

特集：日本の精神保健と福祉の課題と展望

触法精神障害者の現状と司法精神障害者対策

武井満

群馬県立精神医療センター

Current Situation and Policy of Forensic Psychiatry Patients

Mitsuru TAKEI

Gunma Prefectural Psychiatric Medical Center

私に与えられた課題は触法精神障害者問題ですが、これは言うまでもなく「心神喪失者等医療観察法案」と密接に関連した問題です。2001年6月に起こった池田小学校事件では、精神障害者とされる者によって8人の子供が殺されたにもかかわらず、このような現実に対して何らの有効な手段も取り得ないということであってはならず、触法精神障害者問題は、精神医療改革を進める上でもどうしても一度は取り組んでいかなければならない問題であると考えます。

私が仕事をしている群馬県は、人口が200万で、県立精神病院は1カ所だけ、国立の精神病床は大学病院にしかなく、したがって触法精神障害者は県立病院である私の病院で基本的には全部受け入れざるを得ないという状況にあり、そのためこの問題を臨床現場の者として考えざるを得ないということであり、同時にその解決には大変な困難を感じているわけです。

まず群馬県の概要ですが、人口200万で、精神病院は私のところを入れて20カ所であり、病床数は5400床ぐらになります。お手元にパンフレットをお配りしておきましたが、私の仕事をしている病院は群馬県立の単科の精神病院です。病床数は372床のうち保護室が33床あります。スタッフは3:1看護で、医師14名、PSW5名、OT4名といった内容になります。

どこの県立病院でも皆さん苦勞しているわけですが、主に以下の5つの業務内容があります。一つは精神科救急の基幹病院ということです。警察官通報を中心としたいわゆるハード救急の分野です。それから、ここが重要ですが、原則、他病院には転院させていません。救急の患者も基本的に全部自分のところで治療を完結しています。また、民間病院のいわゆる処遇困難患者の受け入れを行なっています。県によってはいろいろと思いますが、群馬県に関しては、精神鑑定業務は私の病院で基本的に全部対応しています。そして現在問題となっている触法精神障害者の受け入れと治療を行なっています。(図1 違法行為者の流れと精神保健福祉法通報制度)

この図は私のオリジナルですが、これをご理解いただければ精神医療の抱えている問題の本質は分かると思います。最初はよくわかりませんでしたが、この10年以上、いろいろとやってくるうちに精神医療の仕組みというのはこういうものなんだということがようやく分かってきました。

精神保健福祉法をよく読んでいただければわかることですが、例えば何らかの違法行為があったとします。近所で大声を出して暴れたとか、こういうことは世の中に幾らでもあるわけですが、そういうときに、まず警察官が呼ばれます。そうすると、警察官が対応できる方法は次の2通りしかありません。「保護」か「逮捕」かの2通りです。逮捕されれば、犯罪として立件され検察庁に送致されるわけですが、ご存知のように、逮捕するということは実際は大変なことであり、まず調査その他の証拠を固めなければなりません。裁判になれば弁護士さんもいます。

そうなる現実的にはかなりの者が保護されることになるわけですが、保護した場合に、説諭して帰せれば、これは簡単といえます。しかしそういう人ばかりでないことはいうまでもありません。警察官職務執行法(以下、警職法と略す)に基づき保護するわけですが、警職法では、原則24時間しか保護しておくことができません。すなわち、警察というのは、逮捕か保護かを振り分ける機関ではありますが、受け皿機関ではないのです。

では、保護された人はその後どうなるのか。家にも帰せない。逮捕もできない。例えば放火を考えてみますと、自宅でもわずかにボヤになった程度から、隣の家に行って火をつけた、あるいは自分の家を全焼させたなど、いろいろレベルがあるわけです。全部逮捕して検察庁に送致するかというと、そんなことはできないわけです。ではどうするのか。現場はそういうことで実は大変苦勞するわけです。

そういう中で、保護された者に過去、精神病院に入院歴がある、通院歴がある。あるいは変なことをいつている。そうなる、この人はどうも精神障害者だろうということで、保健所に通報されるわけです。すなわち、人を殴った、火をつけた、あるいは物を壊した、そういう他害の事実に加えて、さらに他害のおそれがあるということで、保健所に通報されるわけです。これを精神保健福祉法の「警察官の通報」とい

〒379-2221 群馬県佐波郡東村大字国定 2374
2374 Kunisada, Azuma-mura, Sawa-gun, Gunma-ken, 379-2221,
Japan

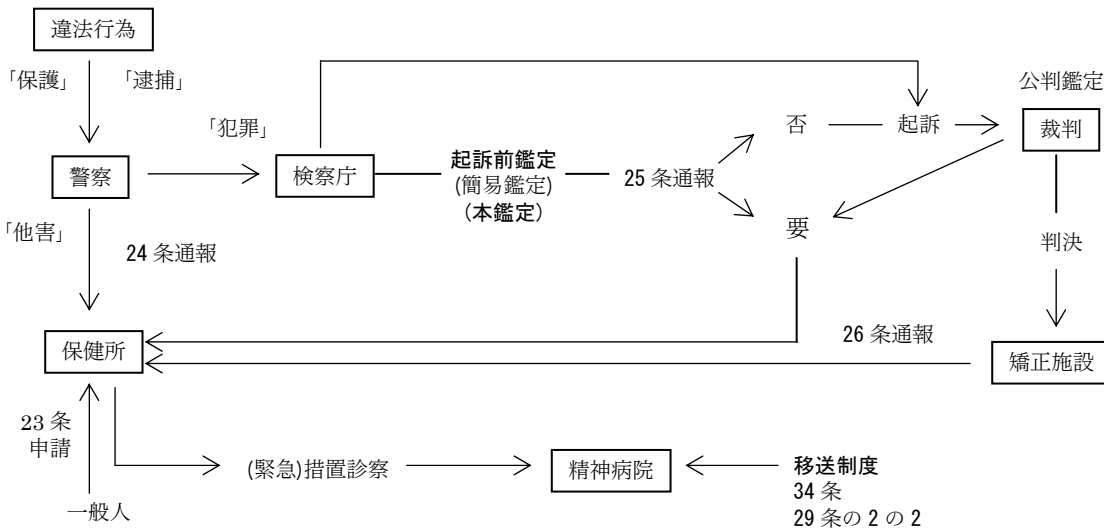


図1 違法行為者の流れと精神保健福祉法通報制度

います。そして多くは措置診察が実施され精神病院へ入院することになります。これがいわゆる「24条通報」です。精神科救急で問題になっているハード救急、あるいは3次救急といわれているのは、実はこの24条の警察官通報を指しているわけです。そういうわけで、一つは24条通報によって精神病院へ入ることになります。

もう一つは、逮捕されて検察庁に送致されたケースですが、どうもこれはおかしい、過去に入院歴がある、言っていることもちょっと変だというふうになると、我々のところに精神鑑定の依頼がきます。これが起訴前精神鑑定です。そして精神鑑定の結果、精神障害者である、統合失調症である、あるいはうつ病であるということになって治療が必要ということになると、精神保健福祉法25条の「検察官の通報」によって（25条通報ともいう）、やはり精神病院へ入ることになります。このようにしてふりがかかって、この人は裁判で大丈夫だ、ほぼ100%裁判に勝てる、実はそういう人だけが日本では起訴されて裁判にかかっているわけです。したがって、日本の裁判は99.8%有罪です。良いか悪いかは別にして、これは世界に類を見ないことであり、起訴便宜主義、検察官起訴独占主義の結果といえます。このようにして対象者は絞られて起訴され裁判にかかります。ここで初めて判決が下って、刑務所などの矯正施設に入るわけです。

矯正施設に入った場合、2年なり3年なり服役し出所してくるわけですが、そのとき精神障害があるとされると、出所時にまた通報されます。これが精神保健福祉法26条の「矯正施設長の通報」です（26条通報ともいう）。このようにしてまた精神病院に入ります。要するに、どういうことかといえますと、世の中で問題を起こす人の受け皿は極論すれば精神病院か刑務所しかなく、なおかつ精神障害者であるとされると、最終的にすべて精神病院に集まる仕組みになっているということです。

それではそのような人を受け入れている精神病院とは何かということですが。他害とは、「精神障害の状態で行った刑

罰、法令に触れる程度の行為」をいうわけですが、具体的には殺人・放火などの重大犯罪から器物破損などまで全部入ります（精神保健福祉法28条の2）。すなわち行為の内容そのものとしては、犯罪となら変わるものではありません。このような他害の事実があって、なおかつ他害のおそれがあるということで精神病院に入るわけですが、受け入れる精神病院は、強制入院はあり得ても、原則、治療は患者サービスでやっているわけです。もちろん懲罰機能も刑罰機能もありません。なおかつ公立病院といえども、1点10円の保険診療で治療を行っており、公営企業であることから当然赤字が問題となります。したがって赤字が問題となればマンパワーは簡単にはふやせません。基本的には患者48人に医師は一人という精神科特例の範囲でしか人はついていません。

そういう施設基準程度しかない医療資源の中に、他害行為をしたけれども精神障害者で責任能力がないという理由のもとに、精神病院に集まってきているわけです。現在は措置入院数は少なくなってきましたけれども、ある時期、日本の精神病院の入院者の3分の1は措置入院患者だったわけです。

このような刑事司法・精神医療を取り巻くシステムを池田小学校事件の場合で考えてみると、宅間被告は先に毒物混入事件を犯して逮捕され検察庁までは上がったわけです。ところが、過去精神科で治療歴があったことから精神鑑定（起訴前簡易精神鑑定）が行なわれ、統合失調症を疑われて（実際は人格障害と言われている）25条の検察官通報で精神病院に入ったわけです。治療の状況は分かりませんが、その後、その精神病院は2カ月で退院となっています。

しかし、宅間被告はその後も繰り返し問題を起こしています。そのたびにおそらく警察は関わっていると思われそうですが、警察にすれば、一度検察官通報で精神病院に入った者を、逮捕して送検しても、結局、検察庁の段階で責任無能力者としてまた精神病院へ入ってしまう、それなら最初から病院に入れた方が良くだろうということになります。おそらくこれはあくまでも推定ですが、宅間被告は、その後は警察と精神病

院の間を 24 条の警察官通報で(実際は 24 条通報さえもされずに、単に警職法で保護して病院へ連れていっていた可能性もある) 行ったり来たりしていたものと思われる。そのうち何をやっても大丈夫と思ったかも知れません。それであるという大事件になったと私は考えます。

それから、精神障害者による他害と簡単に言いますが、犯罪と他害はどこが違うのかということです。前述したように、行為の内容そのものは犯罪と同じです。ただ精神障害の状態で行なったことを他害といているに過ぎません。他害の事実がすでにあつて、なおかつ他害のおそれがあるので通報し、精神病院に入れるわけですが、例えば人を殴ったときに、精神障害者だからこれは病気だ。確かに病気はあるのですが、本当にそれで病院に入れて終わりにしていいのかということです。極端に言えば殺人事件もあるわけです。もちろん被害者もいます。

犯罪は定義されており「違法性、構成要件該当性、有責性」、この 3 つが成立しなければ犯罪とはいえません。犯罪は、裁判にかかって有罪となつて、初めて正式に犯罪といえるわけです。精神障害者が行なった行為は責任能力があるかどうか分からない、すなわち有責性が問題になるわけであり、精神障害者による他害であっても、有責性があればそれは犯罪となります。

警察は本来の司法機関ではなく、裁判所の役割は有していないにも拘らず、精神病院に入ったことがある、変なことをしているというだけで、実際は犯罪者かもしれない他害行為者を、通報することで精神病院に入れてしまうわけです。例えば覚醒剤の使用による幻覚妄想状態で人を殴ったとします。裁判にかければ、恐らく有責性があつて犯罪とされるかもしれないにも拘らず、その手続きを省いて、警察の段階でいきなり精神病院に入れてしまい、それで事件は何もなかったことになってしまうというわけです。

それから検察庁にあつても、本来は裁判にかけなければ判断できないはずの内容を、検察官だけの判断で、精神鑑定書は一応参考にされますが、治療の可能性や危険性の十分な評価もなく、精神病院へいきなり入れてしまう。では精神病院というのは何かというと、先ほどいったように医療機関であ

り、患者さんへのサービス機関です。強制入院はあり得ても、強制治療というのは基本的にはありません。必ず説得して納得してもらおうというのが大前提となります。

こういう構図の中で、世の中で問題を起こす人はみんな精神病院に集まってきて、なおかつ、安い診療報酬で、かつ少ない人手でやっていて、それで問題が起こらないわけがありません。大和川病院事件がなぜ起こったかといえば、それだけのニーズがあつたからです。警察は精神病院に入りたい。普通の精神病院は嫌がる。しかし大和川病院は喜んで受けたわけです。あそこに入った人の 3 分の 1 は警察からの依頼だつたと言われています。

本来は公立病院がそういうものをやるべきだというのは確かにそうなのです。だからこそ、県などの自治体には精神病院の設置義務があるわけです。ところが、県立病院といえども、先ほどいったように、赤字が問題になって十分に人手は付けられず、事実上はやろうとしてもできないわけです。だから、そういう中で現在、県立病院は大変苦しいわけです。精神医療と司法を取り巻くこのような構図が変わらない限りは、池田小学校類似の事件はまだ起こり得ると思います。

この通報制度の問題については、やはり国の責任と言わざるを得ません。24 条から 26 条まで、すべて精神病院に入れておいて、有責性の判断もしていない。人を殴ったり、人を殺したりしている人に対して、刑事司法によるきちとした有責性の判断をしないで、病気という理由だけをもって医療に丸投げし、あとは知らない。入院した後も、例えば裁判所が何らかの形でかかわるとか、検察庁がかかわるとか、現状は一切ありません。これでは、事件はまず絶対に防げないのではないのでしょうか。

ちょっと長くなりました。次に行きます。

私のところは、そういうわけで精神科救急の基幹病院ですが、いわゆるハード救急とは、簡単にいえば 24 条通報のことです。具体的数字ですが、群馬県全体で例えば平成 11 年度をとると、救急による年間入院患者が 600 人ありました。うち 400 人が、うちの病院で対応しました。輪番の 11 の民間病院が合わせて 200 人です。そのうち措置入院数でいうと、

表 1 群馬県夜間休日精神科救急稼働実績

(精神医療センター／総数)

年度	受入総数	警察搬送	任意	医療保護	緊急措置
9	302/467 (64%)	50/61 (82%)	18/53 (34%)	54/94 (57%)	24/32 (75%)
10	338/529 (64)	56/67 (84)	39/77 (51)	66/119 (56)	15/18 (83)
11	414/612 (68)	78/87 (90)	36/67 (54)	102/159 (64)	17/20 (85)

基幹病院；精神医療センター
輪番病院；民間 11 病院

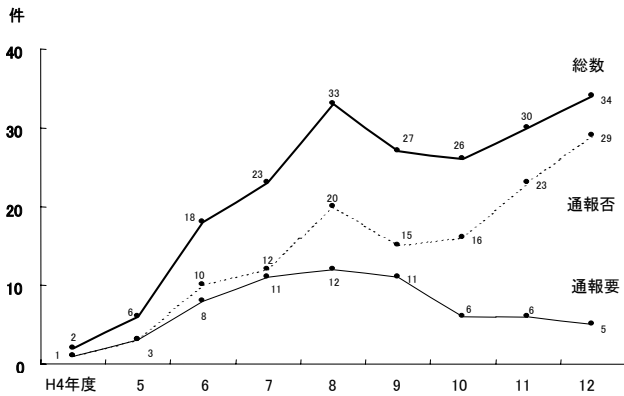


図2 基礎前簡易精神鑑定における25条通報要否の推移

20件中17件が私のところ、医療保護入院数でいうと150件中102件が私のところでした。(表1 群馬県夜間・休日精神科救急医療システム稼働実績)

次に精神鑑定の話ですが、先ほどの起訴前簡易精神鑑定を中心に話します。群馬県は人口200万人で、起訴前簡易鑑定が年間に大体30件前後あります。私のところで平成7、8年ごろからほぼ全部対応しています。(図2 起訴前簡易精神鑑定における25条通報要否の推移) 25条通報にするかしないかは、当初は五分五分でした。すなわち、精神保健福祉法の25条通報「要」になると、措置診察を経て精神病院に入ってくるわけ、それに対して25条通報「否」になると、基本的には起訴となります。大変重要なところ、もちろん精神科医の意見を参考にして検察官が決めるわけですが、この当時は私たちは五分五分に判断していたわけですが、最近では8割以上が通報「否」になっています。どうしてそんな

ったかは、後で理由をいいます。全国的に見ると、むしろ6割ぐらいが病院に行き、4割ぐらいが検察庁から起訴されて裁判にかけられるというのが実態のようです。だから、この数値はいかに特異であるかがわかります。

現在、県立病院には一般の精神疾患患者さんがたくさん受診しています。年間入院患者数は、平成元年度当時で200人ぐらいでしたが、平成13年度は約600人、今年700人を超えると思います。また平均在院日数ですが、基本的には700日前後だったのが、現在は100日台に入ってきています。(図3 年間入院患者数及び平均在院日数の推移) 先ほどの他の方の報告で平均在院日数が何故減らないのかという話がありましたが、人手をかけて、赤字覚悟で本気になってやればできるのです。そういう数字です。なおかつ、先ほど述べたように、転院はさせていません。自分のところで基本的には完結しています。

こういう中で問題になるのは、やはり男子の患者です。覚醒剤使用者、人格障害、統合失調症でも激しく興奮する人は、やはり男子が大半で、私どもの病院には全部で7つの病棟がありますが、このB病棟は男子の入院病棟です。51床のうち保護室が8つあります。職員は男子看護者のみであり、傾斜配置により24名がついています。医者はレジデントの1名を含めて3名です。保護室は8つあります。たくさんの救急患者が入ってくるわけですが、平成11年にはデータが少し古いのですが、186名の入院がありました。

そのときの患者さんの診断内容ですが、統合失調症が186名中73名で約40%。次に覚醒剤、鬱病、人格障害と続き、鑑定留置もあります。本鑑定をするために、被疑者を病棟に入院させて検査をしたりするのですが、それを鑑定留置とい

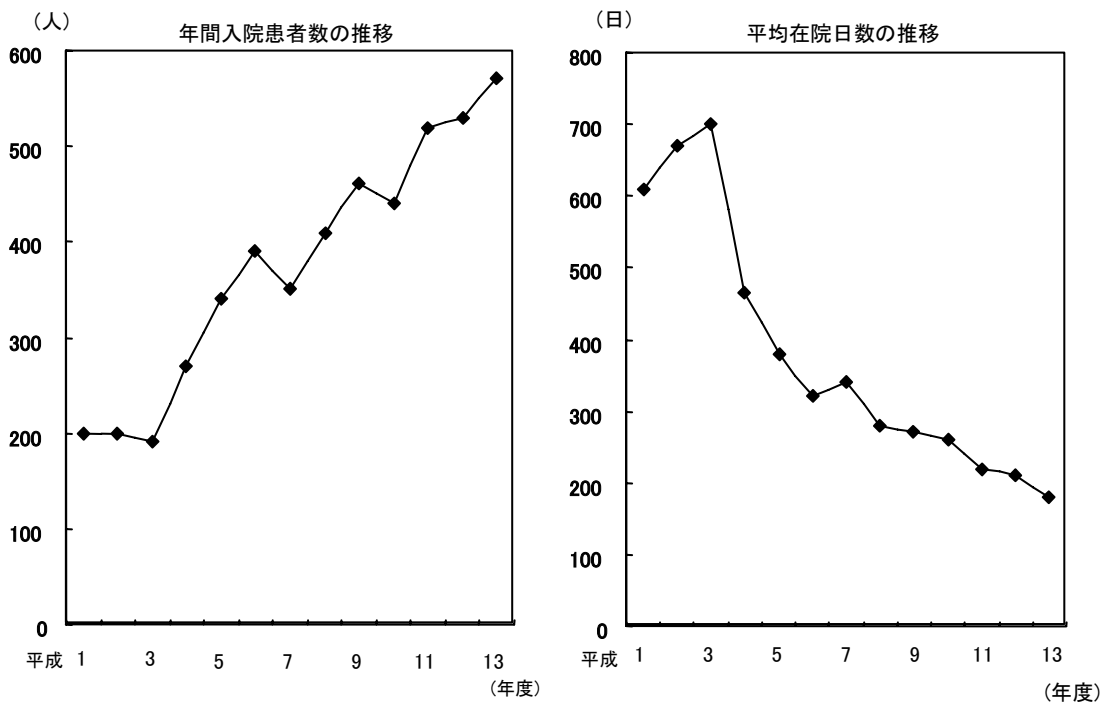


図3 年間入院患者数及び平均在院日数の推移

います。それもこの病棟で行なっています。すなわち、一般の患者さんの治療をしているところで、精神鑑定もやっているというふうに理解してください。日本には、精神鑑定といっても、本当の意味で鑑定できる場所はありません。

そういう中で、186名の入院者数ですが、そのうちの自宅退院者数を見てもらうとわかるように、これだけの人がきちんと地域へ退院しているということです。それから転棟は、病院内の転棟です。病院内の転棟で、その後退院となっています。これを見ていただくとわかりますように、転院はほとんどありません。186名ほぼ退院ということです。そのくらいの治療技術は今の精神医療にもあるということです。

医療内容は、いえば切りがないのですが、治療の柱は6つあります。(表2 精神科医療:6つの柱と6つの保障) 診断、薬物療法、精神療法、リハビリ、福祉、セルフヘルプ。それからリハビリのポイントは6つで、経済問題、生活技術、住宅、就労、人間関係、アフターケアです。こういうことをきちっとやっていかなければ186名は容易に退院はできません。

医療経済の話は、時間がないのであまり出来ませんが、このE病棟は、年間186名を退院させて、医師を3名つけて、看護師を24名つけて、あのような通報ケースを受けて、年間の収入は2億1000万円です。ところが、ここに書いてある療養病床の1つであるD病棟では、医師1人、看護師もさっきよりずっと少なく17名、それでいてこちらは2億5000万円になります。要するに、今の診療報酬というのは、真つ当な医療ができるような診療報酬ではないわけです。む

しろ、人手を付け治療して退院させればさせるほど赤字になる。治療するなといっているのに等しい。しかし県立だから赤字が許されるかということ、やはりいろいろ問題があります。人は増やすことは出来ないし、このような診療報酬のあり方を変えない限りは、基本的には公立だろうと民間だろうと同じということになります。要するに精神病院の経営というのは、少ない人手でできるだけベッドをうめて置くという、アパート業と同じと極言できます。

(注; E病棟はその後の病棟再編と機能分化により、現在は精神科救急入院料届出病棟となり、この当時と比べ、入院数など内容的に更に大幅に変化してきていることを付け加えておきます)

表2 精神科医療:6つの柱と6つの保障

<6つの柱>	<6つの保障>
診断	経済
薬物療法	生活技術
精神療法	住宅
リハビリテーション	就労
福祉	人間関係
自助	アフターケア

このような病院であるにも拘らず、そこには先ほど述べたように、火をつけた、人を殴った、覚醒剤を使用しているといった事例が、24条通報により救急患者として入院してくるわけです。(表3 処遇困難患者の概略) 今の精神保健福

表3 処遇困難患者の概略

症例番号	年齢(歳)	診断	/問題点	現在
1	46	統合失調症、強迫性性格	/殺人、暴力、保護室長期使用(20年以上)	入院
2	27	統合失調症、強迫性性格	/放火、暴力、医療不信	通院
3	36	統合失調症、反社会性人格障害	/窃盗、暴力、威嚇、浪費	入院
4	48	躁病、反社会性人格障害	/暴行、院内放火	服役
5	39	躁病、反社会性・依存性人格障害	/扇動、暴力、浪費	通院
6	38	てんかん、反社会・爆発性人格障害	/暴力、威嚇、器物破損	入院
7	36	有機溶剤、反社会性人格障害	/暴力、ガソリン吸引	焼死
8	31	有機溶剤、頭部外傷、反社会性人格障害	/性格変化/殺人、浪費巻込まれ	死亡
9	38	有機溶剤、反社会性人格障害	/暴力、妄想性、幻覚持続	通院
10	29	有機溶剤、反社会・依存性人格障害	/精神遅滞/暴力、巻込まれ、浪費	通院
11	27	有機溶剤、反社会性人格障害	/暴力、威嚇、頻回吸引、幻覚持続	中断
12	28	有機溶剤、反社会性人格障害	/暴力、威嚇、頻回吸引	中断
13	36	有機溶剤、反社会性人格障害	/窃盗、恐喝、暴力、頻回吸引、巻込み	中断
14	56	覚醒剤、反社会性人格障害	/几帳面/殺人2回、暴力、恐喝	服役
15	49	覚醒剤、反社会・依存性人格障害	/水中毒、規律違反、抑制困難	入院
16	41	覚醒剤、反社会性人格障害	/躁病/暴力、浪費	通院
17	51	覚醒剤、反社会・依存性人格障害	/恐喝、威嚇、浪費	通院
18	41	覚醒剤・アルコール、反社会・妄想性人格障害	/妄想、暴力、静注依存	通院
19	48	覚醒剤・アルコール、反社会・依存性人格障害	/暴行、規律違反	死亡
20	58	ベタス・アルコール、反社会性人格障害	/暴力、扇動、巻き込み、浪費	通院
21	45	反社会・爆発性人格障害	/暴力、扇動、院内放火、頻回入院	通院

(いずれも男子のみを挙げた)

祉法は、他害行為者に有責性の問題があることを明らかにしておらず、措置診察では精神障害者であることと、他害のおそれがあることと、治療の必要があれば、入院させざるを得ないわけです。有責性がある場合の扱いについて、精神保健福祉法では全く触れられていないのです。したがって責任能力があるということで、例えば治療終了後に刑事司法手続きに戻そうとしても、逮捕でもされている事例でない限り、事実上はできないこととなります。また、25条の検察官通報によっても、これまでたくさんの触法精神障害者が精神病院に入院となっていました。

処遇困難患者はこれらの中から生まれ、各病院間をたらい回しになっていました。このような実態を見れば、精神病院は決して安全な場所ではなく、むしろ危険とさえ言えます。精神障害者は優しくていい人だと言われますが、確かに99%はそうかもしれせん。しかし、1%の危険な人は、まして十分な人手をかけて治療がなされていないならば、いると言わざるを得ません。危険な人が入院するのを防ぐようなシステムにはなっていないし、必要な治療はするにしても、患者サービスの経営モデルで治療しているというのが実態であれば、十分な治療は困難です。私の病院も県立病院の公的使命として、これまで処遇困難患者とされる人たちを必死で治療してきました。そういう人が、これまで男子だけで21名います。私がほとんど治療に係りました。中には死亡したり、再犯して、再度刑務所に入っている事例もあります。

このような事例を抱えながら、なおかつ一般のうつ病の人たちや自殺未遂の人たちを、県立病院だからということで、同一条件下で治療するわけです。同じ屋根の下で、極端に言えば、隣のベッドに殺人歴のある患者、その隣は普通のうつ病の患者といったことです。それを限られた少ない人手で治療するということになれば、どういうことが起こると思いますか。当然、病棟内で殴ったりの傷害事件や放火などの事件が起こります。

精神病院内で起こった事件というのは、仮に精神病院が届けたとしても、警察は事件としてはまず簡単には立件しないのです。なぜなら精神病院へ入院中の患者は責任無能力者であり、立件して検察庁に送致しても裁判にはならず不起訴処分でもまた病院へ戻ってしまうということがあるからです。犯罪白書に載っている精神障害者による犯罪件数というのは、それらの数字が含まれておらず、24条通報の件数も含まれていません。さらに言えば、覚醒剤などの薬物使用者による事件も別扱いになって含まれてはいません。これではまったく実態とかけ離れているといわざるを得ません。

精神病院内の事件というのは群馬県でももちろんあり、これまでは重大事件でさえ立件されていないことがあると思われれます。また県によっては、今でも殺人のケースが、刑事司法手続きに乗ることなく、24条通報の段階でそのまま入院となり放置されてしまうことがあります。このような実態を知っているのは警察官と私たち第一線の精神科医だけだと思います。裁判官も弁護士もまず知らないのではないのでしょうか。

具体例を出します。「症例番号1 S24年生 統合失調症 強迫性性格」この例は統合失調症の人で、父親を殺しています。大変重症なケースで、保護室へ約20年間入っていました。私が担当医のときにやっと出せるようになって、今は1人部屋でも過ごせるようになっていきます。しかしこの方は、病気そのものが重症なため絶対退院はできないと思います。したがって病院は、この人をずっと抱えていかななくてははいけません。普通の患者さんがたくさん入ってくる中で、少ない人手で事故を起こさずに今後ともケアできるのかというと、大変むずかしいと思います。以前この方は看護師さんにかみそりで切りつけたりするなど、いろいろやっているわけです。

「症例番号14 S15年生 覚醒剤精神病 男子」これは覚醒剤精神病の人で過去に奥さんを刺殺しており、先ほどの25条通報で精神病院に入院となっています。退院後も問題をたくさん起こしており、父親は、結局そのことが心労になって自殺をしています。治療が困難な処遇困難患者として、県立病院である当センターが受けて、ずっと保護室で対応していました。しかし、先ほど述べたように、我々医療者には強制入院権はあり得ても、強制治療権はないといえます。本人が強引に退院したいといったらまず押し切られてしまうところがあります。結局、退院させざるを得なかったわけですが、そのときに、どうせ退院させざるを得ないなら徹底してやろうということで、徹底した援助を行なって退院させ、訪問看護を実施したところ、服薬も通院も何とか遵守し、5年間もたせることができました。しかし5年目に、近所に覚醒剤をやる女性が住むようになり、一緒に覚醒剤をするようになって、その女性を結局また刺殺しました。2人目です。従来だと、このまま病院に入れられてしまうこともあり得たわけですが、精神医学的には有責性があるからということで起訴され、裁判になって、現在は服役中です。もし病院に入院となれば、治療は甚だしく困難であり、下手をすれば一生保護室ということになったかもしれません。

「症例番号21 S25年生 反社会性人格障害」これは人格障害の人で、過去、政治家に火炎瓶を投げたりなど、様々な反社会行為を繰り返してきた事例です。本来ならば病院医療の対象ではなかったのですが、これまで述べてきたシステムの不備の中で、病院とのかかわりができてしまいました。これまでに当センターだけでも数10回以上の入退院の繰り返しがあり、それまでも幾つかの病院をたらい回しされていたわけです。外来通院のときに女性の看護者を殴ってからは、入院はさせないようにして、ほかの病院で薬だけを出したりもしましたが、やはり2年後に戻ってきて、今は何とかだまされまわっているところです。辛うじて暴力を起こさず済んでいるというレベルですが、それがこれまで20名以上いたわけです。

触法精神障害者の治療現場の現状ですが、先ほどいいましたように、要は、保健診療の経営モデルで、患者サービスで治療をしている一般精神病院しか日本にはないという現実をよく知ってほしいわけです。指定病床というのはあります

けれども、基本的には一般精神病床と同じで、何も変わりません。

それから、刑事司法の関与が一切なくなるので、責任を問う治療ができない。入院した後、治療を受けるかどうかは、基本的には患者側にあります。それから、赤字が問題になることから、十分なマンパワーがつけられない。

それから、これも重要な問題で、重大な犯罪を犯した精神障害者と、一般の精神障害者が、同一空間、同一条件で治療を受けているということです。したがって、家族が自分の子供を連れてきたときに、病棟を見たら、何か怖そうだなと感じる。それは当然ですよ。治療者は、「いや、そんなことはない。大丈夫だよ」といいますけれども、本当に大丈夫かといったら、自信はないはず。無責任でリアリティーのない話だと思います。

それから、看護者は事故を起こさせないように管理的にという視点で看護にかかわらざるを得ないのと同時に、多少のリスクがあってもアメニティーを重視し積極的に看護しなくてはいけないという二つの面があります。すなわち、現場はダブルスタンダードで看護をしなければなりません。現在は、ほかの患者の安全、職員の安全、地域住民の安全などは犠牲にされていると言わざるを得ません。今のところ、私の病院では何とかしていますが、過去は、病院から飛び出して、近所の車を乗り出したり、鉄棒で近所の人を殴ったりということがありました。我々はそのような場合、謝りに行って、「申しわけない。たまたまそういうことがあって…」と、必死で丸く収まるようにやってきたわけです。

精神病院だからといって何で我々医療者だけがそんな苦労をしなくちゃいけないのか。それから、このような患者さんは、ほとんどは家もなく家族からも拒否されていることから、どうしても近くにアパートなどを借りて住まわすこととなります。そうすると、何かあると、「病院はどうなってんだ」と必ずいつてきます。何で我々が退院した人についてまで責任を持たなくてはいけないのか。大体責任があるとする

ならそれだけの権限と体制があつてしかるべきではないかということになります。社会生活者として退院させたのだから、冷たく言えばもう関係はないわけです。しかし、地域の住民はそう思いません。「あの人はどうも病院に通院している人らしい」「病院はどうなってんだ」と訴えに来ます。そうすると、やはり謝って、「いやいや、ちょっとあれで……」ということ。そういうふうにだましまししているわけです。

最近、私ははっきりいうことにしています。「いや、患者さんとされる人の中には危険と思われる人もいます。日本のシステムがそうなっているのだから、私たちだけでどうにかできることではない」。そういうことをきちんと言うことにしています。そうすると、反論はしないですね。一般の人だつてわかっているわけです。危険な人が入っているに決まっていると思っているわけです。むしろ精神医療関係者に少しリアリティーが欠けているということではないでしょうか。

実は先にイギリスの司法精神医療を視察に行ってきました。やはり衝撃的でした。マンパワーが違います。私たちと同じことを何と3倍から5倍の人を付けてやっています。したがって患者一人当たりの費用も年間2000万以上かけています。(表4 日本と英国の精神医療体制の比較)

我々はよくやっていると思いますよ。(笑)冗談じゃなく本当に褒めてもらいたいです。

たくさんマンパワーを付けてやっている。だから確かに安全ですね。セキュリティは安全にという意味であり、保安と訳すと意味が違ってしまいます。もちろん司法精神病棟は周囲を6メートルのフェンスの塀で囲まれてはいますが、しかし病棟の中は徹底して自由になっています。

よく考えてみればわかることですが、先ほども言ったように、世の中で問題を起こす人が入るのは、刑務所か精神病院しかないわけです。そうすると、イギリスは人口6000万で、精神病床は何と2万5000床から3万床。そして刑務所が6万床。日本は人口1億2000万で、精神病床は34万床、刑

表4 日本と英国の精神医療体制の比較

	日本	英国
人口	12000万人	6000万人
精神病床数	34万床 28.3床/万人 ・一般精神病床のみ 30万~40万円/人/月	2万5000床+アルファ 4.2床/万人 ・HSH(高度保安); 4カ所; 計2000床 100億円/カ所、2500万円/人/年 ・MSU(中等度保安); 50カ所; 計1500床 7億円/カ所、2700万円/人/年 ・一般精神病床 80万円/人/月
刑務所	6万床 5床/万人	6万床 *アメリカ; 200万床 10床/万人

* HSH ; High Security Hospital

* MSU ; Medium Secure Unit

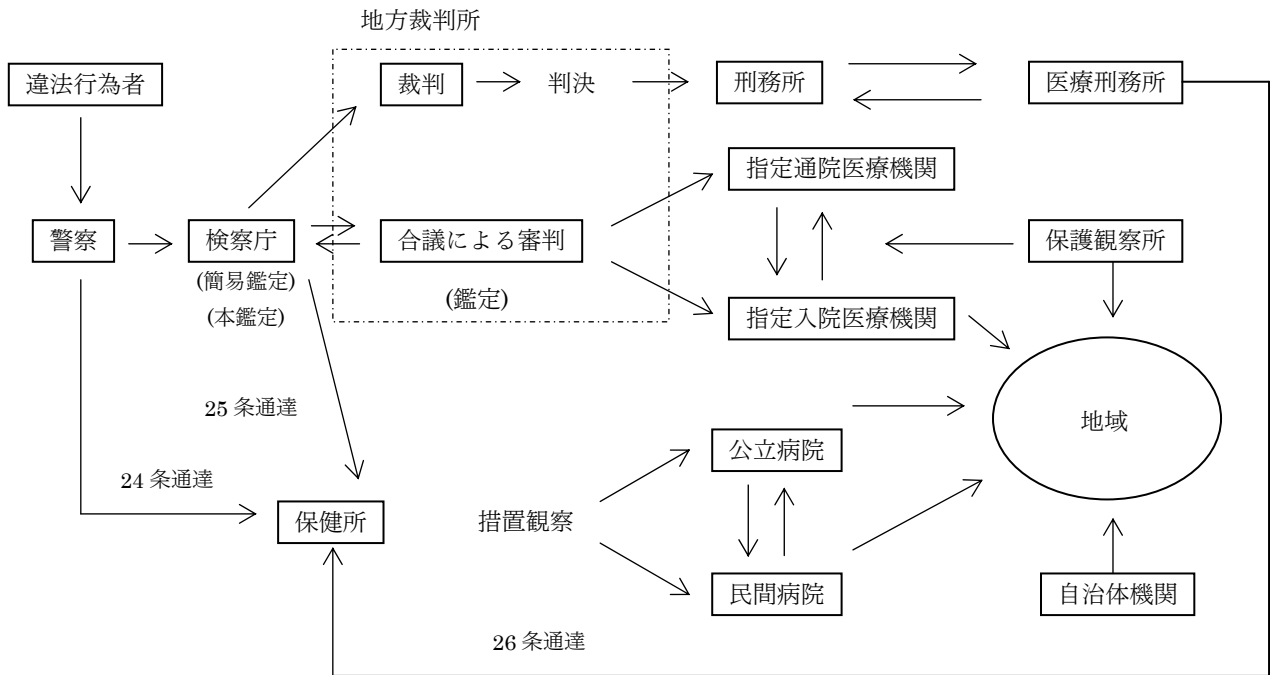


図4 「医療観察法」下における対象者の流れ

務所は6万床。こう見ると、どちらのシステムがすぐれているかは、すぐわかると思います。要するに、社会的に問題のある人を収容するとしたら、イギリスは9万床で済ませている。日本は精神病床と刑務所と合わせて40万。それでも今、刑務所が足りないから増やしている状況です。参考までにアメリカの場合をいいますと、アメリカは刑務所がなんと200万床。したがってアメリカは警察国家と言えるかも知れませんが、精神病院に入る代わりに刑務所に行く。簡単にいえばそういうことだろうと思います。

次に「医療観察法案」の話ですが、私は大賛成です。(図4新法下における対象者の流れ) 反対している人は皆さん、問題の本質をわかっていないのだと思います。日本には受け皿がないということです。十分な人手をかけて、赤字を問題にしないで、きちっと医療できる場が現状はないわけです。もちろん一般の精神疾患患者についても現状は中途半端で、真っ当な治療ができるところは限られています。日本には触法患者の治療の場所はありません。我々のような公立病院が文句を言われながら、かろうじてやっているわけです。もちろん民間病院もばらばらに受け入れていて、治療環境を劣悪なものにさせられている。私もびっくりしましたが、各県立病院は5年、10年と保護室に長期にわたって受け入れざるを得ない事例を抱えています。「自慢じゃないけど私のところは今1人も保護室の長期収容はいないよ」といったら、「うそだ、そんなことは信じられない。」というわけです。

とんでもない。私のところは、さっきの精神鑑定の話に戻りますけれど、刑事司法の手続きを踏むことを重視しており、少なくとも重大な他害行為をした者は、警察が病院へ直接入院させようとしても、検察庁で必要ならもう一度精神鑑定が

あり医療に乗るコースが保障されているのだから、まず送検して下さい、現場だけで処理しないで欲しいと言います。警察はなかなか了解してくれませんが、最近は覚醒剤やシンナーなどの薬物事例をはじめとして、きちんと対応してくれるようになってきています。だから、勝負の土俵は今、検察庁に来ているとも言えます。

医療観察法案の話に戻りますと、要するに指定入院医療機関という司法精神医療のための受け皿ができた。そして触法精神障害者問題は、今までは全部精神医療の責任にされていたのが、裁判所がやっと責任を取るようになった。責任をとるということは、医療の内容にも責任をもつということです。

一番心配なのは、財務省の段階で人手もお金もつけられませんかといわれたら、それこそこれは収容施設になりかねません。だから、そこが勝負どころだと思います。それこそ関係者がしっかりして、きちんと人手をつけるよ。真っ当な医療ができるようにつくれよといっしてほしいわけです。

今回の法案が良いのは、保護観察官が退院後はつくことです。私の病院で全国の保護観察官の研修を初めてやりましたが、これまでの三十数回の研修の歴史の中で、初めて精神病院での研修をしたわけです。まさに今度の法律によって、司法関係者と医療関係者の間でこういう会話が始まるわけです。

もう1つ良い点は、例えば一ヶ所30床で30カ所、医師が各病棟に4名つけば、全国で100人以上の司法精神医療の専門家集団ができるわけです。もちろんそれに付随して看護や心理士、PSWなどのコメディカル専門家集団ができて、その人たちが、今後は共通の問題意識をもって議論することになるわけです。私はこれはすごく大きい力になると思います。

す。もしかすると精神医療改革はまさにこのようなところから始まるのではないかと思います。

先にイギリスの司法精神医療の専門家と話したときに、私が誘導尋問したわけではないのですが、司法精神医療を整備して初めて地域ケアが進み出したと担当者は言っていました。イギリスとかヨーロッパで精神病床が減り始めたとき、あのとき、実は司法精神医療を彼らは整備したわけです。日本の場合それはやらないで、ただ患者さんは安全ですよ、と言っているだけなので、病床削減が出来ないのだと思います。

そういうわけで、医療観察法案に期待できることは、触法精神障害者の対策の責任体制が明確になること。それから医療と司法の双方が介入した司法精神医療の受け皿が初めてできること。それから、日本の刑事司法・精神医療システムの問題点が見えてくること。すなわち、これは裁判制度も含めた大変大きな問題です。そして司法精神医療の専門家集団が誕生して、34万床体制の解消に向けた精神医療改革が始まるかもしれないこと。

それから、八王子医療刑務所とか矯正施設内の医療の問題点が今度は見えてくるということです。最終的には刑法39条の改正です。現在はいつてみれば、刑法39条の濫用であり拡大運用です。イギリスだと、本当の心神喪失者というのは、年間数人しかいないといわれています。

オランダの司法精神医療もこの前視察に行きましたが、オランダには予審判事の制度があって、24条通報のような司

法判断が必要とされる部分については、警察だけに任せずに予審判事が現場に行って司法判断をしているようです。日本は警察官と精神医療関係者だけで、それぞれの立場から恣意的に判断しているだけであり、それでは人権を守った処遇などできるはずもないのではないのでしょうか。

医療観察法案の問題点ですが、もちろんたくさん問題があります。まず指定入院医療機関と矯正施設間の移動ができません。それから指定入院医療機関と一般精神病院間の移動もできません。また一度指定医療機関に入院が決まってしまうと、再度司法手続きに戻すことができません。

それから精神保健福祉法の24条から25条、26条までの通報はそのまま生きている。ただし、受け皿が出来ることから、24条通報で処理することなく、送検されるケースは増えると思います。そういう意味では、精神科救急の現場は今よりはずっとやりやすくなるだろうと思います。

精神保健福祉法の26条通報は大問題で、矯正施設から出所してきたときに、今、受け皿は一般の精神病院しかないわけですが、問題を抱えているケースが多く、私はこれはやはり指定入院医療機関に準じた受け皿を整備し治療を行うべきと考えます。

以上、日本の精神医療の現場は精神病床数36万床という負の遺産をかかえる中で、問題が山積し身動きの取れない状況にあります。唯一「医療観察法」が通過し司法精神医療が本格的に開始されることにより、前途は多難ですが、精神医療改革の突破口が開かれうるものと考えます。