

(3) アドボカシーサービスの費用負担はどのようになっていますか？あてはまるものを1つ選び、()に○をつけてください。

【交通費について】

- () ① 病院が負担している
() ② 来棟者が負担している (ボランティア)
() ③ その他 ()

【謝礼について】

- () ① 支払っている
⇒よろしければ、来棟1回あたりの金額をご記入ください
() 円
() ② 支払っていない
() ③ その他 ()

ご協力ありがとうございました。記入漏れがないかご確認ください。

倫理会議への法律家外部委員の参加について

「参加させるべき」とする理由

- ・臨床判断に対する法的な妥当性を判断することは医師では困難。ただし、法律家としてはいわゆる「人権派」のような原理主義的な人物ではなく、臨床現場のことをある程度理解し柔軟な発言をすることができる人物が望ましい。
- ・医療倫理に限らず、人権問題全般に関する、より専門的で客観的な意見が得られると思われる。
- ・人権擁護の観点から処遇の妥当性を検討するうえで、弁護士等の法律家の参加は有意義であると考え。実際、当院の倫理会議では月に一度地域の弁護士に出席してもらっており、同意によらない治療の妥当性の検討や、身寄りのない対象者の銀行手続きに関する助言をいただいている。
- ・治療に対する法的な担保となるため
- ・医師のみの参加であると、治療の必要性の面に話が傾きやすいと思われるため
- ・倫理会議の公平性、透明性を保つためには、法律家の参加が望ましいと思う。
- ・医療内容に関する法的根拠の明瞭性が増す。

「どちらともいえない」とする理由

- ・隔離・筋注の場合だと多くの場合は法律家を招く必要はないと考えられるが、時に相談したい場合もある。また、法律家の意見も多様であることも問題。
- ・主として治療実務の問題であり、法律家は専門知識を持っていない。しかし、拒む理由はない。
- ・臨床判断に対する法的な妥当性を判断することは医師では困難。ただし、法律家としてはいわゆる「人権派」のような原理主義的な人物ではなく、臨床現場のことをある程度理解し柔軟な発言をすることができる人物が望ましい。
- ・参加が望ましいが確保は難しい。
- ・判断すべき内容は、純粋な精神医学的内容であるため、法律家の判断がなじむかどうか疑問であるから。また、法律家に出席をお願いする制度的根拠が乏しいため。
- ・倫理委員会が院内にあるので、本来の意味での倫理的問題の解決はそこで図られるから。あまた、権利の保障は、法律家相談を月に一回保障できているので、そちらの方が合理的に解決できるため。会議ばかり増えるのは治療の運営上今ひとつ良くない。
- ・時に法律家としての意見を聞きたい事項があり、参加してもらったほうがよいと考えますが、参加させるべきだとか、べきではないとか考えることではないと思います

倫理会議に法律家外部委員として参加するのに望ましい職種

- ・理想では裁判官が望ましいが、現実的には弁護士か学者である。
- ・司法の当事者が望ましい
- ・全くの部外者ではなく、ある程度は医療観察法に関与し、現場の状況を理解していることが望ましい。
- ・法律家の職種によって異なる見解が得られると思われ、職種を限定しない方が多角的な治療につながると考えられるため。
- ・医療観察法に現場で関わる可能性のある方の意見が参考になると思う。
- ・本人の権利を擁護する立場が望ましいと思われるので弁護士が望ましいと考える。
- ・対象者の人権擁護の立場で発言できる人物であれば、職種にはこだわらない。
- ・（弁護士は）人権的配慮については、他職種よりもなじみが有るように思われるから。
- ・（弁護士は）セカンドオピニオンとして意見が出やすい

外部委員である精神科医が対象者に直接面接することに関して

- ・ 必要な場合は、実際に面接をしていただき、判断の材料の一つとしていただきたい。プレゼンテーションのみからの判断では意見が偏る恐れがあるのではないか。
- ・ 直接会った方が対象者を良く理解できる
- ・ 希望があれば当然面接してもらう
- ・ 対象者の実際を知らず書類審査だけで決定を出すことは倫理上問題があると考えている。書類には申請者の主観が大きく介在している。
- ・ より客観的な判断が可能となるため
- ・ 処遇に不満を持った対象者に第三者の立場で面接を行い、対象者の不満を吸い上げ、また処遇の必要性につき説明していただけると、治療意欲の向上に役立つ可能性がある
- ・ 職員からの情報はバイアスがかかる恐れがあるため、実際に面接する場面も必要と考える。
- ・ 医療の透明性を担保するためには実際に対象者を面接してもらうべきである。
- ・ より一層の医療の透明性を確保するため。
- ・ 治療の適切性は、診察をすることがもっとも、実際に評価できるから。またせつかくの外部講師の意見も集約できるから
- ・ 対象者が希望する場合に限り面接させるべきだと考えます。
- ・ ケースバイケース、方法による。

倫理会議の開催頻度について

定期的に開催すべきとする理由

- ・ 非定期とすると抜けや、漏れが出る可能性があり、また、透明性を保つためにも定期的が望ましいのではないか
- ・ 非定期にすると抜けや、漏れが出る可能性があり、また、透明性を保つためにも定期的が望ましいのではないか。現実的には前もって会議開催日を予定することが必要となるため、議題がなかったときの有効活用（困難事項の検討など）を考えるべきか。
- ・ 本当は②（倫理会議で審査すべき議題があるときだけ）にしたいが、いざ召集が必要なときに参加者の都合がつかず開催が先送りになるのも困る。非定期にすると抜けや、漏れが出る可能性があり、また、透明性を保つためにも定期的が望ましいのではないか。
- ・ ②にすると議題をあげることを控えようとする力動がはたらきかねない
- ・ 議題が「ない」ということは、本当にそうか？確認する必要がある
- ・ 外部からの視点を常に意識しておくメリットを感じるため。
- ・ ある程度の外部の視点は、通常の運用の中でも検討される体制が維持される必要があるため。
- ・ 議題の有無は病院側で判断することになっており、この医療の透明度を高めるためにも絶えず第三者の検証に耐えられる医療が必要だと考えます。審査にあげるべき議題がないように思えるときでも、倫理会議の前に本当に議題がないのかどうか絶えず検討していく、その過程が重要であり、倫理会議で外部委員と話しているうちに新たな議題を見出すこともあります。

議題があるときのみとする理由

- ・ 会議の種類、回数が多すぎ、日常業務に影響している。
- ・ 月に二回だと特に報告・検討事項がないことが多々あるため。
- ・ 隔離・拘束、強制的なデポ剤治療、が行われる事が少ないため
- ・ 審査すべき議題がなければ、開催の必要はないと考える。

- ・他にも会議が多いため。

適切と思う頻度について（月 1 回：12 名、月 2 回：1 名）

- ・現実的に月 2 回では外部委員の調整が困難と思われるし、議題もそれ程多くないため。
- ・現在の統計に基づく間隔。
- ・2ヶ月も間隔があくとリアリティーに欠ける
- ・開設3年を経過しているが、これまでの経験に即して月2回程度が妥当
- ・行動制限を最小化するための会議は上記間隔で行われている。
- ・他の一般的な会議の開催間隔も同様であるため
- ・外部委員の確保が困難であり、本来審議すべき事項が生じる頻度もそれほど多くないため。
- ・議題は多くないため、月1回で十分である。
- ・労力と効果のバランスをとる必要がある。
- ・病棟の規模によって議題の多寡は異なりますので当院では最低月1回、その他必要な場合は随時行なうよう考えています。
- ・外部人員の招聘は1回/月が限界

病棟規模による倫理会議の差について

差をつけるべきとする理由

- ・スタッフの人数に限りがあり、マンパワーが会議に費やされることで日常業務に支障が生じる。
- ・入院対象者数が少ない場合は、議題も少なくなると思われるため。
- ・小規模病棟などでは、スタッフの兼務が前提であると思われ、差をつけないと実際の運用は困難であると思われるから。
- ・一般的には病棟の規模によって、入院対象者の多い少ないで議題数は異なるとおもわれます。

差をつけるべきではないとする理由

- ・議論されるべき問題について、差異がそれ程あるとはおもわれない。
- ・2ヶ月も間隔があくとリアリティーに欠ける
- ・対象者の処遇は平等であるべき
- ・規模にかかわらず、医療の内容が同一であるという建前であるなら、ガイドラインの運用にも差を付けるべきではない。
- ・病床数と外部からの視点の必要性は相関しないため。
- ・治療や処遇の妥当性を検討する必要性について、施設規模は関係ないと思う。
- ・「倫理」とは病棟の規模とは無関係だと思う。
- ・均霑化が重要。倫理会議を、他の病棟の運用にも有効に用いることができればよい。

対象者の同意のないデポ剤の使用に関するガイドラインの規定について

現状のままでよいとする理由

- ・非合意の治療はやはり倫理会議を通すべきでは。
- ・上記の通り、従って、倫理会議にはかかるべきと考える
- ・不同意の治療で、緊急性に乏しい場合は事前審査が望ましい。不同意の治療で何か問題が発生した場合に、主治医1人の責任となることを防ぐ可能性もある。

- ・デポ剤が必要となる状況は緊急性に乏しいと考えられるため、倫理会議を待つことが可能である。
- ・医療行為の責任の所在について明らかにするために
- ・デポ剤の使用に関しては、事後評価を行わざるを得ないほどの緊急性は予想しにくい。
- ・2nd opinionを得ることで、治療の妥当性が確保できるため。
- ・デポ剤は服薬のわずらわしさから患者を解放する可能性を持った、有用な治療法と考える。患者には治療の選択肢の一つとして説明し、同意を得た上で使用したい。

変更した方がよい理由

- ・同意の場合、使用すべきではないから
- ・他の治療法に比べて、それほど浸襲的な治療と考えられないため。
- ・迅速性に欠けるから。
- ・事後検証でもよいと考えられる。それほどに一般的な治療方法であるから。

医療観察法病棟における対象者の人権擁護に関する調査

平成 21 年度 厚生労働科学研究費（こころの健康科学研究事業）
「医療観察法の運用における人権擁護に関する研究」

【記入上のお願い】

- あてはまる番号を一つ選び、番号の前の（ ）内に○をつけ、必要に応じて括弧内に数値等ご記入下さい。
- どの番号にもあてはまらない場合でも最も近いものを選び、全ての質問にご回答ください。
- 質問の最初に【複数回答】と書いてある設問は、あてはまる番号の全ての（ ）内に○をつけてください。
- 自由記載の設問については、分量は問いませんのでご自由にお書きください。
- 指定入院医療機関に勤務されている医師全体の意向を把握することを目的としておりますので、先生の個人的なお考えをご記入ください。

(1) 倫理会議という名称について、どのようにお感じになりますか？

- () ① 妥当な名称である
() ② 実態にそぐわない
() ③ その他 ()

(2) 現在のガイドラインでは求められていませんが、倫理会議の外部委員として法律家が参加することについて、先生はどのようにお考えになりますか。

- () ① 参加させるべきであると思う
() ② 参加させるべきではないと思う
() ③ どちらともいえない

よろしければ、上記の回答の理由をお書きください。

(3) 【複数回答】(2)で①または③と回答された方に伺います。倫理会議の外部委員として法律家が参加すると仮定した場合、以下の職種のうち先生が望ましいとお考えになる職種に○をおつけください。

- () ① 弁護士
() ② 検察官
() ③ 裁判官
() ④ 大学教授などの学者
() ⑤ 職種には無関係
() ⑥ その他 ()

よろしければ、上記の回答の理由をお書きください。

(4) 現在のガイドラインでは求められていませんが、倫理会議や外部評価会議の委員である精神科医が対象者と直接面接することに関して、先生はどのようにお考えになりますか。

- () ① 面接させるべきであると思う
- () ② 面接させるべきではないと思う
- () ③ どちらともいえない

よろしければ、上記の回答の理由をお書きください。

(5) 現在のガイドラインでは、倫理会議は原則月2回開催することとされていますが、倫理会議の開催頻度についてはどのような規定が望ましいとお考えになりますか。

- () ① 倫理会議で審査すべき議題の有無に拘らず定期的を開催する
- () ② 倫理会議で審査すべき議題がある時だけに開催すればよい
- () ③ その他 ()

よろしければ、上記の回答の理由をお書きください。

(6) (5)で①「定期的を開催する」と回答された方に伺います。具体的には、どのくらいの間隔が適切とお考えでしょうか。

()

よろしければ、上記の回答の理由をお書きください。

(7) 現在のガイドラインは医療観察法施行前に33床のフル規格病棟を前提として作成されていますが、現在は、小規模病床、小規格病棟など種々の病床数の病棟が存在しています。病棟の規模に応じて、倫理会議の運用方法に差を設けることについて、先生はどのようにお考えになりますか。

- () ① 病棟の規模によって差をつけるべきである
- () ② 病棟の規模によって差をつけるべきではない

よろしければ、上記の回答の理由をお書きください。

(8) (7) で①「病棟の規模によって差をつけるべきである」と回答された方に伺います。具体的には、どのような規模で差を設けるべきとお考えでしょうか。

()

よろしければ、上記の回答の理由をお書きください。

(9) 以下の治療環境にいる対象者・患者に対する電気けいれん療法（緊急性の高い事例を除く）の施行に関する先生のお考えをお聞かせください。以下の選択肢のうち、あてはまる番号をお書きください。

- ① 対象者の同意がある場合のみ行う
- ② 対象者の同意がない場合には、家族等の同意を得たうえで行う
- ③ 対象者や家族等の同意がない場合でも、必要な場合には行う
- ④ 電気けいれん療法は行っていない

指定入院医療機関にいる対象者 ()
特定病床にいる対象者 ()
特定医療機関にいる対象者 ()
鑑定入院機関にいる対象者 ()
精神保健福祉法による入院中の患者 ()

(10) 以下の治療環境にいる対象者・患者に対する電気けいれん療法（緊急性の高い事例を除く）の必要性に関する判断はどのように行うべきと考えられますか。以下の選択肢のうち、あてはまる番号をお書きください。

- ① 治療チームの医師の判断のみで行う
- ② 治療チームの医師の判断だけでなく、治療チームとは独立した医師とも事前に必要性を検討したうえで行う
- ③ 治療チームの医師の判断だけでなく、病院全体の医師で事前に必要性を検討したうえで行う
- ④ 倫理会議（ないしは外部の医師も入った会議）で事前に必要性を検討したうえで
行う

指定入院医療機関にいる対象者 ()
特定病床にいる対象者 ()

- 特定医療機関にいる対象者 ()
鑑定入院機関にいる対象者 ()
精神保健福祉法による入院中の患者 ()

(11) 持効性注射製剤（デポ剤）の使用について

先生は、医療観察法による医療でデポ剤を使用することについて、どのようにお考えですか。

- () ① 積極的に使用したい
() ② 必要があれば使用したい
() ③ なるべく使用したくない
() ④ その他 ()
よろしければ、上記回答の理由をお書きください。

(12) 現在のガイドラインでは、対象者の同意のないデポ剤の使用については倫理会議において事前評価を行うこととされています。この点について、先生はどのようにお考えですか。

- () ① 現状のままでよい
() ② 変更した方がよい
よろしければ、上記の回答の理由をお書きください。

(13) 医療観察法病棟在院中の対象者の人権を擁護するために、弁護士など外部からが来棟する人によるアドボカシーサービスについて、先生はどのように思われますか。

- () ① 必要である
() ② 必要でない
() ③ その他 ()

(14) 【複数回答】(13) で①または③と回答された方にお伺いします。どのような職種の方の来棟を期待されますか。当てはまるもの全てに○をつけて下さい。

- () ① 弁護士
() ② 弁護士ではないが精神障害者の権利擁護に見識のある人
() ③ 法務局などの公的人権擁護機関の職員
() ④ その他 ()

(15) 対象者の治療反応性について、どのように評価しますか。期間、手段（電気けいれん療法やクロザピンの使用も含む）、評価者など、具体的にお書きください。

(16) 医療観察法病棟における医療に関して、ご苦労されている点や懸念されている点などについて、以下にご記入ください。

(17) よろしければ、ご記入いただいた先生の精神科臨床経験年数をご記入ください
() 年

ご協力ありがとうございました。記入漏れがないかご確認ください。

研究成果の刊行に関する一覧

研究成果の刊行に関する一覧表

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
村上 優	触法精神障害者の自殺	精神科治療学	25 (2)	231-236	2010
武井 満	人格障害ケースの非自発入院を考える	日精協誌	28 (2)	33-37	2009
武井 満	医療観察法と処遇困難患者	臨床精神医学	38 (5)	709-713	2009
武井 満	司法精神医学の「未来」	司法精神医学	5 (1)	34-43	2010
佐藤 浩司	群馬県立精神医療センター・医療観察法病棟開設始末記	精神科治療学	24 (9)	1041-1047	2009
松原 三郎	医療観察法対象者の地域サポートの将来	臨床精神医学	38 (5)	641-645	2009
松原 三郎	医療観察法の将来象	精神医学	51 (12)	1144-1145	2009
松原 三郎、 八木 深、 村上 優、 平林 直次、 土居 正典、 水留 正流、 池田太郎	ニューヨーク市における 一般精神医療施策、 触法精神障害者医療施策	司法精神医学	5 (1)	25-33	2010
平林 直次	指定入院医療機関における長期入院とその対策	司法精神医学	5 (1)	87	2010

研究成果の別刷

触法精神障害者の自殺

村上 優*

抄録：医療観察法が2005年に施行され触法精神障害者の社会復帰促進を目的として新しい精神科医療が展開している。医療観察法処遇中の自殺は法律が施行されて4年を経た2009年3月までに入院中が3人、通院処遇中の自殺は9人と推察される。精神病状態で殺人などの激しい暴力がある場合、その精神内界には自らの存在を脅かす不安や恐怖、葛藤が大きく存在する。自己か他者に向かって二分される暴力性や衝動性が存在する。自殺を前提とした行為が他害行為となる場合に、自殺を図る目的での放火や、拡大自殺として家族を巻き込む殺人がある。自殺対策として第1に触法精神障害者の自殺リスクは再他害行為をいかに防止するか、第2に触法行為と疾病への理解や内省の進め方、第3に精神疾患の早期介入が自殺を減らし触法行為を減らす、第4に自殺のサインを細かく調べ、自殺企図の可能性を念頭に置いて援助をすることである。精神科治療学 25(2) ; 231-236, 2010

Key words : *mentally disordered offenders, suicide, violence, homicide, risk assessment*

はじめに

わが国の司法精神医療が大きく転換したのは医療観察法が2003年に制定され、2005年に施行されてからである。他害行為を行った精神障害者の処遇は、1974年法制審議会で提案された保安処分による強制入院制度が念頭に置かれてきた。現在の医療観察法の評価に関して、この論争を引きずる面はあるにしても、社会復帰の促進を目的として多職種で多くの心理社会的治療を集中的に行うなど新しい精神科医療の展開を示している。

触法精神障害者の自殺に関しては、これまで刑務所での自殺防止、措置入院から見た自殺企図の

在り方、子殺しに代表される家族を対象とした殺人、自殺目的で行われ結果として放火罪に問われる症例などが報告されてきた。医療観察法は直接的には自殺を医療必要性の要件とはしないが、実際の医療にあたっては大きな問題として存在する。まだ統計を取るところまで至らず、心理的剖検が公表される段階ではなく簡単な症例報告にとどまるが、問題と対策を検討したい。

I. 医療観察法の現状

医療観察法は重大な他害行為（殺人、放火、強盗、傷害、強制わいせつ、強姦）（図1）を行った者について、刑法39条「心神喪失者はこれ罰せず、心神耗弱者は刑を減じる」を根拠として、責任能力がなければ精神科治療へと医療化させる。現状では80%以上は統合失調症を対象として「病状の改善」「同様の行為を行うことなく」「社会復帰を促進する」という法の目的に沿って治療やケ

Suicide and mentally disordered offenders.

*国立病院機構琉球病院

〔〒904-1201 沖縄県国頭郡金武町字金武7958-1〕

Masaru Murakami, M.D.: National Hospital Organization Ryukyu Hospital, 7958-1, Kin, Kin-cho, Okinawa, 904-1201 Japan.

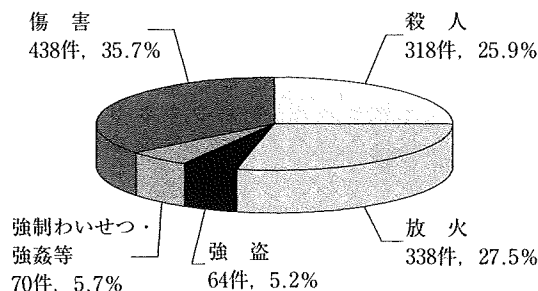


図1 他害行為の種類 (医療観察法研修会の資料より)

アが行われている。これらの処遇を決定するのは裁判官と精神保健審判員の評議で、その判断をサポートする目的で医療観察法鑑定や、保護観察所の社会復帰調整官による生活環境調査が実施される(図2)。

実際の申し立ては2009年3月1日までに1,379件で、入院は799件、通院は直接通院処遇244件と入院を経て通院となった移行通院が304件の合計548件である(表1)。

II. 医療観察法処遇における自殺

医療観察法による処遇中の自殺は法律が施行されて4年を経た2009年3月までに入院中が3人、通院処遇中の自殺は9人と推察される。2009年3月までに医療観察法での医療処遇が行われた1,043人の中で12人、入院では799人の中で3人、通院では548人の中で9人が自殺しており、通院中の自殺に関しては多い印象がある。医療観察法の処遇を受けている触法精神障害者の自殺は一般人口(4年間で12万人)と人口比で比較すると約10倍となるが、精神障害者の自殺との比較データはない。これらの要因を検討すべきであるが、自殺に至るまでの経過が公にされておらず、また個人情報観点からも調査は困難である。

概観すると入院処遇中の3人はすべて男性で、対象行為は傷害や放火、それぞれ急性期、回復期、社会復帰期にあり、手段は病棟での縊首、外出中に行方不明となりその後列車飛び込み、外泊中の縊首となっている。いずれも精神病症状は改善しており、直接的な抑うつ状態はなく、直前も直

接的に自殺を予見させるものはなかった。

通院処遇中の9名に関しては当初審判で直接通院処遇の決定が下りた者も、また入院より移行して通院処遇となった者も存在する。前者では通院処遇の実施計画を立案する時間の余裕がなく、十分な危機時の対策を立案できないことも予測される。また手厚い入院での援助より自立を求められる地域処遇となり、生活や治療の継続が危うくなり危機的な状態となっても介入が遅れた場合が想定される。

III. 対象行為が自殺に関連

精神病状態で被害妄想や作為体験に基づき暴力、しかも殺人などの激しい暴力がある場合、その精神内界には自らの存在を脅かす不安や恐怖、葛藤が大きく存在する。他者への攻撃となれば他害行為となるが、同時にそれが自らに向けば自傷や自殺行為となることが多くみられ、自己か他者に向かって二分される暴力性や衝動性が存在する。自殺はうつ病と統合失調症でも同等にみられるが、他害行為は統合失調症に多くみられるなど疾病性の傾向が存在する。

精神病急性期の自殺企図の多くは医療保護入院や措置入院など精神保健福祉法下での処遇が行われ、重大な他害行為を含む者は責任能力を評価して、責任無能力で医療の必要性が認められれば医療観察法対象者となる¹⁰⁾。医療観察法対象者は統合失調症など精神病に罹患しているものが多く(表2)、精神病状態に加えて抑うつや過敏性、不快感、自虐性などの神経症傾向を有しており、対象行為そのものが大きなストレスとなって回復が困難な場合がある。

自殺を前提とした行為が他害行為となる場合に、自殺を図る目的での放火や、拡大自殺として家族を巻き込む殺人がある^{1,12)}。拡大自殺の被害にあった家族と加害者は親密な関係にあるものが多く、子どもであったり、年老いた両親であったり、配偶者であったりする。このために殺人行為の後も自殺リスクは高く、また背景の疾患も精神病症状を伴う気分障害に加えて解離障害など複雑化している場合がみられる。女性による実子殺し

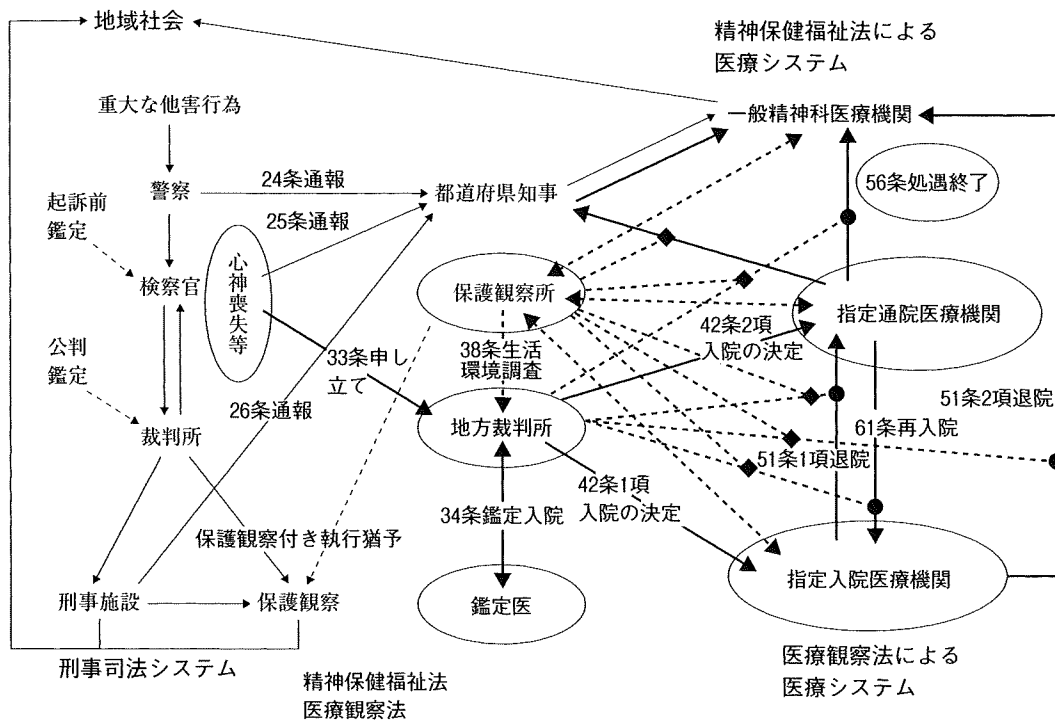


図2 医療観察法と精神保健福祉法 (Stephen J. Hucker氏(2003)作成の図を黒田治氏(都立松沢病院)が一部改変)

表1 医療観察法の申し立て状況
(施行より2009年3月1日)

申し立て総数	1,379件
決定数	
入院決定	799件
通院決定	244件
不処遇決定	224件
申立却下決定	44件
取り下げ	10件
鑑定入院中	58件
退院許可	304件

厚生労働省ホームページより引用 (<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/sinsin/kettei.html>)

表2 医療観察法入院対象者の状況
(2009年3月1日現在)

Fコード	診断	男性	女性
F0	器質性精神障害	7名	2名
F1	物質使用障害	27名	1名
F2	統合失調症	345名	76名
F3	気分障害	10名	9名
F4	神経症性障害	2名	0名
F6	パーソナリティ障害	2名	2名
F7	知的障害	4名	0名
F8	発達障害	6名	0名
F9	小児情緒障害	1名	0名
F99	特定不能	1名	0名
	合計	405名	90名

厚生労働省ホームページより引用 (<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/sinsin/nyuin.html>)

ではうつ病急性期、抑うつ傾向を有するパーソナリティ障害、幻覚妄想など精神症状との関連が示唆され、複数の被害者を出すことも稀ではない⁹⁾。重篤な他害行為は疾病の上に大きなストレスとなり、元来低かった自尊感情や自己効力感を破壊して慢性的な自殺念慮を形成することがあり、その

後も自殺企図を繰り返し既遂に終わることもある。以前より刑務所で生じる自殺に関して警告を発する報告は多い⁹⁾。精神疾患、特に精神病やアル

コールなど物質使用障害の既往があり、社会的なつながりを失い、将来への不安を強く持つ神経症や適応障害などが背景となり、抑うつ的で自殺念慮が強い症例がみられる。これらの傾向は医療観察法の入院環境では大幅に改善したが、自殺そのものをどれほど減じているのか比較することはできない。医療観察法の入院や通院施設が増えて地域性を重視するサービスがきめ細かくできるようになれば、不安に対応して危機介入し、自傷および他害行為はさらに改善すると期待できる。混乱しやすい脆弱で過敏な病状を有するがゆえに、遠方で隔離された治療提供が病状安定に寄与しないことは医療観察法臨床の中でも観察されることである。

Ⅳ. 症 例

〔症例1〕直接通院, 50代男性, 破瓜型統合失調症, 傷害

発病は20代前半。不全感や体感幻覚を訴え、粗暴行為などで精神科病院の入院を繰り返していた。対人関係での敏感さによる妄想形成や、自閉傾向、また不潔への無関心など情性欠如が進行していた。対象行為は被害妄想に基づき被害者（親戚）に対し包丁で切りつけ傷害を負わせた。自閉的な生活で援助がなければ金銭の管理や清潔は保つことができなかった。統合失調症の病名は説明を受け理解はしているが、服薬は不規則化していた。鑑定入院中に対象行為の傷害について内省が得られて、差し迫った他害行為の可能性は少なく、訪問活動など見守りを強化すればこれまでと同様に単身生活は可能であると、審判の結果は医療観察法による通院処遇となった。過去には自殺企図はみられなかった。

通院では薬物療法、外来カウンセリング、訪問看護、デイケアでの心理教育や生活技術訓練、関係機関による状態のモニタリングなどが行われた。通院を始めて6ヵ月後より飲酒や浪費による生活の行き詰まり、障害年金の等級が下がる不安があり、さらに服薬が不規則化して被害妄想や考想伝播が再燃した。デイケアに参加しなくなり訪問看護を強化していたがそれも拒絶的となり、説

得したが治療に関して十分な同意が得られないために、精神状態の改善と生活の調整を目的として精神保健福祉法による医療保護入院となった。服薬を行い1ヵ月後には妄想は改善し落ち着いたが、自閉的な生活や頑固さは変わらず、金銭管理に負担を感じ、尿失禁などの生活上問題があるが希望により退院となった。その1ヵ月後に自宅で縊首しているところを尋ねてきた姉が発見した。

考察：慢性統合失調症で入院処遇での治療効果にも限界は予測されたケースで、鑑定入院での薬物治療や疾病教育で状態が改善し、他害行為が切迫しているとはいえず、通院処遇でデイケアや訪問活動（通院施設、社会復帰調整官、保健所）によりサポートし、危機に際しても訪問を重ね、必要に応じて精神保健福祉法の入院を検討することになった。経済的な自己管理が不十分で生活上の不安、尿失禁などの身体的な不全感、自閉的で援助を拒否する傾向などに加えて、服薬不規則による精神病状態の悪化がみられた。不安になると身近な援助者に被害的となり、拒否や攻撃など他罰的な行動化により今回の対象行為が発生した。これまで姉が金銭的に援助をして危機回避していたが、対象行為を境に姉が金銭的な尻拭いを拒んだために、生活上の不安から怒りが自分に向かったとみなされる。「自己か他者に向かって二分される暴力性や衝動性」が他者ではなく自己に向かったとも受け取れる。援助者は自殺の予測をしてはおらず、訪問看護を嫌がるために経過をみるために最終訪問や外来の1週間後の自殺であった。

〔症例2〕移行通院, 30代女性, 精神病症状を伴う重症うつ病, 殺人(実子)

両親が離婚後、父親に引き取られた。父親はアルコール依存症で幼少時より身体的暴力や暴言、ネグレクトなど虐待を受けて生育した。高校卒業後に成り行きで結婚したが、姑の乱費など生活はいつも苦しく困難を感じていた。1児を出産して2児を妊娠した頃より抑うつ気分が増悪し、著明な意識の狭窄をきたし健忘を残すもうろう状態を伴っていた。対象行為はもうろう状態で第1子への暴力行為によって生じた実子殺人で、心神喪失と判断され医療観察法入院処遇となった。

医療観察法入院では軽うつ状態と希死念慮が遷延して経過をした。抗うつ薬の投与に加えて認知行動療法や心理教育などの心理社会的治療により、うつ状態は徐々に回復したが、一方では夫より離婚の申し立てがあり必ずしも退院調整は円滑に進まなかった。外泊時に密やかに持ち帰った鎮痛剤を大量服薬して自殺を図るなど、精神内界の根底には自己否定的な態度は持続していた。多職種チームによる密着した支持的な精神療法、うつ病に対する認知行動療法、疾病と対象行為の内省を深め、安全を確認したのちに実家に退院して通院処遇となった。精神症状の経過は安定していたが退院1年後に墓前で自殺を図った。

考察：拡大自殺によって実子を殺害したことによる罪悪感、抑うつ気分や自己否定的な態度は表面上改善しても、消失し転換することはなく経過した。潜在的な自殺リスクは高く、継続してエンパワーメントし自己効力感を高めるようにしなければ自殺念慮は顕在化する。手厚い医療体制の入院処遇では対応可能でも、通院処遇の支援がどれほど対応可能なのかは限界がある。精神症状が安定した状態の方が行為能力は高く、人知れず自殺の危機が高まる。抑うつ気分が改善し解離が消失して精神科治療としては良好な経過をたどればたどるほど、現実と直面して疾病への逃げ道がなく、濃厚な支持が薄まれば自殺する可能性は高い。医学だけでは解決しない援助の連続性の確保、さらにはスピリチュアルな内省ができる方法を提示することが必要である。

〔症例3〕入院症例、50代女性、統合失調感情障害、殺人（両親）

学童期より赤面恐怖など対人恐怖症があった。大学を卒業して30代まで仕事をして自立していた。30代後半より「盗聴されている」「狙われている」と感じ自室に閉居していたが、一転して周囲へ攻撃的となるなど異常行動が顕在化した。40代で言動がまとまらず意思疎通が困難な躁状態で精神科病院へ初回入院した。退院後は家事手伝いをして7年ほどすごしていたが、宗教的な誇大妄想に支配され、強烈な多幸感や万能感、乱費が激しくなり、まとまりのない言動がみられ再入院を

した。状態が改善したとして自宅に外泊をした折に、「身体が不自由なまま生きなくてはならないのは不安」と高齢で認知機能が低下している両親を刺殺、絞殺した。鑑定時にも「救世主であったはず」と訴えるなど妄想は十分改善をしていない。心神喪失で医療観察法の申し立てが行われ入院処遇となった。

医療観察法鑑定時より「死ぬ薬をください」と希死念慮の訴えは続いている。医療観察法入院処遇となり、同様な訴えは継続しており、精神病後抑うつが遷延したうつ病相が持続していた。訴えに深刻さはなく、24時間密着しての看護（常時観察）を1ヵ月間にわたり継続すると、見守られている安心を感じると会話して表情にゆとりが出る。薬物療法の効果で妄想が改善して消失すると、病氣（妄想状態）で両親を殺害したことをどのように受け止めるのかは不明である。「このままでは生きてはおれない」と淡々と自殺念慮の言語化はあるが切迫感はない。両親を殺害した時にも切迫感はなく、現実を実感しない離人症の無感動な状態で対象行為を行っていることを考えると、自殺の可能性を軽く評価することはできず、時間をかけて社会復帰を準備することが必要である。

考察：両親との葛藤はなく、むしろ愛着が強い関係にもかかわらず、対象者の表現では「憐憫にかられて」対象行為である殺人を完璧に実施した。対象行為時は躁状態のピークを過ぎており、「救世主」と感じていたと後で述べるが外泊が許可されるほど外観では精神状態が改善したと評価されていた。現在は対象行為に自責的となり軽うつ状態で経過しているものの、自殺の切迫感は感じられないが、自殺リスクを過小評価せずに、自殺の蓋然性は高いとして治療計画を立てる必要がある。

V. 触法精神障害者の自殺を防止するために

精神障害と自殺に関して飛鳥井は自殺者のうち、うつ病圏46%、統合失調症圏26%、アルコール薬物依存圏18%と報告している^{2,6)}。警察庁のホームページによれば平成20年度の自殺者のうち、

うつ病圏43%, 統合失調症圏9%, アルコール薬物依存圏2%と報告している⁶⁾。両方の報告を比べるとうつ病圏では同等の割合を示すが, 他では違いが大きい。松下らは総説の中で, アルコール関連障害と自殺について, 自殺リスクの程度を示す数値として自殺の生涯リスクを提示し, 依存症患者7%, 感情障害6%, 統合失調症4%と紹介している⁷⁾。アルコール依存は自殺の高いリスクファクターとして再度注目を集めるが, 同様に他害行為の高いリスクファクターでもある。

自殺リスクとして触法行為は大きい。触法行為はそれ自体が加害者にとっても大きなストレスとなり精神障害を引き起こし, またすでに罹患している精神障害を悪化させ, 不安を生じ, 自己否定的で, 自責的で, 自己効力感を喪失させて社会復帰を阻害する要因となり, 社会的に排除され孤立して, それらの集大成として自殺のリスクを高める。触法精神障害者の自殺リスクは再他害行為をいかに防止するかが第1の道である。

MacArthur Studyでは自殺企図は暴力リスクを低下させると指摘している⁸⁾。治療的に考えれば触法行為で内省して自らの行為に直面化して苦悩する人は再び暴力をふるうことを回避することを示しており, この内省の進め方が第2の道となる。医療観察法では多職種で評価をして治療を組み立てるが, 認知科学に基づいた内省プログラムは重要なプログラムの1つである。これは自らの疾病と他害行為の関係を理解することを手助けすることから始まる。

田口は産後うつ病による子殺しを予防するための提言をしているが, その中で「産後の母親のうつ病および子殺しや道連れ自殺のリスク評価を慎重に行う」と挙げている¹⁰⁾。対象行為が自殺に関連して起きてしまうことを考えれば, 第3の道として精神疾患の早期介入が自殺を減らし触法行為を減らすといえる。

精神障害の他害行為と自傷行為は「自己か他者に向かって二分される暴力性や衝動性」の表現としてあるとすれば, 他害行為を行った精神障害者の自傷リスクは高く, 第4の道として自殺企図の既往がなくても自殺についてそのサインを細かく調べ, 自殺企図の可能性を念頭に置いて援助をす

る必要がある。

医療観察法の治療は多職種の専門家が生物・心理・社会・法律学的な視点より援助を組み立てる。その代表的な治療プログラム集は平林が研究班報告書としてまとめている⁴⁾。

おわりに

医療観察法施行に伴い, 触法精神障害者の社会復帰が論じられ司法精神医療の幕が開いた。しかし自殺に関しては注目が少なく十分な調査が行われていない。今後の課題とすべきである。

文 献

- 1) 赤崎安昭, 森岡洋史, 児玉圭ほか: 拡大自殺に基づく実子殺しに関する一考察. 司法精神医学, 3; 148-149, 2008.
- 2) 玄東和, 張賢徳: 自殺と精神障害. 精神医学, 57; 1043-1060, 2009.
- 3) Green, C.M. and Manohar, S.V.: Neonaticide and historical denial of pregnancy. Br. J. Psychiatry, 156; 121-123, 1990.
- 4) 平成20年度国立病院機構共同臨床研究「指定入院医療機関治療プログラム集」(主任研究者: 平林直次), 2009.
- 5) http://www.npa.go.jp/saftylife/seianki81/210514_H20jisatsunogaiyou.pdf
- 6) 岸泰宏: 自殺と身体障害. 精神医学, 57; 1055-1060, 2009.
- 7) 松下幸生, 樋口進: アルコール関連障害と自殺. 精神経誌, 111; 1190-1202, 2009.
- 8) McClure, G.M.G.: Suicide in England & Wales 1975-1984. Br. J. Psychiatry, 150; 309-314, 1987.
- 9) Monahan, J., Steadman, J.H., Silver, E. et al.: Rethinking Risk Assessment. Oxford University Press, New York, 2001.
- 10) 瀬戸秀文, 藤林武史, 吉住昭: 触法精神障害者のアセスメントと治療—精神保健指定医の措置入院要否判断に影響する因子について—措置入院に関する診断書のロジスティック回帰分析による検討. 臨床精神医学, 36; 1067-1074, 2007.
- 11) 田口寿子, 和田久美子, 山上皓ほか: 産後うつ病による子殺し—その症候の特徴と予防について. 司法精神医学, 3; 102, 2007.
- 12) 吉岡眞吾, 八木深, 舟橋龍秀ほか: 拡大自殺に関する検討(その1)—医療観察法指定入院医療の検討(その1). 司法精神医学, 3; 135-136, 2008.

司法精神医学

第5回 日本司法精神医学会大会

会長講演

司法精神医学の「未来」

武井 満

第5巻 第1号 2010年3月 (p.34～43)