

精神保健判定医等事例検討シンポジウム ワークショップ仮想事例 回答用紙

質問1 犯行動機 の了解可能性について

- 1 了解可能 2 了解不能 3 どちらとも言えない

犯行動機要約 _____

さらに収集したい情報 _____

質問2 犯行状況のどのような点を重視したいか

犯行状況要約 _____

重視したい点 _____

質問3 精神症状が本件犯行に与えた影響

精神症状列举 _____

本件犯行への影響 _____

質問4 考えられる診断名について

重視したい情報 _____

考えられる診断名 _____

収集したい情報 _____

質問5 責任能力についての総合判断

- 1 喪失（心神喪失） 2 著しく障害（心神耗弱） 3 完全責任（障害あり・なし）

犯行後の状況 _____

さらに収集したい情報 _____

質問6 医療観察法処遇についての意見

- 1 入院処遇 2 通院処遇 3 不処遇 4 申立て却下を裁判官に進言

疾病性 _____

治療可能性 _____

資料5

アルコール・薬物関連障害に対する新しい
試み

講師松本俊彦

国立精神・神経センター精神保健研究所
自殺予防総合対策センター

自殺実態分析室長

*以下は、松本講師のシンポジウム配布資料を
改変・抜粋したものである。

I. なぜ医療観察法で物質使用障害に対する介入が必要なのか?

○刑事責任能力鑑定(岡田:精神神経誌, 2006)～弁識能力・衝動制御能力の評価～

- ・動機了解可能性
- ・犯行の計画性
- ・行為の合目的性・一貫性
- ・病識・免責可能性の認識
- ・違法性の認識
- ・自己防衛的行動・危険回避行動
- ・犯行の人格異質性

しかし、薬物関連障害の場合、妙な理屈をつけられる…

「不安状況反応」

「自招性の障害」

○医療観察法の処遇の三要件

～主に「統合失調症が想定されている～

「疾病性」

「治療可能性」

「社会復帰阻害要因」

○問題は「統合失調症の症状」ではない

～苛酷な生活歴と物質使用～

- ・人は「病氣」ゆえに暴力をふるうわけではない
- ・「病識のなさ」や「服薬コンプライアンスの悪さ」も、「病氣」ゆえとは限らない
- ・暴力を促進する精神活性物質の摂取習慣がある
- ・対象行動の引き出しの前方に「暴力」が

あり、「暴力肯定的な価値観」がある

⇒ 直接的・間接的に暴力に曝露され、それを学習したプロセスがある

○物質使用は精神障害者の暴力のリスク要因である!

VRAG (Violence Risk Appraisal Guide)

- PCL-R 得点
- 小学校不適応得点
- DSM パーソナリティ障害診断
- 犯行時年齢
- 16歳未満での親との離別
- 保護観察での失敗歴
- 非暴力犯罪歴
- 未婚(単身)
- DSM 統合失調症診断
- 被害者が負った傷害の重症度
- アルコール乱用得点
- 女性被害者

MacArthur 研究

— ICT 法によって抽出された Major

- 重大犯罪による頻回の逮捕歴
- 男性, 無職
- 幼少時期の被虐待歴
- 精神病質の診断 (PCL-SV)
- 父親の薬物使用, 15歳未満での父親の不在
- 頭部外傷による意識消失の既往
- 物質乱用歴
- Novaco Anger Scale 高得点
- 暴力の空想

○物質使用障害と暴力

Hodgins(1992)

- ・男性: 5.9~8.7倍、女性 10.2~15.1倍に高まる

Wallace et al(1998)

- ・男性のすべての犯罪のリスクを 7.1倍、

暴力犯罪のリスクを 9.5 倍、殺人のリスクを 5.8 倍に高める

- ・女性の全ての犯罪のリスクを 35.8 倍、暴力犯罪のリスクを 55.7 倍に高める。

○重複障害と暴力

—物質使用障害単独の場合よりもリスクはさらに高い—

ECA study (Swanson et al, 1990)

・精神障害者がアルコール・薬物を 1 回
⇒リスクは 2 倍

・アルコール・薬物の乱用・依存レベル
⇒リスクは 16 倍

Wallace et al (1998)

犯罪全体⇒12.4 倍 暴力犯罪⇒18.8 倍、殺人 28.8 倍

Hodgins (1992)

暴力的な精神障害者の 49%にアルコール・薬物乱用/依存

Swanson et al (1996)

Treat/Control-override (TCO) 症状 + アルコール・薬物乱用/依存⇒8~10 倍のリスク

○しかし、最重要課題はアルコールに対する治療: アルコールは犯罪性を促進する: PCL: YV 各因子の相関 (松本ら, 2006)

サイコパシーチェックリスト若年版の分析をすると、アルコール摂取は、「重大な釈放義務違反」および「犯罪の多種方向性」といった反社会的因子と関連していた。

II. 指定入院医療機関におけるプログラムの実際

○国立精神・神経センター病院

医療観察法病棟における介入の 3 要素

選定

- ・全入院患者を対象にスクリーニング
- ・「依存症」に限定せず、暴力や病状との関係を重視

プログラム

- ・毎週火曜日 1 時間のセッション
- ・月 3 回の AA・NA メッセージ

個別の介入

- ・抗酒剤や自助グループへの参加など
- ・環境調整や地域援助者との連携など

○医療観察法指定入院医療機関物質使用障害治療プログラム

ワークブック改訂第 4 版 全 28 回、202 ページ

院内セッション&自助グループ

- ・Matrix Model にもとづくワークブック
- ・AA/NA メッセージ (服役経験者を感激)
- ・多彩な副教材の活用 (ビデオや映画等)

退院まで継続して参加

- ・内容や理解度以上に、継続参加を重視

断酒・断薬の意志が不十分でも参加

- ・集団の効果により、変化することが多い

多職種スタッフによる運営

・CP, NS, DR, PSW → 情報共有、個別介入

○プログラム実施をめぐる経緯

物質使用障害に対する忌避感情・苦手意識

- ・「制度の対象なのか?」「刑務所に行くべきでは?」
- ・「わからない」「ここでやるべきことではないのでは」
- ・「プログラムがあると、そのような患者が来てしまう」

スタッフの前向きな変化

- ・積極的に選定・介入しようとする姿勢
- ・「説教」「使ったら即再入院!」「どうせまた使うはず」

⇒使いたい気持ちへの介入、再使用時の対応

・少数の専門医よりも、多数の「プチ専門多職種」!

○実際にはどんな対象者がプログラムに参加しているの?

- ・重複障害：他の精神障害が併存
- ・薬物の最終使用は1～数年前
- ・アルコールの使用は比較的最近まで継続
- ・鑑定においてSUDは見逃されている
- ・SUDに関する問題意識は希薄
- ・SUDに対する治療意欲も不十分

○NCNP 物質使用障害治療プログラム ～ワークブックの目次～

- 第1回 なぜアルコールをやめなきゃいけないの？
- 第2回 引き金と欲求（1）
- 第3回 引き金と欲求（2）
- 第4回 精神障害とアルコール・薬物乱用
- 第5回 アルコール・薬物となじみ深いものとお別れしよう
- 第6回 アルコール・薬物のある生活からの回復段階——退院後の最初の1年間
- 第7回 アルコールと薬物を使わない生活を送るために注意すべきこと
- 第8回 退院後の生活のスケジュールを立ててみよう
- 第9回 合法ドラッグとしてのアルコール
- 第10回 マリファナはタバコより安全？
- 第11回 引き金—考え—欲求—使用
- 第12回 あなたのまわりにある引き金について
- 第13回 あなたのなかにある引き金について
- 第14回 回復のために（1）—信頼と正直さ
- 第15回 回復のために（2）—社会復帰と仲間
- 第16回 覚せい剤の身体・脳への影響
- 第17回 依存症ってどんな病気？
- 第18回 危険な状況を察知する
- 第19回 アルコールを止めるための三本柱—抗酒剤について
- 第20回 再発を防ぐには
- 第21回 アルコールに問題を抱えた人の予後
- 第22回 再発の正当化
- 第23回 アルコールによる身体の障害（1）肝臓の病気
- 第24回 性の問題と休日の過ごし方

第25回 アルコールによる身体の障害（2）その他の臓器の病気

第26回 「強くなるより賢くなれ」

第27回 アルコールによる脳・神経・筋肉の障害

第28回 あなたの再発・再使用のサイクルは？

○アルコール・薬物の使用と暴力の関係

第1回 なぜアルコールを止めなきゃいけないの？

1 なぜアルコールが問題なの？

みなさんはこう思っているかもしれません。「自分はアルコール依存症なんかじゃない」「薬物はやめるつもりだが、どうしてアルコールまでやめなきゃいけないのか」「自分は酒でトラブルを起したことなくかない」「自分は飲みすぎることなくかない」などなど。その通りかもしれません。

でもちょっと考えてみてください。程度の差はあるでしょうが、みなさんは誰でも、なんらかのかたちで他人を傷つけたり、他人の命を危険にさらすような行動をしたりして、いまここにいるわけです。それも「心神喪失」とか「心神耗弱」（対象行為のときに、精神障害のために理性が失われて、ものごとの善悪が理解できない状態にあったという意味）と判断されたのです。その結果、「刑罰」ではなく「治療」を受ける必要があると判断され、いまこうしてこの病院にいるわけです。

いいかえれば、みなさんは、精神障害の治療を受けて、このさき同じような暴力行為をくりかえさないように、できるかぎりの努力をすることが求められているわけです。あるいは、少しでも「理性を失ってしまう」可能性のある行動を止めるように、治療にはげむことが求められています。

それが、みなさんなりの「責任」のとり方であるといってもよいでしょう。

ところで、みなさんは、むかしからお酒は「きちがい水」などと呼ばれてきたことを知っていますか？むかしの人は、お酒が人の理性を失わせてしまうことを知っていたのです。

さて、この一番最初のセッションでは、アルコール

と暴力の関係について考えてみましょう。

2 健康人におけるアルコールと暴力の関係

多くの研究がアルコール依存症と暴力の関係を指摘しています。アルコール依存症の人は、依存症でない人と比べると、将来、殺人や傷害などの暴力犯罪を起す確率が数十倍にまで高まるといわれています。

こうした傾向は、なにもアルコール依存症の人だけにかぎったことではありません。依存症までいかない、ふつうにアルコールを飲む習慣のある人でも、そうした習慣のない人と比べると、なんらかの犯罪を起す確率が10倍にまで高まるといわれています。これらの事実は、アルコールを飲むこと自体が、暴力の危険を高めることを意味しています。

3 精神障害を抱える人とアルコールの関係

アルコールの影響は、精神障害をかかえる人の場合にはさらに深刻です。アルコールを飲む習慣のある精神障害者（依存症までとはいっていない人たちです）は、一般の人と比べると、なんらかの犯罪を起す確率が10倍、暴行・傷害・放火を起す確率が20-50倍、殺人を起す確率が30-80倍に高まることが報告されています。これらの確率は、いずれも一般の人が習慣的にアルコールを飲む場合の倍になるわけです。

○トリガー同定～「強くなるより賢くなれ」

第26回 「強くなるより賢くなれ」

「私は薬物やアルコールが近くにあっても大丈夫だ。私は使いたいとは思わないし、いちど決心したら私はとても意志の強い人間であるから」

「私はこれまでずっとうまくやってきた。そろそろ酒を飲んでいる友人のそばにいても大丈夫であることを試す時期だと思う。意志が強ければ問題はないのだ」

アルコールや薬物から離れていることに成功した人は、強いから成功したわけではありません。賢いから成功したのです。彼らは、薬物やアルコールの再使用に陥らないためには、再発にむすびつく状況から遠く離れておくことが重要であることを、知っているか

らなのです。逆にそれらに対し

て近づけば近づくほど、再発の危険は高まるのです。

賢い人は、引き金からできるかぎり長期間はなれていくことによって、薬物やアルコールを止めつづけることができているのです。

強くなる必要はありません。
賢くなることが大切なのです。

わたしの引き金と対処法

| | あなたにとって「引き金」となり そうなもの（具体的にあげる） | 遭遇してしまった 場合の対処方法（回避・思考ストップ・ 「錨」となる行動） |
|-------------------------------------|-----------------------------------|---|
| 人 | | |
| 場所 | | |
| 状況（服装や言葉も含む） | | |
| 依存症的行動 （薬物を使っていた時によくしていた行動をとること） | | |
| 依存症的思考 （再発を正当化する考え） | | |

○トリガーとしての性行動・食行動

第24回 性的問題と休日の過ごし方

1 性的行動と回復

性的行動の快楽は、大まかに以下の2種類に分けられます。

（1）親密な関係の性的行動

このタイプの性的活動は有意義なことがたくさんあります。

セックスのような性的行動は人間関係性のあり方

の1つです。性的な感情はときに暖かく穏やかで、ときに激しく情熱的なものですが、それらのいずれもが、お互いが相手に抱く親密な感情によって生じるものです。

(2) 衝動的な(一時的な感情による)性的行動

このタイプの性的活動は衝動的な行動の1つにすぎず、人間関係とは異なるものです。

衝動的な性的行動におけるセックスの相手は、たいいていの場合、親密な関係にある人物ではありません。相手はまるで「物」のように、その場限りの、心の交流のない、ただの肉体です。アルコールや薬物を使っているときには、異性との関係はどうしても、こういったものになりがちです。

2 アルコール・薬物の問題と食行動異常

覚せい剤やアルコールなどの依存性物質を乱用している人は、しばしば「食べること」に関する問題を伴うことがあります。

女性の覚せい剤依存症患者の約20~37%に摂食障害が認められ、男性の場合でも、3~5%に摂食障害がみられます。また、30歳未満の女性のアルコール依存患者の場合では、なんと73%に摂食障害が合併していたという報告もあります。

このような、アルコール・薬物の問題と摂食障害の両方を抱える人の場合、もともと「やせる目的」からアルコール・薬物を乱用していたという方が少なくありません。ある種の薬物は食欲を抑えて一時的に体重を減少させてくれますし、アルコールをたくさん飲むと、過食した後に嘔吐しやすくなります。また、アルコール・薬物にハマっているときには、食事のことを考えないでよくなりますから、結果的に痩せることもたしかです。

しかし、アルコール・薬物を使っている人が、それらの使用を止めると、今度は反動で食欲が増し、暇があれば食べているという過食状態に陥ってしまいます。とくに、覚せい剤の場合には、薬物中断後の過食がひどいです。

○再発・再使用のサイクル

第28回あなたの再発・再使用のサイクルは?

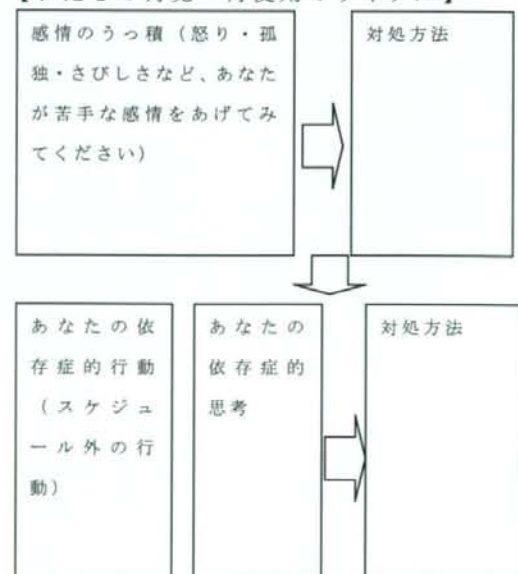
以前にも話したことですが、重要なことなので、今回もくりかえします。

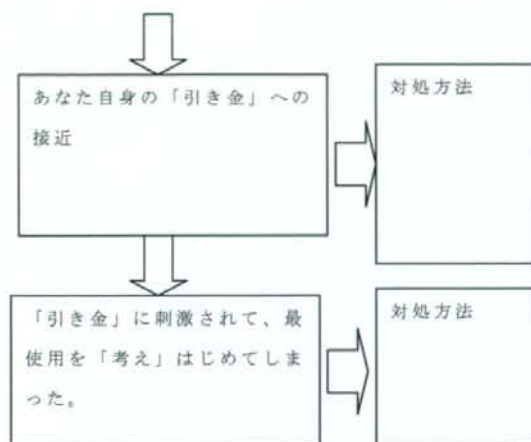
- ・引き金となる「場所」「人」「物」「状況」を避けないこと
- ・スケジュールにない予定外の行動をとること
- ・「依存症的な行動」に気づきながらも、放置すること
- ・再使用を正当化するような「依存症的な思考」をしてしまうこと
- ・危機状況において、適切な対処法(その場を離れる、だれかに連絡する、思考ストップ法を行う、自助グループに行く、抗酒剤を服用する)をとらないこと

以上はすべて、「自分でも気づかないうちに」、薬物やアルコールに対する欲求が高まっているときにみられる行動です。

「引き金」は、考える間もないほどの短時間のうちにほとんど自動的に欲求を引き起こすものですが、「依存症的行動・思考(=再発)」は、自分でも気づかないうちに、長い時間かけて少しずつ生じてきます。じわじわと依存症的行動・思考が強まるなかで、あれこれと自分にいいわけをして、「わざわざ引き金に近づくような妙な行動」をとるようになる人がいます。

【わたしの再発・再使用のサイクル】





○“Secondary Drug”に介入

第9回 合法ドラッグとしてのアルコール

ある研究によれば、覚せい剤を止めていた人が、ふたたび覚せい剤に手を出してしまうきっかけの90%近くが、アルコールを飲んで「ほろ酔い」になっているときだといえます。つまり、アルコールは、覚せい剤を使ってしまう強力な引き金なのです。また、アルコールは、覚せい剤の後遺症である幻聴・妄想・「勘ぐり」の回復を遅らせます。同じことは、マリファナをはじめとする、覚せい剤とは薬理作用の異なる薬物についてもいえます。

したがって、覚せい剤を止めつづけるためには、アルコールを飲んだりマリファナを吸ったりすることも止めなくてはなりません。けれども、多くの患者さんにとって、アルコールを飲むことを止めることは、大変むずかしいことです。その理由はいくつかあります。

(1) アルコールを飲んでしまう引き金は、いたるところに存在します。お酒を飲んでいる人と出会うことなく、社会生活を送るのはなかなかむずかしいものです。

Q1 あなたは、お酒をまったく飲まない友達もっていますか？何人ぐらいいますか？どんな友達ですか？

飲まない友達が（ ）人くらいいる・まったくいない。どんな友達？

(2) アルコールを飲むと、不安やうつ、あるいは不眠といった問題がどこかに消えてゆきます。

しかし、実際には、アルコールを長いあいだにわたって飲むことは、うつやパニック発作の原因となります。このことはあまり多くの人に知られていません。

Q2 不安やうつ、不眠症などに陥ると、あなたはお酒を飲みたくなりますか？もしそうだとすれば、それはなぜでしょうか？

不安・うつ・不眠のとき、お酒を飲みたいと（思う・思わない）

○抗酒剤の活用 ～地域から信頼を得る

第19回 アルコールを止めるための三本柱 —抗酒剤について—

みなさんは、アルコールを止めるために大切な「三本柱」のことを知っていますか？

1 三本柱とは？

アルコールを止めるための三つの大事なもの（つまり、「三本柱」です）として、次の3つがあります。

- ・抗酒剤
- ・通院
- ・自助グループ

人によって、これにもう一つ、「断酒宣言」を加えて、「四本柱」が大事という場合もあります。この3つないしは4つの柱は、たくさん実行している人ほど、アルコールを止められる確率が高いということが知られています。

Q1 いまあなたは、退院したらこのなかのいくつの柱を実行しようと考えていますか？

- ① 4つ ② 3つ ③ 2つ ④ 1つ ⑤ なし

今回は、抗酒剤についてとりあげたいと思います。

2 抗酒剤って何?

ごくまれに、「アルコールをまったく受けつけない体質」の人がいます。その人は、ほんの少しでもアルコール飲料を飲むと、顔が真っ青になって、心臓がひどくドキドキして、ものすごい吐き気におそわれてしまいます。こういう体質の人は、100~150人に1人くらいいるといわれています。

抗酒剤とは、毎日、それを服用することによって、人工的に、そのような「アルコールをまったく受けつけない体質」にする薬です。この薬を服用すると、ほんの少しのアルコール飲料を飲んでも、吐き気と心臓のドキドキがひどくなって気持ち悪くなってしまい、まったくアルコールを楽しめなくなります。

しかし、抗酒剤は、本気でアルコールを止めたいと思っている人にとっては、とても強い味方になります。

○物質による身体の障害

第16回 覚せい剤の身体・脳への影響

今回は覚せい剤による心身の害について話をしたいと思います。

みなさんのなかには、覚せい剤を使ったことのある人もいれば、「そんなものを使うなんて考えたこともない」と思っている人もいることでしょう。後者の人の場合でも、せっかく医療観察法の病院に入院したわけですから、ここでいろいろなことを勉強して欲しいと思いますし、大麻やシンナーなどの薬物、あるいはアルコールも、覚せい剤と似たような心身の害があります。

ですから、覚せい剤を使ったことのない人も、今回は勉強だと思っておつきあい下さい。

1 C型肝炎とHIV(エイズ)

注射で覚せい剤を使っている人では、血液へのウィルス感染症、とりわけC型肝炎やHIVの問題が無視できません。これは、注射器を他人と共用したり、セックスしたりすることで感染します。

薬物依存者では性的行動にも問題があり、複数のセ

ックスパートナーを持つ人が多いことから、いったん誰か1人がC型肝炎やHIVに感染すると、あっという間に広がってしまいます。海外では、すでに薬物依存者のHIV感染の広がりは、きわめて深刻な状況となっています。

○「重複障害」：精神症状への対処予防

第4回 精神障害とアルコール・薬物乱用

1 重複障害ってなに?

統合失調症や躁うつ病などの精神障害を持っている人が、アルコールや薬物を乱用することはめずらしいことではありません。

最初に統合失調症や躁うつ病が発病し、その後にアルコールや薬物の乱用がはじまる人もいますし、それとは反対に、アルコールや薬物を使っているうちに、その後遺症として統合失調症や躁うつ病が発病することもあります。

いずれにしても、ひとりの患者さんに、統合失調症や躁うつ病などの精神障害とアルコール・薬物乱用という2つの問題が同時に存在する場合に、「重複障害」と呼びます。

2 精神障害の人がアルコールや薬物を乱用すると...

さて、統合失調症や躁うつ病などの精神障害は、不安感、イライラ感、不眠症をもたらし、幻聴・幻覚や妄想を生じることもあります。いずれも本人にとってはとても不愉快でつらい症状です。

こうしたつらい症状を自分なりになんとかやわらげようとして、アルコールや治療薬でない薬物を使う人がいます。アルコールやダウナー系の薬物(シンナーやマリファナ)は一時的にこれらのつらい症状をやわらげてくれますが、その「酔い」が覚めた後には、かえって前よりもつらさが増していることも少なくありません。また、眠るためやいやなことを忘れるためにアルコールを飲んでいると、最終的には不眠症やうつ状態も悪化してしまいます。

なんとかして仕事のやる気を出させようとしていたり、外出するときの緊張感や対人恐怖症をやわらげよう

として、大量のカフェインや覚せい剤を摂取する人もいます。これによって一時的には、やる気が出たり、緊張や不安なしに人前に出たりできるようになるかもしれませんが、しかし、本当にこれは短いあいだの話です。結局は、幻聴・幻覚や妄想を悪化させるばかりか、クスリの効果が切れた後、よけいに体がだるくなったり、気分がいつそう落ち込んでしまったりします。

3 精神障害の人がアルコールや薬物を乱用すると、こんなことが起こります。

- ・幻聴・幻覚や妄想が再発します。
- ・不眠、うつ状態、躁状態などの精神障害の症状が悪化します。
- ・自殺の危険が高まります。
- ・治療薬の効果が低下します。
- ・治療薬の服薬が不規則になって、服薬しないことが多くなってしまいます。
- ・通院の予約やデイケア・作業所に行く約束をすっぽかすことが多くなり、生活が乱れがちになります。

○セッションの進め方

ファシリテーターは多職種で交代しながら実施

CHECK-IN

READING

WORK-OUT

CHECK-OUT

○ワークブックを用いることのメリット

- ・依存症の臨床経験の乏しい援助者でも実施可能
- ・セッション中の話題の逸脱が少ない
援助者にとって、「形に残る」満足感
- ・スタッフの教育

○退屈させない工夫

- ・複数のワークブック・補助教材を使用
- ・「依存症に関連した映画」の鑑賞会を開催
- ・ホワイトボード活用、小グループに分か

れてのワーク

- ・知的能力に制限のある患者には個別のサポート

- ・個別の補講開催（例「双極性障害」「解離性障害」）

○プログラムで心がけていること

- ・厳しい直面化はせず、否認や抵抗とは関わらない

- ・「使用したい/止めたくない気持ち」の表現を抑えない

- ・セッションは楽しい雰囲気を保つ

- ・審判・CPA 会議の活用：外部からの直面化

○NCNP 病院医療観察法病棟

SUD プログラムの課題と問題点

- ・不均質な対象者：様々な病態の SUD
- ・再使用を通じての否認打破のプロセスがない

- ・重複障害患者ゆえに相互交流が乏しい

- ・施設内のみでの治療の限界（指定通院医療機関・一般精神医療機関の医療水準の問題、社会資源の地域格差）

Ⅲ. 指定通院医療機関におけるプログラムのあり方～Matrix Model の援用～

○指定通院医療機関用ワークブック

平成 19 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「司法精神医療の適正な実施と普及のあり方に関する研究」（研究代表者 小山 司）、松原分担研究班における研究成果物「通院治療プログラム集」に記載。

- ・指定入院医療機関バージョンとほぼ同様の構成・内容 全 28 回セッション

- ・「通院処遇における物質使用障害治療のあり方」に関する解説付き

○それでは、通院処遇のモデルは？

MATRIX Model

○Matrix model とは?

マニュアルに依拠した、集中的・統合的
的外来治療モデル

- ・1980年代、急増したコカイン依存に対して、従来のヘロイン・アルコールといった抑制系薬物依存の援助理念が通用しなくなった。
- ・当初は、精神刺激薬依存を治療目標とした。
- ・カリフォルニア州のドラッグコートの多くが採用している。

○Matrix の重要な構成要素

治療関係の維持 (週3回以上の来院)

- ・構造 (スケジュールを立てる)
- ・心理教育 (薬物の弊害や依存症に関する知識)
- ・再発防止 (認知行動療法的グループワーク)

家族教育

自助グループの活用 (あくまで社会資源の1つ)

尿中覚せい剤検査・呼気アルコール検査

○隠された「変化」への動機を見逃さない
～Matrixにおける治療理念より～

- ・依存者はつねに治療に両価的
- ・最初の問い合わせ電話に迅速・積極的に対応
- ・最初の予約をできるだけ早くスケジュールする
- ・治療プログラムについて明確なオリエンテーション
- ・選択肢を与える
- ・敬意をもって接する
- ・共感をもって懸念を伝える
- ・抵抗とは関わらない

- ・正の報酬を用いて治療参加を強化する
- ・「予約すっぽかし」に対する電話

○SUDに対するMatrix modelの治療効果

- ・従来の治療法に比べて、治療脱落率、治療期間中の薬物使用率が低い (Rawson et al, Addiction, 2004)
- ・入院治療群、12ステップ・ミーティング群よりも治療脱落が低く、治療中の断薬率が高い (Rawson et al, NIDA 報告書, 1986)
- ・治療終了6ヵ月後の転帰には、従来の治療方法との差はない (Rawson et al, Addiction, 2004)

○Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program (SMARPP; 小林ら, アルコール薬物医学会誌, 2007)

SMARPP せりがや病院外来覚せい剤依存治療プログラム

神奈川県立精神医療センターせりがや病院
肥前精神医療センター

埼玉県立精神医療センター

東京都多摩総合精神保健福祉センター

○SMARPPの内容

- 1 週3回の外来通院
- 2 週1回の尿検査の実施
- 3 受診無断キャンセル時の電話
- 4 期間は8週間

○現時点までのSMARPPの評価・印象

- ・治療脱落率がきわめて低い
- ・治療期間中の再使用率もきわめて低い
- ・薬物依存に関する自己効力感尺度上の改善
- ・治療終了後の治療継続率は従来治療と差がない

IV. 医療観察法における物質使用障害治療について思うこと

○現代の物質使用障害治療の理念

包括的に介入

できるだけ長く介入

頻繁に介入

無理にでも介入

○勘違いしないで下さい!

- ・SUD は、単独では「疾病性」の根拠とはなりません
- ・対象者に、偶然、SUD が合併していただくだけです
- ・SUD を見つけたのに、介入しないのは問題です
- ・依存症の治療は「貯金」ができません
- ・SUD が治らなくても、処遇終了にすべきです

○指定通院医療機関からの不満

「うちには依存症の専門家がないから、そんな患者は診れない」
「絶対にスリップしない状態になっていないと、とてもうちでは受けません」
「そちらの病院で依存症の治療プログラムを受けたけど、うちに通院するようになってからスリップした。一体何を治療していたわけ？」

○再使用のときこそ治療の成果が出る

「底つき」とは、治療プログラムのなかで体験するものである
治療プログラムの究極的な目的は、「1人では止められない」ことを痛感することである原則として、再使用は治療的に活用されるべきである

○みなさん、物質使用障害のプログラムをやっていますかあ?

「物質使用障害プログラム立ち上げ支援」
・精神・神経疾患委託費「薬物依存症および中毒性精神病に対する治療法の開発・普及と診療の普及に関する研究」(19指一2 主任 和田清)の松本分担班の活動

【よい点】

- ・ワークブック必要部数の無料提供
- ・出張デモセッション、レクチャー&スーパーバイズサービス(旅費・謝金は不要です!)

【わるい点】

- ・プログラム実施前後の評価に協力

○現代の物質使用障害治療の理念

包括的に介入

できるだけ長く介入

頻繁に介入

無理にでも介入

○SUD 治療の「マクド」を目指しています!

- ・我々のプログラムは決して最上級ではありません
- ・すでにプログラムが存在する施設は、ぜひ既存のプログラムを継続・発展させて下さい
- ・まだプログラムのない施設の方、緊急に開始して下さい
- ・「SUDを併発する対象者はいない」と主張する施設の方、ただちにアセスメントをやり直して下さい
- ・どうやっていいのか分からないという方、連絡を下さい
フランチャイズ店の開店支援をいたします!

資料 6

自傷行為をめぐる課題

講師 松本俊彦

国立精神・神経センター精神保健研究所

自殺予防総合対策センター

*以下は、松本講師のシンポジウム配布資料を改変・抜粋したものである。

I. 自傷行為を理解しよう

○自傷はいまや学校保健の主要な問題である

一若年者における自己切傷の生涯経験率一

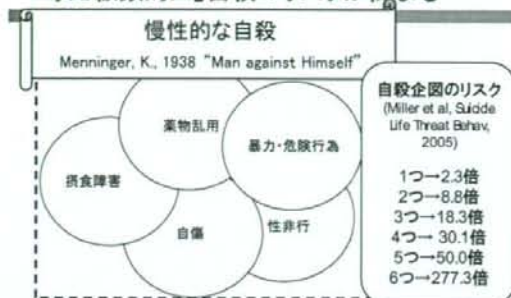
- ・中学生：男子 8.3%，女子 9.0% (Izutsu et al, Eur Adolesc Psychiatry, 2006)
- ・高校生：女子 14.3% (山口と松本, 精神医学, 2005)
- ・中学生・高校生：男子 7.5%，女子 12.1% (Matsumoto & Imamura, PCN, 2008)
- ・大学生：男子 3.5%，女子 3.3% (山口ら, 精神医学, 2004)
- ・少年鑑別所入所者：男子 10.7%，女子 60.9% (Matsumoto et al, PCN, 2004)
- ・少年刑務所：男性 14.7% (Matsumoto et al, PCN, 2005)

○自傷する若年者の特徴

- ・飲酒・喫煙・薬物の誘いを受けた経験者が多い (山口と松本, 精神医学, 2005; Matsumoto & Imamura, PCN, 2008)
- ・自尊心が低く、幼少期に多動の挿話がある (Izutsu et al, Eur Adolesc Psychiatry, 2006)
- ・大人が信用できない、インターネットを頻繁に使用する傾向がある (Katsumata et al, in press)
- ・拒食や過食などの摂食障害傾向が認められる生徒が多い (山口と松本, 精神医学, 2005; 2006)

○自己破壊的行動が多様になるほど「等比級数的に」自殺のリスクが高まる

自己破壊的行動が多様になるほど「等比級数的に」自殺のリスクが高まる



○「自分を切る」理由 (Matsumoto et al, PCN, 2004)

～死ぬためでもないし、人の気を惹きたいわけでもない～

- ・不快感情への対処 (55%)：「イライラを抑えるため」「気持ちをすっきりさせたくて」「生きるために必要」「心の痛みを身体の痛み置き換えている」「私の安定剤」
- ・自殺企図 (18%)：「死のうとして」
- ・操作・意思伝達 (18%)：「相手に分かってもらいたくて」
- ・その他 (9%)

○自傷と自殺

- ・自傷は失敗した自殺企図ではないが、自殺と密接に関係する行動である (Owen et al, Br J Psychiatry, 2002; Fox & Hawton, "Deliberate self-harm in adolescence", 2004; Matsumoto et al, PCN, 2004)
- ・「死ぬために」切るわけではないが、切っていない時には、漠然とした「死の考え」に取り憑かれている (Walsh & Rosen, "Self-mutilation", 1988)
- ・自傷の「治療的効果」が消失したときに、自殺の危険が高まる (Walsh, "Treating Self-Injury", 2005)

○「自傷はエスカレートしながら死をたぐり寄せる」－自傷の嗜癖化過程仮説－
(松本と山口：精神療法，2005)

- ・絶望の体験
- ・自分をコントロールするための自傷
- ・自傷の治療効果減弱
- ・周囲をコントロールするための自傷
- ・自分も周囲もコントロールできなくなり、むしろ「自傷」に自分がコントロールされる事態

○「こころの痛み」を「からだの痛み」で抑えて心に蓋をすること……

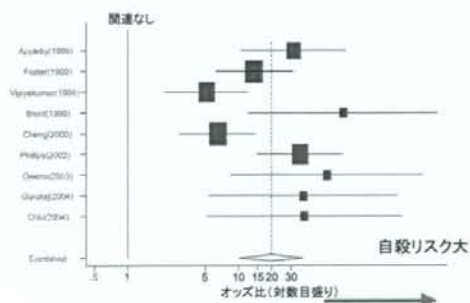
でも、すぐに「からだ」は痛み慣れてしまいます。

もっと強い「からだの痛み」でないと、「こころの痛み」を抑えるのに足りなくなってしまう。

「感情語」が退化していきます。
そして、あるとき突然、死にたくなります。

○自傷行為と自殺リスク

自傷行為・自殺未遂(全体)

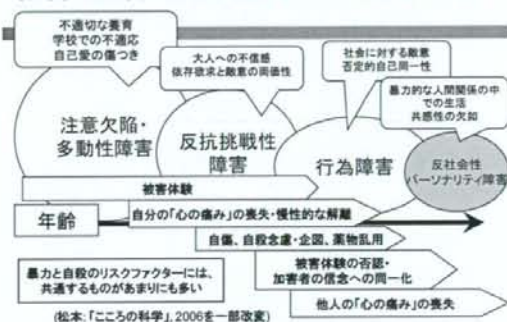


○解離の視点から自傷行為の分類
(松本，精神科治療学，2007. 一部改変)

解離の視点から自傷行為の分類 (松本，精神科治療学，2007)

| 自傷行為の分類 | 現実回避 | 解離性健忘 | 解離性幻聴・幻覚 | 自傷行為後の精神状態 | | 備考 | |
|---------|-------|---------------|----------|------------|-------|------|-------------------|
| | | | | 解離症状 | 感情的苦痛 | | |
| 非解離性自傷 | (-) | (-) | (-) | なし | 軽減 | | |
| 解離性自傷 | 解離抵抗性 | 軽症型 (±) ~ (+) | (±) | (-) | 軽減 | 軽減 | 解離促進性自傷への移行がありえる。 |
| | | 重症型 (+) | (±) | (+) | 軽減 | 不十分 | |
| | 解離促進性 | 軽症型 (+) | (+) | (-) | 悪化 | 軽減 | 重症型の潜在がありえる |
| | | 重症型 (+) | (+) | (+) | 悪化 | 軽減せず | ほぼ全例が DID |

被害と加害の分水嶺としての自傷・自殺



○自傷・自殺ハイリスク群としての非行少年
(Matsumoto et al, in submission)

| 女子 | 高校生 n=200 | 矯正施設 入所者 n=22 | χ^2 or t |
|---------------|--------------|---------------------|---------------------|
| 年齢 | 16.4 ± 0.6 | 16.4 ± 1.4 | 0.276 |
| 自傷 | 10.6% | <u>36.4%</u> | 11.576 p < 0.001 |
| 自殺念慮 | 26.4% | <u>54.5%</u> | 7.582 p < 0.001 |
| 自殺企図 | 3.0% | <u>27.3%</u> | 22.837 p < 0.001 |
| 違法薬物の使用 | 0.0% | <u>22.7%</u> | 46.274 p < 0.001 |
| 養育者による暴力の反復被害 | 3.5% | <u>27.3%</u> | 20.318 p < 0.001 |
| 性行為の強要被害 | 4.3% | <u>59.1%</u> | 65.064 p < 0.001 |

II. 自傷行為を援助しよう

○自傷する若者は人を信じない、援助を求めない(Hawton et al, "By Their Young Own Hands", 2005)

○自傷は周囲の関心を集めるため!?

・「自傷する者の多くがそのことを誰にも相談しない。医学的処置が必要な者も含めて、自傷者の90%が医療機関を受診しない」(Hawton et al, "By Their Young Own Hands", 2005)

・自傷とは、たんに「切る」ことだけでなく、切った後に適切な処置をせずに、傷を感染の危険にさらすことを含めて「自傷」と呼ぶのである。(Walsh, "Treating Self-Injury", 2005)

○自傷者と会うときに心がけること

(松本, 自傷行為の理解と対応, 鍋田編「思春期臨床の考え方、すすめ方」, 2007)

・頭ごなしに自傷を「やめなさい」とはいわない。「支配されている/コントロールされている」という感覚を引き起こさない。

・援助を求めたこと、「自傷した」といえたことを評価。

・自傷のポジティブな面に注目して評価する。

・「もうしないって約束してね」などと無意味な約束はしない。

・「自傷行為の嗜癖的過程」を説明し、「共感と懸念」を伝える。

○説教・叱責よりも置換スキルを!

(松本, 現代のエスプリ, 2008)

・氷を強く握りしめる

・前腕を赤ペンで塗る

・筋トレをする

・大声で叫ぶ

・マインドフル呼吸

・友人・知人・家族・援助者と話す、電話

をかける

○行動記録表 (松本: 自傷行為の理解と対応: 鍋田 編「思春期臨床の新しい考え方」, 金剛出版, 2007 所収)

○「良く言えたね」

～認証 Validation (Linehan, 1993)～

・「あなたには、安心して自分の気持ちを表現できる場所がある」

・「ありのままのあなたは、ただそれだけで十分に生きている価値がある人間である」

・ただし、この「よく言えたね」は、優しく、しかしあっさりいうのが秘訣

○自傷のリスクアセスメント～5つの着眼点(松本, 現代のエスプリ, 2008)

・援助希求行動の乏しさ: 傷を隠す、傷の処置をしない

・コントロールの悪さ: 乱雑で汚い傷、服で隠れない場所の傷

・行動のエスカレート: 複数の身体部位の傷、複数の方法

・自己虐待の多様性: 他の間接的な身体損傷行為の存在 (「拒食・過食」「アルコールや市販薬の乱用」「過量服薬の既往」)

・解離傾向: 自傷の際に「痛み」を感じない、行為の記憶がない

○「死にたい」と打ち明けられたら…

～「死にたい」という訴えは「生きたい」というメッセージ

・まずは安全を確保 (凶器を遠ざける)

・告白に感謝し、真剣に傾聴して話題を逸らさない

・やみくもな前進を唱えたり、励ましたり、説教しない

・いま問題となっていることを探り、キーパーソンを同定する

・自殺以外の解決法を話し合い、適切なケア・資源につなげる

- ・自殺をしない約束を交わす
- ・次回の約束をする
- ・守秘の原則は適用されない

○自殺念慮の評価

- ・確信度
- ・具体性・計画性
- ・自傷・自殺企図歴
- ・近親者の自殺企図歴
- ・精神疾患・身体疾患の有無と状況
- ・物質使用・セルフケア・事故傾性の状況
- ・周囲の支援状況

○自殺念慮者のマネージメント

確信度 (-)

援助希求強化と社会資源への紹介

確信度 (+)、計画性・準備性 (-)

援助者との強い信頼関係の構築
社会資源に確実につなげる

確信度 (+)、計画性・準備性 (+)

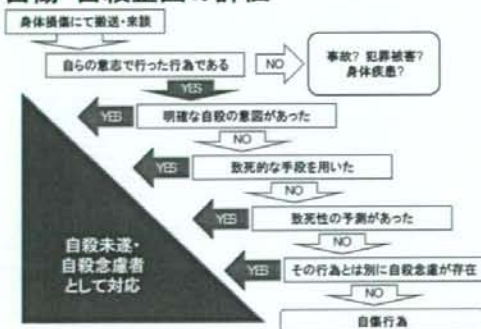
安全の確保、キーパーソンへの連絡

確信度 (+)、計画性・準備性 (+)、
その他のリスク要因 (+)

入院などの検討

○自傷・自殺企図の評価

自傷・自殺企図の評価



○精神障害者における自傷・自殺の危険因子

生活歴・生活環境に関する要因

- 若年・男性・高学歴

- 喪失体験
- 環境変化 (入院直後・退院直後・外出・外泊)
- 近親者の自殺歴
- 被虐待歴
- 行為障害の既往
- 厳格な管理的環境
- 精神医学的症状に関連する要因
- 宗教的な妄想、身体に関する妄想
- 物質乱用
- 不安発作の併存
- 食行動異常
- 暴力的傾向
- 執拗な心氣的愁訴

III. 自傷行為が意味するもの

○残された傷痕… (松本, 精神科治療学, 2006)

- ・自傷行為が止まった患者の依頼: 「腕の傷痕を消したい。形成外科医を紹介してもらえないか」
- ・しかし、傷痕を消したいと考えはじめた患者は、不思議と自傷を再発しやすい印象がある。
- ・「傷痕を見ると安心する。でも、傷が治って消えてくると、また切りたくなる」
- ・自傷の傷痕には、未開部族が呪術的儀式における自傷によって作りあげる瘡痕模様 (スカリフィケーション) と同じ、「癒しと再生」 (Favazza, "Bodies under Siege", 1996) を象徴する「お守り」としての機能があるのかもしれない。

○自傷は、「心に蓋をする」行動です。

自分を切って (=cut away)、「何もなかった、何も感じなかった」ことにしてしまう行動です。

自傷は、我々に、その青年には、安心して自分の「心」を表現できる環境がなかつ

たことを教えてください。

IV. 子どもたちに対する「いのちの教育」!?

○生徒に対する自傷・自殺予防教育は、援助希求を高めることに焦点を置くべきである!

ACT●モデル (Mental Health Service, 米国)

・A: Acknowledge that their friend has a problem, and that the symptom are serious.

友人に指摘し、深刻な問題であることを教える。

・C: Care enough to let that friend know that they are there for them, and want to help.

友人に、「あなたを助けるために力になりたいこと」を丁寧かつ粘り強く伝える。

・T: Tell a trusted adult about their concerns.

信頼できる大人に話す。

○ “Emotional Literacy”

「つらい」「死にたい」と弱音を吐いてもよいのです。

司法精神医療制度に関する法学的研究

分担研究者 山本輝之 明治学院大学法学部教授

研究要旨

わが国の心神喪失者等医療観察法（以下、「医療観察法」は、重大な他害行為を行った精神障害者の処遇を定めている。しかし、その運用や彼らの実際の処遇方法などについて、これまで多くの問題点が指摘されている。そこで、われわれの研究グループは、医療観察法の将来における改正のに向けた提言を行うため、2006 年度にはスイスの法制度、2007 年度にはドイツのそれについて調査・報告を行ってきた。研究の最終年度における本年度は、医療観察法が制定される際に、同法における医療実務のモデルにしたといわれており、また、最近の精神保健法の改正において、今後のわが国における、重大な他害行為を行った精神障害者の処遇に関する法制度などのあり方を検討するについて、注目すべき改正を行ったイギリスの法制度および精神医療体制などについて、文献調査および訪問調査を行い、それに基づいて、法的・医学的観点から分析・検討を行った。

研究協力者

柑本美和（城西大学現代社会学部）

水留正流（南山大学法学部）

A. 研究目的

イギリスにおいて、1983年に制定された精神保健法における医療は、わが国の医療観察法が制定される際に、その医療実務のモデルとしたものであるといわれている。

同国では、2007年に、この精神保健法の一

部の改正がなされ、2008年11月から施行された。その改正の柱は、今後のわが国における、重大な他害行為を行った精神障害者の処遇に関する法制度などをあり方を検討するについて、注目すべき内容を含んでいる。そこで、それについて、法的・医学的観点から分析・考察を行うことを目的とした。

B. 研究方法

研究協力者とともに、イギリス精神保健法の改正の内容について文献調査・訪問調査を行い、それに基づいて分析・考察を行った。

このうち、訪問調査は2008年11月2日から9日にかけて行った。Grendon 治療刑務所、我が国の更生保護施設に類似する Approved Premises の施設のひとつ、Lambeth 病院の中等度保安施設 Bridge House、Bethlem 病院の人格障害者向け中等度保安施設 Riverhouse、Broadmoor 病院の人格障害者向け高度保安施設等を訪問し、スタッフとのインタビューを行うとともに、施設を見学した。

C. 考察

1. はじめに

(1) 医療観察法処遇のモデルとして、わが国の制度にイギリスのそれが反映されているという点として、さしあたり、以下の点を挙げるができる。第1に、処遇の開始の際、その経過中、その終了の際に、一貫して共通した評価項目に基づいて対象者のアセスメントを行う点が挙げられる。もっとも、このような一貫したアセスメントの手法はイギリスに独自のものではなく、犯罪行為を行った精神障害者に特別の処遇制度を用いた法域に共通した課題でもある。

第2に、司法精神医療は、集中した特別病院ではなく、地域の中で小規模な病棟を散在させ、そこで行うべきであるとする思想である。イギリスでは、ブロードモア病院に代表される、マクシマムセキュアの「特別病院」が4箇所設置されているが、近年は、専ら地域の保安病棟が拡充され、特別病院の入院患者は大きく削減されているようである。これはわが国の医療の目指す方向とも合致しているように思われる。人格障害者の処遇までが司法精神医療の役割であり、医療観察法でもそれを広く取り込むべきだとする立場から、特別病院型の施設の設置が主張されることがわが国でもあるが、イギリスでは基本的には専ら地域保安病棟の拡充という形で対応している点は、仮に人格障害者の処遇を司法精神医療の枠内で行うべきと考えた場合であっても、特別病院型の施設の増備に必ずしもつながるものではないという点で、そうした議論との関係でも示唆を与えるものであろう。

(2) 医療観察法における地域精神医療の態勢も、イギリスをモデルとしたものといわれる。ケア・プログラム・アプローチ(CPA)を基軸とした処遇を行う点に、それが反映されているものとされる。イギリスの1983年精神保健法においては、この枠組のもとでの地域精神医療の対象者は、わが国と同様に、触法精神障害者に限られ

ていた。これが、最近の法改正により、地域内治療命令 (Community Treatment Order) として、一般の強制入院から退院した患者にまで拡大された。法的な仕組みとしては、退院時に示された条件の不遵守が、改めて強制入院を行うために裁判所の許可上を得る理由になるという形をとる。まだ改正法が施行されて間もないため、その運用を調べることはかなわなかったが、わが国でも将来的には精神保健福祉法における患者についても強制通院制度が認められることは、考慮されていようと思われる。ただし、その際には、病院での医療の提供が患者への制裁という色彩を帯びないような制度枠組にすることが求められよう。

2. 2007 年におけるイギリス精神保健法改正の内容

(1) イギリスにおいて、精神障害犯罪者の処遇について定めている法律は、精神保健法 (Mental Health Act) である。これまでわが国において紹介されていた同法は、1983 年に制定されたそれ (以下、1983 年法という) であったが、昨年 7 月に同法の一部改正を内容とする 2007 年精神保健法が成立した。改正の柱は、①「精神障害」の定義を変更し、人格障害者に関する「治療可能性」の要件の削除したこと、②退院後のアフターケアに関し、Supervised Community Treatment (SCT) 制度を導入し

たことである。また、同法には、1983 年法以来、③刑罰に代わる治療処分の制度、④未決拘留者に対する精神医療の制度、⑤受刑者に対する精神医療の制度なども定められている。

これらの制度は、心神喪失者等医療観察法の改正ばかりでなく、今後のわが国における、精神障害犯罪者の処遇に関する法制度の構築を考える上で、検討に値するものであると思われる。そこで、本年度は、イギリスにおける 2007 年精神保健法についての詳細な文献調査などを通じて、これらの制度の意義、問題点などについて研究を行った。

そこで、本報告においては、まず、ごく概括的にイギリスの司法精神医療の枠組を述べた後に、2007 年精神保健福祉法における改正点である、①「精神障害」の定義を変更し、人格障害者に関する「治療可能性」の要件の削除した点、②退院後のアフターケアに関し、地域内治療命令 (Supervised Community Treatment (SCT)) の制度を導入した点について、簡単に説明することとする。

(2) イギリスの司法精神医療制度の概観

イギリスは、我々が一昨年度及び昨年度調査したスイス及びドイツと異なり、いわゆるダイバージョンモデルを採用している。すなわち、司法精神医療の枠組と責任能力