

57.9%は全指定通院医療機関に占める鑑定入院医療機関を兼ねている機関の割合（公表されていない）よりも高い可能性がある。

3. 医療観察法通院処遇における臨床心理技術者の配置、業務、対応時間

①医療観察法に関わる臨床心理技術者の人数（表4）

指定通院医療機関において、医療観察法に関わる臨床心理技術者の数を表4に示した。約半数（49.1%）が常勤臨床心理技術者1名を医療観察法の担当に充てているのに対し、担当者がいない病院が5病院（8.8%）、非常勤臨床心理技術者1名を担当にしている病院が2病院（3.5%）あった。

②医療観察法通院処遇ケースの数（平成19年12月31日現在まで）（表5）

約半数（50.9%）の病院では、1名ないし2名の通院処遇対象者を受けていた。今回、回答した病院全体では、把握されている限りで合計101名の通院処遇対象者を平成19年12月31日までに受け入れていたことになる。通院指定を受けながらも、対象者のいない病院も15病院（26.3%）存在していた。2病院については、「わからない」と回答しており、その理由については、「外来担当心理がない」など実質的な人員配置がないケース、もしくは多職種チームに臨床心理技術者が加わっていないために情報が伝わっていない可能性が考えられた。101名のうち、臨床心理技術者が関わっているケースは、80名（79.2%）であった。

③通院処遇対象者に対する臨床心理技術者の関わり（表6）

「通院処遇対象者あり」と回答した40病院における、臨床心理技術者の対象者への関わり方を複数回答で尋ねたところ、表6のようになった。全体としては、「ケア会議」（65.0%）「治療評価会議」（52.5%）「心理アセスメント」（52.5%）における関わりが多く、次いで「MDT会議」（42.5%）「心理面接」（40.0%）「デイケア」（35.0%）であった。デイケアについては、集団プログラムとの間の区別が明確でないことから、実際にはより多くの臨床心理技術者が対象者に関わる場面となっている可能性がある。関わり方として最も多かったのがケア会議であるが、参加者は65.0%であった。治療評価会議に入っている者が52.5%いたが、それ以外の関わりについては、心理アセスメント（52.5%）を除き、いずれも50%を下回っていた。心理アセスメントについては、欄外余白に「初回のみ」などの記載が見られるケースがあった。対象者への直接的対応を担うと考えられる多職種チーム（MDTチーム）会議への参加については42.5%であり、半数以上のケースにおいて、定期的に対象者との関わりを継続している狭義の治療チームに臨床心理技術者が参加していない様子が見てとれた。

表6の「その他」の2名は、「薬のセット」及び「内観面接」と回答していた。薬セットなどは看護師との協働作業であろうと考えられた。

通院処遇対象者に、全く関わっていないケースが5病院において見受けられた。その理由（質問項目8）については、「心理士の関わりを必要とされていないから」であった。「関わりを必要とされていない」の内容については、欄外余白や「その他」の記載にて、「現段階ではまだ必要ない」といった時期的要素を挙げた者が2名、「現在のケースでは心理士の関わりは不必要」といった対象者の特徴を挙げた者が1名、含まれていた。

④通院処遇対象者に臨床心理士が対応している時間数（図1）

通院対象者がいる病院（n=40）の内、最も時間をかけているケースについて、「業務内容」「頻度」「時間」について尋ねたところ、「ケア会議初回のみ」というケースから、「ケア会議、月2～3回、60分；治療評価会議、月2～3回、60分；訪問、月1回、180分；デイケア、週1回、360分；心理面接、2週に1回；心理アセスメント月1回、40分」など複数の接点を持つケースまで多岐に亘った。ケース毎の対応時間の大きな推計を行うために、以下の基準に従って、1ヶ月当たりの対応時間数を算出した結果を図1に示した。

<「1ヶ月当たりの対応時間」算出基準>

仮定1：各業務が1ヶ月に含まれていたとする（例：2ヶ月に1度開催のケア会議であれば「その月に開催された」とみなして時間数を算出）

仮定2：対応時間の記載がない場合は、「心理検査＝90分」「デイケア＝1日6時間」「ケア会議＝60分」として算出。

仮定3：「分」から「時間」への換算は、総時間（分）を60で割った後、少数第1位を四捨五入してまとめた結果を図中に表示。

図1によれば、対応時間数0～2までで半数を占めた。臨床心理技術者が関わっている場合でも、そのひとつ当たりの対応時間数で最も多いのが、約1時間（20.0%）と約2時間（17.5%）であった。約1時間の内訳を見ると、会議のみが半数（50.0%）を占め、心理面接のみが3例（37.5%）、月1回の訪問が1例（12.5%）であった。約2時間になると、「心理検査（又は面接）プラス会議」が4例（57.2%）となり、「心理アセスメントのみ」で2例（26.6%）、残りは訪問1例（15%）であった。

対応時間が約3時間以上（全体の50.0%）になると、全般的に心理面接又はアセスメントに加えて、各種会議（連携の場）への参加が見られている。臨床心理技術者の配置がある指定通院医療機関においても、多職種会議等で対象者についての情報交換を行いつつ、臨床心理技術者として対象者の処遇に当たっている臨床心理技術者は約半数程度であると考えられた。

4. 臨床心理技術者によるアセスメントと治療プログラム

①通院処遇対象者を受け入れる際の事前資料（表7）

実際に臨床心理技術者が対象者と関わっているケースについて、事前資料として何を入手していたかを尋ねたところ、「事前には何もなく後日、生活環境調査書が送られてきた」から「精神鑑定書、生活環境調査書」や「入院機関からの診療情報提供書、処遇実施計画のための対象者基本事項、入院機関からの外泊報告書、入院中の心理面接経過」まで、入手していた資料にはばらつきがあった。全体の傾向を見るために、複数回記述されていた資料について、「あり、なし」に分けて集計したものを表7に示した。その他に含まれていたのは「事前資料はなかった」「日課表」「クライシスプラン」「薬剤情報」等である。

精神鑑定書については半数（50.0%）のケースで事前に入手されており、次いで「生活環境調査書」（39.3%）であった。それ以外の文書名については、多数の文書がある中で、回答者が文書名を正しく把握していたか判断することは困難であり、表中の数値をもって傾向を推し量ることは現実的ではないと考えられる。むしろ、少数とはいえ、「事前資料

なし（1例）」「口頭情報のみ（2例）」が存在していたこと、ケースによって入手される資料に大きなばらつきがあったことの中に、制度運用がまだまだ円滑化されているとはいえない現状があると考えられた。

②現在入手している資料に加えて、事前に希望する資料（表8）

通院処遇者受け入れに際して、現状の事前資料に加えて臨床心理技術者が希望する資料を表8に示した。この項目（項目6）も自由記述であったため、傾向を見るために複数回記述されている資料名について「あり、なし」に分けて集計した。その結果、最も希望が多かったのは、「詳しい心理検査所見」であった。精神鑑定書が入手されている場合でも、心理検査についての記載は要約されていることが多く、ローデータや下位検査のプロフィールを希望する例が20%存在した。詳しい検査所見を求めた7例中2例は、過去の心理面接経過についても希望しており、精神鑑定書が入手できていない1例は、精神鑑定書の閲覧を希望していた。通院対象者受け入れの際、詳しい心理検査データを事前に入手していることにより、1)検査時点から通院処遇受け入れ時点の所見の推移を観察することが可能となり、かつ、2)検査によっては、頻回に実施するのを省略することができる。そのため、精神鑑定書、生活環境調査書に加え、医療機関同士の連携により、詳細な心理検査所見の引継ぎがなされることが有用であると考えられた。

表中の「その他」としては、事前の文書による情報にも増して、ケア会議を行ったことが受け入れの円滑化に役立ったことが特記されていた。全体として、「特になし」（18.4%）と無回答（48.6%）が多かったのは、鑑定書をはじめとした既存の事前情報で十分と考えている者及び、何を事前情報として入手できる可能性があるのかがわかっていないために既存以上に希望が出ていない場合があると考えられる。

③対象者受け入れの際の心理アセスメント（表9）

対象者への心理アセスメントについて尋ねたところ、ルーチンとして同じ検査を実施しているところは3ヶ所（7.5%）に留まり、ルーチン検査の内容は、「ロールシャッハテスト+WAIS」については共通しており、これに加えて、「文章完成法」、「バウムテスト」、「YG性格検査」等が実施されていた。個別にテストバッテリーを組む13ヶ所（32.5%）と必要に応じて実施7ヶ所（17.5%）は、合わせて過半数を超えていた。「必要に応じて実施」と回答した7ヶ所では、自由記述として「（医師の）オーダーがあったとき」としているところが4ヶ所あった。特にアセスメントしていないとした14ヶ所（35.0%）では、「対象患者では鑑定書等の事前資料を超えるアセスメントが不要と判断された」場合や、鑑定入院からそのまま通院処遇になったケースも含まれていたと考えられる。

④対象者に提供可能な既存プログラム（表10）

医療観察法通院対象者に対して提供可能な治療プログラムについて複数回答で尋ねた結果を表10に示した。「SST」（71.7%）を挙げているところが最も多く、次いで「疾患教育」（69.6%）、「家族心理教育」（52.2%）の順であった。医療観察法対象者に特有のプログラムであると考えられる「内省・洞察」については、45.7%の機関において選択されていた。しかしながら、確立したプログラムというよりは、個別の臨床心理技術者が心理療法の中で扱うといった色彩が強く、担当者が変わればプログラムも変わる可能性が窺われた。

「その他」としては、「家族会」が挙がっており、自由記載として「個別療法の中で扱う」

「人員がいれば可能」「（既存プログラムはあるが）心理士は関わっていない」などが挙げられていた。

⑤今後導入したい治療プログラム

既存プログラムに加えて導入したいプログラムについての希望を回答したのは14施設に留まった。種類別には、「疾患教育」を挙げた病院が多く、未実施の機関における優先度の高さを反映していると思われる。回答数として最も多かったのは、「その他」（8機関、57.1%）であり、内訳を見ると「暴力コントロール認知療法」「今後検討」「（提供している介入が）プログラム化されていると良い」「（新しいプログラムを導入するよりも既存プログラムの）技術向上がまずは重要」「（関わりは）デイケアのみで特別なプログラムは作っていない」が挙げられていた。

5. 医療観察法において心理的介入を充実させるための必要条件（表12）

アンケート回答者の所属施設において、医療観察法通院対象者の心理的介入を充実させるための必要条件を複数回答で記入してもらった結果を表12に示した。この項目については、無回答はゼロであり、関心の高さが窺えた。

表12に示されている通り、最も多くの機関が必要であると回答した条件は「4.心理プログラムの診療報酬化」であった。報酬的裏付けがない状況での治療プログラムの実施が困難であることの反映であろう。次に多かったのが「リスクアセスメント及びマネジメント技法」であり、医療観察法対象者の再他害行為リスクのマネジメント方法についての情報が求められていることがわかる。第3位に挙げられていたのが、「人員」であった。臨床心理技術者が配置されている施設でも、医療観察法に関わる数は1人のところが多く、介入しようにも人手が足りないという状態があると考えられる。第4位には「アセスメントツールの標準化」が挙げており、医療観察法制度の始まったばかりの本邦において関連したアセスメントツールがまだ不足している現状を示している。

必要条件の優先度をより詳細に見るために、項目毎に、優先度1位に挙げた回答数を比較して表13に示した。

表12及び表13を比較してみると、上位3項目が一致していたことから、医療観察法指定通院医療機関において心理的介入を充実させるのに優先度の高い必要条件は「心理プログラムの診療報酬化」「人員」「リスクアセスメント及びマネジメント技法」であると考えられた。

5. まとめ

医療観察法指定通院医療機関に働く臨床心理技術者へのアンケートの結果、以下のことが示唆された。

- ・少なくとも全指定通院医療機関の約3割に臨床心理技術者が勤務していると考えられるが、その人数は非常勤のみのところから、常勤プラス非常勤で15名のところまで幅があった。
- ・医療観察法通院処遇対象者に関わる臨床心理技術者は、担当者がいないところから、常勤5名であたっているところまでばらつきが見られた。
- ・平成19年12月31日時点で、医療観察法通院処遇の対象者は、病院当たり1人又は2人のところが最も多かったが29人（50.9%）、受入れが始まっていない病院が15病

院あり、ケースがあるかどうか臨床心理技術者が把握していない場合が2病院あった。

- ・通院処遇対象者がいる場合でも、臨床心理技術者が実質的にMDTチームの一員となっているケースは半数にも満たなかった。臨床心理技術者の関わり方は、会議を中心としているのが現状である。次いで心理アセスメントであった。一方で、通院処遇対象者がいる病院でも、臨床心理技術者が「関わっていない」場合が5病院(12.5%)あり、臨床心理技術者の活用が進んでいない様子が示唆された。
- ・対象者受入れ前の事前資料としては、最も多いのが精神鑑定書であったが、それでも14病院(50.0%)に過ぎず、中には口頭説明のみの病院があるなど、事前資料の内容がケースによって異なる様子が見られた。制度運用初期の課題といえるかもしれない。臨床心理技術者が最も希望する事前資料は、詳しい心理検査所見であった。所見の経過を観察し、心理検査をむやみに繰り返さなくて済むので、医療機関同士の連携の下、入手可能とすることが求められる。
- ・通院処遇対象者(複数いる場合は最も時間がかかったケース)への関わりの時間は、「関わっていない(=ゼロ時間)」から、1ヶ月当たり約73時間と大きな幅があった。月に1~2時間の病院では、臨床心理技術者の関わりは「会議のみ」又は「心理面接のみ」というように、限局されているようであった。
- ・既存プログラムとしては、「疾患教育」「SST」は約7割であったが、「内省・洞察」については45.7%であった。また、統合失調症への心理的介入として最もエビデンスが厚いとされる認知行動療法に至っては30.4%、触法精神障害者の重要な再他害要因に至っては15.2%、怒りのマネジメントが内包される「感情マネジメント」は19.6%と、臨床心理技術者が配置されている機関においても医療観察法対象者を処遇するためのプログラムの整備状況はいまだ乏しい状況が見られた。また、医療観察法に関連するプログラムについては、「あり」と回答した場合でも、「個人療法の中で実施する」としているところなどは、臨床心理技術者個人の力量に負うところが大きく、担当者が変わると、プログラム自体も消えかねない可能性も示唆された。今後導入したいプログラムの第1位として「疾患教育」が挙がっていたという現状は、医療観察法に特有のプログラムを整備する以前に、一般精神科医療の中で求められるプログラムの充実を先に行う必要性を感じている機関が多いことを示しているともいえる。
- ・所属している指定通院医療機関において心理的介入を充実させる条件として、最も重要であるとして挙げられたのは「心理プログラムの診療報酬化」「人員」「リスクアセスメント及びマネジメント技法」であった。

全体として、臨床心理技術者が配置されている指定通院医療機関においても、その活用が進んでいない様子が見られた。臨床心理技術者は多職種チームの中では、唯一、国家資格を持たない職種であり、心理アセスメントを除く業務が正式に診療報酬の中に位置付けられているとはいえない。そのため、訪問看護に同行しても、新たなプログラムを開発して実施しても、診療報酬に反映されないことから、医療機関において臨床心理技術者を進んで活用しようとするインセンティブが促されにくい現状があろう。しかしながら、とりわけ医療観察法通院処遇対象者に対しては、以下の点で臨床心理技術者による介入が望ま

れる。

- ①通院処遇対象者には通常の疾患教育を超えて、対象行為と精神科疾患のつながりまでを含めた疾患教育が必要であり、そのためには、場合に応じて生活史から対象行為の心理学的な振り返りなどを（特に直接通院の対象者には）一定の時間をかけて行う必要もある。そういった介入が対象者に及ぼす影響（例：希死念慮の高まり）のアセスメントもしながら進めるといった臨床心理学的専門性が必要となる。
- ②指定入院医療機関からの移行通院に対しては、入院中のプログラムで獲得されたスキルを維持・般化するための関わり（例：怒りのマネジメントを含む認知行動療法のブースター・セッションや維持プログラムなど）の実施が必要となる。
- ③通院対象者に対して、初期だけでなく定期的に心理学的アセスメントを包括的に行う必要がある。特に、「社会的望ましさ」や対象者本人の操作が入りやすい自記式検査を超えた検査、再他害リスク&防御要因についてのアセスメントについては、臨床心理技術者の参加が求められる。
- ④司法精神科における心理学的介入については、近年、新しいプログラムや手法が生まれつつあり、それを適宜、各医療現場に導入して活用するためには、司法心理学的専門性が求められる。

上記の結果を、司法心理学的プログラム整備の観点からみると、以下の点を優先的に考慮する必要が考えられた：

- ・再他害リスク&防御要因のアセスメント技法の普及（ツールの標準化と普及）
- ・上記アセスメントを活用して実施できる再現性の高いプログラム
- ・各指定通院医療機関における対象者の人数は必ずしも多くないため、個別に実施できるプログラムの開発・普及
- ・司法精神科的心理学的介入についてのトレーニング機会の提供
- ・多職種が実施できるプログラムと高度に心理学的なプログラムの両方

通院処遇が決定した者は、いわば「入院によらない医療」において処遇されると決定された者であるから、必ずしも入院処遇と同じだけの心理学的介入が必要なわけではない。しかしながら、「精神疾患と対象行為のつながりまで含んだ疾患教育」「定期的アセスメント」等、ほぼ全員が提供されるべき介入があるのも事実である。そうした、基本的介入加えて、例えば処遇決定の際、入院か通院かで合議体の意見が割れたような、つまり、入院処遇が求められてもおかしくはないケースに対しては、指定入院医療機関なみの手厚い心理的プログラムを実施できるような柔軟性の高い体制の整備が望まれる。地域処遇は生活の場を離れた入院中には不可能な介入（例：スキルの般化など）をする時期であり、社会復帰には欠かせない段階である。また、処遇者の再他害、自殺等といった課題にも取り組まねばならない。医療観察法通院医療機関には、臨床心理技術者を含めた、早期の人員確保と予算の裏付けが求められる。

医療観察法通院処遇に関する臨床心理技術者アンケート

《記入方法・留意事項》

- ・選択肢については、○をつけて下さい。また()や下線部には、回答をご記入ください。
- ・通院施設につき1部の回答をお願いいたします。

医療観察法指定通院医療機関である貴施設の基本情報を教えてください

- ・ 貴施設の名称： _____
- ・ いつから医療観察法の指定通院医療機関になりましたか（通院指定日）？
1. 平成 年 月 から 2. わからない
- ・ 通院医療機関であるだけでなく、他の種類の医療観察法指定医療機関にもなっていますか（複数回答可）
1. 指定入院医療機関である 2. 鑑定入院医療機関である

- 貴施設には、全体で臨床心理技術者が何名在籍していますか。
1. 常勤 () 名 2. 非常勤 () 名 3. 在籍していない
- そのうち、何名の方が医療観察法の通院に関わっていますか。（予定も含む）
1. 常勤 () 名 2. 非常勤 () 名 3. なし
- 貴施設には、医療観察法の通院処遇のケースは現在（平成19年12月31日現在）まで何ケースありましたか。
1. () 名（継続中 名、処遇終了 名） 2. ない（問8へ） 3. わからない

1に○をされた施設にお聞きします。

・臨床心理技術者は、そのケースにどのような形で関わっていますか。（複数回答可）

- ケア会議
- 治療評価会議
- MDT会議
- 心理面接
- 心理アセスメント
- 集団プログラム
- 訪問
- デイケア
- 家族へのアプローチ
- 関わっていない
- その他 ()

- そのケースの業務時間についてお聞きします。（複数ケースがある場合は、一番時間がかかったケースについて）。それぞれの業務に掛かった平均時間を記入してください。

例（業務内容：心理面接 頻度：週1回 時間 35 分）
 業務内容：_____ 頻度：_____ 間 _____ 分
 業務内容：_____ 頻度：_____ 時間 _____ 分
 業務内容：_____ 頻度：_____ 時間 _____ 分
 業務内容：_____ 頻度：_____ 時間 _____ 分
 業務内容：_____ 頻度：_____ 時間 _____ 分

5. 4で回答したケースについてお聞きします。そのケースを受け入れる際、事前資料としては、何を入手していましたか？ 例： 生活環境調査報告書
6. 4で回答したケースについてお聞きします。そのケースを受け入れる際、事前資料としては、さらにどのようなものがあるとよいですか？
7. 医療観察法患者を受け入れる際、心理アセスメントはどのように行っていますか？（複数回答可）
1. 全員に同じテスト・バッテリーを組んで実施している。
↳ 具体的に：
 2. 全員に個別にテスト・バッテリーを組んで実施している
 3. 特にアセスメントは行っていない
 4. その他（ ）
8. 3で「関わっていない」に○をされた施設にお聞きします。その理由はなんですか。（複数回答可）
1. ケースがあるという連絡が無い
 2. 心理士の関わりを必要とされていない
 3. 関わり方がわからないから断っている
 4. 時間が無いから断っている
 5. その他（ ）
9. 医療観察法通院処遇において、患者に提供可能な既存プログラム（医療観察法指定）には何がありますか？（複数回答可）
1. 疾患教育（集団 個別）
 2. 内省・洞察（集団 個別）
 3. 物質使用障害（集団 個別）
 4. 認知行動療法（種類 ）（集団 個別）
 5. 感情コントロール（集団 個別）
 6. 家族心理教育（集団 個別）
 7. SST（集団 個別）
 8. その他（ ）

10. 今後、導入したいプログラムはありますか。(複数回答可。集団・個別に○をつける)
1. 疾患教育 (集団 個別)
 2. 内省・洞察 (集団 個別)
 3. 物質使用障害 (集団 個別)
 4. 認知行動療法 (種類) (集団 個別)
 5. 感情コントロール (集団 個別)
 6. 家族心理教育 (集団 個別)
 7. SST (集団 個別)
 8. その他 ()

12. 医療観察法における心理的介入を充実するためには何が必要ですか? 所属施設において最も重要であると思われる順に番号を1,2,3・・・とつけてください。(複数回答可)

1. 医療へ繋ぐ動機付けスキルの向上
2. リスクアセスメント及びマネジメント技法
3. 人員
4. 心理プログラムの診療報酬化
5. 面接室
6. 各種研修の充実(希望する研修例:)
7. アセスメントツールの標準化
8. 情報交換ネットワークの充実
9. 事例検討機会の充実
10. その他 ()

☆ 今後、指定通院医療機関の臨床心理士の業務実態について把握するためのグループインタビューを計画した場合、ご協力いただけますでしょうか? 結果の公表に際しては、匿名性を保った状態でさせていただきます。

1. 協力できる
2. 協力できない

貴施設より、ご協力いただけるようでしたら、恐れ入りますが、下記にご記入下さい:

連絡代表者氏名:

Email または携帯電話番号:

希望する連絡方法・時間帯など:

ご協力ありがとうございました

表1 指定通院医療機関に指定された時期

年	度数	パーセント
平成17年	27	47.4
平成18年	12	21.1
平成19年	4	7.0
わからない	10	17.5
無回答	4	7.0
合計	57	100.0

表2 勤務する臨床心理技術者数（常勤＋非常勤）

人数	度数	パーセント
1	11	19.3
2	13	22.8
3	9	15.8
4	6	10.5
5	9	15.8
6	1	1.8
7	1	1.8
8	2	3.5
9	3	5.3
11	1	1.8
15	1	1.8
合計	57	100.0

表3 医療観察法における医療機関の指定

機関の種類	度数	パーセント
指定通院医療機関	12	21.1
指定通院&入院医療機関	1	1.8
指定通院&鑑定医療機関	33	57.9
指定通院&入院&鑑定医療機関	4	7.0
無回答	7	12.3
合計	57	100.0

表4 医療観察法に関わる臨床心理技術者の人数

		非常勤人数			合計 (列%)
		いない	1	2	
常勤人数	いない	5	2	0	7 (12.3)
	1	28	0	0	28 (49.1)
	2	9	1	0	10 (17.5)
	3	8	0	0	8 (14.0)
	4	1	0	1	2 (3.5)
	5	2	0	0	2 (3.5)
合計 (行%)		53 (93.0)	3 (5.3)	1 (1.8)	57 (100.0)

表5 医療観察法における通院処遇の対象者数 (平成18年12月31日現在)

	人数	度数	パーセント
1		14	24.6
2		15	26.3
3		7	12.3
4		1	1.8
10		1	1.8
11		2	3.5
ケースなし		15	26.3
わからない		2	3.5
合計		57	100.0

表6 処遇ケースへの関わり方 (複数回答) (n=40: 処遇対象者ありの病院)

	回答数	反応%	ケース%
1. ケア会議	26	18.7	65.0
2. 治療評価会議	21	15.1	52.5
3. MDT会議	17	12.2	42.5
4. 心理面接	16	11.5	40.0
5. 心理アセスメント	21	15.1	52.5
7. 集団プログラム	4	2.9	10.0
8. 訪問	8	5.8	20.0
9. デイケア	14	10.1	35.0
10. 家族へのアプローチ	5	3.6	12.5
11. 関わっていない	5	3.6	12.5
12. その他	2	1.4	5.0
合計反応数	140	100.0	347.5

図1 1ヶ月あたりの対応時間数 (n=40: 処遇対象者ありの病院)

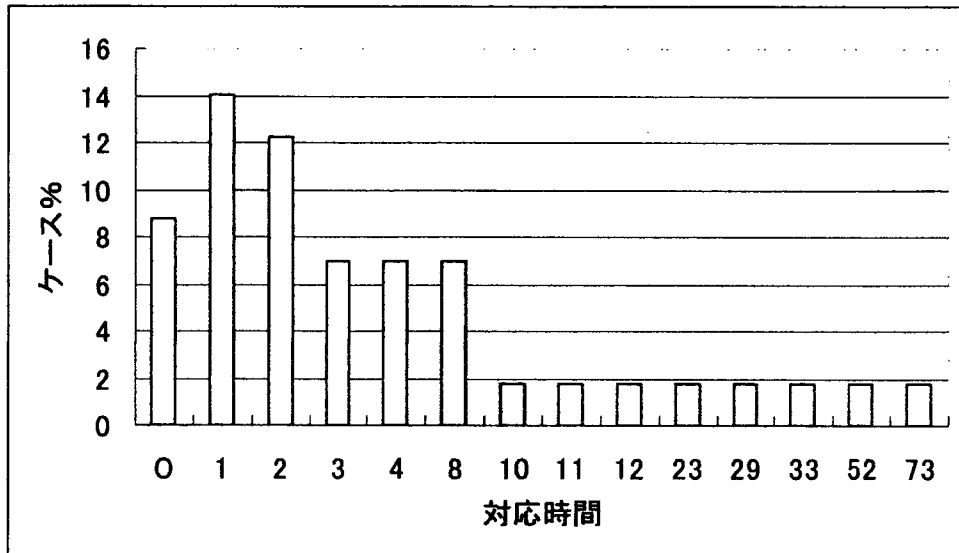


表7 ケース受け入れ前の事前資料 (複数記述)

(n=35 臨床心理技術者が関わっているケース)

事前資料	度数	反応%	ケース%
精神鑑定書	14	24.1	50.0
生活環境調査書	11	19.0	39.3
評価シート類	8	13.8	28.6
治療経過サマリー	11	19.0	39.3
処遇実施計画書	7	12.1	25.0
口頭情報のみ	2	3.4	7.1
その他	5	8.6	17.9
合計反応数	58	100.0	207.1

n=35 (有効回答数 28、無回答 7)

表8 事前資料として希望する資料 (n=35 臨床心理技術者が関わっているケース)

	度数	パーセント
詳しい心理検査所見(プロフィール、ローデータ等)	7	20.3
事件前の生活・適応状況のわかる資料(鑑定書、生活環境調査書など)	1	2.9
事件後の経過(家族関係や住民とのトラブルなども含め)	1	2.9
継続を要する治療プログラムの資料・記録など	1	2.9
事前資料がないのでほしい	1	2.9
特になし	6	17.4
その他	1	2.9
無回答	17	48.6
合計	35	100.0

表9 受け入れの際の心理アセスメント (n=40 処遇対象者がいる病院)

	度数	パーセント
全員に同じテストバッテリー実施	3	7.5
個別にテスト・バッテリー実施	13	32.5
必要に応じて実施	7	17.5
特にアセスメントしていない	14	35.0
その他	2	5.0
無回答	1	2.5
合計	40	100.0

表10 通院処遇対象者に提供可能な治療プログラム (複数回答) (N=57)

提供可能な既存プログラム	回答数	反応%	ケース%
1. 疾患教育	32	21.9	69.6
2. 内省洞察	21	14.4	45.7
3. 物質使用障害	7	4.8	15.2
4. 認知行動療法	14	9.6	30.4
5. 感情コントロール	9	6.2	19.6
6. 家族心理教育	24	16.4	52.2
7. SST	33	22.6	71.7
8. その他	6	4.1	13.0
合計	146	100.0	317.4

N=57 (有効回答 46、無回答 11)

表11 今後導入したい治療プログラム

今後導入したいプログラム	回答数	反応%	ケース%
1. 疾患教育	4	23.5	28.6
4. 認知行動療法	1	5.9	7.1
5. 感情コントロール	2	11.8	14.3
6. 家族心理教育	1	5.9	7.1
7. SST	1	5.9	7.1
8. その他	8	47.1	57.1
合計	17	100.0	121.4

N=57 (有効回答 14、無回答 43)

表12 所属指定通院医療機関において心理的介入を充実させる必要条件 (N=57)

必要条件	回答数	反応%	ケース%
4. 心理プログラムの診療報酬化	40	13.1	70.2
2. リスクアセスメント及びマネージメント技法	39	12.8	68.4
3. 人員	38	12.5	66.7
7. アセスメントツールの標準化	36	11.8	63.2
9. 事例検討機会の充実	33	10.8	57.9
6. 各種研究の充実	32	10.5	56.1
8. 情報交換ネットワークの充実	31	10.2	54.4
1. 医療へ繋ぐ動機付けスキルの向上	29	9.5	50.9
5. 面接室	21	6.9	36.8
10. その他	6	2.0	10.5
合計	305	100.0	535.1

N=57 (有効回答数 57)

表13 所属指定通院医療機関において心理的介入を充実させる必要条件1位で挙げた数

必要条件1位となった項目	度数	パーセント
3. 人員	14	24.6
4. 心理プログラムの診療報酬化	11	19.3
2. リスクアセスメント及びマネージメント技法	11	19.3
6. 各種研究の充実	6	10.5
7. アセスメントツールの標準化	4	7.0
1. 医療へ繋ぐ動機付けスキルの向上	4	7.0
9. 事例検討機会の充実	3	5.3
10. その他	3	5.3
8. 情報交換ネットワークの充実	2	3.5

「他害行為を行った精神障害者に対する通院医療に関する研究」(分担研究者 岩成秀夫)

「通院医療における訪問看護・デイケア・通院作業療法の現状」

(1) 医療観察法通院医療における訪問看護、デイケア、

外来作業療法利用に関する調査 (共通項目)

研究協力者 茂木 健一 神奈川県立精神医療センター芹香病院

1. 調査の主旨

平成17年7月15日の心神喪失者等医療観察法の施行後、早くも2年半が経過している。今回、医療観察法指定通院医療機関における訪問看護、デイケア、外来作業療法の実施状況の把握調査をした。この制度の目的である対象者の病状安定と対象行為の予防を図り社会復帰を目指すため、医療の提供が医療観察法施行からどのような形で行われているかを確認し、通院処遇の充実につなげることを目的として、アンケート形式(資料2)による調査を行ったものである。

2. 調査概要

今回は、本分担研究の別の研究テーマであるタイムスタディの調査対象機関である41指定通院医療機関に5医療機関を加えて、計46の国公立・私立の指定通院医療機関を対象とした。これら46医療機関について訪問看護、デイケア、外来作業療法の各実施状況の調査を行ったが、共通項目はひとつにまとめた調査票とし、医療機関として1部回答していただく形式とした。また各医療サービスについては、それぞれの職種(担当者)専用の調査票での回答とした。調査期間は平成19年12月1日から12月20日とし調査票(資料1)を郵送した。協力機関の窓口担当は医療相談室にお願いし、各職種担当の方に回答していただくという形をとった。記入方法は該当番号をチェックしてもらう形式とした。

3. 集計結果

郵送した全国46指定通院医療機関の内36医療機関から回答があり、回収率は約78%であった。

- 1) 各機関での医療観察法開始以来の実施状況では、受入れ総数は91人(図1)であった。その中で、最も多いところが11人であり、2機関が受け入れている。全体的には、1~2人を受け入れている機関が27ヶ所(約75%)で大部分を占めている状況であった。
- 2) 受入れ状況を直接通院と移行通院に分けてみると、直接通院(図2)45人、移行通院(図3)46人という割合であった。直接通院、移行通院ともに2人以下の受入れが医療機関の半数以上になっており、0人も直接通院で12機関、移行通院で10機関見られた。その一方、6、7人の受入れが直接通院で2カ所、9人の受入れが移行通院で1カ所あるなど、地域や病院の置かれている事情から、どちらかに偏った受入れを行っている状況が窺われた。
- 3) 基幹型(通院医療機関で通院治療・訪問看護・デイケアなどの基本的な医療サービス

を提供)と補完型(他の医療機関と連携して医療サービスを提供)では、基幹型は34機関、補完型は2機関であった。

- 4) 対象となった指定通院医療機関における訪問看護、デイケア、外来作業療法の実際の提供状況は、訪問看護27機関(有効回答34機関、約79%)、デイケア25機関(約69%)、外来作業療法9機関(約25%)で提供が行われていた(図4)。
- 5) 多職種チーム(MDT)のチーム数としては図5のように1チームは21機関(約58%)であり、2チームが7機関(約19%)と8割弱は1~2チームで対応していた。
- 6) MDTの構成メンバーの職種は、医師(36機関)、看護師・保健師(36機関)、精神保健福祉士(36機関)など中心的な職種は当然ながら全てに関わっていた。作業療法士(22機関)、心理担当(20機関)では半数以上の関わりとなる。その他として、薬剤師・栄養士・事務職等が定期的あるいは必要に応じて加わるのは5機関であった。
- 7) スタッフの専門教育について行っている医療機関では、研修会に参加が多く、外部研修33機関(約92%)、内部研修7機関(約19%)であった。医療機関内における勉強会の開催は10機関(約28%)である。9割以上の医療機関では、専門教育が外部研修に参加する形で行われていることがわかった。

4. 考察とまとめ

今回の36指定通院医療機関における医療観察法開始以来の通院対象者の受入れ総数は91名であった。36機関の平均受入れ数は約2.5人である。受入れ数の多いところは11人であるが、1~2人が約75%であり、ばらつきが大きい。一般的には人口密集地を抱える医療機関が多くの対象者を受け入れている状況であるが、受入れ体制等が整わないため、1~2人が限度であることも推測される。

直接通院と移行通院については、直接通院45人、移行通院46人であり、今回の指定通院医療機関では移行通院が多くなっていることが特徴であった。医療サービス別の提供状況では、訪問看護が約79%、デイケアが約69%、外来作業療法が約25%の医療機関で提供されていた。訪問看護は多くの機関で提供されていたが、デイケアと外来作業療法は、補完的な関係があるようであり、対象者の状況に合わせて、デイケア又は外来作業療法が提供されていることが推測できる。

多職種チーム(MDT)のチーム数は1~2が約8割であり、このことから、受入れ数も2~4人程度になることが推測される。MDTのメンバー構成では、医師、看護師、精神保健福祉士は当然のごとく全て関わっており、作業療法士は約6割、心理職は約5割強の参加である。また必要に応じて関わる職種として、薬剤師、栄養士、事務職等が若干見られる。スタッフの専門教育においては、外部研修は9割以上参加しているが、内部研修や勉強会の開催はまだ不十分といえる。対象者の病状を安定させ社会復帰の促進を図るという医療観察法の趣旨からも、病院や地域を含めた理解の深まりを図ることが必要である。

共通項目 (図)

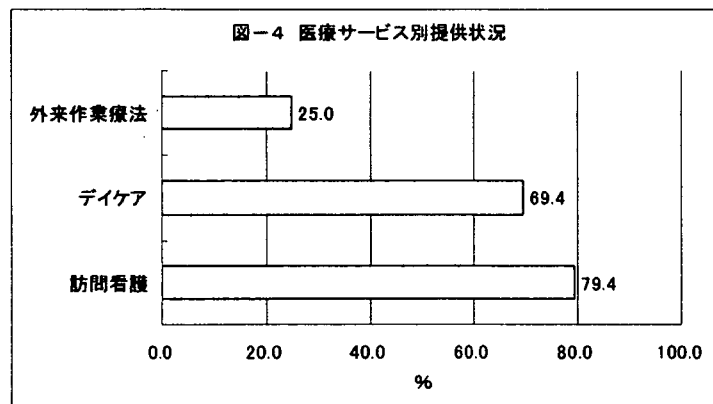
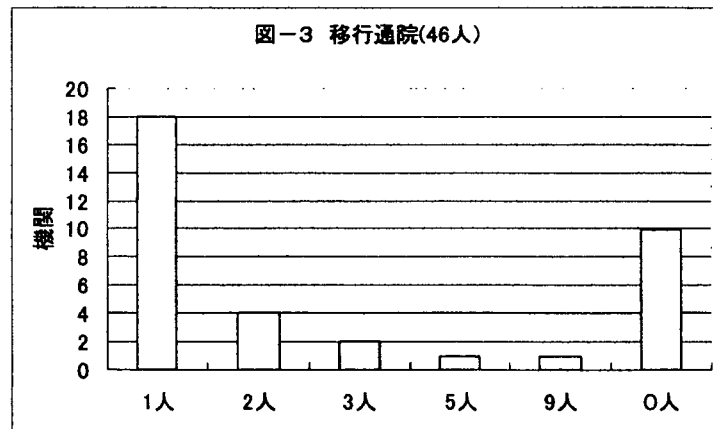
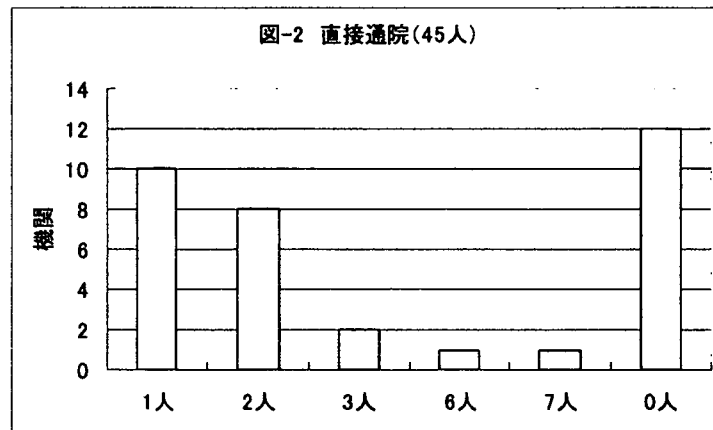
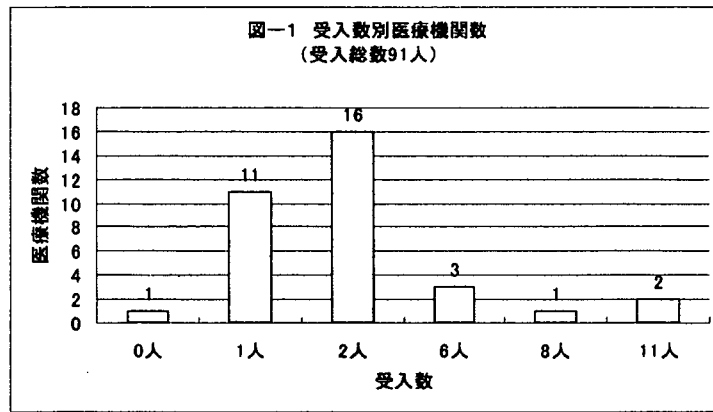
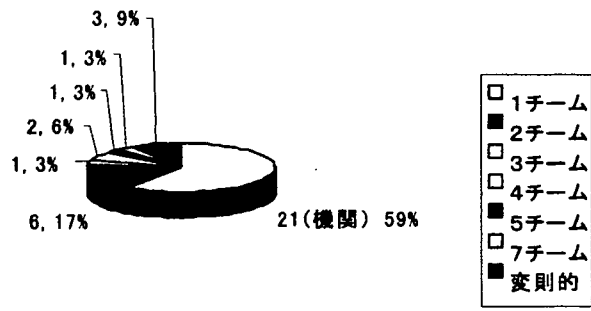


図-5 MDTチーム数



平成 19 年 11 月 22 日

関係各位

厚生労働科学研究費補助金（心の健康科学研究事業）

分担研究「通院処遇における関係機関の連携体制の構築に関する研究」

（分担研究者 川副 泰成）

分担研究「他害行為を行った精神障害者に対する通院医療に関する研究」

（分担研究者 岩成 秀夫）

医療観察法通院処遇 通院対象者の訪問看護・デイケア・外来作業療法利用に関する調査表について （ご依頼）

時下、ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。また当研究班の活動につきましては、日頃からご理解とご協力を頂き厚くお礼を申し上げます。

平成 17 年 7 月より「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」医療観察法が施行され 2 年が経過されました。医療観察法における地域処遇の法務省と厚生労働省による「地域社会における処遇のガイドライン」（地域処遇ガイドライン）は「本制度の対象者に対し、関係機関の連携・継続的かつ適切な医療を提供・生活状況の見守りと必要な指導・必要な精神保健サービス等の援助等の処遇を行う」であります。今回、医療観察法通院医療機関における訪問看護・デイケア・外来作業療法の現状を把握し、この制度の目的である対象者の社会復帰を目指すためには、通院処遇の充実を進めていく必要があります。研究テーマのひとつとして各医療機関での訪問看護・デイケア・外来作業療法における実態調査をさせていただきました。

年末になり業務多忙のおり誠に恐縮ですが、標記調査へのご協力をいただけますようお願い申し上げます。

記

1. 調査期間・返送期限

H19 年 12 月 1 日（土）～ 12 月 20（木）

2. 記入者

対象者の処遇をおこなう看護師・作業療法士・精神保健福祉士等

3. 調査票のご返送および、ご不明な点は下記まで御願いたします

地域医療相談室 訪問看護担当 茂木 内 294
デイケア 原沢 内 420

