

IV 市町村の業務・役割の現状と課題

1 業務体制および業務実施状況

- ①医療観察における人員増 有 (人) ・ 無
- ②医療観察担当者 専任 ・ 業務兼任 (人、職種)
- ③業務内容
- ア 運営協議会 (都道府県) 参加 有 ・ 無
役割 (・ 事務局 ・ 窓口 ・ 相談役 ・ その他 ())
- イ 運営協議会下部機関 (都道府県) 参加 有 ・ 無
役割 (・ 事務局 ・ 窓口 ・ 相談役 ・ その他 ())
- ウ 地域連絡協議会 (地域単位) 参加 有 ・ 無
役割 (・ 事務局 ・ 窓口 ・ 相談役 ・ その他 ())
- エ 人材育成研修 (実施している ・ していない)
内容 (・ 企画 ・ 実施 ・ 委託 ・ その他 ())
- オ 病棟内会議 (入院中の会議) 参加 有 (ケース 件 回) ・ 無
- カ 地域ケア会議 参加 有 (ケース 件 回) ・ 無
- キ 情報の周知 (・ 保護観察所 ・ 都道府県 ・ 精神保健福祉センター ・ 保健所
・ 市町村 ・ サービス提供施設 ・ 病院 ・ 住民 ・ その他 ())
- ク 社会復帰調整官との連携 ・ 調整 (している ・ していない)
具体的 (自由記載)

2 人材育成研修の実施状況

- ① 対象者 : 行政職員 : 都道府県 ・ 保健所 ・ 市町村 ・ サービス提供施設 ・ その他 ()
- ② 期間 1 コース (半日 ・ 1 日 ・ 2 日 ・ 3 日) 何コース (コース)
- ③ 内容 (具体的に) :

3 市町村のサービス利用 ・ 整備状況

- ① 自立支援法にかかるサービス利用
- ア 福祉サービス利用調査実施 有 (件) ・ 無
調査員 (市職員 ・ 委託 ・ その他 ())
調査時体制 (ペア体制 ・ 単独 ・ その他 ())
ペア体制 (同行者は)
- イ 具体的決定したサービス内容 (自由記載)

ウ ケアマネージメント 有 (件)・無
ケアマネージメント機関 ()
役割等 (自由記載)

エ 審査会申請 有 (件)・無

オ 自立支援法にかかる社会復帰調整官の関わり (自由記載)
事前調査の関わり

認定審査会の関わり

市町村サービス面接時の関わり

市町村サービス決定会議の関わり

本人への決定の説明の関わり

その他の関わり

② 生活保護にかかる要望 (自由記載)

対象者利用について：利用している (件)・利用していない。

生活保護担当者の関わり

ア 面接 () 件 (ペア訪問・単独訪問・その他 ())

イ 家庭訪問実施 () 件 (ペア訪問・単独訪問・その他 ())

ペア訪問の同行者 (. .)

ペア訪問の問題・課題 (自由記載)：どうあればよいか。

単独訪問の問題・課題 (自由記載)：どうあればよいか。

ウ 同行受診 () 件 (ペア同行受診・単独同行受診・その他 ())

③ デイケア等グループ利用 有 (件)・無

利用に為の整備状況 (自由記載)

④ その他の利用 有 ・ 無

利用に為の整備状況 (自由記載)

4 地域支援関係機関との協力・連携の状況・課題・要望（自由記載）

①都道府県担当部署に対して

問題・課題

要望

②保護観察所（社会復帰調整官）に対して

問題・課題

要望

③精神保健福祉センターに対して

問題・課題

要望

④ 保健所に対して

問題・課題

要望

⑤市町村に対して

問題・課題

要望

⑥ 民間施設に対して

問題・課題

要望

⑦ 国への対して

問題・課題

要望

5 医療観察終了者への地域支援体制（終了後の体制）

- ① 終了後のケアマネジメントは誰がしているか。施設名（ ）職種（ ）
- ② 支援チームは医療観察時と同メンバーか。
同じ ・ 異なる（追加施設 ）（削除施設 ）
- ③ 終了し後の今の問題・課題は。（自由記載）
- ④ 今後どう地域支援をしていくか。その問題・課題は。（自由記載）
- ⑤ 短期・中期・長期支援を考え他時、どうあったらよいと思うか。（自由記載）
- 短期
- 中期
- 長期

6 医療観察法の見直し時における国への要望（自由記載）

具体的に、自由記載でお書き下さい。

研究Ⅲ：医療観察対象者の家族支援

(執筆担当者＝深谷裕、伊藤順一郎)

B. 研究方法

1) 研究対象

研究対象は、医療観察法の指定通院医療機関に通院する対象者の家族（20歳以上）のうち、研究の趣旨を説明し、参加への同意を表明した者とした。研究対象の選定は、まず社会復帰調整官が主治医と相談し、担当する患者・家族のうち、面接調査に適当と判断できる家族を選定した。選定の際は、家族本人への心理的侵襲性、家族関係等を考慮に入れている。次に社会復帰調整官が選定した対象家族に研究の趣旨を説明し、研究参加への意思を確認した。また、主治医が通院患者に研究の趣旨を説明し、家族研究に協力することについての理解が得られた場合は、同意書に署名をしてもらった。家族による口頭同意と対象者による書面同意が得られた場合にのみ、社会復帰調整官が調査者に連絡し、調査日程および場所の調整を行った。調査前に、再度、調査者が家族に調査の趣旨について文書を用いて詳細に説明し、家族からの理解が得

られた場合に同意書に署名してもらった。

2) データ収集：

データ収集は、2007年10月から2008年1月の間に、個別的なインタビュー調査により行った。インタビューはケア会議が行われた場所（指定通院医療機関、保健所、福祉施設等の面接室や相談室）や家族宅で調査者1名が行い、必要に応じて社会復帰調整官が同席した。所要時間は1時間程度である。対象者の同意を得て会話をテープに録音した。また、質問項目や具体的な質問文、進行上の指針などをリストアップしたインタビュー・ガイドをあらかじめ用意した。通常、インタビュー・ガイドは会話が行き詰まった時や非生産的な話題に陥った時に、新しい展開をもたらす土台として用いられる。実際のインタビューでは、事件前後からの自分の経験について、自由に話すよう促した上で、必要に応じて軌道修正のための質問をした。具体的な質問項目の一部を表1に示した。参加者には薄謝を支給した。

表1 質問例（「ご本人」は入院処遇を受けている人を指す）

-
- ・ 今回の事件の前からご本人の病気や障害については気づかれてはいたのですか？
 - ・ 入院処遇と通院処遇のどちらを希望されておりましたか？それはなぜですか？
 - ・ 入院処遇に対してはどのように受け止めていらっしゃるでしょうか？（移行通院の場合）
 - ・ ご本人が通院処遇を開始したことで、ご本人との関係は変わりましたか？
 - ・ 通院処遇を開始されてからは、ご自身の生活は変わりましたか？
 - ・ 今回、弁護士や社会復帰調整官や病棟スタッフなどたくさんの人と関わりを持つことになったと思うのですが、その点についてはどのように受け止めていますか？
 - ・ 事件についてご家族以外で、どなたか相談相手になってくれる方はいらっしゃいましたか？
 - ・ 今まで実際に周囲の人から、ご本人の障害のことで何か言われたり、されたりしたことはありますか？
 - ・ 今後、ご本人との関係をどんなふうにしていきたいと思っていますか？
 - ・ 今後のことで、何か心配なことはありますか？
-

3) データ分析

インタビューから得られたデータは、調査者がテープ起しを行い、トランスクリプトを作成した。その後、質的研究方法の一つであるグラウンデッド・セオリー・アプローチのコード化の手法を用いて概念分けした。具体的には、意味のまとまりごとに文章単位で切片化し、コード化した。これを内容別にまとめる作業を2段階繰り返し、カテゴリー分けした。研究の流れについては、図1で示した。

(倫理面への配慮)

対象行為についての詳細は質問項目に含めていないが、参加者の自発的な語りについては制限していない。テープ起しからトランスクリプトを作成する際には、個人情報削除した。なお、本研究は国立精神・神経センター倫理委員会の承認を得て実施した。

C. 研究結果

本研究では8例の家族から話を聞くことができた(表2参照)。対象行為の多くは傷害であり、8例中7例は第三者つまり家族外の者が被害者であった。また、4例は移行通院であり、インタビュー実施前に入院処遇を経験していた。事件発生から1年以上経過して

いることもあり、インタビュー実施時はすべての家族が落ち着いて事件前後の状況や、処遇開始からの変化を語っていた。

語られた内容は、事件前の本人の問題行動、それに対する独自の対応、自分自身を支えてきたもの、今後の役割認識等多岐にわたった。語られた内容を分析手法に基づいて分類した結果、最終的には大きく6個の概念に分けることができた(表3参照)。以下ではこれら6個についてそれぞれ詳細にみていく。なお、以下の文中で「自分」「自分自身」「家族」は語り手である家族のことであり、「本人」とは通院処遇中の対象者のことである。

1) 事件前の暗中模索

対象家族の多くは、事件前から本人の症状による問題行動を目の当りにしており、自分が目にした問題行動について詳細に語っていた。これらは、“ひきこもり”や“強い不信感”“飲酒”“自殺未遂”“昼夜逆転”など様々であった。中には暴力行為があった例もある。ただしこのような例では暴力の対象は母親や父親など家族内部に向けられており、第三者に向けられたことはないという。そして、暴力を経験した家族は自らが受けた暴力に対して必ずしも重大視しているようではな

表2

	調査対象者	年齢	対象行為	対象行為の時期	インタビュー場所
A	父親	60代	傷害	約2年半前	保健所
B	母親*	60代	わいせつ	約1年半前	保護観察所
C	両親*	70代	傷害	約2年前	保護観察所
D	妻	70代	傷害	約1年前	自宅
E	母親	70代	強盗致傷	約2年半前	自宅
F	母親	70代	傷害	約1年前	自宅
G	母親*	60代	放火	約2年前	自宅
H	娘*	30代	傷害	約2年前	公民館

※ 移行通院

表3 家族の語りにみられた6つの概念

概 念	カテゴリー名	内 容
事件前の暗中模索	<ul style="list-style-type: none"> ・本人の問題行動 ・病気の見逃し ・問題解決の模索 ・公的機関・医療サービスの経験 	事件発生前の家族状況の振り返り
憂鬱な事後処理	<ul style="list-style-type: none"> ・病気／事件発生に対する後悔 ・障害（病気）に対する認識 ・事後処理のストレス ・被害者との関係・対応 	事後処理に伴うストレスの原因と内容
医療観察制度にのって	<ul style="list-style-type: none"> ・鑑定入院 ・処遇決定に対する気持ち ・入院／通院処遇の評価 ・視野の拡大（当事者としての意識化） ・事件後の本人の変化 	医療観察制度に対する評価
さまざまな人間関係	<ul style="list-style-type: none"> ・近隣／親戚関係 ・自分の苦勞とそれを支えたもの（インフォーマルサポート） ・家族の協力と関係変化 	事件前後からの自分を取り巻く人間関係の変化とその影響
自分の役割認識と役割遂行	<ul style="list-style-type: none"> ・自分の役割認識 ・自分の健康状態／その他の家族問題 ・通院処遇移行の気持ち 	支援者の増加に伴う役割認識の変化
本人との関係と将来の期待	<ul style="list-style-type: none"> ・事件後の本人との関係 ・事件後の本人に対する気持ち ・将来の期待と不安 	将来に対する期待と不安

かった。

家族A：『まず母親にそういうふうな形であれして（攻撃的になって）、それが終わったら今度私にきたという。別にそれでも、やっても「悪い」って言って終わってしまったんですよね、向こう（本人）もね。だからそんなに気にはしてなかったんですけど。』

これらの問題に対して思い悩んでいた家族もあったが、問題行動を精神症状によるものと必ずしも認識していたわけではなく、問題行動の原因に独自の解釈を加えたり、あるいは問題としてとらえなかったりした例もあった。事件前を振り返り、家族たちは次のように述べていた。

家族B：『早い話が、お友達関係で、今い

ろいろ麻薬とか薬ありますよね？そのせいだとか思えなかったの。急におかしくなっちゃったから。』

家族E：（本人の妄想に基づく発言に対し）『「へえ～。あんたにはそういう才能があったのかしらね」って親ばかですよ、本当にね（苦笑）。』

家族G：『私病院とかって、本当にその精神科のことはわかんなかったからね。で、どういうあれかわからなかったから、結局寝てないからとか食べてないからとか思っちゃって。見た感じね。』

ただし、本人の呈する問題行動に対し家族は見過ごしていただいただけではなく、グループへの参加や、医療機関や相談機関の利用など、

それぞれの家族が問題解決の模索を図っている場合もあった。事件の発生が示すように、これらの努力は一時的に成功した場合もあったが、その多くは長期的な問題解決には至らなかった。家族は語りの中でこれらの取り組みがいかにしんどいものであったかを表現していた。

家族E：『私自身も息子には内緒でしたが、そういうグループについて心療内科の先生に相談しましたところ紹介して下さったんですね。（隣県）にあるんですけども、そういうところに行ったりしました。』

措置入院を経験した家族もあり、はじめての措置入院に対する抵抗感を述べていた家族もいた。

家族B：『それで最終的には「措置入院をした方がいいですよ」って。だけど警察の方に世話になったことないのに、「やだ！」と思ったんだけど、保健所の方が「とにかく」って。』

家族Bのように、公的支援を求めた場合でも、不適切な対応をされたことにより不満や不信感が芽生えたケースもあった。

家族H：『「こんな年老いたね、気が狂ったジジイの言うことなんか聞けるか！」みたいなすごい扱いを受けたんですよ。もうそれから警察も信用できないって……』

一方、医療機関や相談機関の利用、さらには他者への相談を躊躇していた例もあった。

家族A：『だからなかなか……本人に言って……病院に連れて行って、無理に引っ張って連れていくっていう方法もあったかとは思っただけけれども、なかなかそこまで踏み切れなかったっていうのが実情ですね。』

『いろいろな人に話を聞いてみると、「無理に連れて行ったら余計に悪くなって後が大変だったよ」というような話も聞いたもんですからね。』

家族E：〔他人に相談することの壁になっ

ていたのは、具体的には何だったんでしょうね？の問いに対し〕『やっぱり……自分の家のそういう弱みをね、人に見せたくないっていうそういう気持ちが主人にはあったと思いますよ。』

このような状況を背景に発生した対象行為は、どの家族にとっても衝撃的なものであった。前述の通り、暴力行為のあったケースでも、それを必ずしも重大視していなかったり、本人が病気であることに気が付いていなかったりすれば、事件を予測することは到底困難であり、事件発生への衝撃はなおのこと大きい。また、とりわけ第三者に危害を加えたということが、どの家族にとってもショックをもたらしていた。

2) 憂鬱な事後処理

ほぼすべての家族が語っていたのは、病気の発症あるいは事件発生に対する後悔の気持ちである。語り手が本人の親の場合は子育ての後悔について、語り手が本人の子どもの場合は親との関わり方の後悔について述べていた。また、事件の発生に対しては事件前の問題への対処方法や、本人との接触の滞りについて、自らを強く責めていた。

家族E：『もう反省してます。子どもはね、悪くないですよ。新聞なんかでいろんな事件を見たり聞いたりしますけど、子どもは悪くないと思いますね。そういうふうにした周囲とかね親の指導がなってなかったって私は思ってます。（省略）だから（本人を）責める気持ちはあんまりないんですよ。責めるんだったら本当に、母親を責めてくださいって言いたいです。』

家族H：『今回は原因が……わかっててっというか、父を一人ぼっちにさせちゃったらこんなことになっちゃって……。でも、まあ、そう思いながらも結構自分の生活でいっぱいいっぱい、なかなか父に……連絡しなきゃと思うんですけど……』

家族D：『だから、早く病院に××先生のところ連れて行けばよかったって後悔はしてましたね。（もし早く連れて行っていけば）あんな事件は起きないで済んだと思う。』

家族C：『（本人から）電話が来ない時に、もっとこっちからこう・・・手があったはずだったんだよな。じゃなくても（本人の）様子を見てくるくらいの・・・』

事件発生により、家族は様々な「初めて」を経験する。診断名の告知もそのうちの1つになる場合がある。家族は本人の病名をすんなりと受け入れられるわけではない。だが、初期に否認していても、自分で病気についての本を読んだり、医療機関で話を聞くという行為を通して、次第に自分なりに納得させていったようである。しかし事件から1年以上経過してもなお、病気に対する否認の気持ち、あるいは納得いかないという気持ちが残っていることもあった。

家族A：『あんまり驚いたことはなかったですけど、やっぱり「ああ！違うだろう」っていうような感じはしましたね。』

インタビュアー：「違うだろう」っていうのは？

家族A：『「病気じゃないだろう」っていう感じです。』

インタビュアー：認めたくないっていうような？

家族A：『認めたくないってことですよ、要するにね。』

事件に伴う初めての経験は、家族にとって過重な心理的負担となっていた。その時の心理状況について、ある家族は以下のように述べている。

家族H：『（鑑定先の病院には）多分あまり理解できていないから行けてたのかな。理解して・・・何が自分に・・・ね、父にも私にもどういう状況なのか、多分何が何だかわかんなくて、多分・・・（来いと）言われた

から行ってるみたいな状況で、多分理解してはいなかったと思います。』

インタビュアー：どちらかというところ、心が麻痺した感じだったんですか？

家族H：『そうですね。うん。そうですね。警察で初めて面会したときもショックだったけど、裁判をしたときに、「え？何で私こんな所にいるんだ!？」って思って（苦笑）。まさかそんな所に座るとは思わないで行ったので・・・。』

また、別の家族は次のように述べていた。

家族D：『もう嫌だったですよ。裁判所から手紙が来るとね、「今度は何だろう・・・今度は何だろう・・・」ってね。郵便屋さんがバイクで来ると、「あ～また来たあ。あ～嫌だなあ」って。（郵便屋さんが）玄関開けてね、ポンッと（手紙）落っこちるね・・・。「あ～何だろうなあ」って思いましたね。』

事後処理のストレスは、警察の不適切な対応や、「どうして自分が？」という不本意感によっても助長されていた。その結果、他人を避けるという行動変化が起きていたケースもいくつかみられた。

また、事後処理のストレスは被害者との関係でも感じられていた。被害者からの嫌がらせを受けた家族は次のように述べていた。

家族F：『それから今度こっちは死ぬ思いですよ。子どもがほら、警察に行ったでしょ？だからね、その心配。その心配と、相手（被害者）がね、夜中の7時から夜中の2時まで車をブーブーブーブーやって2ヶ月来たんですよ。』

家族Fは、事後処理のストレスによる食欲減退のため、医療機関を受診している。通常、被害者への対応は弁護士を通して行っているようであったが、弁護士をつけられることを知らずに、自らが被害者と示談交渉を行った家族もあり、きわめてストレスフルな体験であることが語られていた。また、被害者が近

隣であったり、同じ趣味グループに入っているなど接点がある場合、自分では謝罪し示談金や慰謝料を支払ったことで解決したと思っていたことが、後日被害者の口から事件について公言されるなど、不本意な経験をすることもあったという。被害を加えたことについては、「申し訳ない」「謝罪したい」と述べている一方で、「向こうが先に手を出したらしい」「納得いかないところもあった」と不満を吐露することもあった。

3) 医療観察制度に乗って

鑑定から処遇決定を経て処遇開始へと続く医療観察制度を通して、家族は比較的肯定的な体験をしていた。しかし、中には幾つか不満も語られていた。それらは主に情報共有についての不満として捉えることが可能であろう。具体的には、たとえば「鑑定入院先を教えてもらえなかった」、「指定入院医療機関がどこになるのか、いつ移送されるのか教えてもらえなかった」という不満が述べられていた。鑑定入院中のことについて、ある家族は次のように述べていた。

家族D：『（鑑定）入院したでしょ？そうするとさ、家族なんか連れて行くじゃない？で中に「どうぞ」って最初、鍵かけてね。あの鍵かけて入るのが、物凄く嫌だった。（省略）帰りにね「さよなら」ってね、玄関まで送ってこれなかったのが、すごく寂しかった。こんな優しい人がね、何でこんなになっちゃったのかって思いましたね。』

本人の処遇決定に当たっては、入院あるいは通院の希望をもっていた家族と、そうでない家族があった。自分の希望に反して入院処遇となっても、「病気であるという自覚がもてたので、やはり入院した方がよかった」と入院処遇に対する納得を示していた。今回対象となった移行通院のケースでは、医療観察法が施行されて間もない頃に入院処遇を開始したため、指定入院医療機関の数が少なく、

遠方の医療施設への入院を余儀なくされていた。そのため、通院処遇を希望していた人の中には、地理的なことから通院処遇を希望していた場合もあった。その他通院処遇を希望した背景には、自分の日常生活上の理由も挙げられていた。

家族E：『私たち夫婦も（本人）がいることで本当に助かっているんですよ。（省略）買い物なんかも車で連れて行ってくれますしね、ちょっとした役場の書類のこととか、何かいろいろありますよね、いっぱい用が。そういうのみんな（本人）が連れて行ってくれますからね。』

その一方で、立場上言われた通りにするしかないのでは、自分の希望は言えないという家族もいた。

家族C：『とにかく被害を加えた方の立場だから、何でも言われることをね、受け入れる以外ないなって、そういうふうには思いましたよ。それこそ、自分でこういうふうになるんじゃないかっていう考えよりもね。もう言われるままにね、やっぱりそれ以外ないって。』

移行通院のケースでは、入院処遇を振り返り、さまざまな評価をしていた。肯定的な評価としては、例えば措置入院との比較を通して、入院中から退院に向けて開催されたケア会議のことや、症状への対処方法の学びについて評価していた。否定的な評価としては、ボディチェックがあつて刑務所みたいだった、中を見せてもらえなかった、毎日どこへ行くでもなく同じ人と一緒に話すこともなく本人は孤独を感じていたはず、ということが挙げられていた。特に遠方に入院した場合は、なかなか見舞いに行くこともできないということで、不満が多かった。

一方、通院処遇に関しては肯定的評価が多く語られていた。とりわけ社会復帰調整官や、医療機関を含めた地域の関係機関からの

訪問に対しては、感謝の気持ちと申し訳ないという気持ちが示されていた。退院時には不安が残っていた家族も、通院処遇を開始して実際に手厚い支援体制が組みされると安心感を募らせていた。

家族B：『（調整官）は自分の子ども以上にね、一生懸命やってくれます。怒る時には怒りますよ。あとはやっぱりフォローしてね、優しくやってくれますし。私は親子だから甘えがあるわけですよ。そうすると何言われても“なあなあ”だけど、第三者に言われれば違うと思うんですよ。』

家族C：『悪いことしないと、こういう制度に関われないというのはちょっと残念かなって。もっとね、普通の人でもこういうのができたらね、病気持った親御さんはね安心できるかなあって。』

家族Bのように、家族は社会復帰調整官や支援者らと本人との関係性の持ち方について高く評価する傾向にあった。また、主治医に対する信頼の重要性を意識させる語りもあった。

家族F：『（指定通院医療機関は）遠いですよ。遠いけどね、やっぱり先生がいい先生だから。先生が悪い人だったらとんでもないことになってたけど（笑）。』

しかしながら、このようなサービスに対する捉え方はさまざまであり、手厚いサービスが得られることに感謝しつつも、自分の力では自分でやりたいという考えから、自分が持つインフォーマルサービス（友人など）を優先的に活用していた家族もいた。

ところで、医療観察制度に対する肯定的な評価は、処遇による本人の変化とも関係しているように思われる。多くの家族が処遇開始後の本人のプラス方向への変化を目の当たりにしていた。たとえば前述したように、本人が症状に対する対処方法を講じるようになっ

たことや、事件前まで受診の際は必ず同行していたのが、本人が1人で通院できるようになったこと、服薬に対する意識が向上したこと、食事の節制をするようになったこと、本人が病気について自覚するようになったことなどが、例として挙げられていた。他方で、事件前に本人の激しい精神症状を目にしている家族は、処遇による本人の変化が明確には認識できないようであった。

医療観察制度を経験することで、家族は視野を広げるようにもなる。たとえば初めて精神科の病院を訪れた家族は、その時の驚きを次のように述べている。

家族F：『うわあ～、こんなにもこんな病院に入ってんのかと思って。もうすごいわ。大きい病院だから。外にも出られないし。それが一番辛いだろうと思ってさ。自分とひっくりかえたら（自分と重ねて考えたら）可哀想になっちゃってね。』

また、家族会等に参加することで相対的な視点を持つことができるようになっていた。

家族A：『本人がそれなりにやってたもんですから。いろんな人の話を聞いてみると、とてもそんなことはできないって話だったですからね。（省略）これはもうちょっと頑張れば少しずつよくなっていくかなあっていうことで、これは良かったなあって思いました。』

4) さまざまな人間関係

事件が発生し、それに対処していくうえで、周囲の人々との関係は家族にどのような影響をもたらしたのだろうか。家族が語っていたのは、主に近隣との関係、他の家族との関係、親族との関係、友人との関係であった。特に近所づきあいが活発な地域では、近隣住民が事件について知ることは避けられない。ただ、今回参加した家族の多くは近隣住民との関係性は薄いと認識しており、事件の前から周囲の人々に積極的に自分が抱えた問

題について相談したり、協力を求めるということとはしていなかった。その理由としては、前述の家族Eが述べたように、弱みを人に見せたくないという気持ちや、精神障害に対する偏見が影響しているようだった。そして、事件についての近隣住民の認識について家族に尋ねたところ、直接は聞いていないが、これまでに問題行動もあったし恐らく知っているのではないかという推測がほとんどであった。

では、本人や家族が具体的に偏見の対象として、近隣住民に何か言われたり、嫌がらせを受けたりしたことがあるかという、必ずしもそうではなかった。

インタビュアー：実際に何か言われたりされたりということがあったんですか？

家族C：『ないですね。』

インタビュアー：他の人は病気について偏見というか、誤解している部分が多いんじゃないかというのは、どこから感じるんでしょうかね？

家族C：『いろんな事件があるでしょ？そうするとほら、何かそんなふうにして……。 (具体的な事件の例を挙げて) そしたら一緒に働いていた人たちの世間話がね、「頭が変な人がいてね、そういう人たちがやったのよ」って。そういうふうな言葉を発してましたけどね。やっぱりあれは世間一般の会話じゃないかってね。』

ただし、家族のなかには事件後、実際に近隣住民から心無い言葉をかけられた人もいた。親戚関係については、事件発生による悪化が見受けられた。

家族D：『やっぱりきょうだい嫌がりますよね。(本人の)きょうだい。(省略)自分の弟が(精神科に)入院したとか怪我させたとかいうことが世間に伝わっているわけよね。そうするとやっぱりきょうだいでも嫌なんでしょうね。』

家族H：『(本人の)きょうだい達も、とんでもない事になって……。皆あれですね、厄介なことには関わりたくないみたいな感じで……。』

家族Dは、隣接する市への転居を検討していた。一方家族Hの場合、入院処遇期間を経て本人の症状の改善が見られたことが、きょうだい関係にプラスに働き、退院後は通院している本人とも定期的な関わりを持つようになったという。また、処遇開始を期に、それまで隠していた本人の問題や事件について、近隣に住む親戚に話し、積極的に協力を求め始めたことで、これまで以上に良好な関係が築けるようになったという語りも見られた。この家族は関係変化を次のように認識していた。

家族A：『今のところのグループの人たちは、わりとそういうふう小さいときから本人もお互いに知ってますから。だから良かったんじゃないかと思います。』

友人関係については、事件前の問題行動の発生の段階から変化が見られていた。

家族E：『息子がね、勤めないで家にいるってことが大きいですよ。昔の小学校、中学校の時のお母さんたちと話しなると、必ず自分の家族のことなんか話題になりますよね。そのときに「(息子)さんはどうしてるの？」なんて聞かれると、もう、言葉に詰まっちゃうんですよね。「ただ家にいるのよ」なんて言いたくないしね。だから、どうしても疎遠になっちゃいますね。』

事件後、友人との関係が疎遠になったと認識していたケースでは、事件によって友人の信頼を失ってしまった例や、他人を避ける生活が続いたために疎遠になった例がみられた。だが、事件後も既存の友人関係を維持し、多大なサポートを得ていた場合もあった。具体的には、友人から精神保健福祉に関する知識を得たり、警察署への付き添いをしてもらったり、しばらく間借りさせてもらう

などしていた。また、宗教関係での知人の存在が家族にとっての心理的な支えになっていたケースもあった。

友人関係と同様に、家族関係もまた事件前の問題行動の発生段階から変化が見られていた。具体的には本人の暴力行為が激しくなったことにより、それまで同居していた家族員が別に暮らし始めたり、本人の飲酒による暴走行為により、それまで本人を慕っていた子どもが拒絶感を示す等の変化が見られていた。事件が家族関係にもたらした影響についても多く語られていた。例えば本人の病気に対する家族員間の認識の違いがもたらす不協和がある。

家族G：『（夫は）本人のこの病気に関する理解が少ない。薄い。で、私らはたまに衝突するんだけど。（省略）（夫は）何をすることも本人の心がけ、本人の心がけがちゃんとしてれば、仕事もちゃんと就けて長く勤められているんだって。だから「その心がけが壊れたりしてるとどうなの？」って私言うんだけど、（夫は）「人が何と言おうが俺はそう思ってる」って言うから……。』

家族Gは、本人の処遇に対する各家族員の関わりや温度差や、事件後の生活に対する考え方のズレを感じており、この差は男女によるストレス対処方法の違いにも起因していると解釈していた。

家族G：『私には喋る人がいたのね。聞いてもらえる人。一人だけ。男の人はね、なかなかいないんだよ。いる人もいるよ。うちのお父さんは、そういう人いなかったんだね。で、べらべら喋る人じゃないから。』

他方、処遇による本人の症状の改善により、それまで拒否的だった家族員が本人を受け入れるようになってきたケースや、別居をしていた家族員を呼び戻そうと考え始めたケースもあった。家族Hは、医療観察制度が家族全体の崩壊を防いでくれたと語っていた。

家族H：『（この制度が）無かったらどうなってたんだろうって。多分ね、もっと家族ごとボロボロになってたんだと思います。この制度のおかげで、私の家族は守られてそのまま……まあ、私だけがいろいろね、動けばいい状況にしてもらえたので、すごい感謝してます。』

5) 自分の役割認識と役割遂行

本研究の対象家族と本人との事件前の関係は、いずれも近いものであり、本人の問題行動に対し家族が解決策を模索していたことは、先に述べたとおりである。そして、処遇によりたくさんの支援者が本人と家族に関わりを持つことは、家族の役割認識にも影響を及ぼしていた。具体的には、事件前まで同居していた本人が移行通院になったことを機に独立して生活するようになったことで、親子の間に距離を置くことが可能となり、その結果自分が少しずつ手を引くようになったという語りが見られた。しかし他方では、直接通院処遇開始から終了後まで一貫して親としての自分の役割を強く認識していた家族もいた。

家族A：『本人が一番、ね、何ていったって苦勞して、気をもんで……本人なりに今まで問題あったんでしょうから。そこを何とか応援してやんなきゃいかんかなとは思ってます。そして、それなりにしてやんなきゃいかんかなと思ってますけどね。』

家族E：『そういう愛情をね、やっぱりたくさん子どもに与えたいっていうのが今の気持ちですね。これから先ね、どんな苦難が来るかわかりませんが、やっぱりそういうのに立ち向かって、乗り越えていくっていうことは……自分が親に愛されて……っていう気持ちで立ち直っていくんじゃないかなって思っているもんですから。（省略）グリム童話書にあるじゃないですか？太陽と北風と。だからやっぱり愛情でもって立ち直

らせたいっていうかね、そういう気持ちの方が大きいですね、私は。』

このような自分自身についての役割認識は、後述する本人との関係の持ち方とも関連してくる。対象家族の中には高齢の方もおり、加齢に伴う自分自身の身体的問題を訴える人もいた。このような身体的問題が本人に対する関わり方の限界を自覚したり、逆に本人を頼る度合いを強めるきっかけとなっていることがうかがわれた。

家族B：『私だって年ですから。だから今にもどうにかなるかかわかんないっていつも言われてますから。先わかんないですよ。だから本人ですよ。それはしっかりしてもらわないと。』

また、家族は事件や本人の処遇、そして高齢化に伴う自らの身体的問題以外にも、育児の課題や自分自身の身体疾患の問題、自分の仕事上の課題等さまざまな課題を抱えていた。これらの課題が、本人に対する自分の役割の認識や遂行に影響を及ぼしている事もあった。

家族H：『子どもたちも土曜日とか習い事とかあったりするんで、そうするとだんだんね、「あー、いつ（本人のところに）行こうかなあ」って思ってるうちに（日が経ってしまう）。結構あつという間に1ヶ月経っちゃうんですよ。』

6) 本人との関係と将来の期待

今回、事件発生によって本人との関係が悪化したという語りはみられなかった。逆に、本人が病識を持つようになったことで、親子のコミュニケーションが円滑になったという声が聞かれた。処遇開始後も親としての役割の重要性を語っていた家族Eは、支援者が介入し始めてからも本人との関係では大きな変化はないように見受けられた。本人からしばしば強く非難されることがあるが、黙って聞いているので辛くなることもあると話してい

た。このように、事件の発生や支援者の介入が必ずしも本人との関係の変化には結びついていないわけではなかった。

また、本人に対する関わり方という点では、事件についての直面化の回避があった。

インタビュアー：あまり前のことには触れないようにしてるっていうのは、何か理由があるんですか？

家族H：『特に理由はないんですけど、あんまり嫌な事を思い出させてもっていうのと、本当、（父と）話しても「完全に忘れちゃってるなあ」って感じるのがよくあるので。（省略）父は振り返って反省っていうよりも、今ね、どうやって一人で一生懸命生きていこうっていうほうが大きいみたいです。』

その他、家族が本人に対する接し方に戸惑いを感じていることを示唆する語りもあった。

家族C：『（息子は）「病気じゃない」って言うんですよ。なんか言っていると、「オレはどうせ病気じゃないんだけど」って言うんですよ。だけど、そのときに私が「いや違う。病気なんだよ、そういうのは。」って言い切っていいもんかね・・・そのへんはね、私も困るんですけど。』

事件や処遇の開始により本人との関係の変化が必ずしも見られていない背景には、事件後の家族に対する気持ちがあるように思われる。家族の語りの中には、本人に対する強い非難の気持ちは見られず、「可哀想」という気持ちが多く聞かれた。

家族C：『やっぱり（息子は）可哀想だなって思いますよね。まあ、たまには病気を恨んでみたりしますよ。こんな病気でさえなければこの子も・・・ってね。』

家族D：『（本人は）可哀想だなって思うの。本当は大人しくて（省略）だから何でこんなになっちゃったんだかね・・・。（本人を）責めたいんだけど、やっぱり病気だなあっ

て思っちゃうのよねえ。』

事件発生により、それまで支援を受けてこなかった人が、手厚い支援を受けるようになる。3で示したように、このこと自体に対しては家族も感謝の気持ちを抱いていた。そして本人の症状や生活に変化が見られるようになったことで、将来への期待を抱くようになっていた。

家族A：『ある程度自分で仕事が出来て・・・まあ、家庭もてればいいんでしょうけど、そこまでは無理かなと思うんだけど。』

家族B：『だから3年間のうちにとにかくあの子が一本立ちっていうか独り立ちするように、私は願ってますよね。それで勤めっていうか、何かこう決まったところに勤められればこれが一番いいことだと思いますし。』

家族G：『だから親は焦るよね。社会復帰とかさあ。ちゃんと仕事探しとかもっと・・・と思うんだけど、やっぱりゆっくりゆっくりだから。本人が結局。』

しかしその一方で、支援が手厚い分、支援が途切れたときの不安は大きいようである。

家族C：『だからそれ（支援）が無くなると・・・一斉にパーっといなくなっちゃったら、誰に今度相談すればいいのかなあ。前のように一人で悶々と心配するだけに終わっちゃうのかなあってね。これね、やっぱり不安ですよ。』

家族H：『今はね、調整官とか病院の皆さんとか地域の方とか、この医療観察法があるときはいいんですけど、なくなると、ちょうど（本人は）年もとるし、どうなるんだろうって。考えなきゃいけないんですけど、どう考えていいかわかんなくて。』

過去に自殺未遂があったケースでは、再び自殺を試みるのではないかとといった不安が継続的に感じられていた。

以上、6つの概念について分けて論じてき

た。次に、この結果を踏まえて簡単な考察を加えていく。

D. 考察

本研究では、医療観察法上の通院処遇を受けている対象者の家族を対象にインタビュー調査を行った。精神障害をもつ人による犯罪の場合、その家族が被害者となっている場合が多いと言われていることや、また事件発生によりご家族が心理的衝撃を受けていると考えられたことから、対象者の選定は慎重に行った。そのため、社会復帰調整官との関係が良好な家族や、本人が主治医や社会復帰調整官と良好な関係を築けている家族、本人が家族の調査参加に否定的ではない家族、心理的侵襲性の少ない家族など、今回聴取できた家族に偏りが見られると考えられる。しかし、このような研究実施上の限界を考慮に入れても、本研究により得られた結果は、今後の医療観察法における通院処遇のあり方、より厳密に言えば家族支援のあり方を考えていくうえで貴重な資料になると考えられる。インタビューにより得られたデータは、6つの概念に分けてまとめることができた。

「1. 事件前の暗中模索」からは、家族が事件前から独自に本人の問題行動に何とか対応しようと努力していたことがわかる。ただ、自分や他の家族のもつ価値観が、他者に積極的に支援を求める行動を妨げていたり、あるいは「何とかしなければ」と思い悩みながらもどのように行動してよいか判断付きかねていたことが推察される。

「2. 憂鬱な事後処理」では、事件発生にともなう審判や鑑定入院、病名告知といった家族にとって初めての経験が、事件による衝撃をより大きなものにしていった。この衝撃の中で被害者対応等の事後処理をしなければならぬことは、家族にとっての大きな心理的負担となっていたことが、家族の語りから

明らかになった。対象者の中には「出来るだけ自分でやりたい」「人に迷惑をかけたくない」ということで、家族が事後処理を抱え込みがちになる傾向にあることが示唆された。

「3. 医療観察制度に乗って」では、家族が医療観察法上の処遇を肯定的に評価していた事が明らかになった。ただし、家族が十分な情報を得られなかったことや、遠方の入院施設での処遇であること、本人が生活している入院施設内部を見せてもらえなかったことは、家族にとっての不満につながっていた。これらの不満は人権擁護上あるいは制度上、融通を利かせることが容易ではないことでもある。特筆すべき事は、家族が医療観察法をどのような制度と理解しているか、換言すると、本人の立場をどのように理解しているかにより、指定入院医療機関に対する印象も違ってくるということである。罪を犯した者として本人の立場を理解していた場合は、指定入院医療機関におけるセキュリティ体制について、ある程度予想していたことと捉えていたが、あくまでも一人の精神科の患者として本人の立場を理解していた場合は、厳格なセキュリティ体制に強い違和感を抱いていた。事件前まで孤独な問題解決の模索を余儀なくされていた家族が、医療観察制度に乗ることによってたくさんの支援者が関わるのを非常に有難いこととして捉えるのは、ある意味で当然のようにも思われる。ただし、本研究の参加者は、サービスの量だけでなく支援者の関わり方についても評価していたことに注意したい。より厳密には、支援者と本人との人間的な関わりを高く評価していた。

「4. さまざまな人間関係」では、家族とそれを取り巻く人々との関係性の変化に着目している。事件が起きることで、家族は外出を控えるなど他人との交流を避けるようになっていた。このような生活変化は、友人関係の変化にも影響を及ぼしていた。そし

て、他の親族からの拒絶を受けるなど、事件発生により家族が孤立化していく様子が見えがえる。ただし、友人や宗教関係の知人など、自らの持つインフォーマルサポートを駆使して苦境を乗り越えていたという語りからは、インフォーマルサポートの重要性が見えがえる。事件はときに家族全体のダイナミズムも変えていた。事件そのものが、家族関係に直接的な影響をもたらしていた場合もあったが、処遇に対する家族員間の関わり方の違いが家族全体の不協和音を生み出していくことも明らかになり、家族内でのコミュニケーションの重要性が示唆された。

「5. 自分の役割認識と役割の遂行」では、さまざまな人からの支援を受けるようになって、家族の役割認識は必ずしも変化するわけではないことが明らかになった。移行通院の場合は、入院処遇期間中に家族との関係を調整する事が可能であり、退院を期に自立した生活を開始するということが実際に試みられていた。このようなケースでは、本人と物理的な距離を置くことで、精神的な距離も適度に置けるようになっていた。他方、直接通院の場合は家族の関係を見直す機会が必ずしも得られるわけではなく、役割の見直しが試みられ難いと推察された。家族の役割認識や遂行に影響を与えていたのは、むしろ加齢に伴う自分の身体的な問題や、他の生活問題であったように思われる。身体的な問題を抱えたことで、それまで可能であった活動が制限されるようになり、本人に対するケアを第三者に積極的に任せようとする場合もあったが、逆に本人に対する生活上や心的な依存度を高めていた場合もあったのである。

「6. 本人の関係と将来の期待」医療観察法は重大な他害行為を犯した者を対象としていることを鑑みると、事件発生により、本人との関係は悪化しているのではないかと予測できるが、実際はそうではなく、むしろ本

人が病識を獲得したことや、離れて住むことで、関係が改善していることが多かった。その背景には、本人に対する気持ちが「非難」ではなく「同情」や「憐れみ」であること、そして病気の発症や事件発生を自分の責任として感じていることが関係しているように思われた。仮に本人に対する非難の気持ちが強ければ、本人との関係性も悪化するであろう。そして、家族は本人に働いて欲しい、社会性を身につけて欲しいという期待を抱いていることが明らかになった。そして、家族の語りからは「焦ってはいけない」という待つ姿勢の重要性を、社会復帰調整官等の介入を通して学んでいる様子もうかがえた。その一方、家族には処遇終了後の不安が強いことも明らかになった。事件以前の苦労が多ければ、このような不安を抱くのは、ある意味で当然であると言えよう。

以上のことから臨床上、制度上、研究上、それぞれ次のような点が示唆される。まず、臨床上は適切な家族介入の必要性である。特に事件発生直後は家族の混乱度が高く、心理的な負担も大きい。また、事後処理の負担はどの家族にとっても重いものである。したがって、弁護士以外にも状況や今後のプロセスをわかりやすく説明し、家族に寄り添えるようなサポートが必要である。ただし、この役割を果たすべきなのが、司法であるのか医療であるのか、福祉であるのか、この点については今後検討していく必要がある。事件発生時に家族が混乱を来し、心理的問題を抱えるのは、医療観察法の対象行為の場合だけでなく、一般の刑事事件でも同様であると考えられるからである。

また、家族は事件発生により自責の念を強く感じる傾向にあることや、病気の原因についての誤解等があることから、家族に対する疾病教育と心理的サポートが重要であろう。さらに、直接通院の場合、家族関係が芳しく

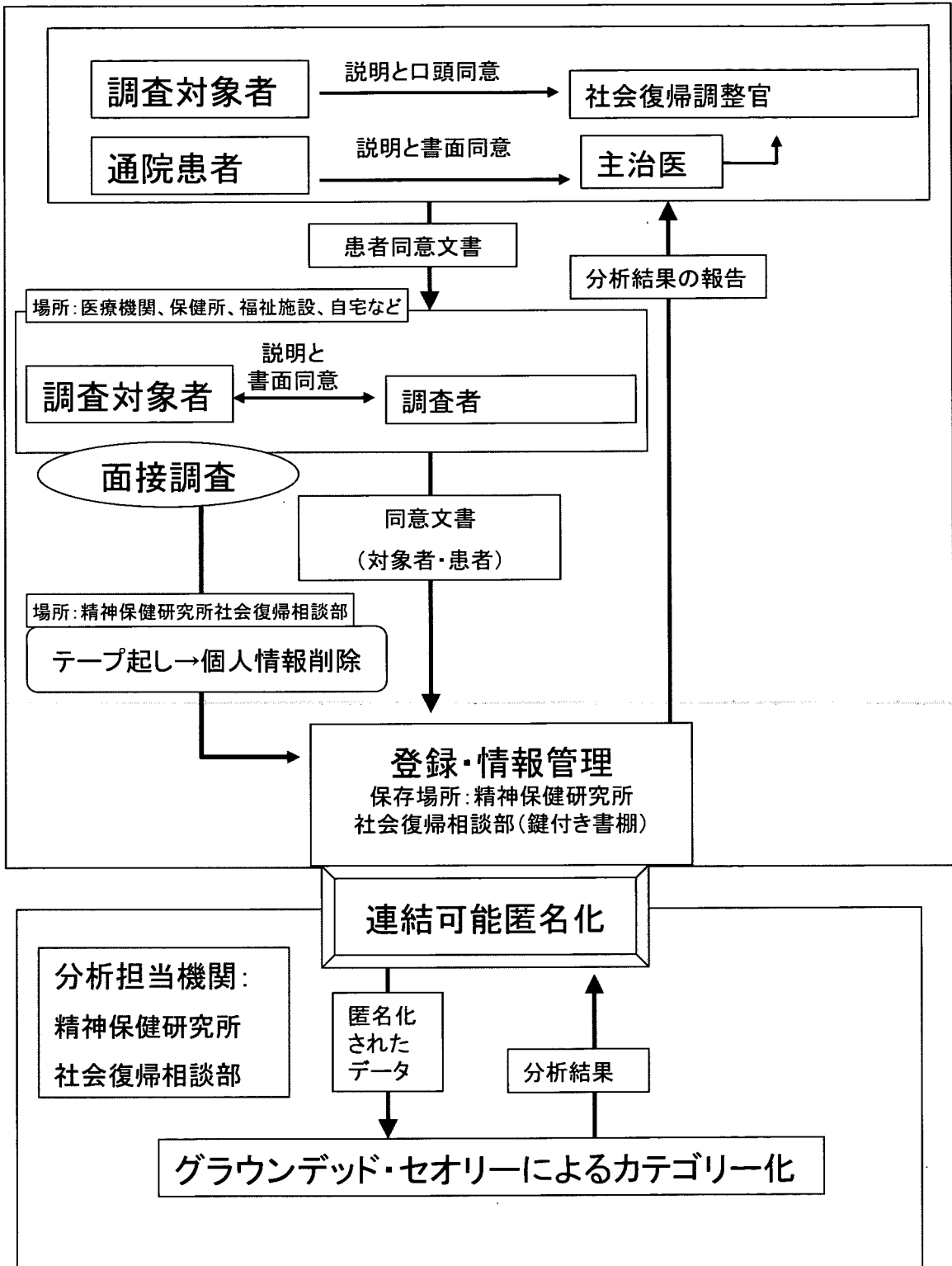
ない場合でも、介入のきっかけがつかみにくく、関係性の改善がより困難であると推察される。したがって、継続的な家族面接等により関係性を改善していく方策をとる必要があるのではないかと。加えて、自らの身体的な問題を抱えていたり、他の家族問題を抱えていたりする場合もあったことから、精神保健福祉以外の専門領域（たとえば高齢者福祉や児童福祉など）との協力も念頭に入れながら、家族支援を行う必要がある。そのためには、保護観察所と地域の保健福祉関係者がネットワークを結ぶことが求められる。

加えて、制度的な保障も必要であろう。医療観察法における家族介入の必要性を認識した上で制度の見直しを図っていくべきである。また、家族の一人が語っていたように、重大な罪を犯さなければこのような手厚い支援を受ける事ができないというのは、非常に残念なことである。今回家族が医療観察制度に対して肯定的な評価を下していた背景には、既存の精神保健福祉の手薄さもあると考えられる。したがって、医療観察制度の向上も然ることながら、一般の精神保健福祉の充実が強く求められる。さらに、医療観察法の対象者は精神障害者であるということと、重大犯罪を犯した者であるということと、二重のスティグマを負っている。そしてその家族もまたスティグマを感じていることがある。また、家族自身のスティグマが積極的に支援を求める行動を制限してしまったり、良好な人間関係構築の妨げになったりしていることが本研究からも示唆された。したがって、精神障害者や犯罪加害者・被害者に対する社会的なスティグマを軽減する取り組みを積極的に行っていくことが求められよう。

本研究では、諸事情から研究対象者に偏りが見られた。地理的制限もその1つである。社会的環境が異なることで、事件や受けているサポートに対する認識もまた異なることが

考えられる。したがって、より広い地域を対象とした研究が必要である。

研究の流れ図



課題Ⅳ：処遇終了と関係機関の連携に関する予備的検討

B. 研究方法

通院処遇対象者のうち、処遇終了となった事例、終了を準備している事例、終了の見込みが乏しい事例について研究協力者が班会議の場で提示し、それを基に事例検討を行なった。個別の事例について指摘された問題点を結果としてまとめ、さらに処遇終了に一般的に共通すると思われる課題については討議の結果を基に分担研究者が考察としてまとめ、次年度の検討に資するようにした。

(倫理面への配慮)

事例提示の際には個人情報保護の観点から氏名、生年月日、住所は元より年齢についても、特定されないように工夫して実施した。次節における提示は、個別性は論旨に必要な範囲で最小限に留めるようにした。

C. 研究結果

1. (直接通院、処遇終了) 男性、強制わいせつ。症状の改善が速やかで再発がない、治療者との信頼関係が良好、職場や親族が支援している、の3点から1年足らずで処遇終了とした。終了時に不安があったのでしばらく相談できると告げ、近医に紹介した。

・従来の精神保健福祉法24条(警察官通報)から措置入院でも対処できた可能性がある。

・対処行動についてはデイケアで指導している。

・対象行為が比較的軽微だった。

2. (直接通院、処遇終了準備) 男性、傷害。約1年半で処遇終了を準備中。薬物反応性が良好で、陰性症状や人格上の問題がない。家族の援助も関係諸機関の連携もあり、本人が受け容れている。

・ケア会議を医療機関、役所、保健所等で開催した。本人、家族も参加して安心していた。

・対象行為が比較的軽微だった。

3. (直接通院、処遇終了準備) 男性、放火。病状が安定し、生活技能が高く、積極性がある。関係機関の連携が緊密で、家族が協力的である。

・本人の希望によって、処遇終了後もケア会議を行なうことになった。

・終了は近医に紹介できるようになってからでいいか。

4. (直接通院、処遇終了準備) 女性、殺人未遂。病状の改善が不十分な上に理解力が乏しく、住居はなく、家族が被害者で援助が得られない。通院開始時から数ヶ月以上任意入院となっている。家族との再会が実現した後で内省が進み、援助者との関係が好転した。

・対人関係をとりまく、デイケアではなく作業療法に参加した。

・薬物療法の奏功にも信頼関係作りにも時間が必要だった。

・知的な理解力、人格水準の問題が大きかったか。

・そもそも、直接通院ではなく入院処遇が適切だったのではないか。

5. (直接通院、処遇終了困難) 女性、殺人未遂。対象行為の数年前から精神科受診歴があるが、人格要因が大きい。処遇決定後も数ヶ月間は鑑定入院医療機関に任意入院を続け、別の指定通院医療機関が担当している。雑踏で緊張を強めやすく、同居家族が行方不明になって単身となった。

・訪問看護ステーションでかなりの労力を割いていて、今後の引き継ぎが難しい。

・そもそも通院処遇が妥当であったか、処

遇決定の過程に疑問が残る。

D. 考察

1. 処遇終了を巡る事例の特徴

医療観察法ではそもそも当初審判の段階で疾病性のみならず事例性の問題が大きい、通院処遇の後期ともなれば個々の事例毎に異なると言っている。経過の順調な事例を提示して要因を分析し、順調でない事例については課題にどう対処するかを示す必要がある。

援助の範囲が比較的広域の場合は社会復帰調整官が動く分だけ援助体制が精神保健福祉法よりも円滑に進み、医療観察法で初めて効果的に援助できた事例もある。大都市圏で連携できている場合、政令指定都市ならではの体制が充実していることが多い。指定入院医療機関がたまたま近い場合は入院中から地域関係者が関与できるが、逆の場合は関係機関でどうするか明確な介入方針を立てにくい場合がある。

現時点では法施行後2年半でまだ短いため、今回提示された対象者は全て直接通院で、通院当初から経過が良好な事例も多かった。現実に状況調査自体を嫌う対象者や家族も存在し、また移行通院からの処遇終了例も当然発生するので、経過に課題が残る事例が増えるのは間違いない。

個々の治療手段では、診察・面接等の個人療法的なケアは本人が受容しやすく、作業療法やデイケア等の集団療法は対人関係上のハードルが高い。他方、個人療法では担当者が異動すると顔ぶれが一変して、それだけで対象者が不安定になる可能性が増す。治療バッテリーの組み方は難しい。

調整官がコーディネートを行い、行政関係者、地域関係者を巻き込むことが第一である。例えば訪問者も医療機関から地域関係者へと徐々に移行した上で、円滑に終了に向えることが望ましい。また、クライシスプラン

を言語化、文書化して本人と合意できていれば、万が一の場合の保障になる。

2. 処遇終了に関するガイドラインの記述

『通院処遇ガイドライン』における後期通院医療から処遇終了に至る部分の記述の主なものは、別添資料の通りである。例えば「治療目標」や「通院対象者の到達レベルの目安」は誤ってはいないものの具体性に乏しく、医療観察法の施行を前に処遇期間を想定していれば逆算で構成されたようにも読める。今後、現実に処遇終了に至った対象者に関する経験が蓄積されていくわけであり、積み上げた形で再構成されて行くことが望ましい。本分担研究が対象とすべき領域でもある。

一例を挙げれば、前期、中期に続いて後期に至っても訪問援助を多職種混合、複数機関協働で行なうことが望ましいと記述されている。これは各関係機関の実情からして非現実的であるばかりでなく、処遇終了の準備を治療目標に想定したことから乖離しているとも言えるのではないか。

3. 処遇終了後の展望と準備

処遇終了を視野に入れると、医療的には①疾病の認識、②服薬継続の必要性の認識、さらに移行通院例では③他害行為の認識、を獲得しているかという問題がある。他害行為と疾病との関連が深いのであれば、疾病の再燃を予防することで対象行為の再現を防げると説明することが可能になる。他方、精神作用物質による障害の場合や、疾病と対象行為との関係が明瞭でない場合、などは対応が困難になりやすい。

後期に入っている対象者が終了できるかの条件として、地域処遇の観点からは①法令遵守しているか、②継続的医療ができるか、③助けを求められるか活用できるか、の3つが考えられる。後者2つは、従来の精神科医療の利用者の一部に困難な人がいたのは事実で