



重大な他害行為を行った触法精神障害に関し、個体の脆弱性や環境ストレス等の相互要因、治療技法や効果判定、再発防止策に必要とされる医療体制ならびに法制度について、国際的な疫学調査および比較研究を実施する。

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 部長

吉川 和男

【ポスター 1】

平成 15 年に池田小学校事件が起きまして、その事件をきっかけにわが国でも、精神障害を持ちながら重大な他害行為を行なった人に対する医療サービスが、平成 17 年から始まったところですが、日本では誕生したばかりなのですけれども、このような司法精神医療サービスは世界各国で古くからありまして、古いところのイギリスなどでは 19 世紀から始まっていました。本研究ではこのような司法精神医療サービスを各国で比較していこうと考えました。

私たちの研究部は、日本で導入された医療観察法のサービスをモニタリングしていくという役割がありますので、できるだけ制度の運用開始当初からデータを集めて、各国と比較しながら、こういった課題が今後浮かび上がってくるかということの研究していこうと考えておりました。

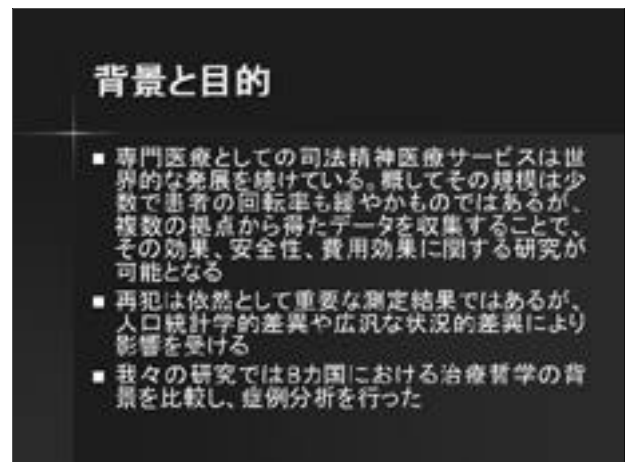
具体的には、各国の公式データを使っています。アウトカムとしてしばしば用いられるのは「再犯」ですけれども、日本のサービスはまだ始まったばかりですので、その「再犯」が発生する頻度は当然低く、今回「再犯」を直接アウトカムとしてもってくることはできませんでした。しかしいずれは「再犯」等を測定結果として使っていきたいと思っています。

その前段階として、各国の人口統計学的な背景であるとか、あるいは哲学的な背景を比較して、どういう処遇を実際に行なっているのかを浮かび上がらせようというのが本研究の目的であります。

【ポスター 2】

参加国は 8 カ国です。厳密に言えば 7 カ国なのですけれども、イギリス・ウェールズとスコットランド（体制がイングランド・ウェールズとスコットランドが別になっていますので分けています）、スウェーデン、デンマークの北欧と、カナダ（ケベック州の州の一部）、ニュージーランド、南アフリカです。

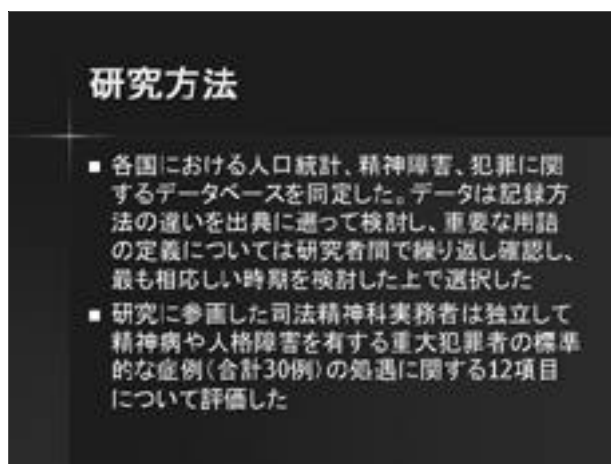
ポスター 1



ポスター 2



ポスター 3



研究スタッフは皆、司法精神科の医師です。

【ポスター 3】

研究方法です。

各国の基本情報、つまり人口統計、精神障害、あるいは犯罪に関する各国のデータベース(これは公式統計を使っています)を使いました。その出典等を遡って検討しましたが、定義が各国様々です。精神障害の定義はICD10などの国際的な分類があるのでいいのですが、一番困るのが「犯罪」です。「殺人」とひとくちに言いますが、各国によってその定義が全く違うのです。日本だと「傷害致死」というものがありますけれども、他の国ではこれが「殺人」になったりします。そのような用語の定義を合わせ、研究者間で確認をし、データを整理しながら作業をしました。

時期に関しても、とにかく日本が始まったばかりですので、日本の状況にできるだけ合わせてもらいながら選びました。

最後に症例比較という形で、重大犯罪を行なった精神障害者の30例の12項目について、各国の精神科医がそれらの症例をお互いにレイティングするという作業をしました。

【ポスター 4】

最初に犯罪ですが、各国で刑事責任能力の定義も異なります。

スウェーデンは15歳から、ウェールズは10歳から、一番低いところではスコットランドが8歳から刑事責任能力が発生します。日本は14歳です。そのようなことで、犯罪率は刑事責任能力を考慮した形で算出しています。

そうすると、日本は、全犯罪の

ポスター 4



発生率が非常に少ない。あるいは暴力犯罪で見ても非常に少ないのが分かります。他国と比べると圧倒的に少ないのですが、こと殺人に限ってみますと、それほど先進国と変わらないことが分かります。実は殺人には精神障害者が占める率が比較的高いのです。だいたい5%位と言われてはいますが、精神障害者による影響が高いことがあってこのように一定になっているということが考えられます。

【ポスター 5】

次に、一般人口に占める精神障害の比率なのですが、これは各国ともだいたい似たような傾向がみられました。いわゆる精神病圏の方は0.5%前後です。統合失調症の発生率は、0.1%~0.2%位と言われてはいますから、それプラスの精神病圏が全部入っていますので、だいたい妥当なところではないかと思えます。

他に、人格障害などの診断も入っていますけれども、日本はこういうデータがないので実態は分かっていませんが、だいたい各国同じような状況ではないかと考えています。

ポスター 5

一般人口に占める精神障害

	SWEDEN	WALES	NEW ZEALAND	JAPAN	SCOTLAND
	Other / period prevalence	Prevalent / period prevalence	Prevalent / lifetime prevalence	Prevalent / period prevalence	Prevalent / period prevalence
精神疾患	0.6%	0.5%	0.3%	0.4 - 0.42%	0.5%
人格障害	1.2%	4.4%	1.9 - 4.2%*	-	4.4%
アルコール	3-6%	9.3%	6.1 - 22%	1.7%	8.4%
違法薬物	3.0%	2.3%	4.1 - 7.2%	-	6.0%
精神適性	0.4%	-	-	0.004%	-

* 日本は成人人口ベースのみ

【ポスター 6】

司法精神科の病床について、どのような患者がいるのかを見ていますが、日本は始まったばかりということもあり、人口10万人当たり一番最低の病床数であり、まだサービスが十分行き届いていないという現状もあります。

【ポスター 7】

精神障害者は時々精神病院に入らずに刑務所に入ることがあります。刑務所内での

ポスター 6

司法精神科病床と精神病圏の患者の占有率

	病床数 / 100,000 人	精神疾患%
Sweden	9.2	63
Wales	8.1	-
New Zealand	5.8	78
South Africa	4.4	76
Japan	0.62	73
Scotland	9.1	70

ポスター 7

受刑率 (人口10万人あたり)

	男性	女性	合計
Sweden	52	22	74
Wales	113	28	140 (200)
New Zealand	177	39	216
South Africa	461	128	521
Japan	43	9	53
Quebec	39	21	55
Scotland	185	29	229

刑務所における精神障害の罹患率

	男性罹患率	女性罹患率	合計罹患率
Sweden	-	-	-
Wales	-	-	-
New Zealand	3.4	12.3	0.1 (2007 年)
South Africa	2.7	30	28
Japan	0.73	0.82	0.17
Quebec	7.1	16.9	-
Scotland	2.9	10.8	0.27

統計では、日本は極端にその率が低く出ているのですが、これは調査の暗数があると思います。日本では、刑務所の中でリサーチは行なわれていなくて、医療刑務所の中の精神障害者の率しか分かっておりません。そのため、これほど極端に少なく出ていますけれども、各国とも一般の地域よりも比較的高く出るとというのが傾向としてあります。

【ポスター 8, 9】

以上述べましたような人口統計学的な背景を押さえながら、今度は事例を評価していくという手法を探りました。

まず大きく3つのグループを作りました。1つは、殺人犯として典型的なケースです。それを男女に分けて、8カ国のケースを皆で全部レイティングをする。次に統合失調症の典型的なケースを男女とも用いています。残る1つは、グレイゾーンと言って、各国共に精神病院に行くか刑務所に行くか意見が分かれるようなケースです。このようなグレイゾーンのケース男女2例を8カ国が出して、それらのケースを全員でレイティングしました。その場合、項目を全部決めて、(ここには出していないのですけれども)12項目をレイティングします。その中で特に印象的な3つの項目を今回取り上げてみたいと思います。

最も気になるのは精神障害が処罰を受けるのかそうでないのか、いわゆる刑事責任能力という問題ですが、その刑事責任能力をどう考えているのかというテーマを探ってみました。

典型的な統合失調症による殺人未遂での日本のケースをレイティングしてもらったのですけれども、日本では当然こういうケースでは責任能力は「なし」となりますが、特に興味深かったのはデンマークやスウェーデン、ウェールズで、刑事責任能力を考慮しないということです。何を以って判断するかと言いますと、その症状、治療の必要性、あるいはリスクを考えて専門病院に送るのです。つまり法律的な概念は一切考えないということが分かりました。しかし、日本のように刑事責任能力なしと判断するような国もないわけではなく、スコットランドは「なし」としていましたが、ニュージーランドも「なし」としています。ケベックも同じでした。

ポスター 8

事例評価研究

No.20 統合失調症による殺人未遂(日本) No.6 アスピルリン中毒による傷害(デンマーク)

	責任能力	処罰	刑罰
Japan	なし	入院治療	執行
Denmark	考慮せず	入院治療	執行
Sweden	考慮せず	入院治療	執行
Norway	考慮せず	入院治療	執行
Scotland	なし	入院治療	執行
New Zealand	なし	入院治療	執行
South Africa	考慮せず	入院治療	執行
Quebec	なし	入院治療	執行

	責任能力	処罰	刑罰
Japan	なし	入院治療	執行
Denmark	考慮せず	入院治療	執行
Sweden	考慮せず	入院治療	執行
Norway	考慮せず	入院治療	執行
Scotland	考慮せず	入院治療	執行
New Zealand	なし	入院治療	執行
South Africa	考慮せず	入院治療	執行
Quebec	なし	入院治療	執行

ポスター 9

- まとめ**
- 日本は他国と比較して犯罪発生率は概して低いが、殺人に限れば海外国よりも高い
 - 精神障害の罹病率は各国で同様であるが、日本のみアルコール・薬物に起因する精神障害者の発生率が低い
 - 司法精神科病院収容率は各国で同様であるが、日本のみ極端に少ない
 - 対象とする精神疾患は精神障害がほとんどである
 - 刑務所における精神障害者の罹病率は各国とも一般人口よりも高い
 - 日本における罹病率は極端に低い
 - 統合失調症を始めとする精神疾患の犯罪者は各国とも司法精神科病院で処遇される
 - 入院期間が数年
 - 日本のみ数ヶ月に短い
 - 薬物・人格障害等で各国で大きく処遇が異なる
 - 日本は刑務所へ
 - 精神疾患以外の精神障害者に対してどこまで医療がサービスを提供すべきかという問題は、各国の政策的・法的的要素が大きいと考えられた

処遇については、8カ国全て入院治療になるという判断になりました。しかし入院治療の期間は、実際のケースでは日本で8カ月で退院したのに対し、他の国だったらどうかと言いますと、だいたい数年は要するという判断になりました。日本のサービス体系として、どうしても病床数が限られていて、長い間治療に時間をかけることができないことがあります。他の国に関しては比較的慎重に退院させているということです。

今度はグレイゾンの代表例としてアスペルガー障害による事件を扱いました。日本でも先ほど土屋先生も挙げておられたように、アスペルガーによる事件が最近マスコミにぎわせております。アスペルガーは日本では非常に厳しく責任能力が問われて、通常は「あり」と判断されて受刑するというのがオーソドックスな考え方ではないかと思えます。それに対して、デンマーク、スウェーデン、ウェールズの他国では、やはり刑事責任能力は考慮しないのですが、処遇としては入院治療に行くということで、この結果はかなり衝撃的なのではないかと思えます。

このデンマークのアスペルガーのケースは実際に治療を受け、15カ月で退院しました。アスペルガーが治療の対象になるという考え方ですけれども、アスペルガーが持っている強迫性や囚われといったものが、統合失調症の妄想と等価なものであり、同程度に病的なものであると考えて治療を受けさせているようです。北欧圏の精神医療ではだいたいそのような考え方に従っているようです。ニュージーランドはちょっと面白いのですが、責任能力もなしとして治療を受けさせています。南アフリカに限ってみると、このケースは非常に論争になるということです。ケベックは日本と一緒に、刑事責任能力がありと判断されて刑務所に入ることになります。治療期間については、どの国も比較的長期化するということが分かりました。

このように、確かに人口統計学的な差異もありますけれども、処遇について、各国で大きく異なっているのは治療哲学であることが分かります。このような対象者をどう扱っていくのかという哲学的な要素が非常に強いのではないかというのが、今回の比較研究で感じたことです。

質疑応答

会場： 知的障害、つまり現行用語では学習障害で、ポスターでは精神遅滞と書いてありますけれども、日本での National 発生率が 0.006 というのは 1 万 5000 人に 1 人で、かつ、刑務所の中においても 0.17 ですね。某元国会議員の著書や一連の活動にありますが、本当の想定はたぶん 1 % と 2 とか 3 とかそれ位の感じであると言われているのですが、その辺はなぜ、そうになってしまうのでしょうか？

吉川： この日本のデータは、六三調査に基づいているのですけれども、この値は精神科の病床数に占める率なのです。要するに精神遅滞者というのは、だいたい

施設にいらっしゃるので、精神病院の中にはいないということです。だからポスター 5 のタイトルの「一般人口」という表現は語弊があるのです。実際地域社会に精神遅滞者がどのくらいいるかというデータは、実は日本にはないので、これは調査の限界であると言えます。ご指摘の通りです。