

93人(31%)、入院経験なしが179人(59%)であり、合せて41%が通院処遇中に精神保健福祉法の入院を経験していた。通算で1年以上精神保健福祉法の入院を経験している通院対象者は、直接通院12人、移行通院3人、あわせて15人であり、全体に占める割合は4.9%であった。なお、すでに30ヵ月を超えている者が3人存在し、その後も一定の割合で続いていた。長期在院の対象者では、特定の1回の入院が1年以上の長期になっている場合が多かった。通算1年以上の入院になった理由としては、病状不安定や未改善が12人(46%)、住居なしが8人(31%)であった。法が異なるとはいえ、(医療観察法の)通院のつもりでいたら(精神保健福祉法の)入院になったというのは対象者には納得しにくく、入院期間は最小限にとどめるべきであろう。また、医療観察法対象者としての診療報酬の増額と、精神保健福祉法の入院費のみが自己負担になるという現行の制度の見直しが是非とも必要である。

「通院処遇中の対象者の住居」は、同居180人(56%)、単身民間賃貸住宅60人(19%)、社会復帰施設53人(17%)、単身自家・社宅9人(3%)などの順であり、移行通院は直接通院に比べて同居、単身自家・社宅の割合が若干少なく、その分社会復帰施設の割合が多かった。単身民間賃貸住宅に居住する理由としては、対象者の強い希望26人(32%)、自宅がないため21人(26%)、家族の受け入れ拒否16人(20%)、社会復帰施設入居不可のため7人(9%)、であった。連帯保証人については必要39人(71%)、不要12人(22%)であり、連帯保証人として両親14人(38%)、兄弟姉妹10人(27%)が多いほか、保証人協会3人、知人2人、支援団体、弁護士などもあった。民間アパートは保証人をどうするか、物件探しをどこが行なうかなどの問題があるが、選択の幅が広いいため、様々な工夫をして支援している姿が自由記載に見られた。利用されている居住系社会復帰施設の

種類としては、援護寮が29人(44%)、福祉ホーム11人(17%)、グループホーム9人(14%)、生活保護者入所施設5人(8%)、知的障害者入所施設3人、ケアホーム3人などの順だった。社会復帰施設の利用に当っては、重大な他害行為を行なったことによる施設側の心理的なハードルの高さのほか、報酬が見合っていないこと、入居までに一定期間を要するにもかかわらず空室確保料がないこと、なども問題になっている。それでも、対象者の特徴や地域の社会復帰施設の事情などによって様々な施設が利用されていた。「社会的入院」に類似した状況も散見され、今後は入院病棟の構造や居住系施設の新たな類型などを検討する必要が出てくるかもしれない。

「通院処遇中の対象者の身体合併症」については、他科受診が必要な身体合併症は19%の通院対象者に認められたが、その内訳は、外来治療のみ46人(15%)、要入院9人(3%)、要入院・手術3人(1%)であった。身体合併症の種類は、多い順に糖尿病17人(27%)、気管支喘息6人(10%)、運動器疾患4人(7%)と続き、あとは横並びで悪性腫瘍、高血圧、C型肝炎、高脂血症、胃炎・胃潰瘍、不整脈、痔疾など様々であった。なお、生命危険性があるのは3人(5%)のみであった。入院施設は、一般病院一般科7人(54%)、大学病院一般科3人(23%)がほとんどであり、入院を要するほどの身体合併症の場合は一般科できちんと対応されていることが伺われた。また、入院中の家族以外の付添が要請されたのは、1人のみであった。身体合併症への主体的対応者は、指定通院医療機関34人(53%)、本人・家族のみ15人(23%)であり、社会復帰調整官6人(9%)や精神保健福祉の行政機関4人(6%)は少なかった。身体合併症への対応については「円滑」、「ほぼ円滑」が84%を占めていた。身体合併症の治療が優先され、一般科で必要な医療が受けられていることは評価できるが、一般の精神障害者の身体合併症受け入れ病院の確保など、普段の体制整備が重要と思われる。

求められているのは「有床総合病院精神科」であり、存在している地域では精神科の医師や看護師に医療観察法への理解を求めることも必要であろう。

「処遇終了と関係機関の連携」について、前年度に続いて検討した。処遇終了となった54人は男性32人（59%）、女性22人（41%）であった。年齢分布は30代をピークとした一峰性のカーブを描いているが、50代が比較的多いのは通院対象者全体の年齢分布に近い特徴を有していた。対象行為別には傷害22人（40%）、放火17人（31%）、殺人・殺人未遂11人（21%）、強制わいせつ3人（6%）などであり、殺人と放火が若干少なく、その代りに傷害が多かった。精神科主病名では統合失調症がかなり少なく、知的障害、器質性精神障害、人格行動障害が多かった。処遇終了までの平均通院期間は19.4ヵ月で、3年間の通院期間からみるとかなり短かった。調査時点は医療観察法の施行から3年4ヵ月余りであり、多くの処遇終了者では3年間の満期に至っていないことが予想され、実際に満期終了は5人のみだった。今後、終了者中の満期終了者の比率が次第に増大することは確実である。処遇終了の理由として目的達成37人（68%）のほか、死亡終了9人（17%）と対象外認定6人（11%）があり、平均通院期間を短くしている可能性もある。処遇終了後は指定通院医療機関への通院33人（73%）、以前の医療機関への通院3人（7%）、その他の医療機関への通院8人（18%）、通院自体終了が1人（2%）となっていた。一般精神科医療への移行は41人（91%）の場合、円滑であった。終了後の地域ケアのコーディネーターをどこが引き受けるか、地域関係機関も

職員の異動後に円滑な引き継ぎができるか、など幾つかの課題がある。通院医療における多職種チーム、ケア会議の枠組みは、少なくとも外来治療に熱心な医療機関においては日常的なものになりつつあり、以前よりは手厚いこうしたケアを1つのモデルとして、精神障害者の地域生活支援全般を充実させることこそ求められているのではないかと。

本分担研究では、通院処遇に関する様々なテーマについて検討を重ね、通院事例の検討も行ってきた。最終年度にあたる平成20年度はこれらの集大成として、「通院処遇ハンドブック」という小冊子を作成し、はじめて通院対象者を受け入れる施設の関係者などの参考に供することにした。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

岩成秀夫（2008）. 公的病院からみた通院医療. 司法精神医学 3:113-120.

川副泰成（2008）. 医療観察法：地域処遇. 『精神保健福祉白書2009年版』, 精神保健福祉白書編集委員会（編）, pp25. 中央法規出版, 東京.

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

まえがき

平成18年度から3年間、厚生労働科学研究「他害行為を行った精神障害者の診断、治療及び社会復帰支援に関する研究」(主任研究者 山上 敏)の分担研究「他害行為を行った精神障害者に対する通院医療に関する研究」(分担研究者 岩成秀夫)、及び厚生労働科学研究「医療観察法による医療提供のあり方に関する研究」(主任研究者 中島晋樹)の分担研究「通院処遇における関係機関の連携体制の構築に関する研究」(分担研究者 川副泰成)の2つの分担研究では、合同で研究会議を開催し、通院医療や地域処遇について検討を重ねてきました。

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

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

平成21年3月

分担研究者 岩成 秀夫 (神奈川県立精神医療センター)
分担研究者 川副 泰成 (国研法中央病院)

心神喪失者等医療観察法 (平成17年7月15日施行)

通院処遇ハンドブック

厚生労働科学研究分担研究班

8. 緊急時の対応（指定通院医療機関）	65
(1) 対応の原則	65
(2) 緊急時の連絡・対応方法の説明	66
(3) 精神保健福祉法による入院	66
(4) 通院処遇中の自覚	68
9. 身体合併症への対応	69
(1) 外来治療の時の場合	69
(2) 入院治療・手術が必要な場合	70
10. 通院医療における医療費	70
(1) 通院対象者通院医学管理料	70
(2) 精神科専門療法	71
第3章 通院処遇における地域連携	73
1. 地域連携のあり方	73
2. 地域における関係機関とその連携	75
(1) 行政機関の役割	75
(2) 個別の行政機関の役割	76
3. 社会資源とその他の利用	82
(1) 居住系サービス	82
(2) 日中の支援	85
4. 緊急時の対応（地域処遇）	89
(1) クライシスマン	90
(2) 精神科緊急システム	92
(3) 警察との連携	93
5. 家族とその他の支援	93
(1) 心理的サポート	93
(2) 教育的サポート	94
(3) 居宅的サポート	95
6. 地域社会での生活	96
7. 情報管理と権利保護	97
(1) 情報管理	97
(2) 権利保護	98
第1章 地域社会における処遇の概要	1
1. 地域社会における処遇	1
2. 保護観察所（社会復帰調整官）	2
3. 生活保護課税と精神保健観察	2
4. ケア会議	5
5. 処遇実施計画	7
第2章 指定通院医療機関における医療（通院医療）	13
1. 通院医療と基本理念	13
(1) 通院医療の基本理念	13
(2) 多職種チームアプローチ	16
(3) 指定通院医療機関	18
2. 通院医療開始前の準備	20
(1) 移行通院と面談支援	20
(2) 移行通院と面談通院の場合	22
(3) 個別治療計画の作成	24
3. 通院医療の開始（初診）	25
(1) 通院医療のオリエンテーション	25
(2) 個別治療計画書の説明と同意	25
(3) 対象者と多職種チームとの組み合わせ	26
4. 通院医療の遂行	26
(1) 個別治療計画の実施—多職種チームの活動	26
(2) 定期的評価と見直し—多職種チーム会議	29
(3) ステージ分類	30
5. 通院医療の終了	31
6. 個別の医療サービス	32
(1) 外来診療	32
(2) 心理面接	35
(3) テイクアウトケア	38
(4) 外来作業療法	42
(5) 訪問看護	45
(6) ソーシャルワーク	48
7. 通院医療におけるプログラム	50
(1) 疾病教育	50
(2) 認知行動療法	55
(3) 内省プログラム	58
(4) 生活機能回復プログラム	62

第1章

地域社会における 処遇の概要

1. 地域社会における処遇

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

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

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

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

執筆者一覧（敬称略）

鶴見 隆彦	（法務省矯正保護観察研究所）
遠藤 真美	（法務省さいたま保護観察所）
岩成 秀夫	（神奈川県立精神医療センター）
香山 明美	（宮城県立精神医療センター）
鶴山 秀則	（兵庫県立光風病院）
三澤 孝夫	（国立精神・神経センター病院）
石井 利剛	（神奈川県立精神医療センター荏荏病院）
岩間 久行	（神奈川県立精神医療センター荏荏病院）
藤本 孝雄	（大阪府立精神医療センター）
山本 哲裕	（国立病院機構駒見病院）
原澤 祐子	（神奈川県立精神医療センター荏荏病院）
安井 弘美	（大阪府立精神医療センター）
茂木 健一	（神奈川県立精神医療センター荏荏病院）
赤須 知明	（国産中央病院）
菊池安希子	（国立精神・神経センター精神保健研究所）
八木 深	（国立病院機構駒見病院）
小島 晃	（宮城県立精神医療センター）
川副 泰成	（国産中央病院）
森原 寛	（神奈川県精神保健福祉センター）
荒井 君子	（東京都多摩保健所）
荒口 健雄	（埼玉県立精神保健福祉センター）
上野 智子	（東京家政大学）
佐賀大一郎	（法務省矯正保護観察所八王子支部）
深谷 裕	（国立精神・神経センター精神保健研究所）
伊藤新一郎	（国立精神・神経センター精神保健研究所）

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

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

④ 地域での処遇実施計画書の作成
対象者の治療ステージが急性期から回復期・社会復帰期に移行すると、円滑に外出・外泊が実施できるように、指定入院医療機関が必要な協力を行うに際し、居住予定地に合わせた実際の社会生活能力や相談スキル、病状悪化時の対応など、地域生活に向けた姿勢や準備が整っているかの評価を確認します。並行して居住予定地でケア会議を開催するなどして、指定入院医療機関と指定通院医療機関の情報交換や、対象者やその家族と地域関係機関との顔合わせ、退院後の処遇に関する協議などを実施します。そして最終的には、地域での処遇実施計画書を作成し、通院処遇が円滑に開始できるよう準備を進めていくこととなります。

⑤ 居住地域保護観察所の長の意見

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

(2) 精神保健観察

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

2. 保護観察所（社会復帰調整官）

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

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

3. 生活環境調整と精神保健観察

(1) 生活環境調整

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

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

① 生活環境調整の開始

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

が継続的に行われることを確保できるように規定されています。(遠藤)

4. ケア会議

(1) ケア会議とは

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

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

(2) ケア会議の開催

図1にケア会議の開催のイメージを示しておきます。

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

b. 通院処遇中に開催されるケア会議

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

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

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

保護観察所の社会復帰調整官が出う役割を精神保健観察と言います。

b. 定期的な面談

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

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

b. 必要介入や支援の要請

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

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

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

c. 対象者の守るべき事項

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

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

(4) ケア会議における情報の取り扱い

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

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

5. 処遇実施計画

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

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



(3) ケア会議における協議

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

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

ケア会議は、協議内容が事後的になったり、細かい経過報告等に終始

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

(3) 処遇実施計画書に基づくケアのポイント

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

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

図2 処遇実施計画書とケア会議によるケアの作業イメージ



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

(1) 作成時期と方法

a. 当初審判における通院処遇

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

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

b. 入院処遇を終った通院処遇

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

入院処遇を終るケースの場合、入院処遇中にケア会議の中で、地域での処遇体制が徐々に形作られ、社会復帰期後半（退院前）には、処遇実施計画書が作成されます。また、入院処遇の中で、地域事情を考慮したクライシスプランも同時期に指定入院医療機関によって作成されます。重要なことは、対象者と家族、地域で処遇を行う機関が処遇実施計画書とクライシスプランについて、ケア会議の中で必ず確認し共有しておくことです。

(2) 処遇実施計画書の内容

処遇実施計画書には、対象者・家族の連絡先、対象者の希望、処遇の

地域社会で分け隔てなく生活できるよう支援するという理想を掲げたものです。また他害行為について、内省・制察を奨励し被害者への共感性を養うことで、再び同様の行為に至らないよう導くこともこの項の目的の一つです。この他害行為の再発予防に関する司法心理療法は医療観察法医療の重要な部分ですが、通院医療のどの場面で実施していくか、それぞれの指定通院医療機関で現実に合った工夫が必要です。

①標準化された臨床データの蓄積に基づき多職種チームによる医師提供

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

②プライバシー等の人権に配慮しつつ透明性の高い医療を提供

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

b. 通院医療のポイント

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

①信頼関係に基づくネットワークによる支援

②共通評価項目等の客観的評価による丁寧な医療の実施

①信頼関係に基づくネットワークによる支援

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

第2章

指定通院医療機関における医療（通院医療）

1. 通院医療と基本理念

(1) 通院医療の基本理念

a. 通院医療の目標と理念

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

①ノーマライゼーションの観点も踏まえた通院対象者の社会復帰の早期実現

- 継続的かつ適切な医療を提供し、様々な問題を前向きに解決する意欲や社会で安定して生活する能力（必要な医療を自律的に求めることも含む。）を高める。

- 他害行為について認識し、自ら防止できる力を獲得する。

- 被害者に対する共感性を養う。

②標準化された臨床データの蓄積に基づき多職種のチームによる医師提供

- 医療法令等を遵守しつつ、入院中や退院後の観察・評価に基づき、継続的・計画的に医療を提供する。

- 対象者の病状把握のための観察・評価を継続的に実施する。

- 通院対象者の病状に応じて、適切な危機介入を行う。

③プライバシー等の人権に配慮しつつ透明性の高い医療を提供

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

①ノーマライゼーションの観点も踏まえた通院対象者の社会復帰の早期実現これは医療観察法の第1条に謳われていることであり、医療観察法の究極の目標と言えます。ノーマライゼーションの観点を踏まえることで、

定し、その結果、他害行為の再発も最小限に抑えることができると考えられます。

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

(岩成)

(2) 多職種チームアプローチ

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

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

a. 多職種運営会議

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

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

b. 多職種個別支援チーム

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

多職種チームというネットワークも含まれます。

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

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

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

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

c. 共通評価項目等の客観的評価による丁寧な医療の実施

通院医療でも一つの大事なポイントは「丁寧な医療を実施する」ということです。多職種・多職種の担当者が、それぞれの専門性を生かして丁寧に対象者に関わっていくことで、対象者の心理や病状、あるいは生活上の小さな変化などを事前に把握でき、それをチームで評価しながら必要な対応を行うことができます。そうすることで対象者の病状は安

e. 回復時期に応じた支援

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

(3) 指定通院医療機関

a. 指定通院医療機関と多職種チーム

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

b. 指定通院医療機関の職種

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

c. 地域社会における処遇の3本柱

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

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

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

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

g. 多職種訪問チーム

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

d. 多職種連携プログラム

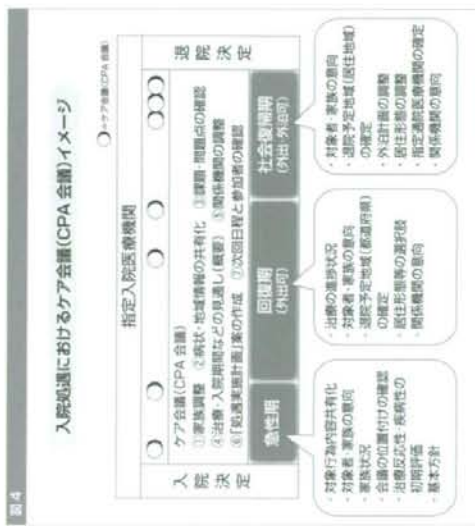
認知行動療法や心理教育プログラム、就労支援プログラムなど、デイケアで行うだけでなく、広く外来の対象者に向けて実施する場合には、看護師、臨床心理技術者、作業療法士、精神保健福祉士が協働してプログラムを提供できます。プログラム担当者や医療観察法の対象者の担当者が違う場合も当然出てきます。その際には、プログラム担当者との情報の共有を図りながら進めていきます。

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

(徳山)

2. 通院医療開始前の準備

- (1) 入院対象者への退院支援
 a. 指定入院医療機関におけるケア会議 (CPA会議)



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

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

d. 指定通院医療機関における課題、得られる効果

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

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

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

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

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

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

(三書)

(2) 移行通院と直轄通院の場合

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

① 打診

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

② 情報収集

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

③ 本人とのコンタクト

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

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

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

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

b. 入院初期（急性期）から回復期前期のケア会議（CPA会議）

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

ロ. 回復期・社会復帰期のケア会議（CPA会議）

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

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

②情報収集

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

③本人とのコンタクト

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

④選定

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

⑤プレ会議

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

⑥通院決定、初診日

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

(3) 個別治療計画の作成

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

必要な医療サービスとしては、外来診療、デイケア、外来作業療法、

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

④選定

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

⑤プレ会議

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

⑥選定

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

⑦通院決定、初診日

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

b. 直接通院（入院による医療を經ない場合）

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

①打診

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

療計画の説明を行います。

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

(3) 対象者と多職種チームとの顔合わせ

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

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

4. 通院医療の進行

(1) 個別治療計画の実施—多職種チームの活動

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

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

3. 通院医療の開始（初診）

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

(1) 通院医療のオリエンテーション

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

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

(2) 個別治療計画の説明と同意

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

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

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

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

d. 作業療法

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

e. 訪問看護

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

議し実施できるようチーム体制を整えておきます。

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

b. 外来診療

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

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

b. 心理面接

心理的手法は様々ありますが、対象者に即した方法で心理的援助を行います。通常、対象者に生じた生活上の様々な意欲について相談し、適切なアドバイスなどを行います。可能であれば認知療法を導入し対象者の対する調整を得させます。心理面接では、対象者の個人的な心理意欲状況について十分な把握をし、その情報を多職種チーム間で共有できるようにしておきます。

c. デイケア

デイケアは、対象者が現実生活にみせる対人行動について、ダイナミック

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

(3) ステージ分け

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

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

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

の行動が日常生活行動に難なく組み込めるよう配慮していきます。

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

1. ケースワーク

ケースワークは様々な治療場面に四わりを持ち、およそオールラウンドな活動を求められます。対象者の最も身近な相談窓口としての役割を持ちます。また、社会復帰調整官との連絡窓口のほか、多職種チームのメンバーが得た対象者の新たな情報は迅速にケースワーカーに集めるようにしておきます。

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

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

(2) 定期的評価と見直し—多職種チーム会議

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

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

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

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

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

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

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

6. 個別の医療サービス

(1) 外来診療

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

担当医は当然のこと、治療チームのメンバー全員が情報を共有して十

上で方向を決定します。

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

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

5. 通院医療の終了

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

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

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