

- ・自分の考え通そうとして助言が有効に活かされない時がある。その結果、単独で他地域に転居する可能性がある。
- ・従来の DC では家族との関わりをあまり取らないことでメンバーの居場所・リハビリテーションの場としてきたが、家族とも連携を取っていく必要を感じている。
- *入院医療機関と通院医療機関との連携
- *指定通院機関との医療的質の違いとその活用（特に再犯を巡って）
- *入院中に実施した心理プログラムが通院でどのようにフォローアップされるのか。

b) アセスメント

- ・処遇終了時の心理職としての評価
- ・治療終了時のアセスメント、予後の見立て
- *治療効果の判定
- ・評価表の付け方は今後さらに検討の必要がある。
- ・経験不足による判定の不十分さ
- *医療観察法の適用対象者の鑑定（判断）の妥当性
- *退院を控えた対象者に関する説得力のある退院請求の所見が書けるか（数値的な裏付け情報は必要と思うが計画的に実施できていない）
- ・入院医療機関からの情報がどれだけ伝達されるのか。有効な情報収集のあり方。

c) 臨床心理技術者としての業務範囲

- *CPの業務範囲…外出・外泊の付き添いの問題等）
- *CPの役割の明確化とそれを実証するデータの検証

d) 多職種連携

- ・#多職種連携というが、もともとそのような風土が育っていないので、医療観察法関係の対象者だけをそのように処遇することは困難ではないかと心配になる。
- ・MDTの他の職種との認識のズレ（人間の可塑性を考えにくく固定的に見ているスタッフがある）があり、統合的な援助ができなくなる可能性がある。
- *スタッフ間のチームワーク形成と維持
- ・それぞれの職種のスタッフ間が互いに調和して実践していくこと
- ・#スタッフの理解の程度が不明であることからおこる問題
- ・#多職種連携の前例がなかった医療機関の中で実務が始まった時にどうなるのか。
- ・医師は症状コントロール・服薬管理、PSWは地域連携の窓口・経済など実生活上の相談、CPの面接の位置付けはどうなるのか。対象者との治療契約をどう結ぶべきか。面接の終了をどう考えるべきか。
- *プログラムの時間調整

e) スタッフの精神保健

・バーンアウト

*スタッフの力量によってはバーンアウトが生じないか。

*職員のメンタルヘルスの管理

f) 運営

・資金や人材確保の問題

*開棟当初、続々と入院があつて追われるのではないか。

*病床増加後のケースロードの増加

*入院・通院を1名のCPで担当することになっている。現実的に業務が可能なのか。

・現在は6ケース担当、これ以上増えたらどの職種も業務をこなせなくなる

・既存のDCへの参加をすることになるが、専任のスタッフの確保が必要になるのではないか。

・距離的な問題もあり、なかなかDCまで適用できない可能性がある。

*各々のCPが各々の病院で提供できるものが異なること(プログラムの統一などが必要ではないか)

*CPのスキルアップの仕組み作り

2) 「事例検討1：被害妄想・高緊張状態の継続している妄想型統合失調症の事例」

発表者：岩崎真和（国立病院機構 北陸病院）

司会：東海林勝（国立病院機構 下総精神医療センター）

助言者：林直樹（東京都立松沢病院 部長）

石垣琢磨（東京大学大学院総合文化研究科 助教授）

発表者（岩崎）：(事例概要、入院時の心理士の関わり、心理面接経過

(第1期～第2期)について発表)

※具体的な事例内容については、守秘義務の理由により掲載せず

<発表者から提案された検討課題>

対象行為に記憶がないため、心理面接では一貫して妄想に対する現実検討を促す働きかけを行った。医師との面接でも自ずと対象行為に対する振り返りに多くの焦点が当てられた。環境の変化により鋭敏になったり、身体化する傾向があり、被害妄想・関係妄想を発展させる傾向は継続している。その要因として、効果的に患者本人の環境が恐ろしいモノであるという認知に十分に働きかけができていなかったこと、本人を孤独にしていることがあったと思う。医師の行ってきた対象行為振り返りが非常に強い負荷があることが共有

できなかったことが関係している。現在は安定してきてはいるが、これからどのように働きかけたらいいか、対象行為についての振り返りについて臨床心理技術者（以下 CP と表記）との間で充分話し合われている感じがしないので、今後、CP としてどう関わっていくか。アセスメントについて何かヒントがあれば教えて頂きたいと思う。

【質疑応答】

司会（東海林）：発表者からも検討点があげられているが、他に不明な点があれば質問を頂きたい。まず助言者の先生から。

助言者（林）：対象行為に対して振り返りをされていて厳しい状況だったと思うが、チームの中での共有はあったのか。

発表者（岩崎）：2、3日前の記憶がなかったが断片的に思い出す発言はあった。変なモノを食べさせようとして怖かったとか、2階に母親がいてそこから進まないとか、救急車にいたこと等、断片的にでてくるが、思い出す度に調子を崩しているように感じたのでそれをチームで共有していた。

助言者（石垣）：CBT 入門について説明してほしい。

発表者（岩崎）：全部で5回のセッションをした。第1回、第2回目では精神疾患が誰にでも起こるものであり、ストレスがかかると奇妙な体験をしたり、また体験をしやすくなること、精神疾患患者だけでなく誰でも経験しうるものであること説明した。ストレスへの脆弱さが要因として大きいことも説明した。第3回、第4回目では、ではどうしたらそういう脆弱さをもった上でより安定した生活をしていけるかについて説明し、認知と感情、こういう認知をしたら怖いけれども別の見方もできること等について、グループ面接で行って意見をいろいろだしてもらった。

助言者（石垣）：この方の父親はどういう方かわかれば教えてほしい。

発表者（岩崎）：記録をみても書かれていない。家族のことについて、母親と次姉については話しているが、父親のことは話していない。

助言者（林）：母親の精神科通院歴について教えてほしい。私の CBT のイメージとして SST 等があるが、工夫はどうしていたか。セルフエスティームに配慮して介入したか、個人の中と集団の中での違いや工夫について教えてほしい。

発表者（岩崎）：母親の通院に関する記録はない。どんな状態であったかは明らかではない。抑うつになって通院したのではないかと思うがその要因は不明。CBT 入門の中でセルフエスティームに配慮した関わりについては、私はコリーダーとして関わったので、リーダー心理士とは考えが違いかもかもしれないが、私を感じたのは、「こんなことを言ったらおかしいと思われる」、というように思っていることが患者自身のなかであったようだ。しかし、回を重ねるなかで医師にも言えなかったことを言うようになってきた。セルフエスティームを高めるのに、どんな体験をしても、それをここで話しても良いのだ、という働きかけをいった。それが彼が持っていた「自分の症状を口にしたらまずい」、

という不安を軽減していったかと思う。個人の CBT の中ではやはり SST 的な関わりで、まずは練習をしてみた。PSW や弁護士さんとのやりとりについて、実際に練習してみたりしていった。個人 SST のように働きかけていった。

司会（東海林）：ありがとうございました。指定通院医療機関の方には内容として見えにくい点もあるのではないかと思うのでフロアから質問を受けよう思う。

会場（菊池安希子 国立精神・神経センター）：母親との関係を教えてほしい。また、CBT 入門の開発をした立場としては、CBT 入門は疾病教育の後に実施されることを前提に開発したので、疾病教育がどのように行われていたかについて教えてほしい。現段階で本人はどういうところに辛さをもっているか、についても教えてほしい。

発表者（岩崎）：母親と次姉と暮らしているが、母親は自分の意見を持たずに次姉の言うことばかり聞いていると話し、いい感情を持っていない。母親のことを自分の意見がない人と捉えていた。次姉はきつくて細かい人だったと振り返っている。賞味期限の早いものから食べないと怒られる。そのため次姉が来て一緒に食事をするようになってからは、自分で自分の食料を買ってくるようになったらしい。次姉・母対本人、に分かれてしまい、疎外感があつたかと思う。疾病教育については、私としては CBT が疾病教育の後に入るといいと思うが、彼は入院した当初は緊張感が高く、また知的水準の問題もあり、疾病教育を実施した時に理解できなかったのではないかと、そのまま CBT に入ってしまったのではないかと考えられる。症状についても言葉としてはわかるが、彼の実感として理解はできなかったのではないかと思う。今彼が感じている辛さについて私が感じるのは、ひとりぼっちな感じが続いているのではないかと。仲の良かった他患にお金を貸してから以前のような関係ではなくなってしまったこと、(病棟内の)ユニットが変わってからやはりどこか彼の中で疎外感があるように思える。それが一番辛いのではないかと。他患 C さんへの被害妄想も続いており、それも辛いと思う。

司会（東海林）：では検討に入っていきたい。3点検討点がある。1つが妄想・幻聴体験について今後どうしていくことが望ましいか。2つ目は対象行為の振り返りが十分に行えていない実感があるのでそこでの関わり。3つ目はアセスメントについて。まず助言者の先生からコメントを頂きたい。

発表者（岩崎）：私だったらこう関わる、ということでもいいので、よい関わりがあれば教えて頂きたい。

助言者（林）：1つは、アセスメントとしてうつ症状の評価も必要だと思う。パフォーマンスが悪いということで説明できるかもしれないが、うつ状態を評価することで現在の状況を違う評価ができるかもしれないので、追加してみたらどうか。抑うつ的な思考障害が関与している場合もある。だとするとアプローチも変わっていくだろう。対象行為については医療観察法の重要な部分なので、対象行為を理解し究明することは仕事の一部だと思う。しかし、病識がでない人は最後まででないのそこには限界がある。効果のないアプローチを続けるのは無駄ではないかと思う。からめ手でいく方法もあると思う。

精神鑑定をしていますが、対象行為を思い出せる人はほとんどいない。それが精神的な否認か緊迫状況で意識の乖離が起こったのかはわからない。そこを究明するのも仕事だが、究明しきれないことも想定しながらやるものではないかと思う。大規模にアプローチすることは大事だが、その時に一種心臓手術で心臓を止めてアプローチするような緊張感があるのではないかと思うが、その手術はずっとやっちはいられない。いつかは手術を終えないといけないのだから、どういうまとめ方をするかを考えながらやったほうがいい。もちろん最後を考えていると思うが。セルフエスティームの上げ方がいろいろある。ほめてあげる、話を聞いてあげる、将来の見通しがつく、といういろんなことを重ねるしかないと思う。お話を聞いていて、CBT 全盛だなと感じた。昔のいいところも使って行ってほしい。総合力で勝負してほしいと思う。

助言者（石垣）：個人面接の取り組みには感心した。しっかりしすぎている印象を受ける。私が医師として外来面接でこれまでおこなってきたものと司法病棟は違うとは思いますが、ちょっと遊びがないように感じた。ユーモア、ということもあるが、妄想に直面化させていて、それはこの人にとってどうなのか？と感じた。この人は対人不安が非常に強い、不安感が発達の的に形成されてきている、男性に対して受け入れられない感情を持つタイプではないか。疎外感が強く不安になる思考を検討する必要がある。半知り状況が不安が高くなるという、日本人タイプのメカニズムももっている。この患者にとって安心できる環境は何かをよく検討することではないかと思う。その環境を共に作っていくこと。安心できないと異常な体験も語れないので、安心できる入院環境づくりが実は CBT なのではないかと思う。不安が取り除かれた段階で初めて納得できる回答ができるのではないかと思う。アセスメントは不安の問題と自分でモニターできる作業を共有することも可能だと思うので、からめ手からやる、外堀から埋めていけばどうか、という印象を受けた。

3) 「事例検討 2：疾病と他害行為に対する認識に関する事例報告」

発表者：山村 卓（国立病院機構 花巻病院）

司 会：山本哲裕（国立病院機構 東尾張病院）

助言者：林 直樹（東京都立松沢病院 部長）

石垣琢磨（東京大学大学院総合文化研究科 助教授）

発表者（山村）：（生活歴・現病歴、治療過程、面接の過程を発表）

※具体的な事例内容については、守秘義務の理由により掲載せず

【質疑応答】

発表者（山村）：他の指定入院医療施設では対象行為の内省にどのようにアプローチしているかお聞きしたい。

司会（山本）：ではまずは助言者の先生から。

助言者（林）：納得できる妥当な内容だった。発表事例にこの人を選んだ理由、思い入れがあるのであれば教えてほしい。

発表者（山村）：この事例に関して、医師だけでなく他の職種も関わっていく必要がある、ということで CP が関わった中で一番きつかったケースだった。生々しく体験を語られ、印象に残っている事例であり、まだ心理面からの援助介入を今後、更に深めていけるのではないかと思っているので、今回取り上げた。

助言者（石垣）：妄想幻聴体験についてそれを受けとめる体制があったのだと思うが、非常に直面化が続いて辛そうだが、それへのサポートはどうか。

発表者（山村）：担当ナースが必ず面接に入る形にした。主に話しをするのは対象者と私だがその後のフォローをナースにお願いした。担当ナースが面接からの情報を持っているので、夜勤への引き継ぎ等がスムーズに行われる利点もあり、ナースを入れていった。今は担当 OT が事件を取り上げているので、私がフォローを行う形にしている。

司会（山本）：ではフロアから質問があればお受けしたい。

会場（葉柴陽子 久里浜アルコール症センター）：対象行為について語っている話で非常に勉強になった。こんな生々しく事件について語る人はほとんどいないし、私に構えがあるのかもしれないが、今後のことが中心になっていると感じる。どう介入していった、このように話して貰えたのか。刺したほうも辛い体験なので、先生に聞いて貰ったことによる良い点があれば教えてほしい。

発表者（山村）：対象行為の振り返りの必要性は、将来のためでもあるし、何故やったのかを知らないと未来にまたやってしまうかもしれないので、未来に向けて話してきたつもりではある。当初はこの方も体験を話せなかった。ではゆっくり振り返っていき、というアプローチからたどり着けたのかと思う。生々しいことを取り扱うことがどうなのか？という懸念が自分にはある。希望としては事実ありのままを知らされても貴方と一緒に歩んでいく、という姿勢は伝えたいと意識してきた。OTに再度話すことによってより明確にはなっているようだ。しかし、自分でもわからないところだ。

会場（川上英輔 赤穂仁泉病院）：対象行為への嫌悪感情をだしているように思うが、地域にでた時に受けとめたことがどう影響していくのか。どう考えているかお聞きしたい。

発表者（山村）：恐怖を感じたことに対する感情ですか？

会場（川上）：地域に戻って歯止めになる、あるいは、PTSD 等で生活を乱す可能性もあるので、受けとめ方は難しいと思ったのです。

発表者（山村）：疾病になってしまったのは怖いけれども、疾患が怖いという認識を持って欲しいという意図はあった。しかし、ただ怖いだけでは圧倒されてしまって辛いので、恐怖は感じるがコントロールできるんだと考えて欲しい。対処もできるんだと伝えました。PTSD については、この方も事件のことを思い出すという訴えがあった。1日2回ほど、刺した時のことが浮かぶというが、最近はないとのこと。薬物療法やアプローチの効果かなと思うが、今後も支障になるので気をつけていきたい。

司会（山本）：内省の難しさについて、助言者の先生にお話しを頂ければと思う。

助言者（林）：標準的なケースではないかと思う。これが標準的であって、医療観察法が力を発揮できるケースだと思う。非常に真面目で正攻法だ。私はちょっと遊び的なことが大事かなと思う。疾病は受容していても病識があまりないようなので、贖罪のために薬を飲むということで退院してもいいのではないかと。患者が選ぶ道をサポートするという形があってもいいのではないかと思う。

このようなケースではなくて、全然治らない人がでてきた時に裁判官をどう説得するかだと思う。

助言者（石垣）：標準だと思うが、このスタンダードを作るのが大変なので、足場を固めていってほしい。私はこの人の家族に感心した。外泊してきて特に責めることもせず一緒に謝りに行くと言ったり、姉が代弁したり、いい素質のある家族であれば今後退院に向けて有効なサポートができるので、安定した生活が送れるのではないかと思う。アセスメントとして、自分でアセスメントする、ということもやってほしい。

発表者（山村）：アセスメントは面接の中で行っている。

助言者（石垣）：CBTを基本に考えると共通データを媒介にして関係を作るところがあるので、客観的な評価、自覚的な評価を媒介にしていく。CBT的にやれ、ということではないですが。私は非常に単純なところから初めてチェックリストをつくったり、日常生活の記録をつけたり、日記は必ず書かせる。こちらが内容を与えて行動記録から書いていって、段々それを構造化して行って感情部分を入れていき評価していく。

司会（山本）：他の病院でのやり方等、フロアからどうぞ。

会場（壁屋康洋 肥前精神医療センター）：うちはCPが最初からやっている。印象的だったのは途中で外泊していること。この人の内省は感情が伴わなかったのが、母親との関わりのなかで変化したのではないかと思った。

発表者（山村）：確かに母親に生じたライフイベントを契機に、面接での様子が変わったという印象は持っている。内省が進む転機になったと思う。外泊は特別な事態だということとでその際に行った。

会場（古村 健 東尾張病院）：病気から扱っていくのが基本。注意サイン、不安や不眠をチェックしていく面接を継続している。その中で本人が語っていく。チームとしては共有しているが個別の面接では受け止めていく形で行っている。

4) Short Lecture 1 (資料1参照)

石垣 琢磨(東京大学大学院 総合文化研究科 助教授)

「総合失調症と不安—社会不安との関連を中心に—」

石垣<発表資料補足>：統合失調症と不安に関する研究はまだ少ない。池淵先生の認知行動療法の主な標的を参照していく。いろんな不安の要素はあるが、それ以前に対人不安

を抱えているので、セルフマネジメントを獲得していかなければならないだろう。自分でコントロールできないことによる不安があることを理解して頂きたい。CBTの主な標的となり持続症状として、幻覚、妄想、不安、抑うつが挙げられているが、それぞれに不安が関連している。特に陽性症状を表す要因として感情が多分に含まれている。気分の問題を扱うことが重要である。抑うつや不安だけでなく、精神病の非精神病性症状についてもアメリカでは研究が進んでいる。他の症状を増進させたり維持させる要因としてクローズアップされてきている。論文数は少ないがその中で最も合併率が高いのはOCDとパニック障害であるとされている。これは皆様も経験上納得できることかと思う。不安症状は中高年の患者さんのQOLに影響を与えている。不安によって活動がうまくできない、というものの実体験として理解頂けると思う。また、社会不安症状を持っている場合、疾患名によって社会からの隔絶を感じている場合が多いとしている。

これに関連し、精神疾患関連スティグマについてまとめてみたが、このような他者との関係や自己意識が破局的な自己信念に繋がっている（資料1参照）。自分を恥に思うスティグマの問題が強く関連してくることが理解できるかと思う。

また別のスタンスから考えると、POOR MeとBad Me、がある（資料1参照）。研究では、精神病の初期段階ではBMは少なく、経過とともにBMが生じるのではないかとしている。また、PMとBMは入れ替わるものであるとしている。BMは抑うつに関連し、失敗体験が多く、それを強く意識する状態である。PMはコントロール喪失体験が非常に多い。

私達も一人の患者をみる時に妄想内容が移ろう可能性があること、その時々で抑うつ不安がいろんな形で出現すること、それに応じたサポートをしていかなければいけないということだと思ふ。スティグマの認知が影響を与えていることから、本人に対する認知教育や家族に対する心理教育の必要性があることが言われていることである。社会関係の喪失や自己低下意識が幻聴に関係していることが陽性症状の持続に繋がっているということだと思われる。自身のスティグマ認知が低いほど幻覚妄想が高くなる。陰性症状とは相関がないという結果になっているが、この研究の弱点として継続が難しいことから主治医の判断に頼っているため、明確なことはいいづらいが、家族のスティグマ認知が大きな影響があることが示されている。セルフコントロール観も家族スティグマの高さが影響している。これは不安だけに焦点をあてているものであるが、仮説としての家族関係の悪循環をどこかで断たなければならない。これを維持させている気分の問題を改善していかないと難しいのではないかと思う。心理の先生にお願いしたいのは、自信に乏しい自己像が形成されてしまっている人に、その過程を共有し、発達上の問題をスタッフとして理解し、これをよりポジティブな方向にもっていけるようなアプローチをして頂きたい。それができるのは心理職の先生方ではないかと思っている。こうした部分については理解しやすいであろうし、是非忘れずにアプローチをしていただきたい。

5) Short Lecture 2 (資料2参照)

林 直樹 (都立松沢病院精神科 部長)

「総合失調症患者の“病識”獲得援助について」

林 (発表資料補足) : 統合失調症患者の「病識」は非常に重要な概念であると思う。最近、病識が重視されすぎていると感じているので、こういう考え方もあるのだ、ということ聞いて頂きたい。病識の欠如は陽性症状に数えられることもあるし、陰性症状ではないか、という意見もある。病識をどう位置づけるかは複雑な認識の結果だと思う。躁状態の時は相関するが統合失調症の方はそうではない。しかし臨床では治療者との指標となる重要なものである。スティグマを強める副作用があるので、自殺に追いやってしまう可能性もあるので、病識のマイナス面もあることを認識しておいてほしい。「病識」はヤスパースの定義をまとめたものを資料としたが (資料2参照)、病識はおしつけがましいと感じている。私達臨床に関わる者として概念を持っているが患者さんの疾病認識も大事にするべきだと思う。病識は、私達専門家の概念を受け入れてくれた人に OK だとする考え方である。社会ではトンチンカンでも生きていっていいのではないか、そのあたり、裁判官をどう説得するかが問題ではあるが。

病識はダイナミックな過程である。リハビリテーションの中で社会適応させていくが、どのように病識を変化させていくか、自己同一性のなかに統合していくかが臨床の仕事だと思っている。ただ病識獲得と言ってしまうが、非常に複雑なプロセスの積み重ねが必要である。

私はアンチテーゼとして「患者役割受容スケール」をつくってみた (資料2参照)。病識がなくても通院してくる患者はいるのだから、病識が不十分であれば治療関係を強めればいい、患者の満足度をふやせばいい、という考え方である。

病識以外にも攻め手はある。様々な研究があるが、病識がない患者はずっと病識がない、というケースもあるという。病識に対する CBT についても論文があるが、ケントのものが非常にいい成績をだしている。しかし、再入院率や実際に QOL があがった、という検証はない。石垣先生を前になんだが、CBT も限界があるかもしれない。精神科医療の歴史でもあるが、限界がみえてくるものである。私達は現場に根付いて、試行錯誤しながら、勉強しながら総力戦でやっていくのがいいのではないかとと思う。

【質疑応答】

司会 (齋藤) : たくさんの示唆を頂いた。質問をどうぞ。

会場 (菊池安希子 国立精神・神経センター) : 石垣先生のご研究の中で教えて頂きたい。

家族のスティグマが高いとどんな違いがでてくるのか。

講演者 (石垣) : 非常にアンビバレントになっている。抱え込みつつ攻撃する。EE と似たものがあるという印象を持っているが実証はされていない。

会場（菊池）：医療者側の意識のバッティングについては、病が治るモデルを患者さん自身は持っている、と私は現場を通じて思っている。

D. 総括

アンケート調査と研究会（事例検討とショートレクチャー）を通じて、司法精神医療に従事している CP が直面している業務上の問題の把握を試みた。その結果、前述の多様な指摘を集めることができた。これらを吟味して今後、できるだけ早い時期に少しでも安定した多機能包括的援助システムに展開するために若干の考察を試みたい。

1) 課題の整理

まず列挙した実態や懸念から周縁的あるいは付随的な内容を整理して中心的と思われる点を簡単に要約すると以下の点が挙げられる。

a) 体制の成熟にかかわる課題と CP のあり方

すべての過程に共通する支持的精神療法について多職種間での共有
職種間葛藤（個別の心理的介入は他の職種で用が足りていると見なされ深まらない、
心的成熟を軸に対応していると現実適応に向ける面が甘いと見られる）
バックグラウンドが異なる他職種に情報を伝えることの難しさ
（MDT での認識のずれ＝人間の加塑性を考えにくく固定的になりやすいスタッフ
の存在）
情報の扱いの違いからおこる共有化の限界
外出時付き添いを求められることの是非
病院自体が MDT の経験がない

b) 通院段階での役割が不明確と感じていることについての調整

居住地との距離があった DC 通所が困難なケース、対象行為についての通院段階での扱い

c) 入院医療と通院医療との連携にかかわる CP の役割と方法

入院・通院の連続性（県外からの入院者に関する配慮と限界、プログラム連続性）

d) その他（業務上の悩みの共有、個別面接の時間を取りにくくなっていること、CP の位置付けに慣れていない医療機関、など）

これらの課題を打開の糸口を見いだすに当たって、司法精神医療にかかわる CP の背景にある事情を仮説的に考察してみることが意味を持つのではないと思われる。

第一には実務者の多くが 20 歳台後半から 30 歳台であり、若く意欲的である反面、学生時代に学んだ臨床実践の枠組みに忠実であろうとすることと医療観察法に基づく医療が志向しようとする実践体系での業務の枠組みとの折り合いに悩み、時には正当な実務の機能

が果たせていないのではないかと不安になったりしている様子が散見される回答が認められた。一方では「重大な他害行為を行った精神障害」という対象者の負うリスクと真剣に対峙しつつ、同時に一人の独立した人格のなかでの健全な側面を見失わないようにいつも配慮しようとする人権をめぐる感覚から、実践上の機転が働かずに悩む姿が見えてくる。また、この機会を踏まえて司法精神医療に限らず、精神科医療全般における良質な心理職の業務を探ろうとする意気込みが感じられた。多職種が持つそれぞれの学問背景、職能、経験、などを包括的視野の中でどのように役立てていくか、意識の向け方、機能の仕方、などについて、同職種の先輩に当たるスタッフが近くにいらないために日常的な助言を得にくいことも背景要因の一つになっている。多様な研修機会の提供を望む声となっていた。

第2に実務者は全国各地に散らばっており、通院医療機関である民間病院では一人勤務である場合もある。しかも<心身喪失等の状態>、<重大な他害行為>、<内省>、などのキーワードに特徴付けられる業務内容を共有してくれる地域の CP 仲間も乏しい状態に置かれている孤立感が少なくない。熱意だけでは良質な実践につながらない点についての配慮が求められる。今回実施した研究会における事例検討を通じて、自らの取組を見直し多くの示唆を得ることができた。また林・石垣両先生のショートレクチャーは、実務に臨む基本的な姿勢を中心に具体的な刺激となったことを鑑みても実務者向けの研修機会を積み重ねていくことが職能水準の向上とシステムの熟成とのいずれについても不可欠な要件であると考えられる。

それらの点を前提に、CP 自身が研修課題と方法の工夫を提起している。要約すると次のような点が挙げられる。

<継続的人材養成・援助の目的と方法>

a) インターネットによる情報の伝達を合理的に活用する方法を検討

個人情報流出を防ぐためには次の点に限定した情報提供

- ①業務の理論的根拠の一般論的情報
- ②法制度上の情報（変更を含む）や解釈
- ③司法精神医療全般に関連するホームページがあればそれらとのリンクも
生かした合理的な情報共有のシステムになると尚よいという意見

b) 個別のスーパービジョン…心理検査所見の検討過程や治療過程における迷い疑問について、気軽に相談できる窓口が欲しいという希望にどのような方法で対応したらよいかが課題

c) 研 修

目的：技法の平準化と深化を目的

①心理検査の選択と活用（治療過程はもとより精神鑑定における心理査定）

- ・ 心理アセスメントについての公共性・普遍性のあるガイドラインの必要性
- ・ アセスメントのスキルアップ

病識評価のスキルアップ、軽度発達障害・広汎性発達障害等の見極め

- ・鑑定での役割と報告の書き方および治療過程での活用
テストバッテリー、実施時の留意点、検査所見の様式・内容、
判定の妥当性、説得力のある所見
結果についての報告の活用についての標準的なシステム

②行動の評定の標準化（病識尺度等）

- ・初期情報→レポート・アセスメント機能＝面接内容のマニュアル化

③心理療法（精神療法）の技法・プログラム上の課題（技法の習熟・研究）

- ・成功した事例を基したトレーニングの機会
- ・個別性の尊重とマニュアルの活用（個別面接の意味付けが困難になっている）
- ・治療意欲の無い対象者への動機付け
- ・症状への対処（幻覚・妄想についての CBT 的介入方法）
- ・内省に関する介入、知的レベルと内省、対象行為に関連のある妄想
- ・怒りのコントロール・衝動性へのアプローチ
- ・物質使用障害を併発している対象者への留意事項と介入法）
- ・集団精神療法の活用をしたいが同質者グループを作りにくい
(集団力動についての考え方)
- ・家庭サポートと心理教育（被害者支援を含む）
- ・再発・再燃をめぐる課題

精神科医療において、CP にどのような職能を期待されているか、いまさら言うまでもない。しかし心理アセスメント、精神療法という定型的とも呼べる業務の実践は素より、多職種の実践の陰に埋もれやすい部分について感知してつなぎを果たしていくようなセンサ一的職能でもある点を強調しておきたい。言うなれば保健・医療・福祉の潤滑油的な機能を視野にいれた実践に近づく CP となることが心理学に基づく職能の完成でもあるという観点に立って実践—学習・訓練—研究—実践の循環をいかに合理的に進めていけるかの保障が求められる実態であることが確認されたといえる。これは他の職種についても共通する部分があり、協同して方法を確立していく部分と CP 独自の方法を検討する部分とがあるであろう。今後、関係する医療機関は増える一方であり、医療システムの検討と同じぐらいの比重で人材の継続研修システムをどのように充実するか、緊急の課題であることを CP の業務の検討結果から発信できると考えられる。さらに司法精神医療において確認される実践の成果は、精神障害者が重大な他害行為を起こさないための予防システムを一般精神科医療に提案していく基礎に通じる点を鑑みても、若い CP たちが大きな自負心を持って日々の実践に取り組んでいける環境を整備したい。

資料1. 統合失調症と不安 (power point 資料)

資料2. 統合失調症患者の「病識」獲得援助について (power point 資料)

おわりにこの研究を進めるにあたって下記の方々のお力添えがあったことを報告し、感謝申し上げます。

都立松沢病院部長 林 直樹

東京大学大学院総合文化研究科助教授 石垣 琢磨

国立精神・神経研究所精神保健研究所司法精神医学研究部室長 菊地 安希子

国立精神・神経研究所精神保健研究所司法精神医学研究部 下津 咲絵

日本病院地域精神医学会事務局 宇田川恵美子

医療法人高仁会戸田病院 田名網 純江

齋藤 慶子

医療観察法研修会(2007年1月13日)
ショートレクチャー

統合失調症と不安 —社会不安との関連を中心に—

東京大学大学院総合文化研究科
石垣琢磨

統合失調症の包括的治療の観点からみた認知行動療法の主な標的(池淵, 2002)

- ストレスの緩衝剤となる温か安定した人間関係をもつスキル
- 当面のストレス状況に対処するためのスキル(苦手な状況避けるなど)
- 精神疾患のセルフ・マネージメント(服薬自己管理など)
- 持続する症状への対処方法
- 当事者を取り巻く環境や環境との相互作用への介入
- 認知プロセス(認知機能)の改善

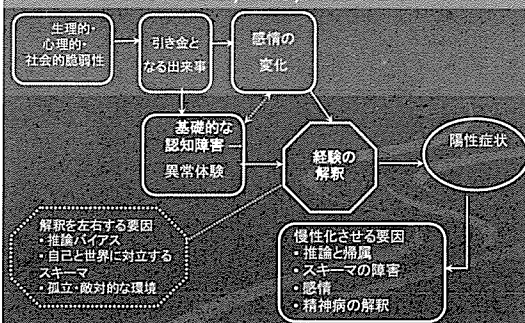
不安との関連

- 温か安定した人間関係 ⇒ 対人不安
- 当面のストレス状況や環境 ⇒ 不安喚起
- セルフ・マネージメント ⇒ 自信のなさ
- 持続する症状 ⇒ 不安症状を含む

CBTの主な標的となる持続症状

- 幻覚
- 妄想
- 不安
- 抑うつ

陽性症状の認知モデル Garety et al., 2001



統合失調症と不安

- Braga, Petrides & Figueira (2004)
"Anxiety disorder in schizophrenia"
Comprehensive Psychiatry 45
15の論文をレビュー(1966~2003年)
最も合併率が高いのはOCDとパニック障害

統合失調症と不安

- Wetherell et al. (2003)
"Anxiety symptoms and QOL in middle-aged and older outpatients with schizophrenia and schizoaffective disorder"
Journal of Clinical Psychiatry 64
不安症状は中高年の患者のQOLに影響を与え、それは抑うつ症状よりも説明率が高い。

統合失調症と不安

- Huppert & Smith (2005)
"Anxiety and schizophrenia: the interaction of subtypes of anxiety and psychotic symptoms"
CNS Spectrum 10
32名の参加者のうち62%が不安障害を合併。
OCDと社会不安の症状は陽性症状、奇異な行為、QOLと関連があった。
パニックと社会不安は「疑惑/パラノイア」と関連があった。

統合失調症と不安

- Lysaker & Hammersley (2006)
 "Association of delusion and lack of cognitive flexibility with social anxiety in schizophrenia spectrum disorders"
 Schizophrenia Research 86
 「思考の柔軟性欠如」と「妄想」の両方を持つ患者群は社会不安が強く、対人関係が希薄

統合失調症と不安

- Birchwood, Trower, Brunet, Gilbert, Iqbal, & Jackson (2006)
 "Social anxiety and the shame of psychosis: A study in first episode psychosis"
 Behavior Research and Therapy
 社会不安症状を持つ患者群は自分の診断名を恥と感じやすく、疾患名によって社会から隔離させられたと感じやすい

"Poor Me" and "Bad Me"

- Trower & Chadwick (1995) が提唱
 Poor Me (PM) = 被害型パラノイア
 Bad Me (BM) = 罰型パラノイア
 Chadwick et al. (2005)
 BMIは低自尊感情、低自己評価(他者への評価は高い)、高抑うつ、高不安

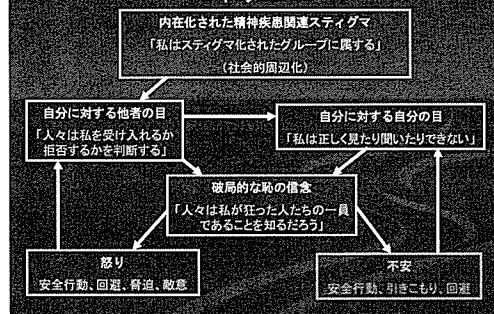
"Poor Me" and "Bad Me"

- Fornells-Ambrojo & Garety (2005)
 精神病の早期段階ではBMIは少ない。経過とともにスティグマ認知と抑うつが影響しBMIが生じるのではないかと
- Melo, Taylor, & Bentall (2006)
 ・同一対象内でPMとBMIは入れ替わる(相の変化)
 ・BMIは抑うつと強く関連し、失敗体験が多い
 ・PMはASQのself-serving biasが高く、信頼できるケアを受けていないと主張する。また、コントロール喪失体験が多い

スティグマ認知

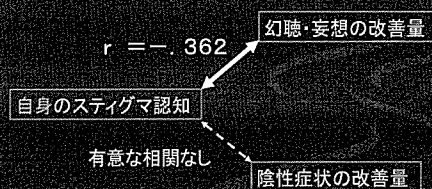
- Ertugrul (2004)
 当事者が周囲の差別・偏見に接触する体験と精神症状の強さとの間に相関がある
- Birchwood et al. (2004)
 幻聴の内容と当事者が置かれた社会階層との間に相関がある
 ⇒ Stigma processing model of social anxiety in psychosis ^

Stigma processing model of social anxiety in psychosis

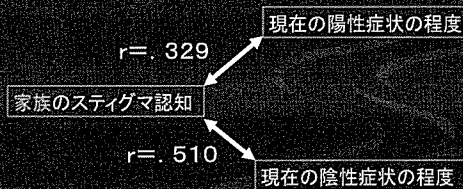


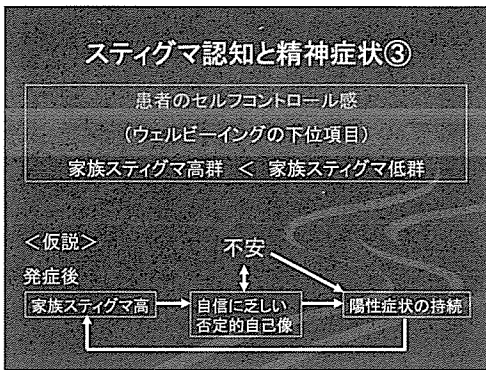
スティグマ認知と精神症状①

- 山本・佐々木・石垣・下津・猪股(2006)



スティグマ認知と精神症状②





まとめ (介入の留意点)

- 統合失調症患者の不安症状に注目
- 「日本的な不安」についての検討をすべき
⇒ 特に対人不安(社会不安)について
- 患者の不安はスティグマ認知とも関連する
⇒ 心理教育の重要性
- 家族や関係者のスティグマ認知のほうが相対的に重要かもしれない
⇒ 家族へのアプローチの重要性

統合失調症患者の「病識」獲得援助について

心身喪失者等医療観察法による医療に
従事する臨床心理技術者の研究会
2007.1.13
林 直樹 都立松沢病院精神科

「病識」の臨床的重要性

- (1)「病識欠如」が統合失調症に特徴的な症状だと捉えられてきたこと。
- (2)統合失調症の思考障害、認知障害にゆえに疾患概念が障害される。「病識欠如」は一種の陽性症状との見解。
- (3)「病識」が治療の進展、治療者側との協力(e.g. 服薬コンプライアンス)の指標になりうること。
- (4)「病識」の社会心理学的側面
 - a. 社会の偏見、スティグマを自覚する。
 - b. 病識を得ることは、自己概念の深刻な危機。これゆえに病識を得ることに対して、自己防衛が作用するのは当然(土居、西園)。

「病識」の定義

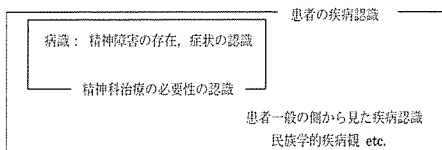
- Jaspers: 病識とは「人が自己の体験に対し、観察し判断しながら立ち向かう」ことを疾病意識とし、そのうち「正しい構えの理想的なもの」である。
統合失調症患者には真の病識がない(病識欠如)というテーゼ。
- IPSS: the patient capacity to acknowledge some awareness of having an emotional illness.
- 梶谷, Schulte: 病識は「自発的な反省的構え」であり、「部分的病識」もしくは「疾病意識」は多くの統合失調症患者に生じうる。

「病識」の構成要素

- Lin(1979): (1)治療(入院)の必要性, (2)服薬の必要性を認めるかどうか?
- McEvoy(1981): 11項目の質問表 (1)入院の必要性を認めるか, (2)疾患が現在も活動性であるか, (3)服薬の必要性があるか。
- Greenfeld(1989): 病識の構成要素: (1)症状の主観的評価, (2)疾患(illness)の主観的評価, (3)疾患の原因についての見解, (4)治療についての見解, (5)再発とその予防についての見解
- David(1990): (1)精神障害の認識, (2)症状の自覚, (3)治療コンプライアンス

患者の疾病認識と病識

図. 病識と患者の疾病認識の関係



「病識」形成はダイナミックな過程

(林 2001)

「病識」形成のプロセス

病的過程	治療の過程	病識形成の過程
病初期		初期の病感、病識
精神病的過程による自我機能、自己概念の崩壊	抗精神病薬による治療、心理的サポート、治療教育	病感、精神症状の自覚
自己概念の傷つき	心理社会的サポート、教育、リハビリ	疾病否認から病識形成へ
stigmaの認識、疾病否認		障害受容へ
上記の諸要因の残存	心理社会的サポート、リハビリ、社会参加	障害を自己同一性に統合

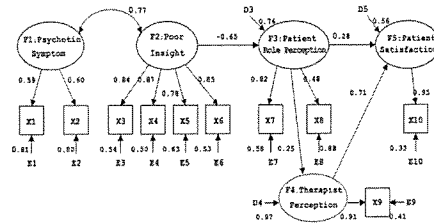
患者役割受容スケール

(Hayashi et al. 1999)

- 25項目の質問から構成されている(1)治療の必要性の認識と(2)治療環境の受容の二つの下位尺度。
- この評価は、SUMDの全般的項目尺度などによる病識評価との間に中等度の相関があるけれども、病識とは独立に入院を繰り返す患者とそうでない患者を弁別できる要因である。

病識と患者役割受容, 治療関係

(Hayashi et al. 2002)



病に対する構えへの働きかけ

(Hayashi et al. 2001)

- 対象は、新入院男性統合失調症患者
- 介入群と対照群に25例づつの無作為割付
- 介入群には毎週1回計10回の面接による働きかけ。対照群には、計2回の概要を説明する面接。
- 評価は、PANSS, 協力的治療関係尺度, 患者役割受容尺度, モーズレー人格評価尺度

患者役割受容や治療者イメージの変化の要因の分析 ステップワイズ法回帰分析

	Beta	Multiple R
患者役割受容の変化		
信頼できる治療者イメージ尺度	.392a	.313
面接	.308b	.428
PANSS陰性症状	-.284b	.512

患者役割受容や治療者イメージの変化の要因の分析 ステップワイズ法回帰分析

	Beta	Multiple R
治療の必要性の認識の変化		
面接	.316b	.280
信頼できる治療者イメージ尺度	.275b	.391
治療状況の受容の変化		
神経質傾向 (MPI)	.290b	.290
信頼できる治療者イメージ尺度		
神経質傾向 (MPI)	.361a	.361

研究の結果

- 治療の必要性の認識に面接の効果が認められた。
- 患者役割受容の向上の要因として、治療面接の他に協力的な治療関係であること、陰性症状が少ないことが見出された。

A. 研究目的

本研究班の目的は、山積する刑事責任能力に関する問題の解決にむけた一助とすべく、精神鑑定の標準化を目的とする鑑定書作成の手引きを完成することである。この手引きにそって鑑定作業をすすめることで、熟練していない精神科医であっても、一定水準以上の鑑定書を作成できる、といったものになることを目指す。

B. 研究方法

本年度は、「責任能力鑑定における精神医学的評価に関する研究」（平成 14、15 年度（分担研究者：森山公夫）平成 16、17 年度（分担研究者：樋口輝彦）の成果を含むこれまでの当該領域の研究報告などを参照したうえで、研究班員による討議を重ね、刑事精神鑑定の質の均一化を図るべく、その方策を検討した。そして、とくに上記の平成 17 年度研究の成果であった「刑事責任能力に関する精神鑑定書作成の手引き」をたたき台として、さらに改定を加え、平成 18 年度版を策定した。

C. 研究結果

平成 17 年度版の手引きに対する意見として、より簡潔で簡易鑑定に特化した書式を望む声が多かった。このことから今年度は簡易鑑定用の書式を手引きとして紹介することにした。また、米国精神医学と法学会の鑑定ガイドラインの翻訳を行い（G. 研究発表参照）、これを参考にした。さらに討議では、東京地方裁判所裁判官に協力を依頼して、法的な議論にも耐えうるような書式を目指すことにした。

研究結果として、上記の手続きにより作

成した手引きを本報告書末尾に添付資料として示す。

D. 考 察

今年度の手引きでは、簡易鑑定用書式を作成した。書式としてはより簡易なものになったが、手引きを作る過程で、各研究協力者が記入例の作成をおこなったところ、担当者の多くが、今回の簡易版の作成で、むしろ要点をしばりこむことで理解のしやすい書式になったという印象を持った。

また、平成 17 年度の手引きをホームページ上で公開したことから、広くこの研究成果が認知されつつあり、次年度以降はさらに広く研究協力体制を構築できる見込みである。

E. 結 論

平成 18 年度版もひきつづき暫定的な“案”というべき段階にあるものであるが、さらに各方面からのフィードバックを重ねて改訂をおこない、より充実したものにすする予定である。

また、裁判所との協力体制を構築するなかで、平成 21 年までに開始される裁判員制度を見据えた鑑定のありかたについても、次年度以降は研究課題のひとつとしてとりあげていくことが確定した。この点でも、よりひろい関係機関との協力体制を構築する予定である。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1) 安藤久美子、岡田幸之、小泉義紀：諸外

- 国における刑事精神鑑定—カナダ—司法システムと精神鑑定. 司法精神医学 2. 刑事事件と精神鑑定 (総編集: 松下正明、編集: 山内俊雄・山上皓・中谷陽二). P283-290. 中山書店. 東京. 2006
- 2) 松本俊彦: 嗜癖の攻撃性と衝動性. 精神科治療学 21: 953-960, 2006
 - 3) Matsumoto T, Okada T: Designer drugs as a cause of homicide. *Addiction* 101: 1666-1667, 2006
 - 4) 松本俊彦、小林桜児: 薬物関連障害と犯罪. 司法精神医学 第3巻 犯罪と犯罪者の精神医学 (総編集: 松下正明、編集: 山内俊雄・山上皓・中谷陽二), pp217-231, 中山書店. 東京. 2006
 - 5) 岡田幸之: 刑事精神鑑定—医療観察法施行後の変化. *こころの科学* 132:42-46, 2007
 - 6) 岡田幸之: 犯罪行動の類型的考察—主要刑法犯 (殺人・強盗・放火). 司法精神医学 3. 犯罪と犯罪者の精神医学 (総編集: 松下正明、編集: 山内俊雄・山上皓・中谷陽二). P46-55. 中山書店. 東京. 2006
 - 7) 岡田幸之、安藤久美子: 諸外国における刑事精神鑑定—アメリカ—訴訟能力の判定. 司法精神医学 2. 刑事事件と精神鑑定 (総編集: 松下正明、編集: 山内俊雄・山上皓・中谷陽二). P271-276. 中山書店. 東京. 2006
 - 8) 岡田幸之、松本俊彦、樽矢敏広、吉澤雅弘、高木希奈、野田隆政、安藤久美子: 米国の刑事責任能力鑑定—「米国精神医学と法学会 心神喪失抗弁を申し立てた被告人の精神鑑定実務ガイドライン」の紹介 (その1). *犯罪学雑誌* 72(6): 177-188, 2006.
 - 9) 岡田幸之、吉澤雅弘、高木希奈、野田隆政、安藤久美子、松本俊彦、樽矢敏広: 米国の刑事責任能力鑑定—「米国精神医学と法学会 心神喪失抗弁を申し立てた被告人の精神鑑定実務ガイドライン」の紹介 (その2). *犯罪学雑誌* 73(1): 15-26, 2007.
 - 10) 岡田幸之、野田隆政、安藤久美子、松本俊彦、樽矢敏広、吉澤雅弘、高木希奈: 米国の刑事責任能力鑑定—「米国精神医学と法学会 心神喪失抗弁を申し立てた被告人の精神鑑定実務ガイドライン」の紹介 (その3). *犯罪学雑誌* 73(2), 2007. (印刷中)
 - 11) 岡田幸之、安藤久美子、松本俊彦、樽矢敏広、吉澤雅弘、高木希奈、野田隆政: 米国の刑事責任能力鑑定—「米国精神医学と法学会 心神喪失抗弁を申し立てた被告人の精神鑑定実務ガイドライン」の紹介 (その4). *犯罪学雑誌* 73(3), 2007. (印刷中)
- H. 知的財産権の出願・登録状況
なし