

道府県・市町村を主体とする義務規定が明記されておらず、都道府県等の関与は国への協力の域を出ない」とか、「医療観察法の対象者の病状悪化時の対応に精神保健福祉法の活用を掲げるのはおかしい」といった主張は失当である。また、保護観察所の長は、処遇のために必要があるときは、都道府県・市町村等に対し、必要な協力を求めることができるが（法 108Ⅱ）、保護観察所とこれら都道府県・市町村等とは一方が他方を指揮命令する関係にないことは言うまでもない。すなわち、都道府県等は精神保健福祉法等に基づく援助について固有の実施責任と権限を有しつつ、その実施に当たっては処遇の実施計画に明記された内容に縛られ、保護観察所はその実施状況に応じて必要な協力を求め、都道府県等はそれに応ずる義務を有するという関係にあることに留意が必要である。

### 3 社会復帰調整官の役割に対する理解

精神保健観察は、社会復帰調整官の固有の業務であり、通院中の対象者が地域社会において必要な医療を受けているかどうかを見守り、継続的な医療を受けさせるために必要な指導等を行うこと（106条）である。しかし、医療観察法による新たな仕組みでありイメージがしにくいとの声が聞かれる。例えば、通院中断があった場合に、対象者を強制的に医療機関に連行する仕組みを期待する意見もあるが、むしろ、医療観察法は、この立場をとらず、原則として、対象者の状況に応じた濃密な処遇、対象者に対する助言、社会的支援の充実等の手段によるソフトな対応により、医療の継続性を確保することを想定している。

また、精神保健観察は、通院期間中、第1に、多様な側面から、常に個々の対象者の状態、生活環境の変化、社会復帰のための新たなニーズ等の把握に努め、その中から社会復帰を促進する要因やそれを阻害する要因などを明らかにすること、第2に、病状悪化等に至る前駆的な状況を認めた場合は、再発プロセスの次の段階に発展するのを防ぐため、対象者に対し適切な危機回避の方策について対象者やその保護者に対し助言したり、処遇に携わる関係機関が互いに協働して対処し得るよう調整したりすることなどを主な役割として実施される。もちろん、社会復帰調整官自らも対象者宅を訪問し、通院継続について粘り強く働きかけるなどの措置が必要となろう。

今後は、これらの運用のために、社会復帰阻害・促進要因という発想と従来のケアマネジメントで重視されてきたストレングスモデルを基盤とした方法を統合した判断枠組みや、それに応じた効果的な介入の在り方について多機関・多職種共同で開発していくことが必要となる。また、これらの目的を達成するためには情報の共有が不可欠であり、医療観察法も保護観察所を中心とした情報の流れについて根拠条文を設けているが、なお、プライバシー保護とスムーズな情報共有とのバランスをとった運用の在り方について検討し、別途ガイドライン等で示す必要性が指摘されているところである。

## 各 論

### 医師からみた通院医療と地域処遇の問題点

山角 駿（花園病院）

典型的な事例を紹介することによって、地域処遇の困難さ、課題を提示する。

#### （事例）

統合失調症。3X歳。男性。同胞3名の第2子（次男）。家族歴、生育歴において特記すべきことはない。大学3年の春休みの帰省中、急に奇妙なことをしゃべりはじめ、興奮し、自ら左手の第4指を切断した。その処置を行っている間も支離滅裂にしゃべり続け、A病院精神科を受診、統合失調症と診断され第1回目の入院となった（医療保護入院）。約半年の入院治療で軽快退院し、復学したもののほとんど登校せず、大学は中退した。また半年間服薬を続けたが自ら治療を中断してしまった。その後、B市でアルバイトをしながら単身で生活をしてきたが、アパートの自室に引きこもるようになり、時々大声で怒鳴ったり、夜間ステレオのボリュームを上げて聴いているようなことがあり、大家より家族に連絡があり、実家に連れ戻された。実家では落ち着きなく歩き回り、会話・言動ともまとまりがない状況が見られたため、A病院を再度受診し、第2回目の入院となった（医療保護入院）。3ヶ月の入院治療で症状は軽快し退院、デイケアに参加するようになった。また、入院中に知り合った統合失調症の女性と結婚し、新聞配達のアパート、商店の配達、清掃会社などの仕事を転々としながら、二人でアパートを借り、多少親から援助を受けながら生活をしてきた。通院、服薬もほぼ規則的に続け、3年間ほど安定した状態が続いたが、仕事の関係上、通院が困難と言う理由から自ら中断、服薬もやめてしまった。

（犯行時の状況）X年X月両親の実家を単身で訪問、考え込んだ様子で黙ってコタツに当たっていたが、トイレに立った父親の後をついて行って、突然包丁で突き刺してしまった。父親は病院に運ばれたが、死亡。本人の供述によると「親父は人を苦しめ、過去に何人も殺してきた。制裁を加えるべきだとビデオと声が頭の中でぐるぐる言っていた。」、「自分は侍の生まれ変わりで制裁を加えるべきだと言っていた。」などと述べる。統合失調症による幻覚妄想に基づく犯行で心神喪失状態と判断され不起訴、措置入院となった。

（入院後の経過）入院後3～4ヶ月ほどで幻覚妄想は表面上消失した。犯行についての内省が出来るに従って、抑うつ状態が見られることもあったが、約6ヶ月で精神的に安定した。しかし、無気力で自発性に乏しく、無為に傾きやすく、周囲との交流はほとんど見られず、自室で過ごしていることが多かった。OTへの参加を勧めたが、なかなか応じない。1年ほど経過し、ようやく個人OTに参加するようになったものの休むことが多く、レク等にも参加しない。退院については、消極的であった。

（家族の支援）兄を筆頭に同胞は患者を拒絶。社会復帰（退院）の方向で働きかけることにも不満を述べる。母親は面会に来院し、精神的な援助をしてくれるが、兄が家の跡を取っていることもあり、それ以上の援助は出来ない。妻は統合失調症であり、日常の生活能力は本人以下

で手帳の2級を持っている。社会性はなく、とくに対人関係では被害的になりやすい。単身で生活をしてきたが、実際には訪問看護などの援助で何とか生活を維持していた。その後、被害関係妄想が激しくなり、入院を希望し、任意入院となっている。

（経済状況、住居）犯行に及ぶ以前に貯蓄していた金があったため、それで生活していたが、底をつき、精神保健福祉士の援助で生活保護を受給されるようになった。また、犯行時に借りていた住居は家賃が高いことと（生保の限度額以上）、妻が「近所の人や夜間に音を立てて眠らせない」など被害妄想の対象となったため、引き上げるようになった。

### 1 社会復帰に際しての問題点

本事例では、前記の状況の中で社会復帰に向けて具体的な働きかけを行うことになった。社会復帰を進めるために最も重要なことは、住居の確保と経済的な安定である。本事例の場合、経済的には生活保護を受けることになり、何とか最低限の生活は約束されたが、事件の性格上実家のある地元に戻ることは困難であり、また事件前に生活していた住居は引き上げたため、対象者が社会復帰するためには新たな住居を確保しなければならなかった。精神保健福祉士と民生委員が協力して様々な方法で住居を探したものの、夫婦が精神障害者であるという理由もあり見つからなかった（事件については社会復帰に支障を生ずる可能性が高いと判断し、明らかにしなかった）。1年ほどの時間を要し、最終的には病院から徒歩数分のところに住居を確保し、具体的な社会復帰に向けた働きかけが出来るようになった。この間家族からの援助は母親の精神的な援助があったものの、それ以上は困難であり、むしろ社会復帰への理解を得るために家族への説明を繰り返し行い、理解を得ることが精一杯であった。結局、精神症状が安定し、社会復帰への具体的な計画を立ててから、住居を確保し、仮退院などを繰り返し、退院に至るまでに1年間以上の時間を要している。

### 2 退院後の治療経過

本事例は6ヶ月間の仮退院を行い、措置解除となった。参考までに当初の治療計画を表1に示す。デイケア、訪問看護、外来診察を中心に治療計画を策定した。また、妻は生活能力に乏しく、むしろ本人の負担になることもあり、退院後の生活援助を積極的に行う必要があったため、一時期ホームヘルプ・サービスを加えた。デイケアでは、集団でのプログラムに参加するだけでなく、個別プログラムを加えることで、対人関係でのストレスの軽減に配慮した。なお、措置解除後もデイケア、訪問看護は継続している。

以上のように、家族の援助の限界がある中で、生活の場や住居の確保、経済的支援、金銭管理を含めたきめ細かい日常の生活援助、個別の治療プログラムや治療継続のための医療的な援助など、相当濃密な援助が必要とされる。医療観察法では社会復帰調整官を中心に、指定通院医療機関、その他関係諸機関のスタッフが協力してこれらの問題を一つずつ解決する作業が要求されることになる。とくに社会復帰調整官の負担あるいは資質が問われることになる。同時に通院医療機関にとっても相当大きな負担が要求される。

### 3 その他、精神保健観察での課題

通院医療機関にとって、治療関係の構築、診療情報の共有が重要となる。通常、入院から通院治療まで一貫した治療を行う中で治療関係が構築され、また、治療者にとっても様々な情報がこの間に得られ、小さな症状の変化に気づかれるようになる。これがリスクファクターの軽

減につながる場合も多い。医療観察法では入院医療機関からの情報を最大限利用するにしても、治療で直接得られた情報ほどではない。通院医療機関にとっては不安材料の一つである。地域処遇において保護観察所が中心的役割を担うことになるが、必要な通院医療を拒否する、居住地を勝手に変える、日常生活での約束が守られないなどの際に保護観察所の権限、強制力がどこまで期待できるのか課題となると同時に、精神保健観察中、精神保健福祉法上の入院等の対応が迫られることが予想される。通院医療機関が原則的には主たる対応をすることになると思われるが、保護観察所との連携、時には他の医療機関との連携、あるいは諸機関（保健所等）との連携など短時間の中で行う必要がある。日常からこれらの連携を相当深めておく必要がある。また、必要な場合の指定入院医療機関への再入院の手続きなどの簡略化など検討してほしい課題である。なお、通院医療機関にとってはさまざまな点で大きな負担がかかることが予想され、診療報酬上の保障も必要であろう。また、関係諸機関での情報の共有化を図る上で、個人情報保護法との関連やプライバシーと情報公開との関係も今後の重要な検討課題の一つになると考えられる。

表1 通院中のサービスプラン

月	火	水	木	金	土	日
デイケア		デイケア	デイケア	診察		
	訪問看護				(訪問看護)	
		(ホームヘルプサービス)		スタッフ会議 (1回/週)		

通院医療と地域処遇の法的な問題点  
－通院医療・地域処遇と法的責任－

辻 伸行（上智大学）・町野 朔（上智大学）

1 対象者の他害行為に関する損害賠償義務

医療観察法に基づく通院決定（同法42条1項2号）がなされた場合には、処遇の実施計画に基づき、対象者に対して医療、精神保健観察及び援助が行われることになる（法105条）。そして、精神保健観察においては、対象者に継続的な医療を受けさせるために必要な見守りや指導などきめ細かな措置が講じられることになる（法106条）。したがって、通院決定を受けた対象者が通院処遇中に他害行為を行う蓋然性は低いと考えられるが、しかし、対象者が他害行為を行ったという場合には、国の責任（国家賠償法1条1項）の有無が問題となる。すなわち、社会復帰調整官は、対象者の生活環境の調整や観察・指導の中心的役割を担う。また、保護観察所の長は、処遇の実施状況を把握し、関係機関相互の緊密な連携を確保することに努め、対象者の再入院を地裁に申し立てる権限を有する。さらに、指定通院医療機関の管理者は、対象者の通院治療の中断等について保護観察所の長に対して速やかに通報すべき義務を負う（法111条）。したがって、これらの義務や権限が適正に行使されなかった結果として他害行為が行われた場合には、国は被害者に対して損害賠償責任を負うことになる。

2 他害行為のおそれがある場合とその旨の通報

指定通院医療機関の管理者及び保護観察所の長は、対象者に他害行為を行うおそれがあると認めるとき直ちに最寄りの保健所長を経て都道府県知事に通報しなければならない（精神保健福祉法26条の3）。この通報を怠ったために他害行為を防止できなかった場合には、場合によっては、国の責任が問われることもある（国賠法1条1項）。

これに対して、警察への通報は指定通院医療機関の管理者及び保護観察所の長に法律上義務づけられていない。しかし、他害行為に及ぶ危険が差し迫っていると判断したときは、これらの者が警察に通報することは許容され、実際には他害行為が行われなかったとしても、対象者に対してプライバシーの侵害として損害賠償責任を負うことはないと解すべきであろう。個人情報保護法は、これを許容する明文の規定を置いている（個人情報保護法16条1項2号・23条1項2号、行政機関個人情報保護法8条、独立行政法人等個人情報保護法9条）。

なお、対象者による他害行為のおそれが特定人に向けられている場合に、指定通院医療機関の管理者及び保護観察所長が、その特定人に対して通報することを関係法令によって義務づけられていない。このような場合の第三者への通知も、上記と同様に、人の生命や身体の保護のために必要がある場合で対象者の同意を得ることが困難であるときは、損害賠償責任を負わないと解すべきである。他方、指定通院医療機関の管理者や保護観察所の長が対象者に特定人に対する他害行為を行うおそれがあると認めながら、その危険をその特定人に通報しなかったためにその特定人の生命又は身体が侵害されたという場合に、損害賠償責任を負わないかが問題となる。前段「通院医療・地域処遇と情報の取扱い」で述べたように、カルフォルニア州最高裁判所は、同様のケースにおいて医療側の責任を認めたが（タラソフ事件）、これは危険が極めて切迫しているという例外的な場合に限られるべきものと思われる。

## 通院医療と地域処遇の法的な問題点

### －医療観察法の入院・再入院の申立てと精神保健福祉法の措置通報との関係－

柑本美和（国立精神神経センター）・町野 朔（上智大学）

#### 1 入院・再入院の必要

保護観察所の長は、通院治療を受けている対象者に、(再び)入院の必要があると認めるに至った場合、指定通院医療機関の管理者と協議し、その意見を付した上で、地方裁判所に、入院の申立てを行わなければならない(法 59 条 1 項)。「(再び)入院の必要がある場合」であり、入院させなければ十分な医療が継続できない場合をいう。医療の中断のおそれとこれに該当する。「再犯のおそれ」が直ちにこれに当たる訳ではないが、入院させなければ精神症状の増悪のゆえに再び対象行為を行うおそれがある場合もこれに該当する。

#### 2 精神保健福祉法 26 条の 3 の措置通報と入院・再入院の申立て

(1) 指定通院医療機関の管理者及び保護観察所の長は、対象者に「自傷他害のおそれ」が認められる場合には、直ちに措置通報を行わなければならない(法附則 5 条によって追加された精神保健福祉法 26 条の 3)。この時、「自傷のおそれ」「対象行為以外の他害のおそれ」がある場合、この措置通報の対象となる場合であることに問題はない。しかし、「他害」の内容が対象行為であるような場合にもこの措置通報をすることができるか、できるとしたときに、これと(再)入院の申立てのいずれを優先させるべきかが問題である。

(2) (再)入院の申立ての要件が満たされている以上、その申立てだけを行うべきであり、措置入院は行われえないという考えもありうるだろう。しかし、ここで考えなければいけないのは、対象者には迅速に医療を提供し症状を安定させることが必要だという点である。(再)入院の申立てが直ちに医療の提供に結びつけば問題はないが、必ずしもそうとは限らない。(再)入院の申立てに係る審判に関しては、裁判所の行う鑑定入院命令は裁量的であり(法 60 条 1 項)、鑑定入院命令が発令されるとしても、申立て時点から鑑定入院までどの程度の時間を要するのかわからない。例えば、初回審判時であれば、検察官が申立ての時点で鑑定入院先の推薦を行うことになっており(規則 49 条 1 項 3 号)、申立て時点で、鑑定入院先はほぼ確定し、発令後直ちに入院させることが可能である。しかし、初回審判時と異なり、(再)入院申立て時の鑑定入院命令に関しては、最高裁判所規則には、これに対応する規定は置かれていない。対象者の症状が悪化し、申立てを行ったからといって、直ちに入院が行われる保証はない。重篤な患者であれば、このような一連の手続きを経る過程で、症状が一層悪化しないとも限らない。

(3) 以上のことから、現実的対応としては、まずは、指定通院医療機関の管理者及び保護観察所の長が措置通報を行い、対象者を措置入院させ症状の安定を図ることが必要となろう。そして、その間に手続きを整え、再入院の申立てを行うということになるだろう。

このように、対象者に医療を迅速に提供するという対応は、医療観察法が医療法であり、精神保健福祉法の特別法であるという観点からも是認されうると思われる。

## 通院医療と地域処遇における看護師の役割

宮本真巳（東京医科歯科大学）

### 1. 入院中の対象者に対する地域処遇

#### (1) 入院中の対象者に対する地域処遇の基本的な考え方

対象者への地域処遇は、対象者が医療と遭遇したその時から始まる。基本的には指定入院医療機関への入院からだが、厳密には審判の時点からであり、看護師の関わりは鑑定入院からということになる。それ以降のあらゆる体験が、対象者の地域における生活自立への道筋に有形無形の影響を及ぼす。精神症状が治まってから徐に社会復帰を考える既存医療の悪弊打破は、医療観察法による処遇では特に強調されねばならない。

ただし、どんなに入念な入院医療によっても対象者の治療は完結できるものではなく、入院治療は、あくまで地域処遇の助走に過ぎないという前提を忘れてはならない。これらの前提を踏まえ、対象者の地域における自立にとって何が必要かを念頭に置きながら、入院処遇の内容を吟味していく必要がある。

#### (2) 入院初期から急性期を通してのかかわり

対象者の自立を一貫して支援するには、精神症状がまだ顕著な時期から、状況認識を促す方向での働きかけを始める必要がある。入院初期における看護師の重要な役割は、援助契約を結び綿密なガイダンスを行なう中で、対象者が事件に至る自分の行動を振り返りながら、どのような将来に向けて、今何をしたらいいかについて、前向きに考えることを促す働きかけである。ここで躓くと、対象者も援助者も、地域社会からの抵抗を始めとする自立の阻害要因を一つひとつクリアしていく、しんどい共同作業に取組む意欲が削がれてしまう。厳しい状況の中で社会復帰への意欲を持続するには、できるだけ先の見通しを持つことが重要なので、支援チームとしての援助は退院後の地域処遇にまで及ぶ心積もりがあることについてもガイダンスが必要だろう。この時期は、対象者にとって心身共に苦痛の多い時期なので、看護師によるきめ細かいケアは援助関係の成立にとって促進要因となり得るが、依存関係を助長しないような配慮も必要となる。

#### (3) 回復期の治療・看護と地域処遇

指定入院医療機関では、治療共同体の理念を重視し、グループ・プログラムを中心としながらも、対象者の個別性に見合う自立支援に向けたケア・プログラム・アプローチが実施される。この時期の治療・看護の焦点は、疾患理解と自己理解を通じたエンパワメントであり、その出発点は地域自立に向けた内発的動機づけの向上である。対象者ごとに地域自立の阻害要因を明確化し、クリティカルパスの原則に従い、重要課題に集中的かつ集中的に時間とエネルギーを注ぐプログラム作りが求められる。入院生活への過剰適応により施設症が生じて地域自立を阻害しないような配慮や、対象者同士のピアサポートへの支援も重要である。

#### (4) 社会復帰期の治療・看護と地域処遇

対象者の退院と社会復帰に向けた援助は、入院中のあらゆる時期を通じて切れ目なく継続される必要があるが、特にこの時期は退院の実現に加えて条件整備に加え、退院後の自立継続を

阻害する要因の除去に向けた支援と協働の比重が大きくなる。具体的には、外出・外泊への同伴を通じた訪問観察の機会を活用して、対象者が退院後に直面する課題と解決策を明確化し共有することが重要である。退院を控えた時期に、期待と不安が入り混じって混乱や動揺を来す対象者には医療チームによる集中的な支援が必要だが、早めの察知と問題提起は看護師の役割だろう。退院後の地域支援の担い手との連携も、この時期には小まめに行なう必要があるが、保健師資格を持つ看護師は、地域連携の役割を重点的に取っていく必要がある。

## 2. 退院した対象者への地域処遇

### (1) 退院後の対象者に対する地域処遇の基本的な考え方

入院治療の質はどうあれ、対象者の地域自立の成否は、地域処遇に投入されるマンパワーの量と質に委ねられる部分が多い。マンパワーや社会資源に限界がある中で、地域支援の効果を高めるには、指定入院医療機関の医療が対象者に何をもちたらし、何が不足しているかを確かめながら地域処遇を展開していく必要がある。また、地域処遇のコーディネイトを主に担うのは社会復帰調整官だが、指定医療機関以外の既存の社会資源を活用していくために、あらゆる関係者がそれぞれのコーディネイトを担うことが重要である。地域においても入院中に準じた手厚い治療・看護が必要であり、特に入院を経ない対象者への配慮は欠かせない。

### (2) 指定通院医療機関の看護師による地域処遇

#### ① 外来看護師としての役割

通院継続への動機づけを高めるための働きかけが重要であり、対象者と気楽に気がかりや本音を言える援助関係作りを基盤として、早めの問題把握と関係者間の情報共有、早期介入に向けた問題提起等を行なう。精神状態や睡眠状態をめぐる問題は服薬との関連が深いので、副作用等についての不安や不満については特にきめ細かい対応が必要である。また、身体的な健康や栄養状態等に関する確認と相談も欠かせない。さらに、デイケアやグループワークを活用した個別ケアを通じて、対象者の回復と成長を促すことや、その成果を確認し本人に伝えることも重要である。指定通院医療機関を拠点とした対象者同士の交流やピアサポートの促進と自助グループの形成に向けた支援も必要である。

#### ② 訪問看護師としての役割

対象者に対する訪問看護の主な担い手は、指定通院医療機関の看護師だが、訪問看護ステーションとの連携も必要であり、退院直後等には指定入院医療機関の看護師による訪問が望ましい場合もある。訪問看護時の主な役割は、買い物、金銭管理、郵便局・銀行等の利用、食事、掃除等の日常生活に関する援助を始め、アパート管理人等の地域住民とのつなぎ、服薬管理や健康相談、他科受診援助等である。また、孤立の防止や生活範囲の拡大に向けた社会資源の活用の支援、病状や精神状態の悪化や生活上の危機が生じた時の集中的な介入も担っていく必要がある。

#### ③ 精神保健福祉センター、保健所、市区町村等の保健師の役割

地域における公的機関の看護職として、指定入院医療機関、指定通院医療機関の看護職との連携を重要な軸としながら、対象者の生活する地域に関する情報や、地域資源に関する情報に詳しい立場を活用した援助を行なう。社会復帰調整官を支えながら、指定通院医療機関や地域



生活支援センター、対象者の利用する地域資源の間の調整や、危機的状況での早期介入に関する調整を行なう。また、地域処遇を担う看護職に対して、個別や集団によるスーパービジョン、コンサルテーションの機会を提供することも重要な役割である。

#### ④その他の地域資源の看護職の役割

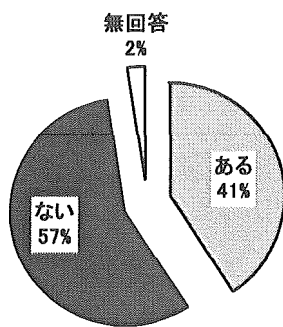
福祉ホーム、グループホーム、地域生活支援センター、小規模授産施設、共同作業所等に勤務する看護職の場合は、精神保健福祉士等の他職種と役割を共有する側面が大きい。ただし、対象者の精神症状や精神障害、身体的な健康等についての医学的知識や、看護職としてのアセスメント能力を活用したケアや医療機関への橋渡しと共に、他職種に対するコンサルテーション機能を担うことも重要である。

## 通院医療と地域処遇における精神保健福祉士の役割

岩崎 香（順天堂大学）

精神保健福祉士は、「精神病院その他の医療施設において精神障害の医療を受け、又は精神障害者の社会復帰の促進を図ることを目的とする施設を利用している者の社会復帰に関する相談に応じ、助言、指導、日常生活への適応のために必要な訓練その他の援助を行うこと」（精神保健福祉士法第2条）を重要な役割としている。つまり、医療を含め地域での生活が保障されるよう支援するわけであるが、他害行為を行ったか否かといった個人の状況によって特別な支援方法が定められているわけではない。逆に言えば、他害行為を行ったが不起訴となり、措置入院していた人の退院支援も、これまで日常業務の中で精神保健福祉士が経験していることでもある。2001年に実施した日本精神保健福祉士協会（現社団法人日本精神保健福祉士協会）

<図1：重大な犯罪行為を行った精神障害者へのかかわりの有無>



の調査では、回答者483人（配布数：2416）中、約4割の精神保健福祉士が重大な犯罪行為を行った障害者を支援した経験をもっていると回答している。（図1）医療機関の精神保健福祉士等と地域の関係機関が連携してスムーズな通院医療、地域処遇への移行を目指す取り組みは、これまでも退院支援や地域生活支援の業務の中に含まれ、実践されてきたのである。

そうはいうものの、一方で支援の難しさを指摘する声もまた、以前から聞かれている。精神保健福祉士がかかわったという場合、主に行政機関（精神保健福祉センターや保健所等）や指定病床を持つ精神科病院などでのかかわりが中心であり、地域の福祉施設職員がかかわる機会が少ないこと、プライバシーの保持という視点から情報が共有されない事例もあると考えられる（図2）。また、国家資格化

以降、精神保健福祉士の数が増えていることを含め、経験年数の短いワーカーが多く、技術や経験の不足、そこからくる専門家自身の不安といった問題もある。地元への退院支援を考えた場合に、住民の反対にあったり、社会復帰施設の利用を躊躇されたり、断わられることも現実としてある。事件が起こった背景や個人の事情ということよりも、他害行為に問題が焦点化され、狭い地域社会の中ではなかなか風化しない側面をもっているのである。

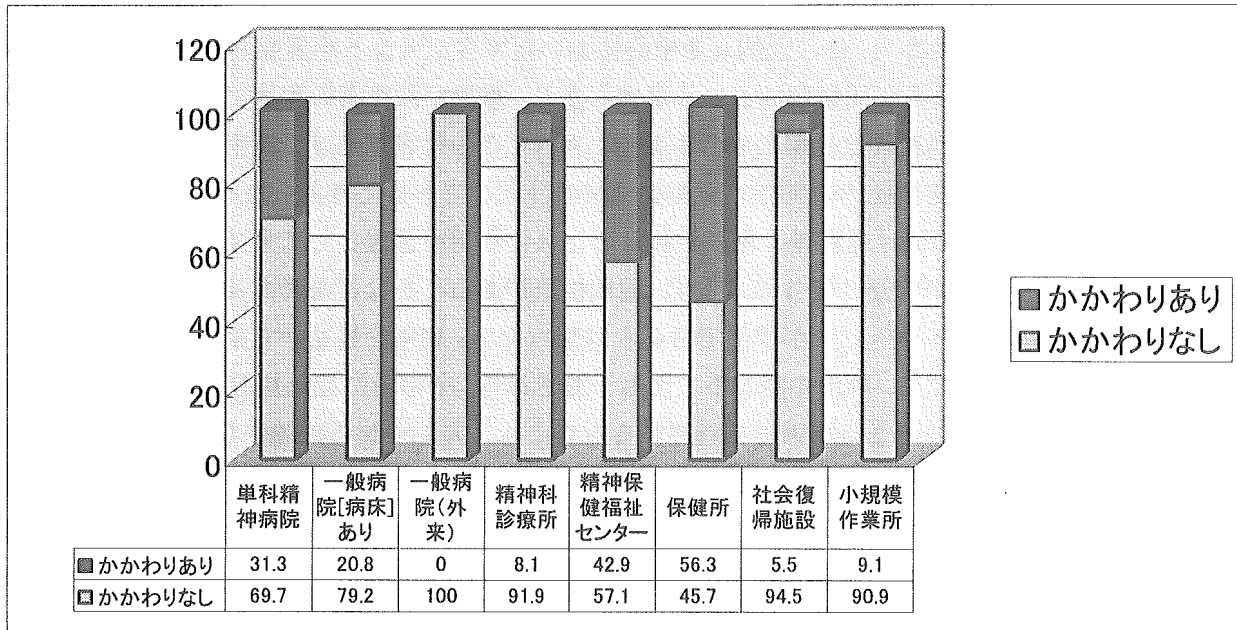
確かに犯した行為が殺人や殺人未遂、放火、強盗、強制猥褻といった内容である場合に、かわる側や地域住民が不安を感じるということもまた、やむを得ない側面がある。地域での生活を考える場合に、疾患や障害以外に、行った行為に対する本人の認識が試されることになるが、その現実に向き合い、どう生きていくのかということと一緒に模索していくプロセスも、また、精神保健福祉士が行う生活支援の一端であると考えられる。こうした場合に注意しなければならないのは、ともすれば「障害者」であるということの他に「犯罪行為者」であるという二重のスティグマを与えることにもなりかねないということである。障害者本人が追い詰め

られ、自暴自棄になったり、抑うつ的になってしまう原因にもなる。自己に対する認識は重要であるが、地域で孤立しないよう、社会復帰調整官をはじめ、医療・保健・福祉関係機関などとの連携をはかりながら、その人個人を中心においたマネジメントが展開されることが望まれる。他害行為の被害者が同居親族という事例も多く、家族が被害者の家族でもあり、加害者の家族でもあるという複雑な立場の場合もある。本人にのみに留まらず、被害者・加害者双方の家族支援も精神保健福祉士の果たす重要な役割のひとつであると考えられる。

また、これまでの話は退院後の地域福祉サービスの利用を前提としてすすめてきたが、精神障害者のサービスが十分に整っておらず、地域格差があることなどを考えると、生活する地域でニーズに即応するサービスが準備できるとは限らない。利用を最初から拒否したり、勧められて利用契約結んでも、利用中断することも予測される。その時に福祉施設の側では強制力が働かないのである。そうした事態を回避するためにも、入院中からの綿密な連携、外出・外泊による体験利用などが必要であると考えられる。そうしたさまざまな支援を展開していくにあたって重要なのは、関係機関の「連携」の中身である。入院医療機関や社会復帰調整官が把握している情報を通院医療機関や社会復帰施設でどの程度共有できるのか、また、共有する必要があるのかは、本人のプライバシーの問題もあり、個別的に、慎重にすすめていくことになる。ただし、症状の悪化傾向が見られた場合に、どう対応するのかといった事柄については、入院中から本人も含めたオープンなケア会議などで検討されることが望まれる。イギリスでは入院から地域ケアへの連続性の確保、地域での包括的サービスの提供を目的に 1991 年から CPA (Care Program Approach) が導入されており、特に「enhanced モデル」は司法精神医療・福祉分野において成果をあげている。日本においても、CPA-J(Care Program Approach in Japan)として、司法精神医療・福祉分野での入院処遇から地域処遇への移行を念頭においた多職種チームや複数関係機関がかかわるマネジメント手法について、国立精神・神経センター武蔵病院を中心に研究がなされているところでもある。

今回の法案によれば退院後の支援は最長 5 年と定められているが、その人の生活は死亡するまで続いていく。地域支援も年限で区切られるものではなく、その人がそこで生活し、サポートを必要とする限り長期にわたって続いていくことになる。支援を継続していくには、当事者のニーズに応じて先を見通したサポート・システムを構築していくことが重要である。また、地域で活動する精神保健福祉士にとってはそのひとつひとつが新たな経験や蓄積となる面もあるため、相互に研鑽を積んでいくことも大きな課題だと考える。

＜図2：重大な犯罪行為を行った精神障害者へのかかわりの有無—機関別—＞



## 通院医療と地域処遇における地域福祉職員の役割

伊東秀幸（田園調布学園大学）

### 1 はじめに

地域職員は、指定通院医療機関、保健所、市町村、社会復帰施設、小規模作業所等をはじめ、福祉事務所や社会福祉協議会等の地域にある広範囲な保健・医療・福祉関係機関に所属する精神保健福祉士や保健師等である。

医療観察法の対象者が社会復帰を目指している点では他の精神障害者と変わるところはないし、援助の方法も基本的に変わるものではないが、医療観察法にかかわる固有の問題を検討し今後の展開を考察したい。

### 2 社会復帰施設の利用や住居の問題

地域における処遇については、対象者を専門とした社会復帰施設を作らないということから、一般の精神障害者が利用する既存の施設を利用することになる。ここで危惧されることは、対象者が問題行動を起こして社会復帰施設の他の利用者に被害が及ばないかという不安から施設の利用を拒否されるということである。特に入所施設の場合は、施設が放火されないかなどと心配して抵抗が強いのではないかと思われる。

また、どこに住居を設定するかということが大きな問題である。家族が被害者である場合など対象者の引取りを拒否することも考えられる。対象者が起こした事件の記憶が地域に残り、反対運動などにより地元に戻れない場合などもある。アパートを借りることになると保証人の問題やどの地域のアパートを借りるかという問題がある。都会の方がアパートが探しやすかったり、入院した指定病院の近くにアパートを探そうとしたりするのではないだろうか。そのような状況になるとそれまで対象者と関係のなかった地域が退院後からかわりを持つことになるわけである。

### 3 地域処遇における責任の所在の問題

地域で暮らす対象者が行った行為について、責任の所在はどこになるのか。対象者が問題行動等を起こして被害が出た場合など、社会復帰調整官や保護観察所が責任を取るのか、それとも主治医や通院先の医療機関が責任をとるのか。

また、地域の中核機関はどこになるのか。社会復帰調整官のかかわりは精神保健観察の期間であり、延長しても5年で期限が切れるわけである。その後の援助は、地域の関係機関が連携して実施することになるが、そのときの中核的な機関はどこになるのか。市町村が担当するのか、保健所なのか、精神保健福祉センターなのか。地域によってそれぞれの機関の力量や位置づけに差があり一概に言えないところもあるが、ある程度の方針を決めておかないと現場で混乱するのではないだろうか。

### 4 連携と守秘義務の問題

地域の関係機関が連携して対象者の地域生活を支援していくことになるが、そこでの情報の共有と守秘義務の問題がある。地域の関係機関には、国家資格を持たないことなどによって守秘義務の責任のない職員もおり、また、地域のインフォーマルなサポートを担うボランティア

やアパートの大家さんとの関係を考えると、対象者の情報をどこまで共有できるのか大きな問題である。関係機関が連携するには情報を共有する必要があるが、どこまで共有することができるのか難しいところである。また、対象者自身が、自分自身のことを話してしまった場合、他のメンバーが職員にそのことで質問をしたらどう答えたらいいのだろうか。

## 5 医療観察法と精神保健福祉法の関係

地域で暮らす対象者の状態が悪化した場合、どのような対応になるのでしょうか。例えば、対象者が通院を拒否して自宅に引きこもってしまい、これまでの経過からするとそのあとに事件を起こすか可能性が大きいと予測される場合、医療観察法によって入院させることがスムーズにできるのか。その場合、社会復帰調整官が対象者を指定入院医療機関まで搬送することになるのだろうか。

また、急に具合が悪くなって問題行動を起こし精神保健福祉法による措置入院になることも大いに考えられるが、その後医療観察法による入院に切り替えることになるのか。

地域に対象者がいる場合は、医療観察法と精神保健福祉法の両方がかかわるとされる。しかし、精神保健福祉法による措置入院で処遇されることによって、医療観察法の代替になることはないだろうか。

## 6 まとめ

地域ケアは、社会復帰調整官がケアマネジャー役となり、関係機関が招集されたケア会議によって処遇の実施計画が検討されていく。保護観察所に配属された社会復帰調整官の人数を考えると、社会復帰調整官が対象者のケアを全面的に担っていくことは不可能である。関係機関の連携によってケアが実施されることになる。連携の中心は社会復帰調整官になるが、それを補佐する役割を地域の関係機関の職員が担う必要がある。指定通院医療機関の職員がそれにあたるような仕組みを作ることが最も妥当である。

行政機関の中心機関をどこにするのか。社会復帰の問題を考えると市町村が中心機関となるが、対象者が複雑困難事例であることを考えると精神保健福祉センターの技術援助を受けながら保健所が中心機関となることが理想的ではないだろうか。保健所の担当者も社会復帰調整官をサポートして、指定通院医療機関の職員と3者で地域ケアの中心的な存在になるのが良いのではないだろうか。

対象者の地域生活を支えていくために必要なことの1つに緊急医療の保障がある。すなわち、危機介入や適切な医療の提供である。精神科救急体制の整備や危機介入チームの創設が必要であるだろう。また、地域の社会復帰施設が増設されることや地域住民への啓発活動など地域精神保健福祉の充実が必要であろう。

さらに司法サイドとの関わりを密にすることや入院時から地域職員が対象者にかかわること、ケア会議にできるだけ対象者も参加するようにするなどきめ細かい配慮が地域ケアの成功に結びつくのではないだろうか。

## 地域処遇における作業療法士の役割

山根 寛（京都大学）・香山明美（宮城県立精神医療センター）

医療観察法下の地域処遇における作業療法の意義は、触法と精神障害という二重のスティグマに対する二つのリハビリテーションにある。一つは心神喪失等によって重大な他害行為を行うに至ったことにより失われた社会との関係、日常性を取り戻すことを目的とするリハビリテーション、もう一つは触法という行為に至った背景の一つである精神障害に起因する生活における活動の制限や日常生活や社会への参加に対する制約を軽減し、地域社会に再定住できるようにするリハビリテーションである。

再び同様な行為に巻き込まれないための指導や観察といった処遇は当然のことである。さらに、そうした処遇の中であって、対象者自らが生きる意味、生きてきた意味にふたたび気持ちを向け、触法と精神障害という二重のスティグマを越えて社会生活に必要な生活技能を習得できるよう支援し、活動や人との関わりを通じたエンパワーメント体験により、健康な抑止力を高めていくことが作業療法の特性である。

### 作業療法士が関わる場

地域処遇において、作業療法士は所属する施設によって医療から福祉まで関わりが異なる。医療としては、作業療法士は外来作業療法（現行法では、2時間を単位とし午前午後、一週間の利用回数を問わずに利用できる）とデイケアで援助にあたる。また、現行の診療システムの中では、訪問看護を担う職種の一つとして、作業療法士は訪問サービスにも関わる。福祉的援助としては、作業療法士は小規模作業所や授産施設、生活支援センター、障害者職業センターなどで相談・援助にあたる。

### 作業療法の役割

地域処遇においては、専門、非専門を問わず多くの職種や人、機関の連携が必要であるが、そうした連携における作業療法の役割には、大きく分けてアセスメント、情報提供と援助、連携業務がある。

#### 1 作業療法におけるアセスメント

作業療法では、具体的な活動場面を通して、以下のようなアセスメントを行う。

- ・活動の制限や参加の制約に対して、心身の機能や構造の障害がどのように影響しているかを観察する。
- ・活動場面を通して基本的な日常生活機能と活動や参加にどのような制限、制約が観られるのか、その具体的な内容を把握する。
- ・活動場面においてどのような問題やリスクが、どういう状況で発生するのか、またそれに対してどのような対処が適切かを把握する。
- ・活動場面を通して、対象者の学習能力や適応能力など地域生活を営む上で必要な能力を把握する。

## 2 作業療法からの情報提供と援助

具体的な活動場面を通して得られた情報の提供と援助については、

- ・対象者自身に上記のアセスメント結果を提供し、自己認知と主体的取り組みに向けて相談、助言する。
  - ・活動の制限と参加の制約に対する具体的な援助計画の立案に対して対象者の特性を情報として提供し、援助計画の立案に助言する。
  - ・地域の社会復帰施設の利用に当たり、援助に必要な対象者の特性を情報として提供し、助言する。
  - ・必要なら訪問により、生活の場における生活技能の助言指導を行う。
- といったことがおもな役割である。

表 アセスメント及び提供情報

心身機能	活動や参加への影響
生活維持機能	身の回りの処理、金銭・時間・健康などの基本的な生活管理能力
作業遂行機能	ワークパーソナリティ、問題対処特性など
社会生活技能	対人交流技能、集団参加技能、コミュニケーション技能など 問題やリスクの発生状況と対処

## 3 連携における作業療法の役割

このような地域支援は、保護観察所が作る処遇の実施計画に基づきすすめられることになるであろうが、指定通院医療機関、精神保健福祉センター、保健所、社会復帰施設、ホームヘルパーなど関係医療福祉機関のネットワークを活用して多角的に支援する。また、フォーマルなネットワークだけでなく、本人や家族の持つ親戚や友人などインフォーマルなネットワークが活用できれば、支援はより効果的になる。

問題の再発防止が重視される処遇が新たなスティグマとなる可能性を否定できない状況にあって、こうしたネットワークによる支援が対象者のエンパワーメントになるように配慮することが、作業療法の重要な役割になる。

そのためには、十分な管理が前提であるが、

- ・地域生活をどのように維持するか
  - ・依存を助長させず、エンパワメントと自立を支援する
  - ・障害や問題より長所を最大限に伸ばす支援をする
  - ・過剰な制限より本人の選択と自己決定を尊重し、希望を実現する支援をする
- 姿勢が必要である。



## 現状の課題

作業療法の機能を活かした地域生活の支援にあたっては、作業療法だけの努力では解決の難しい課題がいくつかある。具体的な課題としては、

- ・リハビリテーションに関する基本概念がまだ十分共通認識になっていないため、ICFを基軸とする障害特性と援助に関する基本概念の浸透が必要である。
  - ・活動を介した治療プログラムは、複数の職種が取り組むことになるが、それぞれのプログラムの内容や実施時期を検討し、どこがどのような連携で実施するのか連携システムを整理する必要がある。
  - ・社会復帰調整官との情報の提供や支援計画立案に関する連携をシステムの整理が必要である。
  - ・社会資源が不足しており、地域間格差も大きいので、社会資源の充実と共に当面は各地域の実状にあった支援計画が必要になる。
- といったことがある。

## 通院医療と臨床心理技術者の役割

齋藤 慶子（医療法人高仁会戸田病院）

入院治療の経験の有無にかかわらず、実社会での生活を背景に治療と社会的適応、そして自己の負っている責任の意識は、想像以上のストレスに晒された日々となっていることを理解した上での援助体制を提供したい。それには、症状の再燃の防止、適応的行動の維持向上、のいずれの点でも施設内以上のシステムに則った指導援助の継続が必要となる。一方では対象者の主体的な判断や行動を尊重した判断が求められる。他方、施設内での場合と違って見えない生活の部分があるために、警戒心から不用意に管理的・監督的な関係に陥りやすい危惧を念頭に置いた判断も不可欠である。時には相反するとも観点とも言えるに面の調和について、どのように克服し、より合理的な援助体制を成熟させていくかが、医療観察法の下にある地域処遇の成否を左右する大きなカギであろう。

医療の隙間産業とも言われ、また潤滑油とも言われる臨床心理技術者の視点からいくつかの整理をしたい。

### 1 地域処遇での対象者と援助者の特性

1. まず、入院医療機関と通院医療機関が同一ではないこと、すなわち主治医を始めとして援助にかかわる人々への適応が課題となる。したがって
  - a. 司法精神医療の対象となる以前からの成育史・家族を初めとする生活環境の状況に関する情報
  - b. 入院中の状態像の経過や変化（場と行動の関係）
  - c. 家族との関係についての経過などが、一連の情報として構造的に整理され、共有されている必要がある。
2. 入院・通院にかかわる医療機関が異なる結果、治療開始からリハビリテーションの過程でもある一連の連続的な経過の中にある一つ一つの段階として捉える原則について、援助者の認識が曖昧になりやすい。
3. 画一的な条件の下にある入院生活では刺激に例外が少ない、そのような環境において対象者が獲得した生活技能、問題解決能力、人間関係の対処能力、などへの感覚を地域での生活でも維持しようとしたときに、自己責任の大きさに戸惑う場合が少なくない。服薬中断が起こらないように、かつ適応的生活の維持向上が続けられるように、という現実への直面の負荷は大きい。入院中はむしろ主体を持たない方が楽に暮せる依存性が潜在したまま退院を迎える場合も少なくないのではないだろうか。
4. 対象者は他害行為を持つ自分についての受け入れ難さを潜在的に抱えている。
5. 入院医療の場合のように施設内での生活ではないので、見えない部分が多くなり援助者は警戒的・監督的に陥りやすい。
6. 失敗や不備を可能な限り前向きに捉え直しながら援助する姿勢で臨む必要がある。

7. 治療共同体としての関係が維持されることが基本であり、そのためには援助者の価値観の拡大や柔軟性が求められる。
8. 治療課程の初期から少しずつ支持や再構成を図ってきている家族関係の修復や維持についての援助は、おろそかにできない課題である。

## II 心理士の役割と業務の目的

I. にあげた全体状況について、心理士の持つ専門的知識・技能を生かし、以下のような点についての業務を展開することができる。

\*機能：

1. 発達心理学的観点による状態像の構造化や支援機序の整理
2. 行動理論に基づく状態像理解と援助
3. 人間関係力動の活用（患者間、スタッフ：患者、スタッフ間）
4. 精神療法の技術開発・技術提供

\*実務：

1. 行動にかかわる心理的要因のアセスメント
2. 精神（心理）療法…個人、集団、家族
3. 心理学的援助 スタッフの精神保健上の援助、地域啓発活動

\*場との関係：

外来受診、デイケア、訪問看護、その他の場で多職種と連携した方法であったり、独自なかかわりによる方法であったりする。

## III 援助者の相互コンサルテーションシステムの確立

チーム体制でより多角的・多様なサポートシステムが効果をあげるためには次の点についての配慮が保たれている必要がある。これらについて、臨床心理技術者自身がチーム内でのあり方を常に検討し、よき潤滑油を心掛けることが大切である。

- ◎1. 情報の共同検討の場（包括的アセスメント）
2. 生活環境の中の治療的資源・適応的経験
3. かかわりながらよく観察すること（職種により異なる位相からの情報を出し合えることに意味がある）
4. 問題行動なのか、症状なのか、健常な反応なのか、などの観点から自分らしさの固執、成熟過程の通過的状态像などについて柔軟で多角的な立場からの検討

## 通院・地域処遇における薬剤師の役割

吉尾 隆（桜ヶ丘記念病院）

### はじめに

心神喪失者等医療観察法（医療観察法）では、第3節指定通院医療機関（指定通院医療機関の指定）第16条2「指定通院医療機関の指定は、厚生労働省令で定める基準に適合する病院若しくは診療所又は薬局について、その開設者の同意を得て厚生労働大臣が行うとされている。したがって、地域処遇における薬剤師の役割は、指定された病院若しくは診療所の薬剤師又は薬局の薬剤師が担うことになり、現在、医薬分業が進展していることから、指定された薬局の薬剤師も医療観察法による対象者に対する業務を行う事になることが想定される。

#### 1 指定通院医療機関に指定された施設の薬剤師の役割

指定通院医療機関に指定された施設の薬剤師の役割としては、ケア会議構成メンバー及び対象者に対する薬剤情報の提供、対象者に対する服薬管理と調剤が挙げられる。

##### （1）ケア会議構成メンバーに対する薬剤情報の提供

ケア会議では、地域における各精神保健福祉分野の職種に対して対象者の服薬状況を提供し、使用薬剤に関する効果・副作用・相互作用に関する情報を提供することで安全で適切な薬物療法の実施が可能となる。また、保険薬局においては、OTC薬や衛生材料などの使用状況に関する情報提供を行う。

##### （2）対象者に対する薬剤情報の提供

対象者に対しても、適切な薬物療法の提供と規則正しい服薬の継続のための情報提供が必要であり、薬学的管理（薬効・副作用・相互作用等のモニター）を行う。さらに、対象者に対して直接向精神薬に関する薬効・副作用・相互作用等の情報を提供し、副作用の対処法に関する情報を提供することで、服薬の中断を回避することが重要となる。また、向精神薬以外の薬剤に関する情報提供も行う。

#### 2 対象者に対する服薬管理

薬剤情報の提供と共に、対象者の服薬状況を薬局窓口や訪問によりチェックし、服薬に関する問題点を検討し、対象者やケア会議のメンバーに提供することが最も重要な役割となると考えられる。服薬の継続は、病状の再燃・再発を予防する上で重要な役割を果たすことから、薬剤の種類や服用量、服用方法（服用回数や生活環境との整合性等）、服薬に対する自覚的な印象等をチェックし、服薬に支障を来す原因となる事項を適切に解決していくことが、薬剤師による対象者の地域処遇での重要な役割ではないかと考える。

##### （1）服薬方法の検討

服薬方法については、できるだけ簡単な方法を選択することが望ましく、1日3回の服薬よりもできれば2回、1回の方がコンプライアンスは維持し易いと考えられる。また、対象者の生活パターンに沿った服薬方法の検討も行う必要がある。