

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

7. 医療観察法入院処遇対象者の予後と

予後に影響を与える因子に関する研究

研究分担者 永田 貴子

国立精神・神経医療研究センター

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）

平成 22 年度～平成 24 年度 総合研究報告書

医療観察法入院処遇対象者の予後と予後に影響を与える因子に関する研究

分担研究者

永田 貴子

国立精神・神経医療研究センター

研究要旨

平成 22～24 年度を通して、医療観察法入院処遇対象者の予後調査を行った。

平成 22 年度は、法務省保護局、各保護観察所の協力を得て、全国保護観察所に対しアンケート調査を実施するための文書の作成および同意取得手続きを開始した。

平成 23 年度は、上記の調査システムを整え、国立精神・神経医療研究センター病院、国立病院機構花巻病院、同さいがた病院、都立松沢病院を退院した対象者のうち調査に同意した計 148 名を対象に予後調査を実施した。重大な他害行為 2 件、自殺（既遂）3 件が認められ、約 4 割の対象者が通院処遇中に精神保健福祉法による入院を経験していること、問題飲酒は退院後比較的早期からみられること、90.5%の対象者が何らかの精神保健領域の社会資源を利用して社会復帰していることが明らかとなった。

平成 24 年度は、引き続き本調査システムを拡充させ、予後調査を実施した。調査対象は、平成 17 年 7 月 15 日から平成 24 年 7 月 15 日の間に、上記 4 施設に国立病院機構琉球病院を加えた 5 施設の医療観察法病棟を退院した対象者、計 237 名（通院処遇継続中：126 名、処遇終了：111 名、観察期間の中央値 775 日（2-1,825 日））であった。精神科診断では、F2（統合失調症圏）が 196 名（82.7%）と最多で、対象行為の内訳では、殺人・殺人未遂が 84 名（35.4%）、傷害 73 名（30.8%）、放火 56 名（23.6%）の順であった。

237 名のうち、再他害行為は 5 件（4 名）（1.7%）、自殺（既遂）は 4 名（1.7%）、再入院申立ては 3 名（実際の再入院は 2 名）であった。通院処遇を終了した 111 名のうち、精神保健福祉法による入院を併用した者は 47 名、84 回で、6 割は任意入院であった。居住形態では、家族同居が 70 名（29.5%）、単身生活 50 名（21.1%）、グループホームと援護寮がそれぞれ 32 名（13.5%）であった。また、全体の 93.2%にあたる 221 名の者は訪問看護やデイケア等の何らかの精神保健福祉サービスを利用していた。就労は 23 名（9.7%）に認められた。

2 年間の本調査結果を通じて、通院処遇対象者の他害行為、自殺、再入院、精神保健福祉法による入院の発生率が把握された。再他害行為、自殺、再入院率は海外データと比較すると低い水準に留まっていた。社会資源を有効に活用し、医療観察法の理念である安全な

社会復帰が概ね達成されていることが示唆された。

研究協力者

国立精神・神経医療研究センター病院

平林直次 第二精神診療部部長

大森まゆ 医療観察科医長

黒木規臣 医療観察科医長

三澤孝夫 精神保健福祉士

国立病院機構花巻病院

高橋 昇 臨床心理技術者

国立病院機構さいがた病院

野村照幸 臨床心理技術者

都立松沢病院

今井敦司 精神科医師

国立病院機構琉球病院

前上里泰史 臨床心理技術者

大鶴 卓 精神科医長

法務省保護局総務課精神保健観察企画官室

今福章二 精神保健観察企画官

梶川一成 法務専門官

佐賀大一郎 法務専

のうち、本調査に同意の得られた者を対象とした。調査対象期間は、各対象者の退院日から調査年の7月15日まで、もしくは退院日から通院処遇終了日までである。

平成24年度は国立精神・神経医療センター病院（以下、当院）、国立病院機構花巻病院、同さいがた病院、都立松沢病院が本調査に参加した。

法務省保護局の協力の下、当院が窓口となり、全国保護観察所宛にアンケートを送付した。各施設に返送された内容を各施設の担当者が入院情報（年齢、診断、対象行為）と連結させ、氏名等を削除し研究用ID番号を振り与えた。それらを再度、当院に集め、解析した。

（倫理面への配慮）

平成23年1月21日、新たに同倫理委員会より承認を得た。また、各協力施設内の倫理委員会にも諮り、承認を得た。

C. 研究結果

平成24年度予後調査では、平成23年度の調査に新たな89名を加えた計237名（観察期間中央値775日（2-1,825日））を追跡した。

237名のうち、通院処遇を継続中の者は126名、通院処遇を終了した者は111名であった。精神科診断では、F2（統合失調症圏）が196名（82.7%）と最多で、対象行為の内訳では、殺人・殺人未遂が84名

（35.4%）、傷害73名（30.8%）、放火56名（23.6%）であった。

237名のうち、再他害行為があったと認められた者は5件（4名）（1.7%）、自殺（既遂）は4名（1.7%）であった。また、自殺（未遂を含む）14件中10件は精神保健福

A. 研究目的

本研究は、医療観察法入院処遇対象者の、①退院後の転帰・予後、および ②退院後の予後に影響を与える社会的・臨床的因子を明らかにすることを通じて、医療観察法医療の有効性の検証と、医療観察法による医療の質の向上を図ることを目的としている。

B. 研究方法

平成17年7月15日から調査年の7月15日までの間に、研究参加施設の医療観察法病棟を退院し通院処遇に移行した対象者

祉法による入院中、または退院後1ヶ月以内に起きていた。

医療観察法再入院の申立ては3名3件あり、実際に再入院した者は2名であった。通院処遇を終了した111名のうち、通院処遇中に精神保健福祉法による入院を併用した者は47名、84回で、そのうち6割は任意入院の形態であった。居住形態では、家族同居の者が70名(29.5%)、単身生活50名(21.1%)、グループホームと援護寮がそれぞれ32名(13.5%)であった。また、全体の93.2%にあたる221名の者は訪問看護、病院や保健所のデイケア等の社会保健福祉サービスを利用していた。就労は23名(9.7%)に認められ、就労した者のうち半数以上は退院後1年未満の間に就労していた。

D. 考察

海外の調査では、触法精神障害者を平均6.6年間追跡した結果、24.0%の者に再他害行為があったという英国の報告や、同様の患者88名を平均9.4年追跡し、重大な再他害行為は4名(4.5%)のみであったというスウェーデンの報告がある。我が国では、山上らが、1980年に精神障害を理由に不起訴処分または刑の減刑をされた触法精神障害者946例を11年間追跡し、102例(10.8%)が再他害行為を起こしていたと報告している。そのうち、罪種を、財産犯を除く殺人、放火、強盗、強姦・わいせつおよび粗暴犯に絞ると、77例(8.1%)となる。

これらに比べると、本調査結果の再他害行為、自殺率などは、少なくとも現時点で数の上で他調査結果を上回ると予想されるものではない。

このことは再他害行為の防止という観点から医療観察法医療の有効性を示唆しているが、本調査は観察期間と追跡対象者数から限界がある。今後、引き続き調査を行い、経時的変化を把握してゆくとともに対象者

数を増やしてゆく必要がある。

E. 結論

本予後調査により、通院処遇対象者の他害行為、自殺、再入院、精神保健福祉法による入院の発生率が把握された。対象者の他害行為、自殺率、再入院率は海外の報告や過去の我が国の報告と比較すると低い水準に留まっていると考えられた。

また、処遇実施計画に基づく任意入院により、精神症状の変化に対し早期に介入されている現状が伺えた。精神保健福祉領域の地域資源を有効に活用し、医療観察法の理念である安全な社会復帰が概ね達成されていることが示唆された。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

- 1 永田貴子, 朝比奈次郎, 新井 薫, 大森まゆ, 佐藤英樹, 黒木規臣, 小林桜児, 貫井洋, 澤 恭弘, 三澤孝夫, 平林直次: 医療観察法入院処遇対象者の予後に関する調査. 第7回日本司法精神医学会, 岡山, 2011.6.4.
- 2 永田貴子, 高橋 昇, 野村照幸, 今井敦司, 大森まゆ, 黒木規臣, 三澤孝夫, 平林直次: 医療観察法入院処遇対象者の予後に関する調査. 第8回日本司法精神医学会, 石川, 2012.6.21-22

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

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
田口寿子	フランス精神医療の歴史・現状・課題	松原三郎, 佐々木一編	世界における精神科医療改革	中山書店	東京	2010年	118-128
平林直次	医療観察法による医療－入院医療	精神保健福祉白書編集委員会	精神保健福祉白書 2013年版	中央法規	東京	2012年	148
永田貴子, 平林直次	医療観察法と精神鑑定	樋口輝彦, 市川宏伸, 神庭重信, 朝田隆, 中込和幸	今日の精神疾患治療指針	医学書院	東京	2012年	930-935
永田貴子, 平林直次	精神保健福祉法と入院形態	樋口輝彦, 市川宏伸, 神庭重信, 朝田隆, 中込和幸	今日の精神疾患治療指針	医学書院	東京	2012年	936-939

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
朝比奈次郎, 三澤孝夫, 平林直次	高齢者にかかわる民事、刑事事件の状況	老年精神医学雑誌	21巻7号	741-746	2010年
今村扶美, 松本俊彦, 藤岡淳子, 森田展彰, 岩崎さやか, 朝波千尋, 壁屋康洋, 久保田圭子, 平林直次	重大な他害行為に及んだ精神障害者に対する「内省プログラム」の開発と効果測定	司法精神医学	5巻1号	2-15	2010年
松原三郎, 八木深, 村上優, 平林直次, 土居正典, 水留正流, 池田太一郎	ニューヨーク市における一般的精神医療施策、触法精神障害者医療施策	司法精神医学	5巻1号	25-33	2010年
平林直次	医療観察法におけるクリティカルパス	精神医療	62巻4号	69-75	2011年
平林直次	クライシスプランの作り方：医療機関	精神科臨床サービス	11巻3号	393-397	2011年

松本聡子, 平林直次, 永田貴子, 朝比奈次郎, 瀬戸秀文, 吉住 昭	医療観察法入院と精神保健福祉法25条措置入院の運用実態について	精神科	20巻1号	89-93	2012年
安藤久美子, 永田貴子, 平林直次	医療観察法の現状と今後の課題	日本精神科病院協会雑誌	31巻7号	46-52	2012年
坂田増弘, 富沢明美, 大迫充江, 大島真弓, 佐藤さやか, 石川正憲, 平林直次, 伊藤順一郎	国立精神・神経医療研究センターにおける地域精神科モデル医療センターの概要	日本社会精神医学会雑誌	21巻3号	392-395	2012年
平林直次	疾患セルフマネジメントー疾病教育とクライシスプラン	日本社会精神医学会雑誌	21巻4号	518-522	2012年
岡田幸之, 安藤久美子, 平林直次	医療観察法における非同意治療とその監査システム	臨床精神薬理	15巻11号	1801-1807	2012年
新井 薫, 平林直次	医療観察法における指定入院医療機関の役割と機能ー現状と課題ー	犯罪と非行	174	32-54	2012年
村上 優	特定入院医療機関よりみた医療観察法改正の問題点	日本精神科病院協会雑誌	28	82-85	2009年
村上 優	医療観察法と多職種チーム医療	日本精神科病院協会雑誌	30巻8号	59-64	2011年
村上 優	医療観察法の存続は可能かー指定入院医療機関よりー	精神神経学会誌	113巻5号	468-476	2011年
村上 優	物質使用障害の精神鑑定の実際	精神医学	53巻10号	973-981	2011年
村上 優	応用医学としての司法精神医学	精神医学	54巻6号	550-551	2012年
木田直也, 大鶴 卓, 福田貴博, 福治康秀, 村上 優	クロザピンの有効性と臨床的意義	精神医学	54巻11号	1145-1150	2012年
大鶴 卓, 村上 優	医療観察法の現状と今後の課題ー指定入院医療機関よりー	日本精神科病院協会雑誌	31巻7号	709-715	2012年

大鶴 卓, 村上 優	岩手県宮古市における災害支援～国立病院機構琉球・菊池・花巻・肥前病院合同による「こころのケアチーム」の活動報告～	病院・地域精神医学	55巻1号	64-69	2012年
瀬戸秀文, 島田達洋, 入野 康, 山本智一, 小泉典章, 吉住 昭, 竹島 正, 尾島俊之, 野田龍也, 山下俊幸, 小高 章	医療観察法入院処遇前における精神保健福祉法入院の現状	臨床精神医学	40巻11号	1495-1505	2011年
吉住 昭	今後の精神科医療改革と非自発的入院医療	精神医学	54巻2号	115-123	2012年
竹島 正, 小山明日香, 入野 康, 金田一正史, 小泉典章, 松本俊彦, 瀬戸秀文, 吉住 昭	精神保健福祉法により通報実態から見た触法精神障害者の地域処遇上の課題ー全国の都道府県・政令指定都市へのアンケート調査をもとにー	日本社会精神医学会雑誌	21巻1号	22-31	2012年

IV. 研究成果の刊行物・別刷

精神保健福祉法と入院形態

act on mental health and welfare for the mentally disabled, and a form of admission

永田貴子 国立精神・神経医療研究センター病院・精神科
平林直次 国立精神・神経医療研究センター病院・精神科

精神保健福祉法

成立の歴史

現行の「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」(以下、精神保健福祉法)は、戦後の精神衛生法、さらに精神保健法を改正して制定された。以下に成立の歴史と各改正における変更点を挙げる。

1900(明治33)年に精神障害者に関する初めての法律として「精神病者監護法」が制定された。これにより、それまで行われていた精神障害者を許可なく監禁することは禁止されたが、一定の手続きを取れば精神障害者を自宅に監置する「私宅監置」は認められていた。

1919(大正8)年、「精神病院法」が制定され、公共の責任で精神病院が設立されることになった。しかし、予算の関係から私立の代用病院が作られることも多く、私宅監置も残されたままであった。

精神衛生法 1950(昭和25)年制定

第二次世界大戦後、欧米の精神衛生の考えが導入され、「精神衛生法」が成立した。この法律は、以前の「精神病者監護法」「精神病院法」を廃止して継承したものであり、現在の精神保健福祉法はこの精神衛生法の制定に始まる。

精神衛生法では、私宅監置を禁止し、都道府県に公立精神病院の設置を義務づけた。精神衛生相談所、訪問指導規定が明示され、自傷他害のおそれのある精神障害者の措置入院、保護義務者の同意による同意入院の制度が制定された。

1964(昭和39)年、ライシャワー事件(ライシャワー駐日大使が統合失調症の少年に刺されて負傷した事件)を機に、精神障害者の不十分な医療の現状が社会問題となり、通院・社会復帰対策の充実を目的とした改正の動きが生じた。

1965(昭和40)年、精神衛生法の一部が改正され、保健所を地域精神保健行政の第一線機関として位置づけ、訪問・相談事業を強化すること、通院医療費の1/2を公費負担とすることなどが定められた。

1984(昭和59)年のいわゆる宇都宮病院事件(医療従事者が不足する中、無資格者による医療行為が行われたり暴行により患者が死亡したりした事件)を契機に、精神障害者の人権に配慮した適切な医療の実施と社会復帰促進の観点から精神衛生法が改正されることになった。

精神保健法 1987(昭和62)年制定

精神衛生法の一部がさらに改正され、名称も「精神保健法」に変更された。ここでは、任意入院、医療保護入院、措置入院の設定や、精神科医療において患者の行動制限に関わる精神保健指定医の設置、強制入院の要否を審査する精神医療審査会の設置などが定められた。

1993(平成5)年、同法の見直しが行われ、主に以下の点が改正された。

- 1)精神障害者の社会復帰を促進するため、国、地方公共団体、医療施設、社会復帰施設などが連携すべきことを明記し、精神障害者地域生活援助事業(グループホーム)を法定化し、新たに精神障害者社会復帰促進センターの指定を認めたこと
- 2)精神障害者の適切な医療および保護の実施のために、保護義務者を「保護者」と呼称しその負担軽減と支援を図ること、また、仮入院期間を3週間から1週間に短縮すること
- 3)従来、やや不明確であった「精神障害者」の定義を「精神分裂病、中毒性精神病、精

神薄弱、精神病質その他の精神疾患を有する者」に改め、精神疾患の定義はICD-10によるとしたこと

- 4)今日の治療法の進展などを踏まえ、精神障害者を栄養士、調理師、製菓衛生師、診療放射線技師などの絶対的欠格事由から相対的欠格事由に改めたこと

1993(平成5)年12月、「心身障害者対策基本法」が改正され「障害者基本法」が成立した。これにより、これまで対象にされていなかった精神障害者も基本法の対象として障害者の範囲に明確に位置づけられた。これを契機に、精神障害者の福祉対策を充実することを目的に、1995(平成7)年、精神保健法の一部改正が行われた。

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(精神保健福祉法) 1995(平成7)年7月制定

精神保健法の一部が改正され、名称も現行の「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」に改められた。法律の目的および責務に「精神障害者の自立と社会経済活動への参加の促進」が明記された。次に改正点の概要を挙げる。

- 1)精神保健福祉手帳制度の創設
- 2)精神障害者社会復帰施設の4類型の規定の明記：精神障害者生活訓練施設(援護寮)、精神障害者授産施設、精神障害者福祉ホーム、精神障害者福祉工場
- 3)通所患者リハビリテーション事業の法定化(社会適応訓練事業)
- 4)医療保護入院などを行う精神病院に常勤精神保健指定医を置くこと
- 5)医療保護入院の際の告知義務の徹底

1999(平成11)年4月改正では、さらに以下の内容が改正された。概要を記す。

- 1)精神障害者の人権に配慮した医療の確保：医療審査会および精神保健指定医の機能が強化された
- 2)移送制度：緊急に入院が必要であるにもかかわらず本人の同意が得られない精神障害者を都道府県知事の責任により適切な病院

に移送する制度を創設した(仮入院は廃止された)

- 3)保護者の負担軽減：従来、保護者に課せられていた患者が自傷他害を行わないよう監督する義務が保護者の過重な負担となっていたため削除された
- 4)障害者の保健福祉の充実：精神保健福祉センターの機能が強化され、精神障害者地域生活支援センターが精神障害者社会復帰施設として法定化された

その後、2005(平成17)年10月31日に障害者自立支援法が成立し、精神保健福祉法の改正はその附則において行われた。そこでは、精神障害者に対する通院医療を自立支援医療として位置づけること、「精神分裂病」を「統合失調症」に呼称変更すること、特定措置制度を創設することなどが決められた。特定措置とは、医籍登録後4年かつ精神科臨床2年以上の「特定医師」の配置を条件に特定病院を都道府県が認定するもので、特定医師は緊急時などに限り、精神保健指定医でなくとも医療保護入院、応急入院、12時間以内の退院制限を行うことができるとされた。

精神保健福祉法における精神障害者の入院形態

精神保健福祉法による精神障害者の入院形態は以下のように分けられている(表1)。

任意入院(第22項の3, 4)

任意入院は本人の同意に基づく入院である。任意入院にあたっては、この旨を含む任意入院に関する事項を書面で告知し、本人から入院同意書を得る必要がある。精神保健福祉法の理念としては、なるべく精神障害者であっても任意入院の形態が望まれる。

任意入院では、患者本人から退院の申し出があった場合には退院させなければならない。ただし、精神保健指定医の診察の結果、本人の医療および保護のために入院を継続する必要があると認められる場合には、72時

表1 精神保健福祉法による入院制度

	患者および周囲の状態	入院決定者	保護者の同意	入院期間の制限	退院の制限
任意入院	本人の同意	非指定医で可	不要	なし	制限なし(ただし、72時間に限り指定医による退院制限が可)
医療保護入院 措置入院	医療および保護が必要 自傷・他害のおそれ	指定医* 1名 指定医 2名	必要 不要	なし なし	医師の判断による 医師の判断による
緊急措置入院	自傷・他害のおそれが認められるが、指定医2名による診察が実施できない	指定医 1名	不要	72時間	医師の判断による
応急入院	急速の医療が必要かつ保護(義務)者の同意が得られない	指定医 1名	得ることができない	72時間	医師の判断による

* 指定医：精神保健指定医の略

間に限り退院を制限することができる。この間に必要があれば次項の医療保護入院などに切り替える。

医療保護入院(第33条)

精神保健福祉法第33条による入院で、精神保健指定医による診察の結果、精神障害者であり、かつ、医療および保護のため入院の必要がある者で、保護者の同意がある場合には本人の同意がなくてもその者を入院させることができる、というものである。1987年の改正以前は一般的に「同意入院」と呼ばれていたが、本人が同意した場合の入院と紛らわしいこともあり、本条の要件である患者本人の「医療及び保護のため」という意味で、「医療保護入院」という名称に変更された。なお、保護者が未選任の場合においても、精神保健指定医の判断に基づき、扶養義務者の同意がある場合には4週間に限りその者を入院させることができる、とされている(第33条2項)。この場合、医療保護入院を継続するためには、扶養義務者は4週間のうちに家庭裁判所により保護者としての選任の手続きを受ける必要がある。

医療保護入院をした場合および医療保護入院を退院した場合は、10日以内に入院届または退院届を最寄りの保健所長を経て都道府

県知事に提出することが義務づけられている。なお、入院時は同意者の同意書を添える必要がある。また、精神病院の管理者は、これらの入院に関係する事項を退院の請求も含め患者に書面で通知しなければならない。

措置入院(第29条)

精神保健福祉法第29条に規定された都道府県知事による入院措置である。「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ならぬ精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすと認めるときは、その者を国若しくは都道府県の設置した精神病院又は指定病院に入院させることができる」と定められている強制入院である。この場合、2人以上の精神保健指定医の診察(措置診察)を経て、上記について診察結果が一致することが必要である。なお、この場合には保護義務者の同意は必要要件ではない。

また、措置入院に相当する症例であるが、急速を要し、精神保健指定医2名の診察を行うことができない状況では、精神保健指定医1名の判定で72時間を超えない範囲で措置入院をさせることができる。これを、緊急措置入院という。緊急措置入院では、72時間以内に通常の措置診察を行い、措置入院とす

るか否かを決定しなければならない。

また、医療保護入院者および措置入院者を入院させている精神病院の管理者は、医療保護入院では12か月ごと、措置入院では6か月ごとに、厚生労働省令の定める規定事項を指定医による診察の結果に基づき、都道府県知事に報告する必要がある。

応急入院(第33条の4)

精神病院の管理者は、医療および保護の依頼があった者について、急速を要し、保護義務者の同意が得られない場合には、本人の同意がなくても72時間に限り入院させることができる。これを応急入院という。適応となるのは、自傷他害のおそれはないが、意識障害や昏迷状態、単身者で身寄りがすぐには判明しない場合などである。

精神保健指定医と行動制限

精神保健福祉法では、精神保健指定医について、①5年以上診断または治療に従事した経験を有すること、②3年以上精神障害の診断または治療に従事した経験を有すること、③厚生労働大臣の定める精神障害について診断または治療に従事した経験を有すること、④厚生労働大臣の定める一定の研修を修了していること、などを規定している。

医療保護入院、措置入院、応急入院などの入院の必要性の判断、12時間を超える隔離室への収容や身体的拘束などを含む行動制限は、精神保健指定医にしか行えないことになっている。

なお、入院患者の通信・面会に関しては、患者の医療または保護に欠くことができない限度において制限を行うことができるとされているが、信書の発受、都道府県および地方務局その他の人権擁護に関する行政機関の職員、患者の代理人である弁護士との電話・面会については、いかなる場合でも制限してはならないとされている。また、閉鎖病棟内にも公衆電話などを設置し、人権擁護に関する機関などの電話番号を掲示しておくことが必要であるとされた。

参考文献

- 1) 精神保健福祉研究会(監)：三訂 精神保健福祉法詳解。中央法規出版、2007

向精神薬の臨床試験

clinical trials for medicinal product investigation in psychiatry

中林哲夫 医薬品医療機器総合機構新薬審査第三部

定義

臨床試験とは、介入の結果を確認しこれを評価するための前向きの研究であり、その目的は、医薬品、医薬品としての候補物質、手術、心理療法、医療機器、そして食事などの特定の介入について、治療、診断、または予防の観点からその効果を評価することである。欧米では原則的に全ての臨床試験がGCP(Guideline for Good Clinical Practice)に準拠して実施され、「治験」という概念が存在するのは先進国のうちでもわが国のみである。わが国の臨床試験は、「臨床研究に関する倫理指針」(平成20年7月31日全部改正、厚生労働省)などに従う「臨床研究」と、薬事法に従う治験に大別できるが、臨床研究で実施された試験成績は、一般に医薬品の承認申請のための評価資料として用いることができないため、その目的に応じて試験計画や体制を設定する必要がある。本項では、治験として実施される臨床試験を中心に解説する。また、医薬品開発を目的とした臨床試験は、従来は開発相の概念により分類(第Ⅱ相や第Ⅲ相など)されてきたが、日米EU医薬品規制調和国際会議 International Conference on Harmonisation of Technical Requirements for Registration of Pharmaceuticals for Human Use(ICH) (http://www.pmda.go.jp/ich/ich_index.html)のE8ガイドライン(臨床試験の一般指針について：平成10年4月21日付医薬審第380号 厚生

重大な他害行為に及んだ精神障害者に対する「内省プログラム」の開発と効果測定

Development and evaluation of the "Introspection Program" for mentally-disordered offenders

今村扶美 #1 Fumi Imamura	松本俊彦 #2 Toshihiko Matsumoto	藤岡淳子 #3 Junko Fujioka	森田展彰 #4 Nobuaki Morita
岩崎さやか #5 Sayaka Iwasaki	朝波千尋 #1 Chihiro Asanami	壁屋康洋 #5 Yasuhiro Kabeya	久保田圭子 #6 Keiko Kubota
平林直次 #1 Naotugu Hirabayashi			

Summary 心神喪失者等医療観察法による医療において、対象行為に対する内省を深め、再他害防止のための対処方略を認識させていくことは、重要な課題の一つである。本研究では、対象行為に対する内省の深化を目的とした治療プログラムを開発し、医療観察法指定入院医療機関3施設に入院中の対象者31人に対して介入を試み、その効果測定を行った。その結果、プログラムによる介入により、対象者の病識改善が認められたほか、限定的ながら基本的信頼感と内的統制感の向上を示す変化が認められた。また、プログラムに参加した対象者自身、および担当多職種チームの多くが、本プログラムの有用性を肯定する感想を報告した。以上から、本プログラムは、触法精神障害者に対象行為に対する内省を深めさせることを通じて、病識の改善をはじめとする精神的な改善に資する可能性が示唆され、司法精神医療における治療プログラムとして重要な臨床的意義があると考えられた。

Key words 心神喪失者等医療観察法 (Medical Treatment and Supervision Act), 触法精神障害者 (mentally-disordered offender), 内省 (introspection), 対象行為 (offence), 被害者 (victim)

はじめに

心神喪失者等医療観察法 (以下、医療観察法) の入院処遇ガイドライン¹⁾には、その目的の一

として、「他害行為について認識し、自ら防止できる力を獲得すること」「被害者に対する共感性を養うこと」が掲げられている。このことは、治療的なかかわりのなかで積極的に対象行為を取り上げていくことが、医療観察法による医療の特徴の一

つであることを示している。

従来の精神保健福祉法に基づく医療では、対象行為に関する内省を促すことはもとより、殺人などの対象行為について患者と話し合うこと自体がまれであった²⁾。しかし、熊地³⁾は、他害行為を行った措置入院患者の多くが「医療者と患者とのあいだでの事件についての話し合いの乏しさ」を認識していたことを明らかにし、そのことが治療関係の構築を疎外している可能性を指摘している。さらに、適切な時期に他害行為について取り上げなかったために、精神病症状消滅後にも他害行為を否認し続け、後に介入困難となってしまったり、場合によっては、他害行為を否認するだけでなく、措置入院による医療を被害的に解釈し、新たな妄想を形成してしまう可能性もあるという⁴⁾。こうした知見は、いわゆる触法精神障害者の治療のなかで対象行為を取り上げていくことには重要な臨床的意義があることを示唆している。

とはいえ、医療観察法の入院処遇ガイドラインには、対象行為を扱うという漠然とした方向性こそ謳われているものの、具体的な方法に関する指針が示されているわけではない。そのため、医療観察法の施行当初は、病棟スタッフのなかでも、対象行為を扱うことで、対象者の精神症状が悪化したり、自殺の危険が高まったりするのではないかとという危惧は少なからずあり、また、どのようにすれば治療的に扱っていくことができるのかについてとまどいを抱く者も多かったと記憶している。

こうした危惧やとまどいは、この「内省」という言葉のもつ曖昧さにも起因していると思われる。というのも、「対象行為についての内省を深める」といった場合、この「内省」という言葉はややもすると「反省」と混同されてしまう傾向があるからである。明確にしておく必要があるのは、司法精神医療における内省とは、「たいへんなことをしてしまいました」「申し訳ありません」という反省の言葉を口にするようになることは必ずしもイコールではない、ということである。それを含みつつも、しかし、それよりもはるかに重要なのは、再び同様の行為に及ぶことを防ぐために、精神医学的治療を継続していく「責任」を自覚し、実際に行動していくことではないだろうか。

筆者らは、「内省」を論じるにあたってはこの「責任」という概念がきわめて重要であると考えている。ここでいう「責任」とは、刑事責任のことではない。刑罰に服するだけでは達成されない、倫理的な水準のもの、たとえば修復的司法の文脈で用いられる「責任」である。

Zehr⁵⁾によれば、修復的司法における「責任」とは、①自らの行動の結果を引き受け、「問題とされる行動」を振り返って説明すること (説明責任)、②その振り返りをもとに、将来の再犯罪を防止すること (再犯防止責任)、そして、③被害者 (家族や地域社会といったコミュニティを含む) に対する謝罪と具体的な償いの行動をとること (謝罪・賠償責任) を意味するという。こうした考え方を司法精神医療に適用するならば、次のように表現できると考えている。すなわち、医療者の役割は、対象者に、対象行為と精神障害の関係について洞察を深められるように援助し (説明責任)、再他害行為を防止するための治療継続の必要性を認識できるように導き (再他害防止責任)、さらには、対象者の状況に応じた被害者への償いを援助する (謝罪・賠償責任)、ということである。

このように、責任という観点から自らの人生を振り返ることは、「心神喪失」といったかたちで刑事司法システムから除外された触法精神障害者が再び市民社会における立場を回復するのに役立つだけでなく、対象者自身の精神医学的治療にも好ましい影響を与えるのではないかと考えられる。そこで筆者らは、触法精神障害者が、対象行為に関する内省を深めるとともに再他害行為防止に資するプログラム (「内省プログラム」) の開発を試み、医療観察法指定入院医療機関においてその試行を重ねてきた。

今回、筆者らは、この内省プログラムがもつ司法精神医療における意義を明らかにするために、その効果測定を試みた。よって、ここに、プログラムの開発プロセス、ならびに効果測定の結果について報告するとともに、司法精神医療における内省プログラムの臨床的意義について考察を行いたい。

#1 国立精神・神経センター病院 (☎187-8551 東京都小平市小川東町4-1-1)
National Center Hospital of Neurology and Psychiatry (NCNP)
#2 国立精神・神経センター精神保健研究所 (☎187-8553 東京都小平市小川東町4-1-1)
National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry (NCNP)
#3 大阪大学大学院人間科学研究科 (☎565-0871 大阪府吹田市山田丘2-2)
Osaka University Graduate School
#4 筑波大学大学院人間総合科学研究科 (☎305-8557 茨城県つくば市天王台1-1-1)
Tsukuba University Graduate School
#5 独立行政法人国立病院機構肥前精神医療センター (☎842-1040 佐賀県神埼郡吉野ヶ里町大字三津160)
National Hospital Organization Hizen Psychiatric Center
#6 独立行政法人国立病院機構下総精神医療センター (☎266-0007 千葉県千葉市緑区辺田町578)
National Hospital Organization Shimofusa Psychiatric Center

1. 対象と方法

a. プログラムの開発

1. 開発にあたっての仮説と理念

触法精神障害者は、一般の精神障害者に比べて、児童青年期における行為障害の既往をもつ者や虐待体験をもつ者が多いことが指摘されている^{6,7)}。このような特徴は一般犯罪加害者にも共通して認められる点である^{8,9)}。Miller¹⁰⁾によれば、こうした困難な生活背景は、自尊心や自己効力感に否定的な影響を与え、基本的信頼感や援助希求能力の発達を妨げるだけでなく、苛酷な環境を生き延びるために、自らの心の痛みを否認・麻痺させた生き方を選択させ、後年、他者に対する共感性の乏しさや暴力肯定的な価値観に影響を与えるといわれている。実際、筆者らの医療観察法病棟における臨床経験を振り返っても、自尊心や自己効力感の低さが精神障害の受容を妨げ、他者への不信感や援助希求能力の乏しさが社会的孤立を生み出し、最終的に他害行為へとつながったと考えられる事例は少なくないように思われる。

触法精神障害者と一般犯罪加害者とのあいだにみられるこれらの共通点は、触法精神障害者を対象とする内省プログラムの開発にあたって、一般犯罪加害者を対象としたプログラムが参考になる可能性を示唆していると考えられる。そこで、筆者らはプログラム開発に際して、アメリカにおいて犯罪者・薬物依存者の社会復帰を支援する民間団体「アミティ」¹¹⁾の活動なども参考にした。

2. プログラムの目的と開発経過

内省プログラムの目的は以下の4点に定めた。第一に、対象行為に至らなければならなかった生活上のさまざまな要因を振り返り、対象行為に至るまでのサイクルを明らかにするとともに、再他害行為のための対処プランを作成すること、第二に、プログラムという「安全な場」のなかで、同じ体験をもつ者同士で共有・共感する体験をもってもらうこと、第三に、加害者側がもつ被害体

験や苦悩を取り扱うとともに、犯罪被害者が人にとどのような影響を及ぼすのかについても理解を促すこと、そして最後に、自らの対象行為と精神障害の関係について理解を深め、対象者なりに果たすことのできる責任・説明責任、再犯防止責任、謝罪・賠償責任について考えるなかで、最終的に社会的責任としての治療継続の必要性に関する自覚を深めさせることである。

これらの目的に沿ったかたちで、2006年2月から、暫定的なプログラムを4クール試行しながら、プログラム内容の見直しと改訂を繰り返した。最終的に2007年10月に基本的なプログラム内容を確認し、ワークブックおよび治療者マニュアルを印刷・製本した。

b. プログラムの対象と実施方法

最終的なプログラムの内容、実施方法、対象者の選定などは以下の通りである。

1. プログラムの構成

全12回のセッションの内容を表1に示す。セッション全体の構成は、まず対象行為に至った生活史全般を振り返り、その後暴力や対象行為に関する問題、さらには犯罪被害者に関する問題を扱い、最後に本件に至った要因のサイクル図に基づいて再他害行為防止のための対処プランを作成し、自分なりの責任について考える、という流れになっている。

プログラムのなかでは映画鑑賞の機会も設けている。鑑賞に用いた映画は、重大犯罪を行った終身刑受刑者が「アミティ」の刑務所内プログラムに参加しながら、新しい生き方を模索していく様子を描いたドキュメンタリー映画「ライファーズ—終身刑を超えて」¹²⁾である。この映画を採用した理由は、プログラム参加者に、似た体験をもつ仲間同士で対象行為に至るまでの生活史を振り返ることの意味や「自分も変わることができる」という希望を感じてもらうとともに、加害者家族や被害者・遺族の苦悩、加害者の社会的責任とは何か、といった問題を意識させるために、適切な内容であると判断したからである。

表1 内省プログラムの内容

第1回	ウォーミングアップ	プログラムの目的を確認し、参加にあたっての不安な点やルールの共有を行う。自分史の作成と発表。
第2回	「ライファーズ」映画鑑賞	終身刑受刑者が、「アミティ」のプログラムに参加しながら、他害行為や自己の問題と向き合っていく様を描いた映画の鑑賞。
第3回	なぜ今私はここにいるのか?	対象行為の共有、医療観察法による入院となったことへの思い、今後の希望などについて話し合う。
第4回	自分史① 家族のなかの私	家族にまつわる良かった体験と悪かった体験を振り返るとともに、当時の体験で今の自分に影響を与えていることなどを話し合う。
第5回	自分史② 社会のなかの私	学校や社会のなかでの良かった体験と悪かった体験を振り返るとともに、当時の体験で今の自分に影響を与えていることなどを話し合う。
第6回	自分史③ 暴力と私	暴力の種類についての学習を行った後、自分がこれまでに振った暴力、振られた暴力について話し合う。暴力加害者の手記を使用。
第7回	対象行為① 加害に至った自分について	対象行為のいきさつと要因について整理する。
第8回	対象行為② 被害者・遺族について	犯罪被害者が人にとどのような影響を与えるのかを学ぶとともに、自分が被害者であったら、加害者に何を望むか、自分は誰にどのような被害を与えたか、被害者に対してできることは何かなどを話し合う。被害者の手記を使用。
第9回	対象行為③ 病気とその他の側面について	精神疾患の受容について、自分の病気と対象行為と関連深い症状、対象行為当時の思考・感情・行動上の変化を多角的に整理する。
第10回	対象行為が生じるまでのサイクル	自分が対象行為に至った要因とそのプロセスをサイクル図にまとめる。
第11回	私たちに何ができるだろうか?① 対処プランの作成	再他害行為を防ぐにはどうしたらよいか、サイクル図から抜け出すための対処プランを作成する。
第12回	私たちに何ができるだろうか?② 社会的責任について	3つの責任(説明責任・再他害行為防止責任・謝罪賠償責任)について学ぶ。自分がすでに実践したものを、今後取り組みたいことなどについて話し合う。
行録	報告会用と 家族・スタッフへの説明のため	プログラムで学んだことや自分のサイクルと対処プランについて整理し、担当チームおよび関係スタッフへの報告会に備える。

2. プログラムの基本構造

本プログラムは週1回、1セッション約75分、原則として少人数(3~5人程度)のクローズド・グループという形式で行われている(状況・施設によっては個別実施となる場合もある)。グループを組む際には、可能な限り対象行為の種類が均質になるように配慮している。なお、本プログラムは、臨床心理技術者を中心としつつも、看護師、医師らと協働して実施する多職種プログラムとして運営している。

3. 参加者の選定

プログラムへの導入時期は、おおむね入院3か

月以降を目安としている。メンバーの選定にあたっては、①言語的なコミュニケーションがある程度可能であること(少なくともIQ 50以上、できればIQ 60程度はあることが望ましい)、②基本的な疾病教育を終えていること、③ある程度病状が安定していること、④対象行為を否認していないこと、⑤グループのなかで知りえた他参加者のプライバシーを守ることに同意していること、といった条件を満たした者のなかから、たとえば殺人・傷害致死のグループ、傷害のグループといったように対象行為の種類別に行うことを原則とした。プログラムの運営スタッフおよび各担当多職種チーム(医療観察法による入院医療においては、対

対象者1人に対し5職種スタッフがチームを組んで治療にあっており、担当多職種チームと呼んでいる)が各対象者のプログラム参加の要否を検討し、最終的なグループメンバーを決定している。なお、グループ編成の際は、対象行為の共通性を重視しているため、疾患名の違いについては問わないこととしている。

4. プログラム実施上の工夫

セッション内では、加害者・被害者の手記などの資料を積極的に活用している。その際、たとえば性暴力のグループであったならば、性暴力加害者・被害者の手記を用いるなど、参加メンバーの特性に合わせて適宜使い分けるよう工夫している。

なお、プログラム終了後には、対象者本人が、担当多職種チームに対し、プログラムの感想、あるいは、自身の対象行為に至るまでのサイクルや今後の対処プランについて報告する場を設け、「報告会」と名づけている。また、それが可能な場合には、家族や地域関係者にもこの「報告会」の機会を設けるようにしている。このような機会を設けることにより、対象者が周囲への説明責任を果たし、プログラムで考えた対処プランを地域内処遇でいかす契機となると考えたからである。

c. プログラムの効果測定

1. 対象

効果測定の対象は、①2007年11月～2009年3月のあいだに国立精神・神経センター病院医療観察法病棟に入院中の対象者のうち、担当多職種チームから本プログラムによる治療が必要と判断され、かつ、研究の趣旨や目的を理解し、署名をもって同意した者、②研究協力の得られた他の医療観察法指定入院医療機関に入院中の対象者のうち、2008年2月～2009年3月のあいだに各施設の治療担当職員から本プログラムによる治療が必要と判断され、かつ、研究の趣旨や目的を理解し、署名をもって同意した者とした。なお、協力施設の主要担当者に対しては、プログラムに関する研修を行うとともに、治療者マニュアルに準拠した方法で実施するように依頼し、プログラム実施期間中

も適宜助言を行うなどして、施設間の差が最小限となるよう配慮した。

条件①を満たした対象者は13人、条件②を満たした対象者は、肥前精神医療センターの15人、下総精神医療センターの5人であった。アセスメントの実施し忘れなどにより、評価項目のデータに欠損が認められた2人を除外した結果、最終的な対象者は国立精神・神経センター病院13人、肥前精神医療センター15人、下総精神医療センター3人、計31人(男性29人、女性2人)となった。

対象者の年齢は、24歳から62歳に分布し、その平均は40.2歳(標準偏差11.2)であった。グループで実施したケースが24人(国立精神・神経センター13人、肥前精神医療センター11人)、個別で実施したケースが7人(肥前精神医療センター4人、下総精神医療センター3人)であった。対象者の主たる対象行為、主たる診断名の内訳は表2、3に示した通りである。

2. 実施方法

本研究は、国立精神・神経センター倫理委員会の承認のもと、倫理的配慮を行ったうえで実施された。なお、本プログラムは、医療観察法病棟に

表2 主たる対象行為の内訳

対象行為の種別	人数	百分率
殺人	9	29.0%
殺人未遂	1	3.2%
傷害	11	35.5%
放火・放火未遂	8	25.8%
強制わいせつ	2	6.5%
合計	31	100.0%

表3 主たる診断名

対象行為の種別	人数	百分率
統合失調症	24	77.4%
気分障害	0	0.0%
物質関連障害	4	12.9%
妄想性障害	1	3.2%
広汎性発達障害	2	6.5%
合計	31	100.0%

において提供される、通常の医療業務として行われている。このため、本研究は、対照群をおかない、事例群内における介入前後の検討という方法を採用することとした。具体的には、プログラム導入時点と終了直後の2つの時点で、後述する自記式評価尺度とスタッフ評価を行い、介入による各評価尺度得点の変化を測定した。

3. 評価項目

効果測定にあたって採用した評価項目は、以下の通りである。

a) 陽性・陰性症状評価尺度

(Positive and Negative Syndrome Scale ; PANSS) 主として統合失調症の精神状態を全般的に把握することを目的として、Kayら¹³⁾によって作成された評価尺度である。簡易精神症状評価尺度(Brief Psychiatric Rating Scale ; BPRS)の18項目を含む30項目で構成されており、その内訳は陽性尺度7項目、陰性尺度7項目、総合精神病理尺度16項目からなっている。日本語版PANSSの信頼性・妥当性は確立され、すでに多くの臨床研究で使用されている。今回の効果測定では、本プログラムの最終的な目的である、「対象行為と精神障害の関係についての理解を深め、社会的責任としての治療継続の必要性の自覚」を反映する指標として、PANSSの項目12「判断力と病識の欠如」の項目を採用した。具体的な評価は、各対象者の担当多職種チームによってプログラム実施前後に行われた。

b) 基本的信頼感尺度

Eriksonの発達理論における中核的な概念である基本的信頼感を測定することを目的に谷¹⁴⁾が作成した自記式評価尺度であり、すでにその信頼性と構成概念妥当性が確認されている。この尺度は2つの下位尺度、すなわち、自己に対する信頼感である「基本的信頼感」6項目、他者に対する信頼感である「対人的信頼感」5項目から成り立っており、「1点：まったく当てはまらない」から「7点：非常に当てはまる」までの7段階から選択して回答する。この尺度は、当事者同士で対象行為を含めた生活史全般を共有する体験が基本的信頼感の回復に役立つかどうかを検討するために、評価項目

として採用された。

c) 成人用一般的Locus of Control尺度

Locus of Controlとは、自分自身の行動によって物事の結果をコントロールすることができる、という信念をもっているかという特性である¹⁵⁾。自己の行動とその結果とのあいだに深い因果関係を認める人は内的統制型、自己の行動の結果が自分以外の外的な要因に依存していると認知する傾向の強い人は外的統制型である。内的統制型のほうが、努力によって結果の統制が可能であるというコントロール感を有しており、目標に向かって積極的に働きかけるような行動方略をとると考えられている。

こうした概念を定量的に測定すべく鎌原ら¹⁶⁾によって作成された成人用一般的Locus of Control尺度は、全18項目からなる自記式評価尺度であり、すでにその信頼性および構成概念妥当性が確認されている。本尺度は、「1点：そう思う」から「4点：そう思わない」までの4段階から選択して回答する方式を採用しており、尺度得点が高いほど内的統制傾向を示し、自己コントロール感を抱いていることを意味する。本尺度は、プログラムのなかで、対象者自身が対象行為に至った要因や経過を理解し、再被害防止のための対処プランを作成するという作業を通じて、自己コントロール感が向上するかどうかを評価する目的から採用された。

d) プログラムの有用性に関する質問

プログラム終了後に、対象者およびスタッフに対して、筆者らが独自に開発した、プログラムの有用性に関する自記式質問票による評価を行った。なお、スタッフによる評価は、プログラム運営者ではなく、各対象者の担当多職種チームが行っている。対象者向けの質問票は、「プログラムが役に立ったか」「対象行為に至った自分自身について理解が深まったか」「被害者・遺族について理解が深まったか」「再被害防止のために自分にできることについて理解が深まったか」「役に立ったセッションはどれか」といった項目から成り、対象者の主観に基づく5件法で回答を求めた。また、スタッフ向けの質問票は、「対象行為に至った自分自身について対象者の理解が深まったか」「被害者・遺族

について対象者の理解が深まったか」「再被害防止のために自分にできることについて対象者の理解が深まったか」といった項目から成り、同じくスタッフの主観的な合議に基づく5件法で回答を求めた。

4. 統計学的解析

対象31例における4つの自記式評価尺度の各項目得点を、プログラムの実施前後でWilcoxon符号つき順位検定によって比較した。統計学的解析には、SPSS for Windows version 17.0を用い、両側検定にて $p < 0.05$ を有意水準とした。

2. 結果

以下に、内省プログラム実施に参加した指定入院医療機関対象者31人に関する、プログラム実施前後の評価結果を提示する。

表4 プログラム実施前後における病識の比較

	実施前		実施後		Z	P
	平均点	標準偏差	平均点	標準偏差		
PANSS 項目12「判断力と病識の欠如」	3.90	1.04	2.84	1.21	4.414	0.001*

* $p < 0.001$ Wilcoxon 符号つき順位検定。

表5 プログラム実施前後における基本的信頼感尺度得点の比較

	実施前		実施後		Z	P
	平均点	標準偏差	平均点	標準偏差		
1 私は自分自身を十分に信頼できると感じる	4.71	1.32	5.26	1.41	2.296	0.022*
2 人生に対して、不信感を感じることもある	4.03	1.72	4.06	1.71	0.311	0.756
3 物事がうまくゆかなくなると、自分のなかにひきこもってしまうことがある	4.16	1.85	3.84	1.57	0.977	0.329
4 一般的に、人間は信頼できるものであると思う	4.35	1.38	4.65	1.50	2.066	0.039*
5 自分が困ったときには、まわりの人々からの援助が期待できる	4.42	1.43	4.23	1.28	0.462	0.644
6 普通、人はお互いに誠実にかかわり合っているものだと思う	4.45	1.26	4.42	1.18	0.524	0.600
7 自分自身のことが信頼できなと感じることがある	4.52	1.82	4.94	1.53	2.210	0.027*
8 私には頼りにできる人がほとんどいない	4.16	1.83	4.19	1.64	0.178	0.859
9 周囲の人々によって自分が支えられていると感じる	4.97	1.28	4.65	1.47	1.324	0.186
10 人から見捨てられたのではないかと心配になることがある	4.45	1.50	4.42	1.77	0.000	1.000
11 失敗すると、二度と立ち直れないような気がする	4.81	1.42	5.00	1.37	0.899	0.368
基本的信頼感	26.68	7.39	27.52	8.23	1.412	0.158
対人的信頼感	22.35	5.43	22.13	4.57	0.489	0.625

* $p < 0.05$ Wilcoxon 符号つき順位検定。

a. 病識の変化 (表4)

PANSSにおける項目12「判断力と病識の欠如」の得点は、実施前後で有意な低下が認められた($p < 0.001$)。

b. 基本的信頼感尺度の変化 (表5)

「基本的信頼感」と「対人的信頼感」の2つの下位尺度ごとの合計得点については、有意な変化は認められなかった。基本的信頼感尺度の11項目のうち、実施前後で有意な変化が認められた項目は、質問1「私は自分自身を十分に信頼できると感じる」($p=0.022$)、質問4「一般的に、人間は信頼できるものであると思う」($p=0.039$)、ならびに、質問7「自分自身のことが信頼できなと感じることがある」($p=0.027$)の3項目であった。いずれも、信頼感の向上を意味する得点の変化を示した。

c. 成人用一般的Locus of Control尺度の変化 (表6)

全項目の合計得点に関しては、有意な差は認められなかった。成人用一般的Locus of Control尺度の18項目のうち、実施前後で有意な変化が認められた項目は、以下の5項目であった。すなわち、質問8「あなたは、どんなに努力しても、友人の本当の気持ちを理解することはできないと思いますか」($p=0.049$)、質問9「あなたの人生は、ギャン

ブルのようなものだと思いますか」($p=0.008$)、質問10「あなたが将来何になるかについて考えることは、役に立つと思いますか」($p=0.005$)、質問11「あなたは、努力すれば、どんなことでも自分の力でできると思いますか」($p=0.019$)、ならびに、質問17「あなたは、努力すれば誰とでも友人になれると思いますか」($p=0.018$)である。項目8、10、11、17については内的統制感の向上を示す変化であったが、項目9については、内的統制感の低下

表6 プログラム実施前後における成人用一般的Locus of Control尺度得点の比較

	実施前		実施後		Z	P
	平均点	標準偏差	平均点	標準偏差		
1 あなたは、何でもなりゆきまかせるのが一番だと思いませんか	3.06	1.03	2.87	0.89	0.928	0.353
2 あなたは、努力すれば、リッパな人間になれると思いますか	2.97	1.08	3.03	0.91	0.524	0.600
3 あなたは、一生懸命話せば、誰にでもわかってもらえると思いますか	2.52	1.12	2.63	0.91	0.564	0.573
4 あなたは、自分の人生を自分自身で決定していると思いますか	2.53	1.11	2.52	1.00	0.054	0.957
5 あなたの人生は、運命によって決められていると思いますか	2.77	1.02	2.90	0.94	0.616	0.538
6 あなたが幸福になるか不幸になるかは、偶然によって決まると思いませんか	3.19	0.91	3.02	0.92	0.815	0.415
7 あなたは、自分の身に起こることは、自分のおかれている環境によって決定されていると思いますか	2.45	0.93	2.48	0.93	0.268	0.788
8 あなたは、どんなに努力しても、友人の本当の気持ちを理解することはできないと思いますか	2.94	0.89	3.23	0.72	1.968	0.049*
9 あなたの人生は、ギャンブルのようなものだと思いますか	3.48	0.81	3.10	1.01	2.652	0.008**
10 あなたが将来何になるかについて考えることは、役に立つと思いますか	3.00	0.93	3.39	0.62	2.828	0.005**
11 あなたは、努力すれば、どんなことでも自分の力でできると思いますか	2.19	0.98	2.58	0.92	2.355	0.019*
12 あなたは、たいていの場合、自分自身で決断したほうが良い結果を生むと思いますか	2.61	0.92	2.68	1.05	0.296	0.767
13 あなたが幸福になるか不幸になるかは、あなたの努力次第だと思いますか	3.23	0.85	3.10	0.83	0.700	0.484
14 あなたは、自分の一生を思い通りに生きることができると思いませんか	2.23	1.12	2.35	1.08	0.849	0.396
15 あなたの将来は、運やチャンスによって決まると思いませんか	2.94	1.03	2.84	1.04	0.584	0.559
16 あなたは、自分の身に起こることを、自分の力ではどうすることもできないと思いますか	2.58	0.89	2.48	0.93	0.408	0.683
17 あなたは、努力すれば誰とでも友人になれると思いますか	2.03	1.11	2.45	1.12	2.360	0.018*
18 あなたが努力するかどうかと、あなたが成功するかどうかとは、あまり関係がないと思いますか	2.84	0.90	3.13	1.02	1.476	0.140
合計	49.48	8.17	50.68	8.22	1.404	0.160

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ Wilcoxon 符号つき順位検定。

を示す変化であった。

d. プログラムの有用性に関する回答

1. 対象者本人による評価

プログラム終了後、対象者本人に行ったプログラムの有用性に関する回答は以下のような結果であった。

プログラムの有用性については、「とても役に立った」58.1%、「少し役に立った」29.0%、対象行為へ至った自己への理解については、「とても深まった」32.3%、「少し深まった」48.4%、被害者・遺族への理解については、「とても深まった」25.8%、「少し深まった」38.7%、再被害行為防止策の理解については、「とても深まった」35.5%、「少し深まった」45.2%であった。

また、全12回のプログラムについて、どのセッションが特に役立ったと思うかを自由に選択して回答してもらった結果、最も多くの対象者(54.8%)が役に立ったと評したのは、セッション10「対象行為が生じるまでのサイクル」であった。

2. 担当多職種チームによる評価

プログラム終了後、担当多職種チームに対して行った、プログラムの有用性に関する回答は以下のような結果であった。

対象行為に至った要因・経緯について対象者の自己理解が深まったかどうかに関しては、「とても深まった」45.2%、「少し深まった」41.9%、被害者・遺族について対象者の理解が深まったかどうかに関しては、「とても深まった」25.8%、「少し深まった」41.9%、再被害行為防止策の理解について対象者の理解が深まったかどうかに関しては「とても深まった」35.5%、「少し深まった」41.9%であった。

3. 考察

本研究は、触法精神障害者に対する対象行為に関する内省を促すためのプログラムの開発とその効果測定を試みとしては、わが国最初のものである。犯罪者・触法精神障害者に対する治療プロ

ラムに関する先行研究として、海外においては、矯正施設における被害者の心情理解を促すためのプログラム(「Victim Impact Panel ; VIP」¹⁷⁾、「被害者の心情理解教育プログラム」¹⁸⁾、あるいは、矯正施設および司法精神医療における認知行動療法に基づく各種更生プログラム(「Moral Reconciliation Therapy」¹⁹⁾、「Reasoning and Rehabilitation」^{20,21)}、性犯罪者処遇プログラム²²⁾、生活スキル訓練プログラム²³⁾ など)に関する報告が存在する。しかし、筆者らが知り得たかぎりでは、触法精神障害者の「内省」にアプローチし、その効果を検証した研究は存在しない。

一方、国内では、矯正施設を中心として、被害者の心情理解を促す教育や、犯罪種別に行う集団療法が試みられている^{24,25)}、その効果を検証した研究は乏しい。そうしたなかでも、最近になって性犯罪者やドメスティックバイオレンス加害者をターゲットとした治療プログラムなどが試行されており^{26,27)}、それぞれの介入に関する効果測定も行われるなど、先進的な試みが登場し始めている。しかしながら、いずれの試みも一般刑法犯や非精神障害者を主たる対象としたものであり、触法精神障害者を対象とした同様のプログラムに比べていえば、医療観察法が施行されるまではそもそもそういった試み自体が存在しなかった、といわれてよいであろう。

このように考えると、本研究は、これまで司法の領域においても精神科医療の領域においても見過ごされてきた課題、すなわち、他害行為を行った精神障害者に対し、自らの行為に対する内省を深めさせ、再被害行為を防止する、という課題に対して一定のツールを開発し、実践したこと自体に新しい試みとしての価値がある。

以下に、プログラムの効果とその臨床的意義について考察をしたい。

a. 医療観察法病棟における内省プログラムの効果

プログラム実施前後の評価においては、PANSSにおいて病識の改善が認められたほか、基本的信頼感尺度のうち3項目において信頼感の向上する変化が認められた。成人用一般的Locus of Control

尺度においては、5項目において有意な変化が認められ、そのうち4項目は内的統制感の向上を示す変化であったが、1項目については内的統制感の低下を示す変化であった。

PANSSにおける得点の低下は有意な水準であり、臨床的に意義のある変化と判断された。統合失調症患者に対する心理教育的介入はさまざまな医療機関で行われており、心理教育プログラムの実施により、病識の改善や服薬アドヒアランスの改善が図られたという報告がなされている²⁸⁾。医療観察法病棟においても、同様のアプローチは開棟当初からなされてきたが、それだけでは司法精神医療における実践として十分とはいえない。というのも、一般的な疾病教育プログラムにおいては、疾患理解や再発予防について学ぶことに主眼がおかれており、対象行為との関係を直接扱っているわけではないからである。

本プログラムは、対象行為と精神疾患との関連性を明らかにし、再被害行為の防止および社会的責任としての治療継続の必要性を認識させるというアプローチを試みている。そして、本研究から明らかにされたのは、こうした疾患理解の深化を直接的な目的としない試みによっても病識の改善が得られる可能性がある、ということである。このことは、本プログラムが、今後の司法精神医療において、従来の医療観察法における一般的な疾患教育プログラムの効果を増強し、別方向から病識向上に資する効果があることを示している。なお、本研究の対象者の大半は統合失調症であったが、一部に気分障害などの診断の者もいた。今後は、診断名の違いによる効果の相違についての検討も必要といえよう。

基本的信頼感尺度については、合計得点では有意差がみられなかったものの、項目ごとに見ると、自分自身に対する信頼感に関する2項目と、他者への信頼感に関する1項目において、それぞれ信頼感の向上を示す結果が示された。これらの結果は、本プログラムに参加し、当事者同士で対象行為を含めた生活史全般を共有する体験が、十分とはいえないながらも、基本的信頼感の回復に一定の効果がある可能性を示唆している。治療関係の継続を維持し、困難に際して自分から周囲に

援助を求める行動をとれるようになるためには、他者に対する信頼感がもてることは、きわめて重要な要素である。その意味では、司法精神医療において一定の意義をもつ変化といえる。

成人用一般的Locus of Control尺度については、4項目において内的統制感の向上を示す結果が示された。しかしその一方で、合計得点では有意な差は認められず、1項目においては内的統制感の低下を示す変化が示された。もっとも、内的統制感の低下が示された項目(「あなたの人生は、ギャンブルのようなものだと思いますか」)の内容を検討してみると、他の向上が認められた項目(「あなたは、どんなに努力しても、友人の本当の気持ちを理解することはできないと思いますか」「あなたが将来何になるかについて考えることは、役に立つと思いますか」「あなたは、努力すれば、どんなことでも自分の力でできると思いますか」「あなたは、努力すれば誰とでも友人になれると思いますか」)に比べ、抽象的で理解しにくい質問文であるようにも思われ、対象者の変化を適切に反映できなかった可能性も否定はできない。いずれにしても、成人用一般的Locus of Control尺度に関する結果からは、いくつかの点では本プログラムによる介入が内的統制感の向上に資する可能性がありながらも、その効果は限定的なものであると理解すべきであろう。

なお、本研究では限定的な改善にとどまったものの、内的統制感の改善は司法精神医療において重要な意義がある。というのも、「自分は変わることができる」という信念は、行動変容を起こすうえで重要な動機づけとなるからである。保健行動に関する研究では、内的統制感をもつ人、すなわち、自助努力によって結果を変えることができると感じている人は、病気の認知とその改善のために自律的な行動を選択し、よりよい健康習慣やコンプライアンスをもち、疾病の罹患が少ないことが示されている^{15,29)}。また、非行少年は、一般少年群に比べ、物事の原因が自分の努力や行為以外にあるという外的統制感を強くもっているとの報告もある³⁰⁾。今回の効果測定における限定的な改善は、本プログラムにおいて自身の体験を整理し、対象行為が生じるまでのサイクル図と対処法を作

成するという作業が、自己統制感の向上に対して部分的に寄与した可能性はあるが、今後は、内的統制感のさらなる改善が得られるような工夫を検討することが望まれる。

b. 内省プログラムの有用性

本研究では、プログラムを受けた者のうち、約9割の者はプログラムが有用と感じ、約8割の者が対象行為に至った自分自身についての理解や、再他害行為防止策についての理解が深まったとの感想をもったことが明らかにされた。このことは、担当多職種チームの9割近くが、対象者の考えに深まりが認められたと評価していることに合致していた。最も多くの参加者が「役に立った」とみなしたセッションが「対象行為が生じるまでのサイクル」であったことからわかるように、他害行為に至るまでの要因や経過を整理し、再他害行為防止策を練るというプロセスが、対象者本人にとっても有意義な試みであったことが示唆される。

一方で、被害者・遺族に対する理解が深まったとの感想をもった対象者は約6割であり、対象行為に至った自分自身に対する内省深化と比べると、2割ほど低い結果となった。こちらも、対象者の被害者・遺族への理解に関して、深まったと評した担当多職種チームが7割弱であったことに合致する結果であった。触法精神障害者に対し、被害者や遺族に対する共感をもたせていくという課題には困難が多いものの、犯罪被害について学び、自分の与えた被害について考えるという取り組みに対し、6割以上の対象者やスタッフから有用であるとの評価を得たということは、注目に値する結果と思われる。

c. 司法精神医療における内省プログラムの意義

医療観察法の指定入院・通院医療機関においては、再他害行為に及ぶことなく安定した社会生活を送れるようになることを目指してさまざまな治療プログラムが開発・運営されている。しかしながら、対象行為を直接扱っている治療プログラムはごくわずかであり、本プログラムのほかは、一

般刑事施設等で実施されている性犯罪防止プログラムが一部で活用されていたり、一部施設で独自に開発された治療プログラムが試みられたりしている程度である。

2009年6月現在、本プログラムは国立精神・神経センター病院において、改良を重ねながら10クルの実践を重ねているほか、6か所の指定入院医療機関に導入されており、指定通院医療機関および一般の医療機関においても活用され始めている。すでに示した通り、終了後のアンケート結果からは、スタッフ・対象者の双方からおおむね好評評価を博している。

本プログラムの意義は以下の2つの点にある。一つは、対象行為の取り扱い方について一定の枠組みを提示し、テキストやスタッフ用マニュアルを整備したという点である。対象行為の取り上げ方の一つとして、内省プログラムという方法があり、これまで手つかずであった領域に対する有用な介入資源としての意義があると考えている。

もう一つは、対象行為について集団療法のみで扱うという点である。対象行為をグループで扱うことの意義を、今回のような研究のなかで定量的な変化として示すことは難しいが、筆者ら自身はその実践を通じて十分な意義を実感している。その意義は、大きく分けて以下の3点に整理できるであろう。第一に、他者の発言を聞くことによる自己理解の促進である。自分の抱えている問題について「特にありません」と述べていた対象者が、他者の発言を聞くなかで、自分にも似た体験があったことを吐露しだすことはまれではない。また、他対象者が被害者や遺族とどのように向き合っているのかを聞くことは、貴重な機会となっているように思われる。第二に、セルフヘルプ的な役割である。個々人の体験を共有する際にとまどいや抵抗を表出する者は少なくないが、共有後には「自分だけではないと思ってほっとした」「同じ体験をもった人の話を聞いて心強かった」との感想が多く聞かれる。そして最後に、触媒としての作用である。テキストの宿題を手伝ってもらった時間が個々のスタッフとより深い話をする機会となるなど、本プログラムがいわば「振り返りの触媒」となり、他の治療場面での内省が深化してい

くという作用があるのではないかと感じている。

なお、すでに述べたように、本プログラム終了後には、本人が「報告会」と称して担当多職種チーム、さらには、家族や地域関係者に対して自身の対象行為に至るまでのサイクルや今後の対処プランなどについて報告する機会を設けている。このような機会は、対象者が周囲への説明責任を果たす場となるだけでなく、関係者とのあいだで対処プランを共有し、対処プランを退院後の処遇に反映させるうえで有用な場となる。要するに、本プログラムには、単に対象行為に関する「反省」を促すだけではなく、通院処遇における治療計画の立案に資するという実用的な意義もあるといえよう。

d. 本研究の限界

最後に、本研究の限界について述べておきたい。本研究には、主に以下の6つの限界がある。

第一に、対照群を欠いていることである。このため、本研究で確認された効果が、単に医療観察法病棟入院中という状況による自然経過、あるいは、日々の個別のなかかわりなどの介入による影響である可能性を除外できない。今後は、プログラム待機群を対照群とするなどして、さらなる検証を行う必要がある。

第二に、これは第一の限界とも重なるが、アンケート結果そのものは処遇や退院に直接関係しないと説明したとはいえ、医療観察法病棟に強制入院となり、治療ステージの移行や退院を目指している立場であることが、自記式評価尺度の回答に影響を与えた可能性が除外できない。ただし、プログラムの有用性に関する回答については、対象者の評価とスタッフ側の評価とがほぼ合致していることから、ある程度妥当な結果のように思われる。

第三に、本研究では、最終的な評価項目として、「再他害行為」や「内省の深化」ではなく、あくまで介入前後における評価尺度得点の変化という代理変数を設定したことがあげられる。何をもち「内省の深化」とするのか、という点にも検討の余地が残る。本プログラムにおいて、他害行為に至った要因や経緯を整理し、対処プランを作成し、

被害や責任について考えるという取り組みをしたことが、実際に本人なりの責任を果たし、地域における対処プランの実践につながっているのか、さらには再他害行為の抑止と関連するものなのかどうかについては、今後検証される必要がある。

第四に、本研究において、対象者ならびに多職種スタッフに対して行った有用性に関する質問は、客観的な指標を明示せずに、あくまでも対象者個人の主観、もしくはスタッフの主観的総意に基づいて回答を求めたために、reporting biasの混入を完全に除外することはできない。今後、客観的指標を明確にした評価が求められるであろう。

第五に、病棟においては、多くのスタッフによりさまざまな介入が行われており、一つのプログラムによる効果のみを切り取って検証することは困難である。しかしながら、対象者とスタッフが入院治療の目的を共有し、その目的を達成するために各種プログラムが実施されているという治療的な環境こそが、それぞれの介入の効果を高めているという側面もあるであろう。また、今回の研究は多施設共同研究であり、施設間での差や集団実施と個別実施による差は検討しなかったが、今後、対象者が増え、本プログラムに参加する者が増加してくるなかで、施設ごとの比較も必要であろう。

最後に、本研究の見解は、あくまでも医療観察法の対象者に関するものであり、触法精神障害者全体に対して一般化することには、一定の慎重さが求められる。

以上の限界にもかかわらず、本研究は、わが国で最初の触法精神障害者に対する他害行為に関する内省を促すためのプログラムの開発とその効果測定の試みとして、重要な意義をもつものである。

まとめ

本研究では、触法精神障害者に対する対象行為に関する内省を促すプログラムを開発し、医療観察法指定入院医療機関に入院中の対象者31人に対して介入を試み、その効果測定を行った。その結果、プログラムによる介入により、病棟の改善が認められたほか、限定的ながら基本的信頼感と内

的統制感の向上を示す変化が認められた。また、プログラムに参加した対象者、および担当多職種チームの多くが、本プログラムの有用性を肯定する感想を報告した。

以上から、本プログラムは、触法精神障害者に対象行為に対する内省を深めさせることを通じて、病識の改善をはじめとする精神医学的な改善に資する可能性が示唆され、司法精神医療における治療プログラムとして重要な意義があると考えられた。

謝辞：内省プログラムの趣旨を理解し、その実施に惜しみない協力をしてくださった、国立精神・神経センター病院8病棟スタッフのみなさまに、この場を借りて心からの感謝を表します。また、本研究は、日本司法精神医学会、第2回鈴木裕樹研究基金の助成を受けて行われたものです。助成をしてくださった同学会にも深謝申し上げます。なお、本論文の要旨は、第5回日本司法精神医学会大会鈴木裕樹研究基金受賞記念講演にて発表されたものである。

文献

- 1) 社団法人日本精神科病院協会・財団法人精神・神経科学振興財団：司法精神医療等人材養成研修会ガイドライン集, p66, 2005
- 2) 武井 満：精神保健福祉法における医療の問題点と医療観察法成立の意義。武井 満（編），医療観察法と事例シミュレーション, pp1-6, 星和書店, 東京, 2009
- 3) 熊地美枝：触法精神障害者の援助関係に関する研究。分担研究課題：触法精神障害者の看護ならびに地域支援の手法に関する研究。厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業，触法精神障害者の精神医学的評価，治療，社会復帰等に関する研究（主任 松下正明），総括研究報告書, pp542-554, 2005
- 4) 平林直次，津久江亮太郎：わが国における司法精神医療の進め方—指定入院医療機関から。司法精神医学1 (1) : 26-33, 2006
- 5) Zehr H : Changing Lenses : A New Focus for Crime and Justice. Herald Press, Waterloo, 1990
—西村春夫ほか（監訳），修復的司法とは何か—応報から関係修復へ，新泉社，東京，2003
- 6) Hodgins S, Cote G : The Criminality of mentally disordered offenders. Criminal Justice and Behavior 20 : 155-160, 1993
- 7) Steadman HJ, Monahan J, Appelbaum PS, et al : Designing a new generation of risk assessment research. In Monahan J, Steadman H (Eds), Violence and Mental Disorder : Developments in risk assessment, pp297-318, University of Chicago Press, Chicago, 1994
- 8) 岡田幸之，松本俊彦，千葉泰彦ほか：行為障害と非行および注意欠陥/多動性障害と反社会性人格障害との関連に関する研究。社会安全研究財団平成16年度研究助成金報告書, 2005.
- 9) 藤岡淳子（編）：非行・犯罪の心理学，有斐閣ブックス，東京，2007
- 10) Miller A : Am Anfang war Erziehung, Suhrkamp, Frankfurt am Main, 1980—山下公子（訳），魂の殺人，新曜社，東京，1983
- 11) 坂上 香/Aミティを学ぶ会（編）：アミティ。「脱暴力」への挑戦—傷ついた自己とエモーションal・リテラシー，日本評論社，東京，2002
- 12) 「Lifers ライファーズ—終身刑を超えて」：制作・配給 out of frame, 監督 坂上 香。
http://www.cain-j.org/Lifers/index_.html
- 13) Kay SR, Opler L, Fiszbein A : Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) Rating Manual, Multi-Health Systems Inc, Toronto, 1991—山田 寛，増井寛治，菊本弘次（訳），陽性・陰性症状尺度 (PANSS) マニュアル, 星和書店，東京，1991
- 14) 谷 冬彦：青年期における基本的信頼感と時間的展望。発達心理学研究 9 (1) : 35-44, 1998
- 15) Rotter JB : Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. Psychological Monograph 80 : 1-28, 1966
- 16) 鎌原雅彦，樋口一辰：Locus of Control尺度の作成と，信頼性，妥当性の検討。教育心理学研究 30 (4) : 302-307, 1982
- 17) Shinar D, Compton RP : Victim impact panels. Their impact on DWI recidivism, Alcohol, Drugs and Driving 11 : 73-87, 1995
- 18) Stulz WA : Victim awareness educational program evaluation. Washington State Department of Corrections, Division of Community Corrections, Victim Awareness Unit, 1994
- 19) Little GL, Robinson KD, Burnett KD, et al : Six-year MRT recidivism data on felons and DWI offenders. Treated offenders show significantly lower reincarceration. Cognitive-Behavioral Treatment Review 4 (1) : 1, 4-5, 1995

- 20) Robinson D : The impact of cognitive skills training on post-release recidivism among Canadian Federal offenders. Research Report, Correctional Research and Development, Correctional Service of Canada, 1995
- 21) Ross RR, Fabiano EA, Ewles CD : Reasoning and rehabilitation. International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology 32 : 29-36, 1988
- 22) Marshall WL, Jones R, Ward T, et al : Treatment outcome with sex offenders. Clinical Psychology Review 11 : 465-485, 1991
- 23) 中川義岳，岩本秀幸，吉田典弘：少年院における罪障感の覚せいを図る指導について。矯正教育研究 48 : 35-42, 2003
- 24) 寺村勇一，西澤良仁，荒木 齋ほか：処遇類型別指導の現状—被害者コースについて。矯正教育 53 (2) : 31-38, 2003
- 25) 藤岡淳子：性暴力の理解と治療教育，誠信書房，東京，2006
- 26) 森田展彰：ドメスティックバイオレンス加害者プログラム。精神療法 33 (2) : 58-60, 2007
- 27) Kemp R, Kirov G, Everitt B, et al : Randomized controlled trial of compliance therapy ; 18-month follow-up. British Journal Psychiatry 172 : 413-419, 1998
- 28) Wallerstein N : Powerlessness, empowerment, and health : Implications for Health Promotion Programs. American Journal of Health Promotion 6 (3) : 197-205, 1992
- 29) 平田乃美，渡部 正，相馬一郎：非行少年の学校環境認知とローカス・オブ・コントロール。犯罪心理学研究 36 (2) : 1-17, 1998

その影響について、司法精神医学 4 : 112-113, 2009

- 3) 最高裁判所第二小法廷：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による医療を行わない旨の決定に対する抗告の決定に対する再抗告事件。平成19（医へ）4，2007.7.25
- 4) 八木 深：精神保健判定医ポケットメモ第1版，pp12-14，平成19年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）司法精神医療の適正な実施と普及のあり方に関する研究（主任研究者：小山 司）精神保健判定医に必要な知識等の拾得方法に関する研究班作成
- 5) 加藤正明，保崎秀夫ほか（編）：精神医学事典・縮刷版，pp548-549，弘文堂，東京，2001
- 6) Polcin DL, Galloway GP, Greenfield TK : Measuring Confrontation During Recovery From Addiction. Addict Behav 32 : 2274-2280, 2007
- 7) 最高裁判所第三小法廷：鑑定入院命令に対する取消し請求棄却決定に対する特別抗告事件。平成21（し）359号，2009.8.7
- 8) 平田豊明，椎名明大，五十嵐慎人ほか：鑑定入院における医療的観察に関する研究。厚生労働科学研究費補助金・医療観察法による医療提供のあり方に関する研究。平成18年度総括・分担研究報告書。pp39-74, 2007
- 9) 吉住 昭，藤林武史，瀬戸秀文。措置入院および措置解除にあたっての精神保健指定医の判断基準の実態に関する研究－検察官通報により措置入院に関する診察を受けた事例について－。厚生科学研究費補助金・措置入院制度のあり方に関する研究。平成13年度総括・分担研究報告書。pp63-116, 2002
- 10) 最高裁判所第三小法廷：医療を受けさせるために入院をさせる旨の決定に対する抗告棄却決定に対する再抗告事件。平成20（医へ）1，2008.6.18

Abstract The person in question burnt down his house due to delirium tremens, and application of the Medical Treatment and Supervision Act (Act on Medical Care and Treatment for Persons who have caused serious Cases under the Condition of Insanity) was petitioned. During admission by the examination order, he who denied the incident was taken to the scene of the target act for the purpose of confrontation. As a result, we experienced a case of successful implementation of treatment. He experienced poor health due to continued drinking. After abstinence for several days, he exhibited a state of delirium resulting in the target act after suffering from hallucinations. During admission by the examination order, his consciousness was clear and hallucinations had disappeared, and exacerbation was not observed without medication. However, he had poor insight into alcohol dependence and also kept denying the target act. Therefore, we took him to the site of his residence to attempt confrontation by confirming that it had been burnt down. At this time, he acknowledged the fact of the fire and stated at his tribunal that he should stop drinking. The court dropped the case and he was transferred to a psychiatric facility specializing in alcoholism. As explained above, we consider the case that made thought-provoking progress upon reviewing the relationship between psychiatric treatment of alcoholism and forensic psychiatry, and would like to report it in the following.

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

General and Forensic Psychiatric Treatment in New York City

松原三郎 #1
Saburo Misubara
土居正典 #5
Masanori Doi

八木 深 #2
Fukashi Yagi
水留正流 #6
Masaru Mizutome

村上 優 #3
Masaru Murakami
池田太一郎 #7
Taichiro Ikeda

平林直次 #4
Naotsugu Hirabayashi

はじめに

2008年度厚生労働科学研究「医療観察法鑑定入院制度の適正化に関する研究」（主任研究者：五十嵐慎人）の分担研究「鑑定医の資質の向上に関する研究」（研究分担者：松原三郎）において、2009年3月9～13日の5日間にわたり、アメリカNew York市（以下、NY市）を訪問し、同市における司法精神医療施策ならびに一般精神医療施策の視察を行った。NY州は、脱施設化運動の影響を最も大きく受けたといわれている。10万人近くが入院をしていた州立精神病院は、その9割が退院をし、その結果、多くがホームレスや刑務所入所となったといわれている。現在のNYでは、Bellevue Hospital Centerを中心とする精神科救急を支える病院群と、それに続く治療を行う中間期(intermediate)治療病院が配置されている。さらに、これらの治療施設は、地域の精神科クリニックやケアつき住宅を運営するNPO団体と密接な連携を保って地域精神科医療を支えている。今回は、これらのうちBellevue Hospital Center, 中間期治

療病院であるSouth Beach Psychiatric Center (SBPC), 司法精神科病院であるKirby forensic psychiatric centerへの視察を行った。

精神鑑定の質的向上を目的とする部分では、同国の陪審員裁判制度下での司法精神科医の養成システムについてや、心神喪失判断のあり方などについて、専門家からレクチャーを受け討論を交わす機会を設けた。本稿では、視察報告と併せそれらについても内容を紹介するとともに、NY市における精神障害者医療施策全体について概観する。

1. SBPC

SBPCはNY市Brooklyn地区にあるNY州立精神科病院の一つであり、中間期の治療を専門に行う精神医療センターである。

NY市では、精神疾患をもつ患者は急性期にはNY市内にある17か所の救急・急性期対応施設（主に総合病院精神科）で治療が行われるが、その後もさらに入院治療が必要な患者については、SBPCのような中間期治療施設で引き続き治療を受けることとなっている。急性期治療を受けた患者

- #1 松原病院 (☎920-8654 石川県金沢市石引4-3-5)
Misubara Hospital
- #2 独立行政法人国立病院機構東尾張病院 (☎463-0802 愛知県名古屋守山区大森北2丁目1301番地)
National Hospital Organization Higashi-Owari Hospital
- #3 独立行政法人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)
National Hospital Organization Ryukyu Hospital
- #4 国立精神・神経センター病院 (☎187-8551 東京都小平市小川東町4-1-1)
National Center Hospital of Neurology and Psychiatry
- #5 高岡病院 (☎670-0061 兵庫県姫路市西今宿5-3-8)
Takaoka Hospital
- #6 南山大学 (☎466-8673 愛知県名古屋昭和区山里町18番地)
Nanzan School of Law
- #7 厚生労働省 (☎100-8916 東京都千代田区霞が関1-2-2)
Ministry of Health, Labour and Welfare