

を防ぐためには、医療と生活支援が統合的に継続的に行われる必要がある。しかし、対象者に対する医療と支援をアウトリーチ型で行う時には、訪問看護（医療）だけでなく、ホームヘルプサービス（福祉サービス）や保健師（地域保健）の援助が必要であり、この部分は後述するケア会議において調整が図られることになるが、実際の例をみると医療側の訪問看護師の負担がきわめて大きい。アンケート調査では、医療観察法のために専用の職員を配属している医療機関はなく、すべてが兼任で行われている。

しかし、実際には、かなり密度の高い医療・援助を行っても、本来の病状の不安定さから症状が再燃して精神保健福祉法による入院が行われてしまったり、あるいは、人格障害・アルコール依存については、指定通院医療機関はほとんど対応ができない状況も明らかとなっている。

IV 医療観察法における指定通院医療機関の役割

医療観察法の第1条には「……継続的かつ適切な医療及び指導を行うことによって、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を目的とする」とあるが、この中では、継続的な医療と指導が重要な要素となっている。指定通院医療機関は第42条第2項に示された「入院によらない医療」の決定から、第56条に示された「処遇終了の決定」までの間、原則3年以内（延長で最大5年まで、第44条）にわたって、前述した「医療と指導」を保護観察所と連携しながら実施することになる。第91条には、指定通院医療機関は対象者の「相談に応じ、必要な援助を行い、医療・保健・福祉の関係機関との連絡調整に努めなければならない」とされ、さらに、「保護観察所の長との連携を図らなければならない」と規定されている。

指定通院医療機関における医療と指導は厚生労働大臣の行う指導（第82条）に従って実施される。この指導は具体的には、「指定通院医療機関運営ガイドライン」と「通院処遇ガイドライン」であり、必要に応じて「地域処遇ガイドライン」を参考とすることになる。

第104条には、保護観察所の長によるケア会議の開催と「処遇の実施計画」の策定が規定されている。第2項では、「指定通院医療機関による医

療」、「指定通院医療機関による第91条に基づく援助」、「保護観察所による精神保健観察」、「地域行政による保健・福祉の援助」が記載され、対象者に対する医療と指導・援助は「指定通院医療機関、保護観察所、地域保健福祉」の3者によって構成されていることがわかる。そして、指定通院医療機関による医療も保護観察所による精神保健観察のいずれもが、処遇の実施計画に基づいて行われなければならない(第105条)。

「地域社会における処遇のガイドライン」によれば、処遇の実施計画に記載すべき内容は、指定通院医療機関に関しては、主治医、医療方針、通院・訪問等の頻度、精神保健観察では、目的、接触の方法、指導事項、地域保健福祉では援助の内容・方法、症状悪化時の緊急時の対応などであるが(抜粋)、計画の内容については、対象者に「懇切・丁寧に説明し、同意を得るように努める」とされている。いずれにせよ、指定通院医療機関は処遇の実施計画に基づいて医療と援助を行い、医療機関内では「多職種チーム」を構成し、あらためて対象者について「個別の治療計画」を作成する必要がある。

とくに保護観察所との連携は重要である。保護観察所は処遇の実施計画に基づく生活環境の調整(第101条)とともに、精神保健観察(第106条)を行う。精神保健観察の枠組みは、第43条2項に示されている、「(対象者)は厚生労働大臣の定める指定通院医療機関による入院によらない医療を受けなければならない」、さらには、第107条において、対象者が「守るべき事項」が定められている。その内容は、一定の住居に居住し、移転・長期の旅行の届出、保護観察所の長の出頭の求めに応ずることである。

対象者の病状については、指定通院医療機関は「この法律による医療の必要が認められなくなった時」「病状が悪化し再入院の必要を認めた時」にはただちに保護観察所の長に報告する義務がある(第110条1項)。また、「通院医療の期間の延長の必要があると認めた時」にも通知する(同条第2項)。また、指定通院医療機関の管理者は、医療を受けていない(第43条)ならびに、守るべき事項(第107条)が遵守されていない状況では、すみやかに、保護観察所に通報すべきとされている。いずれも保護観察所への報告と連携が重要である。

保護観察所の長は、対象者の病状が悪化したことを受けて、精神保健福

社法第26条3項に基づき措置通報を行うことができ、さらに、本法第59条には、保護観察所の長による再入院の申し立てが規定されており、地方裁判所に対して「指定通院医療機関の管理者の意見を付して」再入院を申し立てるとされているが、第2項では「緊急を要するときは、意見を付さないことができる」とされており、症状悪化時の保護観察所の役割は重要である。

V 指定通院医療機関における医療

通院処遇ガイドラインには、通院処遇の目標・理念について、①ノーマライゼーションの観点をもとにした社会復帰の早期実現、②標準化された床データに基づく多職種チームによる医療の提供、③プライバシー等の人權に配慮した透明性の高い医療の提供。この理念に基づいたガイドラインには、本法によって提供される医療が、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行われるものであることを確認している。

実際の通院医療の提供については、①通院医療における専門的医療の提供と同時に、一時的な病状の悪化時には、精神保健福祉法による入院医療を提供する。②通院期間を「通院前期（初期の6か月間）」「通院中期（6～24か月間）」「通院後期（24か月以降）」に分けて目標を設定し、3年以内の一般医療への移行をめざす、③対象者ごとに「個別の治療計画」を作成し、定期的な評価を行う。また、本人に十分な説明を行い、同意を得るように努める、④保護観察所、他の保健医療福祉の社会資源と連携をとりながら対象者を支援する。

これらを受けて、指定通院医療機関運営ガイドラインでは、①多職種チーム会議の設置とスタッフの研修による質の向上、②適正な医療の提供として、訪問看護、精神科デイケア、医療安全管理体制の確保、症状悪化時における入院医療体制の確保（連携を含む）③その他、記録の保存体制、情報の共有化、保護観察所等との連携の確保などである。

1 通院開始前の対応

入院処遇中の対象者は、社会復帰期に該当すると、地域での生活に向け

て外泊や、居住候補施設の見学、さらには候補地近くの指定通院医療機関において診察を行う。指定通院医療機関となることを内諾した医療機関は、多職種チームを構成して、個別の治療計画を検討する。同時並行的に、受け入れ事前のケア会議が開催され、処遇の実施計画案が策定される。これに基づいて、再度個別の治療計画が練り直され、本人への説明と同意の働きかけも行われ、これらを保護観察所が調整のうえ、退院の審判を待つことになる。

2 通院前期における医療

通院前期では、「入院医療から通院治療への円滑な移行」が目標とされ、その過程では不適応による症状の悪化の可能性も高いものと推定される。そのために、懇切丁寧な説明と密度の高い指導・援助が必要になる。ガイドラインに示された通院前期における医療内容は、外来通院（週1回）、訪問看護（2～3回/週）、デイケア（1～3回/週）、通院作業療法（個別に1～3回/週）、個別・集団精神療法（1～3回/週）、家族カウンセリング（週1回）。これらの治療計画はあくまでも標準的なものであり、状況によっては訪問看護を土日も含めて増やしたり、デイケア通所の回数を増やす必要がある。このことによって、通常の保険診療上制限を超える場合もありうるものと想定される。また、この時点で問題となるのは、対象者の基礎的社会生活能力の評価とそれに対応した援助、能力の向上への働きかけである。

3 通院中期における医療

基礎的な生活能力の確保された後、通院中期においては、限定的な社会活動への参加が期待される。精神症状は一定程度改善と安定を示し、また、日常生活についても軌道に乗り始めていることが想定される。このために、外来通院は2週に1回が標準となり、同時に、訪問看護も週に1～2回にまで下げられる。デイケアについては、週に3回程度を維持することが望まれる。結果として、対象者においては、疾病の自己管理とともに社会生活能力の維持向上が期待され、結果として対人関係が拡大して、限定的ではあるが、社会参加が開始される。

4 通院後期における医療

通院後期においては、当事者の社会参加がより拡大して、一般医療への移行が期待される時期である。外来通院や訪問看護（週1回）の頻度においては大差がないものの、対象者は治療を継続しながら自己の生活を安定させ、一般精神医療への移行（すなわち、処遇の終了）を図ることになる。この時問題となるのは、確実な服薬と、これまでとほとんど変わることのない援助の継続である。

処遇終了の目安としては、ガイドライン上は以下のように記載されている。①一定期間再燃なく症状が安定、②終了後も継続的な医療（通院、訪問看護など）が安定して実施できる、③生活能力が確保されみずからの生活を安定して行うことができる、④安定した生活を継続するために環境と支援体制が確立している、⑤緊急時の介入方法、地域支援体制が確立している。しかし、実際には、対象者の疾病そのものの治療可能性が失われたために処遇が終了する場合が少なくないであろう。

5 定期的な症状評価と治療計画の修正

ガイドラインでは初期の6か月間では毎月の評価と治療計画の検討・修正が求められている。評価の基準は「共通評価項目」で職種ごとに行ったうえで、多職種チーム会議では個々に行った評価上の問題点を中心に検討が行われる。もちろんこれ以外にも気づいた症状・問題点についても持ち込まれて話し合いが行われる。まず、それぞれの職種が責任をもって評価を行い、問題点を提供することが必要である。これらの検討によって、次月の治療目標と方法が検討される。もし、上位の計画である「処遇の実施計画」との間に矛盾があれば、自院の多職種チームのまとめ役である「ケア調整者」が窓口となって、社会復帰調整官との間で「処遇の実施計画」の一部修正について変更を求めるべく調整を行う必要がある。この過程で必要に応じて対象者にも参加をしてもらい、対象者自身の了解を得る努力が必要である。

6 治療プログラムの実際

実際の事例では、通院前期のケアプランはどのように行われるべきであ

【表1】 指定通院医療機関が提供する医療保険サービス

種類	担当者	回数	備考
外来診療	主治医	1回/週	必要時訪問
訪問看護	看護師・PSW・OT	3回/週	
デイケア		1～3回/週	対象者による
作業療法	OT	1～2回/週	
個別精神療法 集団精神療法（心理 教育・SST）	心理技術者 主治医・心理技術者	1回/週 1回/週、他患と の合同参加	必要時増加
家族カウンセリング	主治医・心理・PSW	1回/週	
薬剤指導	薬剤師	適宜	
栄養指導	栄養士	適宜	

地域福祉サービスの利用

ホームヘルプサービス	病院提供、または、地域生活支援事業	1～3回/週	
社会復帰施設、グループホーム等の利用	サービス管理責任者のケア会議への参加		

保健サービスの利用

保健師訪問	ケア会議との連携	1回/週～2週	地域により異なる
-------	----------	---------	----------

るか？ 都市型の指定通院医療機関であれば、比較的多種のサービスを頻回に行うことができるが、地方であれば種類・量ともに実施は困難になる。そのために、後者では保健センター看護師などの関与する割合が多くなるものと予想される。都市型（通院前期）のケアプランの例を挙げてみたい。

上記の表で示した、提供できるサービスの密度は、実際には地域における資源量によって大きく異なる。とくに、訪問看護を実施している医療機関においては、人員の面から対象者のために回数を増やすことが困難である場合が少なくない。その場合には、保健師訪問やホームヘルプサービスとの間で連携するしかない。

VI 通院医療上の課題

指定通院医療機関が入院によらない医療を実施するうえでは、さまざまな問題点を抱えている。これらの問題点を挙げてみたい。

1 配置人員の問題

アウトリーチを中心に通院医療を行うためには、本法に専用の多職種チームがあることが理想であるが、実際にはほとんど不可能であり、兼任の状態が多職種チームを構成しているのが実情である。とくに、公的病院では人員の規制が強く、訪問看護などの人員を増加することは困難である。しかし、通院医療の主体は、「訪問型多職種チーム」であり、各指定通院医療機関に多職種チームを整備することがもっとも緊急の課題である。求められる具体的な施策としては、専任の訪問看護師・PSW、兼任の医師・作業療法士・臨床心理技術者等を構成できた場合には、一定の補助金（あるいは、通院医学管理料の大幅な増額）が得られるシステムである。このことによって、アウトリーチ型の多職種チームを構成することが可能になり、指定通院医療機関を中心として、地域における比較的重症な精神障害者を医療面から支援する ACT 的な活動が可能になるものと期待できる。施策としてはきわめて効果的なものと考えられる。

2 通院医学管理料の問題

前述の人員配置の増強とは別に、現行の通院医学管理料はあまりにも低額である。病院に所属する職員（医師、訪問看護師、PSW 等）が、ケア会議に参加し、個別の治療計画を策定し、定期的な評価を行い、さらには、対象者の同意を得る努力などを実施する必要があるが、現在の（通院前期 5万5千円）については、その数倍が必要になろう。

3 入院か通院かの審判上の問題

(1) 明らかに入院医療が不適切な例が混入していること 通院医療の対象者においては、みずからの病状を理解し、通院による治療が確保されることが前提であるべきであるのに、単に微罪であるから、幻覚妄想が消退したから、あるいは、指定入院医療機関が遠方であるからなどの理由で通院となる例が少なくない。対象者にとっては、より高度な医療が提供されている指定入院医療機関での治療の機会を奪われたことになる。実際に不十分な治療状態で通院が行われた場合には、精神保健福祉法による入院が行われ、結果として、長期入院を余儀なくされている現状がある。

(2) 指定入院医療機関からの退院例に問題がある 指定入院医療機関における治療が進んだ場合には通院への移行が申し立てられる。しかし、その時点では居住場所が決定をされておらず、通院医療や生活支援上の困難が予想される例が少なくない。さらに、統合失調症と人格障害・物質使用障害の並存例では、統合失調症部分は治療が進んでいても、後者の部分の治療が不十分なままに退院し、通院への移行が行われている。また、入院中に主病名が人格障害・物質使用障害であることが明確となった事例においても通院決定が行われている。このような例は前述したように指定通院医療機関の責任で、「処遇の終了」を決定すべきである。十分に検討されないままに指定通院医療機関に移行することには問題がある。

(3) 通院・地域処遇の枠組みが不十分なままの通院に移行していること 精神保健観察を含め、通院・地域処遇においては、対象者が「守るべき事項」を十分に理解していることが必要である。そればかりでなく、通院医療上の細かな点（服薬、諸検査、訪問医療、デイケア通所、作業療法の参加、家族療法への参加、断酒、生活リズム等）についても対象者本人が理解・同意をしていることはきわめて重要である。これらの枠組みの内容は、入院中に時間をかけて、対象者本人と話し合いがくり返されながら、必要な枠組みが組み立てられるべきものである。しかし、実際には具体的な枠組みは退院前ケア会議から開始されている。本人の理解・同意が不十分なまま通院に移行したために、退院後デイケア通所や作業療法への参加が拒否されたり、飲酒が行われたりする例がある。「守るべき事項」の遵守と、さらに細かな通院・地域処遇上の枠組みの設定は、精神保健観察上の基本であることを強調したい。

4 直接通院の問題

対象者に関する十分な情報や治療計画のないまま、あるいは、不十分な内容の処遇の実施計画のままで開始される直接通院には大きな問題がある。もっとも重要であるべき「対象者と治療者側との信頼関係」が確立していない状況で通院医療がスタートすることには大きなとまどいがある。通院決定から実施までの間、鑑定入院医療機関内に一定期間とどまるなどして、通院スタッフとの関係性の確立、通院プログラムに関する理解を得る努力、

守るべき事項の確認等が行われる一定期間が必要である。

5 症状評価の問題

現在、用いられている「共通評価項目」は、客観的な立場から対象者の状態をみる点では画期的ではあるが、実際の現場では、精神症状、社会適応性（生活障害）、人格的な問題やQOLまでも含めたより詳細なものを要望する声がある。通院医療に特化した詳細な評価方法の開発が必要である。

6 薬物コンプライアンスの問題

服薬の確認は重要な問題であり、訪問看護師が関わるべき課題でもある。しかし、事例によっては、定期的に血中濃度を測定することで、確認をせざるをえない場合も少なくないと思われる。実際に諸外国では血中濃度の測定は重要な位置を占めている。これを実行する場合には、指定入院医療機関内で行われる薬物療法において、あらかじめ検討されるべきことである。しかし、血中濃度測定ができない新規抗精神病薬が一律に用いられている現状には問題がある。また、新規抗精神病薬デポ剤（リスペリドン）とクロザピンの導入は急がれるべきである。

7 通院上の治療プログラムについて

(1) 重複した診療報酬 現在の保険診療においては、デイケア・訪問看護・通院精神療法等を同一日に行うことができない。これらの点は、本観察法の対象者では緩和されているものと解釈されるが、さらに明確に、重複した療法を積極的に勧める方向にあるべきである。

(2) 専門プログラム不在 人格障害や物質使用障害例では、個々の指定通院医療機関で治療プログラムは持ち合わせていない。わずかにアルコール通院プログラムを整えている医療機関がある程度である。これらのプログラムに関する研究が今後必要であるが、基本的には指定通院医療機関が、これらの対象者の精神保健観察のもとでの通院医療の責任を負わされることにはとまどいがある。早急な解決が必要な事項である。

(3) 不十分な家族療法 通院医療上では、家族への心理教育はきわめて重要である。とくに高EE家族に対しては欠かせないプログラムである。

この分野のプログラム開発は不十分であり、検討が必要である。

8 居住施設の問題

居住施設の確保は社会復帰調整官にとって重要な課題である。対象者の多くは自宅に戻ることに家族や地域住民が反対をしているために、社会復帰施設（福祉ホームなど）、グループホーム、単身アパートが候補として挙げられる。ところが、24時間、土日も含めた365日のケアができる大型の施設にはほとんど空きがないのが現状である。さらに、24時間365日見守りが行われているグループホーム（ケアホーム）は少ない。また、対象者自身が少人数グループの共同生活が不向きな場合も少なくない。結果として、単身アパートに居住した状態で、通院医療機関の多職種チームが24時間365日型の見守りを余儀なくされることになる。対象者の地域生活が安定するにつれて次第に見守りの回数は減ってくるものと思われるが、初期の段階（通院前期）における指定通院医療機関側の負担はきわめて大きいことを強調したい（急性期増悪包括管理料に相当する）。指定通院医療機関がアウトリーチ型の多職種チームをもつことは必要であり、その効果も高いものと思われる。

9 「アウトリーチ型多職種チーム」の整備は急がれるべきである

すでに1・2の中で述べたように、ACT的な機能をもつ「アウトリーチ型多職種チーム」の形成は、対象者の通院・地域処遇のうえでは、大きな効果をもつことは明らかである。ケア会議において処遇の実施計画を策定し、関係機関が連携していることでこの機能を代行しているのが実情であるが、実際の支援場面では指定通院医療機関職員が対象者宅を頻回に訪れることが可能となる「アウトリーチ型多職種チーム」は欠かせないものである。医療観察法に参加協力している指定通院医療機関を核として、多職種チームを整備することは、地域における精神科医療の底上げに大きく貢献するものと思われる。

10 保護観察所や保健福祉機関との連携について

この法律における通院・地域処遇は、指定通院医療機関・保護観察所・

地域保健福祉機関の3者によって支えられている。しかし、実際には指定通院医療機関が行う医療部分と社会復帰調整官が行う福祉的生活支援部分とに大別される。本来、一体であるべき対象者へのサービスの提供が医療と福祉に乖離した状態で提供されていることについては、中長期的な課題として考えていかなければならない。

VII おわりに

種々の問題点を列挙したが、早急に改善が必要なものと、5年後の改正に向けた検討が必要な部分とに分けられる。前者については、厚生労働科学研究班を主体として検討を重ねていくことで一定の役割が果たせるであろうが、後者については厚生労働省と法務省が連携した「専門委員会」を再度立ち上げる中で十分に検討を行う必要がある。

医療観察法の地域サポートとACT

松原三郎

臨床精神医学 第37巻 第8号 別刷

アークメディア



医療観察法の地域サポートとACT

松原 三郎

Key Words

医療観察法, 通院処遇, 処遇の実施計画, ACT

1 はじめに

医療観察法が施行されてから、本年7月でまる3年を迎える。3年を経た時点での事例集計結果はいまだ不明であるが、検察庁からの申し立て件数は1,000件をこえ、退院者(約80人)も含めて、通院対象者は250人をこえているものと推定される。この間の施行状況をみると、大きく3つの問題点が浮かび上がっている。第1に、責任能力鑑定やこの法律による医療への適合性に関する精神鑑定など、精神鑑定に関する平準化が十分でないことである。特に人格障害、薬物依存、発達障害、さらには、解離性障害に関する部分に判定のばらつきが認められる。第2に、指定入院医療機関の病床数の不足である。都道府県立病院での開設が進まず、また、次第に長期入院に及ぶ事例も認められるようになってきている。第3に、通院医療ならびに地域処遇のサービスの不十分さである。わが国では、通院医療や地域生活支援のサービスは、質・量ともに極めて貧困であり、また、本法での報酬額が不十分であるために、基本的な「多職種チー

ム」を揃えることもできない状態である。このような中にあっても、通院となった対象者への医療と生活支援は、これまでとは比較にならないほどに充実したものとなっている。これは、少ないマンパワーのもとにあっても、医療観察法関係者の懸命に努力することで支えられているといっても過言でない。

本稿では、医療観察法において実施されている通院医療と地域サポートの現状を分析しながら、犯罪を起こした精神障害者の通院医療と地域サポートのあるべき姿を検討したい。

2 医療観察法の施行状況

平成19年11月時点での審判の状況では、入院決定は58%、通院決定は21%であり、通院は入院決定の半数以下である(図1)。しかし、審判結果の割合は地区によって大きく異なる。特に近畿地区では入院決定と通院決定は同数になっている。このことは、指定入院医療機関への距離が遠方であるが最も大きく影響していると思われるが、実際には、この地区では通院処遇になった対象者を地域で支えるだけの医療・

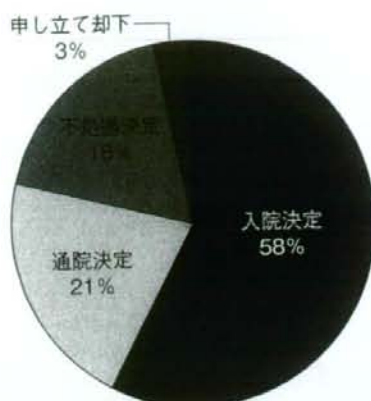


図1 当初審判の状況 (811件, H19.11.30現在)

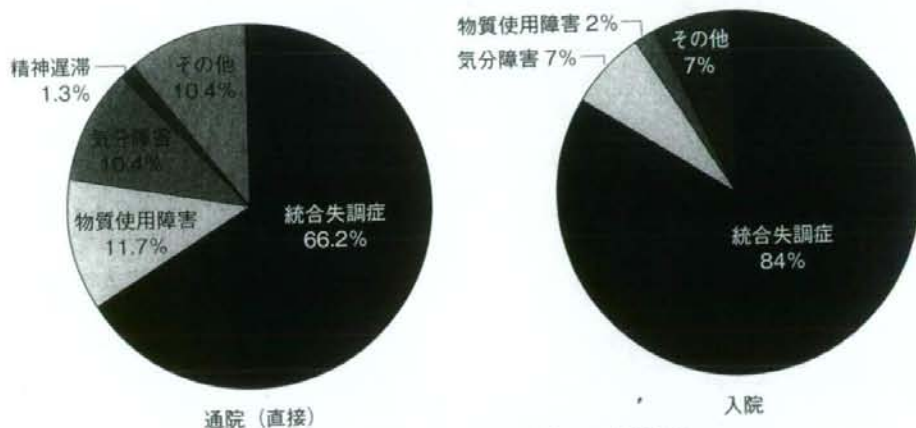


図2 入院処遇と通院処遇(直接)の疾病分類

生活支援のサービスが比較的充実している影響も無視することはできない。

さらに、通院対象者の疾病分類をみると、直接通院となった対象者では、統合失調症患者は66.2%と入院処遇よりも18%程度少なく、その代わりとして、物質使用障害(11.7%)、気分障害(10.4%)の割合が増えている(図2)。通院処遇となった対象者は、疾病分類が多岐にわたるために、治療プログラムの多様性が求められることとなる。これらの現状に対応するために、平成19年度厚生科学研究の成果物として「通院治療プログラム」が編集された⁵⁾。

3 通院処遇の枠組み

通院処遇は、指定通院医療機関による「通院医療」と保護観察所(特に社会復帰調整官)が行う「生活支援と精神保健観察」の2つのチャンネルで行なわれる(図3)。この両者を調整するシステムとして保護観察所が開催する「ケア会議」があるが、この会議では対象者に関わる「処遇の実施計画」が策定される。指定通院医療機関をはじめとする関係機関は、この処遇の実施計画に沿って各種のプログラムを実施することになる⁶⁾。

処遇の実施計画の内容は、①指定通院医療機

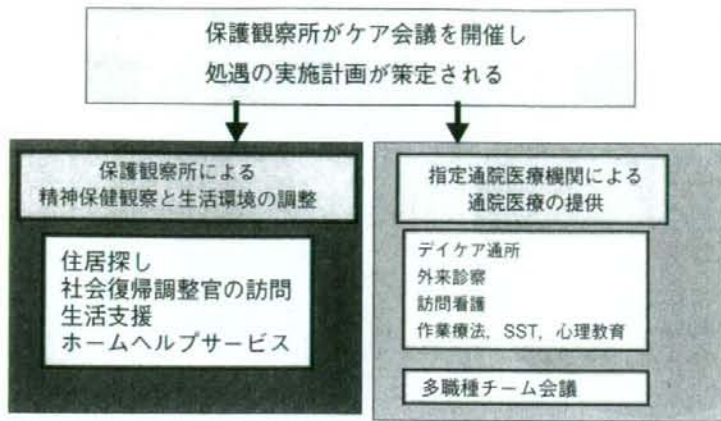


図3

表1 処遇の実施計画の策定(第104条)

- 保護観察所の主催によるケア会議の開催
- 常時参加する機関
指定通院医療機関、精神保健センター、保健所、市町村保健センター、対象者(及びその家族)
- 対象者の状況に応じて参加する機関
都道府県主管課、福祉事務所、社会復帰施設、その他の機関

表2

- 対象者が「守るべき事項」(第107条)
 1. 一定の住居に居住すること。
 2. 住居の移転、長期の旅行はあらかじめ保護観察所に届け出ること。
 3. 保護観察所の長から出頭・面接を求められたときには、これに応ずること。
- 指定通院医療機関の管理者の通報義務(第111条)
指定通院医療機関の管理者は対象者が通院による医療を受けない時、守るべき事項に違反する時には保護観察所の長に通報しなければならない。

関の行う医療の内容と、その担当者名、実施日時・頻度などであるが、具体的には、外来受診、デイケアセンター通所、訪問看護、作業療法、心理面接、集団精神療法などである。②保護観察所が行う環境調整の内容(住居探し、訪問介護など)、精神保健観察の内容(守るべき事項に沿った日常生活)であるが、実際には社会復帰調整官が行うことになる。③その他の関係機関が行う援助(就労支援、介護保険サービスの利用、行政的な諸手続きへの援助など)、④病状悪化時、特に緊急時の対応策をあらかじめ明確にしておく、⑤本法による処遇の終了から一般精神医療への移行をできるだけ明確にする、⑥本人の権利条項を明確にする。

処遇の実施計画は、法第104条に規定されたものであるが、第108条・第109条には、各種関係機関の保護観察所との連携協力が求められている(表1, 2)。処遇の実施計画は、対象者の参加のもとで、医療と生活の広範囲にわたっ

て「ケアマネジメント」を実施していることになる。その点では、対象者のニーズの把握が前提であり、また、「通院による医療の継続」や「一定の住居に住まい面接に応ずる」などの強制的な側面をもつ精神保健観察がかせられるという二面性が存在している。いずれにせよ、ケアマネジメント(処遇の実施計画)がこのように法で定められ、さらに、関係機関はこれに協力が求められるといった状況は、わが国では初めてである。医療観察法の施行状況の中では、入院医療に比較して、通院医療・生活支援の部分は貧困なままであるが、社会復帰調整官の参加と、そしてこの法で規定されたケアマネジメントは、これまでになく強力な部分といえる。

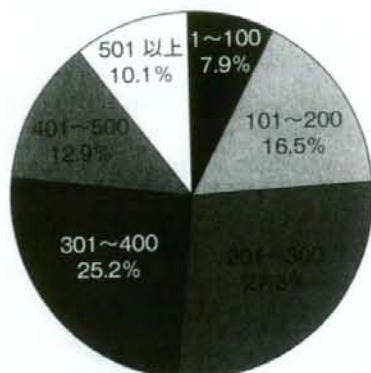


図4 精神病床数 (回答 139 件)

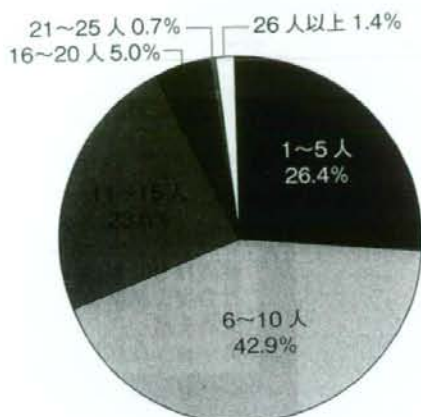


図5 常勤医師数 (回答 140 件)

4 わが国の脆弱な地域精神科医療体制と指定通院医療機関の状況

地域で生活する精神障害者に対しては、「医療」と「生活支援」は一体のものとして提供されなければならない。諸外国では、これらが国の事業として一体化されて実施されてきている。そして、ケアマネジメントとそれを実施するサービスとが常に連携したものでなくてはならない。例えば、英国ではすでに“Care Program Approach (CPA)”として実施されてきたことであるが、それを実施するための地域ケアチームが背景に控えている。

わが国では、精神障害者が地域で生活をする状況は家族との同居を前提として構築されてきた。ところが長期(1年以上)の入院群では、自宅へ退院する割合は極端に低下して(病床利用調査では15%以下)おり、長期入院の問題の解決には、居住場所の問題と、生活支援の2つの要素がかかわっている。逆にこの2つを解決できないことが長期入院を生み出している原因でもある。そして、自宅に戻ることが無理な場合には、「福祉ホームや生活訓練施設」などの中間施設(通過施設)を準備することと、さらに、その後の単身アパート生活を可能にする「生活支援」のシステムを整備することが必要で極めて重要である。

地域で利用可能な各種サービスをみると、医療保険サービスでは、「精神科デイケア、デイナイトケア」「訪問看護」「訪問診療」などが主体であるが、その他に外来機能として、作業療法、集団精神療法(SST、心理教育など)をあげることができる。障害者自立支援法サービスとしては、居住(グループホーム、ケアホーム)、日中活動(自立生活訓練、生活介護、就労継続、就労移行)、地域支援事業(活動支援センター、ショートステイ、訪問介護)などをあげることができる。これらの中で、アウトリーチ機能としては、訪問看護、訪問診療、訪問介護の3つに絞られる。少なくともチームとして医療と生活支援の双方に対応できるメニューはない。

医療観察法の指定通院医療機関の状況を平成18年12月に実施したアンケート調査からみると⁵⁾、現状の指定通院医療機関は病床数300床以上が約半数を占め(図4)、常勤医師数も6名以上が4分の3以上を占めており(図5)、比較的大型で治療機能の高い精神科医療機関が参加していることがわかる。社会復帰の機能として精神保健福祉士数では、4名以上が70%以上を占めているが(図6)、アウトリーチ機能として訪問看護師数を見ると、66%が2名以下にとどまっている(図7)。しかも、訪問看護の頻度を医療観察法対象者1人あたりでは、最も多いときでもほとんどが週に1回でとどまっている(2

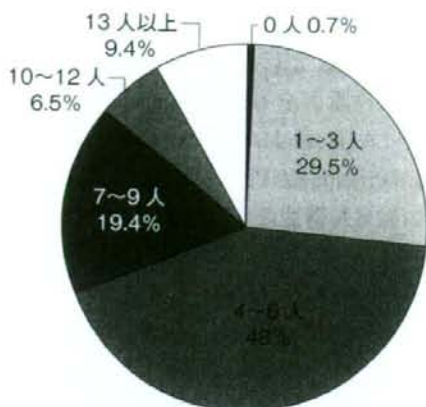


図6 精神保健福祉士 (回答 139件)

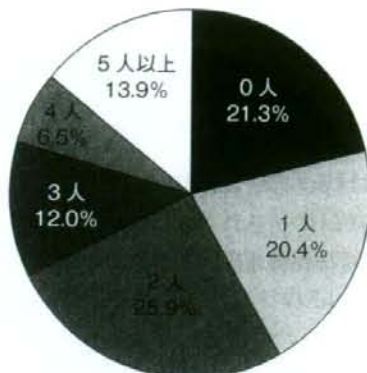


図7 訪問看護の看護師数 (回答 108病院)

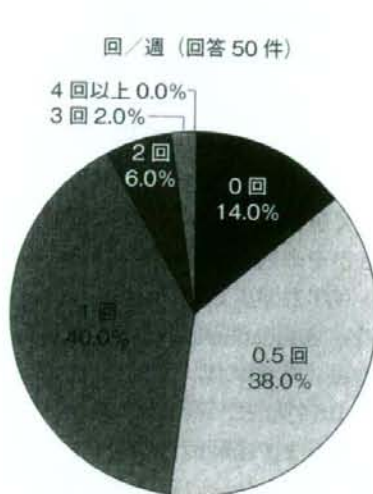
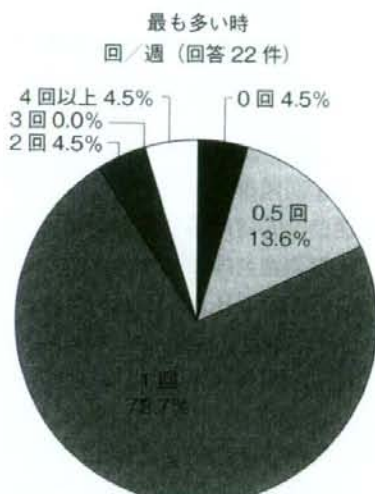


図8 通院処遇例訪問看護 (医療保険) の頻度



～4回以上が9%あり、事例によっては頻度を高めている場合もあることが明らかになっている(図8)。さらに、社会復帰調整官の訪問(週に1回程度)や保健センター保健師訪問(月に1回程度)が加わっているが、これらを加えても週に1.5～2回の訪問が標準といえる。このような状況を見ると、わが国での医療観察法対象者の地域でのアウトリーチ体制は、基本的には、「処遇の実施計画」というケアプランに基づいた、Case Management型(後述)であるという事ができる。そして、事例としては少ないが、必要に応じて密度の高い支援が実施されている

(Intensive Care)のが実情である。

5 海外で実践されている地域サービス

前述したように、英国ではCPAを基本として各種の地域精神科医療が実施されている。そして多職種からなるCommunity Mental Health Team (CMHT)がアウトリーチを行う。多職種の中心はCommunity Psychiatric Nurse (CPN)とPSWである。チームは毎朝カンファレンスを行ってチームとしての連携を行っている。しかし、訪問回数としては、週に1～2回程度が

標準であり、ケースマネジメント型のアウトリーチである。さらに密度の高いケアが必要であれば、強力型(enhanced) CPAを行って、Intensive Case Management (ICM), あるいは、積極型アウトリーチチームとして1名が10人程度を受け持つチームに移行して週に3~3.5回程度でフォローされる。これらは英国のNHS-Trust (精神保健事業団)が運営をするものである^{11,12)}。

Marksら¹⁰⁾は、すでにMadisonやSydneyで行われていたPACTを参考視して、Londonで、緊急入院を余技なくされている精神障害者(現在入院中も含めて)、すなわち比較的重症な精神障害者(serious mental illness; SMI)を対象として、①24時間365日活動、②問題を生じた場所にまで出かけて対処する。Crisisの場合でも2~3日の入院で済ませる、③ケースマネジメントの実施、④問題指向型のケア、⑤広範な日常生活への援助、⑥同時に日常生活機能訓練も実施、⑦利用者の権利擁護も重視。このような対象法を基本としてHome-Based Care (Daily Living Program; DLP)を実施した。スタッフは精神科医(1名)、精神科看護師:CPN (7名)、PSW (1名)の計9名で、対象者は92名である。20カ月間の試行の結果、再入院の期間は3~18カ月間も短縮された。このように、それまでのHospital-Based Careからの転換が高く評価された。

最近の海外でのACTの実施状況は、国際精神保健リーダーシップ会議(International Initiative for Mental Health Leadership; IIMHL)が行ったBirmingham (UK), Nashville (USA), Auckland (New Zealand), Toronto (Canada)の4都市における実施状況比較報告をみると、各都市では、ACTがそれぞれの特徴をもちながら急速に発展していることがわかる⁴⁾。(1) Birminghamでは、8つのAOT (Assertive Outreach Team)が事業団によって運営されている。活動目的の中心は再入院(回転ドア現象)を防止することで、1チームは5名のスタッフから構成され、平均

で62名を受け持つ。Case ManagementやRisk評価が平行して行われている。(2) Nashvilleでは、精神障害をもったHomelessに対して支援チーム(Homeless Outreach Partnership and Empowerment; HOPE)を組織しているが、1チームは6人構成で、1人あたり6名を標準とし、小規模ではあるが、Homeless shelterを利用しながらユニークな活動をしている。(3) Auckland(南部地区)では、人格障害、司法医療対象者も含めた精神障害者を1チーム17名構成でみている。看護師は6名で一人当たり20名と多数を受け持つ。しかし、これに加えて精神科医(1名)、Forensic nurse (0.5名)、物質使用障害専門家(0.5名)、Social worker (2名)、さらには直接に生活支援を行うSocial Care Worker (5名)が加わって訪問看護師を支援し、多職種で支援を行う。(4) Torontoは1,200万都市であるが、13のACTをカナダ精神保健協会が委託を受けて運営している。1チームは11名が標準であるがその内容は、看護師4名、Social worker 1名、OT 11名、Case Manager 2名、精神科医0.5名、Adduction専門家1名、職業訓練の専門家1名、就労の専門家0.5名、Peer Support Worker 0.5名など、多職種が物質使用障害から就労に至るまで広範囲にわたって支援する体制にある。1人あたりの事例数は8名が標準である。また、性犯罪者や放火犯は扱わないとのことである(Steve Lurie氏私信)。

ACTはTorontoを筆頭に急速な拡大が続いている。スタッフ1名当たりの負荷は10名が原則であるが、地域によってさまざまな工夫が行われている。ACTは利用者の医療・生活全体を安心感を与えながら支援するものであるので、軽症の事例であっても週に3~3.5回の訪問が行われるのが原則であり、その中で、必要であれば就労にまで支援を拡大する、すべてを地域の中で行おうとするのが基本的な考えである。これに対して、Case Managementが基本にあり、必要に応じて支援の密度を上げようとする手法は、本来のACTの考えとは異なるものである。

6 司法精神障害者のための地域精神科医療

英国(England)ではCPAに基づいてCMHT (Community Mental Health Team)がアウトリーチ活動を行うが、その頻度は対象者の状況によって調整が行われる。前述したように積極型アウトリーチチームはACTと同様の事例負荷数で行われ、さらに必要に応じて、家族治療チーム、早期介入チームが加えられる。暴力や犯罪など種々の問題行動が予測される場合には警察、保護観察所など関係機関が集まった(multi-agency)チームで対応することもある。

このようにCMHTに必要なサービスを付加する状況で司法精神障害者(Mentally Disordered Offender; MDO)をどのようにして受け入れるかは、英国にとって大きな課題であった。責任能力判定を前提とするわが国の医療観察法とは異なって、英国では精神科医療での治療可能性があれば人格障害であっても司法精神医療の対象となる。矯正施設における処遇と司法精神医療との相互連携が求められている。実際には、性犯罪者は地域精神科医療からは除かれ、保護観察所の所管で管理されている。また、CPAであっても、一部の対象者は、監督付き退院(Supervised discharge, Conditional discharge)の状態が命令されており、一定の住居に住まうこと、精神科外来に通院することなどが義務づけられている。Hollowayは、地域精神科医療チームで司法精神障害者をみる場合は、対象者に対するRisk-assessment/managementが重要であると述べている⁷⁾。Buchananは、Risk-managementとともに、多職種でかわるアウトリーチの効果を強調し、さらに、緊急に入院できる専用病棟やデイケアセンターなどの医療資源の必要性も強調している⁸⁾。

地域治療命令(Community Treatment Order; CTO)や条件付退院(Conditional Discharge)は、医療観察法では通院処遇の判定に相当する。わが国では、地域精神医療は貧困で不確かな状況

にあるが、それでも医療観察法による通院処遇は、「処遇の実施計画」が関係機関がかかわった中で策定され、さらに、通院医療機関では多職種のチーム医療が稼動するなど、これまでの地域医療とは格段に高い密度で行われ、また、現状では一定以上の成果を挙げているといえる。ところが、世界的にみると、すでに地域医療が充実している地域ではCTOなどが本当に有効なものかどうか議論されている。Kiselyらは、CTOを実施しても、その後の入院期間には有意な減少は認められないと報告している⁹⁾。Carpinelloは、物質使用障害者、強姦、反社会性人格、自傷行為の事例にのみ有効であったと報告している¹⁰⁾。Huntらは、TorontoでCTOを受けている224名と受けていないコントロール群92名について、受けているサービス(主にACT)に差がないようにして調査を行った。その結果、CTOを受けている群の方が、有意に再入院期間が短く済んでいることが明らかとなった⁸⁾。ACTなどアウトリーチ機能が充実した状態であっても、CTOなど司法的な枠組みは効果であるが、同時に、種々の専門家がかかわり、また、Risk-assessment/managementを実施する必要もある。

TorontoにおけるACTの実施報告をみると、13のACTチームのうち5チームにおいて司法精神障害者が含まれており、その割合も10%以下である。特にRiskの評価をすることもなく、一般精神障害者との差異なく受け入れられている³⁾。

7 わが国の地域司法精神科医療が進む方向

不十分な医療・福祉資源の中にあっても、わが国の医療観察法の通院医療は、「処遇の実施計画」を取り巻く関係者の献身的な努力によって支えられている。医療観察法の通院医療は、これまでの地域精神科医療の問題を増幅して示しているといえる。この問題の解決は、現在の地域における訪問機能をいかにしてACTにま

で高めるかではないか。これまで述べたように、精神障害者を多面的・包括的に支援するACTは、理想的な手法ではあるが、保険診療報酬に縛られたわが国の現状では、いきなりACTを導入することは困難な状況にある。しかし、段階的に進めるとすれば、まず、Case Management型のCMHTを目指すことが必要であろう。現在、わが国では、これに相当するものは「訪問看護」しかなく、これを訪問看護ステーション化しようとするれば、PSWによる訪問が除外されることになる。わが国が地域精神科医療充実の第一歩として行うべきは、多職種の参加が許される「精神科訪問支援ステーション」の新設ではないか。

司法精神科医療が行うべきことは、通院対象者のRisk評価を常に正確に行って、その状態に応じて訪問回数を増やしたり、専門家を派遣したりするなど、状況に応じてすばやく対応することであろう。

文献

- 1) Buchanan A : Who does what? The relationships between generic and forensic psychiatric services. Care of the mentally disordere offender in the community, Oxford Univ Press, New York, pp245-263, 2002
- 2) Carpinello SE : Kendra's Low: final report on the status of assisted outpatient treatment. New York state office of mental health, pp1-16, 2005 (<http://www.omh.state.ny.us/omhweb/Kendra>)
- 3) CMHA Toronto ACT Teams Program Review : Building towards recovery. Canadian Mental Health Association, Toronto, 2008
- 4) Deuchar N, Vanderpyl J, Doub TW et al : International Comparative ACT Study Process and Data. The international J. Leadership in Public services, vol.4, pp41-57, 2008
- 5) 平成18年度厚生労働科学研究報告書, 「司法精神医療の適正な実施と普及のあり方に関する研究」研究代表者小山司, 分担研究(松原三郎)「強制通院制度と地域医療のあり方に関する研究」.
- 6) 平成19年度司法精神医療等人材養成研修会, ガイドライン集, 2007
- 7) Holloway F : Mentally disordered offenders and the community mental health team. Care of the mentally disordered offender in the community, Oxford Univ Press, New York, pp222-241, 2002
- 8) Hunt AM, Silva A, Lurie S et al : Community Treatment Orders in Toronto: The Emerging Data. Can J Psychiatry 52 : 647-656, 2007
- 9) Kisely S, Cambell LA, Preston N : Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders. The Cochrane Database of Systematic Review Issue3. John Wiley & Sons, London, 2005
- 10) Marks IM, Conolly J, Muijen M et al : Home-based versus Hospital-based care for people with serious mental illness. Brit J Psychiatry 165 : 179-194, 1994
- 11) 西尾雅明 : イギリスにおける集中型・包括型ケアマネジメント, ACTの実際, 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, 東京, pp125-136, 2004
- 12) 大島 巖 : 包括型ケアマネジメント, ACTの実際, 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, 東京, pp98-112, 2004