

診断別人数は、器質性精神障害・認知症6 (8.7%)、アルコール依存1 (1.4%)、薬物依存2 (2.9%)、統合失調症49 (71.0%)、うつ病2 (2.9%)、躁鬱病3 (4.3%)、人格障害1 (1.4%)、発達障害1 (1.4%)、精神遅滞5 (7.2%)、その他3 (4.3%)、意見が分かれた1 (1.4%)、わからない0 (0.0%)であった(図9)。重複診断があるため、合計は69 (100%)を超える。

対象行為分類別人数は、殺人11 (15.9%)、強盗2 (2.9%)、傷害21 (30.4%)、強姦1 (1.4%)、放火25 (36.2%)、殺人未遂7 (10.1%)、強盗未遂1 (1.4%)、強姦未遂0 (0.0%)、放火未遂0 (0.0%)であった(図10)。重複があるため、合計は69 (100%)を超える。

審判に関する設問の結果

審判の結果は、入院処遇33 (49.3%)、通院処遇17 (25.4%)、不処遇16 (23.9%)、却下1 (1.49%)、現在鑑定入院中0 (0.0%)であった(図11)。

「審判結果は妥当だと思うか」という設問に対しては、妥当だと思う44 (67.2%)、思わない11 (16.4%)、何とも言えない8 (11.9%)、分からない3 (4.48%)という結果であった(図12)。7割近くが、審判結果を妥当と判断している。

一方これを審判結果別にみると、「妥当だと思う」は結果が入院処遇では46.8%、通院処遇では70.6%、不処遇、却下ではいずれも100%。逆に、「妥当だと思わない」は入院処遇では25%、通院処遇では17.6%、不処遇、却下では0%となった(図13)。

資料Ⅰに「審判結果は妥当だと思うか」という問いに対する自由回答欄の意見を、処遇結果および「処遇は妥当だと思うか」の設問への回答別に列記した。

「審判の結果に主に影響があったのは、以下のうちどれだと思われませんか?上位三つを選んで○を付けてください」という設問への回答

は、以下ようになった(図14)。

上位から順に、鑑定医の意見(鑑定書)56 (81.2%)、社会復帰調整官の意見(調査書)29 (42.0%)、審判員の意見25 (36.2%)、裁判官の意見19 (27.5%)、家族の意見13 (18.8%)、付添人の意見7 (10.0%)、参与員の意見5 (7.2%)、対象行為の内容5 (7.2%)、本人の意見5 (7.2%)、検察官の意見4 (5.8%)、その他5 (7.2%)、指定入院(通院)医療機関が遠方であること2 (2.9%)、その他の人の意見0 (0.0%)。

「付添人の意見は尊重されたと思いますか」という設問への回答は、尊重された18 (28.6%)、どちらともいえない21 (33.3%)、尊重されなかった18 (28.6%)、わからない6 (9.5%)となった(図15)。

「対象者が対象行為を行うに至った、主な要因はなんだったとお考えですか?」に対する回答は、上位から順に、病状48 (33.12%)、家庭環境26 (17.94%)、社会的孤立24 (16.56%)、受けていた医療の質13 (8.97%)、社会的支援の質11 (7.59%)、性格11 (7.59%)、経済状況8 (5.52%)、その他7 (4.83%)、順法精神の乏しさ1 (0.69%)となった(図16)。この質問項目への自由記載の回答を、資料Ⅱに示す。「精神科医師が、対象者の自殺企図の病状を見落とししたこと」「病院、患者の家族との連絡が十分ではなかった」「自ら入院を希望して紹介を受けて行った病院で通院治療を勧められたことで、結果としてはその後の病状の悪化を防ぐことが出来なかった」「うつ病との診断が犯行前に存在し、統合失調症の治療が行われていなかった」など、対象行為以前の精神科医療の質に関する問題に関する指摘や「母との間に葛藤があった」「家族のみ負担がかかり相互にストレスを憎悪していった」「被害者となった母が1人で抱え込んでいた」「対象者の家族に対する極端なまでの甘えがあった」「家族の支援がないこと」「家族との間での葛藤」など家族関係につ

いての指摘が多く見られた。

対象者が受けていた医療・福祉に関する設問

「対象者が対象行為以前に受けていた精神医療について」では、受けていなかった10 (14.9%)、中断していた21 (31.3%)、断続的に受けていた23 (34.3%)、定期的に受けていた11 (16.4%)、家族だけが受診していた2 (3.0%)、わからない0 (0.0%)であった(図17)。

「対象者が対象行為以前に受けていた精神科医療機関は、付添人活動あるいは医療観察法の処遇決定に対して協力的でしたか」に対する回答は、協力的19 (34.5%)、どちらともいえない13 (23.6%)、非協力的5 (9.1%)、連絡を取っていない16 (29.1%)、わからない2 (3.6%)であった(図18)。

「対象者が中断することなく精神科医療を受けるために、医療機関は何らかの働きかけを対象者本人あるいは家族に対して行ってましたか?」(問9で、「中断していた」「家族だけが受診していた」と回答した場合のみお答えください。)では、行っていた9 (21.4%)、行っていなかった22 (52.4%)、わからない11 (26.2%)という結果であった(図19)。自由記載欄への回答を資料Ⅲに示す。

「対象者は対象行為以前に、狭義の医療以外の社会的な支援を受けていましたか?」の回答は、受けていなかった42 (63.6%)、少し受けていた17 (25.8%)、充分受けていた3 (4.5%)、わからない4 (6.1%)であった(図20)。対象者に必要な社会的支援はなんだと思うかという設問への回答を資料Ⅳに示す。

「対象者にとって、医療観察法による処遇は「再び同様の行為を行うことなく社会復帰する」ことに役に立つと思えますか?」という質問に対しては、非常に役に立つと思う7 (10.9%)、ある程度役に立つと思う28 (43.8%)、あまり役に立たないと思う12 (18.8%)、むしろマイナスだと思う6 (9.4%)、よくわからな

い11 (17.2%)であった(図21)。

付添人の精神医療・精神医学に関する知識

「付添人を務めるにあたって、精神医学や精神科医療に関する知識で困られましたか」という質問に対して、非常に困った15 (23.8%)、少し困った31 (49.2%)、あまり困らなかった15 (23.8%)、まったく困らなかった1 (1.6%)、どちらともいえない1 (1.6%)であった(図22)。

「精神医学や精神科医療に関する知識は、どこで得られましたか」では、上位から順に、鑑定医から37 (53.6%)、主に文献で36 (52.2%)、弁護士間の情報交換で25 (36.2%)、対象者の主治医から19 (27.5%)、社会復帰調整官から12 (17.4%)、事前に持っていた11 (15.9%)、付添人協力医から10 (14.5%)、その他5 (7.2%)、個人的な知り合いから2 (2.9%)、判定医から1 (1.5%)、参加員から0 (0.0%)となった(図23)。

d. 結果のまとめ

- 1) アンケートの回答者は比較的経験年数の少ない弁護士であり、その半数程度が精神障害者の事件を扱った経験があるものの、医療観察法に特に興味があるものが多いというわけではなく、7割以上が精神医療・精神医学に関する知識も一般人と同程度と考えていた。したがって、アンケート結果に思想的なバイアスが強くかかっているとは考えられない。
- 2) 対象者の属性は、医療観察法の対象者の全体と比較すると、男女比で相対的に男性が少ないものの、年齢構成、疾患類型、対象行為類型については、ほぼ同様の傾向を示した。
- 3) 審判結果について妥当だと思うかどうかの問いに対しては、67%が思うと答えた。これを、審判結果別で比較すると、通院

処遇では70%程度が「妥当だ」と答えたのに対して、入院処遇では「妥当だと思う」が46.8%と半数以下、「妥当だと思わない」が25%という結果であった。

入院処遇となったケースで、25%が「妥当だと思わない」と答えたのは無視できない。自由回答欄（資料Ⅰ）に、「結果的に家（賃貸）を失い、親族による監護も期待できない状態で、とりあえずどこか施設に入所するしかない状態ではあった。そのような処遇面での困難が安易な入院決定につながったものと思う。」とする指摘があり、同様の指摘が他にも見られた。このような、医療観察法による入院の社会的入院としての使用は、重大な人権侵害の疑いがあるが、実際には対象者を帰せるところがないという現実がしばしば起こってしまうのも事実であり、社会的支援の整備が急がれる。

自由回答欄に、「いたずらに入院だから負け、通院だから勝ちという幼稚な発想はひかえるべき。」という意見があった。弁護士の中の一部に、審判の結果を勝ち負けと考える傾向があるとしても、半数近くが入院処遇の結果を妥当と考えているところから、この指摘は一般的な傾向ではないと思われる。

- 4) 対象行為を行うに至った主たる要因は何だと思うかという質問に対して、“病状”（48例）に次いで“社会的孤立”（24例）、“家庭環境”（26例）があげられた。

自由記載の回答では、対象行為以前の精神科医療の質の問題や家族の問題を挙げたものが多かった。

社会的孤立や家庭環境は、医療観察法による医療によって、一朝一夕に改善できるものではない。さまざまな支援機関や自助組織による関わりや、地域に対する啓発的関わり、家族に対する関わりを、

長期にわたって続けていくことが必要であろう。このような活動は、むしろ医療観察法外での関わりが中心になるであろう。

対象行為以前の精神科医療の質に関する指摘については、個々のケースについて事例検討的な掘り下げと、改善策の検討が必要であると思われる。

- 5) 対象者の82%に精神科治療歴があったが、定期的に治療を受けていたのは全体の17%のみで、全体の30%は中断、35%は断続的な通院になっていた。

対象行為以前の精神科医療の問題として、継続した治療の提供が十分出来ないことが浮き彫りになった。外来での精神科医療において、治療の継続性の確保の重要性が、改めて確認された。

- 6) 一方、過去の精神医療において通院を中断させない働きかけを行っていたのは、22%のみであり、54%では働きかけを行っていなかった。

半数以上で通院継続の支援が行われていないことは、病識の曖昧な通院患者に対する医療提供としては根本的な問題と考えるべきであろう。われわれは、平成18年度の報告に於いて、精神科診療所において非自発的医療の提供は困難であると述べた。しかしながら、精神病圏の患者の治療を継続させるための働きかけは、精神科診療所を含む外来精神医療の問題として再考される必要があるかもしれない。

- 7) 社会的支援という側面においても、89%は十分な支援を受けていなかった。狭義の医療以外の社会的支援の確保も処遇後の重要な課題のひとつとなると考えられる。

対象者に必要な社会的支援は何だと思うか?という問いに対する自由回答の多くは、精神医療・福祉一般に重要と考えら

れることが挙げられた。

中では、家族に対する支援、相談・情報提供、訪問とする回答が複数見られた。

精神疾患や精神科医療に関する情報は、最近では患者や家族がアクセスしやすくなっているように思われるが、実際には必ずしもそうではないのかもしれない。医療機関による家族支援は、質量ともに不足している可能性が考えられる。また、精神科診療所などが気軽な相談や適切な情報を提供する窓口となることを考える必要があるかもしれない。

訪問に関する指摘では、保健所にその機能を期待する意見が多かった。精神科診療所においても訪問看護を含むアウトリーチ的サービス提供についての検討が必要だろう。

家族によるサポートまた家族へのサポートの不足や必要性についての指摘が多くあった。医療観察法の対象者において、家族の問題は非常に複雑である可能性が考えられる。家族が対象者をサポートしきれない問題があるのと同時に、家族自体が疲弊してしまっているという問題も指摘された。また、対象行為自体が家族に向けられたものであったり、家族が被害をこうむっているというケースがまれでないために、家族との関係は非常に複雑になっていることが予想される。おそらく処遇終了後においても、家族へのかかわりは重要な課題のひとつになることが予想される。

- 8) 対象者に医療観察法は役に立つかという問いに対して、55%と半数以上が肯定的な回答であった。一方、29%は否定的で、むしろマイナスとの回答も10%あった。

この結果を、精神障害者の事件の経験の有無別に見ると、「非常に役に立つ」と回答したものは過去に精神傷害者の事件

の経験がないものに相対的に多く、逆に「むしろマイナス」と答えたものは経験のあるもので多かった。

肯定的な回答と否定的な回答について、その理由を問うた自由回答(資料V)では、否定的な意見が具体的な理由を挙げているものが多いのに比べて、肯定的な回答は精神科医療が確保されるからという理由がほとんどで、他ならぬ医療観察法による医療が役に立つとする理由は見られなかった。結果として、病状が回復したからという意見が複数見られたが、ほかならぬ医療観察法による医療の結果と評価できるかどうかは疑問である。また、「役に立たないとの証拠がない限り、役に立つと思わざるを得ない。」という肯定的な意見がある一方、「通院処遇のイメージがつかめない」ので「よくわからない」とする意見や、「入院処遇が不透明である」ので「あまり役に立たない」とする意見があった。「指定入院医療機関の実績作りが必要」であると同時に、その指定医療機関の内実に関する情報公開が必要であろう。

また、「むしろマイナス」という意見に、「スティグマをより強くしてしまう」というものがあった。この指摘は、法施行前から懸念されたものだが、本報告のデイケア併設診療所へのアンケート調査でも、医療観察法対象者という経歴がすでにスティグマとなってしまっていることが確認されている。

- 9) 付添人の精神医療・精神医学に関する知識についての質問で、「非常に困った」「少し困った」との回答が73%と多数であった。また、半数以上がその知識を鑑定医から得ていた。審判の結果が鑑定医の意見によって左右されることが多いとする設問7での結果も踏まえれば、対象者の代弁

者として対象者の権利を擁護すべき付添人が、審判の結果を大きく左右する鑑定医から精神医学の知識を得ているのでは、対象者の権利擁護という独自の視点を持ち得ないのではないかという危惧がある。

全体の14.5%が、付添人協力医から知識を得たとしている。ごく限られた地域で精神科医が付添人活動への協力を行っているが、このような活動を精神科診療所が担っていくことも、また医療観察法における精神科診療所の役割と考えても良いのではなかろうか。

e. おわりに

付添人へのアンケート調査を通じて、“対象行為以前”の問題を調べた。“対象行為以前”の問題は、医療観察法の処遇によって精神障害が治癒し、障害もなくなってしまうのではない限り、医療観察法以後の問題でもある。すなわち、それは取りも直さず一般の精神保健福祉の問題と考えられる。

今回のアンケート全体から、いくつかの重要な課題が浮かび上がった。キーワード的に列挙すれば、「家族」「治療中断」「訪問」などである。

家族については、家族との葛藤、家族によるサポートの不足などが問題として指摘された。一方、家族へのサポートの必要性を指摘する意見も多く見られた。また、審判においても家族のサポートによって結果が左右される場合があることが分かった。

対象者の精神状態にとって、あるいは受療行動にとって、家族の存在は重要である。精神保健福祉法においても、「治療を受けさせる義務」を負わされている。しかしながら、『精神保健福祉法に関する専門委員会報告書』（平成10年9月、公衆衛生審議会精神保健福祉部会、精神保健福祉法に関する専門委員会）は、

「在宅精神障害者に対する生活支援は実質上家族に依存しているが、家族の在り方の変化、家族の高齢化、単身で生活する精神障害者の増加等により、これらの精神障害者に対する生活支援を家族に依存することが難しくなっている。病状が安定していても、日常生活能力が著しく低下しているために生活面での支援が無くては地域生活が困難な精神障害者に対しては、現行制度は十分に対応することができず、これらの者に対する支援策が求められている。」という認識を示しており、本調査はこの報告の見解が医療観察法の対象者においても当てはまることを示したと言える。

家族に依存しない精神障害者支援は、地域における精神障害者福祉の制度設計の根本的な見直しを必要とするものであり、その具体化にはなお相当の時間を要するものと考えられる。従って、過渡期である現在は、本調査で多くの弁護士が指摘したように、従来以上の家族支援を行政あるいは医療機関・福祉施設などがおこなっていくが必要になるであろう。

多くの対象者は対象行為以前に精神科医療を受けていたが、定期的に医療を受けていたものは少数で、多くは断続的であったり、治療中断していた。また、それに対する働きかけは、明らかに不足していると思われた。対象行為にいたる要因として、治療の中断を指摘する回答も複数あった。

治療の中断の防止は、医療観察法の通院処遇においてはもちろん、外来精神医療一般に於いての重要な課題である。われわれは、平成18年度報告において、精神科診療所が非自発的医療を行うことは困難であることを指摘し、精神科診療所が指定通院医療機関を担うことの難しさについて述べた。しかし、非自発的医療にも、さまざまな段階がありうる。拘束環境や有形力の行使が必要な程度のものから、自発的な受診は困難でも促すだけで受

診につながるケースもある。上述のごとく、家族に過度に依存した診療継続の支持が困難になりつつある現在、精神科診療所はこれまで以上に治療中断を防止するための働きかけをおこなっていく必要があると考えられる。

必要な社会的支援について、「訪問」をあげるものが多かった。保健所による訪問指導の有効活用はもちろん、精神科診療所においてもアウトリーチ的関わりを取り入れていく必要があるかもしれない。外来におけるアウトリーチ型の医療・福祉の形として、近年ACTが目玉され、ACT-J、ACT-K、ACT-岡山などでの実践が報告されており、今後の精神科診療所のひとつのモデルと考えられている。ACTは、海外では強制的な通院制度にも利用されているが、アウトリーチ型の介入は利用者が逃げる事が出来ないだけに、契約の任意性など非自発的医療への応用にはなお慎重に検討すべき問題も少なくない。

アンケート全体を通して、対象者が再び同様の行為を行うことなく社会復帰するためには、医療観察法による対象者に対する働きかけだけではなく、地域精神科医療福祉の側もまた大きく変わらなければならないという課題が明らかになった。

謝辞

アンケート調査にご協力いただいた大阪弁護士会、兵庫県弁護士会、京都弁護士会の付添人経験のある弁護士、ことに池田直樹弁護士（大阪弁護士会）、谷村慎介弁護士（兵庫県弁護士会）、大杉光子弁護士（京都弁護士会）に深謝いたします。

参考文献

- 1) 法務省出典の資料は、医療観察法.NET <http://www.kansatuhou.net/> を参照した。

[研究Ⅲ] 指定通院医療機関へのアンケート調査

a. 研究目的

地域処遇終了後の医療継続、地域ケアの確保については明確な規定もなく、その実態は明らかにされていない。指定通院医療機関から地域の精神科病院、診療所への移行がどのように行われているのか、その過程での問題点を明らかにして、円滑な移行のために必要なことを検討する。

b. 研究方法

指定通院医療機関に地域処遇終了時の医療継続および地域ケアの確保についてアンケート（資料Ⅰ）調査を施行し、どのように地域に移行されているのかという実態とどのような形で移行するのが望ましいと考えられているのかを把握した。

c. 研究結果（資料Ⅱ、資料Ⅲ）

平成20年9月末に全国の指定通院医療機関（261施設）に別紙（資料Ⅰ）アンケート用紙を送付した。

107施設から回答があった。（回収率41.0%）107施設のうち6施設は指定通院医療機関の指定を受けていないという回答であった。

1 地域処遇実施の現状

この設問（質問用紙1-①～⑩）は、平成20年9月末時点の指定通院医療機関のケア体制及び地域処遇患者受け入れ状況を把握する目的で行った。101施設の指定通院医療機関からの回答があった。

67施設（66.0%）が民間病院であり、残りが国公立病院であった。また、59施設（58.4%）が2005年7月法律施行時から指定通院医療機関の指定を受けていた。

指定以降に実際地域処遇対象者を受け入れたのは、69施設（68.3%）であった。合計158名の地域処遇対象者数であった。31施設

(30.1%)がまだ地域処遇対象者を受け入れた実績がなかった。受け入れ実績のあった病院のうち、最も多い受け入れ数は7名(1施設)、1名の受け入れがあった病院が25施設(24.8%)で、2名の受け入れがあった病院が18施設(17.8%)と続いた。

アンケート調査日現在で地域処遇対象者が通院中の医療機関は、62施設(61.4%)であった。合計129名地域処遇対象者数が通院中であった。最も多い通院者数は5名(2施設)、1名通院中が23施設(22.8%)で、2名通院中が22施設(21.8%)と続いた。

指定以降地域処遇終了者があった医療機関は、25施設(24.8%)であった。合計32名地域処遇終了となっていた。

回答のあった101施設の医療機関のうち、65施設(64.4%)は多職種チームを構成していると回答があった。多いところでは6チーム編成しているところがあった。その構成メンバーは、医師、看護師、臨床心理士、作業療法士、精神保健福祉士の各職種から1名ずつというところが多かった。

多くの指定通院医療機関が、地域の訪問看護ステーションや地域のデイ・ナイトケア、地域の精神科居住施設(グループホーム、ケアホームなど)、地域の精神障害者福祉サービス(地域活動支援センター、ホームヘルプサービスなど)と連携・活用していた。

2 地域処遇終了時の処遇

終了者があった医療機関に、医療観察法の地域処遇終了に際して、どのように医療継続や地域ケアの確保がなされているか把握するために、この設問(質問用紙2-A-①~④)を行った。

地域処遇終了者数は、地域処遇対象者158名中32名であった。32名の方々の現状としては、11名(9施設)が引き続き同じ指定医療機関に通院中、3名(3施設)が他の精神科病院

外来に通院中、2名(2施設)他の精神科診療所、病床のない精神科外来通院中、1名(1施設)が他の地域への転居、7名(7施設)が死亡、1名(1施設)が医療観察法による入院中、2名(2施設)が地域処遇終了後に精神保健福祉法による入院中、その他として、1名が老人施設入所中、1名が通院中断中であった。3名の方については、回答がなかった。

地域処遇終了後に指定通院医療機関で継続して外来診療を続けている11名の事例について、移行しなかった理由を尋ねた。3名が地域処遇以前からの通院先であったから、2名が住居地から近い通院先であったから、5名が本人・家族が通院継続を望んだから、1名が適当な他の通院先が見つからなかったからという理由であった。

移行しなかった理由で、適当な他の通院先が見つからなかった1名の事例について、今後の通院先について考えを尋ねたところ、このままの通院継続でよいとの回答であった。ただ、本人・家族が通院希望望んだからと選択した医療機関の中で、適当な通院先があれば転院が適当との回答が2施設あった。

地域処遇終了時に引き続き指定通院医療機関に通院継続する必要がない場合は、転院先の医療機関を見つける責任はどこにあるか尋ねた。2施設が指定通院医療機関にある、9施設が社会復帰調整官にあると回答した。対象者が居住する自治体にあるという回答はなかった。

地域処遇終了後に他の医療機関へ移行した5名の事例について、まず移行した理由を尋ねた。2名が地域処遇以前の通院先であったから、2名が居住地より指定通院医療機関が遠すぎるため近くの医療機関を選んだから、1名が本人・家族が希望したからという回答であった。そして、その方々の地域処遇の期間は、2名が半年から1年以内、2名が1年以上2年までであった。1名は回答がなかつ

た。

その移行の経過について質問した。3名の事例が地域処遇終了と同時に移行した。うち1名の事例で終了前に移行予定の精神科医療機関が地域ケア会議に出席し、残り2名の事例ではその出席がなかった。別の1名の事例は地域処遇終了3ヶ月以内に移行予定の精神科医療機関に併診して移行したと回答があった。その併診は、身体疾患も診てもらえたから有意義であったという回答であった。

地域処遇終了後の地域のケア会議開催の状況を聞いた。終了者数32名のうち、14名の事例で終了後は開催していない、1名の事例でのみ利用している福祉サービス機関が主催して継続していた。

終了者がなかった医療機関75施設に、今後医療観察法の地域処遇終了を迎える際、どのように医療継続や地域ケアの確保を考えるか現在の意見を把握するために、この設問（質問用紙2-B-①～②）を行なった。

地域処遇終了後に他の精神科医療機関への移行することを仮定して以下を尋ねた。

移行するとすればその理由は何か（複数回答可）。42施設が地域処遇以前の通院先であるから、55施設が指定通院医療機関が住居より遠すぎて近くの医療機関を選ぶから、60施設が本人・家族の希望だから、12施設が依存症治療など専門医療機関であるからという回答であった。

移行する時期については、25施設が開始後半年以内、11施設が半年から1年以内、6施設が1年以上2年まで、22施設が2年以上3年以内と考えていた。

移行までの望ましい過程については、48施設が地域処遇終了と同時に移行する、19施設が地域処遇終了前に移行予定の精神科医療機関と併診すると考えると回答があった。地域処遇終了と同時に移行すると回答した48施設のうち、43施設が終了前に移行予定の医療機

関が地域ケア会議に出席し情報提供してから終了と同時に移行と考えていた。残り5施設は移行予定の医療機関のケア会議参加する必要はないという回答であった。終了前に移行予定の精神科に併診すると回答した19施設のうち、17施設が終了の3ヶ月前から、1施設が地域処遇開始時から、1施設が終了前1年から併診するという回答であった。

精神科医療機関との併診について、41施設が有意義だ、11施設が役に立たない、14施設が問題が増えると考えていた。自由回答として、「医師の治療方針の違いが生じた場合、本人が混乱する可能性がある」「保険や公費負担の問題がどうなるのか」「現実問題としては、併診してもらえる医療機関は極めて少ない」などの意見があった。

地域処遇終了後の地域ケア会議については、12施設が終了後は継続して開催する必要はない、17施設が終了後は通院している医療機関が主催して継続する、35施設が居住地の自治体保健機関が主催して継続する、4施設が利用している地域の福祉サービス機関が主催して継続するという回答があった。終了後の地域ケア会議については行政機関への役割期待が多かった。

3 地域処遇終了時の問題点について（複数回答可）

65施設が地域処遇終了の基準明確でない、11施設が終了後も指定通院医療機関に継続して通院するケースが多すぎる、24施設が終了後も継続して関わる機関が少なすぎるという回答であった。

自由回答として以下の意見などがあった。

- ・医療観察法の対象者だった患者に対しては、終了後の訪問看護、指導等に加算をつけてもらいたい。
- ・社会復帰調整官が行ってきた役割（マネージメントやコーディネイト）を誰が引き継

ぐのかが明確でない

- ・自治体が積極的に関わることが少ない。居住地の確保や地域住民との調整等、自治体を中心となって、行ってほしい。
- ・処遇実施のケア会議は新しい社会資源であり、それが処遇終了と同時になくなることは、大きな損失である。

4 地域処遇時に指定通院医療機関から他の精神科医療機関へ円滑な移行を図るために改善すべき点はどんなことかについて(複数回答可)

6施設が地域処遇開始当初から終了時の通院先との併診を行う、35施設が終了時の通院先を地域処遇開始から確保する、29施設が地域処遇終了後も保険点数加算を行う、28施設が移行後も指定通院医療機関との連携を続ける、36施設が移行後も社会復帰調整官が各機関の調整を続ける。

自由回答としては以下の意見などがあった。

- ・地域生活が安心して過ごすことができるような体制をいかに構築していくかが最大のポイント。従って、地域の関係機関の理解と協力、支援は不可欠であると思いますが、その地域への報酬がまったくない。対象者に関するカンファレンスや連絡調整等相当な時間を費やさざるを得ないのに、自立支援法の枠組みのみで均一に対応することでよいのだろうか。一番の懸念は、地域の関係機関が協力してくれなくなってしまうこと。
- ・指定通院医療機関が提供する医療(基準)が他の精神科医療機関でもできるのか。質の担保が課題と思われる。

5 本アンケートに対する意見・感想

- ・アンケートの趣旨が精神科診療所におけると冒頭に記載してあるため、今回のアンケートについては特にコメントないのですが、

現場にいる我々スタッフが一番気がかりなことは、処遇終了後も継続医療の必要性が認められた場合に、その医療機関での状態像や受診頻度、そして支援体制の構築がどこまで成されているかが一番気がかりです。現在のシステムではマンパワーや公的支援体制の地域格差等により、手厚いケアは現実的には困難だと考えます。今後も再犯を防止し再燃も抑制しようとするならば、指定医療機関と処遇終了後の医療機関が連携し、ケア会議等を開催しながら協議し対応していくことが理想であると考えます。

- ・医療観察法において、入院に関しては、予算的に手厚いが、通院に関しては非常に少ないと思われます。入院は、ある意味で管理された中にあります。しかし、通院は訪問においては、触法患者を訪ねることは、リスクを持っておりそのリスクに見合う診療報酬上の手当てがなされていません。通院にとって大切なことは、訪問看護の充実です。そこがリスクに見合う対価を受けられるような制度をつくりあげることが大切だと思います。
- ・確かに指定通院医療機関と地域の通院医療機関との連携がうまくいき、医療の継続が確保される必要があると思います。その場合、医療観察法により強制治療を受けた対象者の処遇が終了した後は、当然のことながら対象者から法の縛りを完全に取り払い、その後の医療は本人の自由意志にゆだねるということを基本としなければならないと考えます。地域ケア会議の開催や通院医療機関の決定についても本人の意向を尊重し決定することが重要であり、治療を受けない権利も保障されなければなりません。そうでないと、医療観察法は保安処分につながり犯罪を行った精神障害者に対する偏見がさらに助長されると思われます。
- ・問題は司法患者を指定通院医療から一般精

神医療へ形式の上で移す事ではなくて、一般医療の中に司法患者を含めた重症ないし高いニーズ保有者への地域支援の枠組みを作りあげて、司法患者を（地域処遇終了後）置き去りにしない形で包摂することだと思います。その点で司法精神医療の後継を非司法患者のその他の地域医療ニーズと並べてMDTチームの運営が必要な場合として一括し・共通の報酬を用意するような方策が求められるのではないのでしょうか。触法行為に至らないが生活能力の低下や病状に絡んできめこまかな観察や迅速な積極的介入を求められる事例はかなりあるはずです。医療観察法附則の想定するような、司法精神医療と一般精神医療の「両輪」は司法精神医療の充実や後継だけを考えてはおぼつかないように思います。

d. 考察

1) 指定通院医療機関の運営実態のばらつき

実際に地域処遇を受けている者を診療している指定通院医療機関は全体の7割弱であり、診療した対象者の数も最大で7名、1、2名の受け入れが43%とまだ各医療機関とも十分な経験を蓄積しているとはいえない。既に対象者を受け入れている医療機関を属性別にみると、民間病院がその70%、都道府県立病院がその80%、国立病院がその59%が対象者を受け入れており、地域処遇から見ると国立病院の関与の割合が若干少ない。

対象者への診療を行う多職種チームの運営も各医療機関によって様々であり、看護師以外の職種を複数配置している医療機関は限られており、通院指定を受けても新たに対象者への診療に専属の職員を確保できているのかは疑問である。現在も、対象者一人あたりの多職種チームの人的構成を規定せず（いわゆるケースロード）そのチームが引き受ける地域も規定しないまま地域処遇が続けられてい

ることは今後に残る深刻な課題である。

2) 地域処遇から一般医療への移行時の課題

今回のアンケート調査で、地域処遇を終了した者は32名（全体の20%）であった。処遇終了者がいた医療機関は25施設（全体の25%、地域処遇を受け入れた施設の36%）で、終了後引き続き指定通院医療機関で外来診療を続けるにしても、他の精神科医療機関へ転院するにしても、地域処遇から一般医療への移行の過程について実感を持って論じられるだけの経験は蓄積されていない。

地域処遇終了者の現状では、7名（対象者の4.5%、終了者の22%）が死亡していることが特に注目される。通常の精神科医療で、外来通院者の死亡率はこれほどの高率とはならず、地域処遇対象者の死亡率を高めた原因を究明すべきである。自殺であれば事例の詳細な検討を行い、自殺、病死を問わず、地域処遇が対象者に与えた心理的ストレスの死因への影響を推定し、地域処遇を通じた対象者へのどのような関与がストレス因となるのかを明らかにすべきである。

アンケートでは、地域処遇の終了の基準が不明確であるとの指摘が多数を占め、現在マニュアルなどで示されている終了の基準が、対象者に接する現場の医療関係者が判断基準とすることができる内容となっていないことがうかがえる。法務省は、抽象的な記述ではなく、実際に使用可能な地域処遇を終了する基準を明確にすべきである。

地域処遇の終了に伴い、一般医療へ移行する場合、終了後も引き続き指定通院医療機関で外来診療を受ける場合と他の医療機関へ転院して外来通院を続ける場合が想定される。

今回の調査では、終了後も指定通院医療機関に継続して通院している者11名の中で、約半数の5名は「本人、家族が通院継続を望んだ」とされている。地域処遇となる以前から

の外來通院先であったなどやむを得ない理由がなければ、指定通院医療機関での継続診療は、対象者に地域処遇と一般医療の間の違いが分かりにくく、指定通院医療機関への終了者の滞留を招きかねない。指定通院医療機関が計画通りに増えていかない現状では、終了者の滞留は徐々に対象者を受け入れている医療機関に負担となっていくであろう。引き続き指定通院医療機関に継続して通院する必要がない場合、指定通院医療機関側は転院先をみつける責任が社会復帰調整官にあると考えている（11施設中9施設）。処遇終了時までしか社会復帰調整官が関与しないとすれば、終了と同時に転院としたい指定通院医療機関が増加すると考えられる。今回の調査では、対象者の住居地から指定通院医療機関への距離、通院時間、費用など対象者の負担を調査していない。こうした要素も踏まえて処遇終了後の指定通院医療機関への継続通院の課題を検討する必要があると思われる。特に地域処遇終了前に、指定通院医療機関と一般医療機関の併診を行うのであれば、一般医療機関の診療には当然自立支援医療を適用し、対象者の自己負担の軽減を図るべきである。

地域処遇終了後に転院した者は、5名であり精神科診療所、病床のない総合病院精神科外来にも2名が転院している。転院の理由は、以前の通院先、居住地に近いなど合理的な理由と考えられるが、地域処遇開始1年以内に半数が転院している。3ヶ月の併診を伴う転院による移行を行った医療機関は、併診が有意義であったとしておりその経験が目される。終了者がいない医療機関では、転院先の医療機関との併診に「治療責任が不明確になる」など懐疑的な意見が33%を占め、診察時間、診察者の違いなど様々な条件の違いがあっても円滑に移行できる具体的な移行方法など地域処遇終了後の転院に向けた経験の蓄積が必要である。

多くの対象者で地域処遇終了後に地域ケア会議は開催されておらず（32名中14名）、訪問看護の実施、ホームヘルプサービスなど福祉サービスの導入など生活全般にわたる多職種の間わりが必要ではなかったのか、地域ケア会議を未開催の事例の検証が必要である。また、終了前から社会復帰調整官が主催しなくても地域ケア会議が開催できるようにするなど地域ケア会議のあり方の検討も必要である。

3) 一般医療への円滑な移行を行うために地域処遇に望まれること

今回の調査では改善すべき点として「終了後も社会復帰調整官が関わる」「地域処遇開始時から終了時の通院先を確保する」「終了後の保険点数加算」を多数の施設が指摘していた。この回答からは、現在触法精神障害者に関わっている精神科医療機関、従事者への具体的な支援が望まれていると考えられる。通常診療より時間もかかり、リスクも負う触法精神障害者の医療サービスには、診療報酬上も引き続き保険点数加算などが考慮されるべきである。一般医療サービスで触法精神障害者への間わりの中に困難を感じることも少なくない。その際に具体的なアドバイスをを行い、触法精神障害者への医療サービスを実践する医療従事者を支援する機関が必要ではないだろうか。まずは国立精神神経センターなどに事例への具体的な間わりを相談できる窓口を開設する、終了前に関わってきた社会復帰調整官、転院前に関わっていた指定通院医療機関への相談ができるなどの方策をとるべきではないか。

そして、自由意見で指摘されているように「一般医療の中に司法患者を含めた重症ないし高いニーズ保有者への地域支援の枠組み」を作り、触法行為だけでなく深刻な生活能力の低下、病状が安定せず急変を繰り返している事例など、地域処遇対象者に限らず多職種で濃厚に地域ケアを続ける必要がある精神障

害者を包括的に支える医療、福祉サービスを作り上げる必要がある。本来的に地域処遇終了後に対象者であった者に関わることができない社会復帰調整官に、多くの指定通院医療機関が関わりを求めたのも、地域に関係各機関をつなぎ調整するコーディネーターが不在であるからだ。単に地域処遇の課題というより、わが国の精神障害者の地域ケアの課題である地域の社会資源と医療機関、サービス利用者である精神障害者とサービスの提供者との間をコーディネートする「地域コーディネーター」を創出する必要がある。社会復帰調整官の存在は、現在のわが国の地域ケアで決定的に不足している機能を明るみに出したとも言えよう。

地域処遇終了に伴う一般医療への移行は、未だ始まったばかりであり引き続き、経験を蓄積し、継続した検証が必要である。

E. 結論

1) 精神科診療所によってはデイケア、訪問看護を有して活発な地域医療活動を行い、中には触法精神障害者を含め地域生活が難しい重症ケースを扱っているところもあるが、精神保健福祉法に基づく強制入院の権限を持たない精神科診療所が指定通院医療機関を引き受けることには多くの障害がある。しかしながら、指定医療機関が偏在・不足している現状において少しでも対象者の不利益をなくすために、精神科診療所にも医療観察法において何らかの役割を期待する声も少なくない。こうした状況で精神科診療所が医療観察法に対して無知無関心であってはならず、付添人からの相談など医療観察法の枠外で協力することが現実的である。

2) 医療観察法対象者の多くに精神科治療歴があるが、その治療は必ずしもうまくいっておらず、また社会的支援も不十分であっ

たことが推測できる。医療観察法対象者が対象行為を起こす以前に暮らしていた地域社会の問題はそのまま、対象者が処遇終了後に社会復帰して行く地域社会の問題でもある。医療観察法対象者の社会復帰促進のためには、医療中断の防止、患者家族への支援、アウトリーチといった一般の地域医療・福祉でその不備が指摘されていることの充実が重要である。

3) 指定通院医療機関の運営には地域によって大きなばらつきがあり、地域処遇終了の基準も不明瞭な現状にある。地域処遇終了後も医療継続が必要と考えられる場合は指定通院医療機関に滞留する可能性が高い。地域処遇から一般医療へのスムーズな移行のため、指定通院医療機関と精神科診療所を含む一般の精神科医療機関との連携、併診が望ましい。このためには経済的裏付けが必要であり、併診の場合は少なくとも自立支援医療の適用を認めるべきであろう。また、地域処遇の終了後社会復帰調整官に代わって、ケースやその家族の相談に乗りながら地域での医療・福祉をコーディネートする機能が不可欠である。これによって現在社会的入院を余儀なくされている長期在院者、病状が安定せず入退院を繰り返している地域の精神障害者など、触法精神障害者のみならず一般の精神障害者をも地域で支えることが可能となる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

図表および資料

[研究 I]

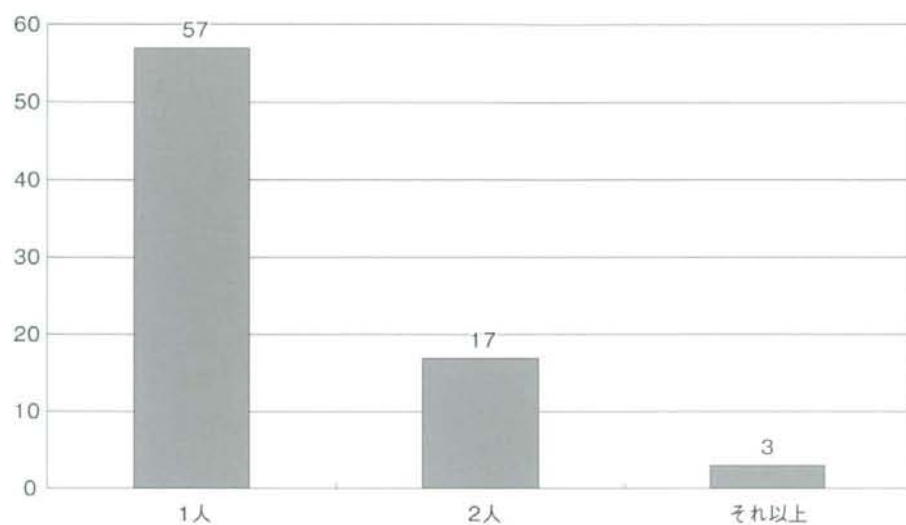


図1 常勤医師数

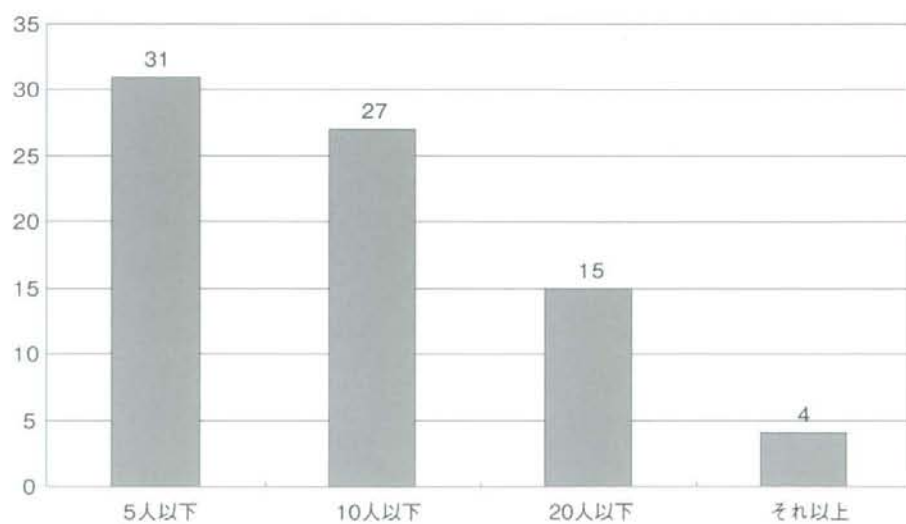


図2 常勤職員数

表1. デイケア等において特に力を入れている分野があればお答え下さい

統合失調症	51	小児・思春期	12
気分障害	28	てんかん	3
神経症・ストレス関連障害	21	アルコール依存症	6
高齢者医療・認知症	9		

表2. 医療観察法における指定通院医療機関についてのアンケート

1) 基幹型指定通院医療機関となることを打診された場合、現時点でどのようにお考えになりますか?

①まったく考えられない	61	79%
②条件次第で考えても良い	16	21%

2) 補完型指定通院医療機関となることを打診された場合、現時点でどのようにお考えになりますか?

①まったく考えられない	53	69%
②条件次第で考えても良い	24	31%

表3. 指定通院医療機関になるつもりはない場合に、通常の医療として

①対象者が希望しても、受け入れられない	23	44%
②対象者の希望があれば、デイケア等に受け入れても良い	28	55%

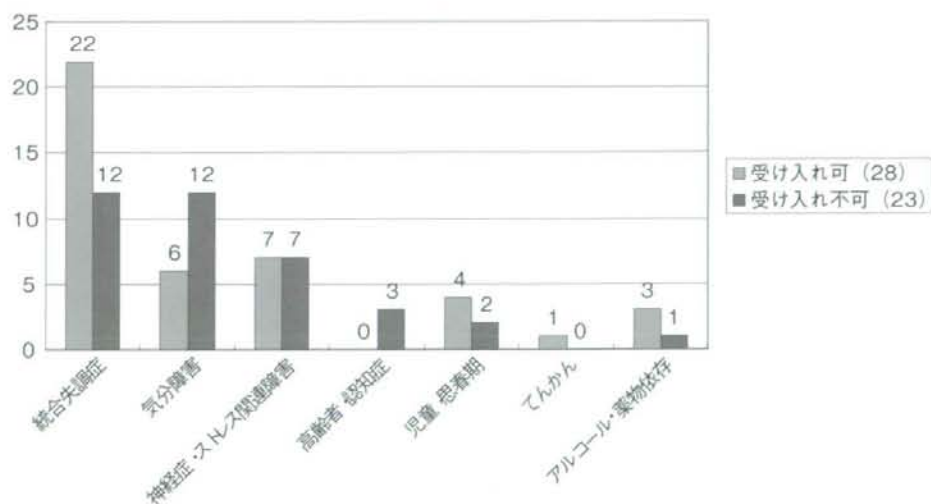


図3 指定通院医療機関になるつもりはない場合に通常の医療として

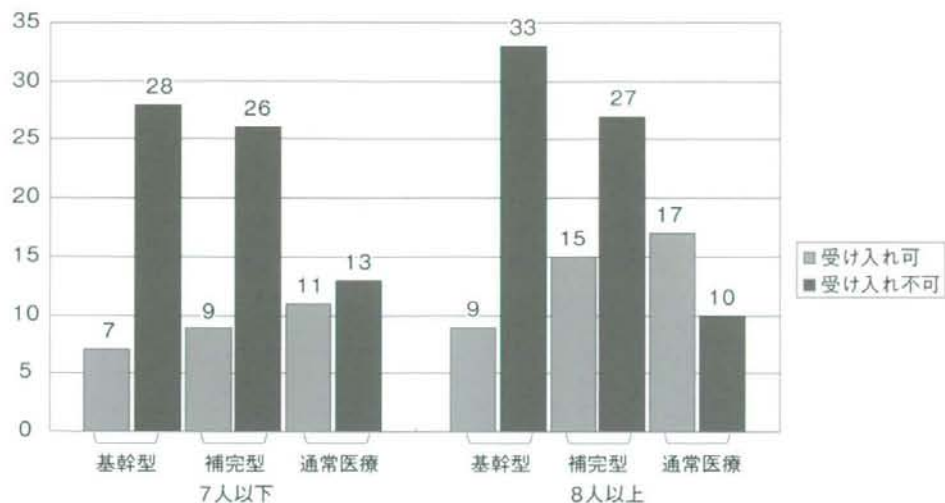


図4 職員数による比較

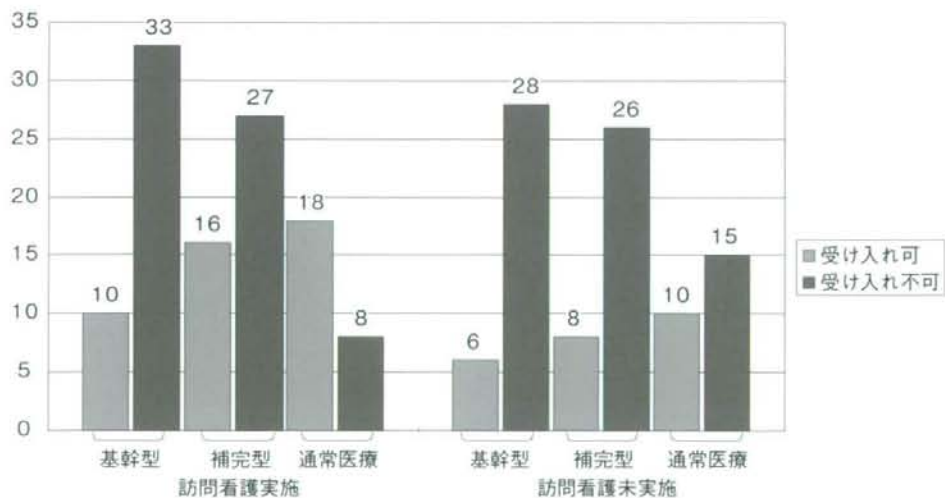


図5 訪問看護有無による比較

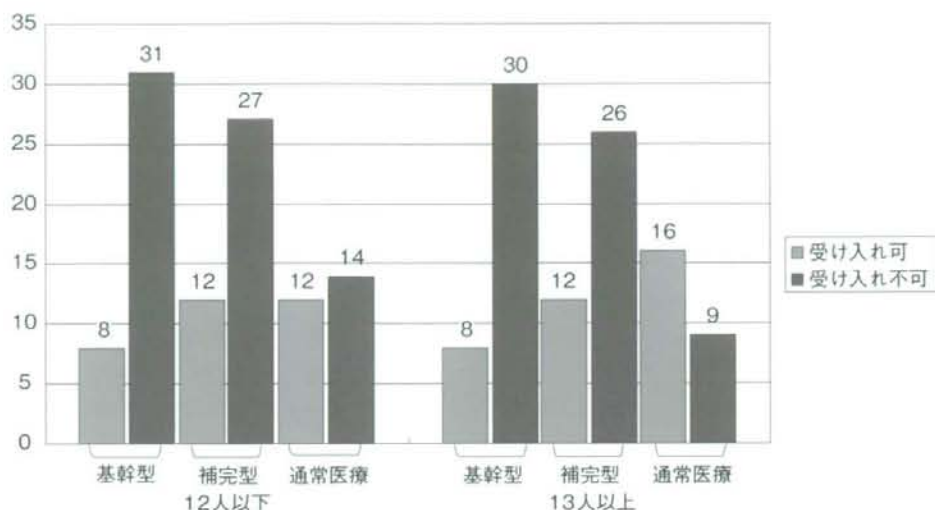


図6 デイケア利用人数による比較

【研究Ⅱ】

注1) 医療観察法での付添人に関する規定
(意見の陳述及び資料の提出)

第二十五条 検察官、指定入院医療機関の管理者又は保護観察所の長は、第三十三条第一項、第四十九条第一項若しくは第二項、第五十四条第一項若しくは第二項又は第五十九条第一項若しくは第二項の規定による申立てをした場合は、意見を述べ、及び必要な資料を提出しなければならない。

2 対象者、保護者及び付添人は、意見を述べ、及び資料を提出することができる。

(付添人)

第三十条 対象者及び保護者は、弁護士を付添人に選任することができる。

3 裁判所は、対象者に付添人がない場合であって、その精神障害の状態その他の事情を考慮し、必要があると認めるときは、職権で、弁護士である付添人を付することができる。

(審判期日)

第三十一条 審判のため必要があると認めるときは、審判期日を開くことができる。

6 保護者(精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第二十一条の規定により保護者となる市町村長(特別区の長を含む。以下同じ。))については、その指定する職員を含む。)及び付添人は、審判期日に出席することができる。

7 審判期日には、対象者を呼び出し、又はその出頭を命じなければならない。

8 対象者が審判期日に出席しないときは、審判を行うことができない。ただし、対象者が心身の障害のため、若しくは正当な理由がなく審判期日に出席しない場合、又は許可を受けなくて退席し、若しくは秩序維持のために退席を命ぜられた場合において、付添人が出席しているときは、この限りでない。

(記録等の閲覧又は謄写)

第三十二条 処遇事件の記録又は証拠物は、裁判所の許可を受けた場合を除き、閲覧又は謄写をすることができない。

2 前項の規定にかかわらず、検察官、指定入院医療機関の管理者若しくはその指定する医師、保護観察所の長若しくはその指定する社会復帰調整官又は付添人は、次条第一項、第四十九条第一項若しくは第二項、第五十条、第五十四条第一項若しくは第二項、第五十五条又は第五十九条第一項若しくは第二項の規定による申立てがあった後当該申立てに対する決定が確定するまでの間、処遇事件の記録又は証拠物を閲覧することができる。

(必要的付添人)

第三十五条 裁判所は、第三十三条第一項の申立てがあった場合において、対象者に付添人がないときは、付添人を付さなければならない。

(審判期日の開催)

第三十九条 裁判所は、第三十三条第一項の申立てがあった場合は、審判期日を開かなければならない。ただし、検察官及び付添人に異議がないときは、この限りでない。

2 検察官は、審判期日に出席しなければならない。

3 裁判所は、審判期日において、対象者に対し、供述を強えられることはないことを説

明した上、当該対象者が第二条第三項に該当するとされる理由の要旨及び第三十三条第一項の申立てがあったことを告げ、当該対象者及び付添人から、意見を聴かなければならない。ただし、第三十一条第八項ただし書に規定する場合における対象者については、この限りでない。

(対象行為の存否についての審理の特則)

第四十一条 裁判所は、第二条第三項第一号に規定する対象者について第三十三条第一項の申立てがあった場合において、必要があると認めるときは、検察官及び付添人の意見を聴いて、前条第一項第一号の事由に該当するか否かについての審理及び裁判を別の合議体による裁判所で行う旨の決定をすることができる。

(退院の許可等の申立て)

第五十条 第四十二条第一項第一号又は第六十一条第一項第一号の決定により入院している者、その保護者又は付添人は、地方裁判所に対し、退院の許可又はこの法律による医療の終了の申立てをすることができる。

(処遇の終了の申立て)

第五十五条 第四十二条第一項第二号又は第五十一条第一項第二号の決定を受けた者、その保護者又は付添人は、地方裁判所に対し、この法律による医療の終了の申立てをすることができる。

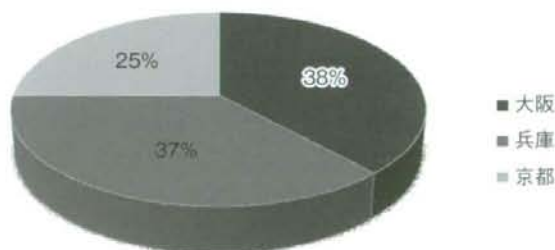


図1 所属弁護士会

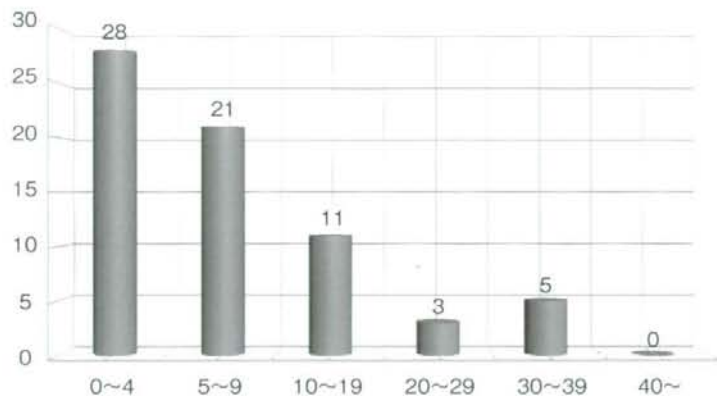


図2 経験年数

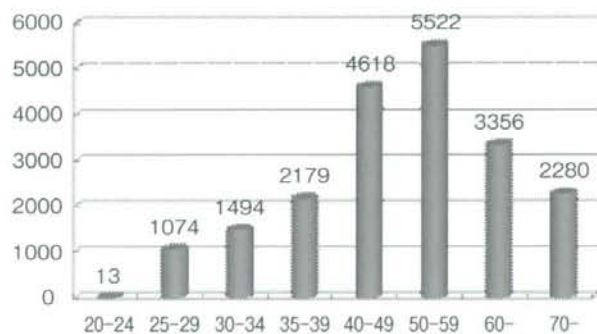


図3 裁判官、検察官、弁護士の年齢階級別就業者数（国勢調査）

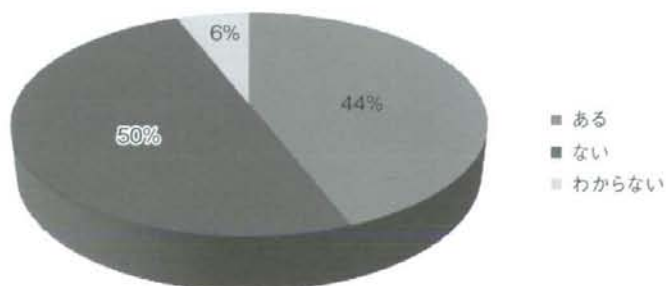


図4 精神障害者の事件の経験

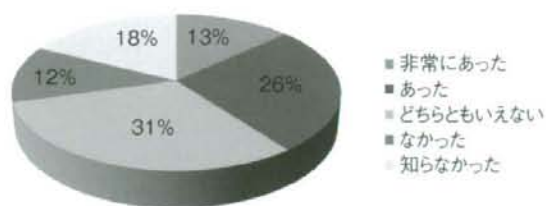


図5 医療観察法への興味

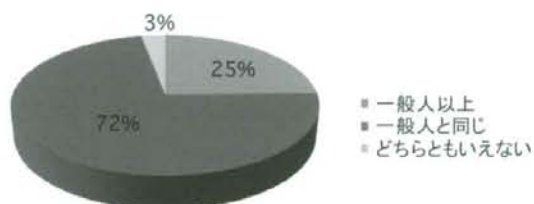


図6 精神医療・精神医学に関する知識

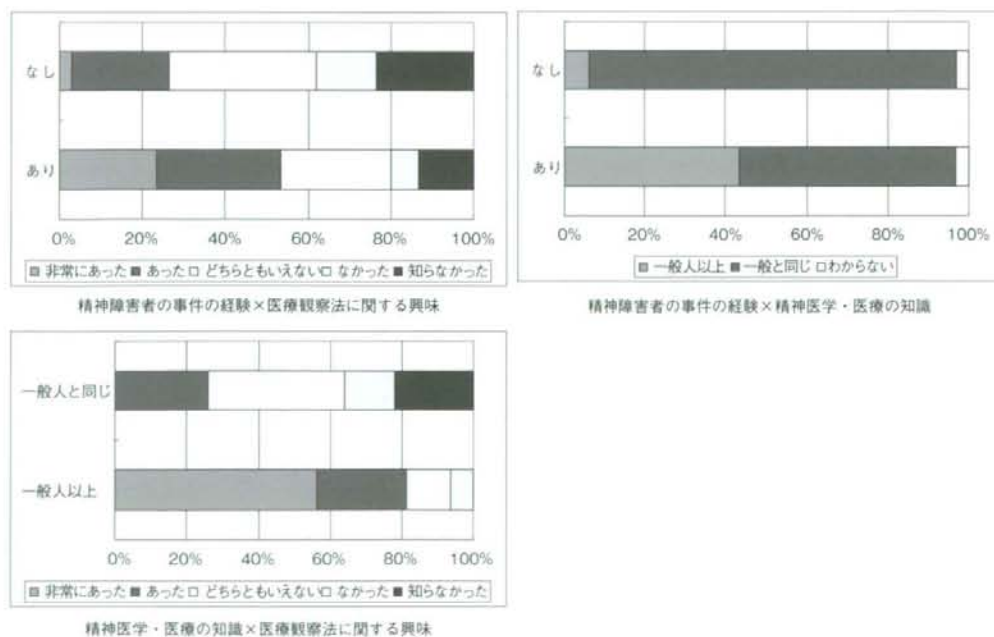


図7 精神障害者の事件の経験×精神医学・医療の知識×医療観察法に関する興味の相関

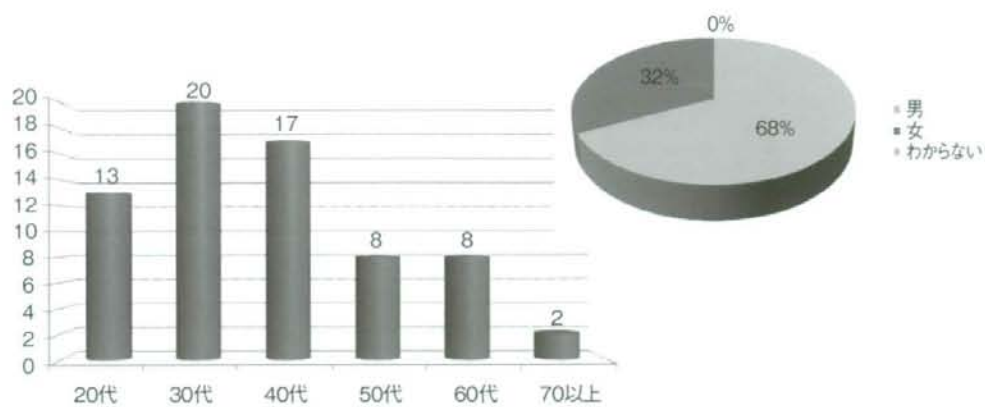


図8 対象者 性別、年齢

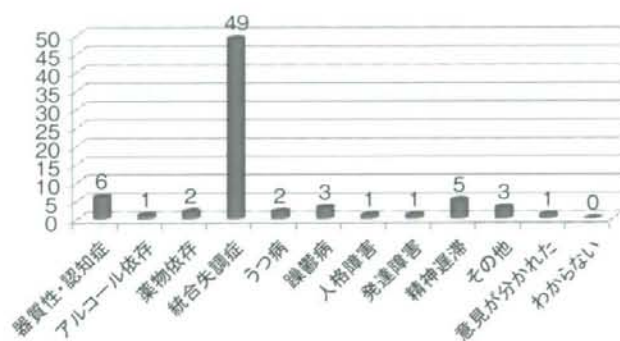


図9 対象者 病名

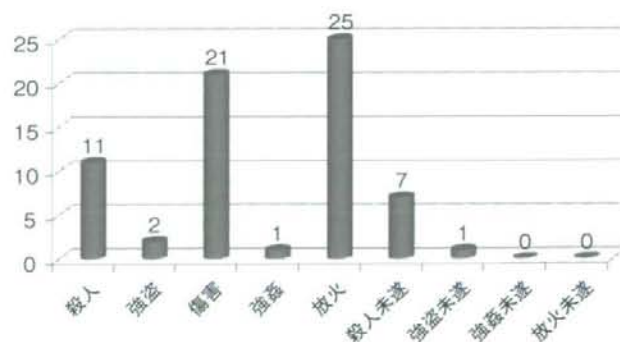


図10 対象者 対象行為