

入退院患者数も急激に増加しております（二宮：図1）。病床数が340とか360のときは、入退院は年間100～200人の間で推移していましたが、新しい病院になり伸びまして、平成12年度は入院が572人です。入退院の頻繁な、活発な病院になっています。

診断名別内訳も新入患者のところを見たらわかりますが（二宮：表4）、**精神分裂病は33%程度で、減ってきています。気分障害、人格障害等がふえてきています。**まだ在院者は精神分裂病が多いのですが、入院者を見ますと、精神分裂病は減ってきてまして、徐々に古い人が出ていけば、変わってくると思います。一応幅広い疾患、スペクトラムが来院してまして、教育・研修のためにも非常によい環境になっているのではないかと考えています。

### 救急医療システムへの対応

福岡県の精神科救急システムのことを少しお話します。福岡県では平成4年から緊急システムを立ち上げました。これは日祭日の措置相当の人を引き受けるシステムです。平成7、8、9年と実績がありますが、各々、15件、4件、11件と余り役に立っていなかったということですね。法改正がありまして、平成10年からは救急医療システムが立ち上がっています。これはいわゆる精神科救急でありまして、平日の夜間と日祭日に速やかに医療を要する精神病患者さんを受け入れます。

福岡県は、**情報センター**を設置しています。一般には非公開ですが、救急患者がありましたら、センターの方に通報して、センターが各ブロックに連絡して、患者さんを引き取ってもらうということにしています。福岡県は4ブロックに分かれています（パワーポイント：スライド1）。うちの**精神医療センター**は、**後方の専門拠点病院**という位置づけになっていますが、救急システムにも参加しています。

平成10年にスタートしまして、10年は1,083件、11年が1,501件、12年が1,931件と、飛躍的にセンターに対する問い合わせの件数は伸びております（パワーポイント：スライド2）。

特徴は、曜日別の受付状況でごらんのように、**土日の部分が非常に増加**しております。ほかのウィークデイはそんなに伸びていませんが、土日の問い合わせ状況が非常にふえているということです（パワーポイント：スライド3）。

しかし、問い合わせがあった後、必ずしも病院に行くわけではありません。問い合わせで、センターとのやりとりだけで済む場合もあります。実際に病院を紹介されて病院に行きまして、外来だけで済む人が結構な数あります（パワーポイント：スライド4、5、6）。**実際の入院の数は、例えば福岡ブロックでありますと、大体、年間190件**ぐらいで、日にちから言うと2日に一遍ぐらい救急システムで入院があっているというような状況です。福岡ブロックでは輪番病院が29ありますから、大体、一般の病院は二月に一遍ぐらい救急システムで入院があるというような状況のようです。

うちの12年度の実績をみますと、平成12年度は、**訪院は26名、入院21名、診察のみ**

5名となっております。結局、うちは毎週1回、救急システムの当番をしていますが、平均しますと、月に2〜3人ですから、おおむね一般の病院と同じぐらい、当番の2日に一遍ぐらいの救急システムの入院があるというような状況です。特別、うちが救急システムの入院が多いというわけではありません。救急システムの当番病院がどこかというのは、クローズドで一般に知らせていませんので、こういう状況です。入院患者を診断別で見ると、**精神分裂病が多い**ということ。それと、**人格障害が一般の入院よりも多い**と思います（パワーポイント：スライド7）。システム以外の入院の場合、1カ月未満の退院は32%ぐらいですが、システムだと47%というように、システムで入院された方は比較的短期間で退院される方が多いということです（パワーポイント：スライド8）。これは緊急・救急ということです。

#### 措置入院等の受け入れ状況

もう1つは、措置入院等の受け入れ状況です。実績を見ますと、平成11年、福岡県で新規措置は全体で124件、措置入院がありました。精神医療センターでは、そのうちの20件を引き受けています。全体の16%です。平成12年度は129件で、そのうち18件、14%と、大体1割5分前後を今まで引き受けてきたということです。

平成13年度は7カ月分の実績で新入院患者が21名、他院からの依頼が6名。これはほかの病院に措置入院したのですが、その病院では少し治療が難しいから、県病院で受け取ってくれということで受け取った患者さんが6名。11年度も6人、12年度は7人。平成13年度はB病棟、閉鎖病棟がオープンしたこともあって、少し患者さんの流れがよくなって、受け入れもよくなっておりますし、ほかの病院からの依頼も多いということです。多分、年間30数名、県全体の2割5分から3割ぐらいをうちがカバーするというようなことになると思います。

#### 緊急・救急病棟

問題点は、これから後、藤川が緊急・救急病棟の話をすると思いますが、緊急・救急の30床の病棟は、先ほどのような救急システムとか、措置入院というような緊急の入院も引き受けるとともに、民間対応困難な患者さんを引き受けるということです。民間対応困難な患者さんというのは1年とか2年、保護室とか個室をずっと占拠しておりまして、一定の割合で占拠されているところに救急がとんどん来るということで、いろいろ依頼があっても、外部から受けられない、お断りすることがあるというのが1つの問題で、これは精神病院協会と少し話し合いをして、民間対応困難な患者さん、長くなった患者さんで、ある程度落ちついた患者さんをお互いに受け持ち合うようなシステムをつくらなければならないのではないかと考えております。

B病棟は、先ほどお示ししましたように、思春期とか、痴呆、依存症と、いろいろな名前を冠していますが、実際は昔からの古い患者さんがある程度移っておりまして、そういう患者さんたちで占められて、名前どおりの機能がない。しかし、名前どおりの機能をも

たせようと思うと、マンパワーが非常に要るので、ご存じのように福岡県の県立病院は非常に厳しい状況にさらされておりまして、なかなかその辺のところはうまくいかないというような状況です。

回復期病棟というのは、アルコール依存症の患者さんなどがいるのですが、ここは一部はそういう依存症の患者さんで、一部は人格障害とか、うつ病の患者さんが多くて、なかなかうまく活用できていないというのが、現状の問題だと思います。

簡単に診療の概要と病院の沿革をお話ししました。この後、2年になる緊急・救急病棟について、藤川先生から、今の状況をお話ししてもらいます。

## 2) 大宰府病院救急・重症病棟における治療状況

藤川尚宏 福岡県立精神医療センター太宰府病院 副院長

**救急・重症病棟（A1病棟）**を担当しております藤川です。今日はその病棟の案内をいたします。先日、ちょうど全国自治体病院協会の精神病院部会があったときも病棟の説明をするように言われてお話ししました。そのときの話とほとんどは重複していますので、自治体病院からみえている方には同じような話になってしまいます。ご容赦ください。

先ほどから、ここの病棟名を緊急・救急と言ったり、重症というふうに言ったり、混乱しているかと思います。それは1つには、病棟の構想の途中で処遇困難という言葉を使って、えらいたたかれて、処遇困難とか、あんないいかげんな言葉をつけて、おまえらは本当にするのかと、えらい問い詰められたりしてトラブルになったりして進まなかったという経緯がありました。それで、途中で名前が変わったりして、今は何となくよくわからんような救急・重症病棟となりました。ネーミングもなかなかセンシティブな部分かと思います。

今日は、まず病棟の概要をお話し、次に、どんな患者さんが入ってくるか、治療してどうなったかを説明し、その後ぜひ議論まで行きたいと思いますが、おそらく時間が足りません。そこで、議論の前でいったん時間を区切り、病棟の見学をするのがよいかと思います。全く来られたことがない方もいらっしゃるし、病棟の見学を省くわけにはいきませんから。

### 病棟の構造〔スライドによる説明〕

スライドがちょっと見にくいですが、皆さんが今おられるところはこの部分の上の階に当たります。**救急・重症病棟**は当院ではA1病棟と呼んでいます。入り口はここにありません。ここは外来です。ここに救急の治療室、観察室が並んでいます。夜に救急で患者さん

が運ばれたときにはすぐ入院できるように、病棟のすぐ傍につくりました。

病棟の特徴としては、シンプルなL字型をとっているということです。先ほど院長が話しましたように、個室が多いのが特徴です。一番端に4床室があり、残りは個室です。ここに保護室ゾーンがあり、全部保護室です。保護室の前の廊下もなるべく空間をとりました。ここにナースステーションがあるという構造になっています。

庭をつくりたいという当初からの希望があり、庭をつくりました。3mぐらいの塀をつけています。この病棟の前身にあたる2病棟という男子病棟がありました。そこでこれからお話しするような患者さんを受け入れていたのですが、けんかが絶えないので、建て替えるならなるべく空間をとりたいと、ここのコンセプトになりました。それに、精神医療は暗いというイメージを払拭したい、とにかく全体を明るくしたい、その2つのことを特に心がけて設計しました。

#### 治療対象患者

病棟開設したのが平成11年4月でしたので、その4月からおよそ2年間でどれくらい患者さんがみえたかを簡単にお話いたします。

この期間に、病院全体では1,091例の入院がありました。そのうちA1病棟に直接入ってきた患者さんが167例ありまして、他の病棟に一たん入って、とてもやれないと転棟してきてA1病棟を利用した人が64例、すなわち、全部で231例がA1病棟を利用したことになります。今日は重症ということですので、このうち3日以上在棟した人に絞り、さらにその中での強制入院118例を取り上げてお話しします。すなわち、救急システムで入ってくる例でも1日だけで退院したり、次の日に他のより緩やかな病棟に移った例については省いたということです。

このグラフは、A1利用者の内訳です。措置入院がこのくらいいて、医療保護入院がこのくらい。任意入院が意外と多いという印象を受けられるかもしれませんが、任意入院だから開放でと普通にいうこととはちょっと違うような人たちが来るんですね。極端な話にはなりますが、「入らせてくれ、とにかく治療したい。ここで治療させなかったら死人が出ますよ」と言われたりすると、やはり入ってもらわないといけないかなという気になります。任意入院だから楽ということでは全然ありません。それから、こういう仕事に携わっておられる方はよくご存じと思いますが、措置入院と医療保護入院の患者さんの病態や困難さの違いはそれほど大きなものではありません。入院形態は、その場の保護したときの状況で、適当に医療保護入院になったり、措置入院になったりします。このごろ太宰府病院は措置入院の数が少ない、楽しっていると怒られたりしますが、理解がちょっとずれていると思います。

#### 強制入院によるA1病棟利用者の、診断別内訳

先ほどの強制入院に戻りますが、このような内訳です。簡単にICD-10の第一桁分類で分類してみたものですが、F0はいわゆる器質性の精神障害になります。F1のところ

中毒性です。ICD-10では本当は違うのですが、DSM-IVみたいに人格障害については、その合併している人を別個にこういうふうな、+F6 というのを併記してみました。例えばここはF1で、中毒性の人ですが、そのうちの半分ぐらいの人がF1+F6と人格障害を伴っていることを示しています。みなさんもお存知のように人格障害というのはその定義がとてもしいかげんであいまいなのですが、ここでの定義は、若いころから少年院に入ったり、入れ墨をしたり、いろんな暴力団に入ったり、殺人歴があったりと、そういった程度の意味です。そういう人たちは、ここでみるように大体中毒者の人の半分ぐらいです。ただ、だんだんここ(F1のみ)がふえてはいるんですね。つまり、一般の人も覚醒剤を結構やるようになってきたということです。グラフで一番多いのは、分裂病圏の患者さんです。分裂病はやはり大きな問題ということですが、そのうちのこの割合の方が人格障害を伴っています。

#### 他の精神科病院から転入する事例

A1病棟に入院された方のうち、この部分は他の精神科の病院から、うちではとても診れない、太宰府病院で何とかして診てほしいと、直接に転院してきたものです。どういう理由で、こちらに転院してくるのか、リストを挙げてみました。一番の方は、病院で治療を受け付けない。スタッフをすごく脅迫したり、暴言を吐いたり、かみついたりする。この人は暴力団で入れ墨をしています。次の方は、妄想があって、すぐたたきかかるということで、保護室から全然出せない。おまけに空手をやっているのが怖い。実際、主治医がなぐられて前歯を折られまして、こちらに来られました。それから、衝動的に暴行するのがなかなか治らないとか、アレルギーのため向精神薬が使えないという方もおられます。

まとめると、このように、暴力・威嚇が強い。威圧的な態度が強い。病棟内でほかの患者をゆすったり、暴行をしたり、組織だっていじめをする、それから、過去に犯罪歴がある、犯罪歴があると怖いということなどが、一般の精神科病院ではとても受けたくないという理由です。

それから、法的なトラブルになりそうな人もよく来ます。法的なトラブルになるというのは、何かちょっとかみ合わなかったときに、病院の方が訴えられるのではないかと。このように、すぐ訴えるような人はとてもうちでは診たくないということで、来られています。それから金払いが悪い。うちの近くに立派な精神科の病院があるのですが、そこはあたりまえのことですがきちんとお金を取るので、金払いが悪いと、すぐこちらに送ってきます。それから大男の方とか、空手をしている人というのは不利ですね。そういう方は一般の病院では嫌がられる。

#### 治療の効果

治療の効果をごく簡単に申し上げます。治療の効果はどうやって見るかというのは、いろいろ視点があるのですけれども、ここでは症状と生活態度と対人態度、治療態度に分けて評価し改善度として表しました。評価を症状だけに限定するとなかなか治らんというこ

とになりかねない。

このグラフでは図が見にくいですが、上に上がるほど「改善度がよい」ということで、右に行くほど、この病棟に入院している日数が長くなります。目立つのはピンクのところです。ピンクは分裂病圏の人です。分裂病圏の人を（※）と、（◇）に分けてみました。

（◇）の方は人格障害を伴っている人です。一見してわかるように、分裂病の人が特に多いのですが、その中でも人格障害を伴っている人では分布が右に偏っており、治療に時間がかかりなかなか退院できないことが示されています。対数軸でとっていますので、ちょっと見にくいかもしれませんが。この辺の方たちは治っていない。余り大声で言えないんですが、全然治っていない。（緑）のところは覚醒剤の人たちです。覚醒剤の人たちは入院期間が割と短くて 100 日前後で、大体何とか退院。人格障害を伴っていたとしても、大体そこら辺で片がつくということです。

このグラフは、先のグラフと全く同じ分布ですが、退院したかどうかを色分けしたものです。（水色）のところはこの日数で退院していったということです。ここに、まだ入院中という人たちがいます。この人たちは退院できない。全然治らない人がいまして、何度やっても人に飛びかかっていくとか、すぐなぐりかかるので、ずっと抑制しておかないといけない人もいます。

また、この辺の人たちは治ってはいるのですが、地域に帰れない。ある程度治ったから、後をお願いしますと、地域の病院にお願いするのですが、地域の病院が「いや、もうちょっとよくなないと」と、なかなか受け取ってくださらないので、病棟にたまっていくんですね。これは非常に大きな問題です。今、国レベルで何かつくろうとしているみたいですが、この問題をどう処理することになるのか、その議論も、今日の会でなされるだろうと思って楽しみにしています。

### 診断別転帰

これは診断別の転帰ということです。こういう診断名の人が A 1 入院治療の結果として、どういうふうになったかということをお並べています。

退院して、うちに通院している人が多い。この F 2 は分裂病圏のことですが、人格障害を伴っている人はなかなか退院できない。A 1 にたまっていきます。先ほどの説明と同じです。覚醒剤の人では通院なしというのがあります。覚醒剤の人は、こちらで治療しても後、なかなか治療関係がつながりません。「なし」というのは、本人が「通院しません」と、最初から言ってしまって、通院の計画すら最初から立てられないことが多い。まあそれでもいいかと思って退院させています。つまり、急性期の症状や精神病の治療はできても、依存症の治療までにはつながりにくい。

これは入院時にどこから来たかということと、どこへ帰っていったかということをおクロスさせたものです。ほかのところから転入院してきた人が 25 人いますが、最初の 2 年間に、当院にそのうちの 14 人ぐらいが残っているということです。

## 代表的治療例の経過

次の表に、代表的な治療経過を幾つか示してみました。今は、また状況が少し変わっていますが、ここでは本年3月までの話としてお聞きください。

最初の例は元の病院ではかみついたりしてまったく治療を受け入れなかった人です。頭を坊主にして、いかにもそれ風の方で、最初に入院した元の病院では、とても手をつけられない、寄るとかみつくとということで当院に紹介され転入院されました。覚醒剤の急性期の症状が加わりひどく攻撃的になったこともあります。この人は骨折をしていたのですが、その骨折の治療もさせていませんでした。うちに入院してからはほとんど抑制をしての治療、そのうちだんだんとご本人はおとなしくなられて、威嚇がなくなり、退院されました。覚醒剤はまあこのような経過で退院してゆかれます。

2番目の例は、紹介元の病院で保護室にいたけれども、治療をさせない。しかも職員に妄想を持って、どうにもならないということで来られました。当院に転入院後は、保護室でしばらくすったもんだしましたが、スタッフがよくやってくれまして、態度がやわらかくなったので、元の病院に戻りました。元の病院で「よくなったね」と言われて、こんな結果になると、太宰府病院もちゃんと仕事をしていると評価され、とてもよろしい。こういう形は病院構想の計画イメージに合い、理想的かなと思います。

次の方も妄想と暴行があって、とても保護室から出せないということで来られました。この人も空手をやっていました。しかし、転入院後も、この人はよくなったり、悪くなったりを繰り返していて、結局今は保護室に戻りました。どこにも本人を出す場がなくて、うちの保護室をずっと万年的に占めるような形になってしまいました。この人たちをどうするかと頭を痛めているところです。

次の方も暴行、威嚇がひどくて、保護室からやはり出せないと転院してこられた方です。この人も入院していた民間病院の院長に妄想を持って、威嚇がとにかく激しい。この方は拒薬もひどくて、元の病院では飲ませることができなかったのですが、当院に転入院してからはだんだんよくなって、ついには薬も自分からちゃんと飲むようになりました。ただ、幻覚妄想は強く残っています。突然どなったりする。しかし、保護室から出て、隔離も必要なくなったから、地域の病院に帰そうということで、お願いしたのですが、地域のどこの病院もなかなか受け取ってくれません。「大部屋で過ごせるようにならんと、うちは取れないんだ」と言われて、この調査の時点では退院ができていませんでした。そこで、本人と相談して、大部屋にトライしまして、1回目は失敗しましたが、今度は何とかもっていますので、この間早速地域の病院に電話して、「大部屋でやれています」と言って、なんとか受け取ってもらいました。でも、その病院の方も本当は受け取りたくはないんですね。実際に以前に殺人歴がありますので、怖いだらうと思います。私が民間病院の立場だったらやはり受け取りたくないだらうと思います。

最後の方は、大男の方で、福岡県で非常に有名な方です。今の病棟をつくる契機のひとつ

つになったとも言えます。それは、この人が前の病棟に入院してきて、保護室をめっちゃめちゃにして、怖いことがいろいろあったからです。これは頑丈なのをつくらんといかんということで、保護室がしっかりした今の病棟ができ上がりました。これは後で、小原ドクターが話します。

〔スライドを終わり〕

## （病棟の見学）

施設見学後の質疑応答

1) 運動する場所は必要ないと考えたのですか？

〔答〕作ろうかとも考えたが、作らなかった。あるほうが良いと思う。

2) 廊下が広いが、どのような意図があるのですか？

〔答〕イギリスの施設で、肩が触れ合うような感じで気になった。このため、廊下は広くした。

3) 大部屋はどのような理由で作ったのですか？

〔答〕今考えると個室だけでも良かったかもしれない。ただ、元の病院へ転院する場合、大部屋で過ごせるといったほうが受け入れ側も納得しやすいということはある。

4) ゾーンを扉で分けられるようにしているが、実際に扉を閉じて使用したことはあるのですか？

〔答〕1度か2度、短期間のみ行ったことがあります。

5) 構造上でちょっとまずかったと感じているような点はありますか？

〔答〕ナース・コールを音探知型にした（天井に設置）が、実際詰所に聞こえているか分かりにくくて不安がる患者さんがいる（感知した場合は赤色ダイオードが点灯するが、分かりにくい）。注）

6) 保護室に食事を入れる部分（給食口）があるけれど？

〔答〕やはり、危険な患者さんがいて、入るたびに複数の看護師で対応しなければならないことがあるので、設置した。なるべく使用しないようにしている。

注）喫煙室が、看護詰め所から見えない部分にあり、火（ライター）の管理に苦慮していることも付け加えて起きます。



## 2) 事例検討

### 事例A

二宮：症例のレジメをご覧ください。

事例A： 男性、現在37歳、

診断：反社会性人格障害

精神分裂病→遷延・持続型の覚醒剤精神病／フラッシュバック

### 現病歴

三人兄弟の次男、末子。離島に生まれ、1歳時、大阪に転居。父はアルコール依存で幼少時から両親は別居、離婚した。母と義父との生活から、あるとき、父と兄姉との生活に変わるなど、生活基盤は安定していなかった。中学2年の1学期から学校へは行かず、親元を離れて働き始めた。建設資材のリース会社、調理師見習い、バーテンなど職を転々とした。17歳時、山口組系事務所に出入りするようになるが、正式な組員ではなかった。21歳時、知人らと不動産会社を構えるが、1年位で倒産。その後も不動産業に関わっていたが、ほとんど遊び暮らしていた。

23～24歳頃、放免祝いに本家の提灯と下部組織の提灯を間違えて持ってゆき、それで具体的にきつく責められた訳ではないが、どうしていいかわからず、逃げ隠れする生活が始まった。生まれ故郷の島を訪ねたり、東京や東北へ行ったりしたが「いつ命が狙われるかわからない」と居場所がなかった。

26歳時、「男を上げる」ため銀行強盗をすることを思いつき本県にきた。窃盗未遂で逮捕され、精神鑑定も受けたが、懲役6ヶ月、執行猶予付きの判決を受けた。更生施設に入るが精神的に変調をきたし、精神病院に紹介され、T病院に入院。その後2年間に3回の入院歴があり、通院は規則的であった。アパートに単身で生活保護を受けての生活だった。

この間、追跡妄想は程度の変動こそあれ持続しており、「ああしろ、こうしろ」の指示的な幻聴も続いていた。特に、外来通院中の妄想気分が強く、不食傾向も見られていた。

6年前に大阪へ戻るが、些細なことで付き合っていた女性を包丁で切りつけ、反省して自ら指を詰めたためP病院に入院したが落ち着くことができず、10日間の短期入院であった。すぐにまた、「男を上げなければ」という思いと幻聴に支配され、モデルガンを持って銀行強盗に入り、結局は途中で馬鹿々しいと我に帰り取り止めたところで逮捕された。起訴猶予の処分であつた措置と判断され、Q病院に3週間措置入院となった（診断：精神分裂

病)。

Q病院を退院後2カ月ほどで、考えがまとまらなくなり、「死なないかん」という思いと幻聴に支配され、マンションの屋上から飛び降り、第一腰椎骨折、右足痛、脊髄損傷による排尿困難が見られた。R病院に移って、精神科的治療を受けつつリハビリを続けていたが、追跡妄想、幻聴は続いていた。1年ほどして退院すると福岡へ行き知り合いの女性のアパートで暮らすようになった。S病院へ通院していたが、薬に対する疑念も生じ服薬はほとんどしていなかった。

#### 当院入院と外来通院

4年前の正月明けに、大阪の兄宅へ今後どうしたらいいか相談するため訪れたが、相談はできずに考え事ばかりしていて不眠。翌日、以前世話になった人に「不義理を詫げる為に指を詰めよう」と包丁を持って出るが適当な場所がなく、そのまま福岡へ帰ることにした。この時、「日本にいても仕方がない。ニューヨークにいて世界一の男になろう」とハイジャックを思いついてこれを行動に移したが、機長の機転で止められ、中止し逃げ出したところを逮捕された。逮捕後、起訴猶予となりT病院に入院して精神鑑定を受けるが、措置非該当、要医療の判定で3年前の春に当院へ医療保護入院となった。4カ月後に退院。

#### 繰り返された入退院

1回目の退院の1週間後に2回目の任意入院(2カ月間)。痛風のため鎮痛剤を使用し吐血。その後、精神変調をきたしたため。退院後は当院通院。

その1カ月後に3回目の任意入院(2カ月間)。一緒に生活していた他患がアパートを出て行ったあと緊張感が出て来て、不眠が出現。訪問看護で入院を勧めたところ来院して入院したもの。退院後は当院通院。

4回目の入院はその半年後、3年前のこと、任意入院(1カ月)。不動産の仕事がしやすいと暴力団に入ったが、「暴力団から殺される」と警察を訪れ保護された。覚醒剤反応(+)であった。

5回目の入院はその3カ月後のことで、任意入院。知人で大家の女性を殴って警察に保護された。当院外来通院。

6回目はその3週間後、様子がおかしいと自ら主治医に電話し、主治医の勧めで20日間入院。退院後、第一回目の外来通院時、カルテに。穏やか、笑顔ありという記載あり。

退院の40日後に警察署から問い合わせがあり。殺人容疑と。最終的に、殺人、死体遺棄で起訴された。

## 問題点

- 1) 医療と司法の選別
- 2) 初回鑑定結果（精神分裂病）の影響
- 3) 犯罪の予測ほどの程度できたか

## 追記：主治医への手紙

逮捕された1年後の本人からの手紙には、「ご無沙汰しておりましたが身体の体幹機能の苦しい障害が出て来ており、整形外科、泌尿器科、内科・精神科神経科・眼科・歯科総合的な病院で身体を治したいので、病院に入院する手続きをお願いします。どうか、宜しくお願い致します」とある。

以上のような症例ですが、この症例は途中で精神分裂病という診断がついて、なかなか司法の方へ回ることがなかったということと、最後は、一応服薬して定期的に通院していましたが、結局、お金のトラブルで殺人、死体遺棄という事件を起こしています。事前に予防することができなかった。その辺のところの問題点ではないかと考えております。

## 〔質 疑〕

（覚醒剤乱用について）

質問（来住） 診断が覚醒剤精神病ということになっていますけど、薬物使用歴について、どの程度把握されているのでしょうか。

二宮：覚醒剤使用歴は確かにありますが、これは私の症例ではないので、誰か薬物使用歴を知っている人。

司会（藤川）：覚醒剤使用歴はあります。僕は主治医ではなかったのですが、知っていて、彼はよく病棟で若い者を自分の用心棒に使おうと、すぐ声をかけるんですね。やはり私の患者が彼のところに外泊したら、一晩で悪くなって帰ってきました。そのとき覚醒剤を2人でやっていたという事実があって、覚醒剤には非常に親和性がある方です。結構、ちょこちょこほかの患者にも勧めていたらしいという情報はあります。

質問（来住）：今の病歴からだ、23、24歳ごろから精神変調を来し始めたようなことが

書いてありますが、それと覚醒剤の使用歴がどういふふうにつながっているのか。覚醒剤使用によって精神変調を来し始めたのかどうかということはわかっているんですか。

二宮：これは入院カルテと外来カルテを見たのですが、その辺の覚醒剤との関係のことはきちんと調べていなかったですね。入院時は「妄想気分みたいなのがあって、病歴から見て精神分裂病であるのは明らかである」というような記載がありました。

武井：この問題は、しょっちゅうどこでも議論になるんですが、要するに分裂病の患者さんが覚醒剤を乱用したのか、あるいは覚醒剤が引き金になって精神障害を起こしているケースか。そういうところで結構、責任能力とかの問題がいつも大きく変わってしまうところがあると思うんですね。分裂病であっても覚醒剤を乱用していたら、有罪という形で起訴されてしまうとかですね。ですから、その辺がいつも司法と医療のどちらで対応するかという問題を難しくさせている。特に覚醒剤の問題はいつも同じ議論で、どちらでも対応し切れないということはあると思うんですね。なかなかはっきりと明確な区別はできないと思うんですが。

二宮 入院時の記載を見ると、格好はいかににも人格障害というか、キンキラキンの時計をして、対応はしっかりしているような記載でした。情勢として診断名で責任能力を判断するというよりも、犯罪を犯したときの状態像で結局責任能力があったか、なかったかを問うような方向にありますので、この人の診断のことはよくわからないんですけど、少なくとも全体の流れから見ると、自分がやっていることはある程度自覚してやっていたというふうに考えます。

(殺人事件について)

質問 (吉川) 最後の殺人事件では覚醒剤は出なかったんですか。急性中毒として精神症状が出てるのか。フラッシュバックとなれば、全く使っていないはずですから、前提として。

二宮：これは問い合わせがあったという記載だけで、中身は全然わからないです。

質問：この時の事件は、精神分裂病者の妄想状態として事件を起こしたというわけではない。

二宮：というふうに、司法は判断したみたいですね。この方はちょっと環境が変わると、確かに非常に被害的になって、その被害的になる部分がもともとの本人の性格なのか、病気のせいなのかというのはよくわからないのですが、少なくとも入院してしまうと、服薬して、すぐ比較的落ちついた状態になる。ところが、服薬のコンプライアンスのことはわからないんですが、退院すると、お金のことで猜疑的になったり、対人関係でも猜疑的になってすぐ不安になる。ですから、しばらくはすぐ主治医の方に言ってきておったんですが、最後の事件のときは、2週間目に来るはずの1日か2日後に警察の方から問い合わせがあって、事件が起こったということらしいです。

質問 (吉川) 犯行の期日はわかりますか。

二宮：6日か何かだったと思います。1日前か、その日か。

質問（川本）殺人の容疑がかかって、警察が問い合わせているわけですから、犯行はそのまま前だと思うんですね。退院されたとき、あるいは外来受診にされたときの予測の関係で、例えばこれが最後の診察の翌日にあったのか、あるいはその1カ月後にあったのかでは予測事態も随分違うと思いますので、犯行の日がわかれば、教えていただきたいと思います。

二宮：申しわけないけど、正確な犯行の期日はすみません、調べればわかるかもしれませんが、今、わかりませんね。

質問（川本）通院日と犯行までの期間は予測可能性に関連があると思うのですが。

二宮：1日、2日で起こっているということだと、予測できなかったというようなことですか。直後に起きているようだったら、例えば主治医の見落としという可能性もあるということですね。

#### （精神鑑定と責任能力判断）

質問（吉川）通常、このように精神病歴、あるいは入院歴があると、最後の事件のときに検察は、起訴されるかどうかですけど、精神鑑定はほとんどされるはずと思うのですが、どうなっているか、その後の経過聞いていませんか。

犬尾：このケースは、たまたま鑑定書を読む機会があったんですが、これは一番初めにJ大学のX先生がされて精神分裂病という判断でした。それが分裂病といったのはおかしいということでY先生は有責だという形でまたひっくり返した事件ではないかと思うんです。その内容は、退院した後、銭儲けの話を前の知り合いの人間とやって、その話がうまく銭儲けを誘い込んだ男が嘘をついたような格好になって、やりとりが随分あって、犯行時はそのときにたまたま偶然に電話がかかってきたのを被害的にとって、殺して、あと関西の方に運んだという事件だったと思いますが、そういう大きな流れからすると、退院してすぐやった事件ではなくて、しばらく時間経過がどれくらいか、2、3週間なり、ある程度の場面が幾つか分かれて、焼鳥屋でどうのこうのとか、いろんな場面が出てまいりますので、直後の犯行ではなかったように記憶しております。

#### （覚醒剤のトリアージュ：司法か、医療か）

質問（来住）4回目の入院のときに覚醒剤反応（+）となっていて、しかも、そのとき警察は暴力団から殺されるという訴えのもとに保護なさっているわけですね。こういう場合の扱いは、いわゆる精神科救急の場合の覚醒剤のトリアージュというのはモデルになりやすいと思うんですけど、このときになぜ逮捕にならなかったのかということは、1つ疑問点として残るところと、もう1つは、それぞれの入院が短期間である。例えば5月11日の入院も2週間で退院なさっているということは、患者さんを診ずに評価は

できませんけれど、このときに覚醒剤（＋）ということもありますし、覚醒剤の影響が非常に濃厚に示唆されるようにも思います。このとき逮捕にならなかったのは、なぜなのでしょうか。

二宮：外来カルテしか見てないんですが、そこのところはきちんと書いてなかったですね。

武井：この点で、覚醒剤の場合のトリアージというのは1つのモデルになりやすいということで、一般化して話をしたいと思いますが、私どもの病院の場合は、いわゆる警察保護で来られた場合、覚醒剤を疑った場合は一時お預かりはしますけれど、陽性が出た時点で逮捕していただいています。そういう関係は、多分どこの県においても、ある程度可能ではないか。ただ、それができたからといって、最後の事件が防げたかどうかは、また別の問題となるんですけど、一番最後におきまして、11月9日に退院なさって、その後事件は1カ月以内ですから、非常に単純に理解すれば覚醒剤の使用がその間にあったということになれば、非常に理解はしやすくなってしまおうと思うんですけど、意見のみお伝えします。

#### （再犯防止を可能とする医療体制の整備を）

吉川 僕も一度、こういう再犯の予測に関して、随分統計的に研究したことがあったんですが、この人は前歴とか、覚醒剤のこういった頻回な使用歴、あるいは精神症状がある、あるいは妄想がはっきり出ているような人、こういう人は明らかに再犯のリスクは一番高い。これは司法精神医学的ないろんな見地から考えると、ハイリスクの患者さんなんです。こういった患者さんをどうやって我々の今のパッケージでケアしていけるのかという問題が一番重要で、こういった場当たりの対応では多分この人をちゃんときっちり再犯のリスクを下げた社会に返すことはできないと思うんですね。こういった治療をこういう人に提供していくかということを見ると、こういう患者さんには覚醒剤に対する依存の治療をしっかりするとか、あるいはフォローアップの体制を十分にしておいて、覚醒剤をスリッパしていないかとか、そういったことをかなりまめにやっていかないと、非常に危ない患者さん。特にハイジャックといったような重大事件を一度起こしていますから、その後にもう一回同様の事件を反復するんじゃないかという意識は、多分、恐らくイギリスだったら、この人はなかなか退院できない。恐らくブロードモアあたりでも7年間、その後中間保安でまた2年間。その後十分なサポート態勢をつけて薬物の依存性がないかどうかを周りでケアしながら、かなり慎重にフォローしていくというようなケースだと思うんですね。

黒田：私の感想ですけども、来住先生が言われたのもそうですが、前、武井先生のところでもそういうふうに覚醒剤で後で起訴してもらおうというふうに言っていましたが、こういうのは日本では制度的な欠陥で、こういうケースは、大体これが一般のところでは限界というところがあるんだと思うんです。本来であれば、イギリスのように、退院した後で保

護観察のような制度、あるいは定期的にきちんと訪問ができるような形、あるいは切れればこちらから再入院させるとか、そういうことまでして服薬の中絶とか、薬物の乱用とか、そういうものを防いで社会でサポートする制度があるわけですが、その制度が今ないとすると、せいぜいできるのは入院治療が短期間で終われば、覚醒剤で改めて引き取って、刑務所に送ってもらうぐらいのことしかできないんですね。理想的に、もしフォローして、治療的に診ることができればいいんですけども、こういう人たちはすぐ離れてしまう傾向もありますから、今の日本では、そこを余り医療の方でというのは、今、限界があるんじゃないだろうか。だから、制度が変わらなきゃならないんじゃないだろうか。私はそういう意見を持ちました。

(再び覚醒剤のトリアージュ：)

二宮：先ほどの覚醒剤反応のことですけど、これはうちの精神科救急システムの話し合いで出たのですが、覚醒剤使用の可能性のある人を病院で例えば採尿して、覚醒剤(+)のときに司法の方に行けるかどうかと言ったら、福岡県の警察の方は、「それは無理だ。証拠にならない」と言われるんですね。そこはたしか群馬の方はきちんとやっているという話なので、そこをお話、聞かせていただけますか。

武井：この問題は大変な苦勞をして、何とかかんとか私の県だけはつくってきたのですが、以前は、連れてくればともかく入院。病院でとった尿検査は証拠能力なしという形ですね。入ってきて、抱え込んでしまうことが多かったんです。そうすると、ほかからそれを聞いた覚醒剤の患者がまた入ってくる。病棟中が覚醒剤の患者でいっぱいということになってしまうんですね。それではまずくて、さんざん苦勞する中で、幻覚妄想の症状があるから、それは治療します。そのかわり指定医が、覚醒剤を疑ったときは必ずもう一回、警察で尿検査をしてください。そうしなければ治療は受けませんと、そこで勝負するわけですね。

警察は、尿検査をやるのはいいんだけど、なかなか令状が取れないとか、いろいろ言うわけですね。裁判所にすると、そんなことはないと言うんですけど、警察はともかく証拠がないと取れないんだと、そう言うわけです。「指定医がそう言ったんだから、やってくれますね」「じゃあ、やります」という形で、そこで約束させる。

あくまでも司法の責任、警察の責任でやってもらうわけです。僕らはお預かりしているだけ。治療を請け負っているけど、身柄はあくまでそちらに責任があるんですという形で、尿検査に来ますね。陰性ならばそのまま精神の入院になりますけど、陽性ならば治療が終わった時点で連れていく。そうすると、これは連れていきますね。我々がやったのではなくて、警察が来て令状を取ってやった尿検査ですから、ちゃんと証拠能力はあるわけです。そのかわり大変ですね。いろいろ器械を持ってきて、写真を撮ってやっているわけですね。あくまでも責任主体は警察にあるという考え方をとっているわけです。それをやってからは、警察もやたらに連れてこなくなったし、ほかの患者も入ってこなくなったということ

です。

(通報義務と守秘義務)

質問：病院に入院した後に尿を取って覚醒剤反応が陽性であっても、守秘義務の関係で、外部には出せないんじゃないかと思うんですが。

武井：その議論はあるんです。それをどう乗り越えているかと申しますと、まず、来られた時点で、もちろんご本人、覚醒剤依存症の方がSOSを出されて、自分から来られた場合は議論はまた別です。警察が保護して、強制介入で来られた場合に限定して一貫してやっていますけれど、それを疑った時点で、私どもの方で採尿をいたします。陽性が出た場合はお伝えしますので、強制採尿の手続をしかるべく取ってくださいということを事前に約束しております。そういうことが守秘義務に抵触するのかどうかということについては、さまざま議論があるんですが、一応、どういうのですか、法律上の言いわけは公務員としての通報義務は守秘義務を上回るということも弁護士との話の間で可能であるということは聞いております。あと、公務員でなくても、一般人として通報することも問題はないわけです。ただ、問題は制度上の欠陥としては、麻薬等取締法においては通報義務があるけれども、覚醒剤等については通報義務がないというところでジレンマが生じているということは認識しております。それと同時に、今のところお礼参りはない。ただ、そのお礼参りが起き出したときに、どう考えるのかということはあるんですが、私どもは小さな県ですけど、この1年で、そういう形で5人逮捕されています。

藤川：こちらに法律の専門家もおられますので、今の件について発言を。そこは私も非常に気になっているんですね。

(警察、検察の、覚醒剤乱用者への対応)

藤岡(警察)：他県の場合の例については、詳細に承知しておりませんので、まず本県の場合です。警察が保護をした段階で、尿の陽性反応があったのになぜ事件処理しないかと、こういうご発言ですけども、いわゆる現場に行って、警察が保護している段階、いわゆる警察の実力下に置いている人物から、尿を出します。犯罪捜査の検査に使用して構いませんよという意思表示が仮にあったとしても、その保護下、いわゆる警察の実力範囲内にいる人物の提出した尿については証拠採用ができないわけですね。後々これを鑑定に出して、陽性反応が出たとしても、裁判で証拠排除されてしまいます。いわゆる不当逮捕とか、そういった面も追及されてくるわけですね。ですから、陽性反応がこういった形で出たのか。恐らくドクターが治療の過程で、本人が出した尿を自分の方で鑑定された結果で陽性反応と、こういう記録になっているかと思えます。あくまで今言った治療下であるとか、そういった段階で、本人が任意に出したとしても、これは任意性を疑われる尿ですので、証拠が排除される可能性があるわけです。

こういった場合、警察が事件化するにはどうする方法があるのかという点につきまして、本人が保護された時点で注射器を持っていたとか、覚醒剤が入っていたパケ、こうい



ったものを持っていたとか。もちろん覚醒剤そのものを持っておれば、即鑑定できますね。あるいは注射痕がある。覚醒剤の使用前歴がある。あるいは第三者の目撃がある。こういった状況が揃えば、その時点でそういった証明ですか、立証して行って、裁判官から差し押さえの許可書をとるわけです。こういった手続を踏んで、本人から尿を取って、その結果、陽性ということになれば事件化は可能だと思います。その後、立件まで行くかどうかというのは、また別の問題ですね。

ただし、これも体内の尿から覚醒剤の反応が出るのは、警察の過去の例から言いますと、使用后長くて10日間、おおむね1週間ぐらい。ですから、今申し上げた客観的に使用の疑いを持たれる証拠が揃わないと、最終的にはドクターのもとに陽性反応の出る尿があったとしても立件はできない。差し押さえそのものもできないということです。また質問があればお答えしたいと思います。

それから、先ほど警察がどうもそういった覚醒剤使用の疑いのある人物を病院の方に送り込んでおるといふかのごとき認識を与えるようなご発言、私の取り方でしょうか、ありましたが、私はこういった現場に十何年携わっておりますが、そういった人物を送り込んだことは一切ありません。例えば、24条通報した後でそういった疑いがあるというような仮にドクターの方から通報があれば、先ほど言いましたように、あくまでも立件に向けて令状が取れるか。これは時間との勝負でありますから、そういったことで福岡県警は対応しておると思います。また群馬の方は病院との協力関係があり、打ち合わせができて、うまくいっているのではないかと思います。あくまでも今言った証拠採用の面から、問題が非常に多いということをおっしゃりたいと思います。

藤川：それに関連してのことですか。では、短めにお願いいたします。時間が超えてきましたので。

質問：今のお話で、ちょっとお聞きしたいんですが、国立下総療養所のZ先生、覚醒剤に詳しい先生がよくおっしゃるんですが、患者さんが覚醒剤をやって病院に見えた場合に、おしっこを持って自首させると、よくおっしゃるんです。そういった形でやった場合は、事件化というのは可能になるわけですか。患者さん自身が自分でやったんだと言っていた場合、自分のおしっこを持って警察に自首させるというふうにおっしゃっているんですけども、その点はどうでしょうか。

壬生（検察）：先ほども出ましたが、みずから尿を出しますと言って持ってきたら、それは何の問題もないわけですね。もっと言えば、その尿がその人の尿だという結びつきに関する証拠がないんですね。それはだれかの尿を持っていったかもしれない。警察もそうですけども、任意でみずからの意思で判断してやると。先ほどの状況というのは錯乱状態とかいっぱいあるので、その任意というところに問題が生じてくるわけです。自首するのは勝手ですが、結びつきに関する証拠が非常に微妙になるので、そこの問題をどうクリアするかというのが問題なわけです。警察で普通、任意に尿を提出してもらって、領置してそ

れを鑑定に回す。それは明らかに目の前で、彼が任意に出したというところの現認があるわけですね。だから、結びつきとか、別のものを混入した疑いがないとか。逆に言えば、罪証隠滅でほかのものを混ぜるとかあるわけです。そういうところの手続的な保証というか、証拠価値の保全というか、そこが微妙な問題になるわけで、任意に出すという点でいけば、何ら問題もない。

だから、証拠として採用するときの結びつきの証拠がないと、証拠としての価値がない。目の前でやったということを証明しなきゃいけないわけです。お医者さんがやるのか、だれかが確かに彼が目の前でやった。みずから尿を出して持っていくぐらいならば、警察で出せば足りるわけですね。時間的な間隔というのはそんなにないわけですから。持っていていけるのもいいし、持っていて、さらに警察の捜査官の前で任意に出すということをするれば、何の問題もないと思います。

（再び守秘義務について）

藤川：ありがとうございます。先ほどの守秘義務の方との関連はどうですか。弁護士さんと検事さん、両方おられますので。

壬生（検察）：我々の立場からいけば、現行犯、だれかが犯罪を犯しているということを現認すれば、だれでも逮捕できるわけですね。逮捕、自由を束縛することができるわけですから、犯罪があるということをわかった人は通報しなければならんわけです。先ほど言われたように守秘義務というものを上回る1つの公益的な、公共の利益といいますか、公益性があると。

藤川：それはコンセンサスが得られているんですね。弁護士さんの方もおられますので。

池永（弁護士）：司法的にはコンセンサスは得られていると思います。

藤川：得られているんですね。

池永：通報したからといって、守秘義務違反に問われるということはないと思います。それは大丈夫だと思います。

（司法と医療のいずれでみるべき患者か）

質問（吉川）：このケースですけど、結局この人は、皆さんどういうふうに考えるかということですね。要するに司法に送った方がいいのか、あるいは医療で見た方がいいのか。特に実際に診られていた先生にお伺いしたいんですが、本来、この人は治療が要らないのかどうか。やはり何らかの形で治療を医療側が診ていくケースなのかどうか。要するに警察に送ればいいのかどうか、あるいは本当は警察にある程度介入してもらいながら、最終的には医療で診た方がいいという、どちらのケースだとお考えになりますか。

二宮：結局、司法の管理下で精神医療はきちんと受けた方がいいと思うんですね。

小原：私も主治医ではないんですけど、近くでレクリエーションのときに一言、二言話したことはあるんです。一目で危険な人物だとわかりますね。絶対つき合いたくないタイプです。アンタイソーシャルというよりもサイコパスだと思うんですね。単純な、短絡的

な暴力というわけではなくて、やはり裏でだましたり、陥れたり、たくらんだり、そういうサイコパスという感じがあるので、この人はたとえ分裂病があったとしても、あるいは覚醒剤の精神病があったとしても、入院治療、今の日本の医療では治療はとても不可能。でも、理想的にはどこかで治療した方がいいというふうに考えています。

山上：日本の現状では、司法と医療のいずれかということは、よくない選択肢二つの中でどちらがましかという程度のことなんです。イギリスのようなサポートをきちっとできる、あるいは人格障害を併せ持った人の治療についてもきちんと長期的に取り組めるところなら、初めて、これは医療の対象だし、ちゃんと社会復帰まで医療ができるはずと言えるのだけれど、今の日本では、こういう人はどちらに行っても中途半端な対応になる。司法に行けば、すぐ短期で出てまた繰り返され、その中で病的になっておかしくなるということがあつし、医療の方で診れば、ある時期で出さないといけなくなる。出したらまた同じことをする。ですから、今一番対応の難しい症例で、そのためには制度的な改革がなされなきゃいけないということですね。

（薬物依存性に対する治療のあり方について）

藤川：時間がありませんので、絶対これだけは言いたいという方。

村上：多分アルコールとか薬物を専門に診ている医者はここには余りいないと思いますが、私はそれを専門にしております。先ほどおっしゃった依存の治療、覚醒剤であれば、まずは禁絶処分にしてという、要するに依存に対する治療をどんなふうに考えているか前提なくして、今お話しされているので少し幻想が出てくるのではないかと。依存の治療というのは、基本的に任意性の問題ですから、任意性の前提がない限り治療は成り立たないと思っています。ただ、こういう方が依存の治療という観点で強制入院を営々とするということではできないと思います。もし治療を継続しようと思えば、この人の人格、ないしは病的な人格、もっと言えば病的な人格でもより病的に近い。例えばDSM法であれば、クラスターAの人格障害のレベルにあればできるのではないかと気がいたしますが、ここら辺をあいまいにして余り依存の治療でこうこうというふうに言われると、ちょっと問題ではないかと思ひます。

山上：薬物依存と任意性の問題について、禁絶処分。施設というのがあるのは、本人が自分で治したいと言わなくても、こういう依存性が非常に強くて犯罪に結びついているわけだから、強制的にでも依存をなくさせていくという、そういう努力をする施設なんです。だから、犯罪をしていなければ、本人の任意の範囲内で、できる、できないで済むと思うんですが、やはり犯罪を繰り返すような人の場合には、任意だけではなく、本人ががやめたくなるようにさせることも含めた。医療のあり方が必要になるんじゃないかと思ひます。

司会（藤川）：最後に、私も本人のことをよく知っています、議論がごちゃごちゃになるのは、明確にこの人が分裂病と言にくいところが確かにあるんですね。精神病質です、

確かに。だけど、やはり精神分裂病の感じがあるんです。対人緊張が非常に高く、精神分裂病と診断してもいいようなところがある。司法と医療で分けるのに、よく精神分裂病かどうかというふうな分け方をします。しかし、精神分裂病かどうかで司法か医療かを分けるようなことができない人なんですね。精神分裂病という感じがあるんだけど、この人は能力が非常に高いです。人をたらし込んだりすることが非常にうまい。そういうふうな狭間にある人だというふうに考えていただければと思います。

精神医療の限界も言われましたが、受け持った主治医は非常に優秀な精神科医です。どこに出てもすごいと言われるぐらいの精神科医で、だからこそ、こういうふうな信頼関係のもとだけでやっとな医療にちょっとつながっているケース、というふうに見た方がいいんじゃないかと思います。