

病院で精神鑑定を受けて、同じくこの病院に入院した。」などと内容が拡張されていた。治療は男子閉鎖病棟で終日保護室使用し、薬物療法は HPD、CP 中心の処方開始し漸増した。病識は欠如しており、拒薬はないが「薬を止めたら逆に幻覚がなくなったんです。」などと語るため、服薬の意識付けや副作用の説明を目的として早期から薬剤師による薬剤指導を開始した。入院後数日は、早朝に覚醒して保護室内で運動したりしていたが睡眠剤追加で睡眠は改善した。その他目立った問題もなく経過し、入院後約 2 週間半で完全に一般病室へ移行した。緊張が強いためか自室で過ごす事が多く、他患者との交流は殆どなかった。周囲とのトラブルもなく、基本的に従順な態度で、長期にわたる行動制限（措置入院中のため病棟外への散歩は一切なし）への不満を訴える事もなかった。

入院 3 週間後、主治医、病棟看護師、PSW、情報センターの医師と保健師、地域保健師および両親（本人は参加せず）で第一回処遇検討会を開き、病状報告と両親への疾病教育、今後の社会復帰までの概略の確認等を行った。入院後できる限り早期に多職種が関与することで、担当医師のみではなく多職種、家族が本人の状況について共通認識できるようにした。

入院後 1 ヶ月の時点では（HPD36mg、CP300mg 中心）、徐々に緊張感がとれ、表情のぎこちなさが軽減。新たな妄想追想はみられないが、被害者の事をきちんと調べてくれという内容の文書を県警や地元警察署への送付を希望する事があった。また、記憶幻覚は同様に存在した。事件に関して、今ひとつ重大性が認識できておらず「まずいとは思いますがまたやるかもしれない」などと語った。当該行為への直面化と並行して、疾病教育の導入や今後の社会復帰への意識付けを少しずつ始めていった。薬物は、CP で若干過鎮静のためクエチアピンへ置換し漸増した。

入院後 2 ヶ月半の時点で（HPD36mg、クエチアピン 700mg 中心）、入院時に比し、疎通がより改善し表情も明るくなった。記憶幻覚は持続していたが幾分確信度が低下し、再犯については「さすがにもうしなくてもいい気持ちもある。」と述べた。X-11 年に H 病院に入院した頃「作業がのろい＝病気かも？」、事件の前に「幻覚というか幽霊が見えた＝（以前とは別の）病気？」と、それぞれに病感があったが、病気の連続性は全く感じていなかったことが判明した。

入院 3 ヶ月後、本人に対する多職種による病状評価と、当該行為への直面化、社会復帰への導入を目的として、本人も交えて第二回処遇検討会を行った（父は持病が悪化し欠席、新たに保護観察署の法務事務官が参加）。「幻覚妄想みたいな何となく嫌な感じは、

病気ではないと思うが、少なくなっている。楽になったのは慣れたからで、薬はあまり関係ないと思う。」と、病識、服薬の意識付けともに不十分であったが、着実に前進はしていた。再犯可能性は「五分五分ですね。」と、これも以前よりは改善していた。この時点では疾病教育の強化が課題と考えられた。

入院後 3 か月超の時点で、本人の同意を得て、経口薬に上乘せする形でデポ剤を導入（HPD100mg/月）した。これにより副作用が増強すると予想されたが、逆に本人は「少しラクになった感じ。」というため、経口薬の減量はせずに経過観察とした。直面化に重点を置いた関わりから、社会復帰の意識付け中心の関わりに徐々にシフトチェンジさせつつ、疾病教育も口頭中心から簡易な教材を使用してみるなどバージョンアップを図り、なんとか理解度を上げるべく工夫した。

入院後 4 ヶ月頃からは、作業療法士の協力を得て病棟内単独 OT（通常 OT は時間開放可の行動制限下で「院内（病棟外）」で集団で行う）を試験的に開始したところ、適応良好であった。また同時期には、自閉傾向は同様にみられるものの、他患者との接触が幾分増え、態度も自然になってきた。

入院 5 ヶ月後、措置入院解除のための多職種による評価を目的とした第三回処遇検討会を、前回と同様のメンバーで行った。服薬意義や病気の理解は不十分であるが、周囲の意見を聞いて納得しようとする姿勢がみられた。再犯については「どうでしょうか...？」とぼやかすが、私的制裁はいけないという一般常識への理解度は増したようであった。認知の改善やその他の陰性症状の改善に伴い、記憶幻覚の確信度も大分低下してきた。多職種メンバーの評価も「前回より病状が更に安定してきた。」と良好であった。自傷他害のおそれが消退したと判断し、検討会から 10 日後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

診断は統合失調症。当該行為時点での重症度は中等度で、知的レベルは標準以上。無為自閉の状態での入院治療を受け、薬物療法に反応良好であった経過があるが、家族の病状把握は不十分で「症状改善せぬまま退院した」と思っていたという。本人は病識欠如というか、精神障害者年金の受給を拒否するなど病気に対する否認が強く、服薬に関しても前向きではなかった。治療中断後数年で妄想追想を主体とする幻覚妄想

状態が再燃し、当該行為に至った。

② 人格軸

人格障害はないと考えられる。優しく怒ったことのない父とやや口うるさい母のもとで育ち、本人は大人し過ぎるほど大人しい、真面目、正義感が強い、割と頑固な性格であった。当該行為以前に攻撃性、暴力性、衝動性は認められず、デイケアでの様子からは逆に温和でお人好しという印象を受ける。異性との交際は皆無で、潜在していた性的欲求が妄想追想に影響した可能性がある。

③ 行動軸

過去に暴力行為はみられず、非行や犯罪歴はない。薬物使用歴、飲酒歴もない。「女性が酷い目に会っているので助けたい。そのためには首謀者を殺すしかない。」などと、半ば救世主の如く逸脱・飛躍した強い正義感に基づき当該行為に至った訳だが、これは統合失調症の幻覚妄想状態に起因するものであった。従って、症状の再燃が再犯に繋がる可能性を十分に考慮すべきである。

④ 生活軸

当該行為の2年前には、家族からみれば、就職はしていないがほぼ普通の生活を送っていた状態であった。就職（社会復帰）出来ないのは障害者年金を受給しているからだと考えて受給中止を申し出ていたが、現実的には無収入で両親の年金で生活していた。年金が振り込まれる度に棄てていたなど、金銭管理能力は保持されていなかったと考えられる。発病後には継続的な就労ができていないことも病状の重症度を示唆する点と思われた。

⑤ 発達軸

出生からの発育発達に特に問題はない。学業成績は上位で、運動は苦手だったというが、中学時はレギュラーにこそなれなかったが運動部（軟式テニス）に3年間所属していたことから、広汎性発達障害等の大きな異常はなかったと考えられる。

<急性期「治療到達目標」の達成度>

【生理】覚醒睡眠リズムはほぼ安定。食事、排泄などの基本的な生活リズムは回復している。

【精神症状】妄想追想や記憶幻覚の残存はみられるが、かなり軽減している。身体的な問題は特に認めない。言語的疎通性は保たれている。

【コンプライアンス】治療拒否、拒薬は認められない。薬剤指導も導入しているが、治療

および服薬の必要性の理解は不十分である。服薬により徐々に病状は改善している。

【対人関係】担当医師、医療スタッフとの関係に問題はみられない。他患者との交流は少ないが、引き籠ってはいない。

【自己コントロール】病棟内という限局した場においては、自己コントロールは保たれており、暴力行為、易怒などは全くない。しかし「もしも被害者と遭遇したら、殺意が生じるかもしれない」などと述べる点より、自己コントロールの不安定さがうかがえる。

【人格】従順、勤勉であるが、思考が極端で修正が利きにくいところがある。人格レベルの低下はあまり目立たない。

【自己イメージ】当該行為時に病的状態にあったという自覚は不十分である。徐々にではあるが、病感が芽生えつつある。

【生活】病棟内においては身辺自立している。

【外泊・外出・その他】措置入院であったため、外出はしていない。母親との面会は、処遇検討会の際に短時間行っている。

<解説>

措置入院期間（約5ヶ月）を急性期入院期間と見なした。入院前より、院外の職種の関与を始め、入院開始5ヶ月までに三回の処遇検討会を実施した。これは、医療観察法下での多職種関与、構造的な評価を意識したシミュレーションとしての面もあるが、本人の病識、病状改善、家族への疾病教育、退院後の生活サポートのためには、医療観察法云々を抜きにしても妥当で有効な治療的手立てであると考えられた。このような治療構造によって、これまで、医師—患者関係で全てを済ますという構造から、本人を中心とした、多職種による責任分担という構造へのシフトチェンジになると思われた。しかし一般精神科病院の範囲では、まだ担当医師の担う範囲が大きく、「当該行為に対する直面化」「多の職種への本人関与への指示（OTや薬剤師への依頼）」「処遇検討会の準備」など担当医師が動かないと始まらないという印象が強い。これは、まだ一般精神科病院において、多職種チーム医療が十分には構造化されていないことによると考えられる。

またデポ剤使用に関しては、医療観察法下での治療状況であったならば、倫理委員会の承認の下に実施されることになっているが、一般精神科病院の現状では、「担当医師による本人への口頭説明により」実施されるのが通例であろう。

Ⅲ. 回復期

措置入院解除の翌日、父を保護者とし、医療保護入院となった（入院約5ヶ月後）。この日に至るまで、主治医から本人へ、入院理由、当該行為について、今後の社会復帰へのリハビリの重要性について再三説明していた。入院形態変更による行動範囲の拡大に際し、本人の攻撃性、暴力性、衝動性の評価等を改めて行った。危険行為なきことについては「大丈夫と思う。」と即答が得られた。将来設計に関しては「今は良く分からない。」と答え、現状で自宅に戻ったとしても、安定した生活にはまだ尚早であると述べるなど、現実検討も良好であった。早速、スタッフ同伴での院内時間開放を許可し、通常の院内 OT への参加を開始した。無断離院等の問題行動は認められなかった。OT 開始当初はやや緊張がみられ、他患者との交流は殆どせず単独での作業が目立ったが、徐々に挨拶程度は交わせるようになった。作業に時間はかかるが丁寧で、作品が完成することで達成感を持てるようだった。OT への適応がより良好化してきた頃より、徐々に日中の眠気が目立ちだしたため、経口の HPD36mg → 27 mg と漸減したが、病状悪化はなかった。

入院 6 ヶ月後、主治医、本人、母で面接を行った。再犯について「相手を探してまでしようとは考えていない。出来ればもう遭わないで生活したい。」と述べた。また、以前は被害者への謝罪の気持ちや共感性が欠如していたが、「やった事は悪い事で、謝る必要があることは分かっている。」などと、積極的ではないが少しは反省出来るようになっていた。この様に徐々に直面化が進み、共感性の形成がなされたのは、薬物療法による病状の改善に因るところが大きいと思われた。治療の進行状況を母に確認してもらった上で、面接の数日後から病院内単独時間開放を許可した。尚、この時点で、県警や地元警察署への文書の送付希望は全くなくなっていた。

その後、臨床心理士による心理検査を施行し、起訴前本鑑定時の結果と比較したところ、「IQ はほぼ同等だが、注意力や記銘力の低下が少ない」といった点も含め、全体的に病状改善の方向と考えられる結果が得られた。一方、「認知障害は重度」「感情コントロールは良くない傾向」といった問題点も浮上した。病棟生活上は怒りの表出は皆無に近く、至って温和であるため、日常の診療では「怒りのマネジメント」や「衝動性、攻撃性、暴力性のコントロール」を扱うことは困難で、臨床心理士の介入が必要と思われた。

病院内単独時間開放で1ヵ月以上問題なく経過していたため、入院より約8ヶ月後、男女混合開放病棟（リハビリ病棟）へ転棟とした。

<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している。身体感覚も回復している。

【精神症状】幻覚妄想状態は残存しているが入院時に比べ大幅に改善している。自発性は乏しいが、集中力・持続力は回復している。情緒的疎通も徐々に良好となってきた。

【コンプライアンス】担当医師の説明に理解は示すようになったが、治療効果の理解は不十分である。

【対人関係】日中の大半をデイルームで過ごし、他患者とも挨拶程度は交わすようになった。対人トラブルは全くない。

【自己コントロール】情動は概ね安定しており、暴力性、衝動性はみられない。「被害者と遭遇したら、挨拶をすと思う。」と、自己コントロール能力の回復が認められる。

【人格】従順すぎて、内面への怒りの蓄積などが危惧される。

【自己イメージ】暴力的イメージは解体されてきた。

【生活】日常生活レベルでは大きな問題はない。社会生活能力については、外出経験が乏しく明確でないが、概ね回復していると思われる。

【外泊・外出・その他】病院内単独時間開放では、時間、行動範囲を守れている。外泊は行っていない。

<解説>

入院5ヶ月～8ヶ月まで、男子閉鎖病棟での措置解除後、医療保護入院期間を医療観察法下における「回復期」としてみた。措置解除になったため、院外単独散歩も可能になり、OTへの参加の幅（病棟内からOT室へ）も広がった。そういった外枠の変化による問題行動、逸脱行動は全く認められなかった。ただ本事例での本人は、外見上は、行動、表出とも安定しており、一方で内面に妄想を蓄積させていたとしてもその点を治療者が把握するのは困難であった。すなわち、一般精神科医療の範囲で「もう大丈夫だろう」と判断するレベル以上のものを求められた場合には、どうしても、医療観察法下における指定入院医療機関のような、マンパワーの充実した、セキュリティーの確保された、構造化された

医療が必要となる。リスクはどの施設で行ったとしてもゼロにはできないが、対象者を考慮した、よりリスクの低い施設での治療を求めることは当然であろう。

IV. 社会復帰期

入院約8ヶ月後、男女混合開放病棟へ転棟となった。転棟と併せて、担当医も変更となった。薬物療法に関しては閉鎖病棟での前担当医の調整に基づいて、ほぼ同等の内容で開始した。OTも週3回の出席を踏襲した。

転棟当時は、自室に籠もりがちで、デイルームに出てくることも少なかったが、次第にデイルームで新聞を読んだり、他患者と言葉を交わす場面も増えていった。このように病棟には少しずつ馴染んでいっており、問題行動も認められなかったが、毎日の回診で担当医師が本人に関与してみると、「早く退院したいですね。」という以外は、目立った希望、訴えもなく、病感、病識に関しても不十分なようであった。本人の父親の身体状態の悪化もあり（入院中）、父親への面会のための外出を1回実施している。

開放病棟に転棟して2ヶ月が過ぎている。本人の病状、受け入れとなる家庭状況を合わせ考えて、今後の退院に向けての流れを模索しているところである。

<社会復帰期「治療到達目標」の達成度>

【生理】睡眠覚醒リズムは安定している。病棟スケジュールはきちんと守れている。OTにも安定して出席している。

【精神症状】眠気の訴えがあったためにHPの減量を試みたところ、妄想の確信度が増したため、結局は増量した。現在進行形の幻覚妄想症状は認められないが、過去の症状に関しての距離、客観視に関しては不十分と思われる。

【コンプライアンス】入院という枠組みの中での服薬遵守には全く問題はないが、退院後の服薬自己管理という点では、服薬の意義、理解が不十分であり、危惧される。

【対人関係】医師、看護師、他のコメディカル等医療スタッフとの関わりに問題は認められない。他患者との疎通は表面的のようである。

【自己コントロール】疾患理解も含めた自己コントロールとなるとまだ不十分と思われる。入院という枠組みの中では、全く問題はない。

【人格】柔らかい対人疎通はとれるものの、自己の内面をほとんど晒さないタイプであり、

自身の悩み、感情を溜め込む危険性はある。支持的な側面を考慮した上での内面介入も必要と考えられる。

【自己イメージ】退院後自らがどんな生活を希望しているのかというイメージ化は不十分である。

【生活】父の身体的危機という現実の上で、今後の本人の日常生活、社会生活のイメージ化はまだ不十分である。

【外出・外泊・その他】自宅、父の入院先への外出を1回実施している。母との面会を実施している。

〈解説〉

男女開放病棟で入院加療に当たっている期間を医療観察法下における「社会復帰期」としてみた。この期間は、入院治療の仕上げに当たり、更に外来通院、自宅生活、地域処遇への橋渡しの期間とも言える。実際に事例に接してみると、現実的な流れとして最も重要な時期と考えられる。この時期の対応を粗雑にしたままで、通院処遇に切り替えることはリスクの点で問題となる。一方で、入院治療期間の範囲で「完全な病識」を得ようとすることには実際の治療経過では、困難と思われる。本人がどの程度のレベルに達したら、通院処遇に切り替えるか、よくよく考える必要があるだろう。

本事例では、病棟転棟に合わせて、担当医の変更も行われた。転棟前に本人を混じえた引き継ぎを実施したりなど、担当医の変更、環境の変化による断絶を防ぐべく配慮を行ったつもりではあるが、それにも関わらず、治療の連続性、病状評価に関してなど不十分な印象が否めない。本人は、表面的には派手な動きがなく、それもあって入院当初の医療スタッフの熱が次第に冷めている感がある。検討会議は「社会復帰期」の段階で1回も開催されていない。どうしても一般精神科病院では、一つ一つの症例に関して、担当医以下医療スタッフが、相当意識的に見守らないと、急性期を過ぎると、安易に流される。実はこういった、精神科入院医療の流れは、医療観察法の対象になるような事例はもとより、一般事例で多く見られたのではないか。それにより無意味な長期入院に至ったケースが数多いのではないか。一つの事例を継続的な視点を持って関わることの重要性が、医療観察法下での治療から一般精神科医療にフィードバックされることは期待して良いだろう。

V. 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。

共通評価項目の継時的変化

	急性期	回復期	社会復帰期
精神医学的要素			
・ 精神病症状	2	1	1
・ 非精神病性症状	2	1	1
・ 自殺企図	0	0	0
個人心理的要素			
・ 内省・洞察	2	1	1
・ 生活能力	2	1	1
・ 衝動コントロール	0	0	0
対人関係的要素			
・ 共感性	2	1	1
・ 非社会性	0	0	0
・ 対人暴力	0	0	0
環境的要素			
・ 個人的支援	1	1	1
・ コミュニティ要因	0	0	0
・ ストレス	1	1	1
・ 物質乱用	0	0	0
・ 現実的計画	1	0	0
治療的要素			
・ コンプライアンス	2	1	1
・ 治療効果	0	0	0
・ 治療・ケアの継続性	2	1	1
合計	17 / 34	9 / 34	9 / 34

0：問題なし 1：軽度問題あり 2：明らかな問題あり

VI. まとめ

本事例は統合失調症の幻覚妄想状態で殺人未遂に至り、逮捕→送検→起訴前簡易鑑定→起訴前本鑑定→25条通報→措置入院となったものである。医療観察法下ではまさしく指定入院医療機関での入院処遇の適応となるであろう。現在一般精神科病院にて入院加療中であるが、医療観察法下での入院治療を意識しつつ、治療を進めている最中である。

私見では、医療観察法とは、一方では一般精神医療の向上のため、もう一方では刑事司法ルートにおける精神障害者の精神医療保障のための、不十分ではあるも重要な端緒と考えている。

この事例に関して言えば、一般精神医療の範疇を超えて、出来る限りの多職種による援助を施行している。それは、この事例自体をきちんと扱うと共に、現実の保険診療の枠を超えたものであり、時間的には、同様に平等に扱われるべき他の入院患者への対応を削減して成り立っているものである。真っ当にその事例に向き合っても、杜撰に扱っても現行の一般精神医療の枠では十分な医療を行えないという事実、矛盾を関係者は理解すべきであろう。

事例7 男性

病状悪化時に飲酒・暴行を繰り返す統合失調症事例

<p>【診断】</p> <p>緊張病型統合失調症</p> <p>F20.2(ICD-10)</p> <p>295.20(DSM-IV)</p> <p>【当該行為】 殺人</p> <p>【家族歴】 後で被害者となる次弟が統合失調症で通院歴あり。</p> <p>【生育歴】 出産時は正常。幼少期は虚弱な方。おとなしくまじめな生活。成績も割によかった。高校卒業後に上京して製作会社に勤める。発病までの勤務は良好。</p> <p>【発病から事件までの生活歴及び現病歴】</p> <p>23才時、発症。「目の前が急に変わる、襲われる。」「頭が混乱する。」ために仕事がで</p>

きなくなり、睡眠障害が始まり、自閉的となった。しかし治療は受けなかった。

24 才時、「変なものが見える。盗聴機がある。」などと被害関係妄想と幻覚が顕在化、わめき、家族に暴力を振るい、初めての入院となった。その後、入退院の繰り返し。

入院時は、いつも興奮が激しく、ECT が行われたこともあった。比較的早くよくなって退院はするが、眠くなるからと拒薬し、そのうち、不眠、そわそわ、被害感、次第に興奮。飲酒、不穏、暴力的となって、入院というパターン。スナックで暴行して、罰金刑を受けたこともある。ほぼ 3 年の間に A 病院に 7 回入院。

その後は、通院しながらしばらくはよかった。作業員などをやる。30 才で結婚、33 才頃より、飲酒がひどくなってきた。次第にだらしない生活。家族への妄想。多弁、攻撃的、暴力的となり、飲食店での喧嘩などで、警察に保護され、37 才、B 病院へ入院。退院したが、再び悪化。本人の暴力のため、家族はみんな家を出て、旅館住まい。

38 才、離婚、生活保護。母は戻り、いっしょに暮らすようになる。

40 才、スナックで暴行し、店のドアを壊し、警察に保護。起訴猶予処分(?)。C 病院入院。退院後は寮に入って仕事。しかし、仕事ができないと薬を止めた。

42 才、精神不安定となり、女性にストーカー。奇妙な行動があり、また、行動が荒くなり、2 度の交通事故を起こす。飲酒し、酒屋に借金、弟との喧嘩が絶えなかった。このような状態が 2 ヶ月ほど続いた後、夜中に次弟と口論。二人で家を飛び出し、早朝に次弟が殺害された状態で発見される。

起訴前精神鑑定のために鑑定留置で、D 病院に 2 ヶ月間入院。この鑑定期間中に精神病症状が悪化。激しい興奮へと変わっていった。結局、不起訴となり、精神保健福祉法 25 条の検察官通報を経て、措置診察となり措置入院が決定した。

<解説>

本事例は、治療継続の問題から病状が悪化、暴力を繰り返すなかで、ついには、殺人事件にいたった例である。司法的枠組みとリスクマネジメントのもとでの医療が必要であり、医療観察法適用の典型例と考えられる。ところが、仔細にみると微妙な問題がでてくる。

まず、捜査について、病状が回復した後、本人は、「事件の後に、刑事さんから証拠がはっきりせん、お前が病院に行けばおさまると耳打ちされた。警察は十分に調べていない。」と述べている。その真偽のほどを判断できる立場にはないが、聞くところ、殺害現場の目

撃者がなく、状況証拠から本人の行為であるとみなされたようである。医療観察法施行下では、心神喪失等の状態で重大な他害行為をしたことが前提となるので、このような事実の確認は、これまで以上に厳密かつ慎重になされるはずであり、また、事実があったと司法が判断した場合は正式に本人に伝えられ、捜査状況も医療者に伝えられ、より事実が明確にされて、その元で治療がなされることになる。

ところで、この事例では、被害者(次第)にも酒が入っていて暴力的であり、激しい口論となっていて、どちらが被害者になってもおかしくない状況であったとする見方がある。そうすると、仮に本人が手を下していたとしても、厳密に事実関係が捜査された上で司法判断がなされれば、正当防衛という理由から不起訴となる可能性もある。もし同時に心神耗弱であったと判断されても、その場合、医療観察法の申立はなされない可能性もあると考えられるが、どうであろうか。いずれにしても、正当防衛の要素が強ければ、正当防衛の部分が大きかったという司法の判断がきちんと本人・家族に伝えられることが本人の名誉と社会復帰の上でも重要と思われる。

以上、現行での他害行為の事実確認の曖昧さと、正当防衛など他の不起訴理由が絡んだ場合の取り扱いの問題を挙げた。実際はいずれも事件の要因を病状のみに帰せて済ませてしまっているが、本来ならば、当然のこととして一般人の場合と同様に十分な捜査を行い、複合している要因を正しく整理し、しかるべき判断とその提示をしていくことが重要性となる。そのような過程を経た判断であっても、場合によっては医療観察法の対象にならないこともあり得ると思われるが、そのような場合でも、医療観察法と同様な高水準の医療が必要とされる事例がでてくることも予想される。現在の日本にはそのような医療の場はなく、今後の課題である。

また、この事例では、鑑定中に薬物が中止されたためにさらなる病状悪化を引き起こし、事件当時とは比較にならぬ精神症状の激しさとなった。責任能力鑑定ではなるべく治療介入をしないというこれまでの了解事項があり、医療観察法が施行されても、責任能力鑑定の期間中、やはり治療がなされずに悪化を招く可能性がある。しかし、治療という視点からすると、悪化させないための配慮、悪化した場合にすぐに介入できる配慮が必要である。このような場合、早期に治療に入れるよう、鑑定期間を短縮する努力がいるであろう。医療観察法が施行された場合、刑事司法制度における責任能力の鑑定はこれまで通り、医療観察法の審判で行われる医療必要性の鑑定は、指定入院医療機関以外の一般精神医療機関で行なわれることになっており、精神鑑定と必要な医療の提供が安全に出来る場の確保が

望まれる。

1. 急性期

42才、E病院に措置入院。

興奮が激しい。看護者に殴りかかり、足蹴りをする。横柄、大声。思考障害で話が飛び飛び。独言、放歌。

入院1週目、「弟は元気ですか。えっ、死んだ」と驚き合掌の一場面。幻聴著明。思考障害。

入院2週目、支離滅裂。依然として興奮強い。抗精神病薬の増量(haloperidol 18mg と chlorpromazine 150mg と zotepine 225mg まで)。拒薬と服薬の説得の繰り返し。

入院3週目、「私は弟を殺していません。空白の3-4時間があります」。翌日「弟が死んだ責任は私にあります。警察でも話しました。病気でわけがわからん部分があります。半分半分で罪を償わないといけないと思います。」などと一方的に話をしては、急に黙り込む。

入院4週目、「私の正義は変わっていません」とふいに言い出す。

入院6週目、この頃には、ほぼ、穏やかになる。時間開放。

入院10週目、母への電話。次弟の戒名を聞く。

次第に落ち着く。

<5軸による初期基本評価>

①疾病軸

過去の病歴では、悪化時に被害関係妄想と幻覚が始まり、しばしば精神運動興奮を伴い、暴力的となる。症状としては激しいが、薬物療法への反応はよく症状がおさまるのに時間はそれほどかからない。しかし服薬へのコンプライアンスは悪く、退院すると通院治療が続かない。悪化し、飲酒も絡んで暴力的となっていくことが繰り返されており、病識あるいは治療姿勢に問題がある。

ただし、20代末から30代初めまで、安定していた時期があるのは注目される。

今回の事件については、これまでと同じく本人が興奮しやすく暴力的になっていたが、事件のときの記憶が本人になく、直接に幻覚妄想に基づいていたのかどうかは不明である。

記憶がはっきりしない事件についてどのようにアプローチするかが治療上の課題である。

②人格軸

もともとはまじめな普通の人であり、人格的な偏りは特に目立ったことはなかった。しかし、発病してからは、病状悪化したときにちょっとしたことでけんか腰になり、暴力的となる。これが繰り返されたため、家族、近所の人からは人格の問題と捉えられるようになり、怖がられ、忌避される傾向にある。周囲からみたこのマイナスの人格評価の回復が、環境調整していく上で大きな課題となる。

③行動軸

犯罪歴は発病前にはない。発病後は、病状が悪いときに、暴行、器物破損などで警察に通報され、罰金刑を受けたこともある。警察に保護されることが多く、後はそのまま病院に連れてゆかれるというパターンである。覚醒剤は使用したことがない。しかし、飲酒の問題はあり、飲酒した時に暴力的になる傾向がある。ただ、病状が悪くないときには飲酒で問題を起こしたことはないという。病状安定していれば、それほど飲酒に注意しておく必要はないと考えられる。

④生活軸

発病後は、病状がよいときに作業員などをやるが、長続きはしていなかったらしい。ここ数年は、生活保護。仕事への意欲は低下していた。ここまでの情報では、寛解時にどの程度まで仕事ができるようになるかは不明。

⑤発達軸

発育には問題がなかった。学校の成績はわりによく、知的な問題はなかった。

<「治療到達目標」の達成度>

生活リズムはほぼ回復。激しい興奮は収まり、思考障害も目立たなくなっている。しかし、抑うつ的。治療的働きかけへの受け入れ(コンプライアンス)はよくなったがいまひとつ積極的ではない。病識がなく治療への姿勢は十分でない。対人関係の相手はスタッフが中心であり、わずかに電話で母と話ができるようになるが一方的であり、相互関係を持つことはできない。自己イメージについては、まだ内省がなされていず、像を描くことはできていない。支持的な精神療法が必要な時期である。

<解説>

激しい興奮と暴力の状態が治療が始まるが、治療内容は、基本的には医療観察法下でも変わらない。指示的保護的環境での強力な薬物療法が主となる。病気そのものは波状的に定型的に改善していく。その中に事件への記憶や感情の揺れ動きが垣間見られる。

急性期はあまりに vulnerable であり、事件についての強力な直面化や教育などは出来ないし、やらない方がよい。また、混乱した中での言質を取るのには、弱みにつけこむ形になりかねない。気をつける必要がある。しかし一方で、治療の早期から事件についての直面化をさせるのがよいという意見がある。記憶が風化しないうちに事実への確認と治療の方向性を自覚させたほうがよいという考えからである。そのいずれにしても、直面化させるものは何か、直面化による副作用とその修復への見通しはどの程度あるかは測っておかねばならない。前者について言えば、直面化させるものは、他害行為をしたという事実なのか、他害行為をしたと裁判所が判断したことなのか、裁判所の判断を信じて治療スタッフが行動していることなのか、あるいは、これから治療の大きな柱に他害行為の再発防止が入っていることをなのか、など様々なものがある。また、後者については、そのときの本人の心身準備状態と克服の力が大きく影響するであろう。医療観察法下では、多職種チームが支え見守っていくことになるだろうが、直面化についても、上記の評価と介入の方法、タイミングが十分に話し合わせられチーム内の理解と意思の統一に特に留意が必要と思われる。

II. 回復期

入院 3 ヶ月、措置解除。まだ、気持ちの整理がつかず、やや抑うつ的で病識なく、医療保護入院。入院の手続きに呼び出された母と末弟嫁は、かかわりあいたくないと本人には会わず。

入院 4 ヶ月、時おり、荒い口調が見られる。いつまで入院するのかという心配がときどきでる。しかし、病棟の規則はよく守り、他の患者との付き合いも少しずつ増えていった。

入院 6 ヶ月、自宅の母に電話をしたときに、末弟が出て、二度と電話をしてくれるなと言われ、動揺する。

「事件のことがすっかりしていない。裁判でもしたい。」「家族のために自分が骨を折ったのに」と怒り、涙。スタッフに受容される。感情コントロールできない場面がある。家族への接近を控えさせる。

この頃、病気の受容ができてきて、デボ剤を受け入れるようになる。

入院 7 ヶ月、抑うつもとれ安定感が増す。院内外出の許可。しかし、先の見えない苛立ちがときどきでる。あせる気持ちを抑制しようと葛藤。

<「治療到達目標」の達成度>

生活リズムはさらに安定。精神病症状は消失している。また、抑うつ感や原因のはっきりしない苛立ちは消失。退院へのより現実的な問題への苛立ちがでるようになる。コンプライアンスは改善、目前の治療だけでなく、将来を見通しての受け入れができるようになり、デボ剤を受け入れる。対人関係は、院内のスタッフだけでなく、他の患者とのつきあいもできるようになった。また、家族への多少の共感ができるようになり、受け入れを拒否する家族への一方的な攻撃的な言動が減り、少し距離をとって冷却期間をとろうとする態度へと変化した。感情のコントロールはまだ十分ではないが、かなりできるようになってきた。事件への洞察が進んでいることをうかがわせる。

<解説>

精神病症状おさまり、抑うつが主体となる。気持ちがまだ整理できていず、精神内界にはくすぶった攻撃傾向が残る。拒否する家族に共感ができず、家族への反発、他罰的な態度がでたりする。その揺れ動きに治療者が付き合うことで、少しずつ、事件と拒否されている状況の受け入れが進む。また、病気への受け入れも少しずつできてくる。抑うつ状態と孤独に対する支えが治療的には大きい。(もっともここで本人が事件について受け入れつつあるのは、本人が次弟を殺害したということではない。殺したかもしれないが殺していないかもしれない、その記憶が依然はっきりせず、そのように説明できない状況に自分が陥ったこと、そして、それは病状が悪かったためであるという理解である。折り合いと呼ぶのがよいかもしれない。)

医療観察法下の治療では、これらの事に対し多職種チームで対応することになる。事件については口にすることができるとしても慎重に扱う必要がある。受け入れの過程で起こる感情の波をチームが受容していくことになる。場合によっては、集団精神療法でこの過程を扱うこともありうる。怒りのコントロール、長期治療への姿勢づくりなどもまた、定式化されたプログラムで行われるかもしれない。ただし、微妙な部分は、人とのかわりによる調整が常に必要となろう。

Ⅲ. 社会復帰期

入院 8 ヶ月より、退院前準備グループでの訓練(買い物、料理など)に入る。眠気を訴えるため、少しずつ減量。

入院 9 ヶ月、事件の一周忌が近づいてきて、家族に連絡するかどうか本人が悩む。

入院 10 ヶ月、開放病棟へ転棟。

入院 11 ヶ月、他の患者の退院をみて、焦る。薬の自己管理開始。

他の患者の車で自宅に勝手に帰ってしまう。その後、家族から病院に不安と抗議の電話。家族との面接を計画。

入院 12 ヶ月、入院後、久しぶりに家族に主治医より連絡。なんとか家族を病院に呼ぶことはできた。しかし、退院には猛反対。地域でも拒否感強いと。末弟嫁は本人が退院してくるなら、老いた母の世話はできない、実家をでると宣言。

入院 13 ヶ月、素行の悪い元患者からの接近と強要があり、トラブルになりかける。一時的な危機。断る練習。

入院 14 ヶ月、家族との 2 回目の話し合い。その前に、本人がどう話そうかと悩み、動揺。実家周辺の地域には近づかないということを約束、任意入院への切り替え。外出範囲制限の解除。

本人には、まだ、どこか他罰的などころが感じられる話し方。ずっと入院することになるのではないかとの不安。

ときおり、拒否的な家族に対する恨みの言葉。

入院 15 ヶ月、退院先で迷い。自宅からどれくらい離れるかと悩む。病気についての知識への意欲がでる。

入院 18 ヶ月、退院の具体的な計画を立てたいといってくる。家族に手紙をまず出してみ、少しずつ環境整備からということになるが、本人は頭ではわかっているらしいが手紙をなかなか出さない期間が続いた。

入院 20 ヶ月、市の生活保護担当からの病状調査にも本人は退院の方向であると答える。女性の入院患者と付き合いようになる。

入院のきっかけになった事件に対して内省が深まるような言葉があったりする。しかし、話し合いは持たず概ね胸に秘めている。

手紙の書き方について相談してくる。手紙練習と指導による家族への共感性の養い。

家族に手紙を出したことで、末弟嫁が寝込んでしまう。末弟から拒否の手紙と電話が病院へ。本人にも母からの退院を考えないようにという手紙。

入院 25 ヶ月、他の患者に付き合いすぎて不眠となる。精神病症状まではでなかったが、人に引きずられたり、ルーズになりやすい問題について話し合い。

入院 27 ヶ月、本人が退院する旨の手紙を家族にだす。弟から不安と抗議の手紙が主治医にきたので、弟の了解を得て、本人にみせて話し合い。

本人は自分なりの努力を伝える手紙をだすが、2 度出しても返事がこないため、本人は家族の了解を得ずに、実家から離れた地域にアパートを借りることになる。

入院 30 ヶ月、退院となる。

<「治療到達目標」の達成度>

生活リズムは安定。精神病症状はない。抑うつ感はない。感情面もほぼ安定。コンプライアンスよく、薬の自己管理もできる。積極的にデポ剤を受ける。他患者との関係もよく、グループができる。家族への共感が増す。家族から離れて生活することへの覚悟ができた。酒は当分飲まないで生活すると、禁欲的な生活への決意。現実的な退院後生活設計ができている。

<解説>

いよいよ退院に向けてのプログラム。退院への積極的な建設的な考えが芽生えるが、直線的には進まない。揺れ動きつつ、より具体的な目標を立てては話し合いを繰り返す。

途中でいくつかの危機があった。一周忌が近づいての動揺、反社会的な元患者からの危険な誘い、本人の焦りによる先走り、さらには、退院に反対する家族の不安など。それぞれは大きな危機ではあったが、いずれも治療のチャンスともなった。このような場面での心理的なサポートのあり方は重要な課題である。これを乗り越えつつ、本人の考え方が次第に現実的になってくる。しかし、ここでは、本人のペースに合わせ、あまり促しをしていないので、時間がかかりすぎている。医療観察法下の治療では、これらの問題をより積極的に集中的に取り扱うことになり、もう少し、メリハリが利き、短時間で達成できると思われる。

また、この症例では、家族からの拒否の問題は大きかった。本人が自宅近くを通ることさえはっきりと拒否された、退院を無理に進めると、実家の家庭崩壊が起こる状況であっ

た。結局、本人の家族への共感が進み、家族から決別し独立し家族のそばに寄り付かないと決意して、退院することになった。医療観察法では、社会復帰調整官が関与することから、家族へのかかわりをより迅速に進めることができるかもしれないが、具体的な方法を形作るのはこれからの課題である。

その他、病状管理の弱さ、生活力の弱さ、対人関係の弱さが露呈したりするが、繰り返し取り扱うことで、ゆっくりと安定してくる。医療観察法下の治療では、もっと明示的、具体的、戦略的に扱えるであろう。

IV. 地域処遇

退院後は、通院治療、デイケア、訪問看護で支える。本人は、まじめに通院。途中、多少、生活の乱れがあったが、リズムが大きく崩れることはなかった。病状は概ね安定。通院はきちりとしてデポ剤を継続。
数年後、母の死をきっかけに、家族との再会、邂逅。それでも、家庭や地域にはやはり帰れないが、家族との気持ちの受け入れ、行き交いがあり、新たな気持ちになったりしている。

<「医療観察法による処遇終了時の状態像」に基づいた評価>

○社会内存在形式：居住は、単身アパートである。面倒見がよいため、近くの他の患者が訪ねてきたりする。数人のグループができています。近隣とトラブルが起こったことはない。

○精神症状：睡眠と生活のリズムはとれている。幻覚、妄想はない。まれに知覚攪乱発作と呼んでよい症状がでるが、振り回されることなく安定して対処できている。

○コンプライアンス：服薬でやや眠くなることはあるが、服薬中断や減薬はなく、きちんと通院する。体調や生活上の困ったことはスタッフに適当に相談することができている。

○依存：まれに酒を飲むことがあるが、量は少なく、問題行動もなく、依存が問題となることはない。

○人間関係：患者同士の付き合いはあるが、おだやかな相手に限定している。ときどきは集まって楽しむことができる。

○生活面：社会的な常識の範囲で動いている。体も動き、買い物、掃除などの家事はある程度しており、自立した生活ができている。デイケアなどには上手に参加している。た

だし、就労は自信がないと達成できていない。

<解説>

治療中断の問題が大きい症例なので、医療観察法で通院義務が課せられると、もっと早くから地域処遇に切り替えることができるであろう。その場合、社会復帰調整官が中心となり、もっと積極的に地域の中での社会参加が進められ、また、就労までの援助もできると期待される。

この事例では退院して数年たっても、病状安定し、生活も基本的には変わっていない。もし、医療観察法で処遇終了の審判が行なわれるとしたら、就労までは達成されていなくても、病状の安定した生活を続けて実績が積まれたことから、他害行為のリスクも少ないと判断され、処遇を終了してよいと決定されるであろう。

V. 共通評価項目

共通評価項目の経時的変化

	入院前半年 間	急性期	回復期	社会復帰期	地域処遇時 期
精神病性症状	2	2	0	0	0
非精神病性症状	2	2	2	1	0
自殺企図	0	1	1	0	0
内省・洞察	2	2	2	1	0
生活能力	2	2	2	1	1
衝動コントロール	2	2	1	1	0
共感性	2	2	2	1	0
非社会性	2	2	2	1	0
対人暴力	2	2	1	0	0
個人的支援	2	2	2	2	1
コミュニティ要因	2	2	2	2	1
ストレス	2	2	2	1	1
物質乱用	2	2	2	1	0
現実的計画	2	2	1	1	1