

コンプライアンス	2	2	1	0	0
治療効果	2	2	2	1	0
治療・ケアの継続性	2	2	2	1	0

<解説>

各時期の総合評価を共通評価項目にしたがって評価した。項目全般で改善が見られるが、生活能力や、周囲、特に家族とのつながりが薄いことなど多少の問題は残っている。このように、問題となる領域がとりあえず一目でわかることが、共通評価項目の意義のひとつである。

VI. まとめ

人格の問題がなく治りやすい病型だが、治療中断しては飲酒が加わって暴力的となる特徴を持った統合失調症の治療経過である。比較的シンプルで定型的な経過であり、医療観察法での治療に入った場合の流れを想定しやすいと考え、提示した。

事例8 男性

現在8年間入院中であるが、医療観察法の新病棟であれば早期に退院できたと考えられる母親殺人の統合失調症事例

【診断】妄想型統合失調症（ICD-10：F20.0，DSM-IV：295.30）

アルコール依存症（ICD-10：F10.2，DSM-IV：303.90）

【当該行為】殺人

【家族歴】父親は会社員であったが事件当時は定年退職し年金生活をしていた。母親は専業主婦で、当該事件の被害者であり70歳で死亡した。同胞は姉が一人いるが、結婚し家を出ている。

【既往歴】特になし。

【生活歴】学業成績は良く、国立大学法学部に入学する。本人が言うには英語の勉強に

熱中し1年留年した。23歳で大学を卒業しコンピューター関係の仕事に就くが、3年後、人間を研究したいと考え医学部受験を決意し退職した。発病後は、入退院を繰り返し、就労していない。

【現病歴】

26歳の時、受験勉強をしていたが、周りの人が自分を見ている気がし、外を歩くと誰か追いかけてくると感じた。注察妄想、追跡妄想などの症状で発病する。受験勉強が手につかなくなり、精神科を受診し通院服薬するようになった。一時落ち着いたが、6カ月後、妄想が再発し精神運動興奮状態となり、A病院に入院となる。比較的速やかに改善し3カ月で退院となった。また受験勉強を始めたが、飲酒量が増え、酩酊していることも多くなった。怠薬しては、被害妄想が再発し、精神病院に10数回入退院を繰り返していた。いつも入院後数カ月で症状は改善し退院するが、怠薬し症状が悪化、再発していた。陰性症状は目立たない。また飲酒した上での家族とのトラブルも絶えなかった。

X年10月（47歳）、被害妄想が生じ精神運動興奮状態を呈した。飲酒も加わり、些細なことから父親と口論となり、父親と母親への暴力をふるう。父親は肋骨6本骨折し重傷を負い、母親は下顎部を殴打され死亡した。警察に逮捕されたが、心神喪失ということで不起訴処分となり、検察官の25条通報で同年12月にB病院に措置入院となった。

<解説>

26歳頃に発病した妄想型統合失調症の事例で、47歳の時に被害妄想から母親を殴り殺し、父親に重症を負わせた。逮捕されたが、心神喪失と判断され不起訴処分となり25条通報で措置入院となった。疾患、当該行為時の症状、事件の重大性（殺人）、心神喪失で不起訴処分になったことなどから考えて、医療観察法による入院の対象となる症例である。

症状は被害妄想が中心だが、極期には緊張病性に近い精神運動興奮状態を呈する。寛解期には、感情鈍麻や意欲の低下、自閉などの陰性症状はほとんどなく改善する。しかし病識は乏しく、怠薬することが多く、再発し入退院を繰り返していた。元々の性格が、自己主張が強く、時に好訴的となるので、寛解期にも他人とのトラブルが少なくなかった。

I. 急性期

入院後、薬物療法（主にhaloperidol 27mg）で精神運動興奮状態は数日で改善し、被害妄想も3カ月後、X+1年2月には消失した。しかし元々の性格から、自己主張が強く病院スタッフとのトラブルは絶えなかった。時に被害的となり、なかなか病状は安定しなかった。事件については、親子ゲンカの末の出来事と考えていて、あまり反省はない。それでもX+1年5月頃には他人とのトラブルも少なくなり、病状は安定した。

<5軸による初期基本評価>

①疾病軸

注察妄想、追跡妄想、被害妄想などの妄想が生じ、緊張病性に近い精神運動興奮状態を呈するものの短時間で改善し、また感情鈍麻や活動性の低下などの陰性症状は目立たない妄想型統合失調症である。アルコール依存症でもあり、精神運動興奮状態に酩酊が加わることも多い。症状は改善しやすいが、また再発もしやすい。寛解期にはかなり改善するが、対人関係は悪く、実際の作業能力は低く、少しのことで困惑する。

②人格軸

自己主張が強い、好訴的、衝動的、自己愛的。

③行動軸

飲酒し家族に暴力をふるうことは事件前にもしばしば認められた。一般の人に対する暴力はない。急性期になり、精神運動興奮状態となると治療スタッフに抵抗するが、自ら殴りかかるようなことはしない。

④生活軸

元々、学業成績が良かったこともあり、英字新聞や哲学書など様々な読書をしている。しかし実際の生活に役立つことはない。日常の生活は、洗濯はかろうじて行うが、身の回りの整理整頓はできない。炊事の経験もない。退院できない一つの理由として、自分一人でのアパート生活は自信がないと拒否していることがある。

⑤発達軸

小中学校、高校と大きな問題はない。さらに大学を卒業し、数年勤めた段階まで目立っ

た異常はない。

<急性期「治療到達目標」の達成度>

生理：睡眠、食欲など基本的な生活リズムは回復している。

精神症状：精神運動興奮状態は数日で改善し、被害妄想は3カ月で消失したが、自己中心的で好訴的な性格もあり、現実的な問題になかなか対応できない。そういう意味で作業能力は低い。

コンプライアンス：治療については、自分は精神病であることをある程度認識しているので服薬その他に従う。しかし一方では薬なしでもやっていけるという考えがあり、すすめられなければ、例えば外来通院などでは、服薬しなくなる恐れは十分ある。急性期の症状に対しては薬物療法の効果はある。

対人関係：治療スタッフに対しては良好。

自己コントロール：陽性症状が消退した後は、自己コントロールは、ほぼできる。

人格：元々、自己主張が強く好訴的であり、精神運動興奮時の事件ではあるが、事件を起こした原因として人格面の要素もある。

自己イメージ：急性期を脱し、暴力的イメージはなくなった。

生活：洗面、更衣、入浴など身辺は自立している。自由な時間には読書して過ごしている。

外泊・外泊・その他：外泊、外出は行っていない。

<解説>

入院3カ月で被害妄想などの陽性症状は消失したが、好訴的な言動もなくなるまでには6カ月を要した。

当該行為時は緊張病性興奮状態と考えられるが、飲酒による複雑醗酐が加わっており、本人の記憶も曖昧である。本人の言うとおりに、酒に酔った上の親子ゲンカという面もあるかもしれない。責任能力は心神喪失とされているが心神耗弱相当であったとも考えられる。当該行為時の責任能力鑑定書等の資料がないので、現在では判断はできない。

犯行時の精神状態、犯行の状況のより詳しい資料があれば、本人に犯行を振り返り認識させ、犯行と自分の病状との関係を理解させることも可能であろう。司法精神病棟での対応であれば、犯行そのものを面接の話題にできるが、現在の一般精神科病棟では、病状回復が主目的であるため、話題にすることがためらわれ、犯行の認識、再犯防止の精神療法

は困難となっている。

II. 回復期

X+1年5月頃より、陽性症状は見られなくなり病状は安定した。

X+3年に措置解除、医療保護入院となる。しかし、自己中心的な行動や他患を扇動する行為によって処遇困難とされ、X+4年、公立のC病院に転院となった。

C病院入院後は、明らかな幻覚妄想は認められず、英字新聞を読んだり、教育番組のテキストなどで勉強していることが多かった。週2回、習字と運動の作業療法に参加する。単独外出し電車に乗って本屋に出かけたり、喫茶店で過ごしたり、図書館に行ったりと活動的であった。時に友人宅に外泊などしていた。家族は、単身での退院は認めるが、同居は拒否。本人は単身生活には自信がなく、父親との同居を希望していた。社会復帰のめどが立たないまま、事件より7年3カ月（回復期としては6年9カ月）が経過した。薬物はhaloperidol18mgを主体に投与した。

<回復期「治療到達目標」の達成度>

生理：睡眠、食欲など問題なし。

精神症状：被害妄想など陽性症状は消失。感情鈍麻、意欲の低下などの陰性症状は目立たない。しかし現実的な生活に対応できず、作業能力は低下している。

コンプライアンス：入院していることもあり、服薬は規則的にしている。減薬の要求が時にある。患者は基本的には服薬なしにしたいと希望している。

対人関係：患者仲間ではあるが、友人は数人いて、友人宅に外泊することあり。父親の希望でもあるが、父親とは病院内で話すのみ。

自己コントロール：病院スタッフに外出や外泊その他のことで、要求してくることはあるが、説得で引き下がる。自己コントロールは、ほぼできている。

人格：自己主張が強いのは相変わらずであるが、トラブルに至ることはない。

自己イメージ：自分は優れているという自己愛的なイメージが元々ある一方、病気で一人ではやっていけないというイメージもある。

生活：病院内では、自立できている。

外出・外泊・その他：図書館、喫茶店、本屋などに外出し、友人宅へ外泊もしている。自

宅へも外泊も希望しているが、父親が反対しているため行っていない。

<解説>

事件後、措置解除されないまま、2年数カ月が経過している。なお現状の一般精神医療下では、重大な他害行為を行った患者が数年間措置入院となったままになるのは珍しいことではない。

措置解除後、患者は医療保護入院となったが、主に性格的な要因から処遇困難患者とされ、C病院に転入院となった。陽性症状はほとんどなくなり、他人とのトラブルも見られなかった。作業療法に参加し、自由外出、友人宅への外泊を行っていた。社会復帰、退院を検討したが、本人は単身アパート生活は不安でできず、父親との同居は父親に断られた。

当該事件への振り返りを面談中に行うと、状況は曖昧なままであるが、それなりに反省しており、それも病気（統合失調症）と飲酒のために事件を起こしてしまったという認識はある。認知行動療法的手法により、今後、精神状態が悪化し暴力的な行動をとる事を避けるよう治療、教育していくことは可能と考えられる。

院内寛解の状態であり、C病院で約3年経過した。回復期の期間はB病院とC病院を合わせて6年9カ月となる。

Ⅲ. 社会復帰期（一時再燃し、その後また安定する）

X+7年、閉鎖病棟での治療には限界があるため、生活を拡大し単身生活を目指して開放病棟に移った。しかし1週間ほどして、おそらく人間関係が変化したことが契機と思われるが、病棟スタッフ、他患者に対する被害妄想が出現する。物を盗られたと言ひ、病棟から警察に電話をかけること数回に及んだ。

転棟して10日後には閉鎖病棟へ戻る。しばらく被害妄想は続き、行動を制止すると抵抗する。数日の間、個室隔離を要した。主に薬物療法により症状は改善し、1週間後にはまた穏やかな状態に戻った。

現在は、また単独外出しているが、退院はできない状態でとどまっている。外出したり、読書したりと活動的ではあるが、日常の現実的な問題対応能力に欠け、不安定になりやすいのは変わらない。薬物は一時haloperidol 6mgまで減量したが悪化したため18mgに戻している。一応、社会復帰期として1年が経過しているが、回復期

より質的に改善した訳ではない。

<社会復帰期「治療到達目標」の達成度>

生理：睡眠、食欲など問題ないが、悪化時は障害された。

精神症状：悪化時に被害妄想が生じ、精神運動興奮状態となったが、すぐに改善した。

コンプライアンス：悪化時を除けば、服薬などほぼ問題ない。

対人関係：悪化時には、病棟スタッフと敵対することがあったが、それも改善した。

自己コントロール：悪化時にはコントロールできなくなった。

人格：元来の自己主張の強さが、悪化時に露骨に現れた。

自己イメージ：健康なイメージをつかみつつあったが、悪化し自信をなくしたところがある。

生活：悪化時を除けば、全般に自立している。

外出・外泊・その他：自由外出、友人宅への外泊は続いている。

<解説>

閉鎖病棟で作業療法を受け、自由外出が可能になり安定して経過していた。しかし開放病棟に移ったことで被害妄想が再燃した。比較的短期間に改善したが、その後また閉鎖病棟での生活に戻った。一応、社会復帰期として区別したが、回復期の延長とも言える。また再燃したことを考えると、急性期に一度戻ったとも言え、一般精神医療の限界点がこのような点の一つは認められる。

その後も、閉鎖病棟から退院してアパート単身生活になるには本人が不安を抱き、自宅への退院は父親が反対していることから、退院の見通しは立っていない。本人は退院するよりも、現在の入院環境に満足しており、結局、楽な状態にとどまっている。また、治療者側も、重大な他害行為を行った患者の退院には消極的であるため、長期の入院が続いている。

医療観察法下での治療では、多職種チームにより、住居の確保をはじめ、様々な援助を行うことが出来ることから、退院させることも可能と思われる。また再犯防止のための治療、教育も積極的に行えるものと考えられる。さらに、退院後の通院時には、再発予防のための訪問看護、危機介入などがシステム的に行うことが可能になること

から円滑な外来通院治療が可能となるであろう。

入院処遇ガイドラインによれば、急性期3カ月、回復期9カ月、社会復帰期6カ月、総入院期間18カ月を想定しているが、本症例ではすでに8年数カ月が経過している。医療観察法下であれば、このような事態はおそらく防ぐことが可能になると考える。

IV. 地域での処遇

未だ退院に至っていない。

<「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>

処遇終了していないので、評価できず。

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	1	0	
自殺企図	0	0	0	0	
内省・洞察	2	2	1	1	
生活能力	2	2	1	1	
衝動コントロール	2	1	1	1	
共感性	1	1	0	0	
非社会性	0	0	0	0	
対人暴力	2	1	0	0	
個人的支援	1	1	1	1	
コミュニティ要因	1	1	1	1	
ストレス	2	2	1	1	
物質乱用	2	2	1	1	

現実的計画	2	2	1	1	
コンプライアンス	2	2	1	1	
治療効果	1	1	1	1	
治療・ケアの継続性	2	2	1	1	

VI. まとめ

緊張病性の精神運動興奮状態にアルコール酩酊が加わり、母親殺人と父親への傷害を犯した統合失調症の症例である。心神喪失で不起訴処分となり、精神科に入院となった。

事件前には、ある程度寛解すると退院となっていたが、事件後は、再発・再犯の恐れがなくなったという判断がつかず、結局、措置解除までに2年数カ月を要し、その1年後に重大な他害行為を行った精神障害者および処遇困難患者としてB病院より公立のC病院に転入院となった。現在まで事件より8年数カ月経過したが、未だ退院には至っていない。

現在の一般入院治療体制では、犯行への十分な認識を深めることはできず、再犯防止の対策もできず、退院後のサポートも不十分であることから、長期の入院となっている。

また、B病院およびC病院では、医療観察法施行以前にあって、このような触法精神障害者の収容、社会からの隔離という面に力が注がれることはあっても、社会復帰、退院には積極的にはなれず、その支援体制も不十分であった。そのため、8年以上も経過し、ますます退院が難しくなっている。医療観察法下であれば、早期に社会復帰、退院が期待できた症例であると考えられる。

事例9 女性

はっきりとしない衝動から自宅に放火し、24条通報を経て緊急措置入院となった
統合失調症症例—心理療法過程を中心に—

【診断】統合失調症

ICD-10：F20.1 統合失調症：破瓜型

【当該行為】放火

【家族歴】精神疾患の負因はない。2人同胞の第一子。父親は単身赴任中。

【既往歴】特記すべきことなし

【生活歴】発育発達に問題はなかった。中学校3年生までは、はつらつとした性格で、成績も中の上くらいであった。

【現病歴】(本人および家族の陳述による)

高校受験前に、食べ物がのどを通らずに、横を通って行くという発言があった。また、1時間くらい手を洗っているということがあった(本人は覚えていない)。

第3志望の高校に入学したが、すぐに不登校となり、A精神科クリニックに通院したというが、詳細は不明。高校を卒業し、専門学校に入学した。専門学校卒業後は入浴に1時間近くかけていた。

26歳ころから、「家に盗聴器が仕掛けられている」「テレビが私を見ている」といった被害関係妄想が出現し、拒食も見られるようになったため、B精神科病院に1年入院した。

X-10年(27歳)に退院してから、クリニックに通い始める。しばらくは定期的に通院していたが、服薬によると思われる眼球上転などがあり、徐々にコンプライアンスが悪化した。X-5年(33歳)ころから怠薬が目立ち、被害妄想的な言動が再燃した。X-3年(35歳)を最後に本人の受診はなくなり、その後母親を拳で殴るなどの行動が見られた。X-2年(36歳)ごろから入院を勧められるが、本人が拒否し、母親が抗精神病薬の水薬を飲ませたりしていた。

X年(38歳)ごろから拒食が生じ、入浴もしなくなり、6月ころからは、「頭に言葉が出てくる」「頭に出てくる言葉が言わなくても人に伝わる」などと、自生思考、自生思象、思考伝播が出現した。また、「ママじゃない。変わった」などカプグラ妄想を思わせる発言や、隣人の名前を大声で叫んだりすることもあった。9月を最後に入浴せず。

11月○日から母親は父親(単身赴任)のところに宿泊し不在であった。2日後の夜に「燃えるかなあと思って」玄関の紙袋にマッチで火をつけて自宅を全焼させる。本人は水をかけることも思いつかなかったという。その場で警察に保護される。警察署内では、食事、睡眠はとらなかった。精神科受診歴もあり、言動もおかしいと感じられ

たため、クリニック受診。対応困難ということで精神保健福祉法24条の警察官通報となり、C精神科病院に緊急措置入院。翌日当院に措置入院となった

<解説>

この症例は統合失調症であり、適切な入院治療によって改善が期待できると考えられる。今回重大な他害行為を行っていることから、リスクマネジメントにもとづいた専門的な治療が必要であり、医療観察法の適応になると考えられる。

I. 急性期

入院直後は、髪がぼさぼさで、体中がよごれて悪臭を放っていた。不安・緊張が強かった。身体的清拭を拒否する。食事も摂らなかった。その後不穏状態のため、抑制を行う。resperidone 4mg, ピペリデン 4mg, chlorpromazine 75mg (不眠時, 不穏時には増量) から薬物療法を開始する。その後, resperidone を 12mg まで増量し, flurazepam 1mg を追加する。思考障害の改善みられず, chlorpromazine を中止し, resperidone を減量, oranzapine を 20mg 追加するが, アカシジアが出現, biperiden を投与しても改善しなかったので中止する。その後, 穏やかになり, 食事もするようになったことから抑制解除とする。入浴もするが, 入ったあと「入らなければよかった」、(なぜ)「同じ服でいたかった」という発言あり。1月に措置入院解除となり, 医療保護入院に切り替わる。

<5軸による入院時評価>

①疾病軸

統合失調症。知的能力は低い。発症後は服薬のコンプライアンスが悪く、通院が長続きしないことが多かった。無為・自閉な生活の中で自宅に火をつけるに至る。

②人格軸

もともとははつらつとした性格だったというが、高校生ころからは友人付き合いも少なくなる。家族との関係は悪くないが、発病後は母親に対して暴力を振るうことがあった。人格障害はない。

③行動軸

非行や犯罪歴はない。本件について、本人は「火をつけたら燃えるかなあと考えてやった」と述べる。火をつけろという幻聴や、燃えるところを見たかったことを否定する。本件の数日前、「なんとなく死にたくなって」灯油を頭にかけて、マッチを顔に近づけたが、「身体が黒こげになっちゃう」と思ってやめたと言う。その後灯油をどうやって洗ったかを質問すると「覚えていない」と述べる。本件時の自殺の意図も否定する。

④生活軸

高校は不登校ぎみであったが卒業し、専門学校へ行く。就労経験はない。本件時まで親と同居している。本件前は、まったく入浴せず、無為・自閉の生活であった。

⑤発達軸

出生からの発育に特に問題はない。発病前の学校の成績は中の上だったとのこと。

II 回復期

X+1年。「頭から言葉が出てくる」という訴えは変わらない。また、診察中にヘリコプターが飛んでいる音がすると、「ほらー、私を見てるんですよ」と言う。妄想知覚を認める。床に寝たり、怒鳴り声をあげたり、他患に干渉するといった問題行動があり、注意されてもきかない。行動は妄想に支配されたものである。mECTを8回施行する。その後、自生思考は減少した。しかし、ヘリコプターやテレビが自分を見ているという妄想知覚は変化しなかった。

自室でスーパーの袋を被っているところを他患に発見される。「言葉が出てくるのが辛くて死ねば楽になると思った」とにやにやしながら言う。主治医から、入浴すること、自分の身の回りのことをすることを言われる。しかし、入浴を拒否することがあった。

本人から薬を増量してほしいという訴えが繰り返しある。思考障害の改善が十分でないことから増量する。フルニトラゼパム 4mg, ジプレキサ 30mg, フルボキサミン 150mg。

III 社会復帰期

X+1年8月から外泊を開始する。目標は、①入浴する、②ソファでなく布団で寝る、③お題目は大きすぎない声で行う。本人は入浴せず、それで身体が汚いからという理由でソファで寝ている。5回外泊するが、入浴は徐々にできるようになる。それにつれて布団で寝ることも多くなる。11月から心理療法を開始。自生思考、入浴、触法行為

に焦点をあてる。

<解説>

2回の心理検査と7回の心理療法をした段階で退院になったので、十分な働きかけは行えなかったが、経過を報告する。

1. 心理検査

(1) 知能

WAIS-Rにて、言語性IQ：73、動作性IQ：66、全検査IQ：67。下位検査では「知識」「数唱」の評価点が高く、「符号」が低い。

(2) 性格

ロールシャッハ・テストにて、

感情統制が非常に悪い。現在抑うつ的になっている。自己評価は低く、自己損傷感が多少認められる。対人関係では依存的な行動が見られそう。ただし、行動の統制力にはおおむね問題はない。情報処理は非常に漠然としている。現実検討力は非常に低い。

2. 心理療法

〈改善が求められる行為〉として以下の3点が挙げられた。

(1) 入浴の習慣（強迫）

(2) 自生思考

(3) 触法行為（放火）

(1) 入浴について

面接1回目

まず、本人に「今困っていること」を尋ねると、「お風呂に入れないこと」と言う。お風呂に入ると時間がかかるので、面倒くさく感じて入れないとのこと。病院では「入りなさい」と言われるので入っているが、看護師から何度も「そろそろ出ましょう」と言われてから出る。家ではほとんど入らないと述べる。主治医からは「お風呂に入れるようになったら退院」と言われている。「もう少し気軽に短い時間でお風呂に入れるようになるこ

と」を目標に、一緒に作戦をたててみませんか？と話を向けると承諾する。

時間がかかる原因を尋ねると、「体を洗うのに時間がかかる」と述べる。特に背中を洗うのに時間がかかるという。理由は「洗いにくくて、しっかり洗ったかどうかわからないから」。しっかり洗うことについては「そうしないと臭うから」。しっかり洗うと時間がかかって疲れてしまうので、面倒くさくて入浴する気にならない。入浴しないと臭うと思うので、外出できない。悪循環に陥りやすい。

(行動療法的アプローチ)

そこで、「体の各部分を何回くらいこすったら、しっかり洗えたと思えるか」を話題にした。すると、「10回くらい」と述べたので、ためしに、その場で体の各部分を10回ずつこする真似をしてもらった。所要時間は数分であった。実際に入浴しているときには、もっとこすっている可能性が高く、本人の認識はずれている。「10回ずつだとそれほど時間かからないみたいだね」に同意する。「それでは、今度お風呂に入ったときに、(しっかり洗えた)と思えるまでこすってみて、だいたいそれが何回くらいだったかを記入してください」と伝えた。

面接2・3回目

椅子に座るなり、体をこする真似をしている。お風呂で数えられなかったので、今やってみると言う。実際にお風呂に入って体を洗ってみて「しっかり洗えた」という実感があるときにやってほしい旨伝える。

その次の回も「回数を記入するカードを自分の部屋に置いて入浴してしまったので、数えたけれど忘れてしまった」と述べる。「今ここでやってみちゃだめですか？」と言うので、ここで数えるのと、実際に入浴して数えるのとでは回数が異なる可能性が高いことを再度説明する。納得はした様子。

面接4回目

この回も同様だったので、方針を変える。10回くらいこすれば洗えた気持ちになると話したので、ためしに10回でやめてみることを、そしてそれで洗えたという満足が得られるかどうか確認することを提案する。

面接 5 回目

「だいたい 10 回くらいだったと思うけれど、数えているうちにわからなくなってしまう」と述べる。しかし、それで満足はしたとのこと。入浴開始時刻と終了時刻は記入している。これまでの入浴時間はわからないが、今後入浴に要する時間をみていこうと話す。

(認知面へのアプローチ)

また、「しっかり洗わないと体が臭う」という認知について検討する。本人には、「垢を全部とらないと臭う」という誤った認知があることがわかった。それに対し、湯船に浸かっているだけでにおいの成分やにおいのもととなる油分はかなり溶け出すこと、そのうえボディシャンプーを使えば、ボディシャンプーが汚れや油分をとってくれるので、それほど垢をおとさなくても臭わないことについて心理教育する。また、臭い出すまでにはある程度の時間が必要なので、ごしごし洗ってあとは長い間入浴しないよりも、洗うのは簡単でも、2 日に 1 回くらい入浴したほうが臭わないことを伝える。

面接 6 回目

「だいたい数えられるようになった」と述べる。入浴時間は 15 分くらい減っている。それでも 1 時間を超えている。うまく洗えていないと思うのはどういう点かを尋ねると、「タオルを伸ばして両手で引っ張って洗っているが、そうすると背中のかぼんだところをタオルがこすっているかどうかがわからない」ということであることがわかる。そこで、ボディブラシを使ってみたらどうか提案すると、あまりしっくりこない様子であった。タオルと縦にして洗うことを提案すると「やってみます」と述べる。一緒に洗い方について模擬練習する。

面接 7 回目

入浴時間はさらに 5 分くらい減ったが、誤差の範囲かもしれない。

(考察)

入浴時、体をこする回数を数えるのに、病棟ではお風呂の外に看護師がいるので、協力してもらい、Rさんが体の各部をこすって数えるたびに看護師に報告し、看護師に記入してもらおう方法がとれたかもしれない。司法精神病棟では、看護師の人数が多いので、この

ような場合、対応してもらいやすいと考えられる。

(2) 自生思考について

入浴に関する話をしているうちに、本人が自生思考について書いた紙をもって来る。男の人を見ると「レイプ」という言葉が浮かんでくるという。本人は「聞こえてくるのではない、浮かんでくる」と述べる。

そのときの自動思考「レイプされる」

そのときの感情 「こわい」

誰にレイプされると思うのか尋ねると、「外を歩いている知らない人」と述べる。

○「外を歩いている人が閉鎖病棟にどのようにして入ってくるのだろうか」

について検討すると、「外からは入れないですね」と述べる。「でもやっぱり少しこわい」
とも。急に誰かが目の前にあらわれるようなイメージをもっている様子。次に、

○「もし知らない人が入ってきたとして、病棟にいる他の人が気づかないだろうか」

○「まわりに他の人がいる集団部屋でRさんをレイプすることができるだろうか」

について検討する。Rさん「できないと思う」と述べる。

また、Rさんに「レイプ」という言葉が浮かぶと、どのようにして外を歩いている人がRさんをレイプしようと思うのか尋ねると、「外の人の頭にもレイプという言葉が浮かんでレイプしようと思う」と述べる。

○「レイプという言葉が浮かんだら、レイプしようという気持ちになるだろうか」

については、「レイプのビデオを見るのが好きな男性でも、実際にはしない人のほうが多い」などの介入をしたが、認知の修正はできなかった。

○「レイプという言葉が浮かんだ男性が、どのようにしてRさんをその対象に選ぶのか」

尋ねると、「私の声で私だとわかるから」と述べる。Rさんには「レイプ」というのが声で聞こえるのではなく言葉で頭に浮かび、相手には声として聞こえるのか尋ねると、少し考えていたが、「そうだと思う」と述べる。

○「Rさんの声を聞いた人が、どのようにしてRさんのいる場所がわかるのだろうか」

ということについては、話し合った後、「わからないですね」と答える。

これらのやりとりによって、病棟内にいるときの安心感は増した。しかし、面接をしている心理室から病棟までの渡り廊下は、まだこわくてひとりで帰れないままであった。

(考察)

「レイプ」という自生思考そのものをなくすのは難しいが、「レイプ」という言葉が浮かんできたときに、それにとらわれないようにすることは可能だと思われる。Rさんの場合も、徐々に受け止め方が変わって来ているが、まだ十分とは言えない。

(3) 触法行為（放火）について

放火については自分から話題にすることはなかった。レポートがついてきたころに、こちらから話を向ける。

「うつっぽくなっていて、実際に火をつける何日か前に、自分に灯油かけて火をつけようとしたけれど、体が黒こげになっちゃうと思ってやめた。火をつけた日は家に誰もいなくて、ぼうっとしていたら、靴をたくさん入れた紙袋が玄関にあるのを見つけて、火をつけたら燃えるかなあとと思ってやった。そしたら自分の家も隣の家も焼けてびっくりした」と述べる。

自分の行動が及ぼす影響についての予測が不十分である。火を見てすっとした気分になったわけではなく、一酸化中毒になると思って逃げたと言う。

(認知面へのアプローチ)

こちらが「事件」という言葉を使うと、「私がやったことって事件なんですか？」と驚く。家に火をつけようとしたのではないので事件ではないという認識をもっている。それに対して、悪意をもってやったわけではないかもしれないが、結果として自宅も隣家も火事になっているので大きな事件であること、さらに、たとえ小火で終わったとしても「放火」という事件にはなることを伝える。

Rさんが火をつけたあと入院することになったのはどうしてだと思いか尋ねると、「レイプって聞こえるから」と述べる。それを肯定した上で、レイプと聞こえなかったらどうなっていたと思いか尋ねると、よくわからない様子。「火をつけて他の家まで燃えちゃったら？」と言葉を添えると、「刑務所？」と聞く。その可能性があることを伝えると驚くが、どちらかという「意外」という感じで、深刻にはなっていない。ただ、「これからもう放火をしないためにはどうしたらいいと思う？」と聞くと、「薬をちゃんと飲んで、お題目あげて」と答える。「薬を飲む」と考えていることを評価し、強化した。

そのあとの面接では、外泊したときに「隣の人にあやまりたいとお母さんに言ったら、

あなたが行くとかえってややこしくなるから行かないほうがいい」と言われたと話す。

隣の方は、「家が燃えたこと」「Rさんが火をつけたこと」についてどのように思っている可能性があるか話し合う。初めは「ショックだと思う」というような単純な返答だったが、もしRさんの家が放火されたとしたら？といった働きかけを行うと、「またされたらどうしようと心配だと思う」といったいろいろな考えが出てくる。隣の家の人に対しては、Rさんがどのように変わったかを示す必要があるので、しっかり治療の努力をしていることがまず前提として大切だが、それだから許してもらえるかどうかはわからないことを伝え、あやまりに行くことについては、退院してから主治医や母親と話し合っただけでどうするか考えるようにと伝えた。

(考察)

本人には、これまで病気を治すことを主眼に働きかけがなされており、放火についてはあまり働きかけがなされていなかった。それゆえ、本人の放火事件に対する認識は甘かった。今回は、当該行為による事件の重大さを説明しただけでもある程度の変化は見られた。

今回の法律では、自分が他害行為を行ったために入院することになったということについては、医学的・法的な手続きを受ける中で、もっとしっかりした認識がなされることになると思われる。再発を防ぐための対策についてより話を深めることになろう。ただし、本人のように、自分の衝動や欲求が漫然としていて、うまく言葉に表せない人の場合、対策を話し合う以前に、事件時の本人の行動やまわりの状況を、調書などの助けを借りて具体的に思い出してもらい、その時の気持ちについて実感できるように導くなどの工夫が必要となる。そのようにして、自分が放火をした心理的意味がわかれば再犯防止の対処法へと話を進め、漠然としたままであれば、全般的な衝動のコントロールを中心とする働きかけを行うことになると思われる。

3. まとめ

今回は短期間のかかわりであり、上で述べた「強迫傾向のある入浴」「自生思考」「放火についての内省や再犯を防ぐ対処法」について十分な成果が得られたとは言えない。しかし、短期間にしては変化のきざしは様々にあった。心理療法（今回は主に認知行動療法を用いた）の有効性が示唆されたと考えられる。

ただし、認知行動療法を効果的に行うには、本事例のIQはぎりぎりのラインであった

ようにも思われる。医療観察法下で知的障害をもつ対象者にはたらきかけるには、さらなる技法の工夫が求められると考える。

なお心理検査では抑うつ傾向を認めたが、本人からはそのような訴えはなかった。以前、抑うつ的であったという記載もあり、現在表面的には非常に幼く、拙いなりに治療者の前にあつては、はきはきと礼儀正しく振る舞おうとする構えが強い人なので、もっと時間をかけて接していくと、徐々に抑うつが表面化する可能性もある。

IV. 地域での処遇

その後は当院の外来に通う。退院後あまり日数がたっていないが、通院は不規則である。

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	2	1
非精神病症状	1	1	1	1
自殺企図	0	0	1	0
内省・洞察	2	2	2	1
生活能力	2	2	2	1
衝動コントロール	2	2	1	0
共感性	0	0	0	0
非社会性	0	0	0	0
対人暴力	2	0	0	0
個人的支援	0	0	0	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	2	2	1	1
治療効果	2	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見てみると、精神症状の改善はそれほど顕著ではないが、衝動性のコントロールはある程度できるようになっている。

VI. まとめ

自宅に火をつけ、隣家も延焼させ、警察官の 24 条通報を経て緊急措置入院した症例だが、放火についての認識は甘かった。医療観察法の下では、放火について確実に触れることになる。しかしこの症例のように、知能が低い場合には、自分がしたことについての内省を深めたり、自分の行動がどのような結果をもたらすのかなど、予測することがなかなか困難である。また本症例では精神症状の改善も十分ではない。放火を行ったのが本件だけであり、その結果自宅を失ったことをそれなりに重く受けとめていることを考えると、再犯のリスクはそれほど高くないと思われるが、退院させるときの判断として、どこがどのように良くなったのかをはっきり示す必要があり、そのような意味では難しい症例と言えるかもしれない。

事例提供：稲森晃一

：梅津 寛

：神谷早絵子 佐藤浩司

：黒田 治

：佐藤浩司

：島田達洋

：田口 寿子

：藤川尚宏

：吉川和男

(五十音順)