

事例B

小原：2番目の事例は、いわゆる処遇困難の事例です。犯罪歴を見ると、確かに若いときに強姦があるんですけども、殺人はなくて、暴力の問題ですずっと来てます。生まれも育ちも居住地はP市で、P市の精神病院では有名な患者さんです。

診断は精神分裂病と反社会性人格障害。

家族歴：父はアルコール依存症で患者が30歳の時に事故死。この事故死というのは、母親が精神分裂病でQ病院に通院中で、その母親が同年に、父である夫を電車のプラットフォームから突き落として死なせた疑いがあったが、不起訴。患者自身は6人兄弟の4番目。中卒後、R職業訓練所に通所。

19歳、強姦で少年院に入所。出所後、土工、鳶職、農業、タクシー運転手などをしていましたが、組関係に入る。

26歳8月、シンナー中毒でQ病院に2カ月入院。

27歳2月、S病院に、シンナー中毒の診断で2カ月入院。

29歳2月、窃盗、道路交通法違反で実刑、刑務所。

29歳7月、刑務所内で独言、空笑が認められ、医療刑務所に移入、緊張病性昏迷状態で精神分裂病と診断される。

30歳9月、26条通報により、釈放と同時に某病院に措置入院となる。

30歳10月、強制退院となる。

30歳12月、その数日前から不眠、独言などが見られたが、義理の妹になぐる、けるの暴行を働いたため、警察に保護され、24条通報による緊急措置でT病院に入院。本鑑定で覚醒剤陽性反応。

31歳6月、同院退院。

31歳8月、道路に停車中の車に石を投げ、破損させたため警察に保護される。幻聴や独言があるため24条通報によりT病院に措置入院。

32歳4月、同院退院。

32歳6月、弟と他家に押しかけてけんか。他家というのやくざです。弟は死亡、本人は負傷し、N病院に収容されるが、幻聴、独言激しく、24条通報によりT病院に措置入院。

32歳10月、同院退院。退院の3日後に、少量の飲酒後、家を裸で飛び出す。ウナギ屋で「包丁を売ってくれ」と20円を出し、大声でわめいたり、他の客に因縁をつけたりしたため、店主が110番通報。さらに近所のガソリンスタンドで暴れているところを警察に逮捕され、翌日、T病院に措置入院。

33歳6月、退院。2日後に無銭飲食、無賃乗車で警察に保護されるが、独言、空笑や衝動行為が激しいため、U病院に緊急措置入院。2日後にV病院に転院。

33歳8月11日、看護者への暴力、関係妄想などがあり、入院継続が困難となり、V病

院に転院。

34歳8月、仮退院中に母親が病院に本人を帰さないなど、治療継続が困難となり、退院。その後、裸で町を歩いたりして警察に再三保護される。

34歳9月、他人の車の下にもぐり込んで独言したり、大声でわけのわからないことを叫びながら徘徊したため、警察に保護され、一旦W病院に収容。翌日、受付のガラスを割ったり、不穏で手がつけられないため、24条通報によりX病院に措置入院。当院への転院を前提ということでした。

34歳9月、当院に転入院。

35歳1月、Y病院に転院。

35歳10月、Z病院に転院。

36歳1月、A病院に転院。

36歳4月、B病院に転院。

36歳7月、B病院から当院に2回目入院。

この間の頻回の転院は、34歳のときうちに一度転院してきたんですけども、副院長の藤川の話では、保護室をつくり直さなくなったということ。多分この人のために保護室をつくり直すということで、その間、民間の病院にお願いしようということで、3、4カ月おきにお願いしたということで、このときの経緯はよくは知らないんですけど。

藤川：このときはたしか食事（配膳）口がなかったんじゃないかなかったですか。保護室に食事口がないと、私もまだ当院にはいなかったときですけど。前の副院長から聞いた話では、食事口がないので、皆で保護室に入らないといけないんだけども、とにかく1回入るだけでも大変ということで、ぜひ食事口をつくろうと。そのころは食事口をつくって、そこを通して本人に食事を渡すというのは人権的に悪いというふうな風潮も病院にはあったんですね。それで、なるべく皆で温かく接しようとして食事口を保護室には作らない、そういうふうな風潮、何とか理想どおりにやろうとした風潮があったんですけど、それが見事に砕かれたということですね。それで、食事口を作って柵を強化するという工事が必要で、それで、民間病院にその間お願いした。

小原：そういう事情で、こんなことは許されるのかどうか知らないけども、とにかく民間病院を3、4カ月おきに転院、転院で、そして保護室ができた段階で、7月15日、また当院へ転入院してきた。

入院当初は大げさで尊大な態度をとったり、丁寧で穏やかな態度を見せたり、状態が日により大きく変化していた。

37歳9月には時間開放。しかし、不眠、被害念慮、独言、性的な言動、暴言、威嚇などが出現。

38歳2月、自分の世界に没入していることが多かった。

38歳5月、自分の顔を自分でなぐって、頬骨を骨折。

38歳6月からフルデカシンの筋注を開始。その後徐々に時間開放を試み、39歳2月から仮退院により外泊を試みるようになる。

39歳2月20日、措置入院から医療保護入院へ切りかえ。

39歳7月1日、母親宅へ退院となる。退院後は、当精神医療センターに通院する約束であったが、結局1回も通院しなかった。P市の保健福祉センター職員が自宅に訪問して、通院や服薬を促したが拒否的であった。

39歳10月ごろよりイライラが出現し、11月には夜間不眠、饒舌となった。

11月27日、医師、保健婦訪問。母親の話では暴言、威嚇、コップや灰皿などを投げつけるなど、攻撃的言動が強いとのこと。

12月1日、母親より23条通報。保健所職員が訪問すると、上半身裸で包丁を持っていたため警察が保護。同日、T病院に緊急措置入院となる。

42歳12月、当精神医療センター3回目入院。この3回目入院から、私が主治医としてかかわっています。

43歳8月、地元のT病院に転院。

44歳3月、同院を仮退院。仮退院後、何とか通院していたのですが、通院して、

44歳6月、同院を正式退院。その後も何とか通院していたのですが、44歳9月より混乱、昏迷状態となり、平成11年10月8日、T病院に措置入院。

44歳10月、当院へ転入院。

45歳3月、幻覚、妄想、昏迷状態が落ちついたため、T病院へ転院。

しかし、同院に入院中の45歳9月、他患を将棋盤でなぐり大けがをさせたため、翌日、当精神医療センターへ再度入院。

その後、当院の男子閉鎖病棟で加療。先ほどのA1病棟ですね。当院へ転入してからは大きな暴力事件はなく、小さな暴力事件はちょこちょこあっているんですが、穏やかな状態が多いということで、46歳になって、仮退院の外泊を繰り返し、46歳9月、退院となった。退院後は、母親と同じM病院に通院することになり、現在のところは何とか通院して、辛うじて安定している。

さらに、P市の精神保健センター職員が週に1回訪問している。

処方はこのとおりです。さらにフルデカシン（25mg）2アンプル、筋注を月に1回施行。

退院したときは、母親が本人の世話をしているが、キーパーソンはむしろ姉とその息子で、本人から見たらその甥が外泊のときは送り迎えをしていた。

（問題点の整理）

問題点は、やはり暴力というんですか、暴力のハイリスク患者で、治療困難。大体、精神分裂病も非常に治療困難、難治性の精神分裂病で、前の入院カルテとか、よその病院のカルテでは、投薬量がすごくて、ハルペリドール 100mg 内服とか、ECTもかなり受けて、

すごかったんですが、それでもその当時は全然きかない状態だったらしいですね。数年そういう状態で、この2、3年、何とかその量で、バルネチールとフルデカシンの注射で何とか幻覚、妄想、昏迷状態は軽快してきていた。しかし、精神分裂病の症状がある程度よくなると、反社会性人格障害というか、威嚇とか、威圧、「おい、こら」という感じですね。とにかく威圧。体も大きい。身長が180cmぐらいで、体重は100Kgぐらい。入れ墨こそないんですが、小指がないということで、やくざ親和性がある。頭はそんなによくないんですが、脅したりもできる。治療、看護、リハビリテーションに人手が大勢要る。例えば、私も覚えがあるんですが、お風呂に毎回医者と看護師が数人付き添ったり、内服とか注射のときも医者や看護師数人で毎回するというので、人手が大勢要るということです。

あと、強姦の犯罪歴もある。性的な何というんですか、セクシャルプレディターというんですか、女性を見たら襲いかかりそうな恐怖があって、K病院では一時期、混合病棟に入っていたんですが、やはり大変だったということです。女性のいる混合病棟にはとても置けないという、そういう人です。それと、P市で非常に有名な患者さんなので、退院後のフォローですが、こちらである程度よくなったらK市の病院に戻して、そこである程度、さらに入院やリハビリテーションしてもらって、外来通院、地域ケアに戻してもらおうと思うんですけど、それをP市で引き受けてくれる病院がなかなかない。K病院は非常によくやってくれたんですが、最後、入院中に将棋盤で寝込みを襲ってけがをさせたので、もう引き受けてくれないということで、今度は直接母親のもとに退院させて、M病院に外来で行ってもらっています。今まで何回か行ってはいるんですが、フルデカシンの注射を嫌がるんですね。昨日、P市の精神保健センターの医者に聞いたら、本人が嫌がっているので、もう注射はしていないということで、それだとまた危ないなという話をしていました。

3番目の問題点で、家族がいるんですが、家族、兄弟もアンタイソーシャルで、一緒になぐり込みに行った弟は亡くなったんですが、ほかの姉とか弟は、やはり治療に干渉してくるわけですね。やはりなかなか大変です。この人はどういうわけか年金をもらっているんですが、年金を姉が管理していた。その姉から取り戻そうという話で随分いろいろあって、大変な騒ぎであった。何とかそれは解決したんですが、そういう家族なので、非常に妨害的に働くことも多い。ただ、この家族もこの本人には弱くて、本人に脅されて、「外泊に迎えに来い」と言われると、行かざるを得ないところもあって、外泊で来たりするということです。そういう人です。

司会（藤川） 今のお話は大体のみだめましたでしょうか。何か議論にすべき点がありましたら、どうぞご発言を。

（診断をめぐる）

武井：これは分裂病と診断しているわけですが、分裂病とした診断根拠はここには見当た

らないんですが、どういうことで診断されたか。というのは、先ほども分裂病と覚醒剤の問題があったんですが、今度もそういうことで分裂病という。私の意見を先に言わせてもらおうと、私は分裂病というのは除外診断で、ほかにはっきりしたものがあれば、そちらを優先して考えないと、幾らでも分裂病というのは拡大可能なんですね。思考障害があれば分裂病なんです。プロイラーの診断の根拠は。そんなものは客観性は、ある意味ではないわけで、責任無能力者ですよというレッテル張りに使われているわけです。そのかわり福祉的な援助を受けやすい。手帳が取りやすいということはあるんですが、覚醒剤をやった背景がはっきりあれば、覚醒剤と考えた方がすっきりして、そうしないと、何だかあいまいになってしまいますね。

しかも、分裂病という診断は 100 人の医者がいれば 100 人違うというぐらいの部分があって、大変分裂病という概念は拡大解釈されやすい。やはり覚醒剤歴がある者は覚醒剤を中心にちゃんと考えるべき方がいいんじゃないか。先ほどのものもそうですね。実際精神鑑定をやっていると、明らかに覚醒剤と思うんだけど、分裂病とついてくるわけです。そうすると、分裂病という都合のいい方の診断を周囲はとるわけですね。警察の方も分裂病では病院だろうと。同じような意味で、検察もそうだし、あるいは本人も分裂病なんだから、しょうがないだろうという言い方もあり得るし、このケースなど、エネルギー水準は高いですね。先ほどのものも高かったですね。分裂病というのは、本来は、生命エネルギーが低下しているのが分裂病。ちょっとこういうのは違うかなと思っているんですけど、どうでしょう。

小原：入退院を繰り返して、退院している期間が非常に短くて、これだけめちゃくちゃなので、本物のやくざとは全くつき合いがなくて、覚醒剤が手に入るルートがないということ。要するにこの 10 年ぐらいは少なくとも覚醒剤を使っていないということですね。それと、入院中にやはり幻覚、妄想、混乱、昏迷状態になるんですけども、それは明らかに分裂病の症状ですし、それと先ほどの症例 1 のケースのように、社交性とか、そういうのはなくて、やはり陰性症状、ある程度幻覚、妄想がよくなった後もネガティブな症状がかなりはっきりしている。感情鈍麻というんですか。エネルギーは高いというわけではなくて、曾したり、時には暴力を振るうんですけど、それはやはり突発的であったり、彼独自の被害妄想とまではいかないんですけど、「あいつは俺をばかにしている」みたいな、そういう形でなぐったりするということで、やはり分裂病的な思考が中心だということで、このケースに関しては分裂病の自信はあります。

武井：シンナーだけの人と覚醒剤の人とではまた症状が違うんですが、シンナー、覚醒剤を両方やると、持続型になりやすい。持続的な幻覚、妄想。というのは論文もあると思うんです。先生が今おっしゃったことだけでは、どうしても分裂病だという根拠は出てこない。陰性症状があるにしても、覚醒剤でもそれはなりますからね。

吉川：これは覚醒剤精神病に対する考え方だと思うんです。考え方はちょっと違うと思

ます。私自身の印象では覚醒剤を使って、幻覚、妄想になるというのは結構少ないんじゃないか。普通の人は何ともない。気持ちがよくなって、それだけで幻覚、妄想が出るというのは、本来的に精神病の素質がある人ではなかろうかと、僕自身は考えていて、イギリスとか欧米では精神分裂病と麻薬、覚醒剤は合併が非常に高いということで、その人たちを覚醒剤精神病、薬物精神病とするのはやはり無理があると思うんですね。どちらかという、精神分裂病と診断する方が正しいというか、こういう場合ですね。

武井：先生がおっしゃるのも、そのことが確かにあって、むしろこう考えるべきじゃないですかね。分裂病というのは、概念が広がりやすいという1つ、問題点があるということの中で、司法精神医学が考えている上で、二軸診断の立場をとるのか、どちらかに分けるのか。そういう診断の決め方をすることで、実際の運用上、困ることがあるわけですね。例えば分裂病とついたことで、医療に割りと乗りやすくなってしまったという問題が、例えばあったりする。覚醒剤というと、どちらかという司法に乗りやすくなる。それから福祉的援助を受けるのには分裂病がとりやすいとか、いろいろな要素があるから、少しそこを合意したいなものを皆でとっておかないと、あいまいのままで来てしまって、ここは先生の問題ではなくて、この手の問題というのは、確かに皆さん、言っていることは違うんですね。私の言っているのは、一種の極論みたいと言われてしまうことがあるから、分裂病というのはこういうのに限って使う、覚醒剤と分裂病があるときは覚醒剤を中心に考えるとか、何かそういうものをつくらないと、ちょっとまずいのかなという気が少しするんですけど。

藤川：病名について補足させていただきます。2回目の入院のときは私が主治医だったんです。うちに2回目にやって来たときには、前の病院が、とにかく薬は飲ませなきゃいけないと、やり方については言及しませんが、とにかく体内に入れることには成功していた。もっとも本人は知らなかったのですが、それで、うちに来たときに入っていた量がコントロール1000mgと、ハロペリドールが100mg同時に入っていた状態でした。そのときに来た状態は、張り詰めたような感じがちょっとあったんですね。しかし、一応まとまりがあって、やはり脅すんですね。「自分にもしも薬を飲ませたら、わかっとなるやろうな。飲ませたやつは後でちゃんと住所を聞いとくからな」ということだったんです。それで精神病質的な人だなと思ったんですね。本人が飲まんと言うし、前の病院と同じことはできないと判断しました。それで薬はやめちゃいましょうということになって、本人が飲まないと言うからやめたんですね。そうしたら、1カ月過ぎたあたりから急速に人格が解体しました。本当に解体するという感じ、ばらばらにですね。それから、ここに書いてあるように、ひどい状態になって、それがかなり長く続きました。ですから、緊張病性に一番近いような形の分裂病だと、私も考えます。だから、恐らく治ったときに、ある程度人格のまとまりがその意味ではよろしいんですね。武井先生が言われるような通常の、非常に人格水準が低くなっていくようなタイプの分裂病とはちょっと違うところも議論をややくしてし

まっています。

(治療上の転機)

山上：それで少しわかったんですが、治療の結果で一体何が奏効して、このように状態が変化しているのか、これを見るとわからなかったんですが、今の話ですと、薬物がかなりそういう症状、あるいは行動の問題をコントロールしていたというように考えて、あるいは本人の意識の仕方とか、人間関係とか、そういう行動全体の変化が起きてというんでしょうか。何がそういうきっかけで転機になっているのでしょうか。

藤川：後の方は小原先生の方でずっとやっていただいたんですね。最初的时候は、一番問題になっていたのは、人を脅すということですね。この人は人格がまとまると、脅し方、いびり方は極めてすばらしいというか。前の病院では若い看護師がいびられて、病院に来なくなってしまったんですね。この人は、スタッフが2人いると、わざと若い方を目の前でいびるんです。食事をわざとこぼして、拾わせたりとか、そんなことを徹底的にやる。そういう人を病院で診ていかななくてはいけないという大変さが実に大きい。

以前は薬が入っていても、治療関係がまったくできない。いつもほとんど戦闘態勢みたいな人だったんですけども、うちでごちゃごちゃと付き合っているうちに小原先生がされたような関係までやっとなってきたということですね。少なくとも治った時点で、少し薬が入って、少しいい状態になった時点で、少なくとも少しおとなしくしておけるような形に前よりはなったということですね。

それから、例えば先ほど将棋盤でなぐったりしたという話ありましたが、そのときに、刑事事件として警察に入っていたきたいけど、こういう形だと、まず警察が病院の中に入ることは実際はないので、そこら辺の処理の問題もあるんじゃないかと思います。ともかくも、治療的にも非常に難しい例で、おかげで保護室が頑丈になりました。

(診断と治療)

吉川：武井先生に聞きたいんですけど、先ほどの議論と結局同じですが、分裂病だったら医療対応、覚醒剤精神病だったら、司法対応なのかという。要するにそういう分け方というのはちょっとできないと思うんですね。実際にイギリスなど、欧米のケースを見ていると、ほとんどこういう患者さんばかりなんです。人格障害と薬物と分裂病と、この3種が混合したような、どちらともとりようがないケースをほとんど司法精神科医は治療しているんですね。ですから、まさにこういったケースがこれから司法精神医療のシステムの中で処遇していかないといけないケースであって、今のないものねだりで警察だ、医療だという議論を果てしなく続けていくことは不毛なんです。その中間のはざまに置かれているこういう人たちを何とかケアしていく体制をこれからつくらないとだめだという方向で議論していかないと、警察でやりなさい、あるいは医療でやるとか、そういう議論はなかなか余り発展していかないんじゃないかと思うんですけど、先生、どう思われますか。

武井：それはそのとおりですよ。要は、僕が言いたいのは、現時点ではこの手のケースは、

分裂病と名前をつけて、「はい、医療ですよ」と言われてしまうと、どうしようもない。片側は、分裂病だから病院が診るべきでしょうという話になってしまって。そういう意味で、少なくとも1つの特化して医療化しようかということの司法精神医療に対して改革の1つのポイントになるので言うわけです。もちろん基本的にはこれは医療も必要ですし、司法的なことも必要だということだと思います。

黒田：私は医療刑務所に勤めていまして、その逆のパターンですね。分裂病か覚醒剤精神病か、どちらかわからないで、裁判で覚醒剤の方をとられて、心身耗弱、あるいは完全責任能力という形で刑務所に来て、刑務所の中だけで分裂病の症状がずっと5年、10年、それ以上の期間続いているというケースがあります。その問題は、どこで治療するかということと、もう1つは、精神鑑定、それから裁判での責任能力の認定にも絡んできているからもっと難しいというか、複雑になっていると思うんです。この症例の問題とは、ずれてしまうかもしれませんが、そのあたりのことを皆さんはどういうふうにお考えなのかなと思います。

加藤：今のご質問ともちょっと関連するんですが、現場の先生方にお伺いしたいのは、私の責任能力とか、精神病の触法患者の分類といいますか、カテゴリーはドイツ的なので、それは間違っているというふうにおっしゃれば、ぜひお教えいただきたいんです。人格障害と他の疾病を結びつけると、問題があるからと収容期間が長期化しやすい、治療においても、社会復帰においても、人格障害があるからと非常に難しいのではないかという気がするんです。統計をおとりになるときに、分裂病と人格障害など複数の診断名が付いているときなど、どの診断にポイントを置いて太宰府病院では病名別のパーセンテージを出しておられるのか。

藤川：多軸診断で分裂病は分裂病として、人格は人格でと、軸は違うので、それは全く構わない。

加藤：構わない。というか、しかし、合併症の人はそうやって統計をとらないと、実際にかぶってしまうわけですね。

藤川：昔のドイツの診断類型と違って、多軸診断ですので、精神分裂病という精神病についての分類と、人格の分類は重なって違う軸で見ているものですから、この2つが組み合わされるといえるのは、今ですと、DSMとか、国際分類を使えば普通にできることです。だから、その診断の取り方、どの類型を使うかによって随分違ってしまいます。

加藤：そうすると、日本の場合は国際比較できないわけですね。

藤川：いえいえ。ちゃんとどの診断類型を使うかはつきりさせれば、できるわけです。これは、みんなの共通の問題にはならないかと思うので、ほかの問題に。

(治療経過をめぐって)

加藤：もう1つは、今のケースで最後に質問ですが、これは今のところはセンターの職員が週に1回訪問して、今のところは破綻がないわけですね。これだけいろいろ転院を繰り返

返し、なお今こういう状態になったのは、これは一種の治療上の成功例なのか。まだ爆弾を抱えていて、まだ予測できないのか。こういうケースがモデルになって、このような患者さんに対して、将来、精神医療が可能なのかどうか。これ希有なケースなのか、それともこういうものは普遍化できるんじゃないか。その辺のところはどうでしょうか。

小原：このケースはまだ成功例かどうか、よくわからないんですね。再入院の予測を先月と立てていたんですね。11月中、1カ月以内に再入院するだろうと。そうしたら、それを超えたので、それだけは成功というか。結局、今のところ1週間に一遍、P市の職員と医師が大変な思いをして訪問して、それが辛うじて通院をつなげているということですが、早くもデポの注射中止になって危ういということです。前回退院したとき、K病院を仮退院して、半年ぐらい、その間は何とかデポ剤、フリデカシンの注射もできていたんですが、仮退院が解除されて、正式退院になると、途端に注射をやめてしまって、その2、3カ月後には再発をしたということで、結局退院後の何らかの強制力というんですか、保護観察が必要なケースと思われま。

現在の仮退院の制度というのは、こちらから質問したいんですけども、一体どういう制度なのか。例えば、措置入院中、どの程度の責任を病院や主治医が負うのかどうか。要するに仮退院中に事件を起こした。例えば殺人事件でも起こしたら、病院や主治医は責任を負うのかどうか。その辺のところがいまいで、仮退院そのものも怖くてできない。例えばこの人は1週間程度の仮退院の外泊をしている。その間、ひやひやしているというか、生きた心地がしないわけですね。

藤川：その辺のところの見解をご存じの方、法律の方で。

加藤：今度新しい自民党案などを見ますと、その辺のところは仮退院のときには必ず審判の判定期間があって、それが決めなきゃいけないということです。今までだと、法律上の規定がないので、お医者さんがたとえやったとしても責任を問われる。ドイツの場合は、ちゃんと仮退院に関しては裁判官が介入するということです。お医者さんは安んじて、進言をして、鑑定医が鑑定をして、裁判官が最終的に決めるということです。途中で何かあっても責任をとられる。そういう意味できちっと立法化しないと。立法化という意味の1つには、患者の人権を守ると同時に、職員とかスタッフの法的地位をきちっとするということです。ドイツやイギリスでは既にそういった法律があるからこそ、治療の段階で、例えば保護観察士が、あるいはソーシャルワーカーが早めに出してしまったと、その決断が過失があったということで、過失責任を問われて職を失っているというケースが出てきています。そういう意味で、法を整備するという意味は、そういうことだと思います。

(処遇の場—医療か司法か)

意見：先ほど黒田先生が言われたことにちょっと私も意見があるので、つけ加えさせてもらいます。医療刑務所に精神病の人が随分いるわけですが、鑑定の問題も問題がありますね。今の日本の制度というのは一方向で、一度司法と医療のどちらかに別れてしまうと、

戻るといことはめったにできないのですが、私が昔見たドイツの再審の例では、精神鑑定が誤ったということが理由で再鑑定されて再審されたのが随分ありましたし、イギリスの刑務所でしたら、先ほど紹介があったように、医療の方に戻して十分な治療をして社会復帰を目指すというようなことがありますので、そういう双方向性が日本でも、もし次のシステムが入ったときに可能になればいいと思うんですけども、日本の官僚制度は非常に縦割りで難しいですから、その問題はまたずっと残ってしまうかもしれないという気はしています。

意見；それと同じですけど、結局刑事責任能力で振り分けしても、その人が結局はいずれどこかで医療が必要になれば、刑務所の中で医療を受けたりしなくちゃいけないわけですね。僕がこんなことを言うと、ちょっとおかしいと思われるかもしれないですけども、余り責任能力を厳密に考え過ぎて、それだけで医療か司法かという振り分けばかり考えていると、結局、その人はどこかで医療が必要になってくるわけですから、であったら、最初からその人にどんな医療を提供したらいいのかということをもっとつき詰めて議論して最初から医療の必要な人には医療を提供できる場をやっていく。余り刑事責任能力の問題を厳密に考えていくということを押し進めても、結局はその人にとって余りプラスにならないというか、どこかで結局困って医療を受けなくてはいけない。医療刑務所で苦勞されたりするわけですね。

意見；今の意見にちょっと追加したいんです。基本的に確かに責任能力の有無だけで今、病院に来るか、刑務所に行くかという分け方をしている、これは非常によろしくない。余りうまくいかないんだらうと思うんですね。昔と違って、昔責任無能力とされるような人はほとんど一生治らないような病気で、下手すれば一生病院にいるような人が前提で、今の現行のシステムはできていますから、それでよかったんですが、今はそうではなくて、薬を例えば飲ませば2カ月、3カ月でよくなってしまって、退院できるような状態になってしまうので、責任能力の有無だけでやることはまず難しいだらうと思うんです。それから精神病の患者さんには程度の差はあれ、一定の医療的な関与は常に必要だと思えます。それは責任能力があってもなくても同じだと思えます。

ただ、むやみに医療の方に移す、あるいは医療だけに委ねられるのは、非常に問題なわけで、それが要するに現行の措置入院制度の一番の問題点と思うので、その人ごとに、そのケースごとに医療は必要だけど、医療の外枠として法的な枠組みが置かれていることが恐らく必要なんだらうと思うんですね。それがなければ、例えば外国では通院の義務づけとか、そういう話がありますし、この人もかなり服薬を継続すればいい状態が続く確率が高いわけですから、通院、服薬を確保するということが、恐らくこの人にとっても、それから周囲にとっても非常に重要なことと思うんですけども、そういうのを例えば義務づけるというのを医療だけに現行は委ねられている。それでかなり危険な思いをして、例えば精神保健センターのお医者さんとかが行ったりしている。そういう状況は困るだらう。そ

れをそうじゃなくて、危ないときには警察でも何でも、どんなことを使ってもその危険性を予防するために危機介入できるというような体制をつくるためにこそ、法的な枠組みが必要で、その部分はいかに医療の必要がある人についてでも忘れられてはいけないことだろうと思うし、それがもし現在検討されている制度が非常にうまい制度としてできれば、そういうところが可能になるかなというふうに思っています。これは完全に個人的な意見です。

藤川（司会）：どうもありがとうございました。このケースは、いろんな問題を含んでいます。先ほどの経済的なものも確かに年金の問題がいろいろあるんです。一言だけ、この人はとにかく金が物すごくかかります。人手から何から。けれども、入院中はこの人が一番安い医療費だったんですね。この矛盾というか。

それから、看護もどんなふうに頑張ってきたかというのを、今度、肥前療養所から出す本に、うちの看護長が書いていますのは、この方のことです。興味のある方はぜひ読んでください。

山上：看護の方からも聞きたいですね。

司会（藤川）：看護長、いいですか。本の宣伝をちょっと。このケースで一言何か。この場で一言言ってほしいということです。

看護長：A1病棟の前身の2病棟というところがございまして、そちらで看護をさせていただいた者ですが、そのときの経験から少し発言させていただきます。

何しろ非常に体が大きくて、目つきが鋭くて、そばに寄るのも非常におっかない。怖い。すごい怖い、怖いといったような雰囲気を持った人でした。2回目の入院ということでしたので、第1回目のときに大体状況はつかめていたのですが、そういう怖さの方が一番先に頭に來まして、ドクターも交えて看護スタッフ皆でどういう対応をしようかと、かなりいろんな話し合いをしました。まずは職員の安全を確保すること。それから病棟管理上、ほかの患者さんたちに危害が起きないようにと、そういったようなことを一番最初に話しました。しかし、とは言いながらも、やはり信頼関係みたいなものを下地に置いた対応が必要でないかといったようなことも話し合いをしまして、3つほど、皆で確認し合ったことがあります。

1つは、どこまで通じるかわからないけれども、誠意を持って接しようじゃないかということが1点。

それからこの人の持つておられる自尊心を大切にしようということ。

非常に難しいことですが、その場限りの言い逃れをしないといいますか、嘘をつかない。この3点だけはしっかり皆で接するときの基本にしようといったようなことを話し合いました。

それでずっとやってきたんですが、残念ながら、なかなか患者さん本人が病院に対する

不信感みたいなものをたくさん持っておられまして、こちらの気持ちを受けとめてもらえなかったんですが、3年、4年と経過するうちに、ご本人さん自身が退院したいといった希望を口にされるようになりまして、それから糸口が開けてきたのかなと思っています。いずれにしても、平成4年に入院されたんですが、平成9年まで、5年間の間の前半の3年ぐらいはずっと保護室住まいで、保護室から一般病室の方に移っていただくまでの期間に5分、10分ぐらいの間隔で開放時間を設けたのですが、その期間が1年半ぐらいかかりまして、大変苦勞した思いを今、かみしめています。

ただ、私たちとしては、この大変な患者さんを看護させていただいたということで、その間に非常に技術的にも精神的にも大変鍛えられました。そのことが非常に今思えば財産になっているのではないかと思います。以上でございます。

藤川（司会）：そういうふうに言ってくれましたけど、最初のころは皆行きたくないとか、顔を合わせたくないとかですね。それから特に若い人のサポートを上の方の看護スタッフが一生懸命慰めてやっていました。頻回に、とにかくこの人のためだけのカンファレンスもどれくらい開いたろうかというぐらいあります。

本の名前は、村上先生、ご存じですか。僕は本の名前は知らないんですが、まだ出ていない。いつごろ出ますか。

村上：10月までに原稿は集まっているはずですが、もうやがて出るんじゃないかと思いません。

事例3

司会（藤川）：では、時間がおくれましたが、事例の3番目にいきます。川原先生、よろしく。

川原： 時間も余り無いようなので、手短に行きます。

現在61歳の男性で、病名は精神分裂病と反社会性人格障害。

覚醒剤の話が後でちょっと出てきますので、先程と同じような議論があるかと思いますが、分裂病だろうと思っています。

家族歴。伯父、叔母に入院歴があり、実父は患者のことを苦に後年自殺しております。

生育歴。引継ぎの書類では6人兄弟の第4子となっているんですが、本人に聞くと4人兄弟の第3子だと言いまして、この辺がはっきりしないんです。唯一の男児として出生したのは事実のようです。両親の溺愛のもとで養育され、幼少時より情緒不安定で短気な性格で、学業は平均以下。カッとなると、見さかいなく刃物をちらつかせるような子供だったそうです。中学卒業後は家業の農業や石炭業を手伝っていました。

17歳時、集団での窃盗で逮捕されています。

18歳、恐喝で逮捕されるも不処分。同年、自衛隊に入隊するが、4カ月で除隊。時期は不明だが、傷害事件を起こしています。

21歳、暴力団に出入りするようになる。このころに入れ墨を入れているようですが、全部入ってなくて、輪郭だけが入っているような入れ墨が現在も残っています。そのうえ、傷害、恐喝、器物破損などを繰り返す。同年、保釈中にバスの中で偶然乗り合せた、見知らぬ隣の乗客を口論の末、刺殺。懲役6年の刑を受けて服役しています。

27歳、出所後、父の手伝いを1年した後、タクシーの免許を取るために、タクシー会社に入って勤めています。この後会社を転々としていますが、32歳までタクシー運転手として働いていたそうです。このころ覚醒剤の使用歴があります。引継書類には18回と明確に書いてあるんですが、その根拠がよくわかりませんので、10数回と思いますが、詳細は不明です。この時点では病的症状は出現していなかったらしいということです。

31歳時に結婚。

32歳時、このころ幻聴みたいなものが短期間出現していたらしいんですが、これについても詳細はよくわかりません。同年、傷害で罰金1万円、銃刀法違反で罰金5万円を受けております。また、その年に肝臓病で入院したということです。

33歳時、妻に対して、「埋蔵金目当ての結婚だろう」と、一方的に疑いまして、強引に離婚しております。

36歳、何とかこの間、タクシーの運転手として働いていたのですが、異常体験が出現して、知人がK病院に入院させています。しかし、この入院歴について、何度聞いても

「そういうことはしておらん」と言っておって、よくわかりません。

37歳、S県の会社に就職して、会社の同僚との喧嘩で傷害事件を起こし、懲役10月。

38歳、患者のことを苦しめた父親が自殺しています。しかし、患者は姉夫婦が殺したと思ひ込み、患者の方から一方的に絶縁宣言をしたそうです。

41歳、タクシーの配車をめぐり、配車係を脅して銃刀法違反。懲役8カ月服役。

45歳、Y市でラーメン屋を自営するが、2カ月で廃業。その後、K市の暴力団に半年間出入りしていた。

46歳時、盗聴されている、嫌がらせされている、「追い込み」を受けている、眠れないなどと訴えて、D病院を数回受診。その後、3年間、I病院に不定期的な通院をしている。この間、タクシー運転手として、仕事上のトラブルはなく、仕事をしていたそうです。

49歳、スナックで女性従業員に対して、「追い込みをかけるな」と、店にあった包丁で脅して、罰金刑7万円。

53歳時、全く同じようにスナックで「追い込みをかけるな」と暴行、器物破損で逮捕。このとき簡易鑑定にて精神分裂病と診断され、当院に2カ月間ほど措置入院。症状が軽快して退院、退院後は通院せず。

55歳時、「隣の親子が自分の埋蔵金をねらっている」という妄想に支配されて、隣の親子を刃物で殺傷（父親は一命をとりとめました。息子さんの方がなくなった）。鑑定入院の後、同年11月9日、I病院に措置入院となる。

57歳5月14日、M病院に措置のまま転院。

58歳2月、出血性胃潰瘍による出血性ショックで、K医療センターの精神科に転院。

その後、8月3日に、KK病院に転院。

59歳7月、他患者に対する被害関係妄想からの暴力行為があり、対応に苦慮した同院より転院依頼があつて、1カ月後に当院に転院となっています。

当院転入時のカルテの記載によると、体系化された埋蔵金にまつわる妄想があり、家族否認もあつたようです。「450号事件の連中が家族や隣人を殺して入れかわっている。彼らは自分の家に埋めてある埋蔵金をねらっている。だから殺した」と、そういうふうなことを言っていたそうです。

殺人について自覚しているが、反省の色はなく、埋蔵金をねらっていたからと正当化していました。しかし、みずからの妄想については、積極的に語ることはなく、尋ねられれば答える程度であつた。病識は全くなく、入院や治療についての必要性は理解していませんでした。病院というよりも刑務所にいるようなつもりの言動が認められて、スタッフに対しては、指示や服薬について、表立った反抗をすることはありません。少しずつ行動制限を緩和して、作業療法などに導入していったが、逆にいらいらするようなことがふえて、結局、個室でほとんど他患者との交流はなく、自閉的に過ごしていました。時に不眠や心気症状を訴えて不穏となるほかは目立つことはありませんでした。

最初の措置が決まってからの合計5年後の昨年、私が主治医のときでしたが、「前のときは5年で出られたのに、ここではまだ出られないのは何でか。刑務所の方がよっぽどましやないか」というようなことを言いまして、治療を受けていることについて、全く理解されていないという印象を持ちました。

61歳のとき、他患者I氏と喫煙所でトラブル。これは「隣でたばこを吸っていた」と立腹して、灰皿でたたきかかろうとしたとのこと。この方は身長160cm未満ぐらいで、体重も50kg前後の非常にきゃしゃな体格の方で、たたきかかったI氏は37歳ぐらいで、身長が180cm、体重も100Kgを超えるような巨漢です。この人に対してたたきかかって、I氏の方が逃げまどったということです。このときは何とかおさまったそうですが、直後の4月4日に、デイルームですれ違いざまにテーブルにあった箸を手にとって、突然I氏の目を突こうとしてもみ合いのけんかになっています。このときはI氏も反撃して、椅子でなぐりかかって、結局けがしたのは患者の方でしたが、話を聞くと、I氏に対する被害関係妄想があり、危険性があるということで隔離しました。

隔離した後も「けんかは両成敗だから」とか、「自分はけがして、しかも保護室に入るとるのに、あいつは何もそういうけじめがついとらん、俺がけじめつけるまではやることはやる」という様に、正当化して「玉とるまでやりますよ」みたいなことを言いますので、なかなか解除できなかったのですが、隔離から1カ月ぐらいしてから、どうも拘禁反応と思われる朦朧状態が出現しまして、やむを得ずスタッフを1人か2人、ずっと患者に張りつきで1日10分ぐらいの喫煙時間をとりまして、I氏をAゾーン、Bゾーンがありますが、どちらか片方に行かせている間に、もう片方の喫煙ゾーンに出すというような形で何とか開放を試みました。

その後、I氏を交えて和解といたしますか、彼らからすれば「手打ち」に近いのかもしれませんが、そういう話し合いを持って、何とか「もうしません」という話になりました。また、本人もそろそろ出たいという気持ちがあったみたいで、個室に移しました。最初は個室に移っても開放時間は、1日午前、午後30分ずつぐらいだったのですが、その後、少しずつ緩和していきました。最終的に朦朧状態が改善するのには3カ月近くかかっています。

その後は、眠れないということで、夜、鍵をかけてくれという希望があって、ちょこちょこかけたりしていますが、目立たず過ごしていました。ほかの患者とのトラブルも認めていません。しかし、聞けば、やはり「埋蔵金についてはある。あの土地を処分したら許さん」と、そういうことを言っております。

処方の説明は省きます。

問題点として挙げさせていただいたのは、もともと反社会的な性格で、遵法精神がほとんどなくて、欲求や面子のために触法行為に及んだ方で、何度か服役しているが、出所後、数年で再犯をしている。明らかに発病したと思われる以降に、似たような犯罪行為という

か、同じような触法行為をしているのに、通常に処罰を受けたケースと、措置入院になったケースがあって、その判断基準が余りよくわかっていないということ。また措置入院になれば、措置診察の鑑定資料みたいなものが入手できたりしますが、処罰を受けた場合は、事情がほとんどわかりませんので、一体どうしてこういう形になったのかがよくわからないので困るということが1点。

もう1つは、入院時の殺人は体系立った妄想が直接の原因と思われるんですが、今回の他患とのトラブルなどを見ていますと、切れたときに犯罪を抑止するような自制が全く働かないようなタイプの方のように見受けられます。目撃した人の話によると、本当に躊躇なく、スムーズに相手の目だけを突こうとした、手慣れた仕種でやったそうです。

そういう方ですので、妄想から殺意を抱いたかもしれませんが、そこから実際の殺人に至るまでの閾値が非常に低いように思われます。今まで発病前も何度も処罰されておるのに、更生が全く見られていない。仮に発病しなくても何らかの形で触法行為に及んだ可能性は容易に想像できるのではなかろうかと考えます。このような方を精神医療という枠の中で治療を試みて、現在も分裂病の治療として幻覚、妄想、異常体験の治療をしているんですが、仮に異常体験がとれて、「異常体験に基づく自傷他害のおそれ」の前の部分「異常体験に基づく」という部分がとれた段階で、本人からの退院請求があれば、出さざるを得なくなるだろうと思っています。この方は、何といいますか、またいつか犯罪行為を起こす可能性が常につきまとう方だと思いますので、こういう方に実際に何ができるのか。何ができないのかと。

最後に、もう1点として、発病する前にきちっと処罰されて更生されて、本当に更生が進んでいるならば、こういう事態は避けられたのではなかろうかというようなことをちょっと考えます。ですから、現在の通常の司法の枠内での処罰、更生というものが有効に機能していないのではなかろうかというふうな疑念を感じさせるということについて、最後にちょっと指摘させていただきたいと思います。

司会（藤川）：どうもありがとうございました。

ただいまの事例について、ご質問なりコメントはございませんか。

川本：前にちょっとお断りしておきますが、法律家が言うと、責任がどうのこうのとか、損害賠償がどうのこうのということを前提にしているわけではございません。イギリス流に言いますと、こういう場合には、報告書などをつくって、かなり調査するんですね。そのときに、似たようなケースで、私が読んだもので、この場合、今報告されたように、最初のうちは全部拘禁刑を受けているんですね。そうすると、先生は、発病の時期は大体いつごろとお考えなのでしょうかというのと、もう1つは、拘禁したことによって、精神病は悪化したのではないか。そうすれば、拘禁時の対応が悪かったんじゃないのかというようなイギリスの報告書を読んだことがあるんですが、その点について、どのようにお考え

でしょうか。

もう1つ、このときには医療刑務所には行っていないわけですね。

川原：発病の時期をどこに置くかというのは、レトロスティブには不可能だろうと思いますが、この病歴から見ると、36歳の年に入院しているという事実は確実にあるわけですが、これ以降は明らかに異常体験の増悪はあったかもしれませんが、何らかの形であった可能性が、少なくとも病的状態がこの中にあるだろうと思います。ですから、異常体験が消えた時点で犯罪行為を起こして処罰されたことはあるかもしれませんが、その中に異常体験に基づくものではなかろうか。特に50歳と53歳時のスナックでの行為は、どちらもほぼ似たような行為ですが、片方は罰金刑で、片方は措置入院になっている。後から読めば、どちらも似たようなことですので、恐らくどちらも精神症状に基づく、「追い込み」と本人が言う追跡妄想なのか、何なのかははっきりわかりませんが、そういったものによる可能性が非常に高いのではなかろうかと思います。発病の時期ははっきりわかりません。そういったものが中に混入されている可能性は高いのではないかと考えています。

それから、確かに隔離してからの拘禁反応みたいなものが出ているので、それが以前のこととどうなのか、ちょっとわかりませんが、長期の服役というのは21歳~27歳までの懲役6年ですね。最初の殺人のときに受けたのと、それを現在のと重ね合わせて見るのはどうだろうかという気がいたします。あとは8カ月と10カ月のものがあるぐらいですので、この拘禁というか、懲役がどの程度この人の現在の病状に影響を及ぼしているかというのは、私にはわかりかねるところですね。

司会（藤川）：今の件はよろしいですか。

川本：ありがとうございました。ただ、よく言われているのは、精神症状があるような場合に、警察署で留置するとか、あるいは未決勾留とか、そういうようなときに全然治療が行われないわけですから、症状が悪化する例はあると思うんですね。それがましてや、有期の懲役刑などになって、適切な医療を受けないことになれば、悪化するのとは当然考えられるだろうと思うんですが、そのあたりのところはほとんど触れられない、今まで。そういうのが問題にならない限り、刑務所内の医療、医療刑務所ではなくて、一般の刑務所の治療を問題にしないといけないのではないかと考えています。

佐藤：2人の先生から刑務所の中の治療のことについて意見が出されたので、若干触れてみたいと思います。昭和30年代、40年代、既に城野医療刑務所というのはあったんですけども、精神科の医療は多分できていなかったと思います。昭和50年代の中ごろに前の所長の糸井先生が着任されて、初めて近代的な精神科の治療が始まったと思いますね。

現在、九州に13施設、刑務所や拘置所があるんですが、例えば福岡刑務所には2千人ぐらい収容者が入っていますけれども、精神科の常勤の医師は1人もいませんし、例えば福岡拘置所にも500人以上の未決の人たちが入っているんですが、やはり精神科の医師はだ

れもないのが実情なわけですが。多分この人の言動は、先生の報告を聞いていますと、刑務所でのサブカルチャーというか、収容者同士のつき合いの中で対人関係と申しますか、接し方を覚えてしまっているような感じがしますね。刑務所でどういう処遇をしていたのかというようなことを言われると、こういう人をつくったということしか言えないような気がします。しかしながら、刑務所にはそういう専門的なスタッフは全くいないわけで、医療刑務所について言っても、今、職員が 135 名いるんですが、精神科の医師は 2 人だけで、心理療法士もいないし、ソーシャルワーカーもいないし、作業療法士もだれもいない。看護師が 12 名いて、あとはほとんど刑務官の人がいるだけです。

黒田：私も刑務所の職員ですが、まず刑務所にもし過大な期待をされているとしたら、例えば更生という意味で、それは幻想だと言うしかないと思います。ただ、この方の場合は、刑務所の中での精神状態の悪化とか犯罪傾向が促進されたということもあるかもしれませんが、ただ、この資料では幼少時から情緒不安定で短気だと。それから刑務所に入る前から見境なく刃物をちらつかせるということで、行為障害とか人格障害の方がずっと以前から見られているということで、それだけの問題ではなくて、もともとこういった人格傾向を持っておられた方がなるべくしてなった姿じゃないかと思えます。

川原：おっしゃるとおりと思いますが、今いる「切れる」少年のなれの果てなんだろうというか、発病しなければ、何度も犯罪を繰り返して場合によっては死刑か何かになっていたんじゃないかと思えます。でも、発病してしまったものだから、この人は途中から医療の世界で処遇せざるを得なくなって、現在に至っているんだろうという気がします。ですから、極端な話をすると、例えば画期的な向精神病薬が開発されて、この人の幻覚、妄想が完全にとれてしまう。未来永劫再発の危険性がなくなるような画期的治療が仮にできたとしても、この人の犯罪傾向は続くだろうと思っています。こういう方を現在の措置入院の枠内でやる以上は、いずれかの段階で、現在、幻覚、妄想が取れたというならば、やはり退院させざるを得ない。そうした場合は、先ほど言ったように、いつ起こるかわからないけれど、ほぼ確実に起こる犯罪を未然に防げないのではないかと思います。ですから、治療の枠ではなくて、こういう、どうしようもないような人はどうしたらいいんだろうというところなんです。

山上：今の最後の部分は、恐らく治療処分の制度というのはそういう人格の問題も含めて、治療の可能性がある、あるいは本人も立ち直ろうとする意欲がある人で、精神病と犯罪傾向が重なっていたとしても、治療の対象になるので、それに対する責任ある医療ができる。それを目指して実際にやっているのが欧米の司法精神医療ということで、今は日本では対応できませんが、将来はもし本人も立ち直りたいという意欲があれば、治療の対象になる可能性は当然あるだろうと思っています。先ほどの、刑務所での問題ですが、私も刑務所に一時勤めたことがありますし、それから精神障害犯罪者の犯歴を調べていくと、刑務所に何度も入りながら、その途中で発病していくという例もよく見ます。刑務所というのはやは

り精神衛生上、とても悪いところで、独居房で発病しちゃう人が時々あります。ただ、そういうときには、そこにたまたま私たちみたいな精神科医がいれば、短期の刑でしたら出所するまで治療して、あと出所するときに初めてそこから医療に行く。その次からは事件が起きたとき、検察官は不起訴という形で通報してしまう。そういうことで、今まで刑務所にずっと行っていた人が病院に行くということで、受け入れる側の病院が大変苦労される。そういう触法精神障害者処遇の歴史が始まっていくわけですが、そういう繰り返しになっているということがあります。

意見：一言。先ほど刑務所に対する幻想というお話でしたが、裏返して言うと、医療に対する幻想を抱かないでほしいというところもあるんです。完全責任能力者に対する更生ができていなくて、触法精神障害者に対する治安というか、保安的な処遇が果たしてできるだろうかというのは、僕自身は思っています。ですから、完全責任能力者に対する更生のための処遇ができていないならば、どんなに頑張っても触法精神障害者に対する処遇は不可能じゃなかろうかと思っています。

意見：今の意見の意味がわからなかったんですが、完全責任能力の人が刑務所に行って、更生施設はたくさんあいてますね。ですから、それができなくてという前提がどこから出てきたのか、よくわからないんですが。

意見：もちろん大半の方はできているんだろうと思いますけど、その枠から、ですから、医療と司法のすき間というか、そういう人たちに対して司法の方からの歩み寄りというか、その部分をもっとしていただければ、この人は発病もしなかったかもしれないし、犯罪を犯さなかったかもしれないというふうには幻想を抱くということです。

意見：要するに、人格障害の治療の問題ですね。確かにこの人は精神症状がとれても、人格障害の部分が残っています。けれども、今は現に欧米では、加藤先生も紹介していましたが、人格障害者の治療は随分積極的に行われていますし、今、日本だと、この人に対する治療というのは薬物療法しか、多分思いつかれないと思うんですが、大体欧米では、この人に対してまずやるのは、濃厚なサイコセラピーですね。この人はかなり生育歴に関して、非常に問題がある方ですし、そういった情緒面での問題とか、衝動性の問題を抱えていらっしゃるの、こういった人にはまずサイコセラピー、基本的にはそちらをメインにして、薬物療法というのはむしろ補助的に使われていくという感じになってくるんですね。ですから、まだ私たちの精神医療の水準から見ると、この人はとても治療困難ですが、欧米の司法精神医療の中では、この人に対してはかなりの部分まで治療、特に人格の面での治療の可能性は残されているし、そこを今、精神医療の我々がそれを放棄してしまったら、この先、幾らも発展が全然出てこないと思うんですね。ですから、この人は受刑すべきだというのではなくて、治療の可能性のある部分は我々も努力していかなければいけないし、もっと薬物療法以外の治療手段を探していかないと、こういった、特に触法患者さんの治療は先が見えないと思うんですね。特に加藤先生も紹介されていましたが、社会内処遇と

か、そういったいろんな職種の人がかわりながらケアしていくというサポートで、この人もある程度まで改善していくと思うんです。まだまだ改善の余地があると思うんですね。ですから、必ずしも司法だけが歩み寄るといって、そういう考え方ではなくて、精神科医もまだできることはあるはずだということ、そういう考え方でいかないといけないのではないかと思います。

よくなっているという、そういうエビデンスもあります。調査が幾つか、レポートは用意されています。例えばある人格障害者をただ刑務所に置いた場合の再犯率と、コミュニティケアで、共同体の中で治療した場合の再犯率を比較したデータで、再犯率が改善されているわけですね。すぐにはちょっと今、出せませんが、イギリスの人格障害者の治療のデータがあります。とにかく我々がイメージできないだけで、彼らは果敢にやっていますし、かなりの部分までやっているんです。それをただ、私たちはほとんど知らないというだけであって。

意見：後からお話ししようと思っていたので、後から表を見せながらエビデンスを。私が一番言いたいのは、必ずこういう困難な問題に直面して、皆が学際的に何か制度をつくり、あるいは治療方法をやろうというときに、反対派の人たち、先生がそうだと言うのではないんですが、必ずエビデンスを出せということですが、我々が提案する場合には、そういったものが臨床上の経験からあるんだということが前提になっているので、何年にどうのということではなくて。私が一番言いたいのは、別に先生を責めているわけではないので、我々がこうやって学際的に、主に医学と法学が集まってやっているのは、まさにはざまの問題をどうしたらいいかということなので、今までどおり、この患者さんは病院で、この患者さんは刑務所にというふうなキャッチボールではなくて、キャッチボールをやっている中間に何かあるんじゃないかということ。それがこういった処遇困難者とか、治療困難者に対して、ドイツが考えたのは社会治療という方法であるということ、後から具体的なモデルとかエビデンス、再犯リスク、そういうことも少しお話しします。

意見：現在、国立医療施設を担当するときには、単に反対するとか、賛成するというのではなくて、我々もしないといけない立場にいるんですね。ですから、できることはするけれども、できないことはできないとはっきり言わないといけない。できるかのごとくにして、我々のところに全部連れてきたときに、どんなふうになるかというのは、韓国の例を見れば明らかです。ですから、どこが治療の対象なのか、どこがそうではなくて、刑罰の対象なのかというラインはきちっとしないと、混乱します。

意見：全くおっしゃるとおりですね。だから、それを法律できちっと決めないといけないというのが我々の立場です。

山上：今の最後のところ、少しつけ加えさせていただきます。今、考えられているのは、心神喪失、あるいは心身耗弱と判断される人で、日本の従来のある方からすれば、人格障害のみの方は原則として外されることになっています。ただ、欧米で人格障害も治療の対