

を命じる幻聴と殺人衝動にもとづいて、居合わせた医師の腰部を背後から包丁で刺す。当日、一旦逮捕されるが、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病院に措置入院。

<解説>

この症例は重症の統合失調症で適切な入院治療によって改善が期待できるが、今回重大な他害行為を行っており、適切な病状管理にもとづいた専門的な治療が必要と考えられるため、医療観察法の適応になると考えられる。

医療観察法下では逮捕後、検察庁に送致され、心神喪失又は心神耗弱であることを認めて不起訴となるか、心神喪失を理由とする無罪の確定裁判を受けるか又は心神耗弱を理由として刑を減軽する旨の確定裁判（実際に刑の執行を受けることとなるものを除く）を受けた後、検察官の申立て、鑑定入院・審判を経て指定入院医療機関へ入院となる。実際の症例では24条通報で緊急措置入院しており、迅速に治療が開始できたという点では良かったが、検察庁段階でこの症例がどのように扱われたかは不明であり、重大な他害行為に対する司法の関与が明確にされていないという点で大きな問題が残る。

医療観察法施行下でも、重大な他害行為を行った精神障害者に対して、法制度上は精神保健福祉法第24条により警察官通報による措置入院が行われ、そのケースが立件されずに終わる可能性は残されているが、警察および検察は医療観察法の趣旨を鑑み、その適応となるかどうかを適切に判断し、心神喪失および心神耗弱の場合には不起訴として、医療観察法における治療の申立てを行うようになることが期待できる。このような変化により医療観察法施行下では、この症例のように重大な触法行為を行った精神障害者が一般病院の不十分な体制のもとで治療を継続せざると得ないような弊害を避けることが期待できる。

このように医療観察法下では司法の関与が明確になることが期待できる一方で、このような症例に対して迅速に治療が開始できるのかどうかという問題があり、医療観察法下でも一旦、24条の警察官通報で措置入院となり、救急治療を行う必要が生じるかもしれない。本来ならば、落ち着いたところで刑事司法手続を再度進め、改めて責任能力の鑑定を行うことになるが、症状が激しく拘留に耐えられない場合などでは、その入院先で責任能力鑑定、それに続いての鑑定入院による治療必要性の鑑定を行う事態が生じるかもしれない。その際には、審判のための合議体もその病院に行って対象者と会うなど、手続を迅速に進

めるための弾力的運用が求められるだろう。この場合でも審判で適当と判断されれば、その後指定入院機関への入院がなされることになる

I. 急性期

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」「世界中の皆に命令された」と淡々と語る。ニヤニヤしながら「どうでもいい」「ばからしい」と投げやりな態度も。Haloperidol 6mg、Chlorpromazine 75mgから徐々に増量。しかし、11月中旬、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。Levomepromazine 400mg、Haloperidol 18mg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、電気けいれん療法を実施する。しかし落ち着かずまとまらない状態が続き、12月中旬までに計19回行った。これによりようやく精神症状の改善がみられた。

<5軸による初期基本評価>

①疾病軸

幻聴、注察妄想で発症し、抗精神病薬による治療で改善。怠薬で増悪し、幻聴と殺人衝動が出現。これに基づいて医師を包丁で刺す。事件後、かりそめの平穩期の後に、激しい幻聴、被害妄想、精神運動興奮、希死念慮などの多彩な症状が出現。薬物療法では改善せず悪性症候群が生じ、電気けいれん療法で改善を見た。以上の経過から、本事例は重症の統合失調症と診断される。知的能力はごく標準的。

②人格軸

元来、生真面目で几帳面な性格。穏やかでかっとなることはほとんどない。小・中・高を通して学校ではスポーツに親しみ、中学校では生徒会の役員をした。両親とも穏やかな性格で、家族との関係は悪くない。友人は多い。ビールを500ml程度。違法薬物の使用はない。人格障害はない。

③行動軸

過去の目だった暴力行為はない。ただ一度、競馬場で新聞を勝手に取った男性を殴ったことがある。非行や犯罪歴もない。事件の際には自分で包丁を買い、それをもって現場へ行き、「白衣の人間」を背後から突然刺した。動機は「世界中の皆が命令」する幻聴と「殺

したくなっちゃった」という殺人衝動。発症の際の幻聴も「人を殺してないから…」と殺人をそそのかすような内容であった。つまり統合失調症の症状自体がこの事件を引き起こしている。したがって、症状の再発が同様の他害行為につながる可能性を十分に考慮しなければならない。

④生活軸

高校卒業後、専門学校へ行き、卒業後はアルバイトをしていた。発症時、ひとり暮らしをして身の回りのことはきちんとできていたが、金銭的には親の援助を受けていた。

⑤発達軸

出生からの発育に特に問題はない。好きな科目に偏りはなく、学校の成績は上のほうだったとのことから知的能力にも問題はなかった。また、性格的にも異常な偏りはみられていない。

<「治療到達目標」の達成度>

生理：睡眠、食事などの基本的な生活リズムは回復している。

精神症状：幻聴や殺人衝動などは消退し、急性症状は消失したと思われた。（しかし、その後の経過で残存していることがわかる。）

コンプライアンス：治療関係はある程度ついているが、「なんで入院しているのかわからない」など治療の必要性の理解は不十分。服薬（Levomepromazine 400mg）は素直に行っているが、必要性をどのくらい理解しているかは不明。ECT直後であり、薬物の効果も不明。

対人関係：いまだ隔離中であり、医療者以外との接触はない。

自己コントロール：入院時から増悪期にかけては、自己コントロール能力は著しく低下したが、電気けいれん療法によりようやく一定のコントロール能力を回復した。人格的な問題は小さく、急性精神病状態でなければ自己コントロール能力は期待できると思われた。

人格：もともとは穏やかな人格であったようだという程度の理解でとくに体系だった人格の評価はしていないが、傷害事件はもともとの人格由来ではなく、病的な殺人衝動にもとづいたものと理解される。

自己イメージ：急性精神病状態を脱することにより、暴力的イメージは解体されたと理解される。

生活：洗面、更衣、入浴などの身の回りの自立はできている。まだ、患者ニーズの評価は特に

していない。現実直視の準備は整いつつあると考えられた。

外出・外泊・その他：家族は十分な休息が取れたのではないか。家族との面会は行っている。外出はまだ見通しが立たない。

<解説>

医療観察法では当初審判の鑑定入院の期間は原則2ヶ月未満、最長でも通じて3ヶ月未満とされているため、事件の直後から約1ヶ月半後の幻覚妄想状態、希死念慮が最も増悪した時期は鑑定入院中である可能性がある。入院後の激しい幻覚妄想状態に対しては薬物療法では限界があり、悪性症候群を生じたこともあり電気けいれん療法を行った。鑑定入院中に電気けいれん療法は許されるのかという問題があるが、この症例の当時の状況ではどうしても必要な処置であったと考える。しかし事件に関しての健忘が生じるという、事件への直面化という点では深刻な問題を残した。こうしたことを少しでも防ぐためには、必要な症例に対してはできるだけ迅速に治療必要性の鑑定、審判を行い、専門的な体制の整った指定入院医療機関へ速やかに入院できるようにする必要がある。

指定入院医療機関に入院後は、多職種チームによるアプローチが開始される。多職種チームにより初期基本評価が行われ、治療方針が決められる。入院直後の一見静穏な時期に薬物療法はどうあるべきなのか、スタッフはどう接してゆくべきのかなどについても、主治医や各スタッフが自分一人で判断するのではなく、毎週開かれる新病棟治療評価会議で検討して行くことになる。また電気けいれん療法は全例が修正型電気けいれん療法で行われることになっており、現状よりも安全性は高められる。施行の決定は主治医個人の判断だけでなく、外部から委員が入った新病棟倫理会議で検討されることになるため、より慎重に適応が判断されることになる。

臨床心理技術者は司法精神療法のために早期から関わり、治療関係の確立を試みるだろう。精神保健福祉士も入院直後から社会復帰調整官と連絡を取り合い、対象者に関する法的問題点の調査整理や福祉的問題の整理・共有化を行うことになるだろう。

II 回復期

X年12月下旬からは大きな増悪はないが、若干波はありながら過ごす。ヘラヘラ、ニヤニヤして残遺性の人格変化がみられる。突然意味なく笑い出したりする。X+1年1月に
--

なると「どうしてここにいるんでしょうね」というため、入院時のエピソードについて何度か説明をする。すると「いつ刺しちゃったんですか？」などと興味を持って質問して来るが、その後に落ち着きがなくなり、まとまらなくなることがみられる。主治医が質問しても「何でも知ってるでしょうから」と質問に答えないなど筒抜け体験の存在を疑わせる言動や「わるいこと考えてるんです。ぶっ殺すとか」など殺人衝動の再燃を思わせるような言動もときにみられるため、隔離解除がためられ長期の隔離が続いた。本人への事情聴取の可能性について、警察から何度か問い合わせがあったが、刺激が強すぎるとの判断から断わっている。当初、Haloperidol 18mg、Levomepromazine 400mg、Sultopride 1800mg、炭酸Lithium 600mgの大量療法を行ったが、X+1年の3月よりQT延長、排尿障害、食欲低下など副作用が目立つようになり、Levomepromazineを漸減中止した。5月頃から上記のような病的言動がみられなくなるが、6月より、好中球減少、QT延長がみられSultoprideを600mgまで漸減、Haloperidolを漸減中止した。その後、病状の増悪がみられないため、X+1年の9月より保護室からの試験開放を開始し、10月に隔離解除とした。

<「治療到達目標」の達成度>

生理：一時的に睡眠・食事などの生活リズムが崩れたこともあったが、最終的には安定。身体感覚も回復している。

精神症状：疎通は比較的スムーズだが、ヘラヘラした感じで「働かないでこんな楽しい」などと表面的で児戯的な言動が目立ち、残遺症状が目立ち始めている。散発的に精神症状の悪化が見られたが、薬物の調整で改善した。その後、食欲低下、排尿困難、好中球減少などの副作用が続発した。残遺症状のため、意欲・集中力・持続力などは病前までには回復していないと考えられる。

コンプライアンス：患者治療者関係はかなり馴染みの関係になったと考えられるが、患者がどのくらい治療効果を理解しているかは不明確である。

対人関係：病棟スタッフに対しては信頼感・安心感を持てるようになったと考えられるが、隔離解除となったばかりであり、他患との関係はまだ持てていない。

自己コントロール：精神病症状も持続的にみられなくなり、ある程度安定した自己コントロール能力が回復したと考えて隔離を解除した。「なんで入院しているのかわからない」

という問いに対して、入院前のエピソード（傷害事件）を説明する。それを聞くと納得する様子だが、その後病状が不安定になる傾向がみられた。「衝動性のマネージメント」「怒りのマネージメント」などの積極的なアプローチはしていない。

人格：残遺症状により、いわゆる人格レベルの低下がみられる。

自己イメージ：散発的な増悪時に暴力的なイメージが再発したが、病状の改善とともに消退。どのような自己イメージが再構成されているかは不明だが、残遺症状により表面的なものになっている印象。

生活：病棟内でのセルフケアは自立しているが、一般的な日常生活能力は不明。社会生活能力は残遺症状のためかなり障害されていると考えられた。事件の直面化をすることで現実直視は始まっている。日常生活を楽しんだり、障害の受容などはこれからというところ。

外出・外泊・その他：隔離が解除されたばかりであり、外出・外泊・環境調整などはこれから。

<解説>

人格水準の低下を中心とした残遺症状を生じ、筒抜け体験、殺人衝動が再燃しやすい時期が数ヶ月続いた。この間、隔離を継続したため隔離の期間は約一年に及んだ。専門性が高く人的に恵まれている指定入院医療機関では、精神科ICUなどでマンツーマンで看護者が関わるなど、保護室以外のセッティングでより密度の高い観察が可能であるため、より早期の隔離解除が望めるだろう。長期の保護室使用は病棟運営会議で必ず問題にされ、解決策が検討されることになる。また、実際の症例ではこの期間に警察から本人への事情聴取の問い合わせが何度かあったが、病状不安定のためにこれに応じることは出来なかった。最終的に捜査のための情報提供の要請の中で責任能力に関する主治医の考えを求められ、責任能力はなかったと考えられる旨の回答をしたところその後、警察から本人に対する事情聴取が求められることはなかった。おそらく、その情報提供をもとに心神喪失と判断され、不起訴となったと考えられるが、その辺の事情は不明である。医療観察法では検察官が裁判所に審判の申立てをするため、より手続は明確になると考えられる。

電気けいれん療法後は抗精神病薬の多剤大量療法を行ったが、症状改善とともに副作用が目立ち始めたため、漸減し標準的な単剤療法に落ち着いた。自分が精神病であり、症状の再発を防ぎ同様の事件の再発を防ぐためにも、抗精神病薬の継続的な使用が必要なこ

とは回復期に入ってから働きかけである程度理解してきているが、こうした働きかけの過程で病状に動揺が生じた。指定入院医療機関では、この時期には医師や臨床心理技術者を中心とした多職種チームによる司法精神療法的働きかけを行い、事件への直面化から病識の形成までのプロセスをより安全に周到に行うことが期待される。また、臨床心理技術者は認知行動療法などを活用しながら、患者への心理教育を効果的に行い、さらに精神保健福祉士と協力して家族に対する心理教育も行うことになる。精神保健福祉士は社会復帰調整官と連絡を取り合いながら、早くから地域ネットワークの形成・確保に努める。

Ⅲ 社会復帰期

X+1年12月頃から、薬物療法の主剤をSultopride 600mgからFluphenazineに徐々に変更し、デポ剤の導入の準備を始める。一時、多弁で軽躁的な状態がみられたが、Fluphenazine 5mgまでの増量にて改善。X+2年4月に措置解除して医療保護入院に切り替え。同時期にFluphenazineをデポ剤のFluphenazine decanoateに切り替え始め、5月に切り替えを終了（Fluphenazine decanoate 50mg）。増悪がないか注意深く観察。上っ調子で笑いが止まらなくなるなどの人格のたがが緩んだような残遺症状は持続したが、陽性症状の再燃はみられなかった。9月から自宅への外出を開始。問題ないため、10月にそれまでの男子閉鎖病棟から男女混合の閉鎖病棟へ転棟。10月末より自宅への外泊を開始するが問題なし。11月に任意入院に切り替えて、男女混合の開放病棟へ転棟。レクリエーションや作業療法に毎日参加した。参加の様子はおおむね順調だったが、皆で合唱する音楽療法でひとりで大声で歌い出したり、レクリエーションのドッチボールのときなどに手加減せずすごい形相でボールをぶつけるなどのこともあった。12月からは3～4泊の外泊を毎週繰り返した。X+3年1月に退院後のリハビリテーションを検討し、まず保健所の週1回のデイケアに半年通所したのち、地域の作業所に通所する計画を立てる。この間、病状の増悪なく、家庭生活にも適応しているためX+3年2月に退院となった。退院時処方Fluphenazine decanoate 50mg/4W、炭酸Lithium 800mg。

<治療到達目標の達成度>

生理：基本的な生活リズムは継続的に安定している。運動のレクなどにも積極的に参加し、体力も充実してきている。

精神症状：精神症状の再燃はない。身体合併症もみられない。疎通は良い。意欲・集中力・持続力もある程度改善したが、病前と同じレベルではないと考えられる。皆で合唱する音楽療法でひとりで大声で歌い出したりなど場面に不相応な行動を取るなど、状況認知の障害などがみられる。

コンプライアンス：退院後継続して外来通院して、薬物療法などの治療が必要なことは理解している。さらにコンプライアンスを確実にするためにデポ剤を主剤とした。

対人関係：他患と一緒に麻雀をするなどの交流がみられる。いじめの対象になったりするが、本人から他患へ攻撃的な言動を示すことはなかった。

自己コントロール：病状が安定している限りは衝動的な攻撃はみられない。ただ、レクのドッチボールのときなどに手加減せずすごい形相でボールをぶつけるなど、潜在的な攻撃性があることが推測され、病状悪化時にこうした攻撃性が露になる可能性がある。あらためて、面接で入院時のエピソードを取り上げ、病状悪化により「殺人衝動」にもとづいて他害行為があったこと、こうしたことの再発を防ぐため継続的な服薬が必要なことを説明する。本人は「入院のときのことは忘れてしまった」というが、「そんなことがあったんですか」と素直に受け入れ、「たいへんなことしちゃったわけですから」と継続的な治療が必要なことについては同意する。

人格：へらへらした上っ調子な人格レベルの低下がみられるが、家族は「明るくなった」と評価する面も見られる。本人もものごとを必要以上に深刻に考えない。

自己イメージ：活気が見られ、ある程度の健康イメージも獲得していると推測される。

生活：家族との同居であり、その範囲での日常生活能力は問題がない。就労などは難しいことは自覚しており、週1回のデイケアへの通所を違和感なく受け入れている。

外出・外泊・その他：外泊も順調に経過する。家族の受け入れも良好。地元の保健所の保健婦がデイケアを通してサポート。

<解説>

医療観察法下では、新病棟治療評価会議において多職種チームにより病状評価を行い、外出・外泊や退院を決定。実際に行った結果についても多職種チームで評価を行いその後の方針を決定する。また、多職種チームは医師や精神保健福祉士を中心に、指定通院医療機関・社会復帰調整官との連絡・ケース会議などを通して退院後の治療計画を策定することになる。この過程で、患者の障害受容度や一般的社会適応能力の評価を行う。看護師は

退院後の訪問看護などのサポート体制について検討する。退院後の計画については本人に良く説明し、同意を得る。社会復帰後の生活の権利と義務についても医師や精神保健福祉士から説明する。

入院処遇ガイドライン案では急性期3ヶ月、回復期9ヶ月、社会復帰期6ヶ月を目安として、概ね18ヶ月での退院を想定している。しかし、このケースでは急性期3ヶ月、回復期12ヶ月、社会復帰期14ヶ月と退院までに合計29ヶ月を要した。回復期が長かったのは、殺人衝動など危険な病状がなかなか完全に消退しなかったためであり、社会復帰期が長かったのはデポ剤への切り替えとその後の病状の観察に時間がかかったためである。重大な他害行為を行った重症患者の場合、薬物の変更や外出・外泊など処遇の変更後の症状の悪化には当然警戒すべきであり、次のステップへ移ることに慎重にならざるを得なかった。つまり、自傷他害のおそれを時間をかけることによって低減させたわけだが、これを新病棟の専門性と手厚い体制でどれくらいカバーして、入院期間を短縮できるかどうかの問題である。

IV 地域での処遇

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。炭酸Lithiumは漸減中止し、現在はFluphenazine decanoate 50mgのみ。X+5年10月現在、B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。予定していた地域の作業所は退院後2年半以上経過したが、いまだに「空きがない」ということで通所できていない。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も依頼したが増悪時の症状が重いとの理由で断られた。

<「医療観察法による処遇終了時の状態像」にもとづいた評価>

- 社会内存在の形式：両親と同居
- 精神症状：残遺症状は目立つが、幻覚妄想はない。現実認識はできているが、危機状況の認識ができて関係者に言語的に伝えられるかどうかは、残遺症状のために不十分かもしれない。遵法性はある。
- コンプライアンス：外来も毎回忘れずに通院。薬物はデポ剤。いつも「変わらないですね」と笑顔で話し、自分の状態や薬についての不満を持っている様子ではない。主

治医から見ても、過鎮静もなく薬物は患者の状態に見合っていると判断される。保健所のデイケアで保健師のサポートを受けているが、助かっているという感謝の態度ははっきりしない。

- 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。治療者との信頼関係はある程度安定して確立していると考えられる。人間関係の根幹に敵意や怨念はみられない。
- 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。週1回のデイケア以外の日は、友人と遊びに外出したりすることはあるが、自宅で過ごす時間が長い。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が拒否された。買い物などはできるが、親と同居のため、食事づくり、掃除、金銭管理、社会的手続きなどは親への依存度が高く、患者自身の能力は不明確。金銭に関するトラブルは生じていない。援助・支援に対する否定的感情は聞かれない。友人との遊びを楽しむなど、生活を楽しむ余裕はある。健康診断などは受診しておらず、身体自己管理は不十分。

<解説>

医療観察法下では原則として地域の指定通院医療機関に通院することとなる。その場合、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することとなる。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。現状よりより多くのマンパワーが関わることで、危機状況への対応もよりの確に行えらるとともに、ケアの質も豊かになることが期待される。一方で、対象者の退院後のリハビリを引き受ける社会資源が医療観察法のもとでできてくるのかという課題が残る。

医療観察法の処遇の終了については、この症例はこの時点で陽性症状はなく、通院もきちんとしてデポ剤での管理ができており、家族からのサポートが得られ、友人がおり悪い付き合いはなく、規制薬物への依存もないことから、おおむね安定した状態であり、処遇の終了を考えても良い状態かもしれない。しかし、通院処遇のガイドライン（案）では処遇の終了の目安として「症状の安定」に加えて、「必要な医療を自律的に求めることが可能になった場合」としている。この症例は残遺症状のために、危機状況の認識のもとに

関係者にそれを伝えられるかどうか不明確であることから、文句なしに処遇の終了としてよいとまでは言えない。さらに、地域社会での居場所が週1回のデイケアであり、家族以外が危機介入できる機会が少なくこの点も不安要因である。残遺症状は改善が乏しいことが予想されるため、通院処遇は法律上最長の通院期限である5年間続けられる可能性が高い。

一般的に残遺症状が目立つ症例の場合、この症例のように「必要な医療を自律的に求めること」の条件を満たすことができないために、期限いっぱいの5年間、通院処遇が続けられる可能性が高い。しかし、逆に言えば、安全に処遇を終えるための条件を満たさないままに期限が来たという理由で処遇が終了になる可能性が高いということである。

V. 共通評価項目

最後に、ガイドラインに示された「共通評価項目」について各時期ごとの評価を行った。

共通評価項目の継続的变化

	入院前	急性期	回復期	社会復帰期	地域での処遇時期
精神病症状	2	2	2	1	0
非精神病症状	2	2	2	1	1
自殺企図	0	1	0	0	0
内省・洞察	2	2	2	0	0
生活能力	2	2	2	1	1
衝動コントロール	2	2	1	0	0
共感性	0	0	0	0	0
非社会性	0	0	0	0	0
対人暴力	2	0	0	0	0
個人的支援	0	0	0	0	0
コミュニティ要因	1	1	1	1	1
ストレス	2	2	1	1	1
物質乱用	0	0	0	0	0
現実的計画	2	2	2	1	1
コンプライアンス	2	2	1	0	0

治療効果	0	2	1	0	0
治療・ケアの継続性	2	2	1	0	0

<解説>

この表での点数の推移をおおまかに見てみると、治療の進行とともに精神症状が改善し、それともなって生活能力や現実的計画もある程度まで改善してきているのがわかる。

共感性や非社会性など人格的な問題がはじめから低かったことが、経過を良好にしたと考えられる。一方、生活能力や現実的計画がある程度の改善で留まったのは、残遺症状のためと、他害行為を行った精神障害者のリハビリを受け入れる社会資源が乏しいことが原因であろうと推測される。

VI. まとめ

病的殺人衝動から傷害事件を起こし、24条通報を経て緊急措置入院した症例である。確実なことは言えないが、高い医療レベルにより入院後の増悪を防いで、健忘の原因となった電気痙攣療法をせずにすんだ可能性もある。十分な看護スタッフでの観察が可能なため、少なくともその後の長期隔離は防げただろう。再発防止のための心理教育や退院後のフォローアップは手厚い体制が取られ、よりしっかりなされるだろう。しかし、医療観察法の下でも、社会復帰資源が現状のままでは社会復帰はあるところで行き詰まるだろう。また、残遺症状が強い患者の場合、処遇終了の目標を完全には満たさないまま、期限を迎えて終了となる可能性が高い。

事例2 男性

頭部外傷後7年を経て幻覚妄想状態下で母親を殺害し、責任能力鑑定を経て、精神科医療が始まり本人死亡まで継続関与した事例～医療観察法下での入院典型例として～

【診断】

伝統的診断：頭部外傷後遺症

ICD-10 : F06.2 器質性妄想性（分裂病様）障害

DSM-IV : 293.82 一般身体疾患による精神病性障害（幻覚を伴うもの）

【当該行為】殺人

【家族歴】

父：自営業を営んでいたが、50歳代頃より「うつ病」の診断で近医精神科に通院、60歳代に排ガス自殺企図にて死去（本人当該行為の1年前）。

母：外向的な性格、家事は嫌いな方、当該行為にて殺害される。

兄：本人より1歳年長。精神科通院歴はないが、社会性に乏しく、いわゆる分裂気質。

【既往歴】

- ・ 当該行為の7年前、交通事故により脳挫傷（約2週間の意識障害あり）、右上腕骨骨折、右肩胛骨骨折、環軸椎亜脱臼受傷。

【生活歴】

父34歳、母29歳時に同胞第2子次男として出生。発育発達に異常は認められなかった。運動が得意で勉学は苦手な子供であった。地元小学校、中学校に進学。中学校では野球部に所属し、2年生よりレギュラーであった。野球部に入部することを前提に地元公立高校に進学したが、「自分には合わない。」という理由により半年で野球部を退部し、2年生よりボクシング部に入部した。ボクシングでは、インターハイや国体の県代表になるなど活躍した。一方で、高校1年生の頃より、喫煙や飲酒が始まり、複数の女性との付き合いも認められた。成績は、中～下位で、出席日数も足りないことより、1年留年となり計4年で卒業した。高校卒業後は、約1ヶ月缶製造会社に勤めたが、パチンコ等の遊興に走り退社。翌年父の自営の関連会社に入社。1年弱勤務し、自身で業務内容も把握したため、退社し、同会社の下請けの自営（食品関連）を始めた。

【現病歴】

順調に自営業の仕事をしていたが、X-7年（本人年齢22歳）、自家用車運転中トラックに衝突、交通事故を起こし、脳挫傷受傷。リハビリテーションも含め、約5ヶ月の入療加療を受けた。退院後は、自宅療養のような状態で仕事も手につかず、自営業は閉鎖となった。その後工場勤務をするも「手が動かない。」「ボーとしている。」「意欲がない。」という評価で約2年で退職となっている。その後、父が始めたプラスチック加工の自営業を本人も手伝っていたが、実際には、あまり手伝いは出来ず、飲酒量も増え、言動もおかしいことに家人も気付くようになった（X-2年頃）。元来は陽気で明るく、他

人に好かれる性格であったが、事故後からは無口であまり喋らなくなった（友人談）。X-1年、「うつ病」で近医精神科に通院していた父が、排ガス自殺にて死去した。遺書には「(本人を) 医者に連れて行って治せ。」と書いてあったという。父の死去後は、時に搬送の仕事の手伝いをする位でほぼ無為に過ごしていた。

当該行為の前日、兄への暴力が認められた。X年某月某日、「(本人自身は) 死ぬほど調子が悪くなって、徐々に小さくなる感じになったので」布団を被って寝ていたところ、母親が「夕飯だよ。」と伝えに来た。母を見ると、「(母に) 何かが乗り移っているようで、口からドス黒いものを吐くように見えて」「勇気を出してみんなのためにやっつけようと思って」母親に向かい頭部や腹部を複数回殴打し、逃げる母に更に掴みかかり、殴打を続け、台所の包丁を取り出し、メッタ刺しにした。その後本人は自宅を出て、友人宅で一晩を過ごしたが、様子がおかしいと判断した友人からの通報により、警察に逮捕された。

〈解説〉

ここまでの経過で、本人は、「運動が得意で勉強が苦手」「やややんちゃな面はあるが、本人在籍の高校の当時の実際の様子では、まあ標準的」「いい加減な側面もあるが、行動面での著しい逸脱は認められない」といった人となりであった。すなわち、X-7年の時点では、パーソナリティー面に大きな偏倚は認められず、精神病症状も出現しておらず、精神科医療の対象ではなかった。

「頭部外傷後遺症」に関して、新版精神医学事典（武正健一 弘文堂）より引用する。

『頭部外傷後遺症は、一次性脳損傷に引き続き、直接的、間接的に生じた続発症と慢性期に見られる狭義の頭部外傷後遺症に分けることができる。頭部外傷による続発症は損傷の重症度に依存する。開放性の場合には感染による骨炎、骨髄炎、膿瘍、髄膜炎などがあり、後に神経学的症状を残すことがあるが、閉鎖性頭部外傷においても硬膜外血腫や脳内血腫、硬膜下血腫を生じうる。狭義の頭部外傷後遺症とされるものでは、自律神経—血管運動神経症状を基に様々な自覚症状、精神症状が問題になる。

- (1) 神経衰弱状態：頭痛、めまい、耳鳴り、集中困難など非特異的な各種自覚症状を指し、自律神経、内分泌系の症状とも関連を持ちなんらかの器質的基盤から生じたものと考えられる。

- (2) 自律神経・代謝・内分泌系の失調症状：不整脈、動機、発汗異常、四肢の冷感やチアノーゼを示すものから内分泌疾患を疑わせるものなどがある。
- (3) 外傷てんかん：開放性頭部外傷に多く、閉鎖性では少ない。1年以内に現れ、2年以上経過してからの発現は稀である。
- (4) 神経学的症状：つねにみられる症状以外にも外的条件によって現れるものがある。
- (5) 全般的な精神症状：思考の緩慢化、保続傾向、健忘、意欲障害、性格変化、そして時には痴呆症状を示すものがある。
- (6) 外傷神経症および精神病状態：特に問題となるのが事故の状況が関与する補償や環境に起因する外傷神経症である。外傷後分裂病などの精神病状態が現れることもあるが、それほど多いものではない。

本事例は、家族内力動や、飲酒などの環境、外的要因に修飾されている面もあるが、経過より「頭部外傷後遺症」という診断に合致すると考えられた。器質性障害によく見られる不可逆の人格変化は顕著ではなかった。

I. 検察庁の依頼による責任能力の精神鑑定（起訴前本鑑定）期

当該行為の10日後、起訴前簡易鑑定が実施された。鑑定人医師は、「事件の重大性を考慮すると、簡易鑑定面接の範囲では被疑者本人の精神医学的判断は困難であり、起訴前本鑑定の実施が妥当」という意見を呈示した。その1週間後には鑑定人医師の勤めるA精神科病院で鑑定留置による入院が行われた（入院18日間）。更に当該行為の3ヶ月後に検察官の元に鑑定書が提出された。

《鑑定書概要、抜粋》

- ① 精神所見：物静か、目立った問題行為なく、言語反応がやや鈍く、思考の渋滞を感じさせ、また質問内容によっては、拒絶感を漂わせる。著しいのはずれ応答はないものの、発語の内容は浅薄。背景に幻覚妄想状態の存在を感じさせる不気味さ。家族について本人は、自殺した父に関しては肯定的に見ており、母には陰性感情を抱いていたこと（家族がうまくいかなかったのは母のせい）が本人の言動より認められた。焦燥軽減、拒絶改善の目的でクロルプロマジン60mg、ジアゼパム6mg投与するも変化なし。
- ② 検査所見：頭部CT・・・後頭葉左側部に1cm径の低吸収域あり。ベンダーゲシュタ

ルトテスト・・器質障害の可能性は否定的。ベントン視覚記銘テスト・・器質障害の可能性あり。WAIS-R・・VIQ70、PIQ50、TIQ60、思考障害のため、本来の能力を出していない可能性高い。ロールシャッハテスト・・解釈可能な情報は得られず。

- ③ 考案と説明：頭部外傷後遺症に基づく幻覚妄想状態と当該行為の1要因としての母子の力動関係を説明。
- ④ 主文：限定責任能力を示唆する形で、精神保健福祉法25条の検察官通報は不要とした。

〈解説〉

頭部外傷後遺症より幻覚妄想状態を呈し、殺人事件を起こした事例である。器質性障害での人格変化は顕著ではなかった。事故後に出現し始めた症状は、思考の停滞、意欲低下、社会適応能力の低下等であるが、幻覚妄想状態が顕在化したのがいつ頃かははっきりしていない。しかし元来運動が得意で外向的であった本人の変化の有様をみると、もう少し早期に精神科医療につながれば、今回の事件はなかった可能性が大きいと考えられる。また事件後の司法ルートの流れは、現行制度内では、きちんと扱われたと考えられる。この事例での鑑定人は、家庭内力動を重くみて、当該行為に至る心理学的経過をかなり了解のできるものとし、「限定責任能力、25条通報否」との判断をしたが、検察官は、鑑定人の意見を採用せず、「不起訴、25条通報」とした。それにより、この後本事例は一般精神科医療の対象となった。医療観察法下であったならば、当然申立てが行われることとなるだろう。

II. 審判における治療必要性の鑑定入院期

鑑定人が鑑定書を提出した1週間後、検察官より「拘留期限が切れるが、起訴の可否を決められず、起訴保留での入院をお願いしたい。」という入院依頼がA病院に来た。結局は検察官の25条通報となり、措置診察の結果、措置入院の形態での入院加療が始まった。

男子閉鎖病棟にて、終日保護室、スルピリド300mg、クロキサゾラム6mg、ペリデン3mgでの薬物療法を開始した。入院当初より、「鑑定留置による入院」の時よ

り疎通は良好で、更に初期処方が的確に功を奏した印象で、拒絶なく穏やかな対応が続
き、入院4日目より日中開放、入院10日目で一般病室への移室となった。閉鎖病棟内
での行動に関しても問題は認められず、他患者とのトラブルもなく安定した状態が続い
た。また「鑑定留置による入院」の時と較べ、状況認知もしっかりしており、生气もあ
った。入院50日目にあらためて当該行為時を振り返る面接を施行。「明らかな幻覚妄想
が当該行為時の数日前より出現しており、周囲が異質に見え、そのため本人は相当追い
込まれていたことが判明」した。起訴の実施は決定しておらず、その状況（治療継続か、
司法ルートかはっきりしない宙ぶらりんの状況）に苛立つ時もあった。入院90日目に
不起訴が決定し、担当検察官がA病院に来院し、本人と直接面接して経過を説明した。

〈解説〉

医療観察法制度においては、鑑定入院期間中に、「疾病性」「治療反応性」「社会復帰要
因」等の評価をし、医療観察法における治療必要性の判断をすることになる。またこの鑑
定入院では、必要に応じ、裁判官の指示により責任能力の見直しに係る鑑定も実施される
場合がある。

今回の事例では、「疾病性」「治療反応性」「社会復帰要因」のいずれの視点からも医療
観察法における入院典型例と考えられ、またその前提となる責任能力に関しても検察官よ
り結論が出されている。

本事例の処遇については、現行制度の枠内ではあるが「医療側」「司法側（検察官）」各
々が出来得る範囲で誠実に関与した。簡易鑑定から嘱託鑑定（起訴前本鑑定）への流れ、
起訴判断の保留状況での25条通報、措置入院、鑑定人の判断と検察官の判断の違い、各段
階で各々に齟齬がありながらも協働し合って、当該行為者本人に真摯に関わった。最終的
には、検察官が不起訴の判断を下し、A病院に直接赴いて、本人と接見し、「今回の司法
判断と医療の必要性」をしっかりと伝えた。本人が「この次は、死刑にして下さい。」と
言うと、その言に対して検察官は、「何がこの次だ。ふざけるんじゃない。反省するとい
うことは二度とそんなことをしないということが分からないのか。」と厳しく叱責した。
責任を担っている当事者が当事者の立場で当該行為者本人に関わるという構造こそが、真
つ当な直面化の形であると思われる（勿論外形的な枠組みと単純な関わりだけで本質的な
直面化につながるわけではない面もある。しかし一方では枠組みこそが本人の自覚への直

接的な手段であるという事実も認識されるべきであろう。)。医療観察法の最大の特徴は、各部署の責任において、当該行為者に関与するということと思われ、この点こそが当該行為者本人の自覚、病識を高め、医療の必要性を理解させるポイントである。様々な問題点を包含する法律ではあるがこの有意義な点を医療内外の人々は理解する必要がある。

Ⅲ. 急性期

入院90日目に不起訴が決定し、引き続き措置入院治療継続となった。閉鎖病棟内、一般病室での生活行動に問題は認められず、自傷他害のおそれは消退したと判断され、入院100日目に措置入院解除となった。

<5軸による初期基本評価>

① 疾病軸

頭部外傷による器質性精神障害である。人格変化は目立たない。受傷後に認められた中心症状は、意欲低下、無為、思考の渋滞、生活適応能力の低下など統合失調症で言えば、陰性症状が主体であったが、当該行為に至る以前より、幻視、錯視を伴う幻覚妄想状態が出現している。しかし、措置入院期間には薬物治療に対する反応が良好で、現実吟味能力もある程度保持されていた。

② 人格軸

運動が得意で学業が苦手。友人は多く人付き合いも良い。ボクシング部に所属して好成績を収めるも、暴力事件等での補導歴はない。高校時よりやや素行不良な面も認められるが、大きい逸脱はない。ずんぐりした短軀だが、筋肉は発達している。リーダー役を買って出るタイプではなく対人接触に関しては受動的だが、人好きのする性格。

③ 行動軸

病前は対外的には、家族内（父母、兄）で精神医学的に最も健康度の高い人であったと思われる。高校時代に、飲酒、喫煙が始まっている。その頃より異性交遊も始まっている。高校時1年の留年が認められる。しかし暴力その他の問題で補導、逮捕歴等はない。

④ 生活軸

会社勤務、自営業と就労歴はあるが、当該行為前数年はほとんど就労できない状態であった。父はX-1年に自殺している。母は家事嫌い、兄も仕事を一所懸命する方ではなく、父の死去後は家族がバラバラになっていた。

⑤ 発達軸

発育、発達に異常は認められない。生育歴より発達障害は否定的である。責任能力鑑定での心理検査では、T I Q 6 0 で、精神遅滞のレベルを示しているが、これは、精神症状より十分に知的能力を発揮できなかったためであって、実際には正常下限程度であろう。人格的な著しい偏りはなかった。ベントン視覚検査で器質障害が示唆された。

<急性期「治療到達目標」の達成度>

【生理】覚醒睡眠リズムは安定。食欲良好。排泄面も安定。

【精神症状】幻覚妄想症状はほぼ消退。筋肉痛、関節痛、身体的違和感等の心氣的訴えは認められる。自身の入院に至る経過を理解はしているが、まだ十分には受け止め切れてはいない状況。疎通は情緒も交え、柔らかく安定している。

【コンプライアンス】治療拒否、拒薬は認められない。担当医師よりの説明はあるも、詳細な服薬指導はなされておらず、自己管理等はできていない。

【対人関係】担当医師、医療スタッフ、他患者との対応に問題は認められない。目立ったトラブルもない。引き籠もっているわけではなく言語的交流は認められる。

【自己コントロール】「いつまで入院をしているのか。」「今後どうしていけばいいのか。」など現状から理解できる不安、焦燥を示す場面は認められた。そういった点からは、自己コントロールはまだ不十分であった。

【人格】勤勉に作業等に取り組むタイプではない。穏やかではあるが、傾向としては、勤労生産的なものを求めるよりは、遊興に走りやすいタイプである。

【自己イメージ】当該行為時が病的状態であったということの自覚は出来つつある。しかしそれに対して自身がどのように対応していくべきかの心構えやイメージは不足している。

【生活】病棟の範囲内での身辺自立は出来ている。

【外泊・外出・その他】長兄との面会は行っている。職員付き添いでの病棟外外出は実施している。単独外出、外泊は未実施である。

〈解説〉

医療観察法下での治療としてシミュレーションした場合、本事例の場合、措置入院下での不起訴処分～措置解除までを急性期とした。医療観察法の実際の運用の問題点の1つは、鑑定入院は一般精神科病院で実施され、「医療観察法での治療が審判において必要と判断されて」初めて指定医療機関にかかるという構造にある。対象者の状態を考えると、鑑定入院の時期こそが、急性期に当たり、しかもその期間中に治療反応性を確認していくということは、既に精神科治療を開始するということである。急性期精神科医療に携わっている医療者ならば、自明のことと思われるが、概ねの急性期医療は1ヶ月内外で終了するものである。すなわち医療観察法の流れに沿うと、対象者の本当の急性期治療は、鑑定入院中に済まされ、指定入院機関に入院する時にはほぼ急性期は脱出しているということになる。今回の事例でも初期薬物治療が功を奏し、以後は本人の現実認知に合わせ、ケースワークを進める展開になった。つまり実質的な急性期治療はほとんど、鑑定入院期間に終了していると考えられる。

IV. 回復期

本人の言動より自傷他害のおそれは消退したと判断され、入院100日目に措置入院解除となり、翌日より長兄を保護者とし、医療保護入院の形態で入院治療が継続された（この間、担当医から本人に繰り返し、入院理由、当該行為のこと、今後の医療の重要性が説明された）。入院形態の変更により行動範囲が拡大され、それに併せて本人より外泊その他要求事が増えていった。入院110日目、病院内単独時間開放の許可が出た。無断離院等の問題行動は認められなかった。長兄が本人を実家に引き取ることに拒絶的であるため、別の形で退院先を探す必要性が生じた。入院125日目、母の死去により本人の手元に1500万円（生命保険の保険金）が入ることになった。閉鎖病棟内では、病院内時間開放などを行うが安定した行動ができ、大きなトラブルも認められなかった。そのため入院150日目、男女混合開放病棟に転棟することになった。

〈回復期「治療到達目標」の達成度〉

【生理】覚醒睡眠リズムは安定を維持している。便秘の訴えが目立ち、下剤の調整を要し