

治療第II期 十分な強制入院治療	2ヵ月後 悪化。県立病院より主治医の往診。しかし 薬をのまなかった。不眠。以前入院していた病院院長に殺すぞ脅しの電話。スナックで訳の分からないことを言って不穏 警察に保護されて 県立病院につれてこられる。母親は本人には関わりたくないとし、しかし 同意はされる。	母親は本人には関わりたくないと言いつつ、手続をか遅れ強制入院の timing を逃し、恐れ。	入院にいたる地域の保健所 警察の協力。迅速な強制入院 かかわりを避ける母親を説得して 予め同意を得る。	悪化し始めてラフになるまで早いので 措置申請手続きや母親の同意を待つと間に合わない。 この強制入院で 危険な人といつイメーンは地域ではさらに強まったかもしれない。しかし 対応が早い分 地域を安心させることにもなる。今後の地域活動の展開のためにも 患者だけでなく 家族や周囲の住民とも信頼を築くことか必要。
	県立病院第②回目入院(10か月入院 医療保護 by 母親同意) 当初より 尊大で威嚇する態度、人物誤認や幻見があり 独言 徘徊した。服薬はいやがる。急に荒々しい態度で「憶えておれや。殺してやるからな」と言ったりする。後で薬を吐いて拒薬したりした。 強制的な筋注による治療。さらに ハロマス 1A を筋注。以後は 注射と服薬説得を繰り返した後に 服薬確認に移行。 入院1ヶ月後 また 人物誤認の妄想は持続している。薬が効き始め 臥床がちとなり 食事を這ってきてする状態となり 薬減量。トゲはなくなってきたか 電話要求強い。 2ヵ月後 保護室の内アアの開放。おとなしくなってくる。 2.5ヶ月後 時間開放。妄想は持続しているか Ns と主治医と本人で 自宅まで荷物をとりにいく。入院時のことをよく憶えていず 妄想で埋め合わせをしたり また 興奮したりと波がある。時間開放を継続。 4ヵ月後 穏やかたか 徘徊が多い。ときに独言。主治医交代。本人は保護室から 個室へ。徘徊が多い。ふらふらと身体を揺すりながら歩く。他患者と交流はほとんどない。	再び 興奮と攻撃。やはり 激しい症状。 入院中に主治医交代 症状は鎮静化へ。しかし 時間がかかる やはり病識かない。 入院中も孤立。	激しい症状 行動の control。 前回入院のときと同じ。Security に配慮し 症状鎮静と関係作りへの努力。 病気の説明。 副作用を極力抑えるための留意。 病院環境での十分な療養感覚。	第②回目の本格的入院治療。 前回と病状は同じなので 激しい症状でも少しゆとりをもって治療できる。ただし 今回は回復に時間がかかる。 どの時期であっても 関係作りの技術は人きい。 同仕外出は 人と時間かいる。特に このよつに一人暮らしして しかも遠方では。 今回は 十分な療養はできたとと思われる。
	5ヶ月後 病識めいた発言がみられたか 一時的なもの。ハロマスを受けるときに 拒否がなくなる。 6ヵ月後。院内単独散歩の開始。午前中は眠って 午後からは一人てふらふらする。全体としてひっそり。		症状の治療から 次第に再発防止への目標の移行。 デボ治療に慣れていたこと。	事故を防ぐことが優先という言い方で タイミングを量りながら 本人に伝える(直面化)。あまりこれを言うとな関係作りに支障。 本人はわかったかとかはつきりしない返事だが とりあえずはそれでよい。
治療第III期 拡大地域医療チーム治療	47才8月 次第に退院の要求かててくる。今回は 当院通院は無理と判断。退院には十分な準備に 時間をかけることに。なんとか地域でみる方法をと。地域の民間病院を説得したか との病院も拒否。やっと一人の医師が引き受けてくれた。 地域チームの立ち上げ。 1/月の地域チーム会議の開始(地域民間病院、保健所 福祉事務所 町役場 県立病院) さらに 警察への協力依頼。 訪問体制(保健婦 民間病院 PSW 県立病院 Ns 福祉事務所 PSW) チームによる徹底的なニーズの確認と解決。 退院後は 民間病院に1回/週できんきちんと通院をした。その後 先祖からの土地を売って生保をやめた。障害年金の取得。運転免許の取得。軽トラックの購入。これらについても 本人の相談にのるなど チームでの支え。 本人は 地域病院への通院は続けた。	病識はやはりない。家族はなし。仕事なし。つきあいなし。 地域の病院の受け入れ拒否。 通院を受けた病院も 入院とケアは拒否。 目の敵にされている保健所との関係。このため 保健所と役場は地域チーム会議を closed に主張 以前 入院していたところで知り合ったといつ患者(酒飲み たかり?)の出入り。	退院に向けて 地域へ十分な根回し チーム会議は 多方面から本人への関係作りについての情報交換は 主要な議題は ニーズの確認と解決 訪問のスケジュール 接し方の検討。守秘義務とチーム内情報共有の確認。本人とそれぞれの関係者の関係も これも細かに決める。	地域での再発防止と危機介入 program ということになる。 どのようなチームでみていくか。関係者をどの範囲にとのよつな役割にするか。などを本人の状況に合わせて細かく決めていく必要。 この地域チームの初期の lead は 本人をよく知っている病院 staff かやらないと 地域の保健所や病院では無理 ここでも 関係者の本人との関係作りの力か決め手。地域民間病院の医師の技量も大きい。 看護師訪問はキー。たまたま近くに住む県立病院職員か 危機時には頻りに訪問。近

	<p>1年後 仕事に行くときに困るからとこっそりと拒薬。しかし ハロマンはさちもんとしていたためか 再発はしなかった。拒薬から マスの血中濃度測定ではれ 本人か拒薬していたことを口状。</p> <p>このように 拒否感かててくると 県立病院から説得に訪問。夜にあまりこんで 3時間の説得もあった。</p> <p>2年近く これて無事故。</p>	<p>拒薬の拒薬。</p> <p>治療放棄の危機。</p>	<p>拒薬などの危機にはすくに対処する。</p>	<p>つきすきて 妄想に取り込まれたか。しかし この煩雑な訪問が果たした役割は大きい。</p> <p>当院から医師や看護師かいける時間が夜しかないといふこともある。リスク状況によってはそれくらいの体制か必要。</p> <p>会議は数十回にも及ぶ。退院してまもなくは チーム運営のために時間と人手に大きな投資か必要。ある程度 安定してくと 会議の縮小 効率化を考えたか 重大ケースであり地域を安心させるために会議の回数が膨らんだ。</p>
	<p>49才より 女性に金を貸したり おこつたりするよつになってお金かなくなってくる。繰り返し せひられて金を使う。通院はなんとかかしてくれる。</p>	<p>飲酒。生活の乱れ。浪費。</p>	<p>見守り。飲酒や生活の乱れかかなりひとければ再発につながることを指摘 忠告する程度。一方で risk たけは測っておく。</p>	<p>女性には利用され搾取されていて治療上のRiskも大きいとわかっていたか 本人の人生選択の尊重と 治療関係作りを優先し こちらは踏みこたえか必要と判断した。</p>
治療第Ⅳ期	<p>49才 生活のリズムも乱れてきて ときに幻聴か入つてきたりする。当院の看護スタッフと主治医と訪問し 退院時の「薬を飲まなくなつたり 酒量が増えたりしたら入院」の約束を守るためと 生活の建て直しのためにと 説得して</p>	<p>飲酒。生活の乱れ。相変わらずの拒薬。</p>	<p>本人の任意入院意欲を育て さらなる治療意欲に結びつける。</p> <p>また 病識と治療への姿勢をもつて進めておく必要。</p>	<p>この再入院条件の約束も法的根拠かあるわけでもないのて 結局は信頼感たけか頼り。こちらの入院の説得をある程度さくだけの関係かてきている。</p>
任意による入院と地域治療	<p>県立病院④回日入院(任意) 日ら用びして入院してくる。幻聴はほとんどはつきりしない。長年の病院への不信感はとれている。今回 初めての任意入院。入院当初は 少しおちつかない感しかあり 薬の調整。</p>	<p>入院中もたかりにくる女性</p>	<p>関係作り。</p>	<p>ついに 任意入院。入院中は 地域の方は一息。</p>
	<p>病棟では ふらふらとすることが多く あまり みずから友達をつくることかはなかつた。ただし 当初は 他の世話好きの世者と 後には 若い患者と いずれもやや受け身的な付き合いをしていた。</p>	<p>病識は薄い。</p>	<p>少人数での support グループともみえる付き合い。Peer therapy として利用。</p>	<p>数人との患者との付き合い。少人数のつきあいがよい。とちらかといつと世話される側。口か重いままでも付き合いえるといつのかよい。</p>
	<p>相変わらずの薬嫌いたか 血圧の薬は飲むよつになつた。入院後も 電話かかかかってきて 全をせひられ 金を無くしていく。</p>	<p>蓄えの減少</p>	<p>本人の生き方への support。</p>	<p>病識は薄い。しかし なんとなく調子の変化かわかるところもあるよつてあつた。</p>
	<p>49才後半 退院すると言ひ出した。おしくなるから 退院したいということであつたか 退院か近づくにつれて 不女をみせた。病識そのものは弱く 服薬の旨味も乏しいか 退院しても 特に昼間かさひしく 手打ちふさたてそれで呑むのは金かかかるし などと退院後の生活に目信なけ。また 今一つ意欲か足りていない調子の豊さかある。しかし 結局自分か振り切り 入院費の切りかいいからと退院していった。</p> <p>退院時 前回と同じく地域の民間病院の協力を依頼したか 今までみてくれている主治医か転勤 後任に引き継ぐ。ところか 後任の医師は 病歴をみて 通院も受け入れられないと拒否。地域の協力病院なしでの地域チームの立ち上げ。</p>	<p>相変わらずの病識のなさ。不安定さ。地域のか病院のつながりか切れる。</p>	<p>再び 地域チームでのサポート。しかし 地域病院とのつながり切れ 生活保護でもないため福祉機関も入らず 県立病院と保健所と町役場のみか成るチームと会議。</p>	<p>再び 地域での治療。本人は 退院への迷い もつとも治療をめぐつての迷いはなかつたか。生き方についての内省か進んてきていたよつにみえる。拒否した医師から「こんなケースは公立病院でみるへき民間病院か引き受けるには 荷か重過ぎる。人手と時間をかけた上に 病院の評判も危険にさらすことになる」と言われたか 一理ある。</p>

	<p>しかし 退院後は「日中の寂しさ」から酒のみ 大量の飲酒ではなかったか 生活が乱れ 薬も飲み忘れていた。3日目に 主治医に電話をしてきて「人間かつまらなくなった。ひとりて生活できん。自信かない」と訴えた。6日目に また 電話をしてきて「体が震える」「具合が悪い」とハニク状態。すぐに タクノーでやってき 不女発熱(38.2° C)</p> <p>1週間で 県立病院第⑤回目入院(仔音)となる。入院後すぐに解熱。しかし 天井のしみか気になると、アルコール精神病を思わせる訴え。</p>	<p>飲酒しか することかない。</p> <p>軽い抑うつ。</p>	<p>退院後は 寂しさの処理。生活の目標作り。</p>	<p>自ら再入院してきた。</p> <p>自分の引い気持ちをごちらにみせることかできる ごちらを頼るといことごちらも少し 女心した。</p>
	<p>2ヵ月後 親戚を頼って仕事をしたい 家族を探し出して 残った金をやりたいと言い出し 方向性が決まり 生き生きとなってくる。</p> <p>(実際に接触したら とちらの身内からも拒否。子供たちとは十数年ぶりであったか。しかし、これてさっぱりしたよってであった。)</p> <p>アルコール依存の問題は否認</p>	<p>やはり 地域の病院からの拒否。</p> <p>親戚からも拒否 元妻了からも拒否</p>	<p>自分の人生の整理。生き方をとつるかとい本人の迷いことと接するか。</p> <p>退院時 地域との関係網を確認。保健所と町役場と 当院とのチームの再開。警察にも一応 一報。</p>	<p>たまたま 金を使い果たしつ つあったために 妻子に残したい気持ちになったと思われ。家族に会つ 生きがい。今まで忘れていた子供たちへの 思い</p> <p>この頃のチーム会議は縮小。少人数。簡単な確認のみで済む。しかし 結局 県立病院から出張。</p>
	<p>50才 飲み菓はやはり飲まない。手が震えると訴え 注射の減量を要求。ハロマンズについて 50mgのみ。</p> <p>その後 病識が少し出る。「幻聴だとわかった。そんなときはとにかく寝れば、次の日になくなることかわかった。」と。しかし 相変わらず酒を飲む。</p> <p>51才に調子が崩れてくるか 一週間で立ち直る。誇大感か出現。民間病院院長に殺すと電話。なんとか 数日でおさまる。</p> <p>自分でもおかしかった。なんかあおられるような感じになるととき自分がおかしいときと病識。しかし それでも調子が悪いとすぐに巻き込まれるのかやはり病気の性。</p>	<p>ハロマンズの減量要求。ハロマンズはきりぎり。</p>	<p>ハロマンズ減量によるrisk 増大を なんとかし 理的な力あるいは本人の生活の仕方でカバーできないかと工夫。</p> <p>悪化時には 迅速に対応することをしかける。やはり 県立病院から出かけていく。まず 本人。隣人にも会う。このときの話し掛け方は難しい。住民から連絡があったとは言えない。せいせい保健所かし配しているくらいに伝えた。</p>	<p>ハロマンズの減量はかなり心配たか 説得かできない。</p> <p>面接に気を遣う。</p> <p>悪化すると ごちらも緊張。</p> <p>病識がわずかにてるときああるか、本人は基本的には病気とは考えてない。</p>
<p>治療第V期</p> <p>個別地域医療での安定</p>	<p>その後数年になるか きちんきちんと通院する。通院かときぎるとすぐに主治医より本人に連絡。薬の服用はやはり嫌がり 注射だけ。酒はやはり飲んでいる。3合くらい。しかし 金かなくなると飲めなくなるので 生活はなんとか保っている。</p> <p>小さな悪化。自分を自治会長にしろと押しかける。しかし 暴力はふるわない。</p> <p>身体病の出現をきっかけに 生活保護。遠い自宅から自ら通院してくる。</p> <p>時々 アルバイト程度に仕事に行く。</p> <p>その後、幻聴はないことか多い。しかし ときに幻聴が入ることかあり そのときは 自分から早く寝たりするなど 本人なりに再発予防策を取っている。</p>	<p>薬の服用はやはり嫌がり、注射だけ。酒は飲んでいる。3合くらい。</p> <p>監視体制は減少。</p> <p>遠い通院。相変わらずの地域病院からの拒否。連絡網は縮小の傾向となり 関係機関の risk consciousness は低下する危険。</p> <p>本人も予防策をとっているとはいえ 今後も十分に有効かどうかは不明。</p>	<p>治療関係の維持。服薬中断の防止。</p> <p>繰り返し 以前の入院体験での傷つきを psychotherapy。</p> <p>軽い安定した関係の継続。</p> <p>要所での Risk は測っておく。</p>	<p>その後は 地域での連絡網と通院 check で対処。</p> <p>Risk は減っている。</p> <p>当院から訪問することはなく て済んでいる。たたし 保健所の訪問は継続している。頻度は少ない。地域チーム会議も開かないてもよい。</p> <p>したかつて ケアの Cost もずいぶん減っている。</p> <p>本人の力かついてきた。少なくとも 暴力への歯止めの姿勢か本人にでてきた。本人の治療への姿勢も以前よりはてきている。</p> <p>しかし、やはりまったく目を離すわけにはいかない。</p>

症例1 56歳 男性 統合失調症

23歳で大学を卒業しコンピューター関係の仕事に就くか、3年後、人間を研究したいと考え医学部受験を決意し退職した。受験勉強をしていたか、住居妄想、追跡妄想などの症状で発病する。数カ所の病院に10数回入院する。いつも怠業して、飲酒し家族への暴力というパターンで入退院を繰り返していた。

47歳時の10月、父親と口論となり、父親と母親の暴力をふるう。被害妄想があり精神運動興奮状態を呈したらしい。父親は肋骨6本骨折し重傷を負い、母親は下顎部を殴打され死亡した。警察に逮捕されたか、心神喪失で不起訴となる。25条通報で11月にA病院に措置入院。50歳時の6月措置解除、医療保護入院となる。しかし、自己中心的な行動や他患を扇動する行為によって処遇困難とされ、51歳時の4月に当院に転入院となった。

入院後は、明らかな幻覚妄想は認められず、英字新聞を読んだり、教育番組のテキストなどで勉強していることか多かった。単独外出し、時に友人宅に外泊などして社会復帰を目指していた。事件については、親子ケンカの末の出来事と考えていて、あまり反省はない。家族は、単身での退院は認めるか、同居は拒否。本人は単身生活には自信がなく、父親との同居を希望していた。

54歳時の2月、単身生活を目指して開放病棟に移ったが、1週間ほとして、おそらく人間関係が変化したことを契機として、病棟スタッフ、他患者に対する被害妄想が出現する。物を盗られたと言ひ、病棟から警察に電話をかけること数回に及んだ。

3月には閉鎖病棟へ戻る。しばらく被害妄想は続き、行動を制止すると暴力をふるう。個室隔離、ECTを施行する。その後は、また穏やかな状態に戻った。現在は、また単独外出しているか、社会復帰できない状態でととまっている。陰性症状は目立たない。

処方

- ①セレネース (3) 6T
アキネトン (1) 3T
3 x 朝, 昼, 眠前
- ②サイレース (2) 1T
1 x v d S

考察

26歳頃に発病した統合失調症の症例で、47歳の時に、被害妄想から母親を殺害し、父親に傷害を負わせた。逮捕されたか、心神喪失と判断され不起訴処分、25条通報で措置入院となった。精神病状態で重大犯罪を犯し、心神喪失、不起訴処分となっているので、医療観察法の適応になるケースである。

元々、自己愛性人格障害の傾向があり、犯罪時も飲酒の影響が大きい。入院時初期評価を詳しく行えば、より患者の問題点や治療可能性が明らかとなったと考えられる。治療については、今までの精神科治療では、急性期の幻覚妄想状態についての内省は、ほとんど行っていない。医療観察入院においては、犯罪時の状況について認知行動療法的なアプローチが必要である。

また、50歳で措置解除となり、56歳の現在まで、ほぼ安定して経過しているか、退院手前のところで、再発したり、単身生活に不安を抱いたり治療が停滞している。触法患者ということを考慮した上で、専門的な作業療法や社会復帰訓練を要する。

住居の確保、退院後の訪問看護、危機介入などの援助を行えば、外来処遇に移行できるものと考えられる。

症例 2 51 歳 男性 覚醒剤精神病

中学を卒業し、高校に入学したか中退 その後、職を転々とする

19 歳で暴力団の組員となる

20 歳、恐喝事件を起こし、懲役 1 年 6 カ月、執行猶予 2 年の判決を受ける

23 歳頃より覚醒剤を乱用し始める

24 歳、覚醒剤取締法違反、懲役 6 カ月、執行猶予 4 年

27 歳、覚醒剤取締法違反、懲役 1 年 6 カ月

31 歳、覚醒剤取締法違反、懲役 1 年 6 カ月

34 歳、覚醒剤取締法違反、懲役 1 年 6 カ月

35 歳時の 10 月、覚醒剤を乱用し、急性覚醒剤中毒による幻覚妄想状態を呈し、暴力団の構成員を殺害した 逮捕されたか、精神病状態、心神喪失と判断され、不起訴となり A 病院に措置入院 しかし 5 カ月後の翌年 3 月には退院となる・

36 歳時の 6 月、幻覚妄想に基づき、家宅侵入して、警察に捕まり 24 条通報となり、3 カ月間、B 病院に措置入院となった

39 歳時の 4 月、自分の腹を刺し、妹を刺す 処分不詳

同 12 月に覚醒剤を乱用し、急性中毒による幻覚妄想状態を呈し、同居していた母親を包丁で数カ所刺して殺害する 警察に逮捕されたか、起訴前鑑定で心神喪失と判定された 翌年 3 月に C 病院に措置入院となった 入院 3 週間後、担当の主治医か、急性覚醒剤中毒の症状は改善しており、自傷他害の恐れはないと判断し、措置解除の申請を出す しかし家族から措置解除に対して異議申し立てがあり、結局、措置入院継続となり、8 月に当院に転院となった

入院後は、幻覚妄想は消失しており、医療者の指示にも素直に従う 事件時の事はあまり覚えていないか、自分の行った犯行である事は認識している 覚醒剤を乱用するとまた事件を起こすので覚醒剤は決して乱用しないと言う 大きな変化なく 9 年経過した その間に、措置解除を進めたこともあるか、家族の猛反対にあい、そのままになっていた

48 歳時の 4 月、措置入院の病状審査の診察があり、措置不要となる 6 月に措置解除、区長を保護者とする医療保護入院となる 8 月より単独外出許可し、特に問題なかった 精神的にも幻覚妄想などの精神症状はなく、落ち着いていた

9 月に単独外出し、そのまま離院した 14 日後、行きつけの銀行へ現れたところ、(病院より事前に連絡しておいた) 銀行からの通報により、警察に保護された 友人の家に泊まっていた 覚醒剤は使用する気にはならず、使用しないと決めていたと言う 服薬はしなかったか、精神状態は安定していた

その後、病棟では安定して経過する 離院については反省していて、無断離院して外に出ても面白くなかった、規則を守って退院したいと言う

1 年後、単独外出再開する 薬はレキソタン (2) 1 T 眠前服用のみ 退院を考えているが、家族は強く反対している

考察

元々、暴力団の組員で犯罪傾向のある覚醒剤精神病の症例である 35 歳の時に、急性覚醒剤中毒の幻覚妄想状態て暴力団の構成員を殺害したか、精神病状態ということて心神喪失、不起訴処分となった 措置入院となったか、5 カ月で退院 その後も覚醒剤の乱用は続き、38 歳時に同様に急性覚醒剤中毒の幻覚妄想状態て母親を殺害した これも心神喪失、不起訴処分、措置入院となった しかし、急性覚醒剤中毒は数カ月で改善し、幻覚や妄想など精神症状も消失した

急性覚醒剤中毒による重大犯罪は、例え犯行時に精神病状態であったとしても、これは「原

囚において自由な行為」であり、「みすから招いた精神障害」であるので、心神喪失とするには問題がある

さらに精神保健福祉法に従えば、自傷他害の恐れがなくなれば、措置入院を解除しなければならず、途中で医療保護入院とする期間はあるとしても、遅かれ早かれ退院となってしまう。重大犯罪を犯して、数カ月で退院し、何ら強制的な処遇はなくなるという事態が生じる

この患者の場合は、複数回の重大犯罪を犯しており、すぐに退院とすることはできず、中途半端な形で12年間継続入院となっている

急性覚醒剤中毒の幻覚妄想状態で重大犯罪を犯したケースを、新法下では医療観察入院とすべきか、他の扱いをすべきか議論を要する

症例3 48歳 統合失調症

中学校を卒業し、工場に就職したが、半年で退職する。その後、職を転々とする。17歳で「京」する

24歳時の5月に、ある同僚に対して被害妄想を持つ。その同僚が、自分を馬鹿にしてクルクルパーと手を回したり、自分がマスターベーションをしているところを覗いて、それを言いふらしたと言う。同僚を包丁で刺す。軽く脅すつもりでやったと言う。殺人未遂で逮捕されたか、精神鑑定を受け心神喪失、不起訴と決まる。同8月にA病院に措置入院となったか、1年足らずで退院する

25歳時の8月に、また幻聴と被害妄想が生じ、地下鉄内で全く見ず知らずの乗客に対して、大腿部を包丁でさすという傷害事件を起こす。また心神喪失、不起訴となりB病院に措置入院となる。約6年間入院し、開放病棟のあるC病院に転院

38歳時の2月にC病院を退院する。建設会社に就職し寮に住み込んでいたか、3日で退職した。自らC病院を受診して、入院を希望し、任意入院で同院に入院する

開放病棟に入院していたか、同室患者か何かと自分につきまとい、聞こえよかしの、退院できない、一生ものたなど言い、嫌からせをすると被害妄想を抱くに至った。外出時にナイフを購入し、入院14日後の夜間に、その同室患者が寝ているところをナイフで刺して殺害した

起訴前鑑定を受けたところ、統合失調症の幻覚妄想状態での犯行ということで、心神喪失と判断され、不起訴となった。事件より3カ月後、行政鑑定を受け要措置と決まり、当院に措置入院となる

入院後、身近な人（看護師、同室患者など）の声で自分の悪口を言ってくる形の幻聴が、不定期に出役し、それに伴って被害関係妄想を持つ。例えば、「看護師の〇〇は俺のことをおかま野郎と言った。看室でクルクルパーと頭に向けて手を回した」と訴える。また他患者を馬鹿にしたと言って、その患者を病室内で追いかけてたりする。看護師同伴で外出し電車に乗ったところ、周囲の乗客に対して被害関係妄想を持ち、独り言を言い出したので、電車から降ろしたこともある

しかし、病棟内では大きな事件を起こすことなく、入院後9年経過している

- 処方
- ① セレネース 27mg
リスパタール 6mg
ヒカモール 6mg
ピレチア 75mg
3 x 朝, 昼, 眠前
 - ② サイレース 2mg
1 x v d S

考察

統合失調症の症例で、被害妄想に基づき、24歳で殺人未遂事件を起こしたか、心神喪失、不起訴処分、措置入院となった。25歳でまた、幻聴と被害妄想に左右されて傷害事件を起こし、これも心神喪失、不起訴処分、措置入院となっている。13年間入院していたが無理な退院計画のために再発した。自主的に入院した病院で幻覚妄想状態になり、同室患者を殺害するという結果になっている。

この患者は、生育歴や元々の知能の低さなどに問題があり、入院時初期評価を詳しく行い、犯罪に至る経過を分析し、患者に対して認知行動療法を行うことが必要である。

1回目、2回目の事件後の入院治療で、十分に治療、再犯予防対応がなされていなかったため、複数回の重大犯罪を犯す結果となってしまった。

医療観察法の下では、1回目の犯罪で適応となっていたケースであり、医療観察法による入院・通院処遇になっていれば、再犯を防ぐことかできた可能性が大きいと考えられる。

【事例 1】 47 歳 男 軽度精神遅滞＋アルコール乱用（放火）

出産時は異常なく、2歳半で言葉の遅れに気つかれる。小学2年から特殊学級、中学からは養護学校に入り高等部を卒業した。高卒後就職してから飲酒するようになり、酩酊して出かけては公園で寝る、などの行動が多くなった。25歳時、酔ってポリハゲツに放火し懲役1年3ヶ月執行猶予3年の判決を受けた。精神鑑定の有無、責任能力判断は不明（執行猶予で、アルコール乱用に関する対応や精神医療の要否に関する判断のないまま釈放された？）

釈放後再就職したか、ボーナスを持って突然出奔する、繁華街で飲み明かして無一文になり家族か迎えに行く、といったことか続き、自宅て対応困難なため、27歳時、知的障害者の施設に入所した。しかし何回か脱走し1年10ヶ月で退所した。その後通勤寮に入所し自動車整備会社で働いたか、仕事帰りに飲酒することか多いため、やはり10ヶ月で退所した。その後も家の物を持ち出して質入れしたり、知人に金の無心をしては飲酒することか続き、酩酊状態での喧嘩、暴力、家財道具をめっちゃめっちゃにする、など問題行動か続いた。36歳時（平成4年9月）、知的障害者施設に入所当日、タバコをめぐって母と口論し、制止した職員に殴りかかり、入所を断られた（施設入所という福祉的措置が繰り返されるも、対応しきれない）困った母か保健所に相談に行き、精神科受診を予定していた矢先の平成4年11月30日、飲酒酩酊下で教会に入り込み放火（被害届は出ず）12月4日M病院初診、第1回入院（医療保護）となった。

入院後も自己の要求か受け入れられないと、自傷行為や暴力といった短絡行動か多かったため、ECTを1クール行い、その後は穏やかに経過した。入院中に行ったWAIS Rは言語性=54、動作性=58でtotal IQ=51。平成5年3月より病院から心身障害者通所授産施設に試験的に通所を始め、4月30日に自宅へ退院した。その後月1回通院し、授産施設にも毎日通所して、平成11年1月までの約6年間は安定して経過した。飲酒についても、家族かそろった時などに母か許可すればビール1本程度はよい、との約束を守っていた（精神遅滞であっても、精神科薬物療法、電気けいれん療法が有効で、治療的枠組みが設定されると問題行動が抑制され得る）

平成11年1月、授産施設から金を盗み出して家出し、以後母の受け入れが悪くなって、施設の一時入所を利用するようになった。平成12年1月4日、タバコのことて母と口論になり、母に暴力をふるって110番通報され、24条通報を介してM病院に第2回入院（医療保護）となった。入院後は特に問題なく過ごしたか、母か自宅退院を拒否するようになったため、施設入所あるいは単身生活を目指す方向になり、社会復帰病棟に移った。他患への借金、飲酒、看護師に対する威嚇行為などて、閉鎖病棟に戻ることもあったか、それか

繰り返される中で徐々に問題行動がなくなった（精神遅滞者は自己の問題に対する洞察を行うことは困難ではあるが、行動療法による問題行動の修正は可能である）他県に新設されるグループホームに入所することになり、平成 15 年 11 月 6 日退院となった

【考察】

主として飲酒酩酊下で放火、暴力などの問題行動を繰り返す軽度精神遅滞の事例である。この事例では、指標犯罪時における刑事責任能力判断は不明であるため、新法の対象となるかどうか議論できない。仮に心神耗弱ないし喪失が認められ、「心神喪失ないし耗弱の状態の原因となった精神障害のために再び対象行為を行うおそれ」があると判断された場合、精神遅滞の患者も新法の対象となり得るか、*treatability* という観点から対象にはならないという考え方もある。この事例では、薬物療法や電気けいれん療法、入院治療における行動療法が有効で、衝動性や飲酒習慣がコントロールされて社会復帰に至っており、精神遅滞そのものは改善が望めなくとも、その他の症状や問題行動の改善は *treatable* で、継続的な精神科治療が必要な場合があると思われる。

現行制度において、犯罪傾向のある精神遅滞者は、刑事責任能力がないということて刑事司法手続きからは外され、対応困難であるということて福祉側からは拒絶され、医療の対象にならないということて精神医療にも受け入れられず、その狭間にあつて適切な処遇を受けられないために再犯を繰り返す者も少なくない。新法下では、放火や性犯罪など重大な触法行為を行った精神遅滞者に対しても、衝動性や触法行為自体を治療の対象として、専門医療に付すへきてはないだろうか？

【事例2】 49歳 女 うつ病（殺人）

高卒後パートに勤務 25歳で養護学校教員の現夫と結婚し、2子をもうける 家事、育児に励み、子育て関係の地域活動にも積極的に参加していた

39歳時にパートで働き始めたところ、3ヶ月後（平成6年12月）より「仕事の内容が自分に合わない」「子供の用事かてきない」などと悩み、抑うつ的となった 徐々に抑うつ症状か悪化したため、平成7年3月23日T病院精神科を受診し、投薬を受けた しかし希死念慮か強くなり、「4人で一緒に死のう」といった言動か聞かれるようになったため、T病院に入院予定となったか、入院の前日の4月2日、夕方夫か買い物に出かけた際に出刃包丁で2人の子の首を切つて殺害し、自分の手首や前頸部を切つて心中を企図した 本人は一命を取りとめ、4月3日、24条通報を介してF病院精神科に措置入院し、4月6日、7日にECTか行われた 4月11日、M病院に転院し、第1回入院となった

入院当初は希死念慮か強かったか、薬物療法で徐々に改善した しかし不眠か続き、子の安否を気遣つて感情不安定となつたり、感情失禁か認められることかあつた 4月18日、2人の子か死亡したことか伝えられた後、一時感情の動揺か見られたか、薬物の増量、夫の励ましにより表面的には落ち着きを取り戻した 安定してくると病棟内でリーダーシップを發揮し、率先して雑用や他患の世話などとしていた

取調へのため、平成7年6月6日、いったん退院となり警察に拘留された 起訴前精神鑑定の結果不起訴となり、同年8月9日、身納釈放と同時にM病院に第2回入院（医療保護）となった やや抑うつ的であつたため、担当医は子殺しの件については一切直面化させない方針で支持的に対応した（事件後まもない時期で、抑うつ気分があつたことを理由に直面化を避ける）入院中転居し、同年10月5日に退院したか、その1ヶ月後より家事か十分かてきないことを気に悩み、11月6日には頸部を包丁で切ろうとする、踏み切り付近を徘徊する、など自殺企図か見られたため、11月7日、M病院に第3回入院（医療保護）となった（不起訴 釈放後、約2ヶ月という入院期間は短すぎる）

入院時、顕著な抑うつや希死念慮は認められず落ち着いていたか、前回退院後1ヶ月で症状か再燃したため、慎重に経過か観察された 病棟内の対人関係も円満、社交的で、他患の世話を熱心かしていた 平成7年末より定期的な自宅外泊を開始していたか、子の命日（4月2日）か近づくにつれ、思いつめた表情で涙くむなど動揺か見られたため、その前後には外泊か中断された しかし命日後、本人にはむしろ晴れ晴れとした解放感かあり、「事件を思い出しそうになると本を読んで気を紛らわす」と言うなど意識化を避けようとする態度か見られた この時の担当医も、本人の人格面での未熟さにより葛藤の処理か困難であると判断して、やはり直面化をさせない方針であつた（本人の人格の未熟さを理由に直面化を避ける）外泊を続け、本人か自宅での生活に自信かついた段階で、平成8年5月31日、退院した

この後も現在までに、平成12年4月17日～6月3日、平成13年2月8日～8月30日、

平成14年12月14日～15年3月28日と3回M病院に入院（医療保護）している。入院時には希死念慮が強くなり、頭を壁に打ちつけるなど自傷行為が出現したり、「すべてをこ破算にしたい」と言って病棟のベランダに行ったり、また子供を殺したことを他患に言いふらし攻撃的になることもあり、毎回ECTが行なわれた（子殺しという行為を犯したトラウマは抑圧されているだけで克服されておらず、抑うつ時にのみ言語化される）退院後通院や服薬は規則的に行うものの、安定するとサークル活動やパート勤務に精を出すようになり、元來世話好きでいろいろな役割を引き受けてしまい、それかストレスとなつてうつ症状が再燃して入院、という繰り返してあったため、担当医から「オーバーワークにならないように」と助言されている（同様の再発を繰り返すことに対しても、より深い洞察を求めている）

なお、この事例では、事件後も夫か本人をよく支えているか、夫自身も本人に隠れて亡くなった子供のことを思い号泣することかあると述べている（夫に対する心理的援助が十分になされていない）

【考察】

うつ病女性の子殺しの事例である。子殺しを行ったうつ病女性の多くは心神喪失 不起訴となるか、特に他に子供かいない場合などでは再犯リスクか高くないとされ、従来通り精神保健福祉法下で対応できるため新法の対象とならないという考え方がある。しかし、同居家族がいる場合や、将来的に再び子を授かる可能性がある場合など、うつ病が再燃すれば再び同様の行為か起こる危険性か低いとは言えない。それを予防するためには、一般精神医療で行ううつ病の治療や再発予防だけでなく、うつ状態になって子供を殺害したという事実に向き合い、罪悪感も含めあらゆる心理機制に対して自ら洞察できるよう援助するプロセスか重要である。

現状では、特に希死念慮を刺激し自殺企図を招くことを危惧するあまり、子殺しという行為の直面化は治療者にとっても困難であり、本事例の場合と同様、治療者はその点には触れないという対応が一般的である。しかしこの事例では、触法行為や人格傾向に対する洞察を求め、それに基づいて思考や行動様式を修正していくという根本的な治療かなされていらないことによって、加害のトラウマから回復できていないだけでなく、うつ病自体の再燃も繰り返されている。触法行為の直面化を介して自らの人格傾向、行動パターンなどをより深く洞察する、より濃厚な心理療法や認知行動療法、すなわち司法精神療法か、実はうつ病自体の治療の一環としても必要なのではないかと考える。また、妻か加害者て子が被害者という二重の苦しみを負いつつ患者を支えている夫に対しても、積極的に有効な心理的援助も行うべきである。

うつ病の子殺しの事例であっても、安全か十分確保された入院施設で、触法行為の直面化を介して行う困難な精神療法に熟練した医療者か関わる専門病棟における濃厚な治療か望ましい場合もあるのではないかと考える。

武井班資料 症例呈示

23 歳男性 診断 統合失調症

指標犯罪 傷害致死

父はコンビニエンスストア経営、母は専業主婦。某県に同胞 1 名の長男として生まれ、生育。生育歴に特記すべきことなし。地元小中学、高校を卒業。高校卒業後は建設業などに数年従事したことがある。

現在、母、妹の 3 人暮らし。妹も統合失調症にて当院に入院歴あり、現在も通院中である。

平成 X 年「うつ状態」で某メンタルクリニックへ半年ほど不規則に妹ともに通院。平成 X 年 8 月、同クリニックに対する被害妄想から、本人および妹の通院先をめくって深夜まで父親と口論し、父親を居間で殴打し死亡させる。患者本人は平成 X+1 年 4 月まで傷害致死のため拘留されたか、懲役 3 年、執行猶予 5 年を言い渡され釈放された。なお、簡易鑑定が行われ「統合失調症たか責任能力あり」(釈放後の受療の保証がない)。

その後、自宅に戻ったか妄想状態か持続し、仕事のこと、自宅での生活などについて家族に対して支配的、一方的な命令に近い言動が続き、母親と妹は耐えられず、叔母宅へ避難。結局、本人が単居。保護観察士の観察が続いていた。平成 X+1 年 8 月 1 日本人の言動かまとまらないと保護観察士から連絡があり、本人も叔母宅で同居するようになった(保護観察所と医療機関との連携がない)。翌 2 日より「(叔母か自分と妹をヤクサに売って)金か動いている」「お茶に毒か入っている」「やられる前にやるしかない」などの被害妄想、被害妄想を訴えるようになった。3 日には身体不調感から自ら救急車を呼び、某精神病院を受診したか服薬せず。4 日には他の精神病院を受診したか入院目的で当院を紹介され、結局同月 6 日当院へ初診した(責任医療機関が明らかではない)。外来では被害妄想、被害妄想を訴え、「やられる前にやるしかない」と切迫した状態であった。母親の同意を得て医療保護入院とした(保護者の立場が被害者家族であり加害者家族と複雑)。

入院後 18 日間にわたり個室隔離を行い(個室隔離の標準化、観察の基準必要性)、HPD 6mg, CP75mg の投与を行った。これによって入院後 1 ヶ月半かすぎる頃には新たな幻覚、妄想を訴えることはなくなった。ただし、入院前の状態についての病識は出現せず、現実にあったことと考えていた(病識の回復が不十分、精神療法的アプローチの不足、服薬の必要性の理解不足)。本人、家族、主治医、精神保健福祉士の同席面接では今後、援護寮への退院を考えていくことか決まった。10 月より職員と同伴外出し、一般作業療法へ参加し始めた(司法精神医学を踏まえた専門的作業療法が行われていない)。この頃から HPD にて akathisia, dystonia か出現し、Risperidone → Quetiapine と変更し、最終的には Quetiapine 300mg にて維持量となった。

平成 X+2 年 3 月に入り某援護寮への入所を目指し、数回入所判定のための面接を受けたか、

入所決定までには長期間かかるとされ(触法精神障害者のための専門的対応可能の中間施設がない)、結局、アパートでの単身生活を目指すこととなった。この頃になると、父親に暴力を振るい死亡させたことをしはしはテーマとして面接を行ったか、「死んでから1年くらいはちょくちょく思い出して泣いていた。でも、今は大丈夫」「父とは仲かよかった」「父は頼りになる人」と自分自身にとっての父親像を語るものの、父への贖罪、母への共感などの発言は聞かれなかった(加害者としての心理、被害者の息子など複雑な心理への専門的アプローチが行われていない)。また、退院後のことについて心配する母に対しては「病気はもう大丈夫(母親へのサポートが不十分)。むしろ母親か自分を信じてくれないから退院できない(犯罪被害者としての母親への謝罪、母親への共感性の欠如)。いったいどうしたら信じてくれるのか」と母親に詰め寄ることも認められた。

このため本人の一人暮らしの希望、母親の中間施設への入所希望とを聞き、CPAによる退院促進を進めることにした。まずは、医師、受け持ち看護師、心理士、作業療法士、薬剤師からなる多職種チームを作り、職種毎に患者評価を2週間かけて行いCPA会議を行った。その結果、日常生活能力は高く一人暮らしは十分可能であるか、病識不十分、服薬中断の可能性、危機的状況に対する対処能力の低さ、他者との協調関係を維持できないこと、母親の不安、経済力かないことなどが問題として抽出された。このため、別紙のような職種ごとの行動計画を立て実行した。

退院後はアパートで一人暮らしをし、外来通院、作業療法への参加を続けている。

この症例をから示唆される新法実施上の問題は、下記のように整理される。

問題点

- 1 簡易鑑定時には統合失調症を指摘されているか、その後、治療に導入されることかなかった。
- 2 保護観察官と医療機関との連携が不十分であり、危機介入が遅れかちてあった。

治療への導入・連携の問題（医療機関と司法機関との連携）

- 3 被害者の家族である母親か、同時に加害者である本人の保護者である。
- 4 入院時には母親は大うつ病の診断が満たされていたか、治療に導入されることはなかった。
- 5 被害妄想か叔母にも拡大しており、次の事件を起こす可能性があった。また、母親の本人に対する拒否的感情が著しかった。

被害者サポートの問題（尊属殺人などでは家族は、被害者の家族であり、同時に加害者の保護者と複雑な立場に立たされる。このため、精神医学的治療、心理療法などが必要である）

家族かどこまで本人の治療などについて責任を負うべきか不明である。

- 6 本人および家族に対して、犯罪の加害者として、被害者としての専門的治療が行われなかった（被害者の贖罪、被害者家族への共感、自己の犯罪との直面化）。

心理療法(司法心理学、forensic psychotherapy, Motivating Interview, Cognitive Behavioral Therapy, さらには、看護師、作業療法士による協力)

- 7 医師、看護師、心理士、作業療法士、PSW、薬剤師などからなる他職種専門チームによるケ

ア計画の作成が遅れた。このためそれぞれの職種ごとが従来からの統合失調症に対する一般的な検査、治療を行っており、司法精神医学的問題へのアプローチが遅れた。

Care Programme Approach による早期評価(bio psycho-social)および治療計画の作成、実践と見直し、院内、院外多職種チーム医療の開始

- 8 某援護寮への退院を計画したか、入所までの期間の長さ、条件など敷居が高く入所に至らなかった。
- 9 病状が安定してからやっと退院後のケア計画を考えたため、地域支援センター、市役所福祉課、保護観察所など院外の協力施設との連携が不十分であった。

院外の施設との連携が入院初期より必要

- 10 訪問看護チームを持たないため、病棟看護師が訪問することになった。

Forensic psychiatric Nurse、Community Psychiatric Nurse、ACT など Community Care Team の立ち上げと連携

- 11 本人、家族は病院近くでの居住を望んだか、入院時の担当は実家の住所地にある福祉であり、生活保護の担当は他県となった。

担当福祉は居住地であり、遠隔地の福祉サービスとの連携の問題

上記の問題点を考えてみると新法の実施に当たっては、下記のような点について十分な準備が行われる必要がある。

- 1) 患者、家族に対する司法精神医学的専門治療
- 2) 患者への認知行動療法的アプローチ
- 3) 院内における職種間の連携
- 4) 院内 院外多職種チームの連携
- 5) 地域ケアチームの立ち上げ
- 6) 行政区ごとの縦割りを超える連携
- 7) 社会サービス（援護寮など）の充足
- 8) 計画的、構造的治療計画の必要性
- 9) リスク評価とリスク管

触法精神障害者の治療プログラム

統合失調症，統合失調症型障害および妄想性障害（F2）モデル

順天堂大学医学部精神医学講座

八田耕太郎

薬物療法

統合失調症に対する薬物療法の第 1 選択は、近年は効果と副作用とを勘案して SDA あるいは従来型高力価抗精神病薬である。治療反応の良好な群は最初の 1-2 週で有意な判断力病識の改善を示し、治療開始から 5 6 週経過した時点でさらに有意な回復をみせる (Hatta et al 2003, 八田 2003)。したかつて、治療反応良好群に対しては治療開始から 2 ヶ月経過した時点で判断力 病識の回復か期待でき、心理教育的アプローチを開始できる可能性が高い。

それ以外の群には、MARTA、従来型低力価抗精神病薬あるいは攻撃性を特に標的にして気分安定薬の併用といった薬物療法か試みられる。このような薬物療法により判断力 病識の回復の可能性を判定するための期間は、第 2 選択薬、第 3 選択薬の治療効果を判定する期間を合算して 5 ヶ月程度か見込まれる。

治療歴がある場合は、過去に用いられた薬剤への治療反応性を勘案しなから薬剤選択を行う。

なお、欧米では clozapine を十分な期間、例えば 6 ヶ月程度 (Meltzer HY 1992) 使用した上で最終的に治療抵抗性と判断している。現時点では後ろ向きあるいはオープン試験の範囲であるため実証性という点では弱いけれども clozapine か統合失調症の攻撃性に対して推奨されていることから (Brieden T et al 2002)、わか国も clozapine 導入後は薬物療法の最終選択かその形になると思われる。

抗精神病薬の使用は可能な限り 1 剤とし、併用する気分安定薬など各種薬剤も 1 目的 1 剤を基本とする。ただし、欧米においても入院治療では抗精神病薬を 2 剤使用せざるをえないことは少なくないことか最近でもしはしば報告されており (McCue RE et al 2003)、現場の判断か優先されるべきことかいうまでもない。救急事態を除いて、能書の用法用量に十分留意する。

デポ剤の使用も必要に応じして検討する。導入する場合は入院中に開始して副作用に関する観察も十分に行う。

効果判定に際しては、判断力 病識の回復や攻撃性の制御に重点が置かれるへきて、そのために Positive and Negative Syndrome Scale や Overt Aggression Scale などによる評価か定期的に行われることか望ましい。

副作用の監視としては、入院時に血液 生化学検査 (血糖値を含む)、感染症スクリーニング、心電図、胸・腹 X 線撮影、頭部 CT または MRI 検査を行い、異常のある項目は相応の対応・経過観察をする。入院時に異常値か認められなかった場合、治療開始 2 週間後に血液 生化学検査を行って、以降 1 ヶ月ごとに繰り返す。Oranzapine, quetiapine 使用例

には、最初の半年は2週間ごとに血糖値の確認をする。

補1 併用薬としてのβ遮断薬は、近年2重盲検試験にて有効性が示唆されるようになってきている (Allan ER et al 1996, Caspi N et al 2001)。しかし保険適応かないことから、その位置づけは微妙である。

補2 併用薬としてのSSRIは、実証的検討の途上にある (Silver H 2001)。統合失調症以外、例えば境界型人格障害の攻撃性や衝動性の改善には効果がなかったというRCTの結果も示されている (Rinne T et al 2002)。

参考文献

- Allan ER, Alpert M, Sison CE et al Adjunctive nadolol in the treatment of acutely aggressive schizophrenic patients *J Clin Psychiatry* 57 455-459, 1996
- Brieden T, Ujeyl M, Naber D Psychopharmacological treatment of aggression in schizophrenic patients *Pharmacopsychiatry* 35 83-89, 2002
- Caspi N, Modai I, Barak P et al Pindolol augmentation in aggressive schizophrenic patients a double blind crossover randomized study *Int Clin Psychopharmacol* 16 111-115, 2001
- Hatta K, Nakamura H, Matsuzaki I Acute-phase treatment in general hospitals clinical psychopharmacologic evaluation in first episode schizophrenia patients *Gen Hosp Psychiatry* 25 39-45, 2003
- 八田耕太郎 臨床薬理学的検討に基づく行動制限の適正化と人権確保 平成14年度厚生労働科学研究「入院中の精神障害者の人権確保に関する研究」報告書, 135-145, 2003
- Meltzer HY Treatment of the neuroleptic-nonresponsive schizophrenic patient *Schizophrenia Bull* 18 515-542, 1992
- Rinne T, van den Brink W, Wouters L et al SSRI treatment of borderline personality disorder a randomized, placebo controlled clinical trial for female patients with borderline personality disorder *Am J Psychiatry* 159 2048-2054, 2002
- McCue RE, Waheed R, Urcuyo L Polypharmacy in patients with schizophrenia *J Clin Psychiatry* 64 984-989, 2003
- Silver H Fluvoxamine as an adjunctive agent in schizophrenia *CNS Drug Rev* 7 283-304, 2001

<症例1>殺人・統合失調症（括弧内に新法下で想定される対応について記す）

平成 X-2 年（26 歳）ころ、幻聴、被害関係妄想などで統合失調症を発症。会社員として仕事は続けていた。X-1 年より A 病院精神科に通院。X 年 3 月 10 日夜、宇宙人か、母親に化けているという考えが強まり母親を殺害。警察に一旦逮捕されるか、精神保健福祉法第 24 条による警察官通報を経て、最終的に 3 月 11 日 B 県立病院に措置入院した。（新法下では逮捕後、検察庁に送致され、検察官の申し立て、鑑定入院 審判を経て指定入院医療機関へ。症状によっては緊急治療のために一時措置入院することもありうる？）

抗精神病薬により、4 月頃から病状改善し、自分のしたことを知るようになると抑うつ的となり、自分で自分の首をタオルでしめるといった自殺企図が何度かみられた。（早い直面化の時期。新法下では多職種によるケース会議・アセスメント。心理士による精神的サポート。司法精神療法により直面化を治療の動機付けに生かす） X+1 年に入ってからたいふ落ち着くか、3 月に同様の事かみられた。（新法下では定期的なアセスメントと治療計画）後見人制度により、兄か保佐人となり、10 月に医療保護入院に切り替え。職員同伴の外出が許可される。（新病棟処遇評価会議における多職種によるアセスメント、それに基づいた治療計画に沿った処遇の変更）主剤はハロマンズ 200mg。X+3 年、3 月現在、療養型閉鎖病棟に入院中。（指定入院機関では 1 年半で退院）

<考察>

精神病状の改善とともに、自ら触法行為の直面化に至り、抑うつ的となり自殺企図が生じた症例。現状では主治医かてきるかきり、面接にて患者をサポートしつつ、今後の治療のコンプライアンスを高めるように働きかけたか、新法下の治療施設においては、多職種による評価と心理士による司法精神療法によりより効果的な働きかけかなされるものと考えられる。この患者が早期に直面化に至ったのは被害者か自分の母親であり、後悔と自責という情緒的な側面が強かったと考えられる。症状自己コントロールの必要性などは十分に自覚されていない可能性があり、こうした点について専門的な働きかけかなされるべきである。

最も重大な触法行為である殺人のケースの場合、指定入院機関の入院期間として想定されている 1 年半で退院できるかという問題がある。すでにこの患者は入院期間はすでに 3 年を超えている。さらに、この患者は同居していた唯一の家族である母親を殺してしまったこと、退院かきわめて困難な状況になっている。兄弟は親を殺されたという心理的抵抗から、協力には消極的であり、かといって単身の退院はリスクが大きい。このように、重大触法患者の退院には住居の問題が存在する。一般の中間施設かこのような患者を引き受けてくれる可能性は低い。触法精神障害者の社会復帰を促進するためには、専用の中間施設が必要である。

<症例2> 傷害 統合失調症（括弧内に新法下で想定される対応について記す）

X3年25歳のとき、幻聴、被害妄想で発症。A病院で2ヶ月入院。その後は自宅で無為に過ごしていたが、X年5月から仕事に出るようになる。その頃から、自分の病気は治ったと思い、通院服薬を中断。X年9月29日頃から不眠で落ち着かない状態となる。10月2日、A病院精神科外来へ行き、殺人衝動にもとついて、居合わせた医師の腰部を背後から包丁で刺す。当日、一旦逮捕されるか、最終的に精神保健福祉法第24条による警察官通報を経て、B県立病院に措置入院。（新法下では逮捕後、検察庁に送致され、検察官の申し立て、鑑定入院 審判を経て指定入院医療機関へ。症状によっては緊急治療のために一時措置入院することもありうる？）

入院直後は情動興奮はなく「人を殺したくなっちゃったんです」「人を殺しちゃったんです」と淡々と語る。ニヤニヤしなから「とうてもいい」「はからしい」と投げやりな態度も。

（多職種による入院時ケース検討・リスクアセスメントと治療計画）

HPD6mg、CP75mgから徐々に増量。（非定型単剤治療？）しかし、11月、幻聴、被害妄想、希死念慮が活発になり、興奮が激しくなり食事も取らなくなる。LP400mg、HPD18mgまで増量して全く改善なく、38度台の熱発 CK13000と悪性症候群への移行が疑われたため、ECTを計10回行った。（新病棟倫理会議を経て修正型ECT、健忘を防ぐためより少ない回数？）これにより速やかに精神症状の改善がみられた。その後は若干波はありながら概ね安定して過ごすか事件については健忘を生ずる。（安定した段階での司法精神療法への尊人、直面化への準備）ヘラヘラ、ニヤニヤして残遺性の人格変化がみられる。入院時の危険なエピソード、増悪時の激しい症状、改善後も刺激に対して脆弱な印象から隔離解除には慎重で、合計約1年の長期の隔離を行った。（十分な人員配置に基づき緻密な観察と、細やかに迅速な対応ができれば、長期の隔離は必要なく、多職種による定期的な症状評価に基づいて早期の隔離解除を行う。） また、警察から本人への事情聴取の可能性についての問い合わせが何度かあったが、同様の理由から断わった。 X+1年の9月よりようやく試験開放を開始し、10月に隔離解除とした。退院後の怠業による増悪の可能性に備えてポ剤（フルデカシン50mg）への変更を行う。変更後数ヶ月様子観察するか状態の増悪かないため、X+2年2月に退院した。（新病棟処遇評価会議において多職種によるアセスメントを行い外泊や退院を決定。外泊の時点から指定通院医療機関との連絡 ケース会議、社会復帰調整官との連携、チーム医療としての退院後の治療計画を策定）

その後は主治医の外来に通う。外来の通院は主治医がモニター。（精神保健観察により社会復帰調整官が責任を持って通院状況を把握。定期的にケア会議を開きチーム医療を継続し危機介入の体制も整えておく。）

X+4年3月現在、B県立病院に約1時間半かけて1ヶ月ごとに定期的に通院し、地域の保健所のデイケアに週1回通所している。デイケアの回数を増やすために、デイケアを行っている地域の民間病院への転院を依頼したか増悪時の症状が重いとの理由で断られた。

<考察>

この症例の問題点はECTによる健忘と一般病棟での治療ゆえに触法行為に対する直面化が十分にはできていなかったことと、長期の隔離を要したこと、地域での社会復帰が行き詰っていることである。新法下の専門治療施設であれば、ECTによる健忘という障害はあっても十分な人手と時間をかけた司法精神療法を通して直面化を行い、今後の治療に対する動機付けをさらに強めることかてきたかもしれない。それ以前に入院時に多職種による入念なアセスメントと治療計画を行っていたら、ECTを必要とした病状の悪化を防げたかもしれない。また、症状の再増悪を怖れて長期の隔離を行ったか、十分な看護スタッフの観察と迅速で細やかな対応が取れる体制があれば、これも防げた可能性がある。現在のところこの症例は比較的順調に経過しており、今後のリハビリをより積極的に進めるために、地元的一般病院への引継ぎ、デイケア通所を依頼したか「悪化したときの症状が重症」ということで拒否された。触法患者専門の社会復帰施設等はないことから、今後のリハビリテーションに支障をきたさず状態となっている。この点は新法が施行されても改善されない可能性が高い重要な点である。

また、一般に医療観察法による観察をとの時点まで行うべきかという問題があるか、観察終了を判断するに当たって考慮すべきと思われるいくつかの観点からこの症例を評価してみると以下のようであった。

- 社会内存在の形式 両親と同居
- 精神症状 残遺症状は目立つか、幻覚妄想はない。現実認識はできている。遵法精神もある。
- コンプライアンス 外来も毎回忘れずに通院。薬物はテボ剤が主。
- 人間関係 両親との関係は良い。デイケアの仲間との交流も悪くない。
- 依存 アルコールや薬物への依存はない。
- 生活面 セルフケアや生活リズムは安定して確立している。地域社会における居場所、社会参加の実現という点では週1回のデイケアというのはやや不十分。この点を改善するために、デイケアを行っている民間病院への転医を依頼したか拒否された。

事例 NS X-36年生 男子
 診断 覚醒剤精神病+反社会性人格障害+強迫性気質

<カルテ等記録からの記載>

<医療観察法の視点>

<p><家族歴> 同胞4名の2番目で本人以外は女子。 子供は2名で第1子が男子で第2子が女性。 同居は父親との二人暮らしだったか、父親は本人の 行為を苦にして85歳で自殺。 母親は69歳で肝臓かんで死亡。</p>	<p>父親像、母親像 成育時の人間関係（祖父母の同居、 養育態度など） 人格障害形成の背景分析 本人の気質 病前性格と成育環境の 関係</p>
<p><生活歴及び現病歴> 高校中退、成績は中の下。 20才頃より、傷害、売春、覚醒剤などで10数 回の刑を受け、うち6回の服役歴がある。 X-3年、覚醒剤で懲役3年、X年10月に出所 する。 X年11月、妻を包丁で刺殺、T大で精神鑑定し、 H病院等へ数ヶ月ずつ入院。退院後は実家のある S市で暮らすようになった。 X+2年、屋根に逃げた父親を突き落とすなどの 暴行あり、6年間医療刑務所に服役する。 X+8年出所、そのままS保養院に6ヶ月強制入 院し、X+9年3月退院。 東京の暴力団関係に1ヶ月、横浜の暴力団関係に 2ヶ月いたか、本人の弟か周囲の者に自分を殺せ とか、毒を入れるとか、頭をいしるなど言ってい た。 X+9年6月、S市の父親の家に東京から逃げ帰 った後は一日中テレビを見たりして過ごす。同年 8月生活保護受給となる。 X+9年10月、福田武夫が父親を殺せとコンピ ューターで指示してきたという。父親はそのため 身を隠す。その頃、クリーニングに出したものの しみが取れないと告訴し、話し合いて自分の不当 を言われて止めたりする。別の親戚の所に行って その財産の3分の1を取ると言ったり、シャンパ を近所に売り歩き、苦情が来たりした。 X+9年11月頃より、登下校の小学生の女子に 「あめをやるから菓子をやると声をかけるこ とか頻回にあり、学校の先生が監視に出た。 コンピューターは体を溶かすことか出来る等と言 い、警察に父親の捜索願を出しにいった。同じ 時期 父親の口座かいつおろしたか分かれは、父 親のことか分かると銀行に行きもめた。銀行で警</p>	<p>小学、中学の成績 友人関係、人的環境 高校中退前後行動内容 服役時の行動、処遇内容</p> <p>触法歴の整理、精神鑑定の内容 各精神病院の対応 治療内容 不十分な治療内容で退院となってい る 医療刑務所の治療内容、本人の行動、 精神病院の治療内容の情報なし</p> <p>いかに本人を排除するかという関係 の中で、被害妄想を増悪させていた のではないか</p> <p>妄想内容と行動の関係の評価かない 生活保護支給時の枠付け、意識付け はどうだったか</p> <p>社会生活能力の評価かない 妄想の行動化の背景に経済的困窮か あるのではないか 対人関係の評価が必要</p> <p>父親を探していた事実の背景の考察 が必要</p>