

することを伝えた。C病院を指定通院医療機関に内定し、その後、C病院と直接協議することになった。

### (3) 衝動性の高さに対する問題解決技法

<導入>で、考え方を変えていくことについて取り上げた。対象者は「そんなことしなくてはいけないのか」と疑問を口にしたが、(成功するために必要なら考え方を変えるというのは?)と聞くと、「それならわかる」と一定の理解を示した。

<止まって考えるステップ>で、自分への言葉がけを行い、衝動的に行動しないことは有効であると理解は示す。カッとなった時には対処が難しいが、具体的にイメージできる人に声をかけられる場面を想像することで、自分を止められそうだと言うので、それを課題とした。

<解決案を作るステップ>でブレインストーミングの練習をした。2つくらいアイデアを出すと、「もうないです」といい、課題を終えようとしたが、(他にも2つくらい出してみても)と介入すると、アイデアが産出でき、出されたアイデアもより適応的なものであった。

<結果の評価ステップ>で、「Bさんの場合は、いい考えは一番後に出てくるみたいだから、よく考えるといいことがありますね」と伝え、衝動的に行動せず、よく考えることを促した。

<計画を立てるステップ>で、すぐの満足を抑えるための対処法の検討を話し合った。「結果を気にしなければいい」、(悪い結果になっても?)「そう」と答え、本人にとってたいいの問題は、あまり気にせず済ませられるように思われた。(Bさんにとって大きな問題だったら?)と聞くと、問題を解決するために「事前に人に頼む」という回答であった。今後は、自尊心に働きかけ、衝動的に行動するよりも、よく考えることの方がメリッ

トがあることを繰り返し伝えることにした。

### その後の経過

入院8ヶ月日本人を交え、CPA会議を実施した。本人は「彼の家に戻る。迷惑はかかるが」と言うが、他人の家への退院はできないことを伝える。調整官より退院する家を探したり、退院の準備のためにC病院への入院の話がされ、本人も「良いです。お願いします。」と言う。C病院のことを聞かれると「措置になったので動けなかった。あの病院はあの病院で楽しかった。」火を点けたことは「2度としない。2度としないためにここに来た。今までで最高に長く病院に入院した。」と語った。

内省について、「かっとなってついやってしまう」という問題が課題であるという認識をもち、アンガーマネジメントを通じて、自分の行動の衝動性を自覚できるようになった。衝動コントロールについては、問題解決技法を通して学習し、ワンクッションおくことが必要であることを理解した。これらのプログラムから、対象行為に対する内省・洞察が深まり、「馬鹿なことをしちゃった。何でやっちゃったんだろう。懲りました。」と再び同種の行為を行わないと述べ、衝動的な他害行為に対しては、「自分にとって不利益」「可能な限り避けたい」という認識をもち、基本的には他害行為に対する積極性・指向性は認めなくなった。社会復帰期において、公共交通機関を利用して院外外出を行い、困ったときには店員に尋ねるなど状況に合わせた行動が実施でき、退院に向けての治療を積極的に取り組んでいる様子が伺えた。

入院12か月で退院し、アパート探しのために指定通院医療機関に1か月以内の短期任意入院した後、単身生活に移行した。退院後、規則的に通院し、衝動行為は見られず、今までで一番安定しているという。

## 6. まとめと考察

対象者は、過去に何回か精神保健福祉法入院をしていたが、威圧的態度で他患にお金をせびったり、注意しても逸脱行為が繰り返され、3か月以内で退院していた。医療観察法の入院後、3か月を経過する前後から衝動行為が多発しており、過去にはこの時期に退院していたと考えられる。入院治療の戦略で、ステージを回復期→社会復帰期と確実に移行し、定められたステップを飛ばさないことにしたことは、治療放棄はしないというメッセージにもなった。医療観察法の豊富な人員配置と多職種チーム医療により、衝動行為への対応がより柔軟になり、対象者を「抱える」ことができた。

対象者の希望は退院であり、その希望に沿った地域調整は重要であり、その際、社会復帰調整官の関与が有効であった。本事例のように過去に衝動行為を繰り返してきた事例については、社会復帰調整官の関与がないと、円滑な地域調整は特に困難であったと考えられる。地域調整の際、対象者の担当多職種チームが地域に出向き、地域関係機関と合議したことは調整上特に役に立った。

地域での受け皿作りと並行して、問題解決技法を実施したことも時宜を得たものだった。よい考えは一番後に出てくるので、よく考えるといいことがあると伝え、自尊心に働きかけたのが有効であった。衝動的に行動するよりも、よく考えることの方がメリットがあることを繰り返し伝えた。この後、衝動的な他害行為は、「自分にとって不利益」「可能な限り避けたい」という認識をもつようになった。問題解決技法やアンガーマネジメントは、動機づけと般化が重要であるが、治療放棄はしないというメッセージによって信頼関係が構築され、動機誘導と般化がなされたと考えられる。

なお、診断についてであるが、情緒不安定

性人格障害衝動型は、心神喪失等の状態を引き起こす精神障害とは一般的には考えられない。本事例の治療経過をもって、情緒不安定性人格障害衝動型の診断で、医療観察法の医療が必要だと判断するのは早計である。

## Ⅶ. 事例8 統合失調症影響下での性犯(強姦)症例

独立行政法人国立病院機構 東尾張病院

精神科医師 吉岡眞吾

臨床心理士 山本哲裕

### 1. はじめに

本症例は統合失調症による幻覚妄想状態の影響下で強姦を働いたものである。医療観察法(以下、同法)の対象行為の中で強姦の比率は低い。その理由について未だ十分な検討はできていないが、少なくとも強制わいせつと比較すれば、強姦行為の成立には計画性や一定の行動遂行能力が必要となることが多いと予測され、刑事責任能力の点で心神喪失等の認定がされにくいと考えられる。事実本症例においても起訴前の嘱託鑑定では完全責任能力の保持が示唆されており、確定裁判にて心神耗弱による執行猶予と決定され同法の申立へと進められた。

本症例は当院同法関係スタッフにとっても強姦を対象行為とする初の症例であったが、我が国の同法対象者全体の中でも同行為により処遇された最初期の症例と考えられる。

そういった状況を背景に本症例の指定医療においては統合失調症の治療とともに、性犯罪者としての性格傾向の把握と評価にも重点を置いた。特に回復期治療の中で性的な関心のあり方について入念な評価を行った。

また本症例の同法処遇に関しては、鑑定人、指定入院医療、指定通院医療の三者ともに当院が担当したために、継続的な関与が可能であった。

## 2. 症例の概要

対象行為時27歳 男性

診断は初発の妄想型統合失調症 (F20.0)

対象行為：強姦

司法処遇：心神耗弱にて執行猶予付き有罪判決

医療観察法精神鑑定：当院判定医（吉岡）が他院で施行

指定入院医療：当院で施行

急性期ステージ3ヶ月、回復期ステージ9ヶ月、社会復帰期ステージ8ヶ月にて経過

指定通院医療：現在当院で施行中

## 3. 症例の記述

### 1) 生活歴

入学までに特記すべき情報はない。国立某大学理学部に現役合格。大学では授業が理解できずつまらないとの理由でよくサボり、単位がとれず4年次に進級の際、1年留年している（この頃から潜在的に発症していた可能性もある）。大学生になってから女友達もでき、性交渉も持った。ほかにも援助交際（買春）をしたり、アダルトビデオを沢山購入するなど性的関心が高かった。

大学卒業時に就職活動に無関心なことに両親は奇異な印象をもつ。1年後に父親の紹介で単純作業（水道メーターの集計）に就職した。

### 2) 現病歴（対象行為の発生をX年とする）

平成X-1年春ごろ、職場の女性に好意を抱いた。その人と恋愛すれば大人になれると考えるようになる。同年秋ごろから口数が減り、呼びかけても返事をしないこともあった。空笑も見られるようになった。

平成X年4月頃幻聴出現し、自分の事を知られているといった気分になる。

同6月初旬唐突に南米に行き、パワーストーン（自分に超人的な能力が備わるはずと

いう魔術思考による）を露天で購入。当時周囲の目が気になり殺される感覚を感じる。

同6月中旬、幻聴から「人を殺さないと大人になれない」と言われ、狙った人に対して自殺するよう念力（対象者はこれを電波と呼ぶ）で攻撃する。

数日後、今度は女性の声で「レイプしないと大人になれない。レイプされた女性も大人になれる」と幻聴が入り、車でレイプの対象を探す行動を始める。

両親が異変を感じ、同6月下旬に某大学病院精神科を受診、離人症と診断され処方されたが服用せず。

5日後に本件対象行為。深夜自分の好みの一人歩きの女性を追跡して、人目のないところで対象行為を行った。直後に次の対象も探すが見つからず断念。

3日後、幻聴で「大変なことをしたな」と聞こえ恐怖心を持って、警察に自首し逮捕された。

### 3) 同法鑑定までの経過

拘置所に拘留中から薬物療法が開始され、ハロペリドール6mgが投与され幻聴は10日ほどで消失。同法鑑定入院中はハロペリドール2.25mgで病態は安定した。

内服はスムーズに行われ拒否はなかった。電気痙攣療法、注射薬、持続性注射は行っていない。

鑑定入院中、陽性症状は認めなかったが、重篤感が感じられず不関的で、既に陰性症状の存在が懸念された。

### 4) 入院時評価

鑑定中に薬物治療により陽性症状が消失したことから、「病気であった」という認識はもっていた。しかし「もう治った」と考え入院治療の必要性を感じていなかった。

鑑定における全IQ：102。知的に高く、認知

行動療法を中心にした治療の導入の可能性が高いと評価された。初発ではほぼ未治療のためあったため治療反応性に期待できると評価された。

#### 5) 急性期ステージ (3ヶ月)

入院当初より幻覚妄想状態は消失しており、陰性症状としての感情鈍麻、エネルギー低下、受身的態度が前面に現れていると考えられた。

治療拒否は無いものの、陽性症状がないことから「対象行為時は病気だったが、自然に治った」と思っており病識及び治療の必要性は感じていなかった。

陰性症状の話題を中心に関わり、以前の自分と比較して現在の状態がまだ治療の必要性があることを理解された。

医療観察法の理解や初期の心理教育を行い、観察法による治療を進めていくことを受け入れられた。

対象行為に対しては「もうしません」という発言は見られたが、真摯さに疑問が残り、女性に対する偏った認知がある可能性も考えられ、回復期で綿密に振り返る事にした。

#### 6) 回復期ステージ (内省1)

まず最初に性的認知のゆがみや対人関係のアセスメントをした(\*1)。その結果性的に強い歪みは見られなかったが、性に対する敷居の低さ、共感性の低さ(相手に無関心)の傾向がやや見られることが評価できた。

対象行為の振り返りを臨床心理士を中心に行った。「対象行為の再構成面接」(Jerome Endrass)を参考にして、「まさにその時にどのように考え行動していたか」を、陽性症状、性欲動、ストレスの面を中心にインタビューしながら、時間の流れを追って書き込んでもらった。

陽性症状による影響により、自分らしい行

動がいかになかったかを考えさせた。平行して、集団の疾病教育を進めながら疾患の特徴を知り、服薬継続の意味の理解を進めた。

- \*1 性的態度尺度：和田・西田 (1992)
- 性暴力の理解と治療：藤岡 (2006)
- 性非行少年の心理療法：針間 (2001)

その書き込みを図1(後記)に示す。

#### 7) 性的アセスメント (抜粋)

【男女の性の営みについて】12歳ころ、友達から教えてもらった。詳しい話は覚えていない。同じ頃、どこかで性教育の本を読んだ記憶がある。

【マスターベーション】13歳ごろから。その頃は毎日。今は1ヵ月に1~2回。最近なぜ減ったのか、わからない。

【マスターベーションの対象】前に付き合っていた女の子とのSEXやアダルトビデオを思い出しながら。同性者や幼女といったアブノーマルな内容を対象としていない。

【風俗業】対象行為の頃、1ヶ月に一回くらい風俗店に行っていた。また援助交際(買春)もしたことはある。

【初めての性体験】同じ学校の19歳の女性。印象は「感動した」と。相手の様子は覚えていない。

【性的志向】女子高生(10代後半)ぐらいの人。アブノーマルな内容のものはない。

#### 8) 社会性アセスメント (抜粋)

【女性関係】これまでに4名の女性と付き合い。別かれるときは自分から他の子が気になって振ることが多かった。振ったときの相手の気持ちはあまり考えず、その時の相手の反応も覚えていない。女性に対し自分勝手な行動を取っていた(約束をやぶるなど)。

【親友】親友は今までいない。親友とは、お互いに尊敬する存在。仲の良い遊ぶ友達はいらる。

【男は女に対してどんな風に振舞うことを期待している?】女性に優しくする。下心を見せない。女性が困ったときに助ける。リードする。

【女は男に対してどんな風に振舞うことを期待している?】優しくする。頼りにする。家にいた方が良い。男に対して「許す」ことが大切。

#### 9) 回復期ステージ (内省2)

たまたま担当看護師 (女性) とフロアで見えていたドラマにレイプシーンが流れ、タイムリーな介入があり被害者の立場に立った視点を導入する事ができた。

外出に際して最終段階では事件地近くまで出向き、振り返りを行った。当初本人は緊張し躊躇したが、事件地が交通の要所であることから対象者自身が退院後近隣に赴く可能性もあり、受け入れていただいた。当日、自分が被害者に会うかもしれないという不安・緊張感があること気付いたことから、被害者も今も傷ついていることを体験でき、自分の責任として今後も治療を継続することを約束できた。

これらの対応から精神症状が再燃しない限り、再犯のリスクは低いと最終的に評価した。

#### 10) 社会復帰期ステージ

対象者は将来公認会計士になりたいという希望が入院当初からあり、勉強もしていたが実際には現在の本人の集中力等を考えると、すぐには困難とスタッフ側は評価した。外泊訓練や作業所への体験外出を行っただけで非常に疲れてしまう体験など踏まえたこともあり、対象者自身それを最終的にステップアッ

プした先の目標とすることができた。

退院後の生活としては、通院及びCP面接の他に、外来作業療法：1日、作業所：1日、訪問1日でスタートする予定で合意され治療計画が立てられた。

そのときの自身の振り返りのために作成したシートの内容を図2 (後記) に示す。

#### 11) 家族へのアプローチ

両親の面会は毎月来院され、退院後の受け入れも当初から約束され、本人への愛情も感じられた。

回復期以降、全家連のテキストなど用いながら、疾病教育や本人との関わり方を学んでいただいた。母親は、薬の必要性を理解する一方、処方が多すぎるのではという不安も持ち、主治医に減薬を求めるよう本人に言わせるようとするなどの行動があった。

感情表出の高さ (高EE) が再発のリスクを高めうること、処方の必要性などを何度も説明し、母親の治療に対する不安は対象者を通さず、母親から直接治療者に相談することもできることを伝えた。

本人から両親に対し、自分の疾病と今後の治療の必要性、及び再発と再犯を防ぐプランの説明をしてもらった。このことにより、両親に安心感が芽生え、治療に関して距離が取れるように変化していった。

#### 4. 今後の課題

対象者の妄想のテーマの基底にあった「大人になる」ということへの心理的なアプローチがまだ十分に達成されていない。ちなみに対象者本人は病気の症状が治まった現在においては、そのテーマは特に重要ではない、と関心を示さない。

また鑑定機関中に陽性症状が消失し安定していることから、指定入院医療の中で心理社

会教育などを施行したものの、再発への危機感が今ひとつ低いことも心配される。さいわい当院指定通院においても、指定入院の主治

医等が継続的に関わることができるために、根気よく治療を続けてゆきたいと考えている。

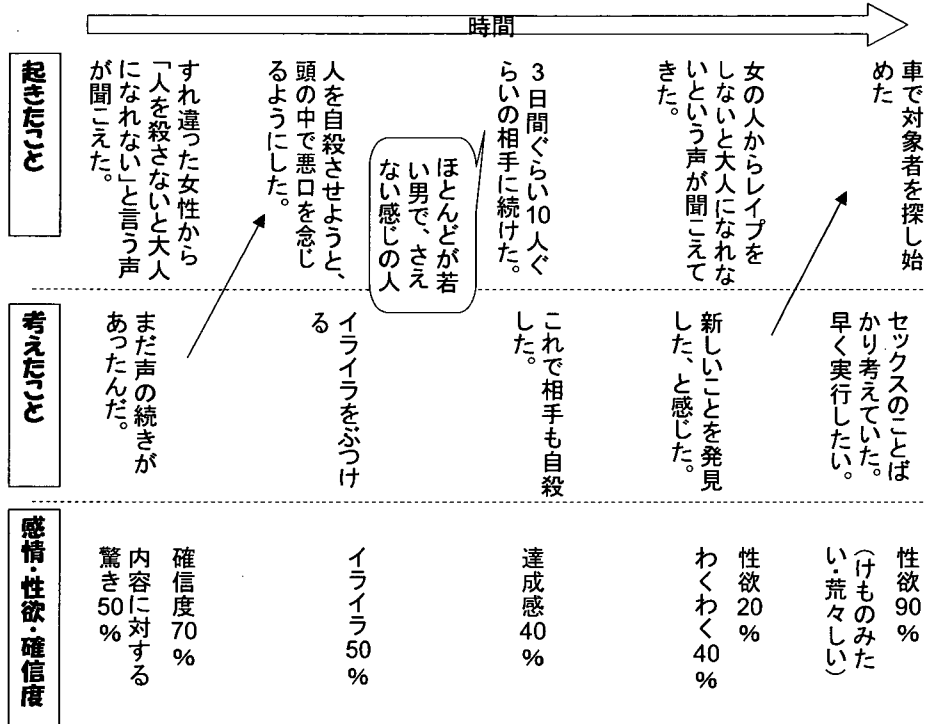


図 1

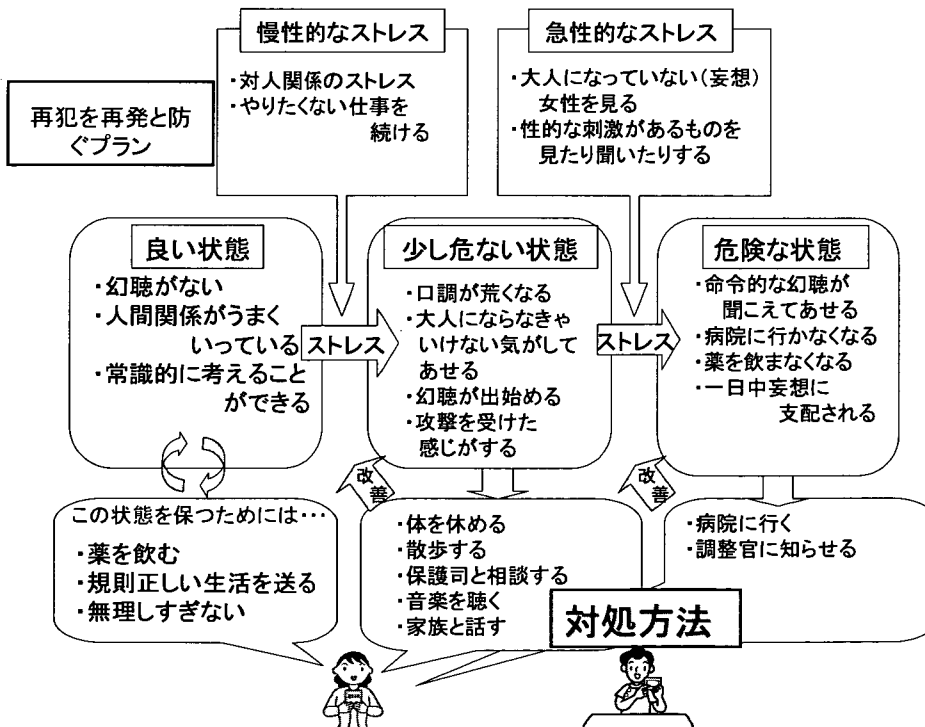


図 2

## D. 考察

平成19年12月末で、937件の当初審判が受理され、846件が終結しており、入院決定は488件（58%）あり、うち101件で退院許可となっている。指定入院を経た通院処遇中の再入院は488件の入院のうち、8事例の提示という手法上の限界はあるものの、指定入院医療機関での医療について共通することがら抽出された。すなわち、裁判所がかかわったことなど制度の枠組みによる効果、全個室の病室など治療アメニティによる効果、社会復帰調整官の存在による効果など制度に伴うハードとシステムのもたらす効果と、多職種チームでの治療など人的配置による効果、共通評価項目をもちいた視点を共有した治療、各種治療プログラムによる治療効果などソフトのもたらす効果との両者が確かに存在していた。また濃厚な関与を継続して行うことができるため、診断が見直されることも、当然ながら生じていた。

治療的な構造が、マンパワーの確保と、MDTによる継続的な関与が継続されることにより担保され、治療的な雰囲気や有する病棟が運営され、治療に混乱が生じたときにはMDT面接等で整理され、花巻病院のマイウェイプログラムのように、対象者を含むMDT面接により、治療メニューがオーダーメイド化されていた。

自己肯定感の促進のため、多くの関与がなされており、対象者にとって、MDTが対決者から信頼できる共感者と変化したときに、根強い対象行為否認が消退することが観察されていた。

喪の作業、対象者自身に生じているトラウマへの意識と関与が、対象者へも必要であり、その手法は従来のPTSDの治療で提示されてきた方法が有効であることが経験されていた。

また性犯罪事例では、精神病状のみならず、性的認知、性衝動、パーソナリティ傾向、トラウマ歴などの基盤特性の標準的査定と、対象行為特異的な治療プログラムの策定の必要性が示唆された。

プログラムは多様であり、指定入院医療機関ごとに開発が進んでいる様子が確認されたが、その適応はMDTが個別に検討し、また開始する時期を選択し、あわせて系統的に運用されており、人的配置がそれを可能としている様子がうかがえた。

疾病否認や内服拒否に関して、倫理会議や弁護士相談などの第三者機関を用いることにより、本人の自尊感情を維持しながら、疾病の受け入れや内服の受容につながった経験が報告された。プライバシーを守りつつも第三者の専門職の関与することは、人権上の配慮のみならず、治療上も有効であることが示唆された。

また入院中にも暴力が生じる事例などには、職員側の陰性感情への介入が必要となるが、それがMDTを基盤とする患者理解の構造により、最小化されていることが示された。

なおこれらの治療構造でも治療が困難となっている群についての検討は課題として残った。

## E. 健康危険情報

なし

## F. 研究発表

### 1. 論文発表

(1) 安藤久美子、猪俣健一、島田亜紀子、水野由紀子、澤恭弘、朝波千尋、野田隆政、樽矢敏広、平林直次、岡田幸之：自らの加害行為によるPTSD類似症状－医療観察法の実施被害例の検討から－。臨床精神医学36（9）1181-1189, 2007

2. 学会発表

なし

**G. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）**

1. 特許取得 なし

2. 実用新案登録 なし

3. その他 なし



厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）

医療観察法による医療提供のあり方に関する研究

（主任研究者：中島 豊爾）

分担研究

## 通院処遇における関係機関の連携体制の構築に関する研究

平成 19 年度

分担研究報告書

平成 20（2008）年 3 月

分担研究者 川副 泰成

国保旭中央病院

平成 19 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）

分担研究報告書

通院処遇における関係機関の連携体制の構築に関する研究

分担研究者：川副 泰成 国保旭中央病院

研究協力者（\*は報告書執筆担当者）：

赤須 知明（国保旭中央病院）	小高 晃（宮城県立精神医療センター）
浅野 誠（千葉県精神科医療センター）	佐賀大一郎（東京保護観察所八王子支部）
荒井 澄子（東京都南多摩保健所）*	佐藤三四郎（東京福祉大学）
石井 利樹（神奈川県立精神医療センター芹香病院）	鶴見 隆彦（横浜保護観察所）
伊藤順一郎（国立精神・神経センター精神保健研究所）*	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）
岩成 秀夫（神奈川県立精神医療センター芹香病院）*	原澤 祐子（神奈川県立精神医療センター芹香病院）
岩間 久行（神奈川県立精神医療センター芹香病院）	平林 直次（国立精神・神経センター武蔵病院）
遠藤 真美（水戸保護観察所）	深谷 裕（国立精神・神経センター精神保健研究所）*
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）
岡江 晃（京都府立洛南病院）	美濃由紀子（国立精神・神経センター精神保健研究所）
籠本 孝雄（大阪府立精神医療センター）	茂木 健一（神奈川県立精神医療センター芹香病院）
葛山 秀則（兵庫県立光風病院）	八木 深（国立病院機構東尾張病院）
香山 明美（宮城県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）
川畑 俊貴（京都府立洛南病院）	山本 哲裕（国立病院機構東尾張病院）
菊池安希子（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）
桑原 寛（神奈川県精神保健福祉センター）*	分島 徹（東京都立松沢病院）

研究要旨

医療観察法の施行後2年以上が経過したが、通院処遇については施行当初は当初審判で通院処遇になった対象者（直接通院）が多かったものの、その後は入院処遇から通院処遇に移行した対象者（移行通院）が増加し、処遇終了に至った対象者も出てきた。本研究は現に通院処遇を行っている各関係機関からのヒアリング等に基づいてその後の実情を把握した上で相互の連携のあり方について検討し、具体的には通院処遇において発生し得る個別の問題を解決するための方法論を明らかにしようとするものである。

3カ年度の2年度目に当る今年度は、4つの研究課題について報告する。「通院処遇の全国的な実施状況」については、前年度に引き続いて全国の保護観察所に対して実施したアンケート調査の結果をまとめて推移について検討した。「地域処遇にかかる行政関係機関の役割と連携体制」として、東京都と神奈川県内の関係機関に対して行なった聞き取り調査の結果をまとめた。「医療観察対象者の家族支援」では、通院処遇対象者の家族に対してインタビュー調査を行った結果をまとめた。最後に「処遇終了と関係機関の連携に関する予備的検討」として、事例検討を通じて処遇終了を巡る課題を抽出し、次年度の検討に供することとした。

## A. 研究目的

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15年法律第110号。以下「医療観察法」または「法」という。）が2005年7月15日に施行された。医療観察法は、「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者に対し、その適切な処遇を決定するための手続等を定めることにより、継続的かつ適切な医療並びにその確保のために必要な観察及び指導を行うことにより、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」ものである（法1条）。

医療観察法の施行後7ヵ月の2006年2月時点では通院処遇の全例が当初審判で通院処遇になった対象者（直接通院）であり、しかも過半数が精神保健福祉法による入院となっていたと報告されていた<sup>1)</sup>。その後は入院処遇から通院処遇に移行した対象者（移行通院）が増加しているが、通院処遇が終了した対象者も出てきている。本研究は現に通院処遇を行っている関係機関からのヒアリング等に基づいてその後の実情を把握した上で、通院処遇における保護観察所、指定通院医療機関を始め、指定入院医療機関、他の医療機関、都道府県及び市町村、社会復帰施設、保健所、精神保健福祉センター等の連携のあり方につ

いて検討し、具体的には通院処遇において発生し得る個別の問題を解決するための方法論を明らかにすることを目的とする。

3ヵ年度の2年度目に当る今年度は、合計5回の分担研究会議を開催して研究課題に関する討論を行なうとともに、今年度中に集約することが可能な4つの研究課題に絞って資料を収集し、アンケート調査を実施し、さらに討論を加えた。即ち、「通院処遇の全国的な実施状況」、「地域処遇にかかる行政関係機関の役割と連携体制」、「医療観察対象者の家族支援」、「処遇終了と関係機関の連携に関する予備的検討」の4つである。なお、他の分担研究に加えて「他害行為を行った精神障害者に対する通院医療に関する研究」との間でも適宜連携して研究を実施した。

本報告書では、4つの課題毎に研究方法、研究結果、考察等を述べ、最後に結論等をまとめる。

## 参考文献

- 1) 岩成秀夫：触法精神障害者の社会復帰と通院治療に関する研究。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（主任研究者：松下正明）平成17年度分担研究報告書，2005。

## 研究Ⅰ：通院処遇の全国的な実施状況

(執筆担当者=岩成秀夫)

### B. 研究方法

調査日を2008年1月15日に設定して、アンケート調査の形で通院処遇の実態調査を行った。医療観察法の申立てから処遇の終了まで、一貫して関わり続けるのは保護観察所の社会復帰調整官であるので、昨年度と同様、法務省保護局の協力を得て全国の保護観察所に協力要請を行っていただき社会復帰調整官に回答してもらう方式とした。そのため調査結果は、社会復帰調整官からみた通院処遇の実態という側面が反映される面があるので、解釈においてはその点への考慮が必要になる。

全国の保護観察所(50ヶ所)とその支部(3ヶ所)の計53ヶ所に、依頼状のほか「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」(資料1)、「医療観察法通院処遇アンケート調査票A(平成19年度版)」(資料2)及び「医療観察法通院処遇アンケート調査票B(平成19年度版)」(資料3)を配布した。アンケート調査票Aは個別対象者ごとに1部回答、調査票Bは保護観察所またはその支部ごとに1部回答し返送してもらう方式をとった。集計分析は執筆担当者が行ない、最終的には分担研究者の責任において行った。

(倫理面への配慮)

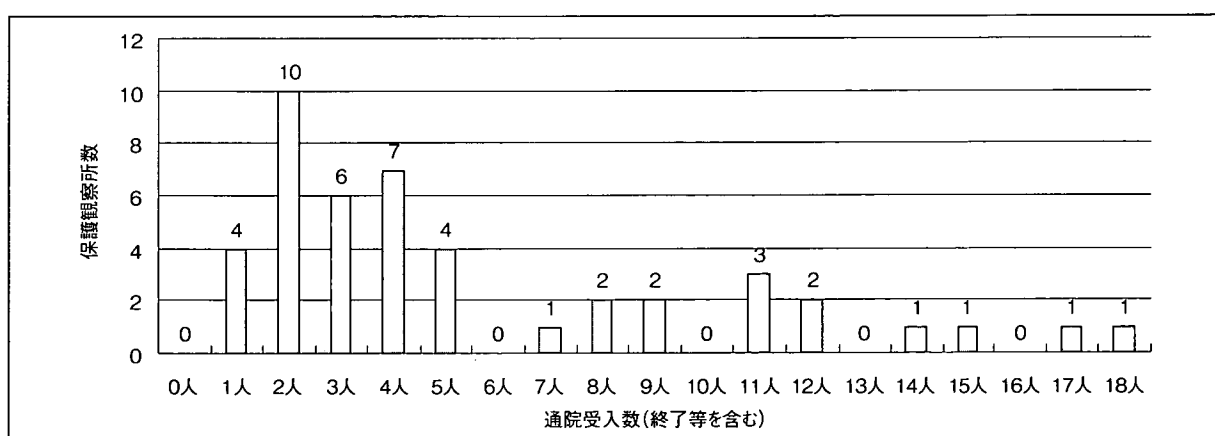
アンケート調査に際しては基本的に回答を選択式とし、調査項目から氏名、住所、生年月日が特定される可能性があるものは除外した。また、事例について研究会議で言及する際には、研究班全体の方針に従い、個人情報保護の観点から同様に匿名化に十分な注意を払うこととした。

### C. 研究結果

#### 1) アンケート回収状況と集計結果

全国53ヶ所の保護観察所(50ヶ所)並びにその支部(3ヶ所)に調査票を配布し、通院対象者228人分の調査票A(個票)と45ヶ所の保護観察所から調査票B(施設票)を回収することができた。法務省保護局の集計では2007年12月末日の通院係属中の対象者数は全国で247人であり、毎月ほぼ10人ずつ通院対象者が増加していることを考慮すると、2008年1月15日の調査日時点の通院対象者は全国で252人程度と推計される。すなわち調査票Aの回収率は、昨年度と同様、約90%ということになるので、その結果は通院対象者全体の傾向をほぼ反映しているものと考えられる。また調査票Bの回収率は約85%であった。

図1 通院受入数別保護観察所数(含支部)  
(計45ヶ所)



通院対象者の受入数別にみた保護観察所数（含支部）をみると、図1のような結果であった。多くの保護観察所では数人程度の通院対象者の受入数であるが、10人以上を受け入れている保護観察所も9カ所あった。これらの多くは人口密集地を抱える地域であるが、通院処遇の判断基準やその地域の特別な事情もあるものと思われた。

今回の通院処遇アンケート調査の調査票Aの集計結果は、図A1～26-3、図B1～26-3、図C1～26-3にまとめて示してある。図Aの系列は全体（計228人）の結果であり、当初審判で直接通院処遇になった直接通院群と、入院処遇から退院決定し通院処遇に移行した移行通院群を対比するために、図Bの系列は直接通院群（計137人）、図Cの系列は移行通院群（計91人）の結果としている。それぞれの図において合計が228人、137人、91人に満たない場合は、データに欠落があるためであり、その点に留意されたい。

## 2) 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、9-1. 精神科主病名、9-2. 精神科副病名、10. 対象行為前5年間精神科治療歴について述べる。

まず性別（図A1、B1、C1）についてであるが、調査時点で、直接通院では男性88人（65%）対女性47人（35%）、移行通院では男性66人（73%）対女性24人（27%）であり、全体では男性154人（68%）に対し女性71人（32%）となっていた。移行通院が増加するに従い、男性群の比率が徐々に増加していることがわかる。年齢（図A2、B2、C2）については、全体として30代をピークとして1峰性の山型が昨年度に比べさらに明瞭になってきている。直接通院は50代、60代の割合が多

く、移行通院は30代の割合が高いが、今回は移行通院がさらに増加したことにより、全体として30代をピークとする1峰性の山型がより明瞭になったものと思われる。

対象行為時の生活状態を反映する家族状況、住居状況、経済状況（図A3～5、図B3～5、図C3～5）については次のような結果であった。家族状況では全体としては家族と同居が148人（66%）、家族と別居が26人（11%）そして単身が49人（21%）という割合であり、昨年度と大差はなかった。昨年度は直接通院に比べ移行通院で家族と別居の割合が高く、その分同居の割合が少なかったが、今回は移行通院でも家族と同居が54人（60%）に上昇し、直接通院の94人（69%）に近づいていた。住居状況については、全体では自家が131人（58%）と最も多く、次いで民間賃貸住宅61人（27%）、公共賃貸住宅13人（11%）の順であったが、直接通院と移行通院とでは有意な差はなく、昨年度とほぼ同様の結果であった。対象行為時の対象者の収入から判断した経済状況に関しては、全体で無職・自活不可が40人（35%）と多く、無職・自活可33人（28%）、生活保護23人（20%）、有職・自活可10人（9%）が続いていた。無職・自活可と生活保護の割合は直接通院でも移行通院でも大差ないのに比較し、有職・自活可は直接通院で20人（15%）に対し、移行通院では4人（4%）と低下し、無職・自活不可が直接通院47人（34%）に対し、移行通院では38人（44%）と増加していた。この傾向は昨年度と同様であるが、経済的困窮が入院処遇に結びつきやすいことと何らかの関連を有することが推測される。

他害行為に関連する項目としては、重大な他害行為の種類、過去の犯罪歴、粗暴傾向、性的逸脱傾向の4つがあげられる（図A6～8-2、図B6～8-2、図C6～8-2）。重大な他害行為の種類としては、全体で、軽度

なものも含めると傷害が83件（35%）と最多を占めており、放火70件（29%）、殺人・殺人未遂56件（24%）の順であった。これを直接通院と移行通院とで比較すると、多い順に、直接通院では、放火48件（35%）、傷害47件（33%）、殺人・殺人未遂34件（24%）であり、移行通院では、傷害36件（37%）、殺人・殺人未遂25件（27%）、放火22件（23%）であった。また移行通院は、殺人が12件（13%）と多く、直接通院の7件（5%）に比べ、比率で倍以上であった。このように、より重大な他害行為ほど入院処遇になりやすく、その結果が移行通院に反映されていると考えられた。過去の犯罪歴では、全体としては重大な他害行為ありが28人（13%）、重大でない他害行為ありが55人（25%）、他害行為なしが133人（60%）という割合であり、昨年度と大差はなかった。移行通院で若干他害行為ありが増加しているものの、直接通院とほぼ同様の結果であった。対象行為前5年間の行動傾向では、全体として粗暴傾向ありは93人（42%）、粗暴傾向なしが105人（46%）、どちらともいえないが26人（12%）であった。今回は、粗暴傾向ありが移行通院で43人（48%）に対し、直接通院で50人（37%）であり、移行通院で粗暴傾向ありが増加しているのが認められた。過去に粗暴傾向があっても入院処遇で病状が安定し、通院処遇に移行できたなどの理由が考えられる。また性的逸脱傾向は、あり10人（5%）、なし194人（88%）、どちらともいえない15人（7%）であり、昨年度と全く同じ比率であった、なお直接通院と移行通院においても全く同一の数字であった。

精神科主病名、精神科副病名、対象行為前5年間精神科治療歴の結果は以下の通りである（図A9-1～A10、図B9-1～B10、図C9-1～C10）。主病名では全体として統合失調症圏が156人（69%）と最も多く、次いで気分障害が33人（15%）、精神作用物質性

障害が20人（9%）、器質性精神障害が8人（4%）、知的障害7人（3%）であった。統合失調症圏は、移行通院で69人（76%）、直接通院で87人（63%）と相変わらず移行通院に多いが、昨年度よりその差は縮まってきている。また少数ではあるが、器質性精神障害や知的障害のほとんどは直接通院に含まれている。一方、副病名については228人中55人に付けられており、4人に1人は副病名が付くことになる。その内容は全体で、知的障害26人（48%）、人格行動障害9人（16%）、精神作用物質性障害9人（16%）が目立っていた。また移行通院では、直接通院に比べ、知的障害と精神作用物質性障害が多くなっていた。特に知的障害が、直接通院より移行通院で増加していたのが昨年度とは大きく異なる点であった。対象行為前5年間の精神科治療歴では、直接通院も移行通院も大差なく、全体で入院歴ありが87人（38%）、通院歴のみが81人（36%）、治療歴なしも56人（25%）であり、直接通院も移行通院も同様の結果であった。しかし、過去に何らかの精神科治療歴がある者が168人（74%）を占め、昨年度よりも6%も増加していることは、一般の精神科医療のフォローアップ体制が十分とはいえないことを示唆するものと言える。

### 3) 通院処遇開始時の対応

この項では通院処遇が開始されたときの対応に関連する、11-1 通院処遇の経緯、11-2 調査時点での通院医療のステージ、12. 通院決定の理由、13. 通院開始時の対応、14. 精神保健福祉法の入院なしで通院を開始した場合の状況、15. 精神保健福祉法の入院で通院処遇を開始した理由、16. 精神保健福祉法の入院形態、17. 精神保健福祉法の入院の場合の入院施設についての調査結果を報告する（図A11-1～17、図B11-1～17、図C11-1～17）。

まず通院処遇の経緯については、前述し

たように、当初審判で直接通院決定された直接通院が137人（60%）、入院処遇から退院決定され通院処遇に移行した移行通院が91人（40%）であった。昨年度はそれぞれ84人（72%）、32人（28%）であったので移行通院が着実に増加していることが分かる。この1年間の増加数を実数でみると、直接通院53人に対し、移行通院59人であるので、むしろ移行通院の増加が直接通院を凌いでいることになる。調査時点での通院医療のステージについては、全体で前期が80人（37%）、中期が106人（50%）、後期が22人（10%）という割合であり、中期・後期の伸びが目立っていた。調査時点は医療観察法の施行から2年6ヵ月目であるが、後期に入っている者が22人いることは、比較的順調に通院処遇が進行している事例も少なくないことを示している。通院決定の理由（複数回答可）に関しては、全体で疾病性軽減194人（54%）、社会復帰阻害要因軽減121人（33%）、入院で治療反応性なし17人（5%）、合議体で意見不一致16人（4%）、その他15人（4%）という結果であった。入院で治療反応性なしと合議体で意見不一致を併せると31人（9%）となり、1割前後の者が適切性を十分考慮されて通院処遇が決定されたとはいえない可能性があった。

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161人（71%）であり、精神保健福祉法の入院から開始した者が66人（29%）であり、入院なしで通院処遇を開始した者は、昨年度より若干増加していた。下位群別には、直接通院でそれぞれ79人（58%）、58人（42%）と昨年度と比率は同一であり、移行通院ではそれぞれ82人（91%）、8人（9%）と入院なしで開始した者が若干増加していた。移行通院の増加が多くなっているため、全体として精神保健福祉法の入院なしで通院処遇を開始した者の割合が微増しているが、昨年度、今年

度を通してみると、精神保健福祉法の入院から開始する者は、現状では直接通院で4割前後、移行通院で1割前後発生するものと考えられた。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、全体で、円滑に開始できた者137人（86%）、開始に手間取った者38人（11%）の割合であり、直接通院と移行通院でも大差はなかった。円滑に対応できた者が多いのは、事例に応じて対応しているためではないかと思われる。

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20人（19%）、開始準備未整備が25人（24%）、住居なしが21人（20%）、地域に戻すには問題が26人（25%）、その他12人（12%）という結果であった。直接通院と移行通院でもほぼ同様の割合であったが、移行通院で住居なしが4人（31%）とやや高めだった。精神保健福祉法の入院形態では、任意入院53人（83%）、医療保護入院11人（17%）であり、措置入院はみられなかった。これは昨年度と同様の結果であった。入院施設については、指定通院医療機関の入院病棟が、全体で51人（82%）、直接通院で44人（80%）、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、通院医療開始当初と調査時点の医療サービスについて、20-1. 外来診療、20-2. デイケア、20-3. 訪問看護、20-4. その他の医療サービス、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意義について報告する（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99人（45%）、口頭で実施が44人（45%）、未実施が10人（4%）、その他7人（3%）、不明10人（4%）という割合であった。昨年度と同様、書面または口頭で実際は90%を占めていたが、今回は書面が減少し、口頭での実施が増加しており、懸念される場所である。また主治医については、昨年度と同じく94%の事例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昨年度と同様の特徴が見られた。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パターンであり、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っていた。まずデイケアの場合、利用なしの事例が半数前後存在するのは昨年度と同様であった。デイケアは集団活動であるため、それに馴染まない事例や主治医がデイケアは不相当と判断する場合のほか、デイケアの方で受け入れに困難を示す場合、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。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が、週数回という形で利用される場合が多いようである。一方、訪問看護については、利用なしは3割強に減少し、何とか実施しようという姿勢がみえるが、実施しても週1～2回が限度であり、週1回未満も少なからず存在した。安定していれば高頻度で行く必要がないという判断のほか、多くの指定通院医療機関で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も示唆された。その他の医療サービスでは、対象者のニーズに合わせて心理療法、PSW面接、外来作業療法、服薬指導、栄養指導、断酒会など、様々なサービスを実施している様子もうかがわれた。

通院対象者の現状における全体的経過であるが、全体として安定が93人（42%）、概ね安定が88人（37%）、病状など不安定が31人（14%）、その他が12人（5%）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。病状など不安定な者が31人（14%）であり、昨年度の11人（10%）より増加している点が危惧される場所である。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31人（14%）であり、通院処遇開始以降、過去に入院した者は62人（27%）であった。調査時点で入院中が、直接通院で19人（14%）、移行通院で12人（13%）であり、過去に入院が、直接通院で52人（38%）、移行通院で10人（11%）であった。全体で93人（41%）、直接通院では過半数の71人（52%）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。また、精神保健福祉法の入院回数と入院期間については、1回が最多であるが、期間はかなりばらつきがあり、全体で3ヵ月以内が45人（57%）と半数を超えてはいるものの、6ヵ月以上も15人（19%）存在し、1年を超える長期入院者も7人（9%）みられた。通院処遇中の精神保健福祉法の入院の意義については、有益であった50人（58%）、やむを得なかった29人（34%）、行うべきでなかった3人（4%）、その他3人（4%）という結果であった。これは担当する社会復帰調整官の判断であるが、「有益であった」と「やむを得なかった」の差は、社会復帰調整官の精神保健福祉法の入院に対する認識の相違を表わしている場合も多く、内容的には似通っているように思われた。いずれにしても両者併せて79人（92%）は精神保健福祉法の入院の必要性を認めていたものの、僅かに3人についてであるが、「行うべきでなかった」という判断もみられた。その理由は、病状悪化の程度より医療観察法の入院をすべきであったが2例、入院により



依存性が増して生活能力が低下したためが1例であった。

#### 5) ケア会議・地域関係機関の連携状況・家族や地域住民の受け入れ状況等

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. 障害福祉サービス等の利用状況、25-1. 地域の関係諸機関の協力連携体制 全体状況、25-2. 個別関係機関の協力連携体制、26-1. 対象者の住居、26-2. 家族の受け入れ状況、26-3. 地域住民の受け入れ状況について調査結果を示す(図A23-1~26-3、図B23-1~26-1、図C23-1~26-1)。

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91人(43%)、2回47人(22%)、3回以上22人(10%)であり、0回は43人(20%)という結果であった。直接通院では1回が68人(54%)と最多で、次いで0回34人(27%)であったが、移行通院では2回31人(36%)、1回23人(26%)の順であった。直接通院で0回が多いのは、時間的制約のため初診日を過ぎてから正式なケア会議を開催するという場合もあるからであろう。それに対し移行通院では2回以上開催された場合も多く、時間的なゆとりに加えて、通院処遇への移行に伴い様々な調整のためケア会議を重ね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(保護観察所を除く)に関しては、昨年度と同じく3~5施設が最も多く、合せて168人(79%)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回程度であり、その後必要に応じて2~3ヵ月に1回かそれ以上の間隔で開催される場合が多くなっていた。

障害福祉サービス等の利用状況については、利用している者が74人(33%)、利用していない者が149人(67%)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。昨年度よりも数字上は若干増加しているが、施設入所だけでなく地域活動サービスや居宅サービスの利用も含まれるので、比較が難しいところである。

地域関係機関の連携状況であるが、積極的な協力連携が157人(69%)、ある程度の協力連携が61人(27%)、連携協力不十分が7人(3%)という割合であった。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218人(96%)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、ごく一部を除いて昨年度にも増して良好であるといえる。これを個別機関別に「積極的に協力連携」の割合で見ると、指定通院医療機関・障害福祉サービス事業者が85%強と最も高く、福祉事務所・保健所・市町村が50~70%でそれに続き、都道府県・精神保健福祉センターは40~45%程度で少なくなっていた。対象者に身近に関わる機会の多いところほど、より協力的であるといえる。どうしても関わらざるを得ないという側面と、多くの場合安定した状態の対象者に身近に接することで心のバリアが低くなるという側面もあるのではないかと考えられた。

対象者に対する地域の受け入れ状況の結果は次の通りであった。まず対象者の住居は、単身生活50人(22%)、家族と同居129人(58%)、居住系サービス利用28人(12%)、その他の施設3人(1%)、入院中15人(7%)という結果であった。ただし、現在精神保健福祉法の入院中の者は31人いるが、その内15人は「入院中」の項目をチェックされていたが、残り16人は、単身生活4人、家族と同居9人、居住系サービス利用3人の項目に入れられていた。対象者の住居という意味があいまいだったためと思われる。家族の受け入れ状況については、全体として積極的100人(45%)、概ね積極的56人(25%)、やや拒

否的20人（9%）、拒否的30人（13%）、無関心3人（1%）、情報知らず2人（1%）、その他14人（6%）という割合であった。これは直接通院でも移行通院でも同様であった。積極的・概ね積極的が70%で、やや拒否的・拒否的22%を大きく上回っていた。家族からの受け入れが良好な群が通院処遇になりやすいことなどがその理由であろう。また、地域住民の受け入れ状況に関しては、友好的8人（4%）、概ね友好的40人（18%）、やや拒否的7人（3%）、拒否的9人（4%）、無関心25人（11%）、情報知らず129人（58%）、その他5人（2%）であった。「情報知らず」が58%と過半数を占めており、個人情報保護の問題もあるので地域住民が知らないまま処遇が進められている実態があると思われるが、友好的・概ね友好的が22%と、やや拒否的・拒否的7%を凌いでいることや、個別関係機関の協力連携状況でも、対象者に身近に接するところほど協力的であることを考えると、対象者本人の同意があり、情報を開示することが適切な場合は、地域住民にも対象者に直接接してもらい理解と協力を得ていくという考え方も大切ではないかと思われた。

#### 6) 通院処遇等に関するいろいろな意見

今回の調査でも、アンケート調査票A（資料2）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、各地の社会復帰調整官より多くの意見をいただいた。統計的なデータに比べ現場の生の声そのものであるため通院処遇の現状を肌で感じ取れると思われるので、幾つか項目に分けてそれらの意見を列挙してみる。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（資料4）。

昨年度のアンケート調査では、直接通院への対応の難しさ、指定通院医療機関が少なく偏在している問題とそれに関係する医療提供

を十分行えない問題、通院医療で使用できるプログラムの貧弱さなど、始まったばかりの通院処遇への対応での困惑や混乱などが、あたかも悲痛な叫びのように記載されていた。それに対し今回は、総じて言えば戸惑いや混乱の声が少なくなり、何とか創意工夫、試行錯誤しながら対応している様子がうかがえる。しかし、通院処遇が益々増加し多忙を極める現場の中で、処遇の進行につれみえてきた課題が、残存している課題とともに、新たにクローズアップされてきた印象がある。

#### 7) 処遇の終了及び（再）入院事例

##### (1) 処遇終了事例

ちょうど1年前の調査時点での処遇終了事例は5人であったが、今回は21人に増加していた。この1年間で16人の処遇終了者が発生したことになる。今回の調査日は、2008年1月15日であるが、これは医療観察法の施行から2年半目にあたる。原則3年間の通院処遇期間を待たずに終了になった事例であるため、順調に終えた者の一方、不慮の事故など順調とはいえない終了の者も少なくはない。アンケート調査票Bの結果を、図D1～図D7に示す。

性別では男性11人（52%）、女性10人（48%）とほぼ同数であった。通院係属中の場合より若干女性の割合が高い。年齢分布は30代をピークに1峰性である点では、僅かに40、50代が少ない印象はあるが、通院係属中と同様であった。重大な他害行為の種類では、傷害7人（31%）、放火7人（31%）、殺人・殺人未遂6人（27%）であり、通院係属中と変わらぬ結果であった。精神科主病名については、統合失調症が11人（52%）と多く、気分障害4人（19%）、器質性精神障害3人（14%）が続いていた。通院係属中と比べ、統合失調症と精神作用物質性障害が少なく、器質性障害が多い傾向があった。最後に、処遇終了後の対応であるが、指定通院医療機関に

通院8人(44%)、元の通院医療機関に通院1人(6%)、上記以外の医療機関に通院4人(22%)、精神科の通院自体も終了1人(6%)、その他(死亡、身体合併症による終了を含む)4人(22%)という結果であった。ただし、3人についてはデータが欠落していたため合計18人についてのものである。今のところ指定通院医療機関に引き続き通院が最も多くなっているが、今後終了者が増加することを考えるとできるだけ分散するような配慮も必要かもしれない。なおその他には、自殺事例が含まれており、通院処遇中の対象者の自殺の問題が課題となっている。

#### (2) (再)入院事例

調査時点における医療観察法の(再)入院事例は昨年度と同じ2人であった。この1年間では新たな(再)入院の事例の発生はなかったことになる。精神保健福祉法の入院は、現在入院中だけでも31人存在しており、その内5人は1年以上の入院期間になっているため、これらの事例につきどのように処遇するのが適切かという検討もいずれ必要になってくると思われる。

### D. 考察

医療観察法の施行から2年半が経過し、当初の戸惑いの時期を過ぎ、様々な創意工夫や試行錯誤をしながら処遇が進行してきている。その中で、当初大きな問題となったものの現場の工夫で改善してきた課題、依然として解決できていない課題などのほか、処遇が進むに連れ新たにみえてきた課題などもあ

る。今回はそれらの課題から6つを選択し、考察することにした。

#### (1) 通院処遇で対応困難な事例の問題

アンケート調査の自由記載の中で、通院処遇で対応困難と思われる事例について多くの記載があった。病状そのものが通院処遇で対応できない状態というもののほか、病識や内省・洞察の欠如、治療必要性への無理解、あるいは関わり自体を拒絶している事例などの報告がみられている。また、入院処遇と通院処遇の体制の相違や通院処遇への無理解、あるいは指定通院医療機関の力量の問題に起因すると思われる報告もみられた。

まず、病状悪化等病状自体で通院処遇が困難な場合は、精神保健福祉法の入院で対応するのが一般的であろう。しかし、半年経ち1年経ってもその病状が改善しない場合、いつまで精神保健福祉法の入院を続けるべきか、あるいは医療観察法の入院を申し立てるべきかという問題が生じてくる。本来の趣旨から考えると、より高度で手厚い医療が行える医療観察法の入院を申し立てるべきと思われるが、治療反応性の有無についてどのように考えるかという微妙な問題が絡んでくる。この点は、入院処遇において治療反応性がない(なくなった)という理由で退院の申立てをされ、通院処遇に移行してきた事例の問題とも交錯する。そのような事例は、文字通りの通院では対処できないため精神保健福祉法の入院になるが、入院処遇で治療反応性がない(なくなった)者が精神保健福祉法の入院で改善するとも考え難いので、結局は長期入院

表1 (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障害要因の悪化のため

になってしまうのである。期待されるべき入院処遇が限定的にしか機能していない現状を考慮すると、病状が改善しないまま精神保健福祉法の入院を長期に渡って継続している事例について、どのように対処するのが適切であるか判断に苦慮するところである。

病識や内省・洞察の欠如、治療必要性への無理解、あるいは関わり自体を拒絶している事例などの問題は、本来はなぜこのような難しい事例が、体制も不十分な上、枠組みも不明確な通院処遇にされるのかという問題から始まる。医療観察法の処遇の決定過程は、医療観察法による医療の必要性があると判断されると、病状からみて入院処遇までの必要性がないとされれば、そのまま通院処遇が決定されることを不可とはしていない。多くの審判では病状と併せて通院処遇で対応が可能であるかどうかの検討もなされるであろうが、その点が不十分であると、このような対応の難しい事例が通院処遇とされ現場がひどく苦勞することになる。このような状況を改善しようとするれば、審判において通院決定する場合は、病状だけでなく通院処遇で対応可能であることを十分検討して慎重に判断されることが必要である。また、通院処遇においても司法心理療法などが確実に実施できる体制の確保と予算的措置が不可欠である。全ての指定通院医療機関でこのような体制を直ちに確保することは現実的ではないが、少なくとも地域ごとに拠点医療機関を設置して、上記のような問題を持つ事例を集中的に教育するようなシステムの構築を検討する必要がある。

入院処遇と通院処遇の体制の相違や通院処遇への無理解、あるいは指定通院医療機関の力量の問題に起因すると思われる問題は、通院処遇の特性や体制に関わる問題ということになる。枠組みが明確で手厚く保護された入院処遇と異なり、通院処遇は通常の社会生活の中で行われる処遇である。家族関係、隣人

関係、日常生活と生計の管理など様々なストレスがかかるのが地域での生活であり、それが通院処遇の特性といえる。入院処遇中に、その通院処遇の特性も考慮して病状を十分安定させ、通院医療がある程度円滑に行える程度の教育や訓練を行っていないと通院処遇が危機に瀕することになる。移行通院の事例で円滑に移行できている事例も多いが、一方で連携がうまくいかず通院処遇の関係者に不信や不満を抱かせる結果となっている事例があるのも事実である。それは通院処遇の特性を十分考慮せず、入院処遇である程度安定していれば、そのまま通院処遇でも通用すると安易に判断されている場合があるからではないだろうか。また、通院処遇の体制が不十分であることや指定通院医療機関に力量の差があり、通院処遇に困難をきたしている事例もある。社会復帰調整官自身も医療観察法申立て件数が増加し日々業務に忙殺されている中で、指定通院医療機関の体制確保に向けて、人員配置や予算的措置の充実を強く願っていることは、指定通院医療機関の体制充実がなければ通院処遇が円滑には進まないという認識があるからであろう。

## (2) アルコール・薬物依存症、知的障害への対応

アルコール・薬物依存症、知的障害などは、本来医療観察法の対象とはされていない診断群である。しかし、これらの診断が副病名として付いている場合や、他の病名が重複病名として付いていたり、今まで医療や司法的処遇が何回も行われたにもかかわらず同様の他害行為が繰り返されたりする場合などで、審判において通院決定される場合がある。

指定通院医療機関の多くはアルコール・薬物依存症への対応が十分ではないことやそもそも依存症の回復率が高くないこともあり、アルコールや薬物の使用が他害行為と密接に