

のかもしれませんが」と指摘している。これらの点については、今後、さらに評価や検討を続けている必要があるだろう。

わずか数日間の不安、困惑に続いて急激に精神病症状が再燃することからも、すぐに本人のシグナルを感知できるよう、夫から示された「症状悪化のサイン」を本人や家族を含めた関係者で共有していく必要がある。

2) 人格軸：人格障害・知的障害は心理検査の結果からは明らかではない。内的状態像としては、心理療法士から、「周囲を肯定的に受け止め、明るく頑張るといった適応が時に崩れ、内的な過敏さ、恐怖感が表面化する」と指摘されている。

3) 行動軸：本人に対する観察の役割を担うのは主に外来主治医、訪問看護師、地区担当保健師、そして家族である。

外来を2週間に1回受診している。過去には、眠気を理由に怠薬がみられていた時期があったが、現在は多少の眠気を訴えるものの、内服の必要性を理解しており、リスペリドンの副作用である高プロラクチン血症に由来すると考えられる月経停止についても、その他の高プロラクチン血症の悪影響を含めた詳細な説明を担当医から受けた上で、納得している。

訪問看護師は、取り繕いのない親子関係や家事の様子など、生活の場面に入って観察している。訪問の回数を減らしてほしいと申し出たり、自ら相談、質問することがないなど、訪問看護を受けたいとの動機づけが不十分である、と指摘がされている。単なる話し相手ではなく、服薬確認をしたり、月経周期と精神症状の関係把握のために基礎体温測定を促していくなど、関わりの中で、本人に訪問看護の意義を理解してもらえるよう、働きかけを工夫していかなければならない。

危険行為の予測方法としては、夫から示された「症状悪化のサイン」を共有していく。

4) 生活軸：訪問看護師は、次男や長女との母子関係、主婦としての姿、母・祖母に接する態度、弟への態度などを観察するとともに、患者であり加害者であると同時に、母・妻・子・孫・姉であることを踏まえて関わるよう意識している。

週末に首絞めを起こし、週明けの外来まで待とうとしたなど、次男首絞めの第5回エピソードまでは、本人、夫、母を含む家族全体に病識が希薄であった。しかし、入院を機に、経過が急激なため、医療および地域のサポートだけでなく、夫や母親の協力が不可欠であり、変調があれば、たとえ夜間であっても休日であっても救急外来を受診するよう家族教育を行ったところ、第6回エピソードにおいては夫がいち早く異変に気づき、受診にこぎつけるなど、リスクを感知する家族の機能は上昇している。

6) 発達軸：発達過程に特に問題はなし。知的障害・発達障害・情緒障害・器質的障害などは指摘されない。

質問②) 沖縄での変調をきたした第2回エピソードはうなり声、失禁がみられ、てんかん発作だったのではないかと。リスペリドンが著効したというが、症状が安定したのはバルブ

ロ酸によるものではないか？

回答②) 第2回エピソードについて、てんかん発作だったかどうかについては十分に検討をしていなかった。第6回エピソードによる入院時(リスペリドンからペロスピロンへ処方変更となっていた)はそれほど表情暗くなかったが、しばらくしてから表情が硬くなり、入浴後に上半身裸で脱衣所を出ようとしたり、声かけに対し返答に時間がかかるなど、意識障害を疑わせるような状態が認められた。その後、躁うつ急速交代、自生思考、幻聴、制止、困惑、妄想着想、妄想気分を示唆する体験を伏し目がちに緊張した面持ちで述べた。活発な病的体験と、それに基づく著明な抑うつ気分と判断し、頓服でリスペリドン内服液2mlを内服しところ、40分ほどで症状は改善した。以後、リスペリドン主剤で症状は安定した。これらのことから、症状改善にはリスペリドンが最も重要であったと考えている。ただし、けいれん誘発性を認める脳波異常が認められ、気分変動に対してバルプロ酸の果たす役割は大きく、今後も継続していく。

質問③) 法的手続きについて。長男殺害の第4回エピソード時に起訴猶予となったが、精神保健福祉法25条通報がなされなかった(心神喪失者等医療観察法が施行される前であった)のはなぜか？このようなケースを一般精神科で診ていくことのリスクを認識すべき。今後、精神科救急場面で受診した際に、本症例がこのようなリスクの高い症例であることが見逃される可能性があるのではないかと？

回答③) 長男殺害後に逮捕され、検察段階で起訴前嘱託鑑定を受けた。この鑑定で、急性一過性精神病性障害の診断、「弁識能力および制御能力はほとんど完全に喪失していた」との刑事責任能力に関する参考意見が示され、起訴猶予処分を受けたが、25条通報が行なわれなかった理由については不明である。ただし、釈放されたのが、対象行為から約5ヵ月後であり、この時点で精神病症状は消退していたことから、仮に25条通報が行なわれていたとしても、措置要件を満たしていなかった可能性が高い。

他害リスクへの配慮については、救急外来受診時の対策として、外来担当医が外来カルテの表書きに、朱書きで、急性増悪の可能性が高いこと、他害リスクが高いこと、急性増悪時には入院加療の適応があればなるべく入院させるよう対応して欲しいことを記している。

北九州医療刑務所視察研修行程概括

【研究班員及び協力者】

赤田卓志郎、神谷早絵子（群馬県こころの健康センター・精神科救急情報センター）

平林直次、菊池安希子（国立精神・神経センター武蔵病院）

黒田治、田口寿子（都立松沢病院）

齋藤慶子（医療法人高仁会戸田病院）

島田達洋（栃木県立岡本台病院）

武井満、佐藤浩司、小片圭子、山田竜一（群馬県立精神医療センター）

【研修場所】北九州医療刑務所

【日時】平成19年10月11日（木）、12日（金）

1. 平成19年10月11日 北九州医療刑務所視察研修（1日目）

* 13:20～刑務所内視察（診察場面、刑務作業等の視察）

①刑務所内の構造と処遇

精神障害受刑者全員には単独室が与えられている。敷地内は芝生で覆われ、建物内には鉄柵の無い大きな窓が所々存在し、廊下や居室には明かりが煌々と差し込み、渡り廊下の窓からは刑務所外の建物までもが見える構造になっていた。これらの環境整備の結果、拘禁感、閉塞感が取り払われ、治療的な関わりが容易になったという。外出は、以前は届出を出せば可能だったようだが、現在では全く認められていない。自殺企図・希死念慮がある受刑者を収容する保護室は全部で10室が存在している。隔離判断は医師以外でも出来るが、72時間ごとに書面で隔離延長の継続許可を施設長から得ることになっている。保護室は六角形のような構造で、対面となっている二面が扉となっている（職員の安全確保のため）。電気治療は従来型・修正型ともに一切行っていない。身体疾患に罹患した場合に備えて、開腹術が可能な手術室などが、刑務所内に設置されている。

受刑者の処遇については、2006年に施行された「刑事収容施設及び被収容者等の処遇に関する法律（刑事収容施設法）」によって規律されている。刑の執行については「改善

更正の意欲の喚起及び社会生活に適応する能力の育成を図る」こととしており、治療プログラムの導入が義務とされた。北九州医療刑務所では、刑事収容施設法以前より、治療プログラムを導入していた。治療プログラムの主たる担い手は、職員の大部分を占め、最も頻繁に受刑者に接する公安職員（刑務官）である。公安職員は「警備業務」を行いながら、昼夜問わず受刑者に対する生活指導を行い、治療的関わりも行うという、一人二役以上の役割を背負っている。なお本務ではない治療の役割も担うため、公安職員は施設内外の各種研修への参加が命ぜられている。

②精神科医による診察

受刑者が入所してから2週間の間は、毎日必ず医師による診察が行われる。その後、所内で処遇審査会を開催し、医療刑務所内における処遇が決定されることになる。精神科医の役割は「刑が服役できる状態にまで精神症状を改善させる」ことであり、診察場面において、事件のことについて内省させたり、突っ込んだ話をするのではない。それゆえ、最初の2週間の診察が終わると、ほぼ3ヶ月に1度程度まで診察の頻度は下がる。

③刑務作業（作業療法）

刑務作業については、刑法第12条2項によって「刑事施設に拘置して所定の作業を行わせる」と定められている。北九州医療刑務所においては作業療法として位置づけられている。作業内容は紙細工と窯業であり、居室内作業と工場出役の比率はほぼ6対4である。どこで、どの作業をするかは個別に判断されており、精神障害を理由に作業に従事していない者は常時7～8名程度である。作業場に出役できるようになると、所内の各種行事への参加が認められたり、一定時間自由にテレビ鑑賞が行えたり、作業報奨金も得られたり出来るため安心感、達成感を得やすい構造になっている。窯業については、定期的に陶芸家の指導を受けており、かなりレベルの高い作品が制作されていた。実際に作られた作品については、材料費分の金額（コップで大体100円くらい）で販売されるため、作品を通して社会と接点を持てる、自分が作った物を買ってもらえる、という点で本人の励みになっているようであった。また1年に1回に作品発表会を行い、自由に作品を作ってもらい、陶芸家に「誉めてもらう」場面を設けているという工夫も見られた。

*15：00～概要説明

全国には4カ所医療刑務所が存在する。八王子医療刑務所と大阪医療刑務所は身体及び精神科診療を行い、岡崎医療刑務所と北九州医療刑務所は精神科単科の診療を行っている。

中でも北九州医療刑務所は、日本で最も古い歴史を有する医療刑務所である。

職員構成は、所長1名、公安職員103名、医師5名（所長含む）、看護師12名、薬剤師・栄養士・X線技師・臨床検査技師各1名、行政職1名である（2007年4月現在）。

総収容定員は300名で、そのうち230名が精神障害受刑者で、経理作業に従事する受刑者は70名となっている。しかし、ここ数年の全国的な過剰収容に対応するために、2007年7月末日の収容人員は、精神障害受刑者110名、その他の受刑者は122名で合計232名となっている。精神障害受刑者を疾病別にみると、『物質関連障害』が最も多く（37人）、次いで『統合失調症、分裂病型障害及び妄想性障害』が多かった（30人）。罪名別にみると、『殺人』が最も多く（41人）、次いで『窃盗』が多かった（24人）。

2. 平成19年10月12日 北九州医療刑務所視察研修（2日目）

* 9：00～北九州医療刑務所内における治療プログラム

覚醒剤事犯者に対する断薬指導、性犯罪者治療・教育プログラム、被害者の視点に立った教育プログラムについて保安職員より説明を受けた。

①覚醒剤事犯者に対する断薬指導

刑事収容施設法では、薬物事犯受刑者に対する薬物依存離脱指導を義務づけている。これによって、受刑という「底付き体験」、薬物入手が不可能な環境、粗暴な素行への容易な対応、という刑事施設の利点に加えて、治療的な断薬指導が行えるようになった。具体的には、週に1～2回、北九州ダルクのメンバーを交えた集団精神療法が行われている。その場面には、精神科医師・看護師・心理専門職・教育担当職員も参加している。また家族に対しては、「教育家族会」として2ヶ月に1度、ナラノンを招いてミーティングを行っている（1回平均5家族程度が参加している）。

②性犯罪者治療・教育プログラム

刑事収容施設法では、プログラム受講が必要であると認められた性犯罪受刑者に対して「性犯罪再犯防止指導」の受講を義務づけている。C-SOP（Correctional Sex Offender Treatment Program）と名付けられたこのプログラムでは認知行動療法がベースとなっており、プログラム開始前には、『自分史』を書かせたり、プログラム内ではワークブック＋宿題を課している。北九州医療刑務所では、リスク評価を元に選別された6人の受刑者（精神障害はない）を対象に、18セッションを行っていた。性犯罪という、受刑者の中でも蔑視されやすい犯罪を対象にしているため、秘密の保

持には特に気を遣っている。

③被害者の視点に立った教育

強盗傷害事件、殺人事件を犯した者を対象として、グループミーティング形式で週1回、60分×12回のセッション（約3～4ヶ月）を行っている。メンバーは6～8名で構成されており、現在の所、精神科受診歴がある受刑者はメンバーにいない（いずれは精神障害受刑者に対しても導入を考えている）。法務省が作成した治療プログラムを利用しており、内容については、現在非公開となっている。セッションは5段階で構成されており各段階において到達目標が設定されている。第1段階では『自ら起こした事件について向き合うこと』、第2段階では『グループミーティングで自分の考えを発言すること』、第3段階では『犯罪に陥りやすい状況を考える、被害者の感情を理解すること』、第4段階では『謝罪及び弁償についての責任を自覚すること』、第5段階では、『再犯しない決意をすること』となっている。

（文責：佐藤浩司、小片圭子、山田竜一 群馬県立精神医療センター）

他害行為を行った精神障害者の流れの問題

平成19年10月26日（金） 赤田卓志朗（群馬県こころの健康センター）

「他害行為を行った精神障害者の流れ」として、以下に意見を述べたい。

群馬県では群馬県立精神医療センターが夜間・休日の措置対象事例の診察をほぼ一極集中で受け入れていた事から、他害行為を行った精神障害者で、「司法関係者からみて医療対応が必要」と判断された精神障害者の中に、実は医療より司法が優先される事例が存在するという問題点が明確となり、その振り分けで司法関係者との数々の議論が行われた。その結果、医療機関、司法機関とは異なる第三者的判断を行政機関が行う体制が成立した。その体制の整備により「司法関係者からみて医療が必要」と判断された精神障害者のより適切な振り分けが可能になったと考える。このように「司法関係者からみて医療対応が必要」と判断された他害行為を行った精神障害者の問題解決には一定の方向性が見えてきたように感じる。

一方、その対極となる「司法関係者からみて医療対応が不要」となる精神障害者の中に実は医療対応が優先となる事例の問題は一体どの様になっているのだろうか。一般医療にいとまずみえない（おそらくこの要件に該当する）これらの事例を今回の視察によって目の当たりにする事ができたことが、自分としては今回の視察の一番印象に残るものであった。その内容は衝撃が走るもので、「司法関係者からみて医療対応が不要」と判断される事例に責任能力鑑定が行われていない例が多いという事実であった。精神障害者が刑法39条に該当するか否かの医療的判断がなされない可能性があるという現実、多大な人権侵害と考える。その結果、一般刑務所から医療刑務所に入所すれば、無期懲役の判決を受けた精神障害者は仮釈放となりえず、「本当の無期懲役」となる可能性が非常に高くなる。他方、同じ要件で司法対応された事例が、医療観察法対象となれば、国内最高基準の医療を受けられることとなる。刑法39条該当の判断に精神科医の目に触れないままに、司法機関のみでの判断で「本当の無期懲役」になるか「国内最高の精神科医療」を受けられるかの判断がなされる体制は非常に問題があろう。

この問題を現実的にクリアする方法は見当たらないが、医療観察法対象を視野に入れた振り分けを考慮すれば、医療観察法対象となる事件を起こした事例に限ってでも、精神科が一度は面接するシステムが必要なのではないか。

以上

北九州医療刑務所視察研修に参加して

群馬県立精神医療センター 小片圭子

平成 19 年 10 月 11 日、12 日に行われた、北九州医療刑務所への視察研修について、実施内容と感想を以下に報告する。

視察の内容は、佐藤所長による概況説明、ビデオを使った刑務所の紹介、医師診察の陪席、建物の構造や刑務作業の見学、保安職員によるプログラムの説明であった。恥ずかしながら、予備知識も乏しく、「医療刑務所」の何たるかもよく分からぬままに参加したのであったが、所長の話聞き、実際の様子を見るに従って、ここが一体どういう場所なのか、肌で感じながら実感をしていったように思う。

この視察の率直な感想を述べると、「非常に感銘を受けた」感激とともに、「何と言葉にしてよいのか分からない」混乱を残した。未だもって消化不良である。

感銘を受けた点は、何と言っても、あのような極限の環境において、もっとも人間らしい営みが行われていた、という事実に至る。いわば、ノーマルに生きることからことごとくはみだして、どこにも居場所のない人間が、社会から見えないところにしまわれ、最後の地でどんな生活を送っているのだろうと思っていた。蓋を開ければ、そこでは「受刑者をみじめにさせない」所長の信念のもと、人間の尊厳において最も基本的で大切な世話が手抜きなしに優先的に実践されていた。「もともと欠損感のある人間が、より惨めな目に遭って、どうして更生の意欲が出ようか？」という言葉が印象に残った。汚染した布団をすぐに洗えるようオリジナルに設計された浴槽などは、そうした発想がよく表現されていると思う。とにかく、従来イメージにありがちな「監督的」「強制的」指導が処遇の基盤ではなかったことに驚き、受刑者を治癒に導き、育てる視点（既成概念とは逆転した視点）が貫かれていたことに驚いた。これには、2006 年「刑事収容施設法」より、処遇の目的が「管理」から「自立性」「育成」へと変わったことが改革の大きな推進力になったことは理解した。しかし、発話をしない受刑者にマイクを持たせた刑務官のピソードなどを見聞きすると、それ以前に何か、施設の雰囲気として、犯罪者や障害者と言った枠組みを越えた人間性への確信があり（恐らく所長の影響が大きいのだと感じたが）、そうした土台があるならば、専門知識を問わず、目の前にいる人によりよく寄り添う方法が生まれてくるのだと思わされた（専門知識はもちろん助けになるが、知識に偏った思い込みが無い分、却って「〇×療法」の押し付けにならず、受刑者に役立つ援助が可能になっているように思えた）。職種柄、具体的なプログラムの実践や技術的な問題に最も関心が向くかと予想していたが、実のところ、最も感銘を受けたのは極めて基本的なこのことであった。願わくば、こうした素晴らしい治療的営みが、保安職員の個人的努力と自己犠牲によって支えられている現状から、より公的に整備され、安定的に提供できるような仕組みになって欲しいと思った。

一方、「混乱した」部分についてである。これは恐らく、私自身が、治療面の理解は微々たるものながらできるとして、犯罪性の知識と理解について全く欠落するためであると思う。

施設に収容されていた受刑者を目にすれば、この人を何とかしたい、と自然に思う。しかし、世の中はそれを受け入れるのだろうか？罪の重さを考えたら、ひどい目にあって当然なのでは？もし自分や家族が被害に遭ったとしたら許せるか？…等々、今更ながら、素朴な疑問がつきつき湧き上がってしまった。佐藤所長も「犯罪者にそこまでする必要があるのか」という世論があることを紹介されていたが、私自身もこれを明確に説明する言葉を未だ持てないでいる。そもそも犯罪とは何か、被害者はどんな思いでいるのか、法律上は何を判断されるのか？・・・知らないことだらけである。

ただおぼろげに思ったのは、「悪いものは切って捨てる」社会のありようこそが、めぐり巡って、犯罪者や障害者を却って増やしているのではないか、ということである。医療観察法は、この点において、おそらく画期的な社会システムになるのではないか。つまり、「忌まわしいものは世間から見えないところへ排除する」社会の無意識的な期待に逆行して、「問題となったことがらを世の明るみへ出し、これを治療し、育て、皆に認められる形で社会に還してゆく」仕組みであると理解している。こうした粘り強い養育的な価値観を世の中が認め得るまで成熟すれば、めぐり巡って安全な社会へと還元される、と想像するのは短絡的すぎるだろうか。北九州医療刑務所の実践に私が感じた「丁寧に個人を処遇することを通して、社会全体を変えてゆこうとする姿勢」は観察法の目指すところのようにも思え、医療刑務所と観察法機関はきわめて類似した施設のように見えた。

今後、医療刑務所と観察法機関がどのように棲み分けられ、互いに連携してゆくのがあるのか課題の一つであると感じ、私なりに考えてゆきたいと思った。ただ、何よりの収穫は、医療刑務所の実態を見たということ、その理想とする方向を学んだということである。今後、観察法鑑定対象者に会うときに、どういう処遇がその人のためになるのか、イメージする参考になると思う。一方で、そうした対象者を理解するには、犯罪性にまつわる知識や諸問題について、学び、内省し、病院の中からは見えない状況全体を想像できる力をつけることが課題だと感じた。

「北九州医療刑務所視察研修」(H19.10.11～10.12)に参加させて頂いての感想

群馬県こころの健康センター 神谷 早絵子

今回の研修に先立って、昨秋、佐藤所長ら主催のドイツ行刑・処分施設視察旅行に参加させて頂き、「現行の医療観察法について思索するにあたり、医療関係者は刑事施設の実態把握が足りない印象があり、今後医療刑務所や通常刑務所の視察も必要ではないか」と感じていたこともあり、今回の視察研修に同行させて頂けたことに感謝しています。

ドイツで行程を共にした刑務官のお話のみでも北九州医療刑務所における精神科的治療を意識した処遇の概要や刑務官の熱意を感じることができたと思っておりましたが、今回の研修で処遇に当たる実際の刑務官の姿を(ほんの一部ですが)拝見し、作業担当刑務官やプログラム担当刑務官による熱心且つ現実感あふれるスライド説明を受け、改めて「北九州での処遇は様々な知恵と真心のこもった、まさしく治療的処遇」であると感じました。

以下に今回の研修の感想、私見等を記載いたします。

- ・ 病気(病的状態)を治してまともな受刑生活を送らせてやりたいという刑務官の気持ちを出発点に考えられた治療と、病院という治療の場における治療では、作業療法や生活療法等のウェイトが違ってくるのは当然であるが、今回の視察で刑務作業風景を見たり生活指導の話の聞いたりしてその充足度に感心すると共に、改めて刑務所というのは生活の場であるということを実感した。また、その生活の場で治療的実践を最大限までした場合に何処までやれるのか、その限界が幾らか見えた気がした。
- ・ 医療サイドにおける医療観察法の制定・施行と併行して、司法サイドではH18年に新法の施行、H19年には旧監獄法の廃止と、この短期間に受刑者処遇の原則が大きく変わってきていることが分かった。この法改正は過剰収容対策として進められてきた部分もあるのだろうが、これを機に精神科医療機関も含めた刑務所外の社会諸機関との連携を重要視する流れが出来つつあるというから、大変大きな変革といえよう。まだまだ時間がかかるかも知れないが、今後の医療と司法の役割分担の明確化に繋がっていくことが期待できそうである。
- ・ 単に医療と司法の役割分担に終わらせず、病状等に応じて医療から司法へ、司法から医療へのdiversionを可能にするためには、予算の均質化(医療観察法の対象者1名当たり2,000万円に対し、一般刑務所280万円、M級470万円)も必要と思われる。
- ・ 刑務所内に精神科医をはじめ心理職、看護師その他のパラメディカルの十分な配置を必須条件とすれば、将来的には、治療の重点を「生活」に置くか「薬物治療」に置くかで、

刑務所での治療的処遇の対象者とするか医療観察法病棟の対象者とするか振り分けていくのではないだろうか。佐藤所長も述べておられた様に人格障害圏（人間関係の構築も含めた生活技術の獲得もしくは再獲得により重点を置くべき対象者）は刑務所という規範のしっかりした場所での治療、精神病圏は医療観察法による治療といった線引きが妥当と考える。（精神遅滞や発達障害に関してはクリアカットな線引きとせず、個々のケースの特徴を踏まえた慎重な受け皿選択が必要か。）

- ・北九州の窯業作業で問題行動が改善した精神遅滞のケース報告は、触法精神遅滞者の刑務所での矯正の可能性を示唆するとともに、精神科病院における精神遅滞患者の治療の参考にもなると思われた。
- ・佐藤所長の話では、精神鑑定を受けずに刑務所に入る統合失調症が多いとのことであった。精神鑑定に当たる精神科医師から検察官に鑑定の必要性を積極的に伝えていく、弁護士会に働きかける等の地道な努力も必要かと思われる。
- ・全国の指定施設で実施されている法務省矯正局作成の各種教育プログラム（性犯罪者処遇プログラム、薬物依存離脱プログラム、被害者の視点を取り入れたプログラム等）の効果判定が数年後には行われるだろうか？ 刑務官が精神科医や心理職の助言を得ながらプログラムを実施している北九州での再犯防止率が他の刑務所より高くなることを期待したい。
- ・入り口（精神鑑定）から受け皿まで整備不十分な現状に於いては、今回のような施設視察研修はもちろん、様々な形で刑事司法関係者との交流・意見交換の場を持つことが重要と考える。
- ・最後に、「惨めな人が良くなる訳がない」との佐藤所長の言葉が非常に印象に残っている。専門的関わりや特別な治療薬物より以前に、生活環境の整備や温かい人間関係の構築が大事であるということを、我々医療従事者は再認識すべきであると思った。

北九州医療刑務所見学レポート

2007年10月11日、12日

栃木県立岡本台病院 島田達洋

I 概要

1. 2005年における一般刑法犯検挙人員約39万人のうち精神障害を有するものは約1000人、精神障害の疑いのあるものは約1500人。合計すると全体の0.6%である。しかし罪種別に見ると殺人では9%、放火では13.9%と比率が大きくなってくる。
2. 日本全国で75の刑事施設が存在し、約8万人が収容されている。医療刑務所は4ヶ所あり八王子医療刑務所、大阪医療刑務所、岡崎医療刑務所、北九州医療刑務所である。全体で381人（全体の0.4%）の精神障害受刑者が入所している（2007年7月現在）。
3. 覚せい剤等違法な薬物の所持、使用および密売等の罪名で入所している者は、全受刑者の25%、実数で15000人を超える。
4. 老人の犯罪率が上昇したため高齢の受刑者が増加し、現在60歳以上の受刑者は全体の12%に達しており、精神症状も呈しやすく、医療費の増大、職員の仕事量の増加、釈放の際の引き受けの確保の困難などの問題が生じている。
5. 刑事施設と少年施設に勤務する医療関係専門職の定員は332人、看護師278人、その他の医療専門職員は102人。准看護師の資格を取得した公安職職員が593人。
6. 北九州医療刑務所は日本で最も古い歴史を有する医療刑務所。1946年、福岡県北九州市で、旧陸軍刑務所を使用して収容業務を開始した。1997年、現在の敷地に移転し、2003年にすべての施設が完成した。
7. 総収容定員は300人（精神障害受刑者230人、経理作業受刑者70人）。2007年7月現在、精神障害受刑者110人、その他の受刑者122人。
8. 職員定員は125人で、所長（医師）1、公安幹部職員18、幹部以外の公安職員85、所長以外の医師4（現在1名欠員）、看護師12、薬剤師・栄養士・X線技師・臨床検査技師各1、非常勤11、派遣9
9. 精神障害受刑者のうち、疾患別の内訳は物質関連障害37、統合失調症30、精神遅滞14、拘禁反応10などである。
10. 罪種別では殺人41、窃盗24、強盗10、強盗殺人10、覚せい剤6、放火5など。
11. 毎年、60人前後が入所し、ほぼ同人数が満期出所する。そのうち措置入院となるのは15名前後。無期の収容者も20名程度いる。一般刑務所に戻るのはごく少数。

II 北九州医療刑務所における治療の内容とそれに対する考察

1. 精神科医の診察は定期的に行われているが、もっぱら医学的なもので、犯罪に対する心理療法的働きかけは行われていないと思われる。
2. 刑務作業が「仕事は天然の医師なり」との考えの下に、作業療法として位置づけられている。作業は紙細工と窯業が行われている。窯業に従事し忍耐強く作品をつくり、達成感と自信を得、労働の喜びを知る姿はその作業が治療的役割を果たしていることを示している。一般に作業療法は強制されたときにはその効果は半減すると考えられるが、元来強制である刑務作業が治療的効果を持ちうるのは濃厚な「治療的雰囲気」がその場を支えているからであろう。
3. 「治療的雰囲気」は所長以下、医療職はもちろん、職員の大多数を占める公安職員までもが「(入所者を) 良くしよう」という治療的態度で接していることから作り出されていると考えられる。この治療的態度の根底にあるのは所長の「惨めさからは何も変わらない」という言葉からも伺われるような、ヒューマニスティックな精神である。犯罪者の生活史は幼少期から悲惨なものが多いと言われている。刑務所においてその悲惨さにさらに悲惨さを上塗りするのではなく、むしろ人間的に接することでその人の人間らしさを引き出すということに成功していると考えられる。これは英国のグレンドン刑務所が「処罰は彼らの体験してきた惨めさの繰り返しでしかない」という考えの下に、治療的共同体を作り、人間に対する信頼と責任を育てていることと共通する。
4. 個別の治療活動として覚せい剤事犯者に対する断薬指導、性犯罪受刑者に対する再犯防止指導が行われている。前者においては1997年からは集団精神療法が医師、看護師、心理士、ダルクメンバーなどの参加により行われている。後者においては2006年度から法務省矯正局が認知行動療法に基づいて作成した性犯罪者処遇プログラムの一部を活用して指導が行われている。
5. これらの活発な治療活動を可能ならしめている刑務所としての強固な構造の重要性についても忘れてはならないだろう。逃亡、違法薬物の使用、暴力などに対して、刑務所の高い物理的、方法的、人的なセキュリティが確実に制圧できる環境であるからこそ、ヒューマニスティックな精神に基づいた治療的関わりや繊細なかかわりが必要な集団精神療法がハイリスクな収容者に対して安全に行われうると考えられる。
6. 犯罪者の多くは、悲惨な生活史を持ち、社会技能の習得もきわめて不十分なままではないかと推測される。精神障害を合併した犯罪者はさらに貧しい社会技能しか持っていないであろう。これらに対してはどのような対応がなされているのか。規則正しい生活や、刑務作業、職員との交流などによって規律、忍耐、努力、あいさつなどの社会技能はある程度トレーニングされると思われるが、自己管理能力、問題解決能力、

対人関係能力、自己効力感を向上させることなどは再犯防止のためにどの受刑者にも有用なことではないかと思われる。このような目的に向けての治療プログラムの検討が望まれる。

Ⅲ 処遇システムについての考察

1. 精神障害者が犯罪・触法行為を行った場合には、現在の日本の司法システムでは、完全責任能力あるいは心神耗弱が認められた場合に刑務所に、心神耗弱（執行猶予付き）あるいは心神喪失が認められた場合に病院（医療観察法あるいは措置入院など）にその処遇・治療がまかされることになる。結果として、前者においては、主に薬物依存、性嗜好異常、人格障害および精神病が、後者においては主に精神病とそれに合併した薬物依存や人格障害が治療されることになる。したがって、医療刑務所においては現在すでに始まっているような薬物依存や性犯罪者に対する治療プログラムをさらに発展・充実させること、人格障害に対する治療プログラムを検討・導入すること、犯罪行為と精神病との関連が認められる場合には心理教育やその関連の洞察を目指した心理療法を行ってゆく必要があるであろう。このためには医療刑務所において心理職を中心とした医療専門職をさらに増員して充実させる必要があるだろう。
2. 一方で、このような濃厚な「治療」が必要な「犯罪者」は病院で治療を受けるべきであるとするならば、刑法を改正し、責任能力に代えて「医療の必要性」に応じて処遇の場所を決めてゆく司法システムへの変更が必要になるだろう。この場合には受け入れる病院の側に先に挙げたような薬物依存、性障害、人格障害に対する治療技術が準備されていなければならないだろう。さらに1年半での社会復帰を目的とした現在の医療観察入院制度では対応しきれないケースの存在が予想されることから、より長期の治療を想定したシステムの検討が必要であるだろう。

Ⅳ 疑問

1. 刑務所における精神障害治療ニーズはどの程度のものか
2. 刑務所における精神障害治療ニーズはどの程度正当に評価されているか。
3. 刑務所における精神障害治療ニーズを行政当局者に理解させるためにどのような方法がありうるか。
4. 刑務所における精神障害治療ニーズの調査はどの程度可能なのか
5. 新しい「刑事収容施設法」は刑務所における精神障害治療にどのような影響を与えるのか
6. 新しい「刑事収容施設法」は医療観察法医療に何らかの影響を与えるのか

北九州医療刑務所見学（印象記）

場所：北九州医療刑務所

日時：平成 19 年 10 月 11 日～同月 12 日

1. 施設および施設職員に対する全体的印象

刑務所という言葉から受けるイメージとはかけ離れた処遇が行われていた。受刑者の人権を尊重し、人間性を尊重した処遇が実践されていた。各居室のアメニティや作業療法部門、施設の面積、給食など、精神病院に必ずしも劣るものではなかった。

見学者は 2 つのグループに分かれて、医師の診察場面に立ち会う機会を持った。診察には、医師に加えて看護師 1 名と刑務官 1 名が立ち会っていた。診察そのものは通常の精神科での診察と大きな違いはなかった。

医療刑務所の職員は、医師、看護師、臨床心理士などの医療技術者の数は少なく、実際に治療プログラムを運営しているのは刑務官である。治療プログラムを担当している刑務官はいずれも柔道や剣道の有段者である。刑務官は非常に礼儀正しく、社会規範の代表者と見なすこともできた。このような社会規範や健康さを持つ刑務官の言動は、犯罪に対する社会からの健康なメッセージを伝えているように感じられた。従来精神病院では、病気の結果として起こった他害行為に対して十分な取り組みが行われてきたとは言い難いのが現状であり、今後、内省を深化させる取り組みが行われるべきであると考えられる。その際に職員の持つ規範的態度や健康さの重要性を考えさせられた。

2. 治療プログラムについて

今回の見学では、2 日目に各種の治療プログラムの中から 3 つの治療プログラムについて担当者から説明が行われた。

1) 窯業

受刑者は担当者や外部の講師から指導を受け、窯業に取り組んでいた。各自の作品は、作品の発表会、全国展、販売会などを通じて紹介・販売されていた。作品を作るだけでなく、その作品に対して肯定的メッセージを返す（positive feedback をする）ことによって、受刑者には成功体験として経験され、自己評価や自己効力感が改善されることが期待された。

2) 性犯罪に関する治療プログラム

性犯罪による受刑者を集め、法務省の開発した性犯罪防止プログラムが実施されていた。実施方法は、集団療法であった。自分史の作成、犯罪行為の振り返り、被害者の気持ちの

理解などが各セッションでワークブックを用いて行われていた。さらに、自分自身の犯罪に至る犯罪サイクルを明らかにし、それを基に再犯防止のストラテジーを作成していた。

3) 再犯防止プログラム

上記の治療プログラムと同様に、自分自身の犯罪行為や被害者の気持ちを振り返り、犯罪に至る犯罪サイクルを明らかにし、再犯防止のストラテジーを作成する。

上記の治療プログラムは、受刑者の健康さに着目した治療プログラムと受刑者の不健康さに着目した治療プログラムに分けて考えることができる。「1)」は健康さに着目した治療プログラムであり、「2)、3)」は不健康さに着目した治療プログラムである。前者では、受刑者の肯定的側面に着目し、それを強化・拡大することによって社会復帰につなげようとする。また、後者では、受刑者の否定的側面に着目し、それを減弱・消失させることによって再犯を防ごうとする。このように、受刑者の肯定的側面を引き出す治療プログラムと否定的側面を減弱・消失させる治療プログラムとの適切な比率に基づく実施が必要であると感じられた。

また、前者は体験型、活動を通しての治療プログラムである。後者は知識獲得・内省型の治療プログラムである（菊池）。体験型と知識獲得・内省型の両者の治療プログラムが必要であろう。内省型の治療プログラムによって動機付けを高め、知識獲得型の治療プログラムによって明らかになった犯罪サイクルを断ち切ることによって再犯を防止しようとするものである。また、体験型の治療プログラムであり、肯定的側面を強化する治療プログラムによって社会適応能力を高め、再犯を予防することが期待される。

以上のことから、今後、医療観察法においても、肯定的側面と否定的側面に着目した治療プログラムの適切な組み合わせや、知識・内省型の治療プログラムと体験型の治療プログラムの適切な組み合わせに配慮した治療プログラムを導入する必要がある。

3. 出所する精神障害者のアフタケアについて

精神障害者が出所する際には、26条通報されることになるという。仮に、入院の必要性が認められれば、措置入院、医療保護入院、任意入院など入院治療を継続することになる。治療の継続性を考えると、医療刑務所、都道府県の担当課（措置診察の適否を判定する担当課）、受け入れする精神医療施設との間での「連絡会議」の常設が望まれる。この連絡会議では、通報の予定、通報の対象者の概略（個人情報に対する十分な配慮が必要）、精神保健福祉法による医療の必要性、通報時の対応などについて事前協議する。このことによって、出所後の医療を担保し医療の継続性を確保し、その質を改善することが可能となるであろう。

4. 医療刑務所からみた刑事責任能力鑑定

医療刑務所入所中の精神障害者では、犯行後、受刑前に精神鑑定を受けた者は少なく、今後、刑事責任力に関する精神鑑定の実施率を向上させること、またその鑑定の精度を改善していく必要がある。そのことによって触法行為を行った精神障害者の適切な処遇が確保されられると思われる。

5. 発達障害を持つ受刑者

発達障害の受刑者の紹介があった。その受刑歴においては、激しい衝動行為や暴力行為が認められていた。発達障害の中には、激しい衝動性や攻撃性を持つものもあり、必要なセキュリティを確保できる医療刑務所での治療が望ましいと考えられた。従って、刑事責任能力判定を実施し、従来通り責任能力の程度に応じて医療刑務所での治療を行うべきである。ただし、そのためにも、今後、さらに医療刑務所の医療の充実が望まれる。

まとめ

北九州医療刑務所は、医療刑務所の中でもその医療水準は高いと評価されている。そのような優れた医療刑務所であることを差し引いて考えなければならないが、医療刑務所は精神障害受刑者の受け入れ能力を十分に持っていると考えられる。医療施設側では医療観察法による指定医療機関が、そして矯正施設側では医療刑務所が、刑事責任能力によって振り分けられた精神障害者の医療を提供し、車の両輪として機能することが期待される。

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>

研究班員及び協力者：齋藤 慶子（医療法人高仁会戸田病院）
菊地 安希子（国立精神・神経センター
精神保健研究所司法精神医学研究部）
東海林 勝
（独立行政法人下総精神医療センター）

【研究目的】

臨床心理技術者の主要な業務である心理アセスメントは、心神喪失者等医療観察法（以下、医療観察法とする）下の医療としての精神鑑定、入院治療、通院治療の連携を支える一機能であり、治療の一過程である。そのため実務者のスキルが直接その質を左右する点から、現場で行われている心理アセスメントの実態を把握する必要がある。適切な治療・援助を推進するため、関係する多職種が個々にアセスメントを行っている。本研究は臨床心理技術者が対象者の特性の基盤となる情報を多面的に検討して多職種チームにフィードバックする機会が多い点に着目し、臨床心理技術者が心理アセスメントをどのように実践しているかを調査し、今後の課題を整理することを目的としている。

【研究方法】

1) アンケート調査

対象： 平成 17 年、並びに 18 年度の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（計 98 施設）

方法： 郵送法（2007 年 10 月 12 日発送、同年 11 月 2 日締め切りで回収）

質問項目：

- ・医療観察法関連業務、並びに臨床心理技術者の勤務状況について
- ・鑑定入院受け入れ医療機関における心理検査、尺度の実施状況
- ・指定入院医療機関における心理検査、尺度の実施状況
- ・指定入院医療機関において他職種と見立てが異なり苦勞した経験について（自由記述）
- ・指定入院医療機関における鑑定で実施した心理検査の取り扱いについて（自由記述）
- ・鑑定中に実施される心理検査や報告書について指定入院医療機関側からの要望や意見（自由記述）
- ・指定通院医療機関における心理検査、尺度の実施状況

- ・指定通院医療機関において他職種と見立てが異なり苦勞した経験について（自由記述）

2) 事例検討による研鑽と実態把握

標準化された心理検査や評価尺度の活用と並行して、心理面接によって得られる情報を基に状態像の把握を深めることは極めて重要である。従来の精神科医療では、ともすると現在の状態像を横断的に把握するだけで、生活史、環境変化を含んだ縦断的な把握はなされないまま、治療が経過すると指摘されてきた。一方、保健。医療。福祉全般に亘って、心理学的あるいは行動学的側面に関する考察は、臨床心理技術者が持つ学問や技能に依存するところがあると指摘されるようになっている。そこで、医療観察法下で取り組んだ一例について、当該業務に従事する臨床心理技術者が研究会を開催して事例検討をした。その際、実務に直結する示唆を引き出すために、「人格理解の基本に関わる講義」も入れて、それぞれの実践を振り返る契機を提供しつつ参加者の反応を検討する。

【結果】

1) アンケート調査

回収率：98 施設に配布し、62 施設から返送（回収率 63.3%）

① 医療観察法関連業務、並びに臨床心理技術者の勤務状況について

- ・鑑定入院受け入れ医療機関 34 施設
- ・指定入院医療機関 13 施設（開棟済み 11 施設、未開棟 2 施設）
- ・指定通院医療機関 54 施設（対象者通院あり 36 施設、対象者通院なし 18 施設）
- ・病院全体で勤務している臨床心理技術者 平均 3.7 人（常勤平均 3.0 人、非常勤平均 0.7 人）
- ・指定入院医療機関において医療観察法病棟に勤務する臨床心理技術者
専任平均 1.7 人、兼務平均 0.8 人
- ・指定通院医療機関において医療観察法の業務に携わっている臨床心理技術者
専任平均 0.1 人、兼務平均 0.8 人

② 鑑定・指定入院・指定通院医療機関それぞれにおける心理検査、尺度の実施状況を

a) 疾病軸、b) 人格軸、c) 行動軸、d) 生活軸、e) 発達軸、f) その他に分類して集計をこころみた。関係する多職種が様々なアセスメントを実施しているが、それらが一人の対象者の包括的全体像に集約してこなければ意味がない。すでに示されてきたこれらの軸は治療の機能性を高める点で重要な意味を持つと考え、準ずることにした。実際には検査や尺度の目的をこれらの軸のひとつに限定して位置づけるには無理がある。しかしより多くの要素を

持つと判断される軸にとりあえずの分類を試みた。

- a) 鑑定・指定入院・指定通院医療機関における疾病軸に関する心理アセスメントの実施状況

	心理検査 尺度	鑑定 34 施設	指定入院 13 施設	指定通院 54 施設
神経心理・精神作業検査	ベントン	8	6	4
	ベンダー	14	7	11
	記銘力	7	2	6
	クレペリン	10	4	13
	WMS-R	2	4	1
	リバーミード	2	2	0
	ウイソコンシン	2	3	0
	修正ストループ	1	0	0
	コグニスタット	0	1	1
	BIT	0	1	0
	BADS	0	1	0
	Trail Making Test	0	0	1
	Rhythm Test	0	0	1
抑うつ・不安・精神健康	BDI	1	8	1
	SDS	2	2	6
	MAS	0	0	2
	CAS	0	0	2
	SAS	0	0	1
	CESD	0	0	1
	STAI	0	4	1
	POMS	0	2	2
CMI	0	0	1	
認知症関連	長谷川式	15	9	13
	MMSE	11	10	12
	ADAS	1	0	0
	N式	0	0	2
	国立精研式	0	0	1
	MEDE	0	0	1
病識	SUMD-J	0	2	0
	SAI-J	0	6	0
	パーチウッド	0	7	1
物質・アルコール	KAST	0	4	2
	DAST	0	3	0
	AUDIT	0	2	0
解離症状	DES	2	1	0
強迫症状	YBOCS	0	1	0
統合失調症症状評価	PANSS	0	0	1
摂食障害	BITE	0	1	0
失語	SLTA	1	0	0
妄想	妄想観念チェックリスト	0	1	0