

表 6-14 ロジスティック回帰分析

| 変数名 | 回帰係数 | オッズ比 | p値 |
|-----|--------|-----------------------|-------|
| 性別 | -0.792 | 0.453 (0.143 ~ 1.440) | 0.18 |
| 年齢 | 0.008 | 1.008 (0.970 ~ 1.048) | 0.684 |
| 診断* | -1.559 | 0.21 (0.053 ~ 0.835) | 0.027 |
| 暴力 | 0.915 | 2.497 (0.840 ~ 7.422) | 0.1 |
| 定数 | 0.859 | 0.446 | 0.446 |

* F2の診断である場合

とし、説明変数として、「年齢」、「性別」、「診断」、原因症状の「暴力」を用いてロジスティック回帰分析を行った。表 6-14 に示したように、行動制限期間に関連する有意な予後因子として「診断」が検出された。

結論：主診断における F2 の有無が行動制限の期間の予後因子である可能性が示唆された。つまり、主診断が F2 であることが行動制限期間を短くし、F2 以外であることが行動制限期間を長くすることが予想される結果であった。

【考察】

(1) 身体合併症

身体合併症の件数は増加しており、引き続き身体合併症に対する診療体制の整備が必要であろう。昨年度も指摘したが、医療観察法下の身体合併症に関して、「緊急性」、「専門性」、「治療期間」の3点に配慮して対策を検討する必要がある。「緊急性」の高い身体疾患については、指定入院医療機関の近くに位置する救急医療機関に依頼すべきであろう。「専門性」の高い高度な医療を必要とする場合、地域の総合病院と連携し、身体合併症医療を提供するのが現実的である。しかし、慢性疾患や悪性腫瘍など「治療期間」が長期化する場合、医療観察法病棟の職員同伴での転院による治療継続は大変難しい。優先される身体疾患の治療を継続するため、医療観察法の精神科治療の継続が困難になる場合が予想される。このため、医療観察法病棟では、①緊急性を要しない、②高度の専門性を必要としない、しかし③長期に及ぶ慢性新患に対応で

きる機能を備えることが望まれる。

(2) 電気けいれん療法の実施状況

指定入院医療機関における電気けいれん療法は、増加傾向にある。しかし、その実施方法、医学的適応の判断、倫理会議の手続きなどにおいて適正であった。ただし、倫理会議の承認が事後になっている症例も存在しており、事後承認とせざるを得ない理由については今後も調査が必要であろう。

(3) 行動制限の実施状況

指定入院医療機関が12施設から16施設になり病床数が増加したこともあるが、隔離と拘束を合わせた総件数は、前年度35件であったのが、本年度は63件に増加し合計98件となった。精神科主診断では、統合失調症が約4分の3を占めており、それ以外は器質性精神障害やパーソナリティ障害、精神遅滞、発達障害であった。原因症状としては、統合失調症の主症状である幻覚や妄想ではなく、暴力が最も多く、実に7割以上の症例で認められ、次いで精神運動興奮や衝動性が多かった。また、行動制限期間も長期化しており、その中には全制限日数が365日を越える症例を認めた。

今回、行動制限の長期化の原因を解明するために、行動制限の長期化と関連する因子を検索したところ、統合失調症以外の診断であることが行動制限期間を長期化することが分かった。統合失調症とそれ以外のパーソナリティ障害、精神遅滞、器質性精神障害などでは、行動制限の実施・継続判断の基準、対象となる精神症状や病態が異なることが予想された。統合失調症

の急性期では、幻覚妄想などの病的体験や衝動性亢進に対して、行動制限が実施される。慢性期の欠陥状態では、しばしば衝動制御能力が障害されており、行動制限が必要となることもある。統合失調症では、精神症状の再燃が先行し、それから衝動性や攻撃性が亢進することが多く、精神症状をモニタリングすることによって、暴力のリスクを予測しマネジメントすることがある程度可能である。一方、パーソナリティ障害、精神遅滞、器質性精神障害では突発的、断続的、状況依存的に衝動性亢進が認められるため、必ずしも暴力の発生を予測することは容易ではない。このため、ひとたび重大な他害行為が発生すると、行動制限が長期化する可能性がある。このような精神障害に見られる特性の違いが、行動制限期間に影響していることが考えられる。

また、リスク・マネジメントでも、統合失調症などの精神症状に対しては薬物療法や疾病教育が効果的であるのに対して、パーソナリティ障害、精神遅滞、器質性精神障害などにおけるストレス脆弱性、衝動制御の障害、低い対人機能・社会生活技能が原因となる場合、薬物療法の効果は限られている。そのため、ソーシャル・スキル・トレーニング (SST) やリラクゼーション、怒りのコントロール、作業療法などの介入が必要とされるが、すみやかで大きな改善は期待しにくい。よって、リスク・アセスメントが困難であるだけでなく、リスク・マネジメントにも限界があるため、長期間の行動制限が必要になったと思われる。

今回の研究は、症例数が少ないために隔離と拘束を合わせて検討しているが、今後は隔離と拘束を分けてそれぞれ検討する必要がある。また、さらに状態像を鮮明にするために、主診断の多くを占める統合失調症を、急性期または慢性期、状態像、下位診断ごとに評価することが

今後の課題であると思われる。

行動制限は、効果（メリット）と副作用（デメリット）を考慮し、適切に行われる場合、重要な治療法の一つとなる。今後も現状を把握するために行動制限の調査を継続することで、行動制限から見た疾患別の特性や治療反応性を明らかにし、それぞれの疾患に応じたより適切な実施基準を作成し、マニュアル化することで行動制限を適正化、さらには最小化することが可能であろう。さらに、行動制限を長期化する因子が抽出された場合、それに対して適切なリスク・アセスメントや早期のマネジメントを行うことで、行動制限の予防につなげることも可能であると思われる。

まとめ

本年度の研究では、指定入院医療機関の入院期間と医療の実態などについて調査し、今後の病床不足の動向を予測しその対策を考察した。最も重要な課題のひとつは長期入院者対策である。また、指定入院医療機関における行動制限には増加と長期化が認められており、その原因のひとつは統合失調症以外の精神障害に対する行動制限の問題が存在している。今後も引き続き、指定入院医療機関の実態調査を継続する必要がある。

論文発表

- 1 平林直次：座談会 精神科医の仕事とは何か？こころの臨床アラカルト 27(4)：563-573, 2008
- 2 平林直次：3年目を迎えた「心神喪失者等医療観察法」の運用実態とその将来的展望. 精神保健政策研究 17：43-44, 2008
- 3 平林直次：指定入院医療機関における医療 2-4号合併号矯正医学 48-57, 2008
- 4 平林直次：II 各種疾患の精神鑑定例 1.

統合失調症. 五十嵐禎人責任編集, 刑事精神
鑑定のすべて. 78-88, 中山書店, 東京, 2008

引用文献

- 1) 土屋健三郎編集:疫学入門. 第3版 医学・
医療・生物学のために. 医学書院, 東京,
1997
- 2) 平林直次:医療観察法入院処遇の問題点と
今後の課題. 司法精神医学 2(1): 44-50,
2006

医療観察法指定入院医療機関処遇アンケート調査票

(平成20年9月30日現在にて、ご記入をお願いします。)

設問1 貴施設の地域(厚生局)と病床数をお聞きます。

a) 厚生局 (○をつけてください)

1九州 2四国 3中国四国 4近畿 5東海北陸 6関東信越 7東北 8北海道

b) 平成19年9月30日現在の入院数 ()人 内訳 男()人 女()人

c) 現在の総病床数のままとした場合、ユニットごとの病床数は何床ずつが良いと思いますか?

| | 現在 | 理想 |
|--------------|-------|---------|
| 医療観察法病棟の総病床数 | () 床 | → () 床 |
| 急性期ユニット | () 床 | → () 床 |
| 回復期ユニット | () 床 | → () 床 |
| 社会復帰期ユニット | () 床 | → () 床 |
| 共用ユニット | () 床 | → () 床 |
| その他ユニット | () 床 | → () 床 |
| 保護室 | () 床 | → () 床 |

d) 現在、保護室が不足していると思いますか?

はい いいえ

設問2 医療観察法病棟のスタッフ数をお書きください。

a) 医療観察法病棟 専従職員

Dr () 名 Ns () 名 CP () 名 OT () 名 PSW () 名 その他 () 人

b) 医療観察法病棟 非専従職員

Dr () 名 Ns () 名 CP () 名 OT () 名 PSW () 名 その他 () 人

現在の貴施設の病棟を運営するために最低必要なスタッフ数をお書きください。

c) 医療観察法病棟 専従職員

Dr () 名 Ns () 名 CP () 名 OT () 名 PSW () 名 その他 () 人

d) 医療観察法病棟 非専従職員

Dr () 名 Ns () 名 CP () 名 OT () 名 PSW () 名 その他 () 人

設問3 医療観察法病棟の開設時期をお書きください。

平成 () 年 () 月 () 日

設問4 身体合併症治療のための転院についてお聞きします。

なお、調査期間は、平成19年10月1日から平成20年9月30日までの一年間となります。

- a) 身体合併症のための協定を結んでいる病院はありますか？ はい いいえ
- b) 転院中（1週間以内の外泊を含む）に、付き添いを求められた場合、付き添う職種とその人数をお答えください。

Dr（ ）名 Ns（ ）名 CP（ ）名 OT（ ）名 PSW（ ）名 その他（ ）人

身体合併症のために転院（外泊）、通院処遇に切り替え、処遇終了した対象者はいますか？

はい（ ）人 いいえ

症例1 年齢 0～9 ～10 ～20 ～30 ～40 ～50 ～60 ～70 ～80 ～90

性別 1. 男 2. 女

精神科診断名（ ICD10 F . . . ）（

ICD10 F . . .）

身体合併症病名（ ）（ ）

【転院（外泊） 退院後通院処遇 処遇終了】

症例2 年齢 0～9 ～10 ～20 ～30 ～40 ～50 ～60 ～70 ～80 ～90

性別 1. 男 2. 女

精神科診断名（ ICD10 F . . . ）（

ICD10 F . . .）

身体合併症病名（ ）（ ）

【転院（外泊） 退院後通院処遇 処遇終了】

- c) 上記b)で「はい」と答えた方にお聞きします。転院に際して困難を感じましたか？

はい いいえ

- d) どのようなことで困難を感じましたか？

転院先の確保 付き添い職員の確保 移送 手続き上の問題 その他

設問5 行動制限の実施状況についてお聞きします。

- a) 平成19年10月1日から平成20年9月30日までの間に、保護室（以下、自室を含む）隔離または身体拘束を実施した対象者はいますか？（なお、平成19年9月30日以前から継続し、行動制限を実施した者、平成20年9月30日現在、継続中の者も含めてください。）、保護室（以下、自室を含む）隔離または身体拘束を実施した対象者はいますか？

保護室隔離 はい いいえ ()人

身体拘束 はい いいえ ()人

- b) もし行動制限（隔離または身体拘束）を行った対象者がいた場合、お答えください。なお、同一の症例に対して別の時期に、複数回行動制限を行った場合、それぞれ別の症例として番号をおつけください。同一症例に行動制限を複数回行ったかどうか、5 ページ先の同一症例の有無もご記入ください。

なお、用紙が不足する場合、お手数ですがコピーしてご記入いただければ幸いです。

保護室隔離症例 1

年齢 0~9 ~10 ~20 ~30 ~40 ~50 ~60 ~70 ~80 ~90

性別 1. 男 2. 女

精神科診断名 (ICD10 F) (ICD10 F)

対象行為 (殺人 傷害致死 傷害 強盗 強姦 強制わいせつ 放火)

隔離場所 保護室 自室

■隔離の目的 (複数回答可)

1. 刺激を遮断して静穏で保護的な環境を提供することにより症状を緩和するため
2. 他害の危険を回避するため
3. 自殺あるいは自傷の危険を回避するため
4. 他の患者との人間関係が著しく損なわれないように保護するため
5. 自傷他害に至るほど攻撃性は強くないが興奮性が顕著である患者を保護するため
6. 身体合併症を有する患者の検査および治療を遂行するため

(平成 11 年度厚生科学研究受補助金 (障害保健福祉総合研究事業) 精神科医療における行動制限の最小化に関する研究より)

対象症状 (複数回答可)

- 幻覚 妄想 カタレプシー 希死念慮 精神運動興奮 暴力 (対人・対物暴力) 衝動性 多弁・多動 観念奔逸 行為心拍 不安 焦燥感 抑うつ気分 精神運動制止 拒薬
- その他 ()

行動制限中の観察間隔 常時観察 15 分以内 30 分以内 60 分以内

その他 ()

| | 終日 | 部分隔離 (解錠時間あり) |
|-------------------------|-----|---------------|
| 例: 終日 1 日 + 部分隔離 3 日の場合 | 1 日 | 3 日 |
| 症例の隔離期間 (日) | | |

倫理会議での検討 (あり なし)

ありの場合 (複数回答可) (事前 事後)

検討の結果 (承認 不承認)

保護室隔離症例 2

年齢 0~9 ~10 ~20 ~30 ~40 ~50 ~60 ~70 ~80 ~90

性別 1. 男 2. 女

精神科診断名 (ICD10 F . .) (ICD10 F . .)

対象行為 (殺人 傷害致死 傷害 強盗 強姦 強制わいせつ 放火)

隔離場所 保護室 自室

■隔離の目的 (複数選択可)

1. 刺激を遮断して静穏で保護的な環境を提供することにより症状を緩和するため
2. 他害の危険を回避するため
3. 自殺あるいは自傷の危険を回避するため
4. 他の患者との人間関係が著しく損なわれないように保護するため
5. 自傷他害に至るほど攻撃性は強くないが興奮性が顕著である患者を保護するため
6. 身体合併症を有する患者の検査および治療を遂行するため

(平成 11 年度厚生科学研究受補助金 (障害保健福祉総合研究事業) 精神科医療における行動制限の最小化に関する研究より)

対象症状 (複数回答可)

- 幻覚 妄想 カタレプシー 希死念慮 精神運動興奮 暴力 (対人・対物暴力) 衝動性 多弁・多動 観念奔逸 行為心拍 不安 焦燥感 抑うつ気分 精神運動制止 拒薬
- その他 ()

行動制限中の観察間隔 常時観察 15 分以内 30 分以内 60 分以内
その他 ()

| | 終日 | 部分隔離 (解錠時間あり) |
|-------------------------|-----|---------------|
| 例: 終日 1 日 + 部分隔離 3 日の場合 | 1 日 | 3 日 |
| 症例の隔離期間 (日) | | |

倫理会議での検討 (□あり □なし)
 ありの場合 (複数回答可) (□事前 □事後)
 検討の結果 (□承認 □不承認)

身体拘束症例 1

年齢 0~9 ~10 ~20 ~30 ~40 ~50 ~60 ~70 ~80 ~90

性別 1. 男 2. 女

精神科診断名 (ICD10 F) (ICD10 F)

対象行為 (殺人 傷害致死 傷害 強盗 強姦 強制わいせつ 放火)

拘束場所 保護室 自室

身体拘束の目的 (複数回答可)

1. 以下に該当する場合の他害の危険を回避するため
 - (1) 突発した興奮や暴力的な行動が、脳器質性疾患に起因している可能性が否定できない場合
 - (2) 身体合併症を有する患者に身体への安全性を考慮して選択された薬物の種類あるいは量が鎮静に不十分な場合
 - (3) 患者の体格や興奮の程度を考慮して、隔離のみでは医療者が患者に接近できないため迅速かつ十分な医療行為を行うことが困難な場合
2. 以下に該当する場合の自殺あるいは自傷の危険を回避するため
 - (1) 突発した興奮や暴力的な行動が、脳器質性疾患に起因している可能性が否定できない場合
 - (2) 身体合併症を有する患者に身体への安全性を考慮して選択された薬物の種類あるいは量が鎮静に不十分な場合
 - (3) 患者の体格や興奮の程度を考慮して、隔離のみでは医療者が患者に接近できないため迅速かつ十分な医療行為を行うことが困難な場合
3. せん妄など種々の意識障害の状態にある患者の危険な行動を防止すること
(平成 11 年度厚生科学研究受補助金 (障害保健福祉総合研究事業) 精神科医療における行動制限の最小化に関する研究より)

対象症状 (複数回答可)

- 幻覚 妄想 カタレプシー 希死念慮 精神運動興奮 暴力 (対人・対物暴力) 衝動性 多弁・多動 観念奔逸 行為心拍 不安 焦燥感 抑うつ気分 精神運動制止 拒薬
その他 ()

拘束部位 (複数回答可) (上肢 下肢 体幹 その他【 】)

拘束中の観察間隔 常時観察 15 分以内 30 分以内 60 分以内
その他 ()

| | 終日 | 部分隔離 (解錠時間あり) |
|-------------------------|-----|---------------|
| 例: 終日 1 日 + 部分隔離 3 日の場合 | 1 日 | 3 日 |
| 症例の隔離期間 (日) | | |

倫理会議での検討 (あり なし)
 ありの場合 (複数回答可) (事前 事後)
 検討の結果 (承認 不承認)

身体拘束症例 2

年齢 0~9 ~10 ~20 ~30 ~40 ~50 ~60 ~70 ~80 ~90

性別 1. 男 2. 女

精神科診断名 (ICD10 F . .) (ICD10 F . .)

対象行為 (殺人 傷害致死 傷害 強盗 強姦 強制わいせつ 放火)

拘束場所 保護室 自室

身体拘束の目的

1. 以下に該当する場合の他害の危険を回避するため
 - (1) 突発した興奮や暴力的な行動が、脳器質性疾患に起因している可能性が否定できない場合
 - (2) 身体合併症を有する患者に身体への安全性を考慮して選択された薬物の種類あるいは量が鎮静に不十分な場合
 - (3) 患者の体格や興奮の程度を考慮して、隔離のみでは医療者が患者に接近できないため迅速かつ十分な医療行為を行うことが困難な場合
2. 以下に該当する場合の自殺あるいは自傷の危険を回避するため
 - (1) 突発した興奮や暴力的な行動が、脳器質性疾患に起因している可能性が否定できない場合
 - (2) 身体合併症を有する患者に身体への安全性を考慮して選択された薬物の種類あるいは量が鎮静に不十分な場合
 - (3) 患者の体格や興奮の程度を考慮して、隔離のみでは医療者が患者に接近できないため迅速かつ十分な医療行為を行うことが困難な場合
3. せん妄など種々の意識障害の状態にある患者の危険な行動を防止すること
(平成 11 年度厚生科学研究受補助金 (障害保健福祉総合研究事業) 精神科医療における行動制限の最小化に関する研究より)

対象症状

- 幻覚 妄想 カタレプシー 希死念慮 精神運動興奮 暴力 (対人・対物暴力) 衝動性 多弁・多動 観念奔逸 行為心拍 不安 焦燥感 抑うつ気分 精神運動制止 拒薬
 その他 ()

拘束部位 (複数回答可) (上肢 下肢 体幹 その他【 】)

拘束中の観察間隔 常時観察 15 分以内 30 分以内 60 分以内
 その他 ()

| | 終日 | 部分隔離 (解錠時間あり) |
|-------------------------|-----|---------------|
| 例: 終日 1 日 + 部分隔離 3 日の場合 | 1 日 | 3 日 |
| 症例の隔離期間 (日) | | |

倫理会議での検討 (あり なし)
 ありの場合 (複数回答可) (事前 事後)
 検討の結果 (承認 不承認)

※ 同一症例の有無についてお聞きします。

前記のうち同一症例はありますか？ あり なし

もし、同一の症例がありましたらご記入ください。

例えば、隔離症例 2 と拘束症例 1 が同一症例の場合

(隔離・拘束) 症例 (2) = (隔離・拘束) 症例 (1)

隔離症例 3 と隔離症例 4 が同一症例の場合

(隔離・拘束) 症例 (3) = (隔離・拘束) 症例 (4)

同一症例の有無

(隔離・拘束) 症例 () = (隔離・拘束) 症例 ()

(隔離・拘束) 症例 () = (隔離・拘束) 症例 ()

(隔離・拘束) 症例 () = (隔離・拘束) 症例 ()

(隔離・拘束) 症例 () = (隔離・拘束) 症例 ()

(隔離・拘束) 症例 () = (隔離・拘束) 症例 ()

(隔離・拘束) 症例 () = (隔離・拘束) 症例 ()

(隔離・拘束) 症例 () = (隔離・拘束) 症例 ()

(隔離・拘束) 症例 () = (隔離・拘束) 症例 ()

(隔離・拘束) 症例 () = (隔離・拘束) 症例 ()

設問6 電気けいれん療法の実施状況についてお聞きします。

a) 平成19年10月1日から平成20年9月30日までに、電気けいれん療法を実施しましたか？

有けいれん型電気けいれん療法 はい いいえ () 人

修正型電気けいれん療法 はい いいえ () 人

b) もし電気けいれん療法を行っていた場合、以下についてお答えください。

症例1

年齢 0~9 ~10 ~20 ~30 ~40 ~50 ~60 ~70 ~80 ~90

性別 1. 男 2. 女

精神科診断名 (ICD10 F . . .) (ICD10 F . . .)

対象行為 (殺人 傷害致死 傷害 強盗 強姦 強制わいせつ 放火)

電気けいれん療法の種類 有けいれん 修正型

修正型の場合 サイン波 パルス波

対象者の同意 あり なし

家族の同意 あり なし

倫理会議の事前検討 あり なし → 検討の結果 (承認 不承認)

例えば、電気けいれん療法を1クール6回行う場合、週2回実施すると3週間かかります。その場合、その間に行われた倫理会議で継続して実施するための承認を受ける必要があります。そこでお聞きします。

電気けいれん療法継続中に倫理会議の開催があった場合、

倫理会議での継続の検討 あり なし → 検討の結果 (承認 不承認)

ガイドラインでは、電気痙攣療法は実施前に倫理会議での承認を受けることになっています。しかし、何らかの理由で事後承認となった症例がありますか？

倫理会議の事後検討 あり なし → 検討の結果 (承認 不承認)

以下、該当するものすべてについてチェックしてください。

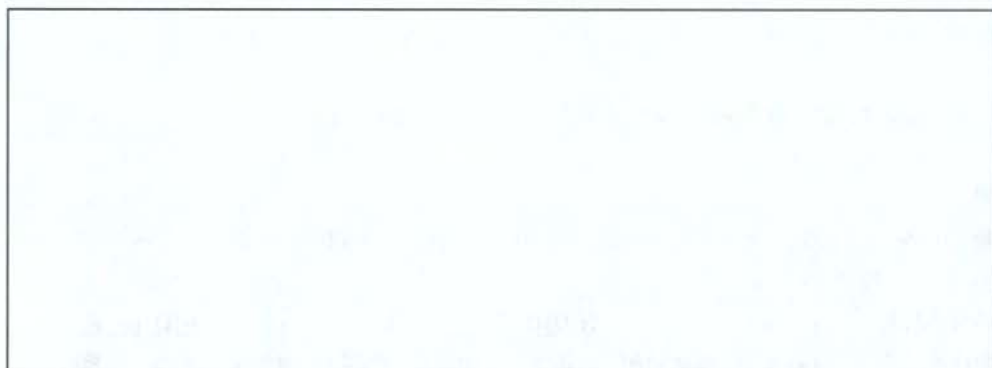
適応の理由 精神症状 自殺危険 身体状況 薬物抵抗性 薬物副作用 ECT
が効いた治療歴 対象者希望 その他 ()

対象症状 (複数回答可)

幻覚 妄想 カタレプシー 希死念慮 精神運動興奮 暴力 (対人・対物暴力) 衝動性 多弁・多動 観念奔逸 行為心拍 不安 焦燥感 抑うつ気分 アンヘドニア 精神運動制止 食欲低下 不眠 パーキンソン症状 ジストニア ジスキネジア 拒薬
 その他 ()

お手数ですが、複数症例のご経験がある場合、お手数ですがコピーしてご記入ください。

以上です。ご協力ありがとうございました。その他、指定入院医療機関の運営や医療について意見がございましたら、お書きください。



お問い合わせ先

国立精神・神経センター武蔵病院 精神科 平林直次

東京都小平市小川東町 4-1-1 042-841-2711

触法事例検討会

「一般精神科医療における治療困難例に対する取り組み—多職種がどう関われるか」

研究班員

島田達洋

栃木県立岡本台病院

1. 研究目的

重大な他害行為を行った精神障害者に対して現在は、医療観察法にもとづいた医療が展開されている。一方、重大な他害行為あるいは犯罪を行った精神障害者が、精神保健福祉法の措置入院などで入院することも、法的にはなくなったわけではなく、現実にもそのような症例も存在する。医療観察法の指定入院機関のような豊富なマンパワーや十分なセキュリティを持たない一般の精神科病院でこのような症例を治療することの困難は今も変わっていない。

治療困難な症例に対しては多職種による関わりが有効であるとされ、医療観察法指定入院機関では多職種チームによる積極的な治療が行われている。一般精神科病院に入院中の重大な犯罪歴のある治療困難な症例について、多職種で症例提示を行い、医療観察法指定入院機関の多職種チームによる助言を行うことは、よりよい治療を模索するために有用な試みと考えられた。また、このような症例に関わる医療、保健福祉、司法の関係者が一同に会し、ディスカッションすることはさらに広い範囲の多職種の関わりとして有意義なことと考えられた。

このために、一般精神科病院に入院中の犯罪歴のある治療困難な症例について、多職種が症例提示し、多職種により助言、討論を行うという形式の症例検討会を行った。

2. 方法

平成21年2月7日、H病院に入院中の患者の症例提示をH病院の多職種スタッフ（医師、看護師、臨床心理士、作業療法士、精神保健福

祉士）が行い、国立精神神経センター病院の多職種スタッフが助言を行うという形の症例検討会を行った。地域の保健師、精神保健担当県庁職員、警察官、検事などにも参加していただいた。

3. 結果

(1) 参加者 70人

（医師14人、看護師28人、臨床心理士4人、作業療法士4人、精神保健福祉士4人、社会復帰調整官1人、薬剤師1人、保健師5人、県庁保健福祉部1人、病院医事課1人、病院総務課2人、警察官3人、検事2人）

(2) 症例提示 資料1参照

(3) 助言

医師の助言は資料2参照

看護師：隔離からはじめると思うが、日常生活のかかわりの中で観察して情報収集、治療への動機付けを行う、ちょっとした会話を大事にする。

臨床心理技術者：心理検査からは、簡単な課題はそこそこできるが難しい課題になると一気にできなくなるという特徴がうかがえる。日常生活でも難しい課題に直面して混乱すると、攻撃的になるのではないかと。自責的になる傾向があることも重要な所見。病棟でトラブルがあったときに患者の中で何が起きているのかをよく吟味したい。看護師のアセスメントを聞きながら、心理面接を始めてゆく。

作業療法士：医師の指示を待つことなく、入院後2週間以内に本人のところへ行って面接を行い、本人の好きなことを聞いて、治療

を組み立ててゆく。

精神保健福祉士：入院後 2 週間以内に本人との信頼関係を作ってゆく。まずは抗告の手伝いをする意思を示して味方であることをわかってもらう。入院後 2 ヶ月以内に、最初のケア会議を開く。初期の段階から情報を共有するために、地域の関係者、家族にもできるだけ入ってもらう。どんなふうになったら退院かというイメージをつくってゆく。本人にもどのような形で退院したいかを話してもらう。地域の人にも本人をみてもらう。その後は 3、4 ヶ月に一回くらいに定期的にケア会議を開いてゆく。

(4) フロアからの発言

初期の系統的な評価、患者が今までどのように生きてきたかを知ろうとすること、患者の年齢を考慮して長期入院も選択肢のひとつとして考えること、病院で抱え込みすぎずに院内での触法行為に対しては警察に入ってもらうこと、このような症例により病院が混乱することを防ぐためには 26 条通報の際に措置診察の前にトリアージュすることなどの重要性が指摘されたが、時間の関係から十分な討論はできなかった。

4. 考察

精神保健福祉法第 26 条により措置入院した、触法歴のある難治性の精神障害患者の一般精神科病院での治療を多職種の視点から検討した。

症例は統合失調症とおそらく人格障害を併せ持ち、様々な犯罪歴を持っていた。成人してからはほとんどの期間を刑務所に精神科病院での入院で過ごしており、地域社会での生活の経験はほとんどなかった。入院後の経過では薬物療法に抵抗性で、電気けいれん療法を多用せざるを得なかった。他の患者への暴力、脱院目的の看護師への脅迫など重大な問題行動が頻発する

ために長期の隔離をせざるを得なかった。

この症例を、入院している H 病院の多職種スタッフがそれぞれの観点から検討することにより、患者の活動の好み、客観的な心理的特性、退院のために必要な課題などが明らかにされた。症状と問題行動をいかに抑えるかといった視点に限定されがちな現状に、このように客観的で多面的な情報が得られたことは、患者の治療をより合理的に検討し、より有効で倫理的な治療を組み立ててゆく契機になるものであったと考えられる。

医療観察法指定入院機関の多職種チームによる助言では、このような症例に対して医療観察法病棟ではどのように治療するかという助言がなされた。チームによる濃厚な関わりによりこのような患者に対しても変化が可能であると考えられること、地域での生活経験の乏しいこのような患者にはまず「社会の中での生活がイメージできるようになること」がまず第一歩であること、初期の段階から主体的に多職種が関わり信頼関係を築きつつ評価・治療をすすめてゆくこと、初期の段階から地域のスタッフや当事者も含めてケア会議を定期的にかけて関係者の理解と協力が得られるようにしてゆくことなど、触法事例に対する豊富な経験に基づき、一般精神科臨床のなかからはなかなか出てこないような有用な視点を提供する助言がなされた。

しかし、一般精神科病院では、そのような有用な視点を実行に移すために必要な人的・物理的な環境が整備されていないという現実がある。実際に、H 病院ではこの症例検討会のために、それまではこの症例に関わりのなかった臨床心理士や作業療法士も加わりアセスメントを行ったが、検討会以後は多職種によるアプローチを継続できず、困難な治療状況はあまり変わっていないようである。一般精神科医療の水準が急速に上がる見通しがないのであれば、このよう

な重大な触法歴をもち治療困難な症例を医療観察法下の十分な医療資源を活用して治療することを検討すべきであると考えられる。そうでないとしたら、このような困難な症例により一般精神科病院は混乱し、長期の隔離が続くか、退院後の十分な見通しが見つからないままの早期の退院などが行われる状況が続くであろう。今までに何度も指摘されてきたことであろうが、こうした状況は、病院にとっても社会にとっても、そして患者自身にとっても好ましい状況でないことは言うまでもない。

5. 結論

多職種の視点は、一般精神科病院においても、重大な触法歴を持ち治療困難な症例の評価・治療に対してきわめて有用であることが示された。しかし、現実には、一般精神科病院の治療資源ではそれを実行に移すことが困難であると考えられた。

研究協力者（所属は平成 21 年 3 月時点）

岩崎さやか，樽矢敏広，三澤孝夫，水野由紀子，
山口真弓，吉川知里

（国立精神神経センター病院）

岩井幸祐，大野稔，黒崎道，坂元伸吾，増埜文
恵（H 病院）

資料1

触法症例検討会 多職種がどう関われるか

事例提示(医師)

症例：61歳 男性
診断：統合失調症

【家族歴】

父親 X-27年急性心筋梗塞で67歳で死亡
母親 X-35年交通外傷にて52歳で死亡
姉 67歳 健康
兄 66歳難聴 その他不明

【生育歴・生活歴】

A県にて出生。同胞3人中第3子次男。地元の小中学校から地元高校へ進学。高校2年時に恐喝事件を起こし、逮捕、退学。一時B市内で義兄宅に身を寄せ、運転手として働きながら定時制高校に通っていたが恐喝罪などの非行で特別少年院送致の保護処分。その後暴力団に加入し、職も転々とする。両親は他界。兄と姉がいるが、本人との関わりを拒否している。31歳時に結婚。女兒をもうけるが離婚。娘も9歳の時に他界。現在の保護者とはX-21年に養子縁組。

【既往歴】

X-10年 甲状腺がんで手術
X-8年 急性膵炎

【薬物歴・飲酒歴】

10代後半シンナー乱用
覚せい剤乱用もあった模様
以前はよく飲酒していたが、服役を繰り返すうちに飲みたくても飲めなくなったという

【現病歴】

X-36年5月～10月(26) C病院へ入院(精神分裂病)
X-35年2月～8月(27) D病院へ入院(精神分裂病)
X-36年8月～X-34年3月 E病院へ措置入院(精神分裂病、精神障害)
X-27年11月～X-25年4月(35) F病院へ入院(覚醒剤精神病)
X-8年7月～X-8年9月4日(53) G病院で措置入院(覚醒剤精神病)
X-8年9月4日～11月(53) H病院で医療保護入院(精神分裂病)
X-7年1月～8月4日(54) H病院へ医療保護入院(精神分裂病)
X-7年8月4日～8月9日 I病院へ医療保護入院
X-7年8月9日～X-6年4月(55) J病院へ医療保護入院(精神分裂病)
X年6月～現在(61歳) H病院で措置入院(統合失調症)

【犯罪歴】

殺人、強盗、強姦未遂など前科前歴18回を有している。

- 1 X-46年6月(14歳) 恐喝・傷害で保護観察処分
- 2 X-45年7月(17歳) 暴力行為で不処分
- 3 X-44年4月(17歳) 強姦未遂で不処分
- 4 X-44年7月(18歳) 恐喝未遂、暴行で特別少年院に送致
- 5 X-42年2月(19歳) 強盗、強盗手帳、銃刀法で懲役4年
- 6 X-38年7月(24歳) 暴力行為で起訴猶予
- 7 X-38年8月(24歳) 傷害、暴行、公務執行妨害で懲役1年半
- 8 X-36年9月(26歳) 傷害、暴行で懲役1年半
- 9 X-33年6月(29歳) 殺人未遂、火薬取締法、銃刀法で懲役6年
- 10 X-27年11月(35歳) 傷害、暴行で起訴猶予
- 11 X-25年4月(36歳) 傷害、銃刀法で懲役1年4ヶ月
- 12 X-23年9月(39歳) 殺人、銃刀法で懲役13年
- 13 X-6年4月(56歳) 強姦強姦で懲役6年

【今回入院となった経過】

X-6年4月、ホテルで、同室を清掃中の女性従業員に対し強姦をしようと企て、「殺すぞ」などと脅迫し、顔部を両手で締め付けるなどの暴行を加えた強姦強盗の罪により、懲役6年が確定、L刑務所に服役

服役中は、作業意欲がなく、一日中頓眠状態で過ごしていた一方で粗暴性・衝動性も強く、集団処遇は困難で、個別処遇で対応していた。服薬については医師官がいついかなにか服薬をしていた

出所後、服薬をさせる者がいなければ再犯に至る可能性が高く、服薬調整などの精神科治療が必要との理由で、X年6月、出所に先立ち、L刑務所長より26条通報、措置診察の結果、統合失調症の疑い、自傷他害の危険ありとのことで、措置決定となり、H病院へ入院となった

【入院時の状態】

<精神症状>

人物認識あり
意識は清明
積極的な意志、欲動が見られない
「寝静めてくれないのなら食事はしない」などと奇妙な発言が聞かれる話にまともなく聴き流している
記憶があやふやなために話が前後し、混乱している
味覚は概ね良好
幻聴ははっきり出てくることもあるが、全く見られないこともある。身近な他人が嫌がらせをしているという被害関係念慮に支配されている時々はっきりした妄想が出現することがある

<身体所見>

大柄な男性 いかつく顔な外見 しっかりした足取り

<検査所見>

血液検査：特記所見認めず
頭部CT：特記所見見られず
脳波：5~6Hzの徐波を全般に認める(ECT後)

【入院後経過】①

入所中の定型薬中心の処方薬を継続して様子を見た

<入院時処方>

セレネース (3)9錠3× 毎食後
アーテン(2)3錠3× 毎食後
デパス(0.5)3錠3× 毎食後
ドグマチール(100)3錠3× 毎食後
ヒルナミン(50)6錠1× 就寝前
ベグタミンA2錠1× 就寝前
ベンザリン(10)2錠1× 就寝前

【入院後経過】②

従順で妙な態度と横柄で尊大な態度が交互に出現し一定しない

開放時間延長などの要求が次第にエスカレートし、通らないと看護師に対して怒声を上げる

話がまともならず、頻りに途絶が見られ、記憶障害も疑われる

「頭がぼんやりしてまともでない、電気をかけて欲しい」との本人の希望

↓
6月26日よりmECT開始

【入院後経過】③

6月26日～7月7日までECT計4回実施

(7月2日2回目より有けいれんECT)

「幻聴が消えて頭がすっきりしました」と効果の自覚があった

4回目直前、大声で暴言、抵抗

自分でECTを希望したこと自体を忘れていた?

保護者はECTに否定的

「本人が希望する時以外はほしくないで欲しい」

↓
ECTは一旦中止

【入院後経過】④

ECT1クール終了後服薬調整していたが、他患を「態度がでかい」と灰皿で殴りつけるなど凶暴

↓
薬剤は増える傾向にあった

入院時処方に加え、ニューレプチル60mg、ZP300mg、CP300mg、デパケン600mg、リスパリドン9mgなどを追加

↓
被害的、攻撃的な態度は全く変わらず

副作用(四肢固縮、嚥下障害など)のみが目立つ

頻りに拒薬し、主治医に怒鳴ったり訴訟を仄めかしたりする

↓
薬物調節が難しいことを本人に説明したところ、ECTに同意したため、

10月9日よりECT2クール目開始

【入院後経過】⑤

2クール目ECT 10月9日～11月18日まで計9回
その後比較的穏やか、他人に被害的になることなく過ごせた

措置症状消失

保護者に退院を相談

保護者「今は社会復帰できる状態ではない」

本人 病院スタッフには「早く退院したい」

保護者には「退院したら何をするか分からない」

暴怒性高まり、病院スタッフに対する粗暴な言動が始まり、12月には隣室の患者に一方的に襲いかかる

退院が不安だったのか、ECTの効果も切れてしまったのか

保護者の影響で本人もECTは拒否

→きわめて猜疑的・妄想的で攻撃的な精神状態が続く

【入院後経過】⑦

看護師を突き飛ばして逃走を図ることもある
「やくざが殺しに来ているから逃げる、止めるなら殺してやる」

些細なことで激怒する

「たばこがどうして吸えないのか」

「どうして養子に電話をかけてはいけないのか」

攻撃性・衝動性はECTを始める前に戻ってしまった

【入院後経過】⑧

1月以降、処置・服薬時以外は扉を開けない
服薬は1日2回のみ・5人以上で入室し服薬確認

薬剤も増量

<現処方>

セレネース (3)10錠 2×朝夕食後

スタドルフ (200)4錠2× 朝夕食後

ヒルナミン (50)6錠1× 夕食後

ジブレンキサ (10)2T1× 夕食後

アータン (2)3錠2× (2-0-1-0) 朝夕食後

ヒベルナ (25)4錠2× 朝夕食後

【入院後経過】まとめ

薬剤調節には粗暴性・攻撃性に目立った改善はなかった

ECTで落ち着くことはあるが長くても2週間で元に戻ってしまう

身近な他者に対して容易に被害的・攻撃的になるため開放は困難

家族が退院に非協力的なため退院は困難

<今後の方針>

ECTを本人の同意を取り付けて行ないたい。月に1回程度の回数で安定を保てるようになれば通院での状態維持も見込めるため、退院も可能なのではないかと。

【精神状態と考察】①

(1) 疾病性 診断

幻覚妄想、思考障害が見られ、統合失調症である

被害関係妄想があるが自己が普段身近に関係する人物や事柄に限局した内容

接触性が比較的保たれており、人格の崩れを感じさせない

本人によると覚せい剤の使用歴があることから覚せい剤の影響もある

精神病症状を発現する前から暴力団に加入し、反社会的な行為を行っていたことから、人格的な偏向の可能性はある

幻覚・妄想などがない時の本人の状態は「妄想性人格障害」に最も妥当する

現在の本人の人格は精神病症状に修飾されているため人格障害の診断は除外される

【精神状態と考察】②

(2) 疾病性 他害行為との関係

今回服薬前、女性を強姦しようとした時のことについて本人が看護師に話したことによると、ホテルで清掃の女性が自分の部屋に入ってきて、「ムラムラしたので」強姦しようとして企て、騒いだため首を絞められたところぐったりしたので驚いて部屋に戻り、その後通報されて逮捕されたとのことであり、特に幻覚妄想に触発された行動というわけではないように見受けられる。

【精神状態と考察】③

(3) 治療反応性

精神症状と人格的な問題の境界が明らかでないため、治療反応性を評価するのが難しい

ECTによる改善は精神症状の軽減なのか、本来的な攻撃性の一時的な抑制なのか？

幻聴などの精神症状についてはECTは効いていることが多い

本人の精神症状を取り除くことが本人の攻撃性にどう影響を与え、今後どのような経過を辿るのかを観察することで治療反応性を評価する

薬剤調整では定型薬中心の大量・多剤併用によって精神症状・攻撃性がほとんど改善せず躁体外路症状などの副作用が増強したのみ

【精神状態と考察】④

(3) 治療反応性 (続き)

精神症状と攻撃性・衝動性が別個の問題であるとするならば、後者の問題が解決するならば、精神症状についてはさほど問題にならない程度である

↓
本人は特定の状況と相手によっては信頼関係を持つことができることから、精神療法がある程度効果を上げることが期待される。精神療法を積極的に行うことで、本人の人格面を含めた改善を図り、長期的には社会復帰できる可能性がある

精神症状と攻撃性・衝動性が一元的に統合失調症に基づくものであれば、難治性の統合失調症として今後も治療を工夫し続ける必要がある

【精神状態と考察】⑤

<疑問点>

定型薬中心の薬剤で目立った改善がないが、より適切な薬剤の選択肢はないか

やや過鎮静の状態だが、病状が悪くなると止せがきかない印象がある

過鎮静が病態に悪い影響を及ぼしている可能性はないか

ECTはどういったところに効いているのか

ECTで今後穏やかな状態を維持できるようになる見込みはどの程度あるのか

医療観察法による入院に本人が切り替わる可能性はあるのか

医療観察法による入院ではどのような治療の選択肢があるか