

バーは医師、病棟・外来看護師、ソーシャルワーカー、作業療法士、臨床心理士などである。専任スタッフはいないので対象者の受け入れにあわせて不定期に開催している。

- ・病院全体として24時間365日体制で相談受診の受け入れに取り組んでいる。対象者が夜間休日に具合が悪くなっても相談や受診の受け入れが可能である。実施可能な医療サービスは外来診療、デイケア、訪問看護などである。対象者の精神保健福祉法による入院の受け入れは救急病棟を考えている。
- ・通院対象者を今まで6名受け入れた。男性4名、女性2名。男性2名と女性1名は処遇終了した。現在通院係属中は3名である。女性1名は住居がないため精神保健福祉法の入院から通院処遇を開始した。
- ・6例の概要を紹介する。診断名は知的障害2名、統合失調症4名、重複障害もある。対象行為について放火2名は全て女性、傷害4名は全て男性であった。対象行為時の家族状況は単身2名、家族同居4名となっている。治療歴については、4例はほぼ治療継続中、2例は中断歴ありであった。終了までの期間は、1年、1年3か月、2年5か月であった。
- ・事例3、4について、いずれも30代男性、診断名複数。1例は怠薬などで病状不安定になったとき任意入院している。2人とも過去に治療中断歴がある。対象行為時は未就労であった。事例4はアルコール、薬物使用歴があり、安定した治療が継続せず対象行為に至っている。移行通院だったが住居がなかなか設定できず、生活訓練施設に入居してようやく通院となった。単身生活の居住地を定めることになっている。デイケアと訪問看護を受

けることを条件にした。デイケアにはなかなか定着できなかった。この事例は問題もあったが援護寮に少しずつ定着して行った。周囲のサポートにより何とか通院医療を維持できている、今後単身生活に移行することについては、本人自身も不安を感じている。その点に配慮しながら関わって行く必要がある。

- ・精神保健福祉法も医療観察法も社会復帰を目指すという点では同じ。医療観察においても同じ気持ちで関わっている。

(課題)

- ・指定通院医療機関がどこかで居住地も決まってくる。
- ・医師1名、外来看護師1名、デイケア看護師1名、訪問看護の看護師1名、デイケアの作業療法士、臨床心理士、精神保健福祉士という多職種チームで通院に対応している。まだ実績が不十分なのでこれから経験を積んで医療の質を高めていかなければならないと感じている。

(質疑・意見)

- ・知的障害2例はなぜ医療観察法の対象になったのか？重複診断でアスペルガーとされるケースは対人関係が結びにくい以外の他の特徴はなかったのか？覚醒剤と統合失調症の重複診断の事例で、覚醒剤と統合失調症はどんな関係だったのか？
- ・知的障害の1例は衝動コントロールに問題があり精神科病院で治療を受けていた。もう1例は、母が認知症で面倒をみられなくなり、精神科病院に入院もしていたが、妄想的になり対象行為に至った。また衝動のコントロールも悪かった。知的障害の治療反応性の問題もあったが、審判では医療観察法の対象とされた。アスペルガーの重複診断の事例は、大学以降、家に閉じこもり、父との関係で妄想的になり対象行為に至った。覚醒剤と統合失

調症のケースは、覚醒剤とアルコール依存症の時期もあるが、ある時の入院で統合失調症という病名がついた経緯がある。

- ・覚醒剤のケースは再使用の懸念はあるのか？
- ・現在は覚醒剤よりもアルコールの問題がある事例である。

### (9) 総合討論

- ・指定通院中に事件を起こしたようなケースはあるのか？それがわれわれの一番心配する点だが全国の状況はどうか？また、再被害行為があった場合、その責任はだれが負うのか？
- ・そのようなデータは公表されないので正確な数値はわからない。全く同様の被害行為を起こしたという事例はほとんどないのではないか。終了後に同様の被害行為を行った事例はあった。賠償については、国家賠償法で賠償すると国は言っていた。通常の医療行為を行っていた場合は、医療機関だけに責任が押し付けられることはない。そのため社会復帰調整官も行政も関わっている。三者が一体となって問題に対応することになっている。少なくとも責任の押し付け合いになった事例はないように思うが。
- ・福岡では再被害行為に至った事例は1例あるようだが、治療者側に何かの落ち度があって再被害行為に至ったわけではない。被害者への賠償については、裁判の中で落ち度が確認されれば、国家賠償法で賠償が行われると思われる。
- ・民間病院が訴えられることはないのか？
- ・医療観察法の医療は裁判所で本人に義務として課しているものである。通常の医療は本人との契約で成り立っている。つまり国が義務として医療を課しているのであるので、かりに被害者が民間病院を訴えるということがあったとしても裁判

の過程で糺されるはずである。国が責任を持っている医療なので訴える相手は国になるはずである。

- ・最初の事例検討のケースについて、なぜ入院処遇で家族へのアプローチをもう少しやらなかったのか？指定入院医療機関は何をやっているのかということだ。
- ・入院処遇中から家族にも関わっていた。遠隔地の入院機関ではあったがスタッフが保護観察所に来て話し合いを行ったこともある。ただ同胞はある時期までは関わりたくないと拒絶していた。
- ・内省プログラムがあるがどれだけ有効なのか？わたしは有効性をほとんど感じることはできないが。症例がどのように成長していくか事実を重ねながら見守っていくことが勉強になるのではないか。今は若いチームでやっているようだが、経験あるスーパーバイザーがいることが大切ではないか。こりごりということになって欲しくないと思う。
- ・被害者の家族が加害者の対象者をどのように受け入れていくか悩んでいる場合が多い。どのように対応していくのか難しいところである。
- ・内省は確かに難しい。病識をしっかりと獲得することすら難しい。こうすれば内省が獲得されるというしっかりしたプログラムはまだ確立されていなく感じている。
- ・統合失調症の人は現実の支えがないのに内面を見させたら壊れることはわかっていることである。そういうことを強いてはいけない。彼らが変わるのは現実を直視した時である。そのときの反応を支えながら生きていけるようにする。現実との関係をみていかなければ無理でしょう。
- ・心理士として内省プログラムに関わっている。様々なケースがあって四苦八苦し

ながらやっている。しかし、内省プログラムが不要かというと思うように思う。内省プログラムで驚くほど変わる人もある。ただ内省プログラムにいつ入るかも重要。タイミングを間違えると妙な自信を持ってしまってもうまいかなかった事例もある。しかし、それに参加し他の人の話を聞いているうちに、今まで気付かなかった自分の問題に気付く人がいることも事実。何があったか分かったと言う人もいる。

- ・内省療法というネーミングが悪いのではないか？本人もスタッフもそれをやれば内省の問題がクリアできたと錯覚するのではないか？
- ・内省プログラムは、本来、対象者を責めるようなものではなく、自分の人生を振り返り、他害行為に至った過程を考え、自分の生き方を前向きに再構築してもらうものである。正しく使えば有用なものだと思う。
- ・やっていることを否定しているわけではない。なぜそれが集団療法という名前にならないのか。なぜ内省・洞察という言葉にしてしまうのかが分からない。
- ・内省プログラムというネーミングは、何をしているかがわかりやすいという考え方もあったのではないか。
- ・まあいろいろ言ったが、若いチームでやってはいるが、医療観察法の間ほとんど再他害行為がないという事実は示唆的な気がする。
- ・まったく再他害行為がなかったかはわからないが、相当の効果を持っているように思う。多職種でかわること、密に関わることが重要ではないか、一般の医療でもやればいいが、まだそこまで至っていないのでまずは医療観察法の医療でそれをやってみて一般の医療にも拡がっ

ていけばいいと思う。

### 3) 新潟県、福岡県における通院処遇のまとめ

本年度実施した通院処遇ワークショップや通院処遇アンケート調査結果から、新潟県および福岡県における通院処遇の概況をまとめておく(表6)。

＜新潟県＞ 人口238万人、精神保健観察20件(終結11件、係属9件)、新潟保護観察所(社会復帰調整官2名)、指定通院医療機関10カ所、指定入院医療機関は国立病院機構さいがた病院(17床)。新潟県は縦長で雪深い山間部や離島もあり交通網も十分発達しているとはいえない地域である。そのため上越、中越、下越、佐渡という圏域で通院処遇体制を整備してきたが、どうしても新潟市周辺に指定通院医療機関が多くなってしまっている。遠距離通院も少なくないのでデイケアや外来OTの利用は50%程度にとどまるが、訪問看護(70%)や行政からの訪問を増やして地域での見守りを強化している。新潟県は保健所に専任の精神保健福祉相談員を配置しているが、そのため行政の関わりも熱心に行われている。通院対象者をじっくり支えていくためか満期終了が多いのも特徴である。また酒どころ新潟を反映してかアルコール依存症の問題を抱える事例も一定数みられた。

＜福岡県＞ 人口506万人、精神保健観察36件(終結18件、係属18件)、福岡保護観察所(社会復帰調整官3人)と北九州支部(社会復帰調整官1人)、指定通院医療機関16カ所、指定入院医療機関はないが国立病院機構肥前精神医療センター(33床)が近接している。福岡県の交通網は比較的発達しており、指定通院医療機関も交通網沿いに整備されている、通院対象者もほぼ交通網沿いに居住しており、他の広域県にくらべ遠距離通院は少ない方である。そのためデイケアや訪問看護など必要に応じて大体実施できている。また家族との同居が比較的少なく単身生活が一定数あるこ

とや、早期の処遇終了が多い点は人口の多い都会地の都道府県の特徴がみられた。事例では複雑な事情を抱える者や知的障害の対象者の問題もクローズアップされた。

## 2. 通院処遇アンケート調査

新潟および福岡で開催した通院処遇ワークショップの際に実施した通院処遇アンケート

調査の概要を報告する。アンケート回収率は新潟31名中31名100%、福岡29名中27名93%であった。なお、以下の結果の図の番号は本項の中の通し番号(1)(2)(3)・・・とし、a、b、cは、それぞれaは新潟・福岡の合計、bは新潟、cは福岡の結果を示している。

(1) 主な職種 (図(1) a,b,c)

参加者の主な職種は、精神保健福祉士31名

(表6) 通院処遇の概況

都道府県 (実施年月)	新潟県 (H23年10月)	福岡県 (H23年11月)	都道府県 (実施年月)	新潟県 (H23年10月)	福岡県 (H23年11月)
人口・地理的特徴	238万人、12,583km <sup>2</sup> 、89人/km <sup>2</sup> 、公共交通不十分	506万人、4,977km <sup>2</sup> 、1,017人/km <sup>2</sup> 、公共交通比較的発達	MDT会議	MDT会議がよく機能、評価のスキル・質の向上が必要、兼務で大変	MDT会議がよく機能、病院全体で支える体制、兼務で大変、3名が限界
通院対象者数 (精神保健観察)： 累計	観察20件 終結11件 係属9件 移行9件 直接11件	観察36件 終結18件 係属18件 移行21件 直接15件	医療サービス	遠距離通院者はDCの利用困難、訪問で見守り DC・OT：10/20 訪問看護：14/20	遠距離通院者は少ない、必要なDC、訪問は行えている
保護観察所	新潟市 社会復帰調整官2人 指定通院医療機関 必要に応じ整備	福岡市、北九州市 社会復帰調整官4人 指定通院医療機関は交通網沿いに整備	治療プログラム	通院プログラム集を適宜利用(1)、アルコール依存症治療プログラム	セルフモニタリングシートの利用、知的障害者の対応が課題
ケア会議	当初月1回、順調なら2月に1回 平均1～1.5時間 情報共有に有用	当初月1回、順調なら2～3月に1回 平均1～1.5時間 情報共有に有用	行政機関	保健所に専任の精神保健福祉相談員を配置、全ての事例に関与、協力的	行政も一応協力的事例によっては関係機関の緊密な連携が重要
指定通院医療機関 (必要数)	10カ所 下越に多い 圏域単位に整備、上越・中越・佐渡は不足、医療機関の県内地域格差、離島の存在	16カ所 圏域単位に整備 鉄道網沿いが多い 一部で遠距離通院あり	開始時居住形態・ 障害福祉サービス	同居55% 単身10% 施設30% 入院5%	同居33% 単身28% 施設22% 入院17% (係属中のみ)
指定入院医療機関	(国)さいがた病院17床	なし。 但し、肥前精神医療センター(33床)に近い	他害行為・通院 対象者の特徴	殺人32% 放火31% 傷害27% 猥褻4% 強盗6%	殺人34% 放火26% 傷害33% 猥褻1% 強盗6%
			処遇終結・その他	終了1人 満了7人 死亡2人 移送1人	終了14人 満了5人 死亡0人 移送1人

(53.4%)と過半数を占め、次いで看護師と保健師が同数8名(13.8%)であった。新潟は医師や保健師も比較的多く、福岡は看護師が比較的多かった。

#### (2) 主な勤務先(図(2) a,b,c)

主な勤務先としては指定通院医療機関が最も多く35名(60.3%)であったが、特に新潟では保健所・福祉事務所・精神保健福祉センター、障害福祉サービス事業所、市町村主管課など地域処遇に関わる関係者の参加も35%に及んでいた。

#### (3) 社会復帰調整官数(図(3) a,b,c)

社会復帰調整官の数が適正かどうかの判断を周囲の関係者がするのは実は難しいことである。そのため「わからない」が35%を占めるのはやむを得ないところであろう。周囲の関係者からみて多忙そうかどうかで判断されていると思われるが、過半数の54%が「不足」「やや不足」と判断しているという結果であった。

#### (4) 社会復帰調整官:リーダーの役割(図(4) a,b,c)

これは社会復帰調整官が通院処遇のリーダーとして役割を果たしているかの評価である。「果たしている」「ほぼ果たしている」を合わせて95%という圧倒的多数から高評価を得ているという結果であった。「あまり果たしていない」「果たしていない」がゼロであった点も、少なくとも新潟県と福岡県では社会復帰調整官に対する信頼感が厚いことを物語るものである。

#### (5) ケア会議(図(5) a,b,c)

今回の回答者は多くがケア会議にも参加していると考えられるので、ケア会議について適切な評価が期待される。結果は「機能している」「ほぼ機能している」が合わせて93%に達しており、ケア会議の役割の大きさがわかる。また、両県とも「あまり機能していない」「機能していない」という回答はゼロであり、

関係機関による多機関チーム会議ともいえるケア会議が地域処遇で不可欠なものと認識されているという結果であった。

#### (6) 指定通院医療機関:関係スタッフ数(図(6) a,b,c)

通院処遇ワークショップでは指定通院医療機関の関係スタッフから通院処遇は、対象者の問題に加え、会議や評価シートの作成など手間暇がかかるうえ、すべて兼務での対応なので時間のやりくりやストレスが大変であるとの発言が続いた。そういう現状を反映して、関係スタッフ数について「不足」「やや不足」は合わせて59%を占めていた。一方、「適正」と「ほぼ適正」を合わせて25%であったのはやや意外であった。何に対して適正かという意味の取り方の相違もあるかもしれない。

#### (7) 指定通院医療機関:必要な医療の提供状況(図(7) a,b,c)

両県を合わせると「提供できている」11%、「ほぼ提供できている」59%、「あまり提供できていない」7%、「提供できていない」2%となり、「ほぼ提供できている」以上は70%に達している。しかし、この項目は新潟県と福岡県の差が最も大きく、新潟県では「あまり提供できていない」と「提供できていない」を合わせると16%あるのに対し、福岡県でゼロであった。地域の広さ、指定通院医療機関の偏在、交通網の発達状況などのため両県の差ができるのではないかと推測された。

#### (8) 指定通院医療機関:多職種チーム会議(図(8) a,b,c)

医療観察法の医療の特徴の一つは多職種チーム医療であるが、その会議が機能しているか否かを知るための設問である。「機能している」「ほぼ機能している」が合わせて62%とある程度機能している状況が分かった。これは新潟県も福岡県も同様の割合であった。

#### (9) 関係行政機関:関係スタッフ数(図(9) a,b,c)

この項目も両県の差が大きい項目であった。両県合わせると「不足」と「やや不足」で60%、「ほぼ適正」と「適正」で22%となるが、新潟県では前者79%、後者17%であるのに対し、福岡県では38%と23%であり、「不足」「やや不足」の割合が新潟県は福岡県の2倍以上であった。これは回答者の感じ方によるものか現に不足しているかは不明確であり、詳細な調査がなければ意味付けは難しいのではないか。

(10) 関係行政機関：役割の遂行状況 (図 (10) a,b,c)

全体としては、「果たしている」「ほぼ果たしている」が57%、「あまり果たしていない」「果たしていない」が16%であり、役割の遂行状況は一定の評価はされていた。しかし、この項目も両県の差がやや大きいものであった。新潟県では前者74%、後者13%であるのに対し、福岡県ではそれぞれ39%、19%となり、役割遂行への評価が福岡県では低くなっていた。関係スタッフ数では少ない新潟県が役割遂行への評価が高く、福岡県はその逆であるという結果であった。

(11) 障害福祉サービス事業所の協力状況 (図 (11) a,b,c)

全体では「協力できている」「ほぼ協力できている」が50%、「あまり協力できていない」「協力できていない」が17%であった。新潟県では前者46%、後者22%であるのに対し、福岡県は54%と13%であり、やや協力状況が高い

傾向がみられた。

(12) 現在の通院処遇の総合評価 (図 (12) a,b,c)

全体では「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いる。「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%であり、低い評価は少ないといえる。これは新潟県と福岡県ともにほぼ共通していた。つまり、人員配置や実施体制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していることを示すものと思われる。

(13) 職種別の総合評価 (図 (13) a,b,c)

(12) の総合評価を職種別に分析した結果である。総合評価の適切とほぼ適切を合わせて「適切群」とし、あまり適切でない適切でない、とを合わせて「不適切群」、わからないは「不明群」としてある。精神保健福祉士は全体の傾向と大体似た分布であるが、数は少ないものの医師と臨床心理技術者は多少否定的な意見が多いようであった。

(14) 勤務先別の総合評価 (図 (14) a,b,c)

(12) の総合評価を勤務先別にみたものである。指定通院医療機関と保健所・福祉事務所・精神保健福祉センターに勤務先がある者は、肯定的評価をする一方、否定的評価も少しみられた。その他の勤務先の者は適切群か不明群であり、通院処遇をよく知るグループとそうでないグループの差が出ているように見えた。

(1) 主な職種

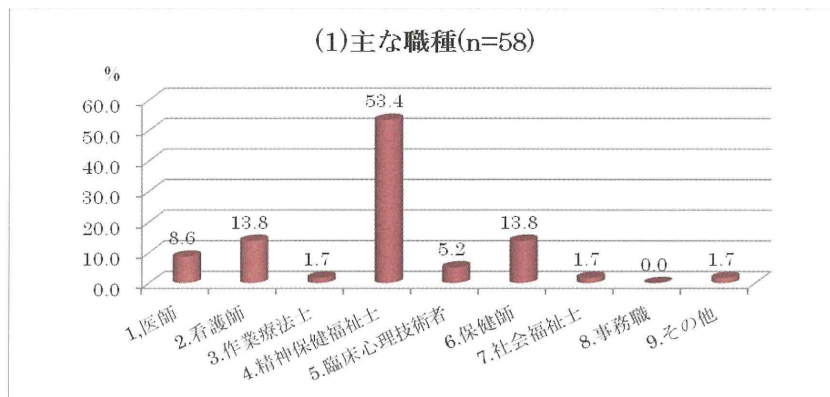


図 (1) a

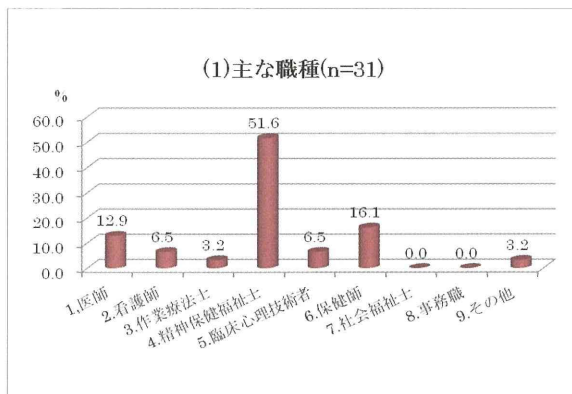


図 (1) b

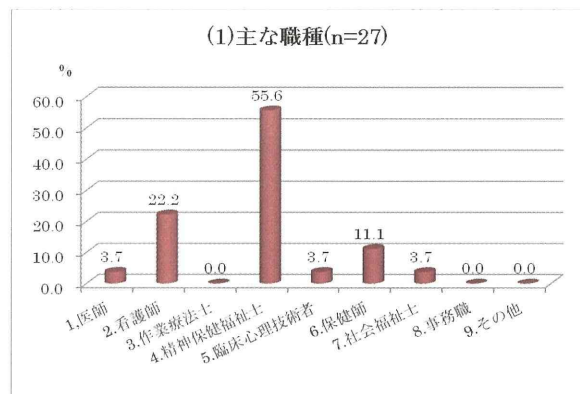


図 (1) c

(2) 主な勤務先

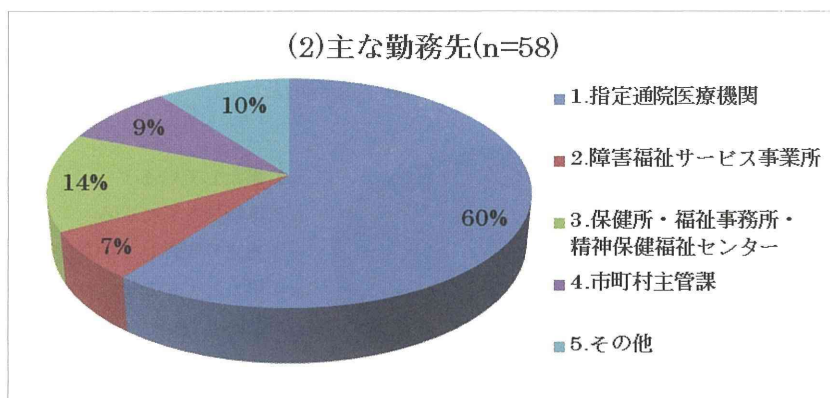


図 (2) a

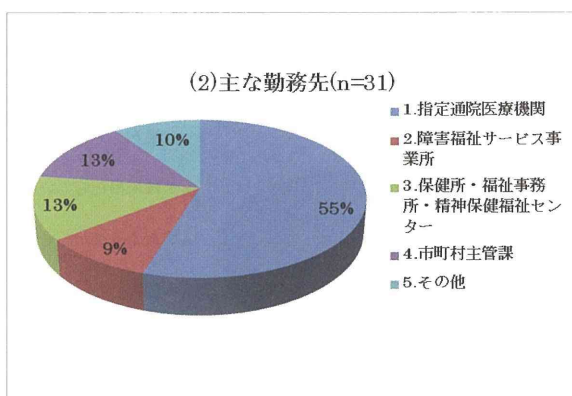


図 (2) b

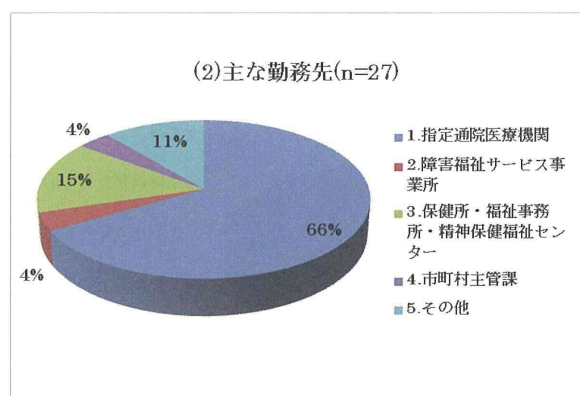


図 (2) c

(3) 社会復帰調整官数

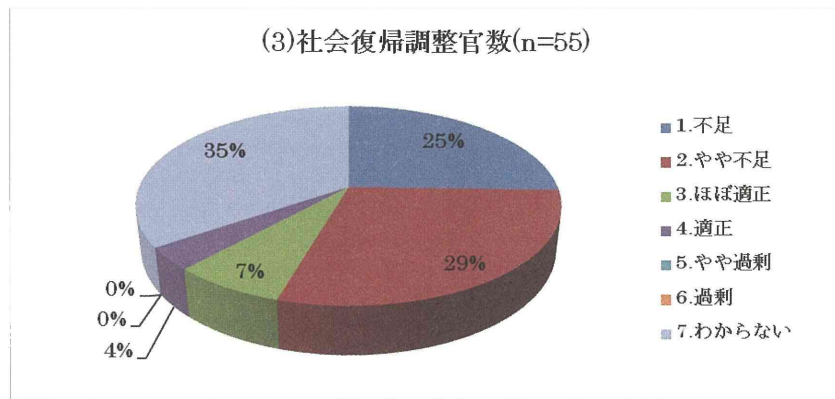


図 (3) a

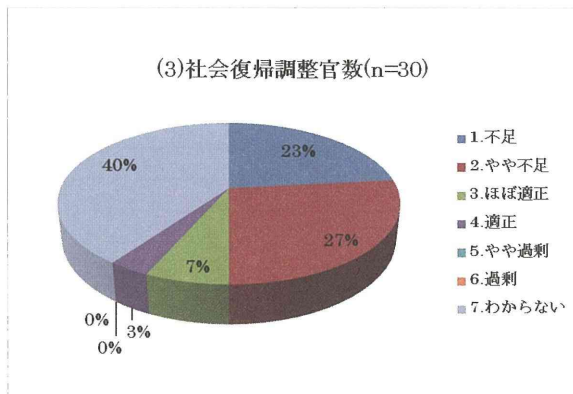


図 (3) b

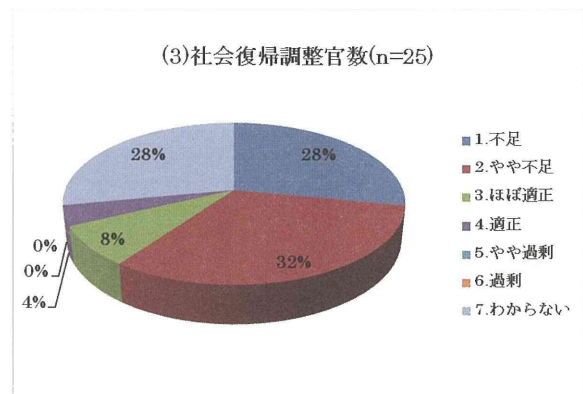


図 (3) c

(4) 社会復帰調整官：リーダーの役割

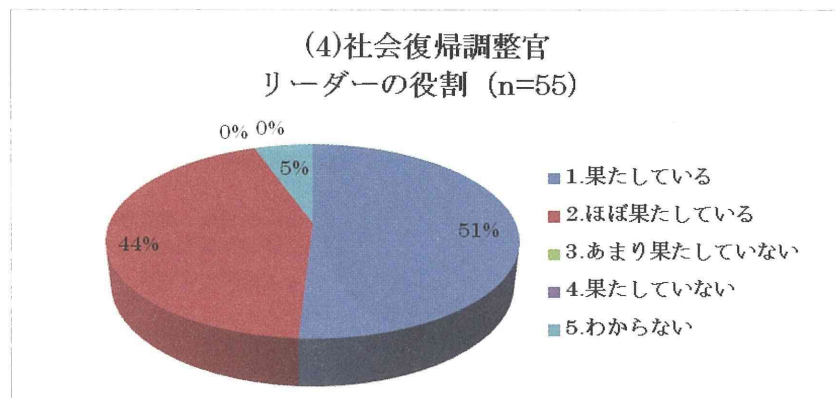


図 (4) a

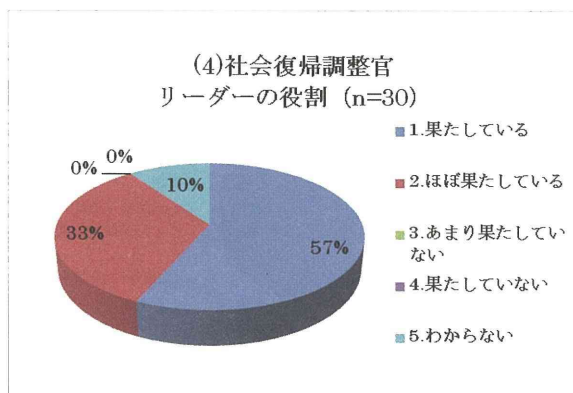


図 (4) b

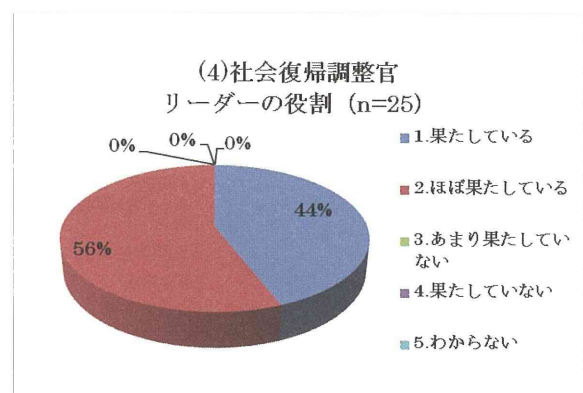


図 (4) c



(5) ケア会議

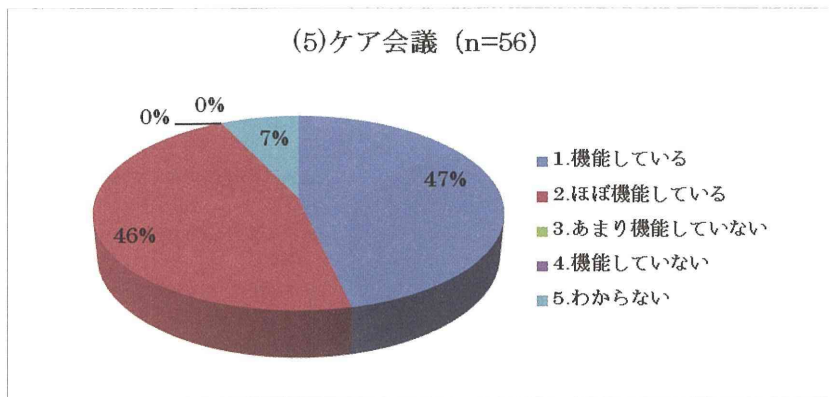


図 (5) a

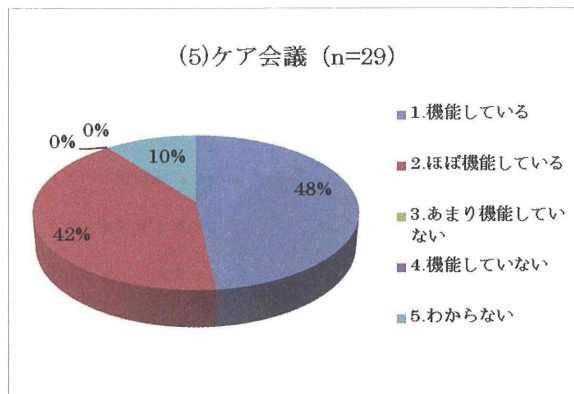


図 (5) b

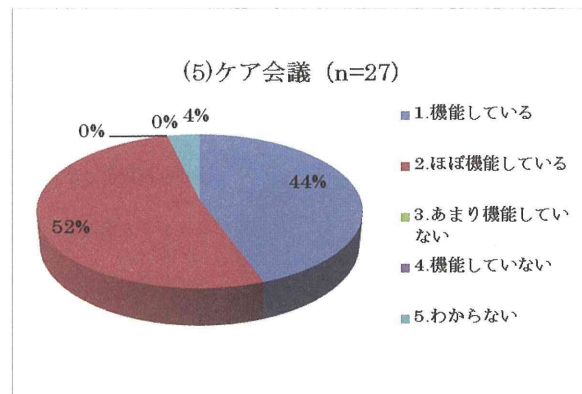


図 (5) c

(6) 指定通院医療機関：関係スタッフ数

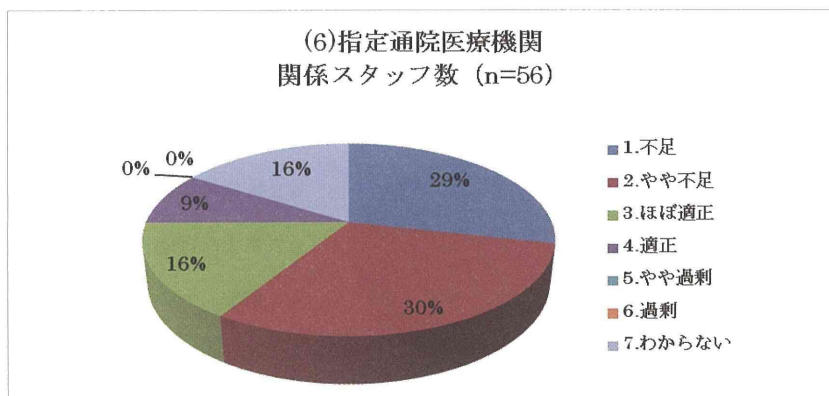


図 (6) a

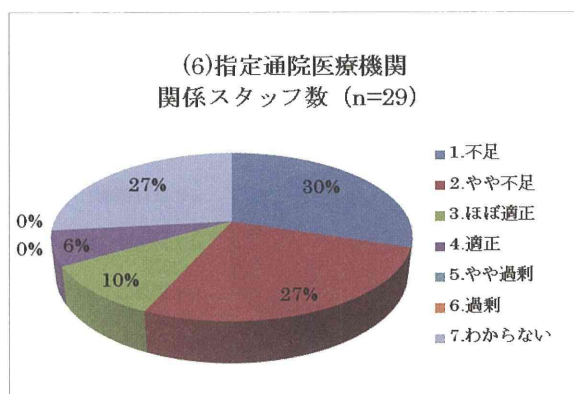


図 (6) b

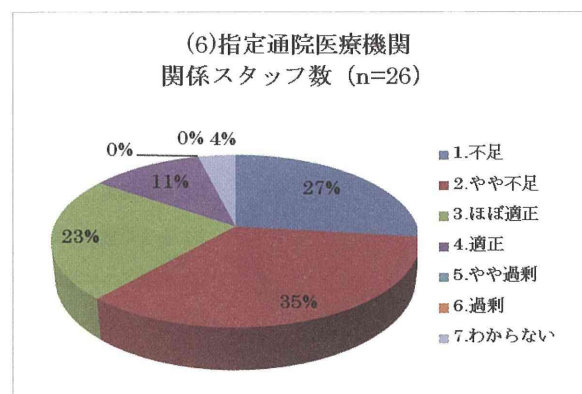


図 (7) c

(7) 指定通院医療機関：必要な医療の提供状況

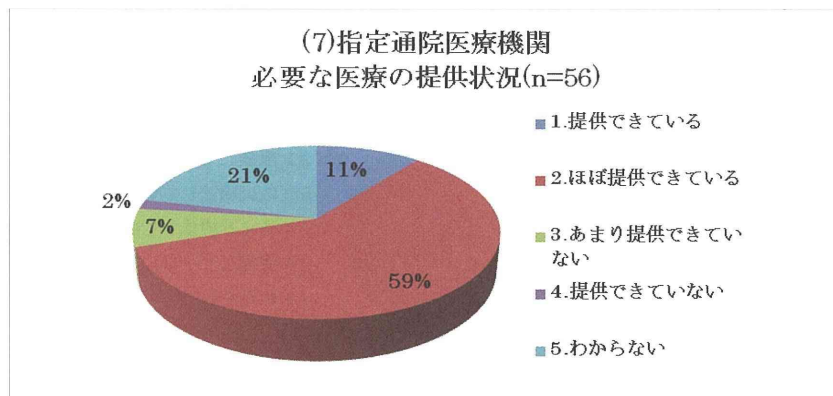


図 (7) a

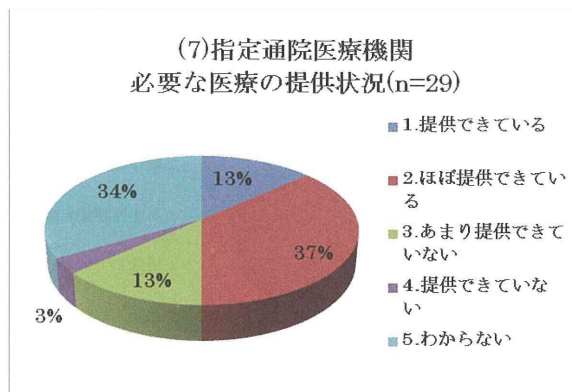


図 (7) b

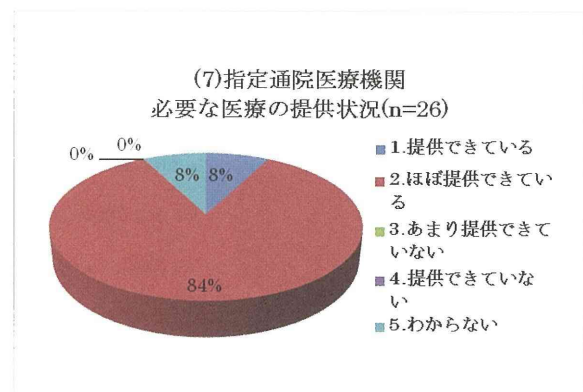


図 (7) c

(8) 指定通院医療機関・多職種チーム会議

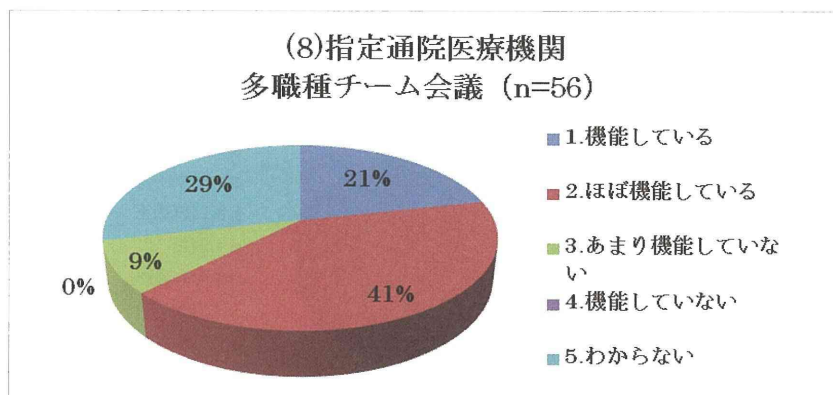


図 (8) a

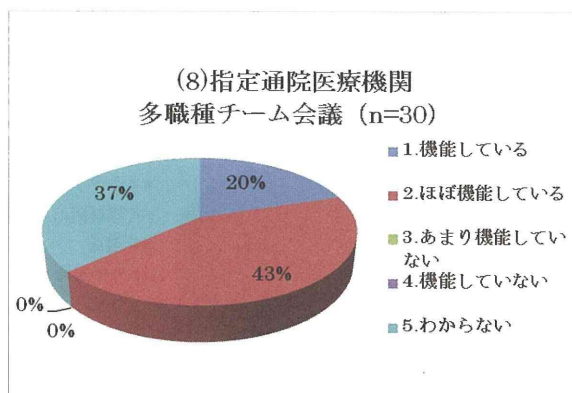


図 (8) b

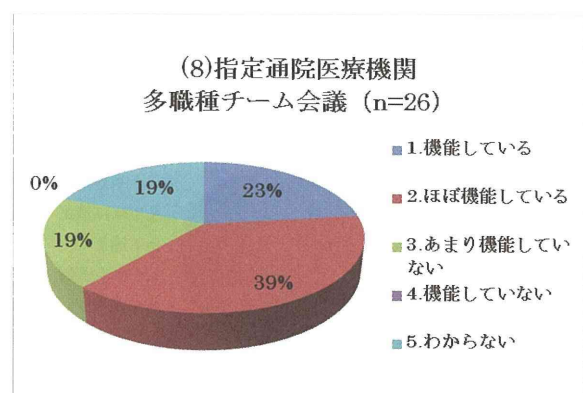


図 (8) c

(9) 関係行政機関：関係スタッフ数

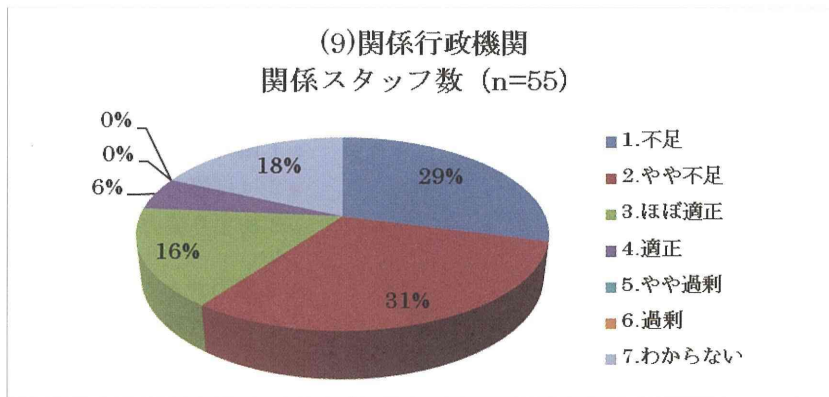


図 (9) a

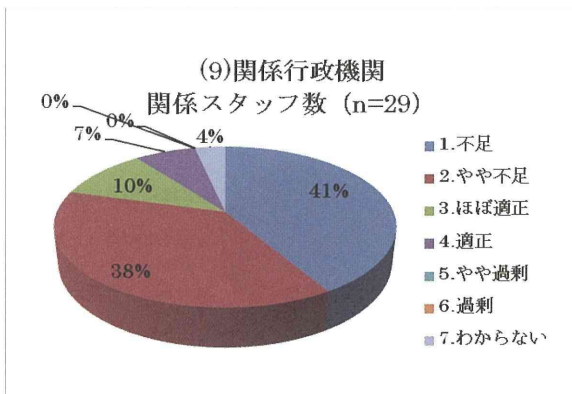


図 (9) b

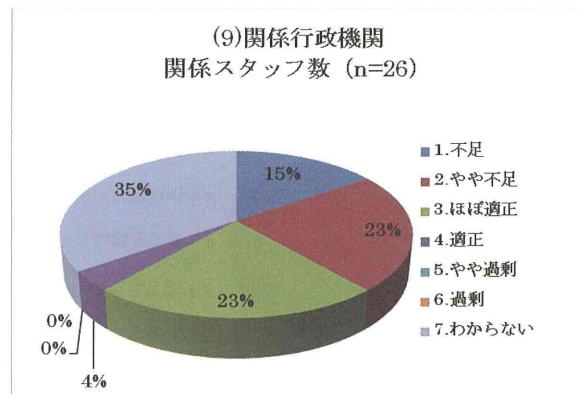


図 (9) c

(10) 関係行政機関：役割の遂行状況

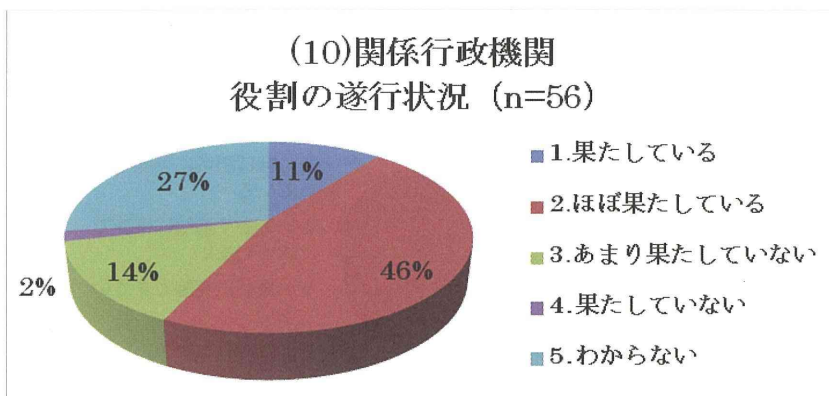


図 (10) a

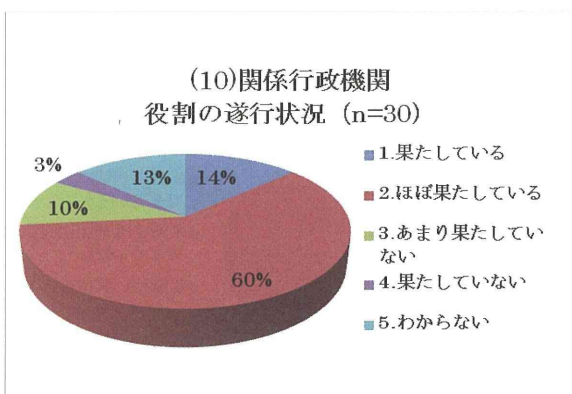


図 (10) b

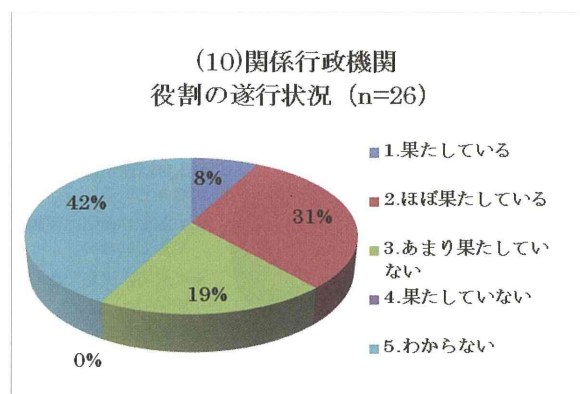


図 (10) c

(11) 障害福祉サービス事業所：協力状況

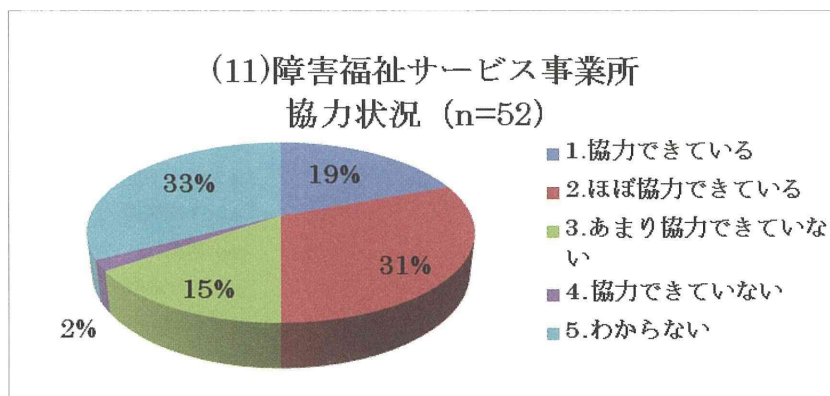


図 (11) a

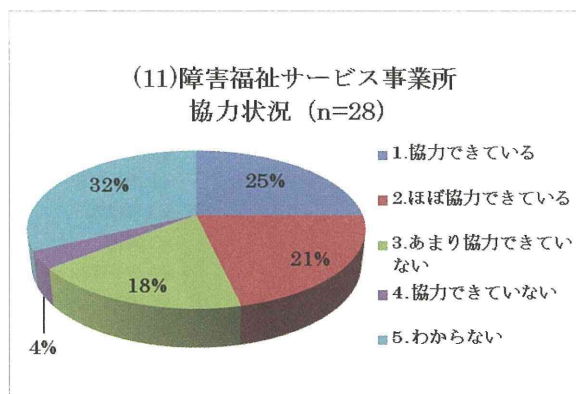


図 (11) b

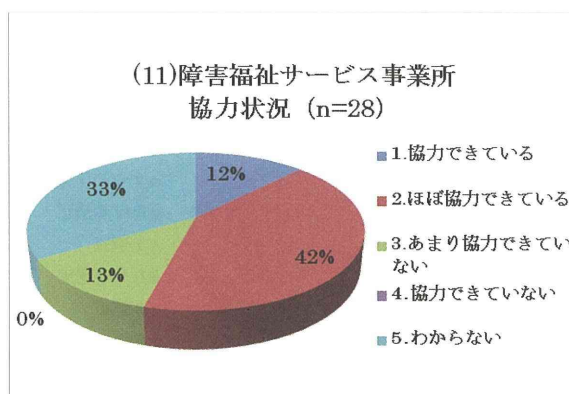


図 (11) c

(12) 現在の通院処遇の総合評価

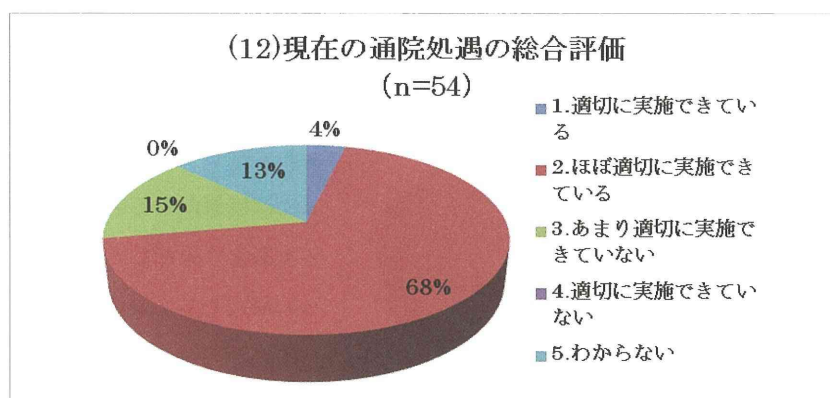


図 (12) a

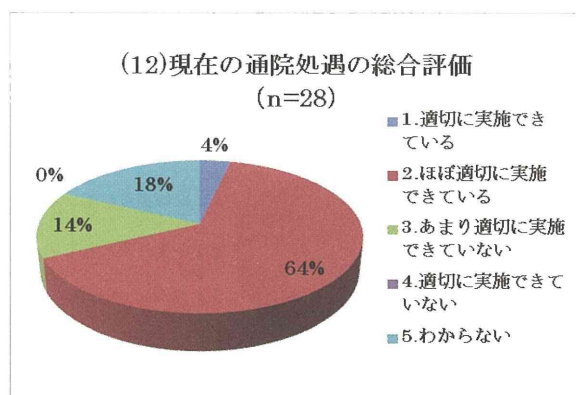


図 (12) b

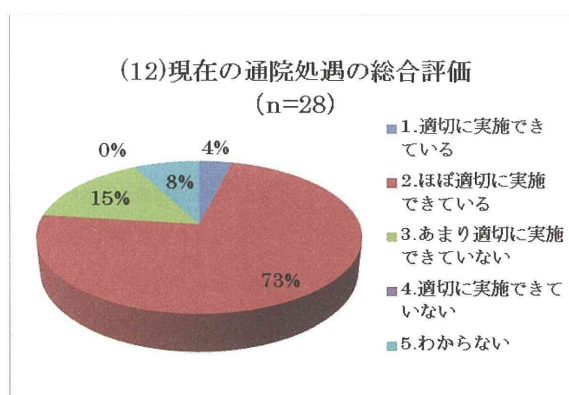


図 (12) c

(13) 職種別総合評価

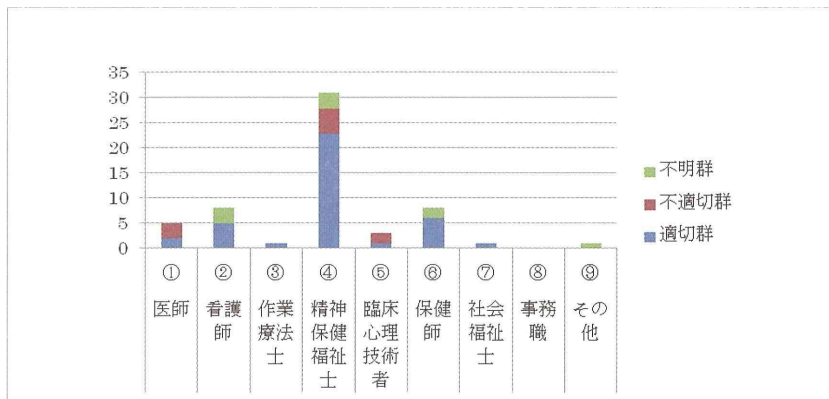


図 (13) a

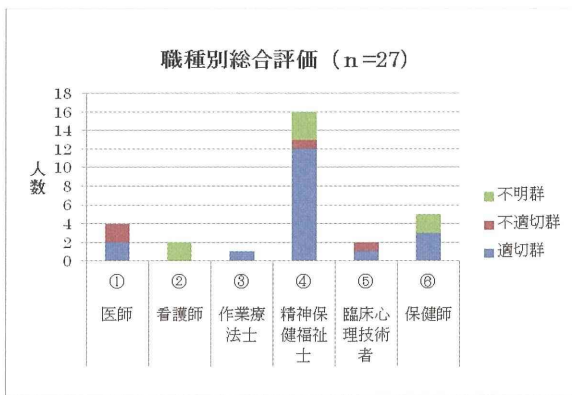


図 (13) b

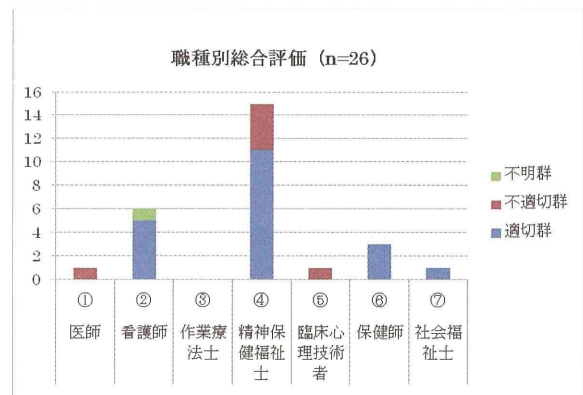


図 (13) c

(14) 勤務先別総合評価

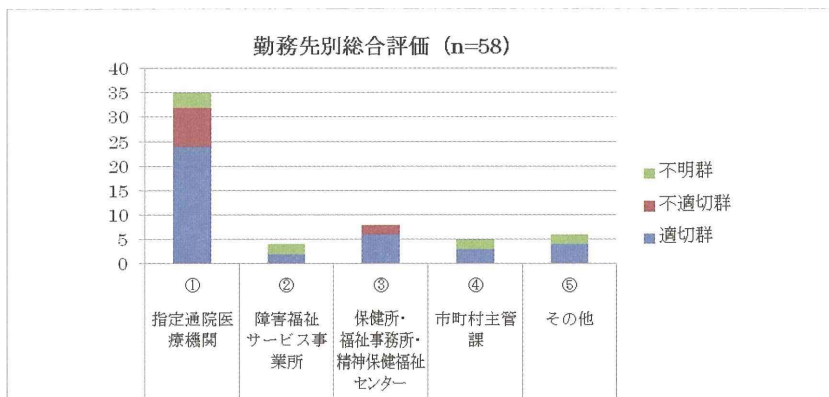


図 (14) a

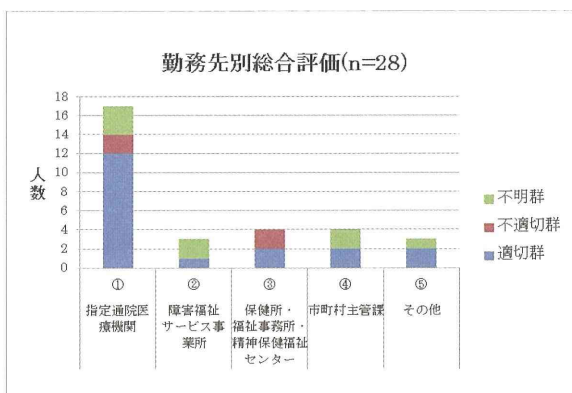


図 (14) b

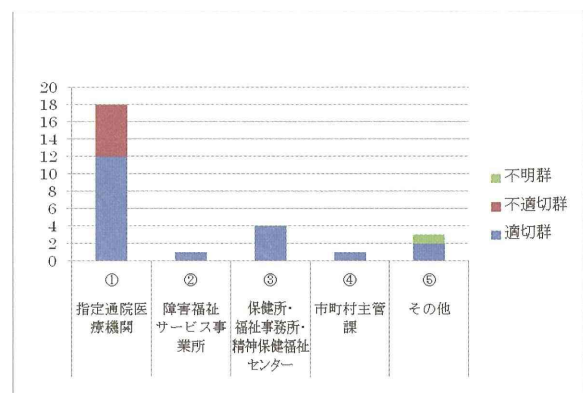


図 (14) c

### 3. 通院ワークブックの作成

通院処遇ワークショップを開催するたびに通院対象者用のプログラムが欲しいという要望が出されてきたので、われわれの分担研究班ではそれに応えるものとして「通院ワークブック」を作成した。

この通院ワークブックは全体として、

- (1) 「通院ワークブック」(57頁)
- (2) 「通院ワークブック」の使い方(3頁)
- (3) (通院ワークブック別冊)「通院導入ハンドブック」(41頁)

という3部作の構成になっている。各部の全容は本報告書の最後の部分に提示することとし、ここではその目次を示しておく。

(1) 「通院ワークブック」の目次

1. 医療観察法通院処遇がはじまりました
2. 「制度説明」資料【通院導入編】
3. 「対象行為の理解」資料【病気と事件の関係を整理する】
4. 自分の病気について知りましょう【統合失調症】
5. 対象行為を理解する
6. 「クライシスプラン」関係資料【良い状態を維持する】

(2) 「通院ワークブック」の使い方の目次

- I 「通院ワークブック」の開発経緯
- II 通院ワークブックの対象
- III 通院ワークブックの内容
- IV 通院ワークブックの構成と使い方
- V 「対象行為の理解」資料のつかい方

(3) (通院ワークブック別冊)「通院導入ハンドブック」の目次

1. 総合チェック表(資料配付、説明等施行)
2. 「医療観察法の通院医療を始めるにあたって」
3. 「あなたの権利に関するお知らせ」
4. 「医療観察法制度説明、用語解説等」
5. 通院処遇関連 ツール&模擬様式等

- ①通院処遇対象者フェイスシート
- ②ケア計画週間予定表(様式+記入例)
- ③個別治療計画書(様式)
- ④緊急対応カード[グリーンカード](様式等)
- ⑤対象者配布用パンフレット
- ⑥家族配布用パンフレット

## D. 考察

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、などの観点から検討することが必要である。

### 1. 基本的な通院処遇実施体制

基本的な通院処遇実施体制の構成要素には、社会復帰調整官(保護観察所)、指定通院医療機関、行政等地域関係機関、障害福祉サービス事業所等地域関係機関の4つがある。その4要素について、今年度、新潟県、福岡県で実施した通院処遇ワークショップでの情報と通院処遇アンケート調査結果から、通院処遇モデルを構築するに当たってその現状と課題について検討してみる。

#### 1) 社会復帰調整官(保護観察所)

従来もそうであったが、今年度のワークショップでも社会復帰調整官に対する評価の高さと信頼感は繰り返し表明されていた。それはアンケート調査にも明確に現れていて、社会復帰調整官が通院処遇のリーダーとしての役割を果たしているかの設問には、「果たしている」「ほぼ果たしている」を合わせて95%という圧倒的多数から高評価を得ているという結果であった。ワークショップ開催に協力する力量のある地域であることや、社会復帰調整官と関係のあるワークショップ参加者がアンケートの回答者であったことによるバイ

アスを差し引いても高い評価と信頼感を得ていると思われる。つまり、社会復帰調整官とは、それを抜きにして通院処遇は成立しないといえるほど重要な職種であることを示す結果である。

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。今回のアンケート調査をみても、社会復帰調整官の員数について、過半数の54%が「不足」「やや不足」と判断しているという結果であった。通院処遇モデルの構築にあたっては、社会復帰調整官の員数とその地域の要請に十分応えられる程度充足されていることが必須であることが改めて確認されたといえるだろう。

## 2) 指定通院医療機関

指定通院医療機関についてはその偏在が常に指摘されているが、今回のワークショップでも同様であった。新潟県のような縦に長い広域県で離島や山村を抱え交通網の発達も必ずしも十分でない地域の場合はその問題が顕著に表れるが、指定通院医療機関を増やそうにももともと医療機関自体がほとんど存在しない地域もあり、その対策は容易ではない。従来から提起しているような補完型指定通院医療機関を活用する方法や、対象者の居住地を指定通院医療機関近くに設定するなどの対応策の具体化が必要となろう。補完型指定通院医療機関の場合は、基幹型指定通院医療機関との連携の在り方、特に多職種チーム会議の開催の仕方や通院医学管理料を両医療機関に設定するなどの対策を検討することが必要となる。また対象者の居住地については、指定通院医療機関の近くに適当な入居施設やアパートが設定できるかという問題と対象者や家族の希望との調整などが課題となる。

一方、福岡県の場合交通網は比較的発達していて、指定通院医療機関もそれに沿って整

備されており、対象者の居住地もそれに沿って存在しているが、それでも遠距離通院、長時間通院の問題が指摘されていた。全ての対象者が1時間以内で指定通院医療機関に通院できるような大阪府の環境は理想的ではあるが、どこでも同様の地理的、交通的条件を期待することはなかなか困難であろう。また首都圏などでは1時間以上の通勤時間は珍しくないことを考えると、感覚的な違いという側面もあるのではないかとも思われる。各地でワークショップを開催して分かってきたことは、指定通院医療機関までの通院時間が1時間以内であると、必要に応じて訪問看護、デイケア、外来作業療法などの提供が容易にできるが、2時間を超えると時間と交通費の問題で必要な医療サービスの提供が著しく制限されてしまうことであった。これらを考慮すると通院時間が1時間半程度におさまる範囲内で指定通院医療機関の整備を進めることが必要ではないかと考えられる。

指定通院医療機関においてももう1つの課題は兼務の問題である。今までワークショップを開催した全ての都道府県で、医療観察法通院医療に携わる職員を専任で配置している医療機関はなかった。おそらく全国的にみても同様の状況であると思われる。その大きな理由は、もともと医療機関の人員配置不足と専任者をおけるだけの診療報酬上の手当てがないことによるものである。指定入院医療機関においては一定数の専任職員の配置が義務付けられ、それに見合う診療報酬上の手当てがなされているので必要な人員配置が可能となっている。通院医療においてもそのような措置がなされれば兼務の問題は軽減され、頑張っている医療機関でも同時に3名の受け入れが限界であるという声を聞くことも少なくなるのではないだろうか。現状のままでは指定通院医療機関が受け入れを縮小したり、指定を返上したりする可能性も否定できない。

今回のワークショップでより明らかになったことは、この通院医療を病院全体で支える体制があると関係スタッフのストレスが減少し、前向きに通院医療に取り組む姿勢が出てくることであった。新潟の病院では、個別対象者の多職種チーム会議の上に病院全体の医療観察法運営会議を置き、両者が連携して通院医療を実施していたが、関係スタッフのアンケート調査では、この通院医療に関わったことを評価している関係スタッフが多く、今後も関わっていきたいとする者も多いという結果であった。また福岡の複雑困難な問題を抱える事例の通院医療を担当した病院では、多職種チームが病院全体の毎朝の総合診療会議で対象者の状況を説明し、チーム以外のスタッフからも助言を得てきたことで、難しい事例にひるむことなく取り組めたことが報告されていた。この点は以前のワークショップでも、その逆の事例が幾つか報告され、院長や病院の他のスタッフの理解がない時にはこの通院医療に関わるスタッフのストレスと疲労感がいかに強いかが表明されていた。

### 3) 行政等地域関係機関

今年度の新潟県と福岡県でも行政等関係機関の協力は、若干の温度差はあるものの十分協力的であった。特に新潟県の場合は、保健所に専任の精神保健福祉相談員を置いている県であり、そのためもあり医療観察法への取り組みにも熱意が感じられ、広域県であることや地域の事情も関係する課題を抱えつつも、その弱点を乗り越えて通院処遇に取り組んでいる姿勢が感じられた。

障害者自立支援法が施行され、障害福祉サービスの実施主体が市町村に一元化されたことに伴い、法改正で平成18年4月から都道府県だけでなく市町村においても精神保健福祉センター及び保健所、その他これらに準ずる施設に、精神保健福祉相談員を置くことができるようになった。その48条で精神保健福

祉相談員のことが規定されている。それによると、精神保健福祉相談員とは、都道府県知事（指定都市の市長、保健所設置市・特別区の市区長）が職員の内から任命するもので、任用資格としては、①精神保健福祉士、②大学において社会福祉又は心理学の課程を修めた者、③医師、④厚生労働大臣が指定した講習会の課程を修了した保健師等となっている。医療観察法の地域処遇をみていると、この精神保健福祉相談員が専任で配置されている地域とそうでない地域とでは、地域処遇への取り組みの積極性がかなり違っていているように感じられる。

医療観察法も施行後6年半が過ぎ処遇終了者が続いているが、ワークショップでしばしば問題となったことは処遇終了後のケアマネジメントは誰が行えばよいかという点であった。処遇中は社会復帰調整官がその役割を果たしており評価を得ているが、終了後はその役割を担うものがいないことが多く、その後も多方面のサポートを必要とする事例では困惑されることが少なくないようであった。その時、保健所等に専任の精神保健福祉相談員が配置されている地域では、処遇中からケア会議に参加してもらい、処遇終了後は精神保健福祉相談員がケアマネジメント役を担うことで比較的円滑に一般精神科医療に移行することができていた。このような点を考慮すると、通院処遇モデルの構築にあたっては、保健所等に専任の精神保健福祉相談員を配置することの重要性を強調しておきたいと思う。

### 4) 障害福祉サービス事業所等地域関係機関

新潟県と福岡県を合わせると「協力できていない」「ほぼ協力できていない」が50%、「あまり協力できていない」「協力できていない」が17%であった。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。



しかし、特に入所系の障害福祉サービスは一部の理解ある事業所に限定されるのが現状であり、受け入れ施設を探すのにかなりの苦労がみられる。通院対象者の入所施設利用は新潟県で30%、福岡県で係属者の利用が22%となっており、過去2年間のワークショップ開催県に比べれば比較的多めの利用となっていた。入所施設の利用率はそれぞれの地域の事情が絡んでおり、多ければ良いというものではないが、家を失ったり、家族との関係が悪くなったりして自宅にすぐには戻れない対象者で単身アパート生活が難しい場合は、退院が可能となった時点で早めに施設に入所することができれば不要な入院の長期化を防ぐことができる。

入所系の施設の利用促進には2つの点が大事であると思われる。1つは緊急時の対応策がしっかりしていることである。施設側にとっても医療観察法の対象者については当初は緊張と不安が大きいものである。しかし、緊急時に社会復帰調整官を中心に医療機関と行政が即応する体制が整っていると、それだけで大きな安心感につながるという。もう1つは経済的な問題である。一般の利用者よりもずっと多くの手間と時間をとられる対象者に対応することになるので、それに見合った優遇策を講じる必要がある。そのような対策が取られた地域では少しずつだが利用が進んでいるようである。

## 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。特に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。

そのため今年度は分担研究班の中に編集委員会を作り、通院処遇でも利用しやすい「通院ワークブック」を作成した。このワークブックは①通院ワークブック(57頁)、②通院ワークブックの使い方(3頁)および③(通院ワークブック別冊)通院導入ハンドブック(43頁)の三部作となっている。「通院ワークブック」と「通院導入ハンドブック」の使い分けや実施方法については「通院ワークブックの使い方」(スタッフ用)に細かく記載されているので、それを参照しながら使っていただきたい。

このワークブックは通院対象者に学んでもらいたい項目として、①医療観察制度、②病気の理解、③病気と対象行為の関係、④クライシスプランの4項目を取り上げ、ワークブックの形にまとめたものである。特に①医療観察制度については必須のものとして、「通院導入ハンドブック」でさらに詳しく学べるようにしてある。しかし、指定通院医療機関は入院医療機関と異なり、様々な体制の中で通院医療が実施されていると思われるので、このワークブックを必要に応じて使いたい部分から使用することも可能となっている。つまり医療機関の事情に応じて使い分けされればよいと考えている。

## 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

今年度のワークショップにおいて、新潟県ではアルコール依存症、福岡県では知的障害の問題が図らずもクローズアップされた。過去には神奈川県で覚醒剤事例あるいは性犯罪事例が取り上げられたこともあるが、このように通院対象者の中には重複障害や特別の問題を抱える事例も一定の割合で存在するので、そのような通院対象者の特徴に対応した治療プログラムも必要となる。

アルコール依存症には専用の治療プログラ

ムがすでにできており、覚醒剤依存症には外来用の脱落防止プログラム、性犯罪事例には性犯罪防止プログラムなどが一応できているので、それらのプログラムの実施体制の整備が残された課題となる。しかし、知的障害や発達障害にはまだ十分認知されているプログラムはないのが現状であろう。このように通院処遇モデルの構築にはこれらのプログラムや実施体制の整備が今後ますます必要となってくるであろう。

## E. 結論

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。このことは人員配置や実施体制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ることを示すものと思われた。

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。このように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、かねて要望の多いものであったので、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てある。

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。

## F. 健康危険情報

特になし。

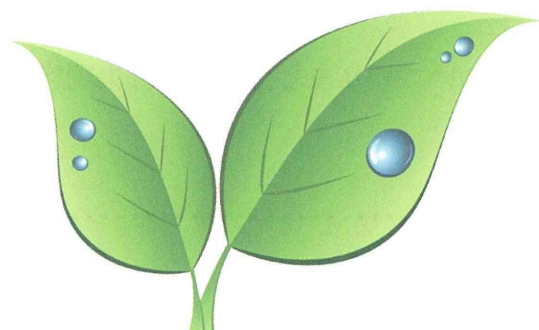
## G. 研究発表

特になし。

## H. 知的財産権の出願・登録状況

なし。

# 医療観察法 通院ワークブック



氏名 \_\_\_\_\_

## 総目次

1. 医療観察法通院処遇がはじまりました……………1
2. 「制度説明」資料【通院導入編】……………2
3. 「対象行為の理解」資料【病気と事件の関係を整理する】……………15
4. 自分の病気について知りましょう【統合失調症】……………22
5. 対象行為を理解する……………29
6. 「クライシスプラン」関係資料【良い状態を維持する】……………43