

などは直接通院となり、地域でしっかりサポートできている。物質使用障害2名、統合失調症29名、気分障害5名などである。知的障害の地域サポートは難しい部分がある。

- ・観察の終結事由別（N=41）では、処遇終了決定（早期終了）13名、満期終了16名、死亡4名、病死2名、自殺2名。事件移送8名となっている。
- ・観察の居住地（係属中N=39）であるが、大阪市が29%と最も多く、その周囲の堺市、東大阪市、豊中市、枚方市などに分布している。大阪市を中心としたドーナツ状の分布といえる。
- ・観察の通院処遇開始時の居住形態（係属中N=39）では、単身生活者・経験者は単身生活でスタートすることが多い。住居設定の難しい場合もあったが、最近では

関係機関の協力で、かなり早期に住居設定ができるようになった。家族の受け入れが良好なら家族同居でいく。観察係属中39名だが、施設入所は0名、精神保健福祉法入院14名、その内1年以上の入院継続が5名いる。地域処遇になっているが地域で生活できていない事例がいることは大きな課題と考えている。

- ・指定通院医療機関の所在状況については、各市町村に少なくとも1カ所設定するという観点から当初より進めていた。現在24カ所の指定通院医療機関があり、ある程度のバランスで配置されていると考えている（図3）。
- ・ケア会議は当初ほぼ月1回であるが次第に2～3ヶ月に1回の割合に移行していく。参加施設は、指定通院医療機関をはじめ、保健所、こころの健康センター、

## 大阪保護観察所管内の医療機関所在状況

- 指定入院医療機関  
※ 現在 1か所  
(平成25年度内 33床予定)
- 指定通院医療機関  
※ 現在 24か所  
(※平成22年9月末現在)



図3

市町村障害保健課、地域活動支援センター、作業所などであるが、訪問看護ステーションや診療所などに参加してもらうこともある。情報の共有と課題解決が主な内容である。時間は約1時間半、最初の1時間は関係機関での協議、後の30分は本人家族も入れて協議する。処遇実施計画書、関係機関連絡票、本人の計画表などが主な資料である。

- ・地域処遇の現状についていえば、大阪では基幹型の指定入院医療機関が順調に指定できた。補完型として訪問看護ステーションが15カ所指定されている。指定通院人医療機関の平均受け入れ人数は23名、最多は9名である。通院頻度は週1回から月1回に移行していく。大阪は交通網が発達しているので通院時間も全例1時間以内となっている。デイケア・OT利用は64%、訪問看護は96%が利用している。
- ・精神保健観察としては、社会調整官の面接が月1回であるが、必要時は2週間に1回のこともある。面接場所は保健所、病院、自宅、地域活動センターなど様々である。
- ・援助の状況であるが、保健所、地域活動支援センターに依頼している。自宅訪問、施設内での面接などがある。ホームヘルパー利用もかなりの頻度であり、居宅における日常生活支援や移動介助などが利用されている。その他の援助では、弁護士の成年後見制度利用による財産管理、相続等の法的支援などもある。

(今後の課題)

- ・指定通院医療機関の受け入れ人数は3名が限界という声が多い。それ以上の受け入れがかなり難しい。ケア会議や事務手続きにかなり時間を取られている。評価シートの作成や多職種チーム会議の運営などに苦勞するという声が多い。

- ・緊急時の対応も課題である。24時間対応はどこでも難しいが必要性は高い。
- ・処遇終了後の役割移行の問題もある。社会復帰調整官に替わるコーディネーターの設定が課題となっている。ケア会議的なものの維持はどこが中心になったらいいか、明確になっていない。
- ・なお、国の事業の一環として大阪府の基盤整備事業、強化事業がある(図4)。大阪府と調整して要綱を作成した。障害者自立支援臨時特例基金特別対策事業補助金交付要綱という名称である。地域処遇対象者への民間支援団体の手厚い支援を対象とする。ケア会議で承認された団体や施設などが対象である。自立支援法などで給付対象とならないサービスをこの制度の対象としている。日額7千円位の補助となる。

#### 4) 指定通院医療機関からみた通院処遇①

- ・大阪府における当センターの役割は、政策医療の中核を担うこと、他の病院で受け入れにくい患者を受け入れることなどである。そのため、医療保護入院の割合が高く、薬物関連の精神障害の割合も多い。一方、長期入院者の地域移行にも努力している。去年は5年以上在院者が13名退院、今年も9名が既に退院している。その中にはかつての触法患者さんも何名かいる。また、デイケアでは、登録者は100名程度、1日の平均利用者は50名位である。在宅医療室があり、これは訪問看護のセクションである。登録者は150名以上であり、各病棟のスタッフも加わって病院あげでの取り組みとなっている。訪問看護は地域の患者の再発・再入院防止に大きな力を発揮している。
- ・当センターは、平成17年7月に指定通院医療機関と鑑定入院医療機関となり、平成19年9月に小規模病棟5床を男子の閉

# 医療観察法地域処遇体制強化事業

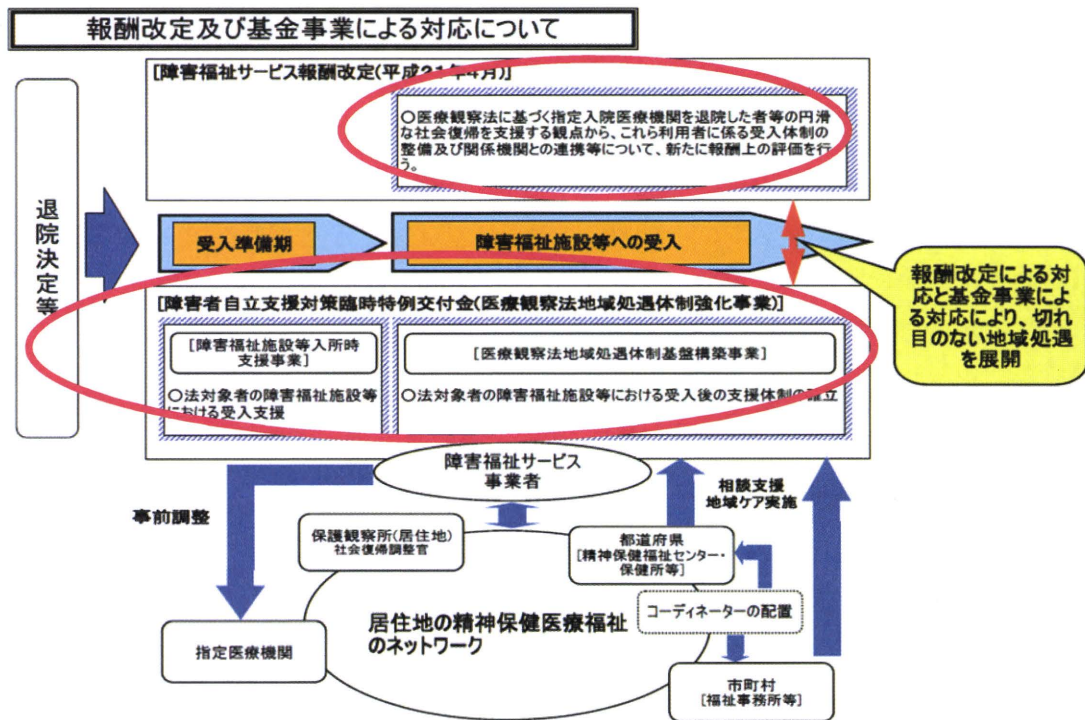


図 4

鎖病棟に併設している。

- ・医療観察法関係の現状であるが、入院は総数で15名、現在入院中が5名である。通院に移行は8名であり、入院中に処遇終了が2名となっている。鑑定入院は総数で26名、性別では男性20名、女性6名である。なお現在鑑定中が1名いる。
- ・通院処遇については、平成17年11月受け入れを開始した。今までに総数17名であり、その内、終結は8名である。終結には転院の4名を含むが、その内容は、援護寮に入所し、そこの指定通院医療機関に転院、家族の近くに住むため他府県の指定通院医療機関に転院などである。当院で最後まで通院処遇を続け終結したのは4名であり、終了後も当院に通院中である。現在通院係属中は9名であり、内4名は当院に精神保健福祉法の入院中である。その内3名は退院調整中であるが、残る1名は保護観察所による再入院申立

てによる鑑定入院中となっている。

- ・通院開始時の経緯は、移行通院が9名、直接通院が8名となっている。いずれにしても殆どの方が一旦精神保健福祉法の入院から始まる。性別は男性10名、女性7名であり、年代では30代、40代が多い。対象行為は放火が一番多く、次いで殺人未遂、傷害である。
- ・幾つかの通院処遇の事例を紹介する。
- ・終了になった対象者 (N=8)。1例目は同居していた夫の両親への他害行為。服薬中断で幻聴があった。当センター鑑定入院後、引き続き精神保健福祉法の入院8ヶ月を経て、病院近くに退院した。訪問看護、OTを利用し3年の満期で終了した。2例目は無理心中に伴う他害行為。精神保健福祉法の入院1ヵ月を経て、母親や弟と同居し通院、訪問看護利用、当初OTを利用したが、その後アルバイトを始めた。3年満期で終了となった。3例

目も通院していたが怠薬あり病状悪化して他害行為。精神保健福祉法入院8ヶ月を経て通院。訪問看護、OT、ヘルパーを利用。約半年で通院処遇終了した。4例目は被害妄想から他害行為。精神科未受診。精神保健福祉法入院8ヶ月を経て近くのアパートに退院した。訪問看護、OTを利用し、3年の満期で処遇終了となった。

・ 処遇係属中の対象者 (N=9)。1例目は心中未遂に伴う他害行為。服薬中だったが、本人はあまり通院せず、母が中心であった。現在は訪問看護、保健所訪問を受け、地域で生活している。2例目は被害妄想から他害行為。通院中断例である。精神保健福祉法で2ヶ月入院後、通院開始している。作業所、生活支援センター、訪問看護ステーションなどを利用している。3例目は自殺目的の他害行為。ひきこもりの生活をしてきた。不幸な生い立ちで犯罪歴もある。当センター鑑定入院後、直接通院となるが、精神保健福祉法入院3ヶ月を経て、通院を開始した。しかし、女性問題、所在不明などで精神保健福祉法の再入院を繰り返し、現在は医療観察法の再入院申立てのため鑑定入院中となっている。4例目は被害妄想から他害行為。家庭基盤がぜい弱であり、通院していたが病識に乏しく服薬も不規則であった。入院処遇から通院処遇となり当センターに精神保健福祉法入院となった。入院が1年半に及ぶものの、病状不安定で退院のめどが立たない。5例目は幻聴・被害妄想から他害行為。通院服薬はできていたが、不眠と疲労状態の中での対象行為であった。家庭基盤がぜい弱である。当センターで6ヶ月の入院処遇後、通院処遇に移行した。近くのアパートに退院し通院開始。訪問看護、デイケアを利用している。6例目も被害妄想か

ら他害行為。以前の居住区からの訪問、訪問看護ステーションの訪問看護などで病状等安定し、現在終了申立て中である。7例目も被害妄想から他害行為。通院中断で病状悪化していた。当センターで鑑定入院、直接通院、精神保健福祉法入院3ヶ月を経て、近くのアパートに退院し通院開始。訪問看護、デイケア、ヘルパー利用、保健所訪問なども受けている。8例目は夫が投薬していたが他害行為。入院処遇をへて当センターに通院処遇。精神保健福祉法入院7カ月目で退院調整中である。作業所に通所訓練を始めている。最後の9例目は、ケアホーム入所中だったが服薬しておらず病状悪化して他害行為。入院処遇を経て通院処遇、当センターに精神保健福祉法入院中であるが、現在は退院調整中である。

- ・ 事例の通じて分かったこと。1つは通院服薬がきちんとできていなかった事例が多いこと。2つ目は、服薬していたが不眠や疲労で病状が悪化しているのに本人が相談できないか、周囲がその状態をキャッチして適切な対応が取れなかったこと。3つ目は家庭基盤の脆弱さがあること。

#### (通院処遇の課題)

- ・ 通院処遇は医療機関だけでなくトータルな地域処遇が必要である。地域全体のケア体制が整っていないと良いものにならない。
- ・ スタッフの問題。医療機関でも行政機関でもスタッフはすべて兼務。評価やチーム会議の手数や病状悪化や他害行為の再発防止の責任感でへとへとになる。ケースが増えてもスタッフが増えるわけでもなく、疲弊感が増してしまう。疲弊感がますと対象者のちょっとした変化を見逃してしまう。情報のキャッチや発信も不



十分となる。そのことで対象者の再発につながりかねないという危機感がある。

- ・地域という観点からは、もともとの生活場所を離れて当センター近くに居を移す対象者も出てくるが、そのことによる地元自治体の疲弊にも考慮する必要がある。人員配置や予算措置など何らかのメリットがないと医療機関も地域も疲弊してしまう。
- ・指定通院医療機関のこと。大阪は交通網が発達しているが、それをうまく利用できない事例もある。また、大阪市内には指定通院医療機関が少ないので、クリニックなどが補完型に入ってくれてもいいのではないかと。
- ・入院機関で実施されている疾病教育、内省洞察プログラム、各種の認知行動療法など、現在の通院医療体制では実施が難しい。移行通院ではプログラムの継続性が断たれるが、直接通院では内省洞察プログラムを受けることなく医療観察法の枠組みにはめられてしまう。一貫したプログラムの実施は、スタッフとの関係構築にも大きな役割がある。
- ・処遇終了後の地域移行における課題。終了後もそれまでの処遇が維持されるような地域ケア体制の底上げが必要である。
- ・通院の交通手段の確保や交通費の問題。タクシーしか利用できない場合のタクシー代など制度的な整理が必要である。
- ・外国人の通訳の問題。入院処遇中の対象者が1人いるが、この人には週1回国から通訳が来る。通院処遇ではそれが無い。
- ・当センターの課題。以前より触法患者の受け入れ、地域移行を実施してきた実績はある。従来は特にシステムはなく、事例ごとに柔軟に対応してきた。医療観察法の通院対象者の受け入れが17例にもなると、病院全体の体制の見直しが必要に

なる。

- ・関わりの基本は日常業務とかわらない。少しの関わりの深さと注意深さを心がけている。いつもアンテナの感度を良くしておかなければいけない。内省洞察、自殺、コンプライアンスを意識した関わりが必要である。
- ・地域では社会復帰調整官の役割がとても大きい。鑑定入院から処遇終了まで一貫して長い付き合いをしている。心強い有難い存在だと思う。ケア会議は病院の多職種や地域の関係機関が、本人を含めて今後の具体的な取組を検討し決定していく集まりである。本当に先進的な会議であると自分は思っている。最後に医療観察法が地域のケア体制の向上につながることを願っている。

## 5) 指定通院医療機関からみた通院処遇②

- ・当院は総病床数690床で平均在院日数93.8日となっている。任意入院46.9%、医療保護45.2%など、急性期医療に対応しているので医療保護入院の比率が高い。作業療法は1日140名、訪問看護は月386件実施している。デイケアは50人2単位だが1日平均90.2人が参加している。職員数は620名で、医師数は常勤指定医37名、非常勤医師20名のあわせて57名である。関連施設として、ケアホーム5カ所がある。
- ・指定通院医療機関として、治療計画の作成、ケア会議への出席、多職種チーム会議の開催、地域関係機関との連絡調整、緊急対応などを行っている。会議の時間がなかなか取れないので、チーム会議とケア会議を一緒に行っているのが特徴である。地域関係機関との連携については、包括的な地域ケアをしている当院の強みがある。外来診療、作業療法、訪問看護、地域生活支援センターもある。当院は急性期対応なので緊急時には24時間対応と

なっている。社会復帰調整官との連携も含めて緊急対応は充実していると思う。

- ・大阪での医療観察法処遇の特徴には、直接通院が多かったことがある（図5）。近くに指定入院医療機関の病床数が不足していたことが1つの要因であることと、付添人の人権意識に基づく考え方などのため、地域で処遇しようという考え方が強かったためであろう。
- ・当院では医療観察法に対して、精神保健判定医5名と参与員が3名おり、デイケア、作業療法、訪問看護、地域生活支援センター、訪問介護などの体制で取り組んでいる。鑑定入院については依頼があれば原則断らないことにしている。鑑定医と鑑定入院はセットとして考え、鑑定医と主治医は連携して対象者に対応している。
- ・通院処遇の地域連携については、当初の医療中心から地域処遇に重点を移していくことになる。地域処遇に移っていくときにどれだけの体制をとれるかが大きな課題のように思う。

- ・緊急体制については3段階で考えている（図6）。第一段階は事前協議であり、緊急時の連絡体制やクライシスプランについて定めておく、第二段階は状態変化の把握として、職員間の情報の共有を図り、必要に応じて診察や訪問を行い、保護観察所に連絡しておく。第三段階は緊急対応である。24時間体制の精神科救急システムの活用、保護観察所や警察との連携を考えている、大事なことは悪化の兆候を把握して、早めの対応を心掛けることである。
- ・当院の医療観察法の実績であるが、鑑定入院は平成18年2月から実施しており、今までに10名受け入れ、通院決定4名、入院決定6名であった。性別は男性9名、女性1名である。主病名では総合失調症8名で最も多く、他害行為別では放火4名で最多であった。
- ・通院処遇は4名受け入れたが、夜間に精神保健福祉法で入院した対象者が述べ6例であった。

## 全国と大阪の決定状況の比較 H17.4～H21.12

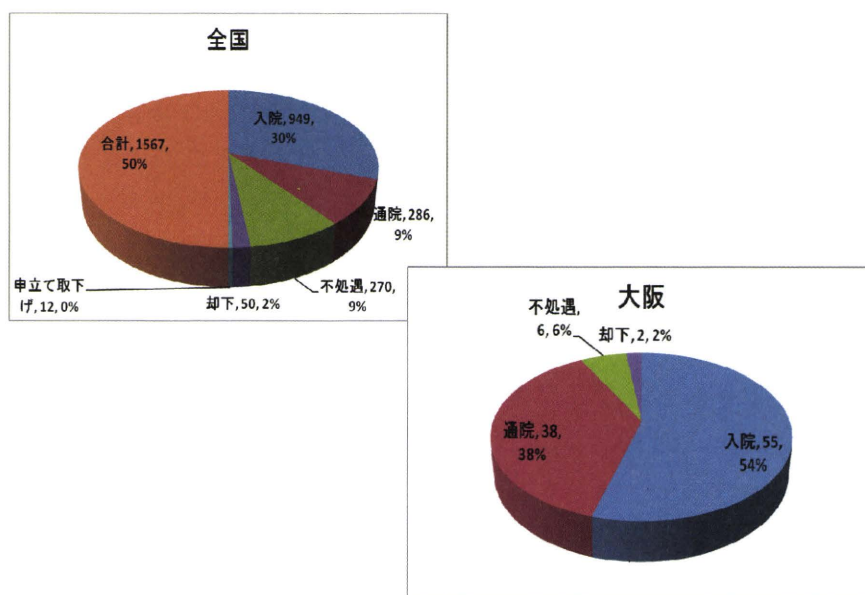


図5



# 緊急時の体制

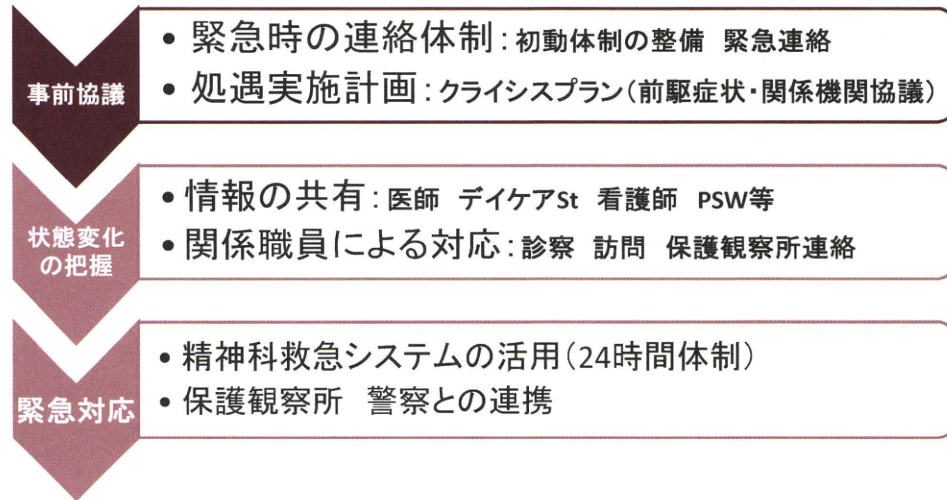


図6

## (事例紹介)

- ・事例1、男性。同胞との妄想も絡んだトラブルで他害行為に及び直接通院となった事例。精神保健福祉法の入院から開始されたが、通院になったのに何故入院させるのだと反発した。猜疑心の強い人で、精神保健福祉法の入院を悪意によるものと考えた。直接通院の問題は、このような社会復帰要因を抱えたままで精神保健福祉法の入院になり、その中でそれを改善しなければならないことである。ただ、幸いにして本事例とは信頼関係ができ、退院後も病院に来て安心した様子で居眠りするなど、順調に通院処遇ができていた。
- ・事例2、男性。人格的な問題もあり、様々な事件を起こしてきた事例。まず入院処遇となり、移行通院で戻ってきた。険しい表情、粗暴行為、デイケアや訪問看護の利用歴もないことなどより、通院処遇ができるか心配していたが、入院処遇中の治療で病状改善し、アンガーマネジメントもできるようになっていた。デイケアにもなじみカラオケを楽しんだりして

いた。

- ・事例3、女性。財産が狙われるなどの妄想から訪問介護士に他害行為。認知症だが在宅でも可能とされ直接通院となった。通院処遇も早期終了し一般医療へ移行した。
- ・事例まとめ。直接通院でも移行通院でも開始時の精神保健福祉法入院はありうる。家族の過干渉、無理解など家族要因が問題となるケースがあった。要介護状態の事例については、鑑定での判断は適切だったかという思いもある。

## (医療観察制度上の課題)

- ・精神保健福祉法による入院の問題。同胞による入院が必要な場合はあり得る。
- ・指定入院医療機関と指定通院医療機関の格差の問題。通院機関への手当てがあまりにも少ない。当院ですら受け入れは3人が限度である。専任スタッフが配置できるように要望したい。
- ・社会資源の不足。住居の問題をどうするか。
- ・医療中断ケースにどこまで介入するか。
- ・地域処遇終了後の治療継続体制をどうするか。どこが責任をもって対応するのか。

- ・再犯予防の体制の確保。

## 6) 他の関係機関からみた通院処遇①

- ・M保健所はM市とK市の2市を管轄し、対象人口は約24万人である。生活保護率が大阪市を除いて第1、2位を占めている。K市は、人口は減っているが障害者人口だけは増えている。対象者には経済基盤、家族基盤が弱い人が多いというのを聞いて、なるほどと思った。対象者は直接確認できただけで10名いらいっしょる。
- ・各保健所へのアンケート結果や、大阪府こころの総合健康センターでの平成20年度医療観察法地域処遇研究会の内容も参考にして、本日は報告する。
- ・対象者数の分布であるが、1～2名の保健所が5カ所、3～4名が4カ所。6名が1カ所、約10名が1カ所であった。社会復帰施設を多く持つ指定通院医療機関や地域に、つまり社会資源の多いところに対象者が集まっているようだ。
- ・今回いろいろ調べたり教えてもらったりしたところ、ずいぶん体制が整備されてきていると思った。当初は病院のデイケアや訪問看護などの医療メニューがほとんどであったが、最近ではホームヘルプサービス、相談支援事業所、地域活動支援センター、就労支援事業所などを利用する事例が増えてきている。指定通院医療機関が増えたことで、社会資源を多く持っている医療機関がその利用を進めてくれている。社会福祉協議会が関与している事例もある。地域の社会福祉法人の関心も高まって来ている。まだ数は限られているが、受け入れに前向きな事業所も出てきている。
- ・保健所の役割。社会復帰調整官は法に則って進めることが第1になるので、保健所は、社会復帰調整官の方針を踏まえて本人の気持ちを確認していくという作業を

担当する。ケア会議などで本人の気持ちを代弁することもある。行政の役割としては調整機能がある。支援機関が増えると若干の考え方の相違も出てくるが、その調整も保健所の役割であろう。治療中断例が多いことを実感する。普段の保健所の業務としても未受診、中断例の受診援助も行っているが、これをもっとしっかりしなければいけないと思った。医療に何とかつながったら、やれやれと思ってしまうが、その後の見守りや継続援助の必要を感じた。

- ・指定通院医療機関について。医療と福祉が車の両輪のようにあることでうまくいくことを痛感している。チームを組んで評価をしながら進めていかなければならないが、多忙な日常業務を抱えて、兼務で他の仕事にしわ寄せがいく中で、通院処遇を進めていくことは大変だろうと感じた。しかも行政や地域の関係機関にはなんらの手当もないのが現状である。不安や負担感も大きいですが、ケア会議を活用した情報共有などへの協力を願っている。治療評価シートは、非常にわかりやすいのでケア会議でもその内容を共有させて欲しい。
- ・通院処遇の課題を3点。1つは住まいの課題。事件の内容から元の住まいに戻れない事例が多い。前向きな社会資源がある地域が受け皿になる傾向にある。その調整が社会復帰調整官の腕の見せ所であるが、行政機関も後押しをしなければいけないと感じている。M保健所管内では、退院促進支援事業の宿泊体験事業を受託している事業所が協力施設になっている。入院中にその事業を使用して宿泊体験を重ね、家探しもそこがしてくれ、退院後アパート生活をしている事例もある。自立支援促進会議などで住居についての話



もあるが、個別の話ではなく全体の話なので、個別の場合どうしたらいいのかと皆思っている。

- ・2つ目は処遇終了後のケア会議の問題。社会復帰調整官はフェードアウトすることを意識しながら、その後のことを計画しておかなければいけない。ごこがというより、終了時点で最も多く関わってきた機関が中心となって他の機関も必要な協力をしていくことが理想かなと思う。特に難しい事例に場合は、終了前から検討しておくことが必要である。
- ・3つ目は被害者になることの多い家族のケアの問題。家族の安心は本人の安心にもつながるので、家族のケアをうまくできるシステム作りを願っている。

#### (4 演題についての質疑・意見)

- ・演題1について。大阪の通院医療の体制は恐らく全国で一番整っているのではないか。指定通院医療機関が24カ所もあり、各市に1カ所ずつあるかのように配置されているのは何か調整をされたのか。指定通院医療機関に加え訪問看護ステーションも15カ所もあるのは他地域から見てもとてもうらやましい状況である。このように身近に病院や訪問看護ステーションがあるので、デイケア・外来OTが60%程度、訪問看護は96%も実施されていると思われる。このように実施体制が整っているとどのようにうまく通院処遇が実施できるのか教えてもらいたいと思う。
- ・指定通院医療機関は確かに多い。施行当初はH市、S市など周辺地域に事件が多く発生したこともあり、急性期医療を実施している、応急入院指定病院であるような病院には指定通院医療機関になってもらうよう働きかけた。また鑑定入院を受けた病院には、その後指定通院医療機関になってもうよう極力お願いした。そうすることで通院決定後の地域処遇がスムーズにできるようになってきた。その後も交通の要になるような地域の病院に指定通院医療機関をお願いするなどした。精神科病院協会にもお願いして、急性期病棟や応急入院指定病院などには大方指定通院医療機関になってもうようにした。訪問看護ステーションは指定通院医療機関が持っている訪問看護ステーション、あるいは広域に事業を展開している民間の訪問看護事業所にも入ってもらった。
- ・演題2について。訪問看護やデイケア・OTはどの程度の割合で実施されているのか。
- ・訪問看護は全ケース利用している。病院に近い対象者は病院から、遠いケースは訪問看護ステーションから。OTは終了事例4事例が利用。ほとんどが一旦当院の入院を経ているので、その時OTを利用、そのつながりで退院後もOTを利用している。OT利用は女性が多い。男性ではデイケアも利用している。OTは本人のペースに合わせて利用できる点もいいようだ。
- ・演題3について。6百数十床もあって救急・急性期中心にしていることに驚いた。事例は通院だけでなく鑑定入院の事例も入っていたのか。
- ・鑑定入院10例。その内通院処遇で受け入れたのは3例である。いずれも移行通院で受けた。全例、精神保健福祉法の入院を経て実施している。信頼関係の構築、医療サービス実施体制を整えるためというのがその理由である。
- ・演題4について。大都市の保健所の場合、専任の精神保健相談員が配置されていることが多いが、大阪府や大阪市では各保健所の何人程度の専任の精神保健相談員

が配置されているのか。他地域では精神保健の専任の相談員が配置されていないところが多く、保健師の兼務になっている。そのため通院処遇終了後の体制をどうするかで困っているという実情があった。

- ・精神保健相談担当は、14保健所で65人程度。ワークシェアリングもある。M市では3人の相談員と2人の保健師が配置されている。保健師は各保健所に少なくとも1人いる。保健師も兼任で精神保健相談を担当している。本当の専任の相談員は45人位ではないかと思う。

## 8) 事例検討①

- ・在宅医療室が訪問活動を行っている。病院全体で地域の人を支えるため病院をあげて多職種が訪問に関わっている。そのスケジュール調整などのマネジメント、情報の集約や関係機関との連携などの業務も行っている。訪問は2名1組で訪問する。多い時は6チーム同時に訪問に出ていく。移動手段であるが、在宅医療室には軽自動車1台のみなので、病院公用車3台を空いているときには利用している。自転車や公共交通機関なども利用する。

(事例1：女性)

- ・移行通院の事例。対象行為で家族を失う。指定入院医療機関を退院後は実家で母と兄との3人暮らしとなり、通院処遇中に離婚している。
- ・通院処遇のスケジュール。訪問看護は診察の前日に設定。OTも利用、就労を本人が希望したので後半には作業所利用を開始した。
- ・この事例の特徴は関わりにくさがあった。何を話しかけても無表情で「はい、いいえ、別に」の3つの言葉のみしか発しなかった。処遇終了までにどうすればいいのかと皆で心配していた。1人で訪問看

護していたらめげていた気がするが、2人で行っていたので何とか持ちこたえられた。

- ・入院処遇でいろいろプログラムを実施されたと思うが、服薬の理由を尋ねたとき「幻聴や幻視の改善のため」と答えたので、今はと問うと「無くなっている。何でやる」と返事。どこまでわかっているのか疑問に感じ、服薬の意味や重要性を日常の会話の中に入れて話した。
- ・ケア会議の中で、「このままでは何も変わらない」「関係の強化を図る必要がある」ことが確認され、そのため様々な工夫をした。それで少しずつ表情が動くようになった。
- ・この事例はタバコがやめられない人であったが、どこで吸うのかと聞いたら、「隣の部屋」だという。そこには仏壇があり、亡くなった父とともに、子供さんの写真もあった。その前だけで本人はタバコを吸っていたことが分かった。本人なりに二度と同じことはしたくないと思っているのかと感じた。その話をした時、ほんの一瞬目がうるんだような気がした。逆に花が好きだというので一緒に買いに行った。一緒に育てようという話をしたら、すげなく「もういいです」といわれがっかりしたこともある。
- ・通院中の空き時間の利用として、午前中OTで、午後から診察の日がある。昼食に困っていたので、一緒に昼食に行くことにした。このような日常的な付き合いの中で本人から出てきたことは、「将来的にはもう一度一人暮らしをしたい」「働きたい」という希望であった。そのため作業所にも通所するようになった。
- ・本人なりに頑張り、いろいろやって来ているのに何も楽しみもないのはどうかというところで、主治医や母親の承諾も得て、

1回飲みに行った。病棟や外来のスタッフを含め何人かで本人の近所の居酒屋でお祝い会を行った。酒好きの本人のお酒の飲み方の確認も含めてである。その後本人は自分でアルバイトも探して面接にも行った。合格したことを一緒に喜ぶことができた。何とか関係をつなげてきたことが1つの理由だと思った。

- ・ 処遇終了後、現在も月1回通院している。つらいことがあってもアルバイトは続けている。月1回の訪問看護であるが、もう少し来て欲しいという希望もある。訪問看護のとき、仕事上の相談なども受けている。
- ・ この事例を通して思うことは、「継続は力なり」ということである。くじけそうになることも多かったが、何とか工夫して継続したことが現在につながっている。家族については、関わりの当初、母親は敵から娘を守ろうとするような雰囲気であった。何を聞いても「大丈夫です」の一点張り。工夫して続けた関わりの中で、母も変わって来て、相談したりするようになった。母が安心することで本人にもいい影響があったのではないかと。医療従事者として、夜患者さんと一緒に酒を飲みに行ったことは、一般的には不適切と思われる行動である。しかし、この事例との関係の維持や希望をかなえてあげるためには、必要なことだったと今でも思っている。当院の訪問看護はあまり形にこだわらないというのが特徴である。

(事例2：女性)

- ・ 直接通院の事例である。対象行為前に夫とは死別し、その後抑うつ状態の中で自殺企図の既往もある。
- ・ 関わり始めてわかったことは、しっかり者であり、何事も自分でやろうとする人であるということであった。他人のこと

を気にして世話焼きタイプともいえる。しかし、自分は病気だと思っていず、今でも認めたくないようである。服薬については、この薬飲んでから身体がしんどいと思っている。しっかりしているので社会資源を活用して生活の場を広げていきかけたが、結局医療中心になったので失敗だったかなと思っている。

- ・ この事例では付添人（弁護士）がずっと参加してくれた。本人も「弁護士には世話になった」という思いがあったので助かった。姉は関わりを拒否しているので、大切な話などは担当弁護士も一緒にしてくれたことで本人も納得しやすかった。直接通院の人は、対象行為の振り返りや内省が難しい。自殺企図のあった人なので地域で支えるのは限界があると感じていた。自分たちも何となく距離をとってしまった。決められたことはその通り実行する人だが、終了した時本当に医療が継続できるか関係者は懸念を感じていたと思う。
- ・ 本人へのアプローチと変化。生活能力は高いが何か困ったことはないかと思いつつ訪問していた。ラジオが壊れた時に取り乱したことがあったので、それが取りかかりにならないかと思った。処遇終了後も医療の継続が必要であると判断していたので、終了の時に「今後も医療が必要であること」を弁護士さんも話してくれた。また、ケア会議を関係者会議として終了後も続けることになった。
- ・ このケースを通して。本人の生活能力が高いため、少し引いてしまい、関係を築けなかったことが反省点である。本人の弱音をうまく聞き出せなかったともいえる。弁護士の参加が助かった。直接通院の人で、病識が乏しく、内省も不十分なときに、どのようなプログラムやアプ



ローチがあったのかという思いがある。

(通院処遇について)

- ・当センターは多職種で一般の訪問も行ってた。そのため通院処遇も普通に進めることができた。多機関との連携もあり、むしろ負担は少なかった。
- ・福祉施設など社会資源の活用はタイミングを失しない形でやっていかななくてはならない。
- ・入院処遇中の詳細をなかなか掴みづらい。プログラム参加時の様子、表情、興味を示したものなど細かな点、生活に根付いた情報が知りたい。入院機関と通院機関の連携、気軽な意見交換の場が欲しい。そうすることで地域処遇がもっと円滑に行くのではないか。

## 9) 事例検討②

- ・当施設は、株式会社で居宅支援事業に所属している。母体に病院を持たない単独の訪問看護ステーションであり、精神科に特化している。当社の不動産事業部と連携して住居確保の支援も始めている。
- ・平成19年3月より、補完型の指定通院医療機関の指定を受けて訪問看護を実施している。本店4名、南大阪ステーション3名、北大阪ステーション1名、西大阪ステーション1名(精神保健福祉法で入院中)の計9名の通院対象者に訪問看護を実施中である。今後は札幌、福岡、東京でも指定を受ける予定になっている。

(事例：男性)

- ・専門学校中退した翌日に意味不明の発言があり、家族が通院していたクリニックで統合失調症と診断され、通院服薬を開始した。4人家族であるが、それぞれ精神科的な問題を抱えている。
- ・本人が詳細を語らないため対象行為の経緯は不明である。しかし、鑑定入院中には「店員さんにはすみません」と述べて

いる。また、「家族のせいではなく、自分に責任がある」とも言っている。

- ・入院処遇が決定したが、当初、病感はあるが症状の詳細は語らない状況であった。入院7ヶ月ごろから表情が和らぎ疎通性もでてきた。幻聴を自ら訴えることもできるようになった。緊張場面ではうまく話せず、貧乏ゆすりなど常同行為が見られる。自分の状態への洞察が不十分で大丈夫と答えることが多い。それでも徐々に改善し退院が決定した。
- ・通院処遇決定時の課題。拒薬はないが飲み忘れあるため服薬管理が必要。内省洞察が不十分のため継続的かわりが必要。デイケア等の意欲を維持するサポートが必要。自分の感情の表出、意欲や希望を伝えることが不得意。信頼関係の構築に問題があるため関係職員との信頼関係の構築に工夫が必要であった。
- ・通院時のプログラム。デイケアには、通院の行き帰りにはガイドヘルパーが同行した。訪問看護も開始し、訪問看護でも通常の目的以外に内省洞察や病識病感の獲得を目指した。訪問時には母親が同席し「ちゃんと話しなさい」などと本人に強要するので、かえって本人は身を固くし口を閉ざすことが多かった。そのため散歩しながらの会話などに心がけた。訪問時、状態を揺らす常同行為、幻聴に聞き入っている様子もみられ、看護師の声かけになかなか意識が向けられないこともあった。
- ・母親もストレスを抱え、父親は改善しない息子の様子から医療に不信感を抱いていた。母親には訪問終了時に声かけなど続けているが、現在でも信頼関係の構築までには至っていない。
- ・ケア会議。主治医の見解は、現状維持、常同行為はそのまま、治療を継続し社会

復帰を進めていくことを優先するというものである。デイケア出席が単独でできるように目標を設定した。自宅からデイケアには、電車、バスを乗り継いで1時間かかる。

- ・訪問看護からみえてきた状態。食事は母の作ったものや、自分で買ったものを食べている。入浴はしているが理髪にはあまり行かないなど清潔意識に乏しい。
- ・週に3回のデイケアと週1回の訪問看護であるが、デイケアは週に2回しか行っていない。デイケアでは孤立的だが、好きなプログラムは楽しいと感じている。自宅ではほぼ自室にこもり、時に大音量の音楽を聞く。家族の注意を聞き入れられない。「幻聴を消すためか」と看護師が問うと黙ってしまう。デイケアはガイドヘルパーが同行している。デイケアのない日は昼近くまで寝ている。
- ・積極的に他者と交流を持つことはない。訪問看護やデイケアは受け身で、時折感想など述べるもそれ以上には進展がない。母親との関わりが大部分である。訪問時には口内独語が目立つ。興味のあることには比較的スムーズに思いなど述べることはできる。対象行為の振り返りには「言いたくありません」と意思表示する。服薬の認識は乏しく服薬自己管理はできない。母親が管理と服薬介助をしている。このような状態だが、間もなく医療観察法の処遇が終了することになっている。

(現在の問題点と今後の課題)

- ・この事例は感情や意志を表現できずストレスがたまりやすい状態である。病識が乏しく薬効も感じていないようだ。対象行為への内省洞察も不十分であるため、病状悪化・再発防止の観点から地域医療の継続が必要である。しかし、この地域医療をだれが中心に行うかが課題となる。

継続医療の経済的負担や再燃時の緊急対応の体制も今後の課題となっている。

(多職種チームの一員である訪問看護の役割)

- ・直接家庭に入り家族とも関わる役割として限界も感じている。訪問看護の役割を十分果たせていたのかという思いもある。しかし、今後も多職種との連携を強め力になりたいと考えている。

## 10) 総合討論

- ・今日は内容豊富な発表で参考になることも多かった。大阪は通院処遇が多いが、地域での支援体制も整っていると感じた。医療観察終了後のケア体制についてお聞きしたい。ケアマネジメントをどうするかが大きな課題である。医療観察法では社会復帰調整官がその任を担っているが、Gさんのまとめでは、関わりが多いところがとりあえずの中心になること、難しい事例は体制を考える必要があるとまとめられているが、軸足の置き方、特に多問題を抱えるケースの支援体制についてどうすればいいとお考えか。Tさんにも同じことで質問したい。どのような体制で実施しているのか、行政などへの要望はあるか。
- ・退院促進支援事業との関連で考えてしまうが、自立支援法では相談支援事業者のケアマネジメント機能が考えられている。しかし、本当はどこがやるかは大きな課題だと思っている。難しい事例の場合は、やはり行政が関わる必要があるのではないかと個人的には考えている。
- ・受け持ち人数の基準は定まっていないので、各スタッフの受け持ち数はまちまちである。通院対象者に対しては経験のあるスタッフが中心となる。他の機関との連携をとりながら、同じようなサービスが提供できるようにしている。
- ・訪問看護について、診療報酬や交通費な

- どで、携わっていて要望したいことはあるか。
- ・昨年度までは医療機関の訪問看護報酬しかもらっていなかった。今年度から訪問看護ステーションとしての報酬がもらえるようになり、行きやすくなった。ただ、医師やPSWなどとも一緒に行ければと思う場合もあるが、訪問看護ステーションではそれが算定できない。多職種で訪問にいければよいと思っている。
  - ・大阪府の強化事業について聞きたい。
  - ・制度自体は一昨年からである。医療観察法では施設への入居支援に厚労省は重きを置いているが、日中活動への手当では全くなかった。そこで大阪では、作業所や地域活動支援センターに対し、自立支援法以外のサービス報酬をつけることにした。大阪府とも調整し、ばらつきも整理しなおしてこの10月から実施している。来所確認、相談者の存在、相談記録の作成を条件にケア会議で指定事業所として認定した場合、サービス報酬をつけることになった。1日7,280円程度である。
  - ・この事業は地域処遇の体制強化のためのものである。財政的にも人間的にも地域処遇がぜい弱という話がずっと出ていた。指定通院医療機関だけでなく、地域の事業所も組み込んで総合的なサービスを提供していくことを目的とした。当初通院中断例や未治療例が対象行為を起こすと思っていたが、実は治療中しかも前日も受診していたケースでも対象行為を起こしていた。これはいったい何なのか。関係性の問題ではないのか。このような対象者を地域で支えるには従来の枠組みだけでは不十分だと考えた。新しい関係性を築いていくことが必要であり、その上で治療が成立すると思っている。
  - ・医療機関の立場からの意見はないか
  - ・病識のない人には関わるしんどさがある。早く終了できた人はきちんと通院を続けているが、病識のない人などへのかかわりについてどうしたらよいか。
  - ・薬物関係の事例などははととても難しい。覚醒剤事例などでは、覚醒剤と病気の関係を理解してくれない。病気が出ていないときには社会適応能力の高い人が多いので、自分は何でもできると、きちんと医療を受けてくれない。そのため再発を繰り返し、通院処遇の延長になった人もいる。特別の外来プログラムに参加してもらい、自覚を促すようにしても、うまくいかどうか分からない。
  - ・バックに病院のない訪問看護ステーションでは病院との連携はどのようにしているのか。病院への要望はどのようなものか。
  - ・主治医にすぐに確認が取れないことで難しさはある。病院に比べて対象者の病歴等の資料が断トツに少ない。鑑定入院や入院処遇中の状態についてほとんど資料がない。そのため凄く難しさがあった。電話や直接うかがって情報を得ているのが現状である。通院処遇中に精神保健福祉法の入院になった事例については、サマリーで報告したり、退院した時には病院から地域に求める課題を含めて情報をいただいたりしている。
  - ・元の地域で社会復帰というのが法の趣旨ではあるが、住居の確保が問題である。本店が大阪とのことだが、札幌、東京、福岡に事業展開するのは大阪からでて行くということか。
  - ・不動産事業は試みを始めたところである。まずは訪問看護で服薬管理して病状安定を図り、再犯予防ができたところで貸主と何度か交渉して契約にこぎつけるという形である。うまくいかないことも多いが、医療観察法対象者でも3件ぐらい契



約ができた。会社の代表が以前より住居がなく地域に戻れない事例があることに着目していたが、ようやくそれが事業に結びついてきたところである。大阪での取り組みをモデルケースとして同じような取組を各地でもできればと思っている。

(まとめ)

- ・大阪保護観察所は7名の社会復帰調整官と2名の事務官で医療観察制度に対処している。この8月からほぼ1週間に1件あらたに事件が発生している。
- ・昭和40年に精神衛生法の一部改正があり、保健所に精神保健相談員を置くことができるとされてから、大阪はずーと配置を続けてきたまれな都道府県である。
- ・大阪は面積が狭いが交通の便が非常に良い上に、大阪人の気質は、互いに足りないところは助けたらよろしいがな、というところがある。そういう意味では連携には何の抵抗もなくできる。通院処遇の核はケア会議である。ケア会議とはチームワークであり、フットワークであり、ネットワークであり、いかにも大阪的である。人が人を生んでいくと思う。実は医療観察法には大阪はアレルギーの強い

ところでもあった。

- ・社会復帰調整官として大阪府の職員を派遣している。医療観察法地域処遇強化事業は、元の社会復帰調整官が担当したが、ツーカーでわかるころがあった。そういうことがスムーズな流れを作っている。これも大阪の特徴である。
- ・24の指定通院医療機関があることは病院協会さんとの関係も大事にしなければならない。地域処遇の今後のキャストイングポートを握るのは多分診療所であろう。医療観察法の批判の一つに医療が途切れることがあるという問題があるが、それをつなぐのに診療所が役割を果たすのではないか。国も医療観察制度はよくやっているという評価をしているようだ。自信を持って進めていくべきではないかと思っている。

### 3. 各都道府県における通院処遇の現状

平成22年度2ヵ所（茨城、大阪）で開催した通院処遇ワークショップから得られた通院処遇の現状などについて、平成21年度3ヵ所（神奈川、岩手、熊本）の現状もあわせて（平成21年度中島班総括・分担研究報告書より）、表4にその要約をまとめておく。

(表4) 各都道府県における通院処遇の現状（通院処遇ワークショップ開催時点）

都道府県 (実施年月)	大阪府 (H22年11月)	茨城県 (H22年9月)	熊本県 (H21年12月)	岩手県 (H21年10月)	神奈川県 (H21年9月)
人口・地理的特徴	883万人、19万km <sup>2</sup> 人口密度4,655人/km <sup>2</sup> 、公共交通発達	297万人、61万km <sup>2</sup> 人口密度487人/km <sup>2</sup> 、公共交通貧弱	182万人、74万km <sup>2</sup> 人口密度246人/km <sup>2</sup> 、公共交通貧弱	135万人、153万km <sup>2</sup> 人口密度89人/km <sup>2</sup> 、公共交通未発達	896万人、24万km <sup>2</sup> 人口密度3,708人/km <sup>2</sup> 、公共交通粗密
通院対象者数 (精神保健観察)：累計	観察80件 終結41件 係属39件 移行31件 直接49件	観察26件 終結13件 係属13件 移行12件 直接14件	観察17件 終結2件 係属15件 移行8件 直接9件	観察9件 終結3件 係属6件 移行5件 直接4件	観察34件 終結10件 係属24件 移行14件 直接18件 移送2件
保護観察所	大阪市 社会復帰調整官7人 緊急時の初動体制 社会復帰調整官の重要性、通院機関は順調な増加	水戸市 社会復帰調整官2人 指定通院医療機関の獲得が比較的順調	熊本市 社会復帰調整官2人 力量ある病院の支えで緊急対応ほぼなし	盛岡市 社会復帰調整官2人 精神保健観察にも長時間要すが、幸い緊急対応ほぼなし	横浜市 社会復帰調整官4人 24時間体制 緊急対応時々発生

都道府県 (実施年月)	大阪府 (H22年11月)	茨城県 (H22年9月)	熊本県 (H21年12月)	岩手県 (H21年10月)	神奈川県 (H21年9月)
ケア会議	約2月に1回 平均1時間半  ケア会議の先進性を 実感	月1回→2～3月に 1回 平均1時間	2～3月に1回 0.5～2時間	2～3月に1回 1～2時間	約3月に1回 1～2時間 場所：様々 関係機関の参加：良 好
指定通院 医療機関 (必要数)	24ヵ所+15ヵ所(訪 問看護ST) 大阪市内以外はほぼ 満遍なく分布 府立精神累計17人 平均2.3人	11ヵ所(9) 友部病院が半数弱 南北動脈沿いに均等 に分布 内陸・一部沿岸地域 は手薄	3ヵ所(6) 力量ある病院 熊本市北部に偏在 1病院5～7人受入 南部、島嶼部が手薄	5ヵ所(5) 基準数クリア、広大な 県域で全く不足。受入 れにゆとりある機関が なく1機関に集中、医 師不足の問題	10ヵ所(26) 芹香病院が2/3弱 担当、一極集中が課 題 分布：三浦半島、北 西部が手薄
指定入院 医療機関	府立精神5床 通院対応あり	なし	菊池病院19床 通院対応あり	花巻病院33床 通院非対応	久里浜AC：50床、 通院非対応 半数以上が久里浜か ら移行、増加中
MDT会議	治療評価の向上 MDTの組織化が課 題 3名が限界、兼務で 疲弊	会議が報告会になっ ている 時間のやりくりが困 難	情報共有・評価・見 直し：きちんと実施 されているが受入数 が限界	大変だが、定期的評 価の意義、職種の特 門性の再認識 評価シート作成の手 間、兼務、受入数に 限界	時間・評価シート作 成の手間等大変 担当者のストレス大 受入数に限度 全て兼務
医療サービス	通院：全例が片道 1hr以内 DC・OT：64% 訪問看護96% 訪問看護STとの情 報共有が課題	片道2時間半あり 訪問看護58% デイケア42%	通院1時間超4/12 人(最長1h40m) 訪問看護：8/12人 DC：6/12人 精神保健福祉法入院 中3人	片道3時間、往復 3,900円もあり DC利用なし、訪問 看護最小限	必要に応じてデイケ ア・外来OT、訪問 看護実施
治療 プログラム	通院では内省・洞察 Pは難しい 基本は少しの注意深 さ 大切なのは危機時の 対処	特別なプログラムは ない 約束事シートの利用 (1病院) 直接通院用プログラ ムが必要	病識・内省P実施の 難しさ  通院中断チェックシ ステム(1病院)	特別なプログラム実 施はない	性犯罪防止P(意識 調査) 薬物使用防止P (SMARPP) 疾病教育 断酒会・AA、GAの 利用
行政機関	保健所、地域活動C の関与  医療観察法地域処遇 体制強化事業	9割は行政関与(往 訪、来初面接)	保健所関与：5/12人 協力の意欲はあるが 他業務と兼務	協力はしてくれる	保健所：精神保健相 談員配置 協力的 終了後の関わりも前 向き
開始時居住形 態・障害福祉 サービス	同居33% 単身31% 施設0% 入院36%  ヘルパー、金銭管 理、財産管理	同居62% 単身4% 施設19% 入院15% ヘルパー、金銭管理 サービス利用は年々 増加	同居41% 単身24% 施設0% 入院35% 共同住居：1 相談支援C：2 ヘルパー：1 金銭管理：2 通院送迎：1人	同居56% 単身11% 施設22% 入院11%  利用は増加 協力的事業者もある が意見の相違も	同居44% 単身26% 施設15% 入院15% 生保35% 年金21% 利用は増加 協力事業者増加
他害行為・ 通院対象者 の特徴	殺人28% 放火33% 傷害31% 猥褻0% 強盗8%	殺人27% 放火23% 傷害38% 猥褻8% 強盗4%	殺人24% 放火41% 傷害29% 猥褻6%	殺人33% 放火33% 傷害33% 猥褻0%  指示遵守傾向あり	殺人29% 放火15% 傷害47% 猥褻9% 覚醒剤、ギャンブル、 女性問題多し
処遇終結・ その他	終了13人 満了16人 死亡4人 移送8人(堺支所)  終了後の役割移行 postケア会議	終了11人 満了2人  (意見)入院機関と の通院開始後の検討 会が必要	終了1人 満了1人  処遇終了までの期間 が若干長い	終了1人 満了2人  (意見)外来診療中 心なら一般医療がま し、過保護の懸念	終了5人 満了2人 移送1人 死亡2人 (意見)医師の裁量 権、対象者の服命義 務

表4や通院処遇ワークショップの内容などから、平成21、22年度にワークショップを実施した都道府県の通院処遇の現状（ワークショップ開催時点）を文章に要約すると以下のようなになる。

**<神奈川県>** 人口896万人、精神保健観察34件（終結10件、係属24件）、横浜保護観察所（社会復帰調整官4人）、指定通院医療機関10カ所、指定入院医療機関1カ所（通院処遇非対応）。人口比で指定通院医療機関は26カ所必要であるが、県立単科で約2/3の通院対象者を受け入れていることで何とか対応できている。そのため訪問看護やデイケア通所に時間がかかる事例もあるが、必要な医療サービスは提供できている。保健所には専任の精神保健相談員が配置されているため、行政のサポート体制は比較的良好である。また、理解ある社会復帰施設もあり、援護寮等への受け入れも徐々に円滑になった。しかし、通院対象者には覚醒剤、ギャンブル、女性問題等を抱える者が相当数いるため、緊急的対応が必要となる場合も少なからずあるという状況であった。必要に応じて簡易にした性犯罪防止プログラムや覚醒剤の通院プログラムを実施している事例もある。

**<岩手県>** 人口135万人、精神保健観察9件（終結3件、係属6件）、盛岡保護観察所（社会復帰調整官2人）、指定通院医療機関5カ所、指定入院医療機関1カ所（通院処遇非対応）。人口比では指定通院医療機関の数は足りているが、広大な県域に5カ所のみでは、通院に3～4時間もかかる対象者もあり、十分な医療サービスの提供ができない状況である。デイケア利用は1例もなく、訪問看護も限定されている。その中で理解ある社会復帰施設もあり比較的良好なサポートを行っていた。また、通院対象者も指示をよく遵守する傾向があるためか緊急的対応の発生が全くないという状況であった。

**<熊本県>** 人口182万人、精神保健観察17件（終結2件、係属15件）、熊本保護観察所（社会復帰調整官2人）、指定通院医療機関3カ所、指定入院医療機関1カ所（通院処遇対応）。指定通院医療機関が人口比で少なく熊本市北方に偏在しているが、放火等で住居を失った事例も多く、指定通院医療機関の保有する社会復帰施設等で対応されていた。指定通院医療機関は従来から触法事例の経験もあり、訪問看護やデイケアなどのサービスも十分提供され、効果的な通院処遇がなされていた。しかし、1カ所5例超の対象者を受け入れるようになると時間的な余裕のなさを訴える声が強まっていたが、現時点では緊急事態の発生もほとんどないという状況である。なお、行政も担当者が可能な限り対応していたが、精神保健専任ではないため限界があるようであった。県域南部で発生する事例への対応が今後の課題である。

**<茨城県>** 人口297万人、精神保健観察26件（終結13件、係属13件）、水戸保護観察所（社会復帰調整官2人）、指定通院医療機関11カ所、指定入院医療機関なし。指定通院医療機関は南北を貫く交通動脈に沿ってほぼ均等に分布し、人口比の数も基準を十分満たしているが、内陸や沿岸の一部では通院に片道2時間半を要する事例もあった。県立単科が半数弱の対象者を受け入れており、開始当初のデイケア利用は42%、訪問看護利用は58%（平成19年度岩成班データでは、それぞれ55.3%、66.5%）と全国平均を若干下回っていた。往訪や来初面接等により9割の事例で行政の関与があり、障害福祉サービスの利用も年々増加傾向にあった。このように保護観察所や指定通院医療機関だけでなく、行政や障害福祉事業所の支援により、緊急対応も比較的少なく、満期以前に処遇終了を迎える対象者が多かった。

**<大阪府>** 人口883万人、精神保健観察



80件（終結41件、係属39件）、大阪保護観察所（社会復帰調整官7人）、指定通院医療機関39カ所（基幹型24カ所、補完型15カ所～訪問看護ステーション）、指定入院医療機関1カ所（通院処遇対応）。大阪の特徴は訪問看護ステーション15カ所を含めて指定通院医療機関が39カ所あることと、大阪市内を除き、それらが府域全体にはほぼ均等に分布していることである。交通の便が良いこともあり、全ての対象者が片道1時間以内で通院可能であった。そのためデイケア・外来OT利用が64%、訪問看護利用が96%に及び、多くの対象者に医療サービスが提供されていた。また、大阪府独自の医療観察法体制地域処遇強化事業が導入され、通常は給付の対象とならない支援について、民間支援団体等に補助する制度が開始されるなど、行政や地域活動支援センターのサポート体制も充実していた。それにより現在最も多い精神保健観察の事例への対応も可能になっていた。しかし、各指定通院医療機関では対象者の受け入れは3名が限界であるとの声も多く、これはほぼ全国共通であった。

## D. 考察

通院処遇モデルを検討するにあたっては、①基本的な通院処遇実施体制、②通院対象者専用の治療プログラムと実施体制、③通院対象者の特徴に対応した治療プログラムと実施体制、などの観点から考察する必要がある。

### 1. 基本的な通院処遇実施体制

まず通院処遇ワークショップを5カ所で開催して分かったことは、地域の実情に応じて様々なパタンの通院処遇実施体制があることと、岩手のように限界を訴える地域はあるものの、総体的にはどの地域も何とか工夫をして大きな破綻なく通院処遇が実施されていたことである。しかし、より良いモデルを構築するには、現状で十分とは言えないわけであ

り、幾つかの要素から検討してみる。

### 1) 社会復帰調整官（保護観察所）

医療観察法の通院処遇（地域処遇）は社会復帰調整官を抜きにしては成立しえないともいえる。精神保健観察の実施やケア会議の開催だけでなく、指定通院医療機関の確保、行政や障害福祉サービス事業者への協力依頼、対象者の住居の確保、対象者や家族からの相談対応、医療観察制度の関係機関への周知、警察への協力依頼を含めた緊急時の対応など、その業務は多岐にわたっている。そのため、社会復帰調整官の力量次第でその地域の通院処遇の良否が左右されることになる。

現在、社会復帰調整官は、全体としてケースロード10人程度を維持するために毎年増員されているが、対象者数の地域差が大きいため地域によっては多忙を訴える声もある。しかし、今回対象とした地域では通院処遇のコーディネーターだけでなくリーダーとして、指定通院医療機関や行政、障害福祉サービス事業者などと連携して十分機能し、頼りにされていると評価されていた。

### 2) 指定通院医療機関

今回の通院処遇ワークショップ開催地域において、指定通院医療機関の数や分布がほぼ満足できる場所は大阪府（大阪保護観察所管内）であった。全ての通院対象者が片道1時間以内で通院可能であり、デイケア・外来作業療法利用率64%や訪問看護利用率96%など、医療サービスの利用率が格段に高い点は、現在のわが国では最も優れた通院処遇体制であると思われる。この要因としては、社会復帰調整官の適切な働きかけ、大阪府精神科病院協会の協力、訪問看護ステーションの協力などがあげられる。特に社会復帰調整官による、急性期治療病棟を有する医療機関、応急入院指定病院、鑑定入院を受け入れた鑑定入院医療機関への積極的な働きかけ、その後も交通要所の病院には指定通院医療機関を依

頼するなどポイントを押さえた働きかけが功を奏したものと考えられる。また、指定通院医療機関が運営する訪問看護ステーションや広域展開の民間訪問看護事業者の訪問看護ステーションにも働きかけ、15カ所の訪問看護ステーションに補完型指定通院医療機関としての協力が得られていることも特筆すべきことである。このように、大阪において基本的な通院処遇体制が良く整備されていることは、今までに退院促進事業や地域ケアを積極的に進めてきた地域性とも深く関係がある。医療観察法の附則第3条には、「精神医療全般の水準の向上」と「精神障害者の地域生活支援のため、精神障害者社会復帰施設の充実等精神保健福祉全般の水準の向上」を図ることが謳われているが、これらが整っている地域では通院処遇（地域処遇）も円滑に進行するものと思われるのである。

茨城県も5つの都道府県の中では、社会復帰調整官の積極的な働きかけと地域関係機関の協力で、指定通院医療機関がよく整備されているところである。しかし、ほとんど全域が市街地で交通網が極めて発達している大阪と異なり、首都圏とはいえ湖水地帯や山岳地帯を抱え、公共交通機関が十分発達していないという条件も重なり、基本的な医療サービスが十全には行えないという状況である。このような地理的条件や社会的インフラの悪条件は、医療観察制度そのものの問題ではないが、通院処遇を円滑に進めていくためには今後工夫して乗り越えていかなければいけない課題でもある。

指定通院医療機関は、設置主体に関わらず、各都道府県に最低2カ所、人口100万人当たり2～3カ所程度を指定する必要があるとされているが、岩手や熊本のような広域県では、面積も考慮した基準でないと現実的ではない。また、神奈川や茨城のように、県立単科病院の対象者受入数が過半数や半数前後を占める

ところでは、通院時間が長くなる対象者がその分増える結果となり、必ずしも望ましい実施体制とはいえない。やはり大阪のように、できるだけ多くの病院に指定通院医療機関になってもらい、訪問看護ステーションや精神科クリニックなどにも補完型指定通院医療機関として協力してもらう形で、整備する必要がある。

どの地域の通院処遇ワークショップでも、指定通院医療機関の対象者受入数の限度の問題が述べられている。現在、医療機関はどこでも兼務で通院処遇に対応しているので、3名受け入れると限界であるという声が多い。昨年度の報告書でも述べているが、3名受け入れれば少なくとも職員1名の人件費が捻出できる程度の通院医学管理料等の改定が急がれる。

### 3) 行政等地域関係機関

若干の温度差はあるものの多くの地域で行政機関の協力はまずまずであった。しかし、保健師が他の業務と兼務で医療観察法の対象者を担当している場合は、他の業務が多忙を極めたりすると医療観察法どころではないという実態もあったようである。精神保健専任の担当者が配置されることが望ましく、それにより医療観察法処遇終了後の地域移行も円滑に行くのではないかと思われる。

医療観察法施行から5年以上が過ぎ、通院処遇を終了して一般精神科医療に移行する事例が着実に増加している。そこで問題となっているのが、地域移行した時に今までの社会復帰調整官が担っていたケアマネジメントを誰が担当するかという点である。この点について大阪でのワークショップでは、通院処遇中に最も深くかかわっていた機関が引き続き中心となってまとめ役をするという案、相談支援事業者のケアマネジメント機能を利用するという案などの意見が出されているが、難しい事例の場合は、やはり行政が関わる必要

があるのではないかという考え方も出されていた。東京、大阪、横浜などの大都市では保健所に複数の精神保健相談員が配置されているが、今後は他の行政機関においてもケアマネジメント役ができるような人員配置を強く望みたい。

#### 4) 障害福祉サービス事業所等地域関係機関

医療観察法施行当初はなかなかその利用が進まなかったが、その後どの地域でも徐々に障害福祉サービスの利用が拡大するようになった。特に神奈川などのように障害福祉サービス事業者への支援体制が強化されたところでは、援護寮やグループホームなど入所型のサービスへの受け入れも比較的順調に進むようになった。一方、大阪のような独自の医療観察法体制地域処遇強化事業を導入し、通常は給付の対象とならない支援について、民間支援団体等に補助する制度が開始されるなど、工夫したサポート体制が実施されている地域もあった。

一般的に地域において障害福祉サービスを提供しようとされる方々は、精神障害者を何とか地域で支えていこうという使命感を持っている人が多いように、この通院処遇ワークショップを通して感じられた。これらの方々の熱意をこの通院処遇の質の向上に生かせるように、更なる制度上の優遇策が必要であると思う。

## 2. 通院対象者専用の治療プログラムと実施体制

通院処遇ワークショップで多かった要望の一つに、通院対象者用の専用治療プログラムがないのを何とかして欲しいというものがあった。いわゆる移行通院の対象者は、入院治療において、内省プログラムやアンガーマネジメント、各種認知行動療法などを経ているので通院処遇にも乗りやすいが、直接通院の対象者は、全く何の治療プログラムも受け

ていないので、病識や治療の継続性、内省洞察などに問題がある場合は、対応に相当の困難があるという問題である。

これについては、現在の通院処遇の体制では特別の治療プログラムを実施できる体制がないのではないかという懸念もあるが、本研究班としても対応策を検討してみた。現時点で検討されていることは以下の内容である。

指定通院医療機関でも実施可能な「医療観察法 通院ワークブック(仮称)」を作成する。その内容は、①医療観察法の制度説明、②疾病心理教育(まずは統合失調症)、③病気と対象行為との関係の理解、④クライシスプラン(再発予防)の4本柱を学べるものとする。具体的な内容と実施方法等については平成23年度に検討する。

## 3. 通院対象者の特徴に対応した治療プログラムと実施体制

通院対象者にはアルコール等の依存症を併存している事例も少なくない。アルコール依存症については幾つかの地域で、専用のプログラムを受講している対象者もみられた。神奈川県では、覚醒剤事例が比較的多いため、外来用の脱落防止プログラムに参加したり、性犯罪事例では、入院治療で実施されていた性犯罪防止プログラムの簡略版を通院処遇でも継続したりしていた事例もあった。

このように通院対象者にはその特徴に合わせた治療プログラムが必要な事例もあるが、現時点では、たまたま実施可能な指定通院医療機関で通院処遇を受けた場合に、専用プログラムの実施が可能であるにすぎない。今後はこのような対象者に対応できるような体制整備も課題となるであろう。

## E. 結論

平成22年度は各地域における通院処遇の実態を引き続き把握するため、首都圏にあり指