

方も背景にあるとされる。ただし、実際には日本ではほぼすべての医療機関が国民皆保険制度に基づく保険診療を行っており、その意味では我が国の民間病院は諸外国でいえば準公立病院に位置づけられるため、官と民の役割分担というテーマで表面的に比較するのは意味がない。現在の医療観察法病棟の病床は概ね必要数を充足しているため、今後民間病院が指定入院医療機関に参入する余地は乏しい。一方で、例えば精神科救急と鑑定入院に特化した病床や、より地域に密着した司法精神医療サービスなど、特異的なニーズへの対応という意味で、民間病院の果たす役割は大きいものと思われる。

入院長期化に関しては、日英ともに多くの司法精神医療従事者が問題意識を持っている。MSUに限って言えば、在院日数は英国の方が短い。しかし、実際にはMSUから退院した患者の多くはLSUに移っており、また矯正施設に移送されるものも少なくないことから、単純な比較は困難である。日本でもLSUを導入することで指定入院医療機関の在院日数は短縮することが期待できるが、それが我が国の司法精神医療にとって最善の形であるかは疑問がある。Webカンファレンスに参加した司法精神医療従事者の多くはその案に反対し、指定入院医療機関内に在宅移行支援のための訓練施設を設置するのが有効であると主張している。また、現行の外出泊の機能を拡張して、多職種チームが支援しながら段階的に退院へ移行するやり方も検討の余地がある。措置入院における仮退院や、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に基づく指定医療機関等

に関する省令の一部を改正する省令(平成20年8月1日厚生労働省令第百三十三号)第二条2における特定医療施設への移送に準ずる形で、退院間近になった対象者を地域ないし地元の精神科病院で処遇するという制度設計もありうる。その際にも当面は指定入院医療機関の多職種チームが処遇に積極的に関与することが重要であろう。

E. 結論

本年度においては、司法精神医療のあり方に関する日英比較を行うとともに、我が国の実状に即した社会復帰支援の方策に関する議論を行った。我が国の医療観察法制度は英国の司法精神医療とは大きく異なったものであり、一部を見て優劣を論ずるのは妥当とは言えない。司法精神医学の発展のためには、幅広い人材を精神鑑定や医療観察法医療に触れさせ啓発を図るとともに、標準化されたリスクアセスメント・マネジメントを系統的に学ぶための仕組み作りも重要である。対象者の社会復帰にあたり大きな障害となっているのが精神症状と在宅環境整備である。前者に対してはクロザピン等の治療提供体制の全国的な整備、後者に対しては柔軟な外出泊や施設内訓練施設等による地域移行支援の円滑化が奏効すると思われる。また多職種チームによる継続的な支援を確保しつつ、段階的に一般精神科医療への移行を図るのが有効かつ現実的であろう。受刑者や重度パーソナリティ障害を有する患者への精神医療については、まず信頼性の高い基礎データを収集したうえで議論を始める必要がある。

F. 健康危険情報

なし

Management of Violence in Patients with Mental Disorders: A Review. HSOA Journal of Forensic, Legal & Investigative Sciences 1, 2, 2015.

G. 研究発表

1. 論文発表

本研究及びその関連するテーマについて、分担研究者及び研究協力者は下記の論文発表を行った。

- 1) Shiina A, Iyo M, Igarashi Y: Defining outcome measures of hospitalization for assessment in the Japanese forensic mental health scheme: a Delphi study. International Journal of Mental Health Systems 9: 7, 2015.
- 2) Shiina A, Iyo M, Hirata T, Igarashi Y: Audit study of the new hospitalization for assessment scheme for forensic mental health in Japan. World Journal of Psychiatry 5(2), 234-42, 2015.
- 3) Mellso G, Choi W K, Every-Palmer S, Green B, Heffernan E, Kachaeva M, Shiina A, Wang X: Drug driven psychoses and Legal Responsibility or Insanity in Six Western Pacific Nations. International Journal of Law and Psychiatry (in press)
- 4) Shiina A: Neurobiological Basis of Reactive Aggression: A Review. International Journal of Forensic Science & Pathology 3(3), 94-8, 2015.
- 5) Shiina A: Risk Assessment and

2. 学会発表

本研究及びその関連するテーマについて、分担研究者及び研究協力者は下記の各学会において発表を行った。

- 1) Shiina A, Niitsu T, Sato A, Watanabe H, Igarashi Y, Iyo M: Individuals' Attitude toward the Concept of Criminal Responsibility and its Adjustment through Educational Intervention in Japan. Royal College of Psychiatrist International Congress 2015.
- 2) Shiina A, Nagata T, Imai A, Iyo M, Mellso G, Igarashi Y: A Review of the Psychiatric Care Provided to Patients Who Subsequently Offended. XXXIVth International Congress on Law and Mental Health, Vienna, July 15 2015.
- 3) 椎名明大 英国の司法精神医療の現状と課題. 第1333回千葉医学会例会 第33回千葉精神科集談会, 千葉.

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし。

2. 実用新案登録

なし

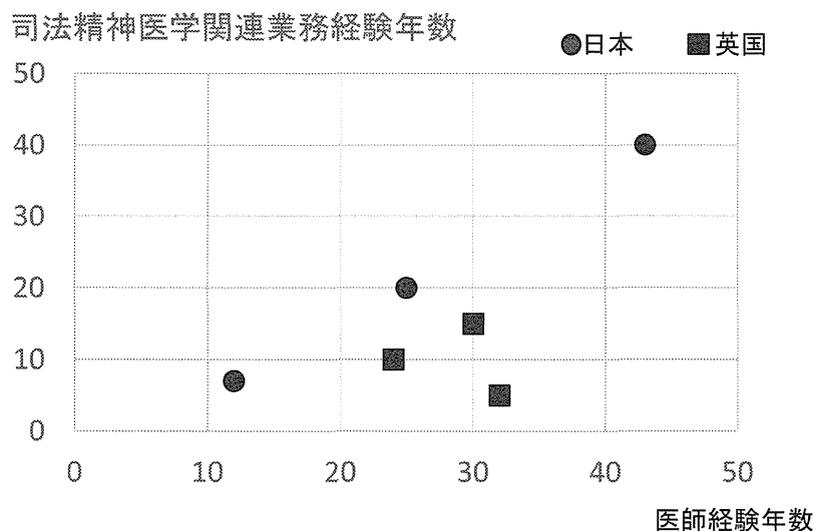
3. その他

なし

表 半構造化面接による質問事項

- 回答者の属性
 - 医師としての経験年数、司法精神医学に携わっている年数、学会活動
- 回答者の業務経験について
 - 現在の業務内容、司法精神医療を志した理由、司法精神医療の魅力、危険に巻き込まれた経験
- 触法精神障害者に対する医療に関する認識と意見
 - 一般精神科医療との本質的な差異、治療戦略の違い、危険な人格障害者の治療、隔離拘束の必要性、非告知投与の是非、被害者への告知
- 触法精神障害者の社会復帰支援について
 - 重視する点、苦勞すること、パラレルモデルとインテグラルモデルの優劣、専用の施設の是非
- 司法精神医療の社会的意義について
 - 治安維持の責任、専門家の割合、非専門家の習得すべき技術
- 関係機関との連携について
 - 警察、検察、裁判所、保護観察所等
- 医療経済的側面について
 - 入院期間、長期化の要因、費用負担、病棟経営、民間病院の役割

図 回答者の属性



精神保健判定医養成等制度運用の見直しに関する研究

研究分担者 八木 深

独立行政法人国立病院機構 花巻病院 院長

研究要旨

本研究の目的は、判定医と司法精神医療従事者の養成制度や研修の有効性について調査し、調査結果をもとに改善提案を行い、コンセンサスを得て、ガイドライン、マニュアル、ツール、それらを使うための研修システムなどの一連の成果物を発表することにある。平成 27 年度は、精神保健判定医等養成研修会（以下「養成研修会」）全受講生 330 名（初回 108 名継続 222 名）に対しアンケートを実施した。平成 27 年度から、福祉職の参加がなくなった。回収率は 85.2%で、有用/まあまあ有用と回答した受講生は 98%、理解/まあまあ理解と回答した受講生は 97%でいずれも過去と比較しても高水準であった。平成 27 年度は、継続研修受講生の有用度が平成 26 年度より向上し、精神鑑定または処遇が問題となった事例報告が高評価であった。各講義への要望は、司法精神医療等人材養成研修企画委員会（以下「企画委員会」）にフィードバックし、さらなる改善を目指した。

最高裁判所司法統計の医療観察法統計部分の 10 年間の推移を集計し分析すると、入院決定の割合は年々上昇し、通院決定の割合は年々減少しているが、決定数が頭打ちになり、退院と医療終了の合計数が上昇しているため、入院決定数はほぼ頭打ちで、在院者数は、直近では減少に転じている。高等裁判所管区比較でばらつきは、減少しているが、現在も持続しており、精神保健判定医の研修は、今後も重要である。既に判定医になった者に対して、厚生労働省判定事例研究会に、難治統合失調症の治療可能性、精神遅滞か統合失調症か診断に論点のある事例などを提供し、仮想化し再入院事例についてケースブック事例を作成し、研修に寄与した。

研究協力者

大島紀人	東京大学学生相談ネットワーク本部精神保健支援室、独立行政法人国立病院機構花巻病院
来住由樹	岡山県精神科医療センター

須藤徹	独立行政法人国立病院機構肥前精神医療センター
田口寿子	国立精神・神経医療研究センター病院
平田豊明	千葉県精神科医療センター

平林直次	国立精神・神経医療研究センター病院
松原三郎	松原病院
村上 優	独立行政法人国立病院機構榊原病院
村田昌彦	独立行政法人国立病院機構北陸病院・榊原病院
安田拓人	京都大学法科大学院
山本輝之	成城大学法学部

A. 研究目的

本研究の目的は、司法精神医療従事者の養成制度や研修の有効性について調査し、結果をもとに改善提案を行い、コンセンサスを得て、ガイドライン、マニュアル、ツール、それらを使うための研修システムなどの一連の成果物を発表することにある。

1. 養成研修会受講生アンケート

養成研修会の実際を把握し、企画委員会に対し養成研修会プログラムの改善提言を行うことを目的とする。

2. 厚生労働省判定事例研究会事例提供

事例を厚生労働省判定事例研究会（以下「判定事例研究会」）に提供し、既に判定医になった者に対し鑑定・審判にあたっての考え方を整理する機会を提供し、質の担保をはかるのを目的とする。

3. ケースブック用仮想事例作成

判定事例研究会事例を仮想化し、ケースブックの形で公表し、制度を

円滑に運用する上で有用な情報を提供し、精神保健判定医の質のさらなる向上を図る。

B. 研究方法

1. 養成研修会受講生アンケート

実態を把握するため、受講生全員を対象に平成19年以降同じ以下の内容のアンケート（資料1）を実施した。

- 1 初回研修・継続研修の別
- 2 参加種別（精神保健判定医・精神保健参与員・福祉職）
- 3 研修内容全体の有用度
- 4 講義内容全体の理解度
- 5 有用と思った講義
- 6 もっと理解を深めたいと思った講義
- 7 内容が重複していると思った講義
- 8 今後の研修会の進め方等の意見
- 9 判定医について

a) 措置入院の可否に係る診察経験の有無

b) 刑事責任能力鑑定の経験（簡易鑑定・嘱託鑑定・公判鑑定）

2. 判定事例研究会への事例提供

指定医療機関に募集し、論点があり、研究班で結論が一致する例を選択した。

3. ケースブック用仮想事例作成

判定事例研究会で検討した事例を仮想化し、審判や鑑定の考え方の道筋を指し示し判定事例ケースブックの形で整理した。

【倫理的問題の有無の検討】

本研究は、医療観察法の鑑定・審判・医療の目的で収集されたデータを事後に検討し、今後の鑑定・審判・医療の向上をはかるものであり、介入を伴わないレトロスペクティブな観察研究に該当する。本研究はケースブックや学会・論文発表という形式で公開の研究発表を意図しており、連結可能匿名化情報を扱うので、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」の適用範囲となる。個人情報保護のため公表時に本人が特定されないようにし、平成27年度花巻病院倫理審査委員会で承認を受けた。

ケースブック事例作成に際して、個人情報保護し事例が特定されないように、以下の点に留意し仮想化した。

- 1) 固有名詞は出てきた順にA、B、Cなどアルファベット1文字のみで記載する。
- 2) 年齢は30代等と記載し明示しない。さらに、変更も考慮する。
- 3) 性別や家族も可能な限り変更する。
- 4) 出来事についても可能な限り改変し特定されないように対処する。

4. 最高裁判所司法統計の分析

最高裁判所司法統計を用いて、平成17年から平成26年を3期に分割し、高等裁判所管区でまとめて比較し、決定にばらつきがあるか分析した。

C. 研究結果

1. 養成研修会受講生アンケート

1) アンケート回収率・参加種別

平成27年度の受講生は330名(初回108人、継続222人)で、判定医134人(初回50人、継続84人)、参与員196人(初回58人、継続138人)で、平成27年度から福祉職の参加はなくなった(図1・2)。回収率は、85%(初回84%継続86%)であった(表1)。

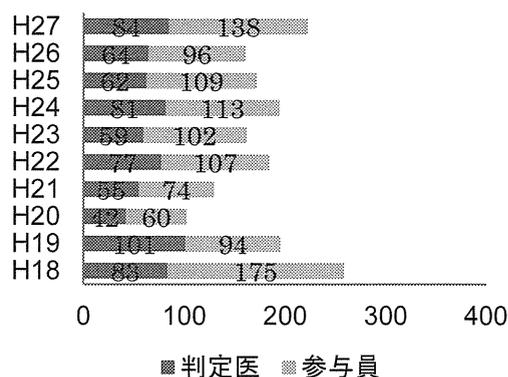
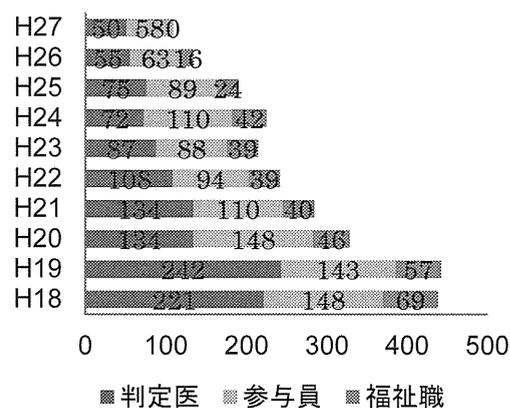


図1 参加職種初回 (上)

図2 参加職種継続 (下)

表1 平成27年度参加者 回収数

率

	職種	参加者	回収数	回収率
初回	判定医	50	50	100%
	参与員	58	41	71%
	初回計	108	91	84%
継続	判定医	84	70	83%
	参与員	138	120	87%
	継続計	222	190	86%
合計		330	281	85%

(職種・研修種別未記入 10 名は含めず)

2) 判定医の責任能力鑑定経験の有無

平成 27 年度の初回研修会参加者判定医 51 名について、責任能力鑑定の経験あり 19 名 (37%)、なし 25 名 (49%)、無回答 7 名 (14%) であった。責任能力鑑定経験者は無経験者を大きく下回った。

責任能力鑑定経験がある判定医の鑑定内訳は、簡易鑑定のみ 11 名、起訴前嘱託鑑定のみ 1 名、簡易鑑定および起訴前嘱託鑑定 2 名、公判鑑定のみ 3 名、全て 1 名、鑑定経験内容無回答 1 名であった。

平成 19 年度から平成 27 年度までの 9 年間の累計で初回研修会参加者判定医 811 名 758 名が責任能力鑑定経

験について回答し、鑑定経験あり 408 名 (50%)、なし 354 名 (44%)、無回答 49 名 (6%) であった。責任能力鑑定経験者は無経験者を上回った (図 3)。

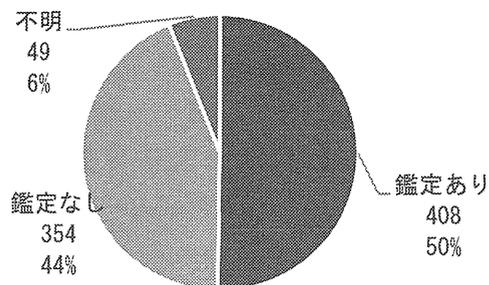


図 3 H19-27 年度累計初回責任鑑定経験

平成 19 年度から平成 27 年度まで 9 年間の累計で責任能力鑑定経験がある判定医の鑑定内訳は、簡易鑑定のみ 164 名 (40%)、起訴前嘱託鑑定のみ 29 名 (7%)、簡易鑑定および起訴前嘱託鑑定 67 名 (17%)、公判鑑定のみ 36 名 (9%)、簡易鑑定および公判鑑定 21 名 (5%)、起訴前嘱託鑑定および公判鑑定 10 名 (2%)、全て 52 名 (13%)、鑑定経験内容無回答 27 名 (7%) であった。公判鑑定経験は 119 名 (30%) であった (図 4)。

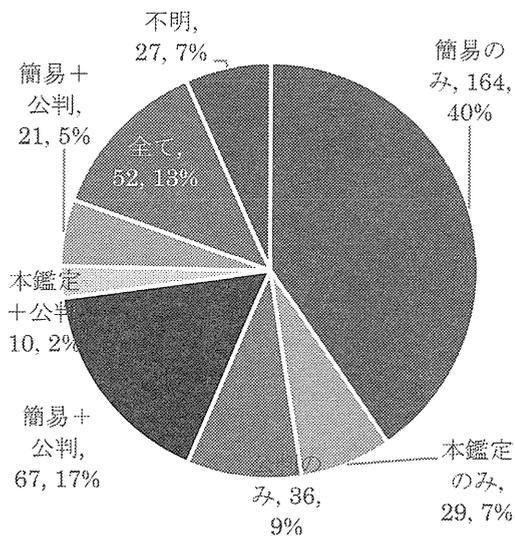


図4 判定医責任能力鑑定経験累計
H19-H27

3) 養成研修会の有用度

有用と回答した受講生は70%(H26年56%)であった。判定医の65%(H26年49%)、参与員の73%(H26年59%)が有用と回答した。やや有用と合わせると、98%(H26年91%)の受講生が研修会を評価している。研修の種別、職種別の有用度は表2の通りである。表2：研修の種別、職種別の有用度

	有用	やや有用	あまり有用でない	有用でない
初回判定医	72% (47%)	24% (47%)	4% (6%)	0% (0%)
初回参与員	83% (67%)	17% (26%)	0% (5%)	0% (2%)
継続判定医	60% (50%)	36% (35%)	3% (15%)	0% (0%)
継続参与員	70% (54%)	30% (38%)	0% (8%)	0% (0%)

平成27年度の研修より、福祉職の

参加がなくなったため、福祉職用のプログラム「自治体・行政機関の役割」、「地域保健福祉職員業務演習」がなくなり、以下の19プログラムから構成された。

- 1 触法精神障害者の処遇の歴史
- 2 医療観察法の概要（法学）
- 3 医療観察法における医療と法律
- 4 医療観察法における保護観察所の役割
- 5 医療観察法が行う医療の特徴
- 6 医療観察法における看護の役割
- 7 医療観察法における薬物療法
- 8 医療観察法における作業療法士の役割
- 9 刑事責任鑑定と医療観察法
- 10 医療観察法における精神鑑定の実際と審判員の業務
- 11 精神保健参与員の業務と責任
- 12 精神保健参与員業務演習
- 13 医療観察法における入院医療
- 14 医療観察法における通院医療
- 15 審判シミュレーション
- 16 我が国における医療観察法の施行状況
- 17 精神鑑定または処遇が問題となった事例報告
- 18 グループディスカッション1
- 19 グループディスカッション2

初回判定医は1～10、13～19、初回参与員は1～8、11～19、継続判定医参与員ともに16～19を受講した。各プログラムの有用回答率を職種ごとに示す(資料2)。初回判定医は、

精神鑑定または処遇が問題となった事例報告（82%）、グループディスカッション1・2（80,78%）、医療観察法における精神鑑定の実際と審判員の業務について（76%）の有用回答が多く、医療観察法が行う医療の特徴（36%）、看護の役割（44%）、作業療法士の役割（44%）の有用回答は少なかった。初回参与員は、精神鑑定または処遇が問題となった事例報告（85%）、グループディスカッション1・2（78,78%）、精神保健参与員業務演習（78%）、入院医療（78%）の有用回答が多く、薬物療法（41%）、医療観察法が行う医療の特徴（54%）の有用回答は少なかった。

継続判定医は、グループディスカッション1・2（81%,79%）、問題となった事例（71%）、施行状況（67%）と受講科目すべて有用と回答した者が多く、継続研修参与員も、グループディスカッション1・2（77%,74%）、問題となった事例（67%）、施行状況（66%）と受講科目すべてで良好な評価であった。

全職種を通じ、問題となった事例報告、グループ討論の評価が高かった。一方で、全職種を通じ、医療観察法が行う医療の特徴、薬物療法、看護・作業療法士の役割は、有用とする者が少なかった。

4) 養成研修会の理解度

受講生の59%（平成26年40%）が理解、38%（平成26年50%）がまあまあ理解したと回答し、両者合わせて97%（平成26年90%）が良好な理解を

示し、3%（平成26年9.7%）があまり理解できない、0%（平成26年0.3%）が理解できないと回答した。

初回継続職種別の理解度を表3に示す。

表3 研修種別・職種別理解度

	理解できた	まあまあ理解	あまり理解できず	理解できない
初回判定医	52% (41%)	46% (53%)	2% (6%)	0% (0%)
初回参与員	50% (31%)	47% (55%)	3% (12%)	0% (2%)
継続判定医	59% (59%)	38% (37%)	3% (4%)	0% (0%)
継続参与員	66% (38%)	31% (52%)	3% (10%)	0% (0%)

（カッコ内は前年度）

もっと理解を深めたいと思った項目（資料3）について、判定医は、初回、継続ともに、どの項目も20%以下と低かった。参与員は、初回で参与員業務（39%）、参与員演習（37%）、審判シミュレーション（32%）を、継続で精神鑑定または処遇が問題となった事例報告（28%）、グループディスカッション1・2（23%）をもっと理解したいと回答した。

理解を深めたい講義は、参与員では、自らの専門に関するプログラムが多く、「内容を重視している」「難しかった」という二つの意見を反映しているようであった。

5) 養成研修会の今後の進め方等に

ついて

自由記載を分類すると以下のようになった。

グループディスカッション、職種ごとの業務の具体例など実践的な内容が役に立ったと言う意見が多かった。また、最新の医療観察法の現状についてももう少し聞きたかったという意見や日程がタイトであるという意見があった。(カッコ内は同一意見数)

【研修の手続き・システム】

- ・ 長すぎる／日程がタイトすぎる (3)
- ・ 日程の周知が遅く申し込みが大変だった (2)。
- ・ 大阪での研修が満員だったので、大阪でもう1回やって頂きたい。
- ・ 資料は(個人を特定できない内容にして)持ち帰れるようにしてほしい。
- ・ 会場内で昼食をとれるようにしてほしい
- ・ 終了時間など厳守してほしい
- ・ 実務を経験してからの継続研修は理解を深められ有意義だった。

【研修全体について】

- ・ グループディスカッション、職種ごとの業務の具体例など実践的な内容が役に立った／増やしてほしい (3)。
- ・ 鑑定自体についても取り上げてほしい
- ・ 最新の医療観察法の現状についてももう少し聞きたかった

【医療観察法の成立や概要】

- ・ もっとコンパクトで良い

【薬物療法】

- ・ この研修で改めてやる必要はない
- ・ (参加員には) 難しすぎた
- ・ 医療観察法病棟勤務の先生の話が聞きたかった

【事例検討】

- ・ 事例報告は興味深かった (5)。
- ・ 事例をもっと知りたい。(通院処遇中の増悪など) (3)

【グループディスカッション】

- ・ グループディスカッションが有用だった。(6) (個性的な意見が参考になった、他の職種と合同なのが良かった、現場で役に立つ内容だった)
- ・ グループワークの時間がもう少しほしかった (6)
- ・ グループディスカッションの事例は、やさしい方が多職種で議論しやすい (3)。
- ・ グループの机が広すぎて、お互いの声が聞こえなかった。

【審判シミュレーション】

- ・ 事例と解説がまざっていたので分かりづらかった

2. 判定事例研究会事例提供

難治の統合失調症の治療可能性が論点となった事例、精神遅滞か統合失調症かの診断に論点がある事例、統合失調症か発達障害かパーソナリティ障害か診断が論点となった事例、計3事例を研究会に提示した。

3. ケースブック用仮想事例作成

平成 27 年度判定事例研究会提供事例を仮想化しケースブック事例とした。

事例 1 の概要

【対象者】対象行為時 50 歳代、女性

【対象行為】第 1 回入院時 強盗
再入院時 傷害

【家族歴】特記なし。父は肝動脈瘤により 70 歳で死亡、母は 80 歳で認知症はないが不整脈と運動機能の低下あり。同胞なし。

【既往歴】 特になし。

【発達歴】P 市内の普通公立小学校～中学校を卒業。交友関係は良好で、成績は中位。私立高校に進学（成績は上位）後、関東の私立大学に入学、4 年間で卒業。発達に特に問題は確認されず。

【生活歴】大学卒業後東京都のリース会社に入社。父親が死亡し母親が一人暮らしとなったため、希望により 25 歳時に地元の支社へ異動。上司との折り合いが悪くなり 5 年後退職し、以後就労せず自宅で過ごすようになった。

【薬物歴】物質乱用歴 なし

【現病歴】

発症から初回対象行為まで

32 歳時、身体の調子が悪いと訴え、地元の総合病院を受診。脂肪肝と診断され通院を開始した。この頃から心情的な訴えが生じ始めた。44 歳時、主治医より精神科受診を勧められ、地元の県立病院精神科を受診し統合

失調症と診断され通院を行った。本人は精神の病気だとは考えず、臍がんと強く心配したため叔母の勧めで同時期に Q 市内の総合病院の内科でも診察を受けた。

46 歳で突然家出し大阪で発見され、母が迎えに行くことがあった。48 歳になると心気妄想から自分が検体になる、「内科医が企んでおり叔母が協力している」との被害妄想に発展した。この妄想のため外出できず自宅に引きこもるようになり、母親が代診するようになった。X 年（50 歳）5 月被害妄想により混乱し、墓に参らないといけないと焦燥が強くなりタクシーを止めたものの行き先を伝えられず、焦った本人が包丁を出して運転させようとしたが運転手が逃げたため強盗事件となり、医療観察法による申立てを受けた。同年 7 月から 9 月まで A 精神科病院にて医療観察法による鑑定入院（強盗、銃砲刀剣類所持等取締法違反被疑事件）を受け、統合失調症と診断された。

鑑定入院中の処方：クエチアピン 600mg

審判で入院処遇が決定し、平成 20 年 11 月 B 病院に入院が決定した。

当院入院後経過～退院まで

入院時既に被害妄想は消褪しており、日常生活を穏やかに過ごすことが可能だった。他者との交流は殆ど認めず、自室で過ごすことが多かった。面接や各種プログラムを開始したが、他者とコミュニケーションを

とる時や慣れないことを行う時に緊張、不安、焦燥感が高まりやすく混乱しやすかった。

病識・内省について、服薬心理教育、疾病教育を行った。まじめで素直に治療プログラムに参加し、自身の病気に関しての自覚（やくざに付けねらわれたのは思い過ごしだった、等）は得られ、統合失調症と事件との関連性についても一定の認識は得られるようになった。入院当初は、服薬に関して「良くなったら薬は止めてもいい。」と発言していたが、プログラムを行う過程で「良くなっても薬を飲み続ける必要がある。」と内服の必要性について理解を示すようになった。

対人関係については、他対象者と関係を持てるように職員が間に入り関わっていくと、他対象者とオセロや将棋を行う等交流を持てるようになった。しかし、物を媒介としたコミュニケーションにとどまり、対人交流場面では依然として「緊張する」との発言も聞かれ、積極性は感じられなかった。混乱状態に陥ることに關しては、どのような時に混乱してしまうか、混乱した時の対処等、心理面接や作業療法を通してアプローチした。

全般的に治療プログラムへの取り組みが真面目なこと、状態が安定しており疾病の理解がある程度得られたことを評価し、X+1年1月回復期に治療ステージを変更した。同年3月自宅へ外出した。外出中、妄想が

生じることはなかったため4月、5月にも外出を繰り返し、関係機関との会議に参加した。このように外出を順調に終わることができ、対象行為に対して当初より強い後悔を示していたことを評価して5月に社会復帰期へステージを移行した。

その後6月、7月に自宅に外泊した。外泊中、「夜間車が気になるかな」と予期不安を述べることはあったが妄想に発展することなくすごした。

服薬の自己管理も問題なく行った。対人関係に関して自己主張が上手に出来ないため、SSTに参加し、緊張しながらもロールプレイを上手にこなすことが出来た。セルフモニタリングは不十分で、不安・緊張から混乱状態に陥りやすい傾向はなお認めており、スタッフの支援を要する時が依然としてみられる。そこで、相談することを課題としたが、相談が漠然としたものとしか捉えられず理解が困難であったため、不調サインのチェックリストを毎日チェックし、主治医や看護師に確認してもらうことを日課として相談に繋げている。この方針は退院後も関係者と継続していく予定である。

X+1年7月、8月にケア会議を開き、退院後の方針を共有・確認した。退院後は自宅からコミュニティバスを乗り継いで、指定通院機関（A病院）のデイケアを週2～3回、訪問看護を週1回受けることとなった。退院時処方：アリピプラゾール18mg
X+1年11月当院を退院し通院処遇が

開始された。自宅に向かう電車中で不安が強まり、「家から出ると殺される」「外に3回出ると殺される」と感じながら家に帰った。

退院後経過～再入院まで

A 精神科病院に通院を開始したが、「ヤクザが殺しにくる」という妄想が認められ、不安感から「家から出られない」と訴えるようになり、X+1年12月よりX+2年4月まで同院に任意入院した。この入院中にアリピプラゾールを中止、ハロペリドール18mg/日に変更、さらにリスペリドン12mg/日に変更した。退院後リスペリドン12mgにハロペリドール15～6mgおよびバルプロ酸600mg併用し、リスパダールは経口薬からデポ剤(50mg)に変更した。入院中に外泊を3回以上繰り返したところ「狙われないかもしれない」と考えられるようになった。

退院後はデイケア(週一回)や訪問看護(週二回)を取り入れ、安定した生活を送っていたようにみえた。しかし通院先の病院でタクシーがハザードランプを点滅させて停車しているのを見て「医師会の指示を受けて自分を見張っている」と感じるようになり、母親が薬をもらいに行くようになった。8月、対象行為前日も訪問看護を行い状態が悪化していないことを確認、母親も変化に気が付かなかつた。夜になり不眠が生じ、一睡もできず自宅前に駐車している車に被害妄想を強く抱くようになった。バスに乗って通院しようとした

が、車が気になり追い詰められると強く感じ、ヤクザが狙っていると妄想が強まり以前診察した内科医への被害妄想に支配され、通院先の病院へは行かず、以前受診したことのあるQ市の総合病院へ行き医師に復讐を行おうとした。その医師が不在であったため、パニックになったが「騒ぎを大きくすればマスコミが動いて、自分への追跡が止むのではないか」と思い、その場にいた人に切り付けた(再被害行為)。このため事件当日より3か月間A精神科病院に医療保護入院し、その後1か月間同院に鑑定入院した。この結果入院処遇が決定し、12月C指定入院医療機関に入院した。

鑑定入院中の治療内容：リスペリドンのデポ剤は中止、オランザピン(最大10mg・2週間のみ)+ハロペリドール12mg+バルプロ酸960mgからペロスピロンとゾテピンに変更、バルプロ酸は最終600mgで調整された。

鑑定時最終処方内容：ペロスピロン24mg、ハロペリドール6mg、ゾテピン50mg、バルプロ酸600mg、BDZ6mg、ミルナシプラン50mg。

再入院後経過

C 指定入院医療機関において、病棟内では落ち着いていたが「地元に戻ると叔母や暴力団に殺される」「地元でタクシーにあうと殺される」との訴えは続いた。プログラムには参加していたが、病識は乏しい状態が続いた。ペロスピロン48mg/日で小

刻み歩行など錐体外路症状が強く認められたためオランザピン 15 mg/日に変更すると便秘が強く嚥下も厳しくなりクエチアピンに変更、500mgまで増量。嚥下は改善したがジスキネジアが残存。X+3年3月に回復期に移行。4月に院内散歩、6月に院外外出を行った。計6回外出を行い、大都市部の繁華街やタクシーの多い所に移動したが妄想から不安が生じることがあった。公共交通機関の利用は良好だが、込み合ったところで移動する配慮、料理の注文をきちんと伝えることなど細かい生活機能は拙劣であった。

妄想が固定化しており改善の可能性が低いと判断し、長期入院を前提として地元の病院に受け入れを打診したが拒否されたため、今後の調整をしやすいようにB病院へ転院することとなった。

最終処方:クエチアピン(100)4T、フルニトラゼパム(2)1T/眠前、バルプロ酸R(200)3T/朝・夕食後、クロナゼパム(0.5)2T/夕食後・眠前

当院転院後の経過

X+4年11月B病院に転院。錐体外路症状が生じやすく妄想体験も持続していたこと、妄想が持続しており再他害行為に至ったことからこれまでの処方薬ではコントロールが困難と判断し、転院後クロザピンによる治療をX+5年1月より開始した。

クロザピンは2月に最大150mg/日まで増量したが、強い鎮静のほか、

唾液分泌過多、肝機能障害が生じるようになったため50mgまで減量した。しかし4月になりサブイレウスが生じ、さらに胆嚢炎となったためクロザピンを中止し、4月22日に総合病院外科に入院、胆嚢部分摘出術を受けた。4月29日当院に帰院後クロザピンの内服を12.5mgから再開し、50mgまで増量したところ5月22日になり再び肝機能障害(GOT=308、GPT=254、 γ GTP=681)が生じたためクロザピンを中止し、プロヘパールを投与した。肝機能が改善したため7月5日よりクロザピルの投与を再開したところ、肝機能障害(GOT=139、GPT=207、 γ GTP=918)が生じたため7月25日に中止し改善に向かっていたものの7月28日に胆石の嵌頓から急性膵炎を併発したため総合病院に再び転院、内視鏡的に胆石を除去した。この間「体のことが心配でヤクザどころではない」と感じていた。

このようにクロザピンの投与と平行して肝機能障害が生じたことから、クロザピンを再開することはできないと判断し、総合病院入院中に処方されていたオランザピンに加えてクエチアピンを併用して投与している。

直近の処方内容

- ① オランザピン 10mg、クエチアピン 100mg、フルニトラゼパム 2mg、クロナゼパム 0.5mg、プロチゾラム 0.25mg、トラゾドン 50mg/眠前
- ② ポリフル 500mg、ビオフェルミ

ン 3 T / 分 3 毎食後

③ オランザピン 5mg、クエチアピン 100mg / 夕食後

身体状況が不安定であったため外出ができなかったが、クロザピンを中止したことから肝機能が安定したことを確認し、9月に病院周辺への外出を行った。やくざや心気妄想を気にすることはなかったが、「病棟から出る事に不安がある」と漠然とした不安を口にしていた。このためクエチアピンを増量して経過をみている。10月に地元への外出を計画し、数時間自宅に滞在した際、「不安感は職員が付き添っていたから強くなかったが、夜間自宅で過ごすことを想像するとまだ怖い」と述べており、状態は不安定である。

担当心理士による面接での陳述内容

統合失調症という病名には「不服はない」。自分は不安が強く、必要ないところまで気にするところがあるのは自覚がある。入院中も、実際には健康面の不安はないのに過剰に気にして検査を受けてしまったことがある、と述べる。

しかし、今回の対象行為と統合失調症の診断は関係がないと思っている。

例えば、過去には不安の顕著な強まりのエピソードがあったのは事実で、そういった際にはいつも以上に色々なものを怖がった面があるかもしれない。しかし、「自分が死につながる病気に掛かっている」「自分はやくざとつながりのある伯父と、その

知人の医師を怒らせてしまった、彼らはなんでもやる人たちだ」と確信しており、もし再他害行為を行わなければやられていたかもしれないと感じるとのこと。

万一今実家に戻ったとしたら、今度こそ拉致され、大学の実験室で解剖体にされてしまうのではないかと思われる。すぐに拉致されなかったとしても、以前のように恐怖感が強まり「3回外に出ると殺される」、「眠れない」という風になっていくのではないかと感じている。今後外に出られないと、薬をもらえないことが最大の問題になるかもしれないと述べる。

作業療法士による考察

手工芸を行っている。素直に作業を行い、作業に関する質問はするが、疲労を訴えることはなく、終了後不穏時の頓服を内服することがある。

B その後の経過

入院処遇が長期化していることを地裁は懸念し、入院4年半の入院継続審判で今後の見通しについて話し合いがもたれた。閉鎖病棟での安定と地域での再々他害の可能性について共有され、精神保健福祉法による入院への移行も視野に入れて調整することになった。

地元では再他害行為のため受け入れる施設はなく、県外の医療機関も含めた調整を行った。最終的に地元の施設が受け入れることとなり、成年後見制度を利用して入院同意者を設定し、入院費用の確保などの整備

を進めた。受け入れ先施設とのケア会議では治療反応性の乏しさから処遇終了を提案したが、受け入れ施設が医療観察法に馴染んでいなかったことや地域との調整に社会復帰調整官の支援を希望したため、通院処遇による退院を予定している。

C 論点の整理

1. 再他害行為防止について

当院に初回入院中、状態が安定していることや治療プログラムによる病識獲得～服薬遵守性が確認できたとして比較的早期の退院（入院期間＝約1年）を行った。しかし結果的に外泊中不安を述べたことから、病的体験が底流に存在していた可能性を軽視していたこと、退院後一度は状態が変化したことには気が付いたものの、再他害行為直前の変化には気が付かなかったことから、モニタリング戦略が不十分だった可能性がある。

その後退院する対象者について、本事例のように不安・緊張感の強い場合は外泊回数を増やすなど慎重に状態を評価するようにしている。

本事例は過去も現在も状態のセルフモニタリングが拙劣であるため、支援者によるモニタリングを必要とする。再他害行為は比較的急速な状態悪化により生じており、マネジメントは困難である。母親は高齢であり、実質的なモニターにはなりえないため、地域生活を想定しにくい。

薬物療法としてクロザピンによる肝障害が繰り返されており、使用が困難（無顆粒球症でないため禁止で

はないが実質的に使用できない）である。現在非定型抗精神病薬を2剤（オランザピン+クエチアピン）投与しているが、効果は十分とは言えず再々他害効果を抑制すると断言できない。閉鎖的・保護的な環境下では他害傾向は認めない。

以上の条件では今後長期間閉鎖的環境で療養することが必要と考えられる。療養環境が医療観察法における病棟である必要性は低く、一般の精神科病棟でも十分と思われる。

2. 治療反応性の判断

統合失調症の対象者にはストレス負荷に非常に脆弱なケースが多く、負荷がかかると本事例のように一気に妄想体験が顕在化し、行動化に至る場合がある。クロザピンはストレス負荷がかかった際に病的体験の再燃を抑制し、行動化に至らない緩衝作用があり、本事例では有効に作用することが期待された。残念ながら副作用のためクロザピンは使用できず、他の抗精神病薬も錐体外路症状が出現しやすいため最大量内服することは困難であることから薬物療法に限界があり、安全・安定的に地域処遇に持ち込めるだけの効果が得られない。

モニタリングやマネジメントが状態の急変に追いつかないため、刺激が統制された保護的な環境下で過ごすしかない。閉鎖環境下では落ち着いており、行動制限を要することもない。今後も短時間であれば自宅等への外出を行ってもトラブルは生

じない可能性が高い。とはいえ自宅や施設では適応が困難な、このような事例の処遇の在り方について検討を要する。最近、重度かつ慢性について議論されるようになってきているが、本事例もこの群に含まれる可能性がある。手厚い医療をどう担保し、経済的な手当てをどう行うのか、解決すべき問題は多い。

今回の退院に際し、地域処遇を目指す意味において治療反応性は乏しいと考えられるが、病状を悪化させないことも治療反応性の判断基準とされており、二重基準には疑問はあるが本事例のような場合では検討材料になると考えられる。

事例 2 の概要

【対象者】30歳代、女性

【対象行為】傷害（万引きをとがめた店員に暴行・傷害した）

【既往歴】鑑定入院中に、外陰部壊死性筋膜炎、敗血症を発症。近隣の総合病院で、臀部デブリードマン、S状結腸ストマ造設術、膀胱瘻増設術実施。

抗告審での原決定取り消し地裁差し戻しで退院後、ストマ閉鎖術、痔瘻根治術実施。

【家族歴】明らかな精神疾患の既往を持つ者はなし。父は農家で、母は農家の専業主婦をしていたが、対象者23歳時に脳出血で他界。弟は、対象者の2歳下で、家業の農業の手伝いをしている。

【生活歴】乳幼児健診で言葉の遅れ

を指摘され、4～7歳まで言葉の教室に通った。

小学生のころより成績不良で、中学の成績表は、5段階評価でほとんど1か2だった。中学3年時、コミュニケーションがうまく取れないことを理由にいじめられた。高校に進学したが、同級生との仲が悪くなり、2年生の2学期より不登校となり、1年間休学したのち中退した。高校中退後は、家業の農業や農協の仕事をしたが作業は覚えられず、単純作業のみ行っていた。母親他界後は、食器洗いやゴミ出しなどの簡単な家事を手伝った。

【アルコール・薬物使用歴】飲酒：缶ビール1～2本/日。問題飲酒歴なし。喫煙：20～40本/日違法薬物の摂取歴は否定。

【犯罪歴】X-3年、住居侵入罪で検挙（寒さしのぎで他人の家の風除室に入った）

【現病歴】17歳、不登校となったところより、大音量で音楽をかける、窓を開けて叫ぶ、「天井から誰かの声が聞こえる」と言って部屋を散らかすなどあり、A病院初診。紹介にてB病院を受診した。B病院受診時、滅裂思考、幻聴、誇大的な言動を認めた。心因反応の診断で、ハロペリドール 2.25mg/日が処方され、服用により寛解状態となった。そのため、18歳時には処方が中止され、20歳で治療終了となった。

24歳、母が入院したころより独語、不眠、自室の物を壊す等の行動あり、同年3月～7月、C病院に入院した。入院中、「農協で段取りが悪いと言わ

れた」との不満の訴えや、「時計が欲しい」「B病院に行きたい」等の要求あり、興奮して裸になったりベッドを壊したりしたが、次第に落ち着いた。(退院時処方：リスペリドン 8 mg+レボメプロマジン 50 mg等)退院後は、デイケアに週1～3回通所し、他の日は、農業の手伝いや農協のパートの仕事をした。仕事が忙しくなったり叱責されたりすると、頭痛や吐き気などの身体愁訴や被害妄想の訴えで、救急車を呼び、自ら入院を希望。数か月間の入院を計6回繰り返した。入院中は、家族に対する不満を訴え、スタッフの前でわざと倒れる、他患のベッドに放尿する、スタッフに乱暴する等の逸脱行為があり、しばしば身体拘束された。薬物療法は、抗精神病薬(CP換算200～800 mg)、バルプロ酸400 mg、複数の抗不安薬・睡眠導入剤が併用された。

27歳ごろより、買い物やホスト通いで浪費し、家族の財布から金を盗むようになった。浪費が治らないため、X-6年、家族がB病院に転医させたが、B病院では、処方変更の必要はなく、デイケアや、PSWの相談が必要と言われ、X-4年、再度C病院に転医した。X-2年8月、入院させてもらえなかったことを理由に、自分の腹部をナイフで刺傷し、総合病院に入院。C病院に転入院し、同年9月に退院した。以降も、家族に小遣いの要求を断られると入院を希望することが続いた。

【対象行為前後の精神状態】X年3月1日、農協で勤務中に救急車を呼んだことで、農協から苦情があり、パートを解雇された。その後は、父から毎日2000円小遣いをもらっていたが、買い物で使い果たし、家族の財布から金を盗むため、父が小遣いを渡さなくなった。X年3月20日朝、前日に金を盗んだことを父から叱責され、父に「もうしない」と約束したものの、どうしても買い物がしたくなった。店に行き、万引きをしたところを店員にみつきり、もみ合いとなり、店員に殴る蹴るの暴行をした。他の客が入店すると、トイレに逃げこみ、通報で臨場した警察官に逮捕された。(対象行為時の薬物療法：スルトプリド150mg+オランザピン10mg+バルプロ酸400mg)

【起訴前嘱託鑑定】X年4月～5月 D病院に鑑定留置。意識は清明だが、話がまわりくどく、しつこく、まとまらず、質問の意図を理解せず、返答がちぐはぐだった。粗暴性や反抗的態度はなく、物静かで礼節を保っていた。「タバコを吸え」「部屋から出ろ」との幻聴があると訴えた。対象行為については、「お金がなくて困っていた」「幻聴にやれって言われてやった」「自分は病気だ。反省している。店員さんに謝りたい」との発言を繰り返した。鑑定中、事件当時の処方にオランザピン10mg等が追加された(CP換算900mg)。拒薬はなく、次第に幻聴の訴えはなくなった。WAIS-IIIで、FIQ=50 VIQ=55 PIQ=52(言語理解50 知覚統合54 作動記憶60 処理速度52)で、軽度～中

等度の知的障害を認めた。結論として、①統合失調症の重度の幻覚妄想状態と軽度精神遅滞の状態である ②仕事をせず、買い物に金を浪費する生活で、家族の財布から金を盗むほど窮地に追いやられていた。③金銭的に苦しく、買い物ができないストレス下で、持病が悪化し「(万引きを)やれ」という幻聴が出現し、犯行に及んだ。④事前に万引きを計画し、行為が悪いことだとの自覚はあり、他の客が入店するとパニックになりトイレに逃げるなど、犯行に計画性があり、違法性、反道徳性の認識はあったが、行動制御能力が欠如していた。とされ、心神喪失の判断で不起訴となり、医療観察法の申立となった。

【医療観察法の鑑定中の治療と精神状態】

X年5月～6月 E病院に鑑定入院。当初は、ぼーっとして呂律不良で、返答に時間がかかる状態で、薬剤減量（CP換算900→850mg）後は、活動性改善したが、「テレビがみたい」「退院したい」「タバコ吸いたい」と昼夜問わず訴え、要求が通らないと床に倒れる、壁に額をぶつける、看護師を叩こうとする等の行動を認めた。対象行為については、「声で『万引きしてみろ』と聞こえた」「幻聴のためにやった」と述べたが、現在の幻聴の有無ははっきりしない。「弁護士さんに何を言えば、罪は軽くなるかな」等免責を意識する発言があった。心理検査は本人が拒否し中止された。

《医療観察法鑑定主文》

(1)疾病性：統合失調症の長い病歴があり、幻聴は常には存在しないが、感情の平板化、思考の貧困、意欲の低下、認知機能の低下等の陰性症状が持続している。統合失調症の残遺症状としての社会遂行能力の低下により、お金がなければ万引きをすればよいという短絡的な思考で、対象行為を起こした。「万引きをやれ」との幻聴は願望充足的だが、人格水準低下による、規範遵守の自覚の乏しさがあり、疾病性がある。X-11年～起訴前鑑定の、4回の知能検査では、IQ=50前後で知的障害を認めるが、生育歴より、生来性の知的障害ではなく、統合失調症による認知機能低下である。

(2)治療反応性：一般に、統合失調症の幻聴や妄想に対しては、非定型抗精神病薬の効果はある。疾病教育により、再発、再犯の予防効果が期待できる。

《生活環境調査報告書意見》

通院、薬物療法で病状は安定していたが、問題行動は散見されていた。対象者は、「物欲しさと、『万引きしてみろ』という、自分にとって都合の良い幻聴に、気持ちが負けて、対象行為をやってしまった」「店長に迷惑をかけた。謝りたい」「通院してデイケアに通いゲームをしたい」「家の手伝いをしたい」と述べている。家族は「薬は飲んでいたし、病状悪化時は受診に同席していた」「対象者は、事件直前に『もう財布からお金は盗まない』と言っていた。まさか強盗するとは思わなかった」「これ以上何を支援すればいいのかわからない」と述べ、困惑し

ている。本件と疾患との関係についての洞察の深化、社会復帰促進のために、治療プログラムを提供できる医療と生活環境調整が必要。

【臨床検査】血液・尿検査、頭部MRI、胸部X線心電図に異常所見は認めなかった。

【当初審判 審判期日】対象行為の理由を問われて、「お金がなかったから」と返答。自身の病気については「統合失調症」と返答した。幻聴については、「聞こえていない」と言ったり、「神様から聞こえた」と言ったり返答が二転三転した。同様の事件を起こさないためには「買い物をやめること」と答えた。

【当初審判 決定書】 入院処遇決定。

- ① 対象行為当時、対象者は統合失調症に罹患し、現在も同様の精神障害を有する。
- ② 幻聴の内容は、自己にとって都合がよく、荒唐無稽ではないが、残遺状態で人格水準が低下し、感情のコントロール・自制・社会的規範遵守の自覚が乏しく、逸脱行動を抑えられない状態だった。
- ③ 審判期日では、悪いことをした旨を振り返り、自己の行為の違法性は認識しているが、疾病や治療の必要性の認識は不十分である。
- ④ 自らの欲求を満たす金がないという対象行為と同様の状況では、同様の精神状態となり、幻聴が聞こえて弁識能力・行動制御能力が失われて同様の他害行為に至る可能性がある。

- ⑤ 医療観察法の強固な枠組み内で、薬物療法、疾病教育、生活技能訓練等を行い病状の改善を図る必要がある。

【入院後の経過】X年8月、指定入院医療機関F病院に入院。入院当初より、幻聴は否定。事件当時の幻聴について「あるにはあった」が、事件を起こしたのは幻聴のせいではなく、金がなかったからだと言った。拒薬はなく、日々のケアには協力が得られるが、身体疾患を「すぐに手術して治してほしい」との訴えや、「OTでパソコンをやりたい」等、自身の要求を一方的にしつこく訴える傾向がある。幻聴で事件を起こしたわけではない、として本人が抗告。

【抗告審 決定書】心神喪失者であるとの判断には事実誤認がある、として原決定破棄、地裁差し戻し。

- ① 犯行の動機が金がないのに物を買いたいという理由である。
- ② 犯行が計画的・合目的的である。
- ③ 犯行当時統合失調症の症状は大きく悪化していなかった。
- ④ 違法性、反道徳性の認識があった
- ⑤ 幻聴は願望充足的で対象行為は幻聴に支配されたものではない。

X年10月 F病院退院。

【抗告による退院後の状況】家族は引き受けを拒否。付添人の調整で、身体合併症の治療と療養を目的に、B病院に入院。B病院では、服薬は遵守し、睡眠もとれていたが、退院やケアの要求にスタッフが対応できないと、床に寝そべる、壁に頭をぶつける、他の患