
厚生科学研究費補助金
障害保健福祉総合研究事業

精神障害者の自傷他害行為への対応とその防止に関する
医療体制等の整備に関する研究

平成13年度 総括・分担研究報告書

平成14（2002）年4月

主任研究者 山上 皓

厚生科学研究費補助金

障害保健福祉総合研究事業

精神障害者の自傷他害行為への対応とその防止に関する

医療体制等の整備に関する研究

平成13年度 総括・分担研究報告書

主任研究者	山上 皓	(東京医科歯科大学難治疾患研究所)
分担研究者	笥 淳夫	(国立医療・病院管理研究所)
分担研究者	山上 皓	(東京医科歯科大学難治疾患研究所)
分担研究者	加藤久雄	(慶應義塾大学法学部教授)

目次

I 総括研究報告

精神障害者の自傷他害行為への対応と

その防止に関する医療体制等の整備に関する研究 1

山上 皓 東京医科歯科大学難治疾患研究所

II 分担研究報告

1. 自傷他害行為を示す精神障害者の治療環境整備のあり方についての研究 5
寛 淳夫 国立医療・病院管理研究所

2. 自傷他害行為を示す精神障害者に対する治療活動の実態と
その改善策についての研究 11
山上 皓 東京医科歯科大学難治疾患研究所

1) 第1回触法精神障害者処遇実務研究会 報告 13
(群馬県立精神医療センター)

2) 第2回触法精神障害者処遇実務研究会 報告 67
(福岡県立精神医療センター太宰府病院)

3) イギリスの司法精神医療施設視察 報告 137

3. 自傷他害行為を示す精神障害者の治療環境の改善に必要な
法整備についての研究 149
加藤久雄 (慶應義塾大学法学部教授)

1) ジョン・ガン教授 (ロンドン大学) 講演 150

2) ヘニング・ラトケ教授 (ザール大学) 講演 166

3) ネドピル教授 (ミュンヘン大学) 講演 179

精神障害者の自傷他害行為への対応と、その防止に関する医療体制等の整備に関する研究

主任研究者 山上 皓 東京医科歯科大学・難治疾患研究所

研究要旨：精神障害者により重大な自傷他害行為への対応と、その防止策のあり方を明らかにする目的で、臨床精神医学的・司法精神医学的視点と、法学的視点及び建築学的視点の三方向から、総合的な調査研究を行った。

この課題については論議が錯綜しやすいことから、平成13年度は幅広く意見の交換を図り、関係者間のコンセンサスづくりに貢献することを目指し、海外の専門家を含む関係者に幅広く呼びかけて、様々な角度からの合同検討会を開催し、また、この領域の先進国であるイギリスの施設を視察して、我が国が取り入れるべき施策について検討し、成果を得た。

分担研究者氏名

山上皓 東京医科歯科大学難治疾患研究所
加藤久雄 慶應義塾大学法学部教授
寛淳夫 国立医療・病院管理研究所

A.研究目的

欧米諸国はいずれも、重大な犯罪行為を行った精神障害者のための専門治療施設を備えているが、そのような制度や施設の存在しない我が国においては、重大な犯罪行為を行った精神障害者も単に「自傷他害の危険性」を有する患者の一人として、一般精神科医療の中で処遇されることになる。

しかし、制度や施設の不備のもと、治療の現場には様々な困難が生じている。欧米諸国の司法精神医療の今日的関心は、今や司法患者の社会復帰の推進と、彼らに対する外来・地域医療サービスの充実に向けられてきている現状を見ると、我が国においても早急に司法精神医療の確立を計る必要

がある。

本研究の目的は、まず、我が国の精神科医療において、自傷他害行為を起こした患者が現実にどの様に処遇されているか、その実態と問題点を明らかにするとともに向けられる。その上で、その改善策を、実際に困難な治療に取り組む精神科医の視点と、触法精神障害者に対する司法処分制度等について熟知する法律家の視点、および特殊な専門医療施設の構造と環境整備に詳しい専門家の視点の、三つの視点から総合的に検討し、我が国の精神医療体制の改善を図るとともに、我が国の司法精神医療の確立を目指そうとするものである。

B. 研究方法

研究方法は、

- (1)研究班を組織して、
- (2)自傷他害行為を示す精神障害者のおかれている現状を明らかにし、

- (3)自傷他害行為を示す精神障害者の治療・処遇上の改善策を検討する。その過程において、
- (4)事例研究と諸外国の司法精神医療の調査等を通して我が国の精神医療のあり方を検討し、
- (5)諸外国の法制度を調査して我が国における法整備のあり方を検討し、
- (6)諸外国の専門治療施設を調査して我が国における司法精神医療施設の建築構造・環境整備、管理・運営のあり方について検討を加え、(8)総括を行う。

具体的には、

○国内で触法精神障害者の専門的治療の試みを開始している精神科医達に広く呼びかけて、事例研究会を重ね、また、多くの精神科医に欧米の進んだ司法精神医療施設を視察する機会を与え、我が国における司法精神医療のあるべき姿を描出し（分担研究1）、

○諸外国の法制度を調査して我が国における法整備のあり方を検討し、この領域に関心を持つ法律家に広く呼びかけて、我が国における新たな制度のあり方、あるいは専門施設ができた場合における患者の人権擁護策等について検討を進め（分担研究2）、

○及び海外の専門施設を実地に調査して、その建築工學上並びに医療上の利点と問題点を検討し、我が国における専門施設の構造について検討する（分担研究3）。

B-1

山上研究班は、司法精神医療に関心を持つ精神科医に広く呼びかけ、この領域にお

いて先駆的な医療活動を進める、群馬県立精神医療センター（武井満院長）、および福岡県立精神医療センター太宰府病院（二宮英彰院長）において、それぞれの施設において治療した、重大な他害行為を繰り返す事例の治療経過について検討し、その治療のあり方と、今後の治療システムのあり方について検討を加えた。

B-2

加藤研究班は、この問題に関心を持つ法律家に広く呼びかけ、医事刑法研究会を組織して6回に亘って合同検討会を開催した。その中の3回の研究会は、触法精神障害者処遇のための制度、施設を既に整備し、司法精神医療を確立している国々の専門家である、ロンドン大学のジョン・ガン教授（第6回）、ノルベルト・ネドピル教授（第4回）、ザール大学のヘニング・ラトケ教授（第3回）をそれぞれ講師として招いて開催したもので、多くの貴重な成果が得られた。

B-3

箕研究班は、

- ①現在我が国において重大な犯罪行為を行った精神障害者の治療を積極的に実施している施設への調査、
- ②こうした患者の処遇について特に積極的に取り組んでいる英国の施設及びそれらを計画運用している担当者へのヒアリング調査、

等に基いて、精神医療の研究者、精神医療施設の研究者、および施設計画の実務者によるワーキンググループにおいて、施設計画のための指標を作成した。

C 研究結果と考察

C-1 山上研究班

- ①全国各地に、通常精神医療では対応しきれない、自傷他害行為を繰り返す事例が数多くみられること、
- ②精神医療の現場では、事故や再犯が予期されるような場合でも、制度や施設、マンパワーなどの不足によって、それを予防できないような事態が生じていること、
- ③現状においても、自傷他害行為を繰り返す患者に対して効果的な医療がなし得ることもあるが、それはしばしば、職員や、他患者等の犠牲の上で可能となっていること、
- ④根本的な対策として、我が国も欧米諸国と同様の専門的治療制度・施設の整備が必要であること、
- ⑤多くの臨床精神科医の視点から見ても、欧米諸国の司法精神医療の質は極めて高く、学ぶべきことが多いこと、
などが明らかにされた。

C-2 加藤班

医事刑法研究会を6回に亘って開催し、その際にドイツ及びイギリスの司法精神医学者を招いて論議を深めた、

触法患者に対する専門的処遇制度が確立されている欧米諸国においては、触法精神障害者の実態が専門家にも又国民の目にもよく把握され、その対策についても、コンセンサスに基づいた現実的対応が適切になされることが明らかにされた。

これらの研究会の我が国における触法精神障害者処遇制度のあり方について提言を行ってきた。

C-3

箕班では、国立肥前病院、福岡県立医療センター太宰府病院、東京都立松沢病院の、措置患者を集中的に治療する病棟、およびイギリスの各種保安施設を実地に視察し、我が国における専門処遇施設のモデルプランを作成した。

専門病棟の計画条件として、①サイトプランニング、敷地計画、②平面型の構成、③空間の構成、④病棟出入口、⑤面会室、⑦一般病室、⑧食堂、⑨リビング、⑩、診察室、⑪処置室⑫集団療法室、⑬作業療法室、⑭スタッフステーション、⑮廊下、⑯共同浴室、⑰共用トイレ、⑱洗濯・乾燥、⑲喫煙室、⑳私物庫場、その他屋内、屋外の運動場等について、その適正なあり方について検討した。

また、精神障害者の治療空間の計画においては、そこで提供される医療サービスの内容によって、建築的な形態が大きく影響を受けるものと考えられる。それ故、重大な犯罪行為を行った精神障害者の専門処遇施設の計画においても、その施設におけるサービス内容が、どのようなものになるのかによって、施設計画は大きく影響を受けるものと考えられ、今後はその医療実務に実際に関わられる方たちとの意見交換、協力関係を一層強化していく必要がある。

D 結論

以上の研究より、

- ①我が国においても、触法精神障害者の専門的治療の試みが徐々にではあるが各地で開始され、それなりの成果を上げていること、
- ②但し、それらの成果は、医療従事者の犠

牲的な努力によって達成されているもので、正当な評価を受けられず、その活動には限界があり、また現実には、多くの困難に遭遇していること。

- ③制度的欠陥の是正とともに、司法及び医療の、双方の協力が必要なこと、
- ④十分な治療を行い再犯を防止するためには、我が国にも専門的司法精神医療システムの構築が必要なこと
- ⑤イギリスなど野司法精神医療の現状は、施設、治療体制、治療活動等、いずれも極めて質の高いもので、我が国が学ぶべきところが大きいこと
- ⑥触法精神障害者のための処遇制度の整備のためには、欧米諸国におけるこの問題についての現実的な取り組みと、その利点とを、広く我が国社会に伝える必要があること、
- ⑦専門医療施設の構造は、そこで行われる治療、看護活動の質によっても変わるべきものであり、新たな治療施設の導入に際しては、そこで治療を担当する医療従事者の考えや、備えうるマンパワー、財政上の条件等を検討しながら進められなければならないこと、
などが、明らかにされた。

厚生科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）

分担研究報告書

精神障害者の自傷他害行為への対応と、その防止に関する医療体制等の整備に関する研究

自傷他害行為を示す精神障害者の治療環境整備のあり方についての研究

分担研究者 寛 淳夫 国立医療・病院管理研究所施設計画研究部長

重大な犯罪行為を行った精神障害者の処遇については、現在一般の精神医療施設において行われており、その治療や処遇に必要な施設環境が十分に整えられているとは言い難い。今後、我が国においてこのような患者を処遇する専門施設を整備するにあたっては、患者への治療方針を十分に生かし、患者の日常生活を適切に確保するための施設の整備ガイドラインが必要と考える。そこで本研究においては、①現在我が国において重大な犯罪行為を行った精神障害者の治療を積極的に実施している施設への調査、②こうした患者の処遇について特に積極的に取り組んでいる英国の施設及びそれらを計画運用している担当者へのヒアリング調査、を基として、精神医療の研究者、精神医療施設の研究者、および施設計画の実務者によるワーキンググループにおいて、施設計画のための指標を作成した。

研究協力者

五十嵐 禎人：東京都医学研究機構東京都精神医学総合研究所精神保健医療システム研究部門研究員

伊藤 弘人：国立医療・病院管理研究所医療経済研究部主任研究官

佐々木 達郎：東京都立大学建築学科非常勤講師

中山 茂樹：千葉大学工学部デザイン工学科建築コース助教授

西村 秋生：国立医療・病院管理研究所医療経済研究部主任研究官

吉川 和男：埼玉県立精神保健総合センター診療部医長

A. 研究目的

現在重大な犯罪を行った精神障害者の治療については一般の精神病院において実施されており、その機能的な限界が広く問題となっている。重大な犯罪を行った精神障害者に対する治療が一般の精神病院において行われていることにより、そこで治療を必要とする患者のみならず、それ以外の精神疾患患者に対しても必要な治療や療養を十分に提供できないという問題が生じている。今後我が国においてこのような患者を処遇する専門施設を整備するにあたっては、患者に対する治療方針を十分に生かし、患者の日常生活を適切に確保するための施設の整備ガイドラインが必要であると考えら得る。そこで、本研究においては、現在我が国において重大な犯罪行為を行った精神障害者の治療を積極的に行っている施設への調査を実施し、加えてこうした患者の処遇について特に積極的に取り組んでいる、英国の Medium Secure Unit、及びそれらを計画、運営している、担当者へのヒアリング調査を実施し、精神科医療の研究者、精神科医療施設の研究者、及び施設計画の実務者によるワーキンググループにおいて施設計画のための指標を作成することを目的としている。

B. 研究方法

重大な犯罪行為を行った精神障害者を処遇する専用の施設の計画条件を明らかにするために、ワーキンググループを組織した。ワーキンググループのメンバーは精神科医療の研究者、精神科医療施設の建築計画に関する研究者、及び建築設計の実務者によって構成されている。このワーキンググループによって、国内において重大な犯罪行為を行った精神障害者の治療に積極的に取り組んでいる病院へのヒアリング調査、及びこうした患者の処遇に特に積極的に取り組んでいる英国の複数の MSU、及びそれらを管理運営している担当者へのヒアリング調査を実施した。そしてこれらの資料をもととして、ワーキンググループにおいて施設計画のための指針を作成し、それを具現化する一つの事例としてモデルプランを策定した。

C. 結果

1. 我が国における事例調査

1-1. 国立肥前病院

触法精神障害者の処遇を一般急性期の精神疾患患者と混在させて 1 病棟の中で治療を行っている。しかし、他の患者に対する影響など、混在に対する問題点は少なくない。これから計画する触法精神障害者の専門治療施設として 4 床室を利用して処遇することは困難であると指摘がされた。当該施設の病棟は口の字型をしており、中庭を囲むような平面型をしている。中庭は少ないスタッフによっても、比較的自由に外気に接することができるというメリットが大きく、閉鎖的空間における治療・療養生活にインパクトを与える計画である。触法精神障害者専門治療施設の計画コンセプトとしては、まず社会復帰を重視した施設計画が望まれる。次に保安と治療のバランスを適切に確保する必要があり、抗破壊性能とアメニティのバランスに配慮した計画が求められる。そして、治療に加え生活やリハビリテーション機能を有した広い面積を持った施設が望まれる。

1-2. 福岡県立太宰府病院

近年の傾向として対象患者の中で中毒患者が増えている。現在中毒と人格障害を併せ持った患者の数と、精神分裂病と人格障害を併せ持った患者の数が約半々である。入院対象患者の特性としては、スタッフへの暴力行為、威圧行為、威嚇行為などや、他の患者への強請、暴行などが時として見られる。特に、身体的に大柄な男性もあり、格闘技を身につけている場合もある。入院期間については覚醒剤等による中毒患者の場合 100 日以内であるが、精神分裂病に人格障害を併せ持った場合などは数百日に及ぶ入院の場合が多い。また地域との連携が重要であり、地域の医療施設が患者を転院先として引き受けてもらえない場合には、当該医療施設における入院の継続が行われる。大部屋におけるこれらの患者の処遇には困難な側面が多い。当該病棟は平面的に 2 つのブロックに分かれており、入院している患者間の人間関係を考慮してそれぞれの病室を配置している。これらの入院患者の日常生活を円滑に進めるためにも、空間の十分なゆとりが必要である。一方、4 床室は退院前を前提とした社会復帰への訓練、及び評価の場合に使うことが想定される。触法精神障害者専用病棟の備えるべき性能をセキュリティの面から考えると、4 つのポイントがあり、患者の逃走防止、患者の保護隔離、他の患者の安全性確保、職員の安全性の確保である。

1-3. 都立松沢病院

触法精神障害者の日常生活が、閉鎖的な空間での行われることを回避するために外部に容易に出ることができる一つの工夫として、中庭を計画することが望まれる。また一方で、昼間と夜間の生活の場所を分離するという方法も考えられ、寝室としての病室群と昼間日常生活を過ごす食堂、デイルーム、及び治療空間とを分離することも考えられる。日常的には、入院患者の生活はスタッフから容易に把握できるような建築的計画が望ましいが、一方で、スタッフから見えない場所をしつらえることも重要である。入院中の日常生活のリズムは規則正しい生活をおくることによって刻まれる。一つの病棟に男性と女性が混合で入院する場合少なくとも患者のプライバシーの確保の観点から男性の病室群と女性の病室群を分離することが必要である。一般の入院患者が入院する病室については便所を付設することが必要であるが、洗面台とシャワーを病室に付設するかどうかについては別途検討が必要である。多数の患者が一つの病棟内で生活することにより、自然と患者間にグループが形成されるので、それらのグループに対応することができるような複数の生活空間を病棟内に設置する必要がある。

2. 触法精神障害者専門施設の計画ガイドライン

以下に、ワーキンググループにおいて検討を行った、重大犯罪を犯した精神障害者の治療専門病棟の計画条件を列記する。

1. サイトプランニング、敷地計画

- ・必要施設を平屋で計画できるだけの敷地面積.
- ・直接外部から患者を入退院させることができ、それが目立たない構造.
- ・外部からあまり目立たない場所.
- ・専用の屋外運動施設が確保できる.
- ・部外者が建物に接近することができない.
- ・周辺からのぞき込まれることがない配置計画.

2. 平面型の構成

- ・全室個室で1看護単位が30床の場合、病室が効率よく外周に面する方法を検討する必要がある.
- ・平面型のパターン1. 中庭回廊型
- ・平面型のパターン2. クラスタ型

3. 空間の構成

「規模」

- ・管理単位の規模：30床

(管理運営を行う1看護単位の規模とケアを行う規模、そして患者の日常生活の単位の規模をそれぞれ設定する必要がある.)

「階構成」

- ・病室群および診察エリアを含め、1看護単位は同一階に設ける

「ユニットプラン」

- ・患者の病状、社会復帰の段階によって複数のユニットに分割することを考慮する.

ー保護室エリア

ー一般ユニット(女性ユニットを含む)・・ユニットごとに生活が完結することが出来るようつ

らえる.

ーリビング、ダイニングを配置する

- ・女性患者のユニットを独立して設ける

・スタッフステーションからの見通しやすさと、患者の日常生活の個別性や居住性とのバランスを考慮する必要がある.

- ・診療エリアを設ける.

4. 病棟出入口

・病棟出入口には直接外からの来訪者が入ることが出来る玄関も設ける。(患者の入院や鑑定患者の出入りなども想定)

- ・外部からの出入口は2重扉とし、同時に両方の扉が開かない仕様とする.

- ・すべての部屋が2重扉の内側に配置される

- ・セキュリティを監視する職員がいる窓口/警備室を設ける

5. 面会室

- ・病棟の出入口近くに、内外から入ることが出来るような面会室が必要である.

6. 一般病室

「形態」

- ・全室個室が望ましい

- ・一般的な病室のしつらい

ベッド、椅子、テーブル、収納棚、トイレ、洗面台、カーテン・ブラインド等

(トイレ、洗面所は場合に応じて使用不可とすることができるしつらいも考えられる)・「監視カメラ・集音装置」

- ・一般病室には不要

「洗面台」

- ・一般病室に必要

「トイレ」

・各病室に設置

素材：抗破壊性：通常のしつらい

視認性／遮蔽性：通常のしつらい

室内での操作性：通常のしつらい

室外での操作性：通常のしつらい

「シャワー」

設置場所：各病室に付ける場合と共用として設ける場合の両方が考えられる。

構造：自殺に対する配慮が必要

防音性：防音性を高める

「家具」

種類：ベッド、机、椅子、収納棚、貴重品入れなどを設置

素材・可動性：非常に軽い素材で作る（状況に応じては撤去する）、もしくは可動できないようにする

「壁・床」

素材：特別な配慮は必要ない

防音性：遮音性を高める

洗淨可能性：特別な配慮は必要ない

「窓」

・患者が抜け出すことが出来ない

・外から物の受け渡しが出来ない

・十分な自然換気が出来る

「扉」

・外開き

・遮音性が必要

「ドア」

鍵：内側からの施・開錠

・内側と外側から施・開錠できるようにする。

外側からの施・開錠

「ナースコール」

・患者の緊急の訴えをとらえるためにナースコールを設置する

7. 隔離室

・抗破壊性能、患者保護性能、遮音性能などを備えた個室として位置付ける

・従来の保護室的デザイン（トイレ付き）（抗破壊性能・自殺防止・監視カメラ・集音装置・シャワーなし・床の洗淨可能性など）

・リビングスペース・浴室・洗面台などを備えた生活エリアを設ける

8. 食堂

・各ユニット単位に食堂を設ける

9. リビング

・各ユニット単位にリビングを設ける

・各ユニット以外に全体のリビングを設ける

10. 診察室／面接

・心理検査・精神鑑定・個人心理療法・個人精神療法も含めて診察室・面接室として 4 室程度必要である。

11. 処置室

・想定する処置行為

－ECT を実施：酸素・麻酔等の実施

－一般的処置（挿管程度を想定）・ 12. 集団療法室

- ・複数の（2室程度）集団療法室が必要
- ・1グループは5～10人程度
- 13. 作業療法室
 - ・施設可能
 - ・危険物の管理が重要
- 14. スタッフステーション
 - ・看護婦以外のスタッフも利用することに配慮をする。
 - ・オープンカウンターは困難
- 15. 廊下
 - ・アルコーブやコーナーなどをうまく設置して、生活空間の一部として計画する
- 16. 共同浴室
 - ・浴室を病棟単位で設ける。
 - ・自殺防止に対するディテールの工夫
- 17. 共用トイレ
 - ・共用空間近くに設ける
 - ・自殺防止/いたずら防止に対する工夫
- 18. 洗濯・乾燥
- 19. 喫煙室
 - ・喫煙室を複数もうける
- 20. 私物庫
 - ・患者の私物を管理するための私物庫を設ける
- 21. 屋内スポーツ場
 - ・雨天でも運動が出来るスポーツ施設が必要である。
 - ・10人程度のマシンジム
 - ・半屋外でも可（屋根のみ）
- 22. 屋外スポーツ場
 - ・屋外での運動をおこなう

尚、当該病棟内に社会復帰を直前とした患者を対象としてリハユニット（社会復帰ユニット）を併設する場合には下記の項目を検討する必要がある。

リハ（社会復帰）ユニット

- ・退院を間近にした患者を対象としたユニットを別に設ける
- ・5床程度
- ・出来れば規模が可変となるようなしつらいがほしい・他のユニットの患者との交流を遮ることが考えられるので、独立したしつらいとなっている必要がある。

向かい合うテーブルよりベンチに着席する患者に対して、続いてより詳しい分析を行う。

D. 考察

精神障害者の治療空間の計画においてはそこで提供される医療サービスの内容によって、建築的な形態が大きく影響を受けるものと考えられる。今回研究対象とした重大な犯罪行為を行った精神障害者の専門処遇施設の計画においても、その施設におけるサービス内容が、どのようなものになるのかによって、施設計画は大きく影響を受けるものと考えられる。今回作成した施設整備のガイドラインは検討の前提条件として、いわゆる精神科の急性期疾患を対象とした病棟における看護体制よりも、一歩進んだ体制が提供されるものと想定して策定した。もちろん看護師の人数だけでなく、それらの看護師の専門的知識や技術がより優れたものであれば、これらの施設の建築的計画もまた変わったものになると考えられる。

特に各病室における室内のしつらいをどのように設定するのかなどについては、より対破壊的な

配慮を必要とする場合から一般の居住環境と同等なものとするしつらいまで、様々に設定が変わってくるのが考えられる。また、保護室については、一時的に状態が悪化した患者を対象として数時間の使用を想定する場合から、数日以上にわたって継続的に使用する場合まで、利用方法がいくつか考えられる。その使用方法によって保護室及び保護室まわりの計画の内容も大きく変わってくる。これらの詳細な計画条件が定まった段階において改めて施設のガイドラインを考え直す必要があるものと考えられる。

E. まとめ

本研究においては、今回策定したガイドラインをもととして、触法精神障害者の処遇施設のモデルプランを策定している。しかし、実際の建築においては、その施設の敷地条件から始まって、人的環境、建築コストなどの条件に加えて、この施設におけるサービス内容をどのように設定するかをもう一度検討し、改めてモデルプランを一事例ととらえて検討を進める必要があるものと考えられる。今後はこれらの条件を少しずつ具体化しながら、今回策定したガイドラインの妥当性について検討を進める必要があるものと考えられる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的所有権の出願・登録状況（予定を含む）

予定なし

厚生科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）

分担研究報告書

精神障害者の自傷他害行為への対応と、その防止に関する医療体制等の整備に関する研究

自傷他害行為を示す精神障害者に対する治療活動の実態とその改善策についての研究

分担研究者 山上 皓 東京医科歯科大学 難治疾患研究所

研究協力者

岡江 晃	京都府立洛南病院
花輪昭太郎	熊本県立こころの医療センター
二宮 英彰	福岡県立精神医療センター太宰府病院
堀 彰	栃木県立岡本台病院
武井 満	群馬県立精神医療センター
長尾 卓夫	高岡病院長
浅井 邦彦	浅井病院長
町野 朔	上智大学法学部教授
川本 哲郎	京都学園大学法学部教授
黒田 治	八王子医療刑務所
五十嵐禎人	東京都精神医学総合研究所
渡邊 弘	東京医科歯科大学難治疾患研究所
渡邊 和美	東京医科歯科大学難治疾患研究所

二度に亘る大規模の触法精神障害者処遇実務研究会を、群馬県立精神医療センター、ならびに福岡県立精神医療センター太宰府病院において開催し、触法精神障害者事例の実態と、その処遇上の問題点を詳細に検討した上で、イギリスの専門医療施設を視察し、次のような事実を明らかにした。

- ①全国各地に、通常の精神医療では対応しきれない、自傷他害行為を繰り返す事例が数多くみられること、
- ②精神医療の現場では、事故や再犯が予期されるような場合でも、制度や施設、マンパワーなどの不足によって、それを予防できないような事態が生じていること、
- ③現状においても、自傷他害行為を繰り返す患者に対して効果的な医療がなし得ることもあるが、それはしばしば、職員や、他患者等の犠牲の上で可能となっていること、
- ④根本的な対策として、我が国も欧米諸国と同様の専門的治療制度・施設の整備が必要であること、
- ⑤多くの臨床精神科医の視点から見ても、欧米諸国の司法精神医療の質は極めて高く、学ぶべきことが多いこと、

なお、あらためて言うまでもないことであろうが、こうした犯罪行為を繰り返す精神障害者は、精神障害者のごく一部を占めるに過ぎないが、それへの対応を怠ることの弊害は極めて大きなものがある。

本報告書には、2回の事例研究会における検討の内容を、プライバシーの問題に充分配慮したうえで、なるべく詳しく紹介させていただいた。群馬県立精神医療センターと福岡県立精神医療センター太宰府病院において試みられている触法精神障害者への医療は、我が国における司法精神医療のさきがけといえるもので、実際に行われている医療の質も欧米の司法精神医療のそれと異なるものではない。但し、制度的な欠陥や、施設構造やマンパワー、財政事情などにある大きな制約が、医療活動にも様々な限界を与えていることが、理解いただければと思う。

また、第2回研究会の報告には、この専門家の方々がイギリスの司法精神医療の実情を視察した際の感想、意見をも記させていただいた。評論家の視察報告ではなく、触法精神障害者処遇の現場で苦闘される方々の目から見た報告の持つ深い意味を、お読みとりいただけることを願っている。

参考論文等

○山上 皓：犯罪被害者支援の必要性と、精神保健関係者にとってのその意義．心と社会 32(4):28-41, 2001

○山上 皓：精神障害を有する犯罪者の新たな処遇のあり方を考える．犯罪と非行 No.131: 4-22, 2002

○川本哲郎：精神医療と犯罪者処遇．成文堂 2002

○山上 皓：触法精神障害者の処遇について．最新精神医学 7(2): 157-164, 2002

○吉川和男：英国における触法精神障害者の処遇．最新精神医学 7(2): 109-117, 2002

第1回触法精神障害者処遇実務研究会 報告

開催日時 8月11日(土) 10:30-17:40

会場 群馬県立精神医療センター 群馬県佐波郡東村国定

第1回触法精神障害者処遇実務研究会 次第

開催日時 8月11日(土) 10:30-17:40

会場 群馬県立精神医療センター 群馬県佐波郡東村国定2374 Tel 0270-62-3311

プログラム

10:30-12:00

「群馬県立精神保健医療センターにおける触法精神障害者への医療」

○武井 満院長による概要説明と、病院案内

13:00-16:00

「処遇実務の検討—関連諸領域の専門家を交えて」

○事例紹介 群馬県立精神保健医療センター医療スタッフ

○関連機関の立場からの意見

群馬県衛生部予防課 早乙女千恵子

群馬県警察本部生活安全課 小山 明治

前橋地方検察庁 猪俣 尚人

16:00-17:00

「イギリスの司法精神医療施設と司法精神医療の特徴—我が国が学ぶもの」

○司法医療システムの概要 五十嵐禎人

○専門的治療の特徴 黒田 治

○近年の動向 吉川 和男

○参考意見 (筧 淳夫、加藤久雄)

17:00-17:40

○総合討論

○今後の研究計画

出席者

厚生科学研究班関係者

山上 皓 東京医科歯科大学難治疾患研究所

岡江 晃 京都府立洛南病院

加藤 久雄 慶應義塾大学教授

町野 朔 上智大学教授

筧 淳夫 国立医療・病院管理研究所

花輪昭太郎 熊本県立こころの医療センター

二宮英彰 福岡県立精神医療センター太宰府病院

堀 彰 栃木県立岡本台病院

武井 満 群馬県立精神医療センター

井上俊宏 厚生労働省精神保健福祉課

西村 秋生 国立医療・病院管理研究所

吉川 和男 厚生労働省精神保健福祉課

黒田 治 八王子医療刑務所

五十嵐禎二 東京都精神医学総合研究所

渡邉和美 東京医科歯科大学難治疾患研究所

下山修司 東京医科歯科大学難治疾患研究所

群馬県関係者

早乙女千恵子 群馬県衛生部予防課長

福島 金夫 群馬県医務課長

猪俣 尚人 群馬県地方検察庁

村上 直之 前橋保護観察所

小山 明治 群馬県警札本部生活安全課

朝比奈浄真 群馬県衛生部

梅沢 知良 群馬県衛生部

群馬県立精神医療センター

浅見 隆康 精神医療センター医療局部長

佐藤 浩司 精神医療センター第3診療部長

長谷川憲一 精神医療センター第2診療部長

開会の辞

山上 皓 東京医科歯科大学教授

本研究会は、厚生科学研究費補助金を受けている「精神障害者の自傷他害行為への対応とその防止に関する医療体制等の措置の整備に関する研究」の一環としてするものです。研究責任者は山上が務めますが、私は以前からこのような研究は実務の先端にあるところで深めていく必要があると考えておりました。処遇の大変難しい患者さんたちの治療に今先駆的な取り組みを見せていらっしゃる幾つかの県立病院がございしますが、その院長たちの協力を得てこのような研究会の開催が可能となったことを感謝いたします。

今回武井満院長をはじめ、群馬県立精神医療センターの方々に大変お世話になりましたが、ここで群馬県立精神医療センターが進めてこられた先駆的な取り組みについて、医療スタッフ皆さんのいろいろな視点からの意見をお聞かせいただき、また実際の事例について、法律家、建築家および司法精神医学研究者の方々でご検討いただきたい。それから、今回特に重要な意味を持ちますのは、地域の検察官、警察、県の衛生部、医務課の方、保護観察官の方など、実際にケースを通じて協力しあわなければならない方たちにもご参加いただいたことで、地域社会における協力の体勢をどのように整えることができるか、あるいは今どういうことが問題となっているかということ、実際のケースを通して互いに勉強することができます。本日午前中は群馬県立精神医療センターの取り組みを武井院長にご説明頂いて、それから施設を見せていただくことを予定しております。あとは武井先生に代わりますのでよろしくお願いします。

1. 群馬県立精神医療センターにおける触法精神障害者治療への取り組み ―その歴史と現状―

武井 満 群馬県立精神医療センター院長

最初に、群馬県立精神医療センターのこれまでの取り組みについて総論的な話を私がさせていただきます、途中で 11 時半頃に病棟見学を、そして午後にはケースレポートをという予定であります。

群馬県における当センターの位置づけ

どこの県もいろんな地域差があっても必ずしも一律とはいかないのですが、とりあえず群馬県の情勢をお伝えします。群馬県の人口は 200 万で、日本の人口 1 億 2 千万とすると大体 60 分の 1 と考えていいと思います。そこに精神病床をもっている病院が大学も入れて 20 箇所あります。私たちの県立病院はここ佐波郡にあります。精神病床をもつ病院は前橋周辺に比較的多く集まっています。

当センターには医者が 12 名（指定医 6 名）で、病床数は 372 床です。年間入院患者数は月平均 45 名ぐらいで、再入院率が 69%、平均在院率が 240 日と、いずれも平成 11 年度です。

措置診察と措置入院

措置診察の状況ですが、平成 10 年度は全県 73 名中 43 名の措置診察を当センターで行いました。平成 11 年度は 60 名中 30 名、12 年度はまだ途中ですが 36 名中 19 名と、措置診察の約半分を当センターでやっています。実際の措置入院患者数は平成 13 年 6 月 30 日時点で当センター 4 名、民間で 22 名というところです。内訳でいうと、当センターでは 4 名のうち 1 年未満が 2 名、10 年未満、20 年未満が 1 名と、この辺が本物の措置になるわけです。民間病院で 14 名措置入院というのがありますが、これは従来のいわゆる「経済措置」ということだと思います。

時間外の入院

時間外の診療による入院では、警察官が関与しているケースが全県で 110 名ですが、うち 78 名が当センターで関わっています。それから全県で 455 名の時間外入院がありましたが、うち 153 名が当院です。時間外入院の中で、医療保護入院と緊急措置入院だけに限ってみると、医療保護では全県 226 名中 102 名を当センターで、緊急措置の 22 名中 17 名を、当センターで入院させたということが分かります。

当センターのスタッフと、診療部門の特色

当センターの場合、定床 372 で保護室が 33 あります。約 1 割弱ですね。医者は 13

名（うち指定医が6名）、レジデントが1名、PSWは正規が4名、嘱託1名、OT4名、訪問看護は4名（うち嘱託が3名）ですが、それで精神科救急の機関病院ということになります。

組織的にはどこの病院も同じと思うのですが、基本的には診療部門とリハビリテーション部門があってその下に三管理部長がいるわけです。病院によってはリハビリテーション部長とか、こういう名前をつけてしまうのですが、そうすると人事が固定化してしまうのでわざわざここで浮かしてあります。すなわち年度ごとにそれぞれの部長が自由にこっちに動けるということになっています。

それからもう一つは、治療には色々な側面があるわけですが、ケースワーカーその他のコメディカルが果たす役割が非常に重要なのでここに力を入れています。医療福祉課というのが、ケースワーカーの部屋なのですが、ケースワーカーの部屋と訪問看護の部屋を一緒にしてそれに疾患センターも入っていますが、総合相談部門とって、ここに来れば困り事があれば何でもとりあえず流れ出しますよと、そういう考え方です。

診療状況のこの10年の変化

当センターは、平成元年は定床372床で年間の入院数が200、平均在院日数が600日ということでした。平均在院日数は平成3年には700日にまでなったこともありましたが、現在、平成12年度は年間の入院数が530、退院が562となり、平均在院数は215日となっています。この10年間で年間の入院患者数が著しく増加していること、そして平均在院日数が、700日台から200日台へと大きく短縮していることが分かります。

私（武井）がこちらにきたのは平成3年のことです。当センターは当時普通の病院として機能していたわけですが、段々救急その他の活動が公的病院の役割として求められてきて、今、主にやっていることは、一つは県内精神科救急の機関病院機能、よく転院を受け入れるわけですが原則転院なしで当センターにおいて治療をすると。民間病院対応不可能患者の受け入れ。県内精神鑑定業務のほぼ全面的な対応。これが主にこの間やってきたことです。

精神科救急

順次触れていきますが、まず群馬県の精神科救急ですけれど、先ほど言ったように、警察官関係はその9割を私の所で受けているのですが、当初平成3年度から措置相当患者についてのみ開始ということで始まりました。それで平成9年度から本格的に民間病院もはいて精神科救急が始まったと。時間帯は平日の夜間と土日祝日、すなわち平日の昼間以外は救急が動いたと。特徴は全県1ブロックとしたこと。よく3ブロックとか色々あるの