

て、始めに彼の頭の中でこいつは俺に脳梅毒を埋め込んだ犯人だとかたちで、もう妄想がスタートでそこから衝動行為に及んじゃうというケースがほとんどです。全てとっていいかも知れません。中には妄想の対象にされている看護スタッフが時間開放で開けた瞬間に飛び掛られて馬乗りになって首しめられて危うく死にそうになったということが何度かあります。また、時間開放や散歩中に無断離院も繰り返されることから、医師・看護スタッフも本人の行動に警戒を強めざるを得ない状況が続く、結果として入院後約 20 年程保護室を使用、当然のごとく本人がある程度行動的な部分が落ち着いていれば時間開放もしていました。いずれにしても基本的には保護室というところを使って治療を継続せざるを得なかったということです。薬物療法、いろいろ大量に使ったり、いろいろ品を変えやったり、時には ECT を併用したりという形でやっていたんですが、病状の改善は非常に乏しく、治療すること自体が困難を極めました。

5 年ぐらい前から、ようやく衝動行為とか攻撃行為が目立たなくなって、食事とか服薬云々の誘導にスムーズにのれることから、保護室より一般個室使用に至っています。その頃武井院長が担当されまして、いろいろ ECT 使ったりとか、看護スタッフにこういう形でいろいろ日常生活面を援助していこうということで、もう一回治療の再構成をした時期でもあります。その後十数回衝動行為、たとえば妄想に基づいて火事だと思ったとってガラス割ったり、急に他患者のうしろから殴りつけちゃうとか、そういうことがありましたが、短期間隔離を行った以外は、基本的には現在いらっしゃる一般閉鎖病棟内の中の一人部屋で生活し、かろうじて院内適応をしているという状況です。無断離院は沢山あったのですが、3 年ぐらい前からしなくなりました。それから今年の春に脳梗塞を発症し、現在右上下肢の不全麻痺で歩行困難等がありますが、ADL 上はさほど支障はない、そんなレベルです。

現在、時事を取り込んだ多彩な妄想体系による曲解、強迫的常同行動、病棟内に床に緑のラインが引いてあるんですが、それを必ず右足で飛び越えとか、トイレに行って個室に戻る際に必ず同じところを通過して、動線が同じだとか、いろいろ儀式的なところがあるんですが、精神症状は基本的に不変です。事件以後、親類家族は、本人を嫌がって完全に避けちゃっています。唯一の弟さんも 2 年に一回くらいこちらがお願いしたら何とか都合つけて来てくれるという程度で、基本的には疎遠です。私が平成昨年春に担当してからは、衝動行為が 2 回、3 回ありましたけれども、措置入院の継続をどうしようかと、ようやくそういうことが考えられるような状況になっています。ですが、病状を含めて今後、退院の見通しが立っていないのが現状です。

まとめですが、思春期発症で思考障害が著しく、極めて重症で予後不良の精神分裂病の

事例。その経過中に、活発な病的体験に支配され現実検討・理非弁識能力が著しく低下した状況下で、父親を殺害。簡易鑑定の結果不起訴。改善の乏しい妄想に端を発す突発的衝動行為が繰り返されたことにより、医療スタッフが対応に苦慮し、長年保護室を使用せねばならなかった。しかし、近年ようやく保護室から個室に移し、病棟内適応にこぎ着けたということです。

追加発言

長瀬（看護）：妄想の対象になってやむを得ずその看護者を他病棟に配置転換したということもありました。あとは、妄想的な部分で、車のデザインを盗むとか、あとは風呂場がかみそりで斬りつけられ、最後にですね、看護者は数名で対応したこともありました。補足的にはそのぐらいです。

質 疑（事例 A）

質問（吉川）：薬物療法はだいたいどれくらい基本的に使っていたのでしょうか？特にひどい時期。20年間とだいぶ長いですが。

高野：主治医もだいぶ変わっておりますので、一括はできないですが、ハロペディドールでいけばですね、大体70mg前後、それからヘノジアジン系、たとえば現在ロドピンとか使ってますけど、大体今は300mgから400mgの間、そういうところが中心ですね。それから高血圧も最初の頃は大丈夫だったんですが、現在非常に血圧が高くてですね、常時200とかそのぐらいあって、降圧剤もいろいろ使って、多種多様なお薬使って何とか、押さえてるという感じです。

質問（山上）：看護の方は、恐らく介助をする際に、行動を予測するのに大変だったと思うのですが、どういう点で、事故を防ぐのにどのような工夫、苦勞されたか教えてください。

看護：やはり、複数対応でした。それと、無断離院が何度かありまして、レクなんかで紛れ込んで出たり、あとは、個室から誘導しているときに、職員のトイレの窓から出たり、職員が夜勤明けで帰るときに道路で会ってつれて帰ったりとか、措置患者ですからね。

質問（加藤）：措置解除について検討中であるが、病状を含め今後の退院の見通しが立たないということでしたが、長年保護室を使用していて高齢者でもあるということ、父親を殺害していて家族の協力を得難いことなどの事情から、帰すときには濃厚なケアが必要と

思われるが、どう考えますか。

武井：おっしゃる通りアフターケアが非常に重要で、先ほど言いましたアフターケアの保障ということをするわけですが、このことに関しては今の主治医じゃ、たいがいまだ無理だと思います。まず不可能だと思います。だからこのケースでその話をするのは無理です。ただ一般論としては当然措置解除さらに少し医療保護で様子を見て、さらに任意入院にして、その中でアパート探ししたり、うちに帰したりしながら、ためしに試験外泊させたり、安心してやれるようになったら、さらに訪問看護つけてという風な段階ですね。地域の社会資源があれば、昼間そういうところで過ごす場所をつくってやるとか、何ヶ月もやるわけですが、このケースに関しては、それは不可能です。

5年ほど前には私が主治医としてかかわっておりまして、保護室に入っていて、それまでも濃厚治療やっていたのですが、もっとインテンシブにやって、何とか、4人部屋では無理だけど1人部屋になら出すことができた、そのレベルで終わりですね。問題はこのようなケースを引き続きE病棟で抱えていけなくちゃいけないということです。この人は開放病棟に移すのは無理で、あの病棟には一般に発病した若い患者さんとか普通のうつ病の人も入ってくるわけです。すなわち同じ病棟で診るわけですね。一方は退院していくわけです。この人は今、落ち着いています何が起すかそれはわかりません。看護者に対してはしなくても、他の患者さんする可能性もあるわけです。このような患者さんをずっと引き続き診ていけなくてはならないのかと。そこに問題があると思います。

質問（吉川）：こういう措置の手のかかるケースで、時間開放とか、散歩とかで、どういった工夫をされましたか。たとえば主治医が同伴するとか。

武井：過去は・・・基本的に出せないんですがね、出す場合は看護者がマンツーマンでついて、ちょっと院内散歩するとか、看護者が心配な場合は主治医もつくとかありました。現在はどうですかね。

高野：現在は先ほどマーク方式の話で出ましたが、赤マーク黄色マークの患者さんも団体で散歩する場合があります。当然一緒に出かけることもあります。でも現在は基本的に身体機能の部分がずいぶん衰えてきていますので、走り出したりすることはむずかしいですね。

武井：グループで散歩しているということですね。

質問（町野）：結局退院はないとの事ですが、措置から医療保護に切り替えるメリットは？

武井：措置は、開放処遇はできないわけです。措置を解除することで、基本的には本人の

意思に応じて外出させてやったりできるんですが、措置の患者さんをそのようにして方が一事件が起こったときは、病院の管理責任が問われるわけです。だから措置解除のメリットは、本人の自由意志を尊重した対応を上げられるということです。

高野：付け加えますが、この患者さん、脳梗塞が再発する可能性が大なんです。その際他院に入院を依頼するときに措置入院だともものすごく縛りがあるわけです。その辺も含めて、措置入院の形態は変えておこうかなと考えております。

質問（堀）：この患者さんは措置入院しても病状が悪かったと、精神病院で扱わなくちゃいけないケースだと思いますが、県立病院だからやってこられたのだと思うのですが、これ以上にほかの施設だとか検討すべきだとか、お考え高野先生ありますか？

高野：この症例に関して、今検討されている触法精神障害者の病棟でやるか、県立を含めた精神科一般の病院でやるかというのは、意見分かれるところだと思いますけれども、今のところは、病気そのものが重症で、こういったら失礼ですが、殺人を犯したエピソードは彼の病状の経過のエピソードのひとつに過ぎないという感じでありますから、基本的には医療優先でやってあげているという流れではあります。

事例 B

浅見：私が紹介する症例の診断は、反社会性人格障害です。本来なら、精神病院で対処すべき事例でなかったというケース、ということで紹介させていただきます。

事例 B 現在 49 歳、男性、反社会性人格障害

当院に入院になるまでの経過ですが、犯罪や反社会的行為を頻回繰り返しています。16歳の時の住居侵入を始めとし、少年時代から傷害や暴行で逮捕され、当院入院に至るまでの20年間に合計11件の犯罪歴があります。その中の3件（傷害、強制わいせつ、殺人未遂）では懲役刑ということで刑務所に入っています。この間に、昭和18歳の時から精神病院に、分裂病あるいは躁病という診断で、入退院を繰り返していたということです。

当院入院に至る経緯：11年ほど前の春からP市内のアパートに住むようになりましたが、日中から大酒し、大声で怒鳴ったり、奇声をあげたりの生活ぶりで、近所迷惑の状態が続いていました。そしてアパートの大家に対して、自己中心的で脅迫的な言動が絶えず、翌年の秋に大家の家の玄関を錠で壊し、かつ錠を振りかざして大家夫婦を追い掛け回し、警察に逮捕されました。しかし、簡易精神鑑定で不起訴となって、当院に措置入院となったものです。

当院入院後の経過：入院後も看護職員に対して、脅迫的、威嚇的言動が絶えず、かつ他患者に暴力行為に及ぶなどして、治療困難な状態が続き、1年半後に強制退院となるまで、ほぼ毎日保護室での処遇が続いた。その後、これまでに、当院に30回以上にも及ぶ短期の入院歴がありますが、これまでの主な問題行為をまとめると、次の通りです。

8年前には、当院内の喫茶コーナーにおいてコンクリートブロック1個を両手で持ち上げ、他患者の頭部に振り下ろしたことがありましたが、スタッフが気付いて怪我をさせずに防ぐことができました。

7年前に入院したときには、保護室内で放火事件を起こしました。

6年前には、酒、シンナーを病室の窓から差し入れようとしていました。

5年前には、喫茶コーナーの前廊下において、女子看護職員に殴る蹴るの暴行を加えました。この時は当院から地元警察に通報しましたが、警察は全く対処してくれず、暴行を受けた職員からの被害届がないとだめと言われました。本人に対する病院としての対処として、2年間病院への出入りを禁止した。（この間、他院に投薬を依頼し、結果的に時々電話で相談に応じることになった）。

結局、3年前からまた当院にて治療を再開、その年は1年間で6回の入院、翌年は7回、去年は2回の入院があります。この間、入院期間を2週間に限定し、本人からの希望時は即刻入院させるようにしました。この対処は3つの目的があります。1つには地域社会の

防衛で、1つには他の入院患者への悪影響を少なくすること、もう1つはスタッフの精神衛生のためです。

昨年春に傷害事件を起こしたと警察から連絡があったときには、警察はすぐ病院に連れて行きたいとの事でした。当直医は保護ではなく、事件として対処してほしいと話しましたが、警察は納得してくれませんでした。そのため、待機番の指定医から直接警察に連絡し、本人は精神病ではなく人格障害であり、十分に責任がとれる状態にあると説明して、結局逮捕されることになりました。その後刑務所を3カ月で出所し、昨年秋から通院が再開されています。本年も2カ月ほど前に10日間ほど入院したが、他患者のひげを勝手に剃るなどして、当直医から嚴重に注意されたが、無断離院し、強制退院となっている。現在は、本人と関係が取れている看護スタッフが、入院防止のための訪問看護を行っている。

小括ですが、頻回に犯罪や反社会的行為を繰り返しているにもかかわらず、一方で分裂病や躁病の診断を受けて精神病院に入退院している。実に、診断がいい加減である。入院させるということは、病院にて入院による治療を引き受けるということであり、安易に入院させたりすると、後々他の病院が迷惑を受ける。この事例は、精神病院では引き受けてはいけないケースであったと考える。

司会（武井）：ありがとうございました。このケースは看護のほうも言いたいことはたくさんあって、浅見先生はまとめているうちに、腹がたって仕方なかったと仰っていましたが、看護の方はどうですかね。

長瀬（看護）：別の資料で、看護で主だった暴力行為などを記したのが入っているかと思いますが、簡単に言いますと、この患者さんは看護者、患者に対する威嚇、暴力行為などを繰り返し、大変わがままな性格、身勝手な患者さんで対応に苦勞する一例でした。

司会（武井）：訪問看護の方はどうですか？

（訪問看護）：発表がありましたように、昔はそうでなかったのですが、今は人間関係のできている職員が対応し、入院防止をしているのが現状です。うちの病院の訪問看護の体制が、訪問看護室には婦長と囑託の3名とで4名でやっているものですから、各病棟から訪問看護員というのを選んで頂いて、その人たちの協力を得て訪問看護を実施しているというのが実態です。その一例として、この患者さんにも適用しているということです。

質 疑

司会（武井）：このケースも私は平6年ぐらい前から関わっていて、大きな事件は先ほどの院内の喫茶で看護者を殴って警察に通報したけれど、おとがめなしで、病院が抱えてし

まったケースで、大体覚醒剤とかありますが、この人は純粋に反社会的人格障害で過去に首相に火炎瓶を投げたりだとか、政治結社に入ったりとか、そのような経歴があります。この人は致命的なことは起こさないんです。ある程度計算していて、ただ、色々と迷惑をかけるタイプです。ご質問は？

質問（山上）：他院で分裂病等と診断されていた本事例の診断を人格障害に絞られたという経過と、人格障害で事件を起こせば刑務所だけれども、帰ってきて受診してくれば応えられる範囲内で応える、処遇方針として一貫した何かがあるのか、かかわり方の問題について教えてください。

武井：こういうケースの人は精神病院に入ってはいけないケースなんですね。でも一回精神病院入院歴というレッテルがついてしまうと、何か問題起こしたらすぐ病院という関係なんですね。分裂病と診断がついてしまうと、これをくつがえすのは容易じゃないんです。この人がいなくなればどれほど楽かと思えます。このような人を違う処分するシステムを早く確立してほしいと思えます。臨床の現場としての意見です。

司会（山上）：警察、検察の方でご出席の方、そちらの対応として率直なご意見をお願いします。

小山（警察）：警察本部の小山でございます。只今の件なんですが、警察の方と致しましては、やはり警察でも犯罪であれば当然事件として検挙する。警察の職務の中で保護か、事件かというようなことで、今回のような場合、どちらを選択するかケースバイケースで変わってくると思いますが、そのときに警察の方でも、知識、経験、さらにはこの人の人格障害などについての知識は、全く素人なんですね。そのときの状況によっても変わってくると思いますが、警察の方としても適切に対処したいとは思っております。

猪俣（検察）：一般的に検察庁、検察官は1年間やる事件のうちにこのような精神的な問題がある事件はほとんどないと思うんですよ。自分の経験からすると、1年で数件あれば多いほう。場合によっては1件もやらないということは多々あります。ただそうはいつでも責任能力があるのかないのかで、頼りにしているのはやはり病院なんですね。武井先生もおっしゃってましたが、1度分裂病と診断が付いてしまうと、われわれの方こそ、覆せないんです。2度と起訴ができないくらいなんです。そういう意味でも今回のお話は興味深いと思っております。

質問（加藤）：先ほど強制退院という言葉が使われておりましたが、民間の病院から強制

的に退院になった患者を県立病院が受けざるを得ない時など、手続き的には、民間の精神病院で措置解除をして、その際都道府県、衛生部などがそれを了解して、こちらに移送してくるという手順ですか？

武井：そのようなきちんとした手続きがあればいいのですが、普通は民間病院で受けて問題行為を起こしたら「出て行け」という感じで退院させてしまう。それだけのことです。措置解除なんて指定医が1人いればできますから。その人が退院すると問題起こします。民間病院で入院拒否すればその人は宙に浮いてしまうわけです。そうすると県立病院なんだから入院させろという精神科医療の力関係で責任を負わせられるわけです。

質問（吉川）：彼は時々自分で希望して入院してくるわけですが、治療の拒否はできると考えてますか？

浅見：拒否というより、条件付きです。短期入院や規則についてなどです。全く拒否してしまうと、彼の場合は入院患者にも迷惑かけますしね。比較的スムーズに彼の希望は聞きます。

質問（吉川）：それは、社会的防衛の役割を精神医療が担っているのか、治療的対応どちらですか？

浅見：比較すれば、私自身は社会的防衛の方が大きいです。

質問（花輪）：生育歴と性格的なことと、治療法について教えてください。

浅見：治療は薬物 CP が150mm ぐらいです。とくに注射はしていません。一時期電気痙攣療法や大量薬物療法などやったことがあります。全く効果なかったと私は思います。

武井：生活歴は古い師の子供で母親が逃げ出して、不幸な方です。性格的には人懐こく、基本的に今の社会では生きていけない人で、でも人が好きな人。だからセンターを頼ってくるというのもあります。

質問：精神病院に入れるべきでないということは、今後は入れないということですか？

浅見：取っ掛かりが入れるべきでなかったの、関わってしまった以上は、色んな施設ができない場合は抱え込むしかないということです。

質問：懲役刑を何回か受けていますが、刑務所の中ではどんなすごし方してたんでしょうか？

浅見：私が聞いたことは、本人は歌や、手品が得意で、刑務所の中では人気者で、単独房に入るようなことはなかったと聞いています。

事例 C

浅見：次は、覚せい剤精神障害、妄想型人格障害およびアルコール依存と診断された事例で、触法精神障害者への対応として病院ができるのはどんなことだろうかということを考えるための事例です。

事例 C 現在 48 歳、男性、覚せい剤精神障害、妄想型人格障害、アルコール依存

病歴ですが、18 歳の頃より大量の飲酒を始めた。19 歳時より傷害、窃盗、強迫などに、これまでに 12 回の罰金刑や服役があります。

22 歳の時に P 病院に入院したのが最初の入院で、その後多くの精神病院に十数回にわたり入院し、退院するとすぐに飲酒をはじめ、定職につかず、友人や店に借金して飲酒したりしていた。なお、23 歳時に覚せい剤の乱用歴が認められる。

11 年前に飲酒中「先輩の女房に手をだすな」と同級生を呼びつけてラシャバサミで頭部に負傷させたが、病的酩酊で不起訴ということになり、P 病院に措置入院した。2 年後に同院を退院したが、前と同様の生活ぶりであった。

8 年前、飲酒して、「生活保護を却下されたから彼女に逃げられた。これから落とし前をつけに行く」とナタをもって民生委員宅を訪れ「殺してやる」と怒鳴ってドアやガラスをたたいたが簡易精神鑑定の結果、犯行時の責任能力が問えず、検察官通報が必要と判断され、当院に措置入院となった。

その後の経過ですが、保護室にて経過をみます。いろいろと要求が多いが、特にホリゾンの静注やタスモリンの筋注を頻回に求め、その対応に不満があると脅迫的、威嚇的言動が続く。たとえば「人を殺すのは簡単ですよ。タマつぶしちゃえばいいんです」などと脅す。他患者に対して暴力行為があったり、しばらく興奮状態が続いていたが、入院の 3 カ月後より日中開放（6 時より 17 時まで）とした。妄想状態は相変わらずで、「Q 病院退院後も看護者が身辺をうろろうろしていた」とか、「自分の買ったコップ酒にシアナマイドを入れられたりした」、などと言う。翌月より 21 時まで開放。ホリゾンの静注やタスモリンの筋注を頻回に訴えている。「仕事はやらずやくざで食っていきますよ」とか、「再鑑定してほしいが X の息がかかっている限りは、同じ事でしょうね」などとも言う。入院 8 カ月で看護者と院内散歩。社会復帰の準備のため障害年金の診断書も書いた。9 カ月目、院内運動会に参加するが、大勢の人がいると圧迫されると途中で参加を中止したが、病室は一般部屋へ移した。この頃は年金をもらって近隣の市で母親とアパート暮らしを始めることが検討されていた。3 カ月後に年金の支給が開始された。

7 年前の夏、本人、主治医、看護師で R 町を訪問、区長に挨拶。主治医に対しても妄想を抱くようになり（「こいつのせいで、家に戻れない」などと）、やむを得ず主治医交代。

その秋看護者同伴にてR市まで外出。10月13日Sらに対する妄想状態は同様に、「自分をここまで追い込んでいるのはSの野郎だ」、「R町の保健婦のせいで退院できなかった」などと訴える。

6年前の年明けに、他患者よりの情報で、Cが病院内に覚せい剤、酒をもちこんでいると。その春に主治医交代。徹底的に薬物療法を中心に治療を行うという方針にて、ホルモン療法開始。電気けいれん療法も行う。その秋よりグループ散歩許可。翌年春には本人、主治医、看護師と自宅まで外出。本人の抱えている問題点を整理し、きちんと伝えることが大切と考え、覚せい剤の乱用により、現在の状態になっていると説明。少し、治療関係ができるようになり、問題点を指摘できる。同年夏に措置解除。秋にはS市に単独で外出。

4年前の年明けに以下の点について本人に説明する。「過去に覚せい剤や飲酒して人に迷惑かけていることが問題なのである。今後絶対に覚せい剤や多量に飲酒しないで人に迷惑をかけなければ退院できる。R町の人たちはあなたが帰ってくることを全員が反対している。」この頃の方針は、病院付近のアパートかT市の姉のいるところに退院の方向が出されていた。その年の春、T市行きを兄と相談、以後兄は治療に協力的でなくなる。主治医も交代し、開放病棟に転院しています。さらにほろ酔い気分で帰院し、**嚴重注意**。E病棟の患者にアルコール入りのジュースを差し入れ**嚴重注意**。その夏、本人、主治医、看護師と自宅に母を訪ね、母親に今後の治療方針を説明し協力を依頼したが、**その際Cには母親に対する威嚇的言動が相変わらずみられ、現状認識があまり。母と病院近くのアパートに暮らし、半年後地元に戻るという方針のもと、その年の秋、退院にむけて本人と受け持ち看護師でアパート探し。退院を前にして病棟内で他患者とのトラブルあり、閉鎖病棟に転棟したが、数日後にアパート契約、その2週間後に退院した。**

退院（4年前の秋）以後、訪問看護を継続したが、**飲酒は続き母親からも何度も相談が持ちかけられた。**隣近所に対する妄想も同様に、不穏な内容の訴えが続いたが、幸いにも事件には及ばなかった。

3年前の春にサービス調査会議が地域保健所で開かれ、これまでの治療の経過を説明し、地元への受け入れを依頼した。月に1度の訪問看護実施を条件に地元も合意。また地域の病院でも緊急時の対応を協力するということであった。その2カ月後に母親とともに自宅に帰る。数日後に地域保健所保健婦、病院看護師、主治医とで自宅を訪問。その後2カ月経って訪問看護したときには、「酒が止められない、入院したい」ということで再入院となっています。入院しますと、タスモリン、ホリゾンの注射要求が強いわけですが、2年前ですね、膵炎になってまして近くの普通の胃腸科に入院となっています。ここでは手のかからない良い患者であったということで、おかしいなということです。

胃腸科を退院した後は、昨年7月に短期間入院したのを最後に、その後は現在まで外来に定期的に通院しながら、母と生活し、母への脅迫的、威嚇的言動も影を薄めている。

小括ですが、スタッフの並々ならぬ努力と母親の献身的な協力によって何とか、ここまでたどりついた事例。手間をかけて、治療や処遇の仕方を工夫することで、病院でもなんとかできた事例というところかということです。

質 疑 (事例 C)

質問 (堀) : 診断がよくわからないのですが、分裂病じゃないかなと思います。あと、昭和50年P病院に入院していますね。この時の病状と診断名、あと、18歳時から大量飲酒を始めていますが、病状との関連はどうですか？

浅見 : その辺のところは、分かりませんが、この人は覚せい剤による持続型のケースです。分裂病ではありません。覚せい剤によって精神病症状が出てきています。ですから分裂病とは診断してはいけないケースです。

質問 (山上) : このケースは退院するとき、外で持つだろうかと思いましたが、むしろ出てから段々きちっとやれるようになってきたようですが、何か転機があったのでしょうか？

武井 : この人は措置解除をしたときに、「俺は良くなったのか」と思ったみたいです。それが、転機といえばそうかもしれません。

質問 : 経過の点でお聞きしたいのですが、これまでに12回刑を受けていると聞きましたが、これはP病院入院以前に12回ということか、それとも病気の経過の中ででしょうか。

浅見 : 一応現在までということで書いておりますが、うちの病院に入院する前は色々と事件を起こしておりましたが、その後は事件を起こしていません。

質問 : というと、こちらの病院との関係がついてから触法行為はなくなったと考えてよろしいですか？

浅見 : なくなったというか、事件を起こしてないということなんですがね。この病院で治療を始めてからは、問題行動はあっても、事件を起こしてはいないということですかね

質問 (武井) : これは随分遠くまで車で訪問していますが、訪問看護の方はどうですか。

訪問看護 : 人間関係ができていないと他の訪問看護ステーション等につなげるのは難しいケースなんですね。外来にもきちんと来て話をして、何とか入院しないで済んでいるので、遠くて大変だけれども、今後も診て行かなくてはいけない人だと思っています。

事例 D

佐藤：暴力、威嚇行為の繰り返しより民間病院での治療が不可能となった中毒性精神病の事例です。

事例 D 現在 43 歳、男性、中毒性精神病、有機溶剤依存症、反社会性人格障害、(有機溶剤以外に覚せい剤の乱用歴もあるようだ)

家族歴としては、父は大工業を営んでいたが、アルコール依存の傾向があったようだ。50 歳時に次男 (D の弟) に撲殺された。母は救護施設にて健在。夫とは不仲で行方不明になったこともあり、子供の養育はあまりしなかったようだ。姉は嫁いでおり、以前は本人に対して、援助していたが、現在は全く関わりを拒否している。弟は精神分裂病の診断で当院に長期入院中である。

既往歴ですが、糖尿病があり、C 型肝炎陽性で、他に特記すべき既往疾患は認められません。

生活歴ですが、県内で出生し、地元の小、中学校を卒業後、工業高校に進学したが、3 年で中退。17 歳頃よりシンナー乱用が始まる。20 歳頃有機溶剤を売り、逮捕され、懲役 1 年 9 ヶ月の刑を受ける。その後現在までに窃盗、傷害、毒物劇物取締法違反等で前科歴は 9 犯に及ぶ。その後某市内の暴力団の部屋住みなどをしてきた。

現病歴ですが、まず入院歴は 24 歳の時の P 病院からスタートし、これまでに合計 10 回入退院を繰り返しています。9 年前までの 4 回の入院は P 病院が中心にみておりまして、その後 Q 病院に一度入院し、7 年前の夏から当院が関わっているということです。

P 病院への初回の入院のきっかけは不詳ですが、その後の経過から推察すると、シンナー吸引による酩酊状態のためか、有機溶剤の後遺症状としての妄想的言動等が出たためかと思われます。当院において入院加療されるまで、疾患診断は「精神分裂病」とされていました。この 20 年ほどは、精神病院に入院していない間は、生活保護を受けてアパート生活をしているか、逮捕されて刑務所で服役しているかのいずれかです。また有機溶剤使用も、現在まで完全には止まっていません。

発病当初中心に関わっていた P 病院では、職員、他患者への威嚇、暴力が頻繁に認められ、院内への有機溶剤の持ち込みもあった。平成 4 年に他患者 2 名に暴行。この時は逮捕され、懲役 1 年、執行猶予 3 年の刑となっている。しかし、釈放後も M 病院に出向き、看護職員に対し、「入院患者の X が死んだのは、看護職員にシアナマイドを飲まされたからだ」と逆恨みし、妄想というより一般的な逆恨みというほうが妥当ですが、継続的に一部職員への威嚇や器物損壊や暴力が見られ、終には P 病院の看護職員より本人の処遇に対して嘆願書が出たり、耐え切れずに退職してしまう職員も出るほどでした。丁度その頃か

ら精神科救急を含め公立病院が処遇困難患者を診る方向が強まり、DはQ病院を経て、当院に移ってきました。

当院への最初の入院は7年前のことで、本人の問題行動は当院でも止む事なく、対応困難は続いたが、その問題行動、威嚇、暴力、有機溶剤乱用は精神病症状から発生するものではなく、本人のパーソナリティに根ざしたものであり、触法行為に対してはきちんと警察に関わってもらう方針で、病院が全てを抱えないよう、是々非々で臨んでいった。当院での入院、外来のかかわりの間に、2回警察に逮捕される事件を起こしたが、当院医師が2回とも起訴前簡易鑑定を行い、1回目は起訴に、2回目は不起訴になっております。平成2年前の入院からは、かなり濃厚なかかわりの結果か、時折言い出したら聞かない面はあるものの、行動範囲を広げても著しい問題には至らず、退院を考慮できる状態となっていった。アパート探しや市の福祉課との掛け合い等当院職員の尽力により当院付近の某市のアパートで単身生保生活を行うこととなり、平成12年7月当院を退院した。週1回の外来通院と週1回の訪問看護を現在まで続けており、約1年間は何とか無事に乗り切ったが、安心はできない状況は今も続いている。

司会（武井）：訪問看護はどうですか？

訪問看護：この方は保証人がいなかったのですが、アパート探しが大変だったのですが、保証人なしでも入れてくれるアパートを探しました。本人はそれを恩に感じているようで、われわれが訪問看護に金曜日決めて行っているわけですが、必ず待っていてくれます。

質 疑

質問（山上）：退院して1年近くたっていますが、どういう生活をしているのか、なぜ社会内で保つようになったか、週一回の訪問看護がどのような役割をもっているのかを教えてください。

佐藤：多くの仲間ではありませんが、病院仲間と遊ぶ、買い物をこなす、外来通院日以外でも病院に顔を出すなどして、概ね日常生活をしております。なぜ現在この人がもっているかですが、パーソナリティ障害に対しての治療的な流れがようやくあらわれてきたのかなというのがひとつ、年齢を経たことで変わってきたのかも知れません。また当院では収容という形ではなく、治療という目標をたてて継続的なサポートがあることが大きいと思います。訪問看護がなければもっていないと思います。

質問：訪問看護で、相当大変な感じでやられているとお聞きしましたが、強制通院制度とか考えられていますよね。これについて別途の制度が必要になってくるかなど、ご意見が

ありましたらお聞かせください。

佐藤：院内での努力でサポートできていても、危険性への責任が病院にかかってくるわけで、そういう意味で何らかのサポートがあるほうが安心ではあると思います。

質問（加藤）：ドイツでは触法患者が仮退院するときは必ず行状監督がつくという制度が確立していて、職員の法的地位もきちっとしています。このケースは特に暴力団関係があるわけで、そういうところに医療的治療を行っていくのは大変だし、これが治療行為として体系化されてしまうと医療費としてかなり負担になるんじゃないかということと、訪問看護の際、一回何時間ぐらい、どのようなことをされているのかをお聞かせいただきたい。

佐藤：裏の社会と関わる事に関しては、組に赴いて患者さんに対しての借金の問題で関わり合いをしたりだとか、基本的に徒手空拳です。何の身の保障もありません。医療経済的な部分では多大なマンパワーが必要で、民間病院では不採算として公立病院に押し付けるということだと思います。私たちのところでは、ボランティア的なところもあって成り立っているところもあります。

訪問看護：20分くらいを目安にしています。無理のない程度の話をしてします。元気かなどですね。服薬に関しては、かなり深く聞きます。また外来時に早めにきているので、そこで話し掛けたりして、結構接触を持っております。

事例 E

司会（武井）：次は訪問看護で苦勞している事例です。

訪問看護：昭和45年生まれの男性で、この方はお母さんを殺害しています。

事例 E 現在31歳、男性、頭部外傷後遺症

家族歴ですが、父親は平成10年に自動車排気ガス自殺をしています。母親は平成11年に本人によって殺害されました。お兄さんがいるのですが、無職で、恐らく精神病ということです。

生活史ですが、交通事故を起こしているのですが、それまでは明るくおしゃべりで元気であると聞いております。高1の頃からシンナーを吸引して、高校卒業後職についていますが、平成4年に飲酒運転交通事故を起こし、事故後遺症で意欲喪失、記憶力減退、自閉的、無口となり、仕事にもほとんど出なくなりました。

当院への入院は、平成11年6月、母親を殺害して鑑定のため1週間入院したのが最初です。鑑定結果は25条による通報は否(責任能力あり)でしたが、平成11年8月20日に措置入院となりました。保護室対応、薬物療法開始、急速に改善し疎通がとれるようになりました。8月より日中開放で、9月に問診後保護室より全開放となりました。10月の面接時に、「父親が死んだ後ころからいろいろ聞こえてきて(幻聴)周りの皆が怖くなり、母さんがいつも化け物に見えた」と言っていました。11月に検事が来院した際に、「心神喪失の判断で不起訴」となったことの説明と、今後のことへを注意してもらいました。11月末に措置解除して、医療保護入院に替わり、翌平成12年2月に開放病棟に移っています。3月6日母親の保険金が本人に1700万おろることが決まりました。この頃より退院希望が強まり、4月12日に看護者同伴でアパート契約のため外出、本契約しています。4月28日に退院しました。

この方は地元には兄が戻らないでくれといていたケースですが、積極的に退院を進めた理由は、①精神症状が著明に改善したこと、②経済的に社会での生活に見通しがたったこと、③本人の希望を抑えて入院を継続することのデメリットが大きいと考えられたこと、などによります。

定期的に訪問看護をすることにしましたが、この方は飲酒やシンナー吸引などをきっかけに事故を起こす危険の高いケースで、訪問看護にも慎重を要しました。

【訪問看護】

普通訪問は2週に1度か1ヶ月に1度をこなしているわけですが、先ほどの事例と同じように週2回の接触をもつということで、次のように訪問看護計画を立てました。

〔計画〕

- 普通は2週に1度か月に1度のところ、毎週2回の接触をもつことにし、1回は外来受診時、1回は訪問看護で対応し、訪問看護は看護者2名で対応することにした。
- 訪問での観察点は、日常生活管理、服薬状況の確認、生活リズムの乱れは衝動的行為の危険がある、酒の飲み過ぎは暴力行為に発展する可能性あり。シンナーを吸引している時の対応には注意入院中にできた患者の友達との付き合い方を注意深く観察、お金の相談があったときに速やかに対応する。

(一部録取できず)

訪問看護を始めてみましたが、この方は自活していく力が弱く、経済的観念がありませんでした。1700万円保険金が入りうち一時金500万円を持って退院していったのですが、1ヶ月100万ぐらい使ってしまったりした方です。途中シンナーを吸引しているような匂いがしたものですから、地元警察にパトロールを依頼しました。この方は1年しないうち平成13年4月6日頃に死亡しました。4月6日に訪問看護に行ったときにドアが開かなかったものですから、一週間後に大家さんに開けてもらったら中で死んでおり、所持金はありませんでした。この事例は医療、福祉の手が及ばない犯罪の危険が高いケースでありました。

訪問看護を実施して気がついたことを要約して記すと、次の通りです。

〔訪問看護実施結果〕

- ご飯は、訪問時に炊いてやるだけで、自分ではできなかった。
- 服薬は飲むことで自分が楽になることを自覚していた。
- シンナーは当院入院中に知り合った問題ある患者と一緒に吸引していたので、地元警察にパトロールを依頼した。
- 食事は近くの食堂に行っていた。その時ビール1本程度飲んでた。
- パチンコも時々行っていた。
- 10月頃から飲み屋の女性と付き合ったり、シンナー仲間が頻繁に寄ってきたり、兄にかなりのお金をむしりとられ1ヶ月で100万円程度使ってしまったりした。
- 金銭管理は自分でしていたが、計画的に使う能力はなかった。
- 主治医が障害年金の診断書を書いてくれることへの期待を強くもっていた。
- 平成13年4月6日頃死亡したがその時にはほとんど手持ち金はなかった。
- この事例は医療、福祉の手が及ばない、犯罪の危険が高いケースであった

事例 F

佐藤：次はお手元の「入院後強制採尿を施行された覚醒剤精神病の症例」と書いてある事例です。

事例 F. 男性 現在 39 歳 覚醒剤精神病

家族歴、既往歴ですが、父親は本人が 15 歳の時、腎不全のため死去。以降はホームヘルパーとして働く母親に養育された。同胞はいない。精神疾患の遺伝負因は認めない。特記すべき既往疾患は認めない。

生活歴ですが、出生時や幼少時期には発育・発達に問題はなかった。本人は自分の性格は、ヤンチャな方というが、母親からみると、大人しく、お人好しであったという。地元の小中学校を卒業、成績は中～下位。工業高校（定時制）に入学したが、その頃から、シンナー吸引、喫煙、バイクの無免許運転等が始まった。2 年生の時に退学。しばらくは職に就く事なく、シンナー乱用を続けたりして遊んでいたが、18 歳頃に建設会社に入社し、シンナー吸引もやめ、真面目に働いていたという。当時付き合っていた女性と 19 歳の時に恋愛結婚。その後 2 子をもうけた。しかし本人の浮気が原因で夫婦は不仲となり、本人が 21 歳の時、結局離婚した。子供は前妻が引き取った。以降は単身でアパート生活、仕事を続けていた。

現病歴ですが、2 年ほど前より覚醒剤の使用（静脈注射）が始まった。当初は連用はしなかったが、次第に仕事を休みがちになり、飲酒も重なって、1 カ月後には退職。母親に金銭を無心するようになり、生活は荒れていった。覚醒剤の使用を始めて半年ほどで覚醒剤を連用するようになり、幻覚妄想状態を呈するようになった。昨年の秋に夜間、母親のいる実家にて刃物を持ってたてこもったので、母親が地元の警察に連絡した。警察官 3 名で本人を保護し、警察では精神障害を疑って当センターに連絡があった。当センターは県内の警察関与の精神障害の救急対応病院となっているので、診察を承諾し、同日本人は当センターを受診した。

当センター受診後の経過ですが、本人は、母親、警察官 3 名と共に来院し、その日の当直医（精神保健指定医）が、診察に当たった。本人は、**精神運動興奮状態**で**威嚇的態度**も認められたが、医師の問いかけに何とか返答は可能であった。問診において覚醒剤使用を認め、身体診察では明らかな**注射痕**も認められた。また母親の話でも**実家に注射器が置かれていた**とのことで覚醒剤の使用による精神病状態が強く疑われた。当センターでは本人の精神症状に対する治療的観点、覚醒剤使用という触法的観点の両面を考慮し、同日は母親同意の下、（選任不要）の**医療保護入院**で入院加療を行う一方、警察には、早急に裁判所からの令状の発行を求め強制採尿を行ってもらおうこととした。本人に入院告知を行い

入院の必要性を説明したが、強固に拒絶したので、ハロペリドール10ミリグラム、ピペリデン5ミリグラムの筋肉注射を施行、保護室に入室させた。本人は、その後30分ほど、ドアを殴打したり、大声を出したりしていたが、次第に落ち着き、入眠した。翌朝は、情動は落ち着き、対応もかなり穏やかになった。午前中に警察官が来院、本人に対し強制採尿を行った。結果は覚醒剤反応陽性であったため、同日当センター退院、逮捕された。本人は起訴されたが、執行猶予3年付き有罪判決が下ったが、2カ月後には釈放された。警察に拘留中は、精神科治療は行われなかったが、情動は安定し、日常生活は概ね落ち着いていた。しかし周りの物音（風の音等）によって人の声が聞こえることがあったという。釈放後、本人は、母親のいる実家に戻ってきた。帰宅当初は落ち着きを取り戻しており、職探しをしていた。しかしこの頃付き合っていた女性が妊娠をしたことに対して、「自分の子ではないのではないのか？浮気をしたのではないのか？」と疑い出し、それを機に再び生活が荒れ始めた。金を無心しては母親に暴力を振るい、何日か外出すると、また家に籠るようになった。母親は警察や保健所に相談したが取り合ってもらえず、彼女は家を出て親戚宅に身を寄せるようになった。当センターにも何回か母親より連絡が入ったので、保健所を仲介し、警察と当センターで連携して本人を保護し、診察することとした。今年の春、昼間、家にこもっていた本人を警察官が何とか保護し、当センターに搬入した。本人、家人、警察官7名で来院。警察は、精神保健福祉法第24条に基づき、通報という形態を取ったので、それを受け、当センターでは、男子急性期病棟担当医（精神保健指定医）が緊急措置診察に当たった。「自分は、病院に行こうと思ったんだけど、金が無いし車にガソリンも入れられないから行けなかったんですよ。そうしたら無理やりおまわりが取り囲むから暴れちゃったんですよ。」と言いつけるが、じっとしていられず易怒性と焦燥が顕著であった。診察の途中に出口に突然走り出したので、医師、看護職員、警察官が辛うじて取り押さえ、同日緊急措置入院とした。不穏な状態のため、ハロペリドール10ミリグラム、ピペリデン5ミリグラムの筋肉注射を施行し、保護室に入室させた。母親、警察官、医師の三者で今後の相談をし、「現在の本人の精神状態、内肘に認められる注射痕、入院に至る経過からは、覚醒剤再使用の可能性が濃厚であると考えられる。翌日、強制採尿を施行し、陰性であれば、当センターで引き続き入院治療に当たり、陽性であれば、逮捕の方針で。」という結論になった。本人に入院告知を行い、今後の方針を伝えた。同日より、ハロペリドール27ミリグラム、クロルプロマジン300ミリグラム、ピペリデン3ミリグラムを食後に、ベゲタミンA3錠、フルニトラゼパム6ミリグラムを眠前に処方、経口による薬物療法を開始した。

その翌日（入院2日目）午前中、裁判所から令状を取り、警察官が強制採尿のため来院。

医師立会いの下強制採尿が施行されたが、その結果、覚醒剤反応は陰性であった。その日の午後2名の精神保健指定医により措置診察を受けた。2人の指定医ともに要措置入院と判断し、以降は措置入院となった。

入院3日目、保護室での診察時、主治医に唾をかけるなど、まだ情動不穏が認められたが、何とか服薬を促し状態を観察したところ、漸次薬物治療が効を奏し、情動は次第に落ち着き、入院8日目には保護室より日中錠解除をしても他の患者に迷惑をかけることなくすごせるようになった。

入院10日目、大部屋でのルールを本人に説明し、同日より保護室使用を解除、大部屋へ移室した。入院11日目母親と面会。主治医も交え今後の入院方針を話しあったが、母親に対しまだ声を荒げるといった面も見られた。主治医より、「現在の入院形態は措置入院であり、これは公的な強制入院であること、本人が状況をわきまえ落ち着いていけば、次は、家族同意の下の医療保護入院に切り替えていくこと、その方向に沿っていけば、行動範囲が広がり、退院が具体化すること」を詳細に説明した。それに対して本人も理解を示し、落ち着きを取り戻していった。

入院15日目に措置解除とし、入院16日目医療保護入院に変更した。処方は、ハロペリドール27ミリグラム、クロルプロマジン250ミリグラム、ベゲタミンA2錠、フルニトラゼパム4ミリグラムに減量した。この頃から本人に、覚醒剤使用による精神症状について、主治医より教育を始めた。更にこの当時ダルク（薬物依存矯正グループ）入所中の患者が当センターに入院していた縁で、ダルクスタッフが本人に面会し、自助会参加の必要性を話してもらったが、本人は「ダルクはいいですよ。自分でやめられますよ。」と興味を示さなかった。またこの頃の面接で、本人は「（覚醒剤を今回）やってたけど、3日位経てば大丈夫だと思った。」と、入院数日前の覚醒剤使用を認める発言をしている。入院20日目頃には、面会に来た母親と気軽に病棟外の売店に買い物に行け、情動易変、幻覚妄想等の精神症状はほぼ消退した。本人は、自身の誕生日を病院では迎えたくないのもそれ以前に退院したいと述べ、母親も退院させてみる旨の意見であったので、入院23日目に当センターを退院した。

退院後1ヶ月ほどは外来通院が続いたが、再び覚醒剤を使用してしまい、精神病状態を呈して、当センターに警察官と共に来院した。情動不安定な様子ではあるものの、言語的疎通は何とか可能であったので、主治医が本人に任意で採尿を受けるように促した。本人が警察官の指示に従い尿検査を受けたところ、覚醒剤反応は陽性であった。そこでその日に覚醒剤取締法違反で逮捕され、現在拘留中である。

論点としては、当センターでは、触法患者に対し、医療、司法が各々責任を持って本人

に関与する方針で精神医療に取り組んでいるつもりである。これは比較的最近のケースですが、それまで、医療と司法の現場でのやり取りがあったわけですが、けんかしながらも何とか協力して頂いて、触法行為に関しては犯罪ということで、強制採尿、任意採尿ということに協力的になっていただいたケースです。一旦病院に入れてしまってから警察に採尿に来ていただくなんて難しかったのですが、ここ数年は協力していただけるようになった、そういうケースです。

追加意見

吉川：この例は日本の今を象徴しているケースだと思います。例えば覚醒剤が陽性ならば司法的対応、陰性ならば精神医学的対応、要するにどちらかでしかできない対応ですね。外国の例なんか、司法と精神医療が両方同時に組み合わせられた形でやっていきますから、例えば彼が陽性でもある程度精神症状があれば、その治療は同時に行っていけるような環境が、日本ではフォローしきれていない部分なんだと痛切に感じます。

岡江：私は覚醒剤に関してはかなり整理されていると思っているのですよ。このやり方はやろうと思えば今の法律で全部できる。だから覚醒剤に関してはあまり大きい問題はないと私は思っているわけです。司法と医療の間では、きちんと再逮捕しますから。ただ京都でも何例かありましたが、送検された後ですよ。送検された後で、精神症状が出て、1人はアルコールも併用していましたから。1人は取調べができない幻覚妄想になって、その例が両方とも不起訴になって措置になって、釈放になってるんですね。覚醒剤で残っているのは警察の段階ではなくて検察庁に送検されたときの精神症状がでた時どのように役割分担するのかということだと思っています。もう一つ覚醒剤に関しては、幻覚妄想がひどくても実刑にして、医療刑務所に送らずにそこで医療がされていない。出てきてもすぐに犯罪を犯す。むしろ覚醒剤に関しては精神病院の側からみると整備されているけれども、司法の側からみれば、非常にひどい精神症状をもっている人を多く抱えてるというように思っています。

黒田：一番問題になるのは、検察の段階とか、逮捕されて薬を使わなくなって数週間の間が一番問題となるかと思っています。その間の症状は、私（矯正施設勤務医として）はみれないわけですが、その後何ヶ月も精神病の症状が続いているケースが医療刑務所に送られてくるわけですが、検察の段階で精神科医のかかわりがかなり重要となってくるかと思っています。拘置所にも精神科医がいるところもありますがほとんどのところがない。外部の精神科医が月に1度の頻度で訪ねて行って診察をするという面からも、すごく遅れていると思います。