

し借りをする。借金を払うため持ち物を売る。

10 家事や料理をしない 寝る場所が散らかっている。台所や共用場所を散らかったままにする。自分で片付けない。

評価 0＝問題なし、1＝問題点の存在が疑わしい、2＝明らかな問題点あり

#### ⑨Present Risk 9 衝動性

衝動性は情動、認知、行動に関連する。行動的には、衝動性は落ち着かなさ、気の散りやすい、我慢できない、無頓着な性向、そしてしばしばまとまりのない突発的な行動スタイルから評価される。主として、ICL および Barrett のスケールで評価される。行動面では下記項目がチェックされ、評価の参考とされる。

1 衝動性 行動の結果が自分や他人にとういう結果をもたらすかを、考えることかてきない、先の予測かてきない。

2 そそのかさされたり、暗示にかかりやすい しばしば他の患者にたまされる。ほかの患者の言うことに疑問を持たずに従う。

3 病棟のスタッフや他の患者と安定した関係か持てない。

4 ささいな苦痛にも耐えることかてきない。

評価 0＝問題なし、1＝問題点の存在か疑わしい、2＝明らかな問題点あり

#### ⑩Present Risk 10 治療抵抗性（モチベーション、コンプライアンス）

「治療抵抗性」は個人が介入やプログラムにどの程度反応するかを扱っている。個人が肯定的な社会的な変化を生むための試みに取り組む可能性を考慮に入れる。治療反応性は治療可能性（治療のモチベーションと準備性、治療同意と参加）と治療効果（治療で得られるものと治療の一般化）のふたつに分けて概念化される。この項目では治療可能性を評価する。要素的には下記項目にそって検討される。（A 治療準備性評価—問題の認知、ゴール設定、モチベーション、自己への気つき、期待、行動の一貫性、治療への見方、自己効力感、不協和、外的支援、情動的要素 B 対人スタイル評価—向犯罪的見方、向犯罪的つなかり、誇大性、無感覚、無効化、衝動性、延期、怒りへのモチベーション、力とコントロール、問題解決、被害者へのスタンス）

評価 0＝問題なし、1＝問題点の存在か疑わしい、2＝明らかな問題点あり

#### ⑪Present Risk 10 治療抵抗性（治療効果）

この項目は、治療抵抗性のうち治療効果（治療で得られるものと治療の一般化）を評価する。要素的には下記項目にそって検討される。（治療遂行評価—プログラム内容の知識、スキルの獲得、開示、対象者の信頼、知識の適用、スキルの適用、犯罪性の理解、モチベーション、内省、出席、破壊的なこと、適切に利用てきること、感情的理解の深さ）加えて、院内処遇の失敗や意図的な離院や外出、外泊の失敗もこの項目で評価される。

評価 0 = 問題なし、1 = 問題点の存在が疑わしい、2 = 明らかな問題点あり

#### ⑫Management 1 実行可能な計画の欠如

「適切、安全、対象者の自己決定を尊重した現実的な退院計画」は患者の自己に関する評価、欲動のコントロールを基礎として、治療者との合意のもとでの理想的な退院計画の具体性を評価する。治療者は対象者の退院した後の状況を視野に置き、対象者にわかりやすい退院計画を提示し、その上でインフォームトコンセントを行うことをめさす。以下の項目をガイドラインにして、評価する。

(1) 退院後の治療プランについて対象者から十分に同意を得ているか、そして必要なときに変更できるかについても同意されているかどうか

(2) 日中の活動、過ごし方（仕事、娯楽など）について計画され、対象者自身がそのことを望んでいるかどうか

(3) 住居について確保され、対象者が生活する場となりうるかどうか（かかわりをもつ可能性のある人物の質も評価する）

(4) 生活費などの経済的問題かないかどうか

(5) 緊急時の対応について確保されているかどうか

(6) 対象者に関わる各関係機関との連携 協力体制が退院前より十分に機能しているかどうか

(7) 退院後に対象者にとってキーパーソンとなる人かいるかどうか、また協力的な関わりを継続して行ってくれるかどうか

(8) 地域への受け入れ体制、姿勢が十分であるかどうか

評価 0 = 問題なし、1 = 問題点の存在が疑わしい、2 = 明らかな問題点あり

#### ⑬Management 2 不安定要因の曝露

この項目は状況に依存している。対象者の退院後の生活において、攻撃的、破壊的で暴力的な行動への“不安定化”を促進するような要因の存在の可能性を評価する。この項目は対象者の潜在的に有害な仲間集団、アルコールや薬物かとのくらい容易に手に入るか、あるいは新たな被害者になりうる人物の存在、金銭の不足、などが評価される。いっぽう、この項目はまた他の人や他の状態かとの程度習慣的な生活に健康な構造を与えられるか（たとえば断酒会とのつながりや地域の保健師との連携など）という、安定化への促進因子にも注意が向けられるべきである。

評価 0 = 問題なし、1 = 問題点の存在が疑わしい、2 = 明らかな問題点あり

#### ⑭Management 3 個人支援の不足

この項目は家族や友人などの個人的な支援（情緒面、経済面あるいは身体面）に関する評価を行う。サポートには4つの主要なものがある。(1)物質的“生活必需品を供給するた

めの” (2)情緒的“力を与えるための” (3)評価“助ける、または励ますための” (4)情報“新しい事実を示すことで助けようとするための”。評価はこれらサポートの存在を考慮してなされる。また戻っていく環境内での悪影響を与える近親者からの隔離、保護も考慮されるべきである。

評価 0＝問題なし、1＝問題点の存在か疑わしい、2＝明らかな問題点あり

#### ⑮Management 4 医療の継続性のなさ

医療の継続性は、根本的にはモチベーションの問題に関わる。これは院内に関しては、③、⑩で評価される。この項目では、退院後も治療を継続させるための評価を行う。下記項目が考慮される。

(1) 参与(engage)－治療同盟を築き、積極的に患者を治療プロセスに導入する

(2) 予防(prevent)－コンプライアンスを阻止あるいは邪魔する可能性のあるものを査定し、プランを立て（治療を継続することを阻害し得るものを、それか起こる前に同定し、その阻害要因に打ち勝つ戦略を形成する）。

(3) モニター(monitor)－治療継続を行えるように治療者は、通院医療機関と情報を共有し、モニターの戦略を立てよ。

(4) 対象者がセルフモニタリングについて自覚し、そのことに関して周囲の助言をきくことかできるか

(5) 対象者の症状悪化、もしくは不安要因はこういったことなのかを治療者と十分話し合っておくことができるか

評価 0＝問題なし、1＝問題点の存在か疑わしい、2＝明らかな問題点あり

#### ⑯Management 5 ストレス

患者か自分にとってストレスフルである状況を同定することを学ぶのを援助するのと同様に、生活と労働の環境をアレンジし、できるだけストレスフルな状況が少なくするようにすることは重要である。この項目では、退院後想定されるストレスに対する患者の対処技術の達成度が評価される。患者の能力に合わせた生活のアレンシの選択に関して、同意し、適切に対処できることか必要となる。評価は退院後の生活環境のストレス度とそれに対する対処能力の2軸で評価される。

評価 0＝問題なし、1＝問題点の存在か疑わしい、2＝明らかな問題点あり

#### ⑰Management 6 物質乱用

アルコール－薬物乱用の既往がある場合にコートされる。評価は物質乱用歴の重篤度、犯罪との関連、物質乱用に対する内省の深まりてなされる。

評価 0＝問題なし、1＝問題点の存在か疑わしい、2＝明らかな問題点あり

### ⑱～⑳個別

この項目は入院になった犯罪行為を、選択としての犯罪という文脈でとらえ、ひろく生物学的、心理学的、社会的要因を検討し、最も重要と思われる事項を3項目選択する。選択項目は大きく分けると、リスクアセスメントとリスクマネジメント（何によって阻止できるか？）を考慮して決定される。暴力リスクのある場合は暴力リスクの性質の検討がまじらされる。暴力リスクは多様な側面を持った構成概念であることを踏まえ、下記項目を検討する。

性質 とんな種類の暴力が起こるか？

深刻さ とのくらい深刻な暴力が起こるか？

・頻度 とのくらい頻繁に暴力が起こるか？

・切迫度 とのくらい切迫しているか？

蓋然性 暴力が起こる可能性はどのくらいか？

さらにリスクは文脈に依存する。考慮される文脈は下記指針による。

危険の同定(との事態が起こるか？)

危険の勘定(とのくらいの頻度で起こるか？)

・さらされるシナリオ(との状況下で起こるか？)

リスクを特徴付ける(条件はあるか？)

・リスクマネジメント(何によって阻止できるか？)

こうした指針による検討をとおしてMDTによる協議で項目が決定される。選択は上記①～⑱に重複してもかまわないか、より具体的、個別的に決定されるべきである。例えば1) 当該犯行時と同じ妄想、2) 適切な援助者の欠如、3) 退院後想定される環境での対処技術(具体的に同定する)の欠如、4) 退院後の物質乱用への脆弱性、などが想定される。得点は別途定める、指針に基づく。

#### 4、解説（考察）

一般精神医療と新法による評価および治療の異なる点を中心に考察を進める。今回の新法の対象者は、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者となっている。目的は継続的かつ適切な医療並びにその確保のために必要な観察および指導を行うことによって、その病状の改善およびこれに伴う同様の行為の再発の防止を図ることとされている。心神喪失の状態とは弁識能力ないしは制御能力に関する判断である。弁識能力は、物事の是非善悪を、対象者がおかれた現実の状況下で判断しうる能力と考えられ、その能力の基盤を要素的に考えると、第1に自我機能が保たれ、思考の連続性が維持されていて、その場その場の状況のある程度の抽象性を持った社会的構造の中で把握する能力と考えられる。制御能力はこの弁識に基き、行動を制御する能力と考えられ、一般に法的な枠では、弁識能力に大きな障害がない場合は、制御能力の減弱は重篤な意識障害の存在が前提とされていると考えられる。この場合も医学的な布置因子は必須であり、単に衝動性の制御能力の低さや反社会的な傾向を持っていることで制御能力の減弱が認められることはないと考えられる。いわば無条件の衝動性や反社会的な傾向は、治療対象とはなり得ない。一方、いわゆる精神障害者の多くは犯罪を起こさずに病と闘っている事実を考えれば、重大な他害行為に至ってしまった対象者は、疾病に加え、より深い心理社会的な困難を抱えていると予測される。そこでは、弁識能力の減弱が伴っているのみならず、制御能力に著しい困難を抱えていると予測される。治療的には、同様の行為の再発の防止という見地からは、制御能力を高めることこそが主な治療目的となり、衝動性や反社会的な傾向を直接的な治療対象としていかなければならない。これは臨床的な実感である。治療には大きな困難が伴ってくると予測される。それは一般に弁識能力や制御能力の最も根底となる、高等感情（社会内存在としての自己の認知とそれに伴う規範意識や、他者に対する共感能力）か、統合失調症を中心とする精神障害において、生物学的に最も深く障害される傾向があり、最終的な治療目標ではあっても、ここに到達するには大きな困難があると予測されるからである。現状では、こうした感情鈍麻にたいする薬物療法の効果はごく限られており、治療の手掛かりはまずは制御能力を高めることに焦点が当てられる。精神療法や教育を含む生活指導を通して、自我機能の強化を目指し、生活環境を構造化していく手助けをすることか治療の大きな柱となっていくと考えられる。さらには環境要因を評価し、適切な支援と管理のできる体勢を構築していかなければならない。司法病棟ではこうした視点から高度に専門的集中的な評価と治療が、一般精神医療以上に要請される。以下に示す評価尺度は、主として欧米の再犯に関する研究に基いている。欧米の研究を基にして可変的な因子を抽出して構成されている。再犯の予測ということに関しては、犯罪歴や非行歴、あるいは精神病質的傾向など不変な要因が最も大きく寄与しているとされている。一方で、弁識能力や制御能力の減弱は紛れもなく医学的なないしは心理社会的な要因から起こってくるものであり、疾病に対する治療可能性として常に追及されなければならない。したがって、この評価尺度は、再犯予測としてではなく、治療の指針として企図され、可変的な要因のみを評価して

いる。しかし、評価尺度を用いた治療効果のアウトプットは、宿命的に同種の他害行為とならざるを得ない。現状では、この評価項目は、新たに導入される制度の指針として、データに基づくものではなく経験的および理念的な、(根底を支える弁識能力や制御能力の強化維持という) 医療者としての視点から構成したものである。

# 触法精神障害者の治療プログラムに関する研究

## 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

研究要旨

昨年度に引き続き、医療観察法下での医療の治療プログラムを作成することを目的として、本研究を行った。治療プログラムの作成に当たっては、まず臨床的観察に基づいて他害行為の背景分析を行うとともに、現行行われている一般精神医療の見直しを行った。見直しの材料としては、筆者が先に報告した「精神科治療構造論」を取り上げ、入院から社会復帰までを3段階に分け、評価の在り方と新たに加わる治療法も含めた治療内容の検討を行った。医療観察法下の医療では、治療内容の如何に加えて、司法、医療、行政の各機関が、それぞれの役割と責任範囲を明確にし、相互の関係を構築していくという考え方が重要であり、一般精神医療では徹底困難であった、「治療の標準化」と「治療の枠組み」の二点が重要な要点として挙げられた。

対象者の評価については、疾病軸、人格軸、行動軸、生活軸、発達軸の5軸に分けて評価項目を作成し、治療各時期における状態像の評価、治療到達目標の設定、改善度の評価、処遇終了時の到達目標などについて整理した。また治療プログラムに関連する具体的項目として、司法精神医学の用語の定義、司法精神医療の理念、司法精神病棟の運営方針、社会復帰調整官の役割、多職種チーム医療の在り方、外出泊の実施基準、ECT・テポ剤など強制治療の実施基準、身体合併症への対応、行動制限の在り方、薬物療法の考え方、各種委員会の役割、通院治療としてACTとCPAの司法精神医療への応用などを取り上げて検討した。最後に各研究員がこれまで係わってきた、臨床的に問題となった触法精神障害者の事例について、検討した治療プログラムの妥当性を検証したところ、その有効性は十分に期待できることが確認された。

研究班員（五十音順）

東京都精神医学総合研究所 五十嵐禎人  
東京都立松沢病院 梅津寛  
岡山県立岡山病院 来住由樹  
東京都立松沢病院 黒田治  
群馬県立精神医療センター 佐藤浩司  
栃木県立岡本台病院 島田達洋  
順天堂大学医学部精神医学教室 八田耕太郎  
福岡県立大宰府病院 藤川尚宏  
国立精神・神経センター精神保健研究所 吉川和男

晃一

国立精神・神経センター精神保健研究所 岡田幸之  
戸田病院 斉藤慶子  
東京都立松沢病院 田口寿子  
国立精神・神経センター武蔵病院 津久井亮太郎  
国立精神・神経センター精神保健研究所 野口博文  
国立精神・神経センター武蔵病院 平林直次  
国立精神・神経センター精神保健研究所 松本俊彦

研究協力者

国立精神 神経センター武蔵病院 稲森



## A 研究目的

「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（以下、医療観察法と略）」が国会を通過し成立したことから、我が国で初めて、触法精神障害者の治療を目的とした本格的な司法精神病棟か指定入院医療機関に設置されることになった。医療観察法下の医療は、司法精神医療として、潤沢なマンパワーと司法の枠組みをもって行われる医療であり、対象者の評価に始まり、申し立てによる医療観察法による処遇の終了まで、その治療は一貫してシステム的に行われるものであり、従来の一般精神医療とは大幅に様相を異にすることが予測される。本研究は昨年度の研究に引き続いて、平成17年度からの医療観察法の実施に向けて、指定入院医療機関の司法精神病棟で行われる医療に関し、具体的に治療プログラムを作成することを目的として行われる。

## B 研究方法

治療プログラムの作成にあたっては、これまで我が国で行われてきた一般精神医療の臨床的蓄積を重視して、その問題点を分析整理し、新たに加わる分野も含めて、まず治療プログラムの全体概要を策定する。次に以上の策定過程で明らかになった個々の課題について、司法精神医療の先進諸外国の現状を参考にして検討を行い、医療観察法の医療に相応しい治療プログラムの作成を図る。最後に、実際に臨床的に問題となっている触法精神障害者の事例について、医療観察法下の医療を想定した視点から検討を行い、作成した治療プログラムの妥当性と問題点を具体的に明らかにし、治療プログラムの完成度を上げる。

## C 治療プログラム作成の要点

### 1 前提条件の確認

治療プログラムを作成するに当たり、医療観察法との関連でこれまで明らかになった外形的条件は以下のように確認される。

- ・医療観察法下における医療である  
重大な他害行為を行った触法精神障害者を対象とする
- ・治療により社会復帰させることを目的とする
- ・入退院の決定と処遇終了の決定に関しては、医療側の申し立てに基づいて裁判所が判断する  
社会復帰調整官の関与がある  
また治療内容を具体的に規定することになる条件は以下のように確認される。
- ・潤沢な人的資源の確保が予測される
- ・多職種チームによって医療は行われる  
評価に基づいて治療計画が立てられ実施される
- ・インフォームド・コンセントを重視した医療を行う
- ・懲罰・刑罰は行わない  
隔離・拘束は必要最小限とする
- ・薬物療法、ECTの実施に関しては標準化のもとで慎重に行う  
事故を起こさぬように安全に配慮して治療を実施する。安易な判断による事故の発生は許されない

### 2 司法精神医学用語の定義

医療関係者と法曹関係者では、触法精神障害者という言葉一つを取り上げても、その使用する意味が異なっていることが経験される。すなわち医療関係者は触法精神障害者とは法に触れる行為をした精神障害者という意味で用いることが多く、法曹関係者では法に触れる行為をしたか責任能力を問えない精神障害者という意味で用いている。また他害行為、触法行為、犯罪行為のそれぞれの相違なども明確に意識されて用いられているとは言い難い。これらの用語

の意味はいずれも精神障害の存在と責任能力の有無で規定されると考えられることから以下のように整理した(図1)。

まず人を殴るなどの「刑罰法令に触れる(程度の)行為」があった場合、刑法ではその行為が犯罪とされるためには、〈違法性〉、〈構成要件該当性〉、〈有責性〉の3つの要件が満たされなければならないとされる。しかしこの3つの要件は最終的にはいずれも裁判の場で決定されるものであり、現場の段階ではあくまでも予測をしているに過ぎない。実際に刑罰法令に触れる行為かなされた場合、「他害行為」と呼ばれるのは、現場の警察の段階で精神障害の状態となされたと推定されている場合であり、裁判になれば有責性が問題になり得ることから、ここでは精神保健福祉法の定義にしたかって、それを「他害行為」と呼ぶ(精神保健福祉法では精神障害の状態で行った刑罰法令に触れる行為を他害行為と定義している)。それに対して「犯罪行為」と呼ばれているのは、精神障害の状態でない、すなわち健全な状態で行ったと推定される場合であり、裁判での確定はその段階ではなされていないか、慣習的に「犯罪行為」と呼んでいるものであり、裁判で正式に3つの要件が認定されればその者は「犯罪者」となる。

次に刑事司法の手続きの中で決定されることであるか、その他害行為を行った者に裁判で完全責任能力が認められれば、その者は「犯罪者」となり刑罰の対象になる。ただし完全責任能力か精神障害があることを考慮すれば、その場合、「精神障害犯罪者」と呼ぶこともできる。逆にその者が裁判で責任無能力とされれば、「他害行為」は「触法行為」となり、その者は「触法精神障害者」として医療の対象になる。限定責任能力の場合は、その時々判断如何により、どちらにもなり得ると考えられる。

すなわちここでは法曹関係者のいうように、「触法精神障害者」とは刑罰法令に触れる行為をしたか責任能力のない精神障害者をいうことになる。ちなみに触法行為の「触法」という言葉は刑法の触法少年から取られたものであり、触法少年とは刑罰法令に触れる行為をしたか十四歳未満で責任能力がないとされる者をいう。

このように用語の整理をして見ると、刑事司法 精神医療システムを取り巻く幾つかの問題点が見えてくる。まず精神科救急の現場では、他害行為を行った精神障害者は、有責性があれば犯罪者とされるにもかかわらず、有責性の判断がなされずに入院となり、なおかつ治療終了後であっても刑事司法手続きに戻されることなく放置され、すへてはないか現状ではその刑罰法令に触れる行為はなかったことになってしまっている。またこのように責任能力の概念を重視して分類し処遇を決定しても、現状では触法精神障害者の治療の受け皿は一般精神病院しか存在せず、医療観察法によって、本邦で初めて治療の場が不十分なからも確保されたことになる。精神障害犯罪者や犯罪者に関しても、精神医療を必要としている者は多数存在し、現在の矯正処遇では限界が明らかである。さらに欧米の司法精神医療システムは本邦と異なることから一概には言えないが、このように見てくると、mentally ill offendersの邦訳は触法精神障害者や精神障害犯罪者ではなくて他害行為者となるかもしれない。いずれにしても刑罰法令に触れた者の分類方法は、我が国の場合、責任能力の有無に傾きすぎており、現実を受け皿がない中で、実際の生身の人間を扱う生きた分類にはなっていない。用語の定義を行って整理することにより、このような種々の問題が顕在化されやすくなると考えられる。今回は素案を提示するに留めたか、今後は法曹関係者も含めた継続的議論

が必要と考える。

### 3 他害行為の背景分析と治療の考え方

治療プログラムの対象は重大な他害行為を行った触法精神障害者であり、我が国ではこれまでこのような患者は一般の精神病院で受け入れて治療を行ってきた。そこで臨床的観察に基づいて、これらの患者の精神病理学的特性について考察をしたところ、図に示すような内容が挙げられた(図2)。攻撃性、暴力性、衝動性の背景にはこのような臨床的事実が存在しており、実際の他害行為の発生如何はこれらの攻撃性、暴力性、衝動性に対して、抑制力かとれたけ働くかによると考えられた。したかつて他害行為の発生を予防し治療するためには、攻撃性、暴力性、衝動性の背景因子をできるだけ少なくさせ、合わせて抑制力を高める方向の治療を行えばよいことになる。

### 4 一般精神医療の見直し―「精神科治療構造論」を題材として

#### 1) 時間軸を中心に

治療プログラムの作成に当たっては、現在我が国で行われている一般精神医療の内容をまず再検討する必要かあると考えられた。そこで一般精神医療の見直しの材料として、筆者が先に報告し、これまで当群馬県立精神医療センターで実践してきた「精神科治療構造論」(以下、「治療構造論」と略)<sup>1)2)3)4)5)</sup>を取り上げた。

「治療構造論」とは現在の視点から見れば、一種のクリティカルパスであり、治療の期間を6ヶ月と設定し、治療のステージを「絶対休息期」、「休息期」、「回復期」、「社会復帰期」の4段階に分類して、それぞれの時期における保護室使用の考え方、薬物療法の在り方、精神療法の在り方、看護の在り方、外泊のやり方、リハビリテーションの在り方、福祉の視点などを示したも

のである(図3)。医療観察法の場合、審判の精神鑑定が終了してから入院してくることから、ステージを4段階でなく「急性期」、「回復期」、「社会復帰期」の3段階に分類し、治療プログラムを作成する上での要点として、図3の内容を基に状態像の要点、治療内容の要点を追加整理し、治療の全体像を示したのが表1である。

状態像の要点としては、「生理的」、「睡眠」、「自己イメージ」、「精神病理」の4項目を挙げ、治療内容の要点としては、「薬物療法」、「一般精神療法」、「司法精神療法」、「リハビリテーション」、「福祉」、「管理度と自由度」の6項目を挙げ、それぞれの項目が各ステーションにおいて、どのように把握され、治療目標や治療内容かどのようになるかを時間軸をもって整理した。医療観察法下の医療では、治療内容の要点として「司法精神療法」と「管理度と自由度」が強調されることになるか、全体的に見れば、いずれの項目も不徹底ながらも一般の精神医療にあっても実践が試みられている内容である。

なお厚労省の入院処遇ガイドラインでは、治療期間の目安は急性期が3ヶ月、回復期が9ヶ月、社会復帰期が6ヶ月の計18ヶ月と設定された。当研究班としても大筋としては妥当な期間設定と思われたことから、本研究もその設定に基づいて治療プログラムの作成を行うこととした。

#### 2) 「6つの柱」と「6つの保障」

次に具体的治療内容として、「治療構造論」では「6つの柱」として診断、薬物療法、精神療法、リハビリテーション、福祉、自助を挙げ、さらに「6つの保障」として経済保障、住宅保障、就労保障、生活技術保障、人間関係保障、アフターケア保障を挙げた(図4)。「6つの保障」とは6つの柱のうち、リハビリテーション、福祉、自助の3つにつ

いてその治療内容を具体的に示したものであり、「保障」とは福祉的視点を強調したものである。

群馬県立精神医療センターでは、一般精神医療としてこれら「6つの柱」と「6つの保障」の臨床的実践を行ってきた結果、一般精神障害者に関しては少なくとも十分な治療効果を挙げ得ることか確認できた<sup>9)</sup>。また触法精神障害者についても治療上、多大なエネルギーの消耗はあったか、一部の患者を除き、暴力行為だけではなくすなと一定程度の治療効果を上げることは可能であった。すなわち「6つの柱」と「6つの保障」の臨床的実践により、患者の日常生活能力と社会生活能力の回復かなされ、訪問看護などのアフターケアにより維持安定することで、安易な再発は予防され、結果的には触法行為の多くもある程度は防ぐことか可能であった。問題は一般精神医療ではマンパワー不足か甚たく、確実な評価もなく、刑事司法との連携も十分に保障されていないことから、治療の徹底性に欠け、治療的枠組みか構築しにくいことにある。その意味では医療観察法下の医療では、一般精神医療のこれまで抱えていたこれらの欠点かかなり力ハーされることになり、触法精神障害者の治療は今よりはるかに容易になると想定される。したかつて図4に示すように、「6つの柱」と「6つの保障」の治療内容に加えて、新たに司法精神療法の視点か加わることて（司法精神療法については吉川の報告書を参照）、医療観察法下の治療内容そのものとしては、とりあえず十分と考えられた。

## 5 医療観察法下における医療の特徴

### 1) 治療の標準化

前述したように一般精神医療と医療観察法下の医療では、治療の内容そのものに関しては、司法精神療法などの一部を除けば

必ずしも大きな相違かあるとは言えない。たとえば医療観察法下の医療に特別な薬物療法か有り得るかといえば、少なくとも現時点で特殊な薬物療法かあるわけではない。しかし問題の本質は実はこのようなことにあるのではなく、同じ治療内容を実施するにしても、司法精神医療にあつては、一般精神医療と異なり多職種によって対象者の評価を厳密に行い、治療内容に各観性と透明性を持たせるとともに、その結果についても評価をしてその治療内容の妥当性を明らかにするなど、「治療の標準化」を徹底して行うことにある。

### 2) 治療の枠組み

これまで触法精神障害者の治療は医療側に全責任か負わされ、司法機関等との連携はなかったことから、どのような関係性の下で治療するかという「治療の枠組み」か、医師・患者関係という医療モデルのこく限られた一面てしか構築てきず、繰り返す反社会行為に対して有効性を発揮することかてきなかつた。しかし医療観察法下における医療では、対象者に医療、司法、行政の各機関か、それぞれの役割と責任範囲を明確にし、相互の関係性を構築して係わることになり、治療の枠組みか重視されたなかて医療か行われることになる（図5）。

ミクロ的に見れば、このことは多職種チーム医療における各専門職種の役割と責任範囲の明確化と相互の関係性構築てあり、マクロ的に見れば裁判所、法務省、厚労省、自治体行政機関、医療機関のそれぞれの役割と責任範囲の明確化と相互の関係性構築ということになる。このようにそれぞれの役割と責任範囲を明らかにし、相互の関係性を構築することか司法精神医療の治療プログラムを作成する上ての基本的考え方となる。

### 3) 司法精神医療の理念

以上のような考え方に基つき、治療プログラム作成の出発点ともなる司法精神医療の理念を以下に挙げた。

- ・人間の尊厳を尊重し人権に配慮した医療
- ・対象者のプライバシーを保護しつつ、透明性と公開性を重視した医療
- ・社会復帰と社会参加を目指した医療
- ・懲罰や刑罰を手段や目的としない医療
- ・多職種チームによる一貫性を維持した包括的医療
- ・住民の安全、職員の安全、家族の安全、対象者の安全を守る医療
- ・説明と同意に基つく医療
- ・司法、行政、医療それぞれの役割と責任範囲を明確にした医療

以上の8点かとりあえず挙げられた。内容の吟味が今後とも必要であるか、本研究班の今回の治療プログラムはこの理念に沿って作成された。

### 4) 司法精神病棟の運営方針

同様に英国のMSU (中等度保安ユニット)の資料を参照として、上記の理念に基つき医療観察法の病棟についての運営方針を試みにあげた。

- ・すべての対象者及び職員に対し、安全で信頼できる治療環境を提供する
- ・すべての対象者に対し、多職種チーム医療による最良の治療とケアを提供する
- ・すべての対象者が自らの責任と自尊心を最大限維持できるように支援する
- ・すべての対象者が日常生活能力と社会生活能力を回復し、地域社会に戻るよう治療とリハビリテーションを進める
- ・すべての対象者の人権を尊重し懲罰的な処遇を排除し、プライバシーを保障する
- ・インフォームド コンセントを重視した医療を行う

職員の自律的判断を尊重するとともに職員の権限と責任を明確にする

- ・地域及び関連機関との調整を行い地域と社会の安全を守る
- ・臨床教育及び研究を促進し、診療によって得られた実践的、研究的司法精神医療の成果は一般精神医療に早急に還元する

### 5) 退院時における対象者の遵守事項

対象者には前述した理念のもとで、前述した病棟の運営方針で治療が行われることになる。対象者にとっては一定の権利と義務が発生することになると思われるか、退院時にあって、対象者が遵守することか望ましいと考えられる事項について挙げた。

治療継続に同意し、治療を継続する

- ・法の精神を尊重し反社会的行為 迷惑行為を行わない
- ・住居の変更を勝手に行わない
- ・違法薬物の所持、使用、売買を行わない
- ・違法薬物使用の有無を調べる尿検査を受ける
- ・凶器を所持しない
- ・暴力、犯罪を日常性とする者とは交流しない
- ・許可なしに遠方への旅行を行わない
- ・支払いの限度を超えて勝手に借金しない
- ・限度を超えた飲酒、犯罪に結びつく飲酒はしない
- ・自助グループへ参加する

以上は米国の司法精神医療を参考としたものであり、法的拘束力はいずれにしても、治療の枠組みという視点から、一度は検討されるべき課題であると考えられる。

### 6) 社会復帰調整官の役割

医療観察法では司法精神障害者の処遇に社会復帰調整官が初めて関与することから、治療の枠組み構築の一環として、社会復帰

調整官の役割と権限、責任範囲を整理しておくことが重要となる。

対象者に関する審判時 入院時の情報提供

- ・多職種チームとの合同会議への出席と情報提供
- ・外出 外泊実施決定に関しての意見調整、立会い、安全の確認
- ・退院時評価、退院後の処遇決定会議への参加、計画の策定
- 対象者の面接、訪問、指導、調査
- ・危機介入時の対応と裁判所等への連絡
- ・ケア会議の招集
- ・退院時遵守事項の破棄に対する指導
- ・裁判所に対し処遇の終了、通院期間の延長、再入院の申し立てなどの手続きを行う

とりあえず以上のような内容が挙げられるか、治療継続の確保ということか社会復帰調整官の役割と考えられており、自宅への強制的立ち入りなど強権的な対応は今のところ考えられていない。米国の司法精神医療の場合、自宅への強制的立ち入り権や警察官に逮捕させることかてきるなどの権限を有しており、医療観察法の下での社会復帰調整官の権限は、その是非は別にして弱いという印象がある。後述する筆者の報告した事例NSでは、危機介入の失敗という点において再犯を許してしまっており、社会復帰調整官の役割のあるべき姿は、今後、法が実際に施行される中で検討される必要がある。

## D 入院治療プログラムの具体的検討

### 1 評価について

#### 1) 評価と治療

治療構造論の場合においても言えたことであるか、これまでの我が国の精神医療で大きく欠けていたのは評価についての視点

である。医療観察法下における医療は証拠に基づいた医療を目指して、評価に基づいて治療計画が立てられ実施される。評価についてはすでに開発されているツールをどう活用するかといった問題も含めて検討されなければならないか、ここではとりあえず、対象者を疾病軸、人格軸、行動軸、生活軸、発達軸の5軸に分けて評価項目を整理した(表2)。

評価には状態像評価と改善度評価があり、評価項目には治療によって変化するものとそうでないものがあることから、評価概念を治療との関係で以下のように整理した(図6)。すなわち、状態像評価項目には変化する項目(変化項目)と変化しない項目(固定項目)があり、変化項目に対して治療目標が設定され、目標に応じて治療内容が決定され、治療が実施される。治療実施を受けて改善度評価がなされることになるか、固定項目と改善度評価をまとめたものか次の状態像評価となる。そこで混乱を避けるために、「状態像評価」、「治療目標設定」、「治療内容決定」、「改善度評価」の一連の行為を「評価行為」と呼ぶことにする。このように考えると、治療とは評価行為と治療実施からなる概念といえる。

急性期は初期治療を行うと同時に、対象者のその後の治療計画を立てるために基本となる評価を確実にに行わなければならない。そこで急性期における状態像評価を特に「初期基本評価」と呼ぶことにする。審判における精神鑑定によって、入院時すでにある程度の評価はなされていることになるか、急性期の治療目標の一つはこの初期基本評価の完成にあり、初期基本評価はその後の治療の展開によって「基本評価」として完成度が高められていくことになる。

#### 2) 共通評価項目について

また各ステーションに共通する評価項目として、厚労省の入院処遇ガイドラインでは16

の評価項目が原案として挙げられた。

精神症状1（陽性症状）  
精神症状2（陰性症状、気分、不安）  
病識  
行為の反省  
反社会性  
衝動性  
自傷  
暴力  
物質乱用  
共感性  
対人関係  
治療効果  
治療継続性  
生活技術能力  
現実的計画性  
社会資源の活用

これらの共通評価項目は治療の進展によって変化する変化項目であり、対象者の入院から退院、そして処遇の終了まで、継続的に評価が実施され治療の効果か判定される。このような共通評価項目は、たとえば各施設間における治療効果の比較検討などで、一貫性が保持され、判断に齟齬が生じないためにも重要となる。

### 3) ICF（国際生活機能分類）について

現段階では、また不明な部分も少なくないが、医療観察法では対象者の評価をICFで行うことになったことから、岡田、松本が従来の臨床評価とICF項目の関係を報告した。

### 4) 治療到達目標

評価に基づき各ステージにおける治療目標が立てられることになるが、ここではとりあえず、生理、精神症状、コンプライアンス、対人関係、自己コントロール、人格、自己イメージ、生活、外出・外泊・その他の9項目に分けて治療到達目標を設定した

（表3）。各ステージにおけるこれらの治療到達目標に対して治療が実施され、改善度評価がなされることになるが、その結果、治療目標が到達されれば治療到達度評価が完成して〇〇〇委員会の決定の元、次のステージに移ることになる。

### 2) 多職種チーム医療（黒田の報告書を参照）

医療観察法の下での医療は、多職種によるチーム医療で行われることになる。多職種の専門職種としては医師、看護師、心理士、PSW、作業療法士、薬剤師等になるが、厚労省の人員要求では医師、看護師以外の職種のスタッフ数が少なく、マンパワーが充実した本格的な多職種チームを組むためには不十分な状況にある。また今回、心理士の果たす役割は大変大きいにもかかわらず、心理士だけが国家資格になっておらず、一般精神医療にとってはもちろん、司法精神医療の健全な発展のためにも、早急に国家資格化されることを期待したい（心理士の業務については齊藤の報告書を参照）。また多職種チーム医療では、予想されたことであつたが、各職種間の任み分けのむずかしさか問題となった。

治療プログラムの概要として、各ステージにおける評価項目、治療目標、多職種チーム医療を意識した各職種の業務内容等をまとめて整理したのが表4、5、6である。

### 3) 外出 外泊について

対象者の社会復帰を進める上で、外出・外泊の果たす役割が重要になることは言うまでもない。これまで一般精神医療では、安易な判断を基に外出 外泊の実施を行い、事故に繋がることか少なからずあつた。医療観察法下での外出 外泊の実施にあつては、このようなことは許されず、少なくとも厳重な医学的管理のもとで実施される必要がある。

そこでまず外出・外泊実施に伴う基本的問題点を整理すると、医療モデルから考えれば外出・外泊は社会復帰に必須であり、治療的意義付けをもって積極的に実施すべきものと解されるか、司法モデルや行政モデルで考えれば、外出・外泊の実施は社会の安全、地域住民の安全、家族の安全にとってはリスクを伴うものとして慎重な対応となる。医療観察法の場合、外出・外泊を許可する最終責任者は病院の管理者となっており、医療モデルで外出・外泊の実施体制は完結せざるを得ないことになる。したがって厳密に言えば、医療モデルによる治療的立場からの判断と司法的モデルによる社会防衛的立場からの判断との双方を、医療が行わなければならないことになる。これまでの一般精神医療では外出・外泊時に事故があってもその責任を明確に問われることはなかったことから、多くは治療的立場からの判断を重視して外出・外泊を行ってきた。しかし事故は必ず起こりえるものであり、医療観察法下の外出・外泊にあって実際に事故が生じ、その判断の責任を問われたならば、その後の外出・外泊の許可に医療側としては過度に慎重にならざるを得なくなることも想定される。医療モデルはあくまでも治療的判断が主であり、社会防衛的判断の責任を持ち得るものではないと考えるか、この問題は施設が治療優先の施設になるか保安的色彩の濃い施設になるかの分かれ目ともなる問題を含んでおり、ここでは外出・外泊の実施に関して、医療か医療モデルと司法モデルの両方の立場を持たされているという問題指摘に留めることにする。

次に外出・外泊の開始時期として、外出は回復期からであり、外泊は社会復帰期から開始されると厚労省のガイドラインでは決定されている。慎重さを考慮すれば妥当な線とも言えるか、現在の一般精神医療の

考え方からすれば慎重すぎるようにも思われる。しかし治療プログラムの作成を進める上で便宜上、上記の時期から外出・外泊は開始されることで当研究報告書も見解を統一した。

以上の問題点があることを前提に、医療モデルとしてまず外出・外泊の実施の最低限の条件を以下に挙げた。

- 対象者のリスクアセスメントの徹底
- 多職種チーム全員の一致
- 地域関係者、社会復帰調整官などへの連絡、情報交換
- ・危機介入時の対応の徹底
- ・原則、同伴を付ける
- ・〇〇〇委員会の許可

また実際の実施に当たっては以下のことが考慮される必要がある。

- ・1泊2日か2泊3日程度の短期間から開始する。最長は一週間までとする
- 単発的な試験外出・外泊から定期的でリスクカルな外出・外泊へと治療的意味を持たせ、次第に自由度を上げていく
- ・病棟内に外泊のシミュレーションかてきる場所を設ける
- ・関係者の事前の打つ合わせを十分にす  
対象者も計画作成に参加させ、社会復帰のイメージ形成と自己責任の意識化を図る
- 外出・外泊時の遵守事項を提示する
- ・他害行為の発生、帰院拒否、行方不明などの事故発生時の対応を徹底する
- 過度の慎重さを避ける

以上のような整理となったか、実際に実行する段階になって問題となるのは原則外出・外泊は職員の同伴とした場合、仮に初期の試験外出・外泊期間だけであっても同伴可能な人員を確保できるのかという問題が生じる。特に対象者の外泊先が遠方であ



った場合、同伴の外泊実施は事実上困難になることか予測される。そこで次善の策として、指定入院医療機関では一般公的精神病院などであれば入院先となっても危険性はないと判断されるまでの治療を行い、その後の外泊を伴う本格的な社会復帰訓練は転院先の一般公的精神病院で行うということも想定される。しかしこの考えは現実的ではあり法的にもクリアーできると考えられたか、あまりに安易過ぎる方法であり、今後の司法精神病棟の整備にとって好ましくないという意見が多数を占めた。そこでここでは以上の問題指摘に留めることにする。

#### 4 強制治療実施の考え方

ECT（電気けいれん療法）やデボ剤を使用するに際して、対象者に対してまずインフォームド・コンセントが徹底されるのは、一般精神医療も司法精神医療も同様である（医療観察法下におけるインフォームドコンセントについては黒田の報告書を参照）。問題は同意が得られない場合であるか、患者に同意能力がなければ、一般精神医療では家族の同意により実施されているのか現状であろう。その場合、本来ならば患者の同意能力が厳密に評価されなければならない。医療観察法下の医療では、裁判所の判断で入院処遇となる以上、対象者の同意が得られない場合は、一つは裁判所の許可により実施することか考えられる。ちなみに米国の司法精神医療では、病院内に裁判所があり、注射などの強制治療行為は裁判所の判断で、その是非は別にして、現実に行われている。

医療観察法では、裁判所は入退院の決定と処遇終了の決定に係わるだけになっており、強制治療に関しては係わることになっていない。外出 外泊の問題と同様に、ここでも医療側が強制治療に関する責任を持

たされていることになる。したかつて医療観察法下の強制治療では、その強制治療の必要性に関し、少なくとも客観的な根拠を明らかにしておく必要がある。そのためには状態像評価において、対象者の同意能力も含めてその治療の必要性評価を行い、少なくとも多職種チームによってその治療の実施に関する合意がなされていることか必要となる。次に多職種チームによる合意か、第三者からみてとれたけ客観性と透明性を有しているかということか重要になることから、ここでも何らかの形で〇〇〇委員会を設置し、その許可によって治療を実施するということか必要になる。

ECTの実施については高野、佐藤の報告書を参照のこと。

#### 5 〇〇〇委員会について

厚労省の入院処遇ガイドラインでは、この〇〇〇委員会について以下の5つか挙げられ、それぞれの役割が示されている（いずれも仮称）。

- ・新病棟外部評価委員会，新病棟の運営に関し、外部委員を含めて評価し、運営方針を決定する
- ・新病棟倫理委員会，新病棟の治療内容について評価し、電気けいれん療法等特殊な治療の実施及び重要な処遇について協議する
- ・新病棟緊急時運営会議，重大事故発生時の対応を協議する
- ・新病棟処遇評価会議，各期への移行及び外出・外泊、退院、入院の継続に関する評価、決定を行う  
新病棟治療評価会議，治療の効果を判定するために定期的に対象者の評価を行う

これらの委員会が有効に機能するためには、委員会のメンバーをとどのような構成にするか重要な課題となる。医療関係者た

けてあっては医療モデルだけの判断になってしまい、本来ならばそこには司法モデルと行政モデルによる判断も入る必要がある。またそうでなければ医療だけか前述したように決定の責任を取ることになり、取りきれない責任を負わされることから、人権を守ることも社会の安全を守ることもどちらも中途半端になってしまい、長期的にみると、司法精神医療の健全な発展を阻むことにもなりかねない。

具体的には、委員会の構成メンバーとして外部委員を入れるかどうか、入れるとしたらどのような立場の人を入れるかということか一つは問題となる。厚労省のガイドラインでは、この点について、たとえば新病棟外部評価会議では「外部委員も含めて」と記されているに過ぎないか、責任の在り方も含めて重要な要点と考えられ、具体的には今後の課題としたい。また会議の決定は全員の一致によるか、そうでないかということも重要であり、安易に全員一致といった決定の仕方は、意味のある議論をむしろ阻害することになる。

いずれにしても、医療観察法では外出外泊をはしめとして、多くの点で病院管理者か決定権を持つことになっており、その意味では医療モデルで病棟運営と治療かてきることではあるか、逆にみればそれだけ触法精神障害者の処遇に関し責任を持たされているということでもあり、医療だけか相変わらず全責任を負わされているは、一般精神医療かそうであるように長期的展望は開けてこない。現状の精神医療審査会は期待されている程の実効性を持ちえていないか、少なくとも司法精神医療に関しては医療と司法と行政かどのような役割と責任分担で触法精神障害者の処遇に係わっていくべきかについて、実効性のある機構を創設していく必要がある。

## 6 身体合併症の対応

従来的一般精神医療でも精神障害者の身体合併症対策は問題となることか多かつた。東京都などの一部を除いて、この問題は多くの課題を抱えており、今回は対象者か触法精神障害者であることから、これまで以上の困難か予測される。同一敷地内にある親病院に身体疾患の治療機能かあればかなり問題は解決されるか、現状ではそのような精神病院は極々限られており、基本的には受け皿も含めたシステムの整備を行わなければ、根本的な解決は望めないと考えられる。以下、身体合併症の問題については異田、来住の報告書を参照されたい。

## 7 薬物療法について

医療観察法に特有な薬物療法か存在するわけではないか、評価と説明と同意に基づいて、認知機能を低下させないように投薬するということか、医療観察法下の医療では徹底される。またデポ剤などの使用も強制的に実施する場合は、〇〇〇委員会の許可を必要とするなど、一般精神医療では徹底困難であった治療の標準化か図られる。以下、薬物療法については八田の報告書を参照。

## 8 行動制限について

医療観察法下における医療は、マンパワーか潤沢になることか予想されることから、保護室の頻回の使用といった隔離拘束は一般精神医療よりもむしろ少なくなる可能性か高い。以下、指定入院医療機関における行動制限については吉川の報告書を参照。

## E 通院治療プログラムの作成

触法精神障害者の治療を全体的流れて考えた場合、入院治療もさることながら、実は通院治療もそれに劣らず重要であることか分かる。危機介入時の責任体制、危機介

入時における精神保健福祉法による入院と医療観察法による入院の住み分け、触法精神障害者専門の地域ネットワークの形成、社会復帰施設の必要性、住宅等保証人の確保、就労支援体制など、検討されなければならない事項は多岐に渡るか、いずれも解決は容易ではない。とりあえず今年度は、指定通院医療機関の設定条件とマンパワーの確保、ACTとCPA、それに処遇終了時の状態像について報告する。残りは次年度以降としたい。

#### 1) 指定通院医療機関の設定条件とマンパワーの確保

触法精神障害者の処遇を全体的に考えると、入院処遇に劣らず重要になるのは通院処遇である。新たに社会復帰調整官の関与か加わるにしても、臨床的経験から言えば、指定通院医療機関にはすでに触法精神障害者に対する治療実績と訪問看護その他の人的医療資源がかなりの程度確保されていなければならない。公立病院のとの程度かこの条件を満たしているかは不明だが、少なくとも24条の警察官通報から25条の検察官通報、そして26条の矯正施設の長の通報まで、措置入院を受け入れ治療に当たっている病院か現時点では指定通院医療機関となるのか望ましい。新たな業務が始まることから、当然、指定通院医療機関となった病院はマンパワーの増強をこれまで以上に図らなければならない。しかし今回の場合、指定通院治療の費用は診療報酬で賄われることになっていることから、司法精神医療に特化した診療報酬の枠組みかてきるにしても、それをもってマンパワーの確保を恒久的に図るのは経済的に甚たしく困難である。現状でも各公立病院はPSW、訪問看護師、OT、心理士などのコメディカルのマンパワー不足にあり、赤字か問題となる中で、マンパワーの確保に四苦八苦している。

繰り返し述べてきたように、医療観察法下の医療では、医療、司法、行政のそれぞれかそれぞれの責任を果たすのか重要であり、治療の中味の責任は医療か分担するにしても、診療報酬という赤字が問題となる経営モデルで指定通院医療の運用責任を医療側だけに求めるのは甚たしくおかしなことである。診療報酬というのは、他科との力関係で決められるということがあり、いくら特殊化してその部分を調整しても限界があるのは明らかである。対象者の再発・再犯予防に関し、それでは医療への丸投げということにもなりかねない。責任と費用負担というのは表裏一体の関係にあり、一番肝腎なところで、司法と行政は責任を逃れていると言わざるを得ない。本来ならば、国か全責任をもって触法精神障害者専門の地域支援センターを設置すへきてあり、実際、欧米各国は程度の差はあれ、そのようなシステム構築をしている。

2) ACTについては野口の報告書を参照

3) CPAについては平林の報告書を参照

4) 医療観察法における処遇終了時の状態像  
とこのような状態になれば医療観察法における処遇の終了を考えるかは、いわば最終的な治療目標でもあり、とりあえず居住様式、精神症状、遵法精神、コンプライアンス、依存性、人間関係、生活の7つに分けて列挙した。

#### ①居住様式

家族同居

・ 単身アパート

共同住居

グループホーム

福祉ホーム

その他の施設

ほとんどの事例は、その障害の程度と家族状況により、最終的にこれらのうちのいずれかの居住様式を取ることになる。との

様式になるにしても、日常生活能力と社会生活能力の回復・安定により選択した居住様式での生活が確定されていることが重要となる。

## ②精神症状

- ・睡眠リズムが安定し、基本的な生活リズムが確立している  
幻覚妄想の消失、または現実との距離を安定して保てる  
日常生活一般に誇大性や空想性、自己肥大化がなく現実の在り様に則して行動できる
- ・精神症状の変化や生活一般の困難などに関して、危機状況の認識ができて、言語化して関係者に伝えられる

## ③遵法精神

- 社会的常識を理解して行動できる。自己中心的正義感によって価値判断したり行動化しない
- ・一般社会通念を尊重し、他者への迷惑行為や法に反した行為をしない

## ④コンプライアンス

- 服薬内容が対象者にとってよくマッチしていると理解され、頻回の内容変更の要求がない  
自己判断による服薬中断や減薬がない
- ・治療者からみても処方内容が対象者の状態に見合っていると判断される
- ・通院の不規則化や中断がない  
訪問看護や福祉的援助に対して、支えられている助かっているという感謝の態度が見られる

## ⑤依存性

- ・覚醒剤 シンナーなどの違法薬物に対する依存関係が改善しており、使用の事実が認められない

- ・アルコールは使用することはあっても依存状態にはない

## ⑥人間関係

- 家族との関係改善がなされており、家族間のトラブルや葛藤がなく、適度な交流性と援助関係が成立している
- ・適切な友人が対象として選ばれ、良質な交友関係が安定して存在する  
悪い人とは付き合わないという言葉の意味が理解できる
- ・治療者との信頼関係が確立している
- ・人間関係の根幹に敵意や怨念が認められない

## ⑦生活

- ・身辺処理などのセルフケアが確立している
- ・睡眠時間、一日の過ごし方、余暇の過ごし方、外出、社会資源の利用など生活の在り様が確立し安定している
- ・地域社会における居場所が安定している  
作業所、授産施設、デイケア、就労など何らかの形で社会参加が継続して実現している
- 生活技術が確立しており、食事作り、掃除、金銭管理、買い物、社会的手続きなど援助を受けながらも安定してできる
- ・金銭の貸借、消費者金融からの身勝手な借り入れなど金銭に関するトラブルがない  
援助や支援を否定的感情なく受け入れられる
- ・生活を楽しむ余裕がある  
援助は受けても、自発的定期的に通院するなど身体自己管理ができてくる

以上、7つの点から整理したか、共通評価項目との関係、ICFとどのように評価するかなどは次年度の課題となる。