

できないということか、PDD で精神症状を持っているという意味か。

プレゼンター：前者の意味で使っている。厳密に当てはまると操作的には言い切れない。陰性症状などが出てくると診断するのに躊躇が少なくなる。2件目は反応性のものとしてみてきた、お母さんが自分の言ったことを聞き入れてくれなかったと。PDD 問題があるけども、責任能力は完全だと。でも様々な精神症状があるし、PDD の単独診断で再入院とした。PDD の問題で切り取りすぎたので、陰性症状があるとみなければいけなかったと反省した。

医療関係者①：統合失調症とつくと再燃とかりスクがあるので、PDD についてもリスク管理、治療が必要。反応性についても、PDD の問題で二次性に症状を出すのであれば治療をしていくのが良い

プレゼンター：統合失調症圏の問題をしっかりとやるのが大事。家族との調整などで認知の偏りがあることを前提にしていけないとうまくいかない。PDD 問題もある程度治療反応性がある、不応の改善という点で。1 例目の事例で PDD とみずに統合失調症とみてもいいと指摘も受けた。

司会：PDD で統合失調症と紛らわしい。幻聴かと思ったら過去を想起してぶつぶつ言っていた。かと思ったら幻聴もあった。タイムスリップだけでは説明できなくて幻聴だったと。タイムスリップでは向精神薬はいらぬ？合併例ではより高容量の薬が必要だとかそういう例はあるのか。

プレゼンター：やはり薬は必要。用量などはわからない。

医療関係者①：最初統合失調症であった、プレゼンターの施設で PDD になっ

て、最終的に PDD+統合失調症になった。統合失調症、PDD を見逃していたということ。

プレゼンター：その通り。

医療関係者①：PDD とつくと治療反応性が乏しいとして治療は引きがちだが、診断がついても統合失調症の治療をしっかりとしないといけない。

司会：その通り。治療に役立つのなら PDD の診断を積極的につける。その場合では統合失調症の治療をしっかりと、併存例ではその部分の治療もしっかりと。

医療関係者②：プレゼンターの施設は PDD の経験も多くて、しっかりと理解して構造化して治療を進める。精神病状態もあるので、そこにも治療を。治療反応性がしっかりとあるという前提ですめる。

プレゼンター：その通り。

医療関係者③：全国では PDD だから疾病性が低いと言って処遇終了させているケースがある。自施設のある地域では PDD だからとして認められたのは 1 名だけ。IQ50 代で精神症状がなくて、やったことは父親に対する放火殺人。治療に反応なく治療反応性なしで、地元の病院が受けてくれたので終了にして。今回の 2 名ともアスペルガー。軽いと言えば軽い。psychosis の流れで治療するのが本流。当院の 2 名はここまでの精神病症状がなくて、ひとは衝動性が高くて出せない、もう一人もコミュニケーション能力が落ちていてリスクが高いので出せなくて。統合失調症ではなくて PDD だからと処遇終了にした例の話を聞きたい。

司会：数年前に、診断が分かれていて、裁判を経ているケース。高校に手洗い脅迫があつて強迫性障害（OCD）と、数年後

に同級生がのぞいてくると言っていて統合失調症じゃないかと。対象行為は放火。一人暮らしで実家によったときにグループホームに入りたいと言って母親がやめた方がいいと言って頭にきて火をつけた。裁判では OCD という鑑定と統合失調症と言う鑑定と。OCD が採用されたが、統合失調症に匹敵する精神状態だったので心神耗弱だと。うちで精査したら過去のことにこだわりが強く、コミュニケーションも独特で治療関係になじまない人。放火で自宅がなくなったが主な対象が母親で。母親が別の施設に入って離れることになって、母親以外に他害行為を行わないだろうということでもリスクが低くなったと終了にし、他県に行き医療保護入院になった。処遇で問題になったのはリスク判断で、他害がほかに広がらない、薬はオフにしても精神病症状はなかった、汎化を期待するのが難しかった、個別のリスク判断としては対象となる人がいないからと終了に。

医療関係者①：法施行当初頃に、PDD と診断されたが過去に統合失調症の診断も受けていた。退院許可の申し立てもして統合失調症の疑いと言うことで継続、高裁に抗告して退院が認められ、その後は一般の外来でみた。入院の前に繰り返し暴力行為を行ってそれをコントロールできないということで人格障害とみたが、リチウムで症状がなくなった。本人が自分の気分を言葉で説明できなかったためであったか。カルテを見直すと母親が気分障害であった。PDD の診断がついても気分障害など相当に注意してみた方がいいなと言うケースもあった。

医療関係者④：処遇終了になった人はわりと初期の人が多いので、診断で終了になったものもある。最近では人格障害を合

わせてつけている場合もある。統合失調症が併存した場合は治療を継続していく必要があるのは同意。病理が浅くてぼつぼつと症状が出るような人はどうするのか。処遇終了でぽんと出すべきではないというのはわかる。一方で人格障害のような診断がついているような例を通院処遇で手厚くやっていく必要があるのか。

プレゼンター：自閉症が通院へ継続した例はある。自閉そのものが重くて、そこへの支援が、たんなる福祉的なものだけではなく、ある水準以上の自閉にリンクした問題で事柄が起きている例は診ざるを得ないと思っている。病理がほとんどなくて家族の中だけで問題が起きているような例は終了でも良いと思う。ただ、PDD とつけて診断難民にするくらいなら診断しない方が良い。PDD のなかにも人がいい人悪い人いろいろいるので、悪い人の部分は治らないが不適應の問題はしっかり対応した方が良い。

医療関係者②：単独診断であったとしてもしっかりアプローチしていった結論をプレゼンター：自閉が重いと言うだけでなく、本当に自閉だけなのかという、自閉がついてくると守備範囲から外しと言う論調はよくない

医療関係者⑤：PDD と統合失調症の合併例、思考の過程が把握するのが難しい、感情のモニタリングもできない、従来の統合失調症のような診断が容易にできなくて、PDD の二次障害というよりは統合失調症であったと言うことはあって、多少でも統合失調症が疑われるような場合には薬物も含めてしっかり見る必要があるのかなど

プレゼンター：バランスが必要、過剰につける施設もあるし。操作的な診断基

準だけではうまく拾えない感じもある。そのようなことをまとめた報告もない。より統合失調症の併存を大きくみていく方向にせざるをえない

医療関係者①：長期予後との関係で、二次性に精神病症状が出た場合、一過性で終わるのか統合失調症に発展するのか、一過性のものを繰り返すのか

プレゼンター：答えは持っていない。病院では統合失調症になってきた人を多く見るが、離れて行って回復している人も多くいると思うので。自分の前に来る人は状態が重くなっている人が多い。医療関係者⑥：純粋な PDD が医療観察法の対象になるべきなのか。今後何らかの治療技術が進むことで受け入れることができるようになる、受け入れるべきだとか。どのような方向性になるのか

プレゼンター：わからないが、明らかかなことは10歳とか12歳とかで不適應を起こしている例は積極的にやった方がよいことは間違いない。医療少年院の先生も両方の立場。思春期年齢への濃厚な関与の結果がどうかと言うこともわからない。その後の年代で関与の結果がどうなるか、可塑性も少なくなるので。PDD あってもそれ以外の部分で人が悪い人は対象外。併存症問題はしっかり見るべき。自閉が思い人が少年院の後に入院している例も多い。そういう人は医療観察でもみるべきではないか。

医療関係者⑥：そういう方は治療できれば良いと思うが、現実的には治療技術がないというか。5年、10年みるべきだと合意できるならその方がいい。

プレゼンター：自閉が重い人。今回の事例も自閉が重い。家族が変わらないといけない。コラボしてあきらめずにやれるといいと思う。

医療関係者②：整理すると、責任能力のところの問題になってくるのは、PDD 単独で成人例では責任能力なしの判断は出ない。我々のところにくるのは重複障害が多かれ少なかれ入っているケース。法がスタートした時点よりは学習して、そういう見方をするようになっていく。一つの問題としてあんまり感度が良すぎて、そこだけで判断しないように、PDD だけじゃなくて重複障害も判断に入れるように。治療反応性をあまり早い段階で判断せず、懐深い段階で判断するように。PDD だからすぐ出すのではなく、懐をふかくしていくべき。

小括

発達障害について経験が各指定入院医療機関で徐々に蓄積されつつあり、制度開始当時にみられた発達障害イコール治療反応性に乏しい、との考え方から最近では発達障害にみられる特性を考慮し治療的な取り組みを行うように変化しているように思われる。しかし臨床場面で発達障害の対象者にみられる妄想様の訴えをどうとらえていくべきか、この点についてはまだ十分な経験が得られているとは言えないだろう。一方で精神病性症状を伴わない発達障害事例については本来責任能力鑑定での段階できちんと判断すべきであり、全ての発達障害事例を医療でフォローすべきものではないことに注意したい。

発達障害の事例では不適應を起しやすいため、精神病性症状を呈することがしばしばあり、統合失調症との鑑別が困難なことも多い。プレゼンターによれば、幻聴とタイムスリップ、思考化声とイメージネイトリー・コンパニオン、妄想とファンタジー、関係妄想と二次性関係念慮、情意鈍麻と想像性の障害、思考貧困・無関心と興味

の限局・常同性の区別が困難な場合があり、症状レベルでも精密に鑑別していく視点が大切だと指摘された。統合失調症の併存にはきちんと対応して治療を行い、その後明確化される発達障害の部分にも治療的な介入を行うことで病態の解釈や治療戦略が整理しやすくなるのではないだろうか。

3. 統合失調症事例

50歳代女性、30余年の病歴がある。この間通院を中断し再燃を来すことを繰り返した。再燃すると嫉妬妄想により夫に暴力をふるった。ハロペリドールのデポ剤により加療されていたが、注射時の痛みが嫌で中断することもあった。対象行為はこの嫉妬妄想による傷害で、簡易鑑定により統合失調症と診断され、心神喪失と判断され医療観察法に要る申し立てを受けた。医療観察法鑑定でも統合失調症と診断され、入院処遇が決定した。入院は地元と同じ厚生局管内であったが最も遠い都府県への入院となった。

入院後の診断は残遺型統合失調症で、入院期間は3年10か月がたっている。A指定入院医療機関からの転院。OLZにより幻聴は軽減したが妄想体験は持続。社会復帰期に移行し外泊中、無断行動あり。ケア会議では過去に通院していた指定通院医療機関から、オランザピンの用量が30mg/日のままでは退院後レセプトで査定され継続できない、病識に乏しくアドヒアランスが確保されていないためデポ剤が必要と主張し受け入れが困難だとされた。デポ剤はリスペリドンを選択して投与したが、受け入れを拒否され、家族の精神状態（精神疾患に罹患

している可能性あり）が不安定となり家族からの受け入れも拒否されたため、処遇終了退院とし精神保健福祉法による長期入院を余儀なくされた。

論点①：退院後の処遇の在り方、帰住地の調整について

司会：一定の病状改善はあったが、ストレス脆弱性があり、病状の波がある。生活能力も乏しく、家族支援も期待できないケース。病棟内では問題行動もなく大丈夫だが、退院は困難。よく経験する例ではある。

医療関係者①：入院医療機関と指定通院機関の連携の悪さの問題から、最終的には治療反応性の議論に変わっている？

プレゼンター：サポートがなければ、通院継続は困難。通院医療機関は、他が遠方であり、この病院しか選べなかった。

医療関係者①：自宅が無理ならば、指定通院+施設の病院を考えても良かった？

プレゼンター：地域における施設数が少ないし、認知機能の低下があり、生活訓練も困難と評価した。

医療関係者②：悪化を防止するための医療観察法入院も入り口では考えている

プレゼンター：その意見には反論ができない。

医療関係者③：困ったら、退院後自分の病院でみることが多い。クロザピンの投与も含め、薬物療法はどうか？薬物療法以外の治療はあったのか？

プレゼンター：認知機能の低下があり、トラブルの時など適宜介入していたが、心理社会的な介入は困難だ

った。自施設は通院の指定を受けておらず、通院では対象者の受け入れはできない。

医療関係者③：認知機能だけで判断すれば、このレベルは単身生活が可能とも考える。各専門職の評価に基づき、もう少し治療戦略を組み立てた方が良かったのではないか。家族の再統合が無理なので、それを本人に伝えてもらい、単身生活を目指す方が良いだろう。

医療関係者④：センターなどの連携が必要だったかもしれない。もう少し延ばして、単身生活を目指すラインもあるかもしれない。全般的な治療のテンポが遅いと感じた。社会復帰期までの進み方は良いが、薬物療法ももう少し積極的にやってみる、地域や家族の受け入れを早期から打診して、だめなら見切りをつけ、その他を探す。

医療関係者⑤：通院先も複数候補を挙げ、調整をするようにしている。

医療関係者⑥：家族の受け入れが難しくなった時点で、生活訓練施設を目指すだろう。ストレス対処能力をあげれば何とかできるのではないか？ジプレキサ 30mg の必要性を主張すべきだろう。

医療関係者⑦：医療観察法でよくある夫への加害者と被害者のサポートは十分だったのか？通院機関は受ける気持ちがあっただけなのか？ 地元に出向きケア会議をできなかったのか？

プレゼンター：夫へ A 入院医療機関の医師からアプローチされていた。

医療関係者⑧：同じような問題は、自施設でも経験している。通院先は、早

めに見切りをつける方が良いだろう。

論点②：治療内容について

医療関係者⑨：自施設であればクロザピンを使用する。

医療関係者⑩：同様な例（地元から遠隔地である自施設への入院）はしばしば経験する。A 指定入院医療機関もがんばったが、完結できずに転院となったのだろう。クロザピンの適応も高齢であると迷う。

医療関係者⑪：自施設では薬物療法もこの程度だろう。しかし、この程度の認知機能であれば、看護の力で退院可能な心理社会的治療を行えると思う。この程度のリスクが下がり、受け入れ先があれば、処遇終了もあると思う。

医療関係者⑫：統合失調症の処遇終了は気になる。慢性期で治療反応性が乏しい例は多い。同様の行為を起こすリスクが大切。嫉妬妄想の程度は？夫へのリスクが高ければ、医療観察法のクロザピンが使えるとなれば、使うだろう。ゾテピンなど他の薬物戦略も試すべきだろう。

法曹関係者：リスクが低ければ、落としどころは良いだろう。A 入院医療機関での入院期間が長く、全体のテンポが遅い印象はある。

プレゼンター：考え方が定まっていなかった面があったかもしれない。4年間、治療反応性に幅があると思う。この方に関しては、入院を望んでいた面もあり、入院先が見つかりよかったと思う。

司会（まとめ）：1 つ目は、本例はクロザピンを試すべき例と思う。妄想は残っても情動は安定する可能性が高い。クロ

ザピンが使えなくても他の薬物戦略があるだろう。2つ目は、最初の見立てで、A 入院医療機関はうまく行けると思い直接退院を目指したが、細かい地域調整が必要とわかった時点で、早めに転院を決断する必要があっただろう。3つ目は、荒廃しているような統合失調症であっても改善を期待し、社会復帰を追求すべきだろう。対象者が社会復帰することが最善と考えると、それを追求すべきだろう。それらを行ってもうまくいかなかった場合に、初めて統合失調症の処遇終了を検討すべきだろう。通常診療であれば、早期退院が可能であるが、医療観察法であれば改善水準が高く求められる。クロザピン使用後は、使用可能な通院医療機関が必要になる。それを広げていく努力も必要であろう。クロザピン導入後は、統合失調症の処遇終了の判断はこれが一つの材料になると思われる。

4. 急性一過性精神病 (acute and transient psychotic disorders; ATPD) 事例

30歳代男性。20代後半で近所の「迷惑かけるひと」から実際に嫌がらせを受けるようになった。本人が30歳を超えたら嫌がらせがエスカレートした。暴力で応酬し、自宅は数回転居した。30代半ばのころお経を読む行動および幻聴体験を認め、2年後に幻聴および妄想様観念が生じた。これらの持続期間は数日程度。「迷惑かけるひと」に対し、傷害を加えたことが対象行為。対象行為後1年10か月後起訴前簡易鑑定が行われ統合失調症と診断され、医療観察法の申し立てが行われた。医療観察法鑑定では特定不能の精神病性障害と診断された。MMPIでは精神病的

傾向は顕著でなく、基本的に正常である可能性も読み取れた。

入院後治療ステージを飛び級により進めた。鑑定入院中より無投薬のまま、幻聴や妄想は認めなかった。クライシスプランを作成し、退院した。社会復帰調整官の意見が促進的に働いた。

論点①：早期退院となったプロセスについて

医療関係者①：入院して本人をみる前に見たてがないとスムーズにいかない。入院受ける前に会議とかあったのか。どの時点でプランニングを。

プレゼンテーター：プレの段階で疑問があった。ずっとドラッグフリー、病状も単発的、特殊な状況下で。入院前からそういう意識があった。実際に本人をみたなかで、退院圧力もあったが、素早くいけるのではないかと感じた。

医療関係者②：これまで法的責任を問われることはなかったか。発端が母親の感応性妄想性障害の可能性はないか。

プレゼンテーター：法的責任を問われていなかった。母親と接した感じは感情表出が強すぎることもないし、被害者に対しても冷静に対応していた。引越しもお母さん主導。外出泊をせずに処遇終了したことがよかったのか、どうか。退院には調整官の肯定的な意見もあった。

医療関係者③：手続きについて、終了申し立てを行う前に合議体関係者が院内面接を行ってもいいのか？

プレゼンテーター：審判医に個人的にお願いしたら合議体で来ると言われた。

法曹関係者：基本的には申し立てをしてから決まるので、本来はちょっとどうか。

プレゼンテーター：公的なものではない

医療関係者④：宗教的なニュアンスに関し

て、インドに行って坊さんになるというのはうなずける話なのか。

プレゼンター：実際にいって研修を受ける、実際の団体。誇大的なニュアンスも感じるが、現実的な内容だ。

医療関係者⑤：非常に早く進んだが、実際に外国に行くと新たな環境としていかなものかと感じる。

プレゼンター：家族はそれに対して反対で、母親は冷静に話をしていた。

論点②：ATPDの診断について

医療関係者⑥：対象者の脳波所見は。非定型精神病の可能性はないか。

プレゼンター：徐波化傾向はある。定期的に検査できる態勢を作ればよいが。

司会：診断について。隣の人へのストレスは大きい。ストレス下にあったことを念頭に診断についてはATPDでよいか。統合失調症はなさそう。妄想性障害としては一過性。器質性、非定型はもう少し経過みるとどうかというところ。

医療関係者③：性格傾向は？

プレゼンター：検査上は偏りない、接した感じも温厚。

司会：知的水準は？

プレゼンター：full-IQで90前後、病棟ではなじんでいた。毎朝聖書を読む日課。他の患者とは適度な距離をおき、トラブルはなかった。プログラムにも参加していた。

医療関係者⑦：お寺で変な薬使ったりとかなかったか。

プレゼンター：そのようなことはないと思うが、発疹や咳は実際にあった

司会：診断で問題となるのは、対象行為と同様の精神障害があるかどうか。これは1年半もたっているのが特異。

プレゼンター：鑑定では思考障害が残っているというのが一つ、特定不能の精神病性障害というかたちで。

司会：非常に漠然とした形で精神障害とつけている

プレゼンター：鑑定時も残遺症状的に。

司会：処遇終了という判断についてはどうだろうか。

医療関係者②：IQが低めなので通院でもよかったかと。IQが高い例では調整官が絡むとよけいややこしくなるので終了にした例があった。この例では本人がいやでなければ通院でもよかったかもしれない。

司会：長く経過を見たら別の診断がついてくる例が多い。

プレゼンター：ある程度の期間みていないと判断できないので、強制的な枠であれば観察できるが、いろんな条件でこのようになった。

医療関係者⑧：見込みの問題。もう大丈夫と読めば不処遇で。診断できわめて特殊な状況で起きて、その状況から離れてそういうことに至ることがないと考えれば良いのかなと思う。終了を決めるときにどこまで地域支援の体制を整える努力をするべきか。奇妙なのは転居が多いのに狭い範囲で繰り返していて、家族にも本人にもストレス対処能力が弱くて。もう少し地域での支援体制が明確になればよいかと。

プレゼンター：初期は父親の仕事の都合で距離を離れることはできなかったが、最終的にかなり離れることができた。

司会：1年半後に医療観察法への申し立てが行われている。この1年半がなければこの展開ではなかった。1年半なにもなく仕事もしていた。そういうのがなくて、直に来たらもう少し違っていただろう。

プレゼンター：入院まで短期間であったら、入院期間が長くなった可能性がある。

法曹関係者：厚労省が圧力かけるのもわかる、タイミングがずれている

医療関係者⑧：医療機関はどこまでしなければいけないのか。医療がメインでストレスマネジメントするだけではなくて、お寺とか大きなバックボーンがあったり。外泊をしたとして、病院は何をしなければいけないのか、1年半ですでに自宅で生活している訳なので。できるとしたらその辺のつなぎを考えるべきか。

医療関係者⑥：クライシスプランができたのは、家族がキーパーソンとして機能していた。キーパーソンとして機能しなければ処遇終了が成り立たなかった

プレゼンター：体制作りに時間がかかったかもしれないが、入院自体はおかしいので終了の方向にはなった

司会：花巻は6ヶ月プログラムというのがあって、プレでだいぶ算段して6ヶ月の中で急性期、回復期、社会復帰期と。飛び級はなかった。6ヶ月プログラムは通院につなげるものだから。通院以降の場合でも飛び級はあるのか

プレゼンター：ない。処遇終了だからであって、通院処遇では3ステップで進めている。

医療関係者⑧：6ヶ月で処遇終了は短いとは思わない。入院継続せずに退院申し立てをするのが原則。

司会：病床が足りないときは6ヶ月プログラムは話題になった

小括

急性一過性精神病の診断で処遇終了となった事例は1名と少ないが、知的障害や発達障害に一過性の精神病性症状が合併する

ことは多く、参考にすべき点の多い事例である。退院決定までの時間が短かったのは、入院当初より処遇について疑義を抱き、退院までのイメージを早期に作ることであったためと考えられる。処遇終了退院に限らず通院処遇退院においても同様に退院までのイメージを作り、MDTメンバーや社会復帰調整官、対象者本人と共有すると円滑に治療を進めることができるだろう。本事例では急性期から社会復帰期まで『飛び級』で進めているが、退院までのイメージがしっかりしていれば柔軟な対応をとっても治療過程がぶれることがないことを示している。

この事例で無投薬期間をどれだけ長く設定すべきか、外出泊をすべきかプレゼンターから疑問が呈されたが結論は出なかった。今後この点についてパーソナリティ事例同様事例を蓄積する必要があるが、処遇を継続することに疑義を抱く事例を長期間入院させることへの問題からは、6か月の入院継続判断を行う期限が一つの区切りになる可能性がある。入院医療機関には多職種が勤めているので、多職種による視点で診断に必要な情報を集めることが可能である。本事例では医療観察法鑑定入院以降6か月以上投薬が行われておらず、無投薬期間としては十分であるように思われる。外出・泊についても現時点ではコンセンサスは得られていないが、医療観察法病棟内という保護的な環境のみで評価するより、刺激の多い病棟外での評価も行うと、より情報が多くなり診断の正確性が高まる可能性がある。飛び級などの柔軟な対応はこのような環境設定に役立つものと考えられる。事例により異なるだろうが、地域調整のために外出泊を必要とする場合もあるだろう。

5. 知的障害

第一事例

50歳代男性。中卒後就労したが長続きせず、けんか等トラブルを生じるようになり精神科病院に入退院を繰り返した。精神科病院ではそう状態、精神遅滞、人格障害と診断され、入院した期間を合計すると20年以上であった。自宅では暴力のため自室に外から施錠されることもあった。家族に対し不満を抱き傷害を加えたことが対象行為。医療観察法鑑定では中等度 ID＋双極性感情障害（そう状態）と診断され、入院処遇が決定した。入院後「中国の口座に大金がある」「柔道の黒帯だ」と示威的・誇大的な訴えは認められたが、高揚した気分などは認めず、気分障害を認めないと判断し、診断を中等度知的障害に変更。地元の病院に医療保護入院することで調整、退院した。

第二事例

20歳代男性。14歳ころから奇異な行動が出現。中卒後自営業を手伝っていたが被害的となり、精神科病院に入院した。17歳ころから児童を追いかける問題行動が生じるようになった。20歳を過ぎて家族や通行人への暴力のため措置入院歴あり。最終入院（医療保護入院）の外泊中に、公園で近所の児童が困っていると判断し手助けするつもりで結果的にけがを負わせたこと（傷害）が対象行為。幻聴があり言動にまとまりがないため医療観察法鑑定では破瓜型統合失調症＋中等度知的障害と診断され、入院処遇が決定した。入院後幻聴は認められたが状況依存的で、被害的な認識も状況に適応できず生じたと判断し、中等度 ID に変更。退院後に入所する施設を確保して退院。

論点：知的障害者にみられる精神病性症状をどう捉え、どのように介入するか

司会：併存症が、反応性の症状の鑑別はどうしているのか？

プレゼンター：興奮が躁状態と言われた。原因があり、一過性であるものが判断基準になるのか？ 地裁は、半年間で処遇終了は通っている。現実的な帰住地が決まっていれば再他害行為が予防できるとの論になる。

医療関係者①：入退院を繰り返した例で多弁・徘徊があったが、薬物療法の効果はあったのか？

プレゼンター：大声・徘徊は当院入院直後も起こった。刺激遮断が効果的だった。

医療関係者①：躁状態とはいえないが、知的機能の低さとは違う衝動性・興奮は治療ターゲットになるのか？

プレゼンター：治療は必要で、行動療法的アプローチを行う。

医療関係者②：自施設でも精神遅滞で地域支援体制を作って処遇終了した。この方に、治療的に何ができるのかを追及する面、できない点を明示する面の両面があるだろう。2症例とも、学習障害などの発達障害の併存はないのか、もう少し検討があってもよかったのではないかと？

プレゼンター：1例目は、新たな治療戦略は見つけられなかった。2症例目は、発達障害を疑うエピソードもなく、好きなこと、得意なことを取り組めるようにした。施設待ちの医療保護入院であった。

医療関係者②：法律家のコメントをもらった。処遇終了は理解できるが、行き先はあるのか？

医療関係者③：行き先は難しい。福祉施設でも処遇は難しい。個別アセスメントを

行い、医療機関と福祉施設が連携を組むことが必要。ただし、医療が主体ではないだろう。

医療関係者④：医療・福祉・行政・警察の連携でなければ難しい。その連携がなければ、知的障害者の地域処遇は難しい。

法曹関係者：1症例目は、知的障害が分かっているにもかかわらず、躁状態で入院になったのだろう。実際、知的障害があるが大きく触れずに刑務所に行く例もある。

医療関係者③：刑務所には知的障害者が多く、再犯も多い。

司会：もっとIQが低ければどうするか？併存症に統合失調症である対象者にクロザピンを投与したところ衝動性が改善した事例を体験したことがある。1年くらいは治療的に介入したいと思う。

医療関係者⑤：自施設にもIQ29がいる。

医療関係者⑥：IQ33の例が入院している。

医療関係者①：地域調整の期間と考えることもできる。ある程度衝動性が改善しないと、受け取ってもらうことは難しい。自施設のある地域では犯罪行為を起こした知的障害者を中心に扱う施設があり、そこに入ってもらうことがある。

医療関係者③：知的に低く、医療観察法鑑定で不処遇決定にしたなら、その後措置入院で自施設に入院となった。放火事例だったが、半年で通所施設を探し、2つの施設に通所することとしネットワークを作って退院できた。

医療関係者⑦：看護師の立場から見ると、結構ストレスになる。行動療法を行うと看護師も監視的になる傾向がある。看護師の辛さも理解してほしい。

司会：報酬系を伸ばす方針が必ず必要。快・不快のオペラント条件付けが必要。

医療関係者⑧：この方が何を求めているのか？何を伝えようとしているのか？そ

の視点を見失うと監視的になる。施設入所がゴールになるが、その施設職員がどうすれば対応できるかをきちんと示すことが必要。

司会：知的障害が最も問題になるだろうと想定されていた。もっと重度であれば心病棟で実践を続けている。行動分析をして、問題点を抽出して、仮説を立て、アプローチすれば効果がある。中等度の精神遅滞が最もアプローチが難しい。アプローチの本人の教育。イギリスでは司法の精神遅滞者の施設があった。セキュリティは高くないが、行動制限ができる施設であった。責任能力についても中等度であれば、完全から喪失まで幅がある。できないものはできないと主張するしかないが、将来的にはこの分野の施設を作るしかないだろう。症例蓄積をして主張するしかないだろう。

小括

知的発達障害で処遇終了となった対象者は11名、うち軽度精神発達障害は7名、中等度例は4名であった。この11名のうち、医療観察法鑑定では4名が統合失調症、1名が感情障害、別に妄想状態と診断されていた例が1名、統合失調型障害と診断されていた例が1名あり、過半数で精神病性症状を伴っていた。広汎性発達障害事例にみられるように、知的障害事例においても周囲への適応力が低いため、事例によっては不適応な状況下で欲求充足的な発言（強く見せよう、経済的に豊かだ、など）がみられることがあり、誇大妄想と区別しにくいことがある。また、断片的な幻聴体験を生じることもあり、これらの症状から統合失調症と区別が困難な事例がある。これらの事例においては知的障害の不適応による反応性の症状か、統合失調症の併存か、あ

るいは統合失調症と判断すべきか症状や経過を慎重に判断する必要がある。

知的障害では理解力に乏しい場合が多く、退院後の生活を支えるために福祉によるサポートが重要となるため、退院調整では福祉関係者も関与することが大切である。

6. 妄想性障害

60歳代男性。20歳代前半に統合失調症を発症、5回の措置入院を含む20回以上の入院歴がある。被害妄想のために10件の前歴があり、医療刑務所への入所歴もある。入退院を繰り返したが通院は不定期で、内服は自分の好む薬のみ選択して行っていた。被害妄想、幻聴が活発となり、スーパーで通行人に傷害を加えた（対象行為）。違法薬物の使用歴はなく、飲酒は缶ビールを少々。

医療観察法により申し立てられ、入院。病棟内でも被害的となりやすい。薬と食事に入れられた毒でボロボロになると訴え、薬を全量内服することに抵抗感が強い。体調についてクライシスプラン的に「信号」モデルを用いてモニタリングを開始、徐々にスタッフの説く理屈を受け入れるようになった。本人の用いる言葉を使いながら、退院までのロードマップ作りを対象者と協同で作成。MDT以外の看護師が適時介入することで対象者の受け入れが進んだ（現在入院中）。

論点：妄想を抱きやすいため、薬物および心理社会的な介入が困難な事例に対してどのように治療を進めるか

コ・プレゼンテーター：鑑定は妄想型統合失調症だったが、幻聴のエピソードがはっきりしない。妄想以外の日常生活の判断力、妄想に関わる部分以外は的確に判断している。IQは80くらい。IQが低

めなのでとっかかりをつかめるけど、もっと高かったらどうしようもない。

医療関係者①：薬が効いている感触はあるか？

コ・プレゼンテーター：申し立て前に1年間措置入院し、その間いろいろな薬、注射がなされていて、薬について非常に詳しい。入院時にはOLZ30mgで、状態はそのときと変わらない。自分から納得して薬を飲まないと出せないの。5mgだと情緒不安定、7.5mgだとカッとなることはほとんどなくなった。このアプローチを続けながら10mg飲んでくれるのを待つ状態。

医療関係者①：違法薬物の使用は？

コ・プレゼンテーター：たぶん覚醒剤はない。17歳に二人殺害。父親から頭を殴られていた既往、頭部になにかあるかも。小心なので画像検査ができない。

医療関係者②：最初の事件は症状なしに起こしたのか

コ・プレゼンテーター：なめられたらいかんからと二人殺している

医療関係者①：飲酒は缶ビール1, 2本だけ？

プレゼンテーター：飲酒量はその程度。

ADLはしっかりしている

医療関係者③：「食事毒」の妄想は持続している。周囲に対する敏感関係妄想はコントロールしているようにみえるが、まだ感じているのか

プレゼンテーター：感じているようだが、過敏な反応は少なくなっている、この1年は本人なりに話をした結果、患者の中に敵はいないが職員はまだわからんと述べるようになった。

コ・プレゼンテーター：妄想は体系化されている、入院は国がしている、国に入院させられていると。しかし、その中で悪

さをせずに生活しようとしている。

医療関係者②：チームスタッフでないメンバー（Ns）はどのような立場で介入したのか。

プレゼンター：元々意図されていなかった、個人的に接近して作れた関係。

MDT 会議には参加している。プライマリーがいないのでマネジメントのお手伝いはしている。一歩外の位置から関与している。

コ・プレゼンター：チームから治療的な提案をすると、『ぐるで俺を巻き込もうとしている』となってしまうので、うまく外からやってくれている。クロザピンはどうかと思うが、内服維持が困難。

プレゼンター：トップダウンだとわかりやすい人で、『医長先生が言うなら仕方ない』というのもある

医療関係者③：妄想は取り切れないという前提でいくと、現時点ではクライシスプラン的に信号の色で対応が考えられているが、今後退院した後に中間施設に向かう中でどういう対応を考えていくのか。退院に向けてハードルが徐々に上がっていくことが想定される状況でどのようにクリアできるのか

プレゼンター：困ったことが起こったときにどう対応するのか、いい方に捉えて関係性とか場所とか作っていく。今できていることをどうやって通院医療機関に繋げていくかは未知数。

医療関係者④：よい報告だと思う。父親から殴られたり反社会的な経験を積み重ねて、人を信じられる体験がない中でプレゼンターが信じられる人になってきているのかなと。チームで動くという頭があったので、チームの外から信頼できる人が関わるというのもあったのだなと。

医療関係者⑤：北風と太陽のよう。この関係を退院後に維持していくのは難しいと思う。病状のベースがこれで大丈夫なのかという心配がある。クロザピンの使用も含め、可能性を広げていく意味で積極的な薬物療法はどうか。

医療関係者⑥：汎化ももちろんだが、スタッフへの汎化も課題になってくるといえる気がする。

医療関係者⑦：関係性を持つことはとても難しいが、周りの人が気づかないサインとか見つけられたのか。

司会：持続性妄想性障害で体系立った妄想があるといっても日々妄想的で、敏感性性格があって、妄想性パーソナリティといってもいいかもしれないが、非常な敏感さで被害的な受け止め方で、二次的に加工されてこのような体系になっている。ある意味では二次的な妄想で、自尊心も乏しいし子供の頃からサポートもなく、頭をたたかれることは多くても、達成感はなく、それでもちゃんと生きてきたという自負があって、このアンビバレントがあって、小心で非常にいじましくて。共感できる部分がやっと見つけられてきたのかなという側面があるのかな

プレゼンター：そういう思いはみなもあるが、いざ直面してしまうと修正してやろうという態度が先に立ってしまう。

司会：非常に敏感性格な人が被害的に受け止めるというとらえ方。関係が切れなままずっと続いていると信頼感が生まれてくる。長い時間軸で続けていけば、質的に変わるポイントがくるのではないかな。もう一つは薬物療法をどうするか、経過の中で誰かがサポートしているのができていれば、20年、30年という経過で考えていけば少しは変化す

るかもしれない。1年半とか3年でやろうとしたら難しい。

小括

本事例では周囲への感受性が高く、不全感から被害的な認知を行いやすいためトラブルを生じやすい状態が続いている。担当チームに対しても被害的な構造を作ってしまう、結果的に本人が経験してきたパターンに持ち込み、対応しやすくしている可能性がある。そこに第三者的な不安定であるが被害的となりにくい要素が入ることで治療的に介入する余地が生まれている印象がある。本事例では薬物療法にも一定の抵抗感が認められるため、まず治療者との信頼関係を熟成することが治療の橋頭保となるだろう。

妄想性障害の事例では病識が得ることが困難であり、薬物の効果も限定的であることも多いため、リスクを下げにくいと感ずることがある。このため医療関係者あるいは地域の支援者との関係性が重要となり、信頼できるスタッフとのつながりによってクライシスプランを活かしながらリスクを下げることになるだろう。近年花巻病院により、退院した対象者による記録を題材として入院中の対象者が疾病について考えていくプログラム（ロードマッププログラムという）が開発された。医療関係者から伝えられたものではなく、実際に存在した対象者が感じた内容であるためリアリティが強く、妄想に対するとらえ方に影響を与えることができれば病識の獲得につながる可能性がある。

まとめ

医療観察法における処遇終了退院事例について、入院に至る経緯と入院中の治療、退院申請までの過程を検討した。今回パー

ソナリティ障害、広汎性発達障害、統合失調症、急性一過性精神病、知的障害、妄想性障害の6疾患を検討したが、法施行当初と比較すると事例を丁寧に見るようになったことや治療的に様々な工夫が行われるようになったように思われる。事例を丁寧に見る点では、パーソナリティ障害や知的障害、一過性精神病であることを確認するために抗精神病薬を中止して状態を観察するようになっていることや、広汎性発達障害における精神病性症状を統合失調症やpsychosis NOSの併存の可能性も含めて考えることがあげられる。特に後者は医療観察法における治療範囲の適応を拡大する可能性も含めて注目する内容である。

また、治療的工夫として統合失調症事例にクロザリルの使用が可能となり、衝動コントロールの困難な難治性の統合失調症に対する治療成績が改善したほか、病識が得難い妄想性障害に対する心理的介入の報告は、担当するMDTが難渋する状況を改善する可能性があり、今後期待される。

これらの報告や討論がある一方、まだいくつかの課題が残されている。例えば上述の診断をきちんとするための薬物療法を中止する期間、観察する手法をどう設定して評価すべきかまだエビデンスが得られていないこと、診断を変更した場合、変更した診断が妥当であるか確認する手段が乏しいこと、変更した事実を鑑定や審判にフィードバックする機会がないことなどがあげられる。また、治療的には社会復帰が困難なクロザリル抵抗性の統合失調症に対する長期療養環境をどのように提供すべきか、今後具体的な事例を集積・分析して解決していく必要がある。

D. 考察

本年は19施設から164名の情報を得る

ことができた。昨年の調査により、本法施行後増加していた処遇終了退院者数は第IV期を境に減少するようになったことが明らかとなったが、今年の調査により減少傾向が第VI期で止まり、今後二十数名程度で推移する可能性が示唆された。しかし直近の第VI期とVII期の退院者の疾患を比較すると、第VII期ではF2が15名65%と過半数を占め、F1、F6、F7は該当者なしであったのに対し、第VI期ではF2は9名41%と相対的に少なく、F1(3名)、F6(2名)、F7(4名)と比較的疾患の種類がばらけており、今後どのような疾患が処遇終了となるか経過をみる必要がある。第VII期はF2群が多かったが、統合失調症に関してクロザピンが使用可能な施設が増えていることから、F2の該当者数は今後減少することが推測される。

入院期間について、これまでは延長傾向にあったが、第VI期およびVII期で約720日程度と横ばいとなっていた。これは第VI期のF2の入院期間が1015日であったのに対し、第VII期では790日と短かったことが影響していると考えられる。この入院期間の差異は、VI期のF2の対象者の平均年齢は43.5歳と比較的若かったため地域処遇に向けた働きかけが長期間行われたのに対し、VII期では59.6歳と高齢であったため、リスクが相対的に低く一定の働き掛けで地域の施設等への退院が選択されたと考えられ、今後も入院期間が上げ止まるかは不透明である。

処遇終了理由として治療効果に乏しいことが最も多く選択されていたが、疾患別にみると理由は様々に異なっており、複数の理由を勘案して判断されていることが多かった。理由の第二位に多い理由をみると、F0やF2ではリスクが低いこと、F1では任意性の治療がベターであるなど、疾患特

性が判断されているように感じられた。

退院時のリスクについて、その頻度と重篤度と退院後の転帰はほぼ同様に判断されていた。退院し医療保護入院となったものの中に比較的风险が高いと判断されたものが多く含まれるのは理解しやすいが、低いと判断されながら医療保護となった対象者は、F2の対象者で地域処遇に耐えられるまで改善は得られなかったが、病棟など保護的な環境下ではリスクが低いと判断された事例が多かった。また、一般の精神科外来に通院となった対象者の中に比較的风险が高いと判断されたものが含まれていたが、これらの対象者にはF6、F8がほとんどで、終了となった理由は責任能力に疑義がある(7名)、一過性の状態(2名)、治療反応性に乏しい(8名)、任意性の治療が望ましい(5名)、汎化が困難(3名)などであった。彼らは広い意味での治療は必要であっても医療観察法の強い強制力のもとでの治療がかえって疾病性との関係でそぐわないと判断され、処遇が打ち切られたと考えられる。

処遇終了と判断するのは対象者の状態、背景、機銃予定先の地域性など個別性が大きく、一律な判断は困難であるが、これまで施設ごとに苦慮しながら判断してきた過程を検討し、考え方を共有する機会を設けた。そこでパーソナリティ障害、広汎性発達障害、統合失調症、急性一過性精神病、知的障害、妄想性障害の6疾患について実際的な話し合いがもたれた。内容はすでに記載したとおりだが、施設間で考え方に若干の違いがあり、今後ピアレビューなどの機会によって一層の均霑化が図られ、コンセンサスが得られることに期待したい。その一方で、医療観察法に適応されることが疑問視されるような対象者について、司法関係者との意見調整が必要だと感じられる

こともあった。医療技術は日進月歩であり、指定入院医療機関はその時代の最善の医療水準が求められるため、このような意見交換は適宜設ける必要性があり、それは精神科領域にとどまらず、司法・法律関係者との対話も継続的・積極的に行う必要がある。

E. 結論

164名の処遇終了事例における情報が得られ、情報を整理・分析した。処遇終了退院者数は減少傾向が止まり、入院期間は延長傾向がとまったかのようにみえるが、今後も継続して確認する必要がある。退院後の追跡調査について、1名ではあるが調査を開始した。処遇終了の判断が妥当であったか、予後を確認する意味で、この調査を継続する意義は大きい。

処遇終了の判断の一助として、実務者による事例提示と処遇の在り方について議論を行った。細かな判断基準は事例ごとの差異が大きいため作成することはできないが、ある程度の考え方を共有できればと考える。

今回の成果をまとめるにあたり、各指定入院医療機関のみなさまのご協力に感謝いたします。事例検討では村上 優、大鶴 卓（琉球病院）、須藤 徹、西谷博則、平山泰照（国立病院機構肥前精神医療センター）、来住由樹（岡山県精神科医療センター）、中根 潤（国立病院機構下総精神医療センター）、村杉謙次（国立病院機構小諸高原病院）、山口博之（国立病院機構賀茂医療センター）、細川宗仁（国立病院機構北陸病院）、平林 直次（国立精神・神経医療センター病院）、八木 深（国立病院機構花巻病院）の皆様のご尽力に感謝いたします。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1) 論文発表

なし

2) 研究発表

村田昌彦、須藤 徹、細川宗仁

：医療観察法による入院対象者における処遇終了退院の傾向～全国調査から～ 第8回日本司法精神医学会、2012.6.8-9.

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

参考文献

- 1) 厚生労働省ホームページ「心神喪失者等医療観察法による入院対象者の状況」
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/sinsin/index.html>

資料1：平成24年度 予後調査シート（案）

新規

対象者名 _____ 様

本対象者の退院日～平成25年7月15日のことについてお伺いします。当てはまる□にレ（チェック）、および括弧内に内容等をご記入下さい。入りきれない場合は余白・自由記載欄に自由にご記入下さい。

①治療継続	<input type="checkbox"/> 治療継続中 <input type="checkbox"/> 治療中断：最終受診日（平成 年 月 日） <input type="checkbox"/> 治療終了：終結日（平成 年 月 日）
②診断変更	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> ある場合 診断名： 変更理由：
③再他害行為等	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> ある場合 ①殺人 ②放火 ③傷害 ④強盗 ⑤強姦 ⑥強制わいせつ ⑦その他の他害行為 1回目（平成 年 月 日 番号 ） 【内容・転帰 】 2回目（平成 年 月 日 番号 ） 【内容・転帰 】 3回目（平成 年 月 日 番号 ） 【内容・転帰 】
④自殺企図	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> ある場合 1回目（平成 年 月 日 内容： ） <input type="checkbox"/> 未遂（生存） <input type="checkbox"/> 既遂（死亡） 2回目（平成 年 月 日 内容： ） <input type="checkbox"/> 未遂（生存） <input type="checkbox"/> 既遂（死亡） 3回目（平成 年 月 日 内容： ） <input type="checkbox"/> 未遂（生存） <input type="checkbox"/> 既遂（死亡）
⑤アルコール・薬物	（1）本対象者は退院前、アルコール・薬物の問題を抱えていましたか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ （2）調査対象期間中のアルコール、薬物の接種 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> ある場合 アルコール： <input type="checkbox"/> 一時的・機会的な使用（問題なし） <input type="checkbox"/> 習慣的な使用 <input type="checkbox"/> 乱用状態 薬物 : <input type="checkbox"/> 一時的・機会的な使用 <input type="checkbox"/> 習慣的な使用 <input type="checkbox"/> 乱用状態

ご協力ありがとうございました

資料1：平成24年度 予後調査シート（案）

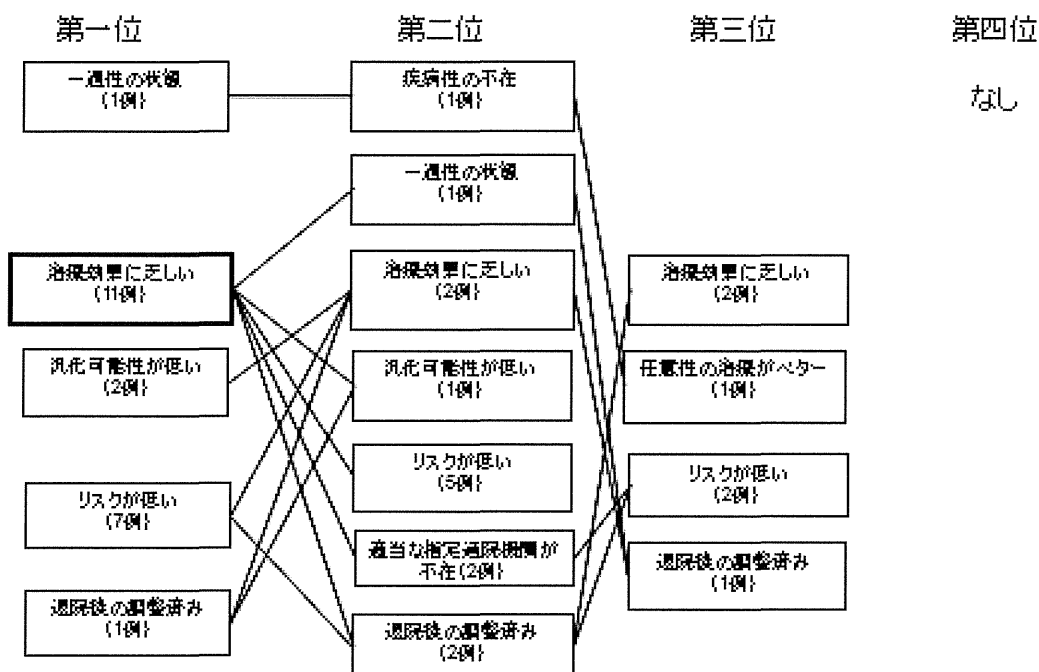
新規

対象者名 _____ 様

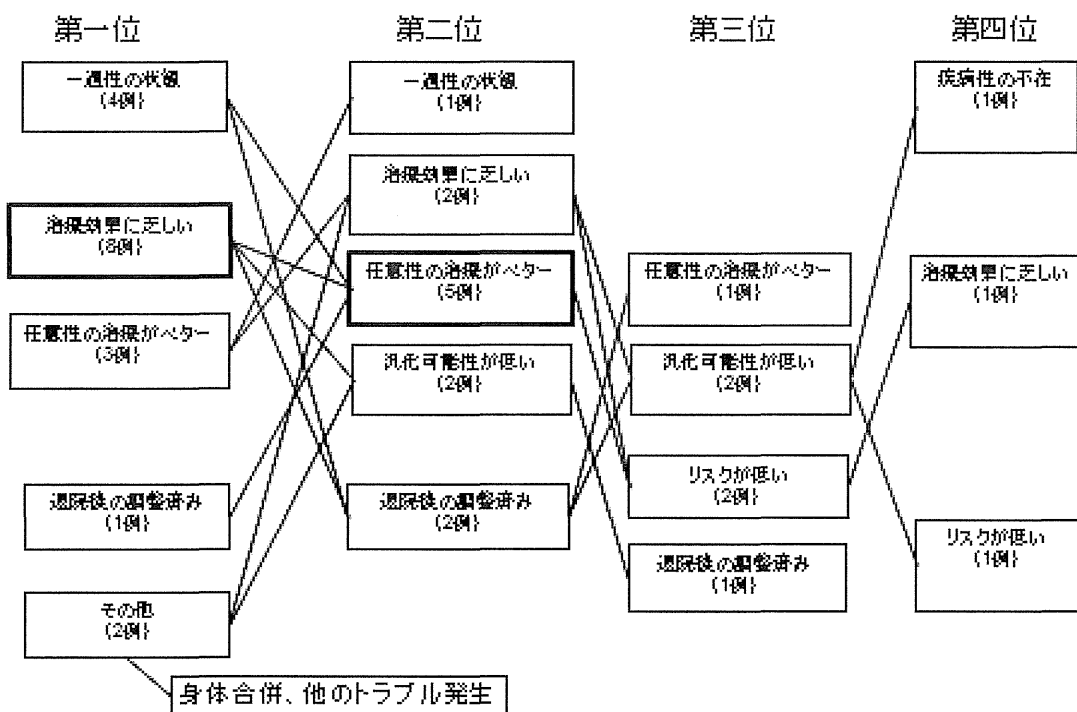
⑥医療観察法による再入院	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日）
⑦精神保健福祉法による入院	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒ある場合 入院形態 ①任意入院 ②医療保護入院 ③措置入院 1回目（平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日 番号 ） 2回目（平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日 番号 ） 3回目（平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日 番号 ） 4回目（平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日 番号 ）
⑧居住形態	①家族同居 ②単身生活 ③グループホーム ④援護寮 ⑤知的障害者入所施設 ⑥介護保険施設 ⑦救護施設 ⑧入院中 ⑨その他：具体的に （番号 ）
⑨精神保健福祉サービスの利用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒ある場合 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 保健所による訪問 <input type="checkbox"/> 病院デイケア <input type="checkbox"/> 外来作業療法 <input type="checkbox"/> 作業所等 <input type="checkbox"/> 自助グループ（AA/NA/断酒会等） <input type="checkbox"/> 民間リハビリ施設（MAC/DARC等） <input type="checkbox"/> 病院・精神保健福祉センターなどにおけるアルコール・薬物依存症治療プログラム <input type="checkbox"/> その他（ ）
⑩就労	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒ある場合 <input type="checkbox"/> 正規社員（ <input type="checkbox"/> 一般枠 <input type="checkbox"/> 障害者枠） <input type="checkbox"/> アルバイト・パート） いろいろ（ ）
⑪生計（複数回答）	<input type="checkbox"/> 給与等 <input type="checkbox"/> 貯蓄 <input type="checkbox"/> 資産による収入 <input type="checkbox"/> 家族からの支援 <input type="checkbox"/> 障害者年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他（ ）
自由記載	

ご協力ありがとうございました

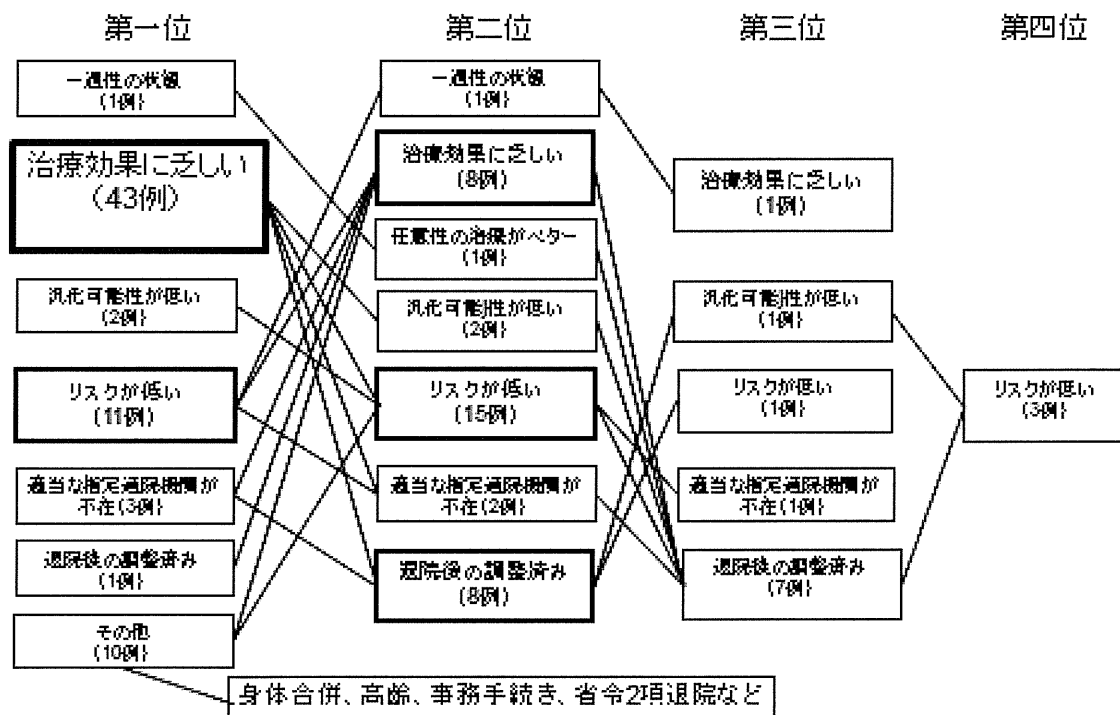
資料2 器質性精神障害(22例)の処遇終了理由



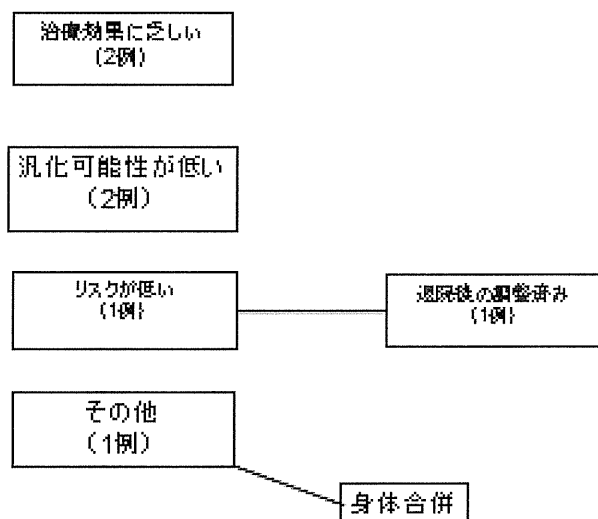
資料3 物質使用障害(18例)の処遇終了理由



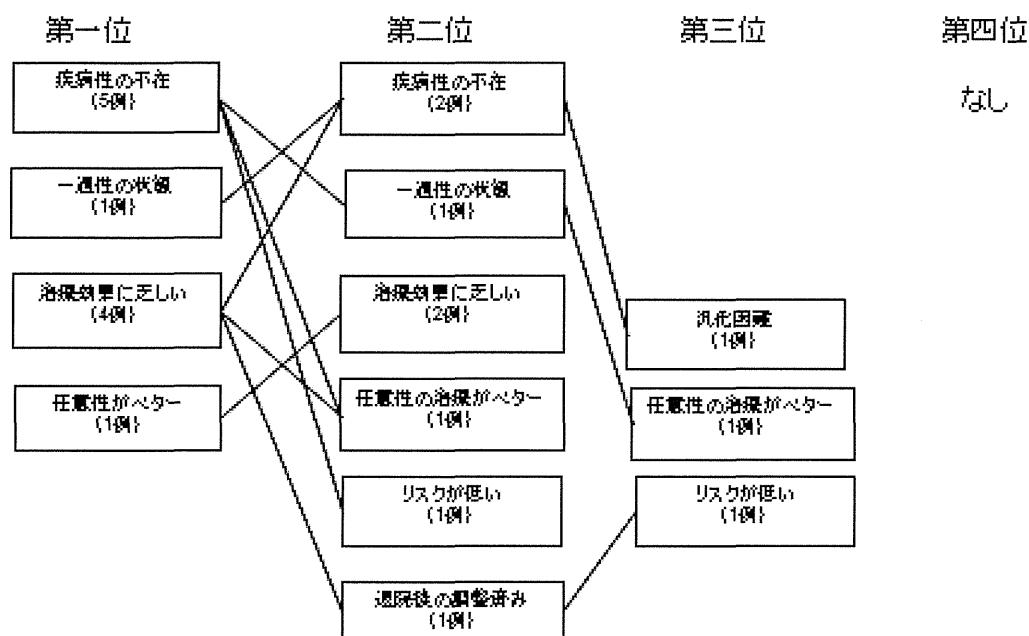
資料4 統合失調症(F20; 71例)の処遇終了理由



資料5 妄想性障害(6例)の処遇終了理由



資料6 パーソナリティ障害(11例)の処遇終了理由



資料7 知的障害(11例)の処遇終了理由

