

なる程度は必要である。生活能力については、14の下位項目のほとんどを脱している状態が望まれる。その中でも生産的活動面で地域活動への参加が行なえていることが望ましい。また、有効な余暇時間が持て、趣味的活動が行なえている状態が望まれる。衝動コントロールは下位項目全てをクリアーしていることが必要である。

「対人関係要素」のうち共感性は対象者によっては完全に解決を図ることは困難と思われる。非社会性や対人暴力については問題のない状態が続いていることが必要である。

「環境的要素」のうちコミュニティ要因は特に配慮が必要である。対象者は後期通院医療の時期に生活枠の拡大を行っている。社会の場での対象者個人の人的ネットワークが社会復帰の阻害要因とならないよう留意する必要がある。現実的計画は対象者の処遇終了後の状態を想定し計画を見直す。処遇終了後の治療プランについての説明と同意、地域への受け入れ態勢についての問題整備等はこの時期の新たな課題と捉えるべきである。

「治療的要素」については中期に引き続いてコンプライアンスや治療・ケアの継続性を維持してゆかなければならない。また、治療・ケアの継続性については処遇終了後の治療体制の想定と具体化を図っていく中で、継続性が維持できるよう連携や情報共有等の作業を行わなくてはならない。

8. まとめ

通院医療の各ステージで対象者に求められる目標を示した。本法による処遇の対象には様々な疾患が含まれ、同時に個人的な特殊性を持つ対象者も存在する。このような対象者の個別性を重要視しながら処遇実施計画を作成しなければならない。即ち、全ての対象者に汎化させたステージ判定基準を作成し、それを当てはめることは対象者の社会復帰への意欲をそぎ治療関係を悪化させ、入院治療へ引き戻す結果を生みかねない。重要なことは、処遇実施計画の作成や評価に対象者が参加することであり、対象者を中心として処遇を行っていくことである。

通院ステージ・ゴール判定イメージ

共通評価項目	前期(評価点)	中期	後期
精神医学的要素	幻覚に基づく行動:(0点) 不適切な疑惑:(1点以下) 誇大性:(1点以下)	→→→ →→→ 0点	→→→ →→→ →→→
非精神病性症状	興奮、躁状態:(1点以下) 怒り:(0点) 感情の平板化:(1点以下) 抑うつ:(1点以下) 罪悪感:(1点以下) 解離:(1点以下)	→→→ →→→ 0点 →→→ →→→ →→→	→→→ →→→ 0点 →→→ →→→ →→→
自殺企図	念慮を訴えても自傷行為に至らない (1点以下)	軽度の念慮を認めることがある (1点以下)	認めない(0点)
個人心理的要素	内省・洞察	ある程度の内省が持て、精神疾患と他害行為の関連が認識できる (1点以下)	→→→
生活能力	安定した生活リズムの維持が可能 金銭管理上の明らかな問題がない コミュニケーション技能をある程度身につけている 社会的引きこもりを認めない 孤立に陥らない	生活リズムは安定し、身の回りの生活(金銭管理や安全管理を含め)は自立して行える 社会資源は確実に利用可能 コミュニケーション技能を身につけている 引きこもりや孤立を起こさない 生産的活動に継続して参加できる	活動性に問題はない 生産的活動に積極的に参加でき、役割を 余暇時間に楽しみが持てる

	衝動コントロール	衝動行動があってもその程度は軽く、自己の衝動性に内省が持てる(1点以下)	問題が解決され衝動コントロール可能となっている	→→→
対人関係的要素	共感性	他者の気持ちに対して一定の理解ができる(1点以下)	→→→	他者の感情を理解でき、情緒的交流が可能である →→→
	非社会性	全ての項目にわたって問題が解決され認めない(0点)	→→→	
	対人暴力	暴力が見られたとしても軽度にとどまり、少なくとも2ヶ月以上認めない状態が続いている	→→→	解決され問題はない状態
	個人的支援	N.A.	何がしかの有効な個人的支援を確立している(0点)	処遇終了後も支援の継続性が図られている
環境的要素	コミュニケーション要因	明らかかな問題は認めない(1点以下)	問題ない状態に至っている(0点)	問題が解決され、さらに処遇終了後の継続性が図られている
	ストレス	重大なストレスサラーの解決が図られている(1点以下)	ストレス脆弱性の改善が図られている(1点以下)	ストレスサラー及びストレス脆弱性ともに問題が軽微にとどまる
	物質乱用	乱用に対する内省が可能であり、2ヶ月以上乱用がないこと	確実に内省もてる 2ヶ月以上乱用がないこと	確実に内省もてる 2ヶ月以上乱用がないこと
	現実的計画	治療プランの同意や緊急時の対応確保に問題がない その他の下位項目で明らかかな問題を認めない(1点以下)	日中の活動や過ごし方について希望に沿った計画がある 各関係機関の連携・協力体制が確立し機能している 地域の受け入れ態勢がある	処遇終了後に関わる関係機関の連携・協力体制が確立し効果的機能が期待できる 処遇終了後にもキーパーソンとの協力的関わりを継続できる 地域への受け入れ態勢が十分ある
	コンプライアンス	治療へのモチベーションが形成され維持されている(1点以下)	治療の必要性が認識され積極的な治療への協力がある(0点)	処遇終了後にも治療の継続が必要であることを認識できる

	治療効果	一定の治療効果が期待される(1点以下)	治療効果が望める(0点)	→→→→
	治療・ケアの継続性	セルフトモニタリングや緊急時対応については1点以下 他の下位項目は解決されている(0点)	セルフトモニタリングや緊急時の対応について問題の解決が十分に図られている(0点)	→→→→

「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)

指定通院医療機関における「緊急時の連絡・対応方法」について

—東尾張病院「グリーンカード」—

研究協力者 八木 深 国立病院機構東尾張病院

1. はじめに

指定通院医療機関は、「通院対象者通院医学管理料の施設基準に係る届出書」の提出を求められている(障精第 0802004 号)。その中で、「緊急時の連絡・対応方法」について、「患者等への説明文書の例等、参考書類を添付すること。」となっている。

この報告では、東尾張病院で作成した医療観察法通院医療運営指針の概要を「グリーンカード」を中心に紹介する。

2. 医療観察法通院医療の目標・理念

医療観察法の目的は、「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こと」にある。医療観察法の通院による医療では、医療の継続性確保による危機防止と緊急時の早期介入が特に重要である。

3. 緊急時対応

緊急時に備えて、緊急時対応を事前に作成し、対象者の同意を得て「グリーンカード」を作成し対応する。緊急時には、チームで迅速な判断をするのが望ましい。

○ 緊急時対応の事前作成

- A 緊急時対応法を個別に作成し、通院対象者の同意を得る。
- B 個別に作成した緊急時対応法を、ケア会議に提案する。
- C 個別に作成した緊急時対応法を一括して保存し、一部は外来、一部は医局に保存する。
- D 緊急時対応法は、適宜見直す。
- E 緊急時対応法を変更した場合、ただちに社会復帰調整官に連絡し、保存書類を更新する。

○ 緊急時会議

緊急時には、1人で重要な決定をせず、チームで迅速な判断を実施する。

構成 ケア調整者、外来看護師長、司法精神医学部長等

- A 社会復帰調整官への連絡
- B 事前確認した緊急時の対応実施
- C 必要なら警察に保護依頼
- D 緊急訪問の安全確保

4. 緊急時の対応方手順 —東尾張病院「グリーンカード」—

- 1) 通院対象者およびその関係者に緊急時の対応方法を記載したカード（以下「グリーンカード」と呼ぶ）を事前によく説明し配布する。
- 2) 通院対象者およびその関係者が、当院に連絡する場合、「グリーンカードの〇〇（氏名）です。」と伝えてもらう。
- 3) グリーンカード所持者からの連絡は、原則としてケア調整者が受ける。
- 4) 連絡を受けたケア調整者は、所定の書式に連絡日時・対応者氏名・連絡内容を記載し、保存してある緊急時対応法に従って指示し、指示内容を記載する。
- 5) 時間外では、事務当直が連絡を受け、当直医・当直師長に「グリーンカード所持者」からの連絡であることを明らかにして対応依頼する。
- 6) 連絡を受けた当直医または当直師長は、所定の書式に連絡日時・対応者氏名・連絡内容を記載し、保存してある緊急時対応法に従って指示し、指示内容を記載する。
- 7) ケア調整者（時間外は、当直医・当直師長）は、緊急と判断した場合には、内容を社会復帰調整官・主治医および当院緊急連絡網で連絡する。
- 8) 必要により、緊急受診をすすめる。
- 9) 緊急訪問必要かどうか、緊急会議で検討する。
- 10) 緊急訪問時には、職員3名を原則とし、必要に応じ、警察に臨場要請する。
- 11) 緊急訪問の要点は、状況の把握、トークダウン、受診の勧め、緊急投薬などである。必要に応じ、医師も同伴する。
- 12) 緊急訪問時には、病院との連絡を特に密にする。
- 13) 事態が切迫している場合は、警察に保護要請する。
- 14) 緊急措置入院必要と判断されるなら、社会復帰調整官の指示を仰ぎ、関係保健所に連絡する。

5. 危機の防止

危機の防止にあたり、医療の継続性確保をするため「治療意欲を引き出す取り組み」が特に重要である。

○ 治療意欲を引き出す取り組み

治療意欲を引き出す取り組みは、多職種チームにより随時行う。この取り組みの中心になる課題は、対象者の過去、現在、未来を対象者自身が理解することである。

- 1) 過去の理解：過去の状態や、行為についてのふりかえり
 - ① 通院対象者の他害行為に至る過程や、他害行為そのものをふりかえる。
 - ② 通院対象者がなぜ医療観察法による医療を受けることになったのか、その背景にある刑事司法システムや、医療観察法のシステムを理解する。
- 2) 現在の理解：現状に対する直面化と理解
 - ① 精神障害について理解する。
 - ② 精神障害およびその症状と対象者の他害行為との関連性を理解する。
 - ③ 対象者の精神障害およびその症状に対するいくつかの解決法を知る。
 - ④ 対象者に対して計画されている治療プログラムの効果と有害作用を理解する。
 - ⑤ 治療プログラムを受けないことによる不利益を理解する。
- 3) 未来の理解：治療を受け社会復帰するイメージを持つ

- ① 長期的展望に立ち、計画されている地域処遇プログラムについて理解する。
- ② 社会復帰のいくつかの可能性のある選択肢を理解する。
- ③ 対象者の行った他害行為を、対象者自身が受容していくためのいくつかの方法を理解する。

○ セルフモニタリング

- 1) 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。(Team Care Solutions 上島国利監修などを参照する)
- 2) 危機介入を事前に計画し同意を得ておく。

○ 早期介入

第1段階 病状再燃初期－早期警告症状が出現している。

(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。

(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。

(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。

○ 訪問支援時の安全管理

- 1) 病院待機者の中から、訪問管理者を決める。
- 2) 安全管理予防策として、「医療観察法通院医療訪問チェックリスト」を記入する。
- 3) 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・バンクーバーマニュアル介入チェックリストに従い対応する。
- 4) 緊急時には、携帯電話で訪問管理者に「書類の忘れ物をした」と伝え、退避技法を用い、退避する。
- 5) 「忘れ物をした」という緊急コールを受信した安全管理については、訪問者に退避を命じ、必要なら警察に臨場要請する。

6) 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。

6. おわりに

医療観察法の医療では、多種類の介入が考えられるが、基礎となるのは、治療意欲を引き出す試みである。通院処遇となる例では、「過去の理解」は達成されていることが前提となり、「現在の理解」および「未来の理解」が中心課題となる。

治療意欲を引き出す試みの「現在の理解」では、心理社会教育を通じた疾患理解および、セルフモニタリングによる危機介入が重要である。

東尾張病院「グリーンカード」は、セルフモニタリングを用いた早期介入を目指すツールであり、医療観察法の通院による医療で有用と考えられるので報告した。

東尾張病院 通院者グリーンカード（緊急時等連絡カード）

（表）

様 番号 _____

- 1 いつもこのカードを持っています。
- 2 東尾張病院への連絡の際、「グリーンカードをもっている _____ 番号は _____ です。」とお伝え下さい。
- 3 連絡先 独立行政法人国立病院機構 東尾張病院（ひがしおわりびょういん）
電話 052-798-9711
- 4 担当者 主治医 _____
ケア調整者 _____
主担当看護師 _____
副担当看護師 _____
家族の連絡先 _____
- 5 落ち着いて、どのような様子かをお知らせ下さい。
- 6 落ち着いて、指示を聞いて下さい。
- 7 東尾張病院で必要と判断した場合、社会復帰調整官等関係機関に連絡します。

（裏）

- 8 以下のような場合、早めに電話して下さい。
 - 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。
 - その他 (_____)

東尾張病院グリーンカード所持者電話対応シート

関係機関 名古屋保護観察所 電話 052-

対応日時	年 月 日 時 分
対応者	医師 看護師 その他
患者氏名	登録番号
相談者	1 本人 2 家族 () 3 (医療機関・警察・救急隊・他) 名称
相談内容 本人の状況	
指示内容	
警察依頼	依頼者名 保護場所 保護日時 年 月 日 時 家族との連絡 可能 (誰と) ・困難・不明
警察 保護状況	(触法行為・自傷行為・外傷)
行動上の問題	内容
	1 自傷・自殺企図 (生命危機高) 2 自傷・自殺企図 (生命危機低) 3 失火 4 家族への暴力 5 家族以外への暴力 6 器物破損 7 不合理な言動・落ち着きなさ 8 閉じこもり 9 拒食 10 家宅侵入 11 徘徊 12 けんか 13 連続飲酒 14 薬物乱用 () 15 その他 ()
判定	1 直ちに来院指示 2 後に来院指示 3 他の精神科紹介 4 他科紹介 5 相談のみ 6 警察に保護要請 7 緊急会議召集 8 緊急訪問
緊急連絡	不要・必要 (主治医・名古屋保護観察所・病院緊急連絡網)
入院可能性	あり (応急・医療保護・措置・任意) ・不明
保護者同行	必要 (同行依頼 済み・まだ) ・不明
紹介の場合	紹介先機関名

「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)

地域生活支援における社会復帰施設・居宅支援事業の現状と課題

研究協力者 上野容子 東京家政大学

1. はじめに

平成17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」(分担研究者:岩成秀夫)は、精神保健福祉の現況を踏まえた上で、対象者の通院処遇と社会復帰のあり方や取り組みについて検討してきた。

そのひとつとして、地域における社会復帰施設の現況が確認された。今年度(17年)、社会復帰施設は障害者自立支援法への移行を目前に混沌とした状況であるが、対象者の社会復帰に一定の機能と役割を果たすために課題として検討すべきことを提示することとなった。残念ながら時間的枠組みの中で、研究班内の研究協力者全体で検討課題を十分議論し深めるまでには至らなかったため、今後の研究課題として、対象者の通院処遇・社会復帰事例をとおして検証することが求められるであろう。この事は対象者の地域生活支援ネットワークシステムを構築していくために極めて重要なことであるし、これまでの精神障害者に対する地域生活支援のあり方を検証することにもつながっていくはずである。

2. 精神障害者に対する地域生活支援体制の現状

これに関して、16年度の同研究報告書では、桑原寛(神奈川県精神保健福祉センター)が「地域の現状と課題」について報告している。

精神障害者の地域生活支援体制に関するところを抜粋してみる。「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。～中略～ 地域精神保健福祉体制の整備状況についても地域格差が大きい。」「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、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の第一歩を踏み出した」「市町村の業務量は激増した」「精神障害者社会復帰施設、精神障害者居宅生活支援事業所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」等から、精神障害者の地域生活支援体制は様々な課題を抱えながら市町村中心へと移行してきたと言える。

そして、平成16年9月に精神障害者の地域生活中心の支援体制整備を目標に「精神保健医療福祉の改革ビジョン」が出され、10月にこれまでの障害種別毎の福祉施策の統合化、効率的な福祉サービスの提供、地域格差解消等をめざした「今後の障害者福祉施策について、改革のグランドデザイン案」が提示され、平成17年10月に「障害者自立支援法」が成立した。この新法では、市町村が障害者の地域生活支援体制作りの実施責任主体として一層明確に位置づけられ、地域の社会復帰施設や居宅生活支援事業所等は、平成18～22年に市町村から委託を受けて、直接サービスを提供する事業所として新たに再編されることとなった。このため多くの関係機関・団体は、大きな変化と激動期に対応していくために支援体制の新たな枠組みづくりに向けて右往左往の状況である。

これまで精神障害者の地域生活を第一線で支えてきた作業所や社会復帰施設、居宅生活支援事業の役割は大変大きなものがある。改めて障害者自立支援法施行直前のこの時期に、精神障害者社会復帰施設やの現状を踏まえながらそれを確認しておきたい。

3. 社会復帰施設の現状

1) 社会復帰施設数と利用者状況

平成 15 年 10 月現在の精神障害者社会復帰施設数は、①生活訓練施設 263 ②福祉ホーム 195 ③入所授産施設 29 ④通所授産施設 245 ⑤小規模通所授産施設 215 ⑥福祉工場 17 ⑦地域生活支援センター 399 件 合計 1363 件である。

社会復帰施設数のうち、社会福祉・財団・社団法人、医療法人、NPO 法等の民間運営主体は全体の 97.8% で圧倒的に民間主導である。平成 15 年度の在所者人数は、①4,024 人 ②2,142 人 ③617 人 ④5,940 人 ⑤4,668 人 ⑥358 人 ⑦在所者数では算出不可 合計 17,749 人である。全国の地域で生活している精神障害者約 171 万人の内、地域生活支援センターを除く社会復帰施設を利用している人の割合は約 1% と大変少ない。(国民の福祉の動向 2005 年 (財)厚生統計協会の資料参照)

ここからも我国の精神障害者の地域生活支援に関する社会資源は極めて貧困であり、地域生活支援ネットワークが実質的に機能しにくい大きな要因になっていると言える。

2) 社会復帰施設退所後の利用者状況

表 1 の「精神障害者社会復帰施設退所後の状況」により、①就労と家庭復帰率 ②再入院率をみると、生活訓練施設①53%、②27%、福祉ホーム①45%、②30%、通所授産施設①52%、②13%、入所授産施設①44%、②33%、福祉工場①62%、②7%となっている。就労・家庭復帰は施設種類に大きな差異が無いと言える。これは、授産施設が様々な事業を起こし、それに従事しているいわゆる福祉的

表 1 精神障害者社会復帰施設退所後の状況

	就労	家庭復帰等	他の社会復帰施設	再入院	死亡	不明	合計
生活訓練施設	98	982	316	556	41	30	2,023
福祉ホーム	31	114	72	98	8	1	324
通所授産施設	192	312	256	128	41	32	961
入所授産施設	9	43	20	39	3	3	117
福祉工場	5	21	12	3	1	0	42
合計	335	1,472	676	824	94	66	3,467

精神保健福祉論 へるす出版(平成 14 年)より

就労の人達も多いことが伺われる。作業所も同様な所が多く一般就労へ繋がらない要因との批判もあるが、これは授産施設を訓練の場と位置づける捉え方からくるものである。福祉的就労とは、訓練の要素も有しているが、それが主目的ではなく、場を共有している人達がそこでの仕事を創り出し、主体的に働き相当の報酬も得て、そこでの仕事に生きがいを見つけて定着している人達も多くいる。しかし、故小倉昌男氏の「一万円からの脱出」の著書にもあるように、単純軽作業のみで報酬が低く、生きがいにつながる仕事とは程遠い所が多いことも事実であり、利用者が取得する報酬額の較差も大きく、先駆的で地域に開かれた所から、活動内容が周囲に伝わりにくい閉鎖的な所まで様々である。

再入院率をみると、生活訓練施設、福祉ホーム、入所授産施設の入所型と、通所授産施

設と福祉工場の通所型では入所型に再入院率が高かった。昼夜とも、集団生活で管理された中にあることの緊張感は、精神障害者の場合好ましい環境とは言えないことが窺われる。

障害者自立支援法では、日中活動の場とプライベートな生活の場を分けた支援体系となっているが、プライベートな生活空間と時間が保証された上で、日中の訓練・支援プログラムが提供されることは障害者の人権が配慮された支援方法であると言える。再入院率の低下につながることを期待したい。

3) 地域生活支援センターの活動状況

図1は、筆者が平成15年度に、北海道、東北、関東、近畿、中部、四国、山陰、山陽、九州の地域生活支援センター（以下、支援センター）の内、に人口比率に応じて限定して依頼した地域生活支援センター活動関連調査結果の一部で、地域生活支援センター活動内容のベスト12である。

これを見ると、1～3の相談、関係機関との連絡・調整等の連携、相談内容に応じた関係機関紹介は、全体の70%以上を占めている。支援センターに対する利用者ニーズが確認できると同時に、作業所や社会復帰施設が利用契約した利用者を対象としているのに対し、大部分の支援センターは、「広域的に不特定多数の精神障害者を対象とすること」としている運営要綱に即した活動となっている。

図1 精神障害者地域生活支援センターの活動内容

1. 利用者の相談に対応する面接	80%
2. 他機関との連絡・調整、会議 出席	75%
3. 作業所、社会復帰施設紹介	70%
4. 医療機関との連絡、情報交換	68%
5. 食事サービス	62%
6. 就業に関する情報提供、紹介	61%
7. 家事援助	61%
8. グループ活動支援	55%
9. 家族相談	55%
10. ピアサポート	53%
11. 訪問・緊急時対応	48%
12. 住居に関する相談・支援	45%

5. 食事サービス、9. 家事援助 8. グループ支援活動は、地域全体の社会資源状況や各支援センターの固有の活動であり、評価し難いところであるが、これらの活動にスタッフのマンパワーが割かれ、支援センター本来の相談や訪問等の直接的な日常生活支援活動が疎かになることが懸念される声も聞く。

4. 医療機関との連絡・情報交換の68%の比率の大小は判断しかねるが、現状調査から実態を反映した数字であると感じる。医療機関との連携が必ずしも円滑であるとは言えない状況も見聞きするので、医療観察法対象者の利用において、支援センターの地域関係機関との調整機能の役割を考えると、医療機関との日常的な連携関係の構築は重要な課題である。

6. 就業関連支援の61%は健闘している数字であると考え。近年、精神障害者の就労支援制度は、トライアル雇用、企業内授産、特例子会社、就業・生活支援センター等の制度の創設、平成18年4月からの雇用率制度導入等、就労支援制度の前進が反映している結果であろう。障害者自立支援法において、就労支援は最重点支援として位置付けているので、支援センターとしても、ますます関連支援活動が活発になることが予測される。

9. 家族相談、10. ピアサポート、11. 訪問・緊急時対応、12. 住居相談に関しては、支援センターの活動として大変重要であるにも拘らず予想以下の比率であった。専門職の

不足が最も大きな要因と推測するが、関係機関との連携の下、強化・充実していくべき活動である。

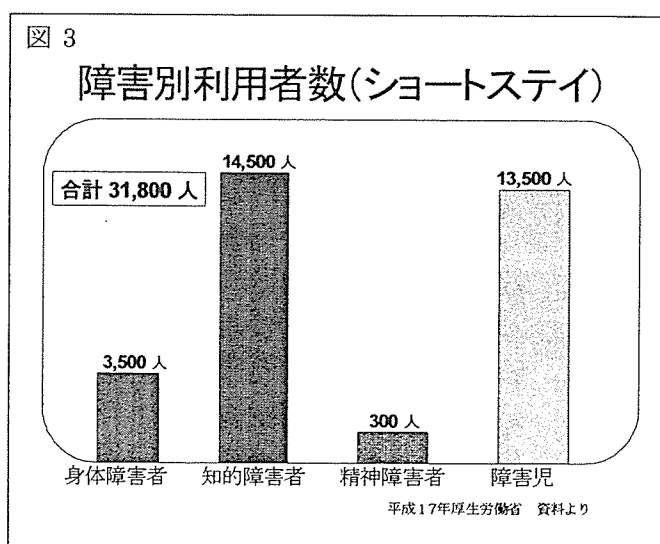
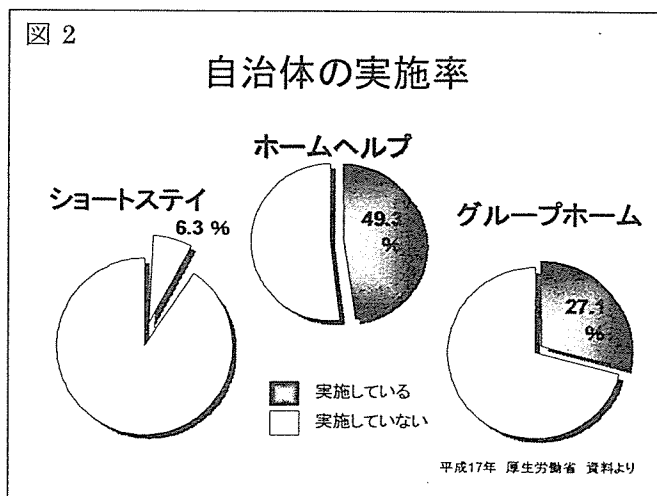
特に、11に関しては、地域の救急体制、医療機関、居宅生活支援事業所等との日常的連携体制が機能しないと支援センターのみの努力ではその役割が果たせない。

生活支援センターの活動は、作業所や社会復帰施設利用に至っていない人達で自宅に閉じこもっている人達が気軽に行ける場、相談に応じられる場、24時間対応可能な場、地域に開かれた場等、設立当初から関係者の大きな期待があった。アンケートからその期待に応えるべく活動していることが推測されるが、中には「作業所とどこが違うの?」「設置主体の関係利用者しか受け入れていない」「地域に作業所や社会復帰施設や支援センターができて皆同じようなことをして金太郎飴みたい」等の問題提起があることも事実である。支援センターの今後のあり方は、個々の利用者ニーズに応えながら、さらに活動内容をわかりやすく基準化することが検討されるべきであると考え。それには適したマンパワー体制が可能となる財源が必須であることは言うまでもない。

4) 居宅生活支援事業の現状

図2は、平成15年度厚生労働省資料から精神障害者に関する居宅生活支援事業に関するところを抜粋、作成し直したものである。

ショートステイの自治体実施率を見ると、身体障害者37.7%、知的障害者61.1%に比べ、精神障害者は6.3%で、利用者人数を障害種別で見ると(図3)、あまりに大きな較差に驚いた次第である。長期入院者の退院促進を進めていく場合、医療機関と連携しながら、ショートステイをゆっくり時間をかけて活用し、退院からグループホームや福祉ホーム、単身アパート生活等に移行し、その後作業所や支援センター等を活用しながら一人暮らしを続けることができている事例が時々関係誌に報告されている。筆者もショートステイの支援に関わってきた経験から長期入院者の退院促進に大変効果的な方法であると実感しているので、今後積極的な活用を検討すべきであると考え。



ホームヘルプサービスの自治体実施率は、身体障害者は 82.6%、知的障害者は 66.2%、精神障害者は 49.3%で（図 2・4）、他障害者と大きな較差がある。人口 1 万対支給決定者数を都道府県別に見ると、滋賀県が 28 人で一位、次いで大阪府 24 人、京都府 15 人、神奈川県・広島県 13 人、東京都・岡山県・宮崎県 12 人で、下位は、福井県の 3 人、富山県・

秋田県・山形県 4 人、群馬県・埼玉県・静岡県・佐賀県・青森県が 5 人となっており、地域格差が大きいことがわかる。ホームヘルプサービスは、個別支援の訪問型なので、開始当初、当事者から利用にあたって戸惑いや不安も大きいとの声がある一方で、従事者も精神障害に対する理解に乏しく、支援のあり方にやはり不安があるという声が多かった。研修等で当事者の生活状況やホームヘルプ

利用後の感想を直接聞く等の情報交換の機会が設けられていく過程で、話し相手や家事援助等のホームヘルプ活用の効果が見えてきている。現在、就労中の人はホームヘルプサービス利用の対象外であるが、「仕事をしていて疲労が蓄積し体調不良の時に一時的に必要に応じてホームヘルプサービスが利用できるとどんなに安心して働くことができるか・・・」という就労中の当事者から切実な声を聞いたことがある。就労継続支援の方法のひとつとして新たな検討課題である。

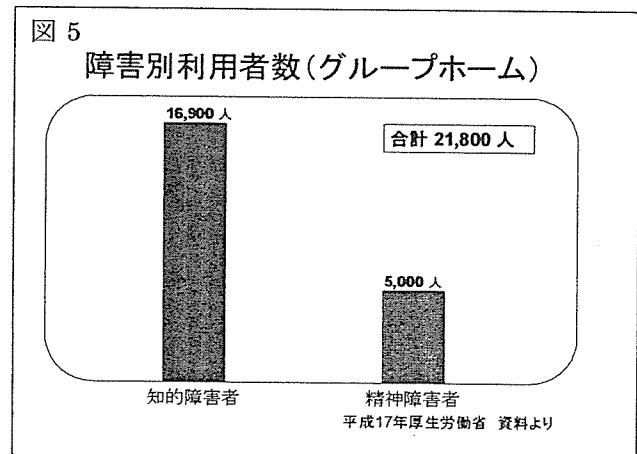
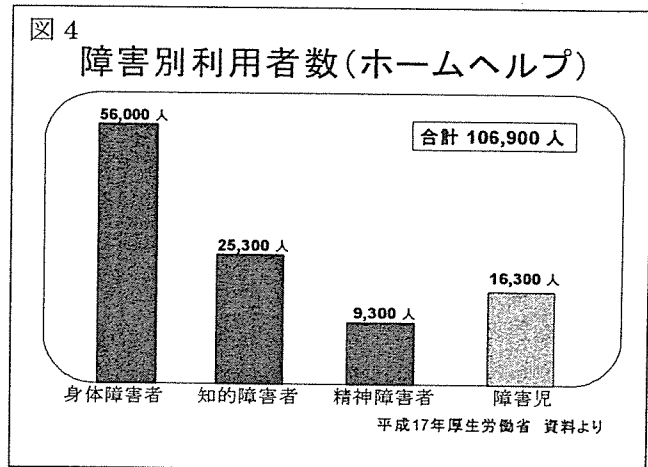
グループホームの自治体実施率は、27.1%で（図 2）、精神障害者より人数が少ない知的障害者のグループホームは精神障害者グループホームの 3.5 倍の件数である。（図 5）グループホームは生活訓練施設や福祉ホームより設置基準がゆるやかなので、全国的にも設置数が増加している印象を受けるが、知的障害者との比較では大幅な遅れを取っていることが明白である。グループホームの増設は、障害者自立支援法

においてその促進が検討されているし、医療観察法対象者の住まい確保にも一定の役割を果たすことになるので今後の増設に期待したいところである。

4. 障害者自立支援法における改革のポイント

国は障害者自立支援法の制度化にあたり、これまでの障害保健福祉施策を見直し、以下の 5 点を改革のポイントとして掲げている。

- ① サービス提供体制を市町村に一元化し、障害の種類（身体・知的・精神）にかかわらず、障害者の自立支援を目的とした共通の福祉サービスを共通の制度により実施



- ② 障害者の就労支援強化（働ける障害者に対して積極的な一般就労支援強化）
- ③ 地域の限られた社会資源を有効に活用できるよう規制緩和（空き施設利用、一施設多機能事業可能）
- ④ 公平なサービス利用のための手続きや基準の透明化、明確化、（共通の障害程度区分認定とそれに応じたサービス提供）
- ⑤ サービス量に応じた利用者の費用負担を求める（応益負担）一方で、国の財政責任の明確化（補助金支給ではなく、国の義務的経費計上）

以上の改革ポイントは、障害種別を取り払い3障害共通の支援体系を構築した点は評価されるが、懸念される点もあり、そのひとつが利用者の自己負担額である。一割の自己負担額は昨年10月に提示されていたが、平成18年4月実施直前の3月になってやっとサービス利用単価（提供主体はサービス提供単価）が公表された。利用負担の上限額は、生活保護受給者は自己負担0、低所得者の減免額も設定されているが、一般利用者は、37200円の上限負担額としており、負担額の支払いが困難で、これまで受けてきた支援（サービス）と同等なサービスを望んでも叶えられない状況が起きてくるのが想定され、介護保険制度開始時と同様の混乱が予測される。

サービス提供者の社会復帰施設、居宅生活支援事業所もやっとサービス単価が公表されたので、取り急ぎ従来の利用者人数、支援内容・量相当の新サービス体系事業収入を算出し始めたが、利用者がどのようなサービスを受けたいのか等の利用者意向調査に至らない現状で、事業の見通しが資金的に立ちにくく、多くの施設・事業所は具体的な新体系サービスにまだまだ向えない状況ではないかと推察する。

5. 障害者自立支援法による施設・事業体系の変化

障害者自立支援法は、平成18年から22年の5年の経過措置期間に、①「地域生活支援」、「就労支援」の新たな課題に対応するために新しい事業を制度化する ②入所施設の24時間対応型を、地域と交わる機会をつくることを目的に、日中活動の場と生活の場（入所施設）に分離する ③施設の入所期間の長期化や本来の施設機能と利用者実態の乖離の改善を目的に、利用者に対し、身近なところ

図6 施設・事業体系の改正

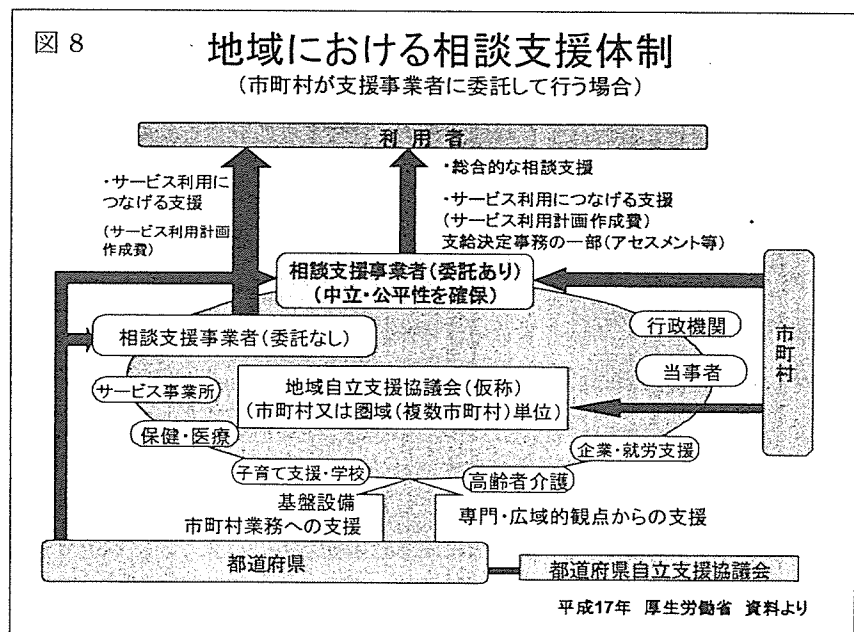
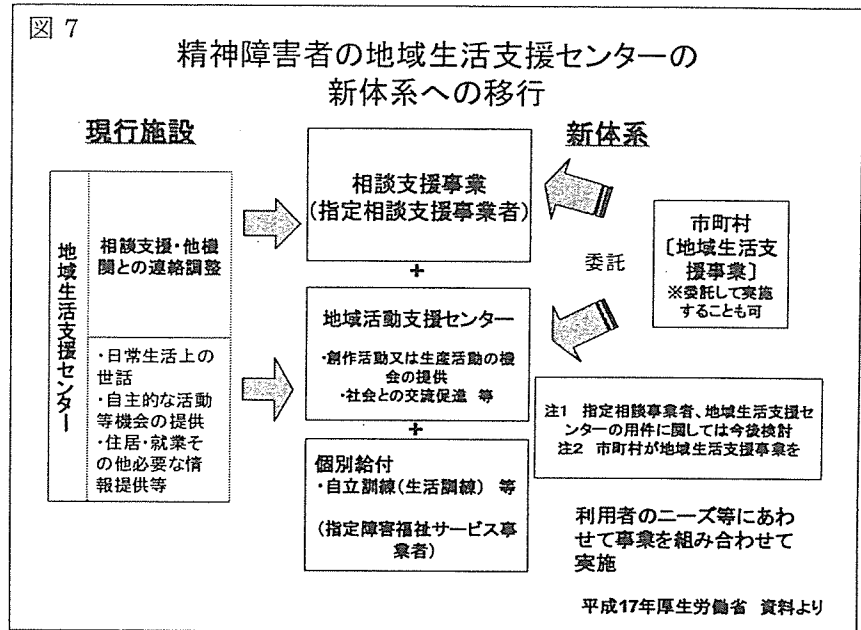
<p style="text-align: center;"><現行></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">重症心身障害児施設 (年齢超過児)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">進行性筋萎縮症療養等給付事業</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">身体障害者療養施設</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">更生施設(身体・知的)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">授産施設(身体・知的・精神)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">小規模授産施設(身体・知的・精神)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">福祉工場(身体・知的・精神)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">精神障害者生活訓練施設</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">精神障害者地域生活支援センター (デイサービス部分)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">障害者デイサービス</div>	<p style="writing-mode: vertical-rl; font-size: small;">新体系 (移行)</p>	<p style="text-align: center;"><改正後></p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">日中活動</p> <p style="font-size: x-small;">以下から1又は複数の事業を選択</p> <p>【介護給付】</p> <p>① 療養介護 (医療型) ※医療施設で実施</p> <p>② 生活介護 (福祉型)</p> <p>【訓練等給付】</p> <p>③ 自立訓練 (機能訓練・生活訓練)</p> <p>④ 就労移行支援</p> <p>⑤ 就労継続支援 (雇用型・非雇用型)</p> <p>【地域生活支援事業】</p> <p>⑥ 地域生活支援センター</p> </td> <td style="width: 50%; border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">居住支援</p> <p style="text-align: center;">施設への入所 又は 居住支援サービス (ケアホーム グループホーム 福祉ホーム)</p> </td> </tr> </table>	<p style="text-align: center;">日中活動</p> <p style="font-size: x-small;">以下から1又は複数の事業を選択</p> <p>【介護給付】</p> <p>① 療養介護 (医療型) ※医療施設で実施</p> <p>② 生活介護 (福祉型)</p> <p>【訓練等給付】</p> <p>③ 自立訓練 (機能訓練・生活訓練)</p> <p>④ 就労移行支援</p> <p>⑤ 就労継続支援 (雇用型・非雇用型)</p> <p>【地域生活支援事業】</p> <p>⑥ 地域生活支援センター</p>	<p style="text-align: center;">居住支援</p> <p style="text-align: center;">施設への入所 又は 居住支援サービス (ケアホーム グループホーム 福祉ホーム)</p>
<p style="text-align: center;">日中活動</p> <p style="font-size: x-small;">以下から1又は複数の事業を選択</p> <p>【介護給付】</p> <p>① 療養介護 (医療型) ※医療施設で実施</p> <p>② 生活介護 (福祉型)</p> <p>【訓練等給付】</p> <p>③ 自立訓練 (機能訓練・生活訓練)</p> <p>④ 就労移行支援</p> <p>⑤ 就労継続支援 (雇用型・非雇用型)</p> <p>【地域生活支援事業】</p> <p>⑥ 地域生活支援センター</p>	<p style="text-align: center;">居住支援</p> <p style="text-align: center;">施設への入所 又は 居住支援サービス (ケアホーム グループホーム 福祉ホーム)</p>			

平成17年厚生労働省社会保障審議会 障害者部会 資料 より

で効果的・効率的なサービスを提供できる仕組みをつくる等を理由に、これまでの障害種別毎に33種類の施設・事業に分かれていた現行体系を、新事業体系として2つの「6つの日中活動」と「居住支援」の体系に編成し直すこととなった。(図6)

この急速な新体系移行に地域生活支援の現場は大混乱状態である。既存の作業所・社会復帰施設は、この件で実施責任主体である市町村と協議の必要に迫られているが、市町村は、新サービスを受給する際に必要となる利用対象者の障害程度区分認定を開始しなければならず、限られたマンパワー体制の中でその準備に追われ、超多忙な状態である。施行直前の3月時点でも、作業所・社会復帰施設は、市町村と話し合いの機会をもつことがほとんどできておらず、新サービス体系に移行しようにも準備ができない状況である。特に、グループホームは、4月から補助事業から障害者自立支援法のサービス実績清算方式に変わるため、いくつかの問題が出てきている。例えば体験入居や、入院中の場合の退居後の空き室補償についてはどうなるのか？不明確である。知的・身体

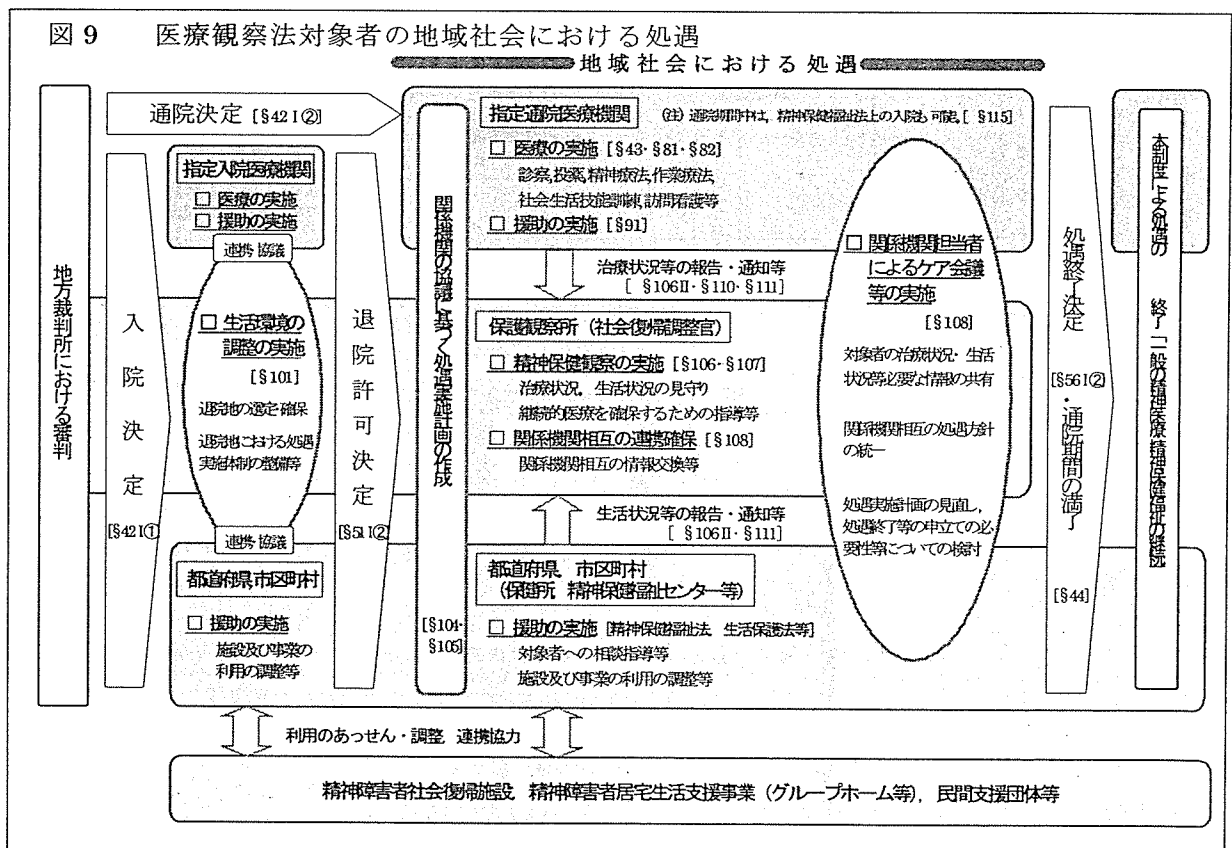
障害者の支援費制度においては、入居者が入院した場合2ヶ月間の補償しかなく退居手続きを取るようになってきている。障害の程度に関わらず、利用者人数でサービス実績を計算することになると、障害が比較的軽く、安定的に入居できる人を優先しがちな傾向が出てくるのが懸念される。精神障害者の場合、入居までや退居に至るまでの経過を支援することが重要で、そこに時間を要するが、サービス単価に反映されるのか不明確である等、今



後もっと多くの問題が出てくることが予想される。今後、グループホームの増設は、精神障害者の地域生活支援を推進していく上で最重要課題であるが、障害者自立支援法の移行時は、増設どころか、安定した活動ができるのかどうか、先が見えない状況である。

10月から新サービス体系移行が決定している支援センターは、指定相談支援事業者として市町村から委託が受けられるのかどうか？やはり現状では不明確である。実施開始当初は、自治体によっては市町村が直接実施していく方針を出しているところもある。市町村がマンパワー体制上実施不可能になってから、支援センターにバトンを渡すような無責任なことはしないよう入念な実施計画を立てることが求められているし、その責任があることを認識する必要がある。又、市町村は、新体系後、支援センターに地域生活支援活動において、どのような機能と役割を期待するのか事前に十分な協議をする必要がある。そして、図7・8のように、各関係機関のネットワーク機能を実質的かつ現実的に機能させていくことが求められている。この図を現実とかけ離れたものにしてはならない。

6. 今後の課題



医療観察法対象者は、「地域社会におけるケアガイドライン」に示されている処遇概要に則した地域生活支援を受けていくことになる(図9)。指定医療機関、保護観察所、都道府県・市町村が中心に地域生活支援計画を立てていくが、利用可能な地域の社会資源・サービス提供事業所と連携し、それを活用していく場合も有り得る。医療観察法対象者は、障害者自立支援法における「きわめて重度の精神障害者」として障害程度区分認定において認定されるのかどうか現状では不明だが、その対象者であれば、自立支援計画に基づき、

複数のサービスを適切に提供し、緊急のニーズに際してはその都度支給決定を経ることなく臨機応変に対応することになる。この場合、地域の社会復帰施設や居宅生活支援事業所は、サービス提供の種類にかかわらず、一定のサービス対価を得ながら、複数のサービスを調整しつつ提供できるようにケアマネジメント機能を持ち、24時間の連絡・対応等、必要なサービスを十分提供できるような体制をつくらなければならない。これを実現していくためには、国、都道府県、市町村の行政機関が中心となって障害者自立支援法の新体系への移行をスムーズに実施し、地域の社会復帰施設・サービス提供事業所がこれまで記したような現状で抱えている問題や課題を解決し、精神障害者の地域生活支援活動を維持、発展させていけるよう、底支えの視点と対等な連携体制づくりが緊急の課題であると考え

医療観察法の通院処遇と個人情報

研究協力者 柑本美和 国立精神・神経センター精神保健研究所

1. 個人情報とプライバシー・秘密

これまで、プライバシーに該当するようなセンシティブな情報の提供については、民法709条の不法行為の成否が問題とされてきたが、今後は、それとは別に、いわゆる個人情報保護法との関係でも考えていく必要がある。そして、医療観察法上の処遇に関係する機関は、単に個人情報保護法と言われる法律には、次の4種類が存在することに留意する必要がある。いわゆる民間病院に適用される「個人情報の保護に関する法律」、国立病院である武蔵病院や保護観察所などに適用される「行政機関の保有する個人情報の保護に関する法律」、東尾張病院や花巻病院などに適用される「独立行政法人等の保有する個人情報の保護に関する法律」、そして、神奈川県立精神医療センター芹香病院など地方自治体病院に適用される「個人情報保護条例」である。しかし、これらの法律にはばらつきが生じており、それらを埋めるためにガイドラインも策定されている。関係するものとしては、「医療・介護事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」および「福祉関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」がある。ただ、「医療・介護事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」によれば、当該ガイドラインの対象から、個人情報保護に関する他の法律や条例が適用される、国、地方公共団体、独立行政法人等が設置するものは除くとされている(13)。しかし、他方で、同ガイドラインには、さらに、「医療・介護分野における個人情報保護の精神は同一であることから、これらの事業者も本ガイドラインに十分配慮することが望ましい」(13)と記載されている。したがって、関係機関はこれらのガイドラインに留意することが重要だと思われる。

なお、「個人情報」とは、生存する個人に関する情報であり、個人の属性・行動、個人に対する評価、個人が創作した表現等、当該個人と関係する全ての情報を言う。つまり、いわゆる、個人情報保護法は、「プライバシー」「名誉」とは言えない「希薄化した情報」までも保護するものである。この法律の背後には、個人の情報コントロール権という考え方、すなわち、自分に関する情報については自分で決定するという考え方が存在する。

2. 医療観察法の通院処遇と情報の提供

患者と医師とが一对一で対応していた医療モデルは、現在ではもう過去のものとして置かれている。そして、いわゆる地域精神医療の現場には、多くの人々が精神障害者の社会復帰に関与している。したがって、患者のスムーズな社会復帰のためには、その人の医療情報共有の必要性は極めて高いと思われる。一方、プライバシーよりも希薄化した情報までも保護しようというのが、いわゆる個人情報保護法の建前であり、法律の保護していない部分までもガイドラインによる規制がなされている。そのため、これらのバランスをどのように図るかがここでの課題となる。しかし、例えば、「地域処遇ガイドライン」には、対象者の同意を得るよう努めるようにと書かれているが、得られない場合はどうするのかにつ