

- 1.7.5.4. 尋問の仕方
- 1.8. 司法精神医療
 - 1.8.1. 司法精神医療の前提
 - 1.8.1.1. 治療の基本的な考え方
 - 1.8.1.2. 人権の考え方
 - 1.8.1.3. 保安の考え方
 - 1.8.1.4. 精神障害と犯罪と治療との関係
 - 1.8.2. 司法精神医療の場
 - 1.8.2.1. 司法手続きの中の精神障害と医療
 - 1.8.2.1.1. 警察、拘留所、検察、裁判所
 - 1.8.2.1.2. 拘禁反応と拘禁着色
 - 1.8.2.1.3. 未決者と既決者の人権の違いと精神状態
 - 1.8.2.1.4. 責任能力鑑定中の医療
 - 1.8.2.2. 矯正医療(刑務所、医療刑務所、少年院など)
 - 1.8.2.2.1. 矯正医療における人権と保安
 - 1.8.2.2.2. 強制医療における目標(保護育成)
 - 1.8.2.2.3. 再犯および疾病再発の防止プログラム
 - 1.8.2.2.4. 保護観察(保護観察官の活動と更正支援、被害者支援)
 - 1.8.2.2.5. 性犯罪者の矯正治療プログラム
 - 1.8.2.2.6. 被害者学の視点からの矯正教育
 - 1.8.2.2.7. 矯正施設の中の精神障害
 - 1.8.2.2.8. 児童・少年の司法精神医療と矯正
 - 1.8.2.3. 医療観察法の下での医療
 - 1.8.2.3.1. (医療観察法)鑑定入院中の医療
 - 1.8.2.3.2. 指定入院医療機関での医療
 - 1.8.2.3.3. 指定通院医療機関での医療
 - 1.8.2.3.4. 通院処遇と社会復帰調整官
 - 1.8.2.3.5. 一般精神医療との違い
 - 1.8.2.4. 精神保健福祉法の下での医療
 - 1.8.2.5. 自立支援法と医療
 - 1.8.3. 司法精神医療の方法
 - 1.8.3.1. 治療の技法
 - 1.8.3.1.1. 身体療法
 - 1.8.3.1.1.1. 薬物療法
 - 1.8.3.1.1.2. ECT
 - 1.8.3.1.2. 精神療法
 - 1.8.3.1.2.1. 個人精神療法、集団精神療法
 - 1.8.3.1.2.2. 支持的精神療法、力動精神療法、認知行動療法
 - 1.8.3.1.2.3. その他、精神療法の選択
 - 1.8.3.1.3. 環境療法
 - 1.8.3.1.3.1. 病棟環境とプログラム
 - 1.8.3.1.3.2. 保安構造の利用
 - 1.8.3.1.3.3. スタッフ患者力動
 - 1.8.3.1.3.4. 地域環境とプログラム
 - 1.8.3.1.4. 教育、訓練療法
 - 1.8.3.1.4.1. 作業療法
 - 1.8.3.1.4.2. 生活指導、生活技術訓練
 - 1.8.3.2. 多職種協働チーム(Multi-disciplinary Team)による治療
 - 1.8.3.2.1. チーム理論
 - 1.8.3.2.2. 効果的なチーム運営
 - 1.8.3.2.3. 多職種協働チーム医療による司法精神医療
 - 1.8.3.3. 病棟におけるリスクアセスメントとマネジメント
 - 1.8.3.3.1. 考え方
 - 1.8.3.3.2. 評価法
 - 1.8.3.3.3. 危機介入の方法
 - 1.8.3.3.3.1. de-escalation と breakaway
 - 1.8.3.3.3.2. Restraint & Control
 - 1.8.3.3.4. 事故防止と事故処理
 - 1.8.3.3.5. 行動制限
 - 1.8.3.3.5.1. 隔離、拘束、制御の利用
 - 1.8.3.3.5.2. 外出、外泊の利用
 - 1.8.3.4. 触法精神障害者の社会復帰支援の技法
 - 1.8.3.4.1. 地域医療の実際
 - 1.8.3.4.2. 家族の支援、地域の支援
 - 1.8.3.4.3. 他機関の利用と支援
 - 1.8.3.4.4. 地域におけるリスクアセスメントとマネジメント
 - 1.8.3.5. 治療の進展の評価
 - 1.8.3.5.1. リスク変化の評価
 - 1.8.3.5.2. ICF
 - 1.8.3.6. 記録のあり方
 - 1.8.3.6.1. 個人情報保護と共有の実際
 - 1.8.3.7. その他

- 1.8.3.7.1. 自殺
- 1.8.3.7.2. 暴力
- 1.8.3.7.3. アルコール、違法薬物など
- 1.8.3.7.4. 司法精神医療にかかわるスタッフや
チームのメンタルヘルスとその管理

1.8.4. 犯罪被害者の支援

- 1.8.4.1. 被害者救済の制度や運動の歴史と現状
- 1.8.4.2. 犯罪被害者の心理
- 1.8.4.3. 被害者の援助・治療の実際

1.9. 司法精神医学・医療の倫理

1.9.1. 概説

- 1.9.1.1. 医療における倫理の考え方
- 1.9.1.2. 治療の倫理
- 1.9.1.3. 精神医学の悪用
- 1.9.1.4. 研究の倫理

(以下、いわゆる技術、態度)

2. 触法精神障害者の臨床ができる。

2.1. 個別事例の評価(能力判定を含む)ができる。

- 2.1.1. 触法患者から病歴聴取ができる。
- 2.1.2. 必要な所見を取れる。
- 2.1.3. 必要な検査を選択し指示できる。
- 2.1.4. 鑑別診断ができる。
- 2.1.5. 病態に関連する因子(素質、生活史、家族関係、性格、ライフイベントなど)について把握し、説明ができる。
- 2.1.6. 病態と法的能力との関連を把握し説明できる。
- 2.1.7. 病態と触法行為との関連を把握し説明できる。
- 2.1.8. 病態とリスクの関連、およびリスクの評価ができる。
- 2.1.9. 評価をまとめ、報告書を書ける。

2.2. 個別事例の治療計画を立てることができる。

- 2.2.1. 治療計画を立てることができる
- 2.2.2. 治療上の問題を抽出し、整理できる。
- 2.2.3. 事例に応じた適切な治療を応用することができる。
- 2.2.4. それぞれの治療法のEBMを熟知し、事例との関係を説明できる。
- 2.2.5. リスク評価に応じた管理の計画を立てることができる。
- 2.2.6. セキュリティについての知識と実際の応用を示すことができる。
- 2.2.7. 悪化時、緊急時の対応について計画を立てることができる。
- 2.2.8. 治療計画書を記載できる。
- 2.2.9. 自分以外の専門性が必要なときに、適切な紹介先を選び、紹介状を書ける。

2.3. さまざまな治療法を熟知し、実践できる。

- 2.3.1. 薬物療法を中心とした身体療法を熟知し、使える。
- 2.3.2. さまざまな精神療法、社会心理療法を熟知し、使える。
- 2.3.3. 個人精神療法ができる。
- 2.3.4. 集団精神療法、家族療法などの社会心理的な治療ができる。

2.4. 地域 resources に熟知し、地域での治療をリードしアレンジできる。あるいは、consultation ができる。

- 2.4.1. 地域資源について熟知し、適切に利用できる。
- 2.4.2. 地域資源の様々なスタッフと協力して活動で

きる。

2.4.3. CPA、ACTについて熟知し、リーダーを務めることができる。

2.4.4. 地域の精神保健や医療について、相談をうけ応えることができる。

2.4.5. 地域の精神保健行政に提言ができる。

2.5. 触法精神障害者の臨床をとりまく法を熟知し、適切な適用を考慮することができる。

2.5.1. 精神保健福祉法

2.5.2. 医療観察法

2.5.3. 刑事訴訟法、少年法

2.6. リスクアセスメント、マネージメントができる。(セキュリティの使い方を含めて)

2.6.1. 行動制限の考え方を理解し、実際に使える。

2.6.2. 事故防止の考え方を理解している。

2.6.3. 事故防止の対応を検討、計画できる。

2.6.4. 事故が発生したときの対処を熟知、実行できる。

2.6.5. de-escalation、breakaway、Control & Restraint をできる。

2.6.6. 治療的ニーズとリスク管理との間で、適切な医療判断ができる。

2.7. 病院以外の特殊な setting での評価・治療ができる

2.7.1. 刑務所、医療刑務所、少年院などの矯正医療

2.7.1.1. 矯正医療における目標(矯正教育/保護育成)について理解し、その流れに沿って治療ができる。

2.7.1.2. 処遇困難者への対応ができる。

2.7.1.3. 再犯および疾病再発の防止プログラムに関与することができる。

2.7.2. 警察、拘置所での評価・治療ができる。

2.7.2.1. 警察署、拘置所の特殊性を理解して評価治療ができる。

2.7.2.2. 拘禁反応や拘禁着色の評価と治療ができる。

2.7.3. 精神保健福祉センター

2.7.3.1. 保健医療活動ができる。

2.7.4. 保健所

2.7.4.1. 保健医療活動ができる。

3. 司法精神医療の組織の中で活動できる。

- 3.1. チーム医療ができる
 - 3.1.1. 治療チームをリードし、治療に最適に活動させることができる。
 - 3.1.2. チーム職種の専門性を理解し、役割分担を整理できる。
 - 3.1.3. チーム内力動を把握し、チーム内の問題を解決できる。
 - 3.1.4. チームで得られた情報を整理できる。
- 3.2. 病棟運営管理ができる。
 - 3.2.1. 病棟の運営体制について熟知し参加できる。
 - 3.2.2. 病棟の運営会議に参加し、意見が言える。
 - 3.2.3. 管理と治療のバランスを理解し、応用できる。
- 3.3. 組織の構造がわかり、組織内での各部署や各種委員会の活動をよく理解し、意見が言える。
 - 3.3.1. 委員会によっては進行を実際に務めることができる。
- 4. 他の個人、組織から司法精神医学の相談を受けたり、協力をしたりできる。
 - 4.1. 患者や家族と協力をできる。
 - 4.1.1. 患者や家族それぞれの立場と気持ちを理解し、効果的なコミュニケーションがとれる。
 - 4.1.2. 治療同盟をつくり、協力しながら治療を進めることができる。
 - 4.2. 他の医療・保健従事者と協力ができる
 - 4.2.1. 司法精神医学的なコンサルテーションができる。
 - 4.2.2. 措置診察をして、適切な報告書を書ける。
 - 4.2.3. 保健所の医療監視などに参加、協力ができる。
 - 4.2.4. 精神医療審査会の中で意見が言える。
 - 4.3. 司法場面で活動ができる
 - 4.3.1. 鑑定書を作成できる
 - 4.3.1.1. 刑事司法における鑑定(刑事責任能力、抗弁能力、その他)ができる。
 - 4.3.1.2. 医療観察法における鑑定ができる。
 - 4.3.1.3. 民事における鑑定(成年後見人、損害賠償能力、その他)ができる。
 - 4.3.1.4. 求められている情報や意見を正確に把握できる。
 - 4.3.1.5. 裁判所を通じた情報の収集の仕組みを理解し、利用できる。
 - 4.3.1.6. 治療者とは違う鑑定人という立場にたって鑑定業務に遂行できる。
 - 4.3.1.7. 論理の通ったわかりやすい鑑定書を書くことができる。
 - 4.3.2. 法廷で証言ができる。
 - 4.3.2.1. 犯罪、他害行為と病態の関係について、関係者にわかりやすく説明できる。
 - 4.3.2.2. 刑事責任能力、民法能力など法的能力と病態の関係についてわかりやすく説明できる。
 - 4.3.2.3. 証言者としての倫理に熟知し、適切に活動できる。
 - 4.3.3. 医療観察法の審判業務ができる。
 - 4.3.3.1. 医療的な立場で、問題点やその構造を裁判官、他職種にわかりやすく説明ができる。
 - 4.3.3.2. 医学的、医療的な相談を受け、意見ができる。
 - 4.3.3.3. 明快な論理で審判を下すことができる。
 - 4.3.4. 警察署、拘置所の精神障害に関する援助ができる。
 - 4.4. 被害者救済について理解し、援助できる
 - 4.4.1. 被害者やその家族の相談に応じたり、援助したりできる。
 - 4.4.2. 被害者救済の制度の利用をできる。
 - 4.5. さまざまな場面での業務を公平な立場でおこなうことができる
 - 4.6. 公的な役割の中で活動ができる
 - 4.6.1. 国の政策を理解し、協力することができる。
- 5. 最良の医療を目指し、維持できる。
 - 5.1. 医療の質向上に努めることができる。
 - 5.1.1. 医療の質についての考え方がわかり、気にかけていられる。
 - 5.1.2. 自分の知識と技術の限界を知っており、常に向上に努めることができる。
 - 5.1.3. 質を上げるために、文献を集め、調べることができる。
 - 5.1.4. いろいろな活動に参加している。
 - 5.1.5. ガイドライン、EBMに精通している。
 - 5.1.6. 質を上げるために、supervisionやpeer reviewを受けることができる。
 - 5.1.7. 文献を批判的に評価できる。
 - 5.1.8. 文献を評価や治療に論理的に関連付けることができる。
 - 5.1.9. 常に最新の情報を取り入れている。

5.2. 教育ができる。

- 5.2.1. 専門医になろうとする医師の臨床教育ができる。
- 5.2.2. 医学生、paramedic、関係者への教育ができる。
- 5.2.3. 講義、講習などができる。
- 5.2.4. 被教育者のsuperviseができる。
- 5.2.5. 教育的な観点から被教育者の評価ができる。

5.3. 研究ができる。

- 5.3.1. 司法精神医学研究のチームに参加し、計画・実施に協力できる。
- 5.3.2. 臨床研究の方法を熟知し、自らも計画、実行ができる。
- 5.3.3. 臨床研究にあたって必要とされる倫理、法律的な事項を理解し、これを遵守して研究をすすめることができる。

6. 倫理を理解し、実践することができる。

- 6.1. 治療に責任を持つことができる。
 - 6.1.1. 責任をもって治療をリードできる。
 - 6.1.2. 治療を振り返り、間違っているときには素直に修正できる。
- 6.2. 倫理についての理解、応用ができる
 - 6.2.1. 尊厳をもって、患者や家族にかかわることができる。
 - 6.2.2. 権利擁護について理解し、適応できる。
 - 6.2.3. 精神医学の悪用について理解し、防止できる。

表 2. 司法精神医学専門医教育の LS

方法の名称	概要	司法精神医学的な考慮
講義を受ける	知識については、講義が主。	講師は広く、集めることになる。また、受講生も各機関から集まる形。
自己学習	自己学習(読書、ビデオ、PC、Internet)。主に知識面の学習はこれを中心。	Internet などが整備され、環境が整いやすくなったとはいえ、基礎的な教科書・文献・資料などは、教育機関に整備すべきである。また、鑑定書、裁判記録などなかなか目に触れることがない文書を閲覧できるシステムの整備がいる。
Logbook と portfolio	教育を受ける期間の日記をつける。これには、自分にあった計画と進行状況、どのような体験をしたかを記載しておき、後で review する。自主的に教育を組み立てていくという目的もある。	司法精神医療では、異なる種類の機関を回ったり、活動があったりするので、これは、特に有効と思われる。
指導医モデル観察・補助、shadow training	指導医をモデルとして学習する。観察→補助を務める→陰モデルでやってみるというふうに進む。特に技術面、姿勢面についての学習にはこれが大きい。	司法精神医学・医療の教育機関には、規模が小さいために指導医が得られないところもあり、改めて整備が必要となる。また、指導医の影響がとても大きいので、指導医の質に留意が必要。
回診参加	回診参加は、上級医の観察もできるし、自分が知識を披露したり、臨床上の説明をしたり、同僚の態度から学んだりできる。	これも、機関によっては、整備が必要。
Supervision	定期的に、また、何かあったとき適宜に、supervisor から指摘や指導を受ける。	少なくとも、臨床、精神療法、研修進行の 3 種の面について、別々の supervisor がつくことが理想であるが、司法精神医学ではそれだけは揃えられないかもしれない。
自己実践	実際に自分でやってみるということは大切なこと。	Supervision のとき、さらに次の段階。
事例発表・事例討論会	事例を整理し事例検討会で発表する。自分でまとめ、多くの人にみてもらうので力がつく。また、他の人の発表をきくのは training にとてもよい。	司法精神医学の事例は数が多く得られないので、個別の事例を検討することがとても重要となる。ただし、教育している機関内での発表が簡単だが、小さい規模の教育機関内だけだと馴れ合いになる可能性がある。いくつかの機関で共同発表会に出すともっと多くの人にみてもらえるが、今度は守秘の問題が絡んでくるので工夫がいる。
治療チームのメンバーに実際に参加	実際にチームの一員として参加する。役割を引き受けることで実際の力がつく。医師のさまざまな役割練習になる。もちろん、慣れてくるとリーダーの役割もとる。	司法精神医療では、組織内だけでなく、組織からの対外的なチーム活動もある。さまざまな立場の人とも接触する機会が増える。特に利害がいろいろに絡み、それを解決していくことも学ぶことが必要。
ビデオ学習・模擬実習	知識面だけではなく、実際の面接場面や裁判場面などがみれたり、臨場感のある role play 的なことができるとよい学習になる。	守秘の問題が大きく、司法精神医学の場面の多くは、標準化された教材をつくるのは困難がある。
見学	実際にみてる。	通常ではなかなか見ることができないところについては「百聞は一見に如かず」である。
seminar 参加	さまざまなテーマやトピックで行われるセミナーに参加することで、広がりが出る。	司法精神医学・医療では、範囲は広いのに、臨床でそれにあたる確率が低いことが多い。それをカバーしバランスよく広く学習するために、セミナーが必要である。
研究会、学会参加	研究会、学会へ参加して、発表、討論。	まだ、研究会は少ない。おそらく、地域単位での研究会が必要となってくる。全国レベルの日本司法精神医学会は成立してまもないが、期待される。また、法律家も含めて異職種での研究会もあるとよい。
司法精神医学の研究に参加	研究企画、実施に直接参加をすることで、その方法や倫理についての実際を学ぶことができる。	司法精神医学では、倫理面への配慮が特に必要。

表 3 米国レジデントの評価法道具箱²⁾

360-Degree evaluation Instrument	<p>多人数の評価者(上司、同僚、部下、患者、家族など)が、調査票や質問紙票などを用いて、いくつかのトピック(チームワーク、コミュニケーション、マネージメント技術、決定など)について情報を集め、その遂行能力を評価する。通常は5段階の評価を行い、トピックそれぞれと総合評価をして、本人にも feedback する。</p>
Chart Stimulated Recall Oral Examination (CSR)	<p>受け持った事例を用いて、標準化された口答試験で評価する。訓練を受け経験ある医師が、被試験者に対して、その行ったケアについて、作業内容、診断、臨床所見の解釈、治療計画の背景にある理由などについて問う。試験者は、十分に確立したプロトコールと評点方法に基づいて評点付けする。効率的にデザインされた試験では、各事例に5から10分間要する。典型試験では、30分間ないし60分間のセッション毎に一人か二人の試験官が付き、計2時間行われる。</p>
Checklist Evaluation of Live or Recorded Performance	<p>複雑な行動能力を分解して、本質的なあるいは望ましい特異な行動群や活動群、手続き順序群など分けてチェックリストは作られている。それにしたがって、「ある」「なし」、あるいは、「完全」「不完全」「なし」、「全部」「部分」「不適」などに評点する。チェックリストは行動に関するものだが、一般的な遂行内容の適否について判断するときには、「合格」「不合格」あるいは、「優」「良」「普通」「不良」などの判定をつけることになる。</p>
Global Rating of Live or Recorded Performance	<p>この評価様式は、次の点で他の評価様式とは違う。(a)個別の技術や行動ではなく、一般的なカテゴリーの能力(患者へのケア能力、医学知識、対人関係や communication 能力)をみる。(b)さまざまな情報源からある一定期間に集められた総合的な印象をもとに過去遡及的に評価する。すべての評点は、リストに載っている知識、技術、行動それぞれにしたがって行う。典型的な評点では、質を示すため数値で表現している。たとえば、1.優良、2.良、3.普通、4.不良、あるいは、1.優秀、2.満足できる、3.不満足にとどまる、など。</p>
Objective Structured Clinical Examination (OSCE)	<p>ひとつ以上の評価法を使って、12から20の別個の会場でそれぞれ10から15分かけて、標準化された患者に遭い、行われる。それぞれの会場を回る合間に、直前に遭った患者について、患者ノートを完成させたり、筆記試験を受けたりすることもある。すべての受験者が同じタイムスケジュールで会場から会場へと連続して回る。標準化された患者が OSCE の主たる評価法ではあるが、専門技術を評価するために、臨床事例を使ったデータ解釈やマネキンを使った臨床シナリオ訓練など他の評価法も含んでいる。</p>
Procedure, Operative, or Case Logs	<p>これらの記録は、ある病状をもつ患者との出会い(事例)、行った外科的な手技、手術を文書化したものである。記録には、数を含めるときがある。現在使われている事例記録は、指定された時間の枠組みの中で継続して受け持った事例を記録したものが含まれる。また、現在使われている手術記録はいろいろである。CPTcode による包括的な手術データの記録まで要求するものもあれば、少数の決められた分類にしたがった記録のみのこともある。</p>
Patient Surveys	<p>病院、クリニックなどに対する患者の満足度調査は、典型的には、医師のケアについて質問するものである。質問は、しばしば医師のケア一般(使われた時間、技術や知識など医師の能力、礼儀、関心や共感)についての評価である。もっと細かに特異的な面も評価ができ、これには、医師の説明、聞く力、さらには、検査所見や治療方針や薬の副作用などの情報提供などがある。典型的な患者調査は、患者に、ケア満足度に合わせた評価区分(たとえば、不満、まあまあ、満足、とても満足、素晴らしい)にしたがって評価してもらうか、ケアを表現した文章の同意にあわせた評価区分(たとえば、主治医はいつも待たせますか? はい、いつも。はい、ときどき。いいえ、たまに。いいえ、決して。)にしたがって評価してもらう。それぞれの評価は数値化され、計算されて、満足度が、ならして単一点数としてでるか、異なる臨床ケア活動や場面それぞれに点数としてでる。</p>
Portfolios	<p>Portfolio は、レジデントが学習したことを示す産物や治療計画に応じて達成したものの集合体である。通常は書かれた文書であるが、その他にビデオやオーディオの記録、写真やその他の形式の情報を含んでいる。何を学んだのかと振り返ることは portfolio を形作る重要な部分である。学習産物に加えて、学ばれたこととその応用について、あるいは、残った課題と、それが今後どのように対処されるかなどの記述も含むことができる。医学部教育では、次のものを含むことができる。実際なされた手技の記録、治療法を選択するとき review した研究文献のまとめ、質向上のための計画とその実施結果、遭遇した倫理的なジレンマとそれをどう取り扱ったか、患者ケアの結果を追尾するコンピュータプログラム、患者に行ったカウンセリングの記録もしくは口述記録体。</p>

Record Review	<p>医療機関のカルテ管理部門に配属され訓練を受けたスタッフは、患者のカルテや電子記録を点検している。スタッフはあらかじめ決められたプロトコールと符号化様式に従って、カルテから、処方、出された検査、行われた手技、予後などの情報を抽出している。患者の所見はまとめられ、認定された患者ケアスタンダードと比べられる。ケアスタンダードは、the Agency for HealthCare Research and Qualityのウェブサイトに行くといくつもの疾患について手に入れることができる。</p>
Simulations and Models	<p>臨床手技の評価のためのシミュレーションは、実際とかなり似せ真似ようとするが、実際の臨床状況をそのまま再現するわけではない。シミュレーションの特性はむしろ次のようなことにある。すなわち、ほとんどヒントのない臨床課題を与えて被験者に判断させ、患者を実際に傷つけることなく致命的なミスを起こさせることで、すぐに被験者にフィードバックして間違った行動を訂正でき、また、他の状況では評価できない被験者の行動の評価をもできるというものである。シミュレーションの形式は、紙と鉛筆で選んでいく問題 (patient management problems or PMPs), PMPs のコンピュータ版である臨床事例シミュレーション (CCX), ロールプレイ状況 (e.g., standardized patients (SPs), clinical team simulations), 解剖モデルもしくはマネキン、もしくはこれら三形式を組み合わせたものがある。マネキンは生態臓器や解剖した領域の模擬であり、しばしば疾病をもつ患者の病理所見を利用している。モデルは、ビニルもしくはプラスチックを加工して生体組織に似せてあり、電気回路を埋め込んで、被験者の働きかけに応じて生きていくかのように反応する。仮想現実もしくは仮想環境(VR)は、computerを解剖モデルと連動させ、医師が現実の患者であったらこう予想すると思われる、もっともらしい臓器と表面イメージと感触(コンピュータが産み出す肝臓の反応)模倣させている。VR環境による方法は、他の評価法では安定して評価することが難しい手技の評価や他の複雑な臨床課題の評価にも有効である。</p>
Standardized Oral Examination	<p>これは、実際の患者事例を使って、訓練を受けた医師の試験官が被験者に質問をして、遂行能力をみる評価法のひとつである。試験官はまず、被験者に、患者事例の筋書きの形で臨床問題を提示し、どのようにマネージしていくかをたずねる。質問は、被験者が臨床所見を尋ねた場合の理由、所見の解釈、治療計画などを探る。効率よくデザインされた試験では、それぞれの事例の筋書きは3から5分間である。試験はほぼ90分から2時間半続き、2ないし4つのそれぞれ30分間から60分間のセッションからなっている。セッション毎に1人ないし2人の医師が試験官としてつく。一人の被験者に18から60の異なる臨床事例をテストすることが可能である。</p>
Standardized Patient Examination (SP)	<p>標準化された患者(SP)とは、標準化された方法で病状を模擬できる訓練を受けた健康人、もしくは標準化された方法で病状を示すことができる実際の患者のことである。この試験では、複数のSPを使って、それぞれに異なる病状を10分から12分間示させる。評価されるレジデントは、SPをあたかも本物の患者であるかのように診察する。(たとえば、病歴を取り、身体所見をとり、検査をオーダーし、診断をつけて、治療計画をたてる。患者のカウンセリングをする) チェック項目表か評点表を用いて、医師の観察者かSPが、被験者について患者のケア課題と期待される行動遂行の適切性、正確性、完成度を調べる。行動遂行の判定基準はあらかじめ決められている。複数SPを使う代わりに、もしくはそれに加えて、個別のSPが特異的な患者ケア技術の評価するために使われる。SPはまた、Objective Structured Clinical Examination(前述のOSCEを参照)でも、会場に用意される。</p>
Written Examination (MCQ)	<p>筆記ないしコンピュータにもとづくMCQ試験は、きちんと定義された知識体系の知識と理解を抽出選択し、マルチチョイス形式の質問にしたものであり、単なる事実情報や簡単に想起できる情報のことではない。それぞれの質問や試験項目は、導入の説明文がまずあり、ついで4ないし5つの選択肢がある。被験者は、これと合う回答を選択肢の中からひとつ選び、符号化された回答用紙にマークする。導入の説明文は、患者事例、臨床所見を示したり、画像データを見せたりするものが多い。別に小冊子を用意して、図、その他の関連情報を示すこともある。専門医学会や機関で用意される訓練中の試験はMCQ形式の試験である。定型的な半日試験では、175から250の質問数がある。コンピュータに基づく試験では、試験項目がモニターに映し出されるが、一度にひとつの項目にいくつかの図や画像も一緒に映し出される。コンピュータに最適化された試験では、試験項目数は少なく済む。というのも、被験者の能力判定に早く到達できるように、コンピュータがあらかじめプログラムしてある統計的な規則に基づいて試験項目を選択してくるからである。</p>

表 4. assessment 方法の整理に必要な視点

1. 評価の対象範囲とその内容(評価の目的)
 - この評価方法で測定しようとしている知識、技術、態度
2. 誰が評価するか
 - 自己
 - 患者、家族
 - 同僚
 - 後輩
 - Supervisor
 - 別の関係職種
 - 独立した専門の評価者、団体
3. どのような場で
 - 臨床現場で
 - テスト会場で
4. 場の中で被試験者が使う刺激物、道具の有無と内容
 - 直接の患者、家族、医療従事者、法関係者など
 - simulatedされた患者、家族、医療従事者、法関係者など
 - カルテを見ながら
 - logbookを見ながら
 - ビデオを見ながら
5. 評価者が直接、観察するもの
 - 動作、行動
 - 口答内容
 - 記載内容物
 - カルテ
 - Logbook
 - 試験記載物(MCQ、論文など)
6. 評価期間(longitudinal か cross-sectional か)
 - 頻度と時間的な長さ
7. normativeか、criterion-basedか
8. validity
9. reliability
10. feasibility or practicability, cost
11. formativeで使うか、summativeで使うか
12. assessmentの構造化の程度

表 5-1. 司法精神医学専門医の必須実習機関の GIO、SBOs と LS

	指定入院医療機関	指定通院医療機関	矯正機関
GIO	司法精神医学専門医として、医療観察法を十分に理解し、指定入院医療機関で活動できるようになる。	司法精神医学専門医として医療観察法を十分に理解し、指定通院医療機関で活動できるようになる。また、関連機関、関連法規について熟知するとともに、一般精神医療との差異を知り、連携ができる。	司法精神医学専門医として、矯正医療の処遇システムを理解し、関連法規、官憲機関を熟知し、矯正機関で活動できるようになる。
SBOs	刑事司法、医療観察法における評価と治療。 指定入院医療機関での成果を一般医療に還元。 医療観察法を熟知し、適切に運用し、活動できる 医療観察法によって処遇された対象者の治療業務ができる 人権保護、医療倫理について熟知する 対象者の社会復帰を援助できる責任能力、抗弁能力、医療必要性などの評価ができる。 指定入院医療機関での治療と評価ができる。 チーム医療ができる。 指導や教育ができる。 研究ができる。 倫理会議、治療評価会議などで専門的観点から意見ができる リスク評価ができる 外部機関と協力し、社会復帰を援助できる	医療観察法を熟知し、適切に運用し、活動できる 医療観察法によって処遇された対象者の治療業務ができる 人権保護、医療倫理について熟知する 対象者の社会復帰を援助できる 指定入院医療機関と連携し、対象者に適切な治療を提供できる リスク評価ができる 社会資源の活用を援助できる	刑事訴訟法、少年法の基本を理解する。 矯正医療の処遇システムとその流れを理解する。 矯正施設における人権・保安のバランスについて理解する。 矯正医療における目標(矯正教育/保護育成)について理解する。矯正施設での医療と処遇困難者への対応を修得する。 未決者(起訴前、起訴後)既決者の人権や精神状態の差異、拘禁反応や拘禁着色について理解する。 処遇検討会や矯正医療研究会で精神医学的見解を意見できる。 再犯および疾病再発の防止プログラムについて熟知する。 被害者学の観点からの矯正教育について熟知する。
LS	治療チームに参加し、実務を経験し、上級医師の supervise を受ける。 実際に様々な鑑定書を書き、supervise。 事例について、チーム内、専門医研究会などで発表、討論する。 下記の裁判所などに出向いての学習。	ケアチーム、治療チームに参加し、実務を経験し、上級医師の supervise を受ける。 精神科専門医教育の中の司法精神医学について講義をする。一般精神医療に対して、consultation を行う。 下記の保護観察所などに出向く。	上級医師の指導を受けながら精神医療を行う。 再犯および疾病再発の防止プログラムについて、処遇官や上級医師の指導のもと評価、検討する。 処遇検討会や矯正医療研究会に参加し、協議する。 被害者支援センターなどを見学し、(さらに可能ならば)実際に被害者カウンセリングに陪席する。

表 5-2. 司法精神医学専門医の必須実習機関の GIO、SBOs と LS

	裁判所	保護観察所	精神保健福祉センター、 保健所
GIO	日本の司法システムについて理解し、司法精神医学専門医として、司法システムの中で活動できるようになる。	保護観察所の役割を理解するとともに、保護観察所と連携が取れるようになる。	行政について学習し、司法とのつながりの中で活動できるようになる。
SBOs	過去の主な判例について学習する。 裁判・審判の制度の実際を学ぶ 証言のスキルを学ぶ	保護監察官や社会復帰調整官の役割について理解する。 再犯防止への取り組みについて学ぶ。 社会復帰のための資源や介入方法について理解する。	精神保健福祉センターを通して、行政の考え方、精神保健福祉法の思想、実際を熟知する。 精神医療審査会、実地指導などに熟知し、参加できるようになる。
LS	裁判を傍聴する。 過去の主な判例を熟読する。 本人やスーパーバイザーの出廷の際に事前のカンファレンスに参加する スーパーバイザーなどが証人として出廷する際に傍聴する 本人が証人として出廷する際に、スーパーバイザーなどの傍聴を求めてフィードバックを受ける 可能であれば裁判官、検察官、弁護士(付添い人)などとも、法廷外で指導をいただく	保護監察官や社会復帰調整官の活動(更正支援や被害者支援)について講義を受ける	センターの活動に参加し、そこでアドバイスをもらう。 精神医療審査会、現地診察などには直接陪席して、説明を受ける。

看護部会活動報告書

宮本真巳*、小松容子**、大迫充江**、佐藤るみ子**、美濃由紀子*

(*東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科、

**国立神経精神センター武蔵病院)

I. はじめに

看護作業部会では、昨年度に引き続き、司法精神医療における看護教育や看護職者の研修について、宮本班と合同で検討を行った。今年度は、指定入院医療機関が開棟したことにより、現場の問題点や課題が明確になりつつある。それらを今後どのような形で研修や教育に活かしていくかを中心として、研修内容及び研修体制の充実と研修・教育テキストの作成に向けた検討を重ねた。

まず、大学・大学院教育に関しては、看護学士課程教育において「司法精神看護学」の内容を組み入れることとし、看護修士課程教育において「司法精神看護学」を科目設定する。

看護職者の研修に関しては、対象者を精神看護従事者全般と指定入院医療機関従事者、指定通院医療(機関)従事者とに大別し、対象者それぞれに沿った目標と研修内容を具体的に設定した。中でも、指定入院医療機関従事者、指定通院医療(機関)従事者に関しては、従事前研修と従事後の継続研修を設定することにより、対象者の業務内容やニーズに合った研修が展開できるように工夫する。

すでに看護師の資格としては、認定看護師・専門看護師の認定が行われてきているが、それらの資格を基盤として、「司法精神看護学」のスペシャリスト養成コースを新設する。

II. 卒前教育

●看護学士課程教育(学部教育)のカリキュラムに、「司法精神看護学」教育を組み入れる

看護師カリキュラム 科目：精神看護学、地域看護学、関係法規、高度先駆的医療看護(資料1)

保健師カリキュラム 科目：公衆衛生看護学、保健福祉行政論

<一般目標 General Instructional Objective, GIO>

心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の看護について理解することを通じて、精神医療、精神看護全般についての理解を深めることができる

<学習目標 Specific Behavioral Objectives, SBOs>

- 1) 心神喪失者医療観察法に基づく指定医療機関における治療と看護の概要を理解することができる
- 2) 司法精神医療と司法精神看護が全般的に抱えている問題について理解することができる
- 3) 触法行為を行った精神障害者の処遇に関する法制度と人権擁護について知ることができる
- 4) 暴力と攻撃的行動の背景にある精神病理について学び、自傷や他害の行為に対する介入や防止の必要性を理解することができる
- 5) 多職種チームとは、どのようなものかを知ることができ、その中での看護職としての役割について考えることができる
- 6) 重大な他害行為を行った精神障害者にとっての治療プログラムの必要性について理解することができる
- 7) 重大な他害行為を行った精神障害者への社会復帰援助について考えることができる

<学習方略 Learning Strategy, LS>

講義、グループ討議、ケーススタディ等

<評価方法>

レポート、講義への参加意欲や態度、出席日数等を考慮して評価する

Ⅲ. 卒後教育

卒後教育としては、1. 現場教育 2. 看護修士課程教育（大学院教育）の2項目があげられる

1. 現場教育

現場教育では、触法精神障害者のケアに携わる看護師・保健師のための研修を実施する

A) 現場教育の類別

1) 職能団体による研修

- 精神看護従事者全般を対象とする研修を実施する

内容：2～3日間で、司法精神看護学の基本について学ぶ

- 精神看護認定看護師取得のための研修(6ヶ月コース)に司法精神看護学コースを設定する

2) 厚生労働省（委託機関）による研修

- 指定入院医療機関に従事前の者を対象とする研修を実施する

①全従事者（看護師）：講義形式の研修を実施する

②リーダー層：すでに開棟している病棟での臨床研修を実施する

講義形式の研修を組み入れるかは、今後の検討課題

- 指定通院医療(機関)従事者を対象とする研修を実施する

①外来看護師

②訪問看護師・保健師

③デイケア看護師

- 継続教育：指定入院医療機関従事者を対象とする研修を実施する

期間：年に2回開催で1回に2日間

規模：1講習25人～50人程度（各病棟から2～3名ずつ参加）

内容：事例検討やディスカッション等の実践・臨床的な内容を中心とする

（施設間のばらつきを是正）

B) 現場教育の目標と方法

司法精神看護に求められるのは、臨床的な知識・技術、信念・態度・姿勢に関する幅広い能力とアセスメントや個別のケア等の効果的な介入の為の核となる能力である。これらの能力を身につけるために学ぶべきことは、専門的・倫理的・法的側面に関する事、アセスメントや社会復帰援助に関する事等の7つの側面ある（資料2参照）。現場レベルの教育においては、ある程度の専門性を獲得する為の基

礎学習が必要であるために、一般目標は「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の看護を適切に行うために、必要とされる基礎的な知識、技能、態度を習得する」とした。

学習目標は「効果的な介入の為の核となる能力」の7つの側面を設定した。

看護業務の習得を達成するために、指定入院医療機関での研修が可能と考えられることについては、学習目標を達成するための下位項目も暫定的に挙げた(①～⑯)。これらの下位項目については、更に下位項目を設定し、研修者自身で何をどの程度実施しているか把握するための「研修経験確認表」を実際に活用した(資料3参照)。これは後述する評価方法の一つとして活用することも可能である。

学習方略は、講義と臨床実習を組み合わせ、尚且つグループ討議や事例検討を通して臨床に即したアセスメントや判断能力を習得していくことが効果的である。学習の評価方法は、研修の形態によるが、参加意欲や態度、出席日数のほかに、ケースレポートや実技(看護面接、グループの運営など)による評価が組み込まれるとより臨床的な状況での評価が行いやすくなるであろう。

<一般目標 General Instructional Objective, GIO>

心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の看護を適切に行うために、必要とされる基礎的な知識、技能、態度を習得する

<学習目標 Specific Behavioral Objectives, SBOs>

- 1) 触法行為を行った精神障害者の処遇に関する専門的・倫理的・法的側面について述べる事ができる。
 - ①医療観察法、ガイドライン等に関する事
 - ②人権擁護に関する事
 - ③安全管理と安全の保持、環境調整に関する事
- 2) 重大な他害行為を行った精神障害者についての包括的なアセスメントが出来る。
 - ④情報収集、状態把握、ニーズの明確化
 - ⑤精神症状と日常生活行動の観察
- 3) 重大な他害行為を行った精神障害者への適切な治療計画の立案と修正に関与することができる。
 - ⑥看護計画の立案と修正
 - ⑦日常生活への援助
 - ⑧看護面接
 - ⑨看護における身体管理
 - ⑩自傷他害への介入
- 4) 多職種連携に向けてメンバーシップ、リーダーシップをとることができる
 - ⑪多職種チームにおける看護職としての役割遂行
- 5) 重大な他害行為を行った精神障害者およびその家族と援助関係を構築し、建設的な援助を提供することができる。
 - ⑫対人関係の調整・改善
 - ⑬家族への関わり
- 6) 重大な他害行為を行った精神障害者に、グループワーク等の適切な治療プログラムを提供することができる。

⑭治療プログラム

7) 重大な他害行為を行った精神障害者への社会復帰援助ができる。

⑮服薬指導

⑯外出・外泊への援助

<学習方略 Learning Strategy, LS>

講義、グループ討議、事例検討、臨床実習等

<評価方法>

レポート、実技、参加意欲や態度、出席日数等を考慮して評価する

2. 看護修士課程教育 (大学院教育)

看護修士課程教育では、より専門的な知識の獲得や実践能力の獲得のための教育を行う

A) 看護修士課程教育の類別

1) 司法精神看護学の科目設定

『司法精神看護学』の科目設定を、東京医科歯科大学大学院(資料4)で平成15年度から、大阪府立看護大学で平成17年度から実施(2単位)

2) 精神看護学専門看護師のサブスペシャリティコース設定

IV. 専門性の獲得 2) の欄にて詳述

今後の課題として、司法精神看護領域における臨床実践能力の獲得に向けた臨床実習の導入についても検討していく必要がある

B) 看護修士課程教育の目標と方法

<一般目標 General Instructional Objective, GIO>

司法精神医療、司法精神看護学の現状と課題、並びに理論的、歴史的背景の検討を中心に、暴力等による自傷他害の行為の見られる精神疾患患者の回復と自立の促進に向けた早期介入や入院時の個別ケアと併せて、心理教育、認知行動療法、芸術療法等の集団療法や、患者の自助活動を重視する治療共同体的な実践の方法論について習得する。

<学習目標 Specific Behavioral Objectives, SBOs>

- 1) 司法精神医療という臨床状況における治療や看護が困難となる事情について理解を深めながら、心神喪失者医療観察法に基づく指定入院医療機関における治療と看護の課題について学ぶ。
- 2) 司法精神医学と司法精神看護学の基本的な枠組みや評価方法を学ぶことを通じて、既存の精神医療と精神看護が全般的に抱えている問題点について理解を深める。
- 3) 暴力と攻撃的行動の背景にある精神病理について理解を深め、自傷や他害の行為に対する介入や防止のための方法について習得する。

<学習方略 Learning Strategy, LS>

習得すべき技法とその理論的背景や習得方法の概略については教員が講義するが、技法習得の基礎となる事例や臨床実践に関する報告や討論は、学生の主体性に任せる。

<評価方法>

レポート、講義への参加意欲や態度、出席日数等を考慮して評価する

IV. 専門性の獲得

専門性の獲得＝職能認定として、1) 認定看護師制度 2) 専門看護師制度の制定の2項目があげられる

1) 司法精神看護認定看護師制度の確立

●認定のための講習の実施

日本精神科看護技術協会にて、H18年度より開始予定

(日本精神科看護技術協会の認定看護師と横並びで6ヶ月程度のコース設定)

また、国家資格との連動も考慮していく

2) 精神看護学専門看護師のサブスペシャリティコースに司法精神看護学を加える

●精神看護領域の専門看護師のサブスペシャリティの1つとして『司法精神看護』の申請を、大学協議会と日本看護協会に行う

現在、精神看護領域の専門看護師のサブスペシャリティ以下の5つとされている

- ①急性期看護
- ②リハビリテーション看護
- ③アディクション看護
- ④リエゾン精神看護
- ⑤メンタルヘルス

司法精神看護学は、これらのサブスペシャリティに共通する部分もあるが、対象者が医療観察法にもとづく入院・治療・リハビリテーションであり、重大な他害行為を行ったものであることから、上記5つのサブスペシャリティからは独立した専門性の獲得が求められる。

これらのことにより、『司法精神看護学』を精神看護学専門看護師のサブスペシャリティの1つに加えることをとして申請する必要がある。

V. まとめ

平成17年度は、昨年に引き続き司法精神医療における看護教育や看護職者の研修について検討を重ね、目標の明確化と内容の具体化を図った。看護学の分野では、教育・継続教育システムが医学分野に比べ複雑である。そのため、卒前教育、卒後教育、専門性の獲得、生涯教育という基準項目に沿いながらも、看護学の教育・継続教育システムの特徴を活かした類別を試みた。これらの類別を整理し、位置づけたことにより、司法精神看護学の教育・研修における対象者がより明確となり、各対象者の各時期に沿った具体的な目標・内容の設定が可能となった。

高度先駆的医療看護(精神看護学)-触法精神障害者とその看護

目的:我が国では初めて触法精神障害者に対する医療を専門的に扱うための法「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(心神喪失者医療観察法)」が制定され、来年には施行を迎える。この法律で処遇する「指定入院医療機関」はまず国立精神神経センター武蔵病院と肥前精神医療センターの2箇所を皮切りに全国の国公立病院に設置される予定である。大阪池田小事件をはじめとする社会的重大事件によりこの問題は一般市民にも注目され、精神科看護の分野でも触法精神障害者に対する看護という専門領域を持たず、まったく新しい一分野の始まりとなる。この講義では触法精神障害者に対する理解とそのアプローチの方法を学ぶことを目的とする

講義内容案				2006/6/1	下里	
回	日	時間	テーマ	内容	詳細	一般精神医療で知っておきたい内容
1	4/20	13:30-15:00	総論	1 講義内容	・6回の講義予定	
				2 これからの精神医療について	・触法精神障害者に対する専門治療と新障害者プランその他による行政政策の方向が課題。 ・心身喪失者医療観察法とは(これにより池田小の犯人は処遇されないはずであることに注意)	・ダイヤモンドプラン ・精神病床のあり方について(平成15年3月)
				3 司法精神医学、触法精神障害者とは(精神障害者とその責任を負い得るかどうか、医学の立場から参考資料を提出するのが鑑定、この問題につき研究するのが司法精神医学だったがこれからは治療することも含まれていく)	・触法精神障害者とは刑罰法令に触れる程度の行為を行った精神障害者、有責性は問わない。 ・心神喪失、心神耗弱(刑法第39条) ・あいまいな心身喪失と精神障害の関係・事件から ・重症=治療抵抗性あるいは対応困難で触法以外の人のほうが実は多い	
2	4/21	15:10-16:40	司法精神医療とその歴史	1 精神障害者と犯罪	・精神障害者と精神病(いわゆる精神病) ・刑事事件と責任能力(我が国で一律に刑を受けないのは心身喪失と14以下の少年のみ) ・精神鑑定(3種類の鑑定:刑事・民事・精神保健鑑定)	現行の精神障害者が犯罪を犯した場合の流れ・あくまでも鑑定結果は資料)
				2 社会的事件と保安処分をめぐる論争	・精神障害者医療観察法が成立するまで(過去の問題) ・過去の事件	精神障害に対する偏見
				3 触法精神障害者をどう考えるか	・精神障害者は本当に危険?	
3	4/27	13:30-15:00	精神障害者と法権利と処遇	1 日本国憲法	・基本的人権	精神保健福祉法(入院形態・隔離・)
				2 精神保健福祉法	・入院形態、隔離、申し立て	
				3 心神喪失者医療観察法	・マクノートンルール	
					・ポリスパワーとパレンスパトリエ	
					・治療適合性	
・被害者への配慮						
	・インフォームドコンセント					

4	6/1	13:30-15:00	触法精神障害者と看護①(厳密には司法精神看護という言葉はまだ日本には存在しない)	1. リスクアセスメント、リスクマネジメント	セキュリティ、治療と保安のバランス(矯正ではなく医療の提供:一括した管理に頼らざるを得ない現状・所持品制限、病棟ルール、外出、いったん事故が起こると管理的になる傾向)・・・適切なリスクアセスメントが重要	
				2暴力への対応	・専門的な介入、教育が必要ただし実は司法よりも処遇困難の方が多いが	
				3社会心理的介入	Anger Management(ただしこれだけではないが・・・)	SSTなど
				4MDT	社会復帰調整官、多職種とのかかわり	
5	6/4	15:10-16:40	触法精神障害者と看護②	指定入院医療機関と社会復帰	・入院から通院への流れ、退院後のフォローアップ(ACT,CPA)	・障害の理解(ICIDHからICFへ)
				触法精神障害者への看護における看護師の問題	・医療観察法下での濃厚な医療の提供はこれからの精神科医療の充実の鍵になる	・社会資源
					・燃え尽き・倫理(アイデンティティーの危機)	バーンアウト
6	6/8	13:30-15:00	触法精神障害者と看護③	英国の司法精神医療と看護	・3つのレベルのセキュリティ・・・程度に応じたケアの提供	病床数の外国との対比
					・個室など優れたアメニティー	
					・看護者数	
					・MDTとCPN	
					・少ない隔離抑制	
7	11/10	10:40-12:10				

<資料2> 司法精神看護に求められる能力と学ぶべきこと (例)

効果的な介入の核となる能力 Core competencies		知識	技術	態度 (姿勢)
専門的・倫理的・法的側面	臨床観察法、ガイドライン、処遇に関連する法制度、各種倫理規定、人権擁護 司法精神看護の役割と機能、安全管理	医療観察法、ガイドライン、処遇に関連する法制度、各種倫理規定、人権擁護 司法精神看護の役割と機能、安全管理	アドボカシー・スキル, 説明技術 環境調整, 安全保持	安全管理と治療環境とのバランスを保つ姿勢 個人の生命・尊厳・権利の尊重, 開かれた態度 (透明性)
アセスメント 臨床判断	司法精神医学的評価, 自傷他害のアセスメント, 生活能力のアセスメント バイアスに関する理解	司法精神医学的評価, 自傷他害のアセスメント, 生活能力のアセスメント バイアスに関する理解	対象のニーズの明確化 対象・家族・社会システムについての包括的なアセスメント技術	積極的に対象を理解し解釈する姿勢
個別のケア マネジメント	EBM, EBN, ケアの原則 疾患と回復過程, 重複診断の特徴 生育歴とパーソナリティ, 発達課題	EBM, EBN, ケアの原則 疾患と回復過程, 重複診断の特徴 生育歴とパーソナリティ, 発達課題	問題解決を支援する方法, 危機介入, 犯罪・暴力の被害者と家族への支援, 加害者家族の支援, カウンセリング技術, リスクマネジメント	効果的なケアを提供する姿勢 ケアの質を維持・向上させる姿勢
チーム連携	多職種との協働, チームワークの意義 チームメンバーとして効果的な任務	多職種との協働, チームワークの意義 チームメンバーとして効果的な任務	コンフリクトの解決を果たすためのチームワークスキル	協調と協働, チームに対する信頼
対人関係	コミュニケーション理論 対人関係理論、精神力動 パーソナルスペース	コミュニケーション理論 対人関係理論、精神力動 パーソナルスペース	コミュニケーション技法, デイエスカレーション技法, 交渉技術, 家族と被害者への面接技法, 援助関係, デブリーフィング, 相談面接技術	誠実, 感受性, 公平 自己一致, アサーティブネス 個人の尊厳に対する敬意
治療プログラム	認知行動療法・集団精神療法・活動療法・心理教育の方法など 治療理念とステージ分類	認知行動療法・集団精神療法・活動療法・心理教育の方法など 治療理念とステージ分類	グループの運営 目標に沿ったプログラムの計画立案 治療プログラムの評価	目標を見据えた段階的なりはり ビリティセッションをすすめる姿勢
リハビリテーション 社会復帰援助	再発予防, 地域生活継続の方法 CPA-J, ACT-J などのケアマネジメント	再発予防, 地域生活継続の方法 CPA-J, ACT-J などのケアマネジメント	退院準備, 地域支援, 家族・地域住民・関連機関との連携	ノーマライゼーション エンパワーメント