

<p>察の許可か要ると言われ、自ら警察へ行ったところ保護されて措置入院となったか、対応困難というこことて、<u>県立病院へ入院となる。</u>  <u>父親は、本人か入院したことから家に戻ったか、X+10年1月縊死。</u></p>	<p><u>病識なく疾病としての病理性か重い</u>  <u>対応困難についての客観的評価か</u>  <u>されていない</u></p>
<p>&lt;入院時状態像&gt;  言動は比較的落ち着いているか、コンピューターの話になると緊張する。病識は欠如し、入院は不当たと言う。  <u>自分は全くなんともない。入院は納得しない。国のコンピューターか指令してくる。妻を殺したのも自分てはなく、たから無罪になった。薬は飲まない。</u>  身振り手振りを交えながら表情は豊かである。確固たる妄想体系があり、幻聴、思考吹入、思考奪取など自我障害著明。</p>	<p><u>触法行為とコンピューター妄想との関係。詐病はどうか</u>  <u>コンプライアンスの問題をとう評価するか</u></p>
<p>&lt;入院時診断&gt;  妄想の内容は奇異て反応性のものは考えられない。病識は欠如しており、<u>分裂病と考える。</u>  措置診察ては<u>幻覚妄想状態。</u>  <u>詐病の疑い+覚醒剤</u></p>	<p><u>覚醒剤使用事例について診断に差か</u>  <u>ありすぎる</u>  <u>診断基準、診断の考え方など統一か</u>  <u>必要。とくに覚醒剤精神病と分裂病</u>  <u>の関係</u></p>
<p>&lt;入院後経過&gt;  X+9 11 22 <u>自分は正常なので薬は飲まない。その後、約3年間保護室使用となる。拒薬のためセレネース筋注</u>  11 24 <u>コンピューターは自分の言いたいことを自由に切り替えて違うように人に伝える たから自分か間違っているのではなくコンピューターの仕業である 弟には衣類などを持ってきてもらわなくてもいい。国かやればいい。真面目に仕事をしている弟に国が迷惑をかけることは許せない</u>  11 28 <u>コンピューターは死体の骨も溶かすことか出来る 天災・人災飛行機か落ちるのもすへてコンピューターの仕業た 自分は働こうとして面接に行ったけれど、自分の頭も相手の頭もいしられ話か壊れた</u>  12 6 <u>薬物療法はまた開始てきない</u>  12 19 <u>看護者への威嚇か頻回にある</u>  12 26 <u>薬は飲む必要はありません</u>  X+10 2 9 <u>私は国に抗議してかんばんっているんてす 病気てもなんてもない 薬は絶対飲みません</u>  3 14 <u>ドアをける、食器を壊す、放尿する、などの行為あり 注射セレネース、アナテンゾールデポ筋注</u>  3 16~3 21 <u>毎日注射 セレネース筋注</u></p>	<p><u>服薬拒否に対してとう対応するか</u>  <u>保護室長期使用の問題</u>  <u>ICはなされていない</u>    <u>一方的価値判断、正義感の存在</u>    <u>就労能力の評価の評価が必要。実際は就労能力なし</u>    <u>拒否、威嚇に対する対応</u>  <u>同意能力のない場合の強制治療の考え方、手順</u>    <u>強制治療としてのデポ剤使用の手順</u>    <u>なんとか服薬するようになる</u></p>

3 22 昨日より薬を飲んでいる セレネース液使用  
 リントン8mg コントミン75mg セレネース液16mg

4 3 アナテンゾールテボ筋注  
 4 15 足踏みかてている  
 4 26 錠剤は吐き出してしまう 粉末に変更  
 5 8 連用処方開始  
 9 5 何も悪いことはしていないし 事件を起こすことはない 早く退院させてもらわないと困る 仕事をしようとしてもコンピュータに邪魔されてみな駄目になっていしまう

12 4 処方リントン16mg・コントミン80mg セレネース液8mg 人権擁護委員会もグルたとも悪くないのに入院させられている

X+1 1 3 2 退院したい 人に迷惑になるようなことはしない 目制てきますからはやく退院して特許の申請をしたい

4 6 春物を買いに外出  
 父親か亡くなったことを本人に伝える 墓参りと家を見てきたいという

8 30 墓参りに外出 特変なし 来年ごろ仮退院の予定 引き続き保護室使用

X+1 2 1 26 本日よりハロマンズ使用

3 22 仮退院予定 S福祉事務所に連絡  
 保護室解除、これまではずっと保護室対応であった

3 25 S福祉事務所へ外出 友達と会って酒を飲んだ 近所の人か警察を呼んで 警察か来たので すぐに帰った 保護室再使用

3 26 保護室解除  
 4 9 開放病棟に転棟

4 19 不動態屋に外出 4月30日に措置解除予定

4 20 外出したまま帰院せず 前橋警察へ届ける 西船橋警察署で本人保護 職員2名迎えに行き帰院 保護室使用

4 22 手配師の口利きて千葉の飯場に行つて働いた 試してみたかった 疲れちゃって無理なので、病院に連絡してもらった

4 23 主治医変更 昔の友達のところへ行こうと思う

4 26 退院は中止とする 措置解除予定たったか取り消す 今はコンピュータとの会話は無い 1年くらい前から私も断ったから コンピュータはすへて作業してしまったから

5 30 口かいつも枯いてしまう。コンピュータの作業と思う 薬の副作用ではないと思う

6 19 障害年金てなんてすか？私でももらえてすかね？

セレネース液を併用  
 第1選択薬を何にするか

副作用出現  
 粉末なら吐き出さずに服用する  
 処方かほぼ安定する  
 治療の動機付かてきていない

実際は社会生活能力がなく、仕事かてきないのではないか。社会生活能力の評価か必要

内省的言葉の出現

初めての院外同伴外出。外出許可の基準か必要。保護室は使用中  
 父親か亡くなったことを伝えるのに時間のずれか生している。重要な情報は必ず早期に伝えるべき。直面化の良い機会ではなかったのか  
 回復期がなく、いきなり社会復帰の話になっている  
 本人評価か何もなされていないのに、保護室解除後、すぐに社会復帰の手続きを開始している。当然 失敗となる  
 近所の人か反応を、治療者側も本人も甘く見ている  
 評価不十分なまま開放へ転棟。ICもされていない  
 措置解除の評価なし、ICなし  
 結局、帰院せず失敗となる

作業能力、就労能力の評価かなされていない。障害受容かてきていない

交友関係の見直し

改善度評価か必要。

副作用のICなし。本人にも目覚されていない  
 障害受容をさせる良い機会

8 19 今月31日措置解除を行うと説明  
 9 3 今飲んでいる薬は丁度良いです  
 9 13 処方リントン9mg コントミン75mg  
 ・セレネース液中止  
 10 16 もう絶対逃げたりしないから、開放病棟に行かせてください 尿糖3+ 血糖検査  
 12 2 歯医者に行きたい  
 X+13 2 6 いつになったら開放病棟に上げてくれるんですか？最近は全くコンピュータはありません 問題を起こしたのは全部コンピュータのためなんです  
 2 28 S保健所来院 S市に住んでほしくない  
 と弟は言っている 本人を交えて話し合い 開放に上ければ、直ぐに退院させるか離院する人であろう  
 3 4 開放病棟に、俺をやらないのはどういうわけだ くるになって俺を病院に閉じこめようとしてやるとしてやる  
 3 11 開放病棟に転棟決まる 薬を飲むこと、暴力を振るわないことを約束しました  
 4 17 主治医変更  
 もう前みたいことはない、大丈夫の一点張り  
 6 26 アパートの保証人の件かむずかしい 不動産屋へ外出  
 7 6 外出したまま帰院しなかったか、結局帰院  
 15万円中数万円使ってくる 包丁では腹切って死のうと思った 手荷物に包丁あり 不動産屋には断られた  
 9 19 S福祉保健婦さん来院 病院の近くでアパートを借りるならなんとか弟を説得する  
 「I市ですか」とやや不満そう しかし反対はしない 今年いっぱいくらいで退院ということて納得  
 11 1 弟から連絡 保証人にはなれない 本人「まいったなあ」という  
 12 12 弟姉妹来院 弟と妹か本人と面会 姉は面会拒否 また何かあったら困るので保証人にはなれない 弟としては保護義務者になっているので、これ以上はやれない とりあえず保証人の件は無理ということになる Yさんかなるという (Yはやはり処遇困難の人格障害患者)  
 X+14 2 9 アパート契約済み 3万円払う Y氏保証人  
 3 30 S福祉とI福祉、I保健所来院面接 本人は丁寧にお辞儀して、お世話のなりますと 今後はI福祉か担当  
 3 31 本日退院 毎週外来へ

服薬順守についてのICが必要

健康管理の必要性

開放への移動希望を治療の動機付けにどのくらい活用したか

本人に現実をとこまで直面化させられたか

社会生活についての能力評価

治療関係か壊れそうになっている

約束はあてにならない。

結局、本人に押し切られて開放転棟自己洞察か深まらないことへの考察が必要

保証人確保の困難さをどう理解させるか。

本人たけて外出。現実の困難さを直視させる。その意味では成功。しかし自殺などの危険性があった一種の直面化が起こっている。これをどう活用すべきか。

具体的な退院先の検討、現実感をしっかり持たせる。現実直視

直面化作業にはなっている

同じ処遇困難患者か保証人になる仲間作りの一種、しかし危険性も高い

治療者はあくまで援助する立場

徹底した援助による関係性の構築

退院へ。服薬順守、通院遵守。訪問看護の了解。迷惑行為の禁止。その他

<通院開始後の経過>

X+14 4 6 初回通院  
 ゴミ出しを毎日している  
 コントミン75mg、リントン9mg、ハロマンズ100mg  
 以降、毎週受診  
 4 20 電気代が高い、定期検査、DMあり  
 5 11 職安に3回行ったか駄目だった  
 A氏か入り浸りにになっている  
 5 18 金かないのでタハコは止めた  
 5 25 東京へ行った。特許庁へ行った。色つきのセメントについて  
 8 3 A氏交通事故で死亡。伝える  
 8 31 本人の自転車か盗まれる  
 9 7 自転車は市役所の人かくれた  
 9 28 栄養指導を受ける  
 10 12 福祉か7000円加算してくれる  
 10 19 O氏を退院させる。一緒のアパートで同居  
 X+15 1 18 入れ歯になる  
 4 12 T子さんの話。あれは子供だからという  
 6 7 仕事かなくて困った  
 10 4 仕事か一つあったか重労働て無理と言われた  
 X+16 1 17 糖尿病にされたのはコンピューターのせいと  
 1 31 通院を2週に一度にして欲しいと。今まではほぼ毎週  
 2 28 女遊びをしたので、性病の検査をして欲しい  
 8 17 歯科依頼表  
 X+17 1 11 順調  
 6 27 右膝関節痛、少しやせた  
 7 11 コンピューターか悪くしている。人権擁護委員会に訴えようかと。その後変わりなし  
 6 5 S市に住みたいと。飲み仲間がいるから。その後は同様訴えなし  
 X+18 1 8 順調、変わりなし  
 4 23 当直医に市民からということて、本人か覚醒剤を使っているという情報かあったか内容ははっきりしない  
 5 14 テレビか壊れてしまった。その後、中古のテレビか手に入ったので、訪問看護のスタッフか、本人の家に届ける。覚醒剤使用の情報かあったか、特にそれらしい様子もなかった(訪問の記載)  
 6 11 付き合っている女性がいる  
 結婚歴あり。生保を受けているO病院通院中  
 6 18、18時ころ群馬県警から2名来院。本人を15時頃第一通報者として女性か殺されていたと通報あり。  
 その前 13時30分頃 本人のアパートを訪問

毎週受診

経済面の保障か必要

交友関係、A氏も処遇困難患者である

妄想に基づいての行動への対応

バイクに乗っていて衝突

援助の姿勢の徹底

健康管理と多面的なかかわり

経済保障による仕事への拘りの整理

O氏も処遇困難患者。処遇困難者の共同住居という形。

人間についての洞察か多少出来る

仕事への執着は捨てきれしていない

次第に仕事へのあきらめと障害の受容

糖尿病をコンピュータのせいにするか、それ以上には妄想は広からない

2週に一度の受診にするか、特に評価

はせず、判断根拠はあいまい

歯科や糖尿などの合併症の対応

身体的に不調になるとコンピュータのせいにする

地元S市への郷愁、しかし強くは拘らない。

覚醒剤使用の情報。情報は不確かなものだったか、重要な情報であり直ちに危機介入すべき事態

訪問たけては踏み込んだ判断は出来かねていた。新法で社会復帰調整官と一緒にならばかなり厳密に対応できる。触法歴で先に妻を殺害しているのか覚醒剤使用下であったことを考える必要かあった。犯行内容は前妻を包丁で刺殺したのとほぼ同じ状況であった。

幸い訪問看護者やその他の住民など

<p>看護スタッフが訪ね、隣の部屋の〇氏の部屋で、本人からの話も聞く。M氏のことについて本人がいつもより険しい顔つきをしていたことから、本人に何かあったを問うたところ、俺とMのことだからということによって終わってしまった。そのときすでに女性は殺害されており遺体は本人の部屋に置かれていた。</p>	<p>には被害が及ばなかった。相手の女性も覚醒剤使用歴のある人であった。 交友関係の評価 任意契約のため危機介入が遅れた</p>
<p>&lt;病前性格&gt; おとなしく気が小さい、神経が細い、意志が弱い、誘われると断れない</p>	<p>本人のアパートの部屋は他の患者と比べてなく一般の人と比べてもきれいになっており、几帳面さと強迫気質がみられる。</p>

<医療観察法下の治療からみた問題点>

- ・診断が医師によって、覚醒剤精神病となったり、分裂病となったり、幻覚妄想状態となったりしており、診断に統一がとれていない。医療観察法では統合失調症様症状を示す遅発性精神病性障害（ICD10 F1x 7）として統一したい
- ・初期基本評価をはじめとして、治療の各時期における評価がほとんどされていない
- ・保護室かリスクアセスメントされることなく、3年以上に渡って使用されていた注射などの強制的実施について責任体制が曖昧である
- ・妄想内容だけが言及されているだけで、日常生活能力や社会生活能力の評価がやりハヒリテーションがなされていない
- ・保護室長期使用から、いきなり社会復帰を進めており、すぐに失敗している
- ・外出をリスクアセスメントをすることなく実施し、帰院しないなど失敗している。医療観察法下の医療では許されない
- ・現実直視をさせる努力と直面化を意識した治療が開放病棟に移ってからなされたか、自殺をしようとして包丁が持ち込まれるなど、危機的状況があった  
社会復帰のための生活面での福祉的援助はかなり徹底してやられた。それによって患者治療者の関係性の構築は成功している
- ・治療継続についての同意は、曖昧のまま退院に至っている。ただし結果的には、訪問看護等によるアフターケアにより事件発生までの4年間、服薬、通院はほぼ遵守された
- ・事件発生時の危機介入は、覚醒剤使用の情報があったにも拘らずほとんどできていなかった
- ・交友関係を広げたのは、地域生活を安定させるためには重要であったか、いずれも処遇困難患者だったことから、リスクも大であった。アパートの保証人は人格障害の処遇困難患者がなってくれた。医療観察法では住居の確保の問題は大きな課題として残っている

<まとめ>

福祉的援助を徹底することで、治療者側との関係性が成立し、退院後4年間、通院と服薬の遵守はなされ、妄想に支配された行動化もなかった。しかし覚醒剤の再使用を防ぐことかてきず、危機介入に失敗して2回目の殺人事件を許すことになった。覚醒剤使用の情報が入った段階で、強権的な危機介入かてきていれば、再度の事件は防げたものと思われる。医療観察法下における診断は統合失調症症状を示す、覚醒剤使用歴のある遅発性精神病性障害で治療は可能であり医療観察法の対象と考えたい。

触法精神障害者の処遇のモニタリングと  
社会復帰に関する研究

分担研究報告書

分担研究者 竹島 正

国立精神・神経センター精神保健研究所

平成15年度厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)  
触法行為を行った精神障害者の精神医学的評価、治療、社会復帰等に関する研究  
分担研究報告書

触法精神障害者の処遇のモニタリングと社会復帰に関する研究  
—地域社会における処遇支援ガイドラインのあり方に関する研究—

分担研究者 竹島 正 (国立精神・神経センター精神保健研究所)

### 研究要旨

心神喪失者等医療観察法の対象者の社会復帰において、地域社会における処遇を適切に行うための処遇支援ガイドラインを明らかにするため、「地域社会における処遇ガイドライン骨子案」に挙げられた項目を参考に、聞き取り調査と研究会議での検討を経て、地域社会における処遇支援ガイドラインと情報の扱い等における配慮事項のリストをつくり、平成16年3月に示された「地域社会における処遇のガイドライン概要(案)」と比較した。その結果、「地域社会における処遇のガイドライン概要(案)」に示された項目は、地域社会での処遇支援に必要な事項をおおむね記述しているものの、今後さらに検討の必要な箇所もあると考えられた。また「地域社会における処遇のガイドライン概要(案)」の文章は要約記述が主であるため、地域社会における処遇の実務には、地域社会における処遇ガイドラインだけでなく「地域社会における処遇支援の手引き書」の作成が必要と考えられた。

心神喪失者等医療観察法に基づく地域社会における処遇の技術は、地域社会における処遇の終了後の支援体制への移行を考慮のうえ、実際の事例の経験と分析の積み上げによって築かれていく性質のものであって、処遇の技術の向上を目的とした情報の集積・技術化、その共有が必要である。このためには研究と実践の連携を重視する必要がある。

ところで地域社会における処遇支援においては、多職種・多機関において個人情報共有することか不可欠であり、情報提供者か守秘義務違反に抵触しないよう、また身分上守秘義務を有しない者も必要な情報を安心して提供できるよう、地域社会における処遇支援ガイドラインと「地域社会における処遇の手引き書」に、情報提供者から得た情報の扱いについての記述を設けておくことか必要と考えられた。

また地域社会における処遇においては、社会復帰施設や住居等の基本的な社会資源は欠くことかできないか、その整備や確保のあり方、そこで行うサービスについては、今後明らかにしていく必要がある。

## 研究協力者

秋田 宏弥（医療法人健生会明生病院）<sup>2)3)</sup>  
石毛奈緒子（東京都立精神保健福祉センター）<sup>2)</sup>  
伊勢田 堯（東京都立精神保健福祉センター）<sup>2)</sup>  
伊東 秀幸（田園調布学園大学）<sup>1)2)</sup>  
浦田重治郎（国立精神・神経センター武蔵病院）<sup>3)</sup>  
岡田 幸之（国立精神・神経センター精神保健研究所）<sup>2)3)</sup>  
川端 博（明治大学法学部）<sup>3)</sup>  
柑本 美和（国立精神・神経センター精神保健研究所）<sup>2)3)</sup>  
佐々木昭子（東京都三鷹武蔵野保健所）<sup>2)</sup>  
新保 祐元（全国精神障害者社会復帰施設協会）<sup>2)</sup>  
助川 征雄（田園調布学園大学）<sup>2)</sup>  
瀬戸屋雄太郎（国立精神・神経センター精神保健研究所）<sup>2)</sup>  
立森 久照（国立精神・神経センター精神保健研究所）<sup>1)3)</sup>  
仲地 瑠明（日本精神科看護技術協会）<sup>2)</sup>  
野口 博文（国立精神・神経センター精神保健研究所）<sup>2)3)</sup>  
橋本 康男（広島大学大学情報サービス室）<sup>2)3)</sup>  
平野 美紀（国立精神・神経センター精神保健研究所）<sup>3)</sup>  
松本 俊彦（国立精神・神経センター精神保健研究所）<sup>2)3)</sup>  
三宅 由子（国立精神・神経センター

精神保健研究所）<sup>2)3)</sup>

吉川 和男（国立精神・神経センター精神保健研究所）<sup>1)2)3)</sup>

×1) 聞き取り調査 2) 地域社会における処遇支援ガイドライン研究会、3) 分担研究会議の出席者

## A 目的

心神喪失者等医療観察法の目的を達成し、対象者が円滑に社会復帰できるように、地域社会における処遇を適切に行うための地域社会における処遇支援ガイドラインを明らかにする。

## B 方法

心神喪失者等医療観察法の施行準備過程に作成された「地域社会における処遇ガイドライン骨子案」をもとに、聞き取り調査と研究会議での検討を経て、地域社会における処遇支援ガイドラインと情報の扱いなどにおける配慮事項を明らかにした。

はじめに聞き取り調査（国立療養所1カ所、県庁1カ所、精神保健福祉センター1カ所、保健所1カ所、県立病院1カ所）を行った。そのうえで「地域社会における処遇ガイドライン骨子案」に沿って、聞き取り調査の結果から得られた情報をもとに、処遇支援ガイドラインに挙げる項目をまとめた。

つぎに処遇支援ガイドラインに登場する機関に所属する者を中心にした研究会（東京都三鷹武蔵野保健所、東京都立精神保健福祉センター、全国



精神障害者社会復帰施設協会，日本精神科看護技術協会，広島大学・大学情報サービス室，医療法人健生会明生病院，精神保健研究所司法精神医学研究部，同精神保健計画部から参加。厚生労働省精神保健福祉課，法務省保護局総務課等にオブザーバー参加を依頼）を3回開催し，①社会復帰，②地域の理解，③保健所による支援，④精神保健福祉センターによる支援，⑤指定通院医療機関の行う医療のイメージ，⑥訪問看護による支援，についての報告と意見交換をもとに，処遇支援ガイドラインに挙げるべき項目の加筆修正を行い，さらに県庁2カ所を訪問し，処遇支援ガイドラインに挙げるべき項目の確認を行った。

この段階で，厚生労働省精神保健福祉課と法務省保護局総務課の協議による「地域社会における処遇のガイドライン概要（案）」（資料1）が示されたことから，本研究における聞き取り調査，研究会における報告と意見交換等において得られた情報と「地域社会における処遇のガイドライン概要（案）」を比較し，同ガイドライン概要（案）において，今後検討の必要な事項をまとめた。

そのうえで聞き取り調査協力機関および研究会議の参加者に研究報告書（案）を送付し，研究結果の記述に関して正確さの確認を依頼し，その返答をもとに結果の記述を見直し，地域社会における処遇のシステム全般，地域社会における処遇に関係する機関の役割，システムをよりよく機能させ

るために必要なことについて考察した。

なお「C 結果」において，「地域社会における処遇のガイドライン概要（案）」に記載されてよい事項で，記載が不足している事項には文末に（□）を付した。また「地域社会における処遇のガイドライン概要（案）」に記載する内容ではなく，他のガイドライン等に記載されると予想される事項には「他のガイドライン等」と付記した。（倫理面への配慮）

本研究は，心神喪失者等医療観察法の施行における地域社会における処遇支援ガイドラインを明らかにするための研究であるが，個人情報や直接扱うものではなく，個人情報の扱いに関しての倫理面の問題は生しない。また聞き取り調査，研究会議の実施地域，参加者の所属機関や個人名については，機関名や発言者を特定できないかたちで記載した。この場合，研究報告書の執筆者である分担研究者が，聞き取り調査協力機関および研究会議の参加者の発言を恣意的にまとめる危険が生じるため，聞き取り調査協力機関および研究会議の参加者に研究報告書（案）を送付し，研究結果の記述に関して正確さの確認を依頼した。上記の措置により，倫理面への配慮は十分行われたと考える。

## C 結果

### 1 聞き取り調査

#### 1)P 国立療養所

○ 指定入院医療機関に入院中も，社

会復帰調整官が指定入院医療機関を訪問するなど、指定入院医療機関のスタッフと社会復帰調整官の連携が、調整官と対象者との信頼関係構築のためにも重要ではないか。

○ 地域社会における処遇においては、指定入院医療機関を退院後、退院先近くの指定通院医療機関（その指定入院医療機関とは別の地域）を利用することになるか、この場合は指定入院医療機関を退院後、退院先近くの医療機関に一定期間任意入院をしてから退院・社会復帰に移行する方が、受け入れ体制を整備する時間が取れること等の理由から、地域での受け入れがスムーズに進む場合もあると考えられる。

○ 指定入院医療機関の周囲に、退院者が多く居住することになるのではないかという懸念が、指定入院医療機関の所在地の市町村に出てきている。病院周辺への社会復帰ではなく、元の居住地などでの社会復帰が中心となるべきである。

○ 通院継続を促進するには、通院しやすい環境が大事であり、二次医療圏に最低1ヵ所の指定通院医療機関を設置する必要がある。また、これが達成されても、中には退院地とは別の地域の指定通院医療機関を受診せざるをえない事例も発生すると思われる。地域をこえた連携が必要な場合は、精神保健福祉センターの役割が期待される。

○ 地域社会における処遇では、ケア会議は誰が主催するのか。

○ 地域社会における処遇の段階では、クライシスコールの窓口が必要と考えられる。精神科救急をクライシスコールの窓口を利用できないか。

○ 地域社会における処遇で危機が発生した場合に、指定入院医療機関が対象者に関する詳細な情報を保有していることから、指定入院医療機関が危機介入に協力できる可能性がある。

○ 対象者と地域の指定通院医療機関等との関係が構築されるまでは、保護観察所が中心となって緊急時の対応にあたることが多くなると想定されるので、保護観察所における夜間、休日等の対応をしっかりと決めておくことか必要である。

○ 社会復帰段階で住居を借りる際に保証人の問題がある。（×）

○ 対象者が明確な制度なので、それぞれの施設内の情報交換はやりやすいと思うが、施設ごとの閉じたシステムで運営することになるため、情報の共有について指針を明らかにしておく必要がある。

○ できるだけ早く記録様式の基本的な構造を決定し、関係機関の間で共通のものを使用できるようにしておく必要がある。

○ 指定入院医療機関と指定通院医療機関が別の地域にある場合、それらに属する関係者同士の交流が重要になる。互いの経験をフィードバックしあう仕組みが大切である。

○ 関係者間で、必要な情報を共有することになるが、その場合に情報を管理する主体を明確にしておくことか

必要である。社会復帰等に必要な情報については保護観察所，医療的情報については指定医療機関が，それぞれ中心的な役割を担うのかよい。

○ 関係機関間で情報を共有する場合には，オンライン上で共有してよい情報とそうでない情報を区別しておく必要がある。

○ 効率的に情報を共有するには情報の電子化は欠くことかてきない。電子化された情報を，個人情報保護を十分に行ったうえで，オンライン上で共有することの実現も重要である。少なくとも指定入院医療機関と保護観察所間での情報共有のオンライン化は必要である。(×)

○ 対象者が医療観察法の対象外となった時点で，保護観察所が業務上収集した情報で社会復帰支援に必要な情報は，どこか特定の機関に提供することになるのか。

## 2)Q 県精神保健福祉主管課

○ 地域社会における処遇に関して，対象者の退院地，指定通院医療機関等の情報か，県に伝わるのはどの段階になるのか。

○ 精神障害者の社会復帰については，これまで精神科病院を中心とした取り組みが主であった。都道府県，市町村には社会復帰に向けた取り組みの経験が乏しく，不安がある。

○ 退院地はどのように決定されるのか。

○ 退院地が決まると地域住民への説明が必要になることも予想される。そ

の際の県の対応を検討しておく必要がある。

○ 精神保健観察を行っている期間に，重大な他害行為の未然防止の対応が必要になる場合があるのではないか。

○ 対象者の同意の上で，地域社会における処遇に関係する機関の情報を共有することか望ましい。

○ 対象者に関する情報の共有についてはガイドラインの策定が必要である。

○ 地域住民に開示可能な情報は何か。

○ 地域社会における処遇を進めるためにも，被害者のための相談窓口の設置が必要となるのではないか。

## 3)R 県精神保健福祉センター(精神保健福祉センターの調整により，医療機関，社会復帰施設，家族会，市町村等の会議形式による意見交換を実施)

○ 地域に精神科病院や診療所がない場合は，退院後の通院継続がうまくいかないのではないか。

○ 対象者に訪問指導を実施する場合，その主体や調整役は誰がやるのか。

○ 指定通院医療機関による精神科訪問看護の適用条件はとうなるか。(他のカイトライン等)

○ 犯罪を起こしたことによって，退院地として元の居住地を選択できない事例が発生すると思われる。(×)

○ 社会復帰施設や指定通院医療機関の周辺の限られた地域に，対象者が居住せざるを得ないことになるのではないか。(×)

○ 元の居住地に戻れない事例もある

と考えられるが、その場合とこが最終的に責任を持って住居を確保することになるのか。(X)

○ 保健所から訪問を行う場合、現行の保健所訪問指導要綱との関係を整理しておく必要がある。(他のガイドライン等)

○ 医療費以外の経済的な支援が必要ではないか。

○ 住民に対する説明の際に、行政側の支援が必要である。

○ 指定通院医療機関の裁量権(転院、再入院等の選択権等)と義務を明確にしておくことが必要である。(他のガイドライン等)

○ 家族に更なる負担を強いることにならないようお願いしたい。(X)

#### 4)R 県 S 保健所

○ 地域社会における処遇の対象者が精神障害者保健福祉手帳を取得するようにすれば、市町村は支援を行いやすくなるのではないか。

○ 指定通院医療機関を利用中に、措置入院の申請・通報があり、精神保健福祉法による入院が必要になった場合の入院先の確保に不安がある。

○ 殺人等の重大な他害行為を起こしている場合、単身者の場合戻すことはほぼ不可能、保護者(家族)かいてもかなり困難であることが予想される。

○ 一定期間、他の地域で問題なく生活できたという実績があれば、元の居住地の住民の理解を求めることができる可能性がある。

○ 精神分裂病(統合失調症)で覚せ

い剤乱用・依存を合併している事例では、一度の薬物摂取で急速に憎悪する可能性があり地域の不安は大きい。

○ 帰住予定地の市町村、保健所等には指定入院医療機関に入院中の対象者の状況は報告されるのか。

○ 被害者や帰住予定地の近隣住民等は、帰住地の検討に関与することかあるのか。

○ 市町村等では、対象者の個人情報の扱いにおいて、個人情報を保護しなければならない立場と、地域住民や被害者の不安や葛藤を考えると、ある程度は個人情報を開示しなければならない、という二律背反が生じるのではないか。

#### 5)R 県立病院(病院職員を中心に、いくつかの民間病院からの来訪者を含めた意見交換を行う)

○ 殺人事件を起こした事例で社会復帰してきた事例はほとんどなく、困難が予想される。

○ 重大な他害行為を行った精神障害者の社会復帰は困難が予想され、その中で社会復帰調整官が孤立してしまうことを危惧する。

○ 一般の精神疾患患者の場合でもグループホーム等を開設するときに反対されることが多い。また一般のグループホーム等に重大な他害行為を行った精神障害には入りにくい。精神科病院からいっぺんに地域社会に退院・社会復帰するのではなく、地域社会における処遇を進めるための専門の社会復帰施設等が必要ではないか。

(X)

- 社会復帰においては、精神障害者への偏見の問題が大きい。
- 指定通院医療機関の指定方針について具体的な情報が欲しい。(他のガイドライン等)
- 対象者への訪問は、そのリスクを考えると複数による訪問となるか、その場合の診療報酬上の扱いを検討してほしい。(他のガイドライン等)
- 社会復帰等に向けた活動の際には関係者間での会議が増えることが予想されるか、それについての費用、会議に出席している間の代替え職員の問題を検討してほしい。(他のガイドライン等)
- 社会復帰のシステム整備が必要である。(他のガイドライン等)
- 警察等の業務と行政、医療機関の業務の関係を明確にする必要がある。現状では、搬送時などとして両者の認識の乖離がある。(他のガイドライン等)
- 対象者が再犯した場合の、受け入れ病院が負うリスクについてはどうなるのか。(他のガイドライン等)
- 地域社会における処遇が終了した場合、指定通院医療機関や保護観察所で収集された対象者の情報はどのように扱われるのか。

## 2 研究会における検討

- 地域社会での生活環境が重要であり、事前に調整する必要がある。犯罪をおかした人の場合に例えると、出所後頼った友人か暴力団員などである場合、生活が徐々に追いつめられ、生

活の糧を得るために安易に再犯におよぶ場合がある。

- キーパーソンとなる身元引受人が整っているかどうか確認する必要がある。よいキーパーソンがいないと再犯の可能性は高い。そのようなキーパーソンをとどのように確保するのか、検討が必要である。

○ 地域社会における処遇の終了後の地域の受け入れ態勢の整備が重要である。地域社会における処遇終了後のイメージを描き、それを目標にしないとうまくいかない。

- 地域社会における処遇では、保護観察所の開催するケア会議をもとに、地域ネットワークを構築することが適切である。

○ 3~5年間の地域社会における処遇の間のケア会議は、関係機関等の関係づくりの期間でもある。いったん関係をつくれれば、地域社会における処遇が終了しても定期的な連絡調整の場は継続するのではないか。

- 保護観察所の主催するケア会議の議論を、ケア会議の出席者か各組織のなかでどのように実行に結び付けていくかは、基本的に各機関に委ねられることであるが、各機関の長による連絡調整の場も必要ではないか。

○ 社会福祉協議会は地域福祉の相談窓口であり、連絡調整の組織であるか、その活用を考える必要がある。

- 福祉事務所や社会福祉協議会か、組織として動きやすい環境をつくる必要がある。

○ 指定通院医療機関は処遇終了後も

同しような役割を継続するのか。(他のガイドライン等)

○ 現状の業務運営マニュアルの中に、心神喪失者等医療観察法の施行にともなって新しくはじまる業務が明確にされていない。(他のガイドライン等)

○ 心神喪失者等医療観察法に関する情報が医療の現場に流れてきていない。(×)

○ 今までは保健所が一手に引き受けざるを得なかったケースも、心神喪失者等医療観察法に絡むケースであれば保護観察所と協同できる。

○ 保健所の訪問指導の対象者の優先順位を、根拠に基づいて明確に示す必要がある。地域社会における処遇の対象者は、その中でも優先順位が高いのではないか。(他のガイドライン等)

○ 精神保健福祉センターは後方支援を軸とした役割になる。ただし都道府県・政令指定都市によって業務に違いがあるので、センターことの独自性に委ねる部分もあってよい。

○ 精神保健福祉センターの役割は、①保護観察所が行う地域精神保健福祉活動に関連する業務を支援すること(技術援助、教育研修など)、②保護観察所が行う生活環境の調査・調整、処遇の実施計画等の作成に関して、保護観察所の要請に応じて保健所とともに協力すること、③精神保健福祉法47条(相談指導等)並びに49条(施設及び事業の利用の調整等)に基づき、保健所や市町村の、対象となる人やその家族を支援することにより、社会復

帰の促進を図ること、④精神保健福祉相談、デイケアなどのリハビリテーション機能を活かして、対象となる人やその家族を支援することにより、社会復帰の促進を図ること、⑤地域精神保健福祉活動を推進することによって、対象となる人の社会復帰を促進する立場から、保護観察所が主催するケア会議、サーヒス担当者会議等に必要に応じて参加して助言や調整を行うこと、か考えられる。

○ 地域社会における処遇の段階で、社会復帰施設を現状のまま一括混在利用することは難しいと思われる。(×)

○ これまで現場の保健師等が異変に気づいて、主治医に連絡しても対応してくれない場合があったと聞いている。現場の保健師等の気かかり情報を共有するシステムが必要ではないか。

○ 地域社会における処遇においてもリスクアセスメントを継続して行うことか必要である。単独での訪問を避けたり、複数で訪問することの必要な場合の基準等を示す必要がある。

○ 社会復帰のための環境調整を考えると、早期に指定医療機関を決定することか必要である。

○ 診療報酬上、訪問看護の実施回数の制限の見直しや、複数対応等による業務を保証していく枠組みが必要である。(他のガイドライン等)

○ 行政は、居住支援制度を検討することか必要になるのではないか。(×)

○ 保護観察所からの家庭訪問は、指定通院医療機関の訪問看護、保健所か

らの訪問指導等に同行する形式で実施することか考えられる。

○ 指定入院医療機関における治療経過に関する情報を共有することかできるかどうか、検討していく必要がある。

○ 通院を維持するために、医療機関へのアクセスの利便性を考慮することか必要になる。

○ 援助の枠組みを考えると、医療観察法で対象とする疾患を明確にした方が良いのではないか。(他のガイドライン等)

○ 心神喪失者等医療観察法の施行に合わせ、精神保健福祉センター運営要領、保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領の改訂が必要と考えられる。(他のガイドライン等)

## D 考察

### 1 地域社会における処遇のシステム全般

地域社会における処遇を適切に実施するためには、本省、地方厚生局、都道府県のラインの連絡調整と、ケア会議による地域社会における処遇の横断的な連絡調整の、両方か必要である。心神喪失者等医療観察法における地域社会における処遇は、都道府県、市町村の参加・協力なしにはまったく実現できないものであって、しかもケア会議で必要となる連絡調整には、精神保健福祉業務だけでなく、住居や生活費の確保等、他の部局との連絡調整を要する事項も多く含まれるであろうことを、よく理解しておく必要があ

る。

さて本研究における聞き取り調査の結果は、「地域社会における処遇ガイドライン骨子案」の肉付けに随時活用されてきたこともあり、「地域社会における処遇のガイドライン概要(案)」と本研究の成果の、基本的な考え方は共有されていた。特に、保護観察所、指定医療機関、都道府県、市町村等の連携が円滑に行われるようケア会議において具体的方策を検討すること、地域社会における処遇の評価、問題が発生した場合にすぐに改善のための協議を行うことか示されたことは十分に評価できる。しかしながら情報の取り扱いに関しては、①ケア会議の参加者が対象者についての情報を共有することが不可欠であること、②情報の入手・管理・提供に関して特段の配慮が必要であることなど、概念的な記述にとどまっており、情報の扱いにおける対象者の同意については十分に述べられていない。このためケア会議参加者個々か、実際の地域社会における処遇を分担する場合の、具体的な問題を想定した、もう少し詳細なガイドラインが必要と考えられる。

情報の電子化については、聞き取り調査においても必要性が指摘されているが、「地域社会における処遇のガイドライン概要(案)」の中身には馴染まないとしても早急に検討を進める必要かあろう。

### 2 地域社会における処遇に係る機

## 関の役割

本研究における聞き取り調査、研究会議における議論のまとめと「地域社会における処遇のガイドライン概要（案）」を比較し、残された課題を整理する。

### 1) 保護観察所

地域社会における処遇において、中心的な役割を果たすために、指定医療機関、都道府県、保健所などの関係機関と良好かつ柔軟な連携体制を築く必要があるが、その基本的な事項は「地域社会における処遇のガイドライン概要（案）」における「関係機関等の基本的な役割」の「イ 保護観察所」に要約記述されている。

### 2) 都道府県主管課

都道府県主管課は、精神保健福祉センター、保健所などの都道府県機関、市町村の実施する福祉サービス全体の調整が期待されるか、その基本的な事項は「地域社会における処遇のガイドライン概要（案）」における「関係機関等の基本的な役割」の「ウ 都道府県主管課」に要約記述されている。

### 3) 精神保健福祉センター

本研究で明らかになった事項に関してはおおむね「地域社会における処遇のガイドライン概要（案）」における「関係機関等の基本的な役割」の「エ 精神保健福祉センター」に要約記述されている。しかしながら「エ 精神保健福祉センター」にある「○ 本制度による処遇終了後の一般の精神医療、精神保健福祉サービスへの継続の円滑な橋渡しを行う。」については、精

神保健福祉センター運営要領の業務の範囲で可能であるか、吟味する必要がある。「地域社会における処遇のガイドライン概要（案）」の記述外では、心神喪失者等医療観察法の施行に至るまでに、保護観察所に精神保健福祉関連施設などの情報を提供する役割や地域精神保健福祉ネットワークとの連携を図っていく役割が期待される。

### 4) 保健所

保健所の役割は、地域社会における処遇において、市町村とともに対象者の生活を見守り、また地域ケアに参画することである。また対象者の家族や地域住民からの相談に対応することや、保護観察所が福祉事務所と連携を行う場合に協力すること等が考えられる。また緊急に介入が必要な場合に、精神保健福祉法に基づく医療確保や移送のための関係機関との連携等を行う。さらには本制度に基づく処遇が終了したあとの地域ケアの継続に関して、その調整に中心的な役割を果たすことか期待される。このような業務は、簡潔に記載すると「地域社会における処遇のガイドライン概要（案）」における「関係機関等の基本的な役割」の「オ 保健所」に要約記述されている。しかしながら地域社会における処遇の終了者には、訪問指導や見守りの継続を要する者も含まれることや、本制度の対象者にかきらず、措置入院患者等て措置解除後に退院した者にも、社会復帰の支援や継続した見守りを必要とする者があることから、



「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」を見直し、地域ケアの継続の必要な対象者の見守りの対象や優先順位、方法を明確にすることを検討する必要かあると思われる。

#### 5) 市町村等主管課

市町村が精神障害者福祉サービス利用の窓口であることは、地域社会における処遇の対象者にとっても変わらない。また市町村は、地域社会の情報をもっとも身近にとらえる基本自治体であって、生活の場において対象者を見守り、必要に応じてケア会議の参加者に、地域摩擦の有無を含めた実態を報告できる位置にある。このような業務は、簡潔に記載すると「地域社会における処遇のガイドライン概要（案）」における「関係機関等の基本的な役割」の「カ 市町村」に要約記述されているか、市町村に精神障害者福祉サービスが位置つけられたのは平成14年度からで、まだ数年しか経ていないことを考慮して、市町村の支援体制に留意する必要がある。

#### 6) 福祉事務所

地域社会における処遇の対象者は、処遇開始の段階では生活保護の対象者か多く含まれることも予想される。また地域社会、特に社会福祉協議会や民生委員の協力を得るうえでは、福祉事務所の役割は大きい。このような業務は、簡潔に記載すると「地域社会における処遇のガイドライン概要（案）」における「関係機関等の基本的な役割」の「キ 福祉事務所」の要約記述

にまとめられるか、福祉事務所にとっても、地域社会における処遇の対象者の自立支援ははじめての経験であり、また生活保護事例の中に多くの精神障害事例がありながら、その指導に困難を感じているケースワーカーも多いという報告もあるため、福祉事務所への支援のあり方について配慮していく必要かある。

#### 7) 指定通院医療機関

指定通院医療機関は、通院処遇ガイドラインにそって、地域社会における処遇において通院医療を提供するが、「地域社会における処遇のガイドライン概要（案）」には、その詳細は述べられていない。しかしながら地域社会における処遇は、指定通院医療機関への通院医療と緊密に連携する必要かあるため、通院処遇ガイドラインの内容は、ケア会議参加者だけでなく、地域社会における処遇の関係者にも周知しておくことが望まれる。

#### 8) 精神障害者社会復帰施設等

精神障害者社会復帰施設等は、市町村の行う精神障害者福祉サービスの実施機関として、必要に応じて実際のサービスを提供するほか、福祉サービスの提供のプラン作成や相談を担当する役割を持つ。このような業務は、簡潔に記載すると「地域社会における処遇のガイドライン概要（案）」における「関係機関等の基本的な役割」の「ケ 精神障害者社会復帰施設等」の要約記述にまとめられる。しかしながら精神障害者社会復帰施設等が、精神保健福祉法と心神喪失者等医療観察

法の両者に対応することは、社会復帰施設等の創設時には想定されていなかった業務である。このため実際に事例が発生した場合は、保護観察所を中心とした関係機関やケア会議による支援を十分に考慮する必要がある。また心神喪失者等医療観察法の地域社会における処遇においても、社会復帰施設、グループホームや住居等の基本的な社会資源は欠くことかてきないので、その整備や確保のあり方、そこで行うサービスについて、明らかにしていく必要がある。

#### 9) その他

「地域社会における処遇のガイドライン概要(案)」における「関係機関等の基本的な役割」の「その他」には、緊急的な医療を要する場合の保護や措置通報と、社会福祉協議会や民生委員の協力が挙げられているが、これらは本研究の聞き取り調査と研究会の議論でもしはしは話題になったことである。前者は保健所の役割と密接に関連することであるが、危機介入か緊急性に応じて柔軟に行われることと、危機介入かどのような仕組みで行われるかを明らかにしておくことは、地域社会における処遇での地域摩擦の軽減と対象者の社会復帰促進にも重要と思われる。

これまで述べてきたように、「地域社会における処遇のガイドライン概要(案)」における「関係機関等の基本的な役割」は、本研究における情報収集の成果とおおむね一致しているものの、今後さらに検討の必要な箇所も

あると考えられた。また各機関の役割がきわめて要約的に記述されているため、地域社会における処遇の実務には、地域社会における処遇ガイドラインだけでなく「地域社会における処遇支援の手引き書」の作成が必要と考えられた。

### 3 システムをよりよく機能させるために必要なこと

地域社会における処遇は、保護観察所を中心としてケア会議を中心とした関係機関のネットワークによって進められる。地域精神保健福祉サービスの供給体制は、医療機関、保健所、市町村等による複雑な供給体制となっており、しかも市町村の精神障害者福祉サービスか位置つけられたのは平成14年度からであって、市町村には精神障害者福祉サービスのノウハウか十分に普及していないのか実状である。一方、地域社会における処遇においては、対象者のリスクアセスメントや、地域摩擦の解消への配慮など、複雑な地域支援技術か必要とされているか、このような技術は、実際の事例の積み上げによって築かれていく性質のものである。「地域社会における処遇のガイドライン概要(案)」を基本に、対処技術の向上を目的とした情報の集積・技術化には、研究と実践の連携、研修かきわめて必要である。現在、入院医療指定機関の従事者等を対象にした研修か準備されているか、早急に地域保健従事者を対象にした研修と支援体制について検討を進め、

「地域社会における処遇支援の手引き書」をテキストして活用することを検討する必要がある。

## E 結論

心神喪失者等医療観察法の対象者の社会復帰において、地域社会における処遇を適切に行うための処遇支援ガイドラインを明らかにするため、聞き取り調査と研究会議での検討を行い、その結果を平成16年3月に示された「地域社会における処遇のガイドライン概要（案）」と比較した。その結果、「地域社会における処遇のガイドライン概要（案）」に示された項目は、地域社会での処遇支援に必要な事項をおおむね記述しているものの、今後さらに検討の必要な箇所もあると考えられた。また地域社会における処遇の実務には、地域社会における処遇ガイドラインだけでなく「地域社会における処遇支援の手引き書」の作成が必要と考えられた。

心神喪失者等医療観察法に基づき地域社会における処遇の技術は、地域社会における処遇の終了後の支援体制への移行を考慮のうえ、処遇の技術の向上を目的とした情報の集積・技術

化、その共有が必要である。このためには研究と実践の連携を重視する必要がある。

ところで地域社会における処遇支援においては、個人情報共有することが不可欠である。情報提供者が守秘義務違反に抵触しないよう、また身分上守秘義務を有しない者も必要な情報を安心して提供できるように、地域社会における処遇支援ガイドラインと「地域社会における処遇の手引き書」に、情報の扱いについての記述を設けておく必要がある。

また地域社会における処遇における社会復帰施設や住居等の整備や確保のあり方、そこで行うサービスについて、今後明らかにしていく必要がある。

## F 健康危険情報

なし

## G 研究発表

なし

## H 知的財産権の出願・登録状況(予定も含む)

なし

# 資料1 地域社会における処遇のガイドライン概要(案)

このガイドラインは、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律における地域処遇について、その概要を定めたものであるが、その他のガイドライン等と調整すべき点については、現時点では、必ずしも十分な調整状況ではなく、今後、最終的にとりまとめる段階で整合性を図るものとしている。

## 目次

### 1 ガイドラインの趣旨

### 2 総論

- (1) 基本用語の定義
- (2) 地域社会における処遇が目指すもの
- (3) 地域社会における処遇を実施する上での配慮事項(精神保健福祉法との関係を含む)
- (4) 関係機関相互間の連携
  - ア 法務省及び厚生労働省における連携
  - イ 地域における関係機関相互間の連携等
- (5) 関係機関等の基本的な役割
  - ア 共通事項
  - イ 保護観察所
  - ウ 都道府県主管課
  - エ 精神保健福祉センター
  - オ 保健所
  - カ 市町村等主管課
  - キ 福祉事務所
  - ク 指定通院医療機関
  - ケ 精神障害者社会復帰施設等
  - コ その他
- (6) 情報の取扱い
- (7) 地域住民等への配慮

### 3 各論

- (1) 当初審判
  - ア 生活環境の調査の実施
  - イ 生活環境の調査結果の報告