

図 E1

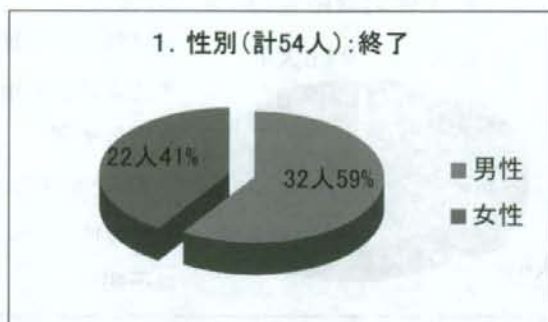


図 E2

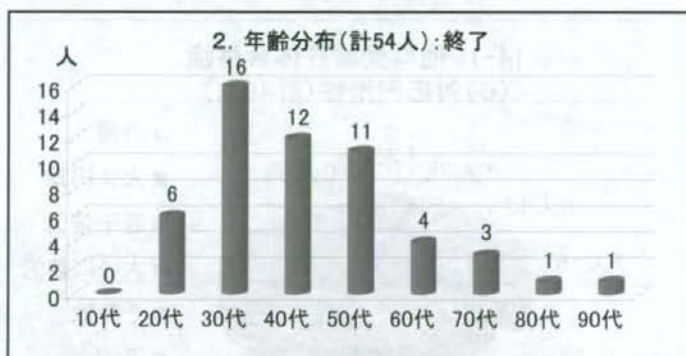


図 E3



図 E4



図 E5

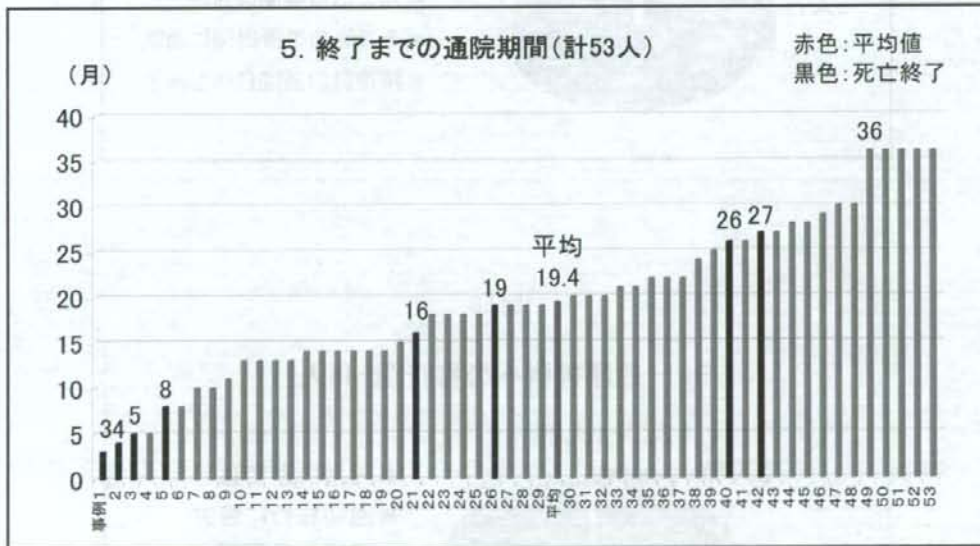


図 E6

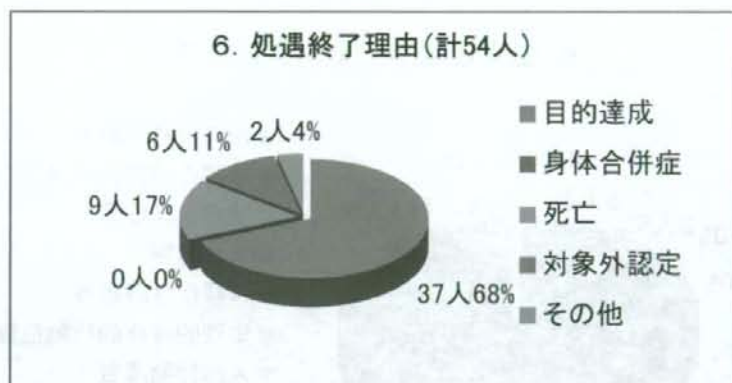
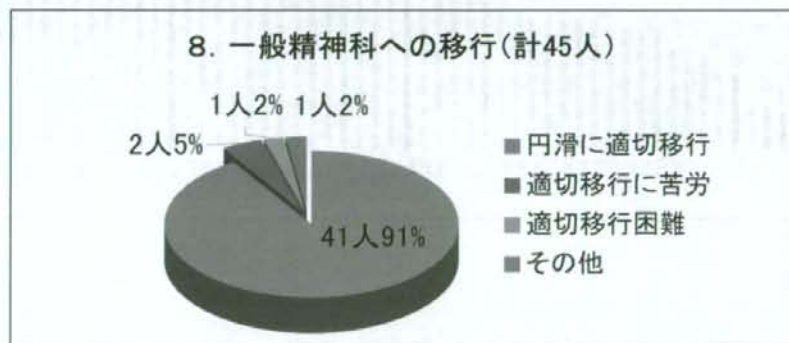


図 E7



図 E8



「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)

通院医療における臨床心理技術者の役割

研究協力者 赤須 知明 (旭中央病院)

菊池安希子 (国立精神・神経センター)

山本 哲裕 (国立病院機構東尾張病院)

I. はじめに

医療観察法の通院医療においては入院医療と異なり必ずしもその配置が保証されているわけではないが、臨床心理技術者は多職種チームによる医療の提供を行うことが求められている。通院医療における臨床心理技術者に関しては、18年度に「通院医療における心理療法」(山本)において入院医療の臨床心理技術者の役割を個人心理療法、心理アセスメント、集団療法、家族へのかかわりの側面から考察した。そしてサービスの質を担保するために通院医療でも常勤の臨床心理技術者の必要性が求められた。19年度は、「医療観察法通院処遇における臨床心理技術者の業務実態」(菊池・赤須・山本)で、通院医療機関における臨床心理技術者の現状を調査した。通院医療に関わる臨床心理技術者の中で「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は、会議では「ケア会議」(65.0%)「治療評価会議」(52.5%)「MDT 会議」(42.5%)、対象者への直接関与では、「心理アセスメント」(52.5%)「心理面接」(40.0%)「デイケア」(35.0%)で

あった。20年度は、これまでの研究結果をふまえ、指定通院医療機関における臨床心理技術者の業務の詳細について把握するために、対象者の存在する通院医療機関の臨床心理技術者にヒアリングを実施した。ここでは、この3年間の結果を参考にしつつ、通院医療における臨床心理技術者の役割について素案を提言したい。

II. 通院医療機関の臨床心理技術者のヒアリング調査

昨年度のアンケート協力病院の中から、臨床心理技術者が直接通院対象者にかかわっており協力可能と返信があった東京近郊病院の臨床心理技術者に対象者へのかかわりについてヒアリングの協力を得た。そして、臨床心理技術者の業務の内、昨年度の調査では捕えにくい通院事例への心理学的関与について予備的なヒアリングを行った。

<A 病院>

移行通院 50代 S 傷害 男性

CPA 会議で SOS がうまく出せないというこ

ヒアリング 4 病院 (民間単科精神科病院 2・公立単科精神病院 2)

ヒアリング対象臨床心理技術者 4 人

病院	病床	臨床心理技術者	担当対象者	病院の対象者
A	326 床	2 名	1 名	3 名
B	450 床	2 名	2 名	2 名
C	200 床	6 名	1 名	5 名
D	416 床	2 名	3 名	20 名

とで、担当医および本人の希望から心理面接を導入する。心理面接への導入は、入院医療機関で入院の臨床心理技術者と同席面接を行い引き継いだ。心理面接では、幻聴の内容で具合の良し悪しが分かるのでこの面を聞いている。また、心理面接は、訪問の担当者が毎回違うことから、生活上の困ったことを聞くことで生活支援の指針を立てる役割も担っている。

<B 病院>

移行通院 20代 S 傷害 女性

母親は言葉では了解が良いが実際の行動は変化が困難で、対象者の対処能力を高める必要があると判断された。具体的にはアサーショントレーニングが重要ということで心理面接を導入した。心理面接は、対人関係の改善に向けて、DC での対人関係も含めて心理面接の中で扱うというコ・ジョイントの形態をとっている。

直接通院 30代 S 実子殺害 女性

精神保健福祉法の任意入院を通して最初は検査目的で関与する。関わるにつれ心理面接が必要であると判断され、疾病教育、内省プログラムを行う。内省プログラムは関係が深まらず中止し、支持的カウンセリング、家族面接、など多面的な精神療法を展開している。しかし、臨床心理技術者が対象者・母親・父親それぞれ個別の心理面接を行い、複雑な関係を一人で抱え込まずるを得ない状況が生じている。

<C 病院>

移行通院 40代 S 殺人 男性

治療計画の中で、自殺予防が必要となり、心理面接が導入された。入院中に行われた疾病教育や対人関係がなかなか深まらない状態が続いている。知的な問題もあり、積み重ねが利かない状態である。能力的な問題もあり、支持的に関わっている。

<D 病院>

すべての事例に関わっているが、事例によっ

て、ケアの密度に違いがある。個別に関わっている事例は3事例。ケア会議やMDTや治療評価会議など参加している。心理面接が必要でないケースには直接関与はしていない。直接関与は3ケースで、デイケアや心理査定なども関わる。心理面接も行っているが、他職種と同席する場合もある。直接通院の場合、通院だけだと治療関係の形成が困難な事例の場合は、医療保護入院で治療関係を形成している。その間に、入院中に心理査定・薬物療法・衝動性の見立てなども行う。

以上から、通院医療において事例によって、臨床心理技術者の関わり具合が異なっている。移行通院の場合、入院医療機関の臨床心理技術者との同席面接が行われた例、処遇実施計画書に自殺予防などが書かれており心理面接が導入された例、通院で心理面接を行っているうちに家族面接も必要になった例などが認められた。直接通院では処遇実施計画書に書かれていないので心理面接が導入されなかったが医療保護入院後疾病教育などの必要性から心理面接が導入された例が認められた。心理面接の導入に当たっては、ブレケア会議などのケアプラン作成段階で、心理的介入の必要性の検討が重要であると認められた。これらの事から、通院医療にあつては、指定入院医療機関や社会復帰調整官から積極的に臨床心理技術者の参加を呼びかけることが、対象者のニーズを把握し、心理的援助を含む多職種チーム医療の実現に有用であることが示唆された。

通院の心理面接は、支持的精神療法のほか、疾病教育、自己主張訓練、内省プログラム、幻聴など症状のモニタリングを兼ねた面接などが行われていた。また、対人関係を問題にする場合、デイケアなどのグループでの活動や訪問での様子を話題とするコ・ジョイント的な面接もみられた。また、臨床心理技術者だけでなく他

職種と共同で面接することも認められた。またデイケアで他職種とともにグループ活動をしたり、他職種と共同して面接を行ったりという形態も認められた。これらの事から、チーム医療でも臨床心理技術者の心理学的介入が他職種との共同・連携の中で生かされることが示唆された。

Ⅲ. 通院医療機関における臨床心理技術者の役割 素案

昨年度の調査から、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が示唆されている。そこで、医療観察法独自の役割だけでなく、一般精神科通院医療での臨床心理技術者の役割も加えて、18年度、19年度の研究と今年度のヒアリングを参考にしながら、通院医療機関における臨床心理技術者の役割をまとめてみる。

1. 通院のチーム医療における臨床心理技術者の業務の概念的整理

医療観察法通院医療における臨床心理技術者の関与の形態には、対象者や家族と直接関与して心理査定や心理学的介入を行う直接関与と臨床心理技術者が他職種と共同して対象者に直接的に関わる共同関与と、臨床心理技術者が直接的には関与しない間接関与がある。また、関与内容として心理査定と心理学的介入及び助言・コンサルテーションがある。関与方法には、個別支援、集団療法、及びアウトリーチがある。この他に、MDT会議・治療評価会議・ケア会議などでのカンファレンス・会議がある。

個別支援は臨床心理技術者の場合、主として面接法をとり臨床心理技術者単独の面接、他職種と同席面接・合同面接などを行う。集団療法では集団精神療法やデイケア等のグループで他職種と共同でプログラムなど行う。アウトリー

チでは、対象者宅に訪問して心理面接等の個別支援や家族面接などするが、単独の場合も他職種と共同した複数訪問もある。

表1 臨床心理技術者のチームでの業務概念 試案

	直接関与	共同関与	間接関与
個別支援	心理査定面接 個人心理面接	合同面接	連携・助言 コンサルテ ーション
集団療法	集団精神療法	集団療法 デイケア	
アウトリーチ	行動観察 訪問心理面接	複数訪問	

2. 医療観察法通院医療における臨床心理技術者の心理学的援助

通院医療機関における臨床心理技術者の業務は、通院のガイドラインでの「必要なら心理検査」と書かれているだけに特定されていない。入院医療機関において行われている臨床心理技術者の業務(大原薫 平成20年度指定医療機関従事者研修会抄録集)を概観すると、心理査定に関する業務に、①病歴・家族歴・生育歴等の情報収集、②人格形成に関する情報収集、③知能検査、④人格検査、⑤神経心理学的検査、⑥不安・抑うつ、衝動性のアセスメント、⑦自尊心・自己効力感のアセスメント、⑧病識尺度を利用した評価⑨問題行動の背景分析など、精神療法に関する業務に、①支持的療法、②再構成的療法、③再教育的療法—認知行動療法(アンガーマネジメント・衝動コントロールなど)、④集団療法⑤家族への心理教育などがある。

通院医療機関では、特に直接通院では、入院医療機関で行われている業務のうち心理査定関係で臨床心理技術者が参加すると、リスクアセスメントや共通評価項目の評定及びその後の治療的介入を立てやすくなる。

精神科の通院医療におけるチーム医療で、臨

床心理技術者の役割を考える時、果たせる業務には以下のものがある。

1. 心理検査（知的機能，認知・神経心理学的機能，人格特性など）からの資料を提供し，対象者の理解を深める助言をする
2. 生育歴・家族歴と現在の問題との心理学的な総合的理解を助言する
3. 再発，自傷・他害等のリスクを評価して，その低減や回避方法を助言する
4. 家族関係の理解の心理学的理解を助言する
5. 対象者の現在の問題行動に関する心理学的見方を提供し，多職種の見立てと共同で解決に当たる
6. 対象者及び家族等に関して心理学的介入の必要度を助言し，心理学的介入が必要な場合は対象者及び家族等に適した心理学的な介入方法を助言する
7. 治療やリハビリテーションの進行状況へ心理学的力動的な理解を助言する
8. MDT チーム内の問題の解決を図る
9. その他

3. 心理査定

心理査定は，①資料からの情報，②MDT メンバーなど他職種の情報，③行動観察からの情報，④面接からの情報，⑤心理検査・評価尺度からの情報，⑥治療経過からの情報などを基に，①疾病軸，②人格軸，③行動（触法）軸，④生活軸，⑤発達軸をそれぞれ評価し，総合的に対象者の在り様を理解する。この査定から，臨床心理技術者の介入方法を検討したり，治療計画を立てたりして，MDT で共通評価項目の評価や治療計画などに役立てる。

4. 通院における精神療法

医療観察法の精神療法の課題は，①病理性に支配される精神活動や行動を軽減，②自己及び他者についての認識の促進，③情緒の安定性と

自己統制，④社会的適応の改善である（大原薫 平成 20 年度指定医療機関従事者研修会抄録集）。このことは，入院医療機関であっても通院医療機関であっても基本的に変わりないものである。その手段として入院医療機関での心理業務は，リラクゼーション・認知行動療法・生活技術講座・心理教育・再構成的精神療法・心理検査・急性期ミーティングなどがある。菊池 他（2007 臨床精神医学 36(9) 統合失調症患者の他害行為防止のための心理学的介入 1107-1114）は司法入院医療機関における集団療法はスキル獲得型（SST や攻撃性マネジメント）と内省型（AA や内省グループ）に分け，両方が必要だと述べている。通院医療機関では，入院医療機関における治療共同体のような支援体制がない中で，また対象者も少ない状況では，個人面接と既存のリハビリテーション資源を合わせて使っていくことになる。実用的には，現時点では通院処遇の対象者に合わせて必要なものを入院治療で行われているものの中からポイントを押さえて通院治療に適した形に変更していくことである。

心理学的な介入には，健康な自我を支持していく支持的な精神療法，症状や問題行動の改善を直接対象とした再教育的な精神療法，症状や問題行動をターゲットとしないで自己の成長を目的とする再構成的な精神療法の適応可能性を検討する。しかし，医療観察法がチーム医療を提供することから，個人精神療法は，単独にはならず，コ・ジョイントやコ・バインドの形で，多職種の介入の潤滑油となったり補完的な役割を果たしたりすることになる。

臨床心理技術者が通院精神療法で行うことは以下のような目的があげられる。

1. 人生のストーリーの理解と困難な状況への不安・葛藤を支える
2. 病識形成（疾病理解）・障害受容・内省を

進める

3. 再発のサインを確認し、症状対処能力を高める
 4. 通院治療への動機づけを図る
 5. 不安や抑うつへの対処能力を高める
 6. 自殺予防を図る
 7. PTSD 様症状の予防と改善を図る
 8. 自己評価を高める
 9. 危機対処のスキルを高める
 10. 問題解決スキルを高める
 11. ストレス対処能力を高める
 12. 家族が被害者である場合心理的支援をする
 13. 家族関係の修復を図る
 14. その他
5. 通院ステージ区分における臨床心理技術者の役割

通院処遇の対象者は、直接通院にしても移行通院にしても、必ずしも入院処遇と同じだけの幅と深さを持った心理学的介入は必要ではない。事例によって、ケアの密度に違いが出るのは、資源の適正配置の面でも当然ではあるものの、対象者の状態と特性に合った必要な心理的介入やプログラムを実施できることは重要である。また、移行通院者にとって通院治療は入院治療での獲得したスキルなどの生活の場での実践的応用をする時期であるのでそれを支える心理学的介入が必要である。

1) 通院開始前

対象者を受け入れるにあたって、他職種と並んで、臨床心理技術者も広範な心理アセスメントを行う。この際に、鑑定書・生活環境調査書・入院機関からの診療情報提供書・入院中の心理面接経過の詳細な心理検査所見や入院経過・鑑定時入院中の心理検査所見等から心理学的査定を行い、共通評価項目の評価に役立てる。移行通院の場合は、入院医療機関での治療経過の力

動的な経過を理解しておくことと通院での治療経過の理解を助けになり、治療計画を立てる際にも役立てることができる。また、生育歴上の問題があるとすればそのことが対人関係などにどのような影響を与えてきているのかなども査定する。こうした評価をプレケア会議で提出し検討する。また、家族支援が必要な場合、誰が行うかの検討、対象者を加えた合同面接が良いのかなどの検討が必要である。場合によっては、家族療法的にアプローチしたほうが良い場合もある。

CPA には臨床心理技術者も参加し、対象者と顔合わせをしておくことが重要である。場合によっては、入院医療機関の臨床心理技術者と同席面接をすることもスムーズな心理面接の移行になる。いずれにしても、入院医療機関の臨床心理技術者との連絡は取れるようにしておく必要がある。

2) 通院開始から前期

通院が開始されると当事者には環境面で大きな変化が起こる。鑑定入院や医療観察法の入院から久しぶりに地域に帰ると、周囲の環境の変化や自分のしてしまったことへの直面化が自動的に進み、過度の内省に陥る危険性もあるので心理的に保護された内省が必要になることがある。この時期は不安や緊張を和らげるように援助する。

移行通院の場合は、支持的療法を基本とし、入院中の経過を振り返り、通院で入院中に獲得した技能の実践を支援する。また、入院治療を振り返る中で、例えば疾病教育など入院中のプログラムを振り返ることで病識などの受け止め方を改めて理解・共有ができ、現状の査定と今後の介入目標に役立てることができる。この時期は大きなストレスがかかっており不安定な時期なので症状の変化や問題行動も一時的に出やすい時期でもある。また、入院医療機関

で得た様々な技能などを実践してみて不都合を修正していく過程に支持的に接して地域生活に適応する一助となる。

直接通院の場合は、支持的な精神療法で関係を深めていきながら、モチベーション・インタビューなどで通院への動機づけを高め、ストレスマネジメントや心理教育を行う。内省は性急には求めないで、信頼関係の形成を優先し、再発の防御要因を高めるように介入していく。その他、精神保健福祉法による入院をした場合は、指定入院機関と同様の心理学的査定は可能となり、この間に治療関係の構築をして必要な心理的介入ができる。

3) 通院中期

地域への活動が広がる時期であり、環境の変化の多様性が増し、自分のペースから活動を選択していた状態から環境のペースに合わせて活動するというペースチェンジが生じる時期である。この時期は、リハビリテーションに向けた様々な介入が積極的に行われ、いろいろチャレンジするが、失敗したりしても実験的試みとして行うことで大きなダメージを受けないように支援する。同時に再発の危機でもあり、そのため精神保健福祉法の再入院になる場合もある。入院はマイナスだけでなく、対象者にとって病気の理解やストレス対処行動などの実践的理解の深まりの時期でもある。改めて心理教育の復習をして再発のサインを確認・再構成することや緊急時の対処行動をできるよう援助し多くのスキル獲得型の介入を行い、旧来の行き詰まった行動パターンの具体的変化を可能にできるよう援助する。また、表に現れた行動の背後にある治療経過の力動的過程を理解し、戸惑いや不安などを受け止めるのも臨床心理技術者の役割である。

4) 通院後期

終了へ向けた時期である。社会復帰調整官の

関与も次第に薄くなる時期である。こうした状況で今までのペースを乱してしまう対象者もある。心理面接で不安や戸惑いなど受け止めていく。この時期の通院への動機づけを維持するために心理面接はより日常生活の場面でのストレスに焦点を当てて対処法を共同で検討するようにしていく。また、一般精神医療に移行する気持ちを聞きながら、今までの治療を振り返り、評価し、足りない点を補ったりして、再度心理教育を行っていく。医療観察法通院治療終了後の通院計画や危機への対処方法を共有し、心理面接が継続的に必要な場合はそのことも共有する必要がある。

IV. まとめ

19年度の「医療観察法通院処遇における臨床心理技術者の業務実態」の調査では、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、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みられた。今年度は、4つの病院の臨床心理技術者にヒアリング調査を行ったが、その関与形態は多様であった。チーム医療の中に入り、必要な心理学的介入ができているところ、臨床心理技術者の負担が多くなっているところなどさまざま、医療機関ごとにその活用に特色があった。いずれにしても心理査定は治療方針の選択や決定に重要な役割を果たし、心理面接などの心理学的介入は、コ・バインドやコ・ジョイントの形で対象者や家族等への多職種介入の潤滑油となったり補完的な役割も果たしたりしている。

しかし、臨床心理技術者は、多職種チームの中で、唯一国家資格化されておらず、その為に業務規定がなされていない。また、診療報酬も規定されていない。こうした事情から、臨床心理技術者の業務は、雇用する病院の方針により

大きく左右される。これは、民間精神科病院に限ったことではなく、公的病院においても臨床心理技術者を増員する法的な根拠がなく、入院医療機関以外には他職種以上に人員においても業務内容においても大きなばらつきが存在すると思われる。診療報酬上、通院医療機関では、臨床心理技術者が心理検査を行った場合は請求可能であるが、心理面接や精神療法（個人のアンガーマネジメントやストレスマネジメント・問題解決など）を行って再発予防を行ってもまた訪問看護に出向いても臨床心理技術者がチーム医療に貢献しても無料である。また医療観察法では一般精神科医療の質を高めることも謳われているのであるから、こうした点を解決するには、臨床心理技術者の国家資格化が不可欠の要件である。

ムの開発をしていく必要がある。

現状では、事例によって、ケアの密度に違いが出るのは資源の適正配置の面でも当然であるが、通院医療では、指定入院医療機関や社会復帰調整官から積極的に臨床心理技術者の参加を呼びかけることが、心理的援助を含む多職種チーム医療の実現に有用である。治療計画やケアの密度の決定については、心理学的アセスメント結果からのインプットは重要である。その意味でも、日常の中核的ケアチームに臨床心理技術者が入らなくてもよいと考えられる事例についても、当初のケア計画段階では、臨床心理技術者を含む関係職種が揃った会議の実現が望まれる。医療観察法通院処遇対象者の担当主治医と担当ワーカーまたは看護師が中心となって、全関係職種を招集することが現実的であろう。

通院の臨床心理技術者の役割をチーム医療と心理査定・精神療法・通院のステージによる役割の素案を提示した。今後、より詳細な調査と臨床心理技術者の役割と効果を検討し、通院医療機関におけるチーム医療の観点から臨床心理技術者の役割を明らかにし、通院心理プログラ

他害行為を行った精神障害者の入院医療に関する研究

分担研究報告書

分担研究者 武井 満

群馬県立精神医療センター

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

群馬県立精神医療センター 院長

研究要旨

今年度も前年度に引き続いて、「刑罰法令に触れる行為を行った精神障害者の処遇システム」をいかに構築していくかということの基本テーマとして研究を行った。研究の要点としては、入り口、受け皿、地域処遇の3点になり、法的には精神保健福祉法と医療観察法と刑法をどのように繋ぐかが問題となる。

まず入り口問題についてであるが、群馬県精神科救急情報センターの場合を例にして、精神障害者の措置入院の移送制度の問題を取り上げ、精神保健福祉法だけでなく、医療観察法の施行とも関連して、このような精神科の情報センターが行政責任の下に作られることが重要であることが示された。またマンパワーの充実した情報センターの設置は、アウトリーチ活動などの地域精神保健活動の実施を可能にし、入り口問題だけでなく、精神障害者の地域処遇にとっても欠かせぬ機能になると考えられた。これにより、処遇困難患者の解消や医療観察法の円滑な運用、更には地域精神保健活動の活性化を図ることができ、その役割は医療観察法と相俟って、車の両輪の如く有効であることが、群馬県精神科救急情報センターのこの間の活動状況を分析することによって明らかになった。

次に受け皿問題としては、一般精神科病棟と医療観察法病棟、それに矯正施設が挙げられるが、医療観察法病棟の状況については、今年度もアンケートによって調査分析され、課題は抱えつつもほぼ順調に経過していることが報告された。しかしもう一つの受け皿である一般精神科病院については、まだまだ課題が山積しており、今回の事例検討会では、精神保健福祉法の26条通報事例について報告され、甚だしく処遇困難な状況にあることが報告された。更に松沢病院における暴力傾向の強い患者についての予後調査も行われた。また司法精神医学・医療の知識の普及と啓発、一般精神科医療の向上を目的として、アメリカ Yale 大学「法と精神医学」分野准教授 Alec Buchanan 先生を都立松沢病院に招き、司法精神医療ワークショップを行った。

矯正施設については、今年度は関東医療少年院を対象として視察研修を行い、少年の場合の医療のあり方や審判の問題について、若干の知見を得た。

臨床心理技術者相互の研修・事例検討会とそれを通しての情報ネットワークの形成については、今年度も前年度に引き続いて同様な試みを実施し、特に臨床心理技術者の情報ネットワークについては、今後とも継続維持できるようにする必要があることが確認された。

また同じく臨床心理技術者の重要な役割となる治療プログラムの作成について、一般的他害行

為防止プログラムが開発され、医療観察法病棟において引き続き試行される中で、実態に合わせた改訂が行われた。

研究班員：(五十音順)

赤田卓志朗 (群馬県こころの健康センター・精神科救急情報センター)

芦名 孝一 (群馬県こころの健康センター・精神科救急情報センター)

菊池安希子 (国立精神・神経センター精神保健研究所)

黒田 治 (東京都立松沢病院)

齋藤 慶子 (医療法人高仁会戸田病院)

佐藤 浩司 (群馬県立精神医療センター)

島田 達洋 (栃木県立岡本台病院)

田口 寿子 (東京都立松沢病院)

樽矢 敏広 (国立精神・神経センター武蔵病院)

林 直樹 (東京都立松沢病院)

平林 直次 (国立精神・神経センター武蔵病院)

A. 研究目的

本分担研究班の研究テーマは「他害行為を行った精神障害者の入院医療に関する研究」であるが、前年度までの報告書で述べてきたように、他害行為とは精神障害の状態で行った刑罰法令に触れる行為と定義されることから、ここでは本テーマを「刑罰法令に触れる行為を行った精神障害者の処遇システム」として問題を整理し直し、このようなシステムをいかに構築するかという観点から、これまで研究を実施してきた(図1)。

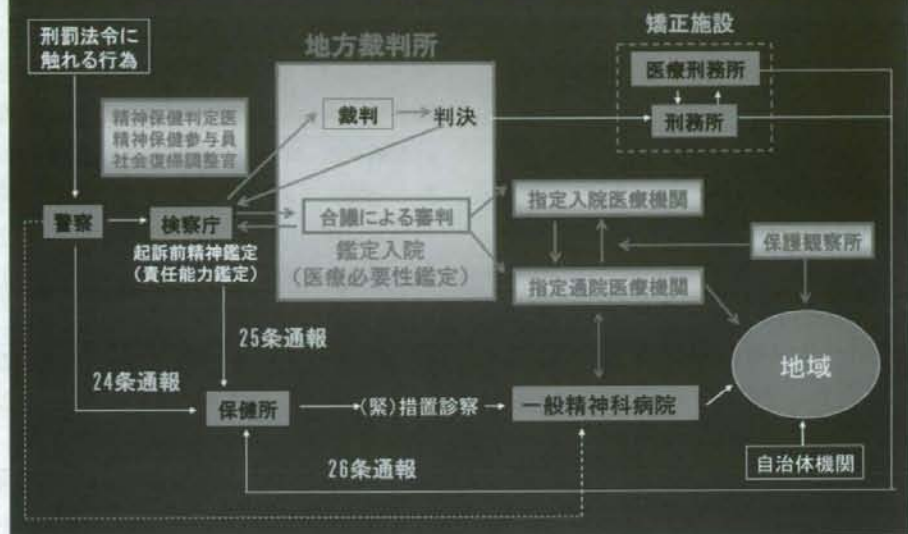
そうすると本研究は、大きくは入り口問題、受け皿問題、地域処遇問題の3つに主に分けられることになり、刑罰法令に触れる行為を行った者に対し、それが精神障害によるものかどうかから始まり、精神障害とは言えない場合も含めて、システム論的に処遇のあり方(ここで言う処遇とは医療を含む概念である)を論じることが出来ることになる。

そこでまず入り口問題についてであるが、刑

罰法令に触れる行為を行ったその者が精神障害者であるかどうか、精神障害者であるとするならば、いかなる性質の精神障害者であるのか、行った行為の重大性はどの程度のことなのかなどが問題となる。このように最初の入り口の段階において検討されなければならない内容は、実は多岐にわたり、他害行為、即入院といった安易な入院のさせ方は、時に処遇困難患者をつくることにもなる。精神保健福祉法に基づく一般精神科医療で対応されるべきなのか、刑事司法手続きに乗せ、責任能力も含めて検討されるべきなのかなどが、客観性を持って評価され、その評価に基づいて振り分けられる必要がある。

この問題は、実は精神科3次救急と深く絡んだ問題であり、これまでは「救急」という名のメディカルモデルにより、現場主義的に対応されてきた経過がある。しかし医療観察法の施行により、新しい治療のための受け皿が出来た以上、メディカルモデルだけでなくリーガルモデルをも加味した、客観的で透明性のある対応が

図1 刑罰法令に触れる行為を行った精神障害者の処遇システム



求められることになる。

受け皿問題については、現在、一般精神科病棟、医療観察法病棟、矯正施設の3つが存在するが、刑罰法令に触れる行為を行った者が、これら3つの内のどの受け皿で対応されたならば、本人にとっても被害者にとっても社会の安全にとっても、もっとも好ましい結果を生むのかを検討することは重要な課題となる。これまでのところは、責任能力の有無に基づいて、大きくは医療か矯正施設かの二つに分けられていたが、医療観察法が施行された現在、医療か矯正施設かの二者択一を越えた、新たな研究が思考される必要がある。

地域処遇問題については、本邦は欧米先進国と比べて最も遅れが目立つ分野であり、刑罰法令に触れる行為を行った者について、いかなる社会資源を整備していかなければならないのかを明らかにすることは、医療観察法が始まって3年以上が経過し、社会復帰をしていく対象者が増加してくる中で、急を要する具体的な検討課題であると考えられる。

このように刑罰法令に触れる行為を行った者の処遇について、入り口、受け皿、地域処遇とシステム論的に検討された研究は、これまでのところなかったと思われ、医療観察法の施行によって、初めて現実的な研究課題として意味を有してきたものである。今後は、このようなシステムの現状分析とその整備に向けて、具体的に調査研究されることにより、より人間としての尊厳と人権が守られた処遇のあり方が構築される必要がある。

B. 研究方法

平成14年度から平成17年度までの4年間にわたって行われてきた触法行為を行った精神障害者の精神医学的評価、治療、社会復帰等に関する研究（通称：松下研究班）における分担研究である「触法精神障害者の治療プログラムの研究」の成果を踏まえ、「刑罰法令に触れる行為を行った精神障害者」について、現行ではどのような処遇が行われているかを入り口、受け皿、地域処遇そして具体的な治療プログラムと大きく

システム論的に捉えて課題の設定を行い、研究を行ってきたところであり、今年度も前年度に引き続いて研究を進めると同時に、今年度は最終年度であることから総括的なまとめについても述べる。

C. 研究結果と考案

1. 入り口問題と地域処遇問題

前年度までは、入り口問題として、刑罰法令に触れる行為を行った精神障害者について、一般精神科病院と医療観察法病棟と矯正施設という3つの受け皿が出来る中で、どのように振り分けられているかの実態調査をした。

このような入り口問題について、振り分けが適切になされるためには、精神障害者の措置移送制度（精神保健福祉法29条の2の2）を実施することが必要となるが、実際にはマンパワーの不足から、殆どの自治体は法に定められた形では、実行できていない現状にある。

ただし群馬県精神科救急情報センターにおいては、全国でも唯一といえる形で措置入院の移送制度をこれまで実施しており、その実施のために、各地域の保健所の機能の一部を割愛して、それを精神保健福祉センターに一括して統合するという形を取っており、都道府県知事の措置権限はセンター長に事務委任されている。これによって24条の警察官通報から25条の検察官通報、26条の矯正施設長の通報までがすべて精神保健福祉センターに入るようになっており、事前調査を実施して、措置診察の実施の是非、措置入院等の非自発入院の適正化などを行っている。

その後、当初、精神障害者の移送中心に始まった業務は、次第に精神保健活動一般にまで拡大するようになり、現在は精神科情報センターとしての情報の集約・一括管理を行うと同時に、精神保健活動としてのアウトリーチ活動も実施

されるようになり、地域での様々な事案に対して、事例化する前に対応するなどの試みが行えるようになってきている。その効果は大きく、群馬県内においてはいわゆる処遇困難患者などの問題事案は大幅に減少してきているだけでなく、医療観察法の対象者自体を少なくさせる効果もあがってきており、加えて、医療観察法対象者の地域処遇に関しても、チームを組んで迅速に対応することができる体制も組むことが出来るようになってきている。

このように、アウトリーチの実施できるマンパワーの充実した精神科情報センターを設置することは、単に精神保健福祉法通報事例への対処だけでなく、様々な局面で地域での精神保健活動の活性化を可能にしており、医療観察法がより有効に機能するためにも、群馬県においては、精神保健福祉センターはなくてはならない機能の一環となっている。今回は群馬県の例を取り上げて研究を行ったが、このように考えると、実は当然のことではあったが、マンパワーの充実した、アウトリーチ活動の出来る精神科情報センターが行政責任の下に作られることは、医療観察法の実施に勝るとも劣らない、重要な課題であり、メンタルヘルスの問題が噴出する現状にあって、全国的に展開されるようになることを期待したい（精神科医療の治療機能保持におけるトリアージとアウトリーチの必然性について（芦名孝一、赤田卓志朗）参照）。

2. 受け皿問題について

(1) 医療観察法病棟についての調査研究

医療観察法病棟は、医療観察法の中核的存在として、治療実績その他さまざまな面から、継続的に検討されて行く必要のある課題である。特に平成22年度には医療観察法の見直しが予定されており、入院処遇のガイドラインの再検討も予想される。そこで今年度も前年度に引き

続いて、医療観察法病棟の現状と今後のあり方についてアンケート調査と分析を行った。

アンケートの内容は多岐にわたっているが、特に今回は長期在院者の問題、修正型電気けいれん療法の実施状況、隔離・拘束、行動制限の実施状況などについてアンケート調査を行い分析した（医療観察法指定入院医療機関の実態調査と今後のあり方に関するアンケート調査（平林直次、佐藤真由美、他）参照）。

（2） 触法行為を行った治療困難者に対する一般精神科病棟での治療の試み

一般精神科病院にあっても、触法精神障害者の治療についてはこれまでも関わっているところであり、重大な他害行為を行った精神障害者については次第に減少していくと考えられるが、当面は触法精神障害者でかつ処遇困難または治療困難患者を一般精神科病棟にあっても数多く抱えているのが実情である。したがって今年度も前年度に引き続いて、これらの現状を明らかにするために、栃木県立岡本台病院で事例検討会を実施した。事例は 26 条通報例であり、保護室を頻用せざるを得ない処遇の著しく困難な事例であった。これに対して多職種での評価を行い、治療についての検討を行った（「一般精神科医療における治療困難例に対する取り組み」～多職種がどう関われるか（島田達洋）参照）。

（3） 強い暴力傾向を示す男性患者の経過など臨床特徴についての診療録に基づく研究

医療観察法施行以前にあっては、重大な他害行為を行った精神障害者については、精神保健福祉法の 24 条通報や 25 条通報、あるいは 26 条通報によって、一般の精神科病院が入院医療の受け皿として、治療に関わらざるを得なかった。このような患者は、現在にあっても、入院継続をしていることが少なくない。

本研究は、都立松沢病院に重大な他害行為や持続的な暴力傾向により入院となった 83 名について、診療録に基づいて、その経過や予後が検討がなされたものである（強い暴力傾向を示す男性患者の経過など臨床特徴についての診療録に基づく研究（林直樹）参照）。

（4） 関東医療少年院視察研修

医療観察法においても、少年事件が対象となることはあり得るが、実態としては少年の場合は医療観察法には乗らず、別な処遇となっている。その是非は別にして、重大な他害行為を行った少年の精神障害者の処遇について、どのような流れで事件が処理されていくのか、その場合に医療的関与はいかにあるのかなどについて知見を広めておくことは、意味のあることと考える。そこで今年度は、前年度の北九州医療刑務所の視察研修に引き続いて、関東医療少年院の視察研修を行い、処遇の流れや実際の治療の内容などについて研修するために本企画を実施した（関東医療少年院研修による未成年商法精神障害者の精神科医療（佐藤浩司、田口寿子）参照）。

（5） 司法精神医療ワークショップ

司法精神医学・医療の知識の普及と啓発、一般精神医療の向上を目的として、第 4 回日本司法精神医学会大会（会長：平野誠 肥前精神医療センター院長）に特別招聘されたアメリカ Yale 大学「法と精神医学」分野准教授 Alec Buchanan 先生を都立松沢病院へお招きし、司法精神医療ワークショップを行った。紙幅の都合上、本報告書には Buchanan 先生の講演部分と総合討論部分を掲載した。なお Buchanan 先生の通訳には、菊池安希子先生（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制度運用研究室長）にご尽力をいただいた（触

法精神障害者の治療および処遇をめぐる現状と展望（黒田治）参照）。

3. 臨床心理技術者の業務のあり方

医療観察法の多職種チーム医療で重要な役割を果たすことになる臨床心理技術者について、実態調査とその技能の向上、情報交換のためのネットワーク形成等を目指して、今回も、前年度に引き続いて以下の研究調査と事例検討会を実施した。

(1) 精神鑑定に資する心理検査所見報告書作成の試み

CP-ネットに加盟している医療機関から 10 施設を抽出し、各施設の臨床心理技術者に依頼して、ロールシャッハテストと WAIS の二つの心理検査を、医療観察法の対象 2 事例について実施し、所見作成にいたる状況を観察する試みを行った。

(2) 事例検討会

CP-ネットの会員の内、43 名が参加して、事例検討会を実施した。事例報告による検討の後、武井と黒田がそれぞれ小講演を行った。

（医療観察法による医療における臨床心理技術者の業務のあり方（齋藤慶子、菊池安希子）参照）。

4. 医療観察法入院病棟における一般的他害行為防止プログラムの開発

再他害行為防止のための介入はまだ端緒に終わったばかりであるが、本研究では医療観察法指定入院医療機関で実施可能な一般的他害行為防止プログラムを開発するのを目的として、これまで研究を継続してきた。今年度は前年度に引き続いてプログラム内容の改訂を図るとともに、症例数を増加し、プログラムの有効性について検証した（医療観察法医療入院病棟における一般的他害行為防止プログラムの開発（2）（菊池

安希子）参照）。

D. 結語

「刑罰法令に触れる行為を行った精神障害者の処遇システム」という考え方は、これまで研究テーマとしてとりあげられたことはなかったが、入り口、受け皿、地域処遇として問題を整理し、システムの課題設定を行った研究を実施できたことは、そのこと自体、まずは大きな成果であったと考える。これにより、このシステムに関与する様々な分野に関して、具体的に調査研究することが出来、どこのいかなる部分にシステムとしての不備があるかを、多少なりとも体系的な観点から検討することができた。この研究テーマは法的にみると、精神保健福祉法と医療観察法と刑法をどう繋げば良いのかというテーマでもあり、医療観察法以前にあっては、精神保健福祉法と刑法とが、司法精神医学的検証を受けることなく全く個別に運用されていたことから、精神科医療の現場だけでなく、様々な場面で不具合が生じていた。

医療観察法の施行により、漸く、精神保健福祉法と医療観察法と刑法とを一連の流れとして捉えることができるようになり、これによって刑罰法令に触れる行為を行った精神障害者について、適切な振り分けと各受け皿における適切な医療なり処遇について、本格的に議論することが可能となったものである。

医療観察法が施行されて 3 年以上が経過した現在、今問題となっているのは、例えば精神保健福祉法の 26 条通報事例についてであり、医療の現場ではその対応が苦慮されている。この問題に関しては、矯正施設内の処遇のあり方やダイバージョンを可能にするような法整備が課題として取り上げられ、ここでの結論はまだ到底出せる段階にはないが、本格的に議論ができる状態には至ってきたと言えよう。

いずれにしても本研究は、裁判所、法務省、厚労省が関与した、社会のあり方の根本にも関わるテーマであり、早急で安易な結論は厳に慎まなければならないが、本研究の最終的な目標は、人間の尊厳と人権が守られ、なおかつ被害者の応報感情も視野においたシステムを作ることであり、そのような意味では、たとえ遅々とはしていても確実な進展が望まれるところである。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

武井満 編著：医療観察法と事例シミュレーション，星和書店，2008

武井満：人格障害ケースの非自発入院を考える，日精協誌 第28巻・第2号，33-37，2009

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

精神科医療の治療機能保持におけるトリアージとアウトリーチの必然性について
「措置移送センター」の経験を通して

研究協力者 芦名 孝一 赤田 卓志朗

群馬県こころの健康センター・精神科救急情報センター

1. はじめに

群馬県精神科救急情報センター（以下、当情報センターと記す）は県の専門行政機関である群馬県こころの健康センター（精神保健福祉センター）におかれ申請・通報・届出（以下、通報等と記す）の受付から事後の事務処理まで精神保健福祉法上の措置診察に関する業務を一元的に実施している。その点では電話相談による振り分けを担う一般的な精神科救急情報センターと比べれば当情報センターは実態として「措置移送センター」であると言える。

ところで群馬県における措置移送の特徴として、当情報センターは行政機関として医療的判断に基づく振り分け「医学的判断による行政トリアージ」（以下、行政トリアージと記す）を実施している。精神保健福祉法上では措置診察実施の要否決定には医学的判断を要しないとされるが、群馬県では当情報センターに属する精神科医師の助言に基づいて診察実施の要否が決定されている。

加えて当情報センターは措置移送対象者などを主対象に医療機関・保健所・市町村との連携下に地域保健活動であるアウトリーチを実践している。

行政トリアージとアウトリーチを実践する当情報センターが群馬県において設立された理由は、群馬県の精神科救急医療体制が始動した 1991 年度以降、県内の措置移送関係者が様々な

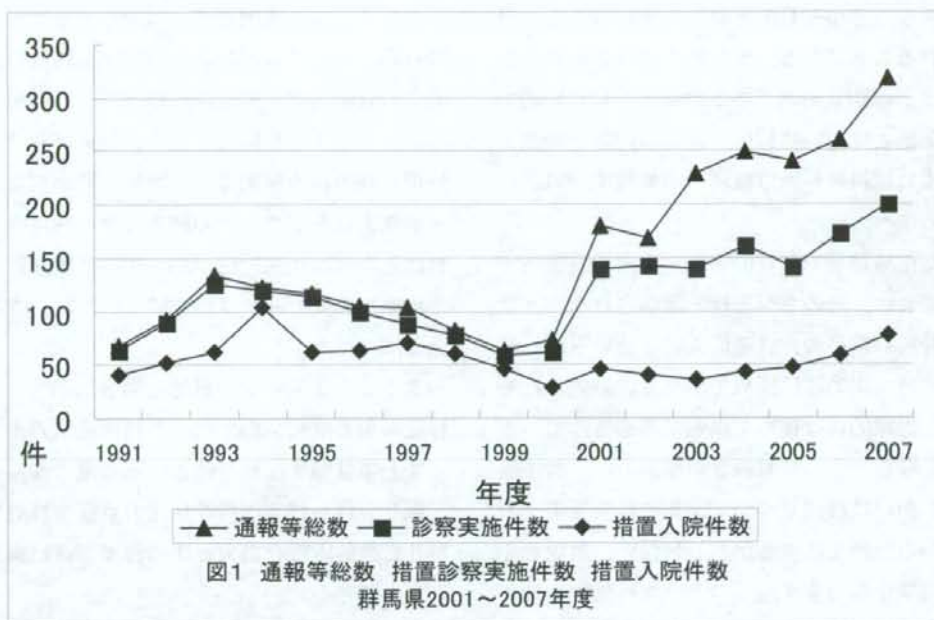
困難に直面し対応してきた経過に求められる。この経過において救急体制が機能不全に陥らないためにトリアージが要請され、さらに行政機関に属しつつ地域機関と日常的に行き来する精神科医の存在が地域での潜在的需要を喚起しアウトリーチの開始に至った。

ところで措置移送対象者は「精神障害のために自傷他害のおそれがある者」とされるが、実際には対象者の約 85%（群馬県 2001 年度～2007 年度）は何らかの他害の事実をきっかけに通報等されている。一方、医療観察法の対象者が「重大な他害行為を行った精神障害者」であり、措置移送対象者と医療観察法の対象者は「他害の事実を有する精神障害者」である点で通底している。そのことは医療観察法医療と精神科救急の関係にも敷衍できるだろう。それ故、当情報センターを焦点に措置移送に関する経験を検討することは、医療観察法医療にとっても有意義であると思われる。

以下、本稿では群馬県において精神科救急体制が始動し処遇困難患者の問題からトリアージの必要性が認識され情報センターが設立された経緯を述べ、次いで情報センターによるアウトリーチ活動の開始の経緯とその概要に触れる。さらに事例を呈示し当情報センター設立後の措置移送の変化と、措置移送実施におけるトリアージとアウトリーチの相補的關係について述べたい。

2. 情報センター設立までの経緯

2-1 精神科救急体制の始動と破綻



群馬県においても1980年代前半までに精神科病床数の増加は鈍化し、精神科病院への年間の新入院患者数も減少に転じた。このことは社会生活を送る精神障害者数の増加と精神科救急医療への需要の増大を来した。そのため1986年度より精神科救急医療体制の構築が検討され、1991年度より県内唯一の県立精神科病院に一床、輪番精神科病院に一床と計2床の空床を確保する「夜間休日精神科救急医療」が開始され県内の通報等件数が増加した(図1)。このとき警察官関与事例は主として県立病院が受け容れることとされ、さらに後方転送が殆ど機能しなかったため、処遇困難患者を含む触法精神障害者は県立精神科病院に集中・滞留し、頻回に入退院を繰り返した。その状況を現県立精神科病院院長の武井は以下のように述べている。

「これ(1993年度までの緊急措置診察者、緊急措置入院者、措置入院者の増加―補足は筆者)は病院と警察の双方が、医療と司法の関係につ

いて明確な判断基準を持ち得ないままに、公的病院としての責務から請われるままに患者を受け入れてしまったという結果による。したがってこの時期は、本来であれば司法ルートに乗せるべき覚せい剤乱用者や反社会的な人格障害者が、頻回に入院を繰り返していた。そのため特に男子の閉鎖急性期病棟は、これら患者による他患者への暴力行為や病棟内放火などにより、パニック状態となり治療環境を保てないなどの問題が続出した。」(武井 精神科救急と触法問題 精神科救急医療 飛鳥井 分島 金剛出版 1998)

2-2 本稿における処遇困難患者の定義

前述のように措置移送対象者の大多数は他害の事実を伴い、中には刑罰に相当する場合も含まれる。そのような対象者が警察官通報により精神科病院に収容された後に何の司法対応もなされなければ、精神科病院への収容が「他害行為に対する懲罰」という意味をも帯びてしまう。