

評定演習 1

配布資料－症例 1

症例 1 を配布し、個人で共通評価項目 17 項目の評定と、必要あれば個別項目まで評定してもらいます。シナリオ以降は求めません。まずは各項目に慣れるため、話し合いをせずに 1 人ずつで評定してもらいます。その際、評定の根拠となる情報は情報／判断材料／備考の欄に記入するよう求めます。

評価時期は入院後初回評価とし、入院後 2 週間の時点で、評価期間は対象行為の半年前からとします。

以下に挙げる症例では、いくつかの年月日が表記されていますが、全て 2007 年 4 月 1 日に評価するものとして評定してください。

以下評定演習では、全て演習後に模範解答を配って解説を行い、Q&A 集のような質疑応答を行います。

症例 1

2007 年 4 月 1 日

氏名 A 氏 1948 年 3 月 10 日生 59 歳 男性

対象行為：殺人未遂・住居侵入被疑事件 2007 年 2 月 8 日

鑑定時診断：妄想性障害

家族歴：父は肺炎により 95 才で死亡し、母は昭和 51 年頃に脳梗塞により 70 才で死亡している。農業に従事し大人しく優しい人だった。兄 1 人姉 2 人おり近くに住む。三親等以内の親族の精神障害はない。

生活歴：

(1) 家業は農家で、家の経済状態は困ることはなかった。学歴は中学卒業で成績は中位。こどもの頃は元気だった。

(2) 地元の公立中学を卒業し、家業の農業を手伝うようになった。農閑期にも他の仕事に就くことはなかった。生活に困ることはなく、借金等もなかった。消防団に入団はしたが交流は少なかった。

(3) 30 年前に 2 軒隣の女性に対して、「自分の悪口を言っている」、「あること無いこと言っている」、「道であっても無視されている」と感じ数年我慢していたが、ある日殴りつけ暴行で逮捕され起訴猶予となった。その後も近隣の人に悪口を言われている感じが漠然とし、対人関係で敏感になることは続いていた。このために挨拶程度はするが、交わることは少ない状態であった。

(3) 20 年ほど前より体がだるく、動きが取れない、仕事が充分出来ないと農業を廃業し田畑を売却した。田畑の売却代金を貯金して生活費に充てていた。平成元年頃、信仰していた寺の僧侶になると改名し弟子入りした。僧侶になることは身体が弱く病気がちで農業を続けることが出来ないし、生まれついた定めと感じていた。月に 14、5 回は法事や葬式に出て経を読む生活となった。お布施は寺に収めて、自身が収入を得ることはなく、それは功德と思い、その生活に不満はなかった。この他に自家用に 40 坪の畑に野菜を作っており、生活は質素で月に 2 万円程度の生活費で暮らしていた。

経過（対象行為までの現病歴）

(4) 10 年前に体がだるく、動くことが出来無いと感じ、近医を受診して検査を受けるが異常は認められなかった。この時のだるさは数ヶ月で改善した。

(5) 5 年前に隣の B さんが除草剤を自分の畑の野菜に撒いたと考えるようになった。嫌がらせだと思ったが、嫌がらせの理由は分からなかった。その後も野菜が枯れたりすることが時々あり、やはり毒を撒かれていると考えていた。証拠がないので文句を直接言うことが出来なかった。何時かは止めるだろうと我慢をして普段通りに接していた。3 年ほど前には警察に「隣の人が毒を撒いている」と相談し刑事課の人が見に来てくれた。その後も毒が撒かれることは続いたと感じ、姉に相談したが相手にされなかった。段々とエスカレートして、野菜だったのが庭の植木鉢にもかけるようになったと感じた。1 年ほど前には家の中に植木鉢を避難させ、そうすると家の中まで入って毒を撒くようになったと感じた。2006 年 5 月頃、食事のおかずに入っていたので、証拠を得るために警察を呼び冷蔵庫から指紋を採ってもらったが何も出てこなかった。それが B さんの気に障り、さらに食事に毒を入れられるようになったと感じた。初めは 1 週間ごとに毒が入れられたと感じ、生唾が出て胃が痛むので毒が入ったと分かったという。警察に毒が入っていると水を持っていったこともあった。2、3 日おきに生唾と胃が痛み、苦しくてその後は寺の仕事には全くいけなくなった。

(6) 2006 年 9 月以降は B さんが「家に入り毒を撒くこと」に防戦するため家のあらゆる所に鍵をかけた。鍵だけで 14 万円ほどを使ったが効果は全くなかった。「B さんは何処からか入って来る特殊な技術を持っている」、「品物は持って行かず食べ物に毒だけ入れる」、「愉快犯のようなもので自分が苦しんでいるのを楽しんでいる」

と考えた。外出するのもイヤで部屋を閉めきって過ごすことが多くなった。証拠を固めようと赤外線監視装置を1万円で購入したり、窓が開くとアラームが鳴る装置を付けたが証拠を得ることは出来なかった。そうする内にコンロや鍋、炊飯器にも毒がかけられている気がして、これまでに炊飯器を13台、ガスコンロを10台、冷蔵庫を3台買い換えて、そのために70万円を使い、経済的に苦しくなる一方だった。

(7) 2007年1月に入り毒を撒く行為は拡大したと感じていた。自動車にも毒が塗られ乗ることが出来ないと9万円で買い換えたが、直ぐに再び毒を塗られたと感じて、数日後、更に別の車に換えてもらった。その後2月に入りだるくて動けない感じが強まり、市立病院を受診して入院を希望した。入院後血液検査、エコー検査、胃カメラを受けた。検査で胃ポリープを指摘され除去するかを決めるように説明を受けた。ポリープと毒の関係があると考えた。

(8) このままでは自分の怒りが押さえられない、Bさんを懲らしめようと考えた。2007年2月8日、自宅に寄り隠していた木刀を持ちBさんの家に行き、家に入り「よくも毒を入れたな」と持っていた木刀で頭を激しく5、6回は殴ったのを記憶している。出血して興奮状態だった。これぐらい殴ればと自分より止めた。死ぬかもしれないと感じた。その後不安となり自首しようと自分で警察に出向いた。

犯罪歴： 30年前 傷害事件 起訴猶予

身体既往歴： 23歳のときに十二指腸潰瘍と診断され50日入院した。その後は、体調が悪く感じて受診するが異常は認められていない。

既存の心身障害： 特記すべきことなし

精神科治療歴： なし

現病歴のまとめ

5年前より隣に住むBさんを対象に被害妄想が形成されていった。初めは時々、野菜に毒が撒かれ、そのために野菜に異変が生じると考えるようになった。この頃より毒を撒かれると確信しており、その頻度が多くなり、野菜から植木鉢、さらには家に入り食事に毒を撒くなど嫌がらせが拡大したと妄想は発展した。妄想に基づき鍵をかけたり、監視装置を付けたり、警察に届けたり、外出ができずに家にこもり孤立した。自動車が毒を塗られるとの妄想に基づき、車を2度も換えたりと妄想に基づく行動を拡大した。事件前は身体症状が出現し囚われるようになった。胃カメラで胃ポリープと診断されると毒と関連して考え、迫害を受けているとの妄想は揺るぎが無く、追いつめられた気持ちで、これまで耐えて回避していたが、反撃を考えた。信仰があったから我慢してきたとの想いであった。200回は毒を食べさせられてきたと思った。罪になるのは理解していたが、殴ってやりたいとの一心だった。犯行時は妄想に支配された精神の状態であった。

犯行後は自首をしている。

身体の状態： 痩せ形の体型である。自覚的にはだるく、動くのもきつく、上腹部の不快感を訴え、座っての診察もきつく、ソファーに横たえる。

血圧、脈その他の異常所見はない。

頭部MRI；側脳室周囲に深部白室病変、左内包前脚に無症候性脳梗塞

心電図；左脚前肢ブロック、単発性の心室性不整脈

血液検査；異常なし

免疫検査；C型肝炎抗体(+)、B型肝炎抗原(-)、梅毒反応(-)

精神の状態

- (1) 意識及び疎通性： 清明で受け身的ではあるが話の理解はよい
- (2) 記憶： 保たれている
- (3) 感情： 抑うつ的で、覇気がない。うつ気分は肯定する

- (4) 意欲：減退している
- (5) 知覚：幻聴・幻視・幻味など幻覚はない。五感の障害はない
- (6) 思考：迫害妄想・被害妄想・心気妄想
- (7) 知的水準：正常域
- (8) 人格傾向：人に親しまない、猜疑心が強い、被害的な受け止め、孤立傾向
- (9) その他の特記事項：身体的な所見に過敏で、鑑定中もきつさを訴え座することも困難である。
- (10) 心理検査所見

<知能検査 WAIS-R>

VIQ=93 PIQ=103 IQ=97

体調が悪く、途中で横になりながら検査を受けていたが、取り組み方は積極的であった。

知的には IQ97と平均的なレベルの知的水準を保持している。動作性知能と言語性知能の差は有意ではなく、下位項目間にも目立ったバラツキはみられない。言語的・非言語的理解力や表現力ともに良好に機能していると思われる。

<人格検査 MMPI>

妥当性尺度である F 尺度が高いものの、でたらめ回答や詐病プロフィールには該当しない。目立った精神症状の存在または、必要以上に自らの状態を悪くとらえる傾向を示していると思われる。面接態度や回答項目からは、両者ともに考えられる。

プロフィールでは、「偏執」「精神分裂」尺度がもっとも高く、「心気症」「抑うつ」「ヒステリー」「精神病的偏奇」「精神衰弱」の順で、標準域より高くなっている。

人格傾向としては、内向的で、他者との情緒的な交わりを避けるなどの分裂病質的な特徴がみられる。また、劣等感が強く、自分の失敗に対して強い罪悪感を抱きがちであると思われる。

精神症状としては、思考や情緒の混乱や、被害妄想などの存在が疑われる。また抑うつ感が強く、身体症状や精神症状ともに自覚している。心気的な訴えも大きい。

<心理テスト総合判定>

WAIS-R と MMPI の結果からは、知的には問題なく、年齢相応の標準的な認知・判断力を有している。一方で、被検者が過度に自身の精神症状を自覚している様子ではあるが、詐病の可能性は低いため、正常な判断を狂わせるような非現実的な思考や被害妄想などの精神症状の存在が示唆される。

(11) 総括的評価：事件後で逮捕拘留中でもあり不安や抑うつが前面に出ている。テーマが決まった迫害・被害・心気妄想に支配されている。分裂病型人格障害の傾向はあるが、中心は妄想性障害である。経過が長く妄想型統合失調症(分裂病)とも診断されうるが、幻覚は一貫してみられず、単一の妄想から妄想性障害が妥当と考えられる。心理検査でもこの所見を支持している。

簡易鑑定での診断は妄想性障害である。事件後も妄想に関して病識はない。

心神喪失で不起訴となり検察官が医療観察法の申し立てが行われ、鑑定入院をして鑑定を受けた。

医療観察法の鑑定でも診断は同様で、鑑定中に薬物療法が施行され身体的な訴えは軽減し回復し穏やかに対応できるが、病識は得られず毒を入れられたとの確信には変化はなかった。

社会復帰調整官による家族調査が行われた。両親は亡くなっているが、近くに住む姉は、これまで対象者が相談にきて隣人ともめることに軽く注意をする程度で、事態がここまできているとは感じなかったという。自分の家族の手前もあり疎遠になっていたというが、他の兄弟とも連絡して、もっと積極的に相談にのることは約束をした。被害者の Bさんは頭蓋骨の陥没骨折と脳挫傷の重傷ではあったが後遺症はなく回復した。一連のやり取りで恐怖感があり、隣に住むことはできないとの強い意向を示す。対象者は持っていた貯金は全て使い果たしてお

り入院中の日常生活費用にも支障があり、財産の残りは自宅と敷地内の畑に限られる。数ヶ月の援助は兄弟が行ってくれることになった。またお勤めをしていた寺の住職は対象者と会話し交流することは少ないが、悪い感情も持っていない。ただ地元であり、事件後の対応を決めかねているといい、対象者が希望すれば出入りを認めるかは分からない。

対象者は被害者に重症を負わせたことはすまないと述べる。しかし被害妄想により自分も被害を受けていると言うのは変わらず、信仰心で忍耐してきたと行為を病気とは捉えない。「確かにやりすぎた。申し訳ないことをした。しかし毒を盛ったBの罪はどうなるのだ？」と再三語る。対応は穏やかであるが、身体的なこだわりは強く少しの不調にも敏感である。鑑定中の暴力行為はない。治療に関しては妄想に関する病識はないもの身体的な不調が改善したこともあり鑑定中の医療関係者には感謝している。

発病は23才頃で近隣の人々に妄想形成があり、40才頃には心気妄想から農業をやめ僧侶となり、葛藤を回避し、孤立した自閉的な生活で大きな破綻もなかった。僧侶としての生活が、疾病を顕在化させず、このために精神科の受診は回避されていたが、最近は妄想に囚われる傾向が進行していた。同居家族がなく、自閉的な生活で病気の進行に気づかれず、治療への導入がなされなかったことが事件につながる。事件を契機にどのような形で治療介入が行われることが同種の犯罪を防止する。また治療的な介入は効果があると予測される。

共通評価項目記録用紙

患者氏名: _____ 生年月日: _____ 評価日: _____
 担当者: Dr.: _____ Ns: _____ PSW: _____ OT: _____ CP: _____
 社会復帰調整官: _____ その他: _____

評価項目	情報／判断材料／備考	最終観察日 1) 2) 3) 9) のみ	評価 0=問題なし 1=軽度の問題 2=明らかな問題点あり
精神医学的要素			
1) 精神病性症状	1 2 3 4 5 6	年 月 日	
2) 非精神病性症状	1 2 3 4 5 6 7 8 9	年 月 日	
3) 自殺企図		年 月 日	
個人心理的要素			
4) 内省・洞察	1 2 3 4		
5) 生活能力	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14		
6) 衝動コントロール	1 2 3 4 5		
対人関係的要素			
7) 共感性			
8) 非社会性	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		
9) 対人暴力		年 月 日	

評価項目	情報／判断材料／備考	最終観察日 1)2)3)9) のみ	評価 0=問題なし 1=軽度の問題 2=明らかな問題点あり
10) 個人的支援			
11) コミュニティ要因			
12) ストレス			
13) 物質乱用			
14) 現実的計画	1 2 3 4 5 6 7 8		
治療的要素			
15) コンプライアンス			
16) 治療効果			
17) 治療・ケアの継続性	1 2 3 4 5		
個別項目			

リスクのシナリオ

	シナリオ1	シナリオ2	シナリオ3
性質： どんな種類の問題（例 えば暴力）が起こ るか？			
深刻さ： どのくらい深刻な問題 （例えば暴力）が起こ るか？			
頻度： どのくらい頻繁に問題 （例えば暴力）が起こ るか？			
切迫度： どのくらい切迫してい るか？			
蓋然性： 問題（例えば暴力）が 起こる可能性はどのく らいか？			

治療・マネジメントプラン			
	シナリオ1	シナリオ2	シナリオ3
モニタリング： リスクの注意サインを どのようにしてモニタ リングするか？ どんなことがあればリ スクを再評価しなけれ ばならないか？			
治療： 介入すべき優先度の高 い問題は何か？ リスクファクターに対 してどのような治療戦 略がとられるか？			
マネジメント： リスクの防止のために 持続的に必要な支援は 何か？			
被害者の保護： 被害者を保護するた めに必要なプランは？			
その他考慮すべきこと は？			

配布資料 7 模範解答・症例 1

評価項目	情報／判断材料／備考	最終観察日 1) 2) 3) 9) のみ	評定 0=問題なし 1=軽度の問 題 2=明らかな 問題点あり
精神医学的要素			
1) 精神病性症状	1② 2 3 4 5② 6 「毒をまかれる」との妄想	2007年4月1日 持続中	2
2) 非精神病性症状	1 2① 3② 4 5① 6 7 8 9 持続的な怒りに関して2点 心気的な不安・抑うつは1点レベル 怒り・不安について現在は1点レベル持続	2007年2月8日 対象行為	2
3) 自殺企図	なし	年 月 日	0
個人心理的要素			
4) 内省・洞察	1 2 3② 4② 自首して、ケガさせたことは悪いと感じているが、病識はない。3=2。対象行為と疾病の関係が直接的であるが病識がないことによって4=2点。		2
5) 生活能力	1 2 3② 4 5 6 7① 8② 9② 10 11① 12 13① 14 コミュニケーション技能～警察には助けを求めており1点。 社会的引きこもり・孤立～以前は寺に行っていたが、妄想から約1年間行けなくなった点で2点 活動性の低さ～1点。单身生活を維持できている点も良い。高価な装置をたて続けに購入した点で、金銭管理の問題が2点と評価される。 13)隣人に対する妄想のために余暇活動を持ってなくなっている。		2
6) 衝動コントロール	1 2 3 4 5 本人の怒りは妄想に基づく積年の恨みであり、衝動的な怒りとは異なる。装置の購入も妄想に基づいて計画されたものであり、衝動買いではない。行動が一貫しており、衝動性は低い。		0

対人関係的要素			
7) 共感性	自分から相手に攻撃した上で、被害者のせいにするのではなく、(妄想の中で) 被害者からの長年の攻撃に対する反撃として行った行為であり、これを正当化する程度では共感性がないとは言えない。		0
8) 非社会性	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 反社会的な行動パターンではなく、妄想に基づく他害行為であるため、0点。		0
9) 対人暴力	対象行為、木刀で頭を殴る	2007年2月8日 対象行為	2
10) 個人的支援	これまでは姉が近くで、注意しに来る程度だったが、対象行為を機に兄弟で話し合い、支援することを約束している。また、数ヶ月の資金援助をしてくれることにもなっている。		1
11) コミュニティ要因	隣人に特定された妄想がある。元の住所に帰るならば、再燃の危険性が高い。隣人も拒否。		2
12) ストレス	隣人が強いストレスとなっている。 容易に身体化するストレス脆弱性は1点程度。		2
13) 物質乱用	なし		0
14) 現実的計画	1 2 3 4 5 6 7 8 治療開始時であり、計画は今のところない。		2
治療的要素			
15) コンプライアンス	身体症状については治療を強く求めており、今後の治療動機を高める手がかりとなるだろうが、主な治療ターゲットである妄想については病識なく、治療を求めているため2点。		2
16) 治療効果	長年の妄想があり、未治療期間も長くやや困難が予測される。		1

17) 治療・ケアの継続性	1 2 3 4 5 現在治療を求めているため2点。		2
個別項目			
C型肝炎	現在は特に症状の悪化は認められない。		1
高血圧	無症候性脳梗塞あり、活動などで注意が必要。		1
隣人への妄想	隣人に特定した持続的な被害妄想があり、対象行為につながっている。		2

リスクのシナリオ

	シナリオ1	シナリオ2	シナリオ3
性質： どんな種類の問題 (例えば暴力) が起 こるか？	ある程度近い関係の人に対 する被害的な妄想を発展さ せての暴力	本人の特異な生活様式のため、隣人と葛藤を生じての対 人トラブル	対象行為を振り返ってうつ 的になって自傷
深刻さ： どのくらい深刻な 問題 (例えば暴力) が起こるか？	殺人に至るおそれもある	殺人に至るおそれもある	死に至るおそれもある
頻度： どのくらい頻繁に 問題 (例えば暴力) が起こるか？	耐えるプロセスが長い ため、さほど頻繁では ない	耐えるプロセスが長い ため、さほど頻繁では ない	現在は切迫していないが、対 象行為との直面化、内省のプ ロセスでいったんリスクが 高まることが考えられるが、 繰り返すとは考えにくい。
切迫度： どのくらい切迫し ているか？	現在は病識がないため、ある 程度切迫しているが、今後は 慢性的に切迫しているわけ ではなく、身体不調、対人面 の問題などの積み重ねで切 迫度が高まっていく。	対人面の問題などの積み重 ねで切迫度が高まってい く。 ストレスや解決されない問 題の蓄積から切迫度が高ま る 病棟内のルールなどに合わ せることを要求されてスト レスが高まる	今のところは病識がなく、対 象行為についても自分は悪 くないと思っているために 切迫していないが、今後の治 療の進展に従って自傷の危 険性が高まるおそれがある。
蓋然性： 問題 (例えば暴力) が起こる可能性は どのくらいか？	低い	比較的高い	現時点では低い が、治療の経 過で可能性が高まる

治療・マネジメントプラン

	シナリオ1	シナリオ2	シナリオ3
<p>モニタリング： リスクの注意サインをどのようにしてモニタリングするか？ どんなことがあればリスクを再評価しなければならないか？</p>	<p>被害妄想・被毒妄想の訴え 本人の感じた被害への現実的対応 身体的不調、訴え 睡眠、食事、生活バランス</p>	<p>対人的な過敏性に基づく葛藤、不満の訴え 引きこもり、身体面の不調 寺へ行かなくなる</p>	<p>内省と自責感、抑うつ感情 POSD 症状</p>
<p>治療： 介入すべき優先度の高い問題は何か？ リスクファクターに対してどのような治療戦略がとられるか？</p>	<p>身体面の治療から治療関係の手がかりにし、信頼関係の構築を進める 薬物療法 疾病理解のための内省の促進から心理教育へ SST などを通じて自己表現スキルを向上。</p>	<p>不満を訴えてくれる治療関係作り 身体面の管理から治療関係の手がかりにする 1対1でのアセスメントから小集団での対人関係技能のトレーニングへつなげる</p>	<p>病識と対象行為への内省を得ていく過程で抑うつ気分などをモニターしながら疾病への情報提供と理解の促進を図る</p>
<p>マネジメント： リスクの防止のために持続的に必要な支援は何か？</p>	<p>服薬、副作用の観察（身体的に過敏なため、副作用から拒薬につながるおそれが高い） 本人との症状のモニタリング 寺とのつながりの確保 保健所などフォーマルな支援の拡大</p>	<p>対人面などの不満を話せるキーパーソンの確保 不満を話せる治療者との関係維持 寺とのつながりの確保 保健所などフォーマルな支援の拡大</p>	<p>同上</p>
<p>被害者の保護： 被害者を保護するために必要なプランは？</p>	<p>保護観察所との連絡を密にする 現居住地に戻るために被害者、隣人と話し合い 家族、近隣の情報把握</p>	<p>保護観察所との連絡を密にする 支援者との葛藤をモニターし、情報共有 葛藤を表現してもらい、サポートする本人へのアプローチが中心</p>	<p>同上</p>
<p>その他考慮すべきことは？</p>	<p>ポリープ、C型肝炎への治療・疾病教育</p>		

治療計画

評価日 2007年4月1日

患者氏名： A	担当者 Dr.： 村上	Ns：松尾
生年月日： 1948年3月10日	PSW： 吉澤	OT：中野 CP：壁屋
カルテ No.：	その他：	

治療計画

フォーカス	治療課題	目標	治療計画	担当者
精神病性症状	被害妄想	被害感の軽減	非定型抗精神病薬を中心とした薬物療法 リスパダール2ミリ程度から	村上 Dr
コンプライアンス	コンプライアンス	コンプライアンスの獲得	副作用の管理	松尾 Ns 村上 Dr.
コンプライアンス	治療関係	信頼感の獲得	身体ケアを通して関係作り	松尾 Ns
コンプライアンス	治療関係	信頼感の獲得	1対1で本人の興味のある活動から関係作り	中野 OT
コンプライアンス	治療関係	信頼感の獲得	本人の不満の傾聴から治療関係に入る	壁屋 CP
コンプライアンス	治療関係	信頼感の獲得	本人の生活を聞きながら、今後のプランを話し合う	吉澤 PSW
内省・洞察	病識	病識の獲得	治療関係のプロセスを見て徐々に疾病を話題にする	壁屋 CP
個人的支援	家族関係	兄弟の支持的な関係の維持	姉、兄との面接	吉澤 PSW
C型肝炎	身体的治療	身体症状の改善	定期的な身体面の評価 外科からセカンドオピニオンをもらう	村上 Dr 松尾 Ns
生活能力	対人関係スキル	対人パターンの評価	まずは本人の対人関係パターンの評価	中野 OT 壁屋 CP 松尾 Ns
生活能力	生活能力	生活能力とパターンの評価	まずは本人の生活パターンの評価	中野 OT 松尾 Ns 吉澤 PSW
コミュニティ要因 現実的計画	生活環境	退院地などの情報整理	関係機関との連絡・調整	吉澤 PSW

症例1 解説とQ&A集

<精神病性症状>

これは対象行為につながった「毒をまかれる」という妄想が、下位項目1)「通常でない思考内容」、5)「不適切な疑惑」に当てはまります。それぞれ2点レベルですね。幻覚は否定されていますし、他の下位項目は該当しないと思います。この妄想によって対象行為に至っていますが、その後も改善はなく現在まで至っています。

<非精神病性症状>

心気的な不安と抑うつは軽度で1点レベルですが、対象行為につながった、被害者への怒りが強く2点と評価します。

Q) 怒りは妄想に基づくものですが、非精神病性症状の怒りでも評定するのですか？

A) 状態評価になりますので、妄想に基づくものでも強い敵対的態度で、下位項目の基準に当てはまる場合は評定します。

<自殺企図>

特にありませんので0点です。

<内省・洞察>

やったことに対しては悪いと認めていますので、下位項目の1と2はつきませんが、病識がないので3)「病識のなさ」と4)「対象行為の要因の理解」の点で2点になります。

<生活能力>

高価な装置をたて続けに買った金銭管理の問題で2点と評価します。

Q) この人は月にたった2万円で生活していたので、金銭管理能力は高いと思いますが。

A) ご指摘の通りもともとの金銭管理能力は非常に高いと思います。しかし病気のせいで一時的にせよ金銭管理ができなくなったと捉えて2点と評定します。

Q) しかしこの人は妄想のせいで金を使ったので、妄想さえ良くなれば金銭管理の面でアプローチする必要がないと思いますが。

A) その通りだと思います。それは治療上重要なことなので備考欄に記載すべきだと思いますが、現状の評価としては金銭管理が問題ありで、金銭管理能力の回復へのアプローチが、通常NsやPSWなどが行っているような指導とは異なって、投薬による症状の改善、ということになるのだと思います。

Q) コミュニケーション能力に関しては警察に訴えているところを評価して1点ということでしょうか、引きこもりや孤立があるのではないのでしょうか。寺には行っていますが、1年近く前に症状から行けなくなっています。

A) そうですね。寺に行けていたことは良かったのですが、症状のために行けなくなったということが今後1つの焦点になると思われ、2点と評価したいと思います。

<衝動コントロール>

この人の怒りは積年の恨みになるので、衝動コントロールでは拾いません。そのため0点になります。

Q) 怒りが前からあるとは言え、暴力はいけないと思いながら抑えられずに行っただから衝動的ではないのですか？

A) ここでの衝動コントロールは、先の図のように、突然思い立って行動するといったものですので、突然思い立

ったことに対して抑えられないというのは含みますが、前々からの怒りに耐えかねて、というのは含みません。

Q) 被害妄想の影響で高価な装置を次々買ったのは衝動的なのではないですか。

A) 次々買っていますが、これが衝動的か、計画的かと考えると、衝動買いではないと思われますので、含んでいません。

Q) 衝動買いではないと思われるということですが、この人はお金があるから良かったけど、お金がないのに次々買ったということになったら、それも加味した評価になりますか？

A) そうですね、お金がないのに先のことを考えて買ったということがあればそれも加味して良いと思いますが、1番重要なのは買うことをいつ考えたか、考えてから実際に買うまでどのくらい時間があつたか、ということになります。思いついてから半日後にはすぐ買ったということだったらやはり衝動的ということになるだろうし、どれくらい考えてから行動したか、ということが重要になると思います。

Q) スタッフとしては妄想に基づくもので衝動買いではないと考えていても、患者さんが後に「あれは衝動買いだった」とか言った場合にはそれは加味するのですか？

A) 加味はすると思いますが、患者さんの「衝動」の意味が違う場合もありますし、最終的には患者さんの言葉を加味しつつもスタッフの評価で行ってください。

<共感性>

この人は被害者に対して重傷を負わせたことはすまないと言っていますし、共感性はあると考えられます。

Q) 重傷を負わせたことはすまないと言っていますが、正当防衛として合理化していますし、本当に共感があったら対象行為に及んでいないのではないのでしょうか？

A) そうかもしれませんが、自分が被害にあっているとずっと思っていて行為に及んで、相手に怪我させたことを悪いと認めているので、この程度は0点として評価したいと思います。

Q) あなたはこの人の共感を十分だと言いますが、それはあなたの感覚で、私は不十分だと感じます。

A) 確かにどの程度の共感が十分だと感じるかは感覚的なものになるので、人それぞれ違うと思いますが、これは多機関で使う評価尺度なので、一致度を上げるためにその感覚的なものをすり合わせないといけません。誰に合わせるも良いのですが、こちらがあちこちで広める立場にありますので、肥前の多職種感覚に合わせてください。

Q) 共感性というのは被害者に対するものですか？それとも被害者を含んだ全ての人に対するものですか？

A) 全ての人に対するものです。実際には被害者に対する共感性が1番如実に出るところですので、被害者に対する共感性を重視して評価してはいますが、全ての人に対する共感性です。

Q) この場合、主観的にはなりますが、これが問題なしとは考えにくいです。

A) 0点で問題なしと言うと抵抗があるかもしれませんが、この事例は被害者が悪いからと正当化している面と、罪悪感を感じて自首したりしている面との両面があるんですね。この両面をどう評価するかということですが、この両面を合わせて0点と評価したわけです。評価が主観的になるというご指摘に関してですが、マニュアルに書いてある分はそのまま評価しますが、そうでない点は主観になります。共感性もそうですが、特に個人的支援などはどういう場合が何点とマニュアルに書ききれないので、主観が大分入ってきます。ですが、多施設が評定しても同じようにするという評定者一致の問題がありますので、主観を揃えようとしています。そのためのものが2つあって、1つはこのような研修会で模範解答を示してこれは何点と基準を示すこと。別に私が正しくて皆さんが間違いというわけではないのですが、基準に合わせて一致率を上げることですね。もう1つはグループで評定することです。この後グループ演習をしますが、多職種のグループでしますと、視点も違うし重要視するところも違います。そのグループですり合わせて点数を決めていくと、主観がある程度相殺されて、主観のズレが小さくなっていくと思います。

<非社会性>

傷害を起していますが、この場合は妄想に基づくものですので、0点となります。

Q) 他の項目は状態評価でとっていましたが、この場合は評価しないのですか？

A) 非社会性の項目だけは基本的な対人傾向を評価したいので、疾病に基づく行為は除外して考えます。他の項目はご指摘のように状態評価となります。

<対人暴力>

これは木刀で殴っていますので、2点ですね。

<個人的支援>

Q) この事例は兄弟が同居してくれるわけでもないのに1点との評価ですが、同居の他にどんな支援があれば0点になりますか？

A) 同居もそうですが、本人の妄想などをモニタリングしてくれたりということが入ってくると、0に近づいていくと思います。

Q) 住職の援助があれば0点に近づくのではないですか？

A) そうですね、住職の支援があればプラスだと思います。

Q) 住職はコミュニティではないのですか？個人的支援とコミュニティとの違いの定義は何ですか？

A) 定義は家族や友人といった個人的つながりは個人的支援。地域や近所のつながりと公的支援はコミュニティ要因。ですが、ここで住職がどちらが、友だち関係か近所のつながりか、というと難しいです。この場合は両方含まれるとして両方の評価に入れてよいと思います。

<コミュニティ要因>

隣人に特定した妄想ですので、コミュニティ要因は2点です。

Q) この場合、隣人は特に何かしたわけでもなく、妄想ですのでコミュニティ要因にはならないのではないのでしょうか？

A) 妄想ですが、実際に隣人の刺激に反応しますので、コミュニティ要因で評価します。新たな被害者になりそうな人が近くにいる場合もコミュニティ要因で評価します。この事例のように特定の妄想の対象がいるとか、小児性愛の人が小学校の近くに退院するとかいう場合にはコミュニティ要因で評価します。

<ストレス>

隣人のストレスが2点ですね。この人はすぐに身体化しやすい面があって、ストレス耐性も低いですね。これは1点くらいだと思いますが。

Q) 隣人のストレスはコミュニティ要因でも評価しましたが、ここでも重なって評価するのですか？

A) 基本的に17項目は独立してなくて、互いに関連がありますが、それぞれで評価します。だから1つの事柄が複数の項目で評価されることはありますし、むしろ多いと思います。このようにストレスとコミュニティ要因で評価されることもありますし、ささいなことでもかっとなって殴った、とかだと対人暴力と衝動コントロール、言語的コミュニケーションでうまく表現できないということが関連するのであれば生活能力も関わるかもしれません。

<物質乱用>

これは既往がないので0点ですね。

<現実的計画>

これは初期評価の時は2点とするというルールがありますが、本人の計画性とかと関係なしに、実際に実現可能な計画があるかという項目ですので、まだ治療が始まっていなくて計画のないときには2点です。

<コンプライアンス>

今のところ病識もなく、治療を求めているので2点です。

Q) この人は身体的な治療は求めていますか。

A) 身体的な治療は求めています、対象行為につながり、医療観察法につながる対象となった精神疾患については病識もないし治療も求めています。

Q) しかしこの人は身体疾患の治療からすぐに精神疾患の治療につながる事が予想されます。

A) そうですね。それは治療の重要な手がかりになっていくと思います。そのことは備考で取り上げて、治療計画の時に組み込んでいくべき点でしょう。しかし評価としては、今は精神疾患の治療を求めているので2点の評価になります。

<治療効果>

未治療期間が長いので、ある程度困難がありそうなので1点とします。

Q) 2点ではないのですか？

A) 治療効果は、2点をつけるともう治療効果が見込めない、医療観察法の枠に入れなくて欲しいということになるのです。それでこれから入院期間で受け入れて治療を始めようという時には2点はつけないようにしたいと考えています。

<治療・ケアの継続性>

現在治療を求めていますし、治療開始時は2点とするルールがありますので2点です。またこの項目は、コンプライアンスと包含関係にありまして、治療・ケアの継続性の中にコンプライアンスが入ってきているのです。だから治療・ケアの継続性は常にコンプライアンスと同じかそれより高い点数になります。

<個別項目>

C型肝炎を挙げています。個別項目というのは、共通評価項目の17項目にないけれども、この患者さんには持続的に見ていくべきという項目です。共通評価項目は毎週チェックしていきますから、自傷他害のリスクと直接関係なくとも、毎週チェックすべきというような項目が個別項目に挙がってきます。慢性的な身体疾患は特に個別項目として挙がりやすいものです。この型の場合はC型肝炎がありますので、持続的に見ていこうということで個別項目に挙げます。しかし現状は大きな問題になっていないので、2点とはならず、1点にしています。

<シナリオ、治療・マネジメントプラン、治療計画>

この症例1の演習は、個人演習ですので、シナリオ、治療・マネジメントプラン、治療計画の作成は求めています。模範解答にはシナリオ以降も示してあります。シナリオは他害行為を妄想に基づく暴力と妄想に基づく暴力との2つのシナリオに分け、自傷のシナリオを加えて3つとしました。暴力のシナリオの挙げ方はこれに限らないと思いますが、シナリオを挙げる際にはどのような状況でリスクが生じるかということが詳細に書