

21. 身体疾患の転帰（最も重篤な疾患：設問8のaに記載された疾患について）
についてお答え下さい。

- a: 治癒
- b: 軽快
- c: 不変
- d: 増悪
- e: 死亡
- f: 入院中

23. この症例への対応で感じた困難（複数回答可）（状況の概略は下記の空欄へ記載）についてお答え下さい。

- a: 転院先の確保
- b: 付き添い職員の確保
- c: 移送
- d: 手続き上の問題
- e: その他（）
- f: 特になし

状況の概要：

ご施設名： _____

ご芳名： _____

メールアドレス： _____

以上です。ご協力ありがとうございました。

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）
医療観察法による医療提供のあり方に関する研究
（主任研究者：中島 豊爾）
分担研究

入院対象者の病状評価に関する研究

平成 19 年度
分担研究報告書

平成 20（2008）年 3 月

分担研究者 来住 由樹

地方独立行政法人岡山県精神科医療センター

平成 19 年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）

分担研究報告書

入院対象者の病状評価に関する研究

分担研究者： 来住 由樹 地方独立行政法人岡山県精神科医療センター

研究協力者：

中嶋 正人（国立病院機構花巻病院）	吉岡 眞吾（国立病院機構東尾張病院）
大島 紀人（国立病院機構花巻病院）	山本 哲裕（国立病院機構東尾張病院）
高橋 昇（国立病院機構花巻病院）	金英 浩（国立病院機構松籟荘病院）
佐藤 紳一（国立病院機構花巻病院）	山口 博之（国立病院機構加茂精神医療センター）
豊岡 和彦（国立病院機構さいがた病院）	須藤 徹（国立病院機構肥前精神医療センター）
村田 昌彦（国立病院機構北陸病院）	桂木 正一（国立病院機構菊地病院）
竹内 正志（国立病院機構北陸病院）	村上 優（国立病院機構琉球病院）
中根 潤（国立病院機構下総精神医療センター）	佐藤 浩二（群馬県立精神医療センター）
平林 直次（国立精神神経センター武蔵病院）	黒田 治（東京都立松沢病院）
安藤久美子（国立精神神経センター武蔵病院）	川畑 俊貴（京都府立洛南病院）
生井 淳子（国立精神神経センター武蔵病院）	森 裕（大阪府立精神医療センター）
西岡 直也（国立病院機構久里浜アルコール症センター）	竹中 央（地方独立行政法人岡山県精神科医療センター）
杉村 謙次（国立病院機構小諸高原病院）	林田健太郎（長崎県立精神医療センター）
八木 深（国立病院機構東尾張病院）	山畑 良蔵（鹿児島県立始良病院）

研究要旨

医療観察法病棟入院対象者について、全体像を把握し、医療観察法入院棟での治療効果について、一般精神病床に比較して評価し、システム運用の提言につなげること、および指定入院医療機関での治療の情報提示、指定入院医療機関の治療の標準化、一般精神科医療への般化の可能性の検討を目的として、入院事例を検討し、8事例を提示した。

裁判所が入院決定することなど制度の枠組みによる効果、全個室の病室など治療アメニティによる効果、社会復帰調整官の存在による効果など制度に伴うハードとシステムのもたらす効果と、多職種チームでの治療など人的配置による効果、共通評価項目をもちいた視点を共有した治療、各種治療プログラムによる治療効果などソフトのもたらす効果との両者が経験されていた。

治療的な構造が、マンパワーと、MDTによる継続的な関与が継続されることにより担保され、治療的な雰囲気有する病棟が運営され、治療に混乱が生じたときにはMDT面接等で整理され、対象者を含むMDT面接により、治療メニューがオーダーメイド化されていた。

自己肯定感の促進のため、多くの関与がなされており、それが根強い対象行為否認、疾病否認、対象行為の振り返りなどを行う上での基盤となっていた。喪の作業、対象者自身に生じているトラウマへの意識と関与が、対象者へも必要であり、その手法は従来のPTSDの治療で提示されてきた方法が有効であることが経験されていた。

プログラムは多様であり、指定入院医療機関ごとに開発が進んでいる様子が確認されたが、その適応はMDTが個別に検討し、また開始する時期を選択し、あわせて系統的に運用されており、人的配置がそれを可能としている様子がうかがえた。

なお性犯罪では、対象行為特異的な査定と治療プログラムの標準モデルの策定が必要であることが示唆された。

A. 研究目的

医療観察法病棟入院対象者について、全体像を把握し、医療観察法入院棟での治療効果について、一般精神病床に比較して評価し、システム運用の提言につなげることを目的とする。

医療観察法指定入院医療機関での医療は、当該医療機関以外には十分に内容が公開されているとは言い難く、事例検討を通じて、医療の実態を提示し、指定入院医療機関における治療の可能性と限界について、検討する必要があると考えた。

また平成20年3月現在、指定入院医療機関は国立系12施設、自治体立系2施設の合計14施設あるが、そこでの治療の内容、診断の精度、治療プログラム開発の程度、平均在院日数など制度運用の在り方等には、医療機関ごとの、差異が認められるようになってきているため、特に先行指定入院医療機関での医療の実態を、事例検討を通じて提示する必要があると考えた。

この事例集作成の目的は、指定入院医療機関での治療の情報提示、指定入院医療機関の治療の標準化、一般精神科医療への般化のための基礎資料とすることにあると考えた。

B. 研究方法

指定入院医療機関と指定入院医療機関設置を検討中の自治体立病院の実務担当者により事例検討をおこなった。

特に今年度は、先行5施設（花巻、武蔵、

北陸、東尾張、肥前）での、指定入院医療における、精神保健福祉法における入院医療と比較して治療効果を有したとの印象の事例について、統合失調症と統合失調症以外に分けて事例を提示した。

その際、裁判所がかかわったことなど制度の枠組みによる効果、全個室の病室など治療アメニティによる効果、社会復帰調整官の存在による効果など制度に伴うハードとシステムのもたらす効果と、多職種チームでの治療など人的配置による効果、共通評価項目をもちいた視点を共有した治療、各種治療プログラムによる治療効果などソフトのもたらす効果との2軸を評価の軸に据えることとした。

（倫理面への配慮）

研究目的の治療はおこなわず、日常の臨床を、統計的解析と事例検討により考察した。また個別事例は、事例が特定できないように、内容を一部改変し、プライバシーの保護に配慮した。なお主任研究者の所属する岡山県精神科医療センター倫理委員会にて承認を得た。

C. 研究結果

8事例の提示をおこない、事例ごとに考察をおこなう。

I. 事例1 幻聴に対する認知行動療法（症状マネージメントを試みた症例）

国立病院機構花巻病院

高橋 昇、岩井邦寿、高橋紀子、土田 滋
中村聡海、佐藤伸一、大島紀人、中嶋正人

1. はじめに

医療観察法病棟は豊かなマンパワーのもとで多職種チーム医療が行われており、薬物療法に加えて密度の濃い心理社会的な治療が行われている。ここで報告する事例は、疾病教育により病識を獲得し、セルフモニタリング訓練により幻聴の出現状況と増悪過程を認識し、幻聴出現時に医療スタッフへ相談するという対処スキルを獲得し、通院処遇へ移行した統合失調症の事例である。本事例は医療観察法病棟における典型的な治療の流れを示す一例である。

2. 事例

30歳代男性。妄想型統合失調症。対象行為は殺人。

(1) 現病歴

30歳統合失調症の診断を受ける。入退院を反復し引きこもりがちな生活が続いた。35歳に服薬を中断し、急激に病状が悪化し「家族と入れ替わった悪魔に自分が殺される」という幻聴と妄想に支配され家族を殺害した。

(2) 入院初期

幻聴・妄想が常時豊富に存在し、言動はそれらに大きく影響・支配されていた。対象行為に対し「家族のふりをした悪魔を殺した」と述べるも、対象行為に対する自責感も表明した。

薬物療法にて、幻聴の頻度や内容が軽減し影響度も低下したが、消失には至らなかった。

花巻病院では入院時の治療評価会議が終了した後、対象者参加型の院内ケア会議（マイウェイプログラム）を開催し、本人のニーズや希望を聴取すると共に、病識の確認、処遇についての説明、治療課題の共有を行っている。本対象者は、退院後は自宅で一人暮ら

しをし、仕事につきたいという希望を表明した。また再び同様の他害行為を起こすのではないかという不安や兄弟に殺されるのではないかという恐怖感を訴えていた。対象者のこれらの感情を受け止め、今後取り組むべき課題について話し合いを行った。そして以下のことを治療課題とすることを本人と共有した。

①活動の幅の拡大、②一人暮らしの練習を簡単な調理などから開始、③疾病教育の開始、④一人で悪い方へ考えが発展してしまう前に看護師に相談する。

また担当多職種チーム内の役割分担を明確化し、医師は薬物療法、看護師は日常的な相談を推奨し受け付ける役割、心理士は幻聴に対する感情や考えの聴取、作業療法士は症状モニタリング、精神保健福祉士は帰宅環境に応じた支援の調整をすることとした。

なお院内ケア会議（マイウェイプログラム）は、ステージ移行時や治療上の重要な節目の際に開催され、定期的に治療経過の振り返りや新たな治療課題の共有を行った。

以下に症状マネジメントに焦点を当てて経過を報告するが、それ以外にも疾病教育（1と2）、幻聴や妄想に関する心理教育、SST（ソーシャル・スキル・トレーニング）、作業療法、社会復帰講座、権利擁護講座など多様な集団プログラムにも継続的に参加している。また個別面接ではこれまでの人生の振り返りや集団プログラムの復習なども行っている。症状マネジメントはこれら多くのプログラムと並行して、あるいはこれらのプログラムの成果を前提として実施されている。

(3) 急性期

対象者は知的機能が比較的高いため早期の疾病教育が可能と判断し集団疾病教育を開始した。その結果、「幻聴は病的体験であって

現実ではない」と考えることができるようになった。しかし幻聴が増悪するとその認識が揺らぐことが多かったため、個別の疾病教育を反復していったところ、病感・病識の揺らぎが見られなくなった。

対象行為に対しては自戒の念を表明し、「週に1回くらい落ち込み、消えてしまいたい気持ちになる。」「自分が死んでも何も解決しないし、兄弟も悲しむと思うので自殺はない。」と述べていた。

(4) 回復期

ある程度病識が獲得されたため、症状マネジメントを開始した。これは①病的体験の増悪過程の整理と共有、②幻聴の量・質及び影響度の変化段階の分類・整理、③自己チェックリストの作成とセルフモニタリング訓練、④早めに相談するスキルの学習と般化訓練という順序で進められた。治療を進めるに際しては対象者とスタッフとの共同作業となることに心がけた。

その結果、幻聴が悪化し頻度が増すと、神様の声から悪魔の声に変わり、内容も否定的となることを確認することができた(図1)。自己チェックリストは治療の進展に合わせて内容を改訂しながら利用していった(表1)。対処症としては「相談する」「追加薬を服用する」などを対象者と共有し、病棟内での訓練を実施した。自発的に相談行動が行われたときには言葉での正の強化を与えた。

その後、院外外出を行い「人の多い環境」で過ごした場合の幻聴の出現と対処行動を評価した。その結果、外出中に幻聴が出現しても、その場では同伴スタッフに相談できないことを確認した。ある日の外出から帰院後、病棟内でも幻聴が持続し、夜間になって苦痛が増し、相談するということが観察された。対象者は相談後「幻聴の世界に引きずり込ま

れることなく、正気を保っていられた」「もっと早く相談すればよかった」と述べ、相談の重要性を認識することができた。

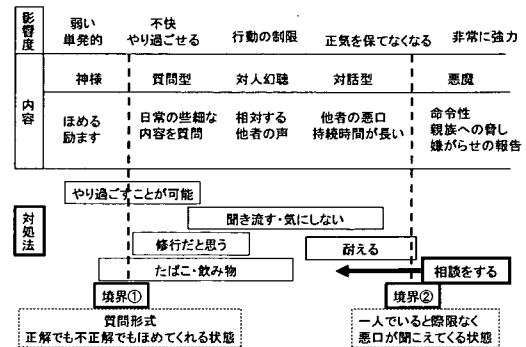


図1 幻聴の影響度の整理 (岩井邦寿2007)

〇〇さん 心のあらし チェックリスト その③
「そらみみ」の状態
①ない ②軽度(聞き過ぎせる) ③中程度(苦しくなる・影響される) ④強力(気持ちが爆発しそう発狂しそう)

「そらみみ」の状態	1	2	3	4
内容	✓	✓	✓	✓
時間帯				
持続時間				
自己対処				
相談(誰に・方法は)				
服薬状況				

表1 自己チェックシートの一例

(5) 社会復帰期

幻聴は次第に軽減していったが、それに伴い抑うつ感や希死念慮が出現するようになった。また対象行為より1年目となる日も近づきつつあり、自動的に対象行為への直面化が生じ、さらに希死念慮が強まることが予想されたため、集中的に対象行為の振り返りを実施した。対象者は家族殺害の事実は正しく認識していたが、「そのことを認めることが辛い」ため『悪魔を退治した』と信じたいのかも知れない」との思いを語った。その後、自発的に「死にたくなるのは自責の念があるからではないか」、「家族のことは少しずつ受け入れられるようになってきた。」と語るようになり、問題となるような記念日反応を示す

ことなく経過した。

社会復帰調整官により積極的に帰住地調整が進められ援護寮への帰住が可能となった。外泊時の幻聴の出現とそれへの対処を評価するために、まず病院近くのホテルへの宿泊を実施した。その後帰住地への外泊を行い、評価を継続した。併せて援護寮への体験宿泊、指定通院医療機関での受診、地域ケア会議を実施した。

始めの頃の外泊では、幻聴が出現してもその場でスタッフに相談できず、外泊終了後の振り返り場面で報告するだけであった。しかし、外泊を繰り返して行くに従い、その場で相談できるようになっていき、体験宿泊中には援護寮のスタッフにも相談することができ、辛いときには頓用薬を服用するなどの対処が少しずつできるようになっていった。外泊での症状マネジメントの般化訓練の結果はクライシスプランに取り入れられた。

これらの訓練が進展し幻聴への対処法は定着していった。疾病理解も深まり、それに伴い幻聴の内容が肯定的なものに変化していった。

そして援護寮の体験入寮を繰り返した後、通院処遇へと移行となった。

3. まとめと考察

医療観察法入院治療プログラムは図2および図3のような流れとなる。特に重要な課題は以下の通りである。本症例は「e<症状マネジメント>」を中心にまとめものである。

(1) 「院内ケア会議」による本人のニーズの把握と治療の動機付け、そして治療課題を共有する。

(2) 「疾病教育」、集団疾病教育と個別疾病教育の反復による適切な病識の獲得をおこなう。

(3) 「対象行為の振り返り」で対象行為の正しい認識の獲得と疾病との因果関係を理解する。

(4) 「他害行為予防意識の育成」

(5) 「症状マネジメント」

①本人とスタッフで病状増悪の経過をふりかえり症状増悪過程の段階を整理する。

②前述の段階に基づき幻聴のセルフモニタリングシートを作成し、自らの状態を評価する訓練を実施する。

③そのシートに基づき相談スキルなどの症状対処法の練習をSSTで行う。

④練習した相談スキルの院内・院外における般化の確認し補強する。

(6) 「帰住調整の促進と外泊訓練」反復した外泊による病状と学習成果の安定性を確認する。

医療観察法病棟では従来医療よりもマンパワーが豊富で、多職種チームにより系統的に治療プログラムを実施する体制が整っているため、上述の治療課題の達成に向けた治療活動が可能であり、その成果をもって今後の本邦の精神医療臨床に寄与すべきと考える。

II. 事例2 行動制限最小化に向け多職種で取り組んだ事例

国立病院機構花巻病院

佐藤紳一、大島紀人、高橋 昇、中嶋正人

1. はじめに

行動制限最小化に向けた取り組みとして、当院では個々の患者に合わせたアセスメントとマネジメントプランを作成し、スタッフ間で共有し活用している。今回の事例は統合失調症の幻聴・妄想に基づき器物破損を繰り返した患者に対し、精神状態を客観的に評価できるよう観察項目を設定し、それに基づい

たマネージメントプラン（アセスメントに基づき予想される状態変化を予防する方法や変化に対応する方法の計画）を生かし、行動制限最小化をめざして取り組んだものである。その結果、治療的信頼関係を損ねずに治療継続できたのでここに報告する。

（倫理的配慮）

事例報告にあたり文書にて本人の同意をえているが、個人の特長を避けるために病歴や経過に一部改変を加えている。

2. 事例

30歳代男性。診断は妄想型統合失調症。

（1）現病歴

20歳頃に不眠、幻聴、まとまりのない言動で発症し、精神科病院初診し入院した。以後10年間に合計4回の入院歴があるが、いずれも抗精神病薬により眠気、流涎などの副作用が出現し、規則的な服薬ができず、症状増悪（不眠、多弁が目立ち幻聴に左右され暴言を吐くなど）のため入院に至っている。今回の入院3ヶ月前より眠気、倦怠感を訴え自己判断で受診を中断したところ、幻聴が増悪し、幻聴に左右されて他者に対する対象行為（傷害）にて当院医療観察法入院となった。

（2）入院時現症

中肉中背の若年男性。短髪でジャージを着ることが多く年齢相応。声量は中等で視線を合わせて話す。発言量は多く時に会話を遮ることもある。礼容は保たれる。会話中、合点がないと目を見開き繰り返し内容を質すが、その折りには声量がかなり大きくなる。病的体験・行動は幻聴、被害妄想、不眠、多弁、被刺激性の亢進。状態像は幻覚妄想状態であった。

（3）入院後の経過

入院時より被害妄想のため服薬に抵抗するが説得に応じていた。担当スタッフに警戒感を示し、面接時の返答もステレオタイプであり、精神症状の把握が困難であるとともに、治療関係もなかなか構築できない状態が続いた。

幻聴は薬物抵抗性であり、なかなか改善が見られなかった。そして医療者への被害妄想に発展し、威嚇や器物破損などの攻撃行動が見られた。これに対しては観察レベルをあげて薬物調整を継続すると共に、担当多職種チームが状態アセスメントのためのプラン、状態悪化の予防プラン、及び精神症状へ対処するためのマネージメントプランを立案した。

（4）本症例のアセスメントとマネージメントプラン作成までの経過

器物破損などの攻撃的な行動が出現した後は、直ちに看護判断で観察レベルを上げ、同様の行動の再発予防に努めるとともに主治医に連絡。対象者と担当多職種チームとの合同面接を実施した。対象者自身が器物破損などの攻撃行動はしたくないという思いが強かったため、頓用薬の服用に同意が得られた。MDT（多職種治療チーム）でイベント前後の経過の確認を行った後、臨時の治療評価会議を実施し、状態変化の要因分析、アセスメントとマネージメントのプランを作成した。その後院内ケア会議（マイウェイプログラム）を開き、対象者と共に対処プランの共有を行った。さらに病棟全体でプランを共有し、アセスメントを開始した。

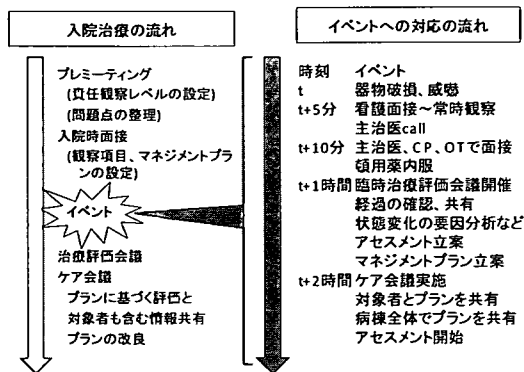


図1 対応の流れ

(5) 本症例のアセスメントプラン

以下の観察項目の有無を1日4回評価した。

- ①精神状態：幻聴、独語、空笑/妄想対象への攻撃的言動/言動のまとまりの悪さ
- ②精神状態の安定性：被刺激性/情動不安定
- ③暴力リスク：他者への攻撃的言動、自傷リスク

アセスメント結果は看護師間で申し送りを行う他、以下のような表に記入。週1回行われる治療評価会において多職種で共有した。

観 察 項 目	2月1日				2月2日				2月3日	
	8	12	16	24	8	12	16	24	8	12
幻聴、独語、空笑										
妄想対象への攻撃的言動										
言動のまとまりの悪さ										
被刺激性										
情緒不安定										
...										
...										

表1 アセスメント表の例

(6) 本症例のマネジメントプラン

①観察強化による状態把握

ア) 常時視野に入れた観察とし、対応は複数スタッフで行う。

イ) 対象者本人が関係を持ちやすいスタッフとの関わりを尊重する。

②マンパワーと病棟構造を生かしたマネ

ジメントプラン

ア) 日中は自室、夜間は準隔離室を使用。

イ) 幻聴への対処法として対象者自身が運動を希望した場合は、時間にとらわれず体育館の利用を認めるなど、多彩な対処法の利用を推奨する。

ウ) 興奮怒りに対して

- ・複数スタッフで対応する。
- ・傾聴的態度でディエスカレーションをはかる。
- ・怒りの感情を共有、受容する。
- ・話題を変える。
- ・ストレス対処法の利用を勧める。

以上のような基本プランをもとに、本人用と看護師用の具体的な対応プランを作成した。本人用の対応プランは印刷の上本人に提示し、スタッフと共有した。対応プランは行動を制限するプランではないということが伝わるよう、「～できる」という表現にした。

(以下の表2と3を参照)

<本人用>	<看護師用>
眠れないときにできること ・自分のできる事 — タバコを吸う — 水を飲む — 漫画本を読む など ・看護師に相談する ・眠剤を飲む ・看護師が様子うかがうことがあります。 ・看護師が服薬を勧めることがあります。飲むかどうかは相談の上で決めましょう。	眠れないときの看護師の対応 ・24:00までは見守る ・それ以後、1:00になっても眠っていない場合「どうしますか？」と暗に眠剤の服薬を促す声掛けをし、本人の判断を待つ。 ・服薬を希望しない場合、巡視に合わせて1時間ごとに服薬を促してみる。 ・服薬の促しは押しつけにならないよう本人が自分で決めたと思えるように配慮する。

表2 不眠時のマネジメントプラン

<本人用>	<看護師用>
イライラしたときにできること ・体育館やジムで運動する *利用できる時間は* ・10:00～11:30 ・14:00～16:00 ・他の時間帯でも利用できることがありますので、申し出てください。 ・土日に使いたい時は申し出てください ・人(他の患者さん、看護師)と話しをする ・タバコを吸う ・ラジオを聴く ・静かな場所で過ごす(どういところがいいですか?)	イライラしたときの看護対応 ・イライラが観察された場合、体育館やジムでの運動を促してみる。本人からの申し出があった場合も応じる。 *利用できる時間は* ・10:00～11:30 ・14:00～16:00 —土日も含めて他の時間帯でも様子を観察の上、運動を勧めてみる。本人の申し出があった場合もできるだけ応じる。(看護体制を見ながら対応) ・運動以外の自己対処法の利用も促してみる ・落ち着くまで静かな場所で過ごしてみようことを提案する。(自室、PICU、空いている居室) ・服薬を勧める。

表3 イライラ時のマネジメントプラン

以上の対応により行動制限を回避することができ、治療関係を少しずつ構築することができていった。

幻聴は持続したが、統合失調症の疾病教育や幻聴に関する心理教育にも参加し、明確な病感を獲得することができた。

3. 医療観察法病棟におけるアセスメントプラン

本症例に限らず当院においては、医療観察法病棟の特徴を活かし、以下のように観察のポイントを明確化してスタッフ間で共有し、観察の結果をもとに対象者の状態把握を行っている。

(1) アセスメントプランの作成

①病歴を振り返り、過去に見られた病的体験や状態変化、直近の攻撃行動の要因分析をもとに観察項目と評価方法を決定する。

②観察の頻度と時間を決定する。

(2) アセスメントプランの共有と運用

①作成したアセスメントプランを病棟スタッフが共有する。

②観察結果は診療支援システムと別表に記入する。

③観察結果は毎週の治療評価会議で報告し共有する。

④観察結果をもとに必要な応じ観察項目を変更する。

4. 医療観察法病棟におけるマネージメントプラン

一般的なマネージメントプランは以下のような手順で作成している。

(1) リスクアセスメント

入院前のミーティングにおいて、鑑定書や生活環境調査などを基に、多職種でリスクアセスメントを実施する。病態、症状、同様の他害行為（自傷も含む）の可能性、観察レベ

ルと責任レベルを検討する。

(2) リスクマネージメント

入院時の多職種合同面接において病態・病状を把握しマネージメントの方針を決定する。

(3) マネージメントプラン

治療評価会議にて情報を共有しマネージメントプランの評価と見直し（臨時も含む）。観察レベル及び責任レベルの決定、個別項目の設定をする。

担当多職種チームで具体的なマネージメントプランを立てる。

①患者へ説明と協力を得ながら行動契約へつなげる。

②全スタッフでマネージメントプランを共有する。

③クライシスプランの準備。

5. アセスメントプラン、マネージメントプランを可能にする要素

医療観察法病棟におけるアセスメントプランとマネージメントプランを可能としている要素は以下のように整理ができる。

(1) 病棟構造

①観察レベルに応じたゾーニングが可能である。

②居室は全個室となっており、外的刺激を避けやすくアメニティーが高い

(2) マンパワーと多職種担当チーム

①濃密で多角的な観察と評価が実施できる。

観察レベルは常時観察が可能であり、また必要な頻度でアセスメントを継続できる。

②多彩な対処を利用できる。

幻聴への対処法として時間を問わず、複数のスタッフが付き添い、体育館で運動することができる。

多職種の中から治療関係の築きやすいス

スタッフが窓口となって治療を進めることができる。

③多彩なマネージメントプランが実施できる。

④観察項目、マネージメントプランに、多職種の意見や観察結果を反映できる。

(3) 新しいアイデアの創出とその実践的な活用

医療観察法病棟においては既存の精神医療の発想にとらわれず、新しいアイデアを積極的に提案し、生かしていける治療文化がある。

6. まとめと考察

(1) 本症例は器物破損、他者への威嚇が見られ行動制限が検討される症例であったが、医療観察法の理念にのっとり行動制限を最大限回避する方法を考えた。

(2) 濃厚な観察とマネージメントプランを踏まえて対象者との関わりを維持し、事故を回避しつつ、治療継続することができた。その結果徐々に信頼関係が構築でき、これを背景に疾病教育を行い、「幻聴」の病感を得て、自ら頓用薬を用いるようになった。

(3) 医療観察法病棟におけるアセスメントプランとトマネージメントプランの作成手順とそれらを可能とする要因を提示した。

本症例は医療観察法の資源を最大限利用することで行動制限を回避し、重度の精神病状態下においても治療継続が可能であった一例である。

Ⅲ. 事例 3 強固な疾病否認のある統合失調症の回復過程

独立行政法人北陸病院 村田昌彦

1. 事例：30歳代、男性

診断：統合失調症（鑑定および入院後とも

に）

対象行為：傷害

既往歴：特記すべきことなし。

家族歴：家族内に精神疾患の既往歴のあるものはない。

犯罪歴：対象行為以外なし。

2. 現病歴

19歳ころ幻聴体験により発症した。大学は1年留年し卒業したが、在学中から精神科クリニックや大学病院に通院した。卒業の頃には被害関係妄想、注察妄想、幻聴体験、追跡妄想が確認されていた。薬物療法が行われたが、十分な効果は得られなかった。

大学卒業後事務職などに就労したが、対人関係の不調を理由に長続きせず転職を繰り返した。大通りの真ん中を歩き回ろうとするなど事故傾性が生じ、行動がまとまらなくなったため、2度医療保護入院している。その後以前通っていたクリニックに通院していたが、状態が不安定となり対象行為直前まで任意入院していた。当時の担当医は本人からの退院希望に対して医療保護入院に変更することを家族に提案したが、家族が本人の希望を優先したため十分な改善が得られないまま治療途中で退院した。その直後に傷害事件（対象行為）に及んだため同日逮捕された。医療観察法による鑑定入院中から拒否あるいは斜に構えた発言が続いていた。審判の結果医療観察法による入院が決定し、当院に入院した。

3. 入院後経過

当院に入院当初も疎通性が極めて不良であり、コンピューター通信用語を引用して一方的に行われることが多かった。また哲学者の名前を引き合いに出してはスタッフとの日常会話を拒否することもあった。検査は拒否し、日常的に行われる検温や排便の確認も拒

否していた。一方で廊下やデイルームでの徘徊・独語が目立っていた。時に自室や便所の床への放尿行為、全裸で廊下に出るなどの奇異な行動も認められた(1)。内服はかろうじて行われていたが、時に拒否した。感情表出に硬さが目立ち、興味の対象が狭量である印象のため発達障害の可能性を検討した。しかし、家族から生育歴を確認すると否定的な情報であったため、診断として統合失調証が適当であると判断した。

入院翌月には拒薬傾向が続いたため、病棟倫理会議にかける旨本人に話したところ内服を再開、入院時に予定していた検査に同意するようになった(2)。徐々にスタッフへの拒否的な態度が和らいだため服薬心理教育を開始した。抗告中であることを理由に治療行為を拒否していたが、抗告が棄却されてからは治療プログラムに参加するようになった(3)。医師による疾病教育では過去の幻聴・被害関係妄想・注察妄想について認められたが、プログラム中で病名を告知すると、それまで認めていた症状を否認するようになり、疾病について強く否認し、独語・徘徊が目立つようになった。同時に拒薬も認められるようになったが、法律相談会で対象者が弁護士と相談し(4)、病棟倫理会議で診断と内服の妥当性について検討してほしいと希望した。病棟倫理会議にて診断(統合失調症であること)と内服について妥当であると判断されたため会議の結果を本人に伝えたところ、自ら疾病教育の継続を希望した(5)。入院5ヶ月目には、本対象者より後に入院した者が先に回復期へ治療ステージを移行していることに気づき、治療プログラムを積極的に受けるようになった。しかし、病状は不安定で時に亜昏迷になる事があり、一進一退を繰り返したが、徐々に安定するようになったため、入院8ヶ月目に回復期に移行した(6)。回復期に移行後院内散歩を開始した

が、トラブルなく行うことができ、状態も安定していた。さらに2ヵ月後に院外外出を計画したが、外出予定日の直前より状態が悪化したため中止した。この時期には短期間であるが自傷行為も一時的にみられたため、行動制限に至ることもあった。入院1年後3回目の挑戦で院外外出が成功した。その後大きく状態を崩すことなく毎月一度の院外外出を行い、家族同伴での外出もトラブルなく終え、着実に回復期の実績を築いていった。このように経過が順調であったため社会復帰期への移行を視野に入れ、入院1年5ヶ月後に本人とMDTとで相談し、①デイケアなどの施設見学を行い、退院後の現実的なイメージを持つ。②施設での生活(共同生活)を円滑に行うため病棟内で行っている集団プログラムに参加し、具体的な生活技術の習得を行う。③スタッフとのコミュニケーションを柔軟に行うよう心がける、の3点について改善することとした。しかし、この約束がストレスとなり、約2ヶ月間疎通性の悪化、徘徊、独語の増加や食事量の減少を認めた。

状態が改善した後、再度上記項目について挑戦することとし、ほぼ達成したと考えられたため入院1年10ヵ月後に社会復帰期に移行した。移行後想定していたとおり状態の悪化が認められたが、徐々に改善しつつある。

4. 考察

発症後約10年が経過した統合失調症対象者である。向犯罪性は低く、強い脆弱性が認められる。知的水準が高かったこともあり、理詰めで物事を判断しようとする傾向を強く認めている。当初この硬い思考形式について発達障害圏である可能性を検討したが、発症前後まで認められた友人との交流関係などにより否定した。むしろ、本疾患による自明性を喪失しつつある部分を懸命に理詰めで補おうとしていると考えられた。時としてこの傾向

はMDTスタッフとも衝突しがちであるが、チームによる情報共有によって対象者との対立的な構造形成を避けることができたと推測する。

軽快に至ったポイント

(1) 完全個室制であり、多少の問題行動は大部屋と異なりトラブルが拡大しにくいという構造上の利点がある。急性期ユニットは他のユニットと比べて病床数を少なく設定しているので、対象者の密度の低さが落ち着いた環境を提供できる。

また、一般病棟と比較してスタッフ数が多いため、スタッフの即時的な対応が可能であり、問題行動の放置～トラブルに拡大することがない。この充実したスタッフ数により安易な行動制限を行わずに済んでいた。

MDTチームとして対象者の状態を共有していたため、特定のスタッフに負担がかからない配慮や適切なかわりを継続することができた。

(2) 倫理会議にかけることで不同意治療への正当性を確認できるだけでなく、不同意治療の開始を予告することによって治療導入の一助となった。

(3) 入院の決定者と治療者が明確に分離しており、対象者の感情として整理しやすい。

(4) 法律相談会では非治療者であるが中立的な立場である弁護士と相談することができ、治療者と感情的な対立を避けることができた。セカンドオピニオンを求めるために倫理会議を活用することも弁護士と相談した結果である。

(5) 倫理会議がセカンドオピニオンとして機能した例である。その結果は本人の希望したものではなかった(対象者は精神疾患ではないと判断されることを期待していた)が、納得して治療を受けることができるようになった。

(6) 各治療ステージで設定されている到達

目標を参考にすることで、MDTごとでの恣意的な判断によるステージ移行を防ぐことができる。また、本人がクリアすべき問題点に対象者と共有し明確化しやすく、達成のために必要なプログラムを行うことができる。

(7) 社会復帰調整官により、地域での家族教育に家族が参加するようになっている。

Ⅳ. 事例 4 聴覚過敏、こだわりに基づく暴力が院内でも生じた精神遅滞事例

独立行政法人北陸病院 竹内正志

1. 事例：20歳代、男性

鑑定時診断：統合失調症

入院診断：軽度精神遅滞 (FIQ60台)、妄想性人格障害

対象行為：殺人

既往歴：特記すべきことなし。

家族歴：家族内に精神疾患の既往歴はない。

犯罪歴：高校生時、金銭目的で見知らぬ通行人に脅迫し、数回殴打して傷害を負わせたことがあった。このとき恐喝未遂・傷害罪で逮捕され、懲役1年6ヵ月、執行猶予3年に処せられていた。

2. 現病歴

普通学校に通っていたが成績は悪く、イジメを受けていた。高校入学してから喫煙がみづかり退学した。X-5年頃、被害関係念慮を生じるようになり、家族に暴力を振るうようになった。精神科に受診し統合失調症の診断にて、投薬治療を受けるようになった。以後2回の入院歴がある。家族への暴力のため、母親は自宅を逃げ出した。X年8月対象者が自宅自室で自慰行為をしていると、「父親が音を立てた、邪魔された」と怒り、父親の腹部を強く蹴る等の暴行を加え、死亡させた(対象行為)。心神喪失と判断され医療観察法による処遇の申し立てが行われ、X年12月当院に

入院した。

3. 入院後経過

入院時より周囲の音への過敏さを訴え、自分の思い通りにならないとすぐに怒った。薬の減量の要求が強く、治療上必要なルール等説明するたびに、そのかわりの交換条件を威圧的に要求した。対象行為に対しても、「自分は嫌がらせをされた被害者だ」と一貫して主張した。物事に対して理解能力に乏しく、注意散漫であり、自分の都合のよいように解釈しがちであった。X+1年1月、自慰行為中に他対象者が自室をノックしたことに腹を立て、暴行を加えたため、隔離した。その後自身の行動についての反省はみられず、内服への拒否、易怒性攻撃性が強かったため、身体拘束を行った。以後本人との間で、達成できれば少しずつ行動制限が解除されるという約束事を決め、X+1年3月行動制限を解除した。「換気扇から音が聞こえる」「嫌な臭いがする」等、隔離中や自分の思い通りにならなかったりした後等に、状況依存的に幻覚を訴えた。自慰行為に固執し、行為中に物音がたてられると、その発生源に怒鳴ったり怒ったりすることを繰り返した。本人との間で、「自慰行為は午後7時から消灯までの間にすること」「物音が気になったらスタッフに申し出ること」などの約束を取り決めてから、少しずつ落ち着きがみられ、プログラムへの参加も可能になった。CPA会議にて医療観察法について家族に繰り返し説明し、今後は家族だけで本人の世話をしなくてもよいのだということを強調することで、入院当初は本人に対して拒絶的であった家族も、治療的な関わりをするようになった。X+1年9月回復期へ移行した。

以後地元での施設入所を目指しながら、治療を継続している。

4. 考察

鑑定入院では発症して5年が経過した統合失調症と診断されていたが、入院後は、状況依存的にしか幻覚妄想は出現せず、思考障害も認められなかった。知的水準が低いこともあり理解力が低く、物事を自己中心的に解釈した。自分が気に入らないことについては他罰的であり、自分の希望することには強固なこだわりを認めた。聴覚過敏・不器用さも認められた。これらのこだわり、聴覚過敏、不器用さから、発達障害圏の可能性について検討したが、生育歴には典型的な病歴がなく、Autism-spectrum Questionnaire (AQ)では、カットオフ値に達さなかったため、確定的な診断をつけることができなかった。これらの症状を総合すると、精神遅滞と自閉症的傾向が病気の本態であり、そのような本人の性質を周囲から理解せずに生活してきたために、誤解されることが多く、2次的に妄想的な思考傾向が獲得されたと考えられる。

軽快に至ったポイント

(1) 退院の決定者と治療者とが分離していたため、社会復帰に必要な要件を本人が理解しやすくなった。

(2) 聴覚過敏・コミュニケーション技術の稚拙さから、他者とのトラブルになりがちであったが、完全個室性であり、高いアメニティのため、静養・気分転換が行いやすかった。

(3) MDTによる多方面からの本人の詳細な観察により、病気の本体は軽度精神遅滞と自閉症的な傾向であり、反応的に幻覚妄想を呈していると判断できた。

(4) CPA会議により、関係者が必要な情報を交換しあうことで、対象者が社会復帰する際に必要な点が、明確になった。

入院当初は本人に対して拒否的であった家族も、治療に関わり始めるようになった。

(5) 共通評価項目を用いて定期的に評価す

ることで、問題点・課題が明確になり、チームの中での共通の認識を持ち続けることができた。

(6) 個別な作業療法を行い、成功体験・達成感を得ることで、問題行動であった自慰行為への固執が減り、視野を広めることができた。

(7) 怒りのコントロールについて認知療法的な関わりを持つことで、怒りへの対処法が少しずつ獲得され、内省にもつながっていった。

V. 事例5 PTSD類似症状を呈した事例への治療的介入とその回復過程

国立精神・神経センター武蔵病院

安藤久美子

1. はじめに

アメリカ精神医学会によるDSM-IV-TRの診断基準によれば、PTSDの原因となる外傷的な出来事として、基本的には受動的な体験が想定されており、主に災害や犯罪などの被害者に生じる反応として考えられてきた。しかし、近年になって、犯罪の加害者側にも事件後に自らの他害行為に関連したフラッシュバック症状などを呈するケースが散見されるようになった。このたび、医療観察法に基づく指定入院医療機関である国立精神神経センター武蔵病院第8病棟（医療観察法病棟）において、自らの加害行為を外傷体験とするPTSD類似症状を呈した症例を経験したので、その治療経過を報告するとともに、加害者が呈するPTSD類似症状への治療的介入のあり方についても考察する。

2. 事例の概要

40代 女性

診断名：296.24 大うつ病性障害 単一エピソード 重症 精神病性の特徴を伴うもの

対象行為：殺人

病前性格：責任感が強い、真面目、心配症

家族歴・既往歴：特記すべきことなし

現病歴：

X年Y-4月、長男が小学校に入学する頃から不眠やめまいが出現し、いくつかの病院を受診したが、異常は認められなかった。X年Y-3月からは不眠が悪化し精神科で精神安定剤を処方されたが、症状は改善しなかった。X年Y-2月頃から抑うつ症状が顕著になり、一日中、横になって過ごすようになり、希死念慮も出現した。

X年Y月某日、「母親失格」「家族から見捨てられる」「姑に子どもを盗られる」という妄想を確信し、「子どもを盗られるくらいなら一緒に死のう」と考え、子どもの首を絞めて殺害した。

心神喪失により不起訴となり、審判の結果、X年Y+2月に指定入院医療機関に入院した。

入院経過：入院時には、抑うつ感、不安感が強く、不眠が認められた。また、周囲に対して警戒心や緊張感が強く、「子どもが好きだったアニメ音楽」の幻聴が認められた。向精神薬による薬物療法により、入院3ヶ月後には幻聴や妄想は軽快したが、不眠、悪夢、対象行為時のフラッシュバック現象が出現した。そのため、本人の同意のもと、抗うつ薬などによる薬物療法を併用しながら、PTSD類似症状に対する長時間暴露療法Prolonged Exposureを開始した。暴露療法の開始から約1ヶ月後に、抑うつ症状や希死念慮が悪化し、暴露療法を中断した。しかし本人の希望で暴露療法を再開した後は一貫して抑うつ症状は軽快し、フラッシュバック症状も消退した（図1）。

入院から約7ヶ月には、遺品や写真を用いた現実暴露も導入し、さらに自宅への外出および外泊訓練を繰り返し行った。その後も抑

うつ症状および、PTSD類似症状などの精神症状の再燃がないこと確認し、退院となった。

3. 考察

(1) PTSD類似症状の発現時期

本症例では、入院時には幻聴や妄想などの精神病症状が前景となっており、PTSDに類似した臨床症状は明らかではなかった。しかし、薬物療法により、幻聴や妄想などの精神病症状が軽快するにしたがって、フラッシュバックなどのPTSDに類似した症状が顕在化した。

また、他害行為の加害者が呈する自責感や抑うつ感、他害行為に関連した精神病症状などは、了解可能な症状として見逃されやすい。したがって、精神病症状や抑うつ症状が主体となっている時期においても、その背景に、たとえばPTSD類似症状のような対象行為に関連したストレス反応が隠れていないかを慎重に評価していく必要があると思われた。

(2) PTSD類似症状の変移

PTSDの診断基準によれば、その下位項目は「侵入症状」「回避・麻痺症状」「過覚醒症状」の3つに分類されている。本症例では、入院当初のIES-Rの得点をみると「侵入症状」「過覚醒症状」が比較的高かったが、その後、それらの症状を入れ代わるように「回避・麻痺症状」が高値となった。これは、侵入的想起に対する防衛機制として、概念上での否認や無感動、行動上の萎縮といった回避・麻痺の症状が出現したものであると考えられ、Horowitzによる二相性の反応biphasic reactionとして説明できるものと思われた。

4. まとめ

本稿では、感情障害をもつ対象者の治療経過を通して、他害行為に関連して生じたPTSD類似症状の特徴について報告した。その症状

群はPTSDの診断基準にはほぼ合致するものであり、下位症状は経時的に変化していることがわかった。また治療方法については、これまでのPTSD研究で培われてきた介入方法が有効であると思われた。

Ⅵ. 事例6 強固な否認をもつ対象者への内省取り組みの1事例～内省ワークブックを用いたアプローチについて～

国立精神神経センター 生井淳子

1. 事例：50才代 男性 統合失調症

対象行為：殺人（実母）

2. 現病歴と生活歴

同胞5人第4子。出生・発達に特に異常はなかった。4年制大学卒業後は語学研修生としてアメリカに留学した。この時までには精神的な問題は特に気付かれなかった。帰国後は生家付近のアパートで単身生活をしていた。

平成X-12年頃家族が本人の変調（部屋の壁一面に奇異な文章の紙を張り巡らせる等）に気付き、精神科受診を勧めるが拒否。近隣住民への被害的な言動もあったため、生家へ連れて帰った。

平成X-7年頃より幻聴・被害妄想活発になり、生活が乱れ同年5月A病院に医療保護入院となった。しかし対象者の拒否及び、家族の意思の不一致で同日中に退院となった。その後も幻聴・被害妄想に基づく問題行動（家族に対する暴行等）が多くなり、A病院の医師・看護師が往診して同院に医療保護入院となった。このように対象行為までに初回入院を含め5回の入院歴があり（うち措置入院2回）、それぞれの入院期間はおおよそ5ヶ月～2年であった。

3. 入院時の様子

入院当初より「超能力者が自分の身体に悪

さをしてくる」という体感幻覚は持続していた。病識はまったくなかった。その一方で精神運動興奮はなく、思考のまとまりはあった。超能力者に対する妄想は確信的で体系化されていた。

対象行為については「全て超能力者のやったこと」「自分にはまったく関係ない」と否認していた。統合失調症の診断や入院処遇の決定に対しても怒りをあらわにしており、入院決定後すぐに抗告を行っていた。しかし治療に対しては強い抵抗はなく、薬物療法に関しても、超能力者から受けている体験に対して「薬が効くなら飲んでも良い。」と言い拒薬などの問題行動は見られなかった。

4. 担当スタッフのアプローチとその反応

入院当初より定期的（1週間に1～2回程度）に面接を行っていった。面接では積極的に妄想の内容に踏み込んで矛盾点を指摘していき、病気の症状であることを前提に話を進めていったが、強く否認し続けていた。時には担当スタッフに対して怒りをあらわにして攻撃的な口調・態度になることもあった。

特に「病気」というフレーズには敏感で、言葉に出すと怒りを表出させた。また超能力者の事を信じないと話さない等の頑なさも見られてきて、話しが進展せずだった。直面化・内省を深めることが出来ず、病識の獲得が困難な状態が続き、MDTでは治療の行き詰まりを感じていた。

5. ターニングポイント

対象者の家族が、本人や治療者側からのアプローチを拒否していた事もあり、対象行為の詳細や前後の状態等が全くわからないまま入院後7ヶ月経過した。日常的な出来事を全て超能力者のせいにする事は続いていた。この時期までの唯一の変化として対象行為からちょうど一年目を迎える頃より、本人の内面

に迫る話題になると超能力者を出現させようとしたり、「出てきそう」と言うようになっていた。そのため本人の言うとおりに超能力者を出現させる事で、対象行為の前後の様子を知ることが出来、治療の進展を図る時期と判断し実行に至った。本人にはMDTが対象者の事をより深く理解するための作業と説明し、了解を得た。

MDTとの面接の場を設定し、そこで超能力者を出現させて欲しいと伝えると、本人は目を閉じ息を止めて全身に力をこめて、その後目を開けて「はい。大丈夫です。」と声色を変えて話し始めた。対象行為時の様子を質問すると、対象者自身が被害者に暴力を振るったと言ひ、更にそれが致命傷になったのかと質問すると「わからん。」と流し涙を流した。そこまでの、一旦超能力者との話しは終了し、本人に戻ってもらおうと直ぐに戻った。本人はMDTと超能力者のやりとりを聞いていたと言ひ、話した内容を肯定した。超能力者出現時の記憶は保たれていた。超能力者をMDTの前で出現させ、超能力者という本人の体験をMDTと共有したことを境に、MDTとの情緒的関わりが増加し、色々な話が出来たようになった。それからの話の中で被害者が対象者にとってとても大切な存在であった事等被害者との密接した関係が明らかになっていった。しかし関係と対象行為を結びつけるまでには至らなかった。

以前のように日常生活の話題については超能力者というワードは出現しなくなった。しかし対象行為と病気との関連に話題が及ぶと、「超能力者が考えている」と言ったり、対象者の言葉ではなく、他人様の様に話し現実感のない様子があった。さらに入院治療について1年半問題なく生活し時間がたてば退院できると考えていることが明らかになった。

そこで再度入院治療の目標を整理し、退院

やステージ変更は時間ではなく対象者の治療課題の達成具合によって決まる事を説明した。また治療課題が他人事ではなく自分自身の問題として理解できるように対象者にあてはめたワークブックの作成を行った。

6. ワークブック

ワークブック導入の最初のページには、入院の目的をもう一度考えてもらう事、自分自身の問題に目を向けてもらう事、達成目標を共有するための内容を記載した。次ページからは目標ごとに「自分自身はどう思うか」、「自分自身が何をしたらよいか」という質問を記載した。対象者が記入した後は必ず看護面接を行い、曖昧な表現について具体的に自分自身の言葉に出来るようにアドバイスをした。また記入しやすいようにワークブック自体も対象者に合わせて変化をさせた。

ワークブック開始時には「裁判所がそういうなら仕方がない」「他にどうしようもない」等の短絡的な解決に至る傾向が見られたが、記入と面接を繰り返した結果、超能力者にとらわれず、自分自身の問題を現実的に捉え自分自身の言葉で表現できるようになった。

7. 本人の受け止めの変化

入院開始から長い期間対象行為を行ったのは自分ではないという否認が続いていた。対象者の体験を共有し、情緒的な交流が増加した事によって対象者自身に気持ちの変化と揺れが現れた。ワークブックの記入と看護面接という反復を介して、このような気持ちの揺らぎから「気付き」へと移行するプロセスを支えた。更に対象行為と疾患との関連や同様の行為を起こさないために自分自身が何をしなければならないかを自分自身の問題として考え実行するという変化がみられた。このような変化と共に被害者や自身の家族に申し訳

ないことをしたという深い謝罪の念を述べるようにもなった。

8. 考察（本事例における内省）

対象者は対象行為について強く否認をし、病識も全くなかった。入院当初は言葉と現実の矛盾点の指摘を行い、現実感を持ってもらうということを目標に関わっていった。しかし良い効果は得られず、頑なさが増え否認を強くさせてしまった。そこで何故否認をするのかという事に着目してアプローチ方法を変化させてみた。そこで初めて対象者と被害者との関係性が明らかになり、対象者が何故強く否認をするのか、事実を受け入れられないのか理解する事が出来た。

事実を受け入れられないままでは前に進めない為、まずは安心して話してくれるような関係作りをする必要があった。それが超能力者を呼び出す作業であった。本人の妄想にのるという事は治療では後退しているという見方もあるが、この事例では結果的にそのことによって前進することが出来た。超能力者を呼び出した事により本人のスタッフに対する緊張感が軽減し、「自分の事を理解してくれようとする人達」という認識が生まれ、ありのままを話してくれるようになった。それが内省を深めていく作業の始まりだった。その作業があってワークブックでの内省の深まりを得ることが出来たといえる。関係構築をしたことにより、対象行為に至るまでの経過、自分自身の問題点等踏み込んだ話が出来ようになり、更に内省を深めることが出来た。関係構築を図ることから行った全ての過程が内省までのプロセスであったと考える。

Ⅶ. 事例 7 衝動性の極めて高い対象者に問題解決技法を用い治療した 1 例

独立行政法人国立病院機構東尾張病院

八木 深

1. 事例：30歳代女性 自宅放火

鑑定時診断：統合失調症及び軽度精神遅滞総IQ69（言語性69・動作性76）

入院診断：情緒不安定性人格障害衝動型

既往歴：特記すべきことなし

家族歴：

第3子次女として出生した。母は自営業で比較的裕福であったが、8年前に持病が悪化し身体障害者となる。兄は隣県に在住し、姉は嫁いでおり、対象行為時母と2人暮らしであった。

2. 現病歴と生活歴

父は酒乱で対象者が10歳時に離婚し、対象者は兄弟とともに母に育てられた。

高校に進学したが、窃盗を繰り返したため退学した。成人後も数回窃盗歴があり、精神科を初診以前から犯罪歴がある。28歳以後今回対象行為まで逮捕歴はないが、パチンコなどで多額の借金がある。

24歳時、以前おこした交通事故のことを思い出し突然死ぬのが怖くなったと精神科を初診した（1回のみ）。27歳時に「テレビを見ていたら世の中のみんながおかしくなった」と語り、母親の入院先で器物損壊し入院（2ヶ月）した。退院2ヶ月で通院中断した。

28歳時、家で暴れ警察介入し医療保護入院した（3ヶ月）が、興奮があるが幻覚妄想は認めなかった。看護師とのやりとりでは「イライラする。もうひとりの自分が出てきて怖い。どうしたらいいだろう。悪い人に狙われているのではないか。」と語っていた。脱抑制状態にあり、威圧的態度で他患にお金をせ

びるなど、注意をしても逸脱行為が繰り返されていた。

対象行為7年前、自宅カーテンに放火後医療保護入院（2ヶ月）した。同6年前には、通院先病院で非常ベルを押し、床を焦がすなどしたため医療保護入院（3ヶ月）した。しかし退院後は、安定した通院状況が持続していた。

3. 対象行為前後の状況

X年5月、通院中断し徐々に不眠とイライラ、「人に狙われている感じ」が出現した。

X年7月、自宅で瓶を投げつけてガラスを割るなど暴れ、駆けつけた警察官と口論のうえ、近くに停めてあった車に飛び乗り逃走し逮捕されたが、その後不起訴処分となり措置入院した。入院後は情動安定し、サラ金からの借金返済があるから早く退院を進めて欲しいと言っていた。

X年10月、退院当日母にお金を無心し断られる。その翌日の夜、自宅を紙にライターで火をつけ放火し自宅は全焼した（対象行為）。

4. 鑑定と審判

（1）医療観察法鑑定

「思考の自閉性が高く、思考内容もしばしば主観に大きく左右される。常識的な因果関係の把握、行った言動が引き起こす結果の予測という能力が低く、比較的軽いストレス状況においても不安が病的に増幅して精神運動興奮に至る。自分が偉く思え、他の者がブタに見えるといった児戯的万能感に支配され行動に移る。」という理由で、統合失調症（破瓜型）と診断された。

対象行為について、対象者は「家を燃やせば気持ちがスーッとす。お母さんはびっくりして金を出すかもしれない。家が燃えても建て替えばいい。」と述べ、鑑定時には、「（放火に至った）理由はよくわからない。

ライターがたくさんあったから…。これまでも火を点けたことはあった」と語った。

過去の放火未遂は入院直前あるいは入院中の不安定期にあり、対象行為は退院という大きな環境変化とともにサラ金の借金返済という現実直面して不眠になり起こっている。環境の変化に影響を受けやすい自我脆弱性も考慮すれば、医療観察法の指定通院への移行がより適切であると判断するとされた。

(2) 医療観察法審判 入院決定となった。

5. 入院経過

入院74日目に回復期に移行したが、その直後から、他患へのいじめ、時々拒薬、ロッカーを殴るなどの行動が見られる。入院90日目に、注意した看護師を殴り、その後、壁を足蹴りして負傷した。この後、拒薬や拒否などが目立ち始め、入院107日目に中庭への開放が雨で中止になり看護師に易怒的となり、ロッカーを殴ったり、壁を足蹴りしたり、給水器の水を撒き散らすなどした。

(1) 治療評価会議での検討

共通評価項目に従って検討した。過去には、逃げたいと思うと、目の前の車に乗り逃げるなど何か思いついたらすぐに行動してしまう、返す当てのない借金があるなど衝動性が課題であった。また対象行為は、「そこにライターがあったから火をつけた」という無計画なものであり、入院後も内省や状況の判断なしにささいなことで怒りの感情を行動化が見られた。衝動性は高く社会復帰を阻害していることが明らかであった。逃げられない場面やお金に関する場面でパニックを起こすと、そこからの逃避を図るため衝動行為を起こす可能性があるということが検討された。入院も「逃げられない場面」のひとつであるという理解が共有された。入院後幻覚妄想や思考障害はないので、衝動性は性格の影響が考えられた。

鑑定時の診断は統合失調症であったが、統合失調症の診断基準を満たすような幻覚妄想は確認されておらず、情緒不安定性人格障害衝動型に診断変更した。

治療戦略は、以下の3つを柱にする。①ステージを回復期から社会復帰期へと確実に移行し、定められたステップを飛ばさない。病棟内外出訓練の次は病棟外外出訓練というように着実に進める。②入院治療でできるものはできるだけ行う。直接、内省を深めさせるアプローチは困難であったが、アンガーマネジメントや問題解決技法など認知行動面からのアプローチを展開する。③地域の受け入れ体制を固める。地域受入体制を整備するため、社会復帰調整官と連絡をとりケア会議を開く。

(2) 地域受け入れ体制準備

入院5ヶ月目に社会復帰調整官と合議し、以下の3点を説明した。①常に薬物療法を続けて欲しい。薬を中断したら、状態が悪化する。減薬は危険。患者は服薬回数に反応している。②仕事を作って欲しい。暇になると何らかの反社会的行為に走ることがある。できるだけ早い時期に仕事や作業所への通所が望ましい。③対人関係では、注意されたり、上から物を言われたりすると、すぐに反応してしまう。

社会復帰調整官からは、援護寮入所の可否の判定は次の点を重視することが伝達された。①共同生活ができる。②きつくなった(病状悪化)時にSOSが出せる。③退所後のことを見据えて、「次にどうするか?」等のモチベーションが確認できること。入院7か月目に指定入院医療機関担当MDTが出張し地域で合議した。援護寮については、通院に2時間かかるなどの点で非現実的であることが分かった。地域からは、退院へのステップアップの形を取って、やるべきことはやり、外出にも取り組んで欲しいとの要望があり、そう