

○ (再)入院の申立て	地域における介入によっても危機的な状況が改善せず、再入院を必要とする場合に、多職種による評価にもとづく意見を通知する。
○ 処遇の終了および延長の申立て	病状が安定し、医療を自律的に求められるようになり、また適切な支援体制が整えられ、本制度による処遇の終了を必要とする場合に、多職種による評価にもとづく意見を通知する。
○ 精神保健福祉法による対応	緊急時の対応において、精神保健福祉法による任意入院・医療保護入院・措置入院などを適切に行う。

カリフォルニア州司法仮釈放プログラム（CONREP）による地域精神医療

研究協力者 岩間久行 埼玉県立精神医療センター

はじめに

アメリカでは1950年代に脱施設化運動が起こり、この中で地域精神保健の発展や精神保健サービスの必要性が求められるようになった。その後、約30年をかけ様々な実験的試みを行い、包括的なサービスを提供できるケースマネジメントが有用であることを実証し確立してきた。1980年代には精神障害者に対する様々なケースマネジメントモデルが開発され、その効果について比較検討されている。最も重要なことは地域に限定した集中型のプログラム提供ではサービスの断片化を生じ、適切なサービスが行えないことである。継続性を維持した包括的サービスを提供できるモデルが最も有用であることが実証されている¹⁾。折しも1980年代に生じた精神障害者による大統領狙撃事件等を契機にして、司法・医療システムの改善が強く要望され、触法精神障害者に対する適切な医療の提供及び一般市民の安全を確保するシステムを新たに開発する必要性が生じた。当初、触法精神障害者に対する地域処遇システムはアメリカの2,3州で試みられ始めたが、処遇プログラムによって再犯率を減少させ地域への復帰を成功させることができる等の成果を認めている。現在では触法精神障害者に対するプログラムモデルが多くの州で取り入れられている。本稿ではその先駆けとなったカリフォルニア州で行われている Forensic Conditional Release Program（司法仮釈放プログラム、以下 CONREP と略す）についてダイジェスト版²⁾に沿って紹介し、わが国で実施を予定されている医療観察法による通院処遇及び地域処遇システムの参考にされたい。

CONREP とは

CONREP の詳細は小西、柑本の視察報告³⁾や本間⁴⁾、柑本⁵⁾の論文に詳述されているので参照されたい。カリフォルニア州における触法精神障害者のための地域外来治療・監督プログラム（CONREP）は1984年に州福祉施設法（WIC）4360項として立法され、1986年に実施された。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されている。プログラムの理念として、このプログラムの使命は精神障害者個々の治療計画に基づき徹底し標準化された地域の通院保健サービスによって達成される、としている。さらに、サービスは、患者の監視、評価、適切な治療を通して綿密にモニターすることにあると掲げ、プログラムの重点項目として以下の6項目を挙げている。

- ① 地域治療支援サービスの総合システム
- ② 積極的な事例の取り扱い
- ③ 精神障害者の社会適応能力を強化するための治療とリハビリ
- ④ 患者の治療プランと治療の有効性を評価し、考え得る再発の早期発見をサポートするための継続的な臨床診断

- ⑤ 再入院および予防のための通院処置の取り消し
 - ⑥ 継続的ケアのための州立病院や地域機関、通院プログラムとの連携
- これらの目的及び理念に沿って、CONREP は運営されている。

CONREP の運営・組織

CONREP プログラムの運営や資金の拠出は、州内の地方行政局や民間団体の持つプログラムの自立性を重んじながらも、最終的な責任をカリフォルニア州精神保健局が負うよう組織されている。例えば、州は独自のプログラムを持っているが、このプログラムを運用するのは州が適切な公共機関や私的援助者と契約を取り交わすことができない場合としている。資金においては、プログラム運営のための主要な治療サービスを行う専属スタッフの人員を確保するために、州保健局は最小限の資金を拠出することになっている。特定の患者にある種他の追加支援が必要となった場合においても、派生する資金は州が100%補償している。

州の保健局には司法サービス部が配置され、CONREP の管理は司法サービス部が行っている。司法サービス部はさらに CONREP 運営課と精神障害犯罪者課とに分かれている。CONREP の業務は契約の構築と監視、地域プログラムのサポートと調査及び査察、方針の立案と遂行、個々のプログラムとの年間の定期的コンタクトによって得られる非公式な調査方法によるプログラム評価を主要な業務としている。この業務によって地域プログラムの運営を監視する責務を果たしている。

精神保健局は地域通院サービスを提供することによって郡あるいは地域への支援協力を行っている。地域プログラム運営のためのスタッフは認定された専門の資格を持つ者とし、専門の知識と技術を必須要件としている。地域のプログラム責任者は精神保健局により指名される。CONREP プログラムのスタッフと臨床医師は強力な職務権限と自由裁量を持たされており、患者の自由を制限することを許されている。ただし、これらスタッフには社会的に最高の倫理基準の規範となるよう求められてもいる。

地方の CONREP プログラムの構成は地方独自の組織の構築を要求されている。これは患者の処遇や監督など全ての面で責務と職務権限を明確にすることを目的としているためであり、同時に地方の自立性を持たせるためでもある。プログラムの業務であるケースマネジメント、職業斡旋の評価、法廷との連絡窓口、患者の治療と監督などの責任は地域プログラム責任者に持たされている。

CONREP の対象グループとその処遇

CONREP プログラムの対象となる者は重大な罪を犯した触法精神障害者であり、これら対象者は刑法あるいは福祉施設法に規定されている。即ち、訴訟無能力者(刑法1370項)、責任無能力者(刑法1026項)、精神障害の性犯罪者(福祉施設法6316項)、精神障害犯罪者(刑法2960項)、暴力的性犯罪者(福祉施設法6604項)と判定された精神障害者にサービスの提供がなされている。カリフォルニア州では犯罪者が訴訟無能力者または責任無能力者と認められた場合の司法上の拘留プロセスを定めており、裁判所は直ちに拘留措置命令を下すようになっている。裁定後に CONREP プログラムに引き継がれ、CONREP は裁定から15日以内に当該人物に最も適当な治療施設を判断して裁判所に提出することになっている。裁判所は CONREP の判断に基づき、州立病院あるいは地方の公共または私立入院治療

施設への入院をさせるか、地域での通院治療をさせるか、もっとも適切な治療施設を決定し患者に治療の命令を下す。ただし、患者が謀殺、放火、強盗、強姦などの凶悪な事犯で告発されている場合は、少なくとも180日間の入院治療をすることが求められている。以下にそれぞれのカテゴリーについて概説する。

訴訟無能力者

カリフォルニア州法では、精神的無能力者いわゆる禁治産者は刑法上の処罰の対象とはならない。これらの者は訴訟無能力者のカテゴリーで扱う。仮にある被告人が精神的無能力であると疑われた場合、裁判所は直ちに責任能力の調査命令を下す。その結果責任無能力と診断された場合、刑事訴訟は中断され被告は3年以下の期間で治療のために収容される。治療プログラムによって当該人物が責任能力を回復したと判断される場合、医療あるいはプログラム責任者は裁判所にその事実を証明することになっている。証明によって裁判所が責任能力が回復していると認めた場合、治療のための収容を打ち切り刑事訴訟を再開することになっている。

責任無能力者

刑法25項(b)によって責任無能力が定義づけられている。ある人物が自身の行為の本質や特色を認知したり理解したりできないか、または犯罪行為の時点で善悪の判断をすることができないと明らかな証拠立てがなされた場合、裁判所がこの事実を認めた時には責任無能力の申し立ての後に無罪放免になることがある。責任無能力者に対しては入院または通院治療が義務付けられ、治療により精神状態を回復した場合、釈放の申請を裁判所に対して行うことができる。釈放の申し出に対する審問は、患者が少なくとも180日間の収容あるいは通院措置を受けた後に行われることになっている。裁判所が審問によって患者に他害の危険性がなくなったと認めた場合、最低1年間の適切なCONREPプログラムに委ねられる。患者が1年間の通院治療を終え、地域プログラム責任者の推薦を得られれば、裁判所は精神状態が回復したかどうかの審理を行うことになっている。審理の結果回復していると認められれば釈放されるが、認められない場合その後1年間は審問の再申請を行うことはできない。

精神障害の性犯罪者

全ての精神障害の性犯罪者は、性犯罪で有罪判決を受けている。精神障害の性犯罪者に対する治療目的の拘留措置は1981年に廃止されている。しかし、現在拘留を続けているものに対して、措置を継続する目的で本カテゴリーが設けられている。当該患者が治療終了し、市民の生活や安全を脅かさないという程度まで回復している場合、治療プログラムが終了したとしてその評価を裁判所に提出することになっている。裁判所は当該患者に対する審理を行い、回復していると認められる場合、刑事訴訟が再開される。

精神障害犯罪者

精神障害者犯罪者法では、仮釈放された精神障害を持つ犯罪者の精神保健治療を精神保健局に義務付けており、このため精神保健局は精神障害犯罪者プログラム(MDOプログラム)を制定している。精神障害者犯罪法には重篤な犯罪を行った精神障害者をプログラムに送致すべきかどうかの判断基準を定めている。その判断基準として以下の6要素を示している。

- 当該人物は重篤な精神障害を持つ

- 重篤な精神障害は、受刑者が刑務所に拘留された理由の1つになっているか、または服役中に悪化する要因ともなっていること
- 当該受刑者の犯罪は、強制や暴力を行使、あるいは重大な身体的損傷を与えたものであったこと
- 当該受刑者の重篤な精神障害は、寛解期にはなく、また“寛解期の持続が不可能”なものであること
- 当該受刑者は、仮釈放または釈放の1年前の間に、90日間あるいはそれ以上の期間、重篤な精神障害のための治療を受けていたこと
- 当該人物は重篤な精神障害が原因で、“他者への身体的危害の多大な危険性があること
有罪判決を受けた精神障害者は州立病院等で一定期間入院治療を受けることになっているが、患者が治療によって地域での外来治療を受けるまでに回復したと判断される場合、病院責任者は仮釈放審査委員会（BPT：Board of Prison Terms）に報告し、同時に患者の帰留地のCONREP責任者にも報告する。CONREP責任者は患者との面接や治療記録によって病院責任者からの報告に同意するか否かを判断し、仮釈放審査委員会へ通達する。仮釈放審査委員会が当該患者に対し仮釈放措置に該当すると判断した場合、患者は精神保健局の管理下に置かれCONREPの治療に入る。患者を仮釈放するにあたって矯正局と精神保健局の両局は、個々の患者が仮釈放の基準に達しているかどうかを判断し、臨床的に可能かどうかを評価する責任を負っている。矯正局は患者を仮釈放するにあたって患者に遵守すべき条件を課し、条件全てに同意しなければ仮釈放は行われない。この条件には全ての仮釈放の対象者に共通する一般条件と、個別の特別条件とがある。以下に一般条件を列記すると、

- プログラムの決める治療全てに参加、協力すること
- 法律に全て従う
- 住居はプログラムに認められたところに住み、許可なく変更しない
- 治療スーパーバイザーによる定期・不定期の家庭訪問を受ける
- 違法ドラッグの使用、所持、売買に関わらないこと、違法でない薬物もプログラムの医師に相談の後使用すること
- 遵守条件で禁じられている薬物使用を調べるための尿検査を定期的・不定期的に受けること、薬物使用をテストから隠す目的の薬物を使用しないこと
- 凶器所持、犯罪者との付き合いは禁止
- 旅行制限、許可なく他の郡や州に出て行かないこと
- 生活費補助のため精神障害者認知申請などの資格取得の努力を行うこと
- 社会保険、障害者補助金、退役軍人年金、貯金など自己の収入を、生活費及び治療費用に提供すること

以上のように患者の日常生活上の細部にわたって条件付けがなされ、リスクを伴う行為については厳重に禁止している。

CONREPによる外来プログラム中に安全の確保が困難となった場合や治療が効果的にできなくなった場合、プログラム責任者は患者を精神保健施設に再入院させることができる。また、患者が上記の矯正局による仮釈放の一般条件や個別に設けられた特別条件に違反した場合、仮釈放を取り消され再入院となる。

性犯罪者拘留プログラム

このプログラムは市民の安全を強化し、精神障害が原因で暴力的な性犯罪を行う可能性の

ある人物に治療を提供することを目的として作られている。このプログラムに関与する機関は、矯正局、仮釈放審査委員会、精神保健局の3つが関与し、それぞれの機関に指定した期間内で実施すべき職務と責務を割り当てている。精神保健局プログラムの目的は、入院及び地域通院治療の安全と効果的で継続的システムを構築し、当該患者に対し管理サービスを提供することによって法的な全体の意図を達成することとしている。暴力的性犯罪者としての分類基準は、施設福祉法6604項によって以下のように定められている。

- 当該人物は最終的に暴力的性犯罪の有罪判決を受けていること
- 被害者は2人以上であること
- 被害者は全くの他人であるかほとんど付き合いのないちょっとした知り合いであるか、または犯行を目的として事前に知り合った関係であること

暴力的性犯罪者である患者はその受刑期間の終わりに治療措置を行うことが義務付けられ、州立病院で強制的に入院治療を受けることになる。裁判所の判断によって患者がもはや危険性がなくなったと判断された場合、退院が許可され CONREP プログラムの治療を受けることができる。プログラム提供期間に患者の再犯の可能性については特に厳重な判断が要求され、調査資料から得られる臨床的指標、慣例的な行動、常習的犯行に見られる危険要素、行動を制御する要素、過去の犯歴に見られる要素などを考慮し、判断に落ちがないよう求めている。

臨床的治療

CONREP の対象患者は、ほとんどのケースが最初州立病院に収容され入院治療が施される。このために、CONREP のサービスは州立病院のサービスと地域での主要サービスとの2つのサービスを持っている。このほか個別の患者に対して提供される特別の追加サービスがある。

1) 州立病院でのサービス

州立病院には法医学サービス課が設置され、法医学コーディネーターを配置している。法医学コーディネーターは地方の CONREP プログラムとの連絡窓口の役割を果たしている。CONREP 責任者は州立病院へ入院している CONREP 対象患者に対し連絡窓口サービスを担う責務を負っており、患者の治療状況の審査や外来治療措置へ向けての態勢づくりのための評価などを病院スタッフとミーティングする。

州立病院での CONREP 関連サービスは全て精神保健局の提供によってなされている。サービスには主要サービス、拡大サービス、縮小サービスの3つを用意し、対象患者それぞれに対応した特別なサービスを提供している。このうち縮小サービスは通常の実施基準を下回る逸脱事項とみなされ、あらかじめ精神保健局の運用課に届け出、許可を得なければ運用できないことになっている。

州立病院では CONREP プログラムの法医学的個別面接のサービスも提供している。患者と臨床医がおおよそ45分から1時間程度の標準時間に、一对一の個別の対面セッションで行われている。

2) 地域での主要サービス

地域での主要サービスには以下の5項目を用意している。

グループ面談：グループ面談は、通常、標準1～2時間の面談可能な同レベルの2名以上の患者グループと臨床医との間で行われる対面式のセッション

家庭訪問：家庭訪問は、臨床医による各患者の家庭への定期的な、または不規則の訪問。

縁者面談：縁者の面談は、患者の私生活において重要な役割を持つ人物による対面式のセッション。面談する人物は、家族の一員、友人、ルームメイト、施設責任者、雇用者、養護施設スタッフ、または、他の患者の私生活における重要な人々が含まれる。

薬物乱用検査：薬物乱用検査では、患者個々から無差別かつ不規則に尿サンプルを採取し、全州の CONREP 契約ラボでの分析を行う。

評価：プログラムスタッフの年間ケースレビューによって、主要サービスに求められている標準的な要求項目を評価する。年間ケースレビューは通常、裁判所への年1度の処遇推薦書を提出するに先立って、患者の臨床的状況を再審査するための学際的スタッフによるミーティングで実施する。

主要サービスの提供においてはそれぞれ対象患者の地域通院治療レベルを評価決定し、レベルに応じたプログラムサービスの提供頻度を設定している。各レベルとその評価基準は以下のように示されている。

強化レベル：この治療レベルは、以下の基準またはそれ以上である場合、適用される。

患者は

- 最近、地域での治療に入ることを許可された者。
- 非医療的コミュニティ・ケア施設での一時居住プログラムに移送された者。
- 一時的な入院措置、または法的な精神障害者収容施設に30日間以上収容されていた者。
- 社会生活の適応、薬物治療上あるいはプログラム上で明らかな障害をきたしている者。
- リスクが許容可能な限度に達したと判断された者。

患者は、その犯罪歴や精神状態の変遷、犯罪行為の兆候などを参考とし、それぞれの犯罪や危険因子にみられる特質を捉えて継続的に判定する。サービス期間は通常で6～12ヶ月であるが、患者の継続的な臨床的評価に基づいて期間設定を行う。

中間レベル：患者はプログラムに協力的ではあるが、未だ比較的高いリスクを有し、同時にあるいは、安定した地域ケアへの適応に影響を及ぼすような明らかな未解決の課題を残している患者に適用するレベルである。この治療レベルにある患者は、頻繁なプログラム介入を必要とし、監視、管理もかなり近い距離で行う必要がある。サービス期間は標準で2～4年であるが、患者の継続的かつ臨床的評価に基づき設定すべきである。

支援レベル：このレベルは、解決困難なため継続的な心理社会的かつ薬物治療サポートを必要とする症状を持っているが、リスクがある程度和らいだ患者に適用される。このレベルの患者は、解放への準備段階とは見なされず、無期限の継続的プログラムサービスが必要である。

暫定（過渡的）レベル：このレベルは、他の地域外来治療レベルをクリアして改善が見られ、アフターケアレベルまたは解放まで回復したと見なされた患者に適用する。このレベルは、リスクのより低下した患者へのニーズに応じる地域アフターケアプランと個別サービスプログラムへの移行を許可するものである。サービス期間は、標準で

1～2年であるが、継続的な患者の臨床的評価に基づき決定される。

アフターケアレベル： このレベルは、近い将来において無条件に釈放される患者に適用する。このレベルでは、地域のアフターケアプランが試行的に（標準では1年以上の期間）実施されることが許可される。患者には釈放計画の最終的な準備をすることと、地域への融和や自活能力に対する細やかな調整のアシストをすることが意図される。以上が各ケアレベルの判断基準であり、これらを基に以下の表に示される最小限の標準治療が施されている。

地域外来治療サービスレベルによる最小限の主要標準

サービス機能タイプ	強化	中間	支援	過渡的	アフター	全州的な一時居住プログラム
法医学的個別面談	毎週 (1ヶ月 4回)	月3回	#個別ケース 管理プラン	毎月 (1ヶ月 1回)	四半期 (3ヶ月 1回)	月2回
グループ面談	毎週		#個別社会化/ 就職リハビリテーションプラン		なし	*組合せて 月10回
家庭訪問	月2回	毎月		四半期	四半期	四半期
縁者面談	月2回	各月(年6回)			四半期 (家庭訪問に 合わせて行わ れてもよい)	月2回
薬物乱用 検査	毎週	月2回		四半期	前歴があ る 場合 四半期	毎週
年間 ケースレビュー	毎年 (年1回)					毎年
追加サービスは患者の治療プランによって決定され提供される場合がある。						

#これらのサービスプランは、個別またはグループ面談の数によって特定されなければならない(1340条)。

*月2回が基準の個別面談に加え、他の個別やグループ面談が合計月10回組合せられる。

主要サービスには、CONREP 対象患者が州立病院から地域への移行をアシストする目的で短期の居住サービスプログラムを持っている。暫定的居住プログラムとよばれ、非医療の認定地域ケア機関がこのサービスの提供を行っている。CONREP 患者が地域の中で適応あるいは対処上の困難に遭遇した場合などの危機介入を行う場合にも、このサービスが利用されている。サービス期間は標準 3～4ヶ月で、120日を越えないこととされている。

3) 追加サービス

追加サービスは、主要サービスに加え、24時間対応可能なサービスやデイサービス、主要治療サービスとは異なった通院サービス、さらに継続的ケアサービスなどを含み、個別の患者に対して提供される特別の治療サービスである。

追加サービスは、個別の治療と監視プログラムを実施するために流動的に運用される。サービスのための運営資金は、CONREP 契約の限度内で最低限度の主要治療サービスレベルを超えても保証されている。

24時間サービス： このサービスは、患者の居住地の地域内での治療的環境を24時間提供することを目的としている。障害の重さによって以下のカテゴリーのうちの一ヶ所で治療あるいはケアの提供が行われている。

- 地方の病院
- 精神保健施設
- 高度看護施設あるいは中間看護施設
- 集中高度看護施設
- 短期危機居住施設
- 一時居住施設内プログラム
- 一時的居住施設外プログラム
- 長期居住施設
- 準監視住宅
- 独立住宅
- 生活支援－居住ケアホーム

デイサービス： 入院ケアあるいは治療、住宅サービスなど他のサービスを補うものとしてデイサービスの提供が行われている。

- 危機の安定化
- 職業訓練サービス
- 社会適応支援サービス
- 地域ケア施設の拡大
- 集中的なデイ治療
- リハビリテーション・デイ

通院サービス： 通院サービスは、主として薬物治療と患者への危機介入を行っている。患者の持つ重大で持続的な精神的苦痛に対して継続的な治療上の介入を行い、危機を回避することを目的としている。

継続的ケアサービス： このサービスには法医学的緊急搬送と住宅ケア補足プログラムとがある。このサービスの目的は、精神的または感情的障害によって自立した生活の能力に支障を生じる患者に対し、ケアとメンテナンスを保証することである。地域密着型の支援を提供する継続的ケアサービスである。

職業訓練サービス： リハビリテーション局と精神保健局は、州立病院の患者に対し、地域社会に解放するための準備として共同職業訓練サービスプランを提供している。CONREP 対象患者もこのサービスを受けることが可能であるが、適切な支援サービスによって優遇された就労条件（助成金なし）で雇用される可能性のある患者に対してのみ提供されている。

プログラムの運営

CONREP プログラムの実施にあたって、いくつかの注意すべき問題と対処を指示している。特殊事件レポートは、患者やプログラムの実施に悪影響を及ぼす可能性があるものは全て報告を義務付けている。レポートとして要求される内容は、自殺や自殺未遂、患者のまたは患者による死あるいは重大な負傷、犯罪行為、無断外出、プログラムが市民やメディアから注目を浴びる可能性のある事件などである。このうち、深刻な再犯のおそれがあり、プログラムの実施に重大な問題を起こすマスコミ等に知れ渡る可能性のある事件は、直ちに精神保健局へ電話で報告することになっている。さらに、電話報告から72時間以内に特殊事件レポートを提出することとなっている。その他の事件については事件発覚から14日以内に特殊事件レポートを提出することとされている。CONREP 患者が犯罪によって逮捕・拘留された時等は、捜査当局は電話番号800番の24時間応答サービスに電話連絡することになっている。このサービスは法医学サービスの中で行われ、全州応答サービスとよばれている。連絡があるとそれを受けて、応答サービスが適切な CONREP サービスをアナウンスするようになっている。

薬物使用の管理は特に厳重に行われている。これは、患者の再犯やプログラムの取り消しと再入院等を減らし、患者が地域通院治療によって最大の恩恵を受けることができるよう支援する目的のためである。薬物乱用スクリーニングは全ての患者に定期、不定期に尿を採取し分析することによって行われる。陽性結果が出ると24時間以内に CONREP 委託機関へ電話報告することとされている。また各 CONREP プログラムには、以下の項目を含む薬物使用管理プログラムを実施することが求められている。

- 明文化された方針
- 通院治療の期間と条件の中に、非合法あるいはプログラムで決められた薬物使用の禁止と、プログラムの取消しとなる薬物の乱用について提示する
- 不正行為またはプログラムの禁止する薬物利用の兆候が見られる患者を監視するスタッフ
- 薬物乱用スクリーニングのための主要サービス基準を遵守
- 実例集として確認が行える文書化された手順書とプログラム実践書
- 薬物乱用者治療サービスと、監視の下での看護の提供
- 薬物検査で陽性反応結果による通院措置の取消しのための評価

CONREP のポリシーとして、患者の権利と保護、市民の保護等に関し言及している。そ

の中に以下のものを含むとしている。

- 患者に関する情報の秘密保持
- 患者記録の閲覧
- 患者の苦情処理
- 調査と評価項目の保護
- 警告義務（危害の危険性のある見込み被害者）
- 危険な武器の所持
- 登録要件
- 有権者登録情報へのアクセス

以上の注意すべき問題点の他に、医学的懸念として AIDS や B 型肝炎等、関連性のある感染症についての情報とプログラムポリシーを規定している。

CONREP の有効性

CONREP の有効性については、カリフォルニア州精神保健局がホームページ上⁶⁾でも公表しており、文献的には Renzaglia ら⁷⁾の効果的な指標調査研究にも触れられている。プログラムサービスを受けた患者の再入院率はおよそ 27% であり、CONREP プログラム終了後 2 年以内の再犯率は 6% と報告されている。また、CONREP プログラムの提供 1 年後の統計で、対象患者では職業機能や社会生活の維持、自立した生活などの項目で優位な改善を認めている。さらに、CONREP プログラムの提供期間内における薬物の乱用は極めて低いレベルであることが示されている⁸⁾。

以上のように CONREP プログラムの有効性が高いことが示されている。この要因として、CONREP ではスタッフ 1 人あたりのケースロードが少ないことが指摘されている。1 人のスタッフに対しおよそ 10 人程度の患者を担当しており、リスクアセスメントや鑑定がきめ細かく行え、症状悪化の兆候に際し即座に危機介入が行えること等が有効性を高めているといわれている。さらに、このプログラムが裁判所の命令によるものであり、司法的な根拠を持った強制力を行使できることも不可欠であることが指摘されている³⁾。

終わりに

カリフォルニア州で行われている CONREP プログラムによる地域精神医療について CONREP ダイジェスト版に沿って概説した。

アメリカでは地域精神保健の発展とともに、ケースマネジメントの手法が確立してきた。この経過におよそ 30 年を要している。その経過中に触法精神障害者に対する地域精神医療の必要性が生じ、触法精神障害者に対しても同様な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。最初にも記したが、包括的なサービスを提供できるケース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。現在わが国ではケース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、心神喪失者等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。

わが国の心神喪失者等医療観察法については、「対象者の社会復帰」を達成することが目的とされている。一方、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。心神喪失者等医療観察法施行後、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の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。

文献

- 1) 大島 巖ら： アメリカにおける精神障害者ケースマネジメントシステム —東海岸・西海岸主要都市の取り組み概況から見えてきたこと—。 ころの臨床ア・ラ・カルト ， 19巻2号， 213-219， 2000
- 2) CONDITIONAL RELEASE PROGRAM DIGEST は、カリフォルニア州精神保健局のホームページよりPDF形式で提供されている。アドレスは <http://www.dmh.cahwnet.gov/Forensic/conrep.asp>
- 3) 小西聖子ら： カリフォルニア州の犯罪者に対する精神医療。 日本精神病院協会雑誌， 20巻9号， 84-98， 2001
- 4) 本間玲子： 地域精神医療 —カリフォルニア州 CONREP の試み， 町野朔編『ジュリスト増刊 精神医療と心神喪失者等医療観察法案』， 168-173， 有斐閣， 東京， 2004
- 5) 柑本美和： カリフォルニア州の司法精神医療制度—CONREP の考察。 法と精神科臨床， 第6巻， 57-66， 2004
- 6) カリフォルニア州精神保健局のホームページアドレス <http://www.dmh.cahwnet.gov/Forensic/conrep.asp#2> あるいは <http://www.dmh.cahwnet.gov/Forensic/r-question.asp> にも掲載されている。
- 7) Renzaglia, Gary et al : Mentally disordered offenders: From forensic state hospital to conditional release in California. International Journal of Law and Psychiatry, vol. 27, 31-44, 2004
- 8) カリフォルニア州精神保健局のホームページアドレス <http://www.dmh.cahwnet.gov/Forensic/r-supporting.asp> には、数ページにわたる詳細な統計が報告されている。

医療観察法通院医療における安全管理

研究協力者 八木 深 国立病院機構東尾張病院

I はじめに

(1) 医療観察法通院医療における安全管理理念

危機的状況に陥らないよう予防することが重要であり、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必要がある。

(2) 本報告作成目的・安全管理の3つの視点

安全管理には以下の3つの視点がある。おのおのの視点について、基本的考え方を提示し、実践場面で参考にするため、本報告を作成した。

- A 対象者の安全管理 = 自殺の安全管理
- B ケア提供者の安全管理 = 暴力行為の安全管理
- C 地域の安全管理 = 危機の予防 および 即応体制

II 医療観察法通院医療の安全管理各論

安全管理の3つの視点についておのおの以下に基本的考え方を提示する。

A 対象者の安全評価・管理(自殺の評価・管理)

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のが重要である。

A-1 対象者の安全評価(自殺の評価)

以下の点は自殺を評価するうえで特に重要である。

- 過去の自殺企図歴 将来の自殺危険性を判断する上で、重要な予測因子である。
 - 死ぬことを積極的に意味する自傷行為および他の理由の自傷行為
ともに危険なシナリオであり、自殺による死の危険が高い。
 - 自殺念慮 対象者に自殺念慮をたずねることで自殺のリスクが高くなることはない。
 - 自殺の計画性 自殺の可能性や程度等を決定する時極めて重要な情報である。
 - 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い。
 - 自殺を防止したバリアー
 - ・ 何が自殺企図を防いだかを理解することで、臨床家は自殺の切迫危険度を判断する。
 - ・ 自殺を防止したバリアーが今でも残っているかを臨床家は評価する。
 - ・ 臨床家がバリアーと考える事柄が自殺志向者にとってもバリアーになるか慎重に判断。
- * 「自殺の危険がある人々に対する評価と管理 (ニュージーランド厚生省 2003) The Assessment and Management of People at risk of Suicide」および高橋祥友：縊首、外傷、薬物による自殺企図. 精神科治療学. 13 増刊号;327-330. 1998 等を参照した。

A-2 対象者の安全管理(自殺の安全管理)

綿密な観察および自殺に用いられる可能性のある道具の除去で自殺の安全管理を実施する。

- 自殺のおどし、考え、計画、議論は全て深刻に取り扱う。
- 自傷や自殺に用いられそうなものを除去する。
- ひとつの手段を除去すると、自殺危険者は他の手段を考えるので、広範囲のものに近づけないよ

うにする。

- 自殺の危険が高い場合、定期的にチェックし、対象者の所在を知り、長時間一人にしない。
- 治療計画立案や安全問題の議論にできるだけ対象者本人を含める。
- 自殺念慮や自殺衝動を話すよう勧める。
- 自傷のかわりになる安全なものを提供する。
- 個々の対象者の高危険期間 high-risk periods に注意する。
- 入院後1週間、退院後1週間は特に注意する。

英国保健省 (Safety First 2001) では、統計に基づき、入院後1週間、退院後1週間のリスクが高いことを指摘している。

- * 「自殺の危険がある人々に対する評価と管理 (ニュージーランド厚生省 2003) The Assessment and Management of People at risk of Suicide」の一部を参照した。

B ケア提供者の安全評価・管理 (暴力行為の評価・管理)

まず暴力行為のおそれの評価を実施する。安全管理予防策として、訪問従事者チェックリストをチェックし、一般的職員安全注意を参照する。対象者が興奮しつつあるときは、安全な面接技法・沈静技法チェックリスト・バンカーバーマニュアル介入チェックリストに従い対応する。緊急時には、退避技法を用い、退避する。安全管理については、日ごろから訓練しておく必要がある。

訪問は、安全管理の視点からも、チーム医療の観点からも、多職種複数での実施が原則である。

B-1 暴力行為の評価

共通評価項目による評価・管理を中心にする。評価からリスクのシナリオに対するマネジメントプランを作成する必要がある。ここでは簡便な項目を列挙した。過去を偏重しないよう注意する。

- 人口動態的生活歴
 - ・若年、男性
 - ・暴力の既往
 - ・最近の暴力的脅し
 - ・暴力が多い社会的集団へ帰属
- 臨床的変数
 - ・アルコールや他の乱用
 - ・統合失調症等の症状 とりわけ以下の場合
 - 1 幻覚妄想が個人に焦点をあてている
 - 2 暴力のことばかり考えている
 - 3 暴力のテーマをもった被影響体験
 - 4 焦燥、興奮、過度の敵意や猜疑心
 - 5 治療コンプライアンスが低い
 - 6 反社会的、爆発的、衝動的な性格傾向
- 状況因子
 - 1 社会支援の欠如
 - 2 武器使用が容易

- * Personal safety when visiting patients in the community Jean Galloway(Advance in Psychiatric Treatment(2002),vol8,pp.214-222)を参照した。

B-2 暴力に関する安全管理

B-2-1 訪問時の安全対策

訪問時には以下の点に特に注意し、訪問管理者は訪問従事者と連絡を密にする。

- 訪問待機者の中から訪問管理者を定める。
- 訪問管理者に、以下の項目を含む訪問従事者の詳細が分かるようにする。
 - 自動車の車種 □携帯電話番号 □自宅電話番号
 - 訪問先の住所 □訪問先氏名 □訪問先電話番号
 - 大体の訪問時間
 - 最終訪問後の定時連絡時間
- もし、訪問従事者と定時連絡時間に連絡がとれないなら、
 - 1 携帯電話に電話する
 - 2 応答がないなら、自宅に電話する
 - 3 自宅にいないなら、訪問先に直近から順番に電話する
 - 4 もし訪問先にいないなら、定時連絡の遅れ限度時間をみて、施設管理者等と相談し事故発生疑いで警察通報等の対応を考える。

* Personal safety when visiting patients in the community Jean Galloway Advance in Psychiatric Treatment(2002),vol8,pp.214-222 を参照した。

B-2-2 一般的職員安全注意

危機に陥らないよう日ごろから以下の点に留意する。

- 個人情報が必要以上に知られないようにする。
- 携帯電話を持ち、緊急時に助けを求められるようにする。
- こぎれいでカジュアルな服装をする。
- 目的地のできるだけ近くに駐車する。

* Personal safety when visiting patients in the community Jean Galloway(Advance in Psychiatric Treatment(2002),vol8,pp.214-222)を参照した。

B-2-3 安全な面接技法チェックリスト

危機に陥らないよう日ごろから以下の点に留意する。

- 自己紹介する
- 相手を確認する
- 声を荒げることなく明瞭に話す
- 称号や名前を適切に使う
- 対象者との距離に注意する。
- 視線を長く合わせないこと、対象者が精神病エピソードを経験している場合特に注意
- 対象者に背を向けないこと
- 立っている対象者には座るよう説得する
- 対象者が立ったままの場合、座らない
- 必要なら通訳を用意する
- 対象者が猜疑的な場合、記録をとらないようにする

* Personal safety when visiting patients in the community Jean Galloway(Advance in Psychiatric Treatment(2002),vol8,pp.214-222)を参照した。

B-2-4 安全な沈静技法チェックリスト

危機に陥らないよう日ごろから以下の点に留意する。

- 適切な距離を保つ。
- ドアのほうに移動し隅を避ける。
- 自分の意図を対象者やその場に居る他者に告げる。
- 平静で、一貫した対応に努める。
- 脅迫的でない穏やかな態度で接する。
- 言葉を交わしながら対象者の関心事や感情を理解する。
- 何が問題か事実レベルで確認し、興奮している理由を明らかにする。
- 武器となるものがあるなら、手渡しで受け取らず、下に置くように頼む。
- 携帯電話で助けを呼ぶよう試みる。

* Personal safety when visiting patients in the community Jean Galloway(Advance in Psychiatric Treatment(2002),vol8,pp.214-222)を参照した。

B-2-5 バンクパーマニュアル介入チェックリスト

危機に陥らないよう日ごろから以下の点に留意する。

1. 安全 人

- 相手が逃げようと思えば簡単にえられる出口がありますか？
- あなたに確実な出口がありますか？
- あなたの両手がふさがっていませんか？
- あなたが逃げなければならないほど危険な状況ではありませんか？
(直感を信じましょう) 逃げるか助けを呼ぶ方が賢い方法かもしれません。

2. 対人距離 個人的スペース

- 相手を脅かさないスタンスをとっていますか？
(脚の長さだけの距離がありますか、斜めに向かい合うことができますか。)

3. 身振り

- 手のひらを開いて上げるようにしましょう。
ポケットから手を出して、手を腰の前に置いていますか？
- 腕組みしていませんか？
- 突然の身のこなしや急な身振りをしていませんか？
- さりげなく視線を合わせていますか？
(じっと見つめ続けると挑まれているか脅されていると見られるかもしれない。)
- リラックスした表情をしていますか？

4. 非言語的コミュニケーション - 何をどのように言うか

(人が知覚するものの90%は非言語的なものだからです。)

- 声の大きさはふつうですか？(大きすぎず、優しすぎず。)
- 声の調子は穏やかですか？(言い負かすような話し方はしない。)
- 話す早さはふつうですか？(人はあまりに早口の人を信用しないものです)

C 地域の安全管理

何よりも危機の防止が優先される。不幸にして対象者が危機に陥った場合、即応体制をとる必要がある。保護観察所のケア会議で「処遇の実施計画」を作成するとき、緊急時の対応について細かく定め、本人の同意を得る。緊急危機介入計画では、措置症状がある場合の、通報者や受け入れ施設などについて取り決めておく。

C-1 危機の予防 (Team Care Solutions 上島国利監修を抜粋した)

危機を予防するために、あらかじめ対象者本人にセルフモニタリングを含む心理社会教育を実施する。危機介入を事前に計画し同意を得ておく。以下にセルフモニタリングツールの例を示す。

C-1-1 危機を招く要因

- 気分がよいので服薬を中止する。
- 支援グループで新しい人たちと出会う。
- 自分のアパートに引越しをしようとしている。
- 新学期を迎えるなど何か新しいことが始まる。
- 仕事でストレスを感じている。
- 風邪をひいたので、医師の診察を受けずに風邪薬を飲み始める。
- 一日のうちに多くの活動を行いすぎて、疲れ切ってしまう。
- 友人と喧嘩する。
- 眠れなくなり、不眠は改善しないが、そのことを誰にも知らせない。
- 新しい症状が出たり、今までの症状が悪くなっても、医師やケースマネージャーに知らせない。
- 酒を飲み始める。

C-1-2 早期警告症状を知る

- 夜、眠れなくて困った。
- 以前のように物事に集中したり、記憶したりすることができなくなった。
- いつもより物忘れが多くなった。
- いつものように明確に考えられなくなった。
- 思考が「競争」し始めて、いつもよりいろんな考えが早く浮かび始めた。
- 声が聞こえ始めた。
- 以前は心地よいと感じた人や場所、あるいは事柄に恐怖を感じた。
- 話し方や行動がおかしいと人から言われた。
- 常に神経質であったり、心配したりするようになった。
- 人が私のことについて、話したり笑ったりしていると思った。

C-1-3 再燃を防ぐための五つの方法

- 1 通常起こる早期警告症状を知る。
- 2 症状を毎週チェックし、悪化したり新たに発現しているかどうかを知る。
- 3 再燃が始まっていることを認識する。
- 4 ケースマネージャー、医師、ナースに連絡して、再燃が始まっていることを伝える。
- 5 再燃を止めるための行動をとる。

C-1-4 家族や友人による危機回避への援助

- あなたの病気や要求を彼らに伝える。
- あなたの感情を彼らと共有する。

- 必ず彼らにあなたの早期注意サインを知ってもらう。
- 家族や友人に主治医やナース、ケースマネージャー、あるいは治療チームのメンバーと話して、危機的状況を防ぐための行動計画の作成を手伝ってもらう。
- 家族や友人のための支援グループに参加するよう提案する。
- 万一緊急事態が起きたとき、何をすべきか彼らに教える。

C-1-5 危機を防ぐための行動

- 早期注意サインに絶えず注意する。
- 近い家族や友人に頼んであなたの症状を監察（モニター）してもらう。
- 医師の指示通りに服薬する。
- 新たな薬（市販薬など）を服用し始める前には、医師やナース、薬剤師あるいは治療チームのメンバーに相談する。
- 規則正しい睡眠スケジュールを守る。
- ストレスを引き起こすかもしれない活動に関しては援助を求める。
- あなたにとってストレスが多すぎると感じられる状況を避ける。
- アルコールには決して手を出さない。
- 早期注意サインに気付いたり、危機回避のために援助が必要な場合、直ちに主治医やナース、ケースマネージャー、あるいは治療チームのメンバーに連絡する。

C-1-6 危機に陥っているあなたを援助できる人

主治医名前 _____ 電話番号 _____

病院住所 _____

ケースマネージャー名前 _____ 電話番号 _____

勤務先住所 _____

家族名前 _____ 電話番号 _____

住所 _____

C-1-7 危機防止計画を作る

1 どの早期注意サインに対して素早い対応が必要ですか？

2 援助が必要な場合、まず誰に連絡すべきでしょうか？

3 自分で連絡できない場合、誰が代わりに医師やナース、あるいはケースマネージャーに電話したり連絡を取り合ってくれますか？

4 手に負えないと感じた場合、何をすべきでしょうか？

5 私を助けてくれる人々に対し、病院側が何の情報を提供できないこともあるかもしれません。こうした人々に情報を与えられるよう、前もって治療チームと協力して計画を作成できますか？

あなたの計画を書いて下さい。

C-2 即応体制

(1) 危機対応総論

○ 危機の段階と対応

危機には、以下の段階があり、各段階で対応を事前に決定し対象者に説明しておく。

緊急時には、「役割分担と関係機関との連携」に従って、「迅速な対応」を実施することが極めて重要である。従って、危機に至る前に、上記2点について、処遇の実施計画において細部を定めておくとともに、必要があればケア会議で「事前協議」をおこなう。

第1段階 病状再燃初期－早期警告症状が出現している場合。

(対応の原則)

セルフモニタリングツールを使用して説明し、薬物調整・環境調整を実施する。訪問回数を増やし、同意を得られるなら休息のための任意入院も考慮する。

第2段階 病状再燃中期－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。

(対応の原則)

あらかじめの取り決めに従い、入院の同意を得られ閉鎖環境を必要としないなら任意入院をすすめる。同意が得られず、服薬中断等により入院治療が不可欠なら、保護者の同意を得ての医療保護入院を考慮する。迅速に介入するため、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態に備え保護者との連絡を密にする。

第3段階 緊急事態－病状悪化し自傷他害のおそれがある場合。

(対応の原則)

精神保健福祉法26条の3により、医療観察法通院医療の対象者が、自傷他害のおそれがあるときは、指定通院医療機関の管理者及び保護観察所の長は通報する義務がある。

「役割分担と関係機関との連携」に従って、「迅速な対応」を実施することが極めて重要である。

- 薬物・アルコール乱用 衝動性を高め、同様の行為の再発リスクを高めるため特に注意が必要である。第1段階第2段階での介入が特に重要であり、薬物アルコール乱用防止プログラムの導入を考慮する。

(2) 役割分担と関係機関との連携

○ ケア調整者等の担当者の決定

指定通院医療機関は、対象者のケアを担当するケア調整者（仮称）を設置する。社会復帰調整官が複数いる地域では、対象者の担当を決めておく。精神保健福祉行政機関は、対象者の担当者を決定する。

○ 機関内での情報共有

担当者は、担当者以外の職員と情報を共有し、担当者不在の場合でも対応可能な体制をとる。

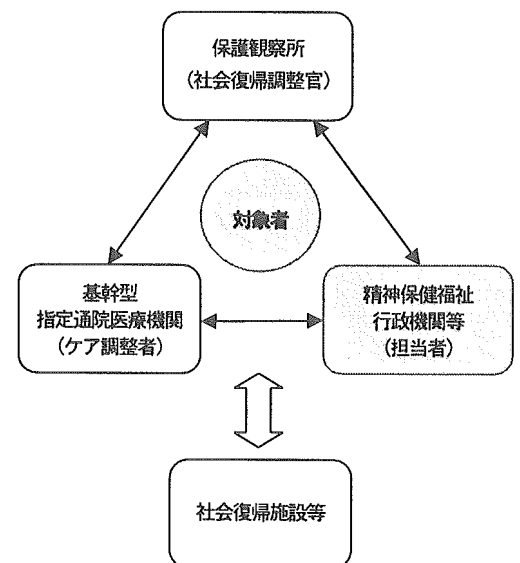
○ 関係機関との連携

指定通院医療機関および保護観察所、精神保健行政機関の担当者は、相互に連携し情報を共有する。

○ 社会復帰調整官の役割

- 1) 社会復帰調整官は指定通院医療機関ケア調整者（担当者）や精神保健行政機関担当者と情報共有する。

図 地域ケア体制（基本型）



- 2) 対象者の安全情報を集約する。
 - 3) 緊急時の役割分担や連携について、事前協議を実施する。
 - 4) 緊急時には、ケア会議での事前協議・処遇実施計画にしたがって、関係機関に指示し、緊急対応をコーディネートする。
- 指定通院医療機関の役割
 - 1) 指定通院医療機関ケア調整者（担当者）は安全情報を迅速に把握し、社会復帰調整官に連絡する。
 - 2) 緊急時には、ケア会議での事前協議・処遇実施計画および社会復帰調整官の調整のもと診察や入院受け入れ体制をとる。
 - 3) 緊急時に、対応困難な場合は、社会復帰調整官の指示のもと他施設と連携する。
 - 精神保健行政機関の役割
 - 1) 対象者の安全情報を把握し、社会復帰調整官に連絡する。
 - 2) 緊急時には、事前協議および社会復帰調整官の指示のもと、措置通報や移送などに対応する。
 - 警察の協力
 - 1) 緊急時には、社会復帰調整官等の協力要請で、対象者の保護、移送時等の職員安全に協力する。
 - 2) 自傷他害のおそれのあるものを保護した場合、対象者であっても24条通報を行う。
 - 対象者本人の役割
 - 1) 自分のケア調整者（担当者）と連絡先を知り、連絡カードを所持する。
 - 2) 緊急時の対応法の説明を受け、同意する。（連絡カードの携帯・居宅への立ち入り許可など）
 - 3) セルフモニタリングに従った対処法をとる。
 - 4) 緊急時には、同意した対応法に従って対応する。

自傷他害のおそれがある緊急時の迅速な対応体制 流れ図

