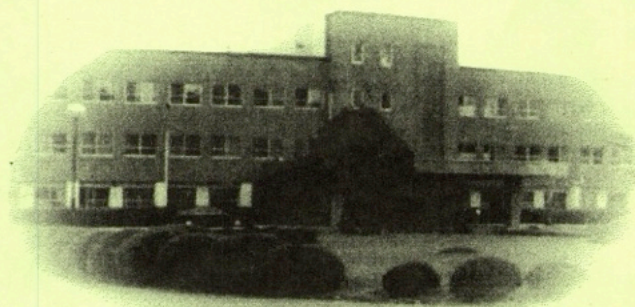


KSKP Pangaea パンゲア

# 肥前精神医療センター 自殺事件を問う

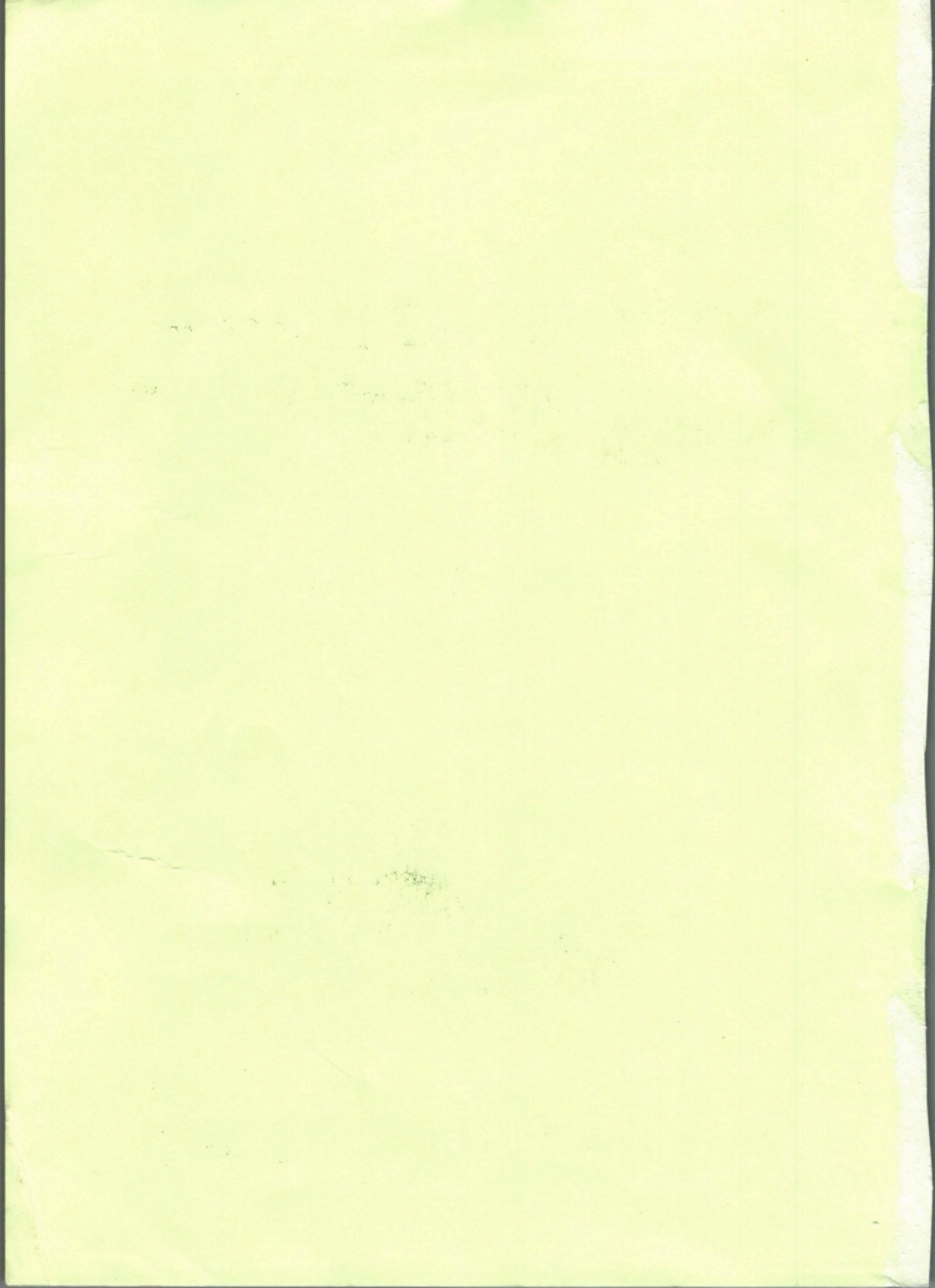
「心神喪失等医療観察法」による犠牲者



肥前精神医療センターの全景

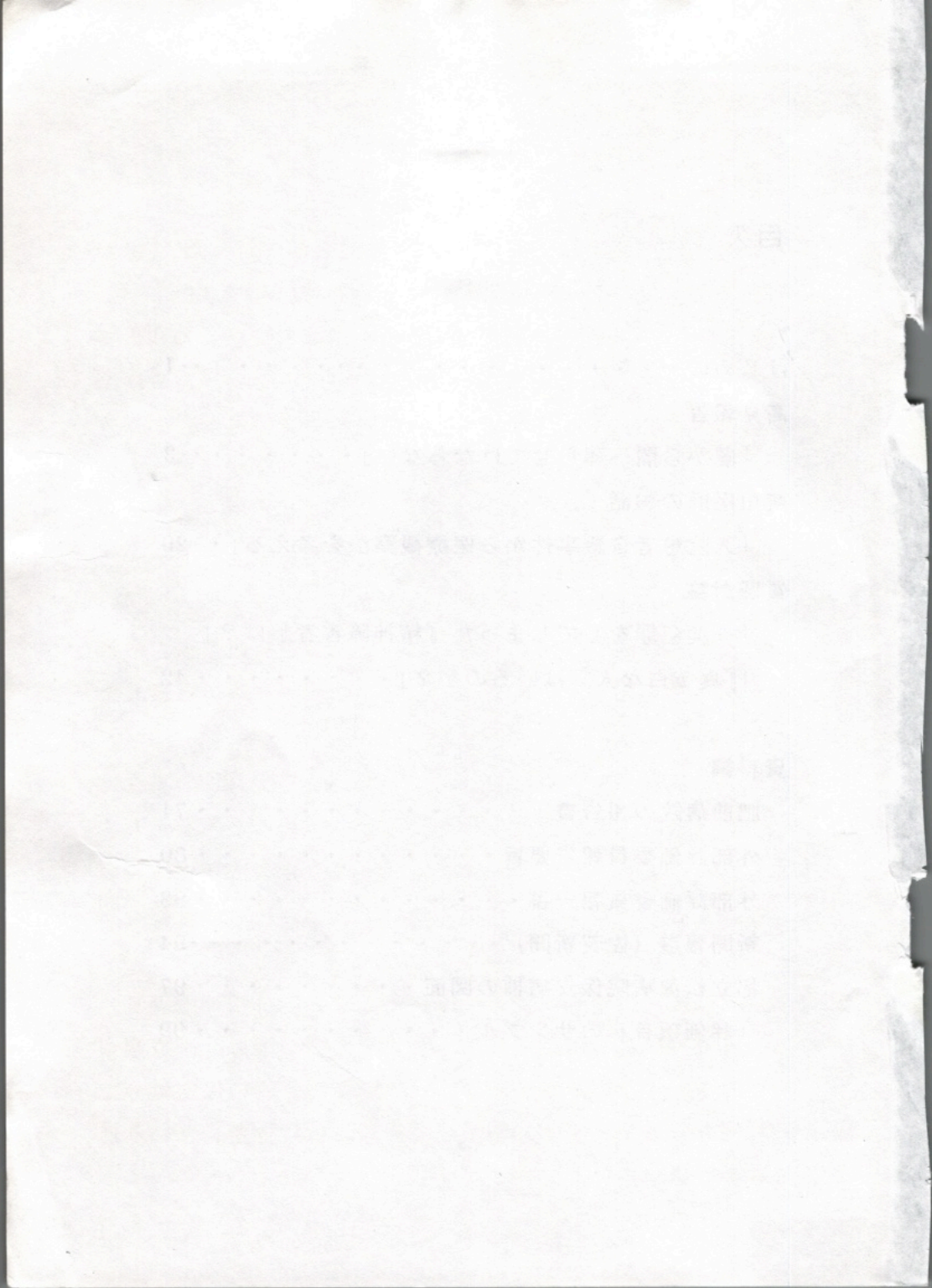
保安処分病棟に反対する有志連絡会

一九八四年八月二〇日 第三種郵便物認可 毎日発行 定価500円  
KSKP (Pangaea パンゲア) 第二種郵便物認可 通巻第8086号 2008年12月10日発行



## 目次

はじめに	1
高見報告	
「闇から闇へ葬らせてはならない」	3
柴田医師のお話	
「入院患者自殺事件から医療観察法を考える」	20
質疑討論	
「一度犯罪をしてしまった『精神障害者』は？」	
「『真っ白な人』はいるのか？」	42
資料編	
肥前病院の報告書	71
外部評価委員報告要旨	80
外部評価委員報告書	83
新聞報道（佐賀新聞）	94
都立松沢病院保安病棟の図面	97
「評価項目」のサンプル	99



## はじめに

この冊子は、08年7月26日に神戸市勤労会館で行った、『保安処分病棟に反対する有志連絡会』の学習会の報告集です。

この報告集は、「心神喪失等医療観察法」病棟入院患者の初めての自殺者が出たことについて、「医療観察法とは何か」「自殺に至る事実経過」についての高見（兵庫県精神障害者連絡会）の報告と、事件の本質についての兵庫県立光風病院医師・柴田明さんのお話、その後の質疑討論、資料として、肥前病院の厚労省への報告書、外部評価委員報告書、新聞報道などを収録するものです。

問題の自殺が起きたのは、2007年12月14日のことです。九州・佐賀県の肥前精神医療センターの「心神喪失等医療観察法」病棟入院患者が、横浜の元の自宅近くまで逃亡した末に鉄道自殺したという事件です。

医療観察法病棟入院患者での初めての犠牲者です。この事件は、医療観察法が入院患者の絶望を作り出すものであることを示しています。私たちはこの死を考えることで、「医療観察法病棟は収容されている患者の利益のためにある」などという政府の大嘘をあばいていきます。

医療観察法は、池田小事件を契機にすさまじい「精神障害者」差別をふりまきながら制定されました。ところが国は、医療観察法病棟は患者の利益のためであり、社会防衛が目的の保安処分ではないなどと言っています。しかし、実際には「自殺」という形で患者を死にまで追いつめたのです。

他にも医療観察法病棟への強制通院患者が6人自殺しているという報告があります。通院患者の自殺という重大事態にもかかわらず、管轄する法務省は死因や死にいたる詳細について一切秘匿しています。許せないことです。

なお、厚生労働省に肥前精神医療センターの報告書と第三者評価委員報告書を開示させるにあたって、社民党阿部ともこ議員秘書の蜂谷隆さんには多大なご協力をいただきました。あらためてお礼申し上げます。

2008年11月15日

保安処分病棟に反対する有志連絡会事務局

# 闇から闇に葬らせては ならない

高見元博

## I. 心神喪失等医療観察法とは

### 1. 心神喪失等医療観察法は保安処分

心神喪失等医療観察法によって「自殺」という形で犠牲者が出ています。この自殺者がなぜ出たのかを考えるのがこの学習会の目的です。柴田先生のお話の前に、私の方から事実経過などを話そうと思います。そもそも心神喪失等医療観察法とは何なのかという問題を先に明らかにする必要があると思います。「医療観察法」とはどのような法律なのか、そもそも必要な法律なのかということから、初めての犠牲者の出た経過についてお話しします。

「心神喪失等医療観察法」というのは、2003年の7月10日に成立して、2年後の2005年4月に施行されています。正式な名前は、「心神喪失等の状態で重大な加害行為を行った者の医療及び観察に関する法律」です。重大事件を起こして、「心神喪失」「心神耗

弱」を理由に刑務所に行かなかった人々を、精神病院の一部に特別施設をつくって収容するという法律です。

2001年6月8日に大阪で起きた池田小事件（児童8人を殺害）をきっかけに、当時の小泉首相の強引なリードによってつくられました。しかし、この池田小事件の容疑者自身はこの法の適用とらなかったのですから、いかに無理やりの制定だったのかわかります。通常法律は施行日以前の事案については適用されないのですが、この医療観察法は、裁判の判決の日が施行日以後なら適用になるものでした。だから、池田小事件も対象となりえたのです。

## 2. 安上がりの保安処分

医療観察法は安上がりの保安処分体制をつくるものです。一般の精神科病棟では入院一人にかかる費用は年間365万円ですが医療観察法施設では2200万円かかります。一見余計に金をかけているようです。しかし、「扱いにくい者」とされた患者を国公立病院の医療観察法病棟に入れておけば、民間精神病院は「扱いやすい」患者のみになります。すると、入退院の回転が早くなり、民間病院では経済的利益が上がります。それが民間精神病院経営者たちが「医療観察法」にかけた願望でした。厚生労働省としても民間で長期入院が減り、結局は医療費支出が安く上がることを狙ったのです。

しかし、「医療観察法」は法を犯した人を保安施設に入れるということであり、1980～90年代に設置が検討された「処遇困難者

専門病棟」という「病院が扱いにくい患者を特別病棟に入れる」という制度とは違います。民間からしたら期待はずれだったでしょう。

「扱いにくい患者」というのは病院がつくるんです。初めから「扱いにくい人」というのは存在しません。

### 3. 医療観察法でどうなるか

精神保健福祉法では、入退院の判断は医師の診断によっています。医療観察法によって強制入院・退院、強制通院の判断に裁判所が関与することになりました。簡単に退院させないためだと宣伝されました。審判という形で裁判官が関与する一方で、刑罰ではないという理由で対象者の防護権が制限されています。事実関係を争う場合、裁判官がオーケーしないと争えない仕組みです。審判は非公開で、密室審理となっています。これらは公正な裁判とは言えません。

全治一週間以上の傷害を含む「重大事件」を起こした「精神障害者」は、この医療観察法のまな板の上にのせられます。そして裁判官1人と精神科医1人の合議制の「審判」にかけられます。裁判ではないという意味で「審判」と呼ばれているのです。そして3ヶ月間の鑑定入院を強制されます。鑑定結果を勘案しながら、合議制で強制入院か強制通院か処遇しないかを決定されます。

医療観察法の処遇としては「強制通院」にしておいて、通常精神保健福祉法によって、措置入院や医療保護入院という強制入院にするというケースもあります。このやり方は入退院の自由度

が高いということで、対象となった人の付添い人となった弁護士が好むやり方という面があります。

政府は医療観察法反対派を分断するために、「この法は重厚な医療を施すのだから保安処分ではない」と言っています。しかし実際に重厚なのは施設の周りの2重柵を始め、病棟への出入り口を重隔離状態にしているなどという隔離施設の面だけです。(注：次ページおよび97ページ以下参照)

そこで行われるのは「認知行動療法」などの通常の医療の枠をでるものではありません。また、「病者」の間で反対の多い「電気ショック」療法が行われます。脳に通電するというもので、「デンパチ」と恐れられているものです。

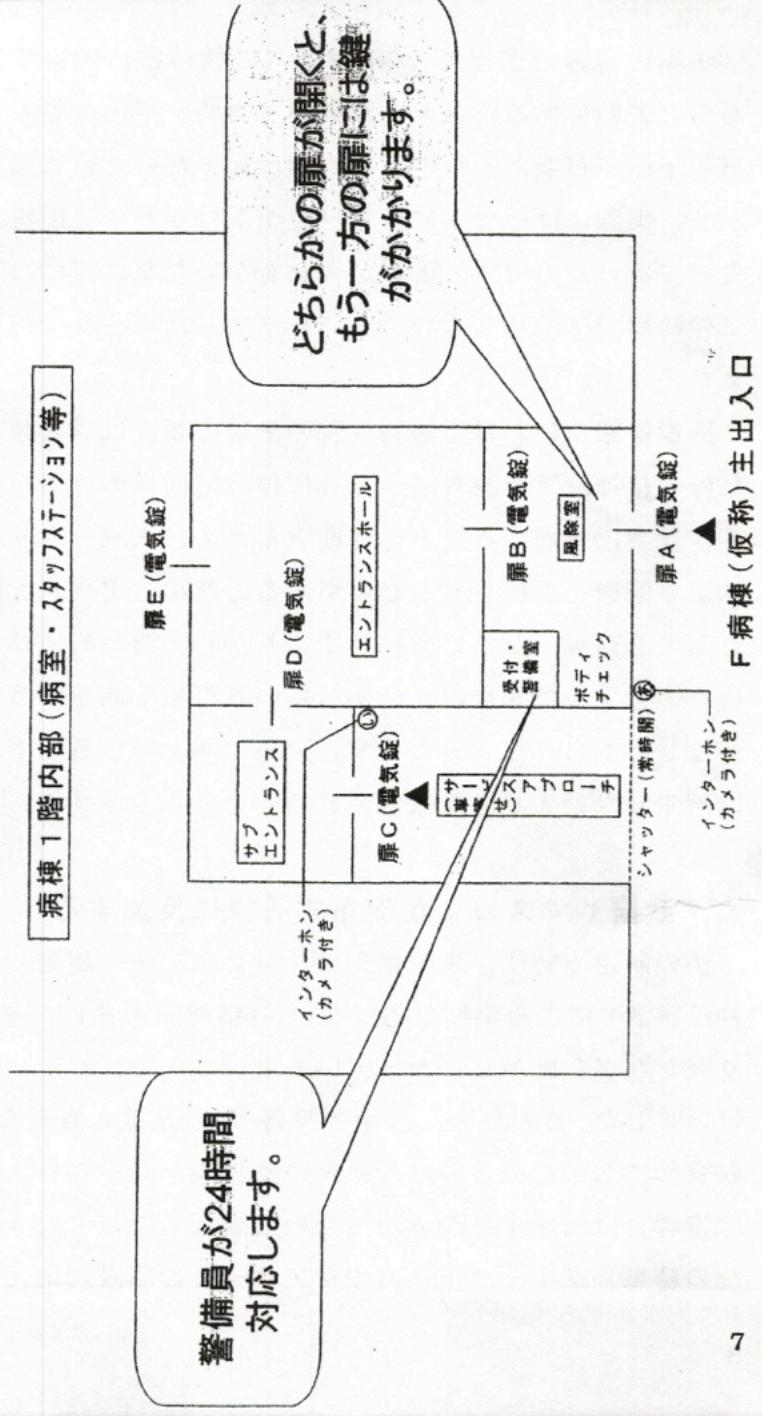
#### 4. 再犯予測による保安処分

医療観察法による強制入院は、一度事件を起こした人は再犯をする可能性が高いという予測にもとづく、社会保安的入院です。予測ですからはじめから外れることを前提にしています。また、退院要件に「再犯をしないこと」があげられているために、容易には退院できません。

また、医療観察法施設の医者は「4人に1人はここに来るべきではない人だ」と言っています。精神医療の対象ではない人も収容されているからです。

さらに、「重大事件」に限定するといいいながら、全治一週間以上の傷を負わせた場合が対象となり、被害がたんこぶや、わずかな切り傷でも対象になります。

# 安全管理体制 患者さんの動線 玄関出入り口の二重扉化



法案の審議の過程で、「イギリスの教科書に再犯予測は可能であると書いてある」と坂口厚労相（当時）が国会答弁しました。再犯予測が可能だから不当な拘禁は起きないという理屈です。しかし、実際にはその本には「再犯予測はきわめて困難である」と書いてあったのです。坂口が大恥をかいただけではなく、そのままの法案では通用しないことになりました。それで法案も書き換えたのです。

医療観察法における強制入院の決定の要件は「対象行為を行った際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するため、入院をさせてこの法律による医療を受けさせる必要があると認める場合」という日本語としても理解しがたいものです。しかし、結論的には再犯予測を行うのです。できないと分かっている再犯予測をするという無理がはじめから存在するのです。再犯予測という名の下に、実際には再犯しない人が多数収容されることとなります。

## 5. 政府やマスコミが流布する説に反論する

法の制定当時に小泉政権やマスコミは、法を制定しないと「精神障害者」による事件が防げない、「精神障害者」は重大事件を繰り返しながら野放しになっているというキャンペーンを大々的に行いました。そのために、「精神障害者」は危険な存在だから隔離・収容しておかないといけないという世論がつくられました。「精神障害者」は何をするか分からない危険なものだというキャンペーンの結果、グループホームやケアホームの建設に地元住民がこぞ

って反対するという状況を生み出しました。地域で生きている「精神障害者」に対する差別的偏見もおおられました。

しかし、この法を制定しないといけない理由はなかったのです。「精神障害者」の再犯率と一般の再犯率の比較では、「精神障害者」が犯罪予備軍だというのはまったくのデマだということが明らかです。

- ①「精神障害者」が逮捕者全体に占める率は0.67%、人口に占める「精神障害者」の率は1.67%です。比率では5分の2に過ぎないのです。
- ②「精神障害者」のうちの犯罪をした者の比率は0.09%。一般人の犯罪を犯した者の比率は0.25%です。これは3分の1の比率です。
- ③再犯率はどうでしょうか。
  - i. 再犯率は「精神障害者」で21.9%、一般で45%。(比率2分の1)
  - ii. 殺人では「精神障害者」は6.8%、一般の人は28.0%。(比率4分の1)
  - iii. 放火では「精神障害者」は9.4%、一般は34.6%。(比率4分の1)

これも明らかに「精神障害者」のほうが再犯率は低いのです。事件を起こしても「精神障害者」は自由放免になっているというキャンペーンがありました。実際には、事件を起こして簡易鑑定で「精神障害」ゆえに不起訴となった人の大多数は強制入院となっています。1986年から90年までの統計で、

①起訴以前の鑑定（簡易鑑定）になった人は、殺人事件の容疑者 7300 人中約 800 人です。

②簡易鑑定で「精神障害者」とされ不起訴となった人が約 690 人。110 人は責任能力ありとされました。

③不起訴の 690 人の内、約 540 人が措置入院、約 120 人がその他の入院です。

医療観察法以前に、そもそも保安処分はあったということです。新規立法の立法根拠はまったくなかったのです。

## 6. 医療観察法病棟から地方自治体病院へ収容に転換

医療観察法病棟の建設は厚労省のプランどおりには進んでいません。

医療観察法病棟は 720 床（国関係 420 床、都道府県関係 300 床）程度の整備が必要であるとされてきました。ところが、08 年 6 月時点で、国立病院等国関係では 12 ヶ所、都道府県関係では 3 ヶ所が整備されていますが、病床数は合計で 387 床（国関係 332 床、都道府県関係 55 床）にとどまっています。

私たちの反対運動が功を奏しているという面があります。同時に、差別的な反対によって建設が進んでいないという面もあります。池田小事件の当時、すさまじい差別扇動が行われたために、「そんな凶悪犯が近くに来ては困る」という地元住民の反発があるのです。政府の自縄自縛です。

奈良県の松籟荘病院では、建設業者が倒産してしまった上に、地元住民と結びついた反対派の存在のため建設は頓挫しています。

また公立病院には、経済的利益がないために誘導できなかった面があります。厚労省は当初、都道府県には経済的利益があるかのように言って建設を誘導しましたが、実際には何の利益もないことが明らかになったのです。設備は国が作りますが人件費は病院独自の財政となり、「うまみ」がないのです。当初は国が人件費も出すかのように言っていました。いまでは病院長が建設したいと言っている、都道府県が建設に賛成しないというところも生まれています。

医療観察法病棟の建設が進まないで、一般の精神科病棟への収容を行おうとしています。施設不足に困った厚労省は、既存の病棟を若干改築するだけでいいから医療観察法の強制入院を受け入れてほしいと公立病院に要請しました。しかし、ほとんどのところで拒否されました。引き受けたのは大阪の中宮病院ぐらいです。中宮病院は5床の病棟改築を行いました。

いまでは審判で入院となった人が、鑑定入院機関に留め置かれているケースが増えています。この入院には法的根拠がありません。また「手厚い医療を施す」という法の建前にも反するものです。

そこで、厚労省は省令を変更して、自治体病院に病棟改築をせずに収容するように要請しています。政府は、「医療観察法では重厚な医療を施すのだから保安処分ではない」と強弁していました。しかし、新たな省令ではこの前提をなくしてしまうのです。医療観察法が保安処分でしかないことの証明です。法は破綻しているのです。

## Ⅱ．収容主義と社会的入院

### 1．収容主義への転換

医療観察法の成立時に、車の両輪として、社会的入院の解消をはじめとする精神医療の改善を行うと政府は約束したのですが、まったく進んでいません。

日本では、1953年ごろから精神科病床数は毎年1万床増えています。入院患者数のピークは91年の34.9万人、病床数のピークは93年の36.3万床です。

患者数全体は年々増えており、とくに00年～05年の6年間で100万人増えています。同時期、入院患者数はほぼ横ばいです。通院患者数が急増しているのです。背景には、診療所が増えて通院しやすくなったという要素と、職場で病気になる人が急増していることがあります。

1950年ごろから病床数が増えたのは同時期に厚生省が収容主義に転換したことがあります。1950年に精神衛生法が施行されています。主として治安的観点が強い法律でした。それまでは、私宅監置という形で「精神障害者」の多くは家庭にいました。座敷牢だったところも少なくはありませんが、それらの「精神障害者」を精神病院に収容するように誘導したのです。このことを収容主義と呼んでいます。1964年にライシャワーアメリカ駐日大使が統合失調症患者に刺されて傷を負った事件が起きて、収容主義に拍車がかかりました。

## 2. 社会的入院

この時期（1950年代）に強制入院となりいまだに収容されている人は少なくありません。96年の調べで10年以上入院している人は9万7千人です。社会的入院といわれる人たちです。この人たちの多くは、2006年には入院年数が20年以上となっています。戦前からの入院というケースも少なくはありません。

社会的入院とは、精神症状からは退院できるが社会へ出て生活する力がないために退院できない人をいいます。超長期の入院のために、病院以外の社会への適応ができないケースです。

政府は、医療費の削減のために社会的入院を解消するとしています。この医療費削減のための社会的入院の解消ということでは、アメリカの先例があります。アメリカでは、退院を受け入れる社会的資源（施設や制度）もないままに強制的に退院となった多くの「精神病患者」がホームレスとなっていたのです。

日本でも社会的入院の解消が唱えられている一方で、社会的資源の整備は遅々として進んでいません。そのために政府は「退院支援施設」というペテン的施策を実施しています。精神科病棟を転換して名前だけ「退院支援施設」と変えて、そこへ移せば退院したことにしてしまうというひどい施策です。病院が儲からないのであまりはやっていませんが、利益誘導があれば進みます。

一方で、グループホーム・ケアホーム・福祉ホーム（管理人のいる公営住宅のようなもの）は、精神関係ではあわせて約1.2万人分しかありません。居宅介護の受給者のうち、「精神障害者」は約2万人弱です。ここへ7万人以上の社会的入院患者を送り込ん

だときにアメリカのようなホームレス化が起きることは明白です。

### Ⅲ. 医療観察法による犠牲者

#### 1. 事件の経過

「心神喪失等医療観察法」によって、とうとう犠牲者がでました。昨年12月20日頃、国立病院機構肥前精神医療センター（九州・佐賀県）で医療観察法病棟収容患者（当時25歳）が自殺した、という連絡が肥前病院の地元住民から有志連絡会に入りました。

07年12月14日、その患者は職員2名がついて外出訓練に出てレンタルビデオ店に入り、職員が目を離したスキに店を出ました。午前11時過ぎのことです。すぐに職員が追いかけてましたが行方不明となりました。病院の報告書では、次のように報告されています。

「今回の外出計画については、受持看護師が11月28日から3回に渡って対象者と面接を繰り返し計画している。外出時間の予定は、車移動1時間半、食事1時間を挟んでおり6時間の計画であった。外出店舗、時間については、多職種チームの評価によるもので、マニュアルに従って計画された。」

「同伴スタッフ2名は、役割分担の上、1店舗目では、1名が付添、1名は視野内観察していた。2件目の当該店舗でも役割分担し、1名が視野内観察、1名は危険箇所点検としていた。

10:52 視野内観察者は入り口付近にいたが、店舗中央入り口付近

から雑誌コーナー(左方向、店内奥)に向かう対象者の後姿(防犯ビデオでも確認)を確認した。その直後、数秒から十数秒、対象者が視野から外れた。予測した行動方向の雑誌コーナーにいない対象者に気づき、直ちに店内の1階、2階を確認に回った。

(10:52 に対象者が中央入口から出ていく姿が後に防犯ビデオで確認された。)

11:00 視野内観察者は危険箇所点検の同伴者に事態を説明し、入り口付近に位置して、対象者を視野で搜索。危険箇所点検の同伴者は、店内、店外を再度搜索した。

11:10 店舗内で対象者を確認できないため、無断退去の可能性を病棟に報告した。

(正確な時刻は、後の防犯ビデオの映像からの記述である。)

病院ではすぐに警察に連絡しました。夕方、その患者の元の自宅のある横浜市で自殺者が出ました(私鉄での鉄道飛び込み)が、その時点では身元確認できず。17日に指紋照合し本人確認しました。

「12/14 11:13 現地からの連絡直後に病院長に報告、緊急運営会議招集

11:40 神崎警察署へ通報

11:50 佐賀警察署へ通報(神崎警察署の指示による)

12:00 ■■■■へ通報(神崎警察署の指示による)

13:00 佐賀保護観察所へ報告

13:14 九州厚生局へ報告

12/18 16:05 吉野ヶ里町長へ報告  
12/19 9:20 神崎市長へ報告  
12/19 16:00 地域連絡会議で報告  
12/20 13:00 監査  
14:00 吉野ヶ里町近隣住民説明報告  
12/21 16:30 吉野ヶ里町全議員に説明報告」

※伏字は公開時

当該の人は男性。当時年齢 25 歳。病名、裁判所名、原因となった事件、罪名も明らかにされていませんが、殺人ではないそうです。

その男性は 07 年 8 月に入院しています。入院 3 ヶ月は急性期ということで外出はないのですが、3 ヶ月を過ぎると回復期ということで、治療効果が上がっていれば外出することになります。この人もこの治療方針に沿って 12 月 14 日に初めて外出しました。

## 2. 絶望の果ての「自殺」

衝動的な自殺ではなく、絶望の果てに死に追いやられたと思われます。横浜の自宅近くまで行っているというのは衝動的ではないことを示す一方で、絶望感の深さを物語っています。彼を殺したのは、厚生労働省などの保安処分推進派のつくった法と制度です。詳細は柴田先生のお話に譲りますが、一医師の問題に切り縮めてはなりません。

私が問い合わせたところ、病院当局はこの事件の事実確認をすることも拒否しました。厚生労働省は事実を認めています、事

件の詳細を公表することを拒否しています。外部評価委員会が設けられましたが、その委員は法の賛成派のみで構成されていました。出された報告は翼賛報告になっています。(病院から厚生労働省への報告と、外部評価委員会の報告は、本書 71 ページ以下参照。)

この犠牲者は「重厚な医療を施すから保安処分ではない」という建前の「医療観察法」の正体を暴露し糾弾しています。さらに、この法による 300 人余の収容者が置かれているあまりにも絶望的な状況を示しています。「本人のための重厚な医療」が本当に実施されているなら、なぜ死にいたったのか、外部評価委員会の報告からは見えてきません。

この法による「医療」では、事件への反省の念を抱かせることが一面的に強調されています。患者と医師の信頼関係ということは築かれません。そこにあるのは、支配・服従関係です。ギリギリと攻め立てて事件への反省を迫るのです。絶望の果ての自殺に追いやる、本質的欠陥があるのです。

なお、厚労省と病院は今回の事件を受けて、以後外出患者の服に位置測定機能付きGPS携帯を縫い付けるようにしました。差別の強化です。地元住民の収容患者への差別感情におもねり、「危険性」を強調して、より厳重な隔離状態におくというのです。

### 3. 通院でも7人死亡

08年10月現在で、医療観察法による通院患者の死亡者が7人もいます。こちらは法務省が担当ですが、死亡原因を明らかにし

ていません。ある医師は「死亡原因は6人自殺、1人事故死」という報告をしています。一般の自殺率より40倍以上にも上る率です。

#### IV. ではどうすればいいのか。

医療観察法が必要だという根拠はありません。廃止しても誰も困らないのです。入院よりも地域自立生活のほうが人間的あり方なのは決まっています。

いまの医療観察法病棟を頂点とした医療観察法体制・精神医療体制の中で、精神病院に始まって、中間施設にいたるまで精神医療のあり方は、社会の規範に「病者」を適応させようとするものです。「病者」を次々に生み出しながら一般社会から隔離・収容することで、さらにゆがんでいくのがいまの社会です。社会復帰ということが、社会に「病者」が適応するものとして考えられています。「病者」には、精神病院・中間施設はもとより、一般社会で暮らす場合も社会に適応することが求められます。「病気であることは異常なこと」であり、「正常に近づく」ことが社会復帰だとされているのです。

これらの考え方には「病気であることは異常なこと」という前提があります。しかし、いまの社会には10人に1人、100人に1人の「病者」「統合失調症患者」がいるのです。「病気であることは当たり前のこと」なのです。「いまの管理社会に対する反逆が精神病だ」という考え方もあります。「病気であることは当たり前」

であるとしたら、いま、ゆがんでいるのは社会のほうであり、適応すべきなのは社会の方ではないですか。いまのゆがんだ社会が「病者」に適応することで正されるのではないですか。社会が「病者」に順応することこそが望まれているのです。

一般病棟でさえ不要なのに、ましてや保安病棟などは無用の長物です。

## 柴田明医師のお話

# 入院患者自殺事件から医療観察法を考える

### I. 医療観察法の問題点

#### 放置できない問題

柴田といいます。よろしくお願ひします。兵庫県立光風病院という、神戸市の北区の病院で精神科医やっています。25年になりますけども、現役の医者です。

—今回、医療観察法で入院させられていた人の自殺事件がありました。自殺が起きたこと自体は、やむを得ないところがあったのだらうと思っていたのですけども、その中で自殺事件の扱い方について、ちょっと「アレ？」というものがあつたので、このままこの事件を、何も問題なしと放置してていいというのと、ちょっと違うなと思ひ、一回集まって点検した方がいいんじゃないか、ということで、この会を開かせてもらいました。

そもそも背景にある、ややこしい法律、心神喪失者等医療観察

法という、ややこしい名前ですけども、こうやって、一応1枚の紙にまとめられる流れになっています。(注:次ページの図参照)ただ、私自身、この法律が施行されて、ここに書いてある1ステップ1ステップがどういうことなのかというのをわかるのに、1年ぐらいかかりました。何が何だかわからない仕組みの法律で、そういうややこしい法律なので、皆さんの方も、話聞きながら、疑問がでると思うのです。その疑問点に答えながら、法律についての詳しい話にも触れられたらなあと思います。

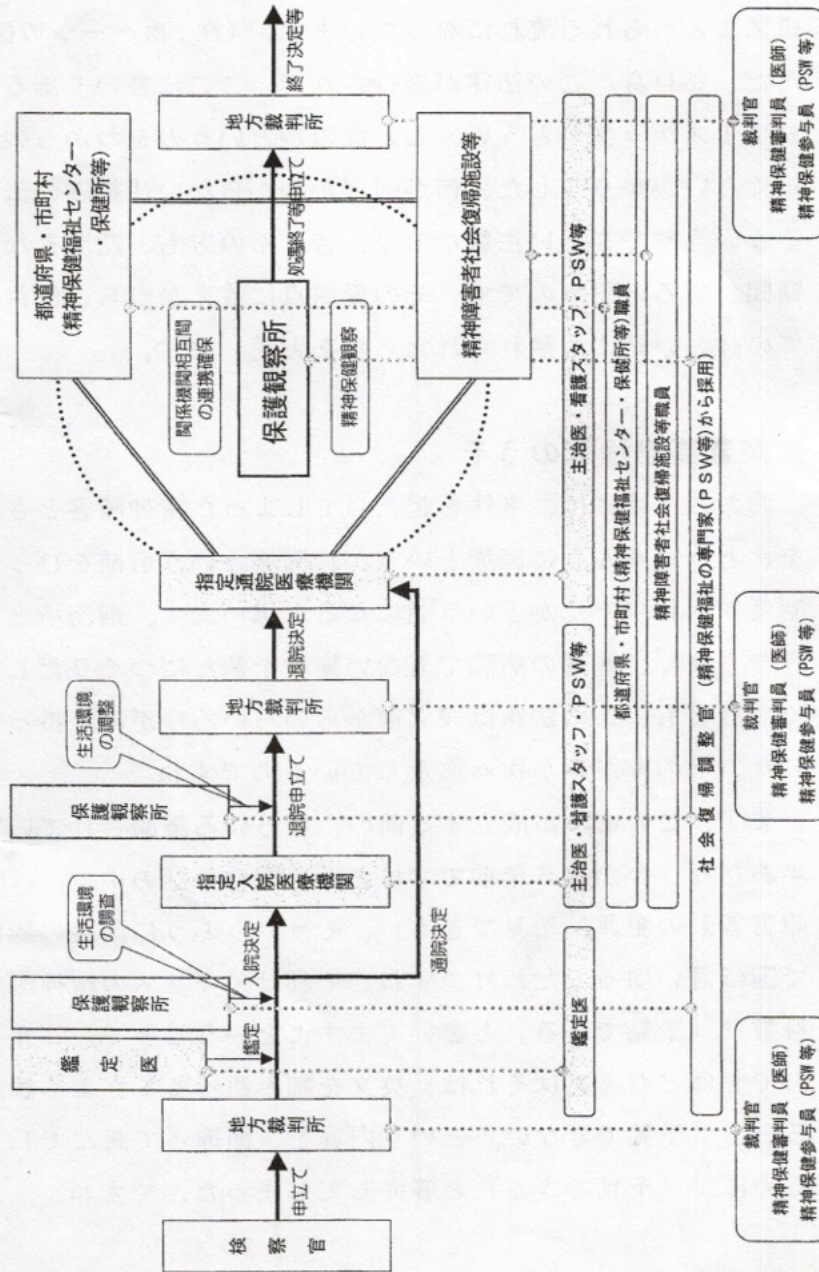
### 法案審議過程でのうそ

おおざっぱには、事件を起こしてしまった精神障害とされる人を、どういうふうに医療というか、医療という名前をひっつけた制度に入れていくかという話になると思います。刑務所というわけでもなく、普通の病院でもない施設を新たにつくりだしたわけですけども、この法律は成立前からいろいろゆがみを持っていました。そのゆがみが次々波及していくのですね。

まず、この法律が成立する前の、いろいろ議論されていた2003年あたり、今から5年前ですけども、国会の話の中で、「『精神障害者』の犯罪は予見できる」、そういうふうに国会の議論の中で国は言い切ってたわけですね。それはイギリスの精神医学の教科書に「予見できる」と書いてますよということで、答弁してたんですけども、実はそれは、英文を読み誤ってて、よく読んでみると、「予見できない」という内容を、間違っただけで読んだために、「予見できる」と答弁してしまったんですね。

# 医療観察法適用の概念図

〈資料 8〉 心神喪失者等医療観察制度における処遇の流れ



この法律自体、小泉首相が現れるまでは成立するとは思われてなかったものです。だから細かいところというのは、全然議論がきちんとされてなくて、材料だけ集めてた段階だったのが、急拠つくるという話になったので、とにかく国会を通すことだけに力が注がれ、内容はすごくアラがある法律になってしまったのですね。

そもそもこの法律ができるあたりで、そういう読み誤りがあって、「予見できない」と「予見できる」というのは、すごく大きな違いなんだけれども、つくることが優先だったので、議論をきちんと詰めずに進めていってしまいます。

その誤りで、ある政党が恥をかいてしまったというのがあるんですね。その政党のリーダーは「予見できる」ということを信じちゃったんですね。それで、「精神障害者」の犯罪は科学的に予見できるというふうにその党が公式に言い切っちゃった後で、読み誤りだったというのがわかって、ちょっと慌てさせられた事態になったんですね。「科学的」ということを強調する党で、それが英文の読み誤りで、コロッと180度変わっちゃう話になっちゃって、厚生労働省が中途半端に資料を出したために、大恥かいちゃった出来事があったんですね。

### 県もだまされた

そういったややこしい事態を、そもそものスタートで引き起こしています。この法律が成立して、それからあと全く何もなかったのかというと、そうでなくって、次々とゆがみが波及していく

んですね。まず県レベルの行政が騙されたんです。

最初はこの法律によって施設をつくると、施設は全部国が面倒みる、その運営費も人の補充も国がお金を出すということで、兵庫県も含めて、全部の行政がつくろうという方向に動かされたんですね。それが、法律ができた2003年あたりの話で、実は光風病院のほうにも、“国が多額の金を出すという話なんで、つくりませんか？”という打診があったんです。そうしてるうちに、時間が経って、予算がとれないから充分お金が出ないことが判明してきた。設備の一部分は出すけども、あとの必要な、たくさんの看護師さんとか医者とか、全部自前でやってくれということで、話が変わったんですね。この法律に協力すれば、病院の収入も増えて潤うという話だったんですけど、それが半年経った段階で、国のほうは金が出せない、実はそこまでお金が用意できてなかった。財務省に頼んで引き出せるはずが、できなかったという話になってしまいました。

何年間か厚生労働省が行政をだましきれたら、高見さんの報告であったみたいに、“施設がまだ十分にできてない”という話にはならなくて、全国的に施設ができたはずなんだけど、お金がなくなって行政をだましきれなくなってしまった。結局やってくれる県とか府がなくて、国立の、もともと国が運営していた病院にさせていくという、ちょっと不細工な結果になっている。国は、いまも数が足りないからやってくれという話を出しているけど、金も出ないのにできるはずないわ、ということで、話がうまくいってないわけですね。

## 現場でのだまし

そんなゆがみがだんだん下におりてきます。入院病棟がダメになって、入院したあと退院して通院になる人たちの面倒をみてくれないか、それはお金がかからないし、通院に関しては治療費をたくさん国のほうで出しますよということで。そのお金はちゃんと出るとわかったんで、全国で一斉にすることになりました。兵庫県も“ここまで話が進んだ以上、やらなしゃあない”ということになりました。当然引き受ける施設に条件がつきます。どの施設もできるわけじゃなくて、これこれの人がいる、これこれの運営の条件がある、といった具合に、条件が合っていればできるという話であったんです。

その頃は、3ヶ月に1ぺんずつ、国のほうが講習会をもって、こういう条件の施設で出来ますよ、という話をしていたわけですけど、その3ヶ月に1ぺんごとの講習会の資料に、そっと新しい書類を入れてくるんですね。びっくりしたのは、最初は、病院のほうから対象の人の家に行ったりする訪問看護は、「なくていい」という話だったんですね。兵庫県の方も“それやったらのれる”ということで、話を受けると決めたんだけど、3ヶ月後の書類を見たら、訪問看護は「必須条件」に変わっていて、あわてたんですね。訪問看護は、県立病院として、実は「しない」という方針があったんで、その方針を変えなくてはできないということで、あわてました。

県立病院の運営方針は、議会を通さないと変えられないので、県としてはいまは受けられへんなあという話で、いったん申請を

「返上しよう」ということになったんですね。それで、近畿の厚生局のほうに“訪問看護は県としてはしてないし、やるとしても1年以上かかるから、できない”ということをお願いにいったら、「かまへん、書いてるだけやから、あることにしてくれたらええねん」という返事でした。でも、ないものをあることには出来ないあということ、それはちょっとあんまりにもひどいのと違いますか、ということで国の役人に言って、やはりいったん返上しようという話になって引き上げてきたんですね。

国のほうとしては、そこで引き上げられたら困るんでしょうね、2～3ヶ月して、県のほうに話があって、県が持ってなくていいから、地域の訪問看護でやってくれる所があって、そこと契約したらいいです、と条件をちょっと緩和してきたんですね。それでいいんだっただということ、地域の訪問看護ステーションに募集したんですけども、この心神喪失者の医療観察法というのは、できた時にT容疑者とか、すごい精神障害がひどくて、しかも事件を起こしてしまうような人がいるからつくらなあかん、ということ、強調しすぎたんですね、国が。訪問看護ステーションのほう、発端になったT容疑者みたいな人の訪問に、訪問看護ステーションの若い看護婦さん行かされませんわということで、どこからも全部、総スカンくらいでした。

### 行政がおどしをかけた

やっぱりこれはいったん返上せんとどうもなれへんなあということで、返上を決めかけたんですね。そうすると、なんと神戸市

の精神保健を担当してるところが、神戸市の訪問看護ステーションに脅しをかけたんですね。受けなかったらお前んとこの資格とるぞ、と。そこの訪問看護ステーションが、泣く泣く“そういうことやったらします”ということで、引き受けたんですね。ゆがみがずうっと下におりてきて、行政が施設費しまでしはじめたんですね。兵庫県全体の中で、その訪問看護ステーション1カ所だけがその役割を引き受けることになったんです。

法律を進めていくために、そういうなりふり構わないところが出てきて、だましとおどしとかが出てきます。モラルも品位もない話です。光風病院にいたので、そういった話の成り行きというのをずっと見てて、無理ある法律で、ごり押しでつくったけど、発端からいやらしい出来事が続いているなあ、と見てたんですね。

### 裁判所のかく乱

これだけ鳴り物入りで出来た法律なので、厳密な運用するのかなあと思ってたら、そうでないんですね。

光風病院に、医療観察法の治療入院じゃないんですけども、入院の適否を決める鑑定入院というのがあるんですね。その鑑定入院で医療観察法の入院該当だと決められた人がいたんですけども、その人の入院先に決まったのは東京だったんです。裁判の最後のところで決まったのですけども、東京という話になって家族が猛反対したんですね。面会に行かないけない、治療に協力しないといけないっていうことは、毎回自分ら東京に通えないと。住んでるのは兵庫県の西の方なんやけど、そこから東京に引越すから、

その引越の代金それから向こうの住宅の代金を出してくれ、そこまではするんやったら協力するというので、裁判所に異論を唱えたんですね。

そうすると、いったん入院と決めたんですけど、家族の協力が得られないから、じゃあ医療観察法の入院はナシと、というようなひっくり返し方してしまいました。判決がひっくり返って、それで光風病院に普通の入院になったという例もありました。決め方のモデルがないので、その場で決定をひっくり返すことも出来るのかとびっくりしました。医療観察法では裁判自体もへんなものになるんやなあとその時は思いましたね。

この法律に関わる人たちは、へんなことをさせられる流れというのがあるって、裁判官もいったん決めたことをひっくり返さないといかんというようなことをさせられたんですよ。法律自体に、きちっとできてないところ、無理があるところがあるので、実際に関わる人がへんなことをさせられます。そのしわ寄せがおりてきて、ついに医療の現場まで波及してきたのが、この自殺事件ということなのかなあと思っているわけです。

## Ⅱ．肥前精神医センターの自殺事件

### 医者として患者が自殺したときに

自殺事件自体は、国立の肥前療養所に入っている方が、ある期間入院していて、通常の入院でいうと、落ち着いてきたら散歩に

出て、普通の買い物とか、地域に入って行って、落ち着いた行動をすれば、今度は外泊していくという普通の流れで考えたらいいいわけなんですね。医療観察法による入院なんだけれども、入院して、病棟では落ち着いていて、同伴の外出して、次は単独の外出して、外泊して、それから退院という流れであったんだろうな、というふうに思っていました。

この自殺された方もそういう流れの中の人やったと思うんですね。医療観察法の病棟にいるから特殊な医者がおるというわけじゃなくて、若い、5年とか10年とかそういう範囲の医者が直接の主治医になって、本人と話をしながらいろいろ決めていくということなんですね。この事件自体は、高見さんがまとめてくれます。

最初、この事件を聞いて僕が思ったのは、自殺願望とか死にたい気持ちがあるのを隠していて、それで外へ出た時に、職員の間が離れたスキに、サーッと抜けて、近くで飛び降りした事件なのだろうなと想像してました。死なしてしまうというのはあってはならないんだけど、そうやって外出とかし始めた時に、医療観察法の入院でも、自殺というケースはあるやろな、ととってました。

私自身も、外来で死なれちゃった場合とかあって、その人のこと分かっているつもりで、本当は分かってなくて、ああ、あかんかったんか、何とも自分の力が及ばないなあと感じて、医者として、もうちょっと何とかならんかったかなあという反省をしてしまう。それは普通の精神科の医療をして起こる出来事なんです

ね。

### 絶望の果ての自殺

そういうことが起こったのかなあと思ってたんですけども、ところが、高見さんが細かい情報を持ってきてくれて、アレっと思ったのは、抜け出した九州、肥前で自殺したんじゃないことですね。

抜け出して、自宅である横浜のほうまで戻ってきて、その自宅の近くで死んじゃったということで、何か、死にたくなかったからポッと衝動的に死んじゃったということじゃなくて、ひたすら自宅まで帰っている。わざわざ遠い自宅まで帰って死を選んではということ、決して衝動的でない。衝動だと家までもたないです。鉄道飛び込みだったみたいですけども、家まで戻ってるというあたりで、衝動的な気分じゃなくて、すごく強い絶望があったんじゃないかと思ってしまうのです。

衝動的な出来事であれば、どこかすぐそばのところで飛び込みます。佐賀県から横浜まで鉄道に乗って帰って行って、自宅のそばで死ぬというのは、よっぽど本人に家に帰るという思いがなければ、そこまでたどり着くことにはならないです。

すごい絶望の果ての自殺ではないか。家まで帰って死を選ぶという絶望がその人にとって、それを把握しきれなかったのは、肥前療養所の治療チームの問題としてあるんやろうなと思う。ただ、私自身がそういうチームを率いる立場になった時に、やっぱり責任があったとして、本人の状態を把握しきれなかった、結局ダメ

だったというすごく落ち込んだ気分になるとは思います。なおかつ、つらいけど、仕方ないところもあるのかなあと思ったでしょう。

### 外部評価委員の報告

で、ビックリしたのが、資料の何枚目になるのかな、次ですね、これを高見さんから見せられて、ビックリしました。「医療観察法病棟事案に係る外部評価委員意見書」ですね。（注、本書83ページ）この外部評価委員というのは、直接治療に関わったわけじゃなくて、肥前療養所以外から来て、起こった出来事を検討するという役割の人たちなんですね。

その人たちがまとめた文章を読んでみますと、「治療経過」では、「鑑定入院中の緊張し警戒的猜疑的孤立的拒絶的であった状態から、肥前精神医療センターでは、しだいに警戒的猜疑的な気持ちは薄らぎ、精神症状を語り始め、主治医、そして他の治療者たちと本人との間に良好な治療関係が成立しかけてきた。そして3回院内外出が実施され、幻聴・被害妄想・注察妄想・替え玉妄想は喪失し、スパイに関する新たな妄想は生じなくなっていた。しかし過去のスパイに関する妄想が病的なものであったという認識は、まだ充分には獲得できていないという状態であった。再発の不安などを抱いていたとはいえ、治療者たちとは良好な治療関係が成立しているとしか考えられない状態であった。そして事後的に振り返ってみても、院外外出直前までに何らの精神状態の悪化を疑わせるような様子や態度は全く観察されなかった」と書い

ているんですね。

何にビックリしたかという、もし自分が主治医であった患者が自殺した時に、医者としては、相談を受けることなく自殺されちゃったら、「関係が良かったのになあ」というふうに思っても、結局それは表面的で、死んでしまった本人にとっては、決していい関係でなかったんだなあと思うのですね。自信なくして、何があかんかったんかなあというふうに落ち込むところなんですけど、それを、全然関係ない他の組織の人間が入ってきて、「すごくいい治療関係ができてる」「どう見てもいい治療関係ができるとしか考えられない経過だ」というようなことを強調してるわけなんですね。そんなこと、本人との治療関係を見ていない他人が言うことでないのを、わざわざ言っているんですね。

### 肥前病院の報告書

肥前の関係者が書いた報告内容（注、本書71ページ）は、特に「良好な関係」とかそういうのに触れてなくて、こんな報告の方が普通なんですね。「医学的判断についての検証」という文章がありますね。読みますよ。

「対象者は10月10日の運営会議で、回復期ステージへの変更が承認され、その後、11月に3回の院内外出を行った。院内外出においても、妄想は全くみられず、現実検討能力も保たれた状態であった。病棟内でも、安定した、節度を保った行動がとれ、11月時点で精神病症状は寛解し、現実検討能力も十分に保たれた状態であったと判断される。疾病教育や継続的な症状のセルフモニタ

リングなどの治療にも積極的に取り組んでいた。チームは、対象者の心理的負担に常に配慮し、治療は常に本人の同意に基づくものであり、つらい時はいつでも中止できることを告げていた。一方、対象者は治療への拒否はなく、取り組みに抵抗感を示さず、精神病薬の内服や、病気や対象行為の振り返りや、調理などの作業療法にむしろ楽しんで取り組んでいる印象を受けた。抑うつや不安、あるいは過度の罪責感などのような自殺につながるような様子も全く観察されなかった。こうした状態のもと、社会復帰のためのステップとして、院外外出計画をしたのは妥当であると考えられる」。

この報告自体にも問題感じるんですけども、それは後で言います。この報告は、へんに信頼関係があったとかということが書かれていない。普通に病院になじんできて、病院のやり方にあわせられるようになって、外出にまでたどり着いたということがうかがわれます。

#### マニュアル通りなら良いのか

問題として感じるのは、この事件自体の妥当性を評価する外部評価委員の報告というのが、本来的には口をはさめるはずのない、医者と患者の治療関係にくどく言及している。治療者との間がすごく良かったということを、短い文章の中で2回も強調して書いてる。そこにすごくへんな感じがあるんですね。

肥前の報告書は、管理者がまとめたと思います。もしこれが、主治医がまとめたものとしたら、その医者というのはちょっとた

まらん奴やろうとは思うんですね。受け持ちの患者に死なれた直後に、自分たちはいい治療関係が出来ていたと断言するセンスであるとしたら、医者としてどんな人間なんやろうと考えてしまいます。それを聞く家族もいる中でですよ。恐らく主治医はそんなこと言っていないと思います。普通ではちょっと言えないと思います。

それを、厚労省が選んだ第三者の外部評価委員が、主治医が言わないようなことも言ってしまふ。関係が良かったことにしないといけないような、そういう前提があつて、恐らくそれを強調しとかないと、観察法に傷があることになってしまうとか、せつかく観察法の入院病棟で働いてくれている若い医者がダメージ受けるとか、そういう余分なことが入ってきているんだろうと思うんです。

一般に医療事故かどうか判断するときも第三者委員会の判断という方法をとるのですが、その時は本人の行動が予見できたのかというところが論点になります。この事件は、事故としては予見困難で不可抗力という判断になるのですが、この報告はそれともニュアンスが異なります。

本来的には触れなくていい「良好な治療関係」ということをへんに強調しすぎです。だから、作為が感じられるんです。医療の感覚よりも法律の維持を優先する発想のゆがみを感じるんです。この感覚が普通の医療の現場に広がったら、しかも担当の医者が、自分は至らなかったなあとかいろいろ思うところを、お偉いさんが来て、「よかったんだよ」と言いきってしまう。こんなふう

されると、医者として患者を診ていこうとする心は育たなくなるんじゃないか。心配です。

今回のことで、医療観察法病棟では今後類似の事件が起きたときに備えて、マニュアルで決められた通りの、表向きは全然問題ない形で手順を追うことを優先する流れが出来上がるんですね。今後どういう事件が起ころうとも、マニュアルの手順通りしていて、それをきちんとカルテに書いておけば、第三者機関が出てきて、「その自殺は問題がない」「良好な治療関係が成立していた」という言い方で全部問題が処理されることが、今回の報告で全国の医療観察法病棟に伝えられたわけです。

結局、そうして何を結論づけたかということ、医療観察法による治療には何が起ころうと、決められた手順さえ追っていれば問題がないんだということを強調したいのですね。

### モラルハザード

手順遵守が優先されるので、本来現場で医者が苦しむところ、主治医として悩むところを、はじき飛ばしてしまうのですね。法律ができた時のいびつなひずみが、ついにここまで及んできたかと思いました。

本来は医者心の問題である領域まで踏み込んできて、法律を維持する都合で決めてしまう。それを許してしまうと、現場の医療のモラルというのか、医者としての責任感、失敗もあるだろうし、失敗に対してのどうしたらいいんだろうという悩みとか、そういう医者の倫理的なものを全部吹き飛ばしてしまう。そうい

う危険をはらんだ報告内容なんですね。

仮にこの肥前療養所の若い医者が、「あ、そうなのか、こうやって決められた手順通りにしていたら、そこで何があっても、第三者機関がきて『良好な関係であった』と保障してくれるのか」と簡単に思ってしまって、自分のあり方は問題ではない、手順を遵守することが一番大事なんだ。そんなところに開き直っちゃうと、医療の現場としてはすごく恐ろしい話になると思うんですね。

こんなことは、これまでの医療ではなかった傾向ですね。しかも、それを厚労省が進めるのですね。怖いことです。医者関わりの善し悪しと関係なく患者が死んじゃう場合もあるんだけど、それを自分のいろんなことと関係あるんじゃないかと悩みながら、医者というのは患者との関係や治療を考えるんですけども、そのところをつぶす動きを、この法律がしちゃうんですね。そこが、こんな判断が通るようになっていくと医療の質を変えていくのではないかと心配するところなんですね。

信頼関係というのは、本来的に主治医と対象者との関係であり、その2人でしか分からないし、なおかつ信頼関係が「あった」というふうに医者側は言いきれないものなんでね。治療に関しては。治療を受けてる患者の方が「医者を信頼してる」という言い方はあると思うんだけど、主治医が「自分はあると信頼関係ができてるんだ」と、主治医が言いきるかという、それもへんな話なんですよ。そこのところに国を代弁する第三者機関が踏み込んできて、信頼関係が出来ていると言いきっているへんな問題なんです。

## 評価項目の問題

もう一つは、医療的な判断の内容ということですね。資料の、肥前がつくった報告は、ちゃんと手順を追っているから問題はないということで処理していますけれど、それは医療者の結論としては違うだろうということです。

病気によって妄想の中で事件を起こしてしまった場合、治療とかいろいろして病気の状態から戻ってきて、自分の起こした現実に直面する時に、非常に危ないというのが、これまでの一般的に精神医学なんかで言われていることなんですけどね。見た目は冷静になってきて、患者はこちらの言うこともわかる、自分のしたことわかる。治療チームというか、医者とか看護とかとの関係も良さそうに見えるし、非常に模範的な動きになってきたその時に、死ぬ危険性が高いというのは、よく言われてきたことなんだけど、この肥前の出してる評価の中には、そういった精神医学的な視点が全然ない。

「順番に手順をたどってきたんだから問題はないんだ」という言い方しかしてなくて、いろんな問題あるにしても、そういう回復の中で一番危険なポイントがあるぞと、現実に戻り出したそこをちゃんとカバーせんと危ないぞといったこれまでの精神科が積み上げてきた、デリケートな知識が全部消えてるんですね。

資料（注、本書99ページ）をお渡ししますが、いったい肥前でどういう手順で患者を診ているのかを書いた4枚組なんです。インターネットで高見さんがみつけてきた文書です。通院の文書と内容がだいたい同じことが出てきてます。

入院の評価表を見て下さい。すごく細かく評価項目があつて、その一つひとつを本人に確認しているということですね。自分が入院して、病気の影響が残っていてしんどいときに、そういうことをいろいろミーティングで一つひとつ確認させられるとしたら、ちょっとかなわないですね。こんな細かいことをチェックするのかと思います。老眼の人にはこれ読めないなあと思います。ここでこれを勉強してもらおうというわけじゃなくて、こんな細かいことをいちいち確認しながら、「治療」ということで迫ってるわけなんですね。出来上がった表というのが結局こんな感じで小さな字が入っていて、向こうから見たら黒い固まりにしか見えないんですけど、こういう細かい字でまとめるようになってるんですね。

医者・心理療法士・看護・ケースワーカー・作業療法士とか集団で会議をもつていって、この表に基づいて一つひとつの項目について議論して評価していくんですよね。その細かい項目を評価して入れていくのが、月に1度とかそういう頻度なんですけども、その度にどのぐらいに達してるか、ご本人のあり方をチェックして点数評価していくということをしていくのですね。だから肥前の報告で「治療している」、あるいは「手順を追えている」というのは、この項目を確認していってるという意味なんですね。

### 「対象行為」を意識しているかという評価

ポイントはハッキリしていて、対象行為という言い方になってるんですけど、本人がした犯罪行為ですね、それを本人が意識し

てるかどうか、常に意識してるかどうか。それに対してどう内省できているか、というのが一番のポイントになるのですね。それ以外に、スタッフとの関係がどうかとか、話してどうかとか、治療者側が全部チェックしていく仕組みになってるんですね。

高見さんの資料の最後から3枚目（注、本書78ページ）の「疾病教育や継続的な症状のセルフモニタリングなどの治療にも積極的に取り組んでいた」という部分。本人は取り組まざるを得ないですよ、それをいつも聞かれるのでね。

「チームは対象者の心理的負担に常に配慮し、治療は常に本人の同意に基づくものであり、つらい時はいつでも中止できることを告げていた」と書いてあるのですが、本人自身が言える環境なのかどうかね。非常にスタッフが多いので、入院して1人に対して常に2人看護がつくんですね。病棟の中から出て、外を散歩するのに2人の看護が付きまします。病棟の中で何かトラブルがあったり不安定になったりすると、複数の看護が現れます。そんな条件で説得されちゃうんです。

「つらい」と言うと、何がつらいんやということを問われてきます。それが「わからへん」ということであれば、それは病気なのか、あるいは不満があるのか、ということで分析を求められてきます。複数で細かく入っていくということですね、非常に侵襲的です。そういうことをされる側にとっては、非常に負担が大きいんじゃないかと思います。だから「つらいから中止できる」と言っても、中止を言おうとした時には「何でや」ということを自分なりにまとめないといけないという負担があって、それもかえっ

てつらいと思います。それが出来なければ病状が悪いわけです。

病棟では入院患者20人にスタッフは45人ぐらいいます。いるのは別に怖い看護師さんじゃないと思いますけど、みんなに取り囲まれて、順繰りに、それでどうしてということを常に問われるのは、負担が強くだろうなあと思像して同情してしまいます。その結果で、「対象者は治療への拒否はなく、取り組みには抵抗感を示さず、精神病薬の内服や病気や対象行為の振り返りや調理などの作業療法をむしろ楽しんで取り組んでいる印象を受けた」ということですね。本人としては、そういう印象を出さざるを得なかったというのがあったりしないかと懸念します。

### 「病者のしんどさ」への配慮がない

だから、この病棟での過ごし方と本人の絶望は無関係ではないと思像してしまうんです。自殺に至っていますから。そういう治療の迫り方、あるいは病気の影響が弱まった時に現実に直面するしんどさというのか、いわゆる「病者のしんどさ」という言葉が過去に言われてましたけど、そういうものに対する配慮があまり感じられなくて、常に自分の起こした出来事についての反省と直面させられるという、医療観察法がとってる認知行動療法の問題というのが、ここに絡んできてないかと思うんですね。

彼が普通に衝動的に佐賀県で飛び降りちゃったら、よくわからないけれども、自宅まで帰って死を選ぶという、すごい絶望が感じられる状況というのが、この医療観察法の枠組みと無関係でないように考えます。そして、医療観察法の枠組みの中では、その

心情はくみ取りようがないということになるのかなと。心情をくみ取れない医療をおし進めながら、問題がないとして、「治療関係は良好」であるということ、厚生省が組織する第三者が保障する、というようなあり方になっていて、これは何かへんなものになってるぞと感じられるんですね。

### 「問題はなかった」としてはならない

国会をかく乱し、行政をかく乱し、次いで地方の行政のモラルをかく乱し、裁判所もかく乱し、ついに医療現場のモラルもかく乱するのかというのが、この自殺事件から受けた私の印象なんです。だから、これはちょっとおかしいぞということだけは、医者の立場として言うておかないといけないと思ったのです。このまま「だから何も問題はなかった」というふうに消えてしまうと、この自殺事件のもってる大きな意味というのが全然残らないままになる。「精神障害者」の自殺なんて地方の一新聞にチラッと出るだけで、背後にある大きな意味というのはそのまま消えちゃうということになるかなと思ひ、とりあえずこの自殺事件の背景はおかしいぞ、ということは何言っておきたいと思ひ、今日の集まりを持ってもらいました。

ここで、いったん話を置きますけど、僕だけがベラベラしゃべってますので、聞きたいことも、あるいは「なんでや」っていうところもあると思ひんで、みなさんの方から聞いていただいたらいいと思ひます。

## 質疑討論

一度犯罪をしてしまった「精神障害者」は？

「真っ白な人」はいるのか？

休憩の入院ができない

司会：まあざっくばらんに話をしていたらいいのかな、と考えます。質問でも何でもあれば自由に出してください。

S：光風病院の方が、児童精神医療と救急精神医療を、割と積極的に今後やっていくという方針をとりだしたのも、高見さんからうかがったら、あれも今回のこの法律の関係あるんですよっていうことをうかがったんです。それとは直接関係ないんですけど、いったん調子崩した時の入院先として私個人は、光風以外はちょっと信頼してなくて、児童と救急の方で、一般病棟がちょっと今限られてきてる状況ですよ。

柴田：そうですね、ええ。

S：今後は昔のように気軽に入院とかは難しくなるんでしょうか。

柴田：そうですね。実際にそうなってますよね。ちょっと何ヶ月か、1月か2月か休養したいなあという入院ができにくくなってますよね、今。

児童のために古い病棟をつぶしていくことになったんで、特にこの9月ぐらいから更に病棟閉じちゃうので、“ちょっとしんどいな、今休めば乗り越えられそうだな”という入院ができにくくなり、それを越えて悪くなってしまうと入院できないという形になってるかな。

県の財政の問題で、光風病院をほかの病院に売るとかほかの病院が買い取るとかそういう話があったりして、それはやっぱり避けたいなということで、救急センターとか児童とかを、県が必要性を納得してくれるところを何とか残してる。九州の福岡県の太宰府病院というところもともと県立だったんだけど、売ってしまっている。建物は県が持つてるけど、運営してるのは全然別のところとなっている。そういうふうになってしまわないかということのを案じたので、そうならない方向を強調して出したと思います。

その結果、入院して、安定して、それで次に社会復帰を位置づけて、帰すという、その後半のところはスパッと切れちゃったようになってると思いますね。悪くなって受け入れるけれど、ある程度よくなったら帰していく、あるいはほかの病院に移していく。今の院長も前の院長も強調してますが、それは本来の精神医療からするといびつであるということとは分かっていないといかん、という話なんです。

### 医療が解決できない問題

M：医療観察法で入院して、外出、外泊、退院、あと通院か、なんかを含めて、医療だけでは解決できない問題が相当あると思うんですね。退院してから通院する、その課程でも、それ以外でも。通院になっていいよということになるのかどうか知りませんが、その部分でも、医療だ

けでは解決できない問題っていうのを、医療側が抱え込まないと仕方がないようなところもあるんですよね。

**柴田**：そうですね。医療観察法の入院病院側も、医療だけでは解決できない問題を持っている人を抱え込みたくないの、必死になってマニュアルを作っている。薬物依存とかアルコール依存とか、あるいは知的障害の人は、入院させて治しきって退院させるパターンと違う病気ですから、「治療して治らない病気の人たちは受け入れません」というマニュアルになっています。

少し別な話になりますが、医療刑務所で働いてる人が知り合いにいますけど、刑務所で何回も繰り返し入ってくる「問題の人」というのは、「知的障害の人」らしいです。刑務所は今、高齢者と「知的障害」が多いので、ケアがたいへんなんだと言ってまして、多分、「知的障害の人」たちを、こういう医療観察法の施設に押しつけてしまえっていうのがあるようです。

その人たちは治療である程度良くなっていくという話とは違い、病院の中でたくさんの人が見守っていると何とかいくんだけど、地域に戻ると見守る人もいないし、誰かが24時間見てるわけじゃないので、また何か事件を起こしちゃう。で、また入っちゃう。だから、生活の中の適応が問題の人たちを抱え込むことになってしまう。そこで、こういう医療観察法の施設が、収容施設として機能してくれないかというのが、法務省が考えていることなんです。

**高見**：医療観察法施設の調査をしたら、4人に1人が「知的障害」とか「人格障害」とかという、「治療の可能性のない人」が入ってるって言うんですね。

柴田：そうですね。そのぐらいの数字になって、さらに増えるんでしょうね。

高見：お話の中で、近くで自殺したっていうのと、横浜まで逃げてそこで自殺したっていうことの違いということをおっしゃられたんですけども、近くで自殺してても、それはそれで問題とちがうかなと思うんですけど。

柴田：それは問題なんですけどね。ただ、病院の近くだったら突然に衝動的にというパターンであるんだろうな、と思えるんですね。自宅まで戻ってそこでというと、家に帰りたい、こんな遠くはいやだ、家まで帰りたいという強い思いというのが感じられるんですね。それでなおかつ、強い思いで家にたどり着きながら、家の近所で自殺しちゃうということの背景を考えてしまうわけですね。帰った家で籠城して、絶対に病院には帰らないぞ、とかいう話であつたら、まだ絶望とかいう感じしないんです。家にたどり着こうという必死の気持ちには、まだ本人の希望が感じられるんです。途中では家に帰って死のうと思ってなくて、必死になって家までたどり着いたけど、ついたとたん、そこで必死の思いが冷めて直面したもので死を選ばざるを得なかったというようなストーリーが考えられるんですね。

また、あの医療観察法病棟に戻される絶望感。「医療観察法病棟は素晴らしい医療を提供する」と厚生労働省は強調しますが、彼にとっては死の方がましと思えたのでしょね。近くで死んでも問題は問題というのは当然あるんですけどね、追いつめられ方は、やっぱり家までたどり着いたけど自殺を選ばざるを得なかったという方が、本当に絶望の淵ではないかというふうに思えたわけです。それでその差を強調したんです。そのところというのを病院側が全然汲み取ってないわけなんですよ。

### 第三者機関とはどういうもの？

M：家族は横浜におられたんですか？

高見：家族については、厚労省も病院も、病院はもともとと言わないんだけど、厚労省も家族については秘匿してるんですよ。家族がいるのは確かで、この報告書を公開する前に、まず家族に見せたって言うてるんですね。だから家族がいるのは間違いない。生活圏が横浜にある人らしい。そういう状況です。

司会：さっきお話の中で、特に第三者機関ということで、ちょっとそこらへんの経緯というか、どういう形でどういう所から選ばれてとか。これは高見さんの方に聞いた方がいいのかな？

高見：僕の方が詳しいかな。資料でいうと、これも全部墨で消してあるんです。（注：本書 84 ページ参照）1人が（京都の）洛南病院の岡江院長です。それからもう1人の院長というのが、県立長崎病院の院長です。検事正というのは名前わからないです。弁護士はわかっています。課長というのは、佐賀県の行政の課長です。

何でこの人たちが選ばれたのかっていうのも、よくわからないんです。例えば岡江だったら、地方自治体病院で、医療観察法施設についてはすごく積極的に導入しようとしている1人です。長崎県立病院というのは、この時点ではまだだったんですけど、今ではすでに医療観察法病棟を受け入れている所です。あとについては、ちょっとよくわからないですね。弁護士には電話したんだけど、「このことには答えられない」の一边倒で、ちょっと何の情報もわからなかったです。

M：普通は、第三者機関の場合は、きちっと名前を公表するもんですよね。

高見：いったん公開されたんです。報告書を公開する段階で、また伏字に

してるんです。

司会：そもそも経緯は、厚労省の側がこの自殺事件の報告を受けて、どうしようということで、厚労省の側が積極的にこの第三者機関を作ってやるということで、どんどん勝手に進めたんですって？

高見：第三者機関をつくった主体は病院なんです、あくまで。だけどその背後には厚労省の意図がもちろん働いていて、厚労省サイドの考えでやってるんです。けれども、それは厚労省がやってることではなくて病院がやってること、という建前の中でやってるんです。

司会：こういう問題が起きたと。で病院が一応どうするかということで、第三者機関に評価してもらいます、ということ、建前としては病院が呼びかけてつくったと。

高見：そうですね。

司会：だけど実際はそこには厚労省の意図が貫かれている。

高見：もちろん厚労省が全部仕切ってるんです。

I：病院は悪くないということ、第三者が評価したということか。

柴田：そうですね。

M：さっきの話では、外出した近くじゃなくて、彼の思いが実家の方に向かって、その近くで飛び込み自殺したということ。そういうことを、どう言うたらええかな、隠すために、何も問題なかったという報告。さっき言っていましたけど。治療はうまくいったんだと。

柴田：そうですね。

高見：この人の住居が横浜であるってということからもそうなんですけど、別の意味でもものすごい問題なんです。入院してる所と、もし通院するとすると横浜で通院することになるわけでしょ。その、ものすごい断絶

があるんです。その辺の問題は、少し自殺ということから離れるんですが。

M：遠い所に移されて、実家まで生活保護のお金を使って帰ってきたっていうのが、だいぶ前にありましたよね。

### 強制入院を拒否できるか？

I：拒否はできるんですか？遠いからと。

高見：できません。決定されたら。

柴田：家族がね、「そんなもん、できるか」と言ってしまうたら、判決というのか、変わった可能性あるんですけどね。起こした事件の性質が何かわかりませんが、家族が同意しちゃったんですね。横浜っていう生活圏から切り離されて、それまでの家族以外の交友関係が全部切り離されちゃったというのがあるんですね。それがどうなのかっていう評価は、全くされません。だから、各県につくった方がいいんじゃないかって、厚労省側は言うんですけども。そもそも、無茶なもんを「いるんや」っていつてつくるから、そういうことを考えずに進めちゃったんですね。

M：面会にも行けないですよ。親も。

高見：面会できるのは、親兄弟ぐらいなんですかね。

柴田：面会の、中に入っていき設定っていうのは… ボディーチェックされるんですね。そういう、チェックする職員がいますのでね。で、病院側が把握してる人しかダメですよ。それと、いわゆる精神保健福祉法の、病棟の中に電話をつけて外にかけられるようにしなさいとか、医療観察法は精神保健法を越えてますのでね、だから病棟の中から自由に電

話ができないです。保健法に基づく治療環境ではないということはハッキリしてる。

I : なんぼ良好な治療環境であっても、孤独感はすごくありますよね。

柴田 : 資料でお配りした入院病棟での評価表、見にくいんですけども、そういう本人にとって、孤独感とか本人の生活圏から切り離されたマイナスであるとか、そういったものを見る所がないですよ。(注 : 本書 99 ページ参照) 常に治療者との関係とか、あるいは治療者側が思っている外部の人間との関係とか、いうことだけが評価されて。本人が会いたい人とか、そういったものに対する評価項目なんてないんです。

### 法は誰が望んだ？

S : 法案が出てきた経緯は、先ほどおっしゃった、池田小事件がきっかけで、小泉がやってできたっていうような話だったんですけど、長野英子っていう人が、日精協（日本精神病院協会）とかが、もうそういう措置入院とかそういうのを、それ以前から嫌がってたという、そういう背景もあって、ここぞとばかりにできたんじゃないかみたいなことを書いてましたけど、どうお考えですか。

柴田 : そういう背景があったとしても、出来なかったですね。

S : やっぱり小泉さんの時は、すごかった？

柴田 : すごかったですね。支持する議員の数も多かったですしね。日精協、いわゆる私立病院が希望してたのは、私立病院にとって「ややこしい」と思われる患者を、公立病院がとってくれたらいいと。そういう施設をつくれと。そういうことを常に言ってたんですね。それが何かということがハッキリしないまま、結局、触法の人ですねと国が解釈してつくっ

た。これなら、これまでの日精協の要望に応えてますね、ということで、  
「日精協の要望に応えた」という話にすり替えてるんだけど、実は、  
やっぱり「ややこしい人」は、この触法とは関係なしにいて、結局は日  
精協の思ったようになっていない。日精協の「ややこしい人を何とかし  
てくれ」というのを、国がうまくすり替えてつくったという成り行きで  
すね。

あらかじめ「ややこしい人」というのがおるわけじゃなくて、病院と  
の関係でそうなっていたりとか、いろんないきさつというのがからみま  
すよね。そういうのをほぐさずに「ややこしい人」という。医者の方が  
少ないとか看護の関係とかが大きい問題なんですね。

先ほど光風以外の病院は怖いんじゃないかと思ってると言われてまし  
たけど、本当はそうじゃないんですけどね。ちゃんとしたところもいろいろ  
あるんですけど、ただ、いくつかはやっぱりあんまり評判が芳しくない  
ところもあってね、そういう病院での不備に関して「おかしいな」と思  
い始めると、関係がややこしくなってくる。そういう人もどっかへとっ  
てくれという話になってるんです。だから、日精協としては、これで全  
て思うようにいったということではなくて、日精協としては利用された  
ということですね。国としては、“あなた達の言い分を聞いて、ここま  
で金かけてつくったんだから、もういいでしょう”というふうに戻して  
るわけです。

### 秋葉原事件と保安処分

S：今回の秋葉原の事件では、全然強調されてないですね。池田小事件  
と違って。精神病との関係性とか。むしろ派遣との関係性で論じられて

るようですが。

**柴田**：何故でしょうね。前、話した時に、マスコミが何に焦点あてるか、警察の情報の出し方で操作されるんですけども、今回全然「精神障害」がどうこうという話にならないですよ。鑑定とかいうのがありますが、池田小事件とかみたいに、“また「精神障害者」の事件だ”という感じの報道の仕方じゃなかったですよ。マスコミが冷静になったというよりは、何かそういうリークの仕方をあえてしてないというあたりで、何なんだろうというのが気になるんですけど、わからないですね。

**M**：殺人事件を起こした場合、「誰でもよかった」とかいうのが、マスコミに載りましたが、この間の経過から言えば、今の刑法の「心神喪失」じゃなくて、「責任能力あり」にしたいというね、全部ね。その傾向がすごく強いなあと。

**S**：マスコミの世論操作の主導権を握っているのは、電通とかですか、やっぱり。

**柴田**：う～ん…。そういうのがどう関与しているのかはちょっとわからないんですけども、第1段階としては、警察のリークの仕方、「『精神障害』が疑われる人の犯罪だ」というリークがされれば、第一報はそれでいくと思うんですね。それを言わなかったんですよ。どういう流れなのか、あと、続く事件の報道の仕方とか、注意しとかないけないな、と思いますけどね。何かね、意味なくそうなるのではなさそうなんですけどね。

**高見**：あの事件で「精神障害」が疑われるってしてしまうと、“医療観察法つくったのは何でや”っていう話になってしまうっていうこともあるんじゃないですか。“せつかく法律つくったって、事件起きてるやないか”

って言われたら、つくった側は困ると思うんです。

柴田：何か強く言われると、「機能してない」と言われたくないっていうのがあるかもしれませんね。

高見：そういう感じがします。

M：あれは、宅間氏の極刑と学校生活の安全を守る署名というのが、あっという間に83万人集まって、それ提出してるんですよ。すごいキャンペーンやった。千里中央まで来てしゃべってましたけど。もう本当に、あのキャンペーンすごかった。

K：宮崎勉ですか？あの人、多分「精神障害」が疑われるんだけど、結局死刑に…。

柴田：そうですね。

M：3つとも鑑定が違ってたんちゃいます？宮崎勉。鑑定がね、裁判所と弁護側と検察と、全部結論が違う、内容も違う。

#### 刑務所を出所すると精神病院へ

柴田：ああ、違いましたね。まあそれはありそうなんですけど。強調するところによって違うというのはね。まあ、医療観察法を突つかれたくないというのもあるかもしれないけど、ある見方としたら、司法が自信を持って、あのケースは司法で何とかできるというふう考えたのかもしれないね。あんまり表に出てないんだけど、秋葉原の人は極刑になっちゃう可能性高いけれども、仮に死者が1人だけだった場合、懲役12年ぐらいになるんですかね。12年たつと出所という形で出てきます。

こちらの方はあまり知られてないんですけども、出所の前に、「精神障害」が強く疑われるなら、刑務所の所長が通報するんですね。で、12年

の刑が終わって出てくると思ったら、通報されて精神病院に入院へ。こんな隠れたシステムがあるんですね。これを使えというのを、法務省が割合強調してるんですね。これはちょっとエグいなあと思うのは、通報されて、入院先とか光風病院が選ばれる場合があります。それで診察に行くんですが、確かに「精神障害」があるなとは思う人なんですけどね、懲役が12年で出て、本人も12年で出られるとわかってるんですね。家族も12年で出ると思ってるんですね。ところが通報されちゃって、12年で家に帰れないという話になってしまうんです。

すぐ犯罪を起こしそうな人ではなかったのに、措置入院という形ではなくて、家族の同意による医療保護入院ということで、光風病院以外の所に入院になったんです。でも、本人も不満、家族も不満。家族としてはね、12年たってやっと帰って来る子どもを、自分たちが見守るつもりだったんですよ。それを突然とられちゃった。病気の状態としては、本人がよくわからない話になると、固まっちゃうだけの人になっちゃった。だから、12年で出られなくて、入院になりますよと言われて、固まってしまって、かわいそうだったんですけどね。それだけの精神症状なんですけどね。家族にとってもすごく不本意で、結局1年は入院に同意したんだけど、1年以上は同意しなくて、家族が引き取って、あと病院との縁が切れちゃいましたね。結局。

法務省が推奨したんだけど、本人も家族もこの制度の適用を受けちゃった場合に、すごく不信感を残しましたよね。こういう制度が生きてるんですね。事件を起こした場合に、刑務所に入れられる、あるいは観察法で入院させられるとかあるんですけど、医療観察法で収容し、刑務所に入れても、その出るところでまた収容という、そういうふうな態

勢になっているんですね。

そうしておけば、「精神障害」であれば、事件を起こした後に関しては、完璧にフォローできると国は思ってるんですよね。今日話題の医療観察法も、全体に“何で？”という制度なんだけれども、刑を受けた後の強制入院というへんな制度もあったりするんですね。2年ほど前、その刑務所からの通報が多かったです。国がそうしなさいということをやったんでね。最近ちょっと減ってますけども。

**高見**：刑法の方でこれを制度化するっていうことがいま言われてますね。

**柴田**：これを制度化しようとしているのは、多分、単なる「精神障害」であれば（へんな言い方だけど）通報で入院させられるって思ってる。で、さっき言ったように、「知的障害」の人の犯罪の繰り返しは、これは入院対象でなくなるんですよね。「精神障害」とは違うから。それを何とかしたいと思ってると思います。受刑させて、また繰り返すだろうと見込まれるケースは、どっかに通報して、そこで収容してもらいたいな、と。保安処分関係で隙間を埋めていこうとしたら、次に要望されてるのは、そこなんですよね。何か、いやな話ですよ。

### 家族の支え

**F**：家族の話が出たんですけど、入院—外出—外泊—退院、そのシステムの中で、家族面会が結構重要な位置を占めるんじゃないかな、と思うんです。僕なんか、2ヶ月ちょっとですけど、2回とも退院できたのも、僕の場合家族がおって、家族が病院と色々な話をして、“早く出してくれ”と言ってくれたので、退院できたんです。

**柴田**：結構早い段階から、家族は、社会復帰の必要なファクターだってい

うことで、家族を早くから取り込んで、だから、例であげた取消になったケースは「東京まで行けるかあ」ということで、家族の協力が見込めないということで、適用じゃなくなっちゃったんですけどね。ここで家族が協力するということを、決定の時に、裁判所の方は言うてると思うんです。それで家族の方は「そうします」ということで、面会っていうか、病院の要請があれば行くということを、同意していると思います。

F：今回のこの横浜の人が、九州で収容されてたっていうことは、家族の人は全然面会なんか行ってないんですか。家族おるんですね。

柴田：ええ。病院が要請してるかどうかわからないんですけど、家族が行くつもりであれば、遠いけど行くと思いますよ。戻していくにあたって、外泊になると、家族が大きいですからね。“ボチボチ家族との関係を”という話にはなると思います。

高見：そういえば、この報告には、家族のことは一言も出てこないですね。

柴田：そうですね。家族が消えちゃってる。

F：そうすると、結論というか、改善策というのが、外出する時は監視員を出入り口において、1人は常に監視してる、そういう体制をつくれ、そういうレベルでしか改善策が書かれてないですよ。もっと根本的な問題があると思うんだけど。

柴田：地域対策優先ということになるんですね。

高見：ここには書いてないけど、「事故対策」ということでGPSで居場所を探知できる携帯を持たせるっていうふうになってるんですよ。持たせるだけで捨てたらいいようなかたちで、どっかにくくりつけるとかではないんだけど。そんなことを言ってるんです。(注：このGPS携帯は外出する患者の服に縫い付けられています。)

M：アメリカなんか、体内に埋め込んでるって話。性犯罪のあれは全部すごいね。

柴田：この病院もそうだけど、やっぱり外出とかは、社会復帰を考える時に重要だからということで何も言わないでおくと、地域感情としては“結局、分からないから”と、妄想的に考えを膨らますんですよね。実際にはそうならないけど、すごい病状のすごい悪い人がどんどん出てくるんじゃないか、と。そうすると、いろいろの人を出せなくなっちゃうんですよね。この医療観察法のスタートのところで、国が利用したのが、宅間容疑者の悪辣なイメージということなんでね。“そういう人がいるから、つくらないといけない”ということなんだけど、それをあまりにも強力に宣伝しちゃったもので、そういう人ばかりが入っているイメージになってしまった。だから、地域に1人でも出てきたらどないなるんやという反応を引き起こしちゃってるんですね。そこで、国の方は苦慮してるんですね。導入の仕方がへんだったんで、あとの地域へのイメージというか、「精神障害者」に対するイメージというんか、へんなもんになっちゃいましたよね。

高見：何か、事件を起こした人っていうのは、そんなことばかりやってる常習犯っていうイメージがついてますもんね。

M：奈良県の松籟荘病院は、説明会を何回やったかね。厚労省、県……。十何回やったよね。

高見：その中でも、差別的に反対っていう声はあるんです。

M：あったね。

高見：ただ、今日はちょっと遠いんで来られなかったけど、尼崎あたりで集会やると奈良から出てきてくれる人もいます。

柴田：自治会が差別的でないっていうのは珍しいですよ。

高見：そうですね。地元ビラ入れを、もう、「精神障害者」の人たちとか、ヘトヘトになりながらビラ入れして、そういう中で関係をつくってきたんです。

M：1回凶悪で、まあ殺人事件みたいな起こした場合は、サカキバラっていう神戸のあれじゃないんですけど、“またやる”っていう。イギリスの教科書読んだら間違いやったと。予想はできないというのが正しかったんですけど。社会では広く“またや”っていうか、そういう感じでこびりついてますよね。

柴田：イメージをね。

高見：宣伝をするからね。

柴田：宅間容疑者が鑑定を受けて、何回か入院があつて、というイメージを利用されましたね。だから、何回もこんなふうにする人を対象にするんです、そういう人がいるからつくるんですと、つくるために国が利用しちゃったんでね。それがこの法律のイメージとひつついちゃってるんですよ。

#### 目指すは医療観察法の廃止

司会：ちょっと感想めいたことになるんですけど。僕なんか、この保安処分病棟に反対する有志連絡会っていうことでやってきて、この医療観察法ができる前から、柴田先生にも来ていただいて、当時準備されていた医療観察法の段階で学習会やったりとか、関西で建設される予定の松籟荘へのビラまきやったりとか、ずっと続けてきて、そのうえで実際に観察法が始まって、また実際にできてるほかの所のいろんな取り組みとも

連携しながらやってきた。やっぱり今日的には、目指すところは、観察法の廃止を求めていくっていうのが僕たちのスタンスだと思ってるんです。そのうえで、実際今回、こういうことが起こって、やっぱり僕らが危惧してた保安処分としてのゆがみというか、そういうものの犠牲者として、今回のことがあって。そういうことでは、さっきの柴田先生の話は、僕らが確認してなかった、そもそも精神医療自身が完全にへんなもんになっていくんじゃないかっていうことがいろいろお話された。なるほどって思いながら聞いてました。この間のそういう流れの中で、今日的に、僕らはこの医療観察法にむけて、何かドラスティックに“こうしていける”なんてのはなかなかないとは思いますが、やっぱり今回のことを受けて、まずはこういう形で、実際の所をわかっていく、それを広げていくっていうあたりを、どういうふうにしていけばいいのかなあって。もう少し考えてみようと思いました。感想ですけど。

**高見:** 法律のいびつさっていうのが、2つの面が出てくるんです。ひとつは、自殺事件が起こるっていうことで、もうひとつは、さっき僕の報告で言ったけど、もう施設が満杯で建設も進まなくて、それをどうするかっていうと、医療観察法施設を拒否してる地方自治体病院にどんどん送り込んでくる。そういうふうな流れなんです。だから、そこで地方自治体病院が“そんなもんはおかしい”っていうことで拒否する流れができていたら、もうひとつ破綻すると思うんです。そういう破綻点を拡大しながら、そもそもこんな法律自体、最初に言ったように法律の立法根拠がないわけです。「精神障害者」の犯罪が多いわけじゃないんだから、立法根拠がないんです。そこにもどって廃止論をもういっぺん立てていくっていう、そんな流れかなって思うんです。自治体の方には、そんな打診

とか来てます？

**柴田**：いまは、ちょっと情報が途切れてるんですね。尼崎病院に1年間移ってたんで、具体的な話がちょっと遠くなって、わかりにくいんですけども。いまは、光風病院は児童病棟を建てるとか、そういう方向で話がいつてるんで、触法病棟とかそういう話がちょっとしぼんでるために、あんまりその動きはないんですけどね。

**高見**：いま、厚労省は、パブリックコメントっていう意見公募をしていて、それもたった8日間しか意見を言う期間がないっていう、何かひどい話なんだけど、それをやって、何か省令の改悪するみたいです。通常 of 精神保健福祉法施設に入れるっていうのは、省令の改悪だけでできるらしい。法律を変えなくてもいけるみたいなんで、もうじき具体的に出てくると思うんですけど。

#### 肥前事件への抗議行動は？

**K**：この肥前の事件自体の抗議行動みたいなのは？

**高見**：ものすごく秘匿されてて、家族も、どこにいる人なのかわからない。ものすごくやりにくいんです。今日配った資料でも、厚労省に何十回、百回近く電話して、出せ出せっていうことで、あと国会議員に頼んで出させるっていうことで、ようやく2/3黒塗りしたやつが出てきたっていう段階です。今日を節目に、これも運動化していこうと思っています。

**K**：先ほど柴田先生が言われた、12年して、通報して入院させるっていうのは、すごいひどいと思うんですけど。

**柴田**：これもどっかで目をつけて、なんかへんやぞというふうにしていかないと。

○：それ、法律は何なんですか？

柴田：精神保健福祉法。

○：精神保健福祉法なんですか！

柴田：26条かな、施設長、要するに刑務所の長はね、「精神障害」で犯罪を起こしうる可能性があると思えば通報ができるというのがあるんですね。それを使ってるんですね。

司会：それは、一概には言えないでしょうけど、入所の中で発病なり、というケースが多いのか、それともそもそも不安定で、という。

柴田：両方あるみたいですね。

M：精神衛生法から精神保険福祉法に変わって、決定的に違ってるのはね、一番最初にね、国民の健康を守る権利があるというのから、義務があると。権利が義務になってしまった。一瞬、ナチズムを思い出しますけど。

### 責任のあり場所

柴田：スツとひとつ言葉を入れることで、責任のあり方を変えちゃいますよね。精神保健法の話でね、ご家族なんかそうですけど、アメリカは家族の負担がないんですよ。保護者という制度でないんでね。それがいいかどうかは別として。日本は、家族に責任を残したんですね。保護者という形でね。その辺、本来行政が責任をもって、いろいろ金もちゃんとかけないといけないところを、家族に押しつけてるという、何かズルい残し方をしてるのでね、家族会とかそういうところでいろんな意見があって、嘆願とかされているんですけど、なかなか話としては進まないですね。都合のいいところはとられるけど、都合の悪いことは全部止められちゃいますよね。

この医療観察法にしても、「精神障害」が、そもそも宅間容疑者みたいなあり方で、というような感じで国が言ったけど、それは違うんだということを家族会は言っている。これちょっとツライ話ですけども、そういう事件の犠牲になるのは家族なんやと。犠牲っていうんか、家族関係がやっぱり濃いのですね。結局保護者とかいうことで、日本の場合、国が家族に監視義務を負わせてるので、いろんな軋轢を家族が受けるっていうことが背景にあるんですね。だから、事件の第1の被害者は家族。データがあって、医療観察法で殺人で入院してる人で、75%が家族が被害者。それで、たいがい家族に及んで、それでおしまいというのが、日本の「精神障害者」の殺人のパターンで、家族会がそういう実状やから、この医療観察法は合わない。

「精神障害」の事件に対する対応と違う、もう少し家族を含めた支えがいるんだということを、いろいろ言ってたんだけど、結局はそれを取り上げてもらえずに、宅間容疑者の事件で、あっという間にこういう形で通しちゃった。やっぱり、入院していて、他害ということで入ってる人の4分の3は家族に向かっていて、本来の普通の医療で、金かけてもらえたら、こんなにすごい制度をつくらなくてもやっていける人たちに、無理にこういう七面倒くさい面接方法で、こんだけ距離はなしてしまって、制度を何とか維持しようとしているというところがある。実際の中身の必要度とか、どうしてもこれでないといけないとか、そういうあたりは全然議論されないですね。

### 戦前の保安処分は？

司会：もしよかったら、『週刊金曜日』を見て来られたという若い方。感想

とか印象でも。

A：僕は全然詳しくないので、今日はちょっと勉強させてもらおうと思って来たんですけど。

司会：そういう意味では、なかなかわかりにくい所もあったかな。

A：こういう保安処分みたいなのは、歴史的に戦前とかは、あったんですか。

M：戦前は、保安処分そのものはなかったですけどもね。なかったですけど、治安維持法とかほかの法律が猛威をふるってたから、「精神病患者」に対しては、精神衛生法の前の法律じゃないですか。

柴田：最近読んだ本ではね、戦前は皇室に対する犯罪が特別に処分できるんですね。昭和が終わって、皇室が対象になるのが減っているんですけども、昭和の間っていうのは、皇居侵入とか、血統妄想で「自分は天皇の…」っていうのが多くて、皇室がらみがすごく多いんですね。戦前が問題にならなかったのは、皇室がらみの犯罪はそれだけで特別にできたけど、戦後はその法律がなくなりましたよね。で、皇室がらみの犯罪をどうするか、という背景があると思うんですよ。だから、一般に制度として「犯罪者」ということなんだけど、警察とか司法の動きは、皇室をどう守るのかというあたりが、戦後の昭和の間は強かったと思います。

天皇が国体とかで植樹に来ますよね。そうすると病院に警察から電話があります。「出さないように」と。油断していると、「対象のリストをもらえませんか」とかね。そういったところで、皇室と「精神障害」という絡みは強いみたいです。総理大臣が来るくらいではそんな動きはありません。保安処分の流れを見る時に、一般に「精神障害者」の犯罪が、というよりは、そういうものを含みながら見た方が、なぜ戦後の方にそ

ういう法律が出てくるのかとかは、わかりやすいと思いますけど。

M：保安処分の法案が次々に出て、最終的には1974年の5月28日か。法制審議会が刑法改正・保安処分の必要性ありということで答申して、それはいったん80年代のはじめかな、本当に国会で、刑法改正・保安処分ということが上呈されかけて、それに日弁連が屈服してしまって、協力して法務省と意見交換しながらやったんですけど、その頃はまだ反対運動が強くて、そういう法務省と日弁連の意見交換会はおかしいよ、ということで、反対運動が毎回毎回、意見交換会の場で抗議をして、最後は「単独立法にして通す」って坂田という法務大臣が言ったんですけど、結局最後はつぶされてしまう。だけどまた法制審議会の中で、いま密室で、全然知られないように、今度の保安処分の案を一生懸命つくってるらしいですからね。その間の（※保安処分ができるまでの）医療観察法ですよ。

柴田：そうですね。まだ（※保安処分法案は）完成してないみたいですね。

### 「共生舎」のホームページ

司会：保安処分の歴史的なことは、共生舎のホームページか何かに掲載してませんでしたっけ。

高見：載ってます。

柴田：インターネットとかで、わりとそういうの調べられる。

高見：共生舎っていうホームページ検索してもらうと、そこに資料とかいっぱい入ってるので。いま、サミット関連で、左翼に対する弾圧がすごいでしょう。国っていうのは、労働者は一切逆らわないでおかすという指向が強いから、そこからはみ出すような人に対しては、がんじがらめ

に閉じこめていくっていう、そういう流れがあるんです。その「精神障害者」版が保安処分っていうイメージで捉えてもらったらいと思います。

司会：もうだいぶ時間もあれですが。ほかにいかがでしょうか。何か、今後に向けた提起とかは。

### 今後に向けて

高見：今後には、今日のお話はぜひテープをおこして、冊子にしていきたいと思ってます。最初にも言いましたけど、この肥前の自殺事件っていうのは、単に1人の人が死んだ、1人の人が死んだのはたいへんなことなんだけども、それにとどまらない。医療観察法の問題性がものすごく浮き彫りになる事件だと思ってるんです。それは、柴田先生の話を通して、すごく浮かんできたと思うので、もう一度、医療観察法そのものがそもそもおかしいじゃないかという意見を、大きなものにしていきたい。

指定入院機関の建設が全然進まないというのも、非常に僕らにとっては有利な情勢としてあるので、そういう面での破綻、それから施設の中でこの自殺事件に象徴されるような「医療」の破綻、それを塗り隠すために地方自治体病院にどんどん押しつけてくるっていう、そういういろんな破綻局面が明らかになってると思うんです。

そういう意味で、もう一度僕たちの側が、この医療観察法の廃止っていうことを目指して運動をつくっていきたい。幸いにも、全国組織として運動をつくっていこうという流れがいま出てきている。ちょうど明日、その会議が東京であるんですけど、そういう流れとも連携しながらやっ

ていく。もう片方では、「障害者自立支援法」の問題性っていうこともあ  
る。それは全く別個の問題としてあるんじゃないかと、一体の問題だと思  
う。

そういう破綻点をとことん突いていく。そういう宣伝をどんどんして  
いく。僕は『週刊金曜日』に2回記事を書いて、『週刊金曜日』を見て、  
今日来ていただいた。もっともっと多くの人に訴えていけば、可能性は  
充分にあると思ってるんです。そういう意味で今後もあきらめることな  
く、運動していきたいと思っています。今日は柴田先生にたいへん貴重  
な話をさせていただいて、どうもありがとうございました。

柴田：まとまらない話で。

### 「真っ白な人」はいるのか？

I：なんか終わってしまってからで何なんですけど、宅間容疑者っていう  
のは、池田小、大阪教育大学附属の小学校っていう特殊な小学校に対す  
る、すごい偏見を持たされて大きくなって。常に“自分はできないん  
や”っていうふう育てられてた、そういう背景を、そういう原因を追  
求しないで、それでとにかく悪者というふうにして、死刑にしてしまう  
という状況があったと思うんです。そういう学校に対する、“いい学校と  
ダメな学校”みたいな、子どもたちに自分に対する自信をなくさせるよ  
うな教育というのが、ものすごく間違っていると。そういう面からも、「精  
神障害」をつくらないというか、自分に自信が持てないような大人をつ  
くらないような社会にしないと、心に傷を持った、そういう形での犯罪  
につながるような、そういう教育に対するメスも入れないといけなんじ  
ゃないかなって思うんです。

柴田：その視点ってのはあってね、日本はイギリスのあとを追ってるところがあって、宅間容疑者のことで、学校から地域の不審人物を排除してるといふのありますでしょ。イギリスで何が起こっているかっていうと、排除した結果、地域から閉鎖された学校の中での先生の犯罪、特に性犯罪が問題になってる。2年ほど前に話題になったと思うんだけど、イギリスの学校の先生は、自分の犯罪歴を報告しないとイケない。で、虚偽の報告をするとクビになる。なおかつ、とんでもない犯罪だともちろん雇われない。外部に対して高い塀を作って、内部の教師の問題が出ちゃって、ということで、今度は“アブナくない教師”を選別するってやってるんだけど、真っ白な、何も問題のなさそうな人間っていうのがおるわけじゃなくて、先ほど言われたように、宅間容疑者にしろ、いろんな生い立ちのいろんなものを抱えながらの人間の行動なんでね、学校の先生も、真っ白の理想的な先生というのは、自然にたくさんいるわけじゃない。いまの発想でいくと、全部排除していくという、いびつな社会の流れがあるんで。イギリスはそういう方向にいったるんですね。

日本もなんか、10年ぐらい遅れてそういう方向にいきそうで、懸念はしてるんですけど、学校の先生のとんでもない犯罪があると、今度は学校の先生に対するチェックという方向にいったら、何かこう、すごく“真っ白な人”がいて、それを汚してくる“悪の人たち”がいるという、そういうイメージでいろんなものがつくられてくると思うんだけど、それ自体を問わないとイケない。

そういう法律をつくる政治家なんて、真っ黒で汚れていたりするんだけど、自分たちは真っ白であるような感じで開き直っている。法律とかそういう制度は建前として、本人が真っ白であれば何の問題もなくて

いけるじゃないかというようになってるんだけど、それでいくと、ちょっとでも汚れてた場合に、ヒヤヒヤしながらおらないかん社会になってしまうんでね。ちょっと汚れてて悪いところもあるけど、何とかこうしてるし、こんな事情やったからわかってくれへんかなとか、そういう理解しあえる社会じゃなくて、ちょっとでも傷があつたらワアツていう感じで非難される社会っていうか、そういう方向にいつてるんで、そんなことが背景にあるってことは、議論の中に入れといた方がいいんだろうと思うんですけどね。

ついつい落としてしまいがちな話ですけどね。『精神障害』が犯罪を起こす」とかいう話になってるけど、そういうことじゃなくて暮らしてる「精神障害者」たちがいて、という見方にはならない社会にきてる。そこが一番いけないとこなんだろうと思います。

### 誰でもなりうる状態

I：誰でもそういう状況になったら、そういうふうな病気になって当たり前よ、というような、もっとゆるやかな、共に生きていこうっていうような世の中にしていかなかったら、生きるのがものすごくたいへんになって、監視されて、ちょっとでも悪いことしたら、みんなからにらまれているような社会になってる…。

柴田：そういう意味で、配った表なんか見た時に、いったん病気になったら、職場でうつになってリタイアしたら、チェックシートみたいなので、“どこまで満たしてるから”とかいうことになるのね。うつ病でリタイアした時に、こういうチェックすべきだっていうチェックシートできてるんですね。職場でうつ病で休んで、産業医と主治医との間のちぐはぐ

を何かで埋めないかんということで、そういうチェックシートみたいな  
のをつくって、その休んだ人をチェックしていく、というような制度が  
近々入るかもしれないっていう、へんな流れになってる。このうっとう  
しいチェックシートはその応用で、うつ病で休んだ時の、復帰の時の確  
認の目線になってしまってる。

I：うつ病やっていうと、そういう目で見えてしまうんですね。またそんな  
ふうにするんちがうかって。

柴田：朝何時に起きれてるとか、薬はこのぐらいの量であるとか、それを  
クリアーしないといけないとか。

### 「病者」への監視と排除

I：行動チェックがみんなに。とくに私、〇〇養護学校の中で、新しい先  
生で、ちょっとうつぎみな先生がいたら、みんながそういう監視の目で  
見ちゃってる。一挙手一投足全部にチェックが入ってしまって、ものす  
ごく息苦しくなって、結果的に参観日なんか休んでしまわれるんです。  
もうすごい言葉で罵られたりして。たいしたことないことを、なんで  
そこまで言われなあかんのかっていうような監視体制が敷かれてしまって、  
さらに悪くうつにつながるような職場環境になってしまってる。それは  
もう、見てて痛々しくって。

高見：郵政では、一度「精神障害」で休職すると、もう産業医が「復職無  
理だ」という診断書をずっと書き続けて。主治医は「復職できる」と  
言ってるのに、そのまま退職になってしまった人もいます。一度レ  
ールをはずれると、“おまえ、もうあっちいっとれ”っていうふうなのが  
強いんです。

I : すいません、終わりに。

柴田 : なんか、そういう視点が入って、できたらいいのにね。

司会 : 今日はどうもありがとうございました。

# 資料編

資料1：肥前精神医療センターから厚生労働省への報告書

肥前事発 1 号

平成 20 年 1 月 8 日

厚生労働省社会・援護局

障害保健福祉部長 殿

厚生労働省 九州 厚生局長 殿

独立行政法人 国立病院機構

肥前精神医療センター

院長 平野 誠

指定入院医療機関一般指導監査に基づく改善報告について

平成 19 年 12 月 26 日付、障発第 1226004 号及び九州厚発第 1226001 号により貴職から、改善指示された各事項について、別紙のとおり検証結果及び改善策をご報告いたします。

なお、今後、再び無断退去事案の発生がないように危機管理意識を常に保持していくとともに、心神喪失等医療観察法に基づく医療の信頼回復に努めていく所存でありますので、引き続きご指導いただきますようお願い申し上げます。

## 改善指示事項及び検証結果・改善策

## 1. 外出訓練

外出訓練の実施については、貴院であらかじめ定めている安全管理マニュアル上の各段階に応じて医学的管理下で行われるものであるが、今回の経過（特に付き添い者の行動・配置、外出先店舗の選定、事前確認、時間の妥当性、関係先への連絡状況）について、検証すること。

（回答） 検証結果及び改善策は、別紙1のとおり

## 2. 医学的判断

治療プログラムにおける外出訓練の実施の判断が適切であったか、検証すること。また、自殺企図をうかがわせるものは無かったか検証すること。

（回答） 検証結果及び改善策は、別紙2のとおり

別紙 1

改善指示事項及び改善策

1. 初回外出計画時は、「事前確認」として、外出先を下見して見取り図等を事前に情報収集すること、更に2回目以降についてもスタッフ全員で危険箇所、注意点等の情報を共有すること。

(事実経過)

今回の外出先は、他対象者が外出したことのある店舗であったが、店舗の構造、危険箇所等についての情報交換は、十分には行われてはいなかった。今回の経過の中で、同伴者1名は視野内観察をしていたものの、もう1名は危険箇所等の点検中に無断退去行動に至ってしまった。事前確認、情報収集に関してはマニュアル上の手順はなかった。

(検証)

今回の外出場所は他対象者での使用実績はあった。今回の事例を踏まえ、更にスタッフ間で外出場所についての十分な情報交換をもとに外出計画をする必要がある。

(改善策)

業務マニュアル P33<院外外出の方法> (1) 基本指針に「特に初回外出時は、外出場所の環境、建物構造等に関する情報を収集し、外出中の対象者の安全確保のため、対応の準備をしておく」と明記した。外出先の情報については、外出先一覧のファイルを作成し、情報を共有していく。外出先が初回の場合は、下見或いはそれ相当の情報を収集して場所を決定する。

2. 外出計画時には、「付添者の行動、配置」なども考慮の上、事前の役割分担を明確にしておくこと。

(事実経過)

同伴スタッフ2名は、役割分担の上、1店舗目では、1名が付添、1名は視野内観察していた。2件目の当該店舗でも役割分担し、1名が視野内観察、1名は危険箇所点検としていた。

10:52:27

視野内観察者は入り口付近にいたが、店舗中央入り口付近から雑誌コーナー（左方向、店内奥）に向かう対象者の後姿（防犯ビデオでも確認）を確認した。その直後、数秒から十数秒、対象者が視野から外れた。予測した行動方向の雑誌コーナーにいない対象者に気づき、直ちに店内の1階、2階を確認に回った。

（10:52:30 に対象者が中央入り口から出て行く姿が跡に防犯ビデオで確認された。）

11:00 視野内観察者は危険箇所点検の同伴者に事態を説明し、入り口付近に位置して、対象者を視野で搜索。危険箇所点検の同伴者は、店内、店外を再度搜索した。

11:10 店舗内で対象者を確認できないため、無断退去の可能性を病棟に報告した。

（正確な時刻は、後の防犯ビデオの映像からの記述である。）

（検証）

視野内観察は、多職種チームの評価、方針によるもので、店舗内での配置や役割、連携については通常の体制での実施であった。退去時の観察者の行動については、対象者のこれまでの治療経過と評価及び今回の外出中の病状の安定性などを踏まえた医学的管理判断から検証すれば、この3秒間に無断退去することは予測困難と考えられる。対象者を見失ってからの同伴者の初期対応及び搜索時間については、店外への退去を想定しておらず、また当該店舗の構造などを考慮すれば概ね相当と考えられる。

今回の事例を踏まえ、更に役割と連携について詳細にしておく必要がある。

（改善策）

業務マニュアル P34 「外出の方法」(2)の③「対象者の安全のため、付添レベル及び外出目的地の状況に応じ同伴者の役割分担を明確にしておく。役割分担については、外出計画書に明記しておく」を追記した。更に、外出計画書を改訂し、「同伴責任者」を明記し、その役割についてもマニュアルに追記した。また「役割分担」については事前に計画し、記載するものとした。

3. 対象者の状況に応じた「店舗の選定」、「時間の妥当性」を検討すること。

(事実経過)

今回の外出計画については、受持看護師が11月28日から3回に渡って対象者と面接を繰り返し計画している。外出時間の予定は、車移動1時間半、食事1時間を挟んでおり6時間の計画であった。外出店舗、時間については、多職種チームの評価によるもので、マニュアルに従って計画された。

(検証)

対象者は、回復期ステージにあった。今回の外出は、3回の院内外出の結果を踏まえ計画されたものであり、多職種チームの評価に基づいてマニュアルに沿って実施された標準的なものである。対象者の状態の安定度、生活能力、外出の目的等から無理のない計画であったと考えられる。

(改善策)

今回の事例を踏まえ、初回外出については、外出先(店舗等)は1箇所と限定し、相当程度の時間範囲とする。

4. 外出計画時の医学的管理下での見守り判断を決定し、計画書に記載すること。

(事実経過)

医学的管理下での見守り判断については、1店舗目では、1名が付添、1名は視野内観察していた。2店舗目での無断退去発生時は、1名が視野内観察、1

名は危険箇所点検をしていた。但し、外出計画書には医学的管理下の見守り判断について記載すべき項目設定はなかった。

(検証)

無断退去発生時、医学的管理については、対象者の病状等の評価から総合的に、同伴者1名の視野内で観察中であった。マニュアルに沿った対応はできていたが、今回の事例を踏まえ、見守り判断に関しては、より具体的に計画段階から計画書に記載しておく必要がある。

(改善策)

多職種チームで外出計画を作成時に対象者の医学的管理を検討し、医学的管理に基づいた「付添レベル」を設定し、外出計画書に明記することとした。業務マニュアルP30 7) 外出(2)「医学的管理」について明記、(7)「外出時の付添レベル」で具体的な付添レベルを明記した。安全管理マニュアルP88・P89にも同様の記載を追記した。

5. 地域との連絡体制を早急に話し合い整備すること。また、地域への連絡を当日にしない場合があるならマニュアルに明記すること。

(事実経過)

- 12/14 11:13 現地からの連絡直後に病院長に報告、緊急運営会議招集
- 11:40 神崎警察署へ通報
- 11:50 佐賀警察署へ通報(神崎警察署の指示による)
- 12:00 ■■■■へ通報(神崎警察署の指示による)
- 13:00 佐賀保護観察所へ報告
- 13:14 九州厚生局へ報告
- 12/18 16:05 吉野ヶ里町長へ報告
- 12/19 9:20 神崎市長へ報告
- 12/19 16:00 地域連絡会議で報告

12/20 13:00 監査  
14:00 吉野ヶ里町近隣住民説明報告  
12/21 16:30 吉野ヶ里町全議員に説明報告

(検証)

地域への報告は数日後となった。地域への報告、連絡については、緊急運営会議で検討し、他害のリスクはないこと、自宅ないしは遠方へ立ち回ることが予測されたことから、後日の対応とした。今回の事例から、地域連絡の範囲をマニュアルに明記すること、更に早急に地域関係機関と話し合いの上、連絡体制を整備する必要がある。

(改善策)

関係機関への連絡については、運営方針（安全管理マニュアル）P78「院外への連絡体制」を追記した。これについては、1月9日に地域と協議して決定する予定である。

医学的判断についての検証

1) 外出許可の判断の妥当性

対象者は、10月10日の運営会議で回復期ステージへの変更が承認され、その後11月に3回の院内外出を行った。院内外出においても、■■■妄想は全く見られず、現実検討能力も保たれた状態であった。病棟内でも安定した節度を保った行動がとれ、11月時点で精神病症状は寛解し現実検討能力も十分に保たれた状態であったと判断される。疾病教育や継続的な症状のセルフモニタリングなどの治療にも積極的に取り組んでいた。チームは、対象者の心理的負担に常に配慮し、治療は常に本人の同意に基くものであり、辛い時はいつでも中止できることを告げていた。一方、対象者は治療への拒否はなく、取り組みには抵抗感を示さず、精神病薬の内服や、病気や対象行為の振り返りや、調理などの作業療法にむしろ楽しんで取り組んでいる印象を受けた。抑うつや不安、あるいは過度の罪責感などのような、希死念慮につながるような様子も全く観察されなかった。こうした状態のもと、社会復帰のためのステップとして、院外外出を計画したのは妥当であると考えられる。

2) 自殺の予見性

対象者においては、退院し■■■に復職するという現実的な展望も開けつつある時であり、また、■■■読みたい本を依頼したり、作業療法で自分の誕生日に向けた調理を計画し楽しみにしていたりするなど、無断退去や自殺を予見させる言動は全く見られなかった。自殺の予見性は全くなかったと判断される。

3) 外出計画の妥当性

本人のこれまでの治療態度及び生活態度を観察する限りでは、正直で虚言の語れない性格であり、場を取り繕って外に出るために思ってもいないことを口にするような性格ではないと判断された。病状が安定していたのは、1)において示した。外出の手順に関しても、多職種チームおよび治療評価会議での検討の後、指定医および病院管理者の許可を得ていた。以上より外出計画も妥当であったと考えられる。

#### 4) 今後の対応

このように医学的判断については、問題ないと考えられるが、今後同様の事故の再発防止の観点からは、より全人的に、対象者の疾病性を超えた心理にも配慮した更に慎重な評価と対応を行いたい。

## 資料 2 : 外部評価委員報告書の要旨

この資料は外部評価委員の報告を外部に公開するために厚生労働省がつくった要旨です。その後に資料3の外部評価委員報告の全文が公開されましたが、公開にあたって伏字にされた部分がありますので、本資料もここに公開します。

肥前精神医療センター

第2回第三者評価会議が平成20年4月23日に開催され、外部評価委員の検証結果に基づく意見書が平成20年5月1日付で提出されました。

以下にその要旨を示します。

医療観察法病棟事案にかかる外部評価委員意見書（要旨）

「治療経過では、鑑定入院中の緊張し、警戒的、猜疑的、孤立的、拒絶的であった状態から、肥前精神医療センターでは次第に警戒的、猜疑的な気持ちは薄らぎ、精神症状を語り始め、主治医そして他の治療者達と本人との間に良好な治療関係が成立しかけてきた。そして3回の院内外出が実施され、幻聴、被害妄想、注察妄想、替玉妄想は消失

し、スパイに関する新たな妄想は生じなくなっていた。しかし過去のスパイに関する妄想が病的なものであったという認識はまだ十分には獲得できていないという状態であった。再発の不安などを抱いていたとはいえ、治療者達との間には良好な治療関係が成立しているとしか考えられない状態であった。そして事後的に振り返ってみても、院外外出直前までに何らの精神状態の悪化を疑わせるような様子や態度はまったく観察されなかった。」

「院外外出の医学的判断については、病状は明らかに改善しつつあり、良好な治療関係が成立しているとしか考えられない状態であり、また3回の院内外出においても離院の素振りもまったくなく、また院外外出直前まで病棟生活における態度にまったく変化が認められなかったことなどから、無断退去や自殺を予見することは不可能であり、院外外出をさせて経過を観察するという医学的判断は妥当であったと考えられる。院外外出の手続きにおける誤りも認められない。」

「院外外出時の医学的管理については、当時の安全管理マニュアルに基づいて行われた。看護師2人の付き添いのあり方に関しては、観察の程度は看護師の判断や裁量が認められるべきであり過失とは言えないという意見と、付き添いの方法に若干の問題があったという意見があった。しかし事案の院外外出時の安全管理マニュアルは密着した付き添いと少し離れの所在確認のいずれも含んだものであり、良好な治療経過のなかでの院外外出であり、また直前まで無断退去の素振りはまったく見られなかったことから、付き添った看護師2人が無断退去を予見することは著しく困難であったと考えざるを

得ない。従って看護師2人の過失であるとまでは言えない。無断退去の直後の対応には、ほぼ問題がなかったと考えられる。またその後、安全管理マニュアルの改訂により、外出の付き添いレベルや院外連絡体制をより細かく明文化したことは評価できる。」

「最後に不幸な結果となったことについてご遺族に深い哀悼の意を表したい。そして今後同様の事案の発生は防がなければならないことは言うまでもない。同時に、事故を畏れる余に入院患者の自由度を極端に制限することになれば、結果的に社会復帰を遅らせ医療観察法の趣旨に反することになる。そのような方向に流れないことを切に希望するものである。」

**資料 3 : 外部評価委員報告書**

肥前事発 429 号

平成 20 年 5 月 8 日

厚生労働省社会・援護局

障害保健福祉部長 殿

厚生労働省 九州 厚生局長 殿

独立行政法人国立病院機構

肥前精神医療センター

院長 平野 誠

指定入院医療機関一般指導監査に基づく第三者評価会議検証結果に  
ついて

平成 19 年 12 月 26 日付、障発第 1226004 号及び九州厚発第 122600  
号に基づく標記のことについて、下記書類を提出しますのでよろし  
くお取り計らい願います。

記

医療観察法病棟事案にかかる外部評価委員意見書

平成 20 年 5 月 1 日

独立行政法人 国立病院機構  
肥前精神医療センター  
院長 平野誠 殿

医療観察法病棟事案にかかる  
第三者評価会議・外部評価委員

■■■■院長

■ ■■■■院長

■ ■■■■検事正

■ ■■■■弁護士

■ ■■■■課長

医療観察法病棟事案にかかる外部評価委員意見書

指定入院中の無断退去・自殺の事案

氏名 ■■

生年月日 ■■■■

#### 1. はじめに

検討に当たって用いた資料は、肥前精神医療センターの診療録（以下、肥前診療録）、「指定入院医療機関一般指導監査に基づく改善報告について」（平成 20 年 1 月 8 日）、肥前精神医療センター西七病棟安全管理マニュアルと同マニュアル改訂版（平成 20 年 1 月 7 日改訂）、医療観察法の鑑定書（以下、医療観察法鑑定書）、社会復帰調整官の■による生活環境調査結果報告書である。なおこれらの資料からの引用は『』で示し、『』内の・・・は省略を示している。そし

て平成 20 年 2 月 27 日に肥前精神医療センター会議室において同センター職員から、事案の治療経過、外出当日の経過、一般指導監査の結果についての説明を受け、質疑応答を行った。後日、補足資料として、同センターでの心理教育プログラムの資料（一部に本人が記載した内容もある）を得た。なお肥前診療録に本人がノートに何か書いていたという記載があるが、家族に渡した本人の所持品のなかにはノート類はなく、ただ新聞広告の裏にメモした紙はあったのではないかとのことであった。

以上をもとに意見書をまとめた。

## 2. 事案の経過

まず医療観察法鑑定書、肥前診療録に基づいて事案の経過概要を述べる。

【以下 1 ページ黒塗り】

## 3. 精神症状と診断

最初に診断が重要と考えられるので資料をもとに検討する。

### 3-1 医療観察法鑑定書

まず精神症状が始まったのは平成■年■月ころであり、

【以下半ページ黒塗り】

### 3-2 肥前診療録

【以下 5 ページ黒塗り】

### 3-3 診断に関する外部評価委員の見解

外部評価委員として資料に基づいて診断を検討する。

【以下 1 ページ黒塗り】

#### 4. 治療経過

精神科治療においては、治療者と治療を受ける者との間に信頼関係を構築することが非常に重要なことは論を待たない。鑑定入院そして肥前精神医療センターの治療経過における治療者達との関係、家族との関係、他の入院患者との関係などについて、便宜的に4つの時期に区切って肥前診療録から要点を抜粋する。

4-1 鑑定入院（平成■年月■日から同年■月■日までの鑑定入院）

【以下半ページ黒塗り】

4-2 肥前精神医療センター・第一期（平成■年■月■日～同年■月■日）

【以下4ページ黒塗り】

4-3 肥前精神医療センター・第二期（平成■年■月■日～同年■月■日）

【以下4ページ黒塗り】

4-4 肥前精神医療センター・第三期（平成■年■月■日～同年■月■日）

【以下3ページ黒塗り】

4-5 治療経過に関する外部評価委員としてのまとめと見解  
鑑定入院中は

【2行黒塗り】

肥前精神医療センター・第一期では、

【半ページ黒塗り】

肥前精神医療センター・第二期では、

【半ページ黒塗り】

肥前精神医療センター・第三期では、

【半ページ黒塗り】

5. 事案の外出に関する医学的判断に関する外部評価委員の見解

医療観察法の解説（平成 17 年 3 月、最高裁判所事務総局刑事局）によれば、同法第 100 条（外出）とは「指定入院医療機関において入院治療中の者にこのような外出を認めることは、復帰すべき生活環境に漸次慣れることにより、段階的な社会生活への移行を果たすという積極的意義を有するものであり、入院患者の社会復帰の促進を図る上でも重要な意義を有するものである」とされている。

平成 19 年 12 月 14 日の初回院外外出に至るまでには、病状は明らかに改善しつつあり、良好な治療関係が成立しているとしか考えられない状態であり、また 3 回の院内外出においても離院の素振りもまったくなく、また院外外出直前まで病棟生活における態度にまったく変化が認められなかったこと、さらに事後になり病棟に残された荷物からは自殺を仄めかす遺書等は発見されなかった。これらから、無断退去や自殺を予見することは不可能であり、院外外出をさせて経過を観察するという医学的判断は妥当であり、また医療観察法の外出の意義にも合致した判断であった。従って治療評価会議の外出判断には誤りはなかったと考えられる。

なお院外外出は、治療評価会議と運営会議の承認を得て、事前に本人をまじえて当日の計画が立てられ、当日には外出手順チェックリストが最終確認され、付き添いの看護師は緊急時のための外出・外泊携帯書を持ち、予定の時刻である午前9時30分に病棟を出発した。肥前精神医療センターの規則やマニュアルに沿ってなされており、院外外出の手続きにおける誤りは認められない。

#### 6. 事案の院外外出時における医学的管理に関する外部評価委員の見解

まず平成20年2月27日会議において肥前精神医療センターより、院外外出前日と当日について、以下のような説明があった。平成19年12月13日は午後11時ごろ入眠した。同月14日は午前8時過ぎに覚醒し、洗面と食事をし、回復期の朝のつどいに出て、売店の注文票に缶コーヒーなどを記入し、翌日のテレビ番組の希望を出して重なった時間について他患者と交渉していた。そして、■の所持金は本人の自己申告であり看護師が確認したものではなかった。■身分証明書、■■■病院の診察カードやキャッシュカード■などはもともと本人の自己管理であり、外出時に持っているかどうかの確認はしていなかった。午前9時30分ごろに看護師2人とともに病院公用車で出発した。付き添い看護師は2人とも男性であり、うち1人は受け持ち看護師、つまりもともと日常的に関わることが多く本人にも慣れた看護師であった。1軒目のビデオショップは、狭くかつ死角が多かったこともあり、1人が傍に付き添い、1人が少し離れて観察するという方法をとった。終始落ち着いており、ゲームソフトを購入した。徒歩で2軒目に向かったが、笑顔もあり変わった様子は観察されなかった。見失った2軒目のビデオショップは、過去に他患者で使用し

たことはあったが、今回の付き添い看護師としては初めての店であった。2軒目のビデオショップに入ってから、看護師の隙を伺う素振りにはまったくなかった。2軒目は棚などの配置の関係で一瞬死角が生まれる構造ではあったが、1軒目のときよりもより治療的に接しようという看護師の判断があり、そのために1人がレジカウンター付近、1人が店内に他の出入り口等はないかの確認に回るという分担をとった。何度か、棚の奥辺りにいる本人の姿を確認した。レジカウンター付近の1人が、最後に書籍コーナーに向かう本人の後姿を視て確認し、その後短時間視線を外した。視線を外してから本人が出口から出ていく間は、店内ビデオの映像等から判断すると数秒から10数秒ではなかったかと思われる。その後レジカウンター付近にいた看護師の1人は見失ったことに気づき、店内を見回し探した。いなくなったという不安を感じながらも、もしかしたら2階か、もしかしたら自分の動いている方向に移動しているかとも思い、2階を確認した。そして看護師2人で1階と2階を捜し、店外を捜したが見当たらないので、肥前精神医療センターに無断退去したという連絡をとった。見失って直ちに店外を捜さなかったことや直ちに病院に連絡しなかったのは、治療経過や当日の様子から無断退去の可能性はまったく想定してなく、最初は見失ったと考えたからであった。なお事後に本人の部屋を片付けたとき、ロッカーにはオヤツ類や前日に買ったカップラーメンなどがあり、遺書らしきメモは残されていなかった。

これらをもとにして、外出の医学的管理について検討する。

まず医療観察法の解説（平成17年3月、最高裁判所事務総局刑事局）によれば、同法第100条（外出）では「指定入院医療機関に勤務する医師又は看護師による付添いその他の方法による医学的管理の

もとに行うこととされている。医学的管理とは、外出中の入院患者に対して適時適切に医療的援助を提供できるような状況に置くことを意味しており、これには当該入院患者に対する入院による医療の継続が損なわれないようにその逃亡の防止を図ることも含まれる」とされている。

次に平成19年12月14日の院外外出時点における「肥前精神医療センター西七病棟安全管理マニュアル」について検討する。同マニュアルでは院外外出は「医学的管理とは密着した管理、運営の管理、遠隔からの管理の3段階に分類」と定めている。事案の「院外外出・外泊計画シート」には、マニュアルの3段階のいずれかは明記されていないが、本人の説明という欄に「常時2名付き添い所在は常に確認する」と記されており、また平成20年2月27日会議において肥前精神医療センターより「所在は常に確認する」であり「どの程度密着するかは付き添い看護師の判断であった」という説明があった。

以上をもとに外部評価委員だけで付き添いのあり方について意見交換を行った。外部評価委員の間でも意見の相違があった。一つは、社会復帰に向けた外出であり観察の程度は看護師の判断や裁量が認められるべきであり、行動制限を強め入院患者の自由度を狭めることは医療観察法の趣旨にも反すると思われるので、無断退去と自殺という結果だけで過失と判断することは誤りであるという意見である。あと一つは、初回院外外出でありやはり事前の下見をすべきではなかったか、1人は常に傍に付き添っての密着で観察をすべきではなかったか、あるいは1人はビデオショップの入り口に居るなどの方法があったのではないか、など付き添いの方法に若干の問題があったという意見である。このような意見の相違はあるが、事案の院外外出時の肥前精神医療センターの安全管理マニュアルにおける医学

的管理は密着した付き添いと少し離れての所在確認のいずれも含んだものであり、良好な治療経過のなかでの院外外出であり、また直前まで無断退去の素振りはまったく見られなかったことから、付き添った看護師2人が無断退去を予見することは著しく困難であったと考えざるを得ない。従って看護師2人の過失であるとまでは言えない。

#### 7. 無断退去後の対応

まず肥前精神医療センターの直後の対応として、緊急運営会議の開催、捜索本部の設置、7班の捜索隊の編制と派遣（3個所のJR駅、2個所の空港、2個所のバスセンターなど）、並行して警察署（神崎警察署、佐賀警察署、■■■）への電話連絡や捜索手続き、家族への電話連絡、■■■との連絡などが行われた。これらの対応には、ほぼ問題がなかったと考えられる。ほぼとしたのは、事後、地元説明時に例え佐賀市内の無断退去であっても、直ちに地元連絡をすべきとの意見があったからである。

次に、肥前精神医療センターでは、この事案の検証をして、平成20年1月7日付けで「肥前精神医療センター西七病棟・安全管理マニュアル」の改訂がなされている。主な改訂点は、外出を社会復帰に向けての「外出」と一般科通院などのための「臨時外出」とに分けたこと、外出の付き添いレベルを「密着管理」A・Bと「運営管理」Cとしその内容を明記したこと、「無断退去発生時の院外連絡体制」をより細かくしたこと、などである。これらは従来の安全管理マニュアルにもあったものを、より詳細に明確化したものであると評価できる。

#### 8. まとめ

まず事案の主診断は■■■副診断は■■■■であったと考えられる。

治療経過では、鑑定入院中の緊張し、警戒的、猜疑的、孤立的、拒絶的であった状態から、肥前精神医療センターでは次第に警戒的、猜疑的な気持ちは薄らぎ、精神症状を語り始め、主治医そして他の治療者達と本人との間に良好な治療関係が成立しかけてきた。そして3回の院内外出が実施され、幻聴、被害妄想、注察妄想、替玉妄想は消失し、■■■に関する新たな妄想は生じなくなっていた。しかし過去の■■■に関する妄想が病的なものであったという認識はまだ十分には獲得できていないという状態であった。再発の不安などを抱いていたとはいえ、治療者達との間には良好な治療関係が成立しているとしか考えられない状態であった。そして事後的に振り返ってみても、院外外出直前までに何らの精神状態の悪化を疑わせるような様子や態度はまったく観察されなかった。

院外外出の医学的判断については、病状は明らかに改善しつつあり、良好な治療関係が成立しているとしか考えられない状態であり、また3回の院内外出においても離院の素振りもまったくなく、また院外外出直前まで病棟生活における態度にまったく変化が認められなかったことなどから、無断退去や自殺を予見することは不可能であり、院外外出をさせて経過を観察するという医学的判断は妥当であったと考えられる。院外外出の手続きにおける誤りは認められない。

院外外出時の医学的管理については、当時の安全管理マニュアルに基づいて行われた。看護師2人の付き添いのあり方に関しては、観察の程度は看護師の判断や裁量が認められるべきであり過失とは言えないという意見と、付き添いの方法に若干の問題があったという

意見があった。しかし事案の院外外出時の安全管理マニュアルは密着した付き添いと少し離れての所在確認のいずれも含んだものであり、良好な治療経過のなかでの院外外出であり、また直前まで無断退去の素振りはいっさい見られなかったことから、付き添った看護師2人が無断退去を予見することは著しく困難であったと考えざるを得ない。従って看護師2人の過失であるとまでは言えない。

無断退去の直後の対応には、ほぼ問題がなかったと考えられる。またその後、安全管理マニュアルの改訂により、外出の付き添いレベルや院外連絡体制をより細かく明文化したことは評価できる。

最後に不幸な結果となったことについてご遺族に深い哀悼の意を表したい。そして今後同様の事案の発生は防がなければならないことは言うまでもない。同時に、事故を畏れる余りに入院患者の自由度を極端に制限することになれば、結果的に社会復帰を遅らせ医療観察法の趣旨にも反することになる。そのような方向に流れないことを切に希望するものである。

## 資料 4 : 佐賀新聞より

### 触法精神障害者施設で覚書 肥前精神医療センターと町

凶悪犯罪を起こしながら刑事責任を問えない「触法精神障害者」の入院施設整備に伴い、国立機構「肥前精神医療センター」（神埼郡吉野ヶ里町）と地元の吉野ヶ里町が 29 日、警備員の 24 時間配置などを定めた覚書を結んだ。

覚書は 6 項目からなり、警備員配置のほか、「無断退去時のマニュアルを住民の意見を取り入れ改訂する」「触法病棟（33 床）は増床はしない」などからなる。

今年 3 月から実施する患者に対する外出訓練時の際の GPS 携帯は、覚書に明記しなかったが、今後も装着を義務付けていくことを確認した。

調印式では、住民代表が立ち会い、江頭正則町長と平野誠院長が署名した。

触法病棟は 2005 年の医療観察法施行を受け、厚労省が全国 24 カ所に整備を決定。同センターもその一つだったが、周辺住民の強い反発を受け昨年 10 月から、センターと町、住民代表が協議を続けてきた。

同センターは触法精神障害者をすでに 33 人を受け入れているが、既存の病棟を代用しており、覚書の締結を受け、新病棟の建設に着手する。

08 年 8 月 30 日更新

**患者にGPS携帯 肥前精神医療センター**

犯罪を犯して精神障害のため刑事責任を問われなかった入院患者の外出時に、場所が確認できるGPS機能の付いた携帯電話を持たせる取り組みを、国立病院機構「肥前精神医療センター」（神埼郡吉野ヶ里町）が始めた。施設周辺住民の要望を受け入れたもので、同センターによると、全国でも初めての試み。

GPS携帯は職員と一緒に町に出て買い物などをする「外出訓練」や、退院前に行う「外泊」の際に所持させる。パソコンで携帯電話のある場所が確認できる。特に体や衣服から離れないような措置は取らない。GPS携帯6台を購入。3月からこれまでに10回以上、活用している。

センターによると、センターの運営に関する周辺住民との話し合いの中で、GPSなど患者の所在が分かるような仕組みの導入を強く要望された。その後、外出訓練中に患者の行方が分からなくなる問題も起きたため、GPS活用が決まった。

導入についてセンターの山崎一雄事務部長は「患者の把握を徹底してほしいという住民の要望に応えた」と説明する。

同病棟の運営方針について、センターと地域住民が昨年から話し合いを続けている。住民代表の西村勝樹さん（65）は「まだセンタ

一から何も説明を受けていない」と前置きし、「GPSの導入は一步前進だと思う。体から離れないようにするなど、しっかり機能するように求めていく」と話した。

### 外出訓練患者の自殺は「過失なし」と検証

昨年12月、肥前精神医療センターに入院していた男性患者＝当時25歳＝が外出訓練中に行方不明になり、自殺とみられる鉄道事故で死亡した問題で、同センターは14日、「対応に過失はなかった」とする第三者評価会の検証結果を発表した。

評価会は1月、他医療機関の精神科医や弁護士など12人で発足。会議を2回開き、9日に検証結果を遺族に報告した。

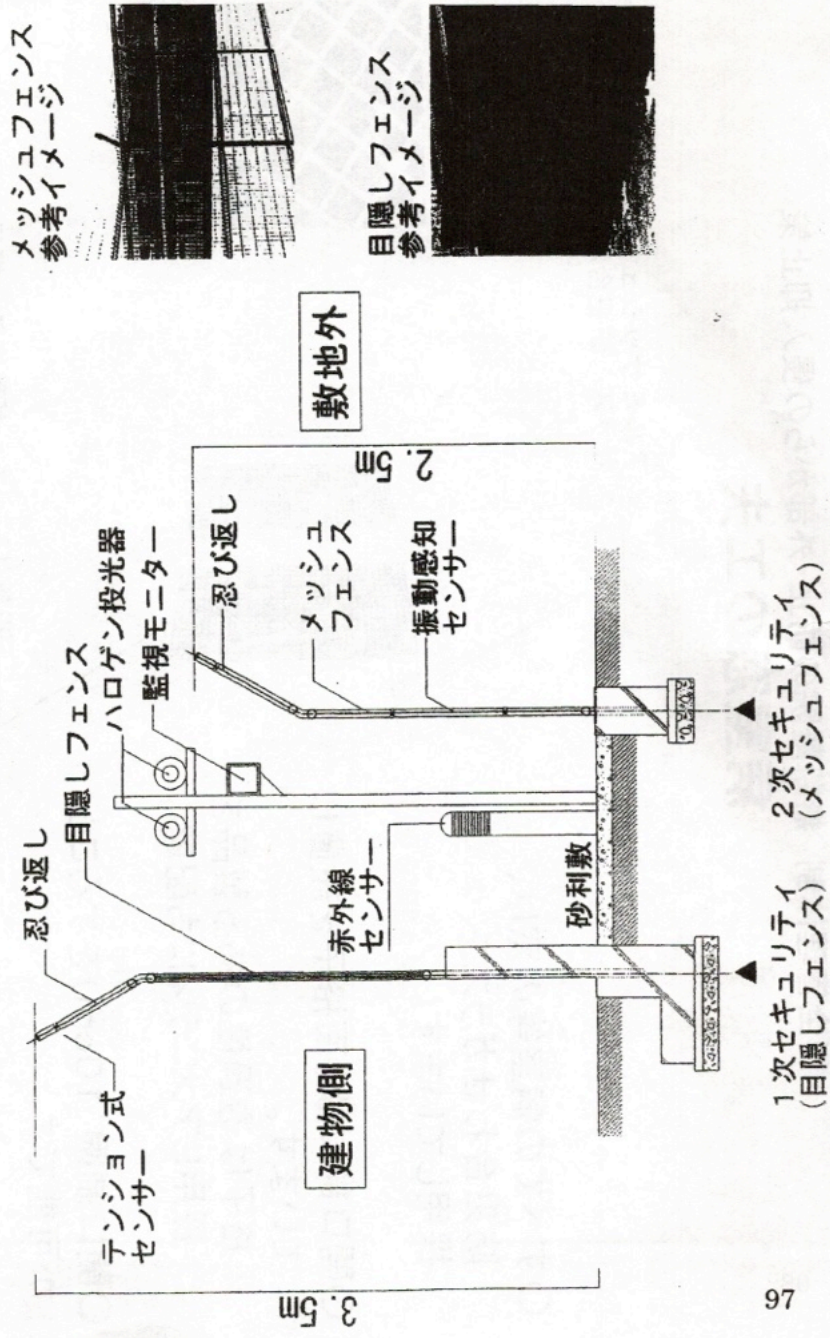
それによると、男性の病棟生活における態度から失踪を予見することは難しく、「外出訓練を行い、男性の治療経過を観察するというセンターの判断は妥当。男性に付き添った2人の看護師にも過失は認められない」とした。

センターによると、男性は昨年8月、犯罪を起こしながら刑事責任を問えない精神障害者を治療する触法病棟に入院。院内散歩や外出訓練を許可され、12月中旬、男性看護師2人と一緒に外出中、行方が分からなくなり、その日のうちに横浜市内の私鉄の駅で列車にひかれて死亡した。

08年05月15日更新

資料5: 東京都立松沢病院の医療観察法病棟の見取り図

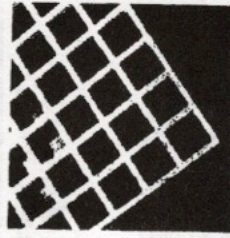
安全管理体制 無断離院の防止・外部からの侵入抑止策  
**病棟周辺にフェンスを設置**



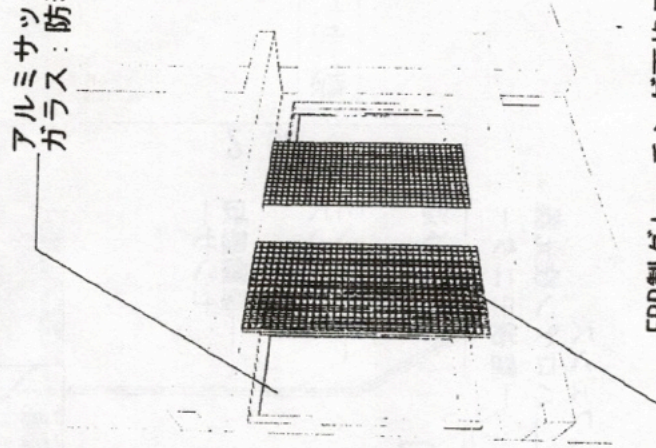
## 病室窓の工夫

- すべての病室等の窓は、防犯合わせガラスを採用しています。
- 開口部には、面格子を設置しています。  
※格子は透過性のある製品を採用しアメニティにも配慮
- 開口制限(10cm)をすることが可能です。

アルミサッシュ(片側FIX窓)  
ガラス：防犯合わせガラス



FRP製グレーチング

FRP製グレーチング面格子 (網目 4センチ角)  
※開口部分に設置

# 資料6: 医療観察法病棟の「評価項目」のサンプル

治療評価会議シート		シート番号( )		作成日		
患者番号( )	1	シート番号( )		作成日	平成18年3月5日	
氏名	カンジャ イチロウ	性別	男	生年月日	昭和49年9月14日	
本人氏名	患者 一郎	現在年齢	31			
治療期	急性期	左記治療期の開始(年月日)	平成18年2月1日			
保護観察所	東京保護観察所	社会復帰調整官	調整 一郎			
入院年月日	平成18年2月1日	名称	武蔵病院			
指定入院医療機関	多職種チームの担当者					
	担当医師	医師	花子	担当精神保健福祉士	保健 花子	
	担当作業療法士	作業	花子	担当看護師	看護 花子	
		担当臨床心理技術者	心理	花子	担当その他	
主診断(ICD)	妄想型統合失調症 ( F 200 )					
副診断(ICD)	躁鬱の場合は列挙 ( F ) ( F )					
身体疾患(ICD)	躁鬱の場合は列挙 ( ) ( )					
1週間の特記すべき状態像、提供した多職種チームによる治療的活動、薬物療法等						
<p>病棟生活は概ね落ち着いて問題なく過ごしている。他患者とは交友的に関心が乏しく、やや周囲への配慮を欠いている印象があるが、セルフケアや身の周りの整理などの生活能力は自覚している。また担当のスタッフとの個別のやりとりのなかでは自分の考えをある程度明確に表現できている。病的体験に影響された異常行動はなく、すでに幻聴は消滅しているという。しかし個別面接のなかで、「殺害した母親は偽物であり、自分は悪魔を退治した」という妄想的確信は依然変化が見られない。またかつて同様していた女性との関係については、いっさい口を閉ざし、何も語ろうとしない点も気になる点である。なお現在リスベリドンを9mg/日を投与しているが、今のところ、妄想に対する効果は十分とはいえない。そのほかには、急性期ユニット・ミーティング、心理教育プログラム、SST、CBT入門、OTプログラムに参加しており、参加態度に問題は無い。</p>						
活動範囲及び行動制限等		病棟内のみ				
共通評価項目	要素	具体的要素	点	備考		
(該当する項目を選択すること)	精神医学的要素	精神病症状	2	殺害した母親に対する、治療抵抗性の妄想が持続している。		
		非精神病性症状	0			
		自殺企図	0			
	個人心理的要素	内省・洞察	2	妄想によって対象行為に関する認知は歪んでおり、内省・洞察は得られていない。		
		生活能力	0			
		衝動コントロール	0			
	対人関係的要素	共感性	1	他適:	周囲への配慮がやや乏しい。	
		非社会性	0			
		対人暴力	1	対象:	な暴力であるが、病棟内では暴力行為は全く見られない。	
	環境的要素	個人的支援	0			
		コミュニティ要因	1	退院:	いれについて今後情報を収集する必要がある。	
		ストレス	1	同様:	的に解消されて間もない時期に対象行為を起すことへの地域生活にどの程度影響するかについては、現る。	
		物質乱用	1	依存:	ものの、過去にアルコール過量摂取による酩酊時	
	治療的要素	現実的計画	1	退院後:	まだ本人も具体的なイメージが持っていないようである。	
		コンプライアンス	1	受身的:	が、服薬の必要性に関する理解は不十分である。	
治療効果		1	薬物:	であるが、現時点では妄想に対しては治療抵抗性		
合計得点			13			
1週間の総合評価と効果	<p>頑固な妄想的確信とそれにもとづく内省・洞察の欠如に対しては、現在のところ進展は見られない。対象者にとって唯一の女性との交際体験である同棲相手の問題も、不自然なほど口を閉ざしている点から、何らかの病的な確信と関係している可能性が危惧される。しかし受身的とはいえ、服薬は拒否することなくつづけており、各種プログラムにもきちんと参加できている点は評価できる。今後、そうしたプログラムの効果が期待されるところである。</p>					
今後の目標と治療方針	<p>妄想の改善、病識の獲得により、治療継続の必要性や対象行為に対する内省の獲得が、当面の目標である。</p> <p>妄想に対する薬物療法として、現時点では効果が不十分であるリスベリドンに代えて、オランザピンの投与を検討する。また心理教育、ならびに認知行動療法は継続していく。</p>					
会議参加者	医師 花子 (職種: 医師)	看護 花子 (職種: 看護師)	看護 太郎 (職種: 看護師)	作業 花子 (職種: OT)	心理 花子 (職種: 心理)	
会議開催年月日	平成18年3月5日					
シート作成責任者	医師 花子 (職種: 医師)	シート作成年月日 平成18年3月5日				



[MEMO]

[MEMO]

一九八四年八月二〇日 第三種郵便物認可 毎日発行  
KMP (Kangaeaパンゲア) 第三種郵便物認可 通巻第8086号 2008年12月10日発行

編集人 保安処分病棟に反対する有志連絡会  
兵庫県尼崎市長洲東通2-11-3-202高見方共生舎  
Tel.090-3054-0947  
共生舎URL:<http://homepage3.nifty.com/kyouseisha/>  
Eメール: [gen1951@nifty.com](mailto:gen1951@nifty.com)  
郵便振替 00960-1-140519 共生舎

発行人 関西障害者定期刊行物協会  
大阪市城東区東中浜2-10-13緑橋グリーンハイツ1F

定価500円