

斉藤慶子（戸田病院）  
下津咲絵（国立精神・神経センター精神保健研究所）  
東海林勝（下総精神医療センター）  
田口寿子（東京都立松沢病院）  
武村泰司（岡山県立岡山病院）  
樽矢敏広（国立精神・神経センター武蔵病院）  
津久江亮太郎（国立精神・神経センター武蔵病院）  
中根 潤（下総精神医療センター）

野口博文（国立精神・神経センター精神保健研究所）  
林 直樹（東京都立松沢病院）  
平林直次（国立精神・神経センター武蔵病院）  
松本俊彦（国立精神・神経センター精神保健研究所）  
村田昌彦（北陸病院）  
山本暢朋（下総精神医療センター）  
吉澤雅弘（国立精神・神経センター武蔵病院）

#### A. 研究目的

平成16年度までの研究では、入院治療プログラムの作成及び作成した治療プログラムに基づき、一般精神医療で実際に治療している事例について、もし医療観察法で治療したならばどうなるかの事例シミュレーションを行い、作成した治療プログラムの現実的妥当性を検証し、その有効性を確認した。

平成17年度は、現実に医療観察法が施行され、指定入院医療機関での治療が開始されることから、当該病棟で働くことになるスタッフと当研究班員との間で、ワークショップを行う。具体的治療イメージを把握することを目的としたことから、ワークショップ開催場所は指定入院医療機関第一号である国立精神神経センター武蔵病院とし、内容は治療プログラムのキーワードとなる「直面化」を課題として取り上げ、テーマとしては「司法精神医療と一般精神医療との対話～直面化をめぐる～」とし、実際に新病棟で対象者の治療を行う場合の具体的な治療イメージを深めるものとする。

#### B. 研究方法

数回にわたる研究会の議論を踏まえ、ワークショップはより現実性を持つためと新

病棟で働くことになるスタッフとの交流をより容易にするために、開催場所は指定入院医療機関第一号である国立精神・神経センター武蔵病院とし、一部の参加者については新病棟の見学会を行う。

ワークショップの内容は、治療プログラムの核心部分となる「直面化」という概念をキーワードとして取り上げ、また一般精神医療と司法精神医療とが乖離せず可能な限り共通の土俵で今後とも深化していくことができるように、テーマは「司法精神医療と一般精神医療との対話～直面化をめぐる～」とする。ワークショップの進め方は、現在一般精神病床で治療中の2事例を取り上げてスーパービジョン形式での事例報告・検討を行う。合わせて同一内容について臨床の第一線で活躍している2名の方から講演をしていただき、直面化について議論を深める。

#### C. 研究結果

ワークショップは平成17年10月29日午後1時から午後5時まで行われた。参加者は当研究班員、研究協力者および国立精神・神経センター武蔵病院スタッフ等医療観察法関連実務者であり、職種としては医師、看護師、精神保健福祉士、臨床心理士、作業療法士、保健師、薬剤師等の多職

種であり、多数の参加者を得て行われた。本ワークショップの実施により、以上の多職種の人たちと講演者との間で活発な質疑応答が行われ、医療観察法における治療に関し、多くの課題を抱えつつも同一の治療イメージと問題の共有化がなされた。特に直面化については、一般精神医療ではこれまでのところほとんど手つかずの状態であり、問題意識そのものが欠けているだけでなく、その実施についても多職種チームを組むことが困難であることもあり、一般精神医療では事実上直面化の実施は困難であることが明らかになった。一方、司法精神医療にとって直面化は最も重要な課題であるが、それにもかかわらず講演者の講義を通して、世界的に見てもその検討はまだ十分になされたいないという現状にあることが明らかになった。以上、本ワークショップでは、直面化という概念は病識などとも関連して非常に多義的で奥の深い概念であり、引き続き多職種によるチーム医療の下で慎重かつ具体的に取り組まれるべき課題であることが参加者の間で確認された。

#### D. 結語

平成14年度から開始された研究の成果を踏まえ、触法精神障害者の治療プログラムの中核的概念である直面化をキーワードとし、合わせて一般精神医療と司法精神医療との整合性を図ることを目的として「司法精神医療と一般精神医療との対話～直面

化をめぐる～」というワークショップを行った。その結果、医療観察法における新病棟での医療内容に関し、具体的な治療イメージの形成と問題意識の共有化がなされ、今後の司法精神医療の目指すべき方向性と課題の確認等が行われた。

#### E. 論文発表

- 1) 武井満：医療観察法による医療の考え方と指定入院医療機関の治療。日本精神科病院協会雑誌 24 (4), 創造出版：45 - 52, 2005
- 2) 武井満：非社会性人格障害の治療。精神科治療学 20 巻増刊号, 星和書店：234 - 237, 2005
- 3) 武井満：「心神喪失者等医療観察法」の意義と精神障害者処遇の今後。更生保護 56 (11), 日本更生保護協会：6 - 11, 2005
- 4) 武井満：指定入院医療機関における治療。司法精神医学 5, 司法精神医療, 中山書店：351-361, 2006
- 5) 佐藤浩司、武井満：鑑定入院における治療。司法精神医学 2, 刑事鑑定と精神鑑定, 中山書店：128-134, 2006
- 6) 佐藤浩司、武井満：犯罪精神医学と統合失調症「刑罰法令に触れる行為をした統合失調症患者」に対する群馬県立精神医療センターの医療実施から。Schizophrenia Frontier 17 (1), メディカルレビュー社：13-18, 2006

平成17年度「治療プログラムに関する研究」第1回ワークショップ  
テーマ：「司法精神医療と一般精神医療との対話」～「直面化を巡って」  
場所：国立精神・神経センター精神保健研究所 第3ゼミナール室  
日時：平成17年10月29日（土）午後1時～午後5時  
参加対象者：分担研究班員、研究協力者、武蔵病院等医療観察法関連実務者等

## プログラム（目次）

### I. 開会挨拶および治療プログラム概要説明

講演：武井満

### II. スーパービジョンその1

スーパーバイザー：医師1，看護師1，心理士1（X病院）

スーパーバイザー：林直樹

司会：来住由樹、島田達洋

### III. スーパービジョンその2

スーパーバイザー：医師2，看護師2（Y病院）

スーパーバイザー：石垣琢磨

司会：佐藤浩司、斉藤慶子

### IV. 講演その1

講演：石垣琢磨

司会：黒田治

### V. 講演その2

講演：林直樹

司会：藤川尚宏

### VI. 総合討論

司会：武井満、吉川和男

発言者：石垣琢磨、林直樹、医師1（X病院）、医師2（Y病院）

## I. 「開会挨拶および治療プログラム概要説明」

講演：武井満（スライド資料参照）

### （1）挨拶、本ワークショップまでの経過説明

武井：皆さんこんにちは。お忙しいところを多数の方にお集まりいただき、ありがとうございます。本で行われるワークショップの責任者をしております群馬県立精神医療センターの武井でございます。よろしくお願いいたします。

今回は、平成17年度、「触法精神障害者の治療プログラムに関する研究」、第1回ワークショップということで、ここ国立精神・神経センターで開催させていただくことになりました。ご参加いただいている方の中には、この間の経過をご存じの方もいらっしゃるし、今回が初めての方もいらっしゃると思いますので、これまでの研究経過と何故このようなワークショップをやることになったかを簡単にお話しさせていただきたいと思います。

現在、既に「医療観察法」は施行され対象者も出ているわけですが、実は法の成立以前から、こういう法案ができる可能性があるということで、今から4年前になりますが、厚労省の依頼により「触法行為を行った精神障害者の精神医学的評価、治療等に関する基礎的研究」という研究班が立ち上がり、その班のなかに「触法精神障害者の治療プログラム」についての分担研究班ができました。私とその研究班の責任者ということで、これまでこの4年間やって来ました。

我が国で初めての研究だったこともあり、最初の一年目は全くの手探り状態で、どこから手をつければいいのか、正直わからない状態でした。

文献を調べたり現状の精神医療の実態を調査したりで1年はあっという間に過ぎて、2年目に治療プログラムとして何とか形になるものができ、昨年は、実際に作成した治療プログラムに則って治療をしたらどういう形になるかという治療のシミュレーションの報告書を出しました。したがって既に3回の報告書が出ており、御覧になっている方もあると思いますが、機会があったら是非見ていただけると幸いです。

そういうわけで、昨年度は事例のシミュレーションをやってみて、かなりうまくいきそうだという実感があり、さて今年度は何をどう進めるべきかという話になってきた時に、実は治療プログラムを考えていく中で「司法精神療法」という考え方が出てきたわけですが、その流れの中で「直面化」という当たり前と言えば当たり前の言葉なのですけれども、これまであまり意識されないで使われていた言葉が、キーワードとして認識されて浮かび上がってきました。そこでこの問題をきちんと議論してみようではないかという話になったわけですが、もちろん一般精神医療の

治療の場面でも、当該行為に対して、何故そういうことを行ったのかということはある程度は課題とされることがあると思うのですが、実際に直面化という言葉概念を概念化して、問題を共有化し治療に望むということは、今までは殆どなかったかと思えます。例えば実際に対象者が殺人を犯していても、そのことには触れないで済ませてきたということがあったと思えます。しかし司法精神医療は、この問題を抜きにしては通れないわけであり、それでは方法論としてどうするのかといった時に、概念の整理も含めて、一般精神医療と司法精神医療の立場から、きちんと一回議論してみる必要があるだろうということで、この企画が始まりました。

では、実際に企画をどんなふうにするかという時に、専門家を呼んで、話をしてもらえば良いというやり方もあるでしょうが、この問題は、多分日本ではまだ徹底して扱われているわけではないと考えられたことから、概念の整理と問題点の整理といったことの方角性が出れば、ある程度は「良し」としようということで、取り敢えず第1回目をやってみようということになりました。そうすると実際の事例を出して、それを基に議論をしていくのが一番現実的だろうということで、今回、基本的には事例を中心にやります。

たくさんの事例を出せば良いのですが、時間の制約もあるので、事例は二つに絞り、それに対して会場から意見をもらうということですが、もう一工夫、研究班員の佐藤先生の発案で精神療法のセミナーなどでやるスーパービジョンのような形でやったらどうかということになり、プログラムを見ていただければわかると思いますが、「スーパービジョンその1」「スーパービジョンその2」という形で、コメンテーターとして林先生と石垣先生をお招きしてあります。林先生も石垣先生もそれぞれのご専門の立場で、このディスカッションを踏まえてご講演をいただくという形で、やや盛りだくさんになっておりますが、そのように進めていこうと思っています。最後に総合討論となりますが、蓋を開けて実際にやってみないとどんな話になるかわかりません。しかしそこが面白いところでもあり、ワークショップということで、あくまでも研究会の一環ですから、何か知識を習得するというのではなくて、問題を出し合い、何が問題で、どうすればいいのかという考え方で、活発に議論をいただきたいと思えます。

## (2) 治療プログラムについて

私のあいさつとしては以上ですが、もう少し時間をいただき、次にこれまでに作成した治療プログラムの概略の紹介と直面化についての私の考えをお話させていただきます。

治療プログラムの内容については精神保健判定医の研修会などですでに何回かお

話をさせてもらったので聞いていただいた方もいると思います。私は臨床をずっとやってきた人間なので、難しい話はわからないのですけれども、たまたまこういう機会を与えていただいて、いろいろ考えてきた中で、過去、自分の病院でやってきたことを少し整理し、それに研究班員の方々に訂正・肉付けしていただいて、治療プログラムをつくってきました。当時は、直面化という概念は我々になかったし、司法精神療法という概念もありませんでした。ただ、一般精神医療として現場でやっている、何でも滅茶苦茶なのだろうというのがありまして、もう少し整理できないかということはずっと思っていて、今から七、八年前になります「精神科治療構造論」というのを発表したり書いたりしました。それを叩き台に治療プログラムをつくったのですけれども、そのご紹介を簡単にさせていただきます。

これは今で言えば一種のクリティカルパスなのですけれども、入院から退院までを絶対休息期、休息期、回復期、社会復帰期の4段階に分けて、各段階における状態像の把握とそれに応じての薬物療法や精神療法や看護のケアのあり方等を整理したものです(図1)(2)。

例えば、一般精神医療としての話ですが、各段階を精神病理学的に見れば絶対休息期は出会い期、休息期は依存～他律期、回復期は自律期、社会復帰期は自立期という話になるし、患者の自己イメージも同様な流れで、表1のように整理できるかと思えます(表1)(3)。それぞれの時期ごとの状態をこのように捉え、それに合わせて治療内容を考えるということです。医療観察法では絶対休息期から休息期までが鑑定入院期間に相当することになるかと思えます。

医療の内容としては、話は単純なのですけれども(図2)(4)、6つの柱として、①診断をきちんとすること、②薬物療法(生物学的)、③精神療法、④リハビリテーション、⑤福祉、⑥自助。それから患者さんが社会で生活できる条件の整備を保障するというので、①経済、②住宅、③就労、④生活技術、⑤人間関係、⑥アフターケアの6点を挙げてあります。以上、治療としてはこの6つの柱と6つの保障をきちんとやることで、患者さんは社会復帰をして生活ができるようになる。私の病院ではこれまでこの6つの柱と6つの保障を治療として実践してきました。

これを基に研究員の方々にご協力いただいて、医療観察法の治療プログラムを作ってきたわけですが、医療観察法では鑑定入院である程度の治療を行うといったいろいろな要素があって、必ずしも一般精神医療そのものではないわけですが、中味的には全く違うことをするわけではないというのは、皆さんご存じのとおりであり、特殊な薬物療法があるといった、そういうことでもないわけですが、むしろ、より整理された形で治療を行っていくということが重要であると考えています。ただし、医療観察法のガイドラインでは、3期に分けて治療をするということになって

いることから、前述した4段階を3段階に整理し、さらに状態像も治療内容もそれに合わせて整理し直しました(表2)(5)。このような作業をしていく中で、実は「司法精神療法」という話が研究班員の吉川先生から出てきて、さらに「直面化」という言葉がやはり同じ研究班員であった五十嵐先生から出て、直面化を中心とした司法精神療法の概念化が行われたわけです。治療プログラム作成当初は、当該行為の直面化という比較的限られた意味で考えていたわけですが、段々研究を進めていくうちに、この問題は司法精神医療にとって実はすごく重要な課題であるということになり、今回の話になってきたわけです。

今日は時間がないので、評価の問題と治療到達目標の内容および評価との関係などについては、いろいろあるのですけれども触れません。これらについては、昨年出した治療プログラムの報告書を見ていただければと思います。実は評価の問題は大変重要で、治療到達目標との関係も重要なのですが、そういうわけで、今日は割愛させていただきます。

医療観察法における治療内容といっても、別に難しいことではなく、まずは前述した6つの柱と6つの保障といった、一般精神医療でもやられていることをきちんと実行し、社会復帰を目指すということだろうと思います。ただし、医療観察法における司法精神医療の場合には、「司法精神療法」という考え方がそれに加わることになり、一般精神医療では事実上、実施困難であった直面化や共感性の形成といった課題に向けて治療の実践が行われることとなります。このように、6つの柱と6つの保障の実践による日常生活能力と社会生活能力の回復・安定に伴って、司法精神療法がなされることで、再発予防、そして社会参加へと繋げていく、こういう考え方で良いのだろうと思います(図3)(6)。

### (3)「刑罰法令に触れる行為をした精神障害者」の処遇システム

(\*精神保健福祉法、医療観察法との関係、問題点。\*群馬県モデル。)

話は変わりますが、私たちは現場の人間として、現在、群馬県の場合、3次救急、すなわち警察官から通報されてきたケースを大体県内一手に引き受けて治療を行っています。なおかつ基本的にはそれらのケースは他病院へ転院させないで退院させています。それと群馬県内の精神鑑定はほとんど私たちのところで行っています。また、ほかの民間病院では治療困難で困っているケースについても、県立病院であるということに対応しております。

そうすると、群馬県は人口200万人ですけれども、10年間このようなことでやっているとなると実にいろいろなことが見えてきます。その結果、このままの精神医療体制では絶対に駄目だ、一般精神医療以外に別な受け皿をつくっていかなくてははい

けない。それで私の場合は、「医療観察法は当初から絶対にやらなくてはならない。」という立場でこれまできました。これは臨床家として数十年やってきた当然の帰結だったわけです。その話をこれからしたいと思いますが、実はそれが延いてはこれから話す直面化の問題にも絡むことになります。

この会場の方々は大体お分かりになっていると思いますが、「刑罰法令に触れる行為」という言葉があります。精神保健福祉法にも、「刑罰法令に触れる行為」と書いてあります。要するに、人を殴ったり火を点けたりといった、社会的に問題とされる行為を「刑罰法令に触れる行為」というわけです。実はこういう事を行った者の処遇システムの一環として一つは精神医療があるのですが、当然、刑務所や行刑施設もあります。これを全体的なシステムとして理解していないと、医療観察法にはどういう意義があるのか、対象者はどういう扱いになるのかなど、よく理解できないことになります。それで敢えてこのスライドを出すのですけれども（図4）

（7）、刑罰法令に触れる行為を行った者の処遇システムについて、まず精神保健福祉法との関連でいえば、通報制度があります。法23条、24条、25条、26条通報まであるわけですが、これが刑罰法令に触れる行為を行った者の処遇システムの一つです。どういうことかといいますと、刑罰法令に触れる行為を行った者は、通常、保護されるか逮捕されるかしかありません。逮捕された人というのは「犯罪」として、警察から検察庁に送致されるのですが、ご存じのように犯罪として立件するのは調書その他の書類を含めて大変な作業量になります。

「保護」に関しては警察官職務執行法の3条に基づき保護するわけですが、保護した人を警察はそのまま家に帰せばよいのですけれども、そうでなく帰せない場合には、「他害」のおそれがあるということで保健所に通報して、都道府県知事の命令により措置診察をして精神病院に入院させる。こういう流れが警察官による24条通報です。実はこれを我々は精神科救急（ハード救急、行政救急、3次救急）と言っているわけです。

このようにして、一つは24条通報により、精神科救急という形で刑罰法令に触れた人が医療の流れに乗るわけですが、犯罪として立件されて送検された場合には、刑事司法手続に乗ることになります。その場合、検察庁の段階で精神障害の存在が疑われると起訴前鑑定がなされますが、責任能力がなく起訴できないということになると、25条の検察官通報により、都道府県知事の命令で措置診察がなされて精神病院に入ることになります。残りの人が起訴されて裁判にかかり刑務所等の矯正施設に入ることになりますが、矯正施設にあって出所時に精神障害の存在が疑われると、ここでも26条の矯正施設長による通報で精神病院に入ることになります。医療観察法成立以前の現行法では、刑罰法令に触れる行為を行った者の処遇システ



ムはこのような仕組みになっていました。

群馬県の場合、これら24条から26条までのケースはほとんど全部、我々の病院に集まってくるということがあり、したがってこのような仕組みの問題点がよく見えるようになりました。そうすると、たとえ県立病院といえども受益者負担原則の保険診療の患者サービスで治療をしている一般の精神病院であり、とてもこのようなことを全部やれるわけがないということが当然あるわけです。実はこれをきちんと責任体制を明確にしてやろうとしたのが、一つは精神障害者の移送制度です。精神障害者の移送制度には医療保護入院のための34条の移送と（緊急）措置入院のための29条の2の2の移送の2通りがあり、通常、皆さんは34条の医療保護入院の移送をイメージすると思うのですが、そうではなくて、移送制度の本質はこちらの29条の2の2の（緊急）措置入院のための移送にあります。（緊急）措置入院という公権力の行使に関して、責任体制をはっきりさせる、すなわち警察が保健所へ通報するまでは警察の責任、それを受けて（緊急）措置診察をするかどうかを決め、入院させるかどうかを決定し実施していくという一連の強制的処遇は都道府県知事の責任ということになります。すなわち刑罰法令に触れる行為を行った者の処遇に関して、実は警察から都道府県知事へと責任の転換が起こるわけです。だから場合によっては、警察と保健福祉行政とは喧嘩になることがあるわけですが、これは責任の転換が起こるからです。このようなことで、通報制度の仕組みにおける責任体制を明確にしたのが移送制度なのです。だから移送制度では通報を受けると、都道府県知事が責任を持って対応すべき対象かどうかを明らかにするために事前調査をすることになります。従来はそうしないで、警察と病院だけが電話でやりとりをして、病院が受け入れるということになれば、警察は対象者を連れてきて強制的に入院させ、それで事を済ませてしまうという、そういうことをやってきました。

実は、今となって初めて分かるのですが、直面化させるといのは、その時に「あなたはこういう理由で診察を受け、ここへ入院することになります」と、そういうところから始まるのではないかと私は思うのですが、従来はそういうことをやられてこなかった。患者さんにしてみれば、何だかわからないけれども、家で暴れていたら病院に連れてこられた。わからないけれども、1年も2年も入院させられた。俺は一体何なのだ。これではまさに直面化のやりようもないわけです。今の一般精神医療では、強制的処遇に関し、このような点をいい加減に運用していると言わざるを得ず、そのようなことで治療の導入をしている限りは、真っ当な直面化はまずできないだろうと私は思うわけです。

それでは、医療観察法はどういうものかという、刑罰法令に触れる行為を行っ

た者の処遇システムについて、この黒い太線で囲まれた部分が加わった、ということになります（図5）（8）。すなわち、検察庁に送致された段階で責任能力に問題があれば裁判所に申し立てになり、裁判官と精神保健判定医との合議による審判により、必要ならば指定入院機関や指定通院機関に入ることになります。なおかつ、退院後の指定通院期間中は社会復帰調整官という新たな職種がもうけられ、保護観察所すなわち法務省が関わることになります。これで初めて、刑罰法令に触れる行為を行ったが責任能力に問題があるケースについての処遇に関して、検察庁の申し立てから始まり、社会復帰後の地域処遇まで責任体制がはっきりしたことになります。

実際に裁判官によって、例えば「あなたはこういうことで違法行為をしたけれども、責任能力がないので治療を受けてください。」と、このように一種の告知がされるわけですが、まずはそういう形で直面化が始まるのではないかと思うわけですが。ただし医療観察法下でも、送検される以前については従来通りなので、先ほどご紹介したような形で移送制度が実施されていなければ、その部分では相変わらず患者さんは何で自分が入院したのかはわからないことになります。

医療観察法というのは、このように刑罰法令に触れる行為を行った者の処遇システムを構築していくための突破口であるというのが私の考え方です。まずは出来ることから始めていこうということですが、このシステムをきちんと責任体制を明確にして運用していくということが、医療的に見ると実は直面化の準備状態を作ることになるのではないかと私は考えます。

最後に、移送制度のことに触れましたが、移送制度を実施するということは実は物凄く大変な作業になります。平日はもちろん、休日や夜の夜中であっても現場に出向いて調査をするわけですから。群馬県は幸い、大変な苦勞がありましたが精神科救急情報センターが立ち上がり、新規に正規のスタッフが26名ついて、常勤で41名のスタッフがいます（写真1）（9）。精神科医は4名おり、29条の2の2の移送をほぼ完全な形でやっています。そうすると、よく患者さんが警察官に連れてこられると暴れますね。大暴れをして取り押さえられたりするのでありますが、私の感じではそういう人が少ないのです。どういうことかと言いますと、警察官に始まり、行政官である保健師さんや医師などが、「あなたはこういう理由で今ここにいます」「あなたは今こういう理由で診察を受けます」「あなたはこういう理由で入院となります」と、その都度その立場の人が本人に強制的な処遇を行うことの原因を告げるのです。そのため患者さんはそれを受け入れざるを得ないという状況が生じ、以前のようにみんなでも取り押さえ注射をして連れていくといったケースが比較的少なくなってきたというふうに感じています。これも直面化と関係した

現象であり、各立場の人が、責任のある対応をすることで直面化のための一種の準備状態が生じているのかなと思います。

#### (4) 直面化

今日のテーマの直面化に対して、いろいろな議論が出てくると思いますが、「直面化とは当該行為に対するそれだけではなく、病識までも含んだ広い概念であり、人間としての尊厳や自己責任のあり方とも深く関係した問題」と私は捉えたいと思います。それから、「司法、行政、医療のそれぞれが役割分担と責任範囲を明確にして、対象者に対応することにより、「直面化の準備状態」が形成されるのではないかと考えます。直面化の準備状態というのが、概念として必要ではないかなと思います。以上の準備状態が形成されて、初めて多職種チームによる本格的な直面化があるいは可能になるのではないかとということです（図6）（10）。それが今、私に考えられる範囲です。

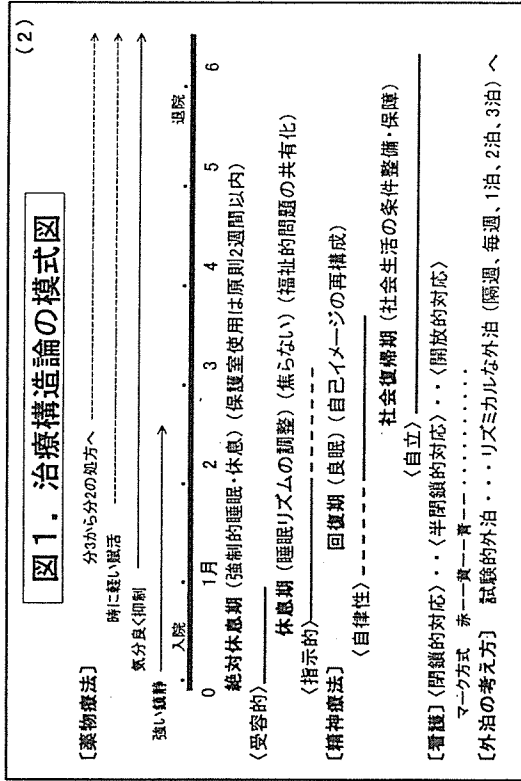
ただ今日はこれとは別に関係なく、特に認知行動療法、その他を含めて、具体的に患者さんがどう直面化していくかということに対して、活発な議論をいただきたいと思います。私の話はこれで終わらせていただきます。ありがとうございました。

(1)

平成17年度「治療プログラムに関する研究」  
第1回ワークショップ

「司法精神医療と一般精神医療との対話」  
一 直面化を巡って—

平成17年10月29日  
群馬県立精神医療センター  
院長 武井満



(3)

**表1. 4つの治療段階の考え方**

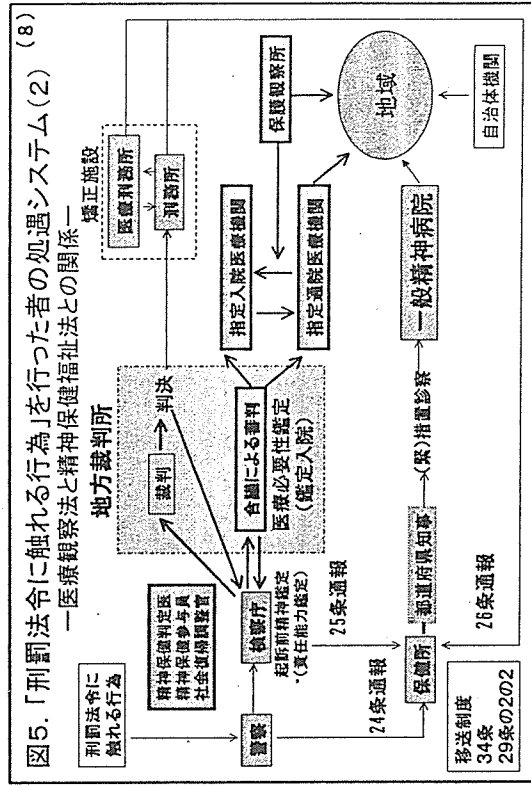
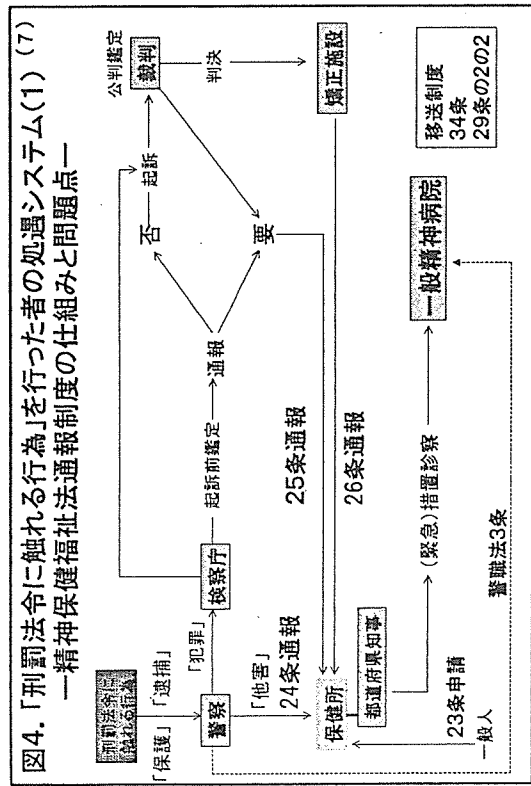
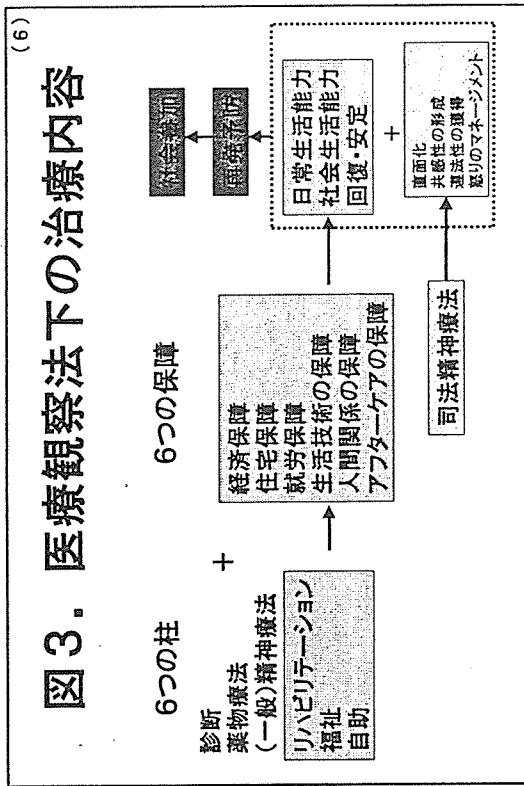
	絶対休息期	休息期	回復期	社会復帰期
精神病理 自己イメージ	出ない期 混乱・崩壊	依存～他律期 焦り・こだわり	自律期 再構成	自立期 自助・自立
生理的(睡眠) 薬物療法 精神療法 看護対応	絶対的確保 強力な鎮静 受容と理解 閉鎖的	リズム性調整 気分良く鎮静 支持的、指示的 半閉鎖的	リズム性確立 継続性 自律性 開放的	リズム性継続 分3～分2へ 社会生活者 訪問援助・支援

- (4)
- 図2. 精神科医療: 6つの柱と6つの保障**
- 6つの柱

6つの保障
- 診断
  - 薬物療法 (生物学的)
  - 精神療法
  - リハビリテーション
  - 福祉
  - 自助
- 経済
  - 住宅
  - 就労
  - 生活技術
  - 人間関係
  - アフターケア

表2. 対象者の治療プログラムの要点 (5)

治療	第1期(急性期)	第2期(回復期)	第3期(社会復帰期)
状態の要素	生理的 睡眠 自己イメージ 精神病理	他対休息-休息期 リズムの不整 情緒・混乱の危機 出会う期	安定期 リズム不安定・持続 心身の機能イメージ 社会生活者のイメージ
治療内容の要素	精神療法 薬物療法 一般精神療法 司法精神療法 リハビリテーション 福祉 管理度と自由度 外出・外出	他対休息-休息期 リズムの不整 情緒・混乱の危機 出会う期 認知訓練・精神 受容と理解、枠付け 睡眠の尊重 法的背景の説明・理解 法的権利 社会的役割 能力的イメージの整理 導入期 評価、動機づけ 生活状況・環境調査 福祉的問題の共有化 安全管理	安定期 リズム不安定・持続 心身の機能イメージ 社会生活者のイメージ 自立期 職業訓練性・特異性 職業自己管理、アポカリの使用 自立支援 自動的拡大 自己コントロールの獲得 認知イメージメント 適性性の獲得 適性イメージの獲得 地域リハビリテーション導入 アフターケアの立案 社会参加獲得 地域調査、QOLの保障 就労活動、自助活動導入 自己管理中心へ 自律性重視と自己責任重視 リスクカウチアウトの獲得 社会参加促進





(10)

図6. 直면化とその準備状態

- 直面化とは当該行為に対すそれだけでなく、病識までも含んだ広い概念であり、人間としての尊厳や自己責任のあり方とも深く関係した問題と捉えたい。
- 司法、行政、医療のそれぞれが役割分担と責任範囲を明確にして、対象者に対応することにより、直面化の準備状態は形成されるのではないかと考えたい。
- 以上の準備状態が形成されて、初めて多職種チームによる本格的な直面化が可能になるのではないかと。

## Ⅱ. スーパービジョンその1

スーパーバイザー：医師1，看護師1，心理士1（X病院）

スーパーバイザー：林直樹

司会：来任由樹、島田達洋

**司会（来住）**：それでは、早速議論を始めたいと思います。今回、1例目の事例検討の司会をします県立岡山病院の来住と申します。

**司会（島田）**：栃木県立岡本台病院の島田です。よろしくお願いいたします。

**司会（来住）**：最初の挨拶も時間超過で、問題の大変さを表しており、この先どうなるのかと心配にもなりますが、時間に配慮しながら進めていきたいと思います。まずは、X病院医師1先生の方から、この法が施行される前の事例をもとに、この法が施行された後の医療というものを想定しながら行われた治療を教えてくださいと思います。併せまして、今回、コメンテーター、スーパーバイザーとして都立松沢病院精神科部長、林直樹先生にお越しいただいております。早速、事例紹介を始めたいと思います。医師1先生、よろしくお願いいたします。

### （1）医師1より事例呈示（スライド資料参照）

**医師1**：医師1と申します。今、武井先生から直面化の壮大な定義をお聞きして、狭い見方で考えてきたことを思って、プレゼンテーションをするのが恥ずかしく感じております。ここにわかりやすく示しましたが、多職種チーム医療に焦点を絞って直面化の問題を取り扱いたいと考えております。今回、多職種チームのメンバーがほとんどスライドを用意して下さいました。この場を借りてお礼を申し上げます。たまたま主治医をしていたということで、私がスピーカー、拡声機の役割をさせていただきたいと思っています。この報告の目的ですが、この症例を通して事件に焦点を当てた多職種チーム医療について検討したいと思っています。もう一つは、事件との直面化の意義及び段階について考察を加えたいと思っています（S1）。

早速、事例ですけれども、対象の症例はA氏で男性、28歳、統合失調症妄想型、祖母に対する殺人です（S2）。生活歴は、B県に出生。正常分娩、同胞なし。父親はサラリーマン、母親は本人が3歳のときに病死しています。主に祖母に養育されました。発達歴には特記すべきことはありません。小学校低学年時は活発で成績も上位でしたが、小学校高学年よりいじめに遭い、中学3年より不登校となり、自宅閉居となっています。当時、いじめについては父親への詳しい相談はなかったようです。その後、家人の前にはほとんど姿を見せずに自室に閉じこもり、ゲームや読書をして過ごしていました。父親は学校へ行くようには強制せず、見守っていました（S3）。

現病歴ですが、X-3年夏、「インターネットでトラブルに巻き込まれた」などと急に父親に話すとともに、中学の頃いじめを受けたことについても訴えるようになりました。X-3年秋ごろより被害妄想が出現し、家庭内暴力がひどくなり、C病院に医療保護入院しました。診断は統合失調症であり、入院中は無為で臥床傾向が強かったとのことでした。主剤はリスペリドン4mgです。数ヶ月で退院しましたが、すぐに通院服薬を中断しています(S4)。その後、些細なことで腹を立て、家族への暴力が続いていました。X年夏頃になると「大変なことが起こる」と言ったり、「家に盗聴器がある。誰かが見に来ている」など幻聴、妄想気分、注察妄想に加えて、思考伝播、空笑が見られるようになっていました。また、「こんな生活はもう嫌だ」と家人に漏らしていたようです(S5)。

今回の事件の概要です。X年某月、自宅敷地内の別棟で就寝中の祖母の胸部を包丁で刺しています。後日、話したところでは、数日前から祖母の亡者のようなイメージが繰り返し出てきたということでした。刺した後、血が噴き出したのを見て、自宅母屋の二階へ駆け上がり飛び降りています。結局、D病院精神科へ医療保護入院しています。当初、幻聴、被害妄想、自我障害が認められました。入院中、「煉獄から転生するために、おばあちゃんを刺したけれども、何も変わらなかった」と話していたようです。リスペリドン3mgにて次第に陽性症状は消失しましたが、他の患者さんに対する軽度の注察感が残存しました。なお、祖母の死については、精神科の担当医より、どうなるかわからないからとの理由で、1年以上の期間、退院まで告げられることはありませんでした(S6)。

たびたび本人は、父親に退院にならない理由を問い詰めましたが、理由は説明されず、父親に本人が当たることがありました。父親が主治医から転院を求められて、方々の病院へ相談に行きましたが、入院の受け入れ先が決まりませんでした。結局、X+1年冬、D病院を退院すると同時に警察に逮捕されました。この際に祖母の死亡も告げられました。起訴前簡易鑑定を経て、25条通報にて要措置と判断されて当院へ入院となっています(S7)。

入院時の様子ですが、入院時には施錠せず、保護室を使用しました。自分のことを見てみると注察感を訴えており、そのことから、自らも保護室を希望していました。祖母の死、事件について確認すると、事実は認めますが、「今は話したくありません」と答え、いずれ心理士によるカウンセリングで整理する必要があることを伝えました。事件の確認と同時に、それに続く社会復帰までのケアの提供を多職種チームで引き受けるということを伝えていきます。父親には、これまでどおり祖母の死については、困難であれば本人と無理して話さなくてもよいことを伝えました。その後、現在まで、父親は定期的に本人と面会を続けています(S8)。



これまでの入院期間は約8カ月になります。入院して、今回のテーマである直面化の場面が2回起こっています。1回目は、心理士との間で不安・焦燥が高まった直面化の時期、そして、2回目は、社会復帰施設の見学に行って、現実との接触を通して、再度不安・焦燥が高まった時期の2つのステージです。主な薬物療法を説明します。リスペリドンが中心で5～7mg程度、不安・焦燥の強い時期にはゾテピンの併用をしています。また、この時期に身体症状が著明に認められて抗不安薬と、抑うつ症状が強くなったことから抗うつ剤を投与しています。入院形態では、措置入院で入院して約1カ月で医療保護入院、2カ月少して任意入院に切りかえて、以降、任意入院を継続しています（S9）（S10）。

最初にお断りするべきだったのですが、私はこのアウトラインをご説明するだけで、後の関わりについては多職種チームのメンバーからご説明させていただきます。

## （2）看護師の関わり

**看護師1：**看護の関わりを図で示すとこのような形になります（S11）。祖母を殺害したという事実に対する直面化があり、この直後から特に重点的な観察とケアを行っています。直面化後には、受容と環境調整を看護の観察ポイントとケアとしておこないませんでした。患者の不安感、絶望感、自尊心の低下に関連した訴えについては積極的に傾聴、思いを共感し、現実を受容していけるよう見守りました。患者が気持ちを表現しやすいように面会室を使用するなど環境調整にも配慮しました。疲れている時は無理をしなくてよいこと、今は休養することも必要であると説明しました（S12）。自殺念慮は否定していましたが、日中、夜間も頻回に巡視し、表情の変化、普段と違う言動の有無、睡眠状態などに注意して観察を行いました。患者は、心理的不安が身体愁訴として現れやすい傾向があり、その点にも注意して観察を続けました。主治医と密に情報交換を行うとともに、看護間でも情報共有を徹底し、意思の統一を図りました（S13）。この直面化とほぼ同時期に心理面接を行っており、心理士のことを好きになったと陽性転移があり、その感情への対応も行っています（S14）。

患者の心理士への感情については、健康的で自然な感情として認め、心理面接は継続しました。患者には、社会復帰を目指している者と、それを支援する者の役割の中でやっていくように伝え、心理面接後は特に表情、言動などの変化に注意し、観察を行い、心理士との情報交換を行いました（S15）。

服薬心理教室についてですが、3カ月の点線の矢印（S16）は最初の服薬心理教育を導入しようとした時期なのですが、直面化があったため、時期をずらして6カ月後に行っています。過去に、通院服薬治療を中断し症状が悪化、重大な他害行

為を行っているため、疾病の理解、服薬の必要性、症状に対する対処法を学ぶ目的で服薬心理教育を導入しました。参加した様子ですが、全4回に参加、積極的に発言し、他スタッフや他患者のアドバイスも受け入れられている様子でした（S17）。服薬心理教育への参加により、本人は服薬心理教室参加時期の自分の病気を消耗期と捉え、過去の経験から自覚症状、他覚症状についても受け入れることができるようになったようです。他覚症状については、父親に言われてその時は違うと思っていたが、入院して気が付いたとも言っています（S18）。

現在も続いているつらい症状、過去のつらい症状についても言語化できておりません。対処法については、入院前はどうしたらよいかわからず、父親に暴力をふるうこともあったが、現在は音楽で気分転換したり、スタッフに相談することにしていく、ということでした。現在も続いているつらい症状、過去のつらい症状については、かなり語っています（S19）。

過去に、よくなったと思い服薬を中断し、調子を崩して引きこもったこと、つらさから楽になるため大量服薬したが、変わらなかったことについて言語化しています。現在は適切に服薬していることで症状が安定すると認識しており、服薬の必要性、継続の意思も確認できています。副作用については医師に相談し、薬物調整を行ったことで改善したとも話しています（S20）。

悪化の兆候と再発予防については、悪化の兆候として、あることが頭から離れない場合のことや、気分の波などについても振り返り、早期に医療者に相談する等、再燃しないための対処についても学習しております。

今後の課題は、信頼できる人については「いない」と話していることから、治療の継続、悪化時の早期対応を行う上で、さらに患者、医療者との信頼関係の構築が今後の課題と考えています（S21）。

### （3）心理士の関わり

**心理士1**：心理士としての関わりについてご説明させていただきます。よろしくお願ひします。

入院1カ月目に医師より心理面接の導入について話がありました。事件についての気持ちの整理を心理士としてみることを医師から本人に勧めたところ、本人は「そのことは話したくない」ということでした。しかし、まずは病棟生活のことなどを心理士と話すことについては受け入れたということでした。医師からは、『長い目で見たい社会復帰へ向けた心理面接の開始をお願いしたい。事件についてもいづれ整理して話して行ってほしい』ということでした。また、『現在、明らかな幻聴、妄想はないが、周囲のことに過敏な傾向にあり、その対処法についても対応してほ

しい』ということでした（S 2 2）。

心理面接の中では、3つのこと（S 2 3）を中心に行いました。信頼関係の構築、事件について、認知行動療法的（C B T）アプローチの3つです。まず、信頼関係の構築ということに重点を置きました。日常生活上の困り事に対しては、認知行動療法的関わりを行っています。その後、医師の方から、また本人の希望で、症状に対するC B Tの導入も行いました。この際には、認知行動療法というものとは、ということの説明から入るような形で行いました。

今日は直面化がテーマということですので、事件についてやりとりした部分を中心にお話をさせていただきます。最初に、医師からの導入があり、それで心理面接が開始されました。心理面接は週に1回、約45分で行っております（S 2 4）。最初の面接では、心理士の方からの、医師からどのような説明を受けているかという質問に対して、本人は、「おばあちゃんを殺してしまったことについて気持ちの整理をした方がよいので、話した方がいいと言われてきましたが、話したくないです」ということでした。心理士は、事件についてカルテに書いてある程度は知っているということを伝えました。＜事件のことがあって、病気があって、今回入院することになった。入院中に気持ちを整理する意味でも、その件を話せばよいと思うが、当面は無理にとは言わない。ただ、気持ちの整理のために話すことが必要だということは理解できるか＞という問いかけをしたところ、うなずかれました。＜気持ちとしては話したくないのですね＞と共感したところ、やはりうなずかれました（S 2 5）。そこで、＜その気持ちもよくわかるので、ゆくゆく話してもいいときが来れば少しずつでよいので話してほしい。今は病棟での生活のことや気になることなどを話せばいいと思っている＞と伝えました。初回の心理の面接では、事件について心理士が持っている情報量をまず本人に呈示して、その上で、事件について心理士と患者間でどう取り扱っていくかというものの共感、共有をいたしました（S 2 6）。

最初に信頼関係の構築を目指しましたので、ご本人の趣味である音楽や読書などの話をしていたのですが、やはり音楽の話をしている途中でも、CDをたくさん持っていたのを、昔、妄想で捨ててしまいました、というような話があり、結局は過去の妄想や事件のことを話すことになっていきました。

面接の2回目、3回目あたりに、事件についてご本人から説明がありました。その時は煉獄に迷い込んでいると思っていたから、祖母を殺せば転生できると思っていた。でも転生できなかったから、地獄にいけると思って飛び降りた。つらい毎日が終わらせなかった。その頃は監視されたり、狙われていると思っていたからつらかった。図書館でダンテの「神曲」について読んで、天国や地獄とか煉獄のことを

知った。つらくて嫌だと思った。祖母を殺せば転生できると事件の一、二週間ぐらい前に思い付いて、いざという時にはそうしようと思っていた、ということでした。この時の事実について話す様子は、感情のそれほどこもらない、淡々とした話しぶりでした（S 27）。

妄想については、今は監視されたり、狙われているとは思っていない。E 病院で薬を飲み始めてから消えた。妄想は解消されたと思う。転生したいとは思っていない。自殺する気は今は 100%ないという発言もありました。その一方で、でも、この世界が煉獄じゃないということは証明できない。事件の前に、小学校のときの幼なじみが家の前に来て、何か話していた。E 病院では幻覚だと言われてたけど、あれは幻覚じゃないと思う、というような発言もありました（S 28）。このように、当初、事件の経緯について本人から淡々とした説明がありました。

その次に、心理面接の中で直面化というものがありました（S 29）。心理面接の中で、病名や病気の症状についての知識を確認する会話の中で「僕のは病気の部分と病気でない部分があると思います。怒りっぽかったのは病気の部分。妄想の中でも、病気のものとそうでないものがある。今はこれが現実じゃないと思っているけど、それは病気じゃない部分」というような発言がありました。そしてその後で、「現実じゃないと思っているのは、今が嫌だからです。頭悪いし、引きこもりで、病気もあるし、人殺しだというのが現実だと思いたくないからです」というように語りました。

この面接で、この発言があった後に、いらいらや落ち込みという様子が面接の中で見られ、それは今までの面接では見られなかったものでした。面接が終わる時に、心理士から、＜言うんじゃないかと思っていたことがあるのかな＞と質問したところ「あるけれども、どれかは言いたくないです」ということでした。＜カルテにどんな話をしたかを書くけれども、それは構わないでしょうか＞という質問をしたところ「それはいいです」ということでした（S 30）。

その面接（直面化）の後に、ナースや医師の方から、嘔吐などの身体症状が出ているとの連絡がありました。また、医師との面接で、前回、心理面接で口にした「人殺し」という自分自身の言葉でつらくなると本人から報告があったということです。一週間後の心理面接の時間になっても自室で横になっていました。約束の時間になっても自室にいるということは面接を開始してから初めてでした。その日はご本人はベットに横になったまま少しだけ話しました。現在の本人の状態について、＜快復の過程ですよ＞という医師と同様の説明を行い、次回以降の心理面接について本人に選択してもらったところ、次週の同じ曜日の時間にお願ひします、ということでした。