

触法精神障害者の社会復帰と  
通院治療に関する研究

分担研究報告書

分担研究者 岩成 秀夫

神奈川県立精神医療センター 芹香病院

平成 16 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

触法精神障害者の社会復帰と通院治療に関する研究

分担研究者 岩成 秀夫 神奈川県立精神医療センター 芹香病院長

研究要旨

本分担研究は平成 16 年度より 2 年間の予定で新たに開始されたものである。平成 16 年度は医療観察法の指定通院医療機関における社会復帰と地域支援のための研究がテーマであったが、まずは関係する次の 5 つの課題について改めて検討した。すなわち、①地域の現状と課題、②英国のケアプログラムアプローチ（CPA）と CPA-J、③包括型地域支援プログラム（ACT）と ACT-J、④カリフォルニア州の司法仮釈放プログラム（CONREP）、⑤通院医療の安全管理である。その結果、医療観察法通院医療の原則として基本方針を策定するとともに、その実施体制についても実現可能性を考慮しながら検討した。

通院医療の基本方針としては、①ノーマライゼーションの理念の実現、②包括型ケアマネジメントの適用、③関係諸機関の緊密な連携、④多職種チームアプローチの実施、⑤標準化された医療の提供、⑥インフォームド・コンセントの重視、⑦アウトリーチ型医療サービスの必要性、⑧ステージ分類の考え方の導入、⑨危機介入時の対応策の確立、⑩適切な情報管理とプライバシーの保護の 10 項目である。

また実施体制については、地域における連携協力体制と指定通院医療機関内の体制について検討した。地域における連携協力体制としては、司法サイドの社会復帰調整官に頼る体制では不十分であり、保健医療福祉サイドにおいても、基幹型指定通院医療機関に医療観察法担当者（「ケア調整者」と仮称）を配置して社会復帰調整官と緊密な連携協力体制を維持すること、及び精神保健福祉行政機関においては保健所等に担当者を置いて前記 2 者と協力する、という地域ケアの基本的な支援体制を明確にすることが重要であるという点で一致した。

指定通院医療機関内の体制については、多職種チームのあり方（編成と運営）が問題となるので、それについての試論を行った。多職種チームのあり方としては、医療機関内に独立して設置する専従多職種チームと、医療機関内の既存の組織を活用する複層的多職種チームという 2 つの基本的なあり方が考えられた。

研究班員：（五十音順）

野口博文（国立精神神経センター-精神保健研究所）

久永文恵（国立精神神経センター-精神保健研究所）

平林直次（国立精神神経センター-武蔵病院）

研究協力者：

荒井澄子（東京都精神保健福祉課）

伊藤久雄（東京都立松沢病院）

岩間久行（埼玉県立精神医療センター）

上野容子（東京家政大学）

奥平謙一（神奈川県立精神医療センター-芹香病院）

籠本孝雄（大阪府立精神医療センター）

桑原 寛（神奈川県精神保健福祉センター）

佐賀大一郎（法務省東京保護観察所）

佐藤三四郎（埼玉県立精保健福祉センター）

立澤敏子（神奈川県立精神医療センター-芹香病院）

中島豊爾（岡山県立岡山病院）

中嶋正人（国立病院機構花巻病院）

前野紀子（神奈川県立精神医療センター-芹香病院）

三澤孝夫（国立精神神経センター-武蔵病院）

八木 深（国立病院機構東尾張病院）

安井ひろみ（大阪府立精神医療センター）

研究参加者：

今福章二（法務省保護局総務課精神保健観察  
企画官室）

古賀正明（法務省保護局総務課精神保健観察  
企画官室）

## A. 研究目的

本分担研究の主要な目的は、医療観察法の指定通院医療機関における社会復帰活動や通院治療のあり方、保護観察所や医療機関と保健所、精神保健福祉センター、地域社会福祉機関との連携のあり方について検討を行い、具体的な方策を提出することにある。通院医療は一つの限られた空間で完結できる入院医療と異なり、対象者の生活する地域の保健・医療・福祉のすべての分野を含む地域ケアの状況や住民感情にも大きな影響を受ける。そのような中で「継続的かつ適切な医療並びにその確保のために必要な観察及び指導を行うことによって、その病状の改善及びこれに伴う同様の行為の再発の防止を図り、もってその社会復帰を促進する」ためには、どのような課題の検討が必要かを明らかにし、その検討を通して実現可能性と有効性の高い通院医療プログラムを作成することが最終的な目的である。

## B. 研究方法

普段触法精神障害者の医療に携わっている国公立の医師、看護師、精神保健福祉士や精神保健福祉行政機関に所属する職員、及び新設された社会復帰調整官などを研究協力者として、分担研究会議での討議の内容や課題の検討を踏まえて、具体的な方策について意見を集約していった。

検討すべき課題として、①地域の現状と課題、②英国のケアプログラムアプローチ CPA (Care Programme Approach) と CPA-J、③包括型地域支援プログラム ACT (Assertive Community Treatment) と ACT-J、④カリフォルニア州の司法仮釈放プログラム CONREP (forensic Conditional Release Program)、⑤通院医療の安全管理の5つを挙げ、必要に応じ現に携わっている専門家を含めて検討を行った。また重大犯罪を行った精神障害者で通院医療を継続している者を事例として検討し、医療観察法通院医療との関係で考察した。

## (倫理面への配慮)

事例検討については、研究班全体の考え方に従い、個人情報保護の観点から事例報告の意義を失わない範囲で厳重な匿名化を行った。

## C. 研究結果及び考察

### 1. 課題の検討結果

分担研究班として5つの課題について検討したが、詳細は個々の報告書を参照して頂くことにして、ここではその要旨を述べる。

#### 1) 地域の現状と課題(桑原の報告書を参照)

地域を医療観察制度の枠組みの中で法的に定められた地域関係機関からなる「地域処遇ネットワーク」と、対象者の生活の場である「地域社会」とにわけて、それぞれの現状と課題について整理を試みた。

まず、「地域処遇ネットワーク」については、その体制整備の基準となる「地域処遇ガイドライン」はある程度整理されたが、都道府県単位での「運営要綱」の策定は遅々として進んでいない。本制度の運用開始の期限は間近に迫っており、この運営要綱づくりと地域処遇ネットワーク組織の確定が当面の最重要課題といえよう。

他方、「地域社会」は今日一種のカオス的狀況にある。この混乱状況から、生活者の視点をふまえた新たな地域づくりに向けた統合化の作業が不可欠であり、このことが地域社会にとっての当面の最重要課題といえよう。この課題達成には、保健・医療・福祉の統合の課題、そして就労、学習、文化、さらに司法領域との統合といった様々な次元での取り組みが必要となる。しかし、このうち司法的処遇と社会参加支援という相異なる次元の統合の実現には、保健・医療・福祉の統合の課題以上に、様々な困難を伴うことが予想され、課題の整理と段階的な整備プロセスを経る必要がある。従って、今後は地域精神保健医療福祉関係者と司法関係者とが、個々の本制度の対象者の地域支援活動を共有する中で、新たな連携・協力のあり方を検証していく必要がある。また、本制度の安定的運用を図るた

めには、国策として提示された精神保健福祉および障害者施策の改革案の実現に向け、計画的な地域生活支援体制の整備を図る必要がある。

## 2) 英国のケアプログラムアプローチ CPA と CPA-J (三澤の報告書を参照)

英国は、地域の精神障害者社会復帰施設や訪問援助チーム等において、日本より充実した地域の精神障害者援助体制を持ちながらも、司法精神医療対象者の通院医療・地域生活援助については、「enhanced CPA」などの手法を用い、多くの社会復帰施設や相談援助機関を連携させ、より手厚い「援助計画」を作成し対応する場合が多い。日本においては、英国に比べはるかに社会復帰施設の規模は小さく、精神科関連多職種の訪問援助チームも未整備であるため単独の社会復帰施設や地域支援制度のみで対応することは、より困難であると想定される。特に保護観察所以外に司法精神医療の対象者への訪問援助が可能な機関が決まっておらず、地域の指定通院医療機関や市区町村の相談機関に司法精神医療の対象者へのケアマネジメントや社会復帰等の相談援助を行う専門職が配置されていないことは、英国における地域での司法精神医療・福祉制度と大きく異なり、日本の医療観察法医療の重大な問題点となっている。

日本においても、中核となる基幹型指定通院医療機関には、「ケア調整者(CPA におけるケア・コーディネーター)」などケアマネージャー役の専門職を配置し、保護観察所の社会復帰調整官を補完して、地域での司法精神医療サービスと社会サービスの緊密な連携を計る必要がある。そして、このような司法精神医療サービスと社会サービスの緊密な連携が計られることにより、入院・通院医療から地域ケアへの連続性と地域での包括的サービスが確保され、本法対象者の社会復帰を円滑に進めていくことが可能となる。

## 3) 包括型地域支援プログラム ACT と ACT-J (野口の報告書を参照)

医療観察法による通院医療に、ACT を援用

する可能性について検討した。先行研究では、包括的・集中的なケアマネジメントによって、精神症状の安定等に一定の効果をもつが、標準的なプログラムでは、他害行為の再発や薬物依存に十分に影響を与えることが難しいと示唆されていた。一方、欧米における取り組みのなかでは、条件付き釈放プログラムと連動したり、チームに司法関連の専門スタッフを付加したりすることによって、再入院や再犯の減少に寄与している状況がうかがえた。

すなわち、ACT を実施するためには、サービスを効果的に提供できる組織や人的資源が必要となり、本法の対象者についての種々の要件を個別に検討し、通院医療を効果的に実施するためのモデル整備が求められた。そのためには、本法に主としてかわるケア調整者(仮称)や、訪問看護による高頻度での接触、さらに司法関連機関との常時の連携などが不可欠となり、これらを実現可能にするために、施策への提言を行うことが望まれた。

今後、調査研究をすすめることで、司法 ACT のプログラムモデルを構築し、さらに、一般精神医療の水準の向上を図ることが重要となると思われる。

## 4) カリフォルニア州の司法仮釈放プログラム CONREP (岩間の報告書を参照)

カリフォルニア州で行われている CONREP プログラムは触法精神障害者に対する地域精神医療であるが、ケアマネジメント(ケースマネジメント)の手法の適用が行われ成功をおさめているように思われる。これについては包括的なサービスを提供できるケアマネジメントが有効なのであって、地域に限定した集中型のサービスでは断片化を生じ有効性を損なうといわれている。現在わが国ではケアマネジメントの手法を導入し始めたばかりの状況であり、直ちに包括的なサービスを可能とすることは困難と思われる。しかし、医療観察法の施行を梃子として、地域精神医療の発展につながっていくことを期待したい。

しかし、わが国の医療観察法は「対象者の

社会復帰」を達成することが目的とされているのに対し、CONREP プログラムの主要目的は精神障害者による犯罪の再発を減少又は防止することによって地域住民を保護することとしている。両者の間でのスタンスの差は大きく、CONREP が有効である理由の一つとして司法的裏付を持つ強制力の行使が指摘されている。医療観察法施行後、その有効性を持たせるには通院医療の提供や地域処遇等の中での運用の工夫が迫られるものと思われるが、法的裏付も強制力も不明確な中では、地域住民の安全をどう確保していくかが重大な問題として生じてくるのではないかと危惧される。

#### 5) 通院医療の安全管理（八木の報告書を参照）

医療観察法通院医療における安全管理の理念としては、危機的状況に陥らないよう予防することがまず重要であり、不幸にして危機的状況に陥った場合、状況をすばやく評価し、迅速な危機介入を実施することが必要となる。また安全管理には次のような3つの視点がある。1つは対象者の安全管理であり、主として自殺防止のための安全管理である。2つ目はケア提供者の安全管理であり、暴力行為からの安全管理が中心的課題となる。3つ目は地域の安全管理という視点であり、病状の悪化等に伴う危機の予防とそれへの即応体制の構築が重要となる。

対象者の安全管理については、自殺防止に重点が置かれる。重大犯罪を行った対象者は病識が回復した時点で罪の意識に苛まれることが多く、自殺企図が最も懸念される場所である。そのため自殺のおそれを評価するだけでなく、評価に基づき迅速に安全管理対策を講ずることが肝要である。また訪問看護など対象者の住居等で医療サービスを提供するケア提供者の安全管理も不可欠である。訪問従事者チェックリストを事前に確認するなど安全管理対策に十分配慮して実施することが大切である。地域の安全管理については、この通院医療を成功裡に実施するために最も対

策が求められるところである。病状再燃初期、中期、緊急事態などの段階に応じた対応策を定めておくことと、社会復帰調整官、通院医療機関担当者、行政担当者などを中心とする関係諸機関とその担当者の役割分担及び緊密な協力体制を構築しておく必要がある。

## 2. 通院医療の基本方針

前述のような課題を検討した結果や、医療観察法の趣旨及び各種ガイドライン等を踏まえて、通院医療のプログラムの作成やその実施に当たって、原則となる事項を表1のように10項目掲げ、通院医療の基本方針とした。

表1 通院医療の基本方針

1) ノーマライゼーションの理念の実現	6) インフォームド・コンセントの重視
2) 包括型ケアマネジメントの適用	7) アウトリーチ型医療サービスの必要性
3) 関係諸機関の緊密な連携	8) ステージ分類の考え方の導入
4) 多職種チームアプローチの実施	9) 危機介入時の対応策の確立
5) 標準化された医療の提供	10) 適切な情報管理とプライバシーの保護

### 1) ノーマライゼーションの理念の実現

障害のある人もない人も、だれもが住み慣れた地域社会で普通の生活を営み、活動できる社会をつくるのがノーマライゼーションの理念であるが、本法の通院医療も全く同じ考え方で遂行され、最終的には医療観察法対象者の社会復帰を目指すものである。対象者は、入院によらない医療の期間中は、保護観察所による精神保健観察に付されることになるが、精神障害者として治療を受け、ノーマライゼーションの理念に基づく社会復帰を目標としている点では一般の精神障害者と異なるものではない。

国民の多くが「こころのバリアフリー宣言」<sup>1)</sup>の趣旨をよく理解し、対象者が地域で隔てなく生活し社会復帰を目指していくことができる社会の実現が望まれる。

### 2) 包括型ケアマネジメントの適用

対象者は、一般の精神障害者と同様に、(精神) 障害者ケアガイドライン<sup>2)</sup>などの考え方に立ち、医療サービスを不可欠としながらも、ケアマネジメントの方式による地域ケアサービスを受けることが望ましい。ニーズに応じた保健・福祉サービスが並行して提供されることによって、通院医療も円滑に実施され、社会復帰への道筋をつけて一般精神医療への移行を図ることができるものとする。

本法の対象者のような複雑かつ困難な問題を抱える精神障害者に対しては、上記のような保健・医療・福祉のすべての領域にわたるニーズに基づいたサービスを提供する包括型ケアマネジメントが必要であり、それには英国のケアプログラムアプローチ (Care Programme Approach : CPA) が1つのモデルとなる<sup>3)</sup>。CPAでは、ケアコーディネーターと呼ばれるケアマネージャーとして活動する専門家が要としての役割を果たしているが、本法の通院医療においてもその役割を果たす者が必要となる。

### 3) 関係諸機関の緊密な連携

通院医療の実施に当たっては、犯罪を行った人であり精神障害を持つ人である、という対象者の二重性を考慮すると、司法サイドと精神保健医療福祉サイドが、互いに理解し合い、十分連携を取り、協働してこの通院医療を遂行し、対象者の社会復帰を目指していくことが必要となる。関係諸機関としては、司法サイドに保護観察所、精神保健医療福祉サイドに地方厚生局、都道府県や市町村の主管課、精神保健福祉センターや保健所、福祉事務所、地域生活支援センター、指定医療機関(入院・通院)あるいは各種の精神障害者社会復帰施設等がある。これらの関係諸機関は、保護観察所が主催するケア会議のほか、連絡調整会議等を開催するなどして普段から密接な連携を図っておかなければならない。

### 4) 多職種チームアプローチの実施

本法の対象者のような複雑で重複した問題や障害を抱える精神障害者や、慢性重度の精神障害者に対しては、包括的なケアマネジメ

ントで対応することが効果的であるが<sup>4) 5)</sup>、それらのプログラムでは多職種によるチームアプローチの重要性が指摘されている。個別治療計画の作成に当たっても、各職種がそれぞれの専門性を生かした治療計画を提出し、多職種チーム会議でそれらを統合し最終的な治療計画にまとめる。そうすることで対象者のニーズに最も合致したサービスを提供できることになるのである。

本法の通院医療においても、指定通院医療機関には多職種チーム (MDT : multi-disciplinary team) をおいて、この通院医療にあたる必要がある。多職種チーム会議を定期的に行い、対象者の個別治療計画を作成することや、定期的な評価と治療計画の見直しを行うことで、多職種が連携を図りながら医療サービスを提供することになる。医療機関における多職種チームは、精神科医師、看護師、精神保健福祉士、作業療法士、臨床心理技術者および薬剤師などで構成されるものである。

### 5) 標準化された医療の提供

医療観察法は、特定の対象者に明確な目標を設定した医療を提供するものである。それ故、通院医療においても通院処遇ガイドラインがあり、原則としてそれに準じた医療が行われることで一定の水準が保証される。また入院から通院を通じての治療の一貫性と、多職種チーム間の評価の統一、各施設の治療標準化を図るために、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5領域17項目の共通評価項目が設けられている。定期的に行い、対象者の病状等の変化を経時的に把握することが大切である。さらには各種の記録等も標準化し、診療情報が関係機関内で円滑に共有できるような工夫も必要である。

### 6) インフォームド・コンセントの重視

インフォームド・コンセントは現在の医療では不可欠のものとなっており、本法の医療においても基本的には同様である。本法の対

象者は、精神障害の故に心神喪失あるいは心神耗弱で不起訴になるか、あるいは裁判において無罪判決が確定した者であり、入院医療及び通院医療は義務として課されたものである。

このような対象者においては同意能力に問題があるのでインフォームド・コンセントの対象となるか議論のあるところでもある。しかし国連原則 11 の第 9 項では<sup>6)</sup>、患者のインフォームド・コンセントなしに認められるどのような治療であっても、なお患者に対して可能な限り治療の特徴および可能な代替治療について知らせ、また治療計画に参加させるように、あらゆる努力が払われるべきであることが定められている。それ故、本法の医療においても入院、通院医療を問わずこの原則が貫かれることが重要である。ましてや通院医療の段階では、病状が改善し同意能力も回復していると考えられるので、インフォームド・コンセントに基づいた医療が原則となるのである。

#### 7) アウトリーチ型医療サービスの必要性

最も包括的かつ集中的なケアマネジメントとして知られるようになった ACT (包括型地域生活支援プログラム) は、脱施設化で退院した患者の再発・再入院を防止するために開発されたプログラムであるが、地域を病院と同じようなケア密度にすればいいのではないかという考えがその基本にある<sup>7) 8)</sup>。病院では毎日、医師や看護師が患者の病室を訪れて、広い意味でのケアを提供している。ACT では、生活の場でもあり療養の場でもある患者の自宅に、足繁くスタッフが出向いて必要なケアを提供するわけである。これにより再発・再入院が効果的に防止される上に、生活の場で援助を行うことで患者の社会適応能力が大幅に改善されることが実証されてきている。

このように病院や地域の拠点から患者の生活の場に出向いて行う医療サービスがアウトリーチ型医療サービスであるが、本法における通院医療ではこの方法での医療サービスの

提供が重要な柱となる。現在行われている訪問看護などは中でも重視されるサービスの 1 つである。

#### 8) ステージ分類の考え方の導入

本法による通院医療は原則 3 年間で終了することになるが、その期間を前期 (1~6 ヶ月)、中期 (7~24 ヶ月)、後期 (25~36 ヶ月) の 3 段階にステージ分類して治療を進めることが必要である。ステージ分類する意味は、対象者に 1 段階ずつクリアしていったという成功体験を実感してもらうためと、治療者側も含めて自分たちが今どの治療段階にあるかを確認することができ、治療戦略を練っていく上でも効果的であるからである<sup>10)</sup>。

前期通院医療 (治療目標: 6 ヶ月間で中期通院医療へ移行) では、入院医療から (あるいは直接に) 通院医療への適切かつ円滑な移行に重点がおかれる。その意味で対象者と治療スタッフとの信頼関係の形成が全ての出発点となる。また共通評価項目等を用いて通院開始時の評価を行い、対象者のニーズに合わせた治療計画が作成される。

中期通院医療 (治療目標: 18 ヶ月間で後期通院医療へ移行) に移行すると、限定的な社会活動への参加の試みが始まり、それを定着させていくことが 1 つの目標となる。定期的な評価も行われ、それに合わせて適宜治療計画の見直しも行われる。

後期通院医療 (治療目標: 12 ヶ月間で一般通院医療へ移行) に入ると処遇終了、一般通院医療への移行を意識した取組みが始まる。地域社会への参加が継続され拡大される中で、疾病の自己管理をしながら安定した生活が送れることが最大の目標となる。

一定の指標を参考に病状が安定し医療観察法による医療を受けさせる必要があると認めることができなくなった場合には、この法律による通院を終了する旨の意見書が作成され、それが認められれば医療観察法の処遇が終了することになる。医療観察法による処遇が終了すれば大部分は一般精神医療に移行することになるが、円滑な移行のためにはアフター

ケアも視野に入れた処遇終了の具体的な基準が必要となる。

### 9) 危機介入時の対応策の確立

迅速な危機介入が通院医療の成否のポイントである。入院医療により一応の病状の安定と自覚を得て通院医療に移行するわけであるが、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ない。病状悪化が生じた場合、迅速に危機介入することで自傷他害行為等を未然に防止することが極めて重要である。

病状の一時的な悪化などに伴う危機介入時に入院が必要になった場合は、精神保健福祉法による入院が行われることになる。医療観察法による（再）入院のためには、保護観察所の長による入院申立て、必要があるときは1ヶ月以内の鑑定入院、そして地方裁判所による入院の決定をへてようやく（再）入院となる。そのため危機介入時の入院などには即応できないためである。精神保健福祉法での入院は、任意入院はもとより、医療保護入院、措置入院など要件を満たしていればいずれも可能である。夜間休日等に急速な病状の悪化が起きた場合などは、現状の体制では、地域の精神科救急医療体制などの利用も考慮することになるが、いずれにしても処遇の実施計画の中に危機介入時の具体的な対応策を、本人及び関係者同意の上、定めておく必要がある。

なお精神保健福祉法で入院した場合、病状悪化の程度が強く短期間で回復が困難だろうと判断された時には、上記の（再）入院申立ての手続きが取られることになる。

### 10) 適切な情報管理とプライバシーの保護

関係機関の緊密な連携、多職種チームアプローチ、危機介入時の対応策の確立など、どれをとっても十分に実施するためには、広い範囲の関係職種や関係機関の情報の共有が重要な問題となる。一方対象者のプライバシー保護は基本的権利の1つであり、厳重に守られなければならない。このバランスをどのように取るかは相当困難な問題であるが、ガイ

ドラインを作成するなどして適切な情報管理に努める必要がある。

## 3. 通院医療の実施体制

### 1) 司法サイドと精神保健医療福祉サイドの連携

この通院医療を円滑に実施するためには、司法サイドと保健医療福祉サイドは連携協力して、地域ケア及びその医療サービスである通院医療を支えていくことが重要である。司法サイドにおいては、保護観察所に「社会復帰調整官」がおかれ、精神保健観察を継続しながら関係諸機関との連携のもとに処遇の実施計画を作成し、その円滑な遂行に努力することになっている。また生活環境を調査し、その調整を図ることも社会復帰調整官の重要な任務である。この社会復帰調整官が地域ケア全体のケアマネージャーの役割を果たしていくことが必要であるが、わが国の司法と精神保健医療の従来の関係や地域医療の現状を考えると、当初から社会復帰調整官にそこまで望むことは無理があり現実的ではないと思われる。

保健医療福祉サイドにおいても独自のケアマネージャーの役割を果たす者（「ケア調整者（ケアコーディネーターに相当する者）」とする）において、社会復帰調整官と連携協力して本法の通院医療を遂行するという体制の方が有効に機能すると考えられる。同時に精神保健行政機関では、対象者の居住する地域の保健所等に「担当者」において、前記二者と常に連携していくことが必要である。これら「社会復帰調整官」と「ケア調整者」の緊密な協力体制に、行政の「担当者」も加わることにより、この通院医療を円滑に進めることができると思われる。

### 2) 地域ケア体制

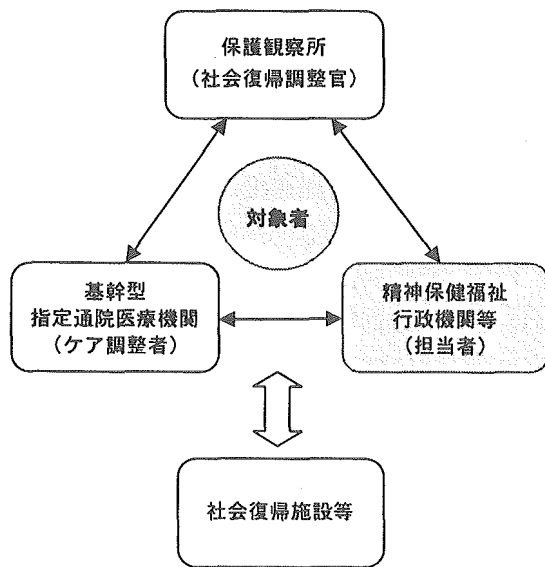
指定通院医療機関に関しては、本法の通院医療における基本的な医療サービスである外来診療、精神保健福祉法による入院治療、訪問看護及びデイケアなどを、すべて提供できる場所は比較的限定される。そのため基本



的な医療サービスを1つの医療機関でまかなえるところを「基幹型」とし、それ以外の医療機関は「補完型」として多くの医療機関の協力が得られやすい体制にしておくことが必要である。当面ケア調整者は主として基幹型指定通院医療機関に配置できるようにすることになるが、対象者の増加や地域あるいは対象者の事情によっては、行政機関等や社会復帰施設等への配置ができることが望ましい。そのための財源の確保や制度の見直しについては、十分な対策が取られなければならない。

以上より対象者の地域ケア体制の概念図は次のようになる。地域ケア体制の基本型は図1のように、社会復帰調整官と基幹型指定通院医療機関に配置されたケア調整者が緊密な協力体制をとり、そこに精神保健福祉行政の担当者が連携して、必要な福祉サービスも含めて地域ケアサービスを提供するという形である。

図1 地域ケア体制（基本型）



### 3) 役割分担

また「社会復帰調整官」（保護観察所）、「ケア調整者」（指定通院医療機関）及び「担当者」（精神保健福祉行政機関）の責任と役割分担については、原則として次のように考えるものとする。医療観察法通院処遇遂行のリーダーは社会復帰調整官であり、同時に住居等の確保を含む生活環境の調整も社会復帰

調整官の役割である。ケア調整者は指定通院医療機関における本法通院医療のまとめ役であり、医療機関内の多職種チームを主導し、ケア会議への出席等対外的業務をこなすとともに、各種医療サービスのマネジメントを行い、関係諸機関との連絡調整にも当たる。行政の担当者は、精神保健福祉行政の立場からの協力を行う。

通院処遇経過中の各種問題の発生に対しては、社会復帰調整官、ケア調整者及び行政の担当者は、一体となって対処の責任を共有するが、社会復帰調整官はよりリスクマネジメントの側面に、ケア調整者はよりケアマネジメントの側面に、そして行政の担当者は精神保健行政面での支援という側面に責任を有するものとする。

### 4) 実施体制確保のための対策と方向性

前述のように当面は主として基幹型指定通院医療機関にケア調整者（医療観察法担当者）をおくことになろう。医療観察法においては、指定医療機関における医療が基本にあり、その医療の必要性がなくなれば医療観察法における処遇が終了することになるからである。

このケア調整者のケースロードは5人程度を限度とする。慢性重度精神障害者や触法精神障害者に対しては包括的・集中的なケアマネジメントが必要とされており、英米でもケースロードを10人程度としているプログラムが多いが、わが国ではまだ歴史も経験も乏しく、地域に十分なマンパワーもない状態なので、その半分の5人程度にすることが現実的である。

社会復帰調整官とケア調整者が経験を積み慣れてくるに従い、本法対象者のケアマネジメントは徐々に社会復帰調整官にシフトし、ケア調整者は重度療養群を中心とする長期在院患者の退院促進と地域ケアにその余力を振り向けていくことが大切である。これにより医療観察法のケア調整者だけでなく、一般精神医療におけるケア調整者としての役割も果たすことになり、ともすれば突出しがちな医療観察法医療を、少しでも一般精神医療の改

善に生かしていくことができるのではないかと考える。ケア調整者のケースロードを5人として、それだけ担当すればそのケア調整者の人件費や諸経費が捻出できる程度の予算的処置や制度上の見直しなどの方策を講じることが重要である。それにより本法通院医療の実施に弾みをつけるとともに、一般精神医療における長期在院者の退院促進にも好影響を与えるものとなる。

900（～1200人）程度が通院医療の対象となる。仮に常時約1000人の対象者がいると仮定して、ケースロードを平均5人とすると、ケア調整者は全国で200人配置することになる。通院対象者とケア調整者につき都道府県別に人口比で案分すると表2のようになる。

表2 都道府県別の通院対象者数とケア調整者数（人口比案分推計値）

	平成15年	人口比	通院対象者(人)	ケア調整者(人)		平成15年	人口比	通院対象者(人)	ケア調整者(人)
	全国	100.00	1000.0	200.0		全国	100.00	1000.0	200.0
01	北海道	4.43	44.3	8.9	25	滋賀県	1.07	10.7	2.1
02	青森県	1.15	11.5	2.3	26	京都府	2.07	20.7	4.1
03	岩手県	1.10	11.0	2.2	27	大阪府	6.91	69.1	13.8
04	宮城県	1.86	18.6	3.7	28	兵庫県	4.38	43.8	8.8
05	秋田県	0.91	9.1	1.8	29	奈良県	1.13	11.3	2.3
06	山形県	0.96	9.6	1.9	30	和歌山県	0.83	8.3	1.7
07	福島県	1.66	16.6	3.3	31	鳥取県	0.48	4.8	1.0
08	茨城県	2.34	23.4	4.7	32	島根県	0.59	5.9	1.2
09	栃木県	1.58	15.8	3.2	33	岡山県	1.53	15.3	3.1
10	群馬県	1.59	15.9	3.2	34	広島県	2.26	22.6	4.5
11	埼玉県	5.51	55.1	11.0	35	山口県	1.18	11.8	2.4
12	千葉県	4.72	47.2	9.4	36	徳島県	0.64	6.4	1.3
13	東京都	9.65	96.5	19.3	37	香川県	0.80	8.0	1.6
14	神奈川県	6.81	68.1	13.6	38	愛媛県	1.16	11.6	2.3
15	新潟県	1.93	19.3	3.9	39	高知県	0.63	6.3	1.3
16	富山県	0.88	8.8	1.8	40	福岡県	3.96	39.6	7.9
17	石川県	0.92	9.2	1.8	41	佐賀県	0.68	6.8	1.4
18	福井県	0.65	6.5	1.3	42	長崎県	1.18	11.8	2.4
19	山梨県	0.70	7.0	1.4	43	熊本県	1.45	14.5	2.9
20	長野県	1.74	17.4	3.5	44	大分県	0.95	9.5	1.9
21	岐阜県	1.65	16.5	3.3	45	宮崎県	0.91	9.1	1.8
22	静岡県	2.97	29.7	5.9	46	鹿児島県	1.39	13.9	2.8
23	愛知県	5.61	56.1	11.2	47	沖縄県	1.06	10.6	2.1
24	三重県	1.46	14.6	2.9					

この表でわかるように、単純に言えば人口の最も少ない鳥取県でも1人のケア調整官が配置され、人口の多い東京都で20人弱、大阪府や神奈川県でも13、14人のケア調整者を本法対象者の発生は年間300（～400）人程度と推計されているが、通院医療期間を原則3年間とすると平年度ベースで常に全国で

配置することになる。地域の実情に合わせて指定通院医療機関を選び、ケア調整者を適切に配分すれば、社会復帰調整官と併せて、本法による通院医療を実施する体制が整うとともに、重度療養群の退院促進の端緒とすることも可能ではないだろうか。

#### 4. 多職種チームアプローチ試論

## 1) 多職種チームアプローチについて

最近医療の各分野で多職種チーム(MDT: Multidisciplinary Team)あるいは多職種チームアプローチについて語られる機会が増えてきた。リハビリテーション医療、がん治療あるいは緩和ケアなどの分野では、「患者の病気」を対象とする医療だけでは不十分であり、「病気の患者」を身体的、心理社会的、及び魂の領域を含めて全人的にケアしていかなければ、本当の患者のための医療にはならないという認識が深まってきたからである。

精神科医療においても事情は同様であるが、1970年代以降英米圏を中心に発展してきた精神障害者を地域で支えるためのケアマネジメント(ケースマネジメント)をみてもわかるように、更に広汎にわたる各分野の専門家の連携が必要であることが示されてきている。わが国でもようやく2002年12月の精神障害者分会報告書「今後の精神保健福祉施策について」で明確に「入院医療中心から地域生活中心へ」という考え方が打ち出され、地域ケアを中心とした精神科リハビリテーションへの比重が高まろうとしている。またすでに2002年3月の「障害者ケアガイドライン」では、「地域で生活しようとするれば、福祉・保健・医療・教育・就労等各々のライフステージに応じた課題を含む、多様な生活ニーズが発生する。障害者ケアマネジメントは、これらの多様なニーズを満たすことによって、障害者の自己実現や主体的な生き方を支援するため、幅広いニーズを利用者とともに明らかにする。」ことが定められており、地域生活や就労支援まで考慮すれば多岐にわたる専門家あるいは協力者の連携協働が必要となってくる。

一方入院医療においても、医療観察法対象者のような複雑困難な問題を抱える患者に対しては、医師や看護師だけでなく、臨床心理技術者、作業療法士、精神保健福祉士、薬剤師あるいは栄養士など多職種協働のチームアプローチによる高度な専門医療が欠かせないことは、繰り返し述べられている通りである。

このように患者を全人的にケアすることが必要な場合、生活や就労支援まで含めた広汎な支援を必要とする場合、あるいは高度で複雑な問題に対処しようとする場合など、多職種チームによるチームアプローチが必要になるといえる。

では多職種チームとは具体的にはどのような特徴を有するものをいうのであろうか。例えばSims A, Sims D(1993)<sup>11)</sup>によれば、①3つ以上の専門職種で構成されていること、②メンバー同士は顔を合わせ互いに認知していること、③定期的にミーティングを開きチームとしての意思決定を行っていること、④個々の職種はその本来の役割を越えて協働し責任を共有していること、⑤チームリーダーとキーワーカーが決まっていること、⑥個々の患者についての決定は殆どキーワーカーが行っていること、などをその特徴としているものであるという。

わが国の精神科医療の現場でこのような特徴を持つ多職種チームに近いものとしては、デイケア担当チームなどがあげられるだろう。診療報酬上、大規模な精神科デイケアの施設基準は、(ア)精神科医師及び専従する3人の従事者(作業療法士またはデイケア経験を持つ看護師1人、看護師1人、臨床心理技術者あるいは精神保健福祉士等の1人)の場合は、当該従事者4人に対して1日50人を限度とする患者数、または(イ)上記(ア)の4人の従事者に加えて、精神科医師1人及び(ア)に規定する精神科医師以外の従事者1人をあわせて当該従事者6人で実施する場合は、1日70人を限度とする患者数に対応できている。このような大規模精神科デイケア担当チームは、殆どの場合、多職種チームの特徴として挙げられている前記①から⑥の条件を満たしていると思われるので、多様な医療サービスの中でデイケアという1つの医療サービスを提供していることを除けば、従事者1人当りケースロード10数人とする一種の多職種チームと言えよう。

また訪問看護についても、それを大規模に

展開している医療機関にあっては、看護師のみならず、精神科医師、精神保健福祉士、保健師、作業療法士等を含む訪問サービス担当チームを編成して実施しているところも増えてきていると思われる。このような場合も前記①から⑥の条件をクリアしているとき、訪問看護という医療サービスの1つを提供していることを除けば、1つの多職種チームである。

しかしこれらの多職種チームが、本来の多職種チームと異なる点は、1つの医療サービスに特化した多職種チームであるという点である。本来の多職種チームは、クライアントの様々なニーズに応えるため多様なサービスを直接提供することや、必要に応じて各種のサービスをマネジメントしたりするものである。この点を考慮すると多職種チームの特徴として前記6項目に加えて、⑦ニーズに応じた多様なサービスを提供できること、という項目も入れた方がいいかもしれない。もっともデイケアや訪問サービスで実施されるサービスの内容は、もともと多様なものであり、たまたま診療報酬上1つのサービスとして括られているに過ぎないと考えられるので、これらの担当チームは本来の多職種チームに準ずるものとみなすこともできる。

ところでこのような多職種チームが有機的に機能するためにはどのような注意が必要であろうか。黒田(2000)<sup>12)</sup>は多職種チームアプローチを成功に導く鍵として、①適切なリーダーシップが存在すること、②各職種内の組織におけるライン部門管理とチーム内の協働体制との調和が取れていること、③責任や説明責任が明確にされていること、④異なる職種間の文化的ギャップを軽減する努力がされていること、⑤各職種間の境界が良好でバランスの取れたものであること、⑥守秘義務の取扱いのガイドラインができていることの6項目をあげている。これらの項目やチームアプローチの考え方など<sup>13)</sup>をまとめると、多職種チームとは、リーダーシップと各職種あるいは各メンバーの役割分担は一応決

められているが、実際に機能する時はそれにとられることなく、状況に応じて個々のメンバーが一種のジェネラリストとして柔軟に必要な役割を果たしており、責任はチームとして共有しているものである。また、各職種の専門性は尊重しながらも互いに必要な意見は言い合える関係が保たれていることと、メンバーそれぞれはチームの一員であり、そこに上下関係がないことも重要である。このように臨機応変なチーム運営が図られるが、個人情報については適切な情報管理が行われていることや、メンバーに本来の所属があるときは、そのライン部門管理との調和を維持することも必要となる。

このような多職種チームは1つの理想といえるが、それをある程度具現化したものがACTチームと言えらるだろう。わが国の場合、組織における各職種の身分や人件費の取扱い、あるいは診療報酬制度との関係など多くの制約がある上に、精神科医師や薬剤師、看護師やその他関係の職種も、まだ従来の役割意識から自由になっているわけではない。そのためこういう理想的な多職種チームを作ることにはすぐには困難であろうが、1つの目標として常にそれを意識し、少しでも近づくように努力することが求められるだろう。

## 2) 多職種チームの編成と運営

### (1) 指定通院医療機関における多職種チーム

指定通院医療機関運営ガイドラインや通院処遇ガイドラインによれば、一定水準以上の医療を確保するために、指定通院医療機関内に多職種チームを設置し、それぞれの対象者について通院医療開始までには個別の治療計画を作成しなければならない。通院医療開始後も医療機関においては、多職種チーム会議により個別の治療計画を毎月評価し翌月の治療プログラムを作成すること、3ヶ月に1度はその間の評価を行い翌3ヶ月の治療計画を作成すること、また保護観察所でのケア会議に出席し処遇の実施計画の見直しを行うことや、地域の関係諸機関との連絡会議等への

出席も必要になってくる。また基幹型通院医療機関としては、基本的な医療サービスである、外来診療、デイケア、訪問看護、病状悪化時の精神保健福祉法による一時的入院などに対応しなければならない。

このような医療業務を円滑に実施するには、多職種チームをどのように編成し、どういう形で運営するかが重要なポイントとなる。基本的には各々の医療機関がその実情にあわせて編成し運営をしていくことになるが、現実的にはどのような多職種チームのあり方が可能か考察してみる。

#### ① 専従多職種チーム

精神科医師、看護師、精神保健福祉士、作業療法士、臨床心理技術者、薬剤師等のコアの職種からなる医療観察法専従（もしくは準専従）の多職種チームを編成する場合に該当する。基幹型指定通院医療機関で、10 数名以上の対象者の受入れを行う医療機関などで設置される可能性がある。このチームは一応医療機関の既存の組織とは独立したものであり、医療観察法通院医療を実施するに当たって比較的自由に活動できるという利点はあるが、組織としての位置づけを如何にするか等の問題もある。

#### ○医療サービス提供方法

- ・ 外来診療：チームの精神科医師が担当。しかし対象者数が多くなった場合は複数の医師が分担するシステムが必要かもしれない。その時はチームの医師 1 名以外は、受持対象者の検討会議のときのみ参加する形となるだろう。
- ・ 訪問看護：チームで実施。
- ・ デイケア：当該医療機関内のデイケアを利用。チームメンバーがデイケアでの担当者となる。
- ・ 心理カウンセリング、服薬指導、保健福祉相談、栄養指導など：チームメンバーの関係職種等が実施する。関係職種がチームメンバーにいない時は、チーム外の職員に依頼して実施するが、検討会議のときは臨時にその職員の

参加を求める。

- ・ 精神保健福祉法による入院：原則として当該医療機関の入院病棟で受ける。主治医はチーム外の医師が担当。しかし入院中も多職種チームは入院時の担当者等と連携を密にして円滑な退院につながるよう努力する。

#### ○対象者の受持ち制

- ・ 対象者にはそれぞれ受持ちの主担当者と副担当者を配置する。
- ・ チームの精神科医は対象者全員について、主治医か副主治医（この時はチーム外の精神科医が主治医）として関わる。
- ・ 多職種チームに設定される運営実務担当者も対象者全員について、主担当者か副担当者として受け持つ。
- ・ 他のチームメンバーは、デイケアや訪問看護での担当状況や運営実務担当者の担当状況と照らしながら、主担当者または副担当者として受け持つ。

#### ○多職種チーム会議の運営

- ・ 運営実務担当者（ケア調整者または医療観察法担当者に該当）を設定。
- ・ チームの精神科医は多職種チームの総括責任者であり、会議においては実務担当者と連携して議長役を務める。
- ・ 普段の打合せとは別に、例えば毎週定例会議を開催する。
- ・ 定例会議では、順番に対象者の 1 ヶ月毎の評価を行い、翌月の治療プログラムを作成する。また 3 ヶ月毎にその間の評価を行い、翌 3 ヶ月の治療プログラムを作成する。共通評価項目 17 項目については、個々の対象者について通院医療開始時から終了時に至るまで月に 1 回評価を行う。
- ・ 定例会議には、チームメンバー外の関係職員の参加や、必要があれば社会復帰調整官、あるいは行政の担当者などの参加を求めることも必要である。

#### ○外部の関係諸機関との連絡調整

- ・ 運営実務担当者かチームの精神科医が中心となって行う。

専従の多職種チームを設置する場合は、以上のような形の運営が考えられるが、このようなマンパワーを持てる医療機関は極めて限られるのが現状である。そのため専従多職種チームのバリエーションとしては次の2つの方向が想定される。

1つはこの多職種チームが医療観察法対象者だけでなく、変則的ではあるが医療機関内におかれる ACT チームのような役割をになうようにすることである。つまり包括的なケアマネジメントを必要とする比較的重度の精神障害者を中心としながら一般の精神障害者もケアの対象者とする形である。ただこの場合はさらに多忙になることが予想されるので、本来の対象者へのケアが手薄になる懸念がある。もう1つの方向としては、精神科医と運営実務担当者は専従とするが、他のメンバーは兼務として、多職種チームの活動も行う傍ら、本来の医療機関での役割も遂行する形である。ただこの場合も定例会議を毎週持つことが可能かどうか、専従者への負担が過重にならないか等の問題はあ

## ② 複層的多職種チーム

専従の多職種チームを置く体制が最も望ましいだろうが、現実の医療機関としては、専従に近い医療観察法担当者（ケア調整者となることが望ましい）を配置し、多職種チームを複層的に運営することでこの通院医療に対応する方が実際的ではないだろうか。数名以上を担当する基幹型指定医療機関などがこの場合に該当する。この方式は、専従に近い医療観察法担当者は設けるものの、既存の医療機関の組織を利用することと、比較的多くの職員の協力を得ることで、この通院医療への理解と参加意識を持ってもらうことにその特徴がある。

### ○医療サービス提供方法

- ・ 外来診療：医療機関の例えば精神保健指定医が担当。
- ・ 訪問看護：訪問看護チームで実施。

- ・ デイケア：原則として当該医療機関内のデイケアを利用。
- ・ 心理カウンセリング、服薬指導、保健福祉相談、栄養指導など：必要に応じて関係職種等が実施する。
- ・ 精神保健福祉法による入院：原則として当該医療機関の入院病棟で受ける。医療観察法担当者は、対象者が入院中も入院時の担当者等と連携を密にして円滑な退院につながるよう努力する。

### ○対象者の受持ち制

- ・ 医療観察法担当者は、基本的には全ての対象者の受持ちとなる。それ故対象者の数が増加してきた場合は、医療観察法担当者を複数配置する必要が出てくる。また医療観察法担当者の心理的負担等を考慮すると、全くの専従とするか、専従に近い形にして所属の他の業務を兼ねる体制とするか、さらには所属の中での支援体制をどうするか等についても医療機関内で検討しておく必要がある。
- ・ 対象者には、上記の医療観察法担当者以外に、それぞれの医療サービスごとに担当者がいることになる。つまり外来診療では主治医、訪問看護やデイケアでもそれぞれの担当者がいる。また必要に応じて、心理カウンセリング、服薬指導、保健福祉相談、栄養指導などが行われた場合は、その期間はその関係者も担当者と考えることができる。

### ○多職種チーム会議の運営

- ・ 医療機関としての多職種チーム会議「全体多職種チーム会議」と、対象者個別の担当者レベルの多職種チーム会議「個別多職種チーム会議」という複層的な多職種チーム会議のあり方が想定される。
- ・ 医療観察法担当者は、自分が受持つ対象者ごとの「個別多職種チーム会議」

を月に1回開催する。そこで評価と治療計画の作成を行い、個別評価項目の評価も行う。個々の担当者の選び方を工夫すれば、まとめて月に1回会議を開催することで済ますことも可能であろう。

- 例えば担当の医師を決めて「全体多職種チーム会議」も月に1回開催する。会議担当の医師は、医療観察法担当者と連携して、その会議を召集し議事進行を行う。メンバーは、医療観察法担当者と各医療サービス部門の代表者、及び管理者等が構成する。そこでは個別の対象者の治療状況の報告や治療計画の検討承認と通院医療全体の問題点等の話し合いを行う。「医療観察法通院医療検討会議」とでもいえる会議である。

#### ○外部関係機関等との連絡調整

- 専ら医療観察法担当者が行う。

#### ③ 対象者が1、2名の場合

この場合は、各医療サービスの担当者が集まれば、それが多職種チーム会議となるわけであるから、上記①または②のいずれの形でも取りうるものと思われる。

また外来診療以外の医療サービスの全てあるいは一部を他の医療機関や訪問看護ステーションなどに依頼する補完型の指定通院医療機関の場合は、通院医療機関の主治医と他の医療機関等の担当者などで多職種チームを編成して、対象者の通院医療を実施していく必要がある。

#### (2) 地域における多職種チーム

英米等では適切に設定された精神保健医療福祉圏域で各種のサービスを提供するという地区割り方式 (sectorization) を取っているところが普通である。その圏域内には多職種からなる地域精神保健チームかそれに相当する組織が存在しケアマネジメントの手法で各種のサービスを提供している<sup>3)</sup>。一方わが国では、二次医療圏域、障害保健福祉圏域、

精神科救急医療圏域などが錯綜して設定されていることや、地域におけるマンパワーが乏しいこと、設立基盤の異なる各種の医療機関や福祉施設などが競合していることなどより、地域での多職種チームが育ちにくい現状にある。

そのような状況にあって、この通院医療を遂行するために保護観察所で定期的にケア会議が持たれることは、地域における多職種チーム会議の1つのあり方とも考えられる。保護観察所の社会復帰調整官、指定通院医療機関の医療観察法担当者 (ケア調整者) 等、精神保健行政機関の担当者等、社会復帰施設等の代表者等などがケア会議のメンバーと考えられるので、このケア会議の実体は多機関担当者会議というべきものだが、ここに多職種が恒常的に参加することにより将来の多職種チームに育っていく可能性は秘められている。今後はこのケア会議が対象者の地域における処遇について、多職種チームとして機能していくための具体的な方策を検討する必要がある。

#### 5. 事例報告

関連する6例を「事例報告書」の中で報告したので参照して頂きたい。

#### D. 結論

医療観察法通院医療を実施するに当たって、①地域の現状と課題、②英国のケアプログラムアプローチ (CPA) と CPA-J、③包括型地域支援プログラム (ACT) と ACT-J、④カリフォルニア州の司法仮釈放プログラム (CONREP)、⑤通院医療の安全管理の5つの課題を取り上げ改めて検討した。また関係する事例6例についても検討を行った。

その結果、英国の CPA はモデルの1つとして参考になると思われたが、地域精神保健の充実度で彼我に大きな較差があることが問題であった。そのためそれは1つの目標としながらも、まずは医療観察法通院医療の原則として基本方針を策定するとともに、その実

施体制についても実現可能性を考慮しながら検討した。

通院医療の基本方針としては、①ノーマライゼーションの理念の実現、②包括型ケアマネジメントの適用、③関係諸機関の緊密な連携、④多職種チームアプローチの実施、⑤標準化された医療の提供、⑥インフォームド・コンセントの重視、⑦アウトリーチ型医療サービスの必要性、⑧ステージ分類の考え方の導入、⑨危機介入時の対応策の確立、⑩適切な情報管理とプライバシーの保護の10項目である。本法の通院医療を実施するに当たっては、これら10項目について十分考慮して行う必要があると思われる。

また実施体制については、地域における連携協力体制と指定通院医療機関内の体制について検討した。地域における連携協力体制としては、司法サイドの社会復帰調整官に頼る体制では不十分であり、保健医療福祉サイドにおいても、基幹型指定通院医療機関に医療観察法担当者（ケア調整者）を配置して社会復帰調整官と緊密な連携協力体制を維持すること、及び精神保健福祉行政機関においては保健所等に担当者を置いて前記2者と協力する、という地域ケアの基本的な支援体制を明確にすることが重要であるという点で一致した。

指定通院医療機関内の体制については、多職種チームのあり方（編成と運営）が問題となるので、それについての試論を行った。多職種チームのあり方としては、医療機関内に独立して設置する専従多職種チームと、医療機関内の既存の組織を活用する複層的多職種チームという2つの基本的なあり方が考えられた。複層的多職種チームという形での運営の場合は、個別対象者の各医療サービスの担当者による個別多職種チーム会議と、その上部会議に位置づけられる医療観察法通院医療を検討するための全体多職種チーム会議という2本立ての構成が考えられた。

#### E. 健康危険情報

特になし。

#### F. 研究発表

なし。

#### G. 知的財産権の出願・登録状況

なし。

#### 参考文献

- 1) こころのバリアフリー宣言. 平成16年版 障害者白書、内閣府
- 2) 障害者ケアガイドライン. 厚生労働省、2002年3月
- 3) 大島巖編著：ACT ケアマネジメント ホームヘルプサービスー精神障害者地域生活支援の新デザイン. 精神看護出版、東京（2004）
- 4) Intagliata J : Improving the quality of community care for the chronically mentally disabled : The role of case management. Schizophrenia Bull, 8, 655-672, 1982
- 5) Mueser KT, Bond GR, Drake RE et al. : Models of community care for severe mental illness : A review of research on case management . Schizophrenia Bull, 24, 37-74, 1998
- 6) 国連総会「精神疾患を有する者の保護及びメンタルヘルスケア改善のための諸原則」（国連原則）, 1991
- 7) Stein LI, Santos AB : Assertive community treatment of persons with severe mental illness . Norton & Company, New York (1998)
- 8) 西尾雅明：ACT入門 精神障害者のための包括型地域生活支援プログラム. 金剛出版、東京（2004）
- 10) 吉川和男：指定通院医療機関における治療. 平成16年度司法精神医療等人材養成研修教材集 pp185-191, (財)精神・神経科学振興財団、東京（2004）
- 11) Sims A, Sims D : Top teams. Health Service Journal 24 : 28-30, 1993
- 12) 黒田治：イギリス司法精神医療施設にお



ける多職種チームアプローチの実際. 齊藤正彦、松下正明編：臨床精神医学講座 S5 精神医療におけるチームアプローチ、31、中山書店、東京（2000）

- 13) P.W. コリガン、D.W. ギフォート編／野中猛監訳／柴田珠里訳著：チームを育てる－精神科リハビリテーションの技術. 金剛出版、2002

## 地域の現状と課題

研究協力者 桑原 寛 神奈川県精神保健福祉センター

### 1 はじめに

心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者を対象とした「医療及び観察等に関する法律(平成15年法律第110号。以下「医療観察法」)」にもとづく入院および通院医療を含む地域での処遇は、保健・医療・福祉領域を含む地域ケア体制の中で提供される。実際、医療観察法と精神保健福祉法との関係についても、心神喪失者等医療観察制度(以下「本制度」)による処遇体制は、精神保健福祉法に基づく精神保健福祉サービスを基盤として形づくられており、特に通院医療は、一つの閉じられた空間で完結できる入院医療とは異なって「地域におけるケア体制のあり方」に影響される。

本研究班のテーマは、医療観察法の指定通院医療機関における通院治療および医療機関と地域関係機関との連携のあり方であるが、本稿では、通院医療が展開される「地域」の精神保健福祉体制の現状と課題について整理を試みる。その際、留意しなければならないのは、地域の概念そのものが大きく変わりつつあるということである。すなわち、今日、地域という言葉は、日常生活の場としてのコミュニティ、様々な地域ネットワーク、行政圏域としての市町村、二次保健医療圏、都道府県、あるいは、平面的地域や立体的重層構造的な地域など、使う人や使われる文脈によって様々な意味で用いられるようになった。従って、議論の混乱を避けるためには、地域をどのような意味で用いるのかを明らかにしておく必要がある。ここでは「地域」を本制度の枠組みの中で法的に定められた地域関係機関からなる「地域処遇ネットワーク」という意味と、そのネットワークを包含する対象者の生活の場としてのコミュニティ(一般地域社会)という二つの意味とで用いることとし、各々の地域における現状と課題について順次検討を試みる。

### 2. 医療観察制度における「地域処遇ネットワーク」

本制度における地域処遇は、医療観察法および政省令、地域処遇ガイドライン、運営要綱などによって都道府県単位で既定された地域処遇ネットワークによって実施される。そこで、まず、これら一連の諸規定で定められた限定的な地域の役割についての整理を試みる。

#### (1) 医療観察法に定められた都道府県・市町村等の役割

医療観察法で地域関係機関として本制度運用の一翼を担うことが定められた都道府県・市町村等の役割を、同法の条文の流れに沿って示すと以下のごとくである。

##### ・保護観察所からの照会に対する報告(22条)

審判の過程で、裁判所の求めに応じ、保護観察所が対象者の居住地の「生活環境の調査」を行う場合(38条)、保護観察所からの照会(22条)に対応して、当該居住地において利用可能な精神保健福祉サービスの状況や、対象者本人の生活状況等に関し必要な事項を報告すること。

・生活環境の調整(101条)

対象者が指定入院医療機関に入院中に、保護観察所が行う「生活環境の調整」の過程で、退院予定地である都道府県・市町村等において、当該対象者が退院後に必要となる精神保健福祉サービス等の援助にかかる協力の要請に応じること。

・処遇の実施計画(104条)および、処遇の実施(105条)

保護観察所が定める処遇の実施計画策定に、指定通院医療機関等とともに協力し、その計画に基づき精神保健福祉サービス等の援助を実施すること。

・精神保健観察(106条)

保護観察所が行う精神保健観察にかかる報告の要請に対し、対象者の生活状況等に関する関連事項についてとりまとめ、保護観察所に報告すること。

・関係機関相互間の連携の確保(108条)

保護観察所に協力して、平素から必要な情報交換を行うほか、個々の対象者の処遇を実施するに当たり、保護観察所が主催するケア会議に参加するなどして、関係機関相互間の緊密な連携の確保に協力すること

・保護観察所の長に対する通知等(111条)

地域社会における処遇を受けている対象者について、医療を受けるべき義務(43条2項)や、守るべき事項(107条)に違反する事実があると認めた場合に、保護観察所にその旨を通報すること。

・精神保健及び精神障害者福祉に関する法律との関係(115条)

通院決定又は退院決定により、対象者が本制度による地域社会における処遇を受けている期間中は、原則として、医療観察法と精神保健福祉法の双方が適用される。従って、地域社会における処遇の期間中においても、任意入院、医療保護入院、措置入院等の精神保健福祉法に基づく入院を行うことが妨げられることはなく、対象者の病状等に応じ、これらの入院を適切に行う必要がある。

なお、個人および民間団体等の役割については、保護観察所は、個人又は民間の団体が本制度の対象者の処遇の円滑な実施のため自発的に行う活動を促進するとともに、これらの個人又は民間の団体との連携協力の下、当該決定を受けた者の円滑な社会復帰に対する地域住民等の理解と協力を得るよう努めなければならないとされている(109条)。

## (2) 地域処遇ガイドラインと運営要綱

本制度に基づく地域処遇に携わる者が、本制度に関する基本的事項と処遇についての考え方を共有することで全国的に統一かつ効果的な処遇が行われることを目的に、国は一連のガイドラインを提示することとしている。このガイドラインは、(1)「地域社会における処遇のガイドライン」(以下「地域処遇ガイドライン」)、(2)指定入院医療機関運営ガイドライン、(3)入院処遇ガイドライン、(4)指定通院医療機関運営ガイドライン、(5)通院処遇ガイドライン等からなるが、国は、まず骨子案を提示し、その後、都道府県および関係者の意見を聞きながら最終版を策定することとしており、「地域処遇ガイドライン」についても、平成16年3月4日の障害保健福祉関係主管課長会議で概要(案)が提示された。この概要(案)に対し、地域精神保健福祉関係者から出された意見としては、竹島らは、項目そのものに関しては、地域社会での処遇支援に必要な事項をおおむね取り上げているが、その記述内容に

については検討の必要な箇所があり、特に情報の取り扱いに関しては、対象者の同意のとりかたも含め、具体的な問題を想定したより詳細な記載が必要としている<sup>1)</sup>。また、全国精神保健福祉センター長会からは、用語の定義と整理が必要であること、保護観察所と都道府県市の役割分担および主管業務にかかる責任主体の明示、医療観察法と精神保健福祉法との関係性の明確化、対象者の病状悪化時等による緊急時の対応方法などについて、より詳細な記載が必要なこと、また、障害者の地域生活支援体制の基盤整備自体についての都道府県市間や地域間の格差を解消するための積極的施策の展開が必要であること、その他の意見が提出された<sup>2)</sup>。そして、これらの意見をふまえて平成16年10月15日の障害保健福祉関係主管課長会議で修正暫定版が提示されたが、この10月暫定版では、ガイドラインと都道府県ごとに定める運営要領との関係、用語の定義、保護観察所の役割の明確化が図られ、他のガイドラインとの統一的な記載の見直しや、病状悪化時の対応方法や情報の取扱いについても、他ガイドラインとの整合性を図りつつ修正がなされるなどの改善がなされている。本稿では、この10月暫定版にもとづき論考するが、その冒頭部分には「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。」との但し書きが付されている点に留意する必要がある。

地域処遇ガイドラインの構成については、1 ガイドラインの趣旨、2 総論、3 各論からなっており、総論では、(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等)、(4) 関係機関相互間の連携、(5) 関係機関の基本的な役割、(6) 情報の取扱い、(7) 地域住民等への配慮、各論では、(1) 当初審判、(2) 入院決定の場合の対応、(3) 通院決定又は退院許可決定の場合の対応、(4) 地域社会における処遇の終了等についての具体的な記載がなされている。

まず、ガイドラインの趣旨では、全国的に統一的かつ効果的な処遇を確保し、対象者の円滑な社会復帰を促進するため、継続的な「医療」を確保することはもとより、対象者の地域社会への定着を図り、「本人の生活を支援する立場」にも力点を置き、本制度による処遇が終了した後の一般の精神医療及び精神保健福祉の継続をも視野に入れつつ、広く地域の精神保健福祉全般の向上にも寄与することを目指すことが記されている。また、各地域の実情をふまえて、ガイドラインに沿った処遇を実施するため、保護観察所は都道府県等と共同で必要事項を、都道府県ごとの「医療観察法に基づく地域社会における処遇に関する運営要綱(以下、運営要綱)」として定め、それにもとづき処遇の向上に努めるものとしている。

次に、総論の基本用語の定義に関しては、「地域処遇」を、本制度の対象者に対し、関係機関が相互に連携し、地域社会で継続的かつ適切な医療を提供するとともに、その生活状況の見守りと必要な指導を行い、必要な精神保健福祉サービス等の援助を提供することとしている。そして、地域処遇の役割を担う「関係機関」については、国レベルでは、法務省と厚生労働省、地域レベルでは、地方厚生局、指定医療機関及び保護観察所のほか、精神障害者の保健及び福祉に携わる地域機関として、都道府県・市町村(特別区を含む。)主管課および都道府県・市町村の設置する、精神保健福祉センター、保健所等の専門機関、精神障害者社会復帰施設、精神障害者居宅支援事業者等の精神障害者の地域ケアに携わる機関と定めている。また、「ケア会議」については、保護観察所が、指定通院医療機関、