

ところで、地域連携のあり方についてはこの通りですが、通院対象者を中心とする通院処遇を進めていくときには、中心的な関係機関を絞っていく必要があります。指定通院医療機関には多職種チームが編成されますが、その多職種チームを統括する医療機関内の医療観察所担当者（ケア調整者）と社会復帰調整官が緊密な連携を維持し、そこに精神保健福祉行政機関の担当者が積極的に協力する、そして必要に応じて社会復帰施設等が加わるという形で地域ケア体制を組むことが、通院処遇を円滑に進める時に重要だと考えます。（岩成、川淵）

## 2. 地域における関係機関とその連携

### (1) 行政機関の役割

地域処遇は、指定医療機関による「医療」、保護観察所による「精神保健観察」、都道府県・市町村などの行政機関による「援助」の3本柱から構成されています。このうち行政機関の役割は、対象者が入院処遇から通院処遇に至り、地域処遇の比重が増すにつれて増大し、処遇終了後は、行政関係機関が主体的に支援活動を継続していくこととなります。具体的な地域生活支援は、障害者自立支援法と精神保健福祉法に基づいて行われますが、通院・地域処遇への移行は、対象者の病状の軽快が前提です。基本的には通常の精神障害者の地域生活支援活動と変わるところはありません。しかし、対象者は、「医療」と「精神保健観察」を併せて受けていますので、適正な援助を提供するためには、地域処遇全般についての調整役を担う社会復帰調整官との連携協力が不可欠です。また、本制度は発足後まだ日も浅く、地域住民に地域処遇の状況を正しく伝えるための実践例は十分とは言えない状況にあります。

従って、対象者の地域生活支援では①個人情報保護への配慮、②病状の再悪化に対する早期発見と適正な対応、③地域生活支援サービス提供方法などに留意し取り組む必要があります。

まず、個人情報の保護については、地域住民の誤解や偏見から当事者を守るためにも十分な配慮が必要です。そして、個別具体的な支援ニーズの変化に対して、当事者の同意を得ながら徐々に支援の幅を広げていくことが求められます。次に、病状の再悪化に関しては、当事者との

また、関係機関の基本的役割を次のように定め、連携して地域における処遇が円滑に進むよう求めています。

- 地域社会における処遇に携わる関係機関は、以下の役割を共通して担う。
    - ・ 処遇の実施計画の作成及び見直しに携わる。
    - ・ 処遇の実施計画に基づく処遇を実施する。
    - ・ ケア会議への参加などを通じ、関係機関等との緊密な連携に努め、処遇を実施する上で必要となる情報の共有を図る。
    - ・ 生活環境の調査・調整及び精神保健観察をはじめとする地域社会における処遇の実施に関し、保護観察所からの要請に応じ、必要な協力を行う。
  - 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、必要な情報を提供することなどにより、地域社会における処遇の適正かつ円滑な実施を支援する。
- そして、保護観察所には次のような役割を規定し、地域処遇のコーディネートであることを謳っています。
- 保護観察所は、本制度において、当初審判の段階から一貫して対象者に関与する立場にあり、地域社会における処遇のコーディネート者としての役割を果たす。
  - 保護観察所は、生活環境の調査、生活環境の調整（退院地の選定・確保のための調整、退院地での処遇実施体制の整備）、処遇実施計画の作成及び見直し、精神保健観察の実施（継続的な医療を確保するための生活状況の見守り、必要な指導等）を行う。
  - 保護観察所は、平素からの連携やケア会議の開催等を通じ、地方厚生局、指定医療機関、都道府県・市町村等の関係機関との緊密な連携体制を築く。
  - 保護観察所は、地域社会における処遇が円滑に行われるよう、関係機関と連携して、本制度の普及啓発を行う。
- 以上のように、保護観察所（社会復帰調整官）は地域処遇のコーディネートであり、地域関係機関の連携の推進役を担うことになっていきます。それに対し、地域関係機関は積極的に協力をより求められているという構図になっていきます。

- ④ 地域の実情を踏まえ、地方自治体独自の地域処遇運営マニュアルやガイドライン等の策定を行います。
  - ⑤ 本制度に係る地域生活支援を担う人材育成を行います。
  - ⑥ 関係機関と連携して本制度の普及啓発等を行います。
  - ⑦ 関係機関が実施した対象者への援助について評価・見直しを行い、新たな課題への対応を図ります。
  - ⑧ 本制度運用上の個人情報取り扱いについて、法令遵守に向けた体制整備を図ります。また、指定通院医療機関の選定通知を適正に管理します。
- b. 精神保健福祉センターの役割
- ① 保護観察所や保健所・保健センターが行う複雑困難事例の地域処遇・生活支援活動に対して専門的・技術的な支援を行います。
  - ② 都道府県医療観察制度運営連絡協議会に参加し、都道府県主管課・保護観察所・保健所等の連携強化を支援します。
  - ③ 地方自治体独自の地域処遇運営マニュアルやガイドラインの策定に協力します。
  - ④ 都道府県担当主管課、保護観察所と連携して、地域特性を踏まえた人材育成研修に協力します。
  - ⑤ 関係機関と連携して本制度の普及啓発等に協力します。
  - ⑥ 必要に応じて、社会復帰調整官が行う生活環境調査、調整、処遇実施計画の作成と見直しや病棟内会議・地域ケア会議に参加し、保護観察所が行う地域処遇を支援します。
  - ⑦ 精神保健福祉センターの既存の各種サービス事業を対象者とその家族の支援に係る社会資源として提供します。
  - ⑧ 本制度による処遇終了後の地域生活支援体制を関係機関と連携協力して整えるとともに、処遇終了後の一般精神科医療、精神保健福祉サービスとの継続への円滑な橋渡しの作業を支援します。
  - ⑨ 対象者や家族の個人情報取り扱いについて法令を遵守します。
- c. 区市町村担当課の役割
- ① 対象者が障害者自立支援法による障害福祉サービスを利用する際の認定申請受理、判定、サービス支給決定などの支援やサービスのあっせん・調整などの支援を行います。

- 信頼関係を築き、責任をもって一貫性のある継続的な支援活動を展開すること、病状の変化に早期に気づき、再入院を防ぐための工夫・支援を行うことが可能になるでしょう。
- また、障害者自立支援法と精神保健福祉法に基づく相談・地域生活支援は、保健、医療、福祉、就労支援等々多岐にわたり、個別具体的なサービス提供には、市町村、保健所、精神保健福祉センターはじめ多種多様な関係機関が関わることになります。従って当事者に係る諸状況とニーズを適正に把握し、有効かつ効果的な地域生活支援サービスを提供するためには、総合調整を行う担当者置き、その人を核に、具体的な支援サービス提供と個別的地域処遇全般に係る調整を行うのに対し、地域処遇及び処遇終了後の生活圏域での地域生活支援サービス提供を調整する役割を担ってもらうことが期待されます。
- 次に、各行政機関の標準的な機能・役割を一覧表にまとめて示します(表3参照)。今日の地域生活支援活動は、市町村と関係諸機関の連携・協力の下、同時並行的に行われるため、各機関の地域処遇に係る役割に関しても相互に重なり合う部分が出てきます。また、保健所における精神保健福祉法に基づく緊急時の医療確保上の役割は、保健所の設置主体がどこかということや、精神科救急情報センターの有無などによって、自治体ごとに変化し得る点にも留意する必要があります。以下、これらの留意事項を踏まえながら、表3に基づき各機関の標準的な役割の内、主要なものを概説します。
- (2) 個別の行政機関の役割
- a. 都道府県・政令指定都市主管課の役割
- ① 各自治体の地域特性と地域生活支援ニーズを踏まえ、対象者の地域処遇実施体制の整備や、管轄域内の指定通院医療機関の拡大及び地域社会資源の整備に取り組みます。
  - ② 保護観察所と地域の行政関係諸機関の連携・協力体制の整備に向け調整を行います。
  - ③ 保護観察所と協力して、都道府県医療観察制度運営連絡協議会を開催し、必要に応じて運営要領の見直しを行います。

相談窓口対応を行います。

- ⑧ 本制度による処遇終了後の地域処遇体制を関係機関と連携協力し合いながら整えるとともに、当事者の処遇終了後の一般精神科医療、精神保健福祉センターとの継続への円滑な橋渡しの作業を行います。
- ⑨ 対象者や家族の個人情報取り扱いや裁判所からの通知保管などについて法令を遵守します。

e. 福祉事務所役割

- ① 本制度対象者の生活保護受給の対応を行うとともに、保健所・保健センターの行う精神保健・障害福祉サービスを支援します。
- ② 生活環境調査・調整及び精神保健観察所をはじめとする地域社会における処遇の実施に関し、保護観察所からの要請に応じ協力します。
- ③ 必要に応じ生活保護受給対象者に係る病棟内会議や地域ケア会議に参加します。また、社会復帰調整官の地域処遇計画の策定に必要な情報提供を行い、処遇実施、評価、修正に協力します。
- ④ 生活保護受給対象者の精神保健福祉法に基づく緊急入院時の対応を行います。
- ⑤ 本制度による処遇終了後の生活保護受給対象者の地域処遇体制を関係機関と協力し合いながら整えるとともに、処遇終了後の一般精神科医療、精神保健福祉センターとの継続への円滑な橋渡しの作業を行います。
- ⑥ 区市町村の住民サービスの提供に向けて、社会福祉協議会や民生委員の協力を得るための連絡調整を行います。
- ⑦ 対象者や家族の個人情報の取り扱いについて法令を遵守します。

<参考文庫>

1. 心・神経失業者等医療観察法による地域処遇ハンドブック、法務省保護局、2006.2
2. 心・神経失業者等医療観察法による地域処遇マニュアル、東京都心神経失業者医療観察制度運営連絡協議会、2008.3
3. 厚生省大臣官房障害者保健福祉部長官通知「保健所及び区市町村における精神保健福祉業務について」、平成2年3月31日日障第251号、改正平成18年12月22日 国発第122303号
4. 厚生省保健医療局長通知「精神保健福祉センター運営要領について」、平成18年1月19日健医発第57号、改正平成18年12月22日日障発第122303号

- ② 区市町村関係機関や精神障害者社会復帰施設等での地域処遇の実施状況を把握し、保護観察所に処遇実施状況を報告します。また、保護観察所が行う生活環境調査・調整や地域処遇実施に協力します。
- ③ 必要に応じて病棟内会議や地域ケア会議に参加し、地域処遇と連動した地域生活支援を行います。また社会復帰調整官の処遇実施計画策定に必要な情報の提供や処遇の実施、評価、見直しに協力します。
- ④ 本制度による処遇終了後の地域生活支援体制を関係機関と連携協力しつつ整えます。また、処遇終了後の一般精神科医療、精神保健福祉センターとの継続への円滑な橋渡しの作業を行います。
- ⑤ 対象者の支援の実践・評価、見直しを行い、新たな課題への対応を図ります。
- ⑥ 対象者や家族の個人情報の取り扱いについて法令を遵守します。また、居住地域出等の通知を適正に管理します。

d. 保健所・保健センター等の役割

- ① 精神保健福祉法と障害者自立支援法に基づく地域支援サービスの提供を行います。
- ② 保護観察所からの要請に応じ、生活環境調査・調整及び精神保健観察をはじめとするとする地域処遇の実施状況に係る関連情報の提供を行います。
- ③ 社会復帰調整官の地域処遇計画に必要な情報提供を行い、処遇の実施・評価、修正に協力します。
- ④ 必要に応じて病棟内会議や地域ケア会議に参加し、地域関係機関と当事者の地域処遇の実施に必要な情報の共有化を図り、本制度と連動した相談・訪問指導等による地域生活支援活動を実施します。
- ⑤ 精神保健福祉法に基づく緊急的医療の確保を精神科救急医療担当部署と協力して行います。また、保護観察所と連携して緊急時の相談・訪問を行い、必要に応じて主治医との連絡も行います。
- ⑥ 保健所・保健センターの既存事業である各種専門相談、デイケア等を活かして対象者や家族の支援を行うなど、地域の社会資源としての役割を担います。
- ⑦ 保健所と保健センターは相互に連携協力しながら地域住民からの



地域ケア会議	必要に応じて、地域ケア会議への参加	必要に応じて、地域ケア会議への参加	必要に応じて、地域ケア会議への参加	必要に応じて、地域ケア会議への参加	必要に応じて、地域ケア会議への参加
地域生活支援活動		相談・訪問等による地域生活支援			生活保護受給者に係る地域ケア会議への参加
緊急時対応		精神保健福祉法に基づく緊急医療の確保			生活保護受給者に係る地域生活支援の充実
既存事業の活用	精神保健福祉センターの協働事業の提供	保健所、区市町村保健センターの協働事業の提供			生活保護受給者に対する保健福祉法での緊急入院時の対応
住民相談対応		地域住民からの相談対応			
如通訪了後の地域支援体制整備	本制度による如通訪了後の地域生活支援体制の整備	本制度による如通訪了後の地域生活支援体制の整備	本制度による如通訪了後の地域生活支援体制の整備	本制度による如通訪了後の地域生活支援体制の整備	本制度による如通訪了後の地域生活支援体制の整備
新たな課題への対応	支援の実績・評価・見直しと新たな課題への対応	支援の実績・評価・見直しと新たな課題への対応	支援の実績・評価・見直しと新たな課題への対応	支援の実績・評価・見直しと新たな課題への対応	支援の実績・評価・見直しと新たな課題への対応
個人情報	情報共有化による体制整備	情報共有化による体制整備	情報共有化による体制整備	情報共有化による体制整備	情報共有化による体制整備
認知症の対策	指定通院改善等の認知症対策	居住地域出身者の認知症対策	居住地域出身者の認知症対策	居住地域出身者の認知症対策	居住地域出身者の認知症対策

市\*：中核市、保健所政令市を含む  
 保健所\*\*：政令指定都市、中核市、区、保健所政令市  
 保健所\*\*\*：緊急医療体制向上の役割\*\*\*：設置主体が、都道府県、政令指定都市、特別区、中核市、保健所政令市のみであり、その他により異なってくる  
 （※原、克井）

表3 地域精神保健福祉計画の中期の事業の概要・役割

地域生活支援	地域生活支援体制の整備	地域生活支援体制の整備	地域生活支援体制の整備	地域生活支援体制の整備	地域生活支援体制の整備
緊急時対応	緊急時対応体制の整備	緊急時対応体制の整備	緊急時対応体制の整備	緊急時対応体制の整備	緊急時対応体制の整備
既存事業の活用	既存事業の活用	既存事業の活用	既存事業の活用	既存事業の活用	既存事業の活用
住民相談対応	住民相談対応	住民相談対応	住民相談対応	住民相談対応	住民相談対応
如通訪了後の地域支援体制整備	如通訪了後の地域支援体制整備	如通訪了後の地域支援体制整備	如通訪了後の地域支援体制整備	如通訪了後の地域支援体制整備	如通訪了後の地域支援体制整備
新たな課題への対応	新たな課題への対応	新たな課題への対応	新たな課題への対応	新たな課題への対応	新たな課題への対応
個人情報	個人情報	個人情報	個人情報	個人情報	個人情報
認知症の対策	認知症の対策	認知症の対策	認知症の対策	認知症の対策	認知症の対策

④社会資源利用等の支援サービスの調整、⑤地域生活に必要な環境調整などが挙げられます。しかし、指定入院医療機関の管理的で制約のある処遇では、実際には①と②へのアプローチが中心とならざるを得ないものと思われれます。

#### d. 対象者の利用目的

対象者が通過型居住系サービスを利用する目的は次の6点に整理できます。①入院医療機関では困難な現実的な生活能力の評価と向上、②生活場面における疾病・服薬の自己管理能力の評価と向上、③家族との同居が不可などの理由で、新たな環境調整を伴う生活設定、④入院医療機関が遠方のため、対象者の地元での施設を経由して環境調整を伴う生活設定、⑤家族からの信用の獲得、⑥「相談をして生活をする」「支援を受けながら生活することへの慣れを作る、ことが目的となります。これらの目的を対象者自身が受け入れて利用することが基本でかつ最も重要な点であります。

#### e. 通過型居住系サービスの支援について

通過型居住系サービスでの支援は、①入院医療機関で受けた疾病教育及びクワイシスプログラムの実践を行い、②生活の場での疾病との付き合い方について習得できるように支援する。③生活上の課題については生活能力の改善を図るとともに地域での支援サービスの検討を行う。④そして、疾病及び生活の自己管理能力で不足する点については、対象者が地域で支援を受け生活することを受け入れていけるように支援を行い、⑤安定した生活を維持できるように環境調整を行う。⑥更には、再発を繰り返さないように対象行為への振り返りも適宜行っていくものです。

#### ①クワイシスプログラムの実践と生活の場での疾病管理

居住系サービスを利用する対象者は、入院医療機関による疾病教育で、病気の知識について一定程度入力がされています。しかし、入院医療機関で作成されたクワイシスプログラムを実践できるまでには至っていないことも多くあります。生活の場の中で、病気がどう付き合っているか、どう対処していくのかという重要なテーマに対して、概観的な地域生活の場での実践を通して、病気の理解を深め、クワイシスプログラムを習得してもらうことが重要な支援となります。もちろん指定通院医療機関と連携を十分に取らなければならない必要があります。

### 3. 社会資源とそれの利用

#### (1) 居住系サービス

##### a. 居住系サービスを必要とする対象者

居住系サービスを必要とする対象者は、家族が被害者であったり、近隣の目があつたり、家族に適切な支援を期待できないなどでの元的生活環境や地元に戻れないという背景を持ち、生活のほとんどを家族に依存し自立できなくなつたり、地域での生活がもともと破綻していたり、生活能力の改善や環境調整の支援を必要とする事例です。また、過去の生活で福祉サービス等の支援を受けた経験が少ないなど、福祉サービスの導入支援及び利用調整も必要としています。

利用経路としては「入院処遇」若しくは「通院処遇+精神保健福祉法上の入院」の入院からの利用経路となると考えられます。通院処遇の上の入院がある人で、居住系サービスの必要があると考えれば、もともと利用していた居住系サービスに戻ることには限定されずと考えられます。

##### b. 居住系サービスの選択

居住系サービスは、定着型のグループホーム、ケアホーム、福祉ホームと通過型生活訓練施設(障害者自立支援法では宿泊型生活訓練など)があります。定着型の利用は、対象者の生活能力、関与の仕方、支援を受けられる構えなどの事前評価があつて、利用の受け入れの検討がされていくサービスです。指定入院医療機関では、地域住民との話し合いで対象者の外出が禁止になっていたり、常に職員の見守り下での外出しかできなかったり、適切な生活評価が十分でできません。そのため、まずは定着型居住系サービスよりも必要な支援内容を整理できる通過型居住系サービスの利用が検討されることになると思われれます。また、この支援内容の整理は、他の通所系若しくは訪問系のサービス等の利用を検討する際にも有効なものと思われれます。

##### c. 指定入院医療機関の処遇

指定入院医療機関(以下、「入院医療機関」)では、対象者の社会復帰を目指して、再び対象行為を起こさないためのプログラムが組まれ、社会復帰障害要因の改善に向けて支援を行っています。その内容は①対象者の疾病教育、②内着プログラム、③生活能力や対応能力の向上と獲得、





かを判断するために一定期間訓練を受けながら、その効果や利用者の意向を反映させて個別支援計画を立てていくこととなります。特に就労移行支援、継続支援は、一定の訓練期間と利用者の多様な働き方や就労に対するモチベーションの程度と訓練内容とのマッチングが重要です。

サービス利用料は、要する費用の1割負担となりますが、かなり負担額が大きいのと声が上ががり、制度開始から現在、負担額の軽減措置が取られています。医療観察法対象者がこれらのサービスを利用する場合は以上の手続きが必要になります。

c. 地域生活支援事業

障害者自立支援法における地域生活支援事業は、都道府県と市町村の協働により地域の実情に応じて取り組む事業で、「障害福祉計画」に盛り込み実施することとなっています。事業予算は国が50%以内、都道府県が25%以内で補助します。

地域生活支援事業は以下の内容となっています。

- ① 相談支援事業（支援給付を受けるための申請手続や契約等の相談等）
- ② コミュニケーション支援事業（手話通訳派遣、筆記派遣、手話通訳配置等）
- ③ 日常生活用具普及事業（介護・訓練支援、在宅療養等支援、情報・意思疎通支援、排障管理等の用具、住宅改修費）
- ④ 移動支援事業（個別支援、グループ支援、車両移送）
- ⑤ 地域活動支援センター機能強化事業（障害者の創作活動、生産活動、社会との交流の促進を目指す事業）

これまで精神障害者の地域生活支援機能として期待されてきた地域生活支援センターも、地域活動支援センターとして都道府県から市町村事業に変わりました。これによって実施してきた幅広い不特定多数の精神障害者の人々に対する相談・日常生活支援・地域交流活動等の支援が、3障害者を対象としたセンターとなったため、対象者のニーズが以前にも増して多様化し、支援内容と支援スキルの質の向上が求められています。しかし、一方で事業運営費はこれまでの地域生活支援センターの運営費より減額となっているところが多くあります。事業の取り組み状況も

日中活動を支える「日中活動サービス」（栄養介護・生活介護・自立訓練・就労移行支援・就労継続支援（A型・B型）、地域と交わり暮らしを支える「居住支援」（ケアホーム・夜間ケア・グループホーム）があり、日中活動の場と生活を分離して再編されました。

表4

介護		給付	
A	ホームヘルプ	A	訪問・通所系
A	重度訪問介護	B	日中活動
A	行動支援	C	居住支援
A	児童デイサービス		
A	ショートステイ		
A	重度障害者等包括支援		
B	療養介護		
B	生活介護		
C	ケアホーム		
C	夜間ケア		

  

訓練等給付	
B	自立訓練
B	就労移行支援
B	就労継続支援
C	グループホーム

（独立行政法人福祉医療機構WAMNETより）

b. サービスの利用の仕方と費用

これらのサービスを利用するためには市町村又は市町村の指定を受けた相談支援事業者を利用申請をし、現在の生活や障害に関する調査を受けることとなります。市町村は調査結果を基に審査・判定を行い、サービス内容と障害の程度区分（6区分）やサービスの支給量を決定し本人に通知します。通知を受け取った相談支援事業者の支援を受けて「サービス利用計画書」を作成し、計画が決定したらサービス事業者と利用の契約を取り交わすこととなります。契約が完了した時点でサービスを利用することができます。

介護給付内容は、障害程度区分によって規定されているのでよく確認する必要があります。障害程度によって希望するサービスが異なるからです。規定以外のサービスを希望する場合は自己負担となります。予定支給決定である訓練等給付は、そのサービスが該当であるかどうか

おく必要があります。自殺に至ってしまった経過を聞くと、入院中は手厚く治療や援助を受けていたが、地域に出ると、治療・援助の専門職と接する以外誰とも会話をせず、引きこもって日々生活をしている状態が見えてきます。入院処遇と地域処遇のギャップはあまりにも大きすぎるのではないのでしょうか。

#### e. 地域生活支援における今後の課題

障害者自立支援法における地域生活支援は、自立可能な人達が対象となつていくという過言ではありません。障害程度の重い人達や医療観察法対象者のような立場の人達にとっても、地域で尊厳を持ってその人なりに生きていけるような居場所を提供し、仲間同士の出会いや関係性の構築からエンパワームメントを高めていけるような支援が地域生活支援として最も基本的で大切な支援ではないかと思われれます。

しかし、現状では医療と地域生活支援に要する費用にはあまりにも大きな格差があります。関係機関のケア会議に出席するにしても半ばボランティアです。これを是正しないで現行のシステムで障害程度の重い人達や医療観察法対象者のような立場の人達の地域生活支援はマンパワー上困難な状況であることは明白です。この点は、当初より地域生活支援関係者から問題提起されてきましたが、現在まで実現されずにきていることは残念であると思います。早急な具体策を検討する必要があります。(上野)

## 4. 緊急時の対応（地域処遇）

緊急時の対応については、対象者参加の下で検討し、対応方法や連絡体制などについて関係機関が共有しておくことが重要です。病状悪化時における緊急時の対応について、想定される実態の流れについて概略を示します。

まず保護観察所その他の地域処遇に携わる関係機関は、ケア会議において、症状悪化時における緊急時の対応について協議を行い、あらかじめ緊急時における基本的な対応方法を定め、方針や連絡先を共有します。処遇の実地計画にその内容を明記して、対象者及びその家族等の関係者に対して説明し、対応方法について理解を得るよう努めます。

そして、緊急時における対象者等からの相談窓口を設定し、保護観察

市町村の意向によって規定されるため地域格差が見られるようになってきています。精神保健福祉法における地域生活支援センターでは、専門職の一つとして精神保健福祉士が配置されていますが、指定相談支援事業所として機能するにもかかわらず、障害者自立支援法下では、専門職の配置規定が削除されてしまいました。このような状況下では、医療観察法対象者や重篤な精神障害者は、相談支援事業所をどれだけ有効に活用できるのかが重要なポイントですが、地域活動支援センターを「利用できる社会資源」として機能させることは極めて困難と言わざるを得ません。

なお、法外施設であった作業所の内31.4%が障害者自立支援法における地域活動支援センターに移行していますが、45.7%の作業所はまだ移行していません。(厚生労働省障害保健福祉部企画課自立支援振興室調査から)

#### d. 地域生活支援機関の活用状況の例

A県において、医療観察法対象者で地域処遇を受けている者の内、約10%の人が地域活動支援センターと作業所を利用しています(平成21年1月現在)。ここに至る経過を社会復帰調整官にヒアリングしたので簡単に紹介いたします。指定入院医療機関のPSWが地域関係機関のケア会議に継続的に参加している中で、作業所のスタッフと顔見知りになり、対象者と共に事業所を見学するまでに至り通所に繋がった例、社会復帰調整官が地域支援機関のスタッフを病院のケア会議に連れていったことが契機となり、病院と地域支援機関のスタッフが連絡を取り合える関係ができていき、地域支援機関のスタッフが医療観察法対象者の処遇のあり方に関心を深めていく過程を経て地域で受け入れていった例等、事例数はまだまだ少ないが、地域生活支援にチャレンジしている事例が出てきていることは確かです。全国的な事例調査としてモデルを提示していくことが必要と思われます。地域処遇は通院医療だけではなくはからなくてはなりません。地域処遇の中で医療観察法の対象者としてだけでなく、一人の人間として何らかの役割を持って生活できるように医療関係者にもその点にもっと関心を示してほしいものです。特に就労に関しては、通院処遇を開始する時点から、本人の意向を確認し、その機会を提供する方法や関係機関・企業との連携をもっと視野に入れて



所は、夜間、休日の保護観察所・関係機関への連絡先を家族及び関係機関に伝えておくなど、連絡及び協議できる体制をあらかじめ整備します。病状悪化等医療に係る対応を要する相関については、医療を担当する指定通院医療機関が中心となって対応することとなります。

対象者の病状の悪化や医療中断など、緊急に対応を要する状況を認められた場合には、関係機関相互に速やかに連絡し、情報の共有を図り、あらかじめケア会議で定められた対応方法に沿って、対象者に適切な精神科医療を提供するとともに、入院が必要な場合には、精神保健福祉法に基づき入院を適切に行うなど、必要な医療を確保することとなります。

また精神保健福祉法に基づき入院している場合において、その適切な介入や治療によって短期間で病状が改善されないと判断される場合には、保護観察所は、必要に応じてケア会議を実施するなどして本制度の入院による医療の必要性について協議し、その結果に基づき、必要な場合には本制度による入院の申立てを行うことも想定しています。

病状悪化における対応は、地域支援の中で、本人の症状悪化が見られたとき、早期の段階で察知し、関係機関と連携して対応できる体制（初動態勢）の整備が大切です。本制度では、関係機関と協力して、本人の病状悪化を招かないための支援体制作りを目指しています。

(1) クライシスプラン

緊急時の対応については、処遇実施計画書中の(5)緊急時の対応に基づく対応の別紙でクライシスプランとも呼ばれる形で定めることが多くあります。具体的には、過去の病状悪化時の状況等を振り返り、「〇〇の状態になったらA機関に相談し、関係者と一緒に臨時受診する」や「△△という考え（妄想）の下に確認行為をした場合は、緊急のケア会議を開催し、休息入院を検討する」等といった段階的な対応を具体的に文庫と申立てをすすめることもある」等といった段階的な対応を具体的に文庫として明記し、共有しています。クライシスプランの検討に当たっては、対象者の生活の何が病状悪化の誘因になりそうか、前駆症状は何か、その症状が現れたときに対象者はどんな対処法を持っているか、家族や関係機関はどう対応すべきかなどをあらかじめ共有しておく必要があると

項目	危機対応サイン	本人の対応	担当家族及び連絡先	要配慮支援者の対応
①	主治のリスミダが服薬しなくなる、服薬量が減る、服薬がたどたどしくなる	精神保健福祉センターや保護所のスタッフに相談する	精神保健福祉センター ☎000-000-0000 保護所(〇〇) ☎000-000-0000	・要配慮の対応、要配慮の相関する関係者に連絡する ・支援者の対応、関係機関に連絡する
②	服薬量が減る、服薬がたどたどしくなる、本薬が2日間開く	病院のスタッフに相談する	病院(主治医、〇〇) ケー スワーカー(〇〇) ☎000-000-0000	・病院に連絡する ・受診に行きにくい、先延ばしを繰り返す ・本薬の状態をよく観察し、原因となる問題を考える ・適切な薬を処方する
③	服薬しなくなる、服薬量が少ない	病院に相談 ・リハセンターのスタッフに相談 ・保護観察センターのスタッフに相談 ・保護観察所に相談	病院(主治医、〇〇) ケー スワーカー(〇〇) ☎000-000-0000 精神保健福祉センター(〇〇) ☎000-000-0000 保護所(〇〇) ☎000-000-0000 保護観察所(〇〇) ☎000-000-0000	・服薬しなくなる、服薬量が少ない ・病院に連絡する ・受診に行きにくい、先延ばしを繰り返す ・訪問回数を増やす
④	確認行為をしたくなる、確認行為が頻りに行われる、見聞が頻りに行われる、見聞が頻りに行われる、見聞が頻りに行われる	病院に相談 ・保護観察所に相談 ・リハセンターのスタッフに相談 ・保護観察センターのスタッフに相談	病院(主治医、〇〇) ケー スワーカー(〇〇) ☎000-000-0000 保護観察所(〇〇) ☎000-000-0000 精神保健福祉センター(〇〇) ☎000-000-0000 保護所(〇〇) ☎000-000-0000 保護観察所(〇〇) ☎000-000-0000	・用が頻りに行われる、確認行為が頻りに行われる、見聞が頻りに行われる、見聞が頻りに行われる ・本人、家族を入れ替え、ケア会議を開催する
⑤	確認行為をしたくなる、確認行為が頻りに行われる、見聞が頻りに行われる、見聞が頻りに行われる	保護観察所に報告する	保護観察所(〇〇) ☎000-000-0000	・保護観察所、病院と相談し、責任入院、要配慮保護入院を検討する、裁判所へ要配慮保護子の入院を申請する ・要配慮保護子の入院を申請する ・要配慮保護子の入院を申請する ・要配慮保護子の入院を申請する

(夜間(午後5時から次の日の午前9時まで)と祝祭日の相談について) 病院に連絡する。(000-000-0000) ※当量の先生が対応する。

救急医療システム等を積極的に活用する。」とされていることから、都道府県単位で開催される運営連絡協議会などで、精神科救急システムについて円滑な活用が図られるようあらかじめ検討しておくことが望まれます。

### (3) 警察との連携

地域生活中に、対象者が自傷他害行為に及ぶおそれがある場合等、緊急に医療を要する状況が生じた際には、必要な協力を得るなど、警察と連携する場合があります。(佐賀)

## 5. 家族とその支援

医療観察法通院医療においては、処遇の対象者だけでなく、その家族への関わりがとて重要で、家族は処遇を支える一つの要として位置付けることができ、家族自身が健康で生き生きとした生活を送っていないならば、要となることは難しくなります。以下では家族に対する支援について心理的、教育的、福祉的な側面に分けて見ていくことにします。

### (1) 心理的サポート

誰にとっても、自分の家族による重大な他害行為は極めて衝撃的であり、多大なストレスとなります。そのストレスは、事件直後から求められる事情聴取や鑑定入院、審判といった一連のプロセスにより助長されます。ほとんどの家族にとってこのプロセスは未知の世界なので、弁護士がいなくても家族が戸惑うことも多くあります。

取材陣が押し寄せるのではないという危険を抱いたり、近所の目を気にしたりしなくてはなかなかに外に出られず、事件直後から孤立していく家族や、「誰かに話したいのに誰にも話せない」と、つらい気持ちを抱え込んでしまったり、自分がある時こうしているらば、と、家族に見られる特徴として、「自分がある時こうしているらば」と、事件発生に対して自分を強く責めてしまうことが挙げられます。更に、家族が親の場合は、子どもの障害を自分の育て方の間違いによるものと考えてしまうこともあります。このような孤立感や自責の念は通院処遇開始後も継続して見られます。

当初審判において通院決定となった対象者については、鑑定結果以外、情報が少ないことから上記のような具体的なクライシスプランの作成を行うことが困難な場合があります。その場合は、緊急時にどんな機関がどんな相談を受けることができるかについて確認し、病状悪化時には精神保健福祉法上の入院を活用すること、病状悪化時に必要と認められた場合、保護観察所は裁判所に入院の申立てをすることを当面のクライシスプランとし、指定通院医療機関や各関係機関がそれぞれ関係を構築していく中で収集した情報をケア会議で共有しながら、見直しを図っていくこととなります。

図9 病状悪化における緊急対応の流れ

### 1 事前準備：(クライシスプラン、初動体制の整備)

### 2 状態変化の把握：(情報共有・相談・対応協議)

### 3 協議された対応の実施：(助言指導：警察との連携；医療の提供(指定通院医療機関、精神科救急、個別機関))

### \* 医療観察制度による(再)入院の申立て

\* 必要に応じて検討を行う。

## (2) 精神科救急システム

地域処遇中、緊急に対応を要する状況を認めた場合、処遇の実施計画に基づき連絡・情報共有の後、指定通院医療機関による評価・判断を受け、保護観察所とも協議の上で、精神科救急医療等の活用を検討する場合があります。

精神科救急医療活用については、指定通院医療機関主治医の意見・協議を基に、精神保健福祉法上による対応を行い、受診に繋げることが望まれます。

通院処遇ガイドラインにおいても、対象者の病状の悪化が認められた場合には、「ケア会議等であらかじめ定められた方針に従い、既存の精神科

更に、医療観察法についての情報提供も重要です。通常の通院との相違点、処遇に関わる人々、期間、処遇終了後の対応等、制度に関する情報はわかりやすく複線なので、丁寧に説明する必要があります。処遇開始もしくは、家族も緊張したり混乱したりしており、情報が伝わりにくい場合もあるでしょう。繰り返して説明することも必要でしょう。家族はしばしば「この先どうなるのかわからない」という不安を抱いている。このような不安を軽減するためにも、丁寧な説明が求められます。

病状についての情報を伝える方法としては、指定通院医療機関のケアや、地域の保健所などで実施する家族心理教育を活用するよいでしょう。通常、家族心理教育は複数の家族が集まって行われますので、一度に複数の家族に情報提供ができるという利点があります。また、ほかの家族の話の話を聞くことができますので、仲間作りの機会にもなり、孤立感の軽減につながります。しかし、医療観察制度について言えば、一つの指定通院医療機関を利用する対象者が少なく、家族心理教育の場を利用することが困難なこともあるでしょう。そのような場合は、指定通院医療機関のソーシャルワーカーや社会復帰調整官が、個別に情報を提供することが必要です。

### (3) 福祉的サポート

医療観察法対象者の家族の場合は、一般の精神障害者家族に対して自分の経緯を話しにくいという点や、先に述べた人道的な点から、家族の仲間作りが容易ではないのが実情です。したがって、地域の保健所や指定入院医療機関や指定通院医療機関が協力して、孤立している家族が他の家族と知り合える機会（社会資源）を作り出していく工夫をしていくことが大切です。

また、家族の中には対象者との関わり以外で福祉的なサポートを必要としていることも多くあります。例えば、高齢で外出がままならない場合、自分自身も病状や障害を抱えている場合、他の家族を介護している場合、小さい子どもがいる場合、経済的な支援が必要な場合等が考えられます。特に家族が高齢であると、車で連れて行ってもらおう、代わりに買い物をしてきてもらおう、重い物を持ってもらおうなど通院処遇を受けている対象者に日常生活の面で頼ることもしばしばあります。対象者が家の手伝いをすること、親子がお互いに気遣い合うことは、必ずしも悪い

捉って、家族に関わる医療従事者や社会復帰調整官は、彼（女）らも事件発生によりつらい経験をしていることを理解した上で、決して家族を責めることなく、まずは家族の話をじっくり聞いて彼（女）らの気持ちを受け止めることが大切です。その際に、家族にも医療が必要になってくる可能性も念頭に入れておきましょう。

通院処遇が開始されてからも、家族は様々な心理的ストレスにさらされます。例えば被害者への対応については、事件の内容や被害者サイドの希望などにより異なってきますが、中には家族の損害賠償責任が問われていたり、あるいは家族の中に被害者がいたりして、家族にとっては重ストレスとなります。加えて、「本人にどう接していいかわからない」「早く自立して欲しいのに、遅々として進まない」と本人との関係について悩む家族も少なくありません。更に、必ずしも家族全員が一丸となって処遇に関われるわけではなく、家族内部での考え方のズレが生じることもあるでしょう。このような場合に家族のコミュニケーションがうまくいっていないと、家族関係の悪化に発展する可能性があります。従って、家族に対する心理的サポートは、家族関係の調整も含め継続的に提供していく必要があります。

### (2) 教育的サポート

家族の心理的負担を大きくしている要因の一つとして、精神疾患や医療観察法に関する知識不足が挙げられます。以前に比べると精神疾患に関する情報は一般に広く知られるようになってきましたが、それでも病状や障害などには比べれば、まだ十分とは言えないのが現状です。そのため、病状や障害に対する理解や偏見も多くあり、そのような誤解や偏見が結果的に家族を苦しめることにもなっています。

鑑定入院で初めて対象者本人に精神疾患があることを知る家族もいますし、事件以前から医療機関にかかっていた、対象者の病状については知っていたという家族もいます。いずれの場合でも、精神疾患がどのようなものなのか、その症状や治療等について正しく理解していることはとても重要です。今のところ、精神科のある病院やクリニックでは、必ずしも精神疾患についての正しい情報が家族に提供されているわけではありませんが、ですので、事件前に医療機関にかかっていたりも必ずしも精神疾患についての正しい知識を持ち合わせているとは限らないのです。



ムヘルパーの導入、訪問看護での評価と援助、病院ではダイケケアや外来作業療法を活用しての生活能力向上などの支援が必要となります。また疾病自己管理で重要となるのは、きちんと通院・服薬できるような援助することです。在宅での服薬管理の指導・援助は最も懸念される再発の防止に大いに役立つことでしょう。

生活管理ができるようになったら、並行して社会活動への参加が次の課題となります。一部の通院対象者にはとても難しい課題かもしれませんが、近所づきあいは大切ですが、ある意味でかなり気を遣うところがあります。自分がさげすまれることを嫌う対象者にとっては、無名者として人混みにいた方がよほど気が楽かもしれません。そのように考える現実的な社会活動への参加としては、地域活動センターや保健所の生活教室、地域作業所などに通所することになります。それを足掛かりにしてアルバイトなど簡単な就労を目指すという方向になるかもしれません。また、親戚などの社会活動も生活の潤いとして忘れてはなりません。

最後に常に問題となるのは個人心理的側面です。心がさびしく満足感がないようでは生活の質が高いとは言えません。何が生きがいとなり慰めとなるかは個人によって違うでしょうが、支援者としては対象者の心面的には転調に処遇が進んでいるときに危険なときです。喜んでいる支援者に対象者も含まれていくことがあります。しかし、本音が何かは表面からはなかなかわかっていくものです。恐らく唯一の方法は想像力を巡らすことでしょう。対象者の置かれている状況を冷静に振り返ったとき、どのような心境が想像できるか、そこにヒントがあるかもしれません。

(岩成、川面)

## 7. 情報管理と権利擁護

### (1) 情報管理

情報については、保存管理及び共有化や提供という両面から考えていく必要があります。この制度における情報は司法、医療、福祉と多分野にわたっており、フォーマットされた文書も数多くあります。

ことではありませんが、場合によっては親子の関係が密接になりすぎてしまうことも考えられます。高齢者福祉や児童福祉といった様々な領域のサービス提供機関と連携しながら、包括的なサポートを提供していくことが大切です。

以上家族支援の三つの側面について見てきましたが、これらは責任の所在を明確にした上で、社会復帰調整官を含む様々な関係機関が協力して提供していくようになります。また、移行通院の場合は入院医療機関から通院医療機関へのバトンタッチがスムーズにいくような努力も大切でしょう。

最後に、家族が本人と対立している場合は、家族を協力者として安易に位置付けないという点に注意する必要があります。むしろ家族が必要としているサポートを提供できるような配慮が必要です。不足している社会資源を作り、家族への支援体制を充実させることが今まさに求められているのです。

(深谷、伊藤)

## 6. 地域社会での生活

医療観察法は対象者の社会復帰の促進を究極の目的としています。その意味で、地域社会での生活の質の向上が重要になります。生活の質に関わる要素としては、経済的側面、生活管理的側面、社会活動的側面、個人心理的側面などの要素が考えられます。

経済的側面には、基本的な衣食住の充足があります。単身生活者の場合は、特に住居の確保が問題となります。民間アパートを借りるような場合は、病院への通院の便、買い物の便などを考慮し、一定の費用の範囲の下、静かで近隣のトラブルが起こりにくく、しかも住心地も悪くはない部屋という難しい条件の中で部屋選びをしなければなりません。また、通院対象者には収入がほとんどない人もいますので、障害年金や生活保護の申請が必要になる場合もあります。これらが確保されて取りあえず人としての生活が可能となります。

生活管理的側面については、対象者の生活自己管理や疾病自己管理の要素が含まれます。衣食住は足りても生活や疾病の自己管理ができないようでは生活自体が成り立ちません。その能力が十分でない場合は、ホー

を受けることが前提としてプランが作成される形になります。しかし、法手続である以上、それに対する異議申立て等の権利保障もされています。そして、より広い意味での権利擁護についても視野に入れておく必要があります。

#### a. 医療観察制度における権利擁護

以下の二つが設定されています。いずれも、本人・家族、弁護士、医療観察所のそれぞれから行うことができます。

##### ① 抗告の申立て

地方裁判所審判での通院決定に対して不服がある場合、決定日から2週間以内に地方裁判所を経て高等裁判所に対して、抗告の申立てを行うことができます。

##### ② 処遇終了の申立て

受けている処遇の終了について当該地方裁判所に申立てをすることができます。また、カルテの開示請求については地方自治体の条例等に基づいて行うこととされています。

##### b. 財産管理など

成年後見制度と日常生活自立支援事業について、対象行為に伴う孤立を防ぐことや、処遇終了後も継続して法的に見守る支援の一つとして必要に応じて利用していく形が考えられます。

##### c. その他

広義の権利擁護として、必要なサービスが必要な時に利用できるような、様々な形で働きかけていくことが大切です。医療を受ける義務があるにしても、教育、恋愛、恋愛、仕事など人生におけるイベントが、でき得る限りその人らしく迎えられるようになるにはどうしたらよいか、という視点を忘れてはならないと思います。(石井、三澤)

#### a. カルテ等の適切な記録と保存管理

基本となるカルテには、提供している医療の状況をはじめ、鑑定書、前医療機関の情報、処遇実施計画書、基本情報管理シート、評価シート、各種決定通知書などが集約されます。医療機関によっては電子カルテで一元化されているところもありますが、職種ごとという従来タイプのところもあります。また、決定通知書など事務的なものは事務方で保存するという場合もあります。いずれも、どこで何を保存するのが明確にしておく必要があります。

#### b. 共有化

集約した情報を処遇へと反映していくためには、院内のMDDTにおいても、多機関相互においても、体制確保や連絡網の整備を行い、円滑な共有化を図る必要があります。この際、対象者の同意を得るように努めるなど、関係性の構築が求められます。また、個人情報保護条例や当該機関の個人情報の取扱いに関する規定等に基づいて、対象者及び家族等のプライバシーの保護に配慮していくことも必要です。

指定入院医療機関と地域関係機関との情報共有化については、対象者の退院前には、特に決まった方法があるわけではありません。そのため、現在のところ、入院初期には、保護観察所の社会復帰調整官を通して、退院調整の一部として、情報が共有化されることとなります。その後、退院後の地域ケア計画が整ってくると、指定入院医療機関などで行われるケア会議に、実際に関係機関の担当者が参加し、そのケア会議中で対象者の意向等も含めた各種の情報を共有化することになっています。

#### c. 責任

対象者の情報の提供には細心の注意を払う必要があります。保護観察所、行政機関、地域の支援機関、他の医療機関のみならず、インフォーマルな支援先がチームメンバーということもあります。この際、守秘義務が問われることもありますが、前述したように、普段から対象者の同意が得られるような関係性の構築をしていくことが大切になります。そうした上で丁寧な情報の取扱いをしていくことが求められます。

#### (2) 権利擁護

精神科医療において通院はこれまで自由契約でしたが、この制度では通院も裁判所の命令に拠ります。そのため、診察に来ることや訪問看護

心身障害者等区画整理法  
「通院処遇ハンドブック」  
平成21年3月発行  
編集・発行  
厚生労働科学研究分担研究班



厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）

医療観察法による医療提供のあり方に関する研究

（研究代表者：中島 豊爾）

分担研究

## 精神科診療所における医療観察法通院処遇に関する研究

平成 20 年度

分担研究報告書

平成 21（2009）年 3 月

分担研究者 宮崎 隆吉

宮崎クリニック

研究協力者：

森口 秀樹（八戸ノ里クリニック）

吉川 郁子（社会福祉法人 萌）

田野島 隆（たのしま心療内科クリニック）

木村 三也（神戸市兵庫区保健福祉部PSW）

片岡 昌哉（柳町診療所）

矢間 園子（兵庫県立光風病院PSW）

岩尾俊一郎（兵庫県立光風病院）

大久保圭策（大久保クリニック）

中本 明子（特定非営利活動法人ソーシャルハウ

林 偉明（千葉県精神科医療センター）

スざかい・サポートセンターむ〜ぶ）

鈴 道幸（尼崎保健所 健康増進課）

#### 研究要旨

三つのアンケート調査を行い、地域処遇の課題と精神科診療所の医療観察法対象者への関わりの可能性を探った。

#### [研究Ⅰ]

精神科診療所の中でも比較的マンパワーの大きいデイケア併設の精神科診療所が医療観察法制度に参画する可能性について調査した。専門分野であること、対象者の状態が対応可能であること、入院先の確保などのサポート体制の保証といった条件を満たせば、指定通院医療機関としての役割を担っても良いとする診療所もある一方で、多くは医療観察法の枠外での関わりを希望していた。

#### [研究Ⅱ]

医療観察法対象者の社会的背景と実情を知りうる立場にある付添人へのアンケート調査により、医療観察法対象者の社会復帰を困難とする地域精神医療福祉の問題点と何が必要かを探った。医療観察法の対象となった事例において精神科医療及び社会的援助が不十分であった可能性があり、医療観察法の対象者の社会復帰のためには、地域における一般の精神医療・福祉の充実がなにより重要であると考えられた。

#### [研究Ⅲ]

指定通院医療機関へのアンケートを行い、地域処遇から一般医療へのスムーズな移行のためには、地域処遇の終了基準を明確にするとともに、指定通院医療機関と、精神科診療所を含む一般の精神科医療機関や地域の福祉施設との連携をはかることが重要であることを述べた。

ればその具体的なあり方を検討する。

## A. 研究目的

医療観察法の地域処遇対象者に対して、一般の精神科診療所にどのような援助が可能であるかを明らかにする。更に援助が可能とす

## B. 研究方法

講演会を企画して、デイケア併設の精神科診療所、指定通院医療機関としての役割を担っ

ている訪問看護ステーション、付添人として医療観察法対象者に関わったことのある弁護士、医療観察法地域処遇対象者に支援を行っている社会復帰施設から実践報告を聞いた。その上で三つのアンケート調査を行い、考察を加えた（〔研究Ⅰ〕、〔研究Ⅱ〕、〔研究Ⅲ〕）。講演会

- ①「心神喪失者等医療観察法にとってのデイケアの役割」（稲垣診療所：稲垣俊雄）
- ②「医療観察法地域処遇対象者の訪問看護をめぐって（みなとがわ訪問看護ステーション：井上秀子）」
- ③「医療観察法処遇の問題点と対象者の社会的背景」（東京アドボカシー法律事務所：池原毅和）
- ④「障害者福祉サービスにおける医療観察処遇対象者への係わりについて」（東大阪市社会福祉協議会・東大阪市立高齢者サービスセンター：阿知原廣光）

#### 平成20年度研究とアンケート調査

〔研究Ⅰ〕 デイケア併設精神科診療所へのアンケート調査と考察（担当：片岡昌哉）

〔研究Ⅱ〕 付添人へのアンケート調査と考察（担当：大久保圭策）

〔研究Ⅲ〕 指定通院医療機関へのアンケート調査と考察（担当：岩尾俊一郎、矢間園子）

（倫理面への配慮）

講演会はクロウズで行って提示された事例が研究会外部に漏れないように配慮した。また講演内容についても考察で触れるだけにして報告書に掲載することは控えた。

アンケート調査については、無記名で行い、回答者個人の特定ができないように配慮し、また特定の患者についての情報の提供は最小限にとどめるなど倫理面への配慮をおこなった。

## C. 研究結果、及び D. 考察

〔研究Ⅰ〕 デイケア併設精神科診療所へのアンケート調査

### a. 研究目的

精神科診療所の中で比較的マンパワーが充実し、指定通院医療機関としての要件を、より満たしていると想定されるデイケア・ショートケア・デイナイトケア・ナイトケア（以下デイケア等）併設の診療所が、指定通院医療機関についてどのような考えを持っているかを調べ、参画が可能であるならばその条件について検討する。

### b. 研究方法

（社）日本精神神経科診療所協会（以下日精診）事務局に登録されているデイケア等併設の診療所の医師を対象にアンケート調査を行い現状分析した。

### c. 研究結果

1) 平成20年5月、日精診事務局に登録されているデイケア等併設の診療所医師計274名にアンケート用紙（資料1）を送り、84名から返信を得ることができた（回収率31%）。廃院予定のところ、デイケア等を既に廃止しているところなどがあり、有効な回答数は77であった。われわれは平成18年度に日精診理事、同・地区会長、同・医療観察法等検討委員会委員の計60名に同じようなアンケート調査を行ったが、その時の回答が45名（回収率75%）であり、それに比較して著しく低い回収率である。デイケア等併設の診療所は、マンパワーが充実していると想定していたが、実際の規模は多様であり、医師1名と看護師1名のところから、常勤医師5名のところ、最多で総勢34名のスタッフを擁するところもあった。その多くは常勤医師1名総スタッフ数10名以下であった



(図1・図2)。また訪問看護については56%の診療所で実施されていた。力を入れている診療分野として、統合失調症(66%)、気分障害(36%)、神経症・ストレス関連障害(27%)の順に挙げられており、平成18年度当班アンケート調査と比較して、統合失調症を中心として診療を行っているところが比較的多い結果となった(表1)。

2) 指定通院医療機関になることは全く考えられないとしたところが66%であった。基幹型指定通院医療機関については21%、補完型指定通院医療機関については31%の診療所が条件次第で考えても良いとした。その条件として、「専門分野のもの」「対象者の状態が対応可能なもの」「入院先の確保も含めてサポート体制が十分に備えられていること」などが挙げられていた(表2)。また、指定通院医療機関は全く考えられないとした51名のうち、通常の医療としてデイケア等に受け入れても良いとした診療所は55%あり、力を入れている分野として統合失調症、児童・思春期、アルコール・薬物依存を挙げたところが多かった(表3・図3)。指定通院医療機関に関する考え方と、診療所の特徴についてみてみると、スタッフ数の多いところ、訪問看護を実施しているところは、補完型指定通院医療機関、また通常の医療として受け入れることに積極的なところが多かった。またデイケア等参加人数の多いところは、通常の医療としての受け入れには積極的なところが多いが、指定通院医療機関については否定的なところが多かった(図4・図5・図6)。

#### d. 考察

デイケア併設の診療所、訪問看護ステーションの実践報告や、今回のアンケート調査から、デイケア等併設の診療所や訪問看護ス

テーションでは、医療観察法とは関係なく既に、過去に触法行為のあった患者や、手厚い支援を必要とする重症患者に関与している現状があると思われた。更にスタッフ数が多く、訪問看護に代表されるアウトリーチ活動に熱心な診療所では、よりその傾向が強い可能性がある。

にもかかわらず、指定通院医療機関になることに関しては消極的な回答が目立っていた。少数ながら記載された意見をみると、「事務的煩雑さ」「通常の医療とは違う責任のありよう」についての抵抗感もうかがえたが、医療観察法対象者は一般のデイケア等にも受け入れられない、としたところが全体の30%(23人)にも上り、医療観察法それ自体が一つのステイグマとなり、一般精神科医療を遠ざけてしまっている現実があると考えられる。

その原因の一つとして、医療観察法がどのように運用され、どのような結果を出しているのか、一般の精神科医の下にはほとんど届いておらず、法の情報開示の問題があると思われた。また、医療観察法が強制力を持つ入院処遇に強く傾いた法律であり、強制力を持たない精神科診療所との連携はほとんど念頭におかなかったことにも一因があろう。今後はこの制度の運用実態を広く情報開示して、一般精神医療従事者を含めて議論していく必要があるといえる。

本アンケートは、比較的マンパワーを有すると思われるデイケア等併設の精神科診療所の医療観察法体制への参画の可能性を探ると同時に、医療観察法に関知することの少ない精神科診療所に対して、医療観察法について考えてもらうという意図もあって企画したものであったが、本アンケート調査の回収率の低さは一般の精神科診療所の医療観察法に対する関心の低さあるいは拒否反応の表れかもしれない。

現状では精神科診療所が医療観察法の枠内

での役割を担うことは極めて困難であるが、精神科診療所は医療観察法を広く包含する地域精神医療の一翼を担っており、医療観察法終了後の治療的援助、付添人協力医といった法の枠外での協力を始め、精神医療の底上げにつながるような取組みを行っていかねばならない。

## [研究Ⅱ] 付添人へのアンケート調査

### a. はじめに—なぜ付添人<sup>※1</sup>アンケートなのか？

対象者が社会復帰するために、どのような医療を含むサポートが必要なのかを考える時、あるいは対象者が“同様の行為”を行うことなく社会復帰できるための条件を考える時、最も重要な情報のひとつは、これまで対象者がどのような医療を受けてきたか、どのような社会的支援を受けてきたか、どのような生活環境におかれてきたか、そしてそれが対象者の精神障害の経過にどのように影響してきたかを問うことではないだろうか？

何故なら、精神の障害の様態、あるいはその人の経験している「生きにくさ」(社会復帰阻害要因といっても良い)は、その人の精神の有りようや医療や福祉を含む社会との関係性の関数になるはずだからである。

対象行為は、二重の意味で対象者と社会との関係性から生起する。対象行為のような複雑な社会的行動は、多くの場合、対象者の精神状態に直接起因することはなく、対象者と社会との関係性抜きには考えられない。さらに、精神疾患においてはその病状自体も、社会や人との関係性から独立して、それだけで存在しているわけではない。孤立が病状を深くしたり、対人関係の安定が病状を安定させたりすることは臨床家には常識であろう。

しかしながら、不思議なことに、医療観察法において対象行為以前の医療や社会的支援がどのようなであったかが注目されることは少

ない。

医療観察法による医療によって、すべての対象者が揺るぎない病識を獲得し、自ら進んで主体的に治療に参加する状態になり、その状態が第三者の支援なく維持され続けるといういささか非現実的な前提に立たない限り、処遇終了後の本当の意味での社会復帰を考える際に“対象行為以前”は重要な問題である。

これまで“対象行為以前”が、議論の対象とされなかったのには、さまざまな理由があるだろうが、その一つは多数例について対象行為以前の情報を集約することの困難が考えられる。

そこで、われわれは“対象行為以前”の問題を明らかにする目的で、対象行為以前の詳細な情報を知りうる付添人<sup>※2</sup>の協力ののもとに、アンケート調査を行った。合わせて、対象者の代弁者である付添人に、医療観察法の処遇がどのように受け取られているかを調べた。

### b. 対象および方法

医療観察法の付添人経験者を対象に、最近担当した対象者1例についてのアンケート調査を行った。

アンケートの対象は、大阪府、兵庫県、京都府の各弁護士会に所属し、弁護士会が把握しうる医療観察法の付添人経験者全員を対象とした。弁護士会が把握していない私選の付添人などは、対象に含まれていない。

アンケートの内容は、以下のとおり。(詳細は資料として添付)

回答者属性

- 1) 経験年数
- 2) 付添人以前の、精神障害者による事件の経験
- 3) 精神科医療に関する知識の程度
- 4) 医療観察法への興味

対象者に関する質問

- 1) 年齢
- 2) 性別
- 3) 対象行為
- 4) 精神障害の類型
- 5) 審判決定
- 6) 審判結果は妥当だと思うか?
- 7) 審判の結果に影響した要因
- 8) 付添人の意見は、審判で尊重されたか?
- 9) 対象者が対象行為を行うに至った、主な要因
- 10) 対象行為以前の精神医療
  - 10-b) 以前の医療機関は協力的だったか
  - 10-c) 医療機関は医療が中断しないような働きかけを行っていたか
- 11) 対象行為以前の社会的な支援
  - 11-b) どんな社会的支援が必要だったか
- 12) 対象者にとって、医療観察法による処遇は役に立つか
- 13) 精神医学・医療の知識で困ったか
- 14) 精神医学・医療に関する知識をどこで得たか
- 15) 処遇終了後、もっとも必要なことは何か

付添人経験者の名簿は、個人情報となるため、アンケートは、各弁護士会でご協力いただいた弁護士に配布を依頼し、回答は郵送またはweb上で回収した。

### c. 結果

対象となった付添人経験者は120名で、そのうち69名(57.5%)から有効回答を得た。

#### 回答者属性

有効回答69名の所属弁護士会は、それぞれ大阪26(38.2%)、兵庫25(36.7%)、京都17(25.0%)、不明1であった(図1)。

経験年数は、0～4年28(41.2%)、5～9年21(30.9%)、10～19年11(16.2%)、20～29

年3(4.4%)、30～39年5(7.4%)、40年以上0(0%)であった(図2)。これを、国勢調査の裁判官、検察官、弁護士の年齢階級別就業者数(図3)と比較すると、相対的に経験年数の少ない弁護士が付添人活動をおこなっているのが分かる。

精神障害者による事件の経験は、ある30(44.1%)、ない34(50.0%)、分からない4(5.9%)であった(図4)。医療観察法に関する興味は、非常にあった9(13.2%)、あった18(26.5%)、どちらともいえない21(30.9%)、なかった8(11.8%)、知らなかった12(17.6%)であった(図5)。精神科医療、精神医学に関する予備知識については、一般人以上である17(24.6%)、一般人と変わらない50(72.5%)、分からない2(2.9%)であった(図6)。これらの項目間の相関を、図7に示す。

アンケートの回答者は比較的経験年数の少ない弁護士であり、その半数程度が精神障害者の事件を扱った経験があるものの、医療観察法に特に興味があるものが多いというわけではなく、7割以上が精神医療・精神医学に関する知識も一般人と同程度と考えていた。

#### 担当した対象者の属性

回答者が担当した対象者の属性は、以下のとおりである。

性別は男性46(67.6%)、女性22(32.4%)で、男女比は約2:1であった(図8)。平成20年8月31日時点で申立てをされた全対象者数は、法務省によると男性887(74.1%)、女性310(25.9%)であり、男女比は約3対1となる。

年齢別人数は、20代13(18.8%)、30代21(30.4%)、40代17(24.6%)、50代8(11.6%)、60代8(11.6%)、70代以上2(2.9%)であった(図8)。平成20年8月31日時点で申立てをされた全対象者では、20代232(19.4%)、30代329(27.5%)、40代256(21.4%)、50代210(17.5%)、60代116(9.7%)、70歳以上54(4.5%)である。