

院してしまつた。腹部症状が消失していなかったため、休日ではあつたが本人宅に赴き、かかりつけ医を受診させた。

<その他>

- ・指定通院医療機関の内科受診
- ・本件前から併発しているため、合併症治療はそのまま継続されている。しかし、指定通院医療機関との連携はなく、それぞれが本人にかかわっている印象である。

6) 処遇終了と一般精神科医療への移行

(1) 調査集計結果

平成 20 年 11 月末時点の本アンケート調査が対象としている処遇終了者は 70 人と考えられるが、その内 54 人の記録が回収できているので、それを集計した結果を報告する。

まず性別では、男性 32 人 (59%)、女性 22 人 (41%) であった (図 E-1)。これは医療観察法対象者としては特別の偏りのあるものではない。年齢分布は、30 代 16 人をピークとした一峰性のカーブを描いているが、50 代が比較的多いのは通院対象者全体の年齢分布に近い特徴を有している (図 E-2)。対象行為別の内訳は、軽度も含めた傷害が 22 人 (40%) と最も多く、次いで放火 17 人 (31%)、殺人・殺人未遂 11 人 (21%)、強制わいせつ 3 人 (6%)、強盗 1 人 (2%) という順であった (図 E-3)。通院対象者全体の場合と比べ、殺人と放火が若干少なく、かわりに傷害が増加していた。主病名については (図 E-4)、統合失調症が 32 人 (56%) と最も多く、続いて気分障害 10 人 (18%)、知的障害 5 人 (9%)、器質性精神障害 4 人 (7%)、精神作用物質性障害と人格行動障害が 3 人 (5%) という順であった。この割合は、通院対象者全体に比べても、統合失調症がかなり少なく、気分障害もわずかに少ない代わりに、知的障害、器質性精神障害、人格行動障害の増加が目立っていた。この数字の解釈は難しいところ

だが、満期以前に終了しているケースが多いことを考慮すると、医療観察法の主要対象ではない疾患が早めに終了されている可能性も考えられた。

図 E-5 は、データ漏れの 1 人を除く 53 人の処遇終了者を終了までの通院期間の順に並べたものである。36 か月の満期終了は 5 人のみであり、処遇終了までの平均通院期間は 19.4 ヶ月と原則 3 年の通院期間から見るとかなり短いものであった。処遇終了の理由の内訳をみると (図 E-6)、目的達成が 37 人 (68%)、死亡終了が 9 人 (17%)、対象外認定が 6 人 (11%) であるので、死亡終了と対象外認定による終了は、3 年よりも早い段階で終了になるわけである。現に図 E-5 で分かるように通院初期の 8 ヶ月までに 4 人が死亡終了となっている。このことが終了までの平均通院期間を短くしていることに関係していると思われる。また、対象外認定による終了が 6 人あることも、終了者の主病名の割合に影響していると考えられた。また、死亡終了は自殺と病死を分けていないが、通院対象者の自殺が各地で発生している点は、通院処遇のあり方について更なる検討と具体的な対策が求められるところである。

通院終了後の対応としては (図 E-6)、指定通院医療機関に引き続き通院する場合は 33 人 (73%) で最も多かった。その他、元の医療機関 3 人 (7%)、その他の医療機関 8 人 (18%)、通院自体終了が 1 人 (2%) となっていた。交通の便など特に問題なければ、指定通院医療機関に引き続き通院するのが、医療の継続性の観点から最も適切と考えられるが、指定通院医療機関に負荷がかかり過ぎることのないよう配慮も必要であろう。この一般精神科医療への移行については (図 E-7)、41 人 (91%) の場合、円滑な移行であったと判断されており、適切な移行に苦労したり、適切な移行が困難であった

りした場合は3人(7%)に過ぎなかった。

(2) 社会復帰調整官からの報告

<問題点>

- ・終了後の地域コーディネーターをどこが行うか。
- ・終了後、保健センターでの面接を継続することを最終のケア会議で確認したが、担当者の交代があり、今後の関係構築に不安が残る。
- ・管轄外の老人ホームへ入所したため、地域関係機関とのかかわりはなく必要性も希薄であった。
- ・投薬不要のケースが通院決定になったため、地域関係機関が非常に混乱した。
- ・期間満了にともない指定通院医療機関に入院継続
- ・精神病性症状はほとんどなく、精神遅滞や高齢による認知症障害の出現により、救護施設より無断で外出し帰れなくなることが続いた。警察に保護願を出し、市民通報で24時間以内に発見され大事には至らなかった。その都度施設には改善策を求めたが、適切な改善までには至らなかった。2年目に処遇終了申し立てをしたが、その後も無断外出が2度あり、ようやく満期終了の3年近く経過し、裁判所も決定を出した。
- ・拡大自殺の対象者。当初審判における通院決定について、地域関係機関の自殺予防対策等の課題が残った。

<工夫>

- ・観察後期には、終了後のサポート体制による試行期間(半年～)を設けた。
- ・保護観察所の関与がなくなったことによる関係機関の役割の明確化が重要と感じている。
- ・処遇終了後においても自立支援法に基づくサービス利用計画作成費の活用を前提と

した。しかしその活用をしなくても対象者の生活技能がアップしたことで大きな課題もないということである。

- ・症状悪化時など緊急的な対応が必要な場合、医療観察制度における処遇実施計画書の緊急対応を準用することとし、関係者が対応するシステムとした。
- ・医療機関は変更したが、訪問看護や訪問指導は継続的に行っていくことにした。病変時、緊急時において保護者から訪問看護に連絡する態勢とした。
- ・地元保健所と本人とが相談関係を築けるよう配慮。終了後のケア会議の持ち方、緊急時対応の確認をした。
- ・元の医療機関のデイケアを処遇開始初期から併用していたので、移行や連携が円滑になった。緊急時の対応も遠方の指定入院医療機関の利用は困難であるから、元の医療機関に協力を得られる体制を取れたので、処遇関係者の安心感が得られた。
- ・終了後のケアプランを作成して病院や行政機関等と共有した。
- ・対象者の居住地を所轄する精神保健福祉相談員による定期的な家庭訪問、相談等を依頼、調整した。
- ・対象者居住地を所轄する地域生活支援センターによる訪問等、継続した援助を調整した。
- ・後期処遇を長めに行った。一般精神保健福祉法体制とほぼ同様な状況で行った。
- ・医療法人運営の地域活動支援センターを利用し、処遇終了後に同法人病院に転院とした。
- ・処遇終了に向けて予め福祉サービス事業所等にケア会議などに参加していただいた。
- ・医療観察法医療がこの対象者の治療歴の始まりであったため、治療必要性や服薬遵

守性の理解が得られた。対象者の社会復帰意欲も高く、地域連携体制が円滑に進んだ。

- ・内縁の夫との連絡調整役を、社会復帰調整官から指定通院医療機関の PSW に引き継いだ。
- ・保健所で相談員と調整官が同伴面接していたが、終了後は相談員と市障害福祉課職員が同伴面接をするよう引き継いだ。子供の養育をしている義母と、子供の面会等の連絡役を指定通院医療機関の PSW に引き継いだ。

<その他>

- ・心疾患で急死のため終了。終了については関係機関と話し合う機会は持たなかったが、終了手続き前に家族宅を訪問した。
- ・本人死亡後、ケア会議メンバーに予定のケア会議開催日に集まっていただき、支援の振り返りと反省、今後の医療観察事案に向けての検討などを行った。「対象者が医療観察の対象となり良かった。」ということに関係者で共有できて良かったと思っている。

2. 通院医療における臨床心理技術者の役割 (赤須、菊池、山本の報告書を参照)

平成 19 年度の「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」から、臨床心理技術者の対象者への関わり方は、会議では、「ケア会議」(65.0%)、「治療評価会議」(52.5%)、「MDT 会議」(42.5%)など、対象者への直接関与では、「心理アセスメント」(52.5%)、「心理面接」(40.0%)、「デイケア」(35.0%)などであったが、この通院医療において臨床心理技術者の活用があまり進んでいない現状も明らかにされた。20 年度は、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、対象者の存在する指定通院医療機関の臨床心理技術者にヒアリングを実施した。

ヒアリングの対象者は、首都圏の民間単科精

神科病院 2 ヶ所、公立単科精神病院 2 ヶ所の臨床心理技術者 4 人であった。わずか 4 人のヒアリングからも通院対象者への関わり方には様々な場合があり、通院医療にあつては、指定入院医療機関や社会復帰調整官から積極的に臨床心理技術者の参加を呼びかけることが、対象者のニーズを把握し、心理的援助を含む多職種チーム医療の実現に有用であることが示唆された。

通院の心理面接は、支持的精神療法のほか、疾病教育、自己主張訓練、内省プログラム、幻聴など症状のモニタリングを兼ねた面接などが行われていた。また、対人関係を問題にする場合、デイケアなどのグループでの活動や訪問での様子を話題とするコ・ジョイント的な面接もみられた。その他、臨床心理技術者だけでなく他職種と共同で面接する場合や、デイケアで他職種とともにグループ活動をしたり、他職種と共同して面接を行ったりという形態も認められた。これらの事から、チーム医療でも臨床心理技術者の心理学的介入が他職種との共同・連携の中で生かされることがわかった。

昨年度の調査から、医療観察法に特有のプログラムを整備する以前に、一般精神科医療の中で求められるプログラムの充実を先に行う必要性を感じている機関が多いことが示唆されているため、医療観察法独自の役割だけでなく、一般精神科通院医療での臨床心理技術者の役割も加えて、通院医療機関における臨床心理技術者の役割をまとめてみた。

1) 通院のチーム医療における臨床心理技術者の業務の概念的整理

臨床心理技術者の関与の形態には、対象者や家族と直接関与して心理査定や心理学的介入を行う直接関与と臨床心理技術者が他職種と共同して対象者に直接的に関わる共同関与、臨床心理技術者が直接的には関与しない間接関与がある。また、関与内容として心理査定と心理学的

介入及び助言・コンサルテーションがある。関与方法には、個別支援、集団療法、及びアウトリーチがある。この他に、MDT会議・治療評価会議・ケア会議などでのカンファレンス・会議がある。

2) 医療観察法通院医療における臨床心理技術者の心理学的援助

指定入院医療機関において行われている臨床心理技術者の業務を概観すると、心理査定に関する業務に、①病歴・家族歴・生育歴等の情報収集、②人格形成に関する情報収集、③知能検査、④人格検査、⑤神経心理学的検査、⑥不安・抑うつ、衝動性のアセスメント、⑦自尊心・自己効力感のアセスメント、⑧病識尺度を利用した評価、⑨問題行動の背景分析などがあり、精神療法に関する業務に、①支持的療法、②再構成的療法、③再教育的療法（認知行動療法—アンガーマネジメント・衝動コントロールなど）、④集団療法、⑤家族への心理教育などがある。

指定通院医療機関では、特に直接通院の場合、入院医療機関で行われている業務のうち心理査定関係で臨床心理技術者が参加すると、リスクアセスメントや共通評価項目の評定及びその後の治療的介入を立てやすくなる。また、精神科の通院医療におけるチーム医療で、臨床心理技術者の役割を考える時、果たせる業務には以下のものがある。

1. 心理検査（知的機能、認知・神経心理学的機能、人格特性など）からの資料を提供し、対象者の理解を深める助言をする。
2. 生育歴・家族歴と現在の問題との心理学的な総合的理解を助言する。
3. 再発、自傷・他害等のリスクを評価して、その低減や回避方法を助言する。
4. 家族関係の理解の心理学的理解を助言する。

5. 対象者の現在の問題行動に関する心理学的見方を提供し、他職種の見立てと共同で解決に当たる。
6. 対象者及び家族等に関して心理学的介入の必要度を助言し、心理学的介入が必要な場合は対象者及び家族等に適した心理学的な介入方法を助言する。
7. 治療やリハビリテーションの進行状況へ心理学的力動的な理解を助言する。
8. MDT チーム内の問題の解決を図る。

3) 心理査定

心理査定は、①資料からの情報、②MDTメンバーなど他職種の情報、③行動観察からの情報、④面接からの情報、⑤心理検査・評価尺度からの情報、⑥治療経過からの情報などをもとに、①疾病軸、②人格軸、③行動（触法）軸、④生活軸、⑤発達軸をそれぞれ評価し、総合的に対象者の在り様を理解する。この査定から、臨床心理技術者の介入方法を検討したり、治療計画を立てたりして、MDTで共通評価項目の評価や治療計画などに役立つことができる。

4) 通院における精神療法

医療観察法の精神療法の課題は、①病理性に支配される精神活動や行動を軽減、②自己及び他者についての認識の促進、③情緒の安定性と自己統制、④社会的適応の改善である。このことは、入院医療機関であっても通院医療機関であっても基本的に変わりないものである。通院医療機関では、入院医療機関におけるような支援体制がない中で、また対象者も少ない状況では、個人面接と既存のリハビリテーション資源を合わせて使っていくことになる。現時点では、入院治療で行われている療法から、通院対象者に必要なものを、通院治療に適した形に変更して実施するのが実用的であろう。

心理学的な介入には、健康な自我を支持していく支持的療法、症状や問題行動の改善を

直接対象とした再教育的精神療法、症状や問題行動をターゲットとしないで自己の成長を目的とする再構成的精神療法の適応可能性を検討する。しかし、医療観察法がチーム医療を提供することから、個人精神療法は、単独にはならず、コ・ジョイントやコ・バインドの形で、多職種介入の潤滑油となったり補完的な役割を果たしたりすることになる。

5) 通院ステージ区分における臨床心理技術者の役割

通院対象者は、直接通院にしても移行通院にしても、必ずしも入院処遇と同じだけの幅と深さを持った心理学的介入は必要ではない。対象者の状態や特性、通院ステージに合った心理的介入やプログラムを実施することが重要である。また、移行通院者にとって通院治療は入院治療での獲得したスキルなどの生活の場での実践的応用をする時期であるのでそれを支える心理学的介入が必要である。

通院医療における臨床心理技術者の役割を、チーム医療と心理査定・精神療法・通院のステージによる役割の素案を提示した。今後、より詳細な調査と臨床心理技術者の役割と効果を検討し、通院医療機関におけるチーム医療の観点から臨床心理技術者の役割を明らかにし、通院心理プログラムの開発をしていく必要がある。

3. 通院処遇ハンドブックの作成

平成 18 年度から 3 年間継続した本分担研究では、通院処遇に関する様々なテーマについて検討を重ね、また、通院事例の検討を行ってきた。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」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関係者の方々にもわかりやすいよう、平易な文章を心がけたものとなっている。

この通院処遇ハンドブックは、A5 判で 100 頁足らずの小冊子であるので、多くの関係機関

に配布して、日頃手にとって参考にしていただければと考えている。

以下に、その内容を項目のみ紹介しておく。

通院処遇ハンドブック（目次）

第 1 章 地域社会における処遇の概要

1. 地域社会における処遇
2. 保護観察所（社会復帰調整官）
3. 生活環境調整と精神保健観察
4. ケア会議
5. 処遇実施計画

第 2 章 指定通院医療機関における医療

1. 通院医療と基本理念
 - (1) 通院医療の基本理念
 - (2) 多職種チームアプローチ
 - (3) 指定通院医療機関
2. 通院医療開始前の準備
 - (1) 入院対象者への退院支援
 - (2) 移行通院と直接通院
 - (3) 個別治療計画の作成
3. 通院医療の開始（初診）
 - (1) 通院医療のオリエンテーション
 - (2) 個別治療計画書の説明と同意
 - (3) 対象者と多職種チームとの顔合わせ
4. 通院医療の進行
 - (1) 個別治療計画の実施－多職種チームの活動
 - (2) 定期的評価と見直し－多職種チーム会議
 - (3) ステージ分類
5. 通院医療の終了
6. 個別の医療サービス
 - (1) 外来診療
 - (2) 心理面接
 - (3) デイクエア・ナイトケア
 - (4) 外来作業療法
 - (5) 訪問看護

(6) ソーシャルワーク

7. 通院医療におけるプログラム

- (1) 疾病教育
- (2) 認知行動療法
- (3) 内省プログラム
- (4) 生活機能回復プログラム

8. 緊急時の対応（指定通院医療機関）

- (1) 対応の原則
- (2) 緊急時の連絡・対応方法の説明
- (3) 精神保健福祉法による入院
- (4) 通院処遇中の自殺

9. 身体合併症への対応

10. 通院医療における医療費

第3章 通院処遇における地域連携

1. 地域連携のあり方

2. 地域における関係機関とその連携

- (1) 行政機関の役割
- (2) 個別の行政機関の役割

3. 社会資源とその利用

- (1) 居住系サービス
- (2) 日中の支援

4. 緊急時の対応（地域処遇）

- (1) クライシスプラン
- (2) 精神科救急システム
- (3) 警察との連携

5. 家族とその支援

6. 地域社会での生活

7. 情報管理と権利擁護

- (1) 情報管理
- (2) 権利擁護

D. 考察

本分担研究も3年目の最終年度にあたり、全体として一つのまとまりある報告になるよう考慮した。平成18、19年度の2年間は通院処遇の実態調査として、現場の状況を詳細に把握することを目指した。しかし、通院係属者が増加

するにしたい、詳細に把握することが困難になってきたため、3年間の継続性を維持するための通院処遇の概要調査と、残されたいくつかの課題の調査に焦点を当てることにした。そこで、この考察においては、①通院処遇の概要、②通院処遇中の精神保健福祉法の入院、③通院対象者の住居、④通院処遇中の身体合併症、⑤処遇終了と一般精神科医療への移行、および⑥通院医療における臨床心理技術者の役割について述べる。

1) 通院処遇の概要

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きた。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、訪問看護利用があわせて72%あるのに対し、デイケア利用をあわせて54%に留まっていた。これは今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ことも多いことや、通所時間の問題あるいは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にながら個別のプログラムで一人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%であるため、この不安定群が概ね入院しているとも考えられるが、実際不安定群で入院中はその41%に過ぎなかった。つまり半数以上(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る状態であった。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、自由な空間で処遇される通院の場合は「いつ何が起こるかかわからない」という不安感が付きまとうので、関係者の苦勞が思いやられるところである。

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。イギリスのCare Programm Approach (CPA)が通院処遇のモデルになっているが、それは対象者を含む関係者の合意のもと、文書にしたケア計画に基づいてケアを実施し、定期的に評価しながらケア計画を見直して目標を達成するという方式である。イギリスの場合、地域に地域精神保健チームなるものがあり、そのチームがCPAに基づきケアを提供するという構造だが、

わが国の場合、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のが現状である。そのため多職種チーム会議は少なくとも月1回開催されるが、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。障害福祉サービスといっても、介護の支援を受ける場合の「介護給付」、訓練等の支援を受ける場合の「訓練等給付」に大別され、それぞれが細分されている。また、新サービス体系への移行には平成18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状況である。今回の調査ではこの点を厳密に規定しているものではないので、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ものである。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たまものと言えるが、昨年度の調査でも分かるように、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場合が多いようである。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、両者あわせて96%という良好な状態であった。

2) 通院処遇中の精神保健福祉法の入院

このテーマはこの3年間毎年扱っているものである。医療観察法の施行前は、一時的な病状悪化の際、精神保健福祉法の入院が想定されていたと思われるが、実際施行されてみると予想以上に当初審判による直接通院決定が多く、現場は一時的に混乱をきたした。そのため対象者との信頼関係の構築や通院処遇開始のための準

備、あるいは住居の確保などの理由で、対象者の半数以上が精神保健福祉法の入院から通院処遇が開始されていた。その後、法の運用にも慣れてきて徐々に落ち着きを取り戻してきたが、法施行3年半を経過した現在も、直接通院で4割強、移行通院で1割強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4割強が調査時点までにその入院を経験しているという実情である。

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まれであり、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、法が異なるとはいえ、(医療観察法の)通院のつもりでいたら(精神保健福祉法の)入院になったというのは、事情に詳しくない対象者にしてみれば半分だまされたような気分であろうし、できるだけ入院期間は最小限にとどめるべきであろう。

しかし、現実にはこの精神保健福祉法の入院が長期に及んでいる事例も徐々に増加しているため、今回その実情を調査してみた。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、すでに3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状況である。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は自己負担になるという現行の制度の見直しが必要である。

3) 通院対象者の住居

重大な他害行為の種類として自宅への放火が多いこと、家族に対する他害行為が多いこともあり、対象者には住むべき住居がない人も少なくない。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戻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、通院処遇係属者の住居の状況を少し詳しく調査してみた。

その結果、家族等との同居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場合がかなり多いことがわかった。

民間賃貸住宅利用の場合の問題点としては、多くの場合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り契約できているが、親族から拒絶されている場合や単身者の場合は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で契約できることもあるが、そうでなければ保証人のいない物件探しが必要となる。また、物件探しを誰が行うかでもめることもある。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で十分時間が取れず、関係機関の調整に手間取る場合も現実には起こっている。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、アパート入居に際しては、通院に便利なところ、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も伝わってくる。

居住系社会復帰施設利用については、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、まず触法精神障害者である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あげられている。また、施設側に負担感が大きい割に報酬がそれに見合っていない問題、あるいは対象者が入居するまでに一定の期間を要する場合があり、その時の空室確保料がない点なども大きなネックになっている。その他、対象者が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いろいろな問題はあるが、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。

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関するものであったので、苦勞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。ところが現実には様々な障壁により居住場所を確保できないため、精神保健福祉法の長期入院に至ったり、入院処遇のままなかなか退院が決まらなかつたりする事例も存在している。このような対象者のために、今後、特別の居住施設の新設なども考慮する必要が出てくる可能性もある。

4) 通院処遇中の身体合併症

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約2割の通院対象者に認められた。国民病といわれる糖尿病が27%と最も多く、気管支喘息10%、運動器疾患と続くが、あとは一並びで悪性腫瘍、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みられる状況であった。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あったので、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、精神病状がよほど悪くない限りは、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ることが判明した。

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・家族のみで対応する場合であった。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、社会復帰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、指定通院医療機関の普段の一般医療機関との連携のネットワークが重要である反面、社会復帰調整官からみると身体合併症の情報の把握が十分できないという問題点もあるといえる。

今回の調査ではあまり前面には出なかつたが、対象者の精神病状が不良の場合の身体合併症の治療はかなり困難が予想される。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、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。

5) 処遇終了と一般精神科医療への移行

今回処遇終了者として回収された 54 人のデータから考察してみる。

まず、終了までの通院期間（1 人はデータ漏れ）であるが、図 E-5 のように平均で 19.4 ヶ月と原則 3 年間の通院期間からみ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、および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 ヶ月であった。わずかに平均通院期間は延びているが、それでも 3 年間からは相当短くなっている。医療観察法施行から約 3 年半経過しているが、今まで終了したものはいわゆる直接通院の対象者が多いことや、対象外認定まではしない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ので、今後はもう少し平均通院期間が延びる可能性はあるが、平均通院期間が相当短期間であることの理由やその適切性について検証していく必要がある。

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行われていた。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にあたる場合は、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、医療機関が替わ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、対象者の状態にあ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ており、その際、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であった。しかし、もとよりすぐ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行うか、地域関係機関も職員の交代がしばしば起こるので円滑な引き継ぎができるか等、いくつかの問題はある。ただ前向きな気持ちさえ持っていれば、多くは十分な話し合いで解決できるように思われる。今後は一般精神科医療に移行した対象者がどのような経過をたどるかなど、引き続き観察を要するところである。

6) 通院医療における臨床心理技術者の役割

最後に臨床心理技術者の役割について触れておきたい。臨床心理技術者はまだ国家資格となっていないが、診療報酬などでは、「心理学に関する専門的知識及び技術により、心理に関する相談に応じ、助言、指導その他の援助を行う能力を有すると認められる者」と規定されている。精神科医療の分野では、診療報酬の算定要件や施設基準として、精神科デイケア等や入院生活技能訓練、精神科急性期治療病棟入院料などで、他の職種との「または」規定の形でその配置が入れられていたが、平成 20 年の改定で児童・思春期精神科入院医療管理加算の算定要件として 1 名以上の必置が規定されたところである。

一方、医療観察法医療においては、すでに平成 17 年 7 月より、指定入院医療機関の施設基

準として、医師・看護師・作業療法士・精神保健福祉士とならんで臨床心理技術者の配置が義務付けられた。また、義務規定ではないものの指定通院医療機関の施設基準や入院・通院医学管理料の算定要件に臨床心理技術者の配置が入れられている。ただし、訪問看護・指導料や退院前訪問指導料の算定要件には臨床心理技術者が入っていないが、他職種が臨床心理技術者と同伴訪問することで、訪問指導に奥行きが出るのが期待されるので、今後はそれらの算定要件に入れられることを希望したい。

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。そのため指定入院医療機関では臨床心理技術者の配置が必須となっているが、指定通院医療機関においてはまだその配置は義務付けられていない。また、臨床心理技術者の役割について医療機関の管理者の理解が進んでいない面もあり、心理検査中心の業務であったり、他職種の業務を手伝ったりなど、本来の心理技術者としての専門技能が生かされた形で活用されているとは言い難い状況であった。今後はこの通院医療においても、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らう。

E. 結論

平成 20 年度は、3 年間の分担研究の最終年度にあたるため、平成 18、19 年度の 2 年間続けてきた通院処遇の実態調査について、基本的な項目に絞った概要調査の実施と、継続的な課題、残された課題のうち、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のテーマについて調査検討を行った。

通院処遇の概要調査については、全国 53 ヶ所の保護観察所に調査票 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。平成 20 年 12 月 1 日を調査日に設定したが、回収率としては、調査票 A の通院係属者については約 89% であり、調査票 B の処遇終了者については約 77% と推定された。

その集計結果から通院係属者全体として、男性 221 人 (70%) に対し女性 93 人 (30%) であり、年齢分布は 30 代をピークとする一峰性、対象行為では傷害 97 件 (32%)、放火 94 件 (30%)、殺人・殺人未遂 84 件 (27%) の順であり、精神科主病名は統合失調症圏 233 人 (72%) が最も多く、次いで気分障害 41 人 (13%)、知的障害 18 人 (5%)、精神作用物質性障害が 16 人 (5%) などであった。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、直接通院と移行通院の割合が 51% 対 49% とほぼ半々となった。その結果、この 3 年間に男性群が増加、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は、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。

また、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」137 人 (44%)、「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%) という順であり、訪問看護に比べデイケアの利用は限られていた。全体的経過では、安定 142 人 (46%)、概ね安定 115 人 (38%)、病状など不安定 34 人 (11%) などであった。

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。ケア会議の開催状況は、2~3ヵ月に1回が211人(68%)と最も多かった。障害福祉サービス等の利用状況は、利用ありが145人(48%)、利用なしが152人(50%)であった。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。

通院処遇中の精神保健福祉法の入院については以下の結果であった。通院開始時の精神保健福祉法の入院は、直接通院で入院ありが69人(43%)入院なしが89人(56%)、移行通院で入院ありが18人(12%)入院なしが134人(87%)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では、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、あわせて15人であり、全体に占める割合は4.9%であった。なお、すでに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状況であった。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かった。通算1年以上の入院になった理由としては、病状不安定や未改善が12人(46%)、居居なしが8人(31%)であった。

通院対象者の住居の状況は、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%)などの順であり、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。単身民間賃貸住宅に居住する対象者は、その理由として、対象者の強い希望26人(32%)、自宅がないため21人(26%)、家族の受け入れ拒否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。連帯保証人については、必要とされる場合39人(71%)、不要12人(22%)であり、連帯保証人としては、両親14人(38%)、兄弟姉妹10人(27%)が多いほか、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。利用されている居住系社会復帰施設の種類としては、援護寮が29人(44%)、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人などの順であり、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た。

通院処遇中の身体合併症については、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46人(15%)、要入院9人(3%)、要入院・手術3人(1%)であった。身体合併症の種類は、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%)と続き、あとは一並びで悪性腫瘍、高血圧、C型肝炎、高脂血症、胃炎・胃潰瘍、不整脈、痔疾など様々であった。なお、生命危険性があるのは3人(5%)のみであった。入院施設は、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34人(53%)、本人・家族のみ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%)は少なかった。身体合併症への対応円滑性についても、「円滑、ほぼ円滑」が84%を占めていた。

処遇終了となった54人は、男性32人(59%)、女性22人(41%)であった。年齢分布は、30代をピークとした一峰性のカーブを描いているが、50代が比較的多いのは通院対象者全体の年齢分布に近い特徴を有していた。対象行為別には、傷害22人(40%)、放火17人(31%)、殺人・殺人未遂11人(21%)、強制わいせつ3人(6%)などであり、殺人と放火が若干少なく、かわりに傷害が増加していた。精神科主病名では、統合失調症がかなり少なく、知的障害、器質性精神障害、人格行動障害が増えていた。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、目的達成37人(68%)のほか、死亡終了9人(17%)と対象外認定6人(11%)があるので、平均通院期間を短くしている可能性もある。通院終了後は、指定通院医療機関へ通院が33人(73%)、元の医療機関が3人(7%)、その他の医療機関8人(18%)、通院自体終了が1人(2%)となっていた。一般精神科医療への移行は、41人(91%)の場合、円滑な移行であった。

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を実施した。この結果と昨年度のまでの調査結果などより、臨床心理技術者の関与の仕方を整理した。その関与の形態は、対象者や家族と直接関与して心理査定や心

理的介入を行う「直接関与」、他職種と共同して対象者に直接的に関わる「共同関与」、あるいは直接的には関与しない「間接関与」に分けられる。また、関与内容として心理査定と心理学的介入及び助言・コンサルテーションがあり、関与方法には、個別支援、集団療法、及びアウトリーチがある。この他に、MDT 会議・治療評価会議・ケア会議などでのカンファレンス・会議などの関与の仕方もある。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、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。

F. 健康危険情報

特になし。

G. 研究発表

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
岩成秀夫	公的病院からみた通院医療	司法精神医学	3	113-120	2008

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし。

資料 1 (別紙 1)

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

1. アンケート調査の実施手順

このアンケート調査は、以下の手順で実施いたしますので、よろしくご協力をお願いいたします。

1) 調査者は保護観察所に以下の書類一式を郵送します。

- ① 保護観察所に対する「お願い」
- ② 別紙 1 「アンケート調査実施手順等」
- ③ 保護観察所が回答に用いる「調査票 A と B」

(調査票 A、B ともに対象者ごとに 1 部)

調査票 A、B ともに多めに送りますが、万一不足の際は、大変申し訳ありませんが、コピーしてご記入下さるようお願い致します。

- ④ 保護観察所からの返信用「封筒」(宛先は調査者)

2) 保護観察所においては、それぞれご回答の上、調査票を調査者に対し直接返送して下さい。

2. アンケート調査の留意事項

- アンケート調査日は平成 20 年 12 月 1 日 (月) としますので、その時点における通院対象者(終了の場合は元通院対象者)についてご回答下さい。
- アンケート調査票 A は、対象者 1 人につき 1 部記入して下さい。記入方法は調査票をご覧ください。
- アンケート調査表 B についても、対象者 1 人につき 1 部記入して下さい。
- アンケート調査票は、平成 21 年 1 月末日までにご返送いただけるようお願い致します。

3. アンケート調査結果の報告

- 報告は、個別の対象者についてではなく、全体の集計結果について行うことになります。
- 調査結果は、平成 20 年度厚生労働科学研究「他害行為を行った精神障害者の診断、治療及び社会復帰支援に関する研究」(主任研究者 山上 皓)及び「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)の総括研究報告書に掲載されますが、ご協力いただいた保護観察所にもご報告いたします。

4. その他、個人情報保護、お問合せなど

- 調査票は個人が特定されない形の設問にしてあります。またご記入いただいた調査票の管理につきましても、調査者が細心の注意を払って保管し、研究終了後には適切な方法で廃棄処分致します。
- またご協力いただいた機関名が、同意なしに公表されることはありません。
- なお本調査に対するお問合せは、直接下記の調査者に対し行って下さるようお願い致します。

調査者(分担研究者): 岩成秀夫(所属: 神奈川県立精神医療センター)

川副泰成(所属: 国保旭中央病院)

連絡先・返送先: 〒233-0006 横浜市港南区芹が谷 2-5-1

神奈川県立精神医療センター

TEL: 045-822-0241 FAX: 045-825-3852

E-mail: iwanari.lkie@pref.kanagawa.jp

資料2 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)

—調査時点で通院係属中の対象者—

<記入方法・留意事項>

- ・ 選択肢については、該当番号に○をつけて下さい。また()内には、回答をご記入下さい。
- ・ 通院対象者1人につき1部ご記入をお願いします。

ご記入日 () 年 () 月 () 日

1. 性別

- 1 男性 2 女性

2. 年齢 (対象行為時の年齢で回答して下さい)

- 1 10代 2 20代 3 30代 4 40代 5 50代 6 60代 7 70代 8 80代
9 90代

3. 重大な他害行為 (対象行為) の種類 (複数回答可。5、6、7、8は未遂も含みます)

- 1 殺人 2 殺人未遂 3 傷害 (全治1ヶ月以上) 4 傷害 (全治1ヶ月未満)
5 強盗 6 放火 7 強姦 8 強制わいせつ

4. 精神科主病名 (ICD-10)

- | | |
|--------------------------------|----------------------------------|
| 1 F0 症状性を含む器質性精神障害 | 6 F5 生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群 |
| 2 F1 精神作用物質による精神および行動の障害 | 7 F6 成人の人格および行動の障害 |
| 3 F2 統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害 | 8 F7 精神遅滞 |
| 4 F3 気分 (感情) 障害 | 9 F8 心理的発達の障害 |
| 5 F4 神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害 | 10 F9 小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害 |

5. 通院処遇の経緯

- 1 当初審判で通院処遇 (直接通院) 2 入院処遇から通院処遇に移行 (移行通院)

6. 通院開始時の対応 (直接通院、移行通院ともお答え下さい)

- 1 精神保健福祉法の入院を経ないで通院を開始
2 精神保健福祉法の入院から開始 3 その他

7. 通院 医療サービス (下記3つのサービスにつき最も多く利用した時期について回答して下さい)

- | | |
|-------------------------|----------------|
| 1 外来診療・デイケア・訪問看護のすべてを利用 | 3 外来診療・訪問看護を利用 |
| 2 外来診療・デイケアを利用 | 4 外来診療のみ利用 |
| | 5 その他 |

8. この通院対象者の現状 全体的経過

- 1 安定して通院処遇を継続
2 概ね安定して通院処遇を継続
3 病状など不安定なため通院処遇の継続に心配がある 4 その他

9. 精神保健福祉法の入院の状況 (通院処遇開始以後についてお答え下さい)

- 1 全くなし 2 現在入院中 3 過去に入院あり (現在入院中には含めない)

9-1. 精神保健福祉法の入院が通算で1年以上に及んだ通院対象者についてご記入下さい。

- (1) 合計入院期間 () 月
(2) 入院回数 () 回
(3) 1回の入院期間が1年以上に及んだことがありますか: 1 あり 2 なし 3 不明
(4) 調査時点で1年以上の入院を継続していますか: 1 はい 2 いいえ 3 不明
(5) 初回入院時の入院形態: 1 任意入院 2 医療保護入院 3 措置入院 4 その他

- (6) 入院した医療機関（重複可）
1 指定通院医療機関 2 鑑定入院医療機関（指定通院医療機関以外）
3 その他の医療機関

- (7) 通算で1年以上の入院に及んだ理由（重複可）
1 病状が不安定または改善しないため 4 身体合併症があるため
2 家族が引き取らず居住場所がないため 5 介護が必要となったため
3 単身者だが居住場所がないため 6 その他

10. ケア会議の現状（調査時点の状況）

- 1 月1回以上開催 2 2～3月に1回開催 3 4月以上に1回開催 4 その他

11. 障害福祉サービス等の利用状況（調査時点の状況）

- 1 利用している 2 利用していない 3 その他

12. 対象者の住居（調査時点の状況）

- 1 同居（家族・親戚・知人） 2 単身：自家・社宅 3 単身：民間賃貸住宅
4 単身：公共賃貸住宅 5 社会復帰施設（援護寮、福祉ホーム、グループホーム等） 6 その他

12-1. 通院開始以降、単身で民間賃貸住宅に居住（した・している）対象者についてご記入下さい。

- (1) 生活保護受給の有無： 1 あり 2 なし 3 不明

(2) 単身で民間賃貸住宅を利用した理由（重複可）

- 1 対象者の希望が強かったため 4 公共賃貸住宅に入居できなかったため
2 家族が受け入れを拒否したため 5 社会復帰施設に入居できなかったため
3 自宅がないため 6 その他

(3) 連帯保証人

- 1 不要であった 2 必要であった 3 その他

(3-1)「連帯保証人には誰になってもらいましたか」（自由記載）

(4) 単身で民間賃貸住宅を利用するときの問題点や工夫について（自由記載）

12-2. 通院開始以降、居住系の社会復帰施設等を利用（した・している）対象者についてご記入下さい。

- (1) 生活保護受給の有無： 1 あり 2 なし 3 不明

(2) 施設の種類（在籍しているもの）

- 1 援護寮 2 福祉ホーム 3 グループホーム 4 ケアホーム 5 生活保護者入所施設
6 知的障害者入所施設 7 老人ホーム・老人保健施設 8 その他

資料3 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)

—調査時点で通院処遇を終了している元通院対象者—

<記入方法・留意事項>

- ・ 選択肢については、該当番号に○をつけて下さい。また()内には、回答をご記入下さい。
- ・ 通院対象者1人につき1部ご記入をお願いします。

ご記入日()年()月()日

1. 性別

- 1 男性 2 女性

2. 年齢(対象行為時の年齢で回答して下さい)

- 1 10代 2 20代 3 30代 4 40代 5 50代 6 60代 7 70代 8 80代 9 90代

3. 重大な他害行為(対象行為)の種類(複数回答可。5、6、7、8は未遂も含みます)

- 1 殺人 2 殺人未遂 3 傷害(全治1ヶ月以上) 4 傷害(全治1ヶ月未満)
5 強盗 6 放火 7 強姦 8 強制わいせつ

4. 精神科主病名(ICD-10)

- | | |
|--------------------------------|----------------------------------|
| 1 F0 症状性を含む器質性精神障害 | 6 F5 生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群 |
| 2 F1 精神作用物質による精神および行動の障害 | 7 F6 成人の人格および行動の障害 |
| 3 F2 統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害 | 8 F7 精神遅滞 |
| 4 F3 気分(感情)障害 | 9 F8 心理的発達の障害 |
| 5 F4 神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害 | 10 F9 小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害 |

5. 通院の期間(通院開始から終了まで)

()月

6. 処遇終了の理由

- | | |
|----------------------|------------------|
| 1 通院処遇の目的を達成して終了 | 4 医療観察法の対象外とされ終了 |
| 2 身体合併症のため終了(死亡者含まず) | 5 その他 |
| 3 死亡により終了 | |

7. 処遇終了後の対応(死亡例、再他害行為例を除く)

- | | |
|---------------|----------------|
| 1 指定通院医療機関に通院 | 3 上記以外の医療機関に通院 |
| 2 元の医療機関に通院 | 4 精神科の通院自体も終了 |

8. 一般精神科医療への移行について

- 1 対象者の状況に合わせて円滑に移行できた
2 対象者の状況に合わせて移行を行うのに苦労した
3 対象者の状況に合わせて移行ができなかった 4 その他

9. 処遇終了に当たって地域連携等における問題点や工夫について(自由記載)

ご協力ありがとうございました。

平成 20 年度通院アンケート調査結果 (図) : 調査票 A

図 A1



図 B1

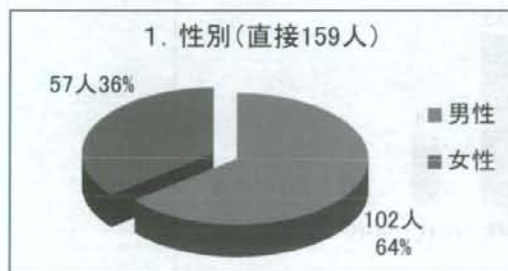


図 C1



図 D1

