

てしまうであろうことを懸念しております。

#### 施設 9

- 医療観察法の患者というだけで、通院等受け入れてもらえないことが多い。

#### 施設 10

- 医療観察法病棟に期待される面から、治療的に難治例に対しどこまで行うべきかまだ迷いがある。通院施設あるいは入所施設が限定されているため、円滑な社会復帰が困難となるのが依然として解決していないことに憂慮している。
- 病棟開設当初は、監査等で「入院の要件に少しでも疑義がある場合は人権上の観点からすぐに退院を申し立てるべきである」との指導を受けた。しかし、現在は「処遇困難者は可能な限り医療観察法病棟で診るべきである」との流れになりつつある。
- 閉鎖病棟での携帯電話の使用、喫煙の可否などの問題については医療観察法病床に限ったことではなく、各病院の対応に任せずに医療機関全体としての方針を厚生労働省や関係機関は示してほしい。ただでさえ事務作業が多い医療観察法業務において、役所対応や事務仕事に時間をとられるのは医師にとってマイナスである。
- 指定通院医療機関が対象者の通院受け入れ自体を拒否したり、施設を保有しても入所させない症例が大半であり、社会復帰にむけてのケースワーキングに大変難渋するとともに、利用可能な資源しか使用できない状態で退院させることにより、リスクが軽減されないケースが多い。
- 居住地が遠方の場合、社会復帰に向けての治療プログラム、外出、外泊などがスムーズに行かない。

#### 施設 11

- 病棟は立派だが、変に「底上げ」などど言ってしまったために、通院等での協力が著しく得がたい。
- 離島・へき地の対象者が少なくない。
- ECTについていえば、パルス波無けいれんで扱う際 麻酔料がえられないため、一般病棟では日常扱っているmECTが医観病棟でのみ、扱えないという問題。(倫理会議において、精神科医師(麻酔科研修歴はあるが、標榜医ではない)によるECTの麻酔について、否とされた場合、一般病棟で扱っているECTも非倫理的といわざるをえず、全病棟に影響しかねないため、討論するかどうか、きわめて悩ましく思う。

#### 施設 12

- 制度全般の不備、職員の意欲の維持、保安病棟化する恐れへの不安

### 施設 13

- 対象者の居住地設定の困難さ 公の運営する社会復帰施設においても「殺人」の対象者は入れるのに「性犯罪」の対象者は入れない（門前払い）等、精神障害者であるのかないのかの偏見ではなく犯罪をおこしたことがあるのかないのかの偏見でもなく対象行為の種類による差別・偏見があることの困難。こういった差別、偏見をとりのぞく者に一番近いぐらいに対応しなければならないところでさえ、差別・偏見がある現実。
- 治療反応性がない対象者は処遇終了となってしまうことがあるが、このような対象者こそ、医療継続が必要と思われる場合があり、何かもっとうまいシステムができないかと思う。
- 院外外出が少ない。病院内ですごせたととしても本人のリハビリを応援するためには制限が多すぎると感じます。
- 診療内容が高度なマニュアルにより、個々の症例に固有な事情にフィットした治療を必ずしも提供できていないのではないかという懸念があります。
- 病状安定の確認に慎重になり過ぎて、入院が長期化してはいないか。
- 理念と現実のギャップが大きすぎて、困難を感じている。

### 施設 14

- 病識がなく、付添に拒否的な患者の付添導入。

### 施設 15

- 精神障害があり、不起訴という流れに乗りそうになると、対象行為の事実確認がおざなりになる傾向がある。警察・検察の調査もいかげんになるし、それを指摘する役割である弁護士も「まずは不起訴を勝ちとる事」とあまり争う事なしに不起訴になることがある。罪・罰があるわけではないので、冤罪とは言わないのであろうが、本人、被害者にとっては真犯人が誰であるかは重要な事である。また本人にとってはそれで医療観察法による強制治療を受ける事になるので、もし対象行為がなければ不当な拘禁であり冤罪と同じである。当院に入院した患者にも無実を主張し、かつ一件書類を精読しても客観的な証拠がないというケースが散見される。

## 個別票（PSW 記入用）の自由記載

### 施設 1

- 処遇終了となった場合の対象者の退院への支援の難しさを感じています。中には長期に渡り精神保健福祉法での入院が必要な場合もあります。しかし時代の流れから「長期の入院は受けられない」ということや医療観察法の対象だった人ということで「対応しきれない」ということで受け入れが難航する場合があります。その支援は指定入院医療機関の SW が責任をもってやるべきなのか、社会復帰調整官が終了までは調整するべきなのかははっきりしないこともあり、とまどったことがあります。（結局は本人にとって必要であればどちらが動いても構わないとは思いますが）また、最近では自分の処遇に納得はしていないものの、退院の申立て、医療終了の申立て、抗告の申立てをされない方も増えてきました。理由は「しても意味が無い」「結局茶番だから」「裁判所の決定だから無理でしょう」というようなことがあげられます。こちらで権利であるとは何度も伝えますが、結局はされない方が多いです。かといって治療に前向きであるわけでもないので、MDT との治療関係の構築期間や入院期間にも少なからず影響しているように感じます。

### 施設 2

- ある特定地域の指定通院機関がほぼ皆無である出身の対象者の帰住調整が進まない状況は権利侵害と考えているが、法的に何かしらの措置がとれないものか悩む。通院先確保のために退院時期が決まらず、退院申立に苦慮している事例が複数ある。制度的、全国的な問題ではあるが、公的な責任しぼりの緩い制度と見られているので、本来の帰住調整の中身の議論にもなりにくい現状が多々ある。

### 施設 3

- 行動制限の緩和やステージアップについて、各種会議（多職種）でコンセンサスを得ていくスタイルは透明性を高めるものであるが、一方でタイムリー、フレキシブルさに欠けるため、対象者のモチベーションを維持した取り組みに苦勞を感じる。入院から通院へ移行していく際の支援（マンパワーやプログラム）の格差是正にとっても苦勞を感じる。

### 施設 4

- 対象者の権利譲渡に関する知識や情報の標準化（統一されたテキスト、資料の配布などを行ってほしい）
- 退院が難しい困難事例の処遇の進め方に苦勞します。本来、社会復帰をするための入院ですが、内省も病識も深まらず、本人も社会復帰していく気持ちがないと、なかなか

か処遇がすすみません。他の入院機関でも同様に困難なケースを抱え込まざるを得ない状況があるのではないかと思います。

#### 施設 5

- 施設などの地域の資源において、医療観察法というだけで断られるケースが多く、社会復帰要因がなかなか決まらないことが多い。

#### 施設 6

- 精神保健福祉法の上の入院であれば、開放病棟に入院して過ごせるような状態の対象者も、退院するまで閉鎖病棟内で自由に外出できる（院内も含め）環境にないことに疑問を感じることもある。（閉鎖から退院日を境にいきなり外に出るのは治療上はたして良いのか？など）
- 対象者に対し、治療者の数が多いため、常に意識をしていないと、対象者の「自己決定」を保障することが難しいと感じることがある。→ 医療者側が「良い」と判断することに対象者の考えを変えることが、容易にできる環境にあると思うので、ソーシャルワーカーとして対象者の自己決定を支援し、守る視点を忘れないよう気を付けて働いていかなければいけないと思う。
- 医療観察法に対するイメージの悪さは依然残っていることを感じます。例えば、中間施設のつなげる際も、「医療観察法の人ちょっと…」や「また同じことをやるのでは…」といった感じで、電話の相談の時点で申し込みを断られることも多くあります。そのため、本人が住みなれた所から離れた施設を使うことになり、施設に慣れた頃に退所となってしまうケースもあります。はたしてこれが、安心安全、その人らしい生活なのか疑問を感じます。地域によっては、本人の地元であるにもかかわらず、受け入れに難色を示すところもあり、地域が安心するために施設利用をすすめているのではと思うことがあります。もっと入院中より本人からPは地域から関係づくりをすることが必要だと思います。
- 社会復帰調整官について 時折、対象者から社会復帰調整官についての不満を聞くことがあります。長い間関わると関係が悪くなることもあると思います。ただ、直接社会復帰調整官に対し、不満を言えない方も多く、あきらめることもあります。しかし、これはおかしいことではないかと思います。病院や施設には、適正を図るための第三者機関がありますが、調整官に対してはこのような体制(制度)はないのでしょうか？知識不足ですいません。
- 医療観察法の入院処遇と地域の社会資源の差から、対象者に適した地域のサービスが少ない。この点が権利を擁護するという観点から大きな問題であると思う。特に入院処遇中の権利をどのように守るか、いくつかの制度はあるものの、例えば退院の請求（対象者からの）などの場合、付添人がつかないことも多く、書面の審判のみのこと

が多く、権利擁護という観点から見直しした方が良いと思う。今後、法テラスの利用等も検討したい。一方で、全てに付添人をつけるということも現実的ではない為、今後見直しを要す。対象者自身が、自らの権利についてそれを擁護する為に様々な制度を使う動機付けがなされていないことも多い為、今後の課題としたい。

#### 施設 7

- やはり長期入院となっている対象者の処遇については問題と思います。調整官はある意味放棄したような状況、裁判所はそれでも「継続」と決定し、MD Tはただ疲弊していくばかりです。
- 法テラスの活用の方法など 新しい情報があれば研修会を開いてほしいです。

#### 施設 8

- 現状では、支援も対象者の処遇も全て中途半端な感じを受ける。精神の病を持つからといって、罪にでないことが全ての始まりのように感じています。
- いろいろと知識不足、情報不足で、これからといったところです。

研究成果の刊行に関する一覧表

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
松原三郎	触法精神障害者の地域 ケアはいかにあるべき か	臨床精神医学	39(10)	1321-1328	2010

厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合研究事業（精神障害分野）  
「医療観察法における医療の質の向上に関する研究」

総括・分担研究報告書

発行日 平成 23（2011）年 3 月  
発行者 研究代表者 中島 豊爾  
発行所 地方独立行政法人岡山県精神科医療センター  
〒 700-0915 岡山県岡山市北区鹿田本町 3 - 16  
TEL : 086-225-3821 FAX : 086-225-3834



