

2) 地域密着型・回復期社会復帰期型

できるだけ地元の対象者を受け入れるにしても、病床数が対象者数に比して少なければ、需要に対応できないことになる。その場合、一時的に他の基幹型病棟に受入れを依頼し、その後、病床に空きが出来た時点で、転院して当該病棟が受け入れることになる。対象者は地元で退院することを原則としていることから、この場合は、どうしても回復期から社会復帰期を中心として受け入れることになる。主に静岡、山梨、長野などの小規模病棟の場合が、それに相当することになる。このタイプの病棟では、地元で密着していることから家族の面接や外泊などがやりやすい面はあるが、社会復帰期が中心になり、外泊もある程度頻回に行う必要があることから、病床規模は小さくても、むしろマンパワーが不足する可能性があり、このタイプの病棟にはマンパワーの充実が欠かせない。またこのような小規模病棟の場合、治療困難事案がひとたび出ると、当該対象者が長期に病床を埋めてしまうことになり、なおかつプログラムのメニューなども限られていることから、病棟の運用に支障を来してしまうことが考えられる。各県には、少なくとも社会復帰期の受け皿として、小規模病棟であっても整備されることが望まれるが、このような事態を想定すると、たとえ小規模であったとしても、病棟整備に対して積極的にはなれないことが予測され、後述するようなバックアップ体制が必要になると考えられる。

3) 基幹型・急性期回復期型

基幹型として、地元はもちろんであるが、地元以外を対象者についても受け入れていく病棟である。その場合、対象者はいずれ地元に戻るから、当該病棟は急性期回復期を主に受け入れて治療し、回復期社会復帰期については地元の病棟で対応してもらうことに

なる。国立のフルサイズ、一部の小規模病棟は、ほとんどこれに相当している。具体的には、花巻、下総、久里浜、さいがた、北陸、小諸、東尾張、榑原、松籟荘、賀茂、肥前、菊池、琉球、岡山などがこれに相当すると考えられる。国立精神・神経センターもこれに相当はしているが、前述したように、むしろ中央型としての役割を今後は明確にしていくことの方が重要であると考えられる。地域密着型・自己完結型が増えていかなければ、どうしてもこのような基幹型・急性期社会復帰期型が増加せざるを得ないが、作りやすいところから作るという方針は、初期の段階ではやむを得ないが、その時期を過ぎれば偏在化が生じぬよう、計画的に作られていく必要がある。たとえば全国各地域を10カ所程度に分けて、各地域の一つはフルサイズの基幹型を作るといったことが案としては考えられる。また北海道は、人口が500万人以上いるにも拘わらず、現在、医療観察法病棟を有していないが、フルサイズの基幹型病棟一つに小規模病棟を幾つか作るといったやり方に可能性はないのであろうか。どのような形であっても、国はビジョンを明示していく必要があると考えられる。

4) 基幹型・急性期回復期型・疾病特性型

特に医療観察法医療に限らず、これまで依存症や人格障害、発達障害などの治療実績を積んできている病院が、医療観察法病棟においても、これらの疾病特性を有している対象者を漸次、受け入れていくことは望ましいことである。もちろんI軸がこれらの疾病である場合は、司法でやるか医療でやるかは慎重に判断されなければならないが、II軸の診断として、これらの疾病が考えられる場合には、医療観察法医療として取り組まざるを得ないことが多いと考えられる。これらの患者は確かに治療が困難であることも少なくない

が、医療が必要な人である以上、必要な治療は行わなければならない。そのような肝心なところを一般医療に任せてしまうのであっては、医療観察法を作った意味は半減してしまう。もちろんこれらの対象者が必ずしも治療困難患者という訳ではない。症例を重ねて治療技法が進んで行けば、患者に不利益にならない形でこれらの患者により適切な治療が提供され、社会復帰も進むことが期待できる。治療技術は症例を重ねれば必ず進むものであり、これらの病棟は基幹型・急性期回復期型・疾病特性型として、対象者の受入れを積極的に行い、治療実績を積み重ねていくことが期待される。

5) 中央型・合併症Ⅰ型と合併症Ⅱ型、地域医療連携型

合併症の受入れ可能な病棟は、中央型・合併症型として国立精神・神経センター武蔵病院に一つだけ整備されている。このような中央型に併設した合併症病棟をここでは「合併症Ⅰ型」と名付けることにする。クロザピンの使用頻度が増えるなどの要素を加味すれば、今後はそれに伴う合併症の問題はさらに生じやすくなると考えられる。この場合、身体合併症の治療機能からいって、総合病院機能がなければ対応は困難である。地域の大学病院が医療連携して治療に当たってくれば、それはそれでありがたいことであるが、現在までのところ、筆者の知る範囲では必ずしも順調には行っているとは言いがたい。そこで考え方を一歩進めて、合併症に伴う付き添いの長期化やその他の問題を考えた場合、全国の大学病院の精神科が、合併症型の医療観察法病棟を1床でも2床でも整備する体制ができれば、合併症の問題はかなり解決されと言えよう。そこでこれらの大学病院の精神科に併設した医療観察法病床を「合併症Ⅱ型」と名付けることにする。そうすると地元の総合

病院との契約による「地域医療連携型」による医療体制に加えて、中央型の合併症Ⅰ型と全国の大学病院精神科に併設された合併症Ⅱ型の組み合わせが可能になり、これにより合併症対策によりやく目処がつくことが期待される。

当センターの場合、近隣の病院1カ所と県立病院2カ所とで治療契約を結んでおり、これは「地域医療連携型」といえる。問題はこの地域医療連携型では対応できないか、初期対応は出来るが、その後の対応が難しい場合である。しかしこのようにしてⅠ型からⅡ型そして地域医療連携型までを整備しておけば、合併症問題はかなり解消できると考える。

ただ現状は、この重要な問題はまったく現場の努力に任されているだけであり、その段階に止まっているは、今後ともその解決は困難であると言わねばならず、このような類型化に基づいたシステマ的対応が実行に移されることを期待したい。

2. 医療観察法病棟の絶対数不足と偏在化の問題

1) 予測される対象者数の増加と病床数の不足

群馬県に限ってではあるが、対象者数の予測値を検討した結果、警察が事件として立件するようになれば、現状の倍以上が対象者になり得ることを、先の22年度の本報告書で明らかにした。したがってさまざまな要因を加味しなければならないが、それでも現在の目標である800床では不足することが予測される。表3と表4で示したように、受理数や入院決定数に都道府県ごとで大きな差があるのは、地域差や医療観察法に対する賛否の考え方が影響している可能性はあるにしても、一方でやはり病床数の絶対的不足と偏在化が大きく影響していると考えられ、このような差をこのまま放置することは許されることではないと考える。また表5で分かるように、裁判

所の決定自体も、このような要因によって左右されてしまっている可能性があり、看過できない問題といえる。また法の下での平等という意味でも、医療観察法が施行されて6年以上が経過している現在にあっては、このような状況は許されることではないと考える。

医療観察法病棟が何床あれば良いかは、先の本報告書で報告したように、医療観察法病棟の治療能力や一般精神病床との相関関係から決まってくるところであり、簡単に目標値としては言えない要素があるが、今後は絶対数を確保する努力に加えて、少なくとも偏在化を防ぐ努力がどうしても必要な時期に来ているといえる。

2) 治療の一貫性をどのように確保するか

できるだけ入院から通院までを一貫して治療できるようにすることは、対象者の利益を考えたとき当然のことであり、医療者側にとってもそうあることが望ましいこと言うまでもない。その意味では人口規模に応じたフルサイズ、小規模病棟の設置がまず求められる。ただし対象者数がごく少ない県においては、小規模病棟であることもやむを得ないと思われるが、暫定病棟として6床を筆者が実際に運用した経験からいうと、併設型小規模病棟のメリットは、現在までのところあまり期待できるとは思えない。たとえばセキュリティーレベルを思い切って下げて、その分自由度を上げ、併設病棟との人的交流を図るなどのなかで、新しい治療の考え方が出てくる可能性も否定はできないが、現在までのところ、リスクが高まることは予測されても、そのような積極的なエビデンスは確認されていない。したがって今後の対象者数の増加を予測すると、人口100万人以下であっても、可能ならば医療的には独立型の小規模病棟が設置されることが望ましいと考えられ、それによって、治療の一貫性の確保が大幅に向上す

る。

現在、まったく医療観察法病床を有しない都道府県は20カ所に及び、これをどうにかしなければ、審判だけでなくあらゆる場面で法の運用に支障を来すだけでなく、対象者が不利益を被ることは明らかである。このようなことがいつまでも続くのであれば、厚労省と自治体行政との関係そのものを、再度見直す必要があるかもしれない。

3) ローセキュリティーの考え方の必要性

治療困難なため医療観察法の入院が長期化した場合、社会復帰そのものは容易にさせられないが、暴力等のリスクについては少なくなった事例については、マンパワーを充実させた精神保健福祉法枠の病棟、たとえば重症治療病棟に移動させ、より自由度を高くした形での治療を行うことが考えられる。医療観察法枠を残すか、完全に精神保健福祉法枠に移行させてしまうかは議論の分かれるところであるが、いずれにしてもこのような対応が出来るようになれば、新たな治療の進展と医療観察法病棟のいたずらな増加を防ぐことが出来るようになる。

医療観察法の通院処遇扱いとして精神保健福祉法の下での入院にすれば現状でも実施は可能と考えられるが、このような場合でも当該病棟のマンパワーの不足や医療観察法病棟にいざというときに容易に戻せないといったことが懸念される。これを実行するためには課題が多々あるとは考えられるが、これらの病床を明確にローセキュリティーユニットと位置づけ、医療観察法病棟を有する各自治体病院に設置すれば、医療観察法病棟の有効活用を図ることが可能と考えられる。

3. 治療反応性なしと治療困難性の相違及びバックアップ体制について

1) 治療困難性と治療反応性なしという問題

治療反応性なしとは、通常であれば認知症が進み治療を行っても反応しないというのが一つの典型であろう。治療の必要性があるにも関わらず、治療に反応しないからと言って治療反応性なしとしてしまうのは問題が多いと言わねばならない。治療困難と治療反応性なしとは別概念であり、治療困難は治療の必要性があるにもかかわらず、治療がむずかしく容易に改善が認められない場合をいう。医療観察法医療が必要と判断された以上は、たとえ治療困難であっても症状の改善を求めて治療を実施していくべきであり、それがあってこそ、治療技術も進むことになる。

2) バックアップ体制について

各道府県には、最小限、小規格病棟または小規模病棟が整備されることが期待されるが、このような病棟を作ったとき、もし上述したような治療困難患者が一例でも出現すれば、たとえば小規格病棟では、その対応に追われることになり、病棟の運用に困難が生じる場合があることが想定される。このような場合、治療困難性と治療反応性なしを混同し、不処遇なり処遇終了なりにして対象者の治療を放棄することは、絶対にあってはいけないことと考える。そのように考えたとき、小規格病棟や小規模病棟に対してバックアップ体制を整えておくことは極めて重要であり、それによって各都道府県は安心して医療観察法医療に専念することが出来るようになる。

具体的には、一つは小規格病棟の限界を考え、疾病特性型の病棟整備を進めることにあると考える。元々、触法精神障害者問題は国の責任においてなされるべき仕事であり、地域の立場から各都道府県が医療の場を地域に設けているのであり、都道府県に触法精神障害者問題の責任主体があるわけではない。そのことを考えれば、国は全力を挙げて疾病特性型の病棟整備や前述したような合併症対策

を考えるべきであり、このような課題は現場の対応だけで解決できることではない。

もちろん疾病特性型の病棟が整備されたからといって、すぐにうまくいくわけではないが、しっかりとした対策を立てて行かなければ、早晚、各自治体は治療困難な対象者の対応に苦慮するか、せつかく作った病棟がダムや沈殿のように次第に埋まってしまふことになる。そのような意味でも、医療観察法病棟を地域密着型、基幹型、中央型あるいは疾病特性型、合併症Ⅰ型、合併症Ⅱ型などに類型化し、自治体立の病棟に対してバックアップ体制を保障することは、たとえ小規格病棟であったとしても、各自治体にあっては病棟をより作りやすくなると考えられる。

現在、治療困難例はむしろ基幹型や中央型から地域密着型に移行していると言われていいる。その理由としては基幹型や中央型が必ずしも地域密着型となっていないことから、地域での受入れ体制を整えることが出来ず、そのため地域密着型に移行する機会が多いということであった。しかしここでいう治療困難例とは本来の意味での治療困難例とは異なるものであり、本来の治療困難例に関してはあくまでも疾病特性型の支援のもとに徹底した治療を行い、それを受けて最終的に地域密着型が社会復帰をすすめるという考え方をする必要があるのである。そのためにも疾病特性型の整備は積極的に進められていく必要があると考える。

4. 鑑定入院はどこでなされるべきか

医療観察法の鑑定入院は一般精神病床で実施されているが、一般病床は一般病床としての運用形態があり、多職種チームによる鑑定入院には必ずしもなじまないこと、また限られたスタッフで鑑定入院が行われることから、医療事故が生じやすいことなどが、これまでしばしば指摘されてきた。実際、当センター

では医療観察法の鑑定入院は、極力慢性病棟に併設した医療観察法病棟で実施するようになってきたが、その経験からいえば、鑑定入院は医療観察法病棟で実施することの方が多職種チームを組みやすく、安全に実施出来るという意味からも、一般病床で実施するよりも明らかにやりやすく、かつ正確な鑑定書を作りやすかったと言える。全国的に病床不足がいられている中で、難しい点はあると考えるが、鑑定入院の重要性を考えても、今後はそのような方向性が出されることを期待したい。(群馬県の場合、併設型の暫定病棟6床であったが、そこに一般精神病床1床を入れて、その1床で鑑定入院を実施してきた。しかし小規模病棟17床が出来上がった現在、鑑定入院がそこでは出来なくなってしまう。今後、医療観察法病棟を作っていく場合、何らかの運用上の工夫を行い、鑑定入院を医療観察法病棟でも実施出来るようにするべきである。)

5. 国立の医療観察法病棟と自治体立の医療観察法病棟の役割分担について

自治体立病院は国立と異なり、比較的患者が通いやすいなどの地理的立地条件に恵まれた場所に設置されていることが多い。したがって家族調整などを行いやすいという利点があり、社会復帰の促進にも結びつき易い。また通院処遇の段階にあっては、精神科救急システムなどを通して、一般精神医療との連続性も保ちやすいなどの具体的な利便性がある。

しかし一方で、自治体立病院は小規格かせいぜい小規模病棟が多く、治療困難事例を長期に抱えることになった場合は、その病棟運用に支障を来すことが予測される。そのような場合、疾病特性型として対応できる病棟整備が国立に於いてなされれば、自治体立は医療観察法病床の整備がよりしやすくなるという利点が生じる。どのような例であっても、

最終的には地域密着型の自治体立病院が社会復帰を促進することになることから、それを補完する立場として治療困難事例の対応を国立に求めることは、それぞれの役割分担を責任持って果たすという意味からも重要であると考えられる。これまでこの問題はあまり触れられてこなかったが、一律な扱いには当然限界があり、そのような役割分担を明示していくことも今後は必要であると考えられる。

E. 結論と今後の課題

1. 医療観察法病床は800床では不足することが予測され、今後はさらに増床を図る必要がある。
2. 現在の医療観察法病棟の設置状況は、偏在化の問題が目立ち始めており、円滑な法の運用のためには、少なくとも地域密着型・回復期社会復帰期型、できれば地域密着型・自己完結型が全国に展開されていくことが必要である。
3. 人口500万人以上がいるにもかかわらず医療観察法病棟を有しない都道府県が複数あり、このような状況は真っ先に解消されなければ、法の平等な運用は困難である。
4. 疾病特性型の病棟設置を今後は計画的に進めていく必要がある。特に人格障害型、発達障害型については、治療困難事例が増加していく中で、必ず必要になってくることが予測される。
5. 身体合併症については、現場での努力も必要であるが、合併症Ⅰ型、合併症Ⅱ型、地域医療連携型といったように類型化し、システム的に対応していくべきである。
6. 国立精神神経センターは中央型と明確に位置づけ、研修機能に加えて、医療観察法体制整備機能や事故調査機能などを果たさせるべきである。
7. 精神鑑定は医療観察法病棟でも実施でき

るようにすべきである。

8. 医療観察法病棟を有する自治体病院においては、今後はローセキュリティユニットと位置づけられる病棟の整備を行う必要がある。
9. 国立の医療観察法病棟と自治体立の医療観察法病棟の責任範囲と役割分担について、しかりと検討すべき時期に来ていると考えられた。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

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

（研究代表者：中島 豊爾）

分担研究

通院医療の実態把握に関する研究

平成 23 年度

分担研究報告書

平成 24（2012）年 3 月

分担研究者 松原 三郎

松原病院

平成23年度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）

分担研究報告書

通院医療の実態把握に関する研究

分担研究者：松原 三郎 松原病院

研究協力者：

静岡保護観察所

浜守 大樹（谷野呉山病院）

平田 豊明（静岡県立こころの医療センター）

新谷 紀子（石川県立高松病院）

平川 孝昭（溝口病院）

竹内 幸治（石川県立高松病院）

坂 晶（沼津中央病院）

朝本 哲夫（金沢保護観察所）

平野慎一郎（三方原病院）

清水志をり（松原病院（福井県））

高平 大悟（富山保護観察所）

中村美智代（松原病院）

伊東 徹（富山市民病院）

林 央花（松原病院）

宮部真弥子（谷野呉山病院）

研究要旨

医療観察法における通院医療の実態把握を目的として、以下の研究を行った。

（1）富山、石川、福井の北陸3県の指定通院医療機関の医療観察法担当スタッフが集まり情報交換を行った。北陸3県の全通院対象者を集計し、対象者の特徴や各通院医療機関の対応状況等を分析し検討を行った。また、通院処遇終了者が増えてきており、終了後の支援の状況についても報告・集計が必要と考えられた。

（2）さらに、他県における通院処遇の状況を知るために、静岡県において「通院処遇ワークショップ in 静岡」を開催した。静岡保護観察所、静岡県内の指定通院医療機関のご協力のおかげで、多くの参加者もあり、活発に意見交換が行われた。社会復帰調整官を中心に入院機関、通院機関の連携も密に行われており、医療観察法の通院医療のレベルの高い地域であった。

（3）全国的な規模として、第6回通院医療等研究会を開催した。通院対象者数については各通院医療機関で異なっているが、それぞれの指定通院医療機関が、少ない人員のもとであっても、懸命に多職種チームが活動し、ケア会議での処遇の実施計画の立案、実際の対象者への医療・生活のサポート、家族との連携などが行われ、結果として、医療観察法の通院医療が大きな成果を上げていることが示された。

A. 研究目的

本研究では、北陸地区、静岡地区での通院医療の現状を詳細に把握し、医療観察法における通院医療の問題点を検討する。

B. 研究方法

（1）北陸研究会議

当会は平成23年7月9日に開催された。北陸3県の指定通院医療機関スタッフ、社会復帰調整官15名が出席した。

事例ごとに共通評価項目を記載した通院処遇情報用シートを記入して持ち寄り、共通評価項目の変化に焦点を合わせたうえで対象者の病状や生活状況について話し合いをした。

(2) 第5回医療観察法研究会

平成23年10月8日、本多の森会議室にて開催した。富山、石川、福井の北陸3県より67名の参加があった。

3題の事例報告の後、意見交換を行った。その後、特別講演「医療観察法医療における疾患セルフマネジメントー回復モデルから成長モデルへー」平林直次（国立精神・神経医療研究センター病院）が行われた。プログラムを資料1に示す。

(3) 通院処遇ワークショップ in 静岡の開催

平成23年12月3日、グランシップ静岡県コンベンションアーツセンターにて、静岡保護観察所との共催で開催した。医師、看護師、精神保健福祉士、心理士、作業療法士等様々な職種の参加者で、参加人数は51名であった。静岡保護観察所の報告、静岡県立こころの医療センターからの報告、指定通院医療機関3病院からの活動状況報告の後、総合討論を行った。

プログラムを資料2に示す。

(4) 第6回通院医療等研究会

平成24年2月4日、東京の建築会館において開催した。指定通院医療機関の医師、看護師、精神保健福祉士、心理士、社会復帰調整官等の137名の参加があった。

プログラムを資料3に示す。

(倫理面への配慮) 研究会において、参加者は守秘義務を持つものだけに限り、また、同時に個人の情報に関する資料については、会において検討が終わった後には、その資料を回収し破棄した。

C. 研究結果

(1) 北陸3県の状況

平成23年12月9日時点での北陸3県の状況を以下の表に示す。

	富山	石川	福井	3県総計
申し立て件数	19	17	22	58
審判終結	16	17	22	55
(内訳)				
入院決定	7	12	15	34
通院決定	4	3	6	13
不処遇	3	2	1	6
却下(行為不存在)	0	0	0	0
却下(責任能力あり)	2	0	0	2
申立取り下げ	0	0	0	0
現在通院処遇中	7	1	6	14
通院処遇終了	2	6	4	12

平成23年12月9日時点での北陸3県における審判決定後の状況を以下の表に示す。

	富山	石川	福井	3県総計
(入院決定+移送の24件のうち)				
退院許可決定	5	4	4	13
処遇終了決定	0	1	3	4
(通院決定12件・退院許可決定11件のうち)				
精神保健観察の終結	2	6	4	12
(終結の内訳)				
期間満了	0	5	2	7
処遇終了決定	1	1	1	3
再入院決定	0	0	1	1
死亡	1	0	0	1

平成23年7月9日に開催された北陸研究班会議で報告された事例は、5医療機関から11例の報告があった。そのうち4名は通院処遇3年で満期終了し現在は精神保健福祉法上での通院を継続中。5ヶ月後に終了予定が1名、死亡1名、処遇期間中5名であった。

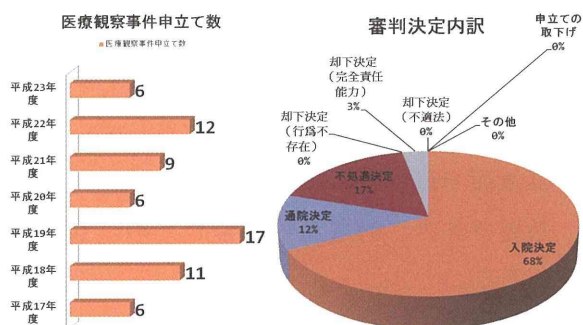
満期終了4名について、終了後の不安が本人、家族ともにあるというのが共通点である。通院処遇が終了すると社会復帰調整官との関わりはなくなり、その代わりになるのは医療機関になるのだが、一般精神医療のマンパワー不足が課題である。対象者は処遇中の多職種のチームでの手厚いサポートが減ることに不安がある。しかし、終了後においても、指定通院医療機関の医療スタッフは多職種を保ちながら支援を行っていることが示された。

(2) 通院処遇ワークショップ in 静岡の開催

静岡保護観察所から全国と静岡県の医療観察法の施行状況の報告後、静岡県立こころの医療センターからの報告、指定通院医療機関3病院からの活動状況報告の後、総合討論を行った。各発表内容の要旨は以下であった。

①保護観察所からみた静岡県の施行状況（静岡保護観察所）

平成17年7月～平成23年10月末現在



図：静岡県に申立件数及び審判の推移

医療観察法対象者の地域処遇に当たっての課題として、①指定通院医療機関、関係機関として対象者に関わる範囲が明確ではない、②対象者は重大な他害行為が多く精神保健福祉法でない医療観察法にとまどいがある、③薬や治療に問題はなく生活に問題がある場合医療観察法より精神保健福祉法の方がウェイトをしめる、④対象者のリスクを考えると失敗体験を見守ることは危ういことなのではないかと不安を感じるが挙げられた。

②当院における医療観察法医療への関わり（静岡県立こころの医療センター 平田豊明）

平成23年1月に静岡県立こころの医療センターは病棟を改修して医療観察法指定入院医療機関として12床が開設された。

当センターは救急医療、在宅医療、先進医療、政策医療を基本方針とし、措置入院制度の限界の克服、高度専門病棟の実現、医療と司法との対話の促進という点からも医療観察法体制をとることに大きな意義があると考えている。

入院処遇や直接終了の判定基準の標準化、入院処遇と通院処遇のギャップ等の諸課題はあるが、医療観察法病棟でのノウハウが病院全体に汎化することを目指している。

③再入院の事例を通じて感じたこと（溝口病院 平川孝昭）

統合失調症感情障害、対象行為は殺人の事例。病識がなく、自分の主張が通らない時は暴力は仕方ないという発言もあり、対象事件の内省もなかなか深まらない。看護師に対して暴力をふるい、再入院となる。受け入れ準備の問題、入院機関との連携に問題もあったが、本事例をとおして、多機関、多職種によるケア体制が確立されていれば難しいケースでも対応できることがあり、日頃からの情報目的の共有、役割の確認、連携が大切であったことが実感できた。

④通院処遇に向けた精神保健福祉法による入院医療とリハビリ（沼津中央病院 坂 晶）

妄想型統合失調症、対象行為は放火の事例。父親と口論となり、自分も死んでやろうと放火した。2年8ヶ月の入院処遇後、通院処遇となるが、病識が乏しく、治療への理解を得るのに時間を要した。また、二度の身体疾患に罹患したこと、生活能力の把握に時間を要したこと、新しいことに揺れやすい傾向にあることから、通院処遇の始めの1年3ヶ月は精神保健福祉法の入院が行われた。この精神

保健福祉法の入院中に、疾病教育、退院後の住居確保や金銭管理、服薬等について支援し、ケア会議も幾度と行い、多職種チームでの支援が功を奏し、退院となった。

⑤指定通院医療機関におけるクライアントとの関わりと地域連携のあり方（三方原病院 平野慎一郎）

3事例のうち、2件は処遇終了。1件は処遇終了後も外来受診、訪問看護、デイケアは継続しており、加えて保健師訪問もされており病状は安定している。もう1件は通院開始から1年3ヶ月で終了し、終了後は外来受診、近隣者からの援助、休息入院をとりながらフォローしている状況である。現在通院処遇中の1件は、通院開始後1年半が経過し、終了後のことも考える段階になってきた。

多職種のスタッフが情報共有するようにし、再発防止という意識を持ちながら治療、支援にあたっている。

(3) 第6回通院医療等研究会でも全国各地域の指定通院医療機関からの報告があった。

指定通院医療機関の数は増えてはいるが、まだまだ通院する側にとって、通院時間がかかりかかっている例も多い。また通院医療機関での格差があるのも現状である。入院対象者が増えて満床の傾向があり、その結果、通院医療では困難な対象者がいるという状況も見られた。

通院処遇の対象者が地域で生活していくためには、地域では何ができないかを見きわめ、地域でできることを医療側として支援していくことが大切なのではないかという意見があった。

D. 考察

(1) 北陸3県における通院処遇は、いずれも円滑に行われているが、それは多職種チームによる手厚いサポートによるものである。

医療観察法が施行され6年目を迎え、通院

処遇終了者が増えて来たが、処遇終了後に多職種でのサポートが減ることに不安を感じている対象者もいるが、医療スタッフが終了後の支援を多職種が協働して行っている状況が報告された。しかし、マンパワーが乏しい地域の中で継続して十分にできるかという課題がある。

(2) 通院処遇ワークショップ in 静岡の総合討論では以下の意見があった。

- ・医療観察法のゴール、終わり方が難しい。
 - ・静岡県には指定通院医療機関が11カ所あり、民間の救急のレベルも高い。
 - ・可能な限り、早い段階から入院機関・通院機関との密な連携・繋がりが必要。
 - ・難しいケースにおいてもケア体制が確立されていれば対応できることはある。
 - ・再発防止を念頭においた地域づくり、支援が大切である。
 - ・ケア会議に積極的に参加し、情報を共有することが大切だとスタッフが認識している。
 - ・定期的な受診継続と訪問支援が有効である。
 - ・通院処遇とは地域での生活を目指しているが、精神保健福祉法での入院をしているのは課題では、通院開始時や病状悪化時には必要であり、対象者の安定のためにも必要である。
 - ・対象者が入院から通院へ移行する際、通院医療機関スタッフが入院機関に出向くようにしており、会を重ね、情報共有し、横のつながりを作っていくように社会復帰調整官がコーディネートする重要な役割を担っている。
 - ・医療観察法におけるチームでのサポートは、対象者の地域支援で有効に働いている。また入院機関と通院機関との密な連携も、通常の医療を行いながら実践していくのは困難ではあるが、対象者の支援には重要な要素である。
- 静岡県の状況をみると、医療観察法医療の

レベルが高く、特にPSWを中心にチームで努力し、連携をしっかりとっている印象があった。また社会復帰調整官が入院機関、通院機関、対象者の間に入って連携しており、質の高いチーム医療が実践されていた。

(3) 通院処遇での移行通院、直接通院どちらにおいても、処遇中に精神保健福祉法での入院をしている例は非常に多い。特に通院開始時に通院機関のスタッフや環境に慣れ、信頼関係を築くためにも重要である。医療観察法の通院処遇中での精神保健福祉法での入院が公費負担になるよう規定が改正されることを望む。

E. 結論

医療観察法における通院医療において、多職種チームによる手厚いサポートは、かなり有効であることは明らかである。多職種チームが情報を共有し、対象者の地域での生活をサポートしていくことにより、通院医療の精度が上がっていくと思われる。

さらには、この医療観察法の通院医療における成果が、次第に一般精神医療にも反映されてきていることが示された。

F. 健康危険情報

特になし。

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 医療観察法における通院処遇, 法と精神医療26, 54-64, 2011
- 2) 通院処遇の実際と問題点, Schizophrenia Frontier12 (3) 167-172, 2011

2. 学会発表

- 1) 犯行当時の行為に健忘がみられた統合失調症例. 第20回北陸司法精神医学懇話会, 2011.7.9 金沢

H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

第5回北陸医療観察法研究会

このたび下記のとおり第5回北陸医療観察法研究会を開催いたします。多くのご参加をいただきたくお願い申し上げます。

日 時：平成23年10月8日（土）14：00（13：00受付開始）

場 所：本多の森会議室 2階 第3会議室

（金沢市石引4-17-1 TEL076-231-0192 ※裏面地図）

プログラム

14：00 開会

14：05 事例報告（発表12分 質疑3分）

1）当院における通院処遇事例

新谷 紀子 石川県立高松病院

2）地域が主体となり処遇終了を目指している事例

浜守 大樹 谷野呉山病院

3）当院における通院処遇の取り組み

清水 志をり 松原病院（福井）

15：00 特別講演

「医療観察法医療における疾患セルフマネジメント
—回復モデルから成長モデルへ—」

平林 直次

国立精神・神経医療研究センター

16：30 閉会

参加費：無料

参加申込み方法：別紙の参加申込書にてFAXでお申込みください。

申込み締切り：平成23年10月1日（土）

この会は厚生労働省障害者対策総合研究事業の研究費を利用して開催します。

<参加申込み・問合せ先> 〒920-8654 石川県金沢市石引4-3-5 松原病院

TEL076-231-4138 FAX076-231-4110

E-Mail matsubarahospital@ishikawa.med.or.jp

北陸医療観察法研究会 主催者 松原三郎

事務担当：中村 林 一ノ宮

通院処遇ワークショップin静岡

日 時：平成23年12月3日（土）13：30～16：00

場 所：グランシップ 静岡県コンベンションアーツセンター

10階 1001-2 会議室

（静岡県静岡市駿河区池田79-4 裏面地図）

参加費：無 料

参加申込方法：別紙の申込書にてFAXでお申し込みください。（12月1日締切）

※ 参加証をFAXにて返信します。

プログラム

1. 開会挨拶 松原病院 松原三郎
2. シンポジウムー静岡県における医療観察法の地域内連携ー
 - 1) 保護観察所からみた静岡県の施行状況 静岡保護観察所
 - 2) 指定入院医療機関の開設と関係機関との連携について
静岡県立こころの医療センター 平田豊明
 - 3) 指定通院医療機関での活動状況報告
 - ①溝口病院 再入院の事例を通じて感じたこと 平川孝昭
 - ②沼津中央病院 通院処遇に向けた精神保健福祉法による入院医療とリハビリ 坂 晶
 - ③三方原病院 指定通院医療機関におけるケアとの関わりと地域連携のあり方 平野慎一郎
3. 総合討論
4. 閉会挨拶 静岡保護観察所

主 催 平成23年度厚生労働省障害者対策総合研究事業
「通院医療の実態把握に関する研究」松原三郎

共 催 静岡保護観察所

<問合せ先> 〒920-8654 石川県金沢市石引4-3-5 松原病院

TEL076-231-4138 FAX076-231-4110

E-Mail matsubarahospital@ishikawa.med.or.jp

事務担当：一ノ宮・林

第6回 通院医療等研究会

日 時： 平成24年2月4日（土）13：00 （12：00 受付開始）
 会 場： 建築会館 （裏面地図）
 〒108-8414 東京都港区芝5丁目26番20号

プログラム

- 13：00 開会
- 13：05 一般演題（発表12分 質疑3分）
- 1) 「補完型指定通院医療機関」の経験から
 内藤千昭（愛知県・西山クリニック）
 - 2) 生活指導に難渋した統合失調症合併の中等度精神発達遅滞の症例
 島田達洋、根本徳子、野中裕里子（栃木県・栃木県立岡本台病院）
 - 3) 当センターにおいて指定入院から指定通院になった事例
 山野勝也、浅野佳子（大阪府・大阪府立精神医療センター）
 - 4) 内省の深まりや環境調整が困難で精神保健福祉法による入院が必要であった事例
 吉野諭美子、橋本尚美（神奈川県・東横恵愛病院）
 - 5) 治療過程から見えてきた母子関係の変遷（母親を刺傷したA子の症例より）
 中村健志（福岡県・のぞえ総合心療病院）
- <休憩>
- 6) 通院医療の課題と展望～8事例を通しての考察～
 長谷諭（宮城県・宮城県立精神医療センター）
 - 7) 当院における5年間の医療観察法の実施状況
 前正秀宣（広島県・瀬野川病院）
 - 8) 指定通院医療機関のない地域への地域移行
 ～訪問診療、精神保健福祉法による診療を併せた体制作り～
 鈴木孝男（神奈川県・生田病院）
- 15：30 特別講演「医療観察法施行の現状と課題」
 岡崎大介 厚生労働省 社会・援護局 障害保健福祉部 精神・障害保健課
 医療観察法医療体制整備推進室
- 16：00 総合討論
- 16：30 閉会

主催：平成23年度厚生労働省障害者対策総合研究事業
 研究分担者 松原三郎

<問合せ先> 〒920-8654 石川県金沢市石引4-3-5 松原病院
 TEL076-231-4138 FAX076-231-4110
 E-Mail matsubarahospital@ishikawa.med.or.jp
 通院医療等研究会 主催者 松原三郎
 事務担当：一ノ宮・林

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

（研究代表者：中島 豊爾）

分担研究

通院医療モデルの構築に関する研究

平成 23 年度

分担研究報告書

平成 24（2012）年 3 月

分担研究者 岩成 秀夫

神奈川県立精神医療センター

平成23年度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）

分担研究報告書

通院医療モデルの構築に関する研究

分担研究者：岩成 秀夫 神奈川県立精神医療センター

研究協力者（50音順）：

赤須 知明（総合病院国保旭中央病院）	菅 典嗣（福岡県立精神医療センター太宰府病院）
安藤久美子（国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所）	高橋 昇（国立病院機構花巻病院）
石井 利樹（神奈川県立精神医療センター芹香病院）	竹内 正喜（新潟県三条地域振興局健康福祉環境部）
市田 晋也（法務省大阪保護観察所）	津梅 雅義（法務省水戸保護観察所）
伊藤未来子（法務省福岡保護観察所北九州支部）	鶴見 隆彦（法務省横浜保護観察所）
稲田美津代（法務省福岡保護観察所）	土井 永史（茨城県立こころの医療センター）
岩下 雅子（法務省福岡保護観察所）	中釜 大佑（法務省福岡保護観察所）
岩間 久行（神奈川県立精神医療センター芹香病院）	長谷川和義（法務省新潟保護観察所）
内山 憲一（八幡厚生病院）	原澤 節子（新潟県立精神医療センター）
大嶋昭太郎（法務省新潟保護観察所）	原澤 祐子（神奈川県立精神医療センター芹香病院）
大中 ふみ（法務省福岡保護観察所北九州支部）	藤島 享（横浜市総合保健医療財団磯子区 生活支援センター）
大屋 末輝（国立病院機構さいがた病院）	帆刈恵美子（法務省新潟保護観察所）
籠本 孝雄（大阪府立精神医療センター）	正岡 洋子（大阪府立精神医療センター）
香山 明美（宮城県立精神医療センター）	松本 高成（法務省熊本保護観察所）
川副 泰成（神奈川県立精神医療センターせ りがや病院）	真弓 里砂（のぞえ総合心療病院）
川原 稔（法務省大阪保護観察所）	三浦 香織（法務省盛岡保護観察所）
菊池安希子（国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所）	三澤 孝夫（国立精神・神経医療研究センター病院）
岸ノ上陽一（優なぎ会雁の巣病院）	三島 一秀（法務省福岡保護観察所）
清岡 行彦（地域活動支援センターつくしびあ）	嶺 香一郎（法務省福岡保護観察所）
桑原 寛（神奈川県精神保健福祉センター）	美濃由紀子（東京医科歯科大学大学院保健衛 生学研究科精神保健看護学講座）
佐賀大一郎（法務省東京保護観察所立川支部）	望月 和代（法務省横浜保護観察所）
白戸 雅美（法務省新潟保護観察所）	横山 直子（恵松会河渡病院）
	吉川 牧子（恵生会南浜病院）

研究要旨

平成23年度は新潟と福岡で通院処遇ワークショップを開催し、同時に通院処遇アンケート調査を実施することで通院処遇の現状を把握し、通院処遇（医療）モデルの構築のために必要な課題について検討を行った。

その結果、この2地域においては、通院処遇は「適切に実施できている」4%、「ほぼ適切

に実施できている」68%でまずまずの評価がなされており、「あまり適切に実施できていない」15%、「適切に実施できていない」0%と低い評価は少なかった。このように種々の課題は残るものの総合的にはほぼ適切に実施されていると評価されていた。

通院処遇（医療）モデルの構築については、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、③通院対象者の特徴に対応した治療プログラムの観点から考察した。

まず基本的な通院処遇実施体制であるが、社会復帰調整官は地域の関係者から高い評価と信頼感を得ており、通院処遇のリーダーとしての役割を果たしていると多くから認められていた。通院処遇に社会復帰調整官は不可欠であるため、今後も継続的に必要数が確保されていくことが重要である。指定通院医療機関についてはどこでも偏在が課題であった。諸条件を考慮すると、対象者の通院時間が1時間半程度に収まる範囲内で指定通院医療機関が整備されることが求められる。また関係スタッフはすべて兼務で通院医療に携わっていたが、専任スタッフを用意できるだけの医療経済上の手当ても必要である。またスタッフが疲弊しないためには、病院全体で通院医療を支える体制が整っていることも重要であった。行政等関係機関については、専任の精神保健福祉相談員が配置されることで処遇終了後の一般精神科医療への移行も円滑に進むものと思われた。障害福祉サービス事業所等地域関係機関については、社会復帰調整官、指定通院医療機関および行政機関の緊急時の即応体制と経済的な優遇策が、その利用促進に役立つと考えられた。

通院対象者専用のプログラムについては、多くの要望があったので分担研究班として通院ワークブックを作成し利用に供することにした。このワークブックは「通院ワークブック」「通院ワークブックの使い方」および「通院導入ハンドブック」の三部作となっており、医療機関の実施体制や対象者の必要に応じて使えるように工夫した。

最後に通院対象者の特徴に応じたプログラムであるが、すでに作成され利用されているものもあるが、知的障害や発達障害などについては十分なものがないことや、実施体制の整備が今後の課題であった。

A. 研究目的

本研究の最終年度にあたる平成23年度は以下の3つの課題に取り組むことにした。

1つ目は、初年度より続けている通院処遇ワークショップを引き続き開催することである。平成21年度は横浜、盛岡、熊本、平成22年度は水戸、大阪で開催してきたが、これだけでも様々な地域の通院処遇の実情が見えてきた。今年度は新潟と福岡で開催し、今までわかってきた実情の補完と、残された問題点の発見に努めることにした。

2つ目は、通院処遇に関するアンケート調査を行うことにした。通院処遇ワークショッ

プを開催することでその地域における通院処遇の実情を定性的に把握することは可能であるが、アンケート調査という方法を取ることで、ある程度定量的にその実情を把握できることが期待された。

3つ目は、通院ワークブックを作成することである。過去2年間各地で通院処遇ワークショップを開いてきたが、そこでしばしば要望されたことは、通院で実施可能なプログラムがないので何とかして欲しいというものであった。入院処遇から移行する移行通院の場合は、入院処遇中に様々なプログラムを受け、医療観察法の学習、内省・洞察やアンガーマネジメントの会得、認知行動療法による考え

方や行動の修正、疾病の学習などがある程度進んでいる。しかし、当初審判による直接通院の場合は、鑑定入院からそのまま通院処遇が開始されるため、それらの学習の機会は全くないままである。医療観察法の処遇の意味はおろか、自分の病名すらはつきりわからないまま通院処遇が行われることも少なくない。そのため、対象者だけでなく通院処遇にかかわるスタッフにも戸惑いがみられる。

そこで通院処遇でも使える通院ワークブックを作成することにした。

B. 研究方法

1. 通院処遇ワークショップの開催

今年度は新潟と福岡で開催することにした。開催場所は、過去2年間の5カ所の都道府県の分布と地理的バランスを取ることと、指定通院医療機関有無、県民性の違いなどを考慮して選定した。

通院処遇ワークショップのプログラムは、過去2年間と同様、表1のように構成した。社会復帰調整官から1題、指定通院医療機関から2題、その他の関係機関から1題、事例検討2題とし、最後に総合討論の時間をとった。内容については、実情をできるだけ率直に語ってもらい、その地域のありのままの姿が把握できるようにした。

2. 通院処遇アンケート調査

過去2年間は通院処遇ワークショップの内容から、いわば定性的にその地域の通院処遇の実情を把握してきた。しかし、それだけでは長所や短所、課題などの重みづけがやや恣意的になる危険性も考えられた。そのため今年度は、通院処遇ワークショップの参加者から分担研究班のメンバーと社会復帰調整官を除いた人達を対象に、表2のようなアンケート調査を実施した。具体的には当日の参加者に入室時点でアンケート用紙を配布し、ワークショップ終了時に回収する方法で行った。集計は分担研究者が行い、第2回と第3回の分担研究会議に報告して研究協力者の意見を参考に検討・分析を行った。

3. 通院ワークブックの作成

通院ワークブックの作成は、分担研究班の3回の研究会議の中で基本方針と名称を定め、編集委員と役割分担を決めて行った。

基本方針については、医療観察法の特に直接通院対象者に最低限必要なものは何かという点と、社会復帰調整官を除く全ての処遇関係者は兼務で実施していて十分な時間が取れないことを考慮して定めた。その結果、最低限学んでもらいたいものとして、①医療観察制度、②病気の理解、③病気と対象行為の関

(表1) 通院処遇ワークショップのプログラム構成

<p><前半></p> <ul style="list-style-type: none">・地域における通院処遇の現状と課題（社会復帰調整官）・指定通院医療機関からみた通院処遇①（指定通院医療機関）・指定通院医療機関からみた通院処遇②（指定通院医療機関）・他の関係機関からみた通院処遇（行政機関・障害福祉サービス事業所等） <p><後半></p> <ul style="list-style-type: none">・事例検討①（指定通院医療機関）・事例検討②（指定通院医療機関）・総合討論

(表2) 通院処遇アンケート調査用紙

通院処遇（地域処遇）に関するアンケート

下記の設問について、あてはまる番号に○をつけて下さい。また、自由記載欄には文章でお答え下さい。

A. 回答者について

(1) 主な職種

1. 医師 2. 看護師 3. 作業療法士 4. 精神保健福祉士 5. 臨床心理技術者 6. 保健師
7. 社会福祉士 8. 事務職 9. その他

(2) 主な勤務場所

1. 指定通院医療機関 2. 障害福祉サービス事業所 3. 保健所・福祉事務所・精神保健福祉センター
4. 市町村主管課 5. その他

B. 社会復帰調整官について

(3) 人数

1. 不足 2. やや不足 3. ほぼ適正 4. 適正 5. やや過剰 6. 過剰 7. わからない

(4) 地域処遇のリーダーとしての役割遂行

1. 果たしている 2. ほぼ果たしている 3. あまり果たしていない 4. 果たしていない
5. わからない

(5) ケア会議

1. 機能している 2. ほぼ機能している 3. あまり機能していない 4. 機能していない
5. わからない

C. 指定通院医療機関について

(6) 関係スタッフ数

1. 不足 2. やや不足 3. ほぼ適正 4. 適正 5. やや過剰 6. 過剰 7. わからない

(7) 必要な医療の提供状況

1. 提供できている 2. ほぼ提供できている 3. あまり提供できていない 4. 提供できていない
5. わからない

(8) 多職種チーム会議

1. 機能している 2. ほぼ機能している 3. あまり機能していない 4. 機能していない
5. わからない

D. 関係行政機関（市町村、保健所、福祉事務所、精神保健福祉センター）について

(9) 担当スタッフ数

1. 不足 2. やや不足 3. ほぼ適正 4. 適正 5. やや過剰 6. 過剰 7. わからない

(10) 役割の遂行状況

1. 果たしている 2. ほぼ果たしている 3. あまり果たしていない 4. 果たしていない
5. わからない

E. 障害福祉サービス事業所について

(11) 協力の状況

1. 協力できている 2. ほぼ協力できている 3. あまり協力できていない 4. 協力できていない
5. わからない

F. 総合的評価

(12) 現在の通院処遇（地域処遇）についての評価

1. 適切に実施できている 2. ほぼ適切に実施できている 3. あまり適切に実施できていない
4. 適切に実施できていない 5. わからない

G. 自由記載（通院処遇についてのご意見があれば自由に記載して下さい）