

## 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>服薬状況。睡眠状況。 妄想気分、躁的な高揚感が生じた時には要注意。 性的欲求の表現。 女性に対する視線や表情。 成人雑誌などの私物。</p>	<p>就労など環境の変化。 家族の本人への態度。</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>薬物療法。ジプレキサなど非定型抗精神病薬については逸脱行為を高める危険性があるため要注意。 認知行動療法。行為の重さを理解させるため内省を高めるアプローチと服薬の重要性の認識を高めるアプローチ。問題解決トレーニングなど衝動性のコントロール。 SSTや対人関係のとり方を学ぶための集団活動。レクリエーションやスポーツなど。</p>	<p>コミュニケーションの困難さがあるため、SSTなど意思疎通の訓練。 能力が低いことのコンプレックスに対して、成功体験を得るようなプログラム。 生活の自立と自発性・意欲を高めるプログラム。</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>通院継続。 デイケア。 毎日の生活スケジュールを立て、活動を増やす。（性的ファンタジーに浸らない時間を増やす）</p>	<p>家族教育・支援。 ジョブコーチ、就労支援</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>マネジメントの徹底。 病棟内での段階的なエリア分けによる女性への接近の段階を持つ</p>	<p>継続的な家族支援。関わり方の指導。</p>	
<p>その他考慮すべきことは？</p>	<p>障害年金など経済的な支援。</p>	<p>障害年金など経済的な支援。</p>	

# 治療計画

評価日 2007年4月1日

患者氏名： A	担当者 Dr.： 須藤      Ns： 原、高野
生年月日： 1981年10月3日	PSW： 澤                      OT： 寺村                      CP： 壁屋
カルテ	その他：
No.：	

## 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	症状評価	症状と薬物の役割を明確にする	処方を切って再評価する。	須藤 Dr
内省・洞察	内省	強制わいせつの重大性を認識	性犯罪についての心理教育（個別）。	壁屋 CP
生活能力	基本的なコミュニケーション能力の不全	スタッフに相談ができる	日常生活援助を介しての自己表現・意思表示の促進	原 Ns
コンプライアンス	怠業	服薬の必要性の認識	処方の再評価を待ってから個別面接で認識を高める	原 Ns 壁屋 CP
生活能力	日常生活能力	身辺自立。 Ns にその都度言われなくても身の周りをきれいにする	日常生活援助及び指導	原 Ns 寺村 OT
生活能力	仕事が続かない・身の周りのことをしない	生活能力の再評価	生活能力の再評価	寺村 OT
衝動コントロール	衝動性	止まって考えることの重要性を理解する	問題解決トレーニングを通して衝動コントロールを高める	壁屋 CP
個人的支援	家族支援	家族との治療関係作り	家族教室への参加を促す。面会時に面接する。家族の苦勞を傾聴する。	澤 PSW
	自尊感情・自己効力感	活動を通じて成功体験を得る	活動を通じて成功体験を得る	寺村 OT
	自尊感情・自己効力感	日常生活場面を通じて役割を得て成功体験を得てもらう	日常生活場面を通じて役割を得て成功体験を得てもらう	原 Ns
生活能力	逸脱しないための生活	活動性を高め、幅を広げる	レクリエーション	寺村 OT
ストレス	ストレス耐性が低い	リラクゼーション導入	リラクゼーション	寺村 OT 壁屋 CP

### 症例3 解説とQ&A集

#### <衝動コントロール>

Q) 対象行為の抱きついたという行動は、「女子高生が通る道を徘徊し路上で犯行に及んだ」とあるように計画的に被害者を探して行っているのではないのでしょうか。

A) この行動はある程度被害者を探しに行っていますが、その場で抱きついたのはその場の衝動なんですね。だから半分計画、半分衝動のようなところがあって、それで1点という評価にしています。

Q) この人の対象行為は半分計画、半分衝動ということですが、仮に「誰かに抱きつこうと思って路上をはいかいして犯行に及んだ」ということになると、計画的で衝動コントロール0点ということになるのですか？

A) そうですね。そうなります。

Q) この事例では否定されていますが、統合失調症の慢性的変化によって統制力が低下したということになれば、そのことも衝動コントロールに関わってきますか？

A) そうですね。関わります。ただ評価としては変わりませんが。

Q) そうですね。評価は変わらないと思います。

#### <共感性>

Q) 対象者は繰り返しわいせつ行動をしていて、共感性はないので2点ではないですか。

A) 確かに繰り返し行っていて、共感性には問題ありますが、2点はサイコパシーのような重篤な場合に限っていますので、ここでは2点はつきません。だから1点の評価になります。

#### <個人的支援>

Q) この事例の場合、強制わいせつに腹を立てて実家に帰った妻に対しても、家庭内暴力で困っている母にもかなり支援が必要だと思います。そういう点から個人的支援は2点と考えます。

A) ご指摘の通り妻にも母にも支援は必要ですが、この兄と両親の本人への支援を評価すると、困難は抱えつつもサポーターで本人の治療にとって有益な面が大きいので、1点との評価です。この症例は2008年4月の改訂の時点で、個人的支援の評定を以前の0から1に変更したものです。共通評価項目が家族に対するサポートの必要度というよりも本人の社会復帰要因あるいはリスク管理を中心に評価していますので、この家族のサポート機能を評価すると1点のレベルということになります。

#### <個別項目>

Q) 個別項目として性衝動を挙げた方が良いと思います。このケースは性衝動の高まりから無理矢理行為に及ぶ、というパターンがありますので。

A) そうですね。挙げた方が良いと思います。

## 評定演習 4

### 配布資料—症例 4

評定演習 3 と 4 はグループでの評定をしてもらいます。4～8人程度のグループで、できるだけ1つの班の職種の数が多くなるように構成します。これは多職種にすることで、まえがきに記したような多職種の視点の違いを体験してもらうためです。複数の視点で評定し、シナリオと治療・マネジメントプランを作成し、多職種での治療計画の作成まで行ってもらいます。グループでの演習時間は2時間半ありますが、時間内に治療計画の作成まで終わらないことも多いです。時間配分は適宜調整してください。

グループ演習では個人演習と同様に評価時を初期評価としますが、その時、17項目の評価期間は半年ですが、リスクのシナリオ、治療・マネジメントプランは長期に渡り考えられるだけの未来のシナリオとプランを書いてもらいます。治療計画は入院後の初期評価時から急性期終了までの治療計画を立ててもらいます。ただし、事例によっては急性期終了までの見通しが立たず、服薬の開始など状況が変わった時点で再度MDTによる治療計画会議を行い、治療計画の修正を行うという場合もあるかもしれません。そのような事例では次回の治療計画会議までの治療計画を立案してください。そのため、治療計画の「目標」欄には、治療計画が修正される予定の日までに達成を目指す目標を書いてください。

演習後に模範解答を配布し、解説を行います。

症例 4

2007 年 4 月 1 日

氏名 A 氏 1970 年 5 月 20 日生 36 歳 男性

対象行為：現住建造物等放火 2007 年 1 月 10 日

鑑定時診断：統合失調症

対象行為の概要

対象者は、2007 年 1 月 10 日、現に A とその父らが住居に使用している木造 2 階建て居宅に放火してこれを焼損しようとして、同所において、同居宅内の仏壇に所携のライターで火を放ち、その火を同居宅の壁等に燃え移らせ、よって上記 A とその父らが現に住居に使用している上記居宅 1 棟を全焼させ、さらに、これに隣接する民家 1 棟を半焼させたものである。

刑事事件 嘱託鑑定書：

被疑者は妄想型の統合失調症に罹患していると診断される。発症時期は 2002 年 5 月頃と考えられる。妄想は二次妄想（妄想様観念）ではあるが、被害妄想や誇大妄想と多彩な形で出現し、現在まで持続している。加えて現在は統合失調症による連合弛緩を伴う思考解体の状態にある。犯行当時はさらに軽度の精神運動興奮を伴った状態にあった。犯行はほぼ完全に病的思考に支配されており、是非善悪の弁識能力およびこの弁識に従って行動する能力はともに喪失していたと考えられる。

医療観察法による鑑定：

対象者は妄想型の統合失調症に罹患していると診断される。対象者は現在も、軽度の誇大妄想および父親に対するアンビバレント（両性感情的）な心性にもとづく被害念慮を有している。思路における連合弛緩も強く、抽象的な思考はほとんどできない状態である。一見、疎通性が保たれ意味のある言動に見えても、これは他人と意識的に距離を置ける間に限られている。統合失調症の活動性の症状はいまだ寛解に至っていない。継続的な治療の必要な状態であり、もし住居のない現状で放置されれば、容易に精神運動興奮に至り自傷・他害のおそれがある。対象者は自らを「精神障害者ですから」と言い服薬は、きちんと守る。対象行為は「当然のことでただけ」と現在も思っており、全く後悔の念は示さない。

家族歴：

対象者は、第一子長男として出生。3 歳年下の弟 B がいる。対象者が 10 歳の時、実父と実母は離婚し、父親に引き取られる。翌年、実父が現在の継母と再婚。対象者 A が 12 歳の時に異母妹 C が出生。事件当時、弟の B は入院中であり、実父、継母、C と四人で同居していた。対象者に結婚歴はない。

実父は会社員として務め、熱心な仏教の信者である。係累に精神疾患に罹患しているものは、実子（対象者と次男）以外ない。実母は保育士であったが、現在は再婚し主婦をしている。対象者とは、連絡はとっているが、かかわりは少ない。対象行為後は、全くかかわりを拒否している。継母も熱心な仏教の信者である。対象者とは特別なトラブルはなかった。弟 B は高校卒業ころより、頭がまとまらないといって自室に引きこもりを続けていた。2006 年 1 月より、精神科病院に入院している。診断は明らかでないが、父によると独言や空笑が見られており、統合失調症の可能性が高い。妹の C は高卒後、アルバイトをしている。著患はない。事件後は実父・継母ともに「こんな恐ろしいことをする奴とは住めない」と繰り返すが、小遣いや身の回りのものをもってきてくれた

りはする。

#### 既往歴：

##### 精神疾患既往歴

- ①2002年7月7日、大量服薬による自殺企図があり、D病院入院。翌7月8日よりE病院外来受診。同年10月1日に再び自殺企図（両手首切傷）をして、10月2日にE病院入院。2003年1月15日まで入院した。単純型統合失調症疑い、と診断されていた。
- ②2003年4月13日、焦燥感、幻聴を自覚し、被害関係妄想が悪化し同病院に入院。5月30日退院となったが、このとき明らかな統合失調症と診断されている。自宅療養が必要とされ、同6月2日、父にともなわれ実家に帰った。
- ③2003年6月15日郷里のF病院を受診。統合失調症の診断で外来治療となった。本人が入院希望して2003年11月9日にF病院に入院。薬物療法、精神療法で症状は軽快し、2004年1月25日退院となった。その後、同病院外来デイケアに週3回通院していた。特変なくすごしていたが、しだいに父親に暴言をはいたり、器物を壊したりして不穏状態となり
- ④2005年12月26日任意入院となった。2006年2月27日父親との調整がつき退院となった。退院後は2007年1月10日の対象行為に至るまではほぼ毎日デイケアに通院している。

##### 身体疾患既往歴

自衛隊在職中より高血圧症で現在も内服加療中。その他特記事項なし。はっきりした頭部外傷の既往もない。

#### 薬物歴・飲酒歴：

薬物の乱用歴はない。

飲酒は20歳から機会的に飲んでいて、自衛隊在職中に飲酒問題を起こしたことはない。2003年6月に故郷に帰ってからは、外来通院中はほぼ連日飲酒していた。量は焼酎にして2～3合であった。飲酒した時は、他人と問題を起こすことはないが、父親とはよく諍いになっていた。離脱症状が出たことはない。対象行為時も飲酒をしていた。量は通常と変わらず焼酎にして2～3合であった。

#### 犯罪歴：

特記すべき犯罪歴はない。

#### 生活歴：

##### 1) 出生より事件二週間前まで

出産、発育にとくに異常はなかった。両親のもとで育てられ、公立小学校に入学した。小学校時代は、特別変わったこともなく、友人とも遊んでいた。成績は良かった。小学校4年生のころ両親が離婚し、上の弟とともに父親にひきとられた。小学校5年生のとき、父が現在の義母と再婚した。中学時代も特別にかわったところはない。公立高等学校の普通科に入学したが、高校時代は学校をさぼりがちで、成績はよくなかった。同年、4月から私立大学に入学した。ほとんど学校にはいかず、アルバイトなどをしていて、父の姉から自衛隊への入隊を進められ、同年、陸上自衛隊に入隊した。2003年に退職して自宅に帰るまで4箇所の駐屯地での勤務を経る。自衛隊在職中は全て寮生活で過ごしている。自衛隊時代は、勤務上問題を起こすこともなく、順調に昇進していた。2002年5月頃より不眠、食欲不振が出現し、集中力の低下も自覚するようになった。周りが急に変わってきたように感じ出した。2002年7月7日、自衛隊で何をしたら良いのかと、思い悩むようになり、自衛隊病院で処方された安定剤と血圧降下剤を多量に飲んで自殺未遂をした。D病院に運ばれ、この病院から精神病院に見せる

必要があるということでE病院を受診した。その後も2002年10月1日に再び自殺企図（果物ナイフで両手首切傷）をして、2002年10月2日に同病院入院。2003年1月15日まで入院した。単純型統合失調症疑い、と診断されていた。退院後は、これまでの業務がこなせなくなり、単純な作業でさえ困難な状態となっていた。軽度の幻聴や、周りが自分の悪口を言っているという被害念慮が持続していた。2003年4月13日、焦燥感、幻聴、被害関係妄想が悪化し同病院に入院。5月30日退院となったが、このとき明らかな統合失調症と診断されている。自宅療養が必要とされ、同6月2日、父にとりなわれ郷里に帰った。病状は安定せず、6月15日F病院受診。統合失調症の診断で外来治療となった。外来中特別なエピソードはなかったが、集中力の低下、不安感、不眠のため本人が入院希望して2003年11月9日にF病院に入院した。薬物療法、精神療法で症状は軽快し、2004年1月25日退院となった。（カルテには、入院時現在証に「誰かが自分のうわさをする」「意欲低下」の記載あり。入院中は静かにマイペースですごした様子が記載されている。）その後、同病院外来デイケアに週3回通院していた。特変なくすごしていたが、（カルテには、2004年8月に父親との諍いのエピソードの記載あり、2004年10月20日、「この2週間くらい昼起きていて家にいると頭の中にいろいろな不安が出てきて苦しくなる」との記載あり）しだいに父親に暴言をはいたり、器物を壊したりして不穏状態となり2005年12月26日任意入院となった。（カルテには、状態像として不眠、精神運動興奮、関係念慮の記載あり）入院中は前回同様、静かにマイペースですごした様子が記載されている。2006年2月27日父親との調整がつき退院となった。退院後は2007年1月10日の事件に至るまでほぼ毎日デイケアに通院していた。自衛隊退職後は就労はしていない。

## 2) 事件前二週間から事件当日

対象行為前二週間も変わらずC病院のデイケアに通っていた。この頃、父親が、引きこもりの弟を、被疑者に黙って、精神科病院に入院させた。黙っていたのは、対象者が弟に暴力を振るうことがあったから、との理由であった。被疑者は暴力を振るう理由を聞かれて、「こうでもせんと、親父はナムミョウホレンゲキョウばかりで何もせんから」と話している。この弟の居場所を教える教えないで、父親と諍いになり、次第に不眠、不穏が高まっていった。対象行為当日、2007年1月10日は、F病院まで歩いて行きデイケアを受け、いつものように帰り道の途中にある焼き鳥屋に寄った。少し酔ったくらいで自宅に帰ると、自宅には父親が1人でいた。この日も、父親に「弟はどこにいったうね。病院か、生みの親のところにおるとね。どこによるのかピシャッと教えてくれんね」などと食ってかかった。父親は「お父さんに任せとけもう少し待ってくれ。次郎が、居場所を教えないでくれといっている。お前には教えられない」などと答えたため、だんだんと気持ちが昂ぶり、頭に血が上り、「こんな宗教いらない」と思い、仏壇の中にかけた曼荼羅を破ろうとしたら、父親がこれを先に手にとって丸めて持った。それで、さらに興奮し、父親に「殺してやる包丁はどこにやった」などと言って、台所の方に走っていった。この時父親はこの曼荼羅を抱き抱えて、あわてて逃げ、玄関から外に出ていった。包丁で本当に父親を殺そうとは思ってなかった。父親が玄関から逃げた後、玄関のかぎをかけた。玄関のかぎを占めた後、頭に血が昇って興奮したまま、仏壇の前に立ち、「こんな仏壇があるからいつまでも仏教を信仰しているんだ。こんな仏壇はいらない。」などと考へて、「この仏壇をどうにかせんと、気が収まらない」と思い、100円ライターで新聞紙に火を付けて仏壇の中に入れ、さらに柵や教本を上に乗せた。ただただ、仏壇を破壊するのが目的だった。その後、自分の部屋にいて横になったり、仏壇の方に戻って、様子を見にいたり、往復3回くらいした。燃えている仏壇を見て、「おー燃えとる。燃えとる」と思った。煙たくなつたので、逃げ出したが、駆け付けた警察官から「家の人は」と言われ、自首しようと思つて手を差し出したが、警察官は、「大丈夫ね。怪我はないね。家の中に人は残っていないね。」と聞かれ、警察官とともに警察署に行つて、事情を聞かれた。

## 3) 事件後から現在

警察での取調べでは、火をつけたことを否認している。その後鑑定入院となったが、鑑定時には火をつけたこ

とを認めている。鑑定時の診察記録に「発言の内容から、妄想は疑われないが、その表現が時に不適切となる。また話を始めると、同じ話題が続き、話題を変えることが困難。思考形態の異常が存在するように思われる」との記載が見られる。逮捕後、刑事鑑定で、心神喪失とされ不起訴となり、医療観察法の鑑定を経て指定医療機関での入院医療が決定される。

#### 入院後の経過

主治医との面接内容より抜粋。：Dr.=医師、Pat=対象者

Dr.：事件のことは覚えている？

Pat：だから、わたしは全面自供した男ですから。事件のことは刑事にきいてください。調書のとおりですから。知らないことまで言うと、先生は混乱するでしょ。私は正直に取り調べにも応じているし、どうしました、その時はどうしました、という話になってくるんですよ。

Dr.：どういうこと？

Pat：F病院のところでこうしたことがあったとか。ここでこうしているのも取り調べですけど、今が1番自由な時間だから。父はお前が一生かかっても払えないほど借金があるなんていうし、不安なんですよ。……金額などを一回はっきり言ってもらわんと。

Dr.：事件の前は調子はどうだった？

Pat：事件前に調子は変わりなかったです。全く計画的にやったことじゃない。仏壇には火をつけましたが、カーテンにはつけてなかったし。

Dr.：火をつけたとき、見に行った？

Pat：ハイそうですよ。鍵をしめたのは自分だからですね。

Dr.：仏壇が燃えていると火事になるとは思わなかった？

Pat：思わなかったですね。全くその時は思わなかった。安心して寝とったですね。おー燃えとる、燃えとるという感じやったですね。あんまりけむいので外にでた。私はね、仏教に対する破壊行為ですよ。なにも考えんやった。仏壇を壊すことが必要だった。だから父に分かってほしい。ナンミヨウホウレンゲキョウでは解決せんから。

Dr.：犯罪になると思わなかった？

Pat：それは私は死んでしまいたいと思う人間やから、犯罪になろうがどうしようがどうでもいいんですよ。私は、死にたいと思うのが障害だから。

Dr.：人を殺したいと思ったことは？

Pat：殺せるわけじゃないですよ。そんな凶太い神経があったら自衛隊を辞めるわけない。そんな凶太い神経があったらと、父には言った。まさか私名義の借金とか作っとらんですか、と聞いたわけですよ。

Dr.：人から考えを読まれてるという感じはある？

Pat：そんなことを考え出したらなんも生きていけんじゃないですか。私の自衛隊時代のことを言わせれば、模範的な人間ですから、私は外務省に手紙をかけばすぐに返事が来る人間ですからね。私を総理大臣と思ってもらえればいいんですよ。私はこれからどんなことされてもどうもない。一度、徹底的に考えてみればプラス思考になった。私は「もし」という話は嫌いなんですよ。「たとえば」の話が好きなんですよ。一カ月ほど鑑定を伸ばしてもらってもいいし、信じて疑うか、疑って信じるか、ですよ。読まれているのか読まれてないか、上司は帰ってきてもらいたいといってたんですよ。みんな、A院長が「絶対、絶対」ということで話ししていた。父親としても、もちょっと気を利かしてくれたらね。私にとっては父親が恥なんです。カラオケに行って、「自分が歌わせてくれ」と言ってる馬鹿ですよ。だからうちのおやじには死んでほしい。これは言うてはいかんことなんでしょうけど。私は健常者と思って話をしてもらわんとですね。鑑定が必要なのはBとおやじですよ。だから、先生もイ



ラクで生きるか死ぬかという目にあってみるとかね。ああいう生活をしていくのが医者としてやっていくのがね、いい医者だと思いますよ。

親父もね、欲があるから、すぐ再婚して4年後には立派な家を建ててね、私は欲もないし、人間は欲があったらいかんですよ。だから1番いいのは、沖縄で県営アパートでも借りて生活することですよ。こっちに家はないし。あとはどこでも来てくださいですよ。私もね、東芝でもどこでも来てくださいと言われますよ。自衛隊をやめて2年したら、民間に勤めていいんですから。

#### 〈小括とコメント〉

面接全般に連合弛緩がみられる。細部にこだわる一方、一定の方向を持った陳述はできない。時に質問の意味が把握できなくなっている。

#### 現在証

##### 身体所見：

意識清明。身長175cm、体重70kg、両手首に刃物による切創の瘢痕をみとめる以外、理学所見に異常はない。

##### 精神的現症：

表情に乏しいが、奇異な表情や姿勢は見られない。知的水準は低くない。意識障害は認めない。意識の変容状態はなく、具体的な日常生活に関する疎通性は保たれている。記憶に障害はない。見当識も保たれている。個人の基本情報に関する健忘はないが、「自分は自衛官で、公的人間で、重要な秘密を保持している」など独特の注釈をすることがある。感情表現に乏しく、終始、多弁に説明的な口調で、ひとつひとつのように話す。感情鈍麻および意欲の低下を示唆する所見である。異常知覚は否定する。思考の形式において、ひとつひとつのセンテンスはおおむね筋がとおっているが文脈のつながりが悪く、滅裂には至っていないが強度の連合弛緩がある。思考の内容は、事実の伝達はかろうじてできるが、その意味を問うと「わたしは裁判官じゃないからわかりません」など問われた内容にそぐわない話が次々に語られる。また一方で、語られる内容は、自己の能力に対する誇大感あるいは周囲の人間に対する被害感のみで意味づけされている。明らかな体系化された妄想はないが、こうした意味づけは、情動刺激が加わると妄想様観念（二次妄想）に高まる。これらは、全体を把握したりそれぞれ個別の事象の関連を把握したりすることができない、という様式の認知障害によるものであり、連合弛緩と認知障害によって思考は全般的に深く障害されている。

##### 人格傾向

病前的人格傾向は情報が少なく明らかでない。少なくとも非社会的傾向はない。現在の性格は深く病気に侵されており、統一した人格は認めがたい。病気に伴うと思われる衝動的な傾向や細部に固執する傾向は見られるが、基本的には感情鈍麻および意欲低下した状態である。

臨床検査：臨床検査に異常は認めない。

##### 心理テスト：

###### ①総合所見

語彙力や知識が豊富であり、記憶も保たれており、一見すると知的に高そうな印象を受けるものの、認知的な能力に大きな偏りがあることと、その結果現実検討力が著しく低下していることのために、情報を適切な形で処

理し、さらに適応的な行動をすることが非常に難しい状態である。人格的には、自己評価が高く、自分中心に物事をとらえる傾向がある。さらに外界の刺激に対する脆弱性があり、心理的な負荷に弱いといえるだろう。

②Wais-R VIQ=99 PIQ=84 IQ=92

#### 病棟での様子

医療観察法の鑑定を経て、現在は入院2週間後、対象行為後3ヶ月になる。入院後は看護スタッフに、タバコや手紙、おやつなどの、頻回の要求はあるが、行動は自制でき、不穏やトラブルになることはない。他の患者にも「やあ、元気」など声をかけるが、相手が拒否的と見るとつきまとうことはせず、看護スタッフに相手を変える。治療の拒否はないが、夜間の中途覚醒は続いている。

家族は、父親がスタッフから電話すると荷物を持って1度来院された。それ以外は家族から連絡があることもなく、父親は来院時も本人に会わずに帰ろうとされ、スタッフから促して5分程度会って行かれた。

### 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
<b>精神医学的要素</b>			
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	
<b>個人心理的要素</b>			
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		
<b>対人関係的要素</b>			
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
<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>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>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>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>その他考慮すべきこと                      は？</p>			

### 治療計画

評価日

患者氏名：	担当者 Dr.：	Ns：
生年月日：	PSW：	OT： CP：
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

共通評価項目記録用紙

患者氏名： A 生年月日： 1970年5月20日 評価日：2007年4月1日  
 担当者：Dr.： 村上 Ns： 藤村 PSW： 土田 OT： 大橋 CP： 高橋紀子  
 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 3② 4 5① 6② 「私は外務省に手紙をかけばすぐに返事が来る人間ですよ」思考内容の異常、誇大性。 面接全体から連合弛緩ある。 周囲の人間に対する被害感あり。	2007年4月1日  現在も持続中	2
2) 非精神病性症状	1② 2① 3② 4① 5 6 7 8 9 対象行為時の興奮。借金に対する不安。父親に対する積年の恨み、弟の件に対する怒り。軽い感情鈍麻が示唆されている。	2007年4月1日  現在も持続中	2
3) 自殺企図	自殺企図は半年以上前に存在するのみだが、「私は死んでしまいたいと思う人間やから」「私は死にたいと思うのが障害だから」と現在も希死念慮を示唆する。	2007年4月1日  現在も持続中	1
個人心理的要素			
4) 内省・洞察	1② 2② 3① 4② 火をつけたことは認めているが、父親や宗教のせいにし、謝罪の言葉はみられないため、2点 弟への暴力への内省も見られず2=2点 病識についてはどう理解して「精神障害者」と言っているか詳しく聞く必要がある。 対象行為への内省に問題あるため、4=2点		2
5) 生活能力	1② 2 3 4 5 6 7① 8 9 10 11 12 13 14 入院前の不眠。 連合弛緩あり、自分の状況を上手に説明することが難しい		2



6) 衝動コントロール	1 2 3 4 5 対象行為および弟への暴力は、父と弟のみに対する家族の葛藤～行動化がエスカレートしたものである。 衝動的な行為とは異なり、家族への葛藤へのアプローチが重要になる。		0
対人関係的要素			
7) 共感性	「犯罪になろうがどうしようがどうでもいいんですよ」 火事について「おー燃えとる燃えとる」 対象行為をひとつごとのように話す。また父親のせいにする。		1
8) 非社会性	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 該当なし。精神病症状のために放火や暴力が生じる。		0
9) 対人暴力	父に対して「殺してやる」。弟に対する暴力。	2007年1月10日 対象行為	2
10) 個人的支援	父・義母は事件の被害者であり、ともに対象者と住むのを拒否し、小遣いや身の回りのものを持ってきてくれるが、病院での面会も仕方なく行っている状況。元々、父親に対しては対象者がアンビバレントな感情に基づく被害念慮を有し、飲酒しては諍いになっていたし、父・義母の信仰に対して反感が強く、それらの点から判断し、現段階でのサポートは困難であり、家族への支援が重要である。		2
11) コミュニティ要因	デイケア毎日通所。 家の焼失+隣家も半焼している 近隣の情報が無い 退院地未定のため2点。		2
12) ストレス	刑事鑑定書から他人と意識的に距離を置かないと疎通性が保たれない 心理テストから外界の刺激に対する脆弱性 父親（宗教も含めて）がストレッサー		2
13) 物質乱用			

	連日飲酒で焼酎2～3合、飲酒時は父親との諍いが生じる。 対象行為時も飲酒していた。		1
14) 現実的計画	1 2 3 4 5 6 7 8 初期評価のため2点。 住居が全焼し、隣も半焼したため、退院先の確保が課題。以前のデイケアに戻れるのか。		2
治療的要素			
15) コンプライアンス	自分を精神障害者と認めており、服薬等を行っているが、内省は認められない。		1
16) 治療効果	デイケアに通所。服薬継続されていた。しかし、効果には疑問。薬物療法の再検討が必要であろう。 また家族関係へのアプローチも困難が予想される。		1
17) 治療・ケアの継続性	1 2 3 4 5 初期評価のため2点。 状態のモニターが課題となりそう。		2
個別項目			
火への接近性・危険性の認識の甘さ	父親に対する敵対心から対象行為に及んでいる。 火への接近性と、危険性の認識の甘さがある。		1
高血圧	現在内服治療中		1
父への怒り	父への怒り・弟との葛藤から暴力、エスカレートして対象行為に及ぶ。		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？	病状が悪化し、妄想に基づ いての暴力	父・弟との関係で生じるス トレスが加わった時、口論 がエスカレートした時の家 族に対する他害行為	自己の傷つきによる自傷行 為
深刻さ： どのくらい深刻な 問題 (例えば暴力) が起こるか？	殺人のおそれもある	暴力・傷害 殺人まで至る危険性は低 い。	既遂になる危険も
頻度： どのくらい頻繁に 問題 (例えば暴力) が起こるか？	現状では高い	高い	低い
切迫度： どのくらい切迫し ているか？	①父親との同居・葛藤状況 で ②症状増悪時 に特に切迫度が高まる。	現状は高い。父親との同居・ 葛藤状況でさらに高まる	低い
蓋然性： 問題 (例えば暴力) が起こる可能性は どのくらいか？	高い	高い	低い

## 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>睡眠状況、飲酒、不穏 家族に対する言動、表情の変化 妄想（誇大も含む）による言動</p>	<p>家族に対する言動、表情の変化</p>	<p>抑うつ気分 自傷・自殺企図 自己評価</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>薬物療法 CBT, 心理教育によりストレス対処能力を高めると共に、内服の必要性を説明 怒りのコントロール 家族関係のコミュニケーションスキル アルコール問題への心理教育的アプローチ</p>	<p>怒りのコントロール 家族関係のコミュニケーションスキル</p>	<p>薬物療法 自己評価を高めるアプローチ 心理教育など障害を認知してもらう働きかけ</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>家族関係調整 住居の確保（父・弟との別居も考える） 家族への心理教育により、病気・対応法の説明 服薬のチェック 被害的な言動や訴えに対しての傾聴</p>	<p>家族関係調整 住居の確保（父・弟との別居も考える）</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>父親が不安を感じた時の連絡体制・避難場所・緊急時対応を確保 家族の別居</p>	<p>父親が不安を感じた時の連絡体制・避難場所・緊急時対応を確保 家族の別居</p>	
<p>その他考慮すべきことは？</p>	<p>退院後のデイケア継続</p>		