

都道府県・市町村（その設置する保健所等の専門機関を含む）、精神障害者社会復帰施設等の関係機関の参加を得て主催すること、地域社会における対象者の処遇を円滑に実施するためには、これらの関係機関がシステムとして相互の連携を確保するとともに、各関係機関の役割の明確化を図る必要があるとされている。

（３）地域処遇ガイドラインに定められた地域関係機関の役割

総論の地域社会における処遇が目指すものでは、保護観察所と地域関係機関とが、平素から相互に連携し協力して処遇を実施し得る体制を整備すること、処遇の実施計画の作成やケア会議の実施を通じ、①継続的かつ適切な医療の提供、②継続的な医療を確保するための精神保健観察の実施、③必要な精神保健福祉サービス等の支援提供の３つの要素が、対象者を中心としたネットワークとして機能するよう体制の確保をし、また、対象者自らが必要な医療を継続して病状を管理し、本制度の対象行為と同様の行為を行うことなく社会生活を維持できるよう支援することとされている。

また、地域社会における処遇を実施する上での配慮事項としては、地域社会での処遇が円滑に実施されるためには、本制度にかかるシステムを構成する関係機関相互の連携確保及び役割の明確化と地域の関係機関が処遇に必要な情報の共有が不可欠であるが、その際、対象者本人の同意を得るよう努めるなど、特段の配慮が必要である。さらに、地域社会の実情に配慮するとともに、本制度に対する地域住民の理解の促進に努める必要がある。また、精神保健福祉法との関係については、本制度に基づく処遇の体制は、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、精神保健福祉法に基づく入院が可能である。従って、対象者の病状悪化が認められた場合には、その病状に応じて、ケア会議等や既存の精神科救急医療システムなどを活用するなどして、必要な医療を確保し、本制度による入院医療の必要性が認められるかどうかの判断を行うため、精神保健福祉法による入院等を適切に活用すべきであるとされている。なお、この場合、指定通院医療機関及び保護観察所は、対象者が入院している医療機関と連携を図り、必要とされる医療の確保、当該医療の一貫性の確保に留意する。また、本制度による処遇の終了時においては、一般の精神医療及び精神保健福祉サービス等が必要に応じ確保されるよう十分に配慮する必要がある。

地域処遇に携わる関係機関に共通の役割としては、処遇実施計画の作成及び見直し、処遇の実施、ケア会議への参加と必要情報の共有、保護観察所からの要請に応じ、生活環境の調査・調整、その他、必要な協力を行うこととされている。また、地方厚生局は、保護観察所等の関係機関と連携を図りつつ必要な情報提供するなどして、地域処遇の適正・円滑な実施を支援する。また、各関係機関の基本的な役割については、（ア）保護観察所を筆頭に、（イ）都道府県主管課、（ウ）精神保健福祉センター、（エ）保健所、（オ）市町村主管課、（カ）福祉事務所、（キ）指定通院医療機関、（ク）精神障害者社会復帰施設等について、具体的な役割が示されており、さらに、必要に応じて、警察署の応援、社会福祉協議会、民生委員協議会等への協力を求めることとされている。

また、地域処遇関係者は、処遇に必要な情報の入手及び提供を、個人情報保護条例などの取扱い規程等に基づいて行い、対象者本人及びその家族等のプライバシーの保護に配慮するなど、本制度における情報の共有が適正かつ円滑に行われるよう努める。また、対象

者に対しては十分な説明を行い、関係機関における記録の管理については、記録の管理に関する取扱い指針を定めるなど、個人情報の漏えい、滅失等の防止について留意する。

地域住民等に対しては、本制度の仕組み等について説明を行い、理解を得るよう努める他、地域の精神保健福祉ボランティアや一般地域住民等からの意見や情報提供を受け入れる体制を整備し、これらの意見等をケア会議に取り入れていくよう努める。なお、地域住民に情報開示が可能な範囲を定めるとともに、被害者等についても同様の配慮を行う。

以上、総論の部分に記載された内容についてみてきたが、各論部分では、関係機関相互の連携に関しては、法務省と厚生労働省の連携、および地域社会における処遇に携わる関係機関相互間の連携に分けて記載があり、行政機関の他、精神障害者社会復帰施設等も含め、個々の関係機関の基本的な役割についても、具体的な役割が示されている。

(4) 運営要綱で定められる地域処遇ネットワーク

さて、今日、「地域」は新たな社会づくりに向けて、市町村合併やそれに伴う保健所等の組織の統廃合などを行いつつ大きく変動し続けているが、各都道府県の地域事情については相互に大きく異なっている。例えば、面積、人口規模、人口密度や、道府県内の政令指定都市の有無、指定入院医療機関、指定通院医療機関設置予定がある地域とない地域、触法精神障害者への地域支援サービスを提供しうる地域資源の有無など、地域精神保健福祉体制の整備状況についても地域間格差が大きい。そして、本制度の対象者の発生頻度なども大きく異なることが予想される。

従って、医療観察制度を運用する上で、都道府県ごとの現状をふまえた実践可能な運営要綱の策定が不可欠である。そして、各都道府県単位で策定される運営要綱中の、医療観察制度運営連絡協議会、地域連絡協議会、ケア会議の構成員からなる具体的な「地域処遇ネットワーク」が、当面の実質的な「地域」と見なしうる。

3. 「地域処遇ネットワーク」にかかる現状と課題

都道府県ごとの地域事情をふまえた具体的な「地域処遇ネットワーク」を規定する運営要綱の策定状況は、全国的にみて遅々として進んでいない。これには、本制度にかかる地域処遇の適正な運用の基準を示す国の「地域処遇ガイドライン」がまだ最終確定していないことや、地域における入院と通院処遇を行う指定医療機関や、それを運営するマンパワー体制の整備が十分に整っていないといった事情が大きく影響しているものと思われる。

しかしながら、本制度の運用開始の期限は間近に迫っており、都道府県単位での具体的な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重点課題となっている。そして、そのネットワークを実際に運用しつつ、それを地域処遇ガイドラインにそって運用できるよう整備を目指すことが中長期的な課題となる。なお、従来は、地域レベルでの法務省関連機関と精神保健福祉関連機関相互の意見交換の場はなく、相互連携に向けた取り組みは皆無に等しかった。従って、当面は、双方が意識的に都道府県単位での具体的な地域処遇ネットワークづくりに向けた運営要綱作成という作業を介して、各々の特性を知り、実質的な相互連携と協働体制の確立を目指すことが必要である。

ところで、現時点までに幾つかの都道府県で「運営要綱(案)」が策定されているが、その要綱案における「医療観察制度運営連絡協議会、地域連絡協議会、ケア会議」の構成機

関は、保護観察所と都道府県・市町村主管課が主体になっている点では共通しているものの、その他の点では、各地域の実情を反映して多様である。なお、国のガイドライン案に示された具体的かつ実質的な「地域処遇ネットワーク」を構成する地域精神保健福祉関連の候補機関は多彩であるが、このうち(オ)市町村主管課については、市町村が精神障害者福祉サービスにかかる業務を開始したのは平成14年度からであり、(カ)福祉事務所についても、地域社会における処遇の対象者の自立支援は初めての経験である。従って、これらの地域機関については、精神保健福祉センター、保健所等の専門機関による支援などについて配慮が必要である。また、(ク)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の多くは民間団体であるが、後述の如く、本制度を支えるだけの条件の整った施設、業者については全国的に極めて少ない。以上の諸状況を勘案すると、地域処遇ネットワークは、当面、地方厚生局、指定医療機関及び保護観察所と、都道府県主管課と精神保健福祉センター、保健所などを主体に運営せざるをえず、国ガイドラインに沿った地域処遇ネットワークの整備については、各地域の実情を踏まえて、段階的計画的に整備していく必要がある。

また、本研究班における検討では、適切な地域処遇のための通院医療体制の整備には、多職種チームで行う専門医療、標準化された医療サービス、アウトリーチ型ケアの提供、司法領域と精神保健医療福祉領域双方の関係諸機関の緊密な連携、ケアマネジメントの適用、危機発生時の対応法の確立などの諸課題が指摘され、通院および地域処遇体制の実現に向けたモデル事業の試行などを通じて、これらの諸課題の継続検討が必要との意見が多数を占めた。このうち、次年度は、司法と精神保健医療福祉の関係者の連携のもと、多職種チームで行う専門医療やアウトリーチ型医療ケアサービスなどにかかる試行計画が実現し、個々の事例への取り組みの成果などを提示することができれば、地域処遇ネットワークの整備に大いに役立つものと期待しうる。なお、地域住民が精神障害者への理解を深め、障害者の社会参加を理解支援しうる新たな地域社会づくりを目指す上で、本制度対象者の病状悪化などによる危機発生時の対処法の確立は不可欠の要件といえよう。

4. 一般地域社会の現状

(1) 地域精神保健福祉ニーズの増大

生活の場である一般地域社会の現状については、少子高齢化、国際・情報化の進展と長引く経済不況などを背景にした急激な生活環境の変化の中で、地域住民の日常生活上のストレスは増大の一途をたどっており、うつ病、不安障害、適応障害などの精神疾患や子ども虐待、DV、老人虐待、ひきこもり、自殺、アルコール・薬物関連問題などが増え、地域保健の中で精神保健は極めて重要な課題となった。その結果、21世紀の国民の健康づくり計画である「健康日本21」では、すべての国民が地域でいきいきと生きる上で「心の健康づくり」が重要であること、「学校」「職域」「地域」における心身の健康づくりを統合的に推進する必要があることなどが明示されるに至った。

以上、地域精神保健福祉をめぐる課題は、特定少数者の問題ではなくなり、地域保健、地域福祉、地域医療にとっての重点課題となった。そして、新たな地域精神保健福祉ニーズに対応するためには、生活者の視点にたった地域生活支援体制の整備が必要で、保健・医療・福祉の統合に加え、就労、学習、文化、そして司法との統合の実現が目標とされる

ようになって、地域社会は大きく変わりつつある。

(2) 変化する地域の体制

昭和 40 年に保健所を地域の第一線機関とし、精神衛生センターがそれを支援する体制として開始された地域精神衛生活動は、平成 14 年度に、市町村が地域の第一線機関となって精神障害者福祉の相談業務を執り行い、精神保健福祉センターが政令指定都市の必置機関となることで、新たな地域精神保健福祉体制に向けた変革への第一歩を踏み出した。その結果、市町村の相談窓口への精神保健医療福祉にかかる相談件数は急激に伸び、介護保険制度や支援費制度の導入と相まって、市町村の業務量は激増した。他方、保健所は、福祉事務所等との再編統合が進む中、市町村支援や新たな地域精神保健課題への対応ニーズが急増し、その対応にとまどっている。そして、精神保健福祉センターの業務は、新たな法定業務に加え、広域情報センター機能、地方自治体施策の企画立案に資する調査研究、広域調整、新たな精神保健福祉ニーズへの対処法の開発など、多様化と増大の一途をたどっており、地域の実情をふまえた優先課題の見極めと実践に日々追われようになった³⁾。

その後、今日に至るまで地域体制の変革の動向はさらに激しさをましている。まず、平成 14 年 12 月、今後の国の精神保健医療福祉施策の方向性についての提言として、社会保障審議会の精神障害分会報告書「今後の精神保健福祉施策について」が公表された。それを受けて、国の精神保健福祉対策本部が立ち上げられ、平成 15 年 5 月には、同本部からの中間報告書が出された。次いで、「心の健康問題の正しい理解のための普及啓発」、「精神病床等に関すること」、「精神障害者の地域生活支援のあり方」の 3 検討会が設置され、平成 16 年 3 月～8 月には相次いで報告書がとりまとめられた。

これらの報告書をふまえ、同年 9 月には、「地域生活中心の体制の整備」を目標とする今後 10 年の国施策を示した「精神保健医療福祉の改革ビジョン」が公表され、10 月には社会保障審議会障害者部会において「今後の障害保健福祉施策について、改革のグランドデザイン案」が提示された。そして、平成 17 年に 2 月には、この両改革案をふまえた「障害者自立支援法」が国会審議案として提案された。

この法案では、障害者の地域生活支援にかかる包括的・具体的なサービス提供体系が提示され、その実現に向けた市町村、都道府県などの役割が明示されている。他方、障害程度の認定にもとづくサービス提供量の決定や、地域の精神保健医療福祉施策の効率的・効果的な体制整備を図るための市町村、都道府県計画の策定などが盛り込まれており、そのために、地域ニーズの動向把握、企画立案、計画案の進行状況の評価システムを速やかに構築することが求められている。

以上、昭和 40 年に全国の保健所を拠点として開始された地域精神衛生システムは、今日、障害者自立支援法案で示されたように、日常生活圏、市町村圏域、二次圏域、都道府県域、国などからなる立体的層構造的システムへと変貌をとげつつある。こうした、地域の体制的变化は、地域精神保健福祉領域にかかる行政機関相互の役割分担の変化という点で、行政の現場担当者に大きな影響を及ぼしているが、民間団体が主体の地域社会資源である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にも大きな不安と混乱を引き起こしている⁴⁾。

すなわち、国策としての今後の精神保健福祉体制整備の方向については、地域中心の施

策展開という方向にあるものの、既存の各種地域資源の具体的な位置づけについては、今後どのように変化するのか不透明な部分が多い。特に、精神障害者の地域生活支援に中心的役割を果たしている地域作業所は、その多くの施設が法内施設としての位置づけがなされないまま、地域支援活動を展開してきたこともあり、今後の地域体制の中でどのように位置づけられることになり、今後の事業展開をどのようにしてゆけばよいのかについてスタッフ間には不安が高まっている。

ところで、医療施設から地域生活中心へという国策の転換をふまえ、公民協働での新たな地域づくりという課題を達成する上で、民間団体が果たすべき役割は極めて重要である。実際、地域の民間団体は、このところ急速に実力をつけてきているが、精神障害者の就労支援、社会参加、住居あっせんなどを取り扱う地域資源は全国的にみて極めて不十分な状況にとどまっている。さらに、地域作業所、小規模授産所、地域生活支援センターへの運営補助金など地域資源の整備に必要な財源は不足していたこともあって、今日、多様化の一途にある新たな地域精神保健医療福祉ニーズに十分応えられる体制整備はなされていない。また、地域作業所の職員が担う施設利用者のリスク管理についても、実質的には、24時間体制で対応せざるをえない状況にあり、心身ともに燃え尽きの危機に瀕しているスタッフも少なくはない。

(3) 地域における司法関連ニーズの増大

地域で生活する精神障害者にかかる地域住民の意識は様々である。そうした中で、不幸にして精神障害者が関与した事件が発生し、マスメディアで報道されると、住民の不安が高まり、精神障害者支援施設の管理状況について、保健所などへの苦情が持ち込まれることが一挙に増加する。また、近年、近隣住民からの法 23 条にもとづく通報件数などが増加しつつある。他方、措置入院となった当事者からは、処遇改善に向けた不服審査請求や個人情報開示請求が増加し、権利擁護にかかる訴えが増加している。さらに、子ども虐待など、司法がらみの新たな地域精神保健福祉ニーズは、今日、増大の一途をたどっている。また、都市部では、精神科救急医療ニーズは近年著しく増大しつつあるが、救急事例の中で、司法案件がらみの事例が増加しつつあり、精神科救急情報窓口を担う行政職員は、その対応に苦慮することが増えている。

他方、周辺地域住民の精神障害者に対する十分な理解が得られない状況にあって、新たな精神障害者地域生活支援施設の開設は、地域住民にとっては、迷惑施設的な存在で、触法精神障害者の報道を契機に批判攻撃、排斥の対象となるといった状況が出現することもしばしばである。そうした地域の誤解・偏見と対峙しながら、困難な支援活動を展開している精神障害者の地域作業所に、新たな課題として出現した触法精神障害者の社会参加支援活動を引き受けるだけのゆとりはない。確かに、全国的にみれば、こうした様々な困難を乗り越えて、触法精神障害者の社会参加支援活動を展開している民間の地域生活支援団体も育ちつつあり、今後、地域における相互支援体制を整備することで、複雑困難な事例への支援ニーズに対応しうる民間施設を増やしていける可能性はある。しかしながら、そうした民間施設はいまだ少数にとどまっているのが現状であり、先述の地域処遇ガイドラインの各論に記載された、精神障害者社会復帰施設等の役割の遂行については、当面のところ多くを期待することはできないと考えるのが妥当であろう。

以上、精神障害者の地域ケアに携わる機関は、めまぐるしく変化する地域保健、医療、福祉関連法案に既定された役割の変化にとまどうとともに、業務量の増大に十分に対応しきれない状況にある。従って、本制度の円滑な運用に向けた段階的整備計画をたてる上で、これらの地域社会の実情を十分に考慮する必要がある。

5. 一般地域社会における課題

本制度運用の場としての地域コミュニティの現状と課題については、司法関連ニーズも含め、地域住民の新たな精神保健医療福祉ニーズが増大しつつあるという現状にあって、そうした今日的な地域ニーズに応えうる体制として、市町村を中心に都道府県と国が支えるという立体的・重層的な地域づくりが最優先の重要課題となっている。また、司法関連の課題については、刑事司法段階における鑑定精度の問題、起訴便宜主義の問題、措置入院制度の適正な運用の問題等も併せて検討し改善を図る必要がある。

他方、本制度の運用に際してはノーマライゼーションの実現がその基本理念となる。すなわち、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という理念をふまえて、最終的には本制度の対象者の社会復帰・社会参加を目指すことが必要である。生活者の視点からみた地域生活では、健康増進と福祉的支援体制の整備のみならず、就労、教育、文化的領域の統合、司法領域との統合が重要である。しかし、このうち司法領域と他領域との統合の実現については、司法的処遇と社会参加支援という性格の異なる二つの領域の統合という意味で、保健・医療・福祉の統合の課題以上に様々な困難が伴う。また、司法領域の関係者との緊密な連携の必要性が地域精神保健医療福祉関係者に意識されるようになったのは、医療観察法の成立以降のことであり、両者の統合という目標の達成のためには、課題の整理を行い、両者間の移行連携を円滑に行うための中間的組織なり段階的プロセスの導入といった工夫が必要と思われる。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、実際に、本制度の対象事例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、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、市町村を中心に、二次障害保健福祉圏域、都道府県、国の立体的・重層構造的な「地域づくり」については、その体制整備の進捗状況を評価しつつ、本制度の安定的運用に向けた段階的取り組みについての実践、検証の結果をふまえて、計画的な地域生活支援体制の整備を図る必要がある。

6. まとめ

本稿では、「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」という意味と、本制度による処遇が終了した後の、対象者の生活の場である地域社会(地域コミュニティ)とにわけ、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」はある程度までは整理されたが、他の国ガイドライン等との調整を経た最終版は公表されておらず、都道府県単位での「運営要綱」の策定は遅々として進まないという現状にある。これには、最終ガイドラインのみならず、本制度にかかる地域処遇の適正

な運用の基本となる、地域における入院と通院処遇を行う指定医療機関とそれを運営するマンパワー体制の準備も遅れていることが大きく影響しているものと思われる。しかしながら、本制度の運用開始の期限は間近に迫っており、都道府県ごと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点課題といえよう。また、本研究班の検討では、適切な地域処遇のための通院医療体制の整備には、多職種チームで行う専門医療、標準化された医療サービス、アウトリーチ型ケアの提供、司法領域と精神保健医療福祉領域双方の関係諸機関の緊密な連携、ケアマネジメントの適用、危機発生時の対応法の確立などが課題であるとの結論を得た。

他方、地域社会は、今日一種のカオス的状況にある。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。そして、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、その目標達成には、まず、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、実際に、個々の本制度の対象事例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、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、市町村を中心に、二次障害保健福祉圏域、都道府県、国の立体的・重層構造的な「地域づくり」については、その体制整備の進捗状況を評価しつつ、本制度の安定的運用に向けた段階的取り組みについての実践、検証の結果をふまえて、計画的な地域生活支援体制の整備を図る必要がある。

参考文献および文献

- 1) 竹島正、他：触法精神障害者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、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(主任研究者：松下正明)」分担研究報告書、2003。
- 2) 平成 16 年 9 月 3 日：.全国精神保健福祉センター長会「地域社会における処遇のガイドライン概要(案)」等に対する意見、全精セ媛第 29 号。
- 3) 桑原寛、他：精神保健福祉センターの業務のあり方に関する研究、平成 15 年度厚生労働科学研究費補助金(障害保健福祉総合研究事業)「都道府県・市町村等における精神保健福祉施策の充実に関する研究(主任研究者：中島克己)」分担研究報告書、2003。
- 4) 桑原寛、他：地域精神保健福祉に関する指標の開発の研究、平成 16 年度厚生科学研究費補助金(障害保健福祉総合研究事業)「精神保健サービスの評価とモニタリングに関する研究(主任研究者：岩崎榮)」分担研究報告書、2004。

心神喪失者等医療観察法における通院医療とケア・マネジメント

研究協力者 三澤孝夫 国立精神・神経センター武蔵病院

はじめに

我が国における「心神喪失者医療観察法」のモデルとなったのは、欧米諸国における司法精神医療制度であり、特に英国の司法精神医療制度の影響を強く受けている。英国の司法精神医療の歴史は古く、国王暗殺未遂事件(ハットフィールド事件)を契機とした1808年の州精神収容施設法まで遡ることができる。そして、現在においても、英国は、欧米諸国の中で司法精神医療における中核的な国となっている。英国は、また精神障害も含めた身体障害者や知的障害者等、幅広い障害者に対する脱施設化の政策を行い、地域内での障害者のケアや援助などを主導的に行ってきた福祉国家としてもよく知られている。そのため、司法精神医療の分野においても、「バトラー報告書」が1975年に提出され、この勧告を受けて、1983年に成立した英国の精神衛生法(Mental Health Act 1983)等において、司法精神障害者の地域内施設での入院治療と退院後アフターケアのため、地域保安ユニット(Regional Secure Unit/ 1 Unit=30床程度)を整備している。この英国の地域保安ユニットが、その病棟構造のみにとどまらず運営、病棟内の治療、援助方法なども含め、日本の心神喪失者等医療観察法における指定入院医療機関の病棟(=33床程度)のモデルとなっている。

英国における司法精神医療対象者の地域援助体制

日本の司法精神医療制度は、英国の司法精神医療制度の影響を強く受けており、特に入院医療において、その傾向は顕著である。しかし、入院医療が比較的英国の医療制度等をそのまま移植しやすいのに比べ、通院医療は、現在の日本の社会状況や地域の社会復帰施設、地域支援制度等の制約を大きく受けることになり、そのまま英国の司法精神医療制度を持っていくことが難しい。

英国を始めとした欧米諸国は、一般精神医療、福祉の分野において、1960年代より「病院ケアから地域ケアへ」に、精神障害者政策の大きな転換を計っており、それにより精神障害者の社会復帰のための多種多様な施設と制度の整備を着実に進めてきた。しかし、我が国においては、この時期にこのような政策が採られず、その後も、精神病院入院患者中心の政策が続けてきた結果、日本の地域における精神障害者社会復帰施設、地域支援制度の整備は、英国に比べて質・量ともに非常に立ち後れている。一例を挙げれば、地域における日本の精神障害者向け居住型社会復帰施設は、人口1万人に対して0.6人分程度しか確保されておらず、人口1万人に対して4.7人分の精神障害者向けの居住型社会復帰施設を整備している英国の1/8程度である。また、質的にも24時間対応型の入居施設や、夫婦、家族などで住める入居施設など、日本にはない多様な精神障害者の社会復帰施設が存在している。また、英国では、精神障害者の地域における支援制度も充実しており、CMHT(Community Mental Health Team)などの訪問援助を行える多職種専門チーム(Multi-Disciplinary Team=1チーム=10名程度で精神科医、精神科看護師、作業療法士、

心理士、精神保健福祉士など多職種で構成)が、地域の精神障害者 25 名に対して援助者 1 名割合で、各市区町村において整備されている。また、重篤な精神障害者については、精神障害者 10 名に援助者 1 名程度の割合で濃密な援助の出来る訪問援助チーム(AOT Assertive Outreach Team=米国:ACT 等)も編成されている。その他にも司法精神医療対象者専用のホステル(日本の生活訓練施設に相当)や訪問援助を行う司法精神医療の専門多職種チーム(Community Forensic Psychiatric Services / Forensic Outreach Team)なども存在している。このような地域における精神障害者の社会復帰施設や訪問援助チームなどの地域支援制度が、保護観察所や指定通院医療機関と連携し、司法精神医療の対象者の通院医療を地域の中で支え、対象者の通院援助や症状悪化時の緊急援助等に対応しているのである。

司法精神医療におけるケア・マネジメント

英国における司法精神医療の対象者に対する地域援助は、上記のようにその援助等の困難性から医療機関、訪問援助チーム(CMHT,AOT 等)、社会復帰施設等)などの複数の機関が相互に連携して対象者を援助することが多く、その情報の共有化と責任所在の明確化、対象者の病状変化や援助依頼への即応性のある援助の確保等が必要であった。そのため、英国の司法精神医療・福祉の分野においては、「CPA(Care Programme Approach)」というケア・マネジメント手法が開発され、地域での医療サービスと社会サービスを計画的・有機的に提供していけるようになった。そして、「CPA」は、1991年には英国政府により、退院困難性の高い精神障害者を対象とするケア・マネジメント手法として正式に全英で導入されることとなる。これにより、司法精神医療・福祉分において、入院から地域ケアへの連続性、地域での包括的サービスが確保されることとなり、多機関を利用した、多職種による司法精神医療対象者の援助が、円滑に進むようになっていった。(CPA は、その後、英国の精神保健政策の基礎となり、1999年には改正が行われ、司法精神医療の対象者等の退院困難性の高い精神障害者を対象とする「enhanced CPA」と複数の関係機関等を利用して一般精神障害者を対象とする「standard CPA」に別れている)。

日本においても、心神喪失者等医療観察制度における入院処遇から地域処遇への移行、多職種チームや複数関係機関の連携、地域での司法精神医療サービスと社会サービスを計画的・有機的に提供等を行うことのできるマネジメント手法として、「CPA-J(Care Program Approach in Japan)」が、国立精神・神経センター武蔵病院を中心に研究されている。『CPA-J』は、英国の「enhanced CPA」を日本の司法システム、司法精神科医療・保健・福祉の状況、社会環境等に合うように改良したものであり、利用者を心神喪失者等医療観察制度の対象者としながらも、ケア・マネジメントの基本的な理念等は、できるだけ尊重できるように作成されたケア・マネジメント手法である。『CPA-J』の特徴としては、「医療サービスと社会サービスの統合」、「多職種チームによる医療」「ケア・コーディネーターの存在」「文書化されたケア計画」「危機予防と危機介入」「説明と同意」「定期的見直し」「ケア提供者とその利用者との協議」などがある。

心神喪失者等医療観察法における対象者の地域援助体制

心神喪失者等医療観察法における対象者の通院医療・地域生活援助については、指定通

院医療機関と保護観察所の「社会復帰調整官」が、中心的な役割を担うことになる。しかし、新設された社会復帰調整官は、初年度において、各都道府県1～2名程度の配置と非常に少なく、指定通院医療機関については、基幹型の指定通院医療機関でさえ、精神保健指定医が配属される他は、未だ何も決まっていない状況である。

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、英国の地域での司法精神医療・福祉制度と大きく異なり、日本の心神喪失者等医療観察制度の重大な問題点となっている。

日本においても、中核となる指定通院医療機関の基幹型施設においては、「ケア調整者(CPAにおけるケア・コーディネーター)」などの直接の訪問援助や「CPA-J」などのケア・マネジメントに携わることのできる専門職を配置し、少数配置となる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、心神喪失者等医療観察制度の対象者社会復帰援助を、円滑に進めていくことが可能となる。

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、治療等に関する基礎的研究」
（主任研究者 松下正明）
分担研究「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）

研究協力報告書「医療観察法通院医療と ACT」

研究班員：野口博文 国立精神・神経センター精神保健研究所 司法精神医学研究部
久永文恵 国立精神・神経センター精神保健研究所 社会復帰相談部

研究要旨

本稿では、医療観察法による指定通院医療に、ACT (Assertive Community Treatment) を援用する可能性について言及した。

先行研究では、包括的・集中的な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、本法の対象者にかかる種々の要件を個別に検討し、指定通院医療で達成し得るモデル整備が求められた。一義的には、本法に主としてかかわるケア調整者（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た。

A 問題の所在

医療観察法の対象者が地域生活を営む際には、対人関係でのストレス、社会・経済的な困窮、地域とのコンフリクトなどの困難にさいなまれることが考えられる。精神障害者が刑事司法制度におかれる要因として、Lamb と Weinberger (1998) による総説(3) (資料 1) では、生活支援の欠如や適切な受療の困難といった課題が指摘されている。従って、これらを支える通院治療には、症状管理のほか、スキルトレーニングや環境調整など、対象者の状況に応じたサービスを提供することが求められる。また、通院処遇期間は 3 年間（最大 5 年間）に留められており、その後の地域生活の維持に結び付けていくためには、本法による通院治療を包括的かつ集中的に実施することが不可欠であろう。

これらに対する一策に、ACT (Assertive Community Treatment: 包括型地域生活支援) モデルの援用が挙げられる。ACT は、重度の精神障害者を対象としたケースマネジメントの技法（表

1) として、我が国においても調査研究が実施されているところである(8)。すでに、欧米における先行的な取り組みのなかでは、精神症状の安定や住居定着、QOL の向上などの効果(図 1) が実証されている(7)。さらに、ACT の構成要素に特定のサービスや人的資源を付加することにより、物質乱用や PTSD など、個別のニーズに焦点を当てたプログラムが開発されている。

一方で、ACT による拘置期間や薬物の遵守性などの効果には、十分に実証を得ることがむずかしい(図 1) ことに留意する必要がある。医療観察法の対象者の特性を顧慮すると、ACT モデルに司法精神医学の専門的治療サービスを取り入れるとともに、司法関連の資源と緊密に連携することなどが求められよう。このほか、「(他害) 行為の再発の防止」を図る(医療観察法第一条 1 項) ことを強調するあまりに、ACT をパターンリスティックな管理に結び付けるおそれも指摘される。本法のもつ強制的な側面を照らし合わせると、対象者の生活の監視や制限に陥らないよう、地域生活

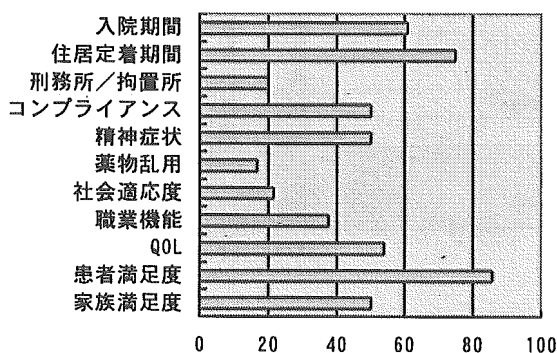
にかかる権利の擁護に配慮しなくてはならない。
 本稿では、これらの条件を整理することにより、指定通院医療においてACTを援用する可能性について言及したい。

表1: ACTプログラムの特徴

- 重度精神障害者を対象とする
- 多職種によりケアを提供する
- 1:10以下をケースロードとする
- チーム全体でケアを共有する
- 医療・保健・福祉サービスを包括する
- 積極的に訪問支援を行う
- 無期限によりサービスを提供する
- 一日24時間、週7日にわたる支援体制を築く

(伊藤ら, 2003)

図1: ケアマネジメントの効果



(Mueser et al.: 大島による 一部改変)

B 現況の分析

1. 触法精神障害者とACT —効果—

触法精神障害者を対象としたACTの効果に関する報告は、極めて少数に留まっており、その結果に関しても混在している。過去の調査研究においては、定型のサービス提供では「再拘置の抑制に結びつかない(14)」とするものや、日常の行動観察によって「刑務所の利用を促進する(12)」とする結果が示されていた。

一方で、個別に支援ネットワークを構築することによって、ACTを効果的に運用できる(14)ことも示唆されている。すなわち、触法行為が惹起されやすい生活環境を積極的に調整するなかで、衝動コントロールや司法へのコンプライアンスを支持できるのである。Parker (2004) の報告(11)

(資料2)では、条件付き釈放期間において司法関連領域と緊密に連携することで、地域滞在率に一定の効果をあげられることが示されている(表2・図2)。さらに、米国のThresholds精神科リハビリテーションセンターにおける介入研究

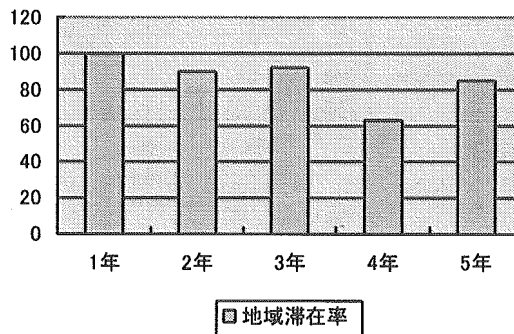
(2004)では、拘置所から地域への移行過程にACTを連結することで、再入院および再犯の期間や頻度が著しく減少する結果(5)(資料3)が報告されている(図3)。

表2: 条件付き釈放下におけるACTの効果

	ACT	(NY州)	(OR州)	(CA州)
再犯率	1.4%	5.7%	7.9%	3.4%
再入院率	14.0%	14.5%	25.8%	20.4%

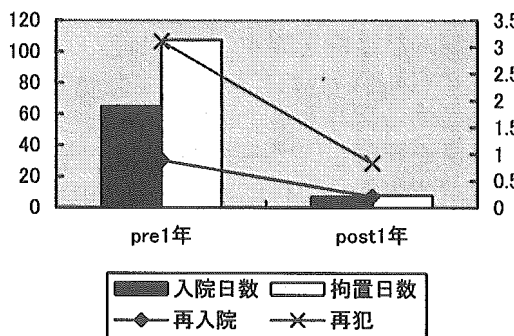
(Parker, 2004)

図2: 条件付き釈放下における地域滞在率



(Parker, 2004: 一部改変)

図3: 再入院および再犯にかんする前後比較



(Marion et al., 2004: 一部改変)

2. 触法精神障害者とACT —組織の特徴—

次に、組織の特徴をみると、裁判所命令による居住地の制限や薬物療法の強制を代行するといった事例が報告(12)されていた。しかしながら、パターンリスティックな管理のみでは、ACTの効果を十分にあげられないことが推察される。これを回避するために、地域生活にかかる各種機関と包括的に連携することや、専門支援を提供する人的資源を確保することが必要となるのである。

Lambertiら(2004)によると、近年では、精神科救急や責任能力開発プログラムと協力している(4)(資料4)ところがみられる。さらに、居住

管理プログラムを付加したり、チームのなかに薬物依存の専門スタッフや保護観察官を有したり

している状況がうかがえる（表3）。

表3：触法精神障害者を対象とした組織の特徴

地域	設置(年)	対象者(数)	連携機関	SV-A	SV-B	SV-C
Madison, WI	1991	82	精神保健センター (救急ユニット)	無	有	有
Rochester, NY	1995	50	精神医療センター	有	無	無
Little Rock, AR	1996	-	裁判システム	有	無	有
Hamilton, OH	1997	25	-	無	有	有
Chicago	1998	30	-	有	有	有
Modesto, CA	1999	48	責任能力開発プログラム	無	有	無
Santa Rosa, CA	1999	100	-	有	有	無
Los Angeles	2000	108	-	無	有	有
Ventura, CA	2001	40	精神科医療機関	有	有	有
Oakland, CA	2001	100	精神科救急サービス	無	有	無
Monterey, CA	2001	30	裁判システム	有	有	有
Ukiah, CA	2001	45	-	無	有	有
Greenberg, CA	2002	70	裁判システム	有	有	有
St. Petersburg, FL	2002	100	裁判システム	無	無	有
Portland, ME	2003	40	保護観察所	有	無	有
Birmingham, AL	2004	70	-	無	無	有
SV-A：居住管理プログラム（8/16カ所） SV-B：保護観察官の付加（11/16カ所） SV-C：薬物依存専門スタッフ（12/16カ所）						

(Lamberti et al., 2004: 一部改変)

3. 触法精神障害者とACT サービスの特徴

Allness と Knoedler (1999) によると、ACT では、強制的な治療を要する者に対し、一定の役割を果たす(1)といわれている。すなわち、生活場面に多面的に関与することで、その者のもつ能力やリスクを理解し、ニーズに応じた支援を提供することができる。これにより、司法領域のみでない分野においても関係を構築でき、強制的な治療を終結した後に継続することに結び付くのである。

また、治療中断を呈する事例へのアウトリーチによって、治療動機を高めたり、リスクの程度を測ったりすることができる。さらに、他害行為の再発の恐れが顕著な場合においても、医療保護等の手続きに積極的にかかわることができ、その者や保護者、後見人を支持することになる。

このような介入の在り方（表4）は、医療観察法の対象者の社会復帰を促進するために不可欠であると思われる。本法においては、医療の実施として、「居宅における療養上の管理（第八条2項）」を行わなければならないと規定されており、これを積極的に提供することが求められる。

表4：強制治療におけるACTのサービス（例）

- 退院計画へのかわり

- 対象者のストレングス評価
- 生活場面でのリスクアセスメント
- 地域の特性に基づく住居・雇用開発
- 居宅における症状管理・薬物管理
- 生活場面でのアンダーコントロール
- 司法領域外における生活支援・余暇活動の支援
- 24時間365日にわたる危機介入
- 治療中断例に対する受療勧奨
- 処遇計画に基づく移送
- 再入院の際における対応の継続
- 家族・地域住民への直接介入
- 被害者ケアとの連携
- 保護観察所との常時の連携
- 司法手続きの勧奨（処遇終了の申立て等）
- 処遇終了後における対応の継続

4. 触法精神障害者に求められるプログラム

これまで述べたように、ACTを医療観察法の対象者に実施するためには、サービスを効果的に提供できる組織や人的資源が必要である。今後、種々の条件を個別に検討し、指定通院医療によって達成し得るモデルとして整備することが求められる。

これにかんし、欧米では、支援を構成する要素を整理し、フィデリティ尺度（適合度評価尺度：大島による）として標準化する取り組みが行われ

ている。ACTにも、そのプログラムモデル（表5）を提示することで、組織とサービスの質的保証や啓発に寄与している（10）。また、Mohanら（2004）の報告（6）（資料5）では、司法精神医療に関する

地域ケアシステムにおいて、ACT様といえる統合型プログラムに求められる要件を、その重要度によってリスト化（表6）されている。

表5：ACT フィデリティ評価項目

人的資源：構造と構成	組織の枠組み	サービスの特徴
<ul style="list-style-type: none"> ○ 少ないケースロード ○ チームアプローチ ○ プログラムミーティングの頻度 ○ チームリーダーも実践を行う ○ スタッフの継続性 ○ スタッフの欠員がないこと ○ 精神科医がスタッフにいること ○ 看護師がスタッフにいること ○ 薬物・アルコール依存専門家がスタッフにいること ○ 職業専門家がスタッフにいること ○ プログラムのサイズ 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 明確な加入基準がある ○ 新規加入率が低く抑えられる ○ 治療サービスに対する完全な責任 ○ 救急サービスに対する責任 ○ 入院に対する責任 ○ 退院計画に対する責任 ○ 無期限のサービス提供 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 地域ベースのサービス ○ ドロップアウトを出さないポリシー ○ 積極的エンゲージメントの仕組み ○ サービスの密度 ○ かかわりの頻度 ○ 私的サポートシステムとともにかかわる ○ 個別の物質乱用治療 ○ 重複診断治療をグループで行う ○ 重複診断モデルの使用 ○ 治療チームにおけるコンシューマーの役割

(Teague G B et al.: 大島による)

表6：司法精神医療にかんする地域ケアシステムの要件

	重要度
地域の精神保健サービスと緊密に連携する	4.5
CFWは、10-15:1のケースロードで稼働する	4.3
全対象者に、広範かつ詳細にリスク評価を行う	4
法的指導（保護観察等）の代行要請を受け入れる	3.7
新規に要請を受ける際の照会基準をもつ	3.7
重度の精神障害者に包括的にサービスを提供する	3.6
CFWは、薬物依存を含む対象者にケースマネジャーとして稼働する	3.5
CFWは、一般ケースマネジャーとの役割を明確にする	3.5
刑事司法制度と適切に連携する	3.4
CFWは、専門訓練を受ける	3.4
新規に登録を行う際の判断基準となる指針をもつ	3.4
対象者を、法的指導から一般サービスに簡易に移行することができる	3.3
CFWのスーパービジョンを、司法の専門スタッフにより提供する	3.3
チームは、公的機関として事業認定を受ける	3.3
公的業務（司法申立て等）を、CFWにより提供する	3.3
チーム内に司法心理士を有する	3.1
CFWのケースロードに、一般精神障害者を含む	3.1
CFWの主要な業務は、アセスメントおよび助言とする	3.1
リスク評価を、チームにより行う指針をもつ	3
・ 人格障害者・性犯罪者等に対する専門サービスを提供する	<2.9
・ CFWは、個別対応の原則をもつ	
評価スケール	
1. ぜんぜんない	
2. まれに	
3. ときどき	
4. ほとんどいつも	
5. いつも	

※CFW: Community Forensic Worker

(Mohan et al., 2004: 一部改変)

本章の構成にあたっては、「平成16年度司法精神医療等人材養成研修教材集 IV-2 指定通院医療機関における治療（吉川和男）」を一部参照した。

なお、本章では十分に触れられなかったが、現況の分析をすすめるために参照した欧米での先行研究にかんし、これらの概要を添付した（資料1・2・3・4・5）。

C 条件の検討

ここでは、前述したプログラムモデルを参照し、平成15年度「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」において作成された通院治療の構成要素（資料7）に対し、ACTを援用するための条件を検討する。

1) 人的資源

指定通院医療機関において、ACTに専任でかわるチームを多職種によって組織する。このなかには、司法精神医学の専門スタッフを含めることが不可欠である。また、対象者に対し常時1:1で対応するほか、通院および訪問看護等によるものを高頻度で提供することが求められる。

このチームによる治療効果を高めるためには、処遇にかかる各日のミーティングのほか、定期的スーパービジョンを受けることが必要である。

2) 評価・支援計画

対象者にかんする評価には、地域における環境要因を含め、包括的かつ継続的に行う。特に、居

宅など生活場面において、他害行為の再発のリスクを判断することが重要となる。

これに基づく支援計画には、受療にかかる動機を高めるよう、対象者との同意を得ることが求められる。

3) 専門治療

薬物療法のほか、心理療法、作業療法等のニーズに応じた支援を、アウトリーチにより直接提供する。なかでも、司法領域にかんする心理教育プログラムを、個別またはグループに対し定期的に提供することが重要となる。

住居や雇用の開発など、対象者の社会的な不利を回避するために支援することも望まれる。

4) 連携

地域において、保護観察所と定期的にケア会議を行ったり、常時に報告することができる体制を築いたりしなければならない。さらに、地域における各種の社会資源との連携を確保し、対象者の状況に応じて照会することが必要である。

また、対象となった他害行為による軋轢を軽減するよう、保護者や地域住民に直接介入する。加えて、被害者へのケアを提供する機関と緊密に連携し、必要な情報を提供することが求められる。

5) 緊急時対応

指定通院医療機関では、症状悪化時の緊急対応を確実にするため、24時間対応する必要がある。急性期における介入を許容されるために、事前に同意を得ることも求められる。

一方で、居宅訪問時などにおいて、チームにリスクを被ることがないように、安全管理を徹底する。

6) 権利擁護

対象者のストレングスを重視し、すべてのサービスが、生活の監視や制限などに結び付かないようにすることが求められる。

司法手続きにかんしては、(再)入院時の処遇改善請求や、処遇の終了の申立てにかかるエンパワーを行うなど、対象者に不利益を被らないよう配慮する。このほか、対象者の個人情報に対し、適切な保護措置を講じる体制を整備することが必要である。

7) 制度運用

医療観察法において規定された指定通院医療機関の義務を遵守するとともに、対象者の意思をアドボケートしていくことが求められる。また、処遇終了後における対応を継続するために、対象者との同意を得るよう努める。

さらに、精神医療全般の水準の向上に資するため、サービスの質にかんする第三者評価を受ける

ことが望まれる。

D 施策への提言

医療観察法による通院治療においてACTを適用するためには、その効果の検証や諸条件の整備等の課題を孕んでいる。今後さらに、調査研究をすすめることで、その具体的なサービスの在り方を模索していく必要がある。

米国においては、まだ少数に留まっているとはいえ、触法精神障害者に対するACTをモデルとした治療システムが検討され、司法および精神保健等の施策の策定に寄与している。例えば、オハイオ州 Cleveland CR Program(1990s)では、条件付き釈放に際し、医療機関による評価のほか、司法関係者と地域ケアの専門スタッフとの直接協議などの要件を示し、地域への移行にかかるプログラムモデル(9)を提示した。また、ニューヨーク市 Nathaniel Project (2002)では、住居の開発や受療勧奨を試行することで、再犯率の減少や費用の削減といった効果を挙げ(13)、現在では公的な認可に基づく予算を確保している。

伊藤(2005)によると(2)、ACTの適用にかんし、人的資源の欠如や司法関連機関との連動の限界といった現況での問題を指摘したうえで、本法の対象者を取り巻く地域ケアシステムについて展望されている(図4)。これを実現するためにも、指定通院医療機関の準備性を高める方策にかんし、医療および司法当局に提言することが求められるのであろう。

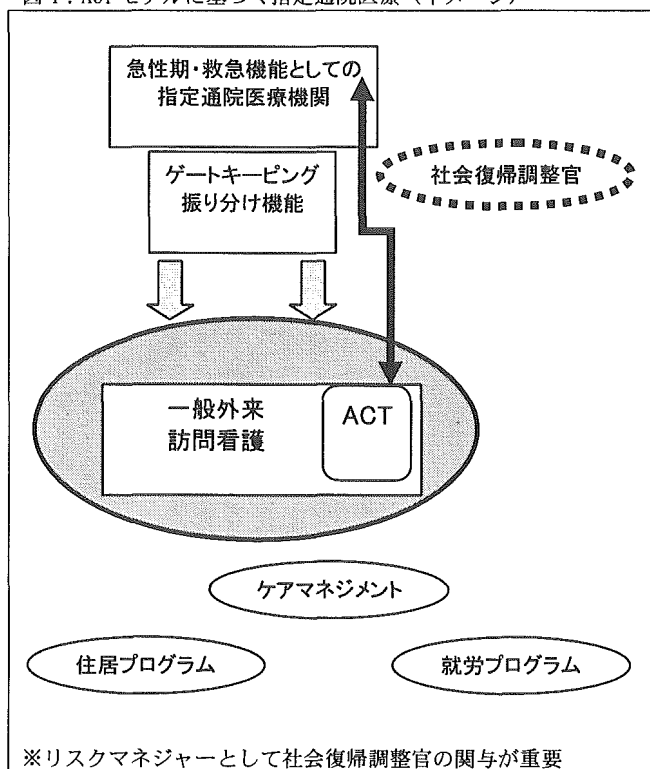
すなわち一義的には、本法による通院治療にかかわるチームを固定されたメンバーで組織できるよう、指定通院医療機関において調整することが求められよう。このなかに、本法の対象者に主としてかかわる者を常時配置することは不可欠であるが、医療法での人員基準には含まれていない。前述した欧米での地域ケアシステム(表6)においては、CFW(Community Forensic Worker: 司法支援ワーカー)のもつ役割の重要性が示されている。本年度「触法精神障害者の社会復帰と通院治療に関する研究」研究会議においては、「ケア調整者(仮称)」として、人的資源を新たに付加することを検討したところであり、これを施策として反映することが望まれる。

また、アウトリーチによって地域ベースでのサービス展開するよう、医師による往診や、看護師等による訪問看護を積極的に行わなければならない。このために、指定通院医療機関のもつキャ

ッチメントエリアを規定し、チームの機動性を高めることが必要である。また特に、訪問看護にかんしては、原則として週3回を限度とされているが、高頻度での接触を可能にするために、これを緩和することが求められる。すでに、厚生労働省による「精神保健医療福祉の改革ビジョン（平成16年9月）」では、医療ニーズの高い重度精神障害者等に地域医療体制の重点化を図るものとされており、このなかに本法の対象者にかかる支援を含んでいくことが期待される。

さらに、専門治療を含めたすべてのサービスに対し、個別チームで責任をもつといった理念に添うようにすることが重要になる。同省による「通院処遇ガイドライン（案）」では、指定通院医療機関の形態にかんし、地域において基幹となる医療機関と連携し、二次補完的にサービスを提供することも検討されているが、治療に対する責任を希薄にしやすい。また、機関相互での支援計画の不一致により、対象者の治療からのドロップも危惧される。これを補うために、対象者の生活場面においてサービスを確実に分担するほか、連携機関に出向き、その場でサービスを直接提供するという方法も考えられる。

図4：ACTモデルに基づく指定通院医療（イメージ）



(伊藤, 2004: 一部改変)

E 結語

本研究では、指定通院医療にACTを援用する可能性について言及したが、医療観察法においては、対象者への専門治療を通して、「(一般)精神医療の水準の向上」を図る(附則第三条)ものとされている。

しかしながら、通院治療のシステム開発はまだ端緒についたばかりであり、制度の運用状況にあわせ、治療サービスにかかるガイドラインの再構築や、人的資源を確保するための予算要求等を行うことが急務であると思われる。また、本稿では触れなかったが、地域での社会復帰調整官との連携体制を確立することはいうまでもなく、治療チームのなかに直接参加できるよう、所要の措置を求めることが望まれる。

これらによって構築されたプログラムモデルは、延いては、精神科医療機関の人員配置や訪問看護の実施規制、さらに現行の法制度では脆弱な緊急時対応の在り方などを見直す布石になり得るといえよう。

F 参考文献

1. Allness DJ & Knodler WH: The PACT Model of Community-Based Treatment for Persons with Severe and Persistent Mental Illnesses: A Manual for PACT Start-Up. NAMI, 1998 (亀島信也・神澤創監訳: PACTモデル. メディカ出版, 2001)
2. 伊藤順一郎: 平成16年度「触法精神障害者の社会復帰と通院治療に関する研究」研究会議. 東京, 2005
3. Lamb HR & Weinberger LE: Persons with severe mental illness in jails and prisons: a review. *Psychiatric Services*, 49: 483-92, 1998
4. Lamberti SJ, Weisman R et al.: Forensic Assertive Community Treatment: Preventing Incarceration of Adults with Severe Mental Illness. *Psychiatric Services*, 55: 1287-89, 2004
5. Marion L et al.: Jail Linkage Assertive Community Treatment Services for Individuals with Mental Illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27: 3, 2004
6. Mohan R, Slade M et al.: Clinical Characteristics of Community Forensic Mental Health Services. *Psychiatric Services*, 55: 1296-97, 2004
7. Mueser K, Bond G et al.: Models of Community Care for Severe Mental Illness. *Schizophr Bull*, 24, 1998
8. 西尾雅明・伊藤順一郎: 精神障害リハビリテーションの援助技術. *精神障害リハビリテーション*, 7(2), 2003

9. Ohio Rev. Code Ann. 2945, 2002
10. 大島巖編: ACT・ケアマネジメント・ホームヘルプサービス. 精神看護出版, 2004
11. Parker GF: Outcomes of Assertive Community Treatment in an NGRI Conditional Release Program. The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law, 32: 295-99, 2004
12. Solomon P & Drain J: Issues in Serving the Forensic Client. Social Work, 40: 25, 1995
13. The Nathaniel Project: an effective alternative to incarceration. Significant Achievement Awards. Psychiatric Services, 53: 1314-15, 2002
14. Wilson D, Tien G et al.: Increasing the Community Tenure of Mentally Disordered Offenders: An Assertive Case Management Program. International Journal of Law and Psychiatry, 18: 61, 1995

G 謝辞

本稿の作成にあたり、国立精神・神経センター精神保健研究所社会復帰相談部 伊藤順一郎先生に一部ご協力いただきました。

(資料 1)

Persons with severe mental illness in jails and prisons: a review.
Lamb HR, Weinberger LE.

目的：拘置所における重い精神障害をもつ人々の存在は、アメリカ合衆国において緊急課題となっている。このレビューは、この課題を検討し、またそれを予防、緩和するために提言をするものである。

方法：MEDLINE、Psychological Abstracts, and the Index to Legal Periodicals and Books を用いて1970年から検索をし、関連する参考文献をすべて収集した。

結果：臨床研究は、市立や郡立の拘置所に拘置されている人たちの6-15%、州立拘置所に拘置されている人たちの10-15%が、重い精神障害をもっていることを示唆した。重い精神障害をもつ犯罪者は通常急性期または持続的な精神障害と機能障害を有している。また大多数はホームレスである。一般住民と比較すると、精神障害をもつ人のより多くが逮捕されるようである。精神障害者が刑事司法制度に置かれる理由として挙げられた要因は、脱施設化、民事上の拘禁に対する厳格なクライテリア、精神障害者に対する適切な地域支援の欠如、精神障害をもつ犯罪者が、地域トリートメントにアクセスすることの困難さ、警官や社会の姿勢、である。

提言としては、現場の警官への精神保健に関するコンサルテーション、警官への正式な訓練、拘留者の受け入れ時の丁寧なスクリーニング、軽犯罪を犯した精神障害者の精神保健システムへのダイバージョン、積極的なケースマネジメントや、外来治療の義務、裁判所命令によるトリートメント、精神医学的管理、24時間態勢の構造化されたケアなどに代表される様々な社会的コントロール介入、家族への関与と支援、適切な精神保健トリートメントの提供が挙げられる。

(資料 2)

Outcomes of assertive community treatment in an NGRI conditional release program.
Parker GF.

この研究は、心神喪失のため無罪(NGRI)となり地域へ条件付きの釈放となった83人をモニターした、包括型地域生活支援プログラム(ACT)の5年にわたる成果について説明したものである。データは法廷での記録の遡及的検討と州のコンピュータデータベースによって集められた。

研究期間中、5つの再逮捕と60の再入院があった。全体的に見て、NGRIは、彼らが条件付きの釈放の資格があったという時の83パーセント、地域に滞在した。多変量ロジスティック回帰分析は、条件付き釈放の継続期間が肯定的な要因であり、妄想型統合失調症が再入院あるいは再逮捕のマイナス要因であると示した。推定年間再入院率は14.0%であり、推定再逮捕率は1.4%であった。条件付き釈放となったNGRIに対するACTモデルは犯罪率の低下、中程度の入院率、および地域滞在期間の向上をもたらした。

(資料 3)

Jail Linkage Assertive Community Treatment Services for Individuals with Mental Illness.
Marion L et al.:

留置所や拘置所から釈放された精神障害をもつ人たちは、精神医学的代償不全と再逮捕のリスクが非常に高い。この文献は、これらの人々に対するACT拘置所リンケージプログラムを解説したものである。このプログラムに最初に参加した24人の対象者へのインタビューをもとに、彼らがどのように常習的犯行や代償不全の一因となる要因を経験したかについて説明した。プログラムの成果を探求するために、プログラム開始前後のデータを調査した。

結果によると、多くのリスク要因と苦闘している人々を明らかにし、関係作りをし、トリートメントからの脱落を防ぐことが可能であることが示唆された。筆者らは、このプログラムが拡大し、さらに実施されるべきという結論に至った。

(資料 4)

Forensic assertive community treatment: preventing incarceration of adults with severe mental illness.
Lambert J, Weisman R, Faden D.

目的：刑事司法制度にかかわりのあった重い精神障害をもつ人々の逮捕や拘置を予防するため、モディファイされた包括型地域生活支援プログラム(ACT)を特定するため、国の調査が実施された。

方法：刑事司法とのかかわりを持ったことのある人々へサービスを提供し、刑事司法機関と密に連携している包括型地域生活支援プログラムを確認するため、NACBHD(全米郡行動保健ディレクター協会)のメンバーに対して、調査を行った。以下の3つの研究クライテリアに合致したプログラムが確認された：すべてのサービス受給者が刑事司法システムとのかかわりを持ったことがある；刑事司法機関がプライマリーの照会ソースである；拘置ダイバージョンを行っている刑事司法機関と緊密な関係をもつ。その後各プログラムの代表者にコンタクトをとり、プログラムのデザインと運営に関する情報を収集するために、電話調査を行った。

結果：314の NACBHD メンバーのうち291（93%）が調査に応えた。9つの州で研究クライテリアに合致した16プログラムが確認された。この中の13のプログラム（81%）のプライマリー照会ソースが地元の刑務所であった。11のプログラム（69%）のプログラムが、保護観察官を包括型地域生活支援プログラムチームの一員として受け入れていた。8つのプログラム（50%）が、監督付き住居の要素を持ち、そのうち5つは居住施設を基盤とした薬物乱用に対する治療を提供していた。16のうち11のプログラムが1999年以降運営を開始した。3つのプログラムのみが、プログラムの効果に関するアウトカムデータを公表している。

結語：司法包括型地域生活支援プログラムは、刑事司法制度との関わりの実質的な過去を有した、重い精神障害をもつ人たちの逮捕や拘置を防ぐための、新たなモデルである。この発展途上のサービス供給モデルの構造、機能、効果を確立するために、さらなる研究が必要である。

（資料5）

Clinical characteristics of community forensic mental health services.

Mohan R, Slade M, Fahy TA.

目的：地域司法精神保健チームは、拡大している専門的地域精神保健サービスの中の新たなサービスである。これらの斬新なサービスの特徴は十分に定義されていない。英国において一般的に説明される2つのサービスモデルは、統合モデル（司法専門家が地域精神保健チーム内で活動している）と並列モデル（司法専門家が別の専門家チームで活動している）である。ここで報告される研究は、これらのサービスモデルの明確な定義を確立することを目標とした。

方法：地域司法精神保健チームにおけるサービスの候補となる特徴を同定するため、文献レビューと10人のサービス専門家によるフォーカスグループを実施した。全部で31の特徴が確認され、それらを用いてアンケートを作成し、各特徴の重要度評価に関するデルファイ・コンサルテーション（地域司法活動において経験を積んだ32人の精神保健専門家で構成された多職種のパネルによる見解および一致方法）の2度の協議を行い、専門家の意見を聴取した。

結果：29人のスタッフ（91%）が2回の協議を完了した。13のサービスの特徴が統合モデルと並行モデルを区別した。並行モデルの主要な特徴は、独自のチーム基盤、別個の照会会議、専門家管理ライン、専門家スーパービジョン、保護された資金、司法心理学、刑事司法制度との良好なつながり、上限を定めたケースロードを持っていることである。統合チームは、地域精神保健サービスとの密接なつながりやプライマリーケアからのより多くの照会によって特徴づけられた。

結語：地域司法精神保健チームの統合モデルと並行モデルは、多くのサービスの特徴において異なっていた。これらの特徴を定義することは、地域での精神障害をもつ犯罪者のトリートメントやリスクマネジメントにおける個々のモデルの長所と短所を探求する手助けとなるだろう。

(資料 6)

指定通院医療機関における諸条件（未定項）

1) 人的資源・組織	
○ 人的資源	多職種（精神科医・看護師・精神保健福祉士・心理士・作業療法士）を含むチームを組織し、常時1:1以上で対応することができる。
○ 施設における接触	通院による接触を、1回/週（1回あたり1時間）以上で行う。
○ 地域における接触	訪問看護を、2回/週（1回あたり1時間）以上で行う。
2) 評価・支援計画	
○ 対象者に関する評価	通院開始後（2週・1ヵ月）、および3ヵ月ごとに、多職種による評価を行う。 評価項目には以下の内容が含まれる。 ・行動の経過 ・治療への反応 ・支援体制の状況
○ リスクの評価と管理	通院開始後1ヵ月ごとに、以下の内容を含みリスクの評価を行う ・疾病の状態 ・疾病と触法行為との関係 ・治療の効果
○ 処遇終了時の対応	処遇の終了後の支援計画に関して、一般の精神医療におけるケアが継続されるよう、対象者と当該機関で合意の手続きを行う。
3) 専門治療	
○ 包括的な支援	薬物療法・精神科看護に加え、心理療法・作業療法を直接提供する。
○ 障害の程度に応じた介入Ⅰ（前期通院治療：1-6ヵ月）	以下の治療目標を達成するための介入を行う。 ・通院行動、および薬物コンプライエンス ・症状悪化時の対処 ・自殺および自傷行為の予防
○ 障害の程度に応じた介入Ⅱ（前期通院治療：7-24ヵ月）	以下の治療目標を達成するための介入を行う。 ・支援者との対人関係の安定 ・保護的な社会活動への参加
○ 障害の程度に応じた介入Ⅲ（前期通院治療：25-36ヵ月）	以下の治療目標を達成するための介入を行う。 ・地域社会での役割行動の安定
○ 専門的な治療および支援	司法精神療法の理論に従い、疾病と触法行為の相互作用を考慮し、治療をすすめる。
○ 心理教育プログラムの実施	疾病および触法行為への対処技能に関する心理教育プログラム（アンダーコントロール等）を、1回/月以上、直接提供する。
4) 連携	
○ ケア会議の実施	保護観察所・都道府県・市町村・対象者等と、1回/月以上参集し、地域社会における処遇実施計画の見直しを行う。
○ 入院医療機関との連携	後期入院医療期間に1回/月以上、当該機関に出向き、対象者との面接、当該機関スタッフとの協議を行う。
○ 保護観察所との連携	医療・保健・福祉サービスの提供、危機介入の準備等のため、保護観察所と、1回/週以上直接協議を行う。
○ 関係機関との連携	地域精神保健福祉との連携のため、以下の資源等の利用を促進する。 ・精神科デイケア ・精神障害者社会復帰施設 ・グループホーム等の居住施設 ・障害者職業センター等の就労支援施設 ・精神障害者ホームヘルプサービス
○ スタッフへの教育	
5) 緊急時対応	
○ 積極的な介入	地域における処遇を確実にするため、24時間対応しており、必要に応じて、積極的に介入する。
○ 緊急時の対応	症状の悪化等により危機的な状況になった場合、保護観察所との連携により介入を行う。また必要時には、警察へ連絡を行い、協力を要請する。
6) 権利擁護	
○ 個人情報の管理	対象者の社会復帰を促進するため、以下の手続きを経て、関係機関との情報共有を行う。 ・開示可能な対象および範囲の設定 ・開示における対象者の同意 ・守秘義務の徹底
○ インフォームドコンセント	通院治療への動機付けを行うために、地域処遇の実施計画等の策定にあたっては、対象者および保護者の意見を聴取し、同意を得る。
○ 地域への啓発活動	
7) 制度運用	