

症例のアウトラインを判断するには有力なツールとなり得る。通常、前期通院医療の段階では、入院から通院医療への適切かつ円滑な移行あるいは通院医療への円滑な導入、1週間に1回程度の外来通院・訪問看護、金銭管理等社会生活能力の維持等を重点的に解決していくことが求められ、確実な治療関係の構築に力点が置かれる。この対処の中で、本法枠内での処遇に対する対象者のモチベーションを高めていくことが重要と考えられる。これらに関連する共通評価項目の具体的な要素を拾い上げてみると、コンプライアンス、治療・ケアの継続性、生活能力・衝動コントロールなどが挙げられる。上記3症例とも中期への移行時点では、これらの問題が解決されている状態であることが、表から読み取ることができる。しかし、これらの問題が解決されているからといってステージの移行を行っているわけではない。対象者それぞれの個別性によって、前期から中期への移行が決定されている。

中期通院医療の段階では、対象例の限定的な社会活動への参加と定着、定期的な外来通院・訪問看護等を通して疾病の自己管理、金銭管理等、社会生活能力の維持を図っていくことが求められる。これらの目標設定に関連する共通評価項目の要素を拾い上げてみると、対人関係要素、環境的要素等の評価項目や、確実な服薬コンプライアンス、個人心理的要素の中では内省・洞察や、生活能力、衝動コントロールなどが重視される。現在、中期から後期へ移行した例は少ないため、どのように評価して後期へ移行したかは明らかでない。症例Cは後期へ移行しているが、移行時期が明確でない。中期に入った段階で既に処遇終了後を想定して準備にとりかかっている症例である。共通評価項目の推移もほとんどの項目で解決された状態を維持し、評価の上ではいつ処遇終了となってもおかしくない。本症例については前期から直ぐに後期に入った例と考えると理解しやすい。

後期通院医療の段階では、地域への参加の継続や促進、確実な治療の継続が行えていることなどが到達目標とされる。これに関連する共通評価項目の要素を拾い上げてみると、環境的要素、個人心理的要素、治療的要素、対人関係要素の具体的な要素の項目が関連する。それらがほとんど解決される状態まで支援する必要がある。

しかし、上記の事柄を共通評価項目の評価点を基にし、通院ステージの到達度を判断するには、点数の幅が非常に大きいため評価そのものがかかなり粗くなり、各対象者の個別性も大きいことから、判断の根拠とするには難がある。

4. 生活機能の評価を組み合わせる

多職種による治療評価会議は毎月行われ、3ヶ月毎には対象者の生活機能の評価を行うことになっている。表4、5、6は、前記3症例の生活機能の評価の経過を示したものである。生活機能はセルフケア、社会的適性、対人関係、日課の遂行、ストレスとその他の心理的要求への対処、経済生活のそれぞれの領域を具体的な要素によって25%のランク付けによって評価する。この評価項目は共通評価項目と一部重複するが、より細かく対象者の生活機能状態を評価し捉えることができるツールである。

症例Bの共通評価項目による評価表と生活機能の評価表を見比べてみる。共通評価項目の多くの項目で達成されているのに対し、生活機能の上では社会的な適性や対人関係の領域で多くの課題を残していることが明らかである。症例Aにおいても共通評価項目では抽出できない課題を捉えることができている。症例Cでは、対象者の持つ特徴が生活機能評

価によって捉えることができている。

このように両評価方法による評価を使うことによって、対象者の個別性に即した評価が可能になってくると思われる。

表 4

症例 A	期間（3ヶ月毎）	3	6	9
セルフケア	身体快適性	0	0	0
	食事・体調の管理	0	0	0
	健康維持	1	1	1
	調理	0	0	0
	調理以外の家事	0	0	0
社会的適性	敬意と思いやり	0	0	0
	感謝	0	0	0
	寛容さ	0	0	0
	批判	0	0	0
	合図	0	0	0
	身体的接触	0	0	0
対人関係	対人関係の形成	1	0	0
	対人関係の終結	8	8	8
	対人関係における行動の制限	0	0	0
	社会的ルールに従った対人関係	0	0	0
	社会的距離の維持	0	0	0
日課の遂行	日課の管理	1	1	1
	日課の達成	0	0	0
	自分の活動レベルの管理	0	0	0
ストレスとその他の心理的 要求への対処	責任への対処	0	0	0
	ストレスへの対処	1	1	1
	危機への対処	8	8	8
経済生活	基本的な経済取引	0	0	0
	複雑な経済取引	9	9	9
	経済的自給	0	0	0

表 5

症例 B	期間（3ヶ月毎）	3	6	9	12	15	18	21
セルフケア	身体快適性	0	0	0	0	0	0	0
	食事・体調の管理	0	0	0	0	0	0	0
	健康維持	0	0	0	0	0	0	0
	調理	0	0	0	0	0	0	0
	調理以外の家事	0	0	0	0	0	0	0

社会的適性	敬意と思いやり	1	1	1	1	1	1	1
	感謝	1	1	1	1	1	1	1
	寛容さ	2	1	1	1	1	1	1
	批判	2	1	1	1	1	1	1
	合図	2	2	2	2	2	1	1
	身体的接触	2	1	1	0	0	0	0
対人関係	対人関係の形成	2	2	2	2	1	1	1
	対人関係の終結	8	8	8	0	0	9	9
	対人関係における行動の制限	8	1	1	1	1	1	1
	社会的ルールに従った対人関係	2	1	1	1	1	1	1
	社会的距離の維持	2	1	1	1	1	1	1
日課の遂行	日課の管理	1	1	0	0	0	0	0
	日課の達成	1	1	0	0	0	0	0
	自分の活動レベルの管理	1	1	0	0	0	0	0
ストレスとその他の心理的 要求への対処	責任への対処	1	1	0	0	0	0	0
	ストレスへの対処	1	1	1	1	1	1	1
	危機への対処	2	2	2	2	2	9	9
経済生活	基本的な経済取引	1	1	0	0	0	0	0
	複雑な経済取引	2	2	2	9	9	9	9
	経済的自給	3	3	2	9	9	9	2

表 6

症例 C	期間 (3ヶ月毎)	3	6	9
セルフケア	身体快適性	0	0	0
	食事・体調の管理	1	1	0
	健康維持	0	0	0
	調理	0	0	0
	調理以外の家事	1	0	0
社会的適性	敬意と思いやり	0	0	0
	感謝	0	0	0
	寛容さ	0	0	0
	批判	1	0	0
	合図	1	1	0
	身体的接触	0	0	0
対人関係	対人関係の形成	0	0	0
	対人関係の終結	0	0	0
	対人関係における行動の制限	1	0	0

	社会的ルールに従った対人関係	0	0	0
	社会的距離の維持	0	0	0
日課の遂行	日課の管理	0	0	0
	日課の達成	0	0	0
	自分の活動レベルの管理	0	0	0
ストレスとその他の心理的 要求への対処	責任への対処	0	0	0
	ストレスへの対処	1	2	1
	危機への対処	9	9	1
経済生活	基本的な経済取引	1	1	0
	複雑な経済取引	1	1	1
	経済的自給	0	0	0

5. ステージ判定・ゴール判定イメージ

ステージ判定・ゴール判定イメージ図を別表に示す。

通院医療の各ステージ判定は対象者の個別性が大きく、一定の判断基準を提示することはきわめて難しい。最も判定に容易なステージは前期であり、この時期の到達目標は対象者との治療関係の確立、対象者の病気の理解と治療継続への動機付け、服薬の遵守であろう。従って、共通評価項目の治療的要素（コンプライアンス、治療・ケアの継続性）に力点を置き、この要素が解決され安定していることが最重要課題と思われる。

中期以降の到達目標は、各対象者の個別性を十分加味した設定が必要であろう。しかし、各対象者に求められることは社会復帰のための基礎を固めることであり、社会性の回復や対人関係の構築等が必須と考えられる。このためにはデイケアなど限定された社会の場への溶け込みと定着、その他の社会の場への参加等が求められる。

後期には更なる社会参加の促進と一般精神科医療への移行準備が行われなければならない。一般社会での活動への参加、自立した対人関係やできれば経済活動も求められるところであろう。一般精神科医療への移行には、対象者が処遇終了後も再発を予防し疾病の自己管理が行えることが前提となってくることから、治療継続の動機付けや疾病と対象行為との関係の理解など、内省・洞察にさらなる深まりが求められよう。

以上、中期以降のステージ判定には共通評価項目のみでは捉えきれない要素が多々含まれている。これを補完できる評価として生活機能評価は有力であると思われ、両者を加味した評価によってより確実なステージ判定が行なえるものと考えられる。

6. 終わりに

僅か3症例であるが、実際の症例を基にステージ判定がどのように行われているか検討した。その結果、共通評価項目のみの評価では、ステージ判定がきわめて困難であることが明らかになった。これを補完するツールとして生活機能評価が有効であると思われる。今後更に症例を重ね、より確実な判定イメージを作成したい。

通院ステージ・ゴール判定イメージ

共通評価項目		前期 (評価点)	中期	後期
精神医学的要素	精神病症状	幻覚に基づく行動：(0点) 不適切な疑念：(1点以下) 誇大性：(1点以下)	→→→ 0点 0点	→→→ →→→ →→→
	非精神病性症状	興奮、躁状態：(1点以下) 怒り：(0点) 感情の平板化：(1点以下) 抑うつ：(1点以下) 罪悪感：(1点以下) 解離：(1点以下)	0点 →→→ →→→ 0点 →→→ 0点	→→→ →→→ 0点 →→→ →→→ →→→
	自殺企図	念慮を訴えても自傷行為に至らない (1点以下)	軽度の念慮を認めることがある (1点以下)	認めない(0点)
個人心理的要素	内省・洞察	病識がなくてもある程度他害行為への内省が見られる(1点以下)	ある程度の内省が持て、精神疾患と他害行為の関連が認識できる (1点以下)	内省が持て、精神疾患と他害行為の関連が認識できる(0点)
	生活能力	安定した生活リズムの維持が可能 金銭管理上の明らかな問題がない コミュニケーション技能をある程度身につけている 社会的引きこもりを認めない 孤立に陥らない	生活リズムは安定し、身の回りの生活(金銭管理や安全管理を含め)は自立して行える 社会資源は確実に利用可能 コミュニケーション技能を身につけている 引きこもりや孤立を起こさない 生産的活動に継続して参加できる	活動性に問題はない 生産的活動に積極的に参加でき、役割を担っている 余暇時間に楽しみが持てる
	衝動コントロール	衝動行動があってもその程度は軽	衝動が解決され衝動コントロール	→→→

		く、自己の衝動性に内省が持てる (1点以下)	可能となっている(0点)	
対人関係の要素	共感性	他者の気持ちに対して一定の理解ができる(1点以下)	→→→	他者の感情を理解でき、情緒的交流が可能である(0点) →→→
	非社会性	全ての項目にわたって問題が解決され認めない(0点)	→→→	
	対人暴力	暴力的行動を何とか抑制できる(1点以下)	→→→	解決され問題はない(0点)
	環境的要素	何がしかの個人的支援ができていない(1点)	何がしかの有効な個人的支援を確立している(0点)	処遇終了後も支援の継続性が図られている
環境的要素	コミュニケーション要因	問題は軽度にとどまる(1点以下)	問題ない状態に至っている(0点)	問題が解決され、さらに処遇終了後の継続性が図られている
	ストレス	重大なストレスの解決が図られている(1点以下)	ストレス脆弱性の改善が図られている(1点以下)	ストレスサー及びびストレス脆弱性ともに問題が軽微にとどまる
	物質乱用	乱用に対する内省が可能であり、2ヶ月以上乱用がないこと(0点)	確実に内省がもてる 2ヶ月以上乱用がないこと	確実に内省がもて、乱用がないこと
	現実的計画	治療プランの同意や緊急時の対応確保に問題がない その他の下位項目で明らかかな問題を認めない(1点以下)	日中の活動や過ごし方について希望に沿った計画がある 地域の受け入れ態勢が確立している	処遇終了後に関わる関係機関の連携・協力体制が確立し効果的機能が期待できる 地域への受け入れ態勢が十分である
治療的要素	コンプライアンス	治療へのモチベーションが形成され維持されている(1点以下)	治療の必要性が認識され積極的な治療への協力がある(0点)	処遇終了後にも治療の継続が必要であることを認識できる →→→
	治療効果	治療効果が期待される(1点以下)	治療効果が望める(0点)	
	治療・ケアの継続性	セルフモニタリングや緊急時対応については1点以下 治療関係が確立している	セルフモニタリングや緊急時の対応について問題の解決が十分に図られている	コンプライアンスが保てる

生活機能		前期	中期	後期	
セルフケア	身体快適性の確保	1点以下	0点以下	0点以下	
	食事や体調の管理	1点以下	0点以下	0点以下	
	健康の維持	2点以下	1点以下	1点以下	
	調理	9	9	9	
	調理以外の家事	2点以下	1点以下	0点以下	
	敬意と思いやり	1点以下	0点以下	0点以下	
	感謝	2点以下	1点以下	0点以下	
	寛容さ	2点以下	1点以下	1点以下	
	批判	3点以下	1点以下	0点以下	
	合図	3点以下	1点以下	1点以下	
対人関係	身体的接触	9	9	9	
	対人関係の形成	2点以下	1点以下	0点以下	
	対人関係の終結	3点以下	1点以下	1点以下	
	対人関係における行動の制限	2点以下	1点以下	0点以下	
	社会的ルールに従った対人関係	2点以下	0点以下	0点以下	
	社会的距離の維持	2点以下	1点以下	0点以下	
	日課の管理	1点以下	0点以下	0点以下	
	日課の遂行				

	日課の達成	2点以下	1点以下	0点以下
	自分の活動レベルの 管理	1点以下	1点以下	0点以下
ストレスとその 他の心理的要求 への対処	責任への対処	2点以下	1点以下	1点以下
	ストレスへの対処	2点以下	1点以下	1点以下
	危機への対処	2点以下	0点以下	0点以下
経済生活	基本的な経済的取引	1点以下	0点以下	0点以下
	複雑な経済的取引	2点以下	1点以下	0点以下
	経済的自給	3点以下	1点以下	1点以下

他害行為を行った精神障害者の入院医療に関する研究

分担研究者 武井満

群馬県立精神医療センター 院長

研究要旨

今年度も前年度に引き続いて、「刑罰法令に触れる行為を行った者の処遇システム」をいかに構築していくかということの基本テーマとして、他害行為を行った精神障害者の入院治療について併せて研究を行った。研究の要点としては、「医療観察法に乗る以前の入り口の問題」、「受け皿としての医療観察法病棟の問題」、同じく「一般精神科病棟の問題」、「地域処遇のあり方の問題」ということになるが、更にそれに付随しての法的問題として、精神保健福祉法、医療観察法、刑事訴訟法、刑法等の相互関連性と整合性が課題として取り上げられる。

まず入り口問題であるが、精神科救急病棟（通称スーパー救急病棟）に対してアンケートを実施し、医療観察法施行後の変化について調査した。対象行為を行っているにも拘わらず、医療観察法に乗らないで放置されている事例も未だ散見されたが、医療観察法施行後は順次改善の方向が認められた。

次に受け皿問題として、医療観察法病棟の状況がアンケートによって調査された。課題は抱えつつもほぼ順調に経過していることが報告されたが、もう一つの受け皿である一般精神科病院に入院中の触法精神障害者については、まだまだ課題が山積しており、治療困難な事例について事例検討会を通して検討が行われた。

医療刑務所の医療状況については、今回初めての視察研修であったこともあり、多々参考になったところであるが、しかしそれ以上に人に刑罰を科すことの重みといった重い課題が基本的にあり、まだまだ検討していかなければならないことが改めて確認された。

臨床心理技術者相互の研修・事例検討会とそれを通しての情報ネットワークの形成については、研究2年目が終了し、確実な成果が挙げられていると考えられた。今後はこれを後退させることなく、特に臨床心理技術者相互のネットワークの形成については確固としたものにしていく必要があると考えられた。また同じく臨床心理技術者の重要な役割となる治療プログラムについて、一般的他害行為防止プログラムが開発され、医療観察法病棟において試行された。

最後に入り口問題としての英国の精神科救急の状況が報告されたが、やはり予測したとおり、日本の場合、どちらかという病院医療が中心で、地域医療活動についてはまだまだ疎かになりがちとなっており、引き続き再考の余地があると考えられた。

研究班員：（五十音順）

赤田卓志朗（群馬県こころの健康センター・精神科救急情報センター）

菊池安希子（国立精神・神経センター精神保健研究所）

黒田治（東京都立松沢病院）

齋藤慶子（医療法人高仁会戸田病院）

佐藤浩司（群馬県立精神医療センター）

島田達洋（栃木県立岡本台病院）

田口寿子（東京都立松沢病院）

樽矢敏広（国立精神・神経センター武蔵病院）

林直樹（東京都立松沢病院）

平林直次（国立精神・神経センター武蔵病院）

A. 研究目的

本分担研究班の研究テーマは「他害行為を行った精神障害者の入院医療に関する研究」であり、入院医療における各種治療プログラムの開発等を行うことが、その研究目的の一つと考えられる。一方、本研究テーマをマクロ的視点に立って考えると、他害行為とは何か、他害行為と犯罪行為の相違、責任能力の考え方、治療の場を司法枠に求めるのか医療枠に求めるのかなど、他害行為を行った精神障害者の入院医療とはいっても、検討しなければならない課題は多いことがわかる。

またわが国における司法精神医学・医療の研究は、まだ始まったばかりであることから、筆者としては研究テーマを絞ることも重要ではあるが、研究テーマのすそ野を広く持ち、かつ網を広くかけておくことは、強く意味のあることと考える。そこで今年度も、前年度に引き続いて「刑罰法令に触れる行為を行った者の処遇システム」はいかにあるべきかという基本テーマを念頭に置いて研究を進めることとし、他害行為を行った精神障害者の入院医療については、当然、その一環としてとらえられることから、併せて研究を実施した。

「刑罰法令に触れる行為を行った者の処遇システム」という考え方自体、わが国ではこれまで取り上げられることはなかった研究課題であり、医療観察法の施行によって、初めて現実的な研究対象として意味を有してきたところである。わが国において社会の安心・安全と人権が守られ、他害行為者に対して適切な精神科医療が提供されるためには、このようなマクロ的でシステム論的な視点からの検討がなくては、十分な効果を上げることは困難と考えられる。医療観察法の施行をきっかけとして、このようなシステムの現状が具体的に調査され、あるべき姿に向けて検討整備されていくことで、精神科医療は医療観察法の医療に止まらず一般精神科医療にあっても、その持っている機能を最大限発揮することが期待できるようになるものと考えられ、本年度も前年度に引き続いて本研究を行った。

B. 研究方法

前年度は、平成14年度から平成17年度までの4年間にわたって行われてきた触法行為を行った精神障害者の精神医学的評価、治療、社会復帰等に関する研究（通称：松下研究班）における分担研究である「触法精神障害者の治療プログラムの研究」の成果を踏まえ、「刑罰法令に触れる行為を行った者」について現行ではどのような処遇が行われているかを入り口、受け皿、地域処遇、具体的治療プログラムの作成と大きくシステム論的に捉えて研究課題の設定を行い、具体的で着手しやすい課題から研究を

開始し、本年度も引き続き継続研究した。

C. 研究結果と考案

1. 入り口問題に関して

対象者が刑罰法令に触れる行為を行った場合、警察官が関わることになるが、警察官の取れる対応は通常、二通りしかない。一つは立件することであり、もう一つが警察官職務執行法に基づく保護である。現場の警察官にとっては、このような二通りの選択肢の中であって、他害行為の実態は必ずしも一律でなく、さまざまなレベルが考えられることから、そのいずれを選択すべきかを判断することは、時に大変困難な作業となることは容易に想像されるところである。医療観察法下にあってもそのことに変わりはなく、現実の患者は、警察官の裁量によって左右される場面が少なからず生じることになる。

本来ならば、重大な他害行為を行った者に関しては、治療の要不要に関係なく検察庁に送致され、責任能力の有無を含めた司法判断を仰ぐことになるが、実際は治療が優先されるなどのさまざまな要因により立件の機会が失われてしまうなど、重大な他害行為を行った者が司法判断を仰がずに放置されてしまうことが、特に医療観察法施行以前にあっては少なからず認められていた。

そこで前年度に引き続いて今年度は、精神科救急治療病棟（通称スーパー救急病棟）の実態調査を行い、医療観察法施行以前と以後とでどのような変化が生じているか、実際にどのような事例が問題となっているかなどを明らかにするために、本アンケート調査と結果の分析を行った。

対象はスーパー救急病棟に限られたことから、全病院数は27病院で回答数は14病院とやや少なかった。概略のみを示すと、特筆すべき点として、実際には医療観察法の対象にすべきと考えられる事例数が10病院中18事例に認められた。事件内容としては、殺人事件はなかったが、殺人未遂2件、放火8件、重い傷害5件、その他であり、通報の形態は24条の警察官通報が13件、25条の検察官通報が3件、警察官受診援助が2件であった。検察官の司法判断が入る25条の検察官通報が3件あることを考慮しても、15件で対象となっていた。

詳細については報告書を参照していただきたいが、この数字を大きいと見るか少ないと見るか、あるいは明確になったアンケートの調査以外に暗数があるのかなど、更なる検討が必要と思われる。ただ今回の結果から、少なくとも医療観察法が施行されることにより、スーパー救急の病棟に関しては徐々にではあるが入り口の部分は整理されてきたように思われる。これまでは受け皿が矯正施設か精神科病院しかなかったという現実的選択の中で、やはり無理してそのどちらかに振り分けていたという実態があったものと思われ、そのような意味ではもう一つの選択肢としての医療観察法の病棟ができたことの効果は大きいと考えられた。

以上、重大な他害行為を行った者の処遇については、今後は次第に適正な振り分けがなされるようになるものと考えられるが、しかしこれらはあくまでも警察官主導による一種の振り分けであり、精神保健福祉の行政主導による振り分け機能やアウトリーチ活動による対象行為の予防や再発予防ということにはならない。しかし入り口問題にはそのような予防精神医学的に見た積極的な意味があるものと考えられ、次なる研究の方向性のあり方をそのように一つは考えたい（スーパー救急病棟運営病院へのアンケート調査参照）。

2. 受け皿問題について

(1) 医療観察法病棟についての調査研究

医療観察法病棟は運用が開始されてからまだ日は浅いが、医療観察法の中核的存在として、今後、治療実績その他、さまざまな面から期待されることが大きい。そこで今年度も前年度に引き続いて、医療観察法病棟の現状と今後のあり方についてアンケート調査と分析を行った。

アンケートの内容は多岐にわたっているが、特に今回は治療内容と直結する疾病教育や内省プログラム、権利擁護、社会復帰講座、家族支援プログラムなどの治療プログラムの実施状況について調査が行われた。その結果、今後は各種治療プログラムをさらに充実させるべく、治療プログラムのリスト作成が必要と考えられた。またこれら以外に、持効性注射剤の使用状況、身体合併症の対応状況、修正型電気けいれん療法の実施と倫理的側面の妥当性、さらに行動制限の問題などが調査されたが、これらの問題に関しては、身体合併症においては課題を有するが、その他の点に関しては、指定入院医療機関としての医療そのものは適切に運用されていると分析された（医療観察法指定入院医療機関の実態調査と今後のあり方に関するアンケート調査参照）。

(2) 触法行為を行った治療困難者に対する一般精神科病棟での治療の試み

一般精神科病院にあっても、触法精神障害者の治療についてはこれまでも関わっているところであり、重大な他害行為を行った精神障害者については次第に減少していくと考えられるが、当面は触法精神障害者でかつ治療困難者を一般精神科病棟にあっても数多く抱えているのが実状と考えられる。したがって触法精神障害者のうちでも、特に治療困難な例について、治療に取り組むことは一般の精神科医療の水準を挙げていく上でも重要な作業と考えられるところであり、そのような意味で現在どのような点が問題となっており、どのような治療状況にあるかなどを明らかにするために事例検討会を開催した。前年度は群馬県立精神医療センターで実施したが、本年度は東京都立松沢病院で実施した（「一般精神科医療における治療困難例に対する取り組み」～「事例検討会を通して」参照）。

(3) 医療刑務所での視察研修

一般に他害行為を行った者の治療のための受け皿は、一般精神科病棟か医療観察法病棟か医療刑務所の三つであり、枠組みとして見た場合、それぞれの枠組みには異なった特徴があることから、医療刑務所における精神科医療のあり方を研究するのを本研究の目的として、北九州医療刑務所での視察研修を行った。実際に視察研修してみると、医療刑務所行政の抱えている課題の大きさや人が人を罰することの哲学的命題の重さなどから、容易に結論めいたことを述べられるような状況にはないことがむしろ今回の視察研修では明らかになったと筆者には考えられた。そこで各研究員には簡単なレポートを書いていただいたことから参照されたい。

また筆者としても、本来ならば本格的な報告書が書かれるべきとも考えられたが、内容が大変に濃く、一度の視察研修ではまだまだ課題をこなさきれないことから、とりあえず医療刑務所内の医療とはいかなるものであるか、その目的、あり方はどのようなものであるかなどを考えるきっかけとなったことをもって報告書に代えたい。筆者が印象に残った課題を記す。

① 刑期があるということの絶対的条件の意味

- ②「獄死」という言葉。すなわち無期刑は精神障害者の場合、多くは死ぬまで出所出来ない
- ③責任能力というかなり曖昧な概念で右か左に大きく別れてしまうことの理不尽さ
- ④明らかに疾病を抱えているにもかかわらず、精神鑑定そのものがなされていない事例がかなりの数に上ることの問題
- ⑤医療専門スタッフの不足が甚だしく、そのため刑務官の負担が大きいのと刑務官自体が多重的役割を果たさざるを得ないことの問題
- ⑥たとえ医療刑務所といえども刑の執行が目的である。それに対して精神科病院は治療の実施であるにも拘わらず、相変わらず収容所にならざるを得ない状況にある精神科病院の現状
- ⑦医療観察法病棟と医療刑務所の住み分けの可能性。住み分けは当然あり得るが、今後このことをどう考えていけばよいのか。あるいはダイバージョンの可能性。
- ⑧医療刑務所内精神障害者の移動に関する振り分け機能の欠如。システム化されておらず、属人的対応とならざるを得ない現状
- ⑨矯正施設長による26条通報の問題の大きさ
- ⑩監獄法の廃止と新しい法律である「刑事収容施設及び被収容者等の処遇に関する法律」の施行により、刑務所は今後どのように変わっていくのか。性犯罪者等の治療・教育プログラムはうまく機能するのか
- ⑪刑法39条の今後。必要な医療と矯正教育は、責任能力の有無にかかわらず出来るようにするべきではないか、などが筆者としては挙げられた。

これら以外に、まだまだ検討されなければならない課題が山積しているのは言うまでもないが、いずれにしても人が人を裁くことの意味には、考えれば考えるほど深いものがあるといわねばならず、そのような中であって、「惨めな思いにさせない」という、言ってみれば当たり前でもあると同時に、当たり前を実施することの困難さ、そして人間の尊厳とは何かという究極の課題について実践している佐藤誠所長にこの場を借りてところからの謝意を表したいと考える（北九州医療刑務所視察研修参照）。

3. 臨床心理技術者の業務のあり方

(1) 臨床心理技術者のネットワーク形成と研修・事例検討会

医療観察法が多職種チーム医療で重要な役割を果たすことになる臨床心理技術者について、実態調査とその技能の向上、情報交換のためのネットワーク形成等を目指して、今回は「臨床心理技術者の業務、治療を支えるアセスメント（見立て）機能を中心に」と題し、前年度に引き続いてアンケートの調査および研修会を実施した。

まずアンケートについては、指定医療機関従事者研修会に参加した臨床心理技術者が所属する医療機関を対象とし、内容的にはアセスメント機能に関するものを中心に実施した。具体的には、鑑定入院及び指定入院医療機関において実施されている心理検査や尺度について、疾病軸、人格軸、行動軸、生活軸、発達軸の5軸に分類し整理した。

次に同じく前年度に引き続いて、石垣琢磨と成田善弘の両氏を招いて、指定入院及び通院医療機関に従事する臨床心理技術者80名を対象として事例検討会を実施し、併せて臨床心理技術者のネットワーク作りの強化に努めた（臨床心理技術者の業務、＜治療を支えるアセスメント（見立て）機能を中心に＞参照）。

(2) 医療観察法入院病棟における一般的他害行為防止プログラムの開発

再他害行為防止のための介入はまだ端緒にいたばかりであるが、本研究では医療観察法指定入院医療機関で実施可能な一般的他害行為防止プログラムを開発し、試行した。その結果、マニュアル化することによって多職種により指定入院医療機関で実施可能であることが示された。また対象者が7名と少なかったが、効果の予備的検討を行ったところ、共感性尺度のうち、下位尺度「想像性」において、点数の増加が一様に見られた(医療観察法医療入院病棟における一般的他害行為防止プログラムの開発参照)。

4. 英国における最近の精神科救急の状況

本年度は以上の課題に加えて、島田達洋研究員が英国に短期留学し、英国の最近の医療状況、特にシステムの入り口問題となる精神科救急の状況について報告があったことから、その報告書の追加も行った。詳細は報告書を参照されたいが、概略のみ簡単に触れる。

まず他害行為を行った者については、全例裁判を受けることになること、なおかつ心神喪失は年間数例しか認められていないこと、ただし精神障害者の場合、その程度に応じていずれの段階においてもコンサルテーションや治療を受けることが出来ることなどが示された。またそうでない精神障害者については、1999年にCRHTT (Crisis-Resolution and Home Treatment Team) という組織が作られてその導入が図られており、患者・家族、家庭医、地域の精神科チーム、総合病院のER、解毒センター、警察などからの連絡を受けると、CRHTTは24時間以内に患者の評価と治療を開始するようになっており、その過程で自宅での治療が困難と判断されたケースのみが入院となる。すなわち司法精神医療と一般精神医療とは基本的にまったく別立てになっており、精神科救急に関しては、CRHTTにより治療を中心としつつ、必要なら gate-keeper として振り分けを行うものと考えられた。したがって精神科救急に関しては、家庭での治療が明らかに困難な場合には、直接精神科病院へ搬送し緊急入院とさせることもあるが、それ以外ではCRHTTを中心として対応するというものであり、精神科救急の意味合いは本邦とはかなり異なるものと考えられた。以上の内容が報告される(英国の新しい精神科救急システム《Crisis Resolution and Home Treatment Team》—触法精神障害者の精神医療への入り口としての精神科救急の意義について—参照)。

D. 結語

今年度は、刑罰法令に触れる行為を行った者の処遇システムのうち、入り口問題と受け皿問題を中心に研究を行った。また併せて臨床心理技術者を中心として、研修・事例検討会の実施と治療プログラムの作成、試行を行った。刑罰法令に触れる行為を行った者の処遇システムの構築という研究課題は、医療観察法が施行されたことにより、初めて現実性を有する研究課題になったとも言えるが、今回視察研修した医療刑務所内の処遇状況一つを取り上げてみても、人が人を裁くという哲学的命題から始まり、課題は多く、具体的提言が可能になるまでの道は容易ではない。しかし個々の司法精神医学的研究が有機的に結びついて行くためには、やはりこのようなシステム論的な思考は重要になると考えるものであり、そのような意味から、まずは刑罰法令に触れる行為を行った者の処遇システムという概念を整理し、

問題の所在を全体的な立場から明らかにすることは欠かすことの出来ない作業であると考えている。次年度は、以上のことを踏まえつつ、これまでは手が付けられなかった地域処遇のあり方を中心に研究を行いたい。これにより入り口、受け皿、地域処遇という一連の流れが見えやすくなるとともに、その抱えている問題の所在も明らかになってくるものと考えている。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

武井満 編著：医療観察法と事例シミュレーション、星和書店、2008.

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

他害行為を行った精神障害者の入院医療に関する研究（分担研究者 武井満）

スーパー救急病棟運営病院アンケート調査

研究班員 赤田卓志朗（群馬県こころの健康センター・精神科救急情報センター）
佐藤浩司（群馬県立精神医療センター）

《研究目的》

他害行為を行った精神障害者の処遇に関しては、従来は主に「精神保健福祉法」法24・25・26条の通報による措置入院制度が利用され、一般の精神科病院に大部分は措置入院となっていたものと考えられる。しかし、医療現場からの視点で見ると、刑法39条の対象ではなく司法的対応が望ましいと考えられる対象者が医療的対応となったり、またその逆となったりなど、司法側の振り分けに対して疑問を感じる事例が時にみられた。平成17年7月15日に「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（以下：医療観察法）」が施行され、重大犯罪（殺人・強盗・放火・強姦・強制わいせつ（以上未遂も含む）・重い傷害）を起こし心神喪失等の状態と判断された者に関しては、医療観察法医療という新たな処遇ルートが設定された。そのため、その振り分けに従前より多者の目が向けられ検討されることとなり、他害行為を行った精神障害者の処遇に関する振り分けがより適切に行われることが期待される。

今回我々は、「他害行為を行った精神障害者の入院医療に関する研究」において、上記振り分けシステムの課題が医療観察法の施行により変化が生じているか、対象者が適切な方法で入院医療に結びついているかなどに焦点を絞り調査を行うこととした。

《研究方法》

他害行為を行った精神障害者の振り分けシステムの課題を検討するために、医療現場の視点からみて振り分けが不適切と考えられた事例の発生が医療観察法の施行に伴い変化がみられたか、また、不適切と考えられた事例についてはその制度上どのような課題があったかを具体的に調べることにした。

振り分けの不適切事例には、医療観察法の適応外、もしくは司法対応が不適切と考えられる事例がそのルートに乗る場合と、医療観察法、もしくは司法対応が適切と考えられる事例がそのルートに乗らない場合とがある。今回は、後者に絞って検討を試みた。医療観察法や司法対応の対象と想定されるもそのルートに乗らなかった事例は措置入院制度により地域の精神科救急システムにのる可能性が高いと考えられる。そのため、地域の精神科救急システムを担っている全国のスーパー救急病棟を対象にアンケートを行うこととした。

《アンケート結果》

スーパー救急アンケート結果

アンケートは平成19年4月までにスーパー救急病棟を標榜している病院を対象とした。全27病院（国立：2病院、自治体立：12病院、民間：13病院）。

(A) 各施設の外形状況

(1) . 貴施設は以下のどれにあてはまりますか。○をお付けください。

①国立病院（独立行政法人国立病院機構も含む） ②自治体立病院 ③民間病院

開設者別	回収率
①国立病院（含：国立病院機構）	0病院／2病院（0.0%）
②自治体立病院	7病院／12病院（58.3%）
③民間病院	7病院／13病院（53.8%）
総数	14病院／27病院（51.9%）

(2) . 貴施設の精神科全病床数を教えてください。

全病床数	病院数
100床以下	1病院
101～200床	3病院
201～300床	5病院
301～400床	2病院
401～500床	0病院
501床以上	3病院

(3) . 貴施設の「スーパー救急病棟」の総病床数を教えてください。

スーパー救急病棟病床数	病院数
30床以下	0病院
31～40床	5病院
41～50床	4病院
51～60床	3病院
60床以上	2病院

(4) . 「スーパー救急病棟」の運用開始時期を教えてください。

開始時期	病院数
平成 14 年度	1 病院
平成 15 年度	6 病院
平成 16 年度	2 病院
平成 17 年度	1 病院
平成 1 8 年度	4 病院
平成 1 9 年度	0 病院

(5) . 貴施設の平成 1 7 年度の精神科の年間総入院者数（注：在院患者数ではありません）を教えてください。（回答：1 3 病院、回答なし：1 病院）

1 7 年度入院者総数	病院数
3 0 1 ～ 4 0 0 名	1 病院
4 0 1 ～ 5 0 0 名	2 病院
5 0 1 ～ 6 0 0 名	4 病院
6 0 1 ～ 7 0 0 名	2 病院
7 0 1 ～ 8 0 0 名	1 病院
8 0 1 ～ 9 0 0 名	1 病院
9 0 0 名以上	2 病院

(6) . 貴施設の平成 1 7 年度の「スーパー救急病棟」年間総入院者数を教えてください。
 (1 7 年度途中から「スーパー救急病棟」の運用が始まった施設の場合は、開始時から 1 8 年 3 月末までの総入院数をご記載ください。1 8 年度途中から運用が開始された施設の場合、1 8 年 1 2 月末までの総入院数を、1 9 年度途中から運用が開始された場合は 7 月末までの総入院数をご記載ください。)

○年度途中からの病院もあるため、月平均のスーパー救急病棟入院者数を算出した。・・・
 1 7 年度以前に開設した病棟は 1 7 年度のデータで計算。1 7 年度途中以降の開設の病院はそれ以降のデータで計算。（回答 1 4 病院）

月平均入院総数	病院数
10.1～20.0人	1病院
20.1～30.0人	7病院
30.1～40.0人	2病院
40.1～50.0人	2病院
50.1～60.0人	1病院
60.0人以上	1病院

(7-1). そのうち、「措置入院者」総数を教えてください。(回答：13病院、回答なし：1病院)

○3病院は1年未満での措置入院者数のデータであった。そのため、その3病院については、そのデータを元に年推定値を算出し、()内に記載した。

通常の措置入院による措置入院者総数	病院数
10人以下	5病院 (1病院)
11～20人	2病院 (2病院)
21～30人	0病院
31～40人	2病院
41～50人	1病院
50人以上	0病院

(7-2). 緊急措置診察による措置入院者総数 (回答：13病院、回答なし：1病院)

○1年未満のデータであった3病院は(7-1)と同様に、そのデータを元に年推定値を算出し、()内に記載した。

緊急措置入院者の総数	病院数
0人	3病院
1～10人	2病院 (2病院)
11～20人	1病院
21～30人	0病院 (1病院)

31～40人	0病院
41～50人	0病院
51～60人	0病院
61～70人	1病院
71～80人	1病院
81人以上	2病院

(7-3). 全体の措置入院数(通常の措置入院と緊急措置入院後の措置診察で措置入院となった数との合計)(回答: 13病院、回答なし: 1病院)

上記3病院は(7)と同様に1年未満のデータを元に年推定値を算出し、()内に記載した。

措置入院の総数	病院数
1～10人	5病院
11～20人	0病院(2病院)
21～30人	1病院(1病院)
31～40人	0病院
41～50人	0病院
51～60人	0病院
61～70人	0病院
71～80人	0病院
81～90人	1病院
91～100人	1病院
101人以上	2病院

(8). 貴施設の「スーパー救急病棟」は、精神科救急で入院した患者をその後、他院に転送(いわゆる後方転送)するシステムですか。その場合、転送の時期はいつぐらいですか。(例)2週間以内、3ヶ月が過ぎて、など)

①転送システムがある。その場合、後方転送の時期は()

②転送システムはないが、かかりつけの病院がある事例などはその病院へ転送している