

ですが、全県1ブロックとして、受け入れ病院としては私のところとそれ以外に民間当番病院（12病院が交代で参加）が1箇所と、だから毎日2箇所ですね。内容的には簡単に分けて、24条通報を含む警察官関与事例は原則県立精神医療センターへ、それから本人や家族の申し出や、時に救急車の事例は民間の当番病院にしています。すなわち全県1ブロックで警察は県立病院、そうでないのは民間病院とこれだけのことです。それで、警察から依頼、その他問い合わせは、直接依頼があると。今年の4月から情報センターが立ち上がったんですが、それまでは私のところに直接警察官の方からこういう患者がいるんだけど、診てもらえないかという話がありました。それで当時は本庁予防課の方は、電話対応の事後処理のみという形でやりました。ただし、今年からは大きく変わりました。

これは平成11年度の救急システムの稼働実績ですが、全部で600件、9年度は470件ですから増えているのは分かると思います。警察官が関与したのも、60例から87例へと増えています。医療保護入院が159、緊急措置が20。こういう数字になっています。これは全県ですね。そのうち当センターがやっている分は11年度でいうと、救急システムにのった87件中78件が私のところでやってる、すなわち9割やってるということです。それから緊急措置は20件のうち17件。ほぼ9割以上。それに対し民間病院の方は87件中9件で、緊急措置20件中3件ということではほぼ一局集中ということです。

地域で問題を起こした方、それから自傷他害のおそれのある方は大体当センターに1回は来ていると。それについては原則転院なしで治療して完結するという感じでやっています。

精神鑑定

もうひとつは精神鑑定のほうですが、私が来た平成3年にはまだやっていなかったのですが、段々やるようになってきました。鑑定の種類は起訴前の簡易鑑定と本鑑定、それから公判での鑑定とあります。公判鑑定は一部東京から医師がきたりしてやっているようです。でも大体最近はこれも当センターでやっています。地検は前橋地検、高崎地検、桐生、太田とありますが、主に前橋、高崎のケースが多いと思います。鑑定の考え方として、もし医療で受けるならば自分の病院で治療するつもりで鑑定する。実際鑑定結果が病院へとなった場合には、当センターで相当数受けています。

簡易鑑定に話を絞りますが、以前はある病院のお年よりの先生が一人でやってくれていたのですが、5年くらい前から当精神医療センターが受けだしたということになります。それで数を見ると大体簡易鑑定は、年間30件ぐらい。人口200万で30件ぐらいということが大体言えると思います。この辺は県内私のところでほとんどやっていますので、大体この数字が簡易鑑定の数といえると思います。

簡易鑑定の結果、知事への通報を要するとし、病院に措置入院したケースと、通報を要しないとされて起訴されたケースの比は、平成7年ころは大体五分五分で動いていたのですが、この数年、次第に通報一非、すなわち司法側で起訴その他の対応をすることになるケースが多くなってきました。私たちの考えが藪の頃と比べるとだいぶ変わってきて、これは病院でやっていたんじゃないかという考え方への変化があります。触法精神障害者に対する考え方が変わってきたのです。

トリアージュの考え方

簡易鑑定やって、見えたことをまとめますと、精神鑑定は、要はトリアージュ（註：優先順位決定）の問題だと、医療でやるのか司法でやるのかの問題であると。心神喪失、耗弱と考えると話が複雑なのですが、要は現時点では医療でやるか司法でやるか振り分けの一種の機能であると、こう考えればわかり易い。それから鑑定をやっている中で明らかになったことは、精神医学の診断的な問題で大変誤診が多い。分裂病というのはいくらかでも拡大解釈されていて、実は覚せい剤だとかシンナー乱用歴があって、それによる幻覚妄想の持続型が分裂病になったと。一度分裂病というレッテルがつくとそれがずっと一人歩きしてしまい、それを覆すのは大変困難であると。だから私たちは分裂病はあくまでも除外診断と、他に相当する診断があればそっちを優先する。特に覚せい剤、シンナー歴がある人は分裂病にすることは最近まずしないようにしています。だけど全国的にはそういう問題がまだいっぱいあると思います。

それからもうひとつはDSM（アメリカ精神医学会による統計診断基準）の第1軸だけで、分裂病なら分裂病、覚せい剤なら覚醒剤と診断を書くのはちょっと無理があって、精神分裂病プラス反社会性的人格障害、あるいは覚醒剤プラス反社会性人格障害と、第2軸で切らないとどうもうまく診断名ができないという問題がありました。

それから心神喪失・耗弱概念はそういうわけで、これにこだわっていると、どうも鑑定がうまくいかない。理屈としては分かるのですが、言葉の問題にしたらどうも現実に合わないなど、やっぱり医療対応、司法対応と考えたほうがわかりやすいなど。それから検察官の方も今日いらっしゃいますが、やはり起訴便宜主義という問題があって、私たちが通報否、すなわち起訴の方へというのに対し、検察官の方からするとどうしても起訴はできないと、病院で診てもらえないかという話があります。この辺が今後も問題になっていくと思います。やっている中で明らかになったのは、もう病院だけではできないと、医療と司法の双方の関わりが必要な例が多くて、だけど受け皿はないと。あるのは病院医療の精神病院しかないということが、精神鑑定から分かってきたことです。最終的には全て精神病院に集まる仕組みになっている。これは何とかしないとだめだ、こういうことです。

県立精神医療センターの病棟の構造

当センターの病棟の構造ですが、全部で A,B,C,D,E,F,G と 7 病棟あります。急性期の患者を受けているのは B,C,E の 3 つで B は年間 140 名ぐらい、C は 130 名、E は 170 名ぐらい。B は男女混合の開放病棟、C は閉鎖の女子病棟、E が男子の閉鎖病棟、F が療養病棟です。

E 病棟は男子の閉鎖病棟で救急、触法患者が入るわけですが、ここだけでは完結できなくて、必要に応じて他の閉鎖病棟に転棟をさせることで、3 つの病棟でまわっているという状態です。

E 病棟（触法精神障害者の入る病棟）の概要

E 病棟の概略ですが、定床 51、保護室が 8 つあります。これは他の病棟に比べ圧倒的に多いです。看護スタッフは男子原則 23 名の 3・3 夜勤。男ばかり、看護師ばかりでやっています。準夜帯 3 名、深夜帯 3 名。傾斜配置でやっているので、大変厳しいですね。時々 21 名になってしまったり、あるいは他の病棟から連れてきたりして苦勞しているところです。平成 11 年度に限って言いますと、指定医 1 名、非指定医 1 名で、あとレジデントの人 1 名で、原則 3 名そろえているのですが、指定医を 3 名そろえる余裕はありません。この年はレジデントの新人が 1 名で、実質 2 名近い形でやったと。それで警察官関与例を受け入れたということになります。

E 病棟の構造ですが、後でご覧いただきますが、看護室を中心にして 2 つのユニットに分かれています。保護室にダイレクトには行けないようになっています。特徴は、50 人分ひとまとめになっているのではなくて、2 つにユニットが分かれているのが特徴です。

E 病棟の患者の動向ですが、平成 11 年度の入院患者はのべ 186 名で、そのうち 2 名は他病棟からの転棟、11 名は再入院者で、のべ入院回数は 29 回です。E 病棟から直接退院した者は 142 名、他病棟へ転棟したのが 44 名で、開放病棟に 31 名、閉鎖病棟に 13 名が移っています。いわゆる転院はほとんどありません。それで疾患の内容ですが、分裂病が 40%、それから覚醒剤・有機溶剤が 12%、躁うつ病が 11%、人格障害が 10%、アルコール中毒が 7%、鑑定留置は 2%、4 名であります。

それからその人たちの E 病棟での在棟期間ですが、2 週間未満が 28%、52 人います。2 週間～1 ヶ月までが 17%、1 ヶ月～3 ヶ月までが 31%ということで、3 ヶ月までで、70 数%は E 病棟から退院または、転棟していると。1 年未満で 97%の人は退院または転出しています。だから半年で大体 7 割以上は退院させられますよということです。退院者の行き先ですけれども平成 11 年度 186 名のうち自宅退院が 140 名近くいます。転棟、B・F 棟に 40 名で後に退院しています。転院は数名です。この病棟には平成元年当時は 20 名

しか入院していませんでした。古い病棟だったのですね。平成 5 年ぐらいから新しくなったのですが、基本的には 20 名が 60 名になり 100 名になりました。

平成 5 年頃が実は大変で、ちょっと入り乱れていますが、これは再入院も多くて、この病棟で完結できなくて他の病棟に転棟、それから転院していると。このときはありとあらゆる患者さんが入ってきてもう病棟はひっちゃかめっちゃかという状況だったことを記憶しています。私は平成 7 年からこの病棟を持っているんですが、そういう中で少し**体質**を変えて、その後の先生方の努力を含めて現在にいたっていると。この辺がひとつの山だったと思います。この当時は県警に行って嘆願しにいたり、地元の警察と話し合いをもったりといろいろありました。この頃から体質が変わったと、見てお分かりになると思います。平成 7 年、私が持った当時は措置入院が 17 名、医療保護入院 29 名、任意入院が 1 名、そうすると非自発入院がほとんどを占めていて、なおかつ措置が相当を占めているということが分かると思います。平成 9 年度になると、措置が 3 名、35 名が医療保護入院で、任意入院が 5 名と、この流れは基本的に継続していて平成 12 年度も措置が 6 名、医療保護が 34 名、任意が 4 名で、ここで体質が変わったのが分かると思います。

在院日数は、平成 7 年当時は 1000 日以上が 18 名、100 日～1000 日の間が 18 名、100 日未満が 11 名、すなわち急性期に入ってくるのですが比較的入院が長くなっているということが分かります。それに対し平成 9 年あたりからは 1000 日以上 12 名と、100 日～1000 日も 10 名、ほとんどの人が 100 日未満で、この流れはさらに加速しています。

E 病棟の事故の様子についてですが、これは看護婦がまとめているわけですが、A,B,C,D,E,F,G 棟ありますが、事故は、実は E 病棟がむしろ一番少ないのです。事故の種類と言ってもいろいろあると思います。無断離院もあれば人を怪我をさせたり、自殺、器物損壊と。基本的には決して多くはないと。昔は大変多くて、平成 5 年頃は中で色々なトラブルがあったんですが、現在は大変少なくなっています。むしろ G 病棟あたりが多いんですね。なぜ多いかというといわゆる治療が難しい分裂病の人が入っていて、ここはやはり事故は多いですね。患者さん同士の事故を含めて、本来の事故だと思うんですが。A 病棟はお年寄りが入っているので、事故損傷って言うのは転倒ですね。いわゆる人を殴ったり極端な傷害を起こしたりというのは、大変少ないです。しかしないわけではありません。

E 病棟の医療費（売り上げ）

平成 12 年というのは過去最高に治療技術が上がっている時期だったと思います。それからこちら厚生省の方がいらっしゃるのでぜひ知っておいて頂きたいのですが、E 病棟というのは医者を 3 人つけて看護は 3・3 夜勤をつけて、一番人手をかけた重装備の病棟なのですが、実はこの病棟は月の売上が 1900 万円しかありません。それに対して D 病棟

は、療養病床の A で医者 1 人、看護が 1 : 3 です。ここは 2 1 0 0 万円。入退院はほとんどありません。こっち（E 病棟）は月に何十人と退院させてこれだけにしかならない。これを何とかしてもらわなきゃ絶対、触法精神障害者の医療なんかどうにもならない。このことを是非、知っておいて頂きたいと思います。

E 病棟入院患者の処遇の難易度

平成 1 1 年度 186 名の患者を治療してみたわけですが、処遇の難易度には差があって、このくらいの患者は問題なしと、これはちょっと難しいと、これはもう絶対だめとできたらここに入れたくないと、どうしてもそのような話になるわけです。それら○、△、×で3つに分けてみました。

○は現在の治療環境及びシステムで問題なしという患者。

△は何とかやれるけれども、結構難しいと。それで反社会的行為は起こさないで済むし予防も可能だけれども、あんまり展望がないと、これからずーっとこの患者を抱えていかなければならないのかなと思うような患者。

×は今の環境システムでは難しい、そうかといって入院させておくことも難しい、で退院してしまえば重大犯罪を含めて問題を起こすと思われる患者。

それで全体でみると、186 名中○は 75% で問題なくできる、△は 14% ちょっとで難しく気を緩めると何か問題を起こされると、でもまー何とか暴力その他を起こさないで済むかなと。それで残りの 11 パーセントの 20 名分は×で、こりゃー無理と、ここでやるのは本当は無理よと。但し、実は同じ人が 2 回、3 回と入院したのも数えていますから、人格障害の 8 名は実質は 2 人です。1 人が 7 回入院していますから、実人数は 2 名ですね。それから覚醒剤の 8 名も実人数は 3 名です。同じ人が頻回入院してます。実をいうと、×は 20 名ではなくて、実人数は 10 名弱と。11 年度の中でみると 10 名弱の人がどうもこの環境では難しいということになります。

当センターレベルの治療環境では対応困難と思われる事例

E 病棟の 11 年度一年間の例に限らず、×とされる患者が病院全体ではどのくらいいるかという視点から、医局で名前をあげてもらったんですね。ちょっと前のデータなんですけど、21 名あがりました。その後、追加が少しあって、25、6 名いるわけです。

（21 名の一覧表を示す）

例えば症例 1、この人は 20 年間保護室に入っていた人ですね。この人はずっと病院で抱えているわけなんです。

それから後で事例報告をしますが、覚醒剤、反社会的、妄想性人格障害でこの時点では入院していましたが、現在は退院しています。この人は覚醒剤で以前奥さんを殺していま

す。それで退院したあと、5年間は私も応対したんですが5年目にやはり同じ覚醒剤をやる女の人を刺し殺してしまいました。だから2回目ですね。それで現在、懲役十何年だったので、服役中です。

それから例えばこの人は有機溶剤乱用者なんですけど、最後にはガソリンを吸うようになって自宅で焼け死んでしまいました。死亡です。そういうわけで入院中の人、外来中の人、それから死亡してしまった人、いろいろいるわけですが、

例えばこのケースは他の病院でどうしてもだめだと、なんとしてもこちらでみてくれということになりまして、確定することはないのですが人格障害と診断して、これは今通院中です。

群馬県の人口200万人で、もちろん民間病院にも同じ様な事例が入っていると思うのですが、通院、死亡した人、入院も含めて男子だけで30名弱ぐらいいると。この人たちは、病院で今後とも関わるのでしょうか、容易じゃないかと。少しずつじわじわ増えてくるわけですね。他にやりようがないんです。住むとしても大体この近辺か訪問看護ができる範囲のところに住まわせると。家族がいるうちは家族に協力してもらいますが、段々家族もいなくなって、あるいは家族が絶対いやという中で病院が抱え込まざるをえないというケースです。

最終的な受け皿とされる精神病院

私の考えを多少述べさせていただきますが、触法行為者の流れというのはご存知のように警察へ行って検察庁にあがる場合と、警察から24条通報で保健所経由というのがあるわけですが、要はどうも分かってきたことは、全て精神病院に最後は集まってくるのだということです。たとえば検察庁にあがって、起訴前鑑定をして非（註：25条通報—措置入院に該当しない）となれば裁判にかかるわけですが、矯正施設に入っても、2年ぐらいして出てきてまた精神病院へと。今度は（矯正施設長からの）26条通報ですね。

24条はもちろん保健所に行って精神病院へと。これが昔は、民間病院を含めて多少受け皿があったわけですが、今はほとんど県立の当センターへという事です。事実上は精神病院に全てまわされてきて、なおかつそのほとんどが県立病院へということで、もうやりきれないですね。他に受け皿はなしと。移送制度ができて、さらにまた病院に来るはずですよ。他に受け皿は想定していませんから。だから精神病院とは何なんだということになるわけですね。それでこの問題をやっていくには、一つは受け皿の問題の多様化。もうひとつはトリアージ（註：優先順位決定）をちゃんとする。トリアージというのは、受け皿を想定されなければトリアージできないわけですが、先ほどいった鑑定はまさにトリアージなのですが、鑑定も受け皿がないんですね。ない中で鑑定するから困っちゃ

うわけです。その中でトリアージュを何とかちゃんとしないと、受け皿の問題を解決しないとこの問題は解決しないという話になってくるわけです。

移送制度

それで去年から移送制度というのが問題になってきていて、移送制度を県がやるわけですが、これをきっかけに何とかもう少し整備できないかと、特にこのトリアージュ部分だけでも何とかならないかと。受け皿もここだけでは受け切れないから、民間病院にもある程度やってもらうというような流れで、去年一年間実は激しいぶつかり合いがありました。それで今年の4月から移送制度が始まったわけですが、その概略が関係するのでお話しします。

移送制度はご存知のように、対象は2通りあって、34条の医療保護入院と、措置入院とがあります。医療保護入院の方ばかり話題になったのですが、これは家族が困って何とか入院させられる場合の人ですが、そのほかに実は措置入院の人っていうのがあったわけです。この場合の移送については覚書その他があって、警察はもうこの部分は、今までは運んで病院に入れるまでいろいろやったんですが、もうやりきれないので県知事がやってくれという話なんです。

移送の中身を整理してみますと、一つは、精神障害者の定義の拡大があります。精神保健福祉法の第5条で覚せい剤その他の定義が変わってきていて、基本的には定義の幅が広がってきています。それから措置入院、医療保護も含めて県知事による非自発入院については、県知事の責務であると言っています。それから事前調査を必ず実施するというのと、情報センターの整備が必要です。

それでよく話題になるのは**移送と精神科救急はどう違うのか**という話ですが、私がやってきた中でやっとわかったのは、これまでの精神科救急は責任体制があるようでない形で、自発入院と非自発入院とを一括して扱っていたと。それで、移送制度は非自発入院について救急システムを整備して、すなわち**責任主体を明確化**して、事前調査をちゃんと実施するという捕らえ方をすると、割とわかり易いかなと思います。知事の責任がはっきりしたら行政が責任もってやるわけですが、同時に警察行政も責任を明確にしなければならないと。役割分担がはっきりしたわけですね。それから事前調査は、これまでも措置診察をする場合には事前調査をすることになっているわけですが、非常に場当たりのやっていたわけで、今度はきちんとやっていくわけです。そうすると本当に強制入院が必要であるかどうかということと、問題になった行動が一般的な他害行為か犯罪かということ、扱うべきところが司法であるか医療であるかということを考えざるを得ない。措置診察を実施するということは、医療で対応するという方向で、実施しないととなるとあくまで司法側の責

任でということで、非常に重要なポイントがここで見えてくるわけです。そういう訳で、この医療であるか司法であるかのトリアージュをしっかりとしないともう病院がめちゃくちゃになってしまうということで、救急の情報センターを昨年立ち上げたわけです。

救急の情報センターの役割

それで今年の4月から稼動しているわけですが、そこには医療モデルでのトリアージュができるように、ちゃんと医者がついています。よく他府県で、東京都もそうですが、この部分を事務の方がやっているわけですね。そうすると24条通報があると機械的にみんな受けてしまい、機械的に措置診察をしてしまう。ここの情報センターは医療モデルの視点で考えて、これは医療でやるべきではないと判断すると、通報がきても受理しません。その前提として事前調査をするわけです。事前調査は保健所の職員がやるわけですが、夜の10時まではちゃんと待機しています。通報が入れば、警察にでも現場にでも行って調べます。たとえば覚せい剤をやっているとか、シンナーをやっているとか、酔っ払っているとかいうのを調べて、措置診察するべきかどうかを情報センターの助言をうけて判断します。したがって通報は受けたけれども、受理はしません、すなわち措置診察はしませんということがあり得るわけです。そうすると患者は浮くわけですが、でもこうやって本来逮捕すべきものは逮捕してもらおうと、医療でやるべきものはやりますということです。初めてこういう体制が整ったわけです。これは実はものすごく大変でして、この情報センターに医者をつけるのに、今日、本庁の方がいらしてますが、去年、一大騒動になるくらい大変だったんです。いかに医者一人つけるのに大変か、こういう重要なところでですね。普通だったらつかないですね。恐らく厚生省の中には情報センターを整備することが書いてあるんですが、それは実現することが大変難しいことなんです。だけどこれがないとトリアージュはできません。

もう一回言いますが、移送は29条-2-2の移送、すなわち23条、24条、25条、26条までを含むわけで、これは県知事責任で移送しろということです。保健所に通報が入るとここで事前調査。今まではおざなりになっていて、事実上、すぐに措置診察に入っちゃってたわけですね。措置診察に入るとそのまま病院に、医療側に入ってしまうわけですね。事前調査で必要なもの以外はやらない。でそのためには情報センターの助言を受けるといふ、こういう関係です。

東京都では、話しを聞いているかと思いますが、墨東病院の精神科救急がパンクしてしまって、なぜなら24条通報の患者がどんどん増えちゃうわけですね。それはスクリーニングにかけないからですね。世の中にはいろいろ問題が起こるわけで、それが全部24条通報で精神科に来てしまって、機械的に受けているとそれはどんどん増えるばかり。我々

はちゃんとそこを整理してやると。

情報センターのトリアーヂの考え方は、大きく2つに分けます。事件軸と疾病軸にわけて、重大犯罪の場合は精神障害者であっても基本的に取り調べに耐えられれば送検してもらいます。重大犯罪ではなくても触法行為を繰り返している場合は、送検する。これが事件軸です。それから疾病軸は分裂病、躁うつ病などは基本的に診療、入院治療を行う。覚せい剤の現役は逮捕、送検で、覚せい剤精神症状は一時的に入院治療を実施するけれども、必ず尿検査をすることと、陽性ならば逮捕して送検してもらおう。アルコールの場合は保護房で保護してもらおう。治療契約が結べる場合のみ治療を実施する。シンナーは実は大変問題で、尿検査その他ができないので、どうしても病院に入ってきたわけですが、シンナーが繰り返される場合は、司法的対応してもらおう。それから一過性精神症状については覚せい剤中毒者の場合と同様にちゃんと治療します。人格障害の他害行為は責任能力ありとして検察庁にあげてもらいます。大事なことは、事件軸は疾病軸に優先するという事でトリアーヂをし、この4月から稼動しております。実際に4月から半年で50件。その前に3ヶ月試行期間があつてそれもやはり40件あつて、半年で約100件ほど入ってきています。この調子だと1年間で200件近くいくのではないかと思います。ということで情報センターを立ち上げるにはトリアーヂをしなければやっていけないなと思います。

他害行為の概念

法学部の先生方もいらっしゃるので、これは私が考えたつたない考えなのですが、他害概念というのはあまりにも拡大されやすい。ご存知のように犯罪というのは刑法できちんと定義されているわけですよ。構成要件該当性、違法性、有责性と、これを満たさなければ犯罪とされないわけです。じゃ、されなかったものはどうするんだと、実は他害行為とされてこっちに来ているわけです。他害行為とはちゃんと規定されているかというと、他人に害を及ぼす行為、刑罰、法令に触れる程度、とこれだけです、書かれているのは。犯罪の方は厳密にどんどん規定されてくるわけですが、他害の方は曖昧なままで、全部他害で入って来るわけです。よく警察官が「自傷、他害の恐れがあるのでお願いします」というわけですが、実は自傷、犯罪の恐れでしょう。責任能力があれば犯罪でしょう。だけど簡単に他害の恐れがあるなんていうわけですよ。この概念は曖昧なまま受け入れていると、止めどもなく患者さんがこっちに来ちゃうわけですね。今後はこういうことをきちんと議論する必要があるだろうと思います。

移送制度導入の効果

移送制度をやった結果ある意味では労力を要しているわけですが、ある意味では予想通

りの効果を上げていて、その一つはこれまで曖昧だった警察行政と精神保健行政の責任範囲が明確になったと、逆にいえば保健所を含めて本庁予防課も含めて、昔と違って大変な思いをしています。逆にいえばやるべきことが明確になってきたと。警察の方が今までのように曖昧なまま24条通報することができなくなりました。保護房も整備してある程度観察をして、調べをして本当に必要なものなら通報をしてくる。犯罪となるものは検察庁にあげる、ということがある程度はっきりしてきたわけです。それから前は私の病院で全部警察の依頼を直接受けていたわけですが、それやっていると当センターがいつも断っていると、これは本当は対応してほしいんだけど、精神医療センターは断っているという誤解と偏見の世界になるわけです。情報センターに情報が一本化したことで、関係機関の間がまとまりやすくなったということがあります。

それから覚せい剤、シンナーなどの薬物関連の対応が比較的スムーズになってきた。シンナーは基本的にほとんど司法の側に戻せなかったんですが、この情報センターが事前調査でシンナーだと分かると、措置診察しませんからこれもある程度戻せると。それから覚せい剤は今まで尿検査は絶対してこなかったんですが、最近はしてきてくれる。それから検察の方がいらしていますが、逮捕して検察庁までは少なくとも事件をあげて簡易鑑定を含む精神鑑定を行うことで、より高次の事件を扱うシステム、25条通報のシステムが関係者によく理解されてきた。今度は検察庁に事件がよくあがって、逆にそちらが大変かなと。それから24条通報だけでなく、25条通報も移送に入りますから、事前調査が採用になりました。したがって、検察官が25条通報を要するとして通報してきても、必ずしも措置診察するとは限らない。そうすると事例が浮くわけで、検察官の方と今度はぶつからないといけないわけで問題はありますが、26条通報で関東医療少年や医療刑務所から通報が来るのですが、事前調査で矯正施設まで見に行きます。で、どういう処遇をするかみて、受けるかどうか決める。実際今まで調査しないで受けたケースが病院内で傷害事件を起こして、実際それは責任を問えないですね。だからちゃんと事前調査をして病院で受けていいものだけ受けて。そういうことで精神医療が自由だということが理解されて、この施設整備が進みやすくなったんです。保健所の職員が今までは、警察の方と立場が同じだったんですね。要は入れてもらえれば、保健所も安心で、それでよかったわけですが、今度は自分たちが当事者ですからむしろ私たちと同じ立場に立ったわけです。何で警察はこういうケースを通報してくるんだと、そういうことを今度は言うようになり、見事に立場が変わると人間は意識も変わるということです。それから精神保健福祉センターに情報センターは置いてあるわけですが、このことは大変重要です。最初は病院に置こうとしたんですが、病院に置くと、蛸が足を食うような話になるわけでだめで、しかも行政の責任

が明確にならないということで、精神保健福祉センターに置くことになり、行政の責任で機能を強化していくと。で今度当然34条の移送も始まりますから、そうするとこの部分はさらに重要と。でも問題は、医療と司法の双方にまたがる受け皿の欠如の問題が関係機関の間で明確になってきた。だからトリアージュしようがないわけですね。措置診察しなければ結局浮いちゃうわけです。それについて受け皿を考えなくちゃいけないわけです。そういうことが分かってきました。以上です。一応これで午前の部終わらせていただきます。どうもありがとうございました。

(質 疑)

質問(山上)：最後の医療と司法にまたがる受け皿の欠如というので、どちらの側でも困るだろうというケースはどういうケースで、どの程度あるとお考えですか？

武井：だから先ほどあげた30例ほどですが、基本的にあのようなケースはそうだと思うのです。今までは病院でだまし、だまし、受けてきましたが、もうとても受けきれないし、ある意味では治療もできないし。この人たちの処遇をどうするんだということ、今は受け皿がないですから、結局は嫌々だけれど受けることになったり、昔だったら病院に来ちゃったのを場合によっては起訴してというのもあるんですが、恐らくむこうにいても処遇に困るわけで、そういう意味での受け皿ということになります。

質問(町野)：先ほどトリアージュの基準について大変興味深かったのですが、あれはこちらで作られたものですか？

武井：トリアージュのマニュアルですか？ あれは私と医局の皆で作ったものです。

町野：あれは非公開ですか？

武井：公開していいです。今度雑誌にのっていますから。(精神科治療学 16(7):663-668, 2001)

町野：ありがとうございました。

2 処遇実務の検討—関連諸領域の専門家を交えて

1) 治療構造論

武井 満 群馬県立精神医療センター院長

午後の部で事例発表させていただく前に、当センターは病院ですからある種の治療論にもとづいて治療をしておるわけなんです、どういう治療内容、治療方針を掲げてやっているかということをちょっと説明させていただきます。

精神医療は医療ですから当然治療論があるわけですが、教科書その他を読んでもらえばよく分かるんですが、薬物療法という項目などありますが、本当の意味では私はまだ治療論はないと思っているわけです。それがなぜなかったかということ、過去、まっとうな治療をしても評価されるシステムにないと。評価なきところに進歩はないわけで、要はちゃんとした治療論を作っても評価してくれないシステムだった。

実際にあのような E 病棟のような治療をするにはある種の治療論が必要で、そういう中で認知はされてないんですが、この病院は比較的そういう考え方に基づいてやっているんだということをご理解していただきたいと思ひまして、ちょっと出してみました。それで治療を考えていく上で、どういう基盤で考えていくか。ひとつはいかなる**発病仮設**でものを考えるかということだと思います。われわれはストレス脆弱性、あるいは素因に対する過剰な負担、そういうものが発病を促すと。ということはどういうことかと申しますと、安静が必要という話になるわけです。それからいかなる**病態生理**が想定されるか。わりと睡眠の障害というのを注目しています。それから疲労、過労。だいたい発病前には寝ないで無理しているようです。それからもうひとつは、精神保健福祉という法律で分かるように障害者として認識してあると。すなわち**福祉の問題**です。こういうことで治療論が組み立てられています。

これは、一種の私案なんです、私は患者さんの治療の段階を4段階にわけました。ひとつは**絶対休息期**、**休息期**、**回復期**、**社会復帰期**と。

絶対休息期というのは、先ほど発病仮設でわかるように、患者さんは大変くたびれてるというなかで、とにかく休んでもらうと。何がなんでも休んでもらう。強制的に睡眠をとらせること。保護室というのはそういう場所な訳です。安眠を取らせます。大体、2週間以内を目安にします。場合によって必要ならば電気ショック療法を使います。

休息期ですが、今度は強制ではなくて、心地よい環境を提供して気分よく休息を取ってもらうと。大事なのは規則正しい睡眠リズムを取らせることです。それからこの時は閉鎖的状况が必要ですが、ここは、場合によって半開放的で、たとえばマーク方式というの

ですが、赤、黄、青と3段階に患者さんを分けて、青の人は自由に出入りできる、赤の人はだめ、黄色の人はその場その場で考えるというような考えで分けています。その他精神療法的に自己破壊的生活習慣に気づいてもらうとか、色々あります。それから大事なのは、外泊をさせない退院というのはやはりあり得なくて、早いうちからの外泊というのを心がけています。

回復期は良い睡眠が取れる、生活にリズムができてくる、薬は3回飲んでいたので2回に減らす。それから社会復帰したときの生活のイメージ、人間性の回復ということ考えます。

社会復帰期には、福祉と連携して訪問看護を導入したり、デイケア参加、こういう4段階を3ヶ月から6ヶ月かけて行うという治療論を掲げてやっています。

これをもう少しコンパクトに表にまとめて、絶対休息期、休息期、回復期、社会復帰期を分けて示します。

生理的には、絶対休息期には強制的に休ませる。このときに保護室を使うと、人権どうのこうのという話にすぐなるわけですが、治療的にこれは必要なんです。休息期はリズム調整。リズム確立です。

薬物療法は絶対休息期には強力に沈静化。休息期には気分良く飲める薬、これは継続できる薬の量ですね。

精神病理学的には、自己イメージに割りと着目していて、絶対休息期には大体患者さんは混乱と自己崩壊の状態にあって、休息期になると大体焦りが出てきます。それを再構成してやって社会生活をできるようにしてやると。精神療法的にははじめは受容的態度、休息期に入ると指示的になると。回復期に入れば本人の自律性を大事にする。社会復帰期になると、立つほうの自立ですね。

看護的な対応は最初は閉鎖的、半閉鎖的、開放的という風に流れています。大体このような構想を持って治療をしています。

これは全体をまとめたものなのですが、お手元に看護学雑誌に連載した同じ内容の資料（精神科看護 25(4)72-74, 25(5)72-74, 25(6)74-76, 25(7)72-74,）があると思います。後で見てくださいなのですが、基本的には、治療論の要点は、薬物療法それから精神療法、看護、これらがあるわけですが、先ほど言いましたように、入院を0から6ヶ月大体想定しています。それで絶対休息期は最初の2週間から1ヶ月くらい。休息期は2週間から2ヶ月くらいまで。回復期は2ヶ月目から3ヶ月目くらいまで。このような考え方です。それで受容的、指示的、自律性、自立と、このような考え方です。絶対休息期には保護室を使うけれど2週間以内。休息期にはあまり焦らないで、福祉的、おたがいに困っているもの

であれば共有化していくと。社会復帰期には自己イメージの再構成。社会で生きるための条件整備。外泊は休息期から試験的に外泊させます。大事なことは隔週、2週間に一度、毎週1度、1泊から2泊と。まず毎週2泊できるようになれば、退院させても問題はないです。外泊をしない退院はありえないと思います。実は外泊すると病院の収入は減ります。だから、治療すればするほど収入は減ります。実は精神科の本を読んでも治療論の中に外泊のことを書いた本はまずないと思います。だから治療論なんか今の精神医療にはないんですね。ないというか、してみても経営上何の意味もないんですね。だから評価されないからやらないんですね。こんなことしてると、やっぱりまずいんじゃないかと僕は思うわけです。

触法患者のための特殊治療論

今までの話は一般の精神科の患者さん、触法の患者さん、基本的には同じです。私はただ、一般患者さんを一般治療論、こういう触法患者さんは特殊治療論と区別していて、多少は違います。今までの話しに加えて、触法患者さんの反社会的な人については、精神病例で3段階に分けています。

今のに加えて、まず**出会い期**があって、これは反社会的患者さんは、薬物や暴力的イメージが刷り込まれた状態、というふうに見ます。というのは家族歴その他を調べると、大体不幸な状況に育っていて、父親がアルコール飲んで乱暴するとか、離婚して片親で育ったとか、そういう状況が大体あるんですね。そういう中である種の反社会的イメージが刷り込まれているんですね。この刷り込まれた状態からどう解体して本来のいいイメージを刷り込むかというのが治療論の根本になるわけです。出会い期は保護室で出会うわけですが、関係性をきちんと構築して、私たちはあなたの援助者ですよ、とあなたが困っていることをわれわれが何とかやりますよ、その代わりにきちんと治療を受けてください、という関係性を構築します。それをどうしても病院によってはお前たち来るな、あるいは暴力的行為するから保護室入れっぱなしとか、場合によってはちょっとして出しちゃうとかするわけですね。そうするとこういう関係性がきちっとできないわけです。ここを踏み込んでやらないと、触法患者の治療はできません。保護室のところでまさに出会いがあって、どんなことに困ってるんだと、それはここでいっしょに何と考えると、その代わりにちゃんと治療を受けよう。こういう関係性をきちっと構築するわけですね。そのようにやってくると彼らは依存状態になってきます。すなわち他律的で依存性の高まった状態になってくるわけです。このときにわれわれに依存してきますから、そのときに新しいイメージを刷り込むと、再構成するわけですね。たとえば人間関係で他の患者さんと仲良くすることはいかに心地よいことか、けんかすることはいかに不愉快なことかをひとつひとつやっていくわ

けです。基本的には暴力は絶対否定。どんな理由があっても暴力はだめだと。でこういう中で僕らはイメージを再構成するのに、**福祉的援助**を徹底してやりますよと。大体彼らはお金に困ってますから、障害年金、生活保護、住む家を含めて一緒に考えてやるわけです。ここでいつもいうケースワーカーが重要になるわけです。

それで今度は**自立期**になってここで自立的な自己抑制と、自分はいかにまずいことをしたか、必死のセルフコントロールの時期があって生きてきて社会生活者としての健全なイメージを作っていくと。私はイメージのベースチェンジが起こればこっちのしめたものと。その暴力的なイメージから普通の感覚にベースチェンジがどうも私は起こるような気がするんです。場合によって2年か3年かかることもあるけれども、何とかそれで暴力を振るわないですむ。

で、手探りで問題を起こして試行錯誤的になるわけですが、大体この3段階、よくなった人ですが、踏んでるのかなと。ここまで行けば、そんなにもう、はじめの頃のような暴力的な問題を起こさないですむかなというところなんですが、まー、だめな人ももちろんいます。割とイメージ論は大体有効性を持つのかなと思います。

毎日の回診

それから病院というのは本来回診するものなんですが、精神病院というのは100人の患者を1人で持っていたりするので、回診なんてほとんどやってないんですね。私のところは必ず原則毎日やると。これをE病棟ではちゃんと午前中、1時間ほど医者と看護師で回診しています。それで日々の状態変化、看護との情報の共有化、それから集団精神療法的なこともあると思います。そういうことをして診療を保障していくと。これが大事だと思います。だからスタッフがある程度いるわけですね。民間精神病院では恐らく週に1度ぐらい院長回診と表してぎーとまわっていると思いますが、いまの話は本来の回診です。

必ず外泊

それから先ほど言いました**必ず外泊**ということがあります。暴力的な問題を起こして入ってきているので、必ず家の人は拒否します。地域が拒否します。これを何とか切り抜けて外泊させないで退院というのはあり得ない。先ほど言ったように、どうしても難しい人は月一回から。うまくいける人は2週間に1回からもう、外泊させます。最初一泊、これがうまくいけば患者さんは大変安心する。「あー、俺は退院できる」というように。それからそのいい状態を確認すると家族も安心すると。家族は大体心的外傷を受けていますから、1、2回外泊成功すると、「あー、大丈夫なんだ」と。逆に失敗すると家族は二度と外泊させてくれないという話になるわけです。だから最初の外泊というのは大変重要です。場合によっては事前にスタッフが一緒に家についてやって見に行ったりもするわけで

す。これが大体毎週2泊、あるいは2週に一回2泊、3泊できればまず退院してすぐに大きな問題起こしてすぐ戻ってくるというのはまず有りませんね。当たり前のことなんですが、今の精神病院はこの当たり前のことができるような診療体系にないんですね。これはやればやるほど赤字になる話です。だからこういうことをちゃんとできるようにしてほしいわけですね。外泊させれば診療報酬は減りますし、スタッフも当然いますし、神経も使います。でも、こういうことをきちんとやればわりといけると。

EST

それからエレクトロショック（EST）、電気痙攣療法ですが、基本的には化学療法に対して物理療法という考え方で、さきほどの保護室のところで平均5回ぐらいかけてこれをやらないとE病棟は持ちません。これはこの前、朝日新聞でとんでもない療法のように書いてありましたがそんなことは絶対なくて、ただ、回数や適応を考えればいいわけですが、その辺がまたガイドラインも何もないと。実態はあちこちで行われているわけですが、きちっと認知されるようになったらよいというふうに思うわけです。で、有痙攣では、今後患者の安全も考えて（実際には安全なんですよ、でもなかなか世間では認めてくれないだろうということ）、無痙攣療法を同時にするという。県のほうで予算をつけてくれそうなので、なんとか無痙攣療法をと考えています。

民間病院では今電気痙攣療法はほとんどやられていません。批判されるというリスクが多いわりには評価されない。エレクトロショックをやらないために保護室に延々と入っているというケースがあるようです。今度は県立もやめなくてはならないのかなと。

病棟の開放的な運営

それから開放、閉鎖の問題は、閉鎖状況は必ず必要なわけです。激しい興奮状態やまた治療半ばのときは閉鎖が必要なんです。ある程度落ち着けば十分開放でいけて、先ほどいったマーク方式は大変有効だと思います。それからうちの病院なんか、他から見学にきた人は、E病棟を「あれっ？開放病棟なんじゃないんですか？」と言いますよ。そのくらい平日のときにはがらがらに患者さん居なくなったりとか、結構しますよ。そのくらいじゃないと逆にもたないと。閉じ込めっぱなしじゃ持たないと思います。

6つの柱と6つの保障

精神科の医療とは、私は六つの柱と6つの保証というふうに大体みんなに話しています。

6つの柱とは、診断、薬物療法、精神療法、リハビリテーション、福祉、セルフヘルプ・自助と。それで実は薬物療法、セルフヘルプこれは医療なので必要なことなんですが、これ適用できるのは5割以下で、実はここなんです。先ほど福祉的問題の共有化ということがありましたけれども、反社会性人格障害も含めて分裂病の人も含めてこれをやらない

と退院できません。そういうわけで、福祉的なこと、自助的なこと、リハビリテーションが必要でこれをチーム医療でやる。その為にはスタッフが必要であると。しかし、一番お金がつかないのは実はこの部分なんです。診療報酬に合わない部分です。

それともうひとつは、**6つの保証**ということを考えてます。保証という考え方は福祉の考え方で彼らは障害者であるということで、単に訓練するということではなく、踏み込んで保証しますよと、そういう考え方です。ひとつは**経済的保証**と、大体の人はお金に困ってますから、年金なり、生活保護でまず働かなくても大丈夫という、最悪でも食べていける状況を作ってあげます。それから**生活技術**。これは食事したり作ったり、買い物したり身の回りを片付けたりこういう当たり前のことができないことが大変多いです。不幸な家庭環境に育つと身につけてないんですね。それから**金銭管理**がうまくできないとか、このようなことをリハビリとして徹底してやる。それから家を探してやる（**住居の保障**）。今保証人になる人は少ないですが、特に**触法患者**は少ないですが、やってやると。場合によってはうちのスタッフの人は苦勞しているんですが、何とか縁故をたよってアパート見つけてやって保証人なくても入れるところとかやってるわけです。これもまったく診療報酬にあわないです。でもそうしないと退院できません。それから**就労保障**。一般就労に変わる人はほとんどいません。大体は簡単な軽作業か、場合によっては何もできない人が多いのですが、ただ大事なことは機会があればもちろん就労することと、簡単でいいから作業所とかそういう仲間を作れる機会をこれを通してつくる。それと**人間関係の保証**。まさに触法患者というのは人間関係の作れない人たちで、これを保証してやるというのは変ですが、昔の精神病院というのは入ったらば家族から見捨てられ、友達から見捨てられと、何年も入ってれば誰も居なくなっちゃったと、こういう世界なわけです。それは大変まずいことで、意識的にわれわれは人間関係を豊かにするという視点で患者さんに治療にあると。だから例えば患者さん同士で仲良くなったときは積極的にそれを薦めてやります。あるいはそういうチャンスをつくるわけです。過去の精神病院の医療というのはその患者さんとは付き合っちゃダメよと、大体切る方向だったわけです。それだとますます患者さんは孤独になっていって、治るものも治らないと。そして最後に大事なのは**アフターケアの保障**。アフターケアも保証しますよと、主に訪問看護によります。この6つをちゃんとやってあげることで少なくとも、患者さんは私たちが味方ととってくれます。親に対してそういう暴力的な態度や威嚇的な態度も割合少ないし、実際よくなっていると。

まとめ

まとめますと、治療構造論の概要ですが、基本的には、今言った6つを、時間をかけて

ちゃんとやるということですね。これ1つでも欠けるとうまくいきません。それから同時に家族調整、薬物調整それから患者さんの自己イメージ作りということをやります。そして診察は随時診察しますが、同時に回診を必ず毎日します。例えば外泊したときは必ずその情報をフィードバックして次に働きかけると。こういう繰り返しですね。そして退院して外来。そして社会参加。これのどれひとつが欠けてもE病棟的な治療システムは成り立たないし、新しい先生方はこれをさらに肉付けして、おそらく去年は今までに最高のレベルにあがったと思います。このような積み重ねをやってきたと。平成5、6年の頃はまだ確立していなくて、混乱状態に陥ったと。看護もどうしていいか後で話がでると思いますが、脅かされたりしたと。今は脅かされたりはないと思いますが、骨格がはっきりないとE病棟はもたないと思います。以上です。後は事例発表です。

2) 事例検討

司会（武井）：それでは事例発表の司会を私がさせていただきます。全部で7例用意してあります。あとスタッフが看護の人と訪問看護、それからケースワーカーの人がきているので随時、追加意見があると思います。それでは第一例は高野先生からお願いします。お手元に資料として、事例について医師がまとめた分と看護者がまとめた分があると思います。それではお願いします。

事例 A

高野：精神医療センターのE病棟で平成12年4月から勤務しております高野と申します。経過中に重大な犯罪を犯し、治療も困難を極めた精神分裂病の一例を紹介させていただきます。

事例 A 現在52歳、男性、精神分裂病

家族歴に遺伝負因は特にありません。父親は高校教諭、それから地域にボランティア活動にも出たりして、周囲からとても尊敬されている、人望の厚かった方ですが、このお父さんは20年ほど前に本人によって撲殺されています。このことは後で述べます。それから母親は基本的には主婦です。このお宅は兼業農家なので普段は畑仕事をしていて、他は家事をやってというそういう母親です。で、母親も昭和12年前に脳梗塞ですでに亡くなっています。それから2つ違いの弟がいて、高校卒業後専門学校を経て東京の電子機器メーカーに勤務し、結婚して家庭を持っていて、健康な方です。

生活歴ですが、県内で出生、生下時に一時仮死状態がありましたが、その後の発育・成長には特に問題なし。幼時より、無口で気難しく、対人交流乏しい性向です。特に家族、お父さんお母さんの言うことをあまり聞かない、そういう方で割と反発していたそうです。学校でも小学高学年ぐらいから教師に対して授業内容で文句というか、いちゃもんつけたり、いろいろな面で先生に対して反抗的な態度をとって、何度か母親が呼ばれて叱られたなどと過去のカルテの記載があります。その一方で友達との交流がほとんどなくて、自分の家で勉強をしていたりだとか、車の絵を書くのが好きなんです。そのようなことを家の中で一人でやっていたというような生活をしていました。小学～中学校時には、学業成績は上位でしたが、先生や両親に対して反抗的でした。中学校卒業後は県立の進学校に進み、一年留年して卒業。これは現病歴と重なりますけれど、一留したのは発病して入院などをしたためですが、国立大学に現役で合格しました。一度家を出て下宿もしたのですが、実際には学校に一度も行かず、結局留年を2回した後退学しています。

現病歴です。14歳頃に発病、被影響体験、思考伝播、本人はテレパシーが出て、考えが

伝わってしまうと。被害関係妄想、易怒性・被刺激性亢進が出現、翌年大学病院精神科に初診、精神分裂病の診断のもと薬物療法を受けましたが通院にて状態不変。以下入院歴を記す。当院にいたるまで合計 7 回の入院歴があります。いずれも精神科的に言えば大体短期で出ていて、次の入院にいたるまでの期間が非常に短いです。いろんな病院を渡り歩いたわけですが、薬物療法等施行されて基本的に病的な体験の改善は乏しくて、担当医とか看護者に対して被害的な妄想を抱きやすく、暴力がでたりとか、そういうことで強制退院がかなりあります。入院歴の 6 番目で東京に出ているわけなんですけど、県内の T 病院に 3 回入院した後に仕事に出るといって東京に出まして、某有名人宅に石を投げ込んで警察に保護され、都内の病院に入院となりました。

当院入院後の経過ですが、25 年前の初診で、著しい幻覚妄想状態にて即日入院、同意入院です。薬物療法に加え ECT を併用。病的体験や妄想曲解はあるものの、それに基づく突発的衝動的行動は次第に減じる。半年後より定期的外泊を行うが、家庭内では妄想的発言はあるものの父母の言うことはそれなりに聞けるというレベルでの家庭内適応はできていたということです。父親を撲殺した当時の状況ですが、翌年夏に 1 週間の予定で外泊に出ています。当時の主治医は外泊、それなりに家庭内の評価がよかったものですから段々外泊の日にちを延ばしたりだとか、退院に向けて段取りを組んでいる、そういう時期だったのです。しかし、外泊した当日から本人は薬を飲まなかったと。外泊 5 日目の昼頃、本人は自室で車のデザイン画を描いていて、両親の声で「弟と差をつけてやる」、「おまえを幸福にさせない」という内容の幻聴が聞こえ、「上手くデザインが描けないのは、父親にリモートコントロールされているからだ」という被害的な妄想着想が生じたことから、衝動的に殺害を意図。自宅庭先で農作業をしていた父親の背後から近づき、バットで頭部を数回強打し、さらにラシャバサミで胸部・顔面をメッタ刺しにし 37 箇所ぐらい刺したそうですが、即死させて殺害に及ぶ。その後本人はそのままの着衣で警察に自首しています。地検で簡易精神鑑定が行われ、当時の主治医が鑑定して、その結果 25 条通報要と判断、不起訴とされて、あらためて当院に措置入院（再入院）となっています。

再入院後の当院での経過ですが、被害関係妄想が活発です。妄想曲解により現実検討及び是非の弁識能力が著しく低下していた。病的体験によりスタッフ、他患者に対して突発的な暴力行為が繰り返されることから、保護室内に隔離せざるを得なかった。特に看護スタッフに対して被害的攻撃的になりやすく「菌をばら撒かれた」等ですね、再入院の 5 年後には入浴中に介助中のスタッフにかみそりでいきなり斬り付けて、顔面数箇所を切創を負わせた。これだけじゃなくてですね、大体暴力行為に及ぶにあたっては看護と医者との間の日ごろのやりとりの中でこの人が気に入らないとかいうことに端を発するのではなく