武井：覚醒剤だけではないと思うのですが、刑務所内での医療体制というのがどのようなことをやっているのかみれないんですね。以前医療少年院に事前調査行った人が、これでは医療はできないという話がでましたが、この辺の問題を現行法でどこまでできるのか、なぜ医療をつっこんでやらないのか、その辺はどうですか。

山上：私も刑務所で医療に関わったことがあるのですが、覚醒剤の場合ですと短期の刑ですから多少症状があっても本人が治療を受けようとしませんし、弁護士も重い刑が予測される事件ではないので精神病的なものだからと訴えることはなく、１年から２年は何とか我慢して服役し、なかなか医療にかかりません。それから特に刑が短い場合刑務所の中で精神症状がでたとしても、管理上大きな障害にならない限り医療刑務所に送るなんて事はしません。結局治療的なことはされずに、出てしまうことも少なくないということになります。医療の場と矯正、司法の場との連携がなければなかなか対応は難しいと思います。

加藤：採尿などを逮捕される前に病院でやられるのは法的に問題があるのではないかと思います。また、逮捕逃れというか犯罪隠しとして病院が利用されて、そのような患者さんに対して一般の患者さんと一緒に治療されているということで、かなり大変なことだなと感想をもちました。

佐藤：病院が強制採尿やっているわけではないですよ。警察が令状をもってくるわけですから。

吉川：守秘義務には引っかかりませんか？

武井：責任主体を、病院ではなく、行政に置いたままやっております。

事例G

長谷川：他患者への暴力行為を繰り返し、病棟運営に困難をきたしたケース

事例G　現在２８歳。男性。中毒性精神病

精神運動興奮と昏迷、幻覚妄想が主症状。

家族歴は３人兄弟の次男。本人１２歳の時に父母離婚。兄は事故死。現在父と父の内妻、弟との４人暮らし。父は鉄工所を自営。弟は会社員。既往歴は著患なし。中背筋肉質。

生活史は、県内某町の生まれ。小学６年で万引き。中学で喫煙、シンナー吸引のために教護院に入れられる。その後、暴走族。１８歳で無免許運転、シンナー吸引のために少年院に送られ、同少年院で発病した。少年院出所時に２６条通報を受け、非定型精神病、反社会的人格障害の診断で、埼玉県内のＰ病院に措置入院。以後、暴力事件、器物破損事件などを起しながら、同院に計７回入院。**退院時に、処遇困難なので本県に戻したい旨の紹介状を持たされた。**

１年前に上記**紹介状を持参して当センターを受診**し、**当センターに第１回目の入院**。医療保護入院で、興奮と幻覚妄想が主症状。**入院中、他患者への脅し、喧嘩、看護職員への威嚇行為を毎日のように繰り返す**。昨年末に短期間、第２回目入院（２日間のみ任意入院．シンナーを使用し、暴力のため警察に保護されて連れて来られた）。

今回の入院は３回目で、本年春に２ヶ月間の入院。**入院経過は**、男子急性病棟へ医療保護入院したもので、「アーウー」うなりながら保護室入室。ＳＴ筋注。主な処方はほぼ全期間、セレネース27mg、ロドピン１５０mg（分３）。数日後に父親が来院。そのときの話から、**本人が自分で住所を変更し、父の国保の扶養を抜けていた**ことが分かった。入院２週間後に隔離を解除。４人部屋へ移る。面接で「やくざがバイクを弁償しろとうるさく言って来た。幻覚かもしれないが家に忍び込もうとした人がいて、恐ろしかった。１３歳からけんかで負けたことがない。いつも５、６人の子分がいた。知り会いにはまともな人間がいない。町で雇ってくれるところはない。弟も口をきいてくれない。自分としてはサラ金の借金を返さないと家族中が大変な目に合う。やくざに相談したら、『戸籍を抜いて、俺の養子になって借金し、また戻ればいい』と教わった。それで苗字がQに変わった。自分なりに努力しているのだけれども父は分かってくれない。結局、俺が生きるところはないから一生病院に置いて欲しい。」などと訴える。入院約１カ月で青マーク（閉鎖病棟での時間開放処遇）とする。減薬は自ら拒否。

今回入院中の暴力沙汰ですが、時間解放して間もなく、入院患者Ｓさんを殴ったため、Ｓさんは別のユニットへ移す。その数日後父母面会。本人を含めＰＳＷと、やくざとの養子縁組解消の方法を相談する。本人には被害妄想への対処と借金対策の知識が必要である

と伝える。入院４０日目、他患者と悪ふざけをし、Ｔさんに殴られて、口の中を切る。Ｔさんを隔離。**入院５０日め、Ｕさんに灰皿で殴られて負傷。警察に通報**し、Ｕさんを隔離。入院５５日目、Ｔさんを含めて面接。相互に謝らせる。翌日女性患者が本人に喫茶コーナーでつきまとわれて迷惑だと苦情を言ってくる。そのことを伝えると「毎日注意されて頭にくる」という。入院５８日目、隔離解除となったＶさんとトラブル、Ｖさんを別のユニットへ移す。翌日Ｗさんとトラブル。父に電話して退院を予告。入院２カ月後、前記（Ｕによる）傷害事件に関し警察の実況検分を受け、その後退院して同署に出頭。退院２週間後に本人から電話。「仕事をしている。予約日に行けないので父親に薬を頼む。眠剤だけ出して欲しい」と。父は、「Ｑの名でドコモとキャッシングカードの請求が来たが、支払いを拒否した」と。退院４週間後、仕事は続けている。眠剤だけ処方。

以上、今回入院中の暴力沙汰についてまとめてみたのですが、本人が被害者になるとは予想しなかった。加害者Ｕさんは３９歳、覚醒剤精神病。傷害事件等で２回服役。今回、障害年金を担保に借金し、シンナー吸引、家から勘当され、行き場がないため１０数回目の入院。当日までＧさん（本人）との争いは観察されなかった。事件当日、２件の入院があり、夜勤看護者は多忙。Ｕさんが「Ｇが嫌がる患者にむりやり麻雀をさせている」と訴えたが、明日まで待つように説得した。夜１１時過ぎにＧさんの部屋から大声がしたので看護者が駆けつけたところ、Ｇさんが額から血を流しており、Ｕさんが金属製の灰皿（デイルームに置いてある）の蓋を持っていた。二人を引き離し、Ｕさんを隔離。Ｇさんには傷の応急処置をした。当直医は、ＵさんはＧさんを傷つけようとの意図を持って、寝込みを襲ったのであり、責任があると判断。Ｇさんも「何もしていないのにこれだけの怪我をさせられたのだから訴える」と主張。主治医及び院長に電話で了解を得て、警察に通報した。その後、Ｇさんは救急車で外科受診、額、肘、膝など**１９針縫合**。

加害者となったＵさんは、翌日の回診では「弱いものいじめに腹が立っていたこと、直前に自室で横になっているところをＧさんに拳で殴られたので仕返しをした」と語った。しかし、<u>警察の取り調べでは「神様の声で殴れといわれたので殴った」と陳述した</u>と聞いている。

問題点ですが、今回の悪化はサラ金の取りたてがきっかけ。「襲われる」恐怖が切迫し、わめき叫ぶ状態。**精神病症状が軽減すると非社会性人格障害が前景**になる。本人はふざけているつもりだが他患者は恐れる。本人なりの正義感で他患者に干渉すると、けんかになる。本人としてはサラ金から逃れるためにやくざの養子になったが、逆に借金を増やされるおそれがあるので何とか解決したいと考えている。自ら解決できるだけの力はない、父親に依存したいが頼りにならない。治療者に依存する代わりに指示に従うようになった。

主治医としても**入院中に解決の目鼻を付けておかないと、早晩、悪化して再入院になる**と思われた。**病棟運営の限界を意識しながら、解決に取り組んだ**わけです。このような事件がありましたけれども**何とか退院までこぎつけた**わけです。以上です。

武井：ありがとうございます。E 病棟は事故は年8回ぐらいでしたが、油断するとこのような事故も起こるわけです。このようなところに**普通の患者さんも入ってくるわけです。だから実は隣には殺人を犯した人が横に寝ているわけで、いつ傷害を起こすかわからない人と一緒にいるわけです。その中で普通の患者さんも治療しなくちゃいけないので、まさにこの辺に限界があります。**加害者の処遇についてですが、警察には通報したけれども、結局病院がみなくてはいかないのが現状で、このあたりにも限界があります。警察の方ご意見はありますか。

小山：非常に難しい問題かとおもいます。**以前は病院内で起こった事件に関しては治外法権的な考えがあった**のではないかと思いますが、やはりお互いに協力しなければ解決しない問題であるかと思いますし、被害者があれば病院の中でも罪を問えると思います。

事例H

声名：軽度精神発達遅滞の**女性**Hさん、**現在21歳**、について紹介させていただきます。

生育歴は同胞2名。早期破水にて出生。その後の発達には特記すべきことなし。母親は3度結婚し2度離婚している。患者は子供の頃、口数少なく口答えせず「はい」と返事をしても、言われた通りには行動しない子供だった。小学校の成績は徐々に下位となった。患者は10歳頃継父から性的虐待を受けた。小学校高学年からはいじめられることもあった。中学（普通学級）では授業についていけず、教室で脂汗を流しながらじっと黙っていたとのこと。

現病歴は中3より生活リズムが乱れ引きこもりがちとなり**不登校**が始まった。更に**家出と窃盗やテレクラ売春**などの性的逸脱行為を繰り返すようになった。そのため**16歳時**に**女子少年院**に収容された。当初規則違反もなく過ごしていたが、**入所3カ月目頃より幻覚・妄想が出現**した。そのため**医療少年院に移されたが**症状改善しないため、**17歳時**、**26条通報にて当院措置入院**となった。

当院入院後1か月で症状消退したため措置解除となった。しかし**他患者への暴力行為が頻回**に認められるようになり、**繰り返し保護室を使用**するようになった。患者は自分の行為を全く反省出来ず、却って保護室収容により拘禁反応を呈するようになった。入院当初の診断は、「精神分裂病」とされていたが、精神症状は反応性に出現し分裂病によるものとは考えにくかった。一方**外泊中にテレクラ**に電話を**かけて注意される**ようなこともあった。**入院6ヶ月目の外泊時**に患者は「お母さんがいなくなればテレクラにかけられる」と**自宅に灯油をまき放火し自宅は全燃**した。帰宅後**警察官による取り調べ**を受けたが、その後警察から患者への連絡はなく、**入院はそのまま継続**された。

入院2年目19歳で主治医と「テレクラ遊びをしたら再入院となる」と約束した上で退院した。**退院時診断は「精神遅滞、反応性精神病」**であった。退院9カ月後に患者は家出して他県の風俗店に勤めた。しかし仕事が辛くて続かずに帰宅。家族に連れられ来院し当院第3回目任意入院となった。

第3回目の入院をして6日後、患者は些細な契機から**他患者の眼など数カ所をボールペンで刺すという傷害事件**を起こした。当院は家族の同意の下に管轄の**I警察へ通報**した。患者は退院として警察署へ任意同行された。同日中に警察から当院に引き取ってほしいとの要請があったが、当院は患者の反省と自覚を促すためには司法対応が必要であり、従前の経過より**病院医療のみの対応では改善不可能との理由から入院受け入れを拒否**した。結局その晩患者は**家族に引き渡され**た。しかしその**翌朝**、**患者は寝ている母親を包丁で刺し**、住所地の**警察署に保護**された。**警察も病院への受け入れを希望**したが、当院は前日と同様

の理由で拒否した。そのため**警察は 24 条通報**した。警察署内にて措置診察が為されたが**措置不要**となった。患者の身柄は保護のまま宙に浮いた形となってしまい苦慮した警察は県の保護予防課に患者の入院先の紹介を依頼した。**患者はQ病院に医療保護入院**となった。その後**同院内で放火し退院**となり、**現在はR病院入に院中**である。

小括ですが、本患者は他患者への暴力行為などを繰り返したが、一方で自己の行為を反省することが出来ず、保護室収容が長引けば、容易に幻覚妄想状態を呈した。そのため病院医療のみでは治療は甚だしく困難であると考えられた。しかし本患者に対する十分な司法的対応は為されず。現在も本患者は「処遇困難患者」として医療機関の中にいる。

武井：２６条通報で当時、**事前調査せずに入れたケース**で、大変なケースだったということです。**司法に戻そうと思ったけれどもだめで、医療機関の中をまわっている**ということです。

質　疑

加藤：２４条通報について警察、検察の方にお伺いします。この場合は直接警察の方で措置診察が行われていますが、検察庁の方に書類送検などなされますか。それともこの場合、不起訴でもない警察の段階で処分されているのですが、このようなケースはしばしば起こっているのでしょうか。

猪俣：この事件に関しては分からないのですが、一般的な話ですが、被害者によるものや、警察が認知しない場合など、立件されない例はあるかと思います。それがどのくらいの例なのか、どのくらいの頻度であるかは分かりません。

武井：要するに、このような例は２４条通報で処理されてしまうことがほとんどです。これも２４条で処理しようとしたのですが、措置診察になじまずというわけで押し返してしまったわけです。すると宙に浮いてしまったわけです。しかし、この事例がきっかけとなって情報センターが立ち上がったわけです。

山上：身柄が浮いてしまうという点で、医療か司法のどちらかで扱うべきケースなのですが、医療の適用でないとすれば、なぜ警察は病院に戻そうとしていたのでしょうか。何か責任能力の面で問題があったのでしょうか。

吉名：こちらとしましては事件を起こしたときには、任意入院でありまして、かつ入院後の幻覚妄想的精神病状等全く認めませんで、比較的、家出して風俗でもつとまらず、今後どうしようかという話にも乗れていた状態で事件を起こしたことで、責任をとってもらっ

たほうがよいと。今後はやってはいけないことはやってはいけないということで、今後の治療の流れにも寄与するのではないかということが一つと、開放のユニットに最初から入院した患者さんで、他の患者さんに傷害事件を起こしたのに同じ病棟に戻ってきた場合、他の患者さんの治療に問題が生じると考えました。

吉川：このケースもそうですが、精神遅滞者の触法行為を犯した場合、どこでみたらいいと、武井先生はどのようにお考えですか？

武井：実際に触法行為を起こす人の中には、精神遅滞者も多いですよね。基本的に軽度の精神遅滞の人は責任能力有りということで判断されるのですが、結局このようなケースも病院ではむりと考えていますが。

吉川：例えば薬物療法なんかで衝動性のコントロールなどその辺の模索なんかなされたのでしょうか。

芦名：第1回目入院時からカルバマゼピンとクロルプロマジンそれぞれ200の150みたいな感じで薬物療法を続けてこられまして、過去のカルテをみると多少効いているのかなとも思いますが、むしろ状況依存的というか薬もそうですが、被害的になりやすかったり症状を出したりなんかあったり、衝動的な部分に関してはいつ出てしまうか分からない状況は続いていたと思います。

山上：検事さんにお伺いしたいのですが、このような病院内での事件の例で、長期的な経過からみるとむしろ刑罰を受けたほうがいいという思われる例があると思うのですが、警察、検察が関与する時に家庭内の問題ですとか、責任能力の問題など扱いづらいと思われると思うのですが、病院側からそのような意向があった場合どのような対応が考えられるかお聞かせください。

猪俣：基本的には被害者の問題があると思います。家庭の問題でしたら、被害届が出なければわれわれは関与しません。警察も同じだと思います。病院の話にしても治療をしているわけですから、その治療の中でその行為がどのような意味をもつかは、病院側が判断されることだと思います。事案の軽重にもよりますがね。

町野：放火した時は、まだ未成年ですか？

芦名：はい。

町野：そうしますと少年法の問題などは動き出さなかったということですか。

芦名：事件を起こしてとりあえず病院につれてこられまして、病院に警察官が来て取り調べをうけるという形になっております。

町野：それっきりということですか？

芦名：はい。

町野：ありうることなんですか？よくわからないのですが、もう一つお願いします。２４条通報されたときは、警察はその場限りで収めるということで必ずしもないはずなんですよ。２４条通報してから送検するというのが原則なんです。それとは別の問題なんです。２４条通報するか、そこでドロップするかという選択肢の問題ではないですから。だからそこが分からない問題です。

武井：現実はですね、２４条通報されてもし病院に入ればそれで全て終わりということで、現実はそれで動いていますよ。

（テープ一部聞き取り不能）

小山：この事件に関しては私もうろ覚えなんですが、今のこの内容を聞きまして,自宅に子どもが灯油をまいて放火した。そして、その次に１９歳の少女ですか、この方が取り調べを受けた。そのときにどういう判断だか、分かりませんけれども、２４条通報つまり精神的にというようなことで、通報したのではないかということは判断できます。ただ、この事件自体はですね、放火ですから自宅であっても公共の危険性というのはありますから、こういうものはすべきかなと、思うのですが。

（テープ一部聞き取り不能）

武井：引き続き事件として追うというのは初めて聞いたのですが、僕らは２４条で措置診察きちゃうと病院に預けられたと思っていたのですが。２４条は大問題で現場の警察官で判断してまさにトリアージュしちゃって病院に来るわけです。措置診察すればそれで終わりとなるわけです。

加藤：でも警察にはその権限は与えられてないわけです。

町野：２４条通報も、25 条通報とまったく同じですよ。不起訴処分にてしまうと動きにくいかもしれませんけど、処分保留のまま通報するって事はあって、その後動き出すことは可能ですから。必ずしも皆さんが前提されているように、エントベーダー・オーダー（註：二者択一）の関係ではなくてある範囲でできることはまだ残っているということです。実際には動いていないということが問題だと思いますね。

武井：ありがとうございました。最後にいろいろ疑問の多いところなんですが、他によろしいですか？　24 条通報は非常に大事なところなんですが。

花輪：ここにおる県立病院も群馬の皆さんも大変なご苦労をされていると思います。確か

にこの病院は患者さんが気楽におれる雰囲気のいい病院というのは分かりました。看護の方にお聞きしたいのですが、どうしても治療の難しい患者さんを扱っていると患者さんに対して、恐怖、憎しみとか、あるいは治療法に関して陰性的な感情を抱きやすいのですが。抱くなといっても無理ですが、**陰性的な感情**が強ければ、患者さんの心理にはいる治療ができにくいと思うのですが、そこのところはどうですか？誰にも言わないから本心を言ってくださいよ。

看護：おっしゃる通りで心理的な負担はかなりあります。職場に来るのがいやだという声がかなりこういう事例を通してありまして、その辺はドクターとか病棟のスタッフ同士で話し合って慰めてるということはあります。看護という仕事では汗流して働くのですが,やはり脅し、すかしだと1時間も耐えられないというのが現状です。50年代に2名ほど覚醒剤が入ってきまして今のE病棟ですが、そこでやはり牛耳られたという雰囲気があったわけです。身動きできないで朝行くと脅しです。で、家族を含めて社会に出れば住所調べて片をつけるということを毎日言われると、とてもじゃないけど働く意識というのはほとんど喪失されていくというのが現状です。そういう中で何とかしよう何とかしようというぐらいの話し合いでその日は終わるということが、しばしばありました。先ほどの事例にありましたように何人かの患者さんについては、今日散歩に行きましょうというのが定例で決まってますが、1人は処遇困難患者さん、あるいは措置患者さんで重大な犯罪を犯した方が、もし一緒に行くとなると、相当数を絞ったりだとか、この人がいるときはこの人を除こうとか、選別をせざるをえないことがしばしばあります。打開策がなければ先生頼みすることがしばしばだし、こちらもいい方法があればと試行錯誤の連日かなと思います。

武井：要するに病院は懲罰機能も刑罰機能もないわけですよね。普通の信頼関係なんです。医療ですから当然限界がある。脅かされれば非常に弱いと。こういうことですね。

山上：大変貴重な事例をご紹介いただきましてありがとうございます。こんなによく支えられているものとと思います。病院の皆さんのチームワークあってこそだと思いますが、それでも限界があって、恐らく制度の問題だとか施設の問題だとか様々な問題が関わってくるのではないかと感じます。また司法や医療とのあいだで宙に浮いちゃうというような事例がいくつか出てきましたけれども、やはりその間での連携、今日のような具体的なケースの実際の対応の時にこういう連携をして、具体的に協力して対応していけるようにする、あるいは選択肢を多くしていく努力が求められているように思います。本当にどうもありがとうございました。

触法精神障害者処遇実務研究会

（第２回司法精神医療研究会）

開催日時　平成13年12月８日（土）

会　　場　福岡県立精神医療センター太宰府病院講堂（管理棟２階）

第２回触法精神障害者処遇実務研究会　次第

開催日時　平成１３年１２月８日（土）（10：30～18：00）

会　場　福岡県立精神医療センター太宰府病院　講堂（管理棟２階）

〒818-0125　福岡県太宰府市五条 3-8-1　TEL:092-922-3137

『処遇実務研究会プログラム』

10：30～12：00

「福岡県立精神医療センター太宰府病院における触法精神障害者への医療」

○二宮英彰院長による病院の概要説明

○藤川尚宏副院長による緊急・救急病棟における治療状況の説明と案内

13：00～16：00

「処遇実務の検討―関連諸領域の専門家を交えて」

○事例紹介と意見交換（福岡県立精神医療センター太宰府病院）

事例１：二宮　英彰

事例２：小原　喜美夫

事例３：川原　健

16：00～17：00

「触法精神障害者への取り組みはいかにあるべきか」

―イギリスの調査結果を踏まえて―

○報告―各１０分

1．「医療システム・アフターケア等のあり方」

武井　満　（群馬県立精神医療センター・院長）

2．「施設内での医療のあり方」

小原　喜美夫（福岡県立精神医療センター太宰府病院・社会復帰療法科長）

3．「全般的な問題」

花輪　昭太郎（熊本県立こころの医療センター・院長）

○討論

17：00～18：00

「総合討論」

指定討論者―各５分

・川本　哲郎（京都学園大学）―法律家の立場から―

・筧　淳夫（国立医療・病院管理研究所）―建築家の立場から―

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
二宮　英彰　　福岡県立精神医療センター太宰府病院
岡江　　晃　　京都府立洛南病院
川畑　俊貴　　京都府立洛南病院
内谷　浩一　　京都府立洛南病院
筧　　淳夫　　国立医療・病院管理研究所
加藤　久雄　　慶応義塾大学法学部
川本　哲郎　　京都学園大学法学部
来住　由樹　　岡山県立岡山病院
黒田　　治　　八王子医療刑務所
佐々木　龍郎　佐々木設計事務所
武井　　満　　群馬県立精神医療センター
花輪昭太郎　　熊本県立こころの医療センター
大塚　直尚　　熊本県立こころの医療センター
田爪　　弘　　熊本県立こころの医療センター
堀　　　彰　　栃木県立岡本台病院
島田　達洋　　栃木県立岡本台病院
吉川　和男　　埼玉県立精神保健総合センター
服部　　功　　静岡県立こころの医療センター
西川　　寧　　静岡県立こころの医療センター

関連機関参加者

小林　孝吉　　山口県立病院静和荘
橋本　耕治　　山口県立病院静和荘
平野　　誠　　国立肥前療養所
村上　　優　　国立肥前療養所
吉住　　昭　　国立肥前療養所
上山　健一　　鹿児島県姶良病院
小田切　啓　　宮崎県立富養園
犬尾　貞文　　いぬお病院院長
佐藤　誠　　北九州医療刑務所所長
住田　豊治　　福岡県医師会常任理事
壬生　隆明　　福岡地方検察庁公判部検察官検事
岩崎　嘉喜　　福岡保護観察所
池永　　満　　福岡県弁護士会精神保健委員会
藤岡　義倫　　筑紫野警察署生活安全課
苗村　光演　　福岡県保健福祉部障害者福祉課
高橋　正伸　　福岡県保健福祉部障害者福祉課

平田　輝昭	福岡県保健福祉部県立病院対策長
河野　達海	福岡県保健福祉部県立病院課長
内村　　光	福岡県保健福祉部県立病院課
藤村　良一	太宰府病院事務長

病院関係者

藤川　尚宏	福岡県立精神医療センター太宰府病院副院長
小原喜美夫	社会復帰療法科長
濱田　博文	検査科長
矢野　　淳	内科長
川原　　健	精神科医長
豊永武一郎	医　師
永井　　宏	医　師
松井　幸子	医　師
田中みつ代	総看護長
水上　　一	看護長
堀下　政人	看護長
宮崎　康徳	庶務課
安武　秀樹	庶務課
岩本　瑞恵	庶務課

触法精神障害者処遇実務研究会

（第２回司法精神医療研究会）

1　開会の辞

（主催者挨拶）

二宮英彰　福岡県立精神医療センター太宰府病院長

皆さん、おはようございます。師走の土曜日、忙しいときにたくさん集まっていただきまして感激しております。

ご存じのように池田小事件以来、触法精神障害者の処遇に関する種々の検討が急速に進んでおりまして、こういう時期に、日本のオピニオンリーダーの方々と、実際に実務にあたり、病院の現場でいろいろ苦労をされている先生方と一緒に話し合うことは非常に有意義なことと思っております。どうか忌憚のないディスカッションをお願いいたしまして、初めのあいさつといたします。

（幹事挨拶）

東京医科歯科大学教授　山上　皓

この研究会の幹事として、会の趣旨等について一言述べさせていただきます。今回は２回目の事例研究会ですが、福岡県の精神保健、あるいは司法・法務の関係者の方々に加えて、九州各地から精神医療に関与される方々、あるいは九州以外の方もいらっしゃって、大変感激しております。会が大きくなった分、準備に大変な努力が要ったと思います。二宮院長初め、太宰府病院の皆様に厚く御礼申し上げたいと思います。

６月に、群馬の県立精神医療センターの武井先生のところで第１回の研究会を開いていただいて、触法精神障害者の医療と格闘される大変なご苦労の経過を学ばせていただきました。

その後、半年の間に、政府あるいは国会でも、今、その案がようやくまとまって、次期国会に、正規の案が提出される段階にまで来ております。日本の司法精神医療というのは100年も前に、呉秀三先生がその必要性を説かれてから、 100年の懸案として残っていたわけでありますが、ようやくその前夜に達したのかというように感じております。まだ一部に、この司法精神医療というものにいろんな懸念を持たれる方もいるようでありますが、私は、多少の曲折はあっても、必ず実現するものだと確信しております。

それは１つには、この間、イギリスに大勢でこの研究班の人たちが行くことができ、司

法精神医療の着実な進展を目の当たりにしたことによります。現地を実地に見てみればすぐわかるというように、欧米の司法精神医療というのは非常に大きな進歩をこの20年から30年の間に遂げていて、日本が非常におくれているのはだれが見ても歴然としている。今、その欧米の司法精神医療の専門家から日本のおくれが批判されているという状況があります。そのおくれというのは、単に触法精神障害者に対して、きちんとした治療サービスができないというだけでなくて、精神医療関係あるいは社会全体にいろんな深刻な問題を投げかけているということがあります。実際に司法精神医療が確立していれば防げる事件が次々と起きて、新しい被害者が生まれておりますし、そういう制度、施設が確立していれば防げる、あるいはもっと容易に取り組めるはずの触法患者の医療が、日本の一般精神医療の中で非常に困難な取り組みを迫られているということになっています。

また、一番大変な人たちにきちんとした対応ができれば、一般の精神科医療は、はるかに開放的な医療を今よりもできるはずですが、一般の医療が司法精神医療的な役割を日本では持たざるを得ないということから、それが随分大きなマイナスになっているということが、今回のイギリスの視察でもわかったように思います。

重大な事件を繰り返す**触法精神障害者**は、恐らく精神障害者千人に数人という程度の数にすぎないと思われますが、そういう人たちへの専門的なきちんとした対応を怠るために、日本の精神医療というのは随分おくれてしまっていると思うんです。イギリスでは、同じようなそういう数の人たちに対して、今、専門的にきちっと対応できる３千ぐらいのベッドを用意していて、一方で、一般の精神医療はベッド数を２万５千、ですから人口比で見て日本の５分の１程度にまで減らしていける。

また、日本では、一般の、たとえ病状が悪くなっても決してそういう暴力的な問題などを起こさない人たちと、こういう大変な事件を繰り返すような人たちを、同じ制度で同じ施設で見続けているわけです。そうすることから生ずる問題が、これからたくさん出てくることになるだろうと思います。時とともに、その実態が知られてゆけば行くほどに、専門の制度。施設の必要性が理解されていくだろうと思います。

前回の武井先生のところでも大変な取り組みがあったと思うのですが、この太宰府病院においても大変なケースを扱っていらっしゃると伺っております。苦労されてうまくいかない場合があるのはむしろ当然なことで、イギリスでの恵まれた施設、手厚い専門的医療体制、そして多額の資金も投じているものと比べると、日本は本当に徒手空拳で闘っているようなものです。非常に困難なことはよくわかりますので、そういう困難な中で、今何ができるか。実際に、何をしているか、何かできるか。そして、できれば、医療だけではなくて、精神保健、あるいは司法・法務にかかわる、今日ご参加の方々と率直に意見を交換して、新しい今後のあり方を一緒に考えていただければと思います。

どうぞよろしくお願いします。

○　出席者紹介

○濱田（大宰府病院）私は午前中の進行をさせていただきます当院の検査科長の濱田と申します。よろしくお願いいたします。皆様のお手元に座席表があると思いますが、座席の順に沿って、自己紹介と何か一言、ございましたら、お願いしたいと思います。

○川畑（京都府立洛南病院）　京都府立洛南病院の川畑です。急性期治療病棟に勤務していて、触法精神障害者もある程度の治療を行い、それからまれに非常に治療困難なケースにもぶつかっています。どうかよろしくお願いします。

○内谷（京都府立洛南病院）　私も京都府立洛南病院から参りました内谷と申します。来年度から私どもの病院も改築されまして、本格的に精神科の急性期医療を始めていこうと考えております。本日は多くの見地からお話を伺って、勉強して帰りたいと思っております。どうぞよろしくお願いいたします。

○佐々木（佐々木設計）　佐々木設計の佐々木でございます。今、触法のプログラムに取り組んでおりまして、今日はいろいろとお話を伺いたいと思います。よろしくお願いします。

○服部（静岡県立こころの医療センター）　静岡県立こころの医療センターの服部と申します。触法精神障害者の処遇ということは、県立病院としてもかなり担う部分が多いということで、先日、慶應大の加藤先生の研究会に出席させていただきまして、そのときに山上先生からこの会のお誘いを受けました。またいろいろと勉強させていただけたらと思いますので、よろしくお願いいたします。

○西川（静岡県立こころの医療センター）　静岡県立こころの医療センターの西川と申します。私どもの病院も県立病院で、触法精神障害者が多い状況で悩むこともいろいろ多いのですが、少しでも解決の糸口が見つかればと、いろいろ勉強させていただけたらと思います。よろしくお願いします。

○島田（栃木県立岡本台病院）　栃木県立岡本台病院の島田です。岡本台病院では、栃木県の精神救急システムの基幹病院としてかなり多くの数の触法精神障害者を扱っておりまして、その関係でいろいろ苦労していますが、前回、イギリスの視察に参加させていただきまして、いろいろ刺激を受けることが多くて、今回さらに勉強を進めさせていただこうと思って参加させていただきました。よろしくお願いします。

○池永（福岡県弁護士会精神保健委員会）　福岡県弁護士会から参加させていただきました弁護士の池永といいます。現在、精神保健委員会の委員長をしております。今、弁護士会でも、つい先日出されました与党案についての意見の取りまとめについて検討を行っておりますが、そういう点では、今日の研究会は非常に貴重だと思って参加させていただきました。

○岩崎（福岡保護観察所）　福岡保護観察所の岩崎と申します。私どもは犯罪者及び非行少年の社会内処遇における改善更生を所管としております。太宰府病院さんにも私どもの対象者がお世話になっておるようなこともあります。本日は、そういう意味で勉強させていただこうと思って参加させていただきました。
○佐藤（北九州医療刑務所所長）　北九州医療刑務所所長の佐藤でございます。北九州医療刑務所は、日本で４つある精神障害受刑者を収容する施設の１つで、現在 125 名の精神障害者が入所しております。ほかの収容者も合わせて、今日 275 名収容しています。現在、建物を建築中で、もう２、３年ぐらいかかると思うのですが、一応 45 億円の予算が投じられて、今、施設の新築が進んでおります。どうぞよろしくお願いします。
○黒田（八王子医療刑務所）　八王子医療刑務所で精神科医として勤務しております黒田と申します。よろしくお願いします。
○堀（栃木県立岡本台病院副院長）　栃木県立岡本台病院の堀といいます。太宰府病院の見学を楽しみにしております。よろしくお願いいたします。
○五十嵐（東京都精神医学総合研究所）　東京都精神医学総合研究所の五十嵐といいます。今は、私は主に研究ということでやっているのですが、この研究所に移る前は松沢病院の方で何年か勤めていましたので、また地域の違いとか、その辺も含めて教えていただければと思います。よろしくお願いいたします。
○岡江（京都府立洛南病院）　京都府立洛南病院の岡江です。よろしくお願いいたします。
○筧（国立医療・病院管理研究所）　国立医療・病院管理研究所の筧でございます。私は山上先生の研究班の分担研究者といたしまして、これからつくられていくであろう触法精神障害者のための施設、ハードウエアの条件整備について、今、研究を進めている最中でございます。よろしくお願いします。
○川本（京都学園大学）　京都学園大学法学部の川本でございます。以前から「法と精神医療学会」という学会に参加させていただいて、この問題には関心を持っておりました。５年前に、イギリスに１年留学していましたので、そのときにいろんな施設を見て、その当時、堀先生もブロードモアにおられたのでお世話になりましたが、その関係でずっと研究を進めてきまして、山上先生、加藤先生から声をかけていただいて参加させていただきました。そして、この間のイギリスの視察旅行にも法律家としてただ１人、参加させていただきましたので、また実務といいますか、治療の実際について、学ばせていただければと思っております。よろしくお願いいたします。
○花輪（熊本県立こころの医療センター院長）　熊本の花輪です。よろしくお願いします。
○武井（群馬県立精神医療センター）　群馬県立精神医療センターの武井です。第１回の会を私のところでやらせていただきました。どうぞよろしくお願いします。
○来住（岡山県立岡山病院）　岡山県立岡山病院の来住と申します。現行法の中で、どれだけのことができるのかということをやっていまして、岡山刑務所の非常勤をやっている

こともありまして、看護法の43条の移送とか、少年鑑別所からの移送、あるいは執行停止の移送とかがこの1年ぐらいで10件弱ぐらいの形でかかわりを持っています。よろしくお願いいたします。

○吉川（埼玉県立精神保健総合センター）　埼玉県立精神保健総合センターの吉川といいます。私はもともと山上先生の犯罪精神医学研究室で大学院生として勉強して、この司法精神医学の方に入っていきまして、その後、イギリスに2年ほど留学しまして、また臨床の方に戻ってきました。よろしくお願いします。

○小原（太宰府病院社会復帰療法科長）　精神医療センター太宰府病院の小原です。私もこの前、イギリスの司法精神医学の視察に同行しまして、目からウロコが落ちる思いで、やはり保安処分ではなくて、治療処分、治療がちゃんと行われているなということを実感しました。

○壬生（福岡地方検察庁公判部検察官検事）　福岡地方検察庁公判部の検事の壬生と申します。私は、公判部ですので裁判の担当を2年間やっております。いろいろな方の発表を聞いて、私なりに新たな問題意識を持って帰りたいと思います。よろしくお願いいたします。

○高橋（福岡県保健福祉部障害者福祉課）　今日は、行政サイドから福岡県保健福祉部の苗村医監が出席予定ですが、午後からということになっていますので、まずご報告をさせていただきます。私は、保健福祉部障害者福祉課の高橋と申します。日ごろ精神保健福祉行政の方に携わっております。本日の処遇実務研究会で勉強させていただければと思います。よろしくお願いいたします。

○平田（福岡県保健福祉部県立病院対策長）　福岡県で県立病院を担当しております平田と申します。よろしくお願いいたします。

○河野（福岡県保健福祉部県立病院課長）　同じく県立病院課長をしております河野と申します。今日は県外からもお見えの方におかれましては、ようこそ福岡においでいただきまして、ありがとうございます。今、私どもは経営ということで、病院経営は非常に厳しい状況でございますが、今日はまた違う観点から勉強させていただきたいと思っていますので、よろしくお願いいたします。

○内藤（福岡県保健福祉部県立病院課）　同じく県立病院課で太宰府病院を担当しております内藤です。よろしくお願いいたします。

○田爪（熊本県立こころの医療センター）　熊本県立こころの医療センター看護長の田爪です。今日は花輪院長の方から「おもしろいことばしよるけん、来んかい」と言われてやって来ました。よろしくお願いします。

○大塚（熊本県立こころの医療センター）　同じく熊本県立こころの医療センターの急性期病棟におります大塚と申します。以前、松沢病院に私もおりまして、門前の小僧的にこういった分野をかじっておりましたが、東京と熊本では随分状況も違うんだなと、いろい

ろ思っているところです。また勉強させていただきたくて、ここに来ました。よろしくお願いします。

○橋本（山口県立病院清和荘）　山口県立病院清和荘から参りました橋本といいます。今日はいろいろと勉強させていただければと思って参加させていただきました。よろしくお願いします。

○小林（山口県立病院清和荘）　同じく山口県立病院清和荘から来ました小林といいます。当院は４年後に新病院を予定しておるのですが、今日はしっかり勉強して帰りたいと思います。よろしくお願いします。

○小田切（宮崎県立富養園）　宮崎県立富養園から来ました小田切と申します。現在、閉鎖病棟、急性期病棟を担当しておるところです。この触法患者の問題というのは、精神科医だけでなくて、各分野の協力がないといけないと思っていますし、今日はいろんな方面から参加されているので、いろんな話が聞けたらと思っています。よろしくお願いします。

○上山（鹿児島県立姶良病院院長）　鹿児島県立姶良病院の上山といいます。よろしくお願いします。

○村上（国立肥前療養所）　国立肥前療養所の村上です。あと２人来る予定ですが、ちょっとおくれると思います。国立の施設は、この問題につきましては、ちょっと生ぐさい状況ということもありまして、どういう状況になっておるのかということで参加させていただきました。

○藤川（太宰府病院副院長）　太宰府病院の藤川です。後でお話させていただきます。

○松島（太宰府病院）　太宰府病院で研修医をやっております松島です。勉強させていただきます。よろしくお願いします。

○永井（太宰府病院）　同じく太宰府病院の永井と申します。よろしくお願いします。

○近間（太宰府病院）　同じく近間といいます。よろしくお願いします。

○松井（太宰府病院）　太宰府病院の松井です。よろしくお願いします。

○豊永（太宰府病院）　太宰府病院の豊永です。よろしくお願いします。

○山下（太宰府病院）　太宰府病院の山下と申します。よろしくお願いします。

○矢野（太宰府病院）　太宰府病院の内科長の矢野といいます。立場が違いますが、勉強させていただきたいと思います。どうぞよろしくお願いします。

○藤村（太宰府病院）　同じく事務長の藤村でございます。本日はよくいらっしゃいました。何もお構いできませんけれども、よろしくお願いいたします。

○田中（太宰府病院）　総看護長をしております太宰府病院の田中と申します。今日は看護の立場としましても非常に興味があります。勉強させていただきます。それと病棟の看護長をしております堀下、水上、松永です。よろしくお願いいたします。

2　太宰府病院における触法精神障害者の治療への取り組み

1）大宰府病院の沿革と、診療活動の概要

二宮英彰　福岡県立精神医療センター太宰府病院　院長

時間も押しておりますので、速攻でやります。私、病院長になりまして1年半で、やっと少し院長に慣れてきました。

この病院の特徴は、多分、緊急・救急病棟にあると思います。緊急・救急病棟は、次に話す藤川がこの2年間、担当していますので、私は病院の沿革と診療の内容をざっと話しまして、バトンタッチをしたいと思います。

病院の沿革（二宮：表1）ですが、昭和6年に、この病院は 100床でできています。昭和39年に 500床まで増床しました。このときに全面改築しています。今でもこの病院は丘の上のホテルみたいなんですが、39年に改築したときも丘の上のホテルみたいだと言われていたそうです。昭和39年以後、20数年間、療養型病棟をやっておりましたが、平成元年から、少し機能転換をしようということで病床数を少し減らしていきまして、平成11年4月から、今回の全面改築の1期工事で 340床を 300床にしております。太宰府病院というのを県立精神医療センターということで、センター機能を持たせるということで名前を変えております。

全面改築、機能転換の要点の1つは、緊急・救急医療に対応するということです。

もう1つは、社会復帰の促進。

もう1つが、今日的な精神医療の問題、思春期とか、痴呆、依存症、などに対応できるような病棟、病院をつくろうというのが目的でした。個室が96と非常に多いということも特徴です。

精神医療センターは、お手元の冊子（同封）を見られたらわかると思いますが、A、B、Cというブロックに分かれておりまして、Aは緊急・救急、急性期、Bは思春期、痴呆、合併症、依存症、Cは社会復帰、回復というふうに名前がついています。**A1棟は、30床で24人看護者を配置**しておりまして、そのうち**17人が看護士**でかなり**濃密な看護体制**をしいています。**ここで民間対応困難とか、措置、応急入院を引き受けています。**

先ほど言いましたように、**機能転換**を図りまして、例えば在院期間は、平成10年のときに10年以上が41．5%、5年～10年が 8.7%と、かなり多かったのですが、平成12年には、10年以上が 7.1%、5年～10年が4%と、長期在院者の割合が減っております（二宮：表2）。それは全体的な在院期間にもあらわれておりまして、**平均在院日数は急激に減少**しています（二宮：表3、図1）。平成12年度は142.6日です。