

【生理】 睡眠リズムがやや不安定であったことを除いて、基本的な生活リズムは回復。

【精神症状】 連合弛緩、非体系的で滅裂な内容の妄想、妄想追想、意欲低下、感情鈍麻、自閉性などは残存していたが、幻覚や思考形式障害、精神運動興奮、あるいは新たな妄想の産出などは認められず。

【コンプライアンス】 拒薬など積極的な治療拒否はしないが、病識や治療必要性の理解の程度は不明。退院請求については、入院そのものへの不服申立てなのか、「措置入院」という入院形態への不服申立てなのか、その意図は不明であった。

【対人関係】 入院 1 週間後に隔離室から一般室に移るも、治療者や他患との交流は乏しく、限定的であった。母や姉の面会はない。

【自己コントロール】 「陰性症状」が前景化していたため、消極的な意味で自己コントロールは保たれていた。精神療法やグループワークなどは施行されていない。

【人格】 起訴前嘱託鑑定での心理検査によって、「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」と評価されている。入院後、心理検査は行われていないが、上記の特性は臨床的にも明らかであり、「明朗」で「温和」であったという病前性格を併せて考慮すれば、発症から当該対象行為実行時、その後の逮捕前後まで認められた攻撃的な行動特性は統合失調症の急性症状そのものであったと考える。

【自己イメージ】 急性精神病症状の消退に伴って、暴力的イメージは解体されたと判断される。現実検討能力は著しく低下していた。

【生活】 病棟内での基本的な日常生活能力は保持されていた。

【外出・外泊】 母や姉は、加害者の家族であると同時に被害者自身（母）であり、被害者（父、母）の家族（母、姉）でもあるという二重の相対立する境遇に置かれ、苦悩していた。しかし、治療者側に家族に対する心理療法の必要性に関する認識がなく、実施のための知識や資源も欠いていたため、家族の心理的ダメージの回復や A と家族との関係修復といった重要な課題は手つかずのままであった。外出は看護師 1 名との院内同伴に限定されていた。

## 《解説》

医療観察法では、この時期が「鑑定入院」期間に相当する。

措置入院時すでに著しい急性精神病状態からは脱しており、対象行為についての妄

想追想、連合弛緩、「陰性症状」が前景に立っていた。粗暴行為や治療拒否はなく、表面上は穏やかに経過しており、精神保健福祉法のもとで運営されている精神科病院でも、入院1週間後には隔離室から一般室へ移動できている。

医療観察法の「鑑定入院」中の治療や処遇について、現時点までに明確なガイドラインは示されていないが、「鑑定」にあたっては、「病状及び治療状況から予測される将来の症状・・・を考慮する(医療観察法37条2項)」という法文を所与のものとするれば、将来、医療観察法による医療を施したと仮定した場合の病状の変化や治療効果を予測し、治療可能性を判定する目的で、鑑定医が必要と考える範囲の医療の試行が予定されていると考えるのが妥当であり、この事例では統合失調症という診断がほぼ確実なことから、少なくとも統合失調症に対する標準的な薬物療法や看護ケア、支持的精神療法は行われるはずである。また、「鑑定入院」中の対象者のセキュリティーの確保については、「鑑定入院」が精神保健福祉法のもとで運営されている既存の精神科病院で行われることが避けられないとするならば、十分なリスク評価を行った結果、対象者の離院や自傷他害行為を確実に防止できると判断されるまでの期間は隔離室の使用が避けられないと思われる。本例のように比較的早期に急性精神病状態から脱し、「陰性症状」が前景化していて、明らかな粗暴傾向や治療拒否傾向のないケースであれば、平日の日中など看護師の勤務人数の比較的多い時間帯には隔離室から開放して、スタッフや他患者との関わり方や病棟内での行動の様子を観察する機会を持つことも可能であろう。ただし、他害行為の防止だけでなく、対象者のプライバシー保護の観点からも、他患者との交流に際しては、細心の注意が払われる必要がある。

本例では、明らかな拒薬はなかったものの、当該対象行為について完全に否認し、病識もなく、入院1ヵ月後には退院請求をしていることから見て、Aが治療の必要性を理解していたとはいいがたい。医療観察法の「鑑定入院」の時点では、対象者の判断/同意能力の有無や程度に関して、適正手続に則った判断が行われていないと考えられる。このような段階における非自発的治療については、「鑑定その他医療的観察」という目的に合致する限り容認されるとの論調もあるが、鑑定医がその施行に疑義を抱いた場合には随時、当該合議体の裁判官や精神保健審判員に相談をし、コンセンサスを得ることが望ましいであろう。「鑑定入院」中の非自発的治療に関するガイドラインの策定が望まれる。

医療観察法の「鑑定」の目的は、対象者に関して、①精神障害(疾病性)についての

評価、②医療観察法による医療のもとでの治療可能性についての評価、③「重大な他害行為」に関連する社会復帰阻害因子の評価を行い、それらを総合して、最終的に「医療観察法による入院医療の必要性」に関する意見を述べること(法37条3項)とされている。本例では、

- 非体系的な被害的・誇大的妄想、滅裂思考/連合弛緩、「陰性症状」を主症状とする鑑別不能型統合失調症と診断されること
- 統合失調症という診断から、標準的な薬物療法による治療効果が期待でき、さらに、医療観察法のもとでの多職種チームによる継続的な手厚い医療を通じて、病識や治療動機づけの獲得、綿密な症状モニタリング、実効性の高い再燃予防対策、本人および家族に対する心理社会的介入を行っていく必要があると考えられること
- 「重大な他害行為」に関連する社会復帰阻害因子の評価に関して、①統合失調症の精神病症状と当該対象行為との間に直接的/間接的な因果関係が認められる一方で、病識を欠き、自己の精神障害と当該対象行為との関係についての理解も欠如していることから、円滑な社会復帰のためには綿密で継続的な再燃予防対策が不可欠である、②対象者の社会復帰を支援する立場にあるべき家族が同時に被害者でもある、という困難な状況を克服するための手段として、さらには被害者支援の促進という観点からも、家族への心理療法的なアプローチを臨床心理技術者や精神保健福祉士を中心に行っていくことが重要である、③将来、入院処遇から通院処遇へ移行した後も社会復帰調整官の継続的な関与を通じて医療の継続を相当程度保証できるという医療観察法の制度が、本例のような状況に置かれた家族に安心感を与え、対象者の社会復帰を援助する役割を受け入れやすくさせる、と考えられること

から、医療観察法による入院処遇の必要性が認められる。

審判に要する期間は、鑑定書作成の期間を含めて2～3ヶ月以内とされている。対象者がこの時期を既存の精神科病院で過ごすことは、対象者への積極的な専門的医療の開始がその分、遅れるというだけでなく、「鑑定入院」対象者を受け入れている精神科病院の人的、物的負担の増大も招く。「鑑定入院」対象者が、審判の結果次第では、近い将来、医療観察法の入院処遇を受ける可能性があるということは、「鑑定入院」医療機関に対して、指定入院医療機関相当の質の高い医療の提供と厳重で綿密なセキュリティー確保を暗に要請していると考えられるが、これを精神保健福祉法の法的枠組みと診療報酬制度の経済的枠組みの中で運営されている既存の精神科病院に求めるのは甚

だ非合理的な話である。一方で、審判において、「入院によらない処遇（通院処遇）」または医療観察法の適応外と決定される可能性もあるということは、「医療観察鑑定医」や「鑑定入院」医療機関に、対象者への積極的な医療の提供を躊躇させることにもなりかねない。「鑑定入院」制度については、今後、さまざまな観点から再検討を要するものと思われる。

## II. 急性期[後期]および回復期

精神病症状の再燃は見られず、連合弛緩、「陰性症状」を主とする残遺状態が持続した。

当該対象行為の後、滞っていた父の遺産相続の問題について、入院後、家族と担当医、弁護士との間で話し合いが行われた。X+5年9月、Aは家裁で禁治産宣告（当時）を受け、母が後見人に選任された。母自身はAとの関わりを怖れて相続権を放棄し、父の遺産はAと姉で等分。Aは数千万円相当の実家の所有権を取得した。

経過中、連合弛緩を標的症候としてHaloperidolが30mg/日まで増量されたが無効であった。X+8年以降、Haloperidolは漸減され、X+10年2月以降、2mg/日で維持されている。

X+8年4月より、病棟外のリハビリテーション専用施設において、2回/週のペースで作業療法が開始された。セキュリティへの配慮から、送迎はもちろん、活動中も看護師が同伴した。活動中は、茫乎とした表情、平板な表出、貧困な発語内容、不適切な言動、自閉性などが顕著で、活動を楽しんでいる様子はなく、他患との交流もなかった。X+9年4月以降、明確な理由なく中断。

X+9年6月、担当医の判断で措置解除され、医療保護入院に切り替えられた。この際、後見人である母に「保護者」を引き受けてもらうための交渉は難航した。母は、Aから長年にわたって受けた暴力（当該対象行為を含めて）に対する恐怖が未だに癒えておらず、Aに直接会うことができないでいた。家族の希望で、家族の住所や連絡先はAには秘匿にされているが、Aの行動の自由が拡大されることに伴って、母の居場所を突き止め、再び母に暴力をふるうのではないかと強く危惧していた。姉は担当医に対して、「Aに対する気持ちはとても複雑です。父親を殺し、母に重傷を負わせたことについては今でも許せない。こんなところにずっと閉じ込められているのはかわいそうだと思うが、Aはまだ若く、体も大きくて力も強いので、正直恐ろしい。半身不随か何かになって、もう暴力をふるえない状態になるまでは退院させないで欲しい」と訴え、母も同意見であった。このような家族に対して、担当医は共感的に接し、その心情に理解を示すと同時に、

Aの社会復帰の必要性も粘り強く説いた。だが、家族の拒絶は強固なままであり、「当面の目標は単独外出まで。現時点では退院は視野に入れていない」と説明することで、ようやく、母は不承不承、「保護者」を引き受けた。

同年7月以降、安全な単独外出の遂行を目標に、看護師主導で、「外出のための社会技能訓練(以下、外出SST)」の施行が開始された(1時間/1回/週)。担当医や看護師が中心となって、BPRS、Rehab-J、BSI(Behavioural Status Index)、OAS(Overt Aggression Scale)などの評価尺度を併用しながら、精神症状、社会生活スキル、社会的リスク、病識、セルフケア、攻撃性についての評価を行い、単独外出の適否のための判断材料とした。同時期より、看護師の指導のもとで服薬自己管理が開始された。1回/月の頻度でHaloperidol血中濃度のモニタリングが行われており、血中濃度の低下は見られていない。

外出SSTを約3ヶ月間継続した頃より、担当医の判断によって、2回/週(30分/回)の院内単独外出を開始した。その後まもなく、病棟内での好褥傾向が軽減し、睡眠障害が改善した。外出SSTにはその後も継続参加しており、当初は受動的で消極的であった参加態度が、半年を経過した頃から徐々に変化し、他の参加者に建設的な助言を行うなど、リーダー的役割を果たすことができるようになっていった。外出中の問題行動や精神病症状の再燃が見られないことから、外出時間を段階的に漸増し、X+10年6月以降3回/週(90分/回)に、同年7月以降は3回/週(120分/回)の院外単独外出に、同年8月以降は5回/週になった。

作業療法は、約1年間の中断の後、X+10年4月以降、2回/週のペースで再開された。作業能力や問題解決能力についての評価は、「明確な枠組み内では能力を発揮できるが、曖昧な枠組みにおいて自己判断を求められるような場面では困惑を示し、能力の発揮が限定される」というものであった。対人交流やコミュニケーション能力については、「初参加の他メンバーへの援助、ゲームでのリーダーシップ発揮など対人交流がより自然になり、感情表出もより自然になった」と評価されている。

Aは、退院後の生活について、「所有している土地(入院している病院から片道2時間程度離れた場所)に建っている実家をリフォームしてそこに一人で住み、以前、やっていたガードマンの仕事に復帰したい」と主張し、病棟からリフォーム業者に電話して資料請求したこともあった。このことから、Aが依然として、当該他害行為がA自身や周囲の人々に与えた影響や発症後の自己の精神機能の低下について正しい理解には至っていないことが示唆された。退院後の通院治療の意思については不明であった。

《急性期[後期]および回復期「治療到達目標」の達成度》

【生理】 基本的な生活リズムは安定。特に、単独外出ができるようになってからの改善が際立っていた。

【精神症状】 精神病症状の再燃は見られず。当初、顕著であった「陰性症状」についても、外出SSTや作業療法などの心理社会的治療や単独外出(と、これに伴う行動範囲や自己責任の拡大)を通じて、明らかな改善を見た。「陰性症状」の改善については、大量投与されていたHaloperidolを、精神病症状の再燃を見ることなく、維持量まで減量できたことも影響していると考えられた。

【コンプライアンス】 入院 1 ヶ月後に退院請求を行い、却下された後、再請求は行わなかった。外出 SST への参加を契機に、良好な患者・治療者関係の確立という課題も軌道に乗り始めた。

【対人関係】 当初は病棟内や作業療法の活動場面で治療者や他患との交流は乏しく、限定的であったが、外出 SST や作業療法への参加を通じて、対人関係能力の障害も徐々に軽減され、グループワークではスタッフや他の参加者から信頼され、リーダーシップを発揮できるまでになった。家族との関係は改善を見ていない。

【自己コントロール】 連合弛緩や「陰性症状」が主体の病像に変化はなく、衝動性や怒りの表出は認められなかった。

【人格】 人格に関連する評価や治療的な働きかけは行われていない。

【自己イメージ】 暴力的イメージの再燃はなかったが、現実検討能力低下のために、自己イメージは現在の自身の機能障害を考慮しない非現実的なものであった。

【生活】 病棟内での基本的なセルフケア能力や日常生活能力は保持されていた。社会生活能力は当初、著しく損なわれていたが、外出 SST や作業療法を通じて、一定の改善が見られた。自己の精神障害や機能障害の理解や受容は依然、困難なままであった。

【外出・外泊】 外出 SST への約 3 ヶ月間の参加を経て、院内単独外出を開始し、外出中の言動やコンプライアンスを評価しながら、外出時間や行動範囲を段階的に延長・拡大した。家族の A の治療への拒絶は依然、非常に強いものであった。

《解説》

本例が、医療観察法の入院処遇の対象になると仮定した場合、Aはこの時期に「鑑定入院」医療機関から指定入院医療機関に移送されて、入院

処遇が開始される。本例では、措置入院時すでに精神病症状はほぼ消退しており、その後も再燃は見られなかったため、この時点で一般的な意味での急性期はすでに過ぎているとも言えるが、医療観察法の入院処遇の標準的モデルでは、急性期の到達目標として、急性症状の改善だけでなく、多職種チームによる綿密な初期評価と初期治療計画策定、患者-治療者関係の構築、自己の法的/医療的立場についての対象者自身の理解の促進なども重視されていることから、当初の数ヶ月はこのような作業のために費やされることになるであろう。これが、本例でこのステージに「急性期[後期]」を含めた理由である。

本例の場合、急性症状は比較的早期に消退し、攻撃性についても急性症状とほぼ併行して消退しており、その後も再燃を見ていないにもかかわらず、措置入院が4年半あまりも続いた。しかも、この間に行われた医療や処遇の中身を見ると、社会復帰を視野に入れた積極的な精神科医療の提供とは言いがたいものであった。この点については、もっと早い段階で措置解除をすべきではなかったかとの疑義が生じる余地もある。本例における措置入院長期化の背景には多くの関連要因があると考えられるが、たとえば、

- Aの行った他害行為の結果があまりにも重大であったこと
- 他害行為のリスク(いわゆる「自傷他害のおそれ」)に関する評価が一般に困難なこと
- 措置解除の判断(判断の結果責任までも含めて)や治療手法の選択が、1～数年ごとに交代する担当医1人に一任されており、長期的展望に基づく継続的で一貫性のある医療の提供や多職種チームの多面的/総合的/包括的な関与といった要素が存在していないこと
- A自身の病識欠如や現実検討能力障害の程度、家族から拒絶されている状況などから、措置解除後の医療継続や社会復帰の難航が容易に予測されること
- 重大な他害行為を行った精神障害者であっても積極的な社会復帰を図るという治療思想そのものが従来、存在していなかったのではないかと思われ、そのための具体的方策も未成熟なままであること

などの影響を指摘することができよう。措置解除後、Aの治療は社会復帰の方向へ一歩前進し、外出SSTや作業療法への継続的な参加などを経て、院外単独外出を安全に行えるところまで辿りついたが、医療保護入院の「保護者」の役割を、被害者としての心情を解決できないままAとの関わりを拒絶している母親が担うことによって、事態は新たなジレンマを抱え込むこととなった。

Aが医療観察法による入院処遇を受けたとしたらどうなっていたであろうか？医療観察法が適用されたからといって、Aの他害行為の結果の重大性が変わるものではなく、他害リスク評価の難しさや社会復帰困難性が容易に解消されるわけではないであろうが、「社会復帰を促進」することを第一義的な目的とする医療観察法の制度のもとで、多職種チームアプローチを基盤にした継続的・計画的な医療の提供が十分なマンパワーを伴って行われたとすれば、少なくとも、本例のような長期間の医療の混迷や停滞を回避することはできたであろう。

本例の場合、この時期、治療/社会復帰計画の眼目は、精神病症状の鎮静や改善から、再燃予防、そのために必要な病識や治療動機づけ、当該対象行為への内省の涵養、統合失調症に伴って生じた「陰性症状」を始めとする精神運動機能障害の回復、現実的な社会復帰計画の策定、といった課題に移っていたはずである。具体的には、

- 精神病症状の再燃予防のための維持的薬物療法への移行/服薬自己管理の導入/再発防止プログラム(医師、看護師、臨床心理技術者、薬剤師)
- 病識や当該対象行為への内省の涵養のための診察やカウンセリング、看護ケア、心理療法的疾患教育、認知行動療法、集団精神療法、個人精神療法、作業療法(医師、看護師、臨床心理技術者、作業療法士、精神保健福祉士)
- 日常生活能力や社会生活技能、対処能力、問題解決能力の回復・向上のための看護ケア、グループワーク、作業療法、外出SST(医師、看護師、臨床心理技術者、作業療法士、精神保健福祉士)
- 具体的で実現可能な社会復帰計画の策定のための家族への病状、治



療計画及び医療観察法制度についての説明、家族への心理療法/心理教育、対象者のニーズ/利用可能な社会資源に関する調査、家族の援助者としての機能に関する評価（医師、臨床心理技術者、精神保健福祉士、社会復帰調整官）

などが、この期に提供される医療の主軸となるであろう。これらの医療オプションは指定入院医療機関に充当される予定の豊富なマンパワーによって、集中的、同時並行的に提供される。さらに、上記の多彩な医療オプションはバラバラに提供されるのではなく、横断的には、情報が治療評価会議の場において多職種チームのメンバー間で共有され、各職種が連携を図りながら医療を提供していく過程を経て、また、縦断的には、定期的開催される会議において実際に施行された医療の効果や副作用を綿密に事後評価し、必要に応じて治療計画の修正を図っていく過程を通じて、有機的に提供されることであろう。この医療のクオリティは、「新病棟倫理会議」や「新病棟運営会議」、「新病棟外部評価会議」といったチームメンバー以外の学識経験者や非専門家委員が含まれる会議や指定入院医療機関の管理者（法49条）または対象者側（法50条）からの申立てに呼応して開催される審判（法51条）において第三者の視点から検証される過程を経てコントロールされる。

外出については、本例でも、社会的リスクや攻撃性を含む事前評価と計画的、段階的な自由度の拡大という過程は踏んでいるが、医療観察法下では、社会復帰調整官の関与のもとで、多職種チームによって、退院までの道程を見据えた外出外泊計画が策定され、病院管理者を含む「新病棟運営会議」で検討された後に病院管理者がその適否を決定することになっている。このことによって、より慎重なリスク評価及びリスクを最少化させるための適切なマネジメント手段の事前準備が図られるとともに、意思決定過程の透明性の確保、事故発生時の責任体制の明確化も図られる。

【入院後経過(社会復帰期)】

その後も精神病症状や攻撃性の再燃は見られず、非生産的ではあるが、穏やかでマイペースな

生活ぶりであった。服薬自己管理、単独外出、作業療法、外出SSTへの参加なども継続して行うことができていた。

X+10年4月以降、半年以上に亘って、担当医、担当看護師、担当精神保健福祉士と母、姉との間でAの社会復帰の手順についての話し合いが数回行われ、そのうちの何回かはA本人も参加した。この過程で以下のことが明らかになった。

○ Aが依然として、母に関する妄想を内包しており、母が「後見人」「保護者」になっていることに反発（攻撃的になるわけではないが）して、母の面前で「母には母自身の実家に戻って（母の）兄と同居して欲しいです」などと感情を交えずに述べる一方で、姉については自身への援助者と認識し、比較的受容的な構えを見せること

○ 母は姉や治療者が一緒であれば、Aと同席することが可能になったが、未だに面会前になると強い恐怖や動悸、発汗などの自律神経症状が生じ、Aとの関わりを回避したいと考えていること

○ 姉は母の心情を理解し、母を擁護する一方で、Aの障害や当該対象行為の司法精神医学的背景についての治療者側からの説明にも徐々に理解を示し、「自分にできる範囲内で」、Aの援助者としての役割を引き受ける意思を表明するようになったこと

○ ただし、姉にしても、Aに対する恐怖が完全に払拭されたわけではなく、姉自身の家族の理解も得られにくいと感じており、また、C病院から比較的遠方に居住していることなどから、Aの援助者としての役割をあまり多くは期待できないこと

○ 既存の精神科医療の枠組みの中でさまざまな治療的働きかけを行ったが、Aの病識や当該対象行為への内省を深めることは非常に困難であり、このような現状を前提とした社会復帰計画を策定する必要があること

この過程で、C病院内の社会復帰（開放）病棟またはC病院に隣接するD精神保健福祉センター入所訓練部門の利用なども検討されたが、転棟や転院に伴って担当医や治療スタッフが交代することに家族が不安を示したことや、Aが日常生活能力を比較的十分に保持しているため、Dセンター入所訓練部門が掲げる「日常生活能力の習得」という利用目的に合致しないことなどの理由で、現在入院中の慢性期閉鎖病棟からの退院計画を進めることになった。具体的には、Aが所有している土地を売却してC病院近くにマンションを購入し、その後、自宅マンションへの外泊訓練を繰り返しながら、適切な時期に退院するというものである。退院後は、C病院の外来（現在の担当医が引き続き治療を担当）に通院し、併せてC病院の訪問看護と外来作業療法または

デイケアを利用することとした。この計画についてはAと姉も同意した。

X+11年1月中旬、Aと姉、母、担当看護師の4人で、Aが相続した実家を見学するために外出。これは1年以上前からAが希望していたことであったが、家族が、Aが近隣住民と遭遇して住民に不安を与えることや、当該対象行為の現場を見ることによってAの精神状態が動揺することを恐れたため、それまで延期されていた。外出時、Aは実家への退院に固執せず、そこを売却して病院近くにマンションを購入することを自ら宣言したという。

X+11年2月上旬、姉、成年後見監督人(母の代理人である弁護士)、担当医、担当精神保健福祉士とで会合。後見人を母から姉に変更した上で、Aの所有する土地家屋を売却し、その代金で病院近くにAが単身生活をするためのマンションを購入する手続きを進め、一連の手続きが完了した後で、「被後見人」という民法上のAの身分の妥当性について再検討することとした。

X+11年5月、姉が後見人に選任された。自宅マンションの物件選びに際しては、Aと姉夫妻とで不動産会社を回ったが、不動産屋に勧誘されるままに物件の十分な吟味もせずに即決しようとするAに対して、姉がうまく舵取りをして、数件の物件の中から最も適当と思われるものを選択。7月上旬に不動産の売却と自宅マンション購入手続きが完了し、姉夫妻の協力で実家に置いたままだったAの荷物を自宅マンションに運び込んだ。

その後、平日の日中を利用して、担当看護師同伴で自宅マンションへの1時間程度の外出を1回繰り返した後、X+11年7月中旬に入院形態を医療保護入院から任意入院に変更。単独で2回の自宅外出を行った後、単独外泊を一泊から開始し、徐々に宿泊期間を延長。外泊中は退院後に予定されているスケジュールに従って、平日3日間はC病院の作業療法部門を利用し、外来通院が予定されている曜日には病棟を訪ねるという約束を交わした。また、退院後にAの担当となる訪問看護師が、事前に病棟で開催されたAに関するケースカンファレンスに参加し、Aとも病棟内で面接して顔見知りになった後に、外泊中のAを自宅に2度訪ねた。Aは計画を順調にこなした。同年8月中旬から2週間連続で外泊し、この間も計画を遵守できたため、そのまま9月上旬に退院となった。

#### 《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や睡眠リズムは継続的に安定。単独外出や作業療法への参加が生理的リズムの安定に寄与しており、さらに基礎体力や身体感覚の回復にも効果的であった。

【精神症状】 精神病症状の再燃は見られず。意欲や集中力、持続力についても大幅な改善を見たが、姉の意見を基に発症前のレベルと比較するとまだ相当な機能障害が残存しており、退院後も作業療法やレクリエーションなどの環境療法を継続していく必要性があった。

【コンプライアンス】 病識や治療必要性の理解の程度については依然として評価が難しいが、服薬自己管理、治療計画への協力態度、単独外出/外泊中の行動を見る限り、少なくとも受動的な意味でのコンプライアンスは継続的に確認できた。

【対人関係】 社交性や積極性はないものの、病棟内やグループワーク、作業療法などの場面で必要とされる程度の対人関係は確立し、維持できていた。

【自己コントロール】 衝動性や怒りの表出は今回の入院期間を通じてまったく認められなかった。しかし、病識や当該対象行為についての内省が深化できなかったことから、自己コントロール能力を維持するための精神病再燃予防の重要性や自己コントロールの限界についての理解は不十分であった。

【人格】 病前性格のうち、「明朗、快活、社交的」などの特徴は、統合失調症の影響で失われ、軽度の残遺状態が前景化している。

【自己イメージ】 現実検討能力障害のために、自己イメージは現在の自身の機能障害を考慮しない非現実的なものであったが、退院後すぐに以前やっていた警備員の職に戻るという従前の希望に固執することはなくなり、「退院後しばらくは仕事よりも社会生活に慣れることを優先して、リハビリに専念しましょう」との治療者や姉からのメッセージを少なくとも表面的には受け入れて、協力しているように見えた。

【生活】 病棟内での基本的なセルフケア能力や日常生活能力は保持されており、単身生活も可能なレベルと考えられた。万全を期すために、退院後は訪問看護師や姉が定期的に自宅を訪ね、日常生活能力の評価や必要な指導と援助を継続的に行っていくことになり、A自身もこの計画に同意した。社会生活能力や判断能力の障害についてはなお十分に回復したとは言えず、特に判断能力の障害に関しては、マンションや貯蓄などの所有財産を適正に保全・管理するために、退院後も引き続き、成年後見制度の利用が必要と考えられた。ただし、退院時点では、治療を通じて判断能力もある程度まで回復しており、「事理を弁識する能力を欠く常況に在る（後見）」とまでは言えないことから、本人の自己決定権をより重視できる「保佐」が妥当と考えられた。退院後、姉が保佐開始の申立てを行う予定になっている。

【外出・外泊】 院外単独外出を順調に継続し、自宅マンション取得後は計画的に自宅へ

の外泊を繰り返した。自宅への外泊は退院後の生活のシミュレーションという意味で、Aだけでなく、家族や治療者にとって非常に重要な過程であった。

#### 《解説》

他害行為を行った精神障害者の円滑で適正な社会復帰のためには、精神症状の改善と一定期間以上に及ぶ精神状態の継続的な安定だけでなく、対象者が必要な時に必要な医療を自発的に求めることができるようになること、あるいは精神障害に起因する同意能力の障害のためにそれが困難な場合には、対象者の人権に十分配慮した上で医療継続のための適切な援助体制が整備されることが不可欠であろう。本例では、第一の条件は比較早い段階でクリアしていたが、病識や治療動機づけの獲得が困難であったために、その欠陥を補完するための援助体制の構築が重要な課題として残った。このような場合、従来であれば、家族に患者を無理矢理押し付け、同居を求めるといった方法（「インフォーマル・ケア」の強要）がとられることが多かったように思われる。しかし、本例のように、発症後、家族に対する攻撃行為や迷惑行為を数年来続けた挙句、家族を被害者とする重大な他害行為に及んだようなケースでは、被害者としての家族への十分な援助やケア（必要な場合には被害者への精神医学的治療を含む）を図った上で、家族が自発的に患者の援助者として機能してもよいと思えるような環境を整えていく必要がある。

医療観察法の入院処遇の場合であれば、入院後の全期間を通じて、多職種チームと潤沢なマンパワーを背景にした多彩な治療オプションが提供されることによって、病識や当該対象行為に関する内省の涵養がより前進する可能性があり、自発的な医療の継続もある程度期待できよう。しかし、統合失調症では一般に種々の心理社会的治療を長期間施行してもなお病識の獲得が困難な場合が少なくなく、また、精神病状態の極期において他害行為に及んだAのようなケースでは、行為時の記憶が、意図的な虚偽や適応機制としての否認といった要素だけでなく、幻覚や妄想、思考障害、興奮などの精神病症状そのものの影響を受けて、さまざまな程度・性質の障害を被っている可能性が高いため、対象行為への内省の獲得とい

う課題も一筋縄ではいかない場合が多い。比較的早い段階から、対象者の病状だけでなく、病識や治療意欲、当該対象行為への内省についても詳細な評価（医師、臨床心理技術者）を行い、対象者が退院後に利用可能な社会復帰のための人的援助や社会資源に関する情報を収集（精神保健福祉士、社会復帰調整官）しながら、設定条件の異なる複数の社会復帰計画を同時併行的に練っていくことが現実的であろう。また、被害者としての家族に対する援助やケアという課題については、急性期から、担当医や臨床心理技術者、精神保健福祉士らが中心となってさまざまな働きかけを開始し、必要な援助を行っていくものと思われる。

本例では退院後も入院中の担当医が外来治療を継続することになったが、医療観察法においては、対象者の居住予定地最寄りの指定通院医療機関にバトンタッチされる。医療の一貫性や継続性を確保するという観点からは、入院中に担当していた治療チームが退院後も継続して医療に当たるのが良いのであろうが、一方で、対象者の治療が、本人が住み慣れていて、家族や友人といった援助者も近くに住んでいるような地域内で行われるのが望ましいこと、指定入院医療機関が必ずしも各地域に存在しているわけではなく、マンパワーに関しても通院治療まで考慮に入れて配置されているわけではないことなどを考えると、指定通院医療機関への引継ぎが避けられないであろう。この際、指定入院医療機関で得られた診療情報が細大漏らさず、通院予定先の指定通院医療機関側に提供されることはもちろん、入院処遇中に行われる社会復帰・処遇実地計画の策定の段階から、指定通院医療機関の治療チームが、保護観察所の開催する「ケア会議」だけでなく、新病棟内で行われている治療評価会議や運営会議などにも積極的に関与して、地域の実情を踏まえた現実的な調整が行われること、さらに、対象者との面接を通じて、文字通り「顔見知り」の関係になっておくことが重要である。Aの場合、父の遺産を相続（これは、しかし、当該対象行為の直接の結果でもある）したために、住居の確保はそれほど難しくはなかったが、Aほどの経済力のない、しかも家族から拒絶されているような対象者の場合には、居住先を確保するのは至難の業であろう。社会資源の拡充のための財政的手当てや地域住民への啓発活動、居住地

確保のためのノウハウの蓄積など、今後に残された課題は多い。

#### IV. 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」について各期ごとの評価を行った。

##### 共通評価項目の継時的変化

	入院前	急性期	回復期	社会復帰期
精神病症状	2	2	1	1
非精神病症状	2	2	2	1
自殺企図	0	0	0	0
内省・洞察	2	2	2	2
生活能力	2	2	1	1
衝動コントロール	2	2	1	0
共感性	2	1	1	1
非社会性	0	0	0	0
対人暴力	2	0	0	0
個人的支援	2	2	2	1
コミュニティ要因	0	0	0	0
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	2	2	2	1
治療効果	—	2	1	1
治療・ケアの継続性	2	2	1	1

この表での点数の推移をおおまかに見てみると、治療ステージの進行とともに全般的に改善傾向が示されている。一方で、社会復帰期においてもなお、「内省・洞察」が2（明らかな問題点あり）に止まったのを始め、精神病症状や生活能力など多くの項目で「軽度の問

題 (=1)」を抱えたまま退院に至っており、退院後も医療継続のための継続的な援助が重要であることがわかる。

## V. まとめ

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として、妻や両親への粗暴傾向が出現したために、離婚、両親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、終に両親に対する重大な他害行為に至ったケースである。約4年間の刑事司法手続の空白の後に逮捕されたが、不起訴となり、精神保健福祉法25条通報を経て措置入院となった。比較的早期に精神病状態からは脱したものの、思考障害や「陰性症状」が長期間残遺し、病識や治療動機づけ、当該対象行為に関する内省の獲得が困難であったこと、家族が被害者であったために家族からの援助が得られにくかったことなどから、社会復帰計画が具体化せず、入院が長期化した。医療観察法下であれば、多職種チームアプローチと潤沢なマンパワーを背景に、多彩な治療オプションが綿密な評価と組み合わせられて、同時並行的、集中的に提供されることが期待され、上記の課題がある程度、解消に向かう可能性が高い。一方、医療観察法の下で十分な医療が提供されたとしてもなお、病識の獲得が困難であったり、あるいは家族の協力が得られないような場合も想定される。このような場合には、対象者の人権に十分配慮したうえで医療継続のための公的な援助体制の確立が必要となるが、ここで医療観察法の通院処遇制度の果たす役割は非常に大きい。ただし、通院処遇は通常3年間、最長でも5年までとされており、早晚、精神保健福祉法下での地域精神医療システムへの移行が必要になることから、医療観察法の円滑な運用のためにも、地域精神医療全般の拡充という課題の重要性がますます高まることになるであろう。



## 事例6 男性

妄想状態のために殺人未遂を犯し、責任能力鑑定の結果、精神科入院医療の適応となった妄想型統合失調症の事例～医療観察法下での多職種介入、評価を導入して入院治療を進めていったモデルケース～

### 【診断】

#1.伝統的診断：統合失調症

#2.ICD 10：F20.0 妄想型統合失調症

#3.DSM-IV：295.30 統合失調症、妄想型

### 【当該行為】

殺人未遂

### 【家族歴】 遺伝負因なし

父：高卒後、鉄道省に勤務。肺結核に罹患し退職。その後 71 歳まで、祖父の興したタクシー会社で会計事務をしていた。X-1 年時、進行性球麻痺を発症。

母：洋裁学校卒後、保母を 10 年間し、専業主婦となった。

姉：既婚。製薬会社勤務（臨床検査技師）。

### 【既往歴】

特記事項なし

### 【生活歴】

父 40 歳、母 33 歳時に二人同胞中第二子長男として出生（吸引分娩であったが仮死なし）。発育発達に異常は認められなかった。地元の小学校に入学したが、転居（同市内）に伴い 2 年時に転校した。口数が少なく、大人しい子供であった。成績は常にクラスで上位だが、運動は苦手だったという。地元中学校へ進学し、3 年間軟式テニス部に所属。中学 2 年頃から成績が低下しだした。母はいじめに遭ったというが、真相ははっきりしない。不登校や非行等はなかった。高校は第一志望の県立 E 高校が不合格だったため、私立 F 高校普通科へ進学した。気象に興味があり地学部所属。友人は少なく、読書ばかりしていた。成績は下位であった。私大工学部の受験に失敗し、1 年間自宅から予備校に通学したが、翌年も不合格で、結局東京の G 大学の専門学校（夜間部）機械専攻に

進学。上京してアパートで単身生活を始めたが、1 学期で勉強についていけなくなり、その年の 12 月、両親に内緒で退学した。約 1 年後に実家へ連れ戻されるまでは、仕送りで生活し、連日図書館通いをして過ごしたというが、不明な点が多い。その後、就職活動をしたが職は見つからず、図書館に入り浸っていた。更に数年後（X-14 年、24 歳）には自室に引きこもり、やがて全く部屋から出ない生活になった。

#### 【現病歴】

発症時期は定かでなく、学業成績の低下が始まった中学時の可能性もあるし、好癖的な生活を送っていた 20 歳頃かもしれない。そして、X-14 年頃よりは明らかに生活が破綻し出した。自室に閉居し、食事は母が運び、排尿はビニール袋やペットボトル、排便は紙やダンボール上で済ませ、入浴、洗面、更衣をせず、髪や髭は伸び放題の状態。空笑や独語はみられなかったというが、突然理由も言わずに鋸で天井板を切ったり、床に穴を開けたり、窓ガラスをバットで割ったりしたことがあった。

X-11 年、精神分裂病（統合失調症）の診断で県内精神科 H 病院に入院。当初は対人緊張が極めて強かったが、BPD、CP 等の薬物療法にて徐々に院内生活に適応した。自身で身の清潔が保てるようになり、効率は悪いが根気よく作業を遂行でき、外泊も問題なかったため、約 1 年半の入院を経て X-10 年退院となった。

退院後は I 病院精神科へ通院し、同院のデイケアへ通所（週 3 回）した。デイケアでは真面目で他患者とのトラブルもなく、優等生的存在であったという。X-7 年よりワークトレーニングを開始し、地元市内の S 化学工業に 4 ヶ月程勤務した。その後、県内の職業技術専門学校へ 5 ヶ月通ったが中退。数ヶ月後に運送会社に入るも直ぐに辞めてしまい、デイケア通所を再開していた。

X-2 年、数回目の主治医交替に際し、外来通院、デイケア通所とも中断。就職先を探したが上手く行かず、散歩や図書館通いをしていた。閉居することもなく、日常生活は普通に過ごせていたため、家族は「大分病状が良くなった」と喜んでいたという。X-1 年春、「自分は精神障害者ではないのに不当に年金を受給している」という理由から、過去 7 年分の障害者年金 700 万円を市に寄付すると申し入れ、断られると各省庁や図書館等へ 100 万円ずつ送金したり（全て返金された）、数十万円は細かく切り刻み棄てたりした。以前通院していた I 病院精神科を訪れ「病気は治っているから年金中止の診断書を書いてくれ」と申し出たこともあったが、その後の通院には繋がらなかった。以降、年金が振り込まれる度に現金を切り刻んで棄てる行為を続けていた。

X年Y-2月頃より、主に妄想追想の形で幻覚妄想状態が再燃し、その後増悪した。「5～6年前のデイケア通所時に、某男性患者らが女性看護師と女性ケースワーカーらに強制わいせつ行為を行った上、それをネタに金を脅し取ったということがあり、その情景が有りありと目の前に浮かんでくる様になって、首謀者である某男性患者（被害者）に対して強い怒りの感情を抱くようになった。彼女たちを救うには、彼を殺すしかないと思った」ため、X年Y月某日、「殺そうと思って」入念に準備して被害者と会い、被害者宅付近の道端で被害者の胸や背をナイフで数回刺し、目撃した被害者家族の通報により警察に逮捕された。

#### I. 刑事精神鑑定期（起訴前本鑑定）

当該行為の14日後、起訴前簡易鑑定が行われた。「被疑者は統合失調症に罹患していると考えられ、是非善悪の弁識能力は有していたが、それに従って行為する能力に若干の減弱があったと考えられる（限定責任能力）。」「本件犯行は主に妄想追想の影響下での行為であるが、犯行自体は用意周到で計画性があり、少なくとも犯行の実行手段・様態に関しては十分了解可能で理にかなっている。また、本人には『一般論として殺人は悪いことである』という認識がある。一方、犯行に対する本人の受け止め方は浅薄で、笑みを浮かべながら『釈放されたらまた殺すつもりである』と述べている。以上を考慮すると、医療福祉的サポートは必要だが司法対応を継続させることが望ましい（25条通報は否）。」という判断であった。

更に当該行為の17日後より、県内精神科J病院にて鑑定留置による訴前本鑑定が行われた（1ヵ月間）。この間、薬物投与はなかった。鑑定人は「『人を殺す事は悪い事で、罪に問われる事』を承知しているが、あくまで一般論としてであって、本件犯行は妄想的確信に満ちた行為であり抑制・制御は不可能。」「薬物療法等により回復した過去の経過もあるため治療も急がれる状態。」という意見で、鑑定主文は「精神分裂病に罹患しており幻覚妄想状態にあった。」「是非善悪の弁識能力及びその弁識に従って行動する能力は欠如していた。」「現在も妄想は大変強固なもので際限なく広がる傾向がある。」「25条通報の必要がある。」というものだった。

当該行為の2ヵ月半後、本鑑定の鑑定書が検察官の元に提出された。その2日後に不起訴、25条通報となり、一次、二次措置診察にて要措置入院という判断で、簡易鑑定時

の鑑定人が勤務する精神科病院に措置入院となった。

### <解説>

- ① 簡易鑑定と起訴前本鑑定で、責任能力および 25 条通報の要否の判断に相違があったが、統合失調症による幻覚妄想状態での犯行、責任能力、疾病性、治療反応性、リスクアセスメント各々の要素より、医療観察法下では指定入院医療機関での入院処遇の典型例と考えられる。
- ② 本ケースでは、過去の薬物治療反応性については良好であったという事実こそあれ、起訴前本鑑定の入院鑑定留置中には薬物は一切使用されておらず、医療観察法下での「治療必要性の鑑定」は行われずに入院となった形であった。起訴前本鑑定が「責任能力の鑑定」で、措置入院後の初期段階が「治療必要性の鑑定」に当たると考えれば良いだろうか。
- ③ 25 条通報となる数日前に精神科救急情報センターの医師、保健師および地域保健師が自宅訪問して両親と面接を行い、通報の前日には同センターの医師、保健師および保護観察署の法務事務官（社会復帰調整官のタマゴ）が勾留中の本人と面接して事前情報を収集し、措置入院時にも同席。⇒本人退院後の地域サポート体制強化の準備。すなわち入院前より、退院後の本人の生活を想定した上での多職種によるミーティングの実施がなされた。
- ④ 起訴前簡易鑑定と起訴前本鑑定において、対象者本人の責任能力において意見が相違した。今回の新法設立により、対象者一人々々の処遇を尚真摯に検討することが想定される。

## II. 急性期

入院時、若干拒絶的ではあるが、事件の状況や今回入院にいたる経過などをきちんと説明する事ができ、言語的疎通は良好であった。どこことなくやけた様な表出で、重大事件を起こしたという認識が薄いように思われた。「デイケアでの破廉恥な出来事」の妄想追想とそれに基づく被害者への殺意は持続しており、犯行に対する後悔・反省・謝罪の気持ちは微塵もなく「退院したらまた殺すつもり」であると述べた。また、簡易鑑定時にも記憶幻覚（偽記憶）はみられたが、「5 年程前に同じ事件を起こし逮捕され、同じ