

B精神科病院では隔離室に入室したが、入院時より、「言い方がむかつく」、「ぶっ飛ばしてやりたいくなる」、「ぶっ殺したくなる」などの暴言が聞かれた。X-1年6月15日、態度が悪いという理由で看護婦の肩や背中を続けて殴り、X-1年9月5日には、作業療法士に自分の要求を聞かないと言って暴力を振るったり、看護婦に性交を要求したりした。X-1年9月11日、「ぶっ殺してやりたい」、「皆を拷問にかけたい」と叫んで食堂に仁王立ちとなった。X-1年11月24日、世話を焼いていた歩行困難な高齢の患者の腹を蹴る。その後も些細なことで被害的になり「人を殺したくなる」などと興奮することが頻回に続いた。X年4月8日、トイレトーパーが足りないと不満を訴え、ナースステーションの窓の下を蹴り始め、制止しようとした看護師（身長185cm、空手2段、柔道2段）に殴る蹴るの暴行を加え、眼窩骨折の重傷を負わせたため、X年7月24日にA病院に措置入院のまま転院となった。

<解説>

本事例は、X-1年5月19日に母親に対する暴力により24条通報された時点で、医療観察法の対象となるべき事例であったと言えるかもしれない。しかし、家族に対する暴力は一般に刑事事件となりにくいことから、本事例のようにX年4月8日のB精神科病院内での傷害事件に至るまで、医療観察法に上がってこない可能性もある。

仮に、母親への暴力の時点で医療観察法が適用された場合は、次の様な経過をたどることが予想される。まず、家族の通報により警察官は警察官職務執行法第3条に従って本事例を保護する。警察は、事件が重大な他害行為に相当すると判断すれば、検察官に身柄を送致することになるが、この事例の様に、精神保健福祉法の第24条に従って、まず都道府県知事に通報された上で、書類送検されることもあり得る。送検後は、検察庁や拘置所で責任能力の鑑定（起訴前鑑定）が実施され、心神喪失等の状態であることが認められれば、不起訴処分が確定し、医療観察法への申し立てが行われる。その後、鑑定入院がどこかの精神科病院で行われることになる。本事例のように極めて暴力的な事例では、保護室の確保に加えて、早期からの専門的対応が求められるであろう。

本事例が精神保健福祉法の第24条によって措置入院となった場合は、身柄は不起訴処分が確定するまでの間、そのまま一般精神科病院に措置入院が継続され、その後、医療観察法への申し立てが進められて鑑定入院が行われる可能性がある。この場合、効率性を考

えると起訴前鑑定と医療観察法の鑑定入院が措置入院先の病院で連続して行われることになるかもしれない。

一方、精神科病院内での傷害事件で医療観察法を適用する場合には、精神科病院の管理者が院内事件として警察に通報し、事件化しなければならない。本事例では、B精神科病院の管理者は事件化させることなく、自治体立病院であるA病院へ措置転院という形で済ませてしまっていた。指定入院医療機関で対応をさせるためには、警察に届け出て事件として処理してもらう必要がある。病院管理者は、しばしば、管理責任上の問題から事件を伏せる傾向があるが、今後はそのような対応で済ませることはなくなるのが期待される。

本事例からは、もう一つのシナリオも読み取ることができる。母親への暴力の時点で、医療観察法が適用されたものの、鑑定入院中に前述したような看護師への傷害事件が生じた場合である。特に、鑑定入院を行う医療機関は指定入院医療機関のように十分なマンパワーやリスクに対する専門性も持ち合わせていないスタッフが多いことが予想され、本事例のように、わずかな油断を狙って暴力の被害を受けるスタッフが生じる可能性は決して低くはないであろう。また、この事例の様に人手が少ない一般の精神科病棟で、強制的な治療を行おうとすれば、指定入院医療機関が目指している新たな精神医療とは逆行するような、身体拘束や抗精神病薬の大量投与等の物理的手段に頼った従来通りの精神医療が初期から展開されてしまう可能性もある。

このように、鑑定入院は専門性の高い指定入院医療機関で実施するか、新たに専門の鑑定センターを設置して実施する必要があると考える。

I. 急性期

転院後、すぐに保護室に入室。状態観察中、看護師が物品のやり取りを保護室のトイレ側の小窓を介して行ったことに対して信用されていないと立腹したり、ある看護師が脅していると述べたりする。また、看護師が5分間待つて下さいと言ったことや父親が本人の希望する本を持ってこないことに立腹し、憎しみが沸いてきたと怒声をあげたり、威嚇したりする。さらに、幼少時に母親から受けた嫉に対する憎しみを延々と語ったりする。このように、他者の言動を被害的に曲解して衝動的、威嚇的な行動を取り、家族に対する被害妄想に基づく憎悪を露わにしていた。処方は、前医の処方を増量する形で Haloperidol 24mg, Chlorpromazine 550mg, VPA 800mg を投与開始した。

< 5 軸による初期基本評価 >

① 疾病軸

発病以来、幻聴は認められず、主に被害関係妄想を主体とした妄想型統合失調症であると思われた。日蓮宗の信者であるが、妄想により独自の教義を展開しており、そのことでしばしば家族と対立していた。幼少時に母親から虐待を受けたという妄想が強く、母親との過去の出来事を妄想的に想起して、怒りを露わにする。家族のみならず本人に関わる者に対して容易に被害念慮を抱き、自分に対し悪意を持っていると確信し、報復の機会を伺うようなところがある。これらの妄想は直ちに修正を施さないと、本人の内面で徐々に確信度が増していき、暴力による報復という最悪の事態に至る傾向がある可能性が窺われた。このような妄想に対して、薬物療法は治療抵抗を示していたように思われる。知的面は境界レベルのような印象があるが、心理検査の全てを拒否しているため判定は困難であった。

② 人格軸

元々猜疑心が強く、しかも執着心が強かったようであるが、発病前は、暖かみや思いやりがあったと思われる。発病後より感情鈍麻が進行して他人の痛みを感じにくくなり、子供を食べてみたい、暴力をふるいたい、虐待をしたいなどと平然と述べるなど、暴力に対する願望が強くなった。反社会性人格障害と異なり、非行歴等行為障害の既往はなく、統合失調症発病後に人格変化を来したものと思われた。

③ 行動軸

発病後に強盗未遂、母親への暴力、児童への性器の露出、他患者への暴力、看護師に対する傷害事件等同様の行為が反復継続していた。暴力そのものに対する憧憬があり、入院中もサンドバッグの持ち込みを執拗に要求した。他人と十分なコミュニケーションを図らずに、短絡的に被害感情を抱き、解決方法として暴力行為を選択する傾向が窺われた。

④ 生活軸

高校中退後、自衛隊に入隊したが、病状悪化により長続きせず、本人は将来レンタルビデオ屋を営業したいという漠然とした望みがあるが、具体的な計画を立てることはできない。父親の仕事をたまに手伝うこともあったがほとんど留守番程度であった。清潔保持、身の回りのことは几帳面のため十分可能である。

⑤発達軸

出生からの発育では発語がやや遅れが目立ち、学業成績も下位であり、知的能力にも問題があるようであるが詳細は不明である。幼少時より他人と交わることを避けており、さらに、長兄が分裂病質人格障害を思わせることから、なんらかの発達上の問題が関与している可能性は高い。

<急性期「治療到達目標」の達成度>

【生理】睡眠、食欲には問題ないが、間食が多く、保護室に入室しているために適度な運動もできず、肥満気味である。

【精神症状】幻聴は全くないが、被害妄想が長期にわたり体系化しており訂正が困難である。独特の宗教観念を持つが、妄想との区別が困難である。相手の些細な言動を被害的に受け止め、怒りを爆発させるか、密かに憎悪の念を募らせ、復讐の機会を伺う傾向が強い。

【コンプライアンス】几帳面な性格のため、服薬は遵守しているが、その意味を十分理解しているとは言い難い。コミュニケーションを丁寧に行えば、治療関係の維持は難しくないが、恐怖心等から、十分なコミュニケーションが取れない若手の看護師が被害妄想の対象とされがちである。

【対人関係】母親から虐待を受けたという被害妄想が強く、母親との面会で怒りを爆発させて、怒りの制御が困難になるため、面会を制限する必要があった。対人緊張が強く、隔離室から外に出ることを拒む。他人から非難されている、馬鹿にされている、おかしいと思われるなどの被害念慮を抱きやすく、適切な対人関係の維持が著しく困難である。このため、本人には、不快な感情を抱いたときには、行動化する前に言葉で説明するように指導した。また、スタッフには、被害念慮を抱かれたと感じた場合、すぐに十分なコミュニケーションを図って、説明し、修正を行うことが重要であることを徹底させた。

【自己コントロール】些細なことで被害的になり、容易に怒りを爆発させ、行動化するなど衝動性が極めて高い。自身、他人に対する攻撃性を抑制するために布団や枕を殴るなどの対処方法を講じているが、怒りに対する洞察や内面化は困難である。

【人格】元来は穏やかな人格だったが、統合失調症の発病により、被害感情を抱いた相手に対する痛みや共感性に欠けるところがある。一方で、自宅で飼っている犬や動物に対しては優しい気持ちを持って可愛がる姿も見られていた。

【自己イメージ】著しい暴力的イメージに支配され、人を虐待したい、殴りたいと平然と

訴える。入院前の病状が重い時期には、子供を食べたいと漏らすこともあった。

【生活】几帳面な性格もあって洗面、更衣、入浴などの身辺整理の自立はできている。間食が多く、父親に多くの食べ物を要求し、際限がないため、制限を設ける必要性が生じた。

【外出・外泊・その他】父親、兄との面会は問題ないが、母親との面会中に怒りを表出させることがあるため注意を要する。しかし、母親に対する妄想を訂正し、自宅で過ごせるようになることが退院する際の重要な課題と思われたため、患者との個人精神療法を重ねた上で、母親との面会を積極的に増やしていくこととした。

<解説>

本事例は、被害妄想が慢性化しており、他患者との些細なやり取りで容易に被害念慮を抱いて衝動的な暴力行為に及ぶ可能性が高いため、病棟構造と人員を考えると保護室での隔離はやむを得ない処置であった。指定入院医療機関の病棟構造と人員であれば、急性期ユニットでの治療が十分可能であると思われる。しかし、急性期ユニット内での他患者との接触には注意が必要であり、ユニット内の個室から出る時は、常時、看護師が付き添う必要があるだろう。

抗精神病薬の投与量は明らかに過剰であり、当時も筆者は減量を望んでいたが、多剤併用大量投与療法に慣れ親しんだスタッフを説得することは著しく困難であった。例えば、減量した日の夜勤帯に患者の暴言や威嚇行為等があると看護スタッフは、薬物の減量による病状の悪化と短絡的に捉えがちであった。また、このような治療に慣れている周囲の医師たちも同様の反応を示していた。患者は過食による肥満が強く、脂肪肝による肝機能障害や糖尿病の危険性もあり、既に全身の倦怠感を訴えていたため、抗精神病薬の大量投与はこれらの症状を悪化させている可能性があったが、減量は断念せざるを得なかった。これらのため、スタッフには患者の暴言、威嚇、暴力がどのような原因で生じているのかを説明していく必要があった。通常患者であれば、説明せずに済ませられるようなことでも、本事例に対しては、十分な説明と同意を求めていく姿勢が重要なこと、不十分な説明で被害念慮を抱かれたかもしれないと感じたときは、放置せずに、丁寧に訂正をしていく姿勢が重要であることを伝えた。

II 回復期

X年8月下旬から、午前、午後30分ずつ、スタッフ付き添いの上で隔離室からの開放を開始した。看護師がすぐに対応してくれないことに立腹し、ベッドを蹴ったり、物を投げつけるなどの威嚇行為は依然として認められた。また、兄や母親に対する憎しみが突然湧いてきたと叫び声をあげることもあった。しかし、それ以上の行動化を見せることはないため、9月下旬より、開放時間を午前、午後それぞれ1時間に延長した。この際、最初の30分間はスタッフが付き添い、最後の30分はフリーの状態で開催することにした。この頃より、意欲の低下を訴えるようになるが、暴力行為は認められないことから、X年11月8日に隔離室から個室へ移った。その後も粗暴な言動は認められず、精神状態も安定していたことから11月30日には他害行為の怖れは消失したものと判断し、措置入院を解除、医療保護入院へ入院形態を変更した。12月5日、食事の下膳時に看護師から注意された際、その態度が気に入らない、殴り殺してやりたい気分がすると訴え、また12月7日には父親への物品依頼で電話をした際にも、よく話を聞いてもらえなかった、馬鹿にされたと怒り、個室のドアを乱打した。翌日には看護師にコップや枕を投げつけ、ベッドを叩くなどし、主治医にも「スタッフを殴りたい」と訴えるため、やむなく隔離室へ移動となった。

<回復期「治療到達目標」の達成度>

【生理】睡眠、食欲には問題ない。間食が相変わらず多く、開放時間も少ないため適度な運動ができず、肥満傾向は変わらず。

【精神症状】母親に対する慢性的な被害妄想が持続している。独特の宗教観念と妄想が複合化している。看護師の些細な言動を被害的に受け止め、怒りを爆発させる傾向も変わらない。しかし、意欲低下と抑うつ傾向が見られるようなる。

【コンプライアンス】服薬は遵守しており退院後の薬物中断のおそれはあまりない。しかし、副作用による倦怠感が強くなっており今後中断する可能性がある。このため、減量できるならば可能な限り減量すべきと思われた。

【対人関係】多数の看護師が一貫した対応を取るまでに時間を要した。特に若い女性看護師は恐怖心が先行し、十分にコミュニケーションが取れず、被害念慮を抱かれやすい傾向が窺われた。しかし、主治医、担当看護師、精神保健福祉士との関係は良好で、本人も信頼をおけるスタッフができたことを喜んでいるようであった。

【自己コントロール】被害的になりやすい点は、急性期と同様であるが、本人なりに行動化を抑制し、ベッドや枕を殴る程度に抑えている。怒りを爆発させることで看護師、特に若い女性看護師が不安になり、十分に話し合うことができず、そこから誤解が生まれることを説明。被害的に捉えず、他の見方ができないかを常に説明していった。

【人格】当初の評価は変わらず、反社会性に見える人格障害はおそらく統合失調症の慢性の経過によるものと判断した。

【自己イメージ】治療スタッフとの信頼関係により、暴力的イメージは徐々に解体されつつある。しかし、被害念慮が高じると、依然として暴力的なイメージに捕われて殴りたいと訴える。

【生活】洗面、更衣、入浴などの身の自立は問題ない。間食に対する制限については丁寧に説明すれば了解でき、指示に従えるが、説明が不十分であると被害的になる。

【外出・外泊・その他】隔離室からデイルームへの開放を試み、隔離室から個室まで開放度が上がったが、他の患者とのコミュニケーションは著しく難しく、開放によるトラブルが懸念された。

<解説>

回復期において、被害念慮に基づく威嚇や暴言は減少してきたことから自傷他害のおそれは消失したものと判断し、入院形態を措置入院から医療保護入院に切り替えた。しかし開放度が徐々に上がり、隔離室から個室へ移るなどにより対人交流が増えるにつれストレスが高まり、看護師への威嚇や暴言が増えてしまったことから、個室から隔離室に戻る結果となった。

本事例の場合、指定入院医療機関での急性期ユニットから回復期ユニットへの移動が可能かどうかシミュレーションで想定することは難しい。この事例の病棟は男女混合の急性期閉鎖病棟であり、かつデイルームなども手狭で、パーソナル・スペースは明らかに狭い状況であった。このような治療環境であることから、対人緊張の高い本事例の場合、ストレスが高まりやすいことが原因であった可能性もある。指定入院医療機関の回復期ユニットは全室個室でかつ十分な空間を設けており、かつ、急性期の患者は原則的に存在しないため、対人交流によるストレスはずっと低く、本事例もこのユニットであればケアが持続できた可能性はある。

回復期ユニットでの治療で期待されることは、些細なことを被害的に捉えて怒りを爆発

させる問題に対して、認知行動療法を実施することである。本事例においても主治医や担当看護師は、他人と十分なコミュニケーションを図ることと、一旦、疑いをもったときには主治医や担当看護師などの第3者と話し合いを持ち、他の見方がないかを相談するようにと指導してきた。このような方法を、より体系だてて行うのが認知行動療法であり、本事例の被害妄想と怒りの問題に対しても、本人がその問題を十分自覚できる時期にあると捉えられれば、認知行動療法を積極的に実施することが必要である。

Ⅲ 社会復帰期

スタッフとのミーティングにおいて、隔離室から徐々に開放度を増して、個室、大部屋へ移すという常套的な治療計画では、本人のストレス耐性の低さから病状悪化を招いて、反対に退院の見通しが長期化すると考え、隔離室から直接自宅へ退院させる方向に計画を見直した。本人にもその計画を伝えると、了解し、その方がよいという。

X年12月25日、初めて両親が来院し、面談。本人も笑顔で雰囲気よく終える。この際に、自宅への外出をスタッフ交えて計画する。X+1年1月9日、父親、担当看護師、担当精神保健福祉士と初めて自宅へ外出する。特に、問題となることなく帰棟し、外出中も表情良く過ごす。精神症状としては、外出が近くなると不眠、不安、焦燥感が強くなり、被害念慮も再燃する傾向があったが、威嚇などの暴力行為は認めなかった。1月28日に父親および担当看護師と買い物に外出し、笑顔で帰棟する。2月6日には、父親と主治医同伴で外出する。2月15日には、父親と本人だけで外出したが、問題なく帰棟し、表情も良かった。2月25日、本人が「これまで悪いことをたくさんしてきたので、地獄に落ちるのではないかと不安になる。自殺は教義上許されていないため、生きていくとしても、どうやって生活していくか分からずに不安になる」と内省する言葉や現実的な将来の不安の訴えが聞かれるようになる。3月6日、自動車運転免許の更新手続きに父親と出かける。帰棟後、母親に対して、「母によくしてもらったこともあり、プラスとマイナスでゼロ」と初めて前向きな評価をする。この頃から、主治医、担当看護師による院内散歩を開始する。

3月25日、両親来棟。母親に対応面や言葉の表現方法に注意することを指導した上で、面会させ、両親同伴で外出する。明るい表情で帰棟し、隔離室は使用しながらも施錠はせず、全面オープンとする。その後、主治医は退職したが、本人は、外出、外泊を繰り返

返しながら、3ヶ月後、無事退院の運びとなった。最終処方、Haloperidol 18mg, Chlorpromazine 500mg, VPA 1200mg。

<社会復帰期「治療到達目標」の達成度>

【生理】外出前にストレスが高まり不眠が強くなるが、頓用の睡眠薬で対応可能。外出や散歩の機会が増えてきたため、多少の運動ができるようになった。

【精神症状】母親に対する被害妄想は軽減してきている。独特の宗教観念は変わらないが妄想的な要素は減ってきている。被害念慮は、外出や将来への不安などでストレスが高まると強くなるが、持続することはなくなり、怒りを爆発させる傾向も少なくなった。将来の不安から、意欲低下と抑うつ傾向が見られる。

【コンプライアンス】薬物の減量により副作用による倦怠感が改善してきたことから、今後、薬物を中断する可能性はかなり少なくなった。

【対人関係】医療スタッフに対する信頼関係を作ることができたことをきっかけに、母親に対する被害念慮も減少し、両親との関係も改善した。他患者に対しての関係を築くことは困難で、自宅への退院を目指すこととした。

【自己コントロール】両親と和解し、外出も頻繁にできるようになり、さらに、外泊の目処もたったことで、ストレスが軽減。これに伴って怒りを表出させる場面も著しく減少した。自己コントロールに対するゆとりが多少できてきた。

【人格】病前の優しい人格が見られるようになってきた。

【自己イメージ】治療スタッフおよび両親への信頼関係の回復により、暴力的イメージはほぼ解体された。しかし、将来に対する不安は強い。

【生活】洗面、更衣、入浴などの身の自立は問題ない。間食に対する制限についても了解出来るようになってきた。

【外出・外泊・その他】隔離室から直接、外出、外泊を繰り返した。病棟内の他患者と交流を持たせることは今回の入院では断念した。自宅への退院がもっとも優先された。

<解説>

回復期同様、社会復帰期においても隔離室を使用し、そこから外出と外泊を繰り返した。対人交流が極めて限定的であり被害念慮を抱きやすかったため、極力、他患者との交流は

避け、自宅への退院を優先した結果である。回復期の解説でも述べたように、指定入院医療機関では、パーソナル・スペースが広いことから、このような策は必要ないかもしれない。また、本事例の入院病棟は精神科急性期治療病棟であり、入院期間を3ヶ月以内とされていることが影響している。もし、ある程度、時間をかけることが許されるのであれば、必要最小限ではあるが他患者との交流をも治療目標に据えることは可能であったかもしれない。

本事例のように、暴力的なイメージに囚われていた患者にとっては、家族も含めて、他人との十分なコミュニケーションを確立し、それによって信頼関係を築けるかどうかは治療の重要な鍵であった。薬物療法に関してはもっと減量することが可能であったと思われるが、スタッフの理解を得ることができず、入院当初とほとんど変わらないままであった。指定入院医療機関においては、薬物療法以外の心理療法、運動療法、作業療法も取り入れられ、他者との信頼関係の回復もさらに深められれば、薬物投与量はより減少させることができるのではないかと思われる。また、何よりも薬物を大量に使用せずとも、本人の心理的な葛藤を理解し、それに丁寧に対処していくことで、病状が改善することをスタッフとしては実感することが重要であろう。紹介元の病院のように、暴力的な患者に対して、力で対処しようとするのは、治療的には全く効果がないばかりか、むしろ危険であることを、本事例は示しているのではないか。

IV 地域での処遇

退院後、同じ病院の外来に父親同伴で定期的に通院し、服薬も遵守していた。自宅の自室に閉居がちであったが、精神症状は比較的、安定し、粗暴な行為も特に目立たなかった。しかし、半年後、母親がやや感情的に本人に接したことで、被害念慮が募り、大声をあげたり、物を投げるなどの暴力的な兆候が認められたため、一時避難的に再入院となった（医療保護入院）。しかし、1ヶ月ほどのレスパイトで、安定し、再び、家族の元に帰り、現在も、外来通院を続けている。

＜「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：両親と同居
- 精神症状：対人関係や将来に対する不安やストレスから被害念慮を抱き、被害妄想へ

と発展する傾向がある。慢性の経過で感情鈍麻が目立ち、共感性にやや欠ける点がある。

- 遵法性：被害妄想の悪化により、怒りのコントロールが不良となると暴力の衝動性が高まる傾向があったが、コミュニケーションの改善により、他人への信頼と共感性が改善しつつあり、遵法精神もみられてきた。
- コンプライアンス：几帳面な性格のため、服薬は遵守。副作用による倦怠感を嫌っているため、減量による副作用のコントロールが重要である。
- 人間関係：治療スタッフと両親、兄が対人関係の中心。当院の治療スタッフを信頼しており、治療関係は良好である。母親がやや high EE のため本人への対応を誤り、被害念慮や怒りを誘発する傾向がある。このため、母親へ対応方法を教育していくことが重要である。父親と兄との関係は問題ない。それ以外の人間関係は乏しく、今後の課題である。
- 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。基本的に、自宅で過ごす時間が長い。地域社会における居場所、社会参加の実現が課題として残されている。しかし、暴力行為の再発防止を優先させると、あまり大きな負荷をかけられない状況にある。治療スタッフと家族の関係を維持することが最優先されると思われる。買い物は父親と同伴で行うが、両親と同居しているため、食事、掃除、金銭管理、社会的手続きなどは両親に依存している。金銭に関するトラブルはない。援助・支援に対する否定的感情も聞かれない。宗教関係の読書、犬の世話などが生活の中心で、それを楽しむ余裕はある。身体管理については、外来受診時に、身体に関する諸検査は拒否せず受けている。

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。

共通評価項目の継時的変化

	入院時	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	1	1	—
非精神病症状	2	2	2	1	—

自殺企図	1	1	1	1	—
内省・洞察	2	2	1	1	—
生活能力	1	1	1	1	—
衝動コントロール	2	2	1	1	—
共感性	2	2	1	1	—
非社会性	2	2	1	0	—
対人暴力	2	2	1	0	—
個人的支援	1	1	1	0	—
コミュニティ要因	1	1	1	1	—
ストレス	2	2	1	1	—
物質乱用	0	0	0	0	—
現実的計画	2	2	2	1	—
コンプライアンス	1	1	1	0	—
治療効果	2	1	1	1	—
治療・ケアの継続性	1	1	1	0	—

この表での点数の推移からは、事例にとって問題となっていた妄想を中心とする精神病症状、暴力行為に対する内省、怒りに対する衝動性のコントロール、対人関係や将来に対する不安から生じるストレス等が一様に改善してきている様子は読み取れるが、どの要因が鍵となっているかが分かりにくい。本事例の場合は、家族や治療スタッフを中心とする対人関係におけるコミュニケーション上の問題から、「相手に理解されない」、「馬鹿にされている」という被害念慮が生じ、それが「自分を憎んでいる」等の被害妄想へと発展し、不安と怒りの感情が蓄積され、暴力行為へと発展した。従って、本事例では、治療スタッフと家族に対するコミュニケーション上の問題から生じるストレスをコントロールし、信頼関係を深めることが、妄想や怒りの症状を改善する治療の鍵となった。残念ながら、この表だけからは、このような治療のダイナミズムを読み取ることが難しく、治療計画を立てる場合には、十分な記述を加えていくことが必要となろう。

VI まとめと考察

母親に対する傷害事件で措置入院となった妄想型統合失調症の事例である。某民間病院

に措置入院中に看護師に対してさらに傷害を負わせ、筆者の所属する公的病院に転院となった。9年前にも強盗未遂の重大な他害行為を行い措置入院となった経過があり、その後も性的逸脱行為や家族への暴力行為が続いていた。

転院時においても、些細なことで医療スタッフに対して被害妄想を抱く傾向が強く、放置すると、患者の内面で妄想が拡大し確信度が高まり、暴力による報復の機会を窺うのが特徴的であった。このため、治療方針として、スタッフに患者が納得するまで丁寧に説明を行うことと、誤解を招いた場合には直ちに訂正していくことを基本的な姿勢とすることを徹底させた。また、患者には何か不快感を抱いた場合には、自分の内面に貯め込むのではなく、すぐに言語化しスタッフに伝えるように指導した。また、暴力の願望が生じてきた場合にも、そのことをスタッフに伝えて、相談していく姿勢を維持するように指導した。

このような治療方針を貫くことで、治療スタッフと患者間に徐々に信頼関係が築かれ、最終的には、病状も徐々に安定していった。

本事例の場合、薬物療法はもちろん重要であったが、被害妄想や怒りの原因となっている対人場面におけるコミュニケーションの問題を丁寧に扱い、指導していくことで、精神症状の改善はもちろん、暴力行為自体も減少していった。また、家族に対しても、このような患者の病理を理解させ、コミュニケーションの持ち方を指導していくことで、本人の病状はさらに改善し、自宅への退院が可能となった。

しかし、本事例では、いくつかの治療上の限界も示された。一つは、他患者との交流をむしろ避けて隔離室から直接自宅へ退院させたことである。長期的な視点に立てば、いずれは本人も両親の元を離れ、社会の中で生活を営んでいかなければならず、そのためには、他人との適切な交流する力を身につける必要がある。本事例の病棟ではその構造上の狭さ、あるいは、急性期男女混合という混沌とした雰囲気本事例の社会性を養う治療には不向きであったと言える。おそらく、医療観察法の指定入院医療機関においては、このような構造上の問題はクリアされているため、対人交流についても積極的に介入することができる可能性があると思われた。

また、もう一点は、薬物の投与量である。筆者の感触では、本例であっても、十分な体制で臨めば、非定型抗精神病薬の単剤投与で精神症状の改善は見込まれると思われる。しかし、暴力的な患者に対して、抗精神病薬を多剤併用で大量に用いることに慣れているスタッフにとって、非定型抗精神病薬の単剤での治療は脅威にすら感じていたようである。夜勤帯の看護体制等を考えると、どうしても薬物等で沈静化をさせておかないとスタッフ

の不安が解消されないことは理解できることである。おそらく、指定入院医療機関の急性期ユニットでは、十分な看護体制で臨めるため、薬物量も相当減量できることが期待される。これによって、本人が苦痛に感じていた倦怠感等の副作用も軽減し、コンプライアンスや信頼感も増え、さらなる病状の改善が期待できると思われる。

最後に、被害妄想や怒りの問題に対して筆者や担当看護師が対処してきた治療アプローチは、多くは経験に基づくところが大きいですが、これは若い不慣れなスタッフには、身につけ難い。できれば、このようなアプローチを体系化し、教育によって身につけさせることができるような方法論を確立することが重要である。この問題の大部分は、おそらく、幻覚・妄想や怒りに対する認知行動療法を学ぶことによって解決されるところが大きいと思われる。この治療技法は、他害行為を行う精神障害の治療においても非常に効果的であることが、諸外国において検証されつつある。指定入院医療機関においても、このような治療技法を身につけた臨床心理技術者が、効果を検証しつつ実践し、看護師を始めとする他の職種者にも教育していくことが望まれる。

事例5 男性

幻覚妄想状態および興奮状態で両親らを攻撃し、死傷させた統合失調症患者
—精神病状態から脱した後も、複数の社会復帰阻害因子のために社会復帰計画が具体化できず、入院が長期化した事例—

【診断】

[当該対象行為時]ICD-10:鑑別不能型統合失調症(F20.3)

[現在]ICD-10:残遺型統合失調症(F20.5)

【当該対象行為】傷害致死(または殺人)および傷害

【家族歴】

精神疾患の遺伝負因はない。父は元公務員。アパート経営もしており、比較的裕福であった。脳梗塞や糖尿病に罹患し、60歳以降は寝たきりの状態であったが、X年に本人によって殺害された(死亡時、60代後半)。母は専業主婦(当該対象行為発生時、60代半ば)。姉は短大卒後、数

年のOL経験を経て結婚。以後、専業主婦(当該対象行為発生時、40代前半)。

【既往歴】特記事項はない。

【生活歴】

B市で、同胞2名の第2子として成育。生育歴に特記事項なし。小、中学とも成績中位。「明朗、快活、社交的、温和、実直」な病前性格。

高1の3学期頃、無断外泊、通行人とのトラブルなどあり。高2で自ら希望して中退した後はバイト暮らし。21歳時、職業訓練校に入学し、順調に卒業。24歳時、定時制高校に編入し、3年間で卒業後、私立大学に進学したが、2年で中退。その後は工員、営業職などに就き、32歳から41歳で逮捕されるまでの約10年間は警備員として稼働していた。

24歳の時に5歳年長の女性と結婚し、2子を儲けたが、30歳以降、明確な理由なく、些細なきっかけで妻に暴力をふるうようになったため、32歳時に妻子が家を出て、まもなく離婚に至る。以後、実家近くのアパートで单身生活を送っていた。

飲酒は習慣性だが、アルコール関連障害はない。他の精神作用物質の使用歴は否定。

【現病歴】

30歳以降、明確な理由なく、短気で易怒的、粗暴な性格傾向が出現し、些細なきっかけで妻に暴力をふるうようになった。32歳時に離婚してからは单身生活をしていたが、

○身の回りの世話を頼んでいた母が部屋に入ったところ、「不法侵入だ」と怒鳴りつける

○母に対して「(両親が住んでいる)実家は自分のものだから、父と離婚して(母自身の)実家に帰れ」という手紙を送りつける

○自己の履歴書や戸籍謄本を母の友人に郵送する

○実家に昼夜を問わず電話をかけて、脅迫まがいの口調で両親に金を要求する

○直接、実家を訪ねて金の無心をし、金を渡さないと母に殴る蹴るの暴行を加える

○年金保険料や光熱費などの請求書を実家に送りつける(母が約5年間にわたって支払いを肩代わりしていた)

といった異常行動が目立つようになる。困り果てた母が警察や保健所を含む関係機関に相談したが、結局、受療には至らず。その一方で、警備員として稼働を続け、職場で時に些細なトラブルを起こしたものの、クビになることもなく、当該対象行為(37歳)の数日前まで出勤していた。

【当該対象行為の詳細】

X年8月(37歳)、A名義の年金保険料支払用紙が役所から実家へ郵送されてきた。それまでの5年間は黙って支払いを肩代わりしていた母が、その時はA宅にその支払いをするよう張り紙をし

た。翌日、Aが母に電話をかけてきて、「何で手紙を送りつけてきたんだ、すぐ来い」と怒鳴りつけた。母が「行けない」と断ると、まもなくAが木刀を手に、土足で両親の家へ乗り込んできて、「金を50万円出せ」などと怒鳴った。母との押し問答の挙句、奇声を上げながら、木刀や手拳で両親をめった打ちにした。実家の修理のために偶然、大工が現場に居合わせたか、彼に対しては、「手出しをするな」と脅しただけで、暴力をふるうことなく、「工事するんだったらガードマンつけなければ駄目だ」などの状況に不相応な発言があったという。その後、Aは何も盗らずに自宅に戻る。大工が救急車を呼び、両親は病院へ搬送された。母は上肢の骨折で数日間入院。父は顔面や下肢に打撲を負っていたが、「どこも痛くない」と医師の診察を拒否し、隣家に住む親戚に伴われて帰宅。その親戚が父に食事を運ぶなどの世話をしていたが、事件から3日後、自宅で死亡しているのが発見された。後日行われた行政解剖で頸髄損傷が死因と認定された。

母から事件のことを知らされた姉が警察へ被害届を提出。警官がA宅に赴いたが、Aはドアを施錠したまま、窓越しに「俺は何もしていない。親父がアパートの住人から家賃をとらないから文句を言っただけだ。親父の方から俺につかんできて怪我をした。木刀は親父のところにプレゼントしてきた」などの返答をして出てこなかった。警察はそれ以上、捜査を進めることなく、刑事司法手続きは中断。姉は「家族間のことなので、警察が積極的に取り合ってくれなかったのではないか」との印象を持ったというが、真相は不明である。

事件の数日後、Aが実家に乗り込んできて、そのまま居座ったため、母は親戚宅に身を寄せることになった。事件から約4年後のX+4年7月(41歳)、警察がAを逮捕。両親への他害行為から逮捕までの間も、警備員として稼働を続けていた一方で、実家近辺での奇行が近隣住民によって何度か目撃されている。

【逮捕後の経過】

逮捕時、「国家試験の勉強がある。勉強の邪魔をしにきたのか」「父親はニトログリセリンを飲んだ。病院で死んだんだよ」などと訴え、同行を拒否するも、暴力的な抵抗を示すことはなかった。取調べでは、「両親を殴ったことは憶えていない。木刀を持っていったことは知らない」「父は病院で死んだ。父が死んだ理由は投薬・・・40歳から持っているニトログリセリンで死んだ。老衰です」「これは警察がでっち上げた冤罪」などと当該対象行為を否認し、辻褃の合わない供述に終始。留置所では、無言で壁や金網を見つめて長時間立ち尽くすといった奇異な行動も確認されている。

逮捕2週間後から約3ヶ月間に亘って、起訴前嘱託鑑定が行われた。病院への鑑定留置は行われず、拘置所に収容されたままであった。鑑定中、投薬は行われず。興奮や易刺激性、攻撃性

は認められず、滅裂思考、非体系的で滅裂な内容の妄想、妄想追想、感情鈍麻、自閉性、常同姿勢(留置所での奇異な行動)、現実検討能力低下が主症状であった。鑑定では、

○統合失調症の診断

○発症は30歳頃で、滅裂思考、妄想、感情鈍麻、自閉、人格水準低下、病識欠如などの症状を呈している

○他害行為時、統合失調症の妄想状態にあり、行為は妄想と刺激性・興奮性の著しい亢進にもとづく衝動行為であったと考えられる

○行為時、弁識能力と制御能力は喪失していた

○精神科治療を要する

との判断が示された。

鑑定中の心理検査では、知能は正常域にあり(IQ=102[WAIS-R])、ロールシャッハテストなどの結果から「外界との表面的な接触」「人格水準は低下し、精神内界は空虚化」「表現における部分の関連づけや統合に障害」「連合弛緩の可能性」と指摘されている。

X+4年11月上旬に鑑定終了。2日後に不起訴処分となり、同日、精神保健福祉法25条通報を経て、C病院の保護病棟(看護師は男性のみ16名。34床で2:2夜勤体制。病床の約半分が隔離室で構成されている閉鎖病棟)に措置入院した。

<解説>

本例は、30歳前後で統合失調症を発症し、それ以降、妄想や思考障害、被刺激性や衝動性、攻撃性の亢進を背景に、妻や両親への粗暴傾向が出現したために、離婚、両親(特に母)への暴力や金銭要求、迷惑行為などのエピソードが繰り返され、事例性が昂じていったものの、約7年間に亘って精神科医療を受けることなく、終に重大な他害行為に至ったケースである。その間、母が警察や保健所を含む関係機関に相談したが、結局、受療に至らなかった。この背景には、脆弱な家族構成とキーパーソンの不在、警察の「民事不介入」的対応、地域精神保健福祉サービスの未成熟などを指摘することができよう。本例ではさらに、当該対象行為発生後も約4年間に亘って逮捕されることもないまま刑事司法手続が停滞していた。

逮捕後2週間で起訴前嘱託鑑定が開始されたことについては、Aの精神障害の性質や重症度、当該対象行為と精神障害との間に強い関連性が示唆されることなどを鑑みれば、妥当であったと思われる。起訴前鑑定は約3ヶ月間に亘って施行され、この間、病院への鑑定留置や薬物療法が行われることはなかったが、この手法についてもごく標準的であろう。ただし、刑事鑑定中の

医療提供のあり方については、従来は鑑定の目的が最優先され、医療の提供が二の次にされる
ことが少なくなかったが、鑑定対象者の医療を受ける権利との関係から、対象者が医療の開始遅
延または中断によって不利益を被ることが明らかな場合には、勾留先施設(拘置所であっても病
院でも)において鑑定人とは別の精神科医によって適正手続に基づく適切な医療の提供が図ら
れるよう配慮される必要があると思われる。

本例では、診断が「統合失調症」であり、「行為時、弁識能力と制御能力は喪失していた」との
鑑定結果を受けて、鑑定終了から2日後に不起訴処分が決定され、精神保健福祉法25条通報が
行われている。医療観察法施行後であれば、この25条通報に代わって、検察官が地方裁判所へ
申し立て(法33条)を行い、おそらく同日中に当該地裁の裁判官から「鑑定入院命令」が出され
て、Aは拘置所から「鑑定入院」医療機関に移送されることになる。この「鑑定入院」医療機関につ
いては、現時点では、指定入院医療機関の利用は予定されておらず、既存の精神科病院の利用
が有力視されている。

I. 急性期[前期](「鑑定入院」期)

入院後は、対象行為についての妄想追想、連合弛緩、「陰性症状」があるものの、幻覚や
新たな妄想の産出、させられ思考、精神運動興奮などは認められなかった。薬物療法はHaloper
idol 9mg/日内服から開始され、拒薬傾向はなかった。粗暴な言動は一切なく、穏やかに経過。
入院当初は隔離室に収容されていたが、1週後に一般室へ移り、2週後には亜急性期閉鎖病棟
(看護師は男女混合16名。48床で2:2夜勤体制)へ転棟、3週後に慢性期閉鎖病棟(看護師は
男性のみ16名。44床で2:2夜勤体制)へ転棟した。
その後も精神症状に変化はなく、精神病症状の再燃は見られなかった。好褥傾向のために、睡
眠リズムが安定せず、随時、睡眠薬の追加が必要であった。
当該対象行為について担当医から尋ねられると、「父親は過労で死んだ。死体の近くに木刀が
あった。母親がでたらめを警察に伝えたので逮捕された」と説明し、行為を否認していた。
措置入院という処遇については表面的には納得しているように見えたが、入院1ヶ月後、精神医
療審査会に退院請求を行った(実地審査の結果、請求却下)。

《5軸による初期基本評価》

① 疾病軸

心身の発達に異常なく、養育環境にも特段の問題はない。標準的な知的能力を獲得し、比較的良好な病前性格や社会的適応能力を示していたが、30歳以降、妻や両親への粗暴傾向が出現。症状や経過の細部は詳らかではないが、この時期に統合失調症を発症したものと推測される。診断については、(i)非体系的な被害的・誇大的妄想、(ii)滅裂思考ないし連合弛緩、(iii)顕著な「陰性症状」、(iv)残遺性的人格変化、などの症状が長期間(少なくとも4年以上)持続していることから、統合失調症と考えられ、亜型は鑑別不能型とした(対象行為実行時の興奮および逮捕後の留置所内での常同姿勢が、緊張病性の症状であったかどうかについては確認できなかった)。

発症から当該対象行為に至るまで、易刺激性、易怒性、衝動性、攻撃性の亢進とこれらに起因する粗暴行為のために、妻や両親(特に母)への暴力、金銭要求、迷惑行為などのエピソードが繰り返された。特に32歳以降は、自己の権益を過度に主張し、母への敵意を繰り返して、暴力に及んだり、当然のことに金銭を強要したり、履歴書や戸籍謄本を母の友人に郵送するなどの異常行動が顕著となったが、これらの行動の背景には、前記の攻撃性亢進に加えて、母子関係や家族内での自己の地位、家督の相続権などに関連する被害的/誇大的妄想の存在と思考障害の存在が推測される。精神病症状や異常行動が次第にエスカレートしたものの、受療には至らず、37歳時、両親を襲撃したときにそのピークを迎える。逮捕されるまでに約4年を費やしているが、その間も、実家から母を追い出して、そこに居座り、自宅周辺で奇行を繰り返していたことから、妄想や思考障害などの精神病症状が持続していたものと推測される。その一方で、精神保健福祉サービスや警察の介入を受けることもなく、警備員として稼働を続けてさえた。X+4年7月(41歳)の逮捕から、その後の起訴前嘱託鑑定の期間については、未投薬にもかかわらず、明らかな興奮や易刺激性、攻撃性は認められず、主な症状は滅裂思考、感情鈍麻、非体系的で滅裂な内容の妄想、妄想追想、自閉性、常同姿勢、現実検討能力低下などであった。X+4年11月にC病院に措置入院した後もほぼ同様の状態であり、まるで抜け殻のような残遺状態が遷延した。Haloperidol内服による薬物療法は、精神病症状の改善や再燃の予防に効果的であったと考えられるが、現時であれば、「陰性症状」改善の可能性を期待して、非定型抗精神病薬の投与を試みる余地があろう。

② 人格軸

病前性格については、本人、家族双方とも、「明朗、快活、社交的、温和、実直」と評価しており、高1頃の軽微な逸脱行為、高2での高校中退、大学中退を除けば、社会的適応能力は比較的良好であったように見える。24歳時に結婚し、30歳以降、統合失調症の発症に伴って、粗暴傾向

が出現するまでは安定した家庭生活も送っていた。飲酒は習慣性だが、アルコール関連障害はなく、他の精神作用物質の使用歴はない。人格障害は否定的である。

③ 行動軸

高1時に軽微な逸脱行為があったものの、30歳頃に発症するまで、明らかな非行や犯罪、その他の異常行動は認められていない。

発症後、衝動性や攻撃性の亢進、妄想などの精神病症状に起因する粗暴行為が家族（特に妻や母）を対象に繰り返されるようになり、37歳時、ついに当該対象行為に至る。この行為は、統合失調症に起因する妄想状態と興奮状態が複合的に増悪したことに加えて、状況的誘因（それまではAの言いなりだった母が張り紙でAに保険料支払いを催促し、電話でのAの要求を拒絶したことが、Aを「挑発」し、Aの怒りを増幅させた可能性）や社会的・対人関係的関連因子（高齢の両親[特に父は寝たきり]とAという家族構成。近隣地域社会や精神保健福祉サービスからの介入欠如。Aの攻撃性に対抗できるキーパーソンの不在）が布置された結果と考えられた。

偶然、現場に居合わせた大工に対して攻撃を加えていないことについては、家族に関連する妄想が攻撃行為の主要な駆動要因であったために攻撃対象が家族に限定された可能性とともに、著しい妄想状態や興奮状態にあってもなお、攻撃対象を選別するだけの認知能力や判断能力が保持されていた可能性が示唆される。

④ 生活軸

高校中退後、ウェイターなどをしてしていたが、21歳以降は職業訓練校、定時制高校を順調に卒業。その後、進学した私立大学は2年で中退したものの、30歳前後で発症するまでは、工員、営業職として就労し、発症後も逮捕されるまでの約10年間は警備員として稼働していた。また、24歳時に結婚し、2子を儲け、30歳で発症するまでは一般的な「家庭人」であった。これらのことから、発症までに基本的な日常生活能力や社会的能力は獲得していたと考えられる。

対象行為後、母は、Aはもとより、治療者との関わりも拒絶している。姉の関与も得られていない。

⑤ 発達軸

発達に関して特記すべき事項はない。

《急性期「治療到達目標」の達成度》