

触法症例検討会

多職種がどう関われるか

事例提示（看護師）

今回、事例検討する M 氏（61 歳、病名：統合失調症）が入院している病棟は、男子閉鎖病棟で病床数 51 床、内 5 床が静養室（保護室）である。看護基準は 15：1 の 17 名で看護助手 1 名、看護体制は 3 交代、各夜勤帯 2 名の 8 時間勤務である。土日祝日も夜勤帯同様の勤務をしておりスタッフは殆どが男性である。（男女比、13：4）+助手 1 名

【措置入院患者紹介】

M 氏は X 年 6 月殺人、強姦傷害等の服役を終了し L 刑務所を刑期満了となったが、再犯の可能性が高いことから精神保健福祉法 26 条通報にて措置入院となる。入院時は精神科救急病棟静養室内にて経過し、一見落ち着いているようであるが、現状認知に疑問があったりしていた。その後、要求事が多くなった。要求がエスカレートしてきて、時折看護師に怒声を上げるなどの易怒性あったが傾聴対応可能で自制出来る状態である。

【措置入院患者を受け持つ】

その後救急病棟静養室ベットコントロールの為、N 病棟に平成 20 年 6 月 12 日に転棟となる。N 病棟静養室入室となり、《看護目標は、病棟の規則を守る事ができる》《静養室から大部屋対応ができる》とした。転棟後は、主治医、病棟スタッフなどにも口調穏やかで、説明にも理解がみられ多少の訴え事等があるが、その都度対応し概ね穏やかに経過できているため、試験開放を 6 月 16 日頃より開始する。日中開放時はトラブルもなく、穏やかにすごすことができた。夜間は、就薬服用後は安眠され、騒ぐ事もなかった。

時間開放中は、病棟の規則等を説明し納得す

ることが出来ている。食堂にて手紙を書くなどして落ち着いて経過しているが、他患と会話や交流はみられない。その後、妄想様発言、多訴的、拒薬が出現し 6 月 20 日以降、多訴的となるために時間開放は中止する。

隔離後、薬物療法を中心に、合わせて有けいれん ECT、m-ECT も導入開始となる。時折健忘様症状が出現するがその都度訴え事にも傾聴し穏やかにコミュニケーションをとることで、その間も大きなトラブルや、問題もなく経過しているため、7 月 7 日の有けいれん ECT で一旦終了となり、7 月 23 日からは時間開放を再開し状態観察する。しかし、他患と談笑したり、楽しそうに過ごしているようなことはなかった。喫煙や、テレビを見たりと、何とか棟内で過ごさせていたが、その後拒薬がみられるようになり、粉剤にて服薬を確認しながら、状態安定を図る。8 月 27 日、時間開放中に、他患に灰皿で殴りかかろうとした行為あり、また同日夕には、おやつに配布したコーラの空き缶を使い、腕に数十ヶ所切傷の自傷行為がある。理由を聞くと『相手が気に入くない』『主治医のせいだ』と一方的であり、いいががりをつけてくる。それ以降、易刺激的態度がつづき時間開放は再中止する。状態観察するが、Ns によって態度を変えては、要求事を強く言ったり、易怒的態度で迫ってきたりする場面もあるが、また時には素直な態度も見られたりと、一進一退である。その間の看護は、怒鳴られ、威嚇され、高圧態度に耐えながらも、些細な要求にも、できるだけ傾聴、共感するなどの対応をしていた。

主治医、病棟スタッフにより、M 氏の現状では、特に夜間帯の対応が困難と判断したために、薬物療法と合わせ、ECT、m-ECT も再開とな

り10月9日以降、主に、m-ECTを施行する。

m-ECTの治療は有効と思われるが、終了後に問題も発生することも、しばしばあったように思う。特に対応困難な時間帯、場面の多くは、主に、m-ECT施行後の翌日であり、夜間帯、主に夕食後から消灯までの間である。m-ECTの影響によるものか一時的に抑制が効かなくなり始め、些細な要求から訴えだし、要求が満たされないと怒りだし、何度もドアを叩き、Nsを呼ぶなど対応が難しくなる。それでも、必ず出現するとは限らず、穏やか話ができる時もある。m-ECTの回数も増え、治療も進み、11月7日以降時間開放再開する。再開後は、前回同様暫くは棟内で過ごしているが、徐々に状態不安定になり、妄想様発言、易怒的となり12月6日以降現在まで隔離中のままである。以上がM氏の入院経緯と経過が大まかな説明である。今回、重要な2つの事例が発生したので報告する。**【事例1：精神科看護歴23年、受け持ちNsの事例】**

M氏を受け持ち良好な関係を築き、コミュニケーションを図っていた。一見良好な関係ができていたと思っていたが、とても危険な出来事を体験してしまったので報告する。それは、年の明けたX+1年1月12日の準夜帯の勤務の時でした。私はその日は、リーダーで、女性看護師とのペアであり、主に静養室担当であった。その日の日勤者よりの申し送りでは、浣腸の希望があり日中に施行し、反応便もあった程度で落ち着いているとの事であった。18時の夕食配膳時も訪室し、夕薬服薬も、素直に行えた。18時45分頃にドアを叩いてNsを呼ぶため、訪室すると、部屋前の私物の衣類バックを見たいと言って部屋から出てバックを中に入れてしまう為、注意すると、易怒的となるため、整理が終わり次第出すことを約束した。様子観察すると、20時の巡視時、荷物整理が終了したかを伺うと

『いいで』というので、荷物整理終了しバックを出すものと思い、訪室した途端に、いきなり、『やったら、やるぞ。いいか!』と興奮し大声をだしながら部屋から飛び出してしまう、その時のM氏の形相を見て、これでは、とても説得しても応じるつもりもないし、興奮も収まる様子はないし、それよりも初めて殺されると思いました。世の中のニュース等で、殺人の報道を耳にするのが、この時に自分は殺され明日の朝刊にでてしまう、と強く思ったほどであった。何とか、自室に戻ってもらうことが先決であるが、M氏も妄想状態で説得しても、なかなか応じてもらえなかった。とにかく、部屋に戻ってもらうために、短時間の間にいろいろな方法を考えた。力づくか? 大声を出して応援を呼ぶか? 一瞬で判断するが無我夢中であった。徐々にM氏の行く手を阻止しつつ、声掛けて少し落ち着いてきた様子が見え始めた。ある程度説得に応じてもらえるのではないかと判断し、今の時間帯は、他の患者さん達への与薬もあることを丁寧に説明すると、すぐには応じる様子はなかった次に、自室に戻ってもらうように懇願してみると、機嫌がよくなるような顔となり、なんとスムーズに部屋に戻ってもらうことができた。その後、就薬も服薬可能であり、事なきを得た。時間的に5分程度だと思うが、すごく長く思えた。

【事例2：精神科看護歴13年、男性看護師】

1月28日、午後6時20分ごろ、夕食下膳時、夕食終わりましたか?と声をかけると、もうええで、終わったからというため、訪室すると、いきなりNsを突き飛ばし、飛び出す、部屋に戻るように説得すると、『殺すぞ、触るんじゃねー』とすごい形相で、Ns室まで入ってきて、ドアを開けようとしている。『ヤクザに殺される』『ここから出せや』等大声で興奮する、『警察に電話しろ』というため、警察に電話をするふりして、主治医に連絡し、主治医来棟され、

もう一人（男性）の看護師と共に部屋に戻る事を説得すると、すんなりと、自室に戻り、鎮静処置も抵抗なく行うことができた。この直前まで、（17時30分から18時10分まで主治医と面談していた）落ち着いて話ができている。その時の豹変がすごく、全く予想もつかず、とっさの行動にビックリした。その後、機転をきかせ、興奮を抑えることができた。

【2つの事例で当事者の感想】

1番目の事例は、自分のことですが精神科歴も長く十分な経験もあるつもりだったが、今まで勤務してベスト3に入るくらい本当に怖い出来事であった。時間的に5分前後だったと思うが、すごく長く感じた。それよりも『あ！』と思ったのは、部屋から出てこられた事に対し、誘導しても応じなく凄惨な形相で迫ってこられた事である。そして殺されると強く感じたことである。

2番目の事例後、先輩看護師に本音を聞いてみた。あの時は数分間の出来事であり、気が張っていてあまり、何を、どのようにしたの覚えていないというNsも本当に殺されると思ったそうであり後に本音を聞いてみたら、『精神科を辞めたい、こんな仕事じゃイヤだ』と思ったそうであるが、その時の感情で職務を放棄してはならない事を十分に認識しているそうである。

【事例の整理と反省】

今回の事例で、衝動性が高く、感情変動が急変して粗暴になる患者に関わり、M氏が急に妄想が出現し、我を忘れんばかりの行動は、M氏本人を責める事はできない。看護側が、十分な情報を把握していなかったこと。前兆の予見は困難だったが、全く無かったとは言えないのではないかと。安易な行動ではなかったのではと思う。

1番目の例では、年末年始の時期であり、職員の方が多忙であったこと、m-ECT後の間隔

が空き怒りっぽくなっていたことと、要求事もエスカレートしていた。特に夜間帯に妄想出現があり、夕食時以降十分な配慮が必要であった。

1月9日、10日の準夜帯にも、『暴力団が来ている』等の妄想があり、説得にておさまっていたことや、11日の朝9時の洗面時に、突然看護者に対して、『殺してやる』と足蹴りの行動がみられた。Ns3名にてなだめて、落ち着いたが、その日の午後に『警察を呼べや』と興奮があったことなど、重大なサインとして認識し、当日の勤務にあたるべきだったと思う。それによって、もっと違う安全で有効な対応がとれたのではないかと、反省している。

また2番目の例では、当日、直前まで主治医と面談して全く前兆が見受けられず安心していただけ、1番目の例での、対応策を検討中であり、対応できてなかった。やはり、これも夕食時からの時間帯であり、どうしても訪室が避けられない状況である。その為早急に対応策を検討する必要があり以下のように変えてみて、可能な限り安全な看護を実践することとした。

【今後、当面のM氏への対応プラン】

- ① 必ず複数で行う。
- ② 服薬および服薬時間の変更（朝9時、夕16時30分）とし、分2にて投与。
- ③ 食事の配膳、下膳はドア下部の小窓にて行う。
- ④ その他、Ns呼ぶ時もドア越しに対応する。

などとして、1月29日より、主治医、師長、Ns等より本人に説明、納得され、実践している。現在のところ、本人より、不都合や不満等はないが、今後の展望を思案中である。しかし、状態が一定せず今でも目つき鋭くNsを恫喝することがあり対応に苦慮している。

【今後H病院に求められるために】

これからも、M氏同様な、触法患者、対応困

難な患者等が増えてくると予測され、また、地域の安全確保や、H病院の使命として、必ず受け入れなければならない状況にあると考えるが、お互いの安全確保が重要であり、そこがスタートだとも思います。しかし、臆することなく、情報をしっかり把握し、いつ、どんな時に、どういう症状があるかなど、看護者として頭に入れて、いざという時の行動がとれるようにシュミレーションも大切と、思います。だが、今回同様な事例を根本的に解決するには、医療観察法による、ハード、ソフトの両面が必要とされる。既存の中では、限界があり、2名夜勤の勤務では、対処できない。今後、徹底した議論と、理解が必要であり、安心、安全な勤務ができるようにしてもらいたい。そして、一人でも多くの仲間ができて欲しい。

触法症例検討会 多職種がどう関われるか

事例提示(臨床心理士)

心理検査

- 知能検査
(WAIS-III、JART)
- 人格検査
質問紙
(MMPI)
投影法
(ロールシャッハ・テスト、P-Fスタディ)

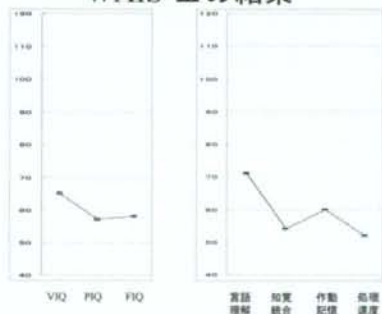
検査状況

- 検査に対しては、「アー、そうですか」と拒否や抵抗、不安を示すことなく受検。
- ややろれつが回らず、発音が不明瞭になることがあるが、コミュニケーションには、問題は感じられなかった。
- 耳の聞こえがわるくなっているのか、聞き返しが多い。
- 注意・集中が途絶え、周囲をキョロキョロ見渡すことがしばしば見られた。
- 「ここはどこですか」など、見当識の問題が見られた。

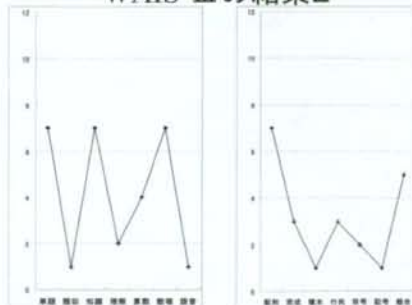
知能検査結果

- JART
予測全検査IQ=112
予測言語性IQ=114 予測動作性IQ=108
- WAIS-III
全検査IQ(FIQ)=58
言語性IQ(VIQ)=65 動作性IQ(PIQ)=57
言語理解=71 知覚統合=54
作動記憶=60 処理速度=52

WAIS-IIIの結果



WAIS-IIIの結果2



検査中・後の感想・話

- ・「計算問題は苦手だ。昔(小学校の頃)から計算は苦手だった。漢字などは得意であった。」
- ・「小学校では、わるいこととして(先生に)しよっちゅう怒られた。先生のいうことなどきかなかった。授業にならないようなこともした。」
- ・「中学で少しましになったが、高校は1年しか行かないで、やめた。」

知能検査結果

まとめ

- ・ 病前の全般的な知的能力は平均域であったと思われるが、現在は知的機能が低下し、軽度の知的障害のレベルにある。
- ・ 言語性と非言語性の能力に差がみられる。
- ・ 言語性では、長期記憶、知識の量については強さがあるが、概念形成では弱さもみられる。
- ・ 非言語性(空間認知・操作)の能力は、全般的に弱い。
- ・ 作動記憶(ワーキングメモリ)では、数唱の逆唱のスペンに差がみられ、注意・記憶に、より負荷がかかると明らかに弱くなる。
 - 発達障害も疑われる。

MMPIの結果

- ◎SC(統合失調症)尺度、Ma(軽躁病)尺度が高い。
- ・ 利己的で、他人に期待する点で幼見的。
注目されることを求め、満たされないと敵意を持つ。
 - ・ 親密な関係を避け、孤立しがち。異性関係、性的適応は良くないのが普通。
 - ・ 活動過剰、情緒不安定。

MMPIの結果(つづき)

- ・ 興奮しやすい。
- ・ はた目には高慢、気まぐれという印象を与える。
- ・ 自分の問題に対しては、回避的。
- ・ 達成欲求は高いが、劣等感、不全感が高く、自尊心は低い。

ロールシャッハ・テストの結果

- ・ 反応数は低く、防衛的であったり、心理的機能が低下している。
- ・ 人格構造は期待されるよりもいづらか未熟。利用できる資質が限られ、発達の障害があるため、些細なストレスにも耐えられずに問題を起こしやすい。
職業、人間関係などを適切に処理できない。

ロールシャッハ・テストの結果 (つづき)

- ・ 心理的な動き、感情の動きは抑えられている。
- ・ 軽率、不注意、意欲の欠如、知的な問題が生じている。
- ・ 環境が制限されていたり、心理的な動きが抑えられていることもあり、現実検討が著しく悪化しているわけではないが、怒りや不安などにより、現実検討の低下が生じる可能性がある。

P-Fスタディの結果

- GCR=45%
やや常識的な判断にかける。
- 他者からの批判などの刺激に対し、自責が強く、過剰に自己防衛的になりやすい。
- 適応的な反応で、自己を弁護していくことができない。

まとめ

- 現状では、知的能力は軽度の知的障害のレベルにある。(ただし、元来からの知的障害の可能性よりは、平均域の知的能力は有していたものの、その後の減退により、低下したものと考えられる。)
- 生活歴から明らかなように、心理テストの結果からも、早期から社会的な適応は悪く、人格は未熟であり、発達障害の阻害が認められる。
阻害要因としては、生育歴等の情報が不十分ではあるが、発達障害などを抱えつつも十分なケアが受けられず成長してきた要因も考えられる。
- 適応的な社会性や対人関係を身につけることなく発達し、早期に社会的不適応を生じ、次第に反社会的な態度・パーソナリティを獲得していったのではないだろうか。

まとめ

- 早期の社会性の発達の未熟を修正するような安定した生活環境や対人環境が必要である。
- 社会性や社会的な生活技能が未熟であり、SSTなどにより社会生活能力を高める必要がある。
- 感情のコントロールが未熟であり、怒りや不安のコントロールを身につけていく必要がある。

触法症例検討会 多職種がどう関われるか

事例提示(作業療法士)

実施項目

- NPI興味チェックリスト
- 藤細工(かご作り)
- インテーク面接
- 病棟カルテや他職種からの情報収集

NPI興味チェックリスト

(情報収集の道具として考案された質問紙法による評価方法)

- 80項目の種目についての興味の有無や程度について尋ねる。
- 今回は対面で同じ用紙を眺め、読み上げや記録は評価者が行った。

NPI興味チェックリスト結果

分類	なし (全く興味 なし)	普通 (やや興味 あり)	強い (大変興味 あり)	わから ない	
手工芸的作業	12項目	9	2	1	0
身体的スポーツ	12項目	4	4	4	0
社会的レクリエーション	32項目	9	8	12	2
日常生活活動	12項目	6	1	5	0
教育文化活動	12項目	5	0	6	2
合計	80項目	33	15	28	4

評価中の状況

- ほとんどの時間目を伏せ、手元のリストに覆い被さるような姿勢で受け答え。
- じっくり考えているのか、答えに時間がかかるものもあった。
- 発話が聞き取りにくい場合があった。
- 項目にまつわることを話すこともあった。(ただし断片的に。)

NPI興味チェックリストで興味ありの項目

- 流行歌・歌謡曲:「井上陽水」「吉田拓郎」「演歌なら北島三郎」
- 映画:「時たま」「エクソシスト」
- 読書:「松本清張」「司馬遼太郎」「推理小説や戦争モノ」
- バレーボール:「前列の真ん中だった」
- ギター:「禁じられた遊び」
- 収集:「切手とかコインとか・・・」
- テレビ:「歌番組」「ニュース」
- 太鼓:「神社・・・山・・・いたずら・・・叩く」 など

NPI興味チェックリストで否定的に答えた項目

- ・ プラモデル:「めんどくさい」
 - ・ 料理:「だめです」
 - ・ 数学:「苦手」
 - ・ バスケットボール:「きついので好きじゃない」
など
- 「わからない」と答えた項目
- ・ 写真・宗教・遊び
 - ・ 講演:「思い出せない」

藤細工(かご作り)

- ・ 底 :形状 円、直径 15.5cm、材質:板
- ・ 立て芯:長さ 14cm、本数 13本、材質:木材
- ・ 編み芯:直径 2.5mm、材質:藤
- ・ 編み方:素編み
- ・ 提示方法:対側から見本を実施。その後
口頭指示(予め4段は編んである)

かご作り結果

- ・ ミスをした場合に、気づくことはできる。
 - ・ ミスした状態を確認・原因を探ろうとする様子がうかがえる。
 - ・ ただし尋ねることはしない。
 - ・ そのまま強引に編む。
 - ・ 検査者からの提案を受け入れることは可能。
- * 事例が生来興味なしといった手工芸的作業であることは考慮必要。

面接

- ・ 病気について
 - ・ 「分裂している、考えがころころ変わる、まとまらない」と発言し、同席の主治医に視線を集める。
 - ・ それらが症状かどうか、自分にとって困ることなのかどうかかわらないと応じる。
- ・ 薬について
 - ・ 飲んでいる。調子いい。
- ・ 今の過ごし方
 - ・ 読書をしている。
- ・ やってみたいこと
 - ・ 唄うこと、カラオケ、流行歌・歌謡曲を聴くこと。

集団関係技能

- ・ 病棟共有スペースでは、安心・安全感を得られていない。
 - ・ 生活歴からはっきりとした権威関係の中で過ごした体験が主。
- ↓
- ・ パラレルな集団に参加するにも、キーパーソンの存在が必要なレベル。2者関係を育てることと同時進行が必要。

まとめ

(ECT後の種やかな状態での評価のため限界があり。)

- ・ 過去の体験をもとに、自分がイメージできたものに対して好みの表出、その程度の表現が可能。
- ・ 病識まではいかないが、「ころころ変わる」等の発言から、違和感を持っている。
- ・ 基本的には、個別での対応優先。
- ・ 現在はひとりで閉じこもれるような活動が主となっているが、安全に他者と関わる体験を積むことで、活動が広がる可能性はある。
- ・ その際、本人が違和感を感じても、それを表現できない可能性もあり、関与者は留意すべき。

触法症例検討会 多職種がどう関われるか

症例提示(精神保健福祉士)

I 入院から現在までの関わり

- ・X年6月某日(土)26条措置入院
6月中旬救急→一般病棟の保護室へ
- ・X年10月中旬他科受診の依頼があり、受診や支払調整、家族連絡、生活保護申請に関わり開始
- ・X年11月退院に向けた話が出た頃から、再び体調を崩され、月1回の生活保護費受給時の面接と、希望や要件があった時(月1回程度)の面接を行っています(短時間で対象者が知りたい事が中心)

II 社会復帰を考える上で

将来的にはこんな事ができれば、退院が促進されるのだろう(当然のことですが)

- 1 治療の継続ができるとうい
- 2 生活の自立や金銭管理ができるとうい
- 3 退院後の生活の場が確保できるとうい
- 4 反社会的な行動の減少とストレスへの対応ができるとうい

1 治療の継続ができるとうい

- | | |
|---------------------|--|
| 【現状や課題】 | 【今後の対応】 |
| ・現在まで、入院後の繰り返しである | ・家族へは、治療や生活への協力依頼 |
| ・被害的被害や薬の不服を訴える事がある | ・対象者へは、地域での生活意欲を確認しながら、継続の利点を多職種と協働しながら根気強く説明をする |
| ・信頼関係が築きにくい | |
| ・地域のサービスの導入は困難と予測 | |

2 生活の自立や金銭管理ができるとうい

- | | |
|--------------------------------|--|
| 【現状や課題】 | 【今後の対応】 |
| ・40年間に、合計4年弱の地域生活体験である(実質体験不足) | ・当面は、入院生活が安全にできる(対象者も職員も)為の検討と共通の対応で接する |
| ・刑務所と病院の入院(整えられた環境) | ・単身生活を想定→出来ること、出来ない事の確認。記憶が曖昧で話が変わる為、記録を活用し積み上げる |
| ・所持金の把握も曖昧 | ・利益につなげる工夫 |
| ・入院生活も要介助 | ・多職種との検討 |
| ・記録や読むことは好き | |

3 退院後の生活の場が確保できるとうい

- | | |
|--|--|
| 【現状や課題】 | 【今後の対応】 |
| ・入院時と現在では、退院の希望が異なってきた(早期退院→??(自宅等へ退院→?? | ・当面は、集団生活が安全にできる(対象者も職員も)為の検討と、共通の対応で接する |
| ・集団生活で、患者や職員とトラブルが持続 | ・対象者は、アパート生活を想定している? 為目的をそこに於いて一緒に考えてみる |
| ・自己の判断で生活をされる事がある(反省がなく相手を責める、長時間の面接等々) | |
| ・自立支援施設の利用は困難と予測 | |

4 反社会的な行動の減少とストレスへの対応ができるとうい

【現状や課題】

- ・暴行、傷害、殺人、強姦致傷、銃刀法違反等の受刑歴と医療保護・措置入院を繰り返している。今後も同様の生活が想定。
- ・現在も衝動行為、暴言、粗暴行為が持続。
- ・職員のモチベーションが保てない、関係が築きにくい

【今後の対応】

- ・困難を極めるが、一部関係のとれる者がおり、対応法を検討していく場の確保(病棟カンファレンスの活用)
- ・教育支援が可能かも含め、教育支援の場の検討(個人か集団か)
- ・職員の安全の確保(モチベーション低下への支援体制も含め今後どうするか)

まとめ

入院処遇においても問題、課題が山積みの方で、指導や教育の枠づくりも難しく、強制力もありません。弁護士が面会に来ますが、現場には、法律の専門家もいません。まずは、出来ることからなると思いますが、対象者が安全に生活ができ、職員も関わることへの不安が軽減できる事を目標に、その為のカンファレンスの開催や対応、支援法が共通化ができればと考えます。

共通評価項目による評価

「精神医学的要素」

1) 精神病性症状 評価：2＝明らかな問題点あり

- ①妄想の思考内容：2
「夜睡をしてくれないなら食事をしない」など、奇妙なこだわりがある。整頓な事で「他人が自分に危害を加えようとしている」という被害的な考えに陥りやすい。
- ②幻覚に基づく行動：2
「自分が音暴力団抗争の時に狙った相手がずっと自分をつけ狙っているという追跡妄想がある。ナースステーションで患者を呼び出しているのを、「あれは矯正長が命じて殺すために呼んでいる」と解釈するなど、妄想知覚を認める。
- ③不適切な疑念：2
刑務所にいたときに「健康状態について不当な扱いを受けた」と述べる。病院で洗濯した衣服が戻ってきたとき少しほつれていたところ「これは嫌がらせだ」と言って聞かないなど、他者の悪意や嫌がらせ、差別待遇があると確信している。被害関係念慮が日常的に見られる。

「精神医学的要素」(つづき)

1) 精神病性症状 評価：2＝明らかな問題点あり

- ④誇大性：1
養子との話の中で、「逃げようと思えばいつでも逃げられる」と言うなど、誇大的な発言が聞かれることもあるが、普段の面談時にはさほど目立たない。
- ⑤概念の統合障害：2
話の途中で頻りに途絶が見られ、思い出したように別の話を始めることが多い。
- ⑥精神病的なしぐさ：1
話の途中でふと思いついたように下を向いて顔をしかめ、「一庭二太郎三なすび」といった脈絡のないことを言うなど、独特の仕草がある。

「精神医学的要素」(つづき)

2) 非精神病性症状 評価：2＝明らかな問題あり

- ①興奮・躁状態：0
興奮はあるが、躁的なものではない。
- ②不安・緊張：2
自分がまた何かひどいことをやってしまうのではないかとことや、退院に対する不安、おそれ、緊張がある。特定の対象が決まっているわけではなく、不安の種は漠然としている。
- ③怒り：2
色々な場での怒りの表出は見られる。自分のものに勝手に触られた、物の位置が変わっていた、看護婦が呼んでもすぐに来ない、などの動機で怒り出す。
- ④感情の平板化：0
現在の生活においてごく自然と思われる感情の変化を認める。感情が鈍麻しているということはない。

「精神医学的要素」(つづき)

2) 非精神病性症状 評価：2＝明らかな問題あり

- ⑤抑うつ：1
自分の状態を悲観し、「ここにずっといたら廃人になってしまう」と否定的な思考が見られる。「何をしようという気も起きない」と気力喪失が見られる。がそのこと自体で離職・制止などに至ることはない。
- ⑥罪悪感：0
過去の自分の犯罪行為について「しなければ良かった」と後悔していると言うが、相手に対する罪悪感や後悔、その他のことについても罪悪感を感じ取れることはない。
- ⑦解離：1
ECTの影響ではなく、過去の自分の犯罪行為(殺人など)についての記憶が抜け落ちていることがあるが、意識的に隠している可能性もある。
- ⑧知的障害：1
心理検査の結果、WAISIIIからFIQ58で、軽度の知的障害レベル。本来知的障害があったとは考えにくい。薬剤・ECTによる過鎮静の影響もあり、知的レベルにやや問題がある状態。

「個人心理的要素」

3) 自殺企図 評価：0

- リストカットはみられるが自殺の目的は表明していない
- 4) 内省・洞察 評価：2＝明らかな問題点あり
- ①何の内省も示さない：2
(入院後のトラブルに対し) 身体的暴力について、少なくとも事実を認めている。しかし、原因を暴力の被害者側の言動であると主張し、自分の行動を正当化する。
- ②過去の暴力的な行為を無視したり大目に見たりする：2
他患への自分の一方的な暴力行為について、「あれはただの喧嘩です。誰だって喧嘩の一つや二つはするでしょう」とどまり気にしていない。
- ③病識のなさ：1
「今まで我慢できず何回も同じ間違いを繰り返してきた。今度何かやったら最後です」と、自分の衝動性について自覚はある。「この病気は治るんですか？」と聞くなど、疾病であるという自覚もある。

「個人心理的要素」(つづき)

- 5)生活能力 評価:2=明らかな問題点あり
- ①生活リズム:1
時折夜まったく眠れずに過ごし、看護師を深夜に呼びつけて長々と不眠をぶつけることがある。
- ②整容と衛生を保てない:0
積極的に洗面・入浴・髪剃りを要求し、整容・衛生面では特に問題は見られない。
- ③金銭管理の問題:2
入院した時に40万円持っていたと言いつつ(実際は8万円強)など、所持金額の把握もできておらず、金銭管理はできない。
- ④家事や料理をしない:2
これまでそのようなこと経験がほとんどないため、できないと考えられる。
- ⑤安全管理:2
安全とはどんなことか、日本の社会において安全に暮らすというのとはどういうことかをこの人は知らないのだから、安全管理できるわけがない。

「個人心理的要素」(つづき)

- 5)生活能力 評価:2=明らかな問題点あり
- ⑥社会資源の利用:2
生活歴から考えても、福祉や精神保健などの本人の助けとなる行政機関についての知識は乏しい。断片的に、知識はあるかもしれないが、それを利用しながら生活するスキルはない。
- ⑦コミュニケーション技能:1
以前から知っている看護師に対し、一定の信頼を持つことが出来る。他人の話を表面上調子を合わせることはでき、話を素直に聞いて共感の態度を示し、会話を一応無難に進めることはできる。主治医に対して、自分の要求を通すために真面目そうに見せたり謙ったりするなど機動的な態度を見せることがある。家族に定期的に現況についての手紙を書き送っており、それが自分の立場を強くしていることについての自覚もある。

「個人心理的要素」(つづき)

- 5)生活能力 評価:2=明らかな問題点あり
- ⑧社会的引きこもり:1
開放中は喫煙所などでふんぞり返って他患からの挨拶を受けていることが多い。へつらう他患に対して暴力団時代の武勇伝を聞かせて楽しむなど、特定の状況では自分の居場所を見つけていることができる。
- ⑨孤立:1
病院スタッフからは偉大で威嚇することから嫌まれることが多いが、他患からは体格がよく態度に迫力があることから一目置かれており、本人もそのことを自覚している。本人によれば入院して入院していた時も、他患の面倒をみる係を任されていたという。
- ⑩活動性の低さ:1
開放中はテレビを観る、タバコを吸う、他患や実習の看護学生と話をするなどして過ごしている。隔離中は読書、メモ書きをして過ごす。
- ⑪生産的行動:2
読書が好きで、いつも本を広げて読んでいる。法律の条文を暗唱するなど、何らかの生産的行動に繋がるような行為が見られることもあるが、多くは混乱した考えの中に沈滞している。手紙を書くこともある。鉛筆所持。

「個人心理的要素」(つづき)

- 5)生活能力 評価:2=明らかな問題点あり
- ⑫適度の依存性:2
すがりついて離れないという言葉のイメージとは異なるが、病院という施設内から出されることの不安から、退院したら悪いことをするなどの脅迫につながっていることから、何らかの保護的環境に対して依存している可能性がある。
- ⑬余暇を有効に過ごせない:0
読書(主に小説、ドストエフスキーなど)をしたり、自分に関するその日の動きをノートに書き留めたりしている。どこにいても物に退屈している様子はない。
- ⑭施設に過剰適応する:2
施設への依存はあると考えられる。病院を管理する側から見ると適応はしていないが、本人自身が不都合な処遇を受けないように本人なりに精一杯工夫していると考えれば、適応しているといえなくもない。過剰適応と言うよりは、不適切な適応と言う方が適切。

「個人心理的要素」(つづき)

- 6)衝動コントロール 評価:2=明らかな問題点あり
- ①突然計画を変える:2
その場の症状によって突然ECTを要求したり、急に拒否したりする。退院したいと何度も繰り返していたにも関わらず、退院前にデブ剤を打つことを提案すると、「じゃあ退院しないでいいです」と稀なきっかけで重要な計画を変更する。
- ②待つことができない:2
看護師の見回りの時間を待たずに大声で怒鳴る・ドア叩き・ドア蹴りを行うことが多い。
- ③なにか思いついたらすぐに行動に移す:2
他者とのトラブル後、リストカット。

「個人心理的要素」(つづき)

- 6)衝動コントロール 評価:2=明らかな問題点あり
- ④被暗示性:2
家族からの手紙に簡単に影響される。家族がECTについて否定的なことを書き送ると、「あれは懲罰のためにやっているんだろ」と言い出しその後ECTは断固拒否するようになった。暴力団関係者他患に暴力を振るった後和解したところ、「手打ちの杯を交わした」「兄弟の契りを結んだ」とすっかりその気になり、けんかしないようにとの主治医の説明に対して「任侠の世界のことは何も知らんくせに余計な口出しをするな」と怒鳴るなど、被暗示性は高い。心理テストからは適応的な反応で、自己を弁護していくことができない傾向がある。
- ⑤怒りの感情を行動に移しやすい:2
他者の言動に反応して、身体的暴力。心理テストからは、怒りや不安により、現実検討の低下が生じる可能性がある。

「対人関係要素」

- 7) 共感性 評価：2＝明らかな問題点あり
過去の犯罪の被害者に対し、共感的な言動は見られない。一方で、日常的な会話の中では、相手に対する自然な共感の態度が見られる。旧知の看護スタッフに対して信頼を置いたり、過去の主治医が何度も自分を許してくれたことに対し、涙を流すことがある。このことから、共感を伴った人間関係を築くことができる可能性はある。
- 8) 非社会性 評価：2＝明らかな問題点あり
過去の犯罪歴、他罰的傾向、退院したら悪いことをするという脅し、心理テストから、職業、人間関係などを適切に処理できない可能性がある。
- 9) 対人暴力評価 評価：2＝明らかな問題点あり
過去の犯罪歴、入院後の暴力。

「環境的要素」

- 10) コミュニティ要因 評価：2＝明らかな問題点あり
退院する地域がはっきりしない。
- 11) 個人的支援 評価：1＝軽度の問題あり
養子がいるが、本人の精神障害についての知識がどの程度あるか不明。また、養子になってから本人の社会生活はなく、どの程度のかわりを持ったのかも不明。
- 12) ストレス 評価：2＝明らかな問題点あり
上記の評価から、生活能力、社会的能力があまりにもないため、この世の中に生き延びていること自体がストレス因子になる。どこにも安心して生活できる場所がない。
生活歴から、何かを我慢することで信頼を得るなどの社会的に有益な事もあるとか、そういう経験を積んでいないため、ストレスに対して耐性は低いと予測される。入院生活においても、自分の考えが優先され、希望する状況になれば、暴言、暴力という行為に至っている。地域生活以前のところでストレスを大きく感じ、自尊心の低さともあいまって、行動に至っている現状があり、生活の一つ一つがストレスでストレス耐性、対処能力は低いと想定される。

「環境的要素」 (つづき)

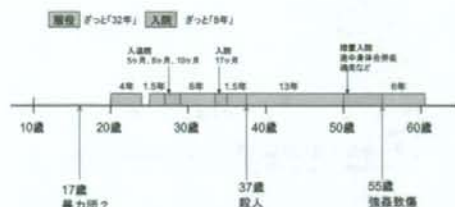
- 13) 物質乱用 評価：2＝明らかな問題点あり
シンナー乱用歴あり。本人によると覚せい剤使用歴もある。
- 14) 現実的計画 評価：2＝明らかな問題点あり
住居、支援体制が決まっていない。住居は保護者が用意することになっているが、現在保護者は退院に反対している。本人を受け入れてくれるような社会復帰施設を探すのは困難であり、本人にも利用する意思がない。本人は「(他患から紹介された)仕事をします」と言うが、「仕事のためにこれから自動車の免許をとります」と言うなど、計画が非現実的。退院の話が一度出た頃に、症状が悪くなっており、家族からも具体的な対応についての提案はない。ただし、単身生活を想定した場合、現在の対象者の状況では、衝動性、粗暴性は消失しておらず、民間の保健福祉サービスの導入は難しく、デイケアなどの集団も始めにくい。
- 15) コンプライアンス 評価：2＝明らかな問題点あり
- 16) 治療効果 評価：2＝明らかな問題点あり
- 17) 治療・ケアの継続性 評価：2＝明らかな問題点あり

資料2

触法症例検討会 多職種がどう関われるか

助言

国立精神・神経センター病院
榊矢敏広(医師)



生活歴からわかること

- 20歳以前の情報は不足している
 - 早期からの不適応、おそらく劣悪な養育環境
- 20歳以降、ほとんどの時間を矯正施設、精神病院で過ごした
 - 基本的な生活スキルのなさ、常識のなさは想像以上
 - 20歳以後、犯罪者の多いどこかの外国で暮らした人物と思えばわかりやすい

生活歴からわかること

- 20歳以降、ほとんどの時間を矯正施設、精神病院で過ごした
 - 社会の中で安定した人間関係を築いた経験がない
 - 社会の中で役割を担ったり、責任を持つことで賞賛されたり、認められた経験がない→自尊心の欠如、自己効力感の欠如
 - 反社会的な行動(威嚇、脅迫、暴力)で問題を解決することで生き延びてきた(環境に適応してきた)可能性

生活歴からわかること

- 結果として
 - 漠然と「自由」を求めてはいても、具体的にどうすればよいかわからない
 - 「生活」というものをイメージできない
 - 今まで上げ膳据え膳だった17歳の少年をいきなり一人暮らしさせるようなもの
 - 必要な経済観念もない、自分が利用できる社会資源の知識もない、何が足りないかも理解できない
 - それまで愛情たっぷりに育てられた17歳なら上手に人に頼ったり、相談したり出来るかもしれない…この人は…?

生活歴からわかること

- 見捨てられ不安
- 「不安を言語化する＝弱みを見せる」という価値観→脅迫、恐喝、威嚇、暴力という行動様式
- 黙っていたら自分が悪いことにされるという被害感→先手必勝+正当化の行動様式
- 非社会性パーソナリティ障害と診断できる
 - 重要なのはその診断名ではなく中身である
 - 狭義の「治療」ではないかもしれないが、介入できる可能性は含まれている

介入の基本方針

- 生まれつき非社会性パーソナリティ障害の人はいない
 - 本当はどうか知らないが、そう思い込んで、介入を始める
 - 20歳以前の情報は？それをじっくり聴くことで関係は作れないか？
- 社会の中で生きていく意欲を養う
 - 社会の中で生きていくことをイメージできるようになる
 - 社会で生きていくことを望むようになる
 - 社会で生きていくために何が必要かを考える
 - 社会で生きていくために必要なスキルを身につける

平成20年度厚労科研費補助金 こころの健康科学研究事業
他害行為を行った精神障害者の診断、治療及び社会復帰支援に関する研究
分担研究報告書

強い暴力傾向を示す男性患者の経過など臨床特徴についての診療録に基づく研究

分担研究者 氏名 林 直樹 都立松沢病院精神科

研究要旨

医療観察法における重大他害行為を行った精神障害者の処遇では、暴力（他害）傾向が長期間持続するケースへの治療体制が十分規定されていない。本研究では、その体制整備の参考資料となりうる、医療観察法施行以前に入院治療を受けた暴力傾向を示す患者の経過などの臨床特徴を、診療録調査に基づいて明らかにすることが試みられた。対象は、都立松沢病院に1992-1998年の7年間に、重大他害行為もしくは持続的に暴力傾向を示すことによって入院となった83人の男性患者である。このうち、5年以上の経過を追うことができた61人を主な解析対象とした。対象患者は、婚姻歴が少なく、就労経験が乏しい、非行歴・犯歴・受刑歴が高率といった生活歴上の問題を多く抱えていた。精神症状や暴力傾向は経過中に緩徐に改善していることが確認されたけれども、入院後5年が経過した時点でも入院中が62%、暴力傾向の改善不十分が64%、精神症状の改善不十分が43%にも及ぶといった治療困難性を示していた。これらの経過を決定する要因として、診断、入院前の他害行為の種類、生活歴の特徴を検討したが、覚醒剤精神病では精神症状の改善度が高いなどの少数の所見が得られたのみであった。顕著な暴力傾向を示す患者は、高頻度で長期にわたり精神科治療を始めとするさまざまな援助を必要としていることが明らかにされた。

A. 研究目的

心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（以下、医療観察法と略）は、触法精神障害者の司法モデルに基づく本格的な治療処遇をわが国で始めて規定した画期的な法律であるが、現在のところ、治療処遇の体制が十分に整備されているとはいえない。特に問題と思われるのは、他害の高リスク状態が持続し長期の入院処遇を必要とする患者に対する処遇が規定されていないことである。

本研究では、医療観察法施行以前の時期に強い暴力傾向を示して入院となった男性精神科患者の診療録に基づく調査が行われた。これ

は、医療観察法の治療処遇において長期にわたり改善不十分のケースの処遇体制を検討する際に考慮されるべきデータをもたらすものと考えられる。例えば、これらの患者の経過の特性を知ることは、今後のその種の患者の処遇のあり方を考える際に参考とされるべきである。さらに、この研究によって経過に影響を及ぼす要因や治療困難性の性質についての所見が得られることが期待される。

B. 研究方法

本研究の対象は、1991-1998年の間に松沢病院男子保護病棟（D40病棟）に入院した患者の中で、入院の時点で、1. 入院前に殺人もしくは

は傷害（重度）などの医療観察法で定める重大6罪種を行っていた、2. 警察官の介入を要する程度以上の暴力行為を3回以上行っていた、3. 他院から暴力行為によって転院を要請された^{1,2}、という条件のうち、少なくとも一つを満たす患者である。

実際の研究では、研究対象期間の全入院患者の診療録を閲覧し、これら3条件の存在が確認できた患者を対象として登録し、その経過や臨床特徴などを診療録に基づいて調査することが行われた。

調査項目は、人口統計学的データ、登録入院時の問題行動、精神保健福祉法の入院形態（26条・25条の措置入院の別を含む）、暴力による転入院の有無、登録入院前後の問題行動（殺人、傷害（重度、軽度）、暴行・強盗、強姦・強制猥褻、放火）、生活歴・既往歴（親との別離・喪失、学歴、職歴、結婚歴（配偶者の他、パートナーも含む）、非行歴・犯罪歴・受刑歴、入院回数（登録時の入院は含めず。転院はその前の入院含む）、シンナー・覚醒剤・大麻の使用歴、アルコール依存歴、自殺企図歴、登録入院時の身体合併症、経過中に発生した身体合併症、さらに経過の評価として5年後フォローアップ評価（治療状況、精神症状（4-5年）、暴力（4-5年））、最終フォローアップ評価（治療状況、精神症状（最終経過評価前1年間）、暴力（最終経過評価前1年間））、である。

¹自治体立病院の民間精神科病院からの暴力傾向の強い治療困難患者の受け入れは、その責務の一つとされることが多かった。本研究では、暴力が問題になっている転院例に限って対象に含めることにした。

²都立松沢病院では現在、病床数が縮減されつつあるなどの事情のため、このような治療困難患者の受け入れは、期間を限定して行われるようになっている。

C. 研究結果

この調査対象期間中に D40 病棟に入院した男子患者は、約 1000 例であった。その内、先の 3 条件のうちの少なくとも一つを満足する 83 人が調査対象とされた。さらに本研究では、その中の 5 年間以上の治療経過を追うことができた 61 人をフォローアップ (FU) 群として主な対象とした。尚、その他の経過が 5 年未満の 22 例は非 FU 群と呼ぶことにする。

表 1. 対象患者の人口統計学的、臨床的特徴

	FU 群 (N=61)	非 FU 群 (N=22)	全体 (N=83)
登録時年齢	37.8 歳	37.5 歳	37.7 歳
初回入院年齢	27.1 歳	30.3 歳	27.9 歳
結婚歴有	9 (15%)	0 (0%)	9 (11%)
定職に就いた 経験 (1 年以上) (N=80)	9 (15%)	1 (5%)	10 (13%)
17 歳以前の親 の分離・喪失 (N=60)	21 (47%)	10 (63%)	31 (52%)
非行歴	21 (34%)	8 (36%)	29 (35%)
犯罪歴	28 (46%)	12 (55%)	40 (48%)
受刑歴	21 (33%)	11 (50%)	32 (36%)
シンナー使用 歴 (N=81)	16 (26%)	1 (5%)	17 (21%)
覚醒剤使用歴 (N=81)	16 (27%)	5 (23%)	21 (24%)
自殺関連行動 (N=81)	12 (20%)	4 (19%)	16 (20%)

対象患者の人口統計学および臨床的特徴を表 1 に示す。83 人の登録時の入院形態は、措置入院 27 例（25 条 7 例、26 条 4 例）、医療保護入院 55 例、応急入院 1 例であった。既往の精神科入院回数は 4.5 回、対象患者の登録時入院の入院期間は二峰性の分布を示しており、期間ごとの比率は 3 ヶ月未満 21%、3-12 ヶ月 19%、1-2 年 9%、2-5 年 9%、5 年以上 42% であった。これは、一年以内に退院できないと入院が極端に長期化する可能性が高いことを示唆している。入院日数の中央値は 742 日であった³。

³調査期間中の都立松沢病院の平均入院日数は、185 日から 205 日であったから、これは長い入院日数だといえる。

対象患者では、17歳以前の親の分離・喪失が高率であることから、生育環境が恵まれないことが多かったと推定される。教育年数は平均10.4年(N=80)であった。配偶者もしくはパートナーを得たことのある患者の割合は11%であり、登録時に配偶者、パートナーのいる者はいなかった。登録時に定職についている者はおらず、定職についたことがある者の割合も10%と小さかった。対象患者には、高率の非行歴、犯歴、受刑歴、シンナー・覚醒剤の使用歴があった。FU群と非FU群とを表1に示した特徴について比較したところ、ANOVA, χ^2 testもしくはFischer's exact testにて有意な相違を認めなかった。

表2. 対象患者の臨床診断 (ICD-10)

	FU群 (N=61)	非FU群 (N=22)	全体 (N=83)
統合失調症	36 (59%)	11 (50%)	47 (57%)
覚醒剤精神病	12 (20%)	4 (18%)	16 (19%)
アルコール依存	6 (10%)	4 (18%)	10 (12%)
非アルコール物質依存	7 (11%)	2 (10%)	9 (11%)
パーソナリティ障害	11 (18%)	3 (14%)	14 (17%)
精神遅滞	7 (11%)	1 (5%)	8 (10%)
てんかん	2 (3%)	3 (14%)	5 (6%)
不安障害	4 (7%)	0 (0%)	4 (5%)
脳器質性障害	1 (5%)	2 (10%)	3 (4%)
気分障害	2 (3%)	0 (0%)	2 (2%)

対象患者の診断 (ICD-10) を表2に示す。彼らの診断の頻度は、約6割を占める統合失調症を筆頭に、覚醒剤精神病、アルコール・物質依存、パーソナリティ障害、精神遅滞、てんかん、不安障害、脳器質性障害、気分障害と続いている。不安障害、気分障害の症例はいずれもパーソナリティ障害を合併していた。FU群と非FU群の診断の比較において、 χ^2 testもしくはFischer's exact testにて有意な相違を認めなかった。

表3. 5年フォローアップ (FU) 群の登録前後の問題行動*

	殺人	傷害 (重度) ^a	傷害 (軽度)	暴行	強姦・ 強制猥褻	放火	自殺 関連 行動
登録時 (既往)	9	13	28	51	5	3	12
5年 FU中	0	1	9	43	0	0	8

*傷害の重度、軽度は、全治1カ月以上、未満にて分類している。

FU群の登録入院前後の問題行動を表3に示す。調査対象83人の内、登録入院時に入院事由となっていた問題行動は、殺人2例、傷害11例、暴行42例、放火2例、それらの問題なし26例であった。

表3からは、登録時の入院以後、殺人、重度傷害、軽度傷害、暴行、強姦・強制わいせつが減っていることが示唆される(それぞれ、 $z=-3.0$, $p(2\text{-tailed})=0.003$, $z=-3.21$, $p(2\text{-tailed})=0.001$, $z=-3.8$, $p(2\text{-tailed})=0.000$, $z=-2.14$, $p(2\text{-tailed})=0.033$, $z=-2.24$, $p(2\text{-tailed})=0.025$, Wilcoxon Signed Ranks Test)。

登録後の死亡例は、82例中15例(18%)であった。そのうち、自殺3例、病院外での不審死6人(この内2人が自殺であった可能性がある)であった。死亡例の亡くなるまでのフォローアップ期間、平均死亡時年齢は、それぞれ6.9年、43歳である。自殺例の死亡時年齢は、26、34、36歳と比較的若かった。自殺未遂や身体疾患によって重篤な身体障害を生じた症例は3例であった。これと死亡例とを合わせると、対象患者の22%が経過中に身体機能が大きく損なわれる状態になっている。

FU群のフォローアップ時の治療状況を表4に示す。この表に示されているように5年フォローアップ時および最終フォローアップ時に外来治療を受けている患者の比率は、それぞれ34%、41%であり、大きく変化してはいない。

表 4. フォローアップ時の治療状況 (FU 群) *

治療状況\FU 時期	5 年 FU	最終 FU ^a
都立松沢病院外来	19 (31%)	12 (20%)
都立松沢病院入院中	38 (62%)	18 (30%)
転医・外来	1 (2%)	6 (10%)
転医・入院	0 (0%)	12 (20%)
入院中病死	0 (0%)	4 (7%)
院外自殺	0 (0%)	1 (2%)
院外不審死	1 (2%)	6 (10%)
治療中断	2 (3%)	2 (3%)

*最終 FU 時の平均フォローアップ期間は 11.1 年であった。

表 5. 経過中の精神症状の変化 (FU 群) *

改善度\FU 時期	5 年 FU	最終 FU ^a
1. 著明改善	10 (16%)	9 (15%)
2. 改善	25 (41%)	29 (48%)
3. 若干改善	14 (23%)	14 (23%)
4. 不変	11 (18%)	9 (15%)
5. 悪化	1 (2%)	0 (0%)

*最終 FU 時の平均フォローアップ期間は 11.1 年であった。

経過中の精神症状の変化を表 5 に示す。5 年フォローアップ時および最終フォローアップ時の精神症状の著明改善と改善を合わせた患者の比率は、それぞれ 57%、62%であった。5 年フォロー時から最終フォロー時での改善度を比較したところ、この期間中における改善の方向への有意な変化が認められた ($z=2.36$, $p(2\text{-tailed})=0.018$, Wilcoxon Signed Ranks Test)。

表 6 に FU 群の経過中の精神症状の変化を示す。5 年フォローアップ時および最終フォローアップ時の暴力傾向の著明改善と改善を合わせた患者の比率は、それぞれ 36%、46%であった。5 年フォロー時と最終フォロー時での暴力傾向の改善度を比較したところ、この期間中における変化は有意でなかった ($z=1.26$, $p(2\text{-tailed})=0.210$, Wilcoxon Signed Ranks Test)。

表 6. 経過中の暴力傾向の変化 (FU 群) *

暴力傾向\FU 時期	5 年 FU	最終 FU ^a
1. 著明改善	1 (2%)	4 (6%)
2. 改善	21 (34%)	24 (39%)
3. 若干改善	25 (41%)	21 (34%)
4. 不変	14 (23%)	11 (18%)
5. 悪化	0 (0%)	1 (2%)

*最終 FU 時の平均フォローアップ期間は 11.1 年であった。

表 7. 経過中の生活状況の変化 (FU 群) *

生活状況\FU 時期	5 年 FU	最終 FU ^a
1. 地域生活バイト	1 (2%)	2 (3%)
2. 地域生活無為	5 (8%)	11 (18%)
3. 入院半分以下	20 (33%)	16 (27%)
4. 入院半分以上	7 (11%)	8 (13%)
5. ずっと入院	28 (46%)	24 (39%)

*最終 FU 時の平均フォローアップ期間は 11.1 年であった。

表 7 に FU 群の経過中の生活状況の変化を示す。5 年フォローアップ時および最終フォローアップ時の 1 年以上外来治療を続けている患者の比率は、それぞれ 13%、21%であった。5 年フォロー時と最終フォロー時での生活状況を比較したところ、この期間中には、入院から地域(外来)への有意な変化が認められた ($z=-2.13$, $p(2\text{-tailed})=0.033$, Wilcoxon Signed Ranks Test)。

次に精神科診断、生育歴、生活歴の特徴と、フォローアップ時の精神症状、暴力傾向、生活状況の改善との関連を Mann-Whitney U test および Spearman 順位相関係数を算出して検定した。多重比較が行われているので有意水準を一律に $p=0.01$ とした。

その結果は、覚醒剤精神病では精神症状の改善度が高い (5 年 FU 時および最終 FU 時、それぞれ $U=158$, $p=0.008$, $U=151$, $p=0.006$)、配偶者またはパートナーを得た経歴のある患者は 5 年 FU 時に暴力傾向の改善度が高い ($U=111.5$, $p=0.009$) という所見であった。