

No.21 指定通院医療機関の数が充分とは言えず、各地域においては継続的かつ適切な医療の確保が困難なところもある。よって診療所にも積極的に関わっていただきたい。

No.23 精神科診療所は精神科の医療及び援助に専門特化されていることが多いと考える。マンパワーや規模に応じてではあるが期待している。

No.25 指定医通院医療機関が不足している状況で、対象者が不便を強いられている。積極的に手を挙げていただき、対象者が医療を受けやすい環境が整備されることを望む。

No.27 指定通院医療機関が不足しており、対象者の通院が大変であるから。

No.32 理想/精神科診療所の規模にもよりますが、病院より力のある又社会資源が多い診療所が多くなっていると感じており、緊急時の入院先病院の整備を条件とした上で、指定通院医療機関としての役割を担って頂ける事が理想であり、対象者にとって望ましいと思われまます。②の補完型という形では、現状において医療点数がより不足した形になる。現状に即していないと思われ地域支援という観点においても、本来地域の基幹施設ともいべき診療所に期待する面が大きいです。

No.33 指定通院医療機関が不足しているため。

No.36 夜間診療を行っているため就労可能なケース等は早期に社会復帰し、継続した医療につながりやすいため。

No.37 現在の問題となっている指定通院医療機関の不足、偏在化を補うことができる。対象者の通院先の選択が増える。

\*入院施設と連携がとれていることが望ましい。

No.40 元々、精神科病院が少ない地域では、クリニックにかかっている患者さんも多く、病院だけを指定の枠に入れても、通院には遠い場合もある。クリニックが指定されてくると、利用の枠も広がりありがたい。

No.43 主治医との信頼関係、通院の利便性などを考慮すると、クリニックを基幹、近隣病院を補充型としての役割を望みます。

## ②基幹型指定通院医療機関と協力して通院処遇の一翼を担ってほしい。(理由)

No.2 これまで、精神科診療所は、精神科医療への地域又は本人や家族自体の偏見が根強い状況において、町の中で安心して訪れることが出来る医療機関として、大変、大きな役割を担ってこられたと思っています。医療観察法による医療においても、この内外の「偏見」が、安定した通院医療を受けるための足かせとなっている事例も既にいくつか認められるところ、精神科診療所も基幹型の指定通院医療機関と連携して参画していただければ、必要な医療の受け止め方と精神科医療機関へのアクセス等がより容易になるのではないかと期待しております。なお、「基幹型指定通院医療機関と連携して」と考えておりますのは、訪問看護の実施や病状悪化時を短期的入院も視野に、より円滑に乗り切るため、十分な情報のもと、より円滑に本人のニーズに基づいた医療提供が可能となるのではないかと考えていることによります。

No.7 指定通院医療機関の絶対数が不足している現状で、患者さん(対象者)が、通院しやすい距離にある診療所に受診できるような体制が必要である

No.13 人員配置面の問題はあると思われるが、通院の継続性を考える際に交通の利便性や通院

にかかる負担の軽減は外せないポイントであると考え。指定通院医療機関は、現状においてはまだ少なく、偏在しているところからみても、訪問機関等を併せもち、地域医療の最前線に立つておられる診療所に期待するものは大きいと考える。

No.15①と同様（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.16 施設基準等の問題があるのであれば、2) ①の理由から協力を求めたい。

No.17 当庁管内の指定通院医療機関の指定数が少なく且つ地域バランスが取れているとはいえない状況にある。今後、指定通院医療機関近郊に居住せざるを得ないことや遠方から通院しなければならないことが予想されるため。

No.18 元来、精神科診療所の体制として、基幹型指定通院医療機関と同等の支援体制を望むことには、無理があると思われる。が、指定通院医療機関の数、地域偏在という現状にあつては、緊急時の対応等を含め、対象者の負担減の意味においても通院医療の役割を担っていただきたい。

No.20①の場合が現実困難である現状としては、偏し少ない状況で（基幹型指定通院医療機関が）それを補うような役割を担えたらとも思います。

No.23 精神科診療所は精神科の医療及び援助に専門特化されていることが多いと考える。マンパワーや規模に応じてではあるが期待している。

No.26 指定通院医療機関が遠方にある場合、月に何度もの通院が難しいケースがあるが、近くに協力していただける診療所があればより厚くケースのフォローができると思う。

No.28 対象者の居住地に近い診療所で通院処遇を受けられることが望ましいから。

No.29 クリニックでも通院処遇ができる方には医療を基幹型と協力しながら行ってほしい。

No.31 指定通院医療機関への通院は、住居から遠く、通院が難しい対象者もいる為。

No.32 希望/指定通院医療機関が少ない現状においては、遠方に通院せねばならない対象者も散見され、通院すること自体が不利益となる対象者を思うと何とか地域で支えられないものかと制度の不備を痛感するとともに、何もできない自分が歯がゆく思います。そうした中で、地域の基幹病院であり、対象者を地域支援できうる診療所の協力は理想であり、処遇終了後と考えた際にも、通院後からでもご協力頂けることが理想です。ただし、補完型となる診療所に対する診療報酬や、指定通院医療機関との役割分担が不可欠であり、診療所の負担感を軽減させる配慮がないと、補完型としての協力は望みにくいように思います。

No.33 指定通院医療機関が不足しているため。

No.35 指定通院医療機関の数が不足し、あるいは遠方にある場合、通院に支障を来しやすい。安定している患者に関しては、精神科診療所に「基幹型指定通院医療機関」として協力してほしい。ただし、診療報酬を見直し、当該対象者についてはさらに高額にして欲しい。

No.37 現在の問題となっている指定通院医療機関の不足、偏在化を補うことができる。対象者の通院先の選択が増える。

\*入院施設と連携がとれていることが望ましい。

No.38 対象者居住地からもっとも近い診療所が指定通院医療機関と連携し対象者の診察を担当して欲しい。通院に対する対象者の負担が軽減し、対象者が通院医療を確保しやすくなる。

No.39 現段階で指定通院病院数が限られており、距離、交通アクセス等の問題で通院しにくか

ったりする問題がある。診療所は比較的駅前にあたり、通院への抵抗がなかったりするの  
で、通院しやすいのではないかと思う。

通院しやすいところに通院できることが望ましい。

No.40 元々、精神科病院が少ない地域では、クリニックにかかっている患者さんも多く、病院  
だけを指定の枠に入れても、通院には遠い場合もある。クリニックが指定されてくると、  
利用の枠も広がりありがたい。

できる限り家の近くで通える病院があればよいと思います。

No.43 主治医との信頼関係、通院の利便性を考慮すると、クリニックを基幹、近隣病院を  
補充型としての役割を望みます。

No.44 指定通院医療機関が偏在している上に絶対数が少ない現状で対象者の通院負担を軽減す  
る為

No.45 基幹型指定通院医療機関が偏在化し、通院にかなりの時間や経費を要する事案がある。  
診療所において通院医療が提供されれば、対象者への負担もかなり軽減されると思います。  
ただし、病状悪化など緊急時の対応について、診療所は入院施設がないため、従来の基幹型  
指定通院医療機関と協力して、その対応にあたる必要がある。

No.46 指定通院医療機関まで遠く、通院確保が困難な場合等があるため。

No.47 基幹型指定通院医療機関が対象者宅から相当離れた場所にある地域があり、対象者の負  
担を考えると、対象者から近い精神科診療所に対応してもらえるとありがたい。また、地  
域処遇終了後の継続性からも望ましい場合もある。

No.48 指定通院医療機関が遠方の場合も多く、近くのクリニックへの通院であれば対象者の身  
体的、経済的負担が少なくなる。

事件以前から通院していた信頼関係が構築されているクリニックであれば、治療の継続性が  
はかりやすい。

No.49 大阪市内など基幹型医療機関になりうる病院がない地域においては、今後の精神科診療  
所の役割を期待したい。

No.50 精神科訪問看護 ST（ステーション）の数は少ないが、対象者の治療管理についてはその  
力に負うところが多く、そうした訪看 ST と診療所精神科医が連携し、地域サポートに支援  
を頂きたい。

No.52 対象者の自宅から指定通院医療機関までが遠距離である場合には、夜間休日を含め緊急  
時における投薬等の対応に期待したい。

No.53 通院指定病院が少ないことと、気分障害等の治療において病院に対し抵抗を示す方もい  
られる

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）

No. 3 対象者の居住地に近く受診継続がしやすいため状態把握も行いやすく、対象者の近隣の地  
域事情もよく分かるという利点を生かして、継続した医療を実施してもらいたい。

No.6 対象者の緊急時対応や病状悪化の歳の入院等があつて診療所が指定通院医療機関としての  
役割を担うには重責で、その報酬も十分でないと考えます。しかし、現状は指定病院の数は少

なく、通院の利便性を考えたり、これまでの通院先であったりした場合には、処遇終了後に再び元の診療所や居住している場所に近い診療所に通えるよう協力していただきたいと思えます。

No.7 これこそ、地域医療の担い手であられる診療所の本来の姿であろうと思われるので、是非とも終了後を見てください！！

No.10 地域事情によるところと思われるが、多職種でのチーム医療や訪問看護、デイケア等の治療プログラムの導入が難しい現状であることから考えると、本法による地域処遇終了後の医療提供に期待する。

No.12 地域処遇終了後は、近隣の診療所等への転医は可能であり、利便性、患者のかたよりを防ぐ為にも活用すべきと考える。

No.13 地域処遇が終了したからといって、医療の必要性までが終了するわけではないことから見ても、居住地（自宅）から近く、本人及び家族等が利用しやすいというメリットを持つ診療所が医療的な役割を担って頂けるのなら、さまざまな意味で心強い存在となりうると考える。（全ては丸投げにしてしまうという意味ではなく・・・）

No.16 地域医療と社会復帰（生活）を円滑に行うために、処遇終了後の協力を期待する。

No.18 対象者が過去、通院していた等の関係性があり、かつ対象者が当該診療所に通院したいとの希望があるならば、継続的な医療の確保という点においても、医療観察法の処遇終了後の地域処遇におけるコーディネーター的役割を担って頂きたい。

No.22 終了後、本人の意向に合わせて、本人の通いやすさから医療的役割を望みたい。

No.23 指定通院医療機関が遠方である場合も少なくない。より身近な医療機関として医療提供してほしい。

No.24 現状では指定通院医療機関として役割を担うには負担が大きすぎるが、地域処遇終了後本人居住地に近いところあるいは本人希望で医療的役割を果たすことが期待される。

No.27 従来の医療的役割と同様に、入院ベッドをもった医療機関と連携し、適切な医療提供がされると、精神科医療全般の底上げにつながる。

No.28 現在、指定通院医療機関の数が少なく、対象者が遠距離通院しているが、処遇終了後は、居住地近くの診療所で治療が受けられると対象者の負担が軽減される。指定通院医療機関となるような入院設備の整った医療機関と連携をとりながら地域での医療（継続した）を進めてほしい。

No.32 現実的には/現実的には、不処遇決定となった対象者、処遇終了となった対象者のその後の地域医療の安定化においては、診療所の協力は不可欠であり、逆に協力が得られないと処遇終了も速やかに進まないように思います。不幸にも犯罪を犯し、本制度の対象となった方が、本制度の対象となったことでさらに不利益を受けないよう願います。ただし、保護観察所としては処遇終了前の段階からその後の医療体制を見据え、協力を求めていくほか、対象者の理解・同意を得て、積極的な情報提供を行っていく事が必要と考えます。

No.33 医療継続の観点から、一般精神障害者に対する役割として期待する。

No.34 対象者の状況によって診療所がよい場合もあるので、そのメリットを生かした形で良いと思っている。

No.39 通院しやすいところに通院できることが望ましい。

No.41 最寄りに指定通院医療機関がない場合は、地域処遇終了後も医療を継続させる為には、地域の精神科診療所での医療提供が最も重要であると思われる。

No.42 診療所のマンパワーを考へても精神科医療の特性を考へても①、②は困難と考へる。本法処遇により就労等につながるケースもあり（医療の継続性は重要なことではあるが）一般の地域精神科医療、特に診療所に引き継ぎをお願いしたい面がある。ただしこのためには、地域処遇中の連携開始が必須であり、「通院前からお手数をかける」ことに関してご了解頂けるかどうかというハードルがある。

No.43 上記の①②に限らず対象者の希望等を考へて本法処遇終了後の医療の担当を望みます。

No.46 上記②と同様、通院が困難な場合等の通院先としての役割を期待したい。

No.48 指定通院医療機関が遠距離の場合も多く、近くのクリニックの方が医療の継続性がはかりやすい。

医療観察法の指定通院医療機関はまだ少なく、本人が選択できる状況ではない。医療観察法終了後は本人の希望する医療機関（クリニックも含め）での医療継続が望ましい。

No.50 日本の地域資源は欧米諸国に比し貧困であり、診療所や訪看 ST のデイケアやサポートチームが、地域精神医療を底上げしていく原動力となり、重度精神障害者が街中で暮らせるようになる。医療観察法の対象者も同様であり協力をお願いしたい。

No.53 一般の患者と同様に治療サービスの提供をして欲しい

No.54 地域処遇終了後は、地域の社会資源のひとつとして期待しています。指定通院医療機関との連携が可能となると本法の枠内での役割を期待できると考へます。

#### 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）

No. 16 基幹型指定通院医療機関の診療時間外の診療対応（例えば、土曜日診療など）を期待したい。

No.22 クリニックのマンパワーを考へると、対象者の処遇において、負担が大きすぎるものと思料します。

#### ⑤その他の意見

No. 7 診療所の医師は病院とは違いお一人で患者さんを支えていることが多いのではないかとと思う。触法患者さん（司法精神医療）まで、ワクを広げるのは厳しいのではないかとと思うのですが、柔軟に対応していただけるように門戸を開けていただければありがたいと思います。

No.11 厚労が通院処遇の内容をどのように盛り込むかによって異なります。厚労が考へる医療が診療所さんで対応が可能であれば、ぜひ、医療観察法に関与していただきたいと思ひます。

No.30 コメディカルスタッフのそれぞれが確保されており、治療中断時及び夜間・休日における態勢がとれる診療所であることを条件として、基幹型、協力型及び医療観察法枠外、すべてにおいて期待している。

No.39②の場合、基幹型通院病院と診療所の連携や役割分担が十分にとれるかどうか問題。

No.43 診療所に限らず、指定通院医療機関が行う医療等に対して、応分な経済的手当、担保を確保できるよう法令改正を望みます。

No.44 現状では補完型指定通院医療機関を増やすことよりも基幹型指定通院医療機関を組織的、計画的、施策的に増やすことを考える必要がある。

#### 資料V 設問5) への回答 (自由記載)

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ください。

No.5 特になし

No.6 対応に苦慮したケースと言えるかどうか分かりませんが、ご家族自身が事件で大きな傷を負ったり、別の家族の方が被害をうけて、被害者と加害者両方の立場に立たされるような複雑な事案も見られます。深い悲しみで自殺を考えている方や事件のためにPTSDを発症された方について、精神科医療機関をはじめとして地域のサポートが必要ですが、そういう相談ができる機関が少ないのが現状です。

No.7 該当した対象の場合は、ありません。

No.9 特になし

No.10 なし

No.11 特にありません

No.14 特になし

No.19 特にないです

No.20 特にありません。

No.23 診療所の通院中断事例については自宅(单身生活)への放火だったため(延焼等なし)直接被害者への対応はしなかった。

No.24 診断名が入院後変更になったが、保護者が診療所の主治医にその事を確認し、元の診断名を変えられる考えはないとのことで、入院先の主治医に対して保護者が不信を抱く結果になった。

No.26 特になし

No.34 転居に伴う手続きや地域住民への対応のあり方について

No.38 診療所が関わっていたケースで、当庁が被害者対応に苦慮したことはない。ただし、診療所の関わりの有無に限らず、被害者への対応は難しい。特に、対象行為が殺人等で、対象者の家族が被害者の家族等である場合、アウトリーチ型の家族ケアの必要を痛感している。

No.41 家族が被害者であり、同居を拒否し、居住の確保に苦慮する。

No.42 調査：被害者への対応は付添人にお任せできる。ただし、家族内に被害者がおられる場合、その感情に配慮し、十分な調査を行えない場合もある。(調整官は家族の調査官とは異なり、単なる調査としての役割ではなくて、対象者を支援する立場になるため)

調整、観察：本人、家族ともに、被害者への対応について具体的に相談したり、かわって対

応してもらえない機関がない。元付添人が善意で関わるケースもあるが法的義務も保障もない。県精神保健福祉センターや保健所、保護観察所は本人支援の立場にあるため、中立的に関わる機関がない。また、被害者が家族の場合、支援チーム内での役割分担（本人のキーパーソンと家族のキーパーソンを分ける）を心がけているが、困難な点が多い。

No.43 家族が被害者となる事案が少なくなく、家族への支援、サポートに複雑さと困難さを感じます。

本件対象行為前から、近隣住民との間にトラブルがあった事案等、被害者及び住民の理解、協力を求めることは難しい。

No.44 被害者が家族であり、通院に向けた生活環境の調整をする際に、家族の拒否感情が強く、一切の協力を得ることができないことがあり、対応に苦慮した。

No.49 現在のところ、特にありません。

No.50 被害者が家族であり、事件後に於いても被害者の暴力におびえており同居を望んでおらず、本人の社会復帰に対しても「一生入院させておいて下さい」と非協力的である。

No.52 特になし

No.53 特になし、よく協力してもらってます

#### 資料VI 設問6) への回答（自由記載）

そのほか、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。

No.2 精神科診療所と言いましても、医師の診察のみで医療を提供しているところ、NsやPSWなども配置しているところ、デイケアや訪問看護なども提供しているところ、アディクションに力を入れているところなど基幹型指定通院医療機関同様、かなりバリエーションがあるのが実情ではないかと思えます。しかし、いずれにおきましても、これまでの地域精神保健福祉において、より地域に近い、よりノーマルな形での当事者に医療を提供してこられた経緯と同様に、それぞれの精神科診療所の特色を生かしつつ、医療観察法の適用となった方についても、必要に応じ、適当な段階から、一般の方々と同様の医療が提供されることを願っています。

No.3 医療観察法での地域処遇に精神科診療所も積極的に関わっていただければ、処遇の幅も広がり対象者の選択肢が増えるという利点があるため、今後のより円滑な処遇実施につながっていくと思われるが、現段階では指定通院医療機関以外の医療提供については国費でないため、対象者への経済的負担が生じるという問題があり、できれば精神科診療所にも基幹型の指定通院医療機関として通院処遇に携わっていただければ、対象者の経済的負担が減り、真の地域処遇が可能になると思われるため、今後に期待したいと思います。

No.7 精神科診療所は地域に根ざした医療の担い手であるものと認識しているので、連携体制が構築できると精神障害者の在宅生活の枠が広がるものと思う。

No.9 特になし

No.10 指定医通院医療機関の確保については、地域事情によっては、対象者の居住地での確保が困難な状況である。特に、当県は県北における指定通院医療機関が確保されていない。そのような地域にあっては、精神科診療所が果たす役割に期待したいところである。

No.12 スタッフや施設設備が不足している場合でも、地域の訪問看護サービスやデイケア等と協力して、対象者の社会復帰を支えることは可能である。

指定の基準を広げ、診療所等でも可能なように改正して欲しい。さらに、指定医療機関の報酬を高くすべきと考える。

No.18 医療観察法の地域処遇は、制度的にまだまだ十分でないことが多い中、精神保健観察中（通院処遇中の者）の数は増加の一途にあります。地域処遇の両輪のひとつである継続的な医療の確保という点において、医療観察法における処遇中のみならず処遇終了後も見据えた関わりを診療所にも取ってもらえるような制度の枠組みが必要と考えます。

No.19 対象者の父母が通院する内科クリニックのケアマネージャー兼看護師にケア会議に参加していただいている。精神科診療所についても、通院機関になっていただき、直接処遇の場に入って欲しい。

No.23 現在担当する対象者の多くが診療所ではなく病院に関わってきた経過がある。すなわち、時として入院が必要な事例がほとんどで、いざというときにすぐ入院できる医療機関を選択したのだと思われる。診療所に対象者が通院した場合、緊急時の対応、入院が必要な場合にどのような対応ができるかが課題であると思う。

No.26 特になし

No.34 特になし

No.35 指定医通院医療機関を中核として、いくつかの精神科診療所が医療上提携して欲しい。

通常は、最寄りの精神科診療所に通院し、病状の悪化や夜間・休日の問題に関しては、指定通院医療機関が、精神保健福祉法上の入院等を担当するようにすればいいと思う。

No.40 クリニック自体の医師数や、スタッフ数も、クリニックによって違うと思いますが少人数であることが多く、期待する役割を担ってほしいところもありながら、地域処遇中の病状悪化等に対する対応についても若干不安に思うところもあったり、実際には難しいのかなあという気持ちはあります。

No.42 この点はこれから協議していくべき課題だと感じている。各診療所単位だけでなく診療所協会等、団体との協議なども検討していきたい。

No.43 病院の医師が続々とクリニックを開業している現状において、精神科医療全体の構造の中での検討を望みたい。

No.44 医療観察法の地域処遇に限らず、精神科診療所がマンパワーの充実した精神科病院との協力関係を築くことは有効と考える。

精神科診療所が基幹病院と協力関係を築くことで診療報酬の加算などの措置があればと考える。

No.45 地域で生活する精神障害者のみを対象とする診療所もフォロー体制も十分に整っており、危機的介入や生活を視点においた処遇のノウハウも十分にあると思う。それが本法の地域処遇に活かせると良いと思う。



No.48 精神科診療所の場合、多職種の充実度、業務の多忙性、デイケア、訪問看護の有無（併設）等が、指定通院医療機関と比較すると制約があるため、現在の医療観察法での医学管理料を増額する等の措置がないと指定を引き受けにくいと思う。

対象者の社会復帰にとっては、診療所は地域精神保健福祉の重要な核となる場所であり、地域ネットワークの中で関係機関の連携がスムーズになり、終了後の地域処遇につなげやすくなる。対象者の医療の選択の幅を保障するためにも、診療所が指定通院医療機関を今後引き受けていただくことを期待している。

No.50 A C Tのアウトリーチチームのように訪問看護師に同行、往診する等して、地域精神医療を高めていっていただきたい。

No.53 医療観察法とは関係ないが、診療所で対応できない状況、例えば、夜間、休日及び入院等必要に応じて、患者さんが困らないように、後方協力病院との連携が図れるようにしてほしい。

No.54 当管轄内の精神科診療所は、規模は様々であり、一律の対応には限界があるように思われます。

医療観察法に関心を持っていただけると有りがたいです。

## 資料Ⅶ 指定通院医療機関に指定された精神科診療所

平成19年6月17日（日）、宮崎班8名で、「Hクリニック」の聞き込み調査と施設見学を行った。「Hクリニック」は精神科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（基幹型）の指定を受けている。

### 1. Hクリニックの特徴

- ・ デイケアを中心としたクリニックで、デイケア利用者の主治医は外部医療機関が多い
- ・ 無床のため、病院との繋がりが必須である
- ・ 就労支援を通じてのつながりが強い
- ・ 街中にあり、地域連携の話し合いの場を提供することが多い

例えば、平成17年9月から2か月に1回「更生保護と再犯防止を考える会」（保護観察官、弁護士、医療、福祉関係者、依存症者社会復帰施設スタッフ、僧侶、新聞記者が参加）を開催している

### 2. Hクリニック院長の話【要旨】

- 1) 院長は卒後にH医療刑務所に勤務し、松沢病院で研修の一部を受けていた。
- 2) H医療刑務所には「精神作用物質使用による精神および行動の障害（国際分類F1一以下F1と略記）の患者がかなりいるが、F1の患者に仕事の斡旋・提供が有効なことを認識した。

- 3) デイケアを中心としたクリニックを開設してからF1の患者が多く、また彼らの中で服役を経験した者もあり、保護観察などのからみで保護観察所との関係が自然と出来てきた。
- 4) 病状悪化の時の入院施設は普段から連携のある精神病院（指定通院医療機関ではない）を確保してある。
- 5) 医療観察法通院処遇対象者については、ケア会議が原則として月に1度となっているため、そのために割かなければならない人と時間が大変負担である。他職種チーム会議もあり、治療評価シート等の書類も大変である。他施設との交流、スタッフの研修という面ではプラスになるが、通院処遇者の受け入れは1人が限界と考えている。
- 6) 指定入院医療機関との連携がとりにくい、入院から通院への処遇の流れを治療的に計画できないものかとの疑問をもった。

### 3. 施設見学

施設を見学しながら以下の活動について説明を受けたが、地域に溶け込んで、極めて精力的に精神障害者の生活支援活動を行っているとの印象を受けた。

- ①デイケア・ナイトケア部門
- ②ジョブガイド
- ③資格・スクール
- ④グループホーム
- ⑤訪問看護
- ⑥地域イベントへの参加
- ⑦家族会
- ⑧デイケアと協力している作業所

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

## 医療観察法に携わる精神保健福祉士の役割に関する研究

平成 19 年度

分担研究報告書

平成 20（2008）年 3 月

分担研究者 佐藤三四郎

東京福祉大学

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

医療観察法に携わる精神保健福祉士の役割に関する研究

分担研究者：佐藤 三四郎 東京福祉大学

研究協力者：（Ⅰ）から（Ⅴ）の各研究報告ごとに別記した。

研究要旨

医療観察法に携わる精神保健福祉士の業務の実態を明らかにするとともに、業務上の課題、精神保健福祉士に求められる資質等を明らかにし、今後のより良い医療観察制度の運営と対象者の社会復帰の促進に寄与することを目的として、精神保健福祉士が医療観察法に関与する5領域について、以下の研究を行った。

（Ⅰ）社会復帰調整官の役割に関する研究

研究協力者：宇津木 朗（さいたま保護観察所）ほか

医療観察制度という新たな領域に携わる社会復帰調整官の役割や業務の内容を明らかにすることを目的とし、アンケート調査、業務量調査、集団討議により、①事件数の増加に伴う業務実態の変化の把握、②関係機関の連携が重要となる地域処遇移行期の現状把握と課題の整理、③調整官の研修に関する現状把握と研修体系案の提案を行った。

（Ⅱ）精神保健参与員における精神保健福祉士の役割に関する研究

研究協力者：三澤 孝夫（国立精神・神経センター武蔵病院）ほか

医療観察法に基づく審判においては、処遇決定の判断基準として、疾病性、治療反応性、社会復帰可能性の3要素が重視されるが、法施行後の時間的経過とともに退院申立てや処遇終了の申立てが増加し、社会復帰可能性に対する評価の重要性が高まっている。

精神保健参与員からの聴き取り調査に基づき、疾病性の理解を前提とした社会復帰可能性の評価における精神保健参与員の判断能力が強く求められていることを指摘した。

（Ⅲ）指定入院医療機関における精神保健福祉士の役割に関する研究

研究協力者：三澤 孝夫（国立精神・神経センター武蔵病院）ほか

指定入院医療機関における重要な治療プログラムである権利擁護講座と社会復帰講座について、各指定入院医療機関の現状を踏まえて検討した。

また、地域処遇への移行を目的とする関係機関調整やケア会議における精神保健福祉士の役割について検討した。

（Ⅳ）指定通院医療機関における精神保健福祉士の役割に関する研究

研究協力者：石井 利樹（神奈川県立精神医療センター芹香病院）ほか

研究協力者による集団討議により指定通院医療機関における精神保健福祉士の業務実態を明

らかにするとともに、精神保健福祉士の業務内容および留意点について具体的に整理した。

また、アンケート調査により、精神保健福祉士の業務量の把握を行った。

#### (V) 保健所および市町村における精神保健福祉士の役割に関する研究

研究協力者：四方田 清（千葉県精神保健福祉センター）ほか

保健所および市町村は、対象者の地域処遇において中心的な役割を担うとともに、医療観察法による処遇終了後も引き続き関与する可能性が高い機関である。

全国の保健所および市町村を対象としたアンケート調査により、対象者に対するそれぞれの関与の実態、精神保健福祉士の配置状況等を把握するとともに、課題の検討を行った。

## A. 研究目的

医療観察法に携わる精神保健福祉士の業務の実態を明らかにするとともに、業務を進める上での課題、精神保健福祉士として求められる資質等を明らかにし、今後のより良い医療観察制度の運営と対象者の社会復帰の促進に寄与することを目的とする。

## B. 研究方法

医療観察法に携わる精神保健福祉士を、その所属する機関に応じて、(I) 保護観察所の社会復帰調整官、(II) 地方裁判所の精神保健参与員、(III) 指定入院医療機関、

(IV) 指定通院医療機関、(V) 地域精神保健福祉関係機関の5領域に分け、アンケート調査、研究協力者による討議等により、実態把握および課題の検討を行った。

### (倫理面への配慮)

本調査研究においては、精神保健福祉士の業務の実態把握に関連して、対象者については数量的把握に限定し、個人を特定する可能性のある情報は一切含んでいない。このため、人権侵害のおそれはない。

## C. 研究結果

### 1. 社会復帰調整官

(1) 社会復帰調整官は、審判における生活環境調査に始まり処遇の終了に至るまで継続して対象者に関わる唯一の職である。全国53庁（支部3か所を含む）の保護観察所に70名が配置され（平成19年8月末現在）、そのうち63名（90%）が精神保健福祉士の資格を有している。

(2) 事件数の増加に伴う社会復帰調整官業務の実態把握を行った。

また、業務量調査からは、指定医療機関の地域的偏在等のために、当該機関への旅行のためだけで多大な時間を費消していることが明らかになった。

(3) 全国8か所の地方更生保護委員会を単位とする調整官ブロック会議について運営の実態把握を行い、その機能および意義について検討を行った。

(4) 業務の標準化を念頭に置き、増加しつつある地域処遇移行期における業務について、現状把握と課題の整理を行った。関係機関との平素の連携体制、生活環境調査、生活環境調整、精神保健観察について業務内容の実態把握を行った。

保護観察所における係属事件数の多寡により業務に費やす時間数や実施回数に大きな相違があり、業務水準の質的差異が懸念された。

(5) 調整官の研修に関する現状把握を行い、社会復帰調整官を対象とする研修として、任官直後の心神喪失者等医療観察制度導入研修に加え、重層的な研修体系の提案を行った。

## 2. 精神保健参与員

医療観察法施行後の時間的経過とともに退院や処遇終了の申立てが増加し、審判における処遇決定の判断基準として、社会復帰可能性に対する評価の重要性が高まっている。

精神保健参与員には、疾病性の理解を前提とした社会復帰可能性に対する判断能力が強く求められていることを指摘した。

## 3. 指定入院医療機関

指定入院医療機関における重要な治療プログラムとして精神保健福祉士が担当する権利擁護講座と社会復帰講座について、業務の標準化を目的として、各指定入院医療機関の現状を踏まえて検討した。

また、地域処遇への移行を目的とする関係機関調整やケア会議における精神保健福祉士の役割について検討した。

## 4. 指定通院医療機関

指定通院医療機関における精神保健福祉士の具体的な業務内容と留意点について整理するとともに、現状における業務量の把握を行った。

また、指定通院医療機関における医療チームおよび保護観察所や地域関係機関との連携における医療観察法対象者のケア調整者として、専任の精神保健福祉士を配置すべきことを提言した。

## 5. 保健所及び市町村に所属する精神保健福祉士

昨年度の精神保健福祉センター調査に続

き、地域精神保健福祉活動の中で重要な機関である保健所及び市町村に所属する精神保健福祉士の役割についてその実態を把握し、医療観察法に基づく地域処遇における今後の課題を明らかにすることを目的としてアンケート調査を行った。

調査対象は、全国の保健所518カ所、市町村(精神保健福祉担当課)1,823カ所で、回答数は、保健所337カ所(回答率:65.0%)、市町村932カ所(51.1%)であった。

調査項目は、①処遇上の関与の実際(有無等について)、②属性(設置主体や担当係名)、③精神保健福祉実施体制(管内人口数、職員配置状況等)、④現在、比重の高い事業、⑤今後、積極的に関わる必要のある事業、⑥各機関における地域処遇に向けた体制整備状況、⑦医療観察法対象者に対する印象(イメージ)、⑧各機関の地域処遇対象者数および関与の具体的な内容、⑨地域処遇上の機関連携(地域ネットワーク)の状況、⑩地域処遇上の課題、⑪地域処遇終了後の関与、⑫地域処遇を進めるにあたり必要な資源および人材であった。

## D. 考察

### 1. 地域精神保健福祉体制について

本制度の目的は対象者の社会復帰であり、本制度による処遇が終了した後においても、対象者であった者が居住する地域の中で安定した生活を継続できるようになることである。しかし、従前から指摘されているところであるが、本制度については、入院医療に対して手厚く、通院医療から地域処遇へと向かうほど体制が薄くなっていることが、指定通院医療機関調査および保健所・市町村調査によっても確認された。

今後、時間の経過とともに地域処遇を受けられる対象者は確実に増加していくことになる。また、医療観察法による処遇が終了した後に

は、通常の地域精神保健福祉サービスの利用者として地域に累積されていくことになる。

医療観察法の対象者が処遇終了となった後においても地域社会において自立した生活を維持していけるように、地域関係機関におけるサービス提供体制と連携システム、そしてそれらを運用していくマンパワーの確保が不可欠となる。

## 2. 資源の絶対数の不足と地域的偏在について

指定入院医療機関の絶対数の不足と地域的偏在により、社会復帰調整官においては、関係機関調整等の実施に際して、移動のためだけに多大な労力を費消するとともに、業務の効率を著しく低下させている。地域移行業務を行う指定入院医療機関の精神保健福祉士においても同様である。

治療および処遇の連続性を確保し、地域社会への定着を促進する観点から、指定入院医療機関から地域処遇への円滑な移行と地域への定着を促進するために、小規模病棟を含めて、少なくとも各都道府県に1箇所の指定入院医療機関の配置を行う必要がある。

また、小規模病棟においては、専任を含む複数の精神保健福祉士を配置する必要がある。

## 3. 業務の標準化について

医療観察制度の趣旨に照らし、医療観察法に係る各機関においては、それぞれの機能に応じて、全国で同一水準の業務が行われる必要がある。

精神保健福祉士が従事する業務についても、その観点から標準化を図る必要がある。

業務の標準化によって期待される効果は、処遇水準の向上に加え、個々の業務を遂行するために必要な精神保健福祉士の資質の水準を提示することであり、それによって、資質

向上を図るための研修課題の明確化が可能となる。

また、標準化された業務の遂行に必要な業務量を算定することにより、必要とされる配置人員の算定が可能となる。経験的に精神保健福祉士の不足が指摘される場所であるが、上記により客観的な根拠を得ることが可能となろう。

## E. 結論

1. 各保護観察所への社会復帰調整官の複数配置および事件数に応じた適正配置を促進する必要がある。
2. 指定入院医療機関の絶対数の不足と地域的偏在を解消するため、各都道府県に小規模病棟の設置を促進する必要がある。  
また、小規模病棟には、専任を含む2名以上の精神保健福祉士を配置する必要がある。
3. 指定通院医療機関の偏在を解消するとともに、指定通院医療機関においては、院内外における医療観察法対象者のケア調整者として、専任の精神保健福祉士を配置する必要がある。
4. 精神保健福祉センターへの精神保健福祉士の配置を義務化するとともに、保健所、市町村担当部署への精神保健福祉士の配置を早急に進める必要がある。
5. 社会復帰調整官、精神保健参与員、指定医療機関の精神保健福祉士および地域処遇に関与する地域精神保健福祉関係機関に所属する精神保健福祉士には高度な専門性が求められるところであり、重層的な研修体系の構築を図る必要がある。

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

1. 論文発表
2. 学会発表

四方田清ほか:「医療観察法における精神保健福祉センターの関与の実際と課題」第6回日本精神保健福祉学会. 宮崎. 2007.6.9.

石井 利樹:「医療観察法通院医療－精神保健福祉士及びケア調整者の立場から」第7回日本外来精神医療学会学術大会. 東京. 2007.7.14

## H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得  
なし
2. 実用新案登録  
なし
3. その他  
なし



## (I) 社会復帰調整官の役割に関する研究

研究協力者：

宇津木 朗（さいたま保護観察所）

菅原 資浩（福島保護観察所）

谷 美祐紀（旭川保護観察所）

萩野 哲男（甲府保護観察所）

武野 興司（新潟保護観察所）

堂前 大輔（金沢保護観察所）

栗田 俊之（静岡保護観察所）

深貝登志子（松江保護観察所）

植松 俊典（京都保護観察所）

鶴 真一郎（鹿児島保護観察所）

松尾 一生（高松保護観察所）

### 研究要旨

平成17年7月15日に施行された「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」（以下、医療観察法又は法という。）に基づいて、精神保健福祉士等は、社会復帰調整官（以下、調整官という。）の役割を担うこととされた。調整官は、従来の精神保健福祉士としての役割や業務を基礎としながらも、特殊で、高い専門性を新たに求められている。医療観察制度という新たな領域に携わる調整官の役割や業務を明らかにすることを目的として、①調整官アンケート調査、②調整官ブロック会議調査、③業務量調査、④集団討議を実施して研究を行った。

調整官業務は、指定医療機関の不足や担当対象者数の多寡、関係機関・関係者の考え方などによって大きな影響を受けている。地域処遇導入期においては、医療観察制度と従来の精神保健福祉システムの狭間で苦慮し、調整官の役割の範囲や業務の在り方に迷っているのが現状であった。

また、各調査をとおして得られた結果等から医療観察法の課題を考察するとともに、調整官の研修体系案を作成した。

## A. 研究目的

医療観察法に基づいて精神保健福祉士等は、調整官の役割を担うこととされ、保護観察所に配置された。調整官は、当初審判における生活環境調査から始まり、指定入院医療機関に入院中は生活環境調整を実施することにより、通院決定がなされ地域社会での処遇する期間においては精神保健観察を実施することにより関与している。また、医療機関や都道府県、市町村等の処遇に携わる関係機関の連携確保が図られるよう平素の活動を行うことも職務となっており、医療観察に携わる

者のうち唯一連続的に関与する立場に置かれている。

この研究は、医療観察制度という新たな領域に携わる調整官の役割や業務の内容を明らかにすることを目的として実施した。具体的には、①事件数の増加に伴う業務実態の変化の把握、②関係機関の連携が重要となる地域処遇移行期の現状と課題の整理、③調整官の研修の現状把握と在り方について検討した。

## B. 研究方法

- 1 調整官アンケート調査  
（個人・保護観察所）

平成19年9月3日～9月18日

2 調整官ブロック会議調査

平成19年8月3日～10月5日

3 業務量調査

平成19年8月3日～10月5日

4 集団討議

第1回：平成19年8月3日～8月4日

第2回：平成19年11月10日～11月11日

## C. 研究結果

### C-I 調整官アンケート調査

平成18年度に引き続いて調整官を対象にアンケートを実施した。また、今年度は保護観察所（以下、庁ともいう。）単位のアンケートも同時に実施した。

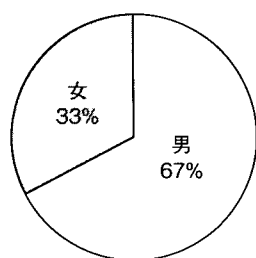
## 社会復帰調整官の現状（個人）

### 1 社会復帰調整官の属性

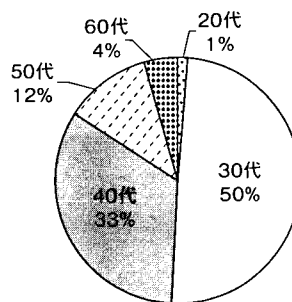
#### （1）性別・年齢

性別は男性46名、女性24名であった。年齢構成は30歳から40歳代が8割を占めている。

社会復帰調整官の男女比（表1）



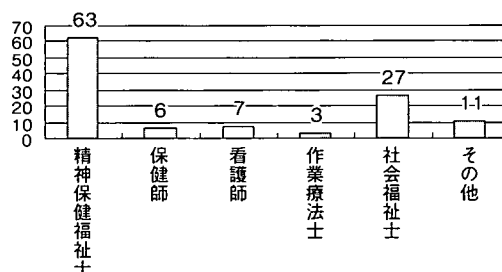
社会復帰調整官の年齢（表2）



#### （2）所持資格

所持している資格で最も多いのは精神保健福祉士で、次いで社会福祉士、看護師、保健師、作業療法士となっている。また、その他の資格としては介護支援専門員を所持している者が多かった。

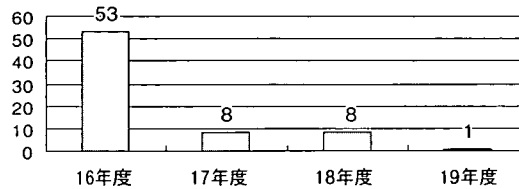
社会復帰調整官の所持資格（複数回答）（表3）



### (3) 社会復帰調整官の人数（採用年度別）

社会復帰調整官の総数は平成19年8月末現在で70名となっている。

社会復帰調整官の採用年度（表4）



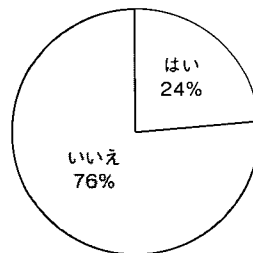
#### 小括

社会復帰調整官は、一定の経験年数を採用条件としているので、30歳代を最多として20歳～60歳代までおり、所持資格や前職も幅広く、全体的にはバランスのとれた構成となっている。平成17年度、18年度は各7名の新規採用があり、退職による採用も含め社会復帰調整官の総数は70名となっている。

### 2 社会復帰調整官の研修体制及び内容に関する意識

社会復帰調整官は、採用直後に1か月間程度の導入研修と実務実習があり、業務を行う上で有益な研修となっている。しかし、76%の社会復帰調整官が現在の研修体制及び内容について「十分ではない」と回答している。

現在の社会復帰調整官の研修体系・内容は十分だと思うか？（表5）

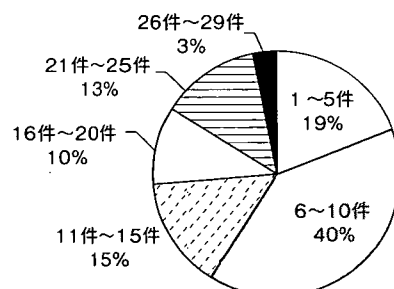


### 3 生活環境の調査

#### (1) 生活環境の調査における担当事件数

社会復帰調整官が、採用されてから担当した事件数は、「6件から10件」と回答した社会復帰調整官が最も多く、最多は29件であった。

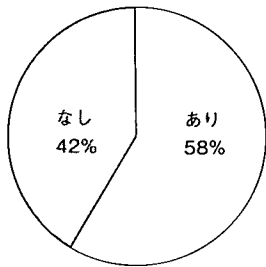
(表6)



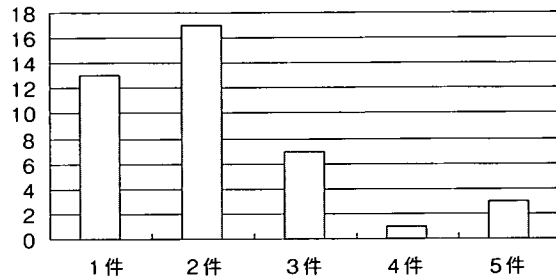
(2) 共助の依頼を受けて事件を担当した経験の有無及び件数

生活環境の調査では、裁判所から生活環境の調査及びその結果報告を求められた保護観察所の管轄区域外に調査すべき地がある場合もある。その場合、当該地を管轄する保護観察所は、裁判所から生活環境の調査及びその結果報告を求められた保護観察所の依頼を受け、共助事件として調査業務に当たっている。そのような共助事件を58%の社会復帰調整官が担当した経験があり、うち最多は5件であった。

生活環境調査の共助事件担当の有無 (表7)



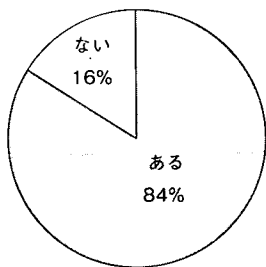
生活環境調査共助事件担当件数 (表8)



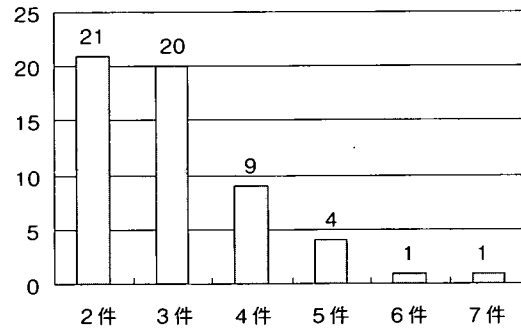
(3) 生活環境の調査事件を複数担当した経験の有無及び件数

社会復帰調整官の84%が、同一時期に複数の生活環境の調査事件を担当した経験があり、うち最多担当件数は7件であった。

同時期に複数の生活環境調査事件を担当した経験の有無 (表9)



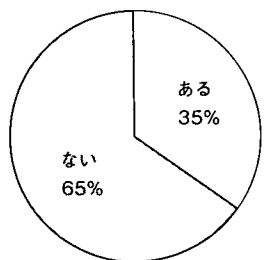
同時期に複数の生活環境調査事件を担当した際の担当数 (表10)



(4) 併任による事件を担当した経験の有無及び回数

事件数が多い保護観察所へ応援に赴いて、生活環境の調査を行なうことを「併任」という。併任経験のある社会復帰調整官は35%で、そのうち最多は5回の経験を有している。

生活環境調査事件における併任経験の有無 (表11)



生活環境調査事件における併任経験の回数 (表12)

