

田ら)でも述べたように、傷害が軽いという理由で不処遇になっている事例もあることから、同様の理由で、傷害の程度が軽微なものは本法申し立てに至らない可能性も考えられる。また、家族が被害者の場合、警察に被害届を出さずに自傷他害のおそれのある者として保護され、措置入院に回っている可能性もある。医療観察法施行後に措置入院となった患者と不処遇事例とを比較してみるとわかるかもしれない。

診断別にみると、F20 統合失調症の事例については、9 例中 3 例が公判経由の事例、傷害が 5 例と多かったが、被害者が他人であることが多いものの、いずれも傷害の程度が軽かったことが特徴的であった。また、急性一過性精神病性障害の診断が下された 7 事例のうち、2 例が不処遇、5 例は通院であった。急性一過性精神病性障害の場合、一定期間再発の有無などを観察することが望ましいと思われるが、対象行為の態様や症状の改善の程度、対象行為前の生活歴等により、判断が分かれるところであろう。

また、F7 (精神遅滞) の事例は、すべて不処遇になっているわけではなく、通院になっているものも存在した。精神遅滞を有する者が触法行為を行った場合、本法でどのように扱っていくかは議論の余地があるところであり、それは一般臨床場面においても同様であると思われる。

以上のように、精神症状や治療可能性の評価は、各医師の臨床スタイルや経験に依拠するところが大きく、よって各医師によって基準が異なる可能性が高い。そこで、適正な処遇決定のために、本法の処遇判定にかかわる各要件や症状評価の標準 (アンカーポイント) を示すことが有用ではないかと思われる。また、責任能力判断にかんしても、責任能力鑑定に不慣れな鑑定人にとっても理解しやすいような目安が付記されることいが望ましいと思われる。さらに、平田らの報告 1) によれば、鑑定書のばらつき

や、疑義が持たれる鑑定書も存在するという。これに関しては筆者らの調査においても同様の印象を抱いた。鑑定書の均質化は今後の課題である。

さらに、公判経由した事例で、対象行為から長時間が経過しており、既に通院等がなされているのに鑑定入院となったケースが 2 例、不処遇の決定が下されている。このような事例は、申し立て自体に検討の余地があるのかもしれない。

ところで、ある対象者が、審判で不処遇の決定が下され、今まで通院していた病院等に通院することになった場合、その通院先の主治医に審判の経緯が伝えられるのであろうか。おそらく、裁判所等の公的機関から主治医に公式に伝えられることはなく、患者や家族がその旨を主治医に伝えるかどうかにかかってくるが予測される。しかし、不処遇の決定が下された対象者がその後サービスを受ける先の施設や医療機関に対し、申し立てから処遇決定に至るまでの詳細な情報の提示を義務付けることは、個人情報保護や患者の人権擁護の観点から、困難であろう。

また、本法による医療は必要としないと判断されたほとんどの事例は、一般の医療を必要としているのかについては、地域によって差があったり、審判員によって差があったりすることが予測される。さらに、本法による入院もしくは通院決定が下された事例のなかには、不処遇でも差支えなかったかもしれない事例も存在する可能性もある。

今後、これらの処遇決定が妥当であったかどうかについては、不処遇事例を含めた追跡調査が必要であると思われる。不処遇事例の追跡は倫理的にも物理的にもかなり困難を伴うと思わ

れるが、何らかの方法でその転帰を追うことができれば、処遇決定に際し非常に役に立つのではないかと思われる。

E. 結論

本法施行当初段階における不処遇事例の概要を示した。これらの処遇決定が妥当であったかどうかを調べるためには、今後、不処遇事例を含めた追跡調査が必要である。

研究3：他害行為を行った精神障害者の併存疾患の実態と処遇決定との関連

A. 研究目的

本研究では、平成17年7月の医療観察法施行から平成18年5月31日までの約10か月の間に、全国の地方裁判所で終局決定がなされた医療観察法対象者227例のうち、移送・重複各1例、却下/取り下げ9例、データ不足1例の計12例を除外した215例を対象とした。彼らの、他害行為時の精神障害、特に、治療可能性が低いとされる精神遅滞、パーソナリティ障害、物質関連障害について、併存疾患があるかどうかの観点から処遇決定との関連を検討し、対象者の処遇の決定に関与する要因についての知見を得ることを目的とした。

B. 研究方法

分析は、法務省の協力のもと入手した3資料(①社会復帰調整官が作成した生活環境調査報告書、②当初審判における決定書、③医療観察法鑑定書)に基づいて行った。

C. 研究結果

1. 他害行為時の精神障害(主診断)

前述の資料から調査メンバーである精神科医

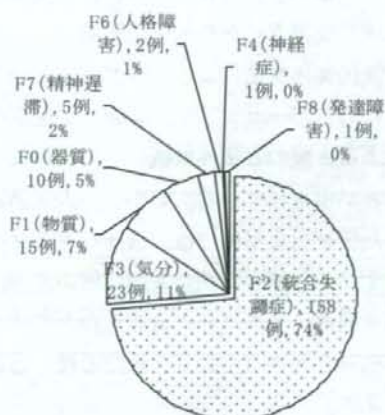


図1 主診断の分類

師複数名が合議の上、ICD-10に基づいて分類したところ、主診断では統合失調症圏が158例(73.5%)と大半を占めた(図1)。

2. 他害行為時の精神障害(併存疾患)

次いで、併存疾患をみていく。重複診断がなされた事例は38例(17.7%)であり、うち4例では3種の精神障害が併存していた(図2)。重複診断事例のうち24例(63.2%)は主診断が統合失調症圏であり、併存疾患の多くは統合失調症圏の障害との併存であることが示された。また副診断では、精神遅滞が16例(42.1%)と最も多く、次いでパーソナリティ障害が14例(36.8%)、物質関連障害が6例(15.8%)であった(表1)。

治療の困難さが指摘されることから、治療必要性の3要素のうち「治療可能性」において問題とされる障害として、パーソナリティ障害、精神遅滞そして物質関連障害があげられる。そこで主診断または副診断でこれらの診断がなされた事例を取り上げ、処遇決定との関連をみていく。

パーソナリティ障害と診断された事例(16例)のうち、不処遇とされた5例の内訳は次のとおりである。パーソナリティ障害単一と診断された2例、急性一過性精神病性障害や

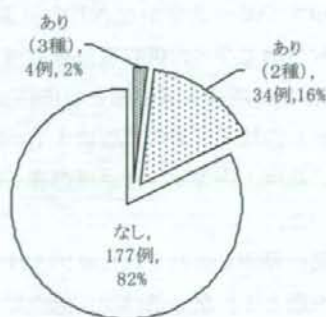


図2 主併存疾患

表1 重複診断（2種類・3種類）の内訳

2種類 n=34		副診断							小計	
		F0	F1	F2	F3	F4	F5	F6		F7
主診断	F0(器質)		1							1
	F1(物質)				1			3	2	6
	F2(統合失調症圏)	2	3			1		5	9	20
	F3(気分)		2			1		2	1	6
	F4(神経症)									0
	F5(生理的)									0
	F6(人格障害)									0
	F7(精神遅滞)									0
	F8(発達障害)								1	1
計		2	6	0	1	2	0	10	13	34

3種類 n=4

主診断	F2	F3/F6	F6/F7	計
		1	3	4

妄想型統合失調症という、併存していた統合失調症圏の障害が治癒・改善されたとする2例、そして重度の有機溶剤依存症との併存であり、治療反応性は極めて低いとされた1例であった(表2)。

表2 パーソナリティ障害事例の処遇決定

	決定内容			計
	入院	通院	不処遇	
パーソナリティ障害単一	0	0	2	2
%	0.0	0.0	100.0	100
併存	8	3	3	14
%	57.1	21.4	21.4	100
計	8	3	5	16
%	50.0	18.8	31.3	100

精神遅滞と診断された事例(21例)のうち、精神遅滞単一と診断された5例およびアルコール依存、自閉性障害との併存各1例の計7例が、社会福祉サービスの利用を図ることが望ましいという理由で不処遇決定がなされた(表3)。入院・通院処遇となった併存疾患をもつ14例のうち、12例は統合失調症圏との併存であった。また、彼らの精神遅滞の程度は大半が軽度であったが、重度・中等度精神遅滞の者も複数名含まれていた。

物質関連障害と診断された事例(21例)のうち、不処遇とされた3例は全て他の障害との併存疾患であった(表4)。不処遇決定の理由は、

表3 精神遅滞事例の処遇決定

	決定内容			計
	入院	通院	不処遇	
精神遅滞単一	0	0	5	5
%	0.0	0.0	100.0	100
併存	9	5	2	16
%	56.3	31.3	12.5	100
計	9	5	7	21
%	42.9	23.8	33.3	100

中等度精神遅滞を伴うため知的障害者施設の利用が望ましいとするもの、パーソナリティ障害を伴うため精神保健福祉法に基づく入院の必要性を指摘するもの、併存したうつ病は軽快したため、家族の支援を受けて自らの意志で通院することで足りるというものであった。

表4 物質関連障害事例の処遇決定

	決定内容			計
	入院	通院	不処遇	
物質関連障害単一	6	3	0	9
%	66.7	33.3	0.0	100
併存	5	4	3	12
%	41.7	33.3	25.0	100
計	11	7	3	21
%	52.4	33.3	14.3	100

D. 考察

パーソナリティ障害において不処遇決定がなされたのは、パーソナリティ障害単一と診断された事例と、併存していた統合失調症圏の障害が改善された事例が主であり、これらは精神保健福祉法による入院が望ましいとされていた。パーソナリティ障害は、医療観察法による医療の必要性は低いとみなされていることが示されている。しかし、入・通院となった併存疾患事例では、様々なタイプのパーソナリティ障害に統合失調症圏の障害、軽度精神遅滞、アルコール依存症など多様な障害が組み合わさっており、治療の難しさがうかがえる。

精神遅滞において、精神遅滞単一であると

診断された事例は、全て不処遇の決定がなされた。これは全事例が中等度あるいは重度の精神遅滞であるために、治療可能性が低いことが理由として挙げられる。一方で、入院・通院処遇となった事例の多くは統合失調症圏の障害を併存しており、彼らの精神遅滞の程度は大半が軽度であったが中には重度・中等度精神遅滞の事例も複数含まれていることから、精神遅滞を踏まえた治療を行う必要があることを示している。

物質関連障害では、パーソナリティ障害や精神遅滞とは異なり、単一として診断された事例は全て入・通院処遇となっている。重度の薬物依存事例が治療反応性は極めて低いとして不処遇となつてはいるが、全般的に物質関連障害は医療観察法による医療の対象として位置づけられていることが示された。

E. 結論

他害行為時の精神障害について、重複診断がなされた事例は 38 例 (17.7%) であり、その多くは統合失調症圏の障害との併存であった。副診断として多く挙げられること、また治療可能性が低いとされることから、精神遅滞、パーソナリティ障害、物質関連障害を取り上げ、併存疾患があるかどうかの観点からこれらの障害と処遇決定との関連を検討した。

その結果、精神遅滞やパーソナリティ障害として単一の診断がなされた事例は、すべて不処遇決定となっていることがわかった。

不処遇事例においては、精神遅滞では、知的障害者福祉施設の利用等を図ることが、また他の障害の事例では、精神保健および精神障害者福祉に関する法律「精神保健福祉法」による任意入院や医療保護入院へとつなげることが望ましいとされていた。しかし、他害行為を行った者を入院あるいは入所させることへの抵抗は大

きいとの声が現場からは聞こえてくる。また、パーソナリティ障害や物質関連障害といった、司法と医療のはざまに落ち込みやすい治療困難な者の受け入れ先の検討も大きな課題であろう。不処遇決定とされた事例が、その後、それぞれの必要に応じた社会的サポートへとつながっているのかを把握する枠組みが必要であろう。

また、入院・通院処遇においては次の点が指摘できるだろう。前述したように精神遅滞やパーソナリティ障害単一の事例は不処遇決定がなされているものの、統合失調症圏の障害を併存した重度・中等度の精神遅滞の事例、統合失調症圏の障害あるいはパーソナリティ障害を併存した、病識が乏しく家族の支援が期待しにくい物質関連障害の事例、そして統合失調症圏の障害と多様な問題行動を抱えたパーソナリティ障害を併存する事例に対して、入・通院の決定がなされている。このような併存疾患を有する事例への治療は、個別性も大きく困難を伴うことが推測される。

F. 研究発表

1. 論文発表

和田久美子ら：医療観察法申し立て対象者 225 例の特性と処遇決定の現状。臨床精神医学 37(4)：415-423, 2008

2. 学会発表

田中奈緒子, 和田久美子, 大澤達哉, 森澤陽子, 中屋淑, 高田裕光, 安藤久美子, 山上皓：医療観察制度における審判の現状及び審判対象者の特性等に関する分析。第 26 回日本社会精神医学会, 横浜 [2007/03/23]

安藤久美子, 小山明日香, 田中奈緒子, 中屋淑, 森澤陽子, 高田裕光, 和田久美子, 大澤達哉, 山上皓：医療観察法制度における処遇決定に関する要因分析。第 44 回日本犯罪

学会総会，東京 [2007/12/01]

和田久美子，田中奈緒子，中屋淑，山上皓：
医療観察法における決定内容と鑑定医との意見
の不一致事例の分析．第 28 回日本社会精神医
学会大会，宇都宮 [2008/2/27]

H. 知的財産の出願・登録状況：なし

他害行為を行った精神障害者に対する通院医療に関する研究

分担研究報告書

分担研究者 岩成秀夫

神奈川県立精神医療センター 芹香病院

他害行為を行った精神障害者に対する通院医療に関する研究

分担研究者 岩成秀夫 神奈川県立精神医療センター所長

研究要旨

平成 20 年度は、基本的な項目に絞った通院処遇の概要調査と、通院処遇中の精神保健福祉法の長期入院、通院対象者の住居、通院処遇中の身体合併症、及び処遇終了と一般精神科医療への移行について調査検討を行った。調査日を平成 20 年 12 月 1 日とし、通院係属者 314 人（約 89%）、処遇終了者 54 人（約 77%）のデータが得られた。

概要調査では、この 3 年間、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% とほぼ半々となり、そのため男性が増加、年齢では 30 代をピークとする一峰性がより鮮明化、対象行為別には殺人の増加、精神科主病名では統合失調症圏がさらに増加するなどの変化が見られた。通院医療サービスの利用状況では、訪問看護 72% に対し、デイケア利用は 54% であり、デイケアの利用は限られていた。全体的経過では、安定・概ね安定が 84% あるものの、病状など不安定が、ここ 3 年間、10%、14%、11% と常に 1 割強を保っていた。ケア会議は、概ね 2～3 ヶ月に 1 回開催されていた。障害福祉サービス等の利用状況は、この 3 年間で利用ありが 24%、33%、48% と着実に増加した。地域関係機関の協力連携体制も、積極的・ある程度積極的が 96% という良好な状態であった。

通院開始時の精神保健福祉法の入院は、直接通院 43%、移行通院 12% であり、この 3 年間、常に通院開始時には直接通院で 4 割強、移行通院で 1 割強の入院が行なわれていた。また通院処遇中の精神保健福祉法の入院は、現在入院中 10%、過去に入院経験あり 31%、あわせて 41% がそれを経験していた。通算 1 年以上の精神保健福祉法の入院経験者は 15 人であり、全体に占める割合は 4.9% であった。なお長期在院の対象者は、特定の 1 回の入院が 1 年以上の長期になっていることが多く、通算 1 年以上の入院の理由としては、病状不安定や未改善が 46%、住居なしが 31% であった。

通院対象者の住居の状況は、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% などの順であった。単身民間賃貸住宅利用の理由は、対象者の強い希望が 32% で最も多かった。連帯保証人を求められる場合は 71% であり、両親や兄弟姉妹が連帯保証人になることが多いが、保証人協会や知人、支援団体、弁護士なども存在した。利用されている社会復帰施設は、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% のほか、知的障害者入所施設、ケアホームなど、対象者の特徴や地域の社会復帰施設の事情などにより様々であった。

通院処遇中に他科受診が必要な身体合併症は、約 2 割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% であった。身体合併症の種類は、糖尿病や気管支喘息が多く、あとは多岐にわたっていた。なお、生命危険性があるのは 3 人のみであっ

た。入院施設は、一般病院や大学病院の一般科がほとんどであり、入院を要するほどの身体合併症の場合、一般科できちんと対応されていることが伺われた。また、入院中の家族以外の付添についても、要請されたのは1人の場合のみであった。身体合併症への主体的対応者は、指定通院医療機関 53%と本人・家族 23%であり、社会復帰調整官や精神保健福祉の行政機関は少なかった。身体合併症への対応の円滑性は、円滑・ほぼ円滑が 84%を占めていた。

処遇終了となった 54 人について、処遇終了までの平均通院期間は 19.4 ヶ月で原則 3 年の通院期間からみるとかなり短いものであった。処遇終了の理由に、通院処遇の目的達成 68%のほか、死亡終了 17%と対象外認定 11%などがあるが、それらを除いても 21.0 ヶ月であった。通院終了後は、指定通院医療機関への通院 73%、元の医療機関 7%、その他の医療機関 18%、通院自体終了 2%であった。一般精神科医療への移行は、91%の場合、円滑な移行であった。一般精神科医療への移行にあたっては、同様のケア体制を維持するよう工夫されていた。

通院医療における臨床心理技術者の役割について検討するため、指定通院医療機関の臨床心理技術者にヒアリング調査を実施した。この結果と昨年度までの調査結果などより、臨床心理技術者の役割を整理した。医療観察法の医療では、心理査定のほかに対象行為に対する内省・洞察の涵養、被害者に対する共感性の育成、アンガーマネジメント、適切な行動が取れるようにするための認知行動療法など、さまざまな司法心理療法が必要になる。そのため指定通院医療機関においても臨床心理技術者の配置を必須として、臨床心理技術者がその専門技能を生かせるよう役割を明確にするとともに、現場で使いやすい形の各種の心理プログラムを開発・導入して、その活用が進むようにする必要がある。

本分担研究では、通院処遇に関する様々なテーマについて検討を重ね、通院事例の検討も行ってきた。最終年度にあたる平成 20 年度はこれらの集大成として、「通院処遇ハンドブック」という小冊子を作成し、はじ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。

研究班員（五十音順）

吉川和男（国立精神・神経センター精神保健研究所）

研究協力者（五十音順）

赤須知明（国保旭中央病院）

浅野 誠（千葉県精神科医療センター）

荒井澄子（東京都南多摩保健所）

安藤久美子（国立精神・神経センター精神保健研究所）

石井利樹（神奈川県立精神医療センター芹香病院）

伊藤順一郎（国立精神・神経センター精神保健研究所）

伊藤久雄（東京都立松沢病院）

岩間久行（神奈川県立精神医療センター芹香病院）

遠藤真美（法務省さいたま保護観察所）

上野容子（東京家政大学）

岡江 晃（京都府立洛南病院）

龍本孝雄（大阪府立精神医療センター）

葛山秀則（兵庫県立光風病院）

香山明美（宮城県立精神医療センター）

川副泰成（国保旭中央病院）

川畑俊貴（京都府立洛南病院）

菊池安希子（国立精神・神経センター精神保健研究所）

桑原 寛 (神奈川県精神保健福祉センター)
小高 晃 (宮城県立精神医療センター)
佐賀 大一郎 (法務省東京保護観察所八王子支部)
佐藤 三四郎 (東京福祉大学)
鶴見 隆彦 (法務省横浜保護観察所)
中嶋 正人 (国立病院機構花巻病院)
原澤 祐子 (神奈川県立精神医療センター 芹香病院)
平林 直次 (国立精神・神経センター病院)
深谷 裕 (国立精神・神経センター精神保健研究所)
三澤 孝夫 (国立精神・神経センター病院)
美濃 由紀子 (国立精神・神経センター精神保健研究所)
茂木 健一 (神奈川県立精神医療センター 芹香病院)
八木 深 (国立病院機構東尾張病院)
安井 弘美 (大阪府立精神医療センター)
山本 哲裕 (国立病院機構東尾張病院)
分島 徹 (東京都立松沢病院)

A. 研究目的

本分担研究では、平成 18、19 年度の 2 年間にわたり通院処遇の実態調査を行ってきた。3 年目にあたる平成 20 年度も、通院処遇の実態調査について、調査項目を絞り概要調査として引き続き実施した。その目的は、基本的な調査項目についての現状と 3 年間の推移を把握し、通院処遇の問題点や対策を検討することにある。また、今まで調査してきたいくつかの課題の内、継続して検討する必要のある課題、あるいは検討し残していた課題について、さらに詳しく調査した。それらの課題は、①通院処遇中の精神保健福祉法の長期入院、②通院対象者の住居、③通院処遇中の身体合併症、及び④処遇終了と一般精神科医療への移行の 4 つである。これら

の課題について調査検討することで、現在の通院処遇の中で浮かび上がってきた問題について現状が把握でき、解決に向けて対応策を探ることが可能となる。

今年度のもう一つのテーマは、通院医療における臨床心理技術者の役割についての調査検討である。昨年度の臨床心理技術者に関するアンケートによる実態調査から、臨床心理技術者の役割が病院管理者等に十分理解されておらず、専門職としての活用が進んでいない実態が明らかになった。そのため今年度は、ヒアリング調査等で現場での通院対象者への関わり方を踏まえながら、専門職としての役割を明確にして、その活用が進むようにすることを目的としている。

平成 18 年度から 3 年間、この分担研究は、厚生労働科学研究「医療観察法による医療提供のあり方に関する研究」(主任研究者 中島豊爾)の分担研究「通院処遇における関係機関の連携体制の構築に関する研究」(分担研究者 川副泰成)と合同で研究会議を持ち、通院医療と地域連携体制について、様々な課題や通院事例について多方面から検討を行ってきた。今年度はそのまとめとして「通院処遇ハンドブック」という小冊子を作成することにした。特にはじめて通院対象者を受け入れる施設の担当者などについて、その参考に供することが目的である。

B. 研究方法

1. 通院医療に関するアンケート調査

調査日を平成 20 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、対象者に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ため、平成 19、20 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に協力要請を行っていただき、社会復

帰調整官に回答してもらう方式とした。社会復帰調整官には、平成 17 年 7 月 15 日の医療観察法施行以来の通院対象者について、調査日時点の状況について記載してもらうという方式である。そのため調査結果は、社会復帰調整官から見た通院処遇の実態という側面が反映されるので、解釈においてはその点への考慮が必要になる。また、前 2 年間の調査日は 1 月 15 日であったが、今回は 12 月 1 日に設定したため 1 カ月半ほど早まっている点にも注意が必要である。

全国の保護観察所（50 ヶ所）とその支部（3 ヶ所）の計 53 ヶ所に、依頼状のほか「医療観察法通院対象者アンケート調査実施手順等について」（資料 1）、「医療観察法通院対象者アンケート調査票 A（平成 20 年度版）」（資料 2）及び「医療観察法通院対象者アンケート調査票 B（平成 20 年度版）」（資料 3）を配布した。アンケート調査票 A、B ともに個別対象者毎に 1 部回答し、返送してもらう方式をとった。集計分析は、調査者である分担研究者の責任において行った。

2. 通院医療における臨床心理技術者の役割

平成 18 年度に「通院医療における心理療法」において入院医療の臨床心理技術者の役割を個人心理療法、心理アセスメント、集団療法、家族へのかかわりの側面から考察した。また 19 年度は、「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」で、「通院処遇対象者あり」と回答した指定通院医療機関 40 施設における臨床心理技術者の現状を調査した。今年度は、これまでの研究結果をふまえ、指定通院医療機関における臨床心理技術者の業務の詳細について把握するために、対象者の存在する首都圏の指定通院医療機関（公的単科精神科病院 2 施設、民間単科精神科病院 2 施設）から 4 人の臨床心理技術者についてヒアリングを実施した。そのヒアリングの結果と過去 2 年間の研究結果をもとにして、通院医療における臨床心理技術者の

役割について提言した。

3. 通院処遇ハンドブックの作成

平成 18 年度から 3 年間にわたり、分担研究班では、通院処遇の現状、あり方、各種の課題、あるいは通院事例の検討を行ってきた。これらの検討結果をもとに、初心者にもわかりやすい「通院処遇ハンドブック」を作成し、関係機関の担当者の参考に供することにした。原稿は項目別に研究協力者で分担し、研究会議での検討を経たのち、最終的には分担研究者の責任で小冊子としてまとめた。

（倫理面への配慮）

事例を報告する場合は、研究班全体の考え方に従い、個人情報保護の観点から匿名化に十分な注意を払った。またアンケート調査に関しても、調査項目から個人情報が特定される可能性のある項目は全て除外した。

C. 研究結果

1. 通院医療に関するアンケート調査

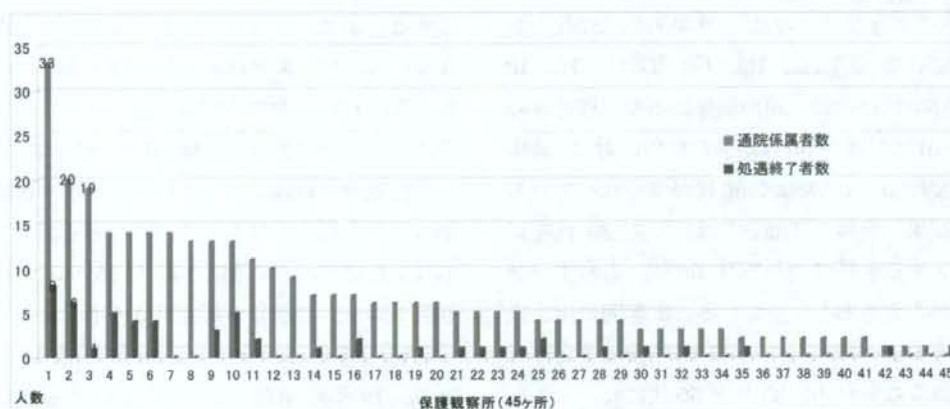
1) アンケート回収状況と集計結果

全国 53 ヶ所の保護観察所（50 ヶ所）及びその支部（3 ヶ所）に調査票 A、B を配布し、通院係属者 314 人分の調査票 A と処遇終了者 54 人分の調査票 B を回収することができた。また、全国 53 ヶ所の保護観察所の内 45 ヶ所（約 85%）から回答が得られた。法務省保護局の集計では平成 20 年 11 月末日の通院係属者数は 352 件であり、精神保健観察最終結件数は 97 件でその内訳は表 1 の通りであった。アンケート調査票の回収率としては、調査票 A の通院係属者については約 89%であった。また、調査票 B の処遇終了者については、アンケート調査の内容から対象者が、表 1 の期間満了 5 人、処遇終了 53 人、死亡 12 人の計 70 人に相当するので、回収率は約 77%と推定された。

表1 精神保健観察最終結件数（平成20年11月末現在）

最終結件数	期間満了	処遇終了	再入院	処遇決定取消	死亡	事件移送
97	5	53	4	2	12	21

図1 保護観察所別 通院係属者数・処遇終了者数



回答の得られた保護観察所別（支部を含む）の通院係属者数と処遇終了者数を図1に示す。前2年間と同様、多くの対象者にかかわってきた保護観察所が数カ所ある一方、数名以下に留まるところも少なからずみられ、地域別の格差が大きいことがわかる。概ね管轄地域の人口が反映されているが、人口密集地を抱えるところや地域の各種の事情が関与しているものと思われる。今回の通院アンケート調査の調査票Aの集計結果は、図A1～14・1(6)、図B1～14、図C1～14、D1～9にまとめて示してある。図Aの系列は全体（計314人）の結果であり、当初審判で直接通院処遇になった直接通院群と、入院処遇から退院決定し通院処遇に移行した移行通院群を対比するために、図Bの系列は直接通院群（計159人）、図Cの系列は移行通院群（計153人）の結果としている。なお、2人については直接・移行通院の別が不明であった。また、図Dの系列は過去2年間を合わせた年次推移を示す図である。それぞれの図において合計が314人、159人、153人に満たない場合は、デ

ータに欠落があるためであり、その点を考慮して図を見ていただきたい。

調査票Bの集計結果は、図E1～8に示してある。この系列は、処遇終了になった元通院対象者に関するものである。総数54人であるが、その数に満たない場合は、前記と同様、データに欠落がある場合である。

2) 通院処遇の概要

ここでは1. 性別、2. 年齢、3. 対象行為の種類、4. 精神科主病名、5. 通院処遇の経緯、7. 通院医療サービスの利用状況、8. 通院対象者の全体的経過、10. ケア会議の開催状況、11. 障害福祉サービス等の利用状況、13. 地域関係機関の協力連携体制の項目について述べる。

まず性別についてであるが、調査時点で、直接通院では男性102人（64%）対女性57人（36%）、移行通院では男性118人（77%）対女性35人（23%）であり、全体では男性221人（70%）に対し女性93人（30%）となっていた（図A1、B1、C1、D1）。直接通院の男女の割合は昨年度とほぼ同じであるので、移行通院が増

加することで、男性群の比率が徐々に増加していることがわかる(図D1)。

年齢分布については、移行通院は30代をピークにきれいな一峰性になっているのに対し、直接通院は30代に最大のピークがあるものの50代にももう1つのピークがあり二峰性の形をしている(図A2, B2, C2, D2)。特に40代と50代は両者で逆の関係にあり、移行通院では40代が多く50代が少ないのに対し、直接通院では40代が少なく50代が多くなっている。その結果、全体の年齢分布は、一応30代をピークとする一峰性であるが、50代にもわずかな隆起がみえる形となっている。3年間の年次推移(図D2)でみると、平成18年度はまだ移行通院が少ないため、30代と50代にピークのある二峰性の形を残しているが、平成19、20年度になり移行通院が増加するとともに20代、40代が増加して、現在の年齢分布になってきたことが見て取れる。

対象行為の種類としては、全体で、軽度なものも含めると傷害が97件(32%)と最多を占めており、放火94件(30%)、殺人・殺人未遂84件(27%)の順であった(図A3, B3, C3, D3)。これを直接通院と移行通院とで比較すると、多い順に、直接通院では、放火60件(38%)、傷害43件(27%)、殺人・殺人未遂39件(25%)であり、移行通院では、傷害52件(35%)、殺人・殺人未遂45件(30%)、放火34件(23%)であった。また移行通院は、殺人が22件(15%)と多く、直接通院の12件(8%)に比べ、比率で倍近くあった。移行通院は直接通院に比べ、放火が少ない代わりに、傷害、殺人・殺人未遂等のより重大な他害行為の割合が高いのが特徴といえる。

精神科主病名に関しては、全体として統合失調症圏が233人(72%)と最も多く、次いで気分障害が41人(13%)、知的障害18人(5%)、

精神作用物質性障害が16人(5%)、器質性精神障害が8人(2%)の順であった(図A4, B4, C4, D4)。統合失調症や知的障害が、この3年間で徐々に増加しているのに対し、器質性精神障害や精神作用物質性障害は少しずつ減少傾向にある。また、直接通院と移行通院の最も大きな違いは、統合失調症が移行通院で多いのに比し(直接66%、移行78%)、気分障害は直接通院に多いことである(直接16%、移行9%)。

通院処遇の経緯については、医療観察法施行から3年半近くが経過して、移行通院が着実に増加した結果、直接通院159人(51%)と移行通院153人(43%)の割合がほぼ半々となった(図A5, D5)。移行通院の割合は、平成18年度28%、19年度40%、20年度49%と確実に増加している。医療観察法施行から平成20年11月1日までの当初審判における入院・通院決定数は、入院決定715人(76.1%)通院決定224人(23.9%)となっているので(厚生労働省データ)、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くことが予想される。

通院医療サービスの利用状況については、その3本柱とされる外来診療、デイケア、訪問看護の利用状況を中心に調査した。その結果、全体としては「外来・デイケア・訪問すべて利用」が137人(44%)で最も多く、次いで「外来・訪問利用」87人(28%)、「外来診療のみ利用」41人(13%)、「外来・デイケア利用」30人(10%)という順であった(図A7, B7, C7)。これを直接通院と移行通院に分けて比較しても、若干の数値の違いはあるものの、その傾向は同様であった。外来診療のみの対象者が13%みられたが、その中身を検討すると、病状も様々、精神保健福祉法の入院中の対象者もいるなど、一定の傾向はみられず、いろいろな理由から外来診

療のみとなっているようである。

通院対象者の全体的経過については、全体として安定が 142 人 (46%)、概ね安定が 115 人 (38%)、病状など不安定が 34 人 (11%)、その他が 16 人 (5%) という割合であった (図 A8, B8, C8, D8)。概ね安定以上が 84%と大部分を占めてはいるが、病状など不安定も、ここ 3 年間、10%、14%、11%と常に 1 割強を保っているのは注意を要する点である。また、移行通院では両極である安定 48%と不安定 16%が、直接通院の安定 45%と不安定 6%より増加していた。入院処遇を経て開始される移行通院群は、入院でしっかり回復して通院に至る者と、もともと病状が重いため改善して退院したものの、通院処遇中の様々なストレス等のため病状が不安定になりやすい者がいることも考えられる。

ケア会議の開催状況については、全体として「2~3 ヶ月に 1 回」が 211 人 (68%) と最も多く、続いて「月 1 回以上」が 47 人 (15%)、「4 ヶ月以上に 1 回」36 人 (11%) となっていた (図 A10, B10, C10)。ケア会議で定める処遇実施計画に沿って個別治療計画を作成して、多職種チームで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、「2~3 ヶ月に 1 回」が大部分を占めるのは普通のことと思われる。なお、直接通院も移行通院もこれらの割合がほとんど同じであったことは、通院対象者の病状や複雑さの問題はあっても、トータルすればケア会議の開催状況に変化が生じるほどのものではないことを示している。

障害福祉サービス等の利用状況については、利用している者が 145 人 (48%)、利用していない者が 152 人 (50%) という割合であった (図 A11, B11, C11, D11)。この 3 年間では利用している者は、24%、33%、48%と着実に増加している (図 D11)。これを直接通院と移行通院で比較すると、利用している者と利用してい

ない者の割合が、直接通院で 43%と 53%、移行通院では 53%と 45%となり、移行通院で利用が多いことがわかった。これより、利用が年々増加しているのは、直接通院でも利用増があるのに加え、移行通院ではさらに利用が進んでいることと、移行通院の割合が着実に増大していることに関係があると思われた。

地域関係機関の協力連携体制であるが、今回も「積極的」188 人 (61%)、「ある程度積極的」107 人 (35%) であり、両者あわせて 96%という良好な状態であった。一方、「十分ではなく苦労」7 人 (2.3%)、「連携取れず困る」1 人 (0.3%)、両者あわせて 2.6%という状況であり、僅かではあっても 7 人の対象者については社会復帰調整官が通院処遇に相当の困難を感じていることが伺える。これは直接通院、移行通院を問わず、同様の状況であった。

3) 通院処遇中の精神保健福祉法の入院

ここでは通院処遇中の精神保健福祉法の入院について調査結果をまとめておく (図 A6, B6, C6, D6, 図 A9, B9, C9, D9, 図 A9-1(1)~(7))。

まず通院開始時の精神保健福祉法の入院についてであるが (図 A6~D6)、直接通院で「入院あり」が 69 人 (43%)「入院なし」が 89 人 (56%) であり、移行通院で「入院あり」が 18 人 (12%)「入院なし」が 134 人 (87%) という結果であった。この 3 年間、常に通院開始時には直接通院で 4 割強、移行通院で 1 割強の精神保健福祉法の入院があるが、今回も同様であった。全体としては「入院あり」が 87 人 (28%)、「入院なし」が 224 人 (71%) となっているが、これは直接入院と移行通院をあわせたものであり、移行通院の割合が増加するにしたがい、「入院あり」の割合は、この 3 年間で僅かずつ低下してきている (図 D6)。

通院処遇中の精神保健福祉法の入院につい

ては(図 A9～D9), 現在入院中が 30 人(10%), 過去に入院経験ありが 93 人(31%), 入院経験なしが 179 人(59%)であり, あわせて 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。通院開始経緯別には, 直接通院が順に, 15 人(10%), 63 人(41%), 74 人(49%)であり, 移行通院も順に, 15 人(10%), 29 人(19%), 105 人(71%)であった。直接通院は通院開始時に 4 割強の精神保健福祉法の入院があるので, 過去に入院経験ありが 41%と多くなっているが, 現在入院中は両者とも 10%で同率であった。3 年間の年次推移をみると(図 D9), 精神保健福祉法の入院経験ありが 4 割前後, なしが 6 割前後で推移していることがわかる。

精神保健福祉法の入院のまま長期在院に至ったり, 繰り返し入院したりしている事例が少しずつ増加しているので, 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について調査を行った。直接通院 12 人, 移行通院 3 人, あわせて 15 人がそれに該当し, 通院対象者全体に占める割合は 4.9%であった。図 9-1-(1)に全事例の合計入院期間を示してある。すでに 30 ヶ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状況である。また, 移行通院は入院処遇を経てから通院が開始されるため, 最長でも 14 ヶ月であったが, 今後は少しずつ増えてくる可能性もある。

この 15 人について, 入院回数別にみると(図 9-1-(2)), 1 回 7 人(47%), 2 回 2 人(13%), 3 回 3 人(20%), 4 回 1 人(7%), 5 回以上 2 人(13%)という分布であった。つまり, 7 人は 1 回の入院が 1 年を超えていることになる。また, 連続 1 年以上の入院経験の有無については(図 9-1-(3)), 「あり」が 12 名(80%), 「なし」が 3 名(20%)であり, 現在 1 年以上の入院中の者は 5 人(33%)であった(図 9-1-(4))。連続 1 年以上の入院経験のある 12 名のうち 7

名は 1 回の入院経験者であるので, 残る 5 人は連続 1 年以上の入院を経験した上に, 別の機会にも入院していることになる。連続 1 年以上の入院経験がなく, 通算で 1 年以上になっている者は 3 人しかいないので, 長期在院の対象者は特定の 1 回の入院が 1 年以上の長期になっていることが多いといえる。

また, この 15 人について, 初回入院の入院形態をみると(図 9-1-(5)), 任意入院 7 人(47%), 医療保護入院 6 人(40%), 措置入院 2 人(13%)であった。昨年度の調査では, 通院開始時の精神保健福祉法の入院形態別比率は, 任意入院 83%, 医療保護入院 17%であり, 措置入院はみられなかった。今回の初回入院というのは, 通院開始時だけでなくその途中の入院も含まれるので, そのまま比較できるものではないが, 通算 1 年以上の長期入院の対象者の場合, 医療保護入院や措置入院が多くなることが伺える結果であった。入院した医療機関(複数回答可)については(図 9-1-(6)), 指定通院医療機関 14 人(78%), 鑑定入院医療機関(指定通院医療機関以外) 3 人(17%), その他の医療機関 1 人(5%)という分布であったが, 1 名を除いては当初鑑定入院医療機関またはその他の医療機関に入院し, その後指定通院医療機関に転院したなどの経緯が考えられる。

最後に通算 1 年以上の入院になった理由(複数回答可)についてであるが(図 9-1-(7)), 病状不安定や未改善は 12 人(46%)と半数以下に過ぎず, その他の要因が絡んでいることが多かった。その他の要因としては, 家族が引き取りを拒否するため住居がない場合が 3 人(12%), 単身で住居がない場合が 5 人(19%), その他身体合併所など様々な場合があった。少なくとも住居の問題がある程度解決すれば, 長期在院者の一部は退院できる可能性が考えられた。

4) 通院対象者の住居

(1) 調査集計結果

ここでは通院対象者の住居の状況がどのようになっているかを報告する。調査時点における対象者の住居の状況は(図 A12-C12)、多い順に、同居 180 人 (56%)、単身民間賃貸住宅 60 人 (19%)、社会復帰施設 53 人 (17%)、単身自家・社宅 9 人 (3%)、単身公共賃貸住宅 1 人 (0.3%) であった。移行通院は直接通院に比べ、同居、単身自家・社宅の割合が若干減少し、その分社会復帰施設の割合が増加していた。

同居に次いで多いのが単身民間賃貸住宅と居住系社会復帰施設であるので、この 2 つについて調べた。単身民間賃貸住宅に居住する対象者は、生活保護受給の割合が 33 人 (58%) と半数を超えていた(図 A12-1-(1))。また、それを利用した理由については(図 12-1-(2))、対象者の強い希望が 26 人 (32%)、自宅がないため 21 人 (26%)、家族の受け入れ拒否のため 16 人 (20%)、社会復帰施設入居不可のため 7 人 (9%) という状況であった。対象者の強い希望がわずかの差ではあるものの理由のトップにある点は、自由を望む気持ち強いことを伺わせるものである。連帯保証人については民間アパートを借りる時にネックになりがちな項目であるが、今回は、連帯保証人を必要とされる場合が 39 人 (71%) あるものの、不要の場合も 12 人 (22%) 存在したことは注目された(図 A12-1-(3))。また、連帯保証人の実例としては(図 A12-1-(3-1))、両親 14 人 (38%) と兄弟姉妹 10 人 (27%) が中心とはなるものの、保証人協会 3 人や知人 2 人、支援団体、弁護士なども存在した。

一方、居住系社会復帰施設利用者については、生活保護受給者は 26 人 (42%) と半数以下であり、単身民間賃貸住宅利用者の場合と違いがみられた(図 A12-2-(1))。施設の種類としては

(図 A12-2-(2))、援護寮が 29 人 (44%) と最も多く、次いで福祉ホーム 11 人 (17%)、グループホーム 9 人 (14%)、生活保護者入所施設 5 人 (8%)、知的障害者入所施設 3 人、ケアホーム 3 人などの順であった。対象者の特徴や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に思われた。

(2) 社会復帰調整官からの報告

このような民間賃貸住宅や居住系社会復帰施設を利用するにあたって、現場の社会復帰調整官の報告を載せておく。できるだけ原文を生かしたが、個人情報保護やわかりやすい内容にするため、修正を加えた部分もあることをお断りしておく。

① 民間賃貸住宅利用の場合

<問題点>

- ・精神障害者というだけでアパートを断られること、保証人のなり手がいないこと、アパートを探す協力者や車がなくて探すのに苦労すること、などの問題がある。
- ・兄弟間が遺産相続でもめており、家族協力を得られないため、アパート保証人が見つからず、任意入院が長引いた。
- ・家族及び近親者から協力が得られず、保証人が確保できない場合、保証人の必要のない物件を探すなど時間がかかる。
- ・過去の事件から保証人協会の利用もできなかった。保証人に関する支援制度が必要である。
- ・保証人協会にも何かあった時の連絡先が必要となる。
- ・本件は指定入院・通院医療機関と家族が関わったが、家探しは誰がするのかでもめた。
- ・住居探しに苦労したことと、入院すると経済的にアパートの維持が困難になる問題がある。
- ・アパートの確保までは調整しやすいが、退

院後のフォローという面では問題が生じやすい。デイケアや訪問看護を導入したとしても、対象者の孤独感まではフォローしきれないことが多く、時に自殺という形で終結に至ることもある。

- ・本人が当該支援団体に対して好意的ではなく、支援に対する理解にも乏しかった。
- ・指定通院医療機関に近いアパートのため、病者が多く入居しており、騒音等のトラブルなど心配な要素は多い。
- ・対象者の問題行動で2回民間賃貸住宅を転居。問題行動のため家族の協力も得られなかった。隠れたところでの違法行為や問題行動のため、せっかくのアパートとの関係も悪化。そのためさまざまな対応策を講じる必要があった。

<工夫>

- ・病院との距離が近く、隣室がない静かなアパートの部屋を探した。
- ・初めての単身生活であったが、指定通院医療機関に近く通院しやすい場所にアパートを借り、本人も気に入っている。
- ・本人は一人暮らしで「猫がいないと寂しい」と訴えていた。入院処遇中は、飼い猫をペットホテルに預けキープしていたので、猫同居を家主に同意してもらった。
- ・将来の生活保護受給を想定して、範囲内の家賃の物件を選んだ。本人は物音に敏感さがあるので、木造ではなく、鉄筋のマンションを選んだ。
- ・本対象者の場合、民間住宅利用前に福祉ホーム利用し、当該施設職員が居住先探しに協力してくれた。
- ・アパート入居前に社会復帰施設での生活訓練を約2.5年間行った。試験外泊を繰り返し退寮したのでスムーズにいった。入居後、日当たりや隣人との生活時間の違いも

あり、時折苦情は出る。

- ・実兄名義で契約し、生活が安定した後、実兄の意向で本人名義に変更した。
- ・父が積極的に動き確保した。
- ・地域住民への理解を要した。

<その他>

- ・事件前から居住していたアパート
- ・実父が別目的で借り上げていた賃貸住宅を本人の居住先とした。経済的にきわめて裕福な家庭であり、「民間賃貸住宅を利用する」という点で問題はなかった。
- ・対象者の場合自殺企図の防止が中心であり、自殺予防的なかかわりを行っている。

② 居住系社会復帰施設利用の場合

<問題点>

- ・施設側の負担が大きいが、それに見合う報酬（補助等）がない。
- ・空室を約1か月前から用意してもらった状況であり、（退院申立てから決定までの間など）その空室確保料を手当する制度が必要である。
- ・移行通院の場合は、施設入所時期と指定入院医療機関退院時期のずれ幅が最小期間になるよう工夫するとともに、受入れ施設の待機期間に対する経済的手当が必要と思われる。
- ・施設から指定通院医療機関が遠いため日中活動に制約を受ける。施設側の負担感の軽減についても意識的に関わる必要があった。
- ・施設側が慎重に調整を進めたこと、医療観察法対象者を受け入れても経済的に考慮されないこと、マンパワーがないことなどより、調整に長期（4か月）の時間を要した。
- ・保証人、緊急時の対応、入居費用の確保などが問題。家族に対して、援助限界点を探り、協力してもらえようような調整をするが、

家族の許容範囲はまちまちである。また時間をかけないと調整できないことも多い。

- ・指定入院医療機関から施設へ体験宿泊を行う際の対象者のストレス及び負担が大きい。指定入院医療機関と施設の間で、対象者の診立て及び評価が異なる場合がある。
- ・入院期間中に外泊訓練が十分できない。遠方からの入院の場合、地域の不安が大きい。
- ・施設で問題行動が起きた時、調整官の対応が遅かったり、不備があったりすると、他の施設に情報が行く。今後の仕事に影響を及ぼす恐れがある。
- ・保証人の有無、支払能力、重大な他害行為を行っていること、長期入所の可能性があることなどの問題点から、入所については必ずしも積極的なものばかりではない。
- ・対象者の能力と入居者との差があり、地域としては単身生活が妥当と判断する者もある。医療観察法の再他害行為防止の視点と、精神保健福祉法の視点との違いから、援護寮利用状況の継続について議論がなされている。
- ・入所に際して、精神障害者として捉えるよりも先に、触法精神障害者として捉えられてしまい、入所のための面接すら受け入れてもらえない施設もある。
- ・対象者が、入所者からの様々な情報に振り回され困惑する。
- ・同性の入居者がなく女性1人であったため、ストレスが高くなり再入院の一因になった。
- ・当初、別の指定通院医療機関併設の施設に入所していた。施設退所と同時に指定通院医療機関が変更になり、関係作りも一からやり直しとなった。はじめから居住地周辺での施設入所が可能となるよう、他機関の理解と受入れが進むよう努力が必要である。
- ・指定入院医療機関が遠方であったため、施

設入所に必要な体験利用等の機会の確保が十分できなかった。統合失調症と精神発達遅滞のため、どちらの障害の施設を利用するか混乱し、関係者及び施設関係者の理解を得ることが難しかった。

- ・救護施設の場合、劣悪な環境のところもあるため、事前に本人・家族等の見学が必要と思われる。

<工夫>

- ・任意入院を経て入所適性をMDTで判断した。
- ・施設スタッフと保護観察所との連携を密に行う（1か月ごとの報告書提出を依頼）。利用前に試験外泊を繰り返し行い、他入所者となじみの関係を作れるよう配慮した。
- ・30代になってから知的障害の認定を受けた異例の事例であった。
- ・医療観察法の対象者というだけで構えられてしまう傾向があり、直接本人と会ってもらえる等の工夫が必要と感じている。
- ・精神保健福祉法の入院を4か月行いながら体験入居を何度か実施した。
- ・体験入所制度があれば対象者の不安解消に役立つと思う。
- ・対象者には子供がおり、社会復帰施設入所により親子関係に壁ができてしまう恐れがあった。父に子供の面倒をみてもらいながら週末に外出し子供の面倒をみる時間を作るよう工夫した。それにより治療と自分自身の生活に専念することができている。
- ・クライシスプラン等、関係機関相互の連携体制について十分な理解を求めた。
- ・緊急時の施設側の不安の軽減をどう図るか。指定通院医療機関や精神科救急医療体制がどの程度サポートできるか。治療後の本人の状態像を理解してもらうことが重要。書面による説明等では理解されない。

- ・施設ごとに規則があり、退院後（入所後）にその規則を破って迷惑がかかることは事前に検討（調整）項目に入れておく方がよい。（例：早く退院したいために規則を守ると契約しながら入所後に規則を破る）
- ・精神保健福祉法の入院を経て実家に退院したが、援護寮のショートステイを利用中である。3ヶ月間利用したあとは実家に住む予定である。家族との関係が難しく、グループホーム入所を考えたが、適切な施設がないため、ショートステイを利用しつつ、家族との関係調整を図り、実家への帰住を予定している。
- ・夜間のケア体制や金銭、服薬、緊急時の受診に支援が必要である。
- ・初めての一人暮らしで本人が大変さびしがあったため、職員がよく話を聞いて支えた。他の入居者からの干渉は案外問題を生じなかった。
- ・指定通院医療機関併設施設であったことから入所へのハードルは低かった。
- ・現在入所中である福祉ホームは、指定通院医療機関併設の社会復帰施設であり、入所前は同敷地内の援護寮に居住していたことから、施設体系の変更について、本人は認識がない一方、対人関係には大きな変化も見られず、移行は円滑であった。
- ・現在利用中の障害福祉サービス事業所は、指定通院医療機関併設でないが、日頃の精神保健福祉での連携により、円滑に運用することができた。

＜その他＞

- ・直接地域に出るには指定入院医療機関とのギャップが大きいので、指定入院医療機関の中間施設が必要である。
- ・本人希望で援護寮からグループホームに変わったが、その際症状が悪化した。

5) 通院処遇中の身体合併症

(1) 調査集計結果

通院対象者の年齢分布をみると、30代をピークにしているが20代から80代まで広い範囲にまたがっていて、いわゆる40代以上の中高年も決して少なくない。そのため対象者にもさまざまな身体合併症が出てきてもおかしくない状況である。そこで治療のために一般科を外来受診する程度以上の身体合併症について調査した。

その結果、他科受診が必要な身体合併症は約2割の通院対象者に認められた（図A14）。その内訳は、外来治療のみが46人（15%）で最も多く、次いで要入院が9人（3%）、要入院・手術が3人（1%）である。これを直接通院と移行通院で比較すると、他科受診の必要のない者が、前者で74%であるのに対し、後者では86%に増加していた（図B14, C14）。この理由は定かではないが、移行通院の方が若干年代の若い者が多いこと、入院処遇中に必要な身体治療を行っておいた可能性があることなどが考えられる。

身体合併症の種類については（図A14-1(1)）、多い順に、糖尿病17人（27%）、気管支喘息6人（10%）、運動器疾患4人（7%）と続くが、あとは一並びで3人（5%）に悪性腫瘍、高血圧、C型肝炎、高脂血症、2人（3%）に胃炎・胃潰瘍、不整脈、痔疾が入っている。糖尿病が多いほかは様々な疾患がみられる状況であった。また、その身体合併症に生命危険性があるかについては（図A14-1(2)）、生命危険性があるのは3人（5%）のみであった。身体合併症で入院を要する場合の入院施設は（図A14-1(3)）、一般病院一般科7人（54%）、大学病院一般科3人（23%）がほとんどであった。一般病院や大学病院の精神科は1人もいなかったもので、入院を要するほどの身体合併症の場合、一般科できちんと対応されていることが伺われる。また、

入院中の家族以外の付添についても（図 A14-1-4），要請されたのは 1 人（8%）の場合のみで，その他の場合は，家族の付添のみで十分な状況であった。

通院対象者に身体合併症が発生したとき，誰が主体的に対応したかについては（図 A14-1-5），指定通院医療機関が 34 人（53%）で最も多く，次いで本人・家族のみで対応が 15 人（23%）であり，社会復帰調整官 6 人（9%）や精神保健福祉の行政機関 4 人（6%）は少なかつた。社会復帰調整官が前面に出ると，個人情報保護の問題や，むしろ問題を大きくしてしまう危惧があること，精神保健福祉の行政機関は必ずしも一般医療機関に通じているわけではないことなどが，このような結果に通じているものと思われる。身体合併症の対応は円滑に進んだかについては（図 A14-1-6），円滑 33 人（69%），ほぼ円滑 7 人（15%），両者あわせて 84% を占めていた。一方，若干苦勞 6 人 12%，大いに苦勞 1 人（2%），あわせて 13% であり，総体的には，それほど苦勞しないで合併症への対応もできているが，13% のケースでは苦勞させられていたということである。

（2）社会復帰調整官からの報告

＜問題点＞

- ・合併症対応病院に医療観察の対象者であることを伝えられず，結果として医療情報の収集や共有ができていない。合併症対応病院が担当保健所の管轄外であったため，それまで実施していた訪問ができなくなった。
- ・合併症についての情報収集が円滑でなかった。一般科への介入は社会復帰調整官には難しい。身体症状ということもあり，本人・家族・関係機関への連絡が希薄となる傾向がある。
- ・一般病院一般科に受診しているため，情報

共有が難しい。

- ・服薬治療については本人の理解が得られたものの，食事療法及び運動療法についての指導が継続されていない。
- ・本人の認識が低く，受診拒否が続いている。チームで状況を共有しつつ見守っている。
- ・精神症状（独語，常同行為）があり，診察を待っていることができず，家族が対応に苦勞した。
- ・後遺障害（失調歩行）の改善が得られないまま，確定診断もつかず，地域支援担当機関の不安を募らせた。

＜工夫＞

- ・指定通院医療機関が持つ，日頃のネットワークの活用が有効
- ・指定通院医療機関主治医と総合病院医師との連携ができています。
- ・指定通院医療機関と連携が取りやすい病院を入院病院とした。
- ・医療観察法対象者であることや，治療の内容について，社会復帰調整官及び指定通院医療機関から，一般科の医師に対して説明を行った。
- ・本人の認識が低く受診につなげにくい点あり。同伴受診を行い，チームで情報を共有し見守っている。
- ・服薬管理の不安を軽減する。治療費が通院生活に影響しないか留意する。
- ・ケア会議の場で，水中毒についても体重管理や生活上の指導について説明をしてもらっている。
- ・ケア会議の場でも本人・家族に助言するようになっている。
- ・入院処遇中に急性膵炎で大学病院に 2 週間入院。今回腹痛を訴えた時再発を疑ったが，急性胃炎であり一般病院に救急入院となった。しかし看護師の対応が悪いと急きょ退