

あろう。医療観察法以前に手厚いケアが提供できて来なかったということだが、医療観察法で十分かどうか、処遇終了後も満たせるかどうかは別の問題である。

指定通院医療機関の対応が確実にリーダーシップをとれば、関係機関が安心して援助することができる。処遇終了後は期限がなくなるが、処遇期間中と同様に濃厚に診て行けるだろうか、また一般の医療機関に転院した場合はどうなるだろうか。

地域処遇の全期間に渡って責任を持つ社会復帰調整官が、処遇終了時に援助者から外れることになる。終了後は誰がどう支えるのか、援助モデルを提示する必要がある。市町村は専門職が保健師のみであり、保健所、都道府県が中心になるほかないのか。他方、関係機関が多ければとなく無責任になりやすいというのも事実である。政令都市、中核市、保健所政令市まではいいとして、それ以外の市町村は体制整備が難しい。3（5）年経ったら保健所、と一概には決めにくい。行政機関は平等性、普遍性はあるが、個別性、機動性は乏しい。

処遇終了が視野に入ってから後期通院医療の段階になれば、一般精神保健福祉と同等のケア体制を一定期間（例えば1年間）おく、具体

的には訪問の頻度を減らすなどの準備が可能になる。最終的には個々の対象者に合せたものになるほかないが、形式的には調整官が外られるかどうか。社会資源が乏しくて移行が難しい事例が多いということは、移行が難しいような地域が多いということになるのではないか。

4. 今後の検討課題

次年度には、現実に処遇終了に至った事例で一般的に重要と評価された要因を抽出し、他方一定期間を経ても終了を見通せない事例で問題になっている要因も抽出することによって、対象者の社会復帰を促進するための重要な課題を提示することになる。処遇終了に至った事例について、終了後の援助が関係機関によってどのように実施されているかの検討も有意義であろう。そのことは結果として、通院処遇関係のガイドラインを見直す作業にもつながる可能性がある。

具体的には、提供される医療サービスや精神保健福祉活動毎に前期・中期・後期の到達目標を設定し、具体的な「クリニカルパス」もしくは「ケアマップ」のような資料を関係機関はもとより対象者、家族に提示するための準備作業ができることが望ましい。

資料 通院処遇ガイドライン（抄）

Ⅲ 通院開始前の調整から処遇終了までの流れ

2 通院開始後

3) 後期通院医療

（治療目標；通院決定又は退院許可決定から 36 ヶ月で処遇終了（通院期間延長決定があれば通院対象者の病状に応じて最大 60 ヶ月まで延長））

- 地域社会への参加の継続・拡大と一般精神医療への移行
- 必要な医療の自主的かつ確実な利用、社会参加の促進
- 処遇終了の準備

（通院対象者の到達レベルの目安）

- 継続して必要な服薬ができる。
- 安定した生活を送ることができる。
- 将来の見通しを立てられる。

（提供される医療サービスごとの留意事項）

「外来診察における留意事項」

- 一般精神医療への移行準備に当たり、各種治療メニューの実施頻度や到達目標の見直しを行う。
- 必要な薬物療法について適宜再検討を行う。
- 処遇終了に向けての対象者の気持ちの変化に注目する。
- 通院対象者の社会における対人関係（他者との協調性・自発性等）を評価する。

「訪問援助における留意事項」

- 通院対象者の自立的活動を促すことに重きを置いた援助を行う。
- 通院対象者に自らの社会的役割を意識させるような援助を行う。
- 処遇終了に向けての通院対象者の気持ちの変化に注目する。
- 通院対象者の社会における対人関係（他者との協調性・自発性等）を評価する。
- 可能ならば精神保健福祉士による調整を行い、できるかぎり複数で、多職種混合の形で訪問することが望ましい。
- 可能ならば複数の機関（精神保健福祉センター、保健所、地域生活支援センター、保護観察所等）の協働による訪問を行うことが望ましい。

「デイケア・作業療法・集団精神療法等における留意事項」

- 通院処遇を通じての通院対象者の変化についてスタッフで意見交換を行う。
- デイケア等の今後の活用方法について対象者と話し合う。

「その他」

- 一般精神医療における医療費について試算し、通院対象者の経済状況に鑑みて適宜助言を行う。
- 処遇終了後に他の医療機関に通院することが想定される場合は、新たな通院先に共通評価項目

による情報を引き継ぐなど、連携を密に行う。

- 可能な範囲で就労支援を行う。

IV 通院中の評価の留意事項

2 処遇終了等に係る評価

1) 処遇終了

病状が安定し、医療観察法による医療を受けさせる必要があると認めることができなくなった場合には、医療観察法による通院医療を終了することが適当である旨の意見書を作成し、保護観察所の長に提出する。

処遇終了の指標として、共通評価項目を参考にするほか、以下の各項目を目安とする。

- 病状が改善し、通院後期において一定期間病状の再発がみられない
 - 処遇終了後、継続的な治療（通院、訪問看護等）が安定して実施できる
 - 処遇終了後、服薬管理、金銭管理等の社会生活能力が確保されている
 - 処遇終了後、安定した治療を継続できるための環境整備、支援体制が確立している
 - 緊急時の介入方法について地域における支援体制が確立している
-

E. 結論

通院処遇の実態調査（2008年1月15日現在）については、全通院係属者の約90%と推計される228人の通院対象者のデータが得られた。その内訳は直接通院が137人（60%）、移行通院が91人（40%）であり、前年に比較して移行通院が増えたことが明らかとなった。通院開始時に直接通院で58人（42%）、移行通院で8人（9%）の対象者が精神保健福祉法の入院から開始することが判明した。また調査時点までの精神保健福祉法の入院は、現在入院中62人（27%）と過去にあり31人（14%）を合せて全体で93人（41%）に達し、精神保健福祉法の入院が相変わらず多いことが示された。医療サービスの提供状況については、外来診療は多くの場合で週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通院処遇ガイドラインに沿う形だった。デイケアでは利用なしの事例が半数前後存在し、訪問看護の利用なしは3割余に減少したが実施頻度は週1～2回が限度であり、週1回未満も少なからず見られた。調査時点の現状では、全体で少なくとも31人（14%）が病状不安定とされ、中には病識や治療必要性の理解の欠如、関わり拒絶等で関係者が困惑する事例や、1年以上の精神保健福祉法による長期入院を余儀なくされている事例も含まれていた。地域関係機関の協力連携体制は、積極的157人（69%）、ある程度協力61人（27%）であり、合せて96%が一定以上の協力連携の姿勢を示していた。個別機関別では、積極的な協力は、指定通院医療機関と障害福祉サービス事業者が最も高く、次いで福祉事務所・保健所・市町村となり、都道府県・精神保健福祉センターの順であった。対象者に直接関わる機関ほど高かった。また地域住民の受入れ状況は、情報を知らない場合が129人（58%）と最も多く、積極的・概ね積極的48人（22%）は

拒否的・やや拒否的16人（7%）を上回っていた。

地域処遇にかかる行政関係機関の役割と連携体制については、法的整備は『ガイドライン』の策定などによって順次進展したものの、法の運用としては指定医療機関の整備状況や家族や地域との関係その他、各種要因により自治体によって差異が認められる。社会復帰調整官の努力に依って補われているが、行政機関側の組織としての対応が望まれる。都道府県等担当主管課、精神保健福祉センター、保健所、市町村それぞれの実際の役割は固定的なものでなく、当面は主管課やセンターが先導的な役割を担う必要があろうが、処遇終了者の増加に伴い、保健所や市町村の業務担当者が主体となった活動が増大することが予想される。

医療観察対象者の家族支援については、通院処遇対象者の家族が置かれている実態をインタビュー調査を通して明らかにした。事件が家族にもたらす衝撃は大きく、家族に対する疾病教育と心理的サポート、家族全体を視野に入れた家族介入の重要性が示唆された。処遇開始によってそれまでに鬱積していたものが明るみに出されることが、家族の語りを通して明らかになった。視界が開けて見えてきたのは将来への希望の光だけではなく、それまでの問題状況や苦難もあり、過去への視界も開けることが分った。家族の認識は過去から未来へと単線的に動くのではなく、過去志向と未来志向を何度も往復しながら変化していくと理解できる。この背景にあるのは、家族や精神障害や犯罪といったことに対する価値観であると解釈できよう。

処遇終了と関係機関の連携に関する予備的検討として、事例検討を通じて課題を挙げた。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

あり、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。処遇終了後は期限がなくなるが、処遇期間中と同様に濃厚な診療を医療機関が継続できるだろうか。後期通院医療の段階になれば、一般精神保健福祉と同等のケア体制を一定期間（例えば1年間）おくなどの準備が必要になる。次年度は、処遇終了に至った事例で評価された要因を抽出すること、終了が見通せない事例で問題になっている要因を抽出すること、さらに処遇終了に至った事例で終了後の援助が関係機関によってどのように実施されているかを検討することによって、対象者の社会復帰を促進するための重要課題を提示することになる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 岩成秀夫：指定通院医療機関の現状と課題.精神保健研究53；33-40, 2007.

- 2) 岩成秀夫：医療観察法と地域処遇. 月刊精神科10；205-210, 2007.

2. 学会発表

- 1) 川副泰成,岩成秀夫：通院処遇の現状と問題点. 第45回全国自治体病院協議会精神科特別部会総会・研修会, 2007.

H. 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. 実用新案取得

なし

3. その他

なし

報告を終えるに当たり、煩雑なアンケート調査を始め、当分担研究の実施に種々の面で御協力頂いている全国の社会復帰調整官の皆様、川崎市の医療観察法主管課、精神保健福祉センター、保健所、区保健センター、福祉事務所の担当者の皆様、インタビュー調査に御協力下さった御家族の皆様に感謝致します。

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

精神科診療所における医療観察法通院処遇に関する研究

平成 19 年度

分担研究報告書

平成 20（2008）年 3 月

分担研究者 宮崎 隆吉

宮崎クリニック

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

精神科診療所における医療観察法通院処遇に関する研究

分担研究者：宮崎 隆吉 宮崎クリニック

研究協力者：

森口 秀樹（八戸ノ里クリニック）

吉川 郁子（生活支援センター ななつぼし）

田野島 隆（たのしま心療内科クリニック）

木村 三也（神戸市東灘区保健福祉部PSW）

片岡 昌哉（柳町診療所）

矢間 園子（兵庫県立光風病院PSW）

岩尾俊一郎（兵庫県立光風病院）

大久保圭策（大久保クリニック）

中本 明子（特定非営利活動法人ソーシャルハウ

林 偉明（千葉県精神科医療センター）

スさかい・サポートセンターむ〜ぶ）

鈴 道幸（尼崎保健所 健康増進課）

研究要旨

社会復帰調整官にアンケート調査を施行し、社会復帰調整官がその業務を遂行していく上で精神科診療所にいかなる役割を期待しているかを把握しようところみだ。指定通院医療機関が不足、偏在している現状において、地域処遇対象者の時間的、経済的負担は大きく、精神科診療所が指定通院医療機関として、あるいは指定通院医療機関と協力して医療提供することを期待していた。

地域処遇対象者の社会復帰が円滑に行われるためには、その基盤となる一般の地域精神保健福祉の充実、向上がなにより重要であり、現状で精神科診療所が医療観察法の地域処遇対象者に関わっていくには多くの制約がある。診療所として全国で初めて医療観察法指定通院医療機関の指定を受けた精神科診療所の調査・見学を行ない、精神科診療所が指定通院医療機関の役割を担う条件として、入院を含む緊急時の対応、対象者が積極的に参画する治療プログラムの必要性に言及した。

更に、精神科診療所の立場から、地域処遇終了後の一般医療への移行に際して社会復帰調整官が地域精神医療保健福祉のコーディネーターとしての役割を果たすことの重要性を指摘した。

A. 研究目的

医療観察法の地域処遇対象者にたいして、一般の精神科診療所にどのような関わり・援助が可能であるかを明らかにする。更に援助が可能とすればその具体的なあり方を検討する。

B. 研究方法

精神科診療所の医療観察法地域処遇対象者への関与の必要性とそのあり方について、地域処遇の要である社会復帰調整官にアンケート調査（資料Ⅰ）を施行し、社会復帰調整官がその業務を遂行していく上で精神科診療所にいかなる役割を期待しているかを把握した。同時に社会復帰調整官の意見を直接聴取した。

また、精神科診療所における触法精神障害者の治療可能性とそのあり方を検討するために、覚せい剤精神病の治療に取り組んできた精神科診療所の医師からその体験を聞き、医療観察法の指定通院医療機関に指定された精神科診療所を訪問して、その指定にいたる経緯と現状について調査を行った。

(倫理面への配慮)

社会復帰調整官へのアンケート調査は、無記名で行い回答者個人の特定が出来ないようにするなどの配慮をおこなった。診療所への聞き取り調査では、特定の患者に関する情報の提供は必要最小限にとどめるなど倫理面への配慮をおこなった。

C. 研究結果

1. 社会復帰調整官へのアンケート調査結果 (資料Ⅱ)

平成19年9月末に全国の保護観察所(50庁、3支所)の社会復帰調整官70名全員(平成19年9月末)に別紙(資料1)アンケート用紙を送付して、56名から回答があった(回収率80%)。

1) 生活環境調査を担当した医療観察法対象者について

この設問は、平成19年9月末時点の医療観察法対象者の中に、精神科診療所が関わっていたケースがどのくらいあるかを把握する目的で行った。回答があった56名の社会復帰調整官が、平成19年9月末までに担当した生活環境調査件数は計576件であり、1人の社会復帰調整官が約10件を担当していた(最高20件、最低1件)。

担当した中に精神科診療所が関わっていたケースがあると答えた者が38人、68%あり、精神科診療所が関わっていたケースの数は576件中の117件、20%であった。医療観察法対象者の8割に精神科治療歴があるとされており、

医療観察法の対象になったケースで精神科診療所において治療をうけていた者の数は少ない。触法行為を起こすケースは、そもそも入院施設を有する精神科病院が関わっていることが多いということがうかがわれる。

精神科診療所が関わっていたケース117件のうち通院中であった者が77件、66%と最も多く、次いで中断後3ヶ月以内25件21%であり、精神科診療所が関わっていたケースのほとんどが、通院中か中断後間もない時期にあった。

精神科診療所に通院していて医療観察法の対象になったケースでは精神科診療所の側にも反省すべきことがあり、社会復帰調整官は以下のような精神科診療所の問題点を指摘していた。(資料Ⅲ)

- ・医療観察法に関して無関心ないしは理解が不十分である
- ・通院中の患者について症状、服薬状況、生活の把握が診療所で十分できておらず、診療所通院時の調査が困難であった
- ・入院が必要であったと思われるケースで、早期の対応ができていなかった
- ・保健所との連携が薄く、中断ケースへの対応、危機対応が難しい

2) 精神科診療所に期待すること(資料Ⅳ)

医療観察法において精神科診療所の役割について社会復帰調整官がどのように考えているかを知るべく、四つの代表的な意見から自分の意見に近いものを選び、その理由を記してもらった。回答人数は54名で、複数回答を可とした。

- ①「精神科診療所にも基幹型指定通院医療機関としての役割を担って欲しい」との意見には20人、38%の社会復帰調整官が賛同している。その理由は、指定通院医療機関が不足、偏在していることから、医療観察法対象者の居住地に近い診療所が基幹型指定通院機関になるのが望ましいということでは

ば一致していた。また、精神科診療所によっては精神科病院以上に、対象者に合った地域に根ざした通院医療を提供できる機関もあるとの意見もあった。

- ②「基幹型指定通院機関と協力して通院処遇の一翼を担って欲しい」には、33人、61%が賛同しており、四つの意見の中でもっとも多かった。理由は1と同じで、通院に伴う対象者の経済的、肉体的な負担軽減ということにあるが、緊急時の入院を考えると、入院が可能な基幹型指定通院医療機関と協力して医療提供を行うのが妥当としていた。
- ③「地域処遇終了後の医療提供といった医療観察法の枠外での医療的役割を期待する」には29人、54%の賛同があった。主な理由は、治療の継続性を考えた時処遇終了後は通院に便利な診療所に通えることが望ましく、診療所が他機関と連携してケアにあたるのが地域医療の充実に繋がる、というものであった。この場合精神科診療所が処遇終了前からケア会議に参加して情報を共有することを望んでいる。
- ④「地域処遇において、精神科診療所に期待することは特にない」とした者が2人、4%あったが、マンパワー等の問題から精神科診療所が地域処遇に関わるのは難しいと考えての意見であった。
- ⑤その他に、指定通院医療機関を増やすこと、指定通院医療機関が行う医療に対する経済的手当て、担保を求める意見があった。

3) 平成19年9月末現在、56人の社会復帰調整官が、計244件の生活環境の調整を担当していた。1人の社会復帰調整官が平均4.4件の生活環境調整を担当しており、もっとも多くて14件、まったく担当していない社会復帰調整官が7名あった。

4) 平成19年9月末現在、56人の社会復帰調

整官が、計177件の精神保健観察を担当していた。1人の社会復帰調整官が平均3.2件の精神保健観察を担当しており、もっとも多くて12件、まったく担当していない社会復帰調整官が5名あった。

- 5) 生活環境調査を担当した医療観察法対象者の中に精神科診療所が関わっていたケースがあると回答した社会復帰調整官38人の中で、「通院処遇対象者が犯した行為の被害者への対応に苦慮したことがある」と答えたのは9人、24%と必ずしも多くない。しかし、被害者が家族である場合や処遇対象になる以前から地域でトラブルがあったケースも少なくなく、こうした場合には調整が難しくなる。被害者支援は本来社会復帰調整官の業務ではないことから、観察法の不備を補う意味でも何らかの対策が必要になるが、アウトリーチ型の支援組織ができることが望ましいとの考えもある。(資料V)

2、精神科診療所における覚せい剤精神の治療——寺岡葵医師の報告から

寺岡医師は、1979年7月から1995年3月までの15年8か月間に6床のベットを持つ有床診療所の外来を受診した覚せい剤精神病100例（急性期：現在使用中から3カ月以内73例、慢性期：断薬後2年以上38年までのもので、後遺症状を呈するもの27例）の生活背景、精神症状・臨床象、治療経過について調査し、「精神科診療所における覚せい剤精神の臨床——急性期と慢性期の比較をとおして」（精神神経学雑誌第100巻第7号（1998）425-468頁）として発表している。

寺岡氏は精神科医として、刑務所や家庭裁判所医務室への勤務経験を有しており、司法関係者との個人的な交流があったことも覚せい剤精神の治療を行うことになった大きな要因であったことを認めている。覚せい剤精

神病の治療過程で患者からの脅しや暴力を受けたことのある寺岡氏は「覚せい剤中毒者の治療への導入は、精神病をはじめ、うつ病や神経症の治療に追われている診療所の精神科医にとっては、現実的に荷が重すぎる」と考えており、「教育現場、診療所、病院、精神保健センター、司法、矯正、福祉、行政などのネットワークづくりが緊急の課題となる。ダルクや断酒会などの自助グループとの相互信頼のもとづく交流も重要」として、医療観察法によるものとは別の、覚せい剤等の依存症を扱うシステム構築の必要性を強調している。

3、医療観察法指定通院医療機関に指定されたHクリニックについて

施設は、デイケアを中心として運営されている無床の診療所であり、他の精神科診療所と比べてF1圏の患者が多く、デイケア・ナイトケアのほか、訪問介護、作業所、グループホームも提供しており、積極的なジョブガイドを行っている。院長は、医療刑務所で精神科医として勤務した経験があり、デイケア利用者の中に犯罪歴のある者も少数ながら存在し、保護観察所との関係も深い。

医療観察法の対象になったケースは、県外で酩酊による幻覚妄想状態で事件を行い、審判の結果通院処遇の決定がなされたが、本人が出身地での治療を希望したため、出身地での通院処遇が検討された。ところが本人の出身地にアルコール依存を扱える指定通院医療機関がなかったために、担当となった社会復帰調整官の依頼で、H診療所が対象患者を引き受けることを前提に指定通院医療機関の指定を受けた。

現在、対象者はある自助グループの建物に居住しており、そこでのミーティングに参加している。Hクリニックへの通院は2週間に1度だけであり、Hクリニックとして特別なプログラムは行っていない。H診療所には普段から入

院治療を提携している精神科病院（非指定通院医療機関）があり、対象ケースについても入院が必要な場合はその病院が引き受けることになっている。

指定通院医療機関は、原則として月1回ケア会議へ参加し、また他職種チーム会議、治療プログラムの作成、定期的な評価を行うことが必要であり、そのために割かれる人と時間とに苦勞しているという。ケア会議には入院を提携している精神科病院も参加しているが、その日当及び運賃は当該病院が負担しているという。

D. 考察

平成18年度のわれわれの研究で示した通り精神科診療所の数は急速に増加してきており、現在地域精神科医療において大きな役割を果たしてきている。しかし、自発的医療を原則としている精神科診療所には、精神保健観察を伴う医療観察法による医療提供はなじまない。このためもあって精神科診療所全体としては医療観察法対象者の処遇に対する関心が高いとは言えない。また、保護観察所側でも精神科診療所が医療観察法地域処遇において医療提供することにさほど期待していないというのが実情かもしれない。

例えば、日本精神神経科診療所協会医療観察法等検討委員会（委員長：森口秀樹）の調べ（平成19年10月）によれば、36都道府県のうち、日本精神神経科診療所協会の地区協会に対し、“心神喪失者等医療観察法に基づく精神保健判定医の候補者推薦に係る調査について（依頼）”の通知が来ているのは、わずかに5府県であり、精神保健判定医候補者を会として推薦している地区協会はなかった。また、都道府県ごとに保護観察所が主催している医療観察制度運営連絡協議会に対して、保護観察所より地区協会に出席依頼があるのは6道府県だけで、地区協会として委員を推薦して

いたのは5道府県であった。

しかし、今回行った、社会復帰調整官へのアンケートでは、地域処遇に直接関わっている個々の社会復帰調整官の精神科診療所に対する評価、期待は、保護観察所のこうした動きとは大分異なっていることがわかった。

社会復帰調整官の多くが、指定通院医療機関が不足、偏在している現状において、地域処遇対象者の社会復帰調整に困難を感じており、精神科診療所が医療観察法地域処遇対象者の医療に対して一定の役割を担うことを強く期待していた。特に、「基幹型指定通院医療機関と協力して通院医療の一翼を担って欲しい」という意見に賛同する者が多かった(61%)のは、精神科入院病床を持たない精神科診療所の限界を踏まえた上で、精神科診療所には精神科病院との連携の下純粋に専門的治療を行うことを期待しているものと思われる。

社会復帰調整官の9割が精神保健福祉士(PSW)の資格を有しており、精神保健福祉法に基づく地域精神医療・福祉に精通している者が多いと推測される。医療観察法対象者の社会復帰を円滑に行っていく上で、社会復帰調整官の意見は極めて重要であると考えられる。

ここでは、アンケート調査の結果を踏まえて、指定通院医療機関の不足・偏在を背景に、社会復帰調整官による精神科診療所への過剰な期待として現れているということを認識しながら、1) 通院処遇対象者に対する精神科診療所の医療提供、2) 地域処遇終了における社会復帰調整官の業務と精神科診療所の役割について考察を行う。

1) 通院処遇対象者に対する精神科診療所の医療提供について

アンケートの中で社会復帰調整官は、精神科診療所医療の問題として、「指定通院医療機関になることが望ましが、緊急時の対応がで

きることが条件であり、入院医療機関との連携が欠かせない」「地域処遇終了後の医療提供を診療所に行って欲しいが、マンパワー不足から悪化時の対応を危惧する」「診療所からの情報提供は必ずしも十分ではない。特に生活面での障害が把握できていない」「通院処遇対象者で精神科診療所に通院していたケースには通院が中断していたり、通院していても、入院対応ができていなかったり、家族が薬だけを取りに来ていたりで、診療所が十分な医療を提供できていなかったものがある」といった意見を挙げている。入院治療が必要な場合の対応が精神科診療所では難しいとするこれらの意見は精神科診療所の現状を的確に指摘したものであり、地域処遇対象者への治療に限定されることなく、精神科診療所が日常の精神科医療において反省、充実しなければならないことである。ただ精神科診療所の側から言うと、患者の病状悪化時に入院先を見つけるのに5~6ヶ所の精神科病院に電話をかけ入院依頼をしても、緊急患者の入院先が見つからないこともある。行政に依頼しようにも、保健所は公務員削減の動きで精神保健福祉サービスへの期待は余りできない。厚生労働省の通知「保健所及び市町村における精神保健福祉業務について」(平成12年3月31日障第251号)は、「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」の「体制」の項で、「精神保健福祉に関する業務は、原則として、単一の課において取り扱うものとし、精神保健福祉課あるいは少なくとも精神保健福祉係を設ける等、その業務推進体制の確立を図るものとする」と明記している。これを早急に実現することを望みたい。精神科診療所が医療観察法対象者に関わるには、解決すべきハードルがまだまだ高いのが現状ではないだろうか。何よりも一般精神科医療の充実と地域精神保健福祉の向上こそ求められねばならない。

地域精神保健福祉の現状において、入院病床を持たない一般の精神科診療所が通院処遇対象者に関わることは可能であろうか。われわれが調査したHクリニックは、デイケアを中心として運営され、指定通院医療機関に指定される以前から触法事例を扱っており、医療福祉関係機関ばかりか保護観察所、弁護士との関係も深く、就労支援等のプログラムを駆使した活動を行っていた。今回の地域処遇対象者の社会復帰にとって、こうしたHクリニックの日常臨床活動が有益であると社会復帰調整官が評価して、入院病床を持たないにもかかわらずHクリニックが指定通院医療機関に指定されることに繋がったものと思われる。地域処遇で提供される医療は、対象者が受け入れない場合最終的には強制入院となることを担保とした非自発的医療であり、対象者にとっては不利益処分である側面を有している。精神科病院と緊密な連携ができており、しかも地域で充実した治療プログラムを提供できているHクリニックのような例は、精神科診療所としては稀なケースであろう。Hクリニックの院長ですら、1名の地域処遇対象者を受けるのが限界と話しており、現在の地域精神医療の状況においては、一般の精神科診療所に指定通院医療機関の役割を期待することはやはり難しい。これは、精神科診療所で覚せい剤精神病治療の実践を行ってきた寺岡氏が、自分の仕事を精神科診療所全体に普遍化できるものではないと話していることとも符合する。

2) 地域処遇終了における社会復帰調整官の業務と精神科診療所——地域処遇から一般医療への円滑な移行のために

社会復帰調整官の業務には、生活環境の調査（第三十八条）、生活環境の調整（第百一条）、精神保健観察（第百六条、百七条）及び関係機関等との連携確保（第百八条、百九条）がある。また、医療観察法の最終的な目標は

対象者の社会復帰とされており（第一条）、医療観察法地域処遇においては、保護観察所がその実施計画を定め、医療、精神保健観察及び援助が行われる（第百四条、第百五条）。そしてその実施体制は、精神保健福祉法に基づく既存の精神保健福祉サービスを基盤として形づくられている。つまり、社会復帰調整官には処遇対象者の社会復帰のためのコーディネーターとしての役割が求められているわけであるが、保護観察所に所属する社会復帰調整官はあくまで「医療観察法」の枠内での職種であり、処遇終了とともに社会復帰調整官のすべての業務は終了することになる。

一方で処遇終了の目安として、継続的な治療が安定して実施できることがあげられている（「通院処遇のガイドライン」）。処遇終了後は当然本人の意志で本人が希望する医療機関に通うことになるが、この医療機関が、処遇中に通院していた指定通院医療機関とは別の精神科診療所であることもあろう。通院処遇終了後の一般医療への円滑な移行のためには、十分な情報提供を含む緊密な連携がなされる必要がある。処遇終了が予定される時、終了後に関わるであろう医療機関（もちろん精神科診療所を含む）、精神保健福祉行政機関、民間の福祉施設のネットワークを構築しておく必要がある。特に地域処遇終了とともにコーディネーターの役割を果たす者がいなくなることを考えると、精神福祉法体制下におけるコーディネーター（現状では保健所のPSW、保健師になろうか）への引継ぎが極めて重要である。社会復帰調整官の中には、処遇終了後の受け皿となる精神科診療所が、ケア会議等に参加することを希望する意見があり、これも一つの方策であろう。これによってPSWを持たない精神科診療所もその気持ちがあれば地域処遇終了後を引き受けることができることになり、対象者にとっての利益は大きい。ただし、ケア会議に参加する診療所にはそれ

なりの報酬が必要となる。

社会復帰調整官の多くは医療・福祉畑出身のPSWであり、われわれのアンケート調査にも表れている通り、対象者の社会復帰に熱心に取り組んでいる。医療観察法が真に対象者の社会復帰を目的としており、医療と司法の狭間を埋めようとするものであるなら、また社会復帰調整官の業務が、その名のごとく対象者の社会復帰ということにあるとすれば、処遇終了後を見据えたこうした取り組みこそ必要である。こうした社会復帰調整官の活動が、一般の精神科地域医療福祉への刺激となり、ひいては一般の精神医療等の水準の向上が図られることになる（附則第三条）ことを切望している。しかしこのために何よりも早期の社会復帰調整官の増員が必要であることは言うまでもなからう。

社会復帰調整官の不足という現実の中で、事例の少ない保護観察所の社会復帰調整官は、管轄区域外の事例の多い他の保護観察所の生活環境調査に協力する等、北海道、東北、関東、中部、近畿、中国、四国、九州とブロック単位で活動する場合もあり、更にブロック外の保護観察所への協力もある。厚生労働省は各都道府県に指定入院医療機関の整備を行う方針であるが、遅々として整備は進まず、入院決定が出ると遠隔地の指定入院医療機関に入院することがしばしば見られる。生活環境の調整は大変である。アンケートでは一人の社会復帰調整官が平均3.2件の精神保健観察を担当との数字が出ているが、一方で平均4.4件の生活環境調整を担当している。個々の社会復帰調整官で業務量にバラツキが多く、社会復帰調整官の中には限界に達している者もある。更に指定通院医療機関の不足のため、都道府県によっては一日がかりでケア会議を開くのに時間がとられることもあると聞いている。休日にも活動。医療観察法で審判、入院処遇、地域処遇で大きな権限を付与されている社会

復帰調整官の燃え尽きは時間の問題と思われる。

なお社会復帰調整官について、医療観察法立法時に法務省保護局精神保健観察企画官室は、原則として各保護観察所に複数配置を要求したが、財政難を理由に当時の財務省と総務省に押し切られて、一人配置しか認められず56名から出発せざるを得なかった経緯がある。その後毎年7名の増員が行われ、これ自体特筆すべきであるが、未だ77名に過ぎない。直接通院だけでなく、入院処遇からの移行通院が激増しており、各保護観察所に原則として社会復帰調整官の複数配置を実現させることは、通院処遇対象者の件数の増加からして何よりも必要である。

E. 結論

多くの社会復帰調整官が、医療観察法の地域処遇において精神科診療所の協力がいると考えているが、これは主として指定医療機関が不足・偏在している現状において、対象者の社会復帰調整を行うことの困難から発している意見とも考えられ、この解決にはまずは指定医療機関を増やすことが重要であろう。

入院施設を持たない、自発的医療を原則とする精神科診療所が、医療観察法の地域処遇の対象者に関わる場合には、対象者との信頼関係の構築と同時に少なくとも以下の三つの条件が必要となってくる。

- 1) 緊急時の入院対応など後方支援体制が整備されていること（精神科病院との緊密な連携ないし地域に精神科救急体制が整っておりこれを利用できることが必要）
- 2) 対象者に相応しい治療プログラムが提供できること（対象者が主体的に取り組めることが重要）
- 3) 日常的に医療保健福祉機関との連携ができていないこと（診療所活動の不備を補うデイケア、訪問看護、行政、福祉施設との連携）

更に、その他以下のことが検討されなければならない。

- 1) 事故時の責任の所在を明確にすること（多くは保護観察所にあろうが、医療的な責任は免れない）
- 2) 業務に対する経済的裏付け（指定通院医療機関はもとより協力期間への報酬の確保）
- 3) 保健所等が中心となった地域精神保健福祉の向上

そして、地域処遇終了後の一般医療への円滑な移行のためには、地域処遇終了前に、終了後の治療にあたる医療機関とその他地域の精神保健福祉施設との連携体制を作っておくことが必要であり、こうした地域処遇終了に向けての地域精神保健福祉のコーディネイトが社会復帰調整官の地域処遇後期のもっとも重要な業務となる。地域の精神医療保健福祉事情に精通した社会復帰調整官の数を増やすことが喫緊の課題である。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産の出願・登録状況

なし

資料Ⅰ アンケート調査表

「医療観察法通院処遇における精神科診療所の役割についての社会復帰調整官の意識調査」

1) 現在（平成19年9月末）までに、ご自身が生活環境調査を担当した（又は担当中の）医療観察法対象者についてお聞きします。（他の保護観察所の事件について併任して担当した事例を含み、他の保護観察所から共助の依頼を受けた事例を除く。）

①これまでに生活環境の調査で、何人の方を担当されましたか。

（ 人）

②その中で精神科診療所が関わっていたケースはありましたか。（有、無）

i) 精神科診療所通院中に対象行為をおかしたケース （ 人）

ii) 精神科診療所通院中断後（中断後どこの精神科医療機関にも受診していない）に対象行為をおかしたケース

中断後3ヶ月以内 （ 人）

3～6ヶ月以内 （ 人）

6ヶ月～1年以内 （ 人）

1年以上 （ 人）

③精神科診療所の関わりについて何かお気づきのことがあればお聞かせ下さい。

2) 地域処遇対象者の社会復帰を進めていく上で、精神科診療所に期待していることはありますか。ご自分の意見に近いものを○で囲んでください（複数回答可）。

①精神科診療所にも基幹型指定通院医療機関としての役割を担って欲しい。

理由

②基幹型指定通院医療機関と協力して通院医療の一翼を担って欲しい。

理由

③地域処遇終了後の医療提供といった医療観察法の枠外での医療的役割を期待する。

理由

④地域処遇において、精神科診療所に期待することは特にない。

理由

⑤その他

理由

3) 平成19年9月末現在、生活環境の調整で何人の方を担当していますか。

（ 人）

4) 平成19年9月末現在、精神保健観察で何人の方を担当していますか。

（ 人）

5) 1)の②の質問で、「精神科診療所が関わっていたケースがある。」とご回答いただいた方のみお答え下さい。

生活環境の調査、生活環境の調整、精神保健観察で対象者が犯した行為の被害者への対応に苦慮されたことがありますか。あればそのことについてお聞かせ下さい。

6) その他、医療観察法地域処遇と精神科診療所の役割について何かご意見があれば、お聞かせ下さい。

資料Ⅱの1 アンケート調査結果（平成19年11月5日着分まで）

アンケート回答数56人/70人（80%） *1人が3人分を回答したものを含む
54人/70人（78%）

- 1) ①平成19年9月末までの生活環境調査件数 576件（1人約10件）
②その中に精神科診療所が関わっていたケースが有る 38人/56人（68%）
診療所が関わっていた件数 117件/576件（20%）
 - i) 通院中 77件/117件（66%）
 - ii) 中断後3か月以内 25件/117件（21%）
 - 3～6ヶ月 8件
 - 6ヶ月～1年 0件
 - 1年以上 7件

- 2) 精神科診療所に期待すること（回答数54）
 - ①精神科診療所にも基幹型指定通院医療機関としての役割を担って欲しい
20人/54人（37%）
 - ②基幹型指定通院機関と協力して通院処遇の一翼を担って欲しい
33人/54人（61%）
 - ③地域処遇終了後の医療提供といった医療観察法の枠外での医療的役割を期待する
29人/54人（54%）
 - ④地域処遇において、精神科診療所に期待することは特にな
2人/54人（4%）
 - ⑤その他
5人/54人（9%）

- 3) 平成19年9月末現在、生活環境の調整担当者数 244件/56人
1人の社会復帰調整官が4.4件を担当

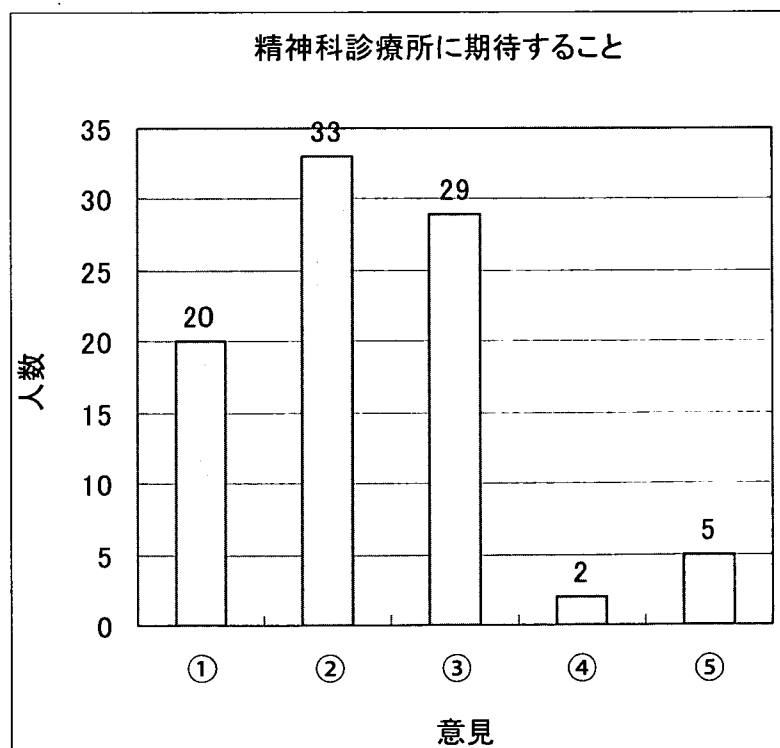
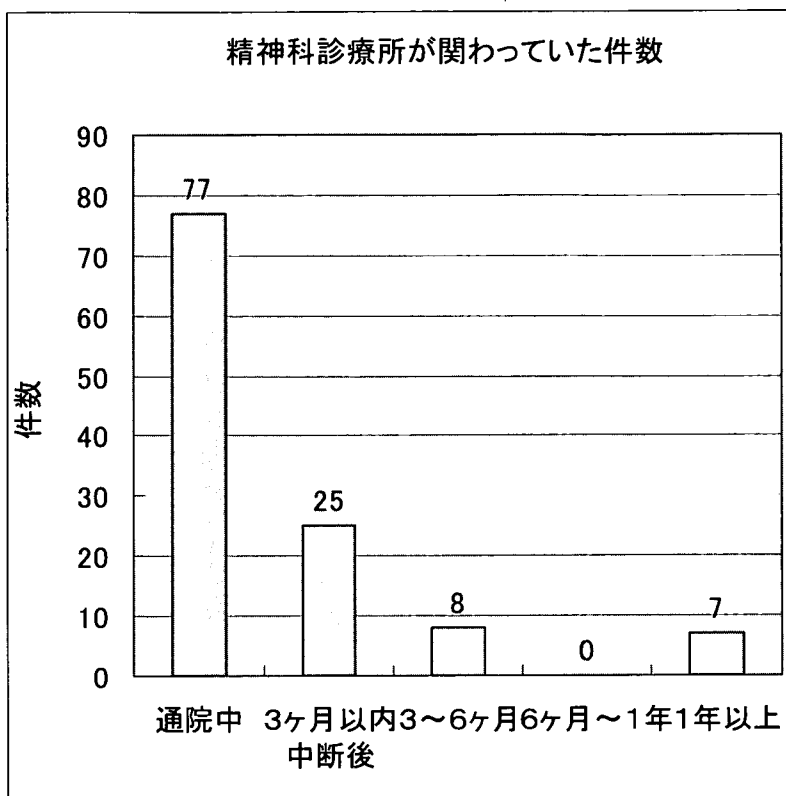
- 4) 平成19年9月末現在、精神保健観察担当者数 177件/56人
1人の社会復帰調整官が3.2件を担当

- 5) 通院処遇対象者が犯した行為の被害者への対応に苦慮したことがある
9人/38人（24%）

資料Ⅱの2

番号	担当人数	診療訪問者の有無	通院中	中断3ヵ月以上	3M□6M	6M□12M	1年以上	基礎形として役割を	通院処遇の一翼期待	枠外役割期待	期待しない	その他	生活調査担当人数9月末	精神保健観客担当人数
No.1	4	有	1						1	1			1	2
No.2	10	無							1				0	7
No.3	10	無						1		1			4	8
No.4	18	有	2					1					12	6
No.5	21	有	6	1				1	1	1			7	4
No.6	12	有	4	1						1			7	4
No.7	18	有	2				1	1	1	1			3	5
No.8	12	無											13	4
No.9	10	有	2					1					3	3
No.10	6	有	1							1			1	1
No.11	10	有	3									1	4	1
No.12	7	無						1		1			2	1
No.13	6	有		1					1	1			1	1
No.14	5	有	1										2	1
No.15	4	無						1	1				1	0
No.16	20	無		3				1	1	1	1		8	4
No.17	4	有							1				0	4
No.18	1	無							1	1			0	0
No.19	12	有	1		1			1					2	3
No.20	5	有	1					1	1				4	0
No.21	9	有	1					1					0	2
No.22	21	有	3				1			1	1		14	12
No.23	12	有					1	1	1	1			9	1
No.24	6	有	1							1			1	2
No.25	8	無						1					3	3
No.26	8	有			1				1				6	3
No.27	17	有	1					1		1			9	1
No.28	9	有	2						1	1			3	2
No.29	52	有	7		1				1				19	13
No.30	13	無										1	4	3
No.31	12	無							1				6	1
No.32	15	有	1	1	1			1	1	1			4	2
No.33	6	有	1					1	1	1			6	2
No.34	12	有	1	1						1			4	3
No.35	12	有	8	6	2				1				5	2
No.36	5							1					0	2
No.37	8	有	1					1	1	1			0	3
No.38	10	有		1					1				5	1
No.39	11	有					1		1	1		1	2	3
No.40	5	有	1					1	1				3	1
No.41	4	有	1	1						1			2	1
No.42	15	有	5				1			1			7	3
No.43	12	有	4					1	1	1		1	5	3
No.44	18	有	1	1					1			1	9	8
No.45	8	無							1				1	3
No.46	7	無							1	1			4	0
No.47	13	有	1				1		1				3	7
No.48	1	無							1	1			5	9
No.49	17	有	1		1				1				6	6
No.50	11	有	5	4					1	1			5	9
No.51	12	無							1	1			5	0
No.52	5	有			1				1				0	2
No.53	19	有	5	4			1		1	1			11	4
No.54	6	無								1			3	1

No.29は、3名分を含む



資料Ⅲ 設問1) ③への回答(自由記載)

1) ③(ご自身が生活環境調査を担当した観察法対象者について)精神科診療所の関わりについて何かお気づきのことがあればお聞かせ下さい。

No.6 生活環境調査については精神科診療所の協力が必要です。「生活環境調査結果報告」は十分な調査を踏まえて、本人の社会復帰により良い処遇が決定されるような資料となることを目指します。医療観察制度の理解が十分でなかったり、個人情報保護法等の壁に阻まれたりして診療所の通院時の調査が十分にできないことがあります。診療所の先生方はお忙しいとは思いますが、協力をお願いします。

No.7 本人に変わって家族が薬を取りに行っている期間が長すぎたので、病状記録、服薬状況を確認なさっていたのだろうかという疑問点があった。

経営母体の病院を退院後サテライト診療所に通院されていたが、心療内科も標榜されたため、精神科ではないという誤った認知を患者が持っしまい、医療に関する偏りが妄想的であった。敷居を低くすることも、通院を支える方法とは考えるが、中味を正確にされることを望みたいと感じました。

No.10 なし

No.12 医療観察法について、関心が低いのではないか。

No.14 主治医への聞き取り調査を実施したが、カルテ以上の情報を得ることが出来なかった。可能ならば、生活障害等も把握できるような関わりをしてもらいたい。

No.16 症状悪化時の病診連携の機能が十分に生かされていない。

No.19 その診療所に関しては、あまり親身ではなかったようである(家族談)

No.22 刑事手続きの段階での事情聴取に際しての記述が少ない。もっと言えば、関わりがそもそも希薄のためか、診断名と受療期間、処方薬物ぐらしか情報が記載されていない。生活情報や病状なども求めたいです。

No.26 特になし

No.27 入院が必要と思われる方について、早期に対応できていないケースがあった。

No.29 対応の中で入院がおくれ、直接対象行為に至ったのが3件ほどみられる(主観)

No.34 土日の診療等の配慮はされているが時間外の対応が難しい

No.35 精神科診療所は通院しやすい反面、病識の薄い患者は容易に中断しやすい一面を持っている。また、緊急時の問題や夜間の対応を知らせていないケースもある。極めて安定した患者や高齢寛解には適していると思われる。他害行為のリスクの多い患者については、精神科病院を勧めている。

No.42 診療所によっても異なるが全体的な印象として精神科病院よりも柔軟な対応がみられる一方で、保健所等との連携が薄いように感じる。本法対象行為の中には突発的なものや、急激な病状悪化によるものもあるが、本人の通院が途絶えていたり、家族の代診が続いてしまっていたものもあり、保健所に一報入れる、もしくは家族に保健所への相談をすすめるといった対応も検討して頂ければと思う。

No.43 診療(時間)が不十分なために、適切な医療が確保されていたとは認め難いケースが散

見されます。

No.44 マンパワーの不足から本人の悪化時のアウトリーチサービスの提供が難しい。

No.48 生活環境調査はまだ1件しか担当しておりませんが、現在生活環境調整、精神保健観察中の担当ケースには、診療所通院中に事件を起こしてしまったケースが2例あります。

No.49 治療中断後のフォローに関して、地域関係機関との連携による介入をより密接に行っていく必要を感じます。

No.50 医療観察制度における診療所の関わりはマンパワーの面等で負担が大きいと予想されるが、医療観察制度に対する考え方は診療所の精神科医によっても様々であり、地域処遇に協力頂ける先生がいらっしゃれば是非とも協力願いたい。

No.54 特になし。

資料IV 設問2)への回答(自由記載)

①精神科診療所にも基幹型指定通院医療機関としての役割を担って欲しい。(理由)

No.3 指定通院医療機関が少なく、県全域をカバーできるまでには至っていないのが現状である。そのために対象者が遠方の指定通院医療機関に通わなければならないといった問題があり、通院を継続していくことへの弊害となる可能性が高い。対象者の居住地からあまり離れていない精神科診療所等が基幹型指定通院医療機関としての役割を担ってもらえれば、処遇実施がよりスムーズであり、対象者が住んでいる地域の事情もよく分かり、何よりも対象者の受診時間の短縮による通院継続等にとっても有利である。

No.4 指定医通院医療機関が少なく、偏在化している。病院は郊外にあることが多く、交通の便が悪いところもある。そのため、通院時間が長く、コストの負担や必要なサービスの提供が限定されるケースもある。医療部分の多職種チームを構成し、適宜ケア会議を行い、病状悪化時など入院施設との連携をとらなければいけないという部分やコスト部分でデメリットもあるが、基幹型指定通院医療機関としての役割を期待したい。

No.7 何と言っても大病院より患者への細かな目が行き届いているように考えられるから。地域に根ざしていることが、通院しやすい条件でもあると思われるから。

No.9 指定医通院医療機関が不足しているため

No.12 対象者の自宅に近い医療機関で医療提供を受けることが望ましい。しかし、現在の指定通院医療機関の数は少なく、1時間以上かけたり、公共交通の便の悪い所も多い。

No.15 対象者が身近で医療を受けられるための役割を担っていただきたい。

No.17 対象者の通院負担や円滑な治療体制を作るために精神科診療所にも役割を担っていただきたい。

No.19 指定通院医療機関自体の数が少なく、最寄のクリニックの存在は大きい。また、デイケアを積極的に行っているところも多く、入院施設があるよりもその方が重要と考えるため。

No.20 基幹型指定通院医療機関が少なく、また偏在しているため、条件を満たせるのなら担って欲しい。