

特集 地域におけるアウトリーチ活動の実践——その現状と課題——

群馬県における「行政型」アウトリーチ活動
——「措置移送センター」による予防的危機介入——

芦名 孝一

群馬県精神科救急情報センター（情報センターと記す）は、群馬県こころの健康センター（精神保健福祉センター）に設置され、群馬県内の措置移送に一元的に対応している事実上の「措置移送センター」であり、それと同時に様々な困難を抱え社会生活を送る対象者へのアウトリーチ活動を実施している。措置移送の現場では対象者の「医療的利益」と家族、近隣住民の「安全への要請」とが相矛盾し、関係者が苦慮することがある。これに対して、群馬県では、1990年代後半から他害行為の程度と治療必要性の両面を見据えたトリアージュが取り組まれ、その延長に「措置移送センター」としての情報センターが成立した。情報センター成立後、保健所、市町村などからの要請を受け情報センターによるアウトリーチ活動が開始された。情報センターが保健所、市町村との連携の上、対象者の他害行為の程度と治療必要性の両面を検討し、治療を必要とする対象者には可能な限り自発的受診を促しつつ、一方で措置移送による非自発的治療による危機介入の可能性と方法を、対象者と家族や近隣住民に伝える。さらに措置移送による非自発的入院の後にも再発予防のため支援が可能である。このように措置移送を担う情報センターが保健所や市町村と連携しアウトリーチ活動を実践することで、対象者の「医療的利益」を尊重しつつ地域社会の「安全への要請」にも配慮することができた。また実施主体が病院などではなく行政機関であるため、対象者との治療契約を必ずしも前提とせず、対象者が拒否的であっても関わりを持ち続けることができた。本稿では、本人のみならずその家族全体が医療・福祉的な関与を強く拒否した対象者に、アウトリーチ活動を継続し、本人と家族を取り巻く状況の変化にも間を置かず適切に対応できた事例を提示する。事例呈示に際しては、個人情報への配慮について、本人と家族に説明し同意を得た。

<索引用語：措置移送，トリアージュ，精神科救急情報センター，アウトリーチ活動>

1. はじめに

群馬県精神科救急情報センター（以下、情報センターと記す）は県の専門行政機関として措置入院制度の運用（以下、措置移送と記す）にあたり、同時に予防的危機介入を目的とした地域活動＝アウトリーチ活動を展開している。

本稿では群馬県において事実上の「措置移送センター」が成立し、アウトリーチ活動が開始された経緯に触れ、さらにアウトリーチ活動の内容と法的根拠を述べ、事例を呈示した。その上で、措置移送を担う行政機関による地域保健活動の意義

についてまとめた。

2. 情報センターが成立しアウトリーチ活動が
始められるまでの経緯

1) 情報センター前史

群馬県では1991年度より県立病院1床（主として警察関与事例）、輪番病院1床（主として警察非関与事例）を確保する「夜間休日精神科救急医療」を開始し、それにより県内の通報等件数が増加した（図1）^{5,6)}。中でも、触法精神障害者などの処遇困難者を集中的に受け入れた県立病院は

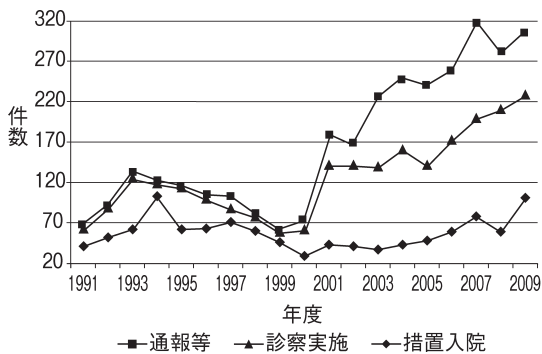


図1 群馬県内の通報等、診察実施、措置入院の件数の推移

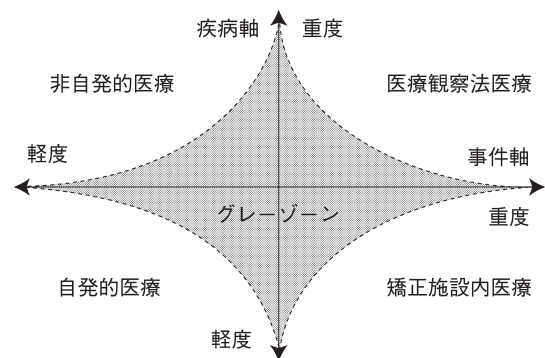


図2 トリアージュの概念図
 疾病軸=非自発的医療の必要性の程度
 事件軸=他害行為の重大性の程度

混乱状態に陥ったため、それへの対応として1994年度以降、県立病院当直医によるトリアージュ（非自発的入院の適否の振り分け）が厳密化された^{7,8)}。そのため、1994年度には処遇困難者が輪番病院に流れ、全体の措置該当件数が増えた。しかし1995年度には旧に復し、その後の通報等件数は減少した。トリアージュの意識化により通報等が抑制されたと言える。

2) 措置移送におけるトリアージュ

措置通報などの対象者の多くは「他害の事実」を有する。そのうち非自発的治療の必要性が乏しい者（主に人格障害者、薬物依存者）が、公安的必要から非自発的入院となった場合、他害行為に対する本人の責任が曖昧となる。こうして問題行動が助長されれば、本人は「処遇困難者」となってしまう。それを避けるためには他害行為の程度を勘案しつつ、非自発的入院の必要性を厳密に判断しなければならない。このようなトリアージュの概念は図2に示したように事件軸=他害の事実への評価を含む点で、単に医学的ではなく、敢言すれば司法・精神医学的であると言える。

3) 情報センターの成立

医療側のトリアージュの厳密化は、通報する側（警察官、検察官など）からは診療拒否とも受け取られかねない。医療と司法が対象者を押しつけ

合い処遇が決定しなければ、そこに「対応困難者」が生じる。

2000年度には、このような「対応困難者」をめぐって、群馬県内の医療と司法が衝突し、両者から「交通整理」に当たる第三者機関の設立が要請された。さらに、同時期に精神保健福祉法の改正による移送制度の成立を受け、県内関係者により情報センター設立が検討されていたこともあり、2000年12月に保健所が通報を受け対象者の事前調査と病院への移送、措置診察への立ち会いなどを実施し、情報センターの精神科医師（当初は各病院の医師の持ち回り）は、事前調査の報告を受け措置診察実施の要否を保健所長に助言する「旧移送体制」が始動した^{3,4)}。

4) アウトリーチ活動の萌芽と拡大

2001年4月より、情報センターはこころの健康センター（精神保健福祉センター）の業務とされ、精神科医師が常勤で1名配置された。常時、措置移送について連絡を取り合う中から、通報が予期される緊急性のある事例や地域での困難事例についても、保健所は情報センター医師に相談するようになった。相談を受けた情報センター医師が保健所、市町村の訪問指導などに同行し、訪問者の説得を受けた対象者が通院・服薬を再開・継続した事例もあった。これはその後のアウトリー

チ活動の原型となった。

2003年には「旧移送体制」の見直しを巡り、県当局と県警の調整が難航した。県議会での討議を経て、県総務部長の裁定により、情報センターが通報などの受理から事前調査、移送、措置診察後の事務処理までを一括「新移送体制」が成立した。新体制は2004年1月より始動し情報センターは増員・組織化され、同時にアウトリーチ活動も組織的に展開された。

5) アウトリーチ活動の実際と法的背景

実際のアウトリーチ活動において、情報センターは対象者に関する「相談」を医療機関や保健所などから受け対応を検討する。さらに保健所、市町村などと一緒に対象者宅などに「訪問」し状況を把握する。その上で対象者自身には自発的受診を促しつつ、家族や近隣住民には対象者による問題行動が軽微なうちに110番通報～措置移送対応に乗せることを勧める。入院中の対象者については、医療機関などから「相談」を受け「支援会議」を開き、治療継続のための方針と役割分担を協議する。さらに退院後には「訪問」などを実施し具体的に支援していくことになる。2001年度から2007年度までの相談・訪問・支援会議の実績を表1に示す^{1,2)}。

このようなアウトリーチ活動は法的には地域保健法に基づく保健所市町村による精神保健福祉業務として実施される。また情報センターは同時に精神保健福祉センターでもあり、精神保健福祉法に基づく「保健所・市町村・関係機関への技術指導及び技術援助」が実施できる。ここで、「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」には「訪問指導は、原則として本人、家族に対する十分な説明と同意の下に行うが、危機介入的な訪問など所長等が必要と認めた場合にも行うことができる」とあり、状況によっては対象者の同意がなくとも、対象者に働きかけることが可能となる。それゆえ、情報センターによるアウトリーチ活動の対象者の多くは、近い将来の通報・非自発的入院が予想される治療中断者や未治療者で

表1 訪問・支援会議件数・相談 (2001～2007年度)

年度	訪問	支援会議	相談
2001	9	—	74
2002	14	—	159
2003 (～1/18)	26	25	117
2003 (1/19～)	34	13	275
2004	161	203	1828
2005	109	140	1202
2006	135	165	909
2007	139	194	1491

それぞれのべ件数

2003年度は1月19日より新体制

あり、初動においては本人や家族の同意を得られないこともある。以下、そのような特徴を事例により具体的に呈示する。

3. 事例呈示

家族全員が関与を拒否した事例

60歳代男性 統合失調症妄想型

生活歴・現病歴

本人はA町にて生育し高卒後首都圏で就職したが、20歳で帰郷し両親と同居しながら会社勤めをした。30歳代で結婚し一男一女を得る。40歳前に会社を辞め自営業。X-10年頃からは休業状態だった。

X-26年、自分の交通事故、X-23年に実母の病死に際して職場、警察、病院などに対する被害的言動があった。X-15年、騒音を理由に隣接する工場への迷惑行為を開始した。X-14年には「工場から異臭がする」との訴えが出現し、これに妻子も同調した。この頃から本人は「皆が我が家を懲らしめようとグルになっている」と確信した。X-9年には工場とは反対側の隣家Aへと迷惑行為の対象が移り、役場、警察署へ執拗に「隣家から毒液を噴霧される」と訴えるようになった。

情報センターの関与

X-7年には筋向かいの隣家Bに迷惑行為の対

象が移り、本人から公的機関への訴えの頻度も増したが、各担当者は本人の病状を判断できず対応方針を定めることができなかった。そこで同年5月に保健所より情報センターに連絡があり、同年6月上旬に情報センター医師が役場、保健所、警察と一緒に本人宅を訪問した。この訪問時に把握された問題点は以下の通り。

- ・嫌がらせの内容は、隣家に向けた多数の監視カメラ、ライト、業務用扇風機などの設置であり、警察はこれだけでは本人を保護や逮捕できないと述べた。
- ・本人は「毒液噴霧」の訴え以外は、疎通も保たれ興奮することなく理路整然と話し、明らかな異常体験もなく、非自発的入院よりは外来受診相当と思われた。
- ・同居する家族（妻、長男、長女）は本人の妄想に同調していた。そのため介入の糸口となるキーパーソンが存在しなかった。

これに対して情報センター医師は「著しい迷惑行為が出現した場合には措置移送によって対応する。その際、他害行為へ司法的判断がより明確な25条（検察官）通報対応がより適切であろう」と役場、保健所、警察に助言した。

繰り返される措置入院と治療中断

同年6月下旬、本人は隣家Bの雨戸を叩いてへこませ器物損壊で逮捕され、25条（検察官）通報によりC病院に措置入院した。入院後に本人は服薬し著変なかったため、2ヶ月ほどで措置解除され同時に退院した。しかし本人は退院後には全く服薬・受診しなかった。

X-4年11月、本人と家族はD町に転居したが、そこで隣家Eが新たに妄想対象となった。本人は隣家Eに「毒液噴霧を止めろ」と怒鳴り込んで110番通報された。臨場した警察官に保護され、24条（警察官）通報により本人はC病院に2度目の措置入院となった。入院後は前回同様に服薬し問題なく過ごした。この入院では退院後の通院、デポ剤使用、医療保護入院への妻の同意、隣家へ向けたカメラなどの撤去などの条件を受け

入れて退院となった。しかし退院後に本人は一度受診しただけで服薬・通院中断した。

X-2年5月、本人が自宅の庭から隣家に向けて怒鳴っているところを110番通報された。臨場した警察官を前に本人は「警察もグルになっている」と興奮し、24条通報からC病院措置入院。やはり通院を約束して退院したが、2度ほど通院し治療中断となった。

長期的対応方針の確立

入院しても退院後すぐの治療中断を繰り返す本人に対する近隣住民・警察の困惑は役場・保健所を通して情報センターに伝えられた。これを受け、情報センターと関係者間の相談が重ねられ、以下のような対応方針が成立した。

- ・迷惑行為が受忍限度以上であれば、困った本人が110番し、臨場した警察官が本人の病気を疑うにたる場合には24条通報してもらい措置移送にのせる。
- ・迷惑行為が限度以上となる場合には、本人の病状増悪が予想されるため、大事になる前に措置移送にのせることが本人の医療的利益に適うと近隣住民・関係機関に周知する。
- ・迷惑行為が受忍限度以内であれば、役場、保健所、情報センターが訪問し置き手紙などで本人と家族に受診勧奨する。

このように本人による迷惑行為への近隣住民の評価を措置移送発動の基準とした上で、日常的な本人宅の見守りと近隣住民からの相談を役場が担い、それを保健所が支援し、情報センターは両者からの相談に随時対応した。さらに節目ごとに支援会議を開き状況認識と方針を再確認し、年に3~5回の頻度で情報センターは役場、保健所と共同して本人宅を訪問した。訪問時には本人と家族に会えなくとも、置き手紙などにより上記方針を説明した上で、本人や家族からの相談に応じることを伝えた。また本人の入院中には本人と家族に病院を加えた支援会議が開かれ、本人と家族に上記方針を説明し同意を得た。

近隣住民・警察に対しては、本人宅への訪問時

などに直接面談して状況認識を共有し、対応方針を説明した。これにより近隣住民からの訴えにも余裕が感じられるように変化した。

状況の変化とその対応

X年Y月15日に「本人宅の様子が今までと変わった」と役場が保健所を経て情報センターに連絡した。同月30日に役場、保健所、情報センターが本人宅を訪問した。この時、妄想内容の拡大と幻聴の存在を示唆する張り紙が本人宅の外構に多数張られていた。声かけに応答はなく、訪問者は置き手紙を残して退去した。置き手紙への反応がなかったためY+1月中旬に保健所が本人宅に電話したところ本人の妻が「夫が認知症になって家族に怒鳴り散らす」と訴え本人の病状悪化に困惑する様子がうかがわれた。そこでY+1月21日に再度、情報センター、保健所、役場が本人宅を訪問した。この時も声かけに応答ないため、置き手紙により「病状の悪化が懸念されるが、早期の受診により破滅的な事態を避けることができる」と伝えた。Y+1月28日には本人が家族に向かって怒鳴り散らし、携帯電話を取り上げ壊すなどしたため、本人の妻が110番通報し臨場した警察官による24条通報によりC病院措置入院となった。

事例のまとめ

本事例は、逮捕に至らない程度の迷惑行為と「隣家からの毒液噴霧の訴え」という限局された精神病症状のために長期に対応方針が定まらず、また治療導入後も本人と家族は病気を認めず治療中断を繰り返した。

これに対して情報センター医師は本人の治療必要性和他害行為の程度を踏まえた司法・精神医学的トリアージュに準拠しつつ対応方針を定めた。さらに家族の協力が全く期待できない中で本人を措置移送にのせるか否かの判断を近隣住民と警察の主体性に委ね、措置移送にのった場合には「措置移送センター」として対応した。このように危機介入の目安を得ることで、日常的な対応の継続

が可能となり、近隣住民の安心にも寄与した。

ところで従来の精神科医療・地域保健体制においては、本事例のような対象者は他害行動の程度が中途半端であるがゆえに長期に未治療のまま放置されるか、一度入院となれば退院後の治療中断を危惧して入院期間が著しく長期化していたかもしれない。しかし、本事例ではアウトリーチ活動による地域対応の継続性と危機介入の可能性を担保にそのような事態が避けられたと思われる。

4. まとめ

群馬県の精神科救急医療体制構築過程において対象者の医療的必要性と対象者による他害行為の評価の両面を意識したトリアージュ（「司法・精神医学的トリアージュ」）の重要性が認識され、この認識を基軸に「措置移送センター」としての情報センター成立に至った。

情報センターによるアウトリーチ活動は保健所・市町村の精神保健業務に対する精神保健福祉センターによる技術指導・技術支援として実施され、関わりを拒否する対象者へも継続的に働きかけることができた。また「措置移送センター」としてトリアージュを実践する情報センターがアウトリーチ活動を行うことで、地域での日常的な対応と措置移送場面の連続性が確保された。そのため措置移送で対象者が入院不要とされた場合にも入院を不要とした措置診察の内容と結果を踏まえて対応方針を更新し対応を継続できる²⁾。このように情報センターが行政機関として「措置移送センター」の機能を有することで、様々な問題を抱える精神障害者に対して措置移送以前、措置移送時、入退院後を通し一貫した医療・福祉的サービスの構築が可能となる。

文 献

1) 赤田卓志朗：群馬県精神科救急情報センターにおけるアウトリーチ活動——危機介入を中心とした訪問活動の現状と分析。精神医学，150（12）；1203-1210，2008

2) 芦名孝一：群馬県における『行政型』精神科救急情報センターの成立とその意義——医療と司法のはざままで

苦慮した3症例を通して——. 法と精神科臨床, 7; 16-26, 2006

3) 芦名孝一: 行政責任としてのアウトリーチ活動—精神科救急情報センターの立場から. こころの科学, 132; 58-62, 2007

4) 芦名孝一: 精神科医療の治療機能保持におけるトリアージとアウトリーチの必然性について「措置移送センター」の経験を通して. 山上 皓ほか: 厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)他害行為を行った精神障害者の診断, 治療及び社会復帰支援に関する研究平成18~20年度総合研究報告書 平成20年度 総括・分

担研究報告書. p. 120-129, 2009

5) 群馬県保健福祉課: 保健福祉統計年報, 平成8年度~平成19年度

6) 群馬県医務課: 衛生年報. 平成2年度~平成7年度

7) 武井 満: 精神科救急と触法問題——医療対応か司法対応か——. 精神科救急医療(飛鳥井 望, 分島 徹編). 金剛出版, 東京, 1998

8) 武井 満: 『人格障害ケース』の非自発入院を考える. 日精協誌, 28 (2); 33-37, 2009

Administrative-based Outreach Activities in Gunma Prefecture: Preventative Crisis Intervention via a “Compulsory Transfer Center”

Koichi ASHINA

Gunma Prefecture Psychiatric Medical Center

Part of the Gunma Mental Health Center (a mental health welfare center), the Gunma Psychiatric Emergency Information Center (IC) is a de facto compulsory transfer center that centrally handles the compulsory transfer to medical examinations and hospitals of people with psychiatric issues who are detained by the police within Gunma Prefecture and conducts outreach activities for people with various social difficulties.

The dichotomy in compulsory transfer is the conflict between the medical benefit to the patient and the demand for safety by the family and local residents. A triage system focusing on both the degree of risk to others and the necessity of treatment was thus implemented by Gunma Prefecture in the late 1990s, with the IC established as a compulsory transfer center.

IC outreach activities commenced due to requests from healthcare centers and local authorities. For those patients deemed by the IC as requiring treatment, voluntary psychiatric examination is promoted where possible. However, the potential for and methods of crisis intervention through involuntary treatment via compulsory transfer are also explained to patients, families and local residents. Support for relapse prevention can also be provided following involuntary hospitalization via compulsory transfer.

In this way, the IC, which is in charge of compulsory transfer and conducts outreach activities in cooperation with healthcare centers and local authorities, considers the demand

for safety by the local community while respecting the medical benefit to the patient. Furthermore, as the IC is an administrative body rather than a hospital, a treatment contract with the patient is not always necessary and involvement can continue even in the face of patient resistance.

We present herein the case of a patient who, together with his family, strongly rejected medical and welfare involvement. The changing situation surrounding the patient and family was appropriately handled through continued outreach activity support.

Consent for this case presentation was obtained from the patient and family following explanation that no personally identifiable information would be revealed.

<Author's abstract>

<**Key words**: compulsory transfer, triage, Psychiatric Emergency Information Center, administrative-based outreach activities>
