

自体が目標になる恐れがある。われわれの関係が何のためにあるかを明確にする。

尊敬する神田橋先生から、「先生、私の心のオアシスになってください」と言う患者に、「ここがオアシスになると、周りが砂漠になっちゃうから」と答えた、という話を聞いた。いい言葉だと思い、自分も使ってみたら「そうです、だからこそ、ここをオアシスにしたいんです!」と患者が言い、どうしてよいか困った。借物の言葉は使ってはいけない。

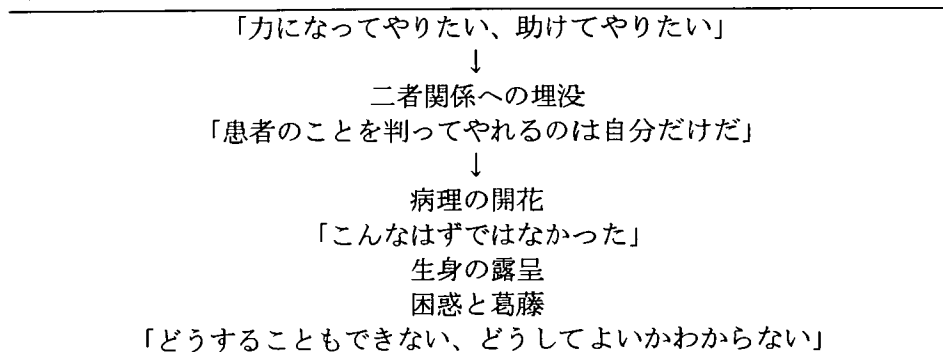
- ⑤ 保健所の例。「ボーダーラインの人がしょっちゅう来て困る」という職員の訴えがあった。話を訊くと、“無構造”にしていた。するとどんどん退行していくので良くない。(BPD に対しては) どういう構造で、自分(患者)にどういう役割が期待されているか、を鮮明にしておくことが大事である。先ほどの事例は、患者の役割が鮮明で、退行防止に機能している。治療構造を設定し、維持することが原則である。変更する場合はその意味を患者に伝え、患者の反応を評価する。構造を守ることは治療者を保護するためにも重要である。

以上、時間の許す限り、お話をしてきたが、奥の深い領域であり、常に振り返り吟味しながら実務を進めていって欲しい。そのための導入の役を少し果たせていれば嬉しい。

以下は講演に先立ってご準備いただいたレジュメに記載されていた項目の転載である。

- ⑥ 行動化に注目する。
行動化を自我違質化する。行動化を患者なりの対策として評価する(対策重視)。より適応的対策を探す。リミットセッティングを行う。
- ⑦ 治療中での患者の果たす役割、責任が少しずつ大きくなるように留意する。
治療者に出来ることとできないことを明示する。
- ⑧ 患者にどうするつもりかを問う。
- ⑨ ひとりで抱え込まない。入れ込まない。患者のことをわかってやれるのは自分だけだと思うようになっては要注意

表 4. 初心の治療者の抱く気持ちとその変遷



↓
「悪いのはやはりお前だ、お前のような人間は見捨てられて当然だ」

⑩ 薬物療法について

表5 薬物療法の留意点

- 1) 標的症状を定めて薬物を選択し、漫然と多剤投与しないこと。
- 2) 一定の期間ごとに効果を判定し、漫然と長期に投与しないこと。
- 3) 大量服薬の危険に常に留意し、一度の長期間分処方しないこと。
- 4) 副作用や逆説反応に注意し、これを本来の症状(の増悪)と見誤らないこと。
- 5) 陽性、陰性のプラセボ効果に留意すること。
- 6) 薬物(投与)が持つ心理的意味に留意すること。
- 7) 薬物をめぐって患者と話し合うことは精神療法の重要な一部であると認識すること

⑪ コンサルテーション・スーパービジョンの必要性

文献：成田善弘編 境界性パーソナリティ障害の精神療法 金剛出版 2006

マックウィリアムズ・N 成田善弘監訳 パーソナリティ障害の診断と治療 創元社 2005

マックウィリアムズ・N 成田善弘監訳 ケースの見方・考え方—精神分析的ケースフォーミュレーション 創元社 2006

この研究を進めるにあたって、下記の方々のお力添えをいただいたことを報告し、感謝申し上げます。

成田 善弘 (桜クリニック医師)

石垣 琢磨 (東京大学大学院総合文化研究科准教授)

古村 健 (独立行政法人国立病院機構東尾張病院)

橋爪 龍太郎 (医療法人高仁会戸田病院)

森田 恵美子 (日本病院地域精神医学会事務局)

今村 扶美 (国立精神・神経センター武蔵病院)

朝波 千尋 (国立精神・神経センター武蔵病院)

岩崎さやか (国立精神・神経センター武蔵病院)

堀内 美穂 (独立行政法人国立病院機構下総精神医療センター)

小川 歩 (独立行政法人国立病院機構下総精神医療センター)

本文の表で略式名称で記載した心理アセスメントの正式名称または一般名称は以下の通りである。

<p>A</p> <p>A D A S…Alzheimer's Disease Assessment Scale 日本版</p> <p>A Q – J…自閉症スペクトラム指数日本語版</p> <p>A U D I T…WHO/A U D I T問題飲酒指標</p>
<p>B</p> <p>バーチウッド…バーチウッド病識尺度 Insight Scale</p> <p>ビネー式…田中ビネー知能検査法</p> <p>描画法…描画テスト</p> <p>ベンダー…ベンダー・ゲシュタルト・テスト</p> <p>ベントン…ベントン視覚記銘検査</p> <p>B A D S…遂行機能障害症候群の行動評価日本版</p> <p>B D I…日本版 B D I – II (ベック抑うつ質問票)</p> <p>B I S…Barratt Impulsiveness Scale Version 11</p> <p>B I T…B I T行動性無視検査日本版</p> <p>B I T E…Bulimia Investigatory Test of Edinburgh</p> <p>B U S S – P E R R Y…日本版 Buss Perry 攻撃性質問紙</p>
<p>C</p> <p>コグニスタット…コグニスタット認知機能検査</p> <p>C A S…C A S不安測定検査</p> <p>C E S – D…うつ病自己評価尺度</p> <p>C M I…C M I健康調査表 (Cornell Medical Index-health questionnaire)</p>
<p>D</p> <p>D A S T…Drug Abuse Screening Test</p> <p>D E S…解離性体験尺度 (Dissociative Experiences Scale)</p>
<p>E</p> <p>E P P S…E P P S性格検査</p>
<p>G</p> <p>ギャンブリングタスク…アイオワ・ギャンブリング・タスク</p> <p>グッドイナフ…グッドイナフ人物画知能検査 (D A M)</p>
<p>H</p> <p>長谷川式…改訂長谷川式簡易知能評価スケール (H D S – R)</p> <p>H C R – 2 0…暴力のリスクアセスメント Historical Clinical Risk Management 20</p>
<p>I</p> <p>I N V…精研式パーソナリティ・インベントリー</p>
<p>J</p>

<p>自己受容尺度…自己受容測定尺度 J S Q L S…The Schizophrenia Quality of Life Scale 日本語版</p>
<p>K 記銘力…脳研式記銘力検査 クレペリン…内田クレペリン精神作業検査 コース立方体…コース立方体組み合わせテスト 国立精研式…国立精研式痴呆スクリーニングテスト K A S T…久里浜式アルコール症スクリーニングテスト K I S S - 1 8…Kikuchi's Social Skill scale 18 項目版</p>
<p>M M A S…MAS 不安尺度 M E D E…多面的初期痴呆判定検査 M M P I…ミネソタ多面的人格目録 M M S E…ミニ・メンタル・ステイト (Mini Mental State Examination) M P I…モーズレイ人格目録</p>
<p>N N 式…N式老年者用精神状態尺度</p>
<p>P P A N S S…陽性陰性症状評価尺度 Positive and Negative Syndrome Scale P A R S…日本自閉症協会版汎性発達障害尺度 P C L - R…HARE PCL-R 第2版 日本語版 P Fスタディ…絵画欲求不満テスト P O M S…Profile of Mood States</p>
<p>R リバーミード…日本版リバーミード行動記憶検査 (R B M T) ローゼンバーグ…ローゼンバーグ自尊感情尺度 ロールシャッハ…ロールシャッハテスト</p>
<p>S 修正ストループ…修正ストループ課題 S A I - J…日本語版病識評価尺度 Schedule for Assessment of Insight S A S…SAS 自己評価不安尺度 S C T…文章完成法検査 S D S…SDS うつ性自己評価尺度 S L T A…標準失語症検査 S T A I…STAI 状態・特性不安検査 S T A X I…STAXI 日本語版 State-Trait Anger expression Inventory</p>

SUMD-J…Scale to Assess Unawareness of Mental Disorders 日本語版
T
TAT…絵画統覚検査
TEG…東大式エゴグラム
TPI…東大版総合性格検査
W
ウiskonシン…ウiskonシンカードソーティングテスト (WCST)
ウエクスラー式…ウエクスラー成人知能検査 (WAIS-R、WAISⅢ)
WHO QOL…WHO-QOL 26
WMS-R…日本版ウエクスラー記憶検査
Y
Y-BOCS…Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale 症状評価リスト
YG…矢田部ギルフォード性格検査

医療観察法入院病棟における

一般的他害行為防止プログラムの開発

研究班員

菊池 安希子

国立精神・神経センター精神保健研究所

研究要旨：

平成 17 年 7 月 15 日より施行された医療観察法の指定入院医療機関においては、精神科治療に比べ、再他害行為防止のための介入はまた端緒についたばかりである。本研究では、医療観察法指定入院医療機関で実施可能な一般的他害行為防止プログラム（General Offending Behaviour Programme: GOB プログラム）を開発し、試行した。

【目的】開発した GOB プログラムを、医療観察法指定入院医療機関において試行し、「実施可能性の検討」「予備的効果検討」「改訂課題の明確化」を行うことを目的とした。

【方法】①プログラム開発：既存 GOB プログラムの R&R, ETS, TF について情報収集し、全 20 回から成る GOB プログラム（名称：思考スキル強化プログラム）を開発し、試行した。

②対象者：医療観察法指定入院医療機関に入院中の患者のうち、「向社会的問題解決スキルの獲得・回復が社会復帰に有効であると多職種チームが判断した対象者」

③予備的効果測定：共感性尺度、攻撃性尺度、衝動性尺度の日本版を用いた。

【結果・考察】1)実施可能性：マニュアル化により、多職種による指定入院医療機関において実施可能であることが示された。2)予備的効果検討：7人が参加し、4人は転院・退院等で中断した為、全 20 回終了した対象者は 3 名であった。人数が少ないため尺度得点の統計的検討は不可能であったが、共感性尺度のうち、下位尺度「想像性」においては、点数の増加が一様に見られた。3)改訂課題の明確化：「既存 GOB プログラムの構成および情報量を踏襲することは望ましくないこと（情報量削減、ホームワーク設定、モジュール化の必要性）」「精神病症状と関連づけた内容にすること」「対象行為別プログラム整備の必要性」「効果測定方法の改善」が示唆された。

協力者：岩崎さやか、朝波千尋、水野由紀子、樽矢敏広、杉山茂、安藤久美子、今村扶美、大迫充江、小原陽子、金子一恵、田川理絵、三澤剛、佐藤るみ子、平林直次（国立精神・神経センター病院）

福井裕輝、岡田幸之、美濃由起子、吉川和男（国立精神・神経センター精神保健研究所司法精神医学研究部）

藤瀬博子（東京学芸大学大学院）

*所属は平成 19 年度時点

A. 研究目的

「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（以下、医療観察法）」における指定入院医療機関においては、他害行為をなした精神障害者に対して専門的医療を提供することが求められている。他害行為を行った者の再他害行為防止については、心理社会的介入が有効であるとのエビデンスが1990年代以降の系統的レビューにより明らかになってきた[1, 4]。平成17年7月15日より施行された医療観察法の指定入院医療機関においては、精神病性障害に対する治療的介入に比べると、再他害行為防止のための介入はまた端緒にすぎたばかりである。

我が国の医療観察法指定入院医療機関の開棟に際しては、司法精神科の歴史の長い英国の実践から多くの示唆を得たところである。英国の司法精神科医療における再他害行為防止のための介入は、カナダなどの例に倣い、基盤プログラムとして一般的他害行為防止プログラム（General Offending Behaviour Programme：以下GOBプログラム）の後に、必要に応じて対象行為別プログラムに参加する形で組み立てられることが多い。

本研究では、医療観察法指定入院医療機関で実施可能なプログラムを開発することを目的として、既存のGOBプログラムについて調査し、その結果をもとにGOBプログラムを作成して試行したので報告する。

B. 研究方法

I GOBプログラムの作成

以下の手順に従ってプログラムの試行版を作成した。

1. 既存のGOBプログラムの構成要素についてのレビュー
2. 医療観察法指定入院医療機関のGOBプログラムが満たすべき条件の決定

II GOBプログラムの試行

平成19年6月13日から平成19年11月27日にかけて、暫定版のGOBプログラム(名称「思考スキル強化プログラム」)を東京都内の指定入院医療機関に入院中の対象者に対して実施した。

包含基準：向社会的問題解決スキルの回復ないし獲得が、社会復帰に役立つとMDT(多職種)チームが判断した患者

実施手続き：プログラム実施の前後で自記式アセスメント用紙に記入してもらった。研究の目的と方法の説明をした後、アセスメントデータの使用についての同意を書面で得た。

C. 研究結果と考察

I GOBプログラムの作成

1. 既存GOBプログラムの構成要素

代表的なGOBプログラムとしてはReasoning & Rehabilitation(R&R)、Enhanced Thinking Skills (ETS)、Think First (TF)があり、いずれも英国では、司法領域(刑務所、司法精神科)における公認プログラムとなっている。このうち、ETS、TFプログラムについては部外に出さないという同意のもとで原著者より入手し、GOBプログラムについてのその他の情報とあわせて以下の点に沿って内容を検討した。

① 有効な他害行為防止プログラムの条件をみたしているか

有効な再他害行為防止プログラムは、リスク(Risk)原則、ニーズ(Needs)原則、反応性(Responsivity)原則のRNR原則に従ったものであることが知られており[1]、これは司法精神科患者への介入においても適用される原則である。リスク原則とは、リスクに応じて介入密度を変える必要があることを示す原則であり、再他害リス

クの高い者ほどプログラムの密度も高くすることを指す。ニーズ原則とは、再他害行為防止のためのプログラムでは、反社会的認知など他害行為に直接つながる要因を扱うべきであるとする原則である。反応性原則とは、対象者にあった介入様式をとるべきとする原則であり、これまでのところ認知行動療法的介入が推奨されている。GOBプログラムは、リスク原則の観点からいえば、対象行為に特化した介入を含まないため、単独で用いる場合には低度から中等度の再他害リスク者向けであり、再他害リスクが高い者には、GOBプログラムに加えて対象行為別プログラムを行う。その意味では、ほとんどの対象者が受講するプログラムになると、内容が主として向社会的問題解決スキルの学習であることから、英国やカナダの司法精神科や刑務所においては「再他害防止」の名称すら伴わず、生活スキルプログラム（Living Skills Programme）の一環として実施され、ている。ニーズ原則の点で言えば、GOBプログラム開発の背景には1980年代から実施された「触法行為につながりやすい認知」の研究[7]があり、触法行為につながりやすいスキル欠損を扱っているという意味で、原則にかなっている。反応性原則については、現在公認されているGOBプログラムはいずれも認知行動療法モデルに基づいて介入が組み立てられている。

② GOBプログラムの構成

他害行為防止のためには、2種類のアプローチがあると言われている。「除去型アプローチ」は、問題行動の影響が本人にとって罰に相当するように環境を操作しようとする方法であり、「構成的アプローチ」は、代替的行動の選択肢を増やすことによって、問題行動を間接的に減少させようとする方法である。GOBプログラムは、「人が反社

会的な他害行為に至るのは、問題解決のための向社会的スキルが不足していることに由来する」という考え方に基づいており、他害行動の代替行動となる幅広いスキルの獲得・上達を通して、対象者が問題に直面した際に、向社会的な解決を行うことが出来るように援助する「構成的アプローチ」である。基本的な問題解決技能、対人関係技能、情緒のマネジメント技能が不足・減退している者、習慣化している本人なりの問題への対処法が攻撃や窃盗など反社会的行動になりがちな者、多方向性の反社会的行為を示す者などに適している。以下にETS及びThink Firstの構成要素を挙げた。

Enhanced Thinking Skills の構成要素

(Reasoning& Rehabilitation と同様)

- ・ 問題解決スキル
- ・ ソーシャル・スキル
- ・ 情緒的マネジメント
- ・ 創造的思考法
- ・ 道徳的推論スキル
- ・ 自己コントロール

Think Firstの構成要素

I 認知-社会学習理論に基づく要素

- ・ 問題解決スキル
- ・ 自己コントロールスキル
- ・ 対人関係スキル

II 対象行為に焦点をあてた要素

- ・ 対象行為の機能分析
- ・ 対象行為関連要素に対する認知スキル、対人関係スキルの適用

③ 既存GOBプログラムの効果:ETS、R&R、TFについて

ETSとR&Rは同じ構成要素であるために、効果検討もあわせて行われている。最

初の大規模研究は、カナダ矯正局で行われた[6]。連邦刑務所の受刑者 1444 人を対象としたこの研究では、R&R プログラム完遂者の再犯率は、対照群と比べて 36.4% 減を示した。最近では Tong & Farrington (2006) のメタ分析研究がある [9]。カナダ、米国、スウェーデン、英国の 4 ヶ国における R&R の再犯防止効果研究 16 を統合した結果では、平均効果量 1.16 ($p < 0.0001$) であり、平均して再犯率が 14% 減少していた。

TF について TF は、公表されている効果研究がまだ少ない。英国における保護観察現場でのいくつかの予備的研究によれば、TF 完了者では、対照群、非完了者に比べて再犯率が有意に下がったことが示されている [5]。

2. 医療観察法指定入院医療機関において GOB プログラムが満たすべき条件の決定

医療観察法指定入院医療機関において実施するプログラムが満たすべき条件は、「再現性」「妥当性」「実施可能性」の 3 つである。再現性とは、「(一定のトレーニングを受けていれば) 誰が行っても同じように実施できること」である。プログラム作成者が異動・退職などによって現場を離れたとたんに他の誰もか実施できないプログラムでは有用性が低い。「妥当性」とはこの場合、他害行為につながる要因に対処するような内容になっているかということであり、具体的にはエビデンスの存在する介入方法を用いているかということである。「実施可能性」とは、指定入院医療機関で一般診療行為の一部としてプログラムを実施できるかどうかである。

3 条件をみたすために、以下の要素を含むこととした。「再現性」：プログラムのマニュアル化。「妥当性」：既存 GOB プログラムの要素を含むこと。「実施可能性」：病

床数の多くない病棟でも通年実施が可能なように、クローズドプログラムとはしない。

3. GOB プログラムの作成

医療観察法指定入院医療機関においては、手厚い人員配置に裏付けられ、対象行為の分析や内省については、多職種による個別対応が実現しており、医療機関によっては集団による内省プログラムも存在している。よって、GOB プログラムにおいて重ねて対象行為の分析を行うことは、受け入れ可能な対象者を狭めることにつながる可能性があると考えられた。そこで、今回開発したプログラムでは、ETS を踏襲し、対象行為そのものには焦点をあてず、向社会的スキルの獲得・回復を目指すこととした。なお、プログラム名称は、「思考スキル強化プログラム」とした。以下にプログラムの構造を示す。

思考スキル強化プログラムの構造

構成要素：問題解決スキル、ソーシャル・スキル、自己コントロールスキル、視点取得・道徳的推論スキル

パッケージ：マニュアル、掲示物 (A1 版用紙)、患者配付資料

包含基準：向社会的問題解決スキルの回復／獲得が社会復帰に役立つと MDT が判断した者

人数：4 人から 8 人のグループ

回数：全 20 回参加方式。

参加形式：モジュールの切れ目で新規に参加者が入ることが出来るセミクローズド形式。

スタッフがマニュアルを手を持ってプログラムに臨めばよいように、マニュアルについては、左側にスタッフ向けの内容、右

側には、患者への配布物や掲示資料などを掲載した。

思考スキル強化プログラムの全20回の概要を(資料1)に示した。

II GOBプログラムの試行

平成19年6月13日から平成19年11月27日にかけて実施した暫定版のGOBプログラム(名称「思考スキル強化プログラム」)の試行を行った。

【目的】

開発した一般的他害行為防止プログラム(名称:武蔵思考スキル強化プログラム)を、医療観察法指定入院医療機関において試行し、「実施可能性の検討」「予備的効果検討」「改訂課題の明確化」を行うことを目的とした。

【方法】

対象: 向社会的問題解決スキルの回復/獲得が社会復帰に役立つとMDTが判断した者の内、書面にて研究参加への同意の得られた者。

介入: 思考スキル強化プログラム

評価: プログラム試行時の観察及び、以下の予備的アセスメントパッケージによるプログラム前後の評価

① Interpersonal Reactivity Index : IRI [3]

② Buss-Perry Aggression Questionnaire : BAQ [2]

③ Barratt Impulsiveness Scale : BIS [8]

(注:他に問題解決力の質問紙SPSI-R日本版も実施したが、その後判明した著作権(Multi Health Systems, Inc.が保持)上の問題から、結果の記載を割愛する。)

【結果】

第1クールに参加した患者は7名であった。全員男性であり、平均年齢は37.3才(SD=14.2)、対象行為は殺人、殺人未遂、

強盗未遂、放火であった。

表1に示すように、参加者のうち、初回から参加した者は6人であった。このうち1名は1~7回(問題解決療法)のみ参加した。その後、第8回目から第20回まで参加したものが1人、途中で転院となった者が1人、途中で暴力行為があったために多職種チームの判断でプログラム参加が停止になった者が1人であった。今回の参加者は全員、研究協力に同意した。

プログラムは5ヶ月と長期にわたるため、退院調整のための会議などが重なる場合には、担当心理士らによる補講で対応した。

アセスメント結果を図1~3に示した。

攻撃性尺度であるBAQの結果(図1)は、ほとんど変わらなかった者(1名)、下がった者(1名)、上がった者(2名)がおり、全体的傾向よりは個人差が大きかった。攻撃性尺度得点が上がった者では、病棟内での攻撃行為が増えたわけではなく、下位得点で見ても、得点が上昇していたのは、「言語的攻撃」であった。

衝動性尺度(BIS)の結果(図2)では、プログラム前後で不変だった者(1名)と下がった者(2名)がいた。1名は、欠損値が多く、得点を算出できなかった。

共感性(IRI)の結果(図3)においても、1名は不変であったが、3名は増加傾向を示した。下位項目としては、(小説の主人公を含めた)他の人物の気持ちを想像することができるとする「想像性」項目が、わずか3名ながらもt検定の結果で5%水準の有意差を示す程度の変化を示していた。

【考察】

1. 実施可能性

第1試行では、多職種(臨床心理技術者、作業療法士、医師、看護師)が、マニュアルをもとに、リーダー役を行うことが出来た。また、セミクローズド形式としたこと

で、必要モジュールだけの参加や、途中からの参加が可能となり、クローズドグループの凝集性をある程度保ちつつも、入退院転院等、動きのある病棟における実施可能性を保つことが出来ると考えられた。

2. 予備的効果検討

第1試行は、自記式質問紙のみ検討した。プログラム終了時にアセスメントに記入した参加者4人の結果のみからの考察となる。

いずれの尺度とも、点数がプログラム前後で殆ど変わらない者が1名存在した。しかしながら、この1名は、同一人物ではなく、尺度によって異なっていた、つまり、一つの特性で不変の者であっても、別の特性では変化していたことになる。この傾向が、対象者が増えても同様であるとすれば、構成要素を複数含むプログラムを実施することで、集団療法であっても、ある程度、広範囲の対象者の個別性に対応することが可能であることが示唆される。また、各モジュールは完全に独立したものではなく、演習の中で他のモジュールで学習した内容を使用することもできるようになっていることも学習内容の強化に役立つと考えられた。

プログラムの間接的効果として、「行動アセスメントとしての有効性」が示唆された。つまり、本プログラムは、演習を数多く含むため、通常病棟生活における刺激とは異なる刺激にさらされる場面が提供される。その結果、生活上では見えにくい本人の抱える課題が表面化しやすい面があった。例えば、道徳的推論演習の中には、「誰がやったか分からなければ、反社会的行為をしてもよいのかどうか」が問われる課題が出てくるが、そのことについてどのように推論するかで、暴力や窃盗などの行為をどのように捉えているかが顕在化した。衝動性を促した場面（回答場面で「急げ！急げ！」

などと周りではやしたてる）の中で自己教示を練習するゲームにおいてすら軽いパニックを起こす事例では、衝動性の引き出されやすさがわかりやすい形で出てきたため、課題として共有しやすかった。相談スキルのロールプレイでも、日常的に相談をしたがらない患者では、ロールプレイ時点でも「相談なんてしたことないのでどうしたらよいか分からない」「弱みを握られる気がする」等の感想が聞かれ、相談を阻んでいる認知が明らかになった。

3. 改訂課題の明確化

思考スキル強化プログラム第1試行の結果、以下の改訂課題が明らかになった。

A. 参考にしたプログラム Enhanced Thinking Skills (ETS) の構成を踏襲することは非現実的である

① 情報量の問題

例えば、問題解決法では「問題解決7ステップ」というように、ステップが多く、かつ、「意見と事実の違い」「情報源の質」等、他の情報も入れ子形式で提供されているため、情報過多になりやすく、また多くの統合失調症患者では必要になる「繰り返し学習」が困難になりやすい。集団で実施し、かつ、なるべく広範囲の患者に適した形にするためには、ベースとなる内容の情報量を一層しぼる必要性が明らかになった。

② 学習強化のために課題を散在させる方法が患者群に向かない

ETSでは、「道徳的推論」演習などは、全21回の中で、連続して学習する形式ではなく、「忘れた頃に再度出てくる」(散在して出てくる)。これは学習強化を意図していると考えられるが、医療観察法病棟で実施する場合、認知的処理機能の低下きたしている患者が多いため、学習内容の統合を困難にする。また、途中から参加する者が、ついて

これなくなる危険があり、復習や補講も困難になるため、モジュール毎に連即して学習する形式が有用性が高いと考えられた。

③ ホームワーク設定の有効性

ETS の原版では、数多くのホームワークが設定されているが、筆者の視察した英国の司法精神科においては、対象が精神科患者であることから（さらに、他のスタッフに負担がかかることから）、ホームワーク設定は現実的でないとして省略したかたちで実施していた。今回の試行では、ホームワーク無しの形を踏襲して実施したが、認知行動療法では、ホームワークを実施することにより、問題の改善効果が高まることはよく知られた事実である。ホームワークは学習内容の日常生活場面への般化を促すからである。本プログラムでも、自発的に担当チームと共に、復習と日常生活への応用をはかったケースが複数あり、学習強化・般化に有効であったことから、ホームワーク設定は不可能ではないと考えられ、改訂課題として含むこととした。但し、これは医療観察法指定入院医療機関のように、手厚い人員配置があつてこそ可能なことであることは留意しておく必要がある。

④ 認知機能・知的機能のバラツキへの対処

患者によって認知機能、知的機能は異なる。しかし、最大33床の医療観察法病棟で、処理スピード等を揃えてグループ形成をしようと試みることは、プログラムの実施可能性を下げる結果にしかない。本プログラムは基盤プログラムである以上、ある程度広範囲の認知機能・知的機能の患者が同時に集団参加出来る方策を工夫する必要がある。

演習を行う際、特に「記入式」の課題で、認知機能、知的機能のばらつきが顕在化しやすい。例えば、理解が早く、すばやく記入出来る者が、理解は同程度に早くても書

くのが遅い他の対象者をイライラしながら待つという場面が見られた。記入のスピードについては、ある程度、ホームワーク課題に入れておくことで、時間節約になるだけでなく、予習効果もはかることが出来ると考えられた。

B. 精神病症状との関連づけ

一般的他害行為防止プログラムや対象行為別プログラムは、その多くが、受刑者を対象とした矯正プログラムがもととなっている為、精神病症状との関連づけが無いプログラムが多い。しかしながら、医療観察法対象者は全員が、精神障害の影響下で対象行為を行った者たちであり、プログラムの中で回復・獲得を目指すスキルも、精神病症状と関連づけてこそ、実質的に意味を成すと考えられる。個別性の高い「精神病と他害行為の関連」については、本来、疾患教育や個別認知行動療法の中で扱って行くものであるが、可能な範囲で、思考スキル強化プログラムの中にも含めて行くことが望ましいと考えられた。実際、プログラム試行中に、演習やディスカッションの中で、自らの対象行為について断片的にはあるが、学んだ内容とつなげるかたちで語る者もいた（例：対象行為時の妄想の中に、「思考のエラー」が含まれていたことに気づくなど）ことから、プライバシーに配慮した形で、精神病症状を思考スキルを使って理解する試みをプログラムに含めることは可能であると考えられた。

C. 対象行為別プログラム整備の必要性

本プログラムでは、衝動性が高いと多職種チームが判断し、かつ、アセスメント得点上も衝動性や攻撃性の得点が高い者が集められる。こうした者では、一般的他害行為防止プログラムは、「基盤」プログラムで

あり、必要なスキルの準備を開始するという役割を果たすものの、やはり対象行為別の対応が必要となる場合が多い。今回の試行でも、1名が、途中の暴力行為（被害者は、プログラム参加者以外の者）により、参加が停止となった。怒りのマネジメントなどの対象行為別プログラムの整備が求められるが、人数の少ない病棟では、個別施行可能な形が現実的であり、かつ、通院処遇移行後も継続可能であると考えられる。

C. 効果測定上の課題

本プログラムが、研究的介入の枠を超えて一般臨床行為をして定着するためには、煩雑なアセスメントは避けるべきである。しかし実際には、自記式アセスメントを試行したが、課題の学習に最も困難を示した患者（従って、自記式アセスメント得点の改善も小さかった）において、却って、課題が明確になったことから、学んだ内容の反復学習を自発的に担当チームと行い、その結果、スキルを有効活用出来ている事例が存在するなど、尺度得点とプログラムの有用性が一致しない例が見られた。最も、妥当性が高いのは、行動観察であることから、自記式アセスメントに加えて、他者評価を含める必要があると考えられる。

【まとめ】

医療観察法指定入院医療機関で実施するための一般的他害行為防止プログラム（名称：思考スキル強化プログラム）を開発し、試行した。その結果、「再現性のある実施が可能であること」、「対象者応じて異なる領域に改善が見られること」「全般的に視点取得の改善傾向があること」「プログラムには行動アセスメントとしての有用性があること」が示唆された。

今後は、明らかになって改訂課題をもと

にプログラムを改訂し、対照群を設定した研究デザインによって効果検討を行う必要があると考えられた。

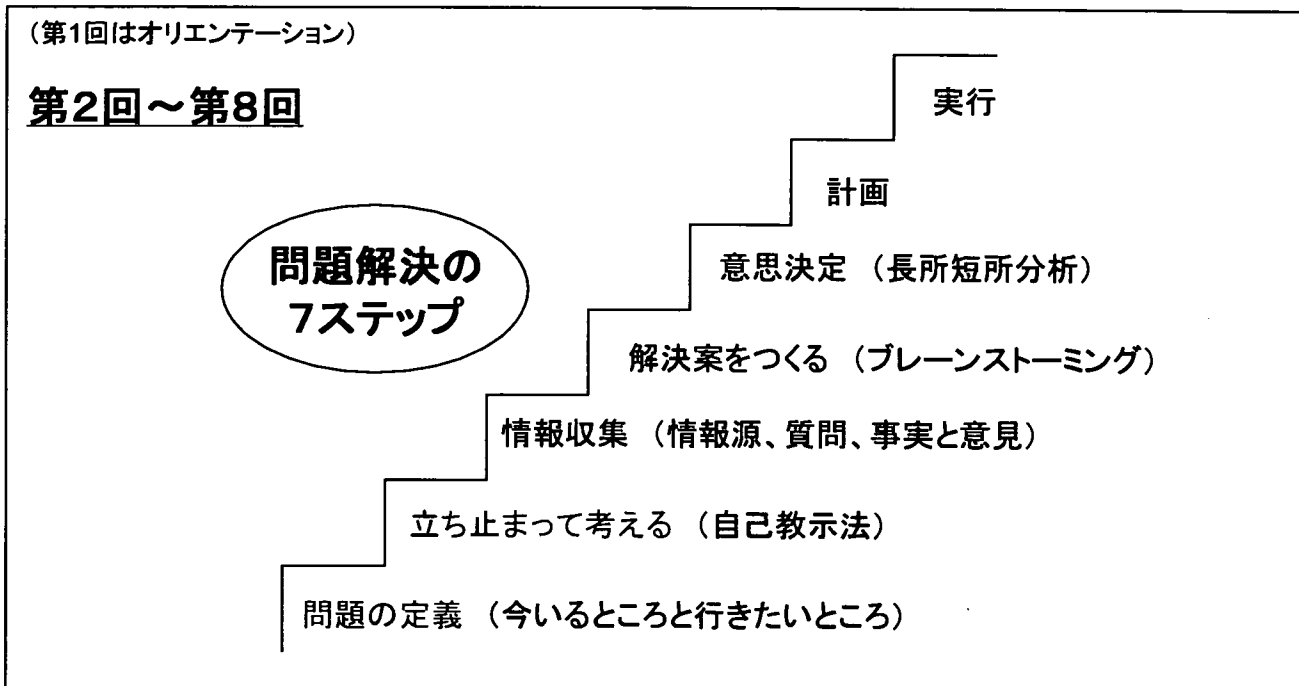
<参考・引用文献>

1. Andrews DA, Bonta J (2007) *The Psychology of Criminal Conduct*. Anderson, Cincinnati
2. Buss AH, Perry M (1992) The aggression questionnaire. *J Pers Soc Psychol* 63:452-459
3. Davis MH (1983) Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology* 44:113-126
4. McGuire J, Priestley P (1995) *Reviewing 'What Works': Past, Present and Future*. John Wiley & Sons, Chichester.
5. Roberts C (2004) *Offending behaviour programmes: Emerging evidence and implications for practice*. In: Burnett R, Roberts C (eds) *What works in probation and youth justice: Developing evidence-based practice*. Willan Publishing, Cullompton, p134-158.
6. Robinson D (1995) *The impact of cognitive skills training on post-release recidivism among Canadian federal offenders*. Report R-41. In: *Correctional Service of Canada*, Ottawa
7. Ross RR, Fabiano EA (1985) *Time to Think: A Cognitive Model of Delinquency Prevention and Offender Rehabilitation*. Inst of Social Sciences & Arts Inc Johnson

City

8. Someya T, Sakado K, Seki T, Kojima M, Reist C, Tang SW, Takahashi S (2001) The Japanese version of the Barratt Impulsiveness Scale, 11th version (BIS-11): its reliability and validity. *Psychiatry Clin Neurosci* 55:111-114
9. Tong LSJ, Farrington DP (2006) How effective is the "Reasoning and Rehabilitation" programme in reducing re-offending? A meta-analysis of evaluations in three countries. *Psychology, Crime and Law* 12:3-24

資料1 思考スキル強化プログラムの概要



第9回 認知行動モデル

- ① **き** きっかけに対して, 状況: 内的、外的
- ② **か** どう 考える かで..... 認知: 思考
- ③ **け** **結果** が変わる..... 結果: 感情、行動、まわりや自分へ影響

第10回～第11回 非合理的思考とコラム法

気をつけたい非合理的思考:
白黒思考、過度の一般化、「べき」思考、過剰な責任のわりあて、自己中心思考

コラム法(非合理的思考からバランスの取れた思考にたどり着く方法):
7コラム法(状況→気分→思考→根拠→反証→適応的思考→気持ちの変化)
5コラム法(状況→気分→思考→適応的思考→気持ちの変化)

思考スキル強化プログラムの概要(続き)

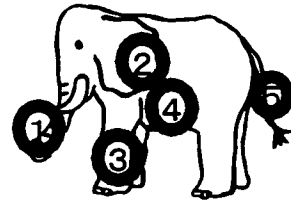
第13回～第16回 視点取得スキル、道徳的推論

視点取得スキル:他の人の立場から見ると状況がどのように見えるかを理解するスキル

道徳的推論スキル:何が正しいのか迷う場面においても、視点取得スキルを活用しながら推論を組み立て、「正しい」判断に到達するためのスキル

* 問題解決のためには、全体状況を把握する必要があり、そのために視点取得スキルは不可欠である。

* 日々場面で行動を選択していくためには、道徳的推論スキルを使う必要がある。



第17回～第20回 問題解決のためのソーシャル・スキルトレーニング

傾聴スキル

- ①話している人に注意を向ける
- ②その人が何を言っているかを考える
- ③話の腰を折らずに自分が話す番まで待つ
- ④自分が言いたいことを言う

☆ポイント:言葉以外のノンバーバルコミュニケーションにも注目しよう

相談スキル

- ①何の問題で困っているか見極める
- ②助けがあったほうがいいかどうか確認する
- ③助けてくれそうな人を考えて相談相手を選ぶ
- ④その人に問題を説明し、助けを求める

☆ポイント:(聴いてもらうことも含め)相談するというのは、成熟した人間の行為である

交渉スキル

- ①自分の立場を伝える
- ②自分が理解する相手の立場を伝える
- ③相手の意見・理由を尋ねる
- ④相手の意見を素直に聴く
- ④妥協案を提案する

☆ポイント:説得がうまくいかないときは決裂や強制せずに、交渉に切り替えよう

失敗対応スキル

- ①なぜ失敗したのかを考える
- ②この失敗から何を学んだか考える
- ③同じ失敗を繰り返さないために何ができるか考える

☆ポイント:失敗体験は、うまく対応できれば、レベルアップのためのチャンスになる

表1 対象者

- <対象者>
- ・男性 7人
- ・平均年齢 37.3才 (SD=14.2)
- ・対象行為: 殺人、殺人未遂、強盗未遂、放火
- * 全20回終了 3名
- * 全員が研究協力に同意
- * CPA全講などが重なる場合には、補講で対応

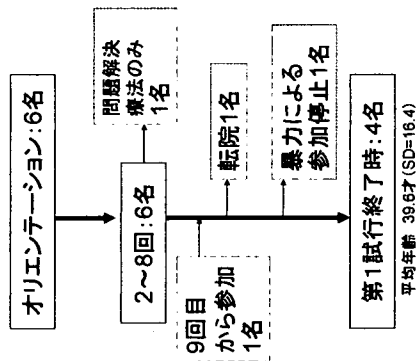


図1 Buss-Perry Aggression Questionnaire の結果

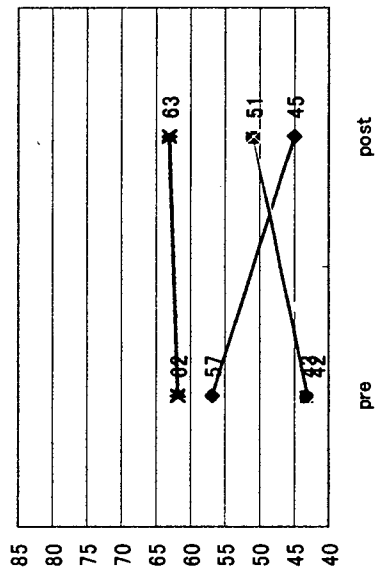


図2 Barratt Impulsiveness Scale の結果

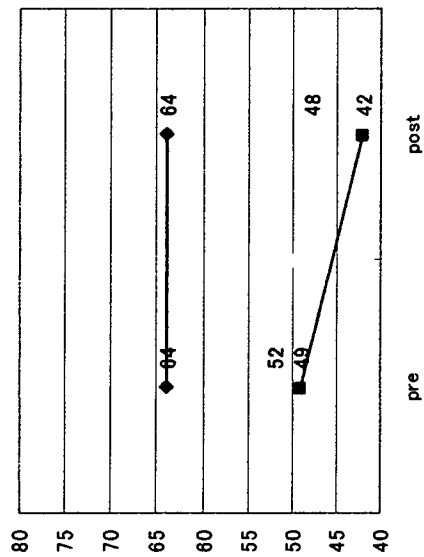
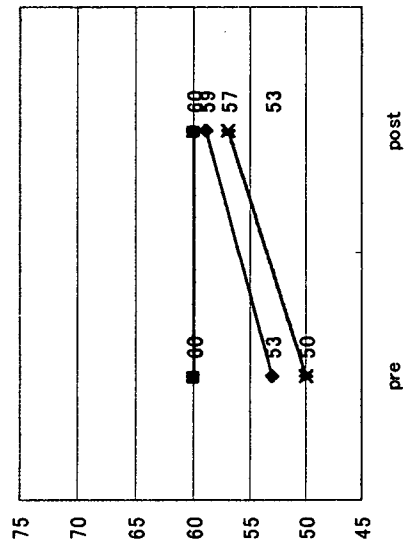


図3 Interpersonal Reactivity Index の結果



英国の新しい精神科救急システム

(Crisis Resolution and Home Treatment Team)

—触法精神障害者の精神医療への入り口としての精神科救急の意義について—

研究班員 栃木県立岡本台病院 島田達洋

I はじめに

日本では精神科救急の診察室に、傷害や放火ときには殺人などの重大な触法行為を行った精神障害者が警察官通報による(緊急)措置診察などのために連れてこられ、入院となることは比較的よくみられる。医療観察法施行後は、重大な触法行為を行った精神障害者は鑑定入院を経て、必要であれば指定入院施設あるいは通院施設で治療を受けることになったが、触法行為があった直後の精神状態が重症ですぐにでも専門的な治療が必要な場合には、(緊急)措置入院など精神保健福祉法の枠内で一般の精神科病院で急性期治療が開始されるのは以前と同様である。したがって、精神科救急の領域は重大な触法行為を行った精神障害者が精神医療へ入ってくる窓口として、重要である。

筆者は2006年10月から2007年3月にかけて、英国のウェールズ州において司法精神医学の研修を受ける機会を得たが、その際、武井分担研究員から英国の精神科救急システムについて調査してくるよう要請を受けた。在英中、きわめて限られた経験であったが、英国において最近発達してきている精神科救急システムである Crisis Resolution & Home Treatment Team について見学することができたので、それを紹介すると共に、英国における触法精神障害者の窓口としての精神科救急の意義について若干の考察を行いたい。

II Crisis Resolution and Home Treatment Team (CRHTT)

英国では1950年代から大規模な精神病院が次々に閉鎖され、地域精神医療が発達した。精神病床は大きく削減され、多くの精神障害者が精神科看護師や精神科ソーシャルワーカーの訪問を中心とした手厚いサポートを受けながら、地域で生活している。一方で重度の急性期の精神病状態などはやはり精神科病院の救急診察室を経由して入院治療が行われてきたが、そのようなケースでも病院よりも自宅の方が評価と治療に望ましい環境であるという考え方に基づいて、従来は入院で行っていた重症の急性期の治療を在宅で行うための Crisis Resolution & Home Treatment Team (CRHTT) が1999年より英国に導入され、その後急速に英国全土に広まりつつある (Gyles,2006)。

英国の精神医療はどの分野においても多職種チームによって行われているが、CRHTTも精神科医、看護師、ソーシャルワーカー、心理士、作業療法士、ヘルパーなどからなる。

患者・家族、家庭医、地域の精神科チーム、総合病院の ER、解毒センター、警察などからの連絡を受けると、CRHTT は 24 時間以内に患者の評価と治療を開始する。精神科医を含めた各職種の訪問による集中的な治療は一日最大 3 回まで行われる。この過程で自宅での治療が不可能であると判断されたケースのみが入院とされる。したがって、CRHTT は在宅治療の役割と共に入院の gate-keeper としての役割を持っていることになる。CRHTT を導入した地域は導入していない地域に比べて入院率を下げていることが実証されている (Gyles,2006)。ただ、ひどく重症であったり暴力的であったりするために、家庭での治療が不可能なことが最初から明らかな場合には、直接精神科病院の救急室へ搬送し緊急入院させることもある。CRHTT は看護師などが夜間や休日にも交代制で連絡を取れる体制を取っており、必要であれば地域の当番の精神科医の協力を得て対応することもできる。CRHTT は 1 ケースにつき最大 8 週間までサービスを提供することができる。退院した後のフォローアップを行うこともある。主たる対象は気分障害を含む重症の精神病性障害で人格障害や知的障害、軽症の不安障害は原則的には除外される。

筆者は 2 日間、英国ウェールズ州の首都であるカーディフ市にある North Cardiff Crisis Resolution & Home Treatment Team を見学した。カーディフ市は人口約 30 万人であり、その北半分の地域の 18 歳から 65 歳までの成人がこの CRHTT の診療の対象となっている。チームは精神科医 2 名、精神科看護師 8 名、精神科ソーシャルワーカー 2 名、作業療法士 1 名、心理士 1 名 (週 2 回)、ヘルパー 5 名からなっていた。休日夜間などの時間外の勤務は主に精神科看護師で組み、買い物などの家事の支援はヘルパーが行う。チームリーダーは精神科医ではなく看護師であった。毎朝チームミーティングが開かれ、前日の訪問時の情報、新たな訪問要請の情報などが検討される。地域のメンタルヘルスチームからの紹介患者についてはオンラインで詳細なデータが引き出せるシステムになっている。CRHTT の治療により状態が改善したケースについては CRHTT による治療の終了がこのミーティングで決定され、ケースは地域のメンタルヘルスチームへ引き継がれることになる。

筆者は精神科医、看護師、ヘルパーなどの訪問を見学した。統合失調症の中年女性の再発のケースには精神科医と訪問し、診察の結果、抗精神病薬の増量が指示されたが、表情は硬く以前に多くの入院歴があることから入院となってしまうかもしれないとのコメントだった。躁うつ病のうつ状態が疑われた中年女性も精神科医と訪問したが、抑うつ気分、心気症状を認めるものの、深刻な抑うつ、希死念慮などを欠き CRHTT の診療の対象外であろうとのことで、地域のメンタルヘルスチームは戻すことになるだろうとのことであった。ヘルパーと訪問した抑うつ状態の母子家庭の女性の家はひどく乱雑で汚く、女性は子育てや生活に疲れている様子であった。本来は CRHTT の診療の終了を告げる予定であったが、話の中でまだ強い希死念慮と自殺企図の具体的な計画などが明らかとなり、CRHTT のサポートを続けることがまだ必要であるということがミーティングで話された。この期間に筆者が実際に立ち会った訪問ケースの中で触法事例はなかった。

III 考察

英国では精神医療は成人、児童、老年、知的障害、精神療法、リエゾン、救急、物質依存、司法などの専門領域に細分化されており、特に司法精神医療とそれ以外の一般精神医療ははっきりと区別されていて、病院やサービスのシステムも別系統になっている。CRHTT も基本的には一般精神医療の枠内に入っており、警察からの連絡系統があることなどからある程度の触法精神障害者を扱うことはあると思われるが、触法精神障害者に対する対応は限られたものではないかと考えられる。筆者が在英中に研修を受けた司法精神科病院である Caswell Clinic という 50 床の Medium Secure Unit では精神科医や Community Mental Health Nurse (精神科保健師) が定期的に刑務所や裁判所、一般精神医療機関への訪問を行っていた。また、緊急の臨時の訪問要請にも応じていた。英国の刑務所は日本の刑務所とは違い、拘置所の役割も果たしているため、触法行為を行った精神障害者が警察に逮捕された後、判決を受ける間も拘留される場所になっている。英国では精神障害者が触法行為を行った場合でも、全例が裁判を受けることが日本と異なっており、精神症状のためにすぐに裁判が受けられない場合は、治療により改善してから裁判を受けるか、本人不在のまま裁判が行われ、必ず判決が下される。この際、心神喪失のための責任無能力が認められ無罪となることはきわめて例外的で年間数例しかないが、有罪であっても(また無罪であっても)医療の必要性が認められれば、入院命令などの医療的措置が命じられ high security hospital や Medium Secure Unit などの司法精神科病院へ入院させられる。また、裁判所にも被疑者が一時的に拘留される独房のような場所があり、そこで言動から精神障害が疑われると、訪問した司法精神医療スタッフへコンサルトがされることになる。精神症状が重症で刑務所や裁判所、一般精神医療機関での治療が困難であると、訪問した司法精神科スタッフに判断されると、法律に基づいて司法精神科病院への移送の手続きがなされる。

このように、英国では触法行為を行った精神障害者は基本的に裁判手続きのためにまず刑務所などの司法施設に拘留されること、司法施設への訪問は主に司法精神科スタッフにより行われ必要に応じて精神科病院への移送が行われることなどから触法行為を行った精神障害者が精神医療に入ってくる窓口としては英国では CRHTT などの精神科救急よりも、司法精神科スタッフによる司法施設への訪問の方が大きいと考えられる。

IV おわりに

英国では地域精神医療の流れの中で、従来は入院で行われていた重症の急性期の精神障害も在宅で行おうという CRHTT が発達してきており、精神科救急の役割も果たしている。しかし、英国では司法精神科スタッフによる司法施設への訪問が活発であり、必要に応じて柔軟に精神科病院への移送ができるため触法精神障害者が精神医療に入ってくるルートとしては、精神科救急より司法精神科スタッフによる司法施設への訪問の方が大きいと考えられた。