

できるだろう。

以上、初診の時点で実施すべきことを述べてみたが、かなり盛りだくさんな内容なので当日円滑に進行するよう事前に周到な準備も必要である。

4) 外来診療と心理療法

(1) 外来診療

基本的には通常精神科外来診療と異なるものではない。しかし病状の再燃・再発は重大な結果を招くことも懸念されるので、通常よりは丁寧な診察が求められるだろう。また診察場面で得られる情報は限られているので、医師は普段より多職種チームや社会復帰調整官あるいは家族等からの情報を得よう努めておかなければならない。また診察場面で普段と変わった様子がみられたら、医療観察法担当者などに連絡して多職種チームで情報を共有しておくことも大切である。

通院当初、病状は回復して安定しているはずであるから、この時期から対象者に即した病氣理解の心理教育を、外来診療の中で少しずつ行っておくことが望ましい。特に重要な点は対象者に特有な再発サインを対象者とともに確認し、それが現れてきた時の具体的で実行可能な対処方法を繰り返し話し合っておくことである。このようにして再発の危険性を少しでも減じておくことが、対象者の社会復帰への道を拓くことにつながるものと思われる。

共通評価項目に関して言えば、診察場面で注意しておくべき項目は次のようなものであろう。精神病症状や非精神病症状のチェックは言うまでもないが、自殺企図については常に留意しておく必要がある。他害行為者に自殺が多いことはよく知られているので、自責感や抑うつ感などについて細心の注意を払っておくべきである。また内省・洞察、衝動コントロールは、病識があるか、病氣と他害行為の関連を理解しているか、自制力が保たれているかなどに関連する項目であり、通院医療において最も重視されるべき項目である。治療的要素であるコンプライアンス、治療効果、治療・ケアの継続性の項目も診察時には入念にチェックしておく必要がある。

内省・洞察を維持するため外来場面でどの程度直面化の技法を用いるかは検討を要する問題である。対象者の病氣の種類、病状の程度、人柄、他害行為の種類など十分吟味した上で慎重に行うべきものであろう。押し付けがましくなって反発を招いたり、過剰な罪責感を煽ったりするようなことは当然避けなければならない。多くの場合、診察が終了する時点では、対象者が安心感や満足感を得て笑顔で診察室を後にできるよう心がけた方が、長く安定した診療を維持できるものである。

(2) 心理療法（山本の報告書を参照）

複雑困難な問題を抱える対象者には、通常外来診療と並行して臨床心理技術者による心理療法が有用である。医療観察法における治療は、共通評価項目を用いて評価を行い治療の方向性や判断を検証する事になっており、その評価と治療アプローチを多職種合同で行う事に重要な意味がある。臨床心理技術者は臨床心理学という理論背景を持った職種として治療評価会議に参加し、治療を計画し実行する事でその役割を果たすことになる。

通院処遇の開始は、入院を経て通院処遇が開始される場合と入院を経ず通院処遇が開始される場合と二通り考えられる。対象行為に対する内省や治療への取り組みは、入院処遇を経ていればある程度の治療効果が得られているはずだが、入院処遇を経ず通院が開始さ

れる場合は一から始めなければならない事がほとんどであろう。

入院を経て通院処遇が開始される場合は、入院中に治療への動機付けは成されており、治療効果も現れているはずなので、入院中に積み上げられた治療成果を通院でも継続的に発揮する事が目標になる。一方、入院を経ず通院処遇が開始される場合、対象者にとって医療観察法の処遇は理解しにくく受け入れがたい事であることは十分予想される。入院という枠組みの中では時間をかけた綿密なオリエンテーションが可能であるが、通院というゆるい枠組みの中では慎重に対象者と関わる必要がある。特に精神医療機関に初めて通院する者にとってその敷居は高く、強い憤りと不安や恐れを持つ可能性が高い。したがって通院処遇から開始される対象者に対し、臨床心理技術者は対象者が抱える感情に寄り添うことから始まる。その後は“変化の段階”という理論を用いて対象者の治療に対するプロセスを理解すると有効である。これは1980年代に提唱されたトランスセオレティカル・モデルの中核的概念で、特定の行動がどのように始まり、変化し停止するかを理解するための基本的枠組になる。

また心理療法には個人心理療法と集団（心理）療法がある。精神障害だけでなく他害行為も背負って生きていかざるをえない対象者は、自尊感情や自己効力感が非常に低いことが予想される。あるいは処遇そのものが受け入れられず拒否的な態度で治療が始まる事もあるだろう。重大な他害行為という非常にデリケートな問題を抱えているため、まずは個人心理療法が基本になる。丁寧に対象者と向き合いながら対象行為や家族への思い、これまで歩んできた道のりと今後の人生について心理療法を進めていく事が、結局治療や内省洞察に結びついていくと考えられる。病状が落ち着き、時間が経つにつれ対象行為に対する後悔や自責の念が自然に強まる事も考えられる。場合によってはフラッシュバックといったPTSD様の症状も出現する場合もあり、臨床心理技術者は心のケアにあたり自傷行為に至らないようアセスメントを行い細心の注意を払うことになる。幻聴や妄想などの陽性症状に対応し、対人関係スキルを向上し、服薬の重要性を知り、同様の他害行為を防ぐためには認知的介入技法が必要不可欠である。またアンガーマネジメントやアサーショントレーニング、問題解決技法など認知行動療法をベースにした各種技法を用いて、対人スキルやストレス対処法、対象行為を始めとした問題行動の回避方法などを入院処遇中に対象者は学び通院中に実践する必要があることから、通院処遇で関わる臨床心理技術者もそういった技法に精通し実践できることが望ましいだろう。

次に集団療法についてであるが、二者関係では生じにくい認知の変化を促し、現実社会に近い世界を体験するためにも有効である。しかし通院で同じ処遇の患者の集団を形成する事は、人数と場所を確保することを考えると現実的に難しいと思われる。また通院という比較的枠のゆるい処遇でわざわざ同じ処遇の者を集めて集団化する意味は、社会復帰を目標とする点からも薄いと考えられる。従って、デイケアや外来作業療法のプログラムの中に参加していく事が現実的であるだろう。

5) デイケアのあり方（奥平の報告書を参照）

精神科デイケアは、精神障害者の社会生活機能の回復を目的として、入院中の患者以外（通常は外来通院患者）に対して行う精神科リハビリテーション治療である。レクリエーション療法、作業療法、心理教育などのプログラムを含み、社会復帰を目的にして行う集団療法であり、その実施時間は、日中の6時間以上を標準とし、通常午前3時間、午後3

時間のプログラムを組んでいる場合が多い。その他、デイナイトケアやナイトケア、最近では精神科ショートケアという3時間以上を標準とするプログラムもある。

現在、デイケアは、精神科リハビリテーション治療の中心的存在である。再発、再入院の防止を主な目的とするだけでなく、デイケアに通うことによって、病状を改善し、人格の成長を促すことで社会復帰に結びつけようとする方向性を有している。医療観察法の通院医療が、対象者の精神症状の再燃・再発を防止することで、他害行為の再発予防につながることを期待し、さらに対象者の社会復帰を目指していることを考えると、精神科デイケアは医療観察法通院医療において重要な役割を果たすべきであると考えられる。

しかし精神科デイケアの現状は様々な課題を抱えていることも事実である。難しい患者が増えるに従い、スタッフのマンパワー不足の問題や危機管理の問題が浮上している。あるいは暴力行為や迷惑行為を行った患者への対応、デイケア参加への手続きや本人同意の問題、また訪問看護との関係や集団の中での個人情報保護の問題など幾つか検討すべき課題がある。

医療観察法の医療も基本的には説明と同意に基づいて行われるものであるので、この原則はデイケア参加に当たっても同様である。またデイケアという集団を維持するためのルールについても、他のメンバーの場合と同様、通院対象者についても適用されるべきものである。その他、開始までの手続きや個人情報保護の問題などいずれの場合においても、種々の制約はあるにしても医療観察法対象者だからといって特別扱いをする必要はないものとする。ただケア会議で処遇の実施計画を定め、病院の多職種チームで個別治療計画を作成して定期的に評価、見直しを行う点においては、一般の患者に対する以上に、懇切丁寧に対応することになるだろう。

通院処遇ガイドラインでは、標準的なデイケア参加の回数が各ステージにおいて定められているが、これはあくまでも標準であり、対象者の状況に応じて適切かつ柔軟に決められるべきものである。現に筆者の病院ではすでに2名の対象者の通院を開始しているが、遠距離であることもありデイケアは週1回から開始した。その後1人については外来診察日を含めて週2回としたが、アルバイトを再開するようになれば徐々に減らす予定である。

医療観察法通院医療におけるデイケアは、集団療法としての役割が重要であり、社会復帰を目指す対象者にとっては、社会的な訓練の場ともいえる。このデイケアの特性を十分活用して対象者の医療に生かすことが大切である。

6) 訪問看護のあり方 (安井の報告書を参照)

通院処遇の目標・理念のひとつにノーマライゼーションの観点も踏まえた対象者の社会復帰の早期実現が掲げられており、訪問看護など対象者の地域での生活支援は重要な役割を担っていると言える。またこの医療の最初の目的は対象者の再燃・再発を防止することにあるので、医療の中断が最も懸念される場所である。その意味で病院での待ち受け医療ではなく、積極的に地域に出向いていく訪問看護などのアウトリーチ型医療の重要性は高い。

しかしこの通院医療における訪問看護のあり方を考える時、幾つかの検討すべき問題もある。まずマンパワーであるが、丁寧な治療・援助が行えるだけの人手が必須であり、担当スタッフを十分に確保することが必要である。また医療観察法の対象者は男性が圧倒的に多くなると考えられるので、男性スタッフの配置も考慮しなければならない。また訪問

看護導入において、経験的には入院中から信頼関係のあるスタッフの活用が有効と考えられるが、本法では入院医療機関と通院医療機関が別である場合が多く、対象者と訪問看護ケア提供者は新しく一から信頼関係を構築していかなければならない。早期の関係構築を図るには、入院中の対象者の社会復帰期の外泊に際して在宅訪問を行うなどの試みも有効ではないかと考える。

通常の訪問看護は契約という形で成立している。契約とは、障害者の自己決定権の保証であり、選択と同意が基本であるため強制力はない。本法における訪問看護の契約をどう考えるか、訪問看護継続が困難なケースに対する対処方法も今後の検討課題のひとつである。訪問回数についても配慮が必要である。あまり訪問回数が多すぎると常時在宅を強いられ対象者の生活を縛る形となり、精神的圧迫感が強くなって訪問や治療の継続を拒否するケースも出てくるのではないかと危惧する。対象者によってはデイケアや作業所等に通所するケースもあり、訪問日等については関連した社会復帰施設との調整が必要であるが週に1～3回程度が妥当ではないかと考える。しかし、病状悪化時は訪問回数を増やしたり、緊急時には定期外訪問を設定したりの即応体制も求められる。いずれにしろ常時柔軟に対応および運用できる体制を整えておくことが重要である。

危機介入時の対応は訪問看護の場合特に重要であり、緊急事態時の具体的対応策は予め定めておくことが必要であり、社会復帰調整官、通院医療機関担当者（ケア調整者）、行政担当者など各担当者が役割分担を明確にしておくことと、緊密な連携体制を構築しておくことがまず重要である。危機介入時はできるだけ多くのマンパワーを集め迅速に対応することは必須であるが、警察官の支援等も方法として検討すべきである。その他、身体合併症発生時の対応、個人情報管理、スタッフの専門的教育、診療報酬およびケアにかかる諸経費等の問題も検討しておくべき課題である。

また従来からの触法精神障害者への訪問看護を通して得られた経験からは、訪問看護導入に際しては入院中から信頼関係のあるスタッフの活用が有効であること、緊急時にはマンパワーも含め直ぐに対応できる体制を予め準備しておくことが必要であること、近隣者・友人などのインフォーマルな人達の協力が地域で支えるには重要な要素であり、ケア提供者も積極的に連携をとっておく必要があることなどが有用であると考えられた。

7) 通院医療のステージ判定（岩間の報告書を参照）

医療観察法通院医療は、概念的には原則として前期、中期、後期通院医療の3ステージに分けて実施される。通院処遇ガイドラインにも各ステージの治療目標、到達レベルの目安、医療サービスごとの留意事項についてある程度詳しく述べられているが、ここでは共通評価項目を1つの基準としてステージ判定の目安等について述べてみる。

前期通院医療の目標として、入院治療から通院医療への適切且つ円滑な移行、通院開始時の評価と治療計画の作成、安定的な通院医療の確保が求められている。対象者が医療に確実に繋がっており、必要な医療を着実に利用できていることが最も重要な目標であり、社会復帰のため様々な資源活用への導入が図れていれば、前期通院医療のゴールに到達したと判断してよいであろう。共通評価項目でいえば、「精神医学的要素」のうち精神病症状では幻覚に基づく行動の有無、非精神病性の症状のうち興奮や躁状態、怒り、罪悪感、自殺企図等に特に着目すべきであろう。「個人心理的要素」のうち生活能力については生活リズム、社会的引きこもり、孤立に着目する。衝動コントロールについては特に詳細な

状態把握と確実な評価が求められる。「対人関係性要素」においては非社会性や対人暴力についての詳細な状態把握が求められる。「環境的要素」ではストレスサーや対象者のストレス脆弱性等を詳細に把握する。「治療的要素」についてはコンプライアンスや治療・ケアの継続性に着目する。以上の項目のうち1つでも評価点が2である場合、治療者や支援者との安定した関係の維持を阻害し治療中断が容易に生じうる。また、その後の社会復帰訓練への導入と安定的な利用をも困難とする。

中期通院医療では、対象者が身の回りの生活能力を改善し、限定的な場所での安定した対人関係の構築を行なうことができ、意欲や自発性の改善が図れていることが最大の目標であろう。共通評価項目に従えば、「個人心理的要素」のうち、中期通院医療は内省・洞察をさらに確認していく時期と思われる。内省・洞察の中でも、対象行為に対する対象者の姿勢と治療の必要性の認識は特に重要な項目である。生活能力では金銭管理、安全管理、社会資源の利用、コミュニケーション技能、生産的活動等の項目に重点を置き、対象者の生活が限定された場所から拡大できるよう基盤を整備していく。「対人関係性要素」では対他的配慮がある程度行なえる共感性が持て、非社会性や対人暴力は問題のない状態を目指すべきである。「環境的要素」では個人的支援、物質乱用、現実的計画を評価する必要がある。特に物質乱用は解決を図っておくべき要素と考えられる。個人的支援については、支援する家族や友人の状況も考慮すべきである。現実的計画は更に8つの下位評価項目に分けられているが、このうち地域への受け入れ体制を除き他の全ての項目で、対象者に問題が認められない状態に至っていれば中期通院医療を終結したと判断してよいであろう。

「治療的要素」ではコンプライアンスと治療・ケアの継続性に留意し、問題を解決すべきである。コンプライアンスに軽度でも問題がある場合、問題を生じさせている要因の詳細を明らかにしなければならない。治療・ケアの継続性は更に5つの下位項目を持つ。このうち、中期通院医療で解決すべき項目は予防と対象者のセルフモニタリングである。

後期通院医療は、その後に控える一般通院医療への移行を見据えた準備を行なっていく治療期間と位置付けられる。この期間の治療目標は地域社会への参加の継続と拡大、必要な医療の自主的かつ確実な利用、社会参加の促進、処遇終了の準備となっている。共通評価項目でいえば、「精神医学的要素」については、自己コントロール可能な状態を維持できていることが必要である。自殺企図は問題なしの状態を維持できなければならない。「個人心理的要素」では、中期通院医療に引き続き内省・洞察を求めつづけていくことが必要である。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。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が、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。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。

以上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が、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。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。

8) 緊急時の連絡と対応（八木の報告書を参照）

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。また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。」となっているが、ここ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。

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。

- ・ 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。
- ・ 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。
- ・ 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。
- ・ 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。
- ・ 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。
- ・ 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。
- ・ 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。
- ・ 必要により、緊急受診をすすめる。
- ・ 緊急訪問必要かどうか、緊急会議で検討する。
- ・ 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。
- ・ 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。
- ・ 緊急訪問時には、病院との連絡を特に密にする。
- ・ 事態が切迫している場合は、警察に保護要請する。
- ・ 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。

また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。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ている。

9) 地域生活支援（上野の報告書を参照）

医療観察法対象者の社会復帰を促進するためには、地域生活支援体制の充実が不可欠である。しかし平成 17 年 10 月に「障害者自立支援法」が成立したが、それによると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つた。にもかかわらず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。

今度の障害者自立支援法では、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されることになった。また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。それにより再入院率の低下につながることも期待される。

その一方、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ことが想定され、介護保険制度開始時と同様の混乱も予測される。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される。

このような状況の中、医療観察法対象者にどのような地域生活支援をしていけばよいか課題は山積である。とりあえず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。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られる。

10) 通院処遇と個人情報（柑本の報告書を参照）

医療観察法における医療情報・個人情報の取扱いに関しては、それぞれ「通院処遇ガイドライン」、「指定通院医療機関運営ガイドライン」、「地域処遇ガイドライン」の関係の頁に記載されている。ここではその問題について改めて検討してみた。

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、個人情報保護法との関係でも考えていく必要がある。医療機関についていえば、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。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」、国立病院機構などに適用される「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、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。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、当該個人と関係する全ての情報を言う。つまり個人情報保護法は、「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り、その背後には、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。

近年、地域精神医療の現場では、多くの人々が精神障害者の社会復帰に関与するようになった。そのため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くなっている。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、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。本人の同意を得ずに情報を提供することは一切まかりならないとすれば、むしろ対象者の社会復帰を阻害することにもなりかねない。周囲の人に対象者の事情を理

解してもらった上で、治療につとめ社会復帰を図ることが必要だからである。

そこで、このような場合について、司法精神医療人材養成企画委員会法律部会では、次のような見解を示してきた。すなわち、通院医療に関係する者が個人情報取扱業者また、「公衆衛生の向上……のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき」には、事前に本人の同意を得ることなく個人データを第三者に提供することができる、というものである。これによるならば、他の医療関係者への対象者の個人情報の提供は、医療観察法の規定する通院医療の実施に必要な範囲においては、本人の事前の同意がなくても、許されるのが原則である。ただ、この場合であっても、情報の利用目的に「医療提供上の必要がある場合には第三者提供する」旨を掲げておくべきであるし、「社会復帰のことを考えて、ある範囲の人にはあなたの病気のこと等を言うこともあるが了解して欲しい」旨を対象者に前もって説明しておくことは必要であろう。

では地域住民への情報提供はどのように考えたらいいのだろうか。医療観察法の各ガイドラインでは、「本人が特定されるような情報については開示しない」ことを原則にしているが、「個別の事情に応じ、対象者の社会復帰が促進されると見込まれる場合には、一定の範囲内で、対象者の同意に基づき、提供可能な情報の範囲を定めるものとする」とされている。しかし、カリフォルニア州最高裁判所で出されたタラソフ判決は、医療者の守秘義務も絶対ではないことを示したものとして注目される。心理療法家と患者の間であっても、第三者への危険性が具体的に認識された場合には医療者に法的警告義務が存在するというものである。ただこれは特殊な場合であって、近隣住民への警告の許容性、あるいは通報・警告義務があるとまでは言っていない。とはいえ我が国の医療観察法における通院処遇時の情報提供の限界を考える際に、このタラソフ判決の射程は参考になると思われる。

2. 通院処遇アンケート調査

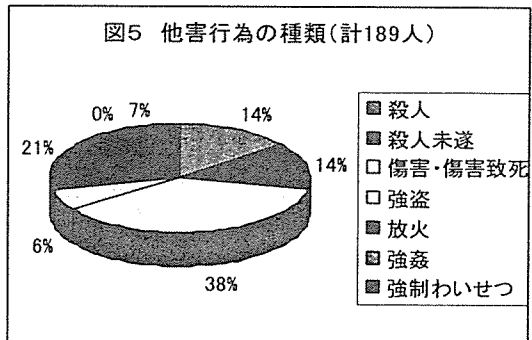
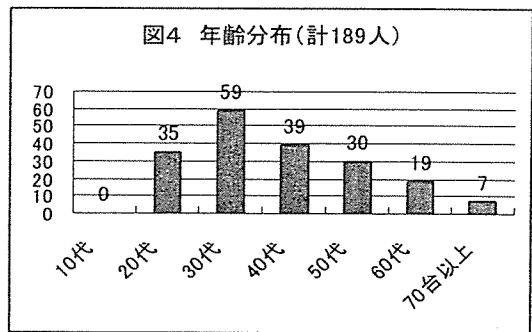
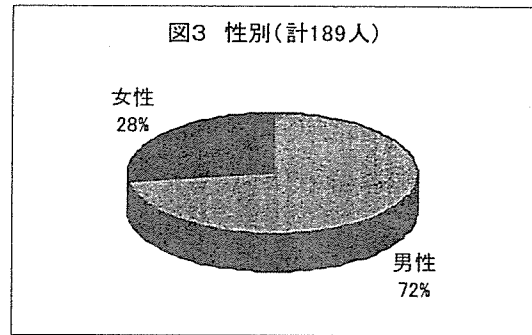
1) 集計結果

平成18年2月10日時点までに記入され返送されてきた調査票に基づいて集計した結果を報告する。保護観察所から返送された保護観察所経由群（A群とする）が22例、指定通院医療機関等から返送された指定通院医療機関等経由群（B群とする）が15例であった。後日判明した2月10日現在の医療観察法申立て者の処遇状況は、全国で申立てが177例、その内鑑定中は63例、審判結果が出た者が114例であった。審判結果が出た114例の内訳は、それぞれ入院処遇71例、通院処遇28例、不処遇11例、却下4例であった。つまり2月10日時点での通院処遇は全国で28例発生していたので、今回の調査票の回収率は、保護観察所経由群が78.6%、指定通院医療機関等経由群が53.4%ということになる。また2月10日時点では入院処遇から退院決定して通院処遇に移行した事例は1例も発生していないので、全例直接通院処遇が決定されたものである（図A11、図B11）。

なお同じ母集団を対象としているのにA群とB群で集計結果にばらつきがみられるのは、標本選択の差異とアンケート回答者の判断の相違があると思われる。調査票の回収率が高かったA群のデータの方がより母集団に近いと考えられるが、両群の集計結果を対比しながら報告していくことにする。集計結果は、図・表A1～A24-3及び図・表B1～B23に示すとおりである。

① 通院対象者のバックグラウンド

ここでは1.性別、2.年齢、3.家族状況、4.住居状況、5.経済状況、6.重大な他害行為の種類、7.過去の犯罪歴、8-1.粗暴傾向、8-2.性的逸脱傾向、9.精神科主病名、10.事件前5年間精神科治療歴について述べる。なお比較のために横浜保護観察所が取りまとめた申立て対象者の状況を図3(性別)、図4(年齢分布)、図5(他害行為の種類)に示す。これは平成18年3月3日判明分のデータに基づくものである。その日までに全国で206件の医療観察法の申立てが行われていたが、その内詳細が判明している189人(91.7%)について集計されたものである。性別は男性137人、女性52人、年齢分布は20代35人、30代59人、40代39人、50代30人、60代19人、70代以上7人、他害行為の種類は殺人27人、殺人未遂26人、傷害・傷害致死70人、強盗12人、放火40人、強姦0人、強制わいせつ14人という分布であった。



まず直接通院対象者の性別であるが、A群で男性対女性の%比は55%対45%(図表A1)、B群でも53%対47%(図表B1)で女性が半数に迫る状態であった。これは申立て対象者の72%対28%(図3)と比較すると、女性の割合がかなり高くなっているといえる。

年齢分布については、申立て対象者の分布が30代をピークにきれいな1峰性を示しているのに対し(図4)、直接通院対象者の場合は、A群、B群ともに20~30代と50~60代にピークのある2峰性の傾向を示していた

(図表A2、図表B2)。これは20~40代に入院処遇になる者が比較的多いものに対し、50~60代は通院処遇になる者も多いことの結果であると推測された。

家族状況に関しては、まず「家族とは血族や婚姻等の親族関係で直接結びついている集団」と定義して回答していただいた。同居・別居も合わせるとA群86%、B群76%と両群とも4分の3以上は家族を有する者であった。一方、単身者はA群9%、B群20%であり、直接通院対象者に占める単身者の割合は1~2割程度ではないかと推定された(図表A3、図表B3)。

住居は、自家がA群44%、B群39%と約4割は持ち家であった。他方、社宅を含めた賃貸住宅(民間、公共)の割合はA群42%とB群54%となっていた。また僅かだが住居のない者も存在した(図表A4、図表B4)。

経済状況については、有職・無職・生活保護の3区分でみると、A群ではそれぞれ23%、37%、35%、B群では26%、40%、34%という結果である。無職と生活保護が一般人口

に比べて多いことが特徴であろう（図表 A5、図表 B5）。

今回の重大な他害行為の種類は、図表 A6 と図表 B6 に示す。殺人、殺人未遂、傷害・傷害致死、強盗、放火、強姦、強制わいせつの順に、A 群では 0%、9%、57%、0%、27%、0%、5%、B 群では 0%、20%、53%、0%、20%、0%、7% という結果であった。殺人、強盗、強姦がないことと、傷害・傷害致死が過半を占め、次いで放火が多いことが特徴といえる。図 5 の申立て対象者の分布と比較すると、傷害・傷害致死が最も多く、次いで放火が多いこと及び強姦がないことは共通だが、殺人と強盗がみられないことがわかる。殺人や強盗など重大性の高い他害行為者は、直接通院決定になりにくいことが伺える。

過去の犯罪歴の分布は A 群も B 群もほぼ同様の傾向であった（図表 A7、図表 B7）。重大な他害行為ありが 1 割前後、重大でない他害行為ありが 3 割前後、他害行為なしが 6 割前後であるといえよう。これを事件前 5 年間の粗暴傾向（図表 A8-1、図表 B8-1）及び性的逸脱傾向（図表 A8-2、図表 B8-2）と比較すると次のような傾向を指摘できる。それは過去の犯罪歴の分布は粗暴傾向の有無の分布と類似した傾向を示すが、性的逸脱傾向とは関係がないこと、また性的逸脱傾向そのものが今回の直接通院対象者にはほとんどみられなかったという点である。図 5 の申立て対象者にも強姦はなく強制わいせつも少ないことを考えると、心神喪失や耗弱の者にはもともと性犯罪傾向は少ないのではないかという可能性が示唆される。

精神科主病名についていえば、A 群でも B 群でも（図表 A9、図表 B9）、統合失調症が 6 割前後で最も多く、次いで気分障害が 1 割台、精神作用物質性障害が 1 割前後という分布であったが、これは単科の精神科病院の入院患者の分布などとも共通している。ただ神経症性障害がみられないことはもともと重大な他害行為をなすことが少ないか、万一行ったとしても責任能力を問われることが多いからかもしれない。

事件前 5 年間の精神科治療歴では、入院・通院をあわせると治療歴がある者が A 群で 68%、B 群で 54% と過半を超えている（図表 A10、図表 B10）。このことは精神科治療がより丁寧に行われていれば、他害行為の発生を防げたかもしれないということを示しているといえる。

② 通院処遇決定時の対応

図表 A11 や図表 B11 でわかるように今回の通院処遇対象者は全例直接通院決定のものであった。直接通院処遇となった理由は（図表 A12、図表 B12）、疾病性軽減が約 5 割、社会復帰阻害要因の軽減が約 2 割であった。鑑定入院中の治療で病状が軽快したこと、その結果リスクファクターもある程度軽減したことが評価されたものと考えられる。

次に直接通院処遇になった場合の対応であるが、A 群で 55%、B 群で 60% の者が通院医療を開始されずに、とりあえず精神保健福祉法での入院から開始されているという状況であった（図表 A13、図表 B13）。医療観察法施行前には、病状悪化等による一時的な精神保健福祉法による入院は想定されていたが、当初からこれだけ多くの対象者が精神保健福祉法の入院から開始されていることは想定外ではなかつただろうか。

精神保健福祉法による入院なしで直接通院医療が開始された者は、A 群で 22 人中 10 人（45%）、B 群で 15 人中 6 人（40%）であったが、通院医療を円滑に開始できたかどうかについて、A 群で 73%、B 群で 100% が円滑に開始できたという回答であった（図表 A14、図表 B14）。ただこの結果については、円滑にいきそうな事例のみ直接通院開始し

たとえられるので、その反映であろうと思われる。また地域によっては、指定通院医療機関が、社会復帰調整官とともに事前に鑑定入院先で対象者に面接をして対象者の状況を把握していたことにより、処遇の実施計画、個別治療計画の作成がスムーズに行き円滑な導入に繋がったという報告もあった。

精神保健福祉法の入院から開始した場合、その理由として挙げられていたのはまず「信頼関係の構築のため」が18%、31%（A群、B群の順）、「開始準備未整備のため」が23%、31%であった（図表A15、図表B15）。医療観察法が実施されて間もない状況を考慮すると、信頼関係が築かれ、通院体制が整うしばらくの間、短期間の入院もやむを得ないかもしれない、しかし、「住居なし」が23%、15%（A群、B群の順）、「地域に戻すには問題」がA群で18%存在することは問題であるといえる。入院処遇にするほどでもないが、そのまま通院とするにも不相当という事例について、どのように対応したらよいか検討しておく必要がある。

入院形態については、任意入院が約8割、医療保護入院は約2割であった（図表A16、図表B16）。当然ながら措置入院の事例はなかった。任意入院が多いのは適切と思われるが、なお非自発入院である医療保護入院が約2割を占めていることに関しては、今後の実態調査なども必要であろう。

入院施設に関しては、指定通院医療機関の入院病棟が58%、78%（A群、B群の順）、指定通院医療機関以外の入院病棟が42%、22%であった（図表A17、図表B17）。様々な理由から指定通院医療機関で入院に対応できていない事例が相当の割合で生じている事実が明らかになった。その多くは鑑定入院医療機関に精神保健福祉法の入院形態に切り替えて入院を継続するというパターンであった。

③ 通院医療の状況

指定通院医療機関等（非指定通院医療機関への精神保健福祉法による入院も含まれる）での通院医療の状況は次の通りであった。

通院医療開始時のオリエンテーション（図表B18）については、14人中、書面で実施が4人（29%）、口頭で実施が8人（57%）、未実施が1人（7%）という結果であった。回答のあった全15人中9人が通院処遇開始時から精神保健福祉法の入院をしている状況にあるので、精神保健福祉法の入院の告知も行わなければならない中で、どのようなオリエンテーションがなされたか実態の把握が必要である。精神保健福祉法の入院中も通院処遇は進行することになっているので、医療観察法における通院医療のオリエンテーションも書面で行っておくことが必要である。また通院医療のオリエンテーションを適切に行っておくことは、対象者のこの医療に対する理解を促進し、協力して社会復帰に向けて通院医療に取り組んでいこうという動機付けにもつながるものであり、重要なステップであると考えられる。

主治医に関しては、15人中1人を除いて精神保健指定医が主治医となっていた（図表B19）。主治医は精神保健指定医でなければならない定めはないが、通院処遇の重要な判断（処遇終了、処遇継続、再入院など）や精神保健福祉法による非自発入院の判断、あるいは入院時の行動制限の判断などを考慮すると精神保健指定医が主治医として係わっておく必要性が高い。

通院開始当初の医療サービス提供状況は図表B20のような結果である。デイケアがない

ため外来診療を週4回実施したり、訪問看護ができないためデイケアを週4回行ったりなどの例外を除くと、多くは外来診療週1回、デイケア週1～2回、訪問看護週1回というペースであった。直接通院決定となった対象者であるという事情も反映されていると思われるが、通院処遇ガイドラインのクリティカルパスのように毎日何かの医療を実施するというのは、病状悪化時を除けば、実行困難であるとともに対象者にとっても負担ではないかと考える。

多職種チームの編成と会議についてであるが（図表B21、22）、専従者のみで編成できる場所は1ヶ所もなかった。専従に近い者1名と兼務者で編成したところが1ヶ所あるほかは全て兼務者のみによる編成であった。また会議には全て4職種以上が関わっているが、開催頻度は大部分が月1回であった。

通院処遇中の対象者の現状については図表B23の通りである。病状不安定なものは1人もいなかったが、精神保健福祉法の入院中についての判断が、入院中だが安定しているとするか、入院中だから判断できないとするかで意見が異なっていた。

④ ケア会議の状況

保護観察所が主催するケア会議の現状は、図表A24-1、-2、-3の通りであった。精神保健福祉法による入院をしないで通院開始となった対象者10人については、通院初診日までに少なくとも1回はケア会議が開催されていた。参加施設については、入院中の場合も含まれているが、3施設の場合が過半であった。2人については2施設のみの参加であったが、5施設が参加している場合も5人についてはみられた。開催頻度では、毎月1回や3ヶ月に1回もあるが、大部分は2ヶ月に1回であった。

社会復帰調整官には地域処遇におけるケアマネージャー役が求められており、ケア会議はその調整会議ともいえるが、現実にはそう頻回に会議を開催できるものではないことが伺われる。

⑤ 通院医療に対する意見等

今回の調査では、資料3のようにアンケート調査票の設問3と設問4で、対象者の通院処遇についての意見や、医療観察法通院処遇についての意見を求めているが、それに応えて多くの意見が寄せられていた。一部誤解に基づく意見もあるが、できるだけ現場の生の声を伝えた方が良いと判断し、保護観察所経由群と指定通院医療機関等経由群とに分けてそれらの意見を列挙しておく。ただし意見の趣旨を変えない範囲内で、わかりやすく適切な表現に改めた部分もあることをお断りしておく。

（保護観察所経由群）

- ・ 居住先がない状況で通院処遇になったため、鑑定入院先にそのまま任意入院中で指定通院医療機関も決まっていない。居住先を設定できないため通院処遇が決定されても指定通院医療機関を決めることもできない。審判結果が現実的ではない。指定通院医療機関の決め方を検討する必要がある。
- ・ 通院処遇決定の時、精神保健福祉法上の入院（特に医療保護入院の時）には、違和感がある。
- ・ 鑑定入院医療機関と指定通院医療機関の対象者情報のやり取りの仕方と対象者面接の機会のあり方の検討が必要。いきなり通院決定を想定した規定が少なく手探りで行われた。

- ・ 現在、週 1 回の通院および 1～2 週に 1 回の当職（社会復帰調整官）の訪問、1～2 ヶ月に 1 回の出頭により見守りを続けている。通院服薬は遵守できており、病状に関しては概ね良好であるが、本人、母親共に病識が乏しく、さらに日常生活能力も低いいため、訪問によるサポートが必須と思われる。しかし指定通院医療機関からも、その他のステーションからも訪問スタッフの派遣は困難とのことである。
- ・ 当初審判で通院決定が出された場合、在宅で通院しながら、他害行為について認識をし、自ら防止できる力の獲得や被害者に対する共感性を養うためのプログラム等の対応は困難と考える。鑑定入院中にある程度の心理教育プログラム等が必要ではないか。勿論継続した心理教育等が行えるように全国統一された各指定通院医療機関が行う心理教育プログラムも必要と考える。
- ・ 通院処遇に対して極端な逸脱行為は見受けられないが、本制度の対象者であるという認識が、本人及び保護者共に薄く、自己本位の行動が目立つ。対象者やその家族に本制度の対象者であるという認識を持たせる必要がある。その動機付けが通院処遇前にできると処遇に乗りやすいのではないか。
- ・ 鑑定入院医療機関がそのまま指定通院医療機関になったため、医療の継続性は担保された。しかし実母が対象者の将来や就労等について焦燥感が強く、過剰反応を示していることが懸念される。対象者の治療は指定通院医療機関に任せるとともに、家族システム論の立場から、実母に対する心理的サポートがこれから必要だと思われる。また鑑定入院医療機関がそのまま指定通院医療機関になったため、本件惹起以前に通院した 2 病院及び精神保健審判員が診断した病名と異なってしまった。そのため当該病院では任意入院以降、必要最小限のトランキライザーしか処方されておらず、今後再燃・再発の危険性はあるものと危惧している。指定入院医療機関とは異なり、病院ごとに医療の質に大きなアンバランスが生じている。診断に関しては適切に ICD-10 を使用すること、処遇に関しては ICF 及び共通評価項目に則った評価が必要だと考える。今後、厚生労働省等が主催し、指定通院医療機関を対象にした研修等が充実されることを期待する。
- ・ 本件による鑑定入院以降、家族と本人との信頼関係が損なわれている。そのため家族は通院決定後すぐの帰宅を拒んでいる。信頼関係修復に向けて調整中である。本事案は鑑定入院医療機関が指定通院医療機関であったため、同医療機関付設の社会復帰施設に入所することができた。
- ・ 本対象者は、高齢期にあるライフサイクルで起きたものであり、身体レベルの合併症のモニターが重視されるケースであるが、幸い地域機関での受入がスムーズであり、精神障害とともに高齢期の健康について事件を起こすまでは地域の諸サービスを利用することもなかったが、改めて地域の資源を獲得したものといえる。①当初審判結果が通院処遇の場合には、鑑定入院から指定通院医療への十分かつ速やかな医療の流れが不可欠であるため、ぜひ鑑定入院中の指定通院医療機関とのつながり（本人受診や医療情報の伝達、検討など）を確保していただきたい。そうでない場合は、不要な精神保健福祉法上の入院形態を選択せざるを得ない状況が生じることがあります。②通院処遇の場合に、ご本人の贖罪意識へのアプローチが弱くなるため、場合によっては、ご本人の自傷（自殺）行為の防止や贖罪の心理など、きめ細やかな通院医療で

の面接（一般外来のような 3 分診療ではない体制作り）や精神保健観察が求められるのではないかと考えます。③ ②と関連しますが、通院処遇のガイドラインは出ていますが、個々の指定通院がどのような体制でやろうとしているのか、いまだみえておりません。直接通院処遇が全国的にも頻発していることを考えますと、指定通院医療の「医療のあり方」について、早急に一般の精神科外来とどのように違うものかを検討していただければと考えます。この医療観察制度では、入院処遇よりもはるかに通院処遇のあり方が重大であり、そこでのあらゆる場面におけるご本人を中心に置いた医療や福祉のあり方が問われることになると考えています。

- ・ 以前にいた職場（保健所）では、本人や家族からの相談があつて支援が始まりますが、この法律の対象者は、自らの意志で相談に来たのではないので、主体性がないように感じ、自分の問題としてとらえてもらうようにすることの難しさを感じています。
- ・ 鑑定時には服薬がなくとも精神症状が消失しており、精神医療の必要性は極めて低かったが、社会復帰調整官へのケースワーク的な援助を期待しての通院決定となったようである。本来対象とすべきでないという議論もあつたが、対象者への手厚い支援体制が従来の精神保健福祉法では期待しにくかったため、通院処遇となり本人にとってはよかつたと思われる。しかし法の趣旨からすると疑問も残る。

（指定通院医療機関等経由群）

- ・ 直接通院処遇の場合は、通院医療開始までの時間的制約が大きく、相当にあわたましい。円滑だったのは、社会復帰調整官の介在で関係機関の連携が密に行われ、事前の情報の共有、対象者との面接ができたためである。通院距離が長いことは心配である。直接通院処遇は混乱をきたしやすい。事前の情報共有、対象者との面接、打合せなどが重要。指定通院医療機関の適切な配置も必要。
- ・ 駅などでホームレス生活をし、窃盗、置き引き、ゴミ箱あさりなどで生活しているため、入院あるいは入所が必要である。不満があると家出、遁走をする傾向がある。処遇困難な症例は短期間で退院させて野放しとする傾向があるので、医療観察法できちんとフォローすることはよいことだと思う。
- ・ 入院処遇を経て通院になる場合はよいが、直接通院処遇になる場合は、全く準備する期間がない。非公式に（法的根拠なし）鑑定入院医療機関に、面接や情報取得に行かなければならないのは問題である。
- ・ ケースの経過がおかしい（24 条で精神病院に入院し、退院時逮捕され、検察官により医療観察法の申立てが行われた）。鑑定入院や医療観察入院医療には、3、4 倍の費用負担をしているが、通院医療には、現状の施設を利用するだけで全く手当てがされていない。地域関連機関の協力がどれだけなされているのか情報がないし、拒否されることも予想される。通院拒否、服薬中断になった時の対処、保護観察所との協力だが医療機関がどこまで強力な説得・強制力を働かせるかの加減が難しい。任意入院中であるが、月 1 回の会議開催と治療評価シート作成について、ケースが増えると大変になると思われること。週 1 回の訪問を考えているが、外来体制（訪問要員の確保）が整えられるか、最低訪問時複数人必要と思われる。治療評価シートのマニュアルがない。このケースで言えば、起訴の方が良かったのではないか。病気はあつたが、行為は親の態度に腹を立てたと思われ、治療を続けながら刑罰の対象となつたのではな

いかと思われる。

- ・ 家族や本人の医療観察法の理解度及び疾病の受容には相当の時間と関わりが必要である。精神保健福祉法による入院から始まったことにより、ある程度関係作りはできたのではあるが、疾病性だけでなく、家族（同居者）の環境作りが今後重大だが、なかなかその辺りまでは入り込めない。多職種チームに慣れていないのが現状であり、それぞれ兼務という形であることは、今後を考えると困難と言わざるを得ない。入院については十分な体制があるのに、通院について手当て（マンパワー）が設けられていないのが課題である。
- ・ 通院開始即任意入院の依頼は法的根拠がわからない。鑑定結果（簡易鑑定及び鑑定入院）の食い違いが大きすぎる。また不備な医療観察法の入院施設の事情を考慮しすぎて、便宜的な判定に流れすぎる。
- ・ 社会復帰施設を利用中は、ケア会議を開催しなくてもよいのか？ 開催しないという社会復帰調整官の意向に疑問がある。社会復帰調整官と病院側の考え方に違いがありすぎてとてもやりにくい。
- ・ 医療機関からもデイケアや訪問のサービス利用は検討しているが、距離的な問題など物理的な限界がある中、本人の支援を行って行くことには多少の不安はある。主治医を中心とする多職種チーム内における情報共有と役割分担についても難しさは否めない。当院のケースは結果として精神保健福祉上の入院という形で退院後の支援調整を図っているが、この状況についてはあまり好ましくはないと考えています。しかし、実際鑑定入院終了＝通院医療という流れの中で、短期間で支援調整や関係作りは難しいと思います。当院においては特に専従という形のスタッフ配置は難しさもあるので、合議体での判断が早め早めに出され、より早い段階から通院医療機関が少なくとも本人と会えるような流れは欲しいと思います。
- ・ 判断基準が明確でない。ケースの蓄積と共有が必要と思われる。

2) 考察

今回のアンケート調査は、時期的な関係もあり入院処遇からの移行はなく、当初審判で直接通院処遇が決定された対象者が全てであった。通院対象者のバックグラウンドの集計結果はそれを反映したものであり、今後入院処遇からの移行者なども加わると結果は自ら異なってくるものと思われる。

全例直接通院処遇者であったこともあり、直接通院処遇の問題点が浮き彫りにされた。審判で通院決定されるとその時から通院処遇が開始される。指定通院医療機関の初診日をあまり遅らすことはできないので、短期間のうちに通院医療開始の準備をしなければならない。対象者が通院処遇として適切である場合でも、鑑定入院医療機関と指定通院医療機関が異なる場合、信頼関係の構築や通院医療体制の準備には相当の努力と時間を要することが多い。本制度の通院処遇が始まったばかりで関係機関が慣れていないという問題と、上記のような問題があるために、直接通院処遇が決定された対象者の内、保護観察所経由群で22人中12人（54.5%）、指定通院医療機関等経由群で15人中9人（60.0%）が精神保健福祉法の入院から開始しなければならない状況であった。

また通院処遇としては不適切ではないかと思われる対象者も、入院処遇にするほどではない等の理由で入院処遇が決定されないと通院処遇になってしまうという問題点も明らか

になった。この場合も精神保健福祉法の入院を使わざるを得ないということになる。今回のアンケート対象者にも、地域に戻すには問題があるという3人と、住居のない4人はそこに該当するのではないかと考えられる。

対象者本人の視点から見ると、通院処遇なら通院で対応して欲しいと願うのが普通であろうし、論理的にも通院処遇であれば通院で扱うのが本来の考え方であると思われる。しかし医療観察法は手続き上の煩雑さもあり、通院処遇中の病状悪化時には精神保健福祉法の一時的な入院がもともと想定されていた。ただ今回のように、信頼関係の構築が不十分であるとか通院医療体制の準備が整わないという理由で、精神保健福祉法の入院が行われることは必ずしも想定されていたわけではない。本来の考え方を押し通すべきであるか、通院処遇の体制が十分整っていないという現状を踏まえて現実的な対応をするか検討が必要などころである。

通院処遇は対象者の住居を中心に実施されることになっているので、どの地域の、どのような地域ケア体制のところかで通院処遇が発生するか予測できないというのが実情である。全国隈なく通院医療体制を完備するのが理想ではあるが、現実的にはそれは不可能であろう。そのように考えると通院処遇開始時や入院処遇からの移行時に、一定期間精神保健福祉法による入院も想定しておいた方が実際的ではないかと思われる。

現在の医療観察法通院処遇中の精神保健福祉法による入院には幾つかの疑問点がある。その入院中、通院処遇は進行することになっているが、期間が限定されていないので、理屈上は通院処遇の最長5年間を超えて精神保健福祉法の入院が続いていても通院処遇は終了されてしまう。これでは本来の通院処遇を行ったということにはならないと思われる。また精神保健福祉法の入院の期間だけは、通院処遇は進行しているのに費用は自己負担とされている。鑑定入院から通院処遇に移行した時、鑑定入院中の費用は公費負担であるのに、通院処遇で精神保健福祉法の入院の時は自己負担となり、退院して医療観察法の通院医療が開始されると再び公費負担でよいという真に複雑かつ整合性のないルールである。このことは入院処遇からの移行の場合も同様である。このようなルールでは対象者も不可解であろうし、医療機関側も対象者への説明に窮することだろう。

これらの疑問点を踏まえて、精神保健福祉法上の入院について1つの提案をしておきたい。まず精神保健福祉法上の入院も通院処遇の1つの特殊形態として規定する。そのかわり期間を例えば2ヶ月に限定して、その間通院処遇は進行するとともに費用も公費負担とする。その期間を超えた場合は原則として通院処遇の進行は停止し、費用も自己負担とする。こうすることで精神保健福祉法上の入院の位置付けを明確にし、医療観察法の処遇全体からみても一定の整合性を確保できることになる。ただ通院処遇はやはり通院で対応すべきものであって、精神保健福祉法上の入院はあくまで一時的なものであるという原則は堅持しなければならない。

D. 結論

通院医療の具体的な進め方について考え方をまとめて関係者の参考に供したことと、通院処遇アンケート調査を実施し、そこから浮き彫りにされた直接通院処遇の問題点を検討した。

まず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が重要である。また通院医療を開始するとき、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。特に直接通院処遇の場合は、できるだけ早めに指定通院医療機関に詳細な情報をもたらされることが不可欠である。指定通院医療機関の初診の時点では、医療観察法通院医療の意義を明確にするとともに以後の通院医療を円滑に進めるために、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必要である。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。

E. 健康危険情報

特になし。

F. 研究発表

なし。

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし。

医療観察法通院処遇アンケート調査実施手順等について

1. アンケート調査の実施手順

このアンケート調査は、以下の手順で実施いたしますのでご協力をお願いします。なお指定通院医療機関に対する調査につきましては、現在指定通院医療機関が未公表ですので、保護観察所のご協力をいただくこととし、保護観察所から対応する指定通院医療機関に対し前もって連絡していただき、本調査にご協力いただける指定通院医療機関にのみ依頼状や調査票等を郵送させていただくことにいたしました。予めご了承をお願いします。

1) 調査者(分担研究者)は現に通院処遇対象者を担当している保護観察所に以下の書類一式を郵送する。

- ① 保護観察所に対する「お願い」
 - ② 指定通院医療機関に対する「お願い」
 - ③ 別紙1「アンケート調査実施手順等」
 - ④ 保護観察所が回答に用いる「調査票」(対象者ごとに1枚。)
 - ⑤ 指定通院医療機関が回答に用いる「調査票」(対象者ごとに1枚。)
 - ⑥ 指定通院医療機関あて送付用の「封筒」(発信者名は調査者)
 - ⑦ 保護観察所からの返信用「封筒」(宛先は調査者)
 - ⑧ 指定通院医療機関からの返信用「封筒」(宛先は調査者)
- 2) 保護観察所においては、指定通院医療機関に対し、調査に対する協力の可否について電話で打診していただく。(打診結果の調査者に対する連絡は不要です。)
- 3) 協力可との返事のあった指定通院医療機関に対し、保護観察所において上記1)の⑥に、②③⑤⑧を同封し郵送する。
- 4) 保護観察所と指定通院医療機関においては、それぞれ回答の上、調査票を調査者に対し直接郵送する。

2. アンケート調査の留意事項

- アンケート調査票は保護観察所および指定通院医療機関それぞれにおいて、対象者1人につき1部記入して下さい。回答にあたって相互に内容を調整される必要はありません。それぞれの機関のご判断で記入して下さい。なお記入方法は調査票をご覧ください。
- その結果、対象者1人につき保護観察所と指定通院医療機関双方から1部ずつ調査票が回収されることとなりますが、集計は保護観察所分と指定通院医療機関分とは別々に行うこととなります。また本調査は個別の対象者毎に両機関の判断の違いを比較するものではありません。

3. アンケート調査結果の報告

- 報告は、個人が特定されない形の設問にしてあるように、個別の対象者についてのものでなく、全体の集計結果について行うこととなります。
- 調査結果は、平成17年度厚生労働科学研究「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」(主任研究者:松下正明)総括研究報告書に掲載されますが、ご協力いただいた保護観察所や指定通院医療機関などにも報告いたします。

4. その他、個人情報保護、お問合せなど

- 調査票は個人が特定されない形の設問にしてあります。またご記入いただいた調査用紙の管理につきましても、調査者が細心の注意を払って保管し、不要になったら適切な方法で廃棄処分致します。
- ご協力いただいた機関名についても了解なしに公表することはありません。またあらかじめ機関名を伏せて調査票をご送付いただいても構いません。
- なお本調査に対するお問合せは、直接調査者に対し行って下さるようお願い致します。

調査者(分担研究者):岩成秀夫(所属:神奈川県立精神医療センター芹香病院)
連絡先:〒233-0006 横浜市港南区芹が谷2-5-1
TEL:045-822-0241 FAX:045-825-3852
E-mail:iwanari.1kic@pref.kanagawa.jp

資料2

医療観察法通院処遇アンケート調査票

<記入方法・留意事項>

- ・ 選択肢については、該当番号に○をつけてください。また（ ）内には、回答をご記入下さい。
- ・ 通院処遇対象者1人につき1部ご記入をお願いします。
- ・ 設問1と設問2の質問項目1.～17.及び設問3と4は保護観察所と指定通院医療機関双方に、設問2の18.～23.は指定通院医療機関に、24.は保護観察所にご回答いただくものです。
- ・ 同一対象者について、保護観察所と指定通院医療機関の双方に答えていただく項目もありますが、回答にあたって相互に調整される必要はありません。それぞれの機関の判断でご記入願います。

ご記入日 () 年 () 月 () 日

設問1 貴施設の種類を教えてください。

- 1 保護観察所 2 指定通院医療機関

設問2 貴施設で扱われた通院処遇対象者についてお尋ねします。

- 性別
1 男性 2 女性
- 年齢
1 10代 2 20代 3 30代 4 40代 5 50代 6 60代 7 70代 8 80代
9 90代
- 家族状況 (血族や婚姻などの親族関係で直接結びついている集団を家族と考えて下さい)
1 家族と同居 2 家族と別居 3 単身者 4 その他 ()
- 住居状況 (事件直前の状況。住居不定は月に2回以上転居。住居なしはいわゆるホームレスです)
1 自家 2 社宅 3 民間賃貸住宅 4 公共賃貸住宅 5 社会復帰施設等
6 住居不定 7 住居なし 8 その他 ()
- 経済状況 (事件直前の対象者の収入から判断して下さい。有職はアルバイト・パート等を含みます)
1 有職・自活可 2 有職・自活不可 3 無職・自活可 4 無職・自活不可
5 生活保護 6 その他 ()
- 重大な他害行為の種類 (複数回答可。5、6、7、8は未遂も含みます)
1 殺人 2 殺人未遂 3 傷害 (全治1ヶ月以上) 4 傷害 (全治1ヶ月未満)
5 強盗 6 放火 7 強姦 8 強制わいせつ 9 その他 ()
- 過去の犯罪歴 (全生活史について事件化もしくは事例化している範囲で判断して下さい。なお重大な他害行為とは6.の1～8に該当する行為をいいます)
1 重大な他害行為あり 2 重大でない他害行為あり 3 他害行為なし 4 不明
- 事件前5年間の行動傾向 (病状によるものも含みます)
8-1 (粗暴傾向) 1 あり 2 なし 3 どちらともいえない
8-2 (性的逸脱傾向) 1 あり 2 なし 3 どちらともいえない
- 精神科主病名 (ICD-10)
1 F0 症状性を含む器質性精神障害
2 F1 精神作用物質による精神および行動の障害
3 F2 統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害
4 F3 気分 (感情) 障害
5 F4 神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害
6 F5 生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群
7 F6 成人の人格および行動の障害
8 F7 精神遅滞
9 F8 心理的発達の障害