

ていることを考えると、困難がある。

3) 心神喪失者等医療観察法非対象者

心神喪失者等医療観察法施行後、検察官申し立てにより鑑定入院となりながら、医療の必要性はないと判断され、同法の非対象者とされた者をコントロール群として設定し、同様の項目でコホート調査を行っていく方法である。この方法は、対象者の選定状況を評価し、対象者及び非対象者の予後を調査する上できわめて有効な研究デザインであるか、非対象者を追跡調査すること自体に困難さがあり、倫理的な問題も課題として残される。

4) 内部コントロール

1の4)で述べたように、モニタリング研究は観察調査の形態をとるため、介入研究のように内部にコントロールを置いて実験調査を行う余地はない。しかし、evidenceの確立していない治療方法の効果を評価する場合などは、RCTのような研究デザインで、同意を得た上で調査を行うことが望まれる。しかし、この場合、モニタリング研究とは別の研究デザインの中で調査が進められるべきであろう。人的、経済的にも大きな負担が予想される点が問題である。

7 モニタリング研究における課題

モニタリング研究の課題として、informed consentなどの法的な問題が残されている。昨年度の報告において、モニタリング研究の目的には、政策的ないし公的側面があり、その実施において対象者の同意は必要でないという見解が示された。

英国の場合、1999年12月、控訴院 Court of Appeal において、調査の目的で患者の情報を使用する場合、それが匿名化されている場合においては、個々の患者から同意を得る必要はないとの判決が下された (Richards, 2000)。

わが国では、平成15年7月16日、厚生労働省の告示第255号において、「臨床研究に関する倫理指針」が規定されたが、特に、匿名化された患者情報の利用の際の同意についての指針は記されなかった。おそらく、各研究機関に設置された倫理審査委員会での個別判断に委ねられるべき問題と解釈されると思われる。

モニタリング調査は、3や6で述べたよ

うに、対象者がID等で匿名化された観察調査である限りにおいては、倫理審査委員会においても、英国の控訴院での判決のような解釈が適用されるものと思われる。しかし、モニタリング調査か、6の4)で述べたような、内部コントロールを設置した実験調査の要素が生じてくれば、被験者からの同意は必須となるであろう。

8 米国カリフォルニア州における強制通院治療

心神喪失者等医療観察法の目的である対象者の社会復帰が達成されるか否かは、地域で、期間満了後、あるいは処遇終了後の医療を、どのように確保するかにかかっており、医療の継続が確実にスムーズに行われるようなシステム作りが必要となる。米国カリフォルニア州においては、司法患者、一般患者の双方に、外来での強制治療を命ずる制度を既に導入しており、この制度から学ぶべき点は多いと思われる。ここでは、カリフォルニア州の各制度について概観し、米国の類似の制度に対する臨床研究の成果についても紹介し、問題点を整理したい。

1) 司法患者への強制外来治療制度

カリフォルニア州で精神科の治療処分が命じられる患者は、以下の6つのカテゴリーに分類される。

- ① 訴訟無能力者 (Incompetent to stand trial)
- ② 責任無能力者 (Not Guilty by Reason of Insanity)
- ③ 受刑者 (Sentenced Prisoner)
- ④ 精神障害犯罪者 (Mentally Disordered Offender)
- ⑤ 暴力的性犯罪者 (Sexually Violent Predator)
- ⑥ 精神障害の性犯罪者 (Mentally Disordered Sex Offender)

これらの、いわゆる司法患者は、入院治療後、あるいは入院治療を経ずに直接、司法仮退院プログラム (Forensic Conditional Release Program 以下、CONREP という) に付され、社会復帰が目指される。外来治療への移行手続き、治療期間等については、対象者の人権を保護する見地から、カリフォルニア州刑法典 (California Penal Code 以下、PC とい

う)、そして、カリフォルニア州福祉施設法典 (California Welfare and Institution Code 以下、WI という) に詳細な規定がある。

CONREP とは、カリフォルニア州精神保健局 (State Department of Mental Health) が管轄する、1986 年に開始された司法患者 (forensic patients) 仮釈放者のための特別な外来治療・監督システムである (WI 4360(a))。その目的は、入院治療に引き続き、木目細かな外来治療を一貫して行うことによって、患者による再犯を防止し市民の保護を図ることにある。運営は、州の精神保健局か直接に、または精神保健局と委託契約を結んだ郡の精神保健局、民間団体が行い、資金は州の精神保健局が拠出する (WI 4360(b))。CONREP の対象者は、重罪を犯した、あるいは重罪に該当する行為を行った者であり、裁判所の命令によって、入院治療から、あるいは入院治療を経由せずに、CONREP での治療に付される。CONREP による治療は、主に、個人セラピー、グループセラピー、週 1 度の薬物検査、家庭訪問、服薬などによって構成され、その他に、旅行制限、夜間外出禁止、運転禁止などの条件が科されることかある。外来治療中に、地域プログラム責任者か、更なる入院治療か患者には必要と考えれば裁判所に審理の申し立てが行われ、それか了承されると入院治療に再び戻される (PC 1608)。また、検察官か、外来治療では他害の危険かあると判断した場合にも、裁判所に審理か申し立てられ、入院治療に戻されることかある (PC 1609)。

各 CONREP の責任者は、地域プログラム責任者 (community program director) と呼ばれ、州の精神保健局か任命する (PC1605(a))。地域プログラム責任者は、精神科医、認定サイコロジスト (licensed psychologist)、認定臨床ソーシャルワーカー (licensed clinical social worker)、マリッジ・ファミリーセラピスト (marriage & family therapist)、または修士の学位を有する精神科看護婦 (psychiatric nurse) のいずれかであることを要する。CONREP は、犯罪者である患者の外来治療・監督を行うと同時に、地域社会への犯罪者受け入れを判断する役割をも担う。そのため、鑑定や

入院中の患者への訪問を通して、いずれ自分たちの地域に戻ってくる犯罪者の病状の詳細な把握に努めている。

なお、責任無能力とされ CONREP に付された患者のデータを、参考までに紹介する。2002 年の統計によれば、CONREP の治療開始後 1 年目のうちに、入院治療に戻された患者の割合は 17.0% であった。症状の悪化、治療条件の不遵守に対しては、迅速な対応かとられ再入院となるため、CONREP の治療開始後 1 年目で再逮捕された者の割合は 5% とのことである。また、CONREP による治療を受けた患者の約 80% は、CONREP の治療終了後 4 年を経過した時点でも再逮捕されるような行為を行ってはいない。

2) 一般精神医療における強制外来治療制度

カリフォルニア州は、1999 年に成立したニューヨーク州のケントラ法 (Kendra's Law) をモデルとして、2002 年に強制外来治療制度を規定するローラ法 (Laura's Law, WI 5345 以下) を制定した。この制度は、入院治療後のアフターケアとして、あるいは、入院に代わる措置として、裁判所か、精神病に罹患した患者に対してインテンシブな外来治療を受けるよう命令するものである。病識か欠如していたり、サポートか必要な患者に外来治療を強制することで、治療服薬の中断を防ぎ、できる限り地域で生活させることを目的とする。上述した CONREP による治療を終了した者についても、治療中断か見られる場合には、この制度により強制外来治療を施すことも可能となる。

制度の概要は以下の通りである。

まず、制度の対象となるためには、患者は、原則として次の全ての条件を満たさなければならない (WI 5346(a))。

18 歳以上で精神病に罹患している。

・地域での監督なくしては安全に生活できない。

過去に治療を中断したことかあり、かつ、その精神病のために、過去 36 月の間に少なくとも 2 度以上、入院させられるか、シェイル、刑務所に収容されたことかある。あるいは、過去 48 月以内に、重い自傷他害行為、またはその未遂に至ったことかある。

郡の精神保健局から自発的に治療を受ける機会を与えられながらも、治療を受けて

いない。

症状がかなり悪化している。

・自傷他害の重大な危険に至らないため、自らの基本的なケアもできないような状態に陥らせないために、強制外来治療が必要である。

強制外来治療を受けることのメリットがある。

強制外来治療か、患者の回復と安定を確保するために必要な最小制限の方法である。

強制外来治療の申し立てを裁判所に対して行えるのは、郡の精神保健部長だけであるか、患者の同居人や両親、配偶者、兄弟、子供などは、成人であれば、郡の精神保健局に申し立てのための調査を依頼することかできる。審理において、裁判所は関係者の証言を聞き、必要かあれば鑑定も行う。患者は、審理において弁護人を選任することかできる(WI 5346(d)(4)(C))。裁判所か、審理の結果、明白かつ説得的な証拠によって、患者か強制外来治療の要件を満たしていること、そして、それか考える最小制限の方法であることを認めれば、患者には6月を限度とした強制外来治療命令か言い渡されう。命令には、患者か受けるべき治療の内容も記載される。

強制外来治療命令は、更新の申し立てか裁判所になされ、要件を満たしていると認められれば、180日を限度として更新か可能である(WI 5346(g))。命令の不遵守だけでは、自動的な民事収容には至らないし、法廷侮辱罪も構成しない(WI 5346(f))。その場合、患者か民事収容の要件を満たしていれば、通常の手続きに従って民事収容か行われる。

カリフォルニア州では、この制度は2003年1月1日に施行されたばかりであり、効果に関する実証的なデータは発表されていない。ただ、モデルとするニューヨーク州のケンドラ法下では、強制外来治療命令前と、発令後の患者の状態を比較した結果、セルフケア、地域での生活、対人関係機能が向上し、再入院、逮捕、矯正施設への収容率、危険行動か減少したと報告されており、同様の効果か期待されている。なお、今のところ、カリフォルニア州で、この強制外来治療制度を導入できるのは、WI5348か規定するインテンシブなサービスを提供

できる郡だけであり、この制度に関する費用は、郡の予算から拠出される。未導入の郡においては、関係者による制度導入のための働きかけか積極的に行われている。

3) 米国の強制外来通院治療に関するエビデンス

カリフォルニア州での例も含め、米国の強制外来通院には大きく、一般精神障害者を対象とした強制的な外来通院委託と司法患者を対象とした精神保健治療裁判所の二つの形態かあることか知られている。これらの制度の是非については、最近、RCTで多数の検証か行われている。今後、モニタリング調査を実施していく上でのような形でエビデンスを示していくことか可能か、あるいは、どのような批判か想定しうのか、以下に整理しておきたい。

(1) 強制的な外来通院委託 Involuntary Outpatient Commitment (OPC)

地域社会での治療か途絶えた場合に、危険性や重大な障害か発生することか予測される場合、触法行為の有無にかかわらず、裁判所か強制的な通院治療を命じる制度である。ここで言う強制治療の中に、強制的な薬物療法は含まれていない。治療担当者は、法制度の担当者に、治療か中断した患者の付き添いを依頼し、地域の精神保健センターで診察し、治療を受け入れるように説得してもらうことかできる。

エビデンスとしては、「患者の治療参加を拡大し、薬物療法や他の治療の継続性が改善される」、「連続的な治療か提供でき、患者か再入院を回避するための意欲を向上させることかできる」、「OPCか地域精神保健サービスの引き金となり、支援サービスを活性化し、臨床的な介入への動機を高める役割を果たすことかできる」(Swanson et al, 1997)等の報告かなされている。また、RCTで、再入院、犯罪逮捕、地域での暴力、入院期間を減少させ、患者のQOLを改善させるとの複数の報告かある。(Swanson et al, 2000, 2001, 2003, Swartz et al, 1999, Swartz, 2001)

一方、この制度への批判としては、「強制的な外来治療が市民権を侵害するのではないか」、「不当な社会統制を地域社会に拡大している」、「実際には必要とされる治療から人々を遠ざけることになりかねな

い」(Allen & Smith, 2001)、「OPC か一般の精神保健体制の乏しい資源を圧迫している」、「OPC か地域社会における強制の実施という論理的問題を抱えている」(Elbogen & Tomkins, 1999)等が挙げられる。

(2) 精神保健治療裁判所 Mental Health Treatment Court

犯罪を行った精神障害者に対する治療モデルであり、治療的法律 therapeutic jurisprudence とも呼ばれる。裁判所が刑罰だけでなく治療にも関与するのが特徴で、公衆の安全を保護しつつ、対象者に対して治療的サービスを提供することを可能としている。通常は、Assertive Community Treatment (ACT)と組み合わせて、サービスが提供される。

エビデンスとしては、RCT で従来治療を受けた群よりも、物質乱用と再犯の面での改善が見られたとの報告がある(Cosden, et al, 2003)

4) 強制外来治療から学ふべき点

心神喪失者等医療観察法による医療を終了した後も、対象者にとって社会内における医療の継続の確保は必要である。それに加えて、現在、精神保健福祉法により入院している患者の中には、地域社会での受け入れ体制が整わないため退院できない者が、多数存在すると言われている。そのような患者に対して、一般精神医療の枠組みで、米国のような強制外来治療を可能とするような制度が存在すれば、退院促進や、地域内での生活の安定に貢献する可能性もある。一方で、このような制度が不当な社会統制や管理を地域社会にもたらし、市民権を侵害するのではないかと危惧もある。今後、モニタリング調査によって、アウトカムを多角的に捕らえながら、患者にとって、最も有益な制度は何かを慎重に検証していく必要性があると思われる。

D 結論

全対象者を継続的に追跡調査していくため、デザインはプロスペクティブなシングル コホート スタディとなる。デザイン作成の上で、重要なことは、アウトカムをどのように設定するかである。先行研究においては、再犯や暴力等のリスクに関する

アウトカムのみを設定しているものかほとんどあるか、心神喪失者等医療観察法の主目的か対象者の社会復帰にあることを考慮すれば、この領域に関するアウトカムを設定しなければ、法の運用状況を適切にモニタリングできないであろう。種々の変数について客観的な評価を行うためには、国際生活機能分類 ICF 等の標準化された評価尺度を導入する必要があると思われる。ICF は、障害というネガティブな側面よりも活動や社会参加というポジティブな側面を重視している点において、従来の評価尺度よりも優れているものと思われる。また、この医療のサービス水準を維持し、監査指導していくためには、評価尺度となる fidelity measures の開発が求められる。モニタリング調査には個人情報保護の問題が重要であるか氏名を ID 化したり、情報を受け取ったりするため、監査指導も兼ねた第三者機関を設置するなどの工夫が必要であると思われる。

参考文献

- 1) Allen, M & Smith, V F Opening Pandora's Box The practical and legal dangers of involuntary outpatient commitment *Psychiatric Services*, 52, 342-346 2001
- 2) 安藤久美子 暴力に関する欧米の司法精神医学的研究 (2) 暴力のリスク アセスメント ツール *犯罪学雑誌* 69 220-232, 2003
- 3) Bachrach The chronic patients on exporting and importing model programs *Hospital and Community Psychiatry*, 39, 1988
- 4) Bond et al Measurement of fidelity in psychiatric Rehabilitation *Mental Health Services Research* 2 2000
- 5) Cohen, A & Eastman, N Assessing Forensic Mental Health Needs Gaskell 2000
- 6) Cosden, M, Ellens, J K, et al Evaluation of a mental health treatment court with assertive community treatment *Behavioral Sciences and the Law*, 21, 415-427

- 2003
- 7) Deci, et al Dissemination of assertive community treatment teams Psychiatric services, 46, 1995
 - 8) Elbogen, E B , & Tomkins, A J Therapeutic jurisprudence and the psychiatric hospital-applying the law as a clinical tool New Directions in Mental Health Services, 84, 71-84, 1999
 - 9) Hare, RD The Hare Psychopathy Checklist-Revised Toronto, Multi-Health Systems, 1991
 - 10) Harris, G T , Rice, M E , & Quinsey, V L Violent recidivism of mentally disordered offenders -The development of a statistical prediction instrument- Criminal Justice and Behavior, 20, 315-335, 1993
 - 11) Hodgins, S Mental disorder, Intellectual deficiency, and crime -Evidence from a birth cohort Arch Gen Psychiatry, 49, 476-483, 1992
 - 12) 本間玲子「アメリカに於ける触法精神障害者の処遇について」日精協雑誌17巻2号1998年
 - 13) Hughes, Clement Time to end of the model wars IAPSRs Connection, 1, 1999
 - 14) 厚生労働省 通院処遇ガイドライン案 司法精神医療従事者等人材育成研修企画委員会資料 2004
 - 15) New York State Office of Mental Health, Progress Report on New York State's Mental Health System, 2001
 - 16) Noble The benefits and costs of supported employment for people with mental illness and with traumatic brain injury in New York State Research foundation of the State university of New York 1991
 - 17) McGrew et al Measuring the Fidelity of Implementation of a Mental Health Program Model Journal of Consulting and Clinical Psychology 4 1994
 - 18) McHugo et al The relationship between model fidelity and client outcomes in the New Hampshire Dual Disorders study Psychiatric Services 50 1999
 - 19) Monahan J, Steadman HJ, and Silver E, et al Rethinking risk assessment The MacArthur study of mental disorder and violence New York, Oxford University Press, 1994
 - 20) Mowbray, et al Development and evolution of assertive community treatment in Michigan Administration and Policy in Mental Health, 25, 1998
 - 21) Ohio Substance Abuse and Mental Illness Coordinating Center of Excellence www.ohiosamcocoe.cwru.edu 2004
 - 22) 岡田幸之, 安藤久美子 暴力に関する欧米の司法精神医学的研究 (1) 暴力のリスクファクター 犯罪学雑誌 69 181-201, 2003
 - 23) 大川弥生 新しいリハビリテーション-人間「復権」への挑戦 講談社現代新書 2004
 - 24) 大島巖 精神障害者地域生活支援の新デザイン 精神看護出版 2004
 - 25) Richards, T Court sanctions use of anonymised patient data British Medical Journal 320, 77 2000
 - 26) Stephen H Behnke, et al The Essentials of California Mental Health Law 1998
 - 27) Swanson, J W ,Borum, R Et al Can involuntary outpatient commitment reduce arrests among persons with severe mental illness? Criminal Justice and Behavior, 28, 156-189 2001
 - 28) Swanson, J W , Holzer III, C E , et al Violence and psychiatric disorder in the community evidence from the epidemiologic catchment area surveys Hospital and Community Psychiatry, 41, 761-70, 1990
 - 29) Swanson, J W , Swartz, M S et al Interpreting the effectiveness of involuntary outpatient commitment

- A conceptual model Journal of the American Academy of Psychiatry and Law, 25, 5-16, 1997
- 30) Swanson, J W , Swartz, M S et al Involuntary outpatient commitment and reduction of violent behaviour in persons with severe mental illness British Journal of Psychiatry, 176, 324-331, 2000
- 31) Swanson, J W , Swartz, M S et al Effects of involuntary outpatient commitment on subjective quality of life in persons with severe mental illness Behavioral Sciences and the Law, 21, 473-491, 2003
- 32) Swartz, M S , Swanson, J W , et al Can involuntary outpatient commitment reduce hospital recidivism? American Journal of Psychiatry, 156, 1968-1975, 1999
- 33) Swartz, M S , Swanson, J W , et al A randomized controlled trial of outpatient commitment in North Carolina, Psychiatric Services, 52, 325-329, 2001
- 34) Tansella, M & Thornicroft, G A conceptual framework for mental health services the matrix model Psychological Medicine, 28, 503-508, 1998
- 35) Teague et al Program fidelity in assertive community treatment American Journal of Orthopsychiatry, 68, 1998
- 36) The California Treatment Advocacy Coalition & The Treatment Advocacy Center A Guide to Laura's Law, 2003
- 37) The Dartmouth Assertive Community Treatment Scale www.mentalhealthpractice.org, 2003
- 38) 上田敏、大川弥生ら ICF WHO 国際生活機能分類の理解と活用 (平成 15 年厚生労働科学研究成果等普及啓発事業)
- 39) Webster CD, Douglas KS, Eavas D and Hart SD HCR-20 -Assessing Risk for Violence- Version 2 Vancouver, Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University, 1997
- 40) World Health Organization (WHO) ICF International Classification of Functioning, Disability and Health, 2001 (障害者福祉研究会 国際生活機能分類 中央法規, 2002)
- 41) 山上 皓, 小西聖子, 吉川和男, ほか 触法精神障害者 946 例の 11 年間追跡調査 (第一報) -再犯事件 487 験の概要- 犯罪学雑誌 61 201-206, 1995
- 42) 吉川和男 精神分裂病殺人犯に見る再犯予測要因と予測可能性 犯罪学雑誌 61 216-234, 1995
- 43) 吉川和男 心神喪失医療観察法案の論点-諸外国における議論と対応- 法と精神医療 17 36-49, 2003

図 1

処遇経過における評価時期と情報の流れ

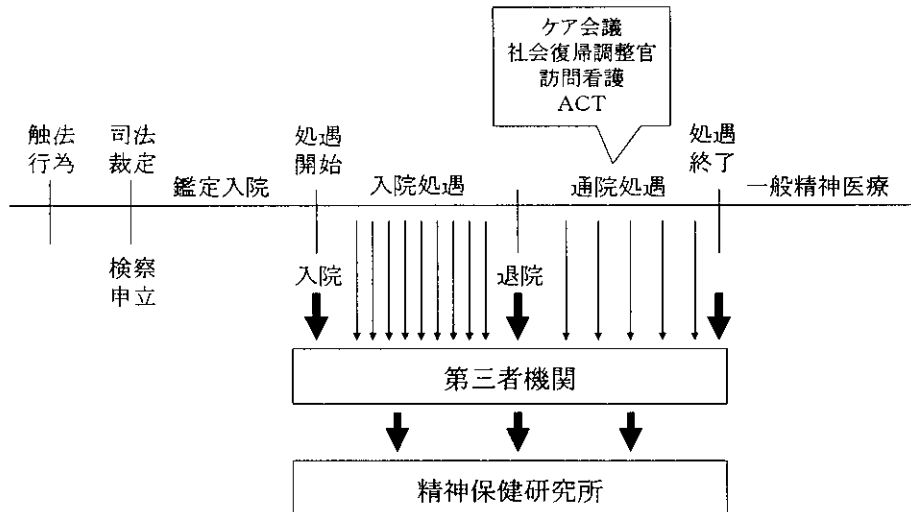


表 1

VRAG (Violence Risk Appraisal Guide) Harris et al , 1993

- 1 PCL-R得点
 - 2 小学校不適応得点
 - 3 DSM人格障害
 - 4 犯行時年齢
 - 5 16歳未満での親との離別 (死別は除く)
 - 6 保護観察での失敗歴
 - 7 非暴力犯罪歴得点 (Cormier-Lang Scale)
 - 8 未婚 (ないしはそれに準ずる状況)
 - 9 DSMの統合失調症基準への合致 *
 - 10 被害者が負った傷で最も重いもの *
 - 11 アルコール乱用得点
 - 12 女性被害者 *
- * 負の重み付け変数

表 2

MacArthur研究 -Major Violence Risk Factors-

重大犯罪による頻回の逮捕歴
 男性，無職
 幼少時期の虐待歴
 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

表 3

HCR-20 (Historical Clinical Risk management-20) Webster et al, 1995


H 履歴 (過去)	C 臨床 (現在)	R リスクマネジメント (将来)
H 1 過去の暴力	C 1 病識の欠如	R 1 実行可能性のない計画
H 2 最初の暴力事件が若年	C 2 否定的態度	R 2 不安定要因に暴露されること
H 3 人間関係の不安定性	C 3 主要精神病の活発な症状	R 3 個人的なサポートの欠如
H 4 就労問題	C 4 衝動性	R 4 治療の試みに対する協調性のなさ
H 5 物質乱用の問題	C 5 治療に対する未反応性	R 5 ストレス
H 6 主要精神病の診断		
H 7 精神病質 (PCL-Rの得点)		
H 8 早期の不応	介入で変化する因子 (動的変数)	
H 9 人格障害の診断		
H 10 保護観察の失敗		

表 4

触法精神障害者版マトリックスモデル
Cohen & Eastman (2000)

インプット面	プロセス面	アウトカム面
医療の構造	臨床介入（治療等）	臨床的領域
サービスの能力	患者 治療者関係	リハビリテーション領域
資金	サービス間の連携	人道的領域
人的資源	即応性とアクセス能力	公衆の安全に関する領域
人的資源の発達	待機リストと入院の障害	
サービスプロトコル	治療に至る経路	
アクセスの範囲	治療の頻度と期間	
実施ガイドライン	サービス利用の形態	
情報システム	CPAのモニター状況	
政策と法律	治療の継続性	
	強制力	
	治療の実施	

表 5 医療観察制度における支援の構成要素

<p>● 通院処遇ガイドラインによる支援の構成要素 (通院医療機関による)</p> <ul style="list-style-type: none"> 多職種チームによる評価 地域処遇計画の策定への協力 通院治療計画の立案 定期および状態変化時における評価 リスクの評価と管理 包括的なサービス提供 身体合併症への対応 障害の程度に応じたサービス内容 ケア会議への参加 入院医療機関との連携 保護観察所との情報交換 社会資源との連携, 情報共有 危機介入の実施 個人情報取り扱い 対象者とのインフォームドコンセント 再入院にかかる評価, 申立て ・ 処遇の終了および延長の申立て 精神保健福祉法による対応 	<p>● 地域社会における処遇のカイドライン による支援の構成要素 (保護観察所による)</p> <ul style="list-style-type: none"> 対象者とのコンタクト 処遇実施計画の策定 処遇実施計画の見直し 生活環境の調査 生活環境の調整 生活状況の見守り 一般精神医療および精神保健活動への引継ぎ 対象者の家族および被害者のケアに関する相談 定期的および臨時にケア会議の主催 入院医療機関との連携 関係機関との連携体制の構築 社会復帰調整官による面接 緊急時の対応 地域からの緊急連絡への対応 転居 旅行時の環境調整 再入院の申立て 処遇の終了および延長の申立て
---	---

表 6 諸外国におけるプログラムに係る Fidelity Index

<p>● Dartmouth Assertive Community Treatment Scale (Teague et al., 1998)</p> <p>Human Resources</p> <ul style="list-style-type: none"> 対象者比率 チームアプローチ プログラムミーティング チームリーダーの業務 スタッフの継続 スタッフのキャハンティ 精神科医の配置 看護師の配置 専門スタッフの配置 (物質乱用) 専門スタッフの配置 (職業) プログラムサイズ <p>Organizational Boundaries</p> <ul style="list-style-type: none"> 加入基準 加入者比率 治療サービスに関する責任 救急サービスに関する責任 入院治療に関する責任 退院計画に関する責任 無期限のサービス <p>Nature of Services</p> <ul style="list-style-type: none"> 地域サービス 契約の継続性 契約の積極性 サービスの提供時間 サービスの提供頻度 サポートネットワークの構築 物質乱用に対する治療 二重診断に対する集団療法 二重診断に対する専門治療 当事者スタッフの配置 	<p>● Integrated Dual Disorders Treatment Fidelity Scale (Ohio SAMI CCOE, 2003)</p> <p>Organization Characteristics</p> <ul style="list-style-type: none"> プログラムの理念 加入基準 加入者比率 アセスメント 治療計画 治療 スタッフのトレーニング スタッフのスーパービジョン 治療過程モニタリング 治療結果のモニタリング 組織の質的向上 対象者の選択 <p>Treatment Characteristics</p> <ul style="list-style-type: none"> 多職種によるチーム 専門スタッフの配置 (物質乱用) 治療段階に対する介入 包括的 DD サービスの利用 長期のサービス アウトリーチ 対象者のニーズに対する介入 物質乱用に対するカウンセリング 集団療法 家族療法 セルフヘルプとの連携 薬物療法 心理教育の提供 治療拒否に対する介入
---	---

表7 医療観察制度による地域社会における処遇に関する Fidelity Index (案)

I 人的資源 組織

項目	定義（通院医療機関）	定義（保護観察所）
組1 人的資源	多職種（精神科医 看護師 精神保健福祉士 心理士 作業療法士）を含むチームを組織し 常時1:1以上で対応することかできる。	社会復帰調整官を配置し 対象者との人数比を20:1以上とする。
組2 施設における接触	通院による接触を 1回/週（1回あたり1時間）以上で行う。	保護観察所における接触を 1回/月（1回あたり1時間）以上で行う。
組3 地域における接触	訪問看護を 2回/週（1回あたり1時間）以上で行う。	訪問による面接を 1回/週（1回あたり1時間）以上で行う。
組4 スタッフへの教育	（未定項）	

II 評価 支援計画

評1 地域処遇実施計画の策定		通院開始時に 精神科医療機関および都道府県 市町村と協議し 以下の内容を含む計画を策定する。 医療について 生活支援について ケア会議の予定について 緊急時の対応について
評2 対象者に関する評価および生活環境の調査	通院開始後（2週 1ヵ月） および3ヵ月ごとに 多職種による評価を行う。 評価項目には以下の内容が含まれる 行動の経過 治療への反応 支援体制の状況	通院開始後（2週 1ヵ月）、および3ヶ月ごとに 以下の内容を含む評価を行う。 生活の状態 精神保健福祉サービス 処遇の障害 家族および被害者の状況
評3 リスクの評価と管理	通院開始後1ヵ月ごとに 以下の内容を含むリスクの評価を行う 疾病の状態 疾病と触法行為との関係 治療の効果	
評4 生活環境の調整		通院開始時、および通院開始後6ヵ月ごとに 以下の手続きを経て 調整方針の策定を行う。

		居住地域にかんする希望の聴取 必要な保健福祉の措置のあつせん 対象者の同意
評5 精神保健観察		通院医療機関および都道府県 市町村等からの報告を参考にし 通院や服薬の状況 生活状況を見守る。
評6 処遇終了時の対応	処遇の終了後の支援計画に関して 一般の精神医療におけるケアが継続されるよう 対象者と当該機関で合意の手続きを行う。	処遇の終了後の支援計画に関して 一般の保健福祉活動におけるケアが継続されるよう 対象者と当該機関で合意の手続きを行う。

III 専門治療

治1 包括的な支援	薬物療法 精神科看護に加え 心理療法 作業療法を直接提供する。	対象者のケアマネジメント 居住 労働にかかる支援を提供する。
治2 障害の程度に応じた介入Ⅰ（前期通院治療 1-6ヵ月）	以下の治療目標を達成するための介入を行う。 通院行動 および薬物コンプライエンス 症状悪化時の対処 自殺および自傷行為の予防	（未定項） 生活費など経済的な安定 居住環境の定着
治3 障害の程度に応じた介入Ⅱ（前期通院治療 7-24ヵ月）	（未定項） 以下の治療目標を達成するための介入を行う。 支援者との対人関係の安定 保護的な社会活動への参加	（未定項） 摂食行動の安定 および金銭管理 交通機関や公共機関等の利用
治4 障害の程度に応じた介入Ⅲ（前期通院治療 25-36ヵ月）	（未定項） 以下の治療目標を達成するための介入を行う。 地域社会での役割行動の安定	（未定項） 就労など、日中の活動の場の提供
治5 専門的な治療および支援	司法精神療法の理論に従い 疾病と触法行為の相互作用を考慮し 治療をすすめる。	（未定項） 社会的コンフリクトの解消
治6 心理教育プログラムの実施	疾病および触法行為への対処技能に関する心理教育プログラム（アンガーコントロール等）を、1回/月以上 直接提供する。	対象者の保護者および被害者に対するケアにかんし 相談体制の整備を行う。

IV 連携

連1 ケア会議の実施	通院医療機関 保護観察所 都道府県 市町村 対象者等は 1回/月以上参集し 地域
------------	--

	社会における処遇実施計画の見直しを行う。
連 2 入院医療機関との連携	通院医療機関および保護観察所は 後期入院医療期間に 1 回/月以上 当該機関に出向き 対象者との面接 当該機関スタッフとの協議を行う。
連 3 通院医療機関と保護観察所との連携	医療 保健 福祉サービスの提供 危機介入の準備等のため 通院医療機関および保護観察所は 1 回/週以上直接協議を行う。
連 4 関係機関との連携	地域精神保健福祉との連携のため、以下の資源等の利用を促進する。 精神科デイケア 精神障害者社会復帰施設 グループホーム等の居住施設 障害者職業センター等の就労支援施設 精神障害者ホームヘルプサービス

V 緊急時対応

緊 1 積極的な介入	地域における処遇を確実にするため 通院医療機関および保護観察所では 24 時間対応しており 必要に応じて 積極的に介入する。
緊 2 緊急時の対応	症状の悪化等により危機的な状況になった場合 通院医療機関と保護観察所の連携により 介入を行う。 また必要時には 警察へ連絡を行い 協力を要請する。

VI 権利擁護

権 1 個人情報の管理	対象者の社会復帰を促進するため 以下の手続きを経て 関係機関との情報共有を行う。 開示可能な対象および範囲の設定 開示における対象者の同意 守秘義務の徹底
権 2 インフォームトコンセント	通院治療への動機付けを行うために 地域処遇の実施計画等の策定にあたっては、対象者および保護者の意見を聴取し 同意を得る。
権 3 地域への啓蒙 啓発活動	(未定項)

VII 制度運用

制 1 (再)入院の申立て	地域における介入によっても危機的な状況が改善せず、再入院を必要とする場合に 通院医療機関では 多職種による評価にもとづく意見を通知する。	保護観察所では 対象者の状況を直接確認し 対象者にその理由を説明したうえで 関係機関との協議を経て申立てを行う。
制 2 処遇の終了および延長の申立て	病状が安定し、医療を自律的に求められるようになり また適切な支援体制が整えられ	保護観察所では 対象者の状況を直接確認し 対象者にその理由を説明したうえで 関

	本制度による処遇の終了を必要とする場合に、通院医療機関では、多職種による評価にもとづく意見を通知する。	併機関との協議を経て申立てを行う。
制 3 精神保健福祉法による対応	緊急時の対応において、精神保健福祉法による任意入院、医療保護入院、措置入院などを適切に行う。	

司法精神医療従事者の研修・教育
ならびに専門家養成システムに関する研究

分担研究報告書

分担研究者 山内俊雄

埼玉医科大学

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）
（総括 分担）研究報告書

触法行為を行った精神障害者の精神医学的評価、治療、社会復帰に関する研究
（主任）研究者 松下正明

司法精神医療従事者の研修 教育ならびに専門家養成システムに関する研究
（分担）研究者 山内俊雄 埼玉医科大学副学長 医学教育センターセンター長

研究要旨

平成15年度の研究は、まず短期的視点から、新たに施行される「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に関する法律」（以下新法）の実施にあたって、それに関わる職種、すなわち精神保健指定医、看護師、精神保健審判員、精神保健判定医、精神保健参与員、精神保健観察官、精神保健福祉士、心理士、作業療法士のそれぞれについて、研修すべき内容、研修、教育の方法、評価について具体的に検討し、マニュアルガイドラインを作成した。

また、長期的視点から司法精神医学に携わるあらゆる職種について、専門性の確立や学会、研究会などの設立について提言した。

研究班員（50音順）

五十嵐禎人（東京都精神医学総合研究所）
稲森晃一（国立精神 神経センター 武蔵病院）
岡田幸之（国立精神 神経センター精神保健研究所）
柏木由美子（東京都狛江調布保健所）
加藤久雄（慶応義塾大学法学部）
小松谷子（国立精神 神経センター 武蔵病院）
佐藤三四郎（埼玉県立精神保健総合センター）
佐藤るみ子（国立精神 神経センター 武蔵病院）
羽山由美子（聖路加看護大学 精神看護学）
藤川尚宏（福岡県立精神医療センター 太宰府病院）
三澤孝大（国立精神 神経センター 武蔵病院）
三澤剛（国立精神 神経センター 武蔵病院）
宮本真巳（東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科）
山上皓（東京医科歯科大学難治疾患研究所）
古川和男（国立精神 神経センター精神保健研究所）

研究協力員

安藤久美子（関東医療少年院）
伊藤秀幸（田園調布学園大学）
小島秀吾（東京医科歯科大学難治疾患研究所）
工藤朝木（国立精神 神経センター 武蔵病院）
古賀正明（法務省保護局）
神馬幸一（慶応義塾大学法学部大学院）

寺村堅志（国連アニア極東犯罪防止研修所）
徳永千尋（専門学校社会医学技術学院）
仲地瑠明（日本精神科看護技術協会）
町野朔（上智大学法学部）
宮田祐良（法務省保護局）
山根寛（京都大学医学部保健学科）
吉野降（桜ヶ丘記念病院）

事務担当

萩原多重子（東京医科歯科大学難治疾患研究所）
横山富士男（埼玉医科大学精神医学）

A 研究目的

司法精神医療従事者の研修 教育について当面の課題と中長期的視点からみたあるべき姿について検討し、専門家養成システムのガイドラインを策定する。

B 研究方法

本研究の目的を達成するために、司法精神医療に従事する各職種の参加を得て研究会を開催し、医師部会、看護師 保健師部会、精神保健福祉士部会 心理士部会 作業療法士部会、法律家部会の各部会を組織した。研究会において各部会毎につきのことがらについて検討し、具体化した。

1) スタッフの教育について

(1) 研修あるいは教育の目標

とういうスタッフを養成、育成しようとするかを明確にする。ついて 教育の達成目標を策定する。

(2) 研修対象者としての資格

司法精神医療に従事するスタッフに求められる精神医療の経験年数、資格等を明確にする。

(3) 研修対象者が修得すべき内容

司法精神医療に従事するスタッフが修得すべき臨床精神医学的能力や関係法規に関する知識などを明確にする。

(4) 研修 学習により習得すべき内容

(3)を満たすためにはどのような研修、学習をすることが求められるかを明らかにする。

(5) 資格の認定

どのような講習会や研修を受ければ、資格認定するかを明らかにする。

2) 講習会について

1) - (5)で行う講習会ではどのような講義等が行われるべきかを定める。

3) 当面の経過措置について

「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に関する法律」の施行にあたって、各部門で求められるスタッフをとどのように養成し、認定するか、1)で検討したあるべき姿にとれだけ近づけられるかといった現実的な検討を行った。

C 研究結果

医師部会、看護師・保健師部会、精神保健福祉士部会、心理士部会、作業療法士部会、法律家部会それぞれの部会において、司法精神医療に携わるすべてのスタッフのあるべき姿が明らかになった。そしてそれぞれの部会で次の様な短期的目標と中長期的目標が明らかにされた。

1) 短期的目標（平成16年度）

司法精神医療に関わるスタッフの教育 研修プログラムを実行に移す。

指定医療機関・指定通院医療機関において、司法精神医学に携わる者、すなわち精神保健指定医、看護師、精神保健審判員、精神保健判定医、精神保健参与員、精神保健観察官、精神保健福祉士、心理士、作業療法士等の指導者のための研修会を開催する。それぞれの職種に求められる知識、技能、態度の修得のための研修カリキュラムを明確にし、実行に

移す。

2) 長期的目標（平成17年度以降）

専門性を確立し 専門資格の認定の概要を提言する。専門の学会 研究会の設立を提言する。

D 結論

他の分担研究班と歩調を合わせて司法精神医療に従事するすべてのスタッフか習得すべきことがらについて研修 教育プログラムを作成した。

今後は当分担研究班の作成したマニュアル ガイトラインを具体的に活用することにより、各関係機関における司法精神医療に関わるスタッフのより良い指導者研修が提供されることが期待できる。

E 健康危険情報

なし

F 研究発表

- 1 論文発表 なし
- 2 学会発表 なし

G 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

司法精神医療従事者の研修・教育ならびに専門家養成システム
に関する研究

藤川尚宏班員

はしめに

司法精神医療に従事する専門家養成研修の中で、医師に関する研修について、作業部会をつくり検討した。

医師作業部会メンバー

山内俊雄, 山上皓, 五十嵐禎人, 吉川和男, 岡田幸之, 安藤久美子, 小畠秀吾, 横山富士男, 藤川尚宏(順不同)

検討の概要

立ち遅れているわが国の司法精神医学を育て充実させることを念頭におき、医師研修のあり方を検討した。その際、山内分担班の方針に基づいて、「将来のあるべき姿」と「当面の対応」という大きく二つの課題に分け検討した。

前者については将来の状況にまた流動的曖昧な部分が多く、具体的に決めていくことは難しいと考えられた。そこで、想定される多様な将来イメージの中から現時点で最もありえそうな形を仮に明示してみることにした。このことによって、問題点などがよりはっきりとして、将来、実際的な計画の際に役立つと考えている。

後者については、新しい法律(「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」と呼ぶ)施行の具体的準備に向けて平成15年11月より司法精神医療等人材養成研修企画委員会(以下、「人材養成委員会」)が発足したことを受けて、この会議と協力する形で医師部会の作業を進め、とりあえず具体的な案かてきつつある。