

通院医療における心理療法

研究協力者 山本哲裕 国立病院機構東尾張病院

1 はじめに

指定通院医療機関運営ガイドラインには、「指定通院医療機関内の多職種チームにより、通院対象者毎に個別の治療計画を作成し、各職種が連携を図りながら医療を提供する」ことになっている。通院処遇の終了のためには、様々な問題を前向きに解決する意欲や他害行為を認識し自ら防止できる力を獲得し、被害者に対する共感性を養う必要がある。そのため、通院処遇において臨床心理技術者に求められる役割は大きい。

しかし法が施行されてまだ間もない時期であり、医療観察法の意義や各職種の治療イメージを明確に持っている医療機関がどれだけ存在するかは疑問であり、通院医療の準備が不十分であることは否めない。医療観察法が施行された結果、入院による医療を経ず最初から通院医療が開始されるケースは多く、今後指定通院医療機関や関係機関において準備が進まないまま処遇が開始される可能性がある。通院処遇の開始は開始命令が出された即日になる事から、早急に各関係機関は前もって準備する必要があるのだが、通院処遇ガイドラインからは治療のアウトラインは読み取れるものの実際の治療において各職種に何が求められ、どのような治療を行えばいいかイメージしにくい。

本稿では、医療観察法における入院処遇での臨床心理技術者の役割を整理した後、通院処遇における心理療法と求められる役割を考察する。最後に臨床心理技術者の現状と問題を検討し、今後の課題と提案を試みたい。

2 医療観察法における臨床心理技術者の役割

入院処遇ガイドラインにはステージ毎に各職種の業務の概要が示されており、心理業務も同様である。一方、通院処遇ガイドラインにも入院と同様に他職種チーム会議で治療計画を作成し医療を提供する事が謳われているが、各職種の業務の概要までは言及されていない。それは通院処遇という指定病院以外の機関や施設がケアする枠が広い治療構造だからと考えられる。そこで医療観察法ガイドラインにおける入院医療での臨床心理技術者の役割から整理する事にする。

・入院処遇ガイドラインにおける臨床心理技術者の役割

医療観察法における治療は、共通評価項目を用いて評価を行い治療の方向性や判断を検証する事になっている。そしてその評価と治療アプローチは多職種合同で行う事に重要な意味を持つ。従って臨床心理技術者は臨床心理学という理論背景を持った職種として治療評価会議に参加し、治療を計画し実行する事に根本的な意味を持つ。

医療観察法下で行われる治療は強制的な医療であるが故に、動機付けから治療は開始される。入院による医療から開始される場合は、病棟というかなりはっきりとした枠の中で治療が開始される為、対象者とじっくりと向き合いながら治療への動機を高める事ができる。本人のニードと強制医療との間を埋める役割として臨床心理学的アプローチは力を発揮する事ができる。

その治療への動機付けの一端を担い、治療の方向性を決定付ける重要な役割として心理アセスメントがある。心理アセスメントは疾病の特徴だけでなく、対象行為にいたった心理過程や対象者の心理的脆弱性判定し治療の方向性を決定する為に重要な意味を持つ。その方法論は従来の精神科医療におけるものと変わりはない。変わるとするならば、アセスメントした結果が多職種すべてに共有され各職種のマネジメントに大きく反映されるという点にある。従って各職種に理解される言語と内容でまとめられなくてはならない。

また症状の改善だけでなく、同様の他害行為の再発を防止するためには対象行為への内省を促し、さらに対象行為に二度と至らないように衝動コントロールを高めることや歪んだ認知を適切に捉える事ができるように社会復帰阻害要因を減らすマネジメントを行うのも臨床心理技術者の重要な役割である。

退院後に対象者を支えることになる家族へのアプローチも重要な課題である。対象行為に対する家族の心のケアを始め、疾病に対する理解、対象者への関わり方や環境を整えるために臨床心理技術者は精神保健福祉士や社会復帰調整官と連帯し援助にあたる。

3 通院処遇における臨床心理技術者の心理療法

通院処遇の開始は、入院を経て通院処遇が開始される場合と入院を経ず通院処遇が開始される場合と二通り考えられる。対象行為に対する内省や治療への取り組みは、入院処遇を経ていればある程度の治療効果が得られているはずだが、入院処遇を経ず通院が開始される場合は一から始めなければならない事がほとんどであろう。

そこで、この章では入院処遇を終了し通院処遇が開始される場合と入院を経ず通院処遇が開始される場合と分け、2章を参考に心理療法の流れを考察する。さらに通院処遇における臨床心理技術者役割としてどのような業務が考えられるか検討を加える。

(1) 入院処遇を終了し通院処遇が開始される場合

入院治療により症状の安定と対象行為の内省及び社会復帰阻害要因を下げる治療に一定の効果が見られ、通院医療での管理下であれば同様の他害行為の再発を防止できると考えられれば通院処遇に切り替えられる。入院を経て通院処遇が開始される場合は、入院中に治療への動機付けは成されており、治療効果も現れているはずなので、入院中に積み上げられた治療成果を通院でも継続的に発揮する事が目標になる。従って通院での臨床心理技術者業務は、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事から始まる。また、退院後数ヶ月の予定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が必要か考えているか把握をする。退院前に作成されたクライシスプランが実際機能しうるプランになっているかアセスメントする事は、通院が始まった初期段階で行う必要がある。通院治療機関においても MDT の一員として対象者に関わり、対象者と各機関が一堂に会するケア会議で意見を調整しニーズに合わせた援助を行うことも入院と同様である。その中で臨床心理技術者は臨床心理学をバックボーンに持った専門家として参加するのである。

通院は前期・中期・後期とステージが分かれており、ステージ別で臨床心理技術者の役割も変化する。通院前期は関係作りから始まると同時に、新しく始まった新生活のケアに注目しなくてはならない。元々生活していた住居に戻る対象者もいるだろうが、対象行為を背負って生きていくには簡単に以前と同じような生活にならない事は予想できる。また、

元居た住居に帰る事ができず新たな環境で生活を始める対象者には、生活のリズムを形成するまでに時間がかかるであろう。そういった新たなストレスが生じやすい前期ステージでは、新しい環境でもやっていけるという自己効力感に臨床心理技術者は関わる事が重要である。逆に生活リズムが崩れ再発が懸念される状況が予想される場合には、入院治療で成された心理社会教育やストレス対処法など用いて再発を避ける援助を行うと同時に、他職種で行う再発や他害のリスクアセスメントに加わる。

中期になれば治療関係も構築され生活も安定してくる事により、社会活動へ参加し定着していくことが目標になる。作業所などの社会復帰施設で活動する中で、入院で培ったスキルを活用し、また新たな問題が出現すれば新たな対処方法を獲得し実施する為に、臨床心理技術者が援助する場面は多いと考えられる。

後期では一般医療に移行するための最終調整の段階である。医療観察法における手厚い医療に対し、現状の一般医療は非常に手薄で対象者が不安を抱える可能性がある。“自分らしい生活”を送るための援助を臨床心理技術者は行う。

(2) 入院を経ず通院処遇が開始される場合

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事であることは十分予想される。入院という枠組みの中では時間をかけた綿密なオリエンテーションが可能であるが、通院というゆるい枠組みの中では慎重に対象者と関わる必要がある。特に精神医療機関に初めて通院する者にとってその敷居は高く、強い憤りと不安や恐れを持つ可能性が高い。したがって通院処遇から開始される対象者に対し、臨床心理技術者は対象者が抱える感情に寄り添うことから始まる。対象者の今の気持ちを取り上げず通院の義務と必要性を最初から説くことは対象者の動機付けを低め、対象者対治療者というパワーゲームにはまるだけである。そういった状況に陥らないために“変化の段階”という理論を用いて対象者の治療に対するプロセスを理解すると有効である。これは1980年代に提唱されたトランスセオレティカル・モデルの中核的概念で、特定の行動がどのように始まり、変化し停止するかを理解するための基本的枠組になる。このモデルに従い、入院医療を経ず通院医療が開始される場合の心理療法を考える。

通院前期では、動機付けがほとんど成されないまま処遇が開始されるケースが多いと考えられる。変化の段階で言う「前考慮段階」がここにあたる。そういった場合、治療意欲は無く、変化に対する動機付け無い。従ってここでは行動変化に焦点をあてても逆効果であり、必要なのは変化への動機付けである。変化への抵抗があっても共に転がる態度で共感し信頼関係を作る。また変化しない事のメリットを傾聴しつつも、どこかにギャップがないか探る。面接の中で変化する事・しない事のメリット・デメリットを分析すると、さらにギャップが明確化され動機付けにつながる。

こういった面接が進むと対象者は変化することについて考え始める。変化の段階で言う「考慮段階」である。考える材料として問題に関係する情報を対象者は求め始める。臨床心理技術者は対象者から発せられるサインを見落とし介入するチャンスを失ってはならない。必要な介入は、問題行動に関する適切な情報を提供し、問題意識を高めることと、自分と環境についての見直しを促進することである。例えば初期の心理社会教育や様々なアセスメントを行い、その結果を対象者に提示することがギャップの明確化の助けになる。

通院前期における対象行為の内省は、信頼と動機付けの確立を考えると確認程度でもよいと思われるが、治療者側がきちんと把握していると対象者に伝わっている事は今後の治療の流れの上で重要である。

変化の段階で言う「準備段階」から「実行段階」は、通院処遇での中期にあてはまると考えられる。中期には限定的であるが社会活動の参加が目標になる。考慮段階で洗い出された問題の解決や対処法、ソーシャルスキルの獲得の為に具体的な治療プログラムに焦点をあてる。ここでは、身近な資源を確認したり過去の成功例を提示する事で“できる”という見込み感を強め動機を高める事が重要である。また、通院初期と現在の違いをモニタリングする事も自己効力感と動機付けを高める事を助ける。

治療プログラムのプランが作成できれば実践である。本人のニーズと能力に合わせたプログラムの実行、それにともなっていくモニタリングが正確にできていれば、徐々に行動が変化し自己効力感が強まる。具体的には、認知行動療法をベースに問題解決技法やアサーショントレーニング、アンガーマネジメントなど様々な技法を用いて援助に当たる。

また、治療プログラムの準備段階や社会参加が広がっていく中で、新たな問題が必ず生じる。そういった問題が、対象行為と関連される場合に内省を深めると、同様の行為の再発を防ぐための次の一手に何が必要か考える作業につながりやすい。

通院後期は、地域社会への参加を促進・拡大し、最終的に一般医療へ移行する事が目標になる。変化の段階で言う「維持段階」である。達成した変化の維持に努め逆戻りや再発回避のために注意を払う。変化した行動の維持のために自己効力感を確認し、獲得した新しいライフスタイルの維持を援助する。また入院を経た通院と同様に、一般医療へ移行するための援助を行う。

なお、変化に対する失敗や再発は、変化の段階において“失敗”とみなされず、必ず起こりうるものと考えられている。避けるべきは失敗や再発した事ではなく、それを放置し以前のネガティブな行動パターンに陥ってしまう事である。失敗や再発は次の変化のための材料であり貴重な学習の機会と考え、維持段階へ戻る事ができるように実行段階で再発予防のための準備をすることでドロップアウトを阻止する事が重要である。

(3) 通院で臨床心理技術者に求められる役割

① 個人心理療法

精神障害だけでなく他害行為を背負って生きていかななくてはならない対象者は、自尊感情や自己効力感が非常に低いことが予想される。さらに、処遇そのものが受け入れられず拒否的な態度で治療が始まる事の方が多い事も考えられる。重大な他害行為というものが治療に関わっている以上、非常にデリケートな問題を抱えているため治療全般に渡って従来からあるような個人心理療法が基本になる。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事が、結局治療や内省洞察に結びついていくと考えられる。

病状が落ち着き、時間が経つにつれ対象行為に対する後悔や自責の念が自然に強まる事も考えられる。場合によってはフラッシュバックといった PTSD 様の症状も出現する場合もあり、臨床心理技術者は心のケアにあたり自傷行為に至らないようアセスメントを行い細心の注意を払う。

また、幻聴や妄想などの陽性症状に対応し、対人関係スキルを向上し、服薬の重要性を知り、同様の他害行為を防ぐためには認知的介入技法が必要不可欠である。介入による効果を実証されていることに加え、本人にとって非常に苦しく他人には理解しにくい陽性症状と向き合っていくには、対象者が持っている実体の知れないものを治療者が面と向かって治療するというスタイルよりも、認知というメカニズムを使って対象者と共に検討するというやや距離を持ったこの治療技法の方が対象者はもちろん治療者にとっても比較的向き合いやすい技法と考えられる。また、アンガーマネジメントやアサーショントレーニング、問題解決技法など認知行動療法をベースにした各種技法を用いて、対人スキルやストレス対処法、対象行為を始めとした問題行動の回避方法などを入院処遇中に対象者は学び通院中に実践する必要があることから、通院処遇で関わる臨床心理技術者もそういった技法に精通し実践できる状態ではなならない。

②心理アセスメント

入院と同様に通院治療でも共通評価項目は社会復帰要因をアセスメントし治療をマネジメントしていく根幹になる。そこに人格や行動といった面からの視点を加えた評価ができるのが臨床心理技術者である。従って、疾病に関するアセスメント以外に発達や人格、行動のアセスメントまで熟知している事が必要である。

③集団療法

二者関係では生じにくい認知の変化を促し、現実社会に近い世界を体験するためにも集団療法は有効である。入院施設では同じ処遇の患者で集団を形成する事が可能だが、通院で同じ処遇の患者で集団を形成する事は、人数と場所を確保することを考えると現実的に難しいと思われる。また、通院という比較的枠のゆるい処遇でわざわざ同じ処遇の者を集めて集団化する意味は、社会復帰を目標とする点からも薄いと考えられる。従って、デイケアや外来作業療法のプログラムの中に参加していく事が現実的と考えられる。なお、こういった形の参加の場合、対象行為や自分の処遇について周囲に知られないようにする事は当然だが、本人から話したいという希望が生じる事も考えられる。そういった場合に備え、本人も交えた綿密なオリエンテーションは必須である。

また、他害行為を内省し同様の行為を防ぐ事を目的とする様なグループであれば、自助グループとしての機能も持ち得るので同じ処遇者を集める事に大きな意味を持つ。しかし、入院のように24時間対象者と関わる事ができない通院処遇者に対し、集団で内省グループを運営していくのは、強い治療関係が構築され構造化された運営システムが作られていないと非常に難しいと考えられる。

④家族への関わり

対象者を支える家族や身近な人達に対し、治療を継続し、病気の理解や本人との関わり方を考え、生活状態を改善していくためには、家族への援助は必要不可欠である。対象行為から時間経過も間もない通院前期では家族も非常に不安を強く持っている状態であり、被害者が家族であったり近隣の住民であったりする場合は、家族は対象者に対し複雑な感情を持つことが予想される。従って、初期の対応として情緒的サポートが重要になる。低められた自己効力感を高め、家族が安心してやっていけるという感覚を取り戻す援助が必要になるのである。そういった家族面接の中で家族内の病理が浮き彫りになり、問題点が見えてきた時点で家族への心理社会教育やコミュニケーションスキルを高めるプログラム

を導入すべきであろう。また、心理的な問題だけでなく経済的な負担や環境などの問題を抱えているならば、病院内の MDT 会議やケア会議へ橋渡しする役目も果たす必要がある。対象行為は対象者自身のみの問題ではなく、家族や周囲の問題として顕在化した出来事として捉えた方が理解しやすく、治療や処遇が進みやすいと考えられる。

4 臨床心理技術者の現状と課題

入院を経て通院処遇が始まる場合、入院で行われてきた治療を把握し通院でも生かしていくためには、通院でも同じ担当者が関わる事がベターである。しかし指定入院施設は少なく、入院と同じ施設で通院処遇が開始されるケースの方が稀である事が予想される。従って、入院から通院への情報交換が非常に重要になる。入院における社会復帰期は平均 6 ヶ月間と予想される事から、この間に退院後関わる各施設と連絡を密に取り情報交換する事が必要になる。従って、精神保健福祉士や社会復帰調整官と連携し指定入院医療機関側から積極的に橋渡しする事が重要であると考えられる。そのために事前協議の場や情報提供の方法などあらかじめ準備が必要である。

指定入院医療機関 33 床の病棟で 3 名の常勤臨床心理技術者が業務を遂行するにあたっては、事前研修に出向き入念に準備を行うことで援助の質を保つよう努力している。しかし全国の通院施設に指定された医療機関で同様の臨床心理技術者の援助の質が担保されるかは疑問である。厚生省による保健医療局国立病院部政策医療課国立病院・療養所共同基盤研究の平成 10 年及び 11 年度の「医療における心理療法有用性に関する研修報告書」によると、アンケート調査に協力した当時の国立医療機関の内、臨床心理技術者（心理療法士）が在籍する施設の半数以上が非常勤勤務となっていた。また、常勤心理士の在籍は 1 名が一番多く、業務内容も心理テストや心理療法以外にデイケアプログラムや病院付設の学校での講義など多岐に渡る事が報告されている。5 年以上前の古い調査とは言え、私立病院も含めたすべての医療観察法指定通院施設で臨床心理技術者が常勤勤務している状況に変化したとは考えにくい。また、いつ開始されるかわからない通院処遇の対象者のために、あらかじめ研修や入念な準備に取り組んでいる施設は少ない事が予想される。非常にデリケートな情報管理と治療にあたらねばならないこの通院治療で、全国の指定入院・通院医療機関が同様の質を持った医療や援助を提供できるが非常に疑問である。施設によって提供されるサービスに差が生じる事はあってはならない事なのだが、現状は難しいであろう。従って、提供されるサービスの質を担保する為には、指定入院医療機関同様に通院でも常勤の臨床心理技術者の確保は絶対である。

また、提供される治療プログラムの内容に質の差が生じる事も考えられる。認知行動療法を始め、アンガーマネジメントやアサーショントレーニングといった技法は一朝一夕で手に入るものではない。こういった技術や情報の交換をする場も、地域によって大きな差がある。従って医療観察法に従事する臨床心理技術者に対し定期的な研修システムを導入する必要性があり、意見交換の場となるネットワーク作りも重要である。

さらに、臨床心理技術者による心理療法や心理テストの保険点数化は未だ成されていない。入院処遇の場合は包括になっている為に問題は表面化されないが、通院処遇の場合、臨床心理技術者の行ったアセスメントや治療は保険点数にほとんど反映されない。そのため臨床心理技術者の役割は軽視され、配置にも大きな影響を与える恐れがある。心理職の

国家資格化問題と大きく関わる話で今後しばらく動向が変わる事は予想されないことから、入院処遇と同様に通院処遇でも臨床心理技術者の常勤確保について何らかの形で明記されるべきである。

5 おわりに

これまで述べたアセスメントや治療マネジメントといった役割は、MDTやCPAで治療共同体の一員である臨床心理技術者として発言できる事を前提に話を進めている。日本の医療現場で対象者と向き合う治療者の一人として主張する事ができる環境にある臨床心理技術者は、実は少ないかもしれない。しかし、先行する施設での実績と経験を重ねる事によって状況は少しずつ変化するはずである。先行施設における臨床心理技術者が負う役割は、医療観察法における心理職の役割だけでなく心理職の今後の行く末まで担う役割を持ち、非常に大きい。

参考文献

- 1) 平成 17 年度 司法精神医療等人材養成研修会教材集, (財) 精神・神経科学振興財団
- 2) 藤岡淳子: 臨床心理学キーワード. 臨床心理学, Vol.5, No.5, 723-725, 2005
- 3) 樋口進、他: 全国国立医療機関における心理療法士在籍施設への調査、心理療法士の処遇について、心理療法士の業務実績について. 平成 11 年度厚生省保健医療局国立病院部政策医療課国立病院・療養所共同基盤研究「医療における心理療法の有用性に関する研究報告書」, 1999

デイケアの現状と通院医療におけるデイケアのあり方

—医療観察法の対象者をデイケアで受け入れるにあたり問題となることについて—

研究協力者 奥平謙一 神奈川県立精神医療センター芹香病院

はじめに

精神科デイケアは、精神障害者の社会生活機能の回復を目的として、入院中の患者以外(通常は外来通院患者)に対して行う精神科リハビリテーション治療である。レクリエーション療法、作業療法、心理教育などのプログラムを含み、社会復帰を目的にして行う集団療法である。その実施時間は、日中の6時間で、通常午前3時間、午後3時間のプログラムを組んでいる。

現在、デイケアは、精神科リハビリテーション治療の中心的存在である。再発、再入院の防止を主な目的とするだけでなく、デイケアに通うことによって、病状を改善し、人格の成長を促し、社会復帰に結びつけようとする方向性を有している。そして、医療観察法の通院医療が対象者の精神症状の再燃と他害行為の再発を防ぎ、さらに対象者の社会復帰を目指している理念を考えると、精神科デイケアは医療観察法通院医療の重要な役割を果たすべきであると考えられる。

A. デイケアの現状

1. デイケアスタッフのマンパワーの問題

現在のデイケアの施設基準では、大規模デイケアは、患者50人に対して作業療法士、看護師、精神保健福祉士、臨床心理技術者等の専従職員3名と兼任の精神科医師を含めて4名で行われている。上記4名の従事者に加えて、更に精神科医師1名、その他の職員1名の計6名で患者70人まで受け入れられる。小規模デイケアは、患者30人に対して専従職員2名に兼任の精神科医師を含めて3名と決められている。数十名の患者を対象にグループ治療をおこなっているため、プログラム時間中は、個人面接などの個人的な対応ができず、それぞれの患者に十分目が届かないのが現状である。個人面接や記録記載はプログラム終了後になんとか時間をとっておこなっていると各医療機関のデイケア担当者(スタッフ)は語っている。

2. 危機管理の問題

デイケア参加中の患者(特に男性患者)が興奮したり、暴力をふるったりした場合に、デイケアスタッフだけで対応できない場合がある。退院したばかりの不安定な患者や幻覚妄想が続いていたり再発を繰り返したりする患者もデイケア参加者には多い。そのため、被害妄想や感情不安定から興奮、暴力にいたる患者がいるが、デイケア担当者だけでは迅速に危機対応ができないことがある。

<当院の現状>

現在のデイケアでは、男性患者が多い中で、スタッフが女性ばかりであるという問題を日頃から感じている。ある患者が精神的に不安定になった時、周囲にあまり影響がない場合はよいが、対人暴力に及ぶことがまれにある。今は女性スタッフ4人で概ね対処してい

るが、他の男性患者が興奮している患者に抱きついて押さえてくれることも過去にはあった。一方で女性スタッフだけであることが、職員への暴力を少なくするという一種の抑止力になっている面もあると思われるが、危機状況の時は救急病棟の男性スタッフに応援を頼むことができるように取り決めており、実際の応援依頼も昨年、一昨年と1件ずつ発生している。

3. 暴力行為や問題行動があったメンバーへの対処

多くのデイケア施設では、デイケアメンバー（患者）に暴力ないしセクハラなどの性的逸脱行動、盗み、たかりなどの迷惑行為があった場合はデイケア参加を断る旨、デイケア開始時に告げている。最初にメンバーに説明して規則を明確にするとともに、そのような規則があることによる抑止効果も期待している。現状はやむを得ず排除することによって、デイケアの治療環境を維持している施設が多いと思われる。

4. デイケア参加開始の原則

多くの施設では、消極的であっても患者本人の希望と家族の希望でデイケアを開始している。したがって、本人がどうしても参加したくないと言った場合は、主治医、家族と相談しデイケア参加は見合わせることになる。デイケア参加を開始した後も、参加回数が極端に少なかったり、欠席が続いたりした場合は、患者本人、家族、主治医と相談し病状も考慮して対策を検討する。しかし、数ヶ月間にわたって本人が参加できないか、参加したくないという状況の場合、デイケアは中止をしている

<当院でのデイケア参加開始前の手続き>

- ①主治医からの指示により、デイケア会議で対象患者がデイケアの適応か検討する。
- ②デイケア開始前に見学や面接を行っている。
- ③デイケア会議で、参加希望者のデイケア参加の適否、開始日、参加日数などを主治医とともに再度検討し、参加開始を決定している。

5. デイケア患者の訪問看護

デイケア患者の訪問看護には、デイケア担当者が加わることが効果的であるが、現状ではスタッフの業務量が多いため、患者数や訪問回数に関しては十分対応できていない医療機関が多いと考えられる。

<当院の現状>

外来の訪問看護スタッフとデイケア担当者が一緒に患者宅を訪問しているが、患者数、訪問回数ともまだ十分とはいえない状況にある。

B. 通院対象者のデイケア参加の問題点

1. デイケアスタッフのマンパワーの問題

医療観察法の通院対象者に関しては、個別的で細かな注意や対応、状況把握、記録が必要となるが、デイケアスタッフは、プログラムの遂行に追われているので、対象者だけに特別の注意を払い行動を把握するほどの余裕が持てるかどうかの問題である。対象者にそれだけの労力をかけるマンパワーが不足しているのが現状ではないだろうか。

2. 危機管理の問題

医療観察法対象者は重大な他害行為を起こした経緯があることから、デイケア参加中に急な病状悪化などで暴力行為や迷惑行為に及ぶ可能性も考えられる。他害行為をおこさな

いための予防対策と現実におきた場合の対処方法を検討しておくことが大切である。一方、対象者が自殺や自傷行為に及び可能性についても常に念頭に置いておくべきであろう。これらの他害行為や自殺・自傷行為について、デイケアとしての具体的マニュアルを作っておく必要がある。

デイケアプログラムでは、病院外の施設を見学に行ったり、遠くへ出かけたりすることもある。病院外では他害行為などが起きたときに迅速に対応できない恐れがあるので、病院外でのデイケアプログラムへの参加をどうするのか検討が必要である。

<当院での問題>

対象者が不安定になった時には、対人暴力や器物破壊など攻撃性が外に向けられるおそれと考えられるが、その一方治療の進展により洞察が深まることで自責感が生じ、自傷、自殺などが引き起こされる可能性も想定される。デイケアでは家庭での日常生活と同様に、はさみなどは引き出しに収納され容易に持ち出せるようになっているが、プログラムを担当しない時のスタッフは、事務処理や個別面接に追われて事故防止の注意が行き届いていないのが現状である。プログラムに参加できない患者への対応もしなければならず、デイケア内を巡回することが必要でも充分に対応できているとは言い難い。また昼休みは、担当スタッフが一人で全体をみており、日によっては個人面接に対応しなければならず、目が届かないこともある。対象者がデイケアに参加している時は、よりきめ細やかな観察や対応が必要と考えられるが、現在の女性スタッフ4人では対処しきれないのではないかと懸念される。

3. 対象者に暴力行為や問題行動があった場合のデイケア参加

対象者が暴力ないしセクハラなどの性的逸脱行動、盗み、たかりなどの迷惑行為をおこなった場合に、デイケア参加を中止するのか、それでもデイケアを続けるのかが問題となる。一般患者がデイケア内で暴力などの問題行動をした場合は、通常、デイケア参加を中止する。それが病状悪化に基づく場合は、入院するか、病状が改善するまでデイケア参加を中断する。これは対象者の場合も同様であり、ケア会議や個別治療計画書で決めてあるからといって強行しなければならないものではない。臨時の多職種チーム会議等で対応を検討することになる。

4. 必ずしも本人の希望によるデイケア参加でない場合の問題

医療観察法の医療も基本的には説明と同意に基づいて行われるものである。デイケアへの参加も本人の同意を得て開始されることになっているが、途中で気が変わったり、人間関係などで厭な思いをしたりすれば参加を拒むようになる場合もあるだろう。そのような場合の参加継続についてどのように考えるか検討しておく必要がある。

5. デイケア参加前の通常の手続きの問題

通常患者では、デイケア参加を決める前には、デイケアスタッフが当然面接をする訳であるが、保護観察所の主催するケア会議には、医療観察担当者と主治医しか参加できない場合も多いと思われる。開始前には、デイケアの適応かどうか、デイケアスタッフが患者に直接面接する必要がある。また、対象者のデイケア参加前の見学、面接、デイケアスタッフ会議などの通常の手続きを行う時間的余裕がない可能性がある点も問題である。

6. 対象者の訪問看護とデイケアの関係

対象者の訪問看護に、デイケアスタッフも参加したほうが良いと考えられるが、現状で

もデイケア患者の訪問看護に十分対応できていないので、デイケアスタッフがどれほど時間をさけるかという問題もある。

7. 対象者の個人情報の問題

対象者の個人情報について、どこまで他のデイケアメンバーに伝えるのか、対象者本人を含めて確認する必要がある。基本的には不必要な個人情報を伝えることはないわけであるが、本人が秘密を抱えて苦しむことのないよう精神的な支持が必要になる場合もあるかもしれない。また本人の同意を得て一部の情報を伝える場合には、他のメンバーにいつ、どこまで、どのように伝えるかを検討する必要がある。

<当院での問題>

統合失調症の患者さんは往々にして自分のことでも、他人のことでもプライバシーを守れない人が多い。対象者や他のメンバーが余計な不安を持たないように、それぞれにプライバシーを守るような指導が必要と考えられる。

C. 通院対象者のデイケア受け入れの対策

1. デイケアスタッフの増員

従来のメンバーに加えて対象者をデイケアに受け入れる場合、スタッフの増員が必要である。対象者に対しては、デイケアプログラム参加中の様子を細かく観察することに加えて、個人面接、心理教育、心理療法なども必要である。したがって、一般のデイケアメンバーに対するよりはスタッフのマンパワーが必要である。しかし、医療観察法対象者が一気に多数になるわけではないので、対象者が実際にデイケアに参加してから、徐々にマンパワーの充実をはかることで対処できると考えられる。

<当院の場合>

対象者本人や他のデイケアメンバーの安全を確保し、より良い治療環境にするためにも男性スタッフ2名の増員が必要である。できれば医学的知識及びリハビリの観点から看護師、作業療法士が望ましい。対象者が10名を越えるまでには、デイケアスタッフの増員が必要であると考えられる。

2. 危機管理

対象者の受け入れにあたり、危機対応のマニュアルを作成し、デイケアスタッフ全員で確認しておく必要がある。緊急時に応援を要請する救急病棟の看護スタッフとも、事前に連絡方法や応援態勢を相談しておく必要がある。

3. 暴力などへの対応とデイケアでの規則、約束事の確認

暴力行為や攻撃性への対応の仕方を学ぶ必要がある。興奮しているメンバーに不用意に近づかない、ひとりで対応しないなどの初歩的なことから更に高度で専門的な学習も必要である。医療観察法の対象者であっても暴力や著しい迷惑行為があった場合は、デイケア参加中止の原則はそのまま適応することを対象者と確認することが、治療効果を上げるためにも有用であると考えられる。

また、対象者の病院外プログラムへの参加は、当初は見合わせ、デイケア参加後の対象者の様子、症状を見極めた後に、各々の経過に基づいて病院外プログラムの参加を進める。医療観察法対象者への対応の原則を決めるとともに、対象者毎の対応を組み合わせることにより、問題行動の予防と対処法を有効なものに出来ると考える。

4. デイケア開始時の本人同意

医療観察法通院医療の治療方針（処遇の実施計画、個別治療計画）でデイケアに参加する場合、デイケアを開始する前に本人に良く説明し、本人の同意を書面でもらうことは他のメンバーの場合と同様である。そうすることが参加の動機付けに有効であると思われる。また途中でデイケア参加を拒むようになった場合、デイケア会議や多職種チーム会議等で本人を交えてよく話し合い、以後の参加継続について結論を出すことになる。

5. デイケア開始前の手続き

通院処遇を決めるケア会議や多職種チーム会議で、あらかじめデイケアでの目標や具体的な治療方針を確認する必要がある。またデイケアの見学やデイケア開始時面接を行う時間的余裕が乏しいことも多いだろうが、何とか時間の工面をして短時間でも実施することが大切である。

6. 対象者の訪問看護とデイケアの関係

対象者の訪問看護は訪問看護スタッフが中心になって対応するが、デイケア担当者もマンパワーを考慮しながら必要な場合には一緒に訪問看護に参加することは効果があると考えられる。

7. 対象者の個人情報の保護

対象者本人の意志も考慮するが、医療観察法対象者であることや過去の経緯は、原則として他のデイケア患者には伝えないほうが良いと考えられる。デイケア参加後も通院対象者のプライバシーに注意を払うと共に、他の患者の不安などにも気を配ることが大切である。

D. 実際にデイケアに対象者を受け入れた当院の現在の状況について

平成18年2月までに、当院では2名の医療観察法通院対象者を受け入れ、いずれもデイケアに当初から参加している。鑑定入院から直接通院処遇になったため、時間的余裕はなかったが、多職種チーム会議でデイケア参加の日程、回数などを検討した。通院医療の個別治療計画書を主治医が患者に説明する時にも、デイケア担当者が同席しデイケアの内容、日程などを説明した。2人とも自宅から当院までの距離が遠かったため、週1回のデイケア参加からスタートした。その後1名は週2回に回数を増やした。両者ともデイケア担当者との人間関係もでき、現在まで問題行動は起きていない。2人が医療観察法の対象者であることや過去の経緯は他のデイケア患者には全く話しておらず、本人達も秘密にしていることを負担に感じていない状況である。現在のところ、他のデイケアメンバーは2人の過去の経緯にまったく気づいていない。

現在、2人の訪問看護には訪問看護スタッフのみで行っており、デイケア担当者は同行していないが、今後必要な場合には、同行も検討する方針である。

2名とも病状が安定し他害行為の重大性がやや低いこともあるが、現在までのところ対象者のデイケア治療は順調である。今後対象患者が増えるにしたがって、問題も出てくると思われるが、ケア会議、多職種チーム会議で慎重に検討することで対処可能であると考えている。

訪問看護の現状と通院処遇における訪問看護のあり方

研究協力者 安井 弘美 大阪府立精神医療センター

指定通院医療機関における通院処遇の目標・理念のひとつにノーマライゼーションの観点も踏まえた対象者の社会復帰の早期実現が掲げられており、訪問看護など対象者の地域での生活支援は重要な役割を担っていると言える。現在の触法精神障害者への訪問看護の現状を踏まえた上で、今回、医療観察法にもとづき訪問看護を実施する上で早急に整備しなければならないこと、考えられる課題を以下のようにまとめた。

1. マンパワーの確保

専従の多職種チームあるいは複層的多職種チーム編成になるか、医療機関によって異なるであろうが、この制度での訪問看護を実施するには、まず丁寧な治療・援助が行えるだけのマンパワーが必須であり、担当スタッフ（医師・看護師・精神保健福祉士・臨床心理士・作業療法士・薬剤師・栄養士等）を十分に確保することが必要である。また今までの数的データからみて、ケースとしては男性の対象者が圧倒的に多くなると考えられ、男性スタッフ配置の充実も配慮しなければならない。

2. 初期の人間関係の構築

訪問看護導入において、経験的には入院中から信頼関係のあるスタッフの活用が有効と考えられる。しかし本法では入院医療機関と通院医療機関が別である場合が多く、対象者と訪問看護ケア提供者は新しく一から信頼関係を構築していかなければならないこととなる。早期の関係構築を図るには、入院中の対象者の社会復帰期の外泊に際して在宅訪問を行うなどの試みも有効ではないかと考える。また指定入院医療機関から、できるだけ早い段階で必要な診療情報（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、治療評価会議シート等）提供や、様々な職種間で情報交換できるシステムの構築を行うなど指定通院医療機関への繋ぎを円滑に行うための工夫が必要である。

3. 契約の有効性

大阪府立精神医療センターにおいては、対象患者の初診時に担当の外来および訪問看護師、精神保健福祉士が診察に同席し、医師と共に通院診療計画、病状悪化時における医療面での危機介入計画の説明を行い訪問看護契約の締結を行うこととしている。

ケアマネジメントの概念から考えるとあくまで利用者主体であり、訪問看護開始時には契約の形をとることが前提とされている。「契約」という概念を導入することによる障害者の自己決定権の保証であり、「選択・同意」が基本で強制力はない。通院医療移行のためのひとつの条件として訪問看護を受ける義務を提示することは必要であるが、治療途中で本人が契約を破棄したいと訪問を拒否した場合どう対処するのか。おそらく強制的に訪問を実施することは難しいと考えられる。本法における訪問看護の契約をどう考えるか、訪問

看護継続が困難なケースに対する対処方法も今後の検討課題のひとつである。

4. 訪問回数

通院処遇ガイドラインの通院医療クリティカルパスにおいて、訪問回数を前期：週2～5回、中期：週1～3回、後期：週1回（必要に応じて）と考えられている。あまり訪問回数が多すぎると常時在宅を強いられ対象者の生活を縛る形となり、精神的圧迫感が強くなり訪問や治療の継続を拒否するケースも出てくるのではないかと危惧する。対象者によってはデイケアや作業所等に通所するケースもあり、訪問日等については関連した社会復帰施設との調整が必要であるが週に1～3回程度が妥当ではないかと考える。しかし、様々なストレスにさらされる地域生活ではいつ危機状況になるかわからない。病状悪化時は訪問回数を増やす、緊急時には定期外訪問を直ぐに設定し対応するなどの即応体制が求められる。いずれにしても常時柔軟に対応および運用できる体制を整えておくことが重要である。

5. 危機介入時の対応

危機介入時、緊急事態時の具体的対応策は予め定めておくことが必要であり、社会復帰調整官、通院医療機関担当者（ケア調整者）、行政担当者など各担当者が役割分担を明確にしておくことと、緊密な連携体制を構築しておくことがまず重要である。

危機介入時はできるだけ多くのマンパワーを集め迅速に対応することは必須であるが、警察官の支援等も方法として検討すべきである。安易に警察官に協力要請をすることは厳に慎まなければならないが、双方の安全確保のためにも状況に応じて同行訪問を要請し対応すべきである。国および都道府県政令都市は事前に警察庁および警察本部に協力要請を行い、体制を整えておくことが望まれる。

また、法律の制約があるため本人が拒否する場合は精神保健福祉法による措置診察（ないし34条）を速やかに実施できる体制が必要である。強制力のない治療関係では義務としての治療継続は難しい。法的強制力が必要に応じて即座に使える法務行政サイドとの連携システムも前提として必要である。

6. 合併症対応

対象者の中には身体合併症を有している者も少なくない。しかし、単科精神病院では合併症の通院・入院治療が困難な事が多く、合併症の治療を行ってくれる病院の確保と連携体制の整備が必要となる。通院指定医療機関が個々にそういった受け入れ病院を探し確保することは、今までの経過から見て非常に困難であると考えられる。国および都道府県政令都市が当該病院を確保することが必要である。

また身体合併症で他科に入院した場合、通院治療・訪問看護の継続をどうするのか、情報提供の範囲等についても細部にわたって検討が必要である。

7. 個人情報の管理

補完型の指定通院医療機関であれば訪問看護を他機関の訪問看護ステーションに依頼することとなる。その他にも対象者を地域で支えて行くためには、作業所や他の社会復帰施設職員、ヘルパー、地域の民生委員等、様々な人達との情報共有の必要性が生じてくる。

相手の守秘義務の有無にかかわらず他人に情報を提供することは、個人情報保護上は第三者提供に該当する。地域処遇ガイドラインでは「個人の事情に応じ、対象者の社会復帰が促進されると見込まれる場合には、一定の範囲内で、対象者の同意に基づき、提供可能な情報の範囲を定めるものとする」とある。情報提供時には対象者本人の同意書に加え、情報を受ける側にも誓約書を交わしてもらうなどの検討が必要ではないかと考える。混乱を招かないためにも情報管理に関するマニュアル作成が必要である。

8. スタッフの専門的教育

現時点において、訪問援助を行う地域の指定通院医療機関に、司法精神医療の対象者へのケアマネジメントや社会復帰等の相談援助を行う専門職が配置されていないという大きな問題がある。イギリス等では司法精神看護学が発展しており司法精神看護の専門看護師が存在する。我が国においても今後、本法に適応できる専門看護師制度の確立、ケア実践に必要な専門技術と基本的知識を十分に兼ねそろえた専門看護師（スタッフ）の育成は大きな課題である。

さしあたって、ケア調整者などケアコーディネーター役の専門職の配置はもちろんのこと、実際ケアにあたる訪問スタッフの専門的教育が急務である。医療観察法の理解、多職種チームアプローチの実際、司法精神医療・看護技術等の内容が盛り込まれた研修を各施設内で企画・実施することのほか、通院医療における医療の質を維持するためにも、指定通院医療機関を対象にした研修の充実が望まれる。

9. 診療報酬およびケアにかかる諸経費等について

現在、まだ指定通院医療機関は厚生労働省の想定する数には達しておらず、当面は広域にわたる対象者にケア提供が必要になると考えられる。中には交通機関を利用しての訪問が必要なケースも出てくると予測され、訪問回数が頻回になると時間的にも経済的にも負担が強いられることとなる。また訪問看護に係る交通費用は患家負担となっており、対象者の負担も大きく訪問看護継続に影響するのではないかと危惧する。

また通院対象者医学管理料を算定しても診療報酬上の利点は少なく、遠距離・複数訪問を考慮すると採算が合わなくなる。現在の設定された予算枠の中で人件費・諸経費等の捻出が可能なのか疑問の残るところであり、指定通院医療機関の設置を進めるためには、再度、予算および制度の見直しを行い診療報酬上の利点を明確にする必要がある。

10. 啓発活動

我が国の現状において、ノーマライゼーションの理念普及も含め、この医療観察法の理解を広め実施していくには様々な問題を抱えている。重要な問題のひとつとして一般社会の偏見・差別意識が根強く残っているということがあげられる。これに対して社会に対する知識の普及、啓発活動を同時に行われなければならない。指定通院医療機関の役割として当事者（対象者・家族）はもちろんのこと地域住民への啓発活動も積極的に行っていく必要がある。

（事例）

A氏 男性 50代 統合失調症 殺人

20代後半時に統合失調症の診断を受け入院治療。

30代前半、自分が殺されるという被害妄想にもとづき市街地で通行人数人を殺傷。精神鑑定後、不起訴となり措置入院。薬物療法により被害妄想は軽減し1年4ヶ月の入院治療を終え退院した。退院後は生活保護受給し単身生活を開始した。

退院後、服薬が滞るとすぐに注察妄想・被害妄想が再燃。「盗難にあった。」「誰かが家に侵入している。」と訴え、近隣者とのトラブルが発生し、時に殺人を仄めかすような言動もみられた。また現実感覚が希薄で散財を繰り返し、しばしば家計の破綻を招き地域での生活が維持できなくなり再入院となっていた。

50代に入り、病状把握と服薬管理を目的に訪問看護を開始したが、それまで十数回の入退院を繰り返している。

訪問看護導入時、他者が家に入ることを頑なに拒否していたが、入院中に信頼関係ができていたと思われる特定の職員の訪問には応じる意向を示し、なんとか本人の同意のもと訪問を開始することができた。現在、入院中に関わった精神保健福祉士、看護師を主体に二人体制で1回/2週の定期的訪問を行っている。近隣とのトラブルを防止したり情報を得やすくしたりするために、一緒にスーパーや金融機関等に出かけ、本人の生活スタイルを把握するように努めている。また危機介入時に備え、本人が信頼できるスタッフの人数を少しずつ増やすよう努め、訪問時の言動に異変を感じたり近隣とのトラブルの情報が入ったりしたら、できるだけ多くのスタッフを確保し直ぐに定期外訪問を行うよう配慮している。本人から訪問要請があった場合も直ぐに応じられるよう体制を整え対処しており、訪問看護導入後は入院に至るまでの病状悪化はなく安定した生活を送っている。

このケースから考えられることとして、まず訪問看護導入に際しては入院中から信頼関係のあるスタッフの活用が有効であったこと。緊急時にはマンパワーも含め直ぐに対応できる体制を予め準備しておくことの必要性。近隣者・友人などのインフォーマルな人達の協力が地域で支えるには重要な要素であり、ケア提供者である私達も積極的に連携をとっておく必要があるということ。以上がこのケースのケアのポイントとしてあげられる。

参考文献

- 1) 通院処遇ガイドライン. 厚生労働省
- 2) 厚生労働科学研究: 触法行為を行った精神障害者の精神医学的評価、治療、社会復帰等に関する研究. 平成16年度 総括・分担研究報告書
- 3) 高橋清久・大島 巖編集: ケアガイドラインに基づく精神障害者ケアマネジメントの進め方. 精神障害者社会復帰促進センター. 2001
- 4) Chris Chaloner ,Michael Coffey(川野雅資 監訳): Forensic Mental Health Nursing Current Approaches. 真興交易(株) 医書出版部. 2003

医療観察法通院医療のステージ判定

研究協力者 岩間 久行 埼玉県立精神医療センター

1. はじめに

心神喪失者等医療観察法が実施されおよそ半年が経過した。その対象者数は当初予測した数に合致していることが報告されている。この中で、通院から開始された者が約半数弱に上っている。通院処遇となった者の実際の処遇状況は現段階で明らかではないが、本法の実施に当っては入院処遇に重点が置かれ、地域処遇の体制が不十分と考えられる中で実施された経緯もあり、様々な問題や混乱が生じていると思われる。

本稿は、通院処遇を実施する上で対象者に対しインフォームド・コンセントを行っておくべき重要事項、通院のステージ判定する上で各ステージでの重要な判定項目等を述べ、様々な問題の解決と混乱を避ける一助としたい。

2. 通院処遇の流れ

通院処遇は入院から通院へ移行する者と、直接通院処遇が開始される者とがあるが、特に後者は対象者の十分な状態把握が行なわれぬままに処遇が開始されることになる。対象者の居住環境等の調整も不十分と思われる。入院から移行する対象者にあっても、通院処遇や地域処遇への円滑な移行のための調整が過不足なく行なえる体制にはないと思われる。これらの課題を先送りしながら本法が開始されているのが現状であるが、対象者に対する安全の確保に努めながら医療をはじめ様々な支援を行なっていく必要がある。

通院処遇ガイドラインでは通院医療期間のおよその目安は以下のように分けられている。

- 1) 前記通院医療 (1～6ヶ月)
- 2) 中期通院医療 (7～24ヶ月)
- 3) 後期通院医療 (25～36ヶ月)

通院医療期間は対象者の病状に応じて最大60ヶ月まで期間を延長することができる。上記のそれぞれの期間内に要求される治療目標及び対象者の生活の到達レベルが夫々設定されている。

通院処遇を開始するにあたって、処遇に必要ないくつかの問題を解決しておくことがその後の処遇を決定付けると考えられる。処遇の導入の際に行なう対象者に対するインフォームド・コンセント、対象者の日常生活に対する支援策の説明等である。これらは、対象者が方向性を見失うことなく治療の継続を図って行くための基盤となり、同時に対象者の状態評価を多方面から行なえ、確実な対象者の状態把握を可能とする手立てでもある。

4. 通院医療の開始にあたって

前記通院医療を開始するに当って最も重要なことを確認しておく必要がある。対象者は自身の生活の場で治療を開始するわけであるが、対象者としては自身の考える自由な生活を求め、本法の枠組みでの処遇を必ずしも望んでいないであろうと考えられる。即ち、対

象者に本法による処遇の必要性とその意味を通院開始時に十分に説明し同意を得ておくことが極めて重要である。このインフォームド・コンセントは文書によって行い、本法による処遇終了まで繰り返し確認を行いながら、対象者が治療の目的とその意味を見失わないよう治療継続を図っていく必要がある。

通院処遇の中で、通院医療機関の持つ役割は極めて重要である。通院医療機関は単に対象者の医療提供に限らない。多職種チーム会議の開催及び関係諸機関を含めたケア会議へ出席し、個々の対象者に対し、生活の現場に密着する多方面からの情報を包括的に評価することが求められる。現在、ケア会議は社会復帰調整官が開催することとなっているが、年間数回の対象者全体に対するケア会議では、個々に密着した十分な評価が行なえるかは疑問である。社会復帰調整官の主催するケア会議はシステム全体の運用面について統括することを目的とし、通院医療機関の多職種チーム会議に社会復帰調整官や地域の担当者などの出席を求めるなどして、対象者の状況に応じて適宜会議を開催すべきと思われる。

通院処遇を通じて対象者が危機的状況にあっては、指定通院医療機関が直ちに入院等の危機介入が行える体制を準備しておくことが極めて重要である。指定通院医療機関が危機管理体制の中心的役割を担うことは、通院処遇にかかわる様々な関連機関の連携を支える基盤となり、対象者への多機関からの支援を円滑にする。同時に地域の安全の確保を保障することに繋がる。

5. 前期通院医療

前期通院医療の目標として、入院治療から通院医療への適切且つ円滑な移行、通院開始時の評価と治療計画の作成、安定的な通院医療の確保が求められている。対象者の到達レベルとしては、地域生活に慣れる、外来通院や服薬など必要な医療を利用できる、計画的な生活ができることとされる。以上のような前期通院医療に求められる目標を具体的にイメージできるよう共通評価項目に従って述べてみたい。

前期通院医療では、対象者が医療を確実に受け、服薬等のコンプライアンスの維持、衝動・興奮性のコントロール、対象者の生活の現場への適応、通所訓練施設への導入が重点課題となろう。このうち対象者が医療に確実に繋がっており、必要な医療を着実に利用できていることが最も重要な目標であり、社会復帰のための様々な資源活用への導入が図れていれば、前期通院医療のゴールに到達したと判断してよいであろう。

「精神医学的要素」のうち対象者の状態評価を行う上で重要と思われる項目は、精神病症状では幻覚に基づく行動の有無、非精神病性の症状のうち興奮や躁状態、怒り、罪悪感、自殺企図等に特に着目すべきであろう。

「個人心理的要素」のうち生活能力については生活リズム、社会的引きこもり、孤立に着目する。衝動コントロールについては特に詳細な状態把握と確実な評価が求められる。

「対人関係性要素」においては非社会性や対人暴力についての詳細な状態把握が求められる。

「環境的要素」ではストレスや対象者のストレス脆弱性等を詳細に把握する。

「治療的要素」についてはコンプライアンスや治療・ケアの継続性に着目する。以上の項目のうち1つでも評価点が2である場合、治療者や支援者との安定した関係の維持を阻害し治療中断が容易に生じうる。また、その後の社会復帰訓練への導入と安定的な利用を

も困難とする。

6. 中期通院医療

中期通院医療の治療目標は、限定的な社会活動への参加と定着、定期的な評価と治療計画の見直し、疾病の自己管理、金銭管理等社会生活能力の維持となっている。対象者の到達レベルとしては、生活を楽しむことができる、趣味を見つけることができる、地域の人と交流することができるかとされる。

提供される医療サービスごとの留意事項の主なものは、薬物療法の再検討、生活枠の拡大に伴う病状の変化への注意、身の回りの生活状況の把握とその能力の改善、限定された場での良好な対人交流の構築及び拡大などである。

中期通院医療では、対象者が身の回りの生活能力を改善し、限定的な場所での安定した対人関係の構築を行なえ、このような活動を通して対象者の意欲や自発性の改善が図れていることが最大の目標であろう。

中期通院医療においては非精神病性症状のうち興奮・躁状態、怒り、不安・緊張などの項目を前期に引き続き十分に把握し詳細な評価を行なう必要がある。自殺企図についても同様である。

共通評価項目に従って、この時期に対象者に重要な評価項目を列記する。「個人心理的要素」のうち、中期通院医療は内省・洞察を求めていく時期と思われる。多くの症例で十分な内省・洞察は得られないと思われる。しかし、不十分であっても内省・洞察が得られることによって、対象者のその後の経過を決定付けていく。内省・洞察では病識とその治療の必要性の認識、及び対象行為に対する反省の3点を評価することになっている。このうち対象行為に対する対象者の姿勢と治療の必要性の認識は特に重要な項目と考えられる。対象者に対し本法律の枠内で処遇を受けていることの意味、処遇の最終目的、処遇を受けることのメリット等を繰り返し説明し理解を求めていくことにより、対象者に内省・洞察を得させることができる。生活能力では金銭管理、安全管理、社会資源の利用、コミュニケーション技能、生産的活動等の項目に重点を置き、対象者の生活が限定された場所から拡大できるよう基盤を整備していく。

「対人関係性要素」では対他的配慮がある程度行なえる共感性が持て、非社会性や対人暴力は問題のない状態を目指すべきである。

「環境的要素」では個人的支援、物質乱用、現実的計画を評価する必要がある。特に物質乱用は解決を図っておくべき要素と考えられる。物質乱用あるいは依存は関連する社会問題を生じるばかりでなく対象行為の再発につながりやすい。また、依存は内省や洞察の妨げにもなり、対象者の処遇の方向を逆行させ処遇計画を混乱させる。個人的支援については、支援する家族や友人の状況も考慮すべきである。この項目は単に支援者の存在の有無によって判断すべきでない。支援者に対する疾病教育や医療提供を行っているスタッフ等からの支援者へのサポートがあるか否かは極めて重要である。このような体制が作られている場合には0点（問題なし）と評価すべきであろう。また、対象者に乱用がある場合とその他の場合を区別しなければならない。乱用がある場合、援助者が依存の問題を理解した上での支援であるか否かの区別は特に重要である。現実的計画は対象者が処遇計画に沿った生活状態にあるかどうかを総合的に評価できるツールである。この項目評価は更に

8つの下位評価項目に分けられているが、このうち地域への受け入れ体制を除き他の全ての項目で、対象者に問題が認められない状態に至っていれば中期通院医療のステージを終結したと判断してよいであろう。

「治療的要素」ではコンプライアンスと治療・ケアの継続性に留意し、問題を解決すべきである。コンプライアンスに軽度でも問題がある場合、問題を生じさせている要因の詳細を明らかにしなければならない。要因ごとの具体的対応策が示され対象者にも理解され、問題の解決に着実に向かっている場合、コンプライアンスに問題はないと判断すべきである。治療・ケアの継続性は更に5つの下位項目を持つ。このうち、中期医療機関で解決すべき項目は予防と対象者のセルフモニタリングである。予防はコンプライアンスに問題があるか否かによっており、上記のコンプライアンスの問題解決が図られていることが要求される。セルフモニタリングは対象者がある程度を病識有し、本法による処遇の意味を理解できているかどうかの評価が行えるツールである。全ての対象者に十分な病識を求めることは困難であるが、セルフモニタリングでは対象者が自身に即した療養上の問題点とその対処方法を理解、修得していればよいであろう。

7. 後期通院医療

後期通院医療は、その後に控える一般通院医療への移行を見据えた準備を行なっていく治療期間と位置付けられる。およそ一年の期間を設け、その期間内に目標への到達を目指す。この期間の治療目標は地域社会への参加の継続と拡大、必要な医療の自主的かつ確実な利用、社会参加の促進、処遇終了の準備となっている。対象者の到達レベルとして、継続して必要な服薬ができる、安定した生活を送ることができる、将来の見通しが立てられるとされる。

提供される医療サービスごとの留意事項の主なものは、治療メニューの実施状況及び到達目標の見直し、処遇終了に向けての対象者の心理的变化、対象者の自立した生活を目指した援助、対象者が社会の中での安定した対人関係と役割獲得、一般精神医療への移行に向けた情報の引継ぎ等である。

後期通院医療では、対象者が本法の処遇の枠から円滑に離脱できるよう、対象者の生活が自立可能なものとなり、限定的な場所から地域の一般社会へと拡大、そこへの積極的な参加や定着等を目指した支援となる。最終段階では処遇後に引き継がれる医療機関や各支援期間への情報の受け渡しのために、各関連諸機関のケア会議等への参加要請は是非とも必要である。

共通評価項目にしたがって、評価の上で重要な項目について述べる。「精神医学的要素」のうち精神病性症状は各項目ともほとんど解決している状態と思われるが、再度評価し見直しておく必要がある。もし症状がみられたとしても軽度であり、自己コントロール可能な程度でなければならない。非精神病性症状の各項目についても再評価し、各項目とも1点以下の評価が下され、問題があっても自己コントロール可能な状態を維持できていることが必要である。ただし、知的障害については例外がある。自殺企図は問題性なしの状態を維持できなければならない。

「個人心理的要素」では、中期通院医療に引き続き内省・洞察を求めつづけていくことが必要である。完全な病識は得られなくとも自己の行動上の問題についての内省が可能と