

H. 薬を減らすことに他職種スタッフから抵抗を受けることがあるか：

「ある」は18名(4.7%)、「たまにある」は126名(32.6%)、であり、減薬に対して他職種スタッフから抵抗を受けたことがある医師は4割弱だった。

I. 薬剤の変更に関して他職種スタッフから抵抗を受けることがあるか

「ある」は13名(3.4%)、「たまにある」は95名(24.6%)であり、薬剤の変更に対して他職種スタッフから抵抗を受けたことがある医師は3割弱だった。

J. 他職種スタッフより薬の増量の希望を受けることがあるか：

「ある」は38名(9.8%)、「たまにある」は191名(49.5%)であり、およそ6割の他職種スタッフより薬の増量の希望を受けたことがあった。

K. 製薬会社からの紙面での薬剤情報にどの程度目を通すか：

「全体に目を通す」は124名(32.1%)、「興味ある部分のみ読む」は244名(63.2%)であり、程度の差はあるがほとんどの医師が目を通していった。

L. 処方に関する学会発表や論文をどの程度参考にするか：

「参考にする」は177名(45.9%)、「少しする」は190名(49.2%)であり、ほとんどの医師は処方に関する学会発表や論文を参考にしていた。

M. 処方は経験がものをいうと思うか：

「そう思う」は83名(21.5%)、「ある程度そう思う」は279名(72.3%)であり、ほとんどの医師が処方には経験が必要であると回答した。

N. 医局や研修病院で学んだ薬剤選択の考え方は、現在の処方の基盤になっていると思うか：

「思う」は133名(34.5%)、「ある程度そう思う」は193名(50.0%)であり、8割以上の医師が医局や研修病院で学んだ薬剤選択の考え方が現在の処方に影響していると回答した。

O. 薬物治療アルゴリズムを知っているか：

「知っている」は166名(43.0%)、「目にしたことはある」は171名(44.3%)であり、およそ9割の医師がアルゴリズムの存在を知っていたが、知っている程度は「目にしたことがある」というものが半数をしめていた。

P. 薬物治療アルゴリズムを理解しているか：

「ほぼ理解している」は39名(11.1%)、「ある程度理解している」は196名(56.0%)であり、およそ7割の医師がアルゴリズムを理解していると回答した。

Q. 薬物治療アルゴリズムは患者の個別性を考慮できないと感じるか：

「そう思う」は21名(6.0%)、「どちらかといえばそう思う」は180名(51.7%)であり、6割弱の医師は薬物治療アルゴリズムは患者の個別性を考慮できないと感じていた。

R. 薬物治療アルゴリズムの妥当性やエビデンスに疑問を感じるか：

「そう思う」は21名(6.0%)、「どちらかといえばそう思う」は95名(27.1%)であり、およ

そ3割の医師が薬物治療アルゴリズムの妥当性やエビデンスに疑問を感じていた。

S. 薬物治療アルゴリズムは必要であると思うか：

「そう思う」は93名(26.6%)、「どちらかといえばそう思う」は214名(61.3%)であり、9割近くの医師が薬物治療アルゴリズムは必要だと考えていた。

T. 抗精神病薬で処方頻度が高いのは、非定型抗精神病薬か定型抗精神病薬か、またその理由：

「非定型」は128名(33.2%)、「どちらかといえば非定型」は184名(47.7%)であり、およそ8割の医師は非定型抗精神病薬の処方頻度が高いと回答した。

「従来薬」または「どちらかといえば従来薬」と回答したものの理由(複数回答可)で最も多かったのは、「あえて切り替えの必要性を感じない」が53名(13.7%)であり、次に多かったのは「使い慣れている」50名(13.0%)であった。

U. 抗うつ薬で処方頻度が高いのは、新規抗うつ薬(SSRI、SNRI)か従来の抗うつ薬(三環系、四環系)か、またその理由：

「どちらかといえば新薬」が184名(47.7%)、「新薬」が128名(33.2%)であり、およそ8割の医師が新薬の処方頻度が高いと回答した。

「従来薬」または「どちらかといえば従来薬」と回答したものの理由(複数回答可)は、「効果の確実性」が33名(8.5%)と最も多く、次いで「あえて切り替えの必要性を感じない」が26名(6.7%)、「使い慣れている」が23名(6.0%)、

V. 新薬が認可された場合の対応：

最も多かった回答は「効果や副作用についての

情報を探す」は240名(62.2%)、次に多かった回答は「他の医師の使用状況を確認してから処方する」は193名(50.0%)、その次に多かったのは「数人の患者に処方してみても観察する」は158名(40.9%)であった。「当分の間は従来薬を使用する」は74名(19.2%)であった。

2. 薬物治療アルゴリズムの知識の有無と処方に関する意識の関連(資料：表2)

薬物治療アルゴリズムを「知っている」と回答した166名(43%)を「アルゴリズム群」、「目にしたことはある」「よく知らない」「知らない」と回答した220名を「非アルゴリズム群」とし、群間で処方についての意識調査への回答を比較検討した。

アルゴリズム群の医師は非アルゴリズム群の医師に比べて「L. 処方に関する学会発表や論文を参考にするか」で「参考にする」と回答した割合が有意に高かった。

「新薬が認可された場合の対応(複数回答可)」として、「数人の患者に使用してみても観察する」「効果や副作用についての情報を探す」と回答した割合がアルゴリズム群では非アルゴリズム群よりも有意に高かった。「他の医師の使用状況を確認してから処方する」と回答した割合は、アルゴリズム群がアルゴリズム群よりも有意に低かった。「等分の間は従来薬を使用する」ではアルゴリズム群と非アルゴリズム群で有意差はなかった。

また、アルゴリズム群は非アルゴリズム群に比べて非定型抗精神病薬を使用すると回答した割合が有意に高かった。

アルゴリズム群は非アルゴリズム群に比べてSSRI、SNRIなどの新規の抗うつ薬をより高頻度に

使用すると回答した割合が有意に高かった。

D. 考察

本研究では全国の精神科急性期・救急治療病棟の医師に対して、処方に関する意識調査を行った。

1. 意識

医師は、処方の際にコストを考慮して処方したり、時間的制約や安全確保のためにやむを得ず増量したり、減薬が困難だった場合が少なからずあった。こうした外的要因が薬剤治療の妨げになっているとすれば、人員配置の適正化や施設構造の工夫などによって、より患者の症状に適した薬剤選択が促進されると考えられる。

多くの医師は、製薬会社からの情報や学会・論文を参考にしていた。また、処方には経験が必要と考えつつも現在の処方の基盤は若い時期の教育で作られたものであると認識していたことから、若い時期の研修が重要であると同時に、新薬の登場といった時代の変化に対応するための新たな知識の獲得を促進することも重要であると考えられる。

また、多くの医師は薬物治療アルゴリズムをある程度知っており、必要性も認識していたものの、個別性を考慮できないなどの問題を感じることや、エビデンスに対して懐疑的であることが少なからずあった。こうした点が薬物治療アルゴリズムの普及の阻害要因となっている可能性が考えられる。

薬物治療アルゴリズムを知っている医師は、薬剤に対する情報を自発的に求める傾向があり、また、新薬が導入された場合には実際に使用してみるなど積極的な態度であった。このように、薬物治療アルゴリズムの知識と、処方に対する考え方や処方行動には関連がある可能性が示唆された。

2. 本研究の課題

本研究の対象は、急性期治療に関与する医師に限定されていた。急性期治療に関与する医師とそれ以外の医師では考え方や意識に違いがある可能性があり、今後はより広い対象に対して調査を行う必要がある。また、今後は医師の実際の処方行動との関連について検討することで実際の処方と処方に関する意識との関係をより詳細に検討することが期待される。

E. 結論

本研究の意識調査により、全国の精神科急性期治療病棟または精神科救急入院料病棟を有する病院、各都道府県の精神科救急システムに関与する大学病院、国立療養所（現・国立病院機構に属する病院）の医師の薬剤処方に対する意識が明らかになった。治療の標準化やエビデンスに基づく最適な薬剤処方の普及のためには、最適な処方を妨げる外的要因や医師が困難を感じている問題の解消と、新薬や薬物治療アルゴリズムに対する正確な知識の普及が期待される。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Ito H, Koyama A, Higuchi T. Polypharmacy and excessive dosing: psychiatrist's perception of antipsychotic drug prescription. *British Journal of Psychiatry* (in press).

2. 学会発表

- 1) Koyama A, Sawamura K, Nakanishi M, Ito H, and Higuchi T: Is it important to know algorithm?: NCNP Medication Algorithm Project (NCNP-MAP) (1). *Japanese Bulletin of Social Psychiatry* 13(2):224, 2004

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定も含む）
なし

資料【表1】集計結果

A. コスト（単価）を考慮して処方することが

	n	%
ある	79	20.5
たまにある	146	37.8
あまりない	117	30.3
ない	44	11.4

B. 周囲の医師から処方について助言を受けることが

	n	%
ある	185	47.9
たまにある	136	35.2
あまりない	58	15.0
ない	7	1.8

C. 周囲の医師に処方について助言をすることが

	n	%
ある	62	16.1
たまにある	170	44.0
あまりない	115	29.8
ない	39	10.1

D. 安全確保のためにやむを得ず増量することが

	n	%
ある	185	47.9
たまにある	179	46.4
あまりない	18	4.7
ない	4	1.0

E. 時間的な余裕があれば処方量を減らせる患者がいるのではないかと思う

	n	%
ある	62	16.1
たまにある	171	44.3
あまりない	117	30.3
ない	36	9.3

F. 患者からの要求により、臨床上必ずしも必要ない薬を処方することが

	n	%
ある	24	6.2
たまにある	166	43.0
あまりない	160	41.5
ない	36	9.3

G. 患者からの要求により、やむを得ず減量することが

	n	%
ある	32	8.3
たまにある	227	58.8
あまりない	114	29.5
ない	13	3.4

H. 患者の処方の減量について、他職種スタッフから抵抗を受けることが

	n	%
ある	18	4.7
たまにある	126	32.6
あまりない	173	44.8
ない	69	17.9

I. 患者の薬剤の変更について、他職種スタッフから抵抗を受けることが

	n	%
ある	13	3.4
たまにある	95	24.6
あまりない	187	48.4
ない	90	23.3

J. 他職種スタッフから増量の希望を受けることが

	n	%
ある	38	9.8
たまにある	191	49.5
あまりない	135	35.0
ない	22	5.7

K.製薬会社からの紙面での薬剤情報を受け取った場合

	n	%
全体に目を通す	124	32.1
興味ある部分のみ	244	63.2
あまり読まない	17	4.4
読まない	1	.3

P.薬物治療アルゴリズムを

	n	%
ほぼ理解している	39	11.1
ある程度理解している	196	56.0
あまり理解していない	107	30.6
理解していない	8	2.3

L.処方に関する論文や学会発表を実際の処方の参考に

	n	%
する	177	45.9
少しする	190	49.2
あまりしない	19	4.9
しない	0	0

Q.薬物治療アルゴリズムは患者の個別性を考慮できないと感じる

	n	%
そう思う	30	8.6
どちらかといえばそう思う	180	51.7
あまりそう思わない	131	37.6
そう思わない	7	2.0

M.処方を経験がものをいう

	n	%
そう思う	83	21.5
ある程度そう思う	279	72.3
あまりそう思わない	23	6.0
そう思わない	1	.3

R.薬物治療アルゴリズムの妥当性やエビデンスに疑問を感じる

	n	%
そう思う	21	6.0
どちらかといえばそう思う	95	27.1
あまりそう思わない	227	64.9
そう思わない	7	2

N.医局や研修病院で学んだ薬剤選択の考え方は、現在の処方の基盤になっている

	n	%
そう思う	133	34.5
ある程度そう思う	193	50.0
あまりそう思わない	41	10.6
そう思わない	18	4.7
無回答	1	.3

S.薬物治療アルゴリズムは必要であると思う

	n	%
そう思う	93	26.6
どちらかといえばそう思う	214	61.3
あまりそう思わない	41	11.7
そう思わない	1	0.3

O.薬物治療アルゴリズムを

	n	%
知っている	166	43.0
目にしたことはある	171	44.3
あまりわからない	41	10.6
わからない	8	2.1

T.抗精神病薬について処方頻度が高いのは

	n	%
定型薬	14	3.6
どちらかといえば定型	60	15.5
どちらかといえば非定型	184	47.7
非定型	128	33.2

抗精神病薬について、「定型」「どちらかとい
えば定型」の処方頻度が高いと回答した者
のみ（複数回答可）

理由：

	n	%
あえて切り替えの必要 性を感じない	53	13.7
使い慣れている	50	13.0
効果の確実性	34	8.8
鎮静効果が高い	27	7.0
切り替え時にリスク	19	4.9
非定型のエビデンスの 不十分さ	12	3.1
切り替え方がわからな い	5	1.3

U.抗うつ薬について処方頻度が高いのは

	n	%
従来薬が多い	4	1.0
どちらかといえば従来薬	49	12.7
どちらかといえば新薬	184	47.7
新薬が多い	149	38.6

抗うつ薬について、「従来薬」「どちらかとい
えば従来薬」の処方頻度が高いと回答した者
のみ（複数回答可）

理由：

	n	%
効果の確実性	33	8.5
あえて切り替えの必要性 を感じない	26	6.7
使い慣れている	23	6.0
切り替え時にリスク	6	1.6
新薬のエビデンスの不十 分さ	6	1.6
切り替え方がわからない	4	1.0
特に理由はない	1	0.3
その他	3	0.8

V.新薬が認可された場合（複数回答可）

	n	%
効果や副作用について の情報を探す	240	62.2
他の医師の使用状況を 確認してから処方する	193	50.0
数人の患者に処方して みて観察する	158	40.9
当分の間は従来薬を使 用する	74	19.2

【表2】アルゴリズムを知っている医師とそうでない医師での比較

L.処方に関する学会発表や論文を参考にするか

	アルゴリズム群 (N=166) N (%)	非アルゴリズム群 (N=220) N (%)
する	102 (61.4)	75 (34.1)
少しする	63 (38.0)	127 (57.7)
あまりしない	2 (0.6)	18 (8.2)
しない	0(0.0)	0(0.0)

$\chi^2=34.0$ $p<.01$

T.抗精神病薬について処方頻度が高いのは

	アルゴリズム群 (N=166) N (%)	非アルゴリズム群 (N=220) N (%)
定型	5(3.0)	9(4.1)
どちらかといえば定型	14(8.4)	46(20.9)
どちらかといえば非定型	78(47.0)	106(48.2)
非定型	69(41.6)	59(26.8)

$\chi^2=16.0$ $p<.01$

U.抗うつ薬について処方頻度が高いのは

	アルゴリズム群 (N=166) N (%)	非アルゴリズム群 (N=220) N (%)
従来薬	0(0.0)	4(1.8)
どちらかといえば従来薬	16(9.6)	33(15.0)
どちらかといえば新薬	75(45.2)	109(49.5)
新薬	75(45.2)	74(33.6)

$\chi^2=8.8$ $p<.05$

V.新薬が認可された場合 (複数回答可)

	アルゴリズム群 (N=166) N (%)	非アルゴリズム群 (N=220) N (%)	χ^2
数人の患者に処方してみても観察する	90 (54.2)	68 (30.9)	21.3**
効果や副作用についての情報を探す	117 (70.5)	123 (55.9)	8.5**
他の医師の使用状況を確認してから処方する	62 (37.4)	131 (59.6)	18.6**
当分の間は従来薬を使用する	28 (16.9)	46 (20.9)	1.0

** $p<.01$

平成16年度厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）
重度精神障害者の治療及び治療効果等のモニタリングに関する研究
分担研究報告書

重度精神障害者に対する地域でのモニタリング体制、支援方法の開発に関する研究

分担研究者 平林直次
国立精神・神経センター 武蔵病院

研究要旨：

英国の司法精神医療で行われている地域でのモニタリング体制、支援方法の実際（多職種専門チーム医療、司法と医療との連携を含む）に関する文献的検討をさらに進め、わが国に適した医療観察法対象者に対する地域でのモニタリング体制、支援方法としてCPA-J（案）を開発した。CPA-Jは、包括的ケア提供だけではなく、指定入院医療機関と指定通院医療機関との連携、コミュニティと指定入院医療機関との双方向性の確保（inreach と outreach の組み合わせ）が期待された。

我が国の司法精神医療では、CPA を中心とするケアの枠組みと、ACT による直接ケアの提供とを組み合わせ地域ケアの実施が必要と考えられた。我々は、これをCPAACT (Care Programme Approach and Assertive Community Care) (シーパクト) と名付けた。CPAACT の実施にはACT チームが必要であるが、我が国では未整備であり、CPAACT を実施するために今後 ACT チームの立ち上げが必要と考えられた。

医療観察法施行後に、CPA-J の効果を判定するための前向き研究のデザインを作成した。研究2年度および3年度には、医療観察法による入院処遇の対象者にCPA-Jを実施し（症例群）、従来からの措置入院者（対照群）との症例対象研究を実施することにした。

研究協力者

野田隆政

国立精神・神経センター武蔵病院精神科 医師

松本俊彦

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 専門医療・社会復帰研究室長

津久江亮太郎

国立精神・神経センター武蔵病院 厚生労働技官

A. 研究目的

平成17年度には「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）」が施行される予定である。医療観察法における医療は、主とし

て入院医療を担う指定入院医療機関と、主として通院医療を担う指定通院医療機関によって行われる。しかし、医療観察法の対象者（対象者）の医療をめぐっては様々な課題が残されている。その重要な課題のひとつは、地域ケア（コミュニティケア）である。これには、指定通院

医療機関による狭義の医療だけでなく、保健、福祉なども含めた包括的な医療体制の構築に関する問題が含まれる。

本分担研究の研究初年度の目的は、指定入院医療機関からの退院促進と、退院後の地域ケアを実施するための手法を開発することである。さらに、研究2年度以後には、実際に医療観察法の対象者に、初年度に開発した退院促進と地域ケアの手法を実施し、その効果を前向き研究によって追跡調査する予定である。

このような本分担研究の目的を実現するために、研究初年度である本年度は以下の研究を行った。

1. 医療観察法を実施する上での地域ケアの課題の抽出
2. 上記の課題を解決するために行うべき退院促進と地域ケアの手法の開発
 - 1) 英国で行われている CPA (Care Programme Approach) の検討
 - 2) CPA と ACT (Assertive Community Treatment) の比較
 - 3) CPA と ACT の効果について
 - 4) 日本語版 CPA-J に求められる課題
 - 5) 日本語版 CPA-J (Care Programme Approach in Japan) の開発
3. 考察： 次年度以後の研究デザインの作成

B. 研究方法

初年度においては、英国における地域でのモニタリング体制、支援方法の実際（多職種チーム医療、司法と医療との連携を含む）に関する文献的検討をさらに進め、また2002年に行った英国司法精神医療の実地研修の結果を踏まえ、我が国に適した CPA-J の試案を作成する。

これまでに、一般精神医療用として国立精神・神経センター武蔵病院、男子急性期病棟で実施し検討してきた CPA-J 案を医療観察法での実施を視野に入れた変更を加える。

C. 研究結果

1. 医療観察法を実施する上での地域ケアの課題

1) 指定入院医療機関と指定通院医療機関との遠隔地間連携

医療観察法では、指定入院医療機関は全国に24ヶ所設置される予定であるが、当初は国立精神・神経センター武蔵病院と独立行政法人機構（旧国立精神医療施設）を中心に8ヶ所程度の開設が見込まれている。指定入院医療機関は、各都道府県に1ヶ所ずつ設置されるわけではなく、重大な他害行為を行った場所（事件地）、指定入院医療機関が位置する場所（入院地）、指定通院医療機関が位置する場所（退院地）は、同一の場合もあれば別々の場合もある。つまり、指定入院医療機関は都道府県を越え広域からの対象者の受け入れを求められる。また、入院治療終了後には指定入院医療機関から遠隔地にある指定通院医療機関の外来診療に円滑に導入しなければならない。このために指定入院医療機関と指定通院医療機関との連携は、きわめて重要な課題である。

2) 地域における関連機関同士の連携と調整

医療観察法では地域処遇が行われ、ケア提供者主導になることも予想されるが、対象者を中心にしたケア提供が重要である。医療、保健、福祉などの様々なサービスを統合して提供するシステムを考えるに当たっても、利用者の主体性、自立性、選択性を尊重しなければならない。

また、医療観察法では、保護観察所、指定通院医療機関、都道府県精神保健福祉センター、保健所、市町村の主管課等多くの関連機関が地域処遇に携わることになっている。このような多くの関連機関による医療、保健、福祉サービスの提供は、包括的な医療を進めるためには有利であるが、分散しているサービスを統合し提供するシステムが必要である。なぜならば、重症精神障害者は、障害のために自ら必要なサービスを求め、利用することがしばしば困難だからである。このためケアマネジメントのように

対象者のニーズに基づいて、ケアを調整・斡旋するシステムが必要である。同時にこのシステムには、ケア提供を行う多くの関連機関の連携を促進する機能が求められる。

3) 地域ケアにおける危機予防、危機介入

指定入院医療機関を退院した対象者は、通院中断、服薬中断、病状悪化、生活の不規則化など様々な危機状況を迎える可能性を持っている。このような場合、危機予防や危機介入をどのように実施するかは、重要な課題である。危機状況をできる限り想定し、それに対しての具体的な予防方法や介入方法を退院までに取り決めておく必要がある。このような危機状況への対処の視点は、医療観察法では従来からの地域ケアよりも慎重に検討される必要があり、医療観察法による地域処遇の実施において極めて重要な課題である。

4) 対象者への説明と同意

医療観察法の対象者は、重大な他害行為を契機として審判を受け、その結果、必要とされれば、医療観察法による医療を受けることになる。このため対象者の医療への動機付けを高め、治療へのコンプライアンスを改善・維持することは重要である。また、地方厚生局が指定入院医療機関と指定通院医療機関を決定することになっており、)、対象者にとってはなじみのない医療機関に決定される場合も多いと予想される。したがって、医療への導入を円滑に行うことは重要な課題である。このような治療への動機付け、コンプライアンスの維持、医療への円滑な導入を行うために最も重要なことは、医療に関する十分な情報の提供と、医療内容に関して対象者の同意を得ることである。このようなプロセスをどのような手順で進めていくかは大きな課題である。

2. 地域ケアの手法の開発

1) 英国で行われている CPA の検討

以上のような医療観察法における地域ケアの課題を考えてみると、これまで我が国で行っ

てきた精神医療の手法だけでは解決できない課題が存在する。そこで海外での司法精神医療の実状を調べてみると、我が国の司法精神医療モデルとして英国の司法精神医療制度をあげることができる。英国は司法精神医療の長い歴史を持ち、)、1991年からは Care Programme Approach (CPA) と呼ばれる地域ケアの制度を運用している)。

英国における司法精神医療は、1983年に施行された Mental Health Act⁴⁾ によって規定されている。この法律の 117 条では、対象となる精神障害者に必要な支援とケアを提供することを政府に義務づけた。この 117 条の対象となるのは、同法の 3 条、37 条、47 条、48 条を適応された精神障害者である。順に列挙すると、治療目的で入院中の精神障害者 (3 条)、裁判所の決定による地域での観察命令 (guardianship) や入院命令を受けた精神障害者 (37 条)、判決後刑務所で服役中の精神障害者 (47 条、48 条) である。(ただし、この 47 条、48 条は病院移送の場合であり、必ずしも服役後の医療は十分ではないこともある。) これらの精神障害者は、入院中、観察命令中、服役中には法的枠組みの中で必要な医療の提供を受けているが、退院後あるいは出所後には自ら必要な医療・保健・福祉サービスを探し求めなければならない。しかし、重症精神障害者では、このような受療行動をとることが困難な場合が少なくないため、医療を中断しやすい。英国では、退院後の精神障害者による殺人事件が 2 度にわたり起こったこともあり、入院中、観察命令中、服役中から、退院後や退所後の地域ケア計画を作成するようになった。これを実質的に保証しているのが、地域で医療サービスと社会サービスを計画的に提供することを目的に 1991 年に導入された CPA である⁶⁾。つまり、CPA は入院から地域ケアへの連続性の確保、地域での包括的サービスの提供を目的に導入されたのである。このような視点もあり、CPA では、退院が予定される地域のコミュニティケア

チームや精神保健福祉士が治療計画の作成を目的として病院で開催される会議に入院早期から参加する。このような会議は CPA (meeting CPA 会議) と呼ばれており、病院の多職種チームに加え、地域の関連機関のスタッフが参加することが特徴である。この地域の関連機関には、入院前から患者にケアを提供してきた機関と、退院後にケアを提供する予定の機関が含まれている。

コミュニティケアチームは、精神障害者の生活する地域へ出かけケアを提供する outreach に加え、精神障害者の入院先や入所先へ訪問しケアを提供したり、地域生活に戻った時の生活に備え積極的に関わったり inreach を行うのである。(ただし、刑務所の場合、刑務所自体をコミュニティととらえ、刑務所内の医療施設に属する医療スタッフが収容されている刑務所内を訪問する場合も含まれており、服役後の地域ケアにつながらない場合もある。)つまり、コミュニティケアチームは、地域で生活する精神障害者への assertive outreach だけでなく、入院中や入所中の精神障害者に対する assertive inreach も行うのである。これによって入院治療と退院後アフタケアとの連続性、入院施設とコミュニティとの双方向性の確保を可能にしているのである。これが CPA の大きな特徴であり、コミュニティケアのスタッフがケア計画作成に入院早期あるいは入所早期から関与することで、CPA は入院治療計画、退院後アフタケア計画、単体では実現困難な高い実効性備えるに至ったのである。

その後、CPA は、英国政府の精神保健政策の基礎となり、1999 年に改正が行われた。CPA は、社会サービス部門によって行われていたケアマネジメントと結びつけられ、社会サービス部門が費用を負担することとなった。1983 年に施行された Mental Health Act の 117 条、CPA、ケアマネジメントの 3 者は、関連する機関の協力や実施の過程を継続的に行うことによって、統合が期待された。

1991 年に導入された CPA は、精神保健上重大な問題を持ち専門的精神保健サービスを受けている精神障害者に適応され、その精神障害者のニーズに応じて、当初は 4 つのレベルに分類されていた。その後、1999 年の改正では、standard CPA と enhanced CPA の 2 段階の分類に変更された。なお、自傷他害の恐れ(at risk of harming themselves or others)のある場合、enhanced CPA のレベルに相当する。CPA の本質となる要素は、次の 4 つであるとされている。

- i) 専門的メンタルヘルスサービスを受けている人々の健康に関するニーズと社会的ニーズを評価し系統的に斡旋・調整すること
- ii) 必要とされる健康に関するケアと社会的ケアを同定し、ケアを明確にすること
- iii) ケアを受ける人との連絡を取り経過を追い、ケアをコーディネートするキーとなる人(ケア・コーディネーター)を指名すること
- iv) 定期的に、または必要に応じて同意を求めケア計画の変更を行うこと

なお、効果的に行うために①適切な場所、適切なタイミングで、適切な介入が行われること、②ケア計画の作成、提供においてはケアユーザーがその中心となること、③司法関連機関(Criminal Justice Agencies)および保険関連機関(the Benefits Agencies)と連携することが求められる。また、ケア計画については文書によって患者の同意を得ることが原則である。

2) CPA と ACT との比較

以上に述べたような CPA は、医療観察法における指定入院医療機関と指定通院医療機関との連携方法、同法の対象者に対する地域ケアの手法に関するひとつのモデルを示している。CPA はケアマネジメント(ケースマネジメント)の一形態であり、集中型ケアマネジメントに分類される。また、これまでの報告では重症精神障害者、特に触法精神障害者の地域ケアの方法について、集中型ケアマネジメントの及び、ACT の有効性が示されている)。現在のところ、

我が国の司法精神医療では、CPA を中心とするケアの枠組みと、ACT による直接ケアの提供を組み合わせた地域ケアの実施が必要と考えられるが、我々は、これを CPAACT (Care Programme Approach and Assertive Community Care) (シーパクト) と名付けた。これについては以下に詳述する。

i) 医療観察法とケアマネジメント

ケアマネジメントのモデルは、ブローカー型、集中型、包括型の3つに大別される。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」が 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。」と紹介している)。包括型ケアマネジメントと集中型ケアマネジメントとの最も大きな違いは、包括型ケアマネジメントでは多職種チームを採用しチーム全員でケアを担当しているのに対し、集中型ケアマネジメントでは多職種チームを採用せず、ケアマネージャーが個人でケアを担当している点である。

集中型ケアマネジメントでは、ケアの斡旋・調整とケアマネージャーによる直接サービスの提供が行われる。危機状況では救急サービスと連携し対応する。

包括型では、多職種チームによるケア提供が中心となり、危機状況においても24時間体制で救急対応を行うとされている。

ii) 集中型ケアマネジメント —CPA について—

CPA は集中型ケアマネジメントに分類されることが多いが、いくつかの点において集中型ケアマネジメントと異なる点がある。第1の違い

は、CPA では多職種チームによるアプローチを行う点である。第2の違いは、コミュニティアプローチを指向しつつも、Mental Health Act 117 条に規定されている入院中、(入所中、服役中など)施設内の精神障害者も対象としている点である。そして、施設内にいるうちから地域ケアの準備を行い、退院促進と退院後アフタケアを進める点が第3の違いである。

このような相違点、換言するならば、特徴を備える CPA は、我が国の医療観察法による医療に最も適した手法と考えることができる。その理由の一つは、医療観察法では、対象者の多くが当初入院処遇となることが予想されており、指定入院医療機関における多職種チームによる医療の実践、入院治療計画の作成、地域ケア計画の早期作成において、CPA の持つ特徴が有効に作用すると考えられるからである。また、もうひとつの理由は、CPA の持つ連携、斡旋機能は、指定入院医療機関と指定通院医療機関との連携、地域における関連機関の連携を進めるための効果的な手法と見なされるからである。CPA には、すべてのケアに責任を持つケア・コーディネーターが定められている。ケア・コーディネーターは集中型ケアマネジメントのケアマネージャーに相当する。このケア・コーディネーターが、多職種チーム医療を提供するための連携機能を受け持ち、関連機関の連携、ケアの斡旋・調整を行う。

iii) 包括型ケアマネジメント —ACT について—

英国では1980年代から地域精神保健チーム community mental health team と呼ばれる地域多職種チームが人口5万人から10万人の医療圏毎に配置されている。さらに、触法精神障害者を対象とした司法精神保健チーム forensic mental health team も設けられており、これらの地域精神保健チーム、司法精神保健チームによって触法精神障害者の地域ケアが実践されている。これらの地域精神保健チームは担当の精神障害者が入院、入所、拘置、留

置、服役になると、その施設に出向き (inreach)、情報提供を行い、治療計画、退院や退所後の地域ケア計画の作成を行うなど、早期から関与を行う。英国の司法精神病院には、それぞれの病院に入院治療を受け持つ多職種チームが編成されている。このように地域ケアを担当する地域精神保健チームと入院治療を担当する病院の多職種チームが存在し、それぞれ地域ケアと入院医療を担当している。地域精神保健チームは assertive inreach を行うことによって地域と入院施設との双方向性を確保し、効果的な連携を確保している。この地域精神保健チームまたは司法精神保健チームが地域ケアにおいて ACT を実践しているのである。

西尾は「ACT は、重い精神障害を抱えることで頻回入院や長期入院を余儀なくされていた人が病院の外で暮らしていけるように、さまざまな職種の専門家から構成されるチームが援助するプログラムである」と述べている。ACT では、ケアマネジメント・チームがクライアントの精神科治療・リハビリテーションの中心的な担い手になっている 9)。つまり、ケアの提供は ACT チームが自ら行うのである。ACT チームは多職種で構成され、包括的ケアの提供を行う。そして、そのケア提供は、ほとんどの場合 outreach を通して精神障害者の生活の場において行われる。ケアは、24 時間、週 7 日体制で提供される。

以上のように、集中型ケアマネジメントである CPA と、包括型ケアマネジメントである ACT が組み合わせられ、それぞれの長所を生かし、短所を補い合うことによって効果的な医療、保健、福祉サービスが行われている。

3) CPA と ACT の効果について

医療観察法の地域におけるモニタリング体制、支援方法を考えるに当たって、CPA と ACT についてその効果を検討してみた。ケアマネジメント (ケースマネジメント) と ACT の効果を randomized control trial (RCT) または systemic review によって比較した論文を検索

すると、24 論文が報告されていた。このうち meta analysis を行った論文は、2 編のみであった、)。

Ziguras SJ ら 11) によると、1980 年から 1998 年までにケアマネジメントと ACT との比較を行った論文は 180 編あり、そのうち RCT または systemic review を行ったものは 44 編であった。ケアマネジメントまたは ACT は、通常治療 (usual treatment) よりも精神症状の改善度、患者満足度において優れていた。ケアマネジメントと ACT を比較した論文は 9 編であった。CPA を含むケアマネジメントを実施すると、入院回数は増加したが、入院期間は短縮した。ケアマネジメントを実施した場合、入院回数は増加するが各入院の期間は短縮した結果、調査期間内の入院日数は減少した。ACT では、入院回数および入院期間ともに減少しており、合計入院日数は減少した。

これらの CPA や ACT の効果に関する報告を踏まえて、CPA や ACT の医療観察法への応用を検討してみた。

CPA ではケア・コーディネーターを中心とするケアの斡旋と調整、関連機関との連携が中心であり、ACT に比較すると直接サービスの提供は少ない。また、CPA では入院による危機介入を計画していることも多く、CPA では入院回数が増加する。しかし、地域との連携の維持、入院治療の計画化を行うことから、入院期間を短縮すると予想される。また、ACT では、ケア提供や危機介入をコミュニティで行うことを原則としており、入院回数、入院期間ともに減少させると考えられる。

CPA では、ケア計画の段階で危機予防や危機介入の方法を入院介入で行うことを予定できる。このことは医療観察法の対象者のように重大な他害行為の既往があり、確実な介入が求められる場合 (危機介入ニーズ)、適切な介入方法のひとつと考えられる。一方、危機予防や危機介入よりも、日常生活の包括的な生活支援が必要な場合 (包括的生活支援ニーズ)、ACT によ

るコミュニティにおけるケア提供が有効であろう。

我が国の司法精神医療では、CPA を中心とするケアの枠組みと、ACT による直接ケアの提供を組み合わせた地域ケアの実施が必要と考えられる。このような CPA と ACT の組み合わせによる地域ケアシステムを、今後、CPAACT (the Care Programme Approach and Assertive Community Treatment) (シーパクト) と呼び、医療観察法下での地域ケアの手法として提案したい。

4) 日本語版 CPA-J に求められる課題

これまで述べてきた CPA を中心とした英国の地域精神医療制度を考えてみると、我が国の地域処遇では解決せねばならない課題が山積している。

i) ケアマネジメントの現状

我が国における精神障害者施策では、「病院」から「施設」へ、そして「地域社会」へという理念が掲げられた。これに伴いおよそ人口 30 万人を対象とする「障害者保健福祉圏域」が設定され、圏域内に 2 ヶ所の精神障害者地域生活支援センターが設置されることになった。2001 年には、精神障害者ケアマネジメント体制整備検討委員会において「障害者ケアマネジメントの普及に関する報告書」が取りまとめられた。しかし、地域ケアが未だに活発に行われていないのが現状であろう。このような現状を考えると、重大な他害行為を犯した精神障害者がケアマネジメントを通して地域社会で必要なケアを受けるのは容易ではない。しかし、医療観察法における治療では対象者の特性を配慮した集中型や包括型のケアマネジメントが必要であろう。

ii) 指定入院医療機関と指定通院医療機関との連携方法

前述のとおり、医療観察法では、指定入院医療機関は各都道府県に 1 ヶ所ずつ設置されるわけではない。そのため重大な他害行為を行った場所（事件地）、指定入院医療機関が位置する

場所（入院地）、指定通院医療機関が位置する場所（退院地）は、同一のこともあれば別々のこともあると想定される。したがって指定入院医療機関と指定通院医療機関との連携は、きわめて重要な課題である。

iii) 地域精神保健チームの不足

英国では、人口 5 万人から 10 万人を対象として医療圏域が定められ、医療圏域毎に地域精神保健チームが配置されており、活発に地域ケアが展開されている。我が国では、指定通院医療機関が地域ケアの中核となり、outreach を行うことが想定されている。しかし、指定通院医療機関運営ガイドラインによれば、「指定通院医療機関は、地域の基幹医療機関として、人口 100 万人に概ね 2 から 3 ヶ所、各都道府県に最低 2 ヶ所の確保を目標とする。」とされている。この数字から見ると、英国に比し我が国では、地域ケアの中心を担うべき指定通院医療機関の設置数は著しく少ないことがわかる。精神障害者地域生活支援センター、訪問看護ステーション、病院からの訪問看護などにより、outreach 型のケア提供が行われるようになってきたが数は少なく、ましてや地域において inreach や outreach を担当する地域精神保健チームは現時点でほとんど存在しない。つまり、地域における直接サービスを提供する主体を欠いており、地域ケアの提供についてはきわめて困難な状況にある。

iv) 地域における関連機関の連携

医療観察法の通院処遇に携わる機関として、保護観察所、指定通院医療機関、都道府県精神保健センター、保健所、社会復帰施設、市町村の主管課などが予定されている。保護観察所はケア会議の開催を通して、これらの地域関連機関の連携をはかり処遇の実施計画を作成することになっている。これに従って、各関連機関は医療、保健、福祉サービスを包括的に提供することが求められる。この際には、ケアマネジメントなど各関連機関の連携・調整を行うシステムが必要であるが、我が国のケアマネジメント

は十分に機能しているとは言い難いのが現状である。また、このような連携に保護観察所が本格的に参加することは今回が初めてであり、司法との連携のあり方については十分な準備が必要である。

v) 入院中の精神障害者に対するケアマネジメント

ケアマネジメントは、主として地域ケアの手法であり、入院中の治療やケアをマネジメントすることを目的とするものではない。そこで指定入院医療機関における多職種チームによる医療を構造化し、計画的に提供する方法、入院医療と通院医療との連続性を確保する方法の開発が必要である。

5) 日本語版 CPA-J の開発

以上のような医療観察法の課題を考えると、英国でケアマネジメントとして実施されている CPA による斡旋・調整機能と、包括型ケアマネジメントモデルである ACT による直接サービスの組み合わせによる地域ケアモデルが必要である。そこで、研究初年度である本年度は、英国で実践されている CPA を基に我が国に適した CPA の開発を行った。次に開発した CPA-J (案) の詳細を資料に示した。なお、これは精神委託研究費、齋藤班にて実施してきた CPA-J を医療観察法での利用を目的に特化したものである。

i) 入院初期評価と治療計画

医療観察法の審判の結果、入院処遇が決定され指定入院医療機関へ入院となった場合、入院後概ね 2 週間以内に多職種チームによる対象者の初期評価を行う。この評価は多職種チームにより実施し、単なる入院治療計画作成のための評価ではなく、対象者を包括的にとらえ、社会復帰をも視野に入れた評価が必要である。その上で、すみやかに多職種チーム会議を開催し、治療計画を作成する。このはじめの多職種チーム会議は、新病棟治療評価会議、新病棟運営会議とは別に、対象者毎に実施し、多職種チーム

で情報を共有し、ケア計画を作成する。このケア会議には、対象者や家族の参加をできる限り求め、当事者のニーズを直接聞き、ケア計画に反映するようにする。また、入院地あるいは事件地の保護観察所の社会復帰調整官をはじめ将来ケアに携わることが予想される関連機関の担当者の参加も求め、入院処遇終了後の居住地、居住形態、指定通院医療機関の候補などについて地域でのケア計画の概要を作成する。なお、事前に退院候補地を予定できるのであれば退院候補地に位置する都道府県精神保健センター、保健所、社会復帰施設、市町村主管課などの担当者に広く参加を求めていく。このことは将来の退院の計画を立てる上で非常に有効と考えられる。

ii) 入院処遇と治療計画

医療観察法の入院処遇ガイドラインでは、1年6ヶ月の入院期間が予定されている。指定入院医療機関の多職種チームは、急性期、回復期、社会復帰期とステージ毎に包括的に入院治療を進める予定である。この間に社会復帰調整官は、退院予定地において住居、提供する医療、保健、福祉に関するサービスの計画を作成し退院のための準備を行う。例えば、必要となるサービスを同定し、退院地における指定通院医療機関の候補を決定し、都道府県精神保健センターや保健所による訪問サービスなどの利用、精神障害者地域生活支援センターの利用、通所施設や入所施設の利用、市町村主管課との相談による福祉制度の利用等を具体的に決定する。この際には、退院前から保護観察所の社会復帰調整官によるケア会議あるいは関連機関による多職種チーム会議を退院地で開催し、各種の関連機関が連携を進めることが望まれる。また、指定入院医療機関の多職種チームのスタッフもできる限りケア会議に参加し、ケア計画作成にとって必要な情報の提供、ケア計画について意見を述べることを期待される。

対象者の治療が進み、回復期から退院地への外出を、社会復帰期から退院地への外泊を開始す

る。指定入院医療機関の多職種チームは、外出、外泊の実施計画を退院地の社会復帰調整官や地域多職種チームと連携し作成する。この際には、外出、外泊時の危機状況を想定した上で、対処を十分に検討し、綿密な計画を作成する。この外出、外泊の目的は、指定通院医療機関の受診、退院後に関係する多職種チームとの顔見せ、退院後の生活を想定した住居や入居施設への宿泊、通所施設の利用等である。これらの外出、外泊をとおして、退院後の地域生活で予想される問題を明らかにし、多職種チームでの検討を十分に重ねケア計画を作成する。このケア計画の作成では、危機予防や危機介入に十分な注意を払う必要があるが、対象者の持つ主体性、能動性、回復可能性に期待し、エンパワーメント等の手法を用いることが重要である。

iii) 入院処遇から地域処遇へ

退院後間もない時期には、入院生活から地域生活への移行と定着が目的となる。この時期には、特に病状の変化なども予想され、濃厚なケアが必要となる可能性がある。退院地が指定入院医療機関から近い場合には、指定入院医療機関の多職種チームが行う outreach 活動による支援も効果的と考えられ、指定入院医療機関の多職種チームと地域多職種チームによるケアの実施が望まれる。

地域多職種チームが訪問などを定期的に行うことを中心として、指定入院医療機関のスタッフは、入院治療中の信頼関係、入院中の経過から推定される対象者の特性などの情報を基に、専門的立場から節目となる時期に outreach を行うのが現実的である。このようにして入院医療機関と地域多職種チーム、両者の関わりを重複させ、段階的にケアの主体を地域多職種チームに移行していくことが望ましい。しかし、指定入院医療機関から遠隔地に退院した場合、実施するには人員、費用など多くの困難が予想される。

計画されたケアが退院後の実際の生活に適していない場合、予想されていなかった問題が新

たに出現した場合などには、再度ケア会議などを通してケア計画を現状にあうように変更する。このようなケア計画の柔軟な見直しと実施を繰り返しながら、地域におけるケアを進めていく。最終的な目標は対象者の社会復帰である。

D. 考察

次年度以後の研究デザインの作成

来年度以降の研究目的は、平成 16 年度に作成した CPA-J を医療観察法の対象者に実施し、その効果を判定することである。この効果を判定するには、まずこの研究に参加するための適格基準と除外基準を設定する必要がある。適格基準を満たした対象者には、研究の趣旨、内容、副作用などについて文書を用いて十分に説明し、研究参加の同意を得なければならない。その上で、無作為割付を用いて対象者を介入群と非介入群に分けることになる。具体的には、資料 1 に示した CPA-J をケアパッケージと見なし、これを実施する介入群と非介入群との間でさまざまな指標、評価尺度等を用いて効果を判定するのである。つまり、CPA-J の効果判定は、無作為割付による介入研究 (randomized control trial) が望まれると言える。しかし、CPA-J は、医療観察法対象者の社会復帰促進の目的から指定入院医療機関や指定通院医療機関で広く実施されることが望まれ、まったく CPA-J を行わない対照群を設定することは困難と思われる。

そこで、来年度以降は、医療観察法による入院処遇の対象者 (症例群) と従来からの措置入院者 (対照群) との症例対照研究を実施する。2002 年 4 月 1 日から 2005 年 3 月 31 日までの 4 年間に国立精神・神経センター武蔵病院、男子急性期病棟へ措置入院した症例を対照群とする。この期間内の措置入院者数は、約 160 名であった。医療観察法による入院処遇の対象者と同じ年齢、性別、診断、重大な他害行為を行った者を対照群から 1 名あるいは数名選び対応する対として解析を行う。両群について、社会

学的特性(年齢、性別、教育年数、家族支援等)、介入の質と量(医師、看護師、薬剤師、心理士、社会保険福祉士など多職種チームによる診察、面接、訪問、服薬指導、教育、心理介入、作業療法、ソーシャルワーク等)、効果指標(BPRS、WHO-QOL26、GAF、入院日数、地域滞在日数、再入院率)などを調査する。症例群については前方視的調査を行い、対照群については診療録を中心に後方視的調査を行う。なお、後方視的調査においては、各種の評価尺度は未実施であり、調査項目とはしない。両群において効果の指標を比較し、従来からの措置入院と医療観察法による入院処遇との間で効果を比較する。また、介入の質と量を独立変数として、効果の指標に与える影響を解析する。この解析結果から、対象者の満足度、社会復帰などにとって有効な因子、介入を抽出し、CPAにフィードバックする。なお、研究の実施に先立って国立精神・神経センター武蔵地区倫理委員会の承認を得ることとする。

資料に示したような CPA-J による介入を入院処遇中または地域処遇中の対象者に実施する。また、退院地にコミュニティケアチームが存在する場合、できる限り CPA-J の実施だけでなく CPAACT として介入する。これによって、CPA-J と CPAACT との効果と比較する。

E. まとめ

1. 英国における地域でのモニタリング体制、支援方法の実際(多職種専門チーム医療、司法と医療との連携を含む)に関する文献的検討をさらに進め、わが国の司法精神医療に適した地域ケアのあり方を検討した。
2. 指定入院医療機関を退院した重度精神障害者に対する地域でのモニタリング体制、支援方法として CPA-J (案) を開発した。
3. これまで国立精神・神経センター武蔵病院の措置入院患者に試験的に実施してきた精神障害者用の CPA-J に医療観察法での実施を視野に入れ変更を加えた。

4. 我が国の司法精神医療では、CPA を中心とするケアの枠組みと、ACT による直接ケアの提供とを組み合わせた CPAACT による地域ケアの実施が必要と考えられた。

5. 研究2年度および3年度には、医療観察法による入院処遇の対象者に CPA-J を実施し(症例群)、従来からの措置入院者(対照群)との症例対象研究を実施することにした。

F. 研究発表

論文発表

1. 西山潤、平林直次. 妊娠、授乳期における非定型抗精神病薬の使用について. 日本総合病院精神医学会雑誌 16 (1): 69-73, 2004
2. Hirabayashi, N, Wada, K, et al. Prevalence of Substance Abuse among Patients with Physical Diseases Seen in an Emergency Room in Japan. The American Journal on Addictions 13:398-404, 2004

学会発表

1. 平林直次. 国立精神・神経センター武蔵病院における措置入院医療の現状と医療観察法への取り組み. 2004年10月, 東京, 第20回東京精神病院学会 シンポジウム「心神喪失者等医療観察法をめぐる」
2. 平林直次. 神経筋疾患の精神症状. 2004年9月, 平成16年, 東京, 度神経・筋疾患制作医療ネットワーク研修会
3. 平林直次. 「医療観察法制度での入院医療と社会復帰」について. 2004年9月, 千葉, 平成16年度精神神経疾患研修会
4. 平林直次. ワークショップ: 集中治療室における身体拘束の意義について. 2005年2月, 東京, 第32回日本集中治療医学会学術集会
5. 平林直次. 措置入院と医療観察法による入院処遇の違い. 2002年2月, 東京, 東京地方裁判所鑑定研究会
6. 平林直次. 事例呈示 典型例と判定困難例. 2004年11月, 宮城, 精神保健判定医等

養成研修会

7. 平林直次. 事例呈示 典型例と判定困難例. 2004年2月, 大阪, 精神保健判定医等養成研修会

8. 平林直次. 事例呈示 典型例と判定困難例. 2004年2月, 東京, 精神保健判定医等養成研修会

9. 永田貴子, 平林直次, 寺井淳一ら. 幻覚妄想状態に対して修正型電気けいれん療法が有効であったレビー小体病の1例. 2004年11月, 東京, 第17回 日本総合病院精神医学会

G. 参考文献

1) 寺田一郎. 改訂精神障害者ケアマネジメントモデル. 中央法規, 東京, 2003

2) 平成16年度司法精神医療人材研修会ガイドライン集(案). (2) 指定入院医療機関運営ガイドライン, 2004

3) 平成16年度司法精神医療人材研修会ガイドライン集(案). (3) 指定通院医療機関運営ガイドライン, 2004

4) Derek Chiswick and Rosemarie Cope: Seminars in Practical Forensic Psychiatry, Royal College Psychiatrists. Bell and Bain Ltd, Glasgow, 1995

5) 吉川和男. 刑事司法における精神障害者の処遇上の問題点 —英国の制度から学ぶこと—. 精神経誌 103(3): 654-671, 2001

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

7) Marshall M, Gray A, Lockwood A, Green R. Case management for people with severe mental disorders. In: The Cochrane Library, Issue 1, 1999, Oxford: Update Software

8) 久野恵理, Phyllis Solomon, 伊藤順一郎: I-1 ケアマネジメントの臨床的役割 ~アメ

リカを中心とした諸外国の取り組みから~, ケアガイドラインに基づく精神障害者ケアマネジメントの進め方. 高橋清久, 大島巖編, 精神障害者社会復帰促進センター, 東京, 2003

9) 西尾雅明. ACT入門 精神障害者のための包括型地域生活支援プログラム. 金剛出版, 東京, 2004

10) Ziguras SJ, Stuart GW: A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years. Psychiatr Serv 51: 1410-21, 2000

11) Simmonds S, Coid J, Joseph P, Marriott S, Tyrer P: Community mental health team management in severe mental illness: a systematic review. Br J Psychiatry 178:497-502; discussion 503-5, 2001

資料

CPA-J (Care Programme Approach in Japan) 必須項目集 ver1.0