

## 地域情報（県別）

## 【群馬】窃盗症患者見極めのポイントは「異常な食習慣」と「体重コントロール」-竹村道夫・赤城高原ホスピタル院長に聞く◆Vol.3

2020年3月27日（金）配信 m3.com地域版

アルコール依存症や薬物依存症、摂食障害、窃盗症といった嗜癖問題への対応に注力する赤城高原ホスピタル。中でも窃盗症の治療を行う医療機関は全国的に少ないというが、院長の竹村道夫氏はどのように診断し、治療を行っているのだろうか。「嗜癖で埋めていた心の空洞を別のもので満たす必要がある」と竹村氏は言うが、果たしてそれはどんなものなのか。司法の問題点や窃盗症を見逃さないためのポイントについても聞いた。（2020年2月10日インタビュー、計3回連載の3回目）

▼第1回はこちら

▼第2回はこちら

## ——窃盗症の治療を行う医療機関は全国でも少ないそうですが、先生はどのように診断しているのでしょうか。

確かに治療の担い手は少ないのですが、精神障害としての常習窃盗「クレプトマニア」という病名自体は古くから存在するものです。日本では現在、アメリカ精神医学会による診断の手引き「DSM-5」（2013年）をもとに診断が成されており、日本精神神経学会はこれの邦訳に際し、クレプトマニアの新しい病名として「窃盗症」を採用しました。

窃盗症の治療を行う医師は日本だけではなく世界的にも少ないようで、有益な文献もあまりありません。病気の輪郭が不明瞭であることは多くの専門家が指摘していますが、私は主に4つの点を重視しています。①職業的な犯罪者ではないこと、②単独犯であること、③リスクに見合わない少額の窃盗を重ねていること、④本人が止めたいのに止められないこと——。私が診てきた約2000人はほとんどが単独窃盗犯であり、また万引きの常習犯でした。



竹村道夫院長

## ——窃盗症の輪郭は不明瞭とのことですが、なぜ患者は物を盗み、またそれを繰り返してしまうのでしょうか。

私の臨床経験からは、承認欲求に似た心理的な飢餓感や生理的な飢餓感が背景に存在するケースが多いように思います。「生理的な飢餓感」とは、病的な空腹感を意味します。そして、食べ物や生活用品、生活資金が減ってしまうことへの恐れ（渇渇恐怖）から「予備を持っておきたい」という心理（ためこみマインド）が生まれ、予備の予備を、さらに予備の予備の予備まで求めるようになります。犯行を重ねるうちに常習窃盗は嗜癖問題として進行します。つまり、徐々に罪悪感が薄くなり、犯行の頻度が高くなってしまいます。

当院に入院している患者さんの中には、ふりかけのパックのからや20数枚ものペーパータオルをベッドの下にためこんでいたり、アイスクリーム用の紙のスプーンを8つくらい懐に入れていたりする人もいました。

こういったことをお話すれば、過去の記事で伝えたように、窃盗症が摂食障害に合併しやすいことも想像しやすいのではないのでしょうか。

——先生の紹介で5人の患者さんにも話を聞きましたが、中には自己肯定感が低いように思えたり、家族と問題を抱えたりしている人がいました。これらは窃盗症患者の特徴と見てもいいのでしょうか。

いいと思います。窃盗症の患者さんの中には、国籍や家庭環境など、自分に責任のない状況のために不利に扱われたり、自分の能力や努力を十分に認められてこなかったりした方が少なくありません。「ありのままのあなたでいいんだよ」というメッセージを親からもらってこなかったため、自己肯定感が低く、心理的な飢餓感が強まっていると見受けられることもあります。

いわば、心の中に空洞のようなものがあり、それを嗜癖で埋めているのではないのでしょうか。嗜癖を取り除いてしまふ、つまり窃盗症であれば窃盗を止めてしまうと空洞が残ってしまいます。その空洞を埋め戻すために必要なのが、「正常で健康的な人間関係」だと私は考えています。自助グループによるミーティングは、そのような人間関係を築くための訓練の場でもあるのです。

自助グループのミーティングでは、患者さん自身がテーマを決め、仲間同士で一定のルールのもとに話し合います。また、これとは別に、自分の状況を正直に話せるようになった人や回復した人には、初診の患者さんや治療開始直後の患者さん、またはそのご家族に対して自分の体験を話してもらうようにしています。当院ではこの取り組みを「プライベート・メッセージ（PM）」と称しています。1回40分で、話を聞く人（レシーバー）は話をする人（セNDER）に1000円を支払うことになっています。

自助グループによるミーティングとプライベート・メッセージを軸に据えることで、患者さんは自分の気持ちを理解してくれる仲間ができますから、治療への意欲が高まり、またセNDERは自分の体験を話すことで人の役に立っている感覚を得られます。こうした取り組みによって患者さん同士の交流が増え、患者さんの主体性も高まります。嗜癖問題の治療を行うに当たって、患者さんの主体性が重要であることは前回の記事で話した通りです。

窃盗症の治療は脱落率が非常に高いのが実情ですが、私が診てきた常習窃盗者およそ2000人のうち、現在、5年以上にわたって再犯をしていない通院患者が30人以上います。

——確かに話を聞いた患者さんの中には「ミーティングやプライベート・メッセージを最初は軽視していたけど、効果的だった。仲間ができたことで頑張れるようになった」「自分のことを話せて心が楽になった」と話していた人がいました。仲間づくりがこれほど重要だと私も驚きました。一方、先生は前回の記事で「司法には問題がある」と話していました。どういふことでしょうか。

再犯受刑率の高さから、現在の司法はうまく機能していないと私は考えています。2019年の新聞記事によれば、窃盗罪で受刑した人が5年以内に再犯受刑した割合は43.7%と高く、48.5%の覚せい剤取締法違反に近い数字です。また、この期間を「2年以内」に短くすれば、窃盗罪の方が高くなります。

さらに、過去10年間に窃盗罪で6カ月以上の懲役刑を3回以上受けた人は、罪名が「常習累犯窃盗罪」に切り替わり、法定刑の下限は窃盗罪の1カ月から3年に伸びます。弁護士によると、この法律はグループで常習窃盗を行っているような悪質な職業犯のために作られたそうですが、実際にこの罪名を課せられる人の大半は重度の窃盗症の人たちだと想像されます。

確かに前回の記事でも話したように、窃盗症の患者さんは罪を犯した人なので、病気であることを免罪符にはいけないと思うのですが、その一方で、「刑務所に入れておけばいい」とする現在の司法のあり方には疑問を感じずにはられません。刑務所に長くいるほど治療の機会を損ねてしまいますし、また患者さんの中には「受刑中に、ほかの受刑者から新たな窃盗の手口を教わった」と話していた人もいました。常習累犯窃盗罪については十把一絡げにせず、より犯罪の内容を吟味して量刑を考えるべきではないのでしょうか。

また、刑務所に入れば1人当たり年間約300万円ほどの経費がかかるといえます。つまり、それだけ私たちの税金が使われるわけですから、患者さんやそのご家族にお金を出してもらって治療を受けてもらい、回復する可能性を高める方が良く私は思うのです。

——先生は別の媒体に「窃盗症は見逃されやすい」と書いていました。医師が見逃さないためのポイントがあれば最後にお聞かせください。

最も大きなポイントとして、「リスクに見合わない窃盗を繰り返していること」が挙げられますが、医師にもあまり知られていないのが、「異常な食習慣」と「体重コントロールの問題」です。摂食障害の既往歴があったり、既往歴はないものの同障害に当てはまる症状があったりする場合のほか、きわめて不規則な食習慣や30%以上の体重の増減、夜間の過食、自発性の嘔吐習慣、減量中のアスリート、糖尿病などによる減量中——などの要素があれば注意した方が良いでしょう。

専門外の人が治療しようとしても多くはうまくいかないため、私を含めて治療を行っている医師に早めに相談することを勧めます。また、本人が受診したがないことが多いので、まずは家族を専門の医師に紹介し、家族相談から始める方が肝要です。加えて、安易に安定剤や睡眠薬を処方することも窃盗癖を悪化させやすいので注意が必要。薬を減らしたり止めたりするだけで状態が良くなる人もいます。

当院では自助グループによるミーティングやプライベート・メッセージのほかにも、患者さんからメールで状況を報告してもらったり、患者さんらが「窃盗犯」「弁護士」「裁判官」などと役割分担して寸劇を演じる「サイコドラマ」を行ったり、裁判所に窃盗事犯の公判を見学に行くツアーを企画したりとユニークな治療を行っています。

窃盗症の治療は担い手が少ないことが問題ですから、今後は後進を育てたいと考えています。興味のある先生は当院にご連絡ください。

#### ◆竹村 道夫（たけむら・みちお）氏

1972年大阪大学医学部卒。帝京大学医学部附属病院に勤務する傍ら、アルコール依存症など嗜癖問題の第一人者である精神科医の斎藤学氏に師事、同問題の総合的な治療方法を学ぶ。1990年に赤城高原ホスピタルを開院。アルコール依存症や薬物依存症、摂食障害や窃盗症の治療に力を入れる。窃盗症の治療を行う医療機関は全国でも少数。

【取材・文・撮影＝医療ライター庄部勇太】

記事検索

ニュース・医療維新を検索

