

		害者 3 名に各全治 1 週間～10 日間の傷害を負わせた			決: 統合失調症であり, 医療の必要性はあり. 鑑定入院中の治療の結果, 妄想は持続するものの攻撃性は消失しており, 反省もみられる. 家族の支援の意思あり, 通院が適当.
4 (205)	放火	自宅(家族も居住)を放火し, 全焼させた	自宅・全焼	①F0 器質性精神障害, ②器質性人格障害	鑑: 服薬不規則で幻覚妄想が活発な状態, 衝動性等人格障害もあり, 対象行為に至った. 入院中は落ち着いていたが薬物調整は必要. 病識・治療動機は認められるが過去の経歴から服薬中断, 再発につながりやすい. 家族は現時点で本人の同居について不安が強い. 決: 通常の外来通院では服薬不規則になり, 再発につながりやすいため本法による医療必要. 任意入院の実績あり, 拒否的でなく, 両親の援助が期待できる. 退院後の治療継続を視野に入れざるを得ず, 入・通院を通じて治療の一貫性が図られることが望ましい. 入院治療は両親の居住地から遠方ではない病院での入院が望ましい. (精神保健福祉法による入院+本法による通院を示唆)

3) 鑑定では「本法による医療不要」の意見→審判では入院決定

表 11 に, 鑑定では「本法による医療不要」(不処遇)の意見が付されたが, 審判では入院決定が下された 4 事例を示す. 対象行為は傷害 2 例(うち, 傷害致死 1 例), 放火 1 例, 強盗未遂 1 例, 傷害における被害者は 2 例とも家族・親族であった. 診断は 4 例中 3 例が統合失調症, 1 例が軽度精神遅滞(鑑定における判断)であった. いずれも精神症状の慢性化, 元来の衝動性などの人格的要因, 物質使用などの複数の問題を抱えた事例であり, 「治療が難しい=治療反応性に乏しい」と判断された事例が含まれていた. うち 2 例は治療反応性が期待できないという理由で, 精神保健福祉法による入院が必要の意見が付されていたものであった.

表 11 鑑定では「本法による医療不要」→審判では入院決定となった事例の概要

No (ID)	対象行為	概要	被害者 (被害対象)・被害程度	診断	意見 (鑑:は鑑定書の意見, 決:は決定書の意見をあらわす)
1 (9)	放火	自宅(父と同居)に放火し, 家屋の一部を焼損	自宅・全焼	F2 統合失調症 (解体型)	鑑: 体感幻覚に基づく恐怖感により本件対象行為. 精神症状は持続している. 入院治療が必要であるが, 治療反応性に乏しく, 厳格かつ管理的な枠組みが必要とはいえない. (※精神保健福祉法による入院が適当)
					決: 治療反応性あり, 病識は不十分. 通院確保は困難. 本法による入院が必要
2 (31)	傷害致死	被害者に金を無心したのを断れたのに腹を立て, 暴行を加え死亡させた	養母・死亡	F6 軽度精神遅滞	鑑: 精神遅滞を背景とした元来の衝動的な性格に加え, 知覚の歪みから本件対象行為. 知覚の歪みについては薬物療法で提言する可能性があるが, 衝動性については治療困難. 本法による治療必要性は乏しい. (※精神保健福祉法による入院が適当)
					決: 対象行為や生活環境等から, 対象者の精神障害はすべてを改善するのは困難を伴うとしても, 原因を明らかにし, 専門的治療を行うことによって改善される可能性がある.
3 (41)	強盗未遂	強盗目的で店員に包丁を突きつけたが, 目的を遂げず	未知の人	F2 統合失調症	鑑: 精神障害は慢性化しており, 入院治療による改善効果は乏しい. 本法の入院により同様の行為をなくすことは極めて困難. 身体合併症もあり, その治療・管理も同時に必要で, その治療が可能な医療機関への入院が必要.
					決: 鑑定書が述べるように, 治療必要性がないとは判断できない.

4 (187)	傷害	自宅において、 母親の頭を殴打 し、全治約3週 間のけがを負わ せた	母・軽傷	F2 統合失 調症	鑑：同様の行為を行う可能性は皆無とはいえないが、極めて少ない。よって本法による医療を受けさせる積極的な理由はない。
					決：統合失調症＋アルコール摂取により本件対象行為に至った。従前から暴力的行動あり、暴力行為に対する適切な治療が不可欠であり、行動制御能力が飲酒によりさらに低下する。飲酒の統御がなされなければ、再び同様の行為を行う可能性が高い。

4) 鑑定では本法不要の意見→審判では通院決定

鑑定では「本法による医療は不要」（不処遇）の意見が付されたが、審判では通院という決定が下された9事例を表13に示す。対象行為別にみると傷害が5例、放火が2例、殺人が1例、殺人未遂が1例であった。診断は統合失調症が7例、うち、精神遅滞を合併しているものが2例、精神遅滞が1例、急性一過性精神病性障害が1例であった。被害者は家族・親族が6例、知人が2例であった。鑑定書では、治療反応性が限定的であるといったものから、精神遅滞を理由に指定入院医療機関での治療プログラムに適さない、知的障害者向けの施設入所が適切、病識もあるので本法は不要といったものまでさまざまであった。

表13：鑑定では「本法による医療不要」→審判では通院決定であった事例の概要

No (ID)	対象行為	対象行為の概要	被害者 (被害対象)・被害程度	診断	意見 (鑑：は鑑定書の意見、決：は決定書の意見をあらわす)
1 (22)	傷害	被害者(知人)に対し、ハンマーで数十回殴打し、全治4週間の傷害を負わせた	知人・重症	F2 統合失調症(妄想型)	鑑：治療反応性は限定的、本法による医療の対象とはいえない。しかし外来通院では同様の行為を防ぎきることは難しい。 決：病識なし、環境調整が必要という鑑定書の記載からは本法の医療必要性があると解釈可能

2 (83)	傷害	養父の頭部を数回殴打し約10日間の傷害を負わせた	養父・軽傷	F2 統合失調症(妄想型)	鑑: 治療反応性あり, 病識も認められるようになり, 幻覚妄想も消失しているため本法による入院治療の対象外(本法による通院の対象外かどうかは明記されず).
					決: 服薬の継続は再発予防の観点からは不可欠であり, 服薬管理, 指導を濃密に行う必要がある.
3 (89)	傷害	妻の母の顔面を殴打し, 2ヶ月間の障害を負わせた	妻の母・重傷	F2 統合失調症(妄想型)	鑑: 精神障害のために再び同様の行為を行う可能性は低く, 治療の継続で十分. 本法によらなくとも, 精神保健福祉法による社会復帰施設を利用しながら通院で足りる.
					決: 継続した治療が行われる限り, 同様の行為を行う可能性が低い. 通院が適当
4 (99)	殺人未遂	実母に対し包丁で腰部を刺し, 全治10日間の傷害を負わせた	母・軽傷	F2 統合失調症	鑑: 治療を継続すれば, 再び同様の行為を行う可能性は低い. 本法によらなくとも, 精神保健福祉法で対応可能. (通院)医療は必要.
					決: 指定通院医療機関への通院確保が可能であり, 本件の態様と重大性, 鑑定医の「治療を継続すれば今回と同様の行為を行う可能性が低い」という意見から, 本法による通院必要.
5 (131)	傷害	実母の背部を包丁で刺し, 全治10日間の傷害を負わせた	母・軽傷	F2 統合失調症	鑑: 本法による医療を受けさせなくとも, 再び同様の行為を行う可能性は低い. 精神保健福祉法による入院で足りうる.
					決: 病識不十分, 父母の受け入れ態勢不十分. 入院治療が必要だが, 指定入院医療機関が遠方のため, 本法による入院により治療動機が下がる可能性あり. 精神保健福祉法による入院→本法による通院が適当
6 (136)	傷害	父の会社の従業員である被害者に対し, 腹部を殴打などし, 104日	知人・重症	①F7 中等度精神遅滞 ②F2 統合失調症	鑑: 対象者の精神障害は本法による治療可能性を有しない(本法の治療プログラムには適さない). 発病以来治療を受けている病院での(精神保健福祉法による)入院治療が適切

		間を要する傷害を負わせた			決: 本法による医療の効果が全く望めないとはいえない。通院治療を受けていた際問題行動繰り返しており、父親の監督に限界がある。精神保健福祉法による入院を経て、サービスを利用しながら本法による通院治療が最もふさわしい。
7 (157)	放火	母親の顔面を殴打し、加療10日間の傷害を負わせた	母・軽傷	F7 精神遅滞	鑑: 精神遅滞であり、精神科医療のかかわりは限定的。専門施設への入所が望ましい。善悪の判断能力の改善の期待薄く、同様の行為をおこなう可能性あり。 決: 対象者を一人で放置すると、同様の行為を行う可能性が高い。診断未確定(統合失調症の疑い)、薬物治療と精神遅滞に対する専門的ケアを並行してすすめることにより増悪防止が可能。医療的ケアは副次的なものであり、本法による入院は必要ない。
8 (198)	①殺人 ②放火未遂	①長女(6歳)の頸部を絞めて殺害②自宅を放火	①長女・死亡②ソファなど	F2 急性一過性精神病性障害	鑑: 対象行為時重度の幻覚妄想状態にあったが、現在は精神症状を認めず、同様のエピソードを反復するおそれはあるが、同様の行為を行う具体的可能性は少ない。本法適用外。 決: 統合失調症の可能性は否定できず、今後急性増悪する可能性あり。家族の支援も乏しい。本法による通院が適当。
9 (209)	放火	自宅(家族が居住)を放火	自宅・全焼	①F7 軽度精神遅滞②F2 統合失調症	鑑: 元来粗暴傾向なく、治療をうけさせなければ同様の行為を行う可能性は低いが、病状が悪化すると突発的な自傷他害のおそれあり。現在は病状軽快しており、本法による入院の必要はないが、家族の援助が十分でないため、通常の医療が必要。 決: 治療可能性あり。治療を受けさせなければ同様の行為を行う可能性が少ないということは、本法が必要と解釈可能。家族の援助も期待できる。鑑定書でも入院は不要と述べられており、通院が適当。

5) 鑑定では「本法による通院が適切」→審判では不処遇の決定であった事例

鑑定では「本法による通院が適切」という意見が付されたが、審判では不処遇の決定が下された4事例の概要を表14に示す。対象行為は強盗2例、殺人未遂1例、傷害1例であった。診断は統合失調症が1例、急性一過性精神病性障害が1例、気分障害が2例であった。いずれもすでに症状や生活環境が安定したことなどを理由に、不処遇の決定が下されていた。

表14 鑑定では通院→審判では不処遇の決定であった事例の概要

No (ID)	対象行為	概要	被害者(被害対象)	診断	意見 (鑑:は鑑定書の意見, 決:は決定書の意見をあらわす)
1 (165)	傷害	スーパーにおいて未知の人を陳列されていたフライパンで殴打, 全治1週間の傷害	未知の人・軽症	F2 統合失調症	鑑: 安定した生活を獲得するまでは本法による通院治療が望ましい 決: 軽度の障害. 病状は寛解, 服薬通院の意思あり, 家族の理解もあり, 地域サービスを利用することで, 本法による医療は不要.
2 (176)	殺人未遂・銃刀法違反	養母の背後から牛刀で背中等を刺したが, 夫に止められ, 加療6週間の傷害	義母・重症	①F2 急性一過性精神病性障害 ②F6 自己愛性人格障害	鑑: 症状は軽快したが, 再発予防として治療を行う意義あり. 入院を行うほどの状態にはないが, 病識は不十分で, 本法による通院が必要. 決: 既に治療, 再発時期予測困難. 本法による医療の必要性の要件を欠く. 不処遇.
3 (222)	強盗・強盗未遂	①未知の女性に対し, ナイフを突きつけ金を要求し, 3000円を強取②路上で道の女性に対し脅迫したが逃げられた	未知の人	①F3 うつ病 ②F1 向精神薬に対する有害な使用および急性中毒	鑑: うつ病治療のために処方された薬の有害な使用により本件対象行為. 人格傾向や不安定な支援体制が社会復帰を阻害する可能性あり. 本法による入院までは不要であるが, 通院は必要.

					決: 今後は処方薬の用法用量を守ることを固く誓っている。平素の判断能力、制御能力自体に問題はない。社会復帰への強い意欲あり、不処遇。
4 (225)	強盗未遂	コンビニで包丁を突きつけ金品を要求したが、警察官に取り押さえられた	コンビニ店員	①F3 うつ病型の躁うつ病(Ⅱ型躁うつ病)②F4 全般性不安障害	鑑定: 診断①に関しては、薬物療法で十分だが、本人の自覚乏しく、治療が不十分。本人および本人の治療にかかわる医療機関に対しては、本人のこれまで受けてきた治療レベル以上の治療の必要性の自覚が要求される。そのためには本法による医療が必要。 決: 審判期日において本人の病状は軽く、自発的に通院を続けた実績あり。対象者の環境が改善されたこと、家族による支援が期待できることから、本法による医療は不要

6) 鑑定では「本法による入院が適切」→審判では不処遇の決定

鑑定では「本法による入院が適当」と判断されたが、審判では不処遇の決定がなされた2例を表15に示す。対象行為はいずれも傷害致死で、被害者はいずれも家族であった。診断は軽度精神遅滞+発達障害が1例、統合失調症が1例であった。

表15 鑑定では入院→審判では不処遇の決定が下された事例の概要

No	対象行為	概要	被害者(被害対象)・被害程度	診断	意見 (鑑: は鑑定書の意見, 決: は決定書の意見をあらわす)
1 (153)	傷害致死	共謀のうえ、被害者を立ち木に縛り付け、	兄・死亡	F6 心理的発達の障害 F7 軽度精神遅滞	鑑: 障害は完全治癒に至ることは困難であるが、本法による治療を受けさせなければ、その脆弱性から同様な行為を行う危険が高い。

		頸部を圧迫し窒息死させた			決:元来粗暴・攻撃性なし. 本件はたまたま主犯の犯行現場に居合わせたものであり, 将来の他害行為の危険性をうかがわせるものではない. 治療を受けさせないと同様の行為を行う危険性は高いとはいえない.
2 (181)	傷害致死	自宅で就寝中の夫の胸を包丁で刺し死亡させた	夫・死亡	F2 統合失調症(鑑別不能型)	鑑:妄想が続いており, 病識も不十分. 単独では通院に対する意欲が乏しく, 環境調整やサポート体制が不十分. 本法による入院が必要. 決:妄想対象は夫に限定されており, 夫が死亡したため, 同様の行為に及ぶ可能性が低い. 病識はなく, 医療の必要性は十分にあり. また, 家族の援助も困難. 精神保健福祉サービスや高齢者福祉施設などの積極的な利用に対象者をゆだねることが適当.

D. 考察

不一致パターン別に考察を加える.

本法による入院か通院かで意見が分かれたもの(1,2)については, 症状の評価で意見の差が出たものと考えられる. 鑑定医は通院が適切としたものの, 入院決定となった事例はいずれも重症度の評価で意見が分かれたものであった. また鑑定から審判までの時間的経過から, 症状が変化する可能性は多分にあり, そのために鑑定時と決定内容が異なることは今後もあり得るであろう.

次に, 鑑定医が本法による医療不要と意見したものの, 審判では本法による入院もしくは通院となった事例について考察する(3.4). ほとんどの事例において, 鑑定医は, 治療を継続していれば, 再び同様の行為を行う可能性は低いと判断しており, 治療継続に際し, 本法という枠組みが必要かどうか, という点で意見が分かれたと考えられる. また, 鑑定医が不処遇を示唆したものの, 審判では入院決定が下された事例については, 治療が困難, 治療抵抗性であるという理由から, 本法による医療には適さないという意見が付されていた. このような事例については, 医療観察法で濃密な治療を受ける意義があるのではないかと思われる.

さらに, 鑑定医が本法による入院もしくは通院が必要と示唆したものの, 審判においては不処遇の決定が下された事例(5,6)について考察する. 不処遇決定が下された事例については別稿でまとめる予定であるが, 対象行為の態様や診断名(急性一過性精神病性障害や, F6~F8 に分類される障害), つまりは治療可能性の程度を根拠に, 不処遇決定がなされて

いた。特に器質性の精神障害（認知症）、急性一過性精神病性障害、精神遅滞については、責任能力に問題があることに異議はないものの、本法による処遇の決定に際しては意見が分かれることが多い。また、不処遇事例は、申し立て前の責任能力判断や、診断（疾病性）、治療可能性の評価など、再検討すべき事項が多く含まれている。今後は、このような不処遇とされた事例が本法の枠組みなしにどのような経過をたどったのか、追跡調査やデータの収集が必要であると思われる。

各事例とも、過去の経歴や生活環境、病状の違いがあり、鑑定や審判において、画一的な判断が難しく、総合的な判断が要求されていることがうかがわれた。今後は、本法の適用となった対象者については、その後の転帰について調査が必要であり、不処遇事例についても可能であれば、何らかの形でその後の情報を集めていくことが望まれる。これらの蓄積されたデータをもとに、精神保健審判員をはじめ、指定入院、通院医療機関において実務を行う者、法曹関係者との間で、更なる意見交換を重ね、処遇決定における判断基準の明瞭化がなされることが期待される。

E.健康危険情報 なし

F.研究発表：

G.知的財産の出願・登録状況 なし

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

分担研究者 岩成 秀夫 神奈川県立精神医療センター芹香病院長

研究要旨

分担研究 2 年目の平成 19 年度は、引続き 1) 通院処遇の実態調査と 2) 指定通院医療機関における通院医療に要する時間の調査を実施した。また、3) 医療観察法通院処遇における臨床心理技術者の業務実態の調査、4) 通院医療における訪問看護・デイケア・通院作業療法の現状、及び 5) 通院ステージや処遇終了の判定について調査検討を行った。

まず通院処遇の実態調査であるが、全国 53 ヶ所の保護観察所及びその支部にアンケート調査を実施した。平成 20 年 1 月 15 日を調査日とし、45 ヶ所の保護観察所（含支部）から 228 人の通院係属者について調査票を回収できた。回収率は、それぞれ約 85%と約 90%（推計）であった。今回の調査では、当初審判により直接通院決定された対象者（直接通院）は 137 人（60%）、入院処遇から退院決定され通院処遇に移行した対象者（移行通院）は 91 人（40%）であり、昨年度 28%の移行通院が着実に増加していた。通院開始時の精神保健福祉法の入院は、直接通院で 58 人（42%）、移行通院で 8 人（9%）であり、直接通院では昨年度と同一の割合、移行通院でも同様の結果であった。つまり、現状では通院開始時に直接通院で 4 割前後、移行通院で 1 割前後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%）を合わせて全体で 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ている。対象者の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、関わりの拒絶等で関係者が困惑する事例や、精神保健福祉法による 1 年以上の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、合わせて 96%がある程度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いといえる。また地域住民の受入れ状況は、積極的・概ね積極的 48 人（22%）が拒否的・やや拒否的 16 人（7%）を上回る一方、情報を知らない場合が 129 人（58%）と最も多く、個人情報保護の問題もあるため、多くは地域住民が知らない中で処遇が行われている実態が窺われた。

指定通院医療機関における通院医療に要する時間の調査は、昨年度パイロット・スタディとして限定的に実施したが、今年度は調査期間を 1 ヶ月とし、対象を国公立・民間、全国各地に広げて調査を行い、36 医療機関から回答を得た。その結果、スタッフ 1 名が 1 日に行う通院医療に関わる業務時間は 43 分、対象者 1 名に対して医療機関が 1 日に関わる業務時間は 132 分であり、昨年度より僅かに増加という結果であった。しかし、現状のマンパワーではこれ以上の関わりは難しいのが現状であった。

医療観察法通院処遇における臨床心理技術者の業務実態の調査は、有効な司法心理プログラ

ム開発のための基礎資料を得るために行ったものである。その結果、通院対象者がいる場合でも、臨床心理技術者が実質的にMDTチームの一員となっているケースは半数にも満たないこと、関わり方は、会議が中心であり、次いで心理アセスメントであることや、関わっていない場合も5病院(12.5%)あるなど、臨床心理技術者の活用が進んでいない様子が示唆された。

通院医療における訪問看護・デイケア・通院作業療法の現状については、それぞれの医療サービスにおいて対象者にどのような関わりができるか、あるいはなすべきかを把握するために行った調査である。回答した36医療機関における各医療サービスの提供状況は、訪問看護79%、デイケア69%、外来作業療法25%であり、訪問看護やデイケアは多くの医療機関で提供されていた。デイケアは通院対象者の特別な治療の場としての可能性も秘めているが、その利用目的は、現状では医療観察法以外の対象者と代わり映えしないものであった。

最後に、通院ステージや処遇終了の判定についてであるが、医療観察法の施行から2年半が過ぎ、通院ステージが前期37%、中期50%、後期10%と処遇が進んでいる中、ステージ分類や処遇終了の判定について、より具体的、客観的に行うことができないか検討を行ったものである。共通評価項目に生活機能評価を加えることである程度補完できるものの、ステージ判定には個別性の要素が大きいこともわかった。

研究班員(五十音順)

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)

小高 晃(宮城県立精神医療センター)

佐賀大一郎(法務省東京保護観察所八王子支部)

研究協力者(五十音順)

赤須 知明(国保旭中央病院)

佐藤三四郎(東京福祉大学)

浅野 誠(千葉県精神科医療センター)

鶴見隆彦(法務省横浜保護観察所)

荒井澄子(東京都南多摩保健所)

中嶋正人(国立病院機構花巻病院)

石井利樹(神奈川県立精神医療センター芹香病院)

野口博文(国立精神・神経センター精神保健研究所)

伊藤順一郎(国立精神・神経センター精神保健研究所)

原澤祐子(神奈川県立精神医療センター芹香病院)

伊藤久雄(東京都立松沢病院)

平林直次(国立精神・神経センター武蔵病院)

岩間久行(神奈川県立精神医療センター芹香病院)

深谷 裕(国立精神・神経センター精神保健研究所)

岩本真美(法務省水戸保護観察所)

三澤孝夫(国立精神・神経センター武蔵病院)

上野容子(東京家政大学)

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)

葛山秀則(兵庫県立光風病院)

香山明美(宮城県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)

川副泰成(国保旭中央病院)

川畑俊貴(京都府立洛南病院)

八木 深(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)

安井弘美(大阪府立精神医療センター)

山本哲裕(国立病院機構東尾張病院)

分島 徹(東京都立松沢病院)

A. 研究目的

医療観察法の施行から2年半が経過し、直接通院だけでなく移行通院が増えてきている現状がある。昨年度の通院処遇の実態調査では、直接通院に比べ移行通院は、男性、30代など壮年期、別居や単身者、経済的困窮、殺人と強盗、統合失調症圏、副病名で発達障害や人格障害等の割合が多かった。そのため通院処遇の実態調査では、1年後にそれが通院処遇にどのような影響を与えているか調査することが目的のひとつである。また当初、直接通院が予想以上に発生し現場に様々な混乱をもたらすことが多かったが、直接通院のその後の状況、各種医療サービスの提供状況、地域の関係機関の連携体制や地域の受入れ状況など通院医療の実態を経時的に把握し基礎的データをすることで、通院医療をより適切に実施することを目的としている。

指定通院医療機関における通院医療に要する時間の調査については、昨年度もパイロット・スタディとして限定的に実施した。しかし、今年度は調査期間を1ヶ月に拡大し、対象となる医療機関を、設立母体や地域を拡げて調査を実施し、より確かなデータを得ることを目的とした。このような調査を行うことで、現実的に通院医療にどれほどの時間と労力が費やされているかを明らかにし、指定通院医療機関の体制の充実を目指すことが目的である。

医療観察法の通院処遇の特徴は、社会復帰調整官による精神保健観察のほか、地域の関係機関の連携の下、多職種チームによるきめ細かい医療の実施にあるが、対象行為の振り返りや病識の獲得、あるいは症状への対応等には司法心理療法も必要となる。通院医療において司法心理療法を実施するためには、臨床心理技術者の現状を把握しておく必要があるため、臨床心理技術者の業務実態の調査を行うことにした。

医療観察法の通院医療では、外来診療のほか、訪問看護・デイケア・外来作業療法等の医療サービスの提供も必要となる。すでにこれらの医療サービスは一般通院患者に実施されているものであるが、通院処遇対象者に実施するとき必要となるプログラム、実施回数、実施方法や体制、注意事項など検討すべき点が幾つかある。そのため通院医療における訪問看護・デイケア・通院作業療法の現状として、それらの点について調査検討を行うことにした。

また、通院処遇では進行状況を対象者と医療提供者双方が認識し、起承転結をできるだけ明確にして医療を提供するため、通院医療をステージ分類したり、処遇終了の判定についても一定の基準を設けたりして対応することになっている。しかし、ステージ分類や処遇終了の判定基準について、具体性や客観性が必ずしも十分ではないところもあるので、その点について検討を行い、より確かな判定基準を示すことが必要であると考えた。

B. 研究方法

1. 通院処遇の実態調査

調査日を平成20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ため、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見た通院処遇の実態という側面が反映されるので、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は個別対象者毎に1部回答、調査票Bは保護観察所又はその支部毎に1部回答し返送してもらう方式をとった。集計分析は、調査者である分担研究者の責任において行った。

2. 指定通院医療機関における通院医療に要する時間の調査

今年度は研究班のメンバーである社会復帰調整官を中心に打診し、同意の得られた全国41指定通院医療機関に「医療観察法通院処遇タイムスタディ調査票記入の手引き」と「タイムスタディ調査票」を配布した。調査項目については、平成18年度とほぼ同様の内容・形式を踏襲した。調査期間は平成19年10月1日から10月31日とし、通院対象者に関わっている多職種チームの全ての職種が、通院医療に要した時間を小項目に分類して毎日記入する方式としてある。またより正確を期すために、各指定通院医療機関における対象者数や通院形態、関わっている職種内訳について別紙に記入していただいた。なお集計分析は、分担研究者の責任の下、本研究テーマの担当者（石井）が行った。

3. 医療観察法通院処遇における臨床心理技術者の業務実態の調査

医療観察法通院医療機関における臨床心理技術者の、対象者の処遇における関わり方の実態について調査するためにアンケート「医療観察法通院処遇に関する臨床心理技術者アンケート」を作成し、以下の対象者に配布／郵送して回収した。なお、回収は、各通院医療機関につき、1部とした。

（対象とアンケートの配布方法）

- ①平成20年1月12日開催「心神喪失者等医療観察法による医療に従事する臨床心理技術者の研究会」参加者（参加した指定入院・通院医療機関のうち、指定通院医療機関35病院）に会場にてアンケートを配布し、回収した。
- ②平成17-19年度 人材養成研修会に参加した臨床心理技術者（①参加病院を除いた58病院の臨床心理技術者）には、施設長への依頼状、臨床心理技術者本人への依頼状を添えて、返信用封筒同封の上、郵送にて配布し返信を回収した。調査期間は平成20年1月21日から1月31日とした。

4. 通院医療における訪問看護・デイケア・通院作業療法の現状

本分担研究の2番目の研究テーマである通院医療に要する時間の調査の調査対象機関である41指定通院医療機関に、分担研究のメンバーが所属する5医療機関を加えて、計46の国公立・私立の指定通院医療機関を対象とした。これら46医療機関について、訪問看護、デイケア、外来作業療法に共通する調査項目と、それぞれの医療サービスの実施状

況に関する調査を行った。共通項目、訪問看護、デイケア、外来作業療法は、各々別の調査票とした。共通項目は医療機関として回答していただき、各医療サービスについては、それぞれの職種（担当者）に回答してもらうこととした。調査回収期間は平成19年12月1日から12月20日とし調査票を郵送した。協力医療機関の窓口担当として、医療相談室に依頼し、各医療サービス担当の方に調査票を配布していただいた。

5. 通院ステージや処遇終了の判定について

実際の通院対象者3例について、共通評価項目と生活機能評価項目の評価点の推移を、チーム会議で判断した通院ステージや処遇終了の時期と照らし合わせながら、具体的、客観的な判断基準を見出すことができるか検討した。

（倫理面への配慮）

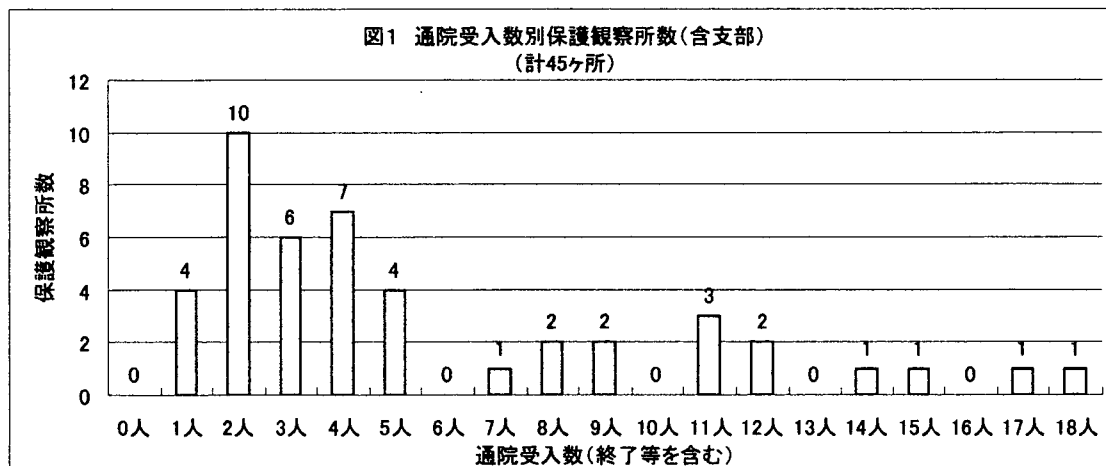
事例を報告する場合は、研究班全体の考え方に従い、個人情報保護の観点から匿名化に十分な注意を払った。またアンケート調査に関しても、調査項目から個人情報が特定される可能性のある項目は全て除外した。

C. 研究結果及び考察

1. 通院処遇の実態調査

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平成19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、平成20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。



通院対象者の受入れ数別に見た保護観察所数（含支部）を見ると、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れ数であるが、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、その点を考慮して図を見ていただきたい。

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、今回は移行通院が更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%）に近付いていた。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付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 つが挙げられる（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いえる。

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項目、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わかる。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 年半目であるが、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合わせると 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、今年度を通して見ると、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、措置入院は見られなかった。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、書面又は口頭で実際は 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、訪問看護等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、デイケアの方で受入れに困難を示す場合、通院が遠距離のため通い切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見られたが、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見えるが、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。安定していれば回数多く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は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窺われた。

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 ヶ月以内が 45 人（57%）と半数を超えてはいるものの、6 ヶ月以上も 15 人（19%）存在し、1 年を超える長期入院者も 7 人（9%）見られた。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合わせて 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」という判断も見られた。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. 家族の受入れ状況、26-3. 地域住民の受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、合わせて 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 ヶ月に 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、施設利用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、積極的に協力連携が 157 人（69%）、ある程度協力連携が 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」の割合でみると、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、そのうち 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曖昧であったためと思われる。家族の受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、資料 2 のようにアンケート調査票 A 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た。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。そのため、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。

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等が、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、総じてい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窺える。しかし、通院処遇がますます増加し多忙を極める現場の中で、処遇の進行につれ見えてきた課題が、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。

(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、保護者ともども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