

定め、それに基づいて個別治療計画を作成して多職種チームで通院医療を進めていくことを考えれば、首肯できた。

地域の関係諸機関の連携については一部の地域を除けば概ね良好な状況にあり、いかに維持していくかが重要となるだろう。関係諸機関のモチベーションが低下しないよう、事例検討会や司法精神医療に関する研究会を各地で随時開催するなどして、良好な協力連携体制を維持していく必要がある。

#### 【2007年度】

##### 1. 通院処遇で対応困難な事例

自由記載の中で、通院処遇では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である場合のほか、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などの報告がみられている。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みられた。

まず、病状悪化等によって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だが、いつまでそのまま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る。より手厚い医療が行えるという意味では医療観察法の入院が望ましいかもしれないが、医療観察法による医療の必要性の問題がある。この点は逆に、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。そのような事例は精神保健福祉法の入院になる場合も多く、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思えず、結局は長期入院になりがちだが、これは「社会的入院」とは言えないだろうか。

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などの問題は、なぜそ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なったのかという問題につながる。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になりかねない。多くの審判では病状と併せ、逆に通院処遇で対応が可能かどうかの検討もなされているだろうが、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、現場の担当者がひどく苦勞することになる。このような状況を改善するには、審判において通院決定する場合に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て慎重に判断することが必要であり、他方、通院処遇においても司法心理療法など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。少なくとも一定の圏域毎に拠点となる指定通院医療機関を設定して、上記のような問題を持つ事例に集中的に対応するシステムも考えられる。

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。入院処遇中に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訓練を行っていないと通院処遇が危機に瀕することになる。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の力量の問題もあるが、社会復帰調整官は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。

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、知的障害などは、本来医療観察法の対象とはされていない診断群だが、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、今まで入院医療や司法的処遇が何回か行な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で、不処遇ではなく通院決定がされることがある。

指定通院医療機関の多くではアルコール・薬物依存症への対応が十分ではなく、そもそも依存症の回復率は高いとは言えない。アルコール・薬物の使用が他害行為と密接に関連している場合は、段階を踏んで再使用に至るわけではないので、対応がしばしば困難になる。また、知的障害が絡む場合も疾病教育、司法精神療法、認知行動療法などが十分理解や認識をされず、次の段階へと深まることが少ない。知的障害に依存症が加わったりすると、相乗的に困難性が增大することになる。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わけである。満期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. 精神保健福祉法による入院

直接通院で42%、移行通院でも9%が精神保健福祉法の入院から通院処遇を開始していて、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、過去の入院経験も併せると、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だった。

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移行の際には、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円

滑に処遇を進めるために有用と思われる。ただこの時問題となるのは、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時だけ費用の本人負担が生ずるという点である。

期間について法的に定めはないが、例えば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り、多職種チームによる定期的評価や精神保健観察を継続していることを考えれば、一定期間は通院処遇の医療の1つのオプションとして国費で負担すべきであると思われる。

### 4. 通院処遇に求められるもの

医療観察法の目的である対象者の社会復帰という観点から見れば、入院処遇は通院処遇の準備であり、通院処遇に医療観察法の真価がかかっているとも言える。しかし現実には、保護観察所に社会復帰調整官が配置されたことは特筆すべきことだが、入院処遇の方に遥かに多くの予算が費やされていて、通院処遇では指定通院医療機関に通院医学管理料をつけられただけで、その他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。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。

通院処遇でできることに限界があることは明らかだが、個別の事例をみると、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。事例からみて良い結果につながった場合とは、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あったサービスが提供されていること、本人の希望とベ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。我々は医療観察法の通院医療に当っては「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」が二本柱であると述べてきたが、今回の調査結果からもそのことが示されている。

ただ、前述した対応困難な事例については、そのような二本柱だけで奏功するとは思えず、もう少し専門的なアプローチが必要となる。1つだけ挙げるとすれば、司法精神療法や司法領域における認知行動療法など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し、実施体制を整えることが緊急の課題である。

#### 5. 住居の確保

施行から2年半が経ち、住居確保の問題がますます重要になっている。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、対象行為時に既に単身者や単身生活である者が75人(32%)と多く、医療観察法の処遇の時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開設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け入れを拒絶される場合が多い。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、家主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場所が多くなり、以前よりアパートなどは利用しやすくなって

いるが、それでも住居の確保に苦勞して通院処遇になったものの住居が決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みられる。公的な居住施設の確保などの対策が今後さら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け入れ

関係機関の連携は、全体としては前年以上に良好だった。個別機関毎に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濃淡が見られた。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感じられるが、重大な他害行為を行なったという観点から見ると多少の驚きもある。逆に、対象者に対する拒否感は一先観的なものであり、多くは落ち着いている対象者に身近に接すると当初の拒否感は薄れ、協力的な気持ちが生れることを示唆しているとも言える。

この点は地域住民の受け入れについても一定の示唆を与えるものである。本年の調査結果からは、地域住民の過半数が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分った。個人情報保護という観点からは当然とも言えるが、対象者のことを知っている場合でも受け入れに友好的・概ね友好的が22%であり、やや拒否的・拒否的の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、必要な情報を地域住民に丁寧に説明し、本人とも対面してもらうことが、より受け入れられやすくなる可能性がある。

#### 【2008年度】

##### 1. 通院処遇の概要

移行通院が着実に増加した結果、直接通院と移行通院の割合が51%対49%とほぼ半々になった。移行通院の割合は、この3年間で28%、40%、49%と確実に増加しているが、医

療観察法施行から2008年11月1日までの当初審判における入院・通院決定数の割合は、入院決定が76.1%、通院決定が23.9%となっているので、移行通院の割合は今後も増加し、60～70%程度まで達する可能性もある。それに伴い通院対象者の全体像も移行通院群をより反映したものになっている。その結果、通院係属者全体の3年間の年次推移で男性群が増加していること、年齢では30代をピークとする一峰性がより鮮明になってきたこと、対象行為別には殺人が増加してきたこと、精神科主病名では統合失調症圏がさらに増加してきたことなど、いずれも移行通院群の増加に伴う変化であると理解できる。

通院医療サービスの利用状況については、3本柱とされる外来診療、デイケア、訪問看護のすべてを利用する場合が44%で最も多いのは当然の結果であろう。しかし、訪問看護利用が合わせて72%あるのに対し、デイケア利用は合わせて54%に留まっていた。これは前回までの調査でも同様の結果であり、訪問看護は、回数は少なくとも必要だとして実施されることが多い一方、デイケアは、対象者が集団活動を好まない場合も多いことや、通所にかかる時間や交通費の自己負担などから利用が少ないと考えられる。集団活動を好まない場合は、外来作業療法など集団の中しながら個別のプログラムで単独で実施できるものを用意すると、対象者も利用しやすくなるようである。

通院対象者の全体的経過は、全体として概ね安定以上が84%と大部分を占めてはいたが、病状など不安定な対象者も、ここ3年間は常に1割強存在している。調査時点で現に精神保健福祉法の入院中の対象者が約10%だが、実はこの不安定群の半数以上(実数で20人)は病状など不安定のため困難を感じる状態にありながら入院せずに通院処遇が行われていた。この群は通院係属者全体からみれば6.4%

に過ぎないが、入院処遇中の不安定と異なり、関係者の苦勞が偲ばれる。

ケア会議については概ね2～3ヵ月に1回の開催であるが、ケア会議で定める処遇実施計画に沿って、指定通院医療機関の多職種チームが個別治療計画を作成し、それに基づき医療を提供しつつ毎月評価を行うという現在の方式を考えれば、それもやむを得ないことと思われる。英国のCare Programm Approach (CPA) が通院処遇のモデルになっているが、英国の場合は「地域精神保健チーム」があり、そのチームがCPAに基づきケアを提供するという構造である。わが国の場合はそのようなチームが存在しないため、保護観察所の召集するケア会議と指定通院医療機関で編成する多職種チームという二重構造で通院処遇を実施している。そのため多職種チーム会議は少なくとも月1回、ケア会議は概ね2～3ヵ月に1回の開催となるわけである。

障害福祉サービス等の利用状況について、この3年間で利用している者は24%、33%、48%と着実に増えてきた。障害福祉サービスは介護給付と訓練等給付に大別されてそれぞれが細分化され、新サービス体系への移行には2006年から5年間の猶予期間があるので、現状では旧サービス体系と新サービス体系が混在している。今回の調査はこの点を厳密に指定したものではないので、若干広めに解釈されている可能性はあるが、徐々に障害福祉サービス等の利用が通院対象者にも広がっていると理解できる。これは社会復帰調整官をはじめ、現場の関係者の継続的な努力の賜物と言えるが、昨年度の調査でも分るように、対象者に直に接すると、各種の情報から得られるイメージと異なり、協力してもいいという気持ちに傾くようである。なお地域関係機関の協力連携体制は、今回も「積極的」61%、「ある程度積極的」35%であり、両者合せて96%という良好な状態であった。

## 2. 精神保健福祉法による入院

法施行後3年4ヵ月を経過した調査時点でも、直接通院で43%、移行通院で12%が精神保健福祉法の入院から通院を開始し、通院係属者全体の41%がその入院を経験していた。

医療観察法の医療は、その仕組み上、1つの医療機関で完結できる場合は稀であり、鑑定入院医療機関、指定入院医療機関、指定通院医療機関が異なる場合が多い。そのためそれらのつなぎ目として精神保健福祉法の入院が一定の割合で利用されるのも、処遇を円滑に進めるには必要な運用とも思える。しかし、事情に詳しくない対象者にしてみれば半分だまされた気持ちになるだろうし、入院期間は最小限にとどめるべきであろう。

この精神保健福祉法による入院の長期化について、実情を調査した。その結果、通算で

1年以上精神保健福祉法の入院を経験している事例は、直接通院12人、移行通院3人、あわせて15人確認でき、通院係属者全体に占める割合は4.9%であった。しかも、既に30ヵ月を超えている者が3人存在し、その後も一定の割合で続いている。原則3年間とされている通院期間の3分の1以上を精神保健福祉法の入院に費やしていることは、本来の通院処遇で行うべきことが疎かになっている側面は否定できない。長期在院に至る対象者については、今より手厚い医療とケアを施し早期退院につなげていく体制の整備が求められるが、そのためには医療観察法対象者としての診療報酬の増額と、精神保健福祉法の入院費のみが自己負担になるという現行の制度の見直しが是非とも必要である。

## 研究Ⅱ：通院処遇対象者の社会資源の利用に関する課題

(執筆担当者 = 荒井澄子、桑原寛)

### B. 研究方法

通院処遇対象者が医療観察法の目的である社会復帰を達成するために欠かせない社会資源の利用に当って、課題が何であるかを洗い出すために2006年度に資料を収集し、分担研究会議で繰り返し報告して討議を行ない、意見集約を図った。この研究課題が、障害者自立支援法が施行される年度に取り組みられたことに留意されたい。

(倫理面への配慮)

本研究課題は対象者等の個人情報を対象とするものではなく、倫理的問題は生じない。

### C. 研究結果

#### D. 考察

##### 1. 障害者自立支援法にかかるサービスの利用

対象者の社会復帰の促進には福祉サービスの利用が必要となるが、医療観察法、障害者自立支援法、精神保健福祉法、その他の既存のサービスを本人の意向に沿って、社会復帰調整官が地域処遇のコーディネートをしながらか進めていくことになる。2006年12月、国は自立支援法にかかる福祉サービスの利用の自己負担軽減改善策として利用者の自己負担軽減、事業者への激変緩和措置、新法への経過措置を図ったが、利用者の自己負担は残っている。自立支援法にかかる福祉サービス利用には申請、調査、審査会、サービス決定等の一連の手続きがあり、その都度支援が必要になる。

2006年度の調査時点ではそれほど広く利用されていないようであり、具体的な利用状況は不明である。対象者が、実施主体が市区町村である自立支援法にかかるサービスを利用

するに当っては、多くの課題がある。

サービスは、個々の障害のある人の障害程度や社会活動や介護者、居住等の状況等の事項ふまえ、個別に支給決定が行われる「自立支援給付」と市町村の独自の工夫により柔軟に実施できる「地域生活支援事業」とに大別される。

「介護給付」、「訓練等給付」は、それぞれ利用の際のプロセスが異なる。2006年10月の自立支援法の施行により、福祉サービスは自立支援給付となり、区市町村の窓口で障害程度区分認定の申請を行い、支給決定を受けなければならないようになった。これとは別に、市区町村や保健所を窓口として実施する面接や訪問などの、精神保健福祉相談がある。これらのサービスは、対象者のニーズにそって様々に組み合わせて活用することができる。

##### 2. サービス利用にかかる自己負担 1割

利用者負担は、サービス量と所得に着目した負担(1割の定率負担と所得に応じた月額上限の設定)に見直された。障害種別で異なる食費・光熱水費等の実費負担も利用者負担で、定率負担、実費負担のそれぞれに低所得者に配慮した軽減策が講じられている。

月毎に利用者負担に上限があり、障害福祉サービスの定率負担は所得に応じて4区分の月額負担上限額が設定され、1ヵ月に利用したサービス量に関わらずそれ以上の負担は生じない。なお、所得を判断する際の世帯の範囲は、住民基本台帳での世帯が原則で、住民票で同じ世帯となっても税制と医療保険で被扶養者でなければ、障害者とその配偶者を別世帯の扱いとすることができる。入所施設、グループホーム利用時、さらに個別減免がある。

入所施設(20歳以上)やグループホームを

利用する場合、預貯金等が350万円以下であれば、定率負担の個別減免が行われる。社会福祉法人等のサービスを利用する場合、1事業所の月額負担上限額が半額になる。食費等の実費負担軽減措置がある。

### 3. 通院処遇対象者が社会資源を利用するに当たっての課題

対象者の社会復帰は、医療観察法、自立支援法、精神保健福祉法、その他既存のサービスを、本人の意向を受けて社会復帰調整官が地域処遇のコーディネートをしながらか進めていくことになる。継続的な医療の確保と社会復帰促進のために一連の支援を進めるが、市区町村、保健所、福祉サービス提供施設、保健所、福祉事務所、精神保健福祉センターなどとの協働した支援が必要である。

医療観察法対象者の社会復帰にあたっての資源の利用においては、自立支援法の手続き、1割の自己負担金、サービス提供事業所、地域ケアマネジャー、重大な他害行為を行なった精神障害者理解と支援技術の人材育成、地域が安心して支援できる体制の整備等の課題がある。

#### (1) 自立支援法にかかるサービス利用に当たっての課題

##### ・申請にかかる課題

本人の意向に沿って社会復帰調整官を初めとする援助者が申請を援助することが必要になる。調整官が一連の手続きやサービス内容について熟知し、各市町村による独自のサービスについても周知を図る必要がある。

##### ・調査・審査にかかる課題

自立支援調査は、1時間位と言われている。調整官は医療観察法の審判時に提出する生活調査から審判状況、医療機関情報、関係機関情報、本人・家族にかかる情報、一連の経過等本人に関する情報について熟知している。

医療観察対象者の審査における情報は、本人の同意が得られれば、調整官からの情報提供によって迅速で妥当な判定につながりやすくなる。二次審査においては三障害同時の審査が行われることから精神・知的・身体障害の関係者の審査委員で構成されているが、精神障害者に関わりの少ない委員もいる。医療観察法対象者については、さらに理解が難しい状況にあるだろう。

#### ①社会復帰調整官が対象者ととも調査に関わること

#### ②審査において社会復帰調整官の意見を聴くこと

#### ・サービス支給決定にかかる課題

#### ①社会復帰調整官の意見を聴き、必要時はケア会議の意見を聴くこと

#### ②必要時はペア体制によるサービスが提供できるようにすること

サービス提供事業所側が対象者であることへの不安が大きい場合、本人の状態が不安定な場合などでは、安心してサービスを提供できるようにペア体制で通常の2倍のサービス量を市町村が決定できるよう整備する。

#### ・サービス利用料自己負担発生の課題

自己負担によって利用料が払えない、払いたくないなどから、サービスの利用を本人が拒否する場合が考えられる。

#### ・社会復帰施設：サービス提供施設体制整備の課題

社会復帰施設等の地域生活支援関係者側には、医療観察法対象者のような事例と分った上での地域生活支援経験は、実際上ほとんどない。医療観察法対象者へのサービス提供には消極的なのが実情ではないだろうか。本人がサービスの利用を望んでも、サービス事業所から利用を断られる可能性もある。さらに、サービス

事業所へどこまで情報を開示するか、事業所に情報を開示していないことが後日分ったときの対応など、課題は多い。

サービス提供施設の地域ケアマネジメントは、医療観察法を理解し、社会復帰調整官と密な情報交換、ケア会議へのケア計画の提出、ケア会議におけるケアの修正計画書作成・報告、各関係機関への連絡調整、リスク管理など、責任と多数の事務量が発生する。

医療観察対象者へのサービスを受けた事業所へは、多数の管理事務量が発生することから、国が管理費を支給することで、責任あるサービスを提供できるよう保障する。医療観察法対象者を受け入れやすくなり、社会復帰促進につながる。ホームヘルプサービスのべア訪問、グループホーム・べア体制等を保障していくなど、事業所が引き受けやすい体制を整備する。

#### (2) ケアマネジメント体制整備の課題

調整官は調整機能を果しているが、対象者が増えていく中で具体的な障害福祉サービス利用等まで調整するのは不可能である。試案として、「地域ケアマネジメント者」を設置することを提案する。社会復帰調整官とともに地域の核として社会復帰促進を図り、24時間・365日安心して地域生活支援ができるような体制整備が必要である。

#### (3) 人材の育成・研修

精神障害等の地域生活支援関係者は、医療観察法対象者のような事例への地域生活支援の経験はほとんどなく、過去に事件を起したことが分ってもそれには触れないように支援をしてきた。対象者は事件や暴力への内省、認知療法等の治療を受けることになっていて、

入院医療の場合は一連の治療がなされるが、直接通院になった場合は、地域生活支援と同時に医療観察法の治療が開始される。指定通院医療機関は、入院のように人材が十分そろっているわけではない。さらに、地域生活支援関係者のほとんどは、医療観察法対象者への事件、暴力への内省、認知療法等の治療についての理解、知識に乏しい。

医療観察法に関しては関係職員に国で研修をしているが、事件、暴力への内省、認知療法等を理解する内容が少なく、地域生活支援関係者は個別ケース支援に対しての不安が大きい。

地域の障害者支援関係者に対する研修は①触法専門養成研修、②障害者支援関係者研修を国、都道府県、精神保健福祉センター等で、現行のケアマネジメント研修と同様にシステム化することが必要である。このことで、医療観察法同様の事例の地域生活支援が充実し、真に地域のチームで医療観察法の処遇終了後も安心して支援できる地域体制へと継続していくことになる。

#### (4) 安心して地域処遇を行える地域ケア体制整備の課題

対象者が地域で安心して生活できるためには、地域支援者が安心して地域生活支援できる体制を整備することである。このためには、社会復帰調整官を中心とし、指定通院医療機関、保健所、市役所担当部署（「地域ケアマネジメント者」）、市町村からの委託事業所（「地域ケアマネジメント者」）の5者を核とした体制（地域によって異なる）が地域に整備されることが、安定した地域支援サービスの提供につながるのではないかと。



## 研究Ⅲ：地域処遇における病状悪化時の緊急対応

(執筆担当者＝佐賀大一郎、鶴見隆彦、遠藤真美)

### B. 研究方法

地域処遇における緊急時対応の実情については社会復帰調整官が把握しているのではないかと考えて、全国の保護観察所（支部を含めて53カ所）に配置されている社会復帰調整官を対象に2006年12月に夜間休日の病状悪化時の緊急時対応についての現状を把握するため、アンケート調査を行った。研究協力者となった社会復帰調整官3名でアンケート用紙を作成して各庁に配布し、返送してもらった。

その上で既に周知されている処遇ガイドラインについて改めて検討し、考察を加えた。

(倫理面への配慮)

本研究課題は対象者等の個人情報を対象とするものではなく、倫理的な問題は生じない。

### C. 研究結果

#### D. 考察

2006年12月25日現在、47カ所の保護観察所と1支部（他の2つの支部は本庁が代表して回答）から回答があった。まだ精神保健観察事件に係属していないことから、想定で回答した庁もあった。

##### 1. アンケート結果のまとめ

アンケート結果からみた地域処遇における病状悪化時の緊急時対応の実情は、以下のようなものであった。

- 1) 指定通院医療機関が連絡を受ける所が多く、その他では保護観察所以外では救急システム、保健所も含めた関係機関が挙げられていたが、その数は多くなかった。
- 2) 約9割の保護観察所が緊急時対応の連絡先を通知しているが、その通知範囲は、関係機関のみ、家族まで、状況によっては本人にも知らせる、という違いがあっ

た。現状では関係機関に限定して、緊急時連絡先を知らせていることが多かった。

- 3) 保護観察所の緊急時における連絡を受けた後の対応については意見が分かれた。緊急時の保護観察所の役割（対応）が統一されていない状況が明らかになった。
- 4) 指定入院医療機関から外出・外泊している際の緊急対応では、外出、外泊させた指定入院医療機関、救急システム、指定通院医療機関候補病院、等が考えられていた。
- 5) 新設された精神保健福祉法26条の3で想定されている事例については、実際に事例が発生していないこともあり、様々な意見があった。
- 6) 精神科救急システムの活用については、地域によって差があった。

##### 2. 地域処遇と精神保健観察

本制度は、最終的には、対象者の社会復帰を目的とし、手厚い医療及び支援の下で地域における生活の定着を図ろうとするものである。この点で継続的な医療に加えて、対象者が安定した社会生活を営むのに必要な社会的支援が生活の場で提供されることが対象者の社会復帰の促進を図る上で不可欠であるが、医療観察法は、一部の規定（法91条）を除けば、独自の援助サービスを規定しておらず、医療観察法の通院対象者は一般の精神障害者と同じく、都道府県・市町村等による精神保健福祉法等の規定に基づいたサービスを楽しむことを前提としている。

##### 3. 地域処遇における症状悪化に伴う緊急時の対応についての基本的な考え方

まず保護観察所その他の地域処遇に携わる関係機関は、ケア会議において協議の上、あらかじめ緊急時における基本的な対応方法に

ついて定め、処遇の実施計画において明らかにするほか、対象者及びその家族等の関係者に対して予め説明し、理解を得るよう努める。そして、緊急時における対象者等からの相談窓口を設定し、病状悪化等医療に係る対応を要する相談については、医療を担当する指定通院医療機関が中心となって対応する。

対象者の病状の悪化、医療中断等緊急に対応を要する状況を認めた場合には、関係機関は相互に速やかに連絡し合い、情報の共有を図り、対象者の病状悪化が認められた場合には、予めケア会議で定められた対応方法に沿って、対象者に適切な精神科医療を提供するとともに、入院が必要な場合には、精神保健福祉法に基づく入院を適切に行うなど、必要な医療を確保することとなる。

また精神保健福祉法に基づき入院している場合において、その適切な介入や治療によっても短期間では病状が改善されないと判断される場合には、保護観察所は、必要に応じケア会議を実施するなどして本制度の入院による医療の必要性について協議し、その結果に基づき、必要な場合には本制度による入院の申立てを行うことも想定している。

#### 4. 今後の検討課題

また、今後検討を要することとして以下の点が挙げられる。

- 1) 緊急時対応に対する初動体制の速やかな構築のあり方について

(当初審判において通院決定を受けた対象者に対する地域処遇を開始する際、移行期間が短く、支援体制や緊急時対応における初動体制を整える時間を十分に確保できないことがある。)

- 2) 警察との円滑な連携について
- 3) 医療機関の診療時間外における医療の確保、精神科救急システムの活用について
- 4) 地域処遇対象者の身体合併症の緊急対応について

ガイドラインに掲げている「対象者の円滑な社会復帰を促進するため、継続的な『医療』を確保することはもとより、対象者の地域社会への定着を図り、「本人の生活を支援する立場」にも力点を置く」ことや通院医療においても「様々な問題を前向きに解決する意欲や社会で安定して生活する能力（必要な医療を自立的に求めることも含む。）を高める」こと、「他害行為について認識し、自ら防止できる力を獲得する」ことなどの目標に基づき、地域処遇は最終的には一般の精神障害者と同様に精神保健福祉サービスを活用して、総合的な支援を行うことを目指しているが、円滑な連携や移行に向けては以上の課題があり、今後も鋭意検討が必要であろう。

## 研究Ⅳ：地域処遇にかかる行政関係機関の役割と連携体制

(執筆担当者＝桑原寛、荒井澄子)

### B. 研究方法

調査対象の具体的な依頼先は、東京都、神奈川県、横浜市、川崎市の医療観察法主管課、東京都及び神奈川県内の精神保健福祉センター6カ所、都保健所1カ所、神奈川県域保健所3カ所、都の区保健センター1カ所、都内の市福祉事務所1カ所である。また、東京都保護観察所、横浜保護観察所にも聞き取り調査を依頼した。

調査期間は2007年11月から2008年1月で、行政諸機関に予め本事業にかかる体制整備状況や取り組み状況等にかかる質問事項を記載したアンケート票を送り、担当者に回答を依頼した。その上で調査者が対象機関に赴き、アンケート質問項目にそって意見聴取を行った。なお、一部機関については電話による聞き取りを併用した。次いで、これらの聞き取り調査の結果の概要を両都県の保護観察所の社会復帰調整官に予め提供し、それをふまえて社会復帰調整官からみた地域処遇の現状、課題、地域行政機関への要望などについて聞き取り調査を行った。

(倫理面への配慮)

本研究課題は対象者等の個人情報を対象とするものではなく、倫理的な問題は生じない。

### C. 研究結果

#### D. 考察

##### 1. 地域精神保健福祉体制の変革期の動向

医療観察法にかかる法制度の整備に関しては、2005年7月14日に「地域処遇ガイドライン」が策定・提示され、同年9月14日の地方自治体宛の通知で、地方自治体行政機関でも精神保健福祉業務の一環として医療観察法関連業務を行うことが示された。そして、

2006年3月の自立支援法と自殺対策基本法の施行を踏まえ、同年12月22日には「保健所及び市町村における精神保健福祉業務について」と「精神保健福祉センター運営要領について」が改定され、その結果、地方自治体独自の運営要領の策定などの動きも出てきた。

このようにして、医療観察法にかかる各種行政機関の具体的な機能・役割分担については、国は厚生行政と司法行政の相互連携の体制整備と指定入院医療機関や指定通院医療機関の整備を、都道府県は医療観察法の対象者の地域生活支援活動の実践と広域調整活動を、市町村は対象者の処遇終了後の地域生活支援活動の役割を担うこととして整理されつつある。行政では、その活動の根拠となる法的規定や運営要綱がどのように定められているかが重要である。その点、上述の如く地域処遇にかかるガイドラインが確定され、都道府県単位での医療観察制度運営協議会実施要綱が策定されるなど、法的整備の作業は大幅に進展したといえよう。

##### 2. 全国的な医療観察法の運用状況

行政機関の取り組みにかかる全国調査としては、分担研究者の佐藤らが各種行政機関における医療観察法対象者への支援状況の把握を試みている。すなわち、2006年度は全国64箇所の精神保健福祉センターを、2007年度は全国の保健所および市町村を対象にアンケート調査を実施している。その結果、2006年度の調査では、社会復帰調整官から精神保健福祉センターへのCPA会議への出席依頼に関しては、4割の精神保健福祉センターが依頼なしとしていたが、1センターを除く全てのセンターが各種処遇会議への出席要請があれば必ず参加出席すると回答していた。また、研修については2005～2006年の2年間に11

センター（17%）が実施していた。地域ケア会議への参加件数は、2005年度の63件から2006年度上半期の218件へと半年間で3.5倍に急増していたが、CPA会議への参加については2割の参加率であった。精神保健福祉センターの業務は法定業務の増加も含め、近年、多様化しつつ増大の一途を辿っていることもあって、実際に地域関係者からの支援要請がない所では医療観察法への取り組みは未だ重点課題としては位置づけられておらず、取り組み状況については自治体毎に濃淡が認められた。

### 3. 都県における地域処遇体制の現状

通院処遇事例への支援ニーズは都市部を中心に急速に増大しつつあるが、本制度の整備にかかる国の予算は主として指定入院医療機関の整備に割かれている。そのため指定通院医療機関の整備に関する予算措置は極めて少なく、さらに地域生活支援にかかる体制整備に向けた予算に至ってはほぼ皆無の状況にある。また、地方自治体の業務担当者の所管域は、通常は各所属機関に割り当てられた行政圏域に限定されている。さらには、多様多岐な日常業務を担っていることもあって、社会復帰調整官から所管域外の施設の病棟会議に出席するよう突然に要請されても、人員、時間ともに困難な場合が少なくない。こうした様々な制約をかかえながらも、保健所および市町村の業務担当職員は自立支援法の施行後、調整官と連携して本法の適正実施に向けて関連業務を実施しており、調整官からも一定の評価を得ていた。

他方、調整官は、行政圏域を越えた広域・専門的な生活支援活動や管内の地域生活支援活動にかかるコーディネーターの機能を発揮して活動を展開していた。すなわち、全国の調整官を対象にした2006年度調査では、全国共通の組織である保護観察所の職員であることを活かし、時間的、空間的な制約を受ける

ことが少ない、個別性を尊重した機動的かつ柔軟な対応を実践していた。このような地域処遇の実践の中で、両都県ともに通院・地域処遇の利用者は着実に増加しつつある。

### 4. 地域処遇にかかる行政関係機関の役割と連携体制

#### (1) 地域特性をふまえた地域処遇体制のあり方の検討

社会復帰調整官から、指定入院医療機関や指定通院医療機関、地方自治体関係者が増加するにつれ、医療観察制度の運用について様々な見解と対応が生じつつあるとの指摘があった。このことに関しては、実践結果をふまえて関係者相互の情報・意見交換等によって、多様な対象者支援のあり方の中でより適正な取り組み方や、より望ましい支援に向けた行政関係諸機関の役割分担のあり方を継続検討することが必要であろう。

#### (2) 個人ではなく組織としての対応体制の整備

当面は、業務担当者の個人的対応にまかせるのではなく、組織ないしチーム体制で対応できることが望ましい。また、本庁主管課や精神保健福祉センターの後方支援を受けながら担当業務を遂行することができれば、より無理のない対応が可能になる。なお、複数機関の関係者で構成されるチーム支援体制を敷く場合は支援対象者の個人情報取り扱いが大きな課題となる。従って、この件にかかる留意事項を整理、共有化を図ることは重要かつ喫緊の課題といえよう。

#### (3) 他関係機関からの要望をふまえた行政関係諸機関の役割と連携について

都道府県、政令指定都市の担当主管課の役割は、制度の適正な運用に向けた体制づくりにある。精神保健福祉センターには、市町村、保健所の後方支援を行いつつ、広域・専門的かつ先駆的な課題として、各々の地域特性をふまえた本制度の適正な運用のあり方を検証

し、その成果を保健所、市町村に還元することや、保健所、市町村での対応困難事例への支援活動にかかる後方支援的役割を果たすことなどが求められる。保健所については、地域処遇対象者の通院医療や就労の課題にかかる広域的な直接サービスにかかる支援活動や、市町村の後方支援の役割の担い手としての役割が求められる。特に保健福祉にかかる直接サービスの担い手となる市町村業務担当者への後方支援活動は重要で、事対象例が病状再燃などにより危機的状況に陥ったときには、危機介入的な役割を果たすことが求められる。また、中核市、保健所政令市にあっては保健所が、実質的な市としての対象者への保健医療福祉にかかる直接支援サービス提供機関となる。市町村については、生活者の視点をふまえた対象者の地域生活支援の役割を担うことが求められる。

特に、本法に基づく処遇が終了すると一義的に障害者支援の一環として地域生活支援活動を継続的に行うことが必要になる。当面は、この役割遂行に向けた人材養成や市町村サービスの展開に向けた仕組みづくりに取り組む必要がある。また、具体的な支援活動の展開に当たっては、地域生活支援事業を請け負う民間団体等との調整・役割分担も含め検討することも必要となる。ただ、医療観察法対象者の地域生活支援が新たな広域的・専門的・先駆的課題であることを勘案すると、当面は本庁主管課や精神保健福祉センターが先導的な役割を担う必要がある。しかし、医療観察法にもとづく処遇の終了者の増加にともない、保健所や市町村における業務担当者が主体となった地域生活支援活動の重要性が着実に増大することが予想される。

(4) 地域処遇にかかる課題解決に向けた国への要望

地域処遇にかかる多様な課題の改善、解決には、業務担当者や関係諸機関の努力のみな

らず、人的・予算的裏づけが不可欠であり、国には具体的な地域処遇体制の整備にかかる新規事業の企画と予算の確保や調査研究の継続実施等、国への要望への積極的な対応を望みたい。特に、指定入院・通院医療機関の不足と偏在の課題は、適正な地域処遇を展開する上で深刻な課題であり、この課題解決のためには、民間の精神科病院における入院処遇や外来での通院診療にかかる財政的支援策の充実が不可欠である。また、これまでの実践をふまえた地域担当者向けの研修企画と実施も重要である。さらに、触法精神障害者の社会復帰支援という法の目的を、適切かつ効果的に実現するためには、各関係機関相互の機能・役割分担のあり方について、指定入院・通院医療機関や、各種地域生活支援関連機関相互の意見交換の場の確保が必要と思われる。

(5) 社会復帰調整官からみた地域処遇のあり方と地域支援活動体制の構築

入院処遇から通院処遇を経て、地域生活中心の社会復帰を果すためには、継ぎ目のない病院・地域連携クリティカルパスの確立が必要である。他方、医療観察法の目標とするところが対象者の社会復帰支援の促進であることを勘案すると、密接かつ集中的な手当が主体の入院処遇と、就労、就学や家庭、地域での生活を支える地域処遇とでは、支援目標が異なり、当然ながら支援内容や方法についても異なる関わりが必要になることを意識化する必要がある。さらに現実的、実際的な対応という意味では、地域処遇にかかる地域生活支援資源の整備状況なども勘案する必要がある。この地域処遇のあり方という課題については、実践の結果を踏まえつつ、関係諸機関の役割分担と連携状況の実際と合せて継続的な検討が必要となろう。

(6) 地域処遇にかかるモニタリングの課題について

このように地域処遇の事例は着実に増加し

ており、近い将来、市町村における医療観察法対象者の適正な地域生活支援のあり方や自立支援法との関連での民間委託団体との情報の共有化の課題などが切実な問題となることが容易に想像し得る。このうち地域処遇対象者が自立支援法にもとづく支援サービスの利用を希望する際の課題については前年度も整理を試みたが、今回の聞き取り調査でも本制度の利用希望者が既に出ていることを確認した。

以上、地域処遇にかかる行政関係諸機関の役割と連携体制という課題をめぐる状況は、地域ニーズの急激な高まりや地域の受け皿の整備状況の変化なども含め、大きく変動しつつある。今後は、さらに聞き取り調査対象の自治体数を増やすほか、地域処遇にかかるモニタリング体制を整えて関連情報の収集・整理を図りつつ課題整理とその対応策について継続的な検討を行う必要がある。

## 研究Ⅴ：医療観察対象者の家族支援

(執筆担当者 = 深谷裕、伊藤順一郎)

### B. 研究方法

#### 1) 研究対象

研究対象は、指定通院医療機関に通院する対象者の家族(20歳以上)のうち、研究の趣旨を説明し、参加への同意を表明した者とした。まず社会復帰調整官が主治医と相談して面接調査に適切と判断できる家族を選定し、次に調整官が研究の趣旨を説明し、意思を確認した。また、主治医が通院患者に研究の趣旨を説明し、協力について理解が得られた場合は同意書に署名してもらった。家族による口頭同意と対象者による書面同意が得られた場合にのみ、調整官が調査者に連絡し、調査日程および場所の調整を行った。調査前に再度、調査者が家族に調査の趣旨について文書を用いて詳細に説明し、家族からの理解が得られた場合に同意書に署名してもらった。

#### 2) データ収集

データ収集は、2007年10月から2008年1月の間に、個別的なインタビュー調査により行った。インタビューは調査者1名が行い、必要に応じて調整官が同席した。所要時間は1時間程度で、同意を得て会話をテープに録音した。実際のインタビューでは、事件前後からの自分の経験について、自由に話すよう促した上で、必要に応じて軌道修正のための質問をした。具体的な質問項目の一部を表1に示した。参加者には薄謝を支給した。

#### 3) データ分析

インタビューから得られたデータは、調査者がテープ起しを行い、トランスクリプトを作成した。その後、質的研究方法の一つであるグラウンデッド・セオリー・アプローチのコード化の手法を用いて概念分けした。具体的には、意味のまとまりごとに文章単位で切

片化し、コード化した。これを内容別にまとめる作業を2段階繰り返し、カテゴリー分けした。

(倫理面への配慮)

対象行為についての詳細は質問項目に含めていないが、参加者の自発的な語りについては制限していない。テープ起しからトランスクリプトを作成する際には、個人情報削除した。なお、本研究は国立精神・神経センター倫理委員会の承認を得て実施した。

### C. 研究結果

#### D. 考察

##### 1. インタビューの分析

本研究では8例の家族から話を聞くことができた。対象行為の多くは傷害であり、8例中7例は家族以外が被害者であった。また、4例は移行通院であり、インタビュー実施前に入院処遇を経験していた。事件発生から1年以上経過していることもあり、インタビュー実施時はすべての家族が落ち着いて事件前後の状況や、処遇開始からの変化を語っていた。

語られた内容は、事件前の本人の問題行動、それに対する独自の対応、自分自身を支えてきたもの、今後の役割認識等多岐にわたった。語られた内容を分析手法に基づいて分類した結果、最終的には大きく6個の概念に分けることができた。なお、以下の文中で「自分」「自分自身」「家族」は語り手である家族のことであり、「本人」とは通院処遇中の対象者のことである。

「1. 事件前の暗中模索」からは、家族が事件前から独自に本人の問題行動に何とか対応しようと努力していたことが分る。ただ、自分や他の家族のもつ価値観が他者に積極的に支援を求める行動を妨げていたり、何とかし

なければと思ひ悩みながらもどのように行動してよいか判断がつかかねていたりしたことが推測される。

「2. 憂鬱な事後処理」では、事件発生にともなう審判や鑑定入院、病名告知といった家族にとって初めての経験が、事件による衝撃をより大きなものにしていった。この衝撃の中で被害者対応等の事後処理をしなければならぬことは、家族にとっての大きな心理的負担となっていたことが、家族の語りから明らかになった。

「3. 医療観察制度に乗って」では、家族が医療観察法上の処遇を肯定的に評価していた事が明らかになった。ただし、家族が十分な情報を得られなかったことや、遠方の入院施設での処遇であること、本人が生活している入院施設内部を見せてもらえなかったことは、家族にとっての不満につながっていた。罪を犯した者として本人の立場を理解していた場合は、指定入院医療機関におけるセキュリティ体制についてある程度予想していたが、あくまでも一人の精神科の患者として本人の立場を理解していた場合は、厳格なセキュリティ体制に強い違和感を抱いていた。本研究の参加者は、サービスの量だけでなく支援者の関わり方、より厳密には支援者と本人との人間的な関わりを高く評価していた。

「4. さまざまな人間関係」では、家族とそれを取り巻く人々との関係性の変化に着目している。事件が起きたことで家族は外出を控えるなど他人との交流を避けるようになり、他の親族からの拒絶を受けるなど、家族が孤立化していく様子がうかがえる。ただし、友人や宗教関係の知人などを通じて苦境を乗り越えていたという語りからは、インフォーマルサポートの重要性がうかがえる。事件自体が家族関係に直接的な影響をもたらしていた場合もあったが、処遇に対する家族員間の関わり方の違いが家族全体の不協和音を生み出

していくことも明らかになり、家族内のコミュニケーションの重要性が示唆された。

「5. 自分の役割認識と役割の遂行」では、さまざまな人からの支援を受けるようになって、家族の役割認識は必ずしも変化しないことが明らかになった。移行通院の場合は入院処遇中に家族との関係を調整する事が可能であり、本人と物理的な距離を置くことで精神的な距離も適度に置けるようになっていた。他方、直接通院の場合は家族の関係を直視する機会が必ずしも得られるわけではなく、役割の見直しが試みられ難いと推測された。家族の役割認識や遂行に影響を与えていたのは、むしろ加齢に伴う自分の身体的な問題や、他の生活問題であったように思われる。

「6. 本人の関係と将来の期待」では、事件発生によって本人との関係は悪化しているのではないかと予測できるが、実際はそうではなく、むしろ本人が病識を獲得したことや、離れて住むことで、関係が改善していることが多かった。その背景には、本人に対する気持ち「非難」ではなく「同情」や「憐れみ」であること、そして病気の発症や事件発生を自分の責任として感じていることが関係しているように思われた。仮に本人に対する非難の気持ちが強ければ、本人との関係性も悪化するであろう。そして、家族は本人に働いてほしい、社会性を身につけてほしいという期待を抱いていた。そして、家族の語りからは「焦ってはいけない」という待つ姿勢の重要性を、調整官等の介入を通して学んでいる様子もうかがえた。その一方、家族には処遇終了後の不安が強いことも明らかになった。

## 2. 家族への対応策

まず、臨床上は適切な家族介入の必要性が示唆される。特に事件発生直後は家族の混乱度が高く、心理的な負担も大きい。また、事後処理の負担はどの家族にとっても重いものである。したがって、弁護士以外にも状況や



今後のプロセスをわかりやすく説明し、家族に寄り添えるようなサポートが必要である。ただし、この役割を果たすべきなのが、司法であるのか医療であるのか、福祉であるのか、この点については今後検討していく必要がある。

また、家族は事件発生により自責の念を強く感じる傾向にあることや、病気の原因についての誤解等があることから、家族に対する疾病教育と心理的サポートが重要であろう。さらに、直接通院の場合、家族関係が芳しくない場合でも、介入のきっかけがつかみにくく、関係性の改善がより困難である。従って、継続的な家族面接等により関係性を改善していく方策をとる必要があるのではないかと。加えて、精神保健福祉以外の専門領域（例えば高齢者福祉や児童福祉など）との協力も念頭に入れながら、家族支援を行う必要がある。そのためには、調整官と地域の保健福祉関係者がネットワークを結ぶことが求められる。

さらに、制度的な保障も必要であろう。医療観察法における家族介入の必要性を認識し

た上で制度の見直しを図っていくべきである。また、家族の1人が語っていたように、重大な他害行為を起さなければこのような手厚い支援を受けることができないというのは、非常に残念なことである。家族が医療観察制度に対して肯定的な評価を下していた背景には、既存の精神保健福祉の手薄さもあると考えられる。したがって、医療観察制度の向上も然ることながら、一般の精神保健福祉の充実が強く求められる。さらに、医療観察法の対象者は精神障害者であるということと、重大犯罪を犯した者であるということと、二重のスティグマを負っている。そしてその家族もまたスティグマを感じていることがある。また、家族自身のスティグマが積極的に支援を求める行動を制限してしまったり、良好な人間関係構築の妨げになったりしていることが本研究からも示唆された。したがって、精神障害者や犯罪加害者・被害者に対する社会的なスティグマを軽減する取り組みを積極的に行っていくことが求められよう。

## 研究Ⅵ：通院処遇中の対象者の住居

(執筆担当者 = 岩成秀夫)

### B. 研究方法

調査日を2008年12月1日に設定して、アンケート調査の形で「通院処遇の全国的な実施状況」、「通院処遇中の対象者の住居」、「通院処遇中の対象者の身体合併症」、「処遇終了と関係機関の連携」等に関する実態調査を行った。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ので、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(50カ所)とその支部(3カ所)の計53カ所に協力要請を行なって頂き、社会復帰調整官に回答して頂く方式とした。

集計分析は執筆担当者が行ない、最終的には分担研究者の責任においてまとめた。

(倫理面への配慮)

アンケート調査に際しては基本的に回答を選択式とし、調査項目から氏名、住所、生年月日が特定される可能性のあるものは除外した。また、事例について班会議で言及する際には、研究班全体の方針に従い、個人情報保護の観点から同様に匿名化に十分な注意を払うこととした。

### C. 研究結果

#### D. 考察

##### 1. 重大な他害行為と住居問題

放火では自宅が多く、殺人や傷害では家族に対するものが多いこと、即ち家族が被害者となる重大な他害行為が多いこともあって、住むべき住居がなくなっている対象者が少なくない。現に、直接通院処遇になっても住居がないために精神保健福祉法の入院から通院を開始しなければならない事例や、入院処遇から通院処遇に移したくても住居の設定が

なかなか進まないために退院までに時間のかかっている事例も報告されている。そのため、今回は通院処遇係属者の住居の状況を検討してみたのである。

その結果、家族等との同居(56%)以外では単身民間賃貸住宅(19%)、社会復帰施設(17%)の割合が高かった。移行通院では時間の猶予等もあるためか社会復帰施設を利用する割合がわずかに多かったが、いずれの場合でも単身で民間アパートを利用する割合がかなり多いことがわかった。

##### 2. 単身での民間賃貸住宅の利用

民間アパートを利用する場合の問題点としては、多くで保証人が必要となるので、それをどうするかという問題がある。家族がいる場合は概ね両親や兄弟姉妹などが保証人となって契約できているが、ここでも他害行為の被害者の問題で親族から拒絶されている場合や単身者の場合は、かなり苦勞することになる。保証人協会や公的な機関等が保証することによって契約できることもあるが、そうでなければ保証人の要らない物件探しが必要となる。

また、物件探しを誰が行なうかでもめる場合がある。親族が率先して探してくれる場合は比較的円滑であるが、社会復帰調整官や指定通院医療機関の職員が十分な時間を取れず、関係機関の調整に手間取る場合も現実には起っている。あるいは、せっかくアパート契約にこぎつけて生活が始まったのに、対象者のトラブルで信頼を失い、家主との関係が悪化してしまったという報告もあった。このように苦勞しながらも、民間アパートは他の居住環境よりは選択の幅が広いと、入居に当たって通院に便利な立地、静かで周囲に音が伝わりにくい部屋、孤独な寂しさを紛らわす手立

てなど様々な工夫をして、単身アパート生活が順調にいくように支援している姿が自由記載から伝わってくる。

### 3. 居住系社会復帰施設の利用

居住系社会復帰施設の利用については援護寮が44%と最も多く、次いで福祉ホーム17%、グループホーム14%、生活保護者入所施設8%、知的障害者入所施設やケアホームなどであったが、対象者の特徴や帰住する地域の社会復帰施設の事情などにより、様々な施設が利用されているようである。

このような社会復帰施設を利用する場合の問題点としては、まず重大な他害行為を行なったことなどによる施設側のハードルの高さがある。これについては事前の面接や体験入所、緊急時の対応の保証などの必要性が挙げられている。また、施設側に負担感が大きいのに報酬が見合っていないという問題、あるいは対象者が入居するまでに一定の期間を要するにもかかわらずその間の空室確保料がないこと、なども大きなネックになっている。その他、対象者がそもそも集団生活やルールになじめるかどうか、問題が発生した時に迅速に対応

できるか等様々な問題があるが、何とか工夫を凝らして円滑な利用に努めていることがわかった。

### 4. 地域生活への移行の困難さ

今回の調査は、既に民間アパートや社会復帰施設を利用している対象者に特に着目して行なったものなので、苦労はしたものの何とか利用にこぎつけることができた事例の実態である。現実には、様々な障壁によって居住場所を確保できないため、通院処遇でありながら精神保健福祉法の長期入院に至ったり、そもそも入院処遇のままなかなか退院が決らなかつたりする事例も存在している。また、指定入院医療機関の偏在のために援助作業が困難な場合も、地域によってはあるだろう。

こうした問題は、「社会的入院」そのものであると要約することも可能であろう。このような対象者の社会復帰を促進するためには、今後、対象者が入院している病棟の構造や、居住系社会復帰施設の新たな類型などを検討する必要が出てくるかもしれない。

## 研究Ⅶ：通院処遇中の対象者の身体合併症

(執筆担当者＝岩成秀夫)

### B. 研究方法

調査日を2008年12月1日に設定して、アンケート調査の形で「通院処遇の全国的な実施状況」、「通院処遇中の対象者の住居」、「通院処遇中の対象者の身体合併症」、「処遇終了と関係機関の連携」等に関する実態調査を行った。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ので、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(50カ所)とその支部(3カ所)の計53カ所に協力要請を行なって頂き、社会復帰調整官に回答して頂く方式とした。

集計分析は執筆担当者が行ない、最終的には分担研究者の責任においてまとめた。

(倫理面への配慮)

アンケート調査に際しては基本的に回答を選択式とし、調査項目から氏名、住所、生年月日が特定される可能性のあるものは除外した。また、事例について班会議で言及する際には、研究班全体の方針に従い、個人情報保護の観点から同様に匿名化に十分な注意を払うこととした。

### C. 研究結果

#### D. 考察

##### 1. 通院処遇中の身体合併症の状況

年齢分布から考えて通院対象者にも少なからず身体合併症が発生することになるが、今回の調査では、他科受診が必要な身体合併症は19%の通院対象者に認められた。その中では糖尿病が27%と最も多く、気管支喘息10%、運動器疾患と続き、あとは横並びで悪性腫瘍、高血圧、C型肝炎、高脂血症、胃炎・胃潰瘍、不整脈、痔疾など様々な疾患が見られた。

また、身体合併症で入院を要する場合の入院施設は一般病院や大学病院の一般科がほとんどで、入院を要するほどの身体合併症の場合は一般科できちんと対応されていることがわかった。その際、家族以外の付添についても、要請されたのは1人の場合のみで、それ以外では家族の付添のみで十分な状況であった。つまり、入院や手術を要する身体合併症の場合、精神症状がよほど不安定でない限り、医療観察法の対象者であるかないかよりも身体合併症の治療が優先され、一般科で必要な医療が受けられていた。

##### 2. 身体合併症への関係者の対応

身体合併症が発生したときの主体的な対応者については指定通院医療機関が最も多く、次いで本人・家族のみで対応した場合であった。社会復帰調整官や精神保健福祉の行政機関が対応する場合は少なかったが、普段一般医療機関になじみがないことや、特に必要のない場合、調整官が前面に出ない方が円滑に進む可能性があるためであった。このように身体合併症の場合は、指定通院医療機関が日常的に形成している一般医療機関との連携のネットワークが重要であるが、調整官から見ると身体合併症の情報の把握が十分できず、入院した場合は間接的な把握に留まるという問題点もある。

今回の調査では前面に出なかったが、対象者の精神症状が不安定な時期の身体合併症の治療や処遇には、かなりの困難も予想される。治療の必要性を理解しないための問題や、一般科への通院上の問題、あるいは入院が必要な場合に受け入れを断られる可能性があることなどが考えられるが、この時は精神障害者の身体合併症受け入れ病院の確保など普段の体制の整備が必要になってくると思われる。