す。こういったアセスメントを使うと変数ばかり見るようになります。そうなるとあたかもそれがはっきり分かるように思えますが，そこにはもう少し複雑ないろいろなことが絡んでいるんです。ですから，その点をいかに法律家に対して公判の場で説明できるのかということが重要だと思います。」

A（裁判官）「裁判官はこう考えているだろうなということをお話したいと思います。リスクアセスメントに関しては，数字で出されると非常にインパクトが強いです。しかし変数，いろんな因子をお考えになって精度を高めていらっしゃるようですが，やはり不確定要素というのがかなり多いという数値であろうと考えています。従って，司法官である私たちは，これらを被告人また対象者に対して不利益な方向で使うことに関しては慎重であるべきだと思います。その被告人が将来暴力に及ぶかどうかについては，将来のさまざまな要因に影響をうけることが大きいんではないかと思いますので，それをもって拘禁を長くすることに関してはできるだけ慎重にあるべきと思います。しかしながら，リスクアセスメントの精度が高められたということを前提に，評価が低くなる，つまり暴力の可能性が低いという判断になった場合は対象者を釈放する方向に利用することは可能ではないかなと思います。」

分島（司会）「議論が大変盛り上がってきたところで大変残念なんですが，そろそろ時間になりますので，これでこのセッションを終了したいと思います。本日は大変どうも有難うございました。」

［文献］

1) Buchanan A: Risk and dangerousness. Psychological Medicine 29: 465–473, 1999
2) Buchanan A: Risk of violence by psychiatric patients: beyond the "actuarial versus clinical" assessment debate. Psychiatric Services 59: 184–190, 2008
3) Buchanan A, Leese M: Detention of people with dangerous severe personality disorders. Lancet 358: 1955–1959, 2001
4) Buchanan A, Leese M: Quantifying the contributions of three types of information to the prediction of criminal conviction using the receiver operating characteristic. British Journal of Psychiatry 188: 472–478, 2006
5) Gordon R: A critique of the evaluation of Patuxent Institution, with particular attention to the issues of dangerousness and recidivism. Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law 5: 210–255, 1977
6) 黒田治「統合失調症と暴力」岡崎祐士編著『松沢臨床精神医学セミナーVol.1』. 日本評論社，pp.195-212，2008
7) Lidz C, Mulvey E, Gardner W: The accuracy of predictions of violence to others. JAMA 269: 1007–1011, 1993
8) Urbaniok F, Noll T, Grunewald S, et al: Prediction of violent and sexual offences: a replication study of the VRAG in Switzerland. Journal of Forensic Psychiatry and Psychology 17: 23–31, 2006
9) Walker N, Hammond W, Steer D: Repeated violence. Criminal Law Review, 465–473, 1967
10) Wolfgang M, Thornberry T, Figlio R: From Boy to Man, From Delinquency to Crime. Chicago, University of Chicago Press, 1987

14 平成 20 年度厚生労働科学研究（こころの健康科学研究事業）

他害行為を行った精神障害者の診断，治療及び社会復帰支援に関する研究

分担研究：「他害行為を行った精神障害者の入院医療に関する研究」

協力研究：医療観察法による医療における臨床心理技術者の業務のあり方

研究協力員：齋藤　慶子　医療法人髙仁会戸田病院

菊池安希子　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

東海林　勝　独立行政法人国立病院機構

下総精神医療センター

Ⅰ．先行研究

この研究は平成 18 年度から始められた医療観察法下における臨床心理技術者の業務のあり方の検討との連続性をもったひとつである。関係する指定鑑定医療機関，指定入院医療機関，指定通院医療機関における臨床心理技術者の業務について，18 年度の研究では実務の概要を集め，併せて今後の課題の整理を試みた。19 年度においては，多々ある業務の中から「心理アセスメントの実態」を調査し，一連の治療過程を支える心理アセスメント（見立て）機能を果たすためにはなにが課題になるかについて検討した。

対象者の行動は精神障害に左右されている結果だけではない。パーソナリティ特性への関心を深めることによって，更に行動の背景にある内的対象関係を理解し，それを変化させていくような介入が可能になる。疾病性と事例性の両面からのアプローチがあって初めて症状の再発や再犯のコントロールがもたらされる点を重視する必要がある。そこに臨床心理技術者の持つ学問体系や技法が求められるひとつの領域がある。定型的なアセスメントツールである心理検査を有効に活用すると同時に，かかわりながら人格特性や病理性の絡みの把握に努めるならば，多職種チームがより合理的に治療プロセスを計画し推進していける可能性が拓かれる。臨床心理技術者は潤滑油を提供する役割となることを確認した。しかし奥の深い機能である。今後，更に治療のプロセスとしての心理アセスメントについて，現状を踏まえた研究や研鑽を推進する必要性があることも先行研究から指摘された。

実務において，心理アセスメントのうちの心理検査がどのように活用されているのか，その具体的な状況を検討し，今後の課題を明らかにしたい。それは医療観察法による実践システムが処遇の段階を機能別に分けて進めるなかで取り残しやすい問題点を補完できるほどの資質の向上につながる根拠となる期待を持っている。研究は二つの課題で構成した。

Ⅱ．研究目的と研究方法

1．課題 1．精神鑑定に資する心理検査所見報告書作成の試み

a．目的・方法

よく用いられる反面，扱いにはかなりテスターの個人差が生じやすい心理テストを使って，所見作成に至る状況を観察する試みをした。先行研究で心理検査の主軸となっていると思われたロールシャッハテストとウェクスラー式知能検査（以下，WAIS と表記）を取

り上げた。医療観察法の対象になった二事例について，この二つの心理検査の結果を用い，精神鑑定段階での所見を作成することを依頼した。研究協力は医療観察法 CP ネットに加盟している医療機関からランダムに 10 施設を抽出し，各施設の比較的若手の臨床心理技術者に依頼するようにした。しかし同一施設に所属する複数の臨床心理技術者で協議して取り組んでもよいことにした。ともすると実務に際しては一人で抱え込み，ざっくばらんに知恵を貸し合い相互研鑽をしながら取り組む場合が少ない。このように呼び掛けることから研究協力に応じやすくすると同時に相互研鑽の経験となる伏線を組み込んでの設定であった。個人情報保護の観点からテストの検査データにわずかのプロフィールを添えるだけの資料によってできる範囲で，各検査ごとの所見，並びに総合所見の作成をしてもらった。ほとんどブラインド・アナリシスに近い条件で行われたと言える。したがって情報不足によって解釈が困難な点はどのような情報が必要であったかを併せて書き添えてもらった。その結果，1 事例に対して 10 例ずつの所見が集められた。

それらについて次の観点から検討することとした。

<所見の形式面>

1）各心理検査の簡単な内容説明が付記されているか
2）データの添付があるか
3）検査態度や検査状況の記載があるか
4）総合所見が載せられているか

<所見の内容面>

1）病態，疾病の鑑別分類に言及しているか
2）人格，発達特徴について言及しているか
3）対象行為との関連について言及しているか
4）治療課題，今後予測される問題について言及しているか

b. 用いられた事例

<事例 X>

性別：男性
対象行為：傷害
対象行為時の年齢：30 歳
生育歴：公立小学校卒業後，中学受験で地元名門の中高一貫校に入学。高一時より成績が急激に下がり，大学受験に失敗。1 年間の浪人生活を経て私立大学文学部二部に合格するが，大学 2 年時に発病により中退。その後，職を転々とし，対象行為時は金融会社の正社員であった。

<事例 Y>

性別：男性
対象行為：強制わいせつ行為
対象行為時の年齢：35 歳
生育歴：居住地域の公立小中学校を卒業。成績は中位。職業高校（普通科）に進学。成績は良好。高卒後は学力と経済的な理由から進路が決まらず，アルバイト（飲食店，スーパー，コンビニ，ガソリンスタンド，風俗店等）の身分で 20 数箇所ほどを転々としながら語学専門学校に通学したこともある。しかし卒業には至らなかった。対象行為当時は警備会社に勤務していた。

2. 課題 2. 事例検討による業務の意義の検証

a. 目的・方法

制度の上では精神鑑定・入院治療・通院治療それぞれに関与する医療機関が異なる。したがって心理アセスメントについてもそれぞれの段階で対応する臨床心理技術者が同一で

はない。鑑定入院から通院に至る治療過程を通じて対象者の心理・行動上の特性や変化の背景にある要因を含めて一貫した経過を把握する試みとして事例検討をした。事例は群馬県立精神医療センター・岡田秀美心理士が提供してくれた。指定医療機関ではないが県内システムの関係で同一臨床心理技術者が<精神鑑定・入院・通院>のすべての場でかかわりを持った事例であり，次の点から検討した。

1）心理アセスメントの活用

2）心理面接の活用

3）多職種共同治療プログラムの実践

4）職種間コミュニケーション

多職種が心理アセスメントから発信した情報を共有し，治療・援助機能の安定的発展の課題を探ることができるのではないかという期待に基づいて行われた。

平成21年1月17日に医療観察法CPネットの研究会を開催し，43名の臨床心理技術者参加の下に検討された。その際，法によるシステムの運用に釘付けになりやすい現場の状況から原点に帰る試みとして，業務が依拠している大局を再確認するための機会を設けた。すなわち，下記の二つの小講演を設定した。

①司法精神医療からみた心理職への期待（群馬県立精神医療センター院長　武井満）

②刑事施設における精神障害者の処遇と臨床心理技術者の役割（東京都立松沢病院医長　黒田治）

b. 事例検討に用いられた<事例W>

性別：女性

年齢：30歳

経過：進路選択が思うように進まないことから情緒不安定になり，精神科通院が始まった。その経過の中で自暴自棄になって起こした行動が刑罰法令に触れる行為に該当し，勾留。刑事鑑定のため鑑定留置の後に起訴猶予。通院先が県内の刑事事件にかかわる対象者を一手に引き受ける医療機関であったことから，通院していた医療機関に医療観察法による鑑定入院。鑑定書提出後も入院は続いた。急性期の他患や家族と共に疾病教育に参加。通院処遇決定後，医療保護入院で治療プログラムⅡ部（事件についての内省・退院準備の生活のあり方）を実施した後に地域からの通院となった。地方裁判所は通院処遇と判決し，通院となった。

この間，3期に心理検査を繰り返していた。

①外来通院中（初診＋3か月時）：

心因反応であるか，統合失調症発症の可能性について

WAIS－Ⅲ，ロールシャッハテスト，風景構成法，樹木画，SCT

②刑事鑑定（鑑定留置中）：

旧版田中ビネー知能検査，ロールシャッハテスト，風景構成法，HTP

③医療観察法入院鑑定：

WAIS－Ⅲ，ロールシャッハテスト，風景構成法，樹木画，SCT，WCST

事例の特性：この事例の場合，結果的に当初の外来通院期間が急性期に相当し，医療観察法による精神鑑定の時期は治療期であり，鑑定書提出から裁判所の決定までの間が回復期と捉えることが妥当なのではないかと考えられる。このような移行過程において，同じテスターによって3回の心理検査が行われた。医療観察法としての条件が整備されていない経過が，むしろ必要な対処を進めていくことによって，システムの隙間に残される可能性がある視点や課題を示唆する事例報告であった。

Ⅲ. 結果

1. 課題 1. 「心理検査所見作成の試み」について

a. 精神鑑定段階での心理検査所見報告書作成に協力した臨床心理技術者のプロフィール

表 1. 報告書作成に協力した臨床心理技術者の年齢と経験年数

	年齢（平均）	年齢（中央値）	心理士としての経験年数	精神科領域での経験年数
事例 X	37.3 歳	35 歳	10.2 年	9.8 年
事例 Y	35.8 歳	32 歳	9.4 年	9.2 年

表 2. 報告書作成に協力した臨床心理技術者の年齢分布

	29 歳代	30 歳代	40 歳代	50 歳代
事例 X	2 名	13 名	0	4 名
事例 Y	5 名	10 名	0	4 名

表 3. 報告書作成に携わった心理士が準拠しているロールシャッハ理論

	エクスナー	片口	クロッパー	名大	阪大	未回答
事例 X（19 名中）	9 名	6 名	2 名	1 名	1 名	0 名
事例 Y（19 名中）	7 名	7 名	2 名	1 名	1 名	1 名

表 4. 報告書作成に携わった心理士の鑑定経験者数（複数回答含む）

	司法鑑定	医療観察法鑑定	未回答
事例 X（19 名中）	9 名	8 名	2 名
事例 Y（19 名中）	11 名	7 名	2 名

b. 報告書について

表 5. 報告書作成に携わった心理士のロールシャッハ法の教育背景（複数回答を含む）

	大学・大学院	研修会・研究会	職　場	スーパーヴィジョン
事例 X	12	12	2	2
事例 Y	13	11	3	2

表 6. 事例 X. 心理検査報告書の形式面

報告書	内容説明の付記	データの添付	検査状況，態度の記述	総合所見
A	×	○	×	○
B	×	○	×	×
C	×	○	×	○
D	×	○	○	○
E	×	○	○	○
F	×	○	×	○
G	×	○	×	×
H	○	○	○	○
I	×	○	×	○
J	×	○	○	○
合計	1	10	4	8

表 7. 事例 X　心理検査報告書の内容面

報告書	病態，疾病の鑑別	人格，発達の特徴	対象行為との関連	治療課題，今後の問題	病態，疾病についての記載内容
A	○	○	×	×	発病による影響がある
B	○	○	×	×	何らかの精神疾患
C	○	○	○	×	統合失調症
D	○	○	×	×	統合失調症を視野に入れた精神疾患
E	○	○	○	○	心理社会的発達の問題の影響が大きい病態
F	○	○	×	×	統合失調症
G	×	○	×	×	なし
H	○	○	×	×	精神病圏の疾患
I	○	○	×	×	病態は精神病水準で発達障害の可能性
J	×	○	×	×	なし
合計	8	10	2	1	

鑑定書：ICD-10，DSM-Ⅳに従う限り，症状的根拠を得ることは困難，情緒的発達が阻害されていた可能性あり
自己愛性人格障害と反社会的人格障害に類似した特徴を有する混合性人格障害
入院施設での診断名：発達障害

表 8. 事例 Y. 心理検査報告書の形式面

報告者	内容説明の付記	データの添付	検査状況，態度の記載	総合所見
A	×	○	×	×
B	×	○	×	×
C	×	○	×	○
D	×	○	×	×
E	×	○	×	○
F	×	○	×	○
G	×	○	×	○
H	×	○	×	○
I	×	○	×	×
J	×	○	×	○
合計	0	10	0	6

表 9. 事例 Y. 心理検査報告書の内容面

報告書	病態，疾病の鑑別	人格，発達の特徴	対象行為との関連	治療課題，今後の問題	病態，疾病の鑑別についての記載内容
A	×	○	×	×	無し
B	○	○	×	×	生理学的な精神疾患としても疑わしいが人格的な歪みが濃厚
C	○	○	×	×	統合失調症初期の可能性
D	×	○	×	×	無し
E	○	○	×	○	精神水準は精神病圏～境界域だが現時点では 著明な精神病状態とは考えにくい
F	○	○	○	○	知的障害を持つ人格障害圏，または妄想性障害
G	○	○	×	×	人格障害
H	○	○	×	×	病理性が疑われる
I	○	○	×	×	精神病水準の障害，発達障害を有している可能性
J	○	○	×	○	精神病圏の病理水準
合計	8	10	1	3	

鑑定書：ICD-10 の妄想型統合失調症
入院施設での診断名：統合失調症，自己愛性人格障害

c. 心理検査報告書を作成する際に困難があった点に関する自由記述

事例 X

・**報告書 C**…ロールシャッハ法の質疑段階で検査者の誘導と感じられる質問があった。検査結果として示されたやりとりがどのような状況で生起したのか，また検査者の臨床経験を知りたい。それによってそのやりとりが被検者のレベルに合わせた尋ね方を調整した結果なのか，あるいは検査者の経験の浅さゆえの結果なのかを知ることができる。これは検査結果の信頼性を知るために重要な点と思われる。またウェクスラー式知能検査のローデータがあれば，ロールシャッハ法で得られた結果と照らし合わせて総合的に判断する上で参考になる。

・**報告書 E**…検査依頼の目的が不明であったことも通常のやり方では所見が書きにくく感じた。

・**報告書 H**…ウェクスラー式知能検査では，検査態度が意欲的だったのか渋々だったのか，また検査の所要時間の長さの情報があれば参考になった。検査もやりとりのひとつなのでその時の反応も結果を理解する上で大切な手がかりになると思う。またウェクスラー式知能検査に関するデータを見ると後半の下位検査の得点が低く，疲れや興味関心の薄れ，集中力の低下が影響している可能性があり，検査態度が分かればその点も考察できると思った。回答の仕方及びエラーパターンについて，「組合せ問題」では試行錯誤してから「わからない」と答えたのか，またはすぐに諦めてしまったのか，また「符号問題」で得点が下がるのは作業量自体は多いのに間違いが目立って減点となったのか等のエラーパターンが分かれば，より被検者の特徴を把握できると思った。言語性検査においても回答の仕方が要点を得た回答なのか，長々と説明し，その中で得点に結びついたのか，言語刺激に対し広がりすぎてまとまらないことはなかったのか等

の情報もロールシャッハ法の結果と照らし合わすことが出来れば，総合所見を作成する際には参考になると思った。また生育歴についてウェクスラー式知能検査の結果に能力のアンバランスさが見られ，発達の偏りが疑われる。生育歴に関する情報があれば本人の特徴がより理解できると思った。ロールシャッハ法では検査導入時の反応，検査への取り組み，検査全体の所要時間といった情報があるとより受検態度について明確になると思った。

・**報告書Ｉ**…直接本人に会っていないため観察による情報がなく，報告書をまとめる時に一般的なことしか書けなかった。発達障害の可能性を検討する上で，生育歴や家族関係，学校での適応状況等の情報が欲しかった。家族関係については母と弟に対して両価的感情があるように思われた。ロールシャッハ法から身体に関して過剰な懸念が示唆されたが，臨床像と対応させることが出来ず，身体的異常体験があるのか，偏った興味の問題なのか，あるいは実際に身体疾患があるのかについて所見に解釈を盛り込むことができなかった。

・**報告書Ｊ**…ウェクスラー式知能検査の受検態度があると，非知的要因（不安，緊張，動機付けなど）も踏まえた解釈が可能になると思った。

事例Ｙ

・**報告書Ａ**…ローデータなしで報告書の作成はやりづらかった。被検者の検査態度や反応内容，中断などの検査中の情報も欲しかった。現在の不適応が環境因か能力的なものか判別が難しい。ロールシャッハ法のスコアリングは，自分が使っている解釈法と異なるものであったため，戸惑いがあった。特に形態水準等に不安が残った。ブラインド分析で解釈することが非常に難しいことを実感した。

・**報告書Ｅ**…ロールシャッハ法では提供された事例のロケーションチャート（反応領域の確認に使用するもの）の記載が不十分だった。運動反応，色彩反応等の判断に情報が足りないと感じた。ウェクスラー式知能検査では特記事項の記載がほとんどなく，得点の仕方や反応内容の評価が出来ず，吟味が不十分になってしまった。検査時の本人の様子，態度が分からないと鑑定としては評価しづらいと感じた。

・**報告書Ｈ**…精神鑑定の場合，司法での処遇（刑務所行き）が適切かどうか，または司法での処遇による刑の軽減の必要性（心神耗弱）があるか，あるいは医療による処遇（心神喪失）が適切か，などが問題となる。よって，詐病の可能性を吟味すること，続いて病気に罹患しているかどうかを判断することを先ず念頭に置いて検査を実施している。従って，各種テストに取り組んでいる様子や検査反応が被験者の真の反応であるかを吟味し，その様子，内容が病的なものかどうかを判断するようにしている。具体的には，知能検査で生じる間違い方が意図的なものか否か，ロールシャッハ法で病的な反応を意図的に示していないか，次いでそれらの結果が病気の影響を受けているものかなど，テストへの態度や結果を疑い，病気との関連性の有無を検討するように取り組んでいる。今回の所見の作成においては，そのような前情報が無く，詐病の可能性を吟味することが出来なかった。詐病を疑うような容疑，経歴の有無，テストでの様子など，詳細に見ようとするとキリが無いが，もう少し情報が欲しかった。

・**報告書Ｉ**…今回のデータでは対象行為の詳細な状態像についての情報がなかったので，心理検査の結果とそれらとの関連性を検討できると更によかった。また，心理検査上に能

力間のアンバランスさが見られており，発達障害に関する検討を行う上で生育歴についての情報が必要だった。「医療観察法の鑑定である」ということを考えると，疾病性の判断（診断）の補助としての役割だけではなく，治療反応性の面について，心理士が積極的に評価していく姿勢も必要なのではないか。例えば疾病理解の程度，疾病管理技能の程度などについて心理士の評価が加わることで，今後の治療に関する意見により厚みがでるのではないかと思う。

・**報告書J**…ウェクスラー式知能検査では，反応速度，言語検査等の時間を測定しない検査についても反応潜在時の情報，受検態度，できれば解答欄の冊子コピー（算数等でも重要な情報になる），言語的検査の反応様式といった情報が最低限得られなければ，どうしてもこれまでの検査者の経験により解釈に偏りが出てしまうと思われる。

d. 課題 1. の考察

比較的若い実務者に協力を依頼した。中には，ベテランのスタッフがバックアップとして参加して下さった医療機関もあった。更に，あえて不十分なローデータを使って心理検査報告書の作成をしたことによって，日頃，心理検査実施上で配慮すべきこととしている事柄が明確になって報告された点は，今後の研鑽課題として示唆を与えてくれている。

ロールシャッハテストの所見をまとめるにあたって，依拠した理論を問うと，片口法とエクスナー法が多く用いられているが，他の理論も上げられている。無理に統一する必要はないが，出来るだけ目的に見合ったところで精度の高い理論に近づく必要はあり，今後の課題のひとつと言える（表 3）。

また，特にロールシャッハテストは色々なケースの経験と多角的な研究によってより的確な分析と解釈が可能な検査法であるだけに，日頃どのような研鑽の機会を持っているかは，実力を大きく左右するところである。習得についての質問を入れてみたところ，職場内で指導を受けられる体制は少なく，半数強の人が個人的負担による研究会などでその機会を得ているが，さらに個人スーパビジョンを受けている者は僅かであった（表 5）。WAIS 知能診断検査を含めて，精神科の診断には不可欠ともいえる検査法であるから，なんらかの形での研鑽の場が保証される必要があるのではなかろうか。地域によっては，経済的，距離的になかなか研修を受ける場が乏しいことも配慮する必要があろう。

各施設から返送された報告書を 3 名の臨床心理技術者が「形式面」「内容面」から調べ，結果に相違点が出た点については話し合いを持ち，最終的な結果を上記の「心理検査報告書の形式面」「心理検査報告書の内容面」としてまとめた（表 6～9）。またそれぞれの報告書について以下のような意見が出た。

・導き出された仮説や解釈とその根拠となったスコア，数値，反応特徴が併記されている方がわかりやすい。

・使用される言葉や表現が専門的過ぎる報告書があり，もし他職種が心理検査結果を参考にしようとしても理解が難しい

・今回は限られた情報の中を元に報告書を作成するという制約があったことを踏まえても，算出されたスコアから導き出された仮説を単に羅列しただけの報告書があった。与えられた情報から仮説の取捨選択をする作業があるべきだし，少なくとも「医療観察法による実務での精神鑑定を目的とした心理検査である」という前提は提示されているのだから，それに適う報告の仕方の工夫が必要である。

・「総合所見を添付すること」と調査依頼の段階で伝えられているにも関わらず，それでも総合所見を載せていない報告書があり，各心理検査を踏まえて最終的にどう結論づけたのかわかりにくいものがあった。

・報告書ごとに記述量の差が大きく，解釈作業の手順まで細かく載せた長い報告書から，要点や結論を書いただけの極端に短い報告書まで多岐に亘る。

個人情報保護の観点から，限られた情報しか添付できない中で，研究協力を得て現状の基本的課題を確認できたことは医療観察法下の医療にかかわる臨床心理技術者の資質の向上のうえで，大きな意味を持ったと言える。早い機会に何らかの形で現任者研修を継続できる場が確保されることを期待したい。

2. 課題 2. 事例検討

事例 W について，CP ネットの会員のうち 43 名がした事例検討会を実施した。

この事例の特徴のひとつは，一般精神医療を進めていく中で事件化した点にある。二番目の特徴は精神科情報センターが整備されている県であることから，県立精神科医療機関が一貫して関わることになった点である。そのために同一の臨床心理技術者が MDT (Multi-Disciplinary Team) の一員として鑑定医の役割を支えることが出来るか，治療者としての機能を提供できるのか，機能分化がされている医療観察法による医療体制からは把握できにくい事実が示された事例であった。参加者との討論もあったが，その多くは事例提供者によって示されたところと一致するので，岡田の指摘として報告したい。

a. 人格特性および病態の把握

医療観察法によらない一般精神医療は手薄な中での実践となる。しかも県独自の体制から一般精神医療と混在する形で一極集中して訪れる自傷他害行為をする患者について，「とにかく何とかしなければならない」という切実さがこの事例への取り組みを支えていた。その時々のなしうる精一杯の対応は，後から考えると十分ではなかったと思わざるを得ないところが散見される。経過を追っていく中で，気付かされるのであるが，そこでまず経験した心理検査 3 回の実施から知らされた状態像の変化であった。それは医療観察法第 1 条「犯罪行為に及んだ精神障害者に適切な医療を保証して再犯を防止すること」の具体的実践の手始めに不可欠な精神鑑定に際して，鑑定医の結論を適切に支えうる心理アセスメントを行えるかが，臨床心理技術者の第一の役割となる。心理アセスメントとは心理検査の実施のみではない。観察，面接，成育史や生活環境の検討などを含み人格に関わる包括的把握を意味している。

たまたまこの事例では事件の精神科通院からのかかわりがあった。その段階での第一回の心理検査では，知的機能の統合性に問題が認められる一方で，行動傾向は心因反応とは言いがたく，回避型のパーソナリティ特性に近い様子が推測された。この結果から，薬物療法に多少の変更が試みられた。

2 回目の心理検査は事件後，拘留され，刑事責任の鑑定留置の入院における実施であった。1 回目のころと比べると，全般的状態が大きく変わっていった。後になって，「拘置所では環境になじめず今後の処遇についての不安も手伝って気分がどんどん落ち込んでいった」と語る対象者の言葉から情緒の激しい変化を経験していたことが分かった。統合失調症の発症を思わせる状態であった。ここでは「犯罪時における是非善悪の弁識能力，その弁

識能力を使って行動を制御する能力」についての判断が鑑定医の役割となる。精神病の根拠が心理検査から見出されることが期待されるが，精神病を特定できないが明らかな人格変化が起こっていることが想定できる反応がある，と鑑定医に報告した。このような対象者について，知的機能水準・パーソナリティ特性を描くことは出来ても，病態水準を明確に示すことについては躊躇する。もしも知的能力による責任能力を問うのであれば知能指数で示すことが出来るとしても，従来の考え方だけでは判断を誤る可能性も出てきている。すなわち「広汎性発達障害」とりわけ高機能自閉症と呼ばれる一群の対象者の場合には，現段階としては心理検査だけではなく，操作的診断基準との関連を見分ける質の高い観察法を活用しながら吟味しなければ不十分であろう。

3 回目の心理検査は，事件については起訴猶予となって医療観察法による鑑定入院時であった。今後の処遇決定要件を見分けることを目的としている。精神障害によって起こった対象行為であり，同様の行為を行うリスクが存在し，かつリスクマネジメントの必要性と可能性（治療反応性）を判断することが鑑定医に課せられている。心理検査の結果や一般状態にも 2 回目に見られていた心的機能の低下は薄れ，回復傾向にある様子が示された。刑事鑑定段階では貧困化が顕著であった人格特性に活き活きさが回復している様子がこの回の風景構成法やバウムテスト（樹木画）などに反映され，知的機能も上昇していた。しかしそれらに示された特徴において自分の能力以上に高いゴール設定をすることが自己イメージに葛藤を起こさせ，心的状態の悪化を招く可能性が推測された。外部医師に依頼した鑑定結果は，「ICD-10 の診断基準によれば統合失調症（F-20）の診断基準を満たしている。亜型診断としては妄想型統合失調症（F-20.0）。軽躁状態及びうつ状態は共に診断基準を満たすほどの典型的な症状ではないことから，これらの診断は採用できない，しかし，妄想型統合失調症の中では，統合失調感情障害に近い病状であると考えられる」であった。心理検査の結果を踏まえて，「病職を得ることや，等身大のゴール設定など，適応的な自己認知が課題と考えられた。医療的なアプローチのほか，心理的なアプローチによる治療反応性が期待できる」と鑑定医に報告した。

3 回の心理検査では，統合失調症の存在を裏付ける典型的な指標は見出されなかった。この事例の場合，はじめから医療観察法による対応であるならば，3 回の心理検査は別々の医療機関で実施されていただろう。たまたまひとつの医療機関で経過したことによって同一の臨床心理技術者が担当したことが，人と人のかかわりに生じていく感触が意味ある機能を助けたという部分は否定できないと思われる。岡田は，精神鑑定段階での心理検査は，疾病性の検索に意識を方向付けた鑑定そのものを目標とするのではなく，治療反応性に比重をかけた取り組みに意味があるのではないか，と述べている。対象行為に至った人格のプロセスに注目することなくしては実現できない心理社会的アプローチも尊重されるべきことを事例は示唆していたとも言える。

実際にはこのような面については鑑定への報告から割愛するのが本来のマナーであり，その結果作成された鑑定書には記載されないまま，次の医療機関に移行していく。1 回目の検査所見があっての 2・3 回目の展開になる内容は，対象者に対して「誠意ある専門性の提供」の実現に通じるところではなかろう

か。どの段階に関与するにしても，定点観測に留まらずこのようなプロセスの変化を通じで初めて少しずつ顕在化する内面の本質があることを気に留めて取り組む姿勢が必要であることを学ぶ事例であった。少なくとも鑑定書には記載されない治療反応性に関わる示唆は移行していく機関とのアセスメントの交換や協議の体制を確保することが手始めに必要条件であろう。その営みが恒常的に行われることが，研鑽に役立つ意義も忘れてはならない。

b. 精神鑑定から通院処遇までの期間の活用

事例 W は鑑定終了後，比較的早期から通院処遇の可能性を視野に入れて「再犯防止プログラム（疾病教育）」を導入している。裁判所からの処遇決定通知が届くまで鑑定入院で過ごした急性期病棟で，他の患者とグループでの実施であった。通院処遇決定後は医療保護入院で入院を継続し，個別プログラムを実施した。一般精神医療という条件下で，少ないスタッフなりに訪問看護やデイケアスタッフも含めて MDT での実践となった。ひとりの対象者の周りに，退院後に接する地域の他機関スタッフも集まって来てくれる実感は孤立感を薄め，自らのあり方を見直す方向を容易にする。言うまでもなく，事件への直面化を支え，社会復帰の流れを生み出す内省を促す課題を実施した。通院 1 年後には気分障害を取り込んだプログラムも実施している。因みに，研究会参加者から，鑑定から直接通院処遇に移行したケースでその後の処遇への動機付けがないまま，退院した場合に，色々なプログラムの実施があいまいになる場合があり，事例 W のように処遇決定までの期間を有効に活用することが不可欠であるという意見が聞かれた。

この間，医療観察法における「共通評価項目」という MDT の共通言語は必要であった。しかし実際のトリートメントを進めていくに際しては，職種それぞれが持っている言語が頼りになっていた。

医療観察法による医療の入り口は裁判所の命令による非自発的入院であるが，その後の過程で可能な限り自発的入院の意識に近づくような期待を捨ててはならない。だからこそ，病識が明確に近づいたり，主体的にプログラムに参加し，変化する自分に心地よさを実感できたりするのであろう。そのためには対象者が「支えられている」と受け止め，「干渉されている」という感覚に陥らないように態度やプログラムの展開に注意深く配慮を続ける姿勢を MDT のスタッフが保つ基本を忘れてはならないと考えると岡田は付け加えている。

やむをえない背景事情から，本来なら医療観察法による分業体制で経過する過程を一貫した医療提供として経験できたことによって，患者から学んだことは貴重であった。そして，そうしなければならなかった事情の切実さがかえってスタッフのモチベーションを高めた点も軽視できない。一連の経験は，事件性を持っていてもいなくても，対象者が持つ切実な混乱に役立つひとつひとつのかかわりをどのように積み上げていくか，という基本的態度は精神科医療の原点であることを改めて胸に刻み込む経験であった。

この事例検討に関連して，研究会参加者らが処遇終了をどのように判断するか，臨床心理技術者としてどのような判断を担っているのか，強い関心が示されていた。

c. 事例検討を通して再確認した臨床心理技術者への課題

岡田は一連の過程で学んだ課題を次のよう

に上げている。

① 自傷他害行為を行った精神障害者へのプログラムの手法

② MDT の協働がうまくいくためには臨床心理技術者はどうあればよいのか?

③ アウトプットの中心を客観的・網羅的に評価する「共通評価項目」をトリートメントに生かすにはどうすればよいか?

④ 精神鑑定～入院～通院の分業の影響を出来るだけ少なくして，結果を見届けたり経験交流によって活用し易くするために，それぞれの機関の臨床心理技術者の協働のあり方は?

⑤ これらの課題に共通する基盤として，臨床心理技術者の discipline において，特に関心を深めるべきは何か?

この事例検討をきっかけに，臨床心理技術者としての discipline について考えようとする機運が出てきている。人格理解の理論や技法の獲得と並んで，今後，更に折々の経験を通じて洗練されていくことが期待される。フロアからの発言や，医療観察法 CP ネットに書き込まれた意見の一部を紹介しておく。

*「社会で生きる人の困るところを見つけ，調整や教育をすること」と考えている。内的な素因としての知的機能や気質を備えた人が，ある環境におかれた場合に，どのような反応をし，体験するかということが,「社会で生きる人の困るところを見つける」というためのアセスメントの視点であり，心理学の知見を生かす場面であると感じている。本人の能力を伸ばすと言う「調整や教育」を具体的に提供していくことも仕事となり，そのために必要なスキルは対人援助に関する知見やトレーニングによって向上する部分であろう。対人援助という職種の点では，多職種に共通していても，その背景が異なること，対人援助のスキルの活かし方も異なるのだと認識した。多くの医療情報を得たとしても，それらについて心理学を背景に捉えていくと言うことが臨床心理技術者のディシプリンのように思う。

*大学院修了後，色々な現場で臨床心理技術者として仕事をしてきた。そしてデイケアの実践を通じて,「個人の内的・心理的成長」だけでなく，その人にどのような援助があればより現実適応が可能になるかについて，ひとつの視点にするようになった。「個人の発達・成長」と「現実適応」とは相対することではなく，相補的な関係にあると考え，そのバランスを見届けながら関われることを目指している。他害リスクの低下への関わりにまずは重点を置いた方が結果的にその人の「個人の内的・心理的成長」も早いのではないかと考えている。

*臨床心理技術者の役割は，他害リスクの低下が中心課題であり，本人の生きづらさへの援助はリスクの低下に直接・間接に関わる限りにおいて行うものと考えている。

*法的な義務として治療を課せられているなかで，成り行き任せのプロセスを描くわけには行かない点で一般精神医療をしていた時と違う感覚があるように思う。しかし何よりも改善，もしくは反応性はないという結果を出さなければならない立場にいる。主体性を尊重しつつ，まずは服薬等の治療についてのコンプライアンスを確保することが現実的な目標となる。

d. 啓発

医療観察法 CP ネットの研究会を開催して前述の二つの小講演による啓発を試みたところ，一方に精神保健福祉法による保険・医療・福祉の包括的システムがあり，他方に刑事収容施設法による医療刑務所での処遇があり，それらとの関連で医療観察法による医療の必要性や長所について多くを考えさせられる機会となった。改めて医療観察法によって再犯防止を目指した治療・援助が構造化されている体制の意義を認識したという。

武井による小講演は，次の点を基本にすすめられた。

① 医療観察法の成立の意義を知るために
 ＊これまでのわが国の精神医療の問題点
 ＊医療観察法と精神保健福祉法との関係
 ＊処遇困難患者の実態
 ＊医療観察法による医療を進めるための諸システムの意義の確認（他害行為の背景要因の分析・治療到達目標・対象者の評価軸や評価項目・治療プログラムなどを含む）
 ＊他職種チーム（MDT）の機能
② 司法精神医学・医療の仕事は人間の尊厳や人格について最も深く関わる分野
③ 社会的に見て「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ことは，最も基本的な命題となる。
④ 医療，行政，司法がそれぞれ役割分担と責任範囲を明確にして一体となって取り組むことではじめてシステムの整備は可能となる。
⑤ システムの整備には，司法精神医学，医療の発展が欠かせない。その際の，精神鑑定を初めとした評価やプログラムの作成及び実施について臨床心理技術者の果たすべき役割はきわめて大きい。

黒田による小講演は刑事施設における精神障害者の処遇を学ぶまたとない機会になった。以下，ごくかいつまんだ要点である。

① 刑事収容施設における法的な枠組み・被収容者の処遇
② 多くの精神障害者が処遇されている実態
③ 一部以外は適切な精神科医療が確保されていないと同時に釈放時のケースマネージメントが不十分
④ 法整備が進み，施設内での精神科医療の水準の向上が期待され，マンパワーの改善も始まっている。
⑤ 性犯罪防止プログラムなどが始まった。わが国の刑事施設における（精神科）医療の水準を向上させるには，医療・社会保障・法律・刑事政策など多方面の専門家の関与，省庁の垣根を越えた行政の関与，一般国民への啓発活動，政治家の関与が必要
⑥ 刑事施設と精神科医療施設（とりわけ医療観察法病棟，指定通院医療機関）の間で人や情報の交流が進むことによって，双方にとってプラス方向への相乗効果を生む可能性が高い。
⑦ その mediator として臨床心理技術者に期待される役割は大きい。

二つの小講演は，共にあいまいな認識のまま司法精神医療のシステムに追随することに追われてきた実務者が，大局に立って業務の本質を確かめなおす為に不可欠な啓発となった。

Ⅲ．総括

課題を二つにわけ，更に啓発を加えて実施した研究事業から，既に述べてきた色々な問題提起がなされた。

典型的な疾病には該当しにくいが，きわどい疾病性を抱えているといったケースが増加している。そのような人格や病理像を心理アセスメントでどのように可視的な整理が出来るのか，それと同時に責任能力のみならず治療可能性の具体的な解明（仮説の提起）にどのような役割を果たすことが出来るのか，研鑽を積み上げていくことが期待されている。行動という現象の背景に集積されている要素を心理検査のみならず成育史の吟味や観察も含めた多角的な情報を基に，根気よく個別の構造の解明に努めたい。心理検査のみならず色々な手法を活用していくには良質な心理面接がまず確保される必要があるだろう。間違いなくMDTの機能を安定させるには，行動様式の変化を追う評価は言うまでもないが，臨床心理技術者からの情報をヒントにして，一人の個性ある人物像としての実像を描きやすくする鍵を他職種がそれぞれのdisciplineに組み込ませて獲得していく過程も意義を持つのではないかと考える。法に沿って責任を明確に意識してシステムを追随するにとどまらないように，このように豊かな感受性を持った対処が少しでも行えれば一歩前進という営みを忘れてはならない職種なのではなかろうか。簡単に総括すると，以下の点がシステムをより有益にしていくにあたって，臨床心理技術者に期待される。

① 定型的なアセスメントツールである心理検査の扱いについて，尚研究と研鑽の機会が必要。新たな検査法の開発もさることながら，既存の検査法がより有効に使われるための留意事項を身につけると同時に，検査結果について何をどのように扱えばあることの指標になり得るか，研究を深めて明らかにする必要がある。そのためには実務者のみならず，大学等の研究機関を巻き込んだ体制によることが合理的に展開できる場合もあろう（実務者と研究者との連携）。

② 精神鑑定と心理検査の関係について，より合理性を高める為に検討・整理する必要がある。鑑定における心理アセスメントを鑑定医が受け入れ易く，出来るだけ違和感が生じないで病理構造の理解を助ける役割があるだろう。すなわち，善悪弁識能力や治療可能性を鑑定結果に反映されること，そしてその後の治療・教育的対応（ケースマネージメント）に役立つ内容を心がけるために，更なる研鑽が望まれる。またそれらの情報が社会復帰調整官との親和性も念頭に置く必要がある。

③ MDTによる実践を進めるにあたって，繰り返し臨床心理技術者のdisciplineを見直す風土を育てたい。そこからMDTに役立つ潤滑油（包括的観点の提供）が機能する。その取り組みは精神科医療そのものを支える人間性への関心と一致する。

④ 医療観察法によるシステムが依拠する歴史的・社会的・倫理的・哲学的背景について，常に関心を持ち続けることを重視したい。より成熟した法体系の運用を支える機能分化について，利点と問題点を明確に認識する努力を忘れてはならない。

⑤ 疾病性の下に潜在している事例性（パーソナリティ障害など）に関わり，そ

の状態像を示唆していけるようなあり方と資質を養成する。包括的な視点を保つためにかかわりながら内面を注意深く吟味し続けるムードメーカーの役割が臨床心理技術者に期待されているのではなかろうか。

⑥ 非自発的医療から自発的医療への転換が図れるような援助になり得る治療プログラムや個別援助は，行動様式を追う評価だけでは達成できない。対象者と MDT との結合性をバロメーターにした治療プログラムの立案・吟味・修正の謙虚な過程に助けられる部分は大きい。その点で臨床心理技術者の地道な活動が不可欠である。

⑦ とりわけ，対人援助のスキルを活かして治療反応性の予測をサポートする役割がある。プログラムや個人面接を実践する人の discipline の成熟，それを促す啓発，洞察の機会を大切にしたい。

⑧ 鑑定・入院・通院の枠組みを変えるのではなく，その壁を越えて良質な資源を提供できるような研鑽の機会を継続的に持つことが必要である。そのためには，現在すでに行われている従事者の交流会に参加して経験交流や情報交換を促す機会を定期的に保障すること，医療機関相互でのピアレビューの実施などが，方法の一つになるであろう。

⑨ この領域での実践が定着することは，他の医療分野での臨床心理技術者の資質を現実的なレベルで向上させる点でも意義は深い。

以上

参考文献；

＊菊池　道子　司法精神鑑定におけるロールシャッハテストの実態と事例　1996　ロールシャッハ研究

＊山上　皓　精神鑑定の心理学的側面　1981　臨床精神医学

研究協力者：

群馬県立精神医療センター　武井　満

東京都立松沢病院　黒田　治

独立行政法人国立病院機構　花巻病院　高橋　昇・高橋　紀子・山村　孝

下総精神医療センター　堀内　美輔・久保田　圭子・小川　歩

さいがた病院　大原　薫

東尾張病院　古村　健・磯村　美智子

北陸病院　芹山　尚子・田中　邦子・荒井　宏文

松籟荘病院　森岡　瑞穂・園山　一俊・中尾　文彦

肥前精神医療センター　壁屋　康洋

琉球病院　前上里　泰史・野村　れいか

国立精神・神経センター病院　今村　扶美

公立病院　国保旭中央病院　赤須　知明・福原　俊子・高野　朗史

群馬県立精神医療センター　岡田　秀美・小片　圭子

神奈川県立精神医療センター芹香病院　板垣　敬子

医療法人共栄会　札幌トロイカ病院　福沢　宏之・尾込　典子・江本　理惠

医療法人薫風会薫風会山田病院　西表美智代・石井紗奈栄

医療法人高仁会戸田病院　橋爪　龍太郎

平成20年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）
他害行為を行った精神障害者の診断，治療及び社会復帰支援に関する研究
研究協力報告書

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（2）

研究協力者　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：

目的：

本研究では，前年度に引き続き，医療観察法指定入院医療機関において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）を開発するために，以下の研究を行った。

方法：

1．**プログラムの改訂**：平成19年度の思考スキル強化プログラムの第一試行結果をもとに，医療観察法病棟での実施可能性を高めるための改訂を行った。全体としては，①各モジュールの長さの統一，②ホームワークの充実，③アセスメントフィードバックの実施，④精神病症状との関連づけ課題の増加　を行った。また，各モジュール毎の改訂を行った。

2．**改訂プログラムの試行**：思考スキル強化プログラムver.2を試行した。

結果：

セミクローズド形式のプログラムであるため，途中から参加する者も含め，計10名が参加した。このうち，今回の試行の初回から終了まで参加した者は4名であった。全般に，問題解決能力の改善が見られたが，同時に攻撃性得点も上昇するという結果となった。病棟生活上は攻撃性が問題になった参加者は存在していなかったこと，攻撃性尺度の下位尺度では特に言語的攻撃の上昇傾向が見られることから，攻撃様式がより向社会的方法へとシフトした可能性が示唆された。

研究協力者（所属は平成21年3月時点）：
岩崎さやか，水野由紀子，杉山茂，樽矢敏広，安藤久美子，朝波千尋，平林直次
（国立精神・神経センター病院）；
美濃由起子，岡田幸之，安藤久美子，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，志村和哉（東京学芸大学大学院）

A．はじめに

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，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，再他害行為リスクやニーズ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ている[1]（図 1)。入院対象者の多くに適用されるプログラムであることから，英国の Home Office 管轄下にある司法精神科においては Correctional Services Accreditation Panel (CSAP) により公認された GOB プログラムが標準整備されており，「生活スキル」と呼ばれることもある。

我々は，前年度に引き続き，本邦の医療観察法指定入院医療機関において実施可能な GOB プログラムを開発するため，前年度の試行結果をふまえてプログラムを改訂し，改訂プログラムの試行を行ったので報告する。

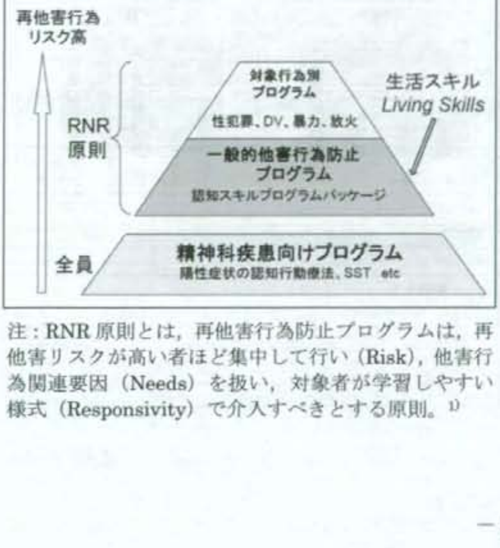
B．方法

1．プログラムの改訂

平成 19 年度の思考スキル強化プログラム第一試行の結果，以下の課題が明らかとなった：

1) 既存 GOB プログラム（例：英国の Enhanced Thinking Skills Programme）の構成を踏襲することは非現実的である。

図 1．司法精神科における集団心理療法



注：RNR 原則とは，再他害行為防止プログラムは，再他害リスクが高い者ほど集中して行い（Risk），他害行為関連要因（Needs）を扱い，対象者が学習しやすい様式（Responsivity）で介入すべきとする原則。[1]

① 各セッション毎の情報量が多すぎる。

② ホームワーク設定が必要である（学習したスキルの般化促進のため）。

2) 精神病症状との関連づけた内容が必要である。
(既存プログラムは，受刑者人口を対象として開発されているため，精神症状との関連づけが少ない)

3) 対象行為別プログラムを整備する必要がある（例：怒りのマネジメント）など

4) 効果測定上の課題
（アセスメント方法の改善と対照群を設定した効果検討が必要である。)

上記のうち，1)，2) については，プログラムを直接修正することで対応出来るため，以下の改訂を行った。

a) 各モジュールの長さの統一

各モジュールの長さを統一した。5 回を 1 モジュールとし，4 モジュール構成とした。集団実施のためのプログラムであるが，個別実施もしやすいように工夫した。モジュール名称は，「問題解決法」「かたより思考」「社会的推論」「コミュニケーション・スキル」とした。

b) ホームワークの充実

スキルの般化のためには，学んだスキルを日常生活の中で使うことが重要である。そこで，ホームワークを設定することとした。その際，ホームワークの補助は，看護師が担当することが多いため，ホームワーク開発を，心理職および看護職合同で実施した。また，プログラムに馴染みのない看護師であっても，患者のホームワークの援助をできるように，各回のホームワークに補助資料を作成して，添付した。

c) アセスメントフィードバックの実施

プログラム対象者候補を多職種チームが選ぶ際の参考資料として実施している質問紙の結果

を，対象者に対してフィードバックするための用紙を作成した（図 2)。

d）精神病症状との関連づけ課題の増加

「かたより思考」モジュールの中に，幻覚の解釈に関わる演習や，妄想に含まれる「かたより思考」(非合理的思考）を同定する演習を入れた。また，「社会的推論」モジュール中に，物質使用問題をもつ対象者に関連の深い「誘う／誘われる」に関連する視点取得課題を入れた。

e）その他

各モジュールで以下の改訂を行った：

<u>問題解決法モジュール</u>

①問題解決ステップ数を減らした

②行動計画のたてかたを追加した

架空例を用いた演習を減らし，対象者の実際の生活上の例を用いた演習を増やした。

<u>かたより思考モジュール</u>

①非合理的思考の名称変更

②コラム表の簡略化

③幻覚・妄想例を使った演習の追加

④自分の例を使った演習を増量した。

<u>社会的推論モジュール</u>

①生活に近い題材使用

②「誘い」の演習追加

③「ルール」についてとりあげた

④ゲームの積極的利用

<u>コミュニケーション・スキルモジュール</u>

①「交渉スキル」の充実

②退院後に向けたスキル統合課題追加

2．思考スキル強化プログラム ver2 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，GOB プログラム（名称：思考スキル強化プログラム ver.2) 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担当 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。使用した尺度は以下の通りである：

①Interpersonal Reactivity Index (IRI)[3]

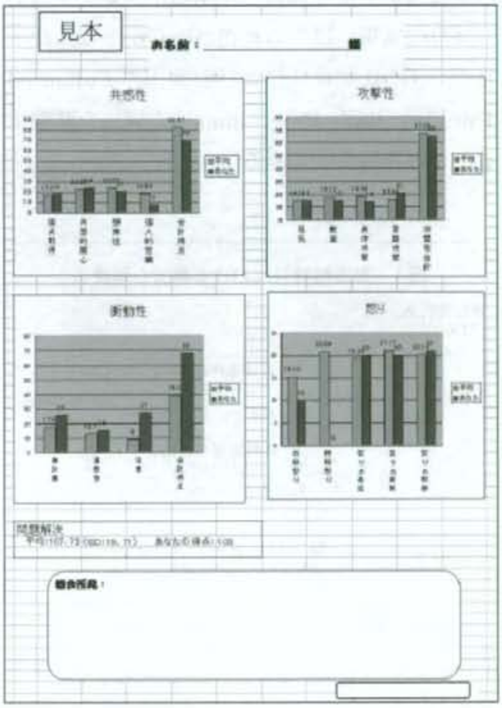
②Buss-Perry Aggression Questionnaire (BAQ)[2]

③Barratt Impulsiveness Scale (BIS)[5]

④Problem Solving Inventory (PSI)[4]

（注：前年度に版権上の問題が発覚した SPSI-R 日本版（Multi Health Systems,Inc. が版権保持）のかわりに，PSI を使用することとした。）

図 2. アセスメントフィードバック用紙



C．結果

改訂を行い，確定したプログラムの概要を資料として添付した（資料）。

第2クールに一部でも参加した患者は10名であった。オリエンテーションのみ参加した者1名，病状悪化により中断した者が2名，前回からの残りモジュールにのみ参加した者が1名，第3&4モジュールに参加した者1名（残り2モジュールは次クールで参加予定），第4モジュールに参加した者1名（残り3モジュールは次クールで参加予定）であった。結果として，第2クールを初回から最終回まで参加した対象者は4名であった。

以下に，改訂したプログラムの初回から最終回まで参加した4名（患者A～D）のアセスメント結果を示す。4名は，男性2名（平均年齢25.5才SD=2.1），女性2名（平均年齢49.0才SD=4.2）であった。対象行為は殺人2名，殺人未遂2名であった（表1）。

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みると，全般に問題解決能力の改善が見られた（図3）。共感性については，プログラム開始当初に高得点であった者（患者D）で得点の減少がみられたものの，その他の3名では，得点の上昇が見られた（図4）。衝動性得点については，患者Aで1点の上昇が見られたが，他3名では低下が見られた（図5）。攻撃性得点は，患者Bを除いて増加する結果となった（図6）。

表1．第2試行の参加者

参加者	A	B	C	D
性別	女性	女性	男性	男性
年齢	50代	40代	20代	20代
対象行為	殺人未遂	殺人	殺人	殺人未遂

図3. PSI 得点

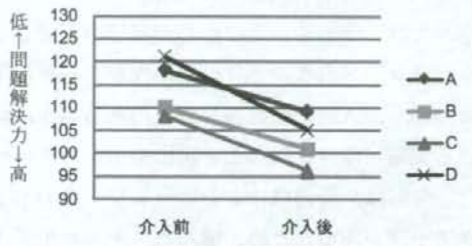


図4. IRI得点

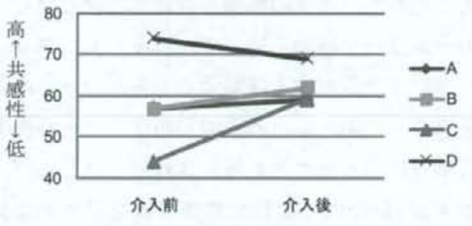


図5. BIS得点

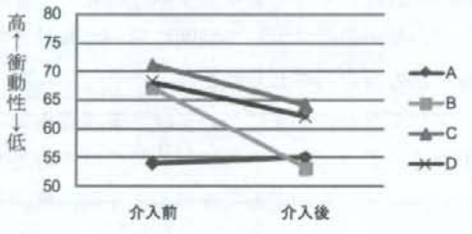
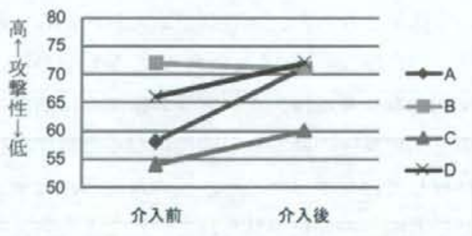


図6. BAQ得点



D．考察

第2試行でも，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