

通院処遇ワークショップin札幌

日 時：平成 22 年 12 月 18 日（土）17：00～19：00

場 所：TKP ビジネスセンター札幌（ヒューリック札幌ビル 5 階）

カファレンスルーム 5A（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。

プログラム

1. 開会挨拶 厚生労働省
2. シンポジウムー北海道における医療観察法通院処遇の現状と課題について
司会 松原病院 松原三郎
保護観察所
1) 「当院における通院処遇の現状と課題」 札幌花園病院 松原良次
2) 「道北地方における指定通院の現状と課題」 旭川圭泉会病院 橘 武蔵
3) 「再入院に至った通院処遇事例について」
ダイケアクリニックほっとステーション 佐々木 渉
4) 「北海道における地域処遇の現状と課題」
釧路保護観察所 江口義則
3. 総合討論
4. 閉会挨拶 北海道厚生局

主 催 平成 22 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 札幌保護観察所 函館保護観察所
旭川保護観察所 釧路保護観察所

<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・秋月

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方々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

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 21 年度～23 年度

総合研究報告書

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

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）

平成21年度～平成23年度 総合研究報告書

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）

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）

石井 利樹（神奈川県立精神医療センター芹香病院）

市田 晋也（法務省大阪保護観察所）

岩間 久行（神奈川県立精神医療センター芹香病院）

籠本 孝雄（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）

川副 泰成（神奈川県立精神医療センターせ
りがや病院）

川原 稔（法務省大阪保護観察所）

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）

桑原 寛（神奈川県精神保健福祉センター）

佐賀大一郎（法務省東京保護観察所立川支部）

白戸 雅美（法務省新潟保護観察所）

高橋 昇（国立病院機構花巻病院）

津梅 雅義（法務省水戸保護観察所）

鶴見 隆彦（法務省横浜保護観察所）

土井 永史（茨城県立こころの医療センター）

原澤 祐子（神奈川県立精神医療センター芹香病院）

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）

正岡 洋子（大阪府立精神医療センター）

松本 高成（法務省熊本保護観察所）

三浦 香織（法務省盛岡保護観察所）

三澤 孝夫（国立精神・神経医療研究センター病院）

嶺 香一郎（法務省福岡保護観察所）

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）

望月 和代（法務省横浜保護観察所）

研究要旨

通院処遇（医療）モデルを構築するに当たって、この3年間に神奈川、岩手、熊本、茨城、大阪、新潟および福岡の7都道府県で通院処遇ワークショップを開催し、地域の通院処遇の実情を把握してきた。平成23年度には新潟と熊本のワークショップの際に、参加者に通院処遇アンケート調査を実施した。また要望の多かった通院対象者用の専用プログラムを「通院ワークブック」という形で作成した。

通院処遇モデルを考察するためには、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、および④処遇終了と地域移行などの観点から考える必要がある。

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十分果たしていると認められていた。通院処遇が円滑に実施されるためには、今後も継続的に社会復帰調整官の必要数が確保されていくことが大切である。指定通院医療機関については大阪府以外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必要である。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でも必要である。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通院処遇の実施や処遇終了後の地域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。

A. 研究目的

医療観察法の施行から6年半が経過し、通院処遇を受ける対象者や、それを終了した対象者の数が着実に増加している。医療観察法対象者に対してどのような通院処遇を提供することが、通院処遇を順調に継続させ、かつ社会復帰の促進に有用であるかを知ることができれば、通院処遇の質の向上に役立つものと思われる。この通院処遇（医療）モデルの構築に関する研究は、そのような観点から通院処遇の在り方を検討し、その質の向上に資することを目的としたものである。

B. 研究方法

通院処遇は、社会復帰調整官の新設を除けば従来の精神科地域ケア体制を利用することが前提となっている。しかし、その精神科地域ケア体制は保護観察所管轄地域ごとに相当異なる実態があるので、通院処遇モデルを考えるときには、その実情をつぶさに知る必要がある。そのためある程度特徴のある都道府県で通院処遇ワークショップを開催し、各地域の実情を把握した上で通院処遇モデルを考察することにした。

1. 通院処遇ワークショップの実施

通院処遇ワークショップであるが、平成21年度は神奈川、岩手、熊本、平成22年度は茨城、大阪、平成23年度は新潟、福岡のあわせて7つの都道府県で実施した。分担研究班が主催し、各地の保護観察所の共催という形で開催し、その地域の指定通院医療機関、行政等関係機関、障害福祉サービス事業所等関係機関の関係職員の参加を依頼した。プログラムは表1の通りであり、どの地域でも同じプログラムで進行することにした。

2. 通院処遇アンケート調査の実施

平成23年度は新潟県、福岡県とも通院処遇ワークショップの会場において参加者にアンケート調査を実施した。ワークショップでは定性的な実情を把握することはできるが、定量的な実情を知ることは困難であるので、それを補うことが目的である。対象者は、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である。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、平成23年度の第2回と第3回の分担

(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

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

通院処遇ワークショップを開催する中で、特に直接通院の対象者に専用のプログラムが必要であるという要請が多くみられたので、分担研究班で検討し「通院ワークブック」という形でまとめた。

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。

C. 研究結果

1. 通院処遇ワークショップから見た各地の通院処遇の現状

通院処遇ワークショップ開催時点の通院処遇の現状をまとめたものが表2と表3である。また各都道府県の通院処遇の現状を要約すると以下のようにまとめられる。（数字は通院処遇ワークショップ開催時点のものである）

<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福祉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、広大な領域に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%と全国平均（平成19年度岩成班データでは、それぞれ55.3%、66.5%）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。

＜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。

（表2）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、1,898km ² 人口密度4,655人/ km ² 、公共交通発達	297万人、6,096km ² 人口密度487人/ km ² 、公共交通貧弱	182万人、7,406km ² 人口密度246人/ km ² 、公共交通貧弱	135万人、15,279km ² 人口密度89人/km ² 、 公共交通未発達	896万人、2,416km ² 人口密度3,708人/ km ² 、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
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 大な領域で全く不 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 の専門性の再認識 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1h 40m) 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3) 各都道府県における通院処遇の現状(続き)(通院処遇ワークショップ開催時点)

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 ² 、89人/km ² 、公共交通不十分	506万人、4,977km ² 、1,017人/km ² 、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、全てに事例に関与、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)が 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

2. 通院処遇アンケート調査の結果

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記載する。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。

(1) 主な職種

参加者の主な職種は、精神保健福祉士31名(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

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

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

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

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

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

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

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」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

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

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

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

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

(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

(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、否定的評価を少しみられた。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。

3. 通院ワークブックの作成

通院処遇ワークショップにおいて通院対象者用プログラムへの要請が強いため、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

本分担研究のテーマは通院医療モデルの構築であるが、通院処遇というのは病院を中心とした通院医療だけで成立するものではなく、地域処遇の中ではじめて語れるものである。そういう意味で、通院医療モデルの構築を考えると、地域処遇体制はどのようなになっているか、指定通院医療機関の通院医療体制は

どうか、そして医療サービスや通院プログラムなど通院医療の内容はどうかなどの視点から考察することが必要である。そして通院処遇は原則3年以内、最長5年と期間が限定されているので、処遇を終了するとき、どのような形で円滑な地域移行を図るかという視点も忘れてはならない

そのため通院処遇(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、④処遇終了と地域移行などの観点から検討する。

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、今まで7地域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考察する。

1) 社会復帰調整官(保護観察所)

新設された社会復帰調整官の役割が最も重要である。通院処遇関係機関を招集してケア会議を開催し、処遇の実施計画とクライシスプランを作成し通院処遇の進行を図るという点では通院処遇のリーダーといえる。また、対象者の希望を聞きながらケア会議の中で処遇の実施計画を定めていく点では、通院処遇のケアマネージャー(ケアコーディネーター)ということもできる。そして自らは精神保健観察という形で、対象者を訪問し、必要な助言や指示を行いながら、処遇の終了まで見守りを続けるという役目も担っている。社会復帰調整官の役割はこれだけにとどまらず、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。

今までのワークショップでは、ごく一部の例外を除き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がある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。

このように社会復帰調整官の通院処遇における役割は大きなものがあるが、社会復帰調整官自らは、精神保健観察以外、医療的手段も福祉的手段も持っているわけではない。そ

のため対象者に医療的問題や福祉的問題が生じたときは、関係機関に対応してもらわなければならないことになる。特に指定通院医療機関との緊密な連携は、通常の医療サービスのほか、病状増悪時の緊急対応などで重要となる。また、精神保健福祉行政機関や社会復帰施設などの協力も通院処遇を円滑に進めていく上で不可欠なものである。

2) 指定通院医療機関

(1) 偏在の問題

指定通院医療機関については大阪府を除いてその偏在が常に指摘されていた。大阪府では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。この要因の1つとしてとして、15カ所の訪問看護ステーションが補完型指定通院医療機関としての協力していることがある。

しかし、大阪府のように交通網や地理的条件が整っていることは例外であり、多くの都道府県では指定通院医療機関の偏在はある程度生じるのはやむを得ないとも思われる。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、新潟のような広域県では、面積も考慮した基準でない現実的ではない。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もいえない。

偏在に対する対策としては、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。

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。

(2) 兼務の問題

指定通院医療機関におけるもう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従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し、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。

(3) 病院全体で支える体制

今までのワークショップで明らかになった

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、今後に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。これとは逆に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ワークショップの中で表明されることが多かった。

3) 行政等地域関係機関

ワークショップを開催した7つの都道府県において、行政等関係機関は、若干の温度差はあるものの十分協力的であった。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るためか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。これは保健所に専任の精神保健福祉相談員を配置している神奈川県、大阪府、多くの政令市などでも同様であった。

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。

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。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。また、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。

通院処遇アンケート調査では、新潟県と福岡県を合わせると「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。障害福祉サービスの利用が進んでいることが分かる。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勞がみられる。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。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。

そのため平成23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。

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

今まで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。また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を実施する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。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も今後の課題となってくるであろう。

4. 処遇終了と地域移行

処遇終了が着実に増加しているが、どこまでやれば処遇を終了してよいか基準がよくわからないという声も多い。通院処遇ガイドラインでは処遇終了の目安を、「①病状が改善し、通院後期において一定期間病状の再発がみられない。②処遇終了後、継続的な治療（通院、訪問看護等）が安定して実施できる。③処遇終了後、服薬管理、金銭管理等の社会生活能力が確保されている。④処遇終了後、安定した治療を継続できるための環境整備、支援体制が確立している。⑤緊急時の介入方法についても地域における支援体制が確立されている。従って、一般医療を継続することにより病状の再発の可能性が低い」とされている。この目安は事例によっては全て達成されてい

るとは限らないと思われるが、一般医療で病状の再発の可能性が低いことと、それに伴う再被害行為のリスクが低いと多職種チームで判断できれば、終了の申立てをすることも可能であると考えている。

また、処遇終了後に誰が社会復帰調整官の役割を担うかについても懸念する声が多かった。先述したように保健所に専任の精神保健福祉相談員が配置されていれば、その役割を担うのに適していると思われる。あるいは、相談支援事業を行っているところが担当するのも地域によっては可能であろう。これは、医療観察法というより一般精神科医療の地域ケアの問題であり、一般精神科医療の底上げがやはり急務となってくる。

E. 結論

通院処遇（医療）モデルを構築するに当たって、この3年間に神奈川、盛岡、熊本、茨城、大阪、新潟および福岡の7都道府県で通院処遇ワークショップを開催し、地域の通院処遇の実情を把握してきた。平成23年度には新潟と熊本のワークショップの際に、参加者に通院処遇アンケート調査を実施した。また要望の多かった通院処遇者用の専用プログラムを「通院ワークブック」という形で作成した。

通院処遇（医療）モデルを考察するためには、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、および④処遇終了と地域移行などの観点から考える必要がある。

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十分果たしていると認められていた。通院処遇が円滑に実施されるためには、今後も継続的に社会復帰調整官の必要数が確保されていくことが大切である。指定通院医

療機関については大阪府以外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必要である。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通院処遇の実施や処遇終了後の地域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。

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

医療観察法対象者の転帰・予後に関する研究

平成 21 年度～平成 23 年度

総合研究報告書

平成 24（2012）年 3 月

分担研究者 平田 豊明

独立行政法人静岡県立こころの医療センター院長

研究協力者：

石丸 正吾（岩手県立中部病院）

鈴 道行（尼崎保健所）

福田 章子（東京保護観察所立川支部）

田野 島隆（札幌トロイカ病院）

岩間 久行（神奈川県立精神医療センター）

平林 直次（国立精神神経センター病院）

川畑 俊貴（京都府立洛南病院）

松坂あづさ（さいたま保護観察所）

椎名 明大（千葉大学医学部附属病院）

森口 秀樹（八戸ノ里クリニック）

研究要旨

転帰は医療の有効性を示す重要な指標の一つである。本研究では、医療観察法対象者の流れと転帰をアンケート調査によって把握し、可能な範囲で医療観察法医療の有効性と課題を明らかにしようとするものである。さらに、医療観察法対象者の流れと転帰の確実な把握のため、処遇終了報告の義務化を提唱するとともに、入院及び通院処遇終了報告書の試作を試みる。

A. 研究目的

1. 医療観察法入院および通院処遇終了者の転帰とプロフィールを明らかにする。
2. 上記結果を解析して、医療観察法医療の有効性と課題を明らかにする。
3. 医療観察法処遇終了者のプロフィールと転帰を確実に把握する方法を具体的に提示する。

B. 研究方法

1. 平成21年度及び22年度は、医療観察法指定通院医療機関および指定入院医療機関に対して、同法処遇終了者の転帰とプロフィールに関するアンケート調査を行った。
2. 平成23年度は、平成21年度及び22年度に行ったアンケート調査の成果を分析して、処遇終了者の転帰とプロフィールを確実に

かつ詳細に把握することのできる医療観察法入院処遇終了報告書および、通院処遇終了報告書を試作した。

3. 平成23年度は、個人情報にかかわる部分を削除した処遇終了報告書（試作品）を調査用紙として、同法処遇終了者の転帰とプロフィールに関するアンケート調査を行った。
4. 平成21年度から23年度にかけて行ったアンケート調査の結果を分析して、医療観察法医療の有効性と課題を検討した。

（倫理面への配慮）

本研究では、個人を特定できる情報を収集しないように配慮した。また、調査結果の報告は数値や区分に限定し、個人を特定しうる内容は公表しなかった。調査用紙は分担研究者が3年間、厳重に保存した上で処分する。