

### 3. 身体合併症に対応する体制

精神症状が比較的安定し、身体合併症も重篤ではない場合は、今回の調査結果のように日常の連携体制の整備で十分対応できるのであろう。問題になるのはそうでない場合であり、鑑定入院中や入院処遇中の対象者について、一般病院への転院で相当の苦勞を要した事例があるとされている。

こうした場合に求められているのは精神科

病棟を持つ一般病院、いわゆる有床総合病院精神科ではないか。閉鎖処遇中の身体合併症治療が可能な病棟構造になっていれば、精神疾患と身体合併症の一方または両方が重篤な時期にも十分対応できる可能性がある。そうした病院が存在していたら、精神科の医師や看護師に普段から医療観察法への理解を求める活動も必要であらう。

## 研究Ⅷ：処遇終了と関係機関の連携

(執筆担当者 = 岩成秀夫)

### B. 研究方法

2007年度は通院処遇対象者のうち、処遇終了となった事例、終了を準備している事例、終了の見込みが乏しい事例について研究協力者が班会議の場で提示し、それを基に事例検討を行なった。個別の事例について指摘された問題点を結果としてまとめ、さらに処遇終了に一般的に共通すると思われる課題については討議の結果を基に分担研究者が考察としてまとめ、次年度の検討に資するようにした。

2008年度は調査日を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. 処遇終了を巡る事例の特徴

医療観察法ではそもそも当初審判の段階で疾病性のみならず事例性の問題も大きいのが、通院処遇の後期ともなれば個々の事例毎に異なると言ってもいい。経過の順調な事例を提示して要因を分析し、順調でない事例については課題にどう対処するかを示す必要がある。

援助の範囲が比較的広域の場合は社会復帰調整官が動く分だけ援助体制が精神保健福祉法よりも円滑に進み、医療観察法で初めて効果的に援助できた事例もある。大都市圏で連携できている場合、政令指定都市で体制が充実していることが多い。指定入院医療機関がたまたま近い場合は入院中から地域関係者が関与できるが、逆の場合は関係機関でどうするか明確な介入方針を立てにくい場合がある。

事例検討の時点では法施行後2年半とまだ短かったため、提示された対象者は全て直接通院で、通院当初から経過が良好な事例も多かった。現実に状況調査自体を嫌う対象者や家族も存在し、また移行通院からの処遇終了例も当然発生するので、経過に課題が残る事例が増えるのは間違いない。

個々の治療手段では、診察・面接等の個人療法的なケアは本人が受容しやすく、作業療法やデイケア等の集団療法は対人関係上のハードルが高い。他方、個人療法では担当者が異動すると顔ぶれが一変して、それだけで対象者が不安定になる可能性が増す。治療バッテリーの組み方は難しい。

調整官がコーディネーターを行ない、行政関係者、地域関係者を巻き込むことが第一であ

る。例えば訪問者も医療機関から地域関係者へと徐々に移行した上で、円滑に終了に向えることが望ましい。また、クライシスプランを言語化、文書化して本人と合意できていれば、万が一の場合の保障になる。

## 2. 処遇終了に関するガイドラインの記述

『通院処遇ガイドライン』における後期通院医療から処遇終了に至る部分の記述の中で、例えば「治療目標」や「通院対象者の到達レベルの目安」は誤ってはいないものの具体性に乏しく、医療観察法の施行を前に処遇期間を想定していれば逆算で構成されたようにも読める。今後、現実に処遇終了に至った対象者に関する経験が蓄積されていくわけであり、積み上げた形で再構成されて行くことが望ましい。

一例を挙げれば、前期、中期に続いて後期に至っても訪問援助を多職種混合、複数機関協働で行なうことが望ましいと記述されている。これは各関係機関の実情からして非現実的であるばかりでなく、処遇終了の準備を治療目標に想定したことから乖離しているとも言えるのではないか。

## 3. 処遇終了後の展望と準備

処遇終了を視野に入れると、医療的には①疾病の認識、②服薬継続の必要性の認識、さらに移行通院例では③他害行為の認識、を獲得しているかという問題がある。他害行為と疾病との関連が深いのであれば、疾病の再燃を予防することで対象行為の再現を防げると説明することが可能になる。他方、精神作用物質による障害の場合や、疾病と対象行為との関係が明瞭でない場合、などは対応が困難になりやすい。

後期に入っている対象者が終了できるかの条件として、地域処遇の観点からは①法令遵守しているか、②継続的医療ができるか、③助けを求められるか活用できるか、の3つが考えられる。後者2つは、従来の精神科医療

の利用者の一部に困難な人がいたのは事実であろう。医療観察法以前に手厚いケアが提供できてこなかったということだが、医療観察法で十分かどうか、処遇終了後も満たせるかどうかは別の問題である。

指定通院医療機関の対応が確実にリーダーシップをとれば、関係機関が安心して援助することができる。処遇終了後は期限がなくなるが、処遇期間中と同様に濃厚に診て行けるだろうか、また一般の医療機関に転院した場合はどうなるだろうか。

地域処遇の全期間に渡って責任を持つ社会復帰調整官が、処遇終了時に援助者から外れることになる。終了後は誰がどう支えるのか、援助モデルを提示する必要がある。市町村は一般に専門職が保健師のみであり、保健所、都道府県が中心になるほかないか。他方、関係機関が多ければとなく無責任になりやすいというのも事実である。政令都市、中核市、保健所政令市まではいいとして、それ以外の市町村は体制整備が難しい。3（5）年経ったら保健所、と一概には決めにくい。行政機関は平等性、普遍性はあるが、個別性、機動性は乏しい。

処遇終了が視野に入って後期通院医療の段階になれば、一般精神保健福祉と同等のケア体制を一定期間（例えば1年間）おく、具体的には訪問の頻度を減らすなどの準備が可能になる。最終的には個々の対象者に合せたものになるほかないが、形式的には調整官が外れるかどうか。社会資源が乏しくて移行が難しい事例が多いということは、移行が難しいような地域が多いということになるのではないか。

## 4. 今回の調査対象者の位置づけ

2008年度の調査時点で医療観察法の施行から3年4ヵ月余りが経過したわけだが、当初審判に要する時間を考慮すれば、多くの処遇終了者では3年間の満期に至っていないこ

とが予想された。実際の終了者総数とされる70人のうち54人分の回答が寄せられたが、満期終了は5人のみだった。今後、年を重ねるにつれて、終了者中の満期終了者の比率が次第に増大することは確実である。

また、本分担研究で繰り返し指摘してきた通り、医療観察法施行当初は通院処遇の対象者の中で直接通院の対象者が多かった。その中でも現在までに終了した者の中に直接通院の対象者が多く、医療観察法の対象外即ち不処遇とまで認定されなかったもののそれに近い事例なども含まれている可能性もある。従って、今回回収された54人の回答について考察する際には、以上の点などに留意する必要がある。

#### 5. 終了までの通院期間と満期時点での判断

まず、終了までの通院期間（1人はデータ漏れ）であるが、平均19.4ヵ月と原則3年間の通院期間から見るとかなり短期間であった。しかし前述したように、この中には死亡終了と対象外認定、その他が含まれているので、それらを除き通院処遇の目的を達成して終了した37人で計算すると、平均通院期間は21.0ヵ月であった。わずかに全体よりも平均通院期間が長い、それでも2年に満たず、満期の3年からは相当短かった。

今後は平均通院期間が延びる可能性があるが、平均通院期間が短期間であったことの原因やその適切性について検証していく必要がある。この問題については、満期終了者が一定数になった段階で、毎月の通院治療評価シートの集計結果などを含めた詳細な分析が求められるであろう。

また、医療観察法の仕組みからして、満期終了であれば法令上特段の手続きを要さないが、それ以前に終了にしたり、2年間延長したりするならば、書類をそろえて審判を申し立てなければならない。このため、満期直前の時点になっての終了は少なくなると予想され

るし、逆に延長にする場合はいずれにせよやってくる処遇終了後の外来通院の継続を踏まえて、対象者との信頼関係の醸成との兼ね合いが問題になるであろう。

#### 6. 終了後の関係機関の連携

社会復帰調整官からの報告をみると、処遇終了に向けての関係機関の連携や一般精神科医療への移行については、それぞれの地域で様々な工夫がされていた。まず、後期通院医療の期間を長くとり、その中で処遇終了に向けての準備が整えられていた。多くの場合、保護観察所が抜けるかわりに地域の保健所等関係機関の役割分担を明確にしたり、地域生活支援センターなど新たな関係機関を加えたりして、医療観察法のケア会議に近い形の協力連携体制を作るよう努力されていた。その際、通院処遇で使用していた処遇実施計画書やクライシスプランが活用されていた。指定通院医療機関が継続して対象者の医療を担当する場合は、従来と同様の訪問看護やデイケアなどを継続することが普通で、医療機関が替る場合もできるだけ従来に近い形の医療サービスを提供する努力がされていた。

このように処遇終了から一般精神科医療への移行については、多くの場合、対象者の状態に合わせて通院処遇で行われていた体制に近い形で処遇体制が継続するようされ、その際には通院処遇におけるCPAの考え方がある程度引き継がれているようだった。しかし、元より即座に十全な体制ができるわけではないので、終了後の地域ケアのコーディネーターをどこが引き受けるか、地域関係機関も職員の間が異動がしばしば起こるので円滑な引き継ぎができるか、など幾つかの課題がある。

#### 7. 今後の制度設計

現時点では医療機関を始め、担当職員の積極的な対応と十分な協議によって比較的円滑に取り組まれているように思われる。今後、多くの対象者が処遇終了に至り、一般精神科

医療に移行した後でどのような経過をたどるか、引き続き調査と検討を要するところである。

仮に医療観察法の入院処遇、通院処遇が以前の制度よりも内容的に充実したとしても、処遇終了後の人生の方が対象者になった患者の多くにとって遥かに長い。とりわけ、従来の措置入院制度のみでは不十分であるとして医療観察法が成立したこと、一般精神保健・医療・福祉の充実との関係が「クルマの両輪」に例えられた経緯を思い起さなければならない。

医療観察法における人員配置の手厚い入院病棟は残念ながら一般精神科医療に普及したとは言えないが、通院医療における多職種チーム、ケア会議の枠組みは、少なくとも外来治療に熱心な医療機関においては日常的なものになりつつあるのではないか。こうした、地域処遇における以前よりは手厚いケアを1つのモデルとして、精神障害者の地域生活支援全般を再検討し、充実させることこそ求められているのではないか。その中で、処遇終了後の対象者のケアも当然に準備されるであろう。

## E. 結 論

### 1. 通院処遇の全国的な実施状況 (2006～2008年度)

3ヵ年度にわたって全国の社会復帰調整官の協力の下、全ての80～90%程度に相当する通院係属者(314人、この項は2008年度の数値)並びに処遇終了者(54人)のデータを集計した。2005年度の先行研究を受けて医療観察法施行後3年間の通院処遇の実態を分析し、概観した。

医療観察法施行から3年以上が経過して移行通院が着実に増加したため、直接通院と移行通院の割合がほぼ半々となった(51%対49%)と。そのことを反映して、この3年間に男性が増加し(70%)、年齢では30代をピークとする一峰性がより鮮明化し、対象行為別には殺人・殺人未遂の増加(27%)、精神科主病名では統合失調症圏がさらに増加(72%)、などの推移が見られた。

通院医療サービスの利用状況は、「外来・デイケア・訪問すべて利用」(44%)、「外来・訪問利用」(28%)、「外来診療のみ利用」(13%)、「外来・デイケア利用」(10%)という順で、訪問看護に比較してデイケアの利用は限られていた。全体の経過は安定46%、概ね安定38%、病状など不安定11%などであった。病状などの不安定な対象者がこの3年間常に1割強を保ち、そのうちの半数以上(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、通院処遇が行なわれていた。ケア会議の開催状況は2～3ヵ月に1回が68%で最も多く、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による少なくとも月1回開催される会議という二重構造による通院処遇の反映である。障害福祉サービス等の利用状況は、利用ありが3年間で着実に増加して48%になった。地域関係機関の協力連携体制は積極

的61%、ある程度積極的35%であり、良好な状況であった。

この3年間常に、通院開始時には直接通院で4割強(43%)、移行通院で1割強(12%)の精神保健福祉法による入院が行なわれていた。通院処遇の全期間で見ると、現在入院中10%、過去に入院経験あり31%、入院経験なしが59%であり、41%が通院処遇中に精神保健福祉法の入院を経験していた。通算で1年以上精神保健福祉法の入院を経験している通院対象者は、直接通院12人、移行通院3人の合計15人(4.9%)であった。長期在院の対象者では、特定の1回の入院が1年以上の長期になっている場合が多く、理由としては病状不安定や未改善46%、住居なし31%などであった。精神保健福祉法による入院期間は最小限にとどめるべきであり、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。

### 2. 通院処遇対象者の社会資源の利用に関する課題 (2006年度)

通院処遇において今後ニーズの増大が予想される障害福祉サービスの状況について、障害者自立支援法施行直後でもある2006年度に検討した。依然として福祉サービスの供給量が乏しいことに加えて、自立支援法の施行に伴って費用の利用者負担が発生すること、他の利用者との共存の際に予想される困難な点など、着手されていない課題が多いことが判明した。

### 3. 地域処遇における病状悪化時の緊急対応 (2006年度)

病状の悪化等による緊急時への対応については、調査時点では保護観察所によって対応が分れている部分も見られた。従来から指摘されてきた精神科救急医療の地域格差が、改めて浮き彫りになった。関係機関の連携体制を構築する観点からは、保護観察所と医療機

関のみならず、精神保健福祉センター、保健所、市町村の関係者からも意見を聴取し、さらに研究を積み重ねる必要があると考えられた。

#### 4. 地域処遇にかかる行政関係機関の役割と連携体制（2007年度）

医療観察法にかかる法的整備は各種「ガイドライン」の策定などによって順次進展したものの、法の運用としては指定医療機関の整備状況や家族や地域との関係その他、各種要因により自治体によって差異が認められた。社会復帰調整官の努力によって補われていたが、行政機関側の組織としての対応が望まれた。都道府県等担当主管課、精神保健福祉センター、保健所、市町村それぞれの実際の役割は固定的なものではなく、当面は主管課やセンターが先導的な役割を担う必要があるが、処遇終了者の増加に伴い、保健所や市町村の業務担当者が主体となった活動が増大することが予想された。

#### 5. 医療観察対象者の家族支援（2007年度）

通院処遇対象者の家族が置かれている実態を、インタビュー調査によって明らかにした。事件が家族にもたらす衝撃は大きく、家族に対する疾病教育と心理的サポート、家族全体を視野に入れた家族介入の重要性が示唆された。処遇開始によってそれまでにうっ積していたものが明るみに出されることが、家族の語りを通して明らかになった。視界が開けて見えてきたのは将来への希望の光だけではなく、それまでの問題状況や苦難もあり、過去への視界も開けることが分った。家族の認識は過去から未来へと単線的に動くのではなく、過去志向と未来志向を何度も往復しながら変化していくと理解できる。この背景にあるのは、家族や精神障害や犯罪といったことに対する価値観であると解釈できよう。

#### 6. 通院処遇中の対象者の住居（2008年度）

実態調査では対象者の住居については同居56%、単身民間賃貸住宅19%、社会復帰施設

17%、単身自家・社宅3%などの順であり、移行通院は直接通院に比べて同居、単身自家・社宅の割合が若干少なく、その分社会復帰施設の割合が多かった。

単身民間賃貸住宅に居住する理由としては、対象者の強い希望32%、自宅がない26%、家族の受け入れ拒否20%、社会復帰施設入居不可9%、であった。連帯保証人については必要71%、不要22%であり、連帯保証人として両親38%、兄弟姉妹27%が多いほか、少数だが保証人協会、知人、支援団体、弁護士などもあった。民間アパートは保証人をどうするか、物件探しをどこが行なうかなどの問題があるが、選択の幅が広いとため、様々な工夫をして支援していた。

利用されている居住系社会復帰施設の種類としては、援護寮44%、福祉ホーム17%、グループホーム14%、生活保護者入所施設8%、少数だが知的障害者入所施設、ケアホームなどだった。施設側の心理的なハードルの高さのほか、報酬が見合っていない、入居までに一定期間を要するにもかかわらず空室確保料がない、なども問題になっている。「社会的入院」に類似した状況も散見され、今後は入院病棟の構造や居住系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。

#### 7. 通院処遇中の対象者の身体合併症（2008年度）

実態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が、その内訳は、外来治療のみ15%、要入院3%、要入院・手術1%だった。身体合併症の種類は、多い順に糖尿病27%、気管支喘息10%、運動器疾患7%など様々で、生命危険性があるのは5%（3人）のみだった。入院先は一般病院一般科54%（7人）、大学病院一般科23%（3人）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、家族以外の付添が要請されたのは1人のみ

だった。中心に対応したのは指定通院医療機関 53%、本人・家族のみ 23% であり、社会復帰調整官 (9%) や行政機関 (6%) は少なかった。身体合併症への対応については「円滑」、「ほぼ円滑」が 84% を占めていた。一般の精神障害者の身体合併症受け入れ病院の確保など日常の体制整備が重要と思われ、「有床総合病院精神科」が存在している地域では医療観察法への理解を求めておくことも必要であろう。

#### 8. 処遇終了と関係機関の連携 (2007・2008 年度)

予備的検討として、事例検討を通じて課題を挙げた。医療的には①疾病の認識、②服薬継続の必要性の認識、さらに移行通院例では③他害行為の認識、を獲得しているかという問題があり、地域処遇の観点からは①法令遵守しているか、②継続的医療ができるか、③助けを求められるか活用できるか、の 3 つが考えられる。後期通院医療の段階になれば、一般精神保健福祉と同等のケア体制を一定期間 (例えば 1 年間) おくなどの準備が必要になる。

実態調査では処遇終了となった 54 人は男性 59%、女性 41% だった。年齢では 30 代をピークとした分布で、50 代が比較的多いのは通院対象者全体の分布に近かった。対象行為別には傷害 40%、放火 31%、殺人・殺人未遂 21%、強制わいせつ 6% などで、殺人と放火が若干少なく、代りに傷害が多かった。主病名では統合失調症がかなり少なく、知的障害、器質性精神障害、人格行動障害が多かった。処遇終了までの平均通院期間は 19.4 ヶ月でかなり短かったが、調査時点は医療観察法の施行から 3 年 4 ヶ月余りであり、満期 (3 年間) での終了は 5 人のみだった。処遇終了の理由として目的達成 68% のほか、死亡終了 (17%) と対象外認定 (11%) があった。処遇終了後は指定通院医療機関への通院 73%、以前の医療機関への通院 7%、その他の医療機関への通

院 18%、通院自体終了 2% (1 人) となっていた。一般精神科医療への移行は 41 人 (91%) の場合、円滑であった。終了後の地域ケアのコーディネーターをどこが引き受けるか、地域関係機関も職員の異動後に円滑な引き継ぎができるか、など幾つかの課題がある。

このほか、最終年度にあたる 2008 年度は本分担研究の集大成として小冊子「通院処遇ハンドブック」を作成し、初めて通院対象者を受け入れる施設の関係者などの参考に供することにした。

## F. 健康危険情報

特になし

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

岩成秀夫：指定通院医療機関の現状と課題，精神保健研究 53：33-40, 2007.

岩成秀夫：医療観察法と地域処遇，月刊精神科 10：205-210, 2007.

岩成秀夫 (2008) . 公的病院からみた通院医療，司法精神医学 3：113-120.

川副泰成 (2008) . 医療観察法：地域処遇，『精神保健福祉白書 2009 年版』，精神保健福祉白書編集委員会 (編)，pp25. 中央法規出版，東京.

### 2. 学会発表

川副泰成，岩成秀夫：通院処遇の現状と問題点，第 45 回全国自治体病院協議会精神科特別部会総会・研修会，2007.

## H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

報告を終えるに当たり、煩雑なアンケート調査を始め、当分担研究の進行に多大な御協力を頂いた全国の社会復帰調整官の皆様様に改め



て御礼を申し上げます。また、聞き取り調査に御協力下さった各自治体の医療観察法主管課、精神保健福祉センター、保健所、区保健セ

ンター、福祉事務所の担当者の皆様、インタビュー調査に御協力下さった御家族の皆様に深く感謝する。

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）

医療観察法による医療提供のあり方に関する研究

（研究代表者：中島 豊爾）

分担研究

## 精神科診療所における医療観察法通院処遇に関する研究

平成 18 年度～20 年度

総合研究報告書

平成 21（2009）年 3 月

分担研究者 宮崎 隆吉

宮崎クリニック

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）  
平成18年度～平成20年度 総合研究報告書  
精神科診療所における医療観察法通院処遇に関する研究  
分担研究者：宮崎 隆吉 宮崎クリニック

研究協力者：

森口 秀樹（八戸ノ里クリニック）	吉川 郁子（社会福祉法人 萌）
田野島 隆（たのしま心療内科クリニック）	木村 三也（神戸市兵庫区保健福祉部PSW）
片岡 昌哉（柳町診療所）	矢間 園子（兵庫県立光風病院PSW）
岩尾俊一郎（兵庫県立光風病院）	大久保圭策（大久保クリニック）
中本 明子（特定非営利活動法人ソーシャルハウ スさかい・サポートセンターむへぶ）	林 偉明（千葉県精神科医療センター）
	鈴 道幸（尼崎保健所 健康増進課）

#### 研究要旨

精神科診療所は近年急速に増加し地域精神医療において重要な役割を担っている。われわれは平成18年度～20年度の研究において、この精神科診療所が、医療観察法地域処遇対象者に対してどのような援助ができるかを明らかにしようと努めた。

一般の病院・地域精神医療・福祉に従事する医師やPSWから地域精神医療の現状を把握すると同時に、社会復帰調整官、指定通院医療機関、医療観察法に関係する福祉施設、付添人から医療観察法制度地域処遇の運営実態について聴取し、指定通院医療機関としての役割を担っている精神科診療所について実地調査を行った。更に一般の精神科診療所、デイケア併設精神科診療所、社会復帰調整官、付添人、指定通院医療機関へのアンケート調査を施行してその活動実態と意見をまとめた。

以上から、医療観察法制度の地域処遇がその基盤としている精神保健福祉法に基づく地域精神医療福祉の不備（医療観察法対象者にとっては、医療観察法の前にも終了後にも地域にコーディネーターも社会資源もない）が明らかになり、一般の精神科診療所にとっては、むしろこうした地域精神保健福祉法下の地域精神医療の充実に努めることこそが重要であり、医療観察法対象者への援助はこの延長で行っていくべきであろうと考えた。この考えのもとに医療観察法の枠外で精神科診療所が果たすべき役割等について、いくつかの提言を行った。

#### A. 研究目的

医療観察の地域処遇対象者に対して、一般の精神科診療所にどのような援助が可能であるかを明らかにする。更に援助が可能とすればその具体的なあり方を検討する。

#### B. 研究方法

われわれは、上記目的のために、平成18年度から平成20年度にかけて、医療観察法地域処遇に関係する種々の機関従事者から実践報告を聞き、精神科診療所、社会復帰調整官、付添人、指定通院医療機関にアンケート調査を行ってきた。

ここではこれらの結果をまとめて、地域医療に関わる精神科診療所の視点から医療観察法地域処遇について考察し、問題点の指摘といくつかの提言を行う。

#### (倫理面への配慮)

各種アンケート調査は、無記名で行い回答者個人の特定が出来ないようにするなどの配慮をおこなった。診療所への聞き取り調査では、特定の対象者に関する情報の提供は受けないようにするなど倫理面への配慮をおこなった。講演会はクローズドでおこない、提示された事例が研究会外部に漏れないように配慮した。また講演内容についても考察で触れるだけにして報告書に掲載することは控えた。

### C. 研究結果

過去3年間の研究結果はそれぞれ以下のようにまとめられる。

#### (平成18年度)

精神科診療所の現状を分析して、精神科診療所の地域格差、その活動の多様性、非自発的医療の困難性について述べた。同時に、精神科診療所が医療観察法対象者に関わる可能性を探って、日本精神神経科診療所協会に所属する一部精神科診療所へアンケート調査を行った。精神科診療所の多様性を反映して医療観察法に関する意見は様々であり、地域処遇対象者との関わりに積極的な診療所も消極的な診療所もあった。積極的に関われない理由としては、精神科診療所のマンパワー不足から難しいとする意見、そもそも非自発的医療は精神科診療所になじまないとの意見があった。デイケア併設の精神科診療所が医療内容に対する法的規制をはずしてデイケアのみを提供する可能性、一般の精神科診療所が地域処遇終了後に医療提供を行う必要性に触れて、今後の課題とした。

#### (平成19年度)

数人の社会復帰調整官から実情を聴取するとともに、全国の社会復帰調整官に対してアンケート調査を行い、多くの社会復帰調整官が、その業務を遂行していく上で精神科診療所の協力がある、と考えていることを明らかにした。そして実際に指定通院医療機関としての役割を担っている精神科診療所を調査して、精神科診療所が指定通院医療機関となる条件として、入院対応などの後方支援体制の整備、治療プログラムの提供、他の医療保健福祉機関との日常的な連携の必要性を挙げた。

またこの研究過程で、社会復帰調整官の、地域精神保健福祉のコーディネーターとしての機能に注目し、こうした機能こそが一般の地域精神科医療で求められていると考えた。

#### (平成20年度)

デイケア併設の精神科診療所にアンケート調査を行い、精神科診療所の中でも比較的マンパワーが確保されているデイケア併設精神科診療所が医療観察法制度に参画する可能性を探った。専門分野であること、対象者の状態が対応可能であること、入院先の確保などのサポート体制の保証といった条件を満たせば、指定通院医療機関としての役割を担っても良いとする診療所がある一方、多くの精神科診療所は一般の地域精神医療・福祉が不十分な現状において、医療観察法対象者に関わることに消極的であることを示し、これには医療観察法に対するスティグマが関係しているだろうことを指摘した。

付添人へのアンケート調査等を通じて、医療観察法の対象となった事例において精神科医療及び社会的援助が不十分であった可能性を示し、医療観察法の対象者の社会復帰のためには、地域における一般の精神医療・福祉の充実がなにより重要であることを指摘した。

指定通院医療機関へのアンケートを行い、地域処遇から一般医療へのスムーズな移行の

ためには、地域処遇の終了基準を明確にする  
とともに、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や地域の福祉施  
設との連携をはかることが重要であることを  
述べた。また、ケースやその家族の相談にの  
る医療・福祉のコーディネーターの存在の必  
要性について言及した。

## D. 考察

われわれは平成18年度から平成20年度の研  
究において、一般の精神科診療所が医療観察  
法制度に関わる可能性について探ってきた。  
こうした一連の研究から明らかになってきた  
ことを頼りに、今一度精神科診療所と医療観  
察法制度の関わりについて考察する。

### 1) 精神科診療所の医療観察制度への参画に ついて

平成18年度の研究において、精神科診療所  
が指定通院医療機関としての役割を果たすこ  
とは困難であり、「医療内容についての法的な  
規制（医療観察法第82条、医療観察法第111条）  
を外し、精神科診療所が日常的に行っている  
デイケア等の医療を提供するというのが現実  
的である」と述べた。

精神科診療所をその活動から大雑把に分類  
すれば、①もっぱら個人の治療に重点を置い  
た診療所②個人治療を中心にしながら精神保  
健・福祉施設との連携で地域ケアを行っている  
診療所③デイケアを併設した診療所④特定  
の精神科病院のサテライトとして機能してい  
る診療所、に分けることができよう。この中で、  
デイケア併設の精神科診療所は比較的規模が  
大きくマンパワーもある。デイケアは入院の  
抑止につながる事が報告されており、その  
プログラムによっては、依存症に対するモチ  
ベーション・インタビューのように触法精  
神障害者に適用できるものもある（「心神喪失  
者等医療観察法にとってのデイケアの役割」

稲垣氏の報告）。通院処遇ガイドラインでは、  
デイケアには毎週数回通うことになり、対象  
者の住所地に近い精神科診療所のデイケアを  
利用できることは、対象者にとって大きな利  
益となる。デイケアは通常の診療と切り離し  
て患者を受け入れることができ、デイケア併  
設の精神科診療所が自ら基幹型指定通院医療  
機関となるのではなく、基幹型指定通院医療  
機関と連携してデイケアのみを提供する補完  
型の指定通院医療機関としての役割を担うと  
いう方法もあり、入院施設を持たない診療所  
にとっては、この方がより引き受けやすいと  
考えられる。平成20年度の研究においては、  
デイケアを併設する精神科診療所の医療観察  
法地域処遇対象者へのデイケア提供の可能性に  
ついて探ったわけであったが、多くの施設は  
たとえ補完型であっても指定通院医療機関に  
なることには消極的であり、デイケアだけの提  
供についても医療観察法の枠内で行うのはや  
はり難しいと結論せざるを得なかった。

しかしながら精神科診療所が決して触法精  
神障害者に無縁なわけではない。薬物依存を  
扱っている診療所では犯罪歴のある患者はま  
れでないし、一般の精神科診療所においても、  
不眠、不穏のために、勾留中の者の診察を依  
頼されたり、通院している患者が犯罪行為で  
警察に拘留され、処方を求められることもある。  
それではなぜ精神科診療所は医療観察法  
制度に関わることに消極的になるのかを考え  
ておく必要がある。平成18年度に精神科診  
療所の現状で触れたように、「精神科」に対す  
る偏見はいまだに根強い。診療所はもとより  
すべての精神科関連施設が、「精神科」を隠し  
ながら実践を重ねる中で地域に溶け込んでい  
る。ましてや触法精神障害者である医療観察  
法対象者に一般の人が持っている偏見、ステ  
イグマに対抗して地域医療を実践していくた  
めには相当の力量が必要になる。精神科診療  
所には精神保健福祉法に基づく強制治療（措

入院、医療保護入院)の権限がないが、逆にこのことが一般の人にとって精神科医療を利用しやすいものにしており、精神科診療所が地域からの排斥を受けずに街の診療所としてやっていけている理由なのであろう。

## 2) 指定通院医療機関との協力による医療提供について

指定通院医療機関の偏在から対象者が通院するのに、大きな時間的経済的負担が強いられている。地域処遇の現状を把握する社会復帰調整官の中には、こうした負担を軽減させるために精神科診療所に協力を求める声が強い(平成19年度研究)。精神科診療所が指定通院医療機関との協力で対象者の負担を軽減するために二つの方法が考えられる。

まずは、指定通院医療機関への通院回数を減らし、減らした通院を居住地に近い精神科診療所に通うことで代用できないか。例えば、サテライト診療所において指定通院医療機関に所属する主治医が定期的に診療にあたるのであれば大きな問題はないであろうし、更に広げて、指定通院医療機関との間で十分な連携ができていない診療所であれば、その診療所への通院を通院処遇の一部とするといった考え方もできようか。ただしこれらは指定通院医療機関(基幹病院)の裁量で、一般の医療機関への通院を補完的に利用することであり、その法的な位置づけ、責任の所在、診療報酬上の裏付けが必要になる。補完型の指定通院医療機関である訪問看護ステーションが通院処遇対象者の訪問看護を行った場合診療報酬上いかなるメリットもないのは大きな問題であり、早急に改善すべきであろう。

第二案として通院処遇と通院処遇によらない医療との併用を認めるということが考えられる。指定通院医療機関にガイドラインに沿って決められた通りに通院している対象者が、指定通院医療機関以外の精神科診療所にもか

かること(通院処遇外の医療になる)については特に法的には問題ないと思われるが、この場合保険診療となり患者負担が生じるため自立支援医療が利用できるようにしなければならない。もちろん日常の医療活動において指定通院医療機関との連携がなされていることが前提になるが、一般の医療機関で対象者を併診することが可能になれば通院処遇から一般医療への移行もよりスムーズに行うことができる。

外来医療は、本人の意思に基づき本人が主体的に取り組むように導くことでその効果を上げることができる。地域処遇においても、強制的な医療を最小限にして、対象者の自由意志を尊重した形での医療及び社会的支援を提供できるように工夫すべきであろう。

## 3) 地域処遇と一般精神科外来医療の充実の必要性

精神障害者が対象行為に至る過程において、地域医療福祉の不備が少なからず影響している(付添人へのアンケート)。医療中断の防止、患者家族の支援、アウトリーチといったことが重要な課題であると考えられる(平成20年度研究)。特に外来治療において治療中断ケースをいかに防ぐかということが大きな問題である。本人が必ずしも治療を希望せず、時に治療に拒否的であるのが一般の医療と異なる点であり、こうしたケースを外来で支えていくには治療者に多大なエネルギーが必要になる。通院状況のチェック、本人への電話連絡、往診、訪問看護、持続性抗精神病薬の利用、家族・保護者との相談、本人が利用している作業所等との情報交換、連携、行政の精神保健担当者との連携等々、最終的には入院に結び付けることが必要なケースもあろう。当然マンパワーも必要になってくるが、デイケアのない精神科診療所でPSW等の常勤スタッフがいないところは少ない(平成18年度研究)。残

念ながら、現在精神科診療所の多くで中断防止の方策が十分にとられているとは言い難い。マンパワーを持たない精神科診療所が治療に消極的なケースに関わっていくためには、地域にこうしたケースを援助するソーシャルワーカーがいて、そこと連携していくことが必要になる。こうした治療が必要であるにも関わらず治療に消極的なケースへの支援なしソーシャルワークは行政に属するPSWが率先しなければならないものと思われる。実際、精神保健福祉法第47条は「都道府県、保健所を設置する市又は特別区は、必要に応じて、精神保健福祉相談員その他の職員又は指定した医師をして、精神保健及び精神障害者の福祉に関し、精神障害者及びその家族等からの相談に応じさせ、及びこれらの者を指導させなければならない」また、「必要に応じて、医療を必要とする精神障害者に対し、その精神障害の状態に応じた適切な医療施設を紹介しなければならない」としており、これまで保健所、精神保健福祉センターを中心に地域精神保健活動が行われてきたし、医療観察法においても都道府県知事及び市町村との協力体制の整備、連携挙げられている（「医療観察法108条」）。しかしながら、保健所の統廃合が進む中で（平成21年度には更に統廃合される）、県の保健所が中心となってその地域で精神保健活動ができるのか、保健所を設置しない市に対してその様な業務が行えるか大いに疑問である。

こうした現在の地域医療福祉の不備は、結局地域処遇対象者の社会復帰を困難にすることになる。地域処遇終了後も社会復帰調整官が関わる必要があるとの意見が、付添人のアンケートでもそして指定通院医療機関へのアンケートでも多くあった（平成20年度研究）。こうした意見はこのことを如実に反映しているものと思われる。地域処遇終了後の医療継続を考えると、社会復帰調整官が有する対

象者個々の地域での医療や支援のコーディネーター及びケアマネージャーとしての役割を受け継ぐ存在がぜひとも必要である。精神障害者を支援する福祉施設においては、通院処遇対象者に限定せず、障害が重度で地域生活が困難なケースをケアマネジメントしている人数に応じて、補助金をつけ、それによってマンパワーを確保していくような制度を作っていく必要がある。

結局のところ精神科診療所に要請されるのは、精神障害のために地域での生活が困難になっている方々への丁寧な医療的支援である。精神科診療所にとっては、日常臨床の充実を図ることこそが重要であり、地域処遇終了後のケースについても個々の診療所の力量に応じて日常臨床の延長として受け入れることになるのであろう。

#### 4) その他医療観察法制度に関係した精神科診療所の役割について

精神科診療所の活動・あり方は、その管理者の関心が精神医療のどのような領域にあるかということによって多様であり、その多様性こそが全体として地域精神医療の様々な分野に貢献している。精神科病院がもっぱら統合失調症を中心としているのに対して精神科診療所は感情障害、神経症の割合が多いが、統合失調症をその他の疾患と同じ条件で治療対象としているという意義は決して少なくないし、統合失調症の治療においても早期治療、再発の防止等一定の成果を上げている。他方、精神科診療所の蛸壺化といった問題も指摘されており、精神科診療所が精神科救急等の公的な責任を果たしていないとの批判もある。十人十色、百人百様の精神科診療所を認めた上での議論が必要になる。

精神科診療所で働く医師が精神科診療所を離れて、精神科医として医療観察法制度に関わることを考えられる。精神科診療所の医師

が精神保健判定医となり、直接医療観察法制度の審判に参加することもできよう。診療所の医師が精神保健審判員の職務を行うことは時間的制約があって現実には難しいと思われるが、さながら入院医療に従事する精神科医だけでなく、地域精神医療の現状を熟知した精神科医が精神保健判定医として登録されていることは、対象者の社会復帰という医療観察法の目標を担保するためにも意味のあることのように思われる。逆に、精神科医個人として医療観察法制度に間接的に関与する方法もある。平成20年度に行った付添人アンケートで指摘したように、精神医療・精神医学に関する付添人の知識は十分とは言えず、対象者の権利擁護のためにも、医療観察法制度に直接関わっていない精神科診療所の医師が付添人に協力していくこと（付添人協力医）が望ましい。こちらの方は実際にいくつかの地域で行われて効果を上げているようである。このように精神科診療所の医師が何らかの形で医療観察法に関わることは、対象者に益するだけでなく、医師としての資質の向上に寄与するというメリットもあるものと思われる。

精神科診療所集団としての関わりの可能性についても触れておきたい。日本精神神経科診療所協会は約1500の精神科診療所が加盟する法人組織であり、組織として医療観察法対象者に支援を行うことも考えられる。ここでは、以下の3点を挙げるにとどめる。

- ①通院処遇対象者・その家族に対する相談窓口ないしは通院処遇対象者を支援する精神科診療所のための相談窓口の設置
- ②外来（地域）精神医療の底上げの努力、例えば精神科診療所集団としての精神科救急への協力
- ③各地区医療観察法運営委員会への参加

## 5) 家族支援と精神科診療所

平成20年度研究の付添人アンケートで指摘したとおり、精神障害者のケアにおいて家族の果たしている役割は重要で、かつその負担は極めて大きい。にも関わらず、現在の地域精神医療において体系だった家族へのサポートはほとんどないに等しい。家族は「保護者」（精神保健福祉法第20条）としての義務を有し、医療機関と協力して精神障害者のケアに当たるべき存在であって、医療機関が行う支援の対象ではない。しかし、「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」おり、家族が患者をサポートする力を失えば、患者の社会生活は困難となり、病状悪化、周囲とのトラブルの発生が防げなくなる。はたして現状では患者家族が患者の対応に困って医療機関に相談に行っても、「患者本人を連れてきてもらわないことには」ということになってしまっている。新設された「精神科継続外来支援・指導料」「保健師等による支援加算」も患者が医療機関を受診しない以上適用できない。「家族に依存しない精神障害者支援」が理想ではあるが、現状では患者ケアに当たっている家族をサポートしていくことが重要であろう。こうした役割を地域に密着した診療を行っている精神科診療所が担うことができれば、家族にとって大きなメリットとなるし、精神病の早期介入といった道も開けよう。相談という名目で、自費で行うという方法もあるかもしれないが、保険が使えないと経済的負担が大きい。診療報酬上で、家族相談、家族支援を規定し、看護師、PSW等が独立でその任に当たれるようにすべきであろう。

以上精神保健福祉法体制における患者家族支援の不備について述べてきたが、これはそのまま医療観察法体制の問題でもであろう。医療観察法においても家族のサポートといった視点は全くない。医療観察法対象者の多くがやがて社会復帰して家族の下に戻っていくこ



とを想定する時、医療観察法通院処遇中そして終了後も引き続き家族の相談・支援が必要なのではあるまいか。診療報酬上あるいはその他の形での経済的裏付けをすることで、一般の地域精神医療において日常的に家族の相談・支援にあたるのが可能になれば、この延長上で精神科診療所が医療観察法の枠外で医療観察法対象者の患者家族の相談・支援ができることになる。

## 6) 医療観察法制度の啓発

今回の研究を通じて、精神科診療所において医療観察法制度に対する関心が乏しいことを感じた。これはそもそもこの法体制が、強制医療になじまない精神科診療所の協力を全く念頭に置いてこなかったことに一因があろう。しかしながら、「本制度の地域処遇の実施体制は、精神保健福祉法に基づく精神保健サービスを基盤として形づけられるもの」(心神喪失者等医療観察法による地域処遇ハンドブック)であり、地域医療を担っている精神科診療所にとっても決して無縁ではない。医療観察法そのものが地域ケアを困難にしている側面がある一方で、社会復帰調整官やケア会議といったような、医療観察法制度によって現在の地域医療・福祉に欠落しているものが見えてきたといったこともあると思われる。

われわれは平成20年度の研究計画において、精神科診療所が医療観察法地域処遇対象者を支援するためのガイドとして、冊子「精神科診療所のためのQ&A」を作成しようと考えたが、精神科診療所にとっては日常の精神科医療の充実こそが課題であり、地域処遇対象者の支援はこの延長でなされるとの見解からこの計画は断念した。精神科診療所はむしろ医療観察法制度から得られた知見を地域精神医療の充実のために生かすといったことをしなければならないのであろう。この制度の運用実態を広く情報開示して、一般の精神医療の

従事者の中で議論を巻き起こしていく必要がある。

## E. 結論

平成18年度から平成20年度の研究から以下のことが結論付けられる。

- 1) 医療観察法対象者の社会復帰のためには地域ケアに係る医療・福祉機関の更なる充実が必須であり、それぞれの従事者が地域処遇対象者を含む困難ケースに関わっていけるための人的、経済的な支援体制が必要である。特に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
- 2) 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っており、またこうした診療所の中には指定通院医療機関を引き受けてもよいところもある。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、対象者が希望すれば精神科診療所からも医療提供ができるような体制づくりが必要である。しかしながら、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医療観察法対象者に関わるには、法的責任、経済的な裏付けと同時に精神科救急等の地域精神医療の不備が解決されなければならない。
- 3) 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る。
- 4) 地域処遇においてはいかに医療中断を防ぐかということが重要であり、中断者へ

の関わりの検討がなされなければならない。このためにも一般の地域精神科医療において、治療継続が必要な患者への中断防止の努力、生活障害が著しい患者のソーシャルワーク、社会資源を提供するための連携が求められる。

5) 判定医あるいは付添人協力医として精神科診療所の医師個人が医療観察法に直接あるいは間接的に関わることも可能であり、また精神科診療所集団としての関わりも今後模索すべきであろう。

6) 医療観察法制度の運用実態について広く一般の精神科医療・福祉従事者に対して情報開示し、医療観察法制度への関心を高めて重症患者の地域ケアについての議論を巻き起こすことが、一般精神科医療の底上げにとっても重要である。

7) 医療観察法制度が、その目的である対象者の社会復帰を促進するものであるかどうか、医療観察法処遇対象者の予後についての詳細な研究が必要である。

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）

医療観察法による医療提供のあり方に関する研究

（研究代表者：中島 豊爾）

分担研究

## 医療観察法に携わる精神保健福祉士の役割に関する研究

平成 18 年度～20 年度

総合研究報告書

平成 21（2009）年 3 月

分担研究者 佐藤三四郎

東京福祉大学

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）  
平成 18 年度～平成 20 年度 総合研究報告書  
医療観察法に携わる精神保健福祉士の役割に関する研究  
分担研究者：佐藤 三四郎 東京福祉大学

研究協力者：

社会復帰調整官グループ

グループ代表：宇津木 朗（さいたま保護観察所）

谷 美祐紀（旭川保護観察所）

堂前 大輔（金沢保護観察所）

菅原 資浩（福島保護観察所）

植松 俊典（京都保護観察所）

武野 興司（新潟保護観察所）

深貝登志子（松江保護観察所）

萩野 哲男（甲府保護観察所）

松尾 一生（高松保護観察所）

栗田 俊之（静岡保護観察所）

鶴 真一郎（鹿児島保護観察所）

精神保健参与員グループ

グループ代表：三澤 孝夫（国立精神・神経センター病院）

町野 朔（上智大学）

金成 透（鈴木慈光病院）

辻 伸行（上智大学）

八木眞佐彦（東京保護観察所）

山本 輝之（名古屋大学）

澤 恭弘（国立精神・神経センター病院）\*

柑本 美和（城西大学）

日暮 恵美（東京武蔵野病院）

東 雪見（成蹊大学）

尾上 孝文（東京都立中部総合精神保健福祉センター）

伊東 秀幸（田園調布学園大学）

石井 利樹（神奈川県立精神医療センター芦香病院）\*

鈴木 孝男（東京都立松沢病院）

オブザーバー（東京地方裁判所 裁判官）

指定入院医療機関グループ

グループ代表：澤 恭弘（国立精神・神経センター病院）

阿部 祐太（花巻病院）

小林 ユミ（小諸高原病院）

土田 滋（花巻病院）

竹内 則子（東尾張病院）

今井 詩子（下総精神医療センター）

齋藤由香里（東尾張病院）

牧野 香織（下総精神医療センター）

山内 明子（岡山病院）

有賀 絵美（久里浜アルコール症センター）

牧野 秀鏡（岡山病院）

澤本 明子（久里浜アルコール症センター）

平川 孝子（肥前精神医療センター）

高平 大悟（さいがた病院）

佐藤 和弘（肥前精神医療センター）

丸山 弥一（さいがた病院）

三澤 孝夫（国立精神・神経センター病院）\*

金田 大（北陸病院）

小濱 勉（琉球病院）

前田かおり（北陸病院）