

## 1-4【指定発言】

### 熊本こころの医療センターからの報告を伺って……岡本台病院での経験から思うこと

栃木県立岡本台病院 堀 彰

◎司会 ありがとうございます。最後に指定発言として、栃木県立岡本台病院、堀彰先生からお願いしたいと思います。

○堀 どのような話がされるか全くわからないままに指定発言を引き受けてしまい、大変だなといま思っています。

#### （熊本こころの医療センターからの報告を伺って）

まず、花輪委員長のほうから、困難患者の治療をいかに行うか、そのためには、基本的に一定以上のレベルの精神医療が現実実施される必要があるというお話がありました。これはものすごく重要な指摘だと思います。それもハードの面だけでなく、ソフトの面も含めて、やはり一定の医療レベルがなければいけない。ものすごく重要な指摘だと思います。

その中で、特にイギリスのトレバー・ギブズ・ユニットの話がされました。「こころの医療センター」と比べていろいろ写真も出されています。日本におけるこのユニットは、やはり「こころの医療のセンター」に作るべきだという趣旨かなとお聞きしました。ただ、そのためには県知事も含めて、地域の人たちも含めて、その辺の理解が相当得られる必要があるのではないかとこの趣旨だったと思います。

次に大塚先生からは、特に入院中に離院して傷害事件を起こした症例について発表がありました。その中で特に司法と医療の関係について、重要な指摘がされたと思います。

看護の永木さんからは、看護者の役割をいろいろ出されていました。その中で実際、短期的な目標はある程度立てられるけれども、長期的な目標が立てられないということ。その場合には、そういう措置はいろいろあるのですが、やはり再犯の予測の問題などもあるのではないかとこの指摘がされました。実際、看護者が困難患者の身近で看護していくわけなのですが、その中で陰性感情の問題も指摘されました。

その辺の問題を解決するために、やはりサポートの体制が必要だということが出されました。これは患者のサポートだけではないと思います。職員のサポートというか、人間は人数が増えれば結構余裕というのは出てくるのです。職員のほうにある程度精神的余裕がないと、やはり困難な課題を抱えた場合には陰性感情しか出てこない。この辺、サポート体制というのは患者だけではなくて、職員も含めてサポート体制が必要だという趣旨と私は理解しました。そういうサポート体制を作っていくために、法律の整備が重要だという指摘がされたと思います。

最後には作業療法士の平田さんから、閉鎖病棟における、それも多分病状が不安定とか病状が十分に改善していないために、ソーシャルセンターに通えない患者を対象にしてレクリエーション療法を行ったということでした。これは一般的に言っても、急性期の病状が改善しない段階でどうやって作業療法を始めるかというのは、これは作業にとってもものすごく重要な課題だと思います。それを措置入院の患者という中で、急性期の作業をどのように行っていったらいいのか、ということでの典型を作られたように理解しました。そういうことで花輪先生が最初に言われた、「一定以上の医療のレベルが必要だ」という内容について、少し理解できたような感じがします。

これと関連して、指定討論をやるとなったら、やはり栃木県の岡本台病院のことを少し言わないとなりません。

#### （岡本台病院での経験から）

先ほど花輪先生のスライドにも出てきましたけれども、岡本台病院では、平均在院期間は110日ぐらいです。その意味では短いのですが、長期在院が多いのです。実際には短期、1年以内

で動く人が半分以上いるのですが、10年以上の人も25%ぐらいいます。これはいま、岡本台病院が栃木県で救急を一手に引き受けているために、そういう形になっているのだと思います。

まず、岡本台病院の歴史を言います。昭和34年、岡本台病院は100床で作られました。そのころの栃木県というのは、まだ私宅監置の患者さんがいらっしゃる時期でした。県立の病院ができて、その1年後にやっと、栃木県の私宅監置の患者がなくなった。設立はそのようなところですよ。

そのあと、いろいろありました。最近も宇都宮病院で、食中毒で1人患者が亡くなっているのですが、昭和59年に「宇都宮スキャンダル」がありました。触法関連では、外国の雑誌でもすぐ理解できることなのだそうです、「宇都宮スキャンダル」がありました。それ以降、それまでの県立病院は何をしていたのかという批判もあり、昭和61年3月からいわゆる救急医療、措置入院を中心とした三次救急と呼ばれているものですが、そのシステムを昭和61年3月から栃木県では構築してきました。

平成6年4月からは夜間・休日はもちろんですけども、日中の措置入院についても県立病院が扱うことになりました。それにより、措置入院の数が相当な数になりました。いちばん多かったのは平成12年です。平成12年、緊急措置で措置入院になった人が180例、措置入院が50例で230例です。年間230例ぐらい措置入院があり、これが全部岡本台病院に入院しているというのが実態です。

そのあと、1カ月ぐらいで後方病院に移送することになっているのですが、実際、熊本のこちらの病院にいるような患者もうちの病院にいるのは確かなのです。ただ、個々の患者について、散発的にはいろいろ取組みはあるのですが、そういう状況があり、なかなかそこまで細かくついていけないというのが現状です。

もう1つは平成12年度から、これは外来も含めて救急医療を開始しました。平成12年度、13年度には入院・外来を含めて、岡本台病院に来た患者というのは550名前後でした。

平成12年度は緊急措置入院など、三次救急の人が279例だったのですが、平成13年度には202名に減りました。一方、外来だけで済んだ患者は平成12年度に166例だったのですが、平成13年度には255例に増えています。救急を始めることによって、患者自身もある程度治療を受ける意思があったり、そのような患者が家族の依頼で外来だけで済むようになった。救急医療をやることによって、それまでだったら自傷他害の問題が起きなければ入院にならなかったのが、より軽い段階で病院に来られるようになっています。そのようなことを毎日やっているのが岡本台病院です。

もう1つ、先ほど言ったように措置入院の数がものすごく多い。人口対比で見ると日本で1番になってしまいました。栃木県では措置入院のとき、変な入院のさせ方をしているのではないかということがないのかということで、1995年から前後3年間の措置診察の患者について、実際に措置診察に当たった医者の中の所見がどれほど一致したのか。あと、実際に措置入院になった人とならなかった人にどのような違いがあるのか。それらははっきり言えば入口の問題があるのですが、それについて多少データを集めて検討している段階です。

指定医の一致率については最近の「精神医学」に出たのですが、例えば分裂病とか感情障害、覚醒剤中毒の一致率というのはものすごく良いです。ただ、人格障害の一致率はちょっと悪いです。幻覚妄想状態とか、状態像診断になると一致率は悪いです。だけど、病名については一致率は比較的良いです。

措置入院が必要かどうかについても、これも比較的一致率は良いです。過去の問題行動については、主たるものは暴行や傷害、器物損壊が多いのです。自殺等もあります。過去の問題行動についてはある程度一致率が良いのですが、「恐れ」については多少一致率が下がります。とはいっても、それぞれの指定医は過去の問題行動がある場合には、そのような問題行動が起きるのではないか（恐れがある）というように、過去の問題行動を参考にして今後の予測もして

います。このような、一致率がどの程度かという研究は多分日本で初めてだと思います。そういう点で、具体的に研究していく必要があるのではないかと思います。

もう1つ、どういう人が措置入院になりやすいかをいろいろ検討したのですが、やはり分裂病の方は措置入院になりやすいです。幻覚妄想のある方も措置入院になりやすい。精神運動興奮状態のある人も措置入院になりやすいです。

分裂病と幻覚妄想状態、精神運動興奮状態がどういう関係にあるのか。それと、今後恐れのある問題行動とどういう関連にあるのかを検討すると、1つは今後恐れのある問題行動と分裂病という診断の間には直接的な関連はありません。精神分裂病と直接的関連があるのは幻覚妄想状態です。

今後恐れのある問題行動と直接関係があるのは精神運動興奮状態です。その辺を考えると、分裂病の患者で幻覚妄想状態があり、それプラス情動面の精神運動興奮状態が加わった場合には、やはり実際に問題行動を起こすし、今後も起こす恐れがある。これらは当たり前のことですが、分裂病で他害行為と結びつきやすいという当たり前のことが、実際の治療に基づいて当たり前に議論できるようになったのが、21世紀の日本の精神医療なのかなと思っています。

それぞれの自治体病院というのは、病院が置かれた地域の特徴により、それぞれの病院が担う機能には結構違いがあるのです。岡本台病院は先ほどやったようなことをやっていますので、実際、個々の統計まではまだ詳しくできてはいません。これも人員など、いろいろ余裕ができてくれば、そういう症例はたくさんあるので頑張っていきたいと思っています。

以上、指定討論を終わります。どうもありがとうございました。

◎司会 堀先生、どうもありがとうございました。何か発言をしたい、という方がいらしたらお願いします。

●花輪 堀先生、措置入院が230人も来れば大変だと思います。いま、全国の自治体病院ではそういう人が来る病院ほど、医師がどんどん辞めていっています。トコロテンみたいなことを言っただけでも、この前のテレビのあと、先生のところに措置入院したあとに両毛病院に送られたけれども、よく見てくれない。岡本台にいたかった。だけど送られてしまったという、お母さんから嘆きの電話が入っていたのですが、「堀さんに会うから言うとかわ」と言っておきました。それが1つあります。

見られないでしょうが、最後まで見る。医者はそれで失望したり燃え尽きたりして、辞めたりしませんか。

○堀 いまのところ燃え尽きて辞めることはありません。辞めたい人はいますが、積極的な理由、もっと素晴らしいことをしたいということで去られる方はいます。私に言わないのかもしれませんが、ここの病院が嫌だということで辞める方はいまのところ出てきていません。

ただ自治体病院が、特に私立の病院との機能分化の段階で、相当厳しいというか、大変な状況の患者を見なければいけないというのは、これはすべての自治体病院に課せられている課題だと思います。その辺で敬遠する方は相当増えてきていると思います。

その辺、どのようにしたら解決するのか。いまは仕方がないから、私自身がいろいろなところに行って医者を探してくる。もう1つ、やはり岡本台病院というのはいろいろな意味で素晴らしいことをしているのだというその辺しかありません。ゆくゆくは救急とか、これからの主要精神医学的な訓練もそうなのですが、指定医を取るに当たり、そういうようなものを必須のものとして位置づけていただく。もちろん、そういうことをやったら医療費も入る、診療報酬も入るということも重要です。その辺がものすごく重要になると思います。

その場合、私自身は夢がなくなるとまずいので、花輪先生のように夢を持って、頑張っているのかなと思っています。よろしくお願いします。

## Ⅱ. 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

### Ⅱ-1. 触法患者の地域事例

福岡県立医療センター太宰府病院、藤川尚宏

◎司会 午後のセッションを開始したいと思います。午後からのプログラムは「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」です。事例1から入りたいと思います。「触法患者の地域事例」、福岡県立医療センター太宰府病院、藤川尚宏先生、お願いします。

○藤川 福岡県立病院はいま民営化になろうとしているのですが、ちょっとやばいところがあります。丸投げはするなと一生懸命に言っているのですが、もし丸投げされたら、次回からは多分ここに出席になることはないだろうと思います。よろしくお願いします。

私に与えられた時間は非常に短いのです。大体、1つの事例をこのような短い時間でやるというのは不可能ではないかと思えます。非常に早口になるかと思えますが、お聞き逃しのないようよろしくお願いします。

(スライド開始)

☆スライド この事例の方は、中学校を卒業してから、ここには土建業関係の仕事と書いてありますが、大工です。26歳ぐらいから暴行、傷害を少しずつ起こすようになりました。何となく気の荒い人だと、地域では通っていたようです。

☆スライド 32歳のときに結婚されています。その結婚式のとき、立腹して客と大げんかをしたというのがエピソードとしてあります。34歳のときに奥さんの腰を蹴って怪我をさせ、入院させたことがあります。もしかしたら、発病に少し近いことが起こっていたのかなという気がします。

☆スライド 35歳のとき、真っ裸で車を運転しているとして110番通報があり、病院に送られました。このときから、「何か人が変わったみたいだな」となってきました。このときからちょっと経って入院しています。

☆スライド 37歳のときにタクシーに乗って暴れ、そのまま派出所に連れて行かれました。そして、B病院に1回目の入院をしました。これが2カ月ということでした。外泊して、そのまま退院になってしまったということです。

☆スライド 38歳のときには窓ガラスを割って暴力を振るい、B病院に入院します。その前に離婚がありました。だから、この間はお母さんと2人暮らしの状態です。

☆スライド 39歳のとき、同居のお母さんが「もうとでもたまらん、退院してくるのだったら出ていく」ということで、独り暮らしをすることになりました。40歳のとき、「車で付け回される」と被害的になり、車を壊しました。B病院に3回目の入院をします。40歳のときに寺に押しかけて行って、「祖先の骨を返せ」といって、遺灰を川に流すという奇行が見られています。

☆スライド 42歳のときに近所で暴れ、窓ガラスなどを割って、A病院に2回目の入院をします。ところが、この人は本当に薬の嫌いな人で、退院後すぐに外来通院を中断してしまいます。この辺はずっと、暴力と器物破損の繰り返しがちょこちょこあります。

☆スライド 事件が起こります。42歳のときに妄想に引っぱられ、独り住まいの老女の家の窓ガラスを割って侵入、逃げる老女を椅子で、後ろからか前からかよくわからないのですが、撲殺しています。

☆スライド そのときに、「心神耗弱」という鑑定を出されたいのですが、この資料を持っていませんのでよくわかりません。しかし、結局は不起訴、措置入院となりました。

☆スライド その結果、B病院に入院したわけですが、一応、精神病と性格障害という診断が出ています。入院から3年目に院内レクリエーション中、本人が逃げ出しています。それがす

ぐ町に通報が行ったのです。それにより、本人の実名と顔写真がポスターで貼られたり、配付された。この事件だけでなく、その前から繰り返し繰り返し起こっていたので、町のほうは「危ない」とずいぶん言っていたらしいのです。それもあって今回のようになりました。独り暮らしの老人を全部体育館に避難させるという大騒ぎもありました。そして、隣町で……保護ということでした。これが確か12日目ぐらいだったと思います。

☆スライド 一応病院に連れ戻され、病院で過ごしていたのですが、4年目ぐらいに町役場や保健所、もちろんお母さんの所もですけれども、弁護士会など、毎日のように「自分は不当な入院だ」と、電話をかけて退院要求をしました。そして、4年目に退院になりました。このとき、もうこれは緊急事態だということで町、保健所、県が非常に心配しました。このときからいろいろ会合を持つようになっていきます。

☆スライド 保健所のほうは退院したら、訪問に行くなどしていたのですが、本人も結構拒否的でした。いままですぐ病院に連れて行くことばかりやっていたから、保健所は大体警察の手先と本人は思っていたので、訪問をしてもなかなか本人が打ち溶けない、ちょっと難しかったのです。

☆スライド 次第に興奮してきて、3カ月後に近所で、…ワーワー燃やしていたのですが、その中のボンベが爆発して、かなりひどい火傷を負いました。それにより、とてもではないが地域の病院では無理だ、今度起こったら県立病院と言われていました。そして、このときから太宰府病院でということになりました。

☆スライド 病院に来られたときですが、幻覚妄想状態でした。態度がとにかく激しく、やたら「殺す」と言っていました。火傷の治療もさせない。前に実際に殺しているから、身体はそれほど大きくないのですが、看護婦もなかなか怖がっていました。

☆スライド うちの県立病院なので措置がたくさん来るから、あそこに行くとか指定医になれるということ言われているので、若いドクターはそのために来ています。このとき、「今度措置が来たら私にください」と言っていた人が女医だったので、女医が見ていました。なかなかしっかりした女医なのですが、やはりなかなか言うことを聞いてくれなくて、涙を流していました。

☆スライド だけど、途中のかなり強制的な治療で少しずつ落ち着いてきました。看護婦もだいぶ頑張ってくれて、少しずつ接触も良くなったという感じです。8カ月で本人が「退院する」と言い出しています。良くなると、普通のことができるレベルまで行ってしまうので、退院させないといけなかなとなるわけです。そして、退院となりました。

☆スライド ですが、退院後が心配だったので、退院するときに太宰府病院に必ず通院すると約束しました。これが地域から遠いのです。だけど、地域の病院が受け取ってくれないから仕方がない。車で1時間ぐらいですから、乗り継いでくるとずいぶんかかります。

☆スライド 保健所のほうももちろん訪問看護です。警察と保健所には、とにかく何かあったら早急に、すぐ対応して、次の事件が起こらないようにする。それから、とにかく往診に行けるようにしておこう。入院のときはお母さんと呼んでいたら間に合わないの、このようなことをしてはいけないのですが早くからお母さんの同意書を用意しておいて、何かあったときは電話で「こうです」と言って来てもらうという用意をしています。

☆スライド そのようなことをやりましたが、やはり退院するとすぐまた通院を中断するので、その女医も頑張りました。結構電話をしたり、なかなか名文の手紙を書くなどして、「何とかしてこんね」と頑張りました。

☆スライド 通院が途切れるなどしたらこういう説得をすると、ちょっとは聞いてくれて、通院がまた再開されたりということがあります。途中で病院に本人が泊まりに来たりということもあって、少し関係ができたかなと思ったのですが、あまり信用しては駄目ですね。途中で悪化するともう全然信用できないのです。ある程度のところでまた悪化となって、全く説得に応

じない、薬も飲まない。また、B病院に「殺す」という電話をかけるような状態でした。それによって警察に連れて行かれたということです。

☆スライド このB病院に行ったことが、あとで本人に聞くとかなり傷になっているようです。実はこのB病院で、本人が言うことには、他の患者から袋叩きに遭っていると言うのです。本当かどうかはわかりません。その辺のことがあり、状態が悪くなるとB病院の院長のところに電話して、「絶対殺してやるからな」と言っています。

☆スライド 病院の中には結構、患者の中でヒエラルキーがある。どこかの刑務所がそうだと、刑務所では当たり前だと、この間刑務所で聞いたと言われたのですが、そういうところがありました。

☆スライド ひどい状態でまた入院になります。この人は悪くなると、「殺してやる」が必ず出てきます。服薬を嫌がるのですが、今回はとにかく、何が何でも薬を服用させたいので、ハロマンズをしました。ハロマンズの1回1回の注射に説得、説得で、また時間がすごくかかるのです。

☆スライド この入院の途中に、私にCGが交代しました。保護室から個室に移り、入院3カ月です。このころでもまだ徘徊があり、身体をブラブラ揺すっています。

☆スライド ハロマンズに少しずつ慣れてきたのか、病院の中ではあまり拒否なく飲むようになりました。そして、また次第に退院の要求が出るようになりました。大体、6カ月目ぐらいだったでしょうか。この辺、もうちょっと様子を見て、その間に何とか用意せないかんと思っています。

☆スライド 午前中、看護の方が言われたように、このとき（入院期間中）にとにかく関係づくりを一生懸命しておく。病院の中でしか関係づくりができないのです。病院の外へ出たら、もうその人が拒否したら会えないのです。いまの法律のもとではもうどうしようもないのです。病院の中でいかに関係を作るかにえらく気を使って、ここの間はやっていました。うちの看護スタッフと一緒に、とにかく仲良しになっておこな、何かあったときに困るということで、看護師のほうも一生懸命に頑張っていました。

☆スライド 2回目の退院です。前回の退院のときに失敗しましたので、これはやはり地域の病院に協力してもらわないとどうしてもできないということで、協力してくれる病院をいろいろああたりました。ところが、ことごとく断られ、駄目でした。

☆スライド 1カ所だけ、C病院とありますが、私の先輩がちょうどおられたので、「お願いします」という感じで頼み込みました。そうしたら、一応「いいだろう」と言ってくれたのですが、いろいろ条件を付けられました。1つ、責任は絶対に県立病院が持つ。何かあったときにはお前の責任だからと言われました。それから通院はいい、だけどデイケアは駄目だと言われました。ほかの患者にもしものことがあるといけないので、デイケアには来させない、通院ということを言われました。通院がもし途切れたら、すぐ県立病院のほうで何とかしてほしい。自分たちのほうはどうにもできないと言われました。もう1つ、入院のときは県立病院に入院させるということでした。

☆スライド 地域でお互いに情報を流通しておかなければいけないから、会議を開こうということになりました。前も開いてはいたのですが、今度からは毎月必ずやるというようにしました。その会議の席で訪問の順番、日取りなどびっちりスケジュールを立てて、とにかく途切れなくやろう。それぐらいしないと絶対に事件は防げない。

☆スライド 大体、本人が退院するときに、心配だから保健所にはきちんとと、一応言っているのですが、会議のことを本人に伝えるか伝えないかを迷いました。私は言ったほうがいいのではないかと言ったのですが、そういうように言うと多分訪問できなくなるということで、保健所と町役場は関係が近いからか、絶対言ってくれるなということでした。だから、本人に伝えるのはなかなか難しいのですが、「ちょこちょこは連絡を取るからね」ぐらいに本人には言

っておきました。この辺、あとで法律家の方にお尋ねしたいのですが、これは守秘義務違反などいろいろなことに引っかかるのではないかと思います。

☆スライド その辺、どの程度話をしているものか、どうも私にはわからないのです。しかし、このときには情報はお互いに伝え合っておかないと、絶対に防げないだろうという話だったので、ベラベラとしゃべったけれども、あとで責められるのではないかとちょっと心配しています。この辺、私の知識が足りないのですが、少しきちんとする必要があるかと思っています。みんなも処理の仕方を知らないのかなと思いました。

☆スライド 本人は病院には週1回、きちんと通院されています。そのときに土地を売って、お金がごそっと入ってきたのです。本人が運転免許を取って、もしかしたら仕事ができるかもしれない。本人が何か言い出したら、こちらとしてはすぐ駆けつけて相談に乗るということをやります。本当にVIP扱いです。ストレスを与えてはいけません。

☆スライド 1年後、手は打っていたのですが、仕事に行くに困るからといって、こっそり服薬をやめていたことが明るみに出ます。実は、飲み薬の中にこそっとリーマスを入れておきました。リーマスを計ると、飲んでいないか飲んでいないかがすぐわかるという仕組みを作り、また本人を説得して飲ませました。

☆スライド そうこうするうちに、このころからまた生活のリズムが乱れてきます。これは本人が悪くなる前に何とかしなければいけない。ちょっと通院では無理かなと思いましたので、入院させることに決めました。

☆スライド 幻聴がちょっと入っているということです。本人のところへ行ってから説得しました。その説得ですが、まだ悪くなり始めですから、いまだったら何とかかなと思ったのですが、なかなか本人が「うん」と言わないのです。なぜ言わないのかといたら、この間から野良犬がまぎれ込んできて、自分のところで飼っている、この犬を放ったらかしておくわけにはいかない。たかが犬一匹のために入院できないという状況になりました。仕方がないので、これは院長には黙っていたのですが、犬ごと入院しようということになりました。

☆スライド 本人はこのとき初めて任意入院をしました。軽い幻聴、幻視もありました。この人はお酒をちょっと飲むのですが、それも病状に影響していると思います。病棟に入るとブラブラとすることが多く、ほかの患者とも受け身的な付き合いが多かった。かわいそうに、犬のほうは裏でつないでおいて、本人が朝夕病棟の昼食を持っていったのですが、つないでおくのを1回忘れて、前の国道ではねられて死んでしまいました。本人もえらくがっかりしていました。

☆スライド しばらくしてから退院ということになります。このときはまだ病識が足りないのです。生活に自信がなさそうな感じで、「やめたほうがいいのか」と言ったのですが、本人は退院ということです。同じように、退院ということで……。

☆スライド 退院してすぐ飲酒しています。そのあと不安になって、本人が「入院させてくれ」と助けを求めてきて、入院ということになりました。4回目の入院は、こちらは全く関与していません。本人から「入院させてくれ」という感じで来ています。

☆スライド この入院はほとんど、本人は入院したけれどもどうということはありませんでした。このころ、本人が持っているお金がだんだん減ってくるわけですが、本人は一生懸命に隠していたのかどうか知りませんが、このころ「退院してから働く」というように考え出しています。2カ月で退院しています。

☆スライド 本人の目標は、離婚してから5年ぐらい子供に会っていないので、子供に会うという目標を1つ立てています。その娘さんに残っているお金を渡して、あとは働きたいという希望が出ています。

☆スライド 退院したあとC病院にまたお願いしたのですが、いままでやってくれた主治医が転勤になり、「次の主治医に頼んでおくから」ということになりました。次の主治医も、受ける

というように私は聞いていたのですが、実際地域で開業したら、その席で「うちでは見ません」といきなり言われました。その先生の主張では、こういうものは国公立のする仕事ではないか、自分たちのする仕事ではないということでした。自分たちがして、もし事故でも起こったら病院の評判が落ちるではないか、そのようなことがやれるかという話になりました。そう言われると、私もよくわかります。民間だったら絶対受けないだろうなと思うから、そう言われるとちょっと仕方がないかとも思いました。

☆スライド どうしたものが悩みましたが、本人が「自分から通院してくる」というように言ってきました。「大丈夫だよ、先生」と言い出すものですから、任せてみようかということになりました。だけど、私は半分しか信用していませんでした。

☆スライド 通院になって、興信所に多額のお金を払って子供を見つけ出して会いに行ったのですが、全く知らないおじさんがお金を持ってきたと、娘さんのほうでびっくりして断わったようです。あとで奥さんから電話がかかってくるまで、とにかく2度と会わないでくれと言われてました。

☆スライド ご本人はこれで気持ちがスキッとしましたようです。それから、もうそのことは言い出さず、大工の腕がありますのでときどきアルバイトをやるなどしています。だけど、薬に対する拒否感は強いですね。私のほうが本人の説得にだんだん押されて、服薬が駄目になってしまいました。ハロマンズも徐々に減らされています。手が震える何のということ、減らせ、減らせということになっています。毎月、きちんと通院はしてきますが、ついにハロマンズが50ミリだけになってしまいました。50ミリだけというのはちょっと危険な状態なのです。減らしながら、この間に何とか、薬以外で本人が症状をコントロールするような技術をとにかくつけられないか、本人にいろいろ指導していきました。

☆スライド ずっと安定しています。安定していますけれども、何年か後に1週間だけちょっと悪くなりました。だけど、1週間で収まりました。

☆スライド いまのところをまとめると、発病以前に繰返し暴力があつて、発病してから激しさを増す。暴行、器物損壊、奇行があつて、それから殺人事件が起こります。殺人のような激しい暴力を示す患者への対応というのは、なかなか治療がしづらい。それから、うちにかかって試行錯誤をやってきたということです。

☆スライド 治療の評価ですが、再発がなくなったという意味では、良かったのではないかと思います。一時的に娘さんに会ったり働いたりはしていますし、近所の人とも交流があるということです。近所のおばあさんの手伝いをしたりということもありました。この意味では、QOL (Quality of Life) が改善したとは言えるかもしれません。いま、何とか生保をもらわずに少ないお金でやっています。

☆スライド 家賃のほうは市営住宅に住んでいるのですが、家賃のほうは踏み倒しています。本人は踏み倒していますけれども、町のほうは怖いからいいやという感じです。どうも、安全だったら払わなくていいということになっているようです。

☆スライド 本人が通院を一応受け入れてくれた。保健所のほうの訪問をいまもときどき受けています。本人に任せる部分が少しずつ増えていて、当初ほどにはコストがかからない。いま考えたら、当初はめちゃくちゃお金がかかっていました。特に会議で集まるときのお金、交通費や取られる時間など、ものすごい額になりました。この点、いまはもう、交通費だけです。本人の生活費と……。

☆スライド 「課題」です。課題としては、飲酒がやはりやめられないのです。それからぎりぎりの安定、ハロマンズ50というのは心配で、ちょっと何かあると安心できない。先ほどちょっと言いましたけれども、現に数年たってから1週間少しありました。そのとき本人がちょっと混乱して、町長のところに押しかけていき、「俺が今度の選挙運動をやってやるから」と言っていた。町長がびっくりされてすぐ連絡がありました。そのあと、本人は何とか危機を脱しま



した。

☆スライド 本人の危険性の認識はまだ薄いというか、甘い。病識まではいかないですけども、病感のようなものがあります。あおられている感じになると、どうもいかんみたいというのがあるのですが、本人は薬ではなくて自分の力で何とかかなると思っているわけです。私としては薬の量を増やしたいのですが、本人がOKしてくれないのでできない。

☆スライド 先ほどのような、ちょっとしたことがあると、緊張感が走るわけです。しばらくは良かったのですが、1回でもこういうことがあると心配が増えるので、類似のことが近所で起こらないように、安心させることを最優先にしています。未だに目を離すわけにはいかない状態です。いま、1カ月に一遍はうちに来て、50ミリを持って帰っています。途切れたことが何回かありましたが、途切れそうになったら、うちの看護師の1人が同じ町に住んでいるので、彼が行ってうまく説得してくれています。とにかく、来なかったらすぐ本人のところへ電話を入れるという形を取っています。

☆スライド 最後に触法関係の治療です。基本的には、一般の患者の治療と本当は変わらないのです。ただ、先ほどの重大事件がありますので、ともかくそれがプライオリティー。ここにいろいろ書いてありますが、それを防ぐために早めの介入とか、先ほどお話がありました。緊急にやらないといけないのが大変ということです。

☆スライド 「地域への不安への対処」、これもそうです。「責任の所在・分配」、「気を配る」、これはチームでしますので、チーム間の責任の所在が問題になります。あと本人の責任の所在、どの辺までを本人に取らせるか。一つひとつ事例が違うのですが、これも考えていかなければならない。それから、公的機関が責任を持つ、これは絶対に必要かと思います。だいたひ時間を取りましたが以上です。

◎司会 ありがとうございます。

○藤川 花輪先生から、言いたいことはしっかり言っていけと言われていまして、そうさせていただきました。

◎司会 何かご質問、ご意見のある方はおられませんか。

●山上 会議の場での守秘義務の問題が出されていたのですが、法律家の方のご意見を。

◎司会 どなたか。

●川本 前にもこのような質問を受けたことがあるのですが、いまのものは範囲が限定されているわけですか。

○藤川 範囲というのはどういうことですか。

●川本 つまり、情報を提供される相手方です。先ほどのようにポスターを貼られるとか、そういうことは完全に問題があるわけです。

○藤川 一応、会議に出席してくる人ということになっています。出席している人は一応、関係者となります。町役場がちょっと微妙なところなのですが、一応町役場の人は保健係にしようということです。ただ、町役場の少し上の方もやはり心配してこられます。そのときにはどうしようか、ちょっと微妙なところですが、一応関係者にしようということになっています。

●川本 反対の意見もあるのかもわかりませんが、個人的には、そうしなければいけないと思います。つまり、ある範囲内ですけども、関係者の方に情報提供をしておかないと、周囲の対応がスムーズに動くようにならないということです。

○藤川 例えばそれに関連して、保健所が本人を訪問するとき、やはり周りの方にもちょっと声をかけてくれませんかというように言っています。場合によって、何か心配事などがあつたら連絡するというような。あのようなものはいいのですか。あれはちょっと微妙に。でも、これはしておかないとこの人は危ないと思っていましたので。

●川本 既に、周りの方が大体わかっているわけですね。

○藤川 そうです。そこでみんな、戦々恐々として見えています。

●川本 だから、どちらが先かという問題もあるのかもしれませんが。周りの、近隣の方たちが要求されて、治療になるというケースもあるわけで、そこは、全く何も知らない状態でというのはちょっと問題があるのかもわかりません。要するに治療のためですから、社会合意という点もあるのでしょうかけれども、ある種プライオリティーというのはその方が再発して、事故を起こしてはいけないというところに置かれているわけですから、ある範囲で限定されていけば差し支えないと思います。

○藤川 ありがとうございます。

●山上 いまの制度のもとでは再発を防ぐのが、退院後の治療が大変だということですが、今度の新しい法制度のもとでは、退院後も継続的にかかわって、必要に応じて服薬をある程度強制したり、あるいは再入院を義務づけたり、そういうようなことがある意味ではできる。そういうものがあるとだいぶ違う感じがします。そういうものは期待できると思いますか。

○藤川 そういふのがあると楽だとは思いますが。先ほどの入院のときも、本人に拒否されたらアウトなのです。本人の意志次第なので、そこで、何とかして「うん」と言わせなければいけないから、そのために手練手管ではないですが、いろいろなことをするわけです。こたつに入りながら、本人をながめながらこうやって。その労力というのはものすごいものがあると思います。その法律ができると、やり方が変わってくると思います。それができたら、退院もさせやすくなると思います。それプラス看護を含めた、治療スタッフの関係など、技術でやる部分がかなりあるだろうと思います。だけど、今よりはやりやすくなるかなと思います。

◎ 司会 ほかにご意見等はありませんか。先生方、ありがとうございました。

## II-2. 放火・盗みをくり返し、行為障害と判断された一例

山口県立病院静和荘 小林 孝吉

◎司会 事例2に移りたいと思います。事例2は「放火・盗みをくり返し、行為障害と判断された一例」、山口県立病院静和荘、小林孝吉さん、お願いします。

○小林 このたびは発表の機会をいただき、ありがとうございます。

今回の症例は、いま現在当院で処遇に困っているケースがあり、それを提示いたします。

症例は19歳の男性で、診断は当院では反社会性人格障害としています。

(本人歴)：生活歴、本人歴ですが、3人同胞の第2子の長男として、某県の離島で出生しています。正常分娩で、幼児期に停留睾丸の手術歴がありました。父親が漁師で真面目な性格、子育ては主に母親に任せていました。子供に手を上げたことはありません。母親は専業主婦で、子供に問題があったときは注意していたようです。

小学校3年生ごろから、学校のずる休み、喧嘩、年下への暴力、盗み、放火、子猫を何十匹と絞殺するなどの残虐行為が見られるようになりました。中学途中までは地元で過ごし、その後一旦、児童相談所で一時保護されています。その間、途中で抜け出して1週間行方をくらまし、食料調達のため、窃盗を繰り返したことがありました。

中学3年、14歳からは児童相談所の措置により育成学校に入学しています。入学当初からいらついた、ため口をきくからむかついたという理由で、友だちのCDを素手で折り破るなど問題がありました。15歳ごろからはところかまわず放尿する、精液を撒き散らす、下着を盗む等の行動が頻発し、その年(平成10年)の1月、A精神病院を受診し、外来通院するようになりました。しかし、その後も窃盗や暴力行為は続いたようです。

16歳のときに知的障害児施設に入所。しかし、同施設でも手に負えず、17歳からは自宅に引き取られましたが、そのときも単車を盗んだり、家宅侵入、ボヤ騒ぎを起こすなどしています。そのため、島にも居づらくなり、その年の6月から8月までA精神病院に治療保護しています。このときの検査では、IQは73でした。退院後は入所できる施設がなく、自宅へ帰りました。

18歳時、町でいちばん大切なものと知りながら、漁に使う網に火をつけました。本人が犯行を認める発言をするので、母親が警察に相談に行き、結局逮捕されています。その後、少年鑑別所を経由して、平成13年9月から医療少年院での収容保護となっています。少年院では爆発性・欲求不満耐性の乏しさが目立ちました。短絡的な行動化、それを糊塗するための虚言を重ねるといった行動を繰り返しました。医療少年院でのIQは67で、軽度の脳波異常が指摘されています。このときに行為障害の診断を受けています。今年の3月、19歳のときに医療少年院の仮退院に伴って26条通報となり、措置診察の結果、措置不要、要入院と判定され、当院に医療保護入院となっています。

(当院入院後の経過)：入院後の経過ですけれど、入院後はスタッフに穏やかに対応し、他患者に対しても攻撃的になることはありませんでした。面接時もむしろ、柔順な印象すら受けました。しかし、その一方で、隠れてあちこちの患者のベッドを水や尿で濡らしたり、トイレでトイレットペーパーを燃やしている。ほかの部屋に瓶を投げ入れて割ったり、保護室の戸をけったり、面会室の荷物を盗むなどの問題行動が見られました。いずれも当初は犯行を否認し、問い詰めると白状するといった、少年院と同じような行動パターンを示しました。

理由はいずれの行為においても、むかついた、いらついた等で、目立った動機はありませんでした。日常会話の中では、知的な低さを感じさせることはありませんでした。自分に関することは非常にこと細かく語るのですが、両親の生年月日や同居していた祖父母がどちらの親かについては「知らない」と語るなど、関心が限定されていました。現在も院内行動のため、行動制限をしていますが、隔離されている時間が長いせいか、問題行為は軽微なものでおさま

ています。

うちでやった知能検査では、IQは74と出ています。特に言語性の方、知識や単語、算数の点が低く、もう少しきちんと教育を受けていればわかるのかなという印象がありました。PFスタディなどでも、年齢と同じような常識的反応ができず、他罰的反応が多く、その内容として、欲求不満時に失望を表明するのみで、問題解決に向かえない。欲求に固執して他人に解決を求めるといった傾向が見られます。自責的反応も見られました。ただ、一応謝りはするものの、言い訳をして本質的に自分の非を認めないタイプである、という結果が出ています。

医療少年院のほうで軽度の脳波異常が指摘されていましたが、当院でも二度脳波をとったのですが、別に問題はありませんでした。

最後に問題点ですが、考えさせられる点としては、このケースの処遇をめぐる一連の流れは、もし強制的治療が必要であるということであれば、ある程度妥当なのかなと思われます。ただ、当院での観察によると、処遇に関してはやはり司法で扱うほうが、現時点では適当なのかなと考えました。その辺の問題も考えられるかと思えます。

医療少年院での保護処分を下した家庭裁判所の判定が適当であったのかどうか。電話をして話を聞いたところ、どうしてこのような処分になったのかということ、過去の入院歴が大きな理由となっているということと言われました。一般的に、家庭裁判所の判定に精神科医はどの程度かかわっているのかと思いました。

二番目として、医療少年院での通報が適当であったのか。治療自体は必要でないとは言いませんが、やはり処遇には限界を感じるということです。実際、治療という形になってしまったわけです。これまで二回にわたって、医療の必要性があると判断されている中で、実際の措置診察の場面という、本当に短期間の診察で、現実にはいままでの判定を仮に覆そうと思っても、本当にそのようなことができるのかということもあります。そのような判定の1つに、いまの問題があるのかなと思えます。できれば、せめて1カ月ぐらいでも時間があればと思います。

◎司会 どうもありがとうございました。いまの発表に対してご意見等があればお願いします。

●吉川 事実確認なのですが、入院中の治療というのはどういう形で行われているのですか。

○小林 いま、行動療法と言えるかどうかわかりませんが、本人がある程度課題をクリアできればだんだんと処遇を積み上げていく。その中で、いまは患者とスタッフとの間で本音で話し合いをし、自主性を促しているところですが、患者同士の間での交流を促して治療するという、とてもそのようなレベルではありません。

○司会 ほかに何かご意見はありませんか。

●吉川 いままで薬物療法というのは全くやられていないのですか。

○小林 いや、やっています。京都の医療少年院では、薬を使っていたわけですが、その先生が言うには、ある程度薬は効いたように思うと言われていたわけです。ただ、何に効いたのかと聞いたら、「イライラに効いていたと思う」というように言われました。ならばどの患者で、イライラに対してメジャーを投与すれば大なり小なり、おさまるわけです。イライラがなくなったから問題行動がなくなるのかということ、必ずしもそれは並行はしないと思います。だから、本当に薬物が効いたかどうかというのは、そこは何とも判断し難いと思います。

●山上 問題点に関して、可能性なのですが、医療少年院に送ったこと、家庭裁判所はこういう問題行動の多い人を医療少年院のほうに入れる傾向があります。家庭裁判所は、要するに一般的な判断なのだと思います。あるいは、医療少年院からの通報の問題も、医療少年院を出るときにいろいろな問題行動があるので、通報する。それに対して、措置診察で要入院医療と、医者側の判断したから入ってきたわけです、一種の治療の対象にできるかどうかという、医療からの判断の問題ではないかと思えます。

○小林 治療の必要性がないと言っているわけではありません。治療はもちろん継続してやっ

ていくべきだと考えています。ただし、いまの施設の病院では、やはり現実的には限界があります。施設があればいいのですが、現実問題、いまこうやって、今日厚生省の方も来られて、「今後はこういうものを作りましょう」と言われていますけど、現時点で医療か司法かどちらかの処遇が適当なのかなと思っています。正直、現時点であまり、治療的にも見通しが立っていないくて、非常に悩んでいます。

◎\_\_\_\_ 行政のほうというか、医療刑務所の側からは……

●\_\_\_\_ 先ほど山上先生がおっしゃったように、神戸の児童連続殺傷事件など、こういうパターンです。家庭裁判所で精神鑑定をやる。精神鑑定をやって、少年院に収容して、少年院が医療少年院だというやり方です。

あと、仮退院がよくわかりません。刑務所の場合には刑期があるので、仮釈放までいけば、満期になったら、さすがにいられないそうです。医療刑務所と言えども、まだ病気が治っていないからといって刑期を延ばすわけにはいかないわけですから、これは致し方のないところだと思います。ただ、いまここで混同されては困るのは人格障害の問題です。人格障害では治療効果は上がらない、というように思われているわけですか。

○小林 もちろん、まだ19歳ですし、今後治療を進めていく中で良くなっていく可能性は十分あるかと思います。いまのところ、医療サイドからすれば、……取れていない。スタッフも頑張ってくれていますので、……。

●武井 傾向的に言うと、反社会的人格障害の場合は責任能力が認められるわけですから、こういう処遇になって、いまの日本だと当然だろうなという感じです。ただ、人格障害の人に何もしないのかといえればおっしゃるとおり、入院してくればできるだけの治療を与えるということなのだろうと思います。

●\_\_\_\_ 特別、こういう問題に詳しいわけではないのですが、自分たちの病院で医療少年院経由の人を見ている経緯の中で、ここに問題点として挙げられているケースの事柄について知っている範囲ということです。まず、家庭裁判所での審判となった場合、少年鑑別所に入った場合は鑑別所からの報告書と調査官からの報告書、両方をもとに審判が行われる。医療少年院に行く場合には、必ず精神科医の診断と意見書が付記されないと不可能であることが1つです。

2つ目に、一旦医療少年院に処遇されたあと、直接医療少年院からこういう形の通報もあり得ますけれども、いわゆる他の特別少年院、あるいは知的障害の方のための少年院など、その後の振り分けをなされるということでした。京都での医療少年院における処遇が1年以上続いたということは、そこでどのような診断がなされていたかについてはまだまだよくわからないし、疑問もあるいは知りたいこともあるのですが、いずれにしても医療的処遇が必要であるということが強く思われたからこそ、退院に至るまで医療少年院にいたのだろうと思います。

3つ目に、行為障害と診断された少年が病院に来たときの悩みというのは共通して思うのですが、この子の場合、非常に発病が早いというのはそのとおりです。ただ、診断の「反社会的人格障害」が一義的なのかどうか。いわゆる二重診断、行為障害以外にどのようなカテゴリーに入る方なのだろうか。反社会的人格障害ということだけではしっくりしないほど、行動のまとまりの悪さ、あるいは両親の生年月日、居住していた祖父母がどちらの祖父母なのかもわからないとか、人格障害のカテゴリーのみで語るにはやや奇異な点もあり、もう少し診断が追求される必要があるのではないかと。医療少年院への問い合わせも含めて、次の一步になるのではないかと考えています。以上です。

●武井 郡馬県でもこういうケースは年に何件かありまして、大学へ回るケースも多いのです。診察してしまうと、もう医療側になってしまう。医療は当然必要だからかわらざるを得ないので。そういう中で、結局は精神病院への入院ということがある。少し乱暴なやり方なのですが、私たち26条通報があると、必ず医療少年院なり医療刑務所まで行くわけですから、そこで実際の患者を見てきて、この人は病院でやれる人、あるいはやれない人を見て、やれると判断し

た場合には通報を受理する。やれないと判断した場合には通報を受理しない。そこで医療刑務所は困るのですが、それはどうしようもない。そういう考えでないと病院を守れないわけです。実際、群馬県のように、それらが1カ所の病院に集まるということになれば、絶対にやりたくない。病院を守るためには、これは割り切る、26条通報は受理しない。通報というのは機械的に受けるのではなくて、必要があると認めたときにすればいいのであって、全部機械的に受けなければならないということでは全然ない。法にはそう書いてあるわけで、そのとおりにやる。それで受理しない。

向こうは困りますよ。だけど、困ってもらわないと次に進まないわけです。困ってもらって、ではどうするか、問題を共有化して検討する。そのように持っていかないと、精神病院というのは相変わらず何でもかんでも入れられてしまうことになる。

●吉川 非常に難しいケースだと思います。こういうケースはいずれ刑事施設で、治療できないから受けなくて刑事施設にいけば、いずれまた同じような事件を、この間……の事件ですが、被告人の……。こういった少年たちに、どこが適切な治療を提供していくのか。精神病院がいまの力でできない。それなら矯正施設なら提供できるのかということ、矯正のほうも提供できない。ならば、どうしたらいいのかを考えていかないといけない。

イギリスなどでもこういった問題が非常に残されています。イギリスのことをたまたま考えていたのですが、こういうケースだとやはり医療施設の精神科医と司法精神科医とが協力しながら、治療の場所は精神病院だったり、あるいは矯正施設だったり、それは状況によって違ってもかもしれませんが、共同で治療に取り組むということはやっています。難しいからといって、それを無視することはできない。やはり、これを協力しながら我々がやっていかなくてはいけないのかなと思っています。

○司会 最後におひと方、いかがでしょうか。

○五十嵐 東京都精神医学総合研究所の五十嵐と申します。実は少年院とか、あるいは刑務所の場合、措置入院の26条通報が非常に問題が多いわけです。このケースでも、私たちが問題行動を調べると、おそらく、これは発達障害系の何らかの病気があって、単純な発達障害ではないような気がします。そういう人を一般の精神病院で、普通の精神病患者と同じように治療することが可能であるかということなかなか難しい。人手も非常に要することですし、それから、例えば同じように話していても、この人の場合にはその言葉をちゃんと額面どおりに、普通の人と同じように受け取ってもらえるかどうか分からない。そこについての理解に問題がある。非常に手間がかかるし、専門的な、普通の精神病患者とは違う、先ほどのお話のように……、発達の機微などを十分に踏まえた上で、それも普通の精神病患者の治療とは違って、年単位、長期にわたった、本人の発達をも視野に入れたような治療を提供していかなければいけない。

それが提供できる場所というのは、現実には実は日本の中のどこにもないわけです。このことは、実は新しい施設を、これから我々が考えていかなければならないわけです。この人にとって、精神科の医療はある程度本人の行動改善に役に立てることがあるのだと思うのですが、現在は1回病院に入ってしまうと、すべてのことは精神科の病院が引き受けなくてはならない。

そういう体制で、例えばその人を長期に、何年も見ていくというのは非常に厳しいと思います。このところは新法ができてあまり解決しないところなのです。そういうところを我々はどうのように考えていくか。その部分は決して医療だけでできるものではなくて、司法も例えばこの人がたとえ病院の中であっても、重大な事件を起こしたときは、司法的な裁判にかけるということもしてもらおう。そういうことを担保してもらわないと、非常に大変なのだろうと思います。26条通報で来る患者にはそういう問題を抱えている。この人は発達障害ですが、精神分裂病の人たちも非常に難しい問題を抱えているわけです。今後、その辺のことを、新法制定だけでこうした議論を終わらせないと、十分考えてもらいたいと思います。以上です。

### II-3. 完全有責にて服役後措置入院となった一例

鹿児島県立始良病院 山畑 良蔵

◎続いて事例3「完全有責にて服役後措置入院となった一例」、鹿児島県立始良病院、山畑良蔵先生、お願いします。

○山畑 今日では完全有責ということで、服役後に精神保健福祉法の26条通報で入院になった症例について、ご紹介したいと思います。まず、資料を見ていただきたいと思います。資料1のほうに、この患者の前科・前歴を示しています。それから、昭和51年ごろ精神障害発症していると考えられますが、表2には、それ以降の、司法と精神病院とのキャッチボールというか押しつけ合いの状況について記載しています。

表1. 前科・前歴

(1) S.41.02.01	銃刀法、強要	保護観察
(2) S.41.06.24	傷害、銃刀法、強要	保護観察
(3) S.41.07.05	器物破損	中等少年院送致
(4) S.41.10.21	暴行	同上
(5) S.44.04.23	銃刀法	特別少年院送致
(6) S.47.06.08	暴力行為	懲役8ヶ月
(7) S.47.06.27	暴力行為	
(8) S.48.04.07	暴力行為	懲役10ヶ月
(9) S.49.05.14	暴力行為	懲役10ヶ月
(10) S.50.06.15	暴力行為	懲役10ヶ月
(11) S.52.02.23	暴力行為	懲役1年2ヶ月
(12) S.54.04.23	暴力行為	不起訴
(13) S.54.06.07	傷害	懲役1年2ヶ月
(14) S.56.10.19	傷害	不処分
(15) S.57.06.15	暴力行為、恐喝	懲役3年6ヶ月
(16) S.61.09.21	殺人	懲役12年
その他		
(17) S.34 (小学3年時)	窃盗	警察説諭
(18) S.36 (小学5年時)	山火事	警察説諭
(19) S.38 (中学1年)	窃盗	警察説諭
(20) S.41.5 (K高校)	短刀所持、喧嘩暴行、脅迫	警察説諭(退学)

表2. 精神障害発症後の入院歴、服役歴

(1) S.51.08.28~S.51.12.04	A 病院措置入院(暴力行為で保護)
(2) S.52.02.23~S.53.05.22	K 刑務所~J 医療刑務所服役(暴力行為)
(3) S.53.05.27~S.53.09.12	I 病院措置入院
(4) S.53.09.12~S.53.09.30	A 病院入院
(5) S.53.10.26~S.54.03.16	O 病院措置入院
(6) S.54.06.08~S.56.08.04	K 刑務所服役(暴力行為、銃刀法違反)
(7) S.56.08.04~S.56.09.02	I 病院措置入院
(8) S.57.06.15~S.60.10.21	K 刑務所服役(暴力、恐喝、道交法違反)
(9) S.61.09.11~H.11.05.07	M 刑務所~J 医療刑務所(殺人)
(10) H.11.05.07~H.14.04.19	I 病院措置入院

(本人歴の概要)

ここにある暴力行為ですが、ほとんどが傷害です。この患者さんは刃物を持っていて、刃物で他人を傷つけていました。少年院から出ていろいろな矯正施設を経験しています。

当院へ初回入院するまでの経過についてお話したいと思います。離島の農家の次男として出生しています。昭和26年、父親は役場の職員でした。その町役場は職員抗争が非常に激しいところで、反町長派であったために冷遇され、生活が荒れ、酒でまぎらすことが多く、一家に団らんは無かったといえます。昭和41年に父親は退職、母親は勝ち気でとてもくどく、意地っ張りの傾向があった。本人も家が面白くなく、小学校3年のときに山火事を起こして補導されています。中学時代も非行を重ね、高校2年には非行による逮捕となっています。親は、後に本人が当院に入院したとき、「小学校3年のころからいろいろ悪いことをしてきている、これは直らないから退院させろ」と言っていました。おっしゃるとおりかなと思います。

1度就職していましたが、1カ月ぐらいで退職、無職の生活ということです。鑑別所収容3回、少年院2回、それ以降、昭和47年に初犯、受刑しています。

(発症)

昭和52年10月から昭和53年5月、地方の医療刑務所に回されています。昭和53年5月に医療刑務所を出所予定でしたが、緩解に至らず、出所後も治療が必要と判断されて措置鑑定となっています。K刑務所では、不当な冷遇を受けているという被害妄想を抱いている、不眠、幻聴、興奮など不穏な状態が続いて、2カ月ほど拒食状態が続けたため、J医療刑務所に移すということになったようです。

医療刑務所から県へ措置通報したときに精神鑑定が実施され、鑑定としては……小康状態を保っているけれども、何となく陰口を言われている、嫌がらせをされている、自分の心が他人にわかってしまう、盗み取られるようだと言えて、昭和53年にI病院に入院になっていますが、それ以降の成果を簡単にまとめています。

(当院が関わってからの経過)

昭和53年の5月から9月、I病院に入院しています。が、このときの診断は「精神病質」となっていて、鑑定した医者は感情移入も可能だと言っています。本人は、「俺は精神病じゃない、なぜ措置入院したのか」と、何回も私に言ってこられて、「そうだねごめんなさい」と言うしかない。その患者さんがおっしゃっていることは非常に正しいものですから、理不尽なことをするのは私のほうではないかと思いました。精神病質という診断は、こういったところが問題になってくると思います。その後他の病院に措置入院しています。

昭和53年の10月から54年3月まで、O病院というところに措置入院しています。みんな退院させるのです。これもなぜ退院させるかという、非常に怖い、怖いために退院させているという傾向がどうもあるようです。このO病院でも、院内で傷害事件を3回犯して、強制退院となっています。

O病院を退院して、傷害事件を2回起こしています。当時の南日本新聞の記事に出ています。新聞記事をそのまま記載しています。読みますと、「刑事責任を問えない精神病患者」という見出しで、鹿児島地検から措置入院のため鹿児島県に送られたのに、県側の「入院不要」、必要なら勝手に入院せよとの判断で釈放された。暴力常習男が釈放後、1カ月もたたないのに、また傷害事件を起こして逮捕された。「まるで野放しだ、県民の安全はどうなるのか」というのが住民の声だ。

そこに事件の詳細が書いてありますが、54年6月、理容店に来ていた知人の工員に、店にあった西洋カミソリでいきなり切りつけ、全治10日の傷を負わせた。この男は、その僅か2カ月前に、自宅で酒に酔い、たまたま遊びに来ていた大工にラシャ鋏みで切りつけて顔、腕などに怪我をさせ、傷害容疑で逮捕され、K地検に送検されています。地検のほうとしては前歴、挙動から精神鑑定が必要と判断、K大学医学部に鑑定を求めたところ、精神分裂症だと診断し



た。地検は措置入院が必要と判断して、直ちに県の予防課に通報、措置鑑定を求めた。ところが、県が委嘱した医師の鑑定は、入院が不要だという。このため、地検はこんなことは例がないと、拘留期限が切れる5月14日、処分保留のまま釈放となった。処分保留のまま釈放したところ、いきなりまた事件を起こしたものですから大問題となったわけです。これは仕方がない、刑事のほうで面倒を見ましょうということになったのだらうと思います。

それで、昭和54年6月から56年8月、K刑務所に入っていますが、刑務所の中でもこりずに暴行などを繰り返し、約2年間の受刑期間中に、看守や、他の囚人に対する暴力事件等が7件記録されています。そのほかに、刑務所入所中に、うちの病院の看護婦、ほかの病院の看護婦にも、非常にわいせつ極まりない手紙を書いています。刑務所のほうと、うちの病院の院長と相談したようですが、止められないということです。どこの病院もこの患者は見られないということになってしまいます。

昭和56年8月に刑務所を出てくるときにまた、I病院に2回目の入院になっています。このときの診断名は分裂病となっています。この患者は、「以前覚醒剤を使用していた頃は幻聴や被害妄想があったけれど、今はない」と、入院の時点では異常体験はなかったようです。入院中はほとんど何も問題なく、暴力行為もない。少しだけ気になるのは不自然なところがあって、薬物を吐いて捨てていたということです。

この措置入院から退院したあと、またすぐ、そこに書いてある暴力行為、恐喝、道交法違反とか恐喝未遂容疑、放火未遂などがあり、刑務所に3年半ぐらい入っています。そのうち、また出てきてすぐに（昭和61年6月）、地元住民の方を自宅に連れ込んで刺して、殺人で懲役12年となっています。12年たって、出るときにまたI病院に措置入院になっています。患者は「不当だ」と言っています。「お前たちの都合のいいときは精神病質にして、都合が悪くなると精神病にして鑑定し、措置病院に入れるだろう」というように、非常にまっとうな主張をしています。このため、ここに挙げたように、例えていうと、にっこり笑って人を刺すタイプ、とても怖いということです。

資料の最後のほうに、この殺人事件のときの二つの精神鑑定結果の要点が書いてある。本人が言うように、この鑑定書は、ほとんど精神病質（詐病の傾向を伴う）ということになっているようです。覚せい剤もやっていたというのですが、この覚せい剤は言を左右にしまして、本人も司法の仕組みと精神障害の仕組みを熟知していて、自分の都合に応じて覚せい剤をやったとか、今度はやっていない、あんなものをやるのは人間ではないというように言った。

資料4に示すように、平成11年4月に12年の刑期をつとめ、出るときに、本人帰住先（離島）を管轄する警察署の署長より、警察本部宛に次のような文章が出ているようです。我々医療の側から見ると、「これは何だろう」と思う、信じられない感じですが。

「対象者の少年時代からの殺人に到るまでの犯行は、すべて凶器を用いたものであり、犯行時の精神状態は、『沈着、冷静で人を刺す行為に何の抵抗も感じない』というものである。8回の暴力行為は、スナックなどの飲み屋で単にとりにいあわせた者を何の理由もなくナイフで刺したもので、被害者においても刺された動機が分からないというものである。……中略……このため、対象者が刑務所から出ているときは、夜の町の人通りは極端に減り、スナックなどで飲んでいても、対象者が来店すれば他の客は皆帰ってしまい、対象者と女性従業員だけになってしまう。そのため、対象者が刑務所より出所すると、スナック2店舗が廃業し、他のスナック等は休業を検討する状況である。現在、対象者が釈放される日に向けて、住民の不安は極度に高まっている。……中略……このような住民不安を放置することは、警察そのものの存在価値を疑わせるものであり、刑期を終えて出てくる者とはいえ、住民の生命、財産を脅かす者であることは間違いない。そこで、関係機関と協議を重ねて覚醒剤中毒症による措置入院の手段を講じ、市民社会と隔離することとなった。刑務所長より県知事宛通報が行なわれ、釈放日には拘留所で一次鑑定を行い、一次鑑定後は航空機でI病院に移送して二次鑑定を実施、必要

性が認められればI病院に措置入院させることで意見の一致を見た。当署としては、一次鑑定、二次鑑定とも刑事課長代理者を同席させて、鑑定医師に地元住民の意思と入院の必要性を訴え、措置入院がなされるように対処する方針である。」

次に、うちの病院に入院してからの経過ですが、1年半はほとんど保護室です。本人が出たがらないというか、よく見ると非常に異常体験が活発だったようです。うちの病院に2回入院しているのですが、ほとんどここから出ていない、本人が出ようとしていないようです。今回入院した1年半ぐらいはほとんど出ていません。非常に独語空笑があります。異常体験も非常に活発ですが、……「俺は感情移入が可能だろう」と自らいうように、表面的な感情移入は確かに可能で、非常によくわかります。逆に対応に困るのですが、論理もしっかりしている。

私は「保護室から出なさい」と言うのですが、なかなか出たがらないということで、1年半ぐらいつと出ませんでした。その後病院内で問題行動を起こしたことはほとんどない。暴力行為は1回か2回ありますけれども、それも看護師さんの話では弱いということ、激しい暴力行為には至っておりません。

ただ、そのほかに問題なのは、反社会的なグループとの付き合いが強く、刑務所に入所する前の貸金の取り立ての電話をして、20万円が何回か通帳の中に振り込まれたり、家族や旧友などに金を返せと要求して、…怖いものですから、本人の言うがままになっているわけです。電話はやめさせたいのですが、そうもできませんし。

反社会的な行動を恐れて、家族や周りの人間は、本人には「早く退院してきてね」、「いつ退院してもいい」といいながら、その一方で、私には「退院をさせないでくれ」と、電話でしきりに言ってきます。県議会議員を使ったり警察を使ったり、保健所を使ったり、みんなが青ざめて私のところにやってきて、私を怒るわけです。私はなぜ怒られるのかよくわからない。本人にはいい顔をしながら、私にはよしてくれと言う。矛盾したことを言われても、私としては非常に困るわけです。

あと、ヤクザ関係があるものですから、いつの間にか病院に入って、面会謝絶のような感じになっています。それを含めて問題だったのですが、看護師との金のやりとりがあり、それに乗じて向こうの親分さんが出てくるわけです。

恐喝に失敗して、……病院の責任を追及するという脅しの電話があったけれど、そのことは病院のほうから公表しますと言ったら、その後は出入りされなくなった。一方、保護室からなかなか出られない状態で……、自分から、電気ショックなら治るのだから、安全なのだろう。早くよくしてくれと言って、……信じられないほど多量の薬を飲んでいました。

そのまま、1年ぐらいつ、保護室のほうで良くなった。先生、迷惑をかけないからから一般病室に出してくれと。それからは比較的、安定した生活を送るようになりました。平成13年10月に脳梗塞を起こしてからは、看護婦が非常に一生懸命に看護した結果だと思えます。患者さんの言葉とか、いままでの犯罪等に対する反省なども見られるようになってきました。看護婦たちは、最初の1年半ぐらいつは脅えて何もできなかったのですが、仏様のようなったという言い方をしていました。それで、退院となりました。家族に対する謝罪や感謝する言動も認められて、家族も退院に前向きになりました。

退院されて、離島の方なので船で帰られて、タラップを下りた瞬間に刺されてしまいました。というのは、入院中に電話しているときに、本人は「俺が必ず刺してぶっ殺してやる」とか、いろいろな人に電話しているわけです。殺される前に殺そうという方がありまして、地元の町会議員が待ちかまえていて刺したのです。この二人は昔、お互いの組を張っていて、悪さにかけては、患者さんのほうが1枚も2枚も上手でした。彼が帰ってきたらやられる、ということでやったということでした。あとで聞くと、その人だけでは失敗したらということ、二の矢、三の矢と、みんなで順番を決めてやったのだよと。

先日、本院が入っている病院へ行ったら、当分警察がずっと張っているわけです。なぜ張っ

ているのかといたら、ほかの人がまだ狙っていると。病室の前に立っている。脳梗塞で身体がだいぶ弱ってきて、それを1つの要因として家族の方に説得をし、その後の事件により、また肺を切開し、体力がなくなったということがありました。いろいろなやり取りがあったことが、かえって本人の危険性を減じる結果となって、今、…帰って半年ぐらいですが、どうにかこうにか生活しています。

その前から、私はときどき電話をして様子を聞いているのですが、どうも見られている感じがしてイライラするということでした。どうしたらいいのか、何か薬を出してくれというので、どのような薬がいいか言えと言いました。私が近く of 病院に行ってもらってくるからということで、……実際に、薬をもらいに行き、飲んで良くなったということでした。本当かどうかはわからないのですが。

この事例については、資料7に問題点を一応整理して書いています。

(資料7)

本事例の問題点

1. 措置入院前の問題

- ・精神医療に関わるようになった時点での正確な診断と適切な治療の必要性
- ・精神鑑定の信頼性
- ・精神症状の変化を一貫して観察し、変化に応じた適切な処遇をする必要がある。
- ・司法上の判断と精神医学上の判断の整合性を保つ。
- ・責任能力を問われ、刑務所入所中に精神症状が発症、顕在化、再燃した事例の処遇

2. 入院中の問題

- ・スタッフに対する威圧、威嚇
- ・面会や電話による知人との再交流を通じて、反社会的行動が出現する。
- ・家族や知人が本人の威嚇や本人への恐怖感から治療に反する言動を繰り返す。
- ・治療困難な人格特性に基づく行動に対するアプローチ

3. 退院後の問題

- ・退院後の服薬管理、精神症状の把握
- ・精神症状の再燃に対する対応
- ・警察、保健所、福祉関係者を含め地域住民の理解と協力

こういった、いまいろいろ議論されているような問題も提起されているような症例かなと思います、ここにご紹介いたしました。

◎司会 ありがとうございます。いまの発表についてご意見、ご質問はありますか。非常に難しい症例だったと思います。明るく、ユーモアを交えながらしていただきました。とても大変だったと思います。似たようなケースもあるとは思いますが、何かご意見等はありませんか。

●吉川 医療刑務所の先生にお聞きしたいのですが、こういう受刑者のように、最終的にはこの人は精神医療は必要だったと、…結果的には精神医療で改善しているわけです。ならば、どうして、あちこちキャッチボールして……時期を失ってしまうのか、いつも思います。最初から刑務所で、精神障害が明らかにわかったら、どうしてもう少し精神医療を継続させてあげて、十分なケアを与えてやれば、もう少し繰り返ししないでも解決できたのではないかと思います。どのように思われますか。

○山畑 こういう患者さんの発症の、診断の難しさというか、どちらに落ちるのか。精神病のほうに落ちるのか、いわゆる矯正施設のほうに落ちるのか。その辺の診断に、そういうものに精神科医療がもう少し関わることができないかという疑念もちょっと感じました。このような

患者さんで、発症前にそういうことがあって発症してくるような患者さんについて、その後のフォローというか、きちんとその患者さんを医療に乗せる。それに落ちそうになったときに、きちんと拾ってあげるということをきちんとしないと、患者さん自身も不幸であろうかと思えます。発症当初の患者さんの評価というか、そういうこともきちんとしないといけないのではないかと。その後、一貫して観察する。

この患者さんは、良い時期と悪い時期が非常にはっきりとしています。良い時期は普通の社会人と全く変わらないような対応をしていますので、そこだけ見ていると、この人は精神病ではないということになるし、悪いところだけ見ている人を見ると、この人は精神病だということになる。見ている人が違ったり、見ている場所が結果的に所在が違うものですから評価が揺れてしまい、一貫性がなくなって、不幸な事件を繰り返さざるを得なくなってしまうのではないかと思います。

●佐藤 北九州医療刑務所の佐藤です。この人は平成11年、大変な人を地域に帰すということで、話題になったことがあります。ただ、この人は結構適応能力があって、刑務所の中で少し反則はしたと思えますけれども、それなりに自制して過ごした感じがあります。すごく手を焼いたということではありません。こういう人はたくさん入っていて、その中の1人にしか過ぎない。それまでの地域社会での色々な問題があって、そういうことで、施設の中でも話題になったということです。多分、医療措置で、出所のときには診断したと思えます。

○山畑 その節は、ご紹介ありがとうございました。ただ、私どもの病院からはまだ非常に離れています。離島の小さな地域なものですから、本当に大騒ぎになるといえるか、泣く子も黙るだの、夜は見回りをする。見回りも2人では刺されるから、3人でなくてはいけない。私に言うてくるのですが、私に言われてもと思っています。地域に帰るとき、ほかのシステムというか、フォローしてくれる、例えば、保護観察制度みたいのがあればと。

●\_\_\_\_ 私たちとしては、刑期が終われば満期釈放になるわけで、それ以上のことはできません。隣に保護観察官の先生がいらっしゃいますので、先生にマイクをお渡しします。

●\_\_\_\_ このケースについて、保護観察がいいかどうか、私はわかりません。満期釈放ということで、保護観察は付いていないのですが、もし仮出獄ということで保護観察があれば、あるいはその後の経過の中でいろいろと、保護観察官と地域のボランティアが協力してやっていく中で、相当対応できたのではないかといい気はします。

仮釈放になっていけば保護観察でやれるかなということですが、しかし、多分これは、仮釈放は難しい。

精神障害者については仮釈放は原則として認められませんから。医療刑務所に年間、60～70人の人が出所しますが、この人たちには仮釈放は認められていません。いきなり出所ということですが。

◎司会 ほかにいかがでしょうか。

●山上 矯正保護の領域の方で、いまのケースのように、地域が帰ってこられたら大変だという受刑者を出所させるようなときに、その地域に対して努力されたり、苦勞されたりしていることはございますか。

○山畑 先ほど言いましたように、まず本人が帰りたい、帰りたくなるだろうという前に、地域の地域の方々と協議会を持ちます。もちろん守秘義務がありますので、関係者に限ってというようになりますけれども。

それから、例えば少年でしたら中学校の先生のところ。そういった方と保護観察官すべての方と一緒に、帰ってきたときには、どういうケアができるかということを考えます。場合によっては、先ほどから話が出ていますように、必要であれば町役場といったところも交えて、いろいろな調整をして、本人が帰っても十分ケアできるような形を考える。環境調整という仕事の中で……。