

# 触法行為を行った精神障害者の治療環境に関する研究

## 分担研究報告書

分担研究者 中島 豊爾

県立岡山病院

平成 17 年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）  
触法行為を行った精神障害者の精神医学的評価、治療、社会復帰等に関する研究  
分担研究報告書

触法行為を行った精神障害者の治療環境に関する研究

分担研究者 中島豊爾 岡山県立岡山病院 院長

研究要旨

1. 医療観察法の指定入院医療機関に必要と考えられる人的・構造的・機能的水準について考察した。
2. 現行の施設基準を再評価するとともに、個別自治体の事情等に合わせたバリエーションの考え方について整理した。

研究協力者：

岩成秀夫（神奈川県立精神医療センター

芹香病院）

小高 晃（宮城県立精神医療センター）

武井 満（群馬県立精神医療センター）

岡江 晃（京都府立洛南病院）

平田豊明（千葉県精神科医療センター）

来住由樹（岡山県立岡山病院）

1. 趣 旨

- 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（以下「医療観察法」という。）は本年 7 月 15 日に施行され、わが国で初めての司法精神医療制度がスタートした。
- 本制度の円滑な運用のためには、医療観察法の対象者に医療を提供するための指定医療機関の整備が急務となっている。
- しかしながら、特に国、都道府県又は特定独立行政法人で整備すべく規定されている指定入院医療機関の整備は遅々として進んでいない状況にある。
- このため都道府県等にも病床整備が強く求められているが、自治体病院等が指定入院医療機関の整備を行うに当たっては、個々の自治体の状況等を勘案したうえで適切かつ現実的に病床整備を進めるための環境を準備する必要がある。とくに自治体の財政難、住民の理解、自治体病院の医師不足や改築予定等への配慮は避けては通れない。
- この際もっとも肝要な点は、入院から通院への円滑な移行といった、対象者の処遇における一貫性・整合性を確保することである。
- また、入院対象者の身体合併症の治療を適切に行なえる環境を整備することも、極めて重要である。

- 他方、現行の指定入院医療機関の施設基準については、厚生労働省令及び関連告示等に実質的な部分も含めて定められているが、この基準は指定入院医療機関としての構造面及び人員配置等を一律的に病棟単位で規定しているものであり、必ずしも前述のような視点を踏まえておらず、また地域や病院の実情に合わせた柔軟な運用が可能な基準ではない。
- したがって、当分担研究においては、指定入院医療機関を運営するにあたり必要となる医療等の水準と、それを担保するための基準について、専門的見地から検討するとともに、医療観察法制度における医療のあり方に関するバリエーションの考え方を提唱する。
- なお、本件は急を要する課題であることを踏まえ、既存の実態調査や学識経験者等による意見交換に基づき、ここに中間報告をとりまとめたところである。

## 2. 指定入院医療機関の基準に係る現状分析

- 現行の指定入院医療機関は、国公立の医療機関の全部又はその一部について、開設者の同意を得て指定することとなっており（医療観察法第16条第1項）、その基準は「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律に基づく指定医療機関等に関する省令」に定められているが、実質的な施設基準については、医療観察法の入院医療に係る診療報酬を得るための要件として、「基本診療料及び医療観察精神科専門療法の施設基準等」に告示されている。以下、これらを含めて基準と呼ぶ。
- 現行の基準においては、具体的には下記が主な要件として定められている。
  - ・ 専門病棟であること
  - ・ 医師 8 : 1 （過半数が常勤）
  - ・ 常勤看護師 1 : 1.3+4 名
  - ・ 常勤OT、PSW、CP（以下コメディカルと総称する） 5 : 1+1 名
  - ・ 全個室が原則
- 治療において最も重要な急性期にあたる鑑定入院期の治療環境に関する規定がない。

## 3. 新たな基準（バリエーション）の検討にあたり考慮すべき事項

- 大部分の都道府県立精神科病院は指定通院医療機関に指定されていることから、都道府県立病院においては、病棟部門と外来部門との連携を図り、入院から通院への円滑な移行に寄与するものとすべきである。
- 本年度中にも入院病床が不足すると危惧されている状況を考慮すると、入院病床の整備には一定の迅速性が要求されている。
- 指定入院医療機関に関する各種ガイドライン等では、設備や人員配置及び病棟管理運営面での留意事項を規定しているが、現実的見地からの再検討が必要である。

- 各自治体における地域特性、病院特性に対する配慮が必要である。
- 地域住民に納得してもらいやすい形であることも重要である。

#### 4. 現行の基準についての問題点

- そもそも、30床規模の病棟を全国24箇所に設置するというスキームでは、自治体の事情により対象者に対して適切に社会復帰支援を行うのが困難となるおそれがある。原則としてすべての都道府県において専門病棟ないし病床を整備し、地域の対象者を入院から通院へと円滑に導く必要がある。
- 現行の基準では病棟単位での運営を前提としているが、都道府県において地元対象者を受け入れる指定入院医療機関を整備する場合、人口の少ない都道府県では専門病棟（15床～30床）を運営できない。他方、15床未満の専門病棟を病棟単位で運営するのは現実的でない。
- 対象者が指定入院医療機関に入院する時点では、他害行為時から数ヶ月の期間が経過し、鑑定入院を経ているため、いわゆる急性期はかなり収束している可能性が高い。
- 医師配置については、対象者の特性に配慮した配置が望ましいが、全国の精神科医の勤務状況を勘案すると、8:1の確保は直ちには困難である。
- 看護職についても、下記のような意見がある。
  - (1) 看護師の配置基準について
    - ・ 医療観察法の対象者には手厚い看護配置が必要なことが前提である。
    - ・ 現行の精神科救急入院料（2:1）等との整合性を考えると、精神的な急性期を過ぎている可能性が高い対象者を受け入れる病棟における看護配置基準については、再考の余地がある。
    - ・ 現行の基準は夜間帯に30床に対し6人の看護師を配置するための基準であり、日勤帯での必要人数から算出されたものではない。
    - ・ 指定入院医療機関においては、外出泊に看護師が付き添うことが想定されているが、退院間近の対象者にまで看護師2名を付き添わせる必要があるのか議論の余地がある。
    - ・ 特に、都道府県立病院において地元の対象者を受け入れる場合には、遠距離への外出泊は想定しがたい。
    - ・ 外出泊に付き添うのは看護師のみならずコメディカルにも十分適性があるのではないか。
  - (2) 夜間の看護配置について
    - ・ 現行では一病棟に対し2名で夜勤を行っているところが多い。
    - ・ 一方、医療観察法の対象者については夜間の安全な看護・観察を確保する必要性から、相当の配慮が必要である。

- ・ 夜間においては看護師以外の職種（看護補助者、コメディカル、警備員等）の加配による安全確保も検討するべきである。
  - ・ 夜勤配置の基準は、対象者が極端に少ない場合には一律に規定するのが難しい。
  - ・ 特に病室単位で対象者を受け入れる場合、対象者の数に応じて適宜夜間の人員を確保する必要がある。このとき、対象者の増減に合わせて看護師を新たに雇用解雇するのは現実的でないため、当初は最小必要人数を確保しつつ、長期的には対象者の増加に合わせて加配することとし、それに対する医療経済的手当を行うなどの仕組みが必要となる。
- コメディカルについては、特に社会復帰期等において重要な役割を果たすことが想定されることから、適正な加配とそれに対する医療経済的手当を行う仕組みとすることが必要である。
  - 病棟構造については、昨今の情勢に鑑みて、対象者本人の希望も踏まえた上で、原則として個室による処遇とするべきである。
  - 病室単位の運用を図る場合、対象者を処遇する病棟については適切な医学的管理を行える構造であることが必要であるが、特に社会復帰期の対象者等については親病棟との整合性にも配慮する必要がある。
  - 鑑定入院と急性期治療の一貫性を確保する問題については、厚生労働省、法務省、最高裁判所等の行政・司法、省庁間の真剣かつ緊急の協議が喫緊の課題である。

## 5. 新たな基準（バリエーション）についての基本的な考え方

- 各自治体の地域特性、病院特性を考慮すると、現行の基準を一律に固定したものとするのは妥当でなく、いくつかのバリエーションを設けるべきである。
- 都道府県においては、自治体規模に差異があることから、特に小規模自治体においては小規模病棟の整備が必要となるが、15床未満の病棟を専用に整備するのは現実的でないため、病室単位での整備を認めるべきである。
- 国公立一般病院を中心として、身体合併症を有する対象者を中心に受け入れるための病床整備が必要である。
- 看護配置（特に夜間帯）については必ずしも固定的な基準ではなく、病棟又は病室の規模、利用率、状態等に応じて柔軟に加配できる仕組みとするべきである。
- 独立の専門病棟を整備する場合においても、対象者の性質や地域特性に応じ、何通りかのバリエーションが想定される。
- 具体的には、現行の基準の他に、「併設・社会復帰期入院病床群」、「合併症対応型」、「併設・回復期以後入院病床群」、「併設・小規模病床群」、「独立型」等が考えられる。
- 職種を固定的に設定せず、より効率的で柔軟なスタッフ運用を各病院に任せる方が実際的である。ただしこの場合、人的治療環境の充実に伴い十分な予算上の措置が保障され

ることが条件となる。

## 6. 新たな基準（バリエーション）の案

### ※ Minimum requirements

どのような形態であっても最低限必要と考えられる基準は下記のとおりである。

- ・ 親病棟及び病院が医療法標準を満たしていること。
- ・ 親病棟の看護職員は3：1以上。
- ・ 対象者数に応じて一定の看護加配（特に夜勤体制について）を行うこと。
- ・ 対象者の特性に配慮した特別の基準（セキュリティの確保を含む）。
- ・ 対象者の社会復帰のための特別な基準。

以下に、二群に分けて例示する。A群は当班がどの自治体、地域にも必要で、現時点でのバリエーションとしては完成度が高いと考えるものである。B群には、その他の選択肢として考え得るバリエーションを例示した。

### ◎ A群：急速な整備が必要と考えられる2つのバリエーション

#### (1) 「併設・社会復帰期入院病床群」

〔イメージ〕

一定の治療段階が終了した社会復帰期の対象者を受け入れ、地元自治体病院で退院準備、地域調整を積極的、効率的に行う。

〔設備構造面〕

- ・ 既存の閉鎖病棟内にユニットを設置。
- ・ 小規模自治体では3～4床、大規模自治体では15床程度。
- ・ 社会復帰に資するため、他の一般入院患者との適切な交流を行う。
- ・ 集団療法、SST等は一般患者と混合して行う。

〔人員配置面〕

- ・ 親病棟として看護3：1以上。
- ・ 医師はユニット専門とせず、一般患者も担当する。
- ・ ユニット専門の看護師・OTR・PSW・CPの加配に対し、ユニットの全患者について加算する。
- ・ 開棟後に対象者が増加した場合、夜勤帯においては必要に応じ看護助手・警備員等の段階的加配を行う。

[管理運営面]

- ・ 各種会議については、親病棟との整合性を図りつつ行う。

[想定される自治体]

- ・ 規模にかかわらず想定。

[コメント]

- ・ 多くの自治体病院において最も運営しやすい病床類型であり、対象者の地元における社会復帰訓練が行われるという意味でも最も推奨される類型である。

## (2) 「合併症対応型」

[イメージ]

指定入院医療機関に入院中に、当該の医療施設では対応が困難な身体疾患を合併した対象者を受け入れ、精神医療を継続しつつ他の診療科と協力して身体疾患の治療を行う。

[設備構造面]

- ・ 原則として既存の閉鎖病棟内にユニットを設置。(安全管理が可能であれば開放病棟に設置することも考慮。一部の大規模自治体においては専門病棟としての設置も検討。)
- ・ 集団療法室や作業療法室については要件としない。

[人員配置面]

- ・ 親病棟として看護 3 対 1 以上。
- ・ 医師はユニット専門とせず、一般患者も対象とする。
- ・ 夜勤帯については必要に応じ看護助手等の加配も検討する。
- ・ コメディカルについては必ずしも要件とはしない。

[管理運営面]

- ・ 原則として、身体合併症の治療を必要とする対象者を中心に受け入れ、合併症の治療が終了し次第、他の指定入院医療機関に転院させる運用とする。
- ・ 各種会議については、既存のカンファレンス等との整合性をとりつつ行う。
- ・ 他の診療科との緊密な連携体制を確保していること。

[想定される自治体]

- ・ 規模にかかわらず想定。
- ・ 各都道府県に最低 1 床確保を目標とする。
- ・ 地域の中核的国公立一般病院及び指定入院医療機関となりうる大学病院を想定。

[コメント]

- ・ 身体合併症治療に特化した病床であるため、精神医療面での基準には強くこだわらない。多くの自治体で病室単位の設置となるが、対象者が 15 名以上見込まれるような大都市圏では、合併症治療が可能な専門病棟としての整備も選択肢になりうる。

## ◎ B群：その他のバリエーション

### (3) 「併設・回復期以後入院病床群」

#### 〔イメージ〕

一定の急性期治療が終了した対象者を受入れ、地元で綿密な社会復帰訓練を行う。

#### 〔設備構造面〕

- ・ 既存の閉鎖病棟内にユニットを設置。
- ・ 小規模自治体では3～4床、大規模自治体では15床程度。
- ・ 社会復帰に資するため、他の一般入院患者との適切な交流を行う。
- ・ 集団療法、SST等は一般患者と混合して行う。

#### 〔人員配置面〕

- ・ 親病棟として看護3：1以上。
- ・ 医師はユニット専門とせず、一般患者も担当する。
- ・ ユニット専門の看護師・OTR・PSW・CPの加配に対し、ユニットの全患者について加算する。
- ・ 開棟後に対象者が増加した場合、夜勤帯においては必要に応じ看護助手・警備員等の段階的加配を行う。

#### 〔管理運営面〕

- ・ 各種会議については、親病棟との整合性を図りつつ行う。

#### 〔想定される自治体〕

- ・ 規模にかかわらず想定。
- ・ コメディカルや社会復帰施設等の資源が活用できること。

#### 〔コメント〕

- ・ 基本的には社会復帰期入院病床群に近いが、対象者の性質によっては回復期から受け入れを行った方が早期退院につながる可能性がある。「回復期における社会復帰訓練（認知行動療法、集団療法等）を親病棟との連携により行う」又は「インテンシブな精神療法を必要としない対象者を中心に受け入れ、外出訓練を中心に行う」といった運用がありうる。

### (4) 「併設・小規模病床群」

#### 〔イメージ〕

年間数名しか対象者の出ないような県の既存病床において、経済的裏付けの上、現行の措置入院よりも質の高い医療を行う。

#### 〔設備構造面〕

- ・ 既存の閉鎖病棟内にユニットを設置。



- ・ 1～5床程度。
- ・ 全個室を前提とする。

〔人員配置面〕

- ・ 親病棟として看護3：1以上。
- ・ 医師はユニット専門とせず、一般患者も担当する。
- ・ ユニット専門の看護師、OTR・PSW・CPの加配に対し、ユニットの全患者について加算する。
- ・ 開棟後に対象者が増加した場合、夜勤帯においては必要に応じ看護助手・警備員等の段階的加配を行う。

〔管理運営面〕

- ・ 各種会議については、親病棟との整合性を図りつつ行う。

〔想定される自治体〕

- ・ 小規模の自治体。

〔コメント〕

- ・ 自治体の規模や他の指定入院医療機関の整備状況によっては選択肢となる。特に、かねてから措置入院を積極的に受け入れている医療機関が取り得る運用形態と考えられる。

## (5) 「独立型」

〔イメージ〕

例えば、比較的軽症である又は再発性であるなど、経過の見通しが立てやすい対象者を（入院当初から）地元の自治体病院で受け入れるといった運用上の配慮を行い、早期退院・早期社会復帰を目指す。

〔設備構造面〕

- ・ 15～20床の独立の病棟として設置。
- ・ 集団療法室や作業療法室については他病棟との併用可能。

〔人員配置面〕

- ・ 医師16：1以上、看護2対1以上。（病院の状況等の諸事情を勘案し一定の幅があり得るが、最小必要人数は2対1以上とする。）
- ・ 病棟専門の看護師、OTR・PSW・CPの加配に対し、病棟の全患者について加算する。
- ・ 夜勤帯については必要に応じ看護助手等の加配を検討する。
- ・ 夜間警備員の配置も検討する。

〔管理運営面〕

- ・ 当該医療機関に併設する社会復帰施設や地域の社会資源等と適切に連携する。
- ・ 各種会議等により医療の透明性を担保すること。

[想定される自治体]

- ・ 比較的大規模の自治体。
- ・ 地域の社会復帰施設等との連携を行う。

[コメント]

- ・ 対象者の状態や自治体の状況等により必要な人員等は異なるため、精神科救急入院料等との整合性も考慮し、ベースとなる基準に追加して加配に対する手当を定めるものである。対象者数の予測により一定の病床利用率が恒常的に確保され、それに応じた適切な加配等の手当がなされることが前提となる。また他の指定入院医療機関との役割分担といった整合性にも配慮が必要である。

## 7. その他勘案すべき事項

- 病室単位での整備は、暫定的なものではなく、基本的には恒久的な運用形態として考える。
- 空床補償については現行の指定入院医療機関と同様の手当を講ずるほか、対象者の増加に応じて段階的に加配していく仕組みとすべきである。
- 併設型であっても、病院内で必要になる整備にかかる全費用を国で負担することが前提条件になる。
- 診療報酬については、現行のような一律の単価設定ではなく、最低基準に対して「現行の措置入院に係る費用」＋「一定の管理料」を保障し、看護師等の加配については各対象者について大幅に加算する仕組みとする。加配分についても現行の仕組みと同様、事実上人件費として国費により支弁されることが必要である。

## 8. 今後の検討課題

- 本中間報告におけるバリエーションは、基本的には現行の基準による指定入院医療機関の設置が大都市圏や一定地域ブロックごとに計画的に進められることを前提としているため、指定入院医療機関の機能分化等については今後継続的に検討する必要がある。
- バリエーションによる運用について、例えば、社会復帰期入院病床群に対象者が入院する場合などにおいては、当該入院対象者が確かに社会復帰期であることを客観的に判断できることなど、入院対象者の重症度や治療段階を適切に評価できる仕組みの構築が求められる。
- また、一旦は社会復帰期まで回復した対象者も、時には再び病状が悪化して長期にわたって改善できない場合もある。その場合、病棟のバリエーションによっては完全型病棟へ転院させる運用とする必要があることについて、関係者間のコンセンサスを得る必要がある。

- 医療の質及び透明性を確保するための各種会議については、独立の専門病棟においては現行の仕組みに沿って厳格に行う必要がある。また、併設型病床群においては、親病棟におけるカンファレンスの場を利用するなど、運用上の配慮を講じたうえで、適切に行う必要がある。
- 本項に記載した事項以外の構造設備面の基準については、対象者の療養環境を確保するという観点から、引き続き検討が必要である。
- 病棟整備に係る国庫負担金については、自治体の事情に応じ、極力柔軟な運用が可能であることが望まれる。
- 鑑定入院のための施設基準については、治療環境の観点からも看過できない問題であり、省庁、行政・司法の壁を超えて早急に検討し結論を得る必要がある。

触法精神障害者の社会復帰と  
通院治療に関する研究

分担研究報告書

分担研究者 岩成 秀夫

神奈川県立精神医療センター 芹香病院

平成 17 年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）  
触法行為を行った精神障害者の精神医学的評価、治療、社会復帰等に関する研究  
分担研究報告書

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 神奈川県立精神医療センター芹香病院長

研究要旨

平成 17 年度は指定通院医療機関における具体的な医療サービス提供のあり方、地域生活支援の現状と可能性、及び適切な情報管理について検討を行った。また医療観察法の実施に伴い、当初審判で直接通院処遇になる事例が予想よりも多めに発生していることもあり、その実態を把握するためアンケート調査を実施した。

指定通院医療機関における医療サービス提供については、ケア会議で処遇の実施計画の中に定めておくことになっている。しかし直接通院処遇の事例では、本人の認識が不十分なまま通院が開始される可能性もあるので、指定通院医療機関の初診の時点で、書面による通院医療のオリエンテーションを行う等の手続きが、以後の通院医療を円滑に進めるのに必要であると考えた。また主要な医療サービスとして外来診療と心理療法、精神科デイケア及び訪問看護についても、適切な提供の仕方や今後の課題などの検討を行った。通院医療のステージ分類に関しては、共通評価項目を指標にした基準作りを行った。通院においては緊急時の対応がポイントであるが、それについては1つの具体例を提示した。

地域生活支援に関しては、原則として社会復帰調整官がケア会議を通じて調整の主導的役割を果たし、精神保健行政の協力と指定通院医療機関から訪問看護等の支援を行う。しかし地域の受け皿である社会復帰施設は、障害者自立支援法の実施に伴い混乱状態にあるので、新しい体系に順応して安定するまでは、社会復帰調整官、精神保健行政と指定通院医療機関等が社会復帰施設をサポートしながら、対象者の地域生活支援を進めることになるだろう。

情報の適切な管理については、ケア会議や多職種チームのメンバー間の情報の共有は、医療観察法の医療と観察を行うという目的が明確であるので、本人の同意を必ずしも必要としないが、情報の漏洩には十分な注意が必要であることと、社会復帰施設や大家などへの情報の提供は、本人の同意を得て行うことが原則となることで意見の集約が図られた。

現に通院処遇になった事例を対象とする通院処遇アンケート調査を平成 18 年 1 月下旬から 2 月上旬にかけて保護観察所の協力を得て実施した。2 月 10 日現在、全国で通院処遇が 28 例あったことが後日判明したが、その内データを回収できたものは、保護観察所経由が 22 例（78.6%）、指定通院医療機関等経由が 15 例（53.6%）であった。時期的な問題もあり、これらはいずれも直接通院処遇の事例であった。直接通院処遇の場合、時間的な制約があり通院医療の体制が整わないという理由で、その半数以上（保護観察所経由で 12 例 54.5%、指定通院医療機関等経由で 9 例 60.0%）が精神保健福祉法の入院から開始されていた。このような通院処遇中の精神保健福祉法上の入院の是非について検討を行い、医療観察法による処遇全体の中での整合性を図りながら、その位置付けを明確にするための提案を行った。

研究班員（五十音順）	桑原 寛（神奈川県精神保健福祉センター）
松本俊彦（国立精神・神経センター精神保健研究所）	柑本美和（国立精神・神経センター精神保健研究所）
吉川和男（国立精神・神経センター精神保健研究所）	佐賀大一郎（法務省東京保護観察所）
	佐藤三四郎（埼玉県立精神保健福祉センター）
研究協力者（五十音順）	鶴見隆彦（法務省横浜保護観察所）
荒井澄子（東京都精神保健福祉課）	中島豊爾（岡山県立岡山病院）
石井利樹（神奈川県立精神医療センター芹香病院）	中嶋正人（国立病院機構花巻病院）
伊藤久雄（東京都立松沢病院）	野口博文（国立精神・神経センター精神保健研究所）
岩間久行（埼玉県立精神医療センター）	前野紀子（神奈川県立精神医療センター芹香病院）
上野容子（東京家政大学）	三澤孝夫（国立精神・神経センター武蔵病院）
奥平謙一（神奈川県立精神医療センター芹香病院）	八木 深（国立病院機構東尾張病院）
籠本孝雄（大阪府立精神医療センター）	安井弘美（大阪府立精神医療センター）
菊池安希子（国立精神・神経センター精神保健研究所）	山本哲裕（国立病院機構東尾張病院）

## A. 研究目的

平成 16 年度は通院医療における 10 項目の基本方針を策定し、保護観察所（社会復帰調整官）、指定通院医療機関（医療観察法担当者）及び保健所等（担当者）を中心とする地域における実施体制、さらには多職種チームの編成と運営に関する指定通院医療機関における実施体制などについて検討を行った。

平成 17 年度は前年度の結果を踏まえ、指定通院医療機関における通院医療の具体的な進め方を示すことが大きな目的となる。すでに医療観察法は平成 17 年 7 月 15 日に実施され、当初審判で直接通院処遇の事例も少なからず発生している。これらの通院医療の実例も考慮しながら、外来診療開始時の手続き、外来診療、デイケアや訪問看護の提供のあり方、ステージ分類の基準、緊急時の対応などについて検討し具体案を提示することで、通院医療に係わる諸機関の参考に供することとした。また対象者の社会復帰を促進するには地域生活支援も重要な課題である。そのためその主要な提供者である地域の社会復帰施設の現状とサービス提供の可能性や今後の課題等について検討を行った。

前述のようにすでに直接通院処遇の事例が少なからず発生しており、体制が未整備な現場では種々の混乱も起きている。そのため現に通院処遇になった事例の現状を把握する必要があると考え通院処遇アンケート調査を実施することにした。その調査結果を今後の医療観察法の見直しや現場の体制作りには生かすことができると考えている。

## B. 研究方法

### 1. 通院医療の進め方

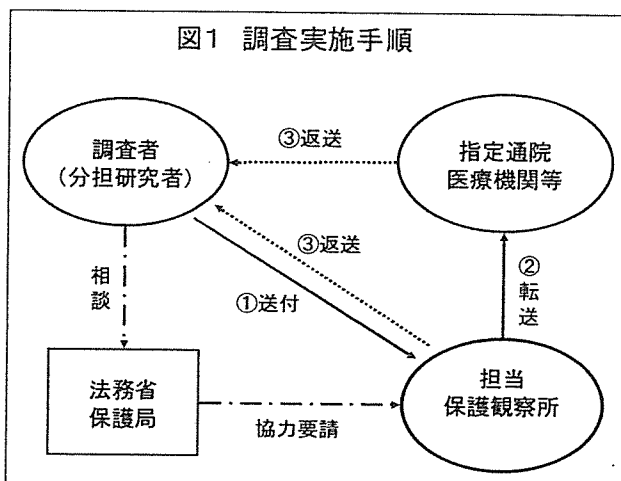
通院医療開始時の手続き、通院医療における心理療法、デイケア、訪問看護、ステージ

分類の基準、緊急時の対応、及び地域生活支援、また個人情報取り扱いについては担当者を決めて研究会議において総括報告を行ってもらった。それに基づき研究会議参加者が質疑応答及び意見を述べ合い一定の結論を得るという形を取った。

## 2. 通院処遇アンケート調査

現に通院処遇になった事例を対象に平成 18 年 1 月下旬から 2 月上旬にかけてアンケート調査を実施した。方法は以下の通りである。

通院処遇対象者の実態を全て把握しているのは各地の保護観察所であるので、保護観察所を中心とする調査体制が必要であると判断した。そのためまず図 1 のように法務省保護局と調査方法について相談し、法務省保護局から全国の保護観察所に協力要請を行ってもらった。その上で通院処遇対象者が発生している保護観察所に対し調査票等を①送付し、そこから通院処遇対象者の通院医療を担当している指定通院医療機関等にその医療機関用の調査票等を②転送してもらうことにした。その上で保護観察所と指定通院医療機関等とで別々に記載した調査票を分担研究者に③返送していただいた。



保護観察所と指定通院医療機関等にその医療機関用の調査票等を②転送してもらうことにした。その上で保護観察所と指定通院医療機関等とで別々に記載した調査票を分担研究者に③返送していただいた。

保護観察所と指定通院医療機関等に送付した文書は、依頼状のほか通院処遇アンケート調査実施手順等（資料 1）と通院処遇アンケート調査票（資料 2）の 2 種類である。この調査の方式では 1 人の対象者について保護観察所経由と指定通院医療機関等経由の 2 つの調査票が回収されることになるが、集計は保護観察所経由群と指定通院医療機関等経由群とは別々に行った。また匿名での返送を可としてあること、個人情報特定されないよう調査票の項目から通院処遇の発生時期と地域を入れていないことなどより、返送された調査票の疑問点を質すことが困難であったので、データの一部に整合性を欠く可能性があることにご留意いただきたい。

（倫理面への配慮）

事例を紹介する場合は、研究班全体の考え方に従い、個人情報保護の観点から匿名化に十分な注意を払った。またアンケート調査に関しても、調査項目から個人情報特定される可能性のある項目を除外した。

## C. 研究結果及び考察

### 1. 通院医療の進め方

医療観察法の通院医療は、原則として厚生労働省の定める通院処遇ガイドラインに沿って行われる。ここでは主として指定通院医療機関における医療について、このガイドラインを補完する事項等について検討した結果を述べることにする。

#### 1) 通院医療の心構え

通院医療が入院医療と最も異なる点は、言うまでもなく地域という自由な空間の中で行

われる医療であるという点である。この中で対象者に義務として課された医療を最長5年間にわたって滞りなく行うことは相当困難な作業だといえる。昨年度の分担研究では10項目の基本方針を掲げたが、通院医療における最も核心の部分は「信頼関係に基づくネットワークによる支援」ということに尽きるのではないかと考える。関係者はこのことを常に念頭に置き通院医療を進めていく必要がある。また医療観察法医療の大きな特徴は、「共通評価項目等の客観的評価による丁寧な医療の実施」にあるので、通院医療に当たっては、「信頼関係に基づくネットワークによる支援」と「共通評価項目等の客観的評価による丁寧な医療の実施」を2本柱として、それを遂行していくことになる。

ところで信頼関係の構築を阻害する要因は幾つかあるが、その1つは時間的、物理的な制約がある場合である。当初審判で直接通院処遇が決定された場合は、その時から通院処遇が進行しているので指定通院医療機関での通院医療を早速始めることになる。しかしその前に保護観察所はケア会議を開催して処遇の実施計画を定めたり、通院医療機関では多職種チームを編成し、個別の治療計画を策定したりしなければならない。限られた時間の中でこれらの準備を整えるだけでも大変であるが、その中で対象者との信頼関係を構築するのはかなりの困難が伴う作業である。事前に通院処遇になる予定が知らされていてある程度の準備期間が取れること、あるいは対象者の病状が回復しており、一定の病識や内省、自制力が得られていることなどの条件が整っていることが必要となろう。そうでなければ通院体制が整うまで、任意入院等で指定通院医療機関に入院するなどの対応も考慮せざるを得ないだろう。

一方、指定入院医療機関から退院決定して通院処遇に移行する場合も問題点がある。指定入院医療機関と指定通院医療機関は同一でない場合が多く、しかも地理的に遠方であることも現実には少なくない。入院医療の社会復帰期において外泊ができることになっているが、その機会を利用して対象者と面接を行い信頼関係を醸成していくことになるだろうが、遠距離の場合、その機会をどれほど持てるか疑問もある。退院の決定に当たっては一定の信頼関係が構築されているかの評価も必要である。

信頼関係の構築を阻害するもう1つの要因としては、重大な他害行為の内容、対象者の人格上の問題、あるいは拒絶、敵意、攻撃など妄想等の病状に基づく問題など、対象者の属性に係わる要因があげられる。このような問題を持つ対象者に対しては治療者側にいわゆる陰性感情が起きやすいものである。これは精神医療の現場では古くて新しい課題であるが、医療観察法の対象者の場合も、時に鋭く意識されることが考えられる。陰性感情を持ったまま対象者との信頼関係を築くことは一般に困難であるが、ではどのようにしてこのような陰性感情を克服するか、それが試されるのがこの医療であるともいえる。陰性感情を克服する第一歩は自らその感情に気付くことである。気付いたらその由来を心の中で具に検証し、明らかにすることが必要である。このような過程を経て陰性感情を客観視できるようになると、その感情を制御しつつ対象者に必要な支援を考えるという次のステップに進むことができるだろう。治療者側の内的な変化は大部分の対象者には伝わるはずであり、そこから信頼関係構築の好循環が生れることが期待される。

このようにして信頼関係が構築されてきたら、もう1つのネットワークによる支援が重要になる。ケア会議は通院処遇関係諸機関の地域のネットワーク会議といえるものであり、通院医療機関の多職種チーム会議も院内のネットワーク会議ともいえよう。関係する多機



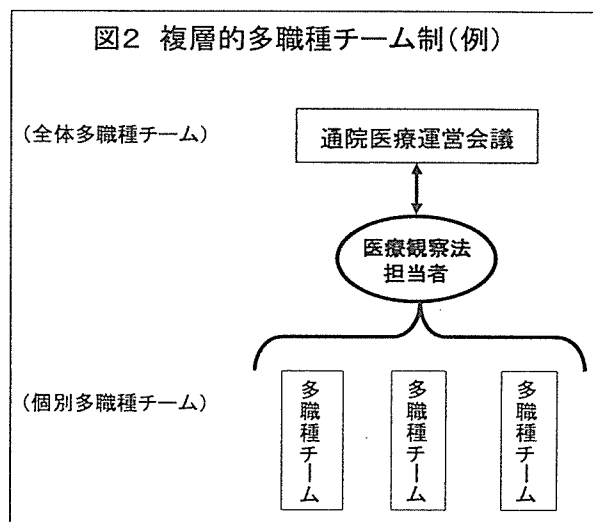
関、多職種がその専門機能や専門知識あるいは自前のネットワークを動員して、治療や地域生活支援に当たることができれば、複雑困難な問題を抱える対象者の社会復帰も促進されるだろう。ネットワークの関係者は、常に顔の見える関係を維持し連携しながらネットワークの力を十分に生かしていく心がけが求められる。ネットワークが十分機能していれば、対象者は「いつでも、どこでも」「文殊の知恵」を駆使した支援を受けられるはずである。

ただネットワークには正の側面だけでなく負の側面も考えられる。それは監視的側面といえるものである。対象者が監視されている意識を強く感じてしまうような支援の仕方では適切とはいえないだろう。治療者側は時に生じるかもしれない陰性感情を乗り越えて、対象者と協力しながらその社会復帰を少しでも実現していこうという意識を持ち続けることが大切である。

## 2) 指定通院医療機関における多職種チームの編成と運営

通院医療を進めていくとき、5～6名の以上の対象者を担当する指定通院医療機関では多職種チームをどのように編成し運営していくかが重要なポイントとなる。そのため昨年度の報告書では、専従多職種チーム制（専門チーム型）と複層的多職種チーム制（全員参加型）という2つのあり方が考えられることを述べた。

現在専従で多職種チームを編成できる医療機関は極めて限定されるので、多くは兼務で多職種チームを構成する形になるだろう。この場合は図2のように、対象者に対して個別の多職種チームが作られ、個別治療計画を作成して各種医療サービスを実施するとともに定期的な評価を行っていく。また各医療機関では医療観察法担当者を設定して、これら個別多職種チームの取りまとめを行うとともに、病院全体の多職種チームともいえる例えば「医療観察法通院医療運営会議」等との



のパイプ役を果たすことが必要となる。この通院医療運営会議は月1回開催されるが、外来診療、地域連携、訪問看護、デイケア、作業療法、栄養管理、薬剤部門など各種医療サービス部門の代表や病院管理者などが参加し、通院医療対象者の受け入れから処遇終了に至るまでの報告及び検討、通院医療対象者の個別治療計画の検討と承認、個別多職種チームの編成と運営の検討、及び通院医療に関する問題点の検討などを行うことになる。

また個別の多職種チームについては、対象者毎にメンバーの異なる多職種チームを作ること、その運営上煩雑であり現実的ではない。5～6人以上の対象者の受け入れが想定される医療機関においては、固定メンバーの複数の個別多職種チームを編成して順次受け入れていくという方式などの工夫が必要となろう。参考までに資料3として筆者の所属する病院の個別多職種チームの編成表を示す。複数の精神保健指定医、医療観察担当者（ケア調整者）、訪問看護担当者（調整担当、個別担当）、デイケア担当者をコアメンバーとして、必要に応じてその他の医療サービスの担当者が参加するという構成である。4 チーム

編成し、対象者を順番に受け入れていく予定にしている。

資料3 個別多職種チーム（神奈川県立精神医療センター芹香病院；平成18年3月）

		Aチーム	Bチーム	Cチーム	Dチーム	備考
外来診療		医師①②③	医師④⑤	医師⑥⑦	医師⑧⑨	精神保健指定医
医療観察 担当者		I T	I T	I T	I T	地域医療相談室 が支援
訪問 看護	調整 担当	M N	M N	M N	M N	対象者には個別 担当者を配置
	個別 担当	個別担当者	個別担当者	個別担当者	個別担当者	
デイケア		D C①	D C②	D C③	D C④	
その他の医 療サービス		外来作業療法、心理療法、服薬指導、栄養指導など				必要に応じて個 別対象者に関与

### 3) 通院医療開始の手続き

#### (1) 通院医療開始前

##### ① 多職種チームの編成とケア会議

通院医療を開始するに当たっては、少なくとも「信頼関係」と「ネットワーク」の2点における精査と「個別治療計画」作成のための情報が必要となる。指定通院医療機関としては、通院対象者の受け入れが決まれば（内定）早速多職種チームを編成してこれらの作業を行うことになる。またケア会議においてもこれらの点も検討して処遇の実施計画書が作成されることになろう。

まず信頼関係については、どのような形で信頼関係を結ぶことができる人であるか、対象者に関する的確な情報が得ておくことが重要である。入院処遇から移行する場合は、指定入院医療機関から予め詳細な情報の提供がなされることになっているので、検討する時間も十分持てると思われるが、直接通院処遇が決定された場合は、その点において不安がないわけではない。審判結果がある程度予想される事例においては、事前に社会復帰調整官を仲立ちとして裁判所の協力の下、指定通院医療機関に必要な情報が提供されることが不可欠である。

また信頼関係構築にあたって重要な点は、事前に対象者と面接できるかどうかである。指定入院医療機関及び鑑定入院医療機関と指定通院医療機関が異なる場合は、必ず面接を行い事前の情報の確認を行うとともに、少なくとも互いに顔を見知っておくことが必要となる。鑑定書で入院が適切とされていた対象者でも審判で通院決定される場合もあるが、事前の面接で病状の程度や回復過程、人柄などを理解し顔見知りになっていると、互いに安心感を持って通院医療を開始することができるだろう。ただ直接通院決定となり鑑定入院医療機関から通院医療機関に引き継がれる場合、事前に面接が可能かという問題はある。しかし有罪か無罪かを決する通常の裁判とは異なり、この審判の場合は医療観察法の医療

が必要となれば、対象者にとってどのようにその医療に導入したら有益であるかという視点に立つことが求められている。その視点に立てばおのずから柔軟な対応策が出てくるはずである。

次にネットワークについてであるが、指定通院医療機関内のネットワークは多職種チームが適切に編成されていれば問題はないと思われる。一方地域内のネットワークは、保護観察所が開催するケア会議に対象者の医療や地域生活支援のために必要な関係諸機関が足並みをそろえて参加してくれるかが鍵となろう。特に直接通院決定の場合は、対象者や家族も交えたケア会議は通院決定後に開催するしかないことになり、時間的制約の中十分な協力体制を準備できるか懸念されるところである。できるだけ事前にケア会議の打合せなどができるよう弾力的な対応が必要である。昨年度の報告書では地域ケア体制について、保護観察所の社会復帰調整官と指定通院医療機関の医療観察法担当者の緊密な連携に、精神保健行政機関の担当者が加わり、そこに社会復帰施設等が必要に応じて協力していくという考え方を提示した。関係機関はそれぞれの機能に応じた役割分担をして連携していくことになるが、この際大切なことは、互いに一歩進んで手を携える意識を持てるかどうかである。お互いが守りに入ったら途端にこの連携協力はもろくも崩れ去るであろう。一歩進んで手を携える意識が強力な接着剤となり、より緊密な連携協力に発展することを関係者は忘れてはならない。

## ② 個別治療計画書の作成

以上の2点の精査をして通院医療を開始するための条件を整えながら、個別治療計画を作成するため必要な情報の収集を行うことになる。個別治療計画書は各種医療サービスの提供の仕方を定めたものであり、外来診療、デイケア及び訪問看護が3本柱である。それぞれの医療サービスの内容や回数を決めるのに必要な情報を吟味して、対象者にとって適切な個別治療計画書を作成する。通院処遇ガイドラインの通院医療クリティカルパスでは各種医療サービスの週当たりの回数の目安が示されているが、これは1つの目安に過ぎず、対象者の病状や、生活状況、通院時間などの要因を勘案して、多職種チームで現実的で妥当な回数を設定すべきものである。

また通院開始までには通院処遇ガイドラインに付されている通院基本情報管理シートについても、事前にわかる範囲で記入しておくことになる。特に共通評価項目や生活機能、機能に影響する環境素因の評価については、対象者の生活状況についてかなり細かな情報が必要である。生活環境調査は社会復帰調整官が実施して詳細な報告書を提出することになっているので、それらを予め入念にチェックしておくことが求められる。

### (2) 通院医療開始時

これらの準備を整えて通院医療が開始される。指定通院医療機関にとっては、通常の医療と同様、初診という形で対象者の通院医療がスタートすることになる。外来診療録は通院処遇ガイドラインに示されている項目が網羅されていれば、通院医療機関独自のもので構わないことになっている。この通院医療のために特別の診療録を作るよりは、通常その医療機関で使用している診療録を使用する方が自然ではないかと思われる。

通常の初診では、問診により主訴や各種病歴、生活歴などを明らかにしていくことになるが、この通院医療ではそれらは既に判明していることである。そのため初診の時重点を置くべきことは以下の点である。

### ① 通院医療のオリエンテーション

入院処遇から退院決定を経て通院処遇に移行する場合はそれほど問題にならないであろうが、直接通院決定の場合は十分な配慮が必要である。指定通院機関運営ガイドラインによると通院決定後の手続きは、地方裁判所より地方厚生局に通院決定の通知がなされ、保護観察所が対象者からの居住地の届出を受理し地方厚生局に通知する。地方厚生局は指定通院医療機関の選定を行い対象者等に通知、その後保護観察所がケア会議を招集して処遇の実施計画を作成し、通院医療が開始されるという手順になっている。この間対象者は鑑定入院医療機関において、地方厚生局の職員や社会復帰調整官から審判決定通知書を簡単な説明を受けてもらうだけである。通院決定が下りればその日の内に対象者は退院し居住先に戻らなければならないので、居住地の届出を出し、荷物をまとめて退院し居住地に向かうことになる。

このように対象者は退院決定の日は、十分な説明を受ける間もなく慌しく退院してしまうことになるので、通院医療に対する心構えを持つこともできないままである可能性が高い。この点を考慮すると初診時に通院医療のオリエンテーションを書面で行っておくことが望ましい。入院から移行する場合でも1つのけじめとして通院医療のオリエンテーションが必要であると考える。

オリエンテーションの内容としては、通院医療に至った経緯と根拠の法律、通院医療の実施計画、通院医療の目的や内容、緊急時の対応、通院医療の到達目標や終了の目安、通院医療における信頼と協力の大切さなどが盛り込まれている必要がある。参考までに筆者の病院の「医療観察通院医療を始めるにあたって」（資料4）と「緊急時の連絡・対応方法について」（資料5）を示しておく。

### ② 個別治療計画書の説明と同意

直接通院処遇の場合、対象者は自らの病気について十分な説明を受けていない可能性も想定される。鑑定入院中は治療反応性をみるためにも積極的に治療（医療的観察）を行ってよいことになっているが、一方鑑定事項には疾病性（病名と重症度など）も含まれているため、病名は鑑定終了後か審判において確定されることになる。鑑定入院医療機関で病気の説明を受けていないときには、その後の審判過程ではほとんど十分な説明を受ける機会がないと考えた方がよい。

その意味でも個別治療計画書に基づいて改めて病名の告知を行い、外来診療、デイケア、訪問看護などの治療計画を説明し、署名するなどして本人の同意を得ておくという手続きも必要となる。ただ初診当日はすべきことが多いので、病気の説明は外来診療を継続する中で少しずつ行っていくというやり方が現実的であると思われる。またデイケアや訪問看護についても各医療機関には開始までの手続きがあるはずであり、通院対象者についても同様の手続きを進めていくことになる。初診に引き続き、それらの説明と手続きを開始することになる。なお筆者の病院の「個別治療計画書」（資料6）を付しておく。

### ③ 対象者と治療者側との顔合わせ

初診当日行っておいた方がよいと思われることの中には、通院対象者と治療者側の顔合わせがある。医療観察法担当者や主治医はあらかじめ面接していると思われるが、その他のスタッフは初めての顔合わせであろう。少なくとも多職種チームの主だったメンバーは、初診の時点で同席し自己紹介しておくことで、以後の通院医療を円滑に進めて行くことが