

あるが、この他にも治療が長引いている理由に発達障害をあげているものが3名おり、重複障害の治療が課題となっている。またF1ではパーソナリティ障害を併存している例が2例ある。

治療反応性不良ではクロザピンが5例に使用され、ないしは使用が準備されている。その効果に関しては「クロザピンが投与されており、その効果が顕著。面接場面で自らの疾病名や症状を述べ、退院後の治療内容も語る。思考障害や精神運動興奮は認めず、疎通は良好。幻聴の訴えあるも、左右された行動はない」「クロザピンを内服中。内服に対しては一定の理解。精神病性症状に対して効果的。衝動性を緩和する効果は著明。プログラムについて、本人は勉強になると。ストレスに理解を示し、自らのストレスについても表現することができる」と概ね有効で、病状が改善して心理社会的治療への橋渡しができています。薬物療法では非定形抗精神病薬が2剤十分量が使用されているが「セロクエルが投与されて妄想は残存しているが緩和。治療プログラムへの参加意欲が低い。理解力も低いため、プログラム内容の理解には限界がある」「クロザピンの調整で更に症状が改善する可能性もあるか。病識獲得、薬物療法の理解、服薬コンプライアンスの確立が重要」と、可能であればクロザピンの適応を回避して、その使用に慎重な指摘が行われている。

社会復帰要因では「ストレスから衝動的な放火行為があった。自宅や施設での生活ができるようになるには、まだ長期間の治療を要する。今後ストレスコーピング法が身につけば他害行為のリスクは下がる。」(症例3)、「幻聴が活発になると、スタッフの助言よりも幻聴に影響されるため、他害行為を命令する内容の幻聴があると、他害のリスクはある。」(症例2)、「統合失調症については服薬コンプライアンスが確立しても、併存するアルコール

問題は退院後どのように経過するかわからない」(症例5)、「不安やストレスに対する対処技能の獲得が必要である。本人の能力的な限界は低いと思われるが、獲得する余地はまだ残されるように感じる。」(症例25)などと具体的に陽性症状やアルコール問題、不安やストレスへのコーピングスキルなどに対する心理社会的介入へ課題を指摘している。

「主診断(アルコール精神病)副診断(軽度MR、アルコール依存症・非社会性と情緒不安定性の混合性パーソナリティ障害)。酩酊による抑制低下や易刺激性により対象行為に至った可能性が高く、疾病性は満たさない。当初審判に疑義あり」(症例28)と疾病性の問題を引きずる症例もある。実際の治療場面では「病識は無くリスパダールコンスタでは妄想をコントロールしきれない。異常性愛の改善は非常に困難。統合失調症のコントロールに加え、異常性愛へのアプローチを継続するのが難しい。外出中にもまたやると述べることもあり、コントロール困難。面接では自己の問題として語らなかった。」として、直接の対象行為である強盗ではなく、性犯への可能性が問題となり、保護的な単身生活可能としても慎重なリスクアセスメントを行う必要性を指摘している。

重複診断では「保護的な単身生活が可能(援護寮)。飲酒下でDVが行われており、妻の支援が得られず社会復帰阻害要因は認められる」(症例32)、「統合失調症については服薬コンプライアンスが確立しても、アルコール問題は退院後どのように経過するかわからない。」(症例5)のようにアルコールや薬物問題を有する対象者のリスク評価に関する意見がみられる。医療観察法の保護された環境で、アルコールや薬物の使用に対する心理社会的な介入が、通院した後に般化するかは限界がある。

妄想型統合失調症に加え広汎性発達障害と精神遅滞が併存しており、副作用として頸部

ジストニアが著明で治療に困難を示し症例を示した。「広汎性発達障害の要素が強く、対象者自身を受け入れることができない。」(症例51)では、「クロザピン適応だが、できない院内事情」と示唆して、医療供給体制を整えるように指摘した。

薬物療法の継続(アドヒアランス)が困難な症例も存在する。「オランザピンからリスペリドンデポ剤に置換後、不眠、気分高揚、易刺激性など躁状態が再燃し、幻聴も出現。継続した薬物治療が必要である。症状の再燃の可能性には全く思い至っておらず、社会復帰に進めないのは医療関係者のせいであると考え病識は深まらない。」と継続治療への課題がある。「これまで長期に継続して精神症状が安定することはなく、症状悪化時は暴力リスクが高いため何らかの触法行為に及ぶ可能性が高い。」(症例48)とするが、「精神症状が安定すればグループホーム等の施設での生活は可能。」と働きかけの期待も指摘している。

以上のように、同じく医療観察法医療を担当し、同じ困難を感じているがゆえに社会復帰を促進させるために、可能な治療の選択を提案している。

3. 医療観察法入院が18か月以上になっているが施設・病院への退院可能群(N=38人) 表4

入院期間が18か月を超えており、保護的な環境下での社会復帰が可能な症例である。一般精神科病院を想定する場合と施設があるが、治療の課題が比較的多い症例である。

男女比では男性が29名で女性が1名である。年齢では20代3名、30代16名、40代7名、50代6名、60代5名、70代1名で30代が多くなっている。

対象行為では殺人12名、傷害致死1名、傷害9名、放火10名、強盗2名、強制わいせつ4名である。ここでは殺人や傷害致死などのより重篤な対象行為が多く、これらの対象行

為が長期化要因となっている可能性を示唆する。

主診断はF1=0名、F2=35名、F3=0名、F7=1名、F8=1名である。統合失調症圏が多く、物質使用障害や気分障害はない。重複診断ではF1=0名、F7=4名、F8=3名であるが、この他にも重複診断に関してはF6=1名、F7=1名、F8=1名が挙げられており、合計すると10名となる。重複障害の治療が課題となっていることが示されている。

この群の特徴は統合失調症として若年の発病である。19歳で入院(症例1)、中学性より友人関係が希薄で引きこもり(症例2)、高校に進学後に落ち着かなくなり(症例3)、中学生「自分を邪魔する声」「テレパシー」が出現(症例5)、11歳から独語空笑(症例6)、幼少期より運動・言語性のチック症状(症例7)、16歳「周囲が避けている」と妄想出現(症例8)、高校時代に生きているか分からなくなる現実感のなさや音への過敏性(症例12)、中学生で家庭内暴力も生じ統合失調様症状が出現(症例14)、15歳頃暴力的となり精神科病院入院(症例15)、中学2年で被害関係妄想や注察妄想(症例16)、高校時より不安感(症例18)、早期より不適応で高2より自閉的な生活(症例20)、18歳で幻覚・妄想状態で発病(症例21)、中学3年時より被注察感(症例24)、18歳時、興奮や徘徊などの奇異行為(症例27)、17歳で関係妄想(症例28)、14歳頃より悪口などが聞こえ幻覚妄想状態(症例34)など10代の半ばに発病をしている症例が多い。

また入院回数が10回前後と多く、社会での不適応行動や安定した治療が行われていなかった経過が示されている。これらの統合失調症は疾病としても、治療経過としても重篤であり、その上に対象行為というストレスが加わって、治療抵抗性が生物学的にも心理社会的にも形作られ、治療の戦略もその重篤さ

に沿って様々な角度よりアプローチが必要である。

疾病性に関しては「破瓜型統合失調症でかなり長期的な取り組みを要する」（症例1）とし、治療反応性に課題があり『『何で精神病なのかわからない』『退院したら薬はのまないし、病院には通わない』『(対象行為は) 何でやったのかわからない』と病識がなく、内省も困難である。現実検討力、理解力の低下、無関心など陰性症状も強く、心理社会的治療の効果も限定的と思われる』と指摘した。統合失調症による人格変化が重篤で、また認知能力も低下している症例が問題となる。このような症例では「現在認められる治療効果が限定的で、家族の支援には限界があり、長期的な入所が可能で本対象者に必要な手厚い支援のできる施設も見つけれない。治療反応性がMaxに達したと判断される段階で精神保健福祉法入院へ移行がベター」という見解も起こる。いわゆる治療抵抗性でも陰性症状主体の病態であり、クロザピンを含めた薬物療法は限界があり、退院した後の環境設定が重要となる。多くは常時の閉鎖環境は不要であるが、絶えず支援を要するケースで、ここでは手間のかかる病態という意味でhigh dependenceと称する。入院より処遇終了となり一般精神科病棟への移行をピアレビューが指摘しているが、それを受けた施設側の判断も地域特性や公的病院の役割が判断材料になる。また原則として治療反応性がないとして一般精神科病院に入院させるときには公的病院が担当することを明記すべきであると意見する。

知的障害が併存する場合は中等度で衝動統制不良により起こした対象行為であるならば、心神耗弱にとどまる。起訴前鑑定では統合失調症解体型と診断されて不起訴になったが、医療観察法鑑定では中等度知的障害と診断された。精神病性障害でない場合、原則疾病性の要件は満たさない（症例2）。社会復帰に関

しては「常時の助言や介助を要するが閉鎖環境は不要。知的障害者への対応に熟練したスタッフのいる施設で、服薬しながら落ち着いて生活できる可能性がある」と指摘し、「衝動コントロール目的の薬物療法や心理教育は一定の効果があるが、医療観察法入院処遇の治療反応性の要件充たとすべきか疑義がある。他害リスクがあること、社会生活に困難があること、自宅での生活が困難で施設入所が望ましい」と具体的に示して検討を求めている。

トゥレット症候群及び広汎性発達障害を併存している統合失調症では「対象行為の発生は①本人の性衝動と②チックに関連して③統合失調症による衝動コントロールの障害の助長と思考・判断の障害④病気だから許される」という認識が重積している。統合失調症以外の要因については本人の学習速度や本人の治療参加に合わせ長期的で、医療観察入院処遇をどの段階・どの時期に終了するかによって、地域で居住する環境が閉鎖か開放かが異なる」（症例7）と意見している。「統合失調症に関しては継続した薬物療法により情動の安定性と衝動コントロールの改善が見られる。広汎性発達障害は薬物療法の効果は基本的に多くを期待できない。チックに対する薬物療法は試みている。性衝動が他害行為に発展したのは統合失調症発症以降である。性的逸脱行為の再発防止は社会規範順守意識の向上が必要。適応的対人関係、行動療法、教育で再犯防止の意識および対処技能の向上が得られつつある」として心理社会的治療を評価している。ともすれば広汎性発達障害については治療反応性が乏しいと処遇終了を検討するが、時間をかけての治療の必要性和効果を評価している。一方では広汎性発達障害及び頭部外傷後の器質性精神病を疑われる統合失調症について「PDDに由来する心理的反応が生じている可能性も否定できず、医療観察法入院処遇をいたずらに長期化することは避けるべきであ

る。治療課題を限って入院処遇を終了し、地域社会における、より制限の少ない生活への移行をめざし段階的に治療を進めることも選択肢」(症例8)とリスクが低減してきた際には処遇終了を視野に入れるべきとする意見を付している。

妄想などの治療抵抗性統合失調症では11例にクロザピンが使用され、また使用を指摘されている。クロザピンを使用した例で困難となるのは無顆粒球症などで継続服用が困難となった症例である。「クロザリルは効果があったが、無顆粒球症のため中止。クロザリル中止後は、インヴェガ12mg、ジプレキサ20mg、ハロマンズ(100)1A。m-ECT(7回目)。1週間間隔でのメンテナンスECTも検討? 疾病教育も難しい。集団プログラムにのれず個別対応。しかしその後調子を崩し治療効果が積み上がらない。悪化を防ぐ最低限の治療反応性しか期待できない」(症例16)と維持的なmECTができる体制を条件にあげている。

訪問した施設で円滑にクロザピンが使用されている実態を見学し、治療抵抗性の治療戦略が変化することをピアレビューが学んで帰った。クロザピン抵抗性の妄想型統合失調症では「クロザピン500mgを投与しているが、思考伝播、女性への恋愛妄想と幻聴が続いている。突然、妄想から退院の許可が出たと治療プログラムを拒否するが、著しい不隠興奮に至ることはなく一定の効果はある。日常生活上も自閉的でほとんどベッド上で過ごすという無為な生活を送っている」(症例25)のために、「精神症状は残存しており、内省や病識獲得にはいたらない。クロザピンにて期待する効果が得られなければ、退院後は閉鎖的な環境下での対応が想定される」として病院に残留することが示唆される。クロザピン使用症例でも、改善が社会復帰のレベルには不十分な時には処遇終了をして精神保健福祉法による入院継続を提起している。

治療抵抗性は十分量十分期間において2種類以上の非定形抗精神病薬を使用しているにもかかわらず改善が見られないものとの定義されているが、実際に治療抵抗性と判断するか否かは医師に委ねられている。一般にはクロザピンの使用はかなり限定的であるが、今後適応を拡大すれば社会復帰の可能性を増すことが期待される。小児期に発病した破瓜型統合失調症の症例で「過去の治療歴から考えても、治療反応性には限界があると考えられる。インヴェガ12mg, ヒルナミン250mg, デパケンR 1200mg, リーマス800mg。治療反応性の限界を論じるには、クロザピンの使用が不可欠である」(症例6)と指摘するが、「被害妄想活発で暴力的言動が散発するも、対スタッフが中心である。クロザピン適応は検討しているが、血液内科連携の問題で難航している」と適応が見送られている。クロザピンが使用できる環境調整は病院全体が取り組むべき課題として提案している。他害リスクが高い解体型統合失調症が、「クロザリル服用後、睡眠覚醒リズムが著明に改善し、疎通性、敵意、幻聴の改善も見られている。ストレス要因の同定やストレス対処技術の向上が課題である」(症例13)とチームで評価して治療反応性への見解が変化し、心理社会的治療の可能性が拡大していることを指摘している。

「急性の幻覚妄想状態にあるときはリスクが高く、保護管理下ではリスク低減」するが、ストレス耐性が低いために、「閉鎖環境を要するが一般精神科などで対応可能」(症例11)として処遇終了をチームで検討していたが、クロザピンの適応を検討した後に処遇を決定すべきであると意見している。

社会復帰要因では環境調整に課題を残す妄想型統合失調症で「血統妄想、恋愛妄想を父親が否定したことに逆上し対象行為(父親の殺害)」(症例18)を行ったが、妄想は治療抵抗性で確固として変化がない。二重見当識が

あり保護的環境があれば安定している。環境を整えることで退院可能と担当チームは判断しているが、地元地域や通院医療機関の反応は受け入れに消極的である。医療観察法入院機関がない場合は、困難事例が改善していくプロセスを目の当たりにする機会がなく拒否や排斥が強い。医療観察法入院施設の適切な地域への配置を求めている。回復経過に接することで医療観察法処遇に関するコンセンサスを得ることができ、地域機関への働きかけを可能となる。社会復帰要因は社会に近いところでしか評価ができないこと、リスクアセスメントはリスク環境を有するところでなければ最終的な評価はできないと意見している。

4. 自殺企図とその対策（N＝7人、自殺企図がないが3施設の対策）表5

今回は1例の既遂例が含まれて、未遂例は6名である。未遂例の4例では自殺企図の予測性があり防止対策が取られていた。

対策は「常時観察」「自殺企図者のリスト作成とリスク評価の毎週の更新。観察レベルの設定のあり方の見直し。15分に1回は、病棟全体をラウンドするセキュリティ看護師の設置」「希死念慮の出現後、観察レベルを5分観察としている」と観察レベルの密度を検討している。医療観察法では密な観察が可能な人員配置がなされ、実際の自殺企図が未然に防止されている。観察レベルと称される観察密度は施設により若干異なり、その適応にも違いが認められる。多くは常時観察・15分観察・30分観察・1時間観察する施設（センター病院他）と、常時観察・5分観察・20分観察・1時間観察（琉球病院他）がある。常時観察は自傷他害リスクや病状不安定が顕著で問題行動が予測されるケースに適応されるが、一方では入院後1週間は常時観察を原則とするルール化をしている施設もある。観察レベルはリスクマネジメントの基本となるので全

体での検討が必要である。ピアレビューに際して異なった観察レベルを採用している施設間で意見交流が行われている。

リスクに対するマネジメントでは「自傷行為後、拒薬傾向もあったためmECTを実施し、以後、クロザリルも導入し状態は安定した」ことをあげている。マネジメントの原則は観察レベルを上げる、精神病状によるものはmECTやクロザピンなどの積極治療の導入、また自殺企図者のリストを作成して過去の自殺企図歴を把握することなどが挙げられている。

既遂例は60代の妄想性障害で社会復帰期にあった。予見性はなかった。「元来物静かな性格で口数も少なく、他対象者やスタッフとの交流も必要最小限だけであった。生活史や現病歴、入院後の言動等を振り返っても、希死念慮や自傷行為等の自殺をほのめかす言動もなく予測は困難であった。事故発生後、拡大外部評価会議などの調査が行われたが、対象者が社会復帰期であったこと等を考慮すると、ハード面における現状以上の改善は困難であろうとの見解であった。よって、再発防止のために、ソフト面の改善に取り組んでおり、各スタッフがセキュリティへの意識を高く維持できるような工夫が検討・実施されている状況である。」と報告されている。さらに再発防止の詳細な対策として、①3か月毎の対象者への持ち物チェック、②ボディチェックのデモンストレーションを新任者研修等で実施、③観察時間の検討・評価の実施、④自殺可能性も考慮した治療方針の見直し、各ステージにおける自殺リスクファクターの検討等が実施されている。自殺防止に対する危機意識に温度差があり、長期的に意識を持ち続ける取り組みを行っていくかが課題である。

自殺企図例がない施設より「未然に防ぐ取り組みとして、モニタリングに力を注いでいる。リスク評価の一貫として、日常の入院中

の様子を観察することはもちろん、これまでにそれぞれの患者が自殺企図を行ったことがあるかどうか、あるならば、どのような手段であったかなどについて、定期的に確認され共有されている。」「自己管理物品のリストを作成し、自殺のリスクを低下させている。週1回、全対象者を複数の医師で回診し、状態を把握し、リスク管理を行っている。自己管理物品拡大においてリスクを感じる場合には、治療評価会議で検討している。外出・外泊実施前には、定式化されたリスク評価用紙を使用して治療評価会議で検討している。」「共通評価項目『自殺企図』の項目を利用し、さらに細かく評価を行う。自殺企図をほのめかす発言、様子があればMDT会議、病棟でも話し合いをもち、必要性があれば、物品の管理、観察レベルの変更をおこなう。自傷・自殺リスクがあれば、自殺リスクのシナリオを作成し、定期的に見直しを行う。外出時の職員配置、外泊中の観察においても留意する。」と工夫がなされている。いかに自殺リスクに関する評価を継続的に多角的に実施するかであり、そのためには多職種アプローチが基本となっている。

5. 各施設へのピアレビューの総評 表6

ピアレビューを実施した際に自由記載として全体の総評が行われている。症例の検討を行っているが、施設全体を自施設と比較して評価し、改善する点や学ぶ点などをあげている。多くは訪問施設をリスペクトするところから始まり、ピアレビューの基本的な視点とともに医療観察法医療を担っている自負心が感じられる。

改善すべき点も具体的に提案があり、本来であれば1年後のピアレビューを受けて変化を追跡することも大切である。

6. 各施設へのピアレビュー講評スライド 資料1

ピアレビューの最終日にピアレビューが訪問先の施設に対して講評をすることが多い。講評というより感想や提案などと表現するのがふさわしく、今回は3日間という短期間に集中的にスタンダードの入院期間より長期化した症例を中心に共に検討してきた。その中で感想を短期間のうちにまとめて、明確に伝えている。そこでもまた討論が行われることが原則で、一方的に評価する立場とそれを受けられる立場の関係性を越えることが大切である。ピアレビューもその点を指摘している。ここにあげたのは事例を外して各施設へのピアレビュー講評スライドをシリーズでまとめたものである。

D. 考察

1. 23年度のピアレビューより

医療観察法入院医療の質を均霑化する方法としてピアレビューを実施した。今回は3日間という比較的短期間で行った。またピアレビューの着眼点を「長期入院の検討」に置き、長期の定義をスタンダードの入院期間18か月をこえるものを対象とした。また自殺リスクに関する関心を維持する目的で自殺企図者も対象とした。期間に関しては総評の中で「短くて、参加できたプログラムや会議は限られ、またスタッフとの情報交換もチェックシート（フェデリティ調査）の確認が中心となり現状や課題について話し合える時間があまり取れませんでした。その結果、病棟で行われていることの全体像の把握には至らず、十分な調査が行えなかったと思われることが残念です」との意見もあった。

ピアレビューの方法として病棟全体の機能を評価するのか、各論的な項目をあげる方法を採用するかは、ピアレビューの目的や実施期間によって変化を持たせることが必要である。

表7に項目別のピアレビューについての試案を付記したが、これらの組み合わせで実際は行われる。

またピアレビューが自施設で病棟医長やプログラムリーダーなどの中核を担っているメンバーで構成するのか、多職種が広く参加するのかによってもピアレビューの目的が異なってくる。目的志向性が高ければ前者がピアレビューになるべきであるし、施設間の均霑化を広く行うのであれば後者がより有効である。ただスライド原稿をまとめた様に講評をするだけの臨床的な知識や表現力を最低限度身につけたスタッフが参加すべきであることは論をまたない。今回は長期入院を改善するには難治例や治療抵抗性、多問題な症例をどのように治療にのせるのかが根底にあり、クロザピンの導入を視野に入れたピアレビューも行われた。そのためにはクロザピン使用経験に差がある現状では経験豊富な施設より出向いて評価し、またクロザピン使用の経験を共有することに努めた。

医療観察法は多職種で医療を展開するようにガイドラインで示されており、実際の臨床もMDTとして動いている実績がある。ピアレビューも元来は多職種（医師、看護師、心理士、精神保健福祉士、作業療法士、場合によれば専任事務も）で実施することができれば、最も施設間の課題を網羅して交流ができると期待する。実際は多職種が抜けることの自施設での業務遂行に支障が出るし、その期間が1週間（5日間）であるとなおさら業務との関係で困難がある。現在では2職種でピアレビューを実施してきたが、多職種という定義を最低3職種とすれば、3職種での訪問が現実的にも必要である。

ピアレビューを有効に行うには業務として個人情報に接することができ、また治療に参加ができることが必要である。そこにはピアレビューは医療観察法施設で現在も業務をして

いることを前提にしており、医療観察法による守秘義務の順守を義務づけられていることが必要である。

今回のピアレビューを行った116名の症例より、その課題をまとめると次のように提案する。

- 1) 治療抵抗性統合失調症について、処遇終了の申し立てを行う際の基準を検討した。治療反応性を認めないと判断するためにはクロザピンを使用した後に認定する。
- 2) 治療反応性なしで処遇終了し精神保健福祉法で入院を継続する場合の転院先は主に公的施設が責任を担う。
- 3) 通院医療機関の乏しさ・未整備により入院が長期化する場合は裁判所には処遇終了を申し立て、裁判所の指導の下に社会復帰を進める。
- 4) 対象行為がその人格傾向によって生じたなど、疾病性に疑義がある場合は裁判所に処遇終了を申し立て判断を委ねる。
- 5) 対象者のリスクアセスメントについては慎重にアセスメントとマネジメントを検討する。
- 6) 家族が社会復帰に阻害的に働き調整困難なケースでは家族の判断能力の検討を行う。

2. Manual of psychiatric peer review (American Psychiatric Association APA,1986) と医療観察法ピアレビュー 表7

医療の質を担保するために行われるピアレビューは「Manual of Psychiatric Quality Assurance」(2008)として知られている。ピアレビューを行う範囲はAPAのCommittee on Quality Assuranceで定義されている。ここではピアレビューとはいえ、監査的な要素が強く学会に設けられた委員会が組織して実施し、ピアレビューには条件が決められ、DSMの診断基準に沿って診断されているか、治療やケ

アが提供されているかを評価する流れになっている。

医療観察法における施設監査は、厚生労働省が示した医療観察法入院処遇ガイドラインに沿って処遇がなされているかを評価するために、外部の監査医師を含めた本省の技官や事務官によって実地審査が行われ、指摘事項があれば指導や指示という形で行われている。これに対してピアレビューはガイドライン、精神医学的基準、精神科医療（治療とケア）基準、司法精神医学基準を念頭に置きつつも、医療観察法医療を作り上げる「臨床の同僚」という立場での体験交流を前提としている。このために指摘事項があれば「指導や指示」という形式はとらずに、「意見」として述べるに留まり、より良い医療観察法医療、ひいてはより良い精神科医療を模索している「仲間」という立場を堅持している。今後は「意見」がどのように反映されたか、ピアレビューが持ち帰った医療技術や方法をいかに自らの施設で反映しているかの追跡調査も必要であろう。

E. 結論

医療観察法入院医療機関の専門職によるピアレビューを通して、医療観察法ガイドラインで示された入院期間18か月を基準に、社会復帰促進に向けた治療を進めているか、医療観察法医療の標準化（均霑化）を図り、医療観

察法が目的とする重大な他害行為を行った精神障害者の社会復帰促進に関して困難例を検討することは有効である。一般精神科医療の質の向上や均霑化にも汎用できる方法としてのピアレビューの方法を確立し制度化すべきである。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1) 論文発表

- 1 村上優：医療観察法と多職種チーム医療. 30：59-64, 2011
- 2 村上優：医療観察法の存続は可能か・指定入院医療機関より. 精神誌, 115：468-476, 2011
- 3 村上優：物質使用障害の精神鑑定の実際. 精神医学, 973-981, 2011

2) 研究発表

- 1 村上優：医療観察法における「治療反応性」. 第7回日本司法精神医学大会, 岡山, 2011. 6. 4

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

表1 ピアレビュー マッチング (平成21年度より23年度、24年度案)

受け入れ施設	規模	派遣施設			
		21年度	22年度	23年度	24年度(案)
(NHO) 国立精神・神経医療研究センター	大規模	群馬	新規病院	琉球	久里浜
(NHO) 久里浜アルコール症センター	大規模	岡山	センター	北陸	花巻
(NHO) 花巻病院	大規模	琉球	久里浜	賀茂	下総
(NHO) 下総精神医療センター	大規模	小諸高原	さいがた	松沢	岡山
東京都立松沢病院	大規模		花巻	東尾張	北陸
(NHO) さいがた病院	大規模	北陸	岡山	センター	肥前
(NHO) 北陸病院	大規模	榊原	群馬	琉球	センター
(NHO) 東尾張病院	大規模	大阪	下総	松沢	さいがた
(NHO) やまと精神医療センター	大規模		北陸	肥前	琉球
岡山県精神科医療センター	大規模	花巻	菊池	肥前	賀茂
(NHO) 賀茂精神医療センター	大規模	肥前	小諸高原	岡山	東尾張
(NHO) 肥前精神医療センター	大規模	センター	北陸	東尾張	埼玉
埼玉精神医療センター	大規模				松沢
(NHO) 琉球病院	大規模	久里浜	松沢	北陸	やまと
(NHO) 菊池病院	小規模	長崎	榊原	小諸高原	静岡
(NHO) 小諸高原病院	小規模	さいがた	岡山	花巻	長崎
(NHO) 榊原病院	小規模	東尾張	やまと	センター	肥前
長崎県精神医療センター	小規模	菊池	賀茂	菊池	鹿児島
鹿児島県立始良病院	小規模		肥前	岡山	群馬
静岡県立こころの医療センター	小規模		琉球	琉球	鳥取
(NHO) 鳥取医療センター	小規模		肥前		群馬
群馬県立精神医療センター	小規模	センター	花巻		菊池
長野県駒ヶ根病院	ユニット		センター		大阪
山梨県立北病院	ユニット		センター		神奈川
大阪府立精神医療センター	ユニット	賀茂	長崎		長野
神奈川県立精神医療センター 芹香病院	ユニット		琉球		山口
山口県立こころの医療センター	ユニット				山梨

表2 長期の医療観察法入院処遇が予測

番号	性	年代	対象行為	主診断	副診断	病歴	対象行為	疾病性	治療反応性	社会復帰要因	方針	評価
1	M	70	殺人	F2	F7	<p>服役中の統合失調症発症、出所直前統合失調症と診断。満期出所と同時に措置入院。このとき無断離院。2回目の措置入院中同室患者を傷害致死で心神耗弱で服役。発病後17年後、実兄に対して殺人未遂。心神喪失で3回目の措置入院。この入院中に今回の対象行為(殺人)。現在幻覚妄想の持続と感情鈍麻。情動は安定。</p>	措置入院中に、日頃から言動がうさいと気持ちにいらぬ同室患者に対して、顔面を手拳で殴り殺害。鑑定や審判では、統合失調症に基づく幻聴と被害妄想に支配されたと判定された。	幻聴、被害妄想が持続し、衝動統制不良の難治性統合失調症。	現在も続く身体への被影響体験と幻聴について、電波によって実験されているという被害妄想を構築しており、妄想の内容には現実乖離した空想的内容も含まれ、妄想型統合失調症と診断される。思考の貧困化、人格水準の低下も認められる。幻覚妄想は活発に続いており、薬物療法の効果は限定的である。高齢で身体的な問題(嚥下困難)があり、クロザピンは導入できない状況。	知的水準も低く、治療プログラムへの参加を拒否しており、疾患についても抵抗を示すため、生活指導などによる心理社会的介入以外は困難。	医療観察法の入院処遇でないと対応困難。	医療観察法病棟内で他対象者に暴力行為があり、被害のリスクは依然としてある。年齢も考えると、一般の精神科閉鎖病棟で対応できる可能性もあるが、過去に院内殺人を2回起こしているため、常に密な観察と個室対応が不可欠である。治療効果が限定的で、退院できるような支援体制は現実的でない。

番号	性	年代	対象行為	主診断	副診断	病歴	対象行為	疾病性	治療反応性	社会復帰要因	方針	評価
2	M	40	傷害	F2		16歳時、被害妄想、追跡妄想、考想伝播、聴覚過敏、幻聴などを主症状として発症。精神科を受診し、以後対象行為が5病院13回の入院歴あり。退院後の通院、服薬は不規則で、服薬中断から幻覚妄想状態が再燃し、父に対する暴力行為を契機とした入院を繰り返した。	自宅で父に対し暴行を加え、入院加療1ヶ月半を要する脳挫傷他の傷害を負わせた。	妄想が強固な治療抵抗性の統合失調症である。	クロザピン開始し増量中。衝動性など精神症状は改善傾向だが効果はまだ限定的。確固とした妄想があり、ストレス脆弱性や衝動コントロール・コンプライアンスが不良、治療関係の構築も困難。長期入院で徐々に治療効果も現れているが限定的。現在も命令性幻聴が活発で、入院後も被害妄想による他対象者への暴力行為が何度もあり、長期の隔離対応を要する。病識、コンプライアンス共に獲得困難な状況にある。	今後の治療により症状改善が図られれば、リスクが下がる可能性はある。	医療観察法の入院処遇でないことに対応困難。	衝動統制困難、他害への閾値の低さは必ずしも精神症状だけによるものではない可能性もあるが、現時点では明らかにできない。
3	M	30	傷害	F22		高校卒業後、職を転々としながらも継続就労。	2年前より歯科受診をきっかけに妄想を抱くようになり、歯科に押しかけ傷害を負わせた。		薬物療法の反応性も乏しく、情緒の安定程度には効いている。心理社会的治療は病識を全く欠いており、治療困難。	妄想に従った行動をとる可能性が高い。病識を欠いており、先のリスク評価認め。暴力容認の姿勢あり。	医療観察法の入院処遇でないことに対応困難。	
4	M	20	傷害	F8	F2	高校より不登校。10代より家庭内ひきこもり暴力。	子どもに馬鹿にされたと思ふ暴力。	F849が主でF200を併存。幻覚・妄想状態ではあった。副診断のコントロールは必要。	薬物療法で精神病症状のコントロールはできる。PDDのこだわりに基づくストレス耐性の低さは治療困難。	リスクは高い。	医療観察法の入院処遇でないことに対応困難。	本人の特性があり、リスクを一定以上下げるのは困難か。
5	M	30	強盗	F2		高校卒業後に発症、20歳頃には自閉的な生活で外もなく独語や空笑がみられた。25歳前後、幻聴により傷害事件、その後精神科受診し、統合失調症と診断されるが、服薬中断。数年前から病状はさらに悪化、思い通りにならないと両親に包丁を向ける。「〇〇に行く脅かされている」等として大学に侵入し逮捕されたこともあった。祈祷師の助言を受けたと服薬中断し、対象行為となった。	幻聴から〇〇に行くことを決意、その途中でコンビニで店員に対し包丁を突きつけて脅迫し、清涼飲料水を強取した。	統合失調症(解体型)	クロザリル600mg服用しているが、幻聴は継続しており、病識や治療の必要性についても理解は乏しい。疾病教育としての当事者体験のビデオ鑑賞では、部分的ではあるが自身の症状と照らし合わせることもできたこと。	リスクは低減。	医療観察法の入院処遇でないことに対応困難。保護的環境での生活も可能か。	治療抵抗性
6	M	50	殺人未遂	F2		中学卒業後仕事に就く。17歳の頃より被害妄想が出現する。その後、職を变えるが長続きせず。一人暮らしをしていた。母の死後、周囲の住民へ恐怖感を抱き、精神科を初診、入院した。20年前より周囲の住民、祖母に対し妄想が強くなり山林や小学校に放火を行う。統合失調症と診断され措置入院となる。数年前から、被害妄想が表面化し「病院が自分の病気(梅毒)を治してくれない」など病院への非難や不満をもらし、易怒的となることもあった。	病院への妄想は続き、無断外出の際、ナイフを購入する。保護室入室の際、隠し持っていたナイフで当直医に切りかかり現行犯逮捕される。「自分も嫌な目に合っているのでは仕方ない」と述べ、被害者に対する謝罪は全くない。	統合失調症(妄想型)	クロザリル600mg服用しているが、幻聴は継続しており、病識や治療の必要性についても理解は乏しい。	リスクは高い。	医療観察法の入院処遇でないことに対応困難が閉鎖環境を要するが一般精神科などで対応可能。	治療抵抗性
7	M	20	強姦	F2		10代より不眠と幻聴(話し声)が聞こえ精神科クリニックを受診し統合失調症との診断を受ける。複数のクリニックを転医しながらも症状は安定していたが、数年前より性的な現象が再燃するようになった。さらに母親が服薬を中断させ、不安定な状態が続き、女性への性的な逸脱行為により検挙された。通院は続いていたが、薬物に頼らずに統合失調症を治したいという母親の意向で減薬され、幻聴の増悪や、母親へ声を荒げたりするような状態となっていた。	①被害者A宅に侵入し、首を絞めなどの暴行を加え姦淫した。②下着を多数強取した。③被害者B宅に侵入、タンスより4万円をとり、ガラス瓶で同女の頭部を数回殴打し姦淫し、加療2週間を要する頭部裂傷の傷害を負わせる。	統合失調症(破瓜型)	治療反応性はある程度期待できる。	リスクは高い。	医療観察法の入院処遇でないことに対応困難。	

番号	性	年代	対象行為	主診断	副診断	病歴	対象行為	疾病性	治療反応性	社会復帰要因	方針	評価
8	M	30	殺人未遂	F2		中学時代から不登校で短大夜間部中退。この頃から家庭内暴力が顕著となり、外来受診するも通院せず。家庭内暴力、多飲水、過量服薬が続き入院。通院先を転々としていたが入院時に統合失調症と診断（興奮著しくECT施行）。退院後、複数の医療機関に不規則に通院して対象行為に至る。	店員を果物ナイフで突き刺したが、全要する傷害を負わせた。	妄想型統合失調症	治療反応性はある程度期待できる。心理社会的治療は反応性が明確でない。	他害リスクは現在も将来も高い。	医療観察法の入院処遇でないこと対応困難。	
9	M	30	強盗	F2	F8	高校より集中力低下など統合失調症の前兆が出現した。大学に進学し、寮生活を始める。震災で被災し実家に帰ってきたが、怠惰で持続性に欠けた別人のように変わっていた。心療内科を受診し、統合失調症と診断された。通院しながら仕事を続けていたが、仕事をやめた。父親が亡くなって毎日飲酒し、薬も飲まなくなった。母親を殴るなど幻聴に基づく粗暴行為があった。	朝から飲酒し耐ハイを購入するために買ったコンビニで男性を殴り打し傷害を負わせた。	統合失調症と広汎性発達障害	衝動性のコントロールには一定の薬物療法が、治療関係を通して他者との接点を維持してゆけるようになるためには心理社会的な取り組みを地道に続けることが不可欠。困難な治療でも続けるほかはないであろう。	最近の指定入院医療の中でも暴力的な行為は発生している。	医療観察法の入院処遇でないこと対応困難。	

表3 医療観察法入院が18か月以上となっているが退院可能

番号	性	年代	対象行為	主診断	副診断	病歴	対象行為	疾病性	治療反応性	社会復帰要因	方針	評価
1	M	30	傷害	F2		大学入学時に倒れ（緊張病性の亜昏迷状態）初診、統合失調症と診断。3回入院したが状態は大きく改善しなかった。祖母への暴言・暴力などあり、大学病院に転院。母親の見守りのもと通院で安定。母の死去後、アパートに閉じこもり保健所・警察の介入でH病院に入院。徐々に改善傾向だったが主治医が交代して精神状態が悪化し、奇妙な行動を示すようになった。本人の強い希望で退院し、外来通院となったが、2週間ほど通った後自宅に引きこもる。薬はほぼ定期的に服用。約2ヶ月後に対象行為。	幻聴に従って「自然に逆らわないように」生活していたが、退院後、兄の言動を自分に対する嫌がらせと感じるようになった。幻聴に『やっつてまえ』と言われナイフで突き刺した。		クロザリルの調整で更に症状が改善する可能性もあるか。病識獲得、薬物療法の理解、服薬コンプライアンスの確立が重要。	症状と対象行為が密接なので、悪化するリスクは高くなる。まだ兄に対する被害的認知があるため、面会時などには注意を要する。	保護的な単身生活が可能。家族関係がリスク要因のたまりも施設への退院の方が望ましい。	症状コントロールができ、自宅以外に退院できれば、必ずしも他害のリスクは高いとはいえない。
2	M	20	殺人放火	F2		20歳頃、独語、空笑、両親に対する暴力があり初診。受診は断続的で入院歴なし。母親が病死し、父親と2人暮らし。家事全般は父親が行っていた。本人は、主に自宅でタバコ、音楽、DVDで過ごす。家族以外の接触はほとんどなかった。通院中断し家で暴れるようになった。「兵隊さんたちがいる」「兵隊さん達が、お父さんが迎えに来ると言ったので帰った」などの発言。	対象行為は「火をつけたれ」という幻聴によって夜中、自宅に放火し、就寝中の父を焼死させた。		時に命令幻聴（「迎えに行くから、起きとって」）に行動が左右され、入眠が遅くなったり、自室での独語が増えるなどの影響がみられる。衝動コントロール不良、生活能力が低い。	幻聴が活発になると、スタッフの助言よりも幻聴に影響されるため、他害行為を命令する内容の幻聴があると、他害のリスクはある。現在の幻聴は日常生活上支障はない程度。	生活訓練施設への入所が決まっている。	手厚い支援体制があれば、現在の状態を維持できると考える。
3	F	30	放火	F2		中学時代シンナー、覚醒剤、コカインなどを使用したことあり。中学卒業後、暴力事件により少年院に1年間入所歴。19歳時妊娠して結婚、その後離婚し、母の援助で子供を養育。10年前より命令性幻聴などが出現し初診。覚せい剤取締法違反で保護観察付執行猶予刑。以後、複数の病院に6回入院退院を繰り返していた。対象行為までの1年間、悪化傾向で、妄想、空笑、被害体験などを認めた。	対象行為当日、息子が暴力を振るい、妹に制止された。自殺しようとして自宅に灯油を散布し、自分の身体にも灯油を掛けて放火。隣家も部分的に焼損した。対象行為前に「火をつけろ」という幻聴があった。	統合失調症 軽度精神遅滞	薬物療法が統合失調症の症状、衝動性の低下に効果を示しているが、被害的傾向は残っている。知的問題のため、プログラムの効果も限定的。家族や施設が本人への対処法を理解して支援できることが不可欠で、本人はストレス脆弱性が高い。	入院中にも、ストレスから衝動的な放火行為があった。自宅や施設での生活ができるようになるには、まだ長期間の治療を要する。今後ストレスコーピング法が身につけば他害行為のリスクは下がる。	常時の助言や介助を要するが閉鎖環境は不要。	非行や薬物使用などの既往があり、本来非社会的なパーソナリティ傾向があったと思われる。

番号	性	年代	対象行為	主診断	副診断	病歴	対象行為	疾病性	治療反応性	社会復帰要因	方針	評価
4	M	70	傷害	F1		建築設計事務所を開設。結婚したが5年後に離婚。上京後、58歳のとき母と同居。その頃より、幻視・幻聴出現。しばらく母親と2人で暮らしていたが、働こうとせず単身生活に。連日飲酒し貯蓄を切り崩し生活。家賃を滞納し、飲酒の上暴れる、暴言、近隣住民とトラブルなど、問題行動多くなった。9年前からスーパーでも他の客とトラブルを起こし、試食品コーナーの試食品を全部食べる、従業員に意味不明なことをしゃべり等の迷惑行動、女兒に触わり注意を受けたりした。	スーパー内で警察官の職務質問を受けた際、その胸ぐらを掴み、顔面を殴るなど暴行を加え、傷害を負わせた。	アルコール性遅発性精神病性障害	オランザピン内服で、精神病症状は消褪。抗酒剤は退院後スリッ時に導入予定。疾病教育を通して、精神病症状、アルコール問題についての理解を深めた。	きちんと服薬し、断酒を維持できている状態のため、他害行為リスクは低い。	保護的な単身生活が可能。当初単身生活を目指したが、嚙下障害があり、高齢者施設入所先も決定しなかった。飲酒でできない環境もあり、服薬も職員管理で再発のリスク、他害行為リスクが低減し医療終了の申立。	服薬し、断酒を維持できる環境に退院するため、他害行為リスクは低い。パーソナリティ要因の可能性は考えられる。
5	M	60	傷害	F2		50代で電波体験や幻聴が出現。8年前、アパートの住人から電波攻撃で足を痛めると訴え精神科初診。入院後通院していたが中断して人物認識妄想から兄にナイフで切りつけ心臓喪失で不起訴処分。措置入院。退院後不定期に通院していたが2年前より中断。	飲酒して店を訪れ、理不尽な要求をして応対した店員への対応に腹を立て、被害者に対し木の棒で数回殴る暴行を加え傷害を負わせた。		リスパダールで幻聴は改善し、服薬自己管理。疾患および飲酒に関する心理教育により妄想的認知を修正できるようになり、怠業により幻聴が強まり、飲酒も悪影響を与えていたことを理解。今後服薬と禁酒を続けていく必要性も認識でき、一定の病識は獲得した。	統合失調症については服薬コンプライアンスが確立しても、アルコール問題はどのように経過するかわからない。	保護的な単身生活が可能。緊急連絡先がないためアパート契約が難しく、グループホームを探している。	何らかのパーソナリティ要因が関わっている可能性。
6	M	40	殺人	F2		17歳に幻聴、独語、空笑が出現し、近医受診。入院し統合失調症と診断。進学が中絶し、工場、店などで働いた。5年前に就職した工場を対象行為当時まで働いていた。	突然「神がおりてきた」状態になり、母に対し頸部を締め多数回殴り、出血を主たる原因とする外傷性ショックにより死亡させ殺害。警察の取り調べ時は混乱状態だったが、その後急速に回復した。	妄想型統合失調症	服薬により精神病症状は改善したが、断片的な幻聴が残存し、現実検討能力も障害されている。服薬の必要性については理解している。対象行為に対する記憶がなく内省が得られないとのこと。	精神病症状は改善し、一定の病識、服薬コンプライアンスも獲得できている。他害のリスクはあまりない。	独立した単身生活。自宅での単身生活の予定で退院準備中。	生活歴、入院中の経過を見ても、精神病症状が落ち着いていれば、特に問題はない。
7	M	30	傷害	F2		32歳の時に両親宅で同居を始める。職場環境に馴染めず短期間で退職をしている。母親がうつ病のため入院となるが自責的になり、徐々に不安焦燥、自責感、思考停止でクリニックを受診し、うつ病と診断を受けた。不安焦燥は持続し、希死念慮も認めるようになり精神医療センターに医療保護入院となるが早期に退院する。退院後も不安焦燥が著しく、自分や妻の首を絞めたりするようになる。貧困妄想や離婚されるという被害妄想を認める。	自宅で妻および父に対し包丁で妻の頭部などに切創、外傷性気胸を負わせ、さらに父に傷害を負わせた。	医療観察法鑑定：適応障害抑うつ症状)施設での診断：うつ病(反復性)PDD合併	反応性は期待できる。クロザピンを試す。水中毒あり。	他害リスクは低減。	保護的な単身生活が可能。	長期となっている理由は？
8	M	30	強盗致傷強制わいせつ	F2		10年前言葉使いが荒く、様子がおかしかった。翌年「死ぬ」「殺してやる」等と聞こえ、祈禱師のところに叫び出した後突然自宅で興奮して暴れ出し、祖父母に怪我をさせ警察に保護され、1回目医療保護入院。退院後は共同作業所に通所していた。その後は「家族が自分を殺して保険金を手に入れようとしている」と家族に被害妄想を抱いて暴れ計5回入院中、集団で散歩中に配達した車を盗み失踪することがあった。外へは定期的に通院をしていたが、服薬は不規則。車で外出し行方不明になる。	①強盗致傷…タクシーを窃取しようとし乗務員の顔面を殴り、車を急発進させ壁に激突させ大破させる。②強制わいせつ…上記の対象行為後、女性に対して猥褻な行為に及び、被害女性を強奪し逃走した。		治療反応性が期待できる。コンスタ50mgとRIS 6mgを内服。	リスクは低減。	保護的な単身生活が可能で援護寮に入居。	退院予定あり
9	M	30	傷害	F2		平成12年発病。4回の入退院あり。	4回目の退院直後に手拳でその顔面を殴り暴行を加え、全治16日間の傷害を負わせた。		治療反応性が期待できる。コンスタ50mgとRIS 6mgを内服。	リスクは低減しているが不十分。	保護的な単身生活が可能。	

番号	性	年代	対象行為	主診断	副診断	病歴	対象行為	疾病性	治療反応性	社会復帰要因	方針	評価
10	M	30	殺人未遂	F2		15年前に精神科初診し躁うつ病と診断され、約1年間通院した。郷里に戻り総合病院を受診し入院歴あり。5年前より統合失調症で治療を受け、減薬、意欲低下、情動行動、抑うつ気分、情意鈍麻、奇異行動、興奮がみられた。最近抗精神病薬の服用をして興奮や奇行はないが、幻聴、感情鈍麻、意欲低下が認めらる。平成21年に退院した。対象行為の頃は、不眠の症状が見られた。露出症あり。	自宅で包丁でベッドに寝ていた祖母の頭部を突き刺し約2週間を要する脳挫傷、頭蓋骨骨折等の傷害を負わせ、殺害の目的を遂げなかった。対象者は「病院がうるさくて嫌だったので退院したが、退院しなければおばあさんを刺さなくて済んだかもしれない」と述べている。		OLZ 20mg RIS 10mgプロナセリン24mg 妄想持続→それに伴い妄想↑するとリスクが高まる。退院地調整もストレスとなっている。	リスクは高い。	保護的な単身生活が可能。	
11	F	40	放火	F2		20代で幻聴、被害妄想、不眠、焦燥感、情動の易変性などの症状で2回入院し、それ以降は合計17回入院している。幻聴、幻覚、被害妄想、いらいら感、母親への暴力、過食、拒食、拒薬、肥満などの症状が見られた。自殺企図、希死念慮を訴えることがあった。呼吸困難、体重は120kgであり入院中に減量。退院すると体重は元に戻っていた。外来を受診し幻聴に影響された言動があり、独語、不眠が強く、いらいらした感じが目立ち、入院が検討されていた。	母の家屋に灯油をまき火を放ち全焼させた。		治療に期待できる。RIS 12mg、QTP300mg、sleep apneaあり、OCD症状もあり。今後、SSRI投与予定。	リスクは高い。	保護的な単身生活が可能。	薬物療法には期待があるが心理社会的治療への期待は乏しい。リスクが高く入院が長期化している。
12	F	30	放火	F2		対象者居室においてライターで衣装ケースに点火して火を放ち、2階部分を全焼させた。	対象者居室においてライターで衣装ケースに点火して火を放ち、2階部分を全焼させた。		RIS 6mg、OLZ20mg 幸福に関する妄想が持続。切迫度は低下。抑うつが持続。	リスクは高い。	常時の助言や介助を要するが閉鎖環境は不要。	治療への期待は高いが、リスクが高く入院が長期化している。
13	F	60	傷害	F2	F03	40代で発病で統合失調症。殺人で服役し未治療期間の刑務所では、不眠、独語、被害関係妄想などから他の受刑者と喧嘩。出所後は入院。社会復帰施設に向けて打診していた施設から断られた。病識なく、怠業のため再発して入院していた。このため、内服管理は施設職員が行っていた。薬物治療による反応は良好であり、精神科への入院としては比較的早期に退院している。金銭に関する被害妄想から傷害。	施設職員を脅すために購入してあったナイフで背後から近づき切りつけ傷害を負わせた。		妄想に対しては効果+。SSRIで不安も取れている。認知機能はHDS17くらいで疾病教育なども忘れてしまう。急速に進行。心理社会的治療には反応しない。	リスクは低い。	保護的な単身生活が可能。	認知症を併し関連の施設入所。
14	M	30	傷害	F2		20歳頃より集中力の低下、「襲われるのでは」という恐怖感を感じナイフを持ち歩くようになった。精神科受診するが、「うつ病」との診断であった。2年前に就職したところから仕事以外は自宅に引きこもる。「覗かれる」と部屋を閉め切っていた。「誰かに襲われる。その前にやらんとやられる」と高校生の首を絞めた(対象行為)。措置入院を経て医療観察法の申し立てが行われ、通院処遇となった。被害妄想は消失していたが、自閉的な生活であった。2週に1回の通院、訪問看護を受けていた。途中でデイケア導入された。「病気は治っている」「自立した生活をした」と考え「刑務所に行けば働ける」と考えるようになり2度目の対象行為。	「プロレス技をかける」と高齢女性に対し足蹴りし肋骨骨折を負わせた。	入院後の回復期3年を超える。被害妄想を抱きやすく、衝動行為に発展する。対スタッフへの暴力が中心。隔離期間が非常に長い。通算隔離期間841日。途中主診断が広汎性発達障害に変更されていたが、再度統合失調症に変更。	薬物療法で状態が悪化していた時期もあったが、現在は落ち着き、治療反応性を認めている。心理社会的治療には表面上の理解しプログラムが無効であるとは言えない。RIS 9mg、CP650mg。自身も「状態が良い」と感じ、「薬が変わって良かった」という実感。対象行為を振り返ることも可能で、「暴力はいけなこと」という字義的な理解も可能で「暴力を尊いことと思う」という注意サインを自身であげることが可能。	施設側はリスクは高いと評価し、ピアレスはそう高いとは評価しない。	施設側は閉鎖環境を要するが一般精神科などで対応可能。ピアレビューは過去に通院処遇で1年半近く生活できなかった時期がある。入院生活以外では処遇が不能とまでは言い切れないと思われる。リスクや退院の想定に評価が分かれる。	

番号	性	年代	対象行為	主診断	副診断	病歴	対象行為	疾病性	治療反応性	社会復帰要因	方針	評価
15	M	30	殺人	F2		病的体験が明らかになったのは対象行為前1ヶ月以内。「情報が漏れている感じ」「成績が正答に評価されていない感じ」などが出現。被害妄想に発展。首謀者が父と確信し、殺害に及んだ。	被害妄想に基づき、父を絞殺。	異常体験は急激に出現、発現。すぐに消退。	期待できる。急激な発症、すぐに消退、という経過が疾患の理解の深まりを困難にしている。	リスクは低減しているが、状態悪化時は高まる。	保護的な単身生活が可能(家族の支援や保護寮など)	疾患の理解、内省に深まりがないとMDTは評価している。症状の出現の仕方から、疾患理解は困難が予想されるが、字義的な理解はできており、現時点では十分ではないかと評価される。「今でも寝る前など、父のことが思い出されてつらくなる」「喪に服す」と表現しており、「喪に服す」というプログラムはできないのか」という発言。今後の計画に関しても現実的な返答が可能である。評価すべき部分は評価し、進んでいくことも重要と思われる。
16	M	20	殺人	F2		大学卒で職歴もある。4年前より「体が動かない」と自宅に引きこもる。母が「(対象者に)殺されるかも」と相談したことから、医療保護入院で3ヶ月の入院治療を行った。8ヶ月で外来中断。母から「精神攻撃を受ける」という体感幻覚、被害妄想があり、「母を殺さない自分が殺される」と考えるようになった。	「母を殺さない自分が殺される」と、父のいないときを見計らって包丁で頭部、胸部を刺し、死亡させた。		薬物療法・心理社会的治療に期待ができる。現時点では十分に薬物療法を試しているとは言えない。病識、内省に関してチームは不十分と考えているが、入院6ヶ月の時点としては、十分ということもできる。	リスクは高い。	保護的な単身生活が可能(家族の支援や保護寮など)	入院後6ヶ月経過し病識が乏しい、内省ができていないと急性期である。病識、内省は深める必要があるが、急性期で期待される程度の病識の理解はできている。スタッフの認識が内省が「反省」に置き換わってしまう傾向がある。本来はもう少し早めに進んでいるケース。
17	M	30	傷害致死	F2		20歳頃の発症。デイケアに通所したり、その後アルバイト生活を送っていたり、などある程度適応が出来ていた時期がある。32歳頃より病的体験に基づく暴力が認められるようになった。	被害妄想に基づき、父を殴打し、死亡させた。		十分な効果を上げている。治療スタッフの達成度評価は低いが、入院5ヶ月では十分な水準。	リスクは低減。	独立した単身生活が可能。	治療、退院が困難な例とは言いがたい。
18	M	30	傷害	F7	F2	小学校時にいじめあり。高卒後に就職したが「嫌な仕事ばかりさせられる」と2年で突然退職。10年前より「もう一人の自分がガラスの向こうにいる」と感じる。高額のローンを組んでしまう。このころより職を転々とするようになった。7年前「誰かが自分の中に入ってくる」など訴え、興奮して暴力をふるう。精神科受診し、統合失調症の診断を受けた。最近不穏となり病院で抗精神病薬の筋注を施行されることが数回あった。	実母の胸、腹を包丁で刺すなどの傷害を負わせた。	軽度精神遅滞と妄想型統合失調症	治療反応性は期待できるとするが、当初から精神発達遅滞の存在が明らかであり、治療反応性はあるものの限界はある、との認識は最初からあった。オランザピン30mg、リスパリドン6mg、プロペリシアジン90mg、LP300mg。高齢の母と金銭的に問題を抱えている姉。現在回復期。通算隔離323日。	リスクは高い。	保護的な単身生活が可能(家族の支援や保護寮など)	知的な問題あり。容易に反応性の精神病様状態を起こす。長期に隔離処遇が続き現在も時間開放中。器物破損、尿意など迷惑行為。刺激を遮断する目的で隔離が継続。このような理由での長期の隔離は疑問。現在対象者と隔離解除への道のりの共有が出来ているとは言いがたい。
19	M	30	殺人未遂	F2		高校卒業後「お金を盗られた」という言動が出現、10代で精神病院入院歴がある。3年前母への暴力がありグループホームで生活。「病気ではない」と作業に参加しなくなった。幻聴被害妄想活発になり、グループホームへは帰らず、自宅で生活することが多くなった。	担当医にグループホームの退所を断られたことに立腹し、所持していたカッターナイフで数回切りつけた。	妄想型統合失調症	鑑定では治療反応性の限界を指摘。しかし、併存診断が判断しているように、ある程度の効果は期待できるとするのが妥当であると思われる。	リスクは低減。	保護的な単身生活が可能(家族の支援や保護寮など)	治療の進行によっては、社会復帰要因のみが大きくなる可能性。今後も粘り強くアプローチを続けていることは必要であると思われる。
20	M	60	放火	F1		「隣に酔っ払いの質の悪いおっさんがおる」という幻聴が聞こえるようになった。「狙われている」と感じ、自宅で明かりを付けず、トイレの水も流さず、ゴミも出さずじっとしていた。	「警察に捕まったら安全なところでゆっくりとしたい」と考えて自宅に放火。	器質性妄想性障害よりアルコール幻覚症診断	無投薬の時期もあるが、投薬により情動安定。アルコール問題について取り組みを始めたばかり。	現在はリスクは低下。人格要因でのリスクは高い。	独立した単身生活が可能。	アルコール依存の診断されていない。

番号	性	年代	対象行為	主診断	副診断	病歴	対象行為	疾病性	治療反応性	社会復帰要因	方針	評価
21	F		殺人	F3		出産7カ月後より抑うつつとなり、「育てられない」と思うようになった。	風呂で浴槽にうつぶせに寝かせて、水をため、さらに浴室の床に何度も子供を落下させ殺害。	重症うつ病	薬物療法や支援体制の構築で十分な改善が見込める。	リスクは低減しているが状態悪化時のリスク。「謝罪」にこだわりがち。その部分でリスクを高く評価する傾向がある。	保護的な単身生活が可能(家族の支援や援護寮など)。	スタッフ側がやや「謝罪」にこだわっている面がある。早めにステージアップする方法はあったかもしれない。知的問題がある可能性がある。
22	M	30	殺人	F22		10年前よりチャットで知り合った相手との話の内容が話題にされることから「ハッキングされている」と感じようようになった。就職後も「身辺調査」されていると思うようになった。「ハッキングを辞めてもらえない」ことにに対し、「ナイフとか人体の急所とか頸動脈の位置とかを検索すれば警告になる」と考えた。	職場で被害者をナイフで刺した。	妄想性障害	鑑定期間中から投薬なしで8ヶ月経過。結局は説得で内服が開始になっている。プログラムの字義的な理解はできている。	リスクは元来そう高くはないと評価。	保護的な単身生活が可能(家族の支援や援護寮など)。	深化が不足していると評価がチームからあるが、厳しすぎる評価かもしれない。
23	M	50	放火	F3	F1	5年前より不安・抑うつ、アルコール飲酒。内科入院後、暴力。離婚後、アルコール。父へ暴力。対象行為前後の状況は明らかではない。	状態は明らかではないが、躁状態で自宅放火。	F30とF10で気分障害は実際にある。	アルコール問題への自覚が乏しく、コンプライアンスの問題あり。精神病症状がコントロールできて、ストレス耐性の低さは残る。	入院状況下ではリスクは低い、退院した後はアルコール問題もあり、再発の可能性が高い。	保護的な単身生活が可能(家族の支援や援護寮など)。	入院状況下ではリスクは低い、退院した後はアルコール問題もあり、再発の可能性が高い。
24	F	20	放火	F2		10代で解体型統合失調症発症、大学中退、治療には錐体路症状や高血糖等の副作用が生じやすく、十分な薬物治療ができないまま経過。父親に包丁を突きつけたりなど唐突でまとまらない言動が持続。放火事件が報道された後に対象行為に至っており、外的刺激を自身の体験と結びつける傾向がある。	精神科受診後、マンションに戻ったが、母親と意見が食い違ったことを思い出してイライラし、紙を燃やし燃え移らせ焼損させた。床の一部を炭化させた。自ら交番に出頭した。	統合失調症(破瓜型)	治療反応性も期待できる。	リスクは低下し、将来もリスクは低い。性格による部分が多い。いったん悪化し始めると、幻覚・妄想にいたる。	独立した単身生活が可能か、保護的な単身生活が可能(家族の支援や援護寮など)。	
25	F	40	放火	F2		30歳頃から不眠、被害妄想が出現した。心因反応の診断で投薬を受け、以後約7年間通院した。その間も家事も出来ないくらい落ち込んで希死念慮が出現したり、逆に行動的、多弁となって夫に入院を勧められたこともあった。夫と離婚。その後複数の精神科クリニック、病院に通院、入院歴があり、躁うつ病、非定型精神病、統合失調症などの診断を受けた。精神科病院に一回目の入院(5年間)をし、援護寮へ退院した。その後も3回入退院を繰り返した。退院すると意欲することを繰り返して、亜昏迷となっていた。	最終入院中より退院について不安が強くなっていった。退院後生活に慣れようとして努力しているうちに内縁の夫とけんかし生活への不安が強くなり、自分を不要人間だと考えるようになった。自殺しようとして放火した。	残遺型統合失調症	不安やストレスに対する対処技能の獲得が必要である。本人の能力的な限界は低いと思われるが、獲得する余地はまだ残されるように感じる。	不安時の支援体制を構築することと、本人の支援を受ける技能を向上させることが必要。不安耐性が低い、トラブルを生じやすい。	保護的な単身生活が可能(家族の支援や援護寮など)。	なお情動面での不安定さが残存しており、トラブルの可能性は高い。
26	M	40	放火	F15		17歳アルコール摂取開始、20代で習慣飲酒。30代で問題飲酒行動あり。31歳逮捕時、警察署で離服症状と思われる妄想体験し左手首を切創するなどの自殺を図る。その後離婚。離婚の前後に、妻などへの傷害事件を起こしている。生活費の借金をしようと思っ、養父の了解を得ずに養子縁組手続きを行った。	対象者は同居している母親らに憤下されたこと、既し、酩酊下にて自宅に火をつけ焼損し、自ら消防に連絡した。対象行為の時のことを覚えていない。	主診断(アルコール精神病) 副診断(軽度MR、アルコール依存症・非社会性・情緒不安定性の混合性パーソナリティ障害。酩酊による抑制低下や易刺激性により対象行為に至った可能性が高く、疾病性は満たさないに疑義あり。	期待できない。レビュアよりみて抗酒剤の投与を受けており、それなりの効果は得られている。ブラックアウトや抗酒剤について理解しており、効果は得られている。本人の印象に残っているプログラムは断酒会のメンバーによる講義とのこと。	再飲酒への不安感を述べており、飲酒欲求が生じたときの介入の方策が必要。	独立した単身生活が可能。	鑑定では居住地がなく支援者が不在であることを理由にしているが、医療観察法を行わなければ類例の行為を避けられるとは考えにくい。

番号	性	年代	対象行為	主診断	副診断	病歴	対象行為	疾病性	治療反応性	社会復帰要因	方針	評価
27	M	30	強制わいせつ	F2		精神科クリニック初診。服薬中であつたが再燃し、暴れたため、精神科病院に入院。その後2回他院に入院。先のクリニックに通院・デイケアに通所していた。女子高生にストーカー行為あり、精神科病院に入院。グループホームに入所しクリニックに通院していた。	女性に対して、突然背後から抱きつき、強わいせつな行為を行った。	陽性症状よりも、人格水準の低下による衝動統制に以前から思考障害が顕著で、それに基づいて起きた。行動制御能力の低下によって生じた。	統合失調症に薬物療法が有効である(対象者は服薬に関して拒否はなく、統合失調症であることも認めている)、女性への歪んだ認知が継続している。面接では自分の課題について他者への共感性だと述べていることができており、一定の効果は認められる。	現在の病棟生活でも時に性的なトラブルが生じている。女性に対する認知に問題があること、対象者への内省が乏しい状態であることから再犯の可能性は高い。	施設でのトラブルの可能性があるが、むしろ単身生活にもっていく必要がある。	現在も重篤な女性への歪んだ認知が改善せず、現段階で社会復帰を検討する事は困難である。入所施設を利用するが、女性入所者やスタッフが被害に遭う可能性も否定できない。このような対象者を受け入れる施設はあるのだろうか。性犯に対する刑事的な方策が並行して必要な事例である。
28	M	40	強盗未遂	F2		大卒後警察官が出現し退職、自宅に引きこもり、アパートに独居。近隣住人と音に関するトラブルを繰り返し生じていた。7年前頃から女の子への興味が亢進し、後をつけて写真を撮る行動のため警察の介入があった。芸能界に関する妄想を持つようになり、このプレッシャーを除くため、女児をアパートに連れ込み強制わいせつを行った。	芸能界からのプレッシャーに変化がないと思ひ、より凶悪な犯罪をして新聞沙汰になり、芸能界から見限ってもらいたくなった。そのため強盗を起こした。	主診断は妄想型統合失調症。副診断はPDD(鑑定)、フェテシズム(施設)、小児性愛(ピアレビュア)とする。性的興味関心領域にひずみがある。小児の口に興味を持っていた経過からは小児性愛が副診断とした。被害関係妄想により焦燥感が高まり対象行為。	病識は無くリスパダールコントロールしきれない。異常性愛の改善は非常に困難。統合失調症のコントロールに加え、異常性愛へのアプローチを継続するが難しい。外出中にもまたやると述べていることがあり、コントロール困難。面接では自己の問題として語らなかった。	性犯としては具体的に高い可能性はそれと比べると若干低い。ただし、妄想は持続しており、再犯の可能性が高い。	保護的な単身生活が可能(家族の支援や保護観察など)。	強盗の可能性はそれほど高くはないが、性犯の可能性は非常に高い。
29	M	50	殺人	F2	F1 F7	25歳位の時に発症し幻聴が聴こえ始め、28歳時不穏となり初診。統合失調症と診断された。精神科病院に2回入院を行い、退院後は1人暮らしをするようになり、母の仕事を手伝っていたが、強制わいせつ事件などを3回繰り返して措置入院。退院後は一人暮らしをしながら通院していた。50歳時母が認知症と診断された。本人が母を介護していた。	51歳時幻聴に支配され母を刺殺した。	統合失調症。ストレス脆弱性が高い。	デボ剤により情動面に一定の効果は認めているが、対象行為に影響した幻聴体験はまだ持続している。内省面での深化が十分ではない。ストレス脆弱性が高く、負荷に弱い。限界がある。	過去に性的逸脱行為にて犯罪歴があり、統合失調症が慢性期にあり衝動統制力が低下している。トラブルが生じる可能性は一定程度認められる。	保護的な単身生活が可能。キーパーソン不在であり、居住地調整も必要。慢性化した統合失調症であるが、保護的な環境を提供する必要がある。社会復帰要因は満たしている。	すぐに援助が得られるような保護的な環境が必要。
30	M	30	殺人	F2	F1 F7	小学校よりいじめられていた。中学生でシンナーを使用。家族に対しての暴力があり、家族は逃げるために何度も引越した。中学卒業後、土木作業員、建築作業員として働いた。22歳時に、職に就けなくなり、家族にも拒否され、ホームレスをするようになった。焚き火をしていて火傷を負い、救急車で病院に搬送された。退院後も生活は変わらず、ホームレス仲間と飲酒することを継続していた。大人しいが、奇妙な言動を認められていた。	飲酒していた後、覚醒後、ホームレス仲間の一人である被害者で複数回にわたって殴打、突くなどし、死亡させた。被害者に対して「犯罪者だから死んで当然」等の発言が聞かれた。犯行直後は疎通が不良であった。鑑定にて、統合失調症、有機溶剤誘発性精神病性障害、アルコール依存症、知的障害と診断された。	鑑別不能型統合失調症。副診断(有機溶剤による残留性精神病性障害、アルコール依存、軽度精神遅滞(中等度に近い)。飲酒も長期継続しており、対象行為時に急激に変化した原因ははっきりしない。	エビリファイを投与されているが妄想体験は持続。抗酒剤の投与により妄想体験が行動化しない配慮が可能と思われる。知的水準が低く、プログラム内容の理解が困難である。	対象行為時の妄想体験が残存し、自らの行為が正しいと信じているため状態悪化時に再犯が生じる可能性は高いと考えられる。保護的な環境下では向犯罪性が低い。(飲酒を回避できることも含まれる)を提供できれば再犯のリスクは高くないと考えられる。	知的障害者の施設に入所がよいが、対象行為内容が凄惨であるため入所の可能性を詳細に検討する必要がある。困難であれば、一旦一般の精神科病院に入院し、施設職員との信頼関係を構築した後病院併設の施設に入所する。	向犯罪性は低い。た、怠業や飲酒状況以外ではトラブルは生じないと思われる。

番号	性	年代	対象行為	主診断	副診断	病歴	対象行為	疾病性	治療反応性	社会復帰要因	方針	評価
31	M	30	殺人	F2	F1	シンナー吸引(15歳ごろ)。「性器のコンプレクスをラジオで放送される」など妄想知覚、自我障害、18歳で「羽衣を着た白い女のお化け」「天上人のお告げ」など幻聴や幻視、妄想着想や誇大妄想があるも日常生活に支障はなかった。22歳で覚せい剤を逮捕されるまで機会使用をし、使用時および使用後に幻視、幻聴、妄想着想、易怒性を生じ、別れた女性へストーカー的行動のため逮捕された。このため3年間服役していた。服役後から妄想による受刑者や勤務官とトラブルが頻発していた。	親族宅に押し入り木刀で殴るなどの暴力返行行為を繰り返した。対象行為は妄想に基づき父親と親族を殺害した。逮捕時はこの間「殺す人は必要な人だ」「自分は天上人だから殺人は許されず」と理解不能かつ支離滅裂な妄想が持続し、攻撃的で、著しい幻覚があった。起訴前鑑定では鑑定人に暴力行為に及び全治3ヶ月を起こし殺人未遂で逮捕されることが心喪失と判断された。	主診断(妄想型統合失調症)副診断(非社会的パーソナリティ障害、軽度精神遅滞)妄想着想の活発化。青年期以前より反社会的な活動を認めている部分が多い。	クロザリルを内服中。内服に対しては一定の理解。精神病性症状に対して効果的。衝動性を緩和する効果は著明。プログラムについて、本人は勉強になると、ストレスに理解を示し、自らのストレスについても表現することができている。	飲酒や薬物が再発リスクと理解を示すが遠ざける方法や意識は確立できていない。アルコール、薬物から離れることのできる環境が必要。継続して断酒・断薬グループにも参加できる環境が望ましい。	保護的な単身生活が可能(家族の支援や保護など)。	統合失調症による再犯は医療観察法の治療によって可能性を減らすことは可能であろう。根幹に非社会的のパーソナリティを有するため。
32	M	50	殺人未遂	F2	F1	20代半ば飲酒量・回数が増え毎日の大酒となり、嫉妬妄想が出現している。精神科病院を初診し嫉妬妄想、妄想反応の診断で通院し精神療法と薬物療法によっても病識は無い。その後クリニックを受診し通院、薬物調整を受け浮気に関する言動はかなり減っていた。	被害者が浮気を隠すためにわざとやっているかと解釈し、殺意を抱くようになった。被害者にガソリンをかけて、火をつけて殺人を企てたが完遂せず熱傷を負わせた。	主診断(妄想性障害)副診断(アルコール依存。妄想性障害に飲酒が重畳し、対象行為が生じたと考えられる)。	セロクエルが投与され、妄想は残存しているが緩和。治療プログラムへの参加意欲が低い。理解力も低いため、プログラム内容の理解には限界がある。	嫉妬妄想が残存しており、悪化時は再犯の可能性あり。	保護的な単身生活が可能(援助など)。	再飲酒の可能性があり、飲酒を阻害するため施設入所が理想的だが、実現が困難な場合も想定して他の帰宅地も並行して検討する。
33	M	50	殺人	F2		25歳で統合失調症を発症。1年間精神科病院へ入院した。退院後数年間の行動については詳細は不明。29歳で帰国。精神科病院を受診し、2回の長期入院歴がある。入院中は大きな問題はないが、外泊すると意欲し飲酒やギャンブルに浪費し、家族とのトラブルが続いていた。社会復帰施設へ入所し、3年間生活し退所した。しかし、金銭の浪費が続き生活が破綻した為再度施設入所となった。	内服を中断し精神病症状が悪化した。入院も勧められたが本人が拒否したためデポ剤を注射し経過を見ていたところ1月30日に入所者を刺殺した。	事件については完全否認ではないが、自己の都合のよいように妄想的解釈をしている。病気の理解も電波体験にとどまり、病識も欠如している。気分変動の問題はなく、不安感の高まりも認めない。他者との交流も一定の配慮は可能であり大きな問題はない。クロザピン内服継続している限り対人暴力のリスクは低い。反社会的やその他の人格障害は診察の場面では認めない。	クロザピンが投与されており、その効果が顕著。ビューアールとの面接場面で自らの疾病名や症状を述べ、退院後の治療内容も語る。思考障害や精神運動興奮は認めず、疎通は良好。幻聴の訴えもあるも、左右された行動はない。常に幻聴は聞こえ、体感幻覚も持続している。	低減してきた。	保護的な単身生活が可能(家族の支援や援助など)。	施設内殺人であり、帰宅地調整、医療提供の確保など非常に困難を要する。
34	M	50	傷害致死	F8	F2	易刺激性が生じ、会話量が減り、昼夜逆転傾向を認め、自宅に引きこもり被害妄想を認めた。12年ほど前から修行と言って家の壁に体をぶつける奇異行動、家族が話しかけても大声で怒り出す、被害妄想も生じた。統合失調症の姉に対して内服を止めさせ、姉への暴力が激化、ほかの兄弟への暴力も生じるようになった。精神症状を主訴として医療機関への受診歴はない。	姉が統合失調症の薬を内服することを本人から止められ、奇妙な行動が生じていたが、それをしつづけると暴力により止めていた。対象行為はこの行為がエスカレートして傷害(傷害致死)に至ったものである。	鑑定では統合失調症。PDDと統合失調症。またレビューは統合失調症型障害であること一元的に説明できる。PDDの面が強い印象もあり、診断は微妙なところを探ることになる。	内服で被害妄想の消失や迂遠な表現の改善。誇大な表現を現在は認めていない。自身の行動を曲げることが出来ず、治療プログラムを受け入れられない問題がある。	他者との交流を避けるなど内向的な性格。今後同居する家族に対しては再行為の可能性はある。薬物療法は受け入れていないが病識は得られていないため意欲が想定。	保護的な単身生活が可能(家族の支援や援助など)。	病院内で生活することは可能であるため、保護された環境である場合には再行為の可能性は低い状態であることとリスクは高くなる。退院先が保護的な環境・枠構造を確保されていれば可能。

番号	性	年代	対象行為	主診断	副診断	病歴	対象行為	疾病性	治療反応性	社会復帰要因	方針	評価
35	F	30	傷害	F2	F1		入院している祖母と同室の入院患者に対する傷害。	妄想型統合失調症。アルコール問題への不安もあった。	プログラムに参加し、抗酒剤を内服している。内省は十分ではないが、注意サインの理解や対処の必要性は理解している。退院許可が出ている。年明け退院予定。転院がなければもっと早く退院できていた可能性あり。	リスク低減。	保護的な単身生活が可能(家族の支援や援護寮など)。	男性関係に課題あり。男性対象者とも手紙をやりとりしている。地域からも男性関係に関する不安があり退院後の男性関係に関する枠組みを設定するため時間がかかった。退院後のフォロー体制を手厚くしている。
36	M	20	傷害	F2		幼少時より不登校、情緒的な問題行動あり。10代前半より統合失調症と診断を受け、精神科通院。継続した服薬や通院はできず。奇異な行動を繰り返す。自閉的な生活を送っていた。受診歴あり。措置入院や隔離もある。ハロペリドール6mgのみ。発達障害の傾向あり。小学校から不登校。	被害妄想に基づいた対象行為。母親が内服をやめさせ、ヒーリングに連れていったが、その施術院の人に暴力。	妄想型統合失調症。PDDNOS	受動攻撃型人格障害に近い状態。相談してアドバイスを受けることに反応し、攻撃的になる。新規の対人関係構築が困難。学習経験が少ないため言語的IQは低いと思われるが、元来は低い。生活能力は高い。	攻撃的。着地点の設定が難しい。	保護的な単身生活が可能(家族の支援や援護寮など)。	治療阻害要因は、本人特性と母親(未治療の統合失調症疑い)。退院後の支援機関関係者と会おうとしないため、退院調整が進まない。
37	M	30	傷害	F2		両親の離婚後は母親に引き取られたが、母親の男性を嫌い、ひきこもり、その後、被害的言動が見られ、「自分を見て笑っていた」、命令性幻聴、作為体験。見放され感を訴えナイフを持ち電車の中で見せつけたりした。統合失調症診断され入院した。退院後は父親が薬を管理して、自宅に引きこもった生活をした。昏迷状態で入院して、10日で退院したが、要求が通らないと父親に暴力、被害的で不機嫌になる。	父親に殴りかかり、外傷性のクモ膜下出血の外傷を負わせる。慢性的に「死ぬ」という幻聴が続き、父親より殺されると被害的になり暴力をふるった。	妄想型統合失調症	入院時の混乱は改善したが、不安耐性や衝動性が課題であるが、それもモニタリングで改善してきている。環境への変化に反応し脆弱性、集団治療にも乗れない。	再他害リスクは、非常に近い援助者には父親同様にリスクがある。入院中の女性と恋愛関係で、女性側は入院中に限られているので、退院後は崩れる可能性がある。通院先は未定。	援護寮に退院を予定していたが、独居の希望(女性を迎える)。居住地が決めてから通院施設を決める。今後6か月での退院予定。衝動性が問題。	病識はあり。対象行為への理解、内省は出来ている。父親は植物状態になっている。入院中の暴力はない。
38	M	30	強制わいせつ	F2		怠業・再燃を繰り返し、5回の措置入院歴がある。父に暴力を振るう。父は独自の考えがあり内服をやめるよう言う。父母は疎通性不良、サポートにも拒否的。高校生の頃に発症、社会経験はない。両親に包丁をつきつけて警察に保護される。暴力傾向はあまり強くない。現在は陰性症状が前景に出ている。風俗経験やアダルトサイト閲覧があり、その直後に対象行為。幻聴が残存。無為自閉。	「さわれ」との幻聴に基づいて、通りがかりの若い女性に強制わいせつ。	残定型統合失調症 性的関心は一過性のもので、常習性はないと考えられる。	治療反応性は良好で、大いに期待できる。	リスクは低い。	アパートも決定し、デイケア通所も決まっている。退院申請予定。	家族が阻害要因であり、単身生活の説得をするために時間を要した。
39	F	50	放火	F2		30代に母を亡くした後自責的、罪悪感、自暴自棄になり、家に閉じこもる。父を交通事故で亡くし、自責的となる。自殺企図があり。その後精神科受診しうつ病の治療を始めるが、数か月で治療中断し、気分高揚とうつを繰り返し、10年近く治療せず経過。抑うつ気分を晴らすために自宅の建て替えに着手。高揚感持続。家が完成後は抑うつ的になる。不安が出現。被害的となり、他者の言動を嫌がらせと捉え、周囲の人が悪い人と感じるようになり攻撃的になる。罪業妄想も出現。	自宅を放火。	ドラッグフリーになると顕著な幻覚・妄想が出現する。mECTも実施している。非定型はアカシジアが出現し、今はスルピリド内服。メンテナンスECTが望ましい。体重を気にして体重減少となり、再入院になる可能性も。通院先が見つからない。	現在は幻聴、被害妄想はないが、少し前まで肥満妄想があった。mECTも実施。非定型はアカシジアが出現し、今はスルピリド500mg。	低減した。体重を気にして体重減少となり、再入院になる可能性も。メンテナンスECTが望ましいが、ECTができる通院先が見つからない。	自宅リフォーム済み、外泊を繰り返している。退院申請予定。	メンテナンスECTは他の病院で引き受け、通院先は別に探したい。転院で少し長引いた可能性あり。
40	M	50	放火	F22	F1		自宅放火。	妄想性障害	反社会性はない。ドラッグフリー。アルコール問題あり。	低い	自宅リフォームに時間を要した。	反社会性はない。ドラッグフリー。アルコール問題あり。通院先の確保、自宅リフォームに時間を要したケース。退院申請予定。

番号	性	年代	対象行為	主診断	副診断	病歴	対象行為	疾病性	治療反応性	社会復帰要因	方針	評価
41	M	40	傷害	F2		入院後は乱費傾向。こだわりや多動(不注意)が強く、発達障害を疑う。高校卒業後、職を転々としている。家族との関係は断絶。18歳で入院。27歳よりホームレス生活。血統妄想がある。傷つき体験をベースに血統妄想が構築されていった。外的刺激(テレビ)に自己関連づけがある。	被害妄想に基づき、通行人に対し暴力を振るう。	妄想型統合失調症	エビリファイ30mg。内服すると情動安定し血統妄想との距離も保てるが、本人に内服による変化の自覚はない。内服動機づけも低く、デボ剤使用も検討の余地あり。デボ剤に対する抵抗感強い。内省は深まりにくい。	病識を欠いており、怠薬の可能性もある。内服に対する動機づけも低い。精神状態改善すれば低減。	保護的な単身生活が可能(家族の支援や援護寮など)。	制度を利用してデボ剤使用を進めるべき。
42	M	50	傷害	F1		シンナー使用歴あり。売人もしている。覚せい剤、窃盗、銃刀法違反など、20件の犯歴あり。17歳よりシンナー売人、有機溶剤使用にて幻覚・妄想、精神運動興奮。20回の措置歴あり。治療中断後、言動まともらず幻覚・妄想状態にて対象行為。	幻覚・妄想に基づいて通りがかりの人に傷害。	知的には高くない。ホームレス時代は反社会性人格とみなされていたが、現在は矯正され目立たない。義理人情、人懐っこい。	RIS 6mg、CP100mg、で状態安定。時間の経過とともに情動安定、衝動制御も改善。薬物は3~4年前に最終使用。疾病教育、アンガーマネジメントが効果的で本人も必要性を自覚できた。	ストレス脆弱性はある。金銭関係のトラブル。対策を必要あり。落ち着いたら単身アパートか。搬入が難しい。	通院先も決定。生活保護受給。単住先は生活保護の管轄下にある施設で4人部屋。そこでのトラブルが予想される。	福祉事務所のケースワーカーと信頼関係がある。公的機関がサポートすると困難事例でも退院可能。
43	M	60	放火	F2		21歳被害妄想で発症。以後、服薬中断による再燃を繰り返し16回の入院歴があり、誇大妄想、恋愛妄想、被害妄想は持続。症状悪化を慢性的に繰り返しており弟への暴力もあった。被害妄想が悪化し、「弟に殺されるくらいなら死のうと」考え対象行為に至った。	自宅の自室にて、布団にライターで火をつけ、2階が焼損。	妄想型統合症	期待できる。	まだ高い。	保護的な単身生活が可能(家族の支援や援護寮など)。	
44	M	40	傷害	F2		21歳頃統合失調症を発症。薬物療法は継続していたが、幻覚妄想残存していた。過去に被害妄想により親族を刃物で切りつける他害行為あり医療保護入院となった歴が2回ある。退院後に本人の万引きを止めた店主に対して対象行為に至った。	店で万引きしようとしたところを注意された、所持していたナイフで顔を切りつける傷害。	妄想型統合症	期待できる。	まだ高い。	保護的な単身生活が可能(家族の支援や援護寮など)。	
45	M	50	強姦未遂	F2		30年前に発症し精神科受診。過去に両親を殺害し、措置入院となった歴もある。これまでに14回の入院例があり、この20年間多くは入院しており、強制わいせつや痴漢行為を繰り返していた。	若い女性に強姦しようとしたが、抵抗した逃げられたためその目的を遂げず、通院加療12日間の傷害を負わせた。	分類不能統合症	期待できる。	まだ高く、治療でも低減は期待できない。	保護的な単身生活が可能(家族の支援や援護寮など)。	
46	M	40	殺人	F2	F7	13~18歳時シンナー吸引歴、19~24歳まで覚せい剤の機会使用歴あり。27歳時に幻覚体験や不穏、興奮にて精神科クリニックを初診し統合失調症と診断される。その後入院を繰り返していた。	自宅にて殺意を持ち実母の胸部を複数回刺し、心臓損傷にて殺害した。	妄想型統合失調症 軽度精神遅滞	期待できる。	まだ高く、治療でも低減は期待できる。	保護的な単身生活が可能(家族の支援や援護寮など)。	
47	M	50	傷害	F2	F8	幼少期より信念を突き通す傾向強く、妄想様の拘りもあった。友人はいなかった。就労していたが25歳時に発症。抗精神病薬によるジストニア等のため転院した。入院歴もあるが数日で離院退院。その後は通院を続けていたが、病識は欠き、幻覚妄想は残存していた。被害妄想に基づき近隣住民への傷害事件あり措置入院となった。退院後再び近隣者への対象行為に至った。	被害的な幻覚妄想により近隣住宅住民の胸ぐらをつかむ等の傷害。	F200とF848	期待できる。	まだ高く、治療でも低減は期待できる。	保護的な単身生活が可能(家族の支援や援護寮など)。	

番号	性	年代	対象行為	主診断	副診断	病歴	対象行為	疾病性	治療反応性	社会復帰要因	方針	評価
48	M	60	殺人	F2		20代で気分高揚、興奮が出現し入院。以後は躁状態、うつ状態などのため17回の入院歴がある。何れかの入院も1〜2ヶ月の短期間で状態が改善した。経過中は運転手など職を転々としていた。30代より幻聴、被害関係妄想、妄想気分などがみられるようになった。家族や職場に対して暴言、暴力が目立つようになった。	通院が中断。来た母親に対して包丁で頸部に切りつけ殺害した。統合失調症の診断で医療観察法で通院処遇となった。徐々に気分が高揚した。駅前で大声で誹謗しているところを警察に保護され、医療保護入院となった。幻聴、被害妄想、躁的興奮も伴っていた。不隠、興奮、性的逸脱行為、暴力などが続き、病識も得られないため再入院の申し立てが行なわれた。	統合失調感情障害 幻覚妄想の悪化による入院への繰り返しを繰り返している。本ケースは再入院ケースで、症状悪化のため再度、指定入院医療を行っている。当初、再入院適応を満たすものと思われる。	オランザピン、リチウムからリスペリドンデポ剤に置換後、不眠、気分高揚、易刺激性など躁状態が再燃し、幻聴も出現。薬剤に反応しており、継続した薬物治療が必要である。「病氣」を否定しないが、症状の再燃の可能性には全く思い至っておらず、社会復帰期に進めないのは医療関係者のせいであると考え病識は深まらない。	過去にも症状悪化により入院、粗暴行為を繰り返していた。意欲で症状悪化した。入院処遇中も薬剤変更による症状再燃で職員への暴力行為。経過から同様の行為に至る可能性は高い。症状悪化時は暴力リスクが高いため何らかの触法行為に及ぶ可能性が高い。	精神症状が安定すればグループホーム等の施設での生活は可能。薬物療法の継続が必須となる。	鑑定では特性と社会復帰阻害要因にふれていないため不明。再度、殺人に至る可能性は高いとは言えないが、これまで長期に継続して精神症状が安定することはなく、症状悪化時は暴力リスクが高いため何らかの触法行為に及ぶ可能性が高い。
49	M	30	殺人	F2		大学中退したところより前駆期が始まった可能性がある。インターネットで自分のことが言われているとの関係妄想を認めるようになり、アパートを出て自家用車内で過ごすようになっていた。未治療。	同時期に自宅に寄った際、妄想着想により母親が通常の状態ではなく殺されるように感じられたため、殺害に至った(対象行為)。	妄想型統合失調症 対象行為の原因となった妄想着想は薬物療法ジプレキサ10mgにより改善しており、病棟内で行動化することなく過ごしているが、自室ドアの施錠や確認行為は持続している。	対象行為の原因となった妄想着想は薬物療法により改善しており、病棟内で行動化することなく過ごしている。不安・パニックになりやすい自身の傾向を自覚し、服薬の必要性も理解し、対処スキルも「我慢する」と述べ、今以上の効果は期待できない。	症状はある程度軽減され、病状は改善している。入院が長期化し、退院・社会復帰へのモチベーションが低下する恐れがある。悪念されるため、退院後の生活に備えた現実的・具体的練習・訓練など積極的に取り入れることが望ましい。	実父は受け入れの抵抗強い。施設入所も拒否される。現在在院施設、通い先も未定。今後難渋が予想されるため、本人の理解を示しつつある家族のサポートも必要と見られる。	こだわり・強迫行為が生活に及ぼす影響を軽減する工夫がある。対象行為の内省は時間をかけて深まりつつある。病識は十分ではないものの現状が限界か。
50	F	40	傷害	F2		10代半ばより皇室の親戚であると電波が入るようになる。未治療のまま高校・大学卒業した。その後帰郷するが、就労せず。20才代後半で顕在発症。以降は入院を繰り返す。退院後は援助寮で生活していた。数年前に病状悪化し、医療保護入院。入院中に対象行為。治療を拒否し、内服せず。内服開始に期間を要し、また善段のかかわりでも拒否が強く、スタッフを寄せ付けず自閉している。	入院中の精神科病棟の同室者で、女性の頸部をカミソリで切りつけて全治1箇月の傷害を負わせた。	妄想型統合失調症	ECTを検討する余地はあり、また治療抵抗性の部分にはクロザピンが検討されるべき事例。施設ではECTは施行されておらず、クロザピンは施設としては踏み切れない。	家族を拒否しており、個人の支援のめどが立たず、さらに周囲の支援を拒否するため支援体制を強化する現実的対応が取れない。	保護的な単身生活が可能(家族の支援や援助寮など)。	
51	F	30	殺人未遂	F2		発語など発達の遅れがあり、保育園では一人で遊び。小学校では多動と不注意が目立ち、成績は下で運動も不得手。小学、中学、高校でもイジメは続き全寮生高校へ。両親に対し被害念慮・暴言・暴力が出現し精神科初診、被害念慮で殴る。易怒性、焦燥感のため5回の任意入院。通院はできず。23歳統合失調症を発病。医保入院。RIS 4mgをブラインドで投与する。28歳から頸部ジストニアが出現した。自転車に乗った女性を突き倒す。入院経過は①体系化した妄想。幻覚妄想や減裂思考は持続。②頸部ジストニア	果物ナイフで通り魔的に女性の背部・右頸部を約5回突き刺す対象行為。	妄想型統合失調症 広汎性発達障害と精神遅滞の併存WAIS-IIIはIQ56 (VIQ62、PIQ56)。	頸部ジストニアによる後屈が著しく両手で後頭部を支えていないと顎が挙がる状態についてはすぐには明確な改善は認められない。クロザピン適応だが、できない院内事情。	家族の関与の在り方は治療に困難をもたらしており、世帯を分けて生活を組み立てるほかない。また対象者が周囲の支援を拒否するため支援体制を強化する現実的対応が取れない。現状では、症状と支援体制が準備できないことから高いというほかない。	常時の助言や介入が閉鎖環境は不要。	広汎性発達障害の要素が強く、対象者自身うけいれない。