

【特集 メンタルヘルスにおける家族支援の意義】

精神障害を有する加害者の家族のメンタルヘルス －医療観察法における家庭内事件に焦点をあてて

Mental health needs of mentally disordered offender's family:
Focus on domestic offense cases in medical treatment and supervision act

安藤久美子¹⁾、中澤佳奈子¹⁾、岡田幸之¹⁾
Kumiko Ando, Kanako Nakazawa, Takayuki Okada

I. はじめに

他害行為。誰かが誰かを傷つけるという行為であるから加害者と被害者が存在する。そのなかには、たとえば、怨恨のようなもともと関係性のあるなかで起こった事件もあれば、通り魔のような全く見ず知らずの加害者からの一方的な事件もある。いずれの場合であっても、被害者を傷つけ、その一生を変えてしまうような他害行為が被害者にもたらすであろう苦悩は計り知れない。被害者のケアは第一に考えるべき事柄であり、被害者がその後の人生をもう一度生きていこうと思えるような土台作りのために、十分な支援とケアが提供できるような財源の確保とシステムの構築を推進していく必要がある。

一方で、他害行為の被害者が家族であった場合はどうであろうか。家族は事件の被害者ではあるが、加害者の家族でもある。通常の事件であれば、それらはまったく逆の立場であり、社会や周囲による反応も異なる。その二重の立場に置かれた“被害者である加害者家族”はどのように見られ、どのように扱われているのだろうか。

本稿では、こうした視点から、一般の犯罪と比較してとくにその家族が他害行為の被害者になりやすいことが知られている医療観察法の対象者家族注釈aに注目した¹⁾。そして、対象者家族なかでも、とくに他害行為の被害者、あるいは遺族という特殊な環境に置かれた加害者家族の現状とその支援のあり

方について論ずるとともに、現在、われわれが行っている取り組みについても紹介したい。

注釈 a

医療観察法では、法律の対象となる重大な他害行為を「対象行為」とよび、処遇の対象となる触法精神障害者を「対象者」とよぶ。したがって、本文においてもそれぞれ「対象行為」「対象者」という用語を用いて記述する。

II. 精神障害者家族の研究と家族の役割

精神障害者の家族についてはこれまでも数々の研究が行われてきた。半澤²⁾は1940年から2000年前半までの精神障害者の家族研究を大きく3つに区分して論じている。それによれば、1940年代から1960年代の第一期は、欧米における家族病因論にもとづいて家族の関わりが精神障害の発症等に及ぼす影響について検討した実証研究が盛んに行われていた。その後、1970年代から1980年代の第二期になると、家族の感情表出(Expressed Emotion: EE)と患者の再発率に関する研究に移行していき、家族心理教育の重要性がとくに注目されることになった。1990年代から2000年代前半の第三期にかけては、ストレス・コーピング・モデルを用いた研究が行われ、患者の症状や社会生活の困難さといった「ストレッサー」と、家族関係や支援者といった「介入因子」という視点から家族の経験を評価し、家族にかかる負担感にも目が向けられるようになったとされている。こうした変遷を経て、2000年後半以降の研究では、患者本人に対する家族の関わりに主眼をおいた研究から少し離れ、「精神障害をもつ家族」をもった“本人”の体験やケア提供者としての家族支援に関する研究にシフトしてきたといえる。

また、2014年には精神保健福祉法が改正され保護

1) 独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター
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 Psy-
chiatry

者制度が廃止された。精神保健福祉法によれば、「保護者」は、精神疾患を有する者につき一人決められることになっており、これまでは慣例的に家族がその役割を担うことが多かった。そして、「保護者」には、精神障害者に治療を受けさせる義務、財産上の利益を保護する義務、医師に協力する義務など、いくつかの義務が規定されていた（表1）。しかし、家族の高齢化等に伴って、次第に家族にかかる負担が大きくなっていることなどが問題視されるようになり、今回の保護者制度廃止の運びとなったのである。

表1. 精神保健福祉法における「保護者」に対する責務規定

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. (任意入院患者及び通院患者を除く) 精神障害者に治療を受けさせること (22条1項) 2. 精神障害者の診断が正しく行われるように医師に協力すること (22条2項) 3. 任意入院患者及び通院患者を除く精神障害者に医療を受けさせるにあたって医師の指示に従うこと (22条3項) 4. (任意入院患者及び通院患者を除く) 精神障害者の財産上の利益を保護すること (22条1項) 5. 回復した措置入院者等を引き取ること (41条) 6. 5による引き取りを行うに際して、精神病院の管理者又は当該病院と関連する精神障害者社会復帰施設の長に相談し、及び必要な援助を求めること (22条の2) 7. 退院請求等の請求をすることができること (38条の4) 8. 医療保護入院の同意をすることができること (33条1項) |
|---|

こうした一連の流れ概観してみると、単に家族を患者の社会資源のひとつとして位置づけたり、家族に患者の治療に対するの責任の一端を担わせたりするような時代は一区切りし、2000年後半以降は、患者も家族も双方が当事者となる時代に変化していることがわかる。

Ⅲ. 医療観察法対象者家族

(1) 医療観察法制度の概要

では、医療観察法対象者の家族はどうであろう。一般精神医療における患者家族と比較するため、まずは医療観察法の概要について簡単に説明しておく。

医療観察法とは、「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」をさす。この法律は、殺人や放火などの重大な他害行為を行った時点で、精神の障害のために、心神喪失や心神耗弱の状態であったと判断され、不起訴、あるいは起訴された結果、無罪または執行猶予など実刑を免れた者を対象とし、その後の処遇について定めている。医療観察法が制定されることになった背景としては、2001年に大阪教育大学附属池田小

学校に刃物を持った男が乱入し、児童8人が死亡、教師を含む15人が重軽傷を負った事件（大阪池田小学校児童殺傷事件）による影響が大きい。この事件により社会全体が精神障害者に対する治療の必要性和再犯防止のための適正な社会復帰支援の重要性に注目したことがきっかけとなったとされている。そのため、本法では、治療の継続と社会復帰の促進を最大の目的としていることが特徴となっている。

(2) 医療観察法における家族の役割

この医療観察法制度のシステムは、検察官による処遇対象者の申立てからはじまる。検察官からの地方裁判所に申立てが行われると、裁判所では裁判官と精神科医による合議体が設置され、対象者のその後の処遇についての審判が行われる。審判では、入院処遇（医療を受けさせるために入院をさせる旨の決定）、通院処遇（入院によらない医療を受けさせる旨の決定）、不処遇（本法による医療を行わない決定）等が決定され、医療を受けさせる決定が下された場合には、厚生労働省所管の指定入院医療機関において専門的な医療が提供されるとともに、保護観察所が精神保健観察を行い、必要な医療と援助の確保が図られることになる。

こうしたシステムの説明からすると、本制度においては医療機関と保護観察所が主体的な役割を果たしており、家族の直接的な関わりはあまりみえてこないかもしれない。しかし、本制度においても家族の存在は非常に大きく、とくに処遇の決定を左右する最も重要な要因は家族関係であるといっても決して誤りではない。実際に、当初審判によって通院処遇が選択されるようなケースについては、そのほとんどが家族との同居（あるいはそれに類似した環境）を条件に処遇が開始されている。逆にいえば、家族関係が疎遠なケースについては、単身での生活は不安が大きいこと、グループホームには空きがなく、入所までかなりの時間がかかることなどを理由に入院処遇が決定されることが少なくないというのが現状である。もちろん、家族との同居には安定した治療への支援体制が整っていることが期待されていることである。こうしてみると、処遇の決定にあたっては「疾病性（対象者に対象行為時と同じ疾病が存在するか）」「治療反応性（その疾病が治療可能性のあるものであるのか）」「社会復帰要因（再度他害行為を行わないための支援や環境調整は整って

いるのか)」といった3つの要素を総合して判断されるが、このなかの「社会復帰要因」には、家族がどの程度、対象者の社会復帰支援に関与できるのかといった観点が見え隠れしている。

(3) 医療観察法対象者家族の治療への関与

次に、医療観察法対象者の家族がどの程度、治療や支援に関与しているのかについて、医療観察法通院対象者に関するモニタリング研究¹⁾の結果を参考に最新のデータを用いて分析した。

その結果、通院処遇ケース1190件中、対象行為時に家族が対象者と同居していたケースは836件(62.0%)であったが、対象行為後は483件、40.7%に減少しており、約2割のケースは対象行為を機に精神科病院や福祉施設などに入所していた。しかし、対象行為後も家族が同居を継続しているケースをみると、家族が被害者となっていたケースが249件(51.4%)と最も多かった。すなわち、対象行為の被害者であるにも関わらず、その後も加害者である対象者と同居を続けている家族が半数以上を占めていたのである。こうした傾向は海外の報告とは全く方向性を異にしており、わが国特有の家族感であるかもしれない⁴⁾。

そこで、対象行為の被害者が家族であった615ケース(51.7%)のみを抽出し(図1)、居住形態別に対象者の治療や支援への関与について分析した。訪問看護の頻度については、独居のケースでは月2～3回以上の頻度で訪問看護を実施しているケースが65.7%であったのに対して、家族と同居しているケースでは44.1%となっており、家族が同居しているケースの方が、訪問看護の頻度が有意に低くなっていた($\chi^2=15.54, p<0.01$)(図2)。

一方で、医療関係者や地域機関の援助者が集まって、対象者の処遇や支援の在り方などを検討する地域ケア会議への参加の有無については、独居群では会議に参加している家族は6割弱であるのに対して、家族との同居群では約9割のケースが会議に参加しており、両群には有意な差が認められた($\chi^2=37.01, p<0.01$)(図3)。

また、家族面接の有無についてみると(図4)、独居群では26.4%であるのに対して、家族との同居群では61.3%のケースで面接が実施されていた($\chi^2=40.46, p<0.001$)。面接内容が明らかになった171ケースの内訳をみると、対象者の治療や支

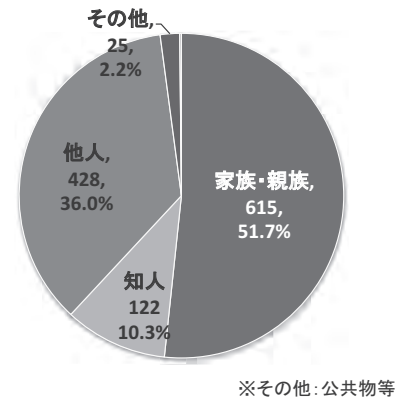


図1. 対象行為の被害者の内訳

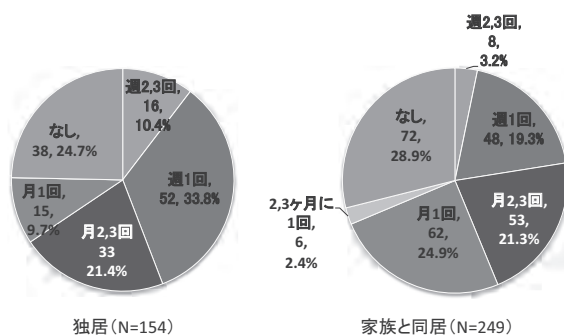


図2. 居住形態別にみた訪問看護の頻度

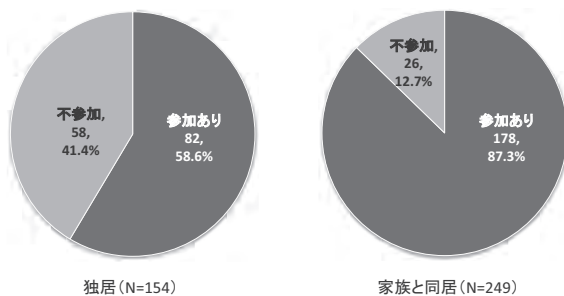


図3. 居住形態別にみた家族のケア会議への参加率

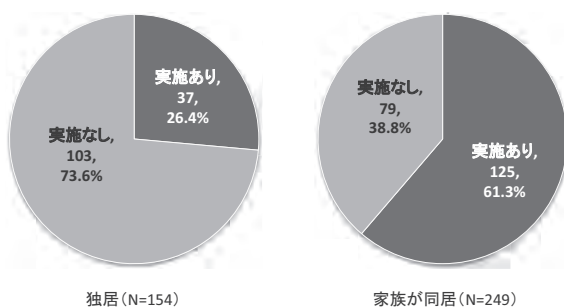


図4. 居住形態別にみた家族面接の実施の有無

V. おわりに

一般的に、医療施設などでの入院治療は、患者を社会的ネットワークから完全に切り離し、社会復帰を遅らせる要因となりうると考えられている⁵⁾。それゆえ、できる限り早期に地域処遇に移行することが望ましいとされている。こうした考え方は司法精神医療においても共通している。しかし当然ながら退院は単に早ければよいというわけではなく、その地域処遇を安定したものにするためには、基盤となる地域社会における支援体制の確立が必須である。そしてその支援の対象は、患者本人のみならず、患者の家族にも向けられるべきである。

これまで長い間、多くの家族は自らの余暇を削り⁸⁾、周囲からの手助けも殆どない状態で患者の支援にあたってきた^{6,10)}。ましてや、重大な他害行為を行った対象者の治療と社会生活を支えることを目的とした医療観察法では、たとえ順調なケースであっても安定した処遇を維持していくためには周囲による相当な努力が不可欠であり、他害行為を行った患者を支えていくためには、患者自身への支援はもちろん、その家族に対しても十分に支援していく必要となってくる。

ただし、ここでいう家族に対する支援とは、たとえば、家族の負担が増えることで、家族自身が身体的にも精神的にも健康を保てない状態になれば、患者の症状再燃や施設入所にもつながりかねないといった、家族を社会資源のひとつとして機能させることを目的としたものではない。彼らを個々の人間として、そして「他害行為の被害者」として位置づけて行う支援である。こうして「患者の家族」としてではなく、家族自身も社会のなかで支えられている一人であることを実感することこそが、長期的には患者と家族がもっとも安定したかたちで社会へ再統合していくための第一歩になるものと思われる。

文 献

- 1) 安藤久美子：指定通院医療機関モニタリング調査研究。平成25年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）「医療観

察法制度の鑑定入院と専門的医療の適正化と向上に関する研究」, pp109-131, 2013.

- 2) 半澤節子：精神障害者家族研究の変遷－1940年代から2004年までの先行研究－. 長崎純心大学・長崎純心大学短期大学人間文化研究3: 65-89, 2005.
- 3) 深谷裕：触法精神障害者家族が体験する医療観察法制度－つながりの再構築に向けて. 日本社会精神医学雑誌19: 176-186, 2010.
- 4) Lee MS, Park JI: Caregivers' acceptance of alternatives to long-term psychiatric hospitalization; lessons and debates from the South Korean situation. *Int J Ment Health Syst* 8 (1) : 4, 2014.
- 5) Lischka AM, Lind A, Linden M: The role of the social network in psychosomatic day care and inpatient care. *Int J Soc Psychiatry* 55 (6) : 548-556, 2009.
- 6) McCann G, McKeown M, Porter I.: Understanding the needs of relatives of patients within a special hospital for mentally disordered offenders: a basis for improved services. *J Adv Nurs*. 23 (2) : 346-52, 1996.
- 7) Nordström A, Kullgren G, Dahlgren L: Schizophrenia and violent crime: the experience of parents. *Int J Law Psychiatry* 29 (1): 57-67, 2006.
- 8) Ostman M, Wallsten T, Kjellin L: Family burden and relatives' participation in psychiatric care: are the patient's diagnosis and the relation to the patient of importance? *Int J Soc Psychiatry* 51 (4) : 291-301, 2005.
- 9) Pearson V, Tsang HW, Pearson V et al: Duty, burden, and ambivalence: families of forensic psychiatric patients in Hong Kong. *Int J Law Psychiatry* 27 (4) : 361-374, 2004.
- 10) Tsang HW, Pearson V, Yuen CH: Family needs and burdens of mentally ill offenders. *Int J Rehabil Res* 25 (1) : 25-32, 2002.
- 11) 山上皓：精神分裂病と犯罪. 金剛出版, 東京, 1992.