

精神保健研究

第20号(通巻53号) 平成19年(2007年)

巻頭言

精神保健研究所所長 1

特集 「心神喪失者等医療観察法施行1年目をむかえて—その現状と課題—」

特集にあたって

和田 清 5

心神喪失者等医療観察法制度の現状と課題

吉川和男 7

医療観察法における処遇判定プロセスをめぐる諸問題

平田豊明 17

指定入院医療機関の現状と課題

松本俊彦 23

指定通院医療機関の現状と課題

岩成秀夫 33

弁護士の視点からみた医療観察法の現状と課題

池原毅和 41

総 説

アトピー性皮膚炎の心身医学的問題について

安藤哲也 49

原著論文

中間回復施設における薬物依存症者の回復過程に関する研究

近藤あゆみ,和田清 65

虚偽回答時の背外側前頭前野活動と文脈依存性について

—近赤外線分光法による予備的検討— (英文)

永岑光恵,曾雌崇弘,二岡祥子,Chance Britton,金 吉晴 77

投稿規定 85

編集後記 86

「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」（以下、「医療観察法」と略）は平成15年7月16日に公布され、平成17年7月15日より施行されました。この法律の誕生には紆余曲折の経緯がございましたが、重大な他害行為を行った精神障害者の方々に専門的なケアを提供することによって、その社会復帰を適切にはかっていくべきであるという国民のニーズに応えるべくして成立したものであると思われま

す。私どもの精神保健研究所におきましても、平成15年10月より心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者に対する医療、観察及び指導に関し、精神衛生的、心理学的及び社会的調査及び研究をつかさどることを目的に、第11番目の研究部として司法精神医学研究部が新たに設置されました。この研究部は制度運用研究室、専門医療・社会復帰研究室、精神鑑定研究室の3室体制で、3名の研究員が配置されるなどわが国の将来の司法精神医学の要となることが期待されます。

また、平成17年には国立精神・神経センター武蔵病院内に、わが国で初めての医療観察法対象者の専門治療病棟である指定入院医療機関が誕生し、平成17年3月の精神保健研究所の武蔵キャンパスへの移転に伴い、同研究部は病棟の向かい

に新たに建設されました。このように臨床現場と研究部が物理的に近い距離で設置されたことにより、今後、司法精神医学の臨床に直結した研究が活発に実施されることが期待されます。

このような研究と臨床との融合は司法精神医学領域においてだけではなく、精神医学、さらには医学のあらゆる領域において必要とされることではないかと思われま

す。実際、国立精神・神経センターにおいては、現在、研究所と病院の融合を目指したトランスレーショナル・メディカルセンター構想が策定されており、その、先駆けとなるのがこの医療観察法にかかる専門病棟と司法精神医学研究部なのではないかと考えております。医療観察法の附則第3条には、「政府はこの法律の目的を達成するため、指定医療機関における医療が、最新の司法精神医学の知見を踏まえた専門的なものとなるよう、その水準の向上に努めるものとする」と明記されております。このような附則が敢えてつけられたということは、精神医療がこれまで十分な最新の専門的知見を踏まえた形で実践されてきたのかどうかを問われているのかもしれない。わたしたちの精神保健研究所は、このような国民の期待に応えられるよう日々努力を重ねなければならないと思

精神保健研究所 所長

特 集

心神喪失者等医療観察法施行1年目をむかえて
— その現状と課題 —

【特集 心神喪失者等医療観察法施行1年目をむかえて—その現状と課題—】

特集にあたって

和田 清^{a)}

精神医療における脱収容化・開放処遇化の流れの中で、延々と置き去りにされてきた感のあった触法精神障害者に対する専門処遇制度が「心神喪失者等医療観察法」と言う形でようやくスタートした。この法を巡っても、総論・各論に渡り、様々な意見があったことは言うまでもない。

精神医療における脱収容化・開放処遇化を光に例えるなら、この触法精神障害者に対する専門処遇は、往々にして、対極にある陰の部分として捉えられがちである。確かに、精神医療はその宿命として社会防衛的側面を内包しているものであり、その社会防衛的色彩が最も如実に現れるのが触法精神障害者問題であろう。

ただし、今わが国でスタートした「心神喪失者等医療観察法」に基づく専門処遇は、収容処遇だけを目指しているのではなく、最終的には社会復帰を促すことにある。したがって、「心神喪失者等医療観察法」に基づく入院処遇・通院処遇の遂行は、現状

の精神医療の治療の質を世間に明らかにする作業ではあるが、その質の向上のためにはどのような治療法・治療システムがさらに必要であり、社会復帰促進のためには、どのような社会資源、システムが不足・欠落しているのかもあぶり出す作業にならなくてはならない。

「心神喪失者等医療観察法」施行後1年を経た今日、この制度の誕生に様々な角度から関わられ、施行後も尽力されている各界の第一人者の方々に、この1年間の経験をふまえて、「心神喪失者等医療観察法」に基づく専門処遇の現状と課題について論じていただいた。本稿での内容は、わが国における「心神喪失者等医療観察法」に基づく専門処遇の今後の発展に向けてのベースラインとなるものであろう。ご協力いただいた著者の先生方に深謝すると共に、精神医療に関わる多くの方々の一読に浴すれば幸いである。

a) 国立精神・神経センター精神保健研究所
薬物依存研究部
Department of Drug Dependence Research, National
Institute of Mental Health, National Center of Neurology
and Psychiatry
〒187-8553 東京都小平市小川東町 4-1-1
4-1-1 Ogawa-Higashi, Kodaira, Tokyo 187-8553, Japan

【特集 心神喪失者等医療観察法施行1年目をむかえて—その現状と課題—】

心神喪失者等医療観察法制度の現状と課題

Current Issues of New Forensic Mental Health Law in Japan

吉川 和男^{a)}

Kazuo Yoshikawa

I. はじめに

「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」(以下、医療観察法と略)は、平成13年6月8日、大阪池田小学校で起きた児童殺傷事件を契機に国会で審議が開始され、平成15年7月16日に公布され、平成17年7月15日より施行されている。本法はその成立過程においても紆余曲折した経緯があるが、施行後においても法の運用、施設の整備などに様々な問題を抱えている。本稿では、この法律の実際の処遇過程に沿って、特に鑑定入院や入院処遇、通院処遇で生じている問題点を整理しながら、今後、同制度がどのような方向に向かうべきかについて考察したい。

II. 事件発生から鑑定まで

図1に示すように、精神障害者が重大犯罪に当たる行為(殺人、放火、強盗、強姦、傷害致死、傷害に相当する行為)を行った場合、一般の犯罪者と同様に警察によって捜査が進められ、その後、検察庁に身柄が送られる。しかし、わが国の刑法第39条(1907年制定)には、「心神喪失者の行為は罰しない。心神耗弱者の行為はその刑を減輕する」という刑事責任能力に関する規定があるため、検察官や裁判官は、精神障害が行った犯罪については刑を免除するか減輕するかの判断をしなければならない。

このため、検察庁や裁判所では、被疑者や被告人が心神喪失か心神耗弱に該当しないかどうかの判定、すなわち刑事責任能力の鑑定を専門家に依頼することになる。これが、いわゆる精神鑑定と呼ばれるものである。精神鑑定は、依頼を受けた精神科医が、警察署や検察庁あるいは拘置所に留置された被疑者や被告人を訪問して診察する形で行われる。この場合、必要な医学的検査を精神科病院の外で行うことが多いが、時には、病院に入院をさせて鑑定を実施する場合もある。しかし、病院に鑑定留置をした場合の治療や行動制限に関する法的根拠は何もないため、病院側は管理上入院させることを望まない場合が少なくない。この問題は、後述する医療観察法の鑑定入院においてクローズアップされることになった。鑑定の期間は鑑定の種類によって異なり、起訴前に行われる簡易鑑定では数時間、公判で実施される正式鑑定では数ヶ月と幅がある。この精神鑑定の結果を基に、検察官や裁判官は、被疑者や被告人の刑事責任能力を判定していくことになる。

医療観察法が誕生する前は、検察官が事件を不起訴処分とした上で、精神保健福祉法第25条に従って都道府県知事へ通報し、その後の処遇は精神医療に完全に預けてしまう形になっていた。通報された患者のほとんどは措置入院となり、退院の判断は医師に委ねられていたため、数日のうちに退院してしまう者や、必要以上に長期間の入院を余儀なくされる者もあり、制度上の不備が長らく指摘されてきた。もっとも、心神喪失等の状態で重大犯罪に当たらない行為(例えば、暴行、器物損壊、詐欺、窃盗、覚醒剤取締法など)を行った者については、医療観察法の対象者とは見なされず従来通り25条通報によって精神保健福祉法の中で処遇される。医療観察法の対象者が罪種の軽重によって分けられた理由は、定かではないが、明らかに危険性のない者までもこの法律の対象としないという点に配慮したことが考えられる。

a) 国立精神・神経センター精神保健研究所

司法精神医学研究部

Department of Forensic Psychiatry, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry

〒187-8553 東京都小平市小川東町4-1-1

4-1-1 Ogawa-Higashi, Kodaira, Tokyo 187-8553, Japan

受理:2006年12月28日

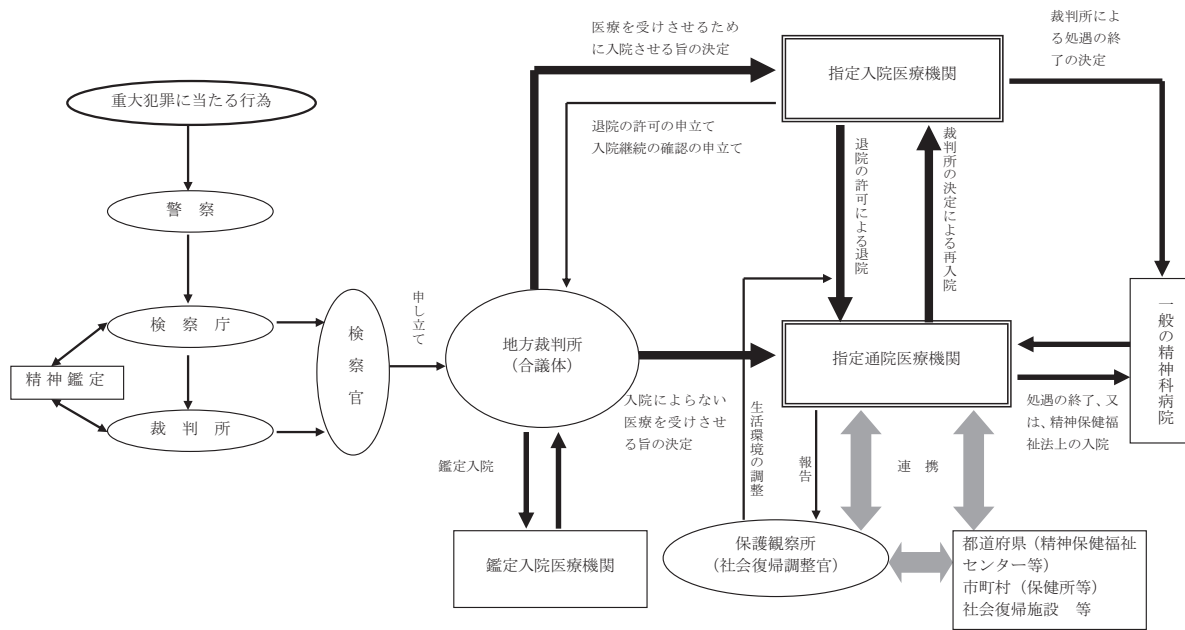


図1 心神喪失者等医療観察法の流れ

医療観察法の成立によって、検察官は原則として裁判所に医療観察法の申し立てを行い、その後の対象者の処遇は、全て、裁判所内で形成される合議体（裁判官と精神保健審判員と呼ばれる医師から構成）で決定されることになった。裁判所では、刑事責任能力に関する精神鑑定とは別に、医療観察法による医療を受けさせる必要があるか否かについての鑑定を命令しなければならない。この場合、裁判所が必要と認めるときは、鑑定入院命令が出され、入院による鑑定が行われる。

Ⅲ. 鑑定入院

鑑定入院については、刑事責任能力の精神鑑定と同様に、鑑定入院中の患者の人権保護に関わる行動制限や処遇改善等に関する法規定がないことが現在深刻な問題となっている。鑑定入院中の治療については、「その他医療的観察」の範囲内で治療を行うことができると解釈されているが、行動制限については何ら法的な規定がない。今のところ、多くの鑑定入院を受け入れている病院では、精神保健福祉法の第36条の行動制限に関する規定に準じて対処しているが、本来ならば医療観察法の中に明確な規定があるべきであろう。このような事態が生じたのは、鑑定入院の処遇を預かる担当所管が未だ確定されていないためである。医療観察法下では、鑑定入院さ

せ、在院させる旨を命ずることができるのは裁判所であるが、鑑定入院の病院の確保は、厚生労働省が行うことになっている。もちろん、入院させている精神科病院の所管は厚生労働省であるが、鑑定入院中の処遇自体についてはどちらの所管なのかまだ決着が付いていないのである。

このような経緯もあり、厚生労働省は司法精神医療等人材養成研修企画委員会という専門委員会に、「鑑定入院における治療・処遇等ガイドライン（案）」を作成させている。このガイドラインにはもちろん法的拘束力はないが、現場の混乱を可能な限り避けるために広く利用されることが期待されている。ガイドラインの中では、行動制限に関しては概ね精神保健福祉法上の規定を順守することが基本となっている。もっとも注目すべきことは、「治療行為について十分な説明を行ったにも関わらず、対象者の同意が得られない場合については、鑑定医ならびに主治医は、鑑定その他医療的観察に必要と考えられる範囲の治療については、これを行うことができる。この場合、行われた治療ならびにその理由について、診療録に記載する」と、精神保健福祉法においてもまだ規定されていない同意によらない医療に関する事項が記されたことである。医療観察法の入院処遇ガイドラインの「治療行為に対する同意が得られない場合の対応」では、「入院処遇中は、できる限り対象者の同意を得て治療を提供する努力を続け、最

最終的に同意が得られない場合にのみ、倫理会議で事前協議をした上で同意によらない治療を行う」とことと規定しているため、これとの整合性を図ったのであろう。もし、入院処遇の前段階である鑑定入院中に対象者の同意に配慮せずに治療を行えば、後に続く入院処遇でいくら対象者の同意を尊重したところで意味はなさなくなってしまうし、また、このような対象者の同意によらない治療が行われる必要性が特に高いのは、急性期の精神病症状などで対象者の病状が最も重い鑑定入院中だからである。

鑑定入院中、被鑑定人は、鑑定入院命令に対する不服を裁判所に申し立てることができるが（医療観察法第72条1項）、医療観察法では、上述した所管の問題から鑑定入院中の処遇改善を請求する権利が保障されていない。処遇改善の請求権については、一般の精神医療であれば精神保健福祉法第38条4項に従って都道府県の知事に対し請求することができ、また、医療観察法の入院処遇では同法第95条で、入院対象者又はその保護者が、厚生労働大臣に対して、地方厚生局を経由して、請求を行うことができるようになっている。この件について、ガイドライン（案）では、「対象者や付添い人から処遇改善等に関する申し入れがあった場合には、鑑定その他医療的観察に支障のない範囲の申し入れに関しては適切な対応をすることが望ましい」と規定し、患者から出された処遇改善請求を、個々の医療機関の自助努力に任せてしまっている。

また、刑事責任能力の精神鑑定と医療観察法の鑑定という2種類の鑑定が短期間のうちに実施されなければならないことも様々な点で問題がある。もともと刑事の精神鑑定を行う医師の不足が指摘されてきたが、さらに医療観察法の鑑定が加わることで、鑑定を行う医師の確保がますます難しくなっている。また、これに伴う鑑定費用の増加という経済的側面も看過できない。最も被害を被っているのは、手厚い医療を必要とする時期に、必要とされる専門的治療が受けられずに病院を転々とさせられる患者自身であるのは言うまでもない。この問題を解決するためには、刑事責任能力の鑑定と医療観察法の鑑定を同時に実施できるように刑事訴訟法も含めた法手続を改正し、これらの鑑定を実施しながら治療を適切に行える法を整備することが必須である。さらに医療観察法の入院処遇と遜色ない専門的治療を一時的に提供可能な鑑定センターを新設するなどし、

その担当諸官を明確にすることも必要であろう。

IV. 審判

医療観察法の鑑定と同時に、裁判所は、必要な学識経験を有する医師として新設された精神保健判定医の中から処遇事件毎に精神保健審判員を任命し、裁判官との合議体の審判により、対象者の処遇を決定していくことになる。この審判に際しては、対象者には付添人（弁護士）がつけられ、保護観察所の社会復帰調整官による対象者の生活環境の調査や精神保健福祉の専門家として厚生労働大臣に認定された精神保健参与員の意見も勘案されることになる。

審判の結果、対象者は「医療を受けさせるために入院をさせる旨の決定（入院処遇）」、「入院によらない医療を受けさせる旨の決定（通院処遇）」、「この法律による医療を行わない旨の決定（不処遇）」のいずれかの決定を受ける。最高裁の解説³⁾（入院等の決定p.165-177）によると、医療観察法の構成要素は

- ア 対象行為を行った際の精神障害を改善するため、本法による医療を受けさせる必要があると認められること
- イ 精神障害の改善に伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するため、本法による医療を受けさせる必要があると認められること

の2つに分けることが可能であるとされ、さらに、アの要素は、

- ① 当該対象者が対象行為を行った際の心神喪失又は心神耗弱の状態の原因となった精神障害と同様の精神障害を有しており、

かつ、

- ② そのような精神障害を改善（病状の増悪の抑制を含む。）するために、本法による医療を行うことが必要であること、すなわち、その精神障害が治療可能性のあるものであること

を内容とするものである。「精神障害が治療可能性のあるものであること」とは、裁判所が処遇の要否及び内容を決定する時点での精神医療の水準に照らし、本法による医療を行うことにより、そのような精神障害の改善（病状の増悪の抑制を含む。）という効果が見込まれることをいう。

イの要素は、具体的には、裁判所が当該対象者に対する処遇の要否及び内容を決定する時点におい

て、当該対象行為について、

③ 本法による医療を受けさせなければ、その精神障害のために社会復帰の妨げとなる同様の行為を行う具体的・現実的な可能性があること

と解釈されている。これらを医療観察法の構成要素と呼び、①疾病性、②治療可能性、③社会復帰要因と略すこともある。これら3要素のうち、最も玉虫色に解釈可能なのが②の治療可能性である。

これまで法の解釈の上で、処遇の決定は、裁判官と精神保健審判員の意見の一致したところで行われると解釈されてきた³⁾(最高裁の解説、評決 p.60-61)。例えば、裁判官が入院処遇、精神保健審判員が通院処遇という意見を提出した場合、少なくとも通院処遇という点において両者は一致しているため通院処遇が決定され、また、裁判官が入院処遇、精神保健審判員が不処遇という意見が出された場合、両者は一致していないために、処遇はされないという具合である。しかし、医療観察法制度が始まってからの実際の審判では、このような画一的な形で審判が行われることはほとんどない。特に、東京地方裁判所においては、全例について審判前に、合議体の裁判官、精神保健審判員、精神保健参与員に加えて、鑑定医、社会復帰調整官、付添人、検察官が一同に集い、審判前に事前にカンファレンスを1,2度開催し、鑑定医の意見を参考に、対象者にとってどのような処遇決定が望ましいのかを十分に議論した上で審判に臨んでいる。この事前カンファレンスは、従来の制度ではなし得なかった、司法と精神医療が処遇について対話する貴重な機会を与えてくれる。これに比し、事前カンファレンスなしに臨んだ審判では、裁判官や精神保健審判員の意見が一致しないために通院処遇となることが必然的に多くなり、通院処遇を受け入れる現場が混乱する事態となっている。この意見の不一致が情報共有や意見交換の不足によって引き起こされているとすれば、適正な審判のあり方とは言い難いであろう。このことから、東京地方裁判所で行われているような事前カンファレンスが各地方裁判所にも浸透していくことは、法の下での平等という観点からも必須であろう。

なお、医療観察法では当初審判に限り、裁判所は当該対象行為の被害者が審判期日において審判を傍聴することを許可できるとした。これは、従来の制度においては、精神障害者が事件を起こした場合には、その被害者は審判を傍聴する機会が与えられず、

その後の処遇の結果についても全く知らされることなくなかったことに対する反省を踏まえて設置された制度である。しかし、被害者の多くは当初審判だけではなく、入院処遇を終了し通院処遇するための審判や処遇自体を終了させるための審判を傍聴したいと思う気持ちの方が強いと思われるし、特に、対象者が被害者の住む地域に戻るような場合には、被害者に必要な情報を提供しなければ、かえって対象者の社会復帰に混乱を来す場合もある。

また、審判の多くは、裁判所内で開催されているが、自らが行った対象行為の重さや疾病に対する治療を受ける責任を実感させる最初のきっかけとして、実際に、裁判所の門をくぐらせ、法衣をまとった裁判官から処遇決定を受けることの意義は大きいと思われる。このことは、心神喪失等の状態の精神障害者に裁判を受ける機会を失わせているのではないかという批判にも応えることになりうる。

医療観察法制度の申し立て状況については、平成18年8月31日現在で、検察官による申し立て件数は385件であり、各地方裁判所の決定状況をみると、入院決定は175件(45%)、通院決定が76件(20%)、医療を行わない決定が58件(15%)、申し立ての却下が10件、申し立ての取り下げが1件となっている。これをみると通院決定や不処遇が予想以上に多い。この理由としては、前述したように合議体の意見の不一致から安易に通院処遇に流れていることに加え、軽症の例で、事件発生から審判に至るまでの期間が数ヶ月と比較的長く、この間治療を受けているうちに(特に、鑑定入院)症状が改善してしまうこと、あるいは、指定入院医療機関が遠方にあるため、そのような場所に入院させるよりは、通院処遇として地元の精神科病院に精神保健福祉法上の入院(例えば、医療保護入院)をさせた方がよいと判断される場合などが考えられる。特に、後者の問題は、指定入院医療機関が少なくとも各都道府県に1カ所整備されるまでは当面続く問題である。

IV. 入院処遇

入院決定を受けた対象者は、厚生労働大臣が指定した指定入院医療機関の専門病棟に移送され、そこで専門的な治療を受けることになる。治療の目的は、法の第1条にあるように、「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」にあるため、病状の改善だけではなく「同様の行為の再発の防止」という司法精神医療において重要な要素であるリスク・アセスメントやリスク・マネージメントの考え方が求められることになる。このため、指定入院医療機関の専門病棟には、従来の精神医療よりも手厚い人員配置の元で、多職種チームが連携して治療に当たることが想定されている。例えば、標準的な病棟では、病床数33（運営病床30床、予備病床3床）に対して、医師は3.75名、看護師43名（夜勤最低3人以上）、臨床心理技術者3名と精神保健福祉士2名が配置される。また、部屋は全室個室で、急性期、回復期、社会復帰期と病期ごとのユニットが機能的に区分されており、さらに女性患者にも配慮したユニットも存在する。このような構造は、治療スタッフの管理上の問題が解決されるだけでなく、患者自身が現在どのような治療時期にあるのか認識させるのにも有効である。病棟には保護室が1室しか設けられていないが、このような機能的な病棟構造のおかげでほとんど使用することがない。また、病棟内には、対象者に社会復帰までのプログラムが全て同一病棟内で提供できるよう、集団療法室、作業療法室、体育館なども設置されている。これまで、重大な他害行為を行った措置入院患者は、その潜在的な危険性から病棟外の建物で提供される社会復帰プログラムに参加させることができず、彼らの社会復帰は遅れがちであった。しかし、単独の病棟でこれらの多様な社会復帰プログラムを全て提供するというコンセプトに基づいた基本設計によって、対象者の社会復帰を促進する環境を整備することができたのである。また、同様のコンセプトに基づき病棟専属の臨床心理技術者や作業療法士が雇用された。

指定入院医療機関は、33床規模のものが全国に24カ所程度整備される予定であったが、この整備状況は地域住民からの反対運動や自治体立病院からの協力が得られないなどの理由で頓挫している。このため、政府は病床の確保を優先し、既存病棟の改築による15床規模の病棟の設置も認めるようになった。この小規模病棟は、改築により全室個室とはなっているが、社会復帰のための集団療法室、作業療法室などは安全管理体制が確保できれば同一病棟内での設置でなくとも良いこととなり、専門病棟としての当初のコンセプトは失われてしまった。

現在までのところ、33床規模のものは、国立精神・

神経センター武蔵病院（東京都）、国立病院機構の花巻病院（岩手県）、東尾張病院（愛知県）、北陸病院（富山県）、下総精神医療センターの5カ所が設置され、15床規模のものとして国立病院機構の肥前精神医療センター（佐賀県）、久里浜アルコール症センター（神奈川県）、さいがた病院（新潟県）、小諸高原病院（長野県）4カ所が整備されている。

病床不足の問題は、医療観察法の処遇の要件の解釈にも跳ね返ってきている。厚生労働省は指定医療機関の監査指導の中で、物質使用障害や人格障害が併発している治療が困難な事例について、数ヶ月の治療期間内で効果が望めない者は治療可能性がないものと判断して速やかに退院の申し立てをするように指導している。しかし、重大な他害行為を行う精神障害者は長期にわたって精神症状を抱えている者が多く、その慢性の症状によって対象者の行動様式は固定化している傾向が強く、これを変化させるにはそれなりの治療期間が必要なことは自明なことと思われる。しかし、同省は重大な他害行為を行って措置入院した患者の平均の在院期間であった18ヶ月を用いて指定入院医療機関の必要病床数を算定していることから、最終的に18ヶ月を超えそうな対象者は治療不可能と判断しているのである。治療可能性という言葉は罠のようなものであると英国の司法精神医学者 John Gunn は警告したが、まさにその通りの事態が本邦でも生じている⁹⁾。また、後述するように専門治療としてアンダー・マネージメントや認知行動療法などの欧米諸国で発展している司法精神療法が当初注目されていたが、このままの状況が続けば、このようなプログラムを実施するまでもなく、短期間の治療（主に薬物療法）に反応しない治療困難な患者たちは、危険性は残したまま地域に退院させられてしまうことになりかねないであろう。

指定入院医療機関には、実際どのような対象者が入院しているのだろうか。筆者の所属する司法精神医学研究部が2施設の指定入院医療機関で定点調査を行ったところ、対象者50名中のWHOの国際診断分類ICD-10では、大分類ではF2の統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害が82%を占め（F20統合失調症は74%）、F1の精神作用物質使用による精神および行動の障害は8%、F0症状性を含む器質性精神障害2%、F3気分障害2%、F4神経性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害2%、F6成人の人格および行動の障害2%であ

り、幻覚妄想を主体とした精神病症状を有する疾患群が主な入院対象となっていることが分かった。しかし、対象者の中には主診断だけでなく、副診断を有する者が9名おり、F1の精神作用物質使用による精神および行動の障害の副診断を有する者が3名おり、主診断、副診断を問わずこの障害を有する者は全体の14%に達する。また、F7精神遅滞は主診断のみの者はいないが副診断では4名おり全体で8%を占める。F6成人の人格および行動の障害も副診断で有する者は1名おり、全体の4%を占めることになる。

このように、主診断のみでは精神病性の精神疾患が圧倒的に多いものの、副診断を考慮すると物質使用障害の問題を抱える者が全体の1割以上おり、精神遅滞も同様の傾向がある。また、医療観察法では対象となる可能性がないと想定されていた神経症や人格障害も主診断で少数ながら入院しており、副診断も考慮するとその数が増える可能性が示唆される。

罪種については、殺人（未遂を含）が最も多く36%を占め、傷害が28%、放火が16%、強姦・強制わいせつが8%、強盗が4%であり、暴力犯罪が圧倒的に多いが、放火も少なくない。このような暴力や放火に至る行動パターンを変容させていくためには薬物療法のみでは効果がなく、後述するような司法精神療法プログラムが必要である。特にこのような対象者は慢性の経過をたどっている者が少なく、指定入院医療機関で大多数を占める統合失調症の患者の場合ですら、薬物療法に対する反応性が低い者は少なくない。すなわち、長期にわたる幻覚・妄想の症状の中でいわゆる周囲に対し「過剰な脅威感」を抱く認知スタイルが確立されると、例え、薬物療法によって幻覚等の急性期症状が改善したとしても、妄想的な認知スタイルは残存し、第三者に対して悪意や被害妄想を抱く傾向は変わらないのである⁸⁾。このような難治例に対しては、近年、認知行動療法 Cognitive Behavior Therapy (CBT) による介入が英国を中心に実施され、無作為割付試験でその有効性が証明されつつある⁷⁾。

指定入院医療機関のひとつである武蔵病院においては、当研究部の菊池らが開発した認知行動療法を用いた治療プログラムが提供されている²⁾。CBT入門と呼ばれる治療プログラムは、基本的に集団療法の形を取り合計5回で終了する。その内容をごく手短かに紹介すると、第1回は、CBT入門の概要を

参加者に示し、グループの内容や予定を説明し、ノーマライゼーションへの導入を行う。第2回は、一定の条件が揃えば誰にでも幻覚・妄想が起こりうることを具体例で学習する。第3回では、統合失調症のストレス脆弱性モデルを使って、発症のメカニズムや症状の悪化につながる悪条件、あるいは、幻覚・妄想の特徴などについて学ぶ。第4回から、統合失調症の心理治療戦略として、認知行動療法の核となる「状況」、「認知」、「気持ち」のいわゆるABCモデルについて学び、それを日々の生活で実践してもらおう。第5回は統合失調症の心理治療戦略の第2段階として、治療の3ステップ：「薬物療法」、「環境調整・対処スキル増強法」、「認知再構成法」について学習する。例えば、対処スキル増強法で幻聴への対処方法（ウォークマンを使用する等）を学ばせたり、認知再構成法で、状況に対する受け止め方を変えることで楽になる方法を身につけさせたりする。

また、前述したように対象者の中では物質使用障害の問題が無視できず、しかも、この問題を抱えた患者が再び同様の行為を行うリスクは、それを持たない患者の数倍から数十倍高いことが国内外の調査で明らかになっているため、入院処遇中にも物質使用の問題に対する適切な治療を行うことが必須である^{5,10)}。現在、武蔵病院においては当研究部の松本らが中心となって物質使用障害の治療プログラムを提供している。しかし、物質を再使用する機会が現実的にありえない入院という保護的な環境下でプログラムを提供することには、一定の限界があることも事実である。すなわち、物質使用の治療プログラムは通院処遇において持続的に提供されなければ、十分な効果は得られない。しかし、入院処遇中から治療を開始しておかなければ、自らの問題を否認することにつながりかねず、通院処遇が始まると同時に物質を再使用し、それによって再び同様の行為を行う可能性は極めて高くなってしまおう。

VI. 通院処遇

通院処遇に至るには、図に示すように2通りのルートがある。一つは裁判所から直接、入院によらない医療（通院処遇）が決定される場合と、もう一つは、指定入院医療機関から退院の許可によって退院が決定し、通院処遇に移行する場合である。開始前までは前者のようなケースはまれなのではないか

と思われたが、前述したように実際に蓋を開けてみると全体の約20%と意外にその数が多いことが分かった。

医療観察法においては、「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」ことが明記されていることから、通院処遇においては、保護観察所に配属された社会復帰調整官が対象者と積極的に関わりを持つ。彼らは各地域のベテランの精神保健福祉士や保健師あるいは看護師から採用されており、入院の段階から指定入院医療機関の精神保健福祉士と連絡を取って、退院後の社会復帰が円滑に進むように生活環境の調整を行っている。また、対象者が退院した後は、社会復帰に向けた地域処遇の実施計画書を策定し、退院地の指定通院医療機関、精神保健福祉センター、保健所、社会復帰施設等の関係機関のスタッフとケア会議を持ちながら精神保健観察と呼ばれる観察及び指導を実施する役割を担っている。現在、社会復帰調整官は全国に70名いるが、彼らの業務は通院処遇だけではなく、審判における環境調査も行い、入院処遇中の対象者にも積極的に退院後の環境調整をしなければならないことから、単独で対象者を処遇していくのは物理的に不可能であり、指定通院医療機関のスタッフと協力し合ってフォローする必要がある⁹⁾。

指定通院医療機関は現在、全国に220カ所整備されている。各県の自治体立病院は全て指定され、残りは民間の精神科病院が指定された。指定通院医療機関の指定条件で重要なことは、訪問看護体制が取れることと、不測の場合に備えて入院ベッドを確保できることの2点である。厚生労働省の通院処遇ガイドラインでは、指定通院医療機関においては多職種チームが対象者に、訪問看護を含めた専門的な医療サービスを提供することが想定されている。しかし、指定通院医療機関には、指定入院医療機関のように、特別な人員が手厚く配置されているわけではなく、全て診療報酬上で手当されることになった。例えば、通院対象者医学管理料として、一人当たり一月につき、通院前期（決定より6ヶ月以内）は55,000円、中期（7ヶ月以上24ヶ月以内）なら45,000円、後期（24ヶ月以上）なら35,000円が支払われ、急性増悪時には急性増悪管理料として390,000円が支払われることになった。しかし、医療観察通院精神療法や医療観察法集団通院療法の算定額については一般の場合とほとんど変わらず、医

療観察精神科訪問看護・指導料についても、一般の精神医療の場合、週5回の算定は3ヶ月までしか認められないのが6ヶ月までは算定できるものの、それ以降は一般の場合と同様週3回までしか算定できない。このような診療報酬体系では、ガイドラインに書かれているような多職種チームを編成することは財政的にかなり厳しいと言わざるを得ない¹⁴⁾。

また、肝心の専門的治療が通院処遇でどのように提供していくのかも全く不透明である。先に記したように診療報酬上は医療観察通院精神療法というのが設定されているが、これは司法精神療法の知識や技能がなくとも精神保健指定医が実施しさえすれば支払われるに過ぎない。例えば、入院処遇中に提供されているような司法精神療法を、トレーニングを受けた臨床心理技術者が時間をかけて実施しても診療報酬上、手当はされない。このような状況で指定通院医療機関として指定された病院が責任を持って対象者の治療が実施できるのかどうか疑問である。

地域社会における処遇では、怠業やストレス、あるいはアルコールや薬物の物質の再使用などによって、対象者の病状が悪化し、容易に他害行為につながるため、可能な限り、これらの兆候を早期に発見し、介入していく体制を築いておくことが重要である。こういった兆候がある機関の職員に気づかれながら、重要性が十分に認識されていなかったり、あるいは、他の関係機関のスタッフに十分に伝えられていなかったりすると、後に重大な結果を招いてしまうことになりかねない。このため、関係機関は社会復帰調整官が開催するケア会議や指定通院医療機関で行う多職種チーム会議で十分な情報の共有化を図るほか、非常時の連絡体制を確立しておくことが必須である。

通院処遇のいくつかの問題を解決するため、当研究部では毎年通院医療機関や地域の関係者を対象に、リスク・アセスメントや司法精神療法を初めとする治療プログラムの研修会を開催するようにしている。また、通院処遇中の連携体制を確保し、情報共有を行う手段として、コンピューターソフトウェアによるデータベースシステムを開発し、それをホームページからダウンロードできるようにしている。しかし、このような活動だけでは不十分で、社会復帰調整官や指定通院医療機関の人的資源を充実させなければ、わが国の司法精神医療は形骸化してしまう。

Ⅶ. 矯正施設への影響

これまで述べてきたように、医療観察法の対象者には、潜在的に物質使用障害や人格障害の問題を抱えた患者が少なくない。このような患者たちは指定入院医療機関からも厄介払いされ、早期に通院処遇や不処遇の申し立てが行われる傾向がある。また、審判においても、入院処遇が始まって短期間で申し立てられてしまう状況が続けば、検察官はこのような事例の申し立てに慎重となり、結果的に、刑務所を初めとする矯正施設内にこれらの障害を有する受刑者が増加する可能性がある。

近年、出所後に性犯罪を繰り返す事件が後を絶たないことから、矯正施設内で性犯罪者に対する治療プログラムを積極的に導入しようとする姿勢があるが、今後は、物質使用の精神障害についても同様のニーズが高まる可能性は高い。しかし、このような障害を有する者は、出所後も継続的な治療が必要であり、実際、出所時に精神保健福祉法第26条の矯正施設長による通報を行って精神保健福祉法の下での医療を依頼する例も徐々に増えてきている。すなわち、医療観察法下で治療困難な患者をなんとか矯正施設へ送り出すことに成功したとしても、結局は精神保健福祉法の下で精神医療に戻ってくることになる。その場合、戻ってくる先の施設は手厚い指定医療機関ではなく一般の精神科である。また、事例によっては、刑務所内でさらに病状が悪化している場合もある。

Ⅷ. おわりに

本稿では医療観察法制度には依然として多くの問題があることを指摘してきたが、少数とはいえ専門の入院施設が整備されたことや、審判過程において裁判官と精神科医が合議を形成して処遇を決定し、保護観察所の社復帰調整官が様々な処遇過程に関与するなど司法と精神医療が相互に連携し合う体制が構築された点は従来の制度からは格段の進歩であると言える。しかし、司法精神医療を支える当事者らが、最も困難な問題を回避したり、先送りしているような状況が続けば、我が国の司法精神医療制度は形骸化し、不要論すら再燃しかねないであろう。司法精神医療の先進諸国においても現在の姿に至るまでには長い道のりを要したが、彼らは問題点を謙虚

に見据え、改善策を常に模索し続けてきた。本邦においても、現在の医療観察法制度の姿が、最良のものではないことを関係者が十分認め合い、具体的な改善策をともに協力し合って提言していかなければならないであろう。

文 献

- 1) 岩成秀夫：医療観察法の運用の実態と問題点 - 通院処遇 - . 精神神経誌 108:1040-1045, 2006.
- 2) 菊池安希子：重度精神障害者に対する指定入院医療機関での治療効果判定に関する研究 . 厚生労働科学研究費補助金障害保健福祉総合研究事業「重度精神障害者の治療及び治療効果等のモニタリングに関する研究」(主任研究者：吉川和男). 平成17年度総括・分担研究報告書：7-48, 2006.
- 3) 最高裁判所事務総局：「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」及び「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審判の手続等に関する規則」の解説 . 平成17年3月、刑事裁判資料第284号, 2005.
- 4) 松原三郎：医療観察法における通院医療・地域処遇の特徴と問題点 . 精神神経誌 108: 497-501, 2006.
- 5) 松本俊彦・小林桜児：精神障害と犯罪 - 薬物関連障害と犯罪 -. 司法精神医学 3. 犯罪と犯罪者の精神医学 (総編集：松下正明、編集：山内俊雄・山上皓・中谷陽二) . pp.217-231, 中山書店, 東京, 2006.
- 6) 吉川和男：指定通院医療機関と地域社会における処遇上の問題点 . 日精協誌 24:40-44, 2005.
- 7) 吉川和男：重度精神障害者に対する指定入院医療機関での治療効果判定に関する研究 . 厚生労働科学研究費補助金障害保健福祉総合研究事業「重度精神障害者の治療及び治療効果等のモニタリングに関する研究」(主任研究者：吉川和男). 平成16年度総括・分担研究報告書：9-44, 2005.
- 8) 吉川和男：精神障害と犯罪 - 統合失調症と犯

- 罪 . 司法精神医学 3. 犯罪と犯罪者の精神医学 (総編集: 松下正明、編集: 山内俊雄・山上皓・中谷陽二) . pp.202-209, 中山書店, 東京, 2006.
- 9) 吉川和男: 「医療の必要性」の判定基準と鑑定のあり方 . 臨床精神医学 35(3):251-257, 2006.
- 10) 吉川和男: 医療観察法制度の意義と課題 . 精神神経誌 108, 490-496, 2006.

【特集 心神喪失者等医療観察法施行1年目をむかえて—その現状と課題—】

医療観察法における処遇判定プロセスをめぐる諸問題

Issues on Deciding Disposition of the Patients Treated

by the Japanese Law for Treatment of Criminal Patients with Mental Disorder

平 田 豊 明^{a)}

Toyoaki Hirata

I. はじめに

いくつかの課題を積み残したまま、心神喪失者等医療観察法（以下「医療観察法」）が施行されてから1年余を経た。筆者は、これまでに、医療観察法37条が規定する鑑定（以下「37条鑑定」）に携わり、別の事例では審判員を務めた。また、指定入院医療機関一般指導監査に精神保健指定医として同行し、入院処遇中の対象者に面接してきたほか、指定入院医療機関のスタッフの意見を聴く機会もあった。こうした実務を通して、医療観察法の運用実態と処遇判定の現状に接することとなった。本稿では、まず、37条鑑定や審判の場でしばしば論題となる対象者の刑事責任能力の評価について論じ、ついで鑑定入院の現状調査について紹介したのち、処遇判定基準の問題に言及したい。関連分野での今後の議論の参考となれば幸いである。

II. 責任能力の評価

医療観察法の施行後、刑事責任能力を評価する精神鑑定は、37条鑑定や審判の過程で複数の専門家によって再吟味されることとなった。精神鑑定の水準向上と標準化のためには、喜ばしい状況といえよう。また、従来は、司法から医療へと移管（ダイバージョン）されると、責任能力の評価に疑問があっても司法プロセスに戻すことは実質的に不可能という一方通行の状況にあったが、医療観察法の施行後は、司法の側に返戻される可能性も生じてきた。筆者が

関与した最近の事例がその好例と思われるので、以下に提示する。

【事例1】

40代男性。対象行為は強姦未遂。5年ほど前から統合失調症および中等度知的障害の診断で入院歴あり。平素は陰性症状が目立ち、引きこもりがちな生活であったが、対象行為の数ヶ月前から怠業したためもあって、しだいに性的欲動が高まっていた。某日夜間、飲酒酩酊下で通りがかりの女性を野外で待ち伏せし、強姦を企てるも抵抗されて未遂に終わる。通行人に取り押さえられて検挙に至った。

筆者が簡易鑑定を依頼され、知的障害を伴う統合失調症残遺期ケースの急性再燃ではあるが、直近の日常生活動作に大きな問題はなく、対象行為に計画性もあることなどから、心神耗弱と鑑定した。しかし、検察官の判断で本鑑定がなされ、心神喪失と評価されたため不起訴、医療観察法への申し立てとなった。37条鑑定でも鑑定医は責任無能力としたが、治療反応性への疑問から、医療観察法上の不処遇と精神保健福祉法による措置入院を推奨した。さらに、審判員が有責を主張したため、心神耗弱の審判が下り、検察官に差し戻された。これを受けた検察官は、申し立てを維持する方針をとったため、再び審判の場で処遇が議論され、最終的には、急性再燃症状に治療反応性があるとして、入院処遇の審判が下された。

この事例は、公判開始には至らなかったものの、医療観察法による審判が検察官による刑事処分を覆す可能性を示す事例である。また、責任能力を評価する医師が増えた分、評価のばらつきが大きくなってしまいうこともあるという精神鑑定の実情を象徴する事例ともなった。

a) 静岡県立こころの医療センター

Shizuoka Psychiatric Treatment Center

〒420-0949 静岡市葵区与一4-1-1

4-1-1 Yoichi, Aoi, Shizuoka, 420-0949 Japan

受理:2006年11月15日

1. 起訴前簡易鑑定の現状

わが国では、年間 2,000 件以上の精神鑑定が実施されているが、その 9 割以上が起訴前の簡易鑑定である。ここでは、簡易鑑定に焦点を絞って、刑事責任能力の評価システムを論ずることとする。

(1) 簡易鑑定の意義

刑事訴訟法では、簡易鑑定は、捜査活動の補助手段とされ、外国人の被疑者に通訳を付けるのと同列に位置付けられている。鑑定留置をとまなう精神鑑定に比べると、法的には軽い存在である。とはいえ、簡易鑑定は、検察官による刑事処分に決定的な影響をもたらす、被疑者の人生を左右する分かれ目ともなる重みを持っている。ひとたび起訴されれば、98%以上が有罪になるという現実があり、起訴は初級審での有罪判決と同義といってもよいからである。

検察官にとって簡易鑑定は、責任能力を評価し、起訴するかどうかを決める上で、鑑定留置に比べてはるかに安価で迅速な情報収集の手段となっている。一方、精神科医療にとっても、簡易鑑定には重要な役割がある。ひとつは、刑事責任を問えない重症の精神障害者を速やかに識別して医療につなげる役割である。もうひとつは、逆に、精神障害を有するとはいえ、刑事責任を問える被疑者を安易に医療の側に取り込まない防波堤としての役割である。

(2) 簡易鑑定の信頼度

ところが、医療者の間では、簡易鑑定への信頼度は必ずしも高くはない¹⁾。2000 年度に行われた厚生労働科学研究によれば、検察官通報による措置入

院ケースを引き受けた精神科医の 4 人に 1 人以上が、簡易鑑定医と検察官による責任能力の評価に疑問をもっていた。そして、触法ケースがひとたび医療の側に移管されると、司法ルートに戻せない現状に大きなフラストレーションを感じていた。

一方、簡易鑑定に対する検察官の信頼度はどうかであろうか。先の研究によれば、鑑定医の医学的判定と検察官の司法判断の関係は、図に示したような実態にある。すなわち、鑑定医が責任無能力と判定したケースと完全有責と判定したケースに関しては、検察官の 95%以上が鑑定結果を信頼し、それに沿った司法判断を下している。

しかし、鑑定医が限定責任能力と判定したグレーゾーンのケースでは、6 割が起訴、4 割が起訴猶予もしくは不起訴と、刑事処分が割れている。犯罪の社会的インパクトや被疑者の情状を斟酌して、起訴するかどうかを決める検察官の起訴便宜主義が、ここに反映されている。検察官の裁量権を大幅に認める起訴便宜主義は、触法精神障害ケースへの温情判定につながる反面、責任能力の評価基準が一貫しないという批判を呼び起こしてきた²⁾。

(3) 簡易鑑定の地域差と個人差

先の研究はまた、簡易鑑定のありように著しい地域差と個人差があることを示している。地方検察庁単位で簡易鑑定の実態を比較すると、一人の鑑定医が年間 100 件ほどの簡易鑑定を独占的に実施している地域もあれば、数十人が分担している地域もある。前者の地域では責任能力の評価基準が偏る可能性が

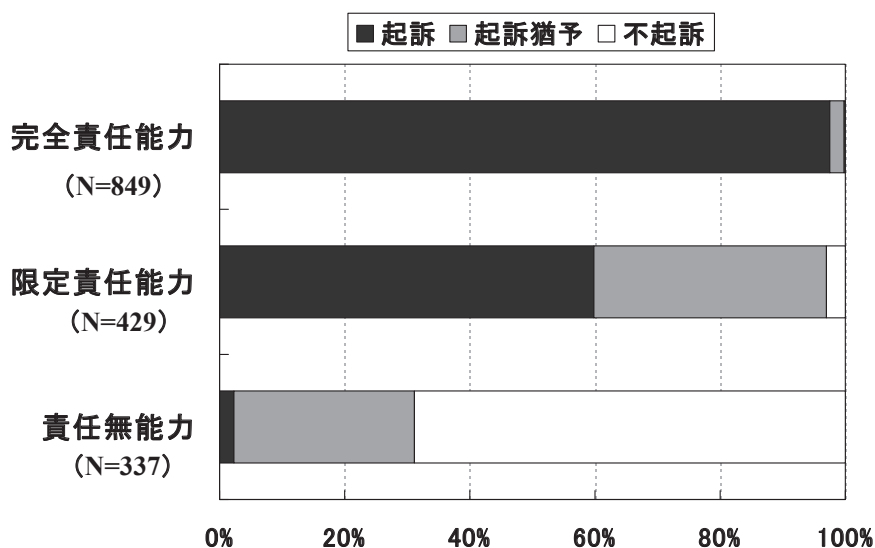


図1 鑑定結果別の刑事処分内訳

— 2000 年度の簡易鑑定例 2,042 件のうち責任能力以外の理由による不起訴を除く 1670 件の処分内訳 —

あり、後者では基準が不統一の可能性がある。

実際の簡易鑑定書を収集して比較すると、質・量ともに鑑定医による個人差が少なからず認められた。例えば、単純酩酊下の傷害事件を心神喪失と判定するなど、責任能力判断に疑問のある簡易鑑定書が少数ながら見受けられた。考察部分で相当の刑事責任能力を認めながら、鑑定主文では責任無能力とする自家撞着的な鑑定書もあった。こうした鑑定事例は、簡易鑑定に対する信頼度を下げの一因になっていると思われた。

2. 簡易鑑定の改革案

このような現状を踏まえて、先の研究班は、鑑定書式のモデル化と鑑定医による相互点検の場の確保を骨子とした改革案を示した。これを受けて、現在も厚労科研の中で、簡易鑑定の改革作業が進行中である⁴⁾。

限定責任能力（心神耗弱）というグレーゾーンにあるケースの処遇判定基準は、司法精神医学におけるもっとも大きな論題のひとつである。責任能力の判定基準は多元的であり、時代や文化の影響を免れないものであろうが、可能な限り客観的・科学的な論軸を示すことは、精神医学の責務ではなからうか³⁾。

Ⅲ. 鑑定入院の現状調査

37条鑑定の実施医療機関は、2006年6月時点で全国約220カ所（約4分の3は民間病院）が指定されており、同じく約220人の鑑定医が精神保健判定医として都道府県から国に推薦されている。37条鑑定のプロセスは、司法精神医療等の人材養成研修会で示されたガイドラインに概ね沿っているものと推測されるが、実態は明らかではない。

医療観察法施行直後の鑑定入院では、病院側の過剰防衛によると思われる隔離継続の結果、拘禁反応様の精神症状を呈した事例や、精神症状の正確な評価のためと称して向精神薬が投与されず、急性症状が遷延した事例など、鑑定入院の趣旨を逸脱した処遇の実例が数例認められた。

今年度の厚労科研で、筆者らは、最高裁の許諾を得た上で、37条鑑定の実情を調査し、鑑定書を収集・分析する作業を進行中である。ここでは、研究班の問題意識を明らかにするために、調査の着眼点を示し、最終的な研究目標を紹介したい。調査結果は、いずれ報告書の形で公開される。

1. 調査の着眼点

今回の調査は、以下のような点に着目して、アンケート調査方式で行われる。調査対象は、鑑定入院医療機関の責任者、37条鑑定を実施した医師、それに指定入院医療機関および指定通院医療機関の担当医師の計4者とし、37条鑑定の実態と問題点を多角的に描き出すことを目指した。

(1) 鑑定入院先の施設概要および鑑定入院の実態

鑑定入院医療機関となるための要件は措置入院の指定病院であることのみである。しかし、わが国の精神科病院の平均水準からみて、指定病院というだけでは高規格の医療を担保する要件とはいえない。そこでまず、鑑定入院医療機関の施設・人員・診療実績など、施設概要を表す指標について調査することとした。さらに、鑑定入院者のプロフィールや隔離・拘束をはじめとする医学的処置、検査などを調査して、鑑定入院の実態を大まかに把握することを目指している。

(2) 鑑定入院先からみた37条鑑定の問題点

鑑定入院先に対しては、前記の施設調査と入院対象者の調査に加えて、簡易鑑定書など精神鑑定書の入手状況、通信・面会、隔離室使用基準など、鑑定入院プロセスにおける手続き上の問題点を問うている。次いで、治療的対応や病棟管理上の問題点など、治療内容に関する設問を配した。

(3) 鑑定医からみた37条鑑定の問題点

鑑定医に対しては、鑑定入院先との関係や鑑定中に生じた問題点など、鑑定業務の実情について問うたのち、鑑定書作成プロセスでの問題点と所感（ガイドラインの有用性、責任能力評価、治療反応性や社会復帰要因の評価など）を尋ねている。さらに、審判に関連した設問（事前協議の有無、鑑定結果と審判結果との齟齬など）を配し、最後に鑑定医の経歴を問うている。

(4) 指定入院医療機関からみた37条鑑定の問題点

指定入院医療機関の医師は、入院処遇を決定した37条鑑定と審判の妥当性を評価できる立場にある。読む側からみた鑑定書の形式と内容について、そのばらつきや判定への疑問事例の有無を問うたのち、37条鑑定を標準化するために指定入院医療機関から鑑定医にフィードバックをかける方法について意見を聞いている。

(5) 指定通院医療機関からみた37条鑑定の問題点

同様に、当初審判での通院処遇の妥当性を指定通院医療機関の側から評価してもらうために、鑑定書

の書式と内容、および37条鑑定の標準化システムについて意見を聞いた。

2. 鑑定入院の標準化

以上の調査結果に基づいて、筆者の研究班では、以下の3項目を手がかりとした鑑定入院の標準化を研究の最終目標としている。

(1) 鑑定入院医療機関の施設基準の作成

医療観察法の全過程において、対象行為に関連した急性期治療を提供するのは、実質的には鑑定入院先である。したがって、鑑定入院中の医療の質を担保するために、鑑定入院医療機関の施設基準は現在よりも厳密なものとするべきである。鑑定入院の実態調査を踏まえて、新たな基準の作成が求められよう。

(2) 鑑定入院のクリニカルパスの導入

通常3ヶ月以内に終了する鑑定入院は、精神科においてはクリニカルパスの導入に最適の治療プロセスといえる。審判期日を中心に、いつまでに誰が何をすべきかを一覧表示し、チェックリストともなる簡明なパスの考案を目指したい。

(3) 鑑定書の収集・分析システムと鑑定書式のモデル化

鑑定書の収集・分析と鑑定書ガイドラインの評価を通じて、鑑定書式のモデル化を図る。読み進めるにつれて、処遇判定が自然に導き出されるような鑑定書式が目標である。また、個人情報保護しつつ、鑑定書を恒常的に収集するためのルールとシステムが検討されなくてはならない。

IV. 処遇判定の基準

指定入院医療機関の一般指導監査では、数例単位ながら、スタッフから入院処遇の審判への疑問例を提示されるのが常である。入院処遇における治療と処遇の内容を点検することと並んで、こうした処遇判定の疑問例を再評価し、鑑定入院や審判の過程にフィードバックすることも監査医の役割と筆者は認識している。

本稿では、筆者の鑑定例と指定入院医療機関での監査例を比較対照して、入院処遇の判定基準に関わる問題点を指摘し、今後の医療観察法の運用について意見を述べたい。

1. 鑑定入院例

医療観察法は、対象行為の再発防止と対象者の社

会復帰促進を謳い、処遇形態については、入院処遇、通院処遇、不処遇の3類型を定めている。しかし、とりわけ指定医療機関が未整備な現状にあっては、3類型に当てはめることに困難を覚えるケースが生じてくる。以下に筆者の鑑定例を示す。

【事例2】

対象者は60代の女性。対象行為は嫉妬妄想に基づく配偶者への傷害行為（後頸部刺傷）である。精神科受診歴はない。3年前に脳出血のため治療歴があり、この頃から夫への嫉妬妄想と被害妄想が顕在化した。10年ほど前から膝関節障害のため日常生活活動性（ADL）が制限されていたが、脳出血後にADLがさらに低下したことが、壮健な夫への嫉妬妄想の形成を促したと思われる。簡易鑑定にて器質性妄想性障害と診断され、検察官によって責任無能力と判定されたのち、医療観察法に申し立てられた。

鑑定入院を通じて、対象者のADLは向上し、嫉妬妄想への洞察は不十分ながら、治療と援助の必要性は理解されたと思われた。認知症の徴候はない。家族関係がやや複雑ではあるが、被害者の夫をはじめとして家族は在宅での介護を希望したため、筆者は通院処遇が妥当と鑑定した。ただし、在宅ケアの体制を整えるために、身体ケアも兼ねて、当面、指定通院医療機関（総合病院精神科）への精神保健福祉法による入院とすべきことを推奨した。

ところが、入院処遇を期待した検察官がこの鑑定結果に同意せず、審判の事前協議の場で鑑定医に追加説明書を要請してきた。このため、筆者は、入院処遇が地理的にも手続的にも社会復帰を遅らせる迂回措置となること、高規格の指定入院医療機関はもっと重篤な行動病理のゆえに特段の配慮を要するケースに優先して利用されるべきこと、などを説明する意見書を提出した。そして、鑑定書の推奨に沿った審判が下されることとなった。

この事例のように、医療観察法上は通院処遇としながら、同法115条の規定を援用して精神保健福祉法による入院とするのは、通院処遇の趣旨を歪め、対象者の市民権を侵害するものであるとの批判がありうる。現に、通院処遇の審判が決定後も、指定通院医療機関が受け入れに難色を示すために、鑑定入院先に入院を継続するケースもある（今年度の研究で実態調査の予定）。

しかし、事例2のような条件下のケースでは、上記のような処遇形態とすることが臨床的に見ても妥当ではなかろうか。いわば、医療観察法が規定する3つの処遇の隙間を埋める処遇形態である。ただし、安易な便法とならないよう、このようなバリエーションは最小限に切り詰められるべきである。

2. 入院処遇例

次に、指定入院医療機関において入院処遇の判定に疑問をもたれた2例を示す。

【事例3】

30代男性のアルバイト社員。同居家族あり。対象行為は傷害。電車内で隣り合わせた面識のない男性から尊大な態度を指摘されて腹を立て、電車から降りる間にこの男性を殴打して、全治2週間の外傷を負わせた。20代から統合失調症の診断にて入通院歴があり、障害年金も受給している。心神耗弱のため起訴猶予ののち医療観察法に申し立てとなった。

鑑定入院では統合失調症の診断が否定され、混合性人格障害（自己愛性および反社会性人格障害）に変更された。にもかかわらず、鑑定書でも審判でも治療反応性があると判定され、入院処遇となった。指定入院医療機関は、数ヶ月の評価期間を置いて退院の申し立てをしたが、地元の関係機関から反対され、退院が遅延した。

このケースは、統合失調症の診断が人格障害に変更された鑑定入院の段階で、鑑定医が責任能力を認定し、検察への返戻を推奨すべきであったケースといえよう。しかし、事例1でも示したように、起訴するかどうかは検察官の裁量に委ねられており、現実には、このような事例が起訴される可能性は低い。結局は再び審判に委ねられることとなる。審判で不処遇となった場合には、問題が振り出しに戻り、最終的には精神保健福祉法による入院となる可能性が高い。これでは、何のために新しい制度を立ち上げたのか、という疑問の声がわき出るであろう。

【事例4】

40代の単身男性。アルコール依存症なるも治療歴なし。比較的長期間の断酒期があり、工具として就労するが、渴酒期には数日間に渡って大量の飲酒を続けることが繰り返された。今回は飲酒酩酊下で

幻覚妄想状態を呈し、「隣人が悪魔に見えた。殺さなければ自分が殺されると思った」と確信。包丁で相手を刺して全治1ヶ月の外傷を負わせた。起訴前鑑定ではせん妄型の病的酩酊と診断され、対象行為時は心神喪失と判定されたため、不起訴。医療観察法への申し立てとなった。

3ヶ月近い鑑定入院中は無症候で経過。治療反応性に疑問がもたれたが、通院処遇では再飲酒と対象行為再発の可能性が高く、アルコール依存症への自覚も不十分のため、入院処遇が妥当と判定され、審判もこれを追認した。しかし、指定入院医療機関では、アルコール依存症への教育プログラムは施行できるものの、行動制限の厳しさゆえに、自発医療を原則とする依存症治療を十分に実施することができない。このため、指定入院医療機関のスタッフは、治療方針の策定に苦慮することとなった。

医療観察法の施行前、国は、人格障害と並んで物質依存ケースも医療観察法の対象とせず、刑事責任を問うべきであるという原則を示していた。しかし、このケースのように、対象行為時に急性一過性の精神病状態にあり、心神喪失と判定されたケースの中には医療観察法の入院処遇となるケースが生じてくる。そして、指定入院医療機関に二律背反的課題（閉鎖処遇下での依存症治療）を押しつけてしまうこととなる。

3. 入院処遇の判定基準

このような事態を招く主たる要因は、入院処遇の判定基準に関する判定者間のばらつきであろう。医療観察法に対する関係者の期待と指定入院医療機関スタッフの意識との間にはギャップがある。前者は入院処遇の適応を広く解釈する拡張主義、後者は適応を厳密化しようとする限定主義と対比させることができる。

(1) 拡張主義

指定入院医療機関への訪問見学者は、警備の厳重さとともに高規格の施設・人員に驚かされるであろう。従来措置入院に比べて、はるかに高度で濃密な医療が受けられると期待するのは自然である。全国各地に同様の専門病棟が展開すれば、地域処遇への連結ももっと円滑になされるであろう。治療効果は未だ実証されてはいないものの、触法精神障害者の処遇における改善は誰の目から見ても明らかであり、できるだけ多くの対象者をこのシステムに乗せるべきであるとする拡張主義には理がある。

(2) 限定主義

一方、対象者1人当たりの入院医療費の総額は、在棟期間を平均18ヶ月とすると、3,000万円余りに上ると試算される。資金的投資に加えて、病棟運用にこれだけの税金を投ずるからには、入院処遇の適応を厳密に絞り込むべきと考えるのは、医療経済的には自然な結論である。また、いかにアメニティとセキュリティの両立した高規格の病棟とはいえ、入院処遇の対象者は厳重な行動制限のもとに管理される。措置入院に比べると、退院までには、審判をはじめ多くの関門があり、はるかに多くの時間がかかる。対象者の市民権の擁護という立場も、限定主義を支持する論拠となろう。

このような拡張主義と限定主義の対立構造は、実は、医療観察法第1条に明記された立法趣旨の対立構造—再発防止と社会復帰促進—toに根ざしている。対象行為の再発防止に軸足を置けば拡張主義的態度が優位となるし、社会復帰促進を重視すれば限定主義が優先される。入院処遇の判定基準は、したがって、この対立構造の中で揺れ動くことが予め運命づけられているといってもよい。入院処遇の判定が微妙なケースでは、今後も、対立構造の中での均衡点を求めて個別に議論するしかないであろう。

4. 指定入院医療機関の機能分化

事例2でも指摘したように、医療観察法が定める3つの処遇形態間のギャップは大きい。指定入院医療機関の配置がまばらな現状では、入院処遇から通院処遇（地域処遇）への移行が停滞しやすく、法の存在自体が対象者の社会復帰を阻害するという逆説的な事態を生じさせる可能性がある。このパラドクスを解消する苦肉の策が事例2の鑑定例であるが、将来的には、指定入院医療機関の全国展開によって解決が図られるべきであろう。

ただし、医療観察法体制の構築に協力の姿勢を示す自治体病院の中には、入院処遇から地域処遇への移行が望めない重症例には国の施設が責任をもって対応してもらい、自治体立の指定入院医療機関は地域処遇への移行が可能なケースに限定して責任をもつ形にすべきであるという意見が根強くある。医療観察法の執行責任はあくまでも国にあり、地方自治体はこれを補完ないし支援する立場にあるという原則に依拠する意見である。この意見を突きつめてゆくと、指定入院医療機関は国と自治体との間で機能

分化を遂げる結果となろう。イギリスなどにおける重症型と軽症型への司法病棟の機能分化に相似形となる。そうなれば、施設基準や医療費給付にも格差が生ずるであろう。

国公立病院における独立採算志向やPFIの導入、それに、従来の政策医療を積極的に引き受ける社会医療法人の構想など、医療における官民格差は縮小し融合する趨勢にある。医療観察法の指定入院医療機関に民間病院が名乗りを上げる時代が来る可能性もある。自治体病院が国の施設との役割分担を論じている場合ではないのかもしれない。近未来を広く見据えた包括的な議論が必要である。

V. おわりに

医療観察法体制の成否は、3つの分岐点での判断にかかっている。第1の分岐点は、起訴前における責任能力の評価である。第2は37条鑑定と当初審判、そして、入院処遇から通院処遇への繋ぎ目が第3の分岐点となろう。これらの分岐点での判断に大きなばらつきがあると、医療観察法体制に混乱と停滞を招く。各時点での処遇判定基準のばらつきを最小化するためには、事例の集積と専門家による検討の機会が不可欠である。個人情報保護基準をクリアしつつ簡易鑑定書や37条鑑定書を収集し分析するシステムを、国が責任をもって構築すべきである。

文 献

- 1) 平田豊明, 中島直ほか: 簡易鑑定および矯正施設における精神科医療の現状—精神科七者懇ワーキングチームからの調査報告と提言—, 精神誌 106:1539-1582, 2004.
- 2) 平田豊明: 起訴前簡易鑑定の現状と問題点, 司法精神医療, 司法精神医学5 (松下正明編), pp.10-20, 中山書店, 東京, 2006.
- 3) 岡田幸之: 刑事責任能力再考—操作的診断と可知論的判断の適用の実際—, 精神誌 107: 920-935, 2005.
- 4) 岡田幸之, 樋口輝彦ほか: 責任能力鑑定における精神医学的評価に関する研究, 平成17年度厚生労働科学研究報告書:2006.

【特集 心神喪失者等医療観察法施行1年目をむかえて—その現状と課題—】

指定入院医療機関の現状と課題

Current State and Problem of Forensic Service,

Inpatient Facility in Medical Treatment and Supervision Act

松本俊彦^{a), b)}

Toshihiko Matsumoto

I. はじめに

本稿執筆の時点(平成18年10月下旬)で、心神喪失者等医療観察法(以下、医療観察法)が施行されて、はや1年3ヶ月が経過している。国立精神・神経センター武蔵病院に新たに設置された第8病棟(医療観察法病棟)は、つねにはほぼ満床に近い状態が続いており、すでに数名の退院者も出ている。いくつかの想定内の現象があり、その一方で想定外の出来事や臨床的な気づきがあった。さらに、制度施行前に行われた指定入院医療機関従事者研修の内容のうち、何が過剰で何が不足であったのかも次第に明らかになりつつある。

最初に断っておくが、筆者は第8病棟の常勤スタッフではない。病棟における2つの治療プログラムの運営に関わり、病棟で毎週開催されている治療評価会議に参加してはいるものの、個別の対象者を担当することのない傍観者的な立場にある。そのような筆者に、指定入院医療機関の現状と課題というテーマでの執筆の依頼が来たのは、いささか不思議な気がする。あるいは、病棟スタッフではなかなか書けない、忌憚ない意見を期待されてのことであろうか?

ともあれ、本稿では、その傍観者的な立場から第8病棟の臨床を観察するなかで、筆者なりに感じたこと、あるいは考えたことを、思いつくままに述べさせていだきたい。

II. 指定入院医療機関における医療の現状

1. 「軽症に見える」対象者

制度施行前の予想通り、第8病棟の入院患者の大多数の診断は統合失調症であり、その対象行為の大半は、殺人、殺人未遂、傷害といった他害の暴力行為である。当然のことながら、心神喪失もしくは耗弱として刑事司法手続きから外され、審判の決定によって医療観察法による医療を受けることとなった者である。

雑駁な印象をいわせてもらえば、第8病棟に入院する対象者は、筆者がかつて精神科急性期病棟で遭遇した患者よりもはるかに軽症に見える。もちろん、鑑定書を読むと、対象者の精神障害が決して軽症と呼べるものではないことはすぐに理解できる。あくまでも「軽症に見える」だけなのである。

軽症に見えるのは、患者の暴力が驚くほど少ないからであろう。実際、筆者が治療評価会議で対象者の様子についての報告を聞いていても、スタッフに対する暴力や攻撃的言動、あるいは、頑なに治療を拒み続けたりする患者の話をするのは、思ったよりも少ない。事実、向精神薬の投与量も少なく、隔離などの行動制限はもちろんのこと、対象者の暴力や攻撃的行動を想定して開発された、包括的暴力防止プログラム(Comprehensive Violence Prevention Program; CVPPP)⁶⁾を用いることもまれである。

では、なぜ暴力が少ないのであろうか?以下に、その理由について考えてみたい。

2. 快適な治療環境が暴力に与える影響

第8病棟の治療環境は、今日望みうる最良のものである。その広々として明るい雰囲気は、見学者が、毎回、感嘆の声を押しさえきれないほどである。ガラス張りの天井からは陽光が降り注ぎ、屋内運動場、トレーニング室、作業療法室にも同様の明るさが満

a) 国立精神・神経センター精神保健研究所
司法精神医学研究部

Department of Forensic Psychiatry, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry

〒187-8553 東京都小平市小川東町4-1-1

4-1-1 Ogawa-Higashi, Kodaira, Tokyo 187-8553, Japan

b) 自殺予防総合対策センター

Center for Suicide prevention

受理: 2006年11月10日

ちている。いずれの病室も個室となっていて、治療ステージによっては、対象者自身は自室の鍵を自己管理することが認められているなど、プライバシーへの配慮も十分である。病棟の廊下は十分に広く、各ユニットの中央にあるホールには、英国の病棟にならってビリヤード台—わが国の精神科病棟でおなじみの「卓球台」ではない!—が置かれるなど、洒落た感じである。従来の精神科病院に多く見られた、独特のくすんだ雰囲気は全く感じられない。

また、人員配置や臨床活動のあり方といったソフト面にも、特筆すべき点が多く見られる。たとえば、33床に対して、医師は3.75人、看護師43人、臨床心理技術者3人、作業療法士2人、精神保健福祉士2人という人員配置は、従来の精神医療では考えられなかったものである。このような豊富なマンパワーは、対象者が、従来ならばその表出を諦めて、結果的にそれが行動化へとつながったような要望や不満を比較的早い段階で察知し、対応することを可能にしていると思われる。スタッフは、主体的な治療意欲を重視し、努めて対象者とともに治療計画を策定し、治療意欲に乏しい対象者に対しては、粘り強く動機を掘り起こしを行っている。

暴力が少ないのは、こうした第8病棟の快適な治療環境によるところが大きいように思われる。十分なパーソナルスペースが、施設内の暴力を減少させることはよく知られているが²⁾、これに快適さやスタッフによるきめ細やかな対応が加わればさらに効果的であろう。

また、快適な治療環境は、対象者が、自らが置かれた状況や自らが抱えている精神障害を受容し、対象行為への内省を深めるうえでも促進的に作用するように思われる。対象行為以前から精神障害ゆえに家族内・社会内で孤立感を味わい、自尊心の深刻な傷つきを体験している対象者は少なくない。快適な治療環境は、そのような彼らに、自らの精神障害や対象行為から目を背けずに向き合うだけの精神的余裕と希望を与えるのではなかろうか。

3. 適度な刺激と忙しさ

施設内における暴力を減少させるには、快適さに加えて、適度な刺激のある環境作りが重要である。反社会的なパーソナリティ特徴を持つ者の場合、退屈で刺激のない環境では、自傷行為や他害の暴力などの行動顕現閾値を引き下げてしまうことが知られ

ている²⁾。

第8病棟はこの条件も満たしている。第8病棟における適度な刺激とは、数多くの治療プログラムの存在である。現時点で、作業療法の他に、「心理教育」「認知行動療法—入門—」「内省プログラム」「物質使用障害治療プログラム」「女性プログラム」「人権擁護・関係法律講座」「社会復帰講座」などが稼働しており、さらに対象者は、毎日、ユニットごとに「朝の集い」に参加し、週1回は、ユニット・ミーティングで共同生活に関する問題を話し合うなど、治療共同体的活動に参加することも求められる。そして、こうしたプログラムの合間をぬって、担当スタッフによる個別面接が行われるわけである。

要するに、病状によってその密度に個人差はあるものの、対象者の入院生活は、授業の時間割りのように予定が詰まっており、通常精神科病床と比べると、忙しい入院生活となる。これらの治療プログラムの存在は、その治療的意義はもちろん、対象者の精神状態・生活状態を多面的に評価するうえでの格好の場となり、さらに、入院生活の単調化を緩和して、暴力を抑止する効果があるのである。

4. 多職種アプローチ

第8病棟では多職種アプローチによる治療が行われている。各対象者に、担当する医師、看護師、臨床心理技術者、精神保健福祉士、作業療法士からなる多職種チーム (Multidisciplinary team; MDT) が形成され、治療計画案の策定は原則として担当MDTの合議によって決定される。これは、従来の医師を頂点としたピラミッド型のヒエラルキー構造にもとづく医療ではなく、多職種が対等な専門家として協議するなかで、対象者の評価と治療計画の策定を行っていく援助形態である⁴⁾。これは、司法精神医療が、従来の症状還元主義的な援助ではなく、生物—心理—社会的要因を統合した多次元的な援助によって展開されることを意味している。いいかえれば、医師による症状認定と診断を根拠とする医学的モデルによる支援ではなく、生活能力・経済状況・環境の資源・QOLといった観点から、対象者への細やかな目配りをしていこうというものなのである。

これは、精神医療において大きな意義あることである。近年、入院治療に対する診療報酬削減政策の影響を受けて、精神保健福祉法による入院治療はま

すまず短期化し、これに伴って症状還元主義的なものへと傾き、やせ細っている印象がある。たとえば、短期入院の典型ともいえる精神科救急医療を例にとれば、短期間の措置入院を頻回にくりかえし、ただ幻覚・妄想の消退をもって退院となってしまうために、地域の援助者にとっては悩ましい問題となっている事例——しばしば医療観察法の対象者とも重なる属性を持っている——は、どの地域にも必ず存在する。こうした事例の援助にあたっては、本来、幻覚・妄想という症状の周辺にある様々な問題——病識の問題、危機への対処方法、日常生活能力や食生活、住居の問題、さらには、生活歴と密接に関連する暴力肯定的な価値観——に介入しなければ、根本的な問題解決にはなりえない。

その意味で、司法精神医療が入院治療において提供すべき医療とは、精神科救急医療が終了した地点から先の医療でなければならない。「主治医」としての権限は限定される多職種アプローチは、精神科救急医療に慣れた医師には「やりづらい」と感じる点もあるであろうが、求められている医療を考えれば、理にかなったものなのである。

ただし、問題点もある。第1に、退院の判断に関する問題である。通常は、MDT多職種が対等な関係であるといっても、医療機関である以上、最終的に退院を判断する権限は医師にある。厚生労働省の監査などで、「早急な退院申請をすべし」などと指導を受けるのは必ず医師である。その指導を受けて、医師が強硬に退院の申請を行おうとした際、その判断を必ずしもチーム内の他の非医師職種が支持しない場合もありうる。こうした場合に、チーム内の力学的均衡は崩れ、「対等」というのが名目にすぎなかったことが露呈するわけである。こうした事態は、とりわけ、対象者の熱心に関わってきた非医師スタッフにとって、いささかやる気をそがれる体験となるかもしれない。

第2に、MDT内の意見統一に要する時間、ならびに具体的な行動までの時間的遅延の問題である。各MDTは、担当する対象者の病状や病棟生活における問題に対処するために、会議を開いて討議する必要がある。しかし、1つのMDTが、そのままの職種構成で複数の対象者を担当しているわけではなく、対象者ごとに全く別のメンバーによってMDTを構成している。したがって、会議開催にあたっては、まずは各担当メンバーの予定を合わせるころ

から難儀し、さらに、治療方針に関して全メンバーが一致した見解に到達するには相当な時間を要する。もっとも、そうしたなかで、少しでも事前の情報共有を円滑化し、会議時間の短縮化に努めることで、ある程度の迅速化は可能である。第8病棟では、病棟内イントラネットによるMDT間の情報共有によって、会議の省力化に努めている。

5. 多すぎる会議

それにしても、第8病棟は会議が実に多い。MDT会議についてはすでに述べたが、そのMDT会議に決定された治療方針案は、原則として毎週開催される新病棟治療評価会議の承認を得る必要がある。また、対象者にとっての最初の院内散歩や院外外出、あるいは外泊の実施にあたっては、月1回開催される武蔵病院長や運営局長をはじめとする院内幹部から構成される運営会議での承認が必要であるし、服薬に同意しない患者に対して、非経口的に薬剤を投与する場合には、外部委員を含むメンバーから構成される倫理会議での承認が必要である。さらに、退院後の地域支援体制の調整を進めていくためには、社会復帰調整官、指定通院医療機関のスタッフ、退院先の地域支援者（精神保健福祉センター・保健所・福祉事務所職員）を招集したうえで、対象者本人も交えたCPA（Care Programme Approach）³⁾ 会議も開催しなければならない。こうした会議の多さは、病棟スタッフが臨床活動に従事する時間を浸食するだけでなく、治療過程の進行を緩慢にし、入院期間をいたずらに長期化させてしまう可能性がある。

6. 司法プロセスの治療的意義

従来の精神保健福祉法における措置入院では、重大な事件を起こした精神障害患者の入院を2人の精神保健指定医が行い、さらに退院については、わずかに1人の主治医の判断で行い、その心理的な負担はあまりにも大きかった。患者の視点から見ても、混乱のただ中でいつの間にか入院が決まるという主観的な体験をしている者も少なくなく、こうした体験がその後の治療関係に影響することも珍しくなかった。

医療観察法は、こうした旧制度の措置入院にまつわる種々の問題を解決するものとして期待をされていた。実際のところ、医療観察法はこうした問題を

解決したのかと聞かれれば、概ね「イエス」と答えてよいであろう。対象者の治療拒絶に遭遇し、難渋することが全くないといったら嘘なるが、それでも、確実に進歩している。事実、病識を欠いている対象者の場合でも、「病気だとは思えないが、大変なことをしたのは事実だから仕方がない」と、自らが置かれた状況を受容しており、また、入院処遇に不満を感じている対象者の場合には、抗告や退院請求を裁判所から棄却されることで、かえって自分なりの納得をつくようである。筆者の知るかぎりでは、今のところ、医療者と対象者との治療関係が、退院をめぐって深刻な対立的な関係となったことはない。

指定入院医療機関の治療において、司法がはたす役割はきわめて重要な位置を占めている。それ自体が治療的機能を持っているといってもよい。実は、医療観察法が施行されてまもない時期に、裁判所の方から、病院内の一室で略式に審判を行う、もしくは、裁判所で行うにしても、円卓を囲む形で開催するのはどうかという提案がなされたことがあった。医療観察法自体が少年法審判における保護的処分を範としていることから、対象者に威圧的にとられない、「同じ目線」という感覚を尊重した提案であったのであろう。けれども、病棟スタッフの意向は、審判は法廷のなかで従来通りの方法でやって欲しいというものであった。「審判は審判らしくやって欲しい」ということであったわけである。

それはそうだろう。まだ病状が改善しておらず、病識も不十分な対象者に、自らが置かれている状況を少しでも明確に伝えるためには、それなりにわかりやすいパフォーマンスが必要である。厳かな雰囲気や漂う法廷の高い場所から、対象行為の確認がなされ、精神障害の診断名に言及され、さらに様々な質疑を経たうえで、最終的な決定を申し渡されるという一連の手続きは、その後の治療における障害の受容、さらには対象行為への内省を準備する儀式として重要な意味を持っているように思われる。

7. 対象行為の直面化と内省

従来の精神保健福祉法にもとづく医療では、措置入院患者に対しても、ややもすれば精神症状の改善ばかりに重点が置かれ、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も少なかった。

しかし、いくら医療だからといって、「症状」だ

けを改善させれば、それでよいわけではない。筆者自身、対象行為への罪悪感が精神病症状への逃避を促していた事例を経験したことがある。また、後に患者から、筆者がその話題に触れようとしなかったために、かえって不安に感じていたことを告白されたこともある。先行研究⁸⁾によれば、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」を認識しており、治療関係の構築を疎外している可能性があるという。また、適切な時期に他害行為を取り上げなかったために、精神病症状消退後にも他害行為を否認しつづけ、後に介入困難となってしまうり、さらに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という指摘もある⁴⁾。

医療観察法の入院処遇ガイドライン¹¹⁾では、早い時期から対象行為の話題をとりあげ、精神障害との関係に対する内省と洞察を深めることが求められている。とはいいいながらも、実際には、制度施行後まもなくは、病棟スタッフも、対象行為の話題をすることに慎重な態度をとっていた。臆病になっていた面は否めない。けれども、少しずつ対象者との面接で対象行為について話し合うことを試みるなかで、その重要性を認識するようになった。

筆者自身は、対象行為の話題は積極的に取り上げていくべきであると考えている。筆者は、現在、第8病棟の心理・看護スタッフとともに、内省プログラムというグループ療法の運営にかかわっている。そのプログラムは、殺人や致命的な傷害といった行為をした対象者のグループのなかで、自らの生き方を振り返りながら、それぞれの対象行為について話し合うものである。プログラムなかでは、米国の民間犯罪加害者更生施設であるアミティ Amity¹³⁾のドキュメンタリー映画「ライファーズ LIFERS」の鑑賞もする。

内省プログラムをやってみて驚いたのは、他のメンバーと対象行為について話し合いたいと思っている対象者がいるという事実であった。そのうちの1人は、メンバーが語る対象行為の話に熱心に耳を傾け、「自分ひとりではないと知り、少し気持ちが楽になった」という感想を述べた。また、別の1人は、映画「ライファーズ」の鑑賞会をきっかけとして、「退院したら、何かボランティア活動をしたい」という感想を述べ、退院後の生活に希望を見出していた。

しかしその一方で、対象行為を人前で話すことに強い抵抗感を持ち、「事件のことを話して、一体何の意味があるのか分からない」「昔のことを思い出すのは辛い」と述べる対象者もあり、対象行為をグループで扱うことの難しさを考えさせられた。

内省プログラムのような集団療法以外の場でも、多くの治療スタッフが様々な角度から、個別的に対象行為の内省にとり組んでいる。けれども、あえてここで苦言を呈させていただけば、対象行為の直面化と内省のことを「罪悪感の喚起」「反省の強要」と取り違えている医療者も少なくない。対象者が、「取り返しがつかないことをしてしまった」と反省の弁を口にし、病棟規則を遵守しているとき、「十分に内省している」と評価され、様々に要求を訴えたり、病棟内での規則違反が繰り返される場合には、「内省が不十分」と判断されてしまうこともある。心理療法という観点からいえば、このような見方には問題がある。

筆者は、内省に必要なものは「自尊心」と「希望」であると考えている。「自分とは変化することができるという感覚」といいかえてもよい。罪悪感を喚起するだけでは、ますます自尊心を失って自暴自棄に破壊的行動をくりかえすだけであろうし、希望がなければ、重圧に耐えかねて対象行為を否認したり、精神病症状や行動化に逃げ込んでしまうであろう。

8. 社会復帰に向けて

医療観察法による医療において最も重要なのは、入院から通院、すなわち施設から地域への橋渡しである。しかし、退院可能な病状に回復しても、いざ退院後の居住地を探すとなくなるときわめて難しい。そもそも、いわゆる触法精神障害を受け入れる中間施設も非常に限られている。保健所や精神保健福祉センターをはじめとした地域における援助者の抵抗感も、予想以上に強い。指定通院医療機関のなかには、対象者の通院には同意しても、治療経過中の病状悪化に際しては、精神保健福祉法にもとづく入院に対応しないと宣言している施設もある。

確かに入院に比較して、通院処遇のために用意できる資源は、あまりに低密度で心細い。訪問看護は可能であっても、ACT (Assertive Community Treatment) レベルの強力なアウトリーチ支援を可能とするほどの診療報酬は認められていない。また、地域処遇のマネジメント役を担う社会復帰調整官は、

その業務量に比べて人員配置は不十分であり、与えられた権限も限定されたものでしかない。社会復帰調整官のさらなる拡充がなされなければ、指定入院医療機関でいかに良質な医療を提供しても、対象者の社会復帰は困難なものとなってしまおうであろう。

Ⅲ. 指定入院医療機関における医療の課題

ここまで述べてきたように、第8病棟の医療は、全体としては、実にきめ細やかで、対象者の意向を尊重したやり方で実践されている。けれども、克服していくべき課題もないわけではない。以下につづく本稿の後半部分では、そうした課題を指摘していきたい。

1. 精神鑑定に対する過大な関心

最初に指摘しておきたいのは、第8病棟スタッフの精神鑑定に対する過大な関心が挙げられる。もちろん、これまで精神医学における日陰の分野に過ぎなかった領域である精神鑑定への関心が高まることは、必ずしも悪いことではない。けれども、医師のみならず、他の多職種スタッフまでもが、「どうかかわってよいのか分からない」対象者——しばしばパーソナリティ障害や発達障害、あるいは物質使用障害を併発している——が現れるたびに、「医療観察法の対象者ではない」「責任能力に問題があるのではないか」という議論に熱心になり、鑑定書や鑑定医に対する批判をはじめることがある。こうした状況では、「その対象者といかに関わり、どう援助するか」という議論がおろそかになっていることが少なくない。

この点は明確にしておかなければならないが、そもそも医療観察法の条文のどこにも、「本法による医療の対象は、純粋な統合失調症である」と書かれた箇所はないし、同様に、「物質使用障害とパーソナリティ障害は対象ではない」と明記された箇所もない。後者に関していえば、これら単独では、刑事責任能力を問われることが多いのではないかと推測されていただけである。確かに国会では、物質使用障害とパーソナリティ障害は対象ではないと答弁されていたものの、他の精神障害との重複事例まで想定した答弁とは思えない。

けれども、スタッフは別の理解をしていたように思われる。それには、鑑定入院ガイドライン(7)、あるいは、その基礎となった厚生労働科学研究報告

書⁵⁾において提唱されている「治療可能性」なる概念の影響が無視できない。

これらに示された基準⁵⁾によれば、たとえば、パーソナリティ障害や物質使用障害は、実際に行った治療が目標にあった効果を発揮しにくい（治療効果がない）、発達障害は治療効果の般化が期待しにくい（治療の般化性がない）、さらに、治療意欲に乏しく、反社会的な生活歴を持つ者は医療になじみにくい（治療動機と準備性がない）といった理由から、いずれも「治療可能性」がないものと見なされることとなる。ちなみに、医療観察法の処遇要件は、疾病性（心神喪失・耗弱の理由となった精神障害が存在する）、治療可能性（治療によって改善が見込まれる）、社会復帰阻害要因（再び同様の行為をする危険性）の3つが同時に存在することである。したがって、治療可能性がないと判断された場合には、疾病性や社会復帰阻害要因が明らかであっても、すみやかに処遇を終了しなければならない。

筆者が、病棟スタッフの精神鑑定に対する過大な関心を危惧するのは、それが往々にしてこの「治療可能性」の問題と絡んでくるからである。そうした場合、必ずといってよいほど、パーソナリティ障害や発達障害を理由にして、「この対象者は、治療可能性がないのではないか」という意見が出てくる。さらには、「対象行為時についても十分に責任を問えたのではないか」などという議論に発展し、対象者への陰性感情が一気に高まってしまう。病棟スタッフが精神鑑定に過剰な関心を抱くとき、彼らの関心は、「いかに治療するか」ではなく、「いかなる理屈で処遇終了を申し立てるべきか（=いかに治療から撤退するか）」へと移行してしまっているように思える。

もちろん、治療における「潔い撤退」の決断は、時にきわめて重要なものである。しかし、このような決断を契機に、スタッフは対象者への対応に一貫性を失い、ますます治療関係が紛糾、混乱してしまう可能性を忘れるべきではない。治療の見込みがない対象者を、治療の名のもとに行動制限をつづけるのは倫理的に問題であることはいままでもないが、他方で、安易に治療可能性を否定することが、対象者を永久に医療から排除することにもつながる可能性もある。現時点では矯正不能とされている「精神病質者 Psychopathy」と呼ばれる者による凶悪犯罪が起こるたびに、識者のあいだで、急進的な死刑

推進論を白熱することがある¹⁾。同様の現象が、医療的援助の枠組みのなかで「治療可能性がない」とされる障害——パーソナリティ障害、発達障害、物質使用障害——についても起こらないという保証はない。

2. 疾病性の周辺にあるリスク要因への介入の重要性

ともあれ、医療観察法では、心神喪失もしくは耗弱の原因となった精神障害（「疾病性」）を改善すれば、「再び同様の行為」をしなくなるような対象者が想定され、「疾病性」の根拠となる精神障害の治療をするのが医療観察法であると、一応は理解できるだろう。

けれども、冷静に考えれば、幻覚・妄想を呈する精神障害者の全てが、重大な他害行為を行うわけではなく、そうした状況では、むしろ対人接触から退却してしまう精神障害者の方が多い。幻覚・妄想に対して暴力的に反応してしまう者のなかには、疾病性の根拠となる精神障害とは別に、もともと暴力が身近な対処行動となっていたり、暴力肯定的な価値観を持っていたり、あるいは、衝動制御を悪化させる生活習慣を持っている者もいる。

次のような事例を想定してもらってもよい。統合失調症と診断されている対象者がいたとしよう。この対象者には、過去に刑務所服役歴があり、また、最近2年間は使用していないものの、深刻な覚せい剤使用歴があり、現在は時々飲酒をしている。そのような対象者である。この事例の場合、刑事精神鑑定において心神喪失もしくは耗弱の理由となった精神障害は統合失調症ということになるだろう。それでは、統合失調症に対する治療を行えば、この対象者は、「再び同様の行為をすることなく、社会復帰する」ことができるかといえば、それは難しいであろう。第8病棟の快適な治療環境によって施設内における暴力を減少させたととしても、地域における暴力を減らすことはできまい。

こうした事例では、統合失調症の治療に併行して、パーソナリティ障害に起因する攻撃的行動に対する介入、さらには、覚せい剤再使用の防止はもとより、今後のアルコール摂取を防止するような介入がなされなければ、この対象者が、地域において「再び同様の行為をすることなく、社会復帰する」ことは望めないはずである。

制度施行前、多くの医療観察法関係者が、意図的

にこうした問題に言及することを避けていたように思われる。筆者が記憶しているかぎりでも、精神保健判定医の講習や指定入院医療機関の従事者研修では、不自然なほどこの問題は触れられることがなかった。フロアの研修参加者がこの問題を質問してくることは多かったが、研修会の講師陣は、「そのような人は対象者にならないと思う」「そういう人が制度に入らないように、しっかり鑑定をする必要がある」などと回答するのが通常であった。なかには、「覚せい剤の使用歴が1回でもある人には、絶対に『統合失調症』という診断をつけるべきではない。つけると医療に来てしまう。そのような人は『覚せい剤精神病』と診断すべきであり、覚せい剤使用は、自分でそうと知っていて『犯罪』であるから、すべて矯正施設で治療されるべきだ」という乱暴な意見—まるで「血液製剤による HIV 感染の治療はするが、同性愛による HIV 感染の治療はしない」といっているのと同じに聞こえる—を主張する講師さえいた。

けれども、蓋を開けてみると、現実には予想と異なるものであった。パーソナリティ障害や発達障害を併発する者は決してめずらしい存在ではなく、物質使用障害にいたっては、第8病棟に入院する対象者のおよそ3割に認められた。今となってもはや過去の笑い話であるが、制度施行後のまもない時期、病棟スタッフは、予期しない対象者に動揺し、その対応に苦慮していた。例によって鑑定を批判し、「鑑定がきちんとなされていないから、本来の対象ではない者が制度に入ってきてしまう」という意見が沸いた。

鑑定が問題なのではなかった。スタッフ自身が、対応の仕方が分からずに、不安になっていたのである。事実、パーソナリティ障害を持つ対象者に翻弄され、MDTの治療方針が混乱したこともあったし、隠れた深刻な物質使用障害を看過したまま、退院を申請しかけたこともあった。

3. 医療観察法で物質使用障害をどう取り扱うか

ところで、筆者は、物質使用障害の臨床経験を生かし、第8病棟において、リスク要因の1つである物質使用障害に介入する治療プログラムを運営している。実際、物質使用障害の水準に達しない程度の物質摂取でも、精神障害者の地域における暴力のリスクを著しく高める、ということを描する研究は枚挙にいとまがなく、地域における暴力を防ぐため

に物質使用障害への介入が必要であることに異論をささむ者は少ないであろう。

ただ残念なことに、本プログラムは、厚生労働省からはあまり歓迎されていないようである。第8病棟への監査において、本プログラムについて、「物質使用障害の治療は、任意参加の外来ベースですべきものだから、本制度内でするのは望ましくない。医療観察法の処遇が終わってすべきではないか」という指摘を受けたことがある。

奇妙な話である。米国の薬物乱用研究所 (NIDA; National Institute on Drug Abuse) が提唱する治療の原則¹⁰⁾では、物質使用障害にはできるだけ早期に介入を試み、可能なかぎり長期間継続すること、さらに、慢性精神病などの精神障害を併発する事例では、これら2つの障害に対して同時に治療を行うべきであること、などが提示されている。また、自発的もしくは非自発的な治療によって、物質使用障害の治療転帰に違いがないという報告がある。監査における指摘がまちがいであることは、ここで明言しておきたい。

とはいえ、医療観察法の枠組みのなかで物質使用障害に介入するには、克服すべき問題が2つある。1つは、退院後、地域における治療をいかにして継続するかという問題である。いくら指定入院医療機関で物質使用障害に対する介入がなされたとしても、それが地域においても継続されなければ全く意味がない。けれども、残念なことに、わが国では、物質使用障害に対応できる医療機関や医療者はごくかぎられた数しかないのが現状である。

これは実際にあった話であるが、第8病棟への入院を契機に、自分の物質使用障害の問題を自覚し、自ら抗酒剤の服用を決意した対象者がいた。彼は、物質使用障害治療プログラムへの参加を通じて、「退院後は A.A. (Alcoholics Anonymous) に参加したい」と希望するようになった。その後、治療は順調に進み、やがて退院を控えて、指定通院医療機関との地域支援計画の話し合いをする段階にきた。ところが、筆者が担当スタッフから聞いたところでは、その会議での指定通院医療機関職員の発言は、「A.A.に参加するのは好ましくない。A.A.に行くとみんなお酒を飲んでしまう」というものであったという。この、アルコール依存症者の否認めいた言葉に、さすがに筆者もただ唾然とするほかなかった。

この挿話からも分かるように、わが国の平均的な

医療者は、物質使用障害の治療について驚くほど何も知らない。これは医療観察法以前の問題であり、結局のところ、一般精神医療における問題点がそのまま医療観察法に持ち込まれているだけの話ともいえる。最終的には、一般精神医療における物質使用障害臨床の質を向上させることが必要なのであろうが、さしあたっては、物質使用障害の臨床経験が乏しい医療者でも提供できる治療プロトコルの開発と普及が急務といえよう。

もう1つは、医療観察法のなかで、規制薬物の再使用をどう扱うかという問題である。物質使用障害の治療では、再使用は、「依存症」から回復のプロセスとして、治療を深める重要な契機である。精神保健福祉法の枠組みにおいて、多くの薬物依存臨床の専門家は、対象者が覚せい剤使用を告白した場合、あるいは、尿検査における覚せい剤反応陽性となった場合には、入院やDARC (Drug Addiction Rehabilitation Center; 民間薬物依存更生施設) への入院を勧めたり、N.A. (Narcotics Anonymous) に参加する頻度を増やすことを提案するなどして、治療的に扱うのが通常である⁹⁾。けれども、医療観察法の枠組みでは、こうした再使用に関する情報も、保護観察所に所属する社会復帰調整官と情報を共有しなければならない。このため、規制薬物の再使用は、ただちに犯罪として司法化され、治療を深めるどころか、対象者の不利益となってしまふ可能性がある。ドラッグ・コートのような治療的法学の制度がないわが国の現状を考えると、この点をどう克服するかが課題となろう。

4. 性的問題行動への対応

第8病棟では、精神障害の種類だけでなく、対象行為に関しても想定外の現象が見られている。それは、強制わいせつや強姦といった、いわゆる「性犯罪」と分類される対象行為を行った者が、意外に目立つという問題である。そうした対象者のなかには、精神病性代償不全における突発的行動として、あるいは、幻聴の直接的影響下で対象行為を行った者もいる一方で、統合失調症とは独立して性犯罪者としての特徴や偏奇した性的施行を持ち、願望充足的な幻聴の影響下で対象行為を行った者もいる。後者のような事例では、精神病症状の治療とは別に、性的問題行動に対する介入を検討しなければならない。

これらのいわゆる「性犯罪」は、医療者が最も苦

手とする分野であろう。性的嗜好のアセスメントに際しては、マスターベーションの際のファンタジーをはじめとする、性行動の詳細を聴取するトレーニングが必要であるし、特に女性スタッフは、逆転移感情をコントロールして援助することができなければならない。また、治療については、最近ようやく法務省が、矯正施設における性犯罪防止プログラムを実施する端緒を得た状況である。これまで全く扱った経験のない医療機関の側としては、矯正施設をはじめとする法務省関連施設の職員との連携を図りながら、治療法を開発していく必要がある。

IV. おわりにかえて—司法精神医療とは？

第8病棟は、その優れた治療環境によって施設内における暴力を見事に抑止しており、しかも、主体性を尊重し、人権に配慮した、きめ細やかな医療を提供している。その意味では、現存するどのような一般精神医療をも凌駕する、申し分ない精神医療を提供することに成功しているといえるであろう。ただし、それはあくまでも一般精神医療の尺度で見た場合にかぎった話であって、司法精神医療としては発展途上の段階にある。

司法精神医療の最終的な目的は、施設内だけでなく、地域における暴力を抑止し、対象者が地域の一員として安定した生活を送れるように支援することにある。そのためには、さしあたって医療者が、「疾病性」の理由となった精神障害の治療に加え、その周辺に存在するリスク要因—たとえば、パーソナリティ障害や物質使用障害—にも積極的に介入する必要がある。筆者は、司法精神医療は、リスク要因への介入の強度において、一般精神医療を大きく凌ぐものでなければならないと考えている。

医療観察法をめぐるのは、精神障害者の人権という観点からの様々な批判¹¹⁾があり、いつしか関係者のあいだで、「リスク」という言葉は一種の禁句となった。しかし、今日の精神医療において、リスク要因とは、介入する余地が存在する可能性を示すものであって、何もそれがそのまま拘禁を意味するものではない。そろそろ我々はこの言葉を解禁し、この言葉を抜きにした司法精神医療はありえないことを確認すべきではなからうか？

文 献

- 1) Blackburn R: On moral judgments and personality disorders: The myth of psychopathic personality revisited. *Br J Psychiatry* 153: 505-512, 1988.
- 2) Blumenthal S, Lavender T: Chapter 2. Evidence for a relationship: Prevalence, In "Violence and Mental Disorder: A Clinical Aid to the Management of Risk", pp19-39, Jessica Kingsley Publishers, London, 2004.
- 3) 平林直次, 津久江亮太郎, 齋藤 治: Care Programme Approach in Japan (CPA-J) による退院促進と地域ケアに関する研究. 厚生労働省精神・神経疾患研究委託費 政策医療ネットワークを基盤にした精神医療のあり方に関する研究, 主任研究者 齋藤 治, 総括研究報告書平成 14 年 -16 年度, pp89-109, 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: 26-33, 2006.
- 5) 平野 誠: 触法精神障害者の治療プログラムに関する研究. 厚生労働科学研究費補助金 と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, pp73-146, 2005.
- 6) 包括的暴力防止委員会: 医療職のための包括的暴力防止プログラム, 医学書院, 東京, 2005.
- 7) 鑑定入院ガイドライン <http://www.mhlw.go.jp/topics/2004/11/dl/tp1104-1h.pdf>
- 8) 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 と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.
- 9) 松本俊彦: 薬物関連精神障害の臨床における司法的問題に関する研究. 平成 17 年度 厚生労働科学研究費補助金 医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業: 薬物乱用・依存等の実態把握と乱用・依存者に対する対応策に関する研究 (主任 和田清) 報告書, pp171-179, 2006.
- 10) National Institute of Drug Abuse (NIDA) : <http://www.nida.nih.gov/PDF/NNCollections/NNTreatment.pdf>
- 11) 日本弁護士連合会: http://www.nichibenren.or.jp/ja/opinion/report/2005_15.html
- 12) 入院処遇ガイドライン: <http://www.mhlw.go.jp/topic/2004/07/dl/tp0727-1c.pdf>
- 13) 坂上 香 / アミティを学ぶ会 編: アミティ「脱暴力」への挑戦—傷ついた自己とエモーショナル・リテラシー, 日本評論社, 東京, 2002.

【特集 心神喪失者等医療観察法施行1年目をむかえて—その現状と課題—】

指定通院医療機関の現状と課題

The Present Condition and Assignment of Designated Medical Institutions
for Outpatient Psychiatric Services

岩成 秀夫^{a)}

Hideo Iwanari

I. はじめに

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」または「法」と略す）が平成17年7月15日に施行され1年以上が経過した。その成立の過程には長年にわたる紆余曲折があり、中身にも少なからず妥協の跡が残されているが、わが国はじめての重大な他害行為を行った触法精神障害者に対する法制度の誕生であり、その意義は大きなものがある。

法務省の中間集計によると、実施から1年が経過した平成18年7月14日現在の医療観察法の申立て及び処遇状況は次のようなものであった。申立ては全国で344件あり、そのうち審判結果が判明したも

のは268件（78%）、まだ審判中のものは76件（22%）であった（図1）。このうち審判結果が判明した268件について処遇の内訳をみると、入院処遇147件（55%）、通院処遇69件（26%）、不処遇43件（16%）及び却下9件（3%）となっていた（図2）。申立て件数は当初の予想に近い形で推移しているが、通院処遇や不処遇は予想より多いように思われる。

医療観察法の目的は対象者の社会復帰の促進であるが、その意味からも通院処遇の果たす役割は大きい。その通院処遇が予想より多めに発生している現状をみると、指定通院医療機関の整備状況や通院医療の実施状況、あるいは保護観察所を中心とする地域処遇の現状などを早急に検討し、課題を整理しながら改善の方向を探っていく必要がある。

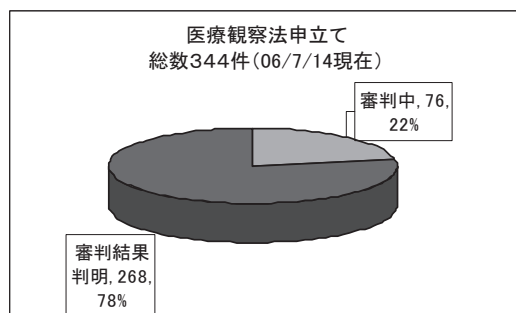


図1 医療観察法申立て状況

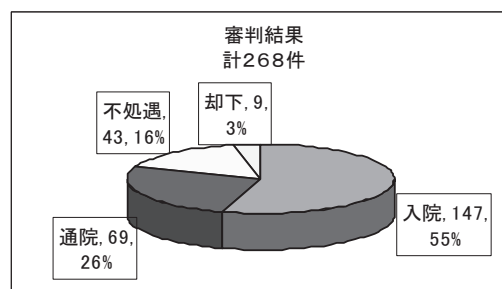


図2 審判結果の内訳

a) 神奈川県立精神医療センター 芹香病院
Kinkou Hospital, Kanagawa Psychiatric Center
〒233-0006 横浜市港南区芹が谷2-5-1
2-5-1 Serigaya, Konan, Yokohama 233-0006, Japan
受理：2006年11月10日

II. 通院処遇の概要

1. 通院処遇の位置付け

医療観察法第42条の当初審判における決定には、①医療を受けさせるために入院をさせる旨の決定（入院処遇）、②入院によらない医療を受けさせる旨の決定（通院処遇）、③この法律による医療を行わない旨の決定（不処遇）の3つのほか、④申立てが不適法であると認める決定（却下）がある。この内の②の決定と法第51条2項の「退院を許可するとともに入院によらない医療を受けさせる旨の決定」を受けて開始されるのが通院処遇であり、その中の通院医療は「指定通院医療機関による入院によらない医療」とされる。

通院処遇は、保護観察所が主催するケア会議で作成される処遇の実施計画に基づいて実施されるが、そこでは図3のように社会復帰調整官は精神保健観察と生活環境調整、指定通院医療機関は医療サービスと援助、都道府県及び市町村は援助（精神保健福祉サービス）を提供するものとされる。とくに社会復帰調整官の行う精神保健観察については、法第106条に、①精神保健観察に付されている者と適当な接触を保ち、指定通院医療機関の管理者並びに都道府県知事及び市町村長から報告を求めるなどして、当該決定を受けた者が必要な医療を受けているか否か及びその生活の状況を見守ること、②継続的な医療を受けさせるために必要な指導その他の措置を講ずること、と定められ

ており、通院対象者に義務として課せられている通院処遇を円滑に遂行する上での根拠となるものである。

医療観察法では、入院処遇に期間の定めはないが、通院期間は法第44条により、原則3年最長5年と限定されている。また通院処遇は、厚生労働省の定める「通院処遇ガイドライン」や「指定通院医療機関運営ガイドライン」、あるいは法務省の作成した「地域処遇ガイドライン」に則って実施される。

ところで通院処遇の入り口は図3のように2つある。当初審判で直接通院処遇になる場合（「直接通院」と略す）と、入院処遇から移行してくる場合（「移行通院」と略す）である。移行通院の場合も、入院医療機関と通院医療機関が距離的に離れている場合などは連携に難もあるが、直接通院の場合は時間的な制約が大きい上、後述するような様々な問題がある。

2. 通院医療の要点

通院医療は、地域という自由な空間の中で行われる医療であるため、社会復帰調整官による精神保健観察に支えられているにしても、対象者に義務として課された医療を最長5年間にわたり滞りなく行うことは相当困難な作業である。これを安定的に継続するには、医療の基本である信頼関係の構築と維持を図ることが最も重要である。対象者には様々な病状、人柄、家族・交友関係があり、重大な他害行為を行ったというハンディキャップもある。これら対象者に様々な思いを乗り越えて素直な気持ちで接し、

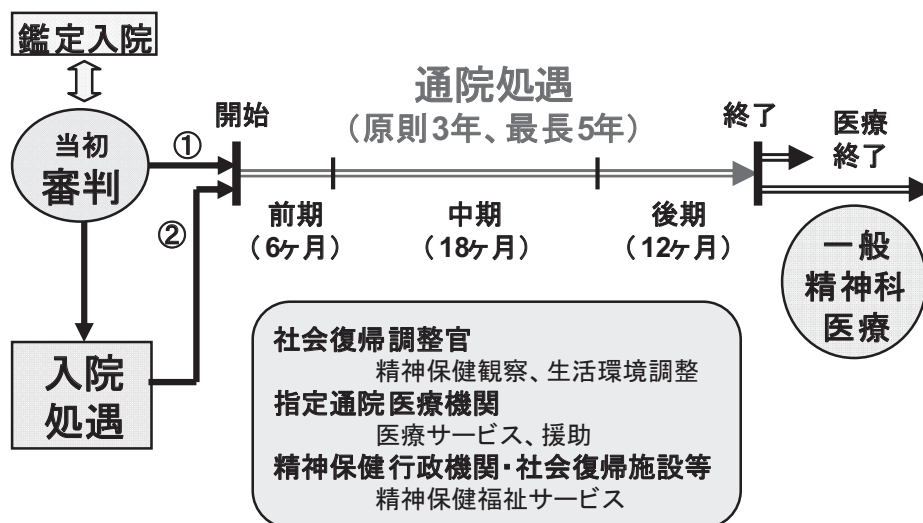


図3 通院処遇の流れ

何が彼らのためになり、病状の安定と社会復帰に結びつくかを真摯に考え支援を続けることが、信頼関係の構築と維持には不可欠であろう。

医療観察法医療は基本的には医療モデルであることから、この通院医療も一般精神科医療と本質的に異なるものではない。しかし、地域の関係諸機関のネットワークであるケア会議や、病院内の関係職種ネットワークといえる多職種チーム会議が重視され、そこで対象者の同意を得て作成された処遇の実施計画や個別治療計画に従い医療が実施されることが原則とされている。そういう点では、通院医療における最も核心の部分は「信頼関係に基づくネットワークによる支援」ということであり、これを常に念頭に置き通院医療を進めていく必要がある。また医療観察法医療の大きな特徴は、「共通評価項目等の客観的評価による丁寧な医療の実施」にあるので、通院医療に当たっては、「信頼関係に基づくネットワークによる支援」と「共通評価項目等の客観的評価による丁寧な医療の実施」を2本柱として、それを遂行していくことがポイントといえる(表1)。

通院医療を実施するときの留意事項を、基本方針として少し詳しくまとめると表2のようになる。10項目の基本方針を(1)ネットワークによる支援、(2)良質で標準化された医療、(3)人権への配慮、(4)社会復帰の促進という4つの大項目で整理したものである。

(1)については、チーム医療の実践とともに重要なものは、アウトリーチ型医療サービスの実施である。押し付けがましくならない配慮をしながら、病院や地域の行政機関等から対象者の居住場所に出かけて相談や生活支援を行うことが有用である。現状では訪問看護がその主流であるが、医師が同行する訪問診療が必要になることもある。また危機介入対策については、地域ネットワークを十分活用した現実的な対応策を定めておくことが必要となる。

(2)については、共通評価項目や生活機能などを多職種チームで定期的に評価して、対象者の病状や能力、おかれている状況を正確に把握しながら、必要な通院医療を実施することになる。それにより標準的かつ良質で丁寧な医療を提供することができる。また通院処遇の期間を前期、中期、後期とステージ分類して時期に合わせた医療サービスを施すことも可能である。現実の医療では、回復増悪の繰り返しや突然の破綻など、思う通りには行かないが、医

療を提供する側も受ける側も通院医療におけるオリエンテーションを共有しておくことが重要である。

(3)について、適切な情報管理とプライバシーの保護の問題は、特に注意を要する事柄である。チーム医療を実施していくには関係者間の情報の共有が重要であるが、関係者が増えるほど情報漏洩の懸念が高まる。情報の管理体制をしっかりと整えておくとともに、個人情報保護法やその関連法令・ガイドラインに基づいて、第三者への情報提供の際の留意事項を周知しておくことが必要となろう。

(4)は対象者のような複雑な問題を抱えた者の社会復帰を促進するためには、包括的なケアマネジメントが必要であるということである⁷⁸⁾。新設された社会復帰調整官には通院処遇のコーディネーター役が求められているが、彼らは精神保健観察と生活環境調整は行うものの、医療サービスを提供する立場にないので、医療サービス側にもコーディネーター役が必要になってくるのではないだろうか。

表1 通院医療のポイント

- 信頼関係に基づくネットワークによる支援
- 共通評価項目等の客観的評価による丁寧な医療の実施

表2 通院医療の基本方針

- (1)ネットワークによる支援
 - ・関係諸機関の緊密な連携「ケア会議」
 - ・多職種チーム医療の実施「多職種チーム会議」
 - ・アウトリーチ型医療サービスの必要性
 - ・危機介入時の対応策の確立
- (2)良質で標準化された医療
 - ・標準化された医療の提供「通院処遇ガイドライン」
 - ・ステージ分類の考え方の導入
- (3)人権への配慮
 - ・ノーマライゼーションの理念に基づく医療
 - ・インフォームド・コンセントの重視
 - ・適切な情報管理とプライバシーの保護
- (4)社会復帰の促進
 - ・包括型ケアマネジメントの適用

Ⅲ. 指定通院医療機関における実施体制

ガイドラインに沿って通院医療を実施するとき、指定通院医療機関に課せられた業務は表3のように相当なものがある。これらの業務を滞りなくこなし通院医療を適切に実施していくために、数人以上の受け入れが予測される医療機関では、多職種チームの編成と運営方法を工夫する必要がある。専従のメンバーで多職種チームを編成できれば1つの理想ではあるが、大部分の医療機関の現状では困難だと思われる。多くの医療機関では、兼務のメンバーで多職種チームを編成しこの医療にあたっていくことになる。その時、通院対象者個別にメンバーが異なる多職種チームを作っていたのでは、対象者の増加に伴い混乱することになる。あらかじめコアの職種による固定メンバーの多職種チームを幾つか作って

おき、順次対象者を受け入れていくという方式などが1つの形となるだろう。

このように幾つかの多職種チームが存在する時、そのまとめ役が必要になる。また指定通院医療機関に課せられた業務の多さを考慮すると、一定数以上受け入れる医療機関では、専従かそれに近い形の医療観察法担当者を医療機関内のケアコーディネーター（ケア調整者）として配置しなければ対応できないのではないだろうか。図4のように、この医療観察法担当者が個別多職種チームを統括し、病院全体の多職種チームともいえる例えば通院医療運営会議に、対象者の治療状況や通院医療の実施状況等を報告し検討するという、複層的に多職種チームを運営する体制（複層的多職種チーム制）が有用だと思われる。

表3 指定通院医療機関の業務

<ol style="list-style-type: none"> 1. 個別の治療計画の作成(通院医療開始までに) <ul style="list-style-type: none"> ・主治医等担当者を決定し多職種チームを編成 ・対象者の情報の収集と信頼関係の構築 2. 定期的評価・・・「多職種チーム会議」 <ul style="list-style-type: none"> ・個別の治療計画 <ul style="list-style-type: none"> 毎月評価し翌月の治療プログラムを作成 3ヶ月毎に評価し翌3ヶ月の治療計画を作成 ・共通評価項目：毎月評価 3. 保護観察所主催のケア会議への出席 <ul style="list-style-type: none"> ・処遇の実施計画の作成と見直し 4. 地域の関係諸機関との連絡調整会議等への出席 5. 基幹型通院医療機関 <ul style="list-style-type: none"> ・外来診療、デイケア、訪問看護・診療 ・病状悪化時の精神保健福祉法による一時的入院など
--

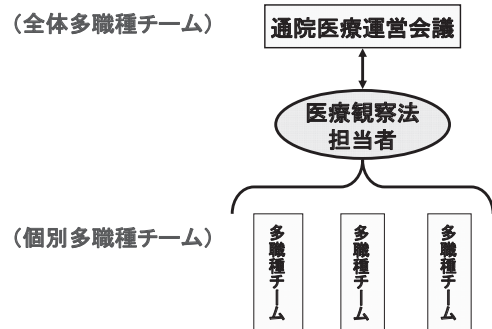


図4 複層的多職種チーム制

Ⅳ. 医療観察法における地域処遇

1. 地域ケア体制

地域処遇においては保護観察所と新設された社会復帰調整官の役割が大きい。医療観察法では保護観察所は通院対象者に対して精神保健観察と生活環境調整を行うことになっているが、その担当者である社会復帰調整官は、地域処遇におけるケアコーディネーター役が求められている。そのため社会復帰調整官はケア会議を開催し、関係諸機関の協力の下、各種の医療サービスや福祉サービス、あるいは行政サービスを適切に組み合わせて処遇の実施計画を作

成することになる。

医療観察法では、通院対象者についてその病状を悪化させないことが、対象行為の再発予防につながり、社会復帰を促進することになるという考え方であるので、適切な医療を継続的に提供できる体制の維持が最も重要である。そのため精神保健観察の手段を有する社会復帰調整官と医療サービスを提供できる指定通院医療機関の緊密な連携が、まず第1に必要である。また社会復帰を促進するためには、居住場所の確保、あるいは生活訓練や活動の場としての社会復帰施設等の利用も必要になってくる。そこで保健所や精神保健福祉センターなどの公的機関の

関与も求められる。つまり法務サイドの社会復帰調整官、精神医療サイドである指定通院医療機関の医療観察法担当者（ケア調整者）、および精神保健福祉行政サイドの担当者が、三位一体となって対象者を支援し、そこに社会復帰施設等が協力するという地域ケア体制の基本的なあり方が考えられる¹⁾²⁾ (図5)。

これら関係諸機関・諸施設は、日頃よりケア会議等を通じて顔の見える関係を維持し、何か問題が発生した時は、社会復帰調整官の指示の下、責任を押し付けあうことなく、一体となって事に対処する必要がある。

2. 地域生活支援

地域生活支援としては、医療サービスとしての訪問看護等、行政サービスとしての保健所等からの訪問、あるいは社会復帰調整官の精神保健観察や生活環境調整などもあるが、多くは平成18年4月より段階的に施行されている障害者自立支援法（以下、「自立支援法」と略す）に規定された福祉の枠組みの各種サービスを利用することになる（図6）。このうち入所施設のサービスは、昼のサービス（日中活動事業）と夜のサービス（居住支援事業）に分けることにより、サービスの組み合わせを選択できるようになっている。事業を利用する際には、利用者一人一人の個別支援計画が作成され、利用目的にかなったサービスが提供される。また従来精神保健福祉法上の社会復帰施設や法外の共同作業所のサービスなどは、5年間の経過措置期間を経て新サービ

ス体系に再編されることになる。

精神保健福祉にとってこの自立支援法は、3障害共通の制度となったこと、サービスメニューが豊富になり適切な組み合わせで状態やニーズに即したサービスが提供できること、あるいは国の義務的経費が明示されたことなど利点も少なくないが、次のような問題点も多く、新サービス体系に円滑に移行できるか懸念もされている。まず事業者側にとっては、複雑な新体系にどのように移行できるかという問題、サービス単価の設定に左右される採算性の問題などがあげられる。一方利用者側にとっても、契約に基づく利用となり、各種の減免措置は講じられるものの、原則1割の定率負担になったこと、障害程度区分の判定が精神障害者は低く出てしまうこと⁹⁾、あるいは窓口である市町村に経験ある人材が乏しく適切なケアマネジメントを受けられるのかという問題¹⁰⁾ など心配の種は尽きない。

精神障害者への地域生活支援サービスの整備状況は、身体障害、知的障害、障害児に比べかなり遅れているのが現状であるが⁹⁾、この自立支援法の施行による混乱でさらに遅れるのではないかと心配される。このような状況の中、複雑困難な問題を抱える通院対象者への地域生活支援については種々の困難が予想される。本来は医療や福祉の枠組みを超えたACT (assertive community treatment) のような包括的なケアマネジメントによるサービスの提供^{7) 8)}、あるいは最も効果的、効率的な実践の方法を追求していく Best Practice という考え方に基づくサービスの提供⁶⁾ などが、このような対象者には必要不可欠である。しかしわが国の現状では、保護観察所、指定通院医療機関および精神保健福祉行政機関は、一体となって対象者を支えるだけでなく、当面は社会復帰施設等も支援しながら、サービスが提供できる体制を維持していくことになるだろう。

医療観察法の対象者には、帰るべき住居がなくなった者も少なくない。そういう意味で居住施設の確保は重点事項の1つだが、円滑な確保が図れるかは楽観できるものではない。一般の犯罪者の場合、刑期が満了したあと住居がないときは、更正緊急保護として一時的に更生保護施設に入所できる制度があるが、医療観察法の対象者についても同様の施設等の対応が今後課題となってくるとと思われる。

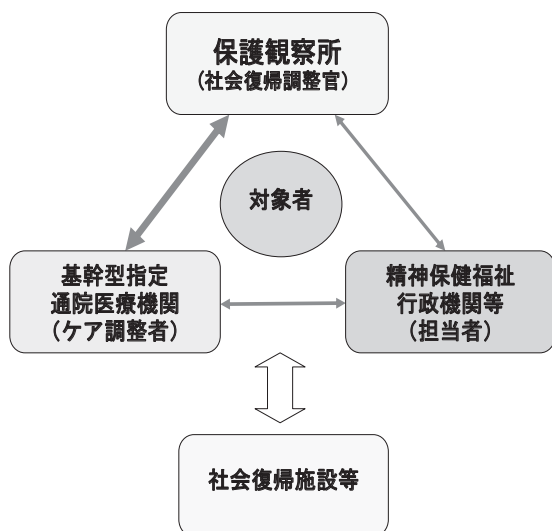


図5 地域ケア体制（基本型）

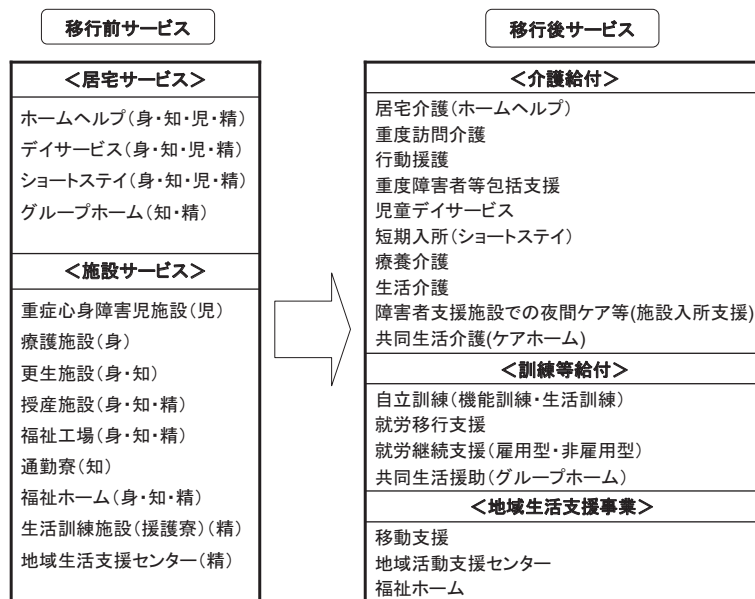


図6 福祉サービスに係る自立支援給付の体系

V. 通院処遇の現状と課題

1. 通院処遇アンケート調査

通院処遇の実態を把握するために、筆者らは厚生労働科学研究松下班の分担研究として、通院対象者に関するアンケート調査を実施した。平成18年2月10日時点において全国で通院対象者は28例発生していたが、その全てが当初審判で直接通院の者であった。アンケート調査は、同じ母集団に対し、保護観察所経由と、指定通院医療機関等経由の2種類のデータが得られるデザインである。回収率は前者が22例(78.6%)、後者が15例(53.4%)であった。

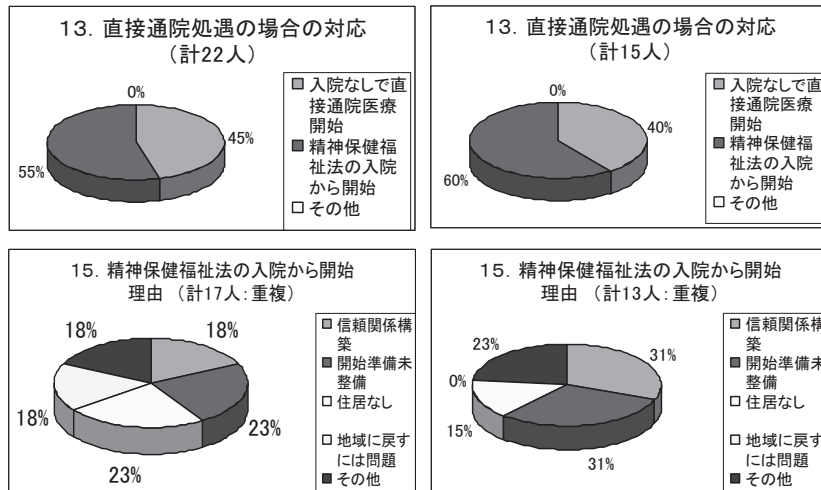
アンケート集計結果は研究報告書³⁾に詳しいが、重要な結果を図7に示す。全例直接通院処遇であることと、通院処遇が始まったばかりで体制が未整備かつ関係諸機関が不慣れであった点を考慮する必要があるが、直接通院処遇の半数以上(55%、60%)が、文字通りの通院医療を開始することができず、精神保健福祉法上の入院になっていたことが大きな特徴であった。その理由は、信頼関係を構築するため、通院医療の準備が整わないためなどのほか、住居がないとか地域に帰すには問題があるためなどの、初めから通院処遇自体が困難と思われる理由もあった。医療観察法では、病状悪化時に一時的な精神保健福祉法上の入院を想定しているが、施行当初とはいえこれだけ多くの精神保健福祉法上の入院が発生するとは予測されていなかったと思われる。

2. 通院処遇の問題点

① 指定通院医療機関の体制整備と確保の問題

医療観察法の通院医療を行うとき、その内容とともにそれに見合う実施体制の整備が不可欠である。この医療では多職種チーム医療が必須であるが、現在のマンパワーでは専従の多職種チームの編成はどうか、専従に近い形で医療機関のケア調整者として医療観察法担当者を配置できる場所も限られている。手厚い医療を提供する必要があることから、医療機関には通院医学管理料や症状悪化時の急性増悪包括管理料が設定されてはいるが、決して十分なものではない。この通院医療を実施することが、マンパワーの増強につながり、医療観察法担当者を核とする多職種チームが、ACTチームのように機能することができるような体制整備が強く望まれる。これらの経験とノウハウの積み重ねを、やがていわゆる重度療養群の退院促進につなぐことができれば、一般精神科医療の底上げにも役立つことであろう²⁾。

また指定通院医療機関の確保の問題であるが、現在は数量的にも不足している上、通院に数時間も要する地域があるなど地理的分布にも偏りがある。この通院医療を行うことが、その病院の医療の質を向上させ、人員の確保にもつながるようになれば、自ら指定通院医療機関の確保に結びつくと思われる。医療機関の過疎地域等それでもなお通院が困難な地域は、対象者の居住場所をどこに定めるかなど別の視点からの解決策が必要となる。



注) 左列のグラフは、保護観察所経由データ
右列のグラフは指定通院医療機関等経由データ

図7 福祉サービスに係る自立支援給付の体系

② 地域処遇の問題点および社会復帰調整官の確保

地域処遇においては前述したように、社会復帰施設等の整備と支援体制、とくに居住施設の整備などが今後の課題であるが、ケアコーディネーターに位置づけられている社会復帰調整官の確保と地域における連携体制の構築も重要なテーマである。幸い社会復帰調整官は申立て状況にあわせて徐々に増員されてきたが、地域によっては1人体制のところも少なくない。医療観察法の申立てから処遇の終了まで一貫して関わり続ける社会復帰調整官は、今後なお十分に確保される必要がある。また保護観察所は多くの都道府県では1ヶ所しかないが、そこから遠隔地に居住する通院対象者には、問題が発生した時すぐに駆けつけることは困難であろう。少なくとも指定通院医療機関や行政の担当者などと、日頃の緊密な連携を図り、ネットワークによる支援が十分機能するようにしておく必要がある。

③ 処遇のつなぎ目の問題

医療観察法の処遇は、通常の医療と異なり多くの処遇のつなぎ目がある。この連携が円滑にいかないときに問題が発生することになる。

第1に当初審判で直接通院処遇になった場合である。あらかじめ対象者の情報や面接の機会がないときには、指定通院医療機関としては多くの場合対応困難であろう。そのためやむなく精神保健福祉法上の入院から開始せざるを得ない場合も出てくる。時間的制約のある中で慌しくスタートしなければなら

ないので、早めに情報や面接機会が得られるような制度的配慮が必要であろう。

2つ目は、遠隔地の指定入院医療機関から移行してくる場合である。入院処遇の社会復帰期には、外泊などが可能となり対象者との面接の機会も得られるが、信頼関係の構築が十分でない場合や、退院地の受け皿の機能が不確かな場合などは、一旦短期間の精神保健福祉法上の入院を行った方が円滑に通院医療を開始できる可能性もある。

3つ目としては処遇終了から一般精神科医療への移行の問題である。通院処遇は最長5年と期間が限定されているので、病状等の安定が十分得られていない対象者が出てくることも考えられる。これらの対象者への対応や受け入れ先の医療機関の選定などが今後の課題となる可能性がある。

④ 精神保健福祉法上の入院の問題

医療観察法は精神保健福祉法の延長線上にある精神医療法と考えられるので⁴⁾、病状悪化時の一時的な入院などで精神保健福祉法上の入院が行われることを妨げるものではない。しかし通院処遇の本来の趣旨から考えると、通院処遇当初からの入院はできるだけ避けるか、短期入院に限定すべきものとする。ただ前述のように精神保健福祉法上の入院を短期間利用する方が、現実的には円滑な通院医療を開始できる場合も想定できる。そこで現在の考え方への疑問点も踏まえて、「まず精神保健福祉法上の入院も通院処遇の1つの特殊形態として規定する。そ

のかわり期間を例えば2ヶ月に限定して、その間通院処遇は進行するとともに費用も公費負担とする。その期間を超えた場合は原則として通院処遇の進行は停止し、費用も自己負担とする。」という考え方を提案しておきたい。こうすることで精神保健福祉上の入院の位置付けを明確にし、医療観察法の処遇全体からみても一定の整合性を確保できることになる。

VI. おわりに

わが国の司法精神医療の第1歩ともいえる医療観察法が大きな混乱もなくスタートしたが、まだ様々な制度上の不備、施設や体制整備等の遅れが指摘されている。医療観察法は施行5年後に見直されることになっているが、今はそれに向けて運用状況等を具に検証し、課題を明らかにしていくことが、最も必要なことではないだろうか。

文 献

- 1) 岩成秀夫:指定通院医療機関における治療. 松下正明総編集:司法精神医学5 司法精神医療. 中山書店, 東京, pp362-367, 2006.
- 2) 岩成秀夫:触法精神障害者の社会復帰と通院治療に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)「触法行為を行った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」平成16年度総括・分担研究報告書(主任研究者 松下正明), pp287-362, 2005.
- 3) 岩成秀夫:触法精神障害者の社会復帰と通院治療に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)「触法行為を行った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」平成15～17年度総合研究報告書、平成17年度総括・分担研究報告書(主任研究者 松下正明), pp347-394, 2006.
- 4) 町野 朔:精神保健福祉法と心神喪失者等医療観察法-保安処分から精神医療へ. ジュリスト増刊「精神医療と心神喪失者等医療観察法」, 69-73, 2004.
- 5) 松原三郎:障害程度区分について. 日精協誌 25: 77-87, 2006.
- 6) 野田文隆:医療の見方、福祉の見方:精神経誌 108: 828-831, 2006.
- 7) 大島 巖:ACT・ケアマネジメント・ホームヘルプサービス 精神障害者地域生活支援の新デザイン. 精神看護出版, 東京, 2004.
- 8) Stein LI, Santos AB: Assertive community treatment of persons with severe mental illness. Norton & Company, New York, 1998.
- 9) 上野容子:地域生活支援における社会復帰支援・居宅支援事業の現状と課題. 厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)「触法行為を行った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」平成15～17年度総合研究報告書、平成17年度総括・分担研究報告書(主任研究者 松下正明), pp425-433, 2006.
- 10) 山角 駿:障害者自立支援法の実施に向けて-新しい事業体系および施設について. 日精協誌 25: 71-76, 2006.

【特集 心神喪失者等医療観察法施行1年目をむかえて—その現状と課題—】

弁護士の視点からみた医療観察法の現状と課題

The Current Situation and Issues of the Act for Medical Treatment and Supervision of Insane Person
Who Caused Serious Harm from a Standpoint of an Attorney

池原毅和^{a)}

Yoshikazu Ikehara

I. はじめに

平成18年9月30日現在の医療観察法の申し立て・決定等の状況を見ると、申し立て総数411件中、鑑定入院中の62件を除くと、入院をさせる旨の決定（以下では「入院決定」という）が約55%（191件）、入院によらない医療を受けさせる旨の決定（以下では「通院決定」という）が約25%（84件）、医療観察法に基づく医療を行わない旨の決定（以下では「不処遇決定」という）が約18%（62件）、申し立ての却下が約3%（11件）となっている¹⁾。

上記の処遇決定の分布比率は、医療観察法が施行されて一年程度で概ね安定した状態になっているように見える。このような分布比率の状態については、予想以上に入院決定の割合が低く通院決定や不処遇決定の割合が高いと肯定的な評価を与える法律家もある。確かに、この法律が予防拘禁や保安処分としての性質を持つことになるのではないかと危惧し、法案の成立に反対してきた法律家たちの予測からすると、思ったよりは入院決定の比率が低いという印象は素朴な感覚としてある²⁾。また、入院期間も、平成18年9月30日までに退院許可決定20件、医療終了決定1件となっており³⁾ 今のところモデルパターンの18ヶ月より短い期間で比較的早期に退院許可になっている事例も認められる。長期の拘禁が恒常化するのではないかと危惧感もある程度払拭される状況が認められるようにも見える。

しかし、こうした処遇決定の分布状況や退院許可

の状況は、制度的に望ましい状況に近いものであるのか否かは改めて検討してみる必要がある。

II. 強制医療の範囲をどのように画すべきか

1. 強制医療の正当化根拠

医療観察法による入院医療は一般社会からの強制的な隔離を前提（法42条1項1号）にして対象者に医療を受けさせるもの（法43条1項）であり、通院医療も精神保健観察を前提（法42条1項2号、106条、107条）として対象者に医療を受けさせる（法43条2項）ものであって、医療観察法が定める医療は、法的強制力を伴う点に法的特徴がある。そのため医療観察法についての法的関心は、この法律に基づく医療における強制力の行使が適正な範囲に限定されているかどうかにかんして寄せられることになる。

強制入院の正当性の根拠としては、従来、パターンリズムとポリスパワーの二つがあげられてきた。パターンリズムは、未熟で自力では客観的に必要な利益を享受できず、あるいは、未熟ゆえに害悪に対して自らを守ることが困難な者に対して国親の立場から保護を与えようとする思想である。一方、ポリスパワーは自由は他人に危害を加えない範囲で認められるとする思想に基づくものである。医療観察法は、重大な他害行為を行った者に対して同様の行為の再発の防止を図ることを目的規定（法1条）の文脈に加えている点を強調すれば、社会の安全のためのポリスパワーに基づく強制医療の法であるという見方も成り立つ余地がある。しかし、他面で同じ目的規定の文脈に「社会復帰を促進することを目的とする」と定めている点を重視すれば、むしろ対象者のためのパターンリズムに基づく強制医療の法であるという解釈も成り立つ。

医療観察法の目的規定の規定ぶりは、文理上、同様の行為の再発の防止を図ること自体を直接的な目

a) 東京アドヴォカシー法律事務所

Tokyo Advocacy Law Office

〒113-0033 東京都文京区本郷3-18-11 TYビル501

TY Building 501, 3-18-11 Hongo, Bunkyo, Tokyo

113-0033, Japan

受理：2007年3月16日

的と規定せず、むしろ、「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」と定めている。従って、法の直接的な目的は、同様の行為の再発防止ではなく対象者の社会復帰の促進であり、同様の行為の再発防止は社会復帰を促進するうえで考慮すべき一要素ということになると解すべきであろう。多くの審判例が従来のリスクアセスメント論を社会復帰阻害要因として処遇要件の判断に加えているが、それは同様の行為の再発防止（言い換えれば同様の行為の再発可能性）を直接の処遇要件とするものではなく、対象者本人の社会復帰の利益を勘案する上で検討を加えるべき課題として検討しているものと見られる。医療観察法の処遇決定においては、ポリスパワー的な観点（同様の行為の再発可能性）は間接的な要素として検討され、直接的にはパターンナリズム（同様の行為の再発可能性が高い状態を座視することは、結果的に本人の地域社会での生活を困難にする⁴⁾）からの判断ということになっている。

しかし、パターンナリズムは善意ゆえの過度の介入の危険性が常に伴っており、また、対象者の人格的自律の成長と発展を阻害する危険性を伴っている。人格的自律は民主主義社会の基本的価値であるから、パターンナリズムの限界を明確に画することは極めて重要な法的課題である。

パターンナリズムに基づく介入が認められるためには、通常、客観的に必要な利益を本人が自力では享受できないと認められる未熟さや能力の不十分さ（同意能力・判断能力の欠如または著しい低下）が要件とされ、あるいは、強制されようとする利益の利益性が客観的に高度であること（あるいは介入しない場合の不利益が重大であること）が明白であることが要件とされる⁵⁾。

医療観察法の直接的な目的は対象者の社会復帰という対象者自身の利益を図ることにあるとするならば、この法はパターンナリズムの観点から医療・福祉を付与する法律ということになるが、その場合、現在までの法の運用が過度のパターンナリズムに傾斜しすぎていないかを検証する必要がある。

2. 医療観察法の強制医療の要件とその運用

医療観察法は、「対象行為を行った際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するため」、入院決定の

場合は「入院をさせてこの法律による医療を行わせる必要があると認める場合」、通院決定の場合は、「この法律による医療を受けさせる必要があると認める場合」と定め（法42条1項1号、2号）、この処遇要件は当初審判の申立から（法33条）、鑑定入院命令（法34条、法37条）、入院継続申立・退院許可申立（法49条、51条）、再入院申立（法59条、61条）、処遇終了申立（法54条、56条）等に至るまで医療観察法の処遇決定の一貫した要件になっている⁶⁾。

法律上はこの処遇要件が強制力行使の範囲を画する役割を果たすべきものとされるのであるが、その文理は必ずしも一義的に明確であるとは言えない。多くの審判例では、この要件を①疾病性、②治療反応性、③社会復帰阻害要因の3つの観点から吟味している。しかし、それが強制力行使の範囲を限定する機能を果たしているかには疑問がある。

第1に疾病性については、対象者が精神障害者であるか否か、また、その精神障害は対象行為を行った際の心神喪失又は心神耗弱の原因となった精神障害と同様のものであるか否かが問題とされる。しかし、疾病性は、それが認められなければ医療観察法の対象とならないという意味ではもとより要件としての意味はあるが、精神障害者であれば当然に医療が強制されてよいということにはならないので、この要素はおおよそ強制医療の対象者とならない者を除外する消極的な要素にはなるが、積極的に適正な強制医療の範囲を画する要素にはなりえない。

第2の治療反応性については、審判例の中には、対象者は統合失調症に罹患しており、統合失調症については薬物療法等による治療反応性が認められ、対象者については鑑定入院中の薬物療法で治療効果が認められたという程度で治療反応性を肯定しているものもある。しかし、この程度の判断であるとするれば、統合失調症やうつ病に関しては、ほぼ自動的に治療反応性も肯定されることになってしまい強制医療の範囲を画する要素としては不十分である。治療反応性の判断も、知的障害や人格障害など治療反応性が乏しいものを除外する機能は果たしても、統合失調症やうつ病などの患者の中で、どのような患者についてあえて医療観察法の強制医療を行うことが許されるのかを積極的に限定する機能は果たしていないように見える⁷⁾。

治療反応性については、医療観察法が提供する医療・福祉によって具体的にどのような精神障害の改

善と社会復帰の可能性がもたらされるのかが、個別具体的に検証・検討されるべきであろう⁸⁾。

第3の社会復帰阻害要因は、保安的な配慮に転化しないように慎重な運用が求められるが、いわゆる病識の不十分さや医療の継続性についてのコンプライアンスの程度が重要な判断要素となる。医療観察法による医療の治療効果（治療反応性）が十分に期待できる前提がある場合、治療の継続性が維持できれば病状の改善とその維持が期待でき、対象者の社会復帰が促進されると考えられるが、逆に医療の継続性が維持できなければ、一時症状が改善しても再度増悪化して社会生活が困難になるという図式は社会復帰阻害要因の判断枠組みになっている。

多くの審判例は、同様の行為を行う具体的、現実的可能性の有無を鑑定事項に加え、裁判所自らも処遇決定の一要素として処遇判断に加えている。仮に審判時現在においては対象行為の直接の原因となった幻覚、妄想などは消褪していても、服薬や治療を中断すれば再度同様の精神症状が現れる可能性があり、その場合には再度同様の行為を行う可能性がある場合を広く含める審判例が少なくない。その判断は措置入院における「自傷他害のおそれ」の判断とは異なっており、それよりは広く緩やかな判断になっている⁹⁾。

「同様の行為を行う具体的、現実的可能性」を厳格に解釈すれば、この要素が強制医療の限界を画する機能を有することは期待できるが、実際の運用では同様の行為を行う具体的、現実的可能性が認められないとして不処遇の判断や通院決定の判断をした審判例は、日本弁護士連合会が収集検討を加えた審判例の中にはなく¹⁰⁾、この要素は現実の運用では措置入院の場合のように強制医療を限界づける機能を果たしているとは言えない。

3. 医療観察法の強制医療の要件の再考

以上のように見ると、医療観察法は強制医療の範囲を適正に限定するという機能を十分に果たしているとは言えないと思われる。そこで、先に述べたパターンリズムに基づく強制医療の許容要件を可能な限り上記の医療観察法の運用の上で配慮していくことが必要ではないかと思う。そのためには、対象者の能力とりわけ自分が抱えている疾病とそれに対する治療の必要性の理解・判断能力の不十分さを十分に見極め、真にパターンリスティックな介入が必要

な対象者を限定する必要がある。あるいは、医療観察法によって強制される医療・福祉の利益性の高さが当該対象者にとって個別具体的に明確であることを実質的に判断要素に盛り込むことが必要になる。

用語や判断枠組みとしては必ずしも適当ではないと思うが、現在の運用を前提とすれば社会復帰阻害要因の判断の中で、自らの疾病とそれに対する治療を継続することの必要性を理解・判断する対象者の能力が著しく低下しており、自力では客観的に必要な医療を享受できない状態にあること（同意能力の要件）が本質的に重要な要素として判定されるべきである¹¹⁾。

また、治療反応性の枠組みの判断に適するであろうが、医療観察法による医療・福祉が一般精神医療福祉に比べて一般的にも利益性が高く、また、対象者自身の個別的な事情から見ても利益性が高いことが客観的に明確であること（利益性の要件）が同様に本質的に重要な要素として判定されるべきである。

医療観察法の医療・福祉の個別的、客観的な高度の利益性が確保されていることと対象者の判断能力の低下の状態を慎重に吟味することで、医療観察法を保安のための法律ではなく、医療法として純化してゆくとともに強制医療の範囲を適正化してゆくことができるのではないかと思う。また、こうした考慮は、現在までの医療観察法の運用から大きく離れるものでもなく、より意識的にまた個別具体的な事例の中で厳密に判定をしてゆくことで、適正な運用に近づけることが期待される¹²⁾。

4. 処遇決定等の分布状況の再考

以上のような考察を前提にしても、入院決定が6割前後で通院決定が約4分の1という振り分けが妥当かどうかは俄かに判断はできない。医療保護入院を参考にして精神障害のある人たちの中で同意能力が損なわれ、パターンリスティックな強制入院が必要な人の比率を推定すると全精神障害者数の5%から7%程度ではないかと考えられる。医療観察法の対象となった人は、対象行為時に心神喪失あるいは心神耗弱となったことのある者であるから、ある程度病状の重い一群であることは推測されるので、強制入院が6割近いからといって直ちに過度のパターンリズムの行使であると断定することはできない。しかし、付添人として対象者本人と接した印象や指定入院医療機関に入院している対象者に接して得る

印象としては医療保護入院になっている患者に比べて判断能力が高く、自発的な入院や治療が成り立ちそうな人もかなりいるように感じられる。

対象者の状態に的確かつ機敏に対応した処遇を選択するうえで、現時点で病識や判断能力がある程度保たれている場合には、将来、病識や判断能力が再び低下して治療中断が起りうる事態を慮って現時点から強制入院を選択するのではなく、現時点では必要十分と考えられる侵襲度の低い通院処遇を第一選択とし、それでは治療継続が得られないことが明らかになってきた段階で入院処遇を選択してゆくということが、医療の発想としては妥当ではないであろうか¹³⁾。

医療観察法を保安のための法律ではなく対象者本人のための医療と福祉の法に純化してゆこうとするなら、適正なパターンリズムの限界を画するために対象者の能力の状態をより立ち入って分析し、本人の自己決定に委ねるべき領域を可能な限り認めてゆくことが必要であり、また、対象者の病状に臨機に対応した処遇選択がなされるべきである。

不処遇が18%、却下が3%という比率は、付添人としては付添活動が功を奏したものと評価し、また、処遇裁判所が医療観察法を絶対的なものとはしない柔軟な姿勢ももっているものとして評価できる。しかし、別の見方をすれば検察官の医療観察法申し立てについての判断が十分に吟味されているのかについて疑問を抱かせる問題でもある。かねてから起訴前の簡易鑑定を前提とした検察官の責任能力についての判断が疎略すぎないかという指摘があり、また、軽微な傷害や形式的には医療観察法の対象者となっても、既に社会復帰を十分に果たしている事例についてまで形式的、画一的に医療観察法の申し立てを行っているのではないかという問題がある¹⁴⁾。医療観察法の申し立てがなされれば、対象者は2ヶ月ないし3ヶ月は鑑定入院先に身柄を拘束されるのであるから、その負担は最終的に不処遇や却下になったからといって済まされる問題ではない。申し立てにおける検察官の慎重な判断が求められるところである。

Ⅲ. 医療観察法の医療・福祉の水準

1. 鑑定入院中の医療・福祉

鑑定入院は「鑑定及び医療的観察のために」行われるものであり(法34条1項)、医療観察法に基づ

く強制医療を行うか否かを判定するために入院をさせているのであるから、その間に治療を直接の目的として治療を強制することは許されない。しかし、他面で鑑定入院が行われる時期は、対象行為から3週間程度後の時期であり、心神喪失や心神耗弱となっていた時期からほどない急性期状態にある時点であるのが通常である。そのため、この時期に適切な治療を行うことはその後の症状の改善のために重要である。また、鑑定及び審判の行われる2ヶ月ないし3ヶ月の時間を鑑定入院先で未治療で過ごすことは治療上の時間の空費でもある。そのため付添人としては十分なインフォームドコンセントが行われる前提で、治療効果が十分に見込まれ副作用の問題も深刻ではない治療方法については積極的に行われるようにすることを鑑定入院先の精神科病院にも求めている。

しかし、行動制限や強制的治療の可否及び要件などについては精神保健福祉法の場合に準じるとされているものの、医療観察法としては鑑定入院中の治療関係についてまったく規定を定めていないし、鑑定入院中は精神科病院に入院しているにもかかわらず、処遇改善請求などの権利救済方法の規定も欠けている¹⁵⁾。

また、提供される医療の質・量としても鑑定入院先は従来の一一般の精神科病院であるのが通常であるから、指定入院医療機関に比べて設備、人材ともに十分ではない。しかし、医療の配分としては、いわば最前線としての急性期治療を実質的に引き受けなければならない鑑定入院先の病院においてこそより充実した設備と人材を整え質・量ともに十分で良質な医療を提供できるようにすべきであろう。

なお、鑑定入院についても手続の厳格性が鑑定作業の足枷となる場合がある。対象者の通院処遇の可能性を現実的に鑑定するためには、鑑定入院中に外出や外泊の試行を行うことが有効である場合もある。しかし、鑑定入院命令は、対象者を入院させ処遇決定があるまでの間在院させることを命じるものであるから(法34条1項)、病院を離れて外出や外泊を認めることが「入院」あるいは「在院」などの文言から逸脱するとすれば、そのような試行は許されないことになる。しかし、鑑定入院の目的は身柄の確保ではなく、鑑定及び医療的観察を行うことであるから、その目的に照らして「入院」あるいは「在院」の文言は柔軟に解する(医療的管理下に行われる場合は病院外に外出等することも「入院」と解す

る)か、立法論としては試行の条件を定めた規定を用意するのが妥当であろう。

2. 指定入院機関における医療・福祉

指定入院医療機関における医療は、現在までのところ設備、アメニティーをはじめ人材の豊富さ、提供される医療内容いずれについても一般精神科病院の医療と対比して質・量ともに優っている。

提供される医療の利益性が高度であることは、強制入院を正当化するための重要な要素であるから、今後も良質な医療の提供を維持向上させる努力が必要であり、また、医療監視などによって、モニターをしてゆくことも必要であろう。

国立武蔵病院においては、平成17年10月から月2回のペースで弁護士と人権センターのスタッフが病棟に入って対象者からの相談を受け、抗告や退院許可申立などの支援を行っている。対象者は入院決定即日に指定入院医療機関に搬送されてくるので、入院決定に対する抗告ができることを理解していないままの者も少なくない。また、例えば回復期から社会復帰期への移行が期待どおりに進まず、その希望を医療者側に単独では伝えにくいと思っている対象者もいる。あるいは、退院許可申立をしたいと考えている者や投薬などについてインフォームドコンセントを十分にとって欲しいという希望、一定の治療について治療拒否ができないかという相談など患者の権利に関わる相談も相当数ある¹⁶⁾。また、被害者に対する損害賠償問題や運転免許の更新と入院との関係、生活保護や住居の問題などの相談もある。弁護士と人権センターのスタッフは、相談を受けて必要な情報の提供やアドバイスをするほか、MDTやCPAの会議に参加して患者の希望や意見を代弁する役割を果たす場合もある。また、退院許可申立、抗告申立などについては必要であれば付添人となったり、従前の付添人との連絡調整をする場合もある¹⁷⁾。こうした権利擁護活動は、財源や人材が組織的に準備されないまま現在まで試行的に行っているものであるが、対象者が自分の置かれている状況を理解し、不満や希望を社会的に許容される合理的な方法で訴える方途を知ってゆく上で有意義である。また、閉鎖的になる危険性のある病棟に外部の目が入ることで処遇の適正さや公正さを客観的に担保するうえでも重要ではないかと考えている¹⁸⁾。

3. 指定通院医療機関における医療・福祉

医療観察法による入院によらない医療は制度的には保護観察所が関わる精神保健観察がなされるところに特質があるものの、指定通院医療機関は一般の精神科病院等の中から指定されるので、提供される医療の質・量は一般の精神医療と同様である。しかし、対象者にとっては通院医療を受けることは義務的であるから(法43条2項)、対象者は一般の患者が有する医療選択の自由や治療拒否の自由を制限されていることになる。法のパターンリスティックな介入の程度は入院に比べて低度のものであるが、一般医療に比べて高度のものである。従って、その介入あるいは自由の制限に見合うだけの医療的利益が提供されることが必要であり、指定通院医療機関において提供される医療の質・量の向上を図る必要がある。

また、指定入院医療機関からの退院に際して、指定入院医療機関としては退院可能と考え退院許可申立を行うが、居住地の住居の確保などが進まないなどの理由から保護観察所は退院に拒否的意見を出し、結果的に退院許可申立が棄却される事例も出ている¹⁹⁾。このままの状況が進むと、いずれ指定入院医療機関においてもいわゆる社会的入院者が社会復帰期に滞留する危険性がある。平成18年8月31日までに退院許可となった者18名について、11人が家族のもとに戻り、社会復帰施設に入所した者は1名、単身でのアパート生活等が5人とされ、全体としてみると社会資源を利用するよりも家族に援助を求める傾向が見られる²⁰⁾。しかし、医療観察法の対象者から被害を受けた者はむしろ家族である場合も少なくなく、そうでなくとも精神障害者の家族については高齢化や長年の闘病生活の支援による疲弊が指摘されて久しいところである²¹⁾。

医療観察法では、指定入院医療機関の設備、人材には相当の力を入れているが、通院処遇については、社会復帰調整官をコーディネーターとする程度で社会資源の質・量の充実については、一般の精神保健福祉の向上を待つ形になっている。社会的入院者の解消は我が国の精神保健福祉における長年の課題であるから、この際、抜本的に社会資源の充実を図る施策が緊急に求められるところである。

IV. 医療観察法の見直しに向けた課題

医療観察法が強制医療の法である以上、強制力行使の許容される限界を明確化することは法的に重要な課題であり、現在の医療観察法の処遇要件は強制力行使の限界を画する要件としては曖昧に過ぎるように思われる。立法論としては要件を明確化し、強制医療の許容限度を明確化してゆくことが必要である。

また、鑑定入院中の医療のあり方については法の不備が明らかであるから、この点については法文を整備することが急務であろう。

全体としての精神医療福祉の底上げ、とりわけ社会資源の大幅な充実がない限り、医療観察法においても社会的入院者が増大して行くことは明らかである。新設の社会復帰調整官がいかにかコーディネーターとして奔走しても、社会資源のないところで社会復帰を促進することは徒手空拳で課題に立ち向かうようなものである。医療及び福祉資源において充実した良質の医療・福祉が提供されることがなければ、医療観察法が正当な法律として支持を受けることもなくなるであろう。

- 1) 厚生労働省・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課医療観察法医療体制整備推進室資料
- 2) 法律のひろば(2006.12) 山上氏は、通院決定が予想以上に多いと言う印象を同様に述べているが、むしろ入院を原則とすべきであるとの意見を述べており(36頁)、この制度に対する考え方の違いによって評価は異なる。
- 3) 上記推進室資料
- 4) しかし、このような説明は、結局、再犯の危険性から社会を守るという論理と同じ結果に行き着くか、あるいはいっそう要件を曖昧にしようという批判はある。再犯を犯せば自分自身が刑罰や強制医療を繰り返し受けることになり、あるいは社会から受容されにくくなるという側面から見れば再犯因子の存在は本人にとっても不利益であり、それを取り除くことができることは利益と言えなくもないが、現在症状を離れた再犯リスクの中長期的予測の正確性が確保できなければ、パターナリズムの名の下に過度の権利侵害を起こすことになる。
- 5) パターナリズムの許容要件として、判断能力の存否を基準とするものと、享受すべき利益が高度であるか、あるいは、避けるべき不利益が重大であることが明白であることを基準とするものがある。あるいは、両者のバリエーションとして両者を相関的に考慮するアプローチも考えられる。
- 6) なお、法33条、34条、37条等は「医療を受けさせる必要が明らかでない」と認める場合」を除外している。
- 7) 指定入院医療機関の入院者の89.5%は統合失調症またはそううつ病であるとされ(上記推進室資料)ていることは、これらの疾患の場合、疾病性、治療反応性の要素では強制医療の許容範囲が限定されず、ほぼ自動的に強制医療が許容されるとの判断が導かれている可能性をうかがわせる。
- 8) 処遇決定の判断に当たって、医療観察法による医療とそれ以外の医療を比較して医療観察法による医療の適否を判断するべきではないという見解もある(法律のひろば、2006.12、8頁)。しかし、対象者が強制医療を受けた場合に具体的にどのような利益があるのかはパターナリズムに基づく介入をする場合に当然考慮しなければならぬ要素である(人権を制約する以上、得られる利益と失われる利益の比較考量を行ない、失われる利益以上に得られる利益が大きいことが人権制約の正当性を基礎づけるものになるはずである)。具体的には、精神保健福祉法に基づく一般の精神医療との比較検討を具体的症例で行うことは対象者の利益という観点から当然必要である。
- 9) あるいは時間軸を加えるために幅の広い判断になっている。その結果、判断の正確度が低下する危険性もある。
- 10) 日本弁護士連合会刑事法制委員会医療観察法対策部会では、平成18年7月までに付添人となった弁護士から個人情報に抵触しない範囲で審判例を収集し25例について審判書に即した分析を行っている。
- 11) 同意能力と拒絶能力については、与えられる医療の利益性の程度と相関的に考えるべきであるという説(スライディングスケールモデル)があり、利益性が高く危険性が乏しい医療行為についての同意能力は低くても足り、それを拒絶する能力は高度であることを要し、逆に、利益性が乏しく危険性が高い医療行為については同意能力は高度でなければならず、拒絶能力は低くても足りるとされる。こうした変動的な能力評価は入院と通院の振り分けや個々の医療行為を行う場合のインフォームドコンセントの要否を判断する上で重要である。
- 12) 医療観察法の処遇要件が医療の必要性に収斂していることからすると文言上は同意能力の程度よりも当該医療・福祉のもたらす高度の利益性に重点があるように読める。その意味では医療観察法は、医療・福祉的利益の享受を患者の自己決定と自己責任に委ねるよりも、医療提供者側に高度の医療・福祉的利益を提供するだけの力量の確保と責任に任せ、判断能力が備わっていれば通常誰でもその利益を享受しようとすると考えられるような医療・福祉の質と量が準備されていることが前提になっているものと考えられる。
- 13) 医療観察法では裁判所が加わって手続が慎重になったぶん処遇判断の変更にも回りが利かなくなり、そのために処遇選択において、侵襲度の低い治療手段からはじめて徐々に侵襲度は高い治療効果も高い治療手段へと治療

- 選択のグレードを上げてゆくという治療選択の手法ではなく、むしろ侵襲度は高いが治療効果も相対的に高いと考えられる入院処遇を第一選択として徐々に侵襲度を下げた治療手段に落としてゆく手法がとられる傾向があるのではないかと危惧される。精神医療審査会に対する退院請求等は申し立てから1ヶ月以内、やむを得ない場合でも3ヶ月以内に決定すべきことが求められている（平成12年3月28日障第209号厚生省大臣官房障害保健福祉部長通知）が、医療観察法の退院許可申立事件では半年を越えても決定ができない事案も見受けられる。医療観察法の手続の慎重さや煩雑さが、対象者を可能であれば通院としておいて必要となったら入院に切り替えるとか、退院を許可して必要なら再入院を行う（場合によっては精神保健福祉法の入院も併用する）というような臨機応変な対処よりも、まずは入院から始めて通院処遇について十二分に安定した見通しがつくようになって始めて通院に切り替えるという過介入の医療となり、対象者の状態と処遇の切り替えの間に時差や齟齬が生じることがないか、今後も注意深く観察する必要がある。
- 14) ある事案では、対象行為後直ちに措置入院となり医療保護入院、任意入院を経て、退院後、グループホームの居住が確保され作業所、地域生活支援センター、通院先の医療機関との連携も十分に確保されて、本人は順調に社会復帰を果たしていたところ、遅まきの捜査が完了して不起訴決定となったため、検察官は法33条の申し立てを行い、裁判官は鑑定入院命令を発したため（法34条）、対象者は鑑定入院先の保護室に収容される事態となった事例がある。このような事案では、「医療を受けさせる必要が明らかでない」と認める場合」として申し立ても鑑定入院命令も行うべきではなかったのではないかとと思われる。
- 15) 精神保健福祉法上の入院であれば同法38条の4が、医療観察法であれば同法95条により、第三者的な機関に不服申し立ての道が定められている。
- 16) 平成18年3月までに延べ約80件の相談があり（同じ対象者からの複数回の相談も含む）1回の訪問で平均4～5件の相談がある。
- 17) 病院PSWの主宰する権利擁護講座にオブザーバーとして参加し、参加者と意見交換をしたり、新規入院者を対象に入院患者の権利についてガイダンスをする試みも始めている。
- 18) 北陸病院でも弁護士が病棟に入って権利擁護相談を受けているということであり、こうした活動を制度的に組み入れることは、人権保障及び医療的効果の両面で有効であり、積極的な推進が望まれる。
- 19) 平成18年9月30日現在で、42件の退院許可申立があり、9件は審理中であるが退院許可は20件、12件が申立棄却となっている（上記推進室資料）。退院許可申立は対象者からもあるので一概に判断できないが、指定入院医療機関からの退院許可申立が棄却される場合も含まれており、その多くは住居の確保が困難な場合であると言われる。
- 20) 法律のひろば（2006.12）13頁
- 21) 精神障害者・家族の生活と福祉ニーズ（ぜんかれん保健福祉研究所モノグラフNo.5）によれば、親の年齢は65歳以上の者が6割、世帯の年収が300万円未満の者が65%を超え、親自身の健康状態が主観的にも客観的にもすぐれない者が30%以上存在する。また、EEの観点からも葛藤関係の深い家族の下への退院は再発要因ともなるので、社会復帰を目的とする医療観察法としては、積極的に社会資源の開発を図る必要がある。

【総説】

アトピー性皮膚炎の心身医学的問題について

Psychosomatic Aspects of Atopic Dermatitis

安藤 哲也^{a)}

Tetsuya Ando

【抄録】

アトピー性皮膚炎は増悪・寛解を繰り返す、掻痒のある湿疹を主病変とする皮膚疾患で成人の有病率は3%にのぼる。心理社会的なストレスで悪化し、生活の質の低下や社会的機能の障害が強く、治療に関しても混乱や医療不信がしばしばみられる。アトピー性皮膚炎の難治化の予防や生活の質の改善には心身医学的なアプローチの普及が必要である。

Abstract

Atopic dermatitis (AD) is an itchy, eczematous skin disease with chronically relapsing symptoms affecting as many as 3% of the adult population in Japan. Psychosocial stress is a major aggravating factor of AD. Impairment of quality of life and social functioning due to AD is often severe. Confusion regarding dermatological treatment of AD and distrust of medicine among patients are serious. Psychosomatic approach is necessary to prevent persistence of AD and to improve quality of life of the patients.

I. はじめに

近年、アレルギー疾患は世界的に増加傾向がみられる。わが国でも、いまや国民の約3人に1人がアトピー性皮膚炎、喘息、アレルギー性鼻炎などのアレルギー疾患を持っているとされる。そのうち、アトピー性皮膚炎は、増悪・寛解を繰り返す、掻痒のある湿疹を主病変とする疾患であり、患者の多くはアトピー素因を持つ。アトピー素因というのは、気管支喘息、アレルギー性鼻炎・結膜炎、アトピー性皮膚炎のうちいずれか、あるいは複数の疾患の家族

歴・既往歴が認められやすいこと、またはIgE抗体を産生しやすい素因をいう。アトピー性皮膚炎の発症や増悪には、非アレルギー的な皮膚側の要因、アレルギー的な要因、そしてさまざまな増悪因子が相互に関与しあっている。皮膚側の要因は、水分の保持能の低下（乾燥肌）、痒み閾値の低下、易感染性などを指す。これにダニ・家塵などの種々の環境・食物アレルギーにIgE抗体が産生され遅延型免疫反応が引き起こされるという免疫・アレルギー的な炎症の側面が加わる。さらに発汗や気候の変化、心理社会的ストレスなどの様々な増悪因子がその悪化に寄与する。

アトピー性皮膚炎は幼児期小児期に発症することが多いが、どの年代でも発症しうる。アトピー性皮膚炎の有病率は非常に高く、2001年と2002年の厚生労働省研究班の調査では学童の有病率は11%にのぼるとされている。アトピー性皮膚炎の90%は10歳までに発症する一方、約90%は寛解するとされている。しかし、成人になるまで持ち越す例、いったん寛解したものが思春期青年期に再燃する例、思春期以降に新たに発症する例も少なくない。

近年、成人のアトピー性皮膚炎患者が増加してい

a) 国立精神・神経センター精神保健研究所
心身医学研究部

Department of Psychosomatic Research, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry

〒187-8553 東京都小平市小川東町4-1-1

TEL:042-341-2711 FAX: 042-346-1957

Ogawahigashi-cho, Kodaira, Tokyo, 187-8553, Japan

TEL: +81-42-341-2711

受理: 2007年3月19日

るとされ、都市部における1年有病率は1997-1998年の調査で3%にのぼり¹⁾、病院を受診する患者の年齢のピークは20歳代となっている²⁾。成人のアトピー性皮膚炎はしばしば難治性であるといわれている。小児期では原因・悪化要因として食物アレルギーが重要であるのに対して、成人においては精神的ストレスの役割が大きくなる。調査によれば患者の約半数から3分の2が悪化要因として精神的ストレスをあげている³⁻⁵⁾。このことは皮膚科医の間でもよく認識されており、厚生労働省研究班によるアトピー性皮膚炎治療ガイドライン2002では検索すべき原因・悪化要因のひとつとして精神的ストレスがあげられ⁶⁾、また、日本皮膚科学会アトピー性皮膚炎治療ガイドライン2004⁷⁾のなかでも心身医学的問題が取り上げられている。しかしながら、具体的な対応の仕方についてはこれらのガイドラインではほとんど示されていない。

アトピー性皮膚炎に罹患していることが過半数の患者にとって大きなストレスであり⁸⁾、生活の質の低下や社会的機能の低下を来すことは多く^{9,10)}、不眠、抑うつ、不安などの精神症状を訴える例も少なくない^{5,10,11)}。さらに、現在のアトピー性皮膚炎の治療の主体であるステロイド外用剤に対する不合理な不安、忌避、自己中断による悪化、アトピービジネスをはじめとしたいわゆる不適切治療による被害、医療不信、ドクターショッピングなども社会問題化している^{8,10,12,13)}。

日本心身医学会教育研修委員会による『心身医学の新しい治療指針』によれば、心身症とは「身体疾患の中で、その発症や経過に心理社会的な因子が密接に関与し、器質的ないし機能的障害が認められる病態をいう。ただし、神経症やうつ病など、他の精神障害に伴う身体症状は除外する。」と定義されている¹⁴⁾。つまり心身症という特定の疾患単位があるわけではなく、種々の身体疾患の中で心身相関の病態が認められる場合を心身症という。また精神症状あるいは精神疾患の合併の有無と心身症であるか否かは別次元の問題である。

このように、アトピー性皮膚炎は心身症の病態を示す代表的な疾患であるのみならず、それに罹患していることによるストレスや標準的な治療への不適応の問題も大きい。しかし、皮膚科領域では、心身医学的な診方や治療は、内科や小児科などの他の領域に比較しても普及しているとはいいがたい。2002

年に厚生労働省精神神経疾患委託費による「心身症の診断・治療ガイドライン作成とその実証的研究班(班長:西間三馨)」は、世界初の心身症診断・治療ガイドライン2002を発表した¹⁵⁾が、その中で代表的な心身症の病態を呈する疾患の一つとして、アトピー性皮膚炎のガイドラインが作成された¹⁶⁾。アトピー性皮膚炎のガイドラインは2006年に出版された心身症診断・治療ガイドライン2006にも引き継がれた¹⁷⁾。

本総説では、まず主に成人のアトピー性皮膚炎に関する心身医学的問題を概観し、次に筆者が作成に関わったアトピー性皮膚炎の心身医学的ガイドラインと心身症尺度について解説し、最後に今後解決すべき課題について述べる。

II. ストレスが皮膚炎を悪化させる仕組み

1. 免疫系の変化

ストレスが皮膚炎を悪化させるメカニズムが研究されている。Schmid-Ottら¹⁸⁾は、アトピー性皮膚炎患者に実験的にメンタルストレスを10分間負荷すると1時間後には痒みが増強し、アトピー性皮膚炎の炎症に関連する末梢血リンパ球のCD8+Tリンパ球細胞、ナチュラルキラー細胞、好酸球数が増加することを示した。ヘルパーT細胞には亜集団としてTヘルパー1(T helper 1, Th1)とTヘルパー2(T helper 2, Th2)が存在し、この両者のバランスにより免疫応答のパターンが異なる。アトピーは、Th2優位の免疫応答により病態が形成される。ストレスや不安、そしてストレスホルモンであるグルココルチコイドやカテコラミンはこのTh1/Th2バランスをTh2優位にすることが示唆されている¹⁹⁻²¹⁾。アレルギー反応による炎症にはさまざまなケミカルメディエーターが関与しているが、動物実験では急性拘束ストレスが皮膚の肥満細胞(mast cell)の脱顆粒を誘発することが報告されている²²⁾。このように、ストレスがアレルギー性の炎症にかかわるケミカルメディエーターの分泌や免疫機能の修飾を介してアトピー性皮膚炎を悪化するメカニズムが推測されている。

2. 皮膚バリア機能の障害

皮膚は外界の乾燥、病原菌、アレルゲン、化学物質、紫外線などの様々な有害な刺激からからだの内部を

守るバリアの働きをしている。アトピー性皮膚炎患者では皮膚のバリア機能が低下しており、乾燥しやすく、アレルゲンの侵入や細菌、ウイルス感染も起こしやすい。心理的ストレスにより皮膚のバリア機能が障害され²³⁾、機械的に損傷されたバリアの回復も遅くなる²⁴⁾。またストレスにより表皮細胞の増殖や分化が抑制されること、皮膚の透過性が亢進すること、角質の統合性が損なわれることが報告されている²⁵⁾。ストレスによる視床下部-下垂体-副腎皮質軸の活動亢進により分泌が増える内因性の副腎皮質ホルモンの作用により角質の脂質の産生、分泌が減少することがそのメカニズムのひとつと考えられている^{25, 26)}。

3. 掻破行動

アトピー性皮膚炎は症状として強い痒みを伴い、皮膚を掻破し傷つけることで、皮膚のバリアは破壊され、炎症は悪化する (itch-scratch cycle)。ストレスで痒みが増強することで掻破が増えるだけではなく、アトピー性皮膚炎患者では掻破行動の条件づけができやすく²⁷⁾、習慣的に、あるいは葛藤、苛立ち、空虚感などを紛らわすためのストレス解消手段として、必ずしも痒みを伴わなくても掻いている場合がある^{28, 29)}。小林は²⁹⁾重症のAD患者のほとんどで痒みがないのに習慣的にあるいはストレスへの対処手段として皮膚を掻いており、なかには強迫的ないし自傷的な掻破行動を呈する例もあることを報告している。アトピー性皮膚炎患者を面接していると葛藤や不安を惹起する話題に及ぶと皮膚を掻き始めることが、よく経験される。掻破のみでストレスによるアトピー性皮膚炎の悪化を全て説明できるかどうかは疑問であるが、掻破による皮膚所見は皮膚科医にはあきらかであり、また患者に掻破していることを観察させることも難しくないため、治療的介入の対象としやすい。

Ⅲ. 発症・悪化要因としてのストレス

アトピー性皮膚炎が精神的ストレスで悪化することは患者と医師の双方で広く認識されている。患者を対象にした種々のアンケート調査では、気候や発汗、食事などとともに、心理社会的ストレス（以下ストレス）を悪化要因としてあげる割合が非常に高い³⁰⁾。Lamminstaustaら³⁾は大学病院皮膚科を

受診した801人の青年期のアトピー性皮膚炎患者のフォローアップ研究で半分から、3分の2の患者で精神的ストレスが悪化要因として認識されていると報告した。わが国でも、古江ら⁵⁾による成人患者を対象にしたインターネットによるアンケート調査で470人のうち、240人（51%）が悪化要因として精神的ストレスをあげている。筆者らの調査でも対象患者の約9割がストレスを悪化因子とし、そのうちの3分の2は対人関係のストレスが関係すると答えている。一方、瀧川ら³¹⁾は皮膚科医を対象にしたアンケート調査で90%以上の医師がストレスに起因した掻破が症状に「大きく」または「かなり」関与していると考えていることを報告し、ストレスの緩和対策が本疾患治療の一つの柱となるとしている。檜垣ら³²⁾は重症AD患者に精神科医が面接を施行し、48例中40例（83.3%）で心理社会的負荷がADの増悪に関与していたとしている。またKodamaら³³⁾は阪神大震災で破壊が著しい地域で多くの患者が症状の悪化を経験したことや、主観的な落ち込みが症状の悪化を最も予測する因子であったことを報告している。大阪府のアンケート調査¹⁰⁾（後述）では15-19歳は受験、20-24歳は就職、25-29歳はステロイド中止、30歳以降は過労を悪化原因と回答するものが最も多かったという。

このようにストレスがアトピー性皮膚炎の重要かつ頻度の高い悪化要因であることにはコンセンサスが得られていると考えられる。一方、ストレスがアトピー性皮膚炎の発症に関わるかどうかはその証明の困難さもあって、議論のあるところである。ライフイベント研究ではアトピー性皮膚炎患者の発症後のストレスフルなイベントの数がコントロール群より多かったが、発症前のイベント数は変わらなかったと報告されている³⁴⁾。しかし、ストレスフルな出来事、例えば、就学、不登校、就業や結婚等を契機に発症しているようにみえる症例を経験することは少なくなく³⁵⁾、発症の準備因子や誘発因子となる可能性は否定できない。

情動と皮膚炎との密接な関連も報告されている。針谷ら³⁶⁾は気分の状態の尺度のProfile of Mood State (POMS) を用いて測定した抑うつ-落ち込みや緊張-不安の得点と皮膚症状スコア、角層水分量、総菌数との間に強い相関があり、患者のストレスの程度とかゆみなどの皮膚症状も相関する傾向を示したと報告している。Kingら³⁷⁾は患者に感情状

態と皮膚の状態を毎日記録させたところ、対人関係のストレスが翌日の皮膚の状態を予測する一方、抑うつは前日の皮膚の状態によって予測されたと報告した。Langman ら³⁸⁾も日記録を用いて様々な環境要因と掻破、皮膚炎の悪化との関連を調べ、暑さや湿気、発汗、ストレスが掻破の増加に相関していたという。Gupta ら³⁹⁾はアトピー性皮膚炎や乾癬、慢性蕁麻疹などの痒みをとともう皮膚疾患患者で抑うつのスコアと認知された痒みの強さが相関し、抑うつの程度が強いほど痒みの認知も強い傾向にあることを示した。

IV. アトピー性皮膚炎に罹患していることによる負荷

アトピー性皮膚炎に罹患していると、強い痒みがあり、うっとうしく、見た目、容貌も気になる⁵⁾。慢性に経過し、悪化、寛解を繰り返して、いつ治るのか果たして治るのか見通しが立ちにくく不安である。治療もしばしば面倒である。医師の指示に厳密に従えば、何種類もの外用薬を部位や皮疹の状態、程度などに応じて細かく使い分け、毎日塗り続けなければならない。長期間使用し続けるだけに、薬の副作用についての不安は余計大きい¹⁰⁾。

アトピー性皮膚炎の痒みは強い。先の古江らの調査によれば約4割が日中の強い痒みを訴え、約5割が夜間、痒くて目が覚めると訴えている⁵⁾。ある報告によれば就眠にかかる時間や、総睡眠時間には健常者と差がないが、夜間に中途覚醒する頻度が高いとされている^{40,41)}。しかし筆者らの小規模の調査では就眠障害、熟眠障害、早朝覚醒、規則性の障害をいずれも30から50%の患者が訴えていた。皮膚炎の急性増悪時にのみ不眠を訴える場合が多いが、慢性的に持続する例もあり、生活リズムが昼夜逆転していることも珍しくない。

アトピー性皮膚炎患者の生活の質 (quality of life, QOL) の低下もしばしば顕著である。筆者らの健康関連 QOL の尺度を用いた調査では、アトピー性皮膚炎患者では健常者に比較して生きがい・将来への希望、生活の楽しさ・仕事の満足、心の安定・健康感が低く、日常生活の苛立ち事として自己の健康に起因する問題の頻度が高かった⁴²⁾。皮膚疾患特異的な QOL の尺度が開発されており代表的なものとして Dermatology Quality Index (DLQI)⁴³⁾や、

Skindex⁴⁴⁾がある。Higaki ら^{45,46)}は Skindex-16 の日本語版を作成しそれを用いた検討でアトピー性皮膚炎患者では他の皮膚疾患患者に比較して三つのサブスケール (Symptoms, Emotions, Functioning) のうち特に、Symptoms と Emotions の障害が強かったと報告した。QOL の低下は皮膚炎が重症であるほど著しいとの報告が多いが、それだけではなく心理的要因が深く関係している。Linnet ら⁹⁾は DLQI を用いた調査で QOL の低下は皮膚炎の重症度とともに、不安の強さとも相関することをしめした。一方、皮膚炎の重症度と不安との間に関連をみとめなかった。アトピー性皮膚炎を含め、皮膚疾患はしばしばスティグマとして認識される。Wittkowski ら⁴⁷⁾は DLQI を従属変数、皮膚炎の範囲、スティグマの認知、不安、抑うつ、否定的な評価への恐れ、自尊心などを説明変数として回帰分析を施行し、スティグマの認知、皮膚炎の範囲、抑うつが QOL に有意に寄与していると報告した。

アトピー性皮膚炎患者は健常者に比べ精神症状を訴える割合も高い。Shirata らは General Health Questionnaire (GHQ) を用いて身体的症状、不安と気分変動、社会的活動障害、希死念慮とうつ傾向がいずれも健常者に比較し高頻度、高得点であると報告している⁴⁸⁾。海外の報告でもアトピー性疾患患者、特に女性ではうつ病のリスクが高いことが報告されている^{49,50)}。社会的機能の低下も著しい。平成2年に日本皮膚科学会大阪地方会が大阪府の委託を受け、医療機関および患者の会を通じて16歳以上の患者を対象に成人アトピー実態調査を行った¹⁰⁾。調査期間は3ヶ月で豊中市は受診した全症例を対象に(回答783人)、豊中市以外からは重症患者を対象(回答2,755名)に調査した。1年以内に休学・欠勤は豊中市13.0%、豊中市以外30.7%、そのうち1ヶ月以上に及ぶものがそれぞれ2.6%と9.3%であった。また、家でのひきこもりが豊中市16.0%、豊中市以外34.6%でそのうち1ヶ月以上に及ぶものがそれぞれ12.1%と12.9%、1年以上が7.7%と3.0%であった。片岡らは皮膚科で入院加療した小学生、中学生、高校生133名のうち入院前に1ヶ月以上の長期欠席していたものは44名にのぼり、そのうち不登校と考えられるのは25人であったこと、環境調整やカウンセリングなどを行った場合には、皮膚科治療のみの場合よりもはるかに復学率が高かったことを報告している⁵¹⁾。

V. 医師患者関係と治療コンプライアンス

皮膚科のアトピー性皮膚炎の治療では、その炎症に対してはステロイド外用療法を主とし、皮膚の生理学的機能異常に対しては、保湿剤外用などを含むスキンケアを行い、掻痒に対しては抗ヒスタミン剤、抗アレルギー剤を補助療法として併用し、悪化因子を可能な限り除去することを治療の基本とするコンセンサスが確立されている⁷⁾。しかし、治療の柱であるステロイド外用剤に対して根拠に乏しい不信感や不合理な不安を持ちステロイド使用を忌避する患者は少なくなく、適切な治療を受けずに重症化するケースが多い。筆者らの調査でもステロイド剤を使うことに不安を持つものが121人中82人(67.8%)、またその為に医師から処方されたステロイド剤をやめたことがある者は42人(34.7%)にのぼるとの結果であった。その理由は依存、耐性、反跳現象(いわゆるリバウンド)やなんとなく副作用があると思うからという回答が多く、その大部分は事実ではない誤解に基づくものであった。この背景にはステロイドに対する不安に加えて、患者の医療側への不信感や医師の説明の不足があると考えられ、医師患者間のコミュニケーションや正確な知識の伝達が重要であると考えられる。

社会一般にみられるステロイド忌避の風潮を背景に、ステロイド剤を使わないで治すことや、ステロイドを離脱することなどを宣伝して、医学的根拠がなく、高額な治療法や商品売りつける「アトピービジネス」が蔓延し、不適切な治療により重症化して入院したり、会社や学校を辞めたり、長期に休養や家に引きこもる例も多いことが報告されている¹²⁾。これに対して厚生労働省や日本皮膚科学会は治療ガイドラインを相次いで発表し、基本的治療方針を提示してアトピー性皮膚炎の治療法に関する医師間のコンセンサスの確立をはかっている。また日本皮膚科学会はアトピー性皮膚炎治療問題委員会¹²⁾を設置し、アトピー性皮膚炎の治療に関する混乱の収拾と不適切治療による患者の被害などの防止に努めている。

VI. アトピー性皮膚炎患者の心理的特徴

アトピー性皮膚炎に特徴的な心理的葛藤や性格構造の存在が古くは精神分析的立場から指摘され

てきた。例えば Alexander ら⁵²⁾は、アトピー性皮膚炎患者の核となる葛藤は、母親の拒絶に対する怒りの表現と、抑圧にまつわる葛藤だとした。また、Fiske ら⁵³⁾は不安定、依存的でマゾヒスティックな傾向を、Kepecs ら⁵⁴⁾は、根底にある怒り、敵意、攻撃性を指摘してきた。このようにアトピー性皮膚炎患者では否認ないし抑圧された怒りや敵意の存在が繰り返して指摘され発症、悪化、慢性化と結びつけられてきた⁵⁵⁾。ただし、このような特徴は慢性疾患により2次的に生じたものとの判別が困難であり、また古い研究では、研究デザイン上の欠陥もある。Ginsburg ら⁵⁶⁾は大学病院皮膚科の患者を対象にした調査で、アトピー性皮膚炎患者では健常者に比べ怒りを感じやすいが、表現することが少なく、不安が強くて、自己主張が少なく、怒りを表現することに効果が無いと感じているとした。一方、同じく強い痒みを伴う慢性皮膚疾患である乾癬患者では怒りの表現が少ないこと以外には健常者と差が認められなかったという。Ahmar らはアトピー性皮膚炎とその他の皮膚疾患患者および健常人と比較し、顕在性不安が高く、抑うつ的で、神経質で心气的であったと報告した⁵⁷⁾。先に述べたようにアトピー性疾患患者、特に女性ではうつ病のリスクが高いことが報告されているが、アレルギー疾患とうつに共通の遺伝的素因がある可能性も指摘されている⁴⁹⁾。

調査する対象集団の違いによっても心理的特徴は異なっている可能性がある。筆者らは、心療内科を受診したアトピー性皮膚炎患者の調査で、健常者に比較して抑圧的な不適切なストレス対処行動をとる傾向や失感情症傾向を認めたが、同じ調査票を用いた市中病院や開業皮膚科の患者を対象にした調査ではこのような傾向は認められなかった⁴²⁾。ドイツの代替治療施設で治療しているアトピー性皮膚炎患者では通常皮膚科治療を受けている患者に比較して皮膚疾患特異的なストレスの程度が強く、社会的支援が少なく、抑うつのストレス対処と宗教的ストレス対処をとる傾向が強いことが報告されている⁵⁸⁾。

VII. 心理療法的介入の効果

心理療法的介入がアトピー性皮膚炎の皮膚症状の改善に効果があるかどうか研究が行われている。しかし、コントロール群を設定したもの、

特に無作為化比較研究 (randomized controlled trial, RCT) の報告は少ない。Noren ら⁵⁹⁾ は神経症的習癖等の治療技法として知られるハビット・リバーサル (habit reversal) を搔破行動を減らす目的に応用した。RCT でハビット・リバーサルと局所ステロイド療法の組み合わせは、局所ステロイド療法単独の場合に比較して、皮膚病変と搔破の軽減に効果を示した。Ehlers ら⁶⁰⁾ Marburg 大学のグループは皮膚科的教育プログラム (dermatological educational program, DE)、リラクセーション法としての自律訓練法 (Autogenic training, AT)、認知行動治療 (リラクセーション法と搔破行動のコントロール、ストレス対処と対人関係の問題への対処訓練から構成される) (cognitive-behavioral treatment program, BT)、DE と BT 療法を加えた治療 (DEBT) を標準的な皮膚科治療単独群 (standard medical care, SMC) と RCT で比較検討した。1年後に評価したところ AT 群、BT 群、DEBT 群では皮膚病変の程度と破滅的な痒みの認知が DE 群や SMC 群に比較して統計的に有意に減少し、しかも局所ステロイド剤の使用量も減っていた。治療前の搔破のレベルが高いこと、IgE のレベルすなわちアトピー素因の程度が低いこと、Health Locus of Control の尺度の内的統制の得点が低いこと、破滅的な痒みの認知の頻度が高いことが1年後の良好な予後に関連していた⁶¹⁾。Linnet ら⁶²⁾ は6ヶ月短期力動精神療法の施行前後と終了12ヶ月後に、皮膚炎の重症度と不安の程度を評価した。精神療法群とコントロール群との間にはいずれも差はみとめられなかったが、精神療法群では不安の程度が高い患者ほど改善の度合いが大きく、コントロール群では不安が高い患者ほどプログラムから脱落しやすかったことから、適切な心理的評価とそれにもとづく介入が重要であると考察した。Brown ら⁶³⁾ はアトピー性皮膚炎を含む湿疹患者に心理療法 (生活上のストレスの同定とそれに関連した感情の表出) を皮膚科的治療に加えると、患者にモチベーションがある場合のみ皮膚科治療単独に比較して効果がみられたと報告した。わが国では石田ら⁶⁴⁾ が、搔破のセルフモニタリングが皮膚症状の改善に有効であったと非ランダム化比較研究で報告している。このように、病態に搔破の役割が

大きい場合や、強い不安を持っている場合、ストレスの対処にモチベーションのある場合には、補助療法としての心理療法的介入が有効であることが示唆されている。

VIII. 向精神薬の効果

アトピー性皮膚炎に合併する睡眠障害や不安障害、気分障害などの治療に向精神薬を使用することは患者の苦痛の軽減や生活の質、社会的機能の改善に役立つことが期待できる^{65, 66)}。また、これまでに述べたように不安・緊張や抑うつと皮膚症状・状態とが関連することから、向精神薬による不安やうつの治療によって皮膚炎自体にもよい影響を及ぼす可能性がある。Friedman ら⁶⁷⁾ は二重盲検による RCT でモノアミン酸化酵素阻害薬の phenelzine を5週間投与した群では対照群 (diazepam) に比較し、有意に皮膚炎の症状 (搔痒、紅斑、丘疹、苔癬化等) が減少したと報告した。Ebata ら⁶⁸⁾ は二重盲検による RCT で成人患者に nitrazepam 10mg を眠前に投与したところ、プラセボに比べ夜間の搔破の発作の頻度は有意に減少したが、発作の平均持続時間は逆に延長し、結果的に搔破の総時間は変わらなかったとしている。Modell ら⁶⁹⁾ は、うつ症状がなく皮膚炎の状態が安定している成人患者に、抗うつ薬の一種の bupropion-SR を6週間投与したところ10人中6人で皮膚病変の範囲が減少し投与終了後は病変の面積が投与前のレベルに戻ったと報告している。

先に、述べたように重症のアトピー性皮膚炎患者のなかには強迫的ないし自傷的な搔破行動を呈する例もあることが報告されている。これに関連して、神経症性擦傷 (Psychogenic excoriation または neurotic excoriation) と呼ばれる基礎に皮膚疾患がないにもかかわらず、反復する過剰な搔破、擦過などによっておこる皮膚の損傷を呈する患者が知られている。その精神医学的な特徴として強迫性障害や衝動性制御の障害 (Impulse-Control Disorders) との関連が指摘されている⁷⁰⁾。神経症性擦傷には選択的セロトニン再取り込み阻害薬 (selective serotonin reuptake inhibitor, SSRI) が有効であることが報告されている⁷¹⁾。難治性アトピー性皮膚炎患

者の一部にみられる搔破との関係は明らかでないが、このような観点からも診断や薬物療法が検討されるべきであろう。

このように精神薬物療法がアトピー性皮膚炎の症状の軽減やQOLの改善に役立つことが期待され、その効果や適応に関してさらに研究が進められる必要がある。

IX. アトピー性皮膚炎の 心身医学的ガイドライン研究

1. 国内外でのアトピー性皮膚炎に対する心身医学 的な治療への取り組み

欧米では精神皮膚科学 (Psychodermatology) という学問分野が確立されている。その対象である Psychocutaneous diseases は、大まかには精神障害が皮膚に発現したものと、心理的要因が関与する皮膚疾患のふたつに分類されることが多い。前者の例としてはトリコチロマニア (抜毛症)、自傷性皮膚炎、寄生虫性皮膚炎が、後者の例としてアトピー性皮膚炎をはじめとして乾癬、痤瘡、蕁麻疹、脱毛症、多汗症、皮膚搔痒症が挙げられている⁷²⁾。このような皮膚科領域の精神障害と心身症を専門に治療する医師は精神皮膚科医 (psychodermatologist) と呼ばれている。

1997年のThe American Academy of Allergy, Asthma and Immunologyとthe American College of Allergy, Asthma and Immunologyの合同のWork Groupによる診療ガイドライン (a practice parameter)⁷³⁾では、検索し除去すべき悪化因子のひとつとして、情動的ストレス (emotional stressors) が取り上げられている。そこではアトピー性皮膚炎患者が不安、怒り、敵意に関して重大な問題をもちうること、情動的因子がしばしば皮膚炎の悪化要因となること、ストレスや欲求不満、当惑などに対する反応としてしばしば痒みと搔破が増加すること、搔破が二次的の疾病利得や習慣となっている例もあることなどが指摘されている。そして、情動的、心理的な問題が皮膚炎のコントロールを困難にしている例やとりわけ容貌の障害に苦痛を感じている若い成人患者には心理的評価やカウンセリングが考慮されるべきとしている。また、リラクセー

ションや行動修正、バイオフィードバック療法が習慣的な搔破の改善に役立つ可能性があるとしている。

わが国においては1980年代から90年代にかけて一部の施設、医師らによって、アトピー性皮膚炎をはじめとして慢性蕁麻疹、円形脱毛症などの皮膚疾患の心身症に対する心身医学的アプローチへの取り組みがはじまった。例えば、心身医学領域では九州大学心療内科のグループが80年代はじめから精神分析的療法や自律訓練法などを含む心身医学的な治療を実践してきた^{35, 74)}。皮膚科領域では、岡部が中心となって皮膚科心身医学会が1986年に創設されたほか、細谷は森田療法的アプローチを⁷⁵⁾、檜垣らは精神科医との連携によるリエゾン・コンサルテーションを³²⁾、小林は嗜癖的搔破行動に着目した治療を²⁹⁾、また小児科領域では大矢らが行動医学療法を⁷⁶⁾、それぞれアトピー性皮膚炎患者に実施しその成果を報告している。90年代に入るとアトピー性皮膚炎の成人例、重症例が増加した。またステロイドバッシング、ステロイド忌避、不適切治療による被害、医療不信、ドクターショッピングなどの問題が生じ、アトピー性皮膚炎の治療現場に混乱がみられるようになった。このような状況を背景にして心身医学的アプローチの重要性がひろく認識されるに至った。平成11年(1999年)に厚生科学研究報告としてアトピー性皮膚炎治療ガイドラインが発表され、原因悪化因子のひとつとして精神的ストレスが明記され、さらに翌年発表された日本皮膚科学会アトピー性皮膚炎治療ガイドラインでも心身医学的問題が取り上げられたことは既に述べたとおりである。しかしながら、これらのガイドラインでは心身医学的な診断と治療の具体的な方法は示されておらず、一般の皮膚科医を対象に心身医学的アプローチの指針を示す必要があった。

2. 心身症診断・治療ガイドライン

平成11年度から13年度の厚生労働省精神神経疾患委託費「心身症の診断・治療ガイドライン作成とその実証的研究班 (班長：西間三馨)」のメンバーにより、「心身症診断・治療ガイドライン2002」が2002年5月に出版された¹⁵⁾。このガイドラインでは心身症の病態を示す代表的な

心身症として、慢性疼痛、緊張性頭痛、偏頭痛、摂食障害、Functional dyspepsia、過敏性腸症候群、気管支喘息、身体的愁訴を有する不登校とともにアトピー性皮膚炎が取り上げられた¹⁶⁾。心身症診断・治療ガイドラインは診断・治療の基本的な流れを示し、心身医学的な診かたの普及と医療の底上げを目指すもので、一般心理療法、心身医学療法の原則に加えて各疾患に特徴的な病態を考慮し、エキスパートコンセンサスで作成された。さらに筆者らはアトピー性皮膚炎のガイドラインの部分だけ要約した短縮版小冊子を作成し、皮膚科関係の学会、研究会、アンケート調査等で配布するなどの普及活動を行った。2006年には厚生労働省精神神経疾患委託費「心身症の診断・治療ガイドラインを用いた臨床的実証研究（班長：小牧元）」のメンバーによる「心身症診断・治療ガイドライン2006」が新たに高血圧、糖尿病、更年期障害のガイドラインを加えて出版された¹⁷⁾。

3. アトピー性皮膚炎のガイドライン

心身医学的な病態を多面的に捉え適切な対応をしていくために、本総説で既に述べてきた先行研究の知見をもとにしてガイドラインを作成した⁷⁷⁾。表1にガイドラインの構成を示す。アトピー性皮膚炎の心身医学的因子としてⅠ. ストレスはアトピー性皮膚炎の発症・悪化因子の一つである、Ⅱ. アトピー性皮膚炎に罹患していることがストレスとなって心理的苦痛や、社会的機能の低下、生活の質の低下を引き起こす、Ⅲ. 様々な心理社会的要因によって治療のコンプライアンスやセルフケアが阻害される、の3つを提示し、さらにこのような病態理解に基づいた心身医学的診断基準を作成した（表2）。一般医の使用を想定し、心身医学的アプローチの基本として①必要十分な皮膚科的、アレルギー学的診断と治療を行うこと、②良好な医師患者関係を確立すること、③患者の抵抗に配慮して心理社会的要因を評価する時期を考慮すること、④積極的な評価（診断）を推奨すること、⑤パーソナリティーに関する話題は慎重に扱うことを明記した。このうち心理社会的要因を評価する時期については、皮膚科のガイドラインで治療を見直すべき時期とされている治療開始後1ヶ月を目安とした。

診断と治療のガイドラインには、皮膚炎と心身

医学的因子との3つの関係あるいは、診断基準の3つの大基準に応じて、それぞれに評価の仕方や対処法が記述されている。図1に診断のフローチャート、図2に治療のフローチャートを示す。

現在、厚生労働省精神神経疾患委託費研究「心身症の診断・治療ガイドラインを用いた臨床的実証研究（班長：小牧元）」で、ガイドラインの有効性の検証が進められている。

4. 皮膚科医の「心身症診断・治療ガイドライン

2002：アトピー性皮膚炎」に対する評価

作成した心身症ガイドラインの有用性について検討するため、日本皮膚科学会東京支部名簿より無作為に選んだ978人に心身症診断・治療ガイドライン2002：アトピー性皮膚炎《短縮版》と伴にアンケート用紙を郵送し20.2%から回答を得られた⁷⁸⁾。回答者はほとんどがストレスやこころの問題を有する症例の経験を持ち、治療に困っているという割合が58%、対処に関心がある割合は96%と高率であった。ガイドラインの内容の理解度や、有用度についての質問では、診断・評価の仕方の理解度（「よくわかった」39%、「すこしわかった」52%）、治療の理解度（「よくわかった」31%、「すこしわかった」58%）、診療への有用度（「たいへん役に立つと思う」23%、「すこし役に立つと思う」65%）の順に低かった。これは、診断・評価に比較して、治療法や実地診療での応用により多くの課題が残っていることを反映していると思われる。理解度や有用度は回答者の年齢が高いほど、診療するアトピー性皮膚炎患者数が多いほど高く、ガイドラインを理解し活用するにはある程度診療経験が必要であると考えられた。ただし、このアンケート調査はあくまでも、回答者の主観的な理解度、有用度について尋ねたもので、それらを厳密に測定したわけではないという限界がある。自由記述の感想、意見では、医師・患者双方がもつ心理的な問題を扱うことへの抵抗感、心理社会面を扱うには短い診療時間や少ない報酬の問題、心身医学的治療の効果への疑問が指摘された。いずれも根本的に解決することはすぐには難しいが、現実的な対処の指針を示していく必要があると思われる。

表1 心身症・診断治療ガイドライン2002・アトピー性皮膚炎の項目¹⁶⁾

○疾患概説

表 ADの定義・診断基準（日本皮膚科学会）

○心身医学的因子とその評価

■心身医学的因子

■心身医学的アプローチの基本

○診断ガイドライン—解説とその根拠

図 診断フローチャート

表 心身医学的診断基準

■A基準：「ストレスによるADの発症、再燃、悪化、持続（心身症）」の解説

■B1基準：「ADに起因する不適応」の解説

■B2基準：「ADの治療・管理への不適応」の解説

図 心身症尺度

表 心身症尺度の解説

○治療ガイドライン—解説とその根拠

図 治療フローチャート

■総論

■各論

・A基準：「ストレスによるADの発症、再燃、悪化、持続（心身症）」の治療

・B1基準：「ADに起因する不適応」の治療

・B2基準：「ADの治療・管理への不適応」の治療

■小児のAD患者における心身医学的問題とその対応

図 小児のADの心身医学的診断と治療のフローチャート

■薬物療法（向精神薬）

○典型的症例提示

○患者／家族用説明文書

○他のガイドラインとの同異

図 アトピー性皮膚炎治療ガイドラインの概要

○専門医に紹介するポイント

○文献一覧

○今後の課題

○担当研究者名

○汎用薬剤

表 主な外用ステロイド薬の臨床効果分類の1例

表 保湿を目的とした主な外用薬（医薬品）

表2 アトピー性皮膚炎の心身医学的診断基準¹⁶⁾**A. ストレスによるアトピー性皮膚炎の発症，再燃，悪化，持続（心身症）**

心理社会的ストレスがアトピー性皮膚炎の発症や再燃，悪化，持続に重要な役割を果たしている。以下のうち3つまたはそれ以上で示される。

- 1) 生活上の大きな出来事（ライフイベント）が皮膚炎の発症や再燃，悪化に先行してみられる。
- 2) 日常的な心理社会的ストレスの増加や減少，持続と皮膚炎の症状の悪化や軽快，持続との間に密接な時間的関連がある。
- 3) 情動状態（抑うつ，不安，緊張，怒りなど）と皮膚炎の症状の悪化との間に強いあるいは頻繁な関連がみられる。
- 4) ストレス状況あるいは抑うつ，不安，緊張，怒り，空虚感などによって，搔破行動が誘発されることが皮膚炎の重要な悪化要因となっている。

B 1. アトピー性皮膚炎に起因する不適応

アトピー性皮膚炎の皮疹による外貌の変化，強い痒み，慢性再発性に経過し改善の見通しが立ちにくいこと，治療にかかる肉体的／精神的／時間的／経済的負担が大きいことなどが理由で2次的に心理的苦痛や社会的，職業的機能の障害が生じている。以下のうちの3つまたはそれ以上で示される。

- 1) 睡眠の障害
- 2) 対人関係の障害
- 3) 社会的状況の回避や引きこもり
- 4) 学業や職業あるいは家事における業績の低下あるいは停滞
- 5) 抑うつ気分
- 6) 不安

B 2. アトピー性皮膚炎の治療・管理への不適応

心理社会的要因によって医師の処方や指導の遵守不良などが引き起こされ，アトピー性皮膚炎に対する適切な身体的治療や管理を行うことが妨げられ，治療や経過に著しい影響を与えている。以下のうちの2つまたはそれ以上で示される。

- 1) 薬物や処置に対する不合理な不安，恐怖
- 2) 症状のコントロールについての無力感
- 3) 医療あるいは医療従事者に対する強い不信感
- 4) 皮膚炎の悪化に対する過敏あるいは過度の不安

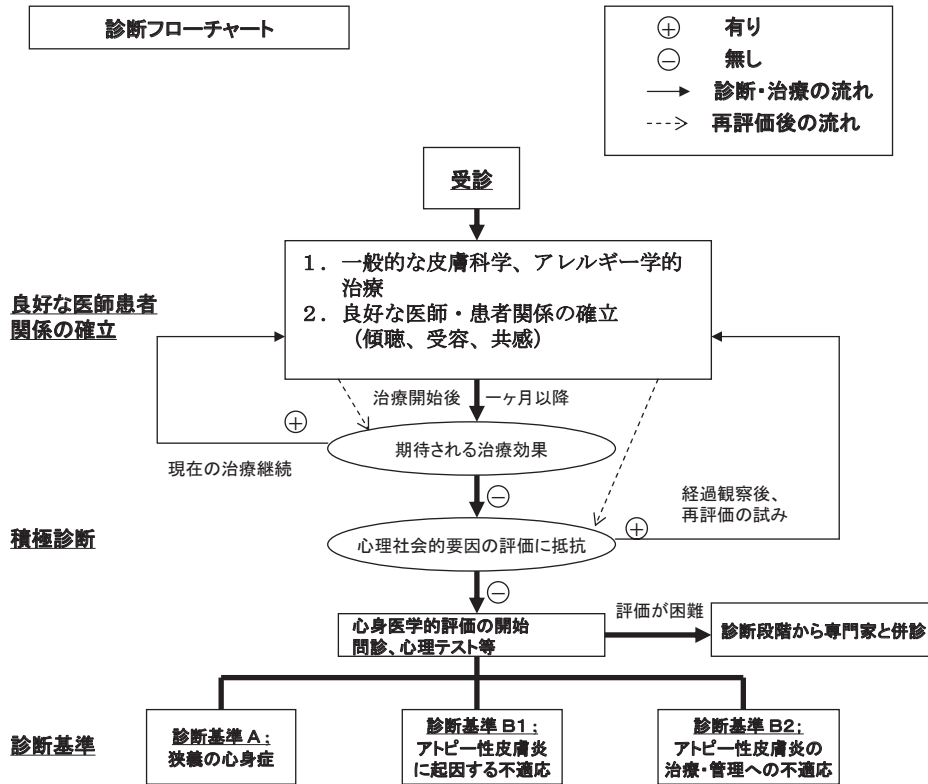
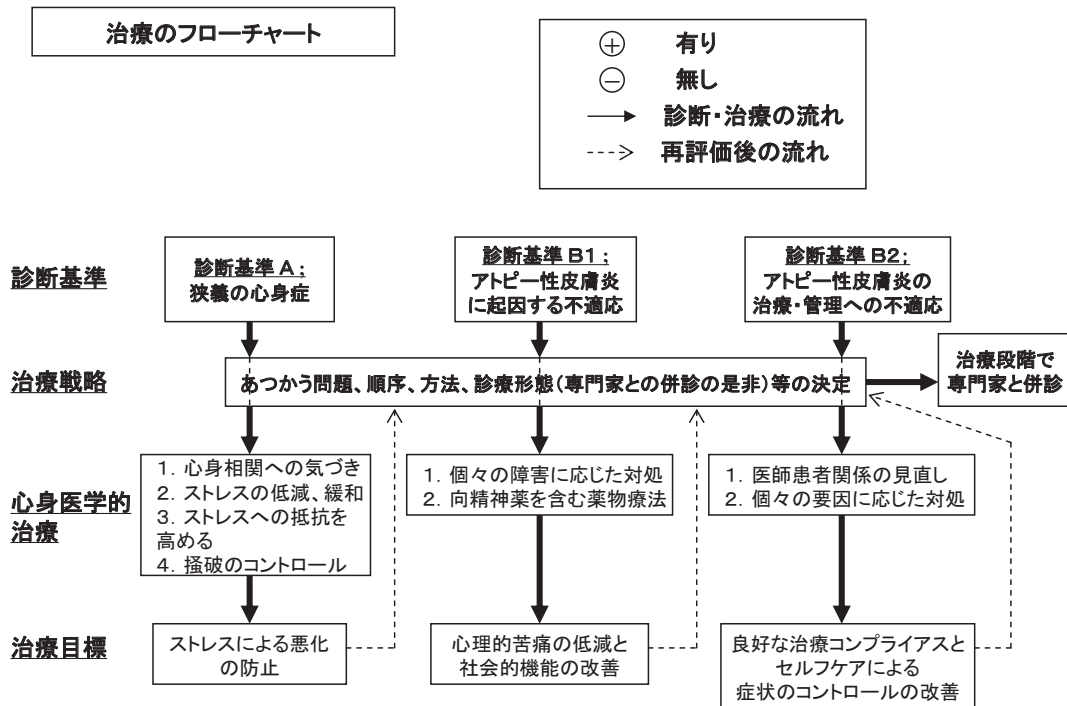


図1 アトピー性皮膚炎の心身医学的な診断の流れ¹⁶⁾



(注意: 心身医学的診断・治療を行っている間も一般的な治療は継続する)

図2 アトピー性皮膚炎の心身医学的な治療の流れ¹⁶⁾

X. アトピー性皮膚炎用心身症尺度の作成

心身症の病態の診断には詳細な病歴の聴取や経過の観察が最も重要であり、心理テストや自律神経機能検査などは補助的な位置づけである。しかし、皮膚科の实地診療では通常、短時間に多数の患者を診察しており、短時間で心身症の病態を把握することができる質問紙の要請が大きかった。また、これまでアトピー性皮膚炎の心理社会的側面の評価には、既に述べてきたようにQOLの尺度や情動、不安、抑うつ、一般精神症状、パーソナリティ、コーピング、慢性皮膚疾患への適応⁷⁹⁾などに関する尺度が用いられてきたが、心身相関の観点から評価する尺度は存在しなかった。

そこで筆者らは上記、心身医学的診断基準に対応した12の質問項目からなるPsychosomatic Scale for Atopic Dermatitis (PSS-AD)を開発し、その信頼性、妥当性を証明した⁸⁰⁾。PSS-ADはI.ストレスによる悪化、II.アトピー性皮膚炎による障害、III.アトピー性皮膚炎のコントロール不能感の三つの因子からなり、それぞれ良好な内的整合性を示した。PSS-ADの得点は、心身医学的診断基準を満たすアトピー性皮膚炎患者で高値を示し、皮膚炎の重症度や抑うつ、不安と正の相関を、皮膚科治療による改善度とは負の相関を示した。日本心身医学会認定医による診断と比較すると質問紙による正診率は65.8%、感度は66.7%、特異度は64.3%であり、決してよい値ではないが自記式の質問紙の限界とも思われる。今度PSS-ADの有用性(スクリーニング、転帰の予測、治療効果の評価等に役立つか否か)について検討していく必要があるが、質問紙への回答を手がかりにさらに問診を進めるといった使い方が最も適当と思われる。

XI. 今後の課題

アトピー性皮膚炎患者のうち、どの程度が心身医学的援助を必要とするか実態はまだ明らかになっていない。心身症ガイドライン研究に協力した皮膚科医は経験的に10%から20%程度ではないかと推定している。心身症に加えて、QOLの低下、社会的機能の低下、睡眠の障害、うつ、自殺など実態の把握が必要であろう。アトピー性皮膚炎は非常にcommonな疾患であるため、心身医学的援助を

必要とする患者は相当数にのぼると推測される。

アトピー性皮膚炎に対する心身医学的治療ないし、心理療法的介入の開発や有効性についての科学的な証明は不十分であり、一層必要であることは言うまでもない。しかし、専門的な心理療法を一般の皮膚科医が実施することは現実的ではない。皮膚科医が傾聴、受容、共感を主体とした一般心理療法の基礎を身につけ、患者の心理社会的背景に目を向けるだけでも状況はかなり改善されるのではないかと期待している。

誰が皮膚疾患患者の心身医学的治療を担うかという問題がある。心身症では身体的な病変や症状の比重が大きく、身体面の専門的な素養をもった医師が主治医となるか、診療に協力するかしないと、心身医学的取り扱いが困難だけでなく、患者を納得させにくいとされる。また、身体的因子と心理的因子とが複雑微妙に絡み合っており、それら両者の役割を判然と分け難い面もある。患者の訴えや悩みをよく聞き共感的な理解を示しつつ、身体面でも適切な処置を行いながら信頼関係をつくるのが治療の前提である。従って皮膚疾患患者の心身医学的治療は皮膚科医が中心になって担うことが理想的であろう。しかし、心身医学の教育、訓練を受けた皮膚科医はごくわずかである。また一般に皮膚科の診療は視診、触診が中心で短い時間に多数の患者を診察し、患者の話をゆっくり聞くことは少ない。総合病院の皮膚科を中心に心身医学的な診方を普及させ、心療内科、精神科との連携、リエゾンで診療をすすめることや、グループ療法⁸¹⁾の活用が現実的であろう。そのためには精神保健の分野からの知識や技術、人材面での援助が必要と思われる。

XII. おわりに

成人のアトピー性皮膚炎に関する心身医学的問題を概観し、アトピー性皮膚炎の心身医学的ガイドラインと心身症尺度について紹介し、今後解決すべき課題について述べた。アトピー性皮膚炎に限らず国民の大多数が生涯に何らかの慢性の身体疾患に罹患する。慢性身体疾患の難治化や疾患に伴う精神的苦痛、生活の質の低下に関与する心理社会的要因の解明とその対策に一層、真剣な取り組みがなされるべきであろう。

文 献

- 1) Muto T, Hsieh SD, Sakurai Y, et al: Prevalence of atopic dermatitis in Japanese adults. *Br J Dermatol* 148 : 117-121, 2003.
- 2) Nishioka K: Atopic eczema of adult type in Japan. *Australas J Dermatol* 37 : S7-S9, 1996
- 3) Lammintausta K, Kalimo K: Prognosis of atopic dermatitis: a prospective study in early adulthood. *Int J Dermatol* 30 : 563-568, 1991
- 4) 安藤哲也, 羽白誠, 野田啓史 他: アトピー性皮膚炎の心身症としての診断・治療ガイドラインの作成. 厚生労働省精神・神経疾患研究委託費「心身症の診断・治療ガイドライン作成とその実証的研究」(主任研究者: 西間三馨) 平成11年度~平成13年度総括研究報告書: 48-53, 2002.
- 5) 古江増隆: アトピー性皮膚炎患者は何に悩み, 治療に何を望んでいるか 治療満足度に関する患者アンケート調査結果の解析. *皮膚科の臨床* 46:73-79, 2004.
- 6) 厚生科学研究「アトピー性皮膚炎の既存治療法の適応と有効性の再評価に関する研究」研究班(主任研究者: 古江増隆): アトピー性皮膚炎治療ガイドライン2002. 2002.
- 7) 古江増隆, 古川福実, 秀道広 他: 日本皮膚科学会アトピー性皮膚炎治療ガイドライン2004改訂版. *日皮会誌* 114 : 135-142, 2004.
- 8) 川島眞, 宮地良樹, 中川秀己 他: アトピー性皮膚炎の診療に対する患者の認識についてのアンケート調査(第1報). *臨床皮膚科* 55 : 113-119, 2001.
- 9) Linnet J, Jemec GB: An assessment of anxiety and dermatology life quality in patients with atopic dermatitis. *Br J Dermatol* 140 : 268-272, 1999.
- 10) 日本皮膚科学会大阪地方会成人アトピー性皮膚炎調査委員会ワーキンググループ: 大阪府成人アトピー性皮膚炎調査結果報告書. *皮膚* 38 : 1-70, 1996.
- 11) Hashiro M, Okumura M: Anxiety, depression and psychosomatic symptoms in patients with atopic dermatitis. *J Dermatol Sci* 14 : 63-67, 1997.
- 12) 竹原和彦: アトピー性皮膚炎治療問題委員会(II)・活動報告2004. *日皮会誌* 114 : 1391-1397, 2004.
- 13) Charman CR, Morris AD, Williams HC: Topical corticosteroid phobia in patients with atopic eczema. *Br J Dermatol* 142 : 931-936, 2000.
- 14) 日本心身医学会教育研修委員会編: 心身医学の新しい診療指針. *心身医学* 31 : 537, 1991.
- 15) 心身症の診断・治療ガイドライン作成とその実証的研究会: 心身症診断・治療ガイドライン2002. 東京, 協和企画, 2002.
- 16) 安藤哲也, 野田啓史, 羽白誠 他: アトピー性皮膚炎 in 心身症診断・治療ガイドライン2002. 西間三馨編. 東京, 協和企画, 2002.
- 17) 小牧元, 久保千春, 福土審編: 心身症診断・治療ガイドライン2006. 東京, 協和企画, 2006.
- 18) Schmid-Ott G, Jaeger B, Adamek C, et al.: Levels of circulating CD8(+) T lymphocytes, natural killer cells, and eosinophils increase upon acute psychosocial stress in patients with atopic dermatitis. *J Allergy Clin Immunol* 107 : 171-177, 2001.
- 19) Hoglund CO, Axen J, Kemi C, et al.: Changes in immune regulation in response to examination stress in atopic and healthy individuals. *Clin Exp Allergy* 36 : 982-992, 2006.
- 20) Elenkov IJ, Papanicolaou DA, Wilder RL, et al.: Modulatory effects of glucocorticoids and catecholamines on human interleukin-12 and interleukin-10 production: clinical implications. *Proc Assoc Am Physicians* 108 : 374-381, 1996.
- 21) Elenkov IJ: Glucocorticoids and the Th1/Th2 balance. *Ann N Y Acad Sci* 1024 : 138-146, 2004.
- 22) Singh LK, Pang X, Alexacos N, et al.: Acute immobilization stress triggers skin mast cell degranulation via corticotropin releasing hormone, neurotensin, and substance P: A link to neurogenic skin disorders. *Brain Behav Immun* 13 : 225-239, 1999.
- 23) Aioi A, Okuda M, Matsui M, et al.: Effect

- of high population density environment on skin barrier function in mice. *J Dermatol Sci* 25 : 189-197, 2001.
- 24) Garg A, Chren MM, Sands LP, et al.: Psychological stress perturbs epidermal permeability barrier homeostasis: implications for the pathogenesis of stress-associated skin disorders. *Arch Dermatol* 137 : 53-59, 2001.
- 25) Choi EH, Brown BE, Crumrine D, et al.: Mechanisms by which psychologic stress alters cutaneous permeability barrier homeostasis and stratum corneum integrity. *J Invest Dermatol* 124 : 587-595, 2005.
- 26) Choi EH, Demerjian M, Crumrine D, et al.: Glucocorticoid blockade reverses psychological stress-induced abnormalities in epidermal structure and function. *Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol* 291 : R1657-1662, 2006.
- 27) Jordan JM, Whitlock FA: Atopic dermatitis anxiety and conditioned scratch responses. *J Psychosom Res* 18 : 297-299, 1974.
- 28) Laihinén A: Assessment of psychiatric and psychosocial factors disposing to chronic outcome of dermatoses. *Acta Derm Venerol Suppl (Stockh)* 156 : 46-48, 1991.
- 29) 小林美咲: アトピー性皮膚炎患者の掻破行動の検討. *日皮会誌* 110 : 275-282, 2000.
- 30) Rajka G: Atopic dermatitis. Correlation of environmental factors with frequency. *Int J Dermatol* 25 : 301-304, 1986.
- 31) 瀧川雅浩, 川島眞, 古江増隆 他: アトピー性皮膚炎の診療に対する医師の認識についてのアンケート調査 (第3報). *臨床皮膚科* 57 : 343-352, 2003.
- 32) 檜垣祐子, 有川順子, 吉原伸子 他: アトピー性皮膚炎の難治化における心理社会的負荷の関与について. *日皮会誌* 110 : 27-34, 2000.
- 33) Kodama A, Horikawa T, Suzuki T, et al.: Effect of stress on atopic dermatitis: investigation in patients after the great hanshin earthquake. *J Allergy Clin Immunol* 104 : 173-176, 1999.
- 34) Kipelaínen M, Koskenvuo M, Helenius H, et al.: Stressful life events promote the manifestation of asthma and atopic disease. *Clin Exp Allergy* 32 : 256-263, 2002.
- 35) 安藤哲也: アトピー性皮膚炎. *小児内科* 23 : 281-285, 1991.
- 36) 針谷毅, 平尾哲二, 勝山雅子 他: アトピー性皮膚炎患者における心身の状態と皮膚症状の関連性について. *アレルギー* 49 : 463-471, 2000.
- 37) King RM, Wilson GV: Use of a diary technique to investigate psychosomatic relations in atopic dermatitis. *J Psychosom Res* 35 : 697-706, 1991.
- 38) Langan SM, Bourke JF, Silcocks P, et al.: An exploratory prospective observational study of environmental factors exacerbating atopic eczema in children. *Br J Dermatol* 154 : 979-980, 2006.
- 39) Gupta MA, Gupta AK, Schork NJ, et al.: Depression modulates pruritus perception: a study of pruritus in psoriasis, atopic dermatitis, and chronic idiopathic urticaria. *Psychosom Med* 56 : 36-40, 1994.
- 40) Endo K, Sano H, Fukuzumi T, et al.: Objective scratch monitor evaluation of the effect of an antihistamine on nocturnal scratching in atopic dermatitis. *J Dermatol Sci* 22 : 54-61, 1999.
- 41) Reuveni H, Chapnick G, Tal A, et al.: Sleep fragmentation in children with atopic dermatitis. *Arch Pediatr Adolesc Med* 153 : 249-253, 1999.
- 42) 安藤哲也, 原信一郎: アトピー性皮膚炎の診断・治療ガイドライン. 平成11年度厚生省精神・神経疾患研究委託費による研究報告集 (2年度班, 初年度班) : 437, 1999.
- 43) Finlay AY, Khan GK: Dermatology life quality index (DLQI) - a simple practical measure for routine clinical use. *Clin Exp Dermatol* 19 : 210-216, 1994.
- 44) Chren M-M, Lasek RJ, Flocke SA, et al.: Improved discriminative and evaluative capability of a refined version of Skindex, a quality-of-life instrument for patients with skin diseases. *Arch Dermatol* 133 : 1433-1440, 1997.

- 45) Higaki Y, Kawamoto K, Kamo T, et al.: The Japanese version of Skindex-16: a brief quality-of-life measure for patients with skin diseases. *J Dermatol* 29 : 693-698, 2002.
- 46) Higaki Y, Kawamoto K, Kamo T, et al.: Measurement of the impact of atopic dermatitis on patients' quality of life: a cross-sectional and longitudinal questionnaire study using the Japanese version of Skindex-16. *J Dermatol* 31 : 977-982, 2004.
- 47) Wittkowski A, Richards HL, Griffiths CE, et al.: The impact of psychological and clinical factors on quality of life in individuals with atopic dermatitis. *J Psychosom Res* 57 : 195-200, 2004.
- 48) Shirata K, Nishitani Y, Fujino Y, et al.: The importance of mental support to the patients with adult atopic dermatitis. *Osaka City Med J* 42 : 45-52, 1996.
- 49) Timonen M, Jokelainen J, Hakko H, et al.: Atopy and depression: results from the Northern Finland 1966 Birth Cohort Study. *Mol Psychiatry* 8 : 738-744, 2003.
- 50) Gupta MA, Gupta AK: Depression and suicidal ideation in dermatology patients with acne, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis. *Br J Dermatol* 139 : 846-850, 1998.
- 51) 片岡葉子, 吹角隆之, 遠藤薫 他: 学齢期のアトピー性皮膚炎患者と不登校. *心身医* 41 : 392, 2001.
- 52) Alexander F, French TM: *Studies in psychosomatic medicine*. New York, Ronald Press, 1948.
- 53) Fiske C, Obermayer M: Personality and emotional factors in chronic disseminated neurodermatitis. *Arch Dermatol Syphilol* 70 : 261, 1954.
- 54) Kepecs J, Rabin A, Robin M: Atopic dermatitis, a clinical psychiatric study. *Psychosom Med* 29 : 67, 1957.
- 55) White A, Horne DJ, Varigos GA: Psychological profile of the atopic eczema patient. *Australas J Dermatol* 31 : 13-16, 1990.
- 56) Ginsburg IH, Prystowsky JH, Kornfeld DS, et al.: Role of emotional factors in adults with atopic dermatitis. *Int J Dermatol* 32 : 656-660, 1993.
- 57) Ahmar H, Kurban AK: Psychological profile of patients with atopic dermatitis. *Br J Dermatol* 95 : 373-377, 1976.
- 58) Zschocke I, Stein B, Tanno S, et al.: Psychosocial characterization of patients with atopic dermatitis in conventional versus alternative-medical therapy. *Research in Complementary Medicine* 6 : 22-25, 1999.
- 59) Noren P, Melin L: The effect of combined topical steroids and habit-reversal treatment in patients with atopic dermatitis. *Br J Dermatol* 121 : 359-366, 1989.
- 60) Ehlers A, Stangier U, Gieler U: Treatment of atopic dermatitis: a comparison of psychological and dermatological approaches to relapse prevention. *J Consult Clin Psychol* 63 : 624-635, 1995.
- 61) Stangier U, Ehlers A, Gieler U: Predicting long-term outcome in group treatment of atopic dermatitis. *Psychother Psychosom* 73 : 293-301, 2004.
- 62) Linnet J, Jemec GB: Anxiety level and severity of skin condition predicts outcome of psychotherapy in atopic dermatitis patients. *Int J Dermatol* 40 : 632-636, 2001.
- 63) Brown DG, Betteley FR: Psychiatric treatment of eczema: a controlled trial. *Br Med J* 2 : 729-734, 1971.
- 64) 石田有希, 羽白誠, 坂野雄二: 成人型アトピー性皮膚炎患者の搔破行動に対するセルフモニタリングについて. *心身医学* 43 : 589-597, 2003.
- 65) Gupta MA, Gupta AK: The use of antidepressant drugs in dermatology. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 15 : 512-518, 2001.
- 66) 羽白誠: 特集 Psychodermatology. 薬物療法 - 適応と実際 -. *Visual Dermatol* 4 : 467-471, 2005.
- 67) Friedman S, Kantor I, Sobel S, et al.: On the treatment of neurodermatitis with a monoamine oxidase inhibitor. The chemotherapy

- of psychosomatic illness through a-REM suppression. *J Nerv Ment Dis* 166 : 117-125, 1978.
- 68) Ebata T, Izumi H, Aizawa H, et al: Effects of nitrazepam on nocturnal scratching in adults with atopic dermatitis: a double-blind placebo-controlled crossover study. *Br J Dermatol* 138 : 631-634, 1998.
- 69) Modell JG, Boyce S, Taylor E, et al: Treatment of atopic dermatitis and psoriasis vulgaris with bupropion-SR: A pilot study. *Psychosom Med* 64 : 835-840, 2002.
- 70) Arnold LM, McElroy SL, Mutasim DF, et al: Characteristics of 34 adults with psychogenic excoriation. *J Clin Psychiatry* 59 : 509-514, 1998.
- 71) Arnold LM, Mutasim DF, Dwight MM, et al: An open clinical trial of fluvoxamine treatment of psychogenic excoriation. *J Clin Psychopharmacol* 19 : 15-18, 1999.
- 72) 檜垣祐子: Psychodermatology (精神皮膚科学). *Visual Dermatol* 4 : 446-450, 2005.
- 73) Leung DYM, Hanifin JM, Charlesworth EN, et al: Disease management of atopic dermatitis: a practice parameter. Joint Task Force on Practice Parameters, representing the American Academy of Allergy, Asthma and Immunology, the American College of Allergy, Asthma and Immunology, and the Joint Council of Allergy, Asthma and Immunology. Work Group on Atopic Dermatitis. *Ann Allergy Asthma Immunol* 79 : 197-211, 1997.
- 74) Teshima H, Kubo C, Kihara H, et al: Psychosomatic aspects of skin diseases from the standpoint of immunology. *Psychother Psychosom* 37 : 165-175, 1982.
- 75) 細谷律子: アトピー性皮膚炎と森田療法. *MB Derma* 58 : 13-18, 2002.
- 76) 大矢幸弘: アトピー性皮膚炎に対する行動医学療法. *現代医療* 31 : 2121-2126, 1999.
- 77) 安藤哲也, 羽白誠, 原信一郎, et al: アトピー性皮膚炎患者の心身症としての診断・治療ガイドラインの作成. *心療内科* 7 : 141-148, 2003.
- 78) 小牧元, 安藤哲也, 羽白誠 他: アトピー性皮膚炎の診断・治療ガイドラインを用いた評価法の開発に関する研究. 厚生労働省精神・神経疾患研究委託費「心身症の診断・治療ガイドラインを用いた評価法の開発に関する研究」(主任研究者: 小牧元) 平成14年度~平成16年度総括研究報告書: 111-127, 2005.
- 79) Stangier U, Ehlers A, Gieler U: Measuring adjustment to chronic skin disorders: validation of a self-report measure. *Psychol Assess* 15 : 532-549, 2003.
- 80) Ando T, Hashiro M, Noda K, et al: Development and validation of the psychosomatic scale for atopic dermatitis in adults. *J Dermatol* 33 : 439-450, 2006.
- 81) 檜垣祐子, 上田周, 服部英子 他: 成人のアトピー性皮膚炎患者に対するグループ療法. *臨床皮膚科* 57 : 1150-1154, 2003.

【原著】

中間回復施設における薬物依存症者の回復過程に関する研究

Recovery Process of Drug Dependent Persons in a Rehabilitation Center in Japan

近藤 あゆみ^{a)}、和田 清^{a)}

Ayumi Kondo Kiyoshi Wada

【抄録】

中間施設に入所中の薬物依存症者の状態把握を目的に研究を実施した。中間施設 GAIA に入所した薬物依存症者 19 名を対象に、①属性及びこれまでの薬物使用、②入所中の生活及び薬物使用、③入所中の精神心理状態、に関する面接および自記式調査を行った結果、施設生活は、生活の充実、規則正しい生活リズムの獲得、アルコールを除く断薬に役立つ一方、精神心理状態や幸福感は不安定であり、改善には一定の期間を要することが示唆された。

Abstract

The purpose of this study was to examine the situation of substance abusers in a rehabilitation center. We conducted the study of 19 substance abusers those who had entered in the rehabilitation center, GAIA. They were interviewed and asked to complete a questionnaire about (1) their socio-demographics and substance use history, (2) their living conditions and substance use during their stay, and (3) changes in psychological condition and well-being during their stay. The results showed that their stay in the rehabilitation center had helped many of them live a fulfilling life, obtain regular life cycle, and live substance-free life except from alcohol. On the other hand, the results also indicated that their psychological status and well-being were not stable, and it seemed to take longer period of time for those conditions to be improved.

Key words: recovery process, substance abusers, rehabilitation center, Japan

I. はじめに

薬物依存症は単なる薬物使用に関する問題にとどまるものではなく、全人格的な障害であり、その回復には、その人の生活様式やアイデンティティの変化を含む多面的な変化が求められる^{2) 3)}。継続的な薬物使用により蓄積された、社会的・情緒的・行動的・認知的問題を解決していくためには通常長い期間が

必要であり、これらの変化は、医療システムの枠組みの中でのみ完結することを期待する性質のものではない²⁶⁾。世界的にみると、この長期にわたる回復を支える中心的存在は「治療共同体 (Therapeutic Community)」³⁾ であるといえるであろう。

治療共同体とは、一般には、第二次世界大戦後のイギリスにおいて Maxwell Jones が提唱した、精神病院の民主化を主軸とした概念であり、既存の精神病院の組織の在り方や、治療者対患者の権力構造に対抗する形で現れたものである¹⁴⁾。薬物依存症者を対象とした治療共同体の活動は、1960 年代以降のアメリカにおいて、既存治療に対する自動的代替策として、独自の方向性に発展してきた。まず、治療共同体では、薬物を使わない生活様式の確立は最低限の治療目標に過ぎない。加えて、薬物使用につながる悪い行動・思考・感情パターンを修正することや、社会人として責任ある生活を送るための技

a) 国立精神・神経センター 精神保健研究所
薬物依存研究部
〒187-8553 東京都小平市小川東町 4-1-1
Department of Drug Dependence Research, National
Institute of Mental Health, National Center of Neurology
and Psychiatry
4-1-1 Ogawa-higashi, Kodaira, Tokyo, 187-8553, Japan
受理：2007 年 2 月 26 日

術・態度・価値を育成することが求められる。これらの改善なしに、長期間の安定した回復は困難であると考えられているからである。この実現のために、伝統的な治療共同体では、通常長期入院型を基本としており、その中で、薬物使用に関する問題だけでなく、全人的な成長を促す包括的なプログラムが提供されてきた。構造は治療共同体ごとに異なるが、全ての利用者の関係性や役割を含めて、回復を促すよう厳密に計算されており、また、その構造上、リカバリング・スタッフ（自らも薬物依存症の経験をもつスタッフ）の存在がモデル的役割として非常に重視されていた。治療共同体もその歴史とともに多彩化しており、現在主流をなす多くの治療共同体では、多職種が連携をとり治療にあたるなどの変化を遂げているが、今日も尚、医師対患者という医療機関における治療構造とは明確に異なる厳密な構造を施設ごとに維持しながら、欧米における薬物依存症治療の中心的役割を果たしている。

残念ながらわが国にはこのような治療共同体は存在しておらず、ダルク⁹⁾をはじめとする民間の中間回復施設がその役割のほとんどを担うという状況が続いている。ダルクは東京の小さな一施設としてその活動を始めた1985年から、全国に約40カ所存在するようになった2006年現在まで、精力的に活動を続けており、その他に、数は少ないがダルク以外の中間回復施設もいくつか存在する。たとえダルクという施設名を共有していても、その利用形態、収容可能人数やプログラムの内容は施設ごとに異なっており、これらの中間回復施設を総じて語ることは困難であるが、共通点としては、①NA (Narcotics Anonymousの略、薬物依存症者のための自助グループ) で用いられている12ステップ¹⁸⁾を回復に重要な理念として用いていること、②施設内のプログラムに加えて、NAへの参加を重視していること、③日常生活の中で直接的に回復を支援する職員はリカバリング・スタッフにより構成されていること、などが挙げられるであろう。

このように、これまでのわが国における薬物依存症者のための回復施設に関する動きは、欧米を中心とする世界の流れとは異なる部分がある。今後は、治療共同体の導入を含め世界の流れに歩調を合わせていく可能性も考えられるが、文化社会的背景や主たる使用薬物の違いなど日本固有の要因も多いことから、独自の発展を続けていく可能性も否定できな

い。今後どのような形でわが国の薬物依存症者の長期的回復を支える場を整備していくことが、わが国の文化社会、医療保健福祉制度など幅広い視点からみて現実的かつ最適であるかを検討していくためには、現存する中間回復施設の実態把握、有効性評価のための研究が重要であり、これまでも既にいくつかの研究がなされている。

まず、利用者の特性および実態については、これまでのいくつかの研究により、男性(99.4%)が多いこと、年齢中央値は33.0才で20～30代(71.6%)が中心層であること、主な収入源は生活保護(53.6%)が多く、家族からの援助(37.7%)と続いていること、などが示されている¹³⁾。薬物使用に関しては、15才以前に薬物使用を開始した者(57.4%)が多いこと、これまでの使用年数は10年以下の者(45.0%)が多く、11～20年(35.1%)と続いていること、施設入所時の主な依存薬物は覚せい剤(67.1%)が最も多く、有機溶剤(32.9%)、大麻(26.5%)と続いていること、などが報告されている。

また、施設が現在抱えている課題としては、嶋根ら(2006)²⁴⁾により、「運営費の確保など経済的な問題(84.6%)」「利用者の社会復帰の場の不足(61.5%)」「スタッフの不足(57.7%)」「スタッフ研修の充実(53.8%)」「精神病症状を有する者への対応困難(53.8%)」などがあることが報告されている。

施設の有効性評価についてもいくつかの報告がなされている。近藤ら(2000)⁷⁾は、施設利用開始後2ヶ月未満の群(24名)と施設利用により断薬期間1年以上経過の群(12名)とを比較し、後者は前者に比して、「日常生活の回復度」「超越性の受容度」「薬物への態度」「セルフ・エスティーム」「孤独感」に関して有意に良好であったことを報告している。また、三砂ら(2004)¹³⁾は、「薬物依存症への受容と再生への決意」を促す要因として、「中間回復施設と関わる期間」が寄与していることを明らかにしており、近藤ら(2004)⁸⁾は、施設利用長期間群は短期間群と比較して、断薬期間が有意に長く、「超越性の受容度」が有意に高いことを報告している。嶋根ら(2004)²³⁾は、薬物依存症者の自助活動による回復を評価する尺度(DASH-scale)を開発し、中間回復施設に関わる期間が長い群(5～10年)は短い群(1～3年)と比較して、その得点が有意に高いことを報告している。

以上、これまでは主に横断研究の手法を用いて、

施設利用者の特性や実態、施設が有する課題、施設の有効性などに関する調査が進められてきたが、利用者が施設の中でどのような過程をたどり回復していくのか、その過程においてなぜ中間施設が必要であるのか、また、中間施設を利用した結果、どのような指標を用いて評価した場合に、どの程度の割合で回復していくのか、などについては未だ解明されていない点が多い。

そこで筆者らは、入所者の生活状況や心理状態の推移から、薬物依存症者の回復プロセスに対する理解を深め、また、退所者の断薬率や社会復帰率を明確に示すことで、中間施設の必要性および有効性を検討することを目的として追跡調査を実施した。調査対象は、沖縄GAIA（以下、GAIAと記す）という中間回復施設利用者であり、調査は現在も継続して行われているが、今回はその中から、①入所時における利用者の属性およびこれまでの薬物使用状況、②入所中の生活および薬物使用状況の推移、③入所中の精神心理状態の推移、についてその傾向を検討した結果を報告する。

II. 対象と方法

対象者は、平成17年8月1日より平成18年9月30日の14ヶ月間にGAIAに入所した延べ19名(実人数18名)である。

1. 沖縄GAIA

調査対象であるGAIAは、東京都に所在する特定非営利活動法人セルフ・サポート研究所（以下、セルフ・サポート研究所と記す）⁶⁾の下部組織として位置づけられる、薬物依存症者のための中間回復

施設である。上述したように、12ステップの重視、NAへの参加、リカバリング・スタッフの存在などは、ダルクなど他の中間回復施設と共通している一方で、①スポーツ・プログラムの充実、②電話相談などを通して専門家が依存症者本人の回復に関わっていること、③家族の多くがセルフ・サポート研究所で相談やプログラムを受けていること、④セルフ・サポート研究所との連携や合同面接などを通して、回復過程にある依存症者本人と家族のすり合わせが早い段階から行われていること、などの独自性を有する。また、多種類のプログラムを提供していることもあり、入寮費は比較的高額である。

GAIAの1日のスケジュールを表1に示す。

2. 特定非営利活動法人セルフ・サポート研究所

GAIAの上部組織であるセルフ・サポート研究所は、主に薬物依存症者をもつ家族および依存症者本人に対する支援を行っているNPO団体である。薬物依存症者をもつ家族に対しては、①薬物依存症という病気を正しく理解すること、②依存症者に対する適切な対応法を学ぶこと、③家族内の依存症という病気を通して、自らの生き方や家族の関係性について再考すること、④同じ経験を持つ仲間と集い、互いの経験から学び合うこと、などを家族の回復の基本理念として、個別・家族・電話カウンセリング、教育プログラム、アサーティブ・トレーニングなど各種グループ・セラピー等のサービスを提供している。家族支援の最終目標は、家族が依存症という病気に巻き込まれず、それぞれの生活を取り戻すことであり、また、依存症者に対する対応や支援方法も含め、家族自身はその家族に合った適切な選択を行えるようになることである。依存症者本人に対して

表1 GAIAの1日のスケジュール

時間	活動内容	詳細
9:00-	清掃および朝食	・清掃および朝食の準備は入所者が協力し合って行う
10:30-	ミーティング	・これまでの生活を振り返るグループ・ミーティング ・12ステップを理解するためのステップ・ミーティング など
12:00-	スポーツおよびレクリエーション・プログラム	・サーフィン ・シュノーケリング ・釣り ・スポーツジム ・野球 など
16:00-	夕食	・夕食の準備は入所者が協力し合って行う
18:00-	自由時間	・地域のNAへの出席が強く勧められる

は、主に個別カウンセリングの中で、治療への動機付け、問題の整理、各種利用資源に関する情報提供、社会復帰支援などを行い、必要に応じてGAIAを含む各種利用資源を紹介している。

入所中の調査時点は、入所時、入所後3ヶ月・6ヶ月・12ヶ月、退所時である。対象者への調査依頼は、筆者またはリカバリング・スタッフにより、書面および口頭で行われた。対象者は、調査の内容、プライバシー保持のための方法、調査不参加による不利益は一切ないこと、希望により個人のフィードバックが得られることなどの説明を受け、結果、期間内入所者の全員が調査参加に同意した。

入所時の情報収集は、インタビュー面接および自記式調査票により行われた。入所時のインタビュー面接は、セルフ・サポート研究所またはGAIAにおいて、筆者またはリカバリング・スタッフ1名が実施した。インタビュー面接での調査項目は、入所者の属性、生活歴、薬物使用歴、薬物乱用・依存を含む精神疾患の有無などである。また、自記式調査票により、気分・感情の評価および主観的幸福感の評価を行った。

入所後3ヶ月・6ヶ月・12ヶ月、退所時の評価はすべて自記式調査票を用いて行った。調査項目は、入所中の生活、プログラムへの取り組み、薬物使用の有無、気分・感情の評価、主観的幸福感の評価などである。

各時点の調査期間は、前後1ヶ月以内と定めた。

尚、本研究は、国立精神・神経センター倫理委員会の審査承認を受け、その方法に基づき行ったものである。

データの集計にはSPSS 12.0 J for Windowsを用いた。尚、本報告では、対象者数が不十分のため統計検定は行わず、傾向をみるにとどめた。

3. 精神疾患の評価

インタビュー面接時の精神疾患の評価には、精神科疾患簡易構造化面接法 M.I.N.I. (Mini-International Neuropsychiatric Interview) 日本語版²⁰⁾を用いた。M.I.N.I.は、12ヶ月有病率が0.5%以上の疾患を優先して選択された、17のI軸診断、自殺の危険項目、1つのII軸診断を含む19疾患を診断するための構造化面接で²⁰⁾、所要時間は約15分である。インタビュー面接のうち、精神疾患の評価については、すべて筆者が実施した。

4. 気分・感情の評価

気分・感情の評価には、日本版 Profile of Mood States (POMS)²⁹⁾を用いた。POMSは、McNairらにより開発された全65項目の自記式尺度で¹²⁾、「緊張-不安 (Tension-Anxiety)」「抑うつ-落込み (Depression-Dejection)」「怒り-敵意 (Anger-Hostility)」「活気 (Vigor)」「疲労 (Fatigue)」「混乱 (Confusion)」の6つの気分尺度を同時に測定できる。POMS邦訳に際しては、これまでに因子的妥当性、内的一貫性、基準関連妥当性などが検討され、概ね良好な結果が得られている。

5. 主観的幸福感の評価

主観的幸福感の評価には、日本語版 The Subjective Well-being Inventory (SUBI)⁹⁾を用いた。SUBIは、世界保健機構 (WHO) により開発された全40項目の自記式尺度で¹⁷⁾、主観的幸福感を陽性感情・陰性感情の両側面から評価できるという特徴を有する。陽性感情の得点は「心の健康度」を表し、この得点が高いことは、「周囲の人と安定した関係を保っている」「必要ときには手助けが得られる」「毎日の生活に満足している」「自信を持って人生を生きられている」と感じられていることを示す。逆に、陰性感情得点は「心の疲労度」を表し、この得点が低いと、「心身が不健康である」「周囲との関係がうまく保てない」「人生を前向きにとらえることができない」と感じていることを示す。また、陽性・陰性感情とは別に、「満足感」「達成感」「自信」「至福感」「近親者の支え」「社会的な支え」「家族との関係」「精神的なコントロール感」「身体的不健康感」「社会的なつながりの不足」「人生に対する失望感」という11の下位尺度ごとの評価が可能である。SUBI邦訳に際しては、これまでに因子的妥当性、内的一貫性、基準関連妥当性などが検討されているが、下位尺度に一部基準関連妥当性が十分でない項目が見出されている。

Ⅲ. 結果

1. 対象者の属性・薬物使用歴・治療歴・精神症状の評価

対象者の属性を表2に示す。性別は全員が男性で、年齢は20～30代が多く(89.5%)、平均年齢は31.6才(SD=6.4)であった。最終学歴は高校卒業以上が63.2%を占めていた。現在配偶者を有する

者はなく、ほとんど(94.7%)が親の援助により現在の生活を維持していた。

対象者のこれまでの薬物使用歴、治療歴および精神障害に関する評価を表3に示す。薬物使用開始平均年齢は17.7才(SD=4.1)であり、16名(84.1%)が20才未満に使用を開始していた。初使用薬物は大麻が最も多く(50.0%)、有機溶剤(31.6%)と続いていた。主たる使用薬物は覚せい剤が最も多く(73.7%)、鎮咳薬(15.8%)、処方薬(15.8%)と続いていた。これまでの薬物使用平均年数は13.3年(SD=6.1)で、5年以上10年未満が最も多く(36.8%)、10年以上15年未満(26.3%)、15年以上20年未満(21.1%)と続いていた。最近の薬物使用に関しては、15名(78.9%)が1年以内になんらかの薬物乱用経験を、また、7名(36.8%)が1ヶ月以内になんらかの薬物乱用経験を有していた。

精神科治療の経験率については、12名(63.2%)がこれまでに精神科病院に通院か入院(またはその双方)の経験を有し、8名(42.1%)がこれまでに薬物依存症の中間回復施設(GAIAを含む)に通所か入所(またはその双方)の経験を有していた。また、期間内に入所した19名のうち2007年1月31日現在退所していた13名の平均入所期間は4.5ヶ月(SD=3.6)であった。

表2 入所時の対象者の属性 (n=19)

	n (%)	
属性		
年齢	20-24	2 (10.5)
	25-29	5 (26.3)
	30-34	6 (31.6)
	35-39	4 (21.1)
	40-	2 (10.5)
性別	男性	19 (100.0)
最終学歴	中学校	7 (36.8)
	高等学校	6 (31.6)
	専門学校	2 (10.5)
	大学以上	4 (21.1)
婚姻の状態	未婚	17 (89.5)
	離婚	2 (10.5)
逮捕歴	あり	12 (63.2)
	なし	7 (36.8)
主たる生活費	自分自身	1 (5.3)
	親の援助	18 (94.7)

表3 対象者の薬物使用歴、治療歴、精神障害の評価 (n=19)

	n (%)	
薬物使用		
使用開始年齢	-15	2 (10.5)
	15-19	14 (73.6)
	20-24	1 (5.3)
	25-29	1 (5.3)
	30-34	1 (5.3)
初使用薬物 ^a	大麻	10 (50.0)
	有機溶剤	6 (31.6)
	覚せい剤	2 (10.5)
	抗不安薬	1 (5.3)
	その他	1 (5.3)
主たる使用薬物 ^a	覚せい剤	14 (73.7)
	鎮咳薬	3 (15.8)
	処方薬	3 (15.8)
	有機溶剤	2 (10.5)
	大麻	2 (10.5)
	MDMA	1 (5.3)
	その他	2 (10.5)
薬物使用年数	5-10	7 (36.8)
	10-15	5 (26.3)
	15-20	4 (21.1)
	20-25	2 (10.5)
	25-30	1 (5.3)
最近1年間の薬物使用	あり	15 (78.9)
	なし	4 (21.9)
最近1ヶ月の薬物使用	あり	7 (36.8)
	なし	12 (63.2)
治療歴		
精神科治療	入院	8 (42.1)
	通院	7 (36.8)
	なし	7 (36.8)
中間回復施設	入所	3 (15.8)
	通所	6 (31.6)
	なし	11 (57.9)
今回の入所月数 ^b	1-3	5 (38.5)
	3-6	5 (38.5)
	6-12	2 (15.3)
	12-	1 (7.7)
精神障害の評価		
精神病エピソード	あり	12 (63.2)
	なし	7 (36.8)
精神症状発症年齢	15-20	3 (25.0)
	20-24	3 (25.0)
	25-29	3 (25.0)
	30-34	1 (8.4)
	35-39	2 (12.6)
M. I. N. I. による評価 ^c		
	薬物乱用(1年)	14 (73.7)
	薬物依存(1年)	14 (73.7)
	精神病症候群(生涯)	12 (63.2)
	精神病症候群(現在)	1 (5.3)
	アルコール乱用(1年)	6 (31.6)
	アルコール依存(1年)	2 (10.5)
	自殺の危険性(高)	2 (10.5)
	自殺の危険性(中)	1 (5.3)
	大うつ病エピソード(生涯)	1 (5.3)
	大うつ病エピソード(現在)	1 (5.3)
	パニック障害(生涯)	2 (10.5)
	特になし	1 (5.3)
	不明	1 (5.3)

a 複数回答, b 2007年1月31日現在退所者(13名)のみ
c 複数評価

表4 入所3ヶ月および6ヶ月の生活状況

	3ヶ月(n=15) n (%)	6ヶ月(n=7) n (%)
施設での生活		
有意義に過ごしている	11 (73.3)	4 (57.1)
どちらともいえない	4 (26.7)	3 (42.9)
自助グループへの参加		
月に数回	0 (0)	1 (14.3)
週に数回	13 (86.6)	6 (85.7)
ほぼ毎日	1 (6.7)	0 (0)
不明	1 (6.7)	0 (0)
日常生活の状況		
毎朝ほぼ決まった時間に起きる		
よくあてはまる	8 (53.4)	2 (28.6)
どちらかというにあてはまる	3 (20.0)	4 (57.1)
どちらかといえばあてはまらない	2 (13.3)	1 (14.3)
不明	2 (13.3)	0 (0)
身の回りの掃除や片づけをこまめにする		
よくあてはまる	2 (13.3)	0 (0)
どちらかというにあてはまる	5 (33.4)	2 (28.6)
どちらともいえない	3 (20.0)	3 (42.9)
どちらかといえばあてはまらない	1 (6.7)	2 (28.6)
まったくあてはまらない	2 (13.3)	0 (0)
不明	2 (13.3)	0 (0)
毎日歯磨きや洗顔をする		
よくあてはまる	9 (60.0)	4 (57.1)
どちらかというにあてはまる	3 (20.0)	2 (28.6)
どちらともいえない	0 (0)	1 (14.3)
どちらかといえばあてはまらない	1 (6.7)	0 (0)
不明	2 (13.3)	0 (0)
食事の回数や時間帯は規則的である		
よくあてはまる	9 (60.0)	2 (28.6)
どちらかというにあてはまる	3 (20.0)	5 (71.4)
どちらかといえばあてはまらない	1 (6.7)	0 (0)
不明	2 (13.3)	0 (0)
計画的に時間を使い毎日を過ごしている		
よくあてはまる	2 (13.3)	1 (14.3)
どちらかというにあてはまる	5 (33.4)	1 (14.3)
どちらともいえない	5 (33.3)	5 (71.4)
どちらかといえばあてはまらない	1 (6.7)	0 (0)
不明	2 (13.3)	0 (0)
夜更かしをすることはほとんどない		
よくあてはまる	3 (20.0)	1 (14.3)
どちらかというにあてはまる	6 (40.0)	3 (42.9)
どちらともいえない	0 (0)	1 (14.3)
どちらかといえばあてはまらない	3 (20.0)	2 (28.6)
まったくあてはまらない	1 (6.7)	0 (0)
不明	2 (13.3)	0 (0)
過去3ヶ月の薬物使用		
あり	1 (6.7)	0 (0)
なし	13 (86.6)	7 (100.0)
不明	1 (6.7)	0 (0)
過去3ヶ月のアルコール使用		
全く飲まなかった	8 (53.3)	4 (57.1)
3ヶ月で数回飲んだ	5 (33.3)	3 (42.9)
月に数回飲んだ	1 (6.7)	0 (0)
不明	1 (6.7)	0 (0)

精神症状に関しては、12名(63.2%)がこれまでに精神病エピソードを経験していると回答しており、その発症平均年齢は25.3才(SD=6.4)であった。MINIの評価によると、14名(73.7%)が最近1年間の薬物乱用および依存の基準を満たしており、2名(10.5%)がアルコール乱用および依存の基準を満たしていた。精神病症候群(生涯)の基準を満たした者は12名(63.2%)であったが、精神病症候群(現在)の基準を満たす者は1名(5.3%)のみであった。

2. 入所3ヶ月および6ヶ月の生活状況

現段階では、入所12ヶ月を経過する者が2名と少ないことから、入所3ヶ月および6ヶ月の生活状況のみを表4に示す。

3ヶ月経過時点では11名(73.3%)、6ヶ月経過時点では4名(57.1%)が、「施設での生活を有意義に過ごしている」と回答していた。また、3ヶ月時点では、不明1名を除く全員が、6ヶ月時点では6名(85.7%)が、「週に数回」以上自助グループに参加していた。

日常生活に関し比較的良く守られていたのは、「毎日ほぼ決まった時間に起きる」「毎日歯磨きや洗顔をする」「食事の回数や時間帯は規則的である」「夜更かしをすることはほとんどない」の4項目で、いずれの時期においても、それぞれ6~8割が「あてはまる」「どちらかというにあてはまる」と回答していた。一方、「身の回りの掃除や片づけをこまめにする」と「計画的に時間を使い毎日を過ごしている」の2項目については、「あてはまる」「どちらかというにあてはまる」と回答した者が5割に満たなかった。また、この2項目については、3ヶ月時と比較して、6ヶ月時には「あてはまる」「どちらかというにあてはまる」と回答する者の割合が低下する傾向がみられた。

入所3ヶ月間の薬物使用については、3ヶ月時に1名(6.7%)のみ「処方薬の乱用経験がある」と回答していた。

アルコール使用については、3ヶ月時点で6名(40.0%)、6ヶ月時点で3名(42.9%)が「3ヶ月内に数回以上の飲酒経験がある」と回答していた。

3. 気分・感情の評価

入所時における対象者19名のPOMS得点を、同年代一般人口男性(30~39才)²⁹⁾と比較すると、「抑うつ-落ち込み」「混乱」「不安-緊張」の得点が高かった(図1)。

次に、入所期間6ヶ月以上の7名における6ヶ月間のPOMS得点の推移を、一般人口男性得点と比較した結果を図2に示す。入所時の得点差が最も大きかった「抑うつ-落ち込み」については、入所3ヶ月時点には多少の改善が認められるものの依然として一般人口男性得点には及ばず、入所6ヶ月時点においては、再度入所時の得点近くまで悪化する傾向が認められた。「混乱」「不安-緊張」についても同様の傾向が認められた。一方、対象者の入所時の得点と一般人口男性得点の差が大きくなかった3つの気分尺度のうち、「疲労」に関しては、入所3ヶ月の時点では一般人口男性得点以下に低下し、その後

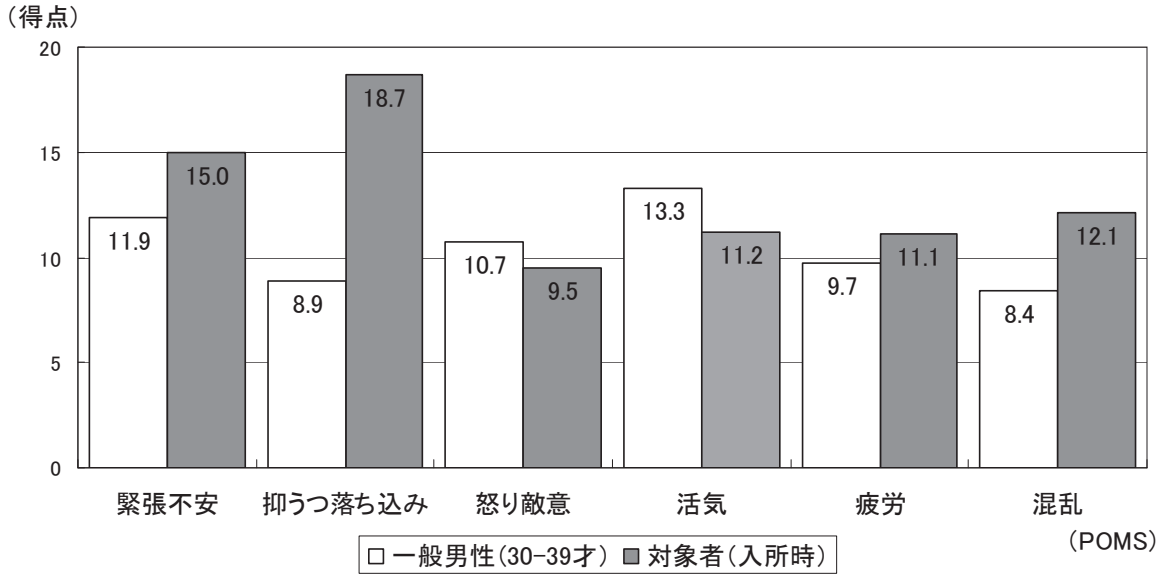


図1 対象者と一般人口男性との POMS 得点の比較

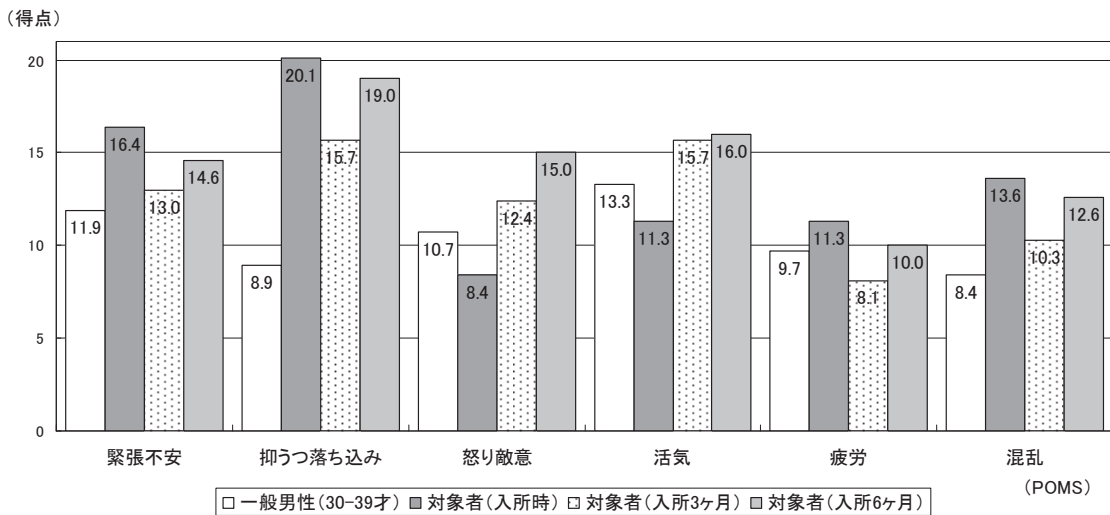


図2 対象者の POMS 得点の推移と一般人口男性得点との比較

入所6ヶ月の時点では再び悪化の傾向が認められるものの、一般人口男性のレベルにとどまっていた。「活気」に関しては、入所3ヶ月の時点で一般人口男性得点以上に回復し、入所6ヶ月時点においてもそのレベルは保持されていた。入所時には一般人高得点と比較して低得点の傾向にあった「怒り-敵意」は、入所3ヶ月時点には、一般人口男性得点以上に上昇し、入所6ヶ月時点ではそれが更に上昇する傾向が認められた。

4. 主観的幸福感の評価

入所時における対象者19名の SUBI 得点を一般

人口男性(平均年齢46.4才)¹⁹⁾得点と比較した結果、陽性感情得点よりも陰性感情得点に差がある傾向が認められた(図3-1)。更に、下位尺度ごとに一般人口男性と比較した結果を図3-2に示す。SUBIの11の下位尺度のうち、「家族との関係」は、配偶者や子どもとの関係に関する項目であり、対象者には該当しないことから除外した。陽性感情には「満足感」「達成感」「自信」「至福感」「近親者の支え」「社会的な支え」が含まれるが、このうち対象者の「満足感」「自信」の得点は、一般人口男性と比較して低い傾向が認められた。一方、「近親者の支え」「社会的な支え」の得点は、一般人口男性と比較して高い

傾向が認められた。陰性感情に含まれる「精神的なコントロール感」「身体的不健康感」「社会的なつながりの不足」「人生に対する失望感」のうち、「精神的なコントロール感」「社会的なつながりの不足」「人生に対する失望感」の得点が一般人口男性と比較して低い傾向が認められた。

次に、入所期間6ヶ月以上の7名における6ヶ月間のSUBI得点の推移を、一般人口男性得点と比較した結果を図4に示す。陽性感情・陰性感情ともに大きな変化は認められず、陽性・陰性症状得点ともに、入所3ヶ月の時点では多少の改善傾向がみられるものの、入所6ヶ月の時点では、入所時と変わりなかった。

考 察

1. 入所時における利用者の属性およびこれまでの薬物使用状況

入所時の対象者の属性およびこれまでの薬物使用状況を、三砂ら(2004)¹³⁾がダルクを対象として行った調査結果と比較すると、いくつかの共通点と相違点が認められた。まず、男性の割合については、本調査が100%、ダルク調査が99.4%であり、ほぼ全員が男性であった。年齢についても、本調査対象者の入所時平均年齢が31.6才、ダルク調査における調査時年齢中央値が33.0才であり、大きな相違はないものと思われる。一方、現在の主たる生活費に

ついては、本調査では親の援助が94.7%とほとんどを占めているのに対し、ダルク調査では生活保護の割合が53.6%と高かった。

併発する精神疾患については、同様の基準により評価した欧米の研究結果と比較すると、大うつ病エピソードおよび(軽)躁病エピソードの基準を満たす者の割合が著しく低かった⁵⁾。わが国では、精神科医療施設における調査結果が得られており²¹⁾、その割合と比較すると大差ないが、その評価には「薬物使用に直接的に起因しない」ことが条件として挙げられていることから、単純な比較は困難であり、併発する精神疾患を有する者の割合が低いこともGAIAの特性である可能性がある。

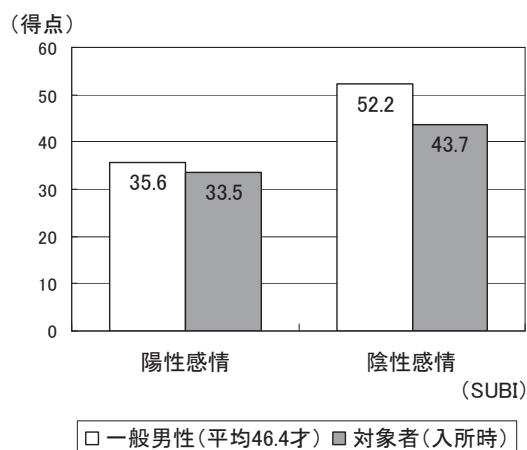


図3-1 対象者と一般人口男性とのSUBI得点(陽性/陰性感情)の比較

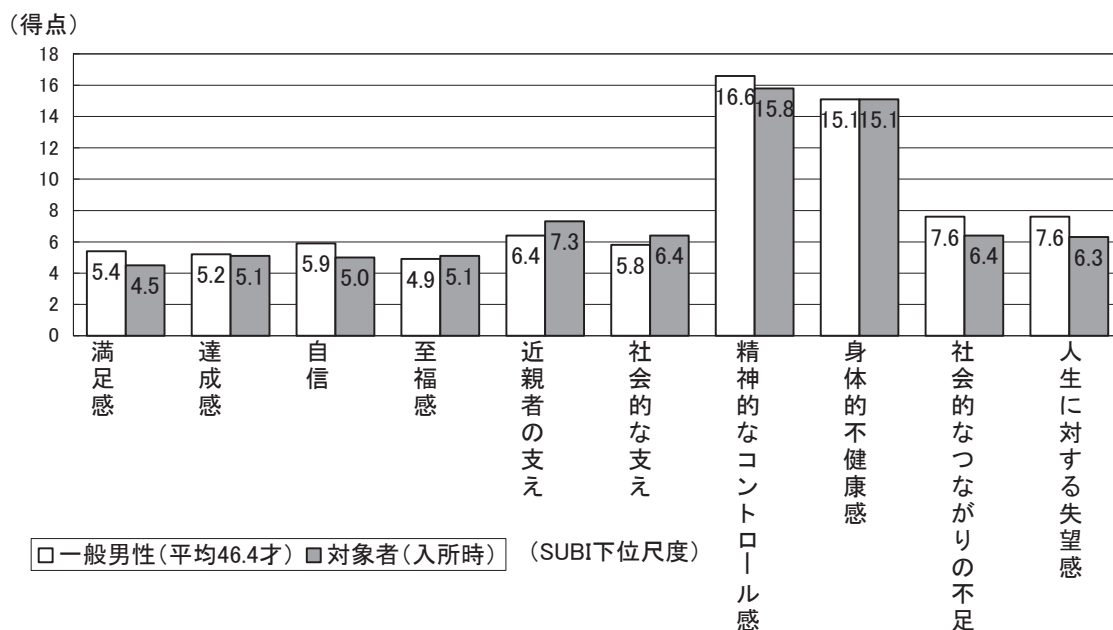


図3-2 対象者と一般人口男性とのSUBI得点(10の下位尺度)の比較

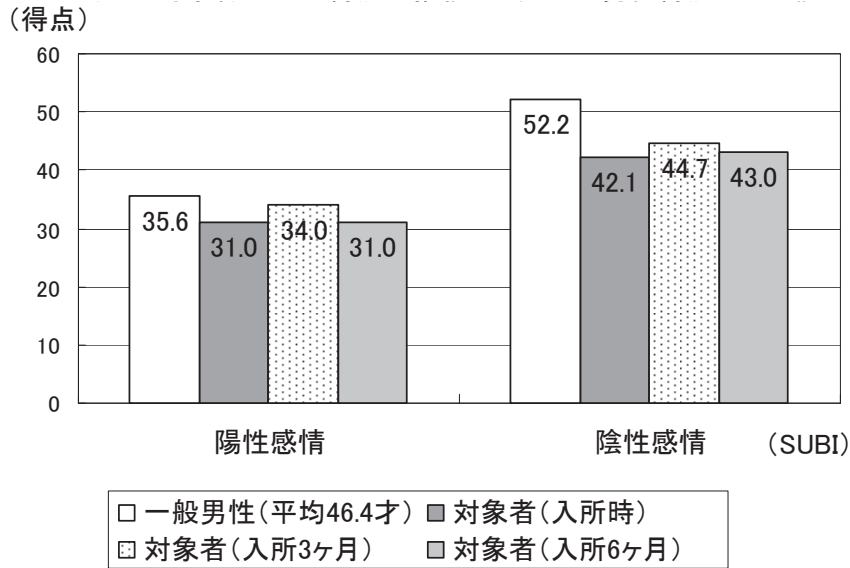


図4 対象者の SUBI 得点の推移と一般人口男性得点との比較

薬物使用に関しては、本調査における薬物使用開始年齢は15～19才が73.6%と多いのに対し、ダルク調査では15才以前が57.4%と多かった。使用期間は、本調査では5～10年未満が36.8%、10～20年未満が47.4%、ダルク調査では10年以下が45.0%、11～20年が35.1%であり、大差ないものと思われる。主な使用薬物については、有機溶剤である者の割合(10.5%)が、ダルク調査(32.9%)と比較して、低い傾向がみられた。初使用薬物に関しては、森田(2003)¹⁶⁾が2カ所のダルクを対象として行った調査結果と比較すると、ダルク調査では有機溶剤(66%)であるのに対し、本調査対象者は大麻(50%)が多かった。

以上、本調査の対象者は、親の援助を受け入所している者が多かったが、これは、家族を対象とした相談機関の下部組織であるという施設の特徴を反映しているといえよう。家族自身が民間の相談機関から継続的な支援を受け、更に、本人の入所費用を数ヶ月、時には1年以上支払い続けるには、その家族がある程度裕福な経済状況にあることが必要となる。その意味で、本調査対象者は、わが国の一般的な薬物依存症者を代表している集団とはいえ、薬物使用開始年齢が比較的遅いこと、有機溶剤ではなく大麻から薬物使用が始まる傾向にあること、有機溶剤の依存者が少ないこと、など薬物使用に関する差異についても、また、これまでの調査結果²¹⁾と比較して教育年数が高い集団であることも、経済層や家庭環境に影響を受けている可能性がある。

2. 入所中の生活および薬物使用状況

入所3ヶ月の自己評価と比較して、6ヶ月時点では「施設での生活を有意義に過ごしている」と回答する者の割合が低下する傾向がみられた。また、生活の規則性はいずれの時点でも良く保たれているものの、「身の回りの掃除や片づけをこまめにする」「計画的に時間を使い毎日を過ごしている」といった、自発的が求められる行動については、やはり6ヶ月時には「あてはまる」「どちらかというにあてはまる」と回答する者の割合が低下する傾向が見られた。

入所中の薬物使用については、1名(6.7%)に処方薬の乱用がみられたのみであったが、飲酒については、約4割が入所中に飲酒経験があると回答していた。

結果からは、入所から3～6ヶ月が経過する頃に、薬物依存症の進行に伴い形成された悪い生活習慣に戻ろうとする力が働いたり、プログラムの取り組みへの動機が低下する傾向があることが推測されるが、薬物依存症が、単に薬物使用に関する問題にとどまらず、その人の生活および人格全体に広く影響をおよぼす障害であることを考えると、入所時までもない過剰適応の時期を過ぎて、薬物依存症の進行とともに身についた不適切な生活様式や物事の考え方が姿を現す時期であると考えられることができ、極めて当然のことともいえる。

この時期を、薬物から守られた安全な場所で、施設のルールに従い、仲間と共同生活を行うことは、再発予防の観点から非常に重要であろう。その意味

で、調査対象となったGAIAも、薬物のないクリーンな環境や規律性が保たれている施設であるが、機会飲酒を行う者の率が高いことについては、飲酒は再発のリスク要因であるといわれていることから、注意が必要である。また、今後は、例数を重ねることで、実際に入所中、退所後の飲酒が再発にどの程度寄与するかを検討していきたい。

3. 入所中の精神心理状態の推移

入所時の精神状態については、POMS得点を一般人口男性と比較した結果、「抑うつ-落ち込み」「混乱」「不安-緊張」の得点が高いことが示された。これは森田(2003)¹⁶⁾のダルク調査結果とも一致しており、森田はその報告の中で、それが広義の離脱症状としての亜慢性の情動障害や、不安定な幼少期の影響に基づく薬物使用以前からの情動的問題による可能性があることを考察している。

これらの可能性に対するなんらかの示唆を得るには、今後対象者の養育環境も含めた継続調査を行う必要があるが、今回の報告で得られた興味深い点は、入所時に高得点であった「抑うつ-落ち込み」「混乱」「不安-緊張」が、入所3ヶ月にはかなり改善するものの、入所6ヶ月時点では再び悪化する傾向がみられたことである。Lorrら(1990)¹⁰⁾は、物質乱用者のための居住型治療プログラムの効果を評価する研究の中で、治療開始時には低かった物質乱用者のPOMS得点が、4週間後には比較対照群と同レベルまで改善したことを報告している。Mc Mahonら(1986)¹¹⁾も6週間の入院治療により、アルコール依存症者のPOMS得点が有意に改善したことを報告しているが、これらはいずれも短期結果である。

薬物や薬物と関連する環境、人間関係などから逃れ、施設という安全な場所で治療を受けることで、一時的に精神状態は改善するものの、一定期間を過ぎると、共同生活のストレス、仲間やスタッフへの不満、将来への不安などが高まり、再び状態が悪化することは十分に考えられることである。

GAIAは比較的入所期間が短く、多くは入所3~6ヶ月の間に、社会復帰に向けて、非常勤のアルバイトを探し、施設から通うことを推奨していることから、6ヶ月時点における精神状態の悪化は、再び社会生活に参入していく過程における、期待する職業や地位と現在の自己との乖離、慣れない仕事や対人関係によるストレスなどが原因である可能性がある。

いずれにしろ、薬物使用をやめて数ヶ月以上が経過しても、周囲の状況により容易に情動の安定が揺らぐこと、ストレスが再発のリスク要因であること²⁸⁾を併せて考えると、この時期に、規則正しい生活リズムの獲得やプログラムへの取り組みを促しながら、徐々に社会生活への橋渡しを安全に行っていくことが、中間施設の重要な役割のひとつであることがいえる。

入所時の主観的幸福感については、SUBI得点を一般人口男性と比較した結果、とくに陰性感情の得点が低いことが示された。陽性感情では大きな差が見られなかった理由としては、陽性感情に属する下位尺度「近親者の支え」「社会的支え」が、一般人口と比較して高い傾向にあったことが考えられるが、「近親者の支え」の得点が高いことは、親の援助を受けている者が多いGAIAの特徴である可能性がある。また、陰性感情得点に関する一般人口との差は、「身体的不健康感」を除く3つの下位尺度「精神的なコントロール感」「社会的なつながりの不足」「人生に対する失望感」の得点が低いことによるものであった。更に、入所中の主観的幸福感の推移については、精神状態と同様、入所3ヶ月時点では多少の改善がみられるものの、6ヶ月の時点では再度悪化する傾向がみられた。

依存症者のQOL(Quality of Life)については、これまでアルコール分野を中心に研究がなされており、アルコール依存症者のQOLが一般人口や他の慢性疾患を有する患者群と比較して低いことは、多くの研究によって支持されている⁴⁾。アルコール以外の物質乱用者を対象とした調査では、Smithら(2003)²⁵⁾が、対象者のQOLは深刻な慢性疾患を有する患者に匹敵するほど低いことを報告している。

しかし、過去の研究によると、物質乱用者のQOLは3ヶ月で一般人口レベルに近づくとの結果が得られており¹⁵⁾、本調査対象者とは一致がみられなかったが、その理由のひとつとして、使用した尺度の違いが考えられる。過去の研究で最も頻繁に用いられてきた尺度のひとつであるSF-36(MOS Short-Form 36-Item Health Survey)²⁵⁾は、健康関連QOL(HRQOL: Health Related Quality of Life)を測定する尺度であり、一般的QOLと比較して、健康状態が身体・生活・役割機能に及ぼす影響を主に評価する性質がある。一般的QOLよりも健康関連QOLの方が速やかに改善しやすい可能性がある。

また、主観的幸福感に関する得点の推移は、POMSによる気分・感情の評価と同様の傾向を示すものの、POMSと比較するとその変動は少なく、周囲の一時的な状況により容易に変化しにくいものであることが推測された。

4. 研究の限界および今後の課題

これまでに行われた研究との比較により、本調査対象者は、薬物使用開始年齢や初使用薬物などに関し、いくつかの特徴を有することが明らかになった。これらの背景には家族関係や家庭の経済状況などの相違がある可能性があり、得られた結果の一般化には十分慎重であらねばならない。また、対象者の数が不十分であったため、詳細な検討が行えなかった。

今後は例数を増やすことで、精神心理状態や幸福感の早期改善に寄与する要因の探索などにつとめたい。更に、退所後の追跡調査を継続することで、わが国ではこれまで明らかにされていなかった中間回復施設利用者の長期予後や、長期予後に関連する要因の探索が可能になるであろう。

文献

- 1) Cisler RA, Zweben A: Development of a composite measure for assessing alcohol treatment outcome: operationalization and validation. *Alcohol Clin Exp Res* 23 : 263-271, 1999.
- 2) De Leon G: Therapeutic communities for addictions: a theoretical framework, *Int J Addict* 30 : 1603-1645, 1995.
- 3) De Leon G: The therapeutic community: theory, model, and method, Springer Publishing, New York, 2000.
- 4) Donovan D, Mattson ME, Cisler RA, et al. : Quality of life as an outcome measure in alcoholism treatment research. *J Stud Alcohol Suppl.* : 119-139, 2005.
- 5) Encrenaz G, Messiah A. : Related Articles: Lifetime psychiatric comorbidity with substance use disorders: does healthcare use modify the strength of associations? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 41 : 378-85, 2006.
- 6) 回復をめざして 依存症者を持つ家族の体験談, 特定非営利活動法人セルフ・サポート研究所, 東京, 2006.
- 7) 近藤千春, 飯室勉, 岩井喜代仁 他: 薬物依存症の回復施設ダルクにおける回復度の関連要因に関する研究. *日本アルコール・薬物医学会雑誌* 35 : 258-270, 2000.
- 8) 近藤千春, 幸田実, 柴田興彦 他: 薬物依存症者の回復におけるダルク利用の有効性. *日本アルコール・薬物医学会雑誌* 39 : 118-135, 2004.
- 9) 近藤恒夫: 薬物依存を越えて. 海拓舎, 東京, 2000.
- 10) Lorr JA, Lorr M, Devlin P : Mood changes in substance abuse patients as a result of therapy. *J Clin Psychol* 46 : 912-915, 1990.
- 11) McMahon RC, Davidson RS: Patterns of stability and change in mood states of alcoholics in inpatient treatment. *Int J Addict* 21: 923-927, 1986.
- 12) McNair DM, Lorr M, Droppleman LF: Profile of Mood States. Educational and Industrial Testing, San Diego, 1992
- 13) 三砂ちづる, 加藤則子: 自助施設で断薬を続ける薬物依存症者の実態に関する研究 - 思春期における薬物問題と嗜癖の視点から -, 平成 15 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) 思春期における暴力行為の原因究明と対策に関する研究 研究報告書, 2004.
- 14) 宮永耕: 「治療共同体」についての研究. 平成 15 年度厚生労働科学研究費補助金 (医薬安全総合研究事業) 薬物乱用・依存等の実態とその社会的影響・対策に関する研究 研究報告書, 2004
- 15) Morgan TJ, Morgenstern J, Blanchard KA, et al. : Health-related quality of life for adults participating in outpatient substance abuse treatment. *Am J Addict* 12 : 198-210, 2003.
- 16) 森田展彰: 自助グループの実態に関する研究, 平成 14 年度厚生労働科学研究費補助金 (医薬安全総合研究事業) 薬物乱用・依存等の実態把握に関する研究及び社会経済的損失に関する研究 研究報告書, 2003.
- 17) Nagpal R, Sell H: Assessment of subjective

- well-being. The subjective well-being inventory (SUBI). Regional Office for South-East Asia, World Health Organization, New Delhi, 1992.
- 18) Narcotics Anonymous (ナルコティクスアノニマス 第5版日本語翻訳版), Narcotics Anonymous World Services, Inc., California, 2006.
 - 19) 大野裕, 吉村公雄: WHO SUBI (The Subjective Well-being Inventory) 手引き, 金子書房, 東京, 2001.
 - 20) 大坪天平, 宮岡等, 上島国利: M.I.N.I. 精神疾患簡易構造化面接法 改訂版, 星和書店, 東京, 2003.
 - 21) 尾崎茂: 全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査, 平成14年度厚生労働科学研究費補助金(医薬安全総合研究事業) 薬物乱用・依存等の実態把握に関する研究及び社会経済的損失に関する研究 研究報告書, 2003.
 - 22) Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH et al.: The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 59 Suppl 20: 22-33; quiz 34-57, 1998.
 - 23) 嶋根卓也, 三砂ちづる: 薬物依存症者自助回復尺度“DASH-scale”の開発. *日本アルコール・薬物医学会雑誌* 39: 537-547, 2004.
 - 24) 嶋根卓也, 森田展彰, 末次幸子 他: 薬物依存症者による自助グループのニーズは満たされているか—全国ダルク調査から—. *日本アルコール・薬物医学会雑誌* 41: 100-107, 2006.
 - 25) Smith KW, Larson MJ: Quality of life assessments by adult substance abusers receiving publicly funded treatment in Massachusetts. *Am J Drug Alcohol Abuse* 29: 323-335, 2003.
 - 26) 和田清: 医療モデルとしての精神作用物質依存症治療. *精神科治療学* 19: 1281-1287, 2004.
 - 27) Ware JE Jr, Sherbourne CD: The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 30: 473-483, 1992.
 - 28) Wesson DR, Havassy BE, Smith DE: Theories of relapse and recovery and their implications for drug abuse treatment. In F. Tims and C. Leukefeld, (eds) *Relapse and Recovery in Drug Abuse*. NIDA Monograph 72: 5-19, 1986.
 - 29) 横山和仁, 荒記俊一: 日本版 POMS 手引, 金子書房, 東京, 1994.
 - 30) Zweben A, Cisler R: Composite outcome measures in alcoholism treatment research: problems and potentialities. *Subst Use Misuse* 31: 1783-1805, 1996.

【原著】

虚偽回答時の背外側前頭前野活動と文脈依存性について - 近赤外線分光法による予備的検討 -

Dorsolateral Prefrontal Cortex Activation During Lying is Context Dependent
- A Preliminary Report Using Near-Infrared Spectroscopy

永 岑 光 恵^{a)}、曾 雌 崇 弘^{a)}、二 岡 祥 子^{b)}、Chance Britton^{b)}、金 吉 晴^{a)}
Mitsue Nagamine^{a)}, Takahiro Soshi^{a)}, Shoko Nioka^{b)}, Britton Chance^{b)}, Yoshiharu Kim^{a)}

Abstract

The present study investigated brain activity during lying. It utilized a computer-based interrogation program and near-infrared spectroscopy (NIRS) to measure the hemodynamic changes in the dorsolateral prefrontal cortex (DLPFC). The interrogation questions involved socially and sexually engaging sentences with moral connotations, and non-embarrassing sentences without moral connotations. Twenty-two healthy volunteers (21.0 ± 1.5 years old) responded to the sentence stimuli under three conditions; (1) telling the truth, (2) telling a lie, and (3) at subject's choice. The subjects' response time (RT) and skin potential responses (SPR) were monitored during the experiment. A significant difference in oxy-hemoglobin (oxy-Hb) level in the DLPFC was found between sexual and social sentences during lying ($p < .05$). The mean oxy-Hb level was significantly higher during the former (95% confidence intervals: sexual [-2.57e-3, 1.51e-2], social [-1.57e-2, 6.46e-4]). Furthermore, as for sexual sentences, the oxy-Hb level was higher when lying than when telling the truth, whereas it showed a reversed pattern in social sentences. However, no difference between lying during sexual and social interrogation could be detected in the RT or SPR findings. Our results suggest that the activation patterns of the DLPFC are significantly modified by the context of interrogations during lying. Key words: lying; self-involvement; social cognition; Dorsolateral prefrontal cortex (DLPFC); Near-infrared spectroscopy (NIRS)

I. INTRODUCTION

Lying is a challenge to psychiatry in that it can ruin the reliability of psychiatric diagnosis and evaluation, which are mainly based upon the patients' self-statements. It also causes a complicated dilemma in the courts, where the true statements of suffering and mental symptoms are often contaminated with exaggerated, erroneous or false statements for the sake of undue profits. Historically, the polygraph, a multi-channel physiological recording, has been widely used as a lie-detection

a) 国立精神・神経センター精神保健研究所 成人精神保健部
Division of Adult Mental Health, National Institute of
Mental Health, National Center of Neurology and Psy-
chiatry
〒 187-8553 東京都小平市小川東町 4-1-1
4-1-1 Ogawa-Higashi, Kodaira, Tokyo 187-8553, Japan
b) ペンシルバニア大学 生物物理学・生化学部
Department of Biophysics and Biochemistry, Univer-
sity of Pennsylvania, Pennsylvania
受理：2007年3月19日

device. This is based on the assumption that liars will be more aroused than those telling the truth, however, this premise is theoretically weak²¹⁾. While the lie detector relies on the peripheral response and has brought very little insight into the neural mechanism of lying, significant progress has recently been made in the neuroscience of deception, lying and social cognition. Functional imaging studies have employed a variety of techniques to identify the neural correlates of deceptive behavior^{1) .7) .10) .13) .15) .18)}. Lying is a complex cognitive process involving cognitive-emotional interactions, including processes such as response inhibition, cognitive control of behavior, and executive function¹⁵⁾, and exhibits features consistent with the use of the 'highest' centers of the brains in liars¹⁸⁾. Despite the diversity of paradigms used to date, most studies have found activation in the anterior cingulate and the prefrontal cortex, areas involved in response inhibition and behavior modification⁷⁾. These results imply that these regions are important for lying in humans. However, reports have been inconsistent regarding dorsolateral prefrontal cortex (DLPFC) activation. Recent works of Phan et al.¹⁵⁾, Nunez et al.¹³⁾, Kozel et al.⁸⁾ and Lee et al.¹²⁾ have found DLPFC activation, while no activation was found in other studies^{9) .5) .11) .17)}. The lack of DLPFC activation was presumably because the interrogation processes used in their study were too weak to evoke conflict between what is really true and false¹⁷⁾. Creating a false story amidst the conflict will include more complicated cognitive work than simply holding dual true and false stories and the use of interrogative processes actually related to shame, sin and social desirability. We thus decided to convert moral interrogations into a self-relevant style to investigate brain activity during lying, so instead of asking about general moral issues such as whether robbery or stealing is a good thing or not, we asked whether the participant had ever actually committed some immoral behavior such as theft, deceiving friends, sexual emotions and so on. Recent functional imaging work has shown that tasks of

an autobiographical (self-relevant) versus nonautobiographical nature show distinct neural activity, which is indicative of emotional process¹³⁾.

We used a relatively new technique of brain imaging for measurement, near infrared spectroscopy (NIRS), which would be preferable to other techniques in that a participant can sit in an ordinary room with the examiner while lying. The system uses NIR light to measure non-invasively the changes of oxy- and deoxy-hemoglobin (Hb) as well as total blood volume changes in various regions of the upper levels of the brain (cerebral cortex)²³⁾. NIRS allows completely noninvasive measurement enabling repeated measurements, however, NIRS measures only in the cortex immediately beneath the probes but not in the deeper brain structures.

According to Drevets²⁾, excessive hyperarousal may interfere with the cognitive processing, which actually seems to be accord with our daily experience. Simultaneous monitoring of the hyperarousal and cognitive function during lying will thus be necessary in order to arrive at an adequate interpretation. We therefore measured peripheral hyperarousal by way of the skin potential response²⁰⁾.

Overall, we predicted greater activation in the DLPFC region for lying over telling the truth, and increased reaction times for the lying response indicating the presence of an interference effect. Furthermore, this study aimed at clarifying the different interrogation contexts through evoking different emotionality might have an influence on DLPFC activation.

II. METHODS

1. Subjects

Twenty-two healthy subjects (11 males and 11 females; mean age 21.0 (18-25) years), medication-free and right-handed assessed using the Oldfield handedness Questionnaire (1971)¹⁴⁾ were recruited at a university in Ichikawa, on the condition that they all regularly attended the course. Written informed consent was obtained from all subjects

before each investigation. The Institutional Review Board and Ethics Committee of the National Center of Neurology and Psychiatry approved this study. The subjects received monetary compensation for their participation.

2. Experimental Task

The "Social and Sexual Deception Protocol" (Nioka S and Gur R, unpublished), used in the present study, consists of three question categories represented by sexually oriented, socially oriented, and non-embarrassing sentences (e.g., sexual sentences: "I had an affair outside of my committed relationship", "I am sometimes amused by a dirty joke"; social sentences: "I received too much change from a salesperson and did not mention it to that person", "I always take responsibility for my mistakes"; and non-embarrassing sentences: "I am a resident of Alaska", "I have a long last name"). The sentences were translated into Japanese. For this study, the back-translation method was applied in order to ensure the semantic equivalence of the protocol. Two researchers (MN and TS) translated the protocol from English to Japanese. It was not a standard back-translation method that a research member of this study translated the material from Japanese back into English, however, one researcher (YK), who had never seen the original items, translated the material from Japanese back into English. The English retranslation was verified by SN, and thus permission was obtained for the use of the translations. All expressions were expressed in one full sentence, and a total of 24 sentences were used, including eight sentences per question category. Each subject answered every sentence once with the truth, once with a lie, and once according to the subject's choice. The 72 sentences were presented in pseudo-randomized sequences according to a computer-administered interrogation method, utilizing a visual mode of sentence presentation. The answer type, i.e., "tell the truth", "tell a lie", or "subject's choice" appeared beneath each sentence. Each sentence appeared on a 17-inch computer display for 10 s interspaced with 5 s rest

periods. The display showed a black background, and the character font size was 24; the sentences were displayed in white, and the answer type was displayed in green. Subjects replied with a "yes" or "no" using the designated mouse (left side, yes; right side, no). Response times and accuracy were recorded and verified. The accuracy was defined as the number of incongruent answers, namely, if the answers to "tell the truth" and "tell a lie" were the same, the responses were counted as errors. The mean number of characters in each sentence were 21.6 (5.4), 21.0 (6.7) and 10.8 (2.7) (mean \pm SD; sexual, social, and non-embarrassing, respectively). The non-embarrassing sentences were shorter than sexual and social sentences ($F[2,21]=11, p<.001$).

The subjects were visually familiarized with the experimental setting and procedures in order to minimize anxiety and enhance task performance. They were asked to answer each question accurately as soon as possible. The subjects were trained for four trials, and if they had no problem using the mouse, the experimental protocol was initiated. The sentences used for four trials were different from the 72 sentences mentioned above and these four trials at the beginning of the protocol were excluded from the final analysis.

3. Skin potential response (SPR) Recording

The skin potential response of the left hand was recorded in all of the subjects. Standard surface EMG electrodes (Ag-AgCl, 8 mm in diameter) were placed on the hypothenar eminence and a site over the ulnar bone two inches from the elbow⁴⁾. Skin potential signals were filtered and amplified using a bioelectric amplifier (MEG-2100, Nihon Kohden). The low cut filter was set at 0.08Hz and the high cut filter was set at 30Hz. Skin potential signals were digitized at a sampling rate of 100 Hz and were entered into a personal computer. Subjects were requested to keep their left hand as still as possible to avoid movement artifacts in the recordings. The SPR for each subject to each question was determined by subtracting the

baseline potential level (for 5 s before a question was presented) from the peak change from the baseline, which occurred not less than 1 s and not more than 10 s after the question was presented. The responses of each subject to every question category were averaged according to the answer type.

4. NIRS system

NIRS measurements were performed using an ETG-100, a 24-channel NIRS instrument (Hitachi Medical Corporation), using continuous near infrared lasers at two wavelengths (780 and 830 nm) modulated at different frequencies and detected with lock-in amplifiers²³⁾. The nine optical-fiber probes used at the incident and detection points were mounted on a flexible shell in a 6 cm x 6 cm array with an inter-probe distance of 30 mm. The posterior edge of the shell was placed symmetrically at position Cz according to the international 10/20 system⁶⁾ and parallel to the midline of the cerebrum. The target of this study was the area of the dorsolateral prefrontal cortex, therefore locations F3 and F4 on the subject's scalp were identified in order to obtain hemodynamic responses¹⁶⁾. Channel numbers 8 and 22 were identified as the left and right DLPFCs, respectively. Data were acquired in 0.1 s intervals. NIRS monitors used two different wavelengths for oxy-Hb and deoxy-Hb, however, for the analysis only, oxy-Hb was used because the correlations with cerebral blood flow have been shown to be stronger for oxy-Hb than for deoxy-Hb¹⁹⁾.

For the baseline correction, the mean of the signal intensity during the "baseline" period (5 s before the trial) was calculated at every trial and then subtracted from the signal intensity during the "task period" in each trial. The responses of each subject to each question category were averaged according to answer type.

5. Statistical Analysis

Differences in the mean response times (RTs) and SPR levels were compared with a two-way repeat-

ed measure ANOVA (question category x answer type). To examine differences in the mean oxy-Hb levels, a three-way repeated measure ANOVA (question category x answer type as within-subject factor and laterality as between-subject factor) was conducted. Taking into account the sphericity assumption, degrees of freedom were adjusted, employing the Greenhouse-Geisser approach when appropriate. When significant differences in a particular question category were observed, a paired Student's t-test, adjusted for multiple comparisons according to the method of Bonferroni, was then performed for comparisons between subcategories. The data were analyzed using the Statistical Program for Social Sciences (SPSS, Windows version 10.0). For the statistical analysis, all data, which included the responses as errors were used.

III. RESULTS

The mean error rates were less than 15% in every question category (mean % (SD) sexual, 14.2 (14.1); non-embarrassing, 12.5 (11.6); social 9.7 (12.2)). The error rates were not significantly different in terms of the question categories ($F[2/42]=1.2$, $p=0.32$).

The RTs for each question category, averaged across subjects, are presented in Table 1. There were significant main effects in the "question category" ($F[2,42]=103.7$, $p<.001$) and the "answer type" ($F[2,42]=30.0$, $p<.001$). The RTs were significantly longer in cases involving sexual and social sentences than in cases involving non-embarrassing sentences. With respect to the answer type, the RTs were significantly longer when the subjects were lying than when the other answer types were employed. For the SPR levels, there was only significant main effect of "answer type" ($F[2,40]=3.5$, $p<.05$, see Fig. 1). The SPRs tended to be higher during lying than other cases, however, the difference was not significant. As shown Fig. 1, the SPR was higher during lying compared to telling the truth in social interrogations and the

difference tended to be significant when examined with the paired Student's t-test.

Next, the NIRS data showed only a approaching significance of the question category x answer type interaction ($F[4/168]=2.6, p=.06, \epsilon=.75$). The simple main effect revealed a significant difference between sexual and social sentences with the "tell a lie" answer type ($p<.05$). There was no significant laterality effect, therefore the oxy-Hb levels shown in Fig. 2 were averaged levels of the right and left DLPFCs. As shown in Fig. 2, when the subjects were lying, the mean oxy-Hb level in association with sexual sentences was significantly higher than that associated with social sentences (95% confidence intervals: sexual $[-2.57e-3, 1.51e-2]$, social $[-1.57e-2, 6.46e-4]$). The same ANOVA as mentioned above was additionally conducted for data, excluding the responses that were the same in response to the lie or truth prompts which were classed as errors. When the subjects were lying, the mean oxy-Hb level in association with sexual sentences was higher than that associated with social sentences with approaching significance ($t(21)=1.8, p=.08$; 95% confidence intervals: sexual $[-7.18e-3, 1.48e-2]$, social $[-1.70e-2, 3.35e-4]$).

There also appeared to be a reversed response tendency between sexual and social sentences in terms of differences between oxy-Hb levels associated with the "tell the truth" and "tell a lie" answer types. Therefore, we performed an additional analysis of the differences observed between sexual and social sentences in terms of differences

between mean oxy-Hb levels associated with "tell the truth" and "tell a lie" answer types. The difference was defined as a delta between mean oxy-Hb levels associated with "tell the truth" and "tell a lie" answer types for each sentence. One-way analyses of variance (ANOVA) with repeated measures, considering question category x laterality, were computed to test for possible effects of question category on the mean delta oxy-Hb levels. The main effect of question category was only significant ($F[1/42]=11.8, p<.01$). As for sexual sentences, the oxy-Hb level was higher when lying than when telling the truth, whereas it showed a reversed pattern in social sentences as shown in Fig. 2.

From a comprehensive viewpoint on levels of oxy-Hb and SPR responses, 73% subjects showed a higher oxy-Hb level when lying in sexual sentences than in social sentences, and 76% subjects showed a higher SPR during lying than telling the truth in social sentences, and both activities were shown in 62% subjects.

IV. DISCUSSION

The RT was always longer during lying than telling the truth in any type of interrogations, which is in accordance with the assumption that lying requires longer pauses and more complicated processing than simply telling the truth^{17),22)}. This also shows the good reliability of the participants' performance in answering the interrogation sessions.

In contrast to our hypothesis, there were no significant differences between the conditions of lying and telling the truth in DLPFC activation. However, interestingly, a significant difference was found between lying on sexual and social interrogations, while the oxy-Hb in the DLPFC was increased during the former and decreased during the latter. No such discrepancies between lying on sexual and social interrogations were detected in the SPR or RT. As for sexual issues, the DLPFC was expectedly activated during lying, presumably

Table 1. Response time (ms) for each question category

	Mean	S.D.
Non-embarrassing sentences		
Subject's choice	2704	562
Lie	3063	590
Truth	2562	496
Sexual sentences		
Subject's choice	3912	616
Lie	4299	800
Truth	3907	690
Social sentences		
Subject's choice	3721	702
Lie	4331	910
Truth	3554	601

because the use of self-relevant and moral interrogations caused complicated cognitive processing. This goes in accordance with Spence's (2001)¹⁷⁾ suggestion that in a situation where there is conflict or the task becomes more difficult one might expect increased engagement of DLPFC. On the other hand, the suppression of DLPFC activation during lying in the social interrogation may indicate an involvement of the function of some other area of the brain. Although the interaction between the PFC and the limbic system remains mostly unclear, it is known that activation in the DLPFC decreases during experimentally induced

and pathological emotional states³⁾. Therefore it is plausible that the neural pathway related to hyperarousal suppressed the activity in DLPFC area, and in our study the SPR was higher during lying compared to telling the truth in the social interrogation sessions.

In terms of the emotional state evoked by sexual and social interrogation, both conditions may elicit a sense of sin, which led to emotional conflict. However, surprisingly, the result ran counter to the sexual interrogation. It is only speculation, but this might address the so-called anhidrotic response: subjects becoming too anxious might become skin

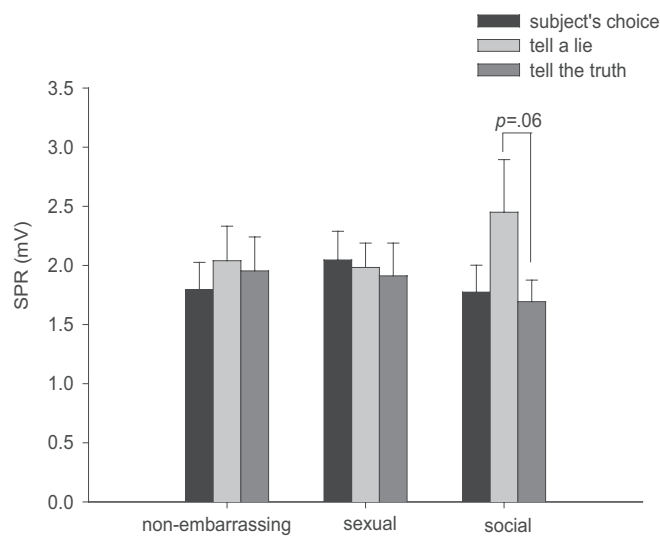


Figure 1. Mean and SEM for skin potential response (SPR) levels for each question category by answer type

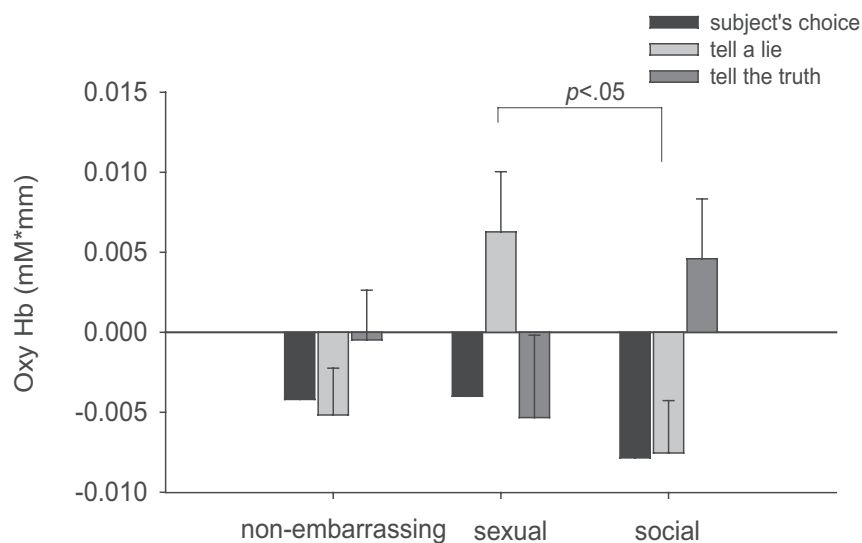


Figure 2. Mean and SEM for oxy-Hb levels for each question category by answer type

conductance non-responsive.

Limitations of this study are, we have no data about individual differences, and the participants in this study cannot be said to represent the broader population. Lying in social situations and the severity of the subjectivity-felt moral infraction is very likely to differ in a culture-dependent manner. Furthermore, the different mean number of characters in each sentence, namely non-embarrassing sentences were shorter than sexual and social sentences, was limitation of this study. It could not eliminate the different DLPFC activations among them caused by the different number of characters. For the future research, studies into emotional conflict evoked by different contexts will be necessary to investigate cognitive-emotional interaction during lying. We should also fine tune the interrogation sets so that they may evoke an almost equal extent of moral conflict. This is a preliminary study but it has demonstrated a part of the neurological mechanism of lying both in terms of cognitive function and emotional conflict. It also shows the importance and promise of the neural investigation of lying.

REFERENCES

- 1) Davatzikos C, Ruparel K, Fan Y et al: Classifying spatial patterns of brain activity with machine learning methods: application to lie detection. *Neuroimage* 28 (3) : 663-668, 2005.
- 2) Drevets WC: Functional neuroimaging studies of depression: the anatomy of melancholia. *Annu Rev Med* 49 : 341-361, 1998.
- 3) Drevets WC, Raichle ME: Reciprocal suppression of regional cerebral blood flow during emotional versus higher cognitive processes: Implications for interactions between emotion and cognition. *Cognition Emotion* 12 : 353-385, 1998.
- 4) Fowles DC, Christie MJ, Edelberg R et al: Committee report. Publication recommendations for electrodermal measurements. *Psychophysiology* 18 (3) : 232-239, 1981.
- 5) Ganis G, Kosslyn SM, Stose S et al: Neural correlates of different types of deception: an fMRI investigation. *Cereb Cortex* 13 (8) : 830-836, 2003.
- 6) Klem GH, Luders HO, Jasper HH et al: The ten-twenty electrode system of the International Federation. *The International Federation of Clinical Neurophysiology. Electroencephalogr Clin Neurophysiol Suppl* 52 : 3-6, 1999.
- 7) Kozel FA, Johnson KA, Mu Q et al: Detecting deception using functional magnetic resonance imaging. *Biol Psychiatry* 58 (8) : 605-613, 2005.
- 8) Kozel FA, Padgett TM, George MS: A replication study of the neural correlates of deception. *Behav Neurosci* 118 (4) : 852-856, 2004.
- 9) Kozel FA, Revell LJ, Lorberbaum JP et al: A pilot study of functional magnetic resonance imaging brain correlates of deception in healthy young men. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 16 (3) : 295-305, 2004.
- 10) Langleben DD, Loughhead JW, Bilker WB et al: Telling truth from lie in individual subjects with fast event-related fMRI. *Hum Brain Mapp* 26 (4) : 262-272, 2005.
- 11) Langleben DD, Schroeder L, Maldjian JA et al: Brain activity during simulated deception: an event-related functional magnetic resonance study. *Neuroimage* 15 (3) : 727-732, 2002.
- 12) Lee TM, Liu HL, Tan LH et al: Lie detection by functional magnetic resonance imaging. *Hum Brain Mapp* 15 (3) : 157-164, 2002.
- 13) Nunez JM, Casey BJ, Egner T et al: Intentional false responding shares neural substrates with response conflict and cognitive control. *Neuroimage* 25 (1) : 267-277, 2005.
- 14) Oldfield RC: The assessment and analysis of handedness: the Edinburgh inventory. *Neuropsychologia* 9 (1) : 97-113, 1971.
- 15) Phan KL, Magalhaes A, Ziemlewicz TJ et al: Neural correlates of telling lies: a functional magnetic resonance imaging study at 4

- Tesla. *Acad Radiol* 12 (2) : 164-172, 2005.
- 16) Schroeter ML, Zysset S, Kupka T et al: Near-infrared spectroscopy can detect brain activity during a color-word matching Stroop task in an event-related design. *Hum Brain Mapp* 17 (1) : 61-71, 2002.
- 17) Spence SA, Farrow TF, Herford AE et al: Behavioural and functional anatomical correlates of deception in humans. *Neuroreport* 12 (13) : 2849-2853, 2001.
- 18) Spence SA, Hunter MD, Farrow TF et al: A cognitive neurobiological account of deception: evidence from functional neuroimaging. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci* 359 (1451) : 1755-1762, 2004.
- 19) Strangman G, Culver JP, Thompson JH et al: A quantitative comparison of simultaneous BOLD fMRI and NIRS recordings during functional brain activation. *Neuroimage* 17 (2) : 719-731, 2002.
- 20) Tsukahara R, Aoki H: Skin potential response in letter recognition task as an alternative communication channel for individuals with severe motor disability. *Clin Neurophysiol* 113 (11) : 1723-1733, 2002.
- 21) Vrij A, Fisher R, Mann S et al: Detecting deception by manipulating cognitive load. *Trends Cogn Sci* 10 (4) : 141-142, 2006.
- 22) Vrij A, Mann S: Telling and detecting lies in a high-state Situation: the case of a convicted Murderer. *Appl Cognit Psychol* 15 : 187-203, 2001.
- 23) Watanabe E, Yamashita Y, Maki A et al: Non-invasive functional mapping with multi-channel near infra-red spectroscopic topography in humans. *Neurosci Lett* 205 (1) : 41-44, 1996.

投稿規定

1. 本誌は国立精神・神経センター精神保健研究所の研究員に関連する他誌に未発表の原著論文、短報、総説、症例（事例）研究および資料、さらに研究所以外の研究者への依頼を含めた特集論文を掲載します。
2. ◇原著論文は、400字詰め原稿用紙で原則として50枚以内とします。（図表も各1枚を1頁と計算）。データ解析にもとづいた原著論文の構成は、原則として以下のようにして投稿して下さい。原稿の第1頁には、論文の和文および英文タイトル、全著者の和文および英文の氏名（学位は表示しない）、全著者の所属機関の和文および英文の名称および別刷請求者の連絡先を記入して下さい。第2頁には、200字以内の和文抄録と英文で5つ以内のKey words（Index Medicusのsubject headingsを参考として下さい）を記載して下さい。論文の本文は第3頁より記述を開始し、原則として、I. はじめに（または緒言）、II. 対象と方法、III. 結果、IV. 考察、文献さらに独立の1頁に200語以内の英文Abstract、（付録：必要があれば加え、研究に用いたスケールの部分的紹介などを入れて下さい。また、論文の性格によっては、読者の理解を容易とするためにセクションの分割を他の型式とすることも可能）および図表（図および表は各1点ずつ別紙に注釈などを含めて書く）の順に綴じて、計3通（正1、副2）を編集委員会あてに投稿して下さい（投稿先は下の8項参照）。症例（事例）記述にもとづいて書かれる原著論文および症例（事例）研究の構成は、原則として上記の〔III. 結果〕の節〔III. 症例（事例）〕などとし、他の部分は上記に準じて下さい。
◇短報は主として予備的な報告をあつかいますが、論文の性格上は原著論文なので、400字詰め原稿用紙で原則として15枚以内とし、体裁は原著論文のそれに従って下さい。
◇総説は400字詰め原稿用紙で原則として70枚を超えないものとし（図表も各1枚を1頁と計算する）、原著論文と同様に英文Abstract、和文抄録および英文Key words をつけますが、セクションの区分などの体裁は内容の理解が容易であるように適宜著者が工夫して下さい。
◇資料論文については、英文Abstract、和文抄録およびKey words は除きますが、その他は長さも含めて原著論文の体裁に準じて下さい。
◇特集論文は編集委員会の決定したテーマによる依頼原稿で構成し、400字詰め原稿用紙で原則として30枚以内（図表も各1枚を1頁と計算する）とします。論文のセクションの構成は総説に準じて著者の決めたものとなりますが、英文Abstract、和文抄録およびKey words はつけません。
3. 論文はワードプロセッサを用いて作成しプリントアウトしたものを提出して下さい（その際、頁のレイアウトは、1頁を400字の整数倍にし、それを第1頁の最下行に明示して下さい）。論文は受理後にフロッピーディスクでも提出して頂きます。型式は別に指示します。
4. 外国人名、薬品名は原語を用いて下さい。専門用語は、わが国の学会などで公式の訳語が定められている場合はそれを用いて下さい。必要ある場合は訳語と（ ）内に原語を示して下さい。
5. 文献は本文中に引用されたもののみを以下の要領で記述して下さい。
 - A. 文献は筆頭著者の姓（family name）のアルファベット順に番号をつけ（同一著者の場合は発表順）、本文中にはその番号で引用して下さい。
 - B. 雑誌名はIndex Medicusの表示に準じ、省略のピリオドはつけません。
 - C. 著者名は3名以内の場合は全員、4名以上の場合は3人まで書き、あとは他（et al）と省略して下さい。
 - D. 文献の記載は、雑誌については、著者名：論文題名、雑誌名 巻：最初の頁—最後の頁、西暦年号の順とし、単行本全体の場合は、著者名：書名、発行所、発行地、西暦年号、とし、単行本の中の論文は、著者名：論文題名、著者（編者、監修者）名：書名、発行所、発行地、pp. 最初の頁—最後の頁、西暦年号、として下さい。訳本は原書を上記にしたがって記載し、（ ）内に訳本を上記に準じて記載して下さい。

記載例

- 1) American Psychiatric Association : Quick reference to the diagnostic criteria from DSM-III-R American Psychiatric Association, Washington, DC, 1987. (高橋三郎, 花田耕一, 藤縄昭訳: DSM-III-R, 精神障害の分類と診断の手引改訂3版, 医学書院, 東京, 1988.)
- 2) 藤縄昭: 精神療法とエロス. 弘文堂, 東京, 1987.
- 3) Ostuka T, Shimonaka Y, Maruyama S et al: A new screening test for dementia. Jpn J Psychiatr Neurol 42: 223-229, 1988.
- 4) 高橋徹, 藍沢鎮雄, 武内龍雄他: 不安神経症の難治性経過について—初期病像ならびに性格特性とのかかわり. 精神衛生研究 31: 25-40, 1984.
6. 依頼原稿以外の原稿は、編集委員会で複数の査読者を依頼しその結果により採否を決定します。その際、必要な修正を著者に求めることがあります。また投稿規定から著しく逸脱したり、判読の困難な原稿は査読せず著者に返却します。
7. すべての掲載論文は、別冊50部のみを作成し著者に無料進呈します。
8. 本誌に掲載された論文の著作権は国立精神・神経センター精神保健研究所に帰属します。著者による当該著作物の他誌への使用に制約はありませんが、その全部を使用する場合には、著作権者の許諾を得てください。
9. 論文投稿先：
〒187-8553 東京都小平市小川東町4-1-1
国立精神・神経センター 精神保健研究所内
「精神保健研究」編集委員会
(2006. 3. 20改訂)

精神保健研究編集委員会

編集委員長 北井 暁子

編集委員 安藤 哲也 岡田 幸之 清田 晃生

軍司 敦子 山田 光彦 和田 清

(五十音順)

編集後記

精神保健研究第20号をお届けします。この雑誌には、国立精神・神経センター精神保健研究所の紀要として、私たちの日頃の研究成果を研究所の外にむけて発信するという大切な役割があります。

実際、精神保健研究所は、わが国の精神医学と精神保健学の中心として機能しており、内外に誇ることのできる多くの最新の研究を行っています。しかし、そこで生まれた素晴らしい成果も、昨今の学術研究成果の評価をめぐるインパクトファクター重視、海外の有名雑誌重視の傾向のなかでは、なかなか本誌のような紀要というある意味で「地味」な紙面には投稿されにくいのが現状です。そのようななかで、今回、特集では著名な先生方からご寄稿を、また総説と原著論文にもたいへん優れた論文のご投稿をいただき、非常に質の高い紙面を作ることができました。この場をかりまして、本号発刊に際して、多大なご協力をいただいた先生方に紀要委員一同、心より御礼申し上げます。

2007年3月 紀要編集担当 岡田幸之（司法精神医学研究部 鑑定研究室長）

精神保健研究

第53号

(2007年3月31日発行)

(非売品)

編集責任者——北井 暁子
発行者——国立精神・神経センター
精神保健研究所

〒187-8553 小平市小川東町4-1-1

Tel : 042-341-2711

Fax : 042-346-1944

<http://www.ncnp.go.jp/>

Journal of Mental Health

Number 53,2007

Official Journal of the National Institute of Mental Health, NCNP, Japan

CONTENTS

FOREWORD

FOREWORD	1
----------------	---

SPECIAL TOPICS:

Approaching the 2nd Year of Enforcement of the Act for the Medical Treatment and Supervision of Insane Persons who Caused Serious Harm - Present Situation and Challenges -

Preface

K. Wada	5
---------------	---

Current Issues of New Forensic Mental Health Law in Japan

K. Yoshikawa	7
--------------------	---

Issues on Deciding Disposition of the Patients Treated by the Japanese Law for Treatment of Criminal Patients with Mental Disorder

T. Hirata	17
-----------------	----

Current State and Problem of Forensic Service, Inpatient Facility in Medical Treatment and Supervision Act

T. Matsumoto	23
--------------------	----

The Present Condition and Assignment of Designated Medical Institutions for Outpatient Psychiatric Services

H. Iwanari	33
------------------	----

The Current Situation and Issues of the Act for Medical Treatment and Supervision of Insane Person who Caused Serious Harm from a Standpoint of an Attorney

Y. Ikehara	41
------------------	----

REVIEW ARTICLE

Psychosomatic Aspects of Atopic Dermatitis

T. Ando	49
---------------	----

ORIGINAL ARTICLES

Recovery Process of Drug Dependent Persons in a Rehabilitation Center in Japan

A. Kondo, K Wada	65
------------------------	----

Dorsolateral Prefrontal Cortex Activation During Lying is Context Dependent

– A Preliminary Report Using Near-Infrared Spectroscopy

M. Nagamine, T. Soshi, S. Nioka, B. Chance, Y. Kim	77
--	----

Instructions to Authors	85
--------------------------------------	----

Editorial Note	86
-----------------------------	----