

ることもある。

- ・通院プログラム例の一部を紹介すると、性犯罪防止プログラムの一貫として「意識調査」という名称で、入院処遇で実施されていた認知行動療法を引き継いで実施している（図5）。月1回ペースで実施し、スタッフは心理士、デイケア、PSWが担当、1セッション30～40分のプログラムとなっている。これにより、なかなか難しい対象者であったが、今のところ再他害行為にいたることなく、比較的落ち着いて生活できている。
- ・地域処遇全体のマネジメントについてであるが、全体のマネジメントは社会復帰調整官、病院内はPSWが医療の分野のマネジメント、地域では行政機関のワーカーが地域生活におけるマネジメントを行うという、三者の連携の形で対応している。複数のマネージャーがいて相互協力して地域処遇に対応する形は、比較的定着し機能しているように思われる。
- ・通院開始時の本人への告知は書面で行っているが、対象者には抗告や終了の申立てなどの権利があることも伝え、一定の時期を経たらまた確認することにしていく。
- ・通院対象者が増えてきたことに伴い、主治医等担当者不在時の対象者からの電話連絡について混乱しないために、グリーンカードの導入を行った。対象者が「グリーンカードの〇〇です」と告げることで、医療観察法対象者であることを周知し、職員に適切な対応を促すためである。
- ・通院対象者22名の概要であるが、男性が8割以上、30代～40代で半数以上、最高年齢は70代となっている。移行通院36%、直接通院64%であるが、徐々に移行通院の割合が増加してきた。対象行為では、傷害が最も多く、次いで放火であったが、殺人も当初少なかったが徐々に増加してきた。病

名別では、統合失調症圏8割で最多であるが、覚醒剤関連も結構の割合である。なお、以前の治療歴ありが8割であることから、一般の精神科通院医療での課題も考えさせられる。また、通院開始以降、症状悪化により精神保健福祉法の入院が必要となった者が4割であった。

- ・通院対象者の居住地であるが、病院近傍にアパートを借りて生活を開始した対象者が一定数いるため、横浜が増加している（図6）。収入については、障害年金が一番多いが、生保受給も増えてきた。精神障害者手帳や障害年金については、医療観察法制度に入ってから取った人が6割であった。それ以前は必要なサービスもきちんと取れていなかった状況もあるようだ。キーパーソンは親が半数であるが、単身者の増加に伴いワーカーが増加してきた。社会復帰施設の利用については、援護寮4名、グループホーム1名、作業所2名、断酒会・NA2名、ヘルパー利用2名など、通院対象者の人数の比地域サービスの利用は多い状況である（図7）。

#### （通院処遇の課題）

- ・義務としての通院であるため、対象者がどういう意識で受け止めているのかという問題がある。直接通院のケースには、義務という点をもう少し伝えていく必要があるのではないかと感じている。対象者の希望というモチベーションと義務による通院という点とを、どう折り合いをつけていくかという課題を感じさせる事例もある。
- ・指定通院医療機関の偏在について。当院は一般の通院の場合、横浜市80%、県域15%、川崎4～5%という割合だが、医療観察法の対象者はそれとはかなり異なっている。神奈川県といっても、かなり遠距離からの通院もあるため、指定通院医療機関の偏在はやはり解決すべき課題として残って

いる。

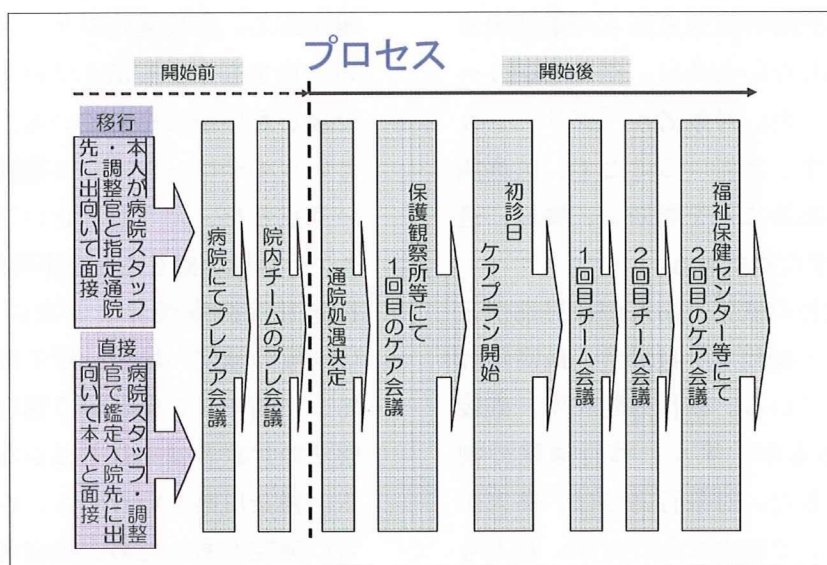
- ・医療観察制度は、一定の基準をクリアした指定医療機関が行うことになっているので、鑑定入院→入院処遇→通院処遇→地域移行の間に不連続なつなぎ目が生じることが多い。それをどう埋めるかが大きな課題である。
- ・入院医療の診療報酬に比べ、通院医療に対する診療報酬の額が少なすぎる。専任の職員を雇用できる程度の額は必要である。
- ・医療観察法の目的は社会復帰となっている。本人の気持ちもあるが、支援する側もその意識を持ち続けることが大事である。また、社会復帰に当たっては、被害者へのサポートも十分考慮される必要がある。
- ・最後に、神奈川県ではソーシャルワーカーを中心としたネットワーク会議を持っている。医療観察法の普及啓発、ネットワークを通じた支援の強化などに取り組み、一般精神科医療の底上げにつながれば良いと考えながら活動をしている。

(質疑)

- ・鑑定入院先に行つてのケア会議はどのタイミングで行うのか？ 終了後のトータルマネージャーの問題もあるが、一般精神科医

療の場合のトータルマネージャーについて何か行われていることはあるか？

- ・鑑定入院先ではケア会議ではなく対象者との面接を行っている。その後、家族等にも参加してもらってプレケア会議を病院等で行う。2週間ぐらいの間に行うので全ケースにできるわけではないが、意識してやるようにしている。調整官から話もあつたし、病院としてもやる必要性を感じていた。少しでも互いに顔見知りになってスタートしたほうが良いだろうという考えである。トータルマネージャーについては、医療観察法以外でも必要だが、誰がやるか決まっているわけではなくケースバイケースである。中心となるのは、事例によって行政、病院、作業所などいろいろである。
- ・茨城県の場合、関わり方の意識は市町村によってばらばらだが神奈川県ではどうか？
- ・医療観察法のケア会議のやり方は参考になるという意見はよくある。医療観察法ではマネジメント役は社会調整官と決まっているが、一般精神科医療ではばらばらである。病院が中心となってやれるところはやろうという意識は持っている。



(図4)

## プログラム(意識調査)の協働例

### 実施目的

- ・入院医療機関で実施されていたCBT'sと  
同じ教材を利用し、治療効果の継続、強化  
を図る

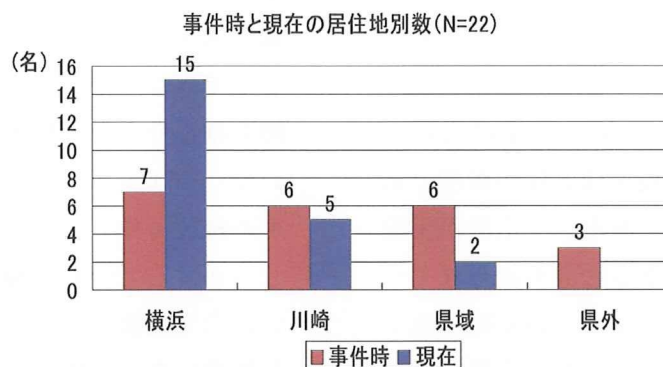
### 実施方法

- ・医療機関では月に1回ペースで実施
- ・スタッフは心理、デイケア、PSW
- ・1セッション3~40分
  - ①日常場面で気になる事を尋ねる
  - ②20の設問についての認知を尋ねる
- ・1名の記録係以外にVTR撮影する
- ・医療機関のセッションに調整官が参加

(図5)

## 通院対象者の概要

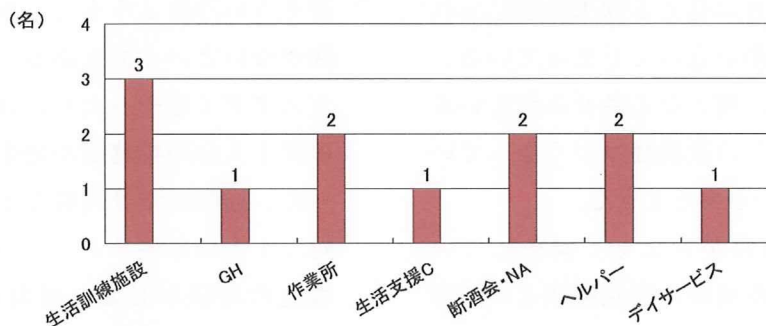
(2009/6/15現在)



(図6)

## 通院対象者の概要

地域サービス利用状況(中断含む)



(図7)

## 5) 指定通院医療機関からみた通院処遇②

- ・今まで通院対象者を4名受け入れた。その内2名は継続中で、処遇終了が2名となっている。直接通院が2名、移行通院が2名であり、直接通院の1名は精神保健福祉法の任意入院から開始した事例である。
- ・通院処遇を始めての感想だが、通常業務との兼務で負担が大きい、正直やっつけられないという感じがする。特に評価シートの作成は大きな負担であり、2件でも嫌になる。これ以上対象者が増えたら、自分たちのモチベーションの維持も難しい。多職種チーム会議を月に2回以上持つことは不可能である。医師は1名ずつ担当するが、訪問に行くワーカーなどは会議に2回も参加したら他の業務が何もできなくなってしまう。
- ・通院対象者3件までは何とか受け入れようと思っているが、現状は2件が限度であり、少し残念な状況である。主治医が常勤の精神保健指定医となると数も限られてくる。通院対象者を2件受けている時、近くで新たな対象者が発生しても、当院で受けることができないため、遠くの指定通院医療機関に行かざるを得ない場合もあり、一種のねじれ現象のような気がする。
- ・対象者を受けての率直な感想だが、この法だったからよかったという実感が無い。安心感はあるが、目に見える効果は感じられない。負担の方が目立ってしまっている。医師の感想でも、何となくさせられている感じで、自分たちの裁量権はどうなのかという思いがあるようだ。
- ・指定通院医療機関が少なく偏在している。対象者の居住場所と通院機関との関係でも、ある市の援護寮に入ったが、市内に指定通院医療機関がない場合、別の市の通院機関に通院するという大掛かりなことになってしまう。

- ・グループホーム、作業所など地域の関係者からすると、医療観察法は別世界の話とされている人が大半であり、自分たちは関係ないと思っている。ここを何とかしないとこの制度の普及は難しいのではないかと。
- ・改善策としては、指定通院医療機関と居住先の確保がまず大事である。単身者をどう支えるかという点から、グループホーム、援護寮などの確保が必要となる。また、単身アパート生活のサポート体制があれば、病院の負担が少なくなるのもう少し受け入れやすくなるかもしれない。地域の理解と協力、ネットワークの構築が重要、情報が現場に行っていないという現実がある。
- ・まとめとして、診療報酬の増額が必要。専属のスタッフが雇えるとか、手当が出せるとかできないか。グループホームなどの報酬も増額や人員の配置要件の緩和ができないか。グループホームが少ないので無認可の施設を作ったりしている。無認可でもしっかりしていれば補助の対象にしてほしい。自立支援アシスタント事業のような居住施設でない支援にも加算がつくような柔軟な対応が必要だと思う。地域のネットワークを充実して、これから受けるところもネットワークに入ってもらえるようにする。

### (質疑)

- ・業務量や会議、書類が多く大変ではあるがそういうところもしっかりやらないと意味がないという面もある。分担研究でタイムスタディをやったら、3人受け入れると専従1人分の業務量が発生することが分かった。通院医学管理料などで対象者3人に対し1人の専従スタッフの件費が出せる程度の増額が必要と要望はしている。ただ、スタッフ増員などにお金が回されるかはわからない。医師の裁量権はどうなっているかという医師の感想があったとのことだが、MDTというのは医師の裁量権を制限

する方向のものなので、その辺の話し合いを病院でしてもらえないか？

- ・お金は確かに病院に入ってしまうが、ないよりはいいので是非増額してほしい。医師の裁量権の話は若干ニュアンスが違って、社会復帰調整官の方針と病院の方針の食い違いのため出てきた話である。
- ・通院にお金がついても民間病院で人が増えるのかは疑問。どうしたら負担感を少なくする手伝いができるのか思案している。させられ体験を感じるという話だが、社会復帰調整官としてはそういう意図は全くない。本人の意思や希望を伝えすぎたのか。反省としてもっと忌憚のない話し合いが必要と思うが、調整官が決めるというつもりは全然ないので意見があれば言っていたければいいのだが。
- ・業務量について、専従がいないと難しいが、専従をつけるには受入数を大幅に増やさなければならない、そうすると主治医をどうするか、チームをどうするかなど、ワーカーだけでは対応できないことが多い。

#### 6) 他の関係機関からみた通院処遇

- ・当施設は一般的な生活訓練施設であり、横浜市の委嘱を受けて自立生活アシスタント事業を平成19年度から実施している。
- ・入居者には前期、中期、後期に分けて支援のプログラムを考えている。前期は慣れることを主とし、睡眠、食事、薬の3原則を身につけてもらうことにしている。中期は前期で獲得したものをスキルアップしながら継続していく。後期は退所までの1年間であり、退所後の生活能力を身につけるのにとっても大事な時期である。自分の伝えたいことを伝えられるかが一番大切である。ストレス対処法をどの時点でどのように学んでいくか、これを身につけておくことが重要だと思っている。

(事例、男性)

- ・この事例については、実際入居する半年前に保護観察所から説明を受けた。この制度ができる以前から同様の触法患者を受け入れていた経緯もあったので、あまり身構えることなく受け入れた。医観法対象者としては2例目となる。
- ・施設見学。施設は病院と比べ古いところだったが、見学してなぜか入所を希望し、各種の調整を経て開始となった。
- ・体験宿泊。主治医と担当看護師が同行、たまたま泊る部屋があったので看護師も宿泊した。本人はどのような風に進むのかととても緊張していた。先生も看護師も付き添っていたので本人も安心できたのではないか。
- ・2回目体験宿泊。付添者は横浜駅の近辺ホテルに宿泊。これは画期的な進歩。
- ・3回目体験宿泊。本人の積極的な様子があった。本人・同行者も含めて1室に3人がずっといるのは施設側も気になったし、本人たちもストレスではなかったか。同時に生活支援センターの見学も行った。ここは後に活用することになった。
- ・最後の体験宿泊：本人からクライシスプランの発表があり、自分の再発予防についてきちんと話すことができた。施設側の職員にとっては、そのような教育もきちんと受けているのだと感動した。同時に、生保としての経済生活のやりくり、家族関係の改善はできているのか、という心配もあった。処遇の実施計画は本人も理解できていた。
- ・入所開始。体験宿泊を通して、決められた枠で生活できる人であることが分かった。社会復帰期の病棟である程度の訓練がされていたのでスムーズに入ることができたのではないか。対象者にとってわかりやすい言葉を使うよう心がけている。
- ・入所までの担当者と前期の担当者の2名体

制で本人には対応した。医療観察法の対象者だからというのではなく、当施設の体制の変更もあり2名の担当制となったものである。

- ・5ヵ月後には作業所を希望した。前期の終り頃には、当番の仕事で漢字が分からないことでの問題があり。漢字のドリルの勉強も始めた。
- ・今、後期に入っているが、大きな課題にぶつかり、本人もつらい思いをしている。作業所を希望しているので、4ヵ所見学を行った。うち2ヵ所だけが検討するとして面接を受けたが、結局受け入れ不可であった。自分たちの説明不足かと悲しい気持ちになったが、本人には社会復帰調整官からその理由の説明があり、普段の信頼感もあるので理解した様子で安堵した。
- ・事例は今のところとても順調に経過しているが、作業所不可のあと「いつも、いつもだめになっちゃうのかな」「アパートを決める時もこういうことが出てくるのかな」という本人の言葉があった。本人の気持ちを酌みつつも、こういう言葉が素直に出てきたことには感動した。
- ・医療観察法は、本人にとっては背負い続ける制度であり、法的に決められたことを順守しなければならない。同行宿泊など違和感もあるし、地域も過敏な反応をしがちである。しかし、医療観察法の処遇の実際をもっと知れば、それも少なくなるのではないかと思っている。いずれにしても、これらに対処するには関係機関の連携が何より大事だと思う。まだ模索中であり、経験を積む必要がある。

(質疑)

- ・この制度の対象者ということで受け入れを拒否されることも多いが受けていただき感謝している。また、内省を獲得するための努力もしていただき有難く思っている。

- ・施設にとって医療機関のバックアップがあることがどれだけスタッフを勇気づけているか。医療機関との緊密な連携があると心配が半分に減る。バックアップがあつての地域支援であると思っている。

#### 7) 事例検討①

- ・多職種チームは1チームであり、医師1名(院長)、PSW1名、訪問看護師1名の3人3職種の構成である。現在3事例に対応している。スタッフ全員兼務であるため、仕事量は3倍ぐらいに増えてしまった。本日は困難例の2事例を報告する。

(事例1：男性)

- ・事例は入院処遇から移行通院となったものである。生保を受給し、自宅は遠くにあるため、病院近傍で単身アパート生活をしている。
- ・若いころからの薬物乱用や、数々の触法歴、服役歴がある。対象行為は某店で客を殴るというもの。2ヵ月間措置入院、診断は中毒性精神病性障害であった。退院後、別の店で同様の行為を行い鑑定入院となった。「器質性精神病性障害+反社会性人格障害」とされ入院処遇となった。
- ・入院処遇2ヵ月目で当院に診察に来ている。指定入院医療機関の会議で主治医は法の対象外で処遇終了と述べていたが、なぜか通院のための面接という段取りになった。2回の面接で通院を受けることになった。
- ・第1回のケア会議に本人が来ないため、アパートに電話をしたら迎えに来てくれるものと思っていたという調子。お金の管理もできない。そのため当初のプランはデイケアに毎日参加、生活支援センターで生保を管理し、週2回本人に渡す。平日の1日はデイケアを休みにして自宅への訪問日にあてる。このプランは翌週1回来ただけで全然実行できなかった。

- ・その後まもなく多飲水、水中毒のため、2週間ほど水抜き任意入院となった。入院中に2回目のケア会議が行われ、当初プランを守るようになったが、全然守れなかった。第3回目のケア会議でも、再度当初プランで行こうということになった。
  - ・しかし、本人は遠くの自宅へ帰りたがる上、父の病状悪化でデイケアを早退してから3日間ぐらい行方不明になった。社会復帰調整官が代理で病院を受診し、薬を本人に届けることになった。結局、本人は遠くの実家近くの橋の下にいた。父の病状悪化が不安になり、どうしていいかわからなかったとのことであった。
  - ・地元に戻りたいなら地元プランを入れようと、週末地元プランを立てた。これは結構受け入れてくれ、1ヵ月ぐらいは順調だった。ところが、ケア会議でよく頑張ったとほめたら金曜日にも地元に戻りたいと言い出した。その希望を入れたら逆にあまり来なくなった。褒めると来なくなるという厄介な人である。
  - ・やがて本人の病状が悪化し、被害関係妄想が活発化した。デイケアにも来ないので病院からの訪問を毎週実施した。しかし、本人はアパートよりも遠くの地元にいる方が圧倒的に多く、訪問は空振りになることも多かった。かなり具合が悪くなった時、自ら入院を希望し2週間ぐらい入院治療を行った。
  - ・ケア会議で自分から入院を希望した点をほめたら、今度はお金を自己管理したいと言い出した。退院後、そのお金を持って地元にもこもり、来るのは外来診察のみとなった。訪問まで断るあり様。先日、本人から電話があり、「今、〇〇にいるけどお金がないから帰れません」というので、調整官が出かけてプールしてあったお金を渡すという出来事もあった。今後この人にはどう
- 対応したらいいのか、とても悩んでいる。
- (事例2：男性)
- ・生保を受給し、病院近傍で単身アパート生活をしている。
  - ・高校時代に発病し、引きこもりの状態を続けていた。1回ぐらい精神科受診しているが、服薬等の治療は受けていない。自宅では他害行為を行い措置入院、その後、任意入院になったが、家族が「病気ではない」として、他県の自立支援センターへ無理やり入所させた。そこで同様の他害行為を行ったため、医療観察法の申立てがおこなわれた。入院処遇を経て当院に通院処遇となった。
  - ・退院決定前に病院で3回ほど面接を行った。本人はデイケアの希望もあったので、退院前にもう少し詰めておきたかったが、これ以上外泊はできないと入院機関からいわれ、やむを得ず通院を受け入れた。
  - ・第1回ケア会議は社会復帰調整官と日程が合わず、退院してから1ヵ月後になった。退院前の大体のプランとして、週3回は授産所、病院からの訪問は週1回、行政からの訪問も週1回、外来診療を週1回という計画であった。
  - ・しかし、授産所へは3日間通所したのみで通所しなくなった。それで第1回ケア会議があり、通所の日を2回に減らすことになった。かわりに外来診療を週2回にすることにした。
  - ・外来診療には来るが授産所にはいかないという状態が続いた。体調不良、体がだるい、胸がむかむかするなどが授産所に通所しない理由。1ヵ月後に第2回ケア会議。授産所を週1回にしたが、それでも通所せず、授産所に行かなくなった。
  - ・第3回目のケア会議。外来を1回、授産所を1回にしたが、通所しないのは同じであった。本人は音に敏感であり、自分で不動

産屋に行き、「少しうるさいのではないか」と言っている。家からはほとんど出ず引きこもっているの、なるべく家から出す方策はないかと考え、保護観察所に行ってもらうことにした。隔月で横浜まで行ってもらっている。こういうのは結構行く。単独行動はいいが、集団行動はいやがる。

- ・ 本人の趣味は筋トレなので、少しでも生活の範囲を広げるために、筋トレができる体育館に登録してもらった。その間、倦怠感の訴えが強いたので担当医が減薬したところ、不動産屋に「こないだも言ったんですけど、音がうるさいんですね」と少し強めに苦情を言いに行った。
- ・ 両親と面接したら、本人の受け入れに拒否的と聞いていたが、できれば引き取りたいという。本人も家に帰りたいという。指定通院医療機関は自宅と別の市にあるが、ここで通院処遇を続けているのは意味があるのかという疑問も出てきた。
- ・ 第4回目のケア会議。体育館に週2回、薬は元に戻すことにした。朝も起きられるようになったというが外来は午後に来る。体育館に行っているというのが確認できない。一人で黙々とトレーニングをしているらしい。このプランでは本人の生活が広がっていかないのではないかと懸念を持っている。
- ・ 2事例を通しての感想として、保護観察所と地域の受け止め方に若干のずれがあるように思う。その間に病院が板ばさみになっている気がする。保護観察所は通院だけはしなさいという考え方、地域は地域処遇も含めて調整できないかという思いでいる。本人は行きたくなければ行かないという気儘な態度だが、地域の支援スタッフとしては、自分たちはケア会議に強制的に出されるのに、なぜ本人に強制しないのかという気持ちがあるようだ。また、当初の住居設

定がこれでよかったのかという気もしている。3年たてば2人とも地元に戻るだろうから、なぜ別の市で住居を構えて通院処遇をしなければいけないのかともいえる。

(質疑)

- ・ 1例目は薬物関係であるが、物質使用障害の対象者はどこか自分勝手に約束を守らない傾向があり、一定の枠が必要な気がする。本人の希望を大事にするにしても、約束を守らない時には一定のペナルティが必要のようにも思う。2例目は集団行動が苦手な人、医療観察法の対象者にも少なくない。そういう対象者には一人でできる外来OTなどのプログラムは組めなかったかという気もするが？
- ・ 当院では外来OTは病棟OTと一緒にやるので結局集団になってしまう。中毒性の方はなぜ不処遇にできなかったのかという思いがある。受けた以上は意地もあるので3年間はなんとかやっていく。入院の時、治療反応性はないと言っていたのでなぜ処遇終了にできなかったのかという疑問を今も持っている。
- ・ 地域処遇を変えた方がいいように思うがそれについてはどうか？
- ・ 1例目は保証人の問題があり、父が保証人だが病気で命が危ない状態。そのため保証人がみつからない。2例目は検討しているが、その前に保健所で家族教育をしてみようかと思っている。
- ・ 1例目はよく頑張ってもらっている。本人が「ぼく夏は久しぶりなんですよ」といった。病院と刑務所暮らしが続き夏を満喫したことがなかったようだ。それが今回は満喫できたのは、病院の方の努力のおかげと感謝している。
- ・ 1例目は問題一家、2例目は発達障害も含まれている。どちらも地域で見るのが難しい。入院を経ているので最大限の治療的関



わりをしたケース。最大限この制度を利用して難しい部分は残されている。すごくプラスに取り組んでもらえているのが有難い。細糸ながらもつながっていることを評価したい。

## 8) 事例検討②

(事例：男性)

- ・同胞なし。小学時代に父が別居しその後死亡。暴力的な父親と指示的な母親であり、これがケースにも影響していたようだ。母が働き生計を支えていた。高卒後、アルバイトを転々とするも長続きしなかった。
- ・20代で幻聴、被害関係妄想、思考吹入などが出現。「やっちゃえ」という命令性の幻聴から、女性に抱きつくなどの他害行為のため繰り返し入院している。今回は隣人の性行動がうるさいと言い出し、女性の挑発するような態度を感じる内に、女性を押し倒し他害行為に及んだ。
- ・鑑定入院中にも問題行動があり入院処遇となった。
- ・入院時軽度幻聴は残存するも過剰適応と思えるほど礼儀正しかった。表面上の疎通性は悪くないが理解力が悪く、病識は病名を知っている程度。リスペリドンは無効だったが、オランザピンが有効。慣れてくると文句を言い始める。自分のところだけ男性スタッフ、いじわるされている、などの被害的な訴えも増えた。
- ・自己の外見についてのこだわりと誇大的評価が目立ち、自己愛的な要素が強いことが明らかになった。入院治療ではその辺を狙って治療が組み立てられたようだ。入院中にも、女性スタッフへの性的逸脱行為や男性患者への暴力行為があった。
- ・主治医がまとめた治療への考え方。自己愛に基づく認知の偏り、過剰な男性性、強迫性の性的ファンタジー、知的障害に基づく判断能力の低下、社会的規範のなさ、衝動

性、統合失調症の症状、病識欠如、服薬コンプライアンス不良。それらが性暴力を構成。オランザピン、リチウム、パキシルなどが有効。自己愛をいったん引き受ける形で接する。陶芸リラクゼーション、性暴力防止プログラム、これらを組み合わせて本人にも理解できる形で治療を進めていく。

- ・以上の治療方針のもと治療を進めていくうちに症状が軽減し、性衝動も消失、認知の偏りにも気づきを見せるようになり、自己コントロール能力も向上した。内省にも深まりを見せ、社会復帰期をへて退院となった。
- ・4回の面接を経て退院決定され通院処遇となった。入院治療で改善されたのだから、そのプログラムをできるだけ引き継ぎことが大事と考えた。性犯罪防止プログラムの認知行動療法など、通院では月1回程度しか実施できないが、繰り返すことが必要である。認知行動療法として意識調査を行い、認知の確認をすることにした。
- ・意識調査を当初は誰がやるかという問題もあったが、現状では心理職、デイケア担当者、PSWで月1回実施している。本人の知的問題もあるので使える部分を取り出して実施する。具体例を提示して本人の考えを聞く内に、徐々に「考えを変えた方がいいですかね」と変わってきた。「僕の考えが不足だったような気がする」と本人が言った。本人のレベルに合わせて繰り返すことに意味があるような気がする。
- ・母と二人暮らしのため母の影響力がとても強い。前期のプランとして、外来週1回、訪問看護週1回、デイケア週半日からスタートした。デイケアスタッフは女性が多いので抵抗感があったが、結果的には心配するほどのことはなかった。入院の効果は非常にあった。再犯をしないようにという意識も強くなった。

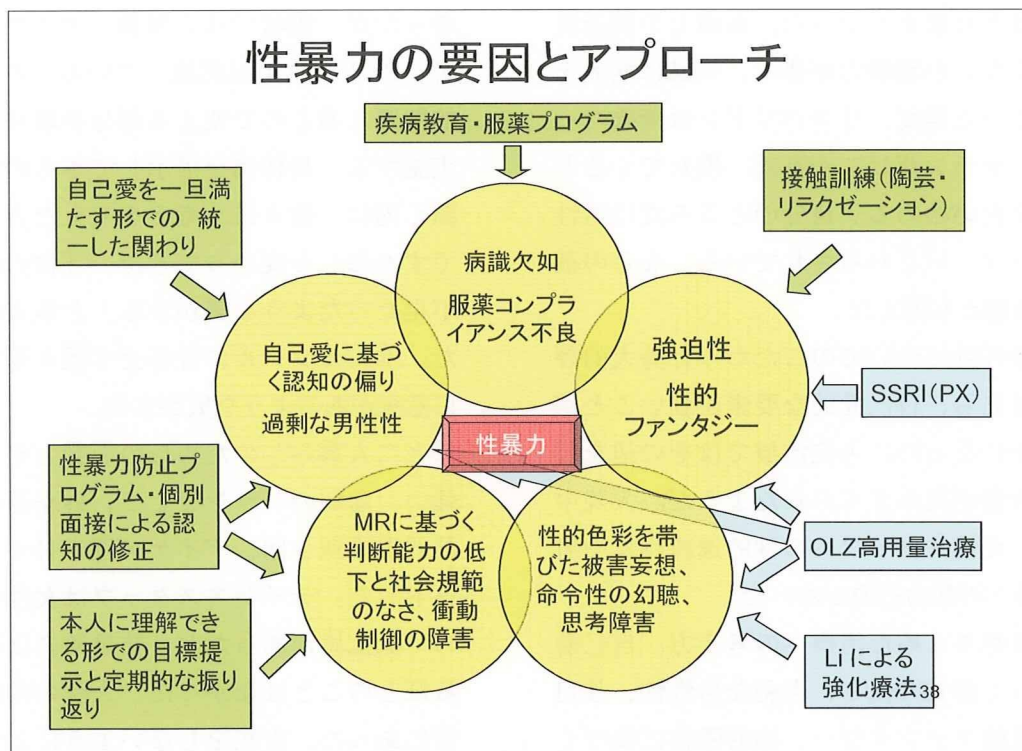
- ・意識調査では、理解の悪さはあるが助言で修正はできる。ほめても崩れないので、上手にほめて指導している。その後も女性に対して一定の距離は置けている。たまに他のことで揺れることはあっても概ね安定して経過している。
  - ・この事例は入院治療がしっかりしていた。その治療を忠実に引き継いだ。繰り返しプログラムを実施することは意味がある。ゆれながらも何とか成果が持続できている。処遇終了に持っていけるといいなと思っている。
- (質疑)
- ・認知行動療法の効果を持続させるように、量的には減らしながらも、いい効果が持続するように支えていった事例だと思った。効果を維持するための努力を必要十分な量やっていくことが大切であるが、こういう風にやれるといいなと思いながら聞かせていただいた。
  - ・病院でいろいろなプログラムを継続して

もらっているのでやれていると実感している。母への支援をどうするかも課題として頭にあった。訪問時は母の愚痴に聞き役になっている。本人には月1回観察所に来てもらって話を聞いている。処遇終了後、本人だけでなく母への支援をどうするかも考えながら進めている。

- ・社会復帰調整官の努力のおかげで、母を阻害因子とまで思わずにやれるようになった。

### 9) 総合討論

- ・行政機関の協力が必要だが、多忙、人手不足、交通費も出ないなど課題の多い中、何かご意見はあるか?
- ・結構川崎市は協力的。行政機関として協力できる部分は協力していきたい。
- ・横浜では区の福祉保健センターが担当。社会復帰施設への加算の件、やりたいと言ったら見事に川崎と同じようなことを言われた。しかし働きかけは続けていきたい。
- ・川崎だが今1名を担当、途中からなので



(図8)

今後どういう問題が起きてくるかわからない。社会復帰調整官が抜けた後どうなっていくか。今の担当の事例はまじめで病状も安定しているのであまり問題はないが。

#### <通院処遇ワークショップin盛岡>抄録

日時：2009年10月31日（土）13:00～17:00

場所：国保会館 白鳥

1) 参加者 59名、地域参加施設数 23施設

2) 発表者 (50音順)

加藤 暁子 (岩手県立一戸病院)

工藤 隆司 (仁医会 都南病院)

佐々木有司 (精神障害者生活訓練施設  
みやま寮)

里見 節子 (NPO法人 さんりく・こすもす)

千葉 孝治 (岩手県立南光病院)

藤村真紀子 (智徳会 岩手晴和病院)

三浦 香織 (盛岡保護観察所)

吉田 展康 (地域活動支援センター星雲)

3) 地域における通院処遇の現状と課題

- ・岩手県では、平成17年8月から平成21年8月までに、総数21件の医療観察法の申立てがあった。今現在、生活環境調査はなし、生活環境調整（入院決定数）10件（退院決定7件、入院継続中3件）、精神保健観察（地域処遇）は、総数で9件、終了3件であり、現在も係属中が6件という状況である（表4）。
- ・精神保健観察の総数9名を対象行為別にみると、殺人3名、放火3名、強盗・強姦・強制わいせつ0名、傷害3名であり（図14）、診断名別にみると、統合失調症5名、妄想性障害2名、双極性感情障害1名、アルコール依存症1名であった。半分以上は統合失調症である（図15）。
- ・地域処遇（通院処遇）の開始は経緯別に、移行通院5名、直接通院4名であるが（図13）、直接通院事例を受けてくれるのは1ヵ所の指定通院医療機関のみであり、そこ

がづらいところである。移行通院5名の通院開始時の住居は、自宅2名、生活訓練施設1名、グループホーム1名、指定通院医療機関への任意入院1名という内訳であった（図16）。

- ・精神保健観察の終結（通院処遇の終了）3件は事由別に、3年未満の終了決定1件、期間満了2件であった（図17）。終了決定1件は、入院処遇5ヵ月を経て地域処遇となったが、廃屋のような自宅ではなく、アパートに家族3人で暮らせるようになった。家族は全員障害者だが、それぞれに支援者がつき、安定して地域処遇ができるようになったので、2年で終結することになった。期間満了2件の内1名は、パート就労して3年で終了となった。地域生活支援センターも利用しながら、時間はかかるが本人たちの希望で、地域移行後も同じ通院機関に通院となった。地域の保健師、生活支援センターの見守りの中で生活を継続している。
- ・岩手県の指定医療機関の状況であるが、指定入院医療機関が花巻市に1ヵ所、指定通院医療機関は全部で5ヵ所である（図9）。保護観察所は岩手県のほぼ中央の盛岡市に所在しており、幸運にもあちこちに比較的行き易い立地条件であるが、県域が広いと、いくつかの空白地帯がぽっかり空いている状況である。対象者が出るたびにどこに通院したらよいか迷ってしまう。できるだけ近い通院医療機関を選択したいが、そもそも数が少ないことが問題である。当初4ヵ所の指定通院医療機関からスタートしたが、対象者受け入れのため、新たに1ヵ所人情で指定通院医療機関になってくれたところがある。しかし、その後の増加はなく、なんとか多くの病院に通院医療機関になってもらいたいというのが切実な願いである。

- ・遠距離通院が多いので、通院時間は長い人で3～4時間、通院1回の交通費は高い人で往復3900円もかかっているのが現状である。そのため、デイケア利用者は岩手県の場合は誰もいない。訪問看護も距離的に難しい地域では、外来診療だけに絞って、本人が来てくれるのを待っている実情がある。あるいは、普段は訪問看護を行わない指定通院医療機関でも、通院対象者ということで、何とか実施してもらっている場合もある。
- ・ケア会議の回数は、退院直後は月1回ぐらい、その後は状況に応じて2～6ヵ月の間隔で開催している。開催時間は1～2時間程度だが議事によって異なる。
- ・通院対象者の大半は、公共交通機関の乗り継ぎなど新たな通院方法の獲得のため家族の協力、関係者の同行支援によって通院を開始している。土地勘がないところでの通院開始が多いので、本人一人では最初から通院できないためである。対象者の大半は元の通院先にかかることができず、新たに指定通院医療機関と関係を作って通院を開始しているという状況である。
- ・このように岩手県の地域処遇の体制は十分とは言えないが、幸いにして警察や保健所の介入を経た緊急的な介入は、今のところ発生していない。

(保護観察所で感じている課題)

- ・指定通院医療機関の数は人口比では充足しているが、面積を考えると不足している。何らかの体制整備が望まれる。遠距離のため通院に支障をきたしていることが多い。交通費の問題もある。デイケアなど実施できないので、対象者の情報が不足しがちである。他科受診がある対象者の場合、他科は地元、指定通院は遠距離ということもあ

る。具合が悪いなと思っても気楽に受診ができない。支援者側にも不安があり、何かあった時にどうしようという思いでいる。

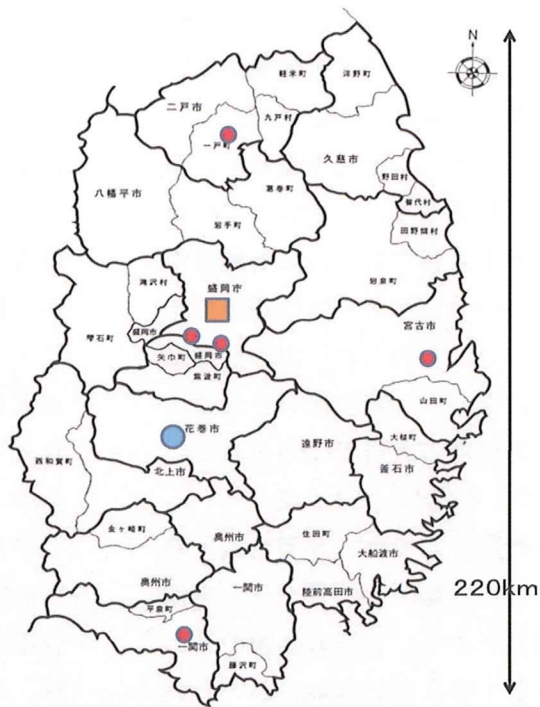
- ・通院対象者が増加するに従い、1つの医療機関に対象者が集中しつつある。内諾をお願いする時とても申し訳ない気持ちがする。何とか指定通院機関が増えないとこれ以上頼めないという状況が目の前に迫っている。
- ・居住場所については、指定通院医療機関周辺での居住が増加することも予想される。対象者や被害者の状況によって、自宅に帰れない場合もある。そうすると居住場所の調整が必要となる。居住場所探しが先なのか、通院医療機関探しが先なのか悩むところである。
- ・遠距離の対象者は、保護観察所が実施できる緊急時の対応にも限界がある。車で3時間ぐらいかかるので、連絡をもらい準備をして出発しても、4～5時間後に到着して何ができるのか心配である。現場での緊急時の対応をよく定めておく必要がある。
- ・遠距離が多いので業務効率が悪い。1日で1人の対象者の訪問で精一杯ということもある。人数が増えてきたときにどうなるのか。
- ・刑事鑑定→医療観察法鑑定→入院→通院と経ると、医療情報が細切れになる。効果的な医療情報の共有方法について模索している。
- ・効果的な外出外泊による地域処遇への円滑な移行については、どうすれば効果的な連携になるか、地域の不安解消のためのお試し期間などはどうか、仮退院？という形がとれるか、もう少し長いお試し期間が取れないものか、など考えることは多い。

(表4)

事件総数 (H17.8月～H21.9月)			
1. 生活環境調査	総数	21件 (終結 21件・係属 0件)	
2. 生活環境調整	総数	10件 (終結 7件・係属 3件)	
3. 精神保健観察	総数	9件 (終結 3件・係属 6件)	

### 岩手県内の 指定医療機関

- 保護観察所
- 指定通院医療機関
- 指定入院医療機関



(図9)

#### 4) 指定通院医療機関からみた通院処遇①

- ・ 当院の受け入れは今のところ1件。対象者は女性で、入院1年8か月後に退院して通院処遇になったものである。
- ・ 最初1ヵ月は毎週外来診療、訪問は保健師と精神保健福祉士で月2回、通院には入所施設が同行3ヵ月、その後単独でバスで通院できるようになった。中期になり外来は月2回、訪問看護は保健師1回、精神保健福祉士1回の月2回。当初日中活動がなかったが、その後活動の場ができた。通所施

設までの移動が疲れるとの訴えがあり、行きは入所施設が通所施設まで同行、帰りは通所施設が同行、これは特別のサービスである。現在も外来月2回、訪問も単数で月2回行っている。

- ・ 多職種チームは1チームでスタッフは5名。医師、外来看護師、精神保健福祉士、心理士、訪問保健師がメンバーである。いずれも兼務である。
- ・ 医療観察法通院処遇の効果としては、社会復帰調整官によるケア会議等により関係者

が集合して話し合い、ケアマネジメントがしやすいこと。病院でのケア会議なので医師も出やすい。調整官がマネジメントしてくれるので気分的にも楽である。入院から通院のつなぎの部分で対象者は不安が強いが、調整官がずっと同じなので対象者にも安心感がある。

(課題)

- ・指定通院医療機関が少ないため、本人が希望しない場所への退院や通院となってしまう。本事例の場合、ある病院に長く通院していたが、病状悪化時の行き違いから対象行為に至ってしまった。その医療機関が指定通院医療機関であれば、そこに通院すれば済む事であり、本人も地元を離れずに済んだ。本人は「仕方がない」と言っていたが、通院の練習が必要であり、入所施設からあまりに遠いのでデイケアには通所できない状況であった。そのため日中の活動場所を探すことになった。特別扱いされることで、対象行為が他の入居者に知られているのではないかと不安がっている。
- ・指定通院医療機関としては、評価会議に時間がかかることが問題。1ヶ月シートを作るのに1時間半かかる。チーム会議のまとめ役をやろうとする人がいない。わいわいがやがやで時間が過ぎてしまう。通常の医療との違いは、ケア会議があること、チーム会議で評価をすることぐらいで、情報の共有ができていいのかもしれないが、何が医療の質に結びついているのかよくわからない。30分ぐらいでできる評価シートにしてもらえないか。手間に比べ診療報酬が低すぎる。デイケアにも行っていないので医療費は一般の患者より低いぐらい。スタッフは全員兼務であるため、疾病教育、認知行動療法、内省プログラムなどと言われても誰がやるのと思ってしまう。手厚く、専門的かつ良質な医療といっても、どこにそ

れを求めていけばいいのか。ただ多忙感のみで、もう勘弁してというのが実情。だから1件しか受け入れられない。自分のタイムスタディでは、業務時間の約3%（5時間）なので、時間は少ないのに負担感が大きいのはなぜかと思ってしまう。

- ・従来の措置入院の不備な点を改善するため医療観察法ができたと思っているが、手厚い医療といっても結局は入院治療だけで、通院は十分考えられていなかったとしか思えない。指定通院医療機関では、スタッフは全く充実していない。措置入院との棲み分けもはっきりしない。終了後の地域のケアマネージャー的役割をする人が決まっていない。通常業務で忙しい中、地域の誰にわたせばいいのか。行政の役割がよくわからない。ケア会議には17人ぐらい集まるが、何の役割をしているのか見えない。デイケアなど精神科専門療法自体にもう少し点数をつけてほしい。そうすれば先生方も考えられるのではないか。法の都合ではなく本人が希望するサービスが受けられることが大事だと思う。

##### 5) 指定通院医療機関からみた通院処遇②

- ・岩手県北に位置する地域総合病院の精神科。スタッフは、精神科医5名（指定医4名、特定医師1名）、精神科外来看護師4名、臨床心理士1名、作業療法士3名（1名欠）、精神保健福祉士1名となっている。通院対象者にはこの中から多職種チームを編成する。
- ・医療観察法対策委員会を設置して、精神科全体で医療観察法に対応することになっている。委員会は必要時に開催し、メンバーは精神科医5名と各職種1名で構成される。医療観察法関係の研修として、花巻病院の見学、人材養成研修会や通院医療等研究会などに毎年参加している。
- ・通院1件目の打診。青森の保護観察所から

のもので、何故ここにと疑問だったが、地理的条件とか、調整官から事情を聞き、やむを得ないとして受諾した。

- ・通院2件目の打診。当初から予想していた事例ではあったが、職員増のない中、重なるとしんどいという気分はあった。
- ・通院1件目の通院開始。取り敢えずやってみようでスタートしたが、評価会議は大変だと思った。しかし、多職種で集まって定期的に評価していくことはいいのではないかと感じた。
- ・通院3件目の打診。自院の患者でもあったので受諾したが、受け入れ可能人数を設定する必要を感じ、委員会で3人を目途とした。
- ・通院2件目の通院開始。当初から来るべくしてきた人であり、よく知っているので混乱もなく開始できた。調整官からの情報もあり、事前のケア会議でも様子が分かっているので安心であった。
- ・通院3件目の通院開始。精神保健福祉法の入院もあるということで病棟のスタッフも無関係ではないことが分かってきた。
- ・評価について。月1回評価してシートを作らないとお金にならないので、必要に迫られてやっちはいるが、患者さんの変化が1ヶ月ごとにわかることはいいことだと思った。普段はなかなかできないが、評価会議の時は各職種が集まるので、各職種の専門性をお互いに確認できていることもいいことである。
- ・関係機関との連携：普段は病院中心の業務だが、社会復帰調整官にコーディネートしてもらい集まると、病院も患者さんからみると1つの社会資源であることを認識できた。
- ・通院距離の問題、生活の場の確保。当院の対象者2件は放火なので住んでいた場所をなくした患者であり、生活の場の確保が

課題。

- ・研修の機会が十分ではない。病院のスタッフがもう少し理解するためにはまだ十分ではないのではないか。そういう意味では今回のようなワークショップも貴重。他のところでどのような対応をしているのか知る機会も欲しい。
- ・通院処遇中は社会復帰調整官がケアマネジメントの中心だが、処遇終了後どうなっていくのか。引き継いでいく人をきちんと定めなければならないと思う。
- ・通院医療をきちんと行おうとすると専従のスタッフが必要だが、その裏付けがない。(質疑)
- ・PSWが1人だけでは十分動けないので増員してもらう必要があるのではないかな？
- ・人は必要だねということで事務職を1人臨時で増やしてもらった。そういう点では医療観察法のお陰といえるのかもしれない。
- ・もともと通院は従来の体制の中でという感じであり、多職種チーム医療をすすめる等の手数のため通院医学管理料がついていた。当初は55000円、45000円、35000円であり、これではとても人も雇えないと少し増額され、今は82500、72500、62500円で、対象者を3人以上担当すると加算がつくことになった。タイムスタディを行った結果、病院は1人の対象者に1日2時間費やしていることが分かった。対象者が3人いたら専任が1名いないと回らないというデータなどを出して徐々に増えてきた。ただ現在の額でも、1人の人件費にも足りない。少なくとも今の倍にならないと、病院はやっていけないだろうと思っている。デイケアや訪問看護などの精神科専門療法料も、時間や手数を考えると一般患者より高く設定しないと割に合わないが、なかなか認められないのが現状である。評価が非常に大変という意見について、もっと簡単にと

いう意見はよくわかるが、評価をしっかりとやることがこの医療の質を維持するのに重要だと思われる。多職種チームで評価をしっかりとやっていくことの意味を考えてほしい。

・北海道ほどではないにしても岩手県も県域が広いので、医療観察法の対象になると元の病院ではなく他地域の指定通院医療機関にいかねばならないため、居住地を変えなければならないという矛盾した現象も起きている。例えば基幹型、補完型指定通院医療機関という考え方は使えないものなのか。大きな基幹型指定通院医療機関で数カ月に1回診るが、普段は近くの補完型医療機関に通院するというシステムである。医療観察法医療の特徴の一つであるケアマネジメントでは、本人の意向を尊重することになっているが、本人が近くの医療機関を希望してもそこが指定通院医療機関でないならば、希望しない遠くの医療機関に行かざるを得ない。保護観察所の社会復帰調整官は全国で情報を共有していると思うが、近くの医療機関にいけるようなアイデアはないものか？

・調整官の集まりで皆さんの情報を聞いたりしているが、どの地域も限界が見えてきている。今の法運用では調整官一人で頼んで歩いてもどうなるものでもないという状況。厚生労働省の方で何とかしてほしいという悲鳴だけが聞こえる。

#### 6) 他の関係機関からみた通院処遇①

・精神障害者の生活訓練施設であり、定員は男性12名、女性8名。古い施設なので4人部屋が5つ。利用者のプライバシーという観点からは設備が充実しているわけではない。現在、男性9名、女性3名、合計12名の利用者がいる。

・現在1名の対象者は利用、入所調整中が1名となっている。

・入所希望者は体験利用を実施するが、医療観察法対象者の体験利用は病院スタッフの24時間管理下となる。他の入所者はどうして病院の方が来るのか、何か理由があるのかと不審があったが、病院の体制なのだという説明をするしかなかった。対象者は相談を病院スタッフにするので、スタッフに別室で控えてもらっていた。

・最初の体験利用は、施設の雰囲気を見てもらうことで2泊3日。その後は施設のプログラムの流れを体験してもらうことで1週間。最低2回以上はお願いしている。本当はもう少し本人の状況を知るために、回数を増やして欲しかったが、指定入院医療機関には希望はいれてもらえなかった。

・入所して最初の課題は通院。対象者は土地勘がなく、指定通院医療機関まで距離があるので、バスの乗り換えが必要となる。通院の仕方を覚えてもらうために同行を行った。公共交通機関の利用は数回の同行で単独で可能となった。1日がかりの通院になるので同行者にとっても体力的に大変だったが、対象者も大変だろうと感じた。距離の遠さは解決方法がなく、慣れてもらうしかなかった。

・他の利用者では気にしないような言動や行動も、当初対象者に対しては職員が敏感に反応して不安になってしまうことがあった。対象者の人となり十分わかるまでは、些細なことでも関係機関に連絡した方がいいのか、しなくてもいいのか迷うことがあった。

・当施設は旧法の施設なので加算はついていない。新法の施設になれば地域生活移行施設特別加算がつくと思うが、現在では加算がないので逆に負担が大きくなっている。

・医療観察法対象者は事前に病歴等の情報が分かり、体験入所中は病院スタッフも同行するのでその時は不安が少ないが、いざ受



け入れとなるとやはり不安が出てしまう。ケア会議で緊急時の対処法が定められているので一定の安心感はあるが、実際緊急事態が発生することを考えると、本当にクライシスプラン通りに動くか、関係機関が動くまでの施設側の対応はどうか、見えない部分は正直ある。土日休日夜間など職員1人対応の時には特に不安がある。早期の対応ができるよう日頃からの情報の共有が必要だと感じている。

#### 6) 他の関係機関からみた通院処遇②

- ・指定通院医療機関のない地域の施設。立派な県立病院があり精神科もあるが、なぜか指定通院医療機関ではない。
- ・対象者の受け入れは1名。狭い地域のため他の入所者のほとんどは本人の名前を聞いたら知っていた。しかし、大変だったろうと快く受け入れてくれた。職員も同じで特に不安もなく受け入れた。
- ・普段から、この施設を必要としている人は受け入れるという姿勢でやっている。途中で嫌になって出ていってもそれは仕方のないこと。「どういう自分であれば幸せか」と考えてもらって支援させていただいている。
- ・この事例もそういうつもりで受け入れた。ところが想像もしないことが起きた。ケア会議があった。そこに県、市、支援センターなどが入ってきた。本人の目標は子供と一緒に暮らしたいということだった。その時、行政の人がこういった。その目標がある限り、これができなければおかしくなるのではないか。それを聞いて本当にびっくりした。精神病について全然知らないでこの会議に来たのだなと思った。せっかくいろいろやろうとしていても、そんなことできるのかという雰囲気であり、自分は針のむしろにいるような感覚だった。
- ・指定通院医療機関に本人に会いに行った

時、本人はグループホームの食事は食べないで、一人で食事を作って食べたいと希望した。病院のスタッフは「また夢のようなことを言い出したんですよ」といった。それで生活の場と医療の場というのが違うと感じた。社会の中ではその人の全てと付き合い合っていく必要がある。夢のような希望であっても本人が希望する以上、それにもきちんと対応していく必要がある、それが生活の場である。それで「どうして自分でご飯が作りたいの」と本人に聞いてみた。彼女にはそれなりの理由があった。しかし、ケア会議であれだけの専門家がいるので、自分たちが間違っているのではないかという不安もある。それで強く言えなかった。

- ・行政の方が施設を訪問してきて、施設に相談なく、不安に思うこと10項目を南光病院の主治医にメールで送った。その後、対象者に付き添って病院を受診したら医師が怒っていた。施設も一緒に困っていると勘違いしていた。施設に暮らす対象者については、まず施設側の希望を聞いて、その上で行政の力を借りてほしいと調整官にも話した。
- ・この事例について施設側は何もしてあげられなかったと悲しかったが、調整官から「地域で生活してみて、この人に何をすればいいのか方針がわかったよ」と言われ、少しほっとした。次の入所希望があれば受けていきたいと考えている。

#### 7) 他の関係機関からみた通院処遇③

- ・相談支援を担当。対象者には4ヶ月ばかりの支援であり、いろいろあったため精神保健福祉法の入院となってしまった。
- ・当地域の通院処遇。①保護観察所の処遇実施計画と管内の個別支援計画の二重体制で行った。②地域個別支援計画。昨年度から始まった岩手県の個別支援計画の標準例。「私の希望する暮らし」の活用、ケア会議

の進め方も取り入れて実施している。処遇の実施計画と個別支援計画の関係性については、チーム支援とストレングス支援であると考えている。

- ・通院処遇に携わって感じたこと。①入院機関と通院機関の連携の難しさがある。距離の遠さもあるが、どのタイミングで地域が入っていけばよいかわからず待ちの姿勢になってしまった。普段の業務と違いちょっと躊躇したところがあった。②対象者のニーズをくみ取る難しさ。病棟内でのアセスメントの不十分さもあり対象者のニーズをくみ取ることが難しかった。③チーム支援の重要性。多職種連携は必要不可欠である。
- ・課題としては、①顔の見える支援体制がベスト。県域が広いので難しい面はある。入院処遇の早い段階から地域の関係機関を巻き込んでもらえたらどうか。②糊代のある支援体制。精神障害者の支援は医療と地域支援が必要不可欠。入院の早い段階からの地域の関係機関も関わるような支援の重なりあいが必要だと思った。③退院前支援ができないか。入院中に対象者が地域社会に触れられる機会を増やせないか。外出・外泊の機会に、地域社会に触れることを丁寧に時間をかけてできないか。

(質疑)

- ・他の関係機関②の話が興味深かった。精神科の専門家や行政の人間は、こういう人にはこうすべきだという考え方が強すぎるかもしれない。対象者の希望を受け入れて支援してみるという考え方をもう少し持った方がよいかもしれない。
- ・他の関係機関③の糊代という考え方は、自立支援法の精神そのもの。今の考え方で続けてほしい。ただ善意であっても危機は起こるので、自分たちだけで抱え込まないで、調整官や病院のスタッフとも緊密な連

携をとってやっていかれるといいと思う。

## 8) 事例検討①

- ・医療観察法施行当初から指定通院医療機関になっている。病院では医療観察法通院指定委員会を開催し、医療観察法にかかわる諸問題の検討を行っている。多職種の評価会議を月1回開催。現在2ケースに関与、各ケースには主治医と副主治医、PSW、CP、OT、訪問看護、デイケアのメンバーで多職種チームを構成している。
- ・通院対象者は、今のところ2例とも遠距離通院のため、外来診療のみとなっている。その他、CPによるカウンセリング、PSWの面接を行い、生活状況の全体的な把握を行っている。しかし、訪問看護やデイケアは実施できていない。処遇の流れについては、どの部分でも精神保健福祉士がかかわっているのは大事なことだと思っている。

(事例1：女性)

- ・社会復帰調整官から鑑定入院中、入院処遇中の情報の提供があり、病歴や現状等の一定の把握はできていた。発病は高校卒業前後で、霊が見える、霊が話しかける、独語、意味不明な発言などがあったようである。
- ・時々幻覚妄想に基づく発言や行動があり、警察にも相談されていたが、病状悪化時に幻覚妄想や脅しの言葉を聞いて対象行為に至った。
- ・入院処遇となったが、オランザピンで症状は軽減し、疾病教育等にて病識も獲得し、対象行為に関する内省も深化したとのことで退院決定された。
- ・地域処遇に際しての本人の希望は、将来は子供の養育をしながら居住地で暮らすことというものであった。地元のグループホームに入所したが、本人は不安感もなく、導入はスムーズであった。遠距離通院のため活動支援センターの協力で受診していた。

4回目から単独受診の予定だった。ところが6回目の通院のころ、突発性の浮腫の出現、グループホームでの奇異な振る舞い、協調性のなさ、シャンプーの頻回購入、経済的観念の欠如などが目立つようになり、他の利用者が本人の振る舞いに怯える状態になった。被害的な言動もあり、調整官も頻回に本人と面接、結局、話し合っ任意入院となった。

- ・病状がなかなか改善せず、ルール無視の行動や、本人自身の不満も強いので、このまま精神保健福祉法の入院治療は可能なのかという議論が出てきた。ところが、最近になり病状が改善してきた。霊的・雷様発言消褪、強迫的行為も落ち着いた。今後の治療へのモチベーションも高まってきた。一度は医療観察法の再入院も考えたが、もう少し経過を見ることになった。

- ・この事例で気づいたこと。①遠距離通院で本人の状態把握が不十分、救急対応が不十分。多職種チームの関わりが不十分、地元福祉機関との連携も不十分、②住居の問題。地元に戻って子供の養育をしたいというのが本人のニーズ。地域感情等考えると調整官の調整はとても困難、情報の伝え方の問題もある。③社会復帰調整官の権限の不明確さ。入院が必要な場合の強制がどこまでできるか。福祉関係者と医療関係者の責任の調整の難しさもあった。④病状悪化時の対応。精神保健福祉法の入院ではマンパワーが不十分という問題がある。⑤入院処遇から地域処遇への移行時のギャップが大きい。本人はいつ逆戻りされるかと不安を常に抱えていた。

(事例2：男性)

- ・他県のケース。入院からの移行。現在の医療サービスは、1か月に1回の外来診療、CPカウンセリング、PSW面接であり、遠距離のため訪問看護やデイケアは実施してい

ない。他県の社会復帰調整官とは緊密な連絡を取っている。

- ・このケースで思ったこと。社会復帰させることの義務的な部分はどこまでか。地域の人は何とか作業所に行かせようと働きかけるが、本人はテレビでニュースをみることが楽しみ。スタッフの一方的な支援も懸念される。

(質疑)

- ・事例1について、最近よくなっているのは薬物治療などに変化があるのか？
- ・過去の薬物歴を主治医が調べ、リスペリドン使用に切り替えた。
- ・医師の薬物療法が十分でなくて他の職種が苦勞している場合があるように思う。先日の事例で1年以上入院処遇を受けていたケース。治療反応性が乏しいから医療観察法の処遇を終了してそちらで診てもらえないかという打診があった。何回も自殺企図があったりするにも関わらず、入院中処方全然変わっていなかった。もう少ししっかり治療した上で治療反応性が乏しいと言ってほしいものだった。

## 9) 事例検討②

(事例1：女性)

- ・直接通院
- ・不眠で一般科のクリニックを受診しているが、次第に希死念慮が出て、自殺企図を数回行うも精神科への通院はなかった。
- ・対象行為前、物忘れもひどく、落ち込むと自分が嫌になる、保健所からレーザーが見える、バカなどの声が聞こえると言い出した。しかし、宗教関係者から薬では治らない、挿んでなおしなさいと言われ、服薬を止めた。それで症状悪化し対象行為に及んでいる。
- ・通院処遇の目的は、定期的な通院服薬、精神的サポート、それにより安定した生活を維持するとした。本人の希望は、相談体制

が整った状態で安定した生活をしたいというものであった。ストレスを貯めやすいので追い詰められた状態にならないよう支援、不安が強い時自分から相談できる力をつけさせるようにした。

- ・自宅の周囲は田んぼ。家を出ると事件を起こした人だと思われるのではないかと気にしてあぜ道を歩いていた。買い物には訪問看護が同行、その後次第に単独で買い物に行けるようになった。その後、父が車で事故死したが多額の借金があったため、家を抵当に入れて出なければならなくなった。それをきっかけに本人は強く就職を希望、面接でなかなか決まらず、障害者雇用をめざすことになった。午前中だけのパートで1ヶ月6万位の収入である。
- ・通院初期は人目を気にして緊張が強かったが、本人の希望をいれながらサポートした結果、自分で大分解決できるようになり、表情も大分やわらいだ。父の事故死も比較的冷静に受け止められた。経済的な問題からパート就労したが、障害者就労支援センターが活用できたのが良かった。通院3年で無事満期終了となった。

(事例2：女性)

- ・直接通院。
- ・20代で発症し、今まで躁状態で多くの入退院を繰り返した。訪問看護も受けたが、再発を防げなかった、そんな中で対象行為に至った。
- ・通院処遇の目標を、定期的な通院服薬とサポートで安定した生活を維持に置き、本人の希望は、相談体制が整った状態で安定した生活をするのであった。
- ・遠距離通院のため、危機介入どうするかが問題であったが、その場合は地元の病院でみてもらうしかないだろうと考えた。姑のことは生活支援介護事業所に支援を受け、引っ越しなどによる病状の変化や事件性が

ら近所との関係にも注意した。

- ・家がなくなったのでアパートで一家4人暮らしから始めたが、経済的理由もあり改装工事をして元の家に戻った。地域の自治会が出てきて、本人が戻ることへの不安恐怖を訴え、対象者にどのような支援がされるか個別に情報提供をしてほしいとの申し入れがあった。夫は困り果てて社会復帰調整官に相談。自治会の集会で夫と社会復帰調整官が出席して説明。その後夫が全世帯を個別に訪問し、月間予定表、関係機関連絡先を書面で渡した。各種の問題には、夫一人で対応せずに保健所、保健センターと一緒に対応することにした。姑との同居、認知症介護は、本人にとってそれほど負担ではなかったが、姑は老人福祉施設に入居することになった。
- ・犬の苦情事件が発生。近所の女性から犬の苦情に関する相談が保健所に入った。この飼い主は、以前本人から犬の苦情を言われたことがあり、匿名の犬の苦情を訴えるハガキがきたため、また本人が出しているのではないかという苦情の訴えであった。これには社会復帰調整官が間に入り、疑いが晴れた。
- ・満期3年で処遇終了したが、本人の状態は安定している。当初はまた入院という不安もあったようだ。閑静な住宅街での放火事件のため近隣の住民の不安が強かったが、それも何とか乗り越えた。通院距離が遠く、交通手段が少ないため、今後の関わりが問題となる。
- ・通院処遇を終えて対象者の感想。(事例1) 満期終了であったが終了後への不安があった。しかし終了後も同じような支援が受けられることが確認でき安心感が得られた。落ち込んでいる時気分転換に買い物に行けて楽しかった。(事例2) 特に感想はありません。以前は家族に迷惑をかけてい