

ご協力をいただいた施設の皆様に、紙上を借りてお礼申し上げます。  
また、今後ご意見をいただければと存じます。

## 6. 研究発表

論文発表

原澤祐子，指定通院医療機関における治療と作業療法．作業療法ジャーナル 41:214-222，  
2007

### (参考文献)

1. 松原 三郎：デイケアー通院医療におけるデイケアの役割ー，481-483,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
2. 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．

図1 デイケアの提供状況  
(アンケート協力施設 N=36)

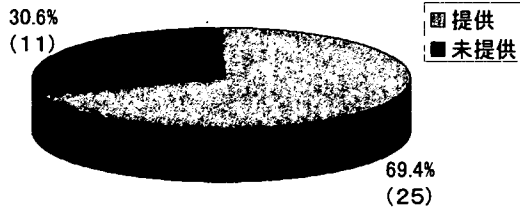


図2 試験参加の有無(N=25)

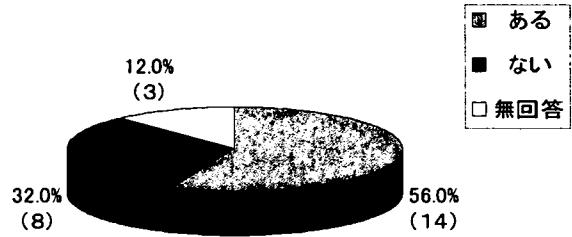


図3 オリエンテーション留意点(N=25)

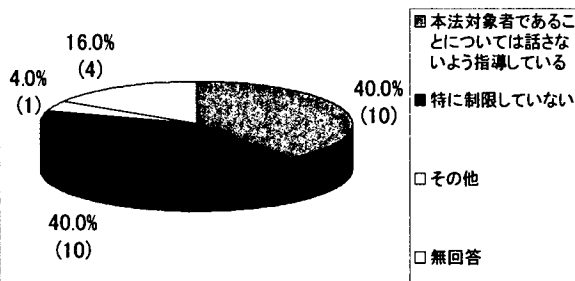


図4 関係構築のための工夫(N=25)

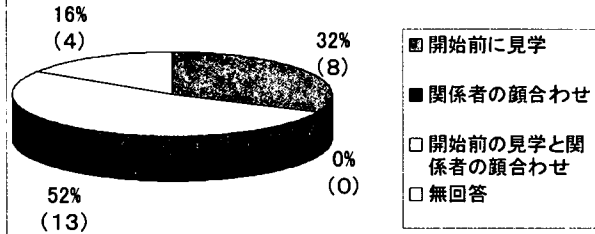


図5 マニュアルの有無(N=25)

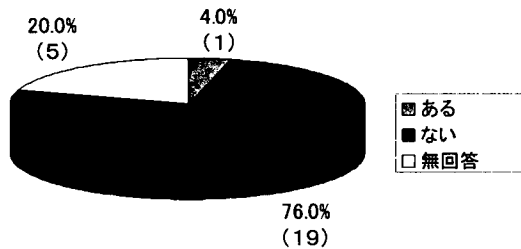


図6 個人担当制(N=25)

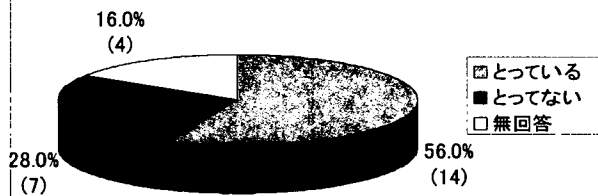


図7 共通評価項目以外の実施(N=25)

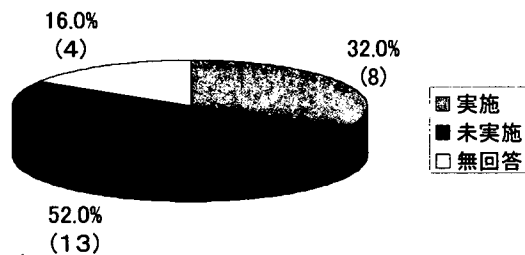


図8 家族会の開催(N=25)

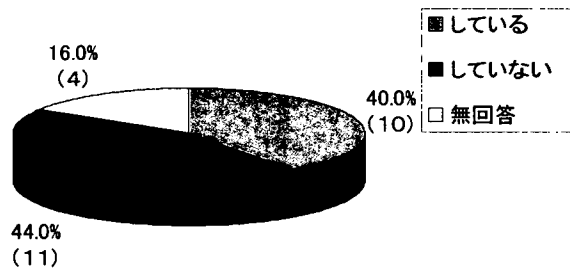


図9 家族面接の実施(N=25)

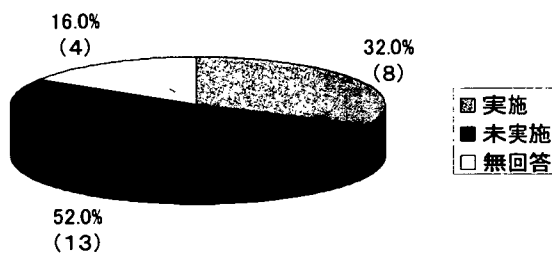


図10 受け入れ総数(N=25)

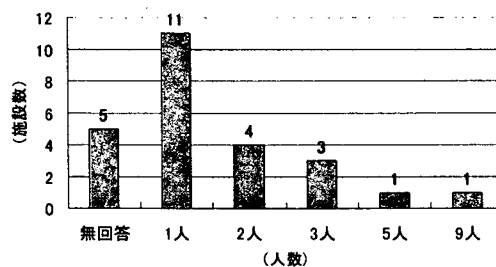


図11 直接通院と移行通院の割合(N=42)

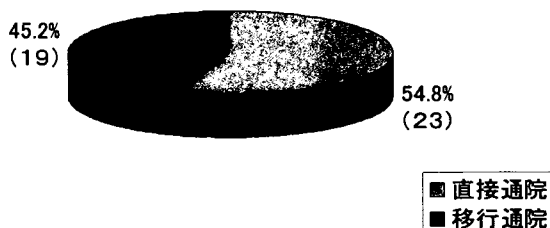


図12 1日平均利用者数(N=25)

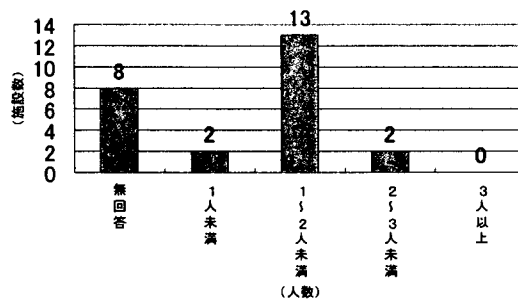


図13 1日最大利用者数(N=25)

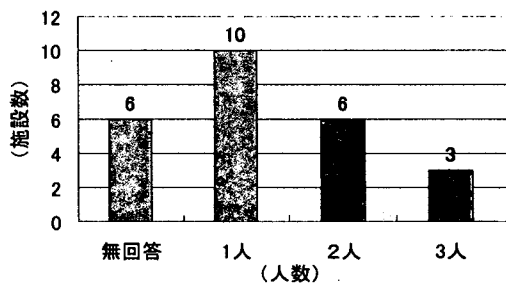


図14 利用していないケースの有無(N=25)

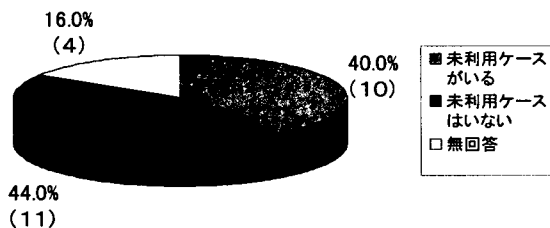


図15 利用しない理由

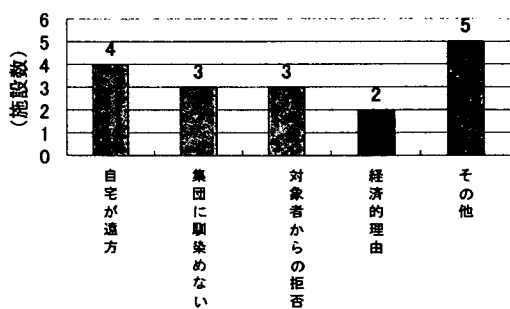


図16 中断ケースの有無(N=25)

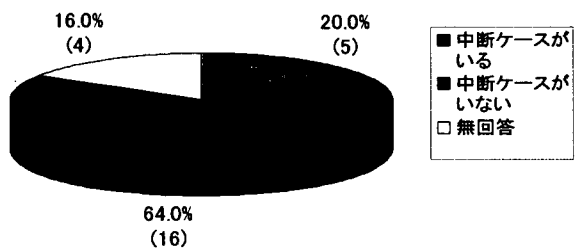


図17 デイケア利用の目的

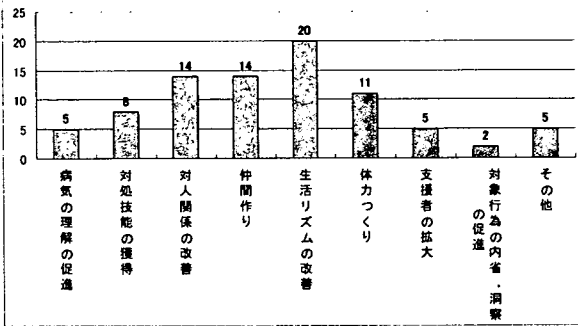


図18 利用回数の決め方(N=25)

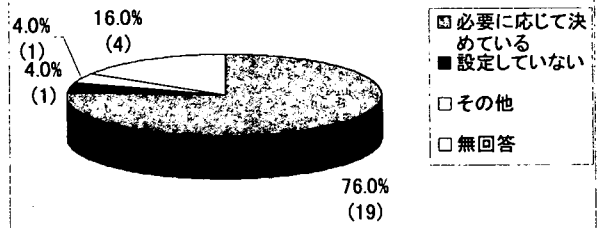


図19 必要なデイケアの実施(N=25)

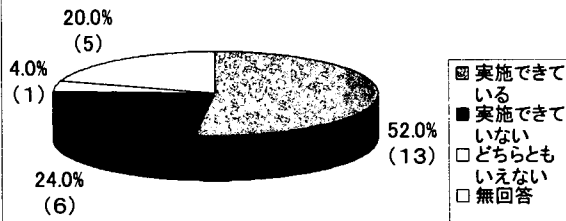


図20 提供プログラム

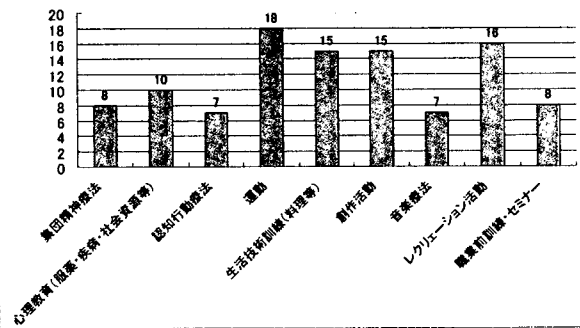


図21 デイケアの有効性

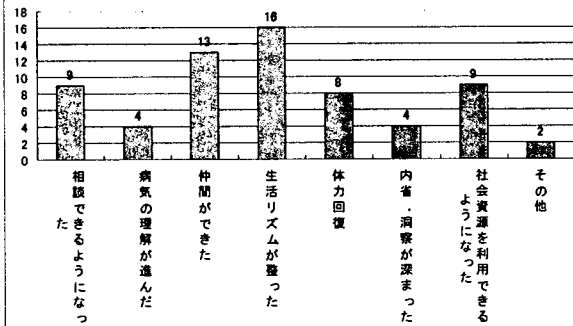
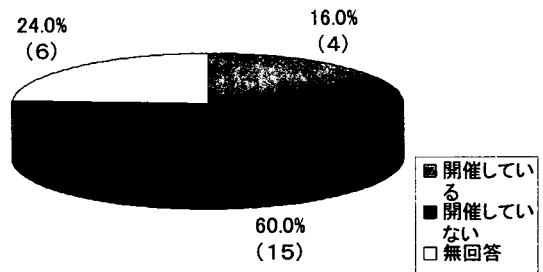


図22 デイケア独自の勉強会の開催(N=25)



「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」

### （４）指定通院医療機関における外来作業療法の実態調査

研究協力者 香山 明美 宮城県立精神医療センター

#### 1. 調査の主旨

医療観察法の通院処遇において、必要な医療サービスとして外来診療、デイケア、訪問サービスと同様に、対象者の状況に合わせて外来作業療法を提供していくことも通院処遇ガイドラインにおいて示されている。デイケアは集団を基盤としたプログラムを提供していることが多いが、作業療法では集団に馴染まない場合や、必ずしも集団活動が必要でない対象者に、より個別的な課題を解決していくことを目的に提供されることが想定されている。

昨年度の通院治療に関する研究調査<sup>2)</sup>では、通院処遇の対象者のうちデイケアを集団に馴染めない場合や、デイケアの受入れ体制ができていない場合には作業療法や心理面接等のサービスを提供していることが報告されている。今回は、医療観察法施行後、外来作業療法の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外来作業療法の役割を明確にし、デイケアや心理療法など他のサービスとの役割・機能の違いを明らかにしていきたい。

#### 2. 調査方法

医療観察法の指定通院医療機関における、訪問看護、デイケア、外来作業療法の実態を明らかにするためにアンケート調査の形で実態調査を行った。調査研究協力施設は本研究の医療観察法対応の通院医療に要する時間調査の研究協力施設に加え、研究協力者が協力を依頼できる施設と合わせ 46 施設であった。この 46 施設に平成 19 年 12 月 1 日から 20 日までの 20 日間に訪問看護、デイケア、外来作業療法の 3 つの調査を一緒をお願いした。

調査内容は、①医療観察法対象者に対しての外来作業療法の体制について、②医療観察法開始（平成 17 年 7 月 15 日）以来の外来作業療法の実施状況について、③作業療法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外来作業療法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、外来作業療法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など、計 46 施設に調査票（資料 1）を配布し、36 施設から回答を得た。

外来作業療法の提供状況は図1のとおりで、医療観察法施行以来、実際に外来作業療法を提供した施設は、36施設中9施設で全体の25%であった。提供には至っていない27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外来作業療法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、合わせて提供には至っていない施設の意見も加えた。集計結果は図1～図14に示した。

### 1) 医療観察法対象者に対する外来作業療法の体制について

質問項目は、①オリエンテーションの際の留意点、②関係性の構築のための工夫、③外来作業療法の実施形態、④医療観察法対象者用の独自の対応マニュアルの有無、⑤個人担当制、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、⑨家族支援の担当の主な職種の9項目であった。

外来作業療法について13施設から回答があったが、実施する予定であるがまだ実施していない4施設を除く9施設からの回答を基に、結果を以下にまとめた。

- ①オリエンテーションの際の留意点としては、周囲（他メンバー）への影響を考え、「本法対象者であることについて話さないように指導している」が4施設で44.4%、特に制限していないが3施設で33.3%であった(図2)。
- ②関係性の構築のための工夫としては、入所の前に試験参加を設けている施設が、7施設で全体の56.0%、関係者との顔合わせをしている施設が5施設で32.0%近くあった(図3)。
- ③外来作業療法の実施形態については、集団プログラムが4施設で44.4%、個別と集団プログラムの併用が4施設で44.4%であった(図4)。
- ④医療観察法対象者用の独自の対応マニュアルの有無については、全施設でなしであった。
- ⑤個人担当制については、個人担当制をとっている施設は7施設77.8%で、とっていない施設が2施設22.2%であった(図5)。個人担当制をとっていない施設の工夫としては、プログラム担当制で何か変化があれば、担当ワーカーに連絡をとる、プログラム担当が必要に応じて対応するなどであった。
- ⑥共通評価項目以外の評価については、実施しているが2施設で22.2%、実施していないが7施設で77.8%であった(図6)。
- ⑦家族支援については、家族会は全ての施設で実施しておらず、家族面接をしている施設は1施設で11.1%であった。家族支援を担当している主な職種は、医師が5施設、看護師が6施設、精神保健福祉士が4施設、心理職が1施設であった。(重複回答あり) 外来作業療法を実施している対象者への家族支援は、作業療法士以外の職種がとっている状況があった(図7)。

### 2) 医療観察法開始(平成17年7月15日)以来の外来作業療法の実施状況について

外来作業療法の実施状況についての質問項目は、①通院対象者の受入れ総数、②通院対象者の1日平均利用者数、③通院対象者の最大利用者数、④外来作業療法を利用していないケースの有無、⑤利用者が外来作業療法を選んだ理由、⑥外来作業療法利用途中で中断したケースの有無、⑦外来作業療法利用の主な目的(ニーズ)、⑧外来作業療法の利用回数の決め方、⑨必要な外来作業療法が実施できているかどうか、⑩提供プログラムの内容、

⑪医療観察法における外来作業療法の有効性、⑫外来作業療法独自の研修会や勉強会開催の有無、12項目であった。

①本法開始以来の外来作業療法での通院対象者の受入れ総数については、受入れ総数1人が6施設で最多であった。4人が1施設、2人が2施設であった。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。(図8)。全施設の受入れの総数は14人で、直接通院が7人、移行通院は7人であり、直接通院と、移行通院の割合は半々であった(図9)。

②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0.8人であった。多い施設で2人、少ない施設で0.02人であった。

③1日最大利用者数は1人が7施設で最多であった。4人が1施設であった(図10)。

④外来作業療法を利用していないケースがある施設は、5施設で全体の55.6%であった。ないと回答した施設は3施設で、通院処遇となっているケース全てが外来作業療法の対象となっている施設もあった(図11)。外来作業療法を選択していない理由としては、デイケアを選択した、外来作業療法は不向き、自宅が遠方であった、などであった。

⑤利用者が外来作業療法を選んだ理由としては、「デイケアでは利用時間が長い」「デイケアには馴染まない」「マンツーマンの治療環境が必要」「プログラムに興味を持った」「時間的に都合が良い」「入院中から退院後まで経過観察をOTで行う」などが挙げられた。

⑥外来作業療法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て答えた施設は1施設で11.1%(対象者からの拒否)、ないと回答した施設は8施設で88.9%であった。外来作業療法の中断率が少なかった。

⑦外来作業療法利用の主な目的(ニーズ)については、「対処技能の獲得」「対人関係の改善」「仲間作り」「生活リズムの改善」が同じ割合で高く、次いで「支援者(相談者)の拡大」「体力づくり」「病気の理解の促進(心理教育)」「対象者の内省・洞察の促進」の順でニーズが挙げられた(図12)。

⑧利用回数の決め方については、必要に応じて設定しているが7施設で77.8%と圧倒的に多く、設定していない施設は1施設であった。設定していない理由としては、対象者の症状に合わせて柔軟な対応をしている状況があった。

⑨必要な外来作業療法を実施できているかどうかについては、実施できている施設は、7施設で77.8%、実施できていない施設が1施設で11.1%、どちらともいえないが1施設であった。実施できていない理由としては、「スタッフの不足」「スタッフや関係する地域等の情報交換や調整など細かい部分の対応不足」が挙げられていた。

⑩提供プログラムについては、「平行な場面での個人作業療法」「マンツーマン対応の個人作業療法」が圧倒的に多く、以下「創作活動」「生活技術訓練(料理等)」「心理教育(服薬・疾病・社会資源等)」が同じ比率で、次に「音楽療法」「職業前訓練」が挙げられていた。個人作業療法等より個別的な対応が多いことがわかった(図13)。

⑪医療スタッフ側から見た外来作業療法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」、次に「相談できるようになった」と「仲間ができた」が多く、「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」、そのほか「自然な表情が少しずつ出てきた」が挙げられた(図14)。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。

### 3) 外来作業療法独自の研修会や勉強会の開催について

作業療法独自で研修会や勉強会を開催している施設はなかった。

### 4) 医療観察法通院処遇での作業療法実施についての自由意見

本法対象者に外来作業療法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。なるべくそのままの表現を掲載した。

- ・広汎性発達障害など他患者とは異なる対応を要するケースが増えている。
- ・内省・洞察を深めることはきわめて困難。
- ・家族を含めたケアが必要なケースが、現状ではOTが関わっていくことが難しい。
- ・兼任での関与が中心のため、MDTなどの会議の設定が難しく、なかなか開催できない。
- ・他の外来メンバーとの関係で、特に差別化が図れず、対応上の難しさがある。
- ・デイケアなどとの連携が上手く行えていない。
- ・作業療法は「活動」という現実的なものを使いながら、対象者の生活や心理に関わっていくのが特徴である。心理スタッフなどによる直接的な内省・洞察の深まりを目的とした関わりと並行して、対象者の現実生活を支えるという意味で、重要な役割を担えるものと考えている。また対象により、作業療法が効果的な人もあれば、デイケアがより効果的な人もあると思う。
- ・精神遅滞：治療反応性が望めず、終了の見通しが立たない（いつまで行うのか？）
- ・現在のやり方では、経済上の制約が発生し、マンパワーをさくことが難しい。手厚い保護が必要なために診療報酬上の優遇措置を設けたら良いのではないか。
- ・定期的なケア会議での情報共有ができるが、集団の動きと伴っている評価をどう伝えたらいいか、言葉に悩むことがある。
- ・個別プログラムが作れるのがメリット（まだ、試行中だが・・・）

## 4. 考察

本調査結果は、外来作業療法を実施しているとの回答を得た施設が9施設と少ない状況であったが、その中で見えてきた外来作業療法の特徴や傾向、実施上の問題点等を考察する。

### 1) 外来作業療法の体制について

#### ①本法対象者であることを他メンバーに話すか、話さないかについて

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配慮をしていることがわかった。また、オリエンテーション時に本法対象者であることを話すか、話さないかについては、対応が大きく分かれている点が印象的で、特に決めていないとしている施設も半数あった。このことは、デイケアでの対応よりも割合が高いもので、作業療法の対象者が個別対応している割合が高いことと関連があると思われる。この問題は、個人情報保護の問題や他のメンバーへの影響など、微妙な問題と関連しているため、今後も方向性を検討して必要があると思われる。

#### ②対応マニュアルについて

マニュアルに関しては、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



いる状況が推測される。

### ③個人担当制について

外来作業療法においては個人担当制をとっているのが80%近くで、デイケアより高い。これは、個別対応を必要とするケースが作業療法の対象となっていることと関連があると思われる。個人担当制をとっていない施設は、プログラム担当者が個人担当者の機能を果たしている状況のようである。

### ④外来作業療法利用者の家族支援について

外来作業療法利用者の家族支援は、医師、看護師、精神保健福祉士など他の職種が実施していた。このことにより、チーム会議等を通して職種毎に役割を決めた関わりを実施している背景が窺われた。

## 2) 医療観察法開始以来の外来作業療法の実施状況について

### ①外来作業療法の受入れ状況について

外来作業療法を実施している9施設で受け入れている対象者の延べ人数は14人であった。多い施設で4人、1人程度の通院対象者を受け入れている施設が多かった。外来作業療法において、4人を受け入れる状況は、マンパワーの問題等非常に厳しい状況があるのではないかと推測する。現状の作業療法の状況において、1人程度を受け入れるので精一杯なのではないかと思われる。

また、直接通院が7人、移行通院が7人と同等の割合であった。直接通院で受け入れている際の関係者との情報交換や支援体制の確認等の体制にも、かなりのエネルギーがかかることが予測されるが、体制整備に向けた検討も必要であると思われる。

### ②外来作業療法利用者の特徴について

今回の調査では、外来作業療法の実施形態や提供プログラムから、デイケアには適応しにくい、もしくは必要としない対象者が、作業療法で個別対応している傾向があることが明らかになった。本法対象者が地域で生活していく際に、具体的に個別の課題を解決していく必要がある場面は多いと推測されるが、その際は、外来作業療法のニーズが高くなる可能性も示唆される。

### ③外来作業療法利用の目的とその有効性について

外来作業療法利用の主な目的（ニーズ）については、「対処技能の獲得」「対人関係の改善」「仲間作り」「生活リズムの改善」が同じ割合で高く、次いで「支援者（相談者）の拡大」「体力づくり」「病気の理解の促進（心理教育）」「対象者の内省・洞察の促進」の順でニーズが挙げられた。医療スタッフ側から見た外来作業療法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」、次に「相談できるようになった」と「仲間ができた」が多く、「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」、そのほか「自然な表情が少しずつ出てきた」が挙げられた。このことより、利用目的と有効性には相関があることが示唆された。またこれらは、デイケアでの目的と有効性と比較しても大きく異なる点はなかった。

しかし、自由記載の意見でも多く出ていた、「内省・洞察を取り扱うことが困難」、「精神遅滞で治療反応性が望めない」ことなどは大きな課題である。

## 3) 作業療法独自の研修会や勉強会の開催について

昨年（2019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マンパワーの問題

外来作業療法は、従来の作業療法を提供している環境で、医療観察法対象者を受け入れている状況なので、MDT や他関係者との綿密な会議や調整等ができないまま実施している状況が自由記載意見からも窺えた。どの現場も関係者の努力で受け入れている状況があるので、本法対応のための何らかの人的措置が早急に望まれるところである。

##### ②提供できる治療内容について

作業療法は作業活動を通して、現実的な生活上の課題を解決していく手段として利用していく場合、大きな力を発揮できるものと思われる。従って、「内省・洞察」についても具体的な生活上で起こる困難性を取り上げながら実施していく作業療法と言語的な心理療法を組み合わせることで、確実なものになると思われる、従って、外来作業療法は、外来における何らかの心理的支援とを組み合わせしていく連携体制を組むことが課題となっている。

## 5. まとめ

本調査では 46 施設に郵送によるアンケート調査を実施し、36 施設の回答を得た。36 施設のうち外来作業療法での回答を得たのは 13 施設であった。

- ・13 施設のうち 9 施設が通院処遇による外来作業療法を実施していた。外来作業療法の延べ利用者数は 14 名、直接通院、移行通院ともに 7 名であった。
- ・外来作業療法は個人作業療法やパラレルな個人作業療法が 8 割近くあり、個別対応している利用者が多いことが特徴であった。
- ・外来作業療法の利用目的は、「対処技能の獲得」「対人関係の改善」「生活リズムの改善」「仲間作り」であった。
- ・外来作業療法の有効性は、「生活のリズムが整った」「相談できるようになった」「仲間ができた」であった。
- ・以上の利用目的と有効性は、デイケアと大きな差はなかった。
- ・外来作業療法とデイケアとの大きな違いは、作業療法の対象者がより個別的な対応が必要な事例が多いということであり、この傾向は、従来のデイケアと作業療法の役割の違いと何ら変わることはなかった。
- ・本法対象者への外来作業療法を従来の作業療法と並行しながら実施している現場の努力が窺われ、今後、人的、経済的な保障の検討が早急な課題と思われた。

(参考文献)

1. 松原 三郎：デイケアー通院医療におけるデイケアの役割ー、481□483、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
2. 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。

外来作業療法（図）

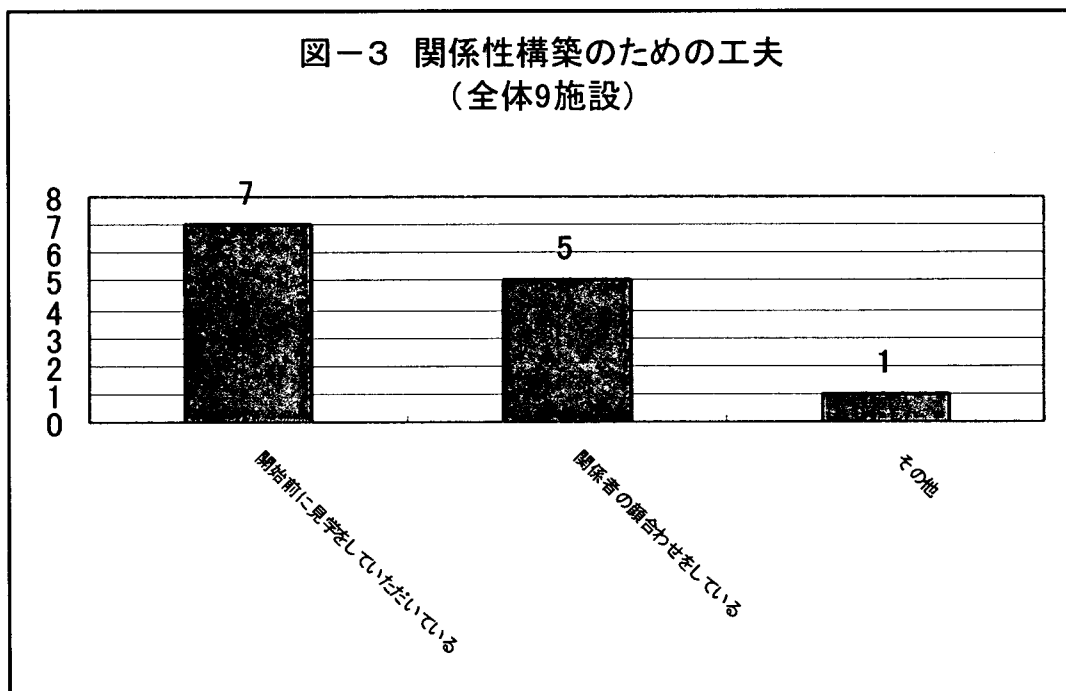
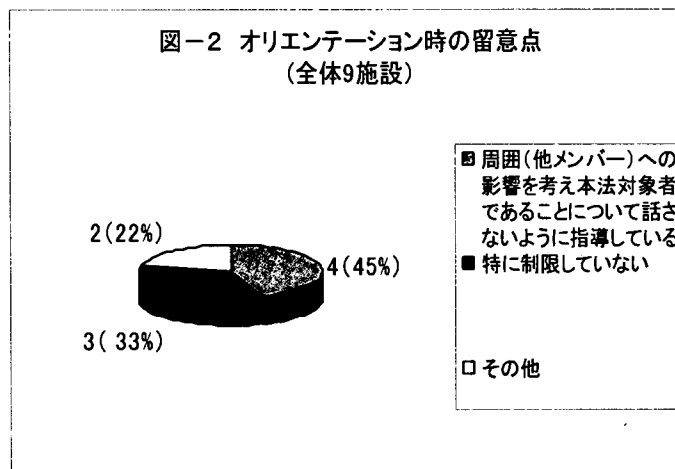
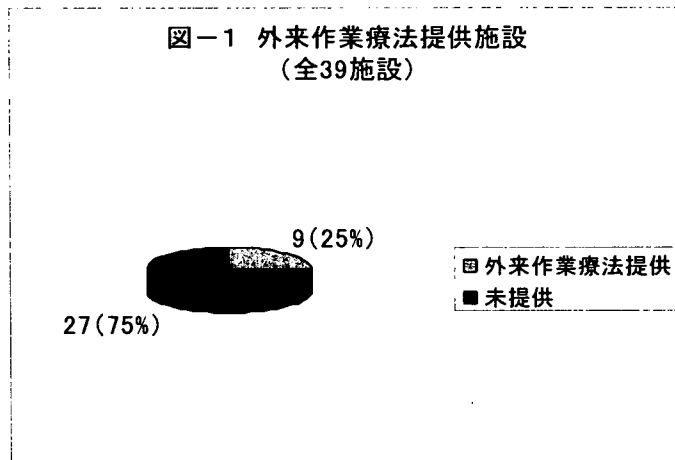


図-4 外来作業療法の実施形態  
(全体9施設)

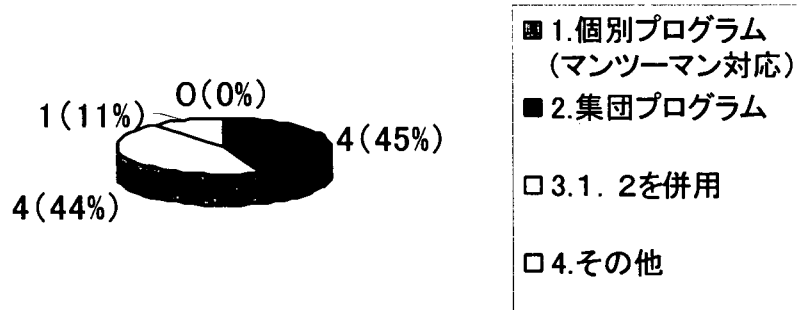


図-5 個人担当制  
(全体9施設)

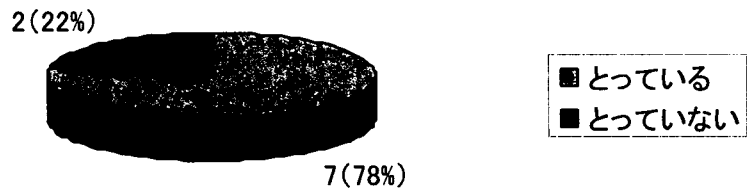


図-6 共通評価項目以外の評価の実施  
(全体9施設)

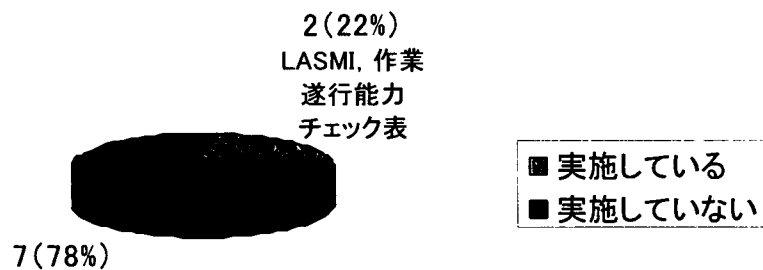


図-7 家族支援を行っている職種  
(全回答数16)

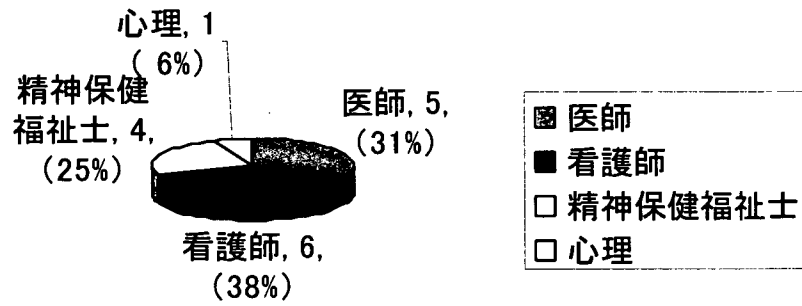


図-8 通院対象者受け入れ総数  
(全9施設)

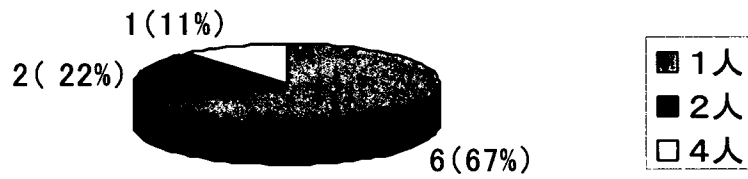


図-9 通院対象者の状況  
(全14人)

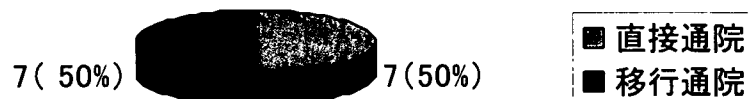


図-10 外来作業療法一日最大利用者数  
(全8施設)

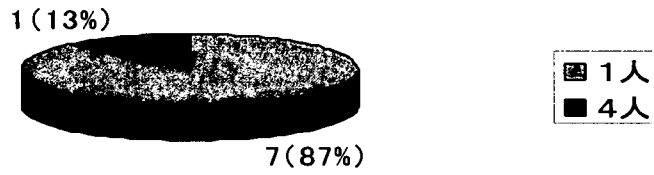


図-11 外来作業療法を利用していない  
ケースの有無(全8施設)



図-12 外来作業療法利用の主な目的  
(全回答数29)

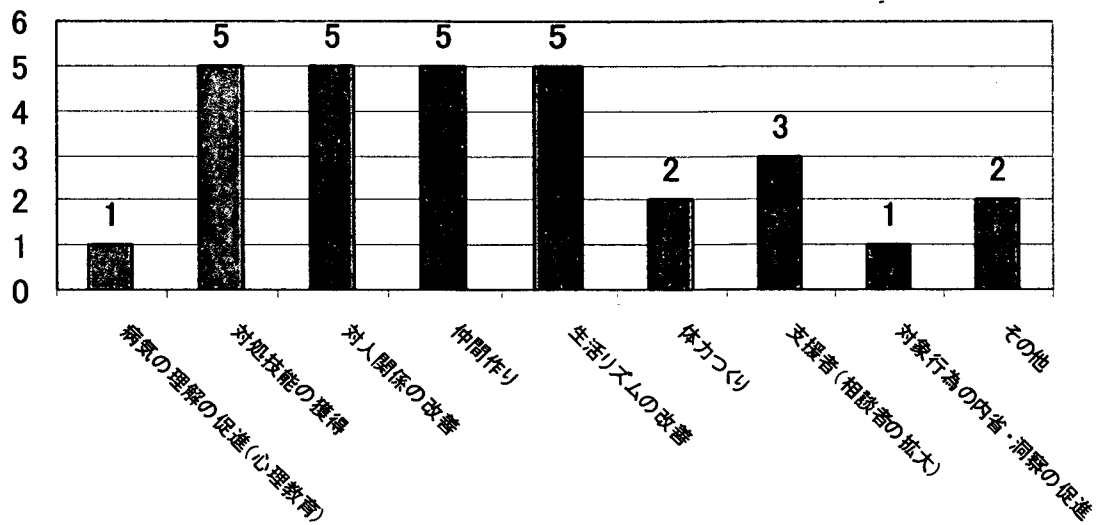


図-13 外来作業療法提供プログラム  
(全回答数24)

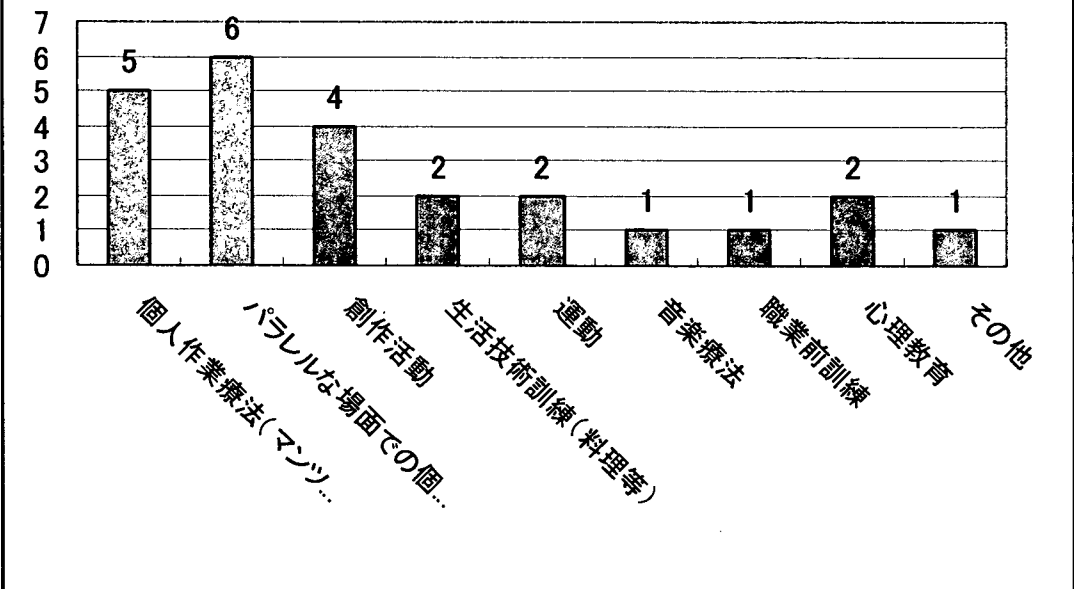
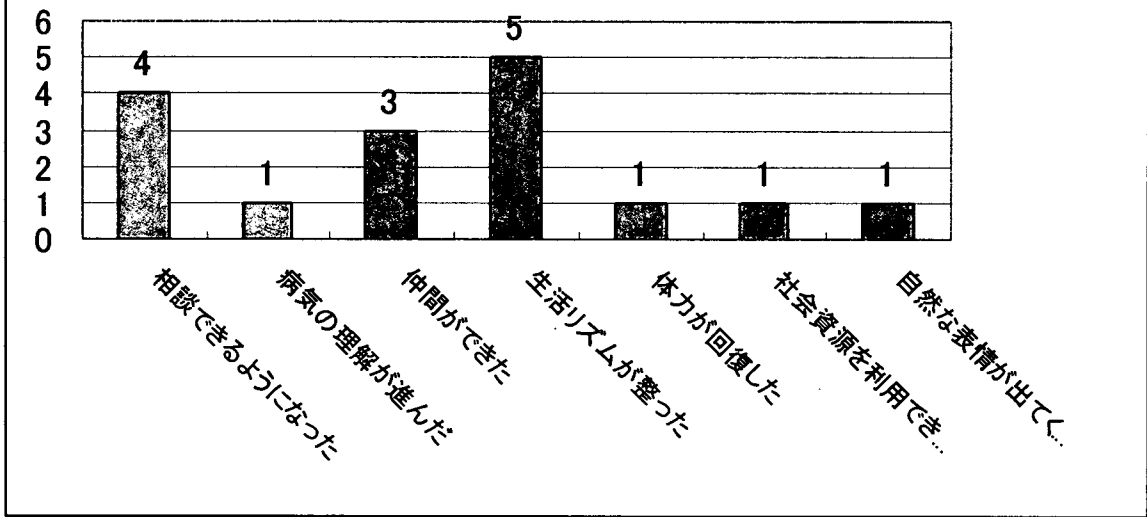


図-14 外来作業療法の有効性  
(全回答数16)





## 通院ステージや処遇終了の判定について

研究協力者 岩間 久行 神奈川県立精神医療センター芹香病院

### 1. はじめに

心神喪失者等医療観察法が実施されて2年半が経過した。現在のところ、通院医療の対象者数は入院からの移行が40%を占め、残りが直接通院となっている。直接通院の対象者が予想に反して多く、鑑定入院から通院に移行する際に、本法律による治療の理解と協力、治療継続のための動機付けなどに問題が認められ、その対応に苦慮させられる場合が少なくない。一方、移行通院においても居住場所の決定、地域処遇の体制づくりなどに課題を持ったまま移行する例もあり、必ずしもスムーズな移行になっているとはいえない場合が見られる。

医療観察法の通院は、前期、中期、後期のステージに分けられ、それぞれの期間の目安を1～6ヶ月、7～24ヶ月、25～36ヶ月とし、診療報酬もこの期間に沿って定められている。ガイドラインにはそれぞれのステージでの主な課題が示され、評価は共通評価項目を使って評価することが求められている。しかし、課題達成水準の判定に一定のものはなく、個別性も大きいため判断基準を示すことが可能かどうか疑問がある。本稿では、2年半を経過した時点で実際の症例がどのような経過で推移しているか、共通評価項目を使って検討してみた。その上で、各ステージの判定イメージを作成してみたい。

### 2. 各通院ステージの到達課題

前期通院ステージは6ヶ月までの期間とされ、この期間に対象者は必要な医療を利用でき、地域生活に慣れるとともに計画的な生活を送ることが可能になることが目標とされる。対象者が目標に到達するためにケア提供チームは、対象者との信頼関係の構築、対象者の個別性の把握、治療の継続性を保つための援助、チーム担当者間の密な連携と情報や意見交換などが求められる。

中期通院ステージは通院開始後24ヶ月までとされる。対象者の到達目標は、趣味を見つけ自身の生活を楽しむことが可能となるとともに、地域での生活で対人交流が持てるようになることである。ケア提供チームは、疾病の自己管理や金銭管理等、基本的な社会生活能力の維持と限定的な社会活動への参加・定着等への援助を行い、目標への到達をサポートする。

後期通院ステージは、通院決定あるいは退院許可決定から36ヶ月までの期間とされる。対象者は服薬の継続など、治療の継続が行えること、生活の安定化と将来の見通しが立てられることなどを目標とする。ケア提供チームは自主的に必要な医療を確実に利用できるようサポートするとともに対象者の社会参加の促進を行い、対象者が自立して社会の中で生活でき、疾病管理も自ら行えるよう援助していく。また、このステージの終了に当たっては、一般精神医療への移行準備を行う。

以上が、各期間で求められる対象者の到達目標とケアチームの援助内容の概要である。概要に沿って、これまで行ってきた実際の症例についてその経過を検討してみる。

### 3. 評価項目と経過の判断

表1は、直接通院となった統合失調症の症例Aであり、その経過を共通評価項目に従って評価したものである。本症例は直接通院の例であるが、住居設定のため精神保健福祉法上の任意入院を2ヶ月間行った後、通院が開始されている。9ヶ月目で前期から中期のステージに移行し、その後3ヶ月を経過しているが、実際の通院期間に限定すると2ヶ月の入院期間を除き、7ヶ月目で中期通院ステージに移行している。本症例は、キーパーソンである家族が協力的であり、本人の社会的能力も比較的高く、外来通院への導入はスムーズにできた例である。治療の必要性や服薬遵守等の理解は得られ、通院も定期的に行っている。しかし、医療観察法による処遇の全体が十分理解できず、処遇がいつまで続くのかなどの不安を持ち、治療・ケアの継続性に不安定さを生じた。このために、中期への移行により多くの時間を要している。中期の目標はパート就労であり、このためのスキルとしてデイケアでパソコン教室等に参加している。しかし、パソコンへ慣れることへ困難を感じているようである。

本症例の中期への移行判断は、治療的要素のうち具体的要素全てが解決されたことによってなされている。中期の目標はパート就労など、地域での生活の基盤を確立することにあるが、共通評価項目のほとんど全ての要素は解決された評価点を獲得していることから、中期の目標達成状況を本評価項目によって評価することが困難となっている。

表1

症例 A	期間 (月)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
精神医学的要素	精神病症状	2	2	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0
	非精神病的症状	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
	自殺企図	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
個人心理的要素	内省洞察	2	2	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0
	生活能力	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
	衝動コントロール	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
対人関係要素	共感性	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	非社会性	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	対人暴力	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
環境的要素	個人的支援	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	コミュニティ要因	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
	ストレス	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0
	物質乱用	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	現実的計画	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
治療的要素	コンプライアンス	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	治療効果	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	治療・ケアの継続性	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1

表2は、直接通院となった統合失調症の症例Bである。前期を7ヶ月で終了、その後15ヶ月目の中期治療期間を経過している。治療導入時、共通評価項目の評価点全体は高くないが、解決の課題は治療的要素や環境的要素に集中している。病気への自覚、内省・洞察もなかなか得にくい例でもあり、前期は7ヶ月の期間を要している。4ヶ月目に以前行っていたアルバイト就労を再開している。このことによって現実的計画が持てるようになっている。評価点の上から中期への移行がどのような評価からなされたか読み取ることができないが、対象者が対象行為と疾病性に対して内省・洞察の兆しを見せ始め、デイケアでのグループに溶け込むことができた時点で、中期へ移行したと判断している。身の回りの生活は自立して行え、アルバイト就労も再開できているものの、デイケアなどの限定した社会への参加の仕方は消極的であり、中期への移行判断を慎重にしたものと思われる。対人関係の形成が完全にできるようになった後、中期へ移行している。中期の目標は通院と服薬を継続しつつアルバイト就労も継続すること、病気の理解と内省・洞察を得させること、病気の再発兆候を捉え病気の自己管理が行えることとしている。処遇終了時の目標は正社員としての就労と自立に置いている。

表 2

症例B 期間(月)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
精神病症状	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
非精神病的 性症状	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
自殺企図	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
内省洞察	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
生活能力	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
衝動コン トロール	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
共感性	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
非社会性	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
対人暴力	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
個人的支 援	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
コミュニ ティ要因	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ストレス	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
物質乱用	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
現実的計 画	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1
コンプラ イアンス	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
治療効果	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
治療・ケア の継続性	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

表3は、直接通院となった急性一過性精神病性障害の症例Cについて、共通評価項目による経過評価である。症例は表の経過の後、11ヶ月目で処遇終了となっている。処遇5ヶ月目には中期に移行し、この時点で既に処遇終了に向けての目標設定がなされている。本ケースでは、キーパーソンとなる援助者が処遇方法に疑問を持つなどの問題を持って通院が開始されている。しかし、病的症状は速やかに消褪、治療の必要性の理解や協力の良さ、本人の社会的能力の高さなどから、本法による処遇への導入は速やかであり、治療へのモチベーションも維持できている。さらに、従来勤務していた会社の社長にも本法による処遇を説明し、その理解を得ることができたことから、社会復帰への道筋が容易に構築できたことが早期の処遇終了につながっている。

本症例の特徴は、ストレスに対する脆弱性や融通のきかない性格傾向が認められ、ストレスによって身体化症状を生じやすい。この特徴からストレスとうまく付き合いながら就労と病状の安定の両立を図るといった現実的な目標設定をしている。前期ステージの終了は、ストレスによる身体化症状出現の際、現実的な対応がとれるようになったことを判断根拠としている。

本症例は既に処遇終了しているが、処遇終了に当たって一般精神医療との格差の大きさから不安を持ち、同様な処遇の継続を強く希望している。本人の希望を入れ、一般精神医療でも本処遇に準じたケアを導入することで不安を解消し、処遇終了となった。

表3

症例C 期間 (月)	1	2	3	4	5	6	7	8	9
精神病症状	2	2	0	2	0	0	0	0	0
非精神病性症状	2	2	1	1	1	1	1	1	1
自殺企図	0	0	0	0	0	0	0	0	0
内省・洞察	0	0	0	0	0	0	0	0	0
生活能力	0	0	0	0	0	0	0	0	0
衝動コントロール	1	1	1	1	0	0	0	0	0
共感性	0	0	0	0	0	0	0	0	0
非社会性	2	2	0	2	0	0	0	0	0
対人暴力	0	0	0	0	0	0	0	0	0
個人的支援	0	0	0	0	0	0	0	0	0
コミュニティ要因	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ストレス	2	2	1	1	1	1	1	1	1
物質乱用	0	0	0	0	0	0	0	0	0
現実的計画	1	0	0	0	0	0	0	0	0
コンプライアンス	0	0	0	0	0	0	0	0	0
治療効果	1	1	0	1	0	0	0	0	0
治療・ケアの継続性	1	1	0	1	0	0	0	0	0

以上、3症例の共通評価項目に従った経過表を提示した。共通評価項目による評価は各