

るなど、適切性を考慮されて通院処遇が決定されたとは思えない事例が少なくとも1割前後は存在することが判明した。

通院開始時の対応としては、全体では精神保健福祉法の入院なしで通院医療を開始した者が77人(66%)であり、精神保健福祉法の入院から開始した者が39人(34%)であった。精神保健福祉法の入院なしで通院医療を開始したものは、移行通院87%、直接通院58%であり移行通院に多いことは当然の結果であろう。しかし移行通院でも4人(13%)が精神保健福祉法の入院から開始されていたが、この中には入院処遇で治療反応性がないと判断されたものが2人含まれている。昨年度の調査では、直接通院の場合、半数以上が精神保健福祉法の入院から開始されていたのに比べ、今回はそれが42%に低下していた。これには各地域で医療観察法の手続きに慣れてきたことなどが関係している可能性もある。

精神保健福祉法の入院なしで通院医療を開始した場合の状況であるが、円滑に開始できたものは、全体で84%、直接通院で87%、移行通院で79%と大体8割前後を占めていた。これは円滑に開始できそうな事例を入院なしで開始している可能性もあるので評価は難しいところである。なお開始に手間取る場合は、急に居住地が変わるなど事例により様々であった。

精神保健福祉法の入院で開始した理由(複数回答可)であるが、全体で信頼関係構築が9人(14%)、開始準備未整備が15人(25%)、住居なしが11人(17%)、地域に戻すには問題が14人(22%)、その他14人(22%)という結果であった。移行通院では、さすがに開始準備未整備はなかったが、地域に戻すには問題やその他の割合が増えていた。精神保健福祉法の入院形態では、任意入院32人(82%)、医療保護入院7人(18%)であり、措置入院はみられなかった。移行通院では精神保健福祉法の入院からの開始は4人しかいないが、その内2人が入院処遇で治療反応性がないという理由で通院処遇になっているため、医療保護入院で対応されていた。入院施設については、指定入院医療機関の入院病棟が、全体で79%、直接通院で77%、移行通院で100%であった。直接通院では鑑定入院医療機関にそのまま精神保健福祉法による入院をするというパターンも多かった。

4) 通院医療の状況

続いて18. 通院医療開始時のオリエンテーション、19. 通院医療の主治医、20-1 通院医療開始当初の医療サービス、20-2 調査時点の医療サービス、21-1 通院処遇対象者の全体的経過、21-2 調査時点における精神保健福祉法の入院、22. 通院処遇中の精神保健福祉法の入院のあり方について報告する(図A18~22、図B18~22、図C18~22)。

通院医療開始時のオリエンテーションは、全体として書面で実施が65人(56%)、口頭で実施が39人(34%)、未実施が5人(4%)、その他3人(3%)、不明4人(3%)という割合であり、直接通院と移行通院では大差はなかった。書面での実施が56%と半数を超えており、口頭での実施とあわせると90%において、医療観察法に基づく通院医療であることの説明はされているようである。また主治医については、94%で精神保健指定医が務めていた。

外来診療、デイケア、訪問看護などの医療サービスの提供状況であるが、サービスの種類によって特徴が見られた。外来診療は多くの場合、週1回から開始され時間の経過とともに隔週に移行するという傾向であった。これはほぼ通院処遇ガイドラインに沿う形といえる。デイケアは事例によって利用状況が分かれていた。まずデイケアの場合、利用なしの事例が半数前後存在していた。デイケアは集団活動

であるので、それに馴染まない事例があることやデイケアの方で受け入れに困難を示す場合、あるいは通院が遠距離のため通いきれないという理由もあるようである。一方、デイケアを利用できる場合は、週1日から5日以上まで様々な利用の仕方がみられた。訪問看護については、利用なしは3割前後に減少し、何とか訪問看護は実施しようという姿勢がみえるが、実施しても週1～2回が限度のようであり、週1回未満も少なからず存在した。多くの指定通院医療機関では毎週何回も訪問看護に行けるだけのマンパワーが不足している可能性が示唆された。しかしながら、対象者に合わせて服薬指導、外来作業療法、心理療法、PSW面接など工夫を凝らして実施している様子もうかがわれた。

通院処遇対象者の全体的経過であるが、全体として安定が55人(49%)、概ね安定が37人(33%)、病状など不安定が11人(10%)、その他が9人(8%)という割合であり、直接通院も移行通院も概ね同様の傾向であった。不安定な者が1割を占めていることを、多いと見るか少ないと見るか意見の分かれるところではあるが、一般精神科医療の外来の状況から考えると、まずまずというところではないだろうか。しかし病状により重大な他害行為を行った者という観点から考えると、それらの事例を担当している関係者の気苦労は相当なものがあると推測される。

調査時点における精神保健福祉法の入院については、調査時点で入院中の者が16人(14%)であり、通院処遇開始以降、過去に入院した者は25人(22%)であった。調査時点で入院中が、直接通院で13人(16%)、移行通院で3人(9%)であり、過去に入院が、直接通院で21人(26%)、移行通院で4人(13%)であった。直接通院では42%の者が通院処遇開始以後、精神保健福祉法の入院の経験があることになる。通院処遇中の精神保健福祉法の入院のあり方については、社会復帰調整官が担当事例ごとに回答する形になっているため、多くの事例を担当する社会復帰調整官の考え方が強く反映されることになることに留意していただきたい。結果は、「原則行方べきではない」が0人、「短期間に限定するならば行ってもよい」が34人(32%)、「必要なら自由に行ってもよい」が57人(54%)、「自由に行方べきである」3人(3%)、「その他」12人(11%)であった。社会復帰調整官としては、法的に認められている以上、必要なら自由に行なってもよいという考え方が多くなることは首肯できることである。

5) ケア会議と地域関係機関の連携状況等

最後に23-1. 初診日までのケア会議開催回数、23-2. ケア会議参加施設数、23-3,4. ケア会議の開催頻度、24. 社会復帰施設等の利用状況、25. 地域の関係諸機関の協力連携体制について調査結果を示す(図A23-1~25、図B23-1~25、図C23-1~25)。

指定通院医療機関の初診日までのケア会議開催回数であるが、全体として1回が51人(49%)、0回が25人(24%)、次いで2回が18人(17%)という順であった。0回は直接通院が24人と大部分を占めており、時間のゆとりが乏しいために初診日を過ぎてから正式なケア会議を開催するというパターンもあったようである。逆に2回以上開催された場合は、移行通院が60%(18人)であり直接通院の16%(10人)より明らかに多くなっていた。時間的にゆとりがあることと、入院処遇から通院処遇への移行のための様々な調整のためにケア会議を何回も開催する必要があったものと思われる。ケア会議への参加施設数に関しては、3~5施設が最も多く、あわせて77%(83人)を占めていた。この傾向は直接通院でも移行通院でも同様であった。ケア会議の開催頻度は、開始時は概ね月に1回程度(66人、62%)であり、その後必要に応じて2~3ヶ月に1回程度(63人、62%)開催される場合が多いようである。

社会復帰施設等の利用状況については、利用している者が27人(24%)、利用していない者が86人(75%)という割合であった。これは直接通院も移行通院も同様である。通院処遇の4人に1人が社会復帰施設等を利用していることになるが、コメントで把握できる限りでは指定通院医療機関付設の社会復帰施設なども多いようである。この数字が多いか少ないかは、対象者や地域の状況が正確に分からないと評価が難しいところであるが、重大な他害行為をなした精神障害者として全て拒絶されているわけではないという評価はできるかもしれない。

最後に地域関係機関の連携状況であるが、積極的に協力連携が72人(63%)、ある程度協力連携が36人(31%)、連携協力不十分が5人(4%)、連携協力困難が1人(1%)であった。移行通院の場合は、積極的に協力連携が22人(71%)とさらに増加していた。このように、全体としてある程度以上協力連携体制が確保されている場合が108人(94%)にも達しており、現時点における地域関係機関の協力連携体制は、ごく一部を除いて良好であるといえる。多くの関係機関が新制度の医療に対して協力していかなければならないという気持を持っていることの現われではないかと考えることができる。

6) 通院処遇等に関するいろいろな意見

今回の調査でも、資料2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たが、それに応じて各地の社会復帰調整官より多くの意見をいただいた。通院処遇そのものに関する意見ばかりではないが、できるだけ現場の生の声を伝えるために、幾つかジャンル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。

(1) 医療観察法申立てに関するもの

- ・ 本人は事件後、精神保健福祉法上での措置入院、任意入院後、居住地での通院をすでに行っており、寛解状態を維持しているが、事件後1年近くたってから突然の申立てであったため、保護者ともにとまどいを隠せなかった。また通院処遇になっても、これまで通院していた病院は、指定通院医療機関でないことより、指定通院医療機関で一からの出発であったため違和感があった。しかし本人は通院処遇が進むにつれ、手厚い医療を受けていると感じ、社会復帰への道を身近に感じる事ができたと最近では思っている。
- ・ この対象者は申立て時点ですでに地域で安定した生活を送り、通院も行っていた。措置入院等を経て、すでに社会復帰できている人に、あえて医療観察法を適用させ、社会復帰に向けた支援を行うことに疑問を持った。しかし、対象者には同病の2人の実姉がおり、また身体障害者である実父がいる。世帯構成者が全員支援を要する障害者という家族状況がある。対象者が医療観察法の適用になったことで、それまで多機関がそれぞれの世帯員に行っていた支援の情報が、本人の通院処遇を通して共有されるようになり、世帯全体への支援ネットワークができたことは良かった点ではないか。
- ・ 事件から申立てまで半年を要しており、措置入院から既に退院(在宅)していたため、当初から医療観察法による治療や援助に関する抵抗が根強い。以上の事情からかろうじて嫌々通院を続けている状況であるので、なかなか疾病を受け入れ、事件との関連を認められない状況が続いている。指定通院医療機関の職員が医療観察法に関する研修を受けていない。多職種チーム会議が開催されて

いない。医療観察法、各種処遇ガイドラインを十分理解していない。精神保健福祉法の入院を活用するにしても、医療費の支払に関する負担感が大きく、積極的には受け入れられなかった。

(2) 鑑定や審判・鑑定入院に関するもの

- ・ 鑑定医と精神保健審判員で診断名に相違がある。
- ・ 審判の判定と現実（医療、福祉等の受け入れ体制）が乖離している。
- ・ 審判員しかやっていない医師、鑑定医しかやっていない医師は、その後の処遇を意識せず、意見されるように感じます。
- ・ 鑑定医と社会復帰調整官の意見は入院というものであったが、審判では通院決定となった。鑑定入院医療機関が指定通院医療機関になっていなかったため、決定前に指定通院医療機関への転院調整を行った。重大な他害行為のため家族は決定内容に不満を述べ、自宅への受け入れを拒否すると主張。対象者は暴力に向かう衝動性は強いいため、今後の治療においても衝動性をコントロールするための行動療法的プログラムが必要と思える。この通院医療の治療プログラムについては、内容も乏しく不安が残る。
- ・ 生活環境調査時には、対象者の病状は比較的安定し、今後の通院医療の継続意思、家族による医療継続のための協力意思も表明されていたことから、審判においても通院処遇の決定がされた。過去の経緯では、通院及び家族の協力については表明されるが、一度も継続されたことはなく、今回の通院処遇においても同様の問題が心配されていたが、最近その心配が現実味を帯びたものになってきている。
- ・ 病状は一定程度安定していても、病識や自省について深まりのない状態で通院処遇を開始すると、通院処遇での疾病教育や対象行為への直面化は困難なことが多いと感じる。
- ・ このケースは、本来なら指定入院医療機関が県内にあり、入院治療を行うべきであった。関係機関、指定通院医療機関とも積極的であるが、マンパワーが足りない。クライシスコールを取りこぼす可能性がある。裁判所の通院への期待が大きすぎる。
- ・ 当初審判の事前カンファランスにおいて、同居家族、特に母親の疾病理解の必要性が審判員から提起された。通院決定前に社会復帰調整官にその任が課せられたことにとまどいがあったが、このような場合、誰が（どの機関が）担うかという問題は、法的整備がいるのではないかと思った。
- ・ 対象者は知的障害者であり、処遇決定時、特に目立った症状はなかった。地域の支援体制が整った段階で処遇終了としてもよいケースではないかと思う。
- ・ 「人格障害、投薬不要、要カウンセリング」という判断から通院決定となったケースである。「保護観察なしの執行猶予」ということで申立て当初から合議体は「不処遇はない」という雰囲気でした。現在の主治医の判断は、「人格の偏り程度、治療の必要はない」で、「児童虐待のケースなのだから、児童関係機関が必要な支援体制を組めばそれでいい。しかし関係機関の関わりは消極的なので、本人が再びトラブルを起こす可能性は否定できず、従って処遇終了にはならないだろう」との意見ですが、当職としては処遇終了申立てを検討しています。
- ・ 鑑定入院時妊娠中であり、夫の強い希望で薬物療法が行えなかった。医療観察法鑑定が行えないまま、精神症状の改善もなく2ヶ月が経過。審判期日にて鑑定入院先を変え、新たな鑑定入院医療機

関では無けいれん性電気けいれん療法を施行することで、精神症状も劇的に改善した。その結果通院決定となり、出産に向けた急ピッチの連携を行った。出産前に再度精神症状が悪化することを想定し、前回と同様帝王切開による出産となるため、ECTと帝王切開の療法が可能な総合医療センターへ転院することになり、無事男子を出産した。本ケースは産科と精神科の連携がうまく機能した事例である。

- ・ 鑑定入院中の外泊、3ヶ月目一杯の運用を柔軟に行うべきである。

(3) 直接通院に関するもの

- ・ 入院を経ない通院決定の場合、突然の通院対象者を受け入れる指定通院医療機関に最初から頼ることができないため、クライシスプラン等の全てを保護観察所で作成することになる。
- ・ 当初審判によっていきなり通院の場合、これまで未治療である場合は特に、周囲の疾病理解の点で差がみられる。
- ・ 何度か自宅（事件地）に出向き、本人の荷物の片付け等を行ってきた。病院スタッフや保健所職員の手を借り、本当に少しずつであるが、現実見当識も高まってきているように感じる。直接通院決定では指定通院医療機関側も地域処遇の方向性を出しづらいつころもあり、自立に向けた動きについては、待機的にならざるを得ない部分もあるが、本ケースのように指定通院医療機関側から積極的な方針が出されれば、社会復帰についてもかなり円滑になされ、多職種のかかわりの中から、本人の社会復帰に向けた力を引き出せると思える。

(4) 地域処遇への移行に関するもの

- ・ 本ケースは比較的円滑に地域移行できたが、指定通院医療機関に入院歴があったこと、生活訓練施設の理事長と面識があったことなど、好条件が重なったことが大きかった。また外出の段階で、主治医も含む指定入院医療機関のスタッフと地域処遇のスタッフが、対象者とともに協議できたことが、その後の処遇実施に向けたケア会議に円滑に移行できた要因と考える。今後の対象者についてもこの経験を生かして行きたい。
- ・ 指定入院医療機関が遠方であったため、地域で支援するスタッフが対象者を理解することが困難であった。入院先で細かいクライシスプランを作成したが、地域で生活する中でみえてくるクライシス場面に対しては効果があるとは言えないと感じた。
- ・ 円滑に入院から通院へ移行するためには、たとえ距離が離れていても地域の関係機関が納得するぐらいまで、情報を提供し、面接の場面を設定することが重要であると感じた。
- ・ 入院処遇中に定期評価（3ヶ月に1回程度）を送っていただけるとリアルタイムで治療状況等が把握でき調整計画、処遇実施計画案を作成する上で有効かと思う。
- ・ 精神医療の全体的底上げを実施し、自宅に近いところで医療が受けられるようになって欲しい。

(5) 居住地に関わるもの

- ・ 放火事件であり全焼のため現在も更地である。本人は単身者であるが、こどものころから、その地域で育っており、その場所近郊に住むことへのこだわりを強く持った人である。財産もあり、法定後見人を活用しながら、本人の希望である居住地（他県）への環境調整を行う予定である。
- ・ 生活モデルに則れば、中間施設（福祉ホーム）の利用、指定通院医療機関近郊での居住を経ないで、

居住地に住むことが理想化されるが、この部分については、社会復帰に携わる関係者の意見の分かれるところであった。結局 6 ヶ月を条件に、病院近郊に賃貸マンションを借り、飼っていたネコ 2 匹と同居することになった。本人が事件地周辺に住みたいという強い主張をしたが、付添人の意見を汲みいれながら、次の目標となる住み慣れた居住地に戻ることになる。

- ・ 両親殺害のケースで、自宅はあるが居住させることについて慎重に対応している。通院決定時、本人は今すぐにも帰りたいと主張したが、近隣住民や親族への配慮もあり、即座の帰宅にはストップをかけ、対象行為に対する現実感を高めてもらうため、社会復帰とは自宅に帰るというものではないことを理解してもらえよう、助言、指導している。年内のアパート退院を目指し準備を進めている。

(6) 指定通院医療機関に関するもの

- ・ 指定通院医療機関が遠く、通院にかなりの時間や費用を要する。時間や交通費の件でデイケアも利用できない。病院が増え近くの病院で治療できると良い。交通費等の手当てが欲しい。
- ・ 関係機関との連携が円滑に取れている。遠隔地のため、指定通院医療機関への通院に時間と費用がかかること、病状悪化時の対応が困難。
- ・ 指定通院医療機関が不足しており、通院手段や通院に伴う経済的な負担において、対象者、担当者が負担を強いられている。また、対象者や病院の個別的な事情から、指定通院医療機関を変更した方が良いと思われる場合等においても、変更することが困難な状況にある。
- ・ 指定通院医療機関が地元にはない。通院が本人や家族の大きな負担となっている。
- ・ 指定通院医療機関が少なく、そのため遠方になり、大変困っている。リスクを抱え込む通院医療にしては予算が少ないので整備が必要。
- ・ 指定通院医療機関まで遠く交通費の捻出ができないと言われ、受診を拒まれる。生活保護から通院費用を捻出することは可能であるが、支給されるのが月遅れとなるため、根本的な対策になっていない。
- ・ 手厚い医療であるが、指定通院医療機関が少ないため、すでに対象者が利用していた病院でないことが多々ある。他病院系列の授産施設等を気軽に利用できる体制がほしい。
- ・ 指定通院医療機関が少ない。指定通院医療機関職員の認識不足。研修期間が少ない。
- ・ 通院処遇が、通院処遇ガイドラインを意識したものになったとしても、特に民間指定通院医療機関では、マンパワー等に限界があり、これまで通りの精神保健福祉法下で行われている医療以上のものは期待できない。指定通院医療機関においても、心理（疾病）教育やアンガーマネジメント等実施できる体制にしていきたい。もともと職員にゆとりがないため連絡を取れないことが多い。事件数が少なくても専任 PSW 等（関係機関との連絡窓口）を置ける手当てが必要ではないか。指定通院医療機関の数が少なすぎる。通院すること自体が本人の負担となっており、指定通院医療機関においても、やがて受け入れの限界が訪れると思われる。適切に指定通院医療機関に関する監査を行っていただきたい。他にも多いと思われるが、当民間指定通院医療機関では、コメディカルは院長（指定医）に何も言えない。
- ・ 嫌々通院を続けている状況が続いている。指定通院医療機関の職員が医療観察法に関する研修を受

けていない。多職種チーム会議が開催されていない。医療観察法、各種ガイドラインを十分に理解していない。

- ・ 指定通院医療機関の準備体制、実施体制とも円滑に進んでおり、順調に推移している。

(7) 精神保健福祉法による入院に関するもの

- ・ 通院処遇中の精神保健福祉法上の入院は限定的が良い。
- ・ 通院決定後も指定通院医療機関でもある鑑定入院医療機関に入院しているが、決定当初の精神病症状と比較すると明らかに悪化しており、自宅への退院調整についても病状安定の兆しが乏しいため、任意入院より医療保護入院になった。本ケースのように精神保健福祉法上の入院が長期化するケースもあり、症状の改善を見ないまま、医療観察（地域処遇）終了のケースも出るものと思われる。
- ・ 精神保健福祉法の入院中であるためケア会議等の回数をおさえてもいいと思われるが、当職の声かけ、およびケア会議という話合いの場がないと処遇が進まないと思うため、関わりの頻度をおとせない。
- ・ 知的障害もあり即通院となった。通院処遇となったケースなので、精神保健福祉法の入院をさせることに、通院医療機関の医師が否定的であったため、1日だけ自宅に戻った。必要があれば精神保健福祉法の入院を利用しても、社会的に非難されるものではないことを理解していただくのが難しい。
- ・ 通院処遇中に精神保健福祉法上の入院が必要になった場合、指定通院医療機関が受けるべきなのだろうが、受け入れなければならないという義務まではない。この入院先の調整は、どこの役割なのか、またどこも受けなければ誰がどのような責任を取るのだろうか。実際には、当初審判時は、付添人と調整官が連携して対応。その後は、保健所と調整官が相談して対応している。

(8) 病状や治療プログラムに関するもの

- ・ 指定通院医療機関における社会復帰プログラムは、包括的なパッケージされたものでなければ円滑な社会復帰にはつながらない。指定通院医療機関の治療プログラムは乏しく、通院処遇ガイドラインに書かれたようなものには到達していない。任意入院を経ての直接通院の場合における病院と社会復帰施設の連携と協力が進まないことには、入院（精神保健福祉法上）にばかり期間を要してしまい、社会的入院を生み出す結果となる。
- ・ 社会復帰に向け、各ステージの獲得目標等あれば、処遇が行いやすくなるのではと考えます（個人差はありますが）。
- ・ 全国の指定通院医療機関で共通した、対象者本人・家族に対しての心理教育等医療観察法対象者独自の治療プログラム（特に他害行為に対しての振り返り、他害行為と疾病の関連性等）の必要性を感じた。
- ・ 指定通院医療機関での心理社会教育に係るプログラムは、内省・病識の深まりの維持に必要なものとする。家族が正しい病気の理解と適切な対応の獲得のため、家族教室の実施は重要なものであるが、現状では家族教室をもたない医療機関がある。また行政においても家族教室を行っているところはほとんどない。
- ・ 入院中の治療プログラム、特に多職種のプログラムが必ずしもスムーズに移行される状況にはない。

本対象者は入院という担保された環境下で実施できたことでも、退院後は通院支援が不可欠であり、支援の活用が本人の意欲に影響されることもあって、プログラム導入の対応に苦悩している。

- ・ 指定通院医療機関のデイナイトケアで、心理社会的教育を週2回（各1時間程度）実施しており、獲得した病識・内省の深まりを維持することができている。デイナイトケアのプログラム内に、グループミーティングなどグループワークを実施して、ピアカウンセリングなどの取組みがなされている。家族に対しては、月1回程度の家族教室参加を促し、家族は積極的に疾病について学んでいる。
- ・ 入院処遇後に発達障害が判明。入院プログラム（Sモデル）の導入が困難な状況にあった。通院ベースに移行しても、同様に事件時の「S」症状は軽減し、発達障害が前景にあり、Sモデルでのアプローチでは難しい状況にある。
- ・ 発達障害のため若くしてホームレスとなり、老年期になりホームレス救済を目的とするNPO団体が経営するアパートに放火した事件である。本ケースは、現在の救護施設においても適応力が乏しく、他科受診の際に職員の目が離れた隙に、病院から抜け出しあてどなく歩いているところを2度発見された。いずれも12時間を経っていない時点で保護できたため、生命に関わる問題はなかったが、今後こうした事態が予想されると思える。
- ・ 人格障害的なファクターもあり、入院中から、対人関係（医療スタッフ、観察所）が表面的で根本的な治療介入がなされておらず、疾病の症状のみに対する服薬は遵守されているが、対人的スキルは改善されていない。医療観察法の期間だけの通院になってしまう可能性は高い。妄想性障害の様相であり、日常生活の崩れはない。
- ・ 産後うつ病からの実子への行為。そのため病状は安定しているものの、再びの子育て環境によっては再燃の可能性は高い。
- ・ 通院処遇も1年を経過しようとしているが、精神面は安定している。交通事故による頭部外傷が本件に影響したという考えが強く、精神科領域というよりは高次脳機能障害の可能性が高いため、処遇終了となれば高次脳機能障害の専門医のいる医療機関に変更すべきではないかと考える。
- ・ 依存症や知的障害を有する対象者に対して、強制的に治療を受けさせることが有効なのかどうか、難しさを感じています。
- ・ 対象行為時の精神症状は改善しており、精神科薬の処方についてもごく少量で症状は安定しているが、対人交流等、生活面での退行が目立ち始めており、現在の救護施設から、将来は老人保健施設への入所が方向付けられるものと想定され、医療観察法の処遇終了の時期を3年以内で行うことを検討している。

(9) 家族関係・対人関係などに関するもの

- ・ 家事等への参加がなく、実父からの不満を抱え込んでしまうため、中期通院医療に移行時、家事援助として、2週に1回の訪問看護を開始し経過を観察中。父親との関係改善が本人の病状改善につながると考え、精神保健観察を実施中ですが、自立支援法や精神保健福祉法にかかるサービス利用を促しても父親の反対にあってしまう状況である。父親と調整官、各関係機関との信頼関係も必要であると考えます。

- ・ 本ケースは、実子への殺人、自宅への放火未遂の行為であり、事件後に家族崩壊するが、元夫との心理的つながりが持続しており、適度な接触があるため、支援者側に陰性感情が少なからず見られる。また本ケース自体の贖罪意識と病理性とが絡み合って、自殺傾向が高く、関係者一同対応に苦慮している。
- ・ 地域が閉鎖的であるため、情報の取扱いに留意している（所轄警察から問合せあり）。家族が積極的に関わるが、あくまでも関係機関の関わりを薄くしたい意味合いが強く、全体的に拒否が強い。病氣への理解という点においても、アプローチはしているが、未だ乏しい。
- ・ 家族に大きな問題をもつ人物がいる場合に、家族機能に反映されてくる。この対象者の母親は、妄想性？人物誤認がある。対象者の替え玉が対象行為をした。起訴前鑑定は替え玉が受けた。入院処遇中も面会時に様子が違ったことがあり、替え玉だったなどと述べる。

(10) 社会復帰施設・就労などに関するもの

- ・ この対象者は、入院当初は社会復帰施設への入所を希望していたが、医療観察制度対象者ということで入所を拒否された。いわゆる専門施設の中にも社会復帰を妨げる要因があると感じた。
- ・ 現行の地域の社会資源を用いて対象者の社会復帰を行うには、制度的枠組みの弱さや受け入れ施設を含む資源の量的少なさが問題となる。今後も現在の精神保健福祉法及び関連制度による社会復帰のみを目指すのであれば、公営の入所型リカバリーセンターが必要となる。
- ・ 通院決定時、家族との関係から入所系の施設を利用。施設入所当初の段階から、家族との面接など積極的に調整した結果、本人との関係性が改善し、自宅で生活することができている。自宅での生活開始時から、小規模通所授産施設を利用。本調査以降、同授産施設通所を増やし、就労を目的として関わってもらっている。保健所保健師の訪問指導も定期的を実施している。地域関係者との連携については円滑に行われていると考えられる。
- ・ 今後は就労について考えていく予定であるが、就労先に医療観察法の対象であることを伝えたくて就労した方が良いかどうか検討中。どちらが良いか悩んでいます。
- ・ 医療の占める割合が大きいように思われます。当初だから仕方ないかもしれませんが、もう少し社会復帰に向けた支援の割合を増やす必要があると思われます。
- ・ 就労については中期通院医療に移ってから考慮していく予定である。
- ・ 対象者は本件前まで就労していたため、今後は病状の安定が続けば、就労に向けた援助を行っていくと思っています。指定通院医療機関側は、どちらかといえば再犯予防的な考えが強いように感じられる。
- ・ 元々生活能力はある程度あり、事件前に就労することもできていた。対象者の就労への意欲は本制度による関わりが始まったときから高く、現在もアルバイトで就労している。対象者は正規採用としての就労を希望しており、ハローワーク等に通っているが、常に本制度の枠組みを理解し、外来日や訪問看護の日を気にしながら仕事を探しているため、なかなか見つからず、もどかしさを感じているように思える。どの時点のどれぐらいの状態で本制度によるかかわりを減らしていけばいいか、手探りの状況である。

(11) ケア会議や地域の連携体制に関するもの

- ・ 地域処遇の受け入れ体制を整えるためには、本法に対する各関係機関の理解や協力に負うところが多く、事例を積むことで各役割が発揮されるものだと痛感している。なお、ケア会議開催の日程調整に苦慮している。
- ・ 対象者だけでなく、その同居家族の精神状態が対象者の病状に大きく関係するため、ケア会議のメンバーが多くなってしまった。今後は身動きのとりやすいケア会議の体制を検討していきたい。
- ・ ケア会議開催を4回と回答しているが、初めの1回は入院回復期移行期のCPA会議の内容を伝達する目的で開催した(情報共有開始)。参加機関を県保健所、同精神保健福祉センターの2機関にして周知を図り、平素の医療観察制度への消極姿勢を是正してもらえばよいという期待も抱いたが、両機関の消極姿勢はその後一貫して変化はみられない。その後のケア会議から参加し、実際に地域処遇援助を開始した市町の機関が実働している現状である。県保健所の参画は形式的参加もやむなしとして進めないと、対象者処遇に影響が出るおそれがあるという地域事情である。
- ・ 通院医療においては、主治医に在宅医療についての相当な見識が求められていると思う。すべてをケア会議で方向決定という硬直した理解に行かないことも時には肝要であり、従来医療の主治医のトップダウン形式をうまく活かせるような場としてのケア会議が機能する必要がある。連携機関によってダイナミクスも多種多様になり、常に一定の配慮が必要である。
- ・ 過去に複数回の入院歴があったが、通院の経験が皆無に等しく、病気への理解が乏しいままでの当初審判での通院が実現できるか懸念された。しかし円滑に通院できていることは、ケア会議で関係機関が対象者の特徴をよく理解して(特に地域保健所の担当者)情報共有していること、それぞれの機関の援助方法に関しても、相互に自由な意見交換が行われていて、連携体制が確保されていることが、対象者本人の安定した通院を可能にしている。ただし、慎重にすべしとして、計画されていた就労について、対象者本人が時間を経るとともに、就労希望を強く出してきて、ケア会議で認める方向性を出した。就労活動において、思うようにいかない困難な現実に直面しつつある対象者へのサポート課題が生じてきている。対象者は保護観察付の執行猶予中の立場でもあり、保護観察官への本人理解への調整も加えており、保護観察官を通じて地域の保護司の理解も得ているので、地域の受け皿のひとつにもなっている。
- ・ 精神保健観察とは何か、地域に理解してもらうことが困難な場合がある。
- ・ 地域が主体的に対象者とかかわりを持つことに戸惑いを感じている。少ないマンパワーで、地域で積極的に対象者と関わるのが困難である。指定通院医療機関からの情報が少ない。さらに地域の不安が主治医に届きにくい場合がある。
- ・ 本人が社会復帰への第1歩を踏み出し約3ヶ月が経過するが、全体的には関係機関を含め丁寧に処遇を展開している感がある。将来的な課題としては、処遇終了申立てのタイミング、及び地元関係機関への橋渡しをいかに行うかイメージしづらいところがある。
- ・ 関係機関と本人・家族との連携は円滑に行われている。家族の指導について、家族側が積極的に指導に従って対応している。
- ・ 病状悪化時の往診や、精神保健福祉法の入院を受け入れる体制等が整っており、安定した通院処遇

が実施できている。

- ・ 子供を道連れにした無理心中事件であり、本人に関わる関係者は自傷行為の延長とみる傾向がある。しかしこども関係機関は子供の立場に立ち「児童虐待の最たるもの」との認識を持って、本人の養育能力をはかり、指導する必要があると思われるが、本法の支援体制があるためか、対応が消極的である。
- ・ 医療観察法の対象者についても、他の精神障害者と同様、まずあたりまえの地域処遇がなされるべきであるということが、なかなか地域関係機関に理解されない。制度に対する理解が乏しかったり、制度の必要性を感じていなかったり、という理由もあると思われるが、あたりまえになされているはずのことが、通常なされていない可能性も高いと思われる。人手不足等各機関の事情があると思われるため、できてないこと探しをするのではなく、それぞれの事情を汲みながら、できることを考えて行きたい。
- ・ 広汎な問題を抱えつつ在宅生活をする対象者への援助には、精神保健観察という枠を超えるほどに相当の労力がかかる（この対象者は、こどもが安定した就労をしない等の問題も抱えている）。地域生活に関わる援助の方式を、行政機関は新たな枠組みとして構築し、住民サービスの視点を培って欲しいものである（個々の相談員の熱意などでサービスの質や量が決まるのではなく、最低ラインなりを設定するべきではないかと思う）。そうした整備の上こそ連携体制が機能できるものとする。
- ・ 地域処遇の段階になり、医療機関の方針が十分飲み込めない事態が、母親（家族）並びに地域関係機関（市主管課担当官）に見られて、調整官のかかわりに時間とエネルギーが割かれている。
- ・ 地域処遇を担うはずの行政機関が、これまでの精神保健福祉法上の業務が措置入院など、入院に向ける援助を主たる業務としていた実情があるので、退院後をケアする発送が乏しく、とまどいが隠せないようである。本法による地域処遇の体制が浸透するまでには、相当の時間がかかるのではないかと思われる。それまでの経過措置的な対策、手当てをかんがえなければならぬと苦慮するが見出せない。厚生労働省サイドからのご援助を請い願うばかりである。
- ・ 医療観察法対象者ということで、関係機関が手厚く関わっていることは、対象者やその家族にとって助かることだと思うが、あまりに手厚すぎると感じる時もある。
- ・ 対象者に対する働きかけ方や対応方法が関係機関によって異なってきている。多職種間だけでなく、多機関の間での意見の違いをどのように扱っていくかが課題と思っています。
- ・ 夜間・休日の緊急時の体制、合併症対応について体制に不安を感じる。
- ・ 鑑定入院中に限らず、指定入院医療機関においても合併症の治療が必要となるケースが多々あると聞いている。各都道府県単位の最低1ヶ所のバックアップのための総合医療センターが望まれる。

(12) 通院処遇の継続・終了・(再)入院に関するもの

- ・ 本人、両親ともに早期の処遇終了を望んでいるが、担当医は医療観察法の対象者だからもう少し様子をみないと両親の考えが一致していない。社会復帰調整官としては、両者の板ばさみ状態となり、難しい立場で通院処遇を継続しており、その対応に困惑する場面があるのも事実です。
- ・ 対象者が高齢であり、今後は介護保険等の利用が必要となってくる。このような高齢の方を対象と

した場合、この法による社会復帰とはどこまでが目標となるかが難しい。

- ・ 通院開始から約6ヶ月が経過したが、継続した医療、内服の必要性は理解でき、必要なときに援助者に相談することもできている。家族も積極的であり、今後の医療継続に関しての問題はない。病状も落ち着いており、精神保健福祉法で十分やっていけそうだが、処遇の終了をどの時点で行っていくのか難しいと感じています。
- ・ 知的障害が主な問題であり、精神科の薬は殆ど出ていない。知的障害者サービスにつないで早期終了をイメージしていたが、内科（高脂血症）、婦人科（月経不順→貧血）の問題があり、それらが安定するまで半年を要した。現在は知的障害者サービスの利用を開始し安定しているため、通院決定から1年になるケア会議で処遇終了を検討し、2ヶ月程度見守って問題なければ終了申立て予定である。
- ・ 処遇終了のあり方に悩むところがある。全員が納得する形はあるのだろうかと思わされることがあった。
- ・ 本ケースのように精神保健福祉法上の入院治療を行っていても、症状が改善しない事例では、法59条（再）入院申立てについて、指定通院医療機関の意見が書かれるようであれば、再入院申立てをしていいのかが悩むところである。
- ・ 現在とても安定した状態で通院処遇が経過しており、社会復帰施設（授産施設、福祉工場）の利用の検討がされている。現状が続くのであれば、今後処遇終了についても検討する必要があると考えている。その時期、判断の基準について考えているところである。処遇終了の時期について、個別事例ごとに考える必要があると思うが、その判断はとても難しい点であると感じる。

(13) その他

- ・ 対象者には20歳以上年齢差のある恋愛中の方がいる。現在は対象者の良き支援者として関わってもらっていて、施設退所後は同棲するつもりである。恋愛については自由であり、今後どうするのか協議が必要である。
- ・ 内服薬の副作用として、手指振戦や呂律の乱れがあり、本人も気にしている。担当医には報告しているが、処方薬について意見が及ばない立場である。まだまだ医師の領域への影響を及ぼすほどの力が足りないと感じました。
- ・ 医療観察法における援助の体制は、関係機関が連携し生活環境を整え、治療においても手厚い濃厚な治療が求められる。今回の対象者は解離性障害、アルコール依存症であり、飲酒しても生活の場が保証され、トラブルを起こしても、施設を強制退去し住居不定にさせることは困難であり、そのことが本人の自己責任を追及し反省させることを困難にさせ、結果的には関係者が、問題を起こさせないよう配慮する方法となり、援助が却って本人の依存を助長させ、関係者を使い分けては自分の要求を推し進めることになり、自己中心的な生活から、他の入所者とのトラブルとなり、暴力事件として発展した。
- ・ 精神医療全体の底上げにはつながりにくいことを痛感させられている。やはり精神医療全体の意識改革や制度整備が必要など多いと思われる。
- ・ 対象者が外国籍であるため、調査及び処遇に際し当初は通訳（保護観察所の予算）を要する場面が

何度かありました。処遇の進行とともに日本語はうまくなっていますが、ストレスが高じた時など再び通訳を要することも想定されます。仮に本制度による入院処遇となった場合に入院プログラム（特にグループワークなど）は外国人にどこまで対応できるのか疑問が残ります。

- ・ 制度施行後 1 年半近く経過したが、合議体や審判関係者はもちろん、地域関係者も制度運用に慣れていない、あるいは初めてという人も少なくありません。そんな中、当初審判において通院決定となった本ケースの生活環境調査過程においても関係者とのやり取りの中で「ケア会議」という文言の混用（ないしは誤用）が何度かみられました。調査は法的にも処遇をする期間ではないので、今後も適正な当初審判のあり方及び生活環境調査のために用語の正確さには配慮していきたいと思っています。
- ・ 対象者の子供に対する児童福祉上の課題により、早期から地域の関係機関（保健所・児相）の訪問活動が始まり、地域の本人に対する理解も比較的円滑になされた。

7) 処遇の終了及び（再）入院事例

(1) 処遇終了事例

表 2 処遇終了事例

処遇終了事例	1. 性別	2. 年齢	3. 重大な他害行為	4. 精神科主病名	5. 通院処遇の期間	6. 処遇終了後の対応
①	男性	40代	強制猥褻	統合失調症	10月	指定通院医療機関に通院
②	男性	50代	殺人未遂	統合失調症	0月	その他(死亡・身体合併症の終了を含む)
③	男性	60代	傷害(1月以上)	統合失調症	9月	その他(死亡・身体合併症の終了を含む)
④	男性	80代	傷害(1月未満)	器質性精神障害	8月	新たな医療機関で治療
⑤	女性	30代	殺人	統合失調症	10月	その他(死亡・身体合併症の終了を含む)

平成 19 年 1 月 15 日の調査時点での処遇終了事例は 5 人であった。3 年間の通院処遇期間を待たないで終了になった者であるため、いわゆる処遇終了の要件を一応満たしての終了は事例①のみであった。しかし調査票 A における調査時点の通院ステージ（図 A11-2）では、すでに後期通院医療に入っている者が 5 人存在しているので、今後は通常の処遇終了も少しずつ増えていくものと思われる。

ただこの 5 人の中に自殺の事例が 2 人含まれていた。他害行為者の中に、自殺念慮や自殺企図がみられることは良く知られている事実であり、この 2 事例についても十分注意が払われていた中で発生したものであろう。今後はこれらの事例を含めて、不幸な転帰をたどった事例について、改めて事例検討を行うなどして、より適切な通院処遇が行われるよう経験を蓄積していく必要がある。

(2) (再) 入院事例

表3 (再) 入院事例

(再)入院事例	1. 性別	2. 年齢	3. 重大な他害行為	4. 精神科主病名	5. 通院処遇の期間	7. (再)入院の理由
①	男性	30代	傷害(1月未満)	統合失調症	8月	精神症状の悪化のため
②	女性	40代	殺人未遂	統合失調症	0.25月	精神症状と社会復帰阻害要因の悪化のため

調査時点における医療観察法の(再)入院事例は2人であった。通院処遇になったからといって全ての対象者が安定的な経過をたどるわけではないので、病状の悪化等があり通院で対処できないときは、短期間の場合は精神保健福祉法の入院で対応する場合もある。しかし、ある程度長期の治療が予想される場合は、医療観察法の(再)入院の利用も図っていくべきであろう。調査時点において病状の不安定などの理由で少なくとも16人の対象者が精神保健福祉法の入院をしていたが(図A21-2)、その中からも必要があれば(再)入院の事例が出てくる可能性もある。

8) 考察

医療観察法が施行されてから1年以上が経過しているが、その間当初問題となっていたが徐々に改善しつつある問題や、依然として解決が不十分な問題、あるいは今後予想される問題など、今回のアンケート調査でもある程度判明してきた。それらの問題点について幾つかにテーマを絞って考察する。なお、通院処遇中の精神保健福祉法による入院の問題と、通院処遇判断の適切性の問題は章を改めて検討、考察することにした。

(1) 指定通院医療機関確保の問題

今回のアンケート調査の自由記載の中で最も指摘や要望の多かった項目の1つである。医療観察法施行前から課題とされ、施行後も常に課題であり続けている問題点であるといえる。

現状のままで数を増やそうとすればいずれ質の低下を招く可能性があること、しかし今のままでは、地域によっては遠距離とか長時間という理由で、デイケアや訪問看護などが十分実施できないだけでなく、外来診療さえ必要な頻度で実施できるか危ぶまれるという状況が続くことになる。とくに急速な病状悪化などの緊急時での対応が円滑に行えず、不測の事態を招くことなども懸念される。現状のような医療機関の使命感や好意のみでは今後も大幅な改善は期待できないと思われるので、この通院医療を受け入れることで医療機関にとって大きなメリットがあるような対策が必要になるだろう。

この通院医療を十分適切に実施しようと思えば、医療機関としては多くの人手と時間がとられる。基本的にはこの点、つまり必要な人員配置をカバーできるような予算的措置が採られることが、やはり最も重要と考える。通院医療に必要な人員配置が可能になれば、指定通院医療機関を希望する医療機関も増えるであろうし、医療観察法の通院医療で必要とされる、信頼関係を軸にした多機関・多職種によるチーム医療を展開し、標準化された評価に基づいた手厚い医療を実施していくことは、その医療機関の質の向上につながり、その評価を高めることになるだろう。この通院医療に携わることが、医療機関の医療の質を向上させ、その評価を高めることにつながるような制度設計が必要と思われる。

(2) 当初審判における直接通院処遇の問題

医療観察法施行後、半年前後までは、当初審判における直接通院処遇が予想以上に多く発生したことに加え、社会復帰調整官や指定通院医療機関もまだスタートしたばかりで通院処遇の実施に慣れないこともあり、各地でかなり混乱や戸惑いが見られていた。そのため信頼関係構築や通院医療の開始準備未整備などの理由で、対象者の半数以上が精神保健福祉法の入院から開始される状況であった。しかも指定通院医療機関の数もそろわなかったため、鑑定入院医療機関にそのまま精神保健福祉法の入院を行う事例も少なからず存在した。

しかし今回のアンケート調査では、直接通院における開始時の精神保健福祉法の入院は 42%に低下していた（図 B13）。施行後の殆ど全ての対象者を含む調査であるため、昨年度の調査（平成 18 年 2 月 10 日）以降の事例においては、開始時の精神保健福祉法の入院の割合はさらに低下しているものと推測される。その理由として、施行後 1 年半以上が経過した現在、関係機関もこの通院処遇に大分慣れてきて、精神保健福祉法の入院を経ないでも通院医療を開始できる者はそのように対応するようになってきたことなどが考えられる。ようやく当初の混乱・試行錯誤期を経て、一定の方式が定まりつつあるようにも思える。

(3) 入院処遇からの移行の問題

今回の調査では、入院処遇からの移行が 32 人（28%）あることが確認された（図 A11-1）。この移行通院群は今後も増加することが確実であるので、その内容や動向が注目されるところである。

移行通院群は対象者のバックグラウンドから見ると、男性、30 代など壮年期、別居や単身者、経済的困窮、殺人と強盗、統合失調症圏、発達障害や人格障害の問題などが増加する傾向にあることが分かった。このような特徴を有する移行通院群への対応として、直接通院群の場合と最も異なる点は、指定通院医療機関の初診日までのケア会議の開催回数であった。2 回以上開催される場合が 60%を占めていたが（図 C23-1）、これは 1 つには指定入院医療機関と指定通院医療機関が異なるためにその調整が必要であることと、上記のような特徴をもつ対象者に対して十分な打合せや信頼関係の構築が必要であると判断されたためであろう。ただ事前の対象者との面接やケア会議への出席は、とくに遠距離の場合、指定入院医療機関にもかなりの負担になっており、今後の対策が必要になってくるかもしれない。

(4) 通院医療サービス提供上の問題

外来診療やデイケア、訪問看護などの医療サービスの提供のあり方についても検討を要する問題点がある。それに関わる要因として、対象者の属性とともに、指定通院医療機関の分布の問題、それぞれの医療サービスの特徴に関する問題などがあげられる。

指定通院医療機関の分布の問題は、前述の確保の問題とも関連する。遠距離、長時間のため必要な医療サービスの回数を減らさざるを得ないケースが出ていることも現実である。とくに通院や訪問にかかる交通費は自己負担が原則であるので、遠距離の場合、相当な金額になるため、サービスを大幅に縮小せざるを得ないことになる。そのようなケースについては、一定の交通費の補助などの対策が必要ではないだろうか。

医療サービスの特徴については、デイケアは集団活動であるので対象者にとって向き不向きがはっきりしている。それに替わるものとして、1 人でもできる外来作業療法などの導入も必要となる。訪問看

護は地域生活支援や医療の継続に必須と思われるが、これを頻回に実施するには医療機関側のマンパワーが必要である。しかし今回の実態調査で多くの医療機関では多くて週 1~2 回が限度であるという実情が明らかになった。現在のところ、社会復帰に向けての通院医療のプログラムは、効果が実証された定まったものがあるわけではない。現在は、対象者や指定通院医療機関の実情に合わせて、適宜各医療サービスを実施している形になっているが、この通院処遇を実効性のあるものとするためには、本当にこのままでいいのかという疑問は出てくるものと思われる。

(5) 通院処遇に必要な治療プログラムの問題

アンケート調査の自由意見でも記載されているように、社会復帰のためのプログラムとその前提となる司法精神療法や認知行動療法の治療プログラムなどが必要となろう。直接通院がこれほど多いと入院治療におけるこれらの治療プログラムを経ないで通院処遇を続けている対象者が相当数になるので、内省・洞察の獲得を目標にした司法精神療法や、アンガーマネジメントなどの認知行動療法が通院医療の中でできる方策を講じる必要がある。移行通院の場合もこれらのプログラムを適宜実施してブースター効果が得られるようにしておくべきであろう。今後は通院医療でも可能なこれらの治療プログラムの作成と実施体制について具体策を検討する必要がある。

また社会復帰プログラムは、医療観察法の目的が社会復帰の促進であることを考えれば最も重要なものであろう。地域の様々な事情や指定通院医療機関の体制などもあり、一律のプログラムを作成することは困難であろうが、現在の通院処遇ガイドラインよりは到達目標を細かく明示した社会復帰プログラムを提示することが求められている。

(6) ケア会議や地域の関係諸機関の連携の問題

ケア会議は開始当初は月に 1 回程度開催され、やがて 2~3 ヶ月に 1 回程度の開催頻度になることが今回の調査で判明したが、ケア会議で基本的な方針を定め、それに基づいて個別治療計画を作成して多職種チームで通院医療を進めていくことを考えれば、開催頻度はこの程度になることは首肯できるところである。

地域の関係諸機関の連携についても、一部の地域を除けば概ね良好な状態にあることが分かった。まだ医療観察法の医療が始まったばかりであることを考えると、今後この良好な状態をいかに維持していくかが重要となるだろう。関係諸機関のモチベーションが低下しないよう随時事例検討会や司法精神医療の勉強会を開催するなどして、良好な協力連携体制を維持していく必要がある。

2. 通院処遇中の精神保健福祉法による入院の検討

医療観察法通院処遇中の精神保健福祉法による入院は、主として一時的な病状悪化等の場合に利用されるものとして想定されていた。しかし医療観察法が施行されるや当初審判による直接通院決定が予想以上に多発し、対象者との信頼関係も不十分であることや、情報不足と通院医療の準備不足などから、現場では半数以上の対象者について精神保健福祉法の入院から開始せざるを得ない状況であった。

その後、医療観察法の医療の流れを考えると、鑑定入院から通院処遇、入院処遇から通院処遇など処遇のつなぎ目において、ほとんどの場合、医療機関が替わることが改めて現実となり、精神保健福祉法による入院の位置付けを再度検討すべきではないかという意見が多くなってきている。この章では、精

精神保健福祉法による入院について現状を報告し、法的側面、医療的側面、及び対象者の視点などから検討を加え考察してみた。

1) 通院処遇中の精神保健福祉法による入院の現状

前章の通院処遇アンケート調査から、精神保健福祉法による入院に関連する結果をまとめてみる。まず通院開始時の対応としては、精神保健福祉法の入院から開始した対象者は 39 人 (34%) であった。その内訳は、直接通院 35 人 (42%)、移行通院 4 人 (13%) であり、通院開始時なら直接通院に多いことは理解できるところであるが、昨年度の調査に比較して直接通院でも 42% に低下していたことは、前述したように各地域で医療観察法の手続きに慣れてきたことなどが関係していると思われる。移行通院でも 4 人 (13%) が精神保健福祉法の入院から開始されていたが、この中に入院処遇で治療反応性がないと判断されたものが 2 人含まれているのは別としても、入院処遇の社会復帰期の最後の詰めをする段階で、対象者の地元の指定通院医療機関で本来の通院医療を開始するまでの準備期間として、精神保健福祉法の入院を利用する方法も考慮する必要があるかもしれない。

調査時点 (平成 19 年 1 月 15 日) における精神保健福祉法の入院については、入院中の者が 16 人 (14%) であり、通院処遇開始以降、過去に入院した者は 25 人 (22%) であった。調査時点で入院中の者の内訳は、直接通院で 13 人 (16%)、移行通院で 3 人 (9%) であり、過去に入院が、直接通院で 21 人 (26%)、移行通院で 4 人 (13%) であった。直接通院では 34 人 (42%)、移行通院では 7 人 (22%) の者が通院処遇開始以後、精神保健福祉法の入院の経験があることになる。さらに通院処遇開始以後、精神保健福祉法の入院経験がある者が 41 人 (36%) いたことになるが、その内 35 人 (85%) のデータから表 4 のような結果が得られた。入院回数については、1 回が 31 人 (89%) と圧倒的に多く、2 回は 4 人 (11%) である。また 26 人 (63%) のデータ

表 4 精神保健福祉法の入院

入院回数	人	%
1 回	31	88.6
2 回	4	11.4
計	35	100.0

平均通算入院期間 (月)	4.3
n	26
最大値	12
最小値	0.25
入院期間 6 月以上	6 人

からは、通算入院期間の平均は 4.3 ヶ月であり、0.25 ヶ月から 12 ヶ月に分布していた。まだ入院中の者が 16 人いるので、さらに伸びる可能性はあるが、平均の通算入院期間は 4~5 ヶ月程度であるものの、通算入院期間が 6 ヶ月以上も 6 人存在した。このように長期に渡って精神保健福祉法の入院を続ける者も出ている現状から、精神保健福祉法の入院について、医療観察法全体の中で整合性ある位置付けを検討する必要がある。

2) 法的側面からの検討

(1) 医療観察法と精神保健福祉法及び刑事司法手続きとの関係

医療観察法 115 条では、精神保健福祉法との関係を下記のように規定しており、医療観察法の通院処遇中に精神保健福祉法による入院が行われることには法的な問題はない。

(精神保健及び精神障害者福祉に関する法律との関係)

第百十五条 この法律の規定は、第四十二条第一項第二号又は第五十一条第一項第二号の決定により入院によらない医療を受けている者について、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の規定により入院が行われることを妨げない。

また医療観察法の施行にあわせて精神保健福祉法の一部改正が行われた。下記のように検察官通報に係る25条1項では、医療観察法の申立てをした者については、通常の25条通報をしなくてもよいものと定めている。但し、同2項では医療観察法対象者でも、特に必要であると認めたときは、都道府県知事に通報すべきことも定められてある。さらに従来の26条に第3項が加えられ、医療観察法の通院対象者にあっても、自傷他害の恐れのある時は、指定通院医療機関の管理者及び保護観察所の長は、都道府県知事に通報することが義務付けられることになった。これを要するに医療観察法が一応優位にあるが、必要があれば精神保健福祉法の入院も可能であること、特に自傷他害の恐れのあるときは関係者に通報義務が課せられていると解することができる。いわば医療観察法での対応が十分できないところを精神保健福祉法でカバーしているという構造になっているものと考えられる。

(検察官の通報)

第二十五条 検察官は、精神障害者又はその疑いのある被疑者又は被告人について、不起訴処分をしたとき、又は裁判（懲役、禁錮又は拘留の刑を言い渡し執行猶予の言渡しをしない裁判を除く。）が確定したときは、速やかに、その旨を都道府県知事に通報しなければならない。ただし、当該不起訴処分をされ、又は裁判を受けた者について、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（平成十五年法律第百十号）第三十三条第一項の申立てをしたときは、この限りでない。

2 検察官は、前項本文に規定する場合のほか、精神障害者若しくはその疑いのある被疑者若しくは被告人又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の対象者（同法第二条第三項に規定する対象者をいう。第二十六条の三及び第四十四条第一項において同じ。）について、特に必要があると認めたときは、速やかに、都道府県知事に通報しなければならない。

(心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者に係る通報)

第二十六条の三 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第二条第六項に規定する指定通院医療機関の管理者及び保護観察所の長は、同法の対象者であつて同条第五項に規定する指定入院医療機関に入院していないものがその精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがあると認めたときは、直ちに、その旨を、最寄りの保健所長を経て都道府県知事に通報しなければならない。

精神保健福祉法には下記のような、刑事事件に関する手続等との関係や医療観察法対象者に係る手続等との関係について触れた条項が設けられている。43条は、精神保健福祉法の入院中であっても、刑事事件や少年の保護処分においては法令の規定する手続（逮捕、勾留など）や矯正施設への収容もできる

ということである。また 44 条は、同じく精神保健福祉法の入院中であっても、医療観察法に基づく手続や処分ができることを定めたものである。

(刑事事件に関する手続等との関係)

第四十三条 この章の規定は、精神障害者又はその疑いのある者について、刑事事件若しくは少年の保護事件の処理に関する法令の規定による手続を行い、又は刑若しくは補導処分若しくは保護処分の執行のためこれらの者を矯正施設に収容することを妨げるものではない。

2 第二十五条、第二十六条及び第二十七条の規定を除く外、この章の規定は矯正施設に収容中の者には適用しない。

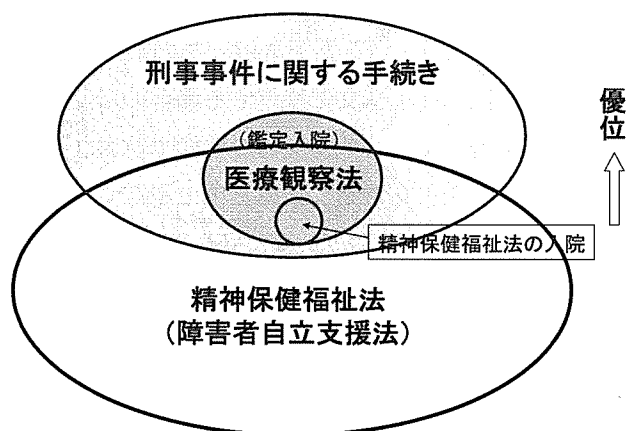
(心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者に係る手続等との関係)

第四十四条 この章の規定は、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の対象者について、同法又は同法に基づく命令の規定による手続又は処分をすることを妨げるものではない。

2 この章第二節から前節までの規定は、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第三十四条第一項前段若しくは第六十条第一項前段の命令若しくは第三十七条第五項前段若しくは第六十二条第二項前段の決定により入院している者又は同法第四十二条第一項第一号若しくは第六十一条第一項第一号の決定により指定入院医療機関に入院している者については、適用しない。

以上のように医療観察法や精神保健福祉法の条文から考えると、刑事司法手続、医療観察法及び精神保健福祉法の関係は、図3のようにまとめることができるようである。刑事事件に関する手続が最も優位にあり、医療観察法もその中的一部分として精神保健福祉法よりは優位におかれているが、医療観察法での対応が不十分なところは精神保健福祉法でカバーできるように設計されている。ただ医療観察法の鑑定入院と、通院処遇中の精神保健福祉法による入院の位置付けが、今のところ必ずしも明確ではないと思われる。

図3 医療観察法・精神保健福祉法・司法手続きの関係



医療観察法の鑑定入院は、現在の法の定めからは医療観察法の枠内に規定されているものであり、刑事司法手続から医療観察法への入り口に当たるものである。ところが医療観察法においては鑑定入院の定めはあっても、なぜか鑑定入院の内容や鑑定入院機関の規定は設けられていない。その後厚生労働科学研究松下班から出された鑑定ガイドラインや、さらに遅れて司法精神医療等人材養成研修企画委員会が取りまとめた「医療観察法鑑定入院における治療・処遇等ガイドライン」などにより、ようやく位置

付けのアウトラインが見えてきたところである。それらによれば鑑定入院中は、鑑定と医療的観察が行われるとされ、医療的観察では現在行われている精神科治療を行うことになっている。また鑑定入院中の処遇は基本的には精神保健福祉法に準じることとされている。つまり現状を追認する形で、論理的には医療観察法の枠内にあつて精神保健福祉法の枠外にある鑑定入院も、精神保健福祉法に準じて行われることになった。とはいえ鑑定入院医療機関に関する施設基準はいまだ策定されておらず今後の課題となっている。

(2) 通院処遇における精神保健福祉法の入院に関する考え方

もう1つ不明確なものが通院処遇中の精神保健福祉法の入院の位置付けである。前記の図4では、医療観察法と精神保健福祉法の双方の枠内にあるように位置付けしたが、医療観察法115条に関して、下記のような最高裁判所事務総局の見解が出されており、入院に要する費用は、精神保健福祉法の規定によるものとされた。

しかし、精神保健福祉法による入院中の通院対象者を担当している指定通院医療機関にあつては、引き続き多職種チームでこの通院対象者の入院医療を見守ることになるので、通院医学管理料は国庫より指定通院医療機関に支払われることになっている。また下記解説の中でも述べられているように、精神保健観察は中断することなく実施され、通院処遇も進行することになっている。つまりたまたま精神保健福祉法で入院中であるが、しっかり医療観察法の規定に従つて処遇されていることから、精神保健福祉法の入院中だけ費用が自己負担になるということは、必ずしも論理的とは言えないように思われる。

本条（115条）は、本法による入院によらない医療を受けている対象者について、精神保健福祉法に基づく入院が行われることが妨げられない旨を規定するものである。

(1) 裁判所の通院決定により入院によらない医療を受けている者については、裁判所が、「対象行為を行った際の精神障害を改善し、これに伴つて同様の行為を行うことなく、社会復帰することを促進するため、入院させてこの法律による医療を受けさせる必要があると認める場合」には、入院決定がなされることとなる（第61条第1項第1号）が、通院患者が自ら病院に入院して治療を受けることを望む場合はもとより、本人の同意はないものの、保護者の同意があつて一定の要件を満たす場合や、通院患者に自傷他害のおそれが認められる場合等、精神保健福祉法上の措置入院、医療保護入院、任意入院等による入院医療を必要とする患者が存在し得るところであり、このような入院医療が行われることを否定する理由はない。

したがつて、このような患者に対して必要な入院医療が提供されるよう、通院患者について、精神保健福祉法上の入院を認めることとされたものである。

なお、精神保健福祉法上の入院をした場合にあつては、精神保健福祉法上の規定に基づく手続き・医療が行われるものであり、入院に要する費用負担も、本法に定める国庫負担は行われず、精神保健福祉法の規定によるものとなる。

(2) このように、通院患者について精神保健福祉法による入院が行われることは、妨げられないことから、精神保健観察中の通院患者が、精神保健福祉法に基づく任意入院、措置入院、医療保護入院等をすることも考えられるが、このような場合であっても、精神保健観察は中断することなく実施され、保護観察所の長は、当該入院先の医療機関の管理者等とも連携し