

手続において証人尋問などの調査を行い、調査内容は検察官に引き継がれ、公判が開始される。公判では、被告人への聴取とならび検察官も口頭尋問を受け、争点となっていないものは証拠調べを行わない。判決は、書類審査の後、口頭弁論を経て下される。

刑事裁判は、特別の場合は5人、通常3人の裁判官で裁判所が構成される。第一審では、素人裁判官（参審）制度が採用されており、裁判長は法律家である必要があるという。ただし、参審制度は消滅の方向に向かいつつあるという。

- ③見せていただいたLuzern上級裁判所の法廷は、裁判官席から向かって右に検察官、左に弁護人・被告人の席が、日本と異なり裁判官たちの机と平行に、裁判官たちと向かい合わせになるように配置されている。これは、案内して下さった方の冗談か、被告人は傍聴席にある樹脂製の椅子を持ってきて、座らされるという。傍聴は、被害者が嫌がる場合やバイセクシャル関係などの特殊な場合を除いて、すべての裁判で可能であるという<sup>2)</sup>。

## 2. スイスの刑法改正と保安処分の特徴

### a. 1937年刑法と1971年改正刑法における保安処分

1937年成立のスイス刑法は（1942年施行）、Carl Stoossの提案に依拠して、犯罪者処遇における二元主義（刑罰と保安処分の併用）を前提とする代替主義（保安処分を先執行し、さらに刑罰による非難が必要な場合に刑を執行する）を採用した。成人に対する主な保安処分は、責任無能力者・限定責任能力者に対する保安監置、治療・保護監置（14・15条）、常習犯罪者に対する保安監置（42条）、怠惰者・労働嫌忌者に対する労働教育（43条）、アルコール・麻薬依存者に対する性癖治療（44・45条）であった。児童（6歳以上14歳未満）と少年（14歳以上18歳未満）に対しては、監視教育と治療（84・85条、91・92条）があった<sup>3)</sup>。

1971年改正は保安処分制度を中心としたもので

あったが、代替主義による二元主義の基本的態度は維持された。この改正で、従来の14条以下17条および43条が廃止された。前者は、保安処分の性質を徹底して、処分と責任能力概念との連動を切断したことによる。後者については、実効性のなさを主たる根拠として成人に対する処分を廃止し、若年成人（18歳以上25歳未満）に対する処分を100条の2に規定した。そのうえで、43条に、精神障害性犯罪者に対する監置、入院治療・通院治療処分を新設した。43条は、責任無能力者・限定責任能力者を当然に含む一方、完全責任能力のある精神障害性犯罪者にも処分対象を広げるとともに、従来は明文になかった通院治療処分を新たに規定した（44条も同様）のである<sup>4,5)</sup>。

### b. 2007年改正刑法における保安処分

2007年施行の（全面）改正法は、保安処分関連の規定・内容を整理・統合し、「治療処分および監置」の章に、保安処分の原則（56条以下58条）、入院治療（59条以下62d条）、通院治療（63条以下63b条）、監置（64条以下65条）を規定し、「その他の処分」の章に、平和保証（66条）、職業禁止（67条）、運転禁止（68条）などを規定した。ここでは、原則関連規定と治療処分、監置の内容について紹介する。

原則規定は、代替主義による二元主義の維持を前提として、処分が行為者の将来的な犯罪行為（再犯、累犯）の危険性の除去を目的とし、治療の必要性・公共の安全を要件とすること、行為者の人格権への侵害と犯罪の蓋然性・程度が比例すること（比例原則）、負担が最小の処分を選択すること、を確認している。また、再犯・累犯の危険性と行為者の現在の状態（精神障害、薬物依存、発達障害など）との関連を要求し、命令に際して専門家の鑑定を必要として、処分適応性がない場合の執行放棄を明示している。処分による自由の剥奪期間は刑期に算入される。なお、処分執行は州が管轄する（憲法123条）。

精神障害者の入院治療は、閉鎖・開放の精神病院などの適切な施設で執行し、刑務所での執行も認められる。最長期間は5年であるが、5年間ずつの延長が可能であり終身に及びうる。薬物などの



依存者の処分は、同意を原則とし、専門施設または精神科クリニックで執行する。最長期間は3年で、1回に限り1年間の延長が認められ、再処分を含めて全体で6年を限度とする。若年成人（18歳以上25歳未満）の処分は、職業訓練と教育による生活習慣の獲得を目的とし、若年成人用施設で執行する。最長期間は4年で、再処分を含めて全体で6年を限度とし、30歳を超えられない。いずれも、危険性の除去の確認を要件として、1年以上の観察期間（対象者の種別で上限が異なる）を付した仮釈放が認められる。観察期間中は通院治療や保護的援助・指示を与えることができ、期間の延長も認められる。観察期間中の再犯に対しては、犯罪に応じて、再処分、別の処分、刑の執行のいずれかが選択される。観察期間経過者は処分が終了し、刑の執行も免除される。他方、処分の遂行・継続の困難、仮釈放なしでの期間満了、適切な施設の不存在の場合には、処分を放棄したうえで、刑の執行、別の処分、監置のいずれかが選択される。仮釈放と処分放棄に関しては、少なくとも1年に1回、専門家の鑑定、報告と聴聞による審査が行われる。

通院治療処分は、入院治療が不要な（2月以下の一時的入院は可能）精神障害者と薬物などの依存者を対象として、最長5年で執行されるが、5年間を限度とした延長には制限がなく終身に及びうる。その他は入院治療と共通するが、処分が放棄される場合は、刑の執行を原則としつつ、入院治療処分も選択しうる。

監置は、64条1項所定の重大事犯（謀殺、故殺、重傷害など）の行為者で入院治療の効果が期待できない者に対し、精神医学的保護を含めて、将来的な犯罪の危険性が除去されるまで（終身に及びうる）、刑を先執行した後に専門の施設や刑事施設で執行される。刑の仮釈放については、一般規定（86条以下88条）は適用されず、刑期の2/3（終身刑では15年）の経過が必要とされる。危険性の除去を要件として、観察期間（2年以上5年以下）を付して監置からの仮釈放が可能であり、保護的援助・指示を命じうる。観察期間の2年経過後から最低で1年に1回、期間延長の要否が検討され、そのつどの必要性に応じて延長が認められる（終身

に及びうる）。観察期間中、64条1項所定犯罪の危険が予測される場合は再監置を命じ、保護的援助・指示の不遵守には新たな援助・保護などが命じられる（95条）。これらの判断は、入院治療処分と同様、独立した専門家の鑑定と関係者の聴取を経て、施設が行う。観察期間を無事に経過した場合に監置処分は終了する。ただ、身柄解放後の再犯は解放した施設の責任（損害賠償を含む）になるため（Hauert事件、憲法123a条2項）、解放を躊躇するという現実がある。

### 3. リスクアセスメントと治療環境

#### a. スイスでのリスクアセスメント

スイスでは、判決前および判決後ともににおいて、リスクアセスメントが行われている。リスクアセスメントは、犯罪の予防に非常に重要であり、多くの司法的判断の根拠となっている。

裁判所では、ICD-10に規定された精神疾患を有し、再犯リスクの高い犯罪者に対して、リスクを軽減できるとみなされる場合には、治療を命令することができる（43条1項1号）。この治療命令は、刑事責任能力の軽減や撤回に関係することはなく、外来治療を懲役中、あるいは仮釈放中や執行猶予中に実施するものである。

また、裁判所においては、市民の安全が危険にさらされる場合に、保安処分を命令することになる。保安処分については、犯罪者の再犯リスクを軽減するまで、必要な期間無期限で拘置所あるいは精神科病院内で実施されているものである（43条1項2号）。これは、犯罪者の刑事責任能力とは無関係で適用されている。

一方で、判決後のリスクアセスメントでは、段階的实施計画（graduated enforcement schemes）の許可の決定など、治療の進展の評価を伴った予後のアセスメントとして行われている。有限懲役のあいだに治療を命じている場合などに、裁判所では、治療の不成功を理由にこれを中止することもでき、その後、新たな判決のために再び裁判所へ送還されることもある。

## b. 治療と治療環境

Zürich州では、Zürich州法務局精神医学・心理学サービス (The Psychiatric/Psychological Service of Zürich Office of Penal Correction ; PPS) によって、犯罪者への個別治療およびグループ治療を提供している。PPSによる治療の目標は、再犯のリスクを軽減することにある。ここでは、週1時間の低密度から12時間に至る高密度まで、各個人の疾患やリスクに応じたニーズに合わせて治療が行われている。

PPSでの治療的な介入にあたっては、犯罪行為と関連する人格に着目している。つまり、被害者への共感性、行動のコントロール、犯罪曲線 (crime circle) や犯罪に関連したファンタジーなどを扱っている。

近年、再犯リスクの最も重要な因子の1つに性的ファンタジーがあることが、実証的研究で確認されており<sup>4)</sup>、ファンタジーに介入することは、特に性犯罪者に対する重要な取り組みとなっている。この介入 (ファンタジーワーク (fantasy work)) では、ファンタジーをコントロールすることの重要性とその可能性を説明し、具体的なコントロールの方法を示している。

## c. Forensic Operationalized Therapy/Risk Evaluation System (FOTRES)

一般に、司法精神医学で用いられているリスクアセスメントツールは、再犯リスクを測定するものである。PPSでは、Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R)、Violence Risk Appraisal Guide (VRAG)、Static 99、Level of Service Inventory (LSI)、HCR-20、他の尺度を使用している。これらのツールは、さまざまな国で妥当性が確認されており、特にアングロサクソン系の国々において広く使用されている。

PPSでも、スイスにおけるサンプル群での有効性を確認し、暴力・性犯罪者の再犯予測：PCL-R合計スコア (ROC = 0.61 and 0.69)、予測的妥当性：VRAG (ROC = 0.73) などを示している。これらの成果によって、各種の尺度は、釈放後一定

期間内の再犯の可能性を考慮し、犯罪者をそのリスクに見合った治療グループに割り当てることに寄与している。

しかしながら、多くの尺度は、治療の進展や対処方略の獲得といった動態過程の効果を評価していない。この問題に対応することができるアセスメントツールとして、PPSでは、新たにFOTRESを開発し、試行的に運用している。FOTRESは、犯罪者の再犯リスクを評価するのみでなく、リスク傾向の変異性や治療の進展を評価する最初のツールである。これは、約700項目から成り、3要素 (再犯の構造的リスク、リスク傾向の変異性、リスクの動的な軽減度) を、5段階でアセスメントするものである。

再犯の構造的リスクの項目では、犯罪者の人格や犯罪の傾向を探索する。これは、犯罪者の過去の履歴および犯罪の内容に関するものであり、治療中に扱わなければならない領域を特定する。また、リスク傾向の変異性では、治療によるリスク傾向の変化・移行の可能性をアセスメントしている。リスクの動的な軽減度では、過去の治療の実施や対処方略の獲得によって得られた、実際のリスクの軽減度を測定している。すなわち、FOTRESは、再犯リスクの予測のみでなく、治療の進展を計画し、実際の臨床面にフィードバックするためのツールなのである。

## d. 保安処分の対象となりうるリスクの高い犯罪者の特徴

現在、Zürich州での司法的判断にFOTRESを試行することによって、さまざまな犯罪者の特徴が確認され始めている。最新の知見では、保安処分の対象となるリスクの高い犯罪者 ( $n=9$ ) には、犯罪の種類やそのメカニズム、精神科診断などにおいて同質の集団ととらえることはできないが、次のような特徴が共通してみられることが示されている。

- ・暴力・性犯罪の再犯リスクを測定するツールでの高得点
- ・リスク傾向の変異性での低評価
- ・治療の実施不可、あるいは治療に対する拒否
- ・犯罪行為の残酷性



- ・贖罪の認識や被害者に対する共感性の欠如
- ・過去における治療的介入による再犯リスクの軽減の困難

すなわち、FOTRESによって、暴力的・性的なリスクの高い犯罪者には、犯罪歴や基本的な精神疾患に加え、治療によるリスク傾向の変化の困難、治療や他のリスクマネジメントでの失敗の経験といった特徴をもつことが明らかになっている。今後さらに、リスクアセスメントを運用するなかで、

犯罪の予防とともに、犯罪者に対する治療と治療環境の適性化を図っていくところである。

(注) 執筆分担箇所

- 1：飯野海彦
- 2：丸山雅夫
- 3：Jérôme Endrass・野口博文・Frank Urbaniok・Arja Laubacher・久永文恵・佐野雅隆・Astrid Rossegger

文献

- 1) スイスの起訴前刑事手続の概要及び統一刑事手続草案を紹介したものとして、森元良幸：スイス刑事手続の現状と展望（上）、ジュリスト 1231：145-160, 2002, 同：（下）、ジュリスト 1232：160-171, 2002
- 2) 参考文献として、Schmid N：Strafprozessrecht, 4 Auflage, Schulthess Juristische Medien AG, Zürich, Basel, Genf, 2004
- 3) 平野龍一：スイスにおける保安処分。日本刑法学会（編）、保安処分の研究, pp85-95, 有斐閣, 東京, 1958
- 4) 吉川経夫：スイス刑法改正案における保安処分の問題。植松博士還暦祝賀, 刑法と科学 法律編, pp445-466, 有斐閣, 東京, 1971
- 5) 尾崎純理, 丸山輝久：スイスにおける保安処分制度。泉 博（編）、諸外国の保安処分制度, pp195-216, 日本評論社, 東京, 1983
- 6) Hanson RK, Bussiere MT：Predicting relapse；A meta-analysis of sexual offender recidivism studies. Journal of Consulting and Clinical Psychology 66（2）：348-362, 1998

# スイスの精神医療

Mental Health Treatment in Switzerland

山本輝之 #1  
Teruyuki Yamamoto  
東 雪見 #4  
Yukimi Higashi

柑本美和 #2  
Miwa Kojimoto

山中友理 #3  
Yuri Yamanaka

## 1. Zürich 州訪問と スイス保安処分法の研究

心神喪失者等医療観察法は、責任能力制度と連動した制度であるため、責任能力者に対する精神医療は対象外とされ、また、薬物中毒者・依存者に対する精神医療の提供も付随的な地位を占めるにすぎない。しかし、2005（平成17）年において、新受刑者および少年院新入院者のそれぞれ6.6%、6.3%が精神障害者と認められることから明らかなように<sup>1)</sup>、矯正施設内での精神医療の提供は重要な課題である。また、2006（平成18）年5月に刑事収容施設及び被収容者等の処遇に関する法律が施行され、矯正施設内で特別な改善指導が行われることになったが、矯正施設外で薬物中毒者らに対し精神医療をどう提供すべきかは、引き続き検討を要する課題であるといえよう。

他方、スイスは、1893年に、世界に先駆けて、Carl Stoossがスイス刑法予備草案に保安処分制度を盛り込んだ国であるが、その後、完全責任能力者にも治療処分を言い渡す制度が整備され、ヘロイン重度依存者への処遇を医療の枠内で行うなど、医療を重視した施策が展開され、われわれの研究

に与える示唆はきわめて大きいと思われた。

本稿では、まず、スイスにおける治療処分とその費用負担について概観し、次に、Zürich州における強制医療のあり方について検討を行っていく。

## 2. スイスの保安処分の費用と 健康保険制度

スイスの保安処分にかかる費用、とりわけ医療費はどこが負担しているかに関し、連邦刑法は、刑行と保安処分の費用はカントン（州）が負担すると明記している（380条1項）。この州の1日1人あたりの予算を制定しているのが、スイス全土で3つある地域行刑連盟である。これは、複数の近隣州間の協定で、所属州のあいだでの施設の相互利用を認めたり、統一的な執行予算や刑内容を取り決めたりしているものである。しかし、刑と保安処分の執行は州の権限で行われるため、執行法は各州が制定している。本稿では、東スイス連盟の執行予算について報告する。

予算は、まず、狭義の予算と特別予算に区別される<sup>2)</sup>。東スイス連盟では、前者は、宿泊費、食費、衣服代、報奨金、施設内での教育費、施設内での医療費、職業教育のための学費、月額保険料（自

#1 名古屋大学法学研究科 (☎464-8601 愛知県名古屋市千種区不老町)  
Graduate School of Law, Nagoya University  
#2 城西大学現代政策学部 (☎350-0295 埼玉県坂戸市けやき台1-1)  
Faculty of Contemporary Policy Studies, Josai University  
#3 ミュンヘン大学法学部 (Prof.-Huber-Pl. 2, 80539 Munich, Germany)  
Faculty of Law, Ludwig-Maximilians-University Munich  
#4 成蹊大学法学部 (☎180-8633 東京都武蔵野市吉祥寺北町3-3-1)  
Faculty of Law, Seikei University



己負担できない人に限る)を意味する。後者は、狭義の予算に含まれない、たとえば専門的な医療が必要となり、施設外の病院に入院する場合の医療費、歯科医療費、特殊な薬剤の費用といった特別医療費を指す。

さて、スイスでは、保安処分による入院決定を下された者の受け入れ先が刑法に明記されている。1つは、「適切な精神医療機関(刑法59条2項)」である。これは、公立や私立の一般精神病院を指し、委託された一般精神病院は触法精神障害者に対しても一般患者と同様の医療を提供することになる。2つ目は、「処分施設(刑法59条2項)」である。これは、たとえば行刑と保安処分に責任を負う機関の管轄下にある保安処分執行のための特別施設である。残りは、逃走や再犯の危険性のある者を収容する、Rheinau精神病院の司法精神病棟のような「閉鎖病棟」と「刑事施設(専門的治療が可能など限る)」の2つである(刑法59条3項)。

このうち、「処分施設」に関する予算は、前述の狭義の予算に当てはまる。これに関して、連盟は各執行施設の予算額を具体的に制定している。たとえば、Massnahmenzentrum Bitziでは、2007年度は1日1人あたり、閉鎖部門では440フラン<sup>4)</sup>、開放部門では330フランの予算が組まれている。ちなみに、特別予算は通常被収容者の負担となるが、東スイス連盟では、一部は執行命令を下した州が負担している。一方、その他の3施設の予算に関しては、連盟の規則で決められてはならず、施設と執行命令を下した州との話し合いによって決まる。執行命令を下した州は、本人、家族、福祉や保険で賄われない額に関して負担する。たとえば、Rheinau精神病院における保安処分費用は、医療費に関しては、健康保険と州厚生局が約半分ずつ負担しており、保安処分に必要な追加費用に関しては、州法務局が負担している。現在の1人1日あたりの予算は、健康保険が163フラン、厚生局が136フラン、法務局が342フラン、その他の費用が2フランの計643フランである。

続いて、執行費用の一部を賄っている医療保険制度について解説する。スイスの居住者は全員、居住開始より3か月以内に社会健康保険の加入を義務付けられている。被保険者は、保険会社を自

由に選択でき、年齢や健康状態を問わず受け入れられる。世帯ごとの加入ではないため、新生児も誕生から3か月以内に加入しなければならない。被保険者は、月額保険料を支払うが、提供される医療の質に差はないにもかかわらず、その額は保険会社や州、さらには、満18歳以下の未成年か満19歳から満25歳までの若年成人か成人かによって異なる。成人の場合の自己負担額は、2段階構造をとり、年間自己負担料(Franchise)300フランに達するまでの額は全額負担しなければならない。300フランを上回った部分に関しては、10%負担となる(Krankenversicherungsgesetz(KVG)64条)。ただし、総自己負担額の上限は年間1,000フランと定められているため、超過分は保険会社が負担する。未成年には年間自己負担料の規定はなく、10%負担の上限は350フランである<sup>5)</sup>。原則的に公認されている医療はすべて保険対象となるが、支払い額は被保険者の居住地や職場の所在地の州で認められている額までである(KVG41条)。入院医療の場合、居住州にある病院の大部屋への入院と医療費が保証される<sup>6)</sup>。この際、扶養者・被扶養者でない独身者には、1日につき新たに10フランの自己負担費が発生する。しかし、他の州での通院および入院医療を希望するなど、健康保険が認めている以上の医療を求める場合には、追加保険に加入する必要がある<sup>7)</sup>。精神医療に関しても、原則的には上記の規則が適用される。ただし、精神医療に関しては特例も存在し、注意が必要である。たとえば、健康保険で支払われる精神療法は、精神科医もしくは診療所勤務のセラピストによるもののみである<sup>8)</sup>。医療看護給付令(Krankenpflege-Leistungsverordnung;KLV)2条に精神療法の定義が規定されている。なお、新医療看護給付令(2007年元旦施行)からは特別手続なしで受けられる精神療法は、最初の10回までと大幅に軽減され、10回を上回ると予測される場合は、医師は事前に保険会社の指定医に説明付き報告書を提出しなければならないとなった(KLV3条)。

### 3. Zürich州における強制医療

Zürich州には、病院などにおける患者の医学的

処置について規定した患者法 (Patientinnen- und Patientengesetz, 2004年4月5日制定, 2005年1月1日施行) がある。そこでは、まず次のような原則が示されている。判断能力のある患者に対する治療は、その同意がある場合にのみ許される。判断能力のない状態に陥った場合、事前に意思が明白な形で文書化されており、それを示した後に変更があったとする根拠のない限り、その意思は考慮される (20条)。患者に判断能力がない場合には、医師は法的代理人 (gesetzliche Vertretung) に同意を求める。法的代理人が同意を拒んだならば、医師は、後見措置 (vormundschaftliche Massnahmen) の検討のため、後見官庁 (Vormundschaftsbehörde) に対して照会することができる。判断能力のない患者に法的代理人が存在しない場合には、担当医 (behandelnden Aerztinnen und Aerzte) が、患者の利益を図り、かつ、患者の推定的意思に従い判断する。緊急時には、同意は推定される (21条)。

もっとも、患者の意思に反して、自由を制限する措置および強制的な治療を行うことも、①保護的な自由剥奪 (Fuersorgerische Freiheitsentziehung。これについては連邦民法典 397条以下参照) 下にある者の場合、②刑罰あるいは処分の執行下にある者の場合、③判断能力のない者で、法

的代理人、または、後見機関 (vormundschaftlichen Organe) の同意が時機に応じて得られない場合には許される (24条)。その際、行動の自由を制限するような措置は、患者自身もしくは第三者が危険にさらされる際か、または、強制的な治療のためやむをえず必要になる場合に行うことが許される。そして、そのような措置は、関係者または第三者を直接的で深刻な危険から保護するものでなければならない、可能な限り短時間にとどめなければならない (25条)。身体疾患・精神疾患の治療は、緊急時において、関係者または第三者の健康または生命の深刻かつ直接的な危険を回避するためには行うことができる。長期的な薬物治療については、それに医学的適応があり、より穏やかな措置では必要な保護がなされえない場合か、または、それによって第三者の健康もしくは生命に対する深刻かつ直接的な危険が回避されうる場合に行うことができる (26条)。そして、強制治療に対しては、患者らは、10日以内に裁判所の判断を求めることができるとされている。

(注) 執筆分担箇所

- 1: 山本輝之・柑本美和
- 2: 山中友理
- 3: 東 雪見

注釈 \*1 1 スイスフラン = 97.53 円 (2007年2月11日現在)

文献

- 1) 法務省法務総合研究所編: 平成18年版犯罪白書, 国立印刷局, 東京, 2006
- 2) Beachtold A: Strafvollzug Straf- und Massnahmenvollzug an Erwachsenen in der Schweiz, Stämpfli Verlag AG, Bern, 2005
- 3) Bundesamt für Gesundheit, Sie fragen - wir antworten, 2006
- 4) Meierhofer E: Krankenkasse: Das Beste daraus machen, Reintaler Druckerei und Verlag AG, Berneck, 2002



## 特集 マスメディアと精神医学

事件報道に関する  
ジャーナリズムの意識調査\*

● 岩波 明\*\* / 飯田英晴\*\*\* / 高橋清久\*\*\*\*

Key Words : news media, report, mental disorder, crime

## 結 果

## はじめに

現在、国、自治体、民間の精神医療・福祉の関係者は、精神障害者の社会復帰、地域生活の支援のためにさまざまな活動を進めている。その際に障壁となるものの一つに精神障害者に対する誤解・偏見がある。この誤解や偏見を是正するのに重要であるのが、マスコミの役割である。

精神障害者に対して国民が正しい理解をするためには、マスコミが精神障害者や精神医療に対して正しい知識をもっていることが不可欠である。今回、われわれはマスコミに対してアンケート調査を実施し、精神障害者や精神医療に対する意識調査を行った。

## 方 法

(1) 調査対象：放送局(テレビ局およびラジオ局)148社、新聞社106社、出版社37社の総計291社である。上記対象者宛にアンケート調査票(後述)を郵送し、回答を郵送してもらうように依頼した。

(2) 調査機関：平成17年2月1日～3月10日。

## 1. 調査票の回収率

調査票の発送総数291件に対して、回収数69件、回収率は23.7%であった。回答者の内訳は、放送局19件、新聞社15件、出版社4件であった。所属不明が31件みられた。

## 2. 調査結果の概要

調査結果の概要は表1に示した。

報道の際に患者の人権という問題を意識されているかという問いには、97.1%という大部分で「意識している」という回答が得られた。また、精神障害者の報道、出版に関して社としてのガイドラインについては、「全般的なガイドラインがあり、それにのっとっている」が47.8%、「ガイドラインはあるが、個別の判断を重視している」が33.3%で、80%あまりの機関でガイドラインを使用していた。

精神障害者が犯罪を犯した場合、実名報道については、「できるだけ、避けるべきである」が40.6%、「個別の判断が重要である」が58.0%で意見が分かれた。実際に精神障害者の犯罪について報道する場合、実名を報道しているかという問いに対しても、各社ごとに対応が異なっていた。

犯罪者の精神科病院の入院歴、通院歴に関し

\* A questionnaire survey of the news media concerning the reports of crimes committed by persons with mental disorders.

\*\* Akira IWANAMI, M.D., Ph.D.: 埼玉医科大学精神医学教室(☎350-0495 埼玉県入間郡毛呂山町毛呂本郷38); Department of Psychiatry, Saitama Medical School, Saitama 350-0495, Japan.

\*\*\* Hideharu IIDA, Ph.D.: 藍野大学医療保健学部; Department of Medical Technology, Aino University, Osaka, Japan.

\*\*\*\* Kiyohisa TAKAHASHI, M.D., Ph.D.: 国立精神・神経センター; National Center of Neurology and Psychiatry, Tokyo, Japan.



表1 アンケートの結果

1	貴社では報道の際に患者の人権という問題を意識されていますか？		%
	ア 意識している。	67	97.1
	イ ことさら、意識はしない。	2	2.9
2	精神障害者の報道、出版に関して、社としてのガイドラインをおもちですか？		
	ア 一般的なガイドラインがあり、それにのっとっている。	33	47.8
	イ ガイドラインはあるが、個別の判断を重視している。	23	33.3
	ウ ガイドラインはない。	12	17.4
3	精神障害者が犯罪を犯した場合、実名報道の是非がしばしば議論されます。		
(1)	そこで、貴社の精神障害者の犯罪の場合、実名報道についての基本的なお考えをお聞かせ下さい。		
	ア できるだけ、避けるべきである。	28	40.6
	イ 個別の判断が重要である。	40	58.0
	ウ できるだけ、実名報道すべきである。	2	2.9
(2)	実際に精神障害者の犯罪について報道する場合、実名を報道されていますか？		
	ア 精神障害者であることが確定的な場合、実名を控える。	20	29.0
	イ 精神障害者である可能性があれば、実名を控える。	33	47.8
	ウ ニュースの重要性を考慮し、実名報道するか検討する。	19	27.5
	エ 原則として実名報道である。	1	1.4
4	精神障害者が犯罪を犯したと思われる際、犯罪者の精神科病院の入院歴、通院歴をあわせて報道している記事を見かけます。犯罪と精神障害が関連ない場合には、そのような報じ方が偏見を助長するという意見があります。それに関連して以下の質問にお答え下さい。		
	ア 入院歴、通院歴があれば事実として報道してよいと考える。	7	10.1
	イ 読者の知る権利を尊重するためにも報道すべきだと考える。	0	0.0
	ウ 犯罪と精神障害が関係がなければ報道すべきではない。	37	53.6
	エ 個別の事例ごとに検討すべきである。	27	39.1
	オ その他	1	1.4
5	精神障害者の犯罪報道に関して精神科医がコメントをすることがよくあります。しかし、当事者を知らない精神科医が憶測でコメントすることは好ましくないという批判が聞かれます。そのことについてどのようにお考えでしょうか？		
	ア 専門家の意見は読者の理解を深める上で役に立つ。	27	39.1
	イ 専門家の意見を聞くことは通例であり、ことさら問題はない。	4	5.8
	ウ 憶測で話すことは誤解を招きかねないので慎んだほうがよい。	19	27.5
	エ その他	20	29.0
6	精神障害者や家族あるいは支援者に関する美談や真剣な生き様を伝えることが偏見の是正につながるという考えがあります。		
(1)	そのような考えかたについてどのようにお考えですか？		
	ア その通りであり、これまでも報道してきた。	26	37.7
	イ その通りであるが、そのような報道はしていない。	13	18.8
	ウ 偏見の是正には役立たない。	1	1.4
	エ どちらとも言えない。	26	37.7
	オ その他	4	5.8
(2)	貴社では犯罪報道以外で精神障害を取り上げられたことがありますか？		
	ア ある		
	① 当事者に関する実話	17	24.6
	② 支援活動、ボランティア活動など	38	55.1
	③ 学術の記事(原因や治療に関する記事)	14	20.3
	④ その他	1	1.4
	イ ない	15	21.7
7	過去に精神障害者に関する報道をされた際に、当事者当からクレームまたはコメントがきた経験がありますか？		
	ア クレームがあった。	15	21.7
	イ コメントがあった。	7	10.1
	ウ 報道したことはあるがクレームはなかった。	39	56.5
	エ 報道したことがない。	6	8.7

(つづく)

8	メディアで新しい、あるいは一般的ではない精神科関連の疾患名や症状が報道され、これが流行語のように用いられることがしばしばみられます(例:アダルトチルドレンなど)。このような現象をどう考えますか?		
	ア メディアとして必要なことで、どんどん紹介すべきだ。	2	2.9
	イ 十分用語の内容を検討してから、報道・出版した方がよい。	55	79.7
	ウ 一般の人に不安を与える恐れがあり、注意して使用すべきだ。	11	15.9

(設問によって重複回答あり)

では、「入院歴、通院歴があれば事実として報道してよいと考える」が10.1%、「犯罪と精神障害が関係がなければ報道すべきではない」が53.6%、「個別の事例ごとに検討すべきである」が39.1%で、これに関しても意見が分かれている。

犯罪報道に関する精神科医のコメントについては、「専門家の意見は読者の理解を深める上で役に立つ」が39.1%、「専門家の意見を聞くことは通例であり、ことさら問題はない」が5.8%、「憶測で話すことは誤解を招きかねないので慎んだほうがよい」が27.5%で肯定的な意見が多かった。

精神障害者や家族あるいは支援者に関する美談や真剣な生き様を伝えることが偏見の是正につながるという考えについては、賛同する意見が多かったが、実際に報道したのは、37.7%であった。その中で取り上げた記事としては、「支援活動、ボランティア活動など」がもっとも多かった。

過去に精神障害者に関する報道をされた際に、当事者などからクレームまたはコメントがきた経験は、21.7%でクレームが、10.1%でコメントがあったが、半数以上でクレームはなかった。

マスメディアがあまり一般的ではない精神科関連の疾患名や症状が報道することには、慎重な姿勢が多かった。

### 3. 「知る権利」と実名報道

いわゆる「知る権利」と精神障害者の犯罪の際の実名報道については、自由記入式として意見を求めた。ここではできるだけ実名報道をすべきであるという意見、実名を避けるべきであるという意見、個別に判断するべきであるという3つに大きく見解は分かれた。

できるだけ実名報道すべきであるという意見には、以下のようなものがみられた。

「犯罪と精神障害が関係ある場合でも実名報道の意味は深い」、「ニュース報道は原則として実名にしている」、「社会を震撼させるような重大

かつ凶悪犯罪は実名報道を原則とする」、「国民の知る権利に沿って情報を正しく伝えるのが務め、とくに犯罪にかかわる情報は社会防衛上の見地からも国策の政策立案の見地からも非常に公益性が高い」、「重大な犯罪があった場合その犯人がどのような人物像なのかは公の関心事で原則的には『知る権利』に奉仕する」、「犯罪と精神障害の因果関係がないかぎり実名報道にしないと『知る権利』に答えられない」。

一方、実名報道はできるだけ慎重にするべきであるという以下のような意見もみられた。

「刑法39条の規定から、実名、匿名の判断は慎重に行うべき」、「匿名でも事実関係、事件の社会的背景、問題点などは伝わるはず」、「知る権利」を理由に偏見、先入観、差別を助長すべきではない」、「『知る権利』を振りかざして報道しているケースが散見する」。

### 4. 偏見に対する考え、具体的な施策

精神障害者に対する偏見についての基本的な考え、およびそれを減らすための具体的な施策について、自由記述式として回答を求めた。

ここでは精神障害者の実態が知られていないため、偏見が生まれているという意見が多かった。以下のように、精神障害者に関する報道を増やすことが有効であるという指摘がみられた。

「なるべく露出できる場をつくる」、「取材もできるなら病院で行う」、「取材記者が何度も足を運び、信頼関係を築いた上で実名で登場してもらった」。

また、精神障害者が事件を起こした場合、精神障害と因果関係があるかのような報道は慎むべきであるという意見もみられた。

## 考 察

本研究はマスメディアの精神障害者に対する考え、姿勢を主として精神障害者の報道のされ方という側面から検討したものである。このような研究



は、日本精神病院協会によるアンケート調査<sup>1)</sup>と一部内容が重なるが、過去にほとんど例がない。

今回、調査したほとんどの機関において精神障害者を報道する際のガイドラインがそれに準ずるものがあり、この問題をきちんと意識していることは評価できよう。もっとも報道の原則は、各機関によって大きく異なっている。

たとえば、現実の精神障害者の犯罪の場合、実名報道をするかどうかという点についても、大きく意見は分かれた。精神障害者である可能性がある場合、実名報道を控えるという報道機関が全体の半数あまりに及んだが、逆に言えばこれは、精神障害者であることが確定的でないなら実名報道を辞さない報道機関が少なからずみられることを示している。

また、犯罪者の精神科への通院歴について報道すべきかどうかについても意見が分かれている。日本精神病院協会の調査<sup>1)</sup>においても、「触法患者の受信歴をどのように報道しますか」という設問に対して、「基本的に報道する」が8.0%、「因果関係があれば報道する」が58.0%、「基本的に報道しない」が27.3%とわれわれの調査と同様の結果であった。

昭和40年代において、精神障害者が犯罪を犯した場合でも、実名報道が一般的であり一般の場合と扱いは異ならなかった。その後、人権意識の発達のため、精神障害者に対する実名報道は手控えられ現在に至っている。もっとも犯罪の被疑者に対する報道の仕方は、一般の場合でも十分に意見の一致をみていない。あらゆる被告において、被告の刑が確定するまでは、実名報道は控えるべきであるという意見もだされている<sup>2)</sup>。

現在の時点で多くの報道機関が一致している見解としては、「被疑者が精神障害者であることが確定的な場合は、実名報道を控える」という点であろう。事実殺人などの重大事件においても、被疑者が実名報道されないまま司法的な手続きが進行することは少なくない。これに対して一部の論者は、精神障害者に対する特別な扱いはいっさいすべきでないと主張している<sup>3)</sup>。精神障害者であろうと実名報道し、さらには刑罰の減免をすべきではないという。

また、「被疑者が精神障害者であることが確定

的な場合」といっても、実はこれが容易でないケースも少なくない。事件発生時には実名報道であったものが、その後の取材で匿名になることも起きている。報道機関ごとに対応の異なってしまうのは、やむを得ない側面があると思われる。

それでは、今後報道機関にどのような対応を求めるべきであろうか。現実にはインターネットの普及により、匿名報道そのものが難しい状況になりつつある。少年犯罪においても顔写真がインターネットの掲示板において簡単にアップロードされてしまうことも起こっており、被疑者の匿名性を維持することは非常に難しい。問題は実名報道そのものよりも、精神疾患がセンセーショナルに報道されすぎることにあると思われる。

多くの人々にとって犯罪報道はある種の娯楽になっている。とくに、精神疾患の関連した理解不能な事件に対する関心は高い。たとえば、連続少女誘拐殺人犯の宮崎 勤死刑囚が起こしたような奇妙な犯罪は、報道の商品価値が高い。これに輪をかけるのがコメンテーターとしての精神科医の無責任な見解であり、実際は内容のない精神医学や心理学と関連した流行語である。事件のセンセーショナルな報道ばかりが先行し、きちんとした病気の説明も背景の解説もないため、一般の人々には「精神疾患は怖い」という漠然とした印象だけが残ってしまう。

このようなことを防ぐためには、今回の調査で得られた意見にあるように、一般の人に精神障害者の実態が知ってもらうため、精神障害者に関する報道を増やすことが有効であると考えられる。医学的な知識に裏づけられた真摯な報道が増えることによって、精神障害に対する偏見は減じていくであろう。また、このような動きに関しては精神医療側から報道機関に対して、積極的に具体的な提案をしていくことが望ましいと考えられる。

## 文 献

- 1) 水木 泰. 報道機関へのアンケート調査. 日精協誌 2000 ; 19 : 695.
- 2) 読光新聞・編. 人権報道. 東京:中央公論新社;2003.
- 3) 呉 智英, 佐藤幹夫. 刑法三九条は削除せよ! 是か非か. 東京:洋泉社;2004.

## 指定通院医療機関の課題と薬物療法

—民間病院の立場から—

松原三郎\*

抄録：心神喪失者等医療観察法では、入院によらない医療について、指定通院医療機関が受け持つこととなっている。また、保護観察所による精神保健観察も行われ、医療面と生活支援面とがケア会議を基盤として総合的に提供される。しかし、通院処遇は我が国においては、初めての経験であり、戸惑いは隠せない。それは、通院処遇における各種治療法が確立していない、通院処遇にかかわる人員が圧倒的に不足している、居住施設が不十分である等、結果としてケア会議で策定される処遇の実施計画そのものが不十分なものに終わっている現状がある。精神障害者を地域で支えることの重要さは誰しもが認識していることであるが、わが国の精神医療では、この点が脆弱であり、このことが医療観察法の施行によってますます浮き彫りになったと言える。この問題について比較的総合的な力をもつ民間精神科病院が積極的に協力をしているが、十分に支えることができる状況ではない。

臨床精神薬理 10: 773-778, 2007

**Key words** : forensic psychiatry, community treatment order, designated hospitals for outpatient care

## I. はじめに

平成17年7月15日に施行された医療観察法（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）は、1年間で344件の申し立てが行われ（月平均28.7件）、このうち54%が入院医療と審判され、その約半数にあたる26%が通院医療となった（図1）。また、指定入院医療機関での治療が進んだ結果、退院となった対象者を加えると、既に100名をこえる対象者が通院処遇となっている（8月31日時点では、通院

処遇84名、うち直接群73名、移行群11名）。これらの対象者の個別の情報は公表されることがないので、疾病分離や年齢などを集計処理するまでには至っていない。早急を実施しなければならない課題である。

## II. 指定通院医療機関の状況

指定通院医療機関は医療観察法施行前から、厚生労働省が示した必要数は全国で382カ所である。これは、100万人に1カ所、各県に2カ所以上とした結果であるが、その内容としては、病状悪化時の入院を前提として、看護基準が3対1以上、訪問看護が実施されていること（補完型に委託可）、また、指定医のほかには看護師・PSW（精神保健福祉士）・臨床心理技術者・作業療法士などによる治療チームが構成できることが好ましいとされている。現在、244カ所の医療機関が指定

Problems in the designated hospital for outpatients in the Act for the Medical Treatment and Supervision of insane persons who caused serious Harm.

\*医療法人財団松原愛育会 松原病院

〔〒920-8654 石川県金沢市石引4-3-5〕

Saburo Matsubara: Matsubara Hospital, 4-3-5, Ishibiki, Kanazawa, Ishikawa, 920-8654, Japan.



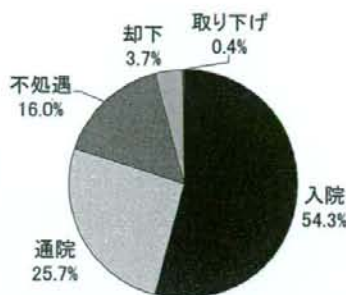


図1 審判結果269件(申立て件数344件, 平成18年7月14日現在)

を受けており、このうち81%が民間病院である。また、各県2カ所以上とされているにもかかわらず、滋賀県と群馬県においては、未だ1カ所しか指定を受けておらず、地域における民間精神科病院の協力が問われる現状である(表1)。

指定通院医療機関では、民間精神科病院が主体となっている。これは、人員枠の規制が厳しい公的医療機関に比して、民間精神科病院では必要に応じて、PSWをはじめとする地域支援の人材を多く配置したり、訪問看護やデイ・ケアを実施したりするために、通院医療機関としては民間精神科病院の方が適している場合が多いためである。しかしながら、医療観察法施行後1年4ヵ月を経たところで、通院医療と地域処遇においては、様々な問題点が指摘されており、今後、議論を煮詰めながら4年後の法改正に提言をしなければならない。

### Ⅲ. 医療観察法における基本的な課題

#### 1. 法体系の基本的な枠組みの問題

従来から指摘されてきたことであるが、わが国の精神科医療の法体系が不明確な状況にあり、このことが医療観察法施行によってますます明らかとなった。医療観察法では、第1条(目的等)に「その病状の改善及びこれに伴う同様の行為の再発の防止を図り、もってその社会復帰を促進することを目的とする」と書かれているように、社会復帰が目的であり、対象者においては治療可能性の存否が重要視される。重大な他害行為を行った

表1 医療観察法の施行状況(平成18年8月31日現在)

1. 指定入院医療機関	既に稼働(8カ所, 定員210名, 154名入院中) 建設中(2カ所)
2. 指定通院医療機関	244病院(必要数382の64%, このうち民間81%) 地域に1カ所のみ(群馬県, 滋賀県)
3. 鑑定入院医療機関	222病院(必要数382の58%, このうち民間77%)
4. 精神保健判定医数(449名→平成18年中に約700名) 精神保健参与員数(405名→平成18年中に約550名)	

者であっても、責任能力のある者はもとより治療可能性のないものについては、医療観察法の対象外とされ、矯正施設または措置入院となる。対象外とされる人格障害、物質使用障害、精神遅滞、認知症等については、これまでと変わらず精神保健福祉法29条の「精神障害者であり、かつ、医療及び保護のために入院させなければその精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがあると認めるとき」の条項が適用されて、精神科病院での入院につながってしまう図式には変わりがない。「医療と保護」が明確に分離されていないわが国の精神科医療については、今後、時間をかけて基本的な見直しをすることが必要であろう。これについての議論なしには、人格障害者、薬物依存症者等を治療対象とするか否かの議論を進めることはできない。また、医療観察法と措置入院の役割分担についても慎重に議論をして行く必要がある。

#### 2. 鑑定と審判における問題

起訴前簡易鑑定の平準化が図られていないことは従来から指摘されてきた。また、今回の医療観察法における鑑定においても鑑定人による判定のばらつきが一定程度認められている。さらに、審判においては、入院による医療かまたは通院による医療かのいずれによるかについての判定では、差異が大きい。この点を明確にするために、人材養成企画委員会医師部会では判定上の基準を示したが、十分に周知されていない状況がある。このことは、入院医療ばかりでなく、通院医療への影響も大きい。

### 3. 通院医療開始時には、地域処遇との連携が難しいことが少なくない

特に直接通院の場合には、地域生活上の能力が確保されておらず、このために、一旦指定通院医療機関に精神保健法による入院をせざるを得ない場合が少なくない。指定入院からの移行群であっても、地域処遇との連携については困難な場合が少なくない。要は、地域に密着した指定入院医療機関がなく、退院に向けた、地域における生活訓練が不十分なままに終わっているのである。このような点からは、指定入院医療機関を中央型と地域型に二分し、後者においては都道府県毎に設置し、地域生活との連携や、円滑な一時入院が可能となるようにすべきである。また、一時入院が精神保健法での入院という保険診療で支払われることにも問題がある。

### 4. 悪化時の対応が速やかに行えない

県立病院など中核的な精神科病院の活動が不十分な地域では、症状悪化時の対応が困難となる場合が少なくない。政策医療に対応できる公的病院が県内に1カ所あることが必要である。また、精神保健観察の枠組み自体が緩やかであり、迅速に強制力を発揮できる構造になっていない。

### 5. 地域では医療と福祉が乖離している問題

わが国特有の縦割り行政のために、通院医療と保護観察所が行う環境調整とが乖離している。これを補うためにケア会議で策定された「処遇の実施計画」のみが両者を連携する唯一の手立てである。ましてやACT（包括的地域生活支援プログラム）のような指定通院医療機関に属した総合的な支援体制は本法では育たない。

### 6. 極端な経費不足

指定通院医療機関は、対象者を受け入れるために、多職種チームを立ち上げ、さらにそのチーム内には「ケア調整者」と呼ばれる担当者を置いている。また、病院スタッフが何度もケア会議に出席し、連携に努めている。このような努力に対する通院管理料はわずかに55,000円にすぎず、十分なものとは言えない。

## IV. 通院医療の実際

通院医療では、問題となる事例をいくつかのタイプに分類することができる。

### (1) 病状が不安定であるにもかかわらず通院となってしまった例

当初は病状が安定しているように見えたが、通院医療・地域処遇を開始して早期に病状が再燃して、このために、指定通院医療機関への入院や、再入院の申し立てが必要となった例。鑑定入院による早期の治療が功を奏して、一時的には幻覚妄想は治まっても、病識の欠如や不適応状態を生じ易いために再燃する。指定入院医療機関への再入院を繰り返すことが予想される。

### (2) 病識が欠如しているために服薬の継続や、生活リズムの安定が困難な例

訪問看護による服薬指導、デイケア利用時の服薬、あるいは、デボ剤など、各種の方法を実施する。

### (3) 幻覚妄想については、一定以上に治まっても、生活障害の程度が著しい例：生活全般にわたる手厚い援助が必要な例

実際には一人暮らしの経験がない例、軽度精神遅滞の例などがあるが、十分な生活援助が再燃を防ぐことからすれば、24時間365日の援助が可能な生活訓練施設や福祉ホームB（ケアホーム）が居住施設として選ばれる。

### (4) 知的障害、認知症、あるいは、高度脳機能障害を併発している例

前記のような生活上の援助が可能な施設への入所が必要となるが、アスペルガーなどが並存している場合には、集団生活そのものが困難である場合が少なくなく、生活環境の調整が難しくなる。

### (5) 物質使用障害を併発している例

アルコール依存症、覚せい剤依存症などを併発しているために通院医療を困難としている例が、今後多く出現することが考えられる。重度な例では、通院医療機関そのものが依存症専門機関であることが必要となるが、一般的には、自助グループへの参加（断酒会、AAなど）や、覚せい剤な



どにおいては、予め、定期的な尿検査について同意を得ておく必要がある。これらの例に関する通院プログラムの作成が必要である。

#### (6) 不安障害や人格障害を併存している例

家族間調整や環境調整が必要であると同時に、心理カウンセリングを併用する必要がある。しかし、現状では、このために臨床心理技術者を配置する余裕のない医療機関が多く、また本人側の同意が得られない場合も少なくないものと想像される。

#### (7) 衝動制御障害や性犯罪など犯罪と結びつきやすい問題を併存している例

これらの例については、現状では、その対象者の責任能力に基づいて対処することが基本であるが、実際にはこれらの例の治療可能性についても検討が加えられるべきである。

以上の問題解決のためにはいくつかの課題がある。

- ①対象者の生活障害の程度を入院中から具体的に評価し、技能訓練などを積極的に行う必要がある。実際には、指定入院医療機関を中央型と地域型とに分け、後者において地域生活訓練を行うことが必要である。
- ②今後の緊急の課題として、退院後、24時間365日のケアが可能な施設（従来の生活訓練施設やB型福祉ホームに準ずるケアホーム・福祉ホーム）の増設が必要である。
- ③指定通院医療機関が、物質使用障害例や人格障害例などに対する各種のプログラムを実施できるようにするための人員の配置が可能となるように、一定の補助金あるいは、管理料の大幅な引き上げが必要である。同様なことは、多職種による訪問型チームを育成するためにも必要である。

## V. 通院医療における薬物療法

### 1. 通院処遇ガイドライン

通院処遇ガイドライン<sup>12)</sup>では、「各疾患のアルゴリズム（治療指針）に沿って多剤を避け、同種同効の薬剤は単剤を基本とする」と記載され、さらに具体的に、（統合失調症の）薬剤の使用方

については、「統合失調症治療ガイドライン（精神医学講座担当者会議監修）などを参考にするとされている。この内容は「入院処遇ガイドライン」と同様なものである。さらに、各ステージに応じて「（共通評価項目を用いた）継続的な評価」を「多職種チーム」で行い、治療方針を決定する（個別の治療計画の策定）こととしている。前期通院医療（通院開始から6ヵ月）では円滑な通院医療への移行が目標とされ、訪問看護の開始と「服薬の確認」が重視されている。中期通院医療（7ヵ月から24ヵ月）では限定的な社会活動への参加と定着、さらに、疾病の自己管理や社会生活能力の維持が目標とされており、自己管理に基づく「確実な服薬」が重視されている。後期通院医療（25ヵ月から36ヵ月）では地域社会への参加の継続・拡大、さらに、処遇の終了を目標とし、一般精神医療に移行後も「継続した必要な服薬」が行えることが重視されている。

### 2. 従来薬の使用と血中濃度の測定

統合失調症を中心に述べれば、従来薬の中心はhaloperidolであった。既に司法精神医学におけるアルゴリズムが発表されているが<sup>2)</sup>、この中では、非定型抗精神病薬が中心となっている。しかしながら拒薬を生じた場合には、haloperidol等の従来薬を筋注することで精神症状の改善を図っており、一定の従来薬との併用は必要とされている。従来薬であるhaloperidolは精神科救急医療において、興奮を伴う患者に有効であることが知られており<sup>7)</sup>、筋肉注射や点滴を併用することで大きな効果が示されてきた。また、haloperidolは血中濃度の測定が容易であり、コンプライアンスに関するモニタリングが可能である。また、haloperidolはデポ剤の使用も可能であり、血中濃度のモニタリングとデポ剤併行が行えるhaloperidolは現在でも司法精神医学では有用視されている。実際に、カナダをはじめとする諸外国では、退院時の条件（conditioning）として血中濃度測定があげられている場合が少なくない。

### 3. 非定型抗精神病薬の効果

Clozapineは治療抵抗性の統合失調症に対して



優れた効果を示すことが知られている<sup>9)</sup>。そして、司法精神分野でも非定型抗精神病薬が使用されるようになったが、実際には、興奮や衝動性などの問題行動に対しては、clozapine以外の非定型抗精神病薬は、従来薬との効果の差は明らかではなかった。もちろん、錐体外路症状を中心とする副作用については、明らかに従来薬よりも優れており、特に興奮状態が著しい場合を除いて、ほとんどが新規抗精神病薬を用いているのが現状である。しかし、新規抗精神病薬では、前記の血中濃度モニタリングができないこと、さらには、デボ剤が使用できないことがあげられてきたが、risperidoneでは、デボ剤が商品化され、司法精神医学分野での有用性が期待される。

ところが、Muirheadら<sup>9)</sup>の報告では、通院治療命令を受けた統合失調症対象者では、その病状の改善は明らかに認められるが、治療のための薬剤投与が経口投与かデボ剤使用かによって、治療効果に有意な差はなかったとしている。このことは、血中濃度モニタリングが困難な非定型抗精神病薬の使用について、有利な結果であると言える。今後、デボ剤の効果については慎重に検討すべきであろう。

#### 4. コンプライアンスの悪い例への対応

入院医療においても服薬管理とコンプライアンスの維持は大きな問題である。このために、心理教育や個人精神療法が大きな役割を果たすものと考えられている。しかしながら、コンプライアンスの確保は、通院医療における統合失調症や双極性障害では極めて重要な要素であるので、現状ではモニタリングが可能となるように工夫をせざるを得ない。このために、新規抗精神病薬を主剤として使用しながら、少量のhaloperidolを併用したり、あるいは、haloperidolデボ剤を併用することが、実際には行われている。

## VI. おわりに

わが国の司法精神医療は、治療可能性を追い求めていながら、その内容では、人格障害、物質使用障害、知的障害などの混入を防ぎ切れていな

い。実際に、社会の要請が大きいために混入せざるを得ないのかもしれない。このような曖昧な状況が、指定通院医療機関への負担となって申しかかりつつある。また、通院を支える指定通院医療機関の機能は、特に人員面で不足しており、地域処遇の基盤も満足な整備状況ではない。

さらに、司法精神医療では決め手となる、clozapineやrisperidoneデボ剤の使用も本邦では認められていない。現段階ではようやく、指定入院医療機関の整備が軌道に乗ったところであるが、指定通院医療機関の整備については、見放されたままである。今後、整備のためにと厳しい運動を展開して行かなければならないと考えている。

## 文 献

- 1) Buckley, P. F., Kausch, O., Gardner, G.: Clozapine treatment of schizophrenia; implications for forensic psychiatry. *J. Clin. Forensic Med.*, 2: 9-16, 1995.
- 2) Buscema, C. A., Abbasi, Q. A., Barry, D. J. et al.: An algorithm for the treatment of schizophrenia in the correctional setting: the Forensic Algorithm Project. *J. Clin. Psychiatry*, 61(10): 767-783, 2000.
- 3) Cavanaugh, S. V.: Psychiatric emergencies. *Med. Clin. North Am.*, 70(5): 1185-1202, 1986.
- 4) Citrome, L., Volavka, J., Czobor, P. et al.: Effects of clozapine, olanzapine, risperidone, and haloperidol on hostility among patients with schizophrenia. *Psychiatr. Serv.*, 52: 1510-1514, 2002.
- 5) Ebrahim, G. M., Gibler, B., Gacono, C. B. et al.: Patient response to clozapine in a forensic psychiatric hospital. *Hosp. Community Psychiatry*, 45: 271-273, 1994.
- 6) Kane, J. M., Honigfield, G., Singer, J. et al.: Clozapine for the treatment-resistant schizophrenia. A double-blind comparison with chlorpromazine. *Arch. Gen. Psychiatry*, 45: 789-796, 1988.
- 7) Marco, C. A., Vaughan, J.: Emergency management of agitation in schizophrenia. *Am. J. Emerg. Med.*, 23(6): 767-776, 2005.
- 8) Mohan, R., Slade, M., Fahy, T. A.: Clinical characteristics of community forensic mental health services. *Psychiatr. Serv.*, 55: 1294-1298, 2004.
- 9) Muirhead, D., Harvey, C., Ingram, G.: Effectiveness of community treatment orders for treat-



- ment of schizophrenia with oral or depot antipsychotic medication : clinical outcomes. *Aust. N J Psychiatry*, 40(6-7) : 596-605, 2006.
- 10) Paton, C., Garcia, J. A., Brooke, D. : Use of atypical antipsychotics by consultant psychiatrists working in forensic settings. *Psychiatric Bulletin*, 26 : 172-174, 2002.
- 11) Smith, H. and White, T. : The effect of clozapine on the social behaviour schedule in patients attending a forensic psychiatry day hospital. *Med. Sci. Law*, 44 : 213-216, 2004.
- 12) 財団法人精神神経科学振興財団 : 平成17年度司法精神医療等人材養成研修会ガイドライン集. 2005.

## 特集

## 高齢者と医療観察法



# 「医療観察法」における通院医療と 高齢者

松原三郎

## 抄録

医療観察法の対象者の高齢化率は10%前後と想定され、通院事例においても同様な傾向が認められた。高齢通院事例では、対象行為では放火事例が最も多く、これに殺人（未遂も含む）と傷害が続いた。主診断名ではアルコール依存症（33%）と認知症（33%）が並んでいるが、実際には認知症を併存している事例は多いものと予想できる。アルコール依存症では、責任能力鑑定を慎重に行う必要があるばかりでなく、この法律による通院医療となった場合には、断酒等を継続することへの困難が想定される。このために、対象者がアルコール依存症や薬物依存症の場合には、依存症治療が可能な指定通院医療機関が選別される必要がある。認知症事例の場合には、治療反応性に限界がある事例が少なくない。このために、事例に適した入院医療施設や介護保険サービスを行い、治療反応性が消滅した場合には本法による処遇の終了が申し立てられるべきである。

Key words：指定通院医療機関、通院処遇、地域処遇、認知症高齢者

老年精神医学雑誌 18：509-513, 2007

## はじめに

医療観察法の通院医療では、退院後も原則3年間にわたる「精神保健観察」のもとで、対象者への医療と環境調整が継続的に提供され、さらに、安定した日常生活が続くように協力することで、再び同様な他害行為に至るような病状の再燃を防ぐことを目指している。この意味では通院医療がきわめて重要な役割をもっている。しかし、各指定通院医療機関における医療は貧弱な地域精神科医療のなかで、乏しい人員を何とか工面しながら犠牲的な活動を強いられているのが現状である。このまま放置すれば、通院対象者が増えるにたがって、指定通院医療機関が窮地に立たされるのではないかと危惧される。

Saburo Matsubara：医療法人財団松原愛育会 松原病院  
〒920-8654 石川県金沢市石引4-3-5

## 通院処遇の高齢者

申し立てられた数は、平成19年2月末で500人を超えていると報告されているが、平成18年12月末までの審判結果421件の結果をみると、入院処遇は56.1%、通院処遇は23.5%となっている（図1）。しかしながら、入院／通院の比率には地域差が認められ、とくに近畿地区では入院／通院の比率が逆転していることが特徴的である。これには、何らかの恣意的な活動が影響している可能性もあるので、今後の検討が必要である。通院医療に関する調査は平成19年1月の時点で行われ、そのなかでは、通院例では、入院例と比較して、対象行為では放火例が多いこと、また疾患分類では、入院例と同様に統合失調症の割合が最も多いが、入院例では85%であるのに比して、通院例（直接通院）では66%と低い。そのぶん、物質使



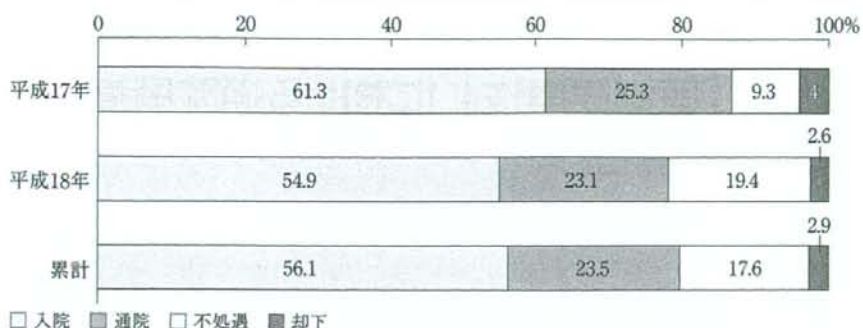


図1 審判結果 (平成18年12月31日まで)

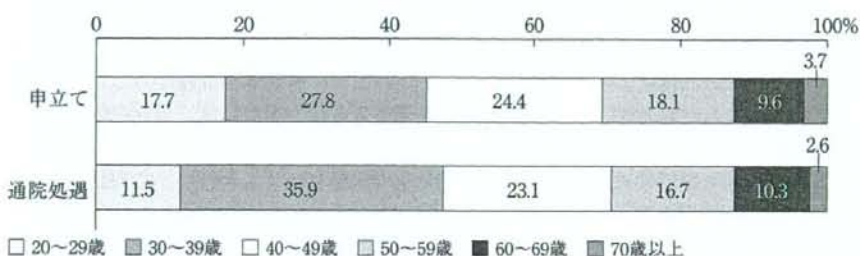


図2 年齢構成の比較 (申立て498件, 通院処遇78件)

表1 65歳以上通院事例

	年齢	性別	病名	対象行為	認知症	居住
1	65~70	男性	てんかん精神病	放火未遂	知的障害あり	グループホーム
2	65~70	男性	アルコール依存症	放火殺人未遂	なし	自宅
3	65~70	男性	妄想性障害	傷害	なし	自宅
4	65~70	男性	アルコール離脱せん妄	放火未遂	なし	自宅
5	80~85	男性	アルツハイマー型認知症	傷害	あり	グループホーム
6	90~95	男性	血管性認知症	殺人未遂	あり	介護老人福祉施設

用障害の部分が増加している。

年齢の分布をみると、通院例では申立て総数に比較して、20歳代が占める割合が減少し、そのぶん、30歳代の増加が認められる。他方、50歳以上では入院と通院ではほとんど差がない(図2)。筆者らが行った通院事例の調査では、78事例中、65歳以上は6人で、高齢化率は7.7%であった。

## 2 通院処遇事例

表1は、通院医療等研究会や他の事例検討のなかで知り得た65歳以上の通院処遇事例6例をまとめたものである。全員が男性であり、対象行為では、放火未遂が半数(3例)を占めていることが特徴的である。また、診断名ではアルコール依存症が2例、さらに、認知症を伴ったものが2例であった。それぞれの事例の詳細を知ることは困難

## □特集

を伴うが、知り得た範囲で検討を試みる。

## 〈事例1〉てんかん精神病

放火未遂であるが、幻覚妄想とともに元来から知的障害と衝動的な傾向を伴っていた事例。知的障害があるために今後の通院処遇上の困難が予想される。

## 〈事例2〉アルコール依存症

複雑酩酊下で衝動的に行われた放火・殺人未遂。事件当時の責任能力の問題とともに、アルコール依存症治療の治療自体が医療観察法での治療に適しているか否かの検討も必要である。精神保健観察下で物質使用障害の治療を継続することはきわめて困難であろう。

## 〈事例3〉対象行為：傷害

妄想性障害の診断で通院医療が行われたが、通院開始後、抑うつ症状が加わりこのために自殺企図も生ずるなど病状が不安定となる。はたして通院医療の判断が正しかったのか、あるいは、指定通院医療機関にのみ一方的に負担がかかっているのではないかと危惧される事例である。

## 〈事例4〉アルコール依存症、アルコール離脱せん妄

せん妄状態での放火未遂。通院のほかには断酒会、同家族会への参加が行われている。

## 〈事例5〉アルツハイマー型認知症

認知症の程度は中等度であるが被害妄想に基づいて傷害事件を引き起こしたが、鑑定入院薬物療法によって妄想状態の改善が行われ、その後、通院処遇では介護保険サービスである認知症対応型共同生活介護に入居となる。その後の治療反応性がないものとし、処遇終了となっている。

## 〈事例6〉血管性認知症

90歳代、2年前に脳梗塞を生じて歩行困難と認知症症状を呈していた。情動の不安定と物盗られ妄想をもつようになる。妄想に基づき家族を刃物で刺す（殺人未遂）。指定入院医療機関に入院となったが、ごく少量の抗精神病薬によって情動面は安定したが、物盗られ妄想はほとんど変わらず認知症の回復も期待できないために、入院2か月

後に介護老人福祉施設に退院となった。精神保健観察は継続されている。

これらの6事例をみると、責任能力判定では事例1と2が問題となり、アルコール依存症治療の本法での適性については事例2と4が問題となる。アルコール依存症や覚醒剤依存症など物質使用障害者の通院治療が、この法律による治療に適しているか否かについては、今後の検討課題である。また、事例3では、安易な通院医療への決定は、本人の病状を不安定化させ、通院医療機関に過大な負担を背負わせることになる。さらに事例5と6は認知症を伴った事例であるが、以下には通院にまで至っていない事例も示す。

## 3 通院以外の認知症事例

## 〈事例7〉60歳代、男性、アルツハイマー型認知症

統合失調症で長年通院をしていたが、しだいにアルツハイマー型認知症が加わり、事件当時は改訂長谷川式簡易知能評価スケール（HDS-R）は10点と重度認知症の状態であった。夜間せん妄を起こして、障子に火をつけるがボヤで消火。検察官が申立てをしようとしたが、精神保健審判員の経験のある主治医が重度の認知症であるために治療反応性がないことを指摘したところ、検察官からの申立ては行われなかったこととなった。これまで通院していた病院の老人性認知症治療病棟に医療保護入院となった。

## 〈事例8〉60歳代、男性、急性一過性精神病性障害

体調の不良や家族内のトラブルからしだいに抑うつ的、罪業的となる。自殺を目的としてティッシュに火をつけボヤを起こす。鑑定入院中ではHDS-Rは26点と高く、MRIでも軽度な脳萎縮のみであった。指定入院医療機関に入院となったが、しだいに疎通性や活動性は低下し、認知症症状も明らかとなった。幻視体験もあることからレビー小体型認知症等が疑われ検査・経過観察中である。鑑定入院中には明らかではなかったが、指定入院