

図 A25-2

25-2. 個別関係機関の協力連携体制

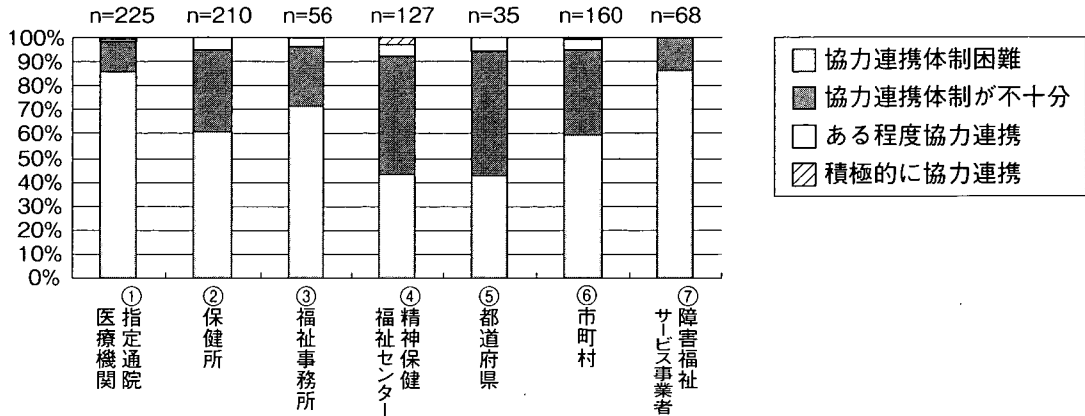


図 B25-2

25-2. 個別関係機関の協力連携体制：直接通院

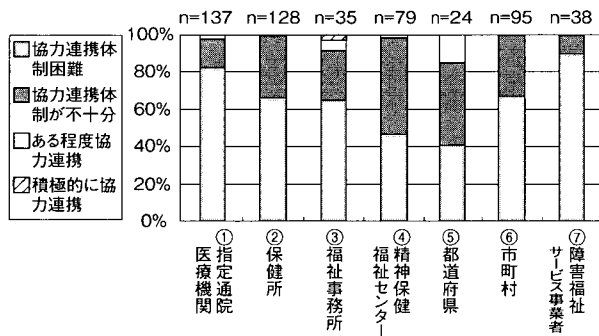


図 C25-2

25-2. 別関係機関の協力連携体制：移行通院

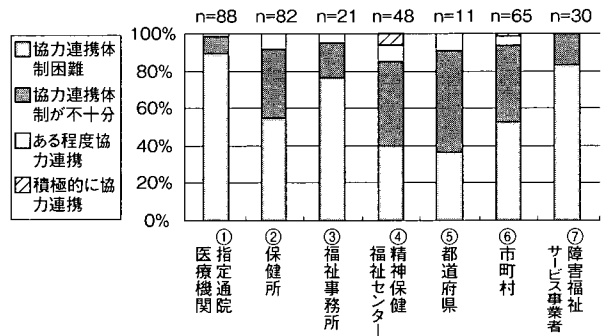


図 A26-1

26-1. 対象者の住居 (計225人)

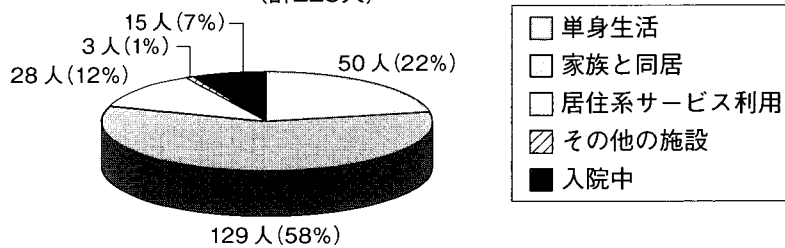


図 B26-1

26-1. 対象者の住居：直接通院 (計135人)

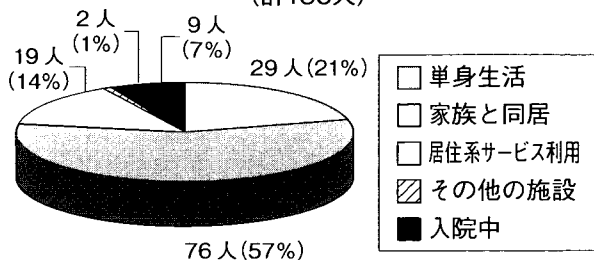


図 C26-1

26-1. 対象者の住居：移行通院 (計90人)

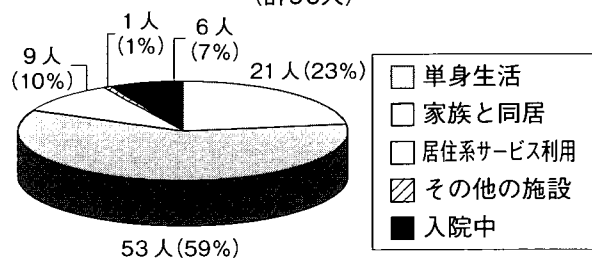


図 A26-2

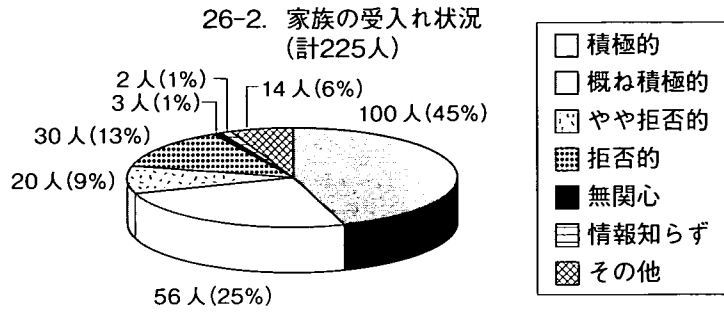


図 B26-2

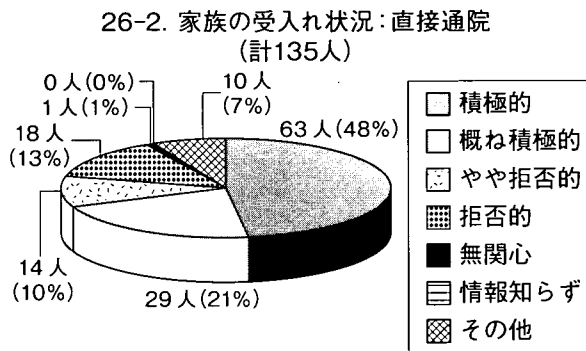


図 C26-2

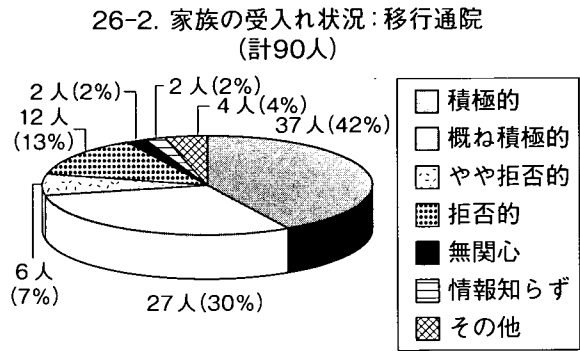


図 A26-3

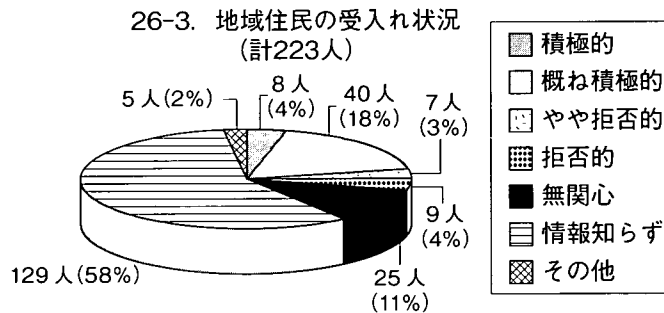


図 B26-3

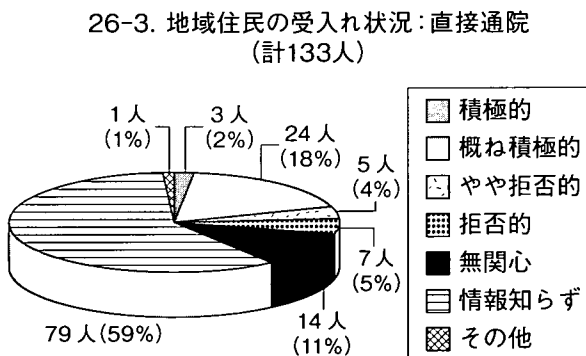
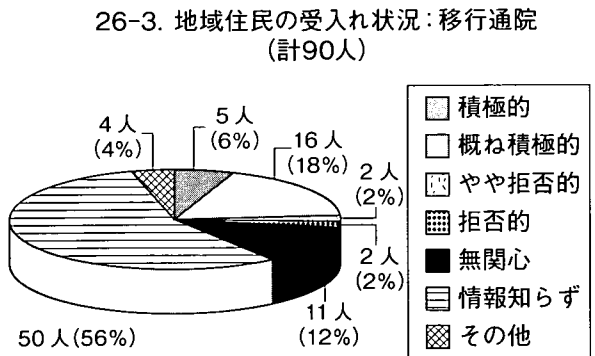


図 C26-3



平成19年度通院処遇アンケート調査結果（図）；調査票B

図 D 1

1. 処遇終了 性別  
(計21人)

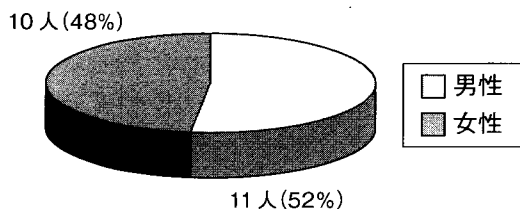


図 D 2

2. 処遇終了 年齢分布  
(計 21 人)

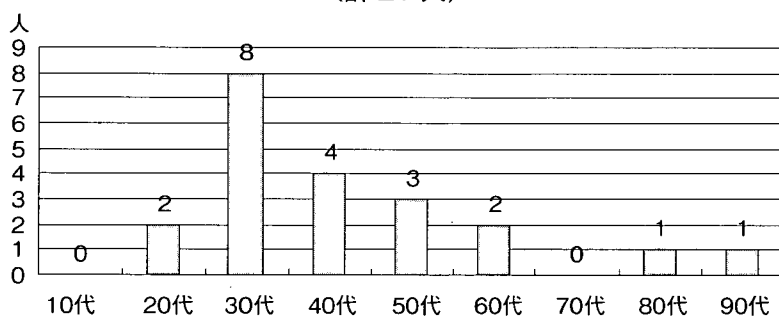


図 D 3

3. 遇終了 重大な他害行為の種類 (含重複)  
(計22件)

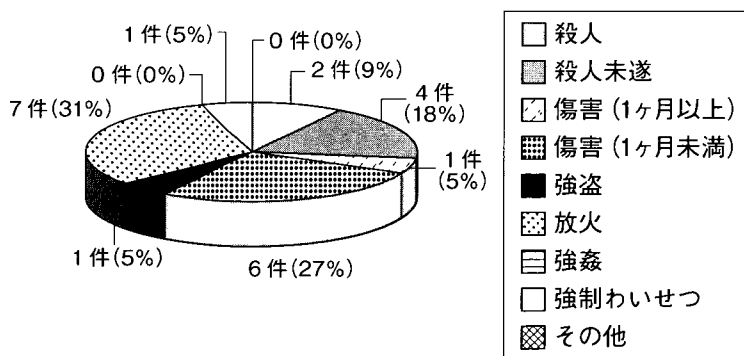


図 D4

4. 処遇終了 精神科主病名 (ICD-10)  
(計21人)

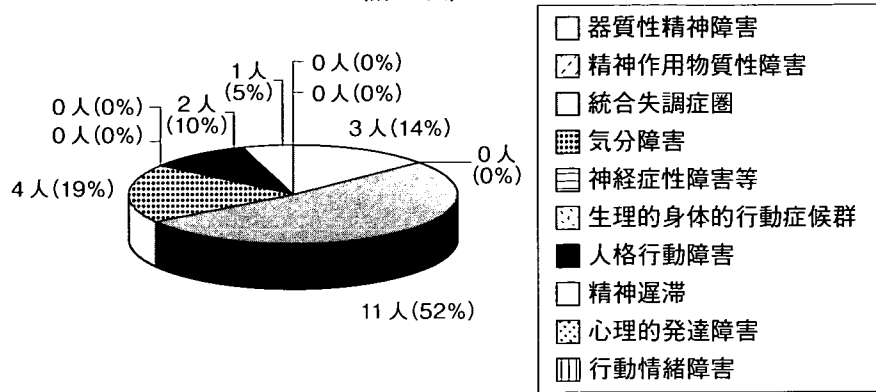
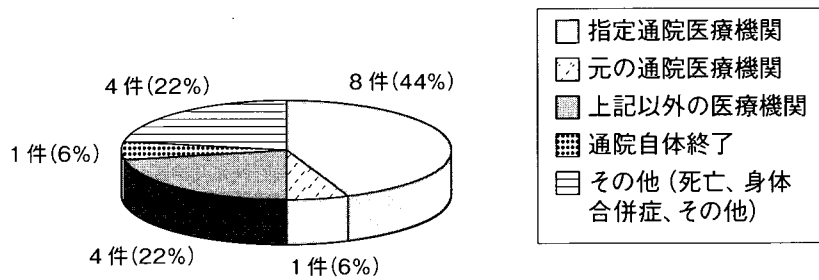


図 D6

6. 処遇終了後の対応  
(計18人)



## 資料1（別紙1）

### 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、よろしくご協力をお願いいたします。

1) 調査者は保護観察所に以下の書類一式を郵送します。

- ① 保護観察所に対する「お願い」
- ② 別紙1「アンケート調査実施手順等」
- ③ 保護観察所が回答に用いる「調査票AとB」

（調査票Aは対象者ごとに1部。調査票Bは保護観察所として1部）

調査票Aは多めに送りますが、万一不足の際は、大変申し訳ありませんが、コピーしてご記入下さるようお願い致します。

④ 保護観察所からの返信用「封筒」（宛先は調査者）

2) 保護観察所においては、それぞれご回答の上、調査票を調査者に対し直接返送して下さい。

#### 2. アンケート調査の留意事項

- アンケート調査日は平成20年1月15日（月）としますので、その時点における通院対象者（終了・入院を含む）についてご回答下さい。
- アンケート調査票Aは、対象者1人につき1部記入して下さい。記入方法は調査票をご覧下さい。
- アンケート調査票Bは各保護観察所で1部記入して下さい。
- アンケート調査票は、平成20年2月1日（金）までにご返送いただけるようお願い致します。

#### 3. アンケート調査結果の報告

- 報告は、個別の対象者についてではなく、全体の集計結果について行うことになります。
- 調査結果は、平成19年度厚生労働科学研究「他害行為を行った精神障害者の診断、治療及び社会復帰支援に関する研究」（主任研究者 山上 皓）及び「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）の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にもご報告いたします。

#### 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定にしてあります。またご記入いただいた調査票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、研究終了後には適切な方法で廃棄処分致します。
- またご協力いただいた機関名が、同意なしに公表されることはありません。
- なお本調査に対するお問合せは、直接下記の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）  
川副泰成（所属：国保旭中央病院）

連絡先・返送先：〒233-0006 横浜市港南区芹が谷2-5-1

神奈川県立精神医療センター芹香病院

TEL：045-822-0241 FAX：045-825-3852

E-mail：[iwanari.1kic@pref.kanagawa.jp](mailto: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A(平成19年度版)

<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。
- ・ 通院対象者 1人につき1部ご記入をお願いします。

ご記入日 ( )年( )月( )日

設問1 貴施設において調査時点で担当されている通院対象者についてお尋ねします。

1. 性別

- 1 男性 2 女性

2. 年齢(対象行為時の年齢で回答して下さい)

- 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

3. 家族状況(対象行為時の状況。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( )

4. 住居状況(対象行為時の状況。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 居住系サービス利用  
6 住居不定 7 住居なし 8 その他( )

5. 経済状況(対象行為時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( )

6. 重大な他害行為(対象行為)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( )

7. 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

8. 対象行為前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

9. 精神科主病名と副病名(ICD-10)(以下の病名一覧の番号から適当なものを記入して下さい。)

- 9-1 主病名 ( )  
9-2 副病名 ( )

<病名一覧>

- 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
- 10 F9 小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害
- 10. 対象行為前5年間の精神科治療歴
  - 1 入院歴あり    2 入院歴はないが通院歴あり    3 精神科治療歴なし    4 不明
- 11. 通院処遇について
  - 11-1 通院処遇の経緯
    - 1 当初審判で通院処遇（直接通院）    2 入院処遇から通院処遇に移行（移行通院）
  - 11-2 調査時点での通院医療のステージ（実質上のステージでお答え下さい）
    - 1 前期通院医療    2 中期通院医療    3 後期通院医療
    - 4 判定困難（理由： \_\_\_\_\_ ）
- 12. 通院決定の理由（複数回答可）（直接通院、移行通院ともお答え下さい）
  - 1 疾病性が軽減しているため
  - 2 社会復帰障害要因が軽減しているため
  - 3 入院処遇で治療反応性がないため
  - 4 合議体で入院処遇（の継続）について意見の一致をみななかったため
  - 5 その他（ \_\_\_\_\_ ）
  - 6 不明
- 13. 通院開始時の対応（直接通院、移行通院ともお答え下さい）
  - 1 精神保健福祉法の入院を経ないで通院を開始
  - 2 精神保健福祉法の入院から開始
  - 3 その他（ \_\_\_\_\_ ）
- 14. 13-1 の場合
  - 1 通院を円滑に開始できた
    - その理由（ \_\_\_\_\_ ）
  - 2 通院の開始に手間取った
    - その理由（ \_\_\_\_\_ ）
  - 3 その他（ \_\_\_\_\_ ）
- 15. 13-2 の場合 その理由（複数回答可）
  - 1 対象者との信頼関係をつくるため
  - 2 通院開始の準備が整わないため
  - 3 地域に住居がないため
  - 4 住居はあるが地域に戻すには問題があるため
  - 5 その他（ \_\_\_\_\_ ）
- 16. 13-2 の場合 入院形態
  - 1 任意入院    2 医療保護入院    3 措置入院    4 その他（ \_\_\_\_\_ ）
- 17. 13-2 の場合 入院施設
  - 1 指定通院医療機関の入院病棟
  - 2 指定通院医療機関以外の入院病棟
    - その理由（ \_\_\_\_\_ ）
  - 3 その他（ \_\_\_\_\_ ）

18. 通院医療 オリエンテーション（開始時）
- 1 書面で通院医療のオリエンテーションが行われた
  - 2 口頭で通院医療のオリエンテーションが行われた
  - 3 特にオリエンテーションは行われなかった
  - 4 その他（ ） 5 不明
19. 通院医療 主治医（開始時）
- 1 精神保健指定医が主治医
  - 2 非指定医が主治医
  - 3 その他（ ） 4 不明
20. 通院医療 医療サービス
- 20-1 実質的通院開始当初の医療サービス
- (a 精神保健福祉法の入院なしで開始 b 精神保健福祉法の入院後に開始  
c 引き続き精神保健福祉法の入院中)
- 1 外来診療 週（ ）回
  - 2 デイケア 週（ ）回 デイケア利用なしの理由（ ）
  - 3 訪問看護 週（ ）回 訪問看護利用なしの理由（ ）
  - 4 その他の医療サービス（利用されているものに○）  
心理療法・外来作業療法・服薬指導・栄養指導・その他（ ）
- 20-2 調査時点の医療サービス
- (a 精神保健福祉法の入院中ではない b 精神保健福祉法の入院中)
- 1 外来診療 週（ ）回
  - 2 デイケア 週（ ）回 デイケア利用なしの理由（ ）
  - 3 訪問看護 週（ ）回 訪問看護利用なしの理由（ ）
  - 4 その他の医療サービス（利用されているものに○）  
心理療法・外来作業療法・服薬指導・栄養指導・その他（ ）
21. この通院対象者の現状
- 21-1 全体的経過
- 1 安定して通院処遇を継続
  - 2 概ね安定して通院処遇を継続
  - 3 病状など不安定なため通院処遇の継続に心配がある  
その内容（ ）
  - 4 その他（ ）
- 21-2 調査時点における精神保健福祉法の入院の状況（通院処遇開始以後についてお答え下さい）
- 1 なし
  - 2 現在入院中（ ）回目 通算入院期間（ ）ヶ月
  - 3 過去に入院あり（ ）回 通算入院期間（ ）ヶ月
22. この対象者について精神保健福祉法の入院の意義（入院歴のある事例についてお答え下さい）
- 1 有益であった（理由： ）
  - 2 やむを得なかった（理由： ）
  - 3 行うべきでなかった（理由： ）
  - 4 その他（ ）
23. ケア会議について



- 1 指定通院医療機関等の初診日までの開催頻度 ( ) 回
- 2 参加施設 (該当項目に○)  
指定通院医療機関・保健所・精神保健福祉センター・都道府県・市町村・地域生活支援センター・障害福祉サービス事業者・訪問看護ステーション・その他の医療機関  
その他 ( )
- 3 通院医療開始直後の開催頻度 ( ) 月に ( ) 回
- 4 今回の調査時点での開催頻度 ( ) 月に ( ) 回
24. 障害福祉サービス等 (社会復帰施設等) の利用状況 (調査時点の状況)
  - 1 利用している  
サービスの種類 ( )
  - 2 利用していない
  - 3 その他 ( )
25. 地域の関係諸機関の協力連携体制について (この対象者について)
  - 25-1. 全体的な協力連携体制
    - 1 積極的に協力連携していただいている。
    - 2 ある程度協力連携していただいている。
    - 3 協力連携体制が十分とは言えず苦勞することも少なくない。
    - 4 協力連携体制が取れずに困っている。
    - 5 その他 ( )
  - 25-2. 個別関係機関の協力連携体制
 

・下記の個別機関について、その協力連携状況を 25-1 の番号を ( ) 内に記入して、お答え下さい。(該当なしの場合は、- を記入して下さい)

指定通院医療機関 ( )、その他の医療機関 ( )  
保健所 ( )、福祉事務所 ( )、精神保健福祉センター ( )、  
都道府県 ( )、市町村 ( )、障害福祉サービス事業者等 ( )  
その他 ( ) ( )
26. 対象者に対する地域の受け入れ状況
  - 26-1. 対象者の住居
    - 1 単身生活 2 家族と同居 3 居住系サービス利用 ( )
    - 4 その他の施設 ( ) 5 入院中
  - 26-2. 家族の受け入れ状況
    - 1 積極的 2 概ね積極的 3 やや拒否的 4 拒否的 5 無関心 6 情報知らず
    - 7 その他 ( )
  - 26-3. 地域住民の受け入れ状況
    - 1 友好的 2 概ね友好的 3 やや拒否的 4 拒否的 5 無関心 6 情報知らず
    - 7 その他 ( )

設問2 この対象者の通院処遇についてご意見があればお聞かせ下さい。  
(質問項目以外の事柄や今後の問題などに関するご意見、あるいは受け入れについてのご感想など)

設問3 医療観察法通院処遇についてのご意見があればお聞かせ下さい。  
(この対象者の受け入れを通して医療観察法の通院処遇についてお気づきになった点など)

ご協力ありがとうございました。

資料3 医療観察法通院処遇アンケート調査票B（平成19年度版）

ご記入日（ ）年（ ）月（ ）日

設問1 貴保護観察所では、医療観察法施行以来、通院対象者を担当されましたか。

1 担当した（ ）人 2 担当していない

設問2 調査時点において処遇終了になった方はいらっしゃいますか。

1 あり（ ）名 2 なし

設問3 処遇終了事例の概要を教えてください。（凡例を参考に適切な数字を記入して下さい）

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						
2						
3						

設問4 調査時点において（再）入院処遇になった方はいらっしゃいますか。

1 あり（ ）名 2 なし

設問5 （再）入院処遇事例の概要を教えてください。（凡例を参考に適切な数字を記入して下さい）

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						
2						

設問6 処遇終了事例や（再）入院処遇事例についてお気づきの点があればご記入下さい。

-----  
 <凡 例>

1. 性別：1 男性 2 女性
2. 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
3. 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
4. 精神科主病名（ICD-10）（以下の病名一覧の番号から適当なものを記入して下さい。）
  - 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
  - 10 F9 小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害
5. 通院処遇の期間：（ ）ヶ月<開始から終了まで または 開始から（再）入院処遇まで>
6. 処遇終了後の対応
  - 1 指定通院医療機関に通院 2 元の通院医療機関に通院 3 上記以外の医療機関に通院
  - 4 精神科の通院自体も終了 5 その他（死亡、身体合併症による終了を含む）
7. （再）入院処遇の理由
  - 1 精神病状の悪化のため 2 社会復帰阻害要因の悪化のため 3 両者（1と2） 4 その他

#### 資料4（調査票A設問2・3の自由回答）

##### (1) 医療観察法申立てに関するもの

- ・ 本人は事件後、精神保健福祉法上の措置入院、任意入院、及び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年近く経過してからの申立てであったため、保護者共々戸惑いを隠せなかった。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ため、関係構築が一からの出発となり、違和感があった。その状況は病状が悪化した際にも再び問題点として表面化した。一方、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思っている。

##### (2) 鑑定や審判・鑑定入院に関するもの

- ・ 当初審判で直接通院決定になった事例であるが、鑑定入院を退院後3～4日で病状悪化し、医療保護入院とした。鑑定入院のみで通院決定するのは多くのリスクが伴うと思う。積極的な治療を鑑定入院でも行うべきであると思う。

##### (3) 通院決定の判断に関するもの

- ・ 入院決定にならず、不満一杯のスタートであったが、予想以上に親族の協力の下、安定した地域生活を送れている。こういうケースを見ると、通院処遇でも何とかできる場合もあることを実感する。
- ・ 通院決定時、どうしてこの人が入院ではないのかと疑問を持ったが、指定通院医療機関の手厚い援助体制の下で、力がついてきたことと、居住者サービスを即座に利用できたことで、社会復帰が早くなったと実感した。
- ・ 対象行為が非常に重大だったため、当初審判で通院か入院か論議があった。しかし、本人は他害行為を反省し、治療継続の意思を有しているため、現在のところ特に問題はない。ただ責任能力については、関わるスタッフ間で意見が分かれているようである。
- ・ 治療反応性がないという理由だけで、急性期の対象者を退院させるのは、本人及び居住地の負担が大きすぎる。
- ・ 事件地が他県の事案であり、病状不安定にも関わらず、通院決定がなされた。決定後、居住地の指定通院医療機関に移送され、医療保護入院となった。入り口部分である審判のあり方に問題が残る。短期間でも入院処遇が必要なケースだったと思う。
- ・ 本制度の対象かどうか処遇当初から疑問。各スタッフが疑問を抱えたまま処遇が進んでいるが、処遇の初期にスタッフ間で話し合う場が必要であったと思う。
- ・ アルコール依存症で治療歴のない対象者であるため、鑑定医、保護観察所ともに不処遇意見であったが、頻回にスリップを繰り返す患者は極めて多いという、アルコール患者全般に対して言える鑑定文を根拠に、スリップにより再燃する可能性は高い、として本法の通院決定となり、抗告も棄却された。本ケースについては、本法の処遇と不処遇後に想定された処遇に大差はなく、唯一調整官の間接的な関与が付加されたものである。逆に処遇開始時には、「自分の意思で断酒できているのではなく、見張られているからできていると思われるだろう」という不全感や、「こんな法の対象になっただけで商売していいのか」といった不要なとらわれが生まれていた。結果としては支援体制を整え、関係機関が協力し、よい経過であるが、だからといって今回の決定が適切であったとは感じていない。
- ・ アルコール関連障害の対象者は、まずは起訴が考えられるべきである。一過性の精神病状態や離脱症状があったからといって、不起訴→本法申し立てとなることには疑問を感じる。また鑑定入院後、離脱症状もなく何ら精神的な問題も見当たらず、本人も断酒、被害者への謝罪の意思を示し、鑑定医も「アルコール専門医療に繋げるべき。スリップしないように見守

る。本法の支援体制は非現実的だし、なじまない」と言っているにもかかわらず、本法の通院決定となった。このことは再犯防止という社会防衛のためであって、本人の社会復帰のためとは感じられなかった。ただ実際には、通院開始後、本人の会社の従業員のトラブル、倒産の危機、古い交通事故後遺症の痛み等、対象行為のため生まれた様々なストレスに対し、必要な手立てを速やかに打てたのは、本法処遇のメリットであると思われ、本法処遇は多問題ケースへの対応に効果的であるとは感じた。

#### (4) 医療観察法や通院処遇の体制全般に関わるもの

- ・ 本制度の本番は、通院処遇が開始されたときからであると考えられる。しかし、通院処遇の体制を整備するために必要な予算が、全くといっていいほど用意されていない。どんなに指定通院医療機関や地域の関係機関に意欲があっても限界がある。早急に地域で対象者を支援していく体制づくりが必要である。
- ・ 入院処遇の手厚さに比べ、通院処遇はあまりにも手薄である。
- ・ 精神保健に限らず、福祉全般の脆弱性の中で、この制度がどこまで成立し続けられるのか。
- ・ 知的問題、性格的問題が大きく、過去も入院中を除いて安定した生活を送れていない。現在の地域処遇のいかなるサービスを提供しても処遇困難である。現在の日本において、病院以外に安定を得られる施設はない。こうしたケースのために、管理された環境を新たに設ける必要を感じている。
- ・ 処遇方針を無視する傾向があり、関係機関から枠組みに強制力が欠如しているとの指摘を受けた。対象者の同意を求めただけでは、対応しきれないケースが存在する。
- ・ 現在の治療の焦点はアルコール問題になっているようだが、このような事例はどこまでやるべきか。保護観察所は終了を検討しても医療機関は慎重に対応している。裁判所の決定だからやむなく従っているという本人の受療態度にあまり変化は見られず、うつ状態など本人にとってハイリスクの場合、関係性が充分でないため、介入が難しい状況にある。
- ・ 現在の治療の焦点にアルコール依存症があるが、どこまでやるべきか。本例は家族等との関係性も回復でき、自助グループにもつながりつつあるため、近日中に終了申立て予定。指定通院医療機関はよくやってくれているが、再飲酒の際、関係者の陰性感情の取扱いに苦慮した。
- ・ アルコール依存症であるため、支援方法等に苦慮している。
- ・ 課題として考えるのは以下の通り。①決定謄本が指定医療機関に渡らないシステムの問題（審判決定の経過が全く伝わっていない）。②精神保健福祉法の入院を含んだ通院決定は、受け入れ先が決定内容等を理解しているわけでは決してなく、本人のモチベーションも下がることにつながりやすい。③家族への教育やフォローをする機関が殆どない。

#### (5) 直接通院に関するもの

- ・ 当初審判後すぐの通院決定については、やはり通院移行に係る準備期間を考慮した形での精神保健福祉法の入院が事例によっては必要と考える。
- ・ 直接通院決定による地域処遇であり、内省や対象行為の振り返り等に課題を残している。スタッフ間の連携による対応で何とか事なきを得ている感は否めない。
- ・ 当初審判による通院決定と、入院から通院に移行した事例とを比較すると、後者は濃密な治療体制をもとに、対象行為に至った経緯の分析と治療介入のイメージができるのに対し、前者は鑑定入院機関によりばらつきはあるが、後者ほど地域支援体制についての準備性が十分とは言えないと感じている。さらには当初官外で決定された者であり、準備不足のまま通院が開始されたことから、鑑定入院からの通院に対し円滑に行う方策を再考する必要があると

感じている。

#### (6) 通院処遇への移行に関するもの

- ・ 入院処遇を経た対象者は、円滑な地域処遇への移行がしやすい。
- ・ 入院処遇を経て移行しているので、セルフコーピングもしっかりできており、安定感がある。現在はアルバイトにもいけるようになってきた。
- ・ 入院処遇を経ての通院処遇であるが、戸惑いながら処遇に当たっている状況。
- ・ 入院処遇から通院処遇への移行が円滑に行えなかった。理由として、指定入院医療機関では、妄想型統合失調症の人に対して薬物はあまり効果がなく、むしろ手厚いスタッフとの信頼関係が有効であるという治療方針であったが、指定通院医療機関では、治療関係が未構築な中で、またストレスがかかりやすい家族との生活で、維持量での薬物では通院医療の限界があるとの見解の不一致があった。それにより通院医療機関側から入院医療への不信感が出ている。また、外泊中の状態等（妄想発言あり）から入院医療の継続が必要ではなかったかとの声が、通院医療機関・地域機関からあった。
- ・ 指定通院医療機関では発達障害がベースにあると指摘されているが、指定入院医療機関からはそのような情報は引き継がれておらず、入院中の処遇に疑問が残る。
- ・ 入院機関と通院機関との連携がスムーズにいかなかった。理由として、遠方の入院機関からの外泊が1度しかとれず、通院機関との医師間で、直接診療情報のやりとりもなく、通院機関に不信感が残ったこと、入院処遇の手厚い処遇の中で、最低限の薬物治療で状態が維持できていても、通院処遇に移行すれば家族との関係やあらゆる場面でのストレスが過大にかかるため病状が悪化し、変薬に対する本人の抵抗もあって、通院医療が困難な状況であること。
- ・ 本人が希望する居住先は、水道、ガス、電気が通ってはず、トイレも風呂もない場所であった。居住先の調整が必要であったが、病状が安定しているという理由で、退院申立てが先行された。退院直後から全く服薬をしない状況であり、結果として治療が表面的であったと感じている。外泊も1泊2日の1回だけであり、居住性や病気の管理などの確認には複数回の外泊が必要であったと思われる。退院後間もなく、居住困難で転居となっている。
- ・ 入院治療の限界を感じる事ができ、残存する課題を地域でどのように支援していくかが問われている。

#### (7) 指定通院医療機関に関するもの

- ・ 指定通院医療機関（民間）のマンパワーが乏しい中、本当によくやっつけていただいている。せめて専任の職員（PSW等）を配置できる程度の手当てがあればと思う。
- ・ 指定通院医療機関への報酬について、早く適切に終了できた場合には、一定の奨励金をだすような制度はどうだろうか。特に終了後同じ医療機関へ通院する場合など負担が続くため。
- ・ 指定通院医療機関は本当によく頑張っている。いい職員が燃え尽きないためにも、最低限、専任職員の配置を進めていただきたい。
- ・ 入院処遇と比較すると、通院はあまりにも予算が少なすぎるため、指定通院医療機関からは、この対象者の処遇を継続していると赤字になるとの意見が出されている。
- ・ 指定通院医療機関の労力に見合った診療報酬ではないため増額すべきである。
- ・ 指定通院医療機関の個別事情として、ケースが累積し対応困難となりつつあり、地域の医療機関を利用できない状況が生まれている。
- ・ 指定通院医療機関までの距離が遠いので交通費がかかる。何らかの手当てが欲しいところ。
- ・ 指定通院医療機関が遠方である。
- ・ 同一市内の指定通院医療機関が確保されていないため、1時間半かけて診察・デイケアに通わ

ねばならず、通院介助も必要になった。指定通院医療機関の遍在が問題。

- ・ 指定通院医療機関が少ないため、過去の対象者が利用していた病院でないことが多々ある。また指定通院医療機関以外の医療機関の系列の授産施設等を気軽に利用できる体制が欲しい。
- ・ 指定通院医療機関の受け入れ拒否には驚いた。
- ・ 指定通院医療機関の力量や精神科医療に対する元来の体質により、提供される医療や援助の質に極端な違いが生じる。
- ・ 入院から通院への移行時、病院間の調整に苦慮した。入院地と居住地の距離が遠方であることも原因の1つだが、入院施設と通院施設との体制に差がありすぎることも大きな原因であると思う。この格差が今後も改善されない限り、本制度の目的である「社会復帰」は、いつまでたっても目標に過ぎないと思える。
- ・ 指定通院医療機関側には、治療計画が乏しく、院内のチーム体制、役割分担も、元来の体質として、機能不全の状態にある。同医療機関が、本人への症状・処方内容等に係る説明を行ったのは、保護観察所から本人に助言・指導を行った直後の、通院決定後約4ヶ月が経過した頃であるが、その意図については了解不可能である。また、3期に分かれたステージの認識がなく、通院処遇開始後7ヶ月が経過した時のケア会議の席上、保護観察所から問われた際に、主治医がその場で急遽検討の上、回答するといった状況であった。
- ・ 通院が始まったばかりで家族が付き添っての受診であるが、予約時間以上に待ち時間が長く、週1回の通院にストレスがかかっている。対象者の居住地は交通の便が悪く、移動サポートの支援を受けている。すぐ近所に通院している病院と理事長が同じ病院があるが、指定通院医療機関にはなっていない。本人も家族も通院に対して理解を示しているが、高齢の家族が付き添って、隣市の病院への通院は容易ではない。このように同じ診療科を持つ病院が近くにある場合には、便宜を図ってもらえないだろうか。
- ・ 通院処遇の円滑な運用のために、①指定通院医療機関のバランスを考えた数の充実、②指定通院医療機関への経済的手当ての充実（通院医学管理料の増額）、③市町村のマンパワーの充実（精神保健福祉専従職員の配置）、が望まれる。

#### (8) 精神保健福祉法による入院に関するもの

- ・ 直接通院のあり方を見直し、指定通院医療機関に医療観察法で入院できるようにする等の仕組みが必要と思われる。
- ・ 通院処遇中に4回精神保健福祉法の入院をしたが、決定後の初回入院ぐらいは国費で対応できないか。
- ・ 通院開始直後の、短期間（数週から数ヶ月）の精神保健福祉法の入院は、国費でまかなえるようにして、入院が活用できるようになればなお良い。
- ・ 本人にとって医療観察制度の入院がはじめての入院であったため、自由外出やプログラム参加に制約があると思っていたところ、精神保健福祉法の入院では、自由が多く休養できることがわかった。また入院に当たって、訪問スタッフよりよく説明されており、信頼関係の下、入院したのだと思う。
- ・ 通院決定が見込まれる対象者に対し、鑑定入院期間中に指定通院医療機関に対象者が入院し、信頼関係の構築等を促進できるような仕組みが必要である。また通院決定後、対象者に精神保健福祉法上の提案をする場合、付添人の同席又は付添人を介して対象者の意思を確認する等の配慮が必要と思われる。
- ・ 通院決定後、1年9ヵ月任意入院期間を要した。通院への不安が強く、退院の話が出ると解離症状や過呼吸発作等の身体症状の繰り返しであったため、やむをえない結果であったが、指

定通院医療機関の過保護な処遇も一因であったかもしれない。

- ・ 退院までかなりの年月を要したが、数ヵ月後に退院予定。現在外出泊訓練を兼ね、地域資源の見学を始めたところである。
- ・ 信頼関係を構築するという理由等から、指定通院医療機関は、対象者が同病院へ任意入院することを家族に提案した。対象者と家族はその提案について同意せず、当初計画していた通り、通院決定後は親類の家に居候し、外来通院を継続し、安定した生活を続けている。通院が可能であるという判断で通院決定となった対象者に対し、ケアする側の心配から指定通院医療機関が任意入院の提案を行ったことについては戸惑いを感じた。
- ・ 対象者はうつ病に罹患し、自宅に放火する等、自殺を試みた。自宅は取り壊され、通院決定後は対象者の妻が借りた市営住宅に居住予定になっていた。指定通院医療機関の主治医は、対象者の環境が急に変化することを心配し、通院決定後は同病院に任意入院を行い、外泊を繰り返しながら自宅に慣れていくことを対象者と家族に提案した。対象者の同意も得られ、通院決定後、対象者は同病院に任意入院し 1 ヶ月が経過している。経過は順調であるが、入院治療が必要な事例であるならば（医療観察法の）入院決定がされるべきである。
- ・ 通院が実施されないまま、精神保健福祉法の入院が継続されている。この間、地域住民との話し合いや作業所の見学及び参加等がなされてはいるが、外泊の実施には至っていない。対象者は自宅への帰住以外は望んでおらず、その処遇に苦慮している。通院にした方が良かったのか悩んでいる。
- ・ 本法の入院を経てから退院してもいいケースだったのではないか。しかし仮に入院決定が出ていたら、高齢の両親との関係はさらに希薄になっていただろう。
- ・ 破瓜型の統合失調症であることから、長期の精神保健福祉法の入院とセットとした通院処遇となり、現在は鑑定医療機関から指定通院医療機関へ転院している。長く閉じこもっていた経過や家族の援助する力の低さなどもあり、本人への心理療法的アプローチが有効ではないかと感じているが通院処遇では実施することが難しい。転院を伴うとき、転院先のアメニティが転院前より悪いとモチベーションも下がりやすい。また、マンパワーが少なく、関わりに乏しく、漫然とした入院につながりやすいことも課題ではないかと考える。
- ・ 精神保健福祉法の入院中の場合、入院治療についてどこまで口を挟んでいいものか。黙っていれば社会的入院に陥り、本法の対象としたことがメリットにならないと感じる。

#### (9) 通院処遇の経過や現状に関わるもの

- ・ 概ね順調な経過である。本人の気分の波に留意しつつ、ストレス脆弱性に対するアプローチを更に検討していき、社会とのつながりを築いていけるよう支援していく必要がある。
- ・ 本人は家族との同居を望んでいるが、一人暮らしにも慣れてきており、デイケア通所も安定し、気分変動等も落ち着いてきた。
- ・ 家族や関係機関が協力的でスムーズに処遇できている。本人の回復もスムーズ。
- ・ 精神科初診の対象者であり、また数年来、妄想を持ちながら生活してきた対象者であった。妄想について本人は、通院開始当初から現在に至るまで、全てが病気のためであるとは考えていない。このような状態の場合、一般の精神医療に継続して通院することは困難であると思われるが、本制度の処遇により、医療につながり、病気が改善し、生活面も事件前より向上したと考える。
- ・ 対象行為は軽めであったが、これまで何度も入退院を繰り返し、生活が不安定で、地域のサービスを全く利用することが出来ていなかった。本制度を契機に、地域で体制が整備されたことで、本人の言葉を借りると「相談する場所が増えてよかった」という状況に至ることが



できた。

- ・ 指定通院医療機関の医師が対象者の勤務先の産業医であること、以前より通院していた病院や医師であることなど、対象者には通院しやすい環境になっている。退院後、週 1 度相談室スタッフからの自宅訪問を受けていたこともあり、信頼関係は構築されている。一度パニックになったとき、自ら病院を受診、相談室スタッフから受け入れられたことで、ひとまず落ち着き、医師から会社にも連絡を取ってもらい、問題が解決できた。
- ・ 現在警備員として就労中だが、医療観察法及び疾病に関して情報開示した。受診及びデイケアは 2 週に 1 回で曜日を遵守。最初は指定通院医療機関（デイケア、OT、訪問看護）及び県、市の訪問指導、精神保健観察を集中導入。対象者の精神症状の安定度を見ながら、社会資源投入の間隔を空けていく。現在は精神症状が消失し、一般就労をしている。
- ・ 暴力団を経験。覚醒剤依存症と診断。後遺症として頭痛を訴える。薬物依存症（鎮痛剤）もある。易怒的、易刺激的なパーソナリティ。近隣住民は全て承知しているが無関心。保健所等行政機関も敬遠気味。社会復帰調整官の精神保健観察は毎週 1 回実施。通院も週 1 回休みなく実施している。
- ・ 入院治療から通院治療への移行後の病状悪化により病名変更になったケース。身体合併症により疾病教育に限界があることから、幻聴による行動化が繰り返され、精神保健福祉法の入院を繰り返しており、幻聴による行動化が低減しなければ、本人が目標としている単身生活は現実のものとならないという懸念が生じている。現在は指定通院医療機関敷地内の生活訓練施設に入居しているが、精神保健福祉法の入院が長期化した場合、同施設を引き払わねばならず、住居を失う可能性がある。
- ・ 対象行為以前、何度か入退院を繰り返してきたが、「両親が勝手に入院させた」と根に持っているところがあり、以後通院だけになっていた。その通院も交通手段がなかったため、送迎を依頼している人の都合で、不定期の受診であり、本人の病識や怠業を家族は気にとめることもないまま過ごしてきた。知的障害を持っているため、当初審判で入院となったものの、何をどのようにできるかという課題があった。自宅で 1 日中好きなように過ごしてきた対象者に、他人と関係を作ること、他人と一緒に働くこと、そして自分はきちんと受診して薬を飲むこと、退院しても通院が必要であることを、本人及び家族が認識し、地域のサポート体制が出来上がったことは、ある面有意義なことと考える。
- ・ 無理心中未遂のケースであり、他害よりも自傷のリスクが高いケース。対象者とし続けるべきなのか悩むものの、終了すれば地域では、わがまま、ボーダー、とされ、支援体制の継続にはつながらない可能性が高い。被害者である子供に関する機関が常に受身であり、子供のことは本人の処遇にも影響するから、と口を挟んでいくものの、どこまで本法関係者が被害者である子供のことを考えるべきなのか。
- ・ 対象行為当時の活発な状態が現在は背景化していることもあり、本人及び家族の通院処遇についてのモチベーションが下がり始めている。今後は関係機関にもその傾向が生じてくると思われるため、モチベーションをいかに維持していくかが大きな課題となってくる。

#### (10) 病識・内省洞察・治療必要性の理解などに関わるもの

- ・ 当初は本人、家族とも医療の受け入れが困難だったが、関係者が本人のペースを尊重して丁寧に関わる中で、現在のよい関係性をもたらしたのではないかと。
- ・ 本人が医療等に拒否的なため当初は非常に厳しかった。保護観察所に対しても同様であった。特に事件後措置入院を経て就労していたケースに対する申立てのため余計に難しかった。現在のケア会議等に本人は出たがらないため、2 月に 1 回程度、病院 PSW、社会復帰調整官、

本人でミニケア会議を開き、本人の意向を聞きながら対応を進めている。

- ・ 本人は当初より病識なく全てのサービスを拒否していた。世帯収入も最低生活水準以下であり、被害者である傷害をもつ長女と一心同体の生活を現在も送っている。本人及び長女へのサービス利用は、他人に迷惑をかけたくない、と強く拒絶しており、現在は医療観察制度での病院、保健所、保護観察所の訪問のみである。本人は処遇終了したら病院にも通わないと話しており、病識なく対象行為への振り返りもない対象者の地域処遇は難しいと思う。
- ・ 通院服薬は何とかできている。入院中は、病気の理解、内省、対象行為と病気の関連性を認めるような発言をしていたが、地域に戻ってから「自分は病気でない」と言い、内省もなく、対象行為と病気との関連性を認めていない。入院中は早く退院できるよう適当なことを言っていたようだ。入院中きちんとした治療、評価がなされるべきである。地域関係機関が困っている。入院中は統合失調症様障害という病名であったが、通院の主治医は統合失調症と診断名を変更した。しかし、本人はそれを受け入れておらず、薬の増量も受け入れない。主治医は入院中の治療や評価がいい加減と言っている。本人と面接しても最小限のことしか答えず、生活、家族、経済状況等の情報がとれない。家族にも連絡が取れない。信頼関係なし。細かいことでクレームだけはつけてくる。ニードも明らかにせず、関わり難い対象者である。
- ・ 鑑定入院の段階ではすでに症状が消褪していたこともあり、鑑定医から不処遇の方向性も出されていた。しかし、対象行為、地域の問題からも通院となったが、対象行為の振り返りはできず、鑑定病院と通院病院が違うなどスムーズな地域移行ができなかった。対象者は現段階でもストレス要因等を自覚できておらず、当初から一貫して処遇終了、訪問終了を求めている。モチベーションが低く、いろいろな形で関係機関と評価等もしているが、コンセンサス（問題の共有化を図る）を得られるまでにはいたっていない。対象行為で処遇を決めるのはどうかと思うが、本ケースにおいては通院で心理的アプローチができず、対応に苦慮している。

#### (11) 各種医療サービス・治療プログラムなどに関するもの

- ・ 通院当初、デイケア利用に拒否的であり、仕事のことが気がかりであったが、医療の必要性が今になってようやく理解でき、デイケアを楽しめるようになってきている。まさに直接通院の理想的展開（ケース）である。
- ・ 対象者の近隣に指定通院医療機関がないため、遠方（1時間半～2時間）の医療機関に通院している。それでも医療機関の訪問看護は2週間に1～2回程度あるので、対象者にとってとても強い支えになっている。
- ・ 指定通院機関の訪問看護ステーションから遠方であるため実施できないとの理由で、独立型の訪問看護ステーションを利用しているが、主治医との連携が円滑に行われていない。
- ・ 疾病教育の学習内容について、指定通院医療機関による継続及び本人の振り返りを可能にするため、（入院医療機関で）使用したテキスト等のレジメを本人や指定通院医療機関等へ提供していただきたい。
- ・ 内省プログラムや認知行動療法等を実施できるように、通院医療機関への支援が必要と感ずる。
- ・ 暴言、暴力等のため家族対応が非常に難しい事例だったので、医療機関心理士や心理教育が充実してくれればと思った。本人の準備性が十分でないと、特に希死念慮への対応が非常に困難。
- ・ 同一病院に通院していても主治医によってサービスの内容が全く異なるので、サービスの均一化は難しいと思う。

#### (12) 家族関係・対人関係などに関するもの

- ・ 本件について、家族は被害者感情が強く、一方本人は解決済みと考えている。今後も地道に両者の心情に介入しながら、距離が縮まるよう調整を図りたい。
- ・ 家族が本人への関わりに戸惑う場面が多々見受けられる。今後病気について理解する機会を提供するとともに、地域関係機関との相談関係が確立できるようコーディネートしていく。
- ・ 家族・関係者を含めて本人の対応に苦慮しているが、ケア会議等を通して、一層連携を密にしながら処遇を進めたい。本人の長所や健康的側面に着目し、アプローチを粘り強く試みる。
- ・ 同居家族が対象者同様に支援を必要としている場合、同家族全体の支援状況の把握や対象者への影響について、評価の難しさを感じる。
- ・ 本人は病識・内省が持て、指定通院医療機関との信頼関係も確立されており、パート就労も1年以上継続できているので、処遇終了を検討したいと思うが、配偶者が病気について理解しようとせず、離婚話を出しているため処遇終了に踏み切れない状況である。
- ・ 自宅での生活がスタートしたが、親がアルコール依存症であり、家族関係や家族内部に踏み込んだ支援が必要となる。保健所と連絡を取りながら行っている。
- ・ 対象行為時妊娠中であり、夫が退職し本人の介護に当たった。夫の献身で本人の精神症状は安定しているが、夫の再就職が困難となり、機材的問題も絡み、家族のバランスが悪い状態である。
- ・ 家族、特に本人のきょうだい精神障害者の地域処遇に理解が乏しく、職業柄近隣住民に本人の病気を知られたくないという意識が強く働き、理解が得られないで困っている。

#### (13) 居住地に関わるもの

- ・ 本人は当初隣県の家族との同居を希望していたが、家族を含めた環境調整が困難で、親類が居住し、かつ指定通院医療機関敷地内に生活訓練施設を存する当県に帰住することになった。一部の地域関係機関の中には「なぜ当県で受け入れなければならないのか」という拒否的反応があり、今後同様のケースの受け入れは非常に困難になると感じている。
- ・ 対象者は某市内の居住者であったが、対象行為後は自宅に戻れないため、周辺市の指定通院医療機関に通院し、病院立の生活訓練施設に入所することになったが、指定通院医療機関が某市内にない現状では、周辺市の指定通院医療機関に通院処遇が集中するため、負担がかかりすぎている。
- ・ 通院決定は全員一致であった。しかし、家族及び対象者は自宅を手離し、県外への移住を希望している。その地が確定していないため、現在は精神保健福祉法による入院をしている状況である。また地域のケア会議を開催していないのもこのためである。今後は円滑な居住地決定とケース移管を行えるよう準備したい。事件の性格上もとの居住地に戻れないという心情も理解できるので、このような対応となっている。

#### (14) 住居・社会復帰施設・就労などに関するもの

- ・ 本ケースのように生活訓練施設に入居していると、ケア会議構成メンバーである保健所は、直接的な相談援助はしないことになっている。そのため、精神保健福祉法の入院中にケア会議を開催しても、対象者に関する情報共有のみの場になってしまう。
- ・ 住居の確保について、社会復帰施設等を利用することになった場合の受け入れ体制を整える時期は非常に不明確である。状況によってはかなりの期間空室になることもある。その際の利用料等の財源確保が担保されていないため、施設側の好意によって支えられているのが現状である。指定施設の内定制度等を導入する等の財源確保が必要である。
- ・ 自宅が対象行為の現場であるため戻ることは困難。そのことを本人に理解させ、福祉ホーム

からアパート生活を検討している。精神症状も安定し、社会活動への参加、余暇利用、趣味など QOL が高まっている。

- ・ 本件の場合、公営住宅間の転居を希望したため、精神保健福祉センターに協力してもらって住宅部局に何度も掛け合ったが、被害者は公営住宅間の転居は可能だが、加害者は規則がない、との回答を崩さなかった。新規申込みを続けているが、なかなか当選しない現状で退院が延びている。
- ・ 居住先を確保するため、指定通院医療機関と同じ市内のグループホームに交渉したが、受け入れを断られたので、やむなく指定通院医療機関の近くのアパートに入居している。一人暮らしへの不安の強い人なので、高サポート付の住居の方が望ましかったが、施設が少なく、本法対象者を受け入れてくれるところが少ない。実子（義務教育通学中）との面会の調整・確保も必要で、観察に時間を要する。
- ・ 対象行為により元の住居に戻れない人を受け入れてくれる居住施設が少ない上、医療観察法の対象者であることで受け入れ拒否されるため、居住先の確保に困窮している。
- ・ 社会復帰後、通院しながら将来を見据えていくことになるが、家庭以外で過ごす場が少なく、対象行為を行ったことで、施設等から受け入れを拒まれる傾向がある。
- ・ 就労について、本人・家族が急ぐ中、主治医等が疾病について説明し急がなかったことが、一般就労で安定した生活を送ることにつながった。また、安易に授産所、作業所などを利用せず、じっくり治療を行ったことが良かったのではないかと思う。
- ・ 本ケースは就労能力、意欲が高く、外来作業療法を通して、就労支援のタイミングを見計らっているところである。
- ・ 精神保健福祉法の入院当初から就職を希望しており、家族の知人の会社社長のもとで、退院翌日からアルバイトに行くことになった。ケア会議ではアルバイトより治療優先との意見であったが、プログラムの狭間を利用して短時間就労することになった。病的には危ない面もあるが、主治医の了解のもと処遇計画として策定した。
- ・ 当事者の働きたいという希望を尊重して、これまでの引きこもり（インターネット生活）から脱出させることを考えた。個別就労支援では、本人・家族のモチベーションを大事にしたいと考え、その方向でサポートすることができてよかったと思う。
- ・ 職場復帰の際、本人や家族だけでなく、医師が会社側に働きかけてくれたことが、とても重要だったと思う。
- ・ 良好な家族関係を維持するため、適切な距離を保つ必要があることから、本人の具体的な就労支援を行う予定である。

#### (15) 地域の連携体制・ケア会議・精神保健観察などに関するもの

- ・ 県内初の申立て事件が「通院決定」だった為、地域での連携体制を整えていくことを通じて感じたことだが、法施行前後の時期に比べ、地域関係機関の医療観察法対象者に対する抵抗感が随分なくなってきたように感じた。地域関係機関への正確な情報提供と、直接、対象者と対面することの大切さを感じている。
- ・ 高齢の両親が近隣に居住しており、介護サービスを実施している医院のケアマネージャー兼看護師にもケア会議に参加していただいている。将来は同居も検討していくが、現段階では諸々の問題があるため別居としている。対象者の病状は、気分の起伏が大きく、今後対応には困難も予想される。
- ・ 生活能力が保たれており、福祉サービス等の必要性がない対象者の場合、市や県の障害福祉課、保健所の関わり方を考えさせられている。