

- a 支援が必要な場合コールシステムあるいは口頭でなされるべきである
- b チームのうち1名のメンバーが状況をコントロールすべきである
- c 患者は、可能な限りその行為を中止したり、要請に従うことに同意を求められるべきである。聴覚に障害を持つ患者の場合には、見える位置(後方からではなく)で、シエスチャーを交えながら穏やかなコミュニケーションが図られるようにすべきである。
- d スタッフが思いととまるよう説得したにもかかわらず拒否されたことに対し、可能であれば、何らかの説明がなされるべきである。
- e 抑制を用いる場合に無関係な他の患者や人はその場をすばやく離れるように指示されなければならない。

19 12 行動の統制のとれていない方法で、大勢のスタッフが患者を抑制しようとする場合、逆効果の場合が多く、少数ではあっても適切なトレーニングを受けたスタッフの方がより効果的である。もし、非物理的な方法が失敗したり、早急な行動が求められる場合、その場を統制する者は身体的抑制を用いるべきかどうか決定しなければならない。状況の処理に必要な最小のスタッフを編成しなければならない。用いられる抑制は、

- ・ 状況において合理的であること
- ・ 患者あるいは他の者の危害を防止するのに必要最小限の力を行使する
- ・ 絶対的に必要とされる時間内でのみ使用される
- ・ 性差と人種の問題に配慮する

抑制中、スタッフは、

- a 武器がないか目で確認する
- b 可能であれば後方から四肢を抑制することを目的とし、素早く、安全に、相手の動きを止めることである
- c 絶えず、抑制を行使する理由を説明する
- d 可能な限り早く患者が自発的にコントロールするように協力を求める。もし、患者が聴覚障害者である場合、コミュニケーションを図ろうとしていることが分かるように、その事故のコントロールに当たるスタッフは、患者から見える位置にいるようにする
- e 首をつかまない
- f ある場所で相手の動きを固定する場合、特に腹部や首などに過剰な力が加わらないようにする
- g 平手打ちをしたり、蹴ったり、パンチをしない

事故後の分析とサポートをスタッフと患者の両者に行うようにする

抑制と不服申し立て

19 13 病院管理者は、事務長に以下のことを任しなければならない。

- ・ いかなる形態の抑制であれ、2時間以上持続している患者がいかに把握する場合、できるだけ早く患者に会う
- ・ 患者を訪れ事故のことについて話をし、患者が言いたいことや不服がないかどうかを確認し、もしある場合にはその手続きが先に進むように手助けする

事務長はこの役割を、その患者と良好な関係を持っているスタッフに委任しても良い。

抑制に関するポリシー

19 14 病院には、抑制を用いる場合の、明

確て文書化されたポリシーが必要であり、スタッフ全員がそれを認識すべきである。ポリシーには、個々の抑制の見直しを行うこと、実施されたことか病院管理者に監査され報告されることか記載されていなければならない。

投薬

19 15 興奮や活動性を減ずる投薬は他の治療的介入を促進するためには有効である。例外的な状況を除き、投薬による行動のコントロールは注意深く検討し、治療計画の一部としてのみ用いられるべきである(15、16章参照)。治療的な理由で与えられている薬物は、もしそれか長期間継続的に用いられている場合には、抑制手段の一になりうる。投薬が行われる前に、担当医師はそれか合法的で長期的に見て治療的かどうかを考慮しなければならない。投薬は十分なスタッフかいない状況で患者を管理する目的で用いられてはならない。

隔離

19 16 隔離は、一室に患者を監督下で監禁することであり、重大な危害から他人を保護するために実施することもある。その唯一の目的は他人に危害を加えそうな重度に障害された行動を抑えることである。

隔離は、以下の場合に用いられべきである

- ・ 最終手段として
可能な限り短時間で

隔離は以下の場合には使われるべきではない

懲罰や脅し

- ・ 治療プログラムの一部として
スタッフ不足を補うため
- ・ 自殺や自傷の危険性がある場合

自発入院の患者に隔離か用いられるような場合、強制入院を考慮すべきサインであると捕らえる。

19 17 病院には隔離を使用する場合の明確な文書化されたガイドラインか必要である

- ・ 患者の安全と健康を保証する
- ・ 隔離中及び隔離後に必要なケアとサポートか受けられることを患者に伝える
隔離と「タイムアウト」(18 9 18 10参照)を区別する
- ・ 患者の尊厳と身体に健康に配慮した適切な環境について明記する
- ・ スタッフの役割と責任を提示する
- ・ 隔離の使用の記録、観察、見直し及びフォローアップの行動のために必要とされることを明記する

隔離の手続き

19 18 隔離の使用は、開始に当たっては、医師または担当看護師によって決定することかできる。その決定か医師以外の者によってなされた場合には、責任医または当直医に直ちに届け、診察を受けさせなければならない。ただし、隔離か(5分を超えないような)短時間でなされる場合はこの限りではない。

19 19 患者を隔離している間は、常時、隔離室の様子か見え、音か聞こえやすいところに1名の看護師かいなければならない。

患者が薬物による鎮静を受けている場合には常時待機していなければならない。

19 20 観察の目的は、患者の状態と行動を観察し、隔離がいつ終了可能かを同定することにある。決定は個別の基準によってなされるか、患者は絶えず観察されていなければならない。記録は少なくとも15分ごとに行わなければならない。

19 21 隔離の継続の必要性は以下のように見直されなければならない

- ・ 2時間ごとに2名の看護師によって(1名は隔離の決定に関与していない者)

4時間ごとに1名の医師によって

隔離が以下の時間以上持続する場合には、隔離に至った事故に関与しなかった、専門医あるいは他の医長職以上の医師、看護師、他の職種者で構成される多職種者による見直しかなされるべきである。

- ・ 連続して8時間以上
- ・ 48時間以内に合計12時間

もし、多職種チームのメンバーから隔離の必要性について疑義かなされた場合には、その問題を主任管理者に届けなければならない。

隔離の状況

19 22 隔離に使用される部屋は、以下の条

件を備えてなければならない

他の患者からのプライバシーが保たれること

スタッフか患者を常時観察できること
安全かつ保衛的であること

患者や他人に危害を及ぼすような物が入っていないこと

適度な設備、暖房、照明、換気機能が備わっていること

- ・ 静寂であるか、防音ではないこと。何らかの手段で注意を喚起できるようにしていること。その手段の操作法を患者に説明していること。

スタッフはある患者に隔離室を考慮しなければならないことを決定するか、患者は常に着衣していなければならない。

記録の保持

19 23 とのような隔離であっても、使用理由、隔離後の活動等、詳細かつ時系列に沿った記録を患者の診療録の中に保管する。また、すべての事例について隔離手続きの段階的な説明を特別な隔離記録簿等に記載し、前述の記録と互いに参照できるようにしておく。最初の記載は病棟担当看護師によってなされるか、その記録は医師と看護師長の両者によって連署されなければならない。病院管理者は隔離の使用を監視し定期的に見直さなければならない。

平成 15 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）
「触法行為を行った精神障害者の精神医学的評価、治療等に関する基礎的研究」

（主任研究者 松下正明）

分担研究「触法精神障害者の治療プログラムに関する研究」

（分担研究者 武井満）

研究協力報告書

心神喪失者等医療観察法における地域生活支援システムの在り方に関する研究

協力班員 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 野口博文

研究要旨

【目的】本研究では、欧米において行われている ACT プログラムに関する効果評価および実践事例をレビューし、医療観察法による地域生活支援システムへの援用について検討した。

【結果】ACT プログラムでは、重度精神障害者に対し、地域生活の安定と回復を図るため、非常に集中的・包括的なケアを提供していた。触法問題に対処するためには、標準的な ACT モデルのなかに、司法関連のスタッフと専門技術を付加することにより、拘留期間の減少に一定の効果を示していた。医療観察制度の対象者のもつ障害を鑑み、ACT モデルを援用することにより、地域生活を維持し、再犯を予防していく可能性があると考えられた。

A 研究目的および方法

本研究では、欧米において行われている ACT プログラムに関する効果評価および実践事例をレビューし、医療観察法による地域生活支援システムへの援用の可能性について言及する。

ACT Assertive Community Treatment とは、重度精神障害者を対象とする生活支援プログラムである。1970 年代に精神病院の脱施設化に伴い、米国 Wisconsin 州において開発されている。現在までに、支援の対象を「ホームレス」「薬物乱用者」「触法精神障害者」にするなど、多様な形態により展開されている。

一方、日本では心神喪失者等医療観察法

の施行に向け、対象者の生活支援の在り方を検討しているところである。対象者は、再発・再犯のリスクや、地域とのコンフリクトなどを有しており（表 1）、円滑に社会復帰を促進するために、高い密度の地域ケアを必要としている。

表 1 触法精神障害者の「障害」

入院が長期化（中谷真、1987）
社会復帰支援者の不在（中谷陽、1992）
職業や住居が定着しにくい（井上、1996）
孤立化、経済的に困窮（中谷真、1987）
外来治療が中断（井上、1996）

B 研究結果および考察

1 ACT の概念

ACT プログラムでは、精神病院への入院か精神障害の対処技能の低下の一因となっていると考え、彼らの自律性を向上するために、地域において種々の訓練を提供してきた。この原則に基づき、かつ、国際的なコンセンサスを得ているプログラムの特徴的な要素としては、以下の項目があげられる。

重度精神障害者を対象

多職種によるケア提供

1 10 以下をケースロート

チーム全員でケアを共有

医療 保健 福祉サービスを包括

積極的に訪問支援

無期限によるサービス提供

一日 24 時間、週 7 日間にわたる支援体制

(伊藤ら 2003)

また、対象者の地域生活の状況やニーズに合わせて提供する主なサービスとしては、以下のものかあげられる。

薬物療法、薬物の配達

疾病に関する心理教育

危機介入

疾病の予防、健康診断

心理相談、カウンセリング

食料品の調理、衣料品の購入、交通機関の利用に関する支援

年金 生活保護の利用に関する支援

居住に関する支援

就労に関する支援

金銭の管理

(伊藤ら 2003)

欧米において行われている ACT プログラムに関する実証研究をみると、重度精神障害者に対する支援効果を確認することかできる (表 2)。しかしながら、「薬物乱用」「拘置所の利用」に関する ACT の効果については、実証的な根拠は得られていない (図 1)。

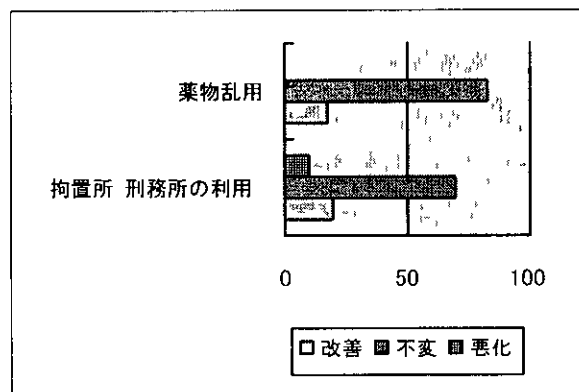
先行研究では、触法問題に対処するために、標準プログラムのなかに、司法関連の支援スタッフと専門技術を確保することの必要性か指摘されていた。

表 2 ACT の与える影響

	改善	不変	悪化
精神症状	50%	50%	0%
薬物コンプライアンス	50%	50%	0%
入院期間	61%	35%	4%
居住状況	75%	17%	8%
社会適応	21%	79%	0%
職業機能	38%	63%	0%
QOL	54%	46%	0%
対象者満足	86%	14%	0%
家族満足	50%	50%	0%

(Mueser ら 1998)

図 1 ACT の与える影響 (司法関連)



2 触法精神障害者を対象とするプログラム (事例)

米国 Wisconsin 州 Dane 郡においては、司法措置と連動し、触法精神障害者を対象とする生活支援システムとして機能していた (図2)。

プログラムでは、標準モデルに基づくサービスに加え、司法関連施設との密接な連携を保持していた。また、施行前後の比較調査では、生活障害の軽減や拘置所利用の縮小が示された (図3-4)。

さらに、ACTプログラムによる地域支援システムにおいては、生活の安定と回復を図るため、集中的かつ包括的なアセスメントを実施しており (資料)、触法精神障害者の再犯の予防にも効果か期待できるのではないかと思われた。

3 医療観察制度への援用

ACTプログラムを医療観察制度へ援用するためには、実証的な根拠を要するものと思われる。先行研究をみると、触法精神障害者を対象とした支援効果に関する評価は未だ十分に確立されていない。しかし、本制度を運用する際には、地域システムを構築するための一定基準を示す必要かあろう。

表3に、社会資源の特性に応じ、対象者数・コンタクト頻度・モニター期間を設定し、必要となる人的資源についてまとめた。

図2 触法精神障害者に対する支援スキーム (Wisconsin 2002)

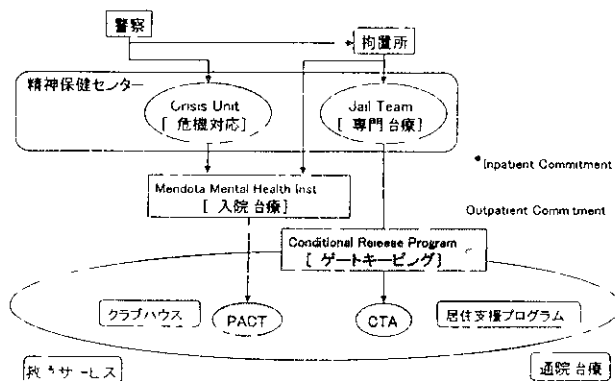


図3 司法 ACT プログラムによる効果-生活障害- (Delap, White 1996-8)

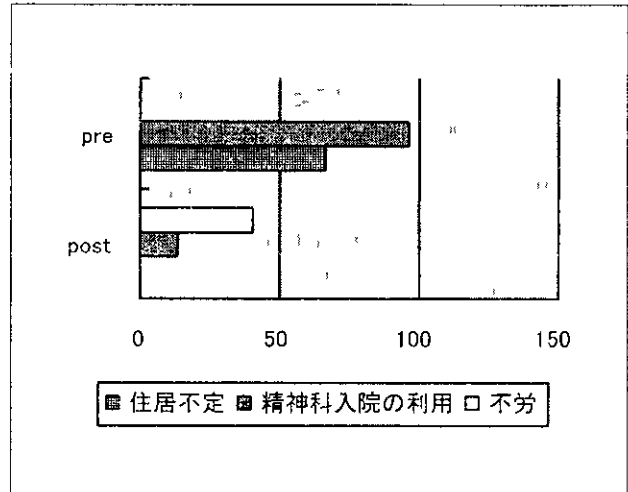
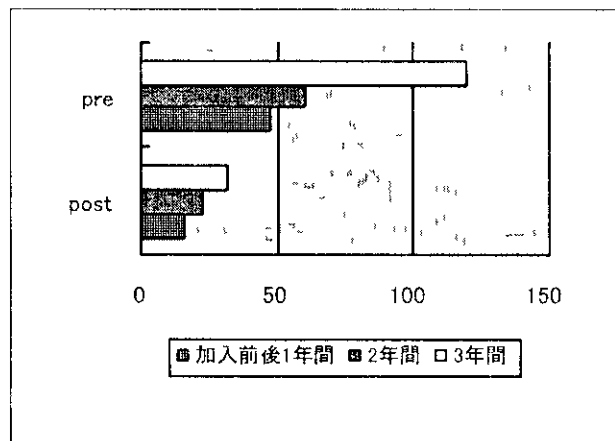


図4 司法 ACT プログラムによる効果-拘置所の利用- (Delap, White 1996-8)



E 結論

医療観察制度による生活支援サービスを効果的に提供するために、通院圏域の設定、社会資源との連携など、現行の支援基盤を整備することは一義的に必要となる。しか

しなから、本制度の対象者の障害を鑑み、根拠に基づく実践を行う点において、ACTプログラムの援用にかかる検討は、社会復帰を実現する布石となるであろう。

表3 医療観察制度の構成要素

	介入モデル	対象者数	地域でのコンタクト頻度	モニター期間	人的資源
保護観察所	資源調整	20-40人	1/1-2Ws	定期 ×3-5年間	社会復帰調整官
通院医療機関	直接介入 (ACT)	5-10人 ×開始時	2/W以上 ×緊急時	24時間 ×無期限	医師(兼) 看護師(兼1専1) PSW(兼1専1) 心理士(兼) 作業療法士(兼)
保健所	リスクマネジメント	2-4人	1-2/M	随時	保健師/医師
福祉事務所	ケアマネジメント	1-2人	1-2/M	随時	保健師

F 健康危険情報

なし

G 研究発表

1 論文発表

なし

2 学会発表

なし

H 知的財産権の出願・登録状況

1 特許取得

なし

2 実用新案登録

なし

3 その他

なし

I 参考文献

- 西尾雅明 伊藤順一郎 精神障害リハビリテーションの援助技術, 精神障害とリハビリテーション, 7(2) 2003
- 井上新平「精神科リハビリテーション 地域精神医療」中山書店 1999
- Mueser, Bond, Drake et al Models of community care for severe mental illness Schizophr Bull 24 1998
- Delap, Hisanaga CTA program director Personal Communication, 2001
- Cosden M, Ellens JK, "Evaluation of a mental health treatment court with assertive community treatment" Behav Sci Law 21(4) 2003

資料 アセスメント事例 (SAMHSA 2002)

<p>●診断 統合失調症 反社会的人格障害</p>	<p>●履歴 家族による拒否 不十分な社会的支援 不適切な居住環境 複数の触法行為 他者との敵対関係</p>
<p>○Focus 1 精神症状の管理 →薬物処方 精神療法 (1/4w) →薬物療法 症状評価 (1/d) →アンカーメンメント (1/w) →危機介入 (24h 7/w)</p> <p>○Focus 2 司法制度との関連 →司法制度の利用 (1/m) →司法関連の機関との調整</p> <p>○Focus 3 物質乱用に関する支援 →支持面接 (3/w) →グループ療法 (1/w)</p> <p>○Focus 4 対人関係/ADL 支援 →居住環境の整備 →経済管理 →食料品の購入</p> <p>○Focus 5 身体科および歯科治療 →歯科治療の勧奨 →健康診断</p>	
<p>●個別チーム 司法担当マネージャー/精神科医/看護師/職業カウンセラー/薬物乱用担当スタッフ</p>	

CPA-J による外来通院医療

はじめに

わか国における「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 新法）」の施行に伴い、対象者の社会復帰を促進するためには 1)司法機関から指定入院医療機関への受け入れ、2)指定入院医療機関から指定通院医療機関への医療の移行、3)地域ケアへの円滑な移行を行う必要がある。このような方法の開発、導入、実施されずに司法精神医療が行われた場合、対象者の長期入院、社会復帰の困難などが発生すると予想される。

しかし、これまでほとんど司法精神医療が行われて来なかったわか国では実践方法に関する議論、システム構築は十分ではない。特に医療サービス、福祉サービス、司法サービスの3者の連携を適切かつ円滑に行うための方法が必要である。また、新法では指定入院医療機関と指定通院医療機関とは都道府県を越えた遠隔地に位置する場合も想定され、このような遠隔地間に位置する医療機関同士の連携方法を新たに開発する必要がある。

英国では医療サービスと福祉サービスとの統合を一つの目標として CPA (Care Programme Approach)が司法精神医療においても実践されている^{1,2,3)}。この英国版 CPA の紹介は別の機会に譲るか、これをモデルに国立精神 神経センター武蔵病院では入院精神障害者の地域への移行を目的に CPA J (Care Programme Approach in Japan)日本型 CPA を開発し導入してきた。

本稿では、この CPA J をもとにして、新法下での通院処遇を適切に行う一つのあり方を検討したい。

CPA-J の概要

多職種チームによる入院前および入院時評価

CPA J は、当初、長期入院となりかちな措置入院を含む精神障害者の退院を促進することを目的に平成 15 年 4 月 1 日より国立精神 神経センター武蔵病院で開始された。CPA J では入院中ケア計画、退院後ケア計画が作成され実施する。

司法機関から指定入院医療機関への入院が決定したらできるだけ早く入院前評価を行い、それに基づいて入院受け入れを準備する。新法では入院決定前に対象者の情報を得ることは困難であるかもしれないが、円滑な治療導入を考えると入院前からの情報収集、連携が必要である。

入院後は概ね 2 週間以内に多職種チーム (multidisciplinary team) による入院時評価を行う。多職種チームはこの評価をもとにすみやかに多職種チーム会議を開催し、入院中のケア計画を作成する。多職種チームを構成する医師、看護師、臨床心理士 作業療法士、薬剤師、精神保健福祉士、栄養士などは、それぞれの職種ごとの専門性を活かした評価を行い、それに基づいたケア計画を作成する。また、これまで治療を担当してきた精神科医療機関の関係者にもケア会議への出席を求め、治療歴、既往歴など必要な情報を聴取し 同時に退院後ケア計画についても意見を求めておく。この時期には急性期にあることか予想されるか、ケア計画の作成に当たっては患者

および家族の参加を求め、可能な限り患者本人および家族のニーズを十分に聴取し、ケア計画に反映することか求められる。

短期ケア計画と長期ケア計画の作成

この入院後の初期評価では、短期ケア計画と退院から地域ケアまでも視野に入れた長期計画を検討するべきである。長期計画では細部にはこだわらず、退院後ケアの概要を決定すれば十分である。特に長期ケア計画の作成に当たっては、入院地社会復帰調整官だけではなく退院地社会復帰調整官、指定通院医療機関職員などの施設から多職種のメンバーが参加し、ケア計画を作成し、入院初期より退院後の地域ケアの概要を決定しておくことか退院促進、社会復帰を円滑に進めるために重要である。

ケア計画の実施と見直し

多職種チームはケア計画に従ってケアを実施した後には、ケア計画の効果、ケア計画の達成度などを定期的に早直すと同時に、患者、家族、多職種チームのメンバーなどの求めに応じて多職種チーム会議を開催する。多職種チームは入院初期に立てられたケア計画を硬直的に実行し、コウザアである患者およびその家族に追従を求めるのではない。このような多職種チームのあり方は治療へのコンプライアンスを低下させることか予想される。したがって、このケア計画の見直しを柔軟にかつ適宜行うことは重要である。患者およびその家族のニーズ、病状、社会資源、リスク評価、リスク管理などは刻々と変化し続けるものであり、この現状とケア計画との間に解離が生じていないかとうか常にモニタリングする。

退院後ケア計画

退院か近づくにつれ退院後ケア計画を作成する。このケア計画作成の目的は、1)指定入院医療機関と指定通院医療機関との円滑な連携、2)退院地における地域ケアの適切な実施、3)医療サービス、社会サービス、司法サービスとの連携をはかり、対象者の退院と社会復帰を促進することである。したがって、退院後ケア計画を作成する際には、指定入院医療機関の多職種チームに加え、退院地の社会復帰調整官、指定通院医療機関、退院地の精神保健センター、地域生活支援センター、通所施設、居住施設など関連する多くの施設からの担当者の参加か求められる。

作成に当たっては患者、家族のニーズを十分に聴取し把握した上で、退院後ケア計画を作成する。作成されたケア計画を文書で十分に説明し、患者、家族のインフォームトコンセントを得る。この会議の場を通して、患者と退院後のケアチームとの顔見せを行い、退院後のケアの担当者、担当施設、ケア内容などを具体的に決定する。なお、会議開催場所は、入院地、退院地のいずれかで行う。

地域ケア計画の実施と見直し

作成された退院後ケア計画書を社会復帰調整官の策定する処遇実施計画に組み入れ、地域ケアを実施する。退院地の関連施設の担当者はケア計画に従ってケアを実施し定期的に見直しを行うと同時に、患者、家族、担当者などの求めに応じてケア計画書の見直しを行う。このケア計画の見直しは、社会復帰調整官が主催するケア会議または通院指定医療機関などが中心となつて行う。

退院地の多職種チーム会議で行う。前者の実施主体は、司法機関、保護観察所であり、後者は医療機関または福祉機関である。後者では、具体的な医療サービスと福祉サービスの提供計画の検討が望まれる。これらの会議を通して、患者およびその家族、ケア提供者の意見統一をはかるのが望ましい。

これらの会議は、実施時期から定期と臨時の2種類に分類される。退院後初回のケア会議および退院地多職種チーム会議の日時、場所は退院前に決定しておくのが望ましいであろう。

1) CPAによるケア計画 —リスク評価とリスク管理—

この手法を通して、指定入院医療機関と指定通院医療機関(地域ケアチーム、相談医療機関、居住施設、通所施設を含む)との間での情報伝達と、医療、福祉の引き継ぎを円滑に行う。同時に退院先の地域における医療機関、福祉機関、司法機関同士の連携を進める。

退院促進、社会復帰促進を行うには、リスク評価、リスク管理について十分にあらかじめ検討しておく必要がある。これには、予測される危機を予防し、発生した危機へ計画的に介入する視点も重要である。退院後のケア計画においては、再発をもたらす状況、要因、再発の徴候などを十分に患者本人を含め検討し、それぞれに対する対処方法を示し、危機を予防するべきである。これには患者自身の対処方法に加え、家族、関係担当者の対処の仕方、行動計画を決定しておく。また、危機が発生した場合に備え、あらかじめ危機への介入の仕方を詳細に決定しておくことが必要である。このことは危機への対応を適切に円滑にすみやかに行うことを可能にする。例えば、危機介入時の責任者、受診を促進させる方法や担当者、外来担当医、入院施設、入院担当医、入院形態、保護者などを前もって決定しておき、各担当者の危機介入時の連絡先、役割分担、責任を明確にする。同時に再入院の条件などについてもあらかじめ検討しておく。当然、患者およびその家族にも、この危機介入方法の決定過程に参加を求め同意を得る。この危機予防、危機介入の取り決めを行うことは、患者および家族が退院を躊躇する理由を明らかにし解決することにもつながる。

2) 多職種チーム医療

これまでの我が国では医師中心の医療が行われてきた経緯もあり、チーム医療は未発達なのか現状である。対象者の医療、社会復帰を進めるには、医療サービスだけではなく社会サービスなど多岐にわたるサービスを総合的に提供する必要がある。『看護師、薬剤師、臨床心理士、作業療法士、栄養士、精神保健福祉士(PSW)などからなる多職種チーム医療』を開発する必要がある。この多職種チームは指定通院医療機関、指定入院医療機関のスタッフだけでなく、関連するすべての施設の担当者が含まれ、必要に応じてケア会議に参加すること

か義務つけられるべきである。多職種チームのメンバーは患者およびその家族のニーズなどによって決定される。つまり、指定通院医療機関はニーズに応じて多職種チームを構成し、必要であれば外部機関からの参加者を求める。ニーズの変化に伴い一部の多職種チームのメンバーは不必要になったり、逆に新たなメンバーが必要になり加わったりする。このように多職種チームはニーズによって適宜チームメンバーを変えていく。多職種チームのメンバーが硬直的ではなく、柔軟であることが患者およびその家族のニーズを満ちし、より効率的運用を促進する。同時に、ケアの一貫性、継続性の確保、役割と責任の明確化を行うために Care Coordinator を決定しておくことが必要である。

また、参加に当たっての旅費などの費用を公的に負担する必要がある。

CPA 実施上の注意点

新法実施下では指定通院医療機関と指定入院医療機関とが異なり、さらに、それぞれの医療機関は都道府県を越える遠隔地に位置することが想定されるのは、前述の通りである。また、これまで以上に医療、福祉、司法との適切かつ円滑な連携が求められており、新法実施後に円滑な司法精神医療が行われるためには以下の点について十分な注意が必要である。

多職種チーム医療、他の施設の担当者によるケアは専門的医療、福祉を総合的に提供できる長所を持つ反面、役割分担が拡散したり、責任が不明確になったりする短所を持つ。したがって、CPA J に従ってケアを計画的、構造的に実施することによって、ケア担当者の役割分担と責任を明確にすることが重要である。特にケア計画を機械的に実施することによってケアが硬直化し、ユーザーのニーズに一致しないことを避けるために、以下の点には十分な注意が必要である。

- 1) 能動性 各機関の担当者は主体的、能動的にチーム医療に参画し貢献する必要がある。
- 2) 単一性 すべてのケア計画の実施に当たっては、単一の担当者 Care coordinator を設ける。この Care coordinator がすべてのケア計画の作成および実施に対しての最終責任を持つ。患者、家族はこの Care coordinator を唯一の窓口としてすべてのケアを受けられるようにする。
- 3) 連続性、一貫性 ケア計画の作成、実施には連続性と一貫性が必要である。指定入院医療機関から指定通院医療機関へ、指定入院医療機関への再入院など常に医療の連続性と一貫性が維持される必要がある。
- 4) 標準化 新法による通院命令、入院命令下では患者本人の医療機関選択の自由が制限されるため、それに見合った標準的医療が全国規模で確保される必要がある。
- 5) 患者中心主義 新法による強制的入院、通院であっても、患者の治療を受ける権利、治療を拒否する権利、治療方法を選択する権利は最大限に尊重されるべきである。このことは単に法的問題にととまらず、治療へのコンプライアンスと関係し、結果的には治療効果に大きな影響をもたらすと予想される。したがって患者、家族へのインフォームドコンセントは重要である。
- 6) リスク評価とリスク管理 対象者の社会復帰を適切かつ円滑に行うためには精神障害の再発の恐れを適切に評価し管理することが必要である。このため、CPA J によるケア計画の作成に当たってはリスクの評価を行い、リスクの管理を行う必要がある。

おわりに

本稿では国立精神・神経センター武蔵病院で措置入院患者を対象に始まった地域ケアの取り組みをもとに、新法下における通院処遇の一つの案を提示してみた。当院における取り組みも平成15年度に始まったばかりであり、その実施の標準化に向けたマニュアル作成途中である。今後は、標準的実施を行うためマニュアル作成、実施後の効果の判定、さらには費用効果費に関する検討などを行っていく必要がある。

参考文献

- 1 Effective Care Co-ordination in Mental Health Services, A Policy Booklet
Modernizing the Care Programme Approach
<http://www.nutscc/almanack/lit/gov/cpa/booklet.html>
- 2 西尾雅明 地域支援プログラムの統合とエンパワーメントー諸外国とわが国におけるシステムの比較から 病院・地域精神医学, 44, 5 10, 2001
- 3 Webb Y, Clifford P, Fowler V, Morgan C, Hanson M Comparing patients' experience of mental health services in England a five-Trust survey Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv 13 (6-7) 273-81, 2000

通院処遇のモデルについて

本研究班においては、入院治療プログラムと通院治療プログラムの検討が行われた。「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、「新法」という）」の目的である対象精神障害者の社会復帰を促進するためには、通院処遇、通院治療プログラムの重要性が強調された。特に、欧米諸国に比較すると退院を促進するための医療資源および社会資源の不足が深刻であり、我が国において対象者の社会復帰をとどのように促進するか活発な議論が行われた。その議論の過程で、英国の Care Programme Approach (CPA)と包括型ケア Assertive Community Care (ACT)の実際と我が国への導入の必要性が検討された。

本年度の研究報告では、この2つの CPA と ACT を紹介する。これらは、新法施行下で通院処遇の地域ケアのモデルとなる可能性がある。

米国で行われている主要なケアマネジメントモデルは、ブローカー型、集中型、包括型に類型化される。久野らは、「ブローカー型ケアマネジメントは、サービス斡旋を主な機能にし、オフィスでのクライアントとの面接と電話によるサービス連携が活動の中心である。包括型ケアマネジメントは多職種チームにより精神科治療、リハビリテーション、具体的な生活援助サービスを直接提供する」「集中型ケアマネジメント(Intensive Case Management ICM)は、“通常のブローカー型ケアマネジメントよりはケアの密度が濃いか ACT ではない”プログラムを指し、必ずしも特定のモデルを原型にするものではない”ことを紹介している⁴⁾。この類型化に従えば、CPA は集中型であると考えられる。CPA ではブローカー型の斡旋を行いつつ、ACT のような多職種チームによる医療、生活サービスを直接提供することもある。

西尾は英国、北ハーミンガムにおける地域精神保健システムを紹介し、「重度の精神障害者に対しては、制度としては CPA の枠組み内で、実践面では ACT モデルのケアマネジメントを適用する」と整理している⁵⁾。

重症精神障害者の地域ケアでは、ブローカー型だけでは不十分なことが実証され、包括型ケアが有効であることが明らかとなっている⁶⁾。

以上のことを踏まえてみると、新法対象者の地域ケアシステムは、CPA をケア計画の立案と実施、サービス提供者間の連携、多職種チームおよび関連機関の役割分担と責任の明確化など制度として利用し、これに ACT による医療および生活支援の直接サービスを行うのが望ましいと考えられる。CPA では、連携を通して、既存の医療、福祉、保健資源の積極的利用を進めつつも、各指定通院医療機関には ACT のような地域ケアチームの整備を進めるのである。

引用文献

- 1 Effective Care Co-ordination in Mental Health Services, A Policy Booklet
Modernizing the Care Programme Approach
<http://www.nutscc/almanack/lit/gov/cpa/booklet.html>

- 2 西尾雅明 地域支援プログラムの統合とエンパワーメントー諸外国とわが国におけるシステムの比較から 病院・地域精神医学, 44, 5 10, 2001
- 3 Webb Y, Clifford P, Fowler V, Morgan C, Hanson M Comparing patients' experience of mental health services in England a five-Trust survey Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv 13 (6-7) 273-81, 2000

退院後ケア計画書(本人用)

ver 〇〇

作成年月日

平成 15 年 3 月 5 日

フリガナ	生年月日		
氏 名	〇〇〇〇 様	〇〇歳	男・女
住 所			
連絡先	自宅電話	0000-00-0000	携帯 0000-00-0000
フリガナ	生年月日		
家族氏名	□□□□ 様	〇〇歳	続柄 (選任) 母 (あり)
住所			
連絡先電話	自宅電話	0000-00-0000	携帯 0000-00-0000
ケアコーディネーター	□〇△×	〇〇病院	住所
病院住所	電話番号		
家族背景	母、兄、妹		
住居状況	アパート一人暮らしの予定		
本人の希望	アパート一人らし その後、就労希望、かつて経験した倉庫管理		
家族の希望	アパート一人暮らしは、十分な経過観察・支援が行われたいのではないかと心配。院内多職種チームによるケア計画によって本人の希望に同意。		
多職種(MDT)チームの意見			
日常生活能力は非常に高く、一人暮らしのアパート生活は可能と考えられます。このことは、看護師による日常生活の観察、作業療法士による作業の観察、心理テストの結果から裏付けられます。ただし、今後もっとも気をつけなければならないことは、病気の再発です。この原因は多くの場合、通院、服薬の中断です。時には内服を継続していても、生活上のストレス、環境の変化などから再発することもあります。今回退院に際し、本人の意見を尊重し一人暮らしのアパートを実現し維持していくために必要なケアを提供しますか、再発の予防を最大の目的とします。そのため、次ページ以降に必要なケア計画を作成し、実行します。また、再発の徴候(兆し)が認められた場合、地域ケア(訪問看護、通院、作業への参加など)をより強力に行いますか、必要に応じ療養目的での入院治療を行います。			
このケア計画書は何ら強制的意味は持ちませんか、ご自身の社会復帰か一日も早くよりよい形で実現するよう努力して下さることを希望します。また、ケア計画の変更を希望するときはケアチームの誰でもかまいませんので、申し出て下さい。すみやかにケア会議を開き、検討します。			
なお、今後アパートが見つかりたい退院を予定しています。退院後、3ヶ月以内に次回のケア会議を開きケア内容の見直しを行う予定です。			
院内多職種チーム		コミュニティの多職種チーム	
平成 年 月 日		平成 年 月 日	
なお、本人、家族、他職種ケアチームの要請に応じて適時ケア会議を行うものとする。			

症例報告

— 触法精神障害者の従来治療と観察法 地域への社会復帰まで —

福岡県立精神医療センター太宰府病院
藤川尚宏

報告の目的

「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「観察法」)が施行されていればその典型的な対象者となると思われる精神障害者の実際の治療経過を報告する。典型例の従来治療を記述することで 観察法の下で治療を進めるにあたっての問題点や留意点かよりはっきりするとよいと考えている。

症例の概要

症例は、33 才のときに発症。しかし 飲酒 暴力傾向あり 地域民間病院の治療をすく中断しては暴行事件を繰り返し、40 才時には殺人事件。これを機に地域の民間病院に措置入院した。しかし 退院し、再び同様の危険状況となったため 県立病院で治療することになった。県立病院では、従来の入院治療 外来治療(治療第Ⅰ期) 入院治療(治療第Ⅱ期) 拡大地域医療チーム治療 (治療第Ⅲ期) を行い 本人か自ら入院してくる(治療第Ⅳ期)ようになり、その後 リスクが低い状態で安定 地域で生活している(治療第Ⅴ期)。

右がその経過図である。

治療経過の詳細やそのニュアンスについて知りたい方には、社会復帰までの risk および治療努力の要 問題点などを併せて表にして末尾に記載した。(なお 守秘のため、病歴は事実を改変して記述している。)

以下の考察では 観察法に関連して治療上特に重要と思われる点について述べる。

考察

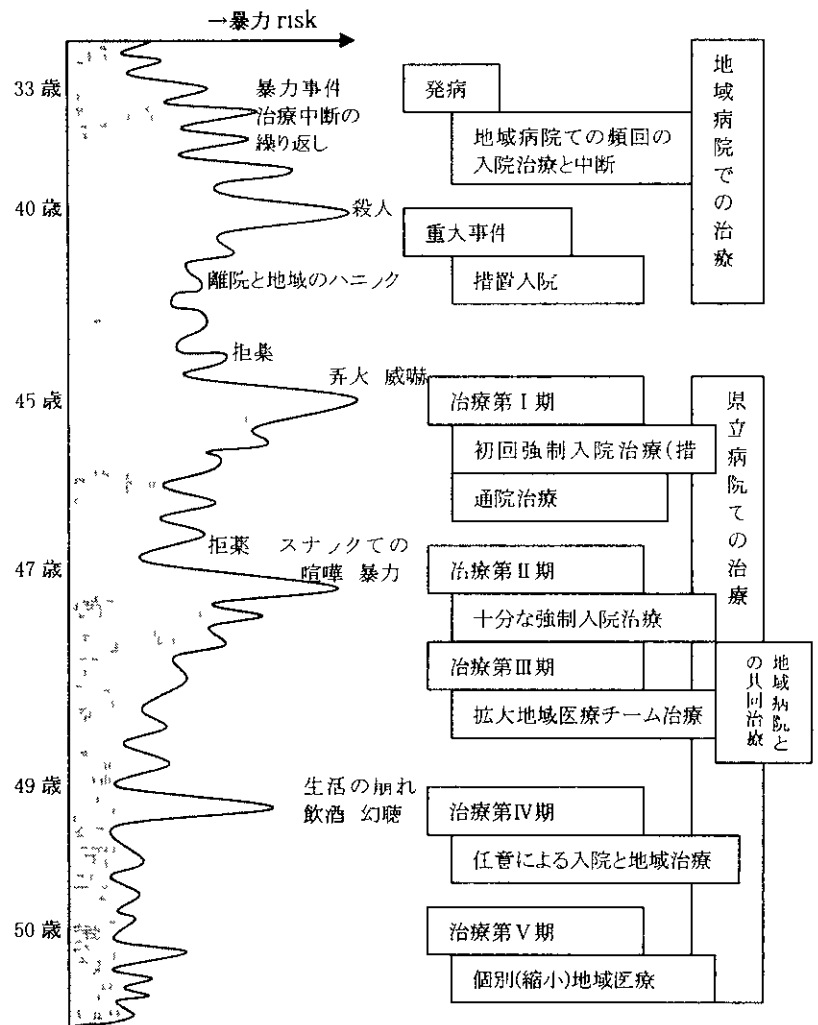
1 観察法の対象者

本症例の診断は ICD-10 では、Schizoaffective disorders(F25) (r/o Catatonic Schizophrenia(F20))と、alcohol dependence syndrome(F10.2)の dual diagnosis になる。殺人の犯行時は幻見妄想に巻き込まれており、精神鑑定をして不起訴処分になっているので 観察法の施行後であればその審判を申請されたであろう。また 審判では 暴力への risk が高く 薬物への反応性が高く、教育プログラムである程度の効果を上げる可能性がある点から、治療必要性は高いと判断され、観察法治療の典型的な対象者となるであろう。

2 risk 管理

◇ riskへのpriorityと責任

経過図



重大な他害行為の引き起こしがないことが観察法の目的のひとつとすれば、観察法の治療の特徴は、そのrisk管理にある。この症例でも、治療努力の大半は、この点に費やされた。もちろん人々の中のrisk管理も課題であるが、それにもまして退院した後の地域での管理はさまざまな問題があり難しい。その際、通市枠組みを越えた介入にたざるを得ない場面もあった。目的は後述だが、ある点の不明さ、法的責任者の曖昧と、業務の範囲の不明確さなどが、とりわけ関係者のストレスとなつた。観察法では、riskには特に配慮されることになるが、これらの責任も注目、整理されることが期待される。特に、多職種チーム内での責任分担、社会復帰調整官と指定通院医療機関との責任分担、さらには対象者本人との責任分担なども明確にされる必要がある。

◇ dynamicな管理

この症例のように、病状悪化から行動化までが速い。つまり、riskの急速な増大が予測される場合は、観察の間隔を日単位、時間単位というように短く細かに、介入も迅速に確実な方法として用意しておくべきではない。しかし、ある程度治療が進み、riskが減り、あるいは性質が変われば、要となる部分以外の観察は粗てあつてよい。このようにrisk管理はdynamicなものにならざるをえないか、この幅が大きいことは留意すべきである。観察法の下では、標準化されたassessment toolが使われるようになると思われるが、これに併せて、個別のdynamicな評価要素や管理要素をどのように織り込んでいけるかが課題となる。

◇ risk管理の期間

この症例は、関係者の努力によって、繰り返される入院は強制から任意に、さらに、入院せず済むようになり、また、以前ほどには大規模な監視や援助をする体制も必要なくなり(つまりコストも減り)、本人の治療態度も育ってきた。ある程度の幻聴の再来や誇大感の再燃があつても、暴力だけはしないように本人は努力がきており、riskは小さくなった。しかし、ある程度の病識ができてきても病気のコントロール力という点では自分の力を過信しており、risk管理の面からみて、まったく本人に任せるわけにはいかない。

riskは小さくなりても、完全になくなることはない。どの程度のriskかと手を離してよしとするかは、社会の合意の問題である。観察法では、審判所がそれを表明することになる。しかし、観察法での通院治療は最長5年であり、この間に本人に任せることかできるまでになるのか懸念は残る。

3 治療関係

◇ 法が担う治療関係

この症例が持つ医療機関へのイメーンは心の傷と言つていいほど悪かつた。病院の院長を殺すと言いたくなる気持ちか繰り返し、返し、起き起っていることかそれを示している。しかし、それでも、その後の治療でなんとか関係か切れなかつたのは、関係者か気遣い地道に育てた信頼によるところか大きい。逆にいえば、患者からの信頼だけを頼りとした関係で、risk管理と治療をしているという危つたい状況であつた。

観察法の下ではこの治療関係を形作る一部を法が強制することになり、関係か切れる危険か減る。しかし、治療を動かすものは信頼であることには変わらない。法によって与えられた強制という状況の中では、患者の信頼を得にくいという意見がある。通市医療以上に信頼をうる工夫、努力か必要と考えるべきであろう。

4 地域でのチーム医療

◇ チーム医療の必要性

地域に社会復帰させるためには、患者の様々なニーズに応じるための多面的な見方とアプローチか必要であり、チーム医療は必須である。この症例でみるように、特に地域に退院していく初期の地域治療には、多職種チームにより徹底的なニーズの分析と介入か必要と思われる。

◇ チームリーダー

チーム医療では、メンバー間で責任の所在か曖昧になったり、抜け落ちたりする危険か常にある。責任もつて情報を集中管理し、介入を指示するリーダーを決めておく必要がある。そのリーダーには、本人に近いところにいる地域関係者かなるのか

よいか、退院当初は 入院中の情報を豊富にもっている入院機関の誰かが主導するのかスムーズである。しかし、その後に地域の中のリーダーに十分に引き継げるかどうか鍵となるであろう。

この症例の場合は、最後まで リーダーを地域に引き継げなかった。観察法では 地域では 社会復帰調整官がリーダーとなるのか それとも指定医療機関の主治医になるのであろうか。

◇ チームの構成

この症例での初期の地域医療チームのメンバーは、当院の職員(Dr、Ns) 地域の通院機関の職員(Dr PSW) 保健所(係長 PHN)、福祉職員、町役場職員であった。当院職員は 入院中の情報を提供し役立てる。町役場職員は住民の反応を報告し 住民への働きかけの橋渡しをする。今から考えても最低限必要なメンバーであったと考えられるか、チームが大きいと当然コストはかかる。しかし、治療が進み、軌道に乗ってくると、チームは次第に縮小に向かう。後期の地域チームは 当院の職員(Drだけ)と保健所(係長 PHN)と町役場のみからなっており、その後 さらに縮小し 最後は 保健所PHNと当院Drが電話で打ち合わせる程度となった。

チームの構成もまた、ニーズから決めていくことになる。

◇ チームの機能

● チーム会議

この症例の場合、当初は、月に1回のペース。内容は、本人についての情報の共有、ニーズの確認 risk管理 アプローチの分担、さらに近隣住民への対処などを話し合った。

しかし、riskが高く状況が切迫すればするほど、現在状況についての情報と介入法を細部まで検討することになる。時には、各チームメンバーの本人への会い方の姿勢や態度までも検討した。

結局、会議の眼目は、症例のそのときどきの理解を深め チームメンバー各自の立場からできるアプローチが具体的にみえてくることである。

● 個別連絡と危機介入

状況変化が速い時には 定期的なチーム会議では間に合わない。特に通院や訪問で得られた情報のうち急ぐものは、個別連絡からすぐに介入につなげなければならない。この場合も、リーダーが情報や介入の中心である。この症例の場合、短期間でriskが増大するため、介入は迅速でなければならなかった。緊急訪問は、しばしば、本人が自宅にいる夜にしかできなかった。観察法の下での治療でも、riskが高い症例や時期については、24時間体制がいる。

5 入院から地域への障壁

触法精神障害者が退院して地域に戻るときの障壁はさまざまにあるか、ここでは 2つ取り上げておきたい。

◇ 地域住民からの反対

この症例では、地域住民の過剰な反応がみられた時期もあった。その対処に、保健所 町役場職員が大きな役割を果たした。住民からの心配の声に、細かなサポートを行っている。さらに crisisを起こさせないように、チームからの介入を早めに細かに行なった。これで住民に十分な安心ができたとは思わないか、少なくとも静観する程度の協力はえられるようになった。結局は、安心と納得づくりである。観察法では、裁判官や社会復帰調整官が入ることで、これらからより進むことを期待する。

◇ 地域病院の受け入れ拒否

地域の病院が果たす役割は大きい。この症例では 初期に、地域病院の能力高い医師が通院を引き受けてくれたことで地域チーム医療が実現した。これがなかったら、この症例の社会復帰はなかった。

しかし、後任の医師からは民間病院かみていくのは病院にとってのriskが大きすぎると協力を拒否され 地域でつながる病院がなくなってしまった。しかし この医師の言うこともまたもつともなことである。

観察法で指定通院機関が有効に機能するには、それなりの法的 行政的 経済的な基盤が必要である。

まとめ

観察法は 具体的な部分かまた不明確であり、今後の整備にかかっている。十分に機能し 患者の福利 よりよい社会への成熟に役立つことを期待する。

治療経過表

	病歴	備考	
発病と地域での治療	23才 暴行傷害を起こす。その後もたびたび喧嘩。気の荒い人と通っていた。 29才 結婚。ささいなことに立腹して客と大喧嘩した。 32才 家人を蹴り入院させる。仕事かてきていない。 33才 真っ裸で車を運転していると110番。不眠と「ノイローゼ気味」で民間病院を受診し 薬をもらって帰宅した。薬を飲み ややおとなしくなった しかし2ヶ月で薬は止めた。このころより 人が変わったといわれる。 その後 5年間の間に地域の3民間病院に 6回の入院。 奇矯な行動とともに 飲酒と暴力が絡むことが多い。 タクシーの中で暴れ そのまま派出所へ。 近所の窓ガラスを破ること数回。暴行の繰り返し。 付けまわされるといって 車を破壊。 入院しても 無断外泊して退院。また 通院もすぐ中断していた。早くに 離婚。 近所でも問題視されていた。	もともとすぐ喧嘩するよなところがあったか 酒が入ったときかひとかったらしい。 繰り返しの暴力たか 入院歴があることを理由に 警察はひたすら病院へ。 入院して治療すると多少よくなるよたか 病院からは退院後の follow かない あるいは本人が拒否するために follow できない。 つまり 病院では 本人か退院すると とつしようもない。	
	40才 妄想に操られて 隣家の窓を破って侵入し 逃げる家人を追って殺害。 心神喪失で 不起訴となった。	殺人事件。	
	40才より 民間病院に措置入院した。 43才 離院のニュースで 町は大騒ぎに。本人は しはらくして隣町で 発見保護。 その後の入院中は自閉的 好癖的で対人関係も悪かった。 44才より 活発となり 役場や保健所に退院の件で毎日のように電話。 45才で退院。	事件後は 入院期間が延長 いったんは 症状はなくなったか 退院したいといつ本人の要求に屈服した形で退院へ。	
	しかし 退院後はやはり服薬せず 飲酒。次第に興奮しやすくなった。再び 母親も家を出て 一人暮らし 2ヵ月後に 急に 家の前に家具などを持ち出して燃やし始めたため、措置となり 予め話し合われていたように 今回は県立病院へ入院。	退院し 以前と同じくriskの高い地域状況となる。 保健医療機関とは 関係はむしろ悪くなっている。 治療せず すぐに再発。 地域の民間病院では限界と 県立病院へ。	
病歴	Risk factors	治療上の theme Treatment 努力	備考
治療第1期 初回強制入院治療 入院治療と通院治療	45才から 県立病院に第①回目措置入院(8ヶ月)入院当初なかなか薬を飲まない。巧妙に舌の下に隠して後で吐き出す。措置入院直前に負っていた外傷の治療もさせてくれない状態が続いたか その後 なんとかよくなっていった。しかし 途中で拒薬し 妄想かてた。 看護スタッフとも関係かてきてきて 次第に改善。ただし入院後期には薬が減ったことをきっかけに気分やや上がり気味で 46才 退院。 最初は 遠い県立病院に通院してきたか やはり服薬不規則となり 中断 再発。病識はない	激しい威嚇と治療拒否。やたらと 殺すといつ。 病勢か治まっても 医療に対するひどい反感 不信。拒薬。 本人 Eから病院まで遠い。地域の病院の受け入れ拒否。 家族も逃げて一人暮らし。	県立病院で初めての治療。 初回の治療開始は 本人の印象に残るので かなり気を遣い 無理かてきない。荒っぽい患者になれているスタッフと技量か必要 このときに少し関係かてきた。病院への不信か和らいた印象かあった。 退院後の再発時危機介入の計画。 保健所と話し合い。警察への協力依頼。主治医の訪問体制。