

への道を身近に感じること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日で病状が悪化し、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。
- ・ 事件の重大性が非常に重かったため、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い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、良い経過であるが、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つなげるべき。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、馴染まない。」とい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など、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ったのは、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るだけでは、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ですが、このような事例はどこまでやるべきでしょうか。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ます。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ります。
- ・ 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決定膳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ほとんどない。

(5) 直接通院に関するもの

- ・ 当初審判後直ぐの通院決定については、やはり通院移行にかか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など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基に、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いえないと感じている。更には当所管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も、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行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回しかとれず、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、電気が通っておらず、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ことができ、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、一定の奨励金を出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、ケースが堆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。何らかの手当てがほしいところ。
- ・ 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偏在が問題。
- ・ 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ひとつだが、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くなると思える。
- ・ 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ヶ月が経過したときのケア会議の席上、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しく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初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などの配慮が必要と思われる。
- ・ 通院決定後、1年9ヶ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、やむを得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などから、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、自宅に放火するなど、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できていなかった。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で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回で火曜日を遵守。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。保健所など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、本人の病識や怠薬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でき上がったことは、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潜在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。
- ・ 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」といい、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いっていたようだ。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。正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)使用したテキストなど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じる。
- ・ 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、医療機関の心理技術者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、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、夫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、父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、特に本人の兄弟が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有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。
- ・通院決定は全会一致であった。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、元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・就労等に関するもの

- ・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、本人の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などの財源確保が必要である。
- ・自宅が殺害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、市営住宅間の転居が希望であったため、市の精神保健福祉センターに協力してもらい、市住宅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、加害者は規則にない、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（小・中学生）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入れ拒否をされるため、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、家族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、作業所等を利用せず、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下で、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。病状的には危ない面もあるが、主治医の了解の下、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ることが、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・精神保健観察等に関するもの

- ・ 県内初の申立て事件が「通院決定」であったため、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ですが、法律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ました。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ます。
- ・ 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内科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、福祉サービスなどの必要性がない対象者の場合、市や県の障害福祉課、保健所の関わりを考えさせられている。

- ・ 地域に福祉制度があるが利用に至っていない。地域の関係機関を処遇に巻き込むことが難しいと感じた。
- ・ 希望している老人施設入所の待機のための任意入院であることを対象者は認識していたが、入所時期の見通しが立たず、通院しながら社会復帰することが困難な状態にある。他害行為とその前科が問題となり、地域での施設入所等が厳しく、市町村、福祉とも以前よりトラブルがあり、なかなか連携がうまくいかない。もう少し市町村の理解、協力を得ることができればと思う。対象者は希望を持って退院し、老人施設に入所しながら通院できるものと思い込んでいたが、それが困難ということがわかり、大きなダメージを受けた。
- ・ もともと指定通院医療機関に通院していた事情もあり、通院機関の利用のみに留まっており、地域機関の役割が見えない。
- ・ 退院後間もなく、病状悪化と生活破綻という危機を通して、地域の関係機関との連携を強化することができた。
- ・ 本ケースは高齢であり、養護老人ホームなど、高齢者福祉の関係機関との連携が求められた。従って、それら関係機関に対して本ケースの理解を求めることに最初苦労した。
- ・ 本法による県の役割が不明確、かつ現在の地域保健法等による県から市町村への権限委譲により、積極的に関わってもらいにくい。
- ・ 保健所と市がとてもよく協力してくれている。
- ・ 通院処遇決定前に事前ケア会議を開催することで、関係機関との連携が図られ、居住地についても指定通院医療機関併設の援護寮への入所が円滑に行われた。
- ・ 当初は、福祉サービス事業者もケア会議に入り、支援していくことになっていたが、治療者の状態、能力からみて、各機関が出たり引いたりしてうまく支援できたと思う。導入はやさしいが引き際が大切であると感じた。
- ・ 対象者が精神保健観察を強く拒否することがあり、理解を得るのが大変である。

(16) 身体合併症に関するもの

- ・ 入院処遇中に腎機能が悪化したため、透析の必要性も考慮に入れて通院決定を早めた。そのため精神保健福祉法の入院が必要となったが、内科を併設した指定通院医療機関が1ヶ所しかなかったため、内定に時間を要した。
- ・ 鑑定入院中に限らず、合併症治療について、総合病院などバックアップ病院が必要である。

(17) 通院処遇の継続・終了・（再）入院に関するもの

- ・ 処遇終了を見据えて、地域関係機関と密に連携をとりながら、本人・家族が安心できる体制を整えることが今後の課題。
- ・ 就労後半年が経過して安定しているので、処遇終了を検討しているが、医療機関が消極的。働きながらも本人は幻聴が強くなると、安心できるという理由で、休みでも指定通院医療機関を尋ねたり、デイケアなどを尋ねたりしている。
- ・ 入院医療を経ても通院服薬の必要性を感じていない対象者であるため、今後、医療観察法の処遇が終了してからの治療は、現段階でも拒否的であり、処遇期間中に様々な働きかけは必要であるものの、一般医療の継続を条件に処遇終了を検討するなどの方

法が必要ではないかと考える。

- ・ 入院中から対象者及び家族は病識が欠如しており、対象行為と病気との関係を認めない状態であり、退院から1年半が経過した今も同様である。この医療観察法の枠組みをもってしても、医療中断の可能性が常にある対象者及び家族が、処遇終了後に治療を続けるかどうか、この法律が最終的に評価される点であろう。終了以降も長期的に追跡する枠組みも必要ではないかと思っている。
- ・ 知的障害のケースは、本人の改善が限定的なことから、支援体制が確立すれば、処遇終了を検討するなどの目安が必要だと思われる。
- ・ ホームレスの対象者で、知的障害、認知障害があり、施設から突然所在不明になることが2、3回あった。それがなければもう少し早く処遇終了できたのではないか。
- ・ 事件自体がしっかりと医療を受けていた医療機関内でのものであったことから、本来であれば医療観察法の適用外ではないかという個人的な意見である。対象者が医療保護入院した後のケア会議で、関係機関から医療観察法の再入院申立ての要望があり、現在再入院申立て中である。対象者は鑑定入院中である。入院決定となった場合は、疾病性や治療反応性というところを十分再検討していただきたいと思っている。

(18) その他

- ・ 前夫の協力がなければアパート契約等ができなかったと思われる。また、ビザ更新の手続も（身元引受人が必要）できないで、日本での居住が難しかったと思われる。外国籍の人で、ビザ更新ができなければ強制送還になり、本法による処遇が終了になるのであろうか。
- ・ 入院中に知り合った対象者同士で結婚した。関係機関は時期尚早と説得したが聞き入れなかった。
- ・ 成年後見人の申立てををしていたが、選任前に資産（土地、建物、預金）をだましとられる結果となり、現在裁判中である。本人は事件地近くに帰って生活することを希望していたが、指定通院医療機関が遠くなり、現在のケア体制が組めなくなる。こうした状況を説明しているが、認知障害があり理解が難しい。
- ・ 同一機関でも対象者への関わりや量は人により左右されやすい。地域での研修の場が今後必要になるのではないか。

7) 処遇の終了及び（再）入院事例

(1) 処遇終了事例

ちょうど1年前の調査時点での処遇終了事例は5人であったが、今回は21人に増加していた。この1年間で16人の処遇終了者が発生したことになる。今回の調査日は、平成20年1月15日であるが、これは医療観察法の施行から2年半目に当たる。原則3年間の通院処遇期間を待たずに終了になった事例であるため、順調に終えた者の一方、不慮の事故など順調とはいええない終了の者も少なくはない。アンケート調査票Bの結果を、図D1～図D6に示す。

性別では男性11人（52%）、女性10人（48%）とほぼ同数であった。通院係属中の場合より若干女性の割合が高い。年齢分布は30代をピークに1峰性である点では、僅かに40、50代が少ない印象はあるが、通院係属中と同様であった。重大な他害行為の種類では、

傷害 7 人（31%）、放火 7 人（31%）、殺人・殺人未遂 6 人（27%）であり、通院係属中と変わらぬ結果であった。精神科主病名については、統合失調症が 11 人（52%）と多く、気分障害 4 人（19%）、器質性精神障害 3 人（14%）が続いていた。通院係属中と比べ、統合失調症と精神作用物質性障害が少なく、器質性障害が多い傾向があった。最後に、処遇終了後の対応であるが、指定通院医療機関に通院 8 人（44%）、元の通院医療機関に通院 1 人（6%）、上記以外の医療機関に通院 4 人（22%）、精神科の通院自体も終了 1 人（6 人）、その他（死亡、身体合併症による終了を含む）4 人（22%）という結果であった。ただし、3 人についてはデータが欠落していたため合計 18 人についてのものである。今のところ指定通院医療機関に引き続き通院が最も多くなっているが、今後終了者が増加することを考えるとできるだけ分散するような配慮も必要かもしれない。なおその他には、自殺事例が含まれており、通院処遇中の対象者の自殺の問題が課題となっている。

(2) (再)入院事例

表 1 (再)入院事例

(再)入院事例	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	男性	30代	傷害(1月未満)	統合失調症	8月	精神症状の悪化のため
②	女性	40代	殺人未遂	統合失調症	0.25月	精神症状と社会復帰阻害要因の悪化のため

調査時点における医療観察法の(再)入院事例は昨年度と同じ2人であった。この1年間では新たな(再)入院の事例の発生はなかったことになる。精神保健福祉法の入院は、現在入院中だけでも31人存在しており、そのうち5人は1年以上の入院期間になっているため、これらの事例につきどのように処遇するのが適切かという検討もいずれ必要になってくると思われる。

8) 考察

医療観察法の施行から2年半が経過し、当初の戸惑いの時期を過ぎ、様々な創意工夫や試行錯誤をしながら処遇が進行してきている。その中で、当初大きな問題となったものの現場の工夫で改善してきた課題、依然として解決できていない課題などのほか、処遇が進むに連れ新たに見えてきた課題などもある。今回はそれらの課題から6つを選択し、考察することにした。

(1) 通院処遇で対応困難な事例の問題

アンケート調査の自由記載の中で、通院処遇で対応困難と思われる事例について多くの記載があった。病状そのものが通院処遇で対応できない状態というもののほか、病識や内省・洞察の欠如、治療必要性への無理解、あるいは関わり自体を拒絶している事例等の報告が見られている。また、入院処遇と通院処遇の体制の相違や通院処遇への無理解、あるいは指定通院医療機関の力量の問題に起因すると思われる報告も見られた。

まず、病状悪化など病状自体で通院処遇が困難な場合は、精神保健福祉法の入院で対応するのが一般的であろう。しかし、半年経ち1年経ってもその病状が改善しない場合、いつまで精神保健福祉法の入院を続けるべきか、あるいは医療観察法の入院を申し立てるべ

きかという問題が生じてくる。本来の趣旨から考えると、より高度で手厚い医療が行える医療観察法の入院を申し立てるべきと思われるが、治療反応性の有無についてどのように考えるかという微妙な問題が絡んでくる。この点は、入院処遇において治療反応性がない（なくなった）という理由で退院の申立てをされ、通院処遇に移行してきた事例の問題とも交錯する。そのような事例は、文字通りの通院では対処できないため精神保健福祉法の入院になるが、入院処遇で治療反応性がない（なくなった）者が精神保健福祉法の入院で改善するとも考え難いので、結局は長期入院になってしまうのである。期待されるべき入院処遇が限定的にしか機能していない現状を考慮すると、病状が改善しないまま精神保健福祉法の入院を長期に亘って継続している事例について、どのように対処するのが適切であるか判断に苦慮するところである。

病識や内省・洞察の欠如、治療必要性への無理解、あるいは関わり自体を拒絶している事例等の問題は、本来はなぜこのような難しい事例が、体制も不十分な上、枠組みも不明確な通院処遇にされるのかという問題から始まる。医療観察法の処遇の決定過程は、医療観察法による医療の必要性があると判断されると、病状からみて入院処遇までの必要性がないとされれば、そのまま通院処遇が決定されることを不可とはしていない。多くの審判では病状と併せて通院処遇で対応が可能であるかどうかの検討もなされると思うが、その点が不十分であると、対応の難しい事例が通院処遇とされ、現場がひどく苦勞することになる。このような状況を改善しようとするれば、審判において通院決定する場合は、病状だけでなく通院処遇で対応可能であるかを十分検討し慎重に判断されることが必要である。また、通院処遇においても司法心理療法等が確実に実施できる体制の確保と予算的措置が不可欠である。全ての指定通院医療機関でこのような体制を確保することは現実的ではないが、少なくとも地域毎に拠点医療機関を設置して、上記のような問題を持つ事例を集中的に教育するようなシステムの構築を検討する必要がある。

入院処遇と通院処遇の体制の相違や通院処遇への無理解、あるいは指定通院医療機関の力量の問題に起因すると思われる問題は、通院処遇の特性や体制に関わる問題ということになる。枠組みが明確で手厚く保護された入院処遇と異なり、通院処遇は通常の社会生活の中で行われる処遇である。家族関係、隣人関係、日常生活と生計の管理など様々なストレスがかかるのが地域での生活であり、それが通院処遇の特性といえる。入院処遇中に、その通院処遇の特性も考慮して病状を十分安定させ、通院医療がある程度円滑に行える程度の教育や訓練を行っていないと通院処遇が破綻の危機に瀕することになる。移行通院の事例で円滑に移行できている事例も多いが、一方で連携がうまくいかず通院処遇の関係者に不信や不満を抱かせる結果となっている事例があるのも事実である。それは通院処遇の特性を十分考慮せず、入院処遇である程度安定していれば、そのまま通院処遇でも通用すると安易に判断されている場合があるからではないだろうか。また、通院処遇の体制が不十分であることや指定通院医療機関に力量の差があり、通院処遇に困難をきたしている事例もある。医療観察法申立て件数が増加し日々任務に忙殺されている中で、社会復帰調整官自体も指定通院医療機関の体制確保に向けて、人員配置や予算的措置の充実を強く願っていることは、指定通院医療機関の体制充実がなければ通院処遇が円滑には進まないという認識があるからであろう。

(2) アルコール・薬物依存症、知的障害への対応

アルコール・薬物依存症、知的障害等は、本来医療観察法の対象とはされていない診断群である。しかし、これらの診断が副病名として付いている場合や、他の病名が重複病名として付いていたり、今まで医療や司法的処遇が何回も行われたにもかかわらず同様の他害行為が繰り返されたりする場合など、審判において通院決定される場合がある。

指定通院医療機関の多くはアルコール・薬物依存症への対応が十分でないことが多い。また依存症そのものの回復率が高くないことや、ふとしたきっかけで再使用に至ることも多いので、アルコールや薬物の使用が他害行為と密接に関連している場合は、対応がしばしば困難であり、現場が振り回されることも少なくない。知的障害が絡む場合も事例によっては対応が難しい。疾病教育、司法精神療法、認知行動療法等と並べてみても、知的障害の場合、十分理解や認識をされないため次の段階へと深まっていくことが少ない。知的障害に依存症が加わったりすると、相乗的に困難性が増大することになる。その結果、これらの事例について、いつまで通院処遇で対応すべきなのかという根本的な疑問が表出されることになる。

通院処遇のガイドラインからは、処遇終了の目安として、一定期間病状が安定し、疾病や生活の自己管理ができ、終了後のサポート体制や危機管理体制ができていないこととされているが、この基準をクリアすることは難しいことになる。時間切れになるまで何とか通院処遇で持ちこたえるか、治療反応性がなくなったとして処遇終了を申し立てるか、事例毎に十分検討して対応するほかないだろう。

(3) 精神保健福祉法の入院の問題

通院処遇中の精神保健福祉法の入院が多いことは今回の調査でも明確になった。直接通院で4割前後、移行通院でも1割前後が精神保健福祉法の入院から通院処遇を開始していること、調査時点で少なくとも31人(14%)が精神保健福祉法の入院中であり、過去の入院経験も合わせると、少なくとも93人(41%)が精神保健福祉法の入院を経験しているという結果であった。

昨年度の分担研究報告書でも述べているが、通院処遇はできるだけ文字通りの通院で処遇すべきであるが、一時的な病状の悪化や処遇のつなぎ目の通院処遇開始時などは、比較的短期間に限定すれば、精神保健福祉法の入院を利用するのも円滑に処遇を進めるためには有用ではないかと思われる。ただこのとき問題となるのは、どの程度の期間が適切であるかという点と、精神保健福祉法の入院のときだけ費用が本人負担になるという点である。期間について法的に特に定めはないが、最近の精神医療の現状から精神保健福祉法の入院の場合、1年以内に9割前後が退院し、それを超えると退院が難しくなるという事実を踏まえると、1年程度を1つの目安として、それを超えるようなら入院処遇の申立てをするか、治療反応性が乏しければ処遇終了を申し立てるかなどの対応をするという考え方もある。また、入院費の本人負担の問題であるが、通院処遇中の精神保健福祉法の入院は、あくまで通院処遇の枠組みの中で行うものであるという考え方をとるべきであり、そのため多職種チームによる定期的評価や精神保健観察を継続する必要がある。これらの点を踏まえれば、目安となる1年間程度は、精神保健福祉法の入院も通院処遇の医療のひとつのオプションとして国費で負担すべきものであると思われる。

(4) 通院処遇に求められるもの

通院処遇の役割は、社会復帰の促進を目的とするという医療観察法の第1条そのもので

ある。医療観察法の目的からすれば、入院処遇はむしろ通院処遇の前提を作るためのものに過ぎないので、通院処遇に医療観察法の真価がかかっているともしえる。しかし、入院処遇の方にはるかに多くの予算と人員が費やされているのが現実である。通院処遇としては、保護観察所に社会復帰調整官が新設されたことが特筆すべきことであり、後は指定通院医療機関に僅かばかりの通院医学管理料を付けられただけで、そのほかは今までの地域精神医療の体制を借用して実施するしかないという状況である。ケア会議も、指定通院医療機関の多職種チームアプローチも、地域の関係機関の連携も、全てそれらの機関や施設の努力に委ねられているのが現状である。

このような状況であるので、通院処遇でできることには限界があるが、個別の事例を見ていくと、この通院処遇で対応したことが良い結果につながった場合も少なくない。良い結果につながった場合を事例からみると、関係者と十分な信頼関係ができていて、関係者が心の支えになっていること、きめ細かいサービスが速やかに提供されていること、関係機関の連携が機能しニーズに合ったサービスが提供されていること、本人の希望とペースに合わせたサービスが提供されていること、家族等の積極的な支援があることなどの条件がある程度整っている場合のようである。今まで通院医療においては、「信頼関係に基づくネットワークによる支援」と「共通評価項目等の客観的評価による丁寧な医療の実施」が二本柱であることを述べてきたが、今回の調査結果からもそのことが示されているように思われる。

ただ、(1)で述べたような対応困難な事例については、そのような2本柱だけではうまくいくとも思われないので、もう少し専門的なアプローチが必要となる。そのひとつが司法精神療法や司法領域における認知行動療法等の司法心理プログラムである。臨床心理技術者を中心として、通院処遇で必要なプログラムを開発することと、実施体制を整えることが当面の課題である。

(5) 住居確保の問題

当初から懸念されていたことであるが、医療観察法の施行から2年半が経ってみると住居確保の問題がますます重要になっていることを痛感させられる。放火が予想以上に多く、しかも自宅への放火で住居を失う事例が少なくないことや、家族への他害行為が多いため、受け入れてくれる家族を失ったり、受け入れを拒否されたりする事例もある。また、他害行為時にすでに単身者や単身生活である者が75人(32%)と3人に1人はいる勘定になるので、医療観察法の処遇の時期には住居を失っていることも少なくない。

指定通院医療機関が設立する援護寮などに入居できる場合もあるが、普段連携のない社会復帰施設の場合は受入れを拒絶される場合の方が多い。やむなく単身アパート生活を選択するにしても、対象者に一定以上の自活能力が必要であることや、大家への説明をどうするかという問題が浮上する。最近では公的な身元保証人制度を活用できるところが多くなり、以前よりアパートなどは利用しやすくなっているが、それでも院処遇になったものの、住居が決まるまで精神保健福祉法の入院を継続することも少なからず見られる。公的な居住施設の確保等の対策が今後更に重要になってくるだろう。

(6) 関係機関の連携と地域住民の受入れ

関係機関の連携は全体としては昨年以上に良好であった。個別機関別に積極的な協力連携状況を見ると、指定通院医療機関・障害福祉サービス事業者が最も協力的で、福祉事務

所・保健所・市町村がそれに次ぎ、精神保健福祉センターや都道府県は一応協力するという姿勢であった。対象者と身近に接する必要がある機関ほど協力的であるという結果は、自然なものとも感じられるが、重大な他害行為を行った人という観点から見ると多少の驚きもある。このことは医療観察法の対象者に対する拒否感は、相当に観念的なものであり、落ち着いた対象者に身近に接すると当初の拒否感は薄れ、何とかしてあげなければという協力的な気持が生まれることを示していると思われる。

この点は地域住民の受入れについても一定の示唆を与えるものである。今回の調査結果からは、地域住民の過半数は対象者の情報を知らないまま処遇が進められていることがわかった。個人情報保護という観点からは当然の結果であるが、対象者のことを知っている場合でも、受入れに友好的・概ね友好的が 22%であり、やや拒否的・拒否的 7%の 3 倍であった。今後地域住民の協力が必要になった場合、本人の同意があれば、丁寧に必要な情報を地域住民に説明し、本人とも対面してもらうことが、より受け入れられやすいことを物語っているかもしれない。

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

(石井の報告書を参照)

対象とした全国 41 の指定通院医療機関のうち、36 医療機関から回答が得られた（回収率 88%）。回答先は、北は青森から南は沖縄まで、北海道を除きほぼ全国に亘っていた。医療機関の設立母体別では、国公立 14 医療機関、民間 22 医療機関であり、今年度は民間の医療機関も含まれていることで、指定通院医療機関の実態に即したものとなった。また職種別では、7 職種（その他を全て算定すると 15 職種）276 名から回答があった。

今回の調査の通院対象者数は 87 名で、うち 8 名が精神保健福祉法上の入院をしており、移行通院は 40 名、直接通院が 47 名であった。各医療機関における対象者数は 1~10 名と幅広く、単純平均すると 1 医療機関 2.4 名となるが、2 名以下の受入れが 28 医療機関と回答医療機関の約 8 割を占めている一方、10 名を処遇している医療機関が 2 ヶ所あった。職員数は、多い方から医師、看護師（ここでは外来と訪問看護担当、以下同様）、PSW、デイケア担当、作業療法担当（OT）、心理担当、その他の順である。平成 18 年度に比べ、デイケアと OT の順位が入れ替わっている。またその他の職種としては、事務 8 名、薬剤師 3 名、保健師 1 名と続き、訪問看護ステーションの看護師や授産施設の PSW など他機関のスタッフも入ってきており、多職種チームがより広がりを見せていた。医師は対象者全員に関わっており、PSW と看護師もほぼ関わっている。7 職種平均の対象者数は 1.4 名であるが、平成 19 年度に比べ心理担当の数が増加傾向にあった。

多職種チーム編成では、平均が 4.5 名で、医師、看護師、作業療法士、PSW を中心に、外部の機関と連携しながら処遇しているところも見られた。数の違いこそあれ上記のような多職種が並行し、各医療機関の機能や地域特性を最大限に生かして体制づくりを進め、面のように広がりながらひとつずつ取り組んでいるという印象を受けた。業務内容についても各職種の取り組み状況を改めて具体的にイメージすることができた。医療機関毎にばらつきは見られたが、会議に流されずに、できるだけ通院サービスの時間を確保しようという取組みが感じられた。また多職種チーム会議やケア会議は定例化しているように見られ

る。薬剤師や医事担当など、病院ならではの多職種チームでの処遇も増えている。PSWは面接や家族支援、資源・制度利用支援等の本来業務と併せて、訪問看護の同行や院内外の連絡調整等を担っていると思われ、業務内容も多岐に亘っている。通院処遇、地域処遇におけるPSW（精神保健福祉士）の業務については、ガイドラインなどにあまり明記されていないので、こうした調査で現状把握をより進め、この制度における役割や業務を明確に位置付けていく必要がある。

通院処遇は確実に増えてきており、今回の36医療機関でも工夫しながら対応していた。この調査においてはごく単純な平均時間であるが、1日に各病院で2時間強（132分）、各職種においては43分が、1日に関わっている時間として算出された。前年度に比べて僅かではあるが増加しているが、現状ではこれ以上の関わりは体制、マンパワー的にも困難な様子が窺える。また、対象者1名が受けている支援という側面から見ると、2時間弱（118分）であり、少しズレがある部分はどのように受け止めているのかという質的な評価をしていく必要性を感じている。前年度、今年度と、いずれにしても2時間程度の関わりが算定されており、3人の対象者を受けると約1日分の業務量が生じてくる。これまでも3名受けると業務的にきつくなるという現場の声があり、マンパワーの確保が求められる。このあたりを加味して、3名受けたら診療報酬上の加算が付くなどの予算的措置が喫緊の課題であろう。すでに入院医療機関は満床に近い状況であり、居住先の確保も含めて通院処遇体制が整わずに入院継続となっており、いわば医療観察制度における社会的入院ともいえる事態が生じている。当然ながら地域で生活をしていく方はますます増えていくわけであり、その動きはもっとドラスティックに進んでいくのであろう。入院機関という器以上に通院処遇、地域処遇にマンパワーや財源を向ける具体的な対策を、早急に考えて進めていく必要がある。

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 (菊池、赤須、山本の報告書を参照)

アンケート調査票の回収率は、全体で58%（配布91病院、回収54部）であった。平成19年10月31日現在の指定通院医療機関数は全国で260カ所（厚生労働省資料）であることから、91病院つまり、少なくとも約3割の機関には臨床心理技術者が、配置されていると推測され、今回の調査ではその半数強から回答を得ることができた。

臨床心理技術者（常勤＋非常勤）の配置人数は1人から15人までと幅広かったが、2人配置の病院が最も多く、全体の22.8%を占めた。通院対象者に関わる臨床心理技術者は、担当者がいないところから、常勤5名で当たっているところまでばらつきが見られた。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かった。臨床心理技術者の関わり方は、会議を中心としているのが現状であり、次いで心理アセスメントであった。また通院対象者がいる病院でも、臨床心理技術者が関わっていない場合が5病院（12.5%）あり、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。

通院対象者（複数いる場合は最も時間がかかったケース）への関わりの時間は、1ヶ月当たり0～73時間と大きな幅があった。月に1～2時間の病院では、臨床心理技術者の関

わりは「会議のみ」又は「心理面接のみ」というように限局されていた。既存プログラムとしては、「疾患教育」「SST」は約7割であったが、「内省・洞察」については45.7%であった。また、統合失調症への心理的介入として最もエビデンスが厚いとされる認知行動療法に至っては30.4%、触法精神障害者の重要な再被害要因に至っては15.2%、怒りのマネジメントが内包される「感情マネジメント」は19.6%と、臨床心理技術者が配置されている機関においても医療観察法対象者を処遇するためのプログラムの整備状況は、いまだ乏しい状況が見られた。今後導入したいプログラムの第1位として「疾患教育」が挙げられていたという現状は、医療観察法に特有のプログラムを整備する以前に、一般精神科医療の中で求められるプログラムの充実を先に行う必要性を感じている機関が多いことを示しているともいえる。所属している指定通院医療機関において心理的介入を充実させる条件として、最も重要であるとして挙げられたのは「心理プログラムの診療報酬化」「人員」「リスクアセスメント及びマネジメント技法」であった。

医療機関において臨床心理技術者を活用しようとするインセンティブに乏しい現状があるが、通院対象者に対しては、以下の点で臨床心理技術者による介入が望まれる。

1. 通院対象者には、対象行為と精神疾患のつながりまでを含めた疾患教育が必要であり、特に直接通院の対象者等には、生活史から対象行為の心理学的な振り返りなどを一定の時間をかけて行う場合もある。そのような介入が対象者に及ぼす影響（例：希死念慮の高まり）のアセスメントもしながら進める点で、臨床心理学的専門性が必要となる。
2. 指定入院医療機関からの移行通院に対しては、入院中のプログラムで獲得されたスキルを維持・般化するための関わり（例：怒りのマネジメントを含む認知行動療法のブースター・セッションや維持プログラムなど）の実施が必要となる。
3. 通院対象者に対して、初期だけでなく定期的に心理学的アセスメントを包括的に行う必要がある。特に、「社会的望ましさ」や対象者本人の操作が入りやすい自記式検査を超えた検査、再被害リスク&防御要因についてのアセスメントについては、臨床心理技術者の参加が求められる。
4. 司法精神医療における心理学的介入については、近年、新しいプログラムや手法が生まれつつあり、それを適宜、各医療現場に導入して活用するためには、司法心理学的専門性が求められる。

上記の結果を、司法心理学的プログラム整備の観点から見ると、以下の点を優先的に考慮する必要がある。

- ・再被害リスク&防御要因のアセスメント技法の普及（ツールの標準化と普及）
- ・上記アセスメントを活用して実施できる再現性の高いプログラム
- ・各指定通院医療機関における対象者の人数は必ずしも多くないため、個別に実施できるプログラムの開発・普及
- ・司法精神科的心理学的介入についてのトレーニング機会の提供
- ・多職種が実施できるプログラムと高度に心理学的なプログラムの両方

通院対象者には、必ずしも入院処遇と同じだけの心理学的介入が必要なわけではない。しかしながら、「精神疾患と対象行為のつながりまで含んだ疾患教育」「定期的アセスメント」など、ほぼ全員に提供されるべき介入があるのも事実である。そうした、基本的介入加えて、例えば、入院か通院かで合議体の意見が割れたようなケースに対しては、指定

入院医療機関なみの手厚い心理的プログラムを実施できるような柔軟性の高い体制の整備が望まれる。地域処遇は生活の場を離れた入院中には不可能な介入（例：スキルの般化等）をする時期であり、社会復帰には欠かせない段階である。また、対象者の再他害、自殺等といった課題にも取り組まねばならない。それ故指定通院医療機関には、臨床心理技術者を含めた、早期の人員確保と予算の裏付けが求められる。

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

（1）医療観察法通院医療における訪問看護、デイケア、外来作業療法利用に関する調査（共通項目）（茂木の報告書を参照）

郵送した全国 46 指定通院医療機関のうち 36 医療機関から回答があり、回収率は約 78%であった。これら 36 指定通院医療機関における医療観察法施行以来の通院対象者の受入れ総数は 91 名であった。医療機関の平均受入れ数は約 2.5 人であったが、多いところは 11 人である一方、1～2 人が約 75%を占めるなどばらつきが大きかった。人口密集地を抱える医療機関が多く対象者を受け入れている状況であるが、受入れ体制等が整わないため、1～2 人が限度であることも推測された。

直接通院と移行通院については、直接通院 45 人、移行通院 46 人であり、対象の指定通院医療機関では移行通院が多くなっていることが特徴であった。医療サービス別の提供状況では、訪問看護が約 79%、デイケアが約 69%、外来作業療法が約 25%の医療機関で提供されていた。訪問看護やデイケアは多くの機関で提供されていたが、デイケアと外来作業療法は、補完的な関係があるようであり、対象者の状況に合わせて、デイケア又は外来作業療法が提供されていると思われた。

多職種チーム（MDT）のチーム数は 1～2 が約 8 割であり、このことから、受入れ数も 2～4 人程度になることが推測される。MDT のメンバー構成では、医師、看護師、精神保健福祉士は全て関わっており、作業療法士は約 6 割、心理担当は約 5 割強の関わりであった。また必要に応じて関わる職種として、薬剤師、栄養士、事務職等が若干見られた。スタッフの専門教育においては、外部研修には 9 割以上の医療機関が参加しているが、内部研修や勉強会の開催はまだ不十分といえる。対象者の病状を安定させ社会復帰の促進を図るという医療観察法の趣旨からも、病院や地域を含めた理解の深まりを図ることが必要である。

（2）通院対象者の訪問看護利用に関する実態調査（安井の報告書を参照）

通院対象者に対し、訪問看護サービスを提供したことがあると回答した指定通院医療機関は 79%、提供していないが 21%であり、多くの医療機関で訪問看護が実施されているが、個別の通院対象者への提供率はおよそ 56%に下がることから、対象者の個別の事情や医療機関の事情から、全ての対象者に訪問看護が実施されているわけではないことがわかる。

主に訪問業務に携わっている職種は、当然ながら看護師が一番多く、次いで精神保健福祉士、作業療法士、心理担当、その他の順であった。また訪問には 2 名以上の複数訪問が 70%と多かった。訪問看護時の交通費については、患家負担が 32%、医療機関側で負担が 59%、その他 3%であり、医療機関負担が予想以上に多かった。医療機関側の持ち出しが