

を取りながら医療を提供するのが、医療観察法による通院処遇の基本です。主治医はあくまで多職種チームのメンバーの一員であるという意識をしっかりと持ち、チームが有機的に機能することで通院処遇を円滑に進めることができます。決して主治医の独り相撲にならないようにしましょう。また、チームの会議には必要に応じて対象者本人も参加して、対象者の同意を得た治療計画を作成するように努めます。

c. 各通院ステージでの留意点

① 初期（通院開始後6ヶ月で中期へ移行）

対象者との信頼関係の構築に重きを置き、外来通院や服薬など必要な医療を利用できるようにします。最初が肝心です。治療者が対象者を評価するように、対象者は主治医やチームのメンバーを認識します。対象者には、精神保健福祉法上の通院と違って気に入らなければ医療機関を要する、という自由は原則的にはありません。対象者が気に入って安心して自ら通院治療を受けられるようなモチベーション作りが大切です。

この時期には、対象行為及び被害者が誰であるかによって、対象者の処遇を巡って被害関係者との調整を慎重に行う必要があります。例えば、対象者がある人と会いたいと希望しても時期尚早であったり、状況が許さなかったりして会わせるわけにはいかない場合もあります。対象者は自分の意思で自由に行動できるわけですから、状況に合わせて双方の意見を十分に聞いた上で妥協点を見出して納得してもらえらるような調整をチームで行っていく心配りが大切です。

② 中期（通院開始後24ヶ月で後期へ移行）

対象者が、限定的な社会活動へ安定的に参加できるようにします。その際、対象者の行動範囲の拡大に伴う病状の変化について注意し、薬物療法等について適宜再検討を行います。

対象者には基本的なルールを守ってもらわなければなりません。自己目的に主体的に活動範囲を広げ、毎日の生活を少しずつ豊かなものにしてもらう時期です。活動を広げていくと様々な課題が出てきますが、一つ一つの悩みや課題を共有してチームが一層に解決していく作業を地道に継続することが大切です。その過程で対象者は力をつけていきます。治療者があまり慎重になりすぎると窮屈な関係になって広がりがなく

分に協議した上で通院治療の関わり方について基本的な方針を立て、PDSA (Plan, Do, Check, Action) サイクルでフォローアップしていくこととなります。

a. 危機回避のための留意点

① 通院医療の意識付け

医療観察法の通院処遇であることを対象者にしっかりと説明し、通院の基本的なルールを決めるように伝えます。通院開始時はもちろんのこと、その後も適宜再確認をすることが大切です。一つの方法として、対象者に審判決定書を見せて、読み聞かせながら通院処遇についてしっかりと意識付けをします。診察予定日に受診できない場合は対象者から連絡を入れることとし、連絡なしに来院しない場合は病院側から連絡を入れ、心配な場合は訪問する。指示通り通院服薬ができない場合は入院治療を行う、等々の明確な取り決めしておくことが有効です。

② 対象行為の認識

どのような状況で対象行為を行ったのかについて、治療チームが認識を共有しておきます。また、対象者にもしっかりと認識してもらうようにします。何が病状を悪化させ危険状況に至らしめるのか、危険なストレス要因は何かということについてできるだけ具体的にわかりやすく整理しておきます。特に、服薬状況、家族との関係、近隣との関係、他の患者さんとの関係、生活面の変化などについて、危険状況に至る前に早めの対応をするよう心がけます。他害行為だけでなく自殺にも十分注意します。治療チームのメンバーは、対象者の変化に気付いたら速やかに主治医に報告し、危険な徴候が見られたら迅速に対応します。

③ 入院必要性の判断

通院で対応困難な場合は、躊躇せず精神保健福祉法による入院対応を取るようにします。その上で、医療観察法による再入院の必要があるかどうかを検討します。

④ 緊急時の連絡

緊急時には必ず主治医に連絡が取れるようにしておきます。主治医の確かな判断が危機回避に直結します。

b. チームによる医療であることの認識の重要性

医療機関内の多職種チームにより、治療計画を作成し、各職種が連携

と今後の人生について心理療法を進めていくことにより、心理的な援助や治療のニーズがはっきりと見え始め、ひいては内省観察に結びついていくと考えられます。

③アセスメント

本法における医療では、「病状の改善と同様の他害行為の再発の防止」が目的となります。そのため知的水準や人格水準などを査定する通常の心理アセスメントに加え、自傷や他害のリスクアセスメントを定期的にを行うことが重要になります。共通評価項目が基本的に使われますが、共通評価項目作成時に参考とされたHCR-20をあらかじめ理解しておくことより効果的に評価を行うことができます。反社会性や社会的逸脱の評価は、PCL-R (Psychopathy Check list-Revised) によって行うことができます。また、BDI-II ベック抑うつ質問表やSDS自己評価式抑うつ尺度などで抑うつや自殺の評価などをしておくことが重要です。Birchwoodの自己記入式病識尺度やSAI-E・SAI-Jなどを使用し、病識の評価を定期的に行うことも大切です。また、本法が適用される対象者は自尊感情・自己効力感が低いことが予想されますので、Rosenbergの自尊感情尺度やSECL (Self-Efficacy For Community Life scale)・特性的自己効力感尺度などで評価しておくことも必要です。

④動機付けのポイント

強制的な医療であることを前提に面接を進めると、対象者とのパワーゲームに陥りやすくなります。治療の動機付けに十分なやりがりにくくなります。対象者のニーズを丁寧に聞き取り、その中で心理士として支援できることを探ることが重要です。通院当初は対象者も理解できないことが多いことから、本法の説明を丁寧に言い、そのゴール像を明確にする作業をしていきます。その中で対象者の現在のニーズや将来の希望を把握することがしやすくなります。法律の枠内で生きていくことを説くのではなく、上手に法律を利用して自分らしい生活をこなしていく、というスタンスである対象者にも受け入れやすいようです。

⑤アバーサリー医師

対象行為の行われた期日周辺は、自ら内省が深まり治療への動機を高めるチャンスになる一方、自傷や他害のリスクが高まる可能性もあります。対象者の過去の自殺企図歴、言動や行動などの自殺のサインの有無

なってしまいます。メリハリをつけた関わりが必要です。

③他期 (通院開始後36ヶ月で処遇終了)

対象者が必要な医療を自主的かつ確実にご利用し、社会参加ができるように入援します。

一般精神医療への移行準備に当たり、治療メニューを見直します。対象者と治療チームが、お互いの信頼感に裏打ちされた、より緩やかな関係に移行していく。通院処遇におけるいわゆる「わかれの時期」であると言えます。

④処遇終了

継続的な通院治療が受けられ、一定期間病状の再発が見られず、服薬管理・金銭管理ができ、支援体制が確立していれば、処遇終了を検討します。

⑤通院期間延長

3年を経過する前の時点で、継続が必要な場合は意見書を保護観察所に提出します。

(議本)

(2) 心理面接

a. 医療観察法の入院を経て通院する場合

入院を経た対象者の場合、入院中に積み上げられた治療成果を通院という本番で継続的に発揮することが目標になります。従って初期の心理面接では、対象者との関係を構築する中で、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ことから始まります。また、あらかじめ退院後数ヶ月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を課題としてしているのか把握をします。退院前に作成されたクライシスプランが実際に機能し得るプランになっているかを、面接を通してアセスメントし対象者と共有することは、通院が始まった初期段階で行う必要があります。

b. 医療観察法の認定入院から面接通院する場合

通院当初、対象者にとって医療観察法の処遇は理解しにくく、受け入れがたいものであることが十分予想されます。従って心理面接では、本人のニーズを中心に置きながら進めていくと効果的です。丁寧に対象者に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

3. 「BDI-II ベック抑うつ質問表やSDS自己評価式抑うつ尺度」各心理検査代埋店です。特に自傷や自殺のリスクアセスメントに関しては「平成20年度厚生労働科学研究 強制通院制度と地域医療のあり方に関する研究（分担研究者：松原三郎）」内の通院治療プログラム集「通院処遇における自傷のリスクアセスメントとマネジメント」を参照してください。
4. 「SECL (Self-Efficacy For Community Life scale)」及び「Birchwoodの自己記入式病識尺度」
大島敏：精神分裂症患者に対する心理社会的援助プログラムのニーズアセスメントと効果評価に関する全国試行調査。厚生省精神・神経研究委託費10指-2 精神分裂症の状態。治療・リハビリテーションに関する研究（主任研究者：浦田重治部）。p24-36, 2000.
5. 「Rosebergの自尊感情尺度及び特性的自己効力感尺度」
山本真理子編：心理測定尺度集1-人間の内面を探る<自己・個人内過程>。サイエンス社。p29-31, 37-42, 2001.

(3) **ティケア・ナイトケア**
医療観察法の対象者へのティケアやナイトケアは通常の支援と基本的には変わらないことはありませんが、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、新たな生活を再建していくことが加味されていると言えます。

- a. ティケア
- ③ 受け入れ準備
受け入れ前に、可能な限り対象者の情報（対象行為に至るまでの背景や生活環境や病状など）を得ることで、対象者のイメージが描きやすくなり、ニーズや留意点も浮かび上がってくると思われれます。また入所前の見学や試練参加、関係者の顔合わせや事前のケア会議などを工夫することで、集団療法が適応なのか、ストレス耐性が低く、短時間から開始した方が良いのか（ショートケアの適応）、集団が苦手より個別の関わりを必要とするのか（外来作業療法の適応）などを見極め、対象者の負担のないように導入することも大切です。これらにより早い段階で関係性が構築でき、ティケア導入をスムーズにすることができま

等、質問紙等も利用して自傷他害のアセスメントを行い、他の関係者と情報を共有して安全を確保できる方策を検討します。自殺念慮が疑われる場合は、対象者に対して誠実な態度ではつきりとその有無を尋ね、本人の考えや気持ち・精神症状・周囲の環境など、当時と現在の比較をしながら自尊感情や自己効力感を高めるような働きかけを行い、自殺以外

4 家族面接

本法の目的である対象者の社会復帰を目指すためには、家族のサポートが不可欠になります。まず、今回の対象行為によりどの程度家族が影響を受けたのか評価を行いながら、信頼関係を構築するところから始めます。家族が被害者になっているケースも考えられることから、時間をかけて家族の思いを汲み取り、家族のニーズと必要な援助が何かを探ります。また未然に防ぐことができなかつた思いから自責的になることや、無力感に襲われ対象者との関わりを拒否することも考えられます。対象行為が起きた背景を整理し問題点が明確になると、介入する手立てが見え始めてきます。病気の理解、社会的支援サービスといった頼ることのできる機関の紹介など行いながら、家族が孤立することなく社会復帰への期待が現実となるような援助を心がけて進めることが必要になります。

<各尺度の参考図書・出典など>

1. 「HCR-20」
HCR-20の基礎概念や基本的な評定付けに関しては、「C.D.Webster 他著 吉川和男監訳：HCR-20 第2版 暴力のリスクアセスメント。星和書店、2007」。各項目別の治療戦略に関しては、「K.S.Douglas他著 吉田和男監訳：HCR-20コンパニオン・ガイド 暴力のリスク・マネージメント、2007星和書店」が参考になります。
2. 「PCL-R (Psychopathy Check list-Revised)」
利用や下記の参考図書購入にあたっては、ワークシヨップ（PCL-R 日本事務局）を受講し、一定のトレーニングを受ける必要があります。詳しくは <http://www.pcl-r.jp/modules/news/> を参照ください。
参考文献は、「Robert D.Hare 著 西村田貴訳：HARE PCL-R 第2版 日本語版 テクニカルマニュアル。金子書房、2004」。

により、目標も具体的な方策や経過・終了時間も異なります。デイケアの過程は、病気の再発を防ぎながら、病気と対象行為との関連を理解しつつ、社会の中で生活するための対処技能を身に付け、新たな再生への前向きな生き方を模索していく過程とも言えます。

ア 前期通院医療

対象者との信頼関係の構築に重点を置きながら、安心して通所できるような配慮が必要です。新しい環境へのストレスを考慮しながら、参加回数やプログラム内容を対象者と共に検討していきます。また定期的な面接や声かけを多くし、グループへの導入や担当者との信頼関係を構築していきます。デイケアに慣れた段階で、緊急時の相談ができるスキキルを身に付けるため「自宅から病院に電話をする」などの宿題を出すような工夫も必要となるでしょう。

イ 中期通院医療

安定した通院・通所が継続できるようになれば、行動範囲を広げ、生活を楽しめるようデイケア以外の生活面にも配慮する必要があります。疾病教育プログラムへの参加を通して病気の理解を促し、種々のプログラムで他者との共有体験を通して共感性・協調性を養い、対人関係の広がりや楽しみを見出せるよう支援します。また対象者によっては、早い段階で就労準備やアルバイトを開始することも考えられます。

ウ 後期通院医療

継続的な医療の必要性を自ら理解し感じられるようサポートするとともに、対象者が望む生活の実現に向けて就労支援や他の社会復帰施設、行政機関との連携を強化し、処遇終了に向けて、スムーズな一般医療への確立をしていきます。処遇終了後、安易に服薬を中断し、再発することのないよう病気の理解を更に深める工夫や、自ら支援者に相談ができるような体制確保と意識付けの工夫などが必要となります。

エ 緊急時の対応

事前に医療観察法対象者に対するデイケア独自のマニュアル（無断欠席の場合やデイケア内でのトラブルが発生した場合などの対処法）を作成しておく必要があります。オリエンテーション時にデイケア通所に当

② デイケアにおける通院対象者への基本的対応

各施設のデイケアの考え方や利用者の構成メンバーでも異なりますが、他利用者への配慮と対象者の人権への配慮という二つの視点があります。対象者の人権への配慮という視点からは、他利用者と同様の対応を行うことが原則となります。他利用者への配慮という視点からは、対象者の個人情報などをどこまで開示するかが問題となる場合もあるでしょう。しかし、他利用者も様々な問題を抱えていることも多く、情報の開示も必要最小限しか行わないことを考えれば、医療観察法の対象者についても特別扱いすべきではないと思われれます。仮に医療観察法対象者であることが他利用者にわかった場合も、偏見や差別につながるならいようには助言や指導を行う機会と捉え、有益な話し合いの場にてできればよいと考えます。

③ デイケアにおける個別担当性

ケースマネジメントの視点から、個別担当者がいることで安心感が得られ、個別支援、多職種チームとの連携がスムーズに図れます。しかし、大規模デイケアでは種々のプログラムを運営しているため、個別担当者が常に関われるとは限りません。プログラム担当と個別担当が常に綿密な連携を図ることが必要となります。また、緊急時に備え、デイケアのチーム全員が対象者の情報を共有していることも大切です。

④ 対象行為と病気の関連性についての内容や調整のアプローチ

この法の目的上、対象行為と病気との関連性についての内容や調整のアプローチは重要な課題です。個人情報保護法からもグループでの内容・調整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切な場合も多いと考えられます。対象者によっては外来診療や心理面接など個人精神療法で取り上げたり、デイケアで疾病教育プログラムと個別面接を併用したりする方法などがあります。どのような方法で実施するかは、対象者の適性や負担を考えながら慎重に決められるべき事項で、多職種チーム会議で役割分担などを検討しながら進めていく必要があります。

⑤ 各通院ステージでの留意点

対象者を交えたケア会議で、対象者の目標、医療サービスの目標、デイケアの具体的な参加回数などが決まります。対象者の病状や生活状況

イトケアなどの支援が臨機応変に活用できること、またより濃厚な医療を必要とする場合はアイトケアの活用もできることが理想です。

(原澤)

(4) 外来作業療法

医療観察法の対象者への作業療法は、通常の作業療法と基本的には変わらないことではありません。作業療法の目的は、対象行為に至ってしまったことにより失われた社会との関係や日常性を取り戻すことと、対象行為に至った背景にある精神障害による活動の制限や日常生活や社会への参加に対する制約を軽減し、地域社会に再定住できるようにすることです。イトケアは集団プログラムで構成されている治療構造ですが、作業療法はより個別な対応が必要とされる方々が対象となる場合が多くなります。

a. 受け入れ準備

受け入れ前に、可能な限り対象者の情報（生活歴、対象行為に至るまでの背景、病状や回復状態など）を得ることが重要となります。必要に応じて事前の見学や試験参加、関係者の面合わせや事前のケア会議などを開催し、集団作業療法が適応なのか、集団が苦手で個別な関わりを必要とするのかなどを見極め、対象者の負担のないように導入することが大切です。

しかし、直接病院になる場合は特に、事前に詳しい情報を得ることやケア会議が開催できないまま、処遇を開始する場合もあるかもしれません。ケースバイケースで臨機応変な対応が求められますが、関係者との連携による情報の共有が重要となります。

b. 医療観察法対応であることの取り扱い

医療観察法の対象者であることに関する配慮は、他利用者への配慮と対象者自身の人権への配慮という2つの視点があります。作業療法の対象となる方々は、個別での対応が必要な場合が多いので、このことを積極的に取り上げる機会が少ないかもしれません。

c. 担当性

対象者の受け入れが決定し多職種チームを組む際に、担当の作業療法士を決めます。担当の作業療法士は、対象者の目標に沿って、個別で支援していくか、集団プログラムを利用していくかなど、作業療法のプロ

たつての約束事（不調時の対応や欠席・遅刻・早退時の連絡、困った時の相談の仕方、暴力行為や迷惑行為の禁止と発生時の対処法）などを対象者と確認しておくことが大切であり、書面にして、互いに確認できるようにしておきます。

① 家族への支援

イトケアで企画している病気の勉強会などの家族講座への参加は、対象者の病状や障害の理解を深めていただくために有効と思われます。基本的には、他利用者の家族への対応と変わりませんが、家族が被害者の場合もあり、臨床心理技術者と連携するなどきめ細かい配慮が必要となります。

② 多職種チームの連携

イトケアスタッフは、多職種チームの一員として、チーム会議やケア会議にはできるだけ参加し、イトケアでの状況報告や評価を積極的に発言していくことが求められます。イトケア以外にも外来診療や訪問看護など多くの支援者が関わることになるので、対象者に必要と思われるプログラムがある場合は、チーム会議でイトケア側から提案し、そのプログラムに参加できるように調整する必要があります。また緊急時はもちろん、変化のあった時は随時主治医やケア調整者（院内医療観察法担当者）などと連絡しあえること、対象者によっては、イトケア終了後に性犯罪防止プログラムや物質使用障害プログラムなどの個別プログラムを臨床心理技術者と協力して行うなどの工夫も必要です。

b. ナイトケア

基本姿勢や対応はイトケアと同じです。対象は、単身生活者や昼間作業所に通所している人・就労をしている人で、継続的な医療と生活支援を必要とする人が主流となります。対象者が安心して通所でき、地域で孤立しないよう、病状観察や健康管理・経済管理の支援、地域資源の上手な利用、就労支援などグループワークや個別の相談を活用して支援していきます。再発・再他害行為・自殺予防に留意し、必要に応じて早めの介入が求められます。

c. その他

対象者の特徴もありますが治療経過の中で、必要に応じて外来作業療法からイトケアへの流れや外来作業療法・ショートケア・イトケア・ナ

① 前期（通院開始から6ヶ月）

対象者の多くは新しい生活環境に慣れることが第一の目標になります。作業療法は、新しい生活に慣れることに視点を置きながら、信頼関係の構築を目指します。個別対応せず、集団プログラムを利用する場合でも定期的な面接を行い、不安を受け止める必要があります。

② 中期（7～24カ月）

安定した生活ができようになつてはじめて、作業活動そのものを楽しめるようになります。また、日常生活での困ったことや不安なことを具体的に解決する方法を一緒に考えます。行動範囲や生活の幅を広げたいく支援も行います。就労を希望する対象者には、準備を行ったり、地域の支援機関へつなげたりする作業も行います。

③ 後期（通院開始後36ヶ月）

対象者がこれからの見通しが立てられ、前向きに生きていく手立てと心構えができきてきたら、精神保健福祉法上のサービスへ移行してよい時期と言えます。対象者自らが、自分のことを客観的に捉え、生活を楽しめ、前向きに生きられることが、再発・再燃を防ぐ上でも重要なことです。

4. 緊急時の対応

多職種によるチーム会議や対象者を交えたケア会議においてクライシスプランが立てられていますので、地域生活を送る上で、困った時の相談の仕方や再発兆候への対応について、作業療法場面でも確認しておく必要があります。

また、作業療法に参加する上で必要な参加時のルール、不調時の対応、欠席や早退時の連絡方法、道具や材料・機材の利用方法などを、作業療法開始時にオリエンテーションとしてしっかりと説明しておく必要があります。わかりやすいパンフレットや作業療法利用のしおりなどを渡しておく、いつでも見られるので便利です。

5. 多職種チームの連携

多職種チームの第一目として、チーム会議やケア会議に出席し、作業療法参加時の状況や作業療法の評価、変化を随時チームメンバーに伝える役割があります。作業療法を通して見えてきた視点により、新たな支援が必要になる場合にはチームに提案し、プログラムを追加したり、他の職種との支援へつなげたりする場合も出てきます。

グラムを決めていきます。集団作業療法を利用していく場合には、対象者の担当者や集団作業療法を担当している作業療法士とが違えば出てきます。担当の作業療法士は集団プログラム担当者との情報を共有しながら、作業療法プログラムをコーディネートしていくことが重要となります。また、作業療法における定期的な面接を通して振り返りを行い、目標の変更やそのことによるプログラムの変更につなげていきます。

d. 作業療法における評価の視点

作業療法では、具体的な作業活動を通して、対象者の能力評価と安定した日常生活が送れるための具体的な支援を行います。これらの活動以外に、時には入院医療機関で実施してきた内容・洞察をテーマとした認知行動療法等のアプローチを外来作業療法で行う場合もあるかもしれません。その際も、具体的な作業活動を通して得た体験を利用しながら、今後の前向きな生活イメージにつなげていく必要があります。

作業療法で行う評価の視点には以下のようなものがあります。

- ・心身機能：身体の生理的な機能、精神的な機能
 - ・生活維持機能：身辺処理、金銭・時間・健康などの基本的な生活管理能力
 - ・作業遂行能力：ワーキングメモリー、問題処理特性など
 - ・社会生活能力：対人交流技能、集団参加技能、コミュニケーション技能、衝動のコントロールなど
- 具体的な作業活動を行うことで、その時々対象者の状態が見えてきます。これら作業療法で評価した対象者の能力や状態を多職種チームにタイムリーに伝える役割も重要です。

e. 各ステージでの留意点

対象者を交えたケア会議で、対象者の目標、医療サービスの目標、作業療法の内容や参加の仕方などが決まります。対象者の病状や生活の状態により、目標も具体的な方策や経過も異なり、作業療法終了時期も対象者によって違ってきます。作業療法では、具体的な作業活動を通して体験や他者との交流体験から得られた実感を、対象者とともに振り返りながら、対象者がこれからの人生を前向きに生きていく力をつけていく支援をしていくのです。作業活動体験において対象者のエンパワメントを高める働きかけが重要となります。

b. 訪問看護の観察のポイント
訪問看護の場合、直接対象者宅に向うため、対象者の生活状況をダイレクトに感じ取ることができ、生活状況の的確な把握が可能となります。服薬が確実に行われているか、日常生活が適切に行われているか、生活環境の変化はないかなど、対象者の生活能力や病状の変化については多くの情報を収集することができます。本人からの言動からだけでなく、生活環境からの情報はかなり重要であり、治療計画を立てていく際のアセスメントに大いに役立ちます。

また、対象者によっては、近隣住民に被害妄想を持っている場合もあり、外出ができず引きこもっている状態であったり、逆に些細なトラブルを繰り返して起きている状態も少なくありません。訪問看護を行う際には近隣住民との関わり方に関する情報を詳細に把握することも必要です。家族等の支援者以外の近隣者・友人などのインフォーマルな人達との対人関係の評価も重要となってきます。

c. 吾通院ステーションでの目標と留意点

訪問看護の基本的な部分は、対象者の身体的な管理、服薬等治療状況の確認、精神的状態の観察、精神的な支援、更には治療上及び生活上の問題点の把握等です。訪問看護開始から、前期、中期、後期に分け、それぞれの期間の目標と留意点をまとめます。

目標が達成されたかどうかの評価は、定期的なケア会議や多職種チーム会議の中で「多職種チーム会議シート」の中にある共通評価項目（精神医学的要素・個人心理的要素・対人関係的要素・環境的要素・治療的要素の7項目）を使って評価を丁寧に行っていきます。

① 前期（通院開始後6ヶ月まで）

- (ア) 対象者との信頼関係の構築
- (イ) 対象者の個別性に基づいたプランの設定
- (ウ) 安定した外来診療を受けられる環境整備（通院方法、連絡方法、無料バス等）
- (エ) 服薬環境の整備（管理援助、コンプライアンス支援等）
- (オ) 生活環境の整備（生活能力評価、生活援助、ホームヘルパー導入の評価、通所評価と支援等）
- (カ) 多職種チーム内の連携と協働

多職種チームの中で作業療法は、対象者とともに具体的な作業活動を展開するので、現実的な対象者の状況がより見えやすい特徴があります。この特徴を他職種にタイムリーに伝える役割が最も重要となります。

（香山）

(5) 訪問看護

通院医療においては医療の中断が最も懸念されることであり、待ち受け医療ではなく積極的に地域に向かいいく訪問看護などのアウトリー型医療の重要性は高いと言えます。通院対象者個々の治療計画に基づいて、対象者中心のニーズに合った訪問看護を提供することは、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ます。

a. 訪問看護の開始

① 初期の信頼関係の構築

直営通院の場合はもちろんのこと、移行通院であっても入院医療機関と通院医療機関は同一でない場合が多く、対象者と訪問看護提供者は一方から信頼関係の構築に努めなければなりません。限られた時間の中で対象者との信頼関係を構築するのはかなりの困難が伴う作業ですが、できるだけ早い段階でのケア会議の開催や対象者との面接を設定することが重要であると考えられます。移行通院においては入院中の外泊等の機会を利用し、在宅訪問や対象者と面接を行うことも有効です。

② 訪問看護開始時のオリエンテーションと契約

審判で通院が決定されると、指定通院医療機関での通院医療が開始となり、保護観察所はケア会議を開催して処遇の治療計画を定めます。まずは対象者への処遇について医師・社会復帰調整官より説明がなされ、訪問看護が計画に入った場合、訪問看護担当者から訪問看護の必要性等を説明し、その対象者に関したプランを提供、そして同意を得て契約となります。同意と契約に関しては、対象者本人の自己決定を保障した上で行います。できれば文書をお互い方々が良いでしょう。契約に基づいて実施するもので、治療中に本人が契約を破棄したいと申し出た場合は、訪問看護で行っている援助をどのように他でカバーすることも考えておく必要があります。

す。ストレスが多かったり、逆に気が緩みがちになったりする地域生活では病状悪化の要因は少なくありません。訪問看護を行うことで、対象者の些細な生活の変化に早期に気付くことが可能となり、再発や病状悪化の早期発見・予測ができ、早期の危機介入が可能となり、再発行為の予防に役立ちます。

また緊急時の対応（バックアップ体制）を整えておくことは、訪問看護の場合、特に重要です。緊急時の各担当者の役割分担、関係機関への連絡方法、具体的な対応策等をあらかじめ決めておくことが必要です。

g. 多職種チームの連携

訪問看護で得た情報は、地域ケア会議（2～3ヶ月に1回開催）や院内多職種チーム会議（月1回開催）などで報告し共有し、検討・評価を行います。ケースによっては社会復帰調整官だけでなく地域のケースワーカーや保健師、ホームヘルパーと一緒に訪問することも必要です。

f. 避難へのサポート

これまで未治療であった対象者などは、家族による疾患の理解が乏しい場合も多く、家族が対象者にどう関わっているのかわからない場合、ケースも少なくありません。また、殺人未遂、傷害、放火などの場合、同居家族が被害者となっていることも多く見られます。自宅への放火などの場合は転居を余儀なくされる場合も多く、家族にとって大きなストレスとなっていると考えられます。対象者の病状について説明するなど疾病教育を行ったり、家族の思いを傾聴したりすることによって、家族の対象者理解も深まり、対象者自身の安定にも繋がります。

（安井、茂木）

h. ソーシャルワーク

通院処遇においては、社会復帰調整官、行政機関や地域のスタッフとソーシャルワーカーの関わりが多いので、それぞれの役割分担を意識していく必要があります。その上で医療サービスとしてのソーシャルワークには以下のようなものが挙げられます。

a. 基本業務（直接的）

対象者への直接的な支援として行っているものですが、この制度においては前期、中期、後期のステージ及び終了後を意識して進めていきます。

前期では主に対象者との信頼関係の構築、自立生活能力のアセスメントに重きを置き訪問援助を行います。訪問開始時に対象者とともに症状悪化時のクライシスプランをきっちり立てておくことが必要です。

④ 中期（通院開始後6ヶ月以降24ヶ月まで）

(ア) 対象者との信頼関係を踏まえた生活や疾病の自己管理についての適切な支援

(イ) 再発サインと適切な対処法の理解

(ウ) 適切な評価と個別プランの修正

(エ) 通所サービス等を中心とした地域生活の拡大と生活リズムの安定

(オ) 生活能力に応じた地域サービスの選択と利用

対象行為については通院医療全体の中で、いつ、どのように触れていくかはケースによっても異なると思いますが、対象者との信頼関係ができると、問題や課題について率直なやりとりが可能となります。どのような状況になると同じような対象行為を起こしそうになるのか、同じことを繰り返さないためにはどうしてあげれば良いのかなど、対象行為と日常生活の関連について一緒に考えるプロセスを通じて、内容の理解を深めていきます。

⑤ 後期（通院開始後24ヶ月以降36ヶ月）

(ア) 生活と疾病の自己管理

(イ) 社会参加の拡大

(ウ) 処遇終了の準備

処遇終了に向けての対象者の気持ちの変化に注目しながら、今後どうしていきたいか、対象者の希望実現に向けて、社会復帰を視野に入れた地域参加、就労の支援を進めていきます。

また処遇終了後の治療継続をどうやって図っていくか、対象者だけでなく家族との調整も行っていくことが必要となります。処遇終了後も必要に応じて相談ができる体制を確保し、地域の社会資源を担う人たちと支援を一緒に行っていき、地域へとうまくスライドさせていくことも重要な役割です。

d. 危機の早期発見と早期介入

迅速な危機介入が通院医療の成否のポイントであると言われていま

が意識して連絡調整を行う必要があります。特に緊急時対応について、クライアントで事前確認をしておきますが、速やかに連絡を取り、行動する臨機応変さが求められます。

g. ネットワークとソーシャルアクション

この制度では各機関における精神保健福祉士（ソーシャルワーカー）の関わりが多くあります。そのため、重なる部分の業務整理とそれに基づき役割分担も必要になります。精神保健福祉士に限られたことではないですが、関わりがある者によるネットワーク作りも求められるところがあります。具体的な実践の共有化から見えてきたものを課題として整理し、連絡協議会や自治体主催講座などに提言していくアプローチも担うべき役割と思われ、まだ数は少ないのですが、地域により指定医療機関の精神保健福祉士を中心としたネットワークが作られて、定期的な会合や施設見学が開催されています。どこがイニシアチブを取るのかは課題ですが、こうしたネットワークが少しでも増えて全国的な繋がりが、活動になることを期待したいところです。（石井、三澤）

7. 通院治療におけるプログラム

(1) 疾病教育

疾病教育は、病識（疾病の理解・対人的社会的影響の理解・治療の必要性の理解・症状の疾病への帰属など）を高め、疾病と当該行為との関係を調整し、再発・再犯への予防的対応行動を向上するよう、リカバリー志向で援助します。病識の否認や抵抗がある場合は、傾聴・共感を基に治療への同意とリカバリーへの協働を探索します。その際、疾病教育の背後には、障害受容・障害受容のプロセスも動いていることにも配慮します。また、対象者の性格傾向や能力を評価し、個別化した教育・支援を提供します。

また、家族へ疾病教育は、再発要因でもある高感情表出（高EE）の低減のためにも、家族と対象者のストレス低減のためにも必要です。

a. 通院速達への形態による導入の違い

① 移行通院

入院治療プログラムを振り返り、疾病教育の理解度や対処方法など評

① ケースワーク 本人や家族との定期的な個別面接を通して関係性を築いていきます。積極的なアウトリーチも行う必要があり、定期的な訪問看護で同行するなどが方法の一つとして考えられます。

② グループワーク 心理教育的な内容、家族会等ピア活動などについて支援を行います。

③ リンケージ 様々な社会資源の紹介及び、手続き支援や面の見え関係へと繋げていきます。

④ アドボケート この制度における権利の確認（広告や終了の申立てなど）、成年後見制度や日常生活自立支援事業の紹介や利用支援、年代に応じたサービス紹介や利用支援を行います。

⑤ ケアマネジメント 多機関が関わってサービス提供を行うので、アセスメントによる目的の共有化とプラン作成、実施、モニタリング、エバリュエーションのサイクルで行い、処遇終了後は速やかに地域支援に移行していきけるように、当初から意識して関わっていきます。全体のケアマネジャーは社会復帰調整官であり、医療機関内ではソーシャルワーカー（精神保健福祉士）がこれを行い、サイクルの円滑化を図ります。

b. 調整業務（間接的）

対象者には様々な職種や関係機関が関わりますので、各種会議の運営、スケジュールの管理や調整、書類の作成と整理など、間接的なマネジメントがとて重要で必要不可欠となります。

① 院内

チーム会議の運営、各職種との連絡調整、情報収集と共有化、評価シートや記録の作成、対象者や家族向けの説明文など文書作成、運営会議など病院全体への周知、院内研修の企画立案、院外研修の周知や調整などが挙げられます。

② 院外

社会復帰調整官との連絡調整が第一に挙げられます。次に保健所や市町村担当者との定期連絡も意識しておく必要があります。処遇が進むにつれて、自立支援法の事業所など（生活訓練施設、作業所、ホームヘルパー等）地域の支援先との連絡調整も出てきます。社会復帰調整官を通じてということもありますが、タイムラグを生じさせないためには相互

家になるなど服薬による肯定的体験に重点を置きます。理解が不十分でも服薬の効果への気づきは重要です。

心理社会的治療では、精神療法（支持的療法・認知行動療法など）、デイケアや作業療法、訪問看護、社会資源の活用などを説明し、様々な治療や支援の理解を促します。病気がありながらも、生きやすくなる様々なリカバリーのあり方があることに気づきを促します。

③再発予防と気づき、対応

ストレス（環境的対人的）や認知の傾向など再発の要因を説明し、ストレス・マネジメントと、再発のサイン、症状や再発時の対処法などを共有していきます。服薬中断、過剰なストレスが再発の大きな要因であることを伝えます。飲み忘れや怠業は、飲みづらさや生活に適した服薬の仕方と共有します。再発に関連するストレスは、類似したパターンがあるので、自分の弱みとして対処する方法を共有します。再発のサインは、チェックリストを使いながら、普段にもあること、再発早期で現れるもの（直信号）、再発後期で現れるもの（赤信号）とに分け、それぞれの対応を共有しておきます。対処法では、対処行動だけでなく、薬物の調整や訪問看護など支援の増大が必要介入や入院が必要なる場合も検討し、危機の場合一時的な入院も必要であることを共有し、治療者の機動性を確保しておくことが重要となります。

d. 疾病教育の場所

デイケアや作業療法など集団で行うこともできます。集団で行われた場合は、診察、個人面談で理解の程度や実行性など確認し個別化していきます。不十分な場合は、日常生活に合わせて患者の側に落ちるよう共有を図ります。事情により訪問して行うこともあります。

e. 疾病別のプログラム例と要旨

プログラム例は表1にあります。各項目では参考になる点を記しました。

①統合失調症

疾病の認知や受容が困難な場合は、ストレスとその対処行動を共有していきます。ストレスから身体的・心理的・行動的反応が生じて、ストレス反応が医学では陽性症状や陰性症状と言われていることを体験過程に沿って伝えていきます。幻聴は感覚の問題、妄想は思考の問題として

働きます。不十分な点は、個人の生活状況や性格・能力に合わせて再教育や支援を行います。また、再発のサインは、生活状況を検討して改めて再構成し、危機の対処に関連付けます。

②面接病院

通院初期に疾病教育を行うことが必要となります。初めて精神科に通院する人には特に重要となります。通院処遇の基礎となるものから、他の援助でも繰り返して疾病教育の一部に触れることとなります。

b. 疾病教育の時期

信頼関係を築きながら他のプログラムより優先して行います。通院開始自体がストレスになっていることも考慮します。

c. プログラム構成

① 疾病の気づきと理解

脳・身体・病気の病気があることを納得できる形で伝えることが基本です。疾病の回復過程を提示し、病的体験を振り返り、各時期の特徴と対処法を共有します。診断基準を説明などで示すことも役立ちます。当該行為は疾病に圧倒され振り回されてしまった結果であり（疾病の外在化）、本来の健康な自我と葛藤して症状に対処していくことが重要であると伝えます。ストレスが対処能力（服薬・対処行動・社会的サポートなど）を超えると再発するというストレス-脆弱性-対処モデルを図示して、個人にとつてのストレスとなることに気付いてもらいます。知的な問題がある場合は、平易な内容にし、リラクゼーションなどで体やこころの緊張感がとれる体験などを言語的・非言語的に確認していきます。集団で困難な場合は診察や個人面談で扱います。

② 治療の必要性の理解と服薬の気づき

薬物療法など医学的な治療と心理社会的治療を伝え、リカバリーへの動機付けを高めます。

薬物療法では、服薬アドヒアランスを向上するように薬の種類と効果、副作用、持続した服薬の必要性を共有し、薬の飲み心地など服薬体験も話し合います。また、副作用への対処方法も検討します。服薬体験で良い点や困る点を話し合い、解決方法を検討します。DAI-10などで評価もします。

知的な問題がある場合は、情報提供よりも薬を飲むと身体や気持ち

表3 プロシダムの例

統合失調症を知る心理療 育指導書版 (コンパクト)	統合失調症と回復ま でのプロセス	知って欲しい・伝わる関 連コミュニケーション 【統合失調症】 【アタタ出版】	精神障害を持つ人の超 意識プログラム (丸山) 全17セッションから抜粋
1. 病気の経過と回復ま でのプロセス 2. 薬の作用と上手なお つきあいの仕方 3. 薬の役割【薬の作用と その役割】 4. 再発をひるべく減ら すために 5. これからの生活のた めに	1. 統合失調症と薬 2. 統合失調症とは？ 3. 抗精神病薬の働き 4. 各種抗精神病薬の作 用 5. 抗精神病薬の副作用 6. その他の薬 7. 確率的な回復影加を 促すために 8. 毎日の生活で気をつ けたこと 9. フェイススケール	1. 薬の性質と効果 2. 薬の副作用 3. 薬の効果を評価する 4. 薬の副作用の対処法 5. 薬の問題点を解決す る 6. 薬の副作用を減らす る 7. 回復の注視ラインを 見定める 8. 注意ラインを監視す る 9. 家庭時の対応策を地 域で実践する	3. 慢性の精神障害の症 状とその効果 9. 薬は再発を防ぐ 10. 薬の効果を評価する 11. 地域生活でのストレ ス対処法 12. 薬の問題点を解決す る 13. 薬の副作用を減らす る 14. 回復の注視ラインを 見定める 15. 注意ラインを監視す る 16. 家庭時の対応策を地 域で実践する
うつ病一般	1. うつ病とは 2. うつ病の経過 3. 薬の働き 4. 心理社会的治療 5. 再発予防	1. 双極性障害はこんな 病気 2. 躁状態とうつ状態 3. 双極性障害の原因 4. 双極性障害のくすり 5. 双極性障害の治療目 標 6. 双極性障害治療の心 構え 7. 双極性障害と家族 8. うつ状態の過ごし方 9. ライフチャートを書 いてみよう	1. 躁状態の症状と原因 2. うつ状態の症状と原因 3. 躁状態とうつ状態の 違い 4. 躁状態とうつ状態の 診断 5. 躁状態とうつ状態の 治療 6. 躁状態とうつ状態の 経過 7. 躁状態とうつ状態の 再発予防 8. 躁状態とうつ状態の 生活管理

(赤須)

扱います。また、症状にも理由があることを忘れないように対応します。症状以外にも、疲労・孤独・不眠・不安などに配慮します。

統合失調感情障害は、気分障害の疾病教育も加えます。

うつ病

うつ病の説明では、うつ病の種類についても触れます。治療では服薬・休養・環境調整・心理社会的治療が重要であることを伝えます。回復過程では不安感・意欲の順序で回復することも伝えます。また、回復には一進一退を繰り返して改善していくことを伝えますが、その際の比較は日々の比較ではなく長い期間で比較をし、また悪い状態の比較をするようにします。再発予防では、早期の対応行動の重要性を共有します。症状だけでなく自殺予防が重要ですので、希死念慮に關係した話題を安心して話せる関係を作り、時にはこちらから聞くことも必要となります。

3. 双極性障害

気分変動のサイクルの特徴についてライフチャートなどを使って気づきを促します。落ち着いた状態と躁状態・うつ状態を比べる症状マリアーや日々の気分の変動を見る気分グラフも利用します。躁状態と再発症候は躁状態よりも表も使います。再発のサインは、早期症状と再発症候に分けます。早期症状で特に躁状態には積極的な介入が必要となることを共有します。また、躁状態との関係で、自分の気分の良い状態は周りが困りがちであること、自分が少しい時は周りが安心していいというキャッチに気づくように促します。その際、普通の自分から変わってしまいうる感じにも共感します。また、再発予防では、社会生活リズムを整え維持することの必要性も伝えます。

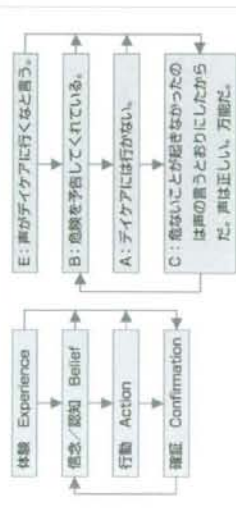
アルコール乱用

物質使用障害

初期は、物質使用への悪癖から変化への動機付けを高める動機付け面接を行い、教育となりませす。精神依存と身体依存の気づきを促し、引き金と渴望、弊の乗り越え方を支えることが重要です。また断酒会、AA、NA、ダルクなども勧めます。

仕組みで本人の感情や行動に影響を与え、なぜ繰り返されているのかについての仮説を作ることです。認知行動療法の領域では、事例定式化のひな型として使えるモデルいろいろと出ていますので、利用するのも便利です。以下に、Tarrrier (2006) のEBACサイクルを利用して、幻聴・妄想の確信度が維持されるメカニズムの事例定式化例を挙げました(図5)。事例定式化をどのよう患者と共有するかは臨床判断であり、あまり複雑な話をして情報で圧倒したり、うんざりさせたりすることのないように配慮します。

図5 EBACサイクルの事例定式化例



6. CBTによる介入

問題リストと事例定式化から、介入を選びます。既存の病院プログラム (SSTなど) を利用したり、適宜、個別プログラムを用意したりします。ここでは医療観察法対象者に比較的關係が深い①精神病のCBTと、②暴力のマネジメントのポイントを挙げます。

①精神病のCBT (CBT for Psychosis)

事例によって異なりますが、精神病のCBTでは、関係構築・アセスメント→事例定式化→対処方略の増強→再発予防というのが共通要素だと考えられます。対処方略増強法の中には、症状の苦痛緩和のための対処 (イヤホン利用、リラクゼーション等) や、行動実験 (信念を検証するための実験)、認知的対処 (自己教示法、認知再構成法等)、あるいはこれらの組み合わせの増強が含まれます。本人がやってみてうまくいっている適応的対処は強化し、必要に応じて新しい対処法を練習して試し、

(2) 認知行動療法

認知行動療法 (Cognitive Behavior Therapy: CBT) とは、体験を「状況」「認知 (思考)」「感情」「行動」に分けて捉え、行動科学の諸理論を利用して、適応的な感情や行動を学習しけるように援助していく心理学的介入法です。本邦ではうつ病に対する認知行動療法がよく知られていますが、ほかにも社会不安障害、パニック障害、強迫性障害、精神病など、数々の精神科の問題への効果が実証的に示されています。以下では、医療観察法通法対象者に対してどのようにCBTを計画し、提供していくのかについて記載します。

a. 前提としての関係構築と疾病教育

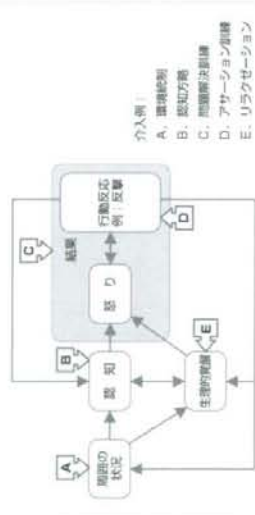
CBTを実施する場合には、治療関係を構築し、基本的な疾病教育を提供しておくことは大前提となります。その上で、「再発」「再被害行為」につながるかならない要因 (陽性症状の苦痛が大きい、発症前から暴力的傾向が強いなど) や、安定した地域生活を阻むような要因 (対人不安が強く外出が困難、相談することができないなど) が存在している場合に、CBTを使う介入が役立つでしょう。幻覚・妄想のある患者にCBTを行う際は、「不同意の同意」関係の構築を心がけます。同じ出来事についての解釈が異なっても感謝していただける関係の構築です。妄想に取り込まれたり、強化したりしてしまわないための基礎になります。

b. 事例定式化

医療観察法対象者は、心神喪失又は耗弱の状態でも重大な被害行為を行ったことは共通していても、診断、病状、他害行為傾向、知的能力などで見ると不均質な集団です。ですから、CBTを行う際は、最初に事例定式化を丁寧に行います。事例定式化というややこしく聞こえるかもしれませんが、まずは、患者と一緒に問題/課題/リストの作成することから始めるとやりやすくなります。このリストは、多職種チームでも検討するとよいでしょう。例えば、「病識の獲得」などは、患者から出していただく課題ですが、再発防止の観点からは重要です (患者との間で「どの部分が病識とみなされるのかについて学ぶ」などと表現が変わるかもかもしれません)。リストに優先順位を付け、多職種で役割分担をして、心理面接で扱う課題が見えたら、患者と同意したターゲット問題の事例定式化を行います。その問題が、どのような引き金から生じ、どのような

入例を挙げました。

図6 「怒りの決定要因モデル」モデルの介入例



医療観察法通院継続対象者は、医療観察法通院終了後も医療機関にかかり続けます。長く、安定的に続く治療関係の中で、必要なときにCBTも提供されるといふように、気長に、重要点は繰り返しながら進めていく形が典型的になると考えられます。

<参考文献>

1. Tarrrier, N.: A cognitive-behavioral case formulation approach to the treatment of schizophrenia. N. Tarrrier, Eds: Case formulation in cognitive behaviour therapy. New York, Routledge, 2006.
2. 菊池安希子: 統合失調症の認知行動療法. 松原三部編集: 専門医のための精神科臨床リユミエール (4) 精神障害者のリハビリテーションと社会復帰. 中山書店, 東京, 2008.
3. Novaco, R.W.: Anger as a factor for violence among the mentally disordered. Steadman, H. eds.: Violence and Mental Disorder: Developments in Risk Assessment. University of Chicago Press, 1994.
4. 平成20年度厚生労働科学研究 強制通院制度と地域医療のあり方に関する研究 (分担研究者 松原三部) 通院治療プログラム集
5. ステップあいち「怒りのコントロール」(株) 名教書

(菊池)

獲得していきます。どうにもならないと思っていた症状に対して、少しでもコントロールできるという感覚を持つことが、妄想の根絶に信念をささむ余裕をもたらすということがままあります。

妄想信念の修正をする際は、根拠の検証作業と、これに基づいた認知再構成を行います。ただし、妄想に自尊感情の保護的側面があると考えられる場合もありますので、徹底した修正を試みるよりは、まず、他の可能性についても考える柔軟性を持つようによって援助した方が安全かつ有効かもしれません。病的体験の中で、何が起きているのかを理解しようとして患者なりに苦勞して得た解釈が妄想なわけですから、援助者側から次々に反証を挙げて妄想修正を試みるのは、侵襲的です。他の可能性や反証を本人が挙げられるように、援助します。

服薬によって症状が治まっている場合ターゲットは、再発予防になります。疾患教育の復習も兼ねて注意サインの確認をしたり、対処の予行をしたりします。その後には再発したとしても、以前よりも早めに対処できたり、苦痛が少なく乗り切れたりすれば成功と言えますし、今後準備して再発予防方略を患者とバージョンアップすることができます。

精神療法のCBTでは、治療者が「導入部分で戸惑うことも多いようです」「CBT入門」(菊池, 2008) など、精神療法の認知行動療法導入プログラムを利用してよいかもしれません。

『暴力のマネジメント』

暴力のマネジメントは怒りのマネジメントと同義に捉えられることがあります。確かに「怒り」が暴力に関係することは多く、いわゆる怒りのマネジメント手法は有用な選択ですが、暴力が怒りによって生じるばかりでないことに留意しておく必要があります。恐怖によって暴力をふるう者もいれば、問題解決スキルが低いために暴力を用いる者もあり、表情認知に障害があっても怒りや他の表情の区別がつかないことがきっかけになることもあります。また、暴力と精神病の関係だけをみても、もともと暴力への寛和性が高いのか、病状が悪化する時だけなのかが、病状悪化時に暴力内容が重大化するのかなどタイプがあります。ですから、反復的な暴力が認められる場合、暴力パターンの事例定式化をすることが介入計画のために重要です。以下には、参考までに暴力につながる「怒り」に対処する際のモデル (Novaco (1994) を改変) と介

メントの話題にもっていくことができます。そういった話題が深まってくると、被害者の思いや家族や関係者などの周囲の者と自分とお互いになんかどういった影響を受けたかという部分にも触れていきやすくなります。

精神疾患の影響が間接的な場合

この場合、対象者は周囲や他の物事のせいにして、自分の抱えている問題に目を向けようとしにくいケースとなることがあります。まずは対象者が本人が社会生活を営んでいく上で、どのような点で困難さを感じているかを共有していくことが必要になります。例えば、衝動性や怒りのコントロール、対人関係や自己主張の課題など、対象者が困っていることは何なのか理解することができると、課題が明確化され介入する手立てが見つかります。その課題が高まり治療への動機付けが高まります。そういった介入が功を奏すると、自分の問題に目を向けることができ、被害者の思いや家族や関係者などの周囲の者と自分とお互いになんかどういった影響を受けたかという部分にも触れていきやすくなります。

b. 内省プログラムのポイント

① グループの個人か

多くの場合、医療観察法通院対象者は少ないので個人セッションになることが多いと思われます。一方でグループセッションは、話題が広がりお互いの共感も深まる作用があります。またピアカウンセリングの効果も期待できるので、グループセッションが可能な場合はグループを構成すると良いでしょう。しかし対象行為がそれぞれ違う種類の対象者がグループが構成された場合、性犯罪など言いにくい対象者はドロップアウトする危険性も高まります。また知的水準の差があまりにも大きい場合も、グループとしてまとまらない場合があります。対象行為や知レベルなど一定の集団に構成する必要があります。そのためグループ構成が難しい場合は個人セッションが良い場合もあります。

② 時期

対象者が自分について振り返りたいという動機がある場合なら、担当者との関係性の構築やリスクアセスメントを行った上で早期に導入することができます。本人からプログラムへのニーズがない場合も、プログラ

(3) 内省プログラム

内省プログラムとは、今回の医療観察法の処遇につながった他害行為を振り返り、そこに至った道筋をたどるプロセスのことを指します。間違っても反省させようが目的ではなく、自分の他害行為を整理し、本人なりに受け止めるのがより大きな責任が取れるのかを考慮、社会生活を営んでいく上で自分らしい生活を送ることが最終的な目標になります。対象者によって精神疾患と他害行為との関連性が強い場合もあれば、衝動コントロールや感情表出の問題など精神疾患の影響が間接的な場合もありますので、その点をアセスメントしながらプログラムを提供します。

対象行為そのものを自ら反省し再犯をしないという希望がある場合は、加害に至った自分を振り返り、被害者や周囲の関係者がどのような思いをしたかを考えるプロセスを導入することは難しくないと思われます。しかし過渡期の内省や極端に偏った考えに陥る危険性もあるため、十分なリスクアセスメントと保護できる環境を整えた上で内省を促す必要があります。

一方で他責的で自分の責任を省みず、周囲から自分への関わり方が一方的に変わることをだけ必要と考える対象者もいます。しかし社会復帰は自ら主体的に取り組むべきですから、その方向に促す役割として内省プログラムが求められます。こういった場合は、自分から変化することで得られるメリット（例：トライブル・再発・再入院の回避、将来の目標の実現など）について話題を深めることにより、プログラムの導入が容易になることがあります。

a. 導入の選い

① 精神疾患の影響に対する気づきがある場合

対象行為前後に自分自身に起きたおかしな出来事が精神症状として捉えられている限り、服薬により自分自身から始まったような実感があつたりする対象者の場合は、疾病に関する話題から始めると効果的です。あらかじめ心理教育を行い一般的な精神疾患の特徴を押さえます。更に対象者の疾患の特徴や対象行為までのストレスの変化などを通じていけるようになると、対象行為までに自分がどのような道筋をたどったか理解でき、どの時点で注意サインが表れてどう対処していかかというマネジ

えます。

プログラムの施行には、「平成20年度厚生労働科学研究 強制通院制度と地域医療のあり方に関する研究（分担研究者 松原三郎）」の通院治療プログラム集に掲載されている「内省プログラム」が参考になります。スタック用のセッションガイドも付属されており、狙いやセッションの流れ、ポイントなども押さえられています。

(山本)

(4) 生活機能回復プログラム

医療観察法の処遇を受けることになった大きな要因に、日常生活に破綻をきたしてしまったことが挙げられます。作業療法では、対象者を生活者として、病気の理解や服薬管理も生活機能の一部として捉え、安定した対象者の望む生活の実現に向けて、具体的な生活課題、活動を通して治療・援助を行います。対象者の生活機能に視点を置き、その機能回復若しくは獲得を目的としたアプローチを紹介します。

a. ICF（国際障害分類）に沿った作業療法評価項目

ICFに沿った作業療法の評価項目を紹介します（表2）。これらの視点をもちながら、具体的な作業活動を行うことや生活場面における行動を通して評価していきます。

b. 生活機能に焦点をあてたアプローチ

対象者の主体的体験（感覚・運動機能、精神・認知機能、生活機能の自己確認など）を通して自己認識を高め、セルフアセスメントとセルフコントロール機能の回復を図るアプローチを紹介します。

①自己認識を高めるアプローチ

まず、本人が病気の回復のプロセスに主体的に関わることが、再発防止だけでなく、一人の生活者として安定した生活を送る上でも重要なことです。生活機能向上プログラムは、その準備性を高めることから始まります。その一つである疾病教育や心理教育、内省洞察を深めていくプログラムは、臨床心理技術者を中心として進められ、作業療法士も協働して行うこともありますが、むしろ作業療法では、作業活動を通して体験したことで得られる実感を通じた疲労感や回復過程を確認していくことで、病気の徴や自分の回復状態を意識していくことを目指していきます。それらの実感を伴った振り返りを通して、病前の生活が破綻してしまっただけでも考えていくことが可能となります。

ムを進めていく中で動機付けが成される効果もあるので、必ず本人が内省の必要性を感じていることが条件というわけではありません。

③セッションを進める際の注意

セッション中に長期的休みが入ると効果が薄れ、リスクアセスメントにも穴が開くことになる方が実用でしょう。また集団で行う場合はセッション中に見聞きしたことを口外しないというプライバシーの保護や、パスする権利があることで空間の保障をする必要があるため、セッション時の約束事は、毎回確認していくことに大きな意味があります。ただし、治療スタッフには情報の共有は成されることも合わせて伝える必要があります。

④自覚のリスク

内省を進める際に過度の罪悪感に陥る可能性もあることから、自覚やうつなどのアセスメントを定期的にを行う必要があります。例えば医療観察法の入院を経た対象者の場合、入院中に内省の深まりが薄かったものの現実的な社会生活の中で内省が自然に深まることが予想されます。内省の方向性によっては、自覚や他害のリスクが高まる恐れもありますので注意が必要です。リスク評価は「平成20年度厚生労働科学研究 強制通院制度と地域医療のあり方に関する研究（分担研究者 松原三郎）」内の通院治療プログラム集「通院処遇における自覚のリスクアセスメントとマネジメント」が参考になります。

⑤内省

対象行為は、幻聴といった疾病性の問題以外に、生・生活環境や対人関係など多くの要因が影響しあっています。従って、対象行為までの道筋をたどることや疾病教育だけでなく、生者性や家庭環境を振り返る必要や、トラブルが発生しやすい自分の行動パターンなどを取り上げる必要があると。また、再犯を防ぐためには被害者や周囲の間接者が受けた影響などを取り上げますが、相手の立場に立って考えるためには自己の感情の読み取り（セルフモニタリング）や自己表現スキルを下地として身に付けている必要があります。そのため共感性を養うためには、あらかじめそういったスキルを学ぶプログラムが必要なものもあります。最終的には、本人なりに対象行為を整理し対象行為を受け止め、どのような責任の取り方をすることによって生きていけばよいかを考

の低さや歪みがあることが多いとされています。これらも、作業活動を通して得た成功体験を基に修正できるわけです。自身を回復していくことは支援の基本として重要なことです。

このようなアプローチは、枠組みのあるプログラムとしてだけでなく、日々の作業療法の実践の中で、その体験を丁寧に振り返る作業を通して行います。作業活動後の振り返り面談を、定期的に丁寧に丁寧に行う構造を作ることが重要となります。

②生活の安定した超み立てに向けたアプローチ

そして、実際の生活上でできること、できないことなどを明らかにし、時には訪問サービスなどの支援を受けながら、無理のない生活を送り、生活を築き上げるような支援も重要となります。そのような自分なりの生活上の計画を立てるためには、利用できる制度や資源を知る機会を作ることも重要なことです。情報提供は精神保健福祉士の協力を得ながら、その利用の仕方を支援していき、対象者の能力を客観的に評価し、そのことを対象者に伝えながら、手立てを一緒に考えることが可能となります。

対象者の生活支援をしていく上で、対象者の望む生活をイメージしながら、生活上のアセスメントをしっかりとすることは重要なことです。もう一つの視点として、リハビリテーションの視点があります。対象者の可能性を引き出し、できることを増やしていくことも対象者のエンパワーメントにつながります。

③生活スキル向上に向けたアプローチ

そのような視点に立ち、対象者の生活を送る上でのスキルを高めるアプローチは重要です。代表されるものとして、調理技術、生活の仕方、コミュニケーションスキル、服装管理法などが挙げられます。これらのプログラムは、構造化された集団で行う場合と個別で行う場合がありますが、従来行われてきた方法を利用することができます。

④セルフコントロールに焦点をあてたアプローチ

自分の行動と感情と対処の仕方に焦点をあてたアプローチです。医療観察法の対象者になる方々の多くは、感情を意識することから始める必要があります。「完成してうれしい」「喜ばれてうれしい」「自分の弱点を指摘されたから辛い、頭にきた」といった、行動と感情を結び付

表2 IDP

分類		基本的な内容
心身機能	生理的機能	身体系の生理的機能（構造を含む）
	精神的機能	身体系の精神的機能（構造を含む）
生活維持機能	身辺処理	食事、排泄、睡眠、整容、行為、入浴、基本的生活動作
	生活管理	金銭、時間、物品、安全・健康等の管理
	仕事機能	ワークパーフォーマンスに関する基本機能
作業遂行機能	学習機能	学習の基本となる読み書き、計算等
	作業機能	掃除、洗濯、整理収納、調理、裁縫等
	育児機能	子どもの成長に必要な栄養、養育、養育活動等
対人機能	二者関係	対象者の違いに応じた親愛関係や社会的関係を持つ
	集団関係	場や場柄や他者の要求を理解した相互交流
	基本機能	近隣や職場等における挨拶や日常の受け答え
移動機能	コミュニケーション機能	意思表示、相手の話を理解した応答機能
	移動機能	交通機関等を利用した必要な場所への移動
	その他	公共サービス、法や制度を必要に応じて利用する楽しみや趣味等を楽しむ
環境因子	環境因子	個人が自己の生活状況に際与する態度や意欲
	環境因子	交通機関、公共機関、住居等生活環境、家族関係、友人、知人等の人的環境、生活に際するサービス、法律、社会制度等社会的環境
	個人因子（生活史、発達上の個人の特徴）	性別、年齢、ライフスタイル、学習歴、教育歴、職業、犯罪歴、行動面の問題、習慣、才能、性格、余暇の過ごし方、趣味、特技等その個人の特徴

自分の生活パターンや行動の特性、自分の得意とすること、不得意なことなどを、自覚していくことも重要なことです。これらも、作業活動を通して自覚できることです。

重大な他害行為を起こしてしまう背景には、生活体験における失敗体験や、他者との良いコミュニケーション体験の不足等により、自己評価

(2) 緊急時の連絡・対応方法の説明（「グリーンカード」の利用）

緊急時の連絡・対応方法について対象者へ説明するためカードを考案し「グリーンカード」と命名しました。カードの表には、対象者が動転しているときも思いつけずない可能性があるため、連絡先を明記し、このカードをいつでも所持していること等の指示事項を記載します（図7）。裏には、対象者と相談した要注意症状・要注意状況を記載します。この際、できるだけ対象者の言葉を抜き出すとセルフモニタリングしやすくなります。「家族同士が言い合っている時」「家族を傷つけたくなった時」「通院できなくなった時」などです。要注意症状や状況は、話し合って改訂します。（図8）

緊急時の対応法は、事前に対象者と相談しておきます：頓服を服用する、それでも安定しないなら病院に連絡する。対象者の言葉を引用した対応法は特に有用です。「仲のよい家族に相談する」「テレビを見る」「部屋で一人になる」。対象者自ら対応法を考え出せない場合には、「好きな音楽を聴いてみる」「散歩をしてみる」「深呼吸をしてみる」「外の風景を見てみる」といった注意せらしや「嫌なイメージが浮かんだ時にストッブと自分で言うてみる」といった思考制止法、「楽しいイメージを思い浮かべてみる」といったイメージ置換法を提案してみてもあります。

(3) 精神保健福祉法による入院

入院を想定すべき事象は、①通院不規則、②服薬不規則、③警告症状出現、④暴力を振るいそうな場合などです。デイケア等を無断で休んだ場合、①スタッフから電話連絡、②訪問実地、③1週間来院しないなら入院などの対応法を相談します。頓服を使っても不眠が2日続いている場合、④薬物調整、⑤入院も検討します。周りの人に暴力を振るいそうな場合、①バスパターナル水液服用、②暴力に至る危険性が高ければ入院を検討します。必要な薬をきちんと飲めない場合、入院を検討します。これらの対応についてあらかじめ対象者と相談し取り決めておくことが重要です。

医療保護入院等が必要な症状としては、④今にも暴力を振るいそうになってくるとき、⑤薬がきちんと飲めない場合を想定します。自傷他害のおそれがある場合、指定通院医療機関の管理者は措置の通報を実施します。

け意識化する必要があります。意識化できるようになったら対応法を考えていきます。うれしい気持ちをどういう言葉で相手に伝えるか、頭にくきたらどのように対応するかといった、対応の仕方を対象者のニーズに沿って考え、実践に結び付けていきます。これらのアプローチを通して、生活機能向上を目指していきます。

<参考文献>

1. 山根 寛：医療観察法下の作業療法の役割、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、p.238-242、2007。（香川）

8. 緊急時の対応（指定通院医療機関）

(1) 対応の原則

危機の予防が重要で、危機的状況に陥った場合には、状況をすばやく評価し迅速な危機介入を実施します。危機の到来には段階があります。

第1段階は、「病状再燃初期」であり、早期警告症状が出現している場合です。対応の原則は、セルフモニタリングツールを使用して説明し、薬物調整・環境調整を実施します。訪問回数を増やし、任意入院も考慮します。

第2段階は、「病状再燃中期」であり、自傷他害はないが服薬中断などにより病状悪化している場合です。対応の原則は、あらかじめの取り決めに従い、入院の同意を得られれば閉鎖環境を必要としないなら任意入院を勧めます。入院治療が不可欠で同意が得られないなら、訪問回数を増やすとともに、医療保護入院を必要とする事象に備え保護者との連絡を密にします。

第3段階は、「緊急事態」であり、病状悪化し自傷他害のおそれがある場合です。指定通院医療機関管理者は措置入院を考慮した対応が必要で

す。医療観察法の通院処遇で重要なものは、第1段階での早期介入です。第1段階で時機を逸せず介入すれば、第2段階・第3段階への進展を防止できます。早期介入の際、セルフモニタリングツールを用いた説明が有効です。

(4) 通院経過中の自殺

a. 自殺のリスク評価

- 過去の自殺企図歴 (将来の自殺危険性の重要な予測因子)
- 死ぬことを積極的に意味する自傷行為及び他の理由の自傷行為(ともに危険なシナリオで、自殺による死の危険が高)
- 自殺企図 (自殺企図を尋ねることで自殺リスクが増加することはない)
- 自殺の予測性 (自殺可能性や程度を決定する極めて重要な情報)
- 死ななかつたのをがっかりしている (自殺企図を将来行う危険が高)
- 自殺を防止した障害
 - ・ 何が自殺企図を助いだけかを理解し、自殺の切迫危険度を判断します。
 - ・ 自殺を防止した障害が今でも残っているかを評価します。
 - ・ 障害と考える事柄が自殺志向者にとっても障害かを慎重に判断します。

生活歴に関しては、①若年・男性・高学歴、②喪失体験、③環境変化(入院直後・退院直後・外出・外泊)、④近親者の自殺歴、⑤被害妄想、⑥行為障害の既往、⑦厳格な管理的環境がリスクと考えられます。

精神症状に関しては、①宗教的な妄想・身体に関する妄想、②物質乱用、③不安発作の併存、④食行動異常、⑤暴力的傾向、⑥執拗な心身的懸念がリスクと考えられます。

自傷については、根本療養が指摘するように、①傷の処置を希望しない、②乱雑で汚い傷、③複数の方法での複数の傷、④拒食・感胃薬乱用、⑤解離を伴った自傷は、リスクのある自傷と考えます。

b. 自殺の安全管理

自殺企図を尋ねるのをタブー視せず、自殺企図がある時は、危険行為をしない約束を試み、それが不可能ならば入院を考えます。物質乱用は自殺のリスクを高めるので注意します。リスクがある場合、訪問頻度を上げ、自殺に用いられる可能性のあるものを除去し一人にしないようにします。

- 自殺の脅し、考え、計画、議論は全て深刻に取り扱います。

図7

〇〇病院 通院者グリーンカード (緊急時連絡カード)
(表)

- | 様 | 番号 |
|---|--|
| 1 | いつもこのカードを持っていくて下さい。 |
| 2 | 〇〇病院への連絡の際、「グリーンカードを持っている〇〇です。番号は_____です。」とお伝え下さい。 |
| 3 | 連絡先〇〇病院 (まるまるびょういん)
電話 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 |
| 4 | 担当者 主治医
ケア調整者
主担当看護師
副担当看護師 |

家族の連絡先

- 落ち着いて、どのような様子かをお知らせ下さい。
- 落ち着いて、指示を聞いて下さい。
- 〇〇病院で必要と判断した場合、社会福祉調整官等関係機関に連絡します。

図8

〇〇病院 通院者グリーンカード
(緊急時連絡カード)

- 以下のような場合、早めに電話して下さい。
 - 〇 夜、眠れなくて困った。
 - 〇 家族が言い合いて困った。(対象者の同意)
 - 〇 家が平安でなくなつた。(対象者の同意)
 - 〇 うるさい音 (電話カー・ケンカ) が気になる。(対象者の同意)
- 常に神経質であったり、心配したりするようになった。
- 声が無くなつた。
- その他 ()

誰かが付き添うなどの対応が必要となります。なお、身体合併症で対象者が通院治療中であることは、社会復帰調整官を含め多職種チームで情報を共有しておく必要があります。

(2) 入院治療・手術が必要な場合

この場合も、多くは主治医（指定通院医療機関）や本人・家族がその段取りを行うことになります。単身者の場合は、社会復帰調整官や行政機関が関与する必要があるでしょう。入院中は他の入院患者と生活を共にすることになりますので、対象行為の種類によっては医療観察法対象者であることを、本人同意の上で、病院側に伝えておくことが必要となります。家族の付き添いがあればほとんどの場合、別に付き添いを求められることはないと思いますが、単身者や、病状あるいは対象行為の種類によっては、付き添いを求められることがあるかもしれません。この場合は、社会復帰調整官、指定通院医療機関、行政機関の担当者で十分対応策を話し合っておく必要があります。

なお、救命救急時など身体合併症で緊急的対応が必要な場合は、治療が最優先ですので通常の場合と同様に対処し、一段落してから上記のことについて対応策を考えることとなります。

いづれにしても身体合併症の場合、指定通院医療機関が持っている一般病院とのネットワークが重要な役割を果たしますので、普段から顔の見えるネットワークの構築を心がけておくようにしたいものです。

(岩成)

10. 通院医療における医療費

指定通院医療機関における医療費（診療報酬）は、通院医学管理科と精神科専門療法の二つで構成され、合算します。

(1) 通院対象者通院医学管理科

前期、中期、後期、増悪期と、病状・治療の段階ごとに額は異なり、原則として月単位で算定されます。初・再診料、指導管理等費用（特定薬剤治療管理料及びびんかん指導料は除く）、在宅医療、投薬（処方箋料のみ）、100点未満の処置（これに関わる薬剤料・材料費を含む）を含んでいきます。

2. 自傷や自殺に用いられそうなものを除去します。

3. 自殺の危険が高い場合、一人にしないようにします。

4. 治療計画立案や安全問題の議論にできる対象者本人を含めます。

5. 自殺念慮や自殺衝動を話すよう勧めます。

6. 自傷のかわりになる安全なもの勧めます。(水を握る、筋トシ、前腕を赤ペンで傷める、叫ぶ、友人・知人・家族・援助者と話す(松本))

7. 個々の対象者の高危険期間に注意します。(入院後1週間、退院後1週間)

＜参考文献＞

1. 八木 淳：セルフモニタリングツールとしての「グリーンカード」を用いた緊急時の介入、臨床精神医学、第36巻第9号：1143-1151、2007。

2. 松本俊彦：自傷行為の理解と対応現代のエスプリ488、2008。
(八木)

9. 身体合併症への対応

通院処遇中の対象者は、年齢的には30代が最も多いものの20代から80代まで広く分布しており、40代、50代以上の中高年者も少なくありません。そのため身体合併症も普通に発生すると思われれます。調査では約2割に一般科で外来治療以上の治療が必要な対象者がいることがわかりました。国民病といわれる糖尿病も多く、気管支喘息や悪性腫瘍など多岐にわたる身体合併症がみられています。このような場合、どのように対応したらよいか、原則を述べておきます。

(1) 外来治療のみの場合

多くの場合、主治医（指定通院医療機関）や本人・家族が病院受診の段取りを行います。病状に特別の問題がない限り、医療観察法の対象者であることを告げる必要はないと考えます。しかし、精神疾患のため服薬をしている場合は、身体疾患の治療にも関係しますので、主治医は診療情報提供などで情報を提供しておくことが礼儀でしょう。また、精神症状の関係などのための待合室で問題等が生じる可能性のある場合は、

第3章

通院処遇における 地域連携



1. 地域連携のあり方

「地域社会における処遇のガイドライン」には、地域社会における処遇に携わる関係機関相互間の連携等について、次のように記載されています。

- 保護観察所と郡道府県とは相互に協力しつつ、地域社会における処遇に携わる関係機関と協働して、本ガイドラインに沿った処遇を実施するため必要となる事項を定める運営要領等を作成し、実際の地域処遇が各郡道府県の実情に応じて円滑に行われるよう配慮する。
- 各関係機関は、地域精神保健福祉連絡協議会等の既存のネットワークを活用するほか、平素から各関係機関が行う会議等に相互に職員を派遣するなどし、その緊密な連携に努める。
- 本制度の地域社会における処遇の実施においては、郡道府県・市町村、精神障害者社会復帰施設、精神障害者居宅生活支援事業者等は、精神保健福祉業務の一環として各種の援助業務等を行うものがあり、これら関係機関等の協力体制を強化する必要がある。
- 各関係機関は、地域における精神障害者に対する医療・保健・福祉の実情について情報を共有する。
- 各関係機関は、当該地域における処遇の円滑な推進のため、あらかじめ役割分担を明確にし、それぞれ関係機関相互間の必要な連絡調整を行うための窓口を設ける。
- 地域社会における処遇の実施に当たっては、関係機関の担当者のみならず、必要に応じて、対象者の社会復帰を支援する家族等のキーパーソンとの連携にも配慮する。

① 前通院対象者通院医学管理料

- ・通院決定日から6ヶ月となる日が属する月まで算定
・8250点

② 中絶通院対象者通院医学管理料

- ・①の翌月から通院決定日から起算して24ヶ月となる日が属する月まで算定
・7250点

③ 後通院対象者通院医学管理料

- ・通院決定日から起算して24ヶ月となる日の属する月の翌月以降
・6250点

④ 急性増悪型居宅管理料

- ・病状が悪化し、集中的な精神医学的管理が必要と判断される場合に、1ヶ月間に限って請求できます。1ヶ月に満たない場合は日割り計算となります。

⑤ 前通院対象者通院医学管理料

- ・39,000点（1日1,300点）
- ・前期については想定されていません。算定開始日が属する月について、1ヶ月間に16日以上中期・後期の管理が行われている場合には、その月の中期若しくは後期の管理料を合わせて請求できます。

(2) 精神科専門療法

診察報酬単価、請求要件は一般の通院医療と変わりません。一般の通院医療と異なる点についてはのみ以下に触れることとします。

① 精神療法

- ・前期は週2回、その他の時期は週1回を限度とします。

② 集団精神療法

- ・前期は週2回、その他の時期は週1回を限度とします。

③ 訪問看護・指導料（Ⅰ）（Ⅱ）

- ・前期は週5回、その他の時期は週3回を限度とします。

（小高）