

「他害行為を行った精神障害者に対する通院医療に関する研究」（分担研究者 岩成秀夫）

「通院医療における訪問看護・デイケア・通院作業療法の現状」

（２）通院対象者の訪問看護利用に関する実態調査

研究協力者 安井 弘美

地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪府立精神医療センター

1. 調査の主旨

平成17年7月より医療観察法が施行され2年半が経過した。対象者の地域支援において指定通院医療機関が行う訪問看護サービスは、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る。昨年度の通院処遇の実態調査¹⁾でも通院処遇の対象者のうちおよそ7割が訪問看護サービスの提供を受けているとされていた。しかし実際の訪問看護サービス提供状況は週1～2回と少なく、多くの指定通院医療機関では毎週何回も訪問看護に行けるだけのマンパワーが不足している可能性が示唆され、その他にも様々な課題を抱えていることも予想された。そこで今回、医療観察法施行後のサービス提供状況の実態調査を行い現状における課題を明確にするとともに、この調査結果をもとに今後の医療観察法における訪問看護のあり方について検討したい。

2. 調査方法

全体の共通項目とは別に、他のデイケア・外来作業療法の実態調査同様、訪問看護利用に関する実態調査をアンケート調査の形で行った。調査に関しては「通院医療に要する時間の調査研究」で協力して頂いた施設および当分担研究班施設等、計46施設に協力を依頼した。アンケート回収期間は平成19年12月1日から同年12月20日までの20日間で行った。調査内容は主に施設における訪問看護体制とその実施状況、医療観察法通院処遇の訪問看護実施についての自由意見についてである（資料1）。回答に関しては通院対象者の訪問看護を主に行い実態を周知されている方をお願いした。

（倫理面への配慮）

アンケート調査に際しては基本的に回答を選択式とし、個人情報保護の観点から調査項目から個人が特定される可能性のあるものは除外した。また記述回答においても意見の趣旨を変えない範囲で個人情報に配慮した修正を加えさせていただいた。

3. 研究結果

1) 調査票回収状況

調査をお願いし、全体回答を頂いた指定通院医療機関36施設の内、全体の共通項目の調査では35施設が訪問看護サービスを行っているとは回答しているが、訪問看護利用に関する調査票の返却は34施設であった。対象者がおらず訪問看護サービスをまだ提供していない施設においても訪問看護体制は準備されていると考え、答えられる範囲で回答して頂いた。回答を頂いた中には「施設自体がまだ提供していない」との理由で設問1（訪問

看護サービス提供の有無)以降、殆ど無回答となっている調査票もあったがその調査票も含め34件を有効回答とし結果を報告する。

また設問項目の一部は質問の表現が曖昧で、複数回答が出てしまったり、調査対象者が答えにくいものも含まれていたりした点に関しては今後の改善課題としたい。

2) 集計結果

<設問1>

訪問看護サービスの提供の有無については図1の結果であった。医療観察法開始以来、通院対象者へ訪問看護サービスを提供したことがあると回答した施設は27施設(79%)、提供していないが7施設(21%)であった。訪問看護サービスを提供していない理由として、「現段階で対象者がいない。これから提供予定である(4件)」「民間の訪問看護ステーションに担当を依頼」「通院開始後、即入院となった。本人の病状より適切でないと判断」「対象者が保健師の訪問を希望」の記述回答があった。また訪問看護サービスを提供したと回答した27施設、各々の提供した対象者数は図2に示す通りである。提供した対象者数1人と回答したのは13施設で全体の48%を占めており、続いて2人が7施設(26%)、3人が4施設(15%)、5人が2施設(7%)であった。

共通項目の調査では医療観察法開始以来の受け入れ対象者数の総数は86名であった。これに対し訪問看護サービスを提供した人数の総数は26施設で総数49名、提供率はおよそ56%であった。提供人数も施設間で多少バラつきはあるものの現調査の段階では各施設で実施している訪問看護対象者はまだ少ないという結果であった。

<設問2>

各施設の訪問看護体制と実施状況について14項目に分け回答を求めた。結果は以下の通りである。

①主に訪問業務に携わっている職種(複数回答)

主に訪問業務に携わっている職種については図3に示す通り看護師が(31)と一番多く、次いで精神保健福祉士が(24)、作業療法士(7)、心理担当(3)、その他(2)であった。なかでも看護師と精神保健福祉士の2職種を選び回答している施設が16施設と多く、看護師のみと答えた施設は6施設と少なかった。その他(2件)の内訳について1件は「保健師」、もう1件は「施設に所属する全職員が対象で、対象者が必要とするサービスを提供できる職種」と回答されており、幅広く充実した体制を整えている施設もあるようである。

②訪問時の要員数

訪問時の要員数については図4の通りで、担当職員1名での訪問は3施設(9%)と少なく、2名以上の複数名での訪問が24施設(70%)と多かった。その他は5施設(15%)、無回答は2施設(6%)であった。その他の内訳では「未定」が1件、「ケースにより異なる」が4件あり、ケースによって訪問の要員数を検討し柔軟に対応している施設もある様であった。

③訪問看護契約について

契約については図5の通り「契約書を作成し書面で行っている」が23施設(68%)、「口頭で説明を行い、同意をとっている」が9施設(26%)で、多くの施設が契約書を用い訪問看護契約の締結を行っていた。

④訪問看護にかかる諸経費（訪問看護時の交通費用）について

訪問看護時の交通費用については図6で示す通り、患家負担が11施設（32%）、施設側で負担が20施設（59%）、その他1施設（3%）、無回答2施設（6%）であった。医療観察法における訪問看護の交通費用は患家負担とされているが、意外にも施設側で負担しているところが多かった。

⑤訪問看護に関する医療観察法のマニュアルの有無について

訪問看護に関する医療観察法のマニュアルの有無について「一定のマニュアルがある」と答えたのが6施設（18%）、「個別に対応を決めている」が24施設（70%）、無回答は4施設（12%）であった（図7）。データで示す通り殆どの施設が対象者によって個別に対応を決めている形で、マニュアルの作成・活用はしていないようである。また一定のマニュアルがあると答えた施設も「地域処遇ガイドラインに沿うように計画を立てて行っている」「他の訪問看護マニュアルに準じている」と記述回答しており、既存のものを応用し使っている施設が多く、独自にマニュアルを作成しているところはまだ少ないと考えられる。

⑥訪問看護回数の設定について

訪問看護回数の設定については「必要に応じて」が一番多く18施設（52%）、「その他」が7施設（21%）、「処遇の時期で決定」が6施設（18%）、「設定していない」が1施設（3%）、無回答が2施設（6%）であった（図8）。

全体的にみると処遇の時期で設定するよりも、ケース毎に検討し回数設定しているところが多いことが伺える。

その他の内訳は「関係機関によるケア会議で決定（4件）」「MDT会議で決定」「原則1回/月+αで対応」であった。処遇時期で決定しているとした施設は「前期2回/週・中期2回/週」が2施設、「前期1回/週」が2施設、あと「前期・中期・後期ともに2回/週」「前期2回/月・中期1回/月」各1施設であった。後期の対象者がまだいないためか、または後期の訪問看護を実施していないのか具体的な記載がないため詳細はわからないが、後期まで設定している施設は1施設だけであった。前期においても2回/週から2回/月まで施設によってかなり幅があることもわかった。

⑦必要な訪問看護が実施できているか

訪問看護の実施については「実施できている」と答えた施設が27施設（79%）と多く、「実施できていない」と答えた施設は僅か3施設のみであった（図9）。各施設、提供している対象者数にバラつきはあるが、現段階では殆どの施設が対象者にとって必要な訪問看護は実施できていると感じている様である。しかし調査を依頼した施設の規模や訪問看護に携わる職員数の違いによっても結果は変化すると予想され、母集団である施設自体に偏りがあつた可能性もあることを考慮しなければならない。また同施設であっても今後対象者が増加するにともない回答に変化がでてくる可能性もあると考える。

また「必要な訪問看護」については訪問回数・訪問職員数・訪問時間などいろんな要素が含まれており、もう少しポイントを絞り設問内容を分けると、さらに具体的な実施状況が見えたかもしれない。

⑧必要な訪問看護が実施できていない理由について

必要な訪問看護が実施できていないと答えた施設は3施設で、その理由については、「対

象者なし（2件）」「スタッフ不足（1件）」であった。

⑨訪問看護利用途中で中断したケースの有無

訪問看護利用途中で中断したケースの有無については図10に示す通りで、「ある」と答えた施設は0件であった。「無回答」の6施設はいずれもまだ訪問看護サービスを行っていない施設で、既に提供している27施設において中断したケースはないことがわかる。

⑩中断したケースの中断理由について

中断したと回答した施設がないため、この設問への回答は無かった。

⑪訪問看護導入時の関係構築の配慮について（複数回答）

訪問看護導入時の関係構築の配慮については「早い段階でのケア会議の開催」が22件、「外泊時に在宅訪問」が3件「その他」5件であった（図11）。「その他」では「初回診察時に顔合わせをしている」「対象者と早くより面接を行い、信頼関係を構築」「本人を交えて訪問看護導入についての相談の場を設けている」「退院間近の方に病室訪問して関係作りに努めている」等の記述回答がありそれぞれの施設で工夫されているのが伺えた。

⑫身体合併症併発時の対応について（複数回答）

身体合併症併発時の対応については図12の通りで「他科受診の付き添い」が6件、「その他」が18件、「転院先に訪問」と答えた施設は0件であった。「その他」の内訳では14件が「該当ケースがない」と答えており、無回答の調査票（10件）も合わせると24施設はまだ身体合併症併発のケースが発生しておらず対応していないことがわかる。他には「ケースによって検討」「栄養指導を実施」「担当医師の判断のもと受診機関へ連絡」「他科受診については家族同伴、後で報告をいただく」等の記述回答もあった。

⑬スタッフの専門教育について

スタッフの専門教育については「院外のみ」の施設が一番多く10施設（29%）、次いで「院内・外両方」が9施設（26%）、「院内のみ」が7施設（21%）、「その他」が3施設（9%）、「無回答」は5施設（15%）であった（図13）。院外での研修等に頼っている施設もまだ多いが、16施設は院内で何らかの形で専門教育を行っている現状を知ることができた。

⑭医療観察法における訪問看護の有効性について（複数回答）

訪問看護の有効性については「服薬管理で再燃防止」が27件と一番多く、「危機的状態陥る前に介入」26件、「安定した生活をサポート」25件と同様に多かった。次いで「家族との関係調整」は23件、「内省洞察の深まり」は7件と少なかった。「その他」および記述回答はなかった。

<設問3>

医療観察法通院処遇での訪問看護実施についての自由意見を求め、各施設より多くの貴重な意見が寄せられた。訪問看護実施に関する意見ばかりではないが、幾つかの領域に分けてそれらの意見を列挙する。なるべくそのままの表現で掲載させて頂いたが、個人情報に配慮し意見の趣旨を変えない範囲で若干の修正を加えさせて頂いた。

①訪問看護実施の効果

- ・ 訪問看護実施により家庭環境を把握できる。
- ・ 家庭で面接することによって家族・対象者との心理的距離が近づく。
- ・ 服薬確認がしやすい。

- ・ 時間や労力を費やすため負担が大きい。しかし多面的に関わりを共有できケースがスムーズな経過を辿っているため勉強にはなっている。

②訪問看護実施する上での困難さ

- ・ やはり対象事件の内容によっては訪問することへのためらいはある。
- ・ 非常勤スタッフの不安が強い（責任の持ち方等で）
- ・ こちら側の技能不足というものもあると思うが、元々病院通院をされている方への訪問と、医療観察法によって訪問が導入された方とでは訪問看護の受け止め方が違っているような印象を受ける。医療観察法による患者様にとって“援助や指導”を受けることはやはり億劫なことのようにも取られることもあり、関係を深めることも難しさを感じている。

③スタッフの専門教育

- ・ 当地域の保護観察所では定期的な研修会などを実施し、各民間医療機関が参加させていただくことにより法の理解などを行っている。とても勉強になりありがたいと思っている。
- ・ 通院処遇の訪問看護の実施については、どの研修会に行っても抽象的な支援内容の報告ばかりである。イギリス、カナダ等、地域支援訪問の先駆的・理論的に確立した地域を研究し通院処遇のチームに研修していくべきである。

④現行制度や診療報酬に関する問題

- ・ 指定通院医療機関が少ない。そのため遠方（片道1時間）かけて訪問看護するため負担が大きい。
- ・ 共通評価の書類提出がかなり負担大きい。
- ・ レセプト請求に関する書類作成が大変である。
- ・ ケア会議やカンファレンスに加えて書類の作成など時間をかけて行わなければいけないことが多いため、スタッフそれぞれのモチベーションを維持するのに苦慮する。
- ・ 実際には必要に応じてということであまりやっていない。スタッフ不足が原因である。デイケアに通ってもらっているようにしている。
- ・ 通常の訪問看護と違い、通院処遇者に対しては必ず看護師・精神保健福祉士による複数訪問をしている。通院処遇者に対しては多職種での対応が原則となる上、ある程度の経験を持ったスタッフで対応しなければいけない。診療報酬が通常の単価と同じままだと質の向上は図れないのではないかと。
- ・ 通院処遇者が精神保健福祉法による入院になった場合、精神科治療にかかる医療費についても患者負担というのは現場での説明に苦慮する。「それならば医療観察法の入院にしてくれれば良いのに」と家族の方から言われてしまったり、入院費未納が問題となったりしたケースがある。
- ・ 本来国がチームをつくってやるべきことであると考え。それを民間に肩代わりさせていると感じる。また、この体制でやるにしても指定通院にかかる費用が少なすぎる。これでは指定通院を受ける機関がこれ以上増えず減っていくのではないかと。破格の経済的な助成を行い措置の指定病院に指定通院を義務付ける以外にないと思う。またガイドラインも現実離れしている。

- ・ 通院処遇を引き受けている医療機関に対する診療報酬が低すぎる。通院処遇者に対するケースカンファレンス等一般精神科医療の患者に比べると膨大な時間を費やしており、一般精神科医療を受けている患者の処遇に悪い影響を与えている。
- ・ 現在の診療報酬体制では現状の業務と兼務しなければ通院処遇の対応が出来ないようになっている。ただでさえ人員不足の精神科医療課題が山積しているにもかかわらず通院処遇を受けているため対応が出来ない。少なくとも通院処遇者1名に対して500万円/年間の医学管理料、プラス専門療法点数の報酬を付けて欲しい。

4. 考察

今回のアンケート調査結果から、現状での問題点や今後の課題がある程度明らかになった。幾つかの項目に絞り考察する。

1) マンパワーの確保について

共通項目の調査では医療観察法開始以来の受け入れ対象者数の総数は91名であったが、有効回答の対象者総数は86名である。これに対し訪問看護サービスを提供した人数の総数は26施設で総数49名、提供率はおよそ56%であった。今回の調査では全対象者(86名)に対しての「訪問看護提供の有無」と「提供しなかった理由」についてはきけていないため詳細ははっきりしないが、設問3の自由意見の中では人員不足などの問題を挙げ、デイケアなどの他のサービスに代替しているところもあり、マンパワー不足も一つの要因ではないかと推察する。

調査回答のあった34施設においては、70%の施設が2名以上の複数名での訪問を行っていた(設問(2)-2の訪問時の要員数)。どの施設もマンパワー確保は大きな課題であると考えられるが、多くの施設が複数名での充実した訪問看護体制づくりに奮励努力されている様子が伺えた。しかし今後は入院処遇を終えた移行通院の対象者が増え、一施設で対応する対象者も増えると予想され、現行の人員配置では密な訪問看護ケアの提供は難しくなると考えられる。また男性の対象者も増え、男性スタッフ配置の充実はもちろん、ケースによっては訪問スタッフ3名以上の体制が必要な場合も想定されるであろう。居住地が医療機関より遠距離であれば訪問にも時間がかかり、それだけマンパワーも必要となる。また共通評価書類の作成やケア会議・MDT会議など頻回な会議があり、通院医療対象者に費やす時間は膨大である。本法における通院医療および訪問看護を実施するには丁寧な治療・ケアが行える十分なマンパワーが必須であると言える。

2) 訪問看護体制について

本調査では殆どの施設が「服薬管理で再燃防止」「危機的状況の回避」「安定した生活をサポート」「家族との関係調整」等、訪問看護の有効性について感じている。また面接等の場面設定のない訪問看護においては内省・洞察に関する心理的関与は難しいと考えられるが、入院治療プログラムを経ない直接通院においてはその役割も訪問看護スタッフに課せられており、通院医療において訪問看護は重要な役割を果たしていると言える。設問(2)-7の必要な訪問看護が実施できているかの問いに「実施できている」と回答した施設が79%もあり、現段階では殆どの施設が対象者にとって必要な訪問看護は実施でき、その成果も感じているようである。

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は訪問回数を前期：週2～

5回、中期：週1～3回、後期：週1回（必要に応じて）と考えられているが、本調査結果では「必要に応じて」と回答している施設が52%と多く、処遇の時期で設定するよりも、ケア会議等でケース毎に検討し回数設定しているところが多かった。ケースによってはデイケアや外来作業療法、地域作業所に通所しているケースもあり、訪問日を多く設定することが難しいとも考えられる。また、遠距離で交通機関を利用しての訪問が必要なケースでは訪問回数が頻回になると経済的にも負担が強いられる。対象者の状態や経済状況等も考慮しケース毎に柔軟に訪問回数を設定しても良いと考える。但し、病状悪化時は訪問看護回数を増やす、緊急時には定期外訪問を直ぐに設定し対応するなど、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必要である。

訪問看護に関する医療観察法のマニュアルについては調査結果の示す通り、殆どの施設が対象者によって個別に対応を決めており、マニュアルの作成・活用はしていないようであった。またマニュアルがあると答えた施設も既存のものを応用し使っている施設が多く独自に作成しているところはまだ少ないと推測される。今後、通院処遇における様々な医療サービスについて具体的で即実践に活用できるような指針・マニュアルの作成・整備が必要であると考えられる。

3) 初期の信頼関係の構築について

設問(2) - 11の訪問看護導入時の関係構築の配慮では回答にもみられるようにそれぞれの施設で工夫されているのが伺えた。

本法では入院医療機関と通院医療機関は別であることが多く、対象者と訪問看護ケア提供者は一から信頼関係を構築していかなければならず、法施行時より移行通院の課題として初期の信頼関係の構築が挙げられていた。移行通院において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等の方法も早期の関係構築に有効と考えられ、調査の結果でも実際に実施されている施設が3施設あった。回答には見られなかったが、入院医療機関からできるだけ早い段階での必要な診療情報提供や、様々な職種間での情報交換できるシステムの構築など通院医療機関への繋ぎを円滑に行うための工夫も今後の継続検討課題の一つであると考えられる。

また共通項目の調査結果でもあるように移行通院と直接通院の数に大差はなく、法施行当初に予想していたより遙かに直接通院になっているケースが多いことが伺えた。直接通院では入院医療機関を経由する移行通院に比べ、さらに情報量も準備期間も少ないまま訪問看護ケアに入らなければならず早期の関係構築はまさに大きな課題であると言える。直接通院と移行通院では状況が異なるが、いずれにせよ早い段階でのケア会議の開催や対象者との面接は関係構築のために必須であると考えられる。

4) 現行制度や診療報酬に関する問題について

設問(2) - 4の訪問看護にかかる諸経費（訪問看護の交通費用）について、施設側で負担していると回答した施設が59%もあった。また設問3の自由意見で現在の診療報酬で本法の通院医療を行うのは難しいという意見が多数であった。現行では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、会議や書類作成にかかる膨大な時間・遠距離訪問・複数訪問・休日時間外対応等を考慮すると採算が合わないことは明らかである。現在の設定された予算枠の中で人件費・諸経費等の捻出は難しく、自由意見にもあるように現状の業務と兼務しなければ対応できないといった状況のところも多いと考えられ、マ

ンパワーの充実にはほど遠いのが現状である。指定通院医療機関の設置を進め、医療・ケアの質を高めるには、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。

5) スタッフの専門教育について

設問(2)-13、スタッフの専門教育については院外の研修等に頼っている施設もまだ多いようであるが、院内で何らかの専門教育を行っている施設も16施設あり、徐々に教育の体制ができつつあることが伺えた。実際ケアにあたる訪問スタッフの専門的 education は急務である。指定入院医療機関で行われてい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、CVPPP 実技等の内容が盛り込まれた研修を指定通院医療機関でも十分行えるような研修体制を整えて行く必要がある。また各指定通院医療機関同士が具体的な支援内容等、報告・情報交換し合える場・学習会が設定できればなお良いと考えるが、現段階で指定通院医療機関の公開はされておらず今後の課題である。

6) 処遇終了に向けての援助について

直接通院であってもまだ現段階では後期の対象者は少ないと考えられ調査結果でもあまり明確な問題としては挙がっていないが、処遇終了に向けての援助も今後の大きな課題であるとする。後期に入り処遇終了が視野に入れば一般精神保健医療への移行を考慮し、訪問看護回数の減少や引き継ぎ方を検討しなければならない。上手く一般精神保健医療へスライドしていけば良いが、ケアの密度が変わることへの不安や抵抗を示す対象者が出ることも予想される。通院医療クリティカルパス通りに進んでいかないケースも含め、継続支援のあり方についても検討しなにかの指針が必要である。

5. まとめ

通院対象者に対し、訪問看護サービスを提供したことがあると回答した指定通院医療機関は79%、提供していないが21%であり、多くの医療機関で訪問看護が実施されているが、個別の通院対象者への提供率はおよそ56%に下がることから、対象者の個別の事情や医療機関の事情から、全ての対象者に訪問看護が実施されているわけではないことがわかる。

主に訪問業務に携わっている職種は、当然ながら看護師が一番多く、次いで精神保健福祉士、作業療法士、心理担当、その他の順であった。また訪問には2名以上の複数訪問が70%と多かった。訪問看護時の交通費については、患家負担が32%、病院側で負担が59%、その他3%であり、病院負担が予想以上に多かった。病院側の持ち出しが必要な状況は長続きするか懸念される場所である。訪問看護の回数は、通院処遇の時期で設定するよりも、ケース毎に検討し回数設定しているところが多いことが分かったが、独自にマニュアルを作成しているところはまだ少なかった。

必要な訪問看護が実施できているかについては、「実施できている」とした病院が79%と多く、苦勞しながらも何とか必要な訪問看護を確保している状況がうかがわれた。訪問看護の有効性については、「服薬管理で再燃防止」、「危機的状態に陥る前に介入」、「安定した生活をサポート」、「家族との関係調整」の4つが主なものであり、「内省洞察の深まり」などは少なかった。

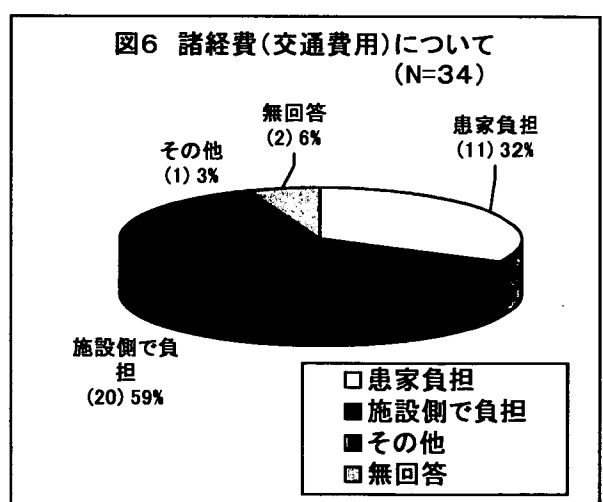
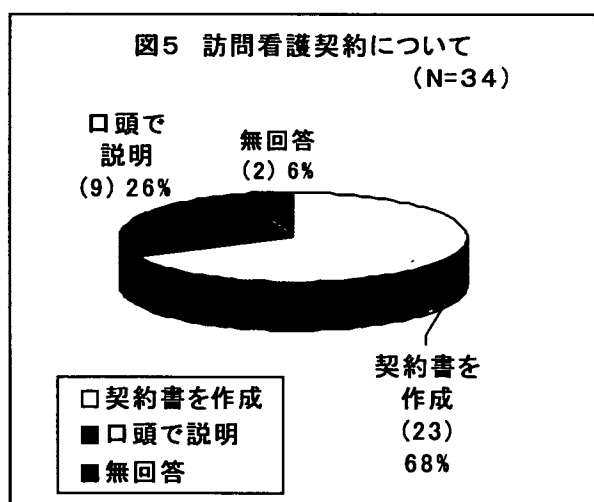
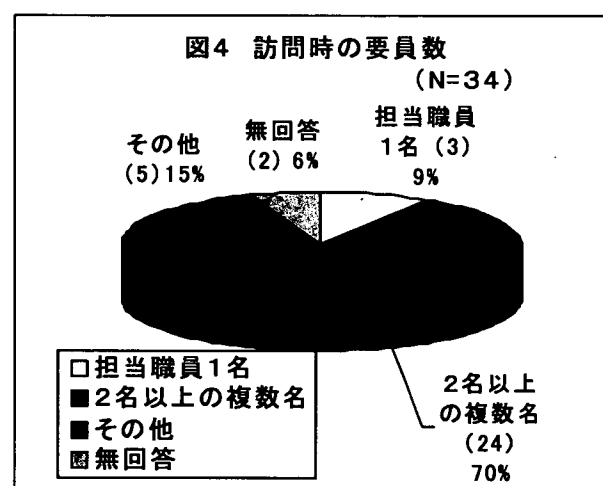
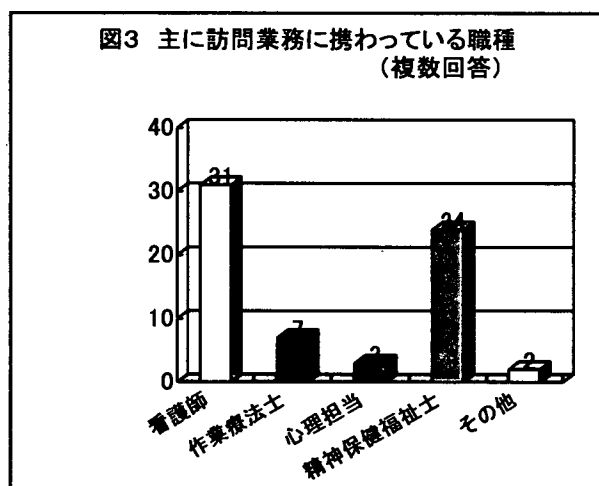
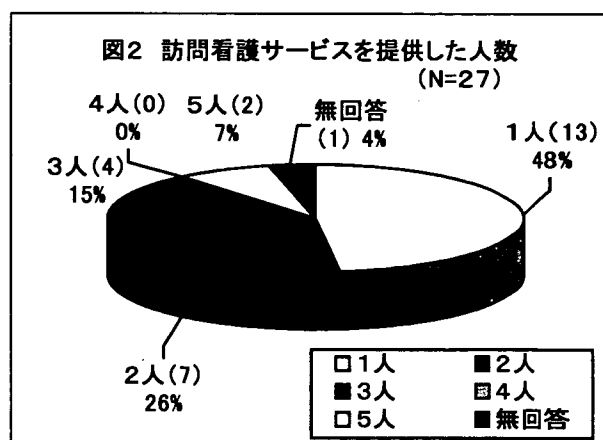
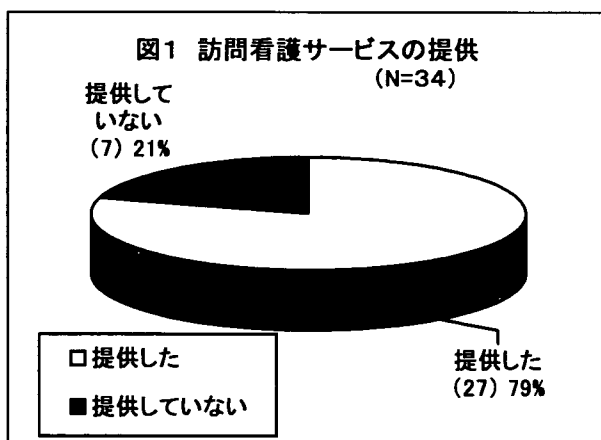
現場の担当者の意見などを総合すると、現状の通院対象者に対する訪問看護は、その有

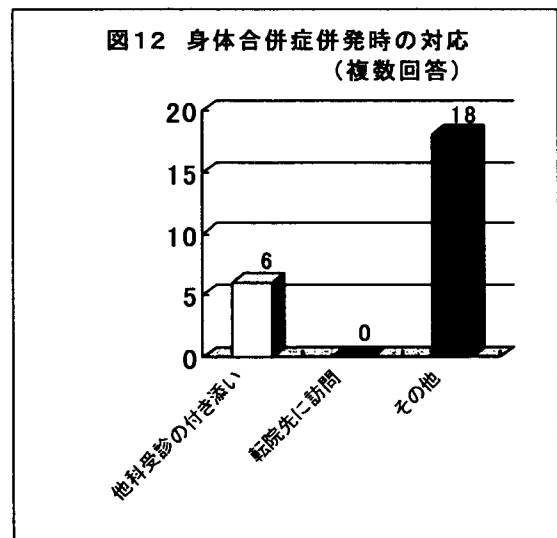
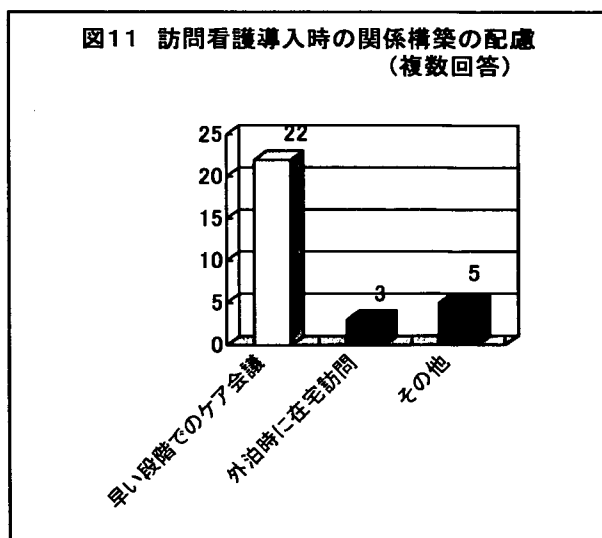
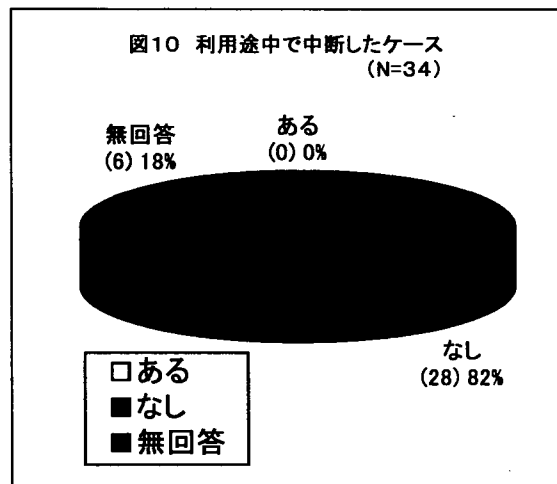
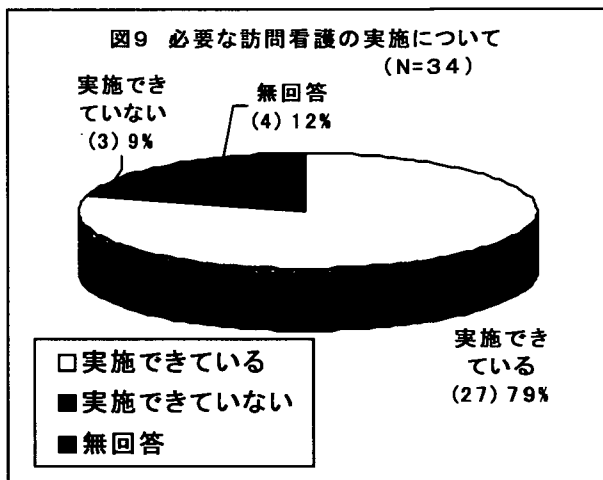
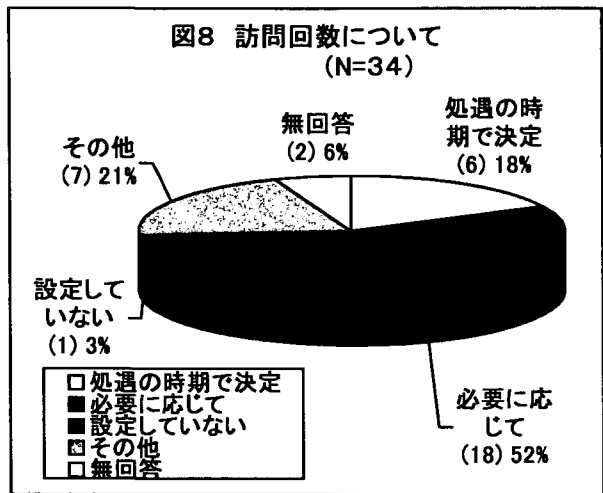
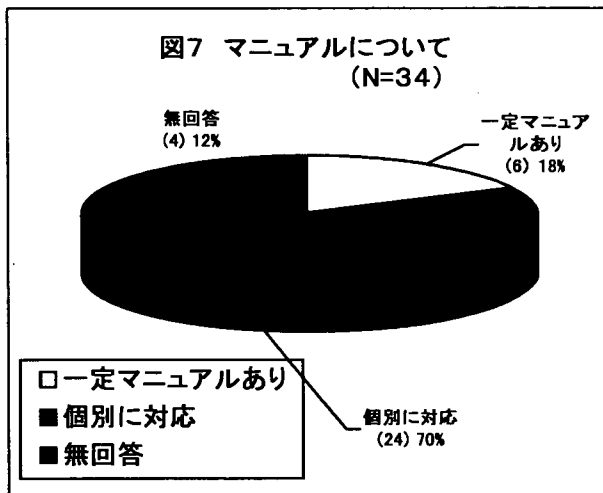
効性は明らかで、いろいろなやりくりしながら何とか実施しているが、マンパワーや予算的当ての不足、適切な訪問看護マニュアルの未整備、教育研修体制の問題など、解決しなければならない課題が山積しているといえる。

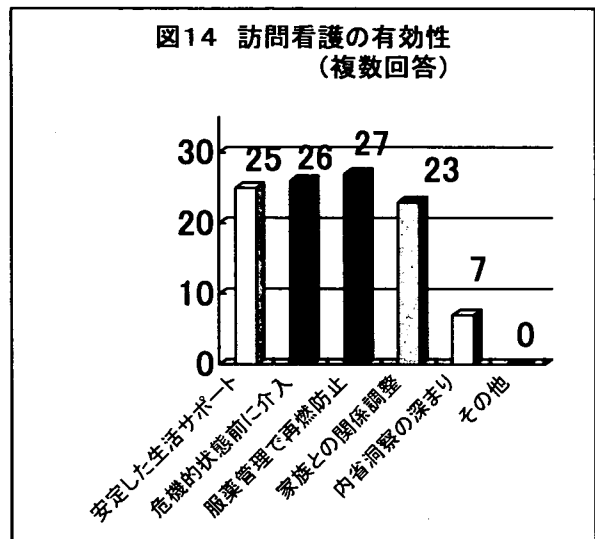
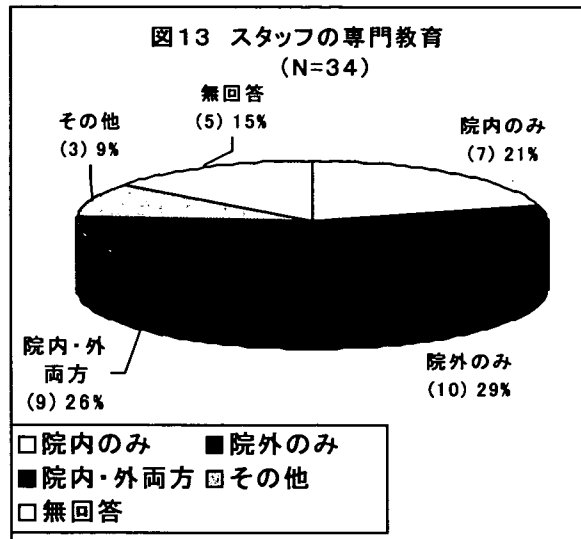
〈 参考文献 〉

- 1) 岩成秀夫：他害行為を行った精神障害者に対する通院治療に関する研究．平成18年度分担研究報告書
- 2) 川副泰成：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．平成18年度分担研究報告書
- 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) 松下正明総編集：司法精神医学5 司法精神医療．2006

通院対象者の訪問看護利用に関する調査結果 (図)







「他害行為を行った精神障害者に対する通院医療に関する研究」（分担研究者 岩成秀夫）

「通院医療における訪問看護・デイケア・通院作業療法の現状」

（3）指定通院医療機関におけるデイケアの実態調査

研究協力者 原澤 祐子 神奈川県立精神医療センター芹香病院

1. 調査の主旨

医療観察法が施行され 2 年半が経過した。通院処遇において、必要な医療サービスは、対象者の状況により異なるが、外来診療、デイケア、訪問サービスの 3 つが基本とされている。デイケアは、医師や看護師、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理技術者など、多職種チームで構成され、模擬的な社会の空間の中で、対象者の実際の言動を通して、対人関係能力や社会生活技能、病状等の評価を行い、当事者が希望するその人なりの生き生きとした生活に向け、生活技能訓練や心理教育、生活技術の練習等の様々なグループ療法と個人生活技能訓練や面接等の個別アプローチを活用し、エンパワメントを引き出しながら、支援していくものである。それゆえ松原¹⁾が述べているように個々の通所者のニーズに即した丁寧なケアマネジメントといえる。医療観察法の対象者へのデイケアも基本的には変わることはないが、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、新たな生活を再生していくことが加味されているといえる。

昨年度の通院治療に関する研究調査²⁾では、通院処遇の対象者のうち約半数がデイケアを利用していた。しかし、実際はどのように提供したのかは明らかにされていない。今回は、医療観察法施行後、提供状況の実態を調査し、その中から見えてくる問題を明らかにすると同時に、今回の調査結果を基に来年度以降の研究テーマとしている医療観察法におけるデイケアのあり方を模索したい。

2. 調査方法

訪問看護・外来作業療法の実態調査同様、アンケート調査の形でデイケアの実態調査を行った。協力依頼施設も訪問看護・外来作業療法の実態調査同様、通院医療に要する時間の調査研究協力施設及び当分担研究班施設など、計 46 施設にお願いした。アンケート回収期間も、同様に 3 部門共通で、平成 19 年 12 月 1 日から 20 日までの 20 日間で行った。

調査内容は、①医療観察法対象者に対してのデイケア体制について、②医療観察法開始（平成 17 年 7 月 15 日）以来のデイケアの実施状況について、③デイケア独自の研修会や勉強会について、④医療観察法通院処遇でのデイケア実施についての自由意見の 4 点について調査した（資料 1）。回答者は、デイケアの実態を周知している方をお願いした。

（倫理面への配慮）

個人情報保護の観点から、アンケート調査に関しては、調査項目から個人が特定される可能性のある項目は除外した。

3. アンケート回収状況と集計結果

通院医療に要する時間の調査研究協力施設及び当分担研究班施設等計 46 施設に調査票

(資料1)を配布し、36施設から回答をいただいた。

1) デイケアの提供状況

デイケアの提供状況は図1のとおりで、医療観察法施行以来、実際にデイケアを提供した施設は、36施設中25施設で全体の69.4%であった。このうち、23施設は基幹型(通院医療機関で医療サービスを提供しているもの)で、2施設が補完型(他の医療機関と連携して医療サービスを提供するもの)であった。提供には至っていない11施設では、受入れの体制等について検討している施設もあった。今回の通院対象者のデイケア利用に関する調査票の集計結果は、実際に提供している施設を中心に報告し、提供には至っていない施設の意見も補足として追加する形で報告したい。また、集計結果は図1～図21に示した。なお、設問項目の一部は、質問内容が曖昧で、答えにくいものも含まれていた点に関しては、今後の検討課題としたい。

2) デイケア体制について、

本法対象者へのデイケアの体制について、①試験参加の有無、②オリエンテーションの際の留意点、③関係性の構築のための工夫、④デイケア独自の対応マニュアルの有無、④個人担当制、⑤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、⑥共通評価項目以外の評価の実施、⑦家族会の開催、⑧家族面接の実施の9項目について質問した。

入所の前に試験参加を設けている施設が、14施設で全体の56.0%、行っていない施設が8施設で32.0%近くあった。(図2)

入所時のオリエンテーションの留意点としては、周囲(他の利用者)への影響を考え、本法対象者であることについては話さないよう指導している施設と、他の利用者と同様のオリエンテーションを行い、特に制限はしていない施設が10施設40.0%ずつと同率であった。また、その他の意見としては、デイケアの意味や必要性などを丁寧に説明していると答えている施設も1施設あった。(図3)

関係性の構築のための工夫としては、開始前に見学と関係者との顔合わせをしている施設が13施設で全体の52.0%であった。関係者との顔合わせのみだけを行う施設はなく、見学のみ行う施設は8施設で32.0%であった。施設の事情により、デイケア職員以外の職員が見学に同行する形なのかもしれないが、見学の際は当然デイケア職員の自己紹介も行われると予測されることから、設問内容が理解しづらいものであったと思われる(図4)。

デイケア独自の対応マニュアルの有無については、マニュアルがあると答えた施設は、僅か1施設であり、その内容は事故防止時の連絡体制に関するものであった(図5)。

個人担当制については、導入している施設が14施設で全体の56.0%であった。導入していない施設では、プログラムの担当職員が随時対応し、職員間で情報交換を密にして、定期的なカンファレンスを実施するなどの工夫をしていた(図6)。

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については、自由記載で答えていただいた。具体的に書いてくださった施設は12施設で、各々の意見は以下に項目別にまとめて要点を絞り記載する。

<デイケア以外で担当している施設：3施設>

主治医か心理が担当しており、個人療法である外来診療や心理面接で実施されている。

<デイケアでアプローチしている施設：6施設>

定期面接での評価や共有化を図ったり、何らかの変化もしくは関連があると思われる行

動を捉え、面接場面などを設定してフィードバックやアドバイスを رفتり、対象行為の事象に関するフィードバックを求めるような会話を心がけるなどの工夫をしていた。また、現在は行われていないが、必要時には何らかのアプローチを考えている施設も2施設あった。

共通評価項目以外の評価の実施については、8施設が実施している。その内容は、L A S M I や久保田クリニック式デイケア評価表、病院独自の症状評価、気分と疲労のチェックリスト、精神障害者ケアアセスメント、独自のデイケア評価表と様々であった（図7）。

家族への支援として、デイケアで独自に家族会を開催している施設は40.0%であった（図8）。病院全体などの家族会を行っている施設やマンパワー不足から日々の業務に追われ、家族会を開催する余力がない場合も考えられる。またデイケアで家族面接を実施している施設は、8施設で全体の32.0%であった。多職種チームで心理担当等が対応するなど役割分担している場合も考えられる（図9）。

3）医療観察法開始（平成17年7月15日）以来のデイケアの実施状況について

医療観察法開始以来のデイケアの実施状況について①受入れの総数、②直接通院（当初審判で、直接通院処遇になる場合）と移行通院（入院処遇から移行する場合）の割合、③1日平均の利用人数、④利用していないケースの有無、⑤中断したケースの有無、⑥利用の目的、⑦利用回数の決め方、⑧必要なデイケアの実施状況、⑨提供プログラム、⑩デイケアの有効性の10項目について質問した。

本法開始以来のデイケアでの通院対象者の受入れ総数は、1人が11施設で最多であった。続いて3人、4人が各々3、4施設で、9人という施設も1施設あった。9人を受け入れた施設は、大都市圏に位置していた（図10）。

全施設の受入れの総数は42人で、直接通院が23人で全体の55%弱であった。移行通院は19人の45.2%で施行当初に比較し、移行通院が徐々に増えてきている。

また、通院対象者の1日平均の利用人数は、1人が最も多く、平均すると1.1人であった（図11）。1日最大利用者数は1人が10施設で最多であった。次いで2人が6施設で、3人が3施設であった（図13）。

デイケアを利用していないケースがある施設は、10施設で全体の40.0%を占める。無回答の4施設を除く残りの11施設では、通院処遇になった対象者全員がデイケアを利用していた（図14）。

また、デイケアを利用していないケースの理由としては、「自宅が遠方のため」を挙げた施設が4施設、「集団に馴染めない」、「対象者からの拒否」が3施設で、「交通費負担が大きいなどの経済的理由」が2施設あった。そのほか「身体疾患のため通所困難」「外来作業療法に参加」や「デイケアには不向き」（具体的な記載なし）が挙げられていた。「対象者からの拒否」については、具体的な記述の設問をしていないため、詳細は不明である（図15）。施設自体で通院処遇の対象者を受け入れてはいるものの、デイケア利用に至らないケースがいる5施設から回答をいただいた。デイケアを利用していない理由としては「自宅が遠方」「集団に馴染めない」「内省・洞察も進み、就労支援など地域支援に重点を置いた」、「外来作業療法に参加」などであった。

デイケアを利用途中で中断したケースの有無については、中断したケースがいると答えた施設は5施設で20.0%、無回答4施設を除く残りの16施設64.0%は継続していた（図

16)。中断の理由は、「集団に馴染めない」が2施設、「対象者からの拒否」が2施設で、うち1施設では内省・洞察は同じであるが、利用者の希望で就労支援へ移行したケースであった。「内省・洞察も進み、就労支援など地域支援に重点」1施設、その他対象者が6時間に耐えられず外来作業療法に移行したケース、病状が悪化し入院したケースもあったようだ。

デイケア利用の主な目的（ニーズ）については、ケースにより異なると思われるが、「生活リズムの改善」が最も多く、次いで「対人関係の改善」「仲間作り」「体力づくり」「対処技能の獲得」「病気の理解の促進（心理教育）」「支援者（相談者）の拡大」の順でニーズが高く、「対象行為の内省・洞察の促進」を目的にしている施設もあった。その他「居場所の確保」「食事提供」「モニタリング」「社会復帰」「就労支援」「再発防止」が挙げられていた（図17）。

利用回数の決め方については、通院医療の標準的な医療内容のイメージを参考に、ケースにより必要に応じて決めている施設が19施設で76.0%を占めていた。設定していない施設は1施設で、参加の動機付けを行っているとの回答だった。おそらく、利用する方向であったものの何らかの理由で、参加へのモチベーションが下がり、動機付けへの対応が主流となり、具体的には設定できない状況として窺える。その他1施設では、個別相談及び地域ケア会議で利用回数を設定しているとの回答だった。この施設では、ケースの希望や病状等必要に応じて決めているのではないかと思われる。また、社会復帰調整官主体で決めているとの記載もあった（図18）。

必要なデイケアの実施状況については、実施できている施設は13施設で52.0%、実施できていない施設が6施設で24.0%、どちらもいえないが1施設であった。

提供プログラムについては、「運動」が最も多く、以下「レクリエーション活動」、「生活技術訓練（料理等）」「創作活動」「心理教育（服薬・疾病・社会資源等）」「集団精神療法」「職業前訓練・セミナー」で、最後に「認知行動療法」「音楽療法」が挙げられていた。デイケア以外に外来診療や訪問看護、その他の医療サービスで参加曜日が限定され、デイケア側で対象者に必要と思われるプログラムが提供できない施設もあった。可能ならば、多職種会議で提案するののも一つの方法かもしれない（図20）。

医療スタッフ側から見たデイケアの有効性については、最も多かったものが「生活リズムが整った」、以下「仲間ができた」「相談できるようになった」「社会資源を利用できるようになった」「体力回復」「病気の理解が進んだ」「内省・洞察が深まった」、その他「行動観察ができる」「不明」の順であった（図21）。対象者がどのように感じているのかも大切なことであるが、今回は調査項目から外した。

4) デイケア独自の研修会や勉強会の開催について

デイケア独自で研修会や勉強会を開催している施設は、僅かに4施設で、ほとんどの施設が研修会や勉強会を開催する余裕のないことが窺える。デイケアを提供していない施設においても実際に開催している施設はなかった（図22）。

5) 医療観察法通院処遇でのデイケア実施についての自由意見

本法対象者にデイケアを提供して感じる問題点等を自由に記載していただいた。幾つかの項目に分類し、なるべくそのままの表現を掲載した。

①現行の制度の問題

- ・職員配置が既存のままであるため、指定通院医療機関として国が期待するサービスの質を行うのは現実的に難しいと考えます。訪問看護と同様に、別枠の報酬規定があると良いのではないのでしょうか？
- ・より緻密な観察、ときに特別な対応・介入を求められるため、可視的な作業量より負担がはるかに大きい。デイケア終了後にスタッフが1人のこともあり、従来プログラムの準備や施設の管理に当てていた時間が、会議の増加により大幅に減少し、デイケア全体のサービスの低下を心配しています。
- ・医療観察法対象者を受け入れるデイケアについては、施設基準（人員配置）を充実させて欲しい（例：PSWかCPではなく、両者必要とするなど）
- ・マンパワーの部分に関して、「対象行為の内省・洞察」以外の部分では、他の利用者と同様の条件が多く見られるものの、厚遇になっている現実がある。
- ・マンパワー不足で入院処遇時ほど手厚いケアができないように思う。
- ・自宅で遠方の方は、外来治療費は無料でも、交通手段がなく、交通費がかかるため、頻繁にデイケアに参加することは難しい。交通手段や費用についての援助はできないか？
- ・マンパワー不足（2施設）
- ・業務が兼務になってしまい、業務量が増え、他患へのケアが低下する可能性がある。
- ・濃厚な対応、観察が必要とされるが、診療報酬が通常のみであること、施設基準が人員面で医療観察法対応のために増員されていないこと、直接通院も多数受ける現実から、職員側のオーバーワーク、医療サービスの質の低下が懸念される。診療報酬の見直しや人員配置の改正が急務と思われる。
- ・大規模デイケアでは1日70人までOKと指定されている。収益から1日70人を要求されるため、150人以上の在籍者を有しているのが現状である。業務は各種のグループ療法の準備から運営、個別支援、グループ・個人記録まで業務量は多く、多忙である。また医療観察法の会議も増え、ますます業務多忙になり、他の通所者へのサービス等の低下が懸念される。勉強会も開催したいが、余力がない。職員配置はそのまま、1日50人、医療観察法対象者を受け入れる場合は、職員数を1名増員など、国が前向きに考えてほしい。

②治療内容について

- ・デイケアにて対象行為の内省・洞察を深めるのは、不相当かと思えます。人格上の問題点に対して医療の面からのアプローチでは効果が期待しづらいこと、またこれと関連して内省・洞察が深まらないことより、対象行為の再発が、治療現場で起こり得る可能性に対して、他の利用者を保護することが困難なこと、またこのことに関連して、対象者の個人情報に留意すると、他の利用者とのトラブルを未然に防ぐための対応が難しいことがある。
- ・個別支援の難しさ。
- ・環境の変化にもろい対象者の特徴から、家族の促しによりデイケア通所を継続されている。そのためか、治療的意識や他者にいわれないと動けないため、現在のプログラムや関わりで良いのか疑問。
- ・対象者の拒否と通院側では利用していただきたいことへのつながりが難しい。
- ・MR+アルコール依存で内省・洞察は「わからない」の繰り返しで、深まらなかった。

- ・集団に馴染めない状況であった。
- ・他患への影響（同じ環境で行っているため）。
- ・対象者によって向き、不向きがある。必要な人にとっては、対象者の状況が良く把握できるので有効な手段。
- ・デイケアへのモチベーションがない人には、デイケア以外の利用を考えることも大切。
- ・薬物関連の対象者は、生活能力も高く、自分で収入を得て、社会生活も送れる方ではあるが、病気の理解・内省・洞察が深まらない。対応に苦慮している。
- ・デイケアの位置付けや意味合いが問われていると思われる。他の種々の福祉サービスとどこが違うのかとの議論もあり、福祉サービスも昔と違い、増えて地域に点在している現状では、デイケアは治療的な意味を主流に治療効果のある心理教育・認知行動療法などの理論を根底にしたプログラムを積極的に導入した方が良いと思われる。
- ・内省・洞察に関しては、基本的には個人情報保護から個別で行う必要があると思われる。デイケアで他者のトラブルなどの種々のできごとを通して、面接などを活用し、HERE AND NOW で対象行為や病気等の理解や振り返りを深めていく作業も、今後の対象者生活を考えたときに対象者の力になっていくのではないかと考える。多職種での協働作業が効果を上げるような気がするが・・・。

③その他

- ・医療観察制度という枠の中で疾患として捉えるのは、もちろん理解して関わっているつもりではいるが、罪を犯した人という偏見をどうしても持ちやすい。
- ・司法との境界線に対する矛盾（医療観察法で守りすぎるケースも見られる。自己責任を果たしてよいと思えるものも適用されているのではないかと感じる。）
- ・個人情報保護の観点から、指定通院医療機関が公表できない体制のため、勉強会や連携等ができない。

4. 考察

本調査の中で、いくつかの傾向や問題点が明らかになってきた。以下に項目別にまとめた。

1) デイケア体制について

関係性の構築のために、入所前に試験参加や見学、関係者の顔合わせなどの工夫をしている施設は多く、スムーズな導入を図るために必要な事項といえる。また、オリエンテーションでは、各施設のデイケア利用者の構成メンバーでも異なるが、グループへの配慮と他利用者との差をつけないなど、個人の人権という2つの視点があるように思われる。本来は、他利用者と同様の対応をし、問題が発覚した際はグループでの話し合いを設けたり、スタッフ側から偏見をなくしたりするようなアプローチを図るなどが理想であると思われるが、個人情報保護の観点から、国が指定通院医療機関を明らかにしていない状況である以上、微妙な問題といえる。

マニュアルに関しては、人材養成研修会でも入院処遇に比べ、通院処遇のマニュアルは未整備でほぼないに等しい。当然どの施設も本法対象者への独自のマニュアルはなく、模索しながら対応していると推測される。

70%近くが個人担当制をとっているが、ケースマネジメントの視点からすると、担当者

がいることで個別支援や多職種チームとの連携がスムーズに図られるように思われる。しかし、大規模デイケアでは種々のプログラムを併設しながら運営している施設がほとんどであり、担当者が常に関われるとは限らない。プログラム担当と個人担当が常に連携を図ることが理想の体制ではないかと考える。

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については、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当と思われる。ケースにより外来診療や心理面接など個人精神療法で行うとか、デイケアで個別面接を活用するなどの方法があるが、対象者の負担も考えながら慎重に行うべき事項で、多職種チーム会議で検討する必要があると思われる。

家族への支援として、病気の勉強会などの家族講座の企画はデイケアでも実施できるが、家族が被害者の場合もあり、心理と連携するなどきめ細かい配慮を要すると思われる。

2) 医療観察法開始以来のデイケアの実施状況について

昨年度の岩成の調査²⁾では、通院対象者 91 人に対し、47 人がデイケアを利用していた。また週 5 回以上の利用者も 14 人いた。更に 1 年経過した今年度では、対象者数も増えていると予測するが、本調査では全国調査には至らず、限定されたものとなっている。本調査では 1 人程度の通院対象者を受け入れている施設が多く、大都市圏では 9 人と幅がある。地域性もあり、大都市圏では犯罪率も高く、おのずと医療観察法の対象者の数も多いと推測する。また通所日数は、ケースにより必要に応じて決め、1 日平均 1～3 人がデイケアを利用している。移行通院が徐々に増えてきている現状から、病気と対象行為との関連が理解できてきているのか、対処技能が身につけてきているのか、自責の念から新たな再生の前向きな生き方を模索できていくのかなど試されるべきであり、引き継がれた我々にも責任が重圧としてのしかかっている。

デイケアは集団を基本とした 6 時間程度の治療構造ではあるが、ストレス耐性が弱く、長時間に耐えられないケースの場合は 3 時間のショート・ケアを導入するなどの工夫も考えられる。しかし集団が馴染めないケースにとっては、小規模の並行グループで個別性を重視した外来作業療法が適切であるといえる。対象者の特徴もあるが、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、デイケアの活用が随時できることが理想である。

地域によっては、自宅から医療施設まで通所するのに何時間もかかり、外来診療だけでもやっとというケースもある。身近に利用できるデイケア施設等の設置や交通費助成等の医療が受けやすい法整備が急務といえる。

デイケア利用の目的は、ケースにより異なるが、本法以外の利用者と変わらなかった。本法の目的からすると社会復帰に加え、対象行為の内省・洞察の促進が加味され、更に再発防止や自殺予防、モニタリングにも力を注がなければいけないように思われる。デイケアの機能が生活支援型か、治療型か又はその混在型かにより、提供してくるものもおのずと異なってくるが、松原が¹⁾指摘するように直接通院群と移行通院群を分けて対応すること、指定入院医療機関の治療プログラム（障害別、個別プログラムなど）を受け継いでいく必要があると思われる。

医療スタッフ側から見たデイケアの有効性については、治療目的同様、他の利用者と変わらなかったが、重大な他害行為をしてしまったというスティグマを抱えた対象者の心の

よりどころの一つ（相談者の一人）として意識していただいたことは意味があったように思う。当院デイケアの対象者からは、「リハビリ（生活リズムが整った）になった」、「病気の勉強会が役に立った」「人と接する練習になった。」「相談できる人ができて良かった」、「事件の振り返りが少しできた」と語ってくれる人もいたが、本当の意味では処遇終了後に検証されると思われる。

3) デイケア独自の研修会や勉強会の開催について

昨年の当研究班の報告書²⁾の中で、医療観察法の意味合いなどを医療側が理解していないことや研修等にも参加していないことの問題点が指摘されていた。医療観察法に携わる全ての関係者が研修の機会を設けられることが理想ではあるが、各施設の状況により現場の業務に追われ、出張等の制約があることも確かで、医療者側の問題とは一概に言い切れない現状があるように思われる。通院処遇は入院処遇ほどマニュアルなどが確立されていない。研修の内容はもとより、研修体制を整えていくことも今後の課題となってくる。また、個人情報保護の観点から、指定通院医療機関が公表されていないため、情報交換や連携、勉強会等の開催が難しいのも現状で、今後の課題と思われる。

4) その他

①現行制度の問題

ACTや本法により、国は医療全体の底上げを狙っているが、現場では職員配置が既存のままであるため、マンパワー不足で、指定通院医療機関として国が期待するサービスの質を行うのは現実的に難しい。より緻密な観察、ときに特別な対応・介入を求められるため、可視的な作業量より負担がはるかに大きく、従来プログラムの準備や施設の管理に当たっていた時間が、会議の増加により大幅に減少し、デイケア全体のサービスの低下が懸念される。診療報酬の見直しや人員配置の改正が急務と思われる。

②治療内容について

物質依存や知的・人格上などの問題点に対して医療の面からのアプローチでは効果が期待しづらいこと、これと関連して内省・洞察が深まりにくいことより、対象行為の再発が懸念される。またその行為が治療現場で起こり得る可能性に対して、対象者の個人情報に留意し、他の利用者をどのように保護するのかが問題になってくる。今後疾患・対象別のアプローチをどのようにどこで請け負っていくのか、また効果的手法の習得やステージ毎の参加頻度や治療内容の検討など課題は多い。

5. まとめ

医療観察法施行から2年半が経過した。36施設に協力をしていただき、施行後のデイケアの実態を調査した。通院処遇では、入院処遇に比べ、マニュアルや研修は未整備でほばないに等しい現状の中で、各々のデイケアでは、日々模索しながら対象者を受け入れている現状が明らかになった。またその施設の方針により、提供の仕方も様々な印象を受けた。

また、現行の診療報酬上の問題より、収益と医療サービスの充実の狭間でもがいている職員の姿も浮き彫りにされた。実際に提供している人数も1名から9名と幅があり、今後症例を重ねていく中で見えてくるものがあると思うが、今回の調査結果を来年度以降研究テーマとしている医療観察法におけるデイケアのあり方の基礎にしていきたいと考えている。