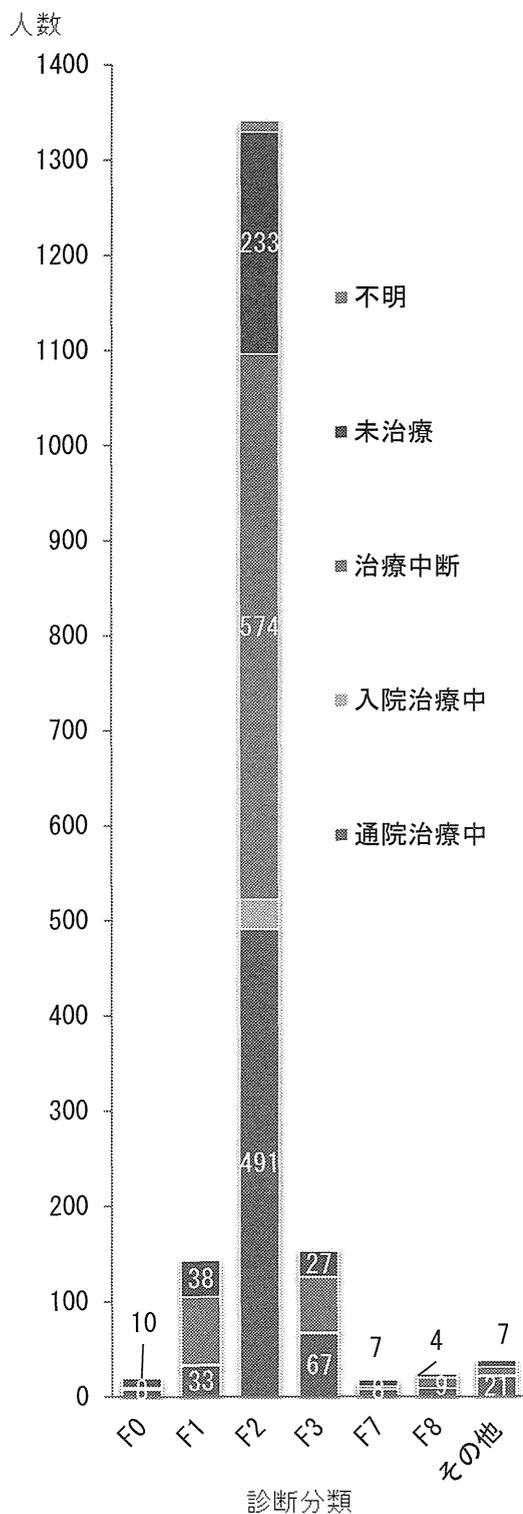
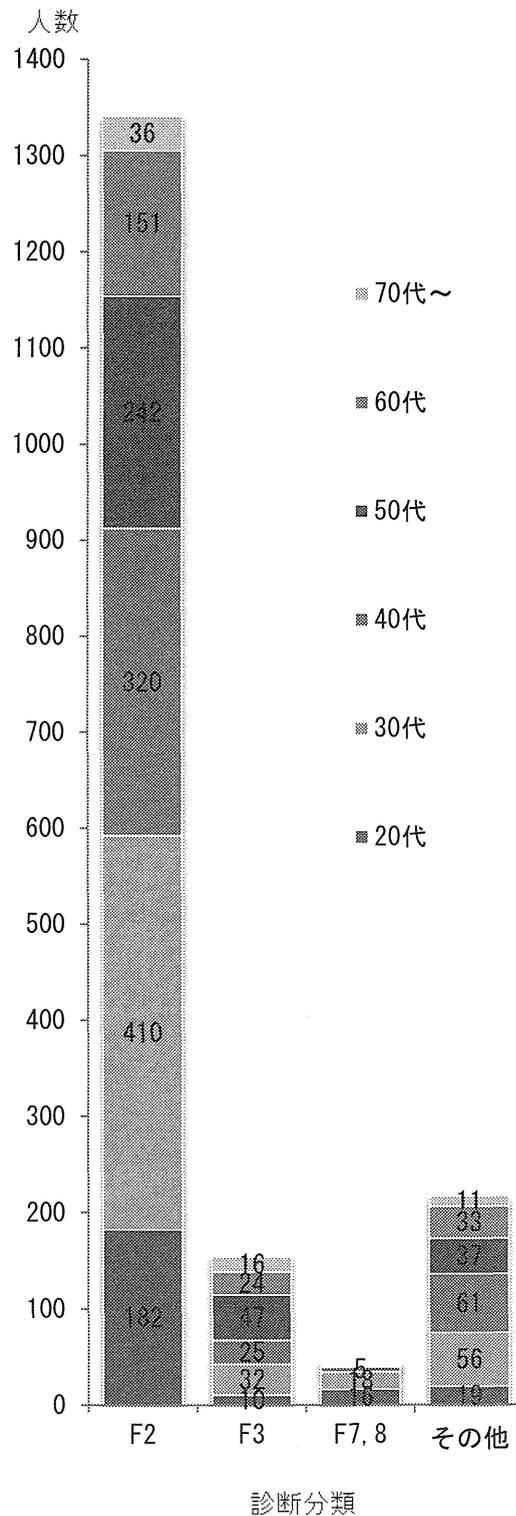


次に、対象行為時の治療状況と疾患との関係についてみると、統合失調症（F2）等については入院もしくは通院による治療を受けていた者と、治療を中断していた者がほぼ同数を占めていた。

疾患名と年齢（年代）との関係をグラフで示した。例えば、統合失調症（F2）でみると、半数が40代以上の中高年の年齢層が占めており、慢性の経過を辿っている者も少なくないことが分かる。



対象行為時の治療状況 (n = 1,740)

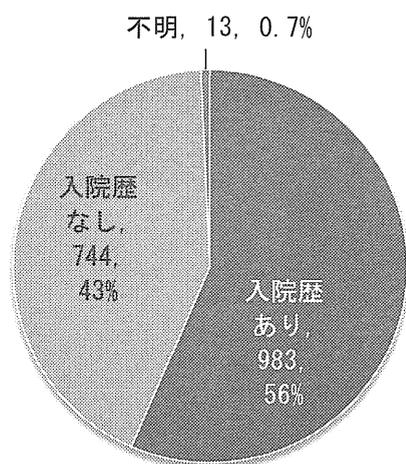


診断名と年齢の関係 (n = 1,740)

(12) 精神科治療歴

対象行為以前の治療歴についてみると、入院治療歴がある者が 983 名 (56.5%)、入院治療歴がない者が 744 名 (42.8%)、不明が 13 名 (0.7%) であった。

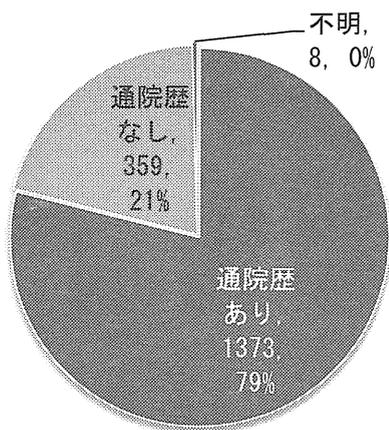
また、入院形態が明らかになった者のうち、措置入院を経験している者が 295 名 (30.0%)、医療保護入院を経験している者が 544 名 (55.3%) であった。



対象者の精神科入院歴

(n = 1,740)

通院治療歴については、通院治療歴がある者が 1,373 名 (78.9%)、通院治療歴がない者が 359 名 (20.6%)、不明が 8 名 (0.5%) であった。

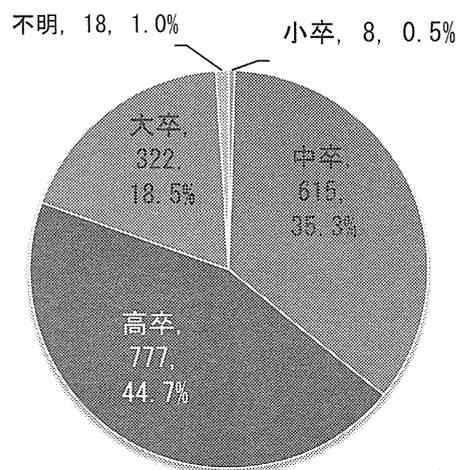


対象者の精神科通院歴

(n = 1,740)

(13) 教育歴

最終学歴については、小学校卒業が 8 名 (0.5%)、中学校卒業が 615 名 (35.3%)、高校卒業が 777 名 (44.7%)、短大・大学卒業以上が 322 名 (18.5%)、不明が 18 名 (1.0%) であった。

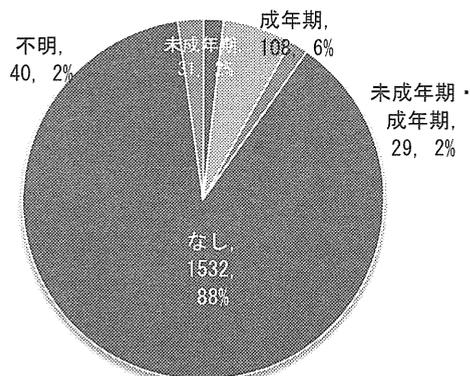


対象者の教育歴

(n = 1,740)

(14) 矯正施設の入所経験

対象行為以前の矯正施設の入所経験については、入所経験がない者 1532 名 (88.0%) と殆どを占めていたが、未成年期に入所経験がある者 31 名 (1.8%)、成年期の入所経験がある者が 108 名 (3.2%)、未成年期および成年期に入所経験がある者も 29 名 (1.7%) おり、不明が 40 名 (2.3%) であった。

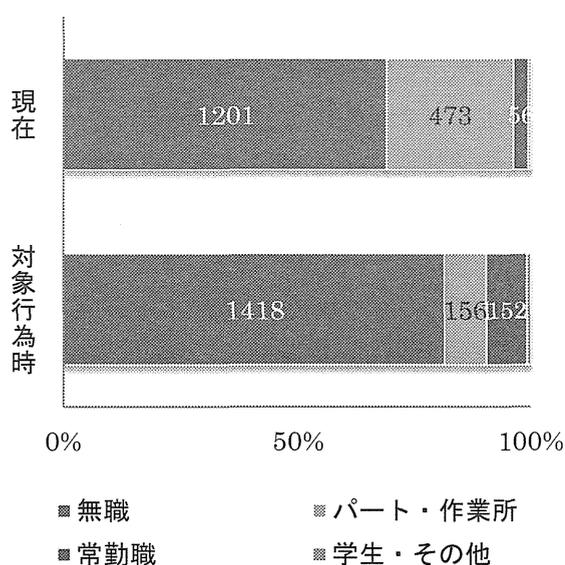


対象者における矯正施設の入所歴

(n = 1,740)

(15) 就労状況

対象行為時と調査時現在の就労状況について比較すると、いずれの時点でも無職であった者が最も多かった。常勤職に就いていた者は152名から56名に減少していたが、パート勤務の者は行為時が134名、調査時が107名であり、減少はみられなかった。授産施設、就労訓練施設等に通っていた者は、対象行為時には22名、調査時現在では366名であった。



対象者における就労状況の推移

(n = 1,740)

D-1. 考察

本研究では、全国の通院対象者のうち1,740名のデータを収集し、分析を行った。

対象者が通院処遇に至るまでの経緯によって「直接通院」と「移行通院」に分けてその比率をみてみると、本法施行から5年後の平成22年度以降は「移行通院」が「直接通院」を上回る値に転じており、今年度は「移行通院」が70.7%であった。

対象者の性別および年齢の分布は昨年とほぼ同様であった。ただし、70代以上の者が累計で64名(3.7%)を占めており、最高年齢は91歳であったことから、ひきつづき

身体的な合併症や認知症などの併存疾患などの問題があることが示唆された。

対象者の疾患分類では、統合失調症(F2)等が77.1%を占めており、気分(感情)障害(F3)群が8.9%を占めていた。これらの割合を本法施行当初と比べると、F2圏は増加傾向に、F3圏は減少傾向にある。

対象行為の分類では傷害が最も多く34.8%で、次に殺人(未遂を含む)が28.9%、放火(未遂を含む)が26.6%と続いていた。また、対象行為別の被害者分類をみると、殺人(未遂を含む)や放火(未遂を含む)の事例では、家族や親族が被害者となっている割合は6~7割に至っていた。対象行為の被害者が家族や親族であった815例のうち、327例(40.1%)は、対象行為以後も対象者と同居しており、対象行為の被害者でありながら、対象者の主たる援助者としての役割を担っていることから、今後は、こうした家族に対する支援の在り方についても検討していく必要があると思われる、こうした取り組みがひいては対象者のよりよい社会復帰にも繋がるものと思われた。

対象者の背景をみると対象行為以前に入院治療歴があった者が56.5%、通院治療歴があった者が78.9%を占め、何らかの形で精神科医療につながっていた者がほとんどであった。また、その中には、自傷他害のおそれから措置入院となっていた者が30%、医療保護入院となっていた者も55%存在していた。これらの数値については重複を考慮しても、通院対象者の約半数が何らかのかたちで、本人の同意によらない入院治療を受けていたことになる。

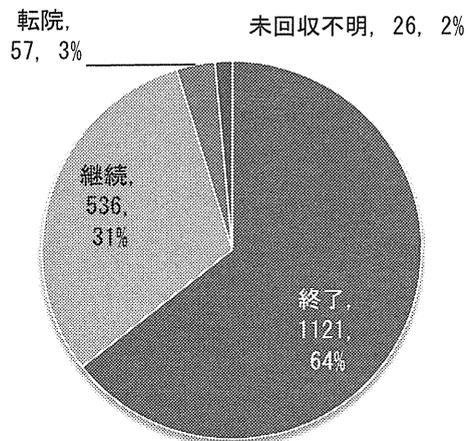
他方、対象行為時に通院治療中であった者は36.6%、入院治療中であった者が2.0%を占めていた。これらの結果から考えると、一見、安定した状態で医療を継続している者に対しても、医療者および支援者らは、注意深く観察していく必要があると思われる。こうした事例については、本制度のもとで

処遇を行っていくにあたって、例えばデイケアや就労支援（作業所）などを組み合わせながら、なるべく多くの支援者が関わることにより、対象者の医療と生活の全般を支えていくことが、再度同様の他害行為を防止し、社会復帰を促進するにあたっても有用であると思われる。

【分析 II】 処遇終了者に関する分析

C-2. 結果

本研究の対象となった 1,740 名のうち、調査日時点において通院を継続している者は 536 名（30.8%）、指定通院を終了した者は 1,121 名（64.4%）、他の指定通院医療機関に転院となったものは 57 名（3.3%）、調査票未回収の者が 26 名であった。



通院対象者の処遇状況
(N=1,740)

(1) 通院継続者の通院処遇期間

調査時点において通院処遇を継続中の 536 名について、調査日から通院処遇決定日を差し引いて算出した平均通院継続期間は 513.9 ± 343.1 日（平均 17.1 ヶ月間）で、最短日数=1 日、最長日数=1,680 日であった。

(2) 処遇終了者の分析

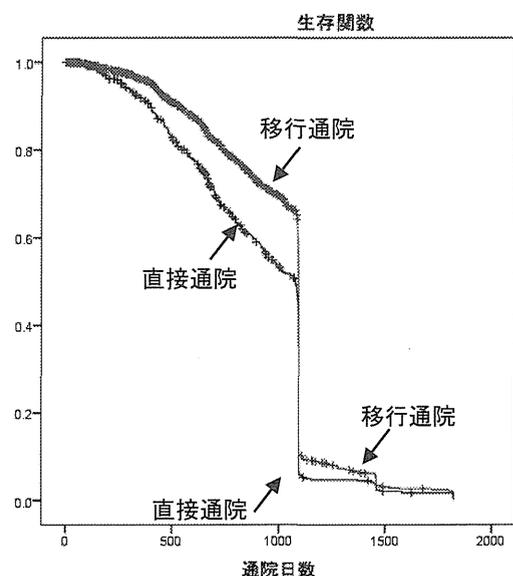
次に、調査時点において処遇を終了した 1,121 名について分析する。

(a) 処遇終了者の通院処遇期間

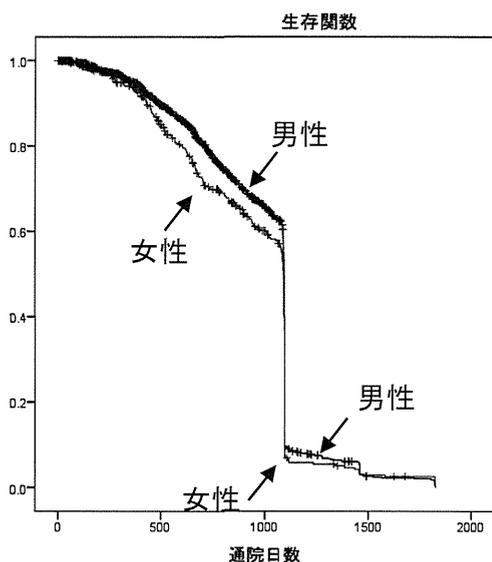
全処遇終了者 1121 名の平均通院期間は 903.6 ± 321.66 日（平均 30.1 ヶ月間）で、最短日数=9 日、最長日数=1826 日であった。

(b) 通院形態による処遇期間の比較

全処遇者のうち、転院等の理由によりその後転機が不明であった対象者 83 名を除外したうえで、Kaplan-Meier 法により直接通院群（484 名）と移行通院群（1,173 名）の処遇終了までの期間について比較した。直接通院群（484 名）の推定平均通院処遇期間は 882.3 ± 16.1 日（平均 29.4 ヶ月間）であった。一方の移行通院群（1,173 名）の推定平均通院処遇期間は、 986.9 ± 10.3 日（32.9 ヶ月間）であった。両群の推定平均通院処遇期間には有意な差が認められ、直接通院群のほうが移行通院群よりも通院期間が短いことが示された ($p < .01$)。直接通院群と移行通院群の処遇終了率について生存曲線を用いて示した。



さらに、処遇終了者の性別についても同様の比較を行ったところ、Kaplan-Meier 法による分析の結果、男性（1,223名）の推定平均通院処遇期間は 966.3 ± 10.0 日（平均 32.2 ヶ月間）であった。一方、女性（434名）の推定平均通院処遇期間は、 917.1 ± 17.7 日（30.6 ヶ月間）であった。両群の推定平均通院処遇期間には有意な差が認められ女性の方が男性よりも通院期間が有意に短いことが示された ($p < .05$)。



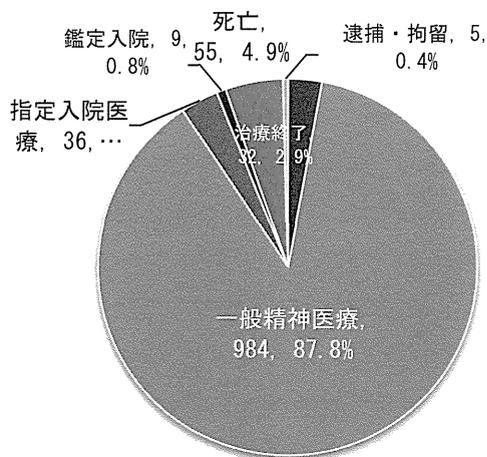
(b) 処遇終了者の転帰

次に、処遇終了となった 1,121 名の転帰について分類したところ、一般精神医療へ移行した者が 984 名（87.8%）、再鑑定で入院中であるものおよび指定入院医療機関に再入院となった者が調査機関中の 10 年間で 44 名（4.0%）、完全に治療を終結した者が 32 名（2.9%）、死亡により処遇終了となった者が 55 名（4.9%）、通院処遇中の違法行為などにより逮捕・服役となった者が 5 名（0.4%）であった。

なお、一般精神医療へ移行した者 984 名のうち、861 名（87.5%）はそれまでに通院していた指定医療機関において引き続き治療が継続されていた。また、そのなかには処遇終了後も地域の精神保健機関と連携を

保ち、定期的にケア会議を実施しているケースもあった。

死亡により処遇終了となった 55 名については、27 名が自殺による死亡、18 名が身体合併症等による病死、7 名が事故死、3 名は明確な死因が不明となっていた。



処遇終了の内訳 (N=1121)

(c) 転帰別の通院処遇期間

処遇終了者の転帰別に通院処遇期間を比較した。全処遇終了者 1,121 名のうち、再鑑定・再入院事例（44 名）や死亡事例（55 名）など、特殊な事情により早期に処遇終了となった者を除いた 1,016 名の平均通院継続期間は 938.0 ± 293.5 日（平均 31.3 ヶ月間）で、最短日数=61 日、最長日数=1826 日であった。また、さらに治療を完全に終結した 32 名を除いた一般精神医療に移行した 984 名のみの平均通院継続期間は 946.1 ± 291.2 日（平均 31.5 ヶ月間）であった。

再鑑定・再入院事例および死亡事例といった特殊な形で処遇を終了したもののみを抽出し、その平均通院継続期間を算出したところ、 567.8 ± 388.4 日（平均 18.9 ヶ月間）で、最短日数=9 日、最長日数=1,582 日であった。

D-2. 考察

(1) 処遇終了者の転帰

【研究 II】では処遇終了者の分析をおこなった。調査対象となった 1740 名のうち 6 割以上にあたる 1,121 名 (64%) がすでに処遇を終了していた。また、一般精神医療に移行した 984 名のうち 861 名 (87.8%) は処遇終了後も同じ医療機関で治療が継続されていた。処遇終了後も同じ医療機関や同じスタッフによって引き続き治療が継続されることは、対象者の大きな安心感につながり、その後のアドヒアランスの向上にもよい影響を与えるものと考えられる。

また、処遇終了後も地域の行政機関との連携を保ちながら、患者の治療と生活を支えている事例も散見されており、こうした取り組みは、より長期的な視点からみても患者の病状の悪化や再他害行為の防止に大きく貢献するものと思われる。実際にそうしたケースについては逸脱行動などの報告が少ないことから、順調な社会復帰を果たしていることが推測される。一般医療に移行後も何らかのかたちで、多職種、多機関が関与して、対象者の生活を支えていけるようなシステムが作られることが期待される。

(2) 平均通院期間

再入院事例および死亡事例といった特殊な事情により早期に処遇終了となった者を除いた処遇終了者 1,016 名の平均通院期間は 938.0 ± 293.5 日 (平均 31.3 ヶ月間) で、これは医療観察法第 44 条による通院医療満期期間である 3 年よりも約 5 ヶ月短いものであった。

一方、再鑑定・再入院事例および死亡事例のみを抽出した平均通院継続期間は 567.8 ± 388.4 日 (平均 18.9 ヶ月間) で約 1 年半となっていた。これまでの研究結果からも、自殺や再入院といった理由で処遇終了となるケースについては、問題の発生時期は処

遇開始から 1 年未満に有意に多いことが明らかになっている。こうした知見を考え合わせると、処遇開始時に何らかのリスクが想定されるようなケースについては、リスクマネジメントの評定期間を半年~1 年未満として適宜再評価を行っていくこと、また、再入院の検討にあたっては、処遇開始から約 1 年目の時点が適当であることが推測された。今度も解析を進め、たとえば、満期終了群、再入院群、期間延長群といった処遇終了時期による特徴を明らかにすることで、効果的な処遇マネジメントプランに役立つような提言を行っていきたい。

(3) 通院処遇に至る形式等による比較

直接通院と移行通院の間で処遇終了までの期間について比較したところ、これまでの結果と同様に、直接通院群のほうが移行通院群よりも通院期間が短いことが示された。性別の比較においても、男性に比べ女性の方が通院処遇期間は短いことが示された。当初審判において、直接通院となる事例については、入院処遇となる事例よりも病状が安定していたり、地域生活における支援体制が十分に整っていることが想定されるため、当然の結果であるかもしれない。また、女性対象者の方が男性対象者よりも処遇終了までの期間が短いことについては、これまでの事例分析の結果から女性対象者の方が家族との同居率が高いことが知られていることから、こうした身近に支援者が存在するという条件が処遇期間の短縮に影響しているのではないかと思われた。

医療観察法の処遇が早期に終了することは、病状の安定や、社会復帰の成果であるとも捉えられることから一定の評価に値する。ただし、本法の真の評価にあたっては、処遇を終了した後も医療が継続されていることや、再他害行為や問題行動の発生がなく、安全な社会復帰を遂げていることを確認していく必要がある。したがって、今後は処遇終了後の対象者についてもその経過を追っ

ていけるようなシステム作りが実現することが期待される。

E. 結論

本研究では、全国の指定通院医療機関484施設の協力を得て、通院対象者1740名分のデータを収集し、分析を行った。

全数調査には至っていないという点では限界もあるが、本法施行から継続してモニタリング調査を実施し、全指定通院医療機関の9割以上からデータを収集・分析しているのは、全国でも本研究だけであり、非常に重要かつ貴重な調査であるといえる。

本制度を適切に運用し、本法対象者によりよい医療を提供するためにも、今後もデータを蓄積し、通院対象者の処遇の実態を明らかにしていくことが重要であると思われる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 安藤久美子・曾雌崇弘・中澤佳奈子・河野稔明・菊池安希子・藤井千代・米田恵子・岡田幸之：触法精神障害者の社会復帰の現状と課題-事件をおこしてしまった精神障害者たちにとっての社会復帰. 精神保健研究, 第28号(通巻61号) 2016(印刷中)

2. 学会発表

- 1) Ando K, Okada T: Analysis of the Current Situation of Forensic Outpatients in Japan. XXXIVth International Congress on Law and Mental Health, Vienna, July 15 2015.
- 2) Fujii C, Ando K, Mizuno M: Ethical issues concerning how to deal with mentally disordered offenders

under treatment orders. XXXIVth International Congress on Law and Mental Health, Vienna, July 15 2015.

- 3) 金澤由佳、岡田幸之、安藤久美子：『犯罪白書』で述べられる精神障害者による犯罪：全55冊の検討. 第35回日本社会精神医学会, 岡山, 2016年1月29日
- 4) 中澤佳奈子、安藤久美子、曾雌崇弘、岡田幸之：医療観察法による通院処遇を終えた対象者の治療継続状況とは？ 第35回日本社会精神医学会, 岡山, 2016年1月29日

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

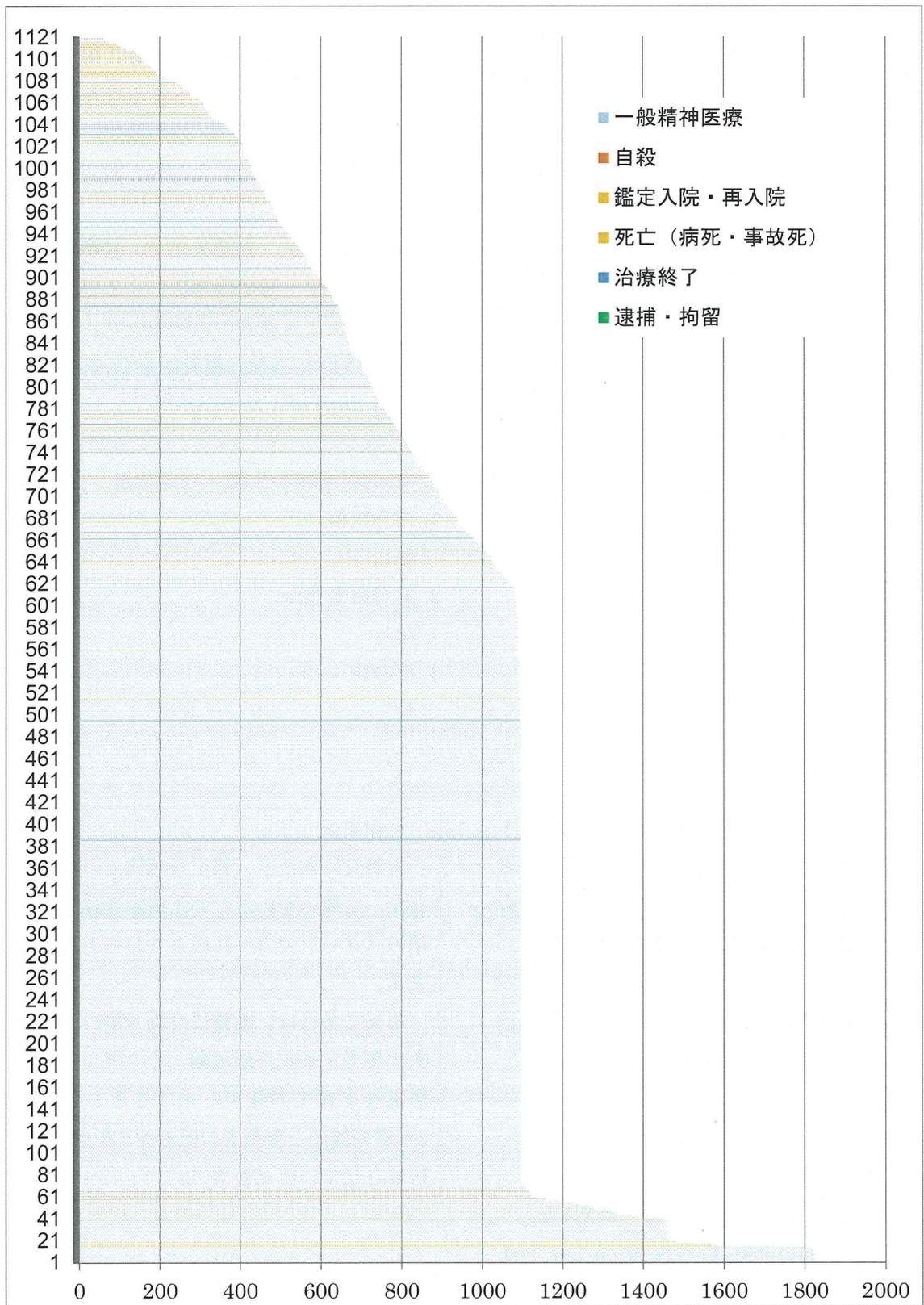
3. その他

なし

<謝辞>

本調査にあたり、繁忙な病棟での業務のなか、ご協力をいただいた指定通院医療機関のスタッフの方々に心よりお礼申し上げます。

本来であれば、調査にご協力頂いております各指定通院医療機関とその担当者のお名前をあげてお礼申し上げるところですが、医療機関と対象者の匿名性に配慮して、伏せさせていただきます。



処遇終了者 1121 名の処遇期間の分布

他害行為をした精神障害者の社会復帰過程の国際比較と医療経済的分析

研究分担者 五十嵐 禎人 千葉大学社会精神保健教育研究センター 教授

研究要旨

本研究では、概ね平準化したと思われる医療観察法制度を俯瞰的に検討し、より良い司法精神医療を構築するために、「司法精神医療を取り巻く環境や考え方を含め他害行為を行った精神障害者の社会復帰過程における日英の相違を明らかにすること」及び「医療観察法医療の費用対効果を定量的に検証すること」の二つを目的としている。本年度においては、司法精神医療に対する考え方の日英比較を行い、その結果に基づき、我が国における医療観察法対象者の社会復帰モデルの示唆を得ることを目標とした。我々は、司法精神医療に関する学識経験者日英各 3 名に対し、半構造化面接によるインタビューを行った。次に、全国十数箇所の指定入院医療機関、指定通院医療機関等をインターネット回線で結び、先の研究結果を報告するとともに、我が国の実情に即した対象者の社会復帰支援体制について Web カンファレンスで議論を行った。日英の司法精神医療従事者は、司法精神医療の専門性や自らの社会的責任、対象患者の範囲などにおいて互いに大きな違いを有しており、両国の制度を部分的に比較することには問題があることが確認された。我が国で医療観察法対象者の社会復帰を推進するためには、クロザピン療法をはじめとする地域精神医療の底上げを図るとともに、多職種チームによる支援、柔軟な外出泊、施設内訓練施設等を活用していくことが有効であると考えられた。

研究協力者

椎名明大	千葉大学大学院医学研究院 精神医学
大宮宗一郎	千葉大学社会精神保健教育 研究センター
佐藤愛子	千葉大学大学院医学研究院 精神医学
東本愛香	千葉大学社会精神保健教育 研究センター
伊豫雅臣	千葉大学大学院医学研究院 精神医学

A. 研究目的

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(平成 15 年法律第 110 号。以下「医療観察法」という。)が平成 17 年 7 月 15 日に施行された。

医療観察法は、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者に対し、その適切な処遇を決定するための手続等を定めることにより、継続的かつ適切な医療並びにその確保のために必要な観察及び指導を行うことによって、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している。

本邦においては、これまで他害行為を行った精神障害者に適切な処遇を行うための手続きを定めた特別法が存在せず、諸外国に比して司法精神医学及び司法精神医療の基盤が極めて脆弱であるという問題が指摘されていた。医療観察法制度の施行を以て本邦の司法精神医療の端緒とする意見も多い。

医療観察法は施行後 10 年を数え、その理念、運用、治療内容等に関しては徐々に普及と平準化が進みつつあるように思われる。他方では、医療観察法制度そのものに対する批判も根強く、また法制度が必ずしも我が国の司法精神医療の実情にそぐわないという意見もある。

とりわけ、医療観察法制度の対象者の入院期間の長期化は、制度施行から時を経て顕在化してきた大きな問題の一つである。施行前から、医療観察法制度は地域移行支援の面で弱点があることが一部研究者らによって指摘されていた。対象者の地域移行が進まなければ、指定入院医療機関の病床不足やそれに関わる医療費の増大はもとより、他害行為を行った精神障害者に濃厚な医療を提供しその社会復帰を促すという本法の理念そのものが毀損されることになりかねない。

医療観察法医療の質の高さやアウトカムについては、いくつかの報告がなされており、現時点では概ね良好な成果を上げているとされている。そのような状況において、対象者の地域移行の問題を論じるにあたっては、医療内容そのものとは別に、対象者の社会復帰を取り巻く環境や、司法精神医

療に対する考え方といった、より大局的見地に立った考察が必要であるように思われる。また一方で、医療観察法医療の水準そのものよりも、その費用対効果について検証することも考えるべき時期に差し掛かっているといえる。

前者に関しては、医療観察法制度の成立過程に今一度立ち返り、英国の司法精神医療との異同をあらためて分析してみたい。我が国は司法精神医療を導入するにあたり、英国の制度を大いに参考したとされているが、実際にはその内容には種々のレベルで相違があることが指摘されている。例えば、我が国の指定入院医療機関は英国の中等度保安病棟をモデルとして作られたものであるが、英国では司法精神医療機関として他に高度保安病棟や低強度保安病棟といった施設類型があるのに対し、我が国では医療観察法病棟の機能分化はほとんどなされていない。また、両国が司法精神医療の対象としている患者層にも相当の違いがある。加えて、対象者の退院先も、我が国では家族との同居の割合が高いが、英国ではほとんどが独居かグループホームへの移行を目指している。このような差異は、もとより歴史や文化を異にする両国になじむ制度設計をそれぞれが目指したことを考えれば当然の帰結である。ただ、そのような背景事情を踏まえた上でなお、我が国が新たに導入すべき制度や考え方があるのかどうかは、十分に検討されたとは言いがたい。さらに、英国で現在大きな課題となっている「危険な重度パーソナリティ障害者」の処遇や、財政難における司法精神医療費に対するプレッシャーなどは、日本においても近い将来議論の対象になっていく可能性がある。

そういった意味も踏まえて、医療観察法制度が概ね平準化した現在における両国の司法精神医療制度を包括的に比較しておくことには意義があると思われる。

後者については、英国のみならず世界中で司法精神医療のコストが検討課題となっているのが現状である。我が国では医療観察法制度の施行にあたりそれなりの予算的手当が行われたが、その成果が支出に見合ったものか否かは検証されていない。仮に本制度が十分な費用対効果を上げていないと判断された場合、予算規模を縮小して部分最適を図るのか、より大きな投資を行いさらなる成果を目指すべきか、判断の根拠となる基礎資料さえ用意できていないのが現状である。この点では我が国は英国その他先進諸国に大きく後れを取っている。

以上の論点を踏まえ、本研究では、「司法精神医療を取り巻く環境や考え方を含め他害行為を行った精神障害者の社会復帰過程における日英の相違を明らかにすること」及び「医療観察法医療の費用対効果を定量的に検証すること」の二つを目的とした。

研究初年度である平成 27 年度においては、司法精神医療に対する考え方の日英比較を行い、その結果に基づき、我が国における医療観察法対象者の社会復帰モデルの示唆を得ることを目標とした。

B. 研究方法

我々は上記の目的を達成するために、今年度においては主に下記の 2 つの研究を順に実施することとした。

(1) 司法精神医療に対する考え方の日英比較研究

この研究では、日英の学識経験者に対する半構造化面接を行う。研究の対象（協力者）は、日本若しくは英国で司法精神医療に精力的に携わっている医療従事者である。

まず、文献調査を行うとともに、研究協力者及び有識者間で議論して論点を整理し、日本語及び英語の調査票を作成した。調査票を表に示す。

面接の実施に先立ち、各協力者に対して研究内容を書面で説明し、自署による同意を得ることとした。

調査票の各項目に従って、半構造化面接により、各々の論点に関して協力者の意見を聴取する。そして聴取内容を定性的に解析する。

調査対象は、日英各 3 名ずつである。

(2) 医療観察法対象者の社会復帰モデルをテーマとした web カンファレンス

この研究では、国内の学識経験者と web カンファレンスを実施して、対象者の社会復帰モデルについて議論する。会議の参加者は全国の指定入院医療機関、指定通院医療機関、鑑定入院医療機関のうち、参加を承諾した施設に所属する医療従事者である。

我々は、昨年度までの参加施設をはじめいくつかの医療機関に対し告知を行い、web 会議への参加を依頼した。参加は事前承認制のクロードセッションとした。通信回線はインターネット回線を用い、会議用ソフトウェアとしては Cisco の WebEX を使用した。

なお、このカンファレンスでは、患者個人情報は一切取り扱わないこととして、事前にその旨を参加者に伝達する。

加えて我々は、上記以外の見地からも司法精神医学に関する個別の論点についての研究を進めることとした。

(倫理面への配慮)

本年度に実施された研究はいずれも患者を対象としたものではなく、取り扱う情報に患者個人情報に含まれていない。

司法精神医療に対する考え方の日英比較研究の実施に当たっては、その計画を千葉大学大学院医学研究院の倫理審査委員会に提出し、あらかじめ承認を得た(平成 27 年 6 月 19 日。研究課題名「司法精神医療に関する国際比較研究」受付番号 2093)。

C. 研究結果

我々は、司法精神医療に中核的に携わっている者を日英それぞれ 3 名選出し、半構造化面接によるインタビューを行った。その結果は下記の通りである。

(1) 回答者の属性

協力者は、日英とも、大学教授 1 名、司法精神科棟勤務医師 1 名、大学院生 1 名であった。全員が司法精神医療に従事した経験を有していた。医師としての経験年数と司法精神医療の経験年数の組み合わせを図に示す。

(2) 回答者の経歴等

司法精神医療に携わる経緯についての回答は「急性期治療に携わる流れで」「もともと法律分野に興味があった」「医療観察法制定に伴う」「矯正施設内の精神障害者に対する興味」「軍事精神医学との関連性」「学術的興味」など多彩であった。法と精神医学との対話を強調する意見が多かった。

司法精神医療の魅力としては、困難な患者との関わりやリスクマネジメントに挑戦意欲をかき立てられるという意見と、社会学的視点や社会貢献といった俯瞰的視点から重要性を指摘する意見があった。

業務上で重大な被害を被った経験はいずれの回答者からも聴取されなかった。脅しや暴力といった他害行為への遭遇頻度は、「ほぼない」から「常にある」まで様々だった。

(3) 司法精神医療の特性

司法精神医療と一般精神科医療との異同については、「本質的な差はない」とする意見と、「大いに違いがある」という意見とに二分された。具体的な差異については、法律的枠組みでの対応を求められること、より狭い範囲の患者に深く長く関わることを強調する意見が多かった。両者が質的に異なる存在であるとする意見は聴取できなかった。

治療戦略に関しては、変える必要があるとする意見と、密度や着眼点の差異のみで戦略の質的な差異はないとする意見があった。具体的な変更点については、リスクマネジメント、暴力対策、疾病と犯行の関係、パーソナリティの病理等について精神療法で取り扱う必要性が指摘された。

(4) サイコパスの扱いについて

英国の回答者 3 名は、サイコパスは本質的には精神障害であるという認識で概ね一致したのに対し、日本の回答者 3 名はいずれも中立若しくは懐疑的であった。

上記にも関わらず、ほぼ全員が、サイ

コパスを司法精神病棟で治療することには批判的であった。英国の回答者 3 名は、サイコパスに対する入院治療効果のエビデンスの乏しさを強調した。日本の 1 名のみ、刑務所で処遇困難な事例は病院で受け入れるべきとの意見を述べた。

(5) 隔離・拘束について

英国では精神科救急病棟でのみ隔離を行うことが想定されており、隔離・拘束に携わることは極めて稀とされた。日本でも医療観察法病棟での隔離・拘束は稀だが、一般精神科医療では頻回であった。英国の回答者 3 名は、隔離は全面的に否定するものではないが基本的には最終手段であるという認識であったのに対し、日本の 3 名はいずれも隔離による治療効果を指摘していた。個別具体的な判断の重要性を指摘する意見が多かった。

(6) 非告知投与について

実際に非告知投与を行った経験があると回答したのは日本の 1 名のみであった。

非告知投与の是非については、英国の回答者 3 名及び日本の 1 名は、虐待に当たる等の理由から絶対的に否定する見解を採った。日本の 2 名は、一定のセーフガードを掛けたうえで実施する余地もあり得ると回答した。

(7) 被害者への告知について

医師としての守秘義務を守り、被害者への告知は直接は行わないとする意見が日英双方の回答者から出た。

「患者の退院について」「患者による報復や治療の妨げにならない場合に限

り」「裁判事例など公開原則があれば」等の前提条件に基づいて告知するとの回答も日英双方からあった。

「誰が告知するかを構造を予め明らかにすべき」「司法機関による告知に関しては否定しない」等、役割分担に言及する意見もあった。

(8) 社会復帰支援について

患者の複雑な病態を把握して適切な治療を提供することを前提に、患者の向社会性を改善しコミュニケーションスキルやストレスコーピングスキルを伸ばすこと、住居・雇用・経済状況など生活基盤を整えること、物質乱用への対策等、多岐に渡る指摘が得られた。

退院にあたり苦勞することについては、英国の回答者 3 名がいずれも物質乱用を強調していたのに対し、日本の 3 名はいずれも住居の確保を強調していた。

英国では教育や雇用など、より多面的な課題が示された。

(9) 退院後の支援体制

英国の回答者 3 名は留保付ながらパラレルモデル(保安病棟を退院後も司法精神医療の専門チームが患者の処遇を担当する)の方がインテグラルモデル(保安病棟を退院後は一般精神医療のチームが患者の処遇を担当する)より優れているとする意見が多かった。日本の 3 名は、一般精神医療への段階的な移行を是とする意見が多く、また従来の関係性の維持を重視する意見もあった。

退院後早期においては、司法精神医療の専門家が引き続き患者を支援するのが望ましいとする点では、多くの回答者

の意見が一致していた。

(10) 専用の施設について

日英ともに意見が分かれた。

「いわゆる触法精神障害者専用の施設は作るべきではない」「ニードがあるので一定数は必要」「一部の患者においては積極的に活用する余地がある」といった意見が日英双方から出された。国による差異は見受けられなかった。

(11) 社会に対する責任

英国の回答者3名はいずれも、司法精神科医は社会の治安に対しても一定の責任を持つ必要があると回答した。特に1名は一般精神科医にも同様の責任があると回答した。

対して、日本の回答者で社会に対する責任を肯定したのは1名のみであった。

(12) 司法精神科医の割合

全精神科医師に占める司法精神科医のあるべき割合について問うたところ、5～10%とする意見が比較的多かったが、25%、専門性を問わず全員が習熟を目指すべき、専任が3%、等、回答はばらついた。

英国の回答者の方がより専門家の必要性を強調する傾向があった。

(13) 一般医に必要な技術

司法精神医療を専門としない精神科医師でも習得することが望ましい知識・技術について問うたところ、「短期的なリスクアセスメントと危機介入」「地域司法精神保健サービスの概要」「暴力の性質についての科学的理解」「簡易鑑定によるトリアージの技術」「責任能力について」等の意見があった。

英国の回答者が、狭義の司法精神医学

よりも精神医学的理解に関する内容を重視していたのに対し、日本の回答者は、精神鑑定などいわゆる司法関連領域における基礎的な理解を求めていた。

(14) 関係機関との連携

裁判所との連携については日英いずれも法律に基づき行われていた。

警察との連携については、特に日本において及び腰である傾向が見られた。他方、英国においてもさほど積極的な連携を目指しているという意見は聴取されなかった。

(15) 入院期間について

英国の中等度保安病棟の入院期間は6ヶ月から2年、高度保安病棟では5～7年とされていた。日本の指定入院医療機関の標準的な在院日数は2～3年とイメージされていた。

入院長期化の要因として、日本の回答者は居住先の不足と治療抵抗性の精神症状を二大要因として挙げたのに対し、英国の回答者は住居や精神症状のほか、反社会的傾向、心理社会的サポートの不足、教育の問題、治療者側の意欲の問題など、多彩な課題を挙げた。

(16) 司法精神医療の医療経済について

触法精神障害者の治療費用を公費で賄うことについては、回答者の全員が肯定した。

司法精神科病棟の経営状況については、両国内で意見が分かれた。費用対効果の問題を指摘する意見と、処遇側の責任を重く捉える意見があった。日本では医療費の入院偏重を指摘する意見もあった。

民間病院の参入については、英国では

概ね肯定的に捉えられていたのに対し、日本ではより積極的に参与すべきという意見と一般精神科医療に集中すべきという意見に分かれた。

続いて、我々は平成 27 年 11 月 25 日に、千葉大学社会精神保健教育研究センターを拠点として司法精神保健 web カンファレンス 2015 を開催した。参加施設は下記の通り計 15 施設である。

- ・ 岡山県精神科医療センター
- ・ 木更津病院
- ・ 国立精神・神経医療研究センター病院
- ・ 国立病院機構榊原病院
- ・ 国立病院機構花巻病院
- ・ 国立病院機構琉球病院
- ・ 千葉県精神科医療センター
- ・ 千葉大学医学部附属病院
- ・ 千葉大学社会精神保健教育研究センター(本部)
- ・ 国立病院機構下総精神医療センター
- ・ 社会医療法人財団松原愛育会松原病院
- ・ 周愛利田クリニック
- ・ 同和会千葉病院
- ・ 東京大学
- ・ 東京都立松沢病院

Web カンファレンスは 2 時間に渡って行われた。下記のような意見が聴取された。

(1) 司法精神医療の考え方の日英比較

英国の司法精神科医は日本に比べて、司法精神医療の専門性と社会的責任について深くコミットする傾向がある。これは英国の司法精神医療の中核がサイコパスを含むパーソナリティ障害患者に移りつつあることと関係があるのではないか。

コミュニティにおける精神障害者に

対する偏見は英国の方が日本よりも軽い。司法精神医療を受けながら就労している患者も少なくない。ただ、対象者の前歴が判明して解雇されるといった事例は英国でもあるようだ。

(2) 英国で他害行為を行った精神障害者の社会復帰過程について

英国において、最初に整備された触法精神障害者の専門収容施設は、現在の高高度保安病棟(HSU)にあたる施設である。これらの施設は、当初は、刑務所システムのなかで運営されていたが、現在では一般の精神科病院と同様に NHS によって運営されている。その後、1970 年代後半から、HSU に収容されている患者の円滑な社会復帰のために中等度保安病棟(MSU)が整備されるようになった。MSU はまた、精神科病院の開放化の流れの中で開放病棟では対応困難な患者を安全に処遇する役目も担うことになった。現在ではさらに管理密度の低い病棟(LSU)が入院医療と地域生活との橋渡しをしている。また、昨今では矯正施設内の精神障害者を迅速に病院に移して良質な精神医療を提供することに力を入れている。

LSU は形式的には閉鎖病棟だが、運営の実態は日本でいう慢性期統合失調症患者向けの開放病棟に近い。ただしスタッフはより潤沢である。重複障害は LSU には稀であり、そのような患者の一部は HSU などにより長期入院を余儀なくされているものと思われる。

退院先に関しては、単身かグループホームが選択されることが多い。政府の支援により公営住宅への入居が可能だが、

調整にしばしば難航する。家族が世話をするという考え方は英国では希薄であるように思われる。

地域の司法クリニックでクロザピン療法が受けられるようになっている。LSU でも司法患者の半数程度がクロザピンを処方されている。定期的な血液検査が厳格に実施されている。

インフラの老朽化が課題となっており、最近では建て替えや廃院となる病院もある。

(3) 日本で他害行為を行った精神障害者の社会復帰における課題

地域移行においては、クロザピン療法を行える指定通院医療機関が極めて少ないのが大きな障害となっている。

住居については、必ずしも多くの患者が困難を抱えているわけではない。むしろ精神症状が問題になる事例が多い。

グループホームのケア密度が通常の精神科病棟に比べて大きく落ちるため、段階的移行を進めるのが難しい。

(4) 今後目指すべき方向性について

日本では今後の人口減少時代において、空き住宅の活用が期待されている。コミュニティの維持という観点からも、地域に障害者が安心して住める住居の確保が急務である。岡山県ではNPO法人がそのような事業を担っている例がある。

精神障害者の在宅支援を考えた場合、他害行為を行った精神障害者を別個に支援していくいわゆるパラレルモデルは、人材確保やスケールメリットの面で日本では実施が難しいのではないかと。医療観察法自体も、特に通院処遇において

は既存の精神科デイケアや精神科訪問看護・指導、緊急対応としての精神保健福祉法かでの入院などのスキームを活用することが想定されており、精神保健観察が5年間で終了することも含め、インテグラルモデルに相当する。

物質使用障害を合併する事例は援助を断られやすい。現場としては、成功事例を重ねることで関係者の忌避感を払拭していくことが重要である。精神医療関係者自身に偏見や先入観があるのではないかと。

日本でLSUを新たに作るよりは、指定入院医療機関の施設内に訓練用のグループホームを作ることで段階的なケア密度の軽減を図っていくのが現実的ではないかと。

多職種チームによる支援を医療観察法病棟退院後も継続していくという発想が必要である。医療観察法の多職種チームが地域の精神科病院に出向いて対象者のサポートをすることで、医療観察法病棟と在宅との橋渡しが可能となるのではないかと。

現行の医療観察法病棟からの外泊について、要件を緩和してより在宅に近い環境でのシミュレーションが必要ではないかと。

当事者によるデイケアプログラムや、メタ認知トレーニングといった新たな取り組みも見られている。

(5) 人材育成について

英国では司法精神科医がキャリアパスとして確立していることが人材確保に一躍買っている。ただし、司法精神科医と一般精神科医との相克は英国にも

存在する。他方、日本では若手医師が司法精神科医を目指すための財政的基盤に課題がある。

日本では司法精神科のサブスペシャリティ教育が系統的に行われておらず、その意味では司法精神医学の専門家といえる者は皆無に近い。医師以外の職種についても、司法精神保健と犯罪者処遇に関する知識と技術を習得している者は極めて少ないと思われる。

司法精神医学の専門性について、日本では精神鑑定を例に挙げているが、国際的には暴力のリスクアセスメント及びマネジメントを適切に行えるか否かが問題となる。

日本では司法精神医療に携わる人材が絶対的に少ないため、多くの精神科医が広く浅く司法精神医療に携われる仕組みが望まれる。

責任能力鑑定は診断能力や説明能力を高めるためにすべての精神科医が経験すべきではないか。精神保健指定医の要件として医療観察法や精神科救急の経験を含めてはどうか。

精神科専門医制度の中では責任能力判定の項目はなく、習得を義務づけることは困難だろう。

日本の指定入院医療機関では施設間のバラツキが目立ち始めている。ローテーション研修を導入するなどして均霑化を図りたい。

卒後早い段階で医療観察法医療の研修を受けさせることが重要である。

将来的には、高度な専門性をもって精神鑑定を行える拠点病院の整備も検討すべきではないか。

医療観察法病棟における対象者の見立ては、一般精神科医療にも通じるものがある。

(6) その他

治療可能性なしとして処遇終了する対象者の中には、他害行為のリスクの高い者も存在する。そのような者に対する処遇のあり方について、今一度議論が必要と思う。

(7) まとめ

医療観察法は施行後 10 年を迎えたが、今後は制度を成熟させるための 10 年になる。国際的なリスクアセスメントツールの普及を含めた、司法精神医療関係者の質の向上が課題である。クロザピン療法を積極的に地域に広げていく必要がある。入院施設の敷地内あるいは病棟内に社会復帰訓練のための施設を建てて数週間の訓練を行うことで、正確なリスクアセスメントを行うとともに円滑な地域移行を図ることができるようになる。生活能力は他害のリスクとも直接関係してくる。

その他、上記以外に我々は司法精神医学の関連領域においていくつかの研究を行い、研修会での意見交換や論文発表、学会発表等を行った。

D. 考察

本年度の研究では、司法精神医療の対象となる患者の社会復帰過程について日英の違いを包括的に検討し、我が国の実情に合ったモデルを構築することを目的として、半構造化面接による聞き取り調査と web カンファレンスによる議論を実施した。

その結果、日英両国で司法精神医療の考え方に大きな違いがある点がいくつか検出された。一方で日英共通の課題や、英国が今日遭遇しており今後の日本でも議論的になるであろう論点も見いだされた。

英国の司法精神医療従事者は、司法精神医療の対象を、暴力等の他害行為に対するリスクアセスメントの必要性に依拠して捉えている。これは必然的に、他害行為との関連性が明らかとなっているサイコパスや物質乱用をその範疇に含めることを意味する。彼らはリスクアセスメント及びマネジメントを司法精神科医の本分と捉えているため、その専門性に高い自負を持つ一方、彼ら自身が社会治安に対して一定の責任を負うべきと考えている。

これに対して、日本の司法精神医療従事者は、司法精神医療は文字通り司法の関与を得た精神障害者に対する医療と考えており、より狭義には責任能力の減免を認められて医療観察法や措置入院の対象となった者を想定していることがうかがえる。そのため、その主なターゲットは統合失調症や躁鬱病といった英国で言うところの severe mental illness に限定されている。司法精神医療の専門性についても、一般精神医療との差異を見だし難く、あくまでも重症患者に対する治療提供者という立場を基本としている。このため、自らが社会治安の担い手という意識は希薄である。

ただし、今回の研究では明らかにできなかったが、日本の司法精神医療がリスクアセスメントを軽視しているとは言い切れない。隔離・拘束率の高さを考えると、リスクアセスメントはむしろ一般精神医療現場で無意識的に行われている可能性がある。

問題なのは、その判断が必ずしも最良のエビデンスに基づいているとは言えないことである。英国はもとより今日では世界的に Structured Professional Judgment が普及しており、HCR-20 等の標準化されたツールを用いて多職種による構造的な評価を行うことが、患者の他害行為の予測と防止に最も有用であるとされている。しかるに日本では HCR-20 はおろか多職種チームの普及率も十分とはいえないのが現状であり、この点は大きな課題であると言える。

他方、サイコパスに対する扱いは、英国でも未だコンセンサスを得たとは言いがたい状況がうかがわれる。英国では、サイコパスは病気であるという認識が浸透しているが、彼らに対する治療効果について回答者は懐疑的であった。これは英国をはじめ先進諸外国において、サイコパスを有する者の認知機能や脳機能画像が健常者と異なるという報告が相次いでいること、サイコパスを病院で処遇したところ再犯率が下らない、あるいはかえって上昇したという報告がなされていることに依拠していると思われる。英国では 2001 年から「危険な重度パーソナリティ障害者」に対する強制治療制度が開始されたが、その成果についてもかなりの議論があり、望ましい成果を上げたという報告は未だ乏しい。以上を勘案すると、同様の制度を我が国に導入することについては極めて慎重な検討が必要であるように思われる。

隔離や拘束、非告知投与のいずれについても、英国の回答者の方が否定的見解を示した。これは、それらにはらむ倫理的問題に対して英国の精神科医の方がより厳格な態度を取っているためともいえる。ただ、

隔離や拘束に関しては、英国では日本よりも圧倒的に頻度が低く、両国の医療従事者のマインドセットがもともと異なっている可能性がある。他方で、日本の回答者が非告知投与に対して比較的寛容な態度を示したのは特徴的である。医療観察法病棟では外部委員を交えた倫理会議が開催されているが、その効力についても問い直す必要がある。

他害行為を行った精神障害者の住居確保に難渋しているのは、日英共通のようである。しかし、日本の回答者がこのことを地域生活支援の中核的な課題と考えているのに対して、英国の回答者の関心は必ずしも住居確保に限局していない。これにはいくつかの理由が考えられる。まず、英国の司法患者は物質関連障害やパーソナリティ障害など多彩な精神病理を有しており、また教育水準や経済状況の格差も日本の対象者よりは大きいものと思われる。このため、英国の司法精神医療従事者は、個々の患者特性に合わせた様々な課題設定を行う必要があるのではないかと。次に、住居確保の具体的なプロセスにおける違いも考えられる。英国では公営住宅やグループホームへの入居の道筋を付ける役割はソーシャルワーカーが担っている。日本では、ソーシャルワーカーの役目も大きいとはいえ、実際には自宅退院に向けて家族との関係調整を医師が担うことが多い。そのため、日本の司法精神科医は住居確保をより身近な課題として捉えやすいのではないかと。また、実際に日本の司法精神科医の方が住居確保により困難を抱えているという可能性もある。

このような状況から、いわゆる触法精神障害者専用の居住施設を作るべきであると

いう意見も散見されるのであるが、それに対しては日英ともに激しく意見が分かれた。賛成派は、触法精神障害者の地域生活が難しい現状を打開するためにはそのような選択肢があっても良いという現実論を述べているのに対し、反対派は、過去に他害行為を行ったか否かで精神障害者の処遇を差別するべきではない、専用の施設は地域の偏見を生むため望ましくない、といった、精神障害者福祉の理念に立ち返った意見を述べていた。ただし、賛成派・反対派のいずれも、そのようなスキームが実現できる可能性は低いと考えていた。これらの意見の相克は、日本と英国との間で差はなく、回答者相互の見解の相違によるものであった。触法精神障害者専用の施設建設が理想と考えられているわけではなく、またその実現可能性についてもほぼ全員が否定的見解を持っていることから、我が国において専用施設の導入が触法精神障害者の長期在院問題を解決に導く可能性は極めて低いと考えられる。

関係機関との連携については、日本よりも英国の方がよりシステムティックに行われている様子がうかがわれた。英国の回答者が警察その他の機関との連携を特に好んでいるというわけではなく、必要性を認識したうえでそのようなルールを構築し、例えば性犯罪者に対する MAPPA などの仕組みを効果的に運用している。この点は司法精神医療の長い歴史を持つ英国に一日の長がある。

受刑者に対する精神医療を推進しているのも英国の特徴である。インタビューにおいては、英国の回答者はこの点に強い誇りを抱いていた。このことは、英国の精神医

療が刑務所に始まり地域へと向かっていることとおそらく無関係ではなく、かつて国家権力が強制収容する対象でしかなかった危険な精神障害者に対する手当を発展させてきた結果であるものと思われる。

対して日本では、精神障害者は長らく家族が抱え込んできた。先般の精神保健福祉法改正に伴い保護者規定が撤廃されたのは象徴的であり、我が国の精神医療は脱施設化ならぬ脱家族の流れといえなくもない。しかしながら、それに代わる地域生活支援体制が確立されたとは言えず、医療現場では依然として対象者の社会復帰支援の枠組みに家族をどう巻き込んでいくかに腐心しているのが現状である。家族による扶助は遅くとも明治時代以来の伝統であるが、孤独死や生活保護費の問題など昨今では議論が多く、さらには同性婚や夫婦別姓などの論点から家族観そのものも再考を促されている。今後の精神障害者の自立支援を語るに当たって、家族というテーマをどのように整理するかは避けて通れぬ問題といえる。家族に過度の負担を強いることなく対象者を支援できる仕組みを構築することが急務である一方で、そのような体制作りにかかほどのコストがかかるかの試算も必要となろう。

また、日本では矯正施設内の精神医療がこれまであまり吟味されてこなかった。このことは一部の識者から強く批判されている。受刑者に占める精神障害者の割合は一般人口よりも高いことが英国のみならず先進諸外国で指摘されているが、我が国のデータはそれらとは大きく異なっている。このため、日本では受刑者の精神障害が見過ごされている可能性が高い。一方では、日

本の犯罪率は世界的に類を見ないほど低いため、そもそも受刑者の属性が諸外国とは異なっている可能性もある。これらの事情を勘案すると、まずは国際的標準化されたツールを用いて受刑者の精神障害の有病率を測定することが先決であり、信頼できるデータ無しに議論を進めることは望ましくない。そのうえで、濃厚な精神医療を要する受刑者に対する処遇のあり方について検討すべきであろう。薬物事犯など一部の類型に関しては、受刑者に対する医療および福祉の質を上げることにより再犯率が下がるというエビデンスがある。

司法精神医療を公費で賄うことについては、回答者から一切異議がなかった。公権力により対象者の同意によらない医療を強制するという性質上、その経済的負担を本人や家族に求めないのは当然であるように思われる。一方で、民間セクターの参入に関しては、英国では概ね肯定的に評価されていたのに対し、日本では意見が分かれていた。英国では司法病棟の病床の半数近くを民間セクターが占めており、その医療内容も多岐に渡る。特に発達障害や知的障害など、特殊な病態に対する手当に特化した施設が多いという。対して日本では、精神衛生法時代から民間病院が措置入院患者を受け入れており、現在でも精神科病床の9割が民間病院である。医療観察法の指定入院医療機関の病床は公立病院に限定されているが、これは対象者が無断退去した際連戻し権など公権力の行使がその処遇内容に含まれるため民間にはなじまないとされたためとされている。また、そもそも重度の精神障害を有する患者に濃厚な医療を提供するのは公立病院の責務であるという考え