

設問4 電気けいれん療法の実施状況についてお聞きします。

a) 開棟以来、電気けいれん療法を実施しましたか？

有けいれん型電気けいれん療法 はい いいえ ( )人  
修正型電気けいれん療法 はい いいえ ( )人

b) もし電気けいれん療法を行っていた場合、以下についてお答えください。

症例1

年齢 0～9 ～10 ～20 ～30 ～40 ～50 ～60 ～70 ～80 ～90

性別 1. 男 2. 女

精神科診断名 ( ICD10 F . ) ( ICD10 F . )

対象行為 (殺人 傷害致死 傷害 強盗 強姦 強制わいせつ 放火)

電気けいれん療法の種類 有けいれん 修正型

修正型の場合 サイン波 パルス波

対象者の同意 あり なし

家族の同意 あり なし

倫理会議の事前検討 あり なし → 検討の結果 ( 承認 不承認 )

例えば、電気けいれん療法を1クール6回行う場合、週2回実施すると3週間かかります。その場合、その間に行われた倫理会議で継続して実施するための承認を受ける必要があります。そこでお聞きします。

電気けいれん療法継続中に倫理会議の開催があった場合、

倫理会議での継続の検討 あり なし → 検討の結果 ( 承認 不承認 )

ガイドラインでは、電気痙攣療法は実施前に倫理会議での承認を受けることになっています。しかし、何らかの理由で事後承認となった症例がありますか？

倫理会議の事後検討 あり なし → 検討の結果 ( 承認 不承認 )

以下、該当するものすべてについてチェックしてください。

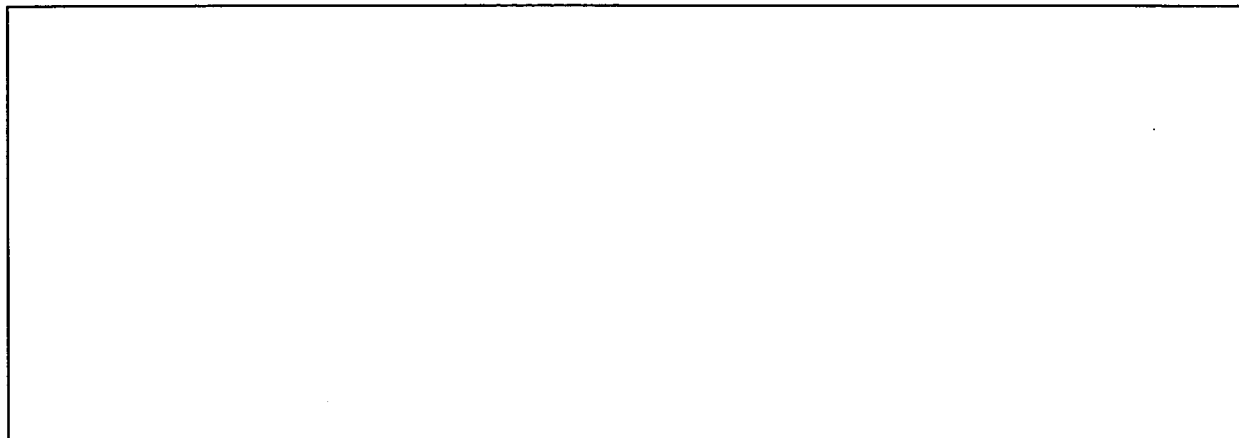
適応の理由 精神症状 自殺危険 身体状況 薬物抵抗性 薬物副作用 ECT が効いた治療歴 対象者希望 その他 ( )

対象症状 (複数回答可)

幻覚 妄想 カタレプシー 希死念慮 精神運動興奮 暴力 (対人・対物暴力)  
衝動性 多弁・多動 観念奔逸 行為心拍 不安 焦燥感 抑うつ気分   
アンヘドニア 精神運動制止 食欲低下 不眠 パーキンソン症状 ジストニア  
ジスキネジア 拒薬  
その他 ( )

お手数ですが、複数症例のご経験がある場合、お手数ですがコピーしてご記入ください。

以上です。ご協力ありがとうございました。その他、指定入院医療機関の運営や医療について意見がございましたら、お書きください。



お問い合わせ先  
国立精神・神経センター武蔵病院 精神科 平林直次  
東京都小平市小川東町 4-1-1 042-341-2711

## 「一般精神科医療における治療困難例に対する取り組み」

### ～「事例検討会を通して」

研究班員及び協力者

平林直次（国立精神・神経センター武蔵病院）

齋藤慶子（医療法人高仁会戸田病院）

武井満、佐藤浩司（群馬県立精神医療センター）

赤田卓志郎（群馬県こころの健康センター・精神科救急情報センター）

林直樹、田口寿子、五味淵隆志、崎川典子、今井淳司、武井妙子、黒田治（都立松沢病院）

#### A. 研究目的

昨年度、群馬県立精神医療センターで開催された、「一般精神科病院における治療困難例に対する事例検討会」の第2弾を今年度、都立松沢病院で開催した。医療観察法病棟ではない一般精神科病院において試みられている、重大な他害行為を行い、治療的にもさまざまな困難を抱えている精神障害者に対する医療実践について、医療観察法による医療を担っている精神科医と心理療法士によるスーパーヴァイズを受け、さらに地域での精神保健福祉実務に当たっている外部のスタッフを交えた精神科医療・福祉関係者による討論を行なうことによって、一般精神科医療機関と医療観察法によって運営されている医療機関とを対比させて、それぞれの長所や短所を考慮に入れながら、提示症例の診断や治療（入院および通院）、社会復帰に関する問題点や課題を浮き彫りにすることを目論んだ。

#### B. 研究方法

##### 1. 事例選択基準

事例の選択には以下の条件を考慮した：

##### a) 他害リスク・マネジメントの必要性

過去に他害行為（刑罰法令に規定された犯罪行為に相当する程度の、他者に危害を及ぼす行為）を実行しており、今後も精神症状の増悪などをきっかけに同様の他害行為を実行する可能性が高いと予測されるかどうか。

##### b) 診断・治療の困難性

診断が難しく、適切な治療方針が立てられないか、さまざまな治療的工夫によっても精神症状を改善させられないか、あるいは何らかの理由で再燃を確実に予防できる見込みが乏しいかどうか。

##### c) 多職種チーム／多（他）機関チーム・アプローチの必要性

症例の医療的・保健福祉的・刑事司法的ニーズの性質（たとえば、ニーズの領域が多岐

にわたって複合的である、ニーズを満たすには膨大なサービスを必要とする、など）によって、医師、看護師という伝統的な医療職だけでは適切な医療が提供できないため、それ以外の職種（訪問看護師、心理職、作業療法士、PSW など）や病院外の関係機関職員（保健福祉センター、福祉事務所、グループホーム・援護寮・更生施設、作業所、警察や保護観察所）との連携（多職種チーム／多機関チーム・アプローチ）が必要不可欠であるかどうか。

## 2. 「事例検討会」の形式

会の形式は、個々のケース、状況より判断する。「ワークショップ」、「スーパービジョン」、「カンファレンス」など、その事例の内容を共有し、深め、新たな視点が産出されるように工夫する。ただ「対象事例」の当該病院の職員（多くの多職種医療関係者を想定する）のみではなく、他の医療機関や福祉機関からも参加を募り、意見を聴取することにより、その事例に関する客観性を高める努力をする。

### （倫理面への配慮）

事例の個人情報保護の観点から、参加者は法的に守秘義務を負う方に限定し、かつ、症例の理解や考察に直接関係のない情報については、可能な限り匿名化するよう細心の注意を払った。

## C. 結果

今年度の事例検討会を下記の要領で開催した。

■場所：都立松沢病院

■日時：平成19年12月15日（水）午後2時～5時15分

■事例：「急激な症状再燃を繰り返し、子殺しのリスク管理が困難な急性一過性精神病性障害の1例」

■事例呈示者：N病院 精神科医師、心理療法士、地域保健福祉センター保健師

■総合司会：林直樹（都立松沢病院）

■スーパーヴァイザー：平林直次（国立精神・神経センター武蔵病院・医長）、齋藤慶子（医療法人高仁会戸田病院・心理室顧問）

本事例検討会は、平成19年12月15日、都立松沢病院において、院内外より、職種の垣根を越えて、50名以上の方々の参加の中で実施された。

まず、スーパーヴァイザーの2人から、「医療観察法による精神医療 — 一般精神医療への応用可能性について（資料1—1、資料1—2）」（平林直次先生）、「多職種チームにおける臨床心理技術者の役割 — 触法精神障害者を視野に入れて（資料2、資料3）」（齋藤慶子先生）という2題の講演をしていただいた。

次いで、N病院の医師、心理療法士、地域保健福祉センター保健師の順で事例の詳細につ

いて提示した（資料4）後、スーパーヴァイザーの2人による指定討論、全体での質疑応答、総合討論へと進んだ（資料5）。

#### D. 考察

対象事例は、33歳の女性。第1子出産から約7ヶ月経過した27歳時に急性の意識混濁、幻覚妄想、気分変動などで発症し、いずれも数日以内に軽快ないし消退する急性精神病状態のエピソードをこれまでに6回反復しているが、これらのエピソードのうち、初回時には自己の手指を切断した上、金属棒を膣内に挿入して陰部裂傷を受傷、2回目は火山火口への飛び込みによる自殺企図、4回目は1歳11ヶ月の実子の頸部を切断して殺害、5回目は生後2ヶ月の別の実子の首を絞める、というように、その多くで重大な他害行為や自傷行為（自殺企図）に至っている。5回目のエピソードまでは、急激な症状再燃を適切に管理できなかったこと、本人や家族が病識や自傷他害行為へのリスクに関する理解を十分に獲得できていなかったこと、治療者側も自傷他害のリスクについての配慮が不十分であったことなどから、症状と自傷他害リスク、双方のマネジメントが適切であったとはいえなかった。しかし、5回目のエピソード以降、本人に十分な病識や治療必要性を獲得させるための心理・社会的働きかけ、治療薬の工夫による症状再燃の予防、院内での多職種チームの関与、地域の保健福祉センターや児童相談所との連携、訪問看護師によるアウトリーチ活動、夫や母親への家族教育、本人、家族、治療者間の情報の共有などの取り組みがなされた結果、6回目のエピソード時には自傷他害リスクが増強される前に適切な治療的介入が実現できた。

本事例では、過去に実子の殺害という重大な他害行為があったが、医療観察法施行以前であったため、その後も一般精神科医療での治療や処遇が継続されている。一般精神科医療は、医療観察法による医療に比べて、多職種にわたるマンパワーや構造化された治療プログラム、（裁判所の関与や地域でのケース・コーディネーター役となる社会復帰調整官の存在を含めた）治療や処遇の継続のための制度的枠組みなどの点で見劣りする点が少ないが、そのような悪条件下であっても、治療者側の努力や工夫、患者本人や家族の協力などがあれば、自傷他害リスクの高い精神障害者でも、地域内で適切に支援していくことができることを本事例は示唆している。仮に本事例が医療観察法による（入院、通院いずれかの）医療を受けていたとしたら、本人の病識や過去の自傷他害行為と精神症状との関連性についての理解がより深化していたかもしれないし、あるいは地域内資源を統括する立場にある社会復帰調整官が本人、家族、関係する多機関同士の連携をより円滑に執り行ったかもしれない。しかし、対象行為の発生時期、あるいは対象行為の内容（たとえば、他害リスクはきわめて高くても、重大な結果が発生せず、刑事司法の導入されないような場合）などさまざまな理由で、医療観察法による医療という過程を経ることがないまま、一般精神科医療で治療や処遇を受ける触法精神障害者が大勢おり、また、今後も発生し続ける可能性があること、さらには、医療観察法の通院処遇が期限付きであり、いず

これは一般精神科医療に治療の責任がバトンタッチされることを考えれば、診断や治療が困難であり、他害リスクが高く、症状や他害リスクを適切にマネジメントするために多職種・多機関チームによる関与が不可欠と考えられるような精神障害者を一般精神科医療においても適切に支援できるような方策が検討されなければならないであろう。今回の事例検討会を通じて、N病院のスタッフや地域における精神保健福祉実務の担当者がこのような視点を共有できたものと思われる。また、今回のような事例検討会が今後もさまざまな地域で継続的に開催されることが必要なのではなかろうか。

#### E. 結論

医療観察法病棟ではない一般精神科病院において試みられている、重大な他害行為を行い、治療的にもさまざまな困難を抱えている精神障害者に対する医療実践についての事例検討会を開催した。一般精神科医療機関と医療観察法によって運営されている医療機関とを対比させて、それぞれの長所や短所を考慮に入れながら、提示症例の診断や治療（入院および通院）、社会復帰に関する問題点や課題を浮き彫りにするために、医療観察法による医療を担っている精神科医と心理療法士によるスーパーヴァイズを受け、さらに地域での精神保健福祉実務に当たっている外部のスタッフを交えた精神科医療・福祉関係者による討論を行なった。

一般精神科医療は、医療観察法による医療に比べて、多職種にわたるマンパワーや構造化された治療プログラム、（裁判所の関与や地域でのケース・コーディネーター役となる社会復帰調整官の存在を含めた）治療や処遇の継続のための制度的枠組みなどの点で見劣りする点が少ないが、そのような悪条件下であっても、治療者側の努力や工夫、患者本人や家族の協力などがあれば、自傷他害リスクの高い精神障害者でも、地域内で適切に支援していくことができることが示唆された。確かに、医療観察法による（入院、通院いずれかの）医療は上記の諸点で優れたものではあるが、さまざまな理由で、医療観察法による医療という過程を経ることがないまま、一般精神科医療で治療や処遇を受ける触法精神障害者が現時点で大勢おり、また、今後も発生し続ける可能性があること、さらには、医療観察法の通院処遇が期限付きであり、いずれは一般精神科医療に治療の責任がバトンタッチされることを考えれば、診断や治療が困難であり、他害リスクが高く、症状や他害リスクを適切にマネジメントするために多職種・多機関チームによる関与が不可欠と考えられるような精神障害者を一般精神科医療においても適切に支援できるような方策が検討されなければならないであろう。そのためにも、今回のような事例検討会が今後もさまざまな地域で継続的に開催される必要があると考える。

#### F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

論文発表

黒田治：「医療観察法」における精神鑑定の問題. 老年精神医学雑誌 18: 499-508, 2007

学会発表

なし

H. 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

他害行為を行った精神障害者の入院医療に関する研究（分担研究者 武井満）

## 医療観察法による入院医療

### — 一般医療への応用可能性について —

国立精神・神経センター病院 平林直次

「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）」の付則第 3 条 2 項には、「政府は、この法律による医療の対象とならない精神障害者に関しても、この法律による専門的な医療の水準を勘案し、個々の精神障害者の特性に応じ必要かつ適切な医療が行われるよう、精神病床の人員配置基準を見直し病床の機能分化等を図るとともに、急性期や重度の障害に対応した病床を整備することにより、精神医療全般の水準の向上を図るものとする。」と書かれており、医療観察法による医療の一般精神医療への応用が期待される。

医療観察法における指定入院医療機関には医療資源が集中的に投入され手厚い医療が行われている。一方、地域処遇においては、社会復帰調整官をケア・コーディネーターとし、指定通院医療機関、都道府県の精神保健福祉センター、保健所、市町村の担当課などが連携し、ケアマネジメントモデルによる医療が提供されている。

武井班主催で行われた事例検討会「一般精神科医療における治療困難例に対する取り組み」において、指定入院医療機関における医療の実際と特徴を報告するとともに、その一般精神医療への応用可能性について報告した。

#### 指定入院医療機関における医療の特徴

厚生労働省による入院・通院処遇ガイドラインでは、①ノーマライゼーションの観点も踏まえた入院対象者の社会復帰の早期実現、②標準化された臨床データの蓄積に基づく多職種チームによる医療提供、③プライバシー等の人権に配慮しつつ透明性の高い医療を提供の、3つの目標・理念が掲げられている。また、下位項目においては、問題解決能力や社会生活能力の向上、他害行為の内省と防止、被害者に対する共感性の獲得についても述べられている。

このような目標・理念を実現するために、指定入院医療機関では生物・心理・社会的なアプローチを含む包括的な医療が実践されている。指定入院医療機関の医療の特徴は次の通りである。

指定入院医療機関の特徴を挙げると、

1. 医療観察法病棟では、疾病教育と服薬心理教育、対象行為に対する内省、自立生活技能や社会生活技能獲得、家族支援、人権擁護と社会復帰など、多職種チームによる様々な治療プログラムが活発に行われている。
2. 入院対象者の約 80%は統合失調症であるが、物質使用障害、精神遅滞、人格障害など



重複障害を持つ者も多い。

3. 性別・年齢、診断、対象行為をマッチングさせた対象比較研究によると、措置入院と比較して、医療観察法病棟の抗精神病薬投与量および行動制限（拘束・隔離）の実施頻度は有意に少ない。

医療観察法病棟では、薬物療法を中心としつつも、個別あるいは集団の心理社会的アプローチ（治療プログラム）が多職種チームにより活発に行われている。今後、一般精神医療でも実践可能な治療プログラムが開発され、広く応用されることが望まれる。

### 医療観察法による精神医療

一般精神医療への応用可能性について

国立精神・神経センター武蔵病院  
医療観察科  
平林直次

Hirabayashi, N. NCNP (National Center of Neurology and Psychiatry)

### 入院・通院処遇の目標・理念

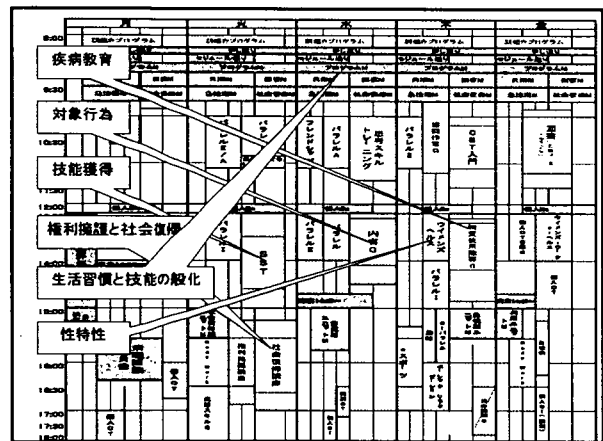
1. ノーマライゼーションの観点も踏まえた対象者の社会復帰の早期実現
2. 標準化された臨床データの蓄積に基づく多種職のチームによる医療提供
3. プライバシー等の人権に配慮しつつ透明性の高い医療を提供

Hirabayashi, N. NCNP (National Center of Neurology and Psychiatry)

### 入院・通院処遇の目標・理念

1. ノーマライゼーションの観点も踏まえた対象者の社会復帰の早期実現
  - 継続的かつ適切な医療を提供し、様々な問題を前向きに解決する意欲や社会で安定して生活する能力(必要な医療を自立的に求めることも含む)を高める。
  - 他害行為について認識し、自ら防止出来る力を獲得する。
  - 被害者に対する共感性を養う。

Hirabayashi, N. NCNP (National Center of Neurology and Psychiatry)



#### 入院対象者の診断内訳 (H17.82~H19.930. 男54 女11)

- 1 最も多い診断は統合失調症である
- 2 物質使用障害、精神遅滞、人格障害など重複障害の対象者が多い
- 3 これらの重複障害は他害行為の頻度を高める

Hirabayashi, N. NCNP (National Center of Neurology and Psychiatry)

#### 入院対象者の対象行為別内訳

	殺人		放火		強盗		強姦		強制わいせつ		傷害	傷害致死	計
	既遂	未遂	既遂	未遂	既遂	未遂	既遂	未遂	既遂	未遂			
男	8	9	9	3	3	1	0	0	5	1	13	2	54
女	3	5	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	11
	11	14	11	3	3	1	0	0	5	1	14	2	65

平成19年9月末日

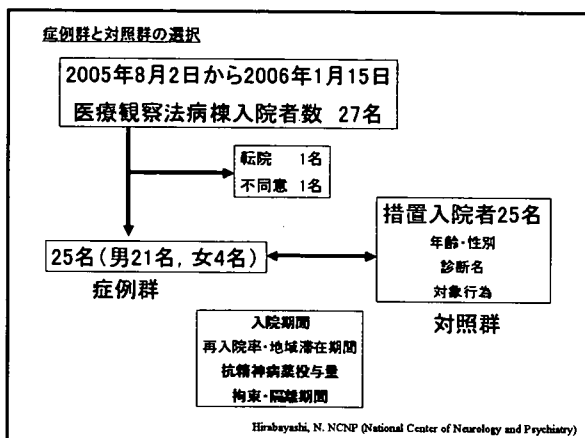
殺人、傷害・傷害致死で63%を占めている。

放火、強制わいせつなど、従来の精神医療では経験の乏しい対象者が入院している。

Hirabayashi, N. NCNP (National Center of Neurology and Psychiatry)

医療観察法による医療は、はたして一般精神医療よりも優れているか？

Hirabayashi, N. N. CNP (National Center of Neurology and Psychiatry)



症例群と対照群との年齢差

	症例群 (n=25)	対照群 (n=25)	
男 (n=21)	35.7±7.2	35.8±7.7	n.s.
女 (n=4)	37.8±6.8	36.3±2.5	n.s.

n.s. not significant

Hirabayashi, N. N. CNP (National Center of Neurology and Psychiatry)

- ### 拘束・隔離について
- 平成17年9月21日から拘束・隔離の件数は1件のみである
    - 広い個室 (personal spaceの確保)
    - 広い廊下、デイルーム、作業療法ユニット
    - 手厚いマンパワーと拘束・隔離を最小限にするという動機付けと危機予防介入
    - 非定型的な精神病薬を中心に単剤投与
- Hirabayashi, N. N. CNP (National Center of Neurology and Psychiatry)

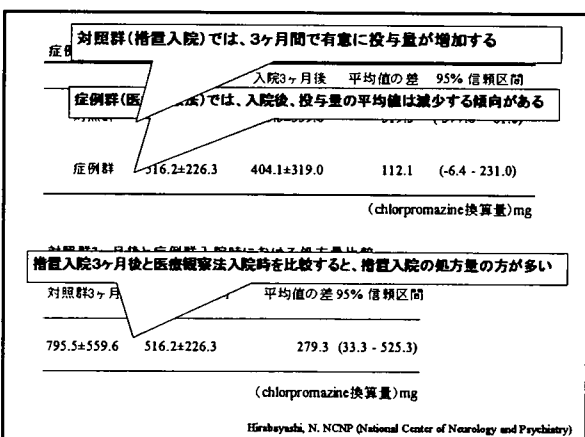
拘束・隔離の実施状況 (人)

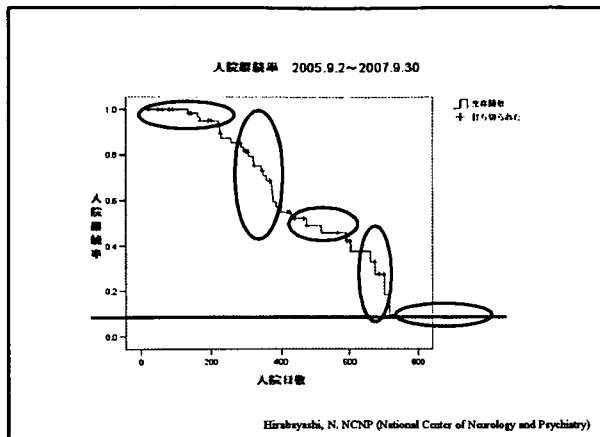
	実施あり	実施なし
症例群	0 (0%)	25
対照群	6 (31.6%)	19

p < 0.05

Fisher's exact test

Hirabayashi, N. N. CNP (National Center of Neurology and Psychiatry)





パーセンタイル					
ガイドライン 547.5日					
25%		50%		75%	
推定値	標準誤差	推定値	標準誤差	推定値	標準誤差
344	52	475	52	701	69
日					

	総数	ガイドライン越え	
退院者	31	4	13%
在院入院中	34	10	29%
入院全体	65	14	22%

Hirabayashi, N. NCNP (National Center of Neurology and Psychiatry)

### 入院期間に影響を与える因子

- 平成17年度の本研究で構築した、指定入院医療機関で実施されている評価尺度や社会資源調査に関するデータベースの解析を行った。
- 今回の解析では、それぞれの尺度およびWAIS-R得点を独立変数とし、「急性期」の期間および「入院期間」を従属変数とする単回帰のCox 回帰分析を行った。
- 「急性期」を延長させる要因として、病識が低いこと、特性不安が低いこと、が挙げられた。また、「仕事・課題」遂行能力が低下していることも関連があった。
- 入院期間を延長させる傾向のある要因は、「陰性症状が強いこと」、「日常生活能力が低いこと」、「特性不安が低いこと」であった。

Hirabayashi, N. NCNP (National Center of Neurology and Psychiatry)

### 具体的な精神医療を考える

Hirabayashi, N. NCNP (National Center of Neurology and Psychiatry)

—医療観察法病棟—

### 暴力を振るった事例の提示

Hirabayashi, N. NCNP (National Center of Neurology and Psychiatry)

### 暴力 —危機介入—

↓

どのように治療するか？

Hirabayashi, N. NCNP (National Center of Neurology and Psychiatry)

### 従来の医療での治療

- 医師による診察と看護師による面接
- 保護室使用による隔離(あるいは拘束)
- 薬物増量による鎮静(経口あるいは非経口)
- 精神症状の観察や副作用などのモニタリング
- mECTの実施

医師・看護師中心の薬物療法  
(症状に対して薬物療法)

Hirabayashi, N. NCNP (National Center of Neurology and Psychiatry)

### 医療観察法病棟での治療

- 全室個室であり、保護室(自室)での静養
- 常時観察(看護師による関与しながらの観察)
- 少量の薬物による鎮静
- 精神症状の観察や副作用などのモニタリング
- 多職種チーム会議の開催
- 警察通報

患者中心のチーム医療

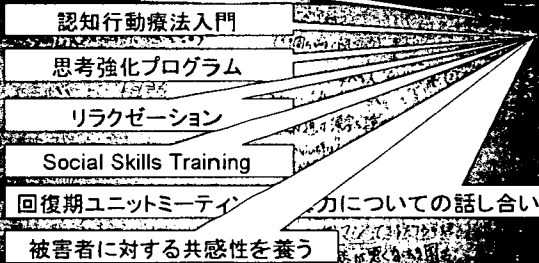
Hirabayashi, N. NCNP (National Center of Neurology and Psychiatry)

### 対象者の 疾病教育と認知行動療法入門

- 自己評価や自己効用感が低く、猜疑心を抱きやすい(認知の歪み) SST
- 猜疑心を抱くと対人関係を断ち切り、孤立しがちである(対人能力の未熟さ) 思考強化プログラム
- その結果、周囲の信頼がなくなり、自信は確信度を高める(猜疑心の増強) 薬物療法
- 統合失調症と相性悪く、症状が形成され、訂正困難となる(妄想) リラクゼーション

Hirabayashi, N. NCNP (National Center of Neurology and Psychiatry)

### 疾病教育と服薬心理教育



本人と多職種の参加

ホワイトボードの使用

本人の希望を中心に

文書によるケア計画作成と本人に対するIC

具体的対処方法を検討

時間	10:00	10:30	11:00	11:30	12:00	12:30	13:00	13:30	14:00	14:30	15:00	15:30	16:00	16:30	17:00	17:30	18:00
10:00	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明
10:30	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明
11:00	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明
11:30	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明
12:00	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明
12:30	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明
13:00	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明
13:30	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明
14:00	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明
14:30	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明
15:00	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明
15:30	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明
16:00	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明
16:30	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明
17:00	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明
17:30	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明
18:00	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明	入居者説明

### 警察との連携とユニットミーティング

- 警察への通報と警察官による説諭
- 暴力をテーマとしたユニットミーティングの開催
- 暴力を振るったことへの謝罪と治療共同体への復帰
- 被害者の気持ちの確認と共感性

Hirabayashi, N. NCNP (National Center of Neurology and Psychiatry)

### 精神保健福祉法と医療観察法による医療の違い

精神保健福祉法	医療観察法による医療
保護室での隔離(拘束)	自室での静養(保護室)
十分量の投与	少量の投与
断続的観察 (医学的モニタリング)	常時観察 (関与しながらの観察)
急性期の症状	発達歴・生育歴・生活歴・家族歴
急性期モデル	リハビリテーションモデル
医師・看護師中心	多職種チーム
即応	長期的視点
保護・介入	成長・発達

Hirabayashi, N. NCNP (National Center of Neurology and Psychiatry)

### クリニカルパス

- クリニカルパスでは診療計画やその実施プロセスの共通性に着目し、最善と考えられる標準化された医療を効率的に提供する
- 精神障害別
  - 例: うつ病のクリニカルパス
- 定型化された治療法別
  - 例: 修正型電気ケイレン療法のクリニカルパス
- 運営・処遇ガイドライン

Hirabayashi, N. NCNP (National Center of Neurology and Psychiatry)

### ケアマネジメント

- ケアマネジメントは、共通性よりも個性性に注目し、個別の精神障害者の持つ医療ニーズをはじめ幅広い生活ニーズを基に治療計画を作成し、医療サービスや社会サービスを包括的に提供する。言わば、利用者のニーズに応じたオーダーメイドな医療と見なすことができる。

(平林直次, 安藤久美子, ケアマネジメント, 特集/今日の精神科治療計画 臨床精神医学 35: 513-518, 2006)

Hirabayashi, N. NCNP (National Center of Neurology and Psychiatry)

### ケアマネジメントとクリニカルパスの融合

- クリニカルパスに基づく最善と考えられる標準化された計画的な医療(ガイドライン)を枠組みとして、
- ケアマネジメントの手法を導入し、利用者の個性性に注目し、そのニーズに応じたオーダーメイドな医療を作り、効率的に提供する

Hirabayashi, N. NCNP (National Center of Neurology and Psychiatry)

### まとめ

- 精神症状中心の医療から対象者の特徴に応じた医療へ
- 医師・看護師中心の医療から、多職種チーム医療へ
- 対象者の抱える問題(衝動性、攻撃性、対人技能、社会生活技能)が病棟内で観察された時こそ、対象行為と同じストーリーが読み取れ、介入のチャンスである。

Hirabayashi, N. NCNP (National Center of Neurology and Psychiatry)

## 資料 2

多職種チーム医療における臨床心理技術者の役割

…触法精神障害者を視野に入れて…

医療法人高仁会戸田病院 齋藤慶子

### 1. はじめに

現代医療の基盤には「生物・精神・社会・存在」包括した営みへの進展が期待されている。多くの場を通じて、論議と実践が積み重ねられ、医療従事者の意識は、疾病の区別に対応した画一的治療から個別医療へと変化しつつある。精神科医療についてもその範囲は狭義の精神障害者の医療・福祉にとどまらず、リエゾン精神医療等を初めとして多様な場のニーズに応えてチーム体制による臨床実践の時代となってきた。その経過は、複雑になってきた病像の解明と改善にどのように取り組むか、という課題と同時に、患者の主体的な治療参加を尊重した実践を目指す営みへの期待を背に進められている。従前より活発に異なる学問基盤の連携を求める動きとなっている昨今である。

遺伝子相談を含めた周産期医療から高齢者への包括的ケア、代替医療、ターミナルケア、など、人生のオールステージ・オールラウンドにおいて、医療に関わる心理学の活用は不可欠な条件となっている。例えば生物心理学や健康心理学と呼ばれている領域においては、ストレスマネジメントの観点から心身医学と連携してコルチゾン分泌に注目した研究をさかんに行っていたりするのである。

また、昭和6（1931）年「精神衛生Vol.1.1.」に刑罰の極致は特殊者の治療にあり」とする提唱が紹介されており、精神病学と心理学と行刑の密接な関係を期待する指摘がされている。当時から一部の心理学者の医療参加がされていた歴史的経過にも注目したい。1960年代以降、心理学を専門とする人材の需要と供給が少し増加し始めているにも関わらず、医事法制内での業務に従事するために必要な臨床心理技術者の資格制度は未確立のまま、現在に至っている。

### 2. 心理学が目指すところ

簡単に心理学を概観すれば、知覚、思考、学習、感情、行動、発達、人格、など、個人の精神活動を左右する機能の解明を助け、社会的関係に関連して動く変化にも注目して一人一人の人間性の維持向上に深く関与す学問体系と言える。人の生活に関わるさまざまな場面に活用されているが、心理学的介入の最終目標は次の三点に要約できる。

- a. 生きることへの支援…自尊感情を基本的エネルギーとして役立てる配慮
- b. 活かすことへの支援…潜在している可能性を引き出す配慮
- c. 生涯発達への支援…生き難くしている要因を改善し、自己資源を甦らせる配慮

慮

常に疾病・障害に注意深く関心を持ち続けると同時に、治療・援助者と同じ次元に生きる生活者としての存在であることも合わせ持った対象と向き合っているという意味を含んでいる。国際生活機能分類（ICF）の示す統合的ケアの基本的概念とも一致する点から、医療に貢献する機能を備えていると確認できる。

さらに具体的な機能を挙げてみよう。

- a. 行動理論に基づく状態像理解の援助（病理・生理・薬理・画像診断などとの関連も吟味）
- b. 発達の視点による状態像の構造化と支援機序の整理
- c. 人間関係の力動の活用
- d. 精神（心理）療法の機能の理解と技術援助・技術開発・共同実践
- e. 関係者間のコミュニケーションの潤滑油（専門性の合理的活用・集団力動のコントロール等）

### 3. 精神科医療と心理学

冒頭にも述べたように、心理学は人の人格・行動に関わる近接科学として、古くから精神医学との連携を期待されてきた。どのような対象者についても、心理社会的要因は広範囲に亘り奥行きも深いと言われている。心身症や精神疾患について精神・行動上の偏りは、疾病性(illness)と事例性(case-ness)が重なり合う部分がある。その点について、診断と治療は表裏一体の関与となることを介して慎重な判断の下に進められる過程があり、そこに心理学による職能の提供が少しずつ発展してきた。また、回復過程を経て社会復帰をしていくについては、生活機能の回復についてリハビリテーション学の専門家である作業療法士や社会福祉学を基盤にもつ精神保健福祉士とも連携して職能を効果的に果たす営みも成熟しつつある。

心理学の場合、一人一人の状態像にもっとも相応しい援助技術の提供として次の3点を軸に多職種連携の体制の機能性を高めようとしている。

- a. 疾病や障害から起こる行動の偏りと個性の区別
- b. 人格形成過程になじむ理解と評価と援助
- c. 文化や全体状況との関連での評価と援助

病理・人格変化・生活変化の交差する中で、縦断的な流れを追いつつ検討を深めることを基本に、その人の今を特徴付けている逸脱を明確にする役割を担っている。同時に、健全に機能し得る精神機能や行動特性を見出だして役立てていくことも大切な原則としている。



#### 4. 医療（医療観察法下の医療を含む）における臨床心理技術者の業務

健康管理、早期対応、急性期、回復期、リハビリテーション期、再発予防のどの次元にも治療・援助に参加する心理学的課題はあり、外来診療、入院医療、デイケア、訪問援助のどの枠組みでも役立っている。武井は重大な他害行為の背景分析を示すと同時に、医療観察法下の治療の考え方を「6つの保障」と整理している(1)。

実務は大枠として次の業務区分を挙げることができる。

##### a. 行動にかかわる心理的要因のアセスメント

丁寧に、好意的に、偏らない観点で人格や行動特性をできるだけ時間経過（縦軸）を視野に入れてよく吟味することを目的とする。その結果は、診断に反映されると同時に治療法の検討の参考になったり、治療効果の判定の参考になる。

疾病軸については、精神病理と健康像との関連性を検討し、ストレス脆弱性の社会的要因も含んだ仮説を提供する。人格軸については、背景にに關与している人格障害・知的障害・内的状態像などを検討して人格構造の仮説を提供する。これら二つの軸について、特に心理検査の利用が多い領域であろう。行動軸については各職種独自の場と見方を活かし、さらに見えにくい部分について場の状況を変える操作を加えながらより多角的な評価が実現していくように図る。この軸は、行動様式の変化や危険行為の予知、あるいは改善などを果たす意味は大きい。衝動性、攻撃性、協調性、気力、行動のまとまりなどの実態を把握したり、心理的葛藤の存在を探り、それらの改善と密着した過程に沿って全体像が明らかになっていくという立場を必要とする。

生活軸については、生活力の回復や獲得を手段として治療や人格形成に關与している作業療法士や看護師の業務が主軸となるが、家族機能を改善したり活用する点から臨床心理技術者の職能が求められる機会が少なくない。不安・抑うつについては、特に成育史や生活環境のエピソードやが大きな要因を示唆する機会が少なくない。しかし対象者についてすでに形成された不信・不安・厄介さが支配的であるために、家族の治療参加は困難と思われる場合が少なくないが、根気よく関わることによって接点が開かれていく可能性はその後の回復過程を大きく変える要素となる。家族間の緊張関係や疎遠な関係を初めとして、これまでの生活において家族との関係がどのように機能してきたかを知ることは、治療共同体に何が活かせるか、治療者がどのような関係に立つか、などを判断する点で不可欠の情報である。対象者から少しずつ過去のエピソードを聴取すると同時に、家族を初め、関係者からも少しずつ得ていく。このアセスメントは特に初診時の面接において少しでもレポートつけられると比較的容易になり、また学校に在籍していた時の通信簿にある教師の所見などがきっかけになる場合が少なくない。また家庭訪問によって住居や地域文化を含めた周辺環境について

の実感を持つと、対象者からより詳しい情報を引き出しやすくなる点も留意しておきたい。家族構成、家族間コミュニケーション、生活文化、金銭感覚、欲求不満に関わる耐性などの行動様式、等、多職種それぞれがの得る情報の総合的な内容が基盤であるから、アセスメントの精度は情報交換システムの定着と深く関わっていると言える。

発達軸については、知的発達のみならず情緒の分化、社会的行動の発達過程などの焦点を当てた検討をする。障害分類の鑑別に不可欠であるが、特に理解・判断能力、現実検討能力、を中心として、人格軸・生活軸とも密接な関係にある。これらを検討の方法として心理学が開発してきた諸検査が意味を持つ。

このような観点や複合的な条件を持って、心理アセスメントは主として心理検査・面接・観察によって客観的情報を吟味していく。妥当性、信頼性、客観性、実施の簡易性などを検討して標準化された検査法としては、文章完成法や谷田部ギルフォードのような質問紙法、知能検査に代表されるような課題遂行型の検査法、ロールシャッハテストのように無意識の内界を投影する方法、攻撃性、不安、抑うつなどの状態を特定した項目を並べた評価尺度、などの方法の区別がある。これらの中には、他職種でも実施できるものもある。しかし例えば知能検査において不合格だった課題について、同じ意図で少し課題レベルを変化させると、高次脳機能や神経障害が関与する行動を示唆する指標が見えたりする点について、慎重に結果を扱う必要がある。たとえMMSE（認知症のスクリーニング検査）のように簡易に見える検査法の場合にも、そのような経験が少なくない。すなわち検査法の根拠となっている理論を熟知していないと適切な検査にはならない場合があることを理解しておくことが求められる。

検査の実施に当たっては、主治医の指示のよって計画されるが、指示の内容は「検査の目的」を伝えるといった包括的指示が望ましい。指示を受けた臨床心理技術者が対象者の状況を検討して、具体的にどの検査で目的を果たすか判断することによって対象者への負担も防ぐことになり、有用な結果をが得られる。触法精神障害者の医療過程に多く用いられる心理検査や評価尺度の例は別の報告(1)を参照されたい。

#### b. 精神療法の実施

英語ではpsychotherapyである精神療法は心理療法とも呼ばれる。心理学が基盤となって開発された技法がたくさんあるからである。ここでは「精神療法」に統一して解説を加えることにする。

薬物療法が病因や不適切な情動の動きについて効果的な薬理を検討して操作する方法であると言え、精神にかかわる治療の手段の第一選択の位置にある。それに対して、精神療法は自らの心の動きを受け止めてもらえる安心・安全感を背景に、心の中に自覚的・無自覚的であって行動を左右している構造を他との関係性の中で吟味できるようになっていく過程を提供する営みと言える。精神や行動そのものが治療の手段となる方法である。自分を観察する能力を自覚的の獲得していく過程とも言い換えられる

のではなかろうか。病理性に支配される精神活動や行動のし難さを軽減して、症状からの副次障害とも言える社会生活の困難を克服する契機を与えられる。情緒の安定と成熟によって認知機能が改善され、社会的適応の範囲が拡大する。言語表現や生活様式への関心の促進がもたらされる。これらの結果、人格の深層的变化が期待されると考えられている。神経症、適応障害、などには素直に受け入れられるが、統合失調症の対象者の場合、自分の世界へ侵入される不安を抱えやすく、人格障害の対象者はコントロールされることを避ける方法として他をコントロールしようとする難しさがある。多くの統合失調症やうつ病の対象者の場合、人格障害も合わせ持っているために、一貫性を持ちにくい点を考慮して方法の選択を検討することが必要条件となる。

臨床心理技術者は精神療法の実施にあたって、治療者として、あるいは多職種による実践のサポーターとして関係する機会が多い。

精神医療において多く活用される精神療法の機能を Wolberg L. の分類に従って紹介しよう。

#### ① 非特異的治療・援助要因による精神療法

治療や援助の効果を高める基盤となる一般的な心理風土を指しているが「あなたとわたし」の関係をより近く実感してもらえるように、日常的な場面で配慮する営みをいう。すべての職種に共通する基本的姿勢の実効を期待するところを指している。それはすべての行動を許容することとは異なる。まず向き合っているという関係の維持のために受け止める点が尊重される。

#### ② 支持的な精神療法

前項の延長線上にある機能を特定の治療者・対象者の関係に継続的に積み重ねていくことを基本としながら、日常的な場でも活用できる面を持っている。〈傾聴・共感・明確化〉を治療者の基本的態度として保ちながら、少しずつ、主観をより客観に近付けるように表現の置き換えを示唆したりする。例えば「服薬を忘れた」と言う表現に対して「服薬を忘れたことに気付いたのね。自分でまずかったと思えたことは大きな進歩だったね」などと返すと、失敗の事務的な確認に止まるか、失敗は失敗として認識したことを支えられてそういう自分についての自己効力感を味わうか、の違いが生まれる。それはやがて劣等感を軽減して洞察力を促す基盤につながっていく。障害を持っている自分、障害に支配されてしまう自分、他害行為を起こした自分、それらを共に抱えていくエネルギーが枯渇してかつ被害者の場合もある家族、などの悪循環要素を打開してより効果的な治療に向き合える第一歩が準備されていく。支持的な精神療法それ自体がゆっくりでも人格の成熟に効果を持つばかりでなく、次に述べるより具体的な意図を持つ精神療法の効果を確実にするための基盤整備としても機能する。漠然とした不安を鎮め、治療プログラムへの主体的参加を動機付ける点でも、他の技法に伴う負担感を打開するためにも補完的な関係にあると理解しておきたい。

家族や地域が抱く偏見を打開していくに際しても、この技法は基本的関係作りに不可欠である。

### ③再教育的精神療法

個人が持つ構え、すなわち感じ方の狭さや偏りは柔軟な思考過程を妨げ、適切な行動の発展を困難にする。さらに精神の障害がその傾向に拍車をかける点にも注目しなければならない。近年、認知行動理論や認知行動病理学に立脚したアプローチのによって、このような認知機能が不十分な状態について積極的に打開できることが裏付けられるようになった。人間に内在する承認（認める・ほめるなど）の欲求を中心に、受け入れやすい対人関係を経験するような場を介して、思考過程や対人緊張の改善を期待する考え方による精神療法の群をWolbergは再教育的精神療法と区別した。いわゆる認知行動理論に根拠を持つ諸手法がこの分類に属すると考えてよい。グループでの取組として一般化されたSST（社会生活技能訓練）や疾病教育に取り入れられる機会が多い心理教育プログラムなどがよく知られている。グループでの展開のみならず、1：1のセッションでも活用の範囲は広い。とりわけ、触法精神障害者にかかわる精神療法においては、次のような点への接近性は高く、リスクも少ない。

\* 障害に支配される自分・それを受け入れていない自分への直面化

\* 犯罪との関係で内在する否認・矛盾の打開

\* 行動の逸脱を招きやすい未文化な感情

\* コミュニケーション能力の改善

これらについて、行動レベルでの再学習を促すために、状況把握、その時の感情の認知、自己評価などの事実過程を吟味する機会を積み重ねていく。グループで行う場合は、他のメンバーの行動分析についての共感に後押しをされたり示唆を見い出したりする意義は少なくない。

基本的なところでは、思考強化プログラムや日常生活でのコミュニケーションスキルを身につける目的でよく用いられる。人に声を掛ける、質問をする、用件や頼みごとを伝える、気持ちを表す、などを演じる積み重ねによって力を得ていく。その結果、過剰な緊張や無視を起こすことなく日常生活を一人で対処していける汎化を目指している。

疾病や加害行為については、その事実どのように認識して内省（贖罪意識）を促し、行動の是非を左右する衝動性・感情の起伏・幻覚などに的を絞ったプログラムを計画して実践する。最終的には症状の予防と予知を中心に自己コントロールができるように方向付ける実績がもたらされる。最終的には他の感情から目を反らさないで被害者の立場に立てるようになることで社会と共存していける存在に近付くと期待されている。現在、入院・通院を問わず指定医療機関それぞれで実態に合わせた諸プログラムを開発し、試行を繰り返しているところである。いうまでもなく、家族に対しての疾