

係、④クライシスプランの4つに絞ることにした。そして全体を「通院ワークブック」という名称の冊子にして、対象者がその中に書き込むことで学習しやすいように工夫した。また、通院処遇当初に必ず実施してもらいたいものとして①医療観察制度の学習をあげ、そのため通院ワークブックの別冊として「通院導入ハンドブック」も作成した。

(倫理面への配慮)

なお事例を報告する場合は、研究班全体の考え方に従い、個人情報保護の観点から個人が特定されないように、匿名化には細心の注意を払った。

C. 研究結果

1. 通院処遇ワークショップ

新潟と福岡の2つの保護観察所管轄地域で開催した通院処遇ワークショップの抄録を以下に記載する。

1) 「通院処遇ワークショップ in 新潟」抄録

日時：2011年10月1日(土) 13:00~17:00
場所：新潟駅前カルチャーセンター802号室

(1) 参加者 53名、地域参加施設数 15施設

(2) 発表者 (50音順)

大屋 未輝 (国立病院機構さいがた病院)
白戸 雅美 (新潟保護観察所)
竹内 正喜 (三条地域振興局健康福祉環境部)
原澤 節子 (新潟県立精神医療センター)
横山 直子 (恵松会河渡病院)
吉川 牧子 (恵生会南浜病院)

(3) 地域における通院処遇の現状と課題

・新潟県の地理的状況だが、人口約238万人(全国14位)、面積は1万2,583平方キロ(全国5位)、人口密度189.4人/km²(全国34位)であり、形状は結構縦に長く日本の本州のような形にも見える。地域は京都に近いほうから上越、中越、下越と佐渡がある。新潟県は北から南まで約220km、佐

渡と新潟は最短距離で約34kmとなっている(表1)。

- ・新潟県内の精神保健福祉の状況は、平成21年度末の数字で、精神科病院は30病院、精神病床数は6,766床、人口万対精神病床数は28.4床、措置入院患者数は21年度12件、人口万対措置入院患者数は0.05人だが全国平均は0.15人なので、全国平均の1/3程度の措置入院患者数である。
- ・平成17年8月から平成23年9月20日までの医療観察法関係のデータは以下の通りである(表1)。
- ・生活環境調査がこれまで49件、内47件はすでに終結しており現在係属中は2件である。生活環境調整(入院処遇)は31件、内15件は終結し入院係属中は16件である。精神保健観察(地域処遇)は20件、内11件は終結し通院係属中は9件である。
- ・調査時点での対象者の特性として、性別では男性35名、女性14名、男性が約7割を占めている。年齢分布は、20代9名、30代10名、40代8名、50代11名、60代5名、70代以上6名。平均で41.7歳、最年少は21歳、最高齢は87歳であった。
- ・申立て時点での対象行為別分布(未遂を含む)は、複数の対象行為のある者を含んで、殺人17件、放火16件、強盗3件、強制わいせつ2件、傷害14件であり、殺人・放火・傷害で約9割を占めている。
- ・診断名は、統合失調症30名で全体の58%、気分障害8名、精神遅滞2名、アルコール依存症4名、認知症2名、人格障害1名、妄想性障害1名、精神病性障害2名、その他1名となっていた。
- ・申立て時の責任能力の判断は、心神喪失27件、心神耗弱22件というものであった。
- ・当初審判での決定内容については、入院決定30件、通院決定11件、不処遇決定6件であり、入院決定が最近は多くなって

いる。

- ・ 県内の指定通院医療機関は現在までに10カ所が指定されている。上越1カ所、中越2カ所、下越6カ所、佐渡1カ所という分布である。下越にある新潟市周辺に指定通院医療機関が多くあるが、新潟県の北端、南端で対象者が発生すると通院に相当時間がかかることになる。また中越でも十日町などは空白地域になる。
- ・ 精神保健観察は20件であるが、すでに通院終了者は11件あり、終了事由は期間満了が7件、早期終了が1件、事件移送1件、死亡（自殺）2件となっている。新潟では期間満了の終了が多く、申立てによる早期終了が少ない。
- ・ 通院処遇開始時点での居住形態は、家族と同居11名、単身生活2名、施設入所6名であった。施設入所6名中3名はその後単身アパート生活に移っている。また、医療機関入院が1名ある。施設入所6名は思ったより多かった。家族同居が11名と家族の受け入れも比較的良好であったように思われる。
- ・ 通院処遇の状況であるが、外来通院は当初は大体週1回、徐々に隔週になり、最後には月に1回位のペースになる場合が多い。デイケアは、遠距離通院が多いため利用が少ない。訪問看護は、デイケアや外来OTができない対象者についてアウトリーチとして見守りを行っている。行政からの訪問は大体月1回程度、精神保健観察も大体月1回だが、対象者の状況によっては毎週ということもある。通院期間は3年の満期終了が多い。通院にかかる時間は様々だが、フェリーを利用して人が一番長く、往復4時間程度であった。金銭的にも負担が大きかったが、現在は佐渡にも1カ所指定通院医療機関ができたので解消されている。

（通院処遇の課題）（表2）

- ・ 指定通院医療機関の数は少なくないが地域的に偏在している。そのため一部の指定通院医療機関に対象者が集中してしまう。遠方の対象者でデイケアなど通所できないと訪問看護で支えることになり、病院スタッフの負担が大きい。遠距離通院は時間的、経済的負担が大きい。新潟市周辺は指定通院医療機関が多いので対象者の受け入れも分散できるが、中越、上越では受け入れが集中している。佐渡島は東京23区の約1.5倍の面積があり、通院医療機関が1カ所では不足であり、社会資源も不足している。離島であるため緊急時対応が課題であり、冬場はフェリーの欠航もある。社会復帰調整官も容易には動けないため、事前に十分調整しておくことが必要である。相談支援事業所の利用も視野に入れている。
- ・ 新潟県内での医療観察法の情報交換の場は今までは持っていなかった。今回のワークショップの場が、指定通院医療機関が集まる初めての場となる。今後こういう機会を何とか作っていきたい。

（質疑・意見）

- ・ 地域の連絡会議や各事例の情報の共有はどうしているか？
- ・ 今まで共有ができていなかった。今後こういう場を開いていきたい。
- ・ 通院医療機関の偏在がいわれているが、なかなか増やせないのはどうしてか？事務的な負担が大きいのか、スタッフをそろえられない問題はあるか？
- ・ 通院処遇は会議や書類など事務的負担や精神的負担が大きいのに金銭的な裏付けがないことや、対象者の特性の問題もある。

（4）指定通院医療機関からみた通院処遇①

- ・ 当院は病床数が現在400床、児童青年期40

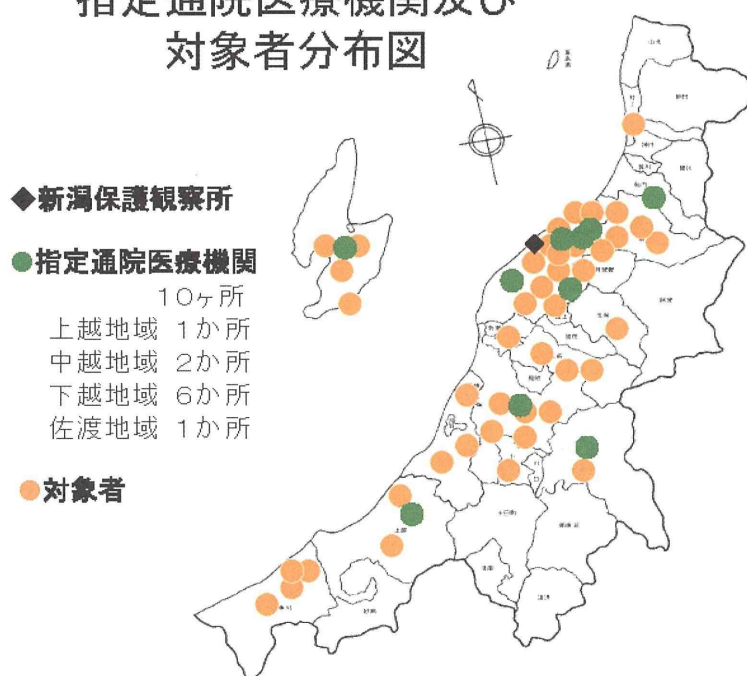
(表 1)

通院処遇ワークショップ in 新潟	
•新潟県の地理学的特徴	—人口:約238万人(14位)、面積:1.26万km ² (5位)、人口密度:189人(34位) —政令指定都市:新潟市
•医療観察法対象者	新潟保護観察所(H17.8月~H23.9.20:6年2ヶ月間)
生活環境調査	49件(終結 47件・係属 2件)
生活環境調整	31件(終結 15件・係属 16件)
精神保健観察	20件(終結 11件・係属 9件)
•指定入院医療機関:(国)さいがた病院	

(表 2)

新潟県の通院処遇の課題	
○指定通院医療機関の偏在	—指定通院医療機関が偏在、特定の医療機関に集中 —遠距離訪問看護は指定通院医療機関スタッフへの負担大 —対象者にも遠距離通院は時間的や経済的負担が大
○離島における処遇	—限られた社会資源を有効に活用し、かつ地域の関係者の負担感を軽減できるような仕組みが必要 —緊急時には保護観察所の対応に限界
○社会復帰施設、相談支援事業所等との連携	
○地域関係機関との情報共有、処遇内容を検討する場の確保	

指定通院医療機関及び対象者分布図



(図 1)

床、嗜癖(アルコール)40床などの病棟を持っている。通常の外来診療の他、作業療法(入院・外来)、デイケア、訪問看護を実施している。平均在院日数は約160~170日である。なお、認知症の入院受け入れは行っていない。年間措置入院受け入れ数は平成22年で11人。所在地の保健所管内の患者だけでなく、他地域からもかな

り来ている。地域の社会資源は結構いろいろあり連携もかなり保たれている。

・医療観察法関連の受け入れについては、平成17年より現在までに17人の鑑定入院を受け入れている。通院は平成18年度より受け入れを開始し、現在までに5人受け入れた。また通院予定者が2人控えている。

- ・通院処遇の体制としては、医師、心理士、保健師、精神保健福祉士を基本として多職種チームを編成している。対象者への医療内容によって、デイケア、訪問看護、作業療法のスタッフが加わる。また、精神保健福祉士が医療観察法関係の事務局の役割を果たしている。
- ・現在の通院係属者は2名であり、2人の精神保健福祉士が1人ずつ担当し、2チームが稼働している。多い時は3チームが稼働している時もあった。県立病院では医療ソーシャルワーカーとして採用され転勤もあるので、精神保健福祉士の数が変動する。現在は5名おり、他の3名はそれぞれ専任があるので残る2名が通院対象者に対応している。精神保健指定医はかなりの数いるので、精神保健福祉士の数が対象者の受け入れ人数を決めている状況である。チームが複数になることもあるので医療観察運営会議を2ヶ月に1回開いている。
- ・通院処遇の事例であるが、第1例目は直接通院であったため受け入れ準備が非常に大変だった。援護寮に入所しデイケアにも参加、県外の人だったので通院は1ヵ月のみで郷里の指定通院医療機関に転院した。2例目は移行通院であった。知的障害者の施設に入所し本院に通院していたが、その後地元に通院機関が変更になり転院した。転院先が遠方であったため引き継ぎには苦労した。3例目は直接通院だったが家族の受け入れがよく自宅から通院し期間満了で終了した。その後当院で通院も訪問看護も継続中である。4例目は移行通院の事例。現在も継続中でデイケアと訪問看護を利用している。5例目は直接通院であるが、自宅を全焼させたので救護施設に入所している。この方は未治療の人であった。

- ・訪問看護は片道1時間位かかる人が多い。通院の交通費の問題でデイケアを利用しない人もある。

(通院処遇の課題)

- ・研修も受けないまま直接通院の事例からのスタートだったので大変だった。当初から必要な書式集などがあれば助かったと痛感している。一番困ったのは電子ファイルの評価シートで、入力の方が分からなかった。直接通院については、準備期間が少なく情報も少ないので、段取りがしっかり決まっていることが大事である。医療機関から要求しなくても必要な情報がくるなどのシステムが必要である。
- ・院内の問題としては、関係者以外は医療観察法の知識がなく、研修などで知識の普及を図ることが必要であると感じた。
- ・デイケア利用の対象者について次のような問題があった。他のデイケアメンバーがネットで名前を検索したところ、本人の顔写真を含め事件の情報が全て出てきたという。ネット上の情報の保護が必要であることや院内での対応が課題であった。
- ・通院体制はすべて兼務で行っている。通常業務も多忙であるのに医療観察法の会議や事務処理で本当に大変であった。
- ・移行通院の問題としては、事前の面接や訪問は診療報酬が算定できないのでサービスでやるしかない。通院の開始・終了のつなぎの部分の適切な評価が必要である。
- ・通院医療の質の確保のための研修が少ない。評価についての研修が特に必要である。
- ・処遇終了に向けて相談事業所との連携を促進することも必要である。
- ・評価シートの字が小さすぎる。シート類の検討もして欲しい。
- ・医療観察制度につながらなかった事例の

話。生活訓練施設の入所者で夜間に妄想から施設職員にかなりの傷害を負わせた。警察と当直医でやりとりがあったが、結局医療保護入院になった。被害者は警察に被害届を提出に行ったが、説得されて受理されなかった。医療観察法の治療が必要だと病院関係者は感じたが、入り口ではねられてしまった。病院としてどう対応すべきか悩んだケースである。普通の入院では難しいケースなので、貴重な治療の機会を逃したのではないかと思っている。警察関係者に医療観察法を周知することが必要ではないか。

(質疑・意見)

- ・ 2つ質問したい。精神保健福祉士の数が通院対象者の受け入れのボトルネックになっているという話だったが、多くの場合精神保健指定医など医師の数が問題になるように思うが何故なのか？スタートキットがあれば良かったという話だが具体的にはどのようなものがあればいいのか？
- ・ 兼務でやるので精神保健福祉士の数に左右されてしまう。スタートキットについては、評価シートが一番困った。開始の時の書類などの様式集があればよいと思う。
- ・ こういう課題はどこでもあるなという思いで聞いていた。それでもがんばって通院処遇をやっているのは何かメリットを感じている部分もあるのではないか？
- ・ 正直なところあまりないという感じである。ただ多機関の人が集まって検討するケア会議などは参考になったし、一般医療にも生かしていければとは思った。他の機関とも連携が取れるようになるというメリットもある。
- ・ まさにその点がメリットだと思う。声を大にしてそれを言うべきではないか。

(5) 指定通院医療機関からみた通院処遇②

- ・ 当院は285床の民間の単科精神科病院である。常勤指定医は4名であり、交通アクセスの条件はあまり良くない。
- ・ 通院処遇の体制としては、医療観察法運営会議を月1回実施している。管理者ほか各部門の責任者が出席し、精神保健福祉士が事務局を担当している。個別対象者の調整は担当のPSWが行う。外来看護はスタッフ数も少なくMDTに入れるのが難しいためこの運営会議に入ってもらっている。
- ・ 今までに通院対象者4名受け入れた。内3名は終了している。1名は直接通院であった。対象者1名につき1チームで対応したのでMDTは4チーム編成した。
- ・ 提供したプログラムについて第1例目は標準のプログラムに従って一通り全てを実施した。その後は必要に応じてプログラムを提供した。1例は現在精神保健福祉法による入院中である。
- ・ 病院までの通院距離は最長で22km、車で1時間近くかかっている。近い人でも徒歩とバスだと2時間近くかかる人もいる。そのため通院で疲れるという訴えもある。家族の協力がないと通院が難しい人もいる。
- ・ 発表者が担当した事例では、ケア会議が初めは月1回、その後2ヶ月に1回。MDT会議が最初は週に1回、やがて2週に1回、最後は月に1回であった。治療プログラムとしては、服薬指導、栄養指導、福祉相談などは必要時に行っている。カウンセリングは2週に1回、後半は1ヵ月に1回。外来OTは週に1回。デイケアは週3回から週2回へ。訪問看護は福祉ホーム退所後週1回から開始し、終了後の今は4週に1回となっている。外来診療は週1回から週2回となり、最後

は月に1回であった。

- ・対象者に関わる時間については、兼務では相当の時間割いた印象がある。評価に不慣れで当初はチーム会議に時間がかかった。評価のための臨時の会議を開くほどだった。
- ・医療観察に関わったスタッフ（医師以外）13名にアンケート調査を行ってみた。医療観察法の医療に関わったことについて、大変良かった2名、良かった10名、その他1名であり予想以上に良い評価であった。一番大変だったのは時間の負担のようであった。3年という長さで兼務でのやりくりが負担を感じる点のようであった。また、対象者自身と関わることに負担を感じる者もいた。さらには責任とプレッシャーという精神的負担も大きいようであった。得たものとしては、多職種チームで関わること12名、対象者との関わりで学ぶことがあったこと、他機関との連携があげられていた。PSW以外の職種は他機関との連携が役に立ったようだ。今後もメンバーになってくれるかという設問には、思っていた以上に関わってくれるという回答が多かった。

（通院処遇の課題）

- ・移行通院については指定入院医療機関との連携や情報共有の仕方が課題である。入院中のプログラムをそのまま引き継ぐことは難しいという問題もある。
- ・直接通院の課題は、準備期間の長さという点が最大である。
- ・通院終了後の課題として、本人が一般通院を拒絶した時、強制の手段がないことがある。
- ・兼務であるので集中してできないことや通院の場合提供プログラムに限界があることも課題である。
- ・チーム医療といっても医師の判断に引

張られることも多かった。また、スキルの向上やアセスメントの力の向上の必要性を感じた。

- ・アンケートの自由記載で、苦痛、無力感、限界、虚しさというワードもあった。
- ・通院処遇は、医療機関として負担や苦勞の割に収入に結び付かない点も大きな課題である。

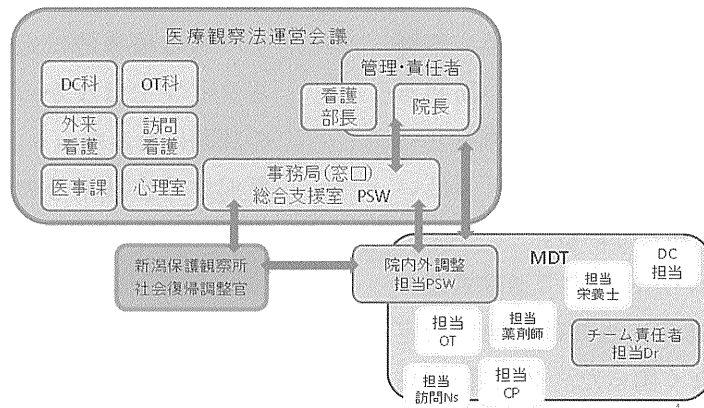
（質疑・意見）

- ・多職種チームに薬剤師と栄養士が入っている点について、その経緯とメリットについて教えて欲しい。
- ・当院では薬剤師や管理栄養士がいろいろなプログラムに関わっている土壤がある。当事者グループや家族相談会などで、薬剤師の服薬相談や栄養士の栄養相談での話が訪問に行った時などに自分たちにも役立った。
- ・インフォームドコンセントについてチームで共有していることがあったら教えて欲しい。医師のポリシーはどのようなものか？
- ・関わった医師は今まで3名であるが、医師によってかなり違いがあった。
- ・このような地方の病院で通院処遇を受け入れるリーダーシップを取られたのはどうなただったか？
- ・最終的には管理者の決定によるところが大きいですが、日頃の業務では主治医とワーカーのウエイトが大きかった。指定を受けることを決定したのは管理者の一存である。

（6）他の関係機関からみた通院処遇

- ・保健所で関わった2つの経験について紹介する。新潟県は保健所に2人以上の精神保健福祉相談員を配置している県である。
- ・現在所属しているS保健所は、管内人口約25万人で新潟県の約1割を占めている。

当院の通院処遇システム



(図2)

5つの市町村があり、精神科病院1カ所240床、精神科診療所と総合病院精神科をあわせて7カ所、医療観察法の指定通院医療機関はない。医療観察法対象者は累計3名であり、現在入院中1名、地域処遇中1名、すでに終了1名となっている。大きな都市に挟まれた圏域であるため医療ではエアポケットのような地域である。一般の精神科入院は近隣の大きな都市の病院を利用するので、交通費等のため退院後の訪問看護がかなり制限される。往復で2～3千円かかるが、交通費は自立支援医療に入っていないので負担が大きい。入所系の福祉サービスは精神科病院周辺にグループホーム1カ所と生活訓練施設1カ所のみでかなり少ない。通所系のサービスは分散して存在しかなり充実している。しかし車利用のできない場合は移動困難がある。

- ・ その様な地域であるため当地域で地域処遇に関わる課題としては、指定通院医療機関が遠方であることと、通院医療以外のサービスを提供しづらいことである。
- ・ 通院医療機関が遠方の場合、ケア会議の頻度を調整する必要がある。通院は最低月に1回だからそれにあわせてケア会議の開催もあるが、月に1回関係機関が集

まることは困難なため、隔月程度で開催することになる。ケア会議の頻度は少なくなるが、かわりに訪問看護、デイケア、地域活動支援センター、行政の訪問などで見守りを考えている。管轄地域の精神科病院は長期入院が多いため入院しづらい状況であり、措置入院の依頼すらなかなかできない。訪問看護の利用が必要だと思うが、今あるケースはたまたま利用できる場所に居住しているが、今後どうなるか不安はある。介護保険の訪問看護ステーションなど精神科訪問看護未経験のステーションにやってもらうことを模索している。今年措置入院からの退院者の訪問看護を試みにやってもらった。しかし、これを医療観察対象者にすぐに適用できるかはまだ検討の余地がある。

- ・ もう一つのS保健所の経験。S島は人口63,000人、精神科病院1カ所158床、精神科クリニック1カ所である。現在は指定通院医療機関が1カ所できた。医療観察対象者は累計で5名であり、現在入院中3名、地域処遇中1名、終了者1名という状況である。車で訪問しても遠いところで1時間40分ぐらいかかった。通院対象者は、朝の5時半のバスでないと通院できない。帰りは夜8時に帰宅、バスは

一日2本、そんな所が結構ある。島外への通院は船舶しかない。高速ジェットで1時間、高速フェリーで2時間半。冬場は欠航も多く通院は困難が多い。訪問看護の利用も困難である。入所系の福祉サービスもほとんどない。通所サービスはいくつかあるが、偏在している。

- ・S圏域での課題はいかに島内で通院処遇を完結できるかである。当初は圏域に指定通院医療機関がなく困った。2例目がS島に戻るまでには島内での通院体制を構築することに精力を費やした。厚労省からも研修に来てもらった。何とか指定通院医療機関になってもらったが、当初はかなり不安が強かったようである。精神保健観察はS島まで社会復帰調整官に来てもらい行政と一緒に訪問した。社会復帰調整官、保健所、市の担当の三者がペアを組み訪問する体制にした。当初のケア会議は新潟で行ったが、往復で10時間ぐらいかかった。そのためケア会議の頻度や、精神保健観察の結果を情報共有してケア会議に替えるなど様々な工夫が必要であった。当初は本人居住地の保健所と家族のいるS島の保健所で役割分担も行った。

(通院処遇についての感想)

- ・地域で見守りをするには対象者が協力的であることが必要である。対象者が事件や病気ときちんと向き合えていることが大事。移行通院では入院処遇中に内省洞察プログラムで向き合えるチャンスはあるが、知的障害などが入っていると十分理解してない場合もある。直接通院の対象者はそのあたりに問題がある。ただ実際関わったケースでは反省などもできていた。
- ・福祉サービスは医療観察対象者だから利用できるものはなく、一般の場合と同様

である。そのためもともと十分な提供が困難である。幸い今まで自分が関わったケースは積極的に地域サービスを利用するタイプではなかったもので、これは今後の課題になるだろう。

- ・新潟県は広域県なので、幾つかの圏域に分けて医療観察の処遇が完結できるようにした方がよいと考えていた。現時点で新潟県の医療観察法の医療体制はそれなりにうまくいっているのではないか。医療、福祉、行政等の関係機関が協力して対応していく体制ができています。社会復帰調整官のマネジメントがうまく機能している。当初、法務省の方が医療に丸投げするのではないかと懸念があったが、そういうこともなく皆で一緒に動いていこうとフットワークを軽くしてやってくることができた。

(質疑・意見)

- ・K県は保健所に精神保健福祉相談員を配置していない。新潟県がうらやましいと感じた。K県では指定通院医療機関が3つしかなくK市に集中している。新潟県ほど広域ではないが、高速を使って2時間かけて通院する対象者もいる。島が多く橋でつないであるが端の島まで行くのに4～5時間かかったりする。保健所に専任の精神保健福祉相談員がいるのは本当に素晴らしいと思った。
- ・対象者であっても地域に障害者がいるという点では同じことなので、医療観察制度で濃厚に関わってもらえるのはありがたいことだ。今年は大震災や洪水があり市町村支援でつい最近までケア会議どころではなかった。それでも社会復帰調整官から情報を教えてもらっていたので共有はできていた。

(7) 事例検討①

- ・アルコール依存症の2事例を報告する。

(事例1：男性)

- ・やくざの声で「追われる、殺される」といい、自宅に火をつけばやくざも来ない、妻も帰ってくると思い、玄関に放火した。
- ・アルコール精神病による多くの入院歴もあるが、アルコールの治療プログラムは受けていなかった。アルコールによる身体疾患もある。2回結婚し離婚、全てを失い身体も駄目にしてしまった。養母と2人暮りで生活費は養母からもらっている。
- ・対象行為により通院処遇開始となった。訪問看護等も行ったが、再飲酒による医療保護入院が2回ある。身体科の病院にも2回入院。当院への入院後離脱せん妄状態となった。アルコール病棟に入院しプログラムを受けた。2回目の入院も離脱せん妄状態。アルコール病棟に移ってもプログラムの参加には消極的であったが、退院してから再飲酒は1回もなかった。「入院はこりごり」というのが本人の理由であった。近隣の病院に通院する意思もあり、再飲酒がないことより満期終了となった。
- ・事例の問題点。①本人の否認と内省力の乏しさ、断酒への意欲の乏しさ、養母の疾患への理解の乏しさ、②自分の内面を振り返り語るができない、③身体症状の出現、末梢神経炎の痛みが強かった。身体をまず直したい。④病院の外来プログラムは一切利用しない。日中はパチンコ三昧。問題点はいろいろあるが現在でも断酒は続いている。

(事例2：男性)

- ・連続飲酒の中、妻が連れ去られたと言い居間に火をつけた後、近所の知人宅にも放火した。まず医療保護入院し、その後医療観察法が申し立てられ鑑定入院と

なった。直接通院が決定され当院に通院することになった。

- ・定年退職後、妻と園芸業を始めたが、水害で全ての施設が流され借金だけが残った。つらい深刻な体験でありこれを契機に飲酒がはじまった。不眠などで入院し離脱せん妄を起こしたが、その後うつ状態になり精神科通院を行っていた。やがてハウスを妻と再開したが、服薬中断すると病状悪化し飲酒してしまう。やがて連続飲酒になり対象行為に至った。
- ・通院処遇開始から終了まで。通院時に夫婦で来院、アルコールプログラムや地元の断酒会にも夫婦で参加していた。非常に順調だったが、迷惑をかけたから恩返しをしたいと言い出し、止めたにもかかわらず町内の区長になった。ストレスが加わり再飲酒を繰り返し当院に任意入院した。退院後は断酒会にも参加し断酒を継続したが、妻の態度もこの間に変わり、本人の問題だからと少し距離を置くようになった。それもよかったように思う。地元の人の目もそれを協力者として本人は認識しているので処遇終了となった。
- ・妻の適切な協力と本人の断酒会等への感謝の気持ちが、うまく処遇終了につながった事例である。
- ・2例とも断酒を維持し対象行為の再発も起こしていない。医療観察法でなかったらここまでできなかったのではないかと思う。定期的なケア会議は本人にもとても効果があった。医療観察制度で処遇することで、本人にも治療スタッフにも勉強になった。

(質疑・意見)

- ・事例2にかかわったが、医療観察対象者でなければ本人がスリップした時点でもしかすると見捨てていたかもしれない。一生懸命関わって再飲酒されると裏切ら

れた気持ちになりやすく、わかっている一人だとその気持ちが中心になりやすい。それが医療観察法のケア会議などで冷静に話し合うことでサポートを続けることができたように思う。

(8) 事例検討②

(事例：女性)

- ・公営住宅で夫と2人暮らし。対象行為の2日前まで地域の病院で入院。よくなったとして退院になったが、すぐに病院に戻りたいと言い出した。夫も同じ病院に通院中。退院したばかりで駄目だよという夫と口論となり他害行為に及んだ。
- ・20歳ごろから暴力が増え地域の病院を転々とした。30歳ごろから地域の作業所に通所し現夫と結婚した。生活も安定せず喧嘩も多かった。宗教に入信したがそこに対する被害妄想が出てきて入院を繰り返した。社会資源もいろいろ利用してきた。薬物療法で妄想などは軽減したが、知的な問題も抱えている。
- ・直接通院になったが準備が大変であった。社会復帰施設に入所し、まずは通院に慣れてもらうことにした。本人は早く自宅に戻り夫と暮らしたいと希望していた。緊急時の対応が重要であるが距離が遠いのでどうするかが問題。ケア会議では必ず次の予定を決めておくことにした。施設内で処遇しているが、いろいろな関係者もケア会議に参加していた。
- ・中期の課題。通院処遇ガイドラインを参考に、通院プログラム集を利用して関わった。心理師は認知機能の改善も目指して心理検査など行い、疾病教育や内省を目的とした面接も行った。知的な問題もあり十分効果は出ていない。それでも鑑定時に比べると随分改善してきた。本人に適切に対応するため夫にも疾病の心理教育を行った。作業療法では調理が好

きでやる気になっている。手芸・刺子も上手である。本人が満足できる活動が効果的であった。様々なプログラムを提供することで本人の特徴が分かってきた。クライシスプランの作成もやっていく予定である。

- ・後期の課題。自宅への外出、外泊を開始した。自己評価の低さも徐々に改善し、自信が持てるようになった。入所施設では、対象者によく関わってもらい効果的であった。対象者のセルフモニタリングは本人が毎日つけている。訪問看護でもセルフモニタリングをチェックしている。社会性の訓練、電車に乗る練習を行い、夫から見た本人の病状もチェックしてもらった。一定水準以上チェックされれば病院に連絡することになっている。現在は最終段階のイメージを検討している。リスパダールの量も適切に調整されてきた。公営住宅の問題、宗教問題、緊急連絡カード、クライシスプランの見直し、緊急電話の練習、地域の査定などを行い、施設退所後の地域での生活の準備をしている。
- ・今後の課題：合同ケア会議、就労を想定した模擬受診、リスクアセスメントなど。ソフトランディングが重要だと考えているが、本人は通院処遇は面倒だが終わるのも不安という気持ちがある。地域とのすり合わせや、MDTと病院幹部との意思疎通が重要であり、個別性を重視した対応に努めている。

(質疑・意見)

- ・ていねいに通院処遇をしていただいているという印象である。対象行為は事例のどの病状に関係していたのか。どこをターゲットにして関わった方がいいのか？
- ・認知の仕方が若干ずれている人である。喧嘩になるようなことがあっても、刃物

を持ち出さないで済ませられるような対応の仕方を身につけてもらうことがとりあえずの目標になるだろう。

(9) 総合討論

- ・指定通院医療機関の偏在が問題になっているが、遠距離の状況で住居地を変えるなどの対応はあったのか？緊急時の対応はどうしているのか？
- ・遠いため転居した事例はなかった。頑張って通う人が多かった。緊急時は家族・本人から連絡があり、保護観察所に連絡が来て対応する。連絡はスムーズであった。社会復帰調整官が受診同行するまでのことはなかった。
- ・最初は受け入れに心配があった。2年半やって今は受けさせてもらって良かったという感想である。社会復帰調整官ほか関係者の方々が協力的であり苦勞なく今までやっていくことができた。医療観察法の手厚さ、専門的な支援など、ずいぶん勉強にもなった。対象者も頑張って勉強して少しずつできるようになっていく姿が見えた。具合が悪い時に入院することも自分から言えるようになった。
- ・実務に関与していなかったが、今日の話聞いて皆さんが熱心に対応していらっしゃるのことがわかり感銘を受けた。指定通院医療機関の偏在の問題は、もともと医療機関そのものが偏在しているのでやむを得ないところだと思う。通院処遇のデザインの見直し、デイケアや行政の関わりを変えるなどしないと根本的な解決にならない。医療観察法を手厚くしても、措置入院の貧弱さを何とかしないと本当の精神科医療の改善にはならないのではないか。
- ・事例検討①の事例1について、またスリップしそうであるが処遇の延長は考えなかったのか？

- ・延長という意見も出た。しかし、この事例は延々と関わらなくてはならない懸念もある人だったので、再飲酒の防止が一定期間続いたところで区切りとして終了とした。懸念はされたが再飲酒なしが続いたことを評価した。その後危うさはあるが何とかスリップなしでやれている。
- ・アルコール依存症への対応について他の医療機関でどのようにしているのか？通院処遇でどういう風にしてしているのか？
- ・入院適応は相対的なものにならざるをえない。医療観察法の構造には依存症や知的障害はあまり合わないのではないか。
- ・この法律ができたことで、昔あった措置入院で長く入院させられる人がほとんどいなくなった。そういう意味でこの法律ができて良かったと思う。

2) 「通院処遇ワークショップ in 福岡」抄録

日時：2011年11月27日（日）13：00～17：00

場所：キャナルシティ博多ビジネスセンター4階会議室

(1) 参加者 51名、地域参加施設数 16施設

(2) 発表者 (50音順)

内山 憲一 (八幡厚生病院)

岸ノ上陽一 (雁の巣病院)

清岡 行彦 (つくしびあ)

菅 典嗣 (福岡県立精神医療センター太宰府病院)

真弓 里砂 (のぞえ総合心療病院)

嶺 香一郎 (福岡保護観察所)

(3) 地域における通院処遇の現状と課題

- ・福岡県は、面積が4,971km² (全国29位)、人口は約506万人 (全国9位) である。また、福岡市 (人口約150万) と北九州市 (人口約100万弱) という2つの政令市を抱える県である。県域は、福岡・筑後・筑豊の3ブロックと政令市2ブロック、あわせて5ブロックに分けられている (表3)。
- ・福岡保護観察所本庁では、平成23年10月

31日現在、生活環境調査3件、生活環境調整22件、精神保健観察18件の計43件が係属中である（表3）。開始から10月31日までの累計では、生活環境調査の受理件数は96件であったが、男女比は男性70%、女性30%で全国と同様、年齢分布は20代、30代、40代が中心である。他害行為の種類は、未遂を含めて殺人34件、傷害33件、放火26件の3罪種が主である。当初審判での決定は、入院決定55件、通院決定15件、不処遇17件、却下5件、取下げ1件、計93件であった。生活環境調査時の主病名は、統合失調症圏が最多であり、続いて物質使用障害、器質性精神障害、知的障害などであった。生活環境調整の終結事由は、退院許可決定21件、処遇終了決定10件、入院決定の取り消し1件、事件移送5件となっている。なお県内5ブロック別の発生件数は、福岡ブロックが数的には最多であった。

- ・精神保健観察中の対象者18名の居住状況であるが、単身者5名、同居者あり6名、施設入所4名、精神保健福祉法入院3名という内訳である。
- ・医療観察対象者の居住地調査を図3に示す。指定通院医療機関は16カ所あるが、すべてで対象者を受け入れているわけではない。福岡の西部地区は医療機関がないので、そこの対象者は少し苦労することになる。生活環境調査は福岡地区に集中、筑豊にも多い。地図に鉄道網のラインを入れてみると鉄道網沿いに対象者が発生していることがわかる。福岡地区には指定通院医療機関6カ所、筑豊地区は指定通院医療機関が2カ所あるが、放火や家族への他害行為で帰る場所がない対象者が、指定通院医療機関の近くに居住する場合もある。
- ・平成21年以降のケア会議の開催実績では、

平成21年108回、22年197回、23年も既に151回に達している。このケア会議を中心にいろいろな情報交換をしている。

- ・処遇終結件数は累計で20件であるが、終結事由は期間満了5件、申立てによる終結14件、事件移送1件であった。申立てによる終了が多いのが特徴となっている。ケア会議で検討し終了の申立てを行っている。

（通院処遇の課題）（表4）

- ・指定通院医療機関の偏在があり、福岡西部地区や福岡市内も発生数から見ると少なくなっている。
- ・通院処遇には手間や時間がとられるのに見合った収益がないため、専任をおけないのでマンパワーが不足し、そのため同時期に多くの対象者を受け入れることが難しいという問題がある。
- ・特に単身者の場合、居住場所の問題がある。
- ・入所型の施設が正直まだ受け入れに積極的ではない。当初の不安が大きいため、最初は戦々恐々としたやりとりになってしまう。
- ・とくに直接通院について、治療を継続させる気持ち、治療動機を高め維持するためにはどうしたらよいかという問題も大きい。

（質疑・意見）

- ・措置入院から医療観察法にまわされるなど手続き上たらい回しのような感じもあるが、実際はどうか？
- ・何を優先するかで判断されているようだが、保護観察所の判断ではないので詳細は不明である。
- ・24条通報は責任能力の判断をする前にまず医療優先として判断されているものである。しかし、警察関係者が医療観察法を熟知していないことがあるため、その

後事情聴取ができる程度に回復しても責任能力を判断して起訴・不起訴の決定を行って、必要があれば医療観察法の申立てをするという手続きを取らない場合も地域によってはあるようだ。

- ・裁判官によってはそのあたりは法律上の不備ではないかとの認識を示す人もいる。
- ・治療の動機付けの問題。特に通院においては動機付けがあるかが重要であるが、指定入院医療機関では通院での動機付け

も含めて教育するシステムはあるのか？

- ・ケア会議やCPA会議で検討されているのではないか。

(4) 指定通院医療機関からみた通院処遇①

- ・当院は病床数300床で運営している。
- ・通院処遇を累計11名担当してきた。当院の通院対象者の居住地は、主にD市とその近傍やF市である。福岡県は精神科救急システムでは4ブロックあるが、対象者全員が福岡ブロックからの通院である。

(表3)

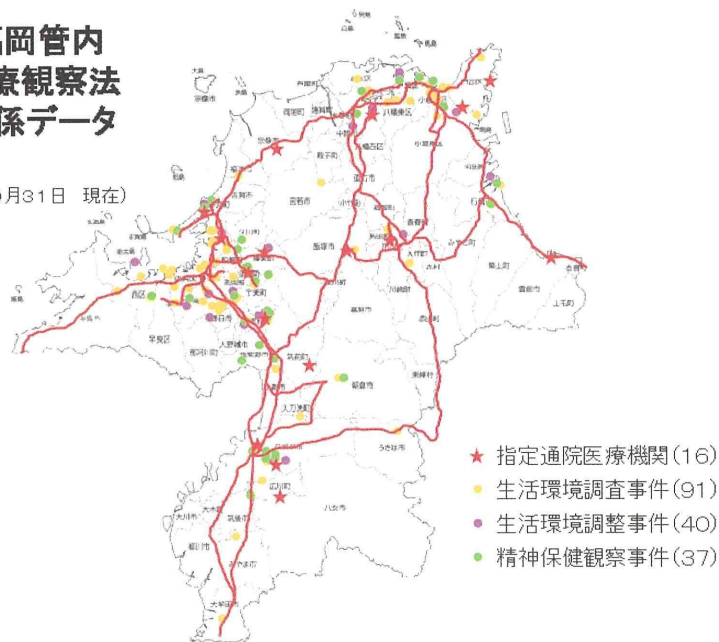
通院処遇ワークショップ in 福岡	
・福岡県の地理学的特徴	
—人口：約506万人、面積：約5千km ² 、人口密度：1,017人	
—政令指定都市：福岡市、北九州市	
・医療観察法対象者	
福岡保護観察所 (H17. 7.15～H23.10.31: 6年3.5ヶ月間)	
生活環境調査	
96件 (終結 93件・係属 3件)	
生活環境調整	
55件 (終結 33件・係属 22件)	
精神保健観察	
36件 (終結 18件・係属 18件)	
・指定入院医療機関：なし	

(表4)

福岡県の通院処遇の課題	
○体制	
・指定通院医療機関の偏在	
・通院医療機関の負担と体制補償 (対象者の受入れ限度)	
○生活環境	
・住居確保 (単身) 時の保証人問題	
・入所型施設の受入れ	
○治療	
・通院決定対象者の治療動機	

福岡管内 医療観察法 関係データ

(平成23年10月31日 現在)



(図3)

通院係属中の2名は病院近くのアパートに居住している。

- ・通院医療体制として、月に1回多職種チーム会議を開催し、2～3カ月に1回ケア会議に参加している。多機関連携により通院処遇をスムーズに行えるケースも多かった。ある通院対象者は交通事故後遺症で単独通院が当初困難であったが、他院の訪問看護師の同行で通院医療を開始し、次第に道を覚え、電車にも単独乗車可能となり、やがて単独通院、週3回のデイケア通所も可能となった。危機介入や家族介入など病院単独では難しい対応もあった。
- ・診療部門の人員配置は、外来診療が医師4名、看護師3名、臨床心理士2名、精神保健福祉士6名、薬剤師3名、管理栄養士2名である。社会復帰部門では、デイケアに作業療法士1名、精神保健福祉士1名、看護師2名が配置され、作業療法は作業療法士6名が担当している。訪問看護部門には看護師3名、精神保健福祉士6名が所属している。
- ・通院対象者の一覧であるが、累計11名のうち6名は処遇終了、終了者のうち4名は当院外来通院、1名は当院で入院治療中、1名が他県で外来通院中である。終了後治療離脱者はいなかった。通院処遇の期間は短い人で1年少々、長い人で3年であり、通院処遇延長はなかった。
- ・対象者の特徴としては、性別では男性8名、女性3名であり、通院処遇開始時の年齢は20代2名、30代3名、40代3名、50代2名、60代1名であった。診断としては、せん妄1名、脳損傷による人格行動障害1名、アルコール精神病1名、統合失調症6名、妄想性障害1名、反復性うつ病性障害1名であり、対象行為別には傷害5名、傷害致死2名、強盗1名、

放火1名、殺人2名であった。

- ・居住地域や居住形態であるが、単身アパート2名、家族同居のアパート4名、家族同居の一戸建て4名、グループホーム1名であり、家族同居が半数以上をしめ家族の協力が通院には必要であるが、逆に家族同居がトラブルの元の場合もある。
- ・通院時間は10分以内1名、10～20分4名、20～30分2名、40～50分2名、50～60分2名。通院距離は1km以内3名、5～10km4名、10～15km3名、15～20km1名となっていた。
- ・通院経緯では移行通院5名、直接通院6名であり、直接通院がまだ多い状況であった。通院中の精神保健福祉法の入院は6名いるが、入院理由は病状悪化3名、住居設定5名、家族関係調整3件などで住居整備など環境設定での入院が多かった。
- ・(事例1) 任意入院、離婚のため住居を失い入院。(事例3) 4回入院、金銭感覚が乏しく家族内トラブル頻発、4回目の入院では母を負傷させたため、家族が離れてしまい、処遇は終了したが現在も医療保護入院中である。(事例6) 任意入院、直接通院となったが住居がないため入院して住居設定をおこなった。現在も病院近くのアパートから通院中である。(事例8) 直接通院であったが、アパートから通院予定のところ生活能力が低く、施設等を探すため任意入院となった。現在はグループホームに入居している。(事例9) 移行通院であるが、家族の受け入れが悪く居住場所設定のため任意入院した。病院近くのアパートから現在は通院中である。(事例11) 直接通院であったが、居住先がないため任意入院した。一時は高齢者住宅に移るも病状悪化で入院したが、

現在は家族の理解が得られ同居している。

(通院処遇の課題)

- ・ 指定通院医療機関や社会資源の偏在。
- ・ マンパワー不足。院内に通院処遇専属のスタッフがいない。
- ・ 直接通院の場合、準備期間が短い。情報不足、面接不足、信頼関係を築きにくい。家族が対象者を受け入れるのに心理的に時間を要する場合もある。
- ・ 疾病性、治療可能性の問題。人格障害や知的障害が併存している場合、もともと生活能力、金銭管理能力の低い人は生活指導に多くの時間と労力が必要であり、地域の社会資源の存在が大きい。
- ・ 住居設定のための精神保健福祉法の入院になる事例があるが、住居がなかなか確保できない場合は社会的入院になるおそれもある。
- ・ 危機介入のための入院について、対象者が病院に連れてこられない場合どうするかという問題もある。

(質疑・意見)

- ・ 直接通院が多いのは精神保健福祉法の入院が多いのと対応しているのではないか。移行通院5人の指定入院医療機関はどこか？
- ・ 肥前精神医療センターが最多、他の病院でも肥前が多く、長崎や熊本もある。九州は指定入院医療機関が多いブロックでもある。
- ・ 同時期に何人程度の通院対象者がいたのか？
- ・ 多い時で4、5人程度。
- ・ 3つうかがいたい。MDTはどのように組んでいるのか。移行通院でアパート探しのため精神保健福祉法で入院したケースについて、何故指定入院医療機関でアパート設定しなかったのか？ 危機介入の場合、精神保健福祉法で対応できないと

はどういう意味か？

- ・ 警察官をよんでも本人がおちついていると措置通報されないケースが何件かあった。MDTについては、PSWが7名いるが交代でケースを担当している。対象者別に少しずつメンバーの違うチームが対応している。移行通院の住居設定については、居住地の指定通院医療機関の方が地域の状況がわかるだろうということで任せられたような感じだった。
- ・ 何故受ける方が入院医療機関に要求しなかったかがわからない。指定入院医療機関は無責任だと思う。

(5) 指定通院医療機関からみた通院処遇②

- ・ 通院対象者を累計で4名受け入れ、内2名は処遇終了している。当院の通院対象者で重大な他害行為の再発を起こしたり、指定入院医療機関に入院になったりしたケースはない。
- ・ 通院医療の体制としては、精神科医、薬剤師、外来精神保健福祉士、外来看護師、心理士、地域サポートセンターの精神保健福祉士、外来リハの作業療法士、デイケアスタッフ、訪問看護師が対象者のニーズに合わせて関わっている。
- ・ デイケアには一日40~50人の参加があり、ほとんどが慢性期の統合失調症の患者であるが、これまで通院対象者のデイケア利用はない。
- ・ 外来リハでは、デイケアという大集団での前段階として、少人数での短時間のプログラムを用意している。午前中の1時間程度で、創作活動、服薬プログラム、SSTなどを実施する。これまで1名の対象者が服薬プログラムに参加し、アドヒアランスの向上につながった。
- ・ 地域サポートセンターは院外にあり、地域支援センターに相談・支援・訪問機能を持たせたものである。訪問看護ステー

ションを中心に、精神保健福祉士2名、心理士1名を配属、当院に関わる地域で暮らす患者のサポートにあたる。最近では退院先が施設になる対象者も多く、その場合訪問看護は利用できない。施設が遠く外来リハやデイケアが利用できないとつながりが外来診療のみとなるので、サポートセンターより訪問看護とは別に施設への訪問を行っている。

- ・通院開始から3ヵ月は、週1回の外来診療と訪問看護から開始し、その後の状況をみながら徐々に間隔を広げている。
- ・外来では精神保健福祉士を中心に、社会復帰調整官や各機関との連絡、その他多職種チームの事務局的役割を果たしている。
- ・セルフモニタリングシートについて、全ての対象者が使用しているわけではないが、自分の状態をうまく伝えられない対象者にとっては有効に活用できるものである。

(通院処遇の問題点)

- ・急性増悪時の受け入れに関する問題点。今まで入院した対象者はいないが、日中ならともかく、夜間休日での対応は医師や空床確保の問題で対応困難となる。K市には精神科救急病院がないため、精神科救急システムに頼らざるを得ないが、それがどこまで機能するか心許ない。
- ・対象者の居住地に関する問題点。指定通院医療機関の分布とも関係するが、実際には公共交通機関を利用して1時間以上かかる対象者もあり、その場合、デイケアや訪問看護の利用は困難となる。対象行為が自宅放火の場合、アパートを借りることもできず、受け入れる施設も限定されるので遠くの施設から通院せざるを得ない場合もある。
- ・ゴールに関する問題。処遇終了の方向性

が見えない対象者が多く、どこまでいけば終了にしてよいか困ることが多い。処遇中は社会復帰調整官がキーワーカーとして重要な役割を果たしているが、終了後はそのような存在がなくなるので安定して通院できるか疑問である。終了後のキーワーカーを養成していく必要がある。

- ・疾患に関する問題。てんかんの事例があった。もうろう状態の中で対象行為を行い、入院処遇を経て通院になった。通院中も月に2、3回の発作が起きコントロールできていなかった。薬物調整でも発作抑制は困難なため大学病院にも通院したが、早期の手術が望ましいと考え早めの処遇終了とした。大学病院の医師はケア会議に参加することはなかった。
- ・兼務で通院処遇の業務にあたっているので3名の受け入れが限界である。

(質疑・意見)

- ・今まで同時期に何名の対象者に対応したのか。
- ・同時期には2名まで対応した。
- ・直接通院と移行通院の割合はどうか。
- ・すべて移行通院。直接通院だったら大分戸惑うだろうと思う。
- ・この病院は鑑定入院の受け入れ等、K市では医療観察法関連の受け入れに頑張ってもらっている病院。限られたスタッフで一生懸命やってもらっているし、対象者も安定している。
- ・てんかんの事例。コントロールもされていないのに退院決定されたのはなぜか。
- ・服薬の必要性の理解が進んだことが退院決定の理由だったのではないかと思う。もうろう状態にはならないようになったという判断ではなかったか。
- ・このケースは他県で対象行為を起こし直接通院でこの病院に依頼した経緯がある。婚約者がサポートするという話もあった。

- ・もともとこのケースは医療観察法の対象となるかという問題もある。
- ・K市の体制について。政令市ならばもう少し精神科救急体制が整っているのかと思うがどうか。また政令市の区には精神保健福祉相談員が専任で配置されていることが多く、処遇終了後はその方がケアマネージャー役をするように思うが、その点はどうか。
- ・約10万人に1名の割合で精神保健福祉相談員が配置されており、ケア会議にも出席していると思うが、処遇終了後の役割は対象者によっても違うかもしれない。病院側から見るとまだ心許ないと思われることを今認識させてもらった。

(6) 他の関係機関からみた通院処遇

- ・当施設は地域活動支援センターであり、現在2名の対象者が利用している。
- ・職員7名体制で全員が社会福祉士、6名は精神保健福祉士。1日約35名の利用者があり、日中活動の場の提供、相談支援、作業訓練、入浴等日常生活支援などを行っている。他にも2名の内1名はグループホームを利用。就労支援事業は2名とも週3回利用。他の施設も利用しているという状況である。

- ・事例1：男性。現在は陰性症状や確認行為が中心。体験利用から開始し、自宅退院後から日中活動の場として本格利用となった。日常生活の課題について関係機関と連携して対応した。スケジュール表の管理、服薬管理も行った。やがて症状が改善安定し、コミュニケーションも改善して就労支援施設に行くようになった。当初母はマイナス評価だったが、作業所に通うようになったら母が弁当を作るようになった。母の評価が変わってきた。作業所利用を週2回に増やして自発的活動も出てきた。週3回に増やす予定でいる。
- ・事例2：男性。軽度の知的障害もあるためそのサポートも必要。移行通院の事例であるが、退院先が同じグループのグループホームであった。本施設を日中活動の場として利用することになった。間もなく金銭管理等の不信感もあり、濫費、怠業などから幻覚妄想状態が悪化し、精神保健福祉法による入院となった。入院生活は安定し、金銭管理と服薬管理の重要性を話し合い退院となった。その後金銭管理や服薬管理も安定し、作業所の就労支援を利用するようになった。

(通院処遇の考察)

(表5)

指定通院医療機関から見た課題
1) K市は精神科救急病院がなく、夜間、休日の対象者の受け入れに不安がある。
2) 居住地が遠く、サービスの提供が困難なことが多い。
3) 一部の施設では訪問看護が導入できない。
4) 処遇終了により強制力がなくなると居住地によっては通院が困難となり、これまでの関わりを維持できず、治療の連続性が失われる。
5) 処遇の方向性がみえない症例が多い。⇒どうなったら処遇終了なのか。
6) 社会復帰調整官の存在は大きい。⇒処遇終了後、誰がそれを担うのか。
7) 単科の精神科では治療できない疾患がある。
8) 兼務でマンパワー不足。受入れは3人が限界。

- ・社会復帰調整官のマネジメントの重要性を感じた。
- ・初期：信頼関係構築までの不安感や緊張感への対応について、施設側にも配慮したきめ細かな対応がされた。
- ・中期：利用後しばらくして金銭管理や服薬管理などの問題が生じたとき、適切に協力・対処してもらえることが有難かった。
- ・終期：これからである。
- ・社会福祉法人であり医療機関を背景に持たない施設としてリスクマネジメントの問題などに不安がある。クライシスプランの形でどのようなサインが出た時にだれがどのように関わるかなどが示されているので助けになる。グループホームなど入所系の施設としては、保護観察所、医療機関、行政などが対応できる体制になっているので心強い。
- ・チームアプローチにより365日24時間体制で対応できることの有効性を感じる。
- ・事例2については、退院前からの信頼関係の構築が重要であると感じた。一応ある程度信頼関係ができていたが、結果的に十分ではなかった。管理について理解と同意を得るための十分な説明と納得が必要であった。
- ・入所施設での課題として服薬管理と金銭管理が重要である。医療機関でない施設での服薬管理の難しさもある。症状安定と服薬管理ができると、リスクもあるが次のステップを考えていきたくなる。

(質疑・意見)

- ・1例目を受け入れるときの心配や不安はどのようなものであったか？
- ・対象行為の問題もあり、このような人に対応できるのか、役割を果たすことができるのかという心配はあった。しかし、体験入所の繰り返しで対象者の人となりかわかり、これなら我々でも対応できる

のではないかと思った。書面だけでは不安はあったが会ってみてわかるようになった。

- ・この施設は施設長さんはじめ福祉的な立場から医療観察法の対象者にどのような助力ができるかをよく考えていただいていた施設である。チャンスを与えていただいている貴重な施設である。1例目は家庭の事情などいろいろあり、就労支援をすることに心配もあったが、やってみたら思いのほかうまくいった。
- ・医療観察法に関わって思うのは、IQがボーダーラインか少し低い人が非常に多くて、このような人に自立した単独生活を求めることがストレスになり、飲酒、パチンコ、借金などにつながるのではないか。こういう人を一般社会に戻したらすぐに元に戻るだろうと思える。知的に問題のあるケースを受け入れる施設などを作って対応しないと同じ事の繰り返しになるのではないか？
- ・必ず誰かがサポートする体制は必要だと感じる。
- ・以前デイケアで借金や異性問題で大変だった知的障害のある人が、知的障害の施設に入れてもらったら、安定して問題が起きなくなった事例がある。この2事例について施設を出た後何を考えているのか？
- ・知的障害の施設はIQがもっと低くないと入れない。この事例が入れる施設はグループホームなどであり、そういうところが受け皿にならざるをえない。
- ・ただ入所させるだけでなく作業などもできるようなサポートが必要であるがいかか？
- ・行刑施設で知能検査をすると2割から4割ぐらいの人が知的障害というデータもあり、犯罪と知的障害とはかなりの関係

があるようだ。前回のワークショップでは依存症の問題がクローズアップされたが、今回は知的障害の問題が出てきたように思う。

(7) 事例検討①

- ・通院対象者を今までに5名受け入れた。

(事例：男性)

- ・10代で追跡妄想から緊急停止ボタンを押して措置入院となる。退院後は主治医に不信感をもち病院を転々とする。誇大妄想が出現し家族への暴力のため措置入院、病状悪化のため医療保護入院を経験。退院後再び病状悪化のため家族に対する重大な他害行為のため医療観察法の入院処遇となった。
- ・数年後当院に通院医療の打診があり院内でケア会議を開いた。当初、対象者は内省洞察も病識も不十分、家族内葛藤の問題もあり、約1年間かけてケア会議を重ねた。
- ・退院決定後はまず当院への医療保護入院から始まった。家族の一人は本人との面会を拒絶、家族面接に参加しても対象者への非難攻撃が中心、また退院させないようという強い希望を表明する状態だった。対象者は「そういわれても仕様がなない」といい、主治医は「家族の思いを軽視してはいないが、本人病状の安定が続けば社会復帰の方向で支援していく必要がある」と話した。
- ・翌年退院シアパートから通院、デイケア、訪問看護も利用。何回かの家族面接の後、父は病死し、同胞から遺産相続の話が出て、病院の総合診療会議で検討した。
- ・対象者が遠隔地の指定入院医療機関にいるときから交際し始めた女性があり、対象者が郷里に戻ると相手も来たいと言いつ出した。ケア会議でいろいろ検討し、相手の通院も受け入れることにしたが、そ

の3ヵ月前に本人たちはひそかに入籍していた。

- ・相手も対象者の所にやってきた。両者の情報は総合診療会議で共有、遺産相続は関係者の立会いの下相手がサインして終了した。
- ・しかし、その後対象者には被害妄想が出現したり、相手が対象者からの干渉をうるさかったりして離婚を言い出した。そのため対象者は自殺企図し、翌日医療保護入院となった。
- ・一人残された相手のサポートも必要。相手は対象者のことを心配するばかりで自分のことをあまりいわないので、相手のケアも必要と総合診療会議で情報共有し対応を検討した。
- ・対象者も退院し、また2人で生活しながら通院を続けている。

(考察)

- ・この事例を支えるにあたって職員も様々な疑心暗鬼に陥った。チームを支える治療システムが不可欠であり、毎朝の総合診療会議がその役割を果たした。MDT以外の医師や多職種が参加しているので情報の共有と様々な助言が得られる点が重要であった。毎日報告できる場があることがスタッフの安心感につながり、それが対象者にも良い影響を及ぼしていた(図4)。
- ・また、指定通院医療機関が孤立しないように関係機関の連携システムが必要である。ケア会議での検討や緊急時の連絡網などがその役割を果たしていた。問題の多い事例には多職種チーム、病院全体、地域の関係機関などが何重にもかかわることが必要であり、そうした構造の中で対象者も安心感が得られると思われた(図5)。
- ・被害者と加害者が同一家族の場合、残さ

れた家族は怒り、憎しみ、社会的孤立など様々な葛藤を抱えながら対象者と一生向き合わなければならない。そのため家族力動を考慮した視点が必要であり、医療観察法の期間中に家族面接を実施することが重要である。家族はその場で、持つて行きようのない感情を吐露することにより苦しみが軽減され、対象者も家族の葛藤に直面し罪の重さを実感し再犯予防になるのではないか。

- ・発表者も家族面接を通し対象者の苦しみを理解できるようになり、対象者に寄り添う関わりができるようになった。

(質疑・意見)

- ・ここまで様々なエピソードが起こるケースは珍しく大変だなという感想を持った。
- ・指定通院自体人権を制限しているのだから、結婚についてなぜ制限できないのか？両者の対象行為を考えれば一緒になればまた同様の行為が再発すると予想されるのに何故調整官は一緒になることに同意したのか？
- ・社会復帰調整官としても賛成できない旨を述べていた。それぞれの医療観察の処遇が終了するまではそれぞれの地域で対応することを前提としていた。しかし法律的にしばる権限はない。結果は無断で入籍の手続きをしてしまっていた。遺産

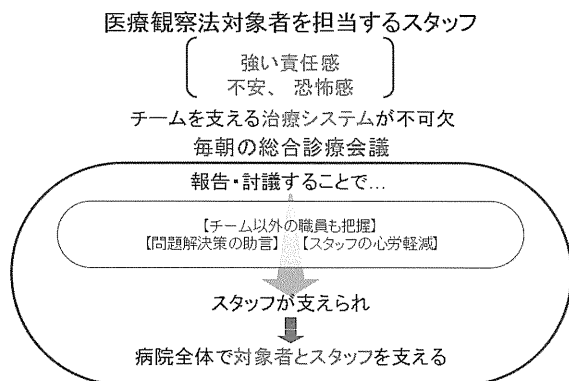
が入り経済的には自立した生活もできるので正直答えが見えないまま対応せざるを得なかった。

- ・指定通院の期間は重大な決定をしないような法的な処置が講じられてもいいのではないかと思うが？子供ができたらどうするのか？
- ・医療観察法の通院処遇といっても制限は居住地の報告や出頭命令に応じる程度しか法的には書かれていない。基本的人権は守ることが必要であり、法的に結婚を制限することは難しいだろう。ただこのケースは遠隔地なのに何故わざわざ同じ地域に転居してまで処遇しようという決定に至ったのかその経緯に疑問がある。
- ・遠距離の事件移送なのに何故調整官が受け入れを断ることができないのか？住居地を移すことまで社会復帰調整官が手伝わなくてもいいと思うのだが？
- ・無理な住居地の変更は社会復帰調整官もしないと思うが、何か経緯があったのではないか。

(8) 事例検討②

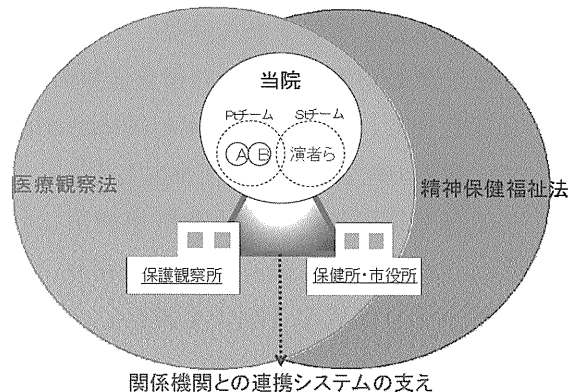
- ・当院は現在304床の精神科病院であり、2つの精神科救急病棟と1つの急性期治療病棟などを持っている。
- ・医療観察制度調整委員会で医療観察法通院医療の取り組みを検討している。メン

考察1. 治療システムの確立と支援システムとの連携



(図4)

考察2. 治療システムの確立と支援システムとの連携



(図5)