

図11 審判結果



図12 審判結果は妥当だと思うか？

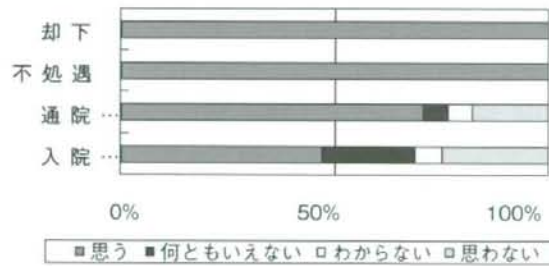


図13 審判結果は妥当だと思うか？ 審判結果別

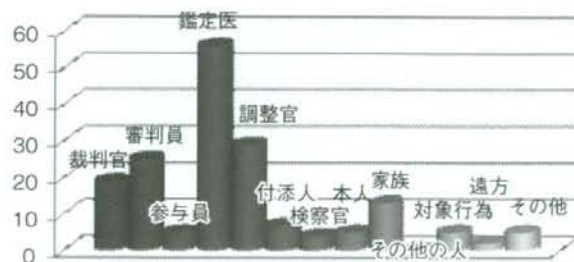


図14 審判の結果に主に影響があったのは、以下のうちどれだと思われますか？

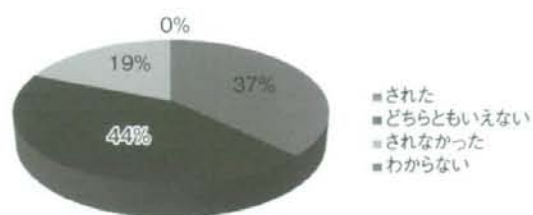


図15 付添人の意見は尊重されたと思いますか？

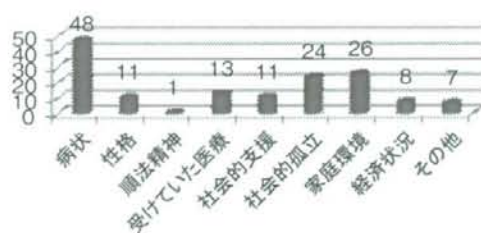


図16 対象者が対象行為を行うに至った、主な要因はなんだったとお考えですか？

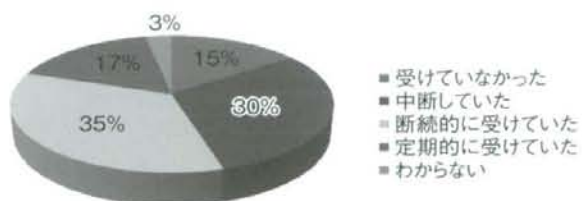


図17 対象者が対象行為以前に受けていた精神医療について



図18 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？

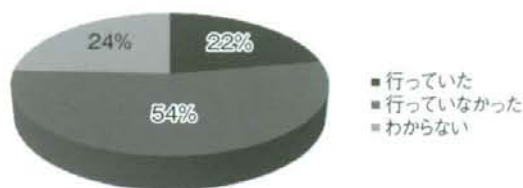


図19 対象者が中断することなく精神科医療を受けるために、医療機関は何らかの働きかけを対象者本人あるいは家族に対して行っていましたか？



図20 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？



図21 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？



図22 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りましたか？

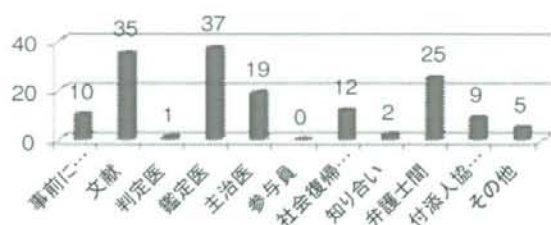


図23 精神医学や精神科医療に関する知識は、どこで得られましたか？

資料Ⅰ 自由回答：審判結果は妥当だと思うか（審判結果別）

◆ 入院処遇×妥当だと思う

- ・本人に病識があまりなく、家族からの援助も十分ではなかった。
- ・人的にも物的にも整っている施設で計画的な治療、看護がなされるものと思う。対象者は、自殺企図が数回あり、今回の対象行為も自殺目的の行為である。それを防止するには、常に対象者を観察し、治療、訓練する必要がある、その要件を充たす施設に入院させるべきであると考えた。
- ・審判直前まで精神不穏で、衝動傾向があったため、何らかの入院治療は必要な病状であった。頼れる家族がなく、付添人が努力したが、任意入院や施設入所の具体的な引受先を確保できなかった。
- ・結果の重大性、受入体制の不備からやむをえない
- ・本人の通院を保障する社会的資源に乏しい。同居していた母を殺害、別居中であった父には監護能力乏しく遠方に居住。疾病が比較的重症であること。
- ・入院治療が必要であったが受入病院がない。
- ・事案が自宅に放火したものであり、家族が畏怖している上、他に生活の場を持っていないことから、そもそも通院の環境は整っていなかった。また、本人が自己の犯した行為について、悪いことであると認識がなかった。さらに、本人は以前から通院歴はあったものの、薬の服用をしばしば怠る等していた。
- ・本人の治療歴、生活歴からすると、やむをえないと思われる。
- ・付添人からも（大変遺憾ではあったが）入院処遇が相当との意見を述べた。
- ・本人の改善状況が思わしくない。家族・保護者の受け入れ態勢にも難あり。
- ・対象者を監督する人間が一人もいなかったため、社会内での処遇は不可能だった。
- ・対象者に病気の自覚がない。親族に対象者の病気に対する理解がない。
- ・本人は重い認知症で傷害の態様もきわめて残虐なものであり、再犯を防ぐためにも入院、隔離が必要。現在の弁護士会の考え方は間違っている。刑事裁判までは弁護士にとって勝負ということはあるが、審判の段階に入ればもはや勝った、負けたではなく、弁護士、検察官一体となって公益のためにどうしたらよいか考えるべき。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。

- ・父親が入院による治療を強く希望していた。父親には財産があり、相応の財産を本人に渡すつもりである。社会復帰も望んでいた。

#### ◆ 入院処遇×妥当だと思わない

- ・鑑定入院の際の主治医が継続治療（通院決定+短期の入院）で治療可能であり、その場合受け入れるとの意見であった。鑑定医も入院相当の判断をしたものの、審判では、入院処遇によらなくてもよいかのような発言もあった。その他、地域の保健所、地域支援センター、従来の主治医の協力も得られることとなっていた。
- ・通院処遇で十分
- ・妄想に導かれた行為であり一過性のものに過ぎず、同種の行為を繰り返す危険性はなかった。ただ、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。
- ・多額の鑑定入院費用、鑑定費用を支払いながら、それに見合った処遇や意見が出されていない。社会復帰調整官も行政出身で机上の話が中心である。こうした中で対象者が納得するような審判ができるはずがない。
- ・病識はあり、通院実績もある。
- ・通院の可能性をもっと検討すべきだった。
- ・認知症には役立たない。
- ・通院中の病院において良好な人間関係を築き、本人も治療の意欲を見せていたのに、全く別の病院への入院処遇が決定されたため。

#### ◆ 入院処遇×なんともいえない

- ・審判時の付添人の意見としては、対象者が対象行為までに通院していたクリニックに通院を続けることで十分ということだったが、後から振り返ってみると、入院が必要だったように思う。家族が対象者の病気を世間に対して隠し、自分たちだけで問題を抱え込みすぎている。
- ・医療保護入院による方が適当であるとの鑑定医の意見もありましたが、両親が医療観察法に基づく入院を希望しており現実には対応が困難であったと思います。
- ・治療反応性について疑問があった。
- ・父親を死に至らしめた行為（傷害致死）であったので、その父親が死亡した以上、通院治療の選択もあるのではないかと。
- ・対象者の場合、身寄りがなく（実母はいたが、高齢のため引き取り不能であった。）また、統合失調症であることが控訴審までわからず（第一審は否認、完全責任能力を認める）、そのため症状が進行しており、それらの理由が入院処遇を招いたものと考えている。
- ・付添人の立場からは納得できない決定であった。しかし、親族から見放され、ホームレス生活を送っていた対象者が通院して治療を行うことは不可能に近いと思えた。支援施設を探したが適当な施設はなかった。治療可能性がある以上、入院処遇もやむを得ないのではないかと感じたのが正直なところである。

#### ◆ 入院処遇×わからない

- ・その後、たまたま通院にかわった本人と出会ったことがあった。病識を持ち落ち着いていた。ただ、この結果が果たして医療観察法による処遇でなければ生じないものだったのか、もし不処遇

だったらどうだったのか、わからない。

#### ◆ 通院処遇×妥当だと思う

- ・病状、家庭環境、保護者の熱意などを考慮して通院措置にしてくれた。  
父親が対象者に対して拒否感まではないものの、放火についての恐怖心を有していたので、枠組みが必要だった。
- ・知的障害という点を見ると通院処遇は必ずしも妥当とは思わないが、家族が少し頼りないところがあったので、通院処遇で保護観察官のフォローがあるのは家族にとっても望ましいと考える。
- ・対象行為後、症状はなくなっていたが、本人に行為時の病識がなく、社会復帰には多方面からのサポートが必要と思われたため。
- ・対象者は鑑定入院中に相当程度症状が回復していた。病識も芽生え始め、怠業もなく、主治医との関係も良好で入院の必要はなかった。
- ・病状からして、入院の必要までは感じなかった。
- ・審判当日まで本格的な治療を受けたことがないから。
- ・対象行為が治療中断時に発生したこと、対象者がその点を自覚し、治療意欲を持っていることを正しく認定した。

#### ◆ 通院処遇×妥当だと思わない

- ・対象者は高齢で身体も不自由であり、社会復帰は困難である。したがって、医療保護入院で十分な事案であったと思う。
- ・対象行為→措置入院→逮捕勾留→審判という流れとなった事件でした。措置入院先の医師が審判でも鑑定医となりました。本人は、同医師の治療を望み、自ら通院する強い意欲がありました。本人の婚約者・両親も本人の通院に協力する旨約束していました。鑑定医は、通院治療を受けることは本人の為に望ましいとしていましたが、自発的に受診すれば良いとの考えであり、通院処遇までは不要であるとの意見でした。しかし、審判で、参与員が強く通院処遇を主張し、通院処遇という結論になりました（通院先は鑑定医の医療機関）。通院処遇は、任意に通院するのと異なり、診療時間の制約があったり、平日に自宅訪問があったりと、本人の社会復帰を妨げかねないと思いました。特に自宅訪問は、近隣住民の目を引くので、未成年者と同居する本人・家族にとって、心身ともに負担となったと聞きました。
- ・任意の通院で十分であった。父親の全面的な協力もあり、鑑定入院先への継続通院が望ましいと考えられた。

#### ◆ 通院処遇×なんともいえない

- ・逮捕前は一定期間任意入院しており、問題が生じた訳でもなかった。他方で、従前の家族関係が良くなく家族の病気に対する理解が乏しく、また十分な支援を続けられるかどうかという元に不安が見受けられた。

#### ◆ 通院処遇×わからない

- ・1 通院処遇の具体的イメージがつかめない。2 通院処遇で地域にすぐ戻ることが、「周辺住民からの目」という観点で見たときに、入院よりも良い結果だと安直に結論できるのか自信がない。かえって家族を辛い立場に立たせることになったかも知れない。

#### ◆ 不処遇×妥当だと思う

- ・対象者の病状は落ち着いており今後も任意入院を継続する予定であるから、医療観察法上の処遇を受ける必要はないから。
- ・鑑定入院先に医療保護入院の受入れを打診し、内諾をもらった。地域内処遇が十分可能な事案であり、妥当な結論だと思う。
- ・薬物依存について現状の入院処遇では有効な治療効果は得られにくいと考える。同法による入院の必要性がないと思われる事案だった。
- ・本人も任意の入院を希望しており、決定時には症状の改善もみられた。
- ・対象者宅から近い病院（鑑定医所属）が引き続き医療保護入院の形で治療を引き受けて下さる話となっていたので、入院決定を受けて遠方の病院へ移る必要がなかった。家族の面会の確保からしても、不処遇決定とし、医療保護入院で対処することは適切であった。
- ・服薬中断中に生じた事件。が、長い通院歴で服薬中断は初めて。従前の治療期間との信頼関係が維持されている。事案も軽微（加療10日間の傷害）。
- ・精神保健福祉法上の医療で十分に対応可能。
- ・本人は治療先であり、コンプライアンス良好。従来どおりで問題を感じていない。
- ・法律上の要件を満たさないことを、裁判所がきちんと捉えている。
- ・対象者は、外国人であって、審判後まもなく、在留資格を失う見込みであった。対象者自身は、帰国を強く希望していたし、対象者は、自力で、帰国ができる状態にあった。必ずしも日本で、入院させる必要性が乏しい事案と思う。
- ・結果として遠方となる指定医療機関でなく、近所のかかりつけ医の許での通院治療が継続できることとなった。本人の負担、社会復帰への周囲の協力の面から見て妥当。

#### ◆ 却下×妥当だと思う

- ・申し立て前の鑑定がでたらめ。ただし、審判での対象事実認定については不満。

#### 資料Ⅱ 主な要因 自由回答

- ・通院していた精神科医師が、対象者の自殺企図の病状を見落とししたこと、その他の施設では対象者の変化に気付かず、対象者が孤立したことであろう。
- ・同居人が面倒を見ていたが、考え方の偏りや管理能力に問題があり、通院や服薬の管理が不十分。
- ・多重債務に苦しんでいた。・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ことが、対象行為に至らせたと思う。
- ・被害者は同室の入院患者であったが、被害者よりちょっかいをだされていたため喧嘩になった。→被害者側の事情による。
- ・被害者となった母が1人で抱え込んでいた。
- ・放火行為の客体は自宅の離れであった（祖母がそこで生活していた）。この行為の背景としては、対象者の家族に対する極端なまでの甘えがあった。
- ・一人暮らしで病識に乏しく、投薬管理ができていなかったのが問題だと思った。ただ、本人は集団生活を嫌っていた。
- ・病院、患者の家族との連絡が十分ではなかったため、対象者のストレスの蓄積に対するシグナル

- の見落としがあったのではないかと思います。
- ・医療、保健、福祉のいずれにもほとんどつながっていなかったこと。
  - ・家族の支援がないこと・治療の中断と社会的孤立が大きいと思う。
  - ・シンナーの吸入を主に家族だけの情報としていた。
  - ・記憶障害を補うための作話が家族との間での葛藤の原因の一つとなっていた。
  - ・服薬中断により病状が悪化し、被害妄想に陥った事が要因。
  - ・再発後自ら受診したが、以前と違う薬を処方されたこと、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と思われる。
  - ・自らの意思で断薬したこと（服薬コントロールが出来ていない）。
  - ・家族とは離れてケアすべきだった。
  - ・対象行為については否認
  - ・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。
  - ・孤独だった。対象者はかなり前から統合失調症により入退院していたが、病気に伴う問題行動のため、実父母、兄弟と疎遠になっていた。結婚したものの、夫が借金を作って夜逃げし、夫の父母、子二人と暮らしていた。夫の父母らとの折り合いが悪く、次第に自室に引きこもりがちになり、治療を中断してしまった。治療の中断が最大の原因ではないか。
  - ・アルコール依存の影響
  - ・囑託殺人の囑託を行った被害者のパーソナリティー。
  - ・父母が幼い頃離婚し、兄とともに母親に引き取られた。母親は頭ごなしに抑えつける性格。兄は社会への適応能力が高く、弟である対象者は兄から見下されていると従前感じていた。対象者は繊細で周囲に良き理解者がいなかった。

### 資料Ⅲ 何らかの働きかけ 自由回答

- ・対象者は友人も身寄りもない地で入院を受けていた。医療機関は家族へ治療や見守りへの協力を求め、また地元の病院への転院プランを提案していた。家族は重荷と感じ拒否していた。
- ・かつて通院していた病院は対象者を十数年前から診ており、通院の中断した後も家族に連絡し投薬の必要性を訴え、通院を促していたとのことでした。
- ・家族に本人を連れてくるように促していた。
- ・通院を継続していたが服薬を中断していたもので、医療機関も服薬中断を見抜けなかった可能性がある。
- ・受診再開は自ら不調を感じて行ったもの。約半年間の中断の背景には、病気に対する本人自身のマイナスイメージや理解不足があったと思われる。
- ・作業所での福祉サービス
- ・家族との打ち合わせなど頻繁に行っていた。
- ・自ら近くで受診していた。但し、大学病院のため社会復帰支援などがなかった。



#### 資料Ⅳ 対象者に必要な社会的支援は何だと思うか 自由回答

- ・地域生活支援センターには時々顔を出していたが、保健所などによる継続的な相談、サービスを受けておらず、段階的な訓練ができていなかった。また、支援センターと主治医との連絡が確立されていなかった。
- ・知的障害を対象とする作業所で訓練を受けていたが、対象者は自分は知的障害者ではないとの認識から作業所通勤は減少していた。
- ・寄宿寮のように医療を受けることを含めて生命全般にわたり指導、監督してくれるもの。
- ・母子医療、保健所
- ・社会復帰は困難であるもののPSW等により実母との面談を実現させる等の働きかけは必要だったと思う。
- ・母が信頼して相談できる機関
- ・定期的な巡回訪問、ヘルパー、第三者による成年後見（保佐）
- ・少なくとも保健所が関与していれば、今回の事態は防げたのではないかと思う。
- ・保健所による受診指導（両親に対する）程度で、両親はそれを実行したものの、他の社会資源、援助の教示なし。
- 地域活動支援センター等の精神福祉の支援、相談機関の紹介とアフターフォロー等が必要だった。
- ・通院先病院による訪問看護
- ・地域での福祉サービスを受けて家にこもりがちな対象者に外部との交流を促すこと（保健所などでの福祉サービスの実態を家族などが知っていなかった）。
- ・対象者というよりも、家族に対するサポート（保健所などが）必要と感じた。
- ・保健所の訪問等による症状悪化－服薬中断の確認
- ・病気に対するマイナスイメージをやわらげるような説明、情報提供。
- ・社会的支援に至る前に、いろいろと環境を作るのが大変かも知れない。
- ・生活保護のみ。本人の性格もあるが、孤立感が強かったと思われる。その様な心的圧迫を緩和する何らかの支援（が必要だった）。
- ・治療を受けさせる働きかけ。
- ・生活保護
- ・利用希望者の受け入れ。医師への受診促進。
- ・まずは家族の支え（コミュニケーションを取ることにによる対象者本人のストレスの緩和）
- ・障害者スポーツセンターに通っていた。
- ・当該対象者には、社会的支援よりも継続的治療が必要な事案だったと思う。
- ・生活保護に加え、服薬の管理、親族の支援を全く期待できないため。
- ・対象者が対象行為以前の社会的支援を受けなくなったのは、先日の被害者のパーソナリティによるところなので、回答が難しい。強いていうと周囲の声かけだが被害者が拒絶したケースであるため、それも困難かと思う。
- ・通所授産施設
- ・何らかの働きかけ具体的
- ・対象者は友人も身寄りもない地で入院を受けていた。医療機関は家族へ治療や見守りへの協力

- を求め、また地元の病院への転院プランを提案していた。家族は重荷と感じ拒否していた。
- ・かつて通院していた病院は対象者を十数年前から診ており、通院の中断した後も家族に連絡し投薬の必要性を訴え、通院を促していたとのことでした。
  - ・家族に本人を連れてくるように促していた。
  - ・通院を継続していたが服薬を中断していたもので、医療機関も服薬中断を見抜けなかった可能性がある。
  - ・受診再開は自ら不調を感じて行ったもの。約半年間の中断の背景には、病気に対する本人自身のマイナスイメージや理解不足があったと思われる。
  - ・作業所での福祉サービス
  - ・家族との打ち合わせなど頻繁に行っていた。
  - ・自ら近くで受診していた。但し、大学病院のため社会復帰支援などがなかった。

#### 資料V 医療観察法は対象者の役に立つと思うか：自由回答

---

##### 非常に役に立つ

- ・少なくともその間は薬を飲み続けるだろうから。
- ・治療とともに社会的支援ともつながり家族の負担が軽減されたのではないかと思う。そのため関係改善も可能となると思う。
- ・入院後、家族から連絡をもらったところによれば、見違えるように症状がよくなったことであった。
- ・抗告をするために本人に会いに行ったが、既に治療が始まっていて、本人は別人のようにになっていた。明らかにマシになっていた。主治医と話をしたら、チームで治療にあたるらしい。
- ・ただで治療を受けられるから。
- ・審判が下されるまでの間、アルコールを断つことができ、依存性を薄めることができた。また、その間、本人も内省を深め、家族の大切さ等を再認識することができた。

---

##### ある程度役に立つ

- ・実態は不明であるが、医療環境の整った場所で治療を行い、その後の社会復帰についても、関係者からの一定の関与が見込める。
- ・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。
- ・福祉等地域の支援の枠組みが作られる。入院しなければ、手をかけてもらえないこと、指定入院機関が遠方であることがマイナス面。
- ・これまで支援のなかった方にとっては、今回を契機に支援者との連携がとれるようになるので、その意味では有益だったと思う。
- ・充分治療を受けていなかったため、治療が保障される。
- ・これまで、狭義の医療にすら満足につながっておらず、服薬拒否、病識の欠如がある中、医療につながる一つのチャンスを得られたと思う。但し、再び同様の行為を行う可能性は低いケースであり、そのための医療は必要ではなかったと考える。
- ・前記のとおり、本人のその後の様子から悪い結果にはなっていない。
- ・家族などから完全に隔離しており、社会内での居場所を準備する前段階としては意味があった（治療の必要があったかは不明）。

- ・入院処遇となったが、従前までは精神科を断続的に受診するだけで、十分な治療が施されていたとは言えない状況下にあったため。
- ・少し良くなると退院し、悪くなると入院のくり返しであった状況ではなくなる。
- ・強制医療が、あまり苦にならない感じで、手厚い医療はプラスに働いている。
- ・社会的な交際範囲の狭い人なので、多方面の専門家と接することになる通院処遇は、ある程度有効と思われる。ある程度と考えるのは、本人の社会性の改善や他者との関わり方の改善は、本人の自発的な努力が必要であると考えからです。
- ・本件では、投薬、治療の重要性を本人が認識することが出来た。
- ・安定した環境で、定期的に投薬を受けられる点で精神的な安定につながる。
- ・私のケースは、問題とにならないが、そうでない事実もあり得る。
- ・本人が自覚をもって治療をすることが一番だと思う。
- ・治療が可能であって、治療が必要な対象者に治療の機会が与えられるため。

---

#### あまり役に立たない

- ・対象者は高齢で身体も不自由であり、社会復帰は困難である。したがって医療保護入院で十分な事案であったと思う。
- ・結局、入院か通院だけで、あとは病院まかせ。色々な社会はサービス資源を効率よく利用するという発想がない。行為に見合った処分をするという司法の発想が先行している。
- ・事件から1年以上も経ってから検察庁の処分がでて、措置入院となり病院退院後それなりの治療を受け順調に回復過程にある時に、いきなり医療観察法によって身体を拘束されるなどして、よくなってきつつあった病状がまた悪くなったりしたため。
- ・薬物依存に対応できてないと思われる。
- ・鑑定医の先生のご意見では治療反応性が期待できるという事案でした。医療保護入院での改善に期待できるとのことでした。退院後の対応がもっと問題であり、医療観察法に基づいての入院はかえって本人の社会復帰を遠ざける結果となるのを言われていない。
- ・本人の薬物療法の重要性の自覚及び治療意欲の高さを阻害することとなる。
- ・入院処遇が不透明である。
- ・精神医療について、裁判所、検察庁が関与すべきではないと思う。
- ・対象者自身は、不処遇、という結論だったため、不処遇であることが、「同様の行為を行うことなく」とは結びつきにくいと思われる。ただし、帰国できることを非常に喜んでいたので、社会復帰という点については、良かったのではないかと考えている。

---

#### むしろマイナス

- ・生活圏から外れたところにしか指定医療機関がない。
- ・治療反応性がないため。
- ・収容処遇されることにより、親子家族関係が断たれる危険性を感じたので。
- ・スティグマをより強くしてしまう。
- ・長期間社会から隔絶される危険が大きい。

---

#### よくわからない

- ・多忙な社会復帰調整官がどこまで実働できるかわからない。審判の際、一応確立できた社会的支援を、一から構築しなおすことになるので、大変だと思う。

- ・ケースバイケースであると思う。・各県に整備されるはずの指定入院医療機関の整備ができていない上、既存の指定入院機関の間にも、治療に関する明確な目的意識（個々の対象者ごとに具体的に定められるべきもの）がある所とない所がある。現状では原則は地域内処遇で対応すべきで、それが出来ないときに医療観察法による処遇（入院）がなされるべきだと思う。対象者は住み慣れた地域で安心して暮らす権利があるはずである。但し、必要なケースもあり、また、医療観察法による入院診療が質的に向上することが、地域医療の質を向上させる原動力ともなりうるので、心ある指定医療機関は社会資源として有用であるから、単に制度を批判するだけでは足りず、必要なケースについて指定入院医療機関の実績作りが必要だと思う。
- ・医療観察法による審判を受け、結果的に医療を受けることになった点、大きく評価している。従前、治療を受けておらず、鑑定によって治療反応性の大きいことが明らかになった。治療効果は上がっていると思う。医療観察法による処遇も病識のない人、治療を拒絶している人を医療に繋げる点で役に立つのかも知れないが、経験していないのでわからない。
- ・通院処遇のイメージがつかめない。
- ・医学の知識のない弁護士が判断できるのか、やりながら疑問に思った。
- ・通院が必要でありそれが対象者にとってプラスであることはまちがいないが、医療観察法による必要はない。
- ・結果として不処遇だったから、比較の対象がない。処方が鑑定入院先で変わり、そのことで対象者の状態が改善したように思われるので、その意味で役に立ったことは否めないが、通院処遇を受けることになった場合を仮定すると、本人の負担の点でむしろマイナスになったと思われる。
- ・対象者が在住する町には社会復帰調整官が一人しかおらず、また指定医療通院機関による「必要な医療」の具体的内容がどのように実施されるのか不明。
- ・入院処遇の結果（症状が治ったかどうか）をみてみないと分からない。

### 〔研究Ⅲ〕

#### 資料Ⅱ アンケート調査結果（平成21年1月5日着分まで）

（回収率）

通院指定医療機関261か所にアンケート送付

6か所から通院指定を受けていないと回答

101か所から回答

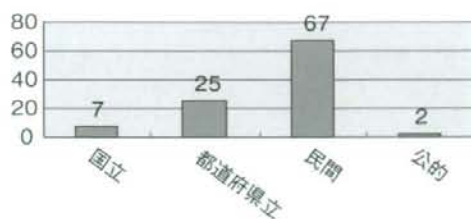
回収率 約41.0%      回答率 約38.7%

#### 1. 地域処遇実施の現状

##### ①医療機関の属性

・国立 7施設      ・都道府県立 25施設      ・民間 67か所      ・公的 2施設

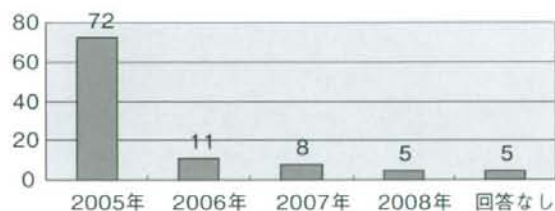
医療機関の属性



②通院指定医療機関の指定を受けた年

- ・2005年 72施設
- ・2006年 11施設
- ・2007年 8施設
- ・2008年 5施設
- ・回答なし 5施設
- 2005年7月法律施行時からの指定 59施設

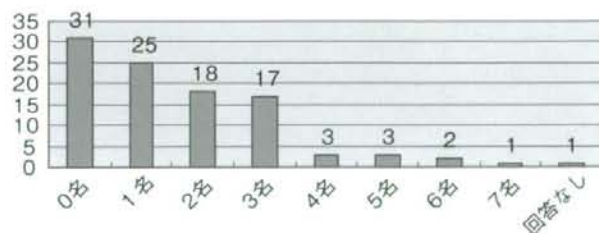
通院指定医療機関の指定を受けた年月日



③指定以降の通算地域処遇対象者数 合計69施設で158名

- ・0名 31施設
- ・1名 25施設
- ・2名 18施設
- ・3名 17施設
- ・4名 3施設
- ・5名 3施設
- ・6名 2施設
- ・7名 1施設
- ・回答なし 1施設

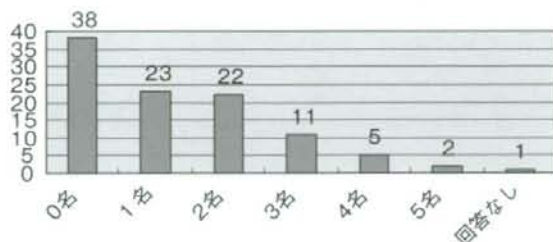
指定以降の通算地域処遇対象者数



④調査日現在の地域処遇対象者数 合計62施設で129名

- ・ 0名 38施設
- ・ 1名 23施設
- ・ 2名 22施設
- ・ 3名 11施設
- ・ 4名 5施設
- ・ 5名 2施設
- ・ 回答なし 1施設

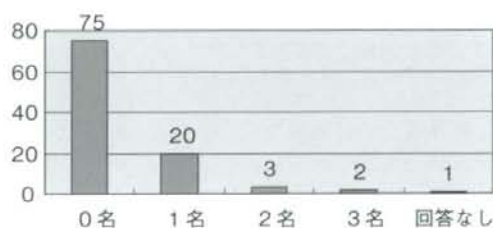
調査日現在の地域処遇対象者数



⑤指定以降の地域処遇終了者数 合計25施設で32名

- ・ 0名 75施設
- ・ 1名 20施設
- ・ 2名 3施設
- ・ 3名 2施設
- ・ 回答なし 1施設

指定以降の地域処遇終了者数

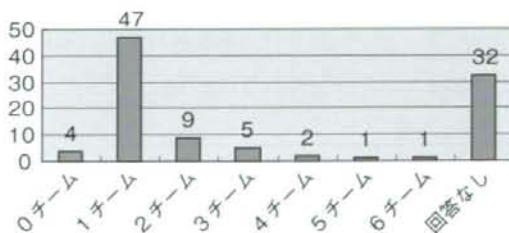


⑥多職種チームの構成状況

(チーム数)

- ・ 1チーム 47施設
- ・ 2チーム 9施設
- ・ 3チーム 5施設
- ・ 4チーム 2施設
- ・ 5チーム 1施設
- ・ 6チーム 1施設
- ・ 0チーム 4施設
- ・ 回答なし 32施設

多職種チームの構成



〈1チームあたりの各職種の人数〉

〈医師〉

・0名 4施設 ・1名 79施設 ・2名 6施設 ・3名 2施設  
・4名 1施設 ・回答なし 9施設

〈看護師〉

・0名 7施設 ・1名 51施設 ・2名 23施設 ・3名 7施設  
・4名 2施設  
・1～2名 1施設 ・2～3名 1施設 ・回答なし 9施設

〈臨床心理士〉

・0名 27施設 ・1名 63施設 ・2名 1施設  
・必要に応じて 1施設 ・回答なし 9施設

〈作業療法士〉

・0名 4施設 ・1名 68施設 ・2名 5施設 ・必要に応じて 1施設  
・0名～1名 1施設 ・回答なし 9施設

〈精神保健福祉士〉

・0名 4施設 ・1名 69施設 ・2名 13施設 ・3名 3施設  
・1～2名 2施設 ・1名～3名 1施設 ・回答なし 9施設

⑦地域の訪問看護ステーションとの連携

・あり 36施設 ・なし 58施設 ・回答なし 7施設

⑧他の精神科デイケアとの連携

・あり 29施設 ・なし 65施設 ・回答なし 7施設

⑨地域の精神科居住施設（グループホーム、ケアホーム、生活訓練施設、福祉ホーム、救護施設など）との連携

・あり 56施設 ・なし 39施設 ・回答なし 6施設

⑩地域の精神障害者福祉サービス（通所授産施設、小規模作業所、地域活動支援センター、ホームヘルプサービス、ガイドヘルプサービスなど）との連携

・あり 63施設 ・なし 32施設 ・回答なし 6施設

## 2. 地域処遇終了時の処遇現状

A設問1-⑤で終了があった医療機関に尋ねた。

### ① 地域処遇終了者の現状 合計32名

・引き続き同じ指定医療機関に通院中	11名 (9施設)
・他の精神科病院外来に通院中	3名 (3施設)
・他の精神科診療所、病床のない精神科外来通院中	2名 (2施設)
・他の地域への転居	1名 (1施設)
・死亡	7名 (7施設)
・医療機関法による入院中	1名 (1施設)
・地域処遇終了後に精神保健福祉法による入院中	2名 (2施設)
・逮捕、拘留、受刑など司法処分中	0名
・その他	2名 (2施設)
・回答なし	3名

### ② 設問A-①-a 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名の事例について尋ねた。

#### 1) 移行しなかった理由

a 地域処遇以前からの通院先であった	3名
b 住居地から近接した医療機関であるから	2名
c 本人、家族が通院継続を望んだから	5名
d 依存症治療など専門医療機関であるから	0名
e 適当な他の通院先が見つからなかったから	1名
f その他の理由	0名

#### 2) 設問A-②-1-e 地域処遇終了時に適当な通院先がなかったために他の精神科医療機関に移行できなかった1名の事例について尋ねた。

a このまま通院継続でいい	1名
b 適当な通院先があれば転院が適当	0名
c これ以上通院継続することは不適當	0名

#### 3) 地域処遇終了時に引き続き通院指定医療機関に通院継続する必要がある場合、転院先の医療機関を見つける責任は

a 通院指定医療機関にある	2施設
b 社会復帰調整官にある	9施設
c 対象者が居住する自治体にある	0施設



① 設問A-①-b 地域処遇終了後に他の精神科医療機関への移行した5名の事例について尋ねた

1) 移行した理由

- |                                    |    |
|------------------------------------|----|
| a 地域処遇以前の通院先であった                   | 2名 |
| b 通院指定医療機関が住居地より遠すぎるため、近くの医療機関を選んだ | 2名 |
| c 本人、家族の希望                         | 1名 |
| d 依存症治療など専門医療機関であるから               | 0名 |
| e その他                              | 0名 |

2) 移行した時期

- |               |    |
|---------------|----|
| a 地域処遇開始後半年以内 | 0名 |
| b 半年から1年以内    | 2名 |
| c 1年以上2年まで    | 2名 |
| d 2年以上3年まで    | 0名 |
| 回答なし          | 1名 |

3) 移行の経過

- |                                 |    |
|---------------------------------|----|
| a 地域処遇終了と同時に移行                  | 3名 |
| → i. 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 | 1名 |
| ii. 終了前に移行予定の精神科医療機関は地域ケア会議へ不参加 | 2名 |
| b 地域処遇終了前に移行予定の精神科医療機関と併診した     | 1名 |
| → i. 地域処遇開始時から併診した              | 0名 |
| ii. 地域処遇終了1年前から併診した             | 0名 |
| iii. 地域処遇終了3ヶ月以内から併診した          | 1名 |
| 回答なし                            | 1名 |

4) 3) - b と回答した1名の事例について精神科医療機関との併診について

- |                   |    |
|-------------------|----|
| a 併診して有意義であった     | 1名 |
| b 併診しても診療に役立たなかった | 0名 |
| c 併診してかえって問題が増えた  | 0名 |

④ 地域処遇終了後の地域ケア会議

- |                                |     |
|--------------------------------|-----|
| a 地域処遇終了後は継続せず開催されていない         | 14名 |
| b 終了後に通院している医療機関が主催して継続している    | 0名  |
| c 居住地の自治体保健機関が主催して継続している       | 0名  |
| d 利用している地域の福祉サービス機関が主催して継続している | 1名  |

B設問1-⑤で終了者がなかった医療機関に尋ねた。 75施設

① 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尋ねた。

1) 移行するとすればその理由(複数回答可能)

- |                                 |      |
|---------------------------------|------|
| a 地域処遇以前の通院先であった                | 42施設 |
| b 通院指定医療機関が住居地より遠すぎて、近くの医療機関を選ぶ | 55施設 |
| c 本人、家族の希望                      | 60施設 |
| d 依存症治療など専門医療機関であるから            | 12施設 |
| e その他                           | 2施設  |

2) 移行する時期

- |               |      |
|---------------|------|
| a 地域処遇開始後半年以内 | 25施設 |
| b 半年から1年以内    | 11施設 |
| c 1年以上2年まで    | 6施設  |
| d 2年以上3年まで    | 22施設 |

3) 移行までの望ましい過程

- |                                       |      |
|---------------------------------------|------|
| a 地域処遇終了と同時に移行する                      | 48施設 |
| i. 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情報提供する  | 43施設 |
| ii. 終了前に移行予定の精神科医療機関が地域ケア会議へ参加する必要はない | 5施設  |
| b 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           | 19施設 |
| i. 地域処遇開始時から併診する                      | 1施設  |
| ii. 地域処遇終了1年前から併診する                   | 1施設  |
| iii. 地域処遇終了3ヶ月以内から併診する                | 17施設 |

4) 精神科医療機関との併診について

- |                      |      |
|----------------------|------|
| a 併診すれば有意義だと思う       | 41施設 |
| b 併診しても診療に役立たないと思う   | 11施設 |
| c 併診すればかえって問題が増えると思う | 14施設 |

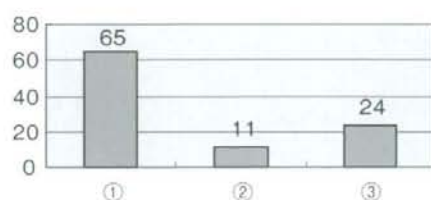
② 地域処遇終了後の地域ケア会議について

- |                              |      |
|------------------------------|------|
| a 地域処遇終了後は継続せず開催する必要はない      | 12施設 |
| b 終了後に通院している医療機関が主催して継続する    | 17施設 |
| c 居住地の自治体保健機関が主催して継続する       | 35施設 |
| d 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 | 4施設  |

### 3. 地域処遇終了時の問題点と思われること（複数回答）

- |                                |      |
|--------------------------------|------|
| ①地域処遇終了の基準明確でない                | 65施設 |
| ②終了後も通院指定医療機関に継続して通院するケースが多すぎる | 11施設 |
| ③終了後も継続して関わる機関が少なすぎる           | 24施設 |

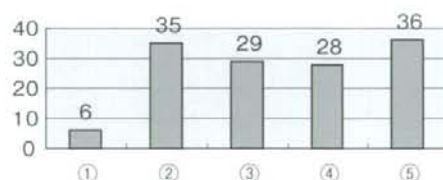
地域処遇終了時の問題点と思われること  
(複数回答)



### 4. 地域処遇時に通院指定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。（複数回答）

- |                           |      |
|---------------------------|------|
| ①地域処遇開始当初から終了時の通院先との併診を行う | 6施設  |
| ②終了時の通院先を地域処遇開始から確保する     | 35施設 |
| ③地域処遇終了後も保険点数加算を行う        | 29施設 |
| ④移行後も指定通院医療機関との連携を続ける     | 28施設 |
| ⑤移行後も社会復帰調整官が各機関の調整を続ける   | 36施設 |

地域処遇時に通院指定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こか（複数回答）



### 資料Ⅲ

設問2-A-① i 具体的な処遇内容

- ・老人施設入所
- ・病識なく継続通院不可能（薬物依存）

設問2-A-③-4) 自由回答

- ・身体疾患について診てもらえた。

設問 2-B-1-1) e その他の具体的理由

- ・多発性硬化症に基づく精神障害のため当院へ通院すると思います。
- ・医療観察法によらない精神科通院となる可能性が高い。

設問 2-B-①-4) 自由回答

- ・当院に通院継続する併診は医療保険制度上問題
- ・治療の専門分野が違う場合、併診は有意義だと思う。
- ・MSで精神症状がもうないケース
- ・現実問題としては、併診してもらえぬ医療機関は極めて少ない。
- ・ケースによって有意義になったり、有害になったりするのではないかと。
- ・併診によって方針の混乱が予想される。
- ・対象者、家族がどちらに相談したらよいか混乱する。
- ・治療方針や責任の所在があいまいとなる。
- ・明確な役割分担が決めづらい。
- ・(選択肢 c を選ぶ) ケースによって違う。
- ・本人が希望すれば別だが、併診によってかえって混乱してしまうのではないかと?
- ・無意味とは言わないが、Drの治療方針の違いや患者の対人面でのスキルにより、混乱を招く可能性が高い。
- ・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はどうなるのでしょうか。  
主治医が2人になることで若干治療計画のずれが生じた場合に本人が不安になる可能性が考えられる。

設問 3 自由回答

- ・治療継続は医療機関の負担が大きい。
- ・これまでのチームからかわる人が減る。(調整官や生保担当者?)
- ・結局通院指定医療機関に通院を続けなければならないケースが多いと思われ、負担が大である。その割にはコスト的に保証されない。
- ・医療観察法の対象であったのか疑問。治療意欲がない中で通院処遇のみでは処遇困難。医療観察法のみでのフォローアップは困難ではないか。(司法介入など)
- ・医療継続中の終了者にかかわっておらず不明。
- ・調整官のような地域生活のマネジメントをする役割の人がいないため一人の精神障害者の継続したサポートが難しいと思われる。(保健師が適任?)
- ・再燃した場合の強制処置をとれるなら、しておく方がよいと思われるが?

設問 4 自由回答

- ・その後の方向性が決まればその時点から終了後の通院先へ情報提供を行う。本人が居住する地域との連携が不可欠
- ・通院指定医療機関の情報が終了後の通院先に伝わるのが大切なため 4 と 5 の様に連携体制作り