

● \_\_\_\_ いま先生もおっしゃったように、診断が1つ問題になるのだろうと思います。多分、どの診断も間違いではないのだろう。覚せい剤という局面できるのか、人格障害という局面できるのか。分裂病という局面できるのか。

この方の場合、初めに問題が起こってから現在までに35~36年の時間がかかっています。逆に言えば、この時間というのはすごく必要だったのかもしれない。そのとき、先ほど吉川先生が言われたように、これをもしある一本の線で管理していれば、もっと早く事態が変わっていたのかどうか。私はどうも変わっていなかったのではないかと思います。多分、35~36年の時間が必要だったと思います。しかも医療に関しても、司法に関しても、傷害という観点では司法が関わり、分裂病という観点では、医療が関わりという、右へ行ったり左へ行ったりしているうちに固定化する。……時間が重要だったと思います。

今度の新法を考えてみると、あちらに行ったりこちらに行ったりということがなかなかしにくくなるだろうという気がしてなりません。その辺が今後問題になってくるのではないかと思います。例えば精神保健法と新法とのからみ、どこでバトンタッチするのが、できにくくなっていくという気がします。

その意味で時間の経過というものをどのように考えるか。一本でいけば、事態が変わっていたと予測できるかどうか、コメントをいただければと思います。

●吉川 イギリスで受刑中に発症した精神障害者の話をしたいと思います。精神保健法の中の第48条、「受刑者の病院移送」という項目があるのですが、それによって専門病棟に送ることができる。結果的には、裁判所から命令された制限命令付きの病院収容命令と同じような形で治療が継続していきますから、治療の継続性があります。

あと同じ病院で、先ほどから出ている、治療者との関係をずっと保ちながら、継続的な医療を進めている。そして、最後には地域的な処遇にまで結びつけていく、そのような対策ができます。こういったキャッチボールをしなければ、私はもう少し、こういった重大な犯罪が繰り返されずに、あるいはもう少しスムーズにやれば楽だろうと私は考えています。

●五十嵐 東京都精神医学総合研究所の五十嵐と申します。いまの問題なのですが、基本的に責任能力があるかないか。現状も、あるいは新法ができてからも、精神障害の人が事件を起こした場合は責任能力があれば原則司法対応、責任能力がなければ、あるいは耗弱していれば原則医療対応という、二分法でいまやっているわけです。新法はいま、一応心神喪失者と心神耗弱者だけに対象が限られていますから、事実上責任能力のある・なしで処遇が医療処遇、司法処遇というようになってきます。そういう体制を続けている以上、実はこの第26条の人の措置入院というケースは必ず残るわけです。

イギリスのいちばん良いところは、そういう問題から少し離れて、この人はいま精神科の強制的な治療をするべきであるかどうかということで処遇が決まってくる。ですから、もちろん判決を受ける前であれば医療処分という形で移すわけです。刑務所に入れなくて、病院に強制的に入れて、退院を。あつちは行政がするから内務大臣の許可が要る。刑務所に受刑中の人が発症し、強制的な精神科医療をしなければいけないというときには、先ほど吉川先生が言われたような手法で病院に移すという形を取っています。

いちばん重要だと思うのは、実は病気の症状が重くて、強制的な医療が必要な場合は、病気をメインにした処遇をできるようにする。でも、それと刑事的な責任とか、精神障害と関係のない危険性に対する、例えば社会的配慮は別に考えていくのが本当はいいのだと思うわけです。

この人自身のことに関して言えば、例えば簡単に新法の流れに乗せたからといって、この人がそれほど早く良くなるかというのは、私は疑問だと思っています。例えば今回、殺人事件を起こして12年間刑務所にいたわけです。そのとき、途中で専門的な精神科医療が必要になった段階から、司法的な枠組みはありながら、例えば病院でもう少し病気に相応しい待遇をしてあげれば、もう少し違ってきたかなという気はします。

というのは、経過を見ると、特に平成13年に脳梗塞を起こしてから、本人は一般の病室でもって病人らしくなった。先ほどの話にもありましたが、それはやはり身体的な病気になると非常に濃厚に看護婦が接してあげるわけです。そのことがやはり、本人の心理的には非常に良かったのだと思います。もちろん身体的な面もあり、本人も余計気弱になってしまったこともあり、より非常にコンプライアントになったというところはあるのだと思います。やはり、そのところで濃厚に看護・治療が行われたということが、その人の長い経過の中で大きく、その前から長い年月の中で傾向は現れていて、それが1つの転機になったのだと思います。

## II-4. 覚醒剤乱用等で少年刑務所に入所した後、当院に16年間措置入院していた男性のケース

長崎県立大村病院 松永 文保

◎続いて事例4、「覚醒剤乱用等で少年刑務所に入所した後、当院に措置入院で16年間入院していた男性のケース」について、長崎県立大村病院の松永文保先生、お願いします。

○松永 長崎県立大村病院の松永です。当院での措置入院のケースの中には、刑務所や少年院を出所した障害者がいて、入院が長期化するケースが少なくない。非常に長い長いケースでは、入院期間が10年以上にも亘り、そのような触法患者について、昔から帰せるかということで色々考えられては来たのですが、2、3年前からようやく苦積極的な取り組みが始まりました。困難に直面することも多く、皆さんのご意見をいただければと思います。

めぐりあったケースの中には、養子に入って覚醒剤後遺症になったケースもあります。これが自宅に帰ろうとしても帰せない、養子のお母さんはいるのだけれども引き取ってくれない。いろいろその村で話をしたのですが、とうとう受け入れられずに、脱院して自殺をしたというのが1例です。

☆スライド 2、3年前の放火の患者です。当院では、描画をずっと書かせて治療に使っているのですが、その描画の動きから、1人称から2人称へ、1人を描くのから2人、3人となってきた、攻撃性が緩んでくるというふうなことを参考にしながら見っていますが、現在通院中です。これは、うまくいっているケースだと思います。

☆スライド 今回のケースについては、ちょっと難しい、大変冒険的なケースです。このケースは、長崎市で6人同胞の末子として生まれています。中学時代に吃りがあって、不登校になった、学校へ行かなくなったというのですが、すでにこのころから非行少年の仲間が随分おりまして、シンナーをやったりとかいうことがあり、17歳で暴力団に入っています。崩壊家族で、父親がアルコール中毒、6人兄弟のすべてが若いときから外に出ているということで、キーパーソンは誰もいません。昭和55年ごろから覚醒剤を乱用し、60年までは少年刑務所で過ごし、取締法違反、前科5犯というふうな暴力事件を起こし、ほとんど刑務所で過ごしています。

☆スライド 60年の12月に出所してきたときは、幻覚妄想がすでにあり、この当時、暴力団にすでに入っていました。61年の5月に、タクシーの後ろの座席からタクシー運転手に「何か言ったろう」ということで殴りつけ、車も大破させて、事件になっています。留置されて、鑑定を受けて措置入院になったわけですね。そのときの診断名は精神分裂病、反社会的人格障害ということでした。本人は見るからに無気味な感じで、患者が近づいたりすると一蹴りして、大きい声で怒鳴りつけ威嚇する。入院当初からそういった行動をしました。最初は「自分は不当だ、何もしていないのに入院させられた」と。今のような精神医療審査会はありませんでしたが、「君たちを訴えたい」ということを繰り返し言っていました。

☆スライド この表が、大体の流れです。61年に入院して、このような経過で、平成1年までが第1期、離院からは第2期、第3期は事件を起こしたところ。その後、第4期というふうなこと。措置入院解除が平成12年10月20日、14年の6月末に退院しています。このようなケースです。非常に大量の薬を使っていますが、なかなか治らない。

☆スライド 最初は強制入院は不当だということで、治療拒否していました。全く病識がなくて、この当時、幻聴、空笑があったと思いますが、それについては全然触れていません。60年6月に患者さんの小さな言動に言いがかりをつけて、無抵抗の患者に暴力をふるうということがありました。彼の犠牲になった患者は随分重く、拒薬するというので、デポ剤を使っています。もちろん、短期間保護室を利用しています。62年の7月、保護室に入っているときに、

布団に小便をした、小便臭いということで、1日に何回も布団を替えるということ。これも多分幻臭ではないかと思われます。これは何度か後も続いていました。要求に応じないと、1日に3回も4回もそういう要求をするという状況がありました。

同じような状態が続くわけですが、ハロペリドールの注射を行い、そのほかスピロピタン等の投薬で、一応ある程度の軽快をみました。本当に軽快したわけではないのですが、いくらか症状が軽くなっていました。元の暴力団の少年Kという人間がおりました。彼は、その当時もうすでに一人前の塗装業者になっており、非常に面倒見がよく、自分が後見人になるから彼を寄越してくれと言うので、症状もよかったし、何度か外泊をさせました。

これでいくらか良いかと思っていたのですが、平成元年の10月に、Dというやはり薬物乱用者とともに離院して、しばらく居場所が分からないという状況が続きました。そのときは、すでに暴力団同士の仲間が2つあり、薬物精神病の仲間が集中して、あるいは暴力団の仲間が集中して、病棟内の威圧勢力となっていました。一方がもう一方のグループに対して、非常に被害感を抱いて、いつ刺されるか分からない。ちょっとしたことでそういう感じを持ったようです。5月ごろ、後見人のKから、長期の仮退院でやってみたいということを書いてきて、考慮していたのですが、大きな事件を起こしてしまいました。

☆スライド 夜間でしたが、鉛筆を研ぐからということで看護室へ入ってきました。もっともな理由だったので、出しました。それで元ヤクザの暴力員の顔面、胸部を刺して、その相手は国立病院のほうに移されました。保安については警察調査があって、事件にするかどうかということで、警察のほうと話をしたのですが、結局はこのまま治療をしていくということになりました。私どもとしては、外泊をさせたりということがあって、薬の中断があったのかもしれないと考え、一応身柄を引き受けました。看護者のほうからは、とても一緒にやれない、看護できないということで、T病院に転院をお願いしました。T病院でも、同じような状況で大変難しく、隔離しているが非常に看護者を威圧するというので、4月の末に当院に帰って来ました。結局、6カ月間向こうにいて、処遇困難ケースということで戻されたわけです。

当院では、保護室に入れて状況を見ていたわけですが、夜勤の看護者に対して蹴る、殴るの暴力をふるいました。看護者は、むしろ親切に対応していたのですが、それに対してそういう外傷を負わせられたということで、看護者が大変不安がるという状況が起きてきました。個室で隔離・拘束して、睡眠療法に踏み切りました。この狙いとしては、十分に治療をするということ、看護者が容易に近づいて世話ができるということが1つありました。また、LPによってある程度退行させて、おしめから食物から清掃から、全部介助ということになり、看護者はやっと介護ができるようになって、信頼関係と甘えを受け入れることができるようになります。本人も甘えるということを知ったようです。この間のいろいろな副作用については、大変苦労しました。それについては、このくらいの苦労なら、むしろこのほうが増したということもあり、これを1年近く続けています。

☆スライド こういうことで続けていきましたが、だんだんに甘えを受け入れるようになり、交流ができるようになりましたので、筋力の低下に対するリハビリテーションにのり出すことにしました。それまで他患者と全く交流がなかったものが、交流ができるようになり、カラオケも初めて皆の中で歌って、非常に楽しそうに喜んでいました。病棟から出しますと、1日、外のそういうソーシャルセンターのほうで過ごして帰って来るようになりました。ただ、大量の薬を飲んでいいますので、やはり活動的にはいきませんが、次第に筋力の低下は治ってきました。

☆スライド 平成6年の7月から、院内のリハビリテーション療法に参加しだして、覚醒剤による人格変化および分裂病による症状、後で聞いたことなのですが、頭に電波を感知する受信装置を府中刑務所にいるときに挿入されて、しょっちゅう自分を呼んでいる、悪口が聞こえる。それでニヤニヤするんだということを書いていたのですが、それがずっと持続していたのですが、

そのころになってそれも消えたようです。しかし、病棟内では相変わらず、夜寝ているときに着物がはだけているが、これは誰かがいたずらをしたのではないかというようなことを言う。しかし、それは一時的なもので、主治医との面接で間違いであるということを受け入れました。それで開放処遇を続けていけるようになりました。

最後の表のところがありましたように、このころから認知機能が非常に高くなってきています。それも1つはあるのだらうと思います。平成13年ごろから退院の話もするようになりました。生保のほうで支給をしているわけですが、私が10年の6月ごろには「あと1年」というようなことを、前の年に言ったことがあったとかで、それをしつこく言い出しまして、結局N市のほうに住居を探したい、保証人がいない。探した民間アパートは非常に不便な所しかない。通院については、近くの精神病院は受けてくれないなど、いろいろありましたが、最後に、引き受けてくれる所は見つかりました。訪問看護についてもN市と話し合ったのですが、月2回ぐらいしか見られない。これでは出られるかどうか分からないということでした。

受給のほうは、自分がちゃんと行って手続をとったわけです。こういう難しい問題をきちんとできる分裂病がいるだらうか。PSW (Psychiatric Social Worker) とか、〇市の福祉事務所とかの支援を受けながら、ほとんど自分の足で出かけて行って、こういった退院後の問題をちゃんとやってきたということで、非常に動かされました。6月末に退院し、いま当院のほうに3回通院しています。結局、一旦通院を引き受けてくれた所は受け入れてくれず、当院のほうにバスと電車を乗り継いで、2時間かかって通院してきています。このままたつまで続くか問題なのですが。

ある程度言えることは、主治医は14年間一貫して診ていたということ。先ほどの持続睡眠療法が非常に効果的であったということ。まだ2カ月ですので、成功したかどうかは分かりませんが、できるだけ電話をして、声かけをしたりしています。これがまた主治医が変わった時点でどうなるか。このケースが退院したということについては、もちろん誰にも言っていませんが、近くに昔の仲間がいるということが1つ心配なのですが。

前にも触れていましたが、このケースが分裂病であるのかどうかは問題だと思います。やることが、非常に身近な問題で幻覚、被害感を抱きやすいし、あたかも無が有になるということ、でっちあげてくるというようなところがありまして、それに他の患者がまどわされる。そういったところは、生育歴、反社会的性格によるものであろうと思います。ですから、非常に長く拘禁されているということに対する反応も、当然あるだらうと思います。今後、このケースが悪化する場合に、こういった面での問題点、診断の面での問題点、責任能力があるかどうかの問題点についても、いろいろ問題があると思います。先生方のご意見をお伺いしたいと思います。

◎司会 いまのご発表について、何かご質問、ご意見のある方はございませんか。時間の関係もありますので、お一人のみお願いいたします。

●武井 診断の問題ですが、過去に覚醒剤を使ったケースを分裂病と診断したケースが大変多く、長期の鑑定をした結果でもそういう診断を下している所が多いのです。覚醒剤をやった人を分裂病というふうに診断して治療をしてしまうと、その後の治療に大変デメリットが多いということが言えます。1つは、覚醒剤に対する問題意識を持たせることができない。また、周囲がそういう目で見ると、もしも傷害事件その他を起こしたときに、警察は分裂病とついていると責任無能力と判断する。覚醒剤というのは違いますが、分裂病とつけてしまうと、すぐに医療という話になってしまいます。私の考えでは、基本的に分裂病は除外診断だと。これは対人関係は大変いいわけで、覚醒剤を使っている、そういうケースを分裂病と診断してしまうと、これは治療にならないと考えています。私は、これは覚醒剤と言うべきだと理解します。

## II-5. 合併症をもつ触法精神障害者例の処遇に関して

宮崎県立富養園 小川 泰洋

◎では、事例5、「合併症をもつ触法精神障害者例の処遇に関して」。宮崎県立富養園の小川先生、よろしくお願いします。

○小川 時間がかかなり厳しいようですので、手短に発表させていただいて、できるだけご意見とかご指示をいただければと思っております。では、スライドをお願いします。

☆スライド 言うまでもないことなのですが、法律上の措置入院患者の扱いというのは、都道府県立精神病院、あるいは指定病院入院となる。一方、私がいる宮崎県では、身体合併症が生じた場合、精神保健法的に受入れ可能な病院は、県立宮崎病院（総合病院で精神科のベッドもある）と、国立の宮崎医科大学附属病院精神科の2つのみです。精神症状の重篤な患者に関しては、そこに書いてある理由で受入れが現在のところ極めて困難です。県立宮崎病院精神科というのは、閉鎖病棟でありませんし、保護室もありません。また、男子スタッフが医師のみです。大学病院というのは、どこもそうだと思いますが、重症の措置患者は、受け入れ難い環境にあるというのは、ご理解いただいている方も多いと思います。

☆スライド 今日、発表させていただく目的ですが、措置入院というのは、県知事による行政処分なので、措置患者の治療・処遇は県が責任を持って行うべきだろうと思っています。ところが、いま言ったような理由で、現在の宮崎県の体制は不十分と言わざるを得ません。平成3年に我が県では、透析事件というのがありました。ご記憶の方もいらっしゃると思いますが、概略を申しますと、慢性の精神分裂病の患者さんで、宮崎の民間病院に入院中の方が慢性腎不全になりました。それで、県立宮崎病院に転院して透析を受けさせてほしいというふうに、そちらの病院から依頼があったのですが、精神症状のために透析を受けるような状態ではないというふうに、県立宮崎病院で判断し、入院ができませんでした。その後、その方が亡くなり、それが裁判になってしまいました。一審では、ほぼ原告勝訴の形で終わっています。

他県では、この問題についての対応はさまざまであると、いろいろな所で聞いておりますので、この機会にいろいろご意見をいただきたいと思っています。私の病院は、実は古く、九州でもいちばん古いのではないのでしょうか。昭和37年に建てたハードをまだ使い続けています。建て替えの話が出ていて、この建て替えの機会をとらえて、合併症に対して、できるだけ良い病院をつくりたいと考えていますので、そういった意味からもご意見をいただきたいと思っています。

☆スライド 合併症で困っている患者は、たくさんいるのですが、ここに持ってきた症例はその中のごく一例ということでお考えください。症例は64歳の女性で、躁病でした。ここにいろいろ書いてありますが、躁病のほとんどの症状があります。好訴、誇大、その他多弁、多動、暴言、暴力。合併症としては特になのですが、変形性膝関節症がありました。

☆スライド 発病はよく分からないのですが、宮崎の病院にお世話になったのは約10年前からで、私のいる富養園という病院では2回、措置歴があります。

☆スライド この方の経過を要約すると、東北地方の生まれの方で、第3子。中学を出て準看護婦として東京のほうで15年間働いて、結婚し2子をもうけています。1989年に現在のご主人と結婚し、90年7月に列車のドアで首、腰を打撲して、おそらく躁症状のためにこういうことが起きたのだと思いますが、地域の総合病院に入院しています。その夜、職員とトラブルを起こし、以後、病院を転々、痛みを訴えて不眠が続いていました。1990年の7月、3時ごろに入院していた先のT病院へ行って、院長を出せとか看護婦を出せ、覚悟してきたとわめき、病院では手に負えず、警察に通報があって、警察が来ましたが、暴れ、道路にうずくまり、車を目がけて走り出すために、保健所へ通報があって、第1回目の医療保護入院となりました。

☆スライド 退院後、訪問看護には別人のようだった。この方は、かなり治療には反応し、ほ

とんど寛解状態になります。経済的な理由で精神科へは通院しなかったのですが、時に保健所には訪れていました。T病院に2回、これは先ほどのT病院とは違う、民間の精神科病院ですが、医療保護入院になっています。2001年に再び躁状態となり、各病院に頻回の電話、パチンコ店で些細なことからパチンコの景品を女性店員に投げつけ、怪我を負わせて最初に私どもの病院に措置入院となっています。退院後は、教育もあって再発はしていません。

☆スライド 今回ちょっと困ったのは、第2回目の措置入院のことでした。入院当日に、保護室でシーツを窓枠にかけ、自殺しようとし、静止しようとした当直医を負傷させたわけです。当直医の指をとって、ギュッと反対側にしたために、整形外科にその医師は行きましたが、そのために身体拘束をしました。ところが、その同時期ぐらいから、以下のような身体合併症が発生して、対応に困ったわけです。38度ぐらいの発熱があり、白血球が1万1,000、その他の検査結果から、何か呼吸器症状があるということ。2番目には腰や左膝をかなり痛がるのです。ところが、ちょっと躁状態なので、どこまで痛いのか分かりませんが、本人は耐え難いというような表現でした。当院は単科の精神病院なので、精神科医以外はおりません。他科受診が必要だと私は判断したのですが、措置入院のために他科受診は非常に難しい。

☆スライド 困ってしまったものですから、一応、県のほうに電話をして、どうしたらいいかお尋ねしたのですが、回答は以下の2点でした。具体的な受診先は当院のほうで探さない、こちらは関与しないということです。受診については、仮退院申請を保健所に出せばよろしいという、この2点でした。ところが、この2点ともすぐには納得できなかったもので、今回の発表につながったのです。具体的な受診先は、県が責任を持って探し、転院命令という形があるべき姿なのではないかと思っています。当院が、受け入れてくれる病院との間で直接交渉をし、県の事務官が仮退院申請書に目を通すだけで、全く実務上関与しないというのはいいのかと、素朴に思いました。また、先ほどの透析事件の絡みもありますので、このような身体合併症を持つ措置患者の受入れ可能な病院を持っていないというのはどうなのだろうと思いました。

2番目の回答については、仮退院というのは、あくまでも法律の趣旨からすると初期症状が消退したかどうかの診断が困難な場合に、病院から出して様子を見ようというのが本来の趣旨だと私は思うのですが、こういった合併症の受診のために使うのはどうなのかと素朴に思います。

☆スライド そこで私は、その県の指示には従いませんでした。躁症状はあったのですが、以下の点を考慮して措置を解除しました。1点目は、本人が身体症状に苦しんでいて、身体症状がある分、措置に該当するような逸脱行動はとりにくいだろう。2番目には、過去の病歴から、この人はわりとリーマスとかに短期間に反応するようなどころがありましたので、おそらく入院治療を受けている間に、措置症状は消えてなくなるだろう。この2つの点を予測して、本当にこれは良いのかどうか分かりませんでした。無理に措置解除をして出しました。転院先の国立病院は、精神科も何もない一般の病院ですが、転院先では躁症状のために起き上がることはなかったのですが、夜でも大声を出したり、周囲を威嚇したり、傍若無人にふるまって夜勤の看護婦1名が張りつきだったそうで、かなり私は、後で苦情を言われました。そのために、ちょっと他の患者をお願いしにくくなっています。

以上で私の発表はひとまず終わらせて、ご意見をいただきたいと思います。

◎司会 合併症の問題と、その治療についてですが、何かご意見のある方どうぞ。

●吉川 質問ですが、2回目の措置入院のときは、どういう事件で措置になったのですか。

○小川 この方は、躁状態になると、それまでかかわっていた関係機関にかなり苦情を言って行かれるのです。そのとき、保健所に行ってひと暴れして、そこら辺にあったものを保健婦に投げつけて、ちょっとした怪我を負わせたということが2回目の要件です。24条通報による措置入院だったと思います。

◎司会 この発表の趣旨である、合併症の患者をどのように措置の下で対応するかということについて、何かご意見はありませんか。

●五十嵐 ほかの県ではどうしているかというお話があったので、東京都の場合を少しお話をしてみます。東京都は、精神障害者の合併症医療というのも、行政医療としてもう20年以上前からやっています。どういう仕組みでやっているかという、松沢病院と、あといくつかの民間病院、今は大学病院も一部参加していますが、東京都が責任を持って仲介し、精神障害を持ちながら、身体的に専門的な入院治療が必要な場合、その患者を移す。移して、そこで身体治療は、それぞれの専門の科の医者がきちんとして、身体的に治療が必要なくなれば、元の精神科病院で必ず引き受けるといった形態をとっています。

松沢病院は、非常に大きな精神病院ですから、措置入院の患者も当然受けますし、身体合併症の病棟は、内科、外科、脳外科、整形外科、神経内科とあり、手術もやります。その病棟は、基本的に閉鎖の病棟になっています。大体、措置入院中だからといって、医療につなげられないということはありません。他の所で聞いたことでは、たいてい身体的に重くなって、入院が必要になった場合、簡単には受け入れてくれない。看護者が泊り込みで付添いにつくなら受けるといった所はあるわけですが、インフォーマルな形の、合併症用とはなっていない所ではやっている。

イギリスなどでは、合併症になると、リージョナル・セキュア・ユニットにしても、ハイ・セキュリティの司法精神科病棟にしても、基本的には精神科医しかいない所ですから。向こうの精神科医はもっと徹底していて、基本的には採血とかそういうこともしないですから、身体的に重ければ、必ず身体科の医者が責任を持つのは当然。ただ、精神の人で難しいとか、あるいは司法精神科の患者の場合、これは日本の措置と同じで、逃げられては困るわけですから、そういう場合には必ず病院の職員がたくさんついて行って、逃げないようにというか、見張っている。そのような配慮はしているようです。

●吉川 イギリスの話が出たので申し上げます。ブロードモアに私はいたことがあるのですが、ブロードモアはご承知のようにいちばんセキュリティが高い病院です。そこで触法精神障害者に合併症治療が必要になった場合にどうするか。当然、ブロードモアからは、外に出られないわけです。どういう工夫をしているかという、身体合併症の外来クリニックみたいなものをつくっていて、そこで簡単なオペもできるような施設をつくり、そこに外部からの身体科のドクターがいて、それで対応している。基本的には、ブロードモアの中で、出さないようにして、できるだけ治療を行うようにしている、そのような工夫をしているみたいです。ミディアム・セキュリティぐらいになれば、看護婦が付き添って行くような形をとっているみたいですが、先生のようなケースであれば、先ほど先生が指摘されたように薬物に対する反応性とかから考えて、そんなに深刻にならなくてもいいかもしれないとは思いますが、もっと重大な事件になった場合にどうすればいいかなければ、もう少し体制を整えないと厳しいかなとは思いますが。

●来住 私自身も同じような憤りを感じていますので、同感を持って聞いていました。総合病院に精神科病床がない県がいくつかあると思います。あったとしても、閉鎖病棟が大学病院以外にはないという県があって、岡山も宮崎同様の状況です。そういう中で医療をするときには、なかなかそれ以外の県には感じられない大変さを実感します。具体的に岡山でどういうふうに対処しているかという、あまりない。本当は、さっき五十嵐先生がおっしゃったように、政策医療の形で、何らかの誘導が是非要ると思うのですが、それが無い以上、現時点においては、大学とのパイプを太くしておくこと以外にできない。大学からの入院は基本的に受ける。その代わりに、向こうでも受けてもらう。このようなケースの場合、岡山の場合は大学病院に、多分受けてもらっていると思います。

あと、受診という時点では、あまり制度にこだわらずに、職員が同伴する形で、まずアセス



メントのところは総合病院で受けて、考えてもいいのではないかと思います。私は岡山県立岡山病院にいて3年目ですが、その間にはないですが、看護者が付き添う形で当直体制を組んで、総合病院で受けてもらったというケースもあります。一度病院間の信頼関係が崩れると、次の患者が受けられないということがありますので、これはぜひ避けなければいけないと考えます。

○小川 いろいろご意見ありがとうございました。東京都とかイギリスのお話を伺っていると、なるほどなと思いつつも、宮崎のような貧乏県では実現不可能だろうと感じています。我々みたいな弱小の、経済的基盤がないような県でも、実現可能な無理のない制度がほしいと思うのですが、いつもこういう場面では、東京とか、恵まれた県の意見ばかりが通っているような気がします。岡山さんはうちよりはかなりいいかもしれませんが、うちのような県では、そういった問題がなかなか取り上げられないということをいつも思っていて、ですからわざわざ今日ここで発表させていただいたわけで、そういった県の先生方がいらっしゃいましたら是非お願いいたします。

●中山 沖縄県立晴和病院の中山ですが、沖縄県も全く同じような状態です。総合病院の精神科病棟というのは、琉球大学の精神科病棟しかありません。そこは閉鎖病棟なのですが、やはり看護婦さんしかいない、1人、看護士さんが最近入ったということですが、それで重い措置患者はとらないのです。非常に精神状態も身体症状も重篤な人を、受け入れる所がないということで困っていたのですが、県立那覇病院という総合病院、ここも精神科がないのですが、そこが今度、高度多機能病院ということで、平成18年度オープンを目指して、場所を移転して新築することになったわけです。そこに是非、精神科病棟をつくってもらいたいということで運動を起こしたのです。

私どもは、去年の6月に各職種、医師・看護婦・作業療法士等、患者当事者グループまで入った「精神保健医療福祉連絡協議会」というのを作ったわけです。その中に、「高度多機能病院に精神科病棟を設置する委員会」という実行委員会を作り、私たちも全部路上に出て署名活動をしました。初め、1万5,000人を目標にしたのですが、1カ月間で大体2万5,000人以上の署名が集まりました。その間、一般科の先生方からは猛烈な反対が起こったのです。精神科の精神連絡協と、一般科のプロジェクトチームとの間で、4回話し合いを持ったのですが話し合いは決裂、結局、県当局のほうの調停案ということで、精神・身体合併症の治療が可能な病床を19床置く。19床だが、ほかの病棟と同じように看護体制は22人、ただしその19床のうちの5床のみが精神科の指定病床ということで、残りは一般病床ではあるが、精神科合併症を優先治療するというので、新聞にまで発表され、全家連にも最近出ました。約1年近い猛烈な運動の結果、そういう具合に19床だけは、一応身体合併症の治療ができるということを取り付けたところですが、今後、一般病床の中で精神科の治療が本当にできるのかとか、いろいろな問題が出てくると思いますが、県当局は精神科、身体合併症を優先するということを言っています。それが沖縄での状況です。

◎司会 熊本県のほうでは、どのような状況でしょうか。県庁の精神保健福祉課の方が来られていると思うのですが。

●\_\_\_\_\_ まず2つに分けて整理をいたしますと、精神科救急システムの連絡調査委員会を年1回開いていまして、一応システム上では合併症対応の医療機関というのが位置づけられています。しかし、現実的には似たような問題があるという気がしています。委員会の中でも、これはといった解決策に至るということではありません、現状は同じ問題かと思っています。2つ目としては、現に措置入院の患者さんが、合併症を併発されたときの問題ということで、私どもの前任者の時代には、合併症先の病院への転院命令というのは記録上は残っていますが、そのときに、どちらが指導して、主導権を持って転院先を探したかということは確認できません。お答えにはなりません、一応、実例としてはそういうことがあります。

●来住 私も知りたいと思っているのですが、千葉の精神科医療センターに行ったときに、あ

そこも精神科単科なのですが、財源を担保して往診をされていたのです。いわゆる生命にかかわるような方を往診のみで診るということには問題があるので、直接的な解決にはつながらないと思うのですが、非常勤の医者、あるいは身体疾患についての主治医からの往診に対して、財源をもって担保するという方法は、各県のレベルでも考えられる方法で、とりあえずのしのごにはなるのかなということを感じました。ただ、岡山はまだ現実にはやっていません。

○小川 千葉は、私も見学に行かせていただいて、そのときにご質問させていただいたら、医療センターから5分の所に身体合併症の病院がある。しかし、それでは不十分だとおっしゃっていました。やはり、総合病院の中にないと駄目だと。私は、肥前療養所にもいたことがあるのですが、あそこもやはり2、3人、内科医を常勤で雇っていましたが、それでもまだまだ、やはり足りないというのが実状のようで、やはり総合病院に併設、あるいは中にないと駄目なのかなというのが私の実感です。

●岡田 東京の話ではなく、栃木のほうの話をして。私は栃木の病院に勤めていたことがあり、措置入院の患者で慢性腎不全で、これはヤバイ、クレアチニンクリアランスが目茶苦茶悪いので、これはもう透析だろうと思ったケースがありました。かなり状態が悪く、本人も呼吸困難を訴え、点滴をつないだわけです。これはライン下降のためですが、本人が理解が悪くて、速く点滴を終わらせたいというのでパッと上げてしまったのです。一気に浮腫が起き、バンバンになってしまって、救急で運ばざるを得なくなりました。急遽、措置解除をして、県庁からの電話連絡等を経て、私が救急車に乗って入院先を探して、某救急の病院に搬送しました。結局、具合がよくなり、元気になりましたので、すぐに迎えに来てくれということになりました。改めてまた措置入院をしようかと思ったのですが、これはもう同じことになると思い、そのまま県のほうの医療保護入院にして、最終的にそこで亡くなられたケースですが、この辺の整備も必要だと感じています。

◎司会 浜本先生、国立に転院して、手術をした措置患者のケースはございますか。措置のまま移送して、手術をしたケースがあったとお聞きしましたが。

○浜本 現在は、国立熊本病院のほうで合併症を積極的に受け入れてくれていますので、こちらは一応お願いをしてから、命令を県のほうに出していただいて、また帰ってくるのではないかというケースです。

## II-6. 【追加報告】「触法精神障害者に対する専門的処遇開始の意義」

東京医科歯科大学 山上 皓

お配りした資料に記しましたように、国会では今、触法精神障害者に対する専門的処遇制度の新設について審議されています。私は1カ月前、衆議院の「法務省・厚生労働省合同委員会連合審査会」に参考人として呼ばれ、意見を述べる機会をもちました。触法精神障害者の処遇問題は、実態が分かりづらく、そのため、専門処遇制度をつくることを精神障害者への差別に繋がるなどと誤解される方も少なくないようですので、私は、事実を正しく理解していただき、分けることは専門化を進めるために必要な「区別」なのだということを理解していただきたく、このような図を作って説明をしたものです。ご参考までに、図を皆様にお配りし、簡潔に説明させていただきます。

この図に示すように、社会にはある頻度で犯罪者が生まれ、その中には、一部にはありませんが、重罰を科し、社会から隔離しなければならない人たちがおります。精神障害者の中にも、ごく一部に、危険な犯罪行為を何度も繰り返している人たちがおります。そのような犯罪傾向の強い人たちは、一般の精神障害者とは区別して処遇するのが、欧米では当然のこととされ、そこに、専門医療としての司法精神医療が発展してきたのです。区別して処遇することから、その実態が広く理解され、国民も司法精神医療の必要性を理解しますし、医療者もそこで彼らを安全に、かつ適切に治療するための努力を重ねて、質の高い司法精神医療を確立してきたのです。右の図に示しましたが、世界のモデルとされる司法精神医療システムを持つ英国では、司法精神病床数が全精神科般病床数のほぼ1割を占めていて、司法精神医療に対しては、患者1人あたりで見れば、一般病床に倍するスタッフや資金が投じられています。

日本には、触法精神障害者処遇のための専門的処遇制度、施設が無く、そのため彼らを一般の精神病院でみなければなりません。触法精神障害者、なかでも重大な事件を繰り返す人たちは、精神障害とともに、強い犯罪傾向を併せ持っています。私の調査では、他害行為を何度も繰り返す精神障害者の約8割は、発病する前から何度も事件を起こしてきた人たちです。すなわち、それまでは事件を起こす度に刑務所に入れられるなど厳しく罰せられていた人たちが、受刑中に発症するなどして一度精神病と診断されると、次の事件からは罪を問われること無く司法の手を放れ、一般の患者として、全国の精神病院に分散収容されるのです。司法の手を放れる時点で、彼らは一般患者に化してしまうため、その後の経過については司法の側も、医療の側も、把握することさえできないのです。専門家ですら多くはその実態を把握していないため、誤解と偏見に基づく専門医療不要論がいまだに横行しているのです。

しかし、周知のように、一般精神医療は今、ノーマライゼーションを目指す流れのもとで、患者に対する強制や制限を最小限に留める努力を求められていて、強い犯罪傾向を持つ人たちに適切に対応できるところではありません。そこに重大な事件を繰り返す精神障害者を送り込むことには、最初から無理があるのです。そこで、我が国では、触法精神障害者が司法の手を放れ、医療の側に送られる過程で、様々な混乱と、悲惨な事態が生ずることになります。

右上の図に、再犯に到る経緯を矢印をつけて示しました。Aとされた人は、一部の自治体立病院で試みられている司法精神医療を受けられますが、それはごく僅かの人で、受ける医療の水準も英国には遠く及びません。Bのように、重大事件を起こして不起訴とされながら、入院すら拒否されて、釈放されてしまう人たちもいます。Cのように、殺人により入院させられたケースでも、1-2カ月で退院を認められて再犯に至る者もいます。その中には、詐病を演じて病院に逃げ込むようなケースも含まれているのです。Dのように、入院中に職員を傷つるなどして、病院による強制退院の措置をとられる者もいます。Eのように、病院内で他の患者を

殺害し、退院させたくてもさせられない事情があるということで、生涯、檻のような保護室に閉じこめられる者もいるのです。矢印の経路を点線で示しましたが、我が国では触法精神障害者をフォローするシステムも全くないので、敢えてそうしたものです。

このように、触法精神障害者に対しては、現在、およそ法治国家とは思えないような、無責任な対応がされているのです。これに対し、新法では、処遇の決定は裁判所で行われ、退院後のケアについては保護観察所が責任を負います。私が、新法制定の医事について、国の責任の明確化が最も評価に値することと考えるのは、このような認識に基づくものです。以上です。

### Ⅲ. 新たな法制度の下での課題

#### Ⅲ-1. 危険性の評価をめぐって

東京医科歯科大学難治疾患研究所

岡田 幸之

◎司会 では、早速最後のセッションに入っていきたいと思います。「新たな法制度の下での課題」。報告1、「危険性の評価をめぐって」。東京医科歯科大学難治疾患研究所、岡田幸之先生、お願いします。

○岡田 本日報告の機会を与えてくださいましたことにお礼を申し上げます。早速ですが、冒頭に花輪先生がおっしゃったように、そろそろ皆さん頭が真っ白になっているころだと思いますし、時間も押していますので、「危険性の評価」となりますと相当お話すべきことが多いのですが、本日はそのダイジェスト版ということで、手短にお話をしたいと思います。

この中で、ほとんどの皆様方が、日本精神神経学会の学会員でいらっしゃると思うのですが、そう考えますと皆様、将来の再犯の恐れというのは見通すことは不可能であると考えていらっしゃると思うのですが、日本精神神経学会のほうでもこういう見解が出るほど、再犯の予測や暴力の評価については、かなり問題になっているということでもあります。実際、暴力の予測というのは、我々がイメージしますのは、中には小指を詰めている人がいるとか、銃を普段から持ち歩いている人がいるとか、いろいろそういう根拠に基づいて、彼らを白黒でとりあえず塗り分ける。これらの人たちが、何年かのうちに暴力をやりました、というようなことで見ていくわけですが、その中で、この人は外れた、当たりだ、外れた、こういうイメージが暴力の予測という点では常につきまとっているわけです。

そのようなイメージが、予測への批判というものを生んでいます。疫学的な批判では、正確な予測は不可能である。政策的な批判からすると人権に反するものだ。臨床的な批判からは、社会復帰を阻害する見方だといった、各種の批判が挙げられます。実際、アメリカの精神医学協会のほうでも、このような見解が1983年に出されています。精神科医というものは、将来の危険な行動を予測する能力があるわけではないし、実際に暴力を過去にやった患者を見たとしても、3人に2人のケースで予測をミスするという見解が出ています。

こういったアメリカの研究等も踏まえて、今までの暴力予測の研究を少し概観してみますと、第1世代といわれるのが、1970年代から80年代初頭にあります。このころには、限られた変数、皆さんが経験の中から読み取られた変数を挙げ、それを臨床記術的に予測するといった方法がとられており、1980年代は第2世代と呼べると思うのですが、統計的な手法がこれに導入されるようになります。さまざまな多変量解析等の手法を用い、さらに予測式を立てると。

(テープ交換)

以後、録取不良のため、第3部はこれ以上テープ起こしができなかったため、熊本県立こころの医療センターにおける、第3回触法精神障害者処遇実務研究会報告は、ここで終了とさせていただきます。第3部において引き続きご報告いただいた、京都学園大学法学部の川本哲郎先生、群馬県立精神医療センターの武井満先生、東京都精神医学総合研究所の五十嵐禎人先生、国立精神神経センター武蔵病院の吉川和男先生には、お詫び申し上げます。

なお、閉会に際して、最後に、厚生省精神保健福祉課よりご出席いただいた松本義幸課長よりご挨拶があり、その部分のみ録取されていた。

最後に、これを紹介させていただきます。

## 【ご挨拶】

厚生省精神保健福祉課 松本義幸課長

今日ここに來た私の大きな目的でもありますが、最後に一言だけお願いがございます。

今日の皆さん方のお話を聞いて、まだまだ精神医療では解決すべき点が多いということがよく分かりました。

ただ、今度出す法案で予定されている指定入院医療機関というのは、今まで日本の精神医療の中ではなかなかできなかった、それだけの十分な人員配置を考えております。今の精神保健福祉法の中をいくら積み上げていっても、それだけのものはなかなか作れない。だから、新たな法律の体系の中で見ていく。先ほど先生がおっしゃったように、今の法が遅れているので、もっと底上げを図る大きなきっかけになるのだと思っています。そういうことがあるので私は一生懸命になっているのでありまして、もし今度の法案が臨時国会等で継続なり、また通常国会になると、私が非常に恐れているのは、このまま審議未了で廃案になるのではないかということなのです。このチャンスは、まさにこれまで遅れている日本の精神医療を、大きく変える転換点になると思うのです。今の法案にしても、我々は満点だとは全く思っておりません。65点がいいところだと思っています。まだまだ改良する必要があると思いますが、その点を十分ご理解いただきまして、是非皆さん方のご協力をお願いしたいということでありまして、

一般対策のことにつきましては、社会保障審議会のほうで1月28日から、もうすでに6回検討をやり、その中での医療機関の機能分化とか、あるいは地域での受入れ体制をどうするかということを検討してまいりましたが、その一方のところ非常にショーウィンドー効果といいますか、あるいはこれからの日本の精神保健医療を変える、先端の部分のキーになる部分が、今度の指定入院医療機関にかかっていると思っています。

6月6日の朝日新聞で、川本先生の、まずは良いものを作って、それが先導役になるということ、まさに私はそれしかないと思っています。いろいろなことがあり、昨年の中ごろは本当にこの法案のことで苦しかったのです。うちの職員が本当に苦労しました。あるいは参加者も大変苦労していると思いますが、それは日本の精神医療を変えるために、これは幸運の女神の前髪だと、これをつかまなければいけないと思ってこれまで頑張ってきました。ですから、今度の通常国会で通らなかったのは非常に私は残念です。でも、次の臨時国会では、是非成立させたいと思っていますので、皆さん方のご協力をお願いしたいと思っています。

## 第2回司法精神医学ワークショップ・報告

平成14年11月9～10日、東京医科歯科大学において第2回司法精神医学ワークショップが開催された。心神喪失者等医療観察法案が国会に上程され、日本においても司法精神医療のスタートが近付いたことを踏まえての開催である。全国から、司法精神医学を学び、精神鑑定に携わってきた者が一堂に会し、150名ほどの参加を得た。

このワークショップには、世界のモデルとされる優れた司法精神医療システムを構築しているイギリスのロンドン大学より、パメラ・テラー教授をお招きし、イギリスの司法精神医療、とくにリスク評価と、スタッフの研修・教育の在り方について、ご講演いただいた。長い臨床経験に裏付けられた同教授の講演は、参会者に深い感銘を与えたが、講演内容は今後我が国においても一層の重要性を持つてくると思われるので、その概要をここに紹介させていただく。

### 第2回司法精神医学ワークショップ プログラム

日時：2002年11月9日（土）、10日（日） 場所：東京医科歯科大学 湯島キャンパス 5号館講堂

—第1日目： 11月9日（土）—

【開会の辞】 山上 皓 (10:00～10:05)

【第1セッション】 刑事精神鑑定の実際（1）—基礎知識編 (10:05～12:00)

座長：山内 俊雄（埼玉医科大学 教授）

1. 刑事鑑定の歴史的背景 小田 晋（筑波大学 名誉教授）
2. 刑事責任能力の考え方 中谷 陽二（筑波大学 教授）
3. 刑事鑑定のすすめ方 山上 皓（東京医科歯科大学 教授）
4. 刑事鑑定をめぐる課題 高橋 紳吾（東邦大学 助教授）

【第2セッション】 刑事精神鑑定の実際（2）—鑑定事例の検討 (13:10～15:10)

座長：中谷 陽二（筑波大学 教授）

- ・報告1 五十嵐禎人（東京都精神医学総合研究所）
- ・報告2 久郷 敏明（香川医科大学精神神経科）
- ・報告3 佐藤 親次（筑波大学 助教授）
- ・報告4 黒田 治（八王子医療刑務所）

【第3セッション】 英国における司法精神医学の実際 (15:30～17:30)

座長：松下 正明（東京都立松沢病院 院長）（通訳：山崎恵子）

講師：Pamela J. Taylor Professor of Special Hospital Psychiatry,  
Broadmoor Hospital and the Institute of Psychiatry, London

懇親会 18:00～20:00 会場：東京医科歯科大学病院B棟16階「メディコ」

—第2日目： 11月10日（日）—

【第4セッション】 最近の民事鑑定をめぐるトピックス—成年後見制度、PTSD (9:30～12:00)

座長：山上 皓（東京医科歯科大学 教授）

1. 成年後見制度 白石 弘巳（東京都精神医学総合研究所副参事研究員）  
〈指定発言者〉 斎藤 正彦（慶成会老年学研究所 所長）
2. PTSD 岡田 幸之（東京医科歯科大学 助教授）  
〈指定発言者〉 黒木 宣夫（東邦大学 助教授）  
岩井 圭司（兵庫教育大学 助教授）

【第5セッション】 精神鑑定の最前線—簡易鑑定を中心に (13:10～15:10)

座長：高橋 紳吾（東邦大学 助教授）

- ・報告1 佐藤 忠彦（桜ヶ丘記念病院 副院長）
- ・報告2 武井 満（群馬県立精神医療センター 院長）
- ・報告2 松原 三郎（松原病院 理事長）
- ・報告4 織田 辰郎（国立下総療養所 副所長）

【閉会の辞】 山上 皓 (15:10～15:15)

実行委員会：山上 皓（委員長）、五十嵐禎人、岡田幸之、安藤久美子、渡辺 弘、渡邊和美、下山修司、  
荘司美香、田口寿子、田中朋子、野田美和 事務局：東京医科歯科大学 犯罪精神医学分野（土井雅代）

# 英国における司法精神医学の実践

パメラ J. テーラー

ロンドン大学精神医学研究所 教授

## 1. 精神障害者による暴力のリスク・マネジメントについての臨床的展望

【はじめに】

ここで話をさせていただくことは大変光栄なことでございます。司会の松下先生はじめ、ご来場の皆様に心から御礼を申し上げます。

今日私は、特に臨床精神医学に関連したリスク・ファクターのアセスメントおよびマネジメントに関する問題の話をしてみたいと考えております。暴力と申しますと、文化的な背景は、日本と英国とではだいぶ違いますが、暴力そのものというよりも、精神障害にかかわる範囲においての暴力に関しては、英国も日本も非常に似通った状況があるのではないかと私は考えております。

このセッションの目標の1つは、リスクというのは必ず、不確実性を含むことを認識することにあります。そして、この不確実なリスクを、一般にどのように扱うかということ、特に精神障害者の中で、暴力性の傾向の強いものにおいて、不確実なリスクをどう扱うかということ、この2点について簡単に話をしていきたいと思っております。また、これらのアプローチにおける利点は何か、限界は何かということをお話申し上げたいと思っております。

【知りうることと、その限界】

私は、実際にこういった話をするにあたっては、ジョン・アダムスという人間を引用して話すことが多いのです。ジョン・アダムスとは、実は精神医学者ではありません。彼は、道路交通安全の専門家ですが、交通事故のリスクの予測も、同じような原理で考えられます。交通安全の領域では、我々の領域よりもはるかに大きなデータベースを扱っているけれど、ジョン・アダムスは、如何に我々が僅かしか知らないでいるかということを強調しています。この横のほうに光っている長方形が、私たちの情報ベース、知らなければいけないこと。また、小さな点はその長方形の上にあります。この小さな点が、実際に私たちが学び始めて得た知識ということです。

その次に、精神障害および暴力というものの実際の関連性はこういったものか、またそれを原寸大に見るためにはどうしたらいいかということ、このスライドで示したいと思っております。

1990年代を通して、世界各国において、精神障害と暴力の間には実際に関係がある、相関関係があるというさまざまな調査結果が出されております。実際には、コミュニティ全体、地域社会における調査をやった唯一の例というのがこれです。

Table 1は、ニュージーランドのとある地域において、出生が同じ人間集団を扱って、25年間追跡調査をしたものです。

長年を通して、実際の面接を含め、さまざまな記録とりが行われていきました。実際にこのような調査をすることの難しさというのが、ここで浮き彫りにされます。真の調査をするに当たっては、実際には我々が本当に興味を持っている集団の数というのは、コミュニティにはあまりにも少ないのです。例えば、この集団においては、統合失調症の患者は39名しかいません。かつ過去に暴力事件を起こしたという経歴を持っている者は、そのうち6名にすぎません。ただし、面接を綿密に行っておりますので、実際には裁判所で起訴されるという事実が存在しなくても、地域社会の中で目撃された暴力等はこの中に含まれています。



Table 1 Mental disorder and violence in a total 1972/3 birth cohort (n = 961)

Arsenault, Caspi, Moffitt, Taylor, Silva

DISORDER	SELF REPORT		CRIM CON		NO VIOLENCE
NONE (572)	18 (3.5%)	~	7 (1%)	~	550 (96%)
SCHIZOP (39)	13 (33%)	7x	6 (15%)	5x	26 (67%)
ALC DEP (94)	23 (25%)	5x	8 (8%)	2.5x	70 (75%)
CAN DEP (91)	24 (27%)	6x	16 (18%)	8x	60 (66%)

もう1つの問題というのは、精神障害あるいは精神病そのものが、単独で存在することは非常に稀であるということで、例えば統合失調症と診断されている患者の中にも、併せてアルコールの摂取が問題になっていたり、あるいは大麻を吸って問題を起こしていたりと、そういった重複するような問題が多々見られます。

たしかに、さまざまな精神障害の問題においては、合併症があることはいわれていますし、いま申し上げましたとおりですが、やはりそれを差し引いて実際に数字を見たとしても、やはり統合失調症と暴力、あるいはアルコール依存症と暴力、大麻依存症と暴力というのは、かなり密接な関係があることが判明しております。ということで、これはやはり我々が注目すべき問題であるという結論を出すことができるはずです。

#### 【臨床的ジレンマ】

しかし、これが我々のディレンマであって、これは実は19世紀の古典的な文学からとられた一節ですが、我々の現在の気持を言葉にしております。

日本語のタイトルは、たしか『白衣の女』というのだと思います。主人公が、あるとき、ある深夜、ロンドンから出てくるときに、道すがら突然に、白い服装の、明らかに非常に不安な様子を示した女性に会います。そして、ロンドンへ行く道を聞かれ、かつ彼女を追跡してきた人間たちに、自分を見たことは絶対に言わないでくれと頼まれる小説です。彼は彼女にロンドンへの道を示し、かつ彼がそのまま進んでいくと、確かに2人の男性が女を追いかけきます。その男性は、2人とも「いま女性が精神病院から逃げ出したので探している」ということをこの男性に伝えます。彼は、その追っ手に対して、女性の居所を全く自分は知らないごまかすのですが、彼らが去った後で、自らに次のように問います。「私は一体何をしたのだろうか。私は、もしかしたら非常に悲劇的な状況で謝って閉じこめられていた人を逃がしてあげたのかもしれない。しかし、もしかしたら、我々が慈悲深く保護してやらなければならない人間を、ロンドンに解き放す手助けをしてしまったのかもしれない。自分は何をしたんだろう……」と。我々は、精神科医であり、自傷他害の危険があると考えれば、他人の基本的な人権である自由を奪って拘束する力を持っているのですから、このディレンマを、常に我々の心の中に置いておくべきであろうと私は思います。

#### 【英国の現在の政治的環境】

これから話を進める前に、現在の英国の政治的環境はどうあるかということをお話します。やはり、精神医学を志す者にとっては、政治的な状況、環境というのは、非常に大きなファクターになるわけで、これは英国に限ったことではないということは、私もよく分かってお

ります。

政治的な環境を一言で申しますと、一般市民は暴力に対して、また精神病というものに対して恐怖を持っている。恐怖を抱かれているために、政治家はとにかく犯罪者、そして犯罪を行う傾向のある者に対しては、かなり厳しい措置を講じなければならない、という答えを見出してしまっています。厳しい処遇というのは一体何かというと、結局、人間を閉じ込めてしまう、社会から隔離してしまうということで、これは刑務所であろうと病院であろうと、そういった措置の道具になってしまうわけです。

さらに、オープンガバメント、開かれた政府という概念が、政治的に英国では非常に受け入れられているのが現在の環境であります。開かれた政府というのは、結局、政府が市民に提供するサービスそのものも、市民の指向に合わせて提供されるということになってしまいます。ということで、やはり精神障害に対するさまざまな活動等に関しましても、やはり一般市民のいわゆる悪いニュースに対する反応や、悪いニュースに対する好みというものを考慮せざるを得ないような政府の措置が出てくるのが、現在の環境であります。

それに加えて、そのような公共のサービスを管理している管理者たち、また臨床家でも臨床家のトップに立って運動しなければならない人たちというのは、どうしても政治家が回してくれる資金源に頼らざるを得ない部分があります。そこで我々臨床家としては、常に胸に手を当てて考えなければならないのは、本当に実証主義に基づいて私たちはやるべきことをやっているのか、それとも政治に左右されてしまっているのかということころでしょう。

#### 【一般的（かつ無益）な憶測】

その次に私たちが実際に活動するにあたって考えなければならないのは、どんなものが一般的に憶測で言われていることなのか、またこれは我々にとっていかに有害であるかということです。一般市民のみならず専門家の間でも、こういった観点からの論議が必要ではないかということを考えています。

これを全部、私はここでお話をし、設問するつもりはないのですが、これに関連して最も重要な記事、2001年のBritish Medical Journalに、プレッシックとグリーンハークが書いたヘルスケアに関する記事に対して、皆さんに注意を喚起したいと思います。これは、特にメンタルヘルスについて述べられているものではないのですが、充分当てはまる記事です。

プレッシックとグリーンハークが言っているのは、我々が検討しなければならないものは、科学としては極めて複雑なものであり、まず、体内においても複雑な、また相互作用的、自己制御的なさまざまなシステム系統を扱わなければならない。また、その個人の行動およびその個人とその環境における行動や、環境との相互作用システム、それから社会的、政治的な文化を背景とした行動に対して、我々は目を向けなければならない。そして、目を向けなければならないこのさまざまな相互作用を持っているシステムというのは、すべてそのシステムが1つ1つ流動的で、ダイナミックなものであるという、この複雑さを強調した記事であります。

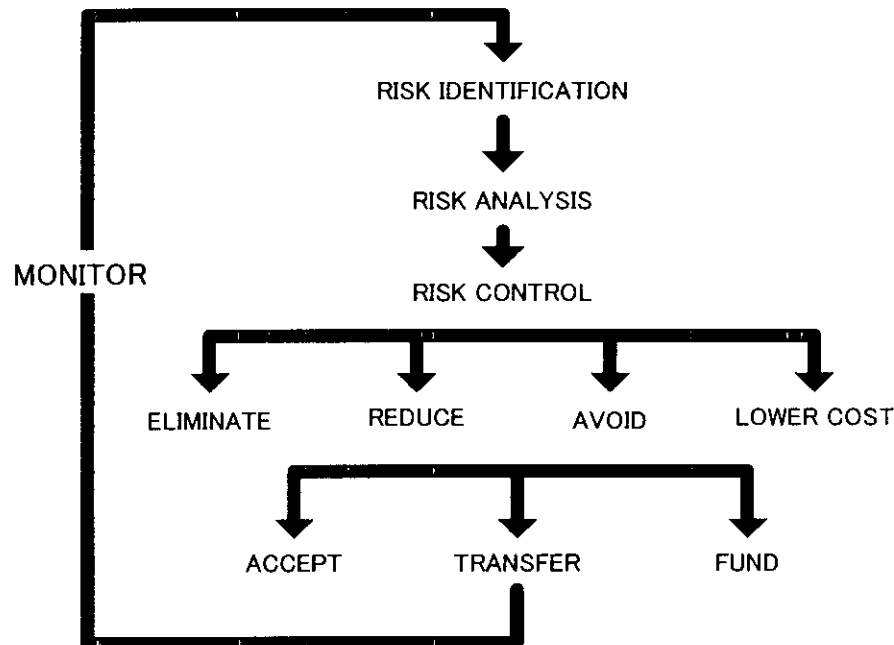
それに続けて彼らはこう言っています。このような相互作用を持っているさまざまなシステムの中で、1つのシステムに変化が訪れれば、他のシステムにより大きな変化が起きるきっかけを与える結果になりかねない。こういった理由があるために、病気また人間の行動というのは、予測をつけることができるものではなく、病気や人間の行動に対して、単純な因果関係から成り立つモデルを作ることとは不可能であると結論づけています。そして最後に、健康および安全というものを、維持するには予測不能性を受け入れた心身一体的なホリスティックなアプローチをしなければならないと言っています。

#### 【英国のNational Health Serviceにおけるリスク・マネージメント】

英国のヘルス・システムの中で、リスク・マネージメントはどのように考えられているかと

ということについて述べさせていただきます。これは、精神医学の分野だけではなくて、一般論としてまずお話を申し上げます(Fig.1)。

Fig. 1 RISK MANAGEMENT IN THE UK NATIONAL HEALTH SERVICE



ここでご理解いただきたいのは、これは継続的なサイクルになって、円形に動いているシステムであるということです。まず最初に、リスクを識別する必要があります。リスクを識別したら、次にそれを分析することです。分析がなければ、それを管理するためのシステムやプログラムを作ることはいけません。

そのリスクを管理するためのプログラムを作ったところで、実際には全てのリスクを除去してしまう、全く消滅させてしまうということは、どのようなケースにおいてもほぼ不可能に等しいでしょうが、ですから、そのリスクを抱えるためのコストをどうやって低くするか。あるいは、可能であればどうやって回避するか。あるいは、特に精神医学者にとっていちばん重要なのは、リスクの低減をどのようにやっていくかということを考える。

このプログラムの最後の矢印は、ご覧になって分かるように、また上に戻るようになっていきます。実際にリスクを減少させるための策を講じ、それに対してモニタリングを行い、またトップに戻ってリスクのアセスメントをやり、分析をやり、必要であればプログラムに対する再調整を加えるようにサイクルが回っていきます。

その次に、リスクという概念をもう一度分析する必要があります。リスクには一体どのようなものがあるのか。これは、我々精神医学のフィールドに照らし合わせて見てみると、リスクというものの一覧表を2つに分けることができます。1つは、第三者、他者に対して犯罪を行ってしまう、他害行為をしてしまうというリスク。もう1つは、自分を傷つけてしまうリスクです。

1つ1つの一覧表に書いてあるリスクは個別に取り扱われ、我々はその各々の重度、つまり

その深刻さはどのくらいかということを探り、実際にこれが起こるというリアリティ、つまり確率はどれくらいであるかということ計算します。さらに、どのような状況で起こるかという状況分析、実際にリスクを負わなければならない範囲の人間集団はどれくらいの規模のものであるか、介入することによってリスクを緩和させる方法は、などということの評価しなければなりません。

次に、まず第1項である「リスクの識別」という段階に話を進めていきたいと思います。

#### 【リスクの識別】

まず、リスクの識別ですが、リスクとは一体どれくらい識別ができるのか。この中でリスクを把握することの難しさの1つとして、よくひどい殺人事件等が起こりますと、精神科の専門家に罪を着せるといふか、つまり精神科の専門家がどうして分からなかったのだろうかということが言われるのですが、実際には精神科に、この犯罪を起こす前に通っていたとか、あるいは精神衛生サービスと接触をしていたという人数というのは、さほど多くはありません。そうすると、我々は実際の把握はできない、非常に困難な状況になってしまうわけです。

英国では、非公開の特別調査委員会というのが、精神衛生サービスに接触のあった人間にかかわる死亡事故が起こった場合には、必ず行われます。精神衛生サービスと接触があった者が、他殺を行った場合でも自殺を行った場合でも、この非公開の調査委員会が作られます。なぜこれが非公開で行われるかということ、実際にこの調査が公開されないほうが、情報が出やすい、情報提供がしやすい環境があるというように我々は考えています。

それを踏まえて、現実の数字がどうなっているかをスライドでご覧いただきたいと思います。英国のウェールズで、1996年からの18カ月間の殺人事件は何件あったかということ、718件ありましたが、その中で、それが起こる前12カ月の期間内にメンタルヘルス・サービスにコンタクトをしていた人は58人しかいませんでした。この58人中で、実際に精神病と診断された人はもっと少ないわけです。殺人として起訴された人たちの中で、例えば統合失調症として診断された人のトータルを見ても、統合失調症の人たちの50%、ほぼ半分は事件を起こす前に精神衛生の専門家に相談をしたり、接触をするということはなかったわけです。

こういった情報をベースに考えると、リスクを識別するという自体、もう最初の第一歩がどんなに難しいかということがお分かりいただけるかと思います。リスクのアセスメント、評価に関してですが、臨床的なアセスメントよりも、統計学的なアセスメントのほうが実際に現実を反映しているのか、どっちのほうがいいのかという問題が生じます。問題は、例えば統計学的なものというのは、常に集団の中の確率を扱っているわけです。我々臨床家としては、臨床が個人ベースで、個人ベースでやっているわけで、集団の中の確率を個人に照らし合わせて、それを解釈するのは非常に難しいものがあります。

先ほどの *British Medical Journal* の中で言われた複雑な科学であるという医学の観点から考えると、臨床的な判断というのは非常に複雑であり、それを明確に提示し、ファジーな部分をなくすことは、かなり難しくなってきます。しかしながら、統計学的なスコアは、非常に明確な数字として出ます。従来の標準的な研究というのは、統計学的な評価をどちらかといえば好んで使っています。しかしながら、こういった標準的なリサーチそのものに限界があることを認めざるを得ません。実際には、いま申し上げたことが実証されているわけですが、異なった統計を使った場合には、一体どういった結果のパイが出るのかということを見ると、明らかに統計でも確実ではないということが分かってきます。

#### 【リスク評価の統計的アプローチ】

それでは、リスクを評価するために、統計的なアプローチというのは一体どういうものがあるのか。まず1つは、主要効果の分析ということがあります。これは、1つのテストのデータ