

た。その他の身体不定愁訴は軽減している。

【精神状態】幻覚妄想症状は認められない。生気は認められるが、元来は有していたと思われる現実生活能力の低下が認められる。現状、今後の自身の展開に関しての不安、焦燥が認められる。

【コンプライアンス】治療に関しての拒絶、拒薬は認められない。担当医師のアドバイスを理解できる。

【対人関係】担当医師、医療スタッフ、他患者との関係に問題は認められない。自らが原因になるような対人トラブルは認められない。

【自己コントロール】暴力行為、易怒、威嚇は認められない。情動は概ね安定しているが、時に不安、焦燥が認められる。

【人格】人なつっこく、対人接触も問題はないが、一定のことを持続する能力に欠け、飽きっぽく、退院後の生活に関しての心配を感じさせる。

【自己イメージ】病識（事故後の精神状態、当該行為、入院に至る経過）は芽ばえ始めているが、認識は不十分で、諦めと、理解不十分な面が混ざっている。

【生活】病棟内での身辺整理、自立に問題はない。入浴、洗濯、リネン交換等具体的な対処はできている。

【外出・外泊・その他】病棟外外出では、時間を守り、無断離院等逸脱はない。長兄との面会は不定期にある。外泊は始まっていない。

〈解説〉

回復期に求められるものは、外見的には安定した入院適応、内面的には現状の現実認知、病識の芽生えといったものであろう。今回の事例では、措置解除、医療保護入院下での閉鎖病棟での入院生活期間を回復期としてみた。医療観察法下でのこの期間の治療関与は、多職種により、本人の病識獲得、当該行為への直面化等が為されるものと思われるが、一般精神科病院による実際の医療行為では、そのような充実したマンパワーはなく、担当医師と看護師が本人への対応の主体となった。閉鎖病棟での処遇であったが、規定時間内の単独外出を試みても無断離院は認められず、入院治療の自覚が認められた。こういった本人行動のエビデンスと評価に基づき開放病棟処遇を可能とした。医療観察法下での医療では、現状の精神科医療より遙かに肌理の細かい対応、評価が可能となり、その点は当該行為者本人への寄与になろう。

V. 社会復帰期

入院150日目より、男女混合開放病棟で入院治療を継続することになった。転棟により担当医の変更があった。安定した病棟生活を送っていたが、ある日他患者と連れだつて無断外出し、飲酒行為に及ぶという逸脱行為が認められた。その際には保護室使用をせざるを得ない場面もあったが、以降著しい問題行動はなく、生命保険より得られた本人の貯金を元にしてA病院の近辺のアパートへの入居を目指す方向となった。担当医師が今後の生活に関して本人と相談した上で、本人の担当看護師、訪問看護師、PSWが協力して、本人と共にアパート探しを始め、契約に至ったアパートへの外泊訓練が始まった。5回にわたるアパートへの外泊訓練を無難にこなしたため、入院200日目（X+1年）A病院退院となった。

<社会復帰期「治療到達目標」の達成度>

【生理】病棟での生理的リズムと外泊でのリズムに大きい狂いはなく退院可能性を示した。

【精神症状】幻覚妄想症状の再燃は認められない。元来有していた社会適応能力よりは低下が認められるが、就労等の負荷を与えなければ、地域生活は可能である。

【コンプライアンス】病棟、外泊を通して服薬は維持されていたが、自覚（継続服薬の必要性）はやや不十分という印象。

【対人関係】反社会性人格障害の患者等との関係が入院中より認められ、退院後の生活にやや暗雲を感じさせる。しかし一方では、そうした人間関係も含め、外向的な対人関係を支える必要性がある。

【自己コントロール】他人に影響を受ける面があり、上記の対人関係より、安定した自己コントロールは、单身という環境では不安があるのは否めない。

【人格】元々著しいパーソナリティーの偏位はないが、自身に対して甘い面があり、状況認知に関してなお成長を必要とする。

【自己イメージ】本事例での治療的関与の範囲では、「問題行動をしない」「きちんと通院する」「訪問看護の指導に従う」という大雑把な枠組みはあるものの、本人の今後の生活における微細な自己イメージまでの評価には至らなかった。

【生活】アパート单身生活の準備の元に、外泊訓練を通して、退院可能という評価に至っ

た。浪費傾向は認められるが、身辺自立はしており、単身生活は可能と考えられた。

【外出・外泊・その他】入院中に契約したアパートへの頻回な外泊訓練では、外部への迷惑行為もなく、金銭管理もクリアでき、行き帰りの予定も守られた。

〈解説〉

今回の事例では、開放病棟での入院治療期間～退院まで（入院150日～200日）を社会復帰期としてみた。本人の入院期間を振り返ると、急性期が10日間、回復期が50日間、社会復帰期が50日間という内訳になった。当該行為時から退院までは1年で済んでいる。医療観察法下では、多職種により、より慎重で詳細な評価、見直しが実施されることになる。

現状の医療の範疇では、細かい評価は困難で、開放病棟での入院処遇で大きい問題がないという現実を基に退院に漕ぎ着けることになるが、医療観察法下では、評価に基づき計画的な外泊訓練を実施し、社会復帰調整官が退院後の生活のコーディネートをしていくことになる。入院から地域処遇につながるサポート体制に関して、現状は少ないマンパワーではあるが、入院中に関わった面々が継続的に支えることが多いので、本人にとっては対人関係面での安心感があろう。医療観察法下では地域処遇に関しても病院のみならず多くの職種のサポートを期待できるが、治療の一貫性を保つ意味からも、移行に関して本人が安心できるための十分な引き継ぎが大切である。社会復帰調整官の果たす役割が大きいと同時に、県単位で地域に密着した指定入院医療機関が本来ならばやはり必要となる。

VI. 地域処遇

A病院を退院し、単身アパート生活を送ることになった。2週間に1回の外来通院、毎週1回の訪問看護により、サポートをしていった。本人は、入院中に付き合いが始まった素行の悪い患者に金銭を巻き上げられたり、一緒に飲酒したり等治療者が憂えた心配な行動が認められた。その都度の訪問看護の介入、指導により何とか治療中断とならぬようにした。また1000万円を超える保険金が下りたのにも関わらず貯金がグングン減って行ってしまったため、本人は障害者年金の受給を希望し、そのことも治療継続の僅かなモチベーションには成り得た。大きな逸脱はなく何とか単身生活を続けていたが、X+3年、急性心筋梗塞のため死去した。

<「医療観察法による処遇終了時の状態像」に基づいた評価>

○居住様式：単身アパート生活

○精神症状：幻覚妄想症状（当該行為における中核症状）は消退し、再燃は認められない。

○遵法性：他人に金銭を渡す、飲酒する等病状悪化につながりそうな面が散見された。

○コンプライアンス：継続通院、服薬遵守はほぼ守られていた。

○依存性：他人に影響されやすい面があり、飲酒等の病状悪化につながる行為が認められた。

○人間関係：治療者との関係は概ね良好、家人との関係は断絶、友人関係は不良。

○生活：身辺自立はしていたが、金銭感覚に乏しく、浪費傾向が認められ、訪問看護のサポートの下、辛うじて単身生活が維持されていた。

<解説>

本事例では、退院後2年で本人が死亡するまでの間、精神症状の増悪による再入院はせずに済んだ。しかしやや不良な交友関係、飲酒、浪費の問題よりピンチは何回かあった。それを少ないマンパワーで、保険診療の枠内で、外来医、訪問看護の範囲でサポートするのは限界を超えたものであった。現在の保険診療の枠内では、医療スタッフに任されているケースロードは遙かに限界を超えている。それにも関わらず、一人一人の患者に対して手を抜かず、構造的に、継続的に対応し続けていけば、医療者はバーンアウトしてしまう。医療観察法下での医療は、潤沢なマンパワーと構造的な枠組みの上での対象者への関わりが、保障されている。是非このような点が一般精神医療への良い意味での見直し（医療経済的側面等）につながることを期待したい。

本事例において、本人はパーソナリティ障害と言えるほどの人格の偏倚はなかったが、それでも生活の破綻、病状増悪を防ぐためには、本人に対するパーソナリティの理解（性格傾向、対人関係パターン、趣味嗜好等）が最も重要であったと言える。日本では過去、例えば、生活臨床（統合失調症者の性格傾向を生活面から類型分けした。能動型、受動型など。）等の優れた研究成果もある。実際の臨床でも、本人の破綻パターンを掴んで、その上で何とか留め金を準備することが重要な精神科医療のポイントとなる。この点も医療観察法下での構造的な医療において、深化させてもらいたい項目である。

VII. 共通評価項目

ガイドラインに示された「共通評価項目」を利用し、各時期の評価をする。

共通評価項目の経時的変化

	鑑定期	急性期	回復期	社会復帰期	地域処遇期
精神病症状	2	1	0	0	0
非精神病症状	2	1	1	1	1
自殺企図	0	0	0	0	0
内省・洞察	1	1	1	1	1
生活能力	2	1	1	1	1
衝動コントロール	1	0	0	0	0
共感性	1	0	0	0	0
非社会性	1	1	1	1	1
対人暴力	1	0	0	0	0
個人的支援	1	1	1	1	1
コミュニティ要因	2	2	1	1	1
ストレス	1	1	1	1	2
物質乱用	0	0	0	1	1
現実的計画	2	1	1	1	1
コンプライアンス	1	0	0	0	1
治療効果	0	0	0	0	0
治療・ケアの継続性	1	0	0	0	1

VIII. まとめ

今回の事例では、本人の主症状が幻覚妄想状態であったため、薬物療法により、早期の改善を認めた。しかし同じ器質性障害であっても、精神病症状は改善しても人格変化が著しく、衝動性、暴力性が残るケースはよくみられる。そういったケースでの対処はどうなるのか。一般精神科病院ではいわゆる治療困難事例となりやすいタイプと思われるが、医療観察法下での医療であっても必ずしも容易ではないと考えられる。

今回の事例の場合、実際の医療行為としては、医療スタッフは保険診療の枠を超えて、

かつ少ないマンパワーのぎりぎりの状況で協力して本人に当たってきた。今回の法の枠内の医療では、多職種チームにより構造的な治療が実施されることになり、その点での期待は大きい。しかし一方、「鑑定入院の場所、期間の問題」「鑑定入院から入院医療へ、入院医療から外来医療への橋渡しの際のスタッフ変更による対象者のストレスの問題」など、実際に運用された場合のことを考えると、心配点、問題点も多い。この課題に関係各位はきちんと向き合いながら、医療観察法による医療をより良い方向に進化させていくべきであろう。

事例3 女性

うつ病により実子を殺害し、他害行為の直面化や認知行動療法を行わなかったためにその後症状再燃と入退院を繰り返した事例

【診断】 精神病症状を伴わない重症うつ病エピソード

ICD-10 : F32.2

DSM-IV : 296.2

【当該行為】 殺人

【家族歴】 精神疾患の負因なし。母が糖尿病性腎症のため入院中。父がアルコール依存症。

【既往歴】 特になし。

【生活歴】 同胞2名の第1子。高卒後デパートに勤務していた。25歳で養護学校教員の現夫と結婚し、32歳時に長女、35歳時に次女をもうけた。家事、育児に励み、子供たちを大変可愛がっており、子供劇場や生協などの地域活動にも週2回参加するなど活動的だった。

【現病歴】 X-1年8月（39歳）、家を新築したのを機にパート勤めを始めたが、同年12月より「仕事の内容が自分に合わない」「子供の用事ができない」などと悩むようになり、抑うつ的となった。その頃長女が皮膚科疾患の治療のため病院を転々としていたことを苦にし、その上に自分の歯科治療や母の入院、家族全員がインフルエンザに罹患し夜間眠

れない日が続く、など負担が重なって、X年2月中旬より、不安、不眠（早朝覚醒）、悲哀感、行動抑制が出現した。徐々にうつ状態が悪化したため、同年3月23日、A病院精神科を受診し投薬された。しかしうつ状態で家事などが十分にできないことや子が反抗的なことを苦にして、「この子たちは大きくなってまともな大人になれない」と思い悩み、希死念慮が強くなった。夫に「エプロンの紐で首を絞めた」、「4人で一緒に死のう」などと言うようになったため、4月3日にB病院に入院予定となった。その前日の4月2日、夕方夫が買い物に出かけた隙に出刃包丁で2人の子の首を切って殺害し、自分の手首や前頸部を切って自殺を企図したが、本人は一命を取りとめた。

<解説>

うつ病の女性による子殺しの事例である。うつ状態下で子殺しを行った女性の多くは心神喪失で不起訴となるか、起訴されても心神耗弱と認定されて執行猶予となるが、特に他に子がいない場合では再犯リスクは高くないとみなされ、精神保健福祉法下での措置入院などによる従来どおりの治療で対応できるので、医療観察法の対象者にならないだろうという見方がある。しかし、殺害された子以外の子や同居家族がいる場合、あるいはまだ対象者が生殖年齢にあり将来再び子を授かる可能性がある場合などでは、うつ病が再燃すれば再び同様の行為が起こる危険性がないと断定できる根拠はない。特に子殺しは疾病因だけでなく、状況因や性格因などさまざまな要因が存在することが多いため、円滑な社会復帰そして再犯・再発予防には、通常精神医療で行われる薬物治療や精神療法だけでうつ病を治療するだけでなく、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、その行為の複合的な背景について洞察を深め、さらに罪悪感、否認など自己の行為に対して生じる心理機制を理解できるよう（このプロセス全体を「直面化」という）、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－が必要ではないかと考える。また当該行為の結果、離婚や別居など家族関係に大きな変化があり、対象者の社会復帰に多大な困難が予想される場合がある。そうでなくとも、対象者本人だけでなく、命を取りとめた場合の被害児、そして加害者も被害者も家族であるという二重の苦悩を負う他の家族の受けた心的外傷に対しても、積極的に向き合い援助していくことが、対象者の社会復帰を進める上で非常に重要となる。こうした治療を提供することは、現状の一般精神医療の現場では必ずしも容易ではないため、子殺しの事例であっても、安全が十分確保された指定

入院医療機関で、司法精神療法に熟練した医療者による専門的な治療を受けることが望ましい場合もあるのではないかと考える。

では何を基準にうつ病の事例の再犯リスクが高いと評価するかどうか、すなわち、医療観察法による治療必要性の鑑定におけるうつ病者のリスク・アセスメントが問題になる。うつ病者では他害行為が希死念慮や自殺企図といった自傷行為、被害妄想などの精神病症状やうつ病自体の重症度といった疾病因のほか、性格因や状況因と密接に関連しているため、①当該行為時に、深刻な自殺企図、被害妄想などの精神病症状、意識障害などがあつたかどうか、②人格面に本格的な認知行動療法や司法精神療法を必要とする問題があるかどうか、③家族関係も含め環境調整の面で困難が予測されるか、といった点が鍵になるのではないかと考える。したがって審判においては、治療必要性の鑑定と同様、社会復帰調整官による生活環境調査の結果が重要となるだろう。

I. 急性期

当該行為の翌日（4月3日）、精神保健福祉法24条の警察官通報にて精神保健診察となり、要措置でC病院精神科に入院となった。「私を殺してください。子どもと一緒に逝きたい」などと希死念慮が強いため、4月6日、7日にECTが行われた。子2人の死亡についてはまだ告げられない状態であると判断され、「現在重体で加療中」と伝えられた。4月11日、D病院に転院（第1回入院）となる。

入院当初は抑うつ気分、悲哀感がまだ残っており希死念慮も認められたが、薬物療法（クロミプラミン30mg、アモキサピン75mg、レボメプロマジン25mg/日）で徐々に改善した。しかし不眠が続き、子の安否や夫の状態を気遣って感情不安定で、感情失禁が認められることもあった。4月18日、夫と担当医より2人の子が死亡したことが伝えられた後、一時感情の動揺が見られたが、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。この間、担当医から本人に繰り返し、「事件は病気のために起ったことであり、きちんと治療を受けることが償いである」、「夫も父もあなたがよくなることを強く望んでいる。もう絶対に自殺をしようとしてはいけない」と話をされた。安定してくると病棟内でリーダーシップを発揮し、率先して雑用や他患の世話などしていたが、他患の言動に過敏に反応するところも見られた。取調べのため、X年6月6日、退院し警察に拘留された。

<5軸による初期基本評価>

①疾病軸

精神病症状を伴わない重度うつ病エピソードの患者である。当該行為直後の他院への入院中ECTが行われたことにより、当院入院時にはうつ状態は若干軽快しており、抗うつ剤にも反応はよく、初回入院期間中にうつ病の症状は消褪した。

②人格軸

明るく社会的で世話好き、頼まれると断ることができず何でも引き受けてしまう。義理固く几帳面で、完璧主義なところがある。我慢強く、夫にもほとんど愚痴を言わないという。循環気質と執着気質を併せた病前性格である。

③行動軸

反社会的行動の既往はない。地域活動などに積極的だが、引き受けたことをすべて要領よくこなすことができず、自分の限界を超えて役職などを引き受けてしまい、それが負担になって今回のうつ病の発症に至ったと言える。

④生活軸

結婚し、家庭の主婦、2児の母として普通に生活してきた。養護教員をしている夫とも仲がよく、夫は当該行為に関しても本人を責める気持ちはまったくない。今後も本人とともに生活していくつもりでいる。本人の母は入院中、父も高齢であるが、父は本人の治療に協力的である。

⑤発達軸

特に問題はないが、父がアルコール依存症で、10代の頃から父に対する陰性感情が強かったと述べており、父との関係が人格形成過程に何らかの影響を及ぼした可能性がある。

<急性期「治療到達目標」の達成度>

【生理】うつ病による睡眠障害や疲労感は改善し、基本的な生活リズムは回復した。

【精神症状】抑うつ気分、行動抑制、希死念慮など重篤なうつ病症状は改善し、意欲も徐々に回復しているが、当該行為や子に関することに触れると、まだ感情不安定となる。

【コンプライアンス】担当医や病棟スタッフに対しては、「あんなことをした私になぜこんなに優しくしてくれるのか？」という感謝の念が強い。治療関係への導入はスムーズに行われ、治療・服薬の必要性は十分理解できている。

【対人関係】医療者に対してはやや依存的な印象も受ける。患者間では、必要以上に他患の世話をするなど奉仕したがる面があり、もともとの性格傾向だけでなく罪責感に基づくことがうかがわれる。

【自己コントロール】感情不安定となる時があるが、自殺企図などの行動化はない。衝動性や攻撃性といった問題はもともとない。しかし自己の性格及び行動特性に応じた自己コントロール能力は低く、その獲得の必要性も理解されていない。

【人格】今回のうつ病発症のエピソードにおいて、人格傾向とそれによる行動特性が関与したという理解はなされていない。病前性格として典型的であることもあってか、医療者側からも人格や行動特性に関する関心は特に払われていない。また、担当医は当該行為に関する直面化は極力避けたいという方針で、グループワークや心理療法への導入はなされていない。

【自己イメージ】うつ症状の改善に伴い、罪責感は強く残っているものの、同時に「今となってはなぜあんなことをしたのか、わからない。あの時は自分でもおかしかったと思う」という振り返りができるようになった。夫に対しても「申し訳ない。迷惑をかけるので離婚してもらって、自分は刑務所に行きたい」と述べるが、面会時に「俺にはお前しかいない。早く治ってくれることを祈っているから」と夫から言われ、それを受け入れている。担当医より心神喪失となり免責されるかもしれないとの説明を受けるが、刑事処遇については十分理解ができていない印象がある。

【生活】セルフ・ケアの能力、身辺処理能力には問題はない。

【外出・外泊・その他】夫、父との面会を行っている。外出・外泊は行っていない。夫も不眠が続き、近医クリニックで投薬を受けている。

<解説>

医療観察法が施行されても、対象者の実質的な急性期治療は引き続き鑑定入院を受ける機関など指定入院医療機関以外で行われるという点は、多くの議論を呼ぶところである。特にうつ病による子殺しの事例では、自殺企図や強い希死念慮のために当該行為後すぐに治療を開始する必要がある場合も多く、医療観察法下でも急性期治療は24条の警察官通報による措置入院で行われる事例が少なくないと予想される。その際、対象者の責任能力鑑定とそれに基づく刑事処遇の決定（不起訴か否か）、医療観察法による治療必要性の鑑定、審判、などが初期治療と並行して迅速に行われなければならない。しかし、処遇を決定す

る上での必要な取調べ自体が急性期治療による症状改善を待たないといえないという困難さがあるため、対象者が指定入院医療機関に入院することになったとしても、病状としては急性期を過ぎた段階になると思われる。また本事例のように、希死念慮が強いため急性期治療の中で電気けいれん療法が必要になることも多いだろう。また、医療観察法による入院治療では、担当医の単独の判断ではなく新病棟倫理会議などに諮った上で実施されるECTが、指定入院医療機関以外で従来どおり危機介入の手段として安易に選択され得るのであれば、整合性を欠くことになるのではないかと考える。このように、医療観察法の対象者となりうる患者の急性期治療のあり方については、今後さまざまな点で検討を要すると思われる。

医療観察法下では、不起訴の決定後、検察官の申立てにより裁判官によって治療必要性の鑑定及び審判が行われる。既に述べたように、うつ病の事例の場合、法による治療を行わなければ再び同様の他害行為を行うおそれがあると判断されるかどうか、その判断の基準は何か、という点が問題で、今後鑑定や審判における疾患別判断基準も必要になるのではないかとと思われる。

仮に指定入院機関で急性期治療が行われると想定してみる。入院後には、多職種チームによるリスク・アセスメントを含めた初期基本評価が行われ、それに基づいて治療方針が決定される。本事例では、実際は医師・看護師といった病棟スタッフが、支持的な対応による危機介入と一般的な薬物療法が行われただけであるが、医療観察法下では、子殺しという行為に対する直面化をどの段階からどのように行っていくか、家族の心理的な援助をどうするか、といった司法精神療法に関する議論やプログラム作りが治療の初期から多職種チームで行なわれる。人格軸の綿密な評価も必要であり、責任能力鑑定等で行われていない場合には積極的に心理検査を行うべきである。直面化の作業において最も基本的なことは、対象者に当該行為やそれに関する自己の心理状態をありのままに語らせること、そして治療者は対象者に起こり得るさまざまな心理機制に精通し、それらをまずすべて受容することであろう。その点、初期の段階から評価と治療の双方で、特に臨床心理士の積極的な関わりが重要になる。本事例では、夫が今後も対象者とともに生活していく意志があるが、子殺しの事例では当該行為のために離婚や別居に至ることもある。家族関係の調整を要する場合や、退院後の帰住先や経済的手段がないなどの問題が生じる可能性がある場合には、社会復帰調整官との連携を深めつつ精神保健福祉士も入院直後から関わる必要がある。いずれにせよ、責任能力が減免されるのは重度のうつ病エピソードであり、多くは治療反応性が良好であるため、急性期治療は3ヶ月以内、あるいはもっと短期間で終了

できると思われる。本事例では2ヶ月であった。

II. 回復期

拘留中に起訴前精神鑑定が行われ、その結果心神喪失との認定で不起訴となり、同年8月9日、身柄釈放と同時に、25条の検察官通報によりD病院に第2回目入院（医療保護）となった。拘留中に精神状態が大きく変化することはなかった。

第2回目の入院時、「拘留中の生活が辛かった」と述べ、やや抑うつ的であったこともあり、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。心理検査が行われ、SCT、ロールシャッハテストなどで、情緒刺激による不安への防衛機制が強く働き、内面の葛藤に向き合えず現実回避や否認の傾向が強いことや依存的で退行しやすい性格特徴が指摘された。父は「娘を一人にするのが心配」としばらく実家に戻るよう希望していたが、入院後すぐに夫は自分の判断で転居先を決め、本人も夫と生活することを望んだため、9月に3回ほど新居に外泊してX年10月5日に退院した。通院し服薬していたが、1ヶ月後より家事が十分にできないと気に病むようになり、11月6日、酔った父が「きちんと面倒を見ないから娘の具合が悪くなる」と夫を非難する電話をかけてきたことを機に希死念慮が強くなり、頸部を包丁で切ろうとする、踏み切り付近を徘徊する、など自殺企図が見られたため、11月7日、D病院に第3回目入院（医療保護）となった。

入院時、軽度の抑うつ状態であったが、入院したことで安心し希死念慮は認めなかった。アモキサピン75mg、レボメプロマジン25mg/日で落ち着いて経過したものの、前回の退院が早過ぎて本人の負担になったことから、今回の入院では作業療法に導入し外泊を繰り返しながら時間をかけて退院する方針となった。そのため12月13日、病棟を移り担当医が変更した。本人は「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構えが見られ、新しい担当医も、本人の人格面での未熟さにより葛藤処理が困難であると判断して、やはり当該行為に関して直面化させない方針となった。X年末より定期的（週1回）な自宅外泊を開始し、X+1年1月より院内の作業療法（手芸、調理）にも参加し始めた。病棟内の対人関係も円満で、他患の世話を熱心に行っていた。

<回復期「治療到達目標」の達成度>

【生理】拘留中も、また抑うつ症状が一時的に増悪した時にも、服薬していたため、睡眠障害や食欲低下は認められず、基本的な生活リズムは獲得できた。

【精神症状】入院中の保護的環境下では抑うつ的にならずにご過ごせるが、自宅で家事をすることだけでも負担となり、心理的なストレスがかかると希死念慮が強くなって自殺企図に及んでしまうという脆弱な状態にある。

【コンプライアンス】患者治療者関係は良好であるが、依存的になる傾向があり、担当医が替わってもその点は同様であった。受療や服薬に対する理解、コンプライアンスには問題はない。

【対人関係】病棟スタッフに対しては従順、依存的である。他患との関係では、かいがいしく世話を焼くという形での関わり方が目立つ。受容的な夫への依頼心が強く、保護を求め必要としていることが強く窺われる。

【自己コントロール】衝動性、怒りなど激しい感情は認められず、その点での自己コントロールには問題がないが、自己の性格及び行動特性についての理解は深まらず、その点での自己コントロール能力は習得されていない。

【人格】内面の葛藤に向き合えずに回避・否認して防衛する傾向が心理テストで明らかになり、担当医に依存的で未熟な人格ゆえに当該行為の直面化が困難と判断される。アルコール依存の父との関係（母については情報がない）なども人格形成の過程に影響していると思われるが、人格面へのアプローチはなされていない。

【自己イメージ】あまり言語化されないが、援助を必要とする他患への献身的な態度などから、意識下に罪悪感のあることや自己評価の低さが感じられる。

【生活】病棟内でのセルフケアは自立している。無理をしなければ病棟外での日常生活能力にも問題はないが、3回目の入院である程度外泊を重ねるまでは自信がもてない状態であった。本来社会生活能力はあるが、子どものことを想起させるできごとや言動を極力避けようとする心理があるため、新しい生活環境や人間関係の中でどこまで持っている能力を発揮できるか、不明である。日常生活を心から楽しむこともまだ十分できない。

【外出・外泊・その他】希死念慮が認められなくなった時点で、夫や看護師との同伴の外出から開始し、単独での外出、さらに外泊と比較的早く行動範囲は拡大された。

<解説>

本事例では、急性期治療が終了した段階で捜査が再開され、いったん退院となって医療機関での治療が中断された。さらに刑事処遇が決定した後の2回目の入院では退院が時期尚早だったため、抑うつ症状が再燃して3回目の入院となり、合計3回の入院で、急性期、回復期、社会復帰期という段階を経過したと言える。

重篤なうつ状態に陥ることはなかったものの、2回目の退院後まもなく希死念慮や自殺企図を招いた点は、治療の到達度評価やリスク・アセスメントが不十分で退院時期の判断を誤ったことによる。また、本人と父との関係や、退院後の生活に関して父と夫の間に齟齬があった点も、入院中に対処しておく必要があったのではないかと思われる。うつ状態からの回復という疾病の治療の視点からだけでなく、子殺しという、本人にとっても家族にとっても衝撃の大きい行為を行ったことからの心理的な回復、そして子を亡くした親のグリーフワーク（喪の仕事）の視点から考えると、やはり不起訴・再入院後2ヶ月で退院するのはあまりにも早すぎたと言えよう。単に本人の病状だけではなく、社会復帰に対する心の準備や受け入れ態勢があらゆる面で十分に整っているかどうか、慎重に評価していく必要がある。

医療観察法下の回復期治療では、急性期に作られた司法精神医療プログラムに則った十分な疾患教育、心理療法、認知行動療法などが進められるであろう。うつ病の対象者では、衝動性や怒りといった攻撃性のコントロールよりも、自己の生活史の振り返りや性格特性の理解、当該行為に対するグリーフワーク、回避や否認、あるいは罪悪感といった心理機制の理解と対処方法の獲得などが課題になる。本事例では、人格特性に関する医療者の理解は深められたものの、それがうつ病の発症や当該行為にどのように関連していたのか、本人の行動や対人関係のパターンの中で修正を必要とする点がないかどうか、というアセスメントはなされなかった。また、自己の精神疾患及び刑事処遇との関連性について十分に説明されておらず、本人にきちんと理解されていない点も問題である。多くのうつ病の子殺しの場合、医療者側も、特に自殺企図を招くことを怖れて、あえて当該行為について語ることは避けるという面もあるだろう。医療観察法下では、より専門的な安全管理とチームによるリスク・マネジメントが行われるため、こうした困難なアプローチも可能になるとと思われる。回復期の終了の目安は、安定した精神状態が続き、対象者の自己及び当該行為に対する内省がある程度深められ、家族調整も進んで退院後誰とどこでどのように生活するのかという方向性が明確になった段階ではないかと思われる。うつ病の対象者では

暴力のリスクは低く、退院後の生活のイメージを早期に作っていくために有用であることから、外泊は回復期の段階から開始することがあってもよいのではないだろうか。

Ⅲ. 社会復帰期

外泊を重ねるにつれて家事に慣れ、自信を持つようになっていった。子の命日（4月2日）が近づくと思いつめた表情で涙ぐむなどしていたため、夫の意向で本人には子の1周年忌の法要に参加させず墓参りもさせないことになり、その前後には外泊も中断した。しかし抑うつ症状や希死念慮が再燃することはなく命日を乗り越え、本人にはその後、晴れ晴れとした解放感が感じられた。

1月から開始された外泊は、ほぼ週1回、1泊～9泊のペースで合計20回繰り返された。自宅では家事を普通にこなせるようになり、今後の生活設計や趣味の活動にも前向きに取り組めるようになった。2人の子の仏壇に毎日お供えをして手を合わせることはしていたが、話題にしようとするとはやはり動揺が認められるため、夫との間で子に関することは触れない状態がずっと続いた。夫自身、亡くなった子のことを思い、本人に隠れて号泣することがあると述べていた。夫は退院に対して不安を表明したが、家庭での生活が安定して送れるようになったため、担当医より通院治療への移行が可能と判断され、X+1年5月31日、軽快退院となった。

<社会復帰期「治療到達目標」の達成度>

【生理】基本的な生活リズムは引き続き安定している。外泊を繰り返す中で、体力、意欲、持続力が向上し、家事をすることにも自信をつけた。

【精神症状】子の命日前には心的緊張の高まりはあったものの、社会復帰期全体を通してうつ病症状の再燃はない。

【コンプライアンス】治療・服薬継続の必要性は十分理解しており、本人自身も医療者の援助を積極的に求めている。

【対人関係】病棟ではやはり他患の世話をするという形での関わりが多い。

【自己コントロール】攻撃性、衝動性といった問題はない。自己の性格特徴、行動特性の問題点を理解し、それに基づいて生活様式を考えていくといった自己制御の必要性は、ある程度理解されたもののまだ十分とは言えない。

【人格】夫も担当医も本人には直面化はさせられないと考えており、心理療法が行われていないこともあって、内面の葛藤や現実を回避する傾向は変わらない。

【自己イメージ】夫とともに生活していくこと、主婦として家庭・社会に帰っていく自己を、表面的には不安や葛藤を表明することなく受け入れている。心身の健康イメージはある程度獲得されている。

【生活】外泊を重ねて、自宅での日常生活は問題なく送れるようになった。また転居地で、かつて行っていた生協活動を再開したいという希望ももっている。

【外出・外泊・その他】外泊は通常の場合よりも回数が多く、20回繰り返された。

<解説>

本事例では、回復期の段階から外泊が開始されたため社会復帰期への明確な移行点がないが、既に述べたように、早期に外泊を開始することは、他害のリスクが低い場合には有用と思われる。しかし本人に対しても、夫に対しても心理療法的なアプローチが行われていないため、根本的な問題が解決されないままに退院に至ったという印象は免れない。それが退院に対する夫の不安として表明されている。また退院後のサポートが通院治療だけである点も不十分である。

医療観察法下では、多職種によるリスク・アセスメントの結果に基づいて外出・外泊や退院が決定される。入院治療の終了を決定するにあたって、当該行為に対する対象者の内省が得られ、内的葛藤がコントロールされていること、家族調整や受け入れ態勢の準備が十分に行われていることが必要である。その点、臨床心理士、精神保健福祉士のアセスメントが重要となるだろう。退院に当っては、社会復帰調整官が中心となり、指定通院医療機関との協働のもと通院治療計画を作成することになる。事例によっては、地域の保健師や児童相談所の関与が必要な場合もあり、事前の綿密な連携態勢の確保が重要である。

IV. 地域での処遇

退院後、月に1回定期的に通院し服薬していた。家事の他、徐々にパートで働き始め、ボランティア活動や趣味のサークルなどにも参加するようになった。経過良好のため、平成X+2年12月（退院後1年半）からは抗うつ薬が中止されたが、通院は続けていた。

以降現在まで、うつ症状が再燃して3回、2～6ヶ月の入院治療（医療保護入院）を必要

とした。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、元来世話好きでいろいろな役割を引き受けてしまい、それがストレスとなつてうつ症状が再燃して入院、という同じ繰り返しであった。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、「すべてをご破算にしたい」と言って病棟のベランダに行ったり、子を殺したことを他患に言いふらし攻撃的になったりして、毎回ECTが行なわれた。また、抗うつ剤が増量されると、軽躁状態になることもあった（そのため最終入院時の担当医は双極性障害と診断している）。現在、最終退院から2年を経過している。外来担当医から頻繁に「オーバーワークにならないよう注意すること」と助言されている。

＜「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：夫と同居し、主婦として日常生活を送っている。
- 精神症状：抑うつ症状は1～2年に1回、オーバーワークになると再燃し、入院治療を必要とするほど増悪するという同じパターンが繰り返されている。その点、現実認識というよりも自己の行動特性の認識が不十分である。危機状況について関係者に伝えることができ、自殺のリスクが高まる前に入院するという対応はできる。遵法性はある。
- コンプライアンス：規則的に通院、服薬することができる。関係者の援助を自分が必要としているとの認識はある。
- 人間関係：夫との関係は良好で、治療者（途中で担当医交代があったが）との信頼関係も安定して確立している。人間関係の根幹に敵意や怨念はないが、自己評価の低さ（罪悪感もあり？）からか、過度に献身的になり自らストレスを作り出しているような面が見受けられる。
- 依存：アルコール・薬物依存はない。
- 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。基本的に活動性が高く、地域社会における居場所探しや社会参加の実現に関しても自ら積極的に求めていく。しかし「ほどほどに」関わるという自己特性に応じた距離間が取れず、慣れてくると役割を引き受けたり、活動にのめりこんでしまう。うつ病の再発因子としても、人格や行動特性の問題点としても、これが重要な点であることが、通院精神療法において

もより注意を促されることが多くなった。食事、掃除、金銭管理、社会的手続きなどの能力には問題はなく、身体の自己管理も自ら行えている。落ち着いている時には、夫と海外旅行をすることもでき、生活を楽しむこともできる。

<解説>

本事例では、退院後1年半安定した状態が続いたが、その後活動範囲が拡大することによって、自己の能力を超えて活動に没頭 → ストレスから抑うつ状態が再燃 → かなり重度のうつ状態に至り入院、ということが繰り返された。これは、初回発症時と同じ状況であり、当該行為時の入院中に自己の行動特性や人格傾向、当該行為に対する洞察が得られなかったことが、うつ病の再発の誘因であることがわかる。他害行為のリスクが高まることはなかったが、症状増悪時には当該行為に対する罪悪感や自罰的言動・行動が顕在化しており、本人にとってグリーフワークが進んでいないことも明らかである。なお、双極性障害と診断した医師もいるが、軽躁状態は入院時に抗うつ剤が増量された時だけに認められ、外来での経過中に明らかな躁状態を呈して入院したことはないため、基本的にはうつ病の再発を繰り返していると考えてよい。

医療観察法下では、退院前から入念に通院処遇プログラムが準備され、3年（最長5年）間、地域の指定通院機関に通院して、社会復帰調整官による精神保健観察が行われる。うつ病の対象者の場合、治療コンプライアンスに問題のあることは少ないため、社会復帰調整官の役割は、通院の監督というよりも生活環境調整に重点が置かれると思われる。入院中に開始された心理療法が家族の心理的なケアも含めて継続され、自己や当該行為に対する内省が深められることが、うつ病の再発防止だけでなく対象者の安定した社会復帰を維持する上で役に立つであろう。うつ病の対象者では、本事例のように同居する子がおらず、家族の十分な支援もある場合など他害行為のリスク自体は低いため、医療観察法による通院処遇はさほど長期間にならないと思われる。一般精神医療への移行も、比較的円滑に行なうことができるであろう。しかしながら、当該行為に対する対象者本人や家族のグリーフワークには終わりが無いと言え、一般精神医療の中でも長期間の支援が必要と考える。

V. 共通評価項目

ガイドラインに示された「共通評価項目」について各時期の評価は以下の通りである。

共通評価項目の経時的変化

	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	0	0	0	0	0
非精神病症状	2	2	1	0	1
自殺企図	2	1	1	0	0
内省・洞察	2	1	1	1	1
生活能力	2	0	0	0	0
衝動コントロール	0	0	0	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	1	0	0	0	0
コミュニティ要因	2	1	1	1	1
ストレス	2	2	2	1	1
物質乱用	0	0	0	0	0
現実的計画	1	1	0	0	1
コンプライアンス	0	0	0	0	0
治療効果	0	0	0	0	0
治療・ケアの継続性	0	0	0	0	0

VI. まとめ

うつ病による子殺しの事例を提示し、医療観察法下での治療のシミュレーションを行った。うつ病の対象者の場合、提示した事例のように、当該行為に対する内省を深めることがうつ病の長期予後にとっても重要であるという観点から、再犯リスクよりも司法精神医療自体の必要性という意味で、医療観察法による治療への導入が望ましいことがあると考える。治療必要性の鑑定における判定基準、うつ病に特異的な精神療法プログラムの内容、家族療法や地域支援のあり方など、今後の検討課題は多い。

事例4 男性

措置入院中看護師に重大な傷害を負わせ転院となった妄想型統合失調症への精神療法

【診断】 統合失調症

ICD-10 : F20.0 妄想型統合失調症

DSM-IV : 295.30 統合失調症 妄想型

【当該行為】 傷害

【家族歴】 父親は古物商を営み温厚な性格。母親は専業主婦であるが感情的になりやすい。兄は父親の仕事を手伝っているが、人付き合いが少なく、分裂病質人格障害が疑われる。

【既往歴】 特になし

【生活歴】 小中学校の時から友人が少なく学業成績も不良。高校 2 年頃、意欲低下が目立ち不登校となって中退。18 歳時、親の勧めで自衛隊に入隊した。

【現病歴】

X-9 年 2 月 (24 歳時)、札幌雪祭りの期間中に隊から逃亡し行方不明となる。X-8 年 7 月、沖縄県にてカッターナイフで薬局の店員を脅かし、強盗未遂で逮捕される。精神障害を疑われ、精神保健福祉法第 24 条の警察官通報により A 病院に措置入院となり、統合失調症と診断された。X-7 年 7 月、母親が「もう 1 年経ったね」と何気なく本人に言ったところ、包丁 3 本を母の首に突きつけ切迫した状態となった。X-7 年 7 月 8 日、B 精神科病院を受診し、統合失調症の診断で投薬を受けた。X-7 年 7 月中旬、兄の車を無断で運転して日光まで出掛けたが帰宅せず、その帰りに、某市内の小学校で生徒に陰部を見せて騒動となり警察に保護された。また、同日、某駅前でも裸になって陰部を露出し派出所に保護された。X-7 年 8 月 14 日、両親への暴力がエスカレートしたため、家族が C 精神科病院へ連れて行こうとしたが、父親の首を締めるなどして車内で暴れたため、警察署員が C 精神科病院まで搬送し、8 月 25 日まで入院となった。退院後は、D 精神科病院に通院したが、病状、家族への暴力が変わらないため、X-4 年 3 月 12 日に D 精神科病院に再入院した。X-3 年 1 月 30 日、退院後も家族への暴力行為は変わらず、警察へ何度か通報されたが、母親が下肢を骨折する重症を負うまで放置され、X-1 年 5 月 19 日、24 条の警察官通報によって B 精神科病院にようやく措置入院となった。