

(1) 他職種の業務を学ぶ意義

これから運用される司法病棟の運営指針として「多職種でのチームアプローチ」がうたわれている。これは、今までも大切だと言われてきたことであるが、実践状況はそれぞれの病院においてかなり異なっていると思われる。司法精神病棟では、改めて日本の精神医療における他職種アプローチの効果的なあり方を模索し、ひとつのスタンダードを示すことが求められると考える。そのために、昨年の研究では、「他職種の業務を学ぶ」という項目を入れた。

ここでは、それぞれの職種がどのような業務を行っているかを話してもらうとともに、実際場面で見ることが必要である。たとえば、看護師が対象者に投薬するとき、それぞれの対象者がどのような表情や態度をとるかということを経験しておく、心理療法中に「服薬したくない」という話題が出たときに、その訴えを対象者の個人的な内的体験と他の対象者が感じやすい体験との広い視野からとらえることができるので、その人独自の特徴も見えて対処もしやすくなる。また、精神保健福祉士が、退院後の住居を定めることの困難を対象者ととも解決していこうとしたり、浪費しがちな生活費を計画的に使うように指導したりするときには、対象者は心理療法中とは若干異なる、より現実的な顔を見せることが多い。作業療法についても、心と体は切り離せないものだということを再認識する機会になるし、ある程度同じような感覚をもっている心理職にとっては、作業療法士との異同を考え、連携をより効果的なものにするためには、心理職としてはどのようにアプローチするのが望ましいかということを考える機会になる。

さらに、このような具体的な仕事を見るだけでなく、各職種の理念を学ぶことも大切である。それにより、各職種が行っている様々な働きかけを総合的に理解することができるし、各職種の対象者に対する視点を理解することができる。上でも述べたが、心理職とはどのような視点が似ていて、どのような視点が異なっているかを知ると、心理職独自の役割が見えてきて、協力体制をとりやすくなるものと考えられる。それは、チーム医療を効果的なものにするのに役立つ。

(2) 心理職の技能の向上をはかる

日本の精神医療では、これまで他害行為を行って入ってきた者に対して、精神疾患を治療することはなされてきたが、犯罪傾向を弱めることに関しては積極的なかわりがなされないことが多かった。一方、矯正施設においては、反社会的傾向を弱めることが処遇の目的になってはいるが、たとえば刑務所内での処遇方法は刑務作業を用いることが一般的であり、個人個人の内面にはあまり働きかけてこなかったことが最近新聞などでも取り上げられている。

今回の法律では、精神医療に「罪」といった道徳概念や「罰」といった法律概念を加え、対象者の治療と再犯防止を図ることになる。司法精神病棟に勤務する心理職が冷静で幅広い視点を保つには、一般精神病棟で勤務する心理職や矯正施設で勤務する心理職との間で

情報交換をする必要がある。そこで、それぞれの精神病患者に特有の認知・思考・感情などを学び、精神疾患のない犯罪者についても同様のことを学ぶ。そして、司法精神病棟の対象者を目の前にしたときに、病気にどのような要因が加わると一線を越えるような他害行為に及ぶのかということについて、ある程度見解をもてるようになることが必要である。

(3) 全国の司法精神病棟で一定水準の心理療法を確保する

司法精神病棟に勤務する心理職は全国に増えていく予定である。各心理職の技能を向上させるためにも、全国にある司法精神病棟の心理職の技能にばらつきが出ないようにするためにも、それぞれが集まって、アセスメントや心理療法の事例研究を行ったり、チーム医療についての研究を行うことが望まれる。さらに、重大な他害行為を行った精神障害者に対するアセスメントの精度を上げたり、心理療法などのトリートメントを洗練されたものにしていき、「このような特性をもった対象者にはこのようなアセスメントとトリートメントをまず考える」というようなスタンダードを作ることが期待される。さらには、それらの活動を通じて、我が国の心理療法士の臨床能力水準を向上させ、勤務体制をよりよいものにしていくことに寄与することができればと考える。

2. 心理職の養成について

臨床心理のパラダイムは言うまでもなく臨床心理学にある。同じ精神疾患をもった人に対する視点も臨床心理学と精神医学とは異なる。しかし、精神科に勤務する場合、精神医学の「言葉」を知らないと他職種と話が通じにくいのも事実である。それゆえ、診断や治療について、操作的診断、臨床的診断、薬物治療についてひとつとりのことを知っている、あるいは、少なくとも、言われたとき「あのことだ」とわかって何を調べればより詳しく理解できるかというアクセス法を身につけておくことは大切である。

その点、現在の大学における臨床心理学のカリキュラムを見ると、精神医学の時間数は非常に少ない。臨床心理学を学んだ者が勤務する場合は精神科病院ばかりではないが、精神科に限って言えば、現在よりもはるかに多い時間をかけて、より広くより深い知識を習得することが必要である。さらに言えば、精神科以外の職場でも、相手にするのは同じ人間であり、人間であれば精神疾患にかかる可能性はある。それならば、精神疾患についても少し詳しく知っておくことは、他の職場で働く心理職にも有益なことであると考えられる。たとえば、境界性人格障害と非行の関係は一昔前に話題になったし、非行の背景にアスペルガー症候群があることは現在のトピックである。また、若年者のうつ病と非行の関係についても把握しておく必要がある。

また、現在の臨床心理学科（学部）では、いわゆる基礎心理学と呼ばれているものの授業数も少ない。臨床心理学が対象とする領域がどんどん広がっているのに、総授業時間を考えると無理からぬところがあるが、それでは土台がしっかりしない。例として認知行動

療法を認知療法と行動療法に分けて説明する。認知療法を学ぶ上で、認知心理学や社会心理学における認知理論の知識は必要であるし、学習心理学における条件付けの理論や学習曲線を知らなければ行動療法は無理強いに陥る危険がある。これらの理論を学んだ上で、認知行動療法を勉強すると、技法が有機的に統合され、体系づけられるであろう。心理検査についても、ロールシャッハ・テストを例にとると「知覚分析的アプローチ」という分析方法がある。そのような方法に特化しなくても、この検査がまず「見る」検査であることを考えると、知覚心理学の知識はあったほうがよい。非常に限定的な例を挙げると、「図と地」について、反転できる人、できない人、そもそも図と地を区別できない人などの解釈の基本は知覚心理学に求めることができる。

基礎心理学の優れた点は、それぞれの理論が実験によって検証されていることである。その実験方法や結果を知ること臨床心理学が大地に根を張ったものにするのに役立つ。臨床心理学では、臨床的な勘が重視されるが、基礎的な理論を把握していないと、その勘的はずれなものになる恐れが高まる。それらの理論を知らなくても非常にセンスの良い人はいるであろうが、意欲をもって学習する人が誰でも一定の水準に達するという教育的観点からは、その大事さを忘れてはならない。

また、現在の臨床心理学は心理療法ばかりであるが、大学教育では臨床実習が効果的に行われていないところが少なくない。すなわち、大規模な心理相談室を併設している大学や、病院としっかりと提携しているところは良いが、そうでないところの実習内容は貧しくなりがちである。医学部には医学部付属病院があるが、臨床心理学科（学部）には、臨床心理を学んだ先輩がどのように働いているかを見る機会があまりないので、アイデンティティを形成するのめたやすくはなさそうである。実習先は自分で探すようにと大学や専門学校から言われる場合も少なくない。医学部と違って、職域が医療に限られない臨床心理の場合、自分が興味をもった職場を選べるという点では一見親切であるが、実際に実習を引き受けるところは多くない。特に、人気のある個人療法では、心理療法士とクライアントの1対1の面接場面に第三者である学生を入れることに抵抗を示す職場は多いであろう。一般的に、実習期間は、あるクライアントの心理療法期間より短い。初回面接から一緒に入ることができればまだ問題は少ないが、治療が進んだ段階で学生を入れることはたしかに非治療的になる可能性が高い。また、病院など、正規に治療費を払ってもらっている職場では、技術も乏しく、身分もなく、最後まで患者と付き合えない学生を主治療者として患者に面接させることも難しい。

最近、付属施設が充実している大学が徐々にではあるが増えていることは喜ばしいことである。ただ、付属施設があるかないかにかかわらず、学生が臨床実習をする場（対象者の種類）は複数あることが望ましいと思う。精神科関係と非行・犯罪関係といったようにである。そして、個人相手の実習と集団相手の実習の両方でできれば理想である。個人療法の機会が得られなくて集団場面だけであっても、精神科デイケアや保護観察所といった異なった職場における職員と対象者のかかわりを見学したり、実際にかかわることは、視点

を広げる役にたつ。また、スクールカウンセラーが学校でどのような動きをしているのかを目の当たりにすれば、狭い意味での心理療法以外に心理職が求められている技能があることを実感できるし、実際に自分がひとりで学校現場に入ったときの指針を得ることができであろう。スクールカウンセラーの技能は、心理職が職場で調整役を果たす際に非常に参考になる。

以上の考えから、筆者は大学レベルでは基礎心理学と臨床心理学の理論を中心に学習し、大学院レベルでは、臨床教育に重点を置いて、実習やケース検討を充実させることが適当であると考えます。

3. 司法精神病棟に勤務する心理職の養成について

(1) 資格要件

つぎに、司法精神病棟に勤務する心理職に必要と考えられる資格について述べる。心理職は現在国家資格がない。しかし、医療チームの一員としてアセスメントやトリートメントを行い、国費からであっても診療費を受けることを考えると、国家資格は是非必要である。今までの論点から国家資格は大学院卒者に受験資格を与えることとしたい。

さらに、司法精神病棟に勤務する心理職は、基礎的な心理臨床技術や精神科臨床技術を身につけていることが前提となるので、勤務経験は心理臨床経験5年以上、そのうち精神科臨床経験3年以上とする。

(2) 卒後教育

上で臨床心理学の大学教育についてふれたように、現在の大学教育でも精神科の授業時間数を増やすことは必要であると考えますが、それでも精神科実務をこなせるだけの教育を行うことは困難であると考えます。精神科の科目ばかりになると、他の領域で勤務しようとする人にとっては不利益になることもあるだろうし、臨床心理学独自の役割が見えてこなくなる恐れがある。それゆえ、卒後教育でそれを行うことを考えたい。

まず、精神科に共通する領域として、心理検査や他のアセスメント法、心理療法、薬物療法についての講習を受ける。また、職場での実践をもとに、アセスメントやトリートメントについてのレポートを書き、ケース検討を行う。できれば、他の病院や作業所、授産所、援護寮、障害者職業訓練施設の見学を行う。それぞれポイント制にして、国家資格の上に、精神科心理療法士という専門職を設ける。一般の資格は各省庁をまたぐ横断的資格にして、精神科心理療法士は厚生労働省で認定してもらえば一番よいのではないだろうか。

つぎに、司法精神病棟での心理職について述べる。ここでは、非行・犯罪についての知識と、それらの対象者に対する治療・教育の知識が不可欠である。精神疾患をもって犯罪を行った者についての治療・教育について自信をもって指導できる機関はまだないであろう。よって、犯罪学や法律学、被害者学などを専門とする講師を招いて講義を受けることから始めるのが適当であると考えます。それと並行して、司法精神病棟に勤務する心理職同

士で、あるいは、他の職種も加えて研修会を開いていく。具体的には、鑑定業務についての講義や心理検査を中心としたカンファレンス、認知行動療法を中心とした心理療法事例のカンファレンスなどである。さらに、チーム医療の質を高めるためにも、ひとりの対象者が、入院から退院まで、あるいは通院終了後まで、各職種からどのようなアプローチを受けて、どのように変化したかということについて、総合的に検討を行う研修も必要である。認定は学会認定が適当であろう。設立が予定されている日本精神司法医学会が候補のひとつとなろう。そのためには、日本精神司法医学会に心理職の加入を認めてもらうことが先決となる。そして学会発表も行う。それらを偏りなく行い、ポイントを重ねることによって認定されることとする。

(3) 研究

司法精神障害者に対する臨床心理的アプローチは今まで行われていなかったわけではないが、実質的にはこれからと言ってよいと思われる。それゆえ、アセスメントやトリートメントの技法の開発には研究が欠かせない。当初はイギリスをモデルにして始めるにしても、文化的背景や人種の差、臨床心理的風土の違いを考えると、日本で効果的に実施するためには、かなりの修正が必要であることは想像に難くない。特に臨床心理学の分野は、臨床活動に興味をもっている人は研究に興味がなかったり、研究を盛んにしている人は実際の臨床活動をあまりしていなかったりと、うまくバランスがとれていないことが多いのが現状である。本来、臨床と研究はお互いを高め合うものである。司法精神病棟ができることをきっかけにして、臨床活動に基づいた研究、臨床に役に立つ研究を積極的に行うことが望まれる。自分たちが行った研究が明日の自分の臨床活動に役立つという実感があれば、研究意欲が増すであろう。幸いにしてと言うか、この分野は先に述べたように、これからの部分が大きいので、その点については期待できる。

加えて、司法精神病棟では、チーム医療の充実が期待されていることから、学会についても、各職種が参加して、チーム医療の成果や問題点を発表・検討する機会を設けることが望まれる。

参考文献

- 壁屋康洋：司法病棟とアンダー・マネジメント，アディクションと家族 Vol.21 No.4, 348, 2005)
- 藤岡淳子：触法少年への治療の試み～「怒り」への働きかけ，アディクションと家族 Vol.21 No.4, 343, 2005)

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の作成と実行に関する研究

**司法精神科医療における作業療法士の養成に関する
中長期的展望について**

三澤 剛

(国立精神・神経センター武蔵病院)

継続的専門性維持向上のためのシステム

資格制度

：職務としてある教育課程を修了することによる専門領域における専門性を有したことを証するもの。アメリカにおける小児専門の療法士、感覚統合療法の専門インストラクター、ボバース法（運動療法分野）におけるピギナー～シニア～インストラクター制度のようなもの。

例 司法精神科作業療法士、認定精神科作業療法士、
認定作業療法士

継続教育

専門資格教育

修士課程における、卒後教育の一環として、専門分野における実務能力を向上させる目的で diploma レベルの職業専門教育の実施。

修士博士課程における司法精神科専門課程の設置

職場間の定期的な勉強会の実施（1～2ヶ月に1回程度）

SIG グループとして、日常の臨床における情報の交換、最低基準あるいは標準治療モデルを構築し、新規開設に向けた支援、あらたに当該分野に従事することになった職員への初期研修、継続従事者に向けた専門性維持向上のための研修、研究にむけた母体を組織し、定期的な研究発表会や学会の設置。

作業療法協会に研究部門を設けることで、臨床と研究の有機的な関係

大学との協力により、臨床における教育、研究を目的として協力体制をはかる。

臨床研究職の設置 clinical specialist

英国における司法作業療法学会の開催 6 回（1998 年より）

司法精神科医療における作業療法の役割

作業療法は、日常生活技能、社会生活技能、休息や余暇の時間の使い方、職業関連活動など、個人のニーズに応じた、主体的な生活を実現するための方法であり、身体面、精神面、心理面などの評価・アプローチを用い、運動遂行、感覚、認知、個人～対人関係の問題など、今後の社会生活、個人が望ましい生活を送る上での、基本的技能および応用的、適応的行動の獲得、改善を図るものである。

治療の形態は、病棟内での日常生活技能の評価やアプローチ、特に調理という活動を通してのリスクアセスメントおよび生活技能、認知技能の評価は有益な情報をもたらす。個別

で刺激の少ない状況で面接や、個々のニーズに応じた小集団でのリラクゼーションやストレスマネジメントを行う。

手芸、工芸、コンピューターなどの課題活動を通しての、課題への意欲、理解、注意集中力の持続、耐久性、問題解決技能等への取り組みや、pre-vocational な課題の評価、課題活動。そのほか、小集団を利用した自己表現、自尊心、病気の認知、ライフスキルについての心理教育セッションも長期の慢性疾患の患者さんに活用できる。これらは Assertiveness, Anxiety management, Anger Management, Drop' in social game group, Relapse and Prevention or Awareness of the Mental Illness, Self-esteem などのセッションを含むものである。

また、余暇や休息という活動も、合目的的な方法で行うことが作業療法では求められる。単に行事の計画や、偶発的なイベントではなく、個人のこれまでの生活パターン、興味、関心に適した活動を提供する必要がある。Play therapy 的なパズル、ゲームなどのアプローチから、小グループでのゲーム、スポーツまで、対象が成人であり、将来的に就労や地域との交流を念頭に置いた場合には広範囲の活動が必要であろう。外出 Leave も現実場面での能力、適応性を評価・治療することに利用されるが、公共機関の利用、買い物や金銭管理面、対人行動といった基本的な生活技能から社会的環境に出ることでの心理面の反応(多くは不安や混乱を感じる)や犯罪時の特性に基づく反応(特に性犯罪、子供に限定されたものでは、施設内での反応だけでは改善はまったく把握できないため)もしばしば作業療法士の外出訓練時に明らかになる。

英国での作業療法業務

1) 臨床業務

OTR は病棟配置になっており、もっとも看護師との接点が多い職種のひとつである。患者が入院すると、それと同時に患者さんへの対応、方針が話し合われ、各職種の役割を確認したところで、初期評価のための関わりをスタートする。作業療法士の場合、患者の入院前の生活パターンの把握、セルフケアレベル(起床時間、睡眠状況から更衣、洗顔、食事等)、対人行動などについてベースライン評価等を開始する。

わが国の現行のように、作業療法が必要かどうかという医師の処方方を要することはなく、作業療法も看護、心理と同様に精神科医療において必然であるという認識があることが、日本での状況とまったく異なる点である。また個々の対象者に作業療法が必要かどうかは、基本的にそれを専門に教育された専門職である作業療法士自身が評価・判断する(MDT でのメンバーから意見が出された場合は、最終的に MDT の同意に基づくものである)。

初期評価は上述した COT の基準により、最初の CPA 会議に提出される。まず新患の入院後 10 日以内にプロフィールなどの情報収集を済ませ作業療法の書式に記入する。初期の面

接アセスメントについてはリスクアセスメントも含め入院後 25 日を目標としている。初期評価には作業療法の計画、プログラム、目標が明記され病棟回診 Ward round での報告、レポートとして CPA 会議に提出される。

その後、3 ヶ月ごとの CPA の見直しにともない(対象者の変化によってはさらに短期に)、作業療法における変化を記述、報告 progress note していく。退院時は退院後 5 日以内に、報告書を作成する。以上は MDT への責任として行われことになる。

ベースライン評価と生活行動におけるリスクアセスメントに基づき、必要であれば構成された場面、非構成的な場面を設け、対人行動、衝動、問題解決場面での処理などを継続的に評価していくわけであり、たとえ罪を犯し公判を待つ未決拘留囚の存在であっても、治療を施すべきであるとしている英国での取り扱いでは、この作業療法評価と他職種の評価により、早期にセルフケアをはじめとした身の周りの生活の自立、時間・環境の自己管理をリスクに応じた範囲で行えるようにアプローチするのである。

いか別表に COT から出されている作業療法士の介入における業務目標（作業療法治療介入の基準 Occupational Therapy Standards ; College of Occupational Therapist）を示す。

作業療法治療介入の基準 Occupational Therapy Standards(College of Occupational Therapist)

1. 対象者 Referral

作業療法士は特定の病棟と連携をとり、多職種チーム(Multidisciplinary Team=MDT)の一員であるならば、病棟のすべての患者は対象者として考慮される。

2. 新規入院 New Admission

新患への紹介 Introduction to New Patient

作業療法士はいつでも可能な限り合理的な作業療法の紹介を、5 日の勤務日以内に行なうものであり、その記録は経過報告になされる。

1) 初期検査 Assessment

入院後最初の 3 ヶ月を標準として、検査期間とみなす。

2) 情報収集 プロフィール(輪郭、側面)・歴史

作業療法士は、OT プロフィール及び関連する経歴の情報収集を、10 日の勤務日以内に終了させるものであり、記録は OT 記録区分(欄)に記入すること(MDT ファイルのなかで)。

3. 初回面接および検査 Initial interview/Assessment

作業療法士は、もっとも可能なときに、初回面接および検査 assessment を行なうもので

あり、入院から 25 日以内に予備治療計画及びプログラムを作成するものである。これは、リスクアセスメントも含まれるものであり、経過記録に記録されるべきである。

この検査のガイドラインは有効であり、初期評価報告書の記載の補助としても用いられるであろうし、最初の CPA にも用いられる。

4. 初期評価の完成

識別された検査ほとんどは、詳細な作業療法プログラムおよび治療計画そして介入のための患者との目標設定とともに、最初の 3 ヶ月以内に終了されるべきである。選別された時間枠は、この時点で、初回評価報告書の準備のために認識される必要がある。

5. 報告書完成・CPA 検討

これは、検査、計画された介入、計画を概略する詳細な報告書である。これは、入院後 3 ヶ月、あるいは最初の CPA 検討までに完成されるべきである。報告書はワープロ表記され署名および日付が移入され、複写が MDT ファイルに保管され、さらに別の複写が OT 事務所にも保管されるべきである。その他の複写されたものは、作業療法から関連するほかの職種にも分けられる。実際報告書は、患者の精神状態により不相当であると判断される場合を除き、患者と議論されるべきである。精神状態の不安定性、隔離の期間あるいは受け入れ拒否等々により、初回検査に患者が参加することが不可能である場合、簡易な報告書によりこれらの要因を強調したり、観察によって得られた情報の焦点を記載することはなされるであろう。

6. 経過報告・CPA・作業療法経過の検討

これらは、3 ヶ月ごとに記載され、再確認され、患者との OT の治療についての更新が行なわれるべきである。これらは簡潔に、変化や進展または介入に関わる関連する新たな情報についてのみ記載される。

7. 退院および移送時の要約

適切な言語的な報告がなされた場合、その旨を経過記録に記載すること（例、他の病棟への移送）。これは移送から 5 日以内に行なう。

もし何らかの理由で不可能である場合、移送要約は移送先の新規の作業療法士により、5 日以内になされるべきである。公式の退院時要約は、同サービス内あるいは外へ退院した 10 日以内に記載されなければならない。この内容についての基準は、COT 標準に設定され、その複写は部門に準備される。

8. 各作業療法記録に含まれる最小限の内容

1) 患者の生活歴 profile history、2.) 初期検査 initial assessment あるいはそれが不可能である場合の記載、3.) 作業療法プログラムおよび時間割り、4.) 作業療法治療計画—患者と設定した目標設定とともに、5) 作業療法及び CPA 検討報告書の詳細、6.) 3 ヶ月ごとの作業療法経過検討報告書、7.) 経過記録の詳細、8.) 退院時・移送時報告—適切な形式での記載

患者が移送される時、現在の作業療法記録のすべては作業療法区分に保管されているべ

きである。これらが大きすぎる場合、関連する報告また検査はその区分に保安され、他の作業療法記録は関連する予備の個人記録ファイルあるいは NHS の書庫に保管される。

作業療法の記録は COT の標準規定に準ずるものである。すべての記録は、署名と日付が書き入れられる必要がある。

また、余暇や休息という活動も、合目的な方法で行うことが作業療法では求められる。単に行事の計画や、偶発的なイベントではなく、個人のこれまでの生活パターン、興味、関心に適した活動を提供する必要がある。Play therapy 的なパズル、ゲームなどのアプローチから、小グループでのゲーム、スポーツまで、対象が成人であり、将来的に就労や地域との交流を念頭に置いた場合には広範囲の活動が必要であろう。外出 Leave も現実場面での能力、適応性を評価・治療することに利用されるが、公共機関の利用、買い物や金銭管理面、対人行動といった基本的な生活技能から社会的環境に出ることでの心理面の反応(多くは不安や混乱を感じる)や犯罪時の特性に基づく反応(特に性犯罪、子供に限定されたものでは、施設内での反応だけでは改善はまったく把握できないため)もしばしば作業療法士の外出訓練時に明らかになる。

3) 作業療法士の階級性 grading とスーパービジョン

作業療法士のレベルは、Basic Grade(資格取得後経験1～2年)、Senior II(1年～2年)、Senior I(2年～3年)、Head I～III へとなり、近年さらに施設全体の運営や方針に関わる Consultant Occupational Therapist が新設された。この階級性 grading は、診療の難易度や質と関連し、例えば、集中治療ユニット Intensive Care Unit あるいは未決拘留囚人評価病棟 Remand Unit には、Senior I レベルが望ましいという採用条件があり、刑務所での業務は、他部門との関連業務を行い、かつ対象者の疾患、問題の複雑さがあるため Head I～III レベルの作業療法士のポストが設定されている。作業療法士の卒後教育については、作業療法士 BAOT、作業療法協会学術部 COT や NHS の運営部門も積極的に姿勢を示し、実務での経験についてのフィードバックやスーパービジョンは必須のものとなっている。

階級が上になった職員(Senior I 以上)は経験年数の少ないものに対して、スーパービジョンを定期的に行なう義務があり(Basic は週1回が必須)、昇格する場合は、スーパーバイザーより、患者への介入の方法、評価、治療計画、治療実際についての査定を受け、承認される必要がある。

また、日常業務の遂行について、単独で病棟担当やケース担当をすることはなく、初期は Senior レベルの治療者とともに業務を行なう、など計画的な指導が実施されている。

また、日常の治療実践について、困難な症例を中心に、コンサルタント心理士によるスーパービジョンを受け、治療者としての関与について、サポートを受けている。特に性犯罪

者への対応などでは非常にストレスフルであり、治療的関与とともに自分自身の認識のためにも大切である。

また、各専門職の最高管理者は、同一の職種になっており、各専門性の尊重されかつ責任を伴う業務のあり方が伺えるところである。

同一地区内に勤務する作業療法士が集まり、臨床の質を高めるためのエビデンスに基づいた実践の

研究会を開催したり、相互の業務を開示し、その質を互いに評価するなどの活動も行なわれ、外からの客観的な評価を受ける機会を部門としても確立している。

4) 研究協力

NHS はすべての医療関係者を対象に研究活動を積極的に実施しており (Research and Development : R&D)、作業療法もその一つである。各職種の研究担当者がおり、現場と常に連動している。

また、作業療法部門では、近隣の大学と連携して研究、継続的トレーニングのための提携をしていることも COT より奨励されており、各年次ごとに研究課題を推進している。

5) 継続的教育

NHS は、職員の質の向上についても計画しており、他職種に応じたトレーニングを必須としている。

ただ雇用するだけでなく、専門性を向上させることまでを念頭に置いた政策が実現されている。

診療記録事務などの円滑化、情報管理、コンピュータ技能を高めるための講習、リスク時の対処のための身体的制御技術 constraint and restraint (C&R;毎年更新)、怒りのマネジメントのための技能 (de-escalation technique 他精神療法的な関与や、認知行動的なアプローチ等)、認知行動療法、食品衛生管理者講習 (配膳、調理活動に関わる職員は必須。作業療法士は、この講習を受けていないと調理活動を作業療法で実施することが認められない)、リスクアセスメントや治療的関与の最新技術について等々、NHS 内部の研修施設や、外部の団体での講習を活用している。

また、修士、博士課程など継続教育の機会についても、臨床の質の向上と直結していることであり、奨励されている。

大学教育

作業療法士の養成過程

3 年制専門学校 (昼間部)

4 年制専門学校 (夜間部)

4年制大学

卒後教育

日本作業療法士協会の生涯教育

認定作業療法士

司法分野で必要な、

研究として、司法領域専門の専門教育 大学院

実務者の資質向上

精神科作業療法

司法精神科作業療法

卒後教育：司法分野に関連した認定講習会の実施

作業療法士と法

リスクアセスメントおよびマネジメント

刑務所および司法関連施設等における作業療法

職域

司法精神科入院施設

司法精神科通院施設

司法精神科地域保健サービス

司法収容施設 刑務所、女性刑務所、医療刑務所、少年更生施設等

予防

学校における作業療法士の配置

特定の疾患への対応

人格障害

物質乱用 アルコール、薬物

自傷

虐待および養育放棄

性的犯罪

女性

発達障害

犯罪行動と occupation

他職種対象の継続教育

認知行動療法

リスクアセスメントおよびマネジメント

イギリスにおける司法分野の作業療法士教育

大学 2004 年より司法精神科の作業療法についての科目がいくつかの大学において始まった。しかしながら、まだこのような過程をおくことは英国においても一般的なことではない。しかしながら、実務を行う職域としては認識されており、一日あるいは 2 週間の見学実習、8 週にわたるインターン実習の受け入れは行われていた。司法分野が特殊な場所であるということについての認識が低いことは、研修中多くの作業療法士より「司法精神科は特別な場所ではない、ただその違いは長期にわたる治療が必要なことと、保安環境におかれていることである」といわれることから、推し量られるところであるが、精神科の一領域であって、特定の科目として教育課程に置く必要はないとされていたようである。しかしながら、近年さらにさらに作業療法士の配置が急速に増大し、要求される資質も求められることになり、ひとつの体系化を迫られた結果、2003 年に初めて大学院における司法精神科作業療法課程の設立（スコットランド St. Mary College）がなされ、そして翌年から大学での教育が始まるに至った経緯である。

NHS 内部での職員教育

リスクアセスメントおよびマネジメントのコース、

英国における司法精神科領域の作業療法

英国の司法精神医療分野において作業療法士は、高度から低度の各保安施設、地域精神保健チーム（一般・司法）の医療系施設のみならず、医療刑務所や一般刑務所の保健ユニット、若年犯罪者施設の医療ユニット（昨年からは一般ユニットの収容者に向けた、評価治療プログラムも開始されている）、ホステル、職業リハビリテーションセンター等、司法精神科対象者の治療方針の見直しにともない、広範な領域において量と質の拡充を求められるようになっている。

また、対象者の特性についても、統合失調症のみならず、アルコールや薬物などの物質乱用、人格障害との複合的な疾患 Dual diagnosis、発達障害など疾患も多岐にわたる容認ってきている。昨年ごろより、法の改正に伴い人格障害の専門ユニットが高度保安ユニットに設けられ（Broadmore hospital）、それに応じて、地域にも人格障害専門の地域精神保健チームの準備が進められていた（Newcastle upon Tyne）。また、高度保安ユニットから地域への退院には相当長期にわたるケアが必要になっており、また女性や高齢者など高度の保安が必要でなくなっていると判断される例も検証され、中度保安施設に移行的な中間施設（高度～中度保安。Threebridges unit にて）を設置したり、女性については、中度保安の環境への移行や新規施設の開設が計画されている。

また、青年期や若年者への対応が保安施設では困難であったとの反省から、青年期の施設も同様に実施に移されている。

業務においては、未決囚の評価病棟 (Remand)、急性期・受け入れ病棟、ICU、リハビリテーション病棟、退院準備病棟、院内ホステル、院外病棟、院外ホステル等々に配置される。作業療法士のポストについては、

階級制度があり、経験年数、臨床業務能力等が考慮され、アップグレードするシステムがある。卒後1~2年は junior、2~4年は senior II、4~5年は senior I、その後部門の管理をする Head OT I~III、そして施設や機構の運営にかかわる Consultant Occupational therapist のポストがようやく新設されたとのことである。

臨床の業務のみでなく、管理運営についても各職がそれぞれの専門性、独立性を保ち、均衡のとれた多職種間の力動のなかで従事する体制が整えられてきている。

階級システムについては、第一に臨床技術を向上させるための方策としての位置づけであろう。Senior I 以上のものは、部門の運営とともに、junior や senior への教育という役割を担うことが求められる。

司法精神科領域の雇用条件としては、明文化されてはいないものの、一般精神科領域での経験が考慮されることが通例となっており、精神科の基本的技能の習得が基本的な要件とされている。

また、その後、junior には最低週1回の supervision が senior I によって行われ、担当病棟への配置は、junior level の場合、senior I とのペアでなされることが多い。

臨床業務の中で、対象者との関係性、評価、治療プログラムの立案、治療の実施、実施後の経過評価、記録、報告書作成、多職種との連携、家族その他の関係者との連携、研究法部門の管理運営などが、治療者としての資質向上および保安環境における安全性確保のために Senior 以上の階級の作業療法士に求められており、部門の運営方針として明記されている (Threebridges Regional Secure Unit、St. Barnard Local Secure Unit 他)。

このような臨床における教育の体制をかんがみると、直接的な治療行為のみならず、現場における専門教育を図るためには、より高度の専門的な知識や技能の習得のための教育技術、技能の up date を senior のスタッフは継続的に行う必要があり、これらについては英国作業療法協会に付設する College of Occupational Therapist という教育、研究部門が講習会を実施したり、管理運営のための人的バックアップを行っている。

この COT の業務を行うのも、作業療法士であり、各分野における教育、研究をリードしており、各養成機関における教育水準についての勧告、治療モデルや評価法等の研究から標準的な治療方針を NHS 国民保健サービスに推奨することなどが行われている。

現在すべての NHS に勤務する作業療法士には標準的な治療モデルおよび評価法が Evidence based Occupational therapy (EBOT) に基づき推奨されており、基本的にこのモデルを用いた治療を実践するようになっている。このため、司法分野の各施設においても、標準的な治療水準の方針として、評価の方法、書式などはこのモデルに沿ったものとなっており、

各施設の特性に応じた改変をしながら活用されている。

このように全国的な治療水準を evidence にもとづき構築することは、カナダでも実施されており、カナダ作業遂行モデル (COPM) は、カナダ作業療法士協会によってすべての作業療法によって実施されることとされている。

英国の作業療法士協会には、このように evidence に基づいた治療するための人材が選任されており、研究・指導を一定期間継続して行うようなシステムを持っている。また、NHS によっては、臨床で勤務しながら、治療効果の判定や司法精神科における医療の質を確保するために clinical Specialist として、業務の半分を臨床に基づいた研究、NHS に勤務する作業療法士への教育、関係機関との連携を行っている。

また、NHS の研究活動として、R&D Research & Development があり、単年度、複数年度にまたがる研究の方向が示され、各専門領域による研究が計画的に行われている。

このように特定の専門領域にかかわらず、すべての専門領域に研究と臨床の機会が設けられていることも、英国の特長であろうか？

大学での教育と臨床実践の連携についても、施設と近隣の大学との連携が見られていた。

まず、学生の臨床実習の教育について、教育者としての最低基準を確保することと、臨床における同僚の教育との観点から field education の講座をもっており、実習指導に当たる前に大学で一定期間の講義を受けると修了証が授与される。現在司法領域の教育は、学部課程でもようやく 8 時間程度のガイダンスが盛り込まれた程度であり、それに先行して行われるインターン実習は、その実際を学習するうえでの貴重な機会である。実習担当者からの教育的な指導が求められるところである。研究については、大学院課程の教授や学生との協同で行われ、単年度、あるいは複数年にまたがり、研究計画が示され、臨床業務における協力を各スタッフが担っている。

部門・サービスの担い手として

地域においても、精神保健センターの職務については、看護職が管理運営を凶る場が多く見られていたようであるが、近年このような運営に携わる部分についても、他職種 (MDT) の考えが浸透し始め、各事業所の管理者 manager、運営責任者、あるいは地域を統括する管理者 administrator などにソーシャルワーカーとともに作業療法士も関与することが多くなってきているとのことである。

London の Acton の地域精神保健センター CMHRC もそのひとつであり、このセンターの所長は認定ソーシャルワーカー ASW、副所長は地域精神科専門看護師 CPN、この地区を統括する管理者は作業療法士が担っていた。このセンターでは、定期的に各職種の長からの supervision を受けることになっていたが、それぞれ異なる職種からの教育を受ける時間が設けられており、他職種での業務に携わる上での精神保健専門職としての能力を求められることになる。

また、地域精神保健センターでの作業療法士の業務については、一般精神保健専門職としての職務として、対象者の受け入れ面接を実施、その状態に応じて医師やソーシャルワーカー、アルコール薬物専門療法等への手続きをとる、担当ケースとの連携などをはかること、作業療法士としてセンター内での活動、居住環境における生活技能の支援、訓練、評価、そして地域におけるワークショップの開設援助、グループサポート、急性期病棟での生活技能訓練の実施等、医療から地域生活にわたる広範な環境にわたる本来作業療法士が対象とする個人と環境を包含した生活へのアプローチを実施している。

また、この施設では回復段階や疾患や症状あるいは行動の質によって、集中した取り組みを必要とする対象者にむけたサービスとして、ACT を昨年からはスタートさせている。そのサービスの責任者は、地域精神科専門看護師と作業療法士であり、マネジメント能力を求められている。

地域センターにて対応する対象者の特性はさまざまであり、精神疾患、依存症、人格障害、感情障害、発達障害等々、そして居住環境も単身、ホステル、同居、ホームレスなどさまざまである。司法の対象者についても、必ずしも司法専門の地域センターにつながるわけではなく、こうした一般の地域精神保健センターを利用する例もすくなくない。

このような役割までを考慮すると、政治、文化、社会的背景が異なることはもちろん考慮しなければならず、わが国での法制度からもここまでの対応は期待されていないわけであるが、司法精神科の作業療法士の業務は、先進の国ではこのように行われているということなのであり、司法精神科医療における作業療法を長期的な展望として見据えていくと、今後もさらに質の高い技能を獲得しておく必要を感じずにはいられない。

卒後の教育

司法精神医学に関連した政策的視点

司法精神保健政策の変遷と現状

司法精神保健と法制度

犯罪被害者の理解

作業療法士と司法精神保健政策

プログラムの開発、管理および評価の方策

プログラムの開発

精神保健システムにおける作業療法の位置づけ

治療的活動基準の設定および選択

治療効果、質の評価および改善

司法精神医学：各種疾患および犯罪行為と occupation について

統合失調症

感情障害
人格障害
発達障害
物質乱用、依存症
Dual diagnosis
精神疾患と犯罪
司法精神医学と occupation
回復段階や特性に応じた関わり
急性期におけるプログラム
精神科集中治療ユニットにおける関わり
リハビリテーションユニットにおけるプログラム
退院前生活適応プログラム
地域における生活適応プログラム
アルコール・薬物依存のプログラム
発達障害のプログラム
人格障害のプログラム
虐待および養育放棄との関わり
自傷行為
女性に対するプログラム
若年者、青年期のプログラム
そのほか

より広範な視野からの今後の課題
医療刑務所、医療少年院での作業療法
刑務所における作業療法
教育機関における作業療法

専門性の開発
継続的教育 臨床教育システムの構築
臨床業務の分析と業務の再評価および発展
作業療法士の役割とその発展

現在、本邦では、触法精神障害者要観察保護法案に基づいた入院医療あるいは通院医療を担うことを主目的としているのであり、その医療の範疇においての作業療法の専門性の維持向上を図ることがもっとも大切であることには違いない。

しかしながら、作業療法は、個人が環境との相互作用の中で、さまざまな生活に必要な

技能を獲得し、身の管理・仕事や学業、役割のような生産的活動、および遊びや余暇といったバランスのとれた生活を送ることが円滑に行えるのか？という「暮らし」を考えるものである。***

治療の必要性があるとして、入院、通院する対象者への対応はまず考えねばならず、

犯行を再度繰り返すことや病気の再発がおきないように、またその後の生活においてもうまく暮らしていくことができるような援助することはいうまでもないが、作業療法は身体や精神になんらかの障害があるものを対象とするだけではなく、生活の遂行に問題があるものの正常な機能の発達が環境要因や自己の問題により阻害されるものに対しても援助するものであり、何らかの疾患に対するものではない、という概念が今日認められるようになってきている。

アメリカでは School based Occupational Therapy として、公立の普通校に作業療法士が配置されるようになってきている。学習課題の理解力の低下、他者との関係をとること、問題解決、課題や活動に参加することへの意欲の低下などがみられ、環境への適応が自ら行うことが難しい対象に、教育者、心理系の職種とともに作業療法士がかかわっているとのことである。いまや医療機関に次いで作業療法士が多くかかわる領域になっているという。司法精神医療の対象者については、幼少期の問題、非行の問題が少なからずあるといわれている。だからといってそれらの対象者がみな重大な犯罪を引き起こすわけではないが、この新法の示す「司法精神医療」だけでなく、広い視野をもって、長期的な国民の精神保健を考えると、少なくとも正常な発達が阻害されることなく、十分な成長発達課題を経験する機会を提示することは、作業療法士のかかわるべき領域であると考えられる。

「予防」と明言することはできるわけでもないのであるが、それぞれの発達段階、興味関心、意欲、価値感、もとめる難易度の水準に適した課題や活動を設定し、感覚知覚系、運動系、目と手の協調等の複合的な認知運動機能などを用いて、環境に作用した結果を満足した、達成したという結果を、本人自身が十分認識できるような援助をすること。それらの作業を通じた課題の達成が学校生活、家庭での生活に般化されるようすることで、社会生活の離脱を防ぐこと、それにより居場所の喪失、サブカルチャルな関係における適応、あるいは対処技能を高めることによりストレスフルな環境との相互作用を減弱し、精神疾患発症の抑制に結びつくのではないかと考えるところであるが。

Community-based Occupational Therapy

作業療法は、実際の生活環境における対象者自身が生活する環境において、その環境の条件に適した生活活動が遂行されるように援助されるものである。ゆえに今後施設内での関わりとともに、実際の環境での関与の機会が多くなることが考えられる。

これまでなぜ当たり前前のができなかったのか。それは作業療法士自身の努力や技能の不足によるものもあるであろうが、精神医療における作業療法の位置づけも大きな要因である。とくに精神科の作業療法士の診療報酬基準は、作業療法士に従事する空間や時間