

心神喪失者等医療観察法
(平成17年7月15日施行)

通院処遇ハンドブック

厚生労働科学研究分担研究班

通院処遇
ハンドブック

厚生労働科学研究
分担研究班

心神喪失者等医療観察法
通院処遇ハンドブック

まえがき

平成18年度から3年間、厚生労働科学研究「他害行為を行った精神障害者の診断、治療及び社会復帰支援に関する研究」（主任研究者 山上 皓）の分担研究「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）、及び厚生労働科学研究「医療観察法による医療提供のあり方に関する研究」（主任研究者 中島豊爾）の分担研究「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）の2つの分担研究班では、合同で研究会議を開催し、通院医療や地域処遇について検討を重ねてきました。

平成17年7月15日に施行された心神喪失者等医療観察法もすでに3年半が経過し、原則3年とされている通院処遇の期間を超えるようになってきました。この間、多くの対象者が、当初審判で直接通院処遇になったり、また当初は入院処遇になったものの退院決定を経て通院処遇に移行したりして、通院対象者の数も確実に増加してまいりました。もともと通院処遇は、保護観察所に社会復帰調整官が新設されたほかは、従来の精神科地域医療体制の中で実施することからスタートしました。そのため「通院処遇ガイドライン」や「地域社会における処遇のガイドライン」などに則りながら手探りで進められてまいりました。

前記2つの分担研究班では、このような状況の中で進められてきた通院医療や地域処遇の諸課題について調査・検討を行ってきましたので、3年間のまとめとしてこの「通院処遇ハンドブック」を作成することにしました。この小冊子が関係の方々に広く利用されることを願っています。

平成21年3月

分担研究者 岩成 秀夫（神奈川県立精神医療センター）

分担研究者 川副 泰成（国保旭中央病院）

第1章 地域社会における処遇の概要 ……………	1
1. 地域社会における処遇 ……………	1
2. 保護観察所（社会復帰調整官）……………	2
3. 生活環境調整と精神保健観察 ……………	2
4. ケア会議 ……………	5
5. 処遇実施計画 ……………	7
第2章 指定通院医療機関における医療（通院医療） ……	13
1. 通院医療と基本理念 ……………	13
(1) 通院医療の基本理念 ……………	13
(2) 多職種チームアプローチ ……………	16
(3) 指定通院医療機関 ……………	18
2. 通院医療開始前の準備 ……………	20
(1) 入院対象者への退院支援 ……………	20
(2) 移行通院と直接通院の場合 ……………	22
(3) 個別治療計画の作成 ……………	24
3. 通院医療の開始（初診）……………	25
(1) 通院医療のオリエンテーション ……………	25
(2) 個別治療計画書の説明と同意 ……………	25
(3) 対象者と多職種チームとの顔合わせ ……	26
4. 通院医療の進行 ……………	26
(1) 個別治療計画の実施—多職種チームの活動…	26
(2) 定期的評価と見直し—多職種チーム会議…	29
(3) ステージ分類 ……………	30
5. 通院医療の終了 ……………	31
6. 個別の医療サービス ……………	32
(1) 外来診療 ……………	32
(2) 心理面接 ……………	35
(3) デイケア・ナイトケア ……………	38
(4) 外来作業療法 ……………	42
(5) 訪問看護 ……………	45
(6) ソーシャルワーク ……………	48
7. 通院医療におけるプログラム ……………	50
(1) 疾病教育 ……………	50
(2) 認知行動療法 ……………	55
(3) 内省プログラム ……………	59
(4) 生活機能回復プログラム ……………	62

8. 緊急時の対応（指定通院医療機関）	65
(1) 対応の原則	65
(2) 緊急時の連絡・対応方法の説明	66
(3) 精神保健福祉法による入院	66
(4) 通院処遇中の自殺	68
9. 身体合併症への対応	69
(1) 外来治療のみの場合	69
(2) 入院治療・手術が必要な場合	70
10. 通院医療における医療費	70
(1) 通院対象者通院医学管理料	70
(2) 精神科専門療法	71

第3章 通院処遇における地域連携…………… 73

1. 地域連携のあり方	73
2. 地域における関係機関とその連携	75
(1) 行政機関の役割	75
(2) 個別の行政機関の役割	76
3. 社会資源とその利用	82
(1) 居住系サービス	82
(2) 日中の支援	85
4. 緊急時の対応（地域処遇）	89
(1) クライシスプラン	90
(2) 精神科救急システム	92
(3) 警察との連携	93
5. 家族とその支援	93
(1) 心理的サポート	93
(2) 教育的サポート	94
(3) 福祉的サポート	95
6. 地域社会での生活	96
7. 情報管理と権利擁護	97
(1) 情報管理	97
(2) 権利擁護	98

執筆者一覧（執筆順）

- 鶴見 隆彦（法務省横浜保護観察所）
遠藤 真美（法務省さいたま保護観察所）
岩成 秀夫（神奈川県立精神医療センター）
香山 明美（宮城県立精神医療センター）
葛山 秀則（兵庫県立光風病院）
三澤 孝夫（国立精神・神経センター病院）
石井 利樹（神奈川県立精神医療センター芹香病院）
岩間 久行（神奈川県立精神医療センター芹香病院）
籠本 孝雄（大阪府立精神医療センター）
山本 哲裕（国立病院機構東尾張病院）
原澤 祐子（神奈川県立精神医療センター芹香病院）
安井 弘美（大阪府立精神医療センター）
茂木 健一（神奈川県立精神医療センター芹香病院）
赤須 知明（国保旭中央病院）
菊池安希子（国立精神・神経センター精神保健研究所）
八木 深（国立病院機構東尾張病院）
小高 晃（宮城県立精神医療センター）
川副 泰成（国保旭中央病院）
桑原 寛（神奈川県精神保健福祉センター）
荒井 澄子（東京都南多摩保健所）
関口 暁雄（埼玉県立精神保健福祉センター）
上野 容子（東京家政大学）
佐賀大一郎（法務省東京保護観察所八王子支部）
深谷 裕（国立精神・神経センター精神保健研究所）
伊藤順一郎（国立精神・神経センター精神保健研究所）

第1章

地域社会における 処遇の概要



1. 地域社会における処遇

医療観察制度の目的は、対象者に適切な医療を継続的に確保し、病状の安定と回復を図り、同時に対象行為となった他害行為を防止し、そのことによって対象者の社会復帰を促進することです。

具体的には、①入院処遇から通院処遇への適切な移行と医療の継続、②指定通院医療機関における通院医療、保護観察所における精神保健観察、地域における支援の3要素の連携型のケア、③対象者・家族の希望やニーズの尊重、これら3点に対象者に関わる各関係機関が配慮し、有効に運用されて初めて目的が達成されます。

更に一步進めて考えれば、あくまでも対象者への関わりの目的（ゴール）は社会復帰であることから、対象者に関わる各関係機関は通院処遇前期から一般の精神保健福祉体制への移行を常に意識しながら、通院処遇の期間内（原則3年、最長5年）に対象者に相応しい療養生活と地域生活を段階的に構築していくことが大切です。関わる側が心配や不安から保安市になり、③への配慮を欠いた結果、一般の精神保健福祉サービス移行時に、対象者の地域生活が破綻につながっていくことは厳に注意しなければなりません。

そういう意味から、地域社会における処遇は、本制度による関わりの集大成ですので、これらのことを基本としながら、関係機関は連携を緊密にし、対象者の社会復帰を促進していくことが重要です。（鶴見）

2. 保護観察所（社会復帰調整官）

保護観察所は、法務省の地方支分部局（出先機関）として、全国50ヶ所に設置されている機関であり、各保護観察所はその県内の対象者を担当します。新設された社会復帰調整官は、精神保健福祉分野等の専門的知識を有する者であり、保護観察所において医療観察制度による処遇に従事します。

社会復帰調整官の役割は、対象者の当初審判から地域処遇まで一貫して関与し、関係機関相互が有効な連携を図れるよう調整するとともに、対象者の継続的な通院医療を確保し、社会復帰を促進するために、地域社会における処遇全体のコーディネーターとしての役割を担うことです。そのため地域処遇の全体を見渡ししながら、対象者が円滑に社会復帰していけるよう支援していくことになります。（遠藤）

3. 生活環境調整と精神保健観察

(1) 生活環境調整

生活環境調整とは、指定入院医療機関に入院した対象者が、円滑に社会復帰できるよう、入院当初から継続的に関わり、関係機関と連携しながら居住地の生活環境を整えることです。

具体的な調整の内容や方法は、対象者によって異なりますが、調整の流れは概ね以下の通りとなっています。

a. 生活環境調整の開始

まず、法第21条第2号により、対象者の居住地（定まった住居を有しないときは、現在地又は最後の居住地若しくは所在地とする。）を管轄する保護観察所（以下、居住地保護観察所という。）を担当とし、実際の生活環境の調整が開始されます。居住地保護観察所の長は、退院後の居住地や生活設計について入院対象者や家族等の希望を踏まえ、「生活環境調整計画書」を策定しています。その調整計画を踏まえ、社会復帰調整官は、指定入院医療機関が開催するケア会議（CPA会議）に定期的に参加するなどして、治療の進展状況の確認や、地域で生活していく上での課題及び退院後に必要となる支援体制について協議を重ねていき

ます。居住地の設定及び確保については、あくまで対象者主体ですが、家族等の引受け意思や入院治療の進捗状況等により、明らかに適切な医療や援助が確保されない、病状が安定しないなど社会復帰が困難な状況が予想される場合は、指定入院医療機関等とともに、その旨を対象者に説明し、適切な居住地設定に向けた調整を行う場合もあります。

そして居住予定地が定まると、指定通院医療機関の選定に向けた調査・依頼及び居住予定地の地域関係機関と連携して、退院後の生活に必要と考えられる地域処遇実施に向けた体制整備を進めていきます。

b. 地域での処遇実施計画書の作成

対象者の治療ステージが急性期から回復期・社会復帰期に移行すると、円滑に外出・外泊が実施できるように、指定入院医療機関が必要な協力を行いながら、居住予定地に合わせた実際的な社会生活能力や相談スキル、病状悪化時の対処など、地域生活に向けた姿勢や準備が整っているかの評価を確認します。並行して居住予定地でケア会議を開催するなどして、指定入院医療機関と指定通院医療機関の情報交換や、対象者やその家族と地域関係機関との顔合わせ、退院後の処遇に関する協議などを実施します。そして最終的には、地域での処遇実施計画書を作成し、通院処遇が円滑に開始できるよう準備を進めていくこととなります。

c. 居住地保護観察所の長の意見

なお、指定入院医療機関の管理者が、退院の許可又は入院継続の確認を地方裁判所に申し立てる際には、退院した場合に居住地において継続的な医療を確保できるかどうかについて、居住地保護観察所の長が意見を付すことになっています。これは、法第51条第1項各号の決定をする場合には、「生活環境を考慮しなければならない」とされており、その意見は、裁判所の同条の判断に当たって欠くべからざるものとして位置付けられているからです。

(2) 精神保健観察

上記のように指定入院医療機関に入院し、退院許可決定を受けた対象者と、当初審判で通院決定を受けた対象者は、入院によらない医療が行われる期間（通院期間）中、この制度の地域処遇を受けることになります。その地域処遇においては、処遇実施計画書に基づき、関係機関が連携して対象者の社会復帰を促進するために取り組んでおり、その中で保

護観察所の社会復帰調整官が担う役割を精神保健観察と言います。

a. 定期的な面接

精神保健観察では、対象者やその家族と定期的に面接を実施し、対象者が必要な医療を継続して受けているか、地域生活において必要な支援を受けられているかを確認するなどしてその生活状況を見守り、対象者が地域で安定した生活を継続できるよう必要な助言指導を行っています。

面接方法については、自宅に訪問して、実際に対象者が生活している環境を確認しながら行う方法や、保護観察所に来庁させることで、一定の場面設定をして面接する方法、必要に応じて、指定通院医療機関や地域関係機関とともに同行訪問や同行受診を行い、その生活状況を把握するなど、様々な方法により実施されています。

b. 必要な介入や支援の実施

また、定期的にケア会議を開催する中で、関係機関や対象者等と情報を共有するとともに、処遇状況や必要な処遇内容について確認しながら、より適切な処遇が展開されるようマネジメントを行い、対象者の社会復帰に向けた段階に応じて、必要な介入や支援を実施しています。

その他、緊急時対応等については、関係機関と基本的な対応方法を定めることとされており、保護観察所としても、夜間休日等も関係機関と連絡・協議が行える体制を整備するなどして、早期の段階で迅速に対応できるよう努めています。

更に、この処遇期間中において、一般の精神保健福祉体制でも安定した生活が営めるよう支援を行うことも、社会復帰を促進していくために不可欠な役割です。一般的に社会復帰調整官の直接的な支援は、処遇の終了に向け、保護観察所が担ってきたコーディネートやマネジメント機能を、途絶えることなく地域関係機関に移行させることであり、そのようなソフトランディングが重要となります。

c. 対象者の守るべき事項

なお、対象者が精神保健観察に付されている間は、法第107条各項により、一定の住居に居住すること、住居を移転し、又は長期の旅行をするときは、あらかじめ、保護観察所の長に届け出ること、保護観察所の長から出頭又は面接を求められたときは、これに応ずること、という守るべき事項があり、精神保健観察の実効性を担保し、必要な医療や支援

が継続的に行われることを確保できるように規定されています。(遠藤)

4. ケア会議

(1) ケア会議とは

ケア会議は、通院処遇における、①対象者への処遇実施体制と処遇の統一を図るため、及び②実施状況等に関する情報の共有を図るために開催される。また、会議においては、クライシスプランを含めた緊急時の対応についても、関係機関と共有されるものです。ケア会議の開催にあたっては、保護観察所が、指定通院医療機関、都道府県（保健所を含む）、市町村のほか、必要に応じ、社会復帰施設や障害福祉サービス事業所等の関係機関の参加を求めています。

なお、ケア会議には、対象者や家族の参加が原則であり、対象者の希望、処遇の方向性、緊急時の対応などについて、対象者とともに共有する場であります。

(2) ケア会議の開催

図1にケア会議の開催のイメージを示しておきます。

a. 入院処遇中に開催されるケア会議

地域移行に向け入院当初からケア会議は開催されますが、概ね2～3ヶ月ごとに、指定入院医療機関のCPA（Care Programme Approach）会議（病棟内ケア会議）と併せて開催されます。社会復帰期においては、地域の指定通院医療機関や保健所などで開催される場合もあります。

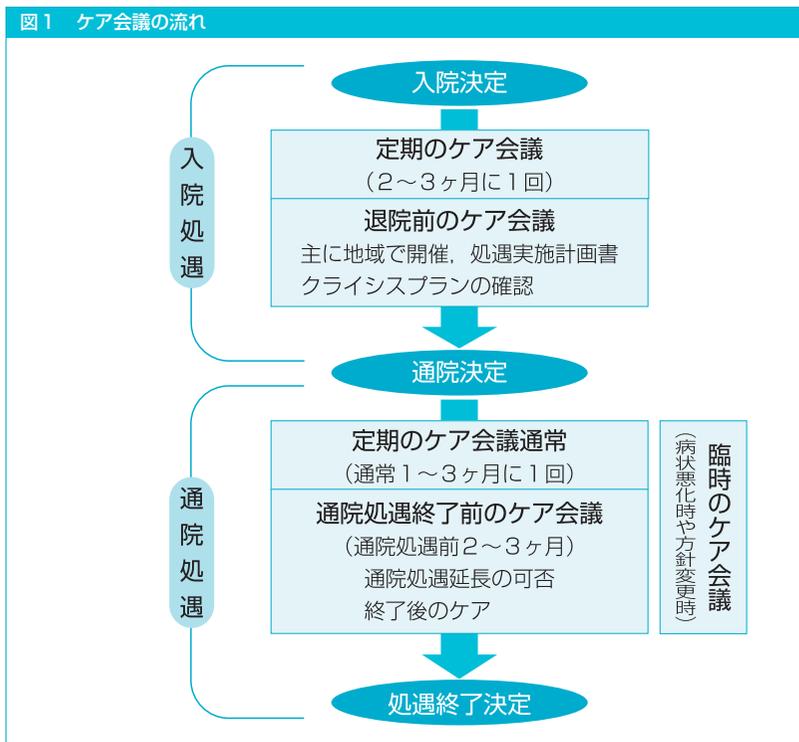
b. 通院処遇中に開催されるケア会議

通院処遇においても、概ね1～3ヶ月（通院処遇後期や安定時などには6ヶ月後開催もある）ごとに開催されます。通常、この定期のケア会議を中心に、処遇の方向性の検討や変更、情報の共有を行います。

また、定期のケア会議のほかに、対象者の希望（例えば「アルバイトを開始したい」）や病状の変化、あるいは生活上の変化によって、臨時のケア会議が開催されます。

これら定期のケア会議と臨時のケア会議によって、通院処遇時の処遇実施計画書が作成され、その処遇実施計画書に基づき、処遇及び支援の展開が行われます。

図1 ケア会議の流れ



(3) ケア会議における協議

入院処遇中のケア会議では、対象者の現況、退院の方向性（前居住先、介護寮、グループホーム、アパート単身など）、地域の支援体制、家族調整などについて協議されます。退院前には、退院前ケア会議が開催され、退院後の処遇実施計画（通院医療、精神保健観察、援助）、クライシスプランなどを含む対象者の地域生活の全体像について、対象者及び関係機関の間で確認し共有を行います。

通院処遇中のケア会議では、対象者の現況、医療及び支援者側の関わり、対象者の希望、今後の方向性、新たな方向性を実現するための具体的な役割分担、緊急時の対応などの協議を行います。臨時のケア会議では、対象者の希望や病状の変化、あるいは生活上の変化に伴う開催となるので、関わりや役割分担など、より具体的な協議内容となり、実効性のある体制作りを行うこととなります。

ケア会議は、協議内容が事務的になったり、細かい経過報告等に終始

したりして、長時間になることは避けたいものです（集中できる時間を考慮しても、目標は1時間～1時間半）。主体となる保護観察所は、ケア会議の協議が円滑にいくよう十分配慮し、ケアの振り返りと、対象者の希望とケアの修正、その具体的な役割分担に焦点化すべきです。また、どの時期のケア会議においても、次回のケア会議の日程を決めておくことが重要です。

(4) ケア会議における情報の取り扱い

ケア会議においては、参加者は様々な情報に接することになります。特に、対象者の個人情報である処遇実施計画書、クライシスプラン、その他経過概要などの資料が配布されるため、参加者は個人情報を得ることになります。この資料のほか、会議中に協議されたことも個人情報ですので、各関係機関の情報の取扱い規則に沿って、管理されることが必要となります。

特に、医療関係職種でない方や機関が参加する場合は、その参加する機関の方と協議し、会議で得た情報の取扱いについて決めておくことが重要です。（例：デイケアの代わりに、日中参加することとなった教会活動「ボランティア」のまとめ役の方が、ケア会議に定期的に参加することになった。初参加前に、ケア会議の意味合いについて説明の上、確認の意味で、情報保護について誓約書を書いてもらった。）（鶴見）

5. 処遇実施計画

通院処遇における関わりは、ケア会議において作成した処遇実施計画書に基づき実施されることになっています（法第104、第105条）。そういう意味では、処遇実施計画書は通院処遇全体の根幹をなすものです。処遇実施計画書を共有しながらケアを提供するという仕組みの背景には、ケアプログラムアプローチ（CPA）の考え方が流れています。

CPAでは、本人を含む関係機関が協議の上、ケアプランを作成し、処遇の方針や内容等の情報の共有が「書面」でなされます。内容には緊急時等の介入方法などについても含まれ、それを基に本人に説明し同意の上で、「契約」して行われることに特徴があります。処遇実施計画書は、保護観察所が対象者や家族、関係機関との協議の上、作成されます。そ

して、地域処遇においては、計画・共有・実行・再評価と修正・実行のサイクル（PDCAサイクル）でリファインされ、関係機関が本人中心にケアマネジメントを展開していくことが、CPAのアプローチです。

(1) 作成時期と方法

a. 当初審判における通院処遇

当初審判において、通院処遇の方向性とその準備（地域の受け入れ体制）が確認された場合、保護観察所は対象者と家族、地域の保健所、予想される指定通院医療機関等と協議し、大まかな処遇実施計画を基に、通院処遇前に仮のケア会議を開催し、仮の処遇実施計画書を作成します（対象者は鑑定入院中であり参加が見込めないため）。また、クライシスプランについても、保護観察所は、医療機関、地域の援助機関等と協議し、当面の仮クライシスプランを作成します。

通院決定後、保護観察所は早急（数日～1ヶ月以内）にケア会議を開催し、短期的な目標（次回ケア会議までの目標、例：「まずは新たな生活や医療に慣れよう」）、対象者の希望、医療、精神保健観察、地域の援助を確認し、本来の処遇実施計画書を作成します。同様に、本来のクライシスプランも作成します。（図3 処遇実施計画書（P.10参照）と表5 クライシスプラン（P.91参照））。

b. 入院処遇を経た通院処遇

（注）処遇実施計画書を作成するにあたり、通院決定前の準備期間中に、保護観察所や内定している指定通院医療機関の医師やスタッフ、地域の援助機関の職員（主に保健所や市の障害福祉課）が鑑定入院医療機関と一緒に出向き、対象者の希望や通院のイメージ、援助のイメージを事前に会って確認しておくことは、通院処遇を円滑に進める上で効果的です。

入院処遇を経るケースの場合、入院処遇中にケア会議の中で、地域での処遇体制が徐々に形作られ、社会復帰期後半（退院前）には、処遇実施計画書が作成されます。また、入院処遇の中で、地域事情を考慮したクライシスプランも同時期に指定入院医療機関によって作成されます。

重要なことは、対象者と家族、地域で処遇を行う機関が処遇実施計画書とクライシスプランについて、ケア会議の中で必ず確認し共有しておくことです。

(2) 処遇実施計画書の内容

処遇実施計画書には、対象者・家族の連絡先、対象者の希望、処遇の

目標、ケア会議の頻度などのほか、通院医療・精神保健観察・援助の内容や頻度、担当者名などが明記されます。ケア会議の中でこれらの内容が対象者に説明され、一緒に確認を行い、最終的に対象者が署名（契約）を行い、処遇実施計画書が完成します。処遇実施計画書は保護観察所から、対象者、指定通院医療機関、都道府県、市に通知され、ケアの実行段階へと移っていきます。（図3 処遇実施計画書）

（3） 処遇実施計画書に基づくケアのポイント

前述してきたように、処遇実施計画書とケア会議は本制度の通院処遇の根幹をなすものであり、処遇実施計画書とケア会議によるケアが円滑に、そして有効に運用されることが通院処遇のポイントです。

評価及び希望の確認から処遇実施計画書に沿ったケアの実施、ケアの振り返りと処遇実施計画書の修正、そして修正された処遇実施計画書に沿ったケアの実施までのイメージを図2に示しました。通院処遇のケアのポイントは、各段階の作業を各関係機関が連携しながら確実にやっていくことです。確かに、「手間が多くかかって、大変…」という意見もあるのは事実ですが、通院処遇のケアが的確に、そして適切に流れていくためには、欠かせない作業と言えます。（鶴見）

図2 処遇実施計画書とケア会議によるケアの作業イメージ

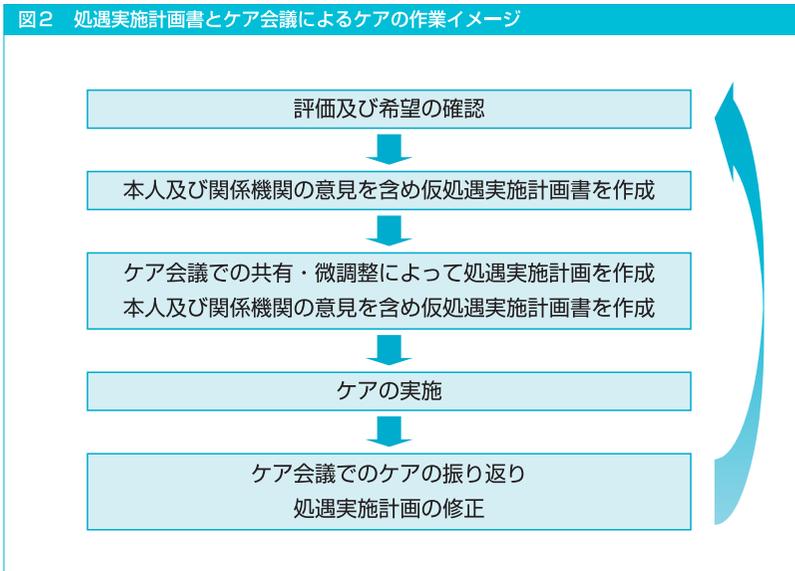


図3 処遇実施計画書

個人情報が記載されています。取扱いについて注意して下さい。

処遇実施計画書

(第 回 年 月 日作成)

保護観察所長 印

次の者に対する処遇の実施計画を下記のとおり定める。

ふりがな					生年 月日	年	月	日生
氏名				男女				
住所							電話番号	
							携帯番号	
保護者				(続柄)				
							電話番号	
							携帯番号	
緊急連絡先							電話番号	
							携帯番号	
通院医療開始日(決定のあった日) 年 月 日								
(1) 処遇の目標								
(2) 本人の希望								
(3) ケア会議等								
開催回数				開催場所				
検討事項								
留意事項								
連携方法								
(4) 処遇の内容・方法								
① 通院 医療	目 標							
	内 容	機関名・所在地	担当者	回数	実施方法等	備考		
	通院医療							
	訪問看護							
	デイケア							
留意事項								

処遇実施計画書（続）

② 精神保健観察	目 標						
	内 容						
	方 法	接触方法					
		報告					
	留意事項						
	社会復帰調整官						
③ 援 助	目 標						
	機関名	担当者	内 容	方 法	回数	備考	
	機関名	担当者	内 容	方 法	回数	備考	
	留意事項						
(5) 緊急時の対応							
(6) その他の留意事項							
(本制度の処遇終了後の一般の精神医療・精神保健福祉サービスの利用に関する事項) (その他)							

○私は、上記の処遇の実施計画について説明を受けました。

年 月 日 氏 名

(用紙 日本工業規格 A4)

第2章

指定通院医療機関における 医療（通院医療）



1. 通院医療と基本理念

(1) 通院医療の基本理念

a. 通院医療の目標と理念

「通院処遇ガイドライン」では通院医療の目標や理念として次の3点が挙げられています。

① ノーマライゼーションの観点も踏まえた通院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（必要な医療を自律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、自ら防止できる力を獲得する。
- ・ 被害者に対する共感性を養う。

② 標準化された臨床データの蓄積に基づく多職種のチームによる医療提供

- ・ 関係法令等を遵守しつつ、入院中や退院後の観察・評価に基づき、継続的・計画的に医療を提供する。
- ・ 対象者の病状把握のための観察・評価を継続的に実施する。
- ・ 通院対象者の病状に応じて、適切な危機介入を行う。

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

- ・ 治療内容について通院対象者及び家族に対して十分な説明を行う。
- ・ 地元自治体等の要請に対しても、必要な情報提供を行う。

① ノーマライゼーションの観点も踏まえた通院対象者の社会復帰の早期実現

これは医療観察法の第1条に謳われていることであり、医療観察法の究極の目標と言えます。ノーマライゼーションの観点を踏まえることで、

地域社会で分け隔てなく生活できるよう支援するという理想を掲げたものです。また他害行為について、内省・洞察を獲得し被害者への共感性を養うことで、再び同様の行為に至らないよう導くこともこの項の目的となっています。この他害行為の再発予防に関する司法心理療法是医療観察法医療の重要な部分ですが、通院医療のどの場面で実施していくか、それぞれの指定通院医療機関で現実に合った工夫が必要です。

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

まず多職種チームによる医療の提供が主眼となります。多職種チーム医療は臨床の様々な現場で必要性が指摘されていますが、複雑困難な課題を抱え、様々な視点からアプローチが必要となる医療観察法対象者においては、なおその重要性が増すこととなります。また臨床データを蓄積することにより、できるだけ標準化された質の高い医療を提供することも要請されます。

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

特定の対象者に対する医療ですので、人権侵害にならないよう実施している医療について常に注意深く点検することが大切になります。そのためには第三者に対しても情報を公開し、透明性の高い医療を心がけなければなりません。対象者の個人情報漏えいすることのないよう厳重に注意する必要もあります。

b. 通院医療のポイント

前項の3点を意識しながら通院医療を進めていくこととなりますが、通院医療を円滑かつ適切に実施する上でのポイントを絞れば次の2点となります。

①信頼関係に基づくネットワークによる支援

②共通評価項目等の客観的評価による丁寧な医療の実施

①信頼関係に基づくネットワークによる支援

このうち最も核心の部分は「信頼関係に基づくネットワークによる支援」ということとなります。信頼関係は医療の基本ですが、通院医療のような自由な空間で行われる場合はこれを欠いては医療そのものが成立しないでしょう。またネットワークによる支援ですが、これにはケア会議に招集される地域の関係機関のネットワークと、指定通院医療機関の

多職種チームというネットワークも含まれます。

信頼関係の構築を阻害する要因は幾つかありますが、その一つは時間的、物理的な制約がある場合です。直接通院処遇が決定された場合は、限られた時間で様々な準備を整えなければなりません。その中で信頼関係を構築するには、事前に対象者と面接等の時間が取れること、対象者の病状が回復しており一定の病識や内省、自制力が得られていることなどの前提が必要となります。そうでなければ通院体制が整うまで、任意入院等で指定通院医療機関に入院するなどの対応も必要となります。

一方、入院処遇から通院処遇に移行する場合は、指定入院医療機関と指定通院医療機関が遠距離のため、外泊の機会を持ちにくいことも少なくありません。しかし、この外泊の機会に対象者と面接を行い、信頼関係を醸成することになりますので、必要な回数だけ面接の機会が持てるよう指定入院医療機関に要請することも出てくるでしょう。

信頼関係の構築を阻害するもう一つの要因として、重大な他害行為の内容、人格上の問題、妄想等の病状など、対象者の属性に関わる要因があります。このような問題を持つ対象者には、治療者側にいわゆる陰性感情が起きやすいものです。この陰性感情をいかに制御し克服するかは、治療者側に課せられた課題と言えます。

これらの課題を克服して構築された信頼関係の下に、ネットワークによる支援が重要になります。ケア会議は関係機関の地域のネットワーク会議であり、多職種チーム会議は院内のネットワーク会議とも言えます。関係する多機関、多職種がその専門機能や専門知識あるいは自前のネットワークを動員して、治療や地域生活支援に当たることができれば、複雑困難な問題を抱える対象者の社会復帰も促進されるでしょう。ネットワークの関係者は、常に顔の見える関係を維持し連携しながらネットワークの力を十分に生かしていく心構えが求められます。

②共通評価項目等の客観的評価による丁寧な医療の実施

通院医療でもう一つの大事なポイントは「丁寧な医療を実施する」ということです。多機関・多職種の担当者が、それぞれの専門性を生かして丁寧に対象者に関わっていくことで、対象者の心理や病状、あるいは生活上の小さな変化などを事前に把握でき、それをチームで評価しながら必要な対応を行うことができます。そうすることで対象者の病状は安

定し、その結果、他害行為の再発も最小限に抑えることができると考えられます。

対象者の状態を評価するとき、共通評価項目やICFの生活機能評価などの客観的評価が重要となります。それぞれの評価法のアンカーポイントをよく理解し時系列で評価していくことで、対象者の状態の変化を客観的に把握できるため、適切なケアの提供に役立つこととなります。

(岩成)

(2) 多職種チームアプローチ

医療観察法における治療・支援は医師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理士、薬剤師など多くの職種がチームを組み進めていきます。これは鑑定入院から入院医療、通院医療に至るどの時期も変わることのない体制であり、医療観察法の根幹をなす指針となっています。

多職種チームは医療観察法を運営していくための多職種チームと、一人の対象者を多職種で支援していく多職種チームとに分けることもできます。必要に応じて、訪問を多職種チームで行ったり、プログラムを多職種で運営したりする場合があります。ここでは多職種チームの運営方法について具体的に示します。

a. 多職種運営会議

通院対象者の受け入れから処遇終了に至る過程を、多職種の個別支援チームを支えるために、指定通院医療機関として通院医療運営会議を設けることで、通院医療の体制をより強力にすることができます。この運営会議に管理者を含む多職種が参画することで、より多面的に検討できる体制ができることとなります。対象者の状態、居住地等を考慮しながら、受け入れる医療機関のマンパワー等の力量を考慮し、医療機関として支援体制を組み上げていく必要があります。

通院指定医療機関はほとんどの場合、通常の医療支援を提供しながら対象者を受け入れている状況なので、この運営会議がコントロール機能を持つこととなります。また支援の経過を随時追いながら、支援内容が妥当なものかどうかを検討していく機能も合わせて持っています。

b. 多職種個別支援チーム

指定通院医療機関に内定したら、医師、精神保健福祉士、デイケアスタッフ、訪問スタッフ、必要に応じて作業療法士、栄養士などで構成さ

れる多職種チームが編成されます。このチームは基本的に対象者の処遇終了まで継続されます。

この多職種チームによるチーム会議は、1ヶ月ごとに開催され、指定通院医療機関用の治療評価シート（1ヶ月ごと）に従い、1ヶ月間の評価を行いその後の治療方針や治療目標を設定します。また3ヶ月ごとにもチーム会議を行い、治療評価シート（3ヶ月ごと）を利用して3ヶ月間の総合的な評価を行い、その後の3ヶ月の治療方針や目標を立てていきます。チームは常に情報を共有しながら、チーム全員で支援していく体制を保持していきます。そのためには、チームをコーディネートしていく職種も必要となります。地域の関係機関との連携という役割も担うことから精神保健福祉士になることが多い状況です。

通院処遇の必要性がなくなった場合には、処遇終了の評価を行い、保護観察所長に処遇終了の意見書を提出します。その際には、精神保健福祉法及び障害者自立支援法の支援サービスに引き継がれるように、支援の継続性に配慮していく必要があります。

c. 多職種訪問チーム

対象者によっては、外来作業療法やデイケアを利用せず、訪問が大きな役割を担う場合もあります。医療観察法の訪問は二人で訪問することを原則としていますので、訪問専属のスタッフだけで訪問支援をしていくことが難しい場合もあります。この場合は、作業療法士や精神保健福祉士、臨床心理技術者等は、訪問看護師とチームを組み、多職種で訪問支援していく体制を組むことで、視点の広がりや支援の幅が広がります。訪問看護師と作業療法士、訪問看護師と精神保健福祉士など、職種の組み合わせもそのときのニーズに沿った体制を組めると良いでしょう。

d. 多職種協働プログラム

認知行動療法や心理教育プログラム、就労支援プログラムなど、デイケアで行うだけでなく、広く外来の対象者に向けて実施する場合には、看護師、臨床心理技術者、作業療法士、精神保健福祉士が協働してプログラムを提供できます。プログラム担当者と医療観察法の対象者の担当者が違う場合も当然出てきます。その際には、プログラム担当者との情報の共有を図りながら進めていきます。

e. 回復時期に応じた支援

通院医療は原則3年間を前期（6ヶ月）、中期（18ヶ月）、後期（12ヶ月）の3期に分けられています。前期は地域生活に慣れて、安定した生活が送れること。中期は地域生活を楽しめ、生活の幅を広げられること。後期は将来の見通しが立てられ、一般精神保健福祉体制のサービスへのスムーズな移行が目標となります。このような目安を基に対象者の個別性を大切にされた支援を多職種チームで実践していきます。（香山）

(3) 指定通院医療機関

a. 指定通院医療機関と多職種チーム

通院医療の基本理念に基づき医療を提供する中心となるのが「指定通院医療機関」です。通院開始に向け、対象者の病歴、現在の病状、家族歴、生活状況などを把握し、これからの生活に何が必要か検討するところから、受け入れ作業は始まります。そこで重要なことは、「多職種チーム」の考え方です。医師、看護師だけでなく、精神保健福祉士、作業療法士、臨床心理技術者、デイケア職員等、それぞれの職種が専門性を活かし対象者に関わることとなります。お互いが他の職種を尊重し「対象者自身の希望、要望そして回復」にとって何が必要か、対等な立場で考え、本人や家族を交え話し合い、方向性を決めていきます。

b. 指定通院医療機関の種類

指定通院医療機関が提供する主な医療サービスには、通院医療、デイケア・外来作業療法、訪問サービス（訪問看護、訪問診療）、精神保健福祉法の入院などがあります。これらすべてを提供できる医療機関を基幹型指定通院医療機関、基幹型と連携して一部の医療サービスを提供するものを補完型指定通院医療機関という言い方もあります。また、いわゆる病院や診療所でない薬局や訪問看護ステーションなども補完型の施設として位置付けられます。基幹型の指定通院医療機関の偏在や、処遇終了後の一般精神科医療への円滑な移行などを考慮すると、地域の精神科診療所などが補完型として通院医療に参加することも期待されています。

c. 地域社会における処遇の3本柱

地域社会における処遇には、「処遇の3本柱」と呼ばれるものがあります。保護観察所による精神保健観察、指定通院医療機関による医療、

都道府県，市町村，精神障害者社会復帰施設等による援助です。この三つは、お互いに連携し補完しながら患者の社会生活を支援していきます。これも、広義の「多職種チーム」と呼べるでしょう。「ケア会議」を通して、患者，家族を含めた関係者相互の信頼，共通の目標設定，定期的な見直しを含む処遇実施計画を策定し，それに基づき実践を行います。

d. 指定通院医療機関における課題，得られる効果

指定通院医療機関では，医療観察法に関わる業務以外に，たくさんの日常業務があります。その中で「多職種チーム」による様々な支援を行うには多くの困難も想定されます。医療機関によっては，これまでやっていなかった活動を求められることがあるかもしれません。職種によっては，業務内容の変更，拡充が必要となるかもしれません。しかし，そこには支援を必要としている患者，家族がいます。そして，求められる活動は，「地域で支える」という精神科医療に課せられた重要なテーマと直結します。それは，精神科医療，保健，福祉に共通のテーマです。

また，指定通院医療機関として活動する中で，医療機関内の協力連携体制が強化されていき，地域の精神障害者社会復帰施設等とも協力関係が構築されるといった効果も報告されています。通院医療には，まだまだ予算配分が少なく，人的配置もない状況ですが，今後，医療観察法における通院医療の重要性は確実に増していくでしょう。国の努力は当然ですが，同時に，地域に根ざした精神科医療機関の多くが指定通院医療機関として役割を担っていくことが大切と考えます。それは，通院対象者，家族の支援のみならず，その地域の多職種連携や，医療機関と地域活動諸施設との連携をも促進するものと期待するからです。

指定通院医療機関は，その活動の中で医療観察法の問題点，刑事責任能力判断での問題，治療可能性の問題等を具体的な形で気付かせてくれる場，考えさせてくれる場でもあります。司法，医療の垣根を越え，いろいろな形で意見交換し提言していけば，お互いを改革するチャンスになるでしょう。

精神疾患のため重大な他害行為を行った対象者が，疾患理解及び犯行前，犯行時の病状認識をした上で，精神科治療継続の意思を持ち，本来持っていた能力を回復し希望を持って地域で生活していく，その支援を丁寧に行う，これが医療観察法通院医療の理念であり希望です。現実には，

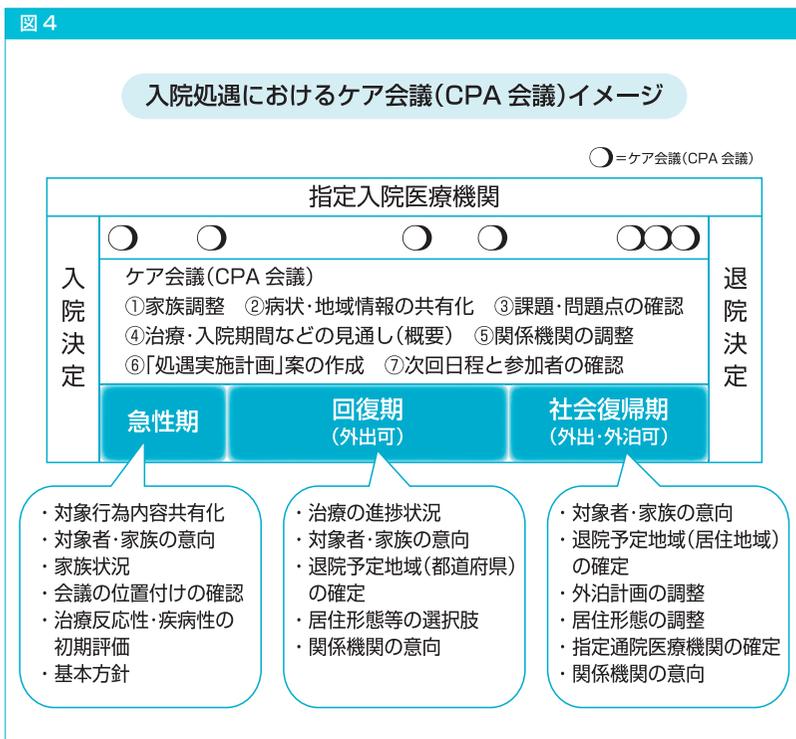
個々のケースの持つ複雑性，困難性から理想通りにはいかない場面があるでしょう。しかし，「丁寧」に「チーム」で関わる中で，道は開けると考えます。そして，その姿勢は，関係者，関係機関の連携の中で，医療観察法以外の一般精神科医療にも広がることが期待されます。

(葛山)

2. 通院医療開始前の準備

(1) 入院対象者への退院支援

a. 指定入院医療機関におけるケア会議（CPA会議）



指定入院医療機関では，対象者の社会復帰のため，早くから退院予定地の保護観察所との協力体制を整え，家族の意向や退院地域の状況を確認していく必要があります。そのため，指定入院医療機関は，入院当初のできるだけ早い時期に，対象者や家族と担当多職種チーム，保護観察

所、退院予定地域の関係機関等が参加したケア会議（CPA会議）を開催し、対象者への退院援助と地域関係機関の調整を行います。

指定入院医療機関のケア会議（CPA会議）では、家族や社会復帰調整官、退院地域の関係機関など、指定入院医療機関外の関係者が参加し、入院中の対象者の退院計画や退院後における地域でのケア計画案（以下「処遇実施計画書」案）を作成していくことを目的としています。

*「処遇実施計画書」案は、対象者の退院後、初回の地域でのケア会議（保護観察所の主催する地域処遇のためのケア会議）において、保護観察所より正式に「処遇実施計画書」として、指定通院医療機関や関係機関に配布されます。

b. 入院初期（急性期から回復期前期）のケア会議（CPA会議）

初回のケア会議は、入院から1～2ヶ月程度が経過し、対象者が入院生活にある程度慣れ、多職種チームによる初期のアセスメントが終わった頃に設定されます。初回のケア会議の主要な参加者は、対象者と家族、多職種チーム、社会復帰調整官などです。初期のケア会議では、比較的早い段階から対象者の意向や希望の確認を行うとともに、関係者が退院予定地域の現状や事件後の状況、退院予定地域での課題や問題点などを共有化していきます。

c. 回復期・社会復帰期のケア会議（CPA会議）

ケア会議も回数を重ね（3～4ヶ月に一度開催）、退院計画や地域ケア計画が具体的になってくると、退院予定地も徐々に絞り込まれていきます。それとともに、関係行政機関、指定通院医療機関や地域活動支援センターなどの職員がケア会議に出席することになり、参加者が増加していきます。生活保護、障害年金等の制度活用も進み、地域で援助する関係機関の意見を基に、より具体的なケア計画案が作成されます。

対象者が、回復期・社会復帰期に移行し、外出・外泊が可能になると、対象者の利用予定施設見学や体験利用等も行われます。また、この頃には、保健所や精神保健福祉センターなどの行政機関、指定通院医療機関、社会復帰施設等の職員がケア会議に参加していきます。これらの参加者からは、外出時や外泊時の対象者の通院やデイケアなどの様子、施設利用状況等も報告され始めます。このような関係機関からの報告等により、対象者のアセスメントは、より多面的なものとなっていきます。またケア会議に、対象者や家族も含め、関係者・関係機関が参加することで、

ケア計画の調整・作成過程の透明性が担保されていきます。これらの関係機関からの意見やアセスメント内容は、このようなケア会議を経て、退院後の「処遇実施計画書」に反映されていくことになります。

このようにして関連機関や制度の利用方法、緊急時対応（クライシスプラン）等が、具体的に協議され「処遇実施計画書」案が作られていきます。そして社会復帰期後期には、通院予定の指定通院医療機関や保健所などの会議室を借りて、退院予定地域でケア会議を行い、「処遇実施計画書」案について、対象者や関係機関の最終的な合意を確認します。その後、指定入院医療機関により地方裁判所に「退院許可申立て」がなされていくことになります。（三澤）

(2) 移行通院と直接通院の場合

a. 移行通院（指定入院医療機関から退院する場合）

入院処遇を経て通院となる場合、6ヶ月前後の時間をかけて情報交換、関係・体制作りを行っていきます。現状では指定入院医療機関と指定通院医療機関の距離があることから、その機会を持てるのは月に1～2回程度となるので、診察、見学（体験）、ケア会議などはセットで行われます。また、単独で通院できるよう可能な限りそれを想定した体験なども設定する必要があります。また、入院処遇と通院処遇では関わり密度に落差があるのが現状ですが、本人との信頼関係作りと多機関連携によるモニタリングにて、安定した支援体制の構築とその継続を図る必要があります。

①打診

社会復帰調整官より通院受入れについての打診があり、受け入れの検討及び受け入れるチームの調整を行います。

②情報収集

社会復帰調整官より、生活環境調整結果報告書や指定入院医療機関からの情報提供を依頼します。この文書を基に院内スタッフ、調整官と意見交換して受け入れの方針を決めていきます。

③本人とのコンタクト

回復期での外出、社会復帰期での外出や外泊を利用して、対象者との面接・診察、見学（体験）、ケア会議を行い、関係作りと通院後の処遇計画を具体化していきます。比較的近距離であれば、チームメンバー

がCPA会議やプログラムに参加して、指定入院医療機関での本人の様子を把握していくアプローチも大切です。移行までの期間として6ヶ月程度の時間をかけますが、実際にコンタクトできる回数は限られているので、可能な限りの方法を駆使していくことが求められます。

④内定

受け入れ受諾と判断されると、社会復帰調整官より地方厚生局へ連絡がされ、指定通院医療機関の内定に向けた処理が行われます。内定されると入院機関に評価シートなどの書類を依頼することが可能となり、より詳細な情報が入手できます。

⑤プレ会議

外泊時などにケア会議を開催することが多いのですが、場合により関係者のみのカンファレンスも開催して処遇実施計画案を作成します。また、院内のチーム会議でそれに基づく個別治療計画案を作成します。

⑥選定

対象者との関係作りが進み、処遇実施計画案が概ね作成されると、受け入れ可能となり、社会復帰調整官より地方厚生局へ連絡がなされて、指定通院医療機関の選定に向けた処理が行われます。

⑦通院決定、初診日

現状では入院先が遠方であることも多いので、決定日から数日して初診日を迎えます。この日にケア会議も併せて実施し、処遇実施計画書を確認することもあります。

b. 直接通院（入院による医療を経ない場合）

入院処遇を経ずに通院となることも多くありますが、この場合、審判から決定までの時間がわずかです。その中で情報収集、対象者や家族との何らかのコンタクト、院内多職種チーム編成と情報共有、プレ会議、個別治療計画作成などを効率的にこなしていく必要があります。また、指定通院医療機関と鑑定入院医療機関が同じ場合と異なる場合があり、特に后者ではとりあえず書面のみで進めていかざるを得ないこともあります。

①打診

社会復帰調整官より通院受け入れについての打診があり、受け入れの検討及び受け入れるチームの調整を行います。

②情報収集

社会復帰調整官に対し、速やかに生活環境調査結果報告書や鑑定書等の情報提供を依頼します。この文書を基に院内スタッフ、調整官と意見交換して受け入れの方針を決めていきます。

③本人とのコンタクト

鑑定入院医療機関と指定通院医療機関が同じ場合、あくまで通院は今後の可能性の一つとしておき、対象者とコンタクトしていきます。鑑定入院医療機関と指定通院医療機関が異なる場合、まずは文書で確認をしていきますが、可能な限り鑑定入院医療機関にアウトリーチして対象者と顔を合わせておくことも必要になります。

④選定

受け入れ可能であれば、社会復帰調整官より地方厚生局へ連絡がなされ、指定通院医療機関の選定に向けた処理が行われます。

⑤プレ会議

ここまでの情報から、関係機関スタッフによるプレケア会議にて処遇実施計画案を作成します。それを基にして医療機関スタッフによる多職種チーム会議で個別治療計画案を作成します。制約はありますが、極力本人及び家族の参加や希望の反映を行います。

⑥通院決定、初診日

概ね決定日から数日して初診日を迎えます。この日にケア会議も併せて実施という場合もあります。

(石井)

(3) 個別治療計画の作成

指定通院医療機関で通院医療を始めるにあたっては、その内容を定めた個別治療計画の作成が大切になります。個別治療計画は、ケア会議で策定された処遇実施計画に沿って作成されます。多職種チーム会議で内容を検討し、最終的な判断は医師が下すことになっています。実際には、対象者の生活歴や家族歴、職歴、性格傾向や触法行為歴等を吟味し、現病歴と現在症の評価、リスク評価などを多職種チームで行い、現在の住環境、同居者や援助者の有無、通院方法、保護観察所や保健所等行政機関までのアクセスの利便性など、様々な要因を考慮して総合的に決めることになります。

必要な医療サービスとしては、外来診療、デイケア、外来作業療法、

訪問サービスなどが基本となります。訪問サービスは重要なアウトリーチ型医療であり、往診、訪問看護、在宅作業療法などが主なサービスです。個別治療計画を作成していくとき考慮すべき点としては、最初から詰め込み過ぎの無理な計画にならないようにすることです。対象者の病状や能力、課題などを評価し、通院距離や経済状況、家族関係なども勘案しながら、現状で最も適切と考えられる医療サービスと実施回数を、多職種チーム会議で検討して個別治療計画を作成することになります。（岩成）

3. 通院医療の開始（初診）

指定通院医療機関では、初診として対象者の通院医療が開始されますが、通常の初診と異なり、重点を置くべきことは次のような点になります。

(1) 通院医療のオリエンテーション

入院処遇から移行する場合はそれほど問題になりませんが、当初審判による直接通院決定の場合は配慮が必要になります。直接通院の場合、対象者は通院決定の説明を受けるだけで、そのまま鑑定入院医療機関を退院することになります。そのため対象者は、病名の告知も受けておらず、通院処遇の意義もよく理解しないままであることが少なからずあります。このような理由から、初診時には通院医療のオリエンテーションを書面で行っておくことが必要と思われるます。

オリエンテーションの内容は、通院医療に至った経緯と根拠の法律、通院医療の実施計画、通院医療の目的や内容、緊急時の対応、通院医療の到達目標や終了の目安、通院医療における相互の信頼と協力の大切さ、及び対象者の権利などが盛り込まれている必要があります。

(2) 個別治療計画書の説明と同意

インフォームド・コンセントは、医療観察法の医療でも原則は同じです。対象者の治療意欲を高め治療効果を上げるためにも、希望を入れながら作成した個別治療計画書について、主治医から丁寧に説明して、対象者の理解と同意を得ることが必要となります。個別治療計画書に基づいて改めて病名の告知を行い、外来診療、デイケア、訪問看護などの治

療計画の説明を行います。

またデイケアや訪問看護などについても、初診に引き続き、それらの説明と手続きを開始することになります。というのは医療観察法通院医療におけるデイケアや訪問看護なども、一般精神科医療の場合と同様、本人の同意を得て契約に基づいて実施することになるからです。そのため、まず内容の説明を行い、必要があれば現場を見学してもらい、本人に納得してもらってから、一般的には契約書（同意書）等に署名をもらう形で開始されることとなります。

(3) 対象者と多職種チームとの顔合わせ

対象者と多職種チームとの顔合わせも、初診当日にある程度行っておくこととなります。指定通院医療機関の医療観察法担当者や主治医はあらかじめ対象者と面接していると思われるのですが、その他のスタッフは初めての顔合わせという場合が多いことでしょう。多職種チームの主だったメンバーは、初診の時点で同席し自己紹介しておくことで、以後の通院医療を円滑に進めていくことができると考えられます。

しかし、対象者の立場に立つと、多くのスタッフが関わることは、かえって誰に相談すればいいのかわからず混乱することもあるかと思われます。そのため困ったときなどの相談の順番を多職種チームで決めておき、対象者にわかりやすく伝えておくことも必要となります。（岩成）

4. 通院医療の進行

(1) 個別治療計画の実施—多職種チームの活動

通院医療の開始に先立って作成した個別治療計画に沿って、医療の提供を行います。通院医療の開始に当たっては、あらかじめ入手してある基本情報を、多職種チームの各メンバーが遺漏なく共有しておくことが大切です。治療を進めるにあたっては外来診療、心理療法、デイケア、作業療法、訪問看護、ケースワークなど様々な治療を対象者に提供することになります。様々な職種が関わりを持ちますから、対象者に混乱を引き起こすことがないように、それぞれの職種間でその都度、情報の共有を密に取ることが大切です。また、対象者に急激な症状悪化や予想外の事態が見られた場合、直ちにチーム内に情報を流すとともに、対策を協

議し実施できるようチーム体制を整えておきます。

医療提供を行うにあたって、通院医療を受けることのメリットが対象者に実感できるよう心がけます。管理的になりすぎると、対象者には負担になります。そうしたマイナスのイメージを持たせない配慮が必要です。対象者に通院医療を受ける意欲、モチベーションを引き出せるよう心がけましょう。そのためには、対象者の希望を十分汲み取ることや、対象者との関係性を常に良好に保つことが重要です。また、対象者にわかりやすい治療の提供が求められます。一定期間ごとに対象者を含めた治療の評価と見直し、わかりやすい目標の設定が必要になります。

a. 外来診療

日常診療の中で大切なことは、精神医学的症状を制圧することではなく、対象者が症状に左右されることなく生活が維持できているかどうかに着目して治療を進めていくことです。治療の基本は対象者との治療関係を良好に保つことです。その上で、対象者から医療観察法の枠内で治療を受け続けることの意欲を引き出します。また、対象者が再発予防を行うことの大切さを理解できるよう、診療の場面でインフォームド・コンセントに努め、アドヒアランスを高めていきます。対象者に適宜、対象行為と病的症状との関連について理解が得られるよう、診療の中で援助して行くことが大切です。

主治医は日常の外来診療のほか、多職種チームの統括としての役割を持ちます。多職種チーム会議では、会議で対象者の短期・中期・長期目標を決定していきませんが、その達成度や達成のための援助方法などを念頭において診療を行います。

b. 心理面接

心理的手法は様々ありますが、対象者に即した方法で心理的援助を行います。通常、対象者に生じた生活上の様々な葛藤について傾聴し、適切なアドバイスなどを行います。可能であれば認知療法を導入し対象行為に対する洞察を得させることも試みます。心理面接では、対象者の個人的な心理葛藤状況について十分な把握をし、その情報を多職種チーム間で共有できるようにしておきます。

c. デイケア

デイケアは、対象者が現実にみせる対人行動について、ダイナミック

な観察が行える治療の場です。デイケアでは日常の対人場面で、対象者の行動特性の把握とその評価、問題行動への介入など、極めて重要な評価と治療提供を行うことができます。デイケアで得られた情報は多くの重要な内容を持ちますから、些細と思えることもケア会議に持ち寄るよう心がけておきます。

対象者に対しネガティブな評価を与えがちにならないよう、留意し対応していきます。また、他のデイケアメンバーと区別せず、グループに溶け込ませることが大切です。問題行動の介入はいたずらにそれを叱責するのではなく、他のメンバーに受け入れやすい行動のあり方を対象者と話し合うべきです。また、問題行動は対象行為と共通した特徴を持つことが往々にして見られます。この特徴をよく把握しておき、対象者に問題点が理解できるよう援助していきます。

適切な介入が行えるためには、対象者の生活行動上の特徴、対象行為とそれに関連する精神症状、症状悪化の兆候やその誘引などをよく把握しておくことです。これらの情報を多職種チーム会議で十分得ておきます。

d. 作業療法

個別及び集団の作業療法がありますが、対象者に即して種別や種目を選びます。作業療法では対象者の作業場面での行動力や集中力の評価が行えます。また、集団の場面では、他のメンバーとのダイナミクスが観察できます。デイケアの項目で記したように、作業を通して対象者の行動特性の把握やその評価が行えます。また、問題行動への介入についても積極的に行い、対象者の社会性を培っていける重要な治療の場にもなります。対象者がグループでの作業療法で、その役割の獲得や遂行、作業目標の達成などを通して他のメンバーと協働することの意義や意欲を引き出すよう進めていきます。

e. 訪問看護

訪問看護では対象者がどの程度のアドヒアランスを持っているかが具体的に評価できます。治療継続の大切さや服薬の遵守などを対象者がどの程度理解しているか、生活の場面で具体的に把握し指導していきます。その他、対象者の日常生活上の困難について、相談を受け援助していくことも行いますが、こうした援助を行う中で、治療継続に必要な対象者

の行動が日常生活行動に難なく組み込めるよう配慮していきます。

これらの活動を通して、対象者の個人的な生活のあり様が具体的に把握できます。得られた情報は対象者の支援の方法を作っていく上での手がかりの発見を容易にします。

f. ケースワーク

ケースワーカーは様々な治療場面に関わりを持ち、およそオールマイティな活動を求められます。対象者の最も身近な相談の窓口としての役割を持ちます。また、社会復帰調整官との連絡窓口のほか、多職種チームのメンバーが得た対象者の新たな情報は迅速にケースワーカーに集めるようにしておきます。

対象者が社会復帰を目指していく上で必要な社会資源の活用を、対象者に即して選定しておくことが大切です。その上で、対象者に必要な援助方法を間髪をおかず提供できるように心がけます。

このようなケースワーカーの活動は、対象者がこの法律の枠内で治療を受けることの意義を理解し、治療を受け続ける意欲を引き出します。

(2) 定期的評価と見直し—多職種チーム会議

多職種チームのメンバーによるチーム会議を毎月1度、開催します。必要であれば対象者の参加も求めます。会議では、担当者が集まり1ヶ月ごとの活動報告、情報共有、それぞれの専門性に基づく対象者の評価などを行い、治療の進捗状況を判断します。その上で、治療目標の見直しと必要とされる援助の優先度を決定します。この会議では、主に短・中期的な治療目標の見直しに重点が置かれます。

共通評価項目はかなり荒い評価になりますが、チーム会議ごとに評点しておきます。対象者の経時的な推移を読み取ることができますし、短期的な目標に対する対象者への援助の優先度を決定する上で手がかりにもなります。

チーム会議の3ヶ月ごとには生活機能評価も行います。この評価によって対象者の生活上の弱点を明らかにできます。対象者の持つ生活上の困難を具体的に把握することができますし、援助策を考えていく上で大切な手がかりになります。

多くの場合、2～3ヶ月ごとに社会復帰調整官の主催によるケア会議が開かれます。原則、対象者はこの会議に参加し、対象者を中心として

短・中・長期の目標の見直しをしていきます。ケア会議には多職種チーム会議に持ち寄られた情報、援助策と治療の進捗状況などを報告し、対象者の希望に沿った形で新たな目標の設定を検討します。目標の設定は対象者の希望を十分組み入れ、社会復帰の方向付けが確実なものになるようにしていきます。そのためには毎月開かれる多職種チーム会議での情報が非常に重要なものになります。

(3) ステージ分類

通院治療のステージは、原則3年間の通院医療の期間を前期(6ヶ月)、中期(18ヶ月)、後期(12ヶ月)に分けられています。診療報酬は通院処遇ガイドラインのこの定めにより支払われますが、臨床的には必ずしもこのように進むわけではありませんので、一応の目安として受け止めておきます。治療提供するチームは、対象者が最終目標とする社会復帰に向け、現在どの段階にあるかを念頭に置いて治療を進めていく方が、治療目標の設定を明確にしやすいと思われます。そのために、通院ステージを大きく三つに分け、それぞれの期間で達成する目標を大まかに設定しておくといいでしょう。対象者に現在どの段階にあるかを伝えることも、対象者にとって治療をわかりやすくし、治療意欲を引き出す上で大変重要です。

前期の目標は通院治療の習熟度の達成に置くと良いでしょう。つまり、円滑な通院治療への導入とその維持を図ります。通院治療は外来診療のみでなくデイケアや作業療法の利用、訪問看護の受け入れなどを含みます。これらを問題なくこなせ、安定して利用できることを目標とします。

中期では、様々な課題に取り組みます。疾病や生活の自己管理を達成し社会活動への参加を導入します。自己管理の程度はケースバイケースで考えるべきです。ケースによっては自立して行うことが困難な例もありますが、支援者や治療者らの援助によって大きく持ち崩すことがなければよしとしてよいでしょう。この場合、対象者がうまく援助を活用できているかどうかによります。社会活動への参加も対象者に即して導入します。処遇終了後、対象者が社会の中で安定して生活できる場を想定し、導入を図ります。デイケアに踏みとどまる場合、地域の作業所の利用に移行する、アルバイトへと進めていく、地域のボランティア活動への参加など、様々なものが考えられますが、対象者の希望を汲み取った

上で方向を決定します。

後期では、中期に決定した社会生活への参加を促進し、その定着を図ります。ケースによっては治療の枠を超えて社会生活に踏み出す場合もあります。このような場合には、可能な限り対象者の了解の下に、関わりを持つ社会の中でのキーパーソンと情報を取り合えるようにしましょう。ケア会議に参加してもらえると更に理想的です。

一般的には、前期・中期・後期へと段階的に進行することは稀と考えられます。特に中期の段階では治療関係の揺らぎ、問題行動の繰り返しなどがしばしば生じます。こうした問題を乗り越えつつ治療を進めていくことが、対象者の社会復帰への道を開くと思われれます。（岩間）

5. 通院医療の終了

通常、36ヶ月までで通院医療は終了します。更に治療継続が必要な場合、通院期間延長の申立てが必要です。また、処遇終了の申立てをしないままにしておくと、36ヶ月で自動的に満期終了となります。満期終了する場合にも、処遇終了の申立てに準じ、治療の体制や内容が変わることを対象者に理解してもらうことが必要です。

通院医療は対象者にとって義務として課せられた治療ですが、終了後は対象者の自発的な治療になります。従って、一般精神科医療に移行する条件として、対象者は通院医療の継続が必要と理解していること、対象者に一般精神科医療を受けさせるための体制が整っていることが最低必要となります。

通院処遇の後期の段階で、対象者が社会復帰をある程度達成し、将来的にも安定した社会参加が見込め、通院治療の継続が可能と予測される場合、通院処遇の終了の準備に取りかかります。それまで密に関わってきた多職種チームが、それぞれの役割を一般精神科医療の場に移行できるよう準備していきます。できれば、一般精神科医療での提供のあり方も、それまで行ってきたチーム医療のあり方を引き継げるよう、終了後の体制を整えることが望まれます。円滑な移行のためには、後期通院医療の最終段階で、終了後に担当する受け入れ医療機関への通院を行ってみる、訪問看護を継続し地域の訪問看護に移行する場合、移行後の担当

者を選定し共に訪問するなど、治療をオーバーラップさせることが望ましいと思われます。また、できる限り多職種チーム会議への参加を依頼し、情報の共有化を行っておきます。

社会資源が整っている都市部では、この作業は比較的容易に行えるものと思われます。しかし、社会資源の乏しい地方では、対象者への医療提供を縮小せざるを得ない場合が少なからず生じるものと思われます。特に、訪問看護、心理療法など継続が困難になる場合が想定されます。しかし、多職種がチームで関わることの重要性を認識し、小規模であれチーム医療の継続に努めることが大切です。

医療観察法による医療と一般精神科医療との決定的違いは、社会復帰調整官の関わりが終了することにあります。社会復帰調整官は地域処遇のコーディネーターの役割を担い活動していますが、この支援が途切れることの損失は多大なものがあります。この役割を誰に移行していくかは、対象者が社会への参加を持続し、再発の予防に努めていくための支援を継続する上で極めて重要です。特に、社会資源の少ない地方では地域でのキーパーソンを誰に担ってもらうかを選定しておくことが予後を決定する重要な鍵になると思われます。（岩間）

6. 個別の医療サービス

(1) 外来診療

通院開始にあたって、医療観察法における鑑定書、生活環境調査書、審判決定書などの基本情報を入手します。指定入院医療機関を退院した対象者については、入院時基本情報管理シート、直近半年間の診療及び病状経過の要約、退院前情報管理シート、病棟治療評価会議シート、病棟運営会議シートなどの情報を入手します。入手した情報を基に、家族歴、発達・生活歴、病歴と治療歴、以前の他害行為とその処遇歴、治療経過・共通評価項目、今回の対象行為と責任能力評価を確認します。加えて、対象者に対して通院処遇についてどのような説明がなされ、対象者自身が通院処遇を受けるに当たってどのような心構えをもって臨んでいるのかを丁寧に確認することが重要です。

担当医は当然のこと、治療チームのメンバー全員が情報を共有して十

分に協議した上で通院治療の関わり方について基本的な方針を立て、PDCA (Plan, Do, Check, Action) サイクルでフォローアップしていくことになります。

a. 危機回避のための留意点

①通院医療の意識付け

医療観察法の通院処遇であることを対象者にしっかりと説明し、通院の基本的なルールを決めて必ず守るように伝えます。通院開始時はもちろんのこと、その後も適宜再確認をすることが大切です。一つの方法として、対象者に審判決定書を見せて、読み聞かせながら通院処遇についてしっかりと意識付けをします。診察予定日に受診できない場合は対象者から必ず連絡を入れることとし、連絡なしに来院しない場合は病院側から連絡を入れ、心配な場合は訪問する、指示通り通院服薬ができない場合は入院治療を行う、等々の明確な取り決めをしておくことが有用です。

②対象行為の認識

どういう状況で対象行為を行ったのかについて、治療チームが認識を共有しておきます。また、対象者にもしっかりと認識してもらうようにします。何が病状を悪化させ危機状況に至らしめるのか、危険なストレス要因は何かということについてできるだけ具体的にわかりやすく整理しておきます。特に、服薬状況、家族との関係、近隣との関係、他の患者さんとの関係、生活面の変化などについて、危機状況に至る前に早めの対応をするよう心がけます。他害行為だけではなく自殺にも十分注意します。治療チームのメンバーは、対象者の変化に気付いたら速やかに主治医に報告し、危険な徴候が見られたら迅速に対応します。

③入院必要性の判断

通院で対応困難な場合は、躊躇せず精神保健福祉法による入院対応を取るようにします。その上で、医療観察法による再入院の必要があるかどうかを検討します。

④緊急時の連絡

緊急時には必ず主治医に連絡が取れるようにしておきます。主治医の的確な判断が危機回避に直結します。

b. チームによる医療であることの認識の重要性

医療機関内の多職種チームにより、治療計画を作成し、各職種が連携

を取りながら医療を提供するのが、医療観察法による通院処遇の基本です。主治医はあくまで多職種チームのメンバーの一員であるという意識をしっかりと持ち、チームが有機的に機能することで通院処遇を円滑に進めることができます。決して主治医の独り相撲になってはいけません。

また、チームの会議には必要に応じ対象者本人も参加して、対象者の同意を得た治療計画を作成するように努めます。

c. 各通院ステージでの留意点

①前期（通院開始後6ヶ月で中期へ移行）

対象者との信頼関係の構築に重きを置き、外来通院や服薬など必要な医療を利用できるようにします。最初が肝心です。治療者が対象者を評価するように、対象者は主治医やチームのメンバーを値踏みします。対象者には、精神保健福祉法上の通院と違って気に入らなければ医療機関を変わるという自由は原則的にはありません。対象者が気に入って安心して自ら進んで通院治療を続けられるようなモチベーション作りが大切です。

この時期には、対象行為及び被害者が誰であるかによって、対象者の処遇を巡って被害関係者との調整を慎重に行う必要があります。例えば、対象者がある人と会いたいと希望しても時期尚早であったり、状況が許さなかったりして会わせるわけにはいかない場合もあります。対象者は自分の意思で自由に行動できるわけですから、状況に合わせて双方の意見を十分に聞いた上で妥協点を見出して納得してもらえるような調整をチームで行っていく心配りが大切です。

②中期（通院開始後24ヶ月で後期へ移行）

対象者が、限定的な社会活動へ安定的に参加できるようにします。その際、対象者の行動範囲の拡大に伴う病状の変化について注意し、薬物療法等について適宜再検討を行います。

対象者には基本的なルールは守ってもらわなければなりません、自主的に主体的に活動範囲を広げ、毎日の生活を少しずつ豊かなものにしてもらう時期です。活動を広げていくと様々な課題が出てきますが、一つ一つの悩みや課題を共有してチームが一緒に解決していく作業を地道に継続することが大切です。その過程で対象者は力をつけていきます。治療者側があまり慎重になりすぎると窮屈な関係になって広がりがなく

なってしまいます。メリハリをつけた関わりが必要です。

③後期（通院開始後36ヶ月で処遇終了）

対象者が必要な医療を自主的かつ確実に利用し、社会参加できるように援助します。

一般精神医療への移行準備に当たり、治療メニューを見直します。対象者と治療チームが、お互いの信頼感に裏打ちされた、より緩やかな関係に移行していく、通院処遇におけるいわば親離れ子離れの時期であると言えます。

④処遇終了

継続的な通院治療が受けられ、一定期間病状の再発が見られず、服薬管理・金銭管理ができ、支援体制が確立していれば、処遇終了を検討します。

⑤通院期間延長

3年を経過する前の時点で、継続が必要な場合は意見書を保護観察所に提出します。

（籠本）

(2) 心理面接

a. 医療観察法の入院を経て通院する場合

入院を経た対象者の場合、入院中に積み上げられた治療成果を通院という本番で継続的に発揮することが目標になります。従って初期の心理面接では、対象者との関係を構築する中で、入院でいかなる治療がなされたかという情報を把握することから始まります。また、あらかじめ退院後数ヶ月を考えた計画書に目を通し、入院医療機関と対象者が通院初期に何を課題としているのか把握をします。退院前に作成されたクライシスプランが実際機能し得るプランになっているかを、面接を通してアセスメントし対象者と共有することは、通院が始まった初期段階で行う必要があります。

b. 医療観察法の鑑定入院から直接通院する場合

通院当初、対象者にとって医療観察法の処遇は理解しにくく、受け入れがたいものであることが十分予想されます。従って心理面接では、本人のニーズを中心に置きながら進めていくと効果的です。丁寧に対象者と向き合いながら対象行為や家族への思い、これまで歩んできた道のり

と今後の人生について心理療法を進めていくことにより、心理的な援助や治療のニーズがはっきりと見え始め、ひいては内省洞察に結びついていくと考えられます。

①アセスメント

本法における医療では、「病状の改善と同様の他害行為の再発の防止」が目的となります。そのため知的水準や人格水準などを査定する通常の心理アセスメントに加え、自傷や他害のリスクアセスメントを定期的に行うことが重要になります。共通評価項目が基本的に使われますが、共通評価項目作成時に参考とされたHCR-20をあらかじめ理解しておくことより効果的に評価を行うことができます。反社会性や社会的逸脱の評価は、PCL-R (Psychopathy Check list-Revised) によって行うことができます。また、BDI-II ベック抑うつ質問表やSDS自己評価式抑うつ尺度などで抑うつや自殺の評価などをしておくことが重要です。Birchwoodの自己記入式病識尺度やSAI-E・SAI-Jなどを使用して、病識の評価を定期的に行うことも大切です。また、本法が適用される対象者は自尊感情・自己効力感が低いことが予想されますので、Rosenbergの自尊感情尺度やSECL (Self-Efficacy For Community Life scale) ・特性的自己効力感尺度などで評価しておくことも必要です。

②動機付けのポイント

強制的な医療であることを前提に面接を進めると、対象者とのパワーゲームに陥りやすく治療の動機付けにつながりにくくなります。対象者のニーズを丁寧に聞き取り、その中で心理士として支援できることを探ることが重要です。通院当初は対象者も理解できないことが多いことから、本法の説明を丁寧に行い、そのゴール像を明確にする作業をしていくと、その中で対象者の現在のニーズや将来の希望を把握することがしやすいようです。法律の枠内で生きていくことを説くのではなく、上手に法律を利用して自分らしい生活をかなえていく、というスタンスであると対象者にも受け入れやすいようです。

③アニバーサリー反応

対象行為の行われた期日周辺は、自ら内省が深まり治療への動機を高めるチャンスになる一方、自傷や他害のリスクが高まる可能性もあります。対象者の過去の自殺企図歴、言動や行動などの自殺のサインの有無

等、質問紙等も利用して自傷他害のアセスメントを行い、他の関係者と情報を共有して安全を確保できる方策を検討します。自殺念慮が疑われる場合は、対象者に対して誠実な態度ではっきりとその有無を尋ね、本人の考えや気持ち・精神症状・周囲の環境など、当時と現在の比較をしながら自尊感情や自己効力感を高めるような働きかけを行い、自殺以外の解決法を話し合うと効果的です。

④家族面接

本法の目的である対象者の社会復帰を目指すためには、家族のサポートが不可欠になります。まず、今回の対象行為によりどの程度家族が影響を受けたのか評価を行いながら、信頼関係を構築するところから始まります。家族が被害者になっているケースも考えられることから、時間をかけて家族の思いを汲み取り、家族のニーズと必要な援助が何かを探ります。また未然に防ぐことができなかった思いから自責的になることや、無力感に襲われ対象者との関わりを拒否することも考えられます。対象行為が起きた背景を整理し問題点が明確になると、介入する手立てが見え始めてきます。病気の理解、社会的支援サービスといった頼ることのできる機関の紹介など行いながら、家族が孤立することなく社会復帰への期待が現実となるような援助を心がけて進めることが必要になります。

<各尺度の参考図書・出典など>

1. 「HCR-20」

HCR-20の基礎概念や基本的な評定付けに関しては、「C.D.Webster 他著 吉川和男監訳：HCR-20 第2版 暴力のリスクアセスメント、星和書店、2007」、各項目別の治療戦略に関しては、「K.S.Douglas 他著 吉川和男監訳：HCR-20コンパニオン・ガイド 暴力のリスク・マネジメント、2007星和書店」、が参考になります。

2. 「PCL-R (Psychopathy Check list-Revised)」

利用や下記の参考図書購入にあたっては、ワークショップ (PCL-R 日本事務局) を受講し、一定のトレーニングを受ける必要があります。詳しくは <http://www.pcl-r.jp/modules/news/> を参照ください。

参考文献は、「Robert D.Hare 著 西村由貴訳：HARE PCL-R 第2版 日本語版 テクニカルマニュアル、金子書房、2004」。

3. 「BDI-II ベック抑うつ質問表やSDS 自己評価式抑うつ尺度」

各心理検査代理店で入手可能です。特に自傷や自殺のリスクアセスメントに関しては「平成20年度厚生労働科学研究 強制通院制度と地域医療のあり方に関する研究（分担研究者 松原三郎）」内の通院治療プログラム集「通院処遇における自殺のリスクアセスメントとマネジメント」を参照してください。

4. 「SECL (Self-Efficacy For Community Life scale)」及び「Birchwoodの自己記入式病識尺度」

大島巖：精神分裂病者に対する心理社会的援助プログラムのニーズアセスメントと効果評価に関する全国試行調査。厚生省精神・神経研究委託費10指-2 精神分裂病の状態，治療・リハビリテーションに関する研究（主任研究者：浦田重治郎），p24-36，2000。

5. 「Rosenbergの自尊感情尺度及び特性的自己効力感尺度」

山本真理子編：心理測定尺度集I－人間の内面を探る＜自己・個人内過程＞。サイエンス社，p29-31 37-42，2001

（山本）

(3) デイケア・ナイトケア

医療観察法の対象者へのデイケアやナイトケアは通常の支援と基本的には変わることはありませんが，この法の目的上，病気と対象行為の関連を理解し，内省や洞察を深めながら，新たな生活を再建していくことが加味されていると言えます。

a. デイケア

①受け入れ準備

受け入れ前に，可能な限り対象者の情報（対象行為に至るまでの背景や生活環境や病状など）を得ることで，対象者のイメージが描きやすくなり，ニーズや留意点も浮かび上がってくると思われます。また入所前の見学や試験参加，関係者の顔合わせや事前のケア会議などを工夫することで，集団療法が適応なのか，ストレス耐性が低く，短時間から開始した方が良いのか（ショートケアの適応），集団が苦手であり個別の関わりを必要とするのか（外来作業療法の適応）などを見極め，対象者の負担のないように導入することも大切です。これらにより早い段階で関係性が構築でき，デイケア導入をスムーズにすることができます。

②デイケアにおける通院対象者への基本的対応

各施設のデイケアの考え方や利用者の構成メンバーでも異なりますが、他利用者への配慮と対象者の人権への配慮という二つの視点があります。対象者の人権への配慮という視点からは、他利用者と同様の対応を行うことが原則となります。他利用者への配慮という視点からは、対象者の個人情報をごくまで開示するかが問題となる場合もあるでしょう。しかし、他利用者も様々な問題を抱えていることも多く、情報の開示も必要最小限しか行わないことを考えれば、医療観察法の対象者についても特別扱いすべきではないと思われます。仮に医療観察法対象者であることが他利用者にわかった場合も、偏見や差別につながらないように助言や指導を行う機会と捉え、有益な話し合いの場にできればよいと考えます。

③デイケアにおける個別担当性

ケースマネジメントの視点から、個別担当者があることで安心感が得られ、個別支援、多職種チームとの連携がスムーズに図れます。しかし、大規模デイケアでは種々のプログラムを運営しているため、個別担当者が常に関われるとは限りません。プログラム担当と個別担当が常に綿密な連携を図ることが必要となります。また、緊急時に備え、デイケアのチーム全員が対象者の情報を共有していることも大切です。

④対象行為と病気との関連性についての内省や洞察のアプローチ

この法の目的上、対象行為と病気との関連性についての内省や洞察のアプローチは重要な課題です。個人情報保護からもグループでの内省・洞察をテーマとした認知行動療法等のアプローチは難しく、個別に取り上げるのが適切な場合も多いと考えられます。対象者によっては外来診療や心理面接など個人精神療法で取り上げたり、デイケアで疾病教育プログラムと個別面接を併用したりする方法などがあります。どのような方法で実施するかは、対象者の適性や負担を考えながら慎重に決めるべき事項で、多職種チーム会議で役割分担などを検討しながら進めていく必要があります。

⑤各通院ステージでの留意点

対象者を交えたケア会議で、対象者の目標、医療サービスの目標、デイケアの具体的な参加日数などが決まります。対象者の病状や生活状況

により、目標も具体的な方策や経過・終了時期も異なります。デイケアの過程は、病気の再発を防ぎながら、病気と対象行為との関連を理解しつつ、社会の中で生活するための対処技能を身に付け、新たな再生への前向きな生き方を模索していく過程とも言えます。

ア 前期通院医療

対象者との信頼関係の構築に重点を置きながら、安心して通所できるよう配慮する必要があります。新しい環境へのストレスを考慮しながら、参加日数やプログラム内容を対象者と共に検討していきます。また定期的な面接や声かけを多くし、グループへの導入や担当者との信頼関係を構築していきます。デイケアに慣れた段階で、緊急時の相談ができるスキルを身に付けるため「自宅から病院に電話をする」などの宿題を出すような工夫も必要となるでしょう。

イ 中期通院医療

安定した通院・通所が継続するようになれば、行動範囲を広げ、生活を楽しめるようデイケア以外の生活面にも配慮する必要があります。疾病教育プログラムへの参加を通して病気の理解を促し、種々のプログラムで他者との共有体験を通して共感性・協調性を養い、対人関係の広がりや楽しみを見出せるよう支援します。また対象者によっては、早い段階で就労準備やアルバイトを開始することも考えられます。

ウ 後期通院医療

継続的な医療の必要性を自ら理解し感じられるようサポートするとともに、対象者が望む生活の実現に向けて就労支援や他の社会復帰施設、行政機関との連携を強化し、処遇終了に向けて、スムーズな一般医療への橋渡しをしていきます。処遇終了後、安易に服薬を中断し、再発することのないよう病気の理解を更に深める工夫や、自ら支援者に相談ができるような体制確保と意識付けの工夫などが必要となります。

⑥緊急時の対応

事前に医療観察法対象者に対するデイケア独自のマニュアル（無断欠席の場合やデイケア内でのトラブルが発生した場合などの対処法）を作成しておく必要があります。オリエンテーション時にデイケア通所に当

たつての約束事（不調時の対応や欠席・遅刻・早退時の連絡，困った時の相談の仕方，暴力行為や迷惑行為の禁止と発生時の対処法）などを対象者と確認しておくことが大切であり，書面にして，互いに確認できるようにしておきます。

⑦家族への支援

デイケアで企画している病気の勉強会などの家族講座への参加は，対象者の病気や障害の理解を深めていただくために有効と思われます。基本的には，他利用者の家族への対応と変わりませんが，家族が被害者の場合もあり，臨床心理技術者と連携するなどきめ細かい配慮が必要となります。

⑧多職種チームの連携

デイケアスタッフは，多職種チームの一員として，チーム会議やケア会議にはできるだけ参加し，デイケアでの状況報告や評価を積極的に発言していくことが求められます。デイケア以外にも外来診療や訪問看護など多くの支援者が関わることになるので，対象者に必要と思われるプログラムがある場合は，チーム会議でデイケア側から提案し，そのプログラムに参加できるように調整する必要があります。また緊急時はもちろん，変化のあった時は随時主治医やケア調整者（院内医療観察法担当者）などと連絡しあえること，対象者によっては，デイケア終了後に性犯罪防止プログラムや物質使用障害プログラムなどの個別プログラムを臨床心理技術者と協力して行うなどの工夫も必要です。

b. ナイトケア

基本姿勢や対応はデイケアと同じです。対象は，単身生活者や昼間作業所に通所している人・就労をしている人で，継続的な医療と生活支援を必要とする人が主流となります。対象者が安心して通所でき，地域で孤立しないよう，病状観察や健康管理・経済管理の支援，地域資源の上手な利用，就労支援などグループワークや個別の相談を活用して支援していきます。再発・再被害行為・自殺予防に留意し，必要に応じて早めの介入が求められます。

c. その他

対象者の特徴もありますが治療経過の中で，必要に応じて外来作業療法からデイケアへの流れや外来作業療法・ショートケア・デイケア・ナ

イトケアなどの支援が臨機応変に活用できること、またより濃厚な医療を必要とする場合はデイナイトケアの活用もできることが理想です。

(原澤)

(4) 外来作業療法

医療観察法の対象者への作業療法は、通常の作業療法と基本的には変わることはありません。作業療法の目的は、対象行為に至ってしまったことにより失われた社会との関係や日常性を取り戻すことと、対象行為に至った背景にある精神障害による活動の制限や日常生活や社会への参加に対する制約を軽減し、地域社会に再定住できるようにすることです。デイケアは集団プログラムで構成されている治療構造ですが、作業療法はより個別的な対応が必要とされる方々が対象となる場合が多くなります。

a. 受け入れ準備

受け入れ前に、可能な限り対象者の情報（生活歴、対象行為に至るまでの背景、病状や回復状態など）を得ることが重要となります。必要に応じて事前の見学や試験参加、関係者の顔合わせや事前のケア会議などを開催し、集団作業療法が適応なのか、集団が苦手で個別的な関わりを必要とするのかなどを見極め、対象者の負担のないように導入することが大切です。

しかし、直接通院になる場合は特に、事前に詳しい情報を得ることやケア会議が開催できないまま、処遇を開始する場合もあるかもしれません。ケースバイケースで臨機応変な対応が求められますが、関係者との連携による情報の共有が重要となります。

b. 医療観察法対応であることの取り扱い

医療観察法の対象者であることに関する配慮は、他利用者への配慮と対象者自身の人権への配慮という2つの視点があります。作業療法の対象となる方々は、個別での対応が必要な場合が多いので、このことを積極的に取り上げる機会が少ないかもしれません。

c. 担当性

対象者の受け入れが決定し多職種チームを組む際に、担当の作業療法士を決めます。担当の作業療法士は、対象者の目標に沿って、個別で支援していくか、集団プログラムを利用していくかなど、作業療法のプロ

グラムを決めていきます。集団作業療法を利用していく場合には、対象者の担当者と集団作業療法を担当している作業療法士とが違ってくる場合があります。担当の作業療法士は集団プログラム担当者との情報を共有しながら、作業療法プログラムをコーディネートしていくことが重要となります。また、作業療法における定期的な面接を通じた振り返りを行い、目標の変更やそのことによるプログラムの変更につなげていきます。

d. 作業療法における評価の視点

作業療法では、具体的な作業活動を通して、対象者の能力評価と安定した日常生活が送れるための具体的な支援を行います。これらの活動以外に、時には入院医療機関で実施してきた内省・洞察をテーマとした認知行動療法等のアプローチを外来作業療法で行う場合もあるかもしれません。その際も、具体的な作業活動を通して得た体験を利用しながら、今後の前向きな生活イメージにつなげていく必要があります。

作業療法で行う評価の視点には以下のようなものがあります。

- ・心身機能：身体の生理的な機能，精神的な機能
- ・生活維持機能：身辺処理，金銭・時間・健康などの基本的な生活管理能力
- ・作業遂行能力：ワークパーソナリティ，問題処理特性など
- ・社会生活能力：対人交流技能，集団参加技能，コミュニケーション技能，衝動のコントロールなど

具体的な作業活動を行うことで、その時々を対象者の状態が見えてきます。これら作業療法で評価した対象者の能力や状態を多職種チームにタイムリーに伝える役割も重要です。

e. 各ステージでの留意点

対象者を交えたケア会議で、対象者の目標、医療サービスの目標、作業療法の内容や参加の仕方などが決まります。対象者の病状や生活の状態により、目標も具体的な方策や経過も異なり、作業療法終了時期も対象者によって違ってきます。作業療法では、具体的な作業活動を通じた体験や他者との交流体験から得られた実感を、対象者とともに振り返りながら、対象者がこれからの人生を前向きに生きていく力をつけていく支援をしていくのです。作業活動体験において対象者のエンパワメントを高める働きかけが重要となります。

①前期（通院開始から6ヶ月）

対象者の多くは新しい生活環境に慣れることが第一の目標になります。作業療法は、新しい生活に慣れることに視点を置きながら、信頼関係の構築を目指します。個別対応せず、集団プログラムを利用する場合でも定期的な面接を行い、不安を受け止める必要があります。

②中期（7～24カ月）

安定した生活ができようになってはじめて、作業活動そのものを楽しめるようになります。また、日常生活での困ったことや不安なことを具体的に解決する方法を一緒に考えます。行動範囲や生活の幅を広げていく支援も行います。就労を希望する対象者には、準備を行ったり、地域の支援機関へつなげたりする作業も行います。

③後期（通院開始後36ヶ月）

対象者がこれからの見通しが立てられ、前向きに生きていく手立てと心構えができてきたら、精神保健福祉法上のサービスへ移行してよい時期と言えます。対象者自らが、自分のことを客観的に捉え、生活を楽しめ、前向きに生きられることが、再発・再燃を防ぐ上でも重要なことです。

f. 緊急時の対応

多職種によるチーム会議や対象者を交えたケア会議においてクライシスプランが立てられていますので、地域生活を送る上で、困った時の相談の仕方や再発兆候への対応について、作業療法場面でも確認しておく必要があります。

また、作業療法に参加する上で必要な参加時のルール、不調時の対応、欠席や早退時の連絡方法、道具や材料・機材の利用方法などを、作業療法開始時にオリエンテーションとしてしっかりと説明しておく必要があります。わかりやすいパンフレットや作業療法利用のしおりなどを渡しておく、いつでも見られるので便利です。

g. 多職種チームの連携

多職種チームの一員として、チーム会議やケア会議に出席し、作業療法参加時の状況や作業療法の評価、変化を随時チームメンバーに伝える役割があります。作業療法を通して見えてきた視点により、新たな支援が必要になる場合にはチームに提案し、プログラムを追加したり、他の職種の支援へつなげたりする場合も出てきます。

多職種チームの中で作業療法は、対象者とともに具体的な作業活動を展開するので、現実的な対象者の状況がより見えやすい特徴があります。この特徴を他職種にタイムリーに伝える役割が最も重要となります。

(香山)

(5) 訪問看護

通院医療においては医療の中断が最も懸念される場所であり、待ち受け医療ではなく積極的に地域に出向いていく訪問看護などのアウトリーチ型医療の重要性は高いと言えます。通院対象者個々の治療計画に基づいて、対象者中心のニーズに合った訪問看護を提供することは、対象者の安定した生活のサポートや生活の質向上だけでなく、再発・再燃といった危機回避においても重要な役割を担っています。

a. 訪問看護の開始

①初期の信頼関係の構築

直接通院の場合はもちろんのこと、移行通院であっても入院医療機関と通院医療機関は同一でない場合が多く、対象者と訪問看護提供者は一から信頼関係の構築に努めなければなりません。限られた時間の中で対象者との信頼関係を構築するのはかなりの困難が伴う作業ですが、できるだけ早い段階でのケア会議の開催や対象者との面接を設定することが重要であると考えられます。移行通院においては入院中の外泊等の機会を利用し、在宅訪問や対象者と面接を行うことも有効です。

②訪問看護開始時のオリエンテーションと契約

審判で通院が決定されると、指定通院医療機関での通院医療が開始となり、保護観察所はケア会議を開催して処遇の治療計画を定めます。まずは対象者への処遇について医師・社会復帰調整官より説明がなされ、訪問看護が計画に入った場合、訪問看護担当者から訪問看護の必要性等を説明し、その対象者にあったプランを提供、そして同意を得て契約となります。同意と契約に関しては、対象者本人の自己決定を保障したなかで行います。できれば文書を交わしておく方が良いでしょう。契約に基づいて実施するものなので、治療途中に本人が契約を破棄したいと申し出た場合は、訪問看護で行っている援助をどのように他でカバーするかも考えておく必要があります。

b. 訪問看護の観察のポイント

訪問看護の場合、直接対象者宅に伺うため、対象者の生活状況をダイレクトに感じ取ることができ、生活状況の的確な把握が可能となります。服薬が確実に行われているか、日常生活が適切に行われているか、生活環境の変化はないかなど、対象者の生活能力や病状の変化について多くの情報を収集することができます。本人からの言動からだけでなく、生活環境からの情報はかなり重要であり、治療計画を立てていく際のアセスメントに大いに役立ちます。

また、対象者によっては、近隣住民に被害妄想を持っている場合もあり、外出ができず引きこもっていたり、逆に些細なトラブルを繰り返し起こしていたりする場合も少なくありません。訪問看護を行った際に近隣住民との関わり方に関する情報を詳細に把握することも必要です。家族等の支援者以外の近隣者・友人などのインフォーマルな人達との対人関係の評価も重要となってきます。

c. 各通院ステージでの目標と留意点

訪問看護の基本的な部分は、対象者の身体的な管理、服薬等治療状況の確認、精神的状態の観察、精神的な支援、更には治療上及び生活上の問題点の把握等です。訪問看護開始から、前期、中期、後期に分け、それぞれの期間の目標と留意点をまとめています。

目標が達成されたかどうかの評価は、定期的なケア会議や多職種チーム会議の中で「多職種チーム会議シート」の中にある共通評価項目（精神医学的要素・個人心理的要素・対人関係的要素・環境的要素・治療的要素の17項目）を使って評価を丁寧に行っていきます。

①前期（通院開始後6ヶ月まで）

- (ア) 対象者との信頼関係の構築
- (イ) 対象者の個別性に基づいたプランの設定
- (ウ) 安定した外来診療を受けることができる環境整備（通院方法、連絡方法、無料パス等）
- (エ) 服薬環境の整備（管理援助、コンプライアンス支援等）
- (オ) 生活環境の整備（生活能力評価、生活援助、ホームヘルパー導入の評価、通所評価と支援等）
- (カ) 多職種チーム内の連携と協働

前期では主に対象者との信頼関係の構築，自立生活能力のアセスメントに重きを置き訪問援助を行います。訪問開始時に対象者とともに症状悪化時のクライシスプランをきっちり立てておくことが必要です。

②中期（通院開始後6ヶ月以降24ヶ月まで）

- (ア) 対象者との信頼関係を踏まえた生活や疾病の自己管理についての適切な支援
 - (イ) 再発サインと適切な対処法の理解
 - (ウ) 適切な評価と個別プランの修正
 - (エ) 通所サービス等を中心とした地域生活の拡大と生活リズムの安定
 - (オ) 生活能力に応じた地域サービスの選択と利用

対象行為について通院医療全体の中で、いつ、どのように触れていくかはケースによっても異なると思いますが、対象者との信頼関係ができてくると、問題や課題について率直なやりとりが可能となります。どのような状況になると同じような対象行為を起こしそうになるのか、同じことを繰り返さないためにはどうしていけば良いのかなど、対象行為と日常生活の関連について一緒に考えるプロセスを通じて、内省の理解を深めていきます。

③後期（通院開始後24ヶ月以降36ヶ月）

- (ア) 生活と疾病の自己管理
 - (イ) 社会参加の拡大
 - (ウ) 処遇終了の準備

処遇終了に向けての対象者の気持ちの変化に注目しながら、今後どうしていきたいか、対象者の希望実現に向けて、社会復帰を視野に入れた地域参加，就労の支援を進めていきます。

また処遇終了後の治療継続をどうやって図っていくか、対象者だけでなく家族との調整も行っていくことが必要となります。処遇終了後も必要に応じて相談ができる体制を確保し、地域の社会資源を担う人たちと支援を一緒に行っていく、地域へとうまくスライドさせていくことも重要な役割です。

d. 危機の早期発見と早期介入

迅速な危機介入が通院医療の成否のポイントであると言われていま

す。ストレスが多かったり、逆に気が緩みがちになったりする地域生活では病状悪化の要因は少なくありません。訪問看護を行うことで、対象者の些細な生活の変化に早期に気付くことが可能となり、再発や病状悪化の早期発見・予測ができ、早期の危機介入が可能となり、再被害行為の予防に役立ちます。

また緊急時の対応（バックアップ体制）を整えておくことは、訪問看護の場合、特に重要です。緊急時の各担当者の役割分担、関係諸機関への連絡方法、具体的対応策等をあらかじめ定めておくことが必要です。

e. 多職種チームの連携

訪問看護で得た情報は、地域ケア会議（2～3ヶ月に1回開催）や院内多職種チーム会議（月1回開催）などで報告し共有し、検討・評価を行います。ケースによっては社会復帰調整官だけでなく地域のケースワーカーや保健師、ホームヘルパーと一緒に訪問することも必要です。

f. 家族へのサポート

これまで未治療であった対象者などは、家族による疾患の理解が乏しい場合も多く、家族が対象者にどう関わっていいのか不安を抱えているケースも少なくありません。また、殺人未遂、傷害、放火などの場合、同居家族が被害者となっていることも多く見られます。自宅への放火などの場合は転居を余儀なくされる場合も多く、家族にとって大きなストレスとなっていると考えられます。対象者の病状について説明するなど疾病教育を行ったり、家族の思いを傾聴したりすることによって、家族の対象者理解も深まり、対象者自身の安定にも繋がります。

（安井，茂木）

(6) ソーシャルワーク

通院処遇においては、社会復帰調整官、行政機関や地域のスタッフとソーシャルワーカーの関わりが多いので、それぞれの役割分担を意識していく必要があります。その上で医療サービスとしてのソーシャルワークには以下のようなものが挙げられます。

a. 基本業務（直接的）

対象者への直接的な支援として行っているものですが、この制度においては前期、中期、後期のステージ及び終了後を意識して進めていきます。

- ①**ケースワーク** 本人や家族との定期的な個別面接を通して関係性を築いていきます。積極的なアウトリーチも行う必要があります。定期的に訪問看護で同行するなど方法の一つとして考えられます。
- ②**グループワーク** 心理教育的な内容、家族会等ピアな活動などについて支援を行います。
- ③**リンケージ** 様々な社会資源の紹介及び、手続き支援や顔の見える関係へと繋げていきます。
- ④**アドボケート** この制度における権利の確認（抗告や終了の申立てなど）、成年後見制度や日常生活自立支援事業の紹介や利用支援、年代に応じたサービス紹介や利用支援を行います。
- ⑤**ケアマネジメント** 多職種、多機関が関わってサービス提供を行うので、アセスメントによる目的の共有化とプラン作成、実施、モニタリング、エバリュエーションのサイクルで行い、処遇終了後は速やかに地域支援に移行していけるように、当初から意識して関わっていきます。全体のケアマネジャーは社会復帰調整官であり、医療機関内ではソーシャルワーカー（精神保健福祉士）がこれを行い、サイクルの円滑化を図ります。

b. 調整業務（間接的）

対象者には様々な職種や関係機関が関わりますので、各種会議の運営、スケジュールの管理や調整、書類の作成と整理など、間接的なマネジメントがとても重要で必要不可欠となります。

①院内

チーム会議の運営、各職種との連絡調整、情報収集と共有化、評価シートや記録の作成、対象者や家族向けの説明文など文書作成、運営会議などで病院全体への周知、院内研修の企画立案、院外研修の周知や調整などが挙げられます。

②院外

社会復帰調整官との連絡調整が第一に挙げられます。次に保健所や市町村担当者との定期連絡も意識しておく必要があります。処遇が進むにつれて、自立支援法の事業所など（生活訓練施設、作業所、ホームヘルパー等）地域の支援先との連絡調整も出てきます。社会復帰調整官を通してということもありますが、タイムラグを生じさせないためには相互

が意識して連絡調整を行う必要があります。特に緊急時対応について、クライシスプランで事前確認をしておきますが、速やかに連絡を取り、行動する臨機応変さが求められます。

c. ネットワークとソーシャルアクション

この制度では各機関における精神保健福祉士（ソーシャルワーカー）の関わりが多くあります。そのため、重なる部分の業務整理とそれに基づく役割分担も必要になります。精神保健福祉士に限られたことではないですが、関わりがある者によるネットワーク作りも求められるところです。具体的な実践の共有化から見えてきたものを課題として整理し、連絡協議会や自治体主管課などに提言していくアプローチも担うべき役割と思われます。まだ数は少ないのですが、地域により指定医療機関の精神保健福祉士を中心としたネットワークが作られて、定期的な会合や施設見学が開催されています。どこがイニシアチブを取るのかは課題ですが、こうしたネットワークが少しでも増えて全国的な横の繋がり・活動になることを期待したいところです。（石井，三澤）

7. 通院医療におけるプログラム

(1) 疾病教育

疾病教育は、病識（疾病の理解・対人的社会的影響の理解・治療の必要性の理解・症状の疾病への帰属など）を高め、疾病と当該行為との関係を洞察し、再発・再犯への予防的対処行動を向上するよう、リカバリー志向で援助します。病識の否認や抵抗がある場合は、傾聴・共感を基に治療への同意とリカバリーへの協働を探求します。その際、疾病教育の背後には、疾病受容・障害受容のプロセスも働いていることにも配慮します。また、対象者の性格傾向や能力を評価し、個別化した教育・支援を提供します。

また、家族へ疾病教育は、再発要因でもある高感情表出（高EE）の低減のためにも、家族と対象者のストレス低減のためにも必要です。

a. 通院処遇への形態による導入の違い

①移行通院

入院治療プログラムを振り返り、疾病教育の理解度や対処方法など評

価します。不十分な点は、個人の生活状況や性格・能力に合わせて再教育や支援を行います。また、再発のサインは、生活状況を検討して改めて再構成し、危機の対処に関連付けます。

②直接通院

通院初期に疾病教育を行うことが必要となります。初めて精神科に通院する人には特に重要となります。通院処遇の基礎となるものですから、他の援助でも繰り返し疾病教育の一部に触れることになります。

b. 疾病教育の時期

信頼関係を築きながら他のプログラムより優先して行います。通院開始自体がストレスになっていることも考慮します。

c. プログラム構成

①疾病の気づきと理解

脳・身体の病気であることを納得できる形で伝えることが基本です。疾病の回復過程を提示し、病的体験を振り返り、各時期の特徴と対処方法を共有します。診断基準を図解などで示すことも役立ちます。当該行為は疾病に圧倒され振り回されてしまった結果であり（疾病の外在化）、本来の健康な自我と協働して症状に対処していくことが重要であると伝えます。ストレスが対処能力（服薬・対処行動・社会的サポートなど）を超えると再発するというストレス－脆弱性－対処モデルを図示して、個人にとってのストレスとなることに気付いてもらいます。知的な問題がある場合は、平易な内容にし、リラクセーションなどで体やこころの緊張感がほぐれる体験などを言語的・非言語的に確認していきます。集団で困難な場合は診察や個人面接で扱います。

②治療の必要性の理解と効果の気づき

薬物療法など医学的な治療と心理社会的治療を伝え、リカバリーへの動機付けを高めます。

薬物療法では、服薬アドヒアランスを向上するように薬の種類と効果、副作用、持続した服薬の必要性を共有し、薬の飲み心地など服薬体験も話し合います。また、副作用への対処方法も検討します。服薬体験で良い点や困る点を話し合い、解決方法を検討します。DAI-10などで評価もします。

知的な問題がある場合は、情報提供よりも薬を飲むと身体や気持ちが

楽になるなど服薬による肯定的体験に重点を置きます。理解が不十分でも服薬の効果への気づきは重要です。

心理社会的治療では、精神療法（支持的精神療法・認知行動療法など）、デイケアや作業療法、訪問看護、社会資源の活用などを説明し、様々な治療や支援の理解を促します。病気がありながらも、生きやすくする様々なリカバリーのあり方があることに気づきを促します。

③再発予防と気づき・対処

ストレス（環境的対人的）や認知の傾向など再発の要因を説明し、ストレス・マネジメントと、再発のサイン、症状や再発時の対処法などを共有していきます。服薬中断、過剰なストレスが再発の大きな要因であることを伝えます。飲み忘れや怠薬は、飲みづらさや生活に適した服薬の仕方を共有します。再発に関連するストレスは、類似したパターンがあるので、自分の弱みとして対処する方法を共有します。再発のサインは、チェックリストを使いながら、普段にもあること、再発早期で現れるもの（黄信号）、再発後期で現れるもの（赤信号）とに分け、それぞれの対応を共有しておきます。対処法では、対処行動だけでなく、薬物の調整や訪問看護など支援の増大が必要な介入や入院が必要な場合も検討し、危機の場合一時的な入院も必要であることを共有し、治療者側の機動性を確保しておくことが重要となります。

d. 疾病教育の場所

デイケアや作業療法など集団で行うこともできます。集団で行われた場合は、診察、個人面接で理解の程度や実行性など確認し個別化していきます。不十分な場合は、日常生活に合わせて患者の腑に落ちるように共有を図ります。事情により訪問して行うこともあります。

e. 疾病別のプログラム例と要点

プログラム例は表1にあります。各項目では参考になる点を記しました。

①統合失調症

疾病の認知や受容が困難な場合は、ストレスとその対処行動を共有していきます。ストレスから身体的・心理的・行動的の反応が生じて、ストレス反応が医学では陽性症状や陰性症状と言われていることを体験過程に沿って伝えていきます。幻聴は感覚の問題、妄想は思考の問題として

扱います。また、症状にも理由があることを忘れないように対応します。症状以外にも、疲労・孤独・不眠・不安などに配慮します。

統合失調感情障害は、気分障害の疾病教育も加えます。

②うつ病

うつ病の説明では、うつ病の種類についても触れます。治療では服薬・休養・環境調整・心理社会的治療が重要であることを伝えます。回復過程では不安焦燥感→憂うつ→意欲の順序で回復することも伝えます。また、回復には一進一退を繰り返して改善していくことを伝えますが、その際の比較は日々の比較ではなく長い期間で比較をし、また悪い状態の比較をするようにします。再発予防では、早期の対処行動の重要性を共有します。症状だけでなく自殺予防が重要ですので、希死念慮に関係した話題を安心して話せる関係を作り、時にはこちらから聞くことも必要となります。

③双極性障害

気分変動のサイクルの特徴についてライフチャートなどを使って気づきを促します。落ち着いた状態と躁状態・うつ状態を比べる症状サマリーや日々の気分の変動を見る気分グラフも利用します。睡眠障害のある場合は睡眠覚醒リズム表も使います。再発のサインは、早期症状と再発症状に分けます。早期症状で特に躁状態には積極的な介入が必要となることを共有します。また、周囲との関係で、自分の気分の良い状態は周りが困りがちであること、自分が少しつらい時は周りが安心しているというギャップに気付くように促します。その際、普通の自分がわからなくなってしまいう戸惑いにも共感します。また、再発予防では、社会生活リズムを整え維持することの必要性も伝えます。

アルコール乱用がある場合はアルコールについての教育も行います。

④物質使用障害

初期は、物質使用への葛藤から変化への動機付けを高める動機付け面接を行いながらの教育となります。精神依存と身体依存の気づきを促し、引き金と渴望、壁の乗り越え方を支えることが重要です。

また断酒会、AA、NA、ダルクなども勧めます。

表1 プログラムの例

	統合失調症を知る心理教育当事者版 (コンボ)	知って欲しい・伝わる服薬コミュニケーション「統合失調症」(アルタ出版)	精神障害を持つ人の退院準備プログラム(丸善)全17セッションから抜粋
内容	<ol style="list-style-type: none"> 1. 病気の経過と回復までのプロセス 2. 薬の作用と上手なおつきあいの仕方 3. 薬の役割「副作用とその対処」 4. 再発をなるべく減らすために 5. これからの生活のために 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 統合失調症と薬 2. 統合失調症とは？ 3. 抗精神病薬の働き 4. 各種抗精神病薬の作用 5. 抗精神病薬の副作用 6. その他の薬 7. 積極的な治療参加を促すために 8. 毎日の生活で気をつけたいこと 9. フェイススケール 	<ol style="list-style-type: none"> 3. 慢性の精神障害の症状とその効果 9. 薬は再発を予防する 10. 薬の効果を評価する 11. 地域生活でのストレス対処法 12. 薬の問題点を解決する 13. 薬の副作用を解決する 14. 再発の注意サインを見きわめる 15. 注意サインを監視する 16. 緊急時の対応策を地域で実践する
	うつ病一般	患者さんと家族のための双極性障害の手引き(加藤忠史)	Early Recovery Skills (Matrix)
内容	<ol style="list-style-type: none"> 1. うつ病とは 2. うつ病の経過 3. 薬物療法 4. 心理社会的治療 5. 再発予防 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 双極性障害はこんな病気 2. 躁状態とうつ状態 3. 双極性障害の原因 4. 双極性障害のくすり 5. 双極性障害の治療目標 6. 双極性障害治療の心構え 7. 双極性障害と家族 8. うつ状態の過ごし方 9. ライフチャートを書いてみよう 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 悪循環を止める引き金と渴望思考停止法 2. 外的引き金 3. 内的引き金 4. 12ステップ紹介と自助グループ 5. 回復の地図 6. 初期回復の共通課題 7. 思考・感情・行動 8. 12ステップの知恵

(赤須)

(2) 認知行動療法

認知行動療法（Cognitive Behavior Therapy:CBT）とは、体験を「状況」「認知（思考）」「感情」「行動」に分けて捉え、行動科学の諸理論を利用して、適応的な感情や行動を学習していけるように援助していく心理学的介入法です。本邦ではうつ病に対する認知行動療法がよく知られていますが、ほかにも社会不安障害、パニック障害、強迫性障害、精神病など、数々の精神科の問題への効果が実証的に示されています。以下では、医療観察法通院対象者に対してどのようにCBTを計画し、提供していくのかについて記載します。

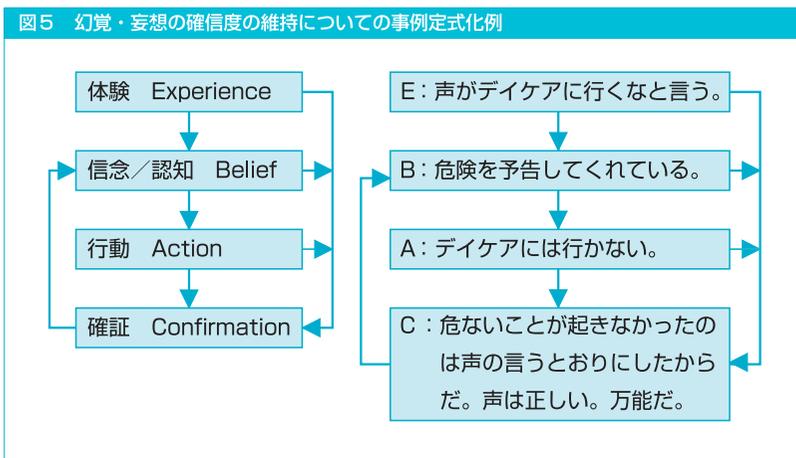
a. 前提としての関係構築と疾病教育

CBTを実施する場合には、治療関係を構築し、基本的な疾病教育を提供しておくことは大前提となります。その上で、「再発」「再他害行為」につながりかねない要因（陽性症状の苦痛が大きい、発症前から暴力的傾向が強いなど）や、安定した地域生活を阻むような要因（対人不安が強くて外出が困難、相談することができないなど）が存在している場合に、CBTを使った介入が役立つでしょう。幻覚・妄想のある患者にCBTを行う際は、『不同意の同意』関係の構築を心がけます。同じ出来事についての解釈が異なっても協働していける関係の構築です。妄想に取り込まれたり、強化したりしてしまわないための基盤になります。

b. 事例定式化

医療観察法対象者は、心神喪失又は耗弱の状態で大なる他害行為を行ったことは共通していても、診断、病状、他害行為傾向、知的能力などで見ると不均質な集団です。ですから、CBTを行う際は、最初に事例定式化を丁寧に行います。事例定式化というとややこしく聞こえるかもしれませんが、まずは、患者と一緒に問題／課題リストの作成することから始めるとやりやすくなります。このリストは、多職種チームでも検討するとよいでしょう。例えば、「病識の獲得」などは、患者からは出にくい課題ですが、再発防止の観点からは重要です（患者との間では「どの部分が病気とみなされるのかについて学ぶ」などと表現が変わるかもしれません）。リストに優先順位を付け、多職種で役割分担をして、心理面接で扱う課題が見えたら、患者と同意したターゲット問題の事例定式化を行います。その問題が、どういう引き金から生じ、どのような

仕組みで本人の感情や行動に影響を与え、なぜ繰り返されているのかについての仮説を作るということです。認知行動療法の領域では、事例定式化のひな型として使えるモデルがいろいろと出ていますので、利用するのも便利です。以下に、Tarrrier (2006) のEBACサイクルを利用して、幻聴・妄想の確信度が維持されるメカニズムの事例定式化例を挙げました(図5)。事例定式化をどのように患者と共有するかは臨床判断であり、あまり複雑な話をして情報で圧倒したり、うんざりさせたりすることのないように配慮します。



c. CBTによる介入

問題リストと事例定式化から、介入を選びます。既存の病院プログラム（SSTなど）を利用したり、適宜、個別プログラムを用意したりします。ここでは医療観察法対象者に比較的關係が深い①精神病のCBTと、②暴力のマネジメントのポイントを挙げます。

①精神病のCBT (CBT for Psychosis)

事例によって異なりますが、精神病のCBTでは、関係構築・アセスメント→事例定式化→対処方略の増強→再発予防というのが共通要素だと考えられます。対処方略増強法の中には、症状の苦痛緩和のための対処（イヤホン利用、リラクゼーション等）や、行動実験（信念を検証するための実験）、認知的対処（自己教示法、認知再構成法等）、あるいはこれらの組み合わせの増強が含まれます。本人がやってみてうまくいっている適応的対処は強化し、必要に応じて新しい対処法を練習して試し、

獲得していきます。どうにもならないと思っていた症状に対して、少しでもコントロールできるという感覚を持つことが、妄想の根拠に疑念をささむ余裕をもたらすということがままあります。

妄想信念の修正をする際は、根拠の検証作業と、これに基づいた認知再構成を行います。ただし、妄想に自尊感情の保護的側面があると考えられる場合もありますので、徹底した修正を試みるよりは、まず、他の可能性についても考える柔軟性を持てるように援助した方が安全かつ有効かもしれません。病的体験の中で、何が起きているのかを理解しようとして患者なりに苦労して得た解釈が妄想なわけですから、援助者側から次々に反証を挙げて妄想修正を試みるのは、侵襲的です。他の可能性や反証を本人が挙げられるように、援助します。

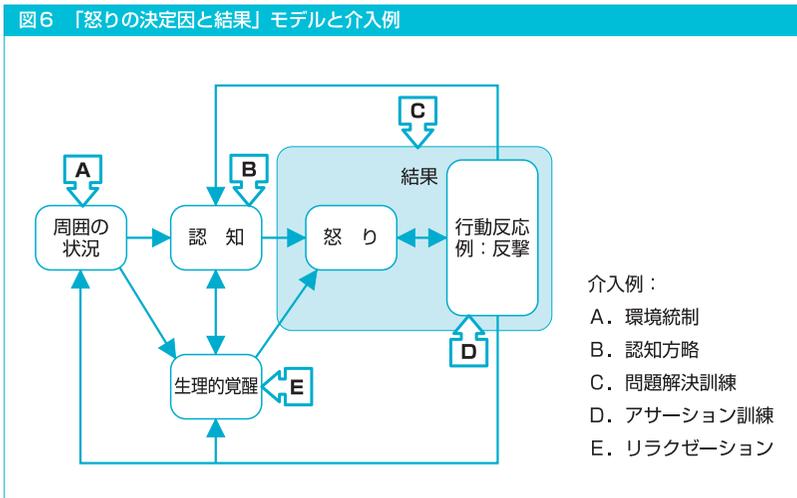
服薬によって症状が治まっている場合のターゲットは、再発予防になります。疾患教育の復習も兼ねて注意サインの確認をしたり、対処の予行をしたりします。その後には再発したとしても、以前よりも早めに対処できたり、苦痛が少なく乗り切れたりすれば成功と言えますし、今後には備えて再発予防方略を患者とバージョンアップすることができます。

精神病のCBTでは、治療者側が「導入部分で戸惑うことも多いようです。」「CBT入門」(菊池, 2008) など、精神病の認知行動療法導入プログラムを利用してよいかもしれません。

②暴力のマネジメント

暴力のマネジメントは怒りのマネジメントと同義に捉えられることがあります。確かに「怒り」が暴力に関係することは多く、いわゆる怒りのマネジメント手法は有用な選択肢ですが、暴力が怒りによって生じるばかりでないことに留意しておく必要があります。恐怖によって暴力をふるう者もいれば、問題解決スキルが低いために暴力を用いる者もあり、表情認知に障害があって怒りと他の表情の区別がつきにくいことがきっかけになっていることもあります。また、暴力と精神病の関係だけをみても、もともと暴力への親和性が高いのか、病状が悪化する時だけなのか、病状悪化時に暴力内容が重大化するのかなどタイプがあります。ですから、反復的な暴力が認められる場合、暴力パターンの事例定式化をすることが介入計画のために重要です。以下には、参考までに暴力につながる「怒り」に対処する際のモデル (Novaco (1994) を改変) と介

入例を挙げました。



医療観察法通院処遇対象者は、医療観察法処遇終了後も医療機関にかかり続けます。長く、安定的に続く治療関係の中で、必要なときにCBTも提供されるというように、気長に、重要点は繰り返しながら進めていく形が典型的になると考えられます。

<参考文献>

1. Tarrier, N.: A cognitive-behavioral case formulation approach to the treatment of schizophrenia. N. Tarrier, Eds.: Case formulation in cognitive behaviour therapy. New York, Routledge, 2006.
2. 菊池安希子：統合失調症の認知行動療法. 松原三郎編集：専門医のための精神科臨床リュミエール (4) 精神障害者のリハビリテーションと社会復帰. 中山書店, 東京, 2008.
3. Novaco, R.W.: Anger as a factor for violence among the mentally disordered. Steadman, H. eds.: Violence and Mental Disorder: Developments in Risk Assessment. University of Chicago Press, 1994.
4. 平成20年度厚生労働科学研究 強制通院制度と地域医療のあり方に関する研究 (分担研究者 松原三郎) 通院治療プログラム集
5. ステップあいち「怒りのコントロール」(株)名教書

(菊池)

(3) 内省プログラム

内省プログラムとは、今回の医療観察法の処遇につながった他害行為を振り返り、そこに至った道筋をたどるプロセスのことを指します。間違っても反省させて落ち込ませるのが目的ではなく、自分の他害行為を整理し、本人なりに受け止め、どのような責任が取れるのかを考え、社会生活を営んでいく上で自分らしい生活を送ることが最終的な目標になります。対象者によって精神疾患と他害行為との関連性が強い場合もあれば、衝動コントロールや感情表出の問題など精神疾患の影響が間接的な場合もありますので、その点をアセスメントしながらプログラムを提供します。

対象行為そのものを自ら反省し再犯をしないという希望がある場合は、加害に至った自分を振り返り、被害者や周囲の関係者がどのような思いをしたかを考えるプロセスに導入することは難しくないと考えられます。しかし過度の内省や極端に偏った考えに陥る危険性もあるため、十分なリスクアセスメントと保護できる環境を整えた上で内省を促す必要があります。

一方で他責的で自分の責任を省みず、周囲から自分への関わり方が一方的に変わることだけを必要と考える対象者もいます。しかし社会復帰は自ら主体的に取り組むべきですから、その方向に促す役割として内省プログラムが求められます。こういった場合は、自分から変化することで得られるメリット（例：トラブル・再発・再入院の回避、将来の目標の実現など）について話題を深めることにより、プログラムの導入が容易になることがあります。

a. 導入の違い

①精神疾患の影響に対する気づきがある場合

対象行為前後に自分に起きたおかしな出来事が精神症状として捉えられていたり、服薬により自分らしさが取り戻せたような実感があつたりする対象者の場合は、疾病に関する話題から始めると効果的です。あらかじめ心理教育を行い一般的な精神疾患の特徴を押さえます。更に対象者の疾患の特徴や対象行為までのストレスの変化などを追っていきけるようになると、対象行為までに自分がどのような道りをたどったか理解でき、どの時点で注意サインが表れてどう対処していくかというマネジ

メントの話題にもっていくことができます。そういった話題が深まっていくと、被害者の思いや家族や関係者などの周囲の者と自分とがお互いにどういった影響を受けたかという部分にも触れていきやすくなります。

②精神疾患の影響が間接的な場合

この場合、対象者は周囲や他の物事のせいにして、自分の抱えている問題に目を向けようとしなないケースとなることがあります。まずは対象者本人が社会生活を営んでいく上で、どのような点で困難さを感じているかを共有していくことが必要になります。例えば、衝動性や怒りのコントロール、対人関係や自己主張の課題など、対象者が困っていることは何なのか理解することができる、課題が明確化され介入する手立てが見つかります。その課題に焦点をあてたプログラムを提供していくことにより、自己効力感が高まり治療への動機付けが高まります。そういった介入が功を奏すると、自分の問題に目を向けることができ、被害者の思いや家族や関係者などの周囲の者と自分とがお互いにどういった影響を受けたかという部分にも触れていきやすくなります。

b. 内省プログラムのポイント

①グループか個人か

多くの場合、医療観察法通院対象者は少ないので個人セッションになることが多いと思われます。一方でグループセッションは、話題が広がりお互いの共感も深まる作用があります。またピアカウンセリング的な効果も期待できるので、グループセッションが可能な場合はグループを構成すると良いでしょう。しかし対象行為がそれぞれ違う種類の対象者でグループが構成された場合、性犯罪など言いにくい対象者はドロップアウトする危険性も高まります。また知的水準の差があまりにも大きい場合も、グループとしてまとまらない場合があるので、対象行為や知的レベルなど一定の集団に構成する必要があります。そのためグループ構成が難しい場合は個人セッションが良い場合もあります。

②時期

対象者が自分について振り返りたいという動機がある場合なら、担当者ととの関係性の構築やリスクアセスメントを行った上で早期に導入することができます。本人からプログラムのニーズがない場合も、プログラ

ムを進めていく中で動機付けが成される効果もあるので、必ず本人が内省の必要性を感じていることが条件というわけではありません。

③セッションを進める際の注意

セッション中に長期の休みが入ると効果が薄れ、リスクアセスメントにも穴が開くことになるので避けた方が賢明でしょう。また集団で行う場合はセッション中に見聞きしたことを口外しないというプライバシーの保護や、パスする権利があることで空間の保障をする必要があるので、セッション時の約束事は、毎回確認していくことに大きな意味があります。ただし、治療スタッフには情報の共有は成されることも合わせて伝える必要があります。

④自傷のリスク

内省を進める際に過度の罪悪感に陥る可能性もあることから、自傷やうつなどのアセスメントを定期的に行う必要があります。例えば医療観察法の入院を経た対象者の場合、入院中に内省の深まりが薄かったものの現実的な社会生活の中で内省が自然に深まることが予想されます。内省の方向性によっては、自傷や他害のリスクが高まる恐れもありますので注意が必要です。リスク評価は「平成20年度厚生労働科学研究 強制通院制度と地域医療のあり方に関する研究（分担研究者 松原三郎）」内の通院治療プログラム集「通院処遇における自殺のリスクアセスメントとマネジメント」が参考になります。

⑤内容

対象行為は、幻聴といった疾病性の問題以外に、生育・生活環境や対人関係など多くの要因が影響しあって起きています。従って、対象行為までの道筋をたどることや疾病教育だけでなく、生育歴や家庭環境を振り返ることや、トラブルが発生しやすい自分の行動パターンなどを取り上げる必要があります。また、再犯を防ぐためには被害者や周囲の関係者が受けた影響などを取り上げますが、相手の立場に立って考えるためには自己の感情の読み取り（セルフモニタリング）や自己表現スキルを下地として身に付けている必要があります。そのため共感性を養うために、あらかじめそういったスキルを学ぶプログラムが必要なこともあります。最終的には、本人なりに対象行為を整理し対象行為を受け止め、どのような責任の取り方をするによって生きていけばよいのかを考

えます。

プログラムの施行には、「平成20年度厚生労働科学研究 強制通院制度と地域医療のあり方に関する研究（分担研究者 松原三郎）」の通院治療プログラム集に掲載されている「内省プログラム」が参考になります。スタッフ用のセッションガイドも付属されており、狙いやセッションの流れ、ポイントなども押さえられています。（山本）

(4) 生活機能回復プログラム

医療観察法の処遇を受けることになった大きな要因に、日常生活に破綻をきたしてしまっただけで済んだことが挙げられます。作業療法では、対象者を生活者として、病気の理解や服薬管理も生活機能の一部として捉え、安定した対象者の望む生活の実現に向けて、具体的な生活課題、活動を通じた治療・援助を行います。対象者の生活機能に視点を置き、その機能回復若しくは獲得を目的としたアプローチを紹介します。

a. ICF（国際障害分類）に沿った作業療法評価項目

ICFに沿った作業療法の評価項目を紹介します（表2）。これらの視点を持ちながら、具体的な作業活動を行うことや生活場面における行動を通して評価していきます。

b. 生活機能に焦点をあてたアプローチ

対象者の主体的体験（感覚・運動機能、精神・認知機能、生活機能の自己確認など）を通して自己認識を高め、セルフアセスメントとセルフコントロール機能の回復を図るアプローチを紹介します。

①自己認識を高めるアプローチ

まず、本人が病気回復のプロセスに主体的に関わることで、再発防止だけでなく、一人の生活者として安定した生活を送る上でも重要なことです。生活機能向上プログラムは、その準備性を高めることから始めます。その一つである疾病教育や心理教育、内省洞察を深めていくプログラムは、臨床心理技術者を中心として進められ、作業療法士も協働して行うこともありますが、むしろ作業療法では、作業活動を通して体験したことで得られる実感を通じた疲労感や回復過程を確認していくことで、病気の特徴や自分の回復状態を意識していくことを目指していきます。それらの実感を伴った振り返りを通して、病前の生活が破綻してしまっただけで済んだことも考えていくことが可能となります。

表2 ICF

分 類			基本的な内容	
心	身	機 能	生理的機能	身体系の生理的機能（構造を含む）
			精神的機能	身体系の精神的機能（構造を含む）
生 活 機 能	活 動 機 能	生活維持機能	身 辺 処 理	食事、排泄、睡眠、整容、行為、入浴、基本的起居移動
			生 活 管 理	金銭、時間、物品、安全・健康等の管理
		作業遂行機能	仕 事 機 能	ワークパーソナリティに関する基本機能
			学 習 機 能	学習の基本となる読み書き、計算等
			家 事 機 能	掃除、洗濯、整理整頓、調理、買物等
		対 人 機 能	育 児 機 能	子どもの成長に必要な栄養、養護、養育活動等
			二 者 関 係	対象者の違いに応じた親愛関係や社会的な関係を持つ
				集 団 関 係
		基 本 機 能	近隣や職場等における挨拶や日常的な受け答え	
		コ ミ ュ ニ ケ ー シ ョ ン 機 能	意思表示、相手の話を理解した応答機能	
		移 動 機 能	交通機関等を利用した必要な場所への移動	
そ の 他	公共サービス、法や制度を必要に応じて利用する楽しみや趣味等余暇をうまく利用する			
参 加 機 能	個人が自己の生活状況に関与する意志や意欲			
背 景 因 子	環 境 因 子	環 境 因 子	交通機関、公共機関、住居等生活環境、家族関係、友人、知人等の人的環境、生活に関連するサービス、法律、社会制度等社会文化的環境	
		個人因子（生活史、発達上の個人の特性）	性別、年齢、ライフスタイル、生育歴、教育歴、職歴、犯罪歴、行動面の問題、習慣、才能、性格、余暇の過ごし方、趣味、特技等その個人の特徴	

自分の生活パターンや行動の特性、自分の得意とすること、不得意なことなどを、自覚していくことも重要なことです。これらも、作業活動を通して自覚できることです。

重大な他害行為を起こしてしまう背景には、生活体験における失敗体験や、他者との良いコミュニケーション体験の不足等により、自己評価

の低さや歪みがあることが多いとされています。これらも、作業活動を通して得た成功体験を基に修正できるわけです。自身を回復していくことは支援の基本として重要なことです。

このようなアプローチは、枠組みのあるプログラムとしてだけでなく、日々の作業療法の実践の中で、その体験を丁寧に振り返る作業を通して行います。作業活動後の振り返り面接を、定期的に丁寧に行う構造を作ることが重要となります。

②生活の安定した組み立てに向けたアプローチ

そして、実際の生活上でできること、できないことなどを明らかにし、時には訪問サービスなどの支援を受けながら、無理のない生活を送り、生活を楽しめるような支援も重要となります。そのような自分なりの生活上の計画を立てるためには、利用できる制度や資源を知る機会を作ることでも重要なことです。情報提供は精神保健福祉士の協力を得ながら、その利用の仕方を実際に体験することを作業療法が支援する役割を担います。そうすることで実際の対象者の能力を客観的に評価し、そのことを対象者に伝えながら、手立てを一緒に考えることが可能となります。

対象者の生活支援をしていく上で、対象者の望む生活をイメージしながら、生活上のアセスメントをしっかりとすることは重要なことです。もう一つの視点として、リハビリテーションの視点があります。対象者の可能性を引き出し、できることを増やしていくことも対象者のエンパワメントにつながります。

③生活スキル向上に向けたアプローチ

そのような視点に立ち、対象者の生活を送る上でのスキルを高めるアプローチは重要です。代表されるものとして、調理技術、生活の仕方、コミュニケーションスキル、服薬管理法などが挙げられます。これらのプログラムは、構造化された集団で行う場合と個別で行う場合がありますが、従来行われてきた方法を利用することができます。

④セルフコントロールに焦点をあてたアプローチ

自分の行動と感情と対処の仕方に焦点をあてたアプローチです。医療観察法の対象者になる方々の多くは、感情を意識することから始める必要があります。「完成してうれしい」、「誉められてうれしい」、「自分の弱点を指摘されたから辛い、頭にきた」といった、行動と感情を結び付

け意識化する必要があります。意識化できるようになったら対処法を考えていきます。うれしい気持ちをどうという言葉で相手に伝えるか、頭にきたらどのように対応するかといった、対応の仕方を対象者のニーズに沿って考え、実践に結び付けていきます。これらのアプローチを通して、生活機能向上を目指していきます。

<参考文献>

1. 山根 寛：医療観察法下の作業療法の役割。司法精神医療等人材養成研修会教材集。社団法人日本精神科病院協会，財団法人精神・神経科学振興財団，p.238-242，2007。（香山）

8. 緊急時の対応（指定通院医療機関）

(1) 対応の原則

危機の予防が重要で、危機的状況に陥った場合には、状況をすばやく評価し迅速な危機介入を実施します。危機の到来には段階があります。

第1段階は、「病状再燃初期」であり、早期警告症状が出現している場合です。対応の原則は、セルフモニタリングツールを使用して説明し、薬物調整・環境調整を実施します。訪問回数を増やし、任意入院も考慮します。

第2段階は、「病状再燃中期」であり、自傷他害はないが服薬中断などにより病状悪化している場合です。対応の原則は、あらかじめの取り決めに従い、入院の同意を得られ閉鎖環境を必要としないなら任意入院を勧めます。入院治療が不可欠で同意が得られないなら、訪問回数を増やすとともに、医療保護入院を必要とする事態に備え保護者との連絡を密にします。

第3段階は、「緊急事態」であり、病状悪化し自傷他害のおそれがある場合です。指定通院医療機関管理者は措置入院を考慮した対応が必要です。

医療観察法の通院処遇で重要なのは、第1段階での早期介入です。第1段階で時機を逸せず介入すれば、第2段階・第3段階への進展を防止できます。早期介入の際、セルフモニタリングツールを用いた説明が有効です。

(2) 緊急時の連絡・対応方法の説明（「グリーンカード」の利用）

緊急時の連絡・対応方法について対象者へ説明するためカードを考案し「グリーンカード」と命名しました。カードの表には、対象者が動転していると思わせない可能性があるため、連絡先を明記し、このカードをいつも所持していること等の指示事項を記載します（図7）。裏には、対象者と相談した要注意症状・要注意状況を記載します。この際、できるだけ対象者の言葉を抜き出すとセルフモニタリングしやすくなります：「家族同士が言い合っている時」「家族を傷つけない時」「通院できなくなった時」などです。要注意症状や状況は、話し合って改訂します。（図8）

緊急時の対応法は、事前に対象者と相談しておきます：頓服を服用する、それでも安定しないなら病院に連絡する。対象者の言葉を引用した対処法は特に有用です：「仲のよい家族に相談する」「テレビを見る」「部屋で一人になる」。対象者自ら対処法を考え出せない場合には、「好きな音楽を聴いてみる」「散歩をしてみる」「深呼吸をしてみる」「外の風景を見てみる」といった注意そらしや「嫌なイメージが浮かんだ時にストップと自分で言ってみる」といった思考制止法、「楽しいイメージを思い浮かべてみる」といったイメージ置換法を提案してみる方法もあります。

(3) 精神保健福祉法による入院

入院を想定すべき事態は、①通院不規則、②服薬不規則、③警告症状出現、④暴力を振るいそうな場合などです。デイケア等を無断で休んだ場合、①スタッフから電話連絡、②訪問実施、③1週間来院しないなら入院などの対処法を相談します。頓服を使っても不眠が2日続いている場合、①薬物調整、②入院も検討します。周りの人に暴力を振るいそうな場合、①リスパダール水液服用、②暴力に至る危険性が高ければ入院を検討します。必要な薬をきちんと飲めない場合、入院を検討します。これらの対処についてあらかじめ対象者と相談し取り決めしておくことが重要です。

医療保護入院等が必要な症状としては、①今にも暴力を振るいそうになっているとき、②薬がきちんと飲めない場合を想定します。自傷他害のおそれがある場合、指定通院医療機関の管理者は措置の通報を実施します。

図7

〇〇病院 通院者グリーンカード（緊急時等連絡カード）
（表）

_____ 様 番号

- 1 いつもこのカードを持ってください。
- 2 〇〇病院への連絡の際、「グリーンカードを持っている〇〇です。番号は _____ です。」とお伝え下さい。
- 3 連絡先〇〇病院（まるまるびょういん）
電話 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
- 4 担当者 主治医
ケア調整者
主担当看護師
副担当看護師
家族の連絡先
- 5 落ち着いて、どのような様子かをお知らせ下さい。
- 6 落ち着いて、指示を聞いて下さい。
- 7 〇〇病院で必要と判断した場合、社会復帰調整官等関係機関に連絡します。

図8

〇〇病院 通院者グリーンカード
（緊急時等連絡カード）

- 8 以下のような場合、早めに電話して下さい。
- 夜、眠れなくて困った。
 - 家族が言い合いして困った。（対象者の言葉）
 - 家が平安でなくなった。（対象者の言葉）
 - うるさい音（宣伝カー・ケンカ）が気になる。
（対象者の言葉）
 - 常に神経質であったり、心配したりするようになった。
 - 声が聞こえ始めた。
 - その他（ _____ ）

(4) 通院処遇中の自殺

a. 自殺のリスク評価

1. 過去の自殺企図歴（将来の自殺危険性の重要な予測因子）
2. 死ぬことを積極的に意味する自傷行為及び他の理由の自傷行為（ともに危険なシナリオで、自殺による死の危険が高）
3. 自殺念慮（自殺念慮を尋ねることで自殺リスクが増加することはない）
4. 自殺の計画性（自殺可能性や程度を決定する極めて重要な情報）
5. 死ななかつたのをがっかりしている（自殺企図を将来行う危険が高）
6. 自殺を防止した障壁
 - ・何が自殺企図を防いだかを理解し、自殺の切迫危険度を判断します。
 - ・自殺を防止した障壁が今でも残っているかを評価します。
 - ・障壁と考える事柄が自殺志向者にとっても障壁かを慎重に判断します。

生活歴に関しては、①若年・男性・高学歴、②喪失体験、③環境変化（入院直後・退院直後・外出・外泊）、④近親者の自殺歴、⑤被虐待歴、⑥行為障害の既往、⑦厳格な管理的環境がリスクと考えられます。

精神症状に関しては、①宗教的な妄想・身体に関する妄想、②物質乱用、③不安発作の併存、④食行動異常、⑤暴力的傾向、⑥執拗な心氣的愁訴がリスクと考えられます。

自傷については、松本俊彦が指摘するように、①傷の処置を希望しない、②乱雑で汚い傷、③複数の方法での複数の傷、④拒食・感冒薬乱用、⑤解離を伴った自傷は、リスクのある自傷と考えます。

b. 自殺の安全管理

自殺念慮を尋ねるのをタブー視せず、自殺念慮がある時は、危険行為をしない約束を試み、それが不可能ならば入院を考えます。物質乱用は自殺のリスクを高めるので注意します。リスクがある場合、訪問頻度を上げ、自殺に用いられる可能性のあるものを除去し一人にしないようにします。

1. 自殺の脅し、考え、計画、議論は全て深刻に取り扱います。

2. 自傷や自殺に用いられそうなものを除去します。
3. 自殺の危険が高い場合、一人にしないようにします。
4. 治療計画立案や安全問題の議論にできるだけ対象者本人を含めます。
5. 自殺念慮や自殺衝動を話すよう勧めます。
6. 自傷のかわりになる安全なものを勧めます。(氷を握る，筋トレ，前腕を赤ペンで塗る，叫ぶ，友人・知人・家族・援助者と話す（松本）)
7. 個々の対象者の高危険期間に注意します。(入院後1週間，退院後1週間)

<参考文献>

1. 八木 深：セルフモニタリングツールとしての「グリーンカード」を用いた緊急時の介入，臨床精神医学，第36巻第9号；1143-1151，2007.
2. 松本俊彦：自傷行為の理解と対応.現代のエスプリ488，2008.
(八木)

9. 身体合併症への対応

通院処遇中の対象者は、年齢的には30代が最も多いものの20代から80代まで広く分布しており、40代、50代以上の中高年者も少なくありません。そのため身体合併症も普通に発生すると思われます。調査では約2割に一般科で外来治療以上の治療が必要な対象者がいることがわかりました。国民病といわれる糖尿病が最も多く、気管支喘息や悪性腫瘍など多岐にわたる身体合併症がみられています。このような場合、どのように対応したらよいか、原則を述べておきます。

(1) 外来治療のみの場合

多くの場合、主治医（指定通院医療機関）や本人・家族が病院受診の段取りを行います。病状に特別の問題がない限り、医療観察法の対象者であることを告げる必要はないと考えます。しかし、精神疾患のため服薬をしている場合は、身体疾患の治療にも関係しますので、主治医は診療情報提供書などで情報を提供しておくことが礼儀でしょう。また、精神症状の関係などのため待合室で問題等が生じる可能性のある場合は、

誰かが付き添うなどの対応が必要となります。なお、身体合併症で対象者が通院治療中であることは、社会復帰調整官を含め多職種チームで情報を共有しておく必要があります。

(2) 入院治療・手術が必要な場合

この場合も、多くは主治医（指定通院医療機関）や本人・家族がその段取りを行うこととなります。単身者の場合は、社会復帰調整官や行政機関が関与する必要があるでしょう。入院中は他の入院患者と生活を共にすることになりますので、対象行為の種類によっては医療観察法対象者であることを、本人同意の上で、病院側に伝えておくことが必要となります。家族の付き添いがあればほとんどの場合、別に付き添いを求められることはないと思いますが、単身者や、病状あるいは対象行為の種類によっては、付き添いを求められることがあるかもしれません。この場合は、社会復帰調整官、指定通院医療機関、行政機関の担当者で十分対応策を話し合っておく必要があります。

なお、救命救急時など身体合併症で緊急的対応が必要な場合は、治療が最優先ですので通常の場合と同様に対処し、一段落してから上記のことについて対応策を考えることとなります。

いずれにしても身体合併症の場合、指定通院医療機関が持っている一般病院とのネットワークが重要な役割を果たしますので、普段から顔の見えるネットワークの構築を心がけておくようにしたいものです。

(岩成)

10. 通院医療における医療費

指定通院機関における医療費（診療報酬）は、通院医学管理料と精神科専門療法の二つで構成され、合算します。

(1) 通院対象者通院医学管理料

前期、中期、後期、増悪期と、病状・治療の段階ごとに額は異なり、原則として月単位で算定されます。初・再診料、指導管理等費用（特定薬剤治療管理料及びてんかん指導料は除く）、在宅医療、投薬（処方箋料のみ）、100点未満の処置（これに関わる薬剤料・材料費を含む）を含んでいます。

①前期通院対象者通院医学管理料

- ・通院決定日から6ヶ月となる日が属する月まで算定
- ・8250点

②中期通院対象者通院医学管理料

- ・①の翌月から通院決定日から起算して24ヶ月となる日が属する月まで算定
- ・7250点

③後期通院対象者通院医学管理料

- ・通院決定日から起算して24ヶ月となる日の属する月の翌月以降
- ・6250点

④急性増悪包括管理料

- ・病状が悪化し、集中的な精神医学的管理が必要と判断される場合に、1ヶ月間に限って請求できます。1ヶ月に満たない場合は日割り計算となります。
- ・39,000点（1日1300点）
- ・前期については想定されていません。算定開始日が属する月について、1ヶ月間に16日以上中期・後期の管理が行われている場合には、その月の中期若しくは後期の管理料を合わせて請求できません。

(2) 精神科専門療法

診療報酬単価，請求要件は一般の通院医療と変わりません。一般の通院医療と異なる点についてのみ以下に触れることとします。

①精神療法

- ・前期は週2回，その他の時期は週1回を限度とします。

②集団精神療法

- ・前期は週2回，その他の時期は週1回を限度とします。

③訪問看護・指導料（Ⅰ）（Ⅱ）

- ・前期は週5回，その他の時期は週3回を限度とします。

（小高）

第3章

通院処遇における 地域連携



1. 地域連携のあり方

「地域社会における処遇のガイドライン」には、地域社会における処遇に携わる関係機関相互間の連携等について、次のように記載されています。

- 保護観察所と都道府県とは相互に協力しつつ、地域社会における処遇に携わる関係機関と協議して、本ガイドラインに沿った処遇を実施するために必要となる事項を定める運営要領等を作成し、実際の地域処遇が各都道府県の実情に応じて円滑に行われるよう配慮する。
- 各関係機関は、地域精神保健福祉連絡協議会等の既存のネットワークを活用するほか、平素から各関係機関が行う会議等に相互に職員を派遣するなどし、その緊密な連携に努める。
- 本制度の地域社会における処遇の実施においては、都道府県・市町村、精神障害者社会復帰施設、精神障害者居宅生活支援事業者等は、精神保健福祉業務の一環として各種の援助業務等を行うものであり、これら関係機関等の協力体制を強化する必要がある。
- 各関係機関は、地域における精神障害者に対する医療・保健・福祉の実情について情報を共有する。
- 各関係機関は、当該地域における処遇の円滑な推進のため、あらかじめ役割分担を明確にし、それぞれ関係機関相互間の必要な連絡調整を行うための窓口を設ける。
- 地域社会における処遇の実施に当たっては、関係機関の担当者のみならず、必要に応じ、対象者の社会復帰を支援する家族等のキーパーソンとの連携にも配慮する。

また、関係機関の基本的役割を次のように定め、連携して地域における処遇が円滑に進むよう求めています。

- 地域社会における処遇に携わる関係機関は、以下の役割を共通して担う。
 - ・処遇の実施計画の作成及び見直しに携わる。
 - ・処遇の実施計画に基づく処遇を実施する。
 - ・ケア会議への参加などを通じ、関係機関等との緊密な連携に努め、処遇を実施する上で必要となる情報の共有を図る。
 - ・生活環境の調査・調整及び精神保健観察をはじめとする地域社会における処遇の実施に関し、保護観察所からの要請に応じ、必要な協力を行う。
- 地方厚生局は、保護観察所等の関係機関と連携を図りつつ、必要な情報を提供することなどにより、地域社会における処遇の適正かつ円滑な実施を支援する。

そして、保護観察所には次のような役割を規定し、地域処遇のコーディネーターであることを謳っています。

- 保護観察所は、本制度において、当初審判の段階から一貫して対象者に関与する立場にあり、地域社会における処遇のコーディネーターとしての役割を果たす。
- 保護観察所は、生活環境の調査、生活環境の調整（退院地の選定・確保のための調整、退院地での処遇実施体制の整備）、処遇実施計画の作成及び見直し、精神保健観察の実施（継続的な医療を確保するための生活状況の見守り、必要な指導等）等を行う。
- 保護観察所は、平素からの連携やケア会議の開催等を通じ、地方厚生局、指定医療機関、都道府県・市町村等の関係機関との緊密な連携体制を築く。
- 保護観察所は、地域社会における処遇が円滑に行われるよう、関係機関と連携して、本制度の普及啓発を行う。

以上のように、保護観察所（社会復帰調整官）は地域処遇のコーディネーターであり、地域関係機関の連携の推進役を担うことになっています。それに対し、地域関係機関は積極的に協力するよう求められているという構図になっています。

ところで、地域連携のあり方についてはこの通りですが、通院対象者を中心に円滑な通院処遇を進めていくときには、中心的な関係機関を絞っていく必要があります。指定通院医療機関には多職種チームが編成されますが、その多職種チームを統括する医療機関内の医療観察法担当者（ケア調整者）と社会復帰調整官が緊密な連携を維持し、そこに精神保健福祉行政機関の担当者が積極的に協力する、そして必要に応じて社会復帰施設等が加わるといって地域ケア体制を組むことが、通院処遇を円滑に進める時に重要だと考えます。（岩成，川副）

2. 地域における関係機関とその連携

(1) 行政機関の役割

地域処遇は、指定医療機関による「医療」、保護観察所による「精神保健観察」、都道府県・市町村などの行政機関による「援助」の3本柱から構成されています。このうち行政機関の役割は、対象者が入院処遇から通院処遇に至り、地域処遇の比重が増すにつれて増大し、処遇終了後は、行政関係機関が主体的に支援活動を継続していくことになります。

具体的な地域生活支援は、障害者自立支援法と精神保健福祉法に基づいて行われますが、通院・地域処遇への移行は、対象者の病状の軽快が前提ですので、基本的には通常精神障害者の地域生活支援活動と変わるところはありません。しかし、対象者は、「医療」と「精神保健観察」を併せて受けていますので、適正な援助を提供するためには、地域処遇全般についての調整役を担う社会復帰調整官との連携協力が不可欠です。また、本制度は発足後まだ日も浅く、地域住民に地域処遇の状況を正しく伝えるための実践例は十分とは言えない状況にあります。

従って、対象者の地域生活支援では①個人情報の保護への配慮、②病状の再燃悪化に対する早期発見と適正な対応、③地域生活支援サービスの提供方法などに留意し取り組む必要があります。

まず、個人情報の保護については、地域住民の誤解や偏見から当事者を守るためにも十分な配慮が必要です。そして、個別具体的な支援ニーズの変化に対して、当事者の同意を得ながら徐々に支援の環を拡げていくことが求められます。次に、病状の再燃悪化に関しては、当事者との

信頼関係を築き、責任をもって一貫性のある継続的な支援活動を展開することで、病状の変化に早期に気付く、再入院を防ぐための工夫・支援を行うことが可能になるでしょう。

また、障害者自立支援法と精神保健福祉法に基づく相談・地域生活支援は、保健、医療、福祉、就労支援等々多岐にわたり、個別具体的なサービス提供には、市町村、保健所、精神保健福祉センターはじめ多種多様な関係機関が関わることとなります。従って当事者に係る諸状況とニーズを適正に把握し、有用かつ効果的な地域生活支援サービスを提供するためには、総合調整を行う担当者を置き、その人を核に、具体的な支援サービス提供と個別的な地域支援ネットワーク作りがなされることが望まれます。この「総合調整者」については、社会復帰調整官が医療観察法に基づく都道府県域での地域処遇全般に係る調整を行うのに対し、地域処遇及び処遇終了後の生活圏域での地域生活支援サービス提供を調整する役割を担ってもらうことが期待されます。

次に、各行政機関の標準的な機能・役割を一覧表にまとめて示します(表3参照)。今日の地域生活支援活動は、市町村と県関係諸機関の連携・協力の下、同時並行的に行われるため、各機関の地域処遇に係る役割に関しても相互に重なり合う部分が出てきます。また、保健所における精神保健福祉法に基づく緊急時の医療確保上の役割は、保健所の設置主体がどこかということや、精神科救急情報センターの有無などによって、自治体ごとに変化し得る点にも留意する必要があります。以下、これらの留意事項を踏まえながら、表3に基づき各機関の標準的な役割の内、主要なものを概説します。

(2) 個別の行政機関の役割

a. 都道府県・政令指定都市主管課の役割

- ① 各自治体の地域特性と地域生活支援ニーズを踏まえ、対象者の地域処遇実施体制の整備や、管轄域内の指定通院医療機関の拡大及び地域社会資源の整備に取り組みます。
- ② 保護観察所と地域の行政関係諸機関の連携・協力体制の整備に向け調整を行います。
- ③ 保護観察所と協力して、都道府県医療観察制度運営連絡協議会を開催し、必要に応じて運営要領の見直しを行います。

- ④ 地域の実情を踏まえた、地方自治体独自の地域処遇運営マニュアルやガイドライン等の策定を行います。
- ⑤ 本制度に係る地域生活支援を担う人材育成を行います。
- ⑥ 関係機関と連携して本制度の普及啓発等を行います。
- ⑦ 関係機関が実施した対象者への援助について評価・見直しを行い、新たな課題への対応を図ります。
- ⑧ 本制度運用上の個人情報の取り扱いについて、法令遵守に向けた体制整備を図ります。また、指定通院医療機関の選定通知を適正に管理します。

b. 精神保健福祉センターの役割

- ① 保護観察所や保健所・保健センターが行う複雑困難事例の地域処遇・生活支援活動に対して専門的・技術的な支援を行います。
- ② 都道府県医療観察制度運営連絡協議会に参加し、都道府県主管課・保護観察所・保健所等の連携強化を支援します。
- ③ 地方自治体独自の地域処遇運営マニュアルやガイドラインの策定に協力します。
- ④ 都道府県担当主管課、保護観察所と連携して、地域特性を踏まえた人材育成研修に協力します。
- ⑤ 関係機関と連携して本制度の普及啓発等に協力します。
- ⑥ 必要に応じて、社会復帰調整官が行う生活環境調査、調整、処遇実施計画の作成と見直しや病棟内会議・地域ケア会議に参加し、保護観察所が行う地域処遇を支援します。
- ⑦ 精神保健福祉センターの既存の各種サービス事業を対象者とその家族の支援に係る社会資源として提供します。
- ⑧ 本制度による処遇終了後の地域生活支援体制を関係機関と連携協力して整えるとともに、処遇終了後の一般精神科医療、精神保健福祉サービスの継続への円滑な橋渡しの作業を支援します。
- ⑨ 対象者や家族の個人情報の取り扱いについて法令を遵守します。

c. 区市町村担当課の役割

- ① 対象者が障害者自立支援法による障害福祉サービスを利用する際の認定申請受理、判定、サービス支給決定などの支援やサービスのあっせん・調整などの支援を行います。

- ② 市町村関係機関や精神障害者社会復帰施設等での地域処遇の実施状況を把握し、保護観察所に処遇実施状況を報告します。また、保護観察所が行う生活環境調査・調整や地域処遇実施に協力します。
- ③ 必要に応じて病棟内会議や地域ケア会議に参加し、地域処遇と連動した地域生活支援を行います。また社会復帰調整官の処遇実施計画策定に必要な情報の提供や処遇の実施、評価、見直しに協力します。
- ④ 本制度による処遇終了後の地域生活支援体制を関係機関と連携協力しつつ整えます。また、処遇終了後の一般精神科医療、精神保健福祉サービスの継続への円滑な橋渡しの作業を行います。
- ⑤ 対象者の支援の実践・評価・見直しを行い、新たな課題への対応を図ります。
- ⑥ 対象者や家族の個人情報の取り扱いについて法令を遵守します。また、居住地届出等の通知を適正に管理します。

d. 保健所・保健センター等の役割

- ① 精神保健福祉法と障害者自立支援法に基づく地域支援サービスの提供を行います。
- ② 保護観察所からの要請に応じ、生活環境調査・調整及び精神保健観察をはじめとする地域処遇の実施状況に係る関連情報の提供を行います。
- ③ 社会復帰調整官の地域処遇計画に必要な情報提供を行い、処遇の実施・評価・修正に協力します。
- ④ 必要に応じて病棟内会議や地域ケア会議に参加し、地域関係諸機関と当事者の地域処遇の実施に必要な情報の共有化を図り、本制度と連動した相談・訪問指導等による地域生活支援活動を実施します。
- ⑤ 精神保健福祉法に基づく緊急的医療の確保を精神科救急医療担当部署と協力して行います。また、保護観察所と連携して緊急時の相談・訪問を行い、必要に応じて主治医との連絡も行います。
- ⑥ 保健所・保健センターの既存事業である各種専門相談、デイケア等を活かして対象者や家族の支援を行うなど、地域の社会資源としての役割を担います。
- ⑦ 保健所と保健センターは相互に連携協力しながら地域住民からの

相談窓口対応を行います。

- ⑧ 本制度による処遇終了後の地域処遇体制を関係機関と連携協力し合いながら整えるとともに、当事者の処遇終了後の一般精神科医療、精神保健福祉サービスの継続への円滑な橋渡しの作業を行います。
- ⑨ 対象者や家族の個人情報取り扱いや裁判所からの通知保管などについて法令を遵守します。

e. 福祉事務所の役割

- ① 本制度対象者の生活保護受給の対応を行うとともに、保健所・保健センターの行う精神保健・障害福祉サービスを支援します。
- ② 生活環境調査・調整及び精神保健観察をはじめとする地域社会における処遇の実施に関し、保護観察所からの要請に応じ協力します。
- ③ 必要に応じ生活保護受給対象者に係る病棟内会議や地域ケア会議に参加します。また、社会復帰調整官の地域処遇計画の策定に必要な情報提供を行い、処遇実施、評価、修正に協力します。
- ④ 生活保護受給対象者の精神保健福祉法に基づく緊急入院時の対応を行います。
- ⑤ 本制度による処遇終了後の生活保護受給対象の地域処遇体制を関係機関と協力し合いながら整えるとともに、処遇終了後の一般精神科医療、精神保健福祉サービス継続への円滑な橋渡しの作業を行います。
- ⑥ 区市町村の住民サービスの提供に向けて、社会福祉協議会や民生委員の協力を得るための連絡調整を行います。
- ⑦ 対象者や家族の個人情報取り扱いについて法令を遵守します。

<参考文献>

1. 心神喪失者等医療観察法による地域処遇ハンドブック，法務省保護局，2006.2
2. 心神喪失者等医療観察法による地域処遇マニュアル，東京都心神喪失者等医療観察制度運営連絡協議会，2008.3
3. 厚生省大臣官房障害保健福祉部長通知「保健所及び市町村における精神保健福祉業務について」，平成2年3月31日日障第251号，改正平成18年12月22日 障発第1222003号
4. 厚生省保健医療局長通知「精神保健福祉センター運営要領について」，平成8年1月19日健医発第57号 改正平成18年12月22日日障発第1222003号

表3 地域精神保健福祉担当行政機関の標準的な機能・役割

	都道府県・政令指定都市主管課	精神保健福祉センター	区市町村担当課*	保健所**/区市町村保健センター	福祉事務所
主な役割	地域処遇実施体制の整備と指定医療機関の拡大及び地域社会資源の整備	保護観察所や保健所・区市町村への専門的・技術的支援	精神保健・障害福祉サービスの援助内容の検討と利用調整	精神保健・障害福祉サービスの援助内容の検討、利用調整、提供	生活保護受給対応と精神保健・障害福祉サービスの援助内容の検討と利用調整
保護観察所との連携	保護観察所との連携・調整	都道府県主管課・保護観察所・保健所相互の連携強化支援	保護観察所との連携		
医療観察制度運営連絡協議会	医療観察制度運営連絡協議会の開催協力と参加	医療観察制度運営連絡協議会への参加	医療観察制度運営連絡協議会への参加		
運営マニュアル・ガイドライン等の整備	自治体独自の地域処遇運営マニュアル、地域処遇運営ガイドライン等の整備	自治体独自の地域処遇運営マニュアル、地域処遇運営ガイドライン等の策定支援			
人材育成	人材育成研修の実施	人材育成への協力			
普及啓発	本制度の普及啓発	普及啓発への協力			
生活環境調査		必要時に生活環境調査への協力	必要時に生活環境調査への協力	必要時に生活環境調査への協力	必要時に生活環境調査への協力
処遇実施計画		処遇実施計画の作成・見直しに協力	処遇実施計画の作成・見直しに協力	処遇実施計画の作成・見直しに協力	処遇実施計画の作成・見直しに協力
病棟内会議	必要に応じて病棟内会議への参加	必要に応じて病棟内会議への参加	必要に応じて病棟内会議への参加	必要に応じて病棟内会議への参加	必要に応じて病棟内会議への参加

地域ケア会議	必要に応じて地域ケア会議への参加	必要に応じて地域ケア会議への参加	地域ケア会議への参加	地域ケア会議への参加	生活保護受給者に係る地域ケア会議への参加
地域生活支援活動				相談・訪問等による地域生活支援	生活保護受給者に係る地域生活支援の実施
緊急時対応***				精神保健福祉法に基づく緊急医療の確保	生活保護受給者に係る精神保健福祉法での緊急入院時の対応
既存事業の活用		精神保健福祉センターの既存のサービスの提供		保健所・区市町村保健センターの既存のサービスの提供	
住民相談対応				地域住民からの相談対応	
処遇終了後の地域生活支援体制整備	本制度による処遇終了後の地域生活支援体制の整備	本制度による処遇終了後の地域生活支援体制の整備	本制度による処遇終了後の地域生活支援体制の整備	本制度による処遇終了後の地域生活支援体制の整備	本制度による処遇終了後の地域生活支援体制の整備
新たな課題への対応	支援の実践・評価・見直しと新たな課題への対応	支援の実践・評価・見直しと新たな課題への対応	支援の実践・評価・見直しと新たな課題への対応		区市町村の住民サービスの提供
個人情報	情報共有化に係る体制整備	情報共有化への配慮	情報共有化への配慮	情報共有化への配慮	情報共有化への配慮
通知等の管理	指定通院医療機関の選定通知等の適正管理		居住地届出等の通知の適正管理		

市*：中核市，保健所政令市を含む

保健所**：政令指定都市，中核市，区，保健所政令市

保健所の緊急医療確保上の役割***：設置主体が、都道府県、政令指定都市、特別区、中核市、保健所政令市のいずれかなどにより異なってくる

(桑原，荒井)

3. 社会資源とその利用

(1) 居住系サービス

a. 居住系サービスを必要とする対象者

居住系サービスを必要とする対象者は、家族が被害者であったり、近隣の目があつたり、家族に適切な支援を期待できないなどで元の生活環境や地元に戻れないという背景を持ち、生活のほとんどを家族に依存し自立できていなかったり、地域での生活がもともと破綻していたり、生活能力の改善や環境調整の支援を必要とする事例です。また、過去の生活で福祉サービス等の支援を受けた経験が少ないなど、福祉サービス等の導入支援及び利用調整も必要としています。

利用経路としては「入院処遇」若しくは「通院処遇+精神保健福祉法上の入院」の入院からの利用経路となると考えられます。通院処遇の人は居所がある人で、居住系サービスの必要があるとすれば、もともと利用していた居住系サービスに戻ることに限定されると考えられます。

b. 居住系サービスの選択

居住系サービスは、定着型のグループホーム、ケアホーム、福祉ホームと通過型の生活訓練施設(障害者自立支援法では宿泊型生活訓練など)があります。定着型の利用は、対象者の生活能力、関与の仕方、支援を受ける構えなどの事前評価があつて、利用の受け入れの検討がされていくサービスです。指定入院医療機関では、地域住民との話し合いで対象者の外出が禁止になっていたり、常に職員の監視下の外出しかできなかったりで、適切な生活評価が十分できません。そのため、まずは定着型居住系サービスよりも必要な支援内容を整理できる通過型居住系サービスの利用が検討されることになると思われます。また、この支援内容の整理は、他の通所系若しくは訪問系のサービス等の利用を検討する際にも有効となるものと思われます。

c. 指定入院医療機関の処遇

指定入院医療機関(以下、「入院医療機関」)では、対象者の社会復帰を目指して、再び対象行為を起こさないためのプログラムが生まれ、社会復帰阻害要因の改善に向けて支援を行っています。その内容は①対象者の疾病教育、②省内プログラム、③生活能力や対処能力の向上と獲得、

④社会資源利用等の支援サービスの調整、⑤地域生活に必要な環境調整などが挙げられます。しかし、指定入院医療機関の管理的で制約のある処遇では、実際には①と②へのアプローチが中心とならざるを得ないものと思われます。

d. 対象者の利用目的

対象者が通過型居住系サービスを利用する目的は次の6点に整理できます。①入院医療機関では困難な現実的な生活能力の評価と向上、②生活場面における疾病・服薬の自己管理能力の評価と向上、③家族との同居が不可などの理由で、新たな環境調整を伴う生活設定、④入院医療機関が遠方のため、対象者の地元の施設を經由して環境調整を伴う生活設定、⑤家族からの信用の獲得、⑥「相談をして生活をする」「支援を受けながら生活する」ことへの慣れを作る、ことが目的となります。これらの目的を対象者自身が受け入れて利用をすることが基本でかつ最も重要であります。

e. 通過型居住系サービスの支援について

通過型居住系サービスでの支援は、①入院医療機関で受けた疾病教育及びクライシスプランの実践を行い、②生活の場での疾病との付き合い方について習得できるように支援する。③生活上の課題については生活能力の改善を図るとともに地域での支援サービスの検討を行う。④そして、疾病及び生活の自己管理能力で不足する点については、対象者が地域で支援を受けて生活することを受け入れていけるように支援を行い、⑤安定した生活を維持できるように環境調整を行う。⑥更には、再発を繰り返さないように対象行為への振り返りも適宜行っていくものです。

①クライシスプランの実践と生活の場での疾病管理

居住系サービスを利用する対象者は、入院医療機関による疾病教育で、病気の知識について一定程度入力されています。しかし、入院医療機関で作成されたクライシスプランを実践できるまでには至っていないことも多くあります。生活の場の中で、病気とどう付き合い、どう対処していくのかという重要なテーマに対して、模擬的な地域生活の場での実践を通して、病気の理解を深め、クライシスプランを習得してもらうことが重要な支援となります。もちろん指定通院医療機関と連携を十分に取しながら行われる必要があります。

内省については、再発と再犯をしないために、適宜、対象行為の振り返りを押さえておくことは必要でしょう。しかし、内省の深度については推し量れないところがあり、実際の支援の重心は今起きている病気の症状や生活課題に焦点を当てて、その改善を図ることが効果的と考えます。それにより、対象者が支援を受けて生活することを受け入れていくことにもつながると考えられます。

②生活訓練

対象行為以前は地域生活をしてきたにもかかわらず、対象者の生活は、家族に依存した生活をしていたり、野宿生活などで生活がもともと破綻していたりなど、その生活能力は決して高くない事例もあります。

生活訓練は日常の生活をしてもらう中で、生活能力の評価を行い、生活の得意、不得意の部分を整理し、得意の部分の強化と不得意の部分の支援を検討することが基本となります。対象者の特徴として、長期入院患者の退院支援と違い、明らかに生活指導の介入を閉ざそうとする傾向が見られます。それは、地域で生活していたもとの生活スタイルがあることと、“仕方なく”居住系サービスを利用していることが影響しているものと考えられます。そういった状況において、最低限押さえておきたいことは、その人の病気を悪化させる生活パターンについて探り、その改善への支援を組み立てることが重要な視点となります。例えば、昼でもカーテンを閉め切って生活する人の評価は、陽性症状が潜在しているか、対人接触を避ける傾向ありとなりますが、再発予防のために訪問看護等の訪問系サービスを設定できるように生活課題と訪問の必要性を関係づけて関与するなど、的を絞った支援が重要となります。

③専門家の支援を受ける準備

過去の地域生活で、対象者は家族ともども孤立していたり、福祉サービスなどの専門家支援を受けた経験が少なかったりなど、支援を受けて生活することに慣れていないことがあります。対象者及び家族が“相談をしながら生活すること”、“支援を受けながら生活すること”を生活訓練の中で押し付けとならず受け入れていくような支援を行っていくことが大切です。ある対象者は「支援を受けて生活することもいいもんだと知りました」と言って地域生活を開始し、今も自ら定期的に相談をしながら生活を継続しています。

f. 居住系サービスの利用時の注意点

福祉サービスは任意契約が大前提であり、本人に利用意思がないと利用ができません。しかし、医療観察法の強制的な枠組みの処遇と6ヶ月単位の処遇スケジュールが、本人の利用動機に基づく施設利用を周囲の動機によって固めてしまい、対象者の動機の醸成を基本とした支援がされにくいことがあります。医療観察法という管理的な仕組みと社会復帰施設が必要とする本人の意思という基本的原則とをどうつないでいくか注意が必要な点であります。その解決には本人の動機の醸成を中心とした支援とケア会議での十分な検討が必要と考えます。

また、居住系サービスの利用は、居室が空くまで待機をすることになります。その間、どこでどのような処遇をするのかの調整も重要な点であります。

g. 居住系サービス（通過型）利用終了時の課題

住居探しに同伴の支援が必要な場合、対象者の情報開示をどうするのか課題と思われます。情報開示をしないで、再び放火等の対象行為があった場合、支援者への法的な責任が懸念されるかもしれません。

また、対象行為が放火の場合、賃貸保証協会のブラックリストに載っていたり、グループホーム等も対象者の受け入れに抵抗があったりで、地域設定が暗礁に乗り上げる事例もあります。住居が設定できない事例についての処遇をどうするのか、その対応と体制については未整備であります。

現状は、対象者の地域移行は、支援者の職業意識と既存の精神保健福祉サービスに依存しているが、今後は、地域の機関が安心して支援ができる体制と仕組みを整えていくことが必要と考えます。（関口）

(2) 日中の支援

a. 障害者自立支援法における新サービスの仕組み

2006年に施行された障害者自立支援法の下、身体・知的・精神障害者の3障害福祉サービスが統合され、これまでの社会復帰施設と事業の体系が「介護給付」と「訓練等給付」になりました。介護給付10種類、訓練等給付4種類のサービスがあります。新たな障害者福祉サービス体系として「訪問・通所系サービス」（ホームヘルプ・重度訪問介護・行動援護・児童デイサービス・ショートステイ・重度障害者等包括支援）、

日中活動を支える「日中活動サービス」（療養介護・生活介護・自立訓練・就労移行支援・就労継続支援（A型・B型）, 地域と交わり暮らしを支える「居住支援」（ケアホーム・夜間ケア・グループホーム）があり, 日中活動の場と生活の場を分離して再編されました。

表4

介護給付	訓練等給付
A ホームヘルプ	B 自立訓練
A 重度訪問介護	B 就労移行支援
A 行動援護	B 就労継続支援
A 児童デイサービス	C グループホーム
A ショートステイ	
A 重度障害者等包括支援	
B 療養介護	A 訪問・通所系
B 生活介護	B 日中活動
C ケアホーム	C 居住支援
C 夜間ケア	

(独立行政法人福祉医療機構WAMNETより)

b. サービスの利用の仕方と費用

これらのサービスを利用するためには市町村又は市町村の指定を受けた相談支援事業者を利用申請をし, 現在の生活や障害に関する調査を受けることになります。市町村は調査結果を基に審査・判定を行い, サービス内容と障害の程度区分（6区分）やサービスの支給量を決定し本人に通知します。通知を受け取ったら相談支援事業者の支援を受けて「サービス利用計画書」を作成し, 計画が決定したらサービス事業者と利用の契約を取り交わすことになります。契約が完了した時点でサービスを利用することができます。

介護給付内容は, 障害程度区分によって規定されているのでよく確認をする必要があります。障害程度によって希望するサービスが異なるからです。規定以外のサービスを希望する場合は自己負担となります。

暫定支給決定である訓練等給付は, そのサービスが適当であるかどうか

かを判断するために一定期間訓練を受けながら、その効果や利用者の意向を反映させて個別支援計画を立てていくこととなります。特に就労移行支援、継続支援は、一定の訓練期間と利用者の多様な働き方や就労に対するモチベーションの程度と訓練内容とのマッチングが重要です。

サービスを受けるにあたって応益負担の考え方が導入され、原則としてサービス利用料は、要する費用の1割負担となっていますが、かなり負担額が大きいとの声が上がリ、制度開始から現在、負担額の軽減措置が取られています。医療観察法対象者がこれらのサービスを利用する場合は以上の手続きが必要となります。

c. 地域生活支援事業

障害者自立支援法における地域生活支援事業は、都道府県と市町村の裁量により地域の実情に応じて取り組む事業で、「障害福祉計画」に盛り込み実施することとなっています。事業予算は国が50%以内、都道府県が25%以内で補助します。

地域生活支援事業は以下の内容となっています。

- ① 相談支援事業（支援給付を受けるための申請手続や契約等の相談等）
- ② コミュニケーション支援事業（手話通訳派遣、筆記派遣、手話通訳配置等）
- ③ 日常生活用具普及事業（介護・訓練支援、在宅療養等支援、情報・意思疎通支援、排泄管理等の用具、住宅改修費）
- ④ 移動支援事業（個別支援、グループ支援、車両移送）
- ⑤ 地域活動支援センター機能強化事業（障害者の創作活動、生産活動、社会との交流の促進を目指す事業）

これまで精神障害者の地域生活支援機能として期待されてきた地域生活支援センターも、地域活動支援センターとして都道府県から市町村事業に変わりました。これまで実施してきた幅広い不特定多数の精神障害者の人たちに対する相談・日常生活支援・地域交流活動等の支援が、3障害者を対象としたセンターとなったため、対象者のニーズが以前にも増して多様化し、支援内容と支援スキルの質の向上が求められています。しかし、一方では事業運営費はこれまでの地域生活支援センターの運営費より減額となっているところが多くあります。事業の取り組み状況も

市町村の意向によって規定されるため地域格差が見られるようになってきています。精神保健福祉法における地域生活支援センターでは、専門職の一つとして精神保健福祉士が配置されていましたが、指定相談支援事業所として機能するにもかかわらず、障害者自立支援法下では、専門職の配置規定が削除されてしまいました。このような状況の中で、医療観察法対象者や重篤な精神障害者は、相談支援事業所をどれだけ有効に活用できるのかが重要なポイントですが、地域活動支援センターを「利用できる社会資源」として機能させることは極めて困難と言わざるを得ません。

なお、法外施設であった作業所の内31.4%が障害者自立支援法における地域活動支援センターに移行していますが、45.7%の作業所はまだ移行していません。(厚生労働省障害保健福祉部企画課自立支援振興室調べから)

d. 地域生活支援機関の活用状況の例

A県において、医療観察法対象者で地域処遇を受けている者の内、約10%の人が地域活動支援センターと作業所を利用しています(平成21年1月現在)。ここに至る経過を社会復帰調整官にヒアリングしたので簡単に紹介します。指定入院医療機関のPSWが地域関係機関のケア会議に継続的に参加している中で、作業所のスタッフと顔見知りになり、対象者と共に事業所を見学するまでに至り通所に繋がった例、社会復帰調整官が地域支援機関のスタッフを病院のケア会議に連れていったことが契機となり、病院と地域支援機関のスタッフが連絡を取り合える関係ができていき、地域支援機関のスタッフが医療観察法対象者の処遇のあり方に関心を深めていく過程を経て地域で受け入れていった例等、事例数はまだまだ少ないが、地域生活支援にチャレンジしている事例が出てきていることは確かです。全国的な事例調査をしてモデルを提示していくことが必要と思われます。地域処遇は通院医療だけではないはずだからです。通院医療を確保しながら、地域生活の中で医療観察法の対象者としてだけでなく、一人の人として何らかの役割を持って生活できるように医療関係者にもその点にもっと関心を示してほしいものです。特に就労に関しては、通院処遇を開始する時点から、本人の意向を確認し、その機会を提供する方法や関係機関・企業との連携をもっと視野に入れて

おく必要があります。自殺に至ってしまった経過を聞くと、入院中は手厚く治療や援助を受けていたが、地域に出ると、治療・援助の専門職と接する以外誰とも会話をせず、引きこもって日々生活をしている状態が見えてきます。入院処遇と地域処遇のギャップはあまりにも大きすぎるのではないのでしょうか。

e. 地域生活支援における今後の課題

障害者自立支援法における地域生活支援は、自立可能な人達が対象となっているといっても過言ではありません。障害程度の重い人達や医療観察法対象者のような立場の人達にとっても、地域で尊厳を持ってその人なりに生きていけるような居場所を提供し、仲間同士の出会いや関係性の構築からエンパワーメントを高めていけるような支援が地域生活支援として最も基本的で大切な支援ではないかと思われます。

しかし、現状では医療と地域生活支援に要する費用にはあまりにも大きな格差があります。関係機関のケア会議に出席するにしても半ばボランティアです。これを是正しないで現行のシステムで障害程度の重い人達や医療観察法対象者のような立場の人達の地域生活支援はマンパワー上困難な状況であることは明白です。この点は、当初より地域生活支援関係者から問題提起されていましたが、現在まで実現されずにきていることは残念であると思います。早急な具体策を検討する必要があります。

(上野)

4. 緊急時の対応（地域処遇）

緊急時の対応については、対象者参加の下で検討し、対応方法や連絡体制などについて関係機関皆が共有しておくことが重要です。病状悪化時における緊急時の対応について、想定される実際の流れについて概略を示します。

まず保護観察所その他の地域処遇に携わる関係機関は、ケア会議において、症状悪化時における緊急時の対応について協議を行い、あらかじめ緊急時における基本的な対応方法を定め、方針や連絡先を共有します。処遇の実施計画にその内容を明記して、対象者及びその家族等の関係者に対して説明し、対応方法について理解を得るよう努めます。

そして、緊急時における対象者等からの相談窓口を設定し、保護観察

所は、夜間、休日の保護観察所・関係機関への連絡先を家族及び関係機関に伝えておくなど、連絡及び協議できる体制をあらかじめ整備します。病状悪化等医療に係る対応を要する相談については、医療を担当する指定通院医療機関が中心となって対応することとなります。

対象者の病状の悪化や医療中断など、緊急に対応を要する状況を認めただ場合には、関係機関相互に速やかに連絡し、情報の共有を図り、あらかじめケア会議で定められた対応方法に沿って、対象者に適切な精神科医療を提供するとともに、入院が必要な場合には、精神保健福祉法に基づく入院を適切に行うなど、必要な医療を確保することとなります。

また精神保健福祉法に基づき入院している場合において、その適切な介入や治療によっても短期間では病状が改善されないと判断される場合には、保護観察所は、必要に応じケア会議を実施するなどして本制度の入院による医療の必要性について協議し、その結果に基づき、必要な場合には本制度による入院の申立てを行うことも想定しています。

病状悪化における対応は、地域支援の中で、本人の症状悪化が見られたとき、早期の段階で察知し、関係機関と連携して対応できる体制（初動態勢）の整備が大切です。本制度では、関係機関と協力して、本人の病状悪化を招かないための支援体制作りを目指しています。

(1) クライシスプラン

緊急時の対応については、処遇実施計画書中の（5）緊急時の対応に基づく対応の別紙でクライシスプランとも呼ばれる形で定めることが多くあります。具体的には、過去の病状悪化時の状況等を振り返り、「○○の状態になったらA機関に相談し、関係者と一緒に臨時受診する」や「△△という考え（妄想）の下に確認行為した場合は、緊急のケア会議を開催し、休息入院を検討する」「○○の状態になったら、精神保健福祉法上の入院について検討する。保護観察所は関係機関と協議の上入院の申立てをすることもある」等といった段階的な対応を具体的に文章として明記し、共有しています。クライシスプランの検討に当たっては、対象者の生活の何が病状悪化の誘因になりそうか、前駆症状は何か、その症状が現れたときに対象者はどんな対処法を持っているか、家族や関係機関はどう対処すべきかなどをあらかじめ共有しておく必要があります。

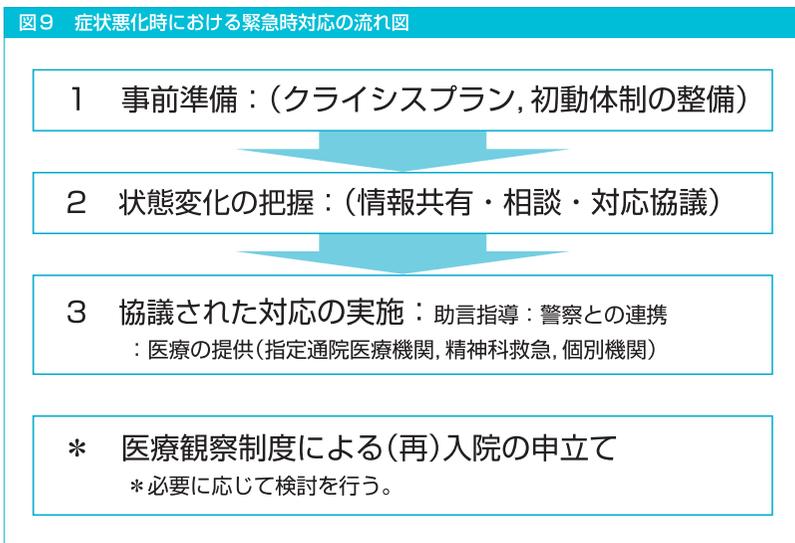
表5 クライシスプラン例

場面	病状悪化サイン	本人の対処	担当者及び連絡先	家族及び支援者の対応
①	・生活のリズムが崩れる（昼間に眠たくなる、身体がだるくなる）	・精神保健福祉センターや保健所のスタッフに相談する	・精神保健福祉センター（〇〇） ⇒000-000-0000 ・保健所（〇〇） ⇒000-000-0000	・家族の対処：関係機関に相談する ・支援者の対処：関係機関に連絡する
②	・薬を飲みたくなくなってくる ・不眠が2日間続く	・病院のスタッフに相談する	・病院（主治医：〇〇、ケースワーカー：〇〇） ⇒000-000-0000	・病院に連絡する ・受診に付き添い、先生との話しを支援する ・不眠の状況をよく聞き、原因となる問題を考える ・適切な薬を処方する
③	・受診したくなくなる	・病院に相談 ・リハセンターのスタッフに相談 ・保健福祉センターのスタッフに相談 ・保護観察所に相談	・病院（主治医：〇〇、ケースワーカー：〇〇） ⇒000-000-0000 ・精神保健福祉センター（〇〇） ⇒000-000-0000 ・保健所（〇〇） ⇒000-000-0000 ・保護観察所（〇〇） ⇒000-000-0000	・受診したくない気持ちについて十分に話し合う ・病院に連絡する ・受診に付き添い、先生との話しを支援する ・訪問回数を増やす
④	・確認行為をしたくなる（嫌がらせをされているような気がする、見張られているような感じがする、噂をされているような感じがする）	・病院に相談 ・保護観察所に相談 ・リハセンターのスタッフに相談 ・保健福祉センターのスタッフに相談	・病院（主治医：〇〇、ケースワーカー：〇〇） ⇒000-000-0000 ・保護観察所（〇〇） ⇒000-000-0000 ・精神保健福祉センター（〇〇） ⇒000-000-0000 ・保健所（〇〇） ⇒000-000-0000	・周りが気になる気持ちや確認をしたくなる気持ちについて十分に話し合う ・本人・家族を入れケア会議を開催する
⑤	・確認行為をした（疑った相手に話しかける、疑った相手をビデオカメラで撮影する）	・保護観察所に報告する	・保護観察所（〇〇） ⇒000-000-0000	・保護観察所：病院と相談し任意入院・医療保護入院を検討する。裁判所と医療観察法の入院を検討する。 ・家族：夜間時に保護観察所へ連絡する場合は緊急連絡先へ電話する

〈夜間（午後5時から次の日の午前9時まで）と祝祭日の相談について〉
病院に連絡する（000-000-0000）※当直の先生が対応する。

当初審判において通院決定となった対象者については、鑑定結果以外の情報が少ないことからすぐに上記のような具体的なクライシスプランの作成を行うことが困難な場合があります。その場合は、緊急時にどんな機関がどんな相談を受けることができるかについて確認し、病状悪化時には精神保健福祉法上の入院を活用すること、病状悪化時に必要と認めた場合、保護観察所は裁判所に入院の申立てをすることを当面のクライシスプランとし、指定通院医療機関や各関係機関がそれぞれ関係を構築していく中で収集した情報をケア会議で共有しながら、見直しを図っていくこととなります。

図9 症状悪化時における緊急時対応の流れ図



(2) 精神科救急システム

地域処遇中、緊急に対応を要する状況を認めた場合、処遇の実施計画に基づく連絡・情報共有の後、指定通院医療機関による評価・判断を受け、保護観察所とも協議の上で、精神科救急医療等の活用を検討する場合があります。

精神科救急医療活用については、指定通院医療機関主治医の意見・協議を基に、精神保健福祉法上による対応を行い、受診に繋げることが望まれます。

通院処遇ガイドラインにおいても、対象者の病状の悪化が認められた場合には、『ケア会議等であらかじめ定めた方針に従い、既存の精神科

救急医療システム等を積極的に活用する。』とされていることから、都道府県単位で開催される運営連絡協議会などで、精神科救急システムについて円滑な活用が図られるようあらかじめ検討しておくことが望まれます。

(3) 警察との連携

地域生活中に、対象者が自傷他害行為に及ぶおそれがある場合等、緊急に医療を要する状況が生じた際には、必要な協力を得るなど、警察と連携する場合があります。(佐賀)

5. 家族とその支援

医療観察法通院医療においては、処遇の対象者だけでなく、その家族への関わりがとても重要です。家族は処遇を支える一つの要として位置付けることができますが、家族自身が健康で生き生きとした生活を送っていなければ、要となることは難しくなります。以下では家族に対する支援について心理的、教育的、福祉的な側面に分けて見ていくことにします。

(1) 心理的サポート

誰にとっても、自分の家族による重大な他害行為は極めて衝撃的であり、多大なストレスとなります。そのストレスは、事件直後から求められる事情聴取や鑑定入院、審判といった一連のプロセスにより助長されます。ほとんどの家族にとってこのプロセスは未知の世界なので、弁護士がいても家族が戸惑うことも多くあります。

取材陣が押し寄せるのではないかという危惧を抱いたり、近所の目を気にしたりしてなかなか外に出られず、事件直後から孤立していく家族や、「誰かに話したいのに誰にも話せない」と、つらい気持ちを一人で抱え込んでしまう家族も多く見受けられます。また、家族に見られる特徴として、「自分があの時こうしていれば」と、事件発生に対して自分を強く責めてしまうことが挙げられます。更に、家族が親の場合は、子どもの障害を自分の育て方の間違いによるものと考えてしまうこともあります。このような孤立感や自責の念は通院処遇開始後も継続して見られます。

従って、家族に関わる医療従事者や社会復帰調整官は、彼（女）らも事件発生によりつらい経験をしていることを理解した上で、決して家族を責めることなく、まずは家族の話をじっくり聞いて彼（女）らの気持ちを受け止めることが大切です。その際に、家族にも医療が必要になっている可能性も念頭に入れておきましょう。

通院処遇が開始されてからも、家族は様々な心理的ストレスにさらされます。例えば被害者への対応については、事件の内容や被害者サイドの希望などにより異なってきますが、中には家族の損害賠償責任が問われていたり、あるいは家族の中に被害者がいたりして、家族にとっては重いストレスとなります。加えて、「本人にどう接していいかわからない」「早く自立して欲しいのに、遅々として進まない」と本人との関係について悩む家族も少なくありません。更に、必ずしも家族全員が一丸となって処遇に関われるわけではなく、家族内部での考え方のズレが生じることもあるでしょう。このような場合に家族のコミュニケーションがうまくいっていないと、家族関係の悪化に発展する可能性があります。従って、家族に対する心理的サポートは、家族関係の調整も含め継続的に提供していく必要があります。

(2) 教育的サポート

家族の心理的負担を大きくしている要因の一つとして、精神疾患や医療観察法に関する知識不足が挙げられます。以前に比べると精神疾患に関する情報は一般に広く知られるようになってきましたが、それでも癌や糖尿病などに比べれば、まだ十分とは言えないのが現状です。そのため、病気や障害に対する誤解や偏見も多くあり、そのような誤解や偏見が結果的に家族を苦しめることにもなっています。

鑑定入院で初めて対象者本人に精神疾患があることを知る家族もいますし、事件以前から医療機関にかかっている、対象者の病気については知っていたという家族もいます。いずれの場合でも、精神疾患がどのようなものなのか、その症状や治療等について正しく理解していることはとても重要です。今のところ、精神科のある病院やクリニックでは、必ずしも精神疾患についての正しい情報が家族に提供されているわけではありません。ですので、事件前に医療機関にかかっているにもかかわらず精神疾患についての正しい知識を持ち合わせているとは限らないのです。

更に、医療観察法についての情報提供も重要です。通常に通院との相違点、処遇に関わる人々、期間、処遇終了後の対応等、制度に関する情報はわかりにくく複雑なので、丁寧に説明する必要があります。処遇開始間もなくは、家族も緊張したり混乱したりしており、情報が伝わりにくい場合もあるので、繰り返し説明することも必要でしょう。家族はしばしば「この先どうなるのかわからない」という不安を抱えています。このような不安を軽減するためにも、丁寧な説明が求められます。

病気についての情報を伝える方法としては、指定通院医療機関のデイケアや、地域の保健所などで実施する家族心理教育を活用するとよいでしょう。通常、家族心理教育は複数の家族が集まって行われますので、一度に複数の家族に情報提供ができるという利点があります。また、ほかの家族の話の聞くことができるので、仲間作りの機会にもなり、孤立感の軽減につながります。しかし、医療観察制度について言えば、一つの指定通院医療機関を利用する対象者数が少なく、家族心理教育の場を利用することが困難なこともあるでしょう。そのような場合は、指定通院医療機関のソーシャルワーカーや社会復帰調整官が、個別に情報を提供することが必要です。

(3) 福祉的サポート

医療観察法対象者の家族の場合は、一般の精神障害者家族に対して自分の経験を話しにくいという点や、先に述べた人数的な点から、家族の仲間作りが容易ではないのが実情です。したがって、地域の保健所や指定入院医療機関や指定通院医療機関が協力して、孤立している家族が他の家族と知り合える機会（社会資源）を作り出していく工夫をしていくことが大切です。

また、家族の中には対象者との関わり以外で福祉的なサポートを必要としていることも多くあります。例えば、高齢で外出がままならない場合、自分自身も病気や障害を抱えている場合、他の家族を介護している場合、小さい子どもがいる場合、経済的な支援が必要な場合等が考えられます。特に家族が高齢であると、車で連れて行ってもらう、代わりに買い物をしてきてもらう、重い物を持ってもらうなど通院処遇を受けている対象者に日常生活の面で頼ることもしばしばあります。対象者が家の手伝いをする、親子がお互いに気遣い合うことは、必ずしも悪い

ことではありませんが、場合によっては親子の関係が密接になりすぎてしまうことも考えられます。高齢者福祉や児童福祉といった様々な領域のサービス提供機関と連携しながら、包括的なサポートを提供していくことが大切です。

以上家族支援の三つの側面について見てきましたが、これらは責任の所在を明確にした上で、社会復帰調整官を含む様々な関係機関が協力して提供していくようになります。また、移行通院の場合は入院医療機関から通院医療機関へのバトンタッチがスムーズにいくような努力も大切でしょう。

最後に、家族が本人と対立している場合は、家族を協力者として安易に位置付けないという点に注意する必要があります。むしろ家族が必要としているサポートを提供できるような配慮が必要です。不足している社会資源を作り、家族への支援体制を充実させることが今まさに求められているのです。

(深谷, 伊藤)

6. 地域社会での生活

医療観察法は対象者の社会復帰の促進を究極の目的としています。その意味で、地域社会での生活の質の向上が重要になります。生活の質に関わる要素としては、経済的側面、生活管理的側面、社会活動的側面、個人心理的側面などの要素が考えられます。

経済的側面には、基本的な衣食住の充足があります。単身生活者の場合は、特に住居の確保が問題となります。民間アパートを借りるような場合は、病院への通院の便、買い物の便などを考慮し、一定の費用の範囲の下、静かで近隣とのトラブルが起りにくく、しかも住み心地も悪くはない部屋という難しい条件の中で部屋選びをしなければなりません。また、通院対象者には収入がほとんどない人もいますので、障害年金や生活保護の申請が必要になる場合もあります。これらが確保されて取りあえず人としての生活が可能となります。

生活管理的側面については、対象者の生活自己管理や疾病自己管理の要素が含まれます。衣食住は足りても生活や疾病の自己管理ができないようでは生活自体が成り立ちません。その能力が十分でない場合は、ホー

ムヘルパーの導入、訪問看護での評価と援助、病院ではデイケアや外来作業療法を活用しての生活能力向上などの支援が必要となります。また疾病自己管理で重要となるのは、きちんと通院・服薬できるよう援助することです。在宅での服薬管理の指導・援助は最も懸念される再発の防止に大いに役立つことでしょう。

生活管理ができるようになったら、並行して社会活動への参加が次の課題となります。一部の通院対象者にはとても難しい課題かもしれません。近所づきあいは大切ですが、ある意味でかなり気を遣うところがあります。自分がさらけ出されることを嫌う対象者にとっては、無名者として人混みにいた方がよほど気が楽かもしれません。そのように考えると現実的な社会活動への参加としては、地域活動センターや保健所の生活教室、地域作業所などに通所することになります。それを足掛かりにしてアルバイトなど簡単な就労を目指すという方向になるかもしれません。また、娯楽などの社会活動も生活の潤いとして忘れてはなりません。

最後に常に問題となるのは個人心理的側面です。心がさびしく満足感がないようでは生活の質が高いとは言えません。何が生きがいとなり慰めとなるかは個人によって違うでしょうが、支援者としては対象者の心の奥底にある本音に静かに耳を傾ける気持ちを失ってはなりません。表面的には順調に処遇が進んでいるときに危険なときです。喜んでいる支援者に対象者も合わせていることがあるからです。しかし、本音が何かは表面からはなかなかわかりにくいものです。恐らく唯一の方法は想像力を巡らすことでしょう。対象者の置かれている状況を冷静に振り返ったとき、どのような心境が想像できるか、そこにヒントがあるかもしれません。

(岩成、川副)

7. 情報管理と権利擁護

(1) 情報管理

情報については、保存管理及び共有化や提供という両面から考えていく必要があります。この制度における情報は司法、医療、福祉と多分野にわたっており、フォーマットされた文書も数多くあります。

a. カルテ等の適切な記録と保存管理

基本となるカルテには、提供している医療の状況をはじめ、鑑定書、前医療機関の情報、処遇実施計画書、基本情報管理シート、評価シート、各種決定通知書などが集約されます。医療機関によっては電子カルテで一元化されているところもありますが、職種ごとという従来タイプのところもあります。また、決定通知書など事務的なものは事務方で保存という場合もあります。いずれも、どこで何を保存するのか明確にしておく必要があります。

b. 共有化

集約した情報を処遇へと反映していくために、院内のMD Tにおいても、多機関相互においても、体制確保や連絡網の整備を行い、円滑な共有化を図る必要があります。この際、対象者の同意を得るように努めるなど、関係性の構築に配慮が求められます。また、個人情報保護条例や当該機関の個人情報の取扱いに関する規定等に基づいて、対象者及び家族等のプライバシーの保護に配慮していくことも必要です。

指定入院医療機関と地域関係機関との情報共有化については、対象者の退院前には、特に決まった方法があるわけではありません。そのため、現在のところ、入院初期には、保護観察所の社会復帰調整官を通して、退院調整の一部として、情報が共有化されることになります。その後、退院後の地域ケア計画が整ってくると、指定入院医療機関などで行われるケア会議に、実際に関係機関の担当者が参加し、そのケア会議中で対象者の意向等も含めた各種の情報を共有化することになっています。

c. 提供

対象者の情報の提供には細心の注意を払う必要があります。保護観察所、行政機関、地域の支援機関、他の医療機関のみならず、インフォーマルな支援先がチームメンバーということもあります。この際、守秘義務が問われることもありますが、前述したように、普段から対象者の同意が得られるような関係性の構築をしていくことが大切になります。そうした上で丁寧な情報の取扱いをしていくことが求められます。

(2) 権利擁護

精神科医療において通院はこれまで自由契約でしたが、この制度では通院も裁判所の命令に拠ります。そのため、診察に来ることや訪問看護

を受けることが前提としてプランが作成される形になります。しかし、法手続である以上、それに対しての異議申立て等の権利保障もされています。そして、より広い意味での権利擁護についても視野に入れておく必要があります。

a. 医療観察制度における権利擁護

以下の二つが設定されています。いずれも、本人・家族、弁護士、保護観察所のそれぞれから行うことができます。

① 抗告の申立て

地方裁判所審判での通院決定に対して不服がある場合、決定日から2週間以内に地方裁判所を経て高等裁判所に対して、抗告の申立てを行うことができます

② 処遇終了の申立て

受けている処遇の終了について当該地方裁判所に申立てをすることができます。また、カルテの開示請求については地方自治体の条例等に基づいて行うこととされています。

b. 財産管理など

成年後見制度と日常生活自立支援事業について、対象行為に伴う孤立を防ぐことや、処遇終了後も継続して法的に見守る支援の一つとして必要に応じて利用していく形が考えられます。

c. その他

広義の権利擁護として、必要なサービスを必要な時に利用できるように、様々な形で働きかけていくことが大切です。医療を受ける義務があるにしても、教育、恋愛、仕事など人生におけるイベントが、でき得る限りその人らしく迎えられるようになるにはどうしたらよいか、という視点を忘れてはならないと思います。 (石井、三澤)

心神喪失者等医療観察法
「通院処遇ハンドブック」

平成21年3月発行

編集・発行

厚生労働科学研究分担研究班