抑うつ的となり、妄想反応を起こしたと診断された。

症例⑬

a) 病歴

元来おとなしく、内向的で友人も少なかった。子供の頃より成績は下位であった。高校2年時に交通事故で脳挫傷を負ったが、その前後で性格その他の変化は特に認められなかった。地元の高校を卒業した後はアルバイトを転々とし、職についても上手く仕事をこなせず、長く定職に就いたことはなかった。X年2月、他県で仕事をしていた時に夜中に全裸で寮の2階から飛び降り、一晚駐車場で過ごすという奇異行動を認めた。市内の病院を受診し、ヘルペス脳炎の疑いで入院。その際に妄想的な言動がありオランザピン10mgが開始となった。その後ヘルペス感染は否定され地元の精神科に転院となった。

退院後も通院していたが、3ヶ月ほど通院中断した後、奇異行動が頻繁に出現し、父親や姉に対して易怒性が増し、父親の殺人に至った。

b) 鑑定時診断とその根拠

幻聴：ひそひそとした話し声。知らない女性の声でよいことを言ってくれる幻聴、妄想：「ホクロを取らないと12時に死ぬ」といった発言、対象行為直前の奇異行動：モーテルのシャッターを下ろして回る（理由は対象者もよく説明できない）、思路の障害：発語の乏しさ、ひねくれ症：統合失調症特異的な所見。以上よりX年2月前後に急性に発症した緊張病性統合失調症と診断された。

c) 現在診断とその根拠

入院後の脳波検査で、目立った徐波化、脳炎後遺症と考えられる脳萎縮・認知能力の低下の存在、経過上、発症前の脳炎と精神病症状の推移に明らかに関連あり、薬物への反応の早さ（症状評価と至適薬物決定のために薬物を漸減中止したところ、明らかな妄想体験と思考障害が出現したが、これらの症状は薬物増量とともに速やかに改善）などの所見がみられた。また、入院後、時間を経るに連れ、明らかな認知・行動・人格上の改善がみられ、脳炎後の自然経過による改善と考えられ、器質性精神病性障害と診断した。

症例⑩

a) 病歴

高校卒業後縁戚関係にある男性と結婚し生活していた。29歳時交通事故にあった後、躁状態を経て鬱状態になった。それまでは家事もきちんとこなす地味な主婦であったが、人が変わったように派手になり、双極性障害、非定型精神病の診断で合計11回の入院歴がある。最終入院はX年であり、不安、抑うつ、過量服薬で入院となり、診断は統合失調感情障害であった。今回の対象行為時は11回目入院中、外泊時

に娘が家にいなかったことや「病気のお母さんは嫌」等と言われたあとの放火であった。

b) 鑑定時診断とその根拠

不眠、活動量の低下、記憶力の低下（過去のエピソードを時系列に従って述べる事が出来ないなど）。集中困難、理解力、判断力の低下などを認め、明らかな抑うつ状態にある。

病歴から考えても双極性気分障害と診断され、重症度は中等度と診断される。従って自殺に及ぶことも十分考慮すべき精神状態であったといえる。

c) 現在診断とその根拠

対象者は双極性感情障害に罹患しており、病棟内での対人関係など日常生活内の些細な出来事により不安焦燥感が出現しやすく、また、娘の出産、結婚など家族の状況で気分が動揺し、悪化時には思考抑制、自責感、自己評価の低下、日常生活にも混乱を来すほどの混乱状態になる。また、頭部外傷後遺症と考えられる高次脳機能障害およびストレスに対する脆弱性を認める。そのストレス脆弱性とは、他対象者の退院に焦り、突然退行した言動や拒食、拒薬等の行為に及ぶといった内容である。抑うつが悪化しているように見えるときにも、自分の要求を通そうとする交渉は出来ることも多い。29歳の事故までは地味で家事もきちんとこなす主婦であったことを考えると、対象者のこのような状態は器質性人格変化も強く疑われる。

症例⑪

a) 病歴

高校時代より、腹痛、下痢で学校を良く休むようになった。高校卒業後は一旦就職したが長続きせず、以後運送業、自衛隊など職を転々とした。20歳頃から毎日飲酒し、多いときには日本酒を1日5合程度飲酒していた。土木作業をしながら各地を転々とし、5X歳時から埼玉で単身生活を開始したが、その頃から頻尿、残尿

感、不眠を訴え外科、内科、泌尿器科などの受診を繰り返す、その後身体表現性障害の診断で不定期ながら地元の精神科に通院するようになったが30年前の手術のせいで腹痛がすると大学病院に抗議し、同院の精神科紹介となった。5X歳時に酒を止めたいと言って他院を受診し入院したが、入院当日夜から焦燥感が出現、同室者が戦闘服を着て撃っているなどの幻覚妄想状態となり、アルコール離脱せん妄の診断で抗精神病薬開始。その後は幻覚妄想を示唆する発言は消えて、約2ヵ月後に退院となった。しかし、退院後間もなく、アパートの上階の人が自分を殺そうとしていると考えるようになり、入院していた病院からストーカーされている、ヤクザに監視されているなどと訴えるようになった。対象者は転居を考え、引越し先も決まり準備も概ね済んでいた対象行為前日に、上階の住人が自分を殺すとの妄想から恐怖心が増し、眠れなかった事から酒1合と睡眠薬6錠を飲んだが頭が混乱し、「殺されるくらいなら死のう」と考え、また「火をつけて死ぬ」という声も聞こえた為、自宅アパートに放火するという対象行為に及んだ。

b) 鑑定時診断とその根拠

地元精神科に入院した前後に発症した妄想型統合失調症。殺される、見張られているという被害関係妄想から診断された。また、20歳頃から腹痛その他の身体的訴えで各診療機関を執拗に受診し、また、痛みを紛らわせるためにアルコールを摂取、乱用していた事から身体表現性障害と診断された。

c) 現在診断とその根拠

対象行為時は抑うつ気分、飲酒・安定剤の多量服用の状態で行われたものであった。入院後は明らかな思考障害は認めず疎通性は良好であった。入院当初は「きつい」との身体的訴えが多く、排尿困難の訴えもあったことから抗精神

病薬の副作用を考え、入院1ヶ月半後にオランザピンを漸減したところ、気分高揚、活動性の過多、談話促迫、誇大的、性的欲求・攻撃性の亢進などを認める軽躁状態となった。一方で、幻覚や妄想など統合失調症と診断される症状は見られず気分障害と診断された。アルコールの影響によると思われる全般的認知機能の低下も伴っていた。オランザピンを当初の量に戻し、約10日後には入院時の状態にまで落ち着いた。しかし、その後抑うつ気分が出現し1日臥床した状態となった。入院3ヵ月頃までにパルプロ酸を1200mgまで増量し、気分が安定。現在に至るまで変動を認めていない。気分が安定した時点でも全般的認知機能障害は基本的には持続して存在し、意欲低下や記憶力障害などの認知症の症状が明らかになってきている。

症例⑥

a) 病歴

アルコール依存症があり、高血圧、心筋梗塞などの既往がある。62歳時、隣に引っ越してきた家族に対して「子どもがうるさい」その他で強い不満を抱くようになった。64歳時より、不眠、独言、虫が頭の中に入り脳を食べるといった妄想が出現した。この頃地元の精神科に入院し、統合失調症の診断で内服治療を受けたが十分改善しないまま退院となり、その後治療を受ける事は無かった。71歳時、隣人(被害者)に対して妄想が発展し、隣人の家族も虫によって脳が食べられ人間ではなくなった、その虫が地元で蔓延するという妄想に基づき、対象行為に至った。

b) 鑑定時診断とその根拠

何の関連もなく突然出現した妄想である事から一次妄想であり、妄想型統合失調症と診断された。

c) 当院での診断とその根拠

生年月日は言えるが、自分の名前と入院当日

の日付は何度尋ねても出てこない。妄想は虫に限局され、それ以外の広がりはなく、老年期妄想性障害と考えられる。虫以外のことはそれほど崩れてはおらず、60歳発症の統合失調症とまでは言えないと考えられる。アルコール依存の既往もあり脳梗塞もあることから、もともとの知的機能の低さに加えて認知機能の低下も合併していると考えられる。

D. 考察

I. 「医療必要性」が適切に判断されているか、もしくはどのように判断されるべきか、といった問題は指定入院・通院医療機関の実務者からの治療経過の報告を検討することなしには不可能である。しかし、また一方で、その「評価」には、医療機関の診療レベルの違いや実務者ゆえの視点の偏りなどの可能性があり、その「評価」という点に関しては正当性や妥当性を担保する根拠に乏しい。そうした中で、医療者の立場から三要件を評価しようとするれば、まずは事例の集積した指定入院機関の事例について評価の妥当性の担保に配慮しながらとりかかるときであろうと考えられる。評価の妥当性を担保するための方策としては、指定入院機関以外の医師による治療経過に関するレビューや、入院継続や処遇終了の申請後の審判を経た事例を検討する方法などが考えられる。20年度はそうした視点から34例の処遇終了事例についての検討をおこなった。処遇終了事例は、いったんは医療観察法の入院処遇が決定されたにもかかわらず、通院に移行しないで、法から外れるという、いわば三要件の判断の問題がもっとも先鋭化して表れてくる事例である。また、その妥当性も審判を経過しており担保されている。

収集した34症例のプロフィールに関して、合同討議を通して各要件別にカテゴリー分けした分類を下記に示す。

処遇終了となった全34例の内訳

- 1) 疾病性の問題 10名
 - ・パーソナリティ障害=5名(鑑定診断:統合失調症3名, 妄想性障害1名, 感情障害1名)
 - ・発達障害=2名(鑑定診断:統合失調症2名)
 - ・物質使用障害=2名(鑑定診断:感情障害1名, パーソナリティ障害1名)
 - ・その他=1名(鑑定診断?)
- 2) 治療反応性の問題 19名
 - ・統合失調症=4名(慢性期, 治療抵抗性が強い)
 - ・認知症=9名(鑑定診断:統合失調症4名, 感情障害2名, その他2名)
 - ・物質使用障害=3名(アルコール2名, 覚せい剤1名)
 - ・知的障害=2名(鑑定診断:統合失調症1名, 感情障害1名)
 - ・その他=1名(てんかん)
- 3) 社会復帰要因の問題 5名
 - ・身体機能低下=肺炎腫, 肺癌, 糖尿病, 認知機能低下, 認知症, その他

これら事例について、合同討議で三要件の検討を行い以下の問題が提起された。

①疾病性の問題～鑑定～鑑定診断における精度の問題

- 1) 診断技術が明らかに未熟であるもの
 - ・精神症状を安易に判定し、統合失調症や感情障害と診断してしまう
 - ・エビデンスのない検査により結論を導いている
 - ・ICD-10などの診断基準に沿っていない
 - ・虚言を見抜けなかった
- 2) 微妙な診断が要求されるもの
 - ・発達障害や知的障害の影響を過小評価している
- 3) 鑑定期間中では診断が困難であったもの

・精神症状が実は認知症の初期症状であったが、鑑定期間中には認知症症状が顕在化しなかった

4) 医療観察法を理解していない?

・医療観察法による治療で更正を期待している
・知的障害やパーソナリティ障害の患者に内因性精神疾患(特に感情障害とされることが多い)の診断をつけて医療観察法にあえて乗せようと判断していることが疑われるもの

②疾病性の問題～審判～

1) 鑑定書にある矛盾点を鑑みず、鑑定通りの結論に至ってしまっている。

・地方では医療観察法に消極的な医師が多く、鑑定医が限定される。このような場合、特定鑑定医の意思が優先され、結論に偏りが生じてしまうことがある。(審判員が鑑定医に逆らえない?という意見あり)

・処遇決定内容が地域により明らかに異なっている(例:入院決定率が異様に高い、など)。このような地域差は許容範囲であろうか。

2) 適正だと思われる鑑定医の判断を覆す審判決定を下すもの

・「入院によらない医療が望まれる」と記されていたにもかかわらず入院処遇が決定したものがある。逆に入院処遇が適切であったにもかかわらず通院処遇となり、通院医療機関が苦慮している例も相当数あるだろう。

・そもそも我々が「疑義あり」と判断する内容と審判員の認識とは共通しているか?→疑義ある事例の全て、疑義なしと判断された事例の中から無作為抽出したものの処遇が適正か否か、第三者による検証が必要なわけではないか?

③治療反応性の問題～難治例～医療観察法を適用することは妥当だが治療限界がある事例(統合失調症など)→医療観察法鑑定での意見指針としてはどうあるべきか?

③-1:慢性期かつ重症例で薬物療法が効かないだけでなく、心理的アプローチも導入困難なケース→リスクによっては指定もあるが、現実的にそれは可能か(容認されつつあるようにも思われるが)。

③-2:病棟内寛解まで持ち込むことはできても、地域処遇に移行するレベルまでの回復が得られないケース→対象者は地元の一般精神科病院に精神保健福祉法による入院として転院することが多い。しかし、「手厚い医療で退院できなかった」患者を受け入れる病院にインセンティブがなく、モチベーションもない(だろう)。このため受け入れが困難となる場合がある。

④治療反応性の問題～疾病性にも問題ある場合～医療観察法の適用に問題があったが入院が決定してしまった例(知的障害、発達障害、パーソナリティ障害、物質使用障害など)

・鑑定診断の妥当性を検証し、診断が異なると判断された時点で処遇終了を検討している。対象者が自分自身の社会適応性について困難さを認めた場合、治療反応性を(それなりに)認め、治療プログラムが行われる。

・社会適応性に関して問題意識がない対象者は、プログラムを準備しても乗ってこないため治療反応性に乏しい。処遇終了となった場合、後の観察もなく、問題となる事例であろう。→処遇終了として地域に出さざるを得ないが、対象行為が重大なものや、ハイリスクである対象者の場合、これでよいのか?それ以前に、検察官や審判員はこうした事実に関する認識をもっているか?

⑤社会復帰要因

重篤な身体疾患(肺気腫、悪性腫瘍)あるいは認知症を有する対象者は「同様の行為」を起こす可能性が低いと判断可能であり、処遇終了

となっている。→鑑定入院中に判断可能ではなかったか？

現段階で、以上の問題に関して、一定の結論を出すことは難しい。しかし、法曹界では、これら審判は、いわゆる「判例」として蓄積されていっているだろう。われわれ医療者も、こうした事例を蓄積・検討し、対象者の適切な処遇を模索し、また一方で医療機関を守る方策を常に考えておかねばならないだろう。

II. 診断に関する問題

もとより、精神科診断は経過を観察して初めて下すことが出来ることが多い。刑事鑑定や医療観察法の当初審判では、宿命的に時間の制約という困難を背負っている。当然に、その判断の根拠は、その時点で明らかになっている情報のうち、専門家としての質の検討をした後の証拠に基いてなされる。この質の評価は困難なことが多いが、それでも常により精度の高い情報を得ようと医療者は努力をしている。これこそが、医療者にとっての Due Process であると考えられる。この努力は入院処遇になった後も継続してなされる。そして、新たな判断を形成するほどの証拠が得られたならば、医療者は新たな審判を申請すべきであろう。一般的な審判の動向としては、精神科診断のこうした困難が理解され、合理的な診断変更は一般的になってきていると考えられる。

E. 結論

最終年度報告として、下記の点を、合同討議をもとにした、分担研究者および研究協力者の意見として提示する。

①審判においては、「三軸→総合判断」という医療的発想が、司法的・理念的に先鋭化され、「三要件」として運用されている。こうした運用の

実態は、対象者の人権の保護や治療的介入の展望を得る上で、重要かつ望ましいものである。日本初の精神科医療のリーガルモデルとして、当初想定した以上の精神科医療の新たな展望が期待できる印象がある。医療観察法関係者は「三要件」という認識を徹底し、各要件における事実認定での臨床的精度を高めていく必要があると考えられる。

②一方で各要件における事実認定には、多くの疑義がある実態があり、対象者を詳細に検討し、なるべく早期の段階で適切な判断をしていく必要がある。

③疾病性の判断に関しては、「精神科診断は経過を観察して初めて下すことが出来ることが多い」という事実が審判で認められて、合理的な診断変更は認められることが多い。これは、臨床の実際に基づく適切な傾向であり堅持されなければならない。また、疾病性に関しては、下記にあげる治療反応性と社会復帰要因とは独立した、しかも最優先の要件であり、常に厳密な考察・検討が求められる。

④疾病性が要件を満たす場合には、治療反応性と社会復帰要因が検討される。この二要件に関しては、それぞれ要件としての判断基準を整備していくことが望ましいが、難治例に関しては、実際問題としてはお互いに関連した相対的なものである。政策的な部分もあり、今後の課題として残っている。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

他害行為を行った精神障害者の特徴に関する研究

分担研究報告書

分担研究者 吉川和男

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

他害行為を行った精神障害者の特徴に関する研究

分担研究者 吉川和男

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長

研究要旨

スウェーデン、英国ウェールズ、オーストラリアのビクトリア州、ニュージーランド、デンマーク、南アフリカのケープ州、日本、カナダのケベック州、英国スコットランドの 9 カ国の司法精神科医や心理学者の協力を得て、各国の司法精神医療制度の差異について各国の基本統計をベースに比較した。また、研究に参画した研究者から司法精神科医療の対象となる事例の典型例をまとめてもらい、これらの処遇方法に関する 12 項目の質問について互いの事例を評価し合い、分析した。

その結果、各国ともに司法精神科医療の制度には細かな違いはあるものの、根本的には、重大事件を起こした理由がその人の精神障害に起因するのであれば、その人の罪を免除して、その代わりに適切な医療を提供しようとする人道的配慮が重視されて処遇されていることが分かった。わが国においても、そのような人道的な見地から触法精神障害者の処遇を見直していく必要性があると考えられた。

A. 研究目的

一般的に、世界各国において、専門医療としての司法精神科医療サービスは発展を続けている。特に、英国は 1975 年のパトラー報告によって地域に中等度の保安ユニットが整備されてからこのサービスは飛躍的な発展を遂げた。また、わが国の医療観察法のように、ある重大事件がきっかけとなってこのサービスの拡充が検討されてきた国も少なくない。

しかし、司法精神科医療サービスは非常に高価であり、しかも他の保健サービスと比べ、患者に対しては最も強い制約を科す。このため、サービスは効果的かつ安全で、しかも対費用効果も高いものとなる必要がある。さらに、サー

ビスの恩恵は、患者本人のみならず、将来の被害者である国民自体にも得られるようなものでなければならない。

本研究では、各国の司法精神科医療サービスにおける触法精神障害者の処遇の実態を調査し、それらを比較検討することによって、今後のわが国の医療観察法のあり方や方向性を探っていくことを目的とした。

B. 方法

参加国は、スウェーデン、英国ウェールズ、オーストラリアのビクトリア州、ニュージーランド、南アフリカのケープ州、日本、カナダのケベック州、英国スコットランド

の9カ国である。研究協力者はそれぞれの国の司法精神科医や心理学者にお願いした。

各国の背景を調べるために、人口統計、精神障害、犯罪に関する公式データベースを同定し、最も相応しい時期を検討した上で選択した。その結果、本研究の統計データは2000年から2004年の幅の中から選択された。

データは記録方法の違いを元の出典に遡って検討し、重要な用語の定義については研究者間で繰り返し確認し、あらためて定義をし直した。例えば、精神障害については、いわゆる内因性(ないし機能性)精神病については精神病という単一カテゴリーに集約し、種々のパーソナリティ障害は全てパーソナリティ障害としている。また、犯罪の罪種に関しては、殺人、非致死的な暴力犯罪、性犯罪と分けている。国によっては、殺人の未遂と既遂とを区別することができなかったり(スウェーデン)、殺人未遂と他の非致死的な暴力とを区別できない国もあった(スコットランド)が、この問題を完全に解決することはできなかった。

最後に、研究に参画した研究者から男女別に統合失調症、殺人、グレーゾーンの計6例の事例の典型例をまとめてもらい(合計30例)、これらの処遇方法に関する12項目の質問について互いの事例を評価し合い、その結果を分析した。

C. 結果

表1 犯罪(有罪判決)率

最少年齢	SWEDEN 15	WALES 10	NZ 10	JAPAN 14	QUEBEC 12	SCOTLAND 8
殺人	2.1	1.4	1.6	1.5	0.3	1.9
暴力犯罪	118.4	112.0	292.1	28.7	199.2	45.6
性犯罪	10.7	9.8	37.4	5.8	13.1	12.1
全犯罪	1547	803	5438	1319	889	2702

刑事責任能力を有する人口100,000あたりの率(%)
2001-2004年の間の国・地域の単年度統計に基づく

表1に10万人あたりの各国の犯罪(有罪判決)率を示した。各国の刑事責任能力の最少年齢は、15歳のスウェーデンから8歳のスコットランドの8歳まで様々であり、これによって犯罪率を算出する母集団も異なっていることに注意する必要がある。すなわち、スウェーデンでは15歳以上の人口に占める比率を算出し、スコットランドでは8歳以上の人口に占める比率を算出している。前罪種でみると最も犯罪率が高いのがニュージーランドであり、最も低いのが英国ウェールズであった。暴力犯罪と性犯罪について見ると日本は他国よりも低い、殺人に限ってみるとさほど変わりがないことが分かる。殺人については、わが国は他国と比べてもはや安全な国であるとは言えない状況にある。

表2には、人口10万に当たりの精神障害者の数を示している。日本の統計は厚生労働省と国立精神・神経センター精神保健研究所が行っている6月30日調査のものを用いているため、精神科病院に入院中の数しか反映されていない。このため、アルコールや薬物、精神遅滞の患者数が極端に少なくなっている。しかし、精神病圏の統計については各国共通しており、ほぼ0.3から0.6%の間に収まっていることが分かる。

表2 一般人口に占める精神障害

	SWEDEN	WALES	NEW ZEALAND	JAPAN	SCOTLAND
	Utter / period prevalence	National / period prevalence	National / lifetime prevalence	National / period prevalence	National / period prevalence
精神病圏	0.6%	0.5%	0.3%	0.4 - 0.42%	0.5%
人格障害	1.2%	4.4%	1.9 - 4.2%*	-	4.4%
アルコール	3-6%	9.3%	6.1 - 32%	1.7%	8.4%
違法薬物	3.0%	2.3%	4.1 - 7.2%	-	6.0%
精神遅滞	0.4%	-	-	0.006%	-

* 反社会的人格障害のみ

表3 司法精神科病床と精神病圏の患者の占有率

	病床数/ 100,000人	精神病圏%
Sweden	9.2	63
Wales	8.1	
New Zealand	5.8	78
South Africa	4.4	76
Japan	0.51	73
Scotland	9.1	70

表3には、司法精神科の病床数とそのベッドに占める精神病圏の患者の数を示した。日本の司法精神科病床数は指定入院医療機関の病床整備目標数値を記した。現在、整備目標の65%程度まで整備が進んでいるが、他国と比べると、その目標数値は著しく低く、およそ10分の1以下である。ベッド数に占める精神病圏の比率が各国とも同様であること、精神病圏の発生率が各国とも変わらないこと、殺人などの重大な他害行為の発生件数も各国あまり変わらないことを考えると、わが国の司法精神科病床の整備目標数はあまりにも低すぎると言わざるを得ない。

表4 受刑率(人口10万人あたり)

	男性	女性	合計
Sweden	52	22	74
Wales	113	28	140 (98)
New Zealand	127	29	156
South Africa	461	120	521
Japan	43	9	53
Quebec	29	23	35
Scotland	105	24	129

表5 刑務所における精神障害の罹病率

	精神病圏%	重犯罪率%	精神重症%
Sweden			
Wales			
New Zealand	3.6	12.3	0.3 (1987*)
South Africa	7.3	30	25
Japan	0.73	0.82	0.17
Quebec	7.1	18.9	
Scotland	2.3	10.8	0.27

表4には受刑する者の比率、表5には刑務所における精神障害の罹病率を記した。わが国の罹病率は他国と比べると極端に低いが、このデータはあくまで医療刑務所に収容されている精神障害者の比率を示しているに過ぎず、一般刑務所に占める率は分かっていない。

最後に、各国から提出された30例に及ぶ事例評価研究の中から特に印象的な2例について、簡潔に報告する。ひとつは、日本から提出した事例20の33歳の男性の統合失調症による殺人未遂事件であり、もうひとつは、デンマーク23歳の男性のアスペルガー障害による傷害事件である。日本の事例については、個人情報観点から内容は改変し、かなり簡略化した。デンマークの事例についてはやや詳しく紹介する。

事例20 33歳 統合失調症 殺人未遂

犯行直前まで一家の重要な働き手であったが、統合失調症を発症してからは、中国との外交関係の悪化や、アメリカが攻撃してくるという内容の妄想を発展させた。犯行直前には、アメリカから一家が皆殺しにされるとの妄想に支配され、一家心中を図り、家族を複数殺害しようとして殺人未遂で逮捕された。指定入院医療機関の入院治療中、薬物療法、疾病教育、認知行動療法等の治療を受け8ヶ月で退院し、通院処遇となった。

事例6 23歳 アスペルガー障害 傷害

A氏は23歳の未婚の男性で、自己所有のアパートに居住し、地域の社会福祉士から支援を受けていた。幼少時より「奇妙」であり、他の子どもからは孤立していた。児童精神科医の診察でアスペルガー障害・自閉症に罹患していると診断されていた。彼は特殊学校に通学し、そこで彼はヨーロッパの川の名前、長さ、大きさなどのような基本的な事柄を「学習」したが、総じて彼の教育スキルは貧弱であった。彼の社会規範に対する理解は不十分で、特に思春期の間、両親も含め、他者との関係性において深刻な問題が生じた。青年期の間、彼は様々な施設で処遇されたが、ソーシャル・ワーカーとの間に絶えず葛藤があったために、自宅に戻された