

たので申し訳なく思う。今は本当の自分です。通院は遠いが同じ病院に通院したいと思った。

- ・この2事例はうまくいったケースであるが、医療観察法も悪くないと感じている。きちんと通院し、服薬し、サポートを受けるといい状態が続くようになる。あまり細かいことは考えず、治療を続ける気持ちが続くようサポートできればよいと思う。

#### 10) 総合討論

- ・通院処遇について行政機関の方のご意見を聞きたい？
- ・市町村への期待が大きくて胸が苦しい思い。市町村の現状は、業務が多岐にわたり、なかなか一つのことを掘り下げることができない。精神の患者も一杯ケースは抱えている。精神のケース一つ持つとその日の仕事は終わりというぐらい時間がかかる。そこで市町村にこれ以上と望まれると実際何ができるのかという思いで限界を感じる。何ができるか、少し離れたところで広い視野で見て、一種の調整役をすることが自分たちの役割かと思っている。
- ・担当保健師が3年間で3人替わった。行政なので1人の人間が同じケースを長く受け持つことはできない。申し送りなどを踏まえて一から関係作りをするという難しさがある。このケースはずっと穏やかに過ごせたので比較的關係も作りやすかった。難しいケースの時はいろいろな人と連携して入っていかなければならない。今の行政としては広く浅くとならざるを得ない。
- ・全部の事例のケア会議に参加させてもらっている。どこにどういう問題があるのかという目的意識で参加している。ケースに深くは入れないが、間に入って調整できるようなスタンスを心がけている。
- ・本人が治療に前向きになったことが大きかった。もともと市内の医療機関に通院して

いたが、薬がコロコロ変わったための躁転に部分もあった。順調に終了できたのは主治医の力も大きかった。指定通院医療機関が市内にないのでこの病院に通院になったが、主治医との出会いがよかったとも思われる。

- ・治療者の良い悪いだけでなく、通院処遇のシステムとしてはどうなのか？
- ・通院処遇は一般医療よりマンパワーをかけた、ものすごく手厚い対応になっている。それがいい結果に結びついているだろうと思う。今回の2例は直接通院の事例で、対象行為も自罰的なものであり、病状もそれほど重くはない点がうまくいったこととも関係している。殺人事例と今回のような事例と、同じような通院処遇でいいのかという感じも持っている。来年は法の見直しの時期だが、症状の重症度や対象行為の重大性の程度などで処遇の在り方を変えるような対応も必要ではないか。
- ・入院処遇になった人も幾つかのクラスターに分かれるのではないかという考え方も出てきている。入院期間も、早い人だと半年ぐらいで退院するなど、4つぐらいにわかれる。岩手県は大都市圏と異なり、通院処遇の地域型のモデルを考えるとところかもしれない。人口が少なく広範囲に疎らにしか対象者が出てこない。一つの病院に対象者が集まりにくい。いろいろなことのできる中核的病院が県内でも4、5カ所ぐらいしかない。そういう所では、基幹型、補完型指定通院医療機関の協力による通院処遇という考え方も必要になってくるのではないか。

#### <通院処遇ワークショップin熊本>抄録

日時：2009年12月19日（土）13:00～17:00

場所：チサンホテル熊本「あそ」

1) 参加者 52名、地域参加施設数 21施設

## 2) 発表者 (50音順)

赤星 智英 (就労支援センター かも  
ん・ゆ〜す)

赤星 雅義 (菊陽病院)

甲斐原加奈子 (健生会 明生病院)

古賀香代子 (国立病院機構菊池病院)

原 由美 (山鹿市役所いきがい推進課)

藤本加津美 (菊池市福祉課)

松本 高成 (熊本保護観察所)

## 3) 地域における通院処遇の現状と課題

・熊本県内の医療観察対象者は、今までに、生活環境調査が28件であり、今となってはそれほど多いわけではないが、当初は予想を超えて多く発生し多忙な時期もあった。28件は全て終結し、審判結果は入院13件 (他県のケースを加えると16件)、通院8件、不処遇6件、却下1件という内訳である (表5)。

・精神保健観察 (通院) は施行から17件、2件が処遇終了、その内1件は期間満了でもう1件は3年を待たずに終了となった (図17)。現在15名が県内で通院中である。来月に2名が期間満了、来年は観察事件が徐々に減っていく予想となっている。

・精神保健観察を、対象行為別にみると殺人4件 (未遂を含む)、放火7件、強盗・強姦0件、強制わいせつ1件、傷害5件であり放火が多いことが特徴になっている (図14)。主診断名別には統合失調症9名、アルコール依存症1名、気分障害1名、急性一過性精神病性障害1名、統合失調感情障害2名、器質性精神障害1名、精神遅滞1名、複雑性PTSD1名という分布であった (図15)。

・精神保健観察の受理事由別にみると、9件が当初審判で通院決定 (直接通院)、8件が入院処遇を経て通院 (移行通院) になっている (図13)。通院開始時の居住状況については、単身生活4名、家族と同居7

名、精神保健福祉法入院6名である (図16)。開始時に精神保健福祉法の入院となった6名は現在、4名は退院し (1名は単身生活、2名は家族と同居、1名は社会復帰施設)、残る2名はまだ入院中という状況である。

・熊本県の指定通院医療機関はまだ3ヵ所のみである (図10)。A病院は指定入院医療機関でもある。今までに5名の通院対象者を受け入れ、現在、精神保健福祉法入院2名、満期終了1名、本来の通院中が2名となっている。B病院は7名受け入れ、1名が精神保健福祉法で入院中、終了が1名、残る5名は本来の通院中である。C病院は5名受け入れ、精神保健福祉法入院は現在0人、5名とも本来の通院中であるが、1名は終了申立て中となっている。

・指定通院医療機関の所在地であるが、3ヵ所とも熊本市の北西部に固まっており、県北に指定通院医療機関が偏在していることになる。多くの通院対象者はその周辺に居住しているが、県南部にも対象者が2名いる。そこからの通院は片道100kmぐらいで、山側は地図上の距離より時間がかかる。南部山側の対象者に月1回訪問するとき、内陸を車で南下したら片道4時間半ぐらいかかった。通院時間が長い人2名は、高速道路を使って片道1時間40分ぐらいで、高速代、ガソリン代で1回の通院に4、5千円かかっている。通院も精神保健観察も大変な状況である。そのため単身で身寄りのない人は指定通院医療機関の周辺に居住するしかないのが実情となっている。

・医療や援助の内容は、少し薄いかもしれない。遠距離かつ農村部の対象者の場合、精神保健観察と病院からの訪問看護で何とか支えているが、地域の関係機関からの訪問はなかなか難しい状況である。

・熊本の地域処遇の課題。指定通院医療機関の不足。厚生労働省の基準では6カ所であるが、結局3カ所のみとなっている。しかも偏在。県北のかなり狭いエリアに3つの医療機関が集中しているので、遠方の対象者はこの3つのどこに通院になっても距離的にあまり変わらない。対象者の少ない順に依頼するような状況である。

・指定通院医療機関の受け入れ数については、3つしかないので常時5人ぐらいとなっており、どの医療機関もそろそろ限界であり今後の大きな課題である。指定通院医療機関が少ない理由は明らかであり、診療報酬がまだ少ないので病院にメリットが少なく、専従の人を配置できないためである。

・処遇終了後のケアマネジメントについては、誰に引き継げばよいか常に悩んでいる。社会復帰調整官は離れることになるので、ケア会議などで保健所がいいか市町村に頼むか考えながら顔を見ているのが実情である。最後のケア会議で相談支援専門員を紹介され、こういう人に委託するのもいいのではないかと思った。今後開拓していきたい。

(質疑)

・指定通院医療機関が県北に偏在しているとのことであるが、医療機関そのものの偏在もあるのか？

・医療機関は一応存在しているので、指定通院医療機関が偏在しているということである。今後指定通院医療機関が存在しないところに対象者が発生すれば、指定通院医療機関を受けてくれるようお願いすることになる。

・通院開始時の精神保健福祉法の入院が6件というのは多くないか。神奈川では限定的に使おうという暗黙の了解があったが？

・少し多いような気もするが、移行通院で、

そのまま通院は難しそうなのでまず精神保健福祉法の入院をしてからというのが2例、最近では遠方の指定入院医療機関に入院までしなくても、通院処遇にして地域の指定通院医療機関に入院し、落ち着いたら本来の通院に切り替えるという事例が2件ぐらいあった。

・指定通院医療機関周辺に対象者が多いのは、たまたまか、病院近くに居住させるようにしたのか？

・放火が多くて、家がなくなり地元に戻れない対象者が多い。そのため病院近くにアパートや居住施設を探そうということになった。対象者の発生そのものは県内満遍なく発生していた。

・ということは中部や南部にも指定通院医療機関が1つや2つあった方がよいということですね？

・はいそうです。

・処遇終了後どこがケアコーディネーター的役割を果たしたらよいかについて、神奈川ではケア会議の段階から地域の保健所等からも参加しているので、終了後も自然に保健所等がその役割を果たしているように思うが、熊本はどうか？(注：神奈川県では、特に横浜・川崎の保健所では専任の精神保健福祉相談員を複数配置しているため、通院対象者も担当することになる)

・熊本でも保健所等にはケア会議に参加してもらっているが、どこが主役かについては特に定められていないので、さてどこかなという感じはある。町の職員などは転勤で人が変わることも多い。

・病状が悪化して緊急対応が必要な事例はあったか？ 自立支援医療を利用している人はどれぐらいいるか？

・病状悪化した人はいない。そのような場合は、医療機関がきちんと対応していただくことになっている。特に問題が起きるとい

うことはなかった。自立支援医療は使っていないが福祉的なサービスを使っている人はいる。

3) 指定通院医療機関からみた通院処遇①

・当院は、以前から触法患者やアルコール依存症患者の受け入れが多いことが特徴の一つであった。怠薬や通院中断による悪化例が多かったことから、平成5年ごろから通院中断チェックシステムの導入を図った。週1回金曜日に全職種が集まりミーティン

グを実施して、通院がない例には病院から本人や家族に連絡を入れることにしている。全体では約210名程度の要チェック者がいる。

・当院が関与する社会復帰施設として、グループホーム1つ、共同住居2つ、4軒の民間アパートを集合住宅として確保。共同住居2つは、アルコールや薬物は入所できない。共同住居にトライルーム1室確保し、入院患者の退院に向けての練習場所として

(表5)

事件総数 (H17.7月~H21.11月)			
1. 生活環境調査	総数	28件	(終結 26件・係属 0件)
2. 生活環境調整	総数	16件	(終結 10件・係属 6件)
3. 精神保健観察	総数	17件	(終結 2件・係属 15件)



(図10)

いる。集合住宅はアルコールや触法の人も入居できる上、保証人なしで入居させてもらっている。

- ・当院における地域生活支援としては、住宅確保ではPSWが不動産屋を回り大家さんとの信頼関係を築いている。単身の患者は共同住居とか保証人なしの集合住宅を紹介することが多い。共同住居は病院から徒歩1分程度のところに2つある。病院に近いので幻聴等病状が悪化してもそこで対応できるようにしている。グループホームや共同住居は期限がある場合もあるので、その時は近いところにアパートなど設定して移ってもらう。訪問看護についても住宅地などで苦情もあるので、頻回に訪問看護に行くことによって住民に安心してもらっている。診察場面でなかなか見えない部分が訪問看護で見えることも多い。地域で暮らすので地域のゴミ拾いなどにも参加し、地域との交流をするよう働きかけも行っている。グループホームについては、共同住居管理運営委員会を開催し、事故をできるだけ少なくするようにしている。
- ・医療観察法通院対象者は現在までに5名受け入れている。移行通院3名は男性、直接通院2名は女性である。移行通院の1名は、精神保健福祉法の入院から開始し、退院後本来の通院となっている。5名の住居は、自宅が3名、当院の共同住居が2名である。処遇終了はまだいないが、年明けに2名ぐらいは終了の見込みである。
- ・当院の医療観察法に関する医療サービスは、外来診察、デイケア、訪問看護、心理教育、栄養指導、服薬指導、PSW面接などを提供しているので、いわゆる基幹型指定通院医療機関に相当する。
- ・多職種チームでの関わりについては、精神保健指定医、外来看護師、精神保健福祉士、作業療法士、心理士の5名で構成し、

対象者によってはデイケアや支援センターのスタッフ、栄養士、薬剤師などが加わる。多職種チームは、対象者5名に対し5チーム編成している。指定医は5名で1名ずつ対象者を担当し、一人に負担がかかり過ぎないようにしている。多職種チーム会議は毎月1回30～60分、1ヶ月評価は30分ぐらい、3ヶ月評価は1時間ぐらいかかる。5チームあるので毎月5回の評価会議があり、要領が悪いといわれることもあるが、担当者が丁寧に評価や検討を行うことが大切だと考えている。各チームの窓口はPSWが行っている。

- ・通院開始までの段取りとしては、社会復帰調整官からの説明をPSWが窓口となって受けている。そのため医療観察法の統括のPSWを決めている。そのPSWが院長、事務長、看護部長などに予定の対象者の報告を行い、職種の担当者にも報告する。その中で主治医も決まり医療サービスの内容の検討が行われる。訪問看護は必ず行うようにしている。ただ月に130名ぐらいの訪問看護を行っているので、担当者に日程調整をしてもらう必要がある。24時間対応については、夜間は当直看護師が対応する。そのため簡単に情報を伝達しておく。その後には初回ケア会議や顔合わせが行われる。
- ・ケア会議は、2～3か月に1回で長くても30分程度である。その内容の報告もPSWが院内で行っている。  
(指定通院医療機関から思うこと)
- ・関係構築について、内省・病識などまだ互いによく知らないのが当初どこまで触れていいか悩むことがある。全対象者に2名体制で訪問看護を行っているため、その中で関係を築いていっているのが現状である。対象者は過去に中断再燃が多いので、心理教育に参加してもらうことにしている。直接通院者は必ず参加されるが、移行通院の

3人は入院中にさんざんやったのでもう結構ですと参加してくれないのが問題。なぜか移行通院の方が病識についてはよくない印象がある。

- ・外来OTは特にやっていない。DR、NS、PSWが主に関わっているのが現状であり、CP、OTのかかわりが少ない。外来看護師は病棟との交代があるため、対象者はできれば同じスタッフに終了まで関わってほしい希望している。
- ・移行通院の事例で、総合失調感情障害+発達障害とされている人がいた。発達障害をベースとした心理教育を受けて通院になったためか、自分はコミュニケーションが苦手なだけで統合失調症ではありませんという。統合失調感情障害の動機づけの難しさがあり、どうして統合失調症の薬を飲まなければいけないのかと言っている。バランスの取れた心理教育を入院中からしていただかないと、指定通院医療機関が対応に困ることになる。また、指定入院医療機関ではできることでも指定通院医療機関ではできないことが多い。本人の間食チェックをしてほしい、自宅でのゲーム時間をチェックしてほしいと言われても通院機関としてはそこまで把握しきれない。
- ・地域での生活については、はじめはきちんと見守るが、少しずつ枠を緩めていく。そのため何かあればすぐに対応できるようにはしておく。コンプライアンスが心配な事例には、本人の同意を得て、リスパダール・コンスタを使用する。
- ・処遇終了後の医療の確保について、終了の見極めをどうするか、病識・内省が深まらないまま安定しているのが終了となるケースもあるがそれでよいのか、という思いもある。一応全ての対象者は通院中断チェックリストには入っている。遠方の対象者だと終了後近くの医療機関に転院することも

ある。その時の引き継ぎや医療体制などどうなるのか。

- ・最後に指定通院医療機関の少なさは大きな問題。対象者も病院も互いに負担。各圏域に少なくとも1指定通院医療機関が必要。なぜ増えないのかについては、①医療観察法への理解の低さ。何をしているのか、どのような負担があるのかよくわからない。②診療報酬の安さ。通院には時間も人も使うが入院に比べてあまりに安い。専属スタッフを雇えないのが現状。全員が通常業務との兼務であり、PSWはかなりの負担となる。マンパワー不足のため、時間の余裕がない。緊急事態はまだ発生していないが対応するゆとりがないのが現状である。そのため受入数は5名が限界ではないかと思っている。

(質疑)

- ・民間病院で、共同住宅など医療観察法にここまでやれるのはすごいですね。
- ・不動産屋さんにも何度も頭を下げてお願いしているが、「訪問看護に必ず行きます」と言わないとアパートはなかなか借りられない。

#### 4) 指定通院医療機関からみた通院処遇②

- ・当院の付属施設は、訪問看護ステーション、デイケア・デイナイトケア、生活支援センター1カ所、グループホーム5カ所、福祉ホーム1カ所である。アルコールやギャンブル依存症にも取り組んでいるが、ギャンブル依存症は県外からも依頼があり、対応しきれないぐらい多くなっている。ACTもやっている。CBCM (Community Based Case Management) と両輪に考えている。各部署から担当者を出しチームとして関わるのは医療観察法と似ている。患者さんの自治会や家族会もあり、院内カンファレンスの開催数も多い。また、作業所とも連携し、デイケア→作業所→地域での就

労という流れで社会復帰への支援を行っている。

- ・通院対象者は、現在までに7名受け入れた。内訳は直接通院が5名、移行通院が2名である。通院開始時の精神保健福祉法の入院は2名であり、現在も1名入院中である。精神保健福祉法の入院は通算で3名である。処遇終了者も1名いる。
- ・多職種チームのスタッフは、医師2名、看護師4～5名、PSW1名、心理2～3名となっている。評価会議は月1回開催し、時間は徐々に長くなり、現在は1～1.5時間程度かかっている。事前に各職種に評価を電子カルテに書き込んでもらっても、この程度の時間はかかる。
- ・医療サービスは、外来診療のほか、訪問看護やデイケアが中心だが、訪問看護に主力を置き、訪問看護ステーションが実施している。
- ・対象者数は同一時期6名ぐらいが一杯か。これ以上はきついと社会復帰調整官にも言っている。

#### (通院処遇の課題)

- ・マンパワー。1名につき年間100万、200万ではとても足りない。専従の職員を配置することもできない。
- ・訪問看護の点数。訪問看護ステーションが通院の指定を受けて訪問看護に行き、医療観察法の請求をすればなぜか通常の半分ぐらいになる。これは何とかしてほしい。通院対象者の訪問が増えると他の訪問が減るので、収入が大幅に減ってしまう。
- ・評価会議の在り方。6人を一遍にやっている。事前に評価シートに書いてもらうなど工夫しているが、限られた時間でどれだけ評価が正確なのか疑問もある。参加者も常に全員とはいかない。社会復帰調整官にも参加してもらっている。
- ・終了の見立て。1名は終了申立てで終了。

1月に満期終了予定者1名。ケースの個別性と地域性など経験則で処遇終了を申し立てている。どこまでできて通院終了か、今までの経験の中でいいのか、基準がわからない。

- ・処遇終了を不安に思う対象者がいる。1つは経済的負担の問題、もう1つは社会復帰調整官がはずれることが理由。それをどのように引き継いでいくかも課題である。

#### (質疑)

- ・1つの多職種チームで6人担当だとすると、会議には10数人参加するのか？
- ・いや、参加できる人が参加している。
- ・医師が2名なので1人で3名ぐらい担当になるようだが結構大変ではないか？
- ・1人の医師は5名担当している。
- ・訪問看護ステーションから医療観察法対象者の訪問に行くとそれ以外より安くなるのか？
- ・その通り、約半分になる。精神の訪問看護の方が一般の訪問看護より安い。管理料が全部外される。
- ・終了を考えている人への保健所や市町村のかかわりは？
- ・ケア会議で方針は統一。そこには来てもらう。そこで終了後の関わりなども話し合う。

#### 5) 他の関係機関からみた通院処遇①

##### (事例：男性)

- ・対象者への1週間の支援プログラムの中で、月2回、市役所、保健所、総合支所の保健師3人が2人1組で訪問している。
- ・社会復帰調整官より、この事例が地域処遇になるという連絡を受けた。当初は在宅で大丈夫かという不安があった。家族全員が何らかの支援が必要な人で、キーパーソンもないため、自宅よりグループホームの方がいいのではないかと考えていた。
- ・しかし、地域処遇としての支援がスタート

した。定期的なケア会議が開かれ。月曜から金曜まで、誰か支援者の手が行き届くような体制が組まれた。割とスムーズに在宅生活はスタートした。途中何回か入院もあったが、今まで何とか付き合ってきた。

(感想)

- ・ きめ細やかな支援があれば精神障害者の在宅生活は可能である。この事例の場合、支援プログラム、緊急時の対応、関係機関の連携体制ができていた。ただし、何人も来るとこのように対応できるか考えると尻込みするところもある。地域の保健師もマンパワー不足。従来の業務に加え新型インフルエンザ対策、特定健診保健指導などで多忙。精神障害者に対する地域の人の理解も必要である。
- ・ 対象者の交通手段確保の問題。病院デイケア、就労継続支援事業に参加。交通手段が確保されているのでスムーズに通所可能。病院まで車で30分だが、自分では車の運転ができない。何らかの支援が必要であり、通院介助のサービスをつけている。公共交通手段が乏しいところでは交通手段の確保は大きな問題であり、地方に合った交通手段の確保を制度化してほしい。
- ・ 通院処遇の期間が3年では短いのではないか。この事例では処遇が終了になったあとどうするかという問題がある。是非5年でお願いしたい。
- ・ 医療観察法対象者を担当したのは貴重な体験であった。社会復帰調整官の普段の支援のきめ細かさ、深い介入にいつも感心させられた。社会復帰調整官も関係機関と常に情報交換し、良好な人間関係が保たれているので、このケースもうまくいっているのではないかと思う。

(質疑)

- ・ 保健所と精神保健福祉センターとの連携は？

- ・ このケースでは精神保健福祉センターと関わったことはない。保健所とはこのケース以外でもよく関わってもらっている。
- ・ このケースの終了に関して、5年に延長をという希望があったが、他にはアイデアはあるか？

- ・ 終了してしまうと支えきれぬかという不安がある。医療観察法と一般精神科医療の中間のような制度があるといい。
- ・ 役所からの訪問について上司の理解はどうか？ 訪問の際の公共交通以外の交通手段はどうしているのか？
- ・ 法に基づいているので上司の理解はあると思う。法が外れた時にどうなるかはわからない。医療観察法以外の場合、保健所からの依頼などがあると、上司の理解を得るときに役立つ。ボランティアの場合は事故の時どうするかという問題がある。交通手段の確保はかなりのポイントである。

#### 6) 他の関係機関からみた通院処遇②

- ・ 当施設は、いろいろな方の紹介があるが、拒否しないことを原則としている。ケース会議にも参加している。
- ・ 事例は福祉B型事業に参加。初めは午前中の2回だけの利用であったが、続けていたら本人からもう少しやってお金をもらいたいとの要望があり、現在は3日間参加している。
- ・ この事例は家庭環境に問題があるので、はじめはグループホームがいいのかと考えていた。初めての通院対象者の事例なので他の入居者との関係は難しいという判断もあり、自宅からの対応とした。
- ・ 事例は気分屋さん、楽な方に走りがち、そこをどのように変えるかが課題であった。この2年間、徐々に変わってきた。作業の内容や時間でどれぐらいの収入になるかなど判ってもらおうようにしている。ただ、家庭環境が悪いので、家庭内のことを作業所



に持ち込んで1日頭を悩まし仕事ができない状態も続いている。このような家庭よりもグループホームなどで生活訓練をして社会にでてもらうのもいいのではないかと思いは始めている。

- ・この事例の場合、通所のための交通の便が非常に悪い。送迎サービスを行っているが赤字である。地域への移行といいながら、交通の支援サービスがないのが問題。あればもっと地域移行が進むのではないか。

(質疑)

- ・この事業者に来ているメンバーは何人ぐらいか？ 他のメンバーは本人ことをどの程度知っているのか？
- ・A型、B型、支援事業の3事業で約60名。この方はB型事業約40名の中。他の利用者に何も話さない。利用者も知らない。もともと重度の方も多いので付き添ってくる人も多い。事例は途中で2回入院しているが、その時はどのような対応だったのか。具合が悪いと本人は入院を希望するが、父親は理解がなくて入院しても治らないというばかりである。

#### 7) 事例検討①

- ・通院処遇終了男性事例の報告。
- ・通院中断により再発し、他害行為に及んでいる。病状がわるく仕事ができないが、周囲からなぜ仕事をしないのかと言われプレッシャーだったようで、本人は追い詰められた気分だったと表現している。
- ・前期はほとんど医療が主体(図11)。医療中心の支援で安定した受診環境を整えた。診察週2回、デイケアの中で心理教育、これがよかったと本人が言う。今も幻聴あるけどやっつけていける。訪問看護と家族教室も実施。
- ・中期はいろいろな支援が出てくる。年金受給の相談。本人は就労希望が強い。デイケアの就労プロジェクトに参加。就労生活支

援センターの人もケア会議に参加。ハローワークにも一緒に参加。本人のニーズにどのように沿うかを考えていたが、割合スムーズにできた。

- ・後期には社会適応訓練事業を6ヶ月間実施。少し収入もあることより意欲も出てきた。就労継続支援事業が6ヶ月。これにうまく乗って行った。ケア会議でいろいろな人が様々な支援を教えてくれた。そのため本人も安心感を持っていた。
- ・順調に地域移行。現在、診察月1回、訪問看護月1回、心理面接月1回。
- ・処遇終了後の新たなサポート体制として相談支援ケア会議がある。社会復帰調整官の役割をだれがするかが今後の課題。一般精神科医療ではケア会議を開くだけでも大変。法で定められているからできる。通院処遇のこの体制(ケアマネジメントなど)はもっと知ってもらいたいものだと思う。
- ・通院処遇について、これだけ手間暇かけてたったこれだけ診療報酬なのかとは言われる。地域生活相談支援事業も非常に少ない。ここが改善すべき課題である。

(まとめ)

- ・関係機関が連携協力して適切な支援ができた。医療の立場からは地域移行の新たなノウハウを知り、対象者の理解が深まった。病棟の看護師などは、地域移行のケアマネジメントをあまり知らない。一方、地域の方からは医療の情報が確実にわかり適切な支援ができた。
- ・ケア会議について、支援の方向と内容により参加者が変わる。一堂に会することでタイムリーな情報交換・支援が決められる。おなじみの関係が支援をよりスムーズにする。見守り体制が構築できる。ネットワークの構築が終了後も進んでいく。
- ・対象者にとっては、わかりやすく目的を持って取り組むことができた。ニーズに沿う

ことがこの事例ではできていた。

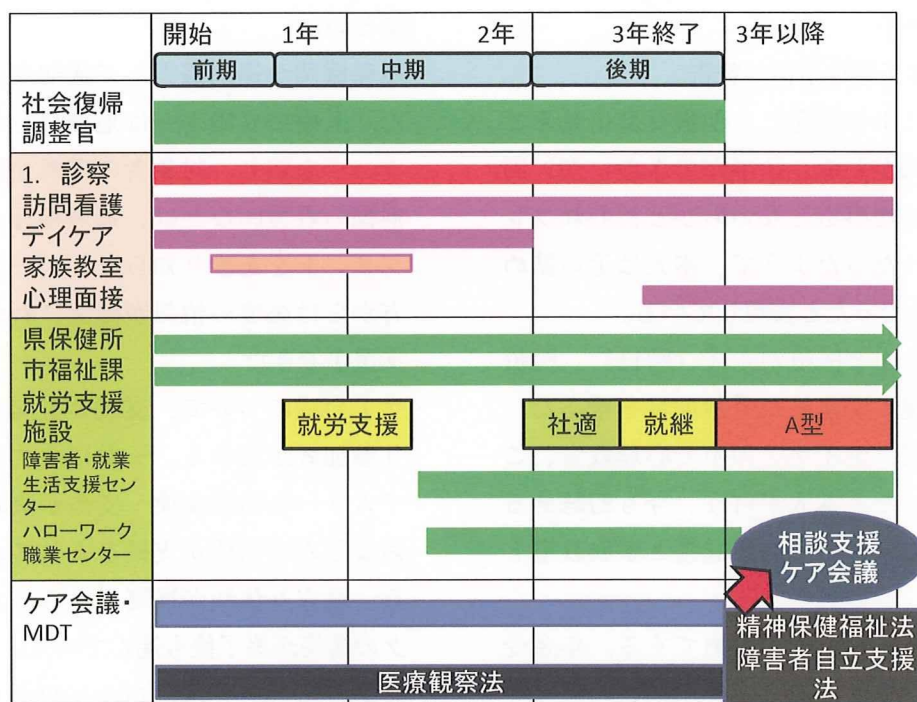
- ・これから調整官に代わる人が誰かが課題。
- ・最後に主治医から、一通りの治療は終わったが、これからは大事という言葉があった。本人は、病気がどういうものかわかった、この法律に乗ってよかったと述べていた。

(質疑)

- ・通院処遇中ほどの見守りはなくてもできるのではないかな？
- ・実際、そのようになっている。
- ・安定している事例は早く処遇終了に持ち込む傾向になっているが、それで本当にいいのかは、もう少し経過をみないとわからない。通院処遇における多職種・多機関連携は従来の医療にも生かすべきではないかと思う。
- ・地域からみると医療の内容がよくわかるのはありがたい。いつまでも重装備とは行かないが、今はあまりにも医療と保健福祉の溝が深い。

### 8) 事例検討②

- ・女性の事例の報告。
- ・病歴は長く、入退院10回以上。夫が協力せず車で病院に連れて行ってもらえなくなると再発。服薬も本人や夫の判断で中断してしまう。
- ・対象行為直前は不眠、被害妄想、易怒、興奮という状態。夫が留守の時に対象行為に及んだ。措置入院から鑑定入院をへて直接通院となった。
- ・通院開始時から精神保健福祉法入院となった。退院後は自宅近くの空き家に持ち主の行為で家族と暮らすことになった。その後「本人が吸い殻を投げていた」「火を燃やしていた」と近所がとても不安がる。関係者一同が自宅に行き、家族、近所の人達と面接し理解を求めた。しかし、隣家から苦情があり、本人も注意するとともに、調整官も説明して一応関係は修復した。
- ・支援計画はたびたび見直した。訪問は、調整官1回、支所1回、病院2回とし、週1回はどこかが訪問することにした。デイケアに週1回。交通は移動支援事業を利用。



(図11)

バス停までのタクシー利用に使用した。

- ・今後の課題として、終了後支援事業に自己負担が発生するので、それが通院に影響するのではと懸念される。ケアマネジメントの中心的役割はどこが担うか。県の役割と市町村の役割の明確化が必要。現在は自宅新築中であるが、環境が変わった後の問題もある。
- ・社会復帰調整官から、①内服ができていれば悪化しない、②住民に正確な情報を伝える、③再発のサインを見逃さないという3つの。地域の支援者はこの3つを守って支援。

(質疑)

- ・このような対象行為を起こしそうな人なのに、事前に対策は講じることはできなかったのか？
- ・夫の地域の人への対応にも問題があり、地域はそれが不満。夫の方の問題が大きい。通院処遇が決まった時も、夫が通院させることになっていたのに通院させず、精神保健福祉法の入院になった。入院中も夫が勝手に対象者を連れて帰ってしまう。そのため周囲の対応が後手になってしまった。

#### 9) 総合討論

- ・指定通院はなかなか大変なので受けるところも少ないが、指定通院を受けたことによるメリットはないのか？ 行政については、医療観察法があるからできたということはないのか？
- ・本人を入れた多職種・多機関チーム医療というスタイルはこれからの参考になるのではないか。社会復帰調整官が新設されマネジメントを行うこともメリットである。終了後のマネジメントを担う役割が必要な点も主張する必要がある。
- ・市町村としては調整官の動きを見てすごく勉強になった。ケア会議で他の機関の人と顔なじみになったことも今後の支援に利

点。法的に定められていることは動きやすい。

- ・チーム医療を展開するという事はメリットである。医療観察法の対象者はあまり重症でないこともあるので、あまり構えずに指定通院医療機関になってもらうといいのではないか。
- ・院内の風通しが良くなった。地域との風通しも良くなった。たくさんの人、機関の協力で対象者を支えることができるので非常によかった。難しいケースでもみんなであれば何とかできる。この医療を行うことの充実感もあるのではないか。
- ・ケア会議、多職種チーム会議などで様々な支援法を知ることで、看護師も視野が広がり、一般の医療の中にもそれが生かされつつある。
- ・かつての中断事例で手を出せなかった事例などにはこの制度や有効ではないか。
- ・終了後のマネジメント役は、相談支援事業でやるのか、または市町村か？
- ・ケースマネジメントの大切さを社会復帰調整官が身をもって示してくれた。今までの見直しが必要。見直して提言していく必要がある。
- ・処遇終了した事例の検討。支援体制がしっかりあれば終了できるのではないか。本人自身が通院医療を続けていく必要をきちんと判っていること。具合が悪くなった時には病院でしっかり見てもらえることもベースとして大事。
- ・多職種がかかわることの利点と同時に、医師としても自分の精神療法や薬物療法がどうなのか問われるところ。入院治療で治療反応性がないから退院でというケースが、薬物療法の工夫もされていなかった、主治医が変わったらよくなったというのもあった。どの職種についても自分の治療やケアの内容が十分か、常に自問自答することが

必要だと感じた。

## 2. 三地域（神奈川県、岩手県、熊本県）の特徴

### 1) 地域の特徴

#### (1) 地理的特徴

今回通院処遇ワークショップを行った神奈川県、岩手県、熊本県の三地域は、表6のような地理的特徴を持っている。

神奈川県は横浜、川崎という政令指定都市を抱える首都圏の概ね都会型の地域であり、面積は全国43位であるにもかかわらず、人口は2位、人口密度は3位という人口密集地域であるといえる。逆に岩手県は、北海道に次いで広大な面積を有するが、人口は32位、人口密度は北海道に次ぐ46位という人口過疎地域であり、海岸線はリアス式海岸の複雑な地形であり、山地も多いという特徴がある。熊本県は、概ね両者の中間的な特徴を有しているが、阿蘇山域を含む九州山地や天草諸島なども含まれている。

これらの地理的特徴は、医療観察法対象者の発生数や地域処遇における方法論にも密接に関係する要因である。

#### (2) 保護観察所と社会復帰調整官

三地域の保護観察所はいずれも県庁所在地である横浜市、盛岡市、熊本市に置かれている。横浜保護観察所は市内の最も東端の東京湾に面した地域に所在するため、県域の狭い神奈川県といえども、西端の湯河原や小田原地域、箱根地域に出かけるには一定の時間を要することになる。鉄道路線からはずれた地域では交通渋滞も大きなネックになる。盛岡保護観察所は、岩手県の中央北部寄りに所在するため、どの地域にも出かけやすい面はあるが、もともと広大な県域で山地も多いため、1日がかかりになる地域も少なくない。熊本保護観察所も似たような状況であり、山側を通過して南北に移動する場合は数時間以上かかる地域も少なくない。

社会復帰調整官の配置数は、医療観察法対象者の発生数にほぼ比例し、横浜5名、盛岡2名、熊本2名となっている。熊本では施行当初は対象者の発生が多く、多忙を極めたようであるが、ここにきて大分落ち着いてきたとのことである。

#### (3) 指定通院医療機関

指定通院医療機関は、人口100万人に概ね2

(表6)

### 三地域の地理的特徴と精神医療の状況

	面積 (万km <sup>2</sup> )	人口 (万人)	人口 密度 (人/km <sup>2</sup> )	政令指 定都市	万対精 神病床 数(床)	精神 科病 院数
神奈川県 (横浜) 東西78km	24 (43位)	896 (2位)	3708 (3位)	横浜 川崎 (相模原)	15.3	68
岩手県 (盛岡) 南北220km	153 (2位)	135 (32位)	89 (46位)	なし	35.1	22
熊本県 (熊本) 南北142km	74 (15位)	184 (23位)	246 (27位)	なし (熊本)	49.2	46

～3カ所を目標に設定されている。神奈川県  
の当初目標数は26カ所、岩手県は5カ所、熊  
本県は6カ所となっていた。そして現在の指  
定通院医療機関の数は、神奈川県10カ所、岩  
手県5カ所、熊本県3カ所である。

神奈川県では目標数の半分にも達してい  
ないが、県立病院が通院対象者の半数以上を  
受け持っているため、数が少なくて地域処遇  
の実施が困難になっている状況ではない。し  
かし、横須賀地区や県西地域に少ないとい  
う偏在の問題はあり、もっと満遍なく指定  
通院医療機関が増えた方が、対象者にも病  
院側にとっても、地域処遇の負担が軽減さ  
れるのはいうまでもない。

岩手県では、数は目標数に達しているが、  
広い県域にわずか5カ所しかないことで地  
域処遇に多大の経済的、時間的損失が生れ  
るとともに、必要な医療サービスが提供  
できないという問題も生じている。一定の  
まとまりを持った地域ごとに、少なくとも  
1カ所は設置する必要があるが、そのた  
めには官民あげての協力体制が望まれる  
ところである。

熊本県の指定通院医療機関の配置状況は、  
数の少なさと偏在の問題が大きい。幸いに  
して3カ所の指定通院医療とも実力と実績  
のある病院であり、多くの対象者を受け  
入れて地域処遇に貢献している。また、  
対象者の多くが他害行為で家を失って  
いたため、熊本市北西部に指定通院医療  
機関が偏在しているにもかかわらず、病  
院近傍に対象者の住居を設定することで、  
ある意味で効率的な地域処遇が実施でき  
たとはいえる。しかし、今後は中部地区、  
南部地区での指定通院医療機関の整備が  
必要になってくると思われる。

## 2) 対象者に関する特徴

神奈川県、岩手県、熊本県の三地域を  
比較しながら、それぞれの地域における  
対象者に関する特徴を述べておく。

まず、指定通院医療機関ごとの通院対象

者の受入数であるが(図12)、三地域で一定  
の特徴がみられる。神奈川県は1カ所の  
指定通院医療機関が21名という半数以上  
を受け入れており、他は数名という受入  
数であるため、一極集中+少数分散型と  
いえる。一方、熊本県は、3カ所の指定  
通院医療機関が5～10名という中等数  
を受け入れているため、中等数分散型と  
いってよいと思われる。これに対し岩  
手県は、今のところ少数分散型であるが、  
1カ所の指定通院医療機関に対象者が  
集中する傾向を見せており、一極集中+  
少数分散型に変わる気配を見せている。

精神保健観察の受理事由別(通院処遇に  
至る経緯)については(図13)、神奈川  
県において通院決定(直接通院)が当初  
の名残でまだ若干多いほかは、いずれの  
地域も直接通院と移行通院がほぼ半々の  
割合になってきている。

通院対象者を対象行為別に比較すると  
三地域の特徴が明らかになってくる(図  
14)。まず、神奈川県は全34件中、  
傷害16件、強制わいせつ3件、両者あ  
わせて19件(56%)と過半数に及んで  
いる。一方、熊本県は全17件中、放火  
が7件(41%)と最多となっている。  
その分、殺人や傷害は他の2地域より  
低い割合である。岩手県は全17件中、  
殺人、放火、傷害が3件ずつで同じ割  
合であるが、強制わいせつは0件であ  
った。これらの結果は複合的な要因が関  
与していると思われるが、それぞれの  
地域性を反映しているものとして注  
目される。

続いて主診断名別に比較すると、また  
別の特徴がみえる(図15)。統合失調  
症、妄想性障害、急性一過性精神病性  
障害、統合失調感情障害を統合失調症  
圏としてまとめると、神奈川県25件  
(74%)、岩手県7件(78%)、熊本  
県12件(71%)となり、いずれも70%  
台で三地域ともほぼ同様の割合であ  
った。ところが物質関連障害は、神奈  
川県4件(12

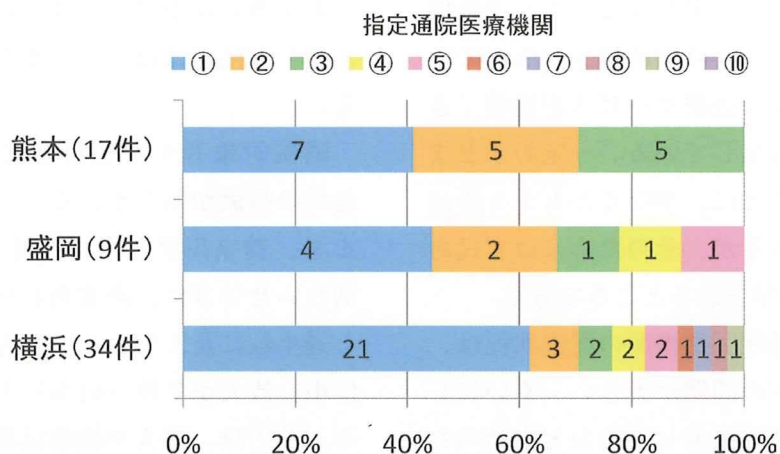
%)、岩手県1件(11%)、熊本県1件(6%)であり、神奈川県と岩手県が若干高くなっているが、岩手県はアルコールであるのに対し、神奈川県はほとんどが覚醒剤であり、また副診断でも覚醒剤の乱用が比較的多くみられていた。

精神保健観察開始時(通院開始時)の居住形態を比較したものが図16である。医療機関入院と社会復帰施設を合わせると、神奈川県10件(29%)、岩手県3件(33%)、熊本県6件(35%)と三地域ともほぼ同じ割合であったが、神奈川県と岩手県がその内の半数が社会復帰施設だったのに比し、熊本県は全員

が医療機関への精神保健福祉法からの開始であった。一方、単身生活は神奈川県9件(26%)、熊本県4件(24%)であるのに対し、岩手県は1件(11%)と低く、その分親族同居が増えていた。これらも様々な地域の状況を反映しているものであろう。

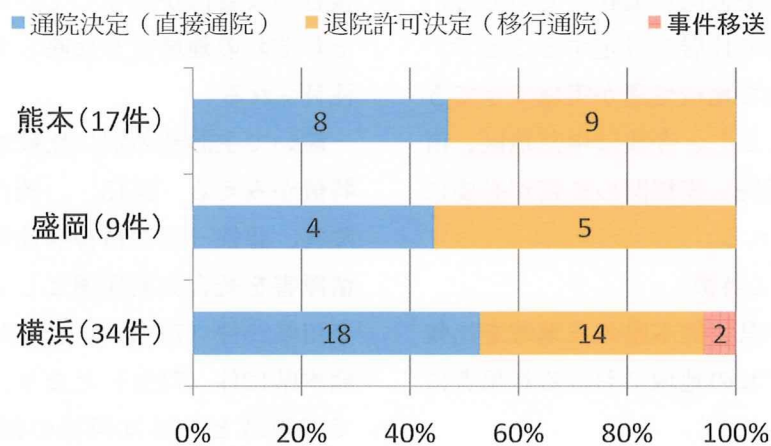
最後に処遇終結の事由であるが、まず終結した者は、神奈川県が死亡の2件を除き8件(24%)、岩手県3件(33%)、熊本県2件(12%)であり、熊本県が調査時点ではやや低めであった。なお、いずれの県でも対象者の状況に応じて、期間終了前の終結も期間満了による終結もみられている。

### 精神保健観察 通院対象者受入件数別



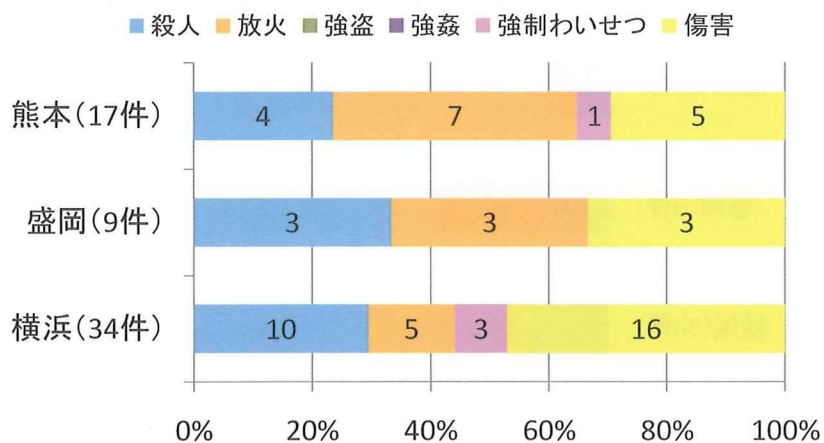
(図12)

### 精神保健観察 受理事由別



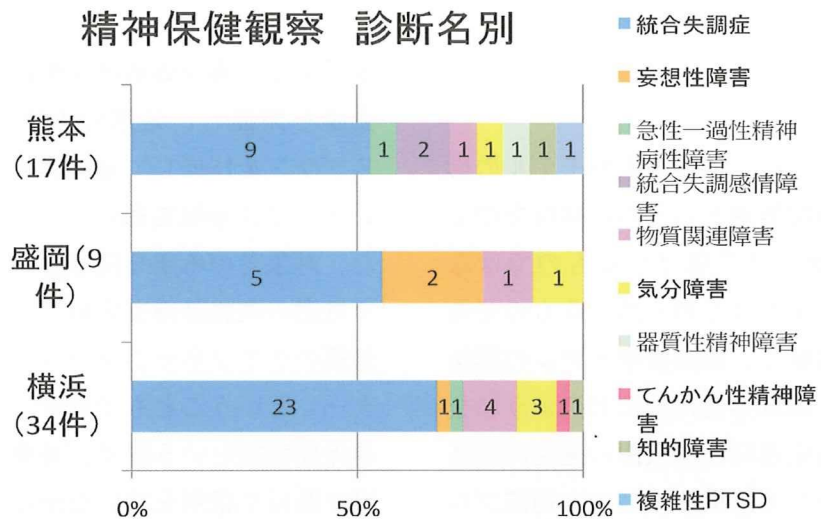
(図13)

### 精神保健観察 対象行為別(未遂を含む)



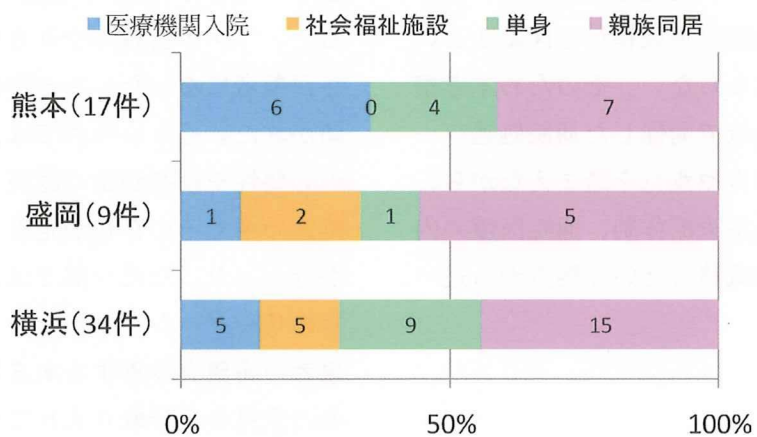
(図14)

### 精神保健観察 診断名別



(図15)

### 精神保健観察 居住形態別(観察開始時)



(図16)

## 精神保健観察 処遇終結事由別



(図17)

### D. 考察

本分担研究のテーマは通院医療モデルの構築であるが、通院処遇というのは病院を中心とした通院医療だけで成立するものではなく、地域処遇の中ではじめて語れるものである。そういう意味で、通院医療モデルの構築を考えると、地域処遇体制はどのようなになっているか、指定通院医療機関の通院医療体制はどうか、そして医療サービスや通院プログラムなど通院医療の内容はいかがかなどの視点から考察することが必要である。そして通院処遇は原則3年以内、最長5年と期間が限定されているので、処遇を終了するとき、どのような形で円滑な地域移行を図るかという視点も忘れてはならない。そのため本考察においては、三地域で開催した通院処遇ワークショップでの報告や意見を踏まえながら、地域処遇体制、通院医療体制、通院医療の内容、処遇終了と地域移行という観点から述べていく。

#### 1. 地域処遇体制

##### 1) 保護観察所

新設された社会復帰調整官の役割が最も重

要である。通院処遇関係機関を招集してケア会議を開催し、処遇の実施計画とクライシスプランを作成して通院処遇の進行を図るという点では通院処遇のリーダーといえる。また、対象者の希望を聞きながらケア会議の中で処遇の実施計画を定めていく点では、通院処遇のケアマネージャー（ケアコーディネーター）ということもできる。そして自らは精神保健観察という形で、対象者を訪問し、必要な助言や指示を行いながら、処遇の終了まで見守りを続けるという役目も担っている。

このような社会復帰調整官の働きぶりについては、今回のワークショップでは、「安心感がある」、「よく頑張っていた」、「ケア会議のやり方や支援のきめ細かさが参考になった」など肯定的な意見が多く聞かれた。そういう点では、社会復帰調整官の必要性や役割がよく認識されてきて、地域処遇の中でその存在が定着してきていることが分かった。ただ一部では、「社会復帰調整官のリーダーシップが十分ではない」、「対象者の希望を尊重するあまり病院や地域関係者の意見を十分取り入れてもらえない」などの声があったことも事実である。もっともこれらに関する事例は、かなり難しい事例で



あるか、若干の行き違いに由来するもののように思われた。

通院処遇における役割は大きなものがあるが、社会復帰調整官自らは、精神保健観察以外、医療的手段も福祉的手段も持っているわけではない。そのため対象者に医療的問題や福祉の問題が生じたときは、関係機関に対応してもらわなければならないことになる。特に指定通院医療機関との緊密な連携は、通常の医療サービスのほか、病状増悪時の緊急対応などで重要となる。また、精神保健福祉行政機関や社会復帰施設など協力も通院処遇を円滑に進めていく上で不可欠なものである。

## 2) 指定通院医療機関

今回の三地域は、指定通院医療機関の数において、神奈川県や熊本県では試算上の目標数に満たず、岩手県では目標数に達したものの広域県であることによる不足状態が続いている状況であった。また、熊本県では県北地域に3カ所の指定通院医療機関が固まっており、家を失った対象者を病院近傍に集めて通院処遇に対応するという工夫で凌いでいるものの、偏在は明らかであった。

これら三地域において、今後必要に応じて指定通院医療機関が増えてくるかどうかの問題である。神奈川県では当初5病院でスタートしたものの、徐々に増加し10病院になっている。一部難しい対象者を抱えた病院で限界という声もあるが、多くの対象者は通常の患者とかわるわけではないことも理解されるようになり、今後も若干の増加は見込めるように思われる。しかし、岩手県では4病院から5病院になっただけで、特定の1病院に負担が集中してきており、社会復帰調整官の努力だけではこれ以上増やすのは困難という実情である。熊本県では実力も実績もある3病院ががっちり支えてきたが、そろそろ限界という声も上がっている。今後増やせるかどうかは未知数のようだ。

なぜ指定通院医療機関を必要数まで増やせないか、その理由は明白である。各病院が限界を感じるのは、全員通常業務との兼務でこの医療に関わる中、多職種チームで定期的に評価と見直しをしながら進めていく通院処遇の手間暇と、再発・再他害行為を起さなければならないという責任感で限界を感じてしまうのである。必要なことは専任のスタッフを配置することであり、その人件費をまかなえるだけの診療報酬上の増額等を行うことである。

また、岩手県のように広域に疎らに対象者が発生するような地域では、指定通院医療機関の役割分担をすることも必要である。基幹型指定通院医療機関と補完型指定通院医療機関という考え方があるが、行きつけの近くの病院に補完型指定通院医療機関になってもらい、通常はその病院で医療サービスを受け、遠くの基幹型指定通院医療機関には多職種チーム会議やケア会議のときに集まって対象者の処遇について評価・見直しを行うことにするのである。そのためには補完型指定通院医療機関の施設基準の見直しと業務分担のあり方の検討、および診療報酬上の手当をしっかりとつけることが必要となる。

## 3) 地域関係機関（行政）

通院処遇を円滑に進めるには、社会復帰調整官、指定通院医療機関のほか精神保健福祉行政機関の協力が不可欠である。今回のワークショップで分かったことは、行政機関の担当者も地域処遇に行政機関の協力が必要であることをよく理解しており、可能な限り協力していただいていることであった。しかし、多くは保健師が兼務で携わっているため、他の業務が多忙になる中、精神保健福祉に割ける時間には限度があることであった。

今回の三地域のうち神奈川県は、原則として保健所（特に横浜、川崎市では複数）に専任の精神保健福祉相談員が配置されており、

精神保健福祉に関わることに専門的に携わっている。その中で専門性を深め、地域の精神保健福祉のケアマネージャー的な役割も果たすことができている。一方、岩手県や熊本県だけでなく、まだ全国の多くの都道府県の保健所では精神保健福祉の専任スタッフは配置されておらず、保健師が兼務で対応しているのが実情のようである。通院処遇の間は、社会復帰調整官がいるからいいが、処遇終了したら地域で誰がその役割を果たすか心配であるという声が多くあった。神奈川県では処遇終了後の地域移行のとき、多くはその前からケア会議に参加していた地域の保健所の相談員が担当者となって引き継いでいくので、それほど心配されることはなかった。このように考えると、指定通院医療機関では医療観察法の専任スタッフであるが、地域の保健所においては精神保健福祉の専任スタッフを配置できるように国としても考えるべきではないかと思われる。そうすることで医療観察法だけでなく、地域の精神保健福祉の質的向上につながるのではないだろうか。

#### 4) 地域関係機関（障害福祉サービス事業所など）

医療観察法の目的が社会復帰の促進にあることより、地域で暮らし、地域で活動し、地域で働くことに関わる障害福祉サービス事業所（社会復帰施設）は、通院処遇においても欠かせないものである。当初は、医療観察法対象者について受け入れてもらえるかという懸念もあったが、社会復帰調整官、病院スタッフ、行政等の働きかけや、社会復帰施設側の理解が進んだことで、相当多くの対象者が障害福祉サービスを利用できるようになった。

しかし、サービスには自己負担が伴うことと、施設側も対象者を受け入れることでのメリットが少ない点など改善すべきことは少なくない。また、発表者の言葉にもあったが、

病院をはじめとして、社会復帰調整官や行政のバックアップがあるととても心強いというのは本音であろうと思われる。今後の障害福祉サービスの利用をさらに促進するためには、社会復帰施設側の懸念にしっかり耳を傾け、真摯に対応することが必要である。

#### 5) その他

まず、交通手段の確保や交通費の問題がある。岩手県や熊本県の一部過疎地域では公共交通手段すらままならないところが少なくない。指定通院医療機関が少なく遠距離通院を強いられたり、日中活動のため施設に通所しようとしても交通手段がほとんどなかったりという地域もある。現在のように指定通院医療機関や通所施設が限られている場合は、交通手段の確保と交通費の負担などの対策を講じないと、適切な通院処遇を維持できないと思われる。

また、緊急及び臨時的対応についてであるが、通院体制が比較的整っているはずの神奈川県で発生が多く、岩手県や熊本県では少ないという逆説的な状況のあることが分かった。その理由の一つは、神奈川県の実例は、覚醒剤やギャンブル問題、女性問題を抱えている事例が少なくないことである。覚醒剤事例の病識や規範意識の乏しさ、衝動コントロールの弱さ、ギャンブルで生活費を使い果たす問題、女性問題で情緒不安定になることなどが、緊急および臨時的対応の多さにつながっているようである。

## 2. 通院医療体制

ここでは指定通院医療機関における通院医療体制について考えてみる。多くの病院では精神保健福祉士が中心となって通院処遇に取り組んでいることが改めて明らかとなった。多職種チームを運営し、定期的な評価と見直しを行い、評価シートを作成することや、社会復帰調整官や地域の関係機関との窓口にな

ることなど、業務は多端である。今回の発表者の病院では全て通常業務との兼務で行っていた。そのため担当の精神保健福祉士は極めて多忙であるが、通院処遇に対する見方は病院によって異なっているようであった。

受け入れた対象者の状況にもよるが、「業務が3倍に増えた」「割く時間は少ないのに負担感が半端ではない」「評価シートの作成に時間がかかり過ぎる。もっと簡略にしてほしい」「もう勘弁してほしい」など悲鳴に近い声の出る病院がある一方で、多忙になって大変であるが、多職種で一堂に会して意見を述べたり、定期的に評価したりすることは有益であると肯定的な意見を述べる病院もあった。

なぜこのような違いが出るのかについて、各病院の通院体制を、知る得る範囲で、検討したところ、管理者が通院医療に比較的積極的に関係会議の開催等の体制を整え、病院全体で通院医療を進めていく姿勢のあるところでは、担当の社会復帰調整官も多忙を嘆きながらも通院医療に対して比較的前向きに捉えているようであった。一方、管理者や医師があまり積極的ではなく、担当の精神保健福祉士に任せているような場合は、必要以上に負担感が大きくなって、通院医療に対して否定的な捉え方をしているように思われた。

まだ司法精神医療が始まったばかりのわが国においては、医療観察法の通院医療を適切に実施することも結構大変なことだと思われる。一部の職種に任せるのではなく、互いに二重三重にカバーしあいながら、病院をあげて全員参加型で取り組む姿勢が大切であると感じた。そして、この医療の特徴である多職種チームアプローチや定期的な評価と見直し、対象者の希望をいれた処遇の実施計画に従ってケアを進めていく方法などを取り入れて、病院の医療の質の向上につなげる意識を持つことが必要であると思われた。

### 3. 通院医療の内容

通院医療のメニューとしては、外来診療、訪問看護、デイケアなどが必要とされているが、必要に応じて心理面接、PSW面接、外来作業療法、服薬管理、栄養指導などを実施しているところも少なくない。

今回のワークショップでは、遠距離通院の一部の事例を除いては、これらの医療サービスが通院医療の時期や対象者の必要性に応じて、適切に組み合わせて実施されていることが分かった。またある事例では、入院医療での治療プログラムが奏功していたことを踏まえ、通院医療でもできるだけそれを踏襲し、通院でできる範囲にアレンジして実施していた。特に性暴力防止プログラムの意識調査を定期的実施して一定の効果を上げていた。

入院医療で実施されている、疾病教育、内省プログラム、各種の認知行動療法などは、通院医療でも必要であると思われるが、デイケアなどで実施できる疾病教育を除いては、現在の通院医療体制では容易に実施できるものではない。今後はこの点の充実を図っていくことが課題となる。

また、今回のワークショップで出されていた、社会復帰を促進することはどこまで義務であるかについても考えておく必要がある。希望を尊重すると、対象者によっては就労をめざすような取り組みは望まない場合もあると思われる。それは一概に否定できるものではないので、社会復帰とは社会の中で生活できること程度に考えて、支援者側の一方的な支援にならないように配慮することも必要であろう。

### 4. 処遇終了と地域移行

処遇終了が着実に増加しているが、どこまでやれば処遇を終了してよいか基準がよくわからないという声も多い。通院処遇ガイドラインでは処遇終了の目安を、「①病状が改

善し、通院後期において一定期間病状の再発がみられない。②処遇終了後、継続的な治療（通院、訪問看護等）が安定して実施できる。③処遇終了後、服薬管理、金銭管理等の社会生活能力が確保されている。④処遇終了後、安定した治療を継続できるための環境整備、支援体制が確立している。⑤緊急時の介入方法についても地域における支援体制が確立されている。従って、「一般医療を継続することにより病状の再発の可能性が低い」とされている。この目安は事例によっては全て達成されているとは限らないと思われるが、一般医療で病状の再発の可能性が低いと多職種チームで判断できれば、終了の申立てをすることも可能であると考える。

また、処遇終了後に誰が社会復帰調整官の役割を担うかについても懸念する声が多かった。先述したように保健所に専任の精神保健福祉相談員が配置されていれば、その役割を担うのに適していると思われる。あるいは、相談支援事業を行っているところが担当するのも地域によっては可能であろう。これは、医療観察法というより一般精神科医療の地域ケアの問題であり、一般精神科医療の底上げがやはり急務となってくる。

## E. 結論

通院医療モデルの構築という本分担研究のテーマを検討するため、研究の初年度にあたる平成21年度は、保護観察所管轄地域の実情を現場で確認するため、神奈川県、岩手県、熊本県というそれぞれ特徴のある三地域を選択して、通院処遇ワークショップを開催して、関係者の生の声を聞くことにした。特徴のある三地域であったためか、地域の実情を反映する形で通院処遇の実態にもかなりの格差があることが確認できた。通院処遇はもともと社会復帰調整官が新設されたほかは、従来の地域精神保健医療福祉体制（地域ケア体

制）を利用する形で開始されている。そのため、それぞれの地域のケア体制の充実度に応じて通院処遇の質も影響されることが明らかとなった。

社会復帰調整官については、その必要性和役割がよく認識され、働きぶりについても肯定的に評価されるなど、その存在が定着してきている。しかし、社会復帰調整官自らは、精神保健観察以外、医療的手段も福祉的手段も持っていないため、医療的対応や福祉的対応については、関係機関が十分協力する必要がある。

指定通院医療機関は三地域いずれにおいても不足と偏在がみられた。地域によってはこれ以上増やすのが困難な状況にあるが、その大きな理由は通院医療の診療報酬が低額のため、専任スタッフを配置できないためである。通院処遇が破綻しないためにもこの点の改善が急務である。また身近な医療機関に通えるように、基幹型指定通院医療機関と補完型指定通院医療機関というシステムの構築が必要である。

精神保健福祉行政機関も地域処遇にできるだけ協力する気持ちはあるが、ほとんどの場合、担当者は保健師の兼務であり、他の業務を抱えて協力にも限界があるのが実情である。一部の自治体では、保健所に専任の精神保健福祉相談員を配置することでサービスの向上に努めているが、これを全国の保健所にも広げるよう国として施策を講じることが必要ではないか。また、社会復帰の促進のためには障害福祉サービス事業所の活用が必要である。多くの事業所が通院対象者の受け入れをしやすいするため、制度の見直しやバックアップ体制の構築が求められる。

指定通院医療機関の通院医療体制については、管理者を始めとして病院をあげて取り組むことで、各職種のモチベーションも上がり、この通院医療の良い点を取り入れること