

医療観察法
地域処遇体制基盤構築事業
調査結果報告書

平成25(2013)年3月



東京都福祉保健局

医療観察法地域処遇体制基盤構築事業 調査結果報告書



平成 25 年 3 月
東京都福祉保健局

はじめに

- 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（以下「医療観察法」という）は心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者に対し、継続的かつ適切な医療並びにその確保のために必要な観察及び指導を行うことによって、その病状の改善及びこれに伴う同様の行為の再発を防止し、もって社会復帰を促進することを目的として平成 17 年に施行されました。
- 医療観察法の対象者は、検察官が地方裁判所申立てる審判により、多くの場合入院処遇または通院処遇が決定し、厚生労働大臣が指定する医療機関において治療が行われます。制度発足後、対象者は増加しており、特に東京は全国の対象者の約 1 割を占めています。
- 現在、都内には 2 所の指定入院医療機関と指定通院医療機関の指定を受けた医療機関が 19（病院 17、診療所 2）ありますが、社会復帰を目指す趣旨に相応しく、対象者の通院にかかる利便性を考慮できるほどの通院医療機関数がないのが現状です。

都は、指定を行う厚生労働省、関東信越厚生局、法務省東京保護観察所などと協力して、指定医療機関確保のため関係団体役員会での説明を行い、依頼に加わるなど様々な取組を行ってまいりました。

しかし、現状から見て、指定通院医療機関の指定では、医療機関における人材確保や医療体制、採算性なども含めて検討いただくこととなりますが、指定通院医療機関に対する意識をはじめ整備が進まない要因を明らかにしていかなければ解決できないと考えました。
- そこで、都では国の基金である「医療観察法地域処遇体制基盤構築事業」を活用し、指定通院医療機関への参画を促すことを目的として、指定通院の処遇に対する意識や実態を調査するため独立行政法人国立精神・神経医療センターに委託し、同センター精神保健研究所司法精神医学研究部（岡田幸之部長）に事業を実施していただきました。研究代表者は、同研究部菊池安希子室長にお引受けいただきました。
- この調査報告書がきっかけとなり、より多くの医療機関に、指定通院医療機関への参画をいただけることを期待するとともに、都として東京保護観察所と協力し、指定医療機関相互や関係機関の連携を図り、対象者の他害行為なき社会復帰や一般医療への移行促進に少しでも寄与できるよう努力してまいります。

平成 25 年 3 月
東京都福祉保健局

目 次

はじめに

I 東京都医療観察法通院処遇の現場の声

1. 指定通院医療機関院長インタビューから …………… 1
2. 精神保健観察から見た東京都の医療観察法指定通院医療機関の整備に関連する要因
～社会復帰調整官インタビューから～…………… 9
3. 指定通院医療機関の精神保健福祉士が抱える困難と対応に関する調査 …………… 13

II 指定通院医療機関における業務量調査…………… 21

III 常勤精神保健指定医の指定通院医療に関するアンケート…………… 33

IV 情報提供 1：全国の通院対象者の実態と問題行動の分析…………… 65

V 情報提供 2：医療観察制度の各処遇段階において参考となる各種資料の紹介…………… 83

執筆責任者一覧…………… 91

I 東京都医療観察法通院処遇の現場の声

岡田 幸之, 菊池 安希子, 長沼 洋一

I 医療観察法通院医療の現場の声

1. 指定通院医療機関院長インタビューから

■目的

医療観察法の指定通院医療機関をより増やすためには、どのような工夫が必要であるか、現状ではどのようなことが原因となって数が伸びないのかを探るため、指定通院医療機関の管理者の立場にある院長にインタビューを行うことにした。

■対象と方法

調査趣旨を説明した上で、インタビューへの同意を得られた院長5名（うち2施設は指定通院医療に直接携わっている精神保健福祉士も同席）のもとを調査者3名（岡田、菊池、および東京都職員）が訪問した。

30分～1時間でインタビューを行った。インタビューにあたっては、とくに以下の6項目について焦点をあてた。

- Q1 医療観察法の通院医療機関を引き受けた理由
- Q2 医療観察法の通院医療機関を引き受ける前の不安や心配について
- Q3 医療観察法の通院医療機関を引き受けるなかでの不安や苦勞について
- Q4 医療観察法の通院医療機関を引き受けることによる、負担、デメリットについて
- Q5 医療観察法の通院医療機関を引き受けることによる、メリットについて
- Q6 医療観察法の通院医療機関を増やすためのアイデアについて

■調査期間

平成24年11月1日～11月16日

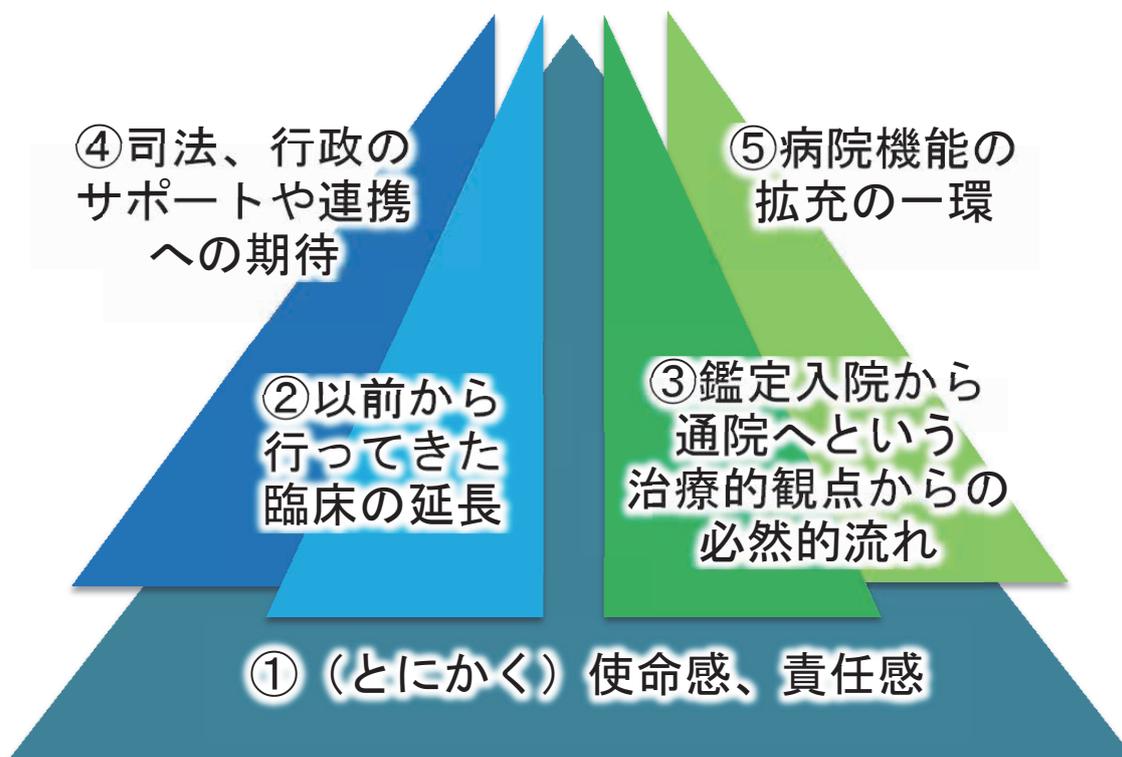
■結果と考察

上記Q1～Q6それぞれに対して得られた回答をまとめた結果を、次頁以降にそれぞれ整理して記す。



指定通院医療機関を

1 引き受けた（ている）理由は？



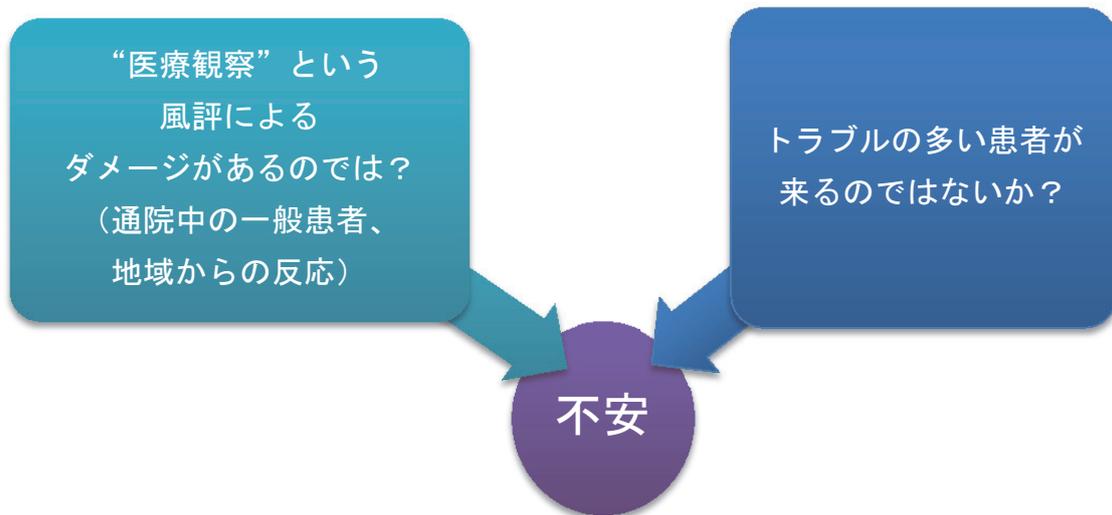
医療観察法の指定通院医療機関を引き受け、そしてそれを継続している最大の理由のとして共通にあげられたのは「とにかく自分たちがやるしかないと思った」「国に協力しようと思った」という言葉であった。地域精神医療を支えるのは自分たちの病院であるという医療機関としての使命感や責任感が、引き受けの土台となっているといえる（図①）。

こうした土台のうえに、以前から担ってきた地域医療の延長としての取り組み（図②）、あるいは医療観察法の鑑定入院を受けた対象者が審判の結果、通院をすることになったので、必然的に自分の病院が引き受けるしかないと考えたという治療的観点からの引き受け（図③）、さらに新しい制度になったことで、司法や行政が医療へのサポートや連携をしてくれるだろうという期待（図④）、などがあげられた。

また、自身の医療施設の病院機能の拡充の一環として、指定通院医療も受けることにしたという声もあった（図⑤）。

指定通院医療機関の数を増やそうとするとき、現在その役割を担っている医療施設というのは、病院として社会に貢献をしようという思いに動機づけられているということを理解しておくことは非常に重要である。

Q2 指定通院医療機関を 引き受ける前の不安は？



既に指定通院医療機関になっている病院が、指定を受けて業務をする前に抱いていた不安を知ることは、新たな指定通院医療機関を増やすにあたって参考となる。今回のインタビューでは、大きく2つの不安があげられた。

第一は、医療観察法の指定通院医療を行っているということになると、一般精神医療で通院中の患者が怖がってしまうのではないかと、地域住民から反対運動などが起こるのではないかと、いわゆる風評の影響を心配したというものであった。

第二は、指定通院医療で携わることになる患者はトラブルが多いのではないかと、というものであった。

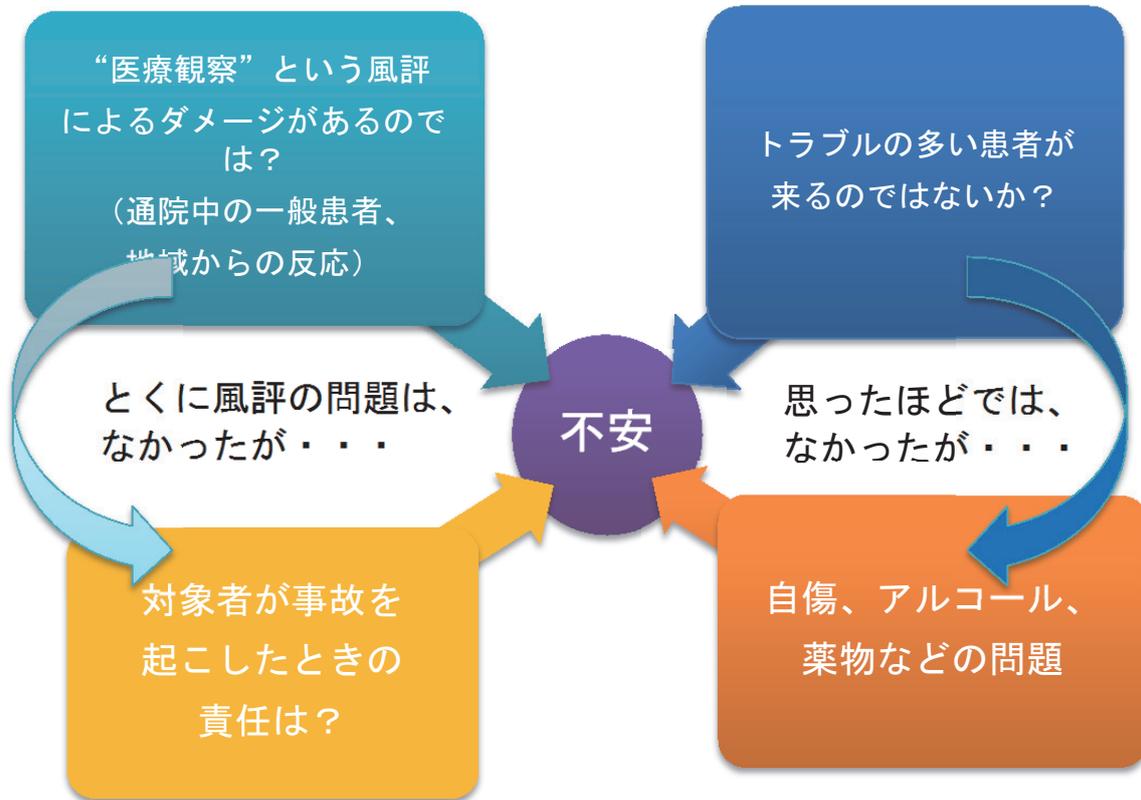
こうした不安を解消、軽減することが指定通院医療機関の数を増やすためには必要であるといえるであろう。



指定通院医療機関を

3

やりながらの不安、苦労は？



実際に指定通院医療をはじめてみると、Q3で確認した開始前の不安については、実際には風評の問題もなく、また従前の措置入院をしていた患者などと比べても、トラブルが多いということはなかったという話が聞かれた。

一方で、指定通院医療をはじめてから実際に不安や心配に感じていることについて尋ねると、万一、対象者が再他害などの事故をおこした場合の責任体制について、そして自傷、アルコール・薬物など従来の精神医療でも問題となりやすいことについて、不安や苦労を抱えているという回答が得られた。

医療観察法であることによる特殊な不安があるわけではないが、一般の精神医療のなかでも問題になることについての不安を解消、低減していくことが求められていると言えるであろう。



指定通院医療機関の

4 負担、デメリットは？

診療報酬が低い（とくに入院と比較すると・・・）

「通院だから軽症で簡単」と見積もられているのではないかな？再発・再燃予防は手間がかかることを理解していないのではないかな？

（受け入れ前も含めて）会議が多く、時間、移動時間、労力、招集の手間などをとられる

書類が多い、法的手続き業務も多い

連携作りに手間がかかる

他施設のバックベッドとの調整（診療報酬の面も含めて）が難しい

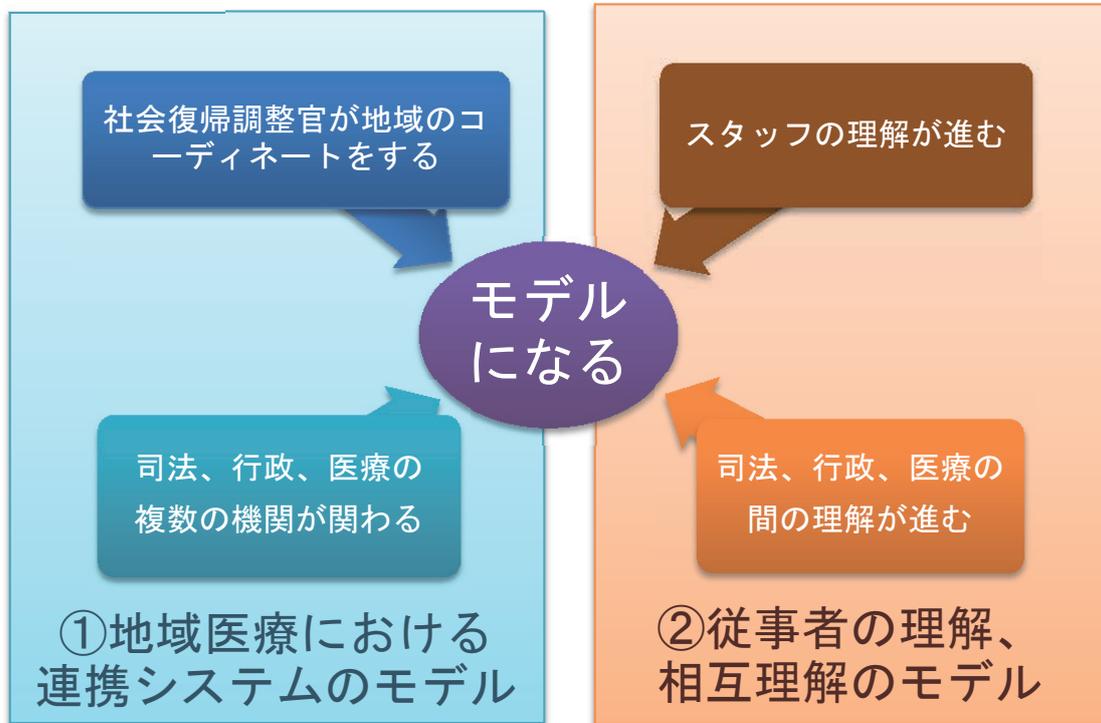
自施設のバックベッドの確保（と措置入院の輪番制ベッドの重複など）が難しい

（反応性がある対象者は入院して）むしろ、治療反応性のない対象者が送られてくる印象

制度終了後の流れが整備されていない（病院がすべてを請け負うような状況）

医療観察法の指定通院医療をすることに伴うデメリットについて質問した。診療報酬の（とくに入院医療と比較した）相対的な低さは、しばしば指摘される回答であった。その他に、時間、労力がかかること、バックベッド（通院中に入院をしなければならない状態になった場合に受け入れるための病床）の確保やその際の診療報酬の問題（指定通院医療機関とバックベッド提供の医療機関がそれぞれどのような負担をして、どのように診療報酬請求をするのかなど）をはじめとする連携の難しさ、制度移行（入院から通院）や制度終了（通院から一般精神医療）といった医療的な流れの整備の問題などが指摘された。また対象者の選定に疑問があることなどより直接に治療内容に関わる指摘もあった。こうしたデメリットに関する指摘は指定通院医療の機能の向上のヒントとして注目すべきである。

Q5 指定通院医療機関の メリットは？



医療観察法の指定通院医療を行うことによるメリットを尋ねたところ、社会復帰調整官の働きや司法、行政、医療の複数機関の関わりといった地域医療の連携システムのモデルとなる（図①）という指摘と、この医療に関わるスタッフの理解の促進につながることやさらに司法、行政、医療の相互理解が進むといったスタッフの啓蒙のモデルになる（図②）という指摘があった。

これらのメリットに注目して、連携システムの強化やスタッフ教育や交流の機会を増やすことが、この医療に関わる施設を増やし、また維持していくことにつながるものと思われる。



指定通院医療機関を 増やすためのアイデアは？

診療報酬を上げる

既存施設からの「うちもやっている」「頑張っている」「できる」といった情報発信

公立病院が率先する（しかし、おしつけるのではなく、公立病院に医師が定着するように給与の増額や負担の軽減が必要）

それほど危険ではないという情報発信（全国的データ、既存施設からの情報）

バックベッドの整備（形だけではなく、メールや電話ではなく、顔と顔のつながりが大事）

大規模施設でなければできないようなシステム（PSW 2～3人では難しい）を改善する

事例に濃淡をつけ、サービスに濃淡をつけるシステムにする

むしろ地域の巻き込みは適宜にするという、小回りのきくシステムにする

精神保健指定医業務に積極的に入れる

最後に医療観察法の指定通院医療機関の数を増やすにあたって有効と思われる工夫について質問した。

本制度を担うことによるデメリット（Q4）で指摘されているとおり診療報酬は重要なポイントである。たしかに、報酬の向上はどのようなサービスについても常に指摘されるインセンティブ（励みになる動機づけ）である。ただ、単純に点数を上げるのではなく、医療観察法のように特殊性のある制度の場合には、おそらく個々のスタッフがきめ細やかに提供するサービスについて適切に評価を受けるということが必要であると思われる。たとえば指定通院医療の開始前から受け入れのために入院医療機関を訪問して対象者に会うといったことは臨床上非常に有用であるとされながら、診療報酬には反映されていない。この医療を支える土台は使命感や責任感であること（Q1）からも、こうした細かなところに目を向けた報酬の設定が重要であると言えるであろう。

この他には、バックベッドの整備をする、事例の難度に応じてサービスに濃淡をつけること、小回りのきくシステムにする、などの指摘があった。病院ごとの普段の地域精神医療への取り組みかたのスタイルに合わせた円滑なシステムの整備によって、円滑な医療サービスを促進することが重要であるということになるであろう。

I 東京都医療観察法通院処遇の現場の声

2. 精神保健観察から見た東京都の医療観察法指定通院医療機関の整備に関連する要因 ～社会復帰調整官インタビューから～

■はじめに

医療観察法制度においては、対象者の社会復帰を支援する関係機関の一つとして、保護観察所が関わっている。医療観察法対象者の地域ケアには、医療機関のほか、精神保健福祉センター、保健所など多くの精神保健福祉関係の機関が関わるが、これら関係機関の連携が十分に確保されるように、処遇のコーディネーター役を果たしているのが、社会復帰調整官である。

医療観察法地域処遇体制基盤構築事業の一環として、社会復帰調整官が行う精神保健観察業務の中から把握されている東京都の指定通院医療機関の整備に関連する要因を抽出するため、インタビュー調査を実施したので、その概要を報告する。このインタビュー調査から得られた知見は、後に、都内の指定通院医療機関及び、今後その候補になり得る都立病院、指定病院、スーパー救急病棟を持つ病院、精神科二次救急指定医療機関に在職の常勤精神保健指定医に対するアンケートの項目を作成するために活用された（本報告書Ⅲ章参照）。

■方法

東京保護観察所（本庁）及び立川支部に平成24年7月1日に在勤の社会復帰調整官9名を対象とした。平成24年8月に、東京都医療観察法地域処遇の全体像についてのインタビューを実施した。

国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所司法精神医学研究部の研究者AKとYNが、インタビュー時のメモと録音を元に、東京都医療観察法通院処遇に関連する要因をKJ法により、抽出した。

■結果

東京都在勤の社会復帰調整官のインタビューからは以下の4テーマが抽出された。

- テーマ1：社会復帰調整官の直面している課題
- テーマ2：指定通院医療機関のメリット・デメリット
- テーマ3：指定通院医療機関への依頼と取り組み
- テーマ4：指定通院医療機関の増加に向けて

1. 社会復帰調整官の直面している課題

「指定通院医療機関の絶対的な不足と偏在」および「病院側の条件と患者特性の不一致」が最大の課題としてあげられた。

指定通院医療機関の偏在により、特に下図に薄赤色で示した地域では、指定通院医療機関がないために、医療観察法通院処遇対象者の指定通院機関を決めるための困難が生じやすい。特に、23区のように人口や対象行為発生件数が多いにも関わらず、指定通院医療機関が少ない地域では、対象者は、長時間かけて遠くの指定通院医療機関の通わなくてはならなくなり、負担が大きい。



図1 東京都の指定通院医療機関（平成23年12月30日現在）

また「病院側の条件と患者特性の不一致」の例としては、物質使用障害を抱えた対象者が通える範囲の指定通院医療機関では、物質使用障害のプログラムが存在していないなど、対象者のニーズに合った指定通院医療機関を決めるのが困難な場合が挙げられる。

2. 指定通院医療機関のメリット・デメリット

社会復帰調整官が精神保健観察の中で観察しているメリット・デメリットは以下の通りであった：

- | | |
|-------|----------------------|
| メリット | ・連携の充実化 |
| | ・支援の質の向上 |
| デメリット | ・業務負担感の増加 |
| | ・診療報酬の不足 |
| | ・志度の理解不足やイメージから来る抵抗感 |

3. 指定通院医療機関への依頼と取り組み

医療機関に新たに指定通院医療機関として指定を受けてもらう際の働きかけには、社会復帰調整官が重要な役割を担っていることが多く、これに関連して以下のテーマが語られた。

- ・依頼の窓口

多くの場合は、医療機関の精神保健福祉士が最初の窓口になっている

- ・受諾への取り組み

社会復帰調整官から院長・事務長・看護部門に対する制度説明を行ったり、対象者情報（居住地が近い、元患者など）の提供をしたりするなどの取り組みを行っている

- ・医療機関からの要望

社会復帰調整官は、ケア会議の負担軽減や「受け入れ前の外来受診による病状把握と治療関係の構築」等の医療機関側の要望を調整しつつ、地域支援体制の構築をする中で、指定通院医療機関を引き受けてもらうための取り組みを行っている

4. 指定通院医療機関の増加に向けて

精神保健観察の中から見えている指定通院医療機関増加に向けた案としては、以下の内容が抽出された：

- ① 医療観察法制度の周知
- ② 診療報酬をはじめとしたインセンティブの強化
- ③ 職員の育成及びスキルアップのための継続的研修
- ④ 地域関係機関との日常的な連携
- ⑤ 診療所指定時のバックベッドの整備

■まとめ

社会復帰調整官のインタビューの結果、指定通院医療機関拡充のための主要な課題として、「指定通院医療機関の絶対的な不足と偏在」および「病院側の条件と患者特性の不一致」が抽出された。指定通院医療機関になることには、メリットもデメリットもあると認識されていた。社会復帰調整官は、対象者情報の提供や制度説明、候補医療機関の要望の調整などをしながら、新たな指定通院医療機関の開拓をしていた。東京都における指定通院医療機関が増加に向けた案としては、医療観察法制度の周知、インセンティブ強化、研修の充実、日常的な地域関係機関との連携、バックベッド整備などが抽出された。

I 東京都医療観察法通院処遇の現場の声

3. 指定通院医療機関の精神保健福祉士が抱える 困難と対応に関する調査

■研究の背景

「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律」いわゆる医療観察法においては、通院処遇に関する制度がもうけられている。これは、入院によらない医療を受けている処遇対象者に対して、病状の改善と触法行為の再発の防止を図り、社会復帰を促していくための制度と位置付けられている。この制度では、指定を受けた通院医療機関（法律上は、病院、診療所および薬局等を指定するとされているが、本報告では病院、診療所を指すこととする）において精神科デイケアや訪問看護、ケア会議への参画等の様々な医療や地域連携体制を整えることが求められている。そのため、公立系の病院だけではなく、一定水準以上の医療が提供できる多くの民間精神科病院や診療所が通院医療機関として指定されている。

指定通院医療機関は年々増加しているものの、人口が多くそれゆえに通院処遇対象者数も多くなる大都市圏では相対的に指定通院医療機関数の不足が指摘されている。特に東京都では、指定通院医療機関の不足は深刻な課題となっている。

大都市圏において指定通院医療機関数が増加しないことには、何が障壁となっているのであろうか。またその障壁に対してこれまで現場でどのような取り組みがなされたのであろうか。指定通院医療機関数の増加を促進する要素はあるのであろうか。こうした点について、多角的に明らかにすることが喫緊の課題となっている。

■研究目的

本研究では医療観察法の指定通院医療機関が抱える様々な現状を、精神保健福祉士の視点から把握することを目的とする。精神保健福祉士は、その職務上事務書類手続きから他機関や他部署との連絡調整を多く担当しており、様々な側面で生じている課題を把握していると考えられるためである。そこで本研究では、医療観察法の指定通院医療機関に勤務しその通院処遇事例を担当したことのある精神保健福祉士が、実際の制度の運用に際してどのような障壁に直面したのかを明らかにすることを目的とする。現場での実際の工夫や取り組みについても合わせて調査することでその障壁の困難性を明確化し、今後に向けて必要な方策について提言を行うこととする。

■研究方法

本研究では探索的にかつ様々な実情を把握するために、フォーカスグループインタビュー法を用いた。

調査の対象者は、東京都の司法精神医療・福祉連絡協議会に参加している指定通院医療機関の精神保健福祉士（以下 PSW）である。調査の実施に際してはあらかじめ趣旨を説明し、条件に該当し、調査実施日に参加可能であった 11 名の PSW 及びその所属長に対して東京都福祉保健局と調査事務局である国立精神・神経医療研究センターより研究協力を依頼した。調査は 2012 年 10 月 11 日に東京都内の会議室にて実施した。

調査内容は、以下の3点である。

- 1) 通院処遇関連業務に従事している PSW が直面している困難とは何か
- 2) 上記の困難に対して、現状ではどのように対処しているのか
- 3) 上記の困難に対して、どのような条件整備や施策が望まれているのか

以上の内容について焦点化したグループインタビューを実施した。主たるインタビュアーとしては、研究スタッフでありかつ指定通院医療機関 PSW として勤務しているものが参与的に議論の進行を担当した。その場で複数のスタッフが参加し文字記録と IC レコーダーによる録音記録を作成した。これらに基づき逐語記録を作成し、分析に用いた。

分析は逐語記録を KJ 法でカテゴリ化した。カテゴリ化する際には、上記の設定内容である「業務上の困難」「現在の対処」「求められている条件整備」の3側面を意識しつつも、むしろ共通する課題テーマを抽出するように整理した。カテゴリ化に際しては内容を複数の専門家で妥当性を確認した。

■結果

通院処遇業務において、PSW が直面している困難について大きく三つのテーマを抽出した。第一が「医療機関内の受入体制」であり、スタッフの理解不足や受入に向けた意思の統一上の課題等である。第二が「ケース対応関連」であり、業務の多さやスキルの習熟に関連した課題があげられた。第三が「地域連携関連」であり、地域体制や行政に関連した課題である。以下、テーマごとに小見出しを立て、「業務上の困難」「現在の対応」「求められている条件整備」に分けてカテゴリ内容について詳述していく。

1) 医療機関内の受入体制

指定通院医療機関内での受入体制に関連した課題を図1に示す。ここでは業務上の三つの困難が語られた。

まず<医療スタッフの無関心・拒否感・理解不足>が挙げられる。業務上、他のスタッフの無関心や拒否感情、理解不足と直面している PSW は多かった。医療観察法の制度そのものへの反対意見を持っていたり、触法精神障害者に対して警戒的な身構えがあったりするというスタッフの陰性感情が障壁になっていた。また異動や新規採用により法制度そのものをよく知らないスタッフがいるという指摘もあった。こうした困難に対し現在は、地道に個々のスタッフの制度の説明や意義や支援の実際について説明を重ねているというものが大半であった。制度開始直後に開かれた研修会に参加してもらった、指定直後に社会復帰調整官を病院に招きスタッフ向けに説明をしてもらった、という話もあった。こうした指定通院処遇の実務に関する一般的な研修の機会は決して十分にあるわけではないため、今後に向けて求められている条件としては、新規の職員向けの簡便な説明資料や研修の機会へのニーズが高かった。

次のカテゴリとして、対象者の受け入れに対する<スタッフの意思の不統一>が挙げられた。これは先述のスタッフの無関心や理解不足との関連が深い。処遇対象者の受入に

積極的な医師に負担が集中してしまい、結果的に業務に支障が出るといった話が挙げられた。こうした状況に対して、院内の各部門で基本方針を共有化する、特に看護部で積極的に人材教育を担当している、等の対応上の工夫を行っている機関もあったが、ほとんどが困難感の解消にはつながっていなかった。今後に向けては、診療報酬の強化がインセンティブとして機能するのではないか、という期待が語られた。

最後に「指定手続きの不明瞭」という課題が挙げられた。ここでは通院医療機関としての指定を受けるための、あるいは受入後の事務手続きが不明瞭であるため、確認作業が煩雑であったり見通しが立て難かったりした経験が語られた。指定に至るまで、管轄行政と個別にやりとりを重ねたり、他の指定通院医療機関に問い合わせしたり、司法精神医療・福祉連絡協議会に参加したりして情報収集を行って対処したとのことであった。今後に向けて、運用開始時の書類手続きや、診療報酬の請求の仕方、病院としてどこまで判断してよいのか、どのような場合裁判所や保護観察所に問い合わせをすべきなのかなどのわかりやすいフロー図や書類例の提示がほしいといった意見や、こうした事務手続きに関する研修の機会に対する希望があげられた。

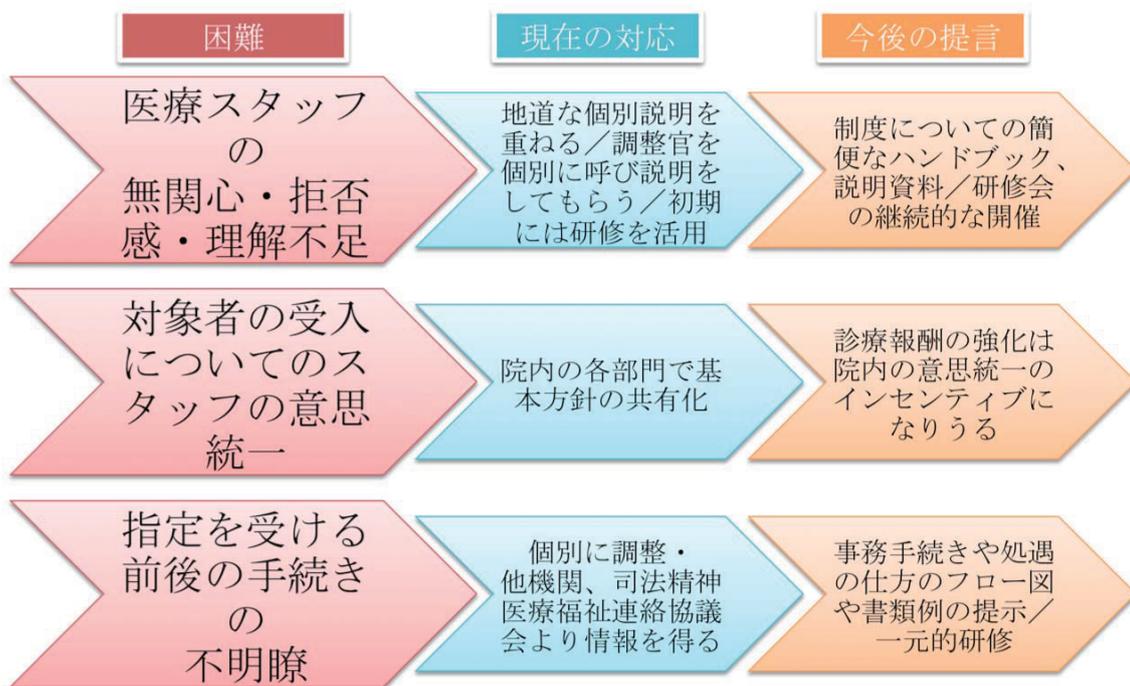


図 1 医療機関内の受入体制に関するカテゴリ

2) ケース対応関連

ここでは、個々の処遇対象者への対応に際して直面する様々な課題を抽出し、結果を図2にまとめた。大きく三つのカテゴリが得られた。

まず「事務業務の負担」が挙げられた。通院処遇では様々な記録の管理共有が義務づけられているため、地域のアセスメントも含めて多様な情報収集と書類作成が必要となり、それ自体が膨大な業務量となる。とはいえ通院処遇対象者のために専従のPSWが加配されているわけではないため、通常のソーシャルワーク業務と兼務でありさらに繁忙感が増すという指摘があった。現状では、ケース対応を積み重ねノウハウを蓄積することで業務

の効率化を地道に図るしかないという意見が多く、今後に向けて事務書類の簡素化や診療報酬の強化による人員配置増への期待が示された。

次に「多職種チームとしての課題」が挙げられた。これは、テーマ1の「医療機関内の受入体制」と類似しているが、個別のケースへの支援に際して多職種でチームを構成していく難しさに関する内容をこのカテゴリにまとめた。例えば、多職種チームで会議を開く際に、対応できる医師の不足等で時間調整が難しかった、導入当初は知識や理解度や支援の実態や考えがまちまちな多職種が集合しても適切に会議の進行が図れなかったりした、といった経験が語られた。このような状況に対して基本的にはケース対応を重ねながら学んでいくほかなく、具体的な工夫としては主治医の診察時に合わせて可能な限り多職種チームで集まる、司法精神医療・福祉連絡協議会で他機関のPSW等からノウハウを教わる、といった例が挙げられた。今後求められるものとしては、既に述べたことと重なるものの多職種チームで制度について学べる機会が継続的に提供されることが期待されていた。

最後に「個々のケース対応の難しさ」が挙げられた。援助職を振り回してくるような言動がみられる対象者の場合には、関係構築に時間が必要である、他職種との調整に困難を生じることがある、という例があった。また過去に触法者への支援に従事したことが無い場合、単なる「未知の業務への漠然とした不安」が生じることがある、という指摘もあった。このような状況に対して、指定入院医療機関への入院処遇の間から訪問したりケア会議に招いたりして面会を重ねたり、通院処遇移行後は診察に同席したり、診察時に待合室で一緒に過ごしたりする、といった本人と直接寄り添う機会を多く持つよう心掛ける工夫がみられた。業務量負担が多いため、このような個別支援に十分に時間をかけることができないことがあるのが現状であり、今後に向けて人員の配置増が可能になるような体制が望まれていた。

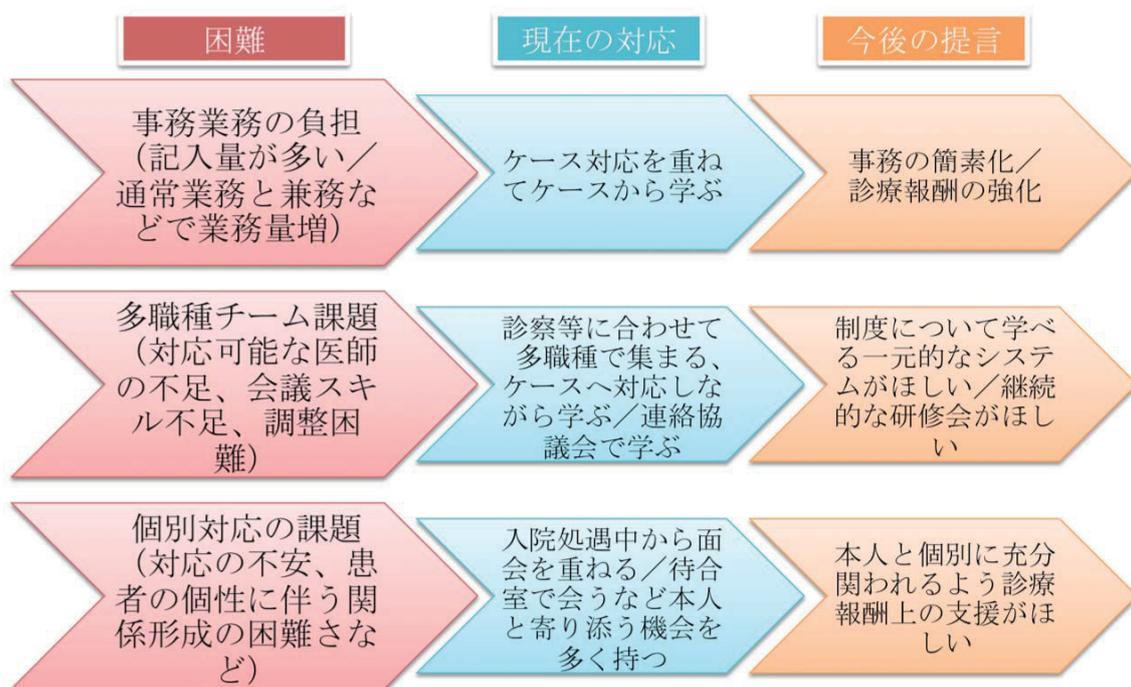


図2 ケース対応関連

3) 地域連携関連

ここには、地域連携に関するテーマを含むカテゴリをまとめた。地域の障害福祉サービスに対するものと、公的機関（保健所、公立病院や精神保健福祉センター）に対するものが含まれている。

一つ目のカテゴリは＜入院処遇と通院処遇の格差＞である。制度上、入院処遇では医療的支援が手厚く充実しているが、通院処遇に移行するとスタッフの割合や関与の程度が大幅に低下せざるを得ない。この格差は処遇対象者や家族にとっても実感されるものであり、関係構築に大きく影響する。そこで、現在でも通院処遇開始前から指定入院医療機関で行われるケアプログラムアプローチ（CPA）会議に参加して情報収集を行ったり、入院医療機関と個別に情報共有を綿密に行い続けたり、といった対象者の理解を深めるための工夫が挙げられた。中には入院処遇終了後、指定通院医療機関においていったん精神保健福祉法入院を行ってもらい、病院スタッフや地域環境に馴染んでもらってから退院し地域からの通院に至る関係作りをおこなった、という事例もあった。

次に＜公的機関の役割不明瞭＞が挙げられた。通院処遇においては、指定通院医療機関と社会復帰調整官が主要な役割を担い、精神保健福祉センターや保健所の役割はそれほど前面には出てこない¹。3カ月毎に提出する指定通院医療機関の「治療評価シート」には、「3ヶ月間の特記すべき状態像、および、提供した多職種チームによる介入、および、その効果と問題点」という自由記述方式による評価欄があり、ここでは医療機関、保護観察所、地域（保健所、社会復帰施設等）に分けて記載することになっている。しかしこの評価シートを作成するのは指定通院医療機関であるため、地域の状況を指定通院医療機関で評価しなくてはいけない状況に置かれるとの指摘があった。現在の対応の工夫として、地域以降を前提として会議を病院でなく地域で行って連携がうまくいったという事例があげられた。保健所等で会議が開催されることで、病院スタッフの外出負担は増えるものの、地域のより積極的な参画が促せるのであろう。

第三のサブカテゴリとして＜地域の社会資源の偏在＞が挙げられた。東京の場合、そもそも精神病床の大半が市部に集中しており、当然ながら指定通院医療機関自体は市部に多く区部に少ない。障害福祉サービスも地域によって整備状況はまちまちであり、人口規模の割にサービスが不足している地域もあれば、障害福祉サービスが充実しアクセシビリティが高い地域もある。調査では、「連携している障害福祉サービス事業所が協力的で助かっている」との事例が語られたが、ほとんどの機関ではそのような体験は無かった。

地域連携のテーマでは、今後に向けての期待は全て公的機関に寄せられたため、＜公的機関の支援機能強化＞とのサブカテゴリを別に立てた。東京都・精神保健福祉センター・保健所等に対して様々な支援機能が期待されていた。個々のケース支援に関しては、「地域に密着した行政機関でイニシアチブを取って欲しい（会議の開催・記録作成や管理・福祉事業所への連絡調整等）」「処遇終了後のケアコーディネータをどう行うのか明確にして

¹厚生労働省による「通院処遇ガイドライン」では、これらの機関について「可能ならば複数の機関（精神保健福祉センター、保健所、地域生活支援センター、保護観察所等）の協働による訪問を行うことが望ましい。」と記されているだけであり、それ以上の積極的な役割については記載が無い。

ほしい」といった意見が出た。また「受け入れを行う福祉施設への準備金・支度金を出す」など、地域への補助金助成を提案する意見もあった。より広域的な視点では、「二次医療圏に合わせて医療機関や福祉サービス機関を計画的に整備してほしい」「バックベッド方式に頼らない緊急対応システムの整備」が挙げられた。加えて、「精神保健福祉センターを中心とする緊急対応システムを整備したうえで、連絡調整のフロー等を提示してほしい」という意見もあった。また先述のとおり、研修や啓発の機会を設けて重ねてほしいという意見もみられた。

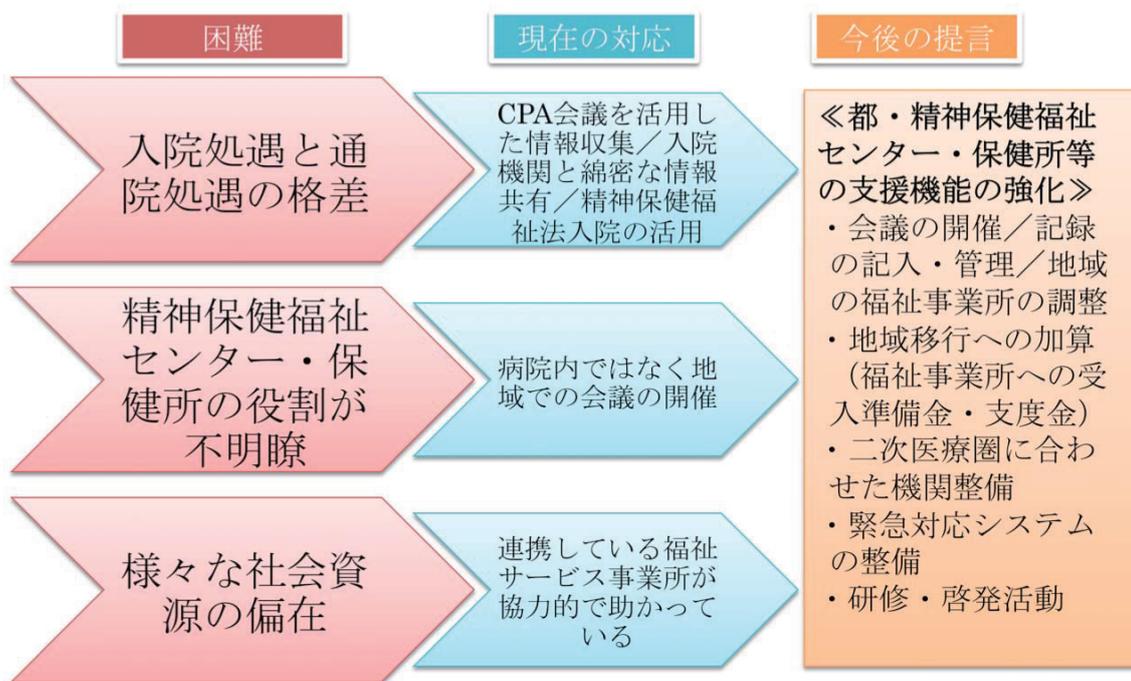


図3 地域連携関連

■考察

指定通院医療機関で勤務するPSWは、様々な業務上の課題を抱えていた。その課題は、〈医療機関内の受入体制〉〈ケース対応関連〉〈地域連携関連〉に集約された。こうした課題の背景には、触法精神障害者への支援や医療観察法制度に対して、医療スタッフや地域住民が十分に理解していないことが関わっていることが多い。そのため、個別に様々な形で説明を繰り返し、対象者や家族に粘り強く関わりを持ち続けて、最大限の努力を積み重ねているものの、本来のPSWとしての業務に加えてさらに通院処遇関連の業務があるため、業務負担感が高くなっていた。

こうした負担が重なるのは、PSWの業務特性とも関連しているといえるだろう。PSWは、指定通院医療機関内では医局や看護部、リハビリテーション部門や事務部門との連絡調整に当たる。各部門の意見を集約して院外の様々な障害福祉サービス事業所等に提供する窓口となるのは多くの場合PSWである。とはいえ、院内ではPSWはあくまでチームの一員であり、組織的な対応を行う役割ではなく、組織上の課題がある場合には困難が維持されやすい。また対象者や家族に対しては、PSWとして関係構築を行い日常生活の相談や制度やサービスの利用支援を行っていくことが求められる。入院処遇後から一気に対応スタッ

フ数が手薄になるため、時間を作って信頼関係づくりをしていく必要があるが、業務多忙で十分な時間を取れない難しさが伴う。さらに地域の関係各機関に対しては、地域の支援システム作りのため、最善を尽くして連絡調整を図る。通院処遇事例以外にも連携のある比較的近隣の機関や施設の場合には比較的意思疎通が図りやすいだろう。しかし医療観察法の処遇対象者は比較的広域に居住しているため、日頃やりとりの少ない地域の様々な機関や施設との連携が必要になる。最善の努力を尽くしても、情報不足や連携の困難が生じることはあるだろう。

このように様々に直面する業務上の課題に対して、さらなる制度整備の期待と行政ならでの役割遂行の期待が公的機関に寄せられた。指定通院医療機関内の受入体制の整備に対しては、国や東京都や精神保健福祉センター等からの情報提供や研修の機会の提供等、いわゆるコンサルテーション的機能が求められている。また家族や対象者と十分に関係構築のための時間がとれるような人員配置が可能になるような、診療報酬上の加算が期待されている。さらに地域での支援体制づくりに向けての精神保健福祉センターによるコーディネーションや、保健所・福祉事務所等での調整が期待されている。このような状況を図4にまとめた。

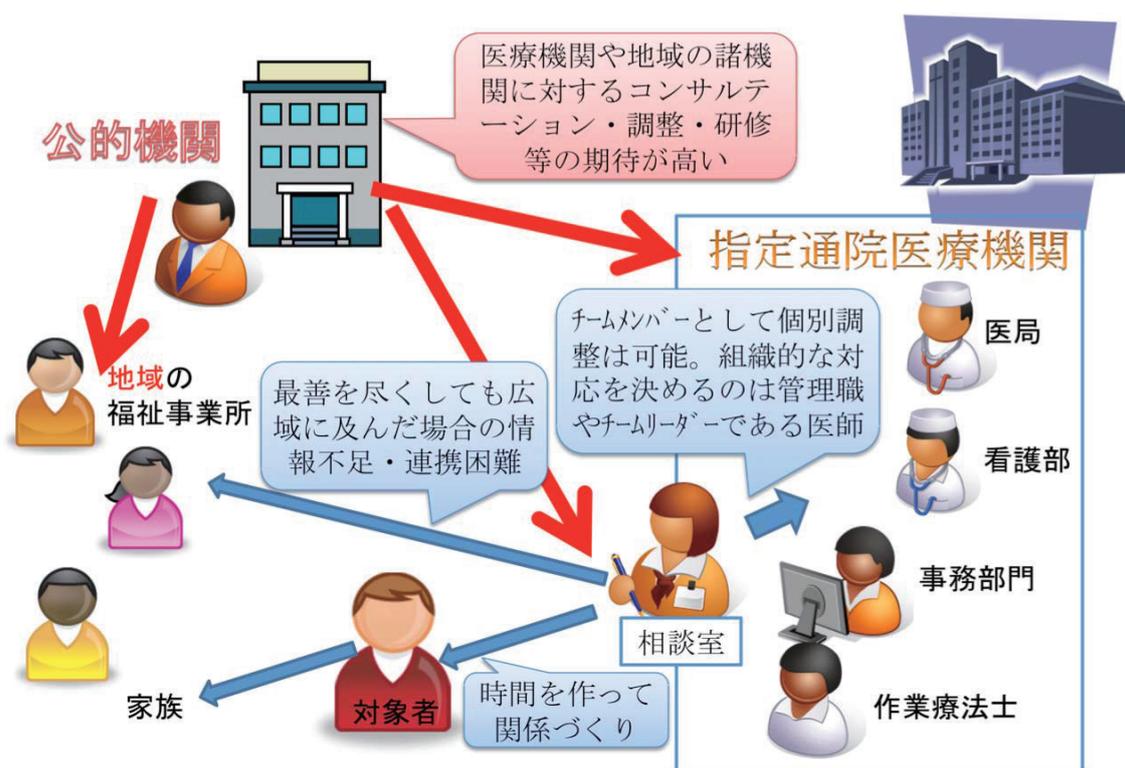


図4 精神保健福祉士の業務と公的機関への期待

小山らは「医療観察法の運用面の改善等に関する研究（平成20年～23年厚生労働科学研究費補助金事業）」において、医療観察法の諸制度の運用面に注目した現状と課題の分析を実施し提言に結び付けている。その分担研究において、角野らは「司法精神医療における行政機関の役割に関する研究」に取り組み、全国の保健所に対する調査等を蓄積したうえで、平成23年度には「心神喪失者等医療観察制度ハンドブック（保健所が対象者を地

域で支援するための Q&A)」を作成し、全国保健所長会を經由して配布、PDF による公表も行っている。この報告書の指摘を踏まえると、広域行政としての都や精神保健福祉センターは管轄区域全体に対する継続的な研修の企画や、その地域で活用できる簡便な制度についてのガイドブック、マニュアル等の作成が求められているといえよう。さらに、保健所は相談窓口として、市町村福祉事務所は障害福祉サービスの利用窓口として、地域の支援体制のコーディネート業務に当たることが求められているといえよう。特に通院処遇終了後には、こうした保健所や市町村を中心とする支援体制づくりが求められることが多いため、通院処遇の間から医療機関ではなく地域がイニシアチブをとりやすいような仕組みづくりが期待されているのだろう。なお行政機関の職員には比較的異動も多いため、国や都のレベルでこのような行政機関の役割を伝える研修や資料作成・配布も求められている。

本研究で明らかにされた現場からの期待に応じ、これらの研究的知見を活用することで、指定通院医療機関における業務負担感の軽減に対して一定の影響を与えることができるのではないだろうか。

参考資料

小山司ら：平成 23 年度「医療観察法の運用面の改善等に関する研究」総合研究報告書,2012.
角野文彦ら：心神喪失者等医療観察制度ハンドブック（保健所が対象者を地域で支援するための Q&A）, 2012. http://www.phcd.jp/topics/H23_chiiki_shoguu_hokensho.pdf

Ⅱ 指定通院医療機関における業務量調査

福田 敬

Ⅱ 指定通院医療機関における業務量調査

1. 緒言

「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（以下、医療観察法）」が成立・公布されて以来、指定入院医療機関および指定通院医療機関の整備が進められてきた。本法が社会復帰を目的とした法律である以上、地域処遇中の医療を提供する指定通院医療機関の整備は重要課題である。厚生労働省は、総務省統計局による平成14年10月1日時点の推計人口に基づき、人口100万人に概ね2-3ヶ所を目標病院数として、全国の指定通院医療機関の整備を進めてきた。現在、指定通院医療機関は全県に存在しているものの、数の少なさ、および、地域偏在が問題となっている。

東京都の医療観察法指定通院医療機関は、平成23年12月31日現在、19ヶ所にとどまっております。しかも、地域偏在と受け入れの偏りがあることが知られている。そのため、円滑な通院処遇に時に困難を伴うことが現場から指摘されている。東京都の医療観察法対象者の地域処遇及び処遇終了後の地域体制作りを進めるにあたっては、病院が指定通院医療機関の指定を受けるか受けないかを判断する際に関係している要因を検討することが重要である。

指定通院医療機関の指定を受けるかどうかに関連していると考えられる一つの要因はその業務量と報酬である。日本の医療機関は公立の組織だけでなく、医療法人等、独立して採算を確保しなければならない組織が多い。医療観察法下での通院医療にかかる業務時間については石川らの調査があるが、ここでは費用や報酬の検討は行われていない。

そこで本研究では、都内で協力が得られた指定通院医療機関を対象に、調査時点で通院治療を受けている患者への医療提供の時間を調査する。また、ここから業務にかかる費用の推計を行い、これに関連する要因を検討する。さらに診療報酬も把握することにより、医療観察法下での通院医療を継続して実施するためのしくみのあり方を検討することを目的とする。

2. 研究方法

1) 対象

東京都内にある医療観察法の全指定通院医療機関19カ所のうち、調査時点で該当の通院患者がおり、本調査への協力が得られた14施設を調査対象医療機関とした。

調査対象医療機関において、調査時点で通院をしている全患者について、定められた調査票に基づき、医療提供者から情報を収集した。

業務内容および診療報酬については、平成24年11月の1ヵ月分を調査した。

2) 調査内容

調査は以下の3種類の調査票により行った。

(1) 調査対象職員一覧表（調査票1）

調査対象患者に対する業務に少しでも関連した職員の職種、性別、年齢、経験年数を一覧表の形式で調査した。

(2) 調査対象患者一覧表（調査票 2）

調査対象医療機関において、調査月に通院治療を受けていた患者について、性別、年齢、診断、通院処遇開始日、最も大変だった月と理由、最も大変だった月を「100」とした場合の今月の大変さ、を一覧表の形式で調査した。

(3) 調査対象患者別業務時間調査票（調査票 3）

調査対象患者それぞれについて、平成 24 年 11 月の 1 ヶ月間に行われた業務について、日付、担当職員、業務内容、業務時間を調査した。業務内容は回答がしやすいように、診察、訪問（移動時間）、訪問（滞在時間）、面接、電話、外来 OT、検査、記録、デイケア・ショートケア・デイナイトケア・ナイトケア（以下、デイケアと省略）、会議、研修、その他に区分し、それぞれにかかった時間の記入を依頼した。同日に複数の担当職員が同じ業務に関わった場合には、調査票 2 で付した担当職員の番号を全て記載してもらった。また、デイケアに関しては、調査対象患者以外の複数の患者にも同時にケアを提供する場合には、対象者がデイケアに参加していた総時間と調査対象者を含めたデイケアの参加者の総数を記入してもらった。会議についても、複数の対象者について同じ会議で取り上げ、個別の時間を計上するのが困難な場合、総時間と会議で議論した患者総数を記入してもらった。

業務量に関する調査とあわせて、平成 24 年 11 月分の調査対象患者に関する診療報酬請求明細書（レセプト）の写しを、個人情報情報を削除し、調査票 2 で付した患者記号を記載してもらい収集した。

調査実施にあたっては、国立保健医療科学院研究倫理審査専門委員会の承認を得た。

3) 分析方法

対象患者ごとに 1 ヶ月間の費用の算出を以下の手順で行った。

- (1) 調査票 3「調査対象患者別業務時間調査票」により職種・業務内容別の業務時間を把握した。
- (2) デイケアや会議については、業務時間を、デイケアの患者数や会議で議論した患者数で割り、対象患者 1 人あたりに換算した。
- (3) 同じ業務に複数の職員が参加している場合には、延べ時間として計算した。
- (4) 平成 23 年度賃金構造基本統計調査（賃金センサス）から該当（または相当）の職種の時間あたり賃金を算出した。
- (5) 職種ごとに「業務時間×時間あたり賃金」を算出して、対象患者ごとの費用を推計した。

業務時間および費用を対象患者の特性別に集計し、関連を分析した。

特に医療観察法においては、診療報酬上、通院対象者の治療段階を「通院前期」「通院中期」「通院後期」の 3 期に分けて区分し、「前期」は通院決定日から 6 ヶ月以内、「中期」は 7 ヶ月以降 24 ヶ月以内、「後期」は 25 ヶ月以降と定義され、それぞれ通院対象者通院医学管理料の点数が異なることから、「前期」「中期」「後期」に区分した集計を中心とした。また、

通院決定日前からも当該患者の受け入れにあたって関連の医療機関や行政等との連絡調整などが必要になる場合もある。この期間においては診療報酬は発生しないが、業務は発生すると考えられるため、この期間の患者についての業務量も調査し、「準備」段階と区分して集計した。

診断については、薬物やアルコール依存症等を「物質使用障害」、統合失調症や妄想型統合失調症等を「統合失調症圏」、それと「その他（感情障害等）」に分類した。「その他（感情障害等）」には、うつ病や双極性障害等が多かった。

さらに、1カ月の費用と診療報酬の関係について分析した。

3. 結果

1) 調査対象患者の特性

調査対象患者は14施設で72名となった。性別は、男性58名（80.6%）、女性12名（16.7%）、年齢は、平均46.3才で、25才から79才の患者が含まれていた。主診断は、薬物やアルコール依存等の物質使用障害が14名（19.4%）、統合失調症圏が44名（61.1%）、その他（感情障害等）が14名（19.4%）であった。

治療の段階については、準備中22名（30.6%）、前期10名（13.9%）、中期25名（34.7%）、後期11名（15.3%）となっていた。

2) 業務時間

業務内容別の業務時間を対象者1人あたりとして算出した結果を図1に示す。この集計では、実際に対象患者への医療提供にかかった時間を用いているため、デイケアなど同時

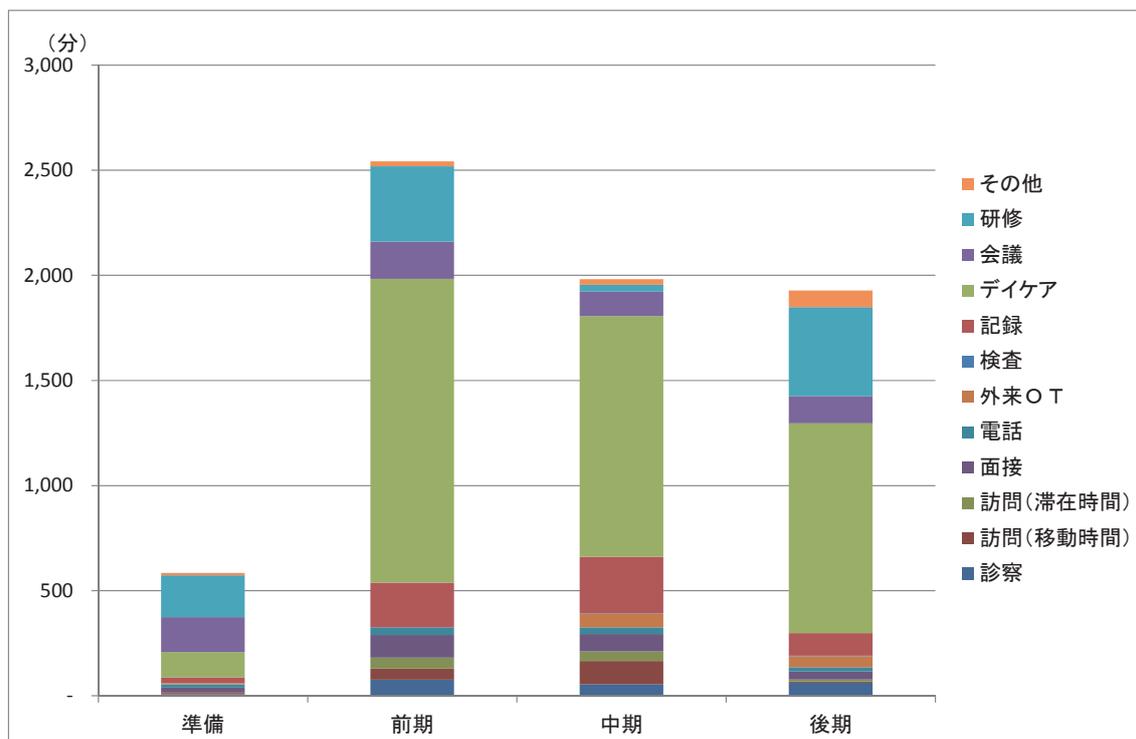


図1 内容別業務時間

間に多数の患者に対応しているも、また同じ業務に複数の職員が関わっているも提供されたそのままの時間で集計している。

前期、中期、後期ともデイケアの時間が最も長く、前期では 1446 分、中期では 1145 分、後期では 998 分となっていた。また、関連の研修に参加する時間も長く、前期で 358 分、後期では 424 分となっていた。

対象者に個別に関わる業務の時間を詳細にみるため、デイケア、会議、研修、その他の業務の時間を除いたものを図 2 に示す。

前期では、診察が 76 分、面接が 109 分と多くの時間が費やされていた。また、前期、中期、後期ともに記録にかかる時間が長くなっており、前期の平均は 213 分、中期 270 分、後期 108 分となっていた。記録に多くの時間がかかることは従来から指摘されており、今回の調査でも改めて記録に要する時間が多く必要であることが示された。訪問のための移動時間も多くなっており、中期では 111 分と訪問時の滞在時間の 2 倍以上になっていた。訪問時の移動時間は医療機関と対象患者の所在地により異なるが、ある程度の訪問が必要になると想定すると、移動時間も考慮する必要があると考えられた。

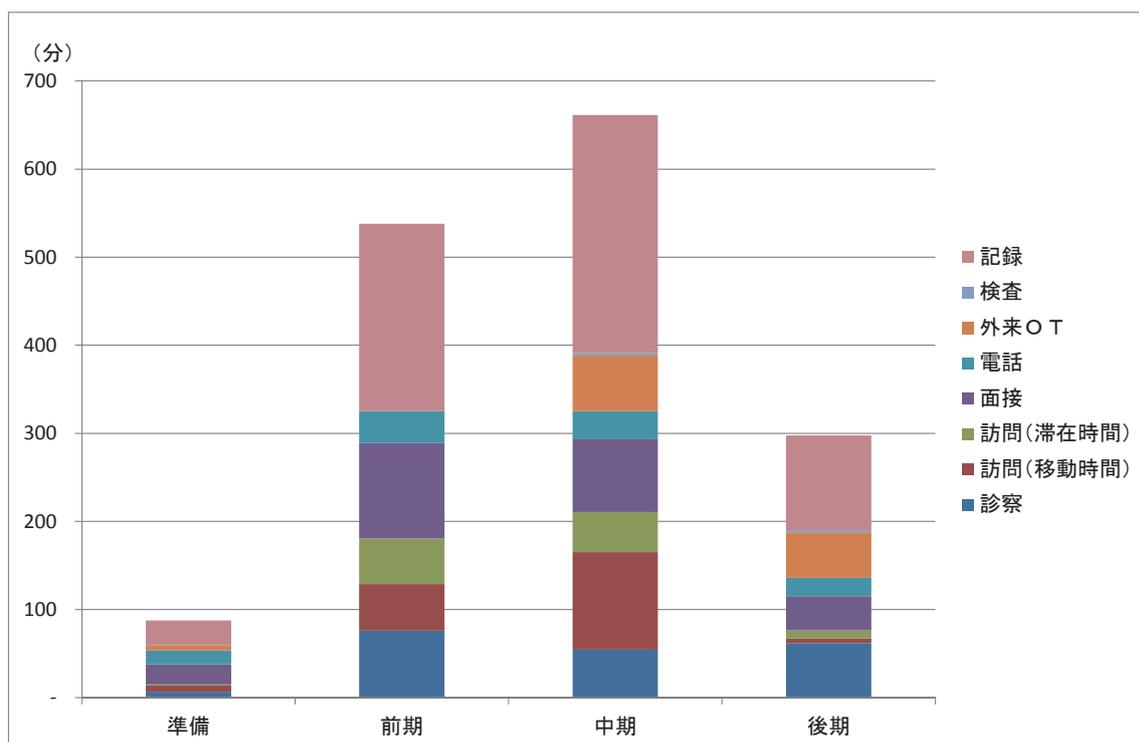


図 2 内容別業務時間 (デイケア、会議、研修除く)

担当した医療機関職員の職種別に業務時間を示したものを図 3 に示す。時間については、費用計算のもととした数値を使用しており、デイケア等の時間は患者数で割って対象患者 1 人あたりに換算し、また同じ業務に複数の職員が参加している場合には、延べ時間として計算したものをを用いている。そのため、図 1, 2 の集計と総時間が異なることに注意が必要である。

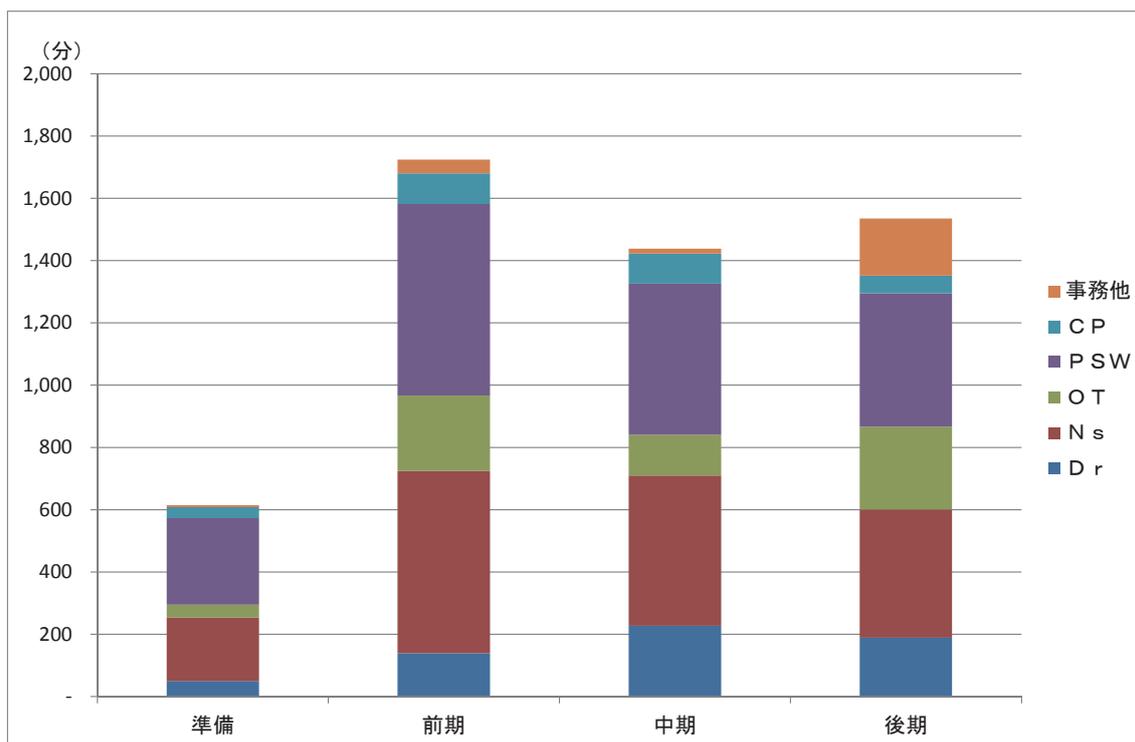


図3 職種別業務時間

職種別にみると、前期、中期、後期とも精神保健福祉士（PSW）が最も長い時間を費やしており、平均で前期では615分、中期486分、後期428分であった。次いで看護師（NS）が多く、前期585分、中期482分、後期412分となっていた。全体の業務時間としては、前期1725分、中期1438分、後期1535分で、前期が平均で少し長い時間がかかっていたものの、中期、後期ではほぼ変わらなかった。1カ月の業務時間が最も多くかかっていた患者には約6800時間が費やされていた。この患者には頻回に複数の職員が訪問を行っていた。

準備中の対象者にも精神保健福祉士や看護師を中心に業務が発生しており、平均で614分の時間がかかっていた。

2) 業務にかかる費用

1カ月のかかる時間を費用に換算した集計結果は図4の通りである。ただし、ここでの費用は医療観察法下での通院医療に係わった職員の人件費の部分のみを推計したものであり、他の診療行為（薬剤等）の費用は含まれていないことには注意を要する。また、当該職員が医療観察法下での通院医療対象患者以外の患者への医療提供に要した時間や、一般的な管理業務等に従事している時間も費用には含まれていないことにも注意が必要である。

対象患者1人あたり1カ月に平均でかかった費用は、前期67,753円、中期63,147円、後期63,548円であった。前期には平均で業務時間が多くなっているため、費用に換算しても少し多くかかっており、中期、後期はほぼ同程度であった。前期から後期の全体の平均は64,244円であった。また、最も費用がかかっていた患者は1カ月に約30万円程度であった。

準備中の対象者に関しては、平均で24,174円の費用がかかっていた。

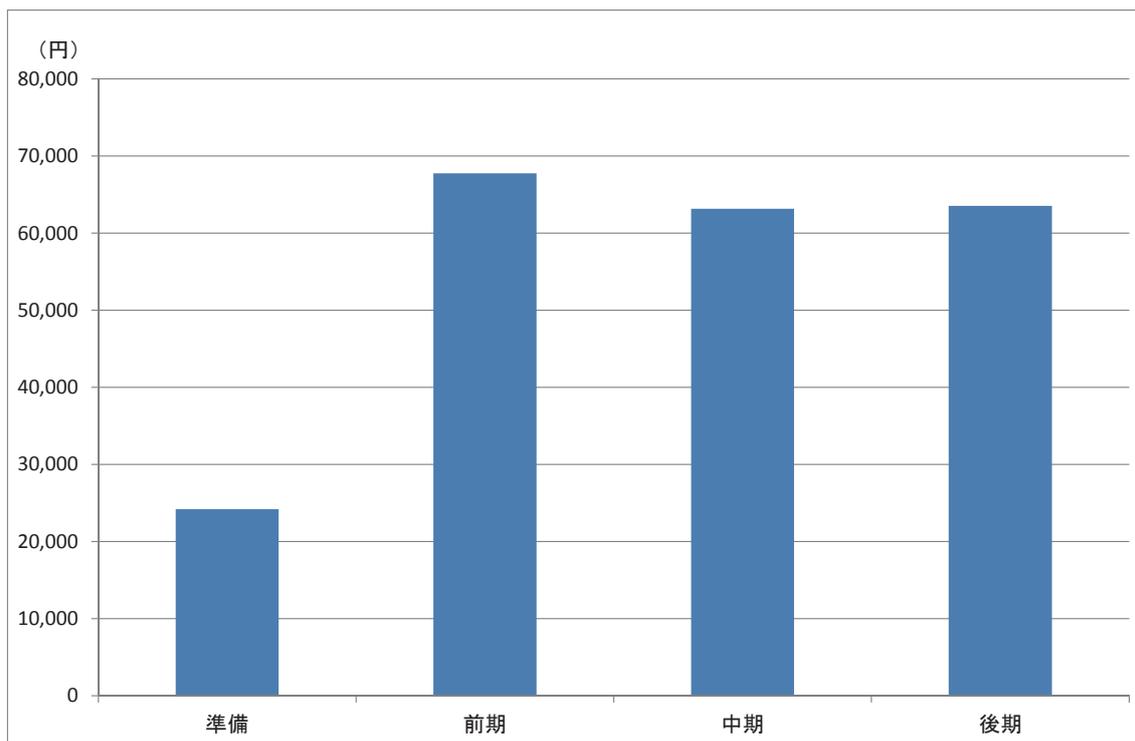


図4 患者1人1ヵ月あたりにかかった費用（直接かかわる人件費部分のみ）

1ヵ月あたりの費用を診断分類別にみたものを図5に示す。診断分類は、物質使用障害、統合失調症圏、その他（感情障害等）としたが、平均では物質使用障害が最も費用がかかっており78,123円であった。統合失調症圏は58,466円、その他（感情障害等）は67,120円となっていた。

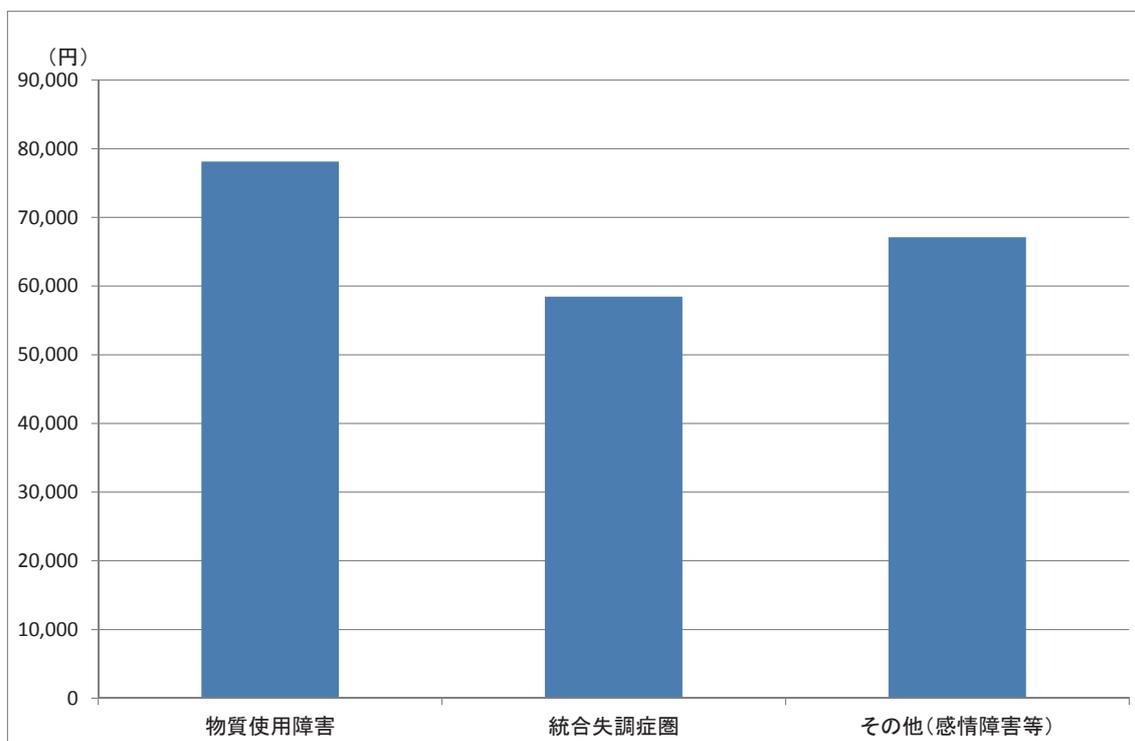


図5 診断分類別費用（準備中を除く）

なお、本集計では、準備中は費用が少なくなっているため、準備中の対象患者を除外している。

3) 1 ヶ月あたりの費用と診療報酬

レセプトから算出した1 ヶ月あたりの診療報酬点数は図6の通りであった。費用には人件費以外の薬剤費等の費用は含めていないことから、診療報酬点数も、通院対象者通院医学管理料、医療観察通院精神療法、医療観察精神科訪問看護、医療観察精神科デイケア等の医療観察法に関連するもののみとした。

通院医学管理料が、前・中・後期で設定が異なるため、平均の診療報酬は前期 15,391 点、中期 12,482 点、後期 11,058 点と前期が高い点数になっていた。全体の平均は 12,515 点であった。準備中には診療報酬が発生しないため、点数は0となる。

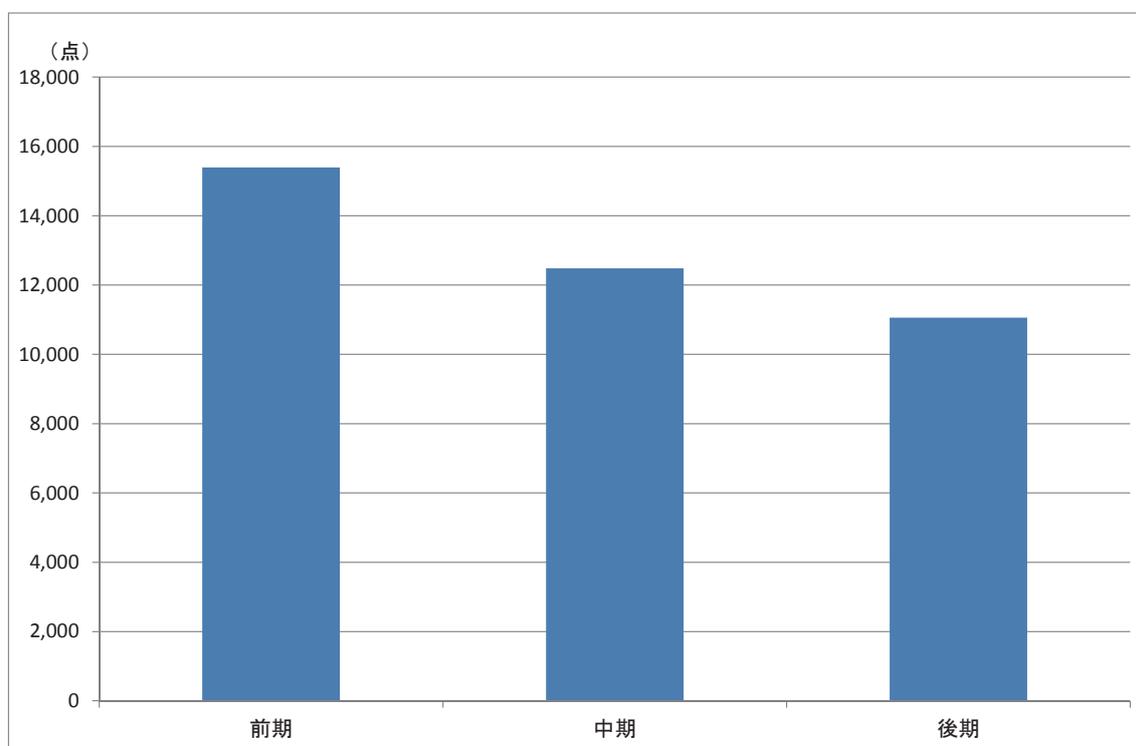


図6 医療観察法に関連する診療報酬

対象患者ごとに人件費と診療報酬との差額を算出し、集計した結果を図7に示す。

前期は8万円程度報酬が上回っているものの、中期、後期となるにつれて報酬が減少し、一方で、費用はそれほど低下しないことから、差額が小さくなっていた。

平均的には前期に多くの費用が発生するものの、その後も業務時間が大きく減少することではなく、診療報酬の低下が業務量の変化に対応していないと思われた。

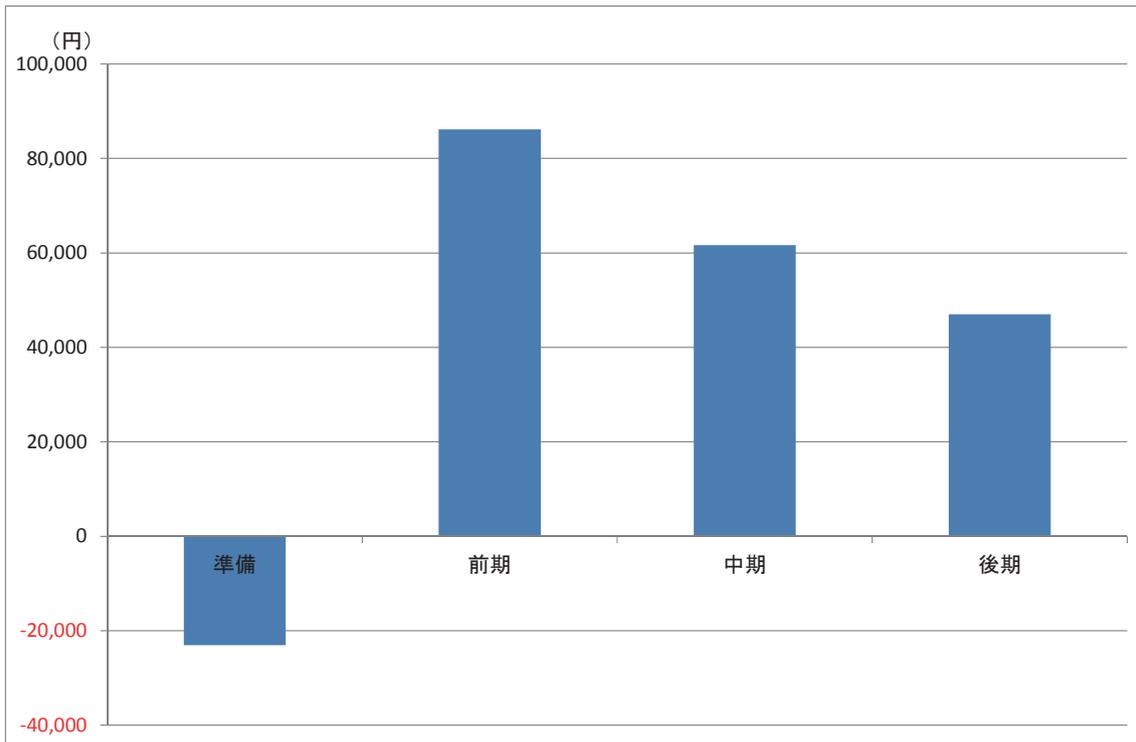


図7 診療報酬と人件費の差額

現行の診療報酬点数は、患者への医療行為に直接かかる人件費だけではなく、設備の費用や施設運営のための費用等も含まれていると考えられている。そこで、診療報酬に対する人件費の比率を算出した（図）。準備中の対象者を除いて、人件費の比率は全体の平均では51.8%となっていた。

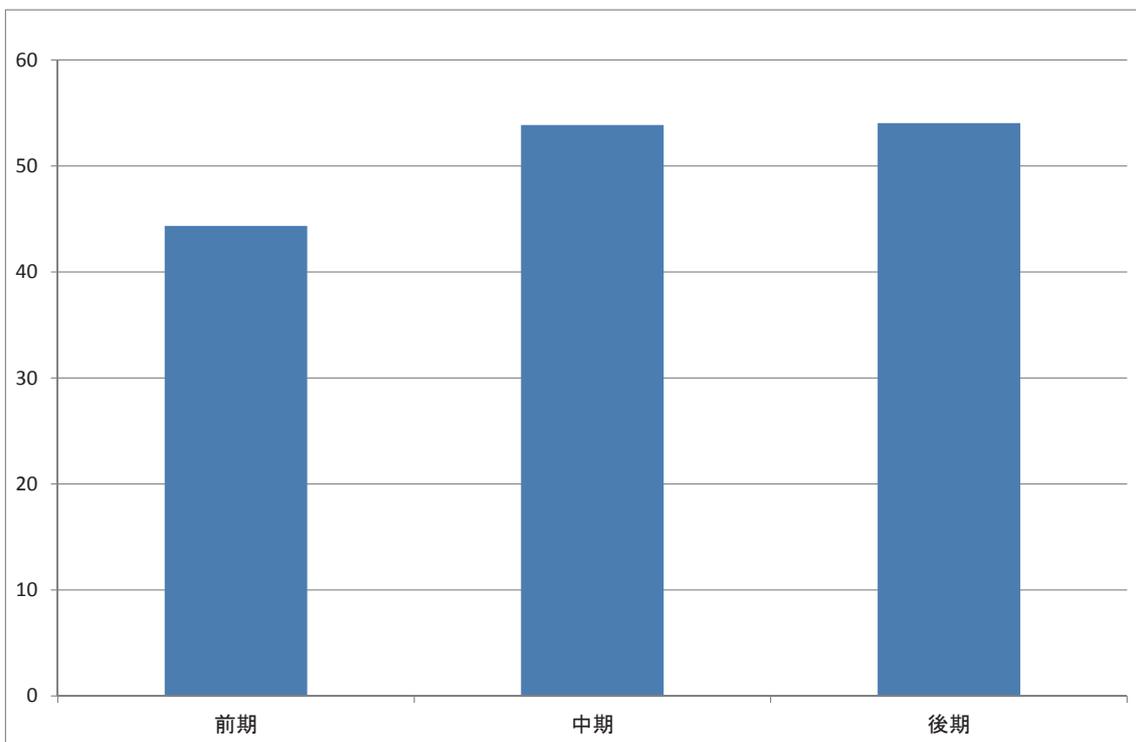


図8 診療報酬に対する人件費率

調査票において、対象患者ごとに、最も大変だった月を100とした場合の調査月の大変さを回答してもらった。全体の平均では調査月の大変さは60であった。最も大変だった月は、前期が71%と多く、次いで中期(23%)、後期(6%)となっていた。

仮に最も大変だった月の業務量が調査月の業務量に比例して多かったと仮定し、最も大変だった月の費用を推計した(図9)。最も大変だった月の費用の平均は前期で120,833円、中期109,246円、後期57,788円で、後期は調査月の費用とほぼ同じであるものの、前期や中期では調査月の平均よりも7割ほど多くかかっていたと推計された。

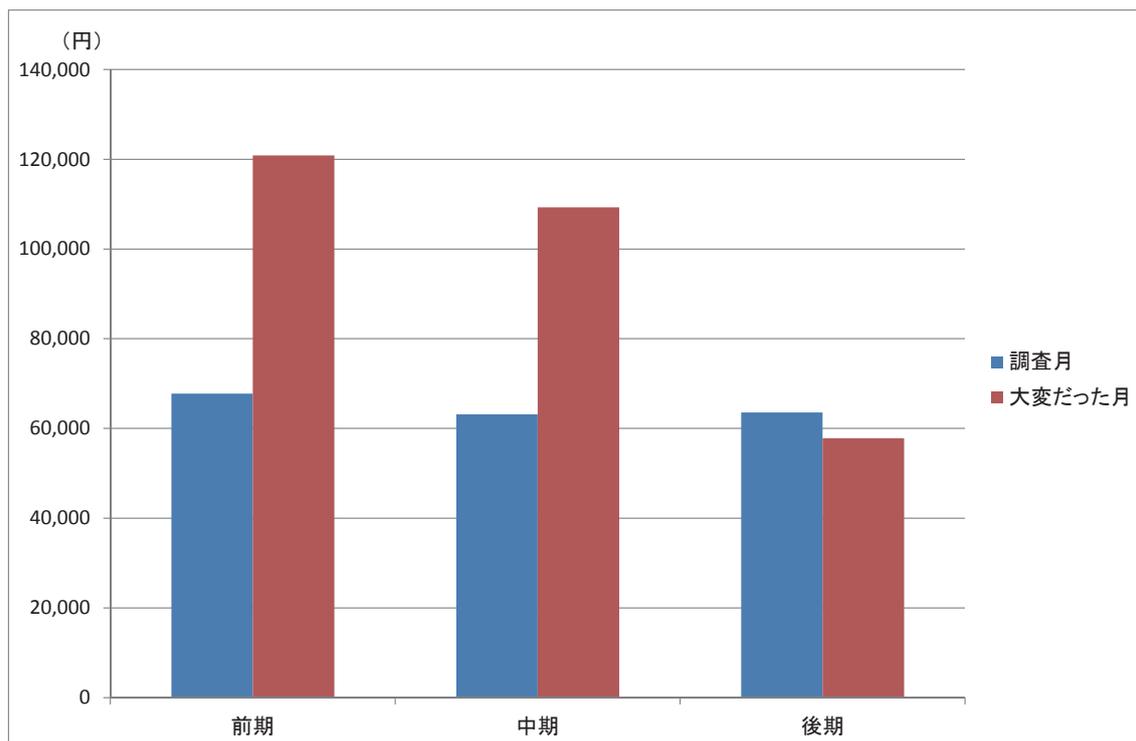


図9 最も大変だった月の人件費の推計
(仮に大変さの比率に応じて業務が発生するとした場合)

最も大変だった月の理由としては、以下のようなものが挙げられていた。

- ・脱法ハーブ吸引のため、精神症状が悪化し、生活が乱れる。入院を拒否する本人への説得の為、面談回数が増えた。
- ・被害的な言動、過敏さが目立ち、休息入院の説得をした。
- ・気分高揚から過活動・浪費・多弁となる。行動化寸前の状態となり、本人に軽躁状態であることを説明し、薬物調整を行った。
- ・訪問看護や診察の受療をせず、ケア会議も欠席した。
- ・退院後の生活、通院などへの移行へのサポート、手続き援助、院内調整など。
- ・外出したまま行方不明となり、各関係機関との連絡や家族に捜索願いを警察に届けるよう指示するなど、夜間休日と対応に追われた。
- ・本人との信頼関係がなかなかできなかった。
- ・他地域への移管にあたり社会復帰調整官との連絡調整が増えた。

- ・進学が決まり、本人を観察しにくくなった。
- ・治療薬の副作用出現、デイケアへの不満への対応。
- ・服薬コンプライアンスが上がらず、注射薬を拒否される。主治医より服薬調整の説明を繰り返すことで、本人も了承された。
- ・グループホームに戻らず、2日間所在不明となった。搜索願いをどのタイミングで出して良いかわからなかった。
- ・ギャンブルや浪費が悪化したため、金銭管理の業務が増えた。
- ・作成すべき書類が多かった。
- ・終了に向けての調整。

4. 考察

本調査では、医療観察法下での通院治療を受けている患者について1ヵ月にかかる業務の時間を把握した。

患者に対する業務内容別の時間は平均で約35時間となっていた。このうちの約半分がデイケアやナイトケアの時間である。デイケアの時間が多いことは、従来の調査でも示されており、今回も同様の結果となった。また、職員が研修へ参加するための時間も多かかっていた。研修としては、指定通院医療機関従事者研修や精神保健判定医等養成研修会等の医療観察法に関連するもののみを回答してもらっているため、これにかかる研修に参加する機会が多いことが伺えた。

個別の患者ごとの業務としては、記録に要する時間が多く、平均で約3.6時間だった。前期では診察や面接にかかる時間も多量のもののこの両者を合わせた時間よりも記録に要する時間の方が多く、中期や後期の患者では、診察や面接の時間をあわせても記録の時間の半分以下であった。記録に要する時間が多いことも従来の調査で示されており、やはり診察や面接の2倍程度となっていた。また、対象者によるが、訪問のための移動時間も多かかっている場合があった。また、通院決定日以前にも平均で約10時間の業務が発生していた。

職種別に業務時間をみると精神保健福祉士および看護師が担当する業務が多かった。

患者にかかわる1ヵ月あたりの業務時間から費用を推計すると、平均では約64,000円となっていた。前期が少し多いものの、中期や後期でも著しく減少することはなかった。診断分類別にみると、薬物やアルコール等の物質使用障害の患者に対する費用が多かった。

これに対して、1ヵ月の診療報酬は前期、中期、後期と徐々に低下するしくみになっているため、診療報酬と人件費の差額は徐々に小さくなっていた。診療報酬に対する人件費の比率は平均で51.8%となっていた。平成23年度の医療経済実態調査によると、一般病院の人件費率は53.5%、精神科病院の人件費率は65.4%であった。これに比べると今回の調査での人件費率は小さくなっており、平均的には現在の診療報酬点数でも医療観察法下での通院治療に取り組むことにより採算は取れるのではないかと考えられた。しかし、中期、後期と進むにつれて、業務量はあまり減少しないが診療報酬は下がっていくため、必ずしも業務量を直接反映した報酬点数ではないと思われた。また、今回診療報酬としては、通院対象者通院医学管理料、医療観察通院精神療法、医療観察精神科訪問看護、医療観察

精神科デイケア等の医療観察法に関連するもののみを抽出したが、例えば通院医学管理料には診察や指導管理等に加え、100点未満の処置や薬剤料、特定保険材料が含まれている。薬剤や材料等については今回の調査では費用を算出していないため、この点には注意が必要である。

最も大変だった月の費用を推計すると、前期では約120,000円、中期でも約109,000円であり、大変な月には診療報酬の多くの部分がほぼ直接的な人件費に費やされてしまう状況が予測された。診療報酬制度上は、急性増悪包括管理料を算定することが可能であるが、実際に算定されていたのは1ケースで1日分のみであった。急性増悪包括管理料はなかなか算定しにくいという現場の声もあり、患者の状況に応じて適切に算定が行えるしくみも必要ではないかと思われた。実際に、受け入れにあたって多くの業務がするとすれば、その時間は通常の業務時間を工面して行わなければならない、医療提供者への負担となることも考えられる。これを解消するためには、医療観察法に係る業務を専門に行う精神保健福祉士等の配置が望ましいが、追加で雇用する体制を作るには対象者の人数や業務内容を勘案する必要がある。

大変だった月の理由としては、患者の状態が悪化したために対応が必要となったことや、通院の開始・終了に伴う関係機関等との調整などが主な理由として挙げられていた。

今回の調査では、通院決定日以前の患者についても業務時間を把握し、費用の推計を行ったが、その結果、患者1人あたりの費用は約24,000円であった。医療機関としては、受け入れ前に患者本人・家族あるいは関係機関等と様々な調整などが必要になると考えられるが、決定日前については診療報酬ではカバーされないため、対応が必要と考えられた。今回の調査では、調査月の1ヵ月分のみを算出しているが、実際には決定日前に数ヶ月を要することも多いと考えられるため、累積すると医療機関には大きな負担になっているものと思われる。

本研究の限界として、調査は1ヵ月のみであったため、同一対象者に対しての業務が月によりどの程度変化するかは確かでない。最も大変だった月に関しても、当月との比で全体的な大変さを尋ねたのみであるため、正確な費用の推計は難しい。

このような限界がある中でも、東京都内の多くの医療機関の協力を得て、調査が実施できたことは、今後の医療観察法下での通院医療を考える上で大きな意義を持つものと思われる。

5. 結論

東京都内の医療観察法下での指定通院医療機関で受診している患者への業務量を調査したところ、デイケアを中心に平均で1ヵ月に約35時間の医療提供がなされていた。職種としては、精神保健福祉士および看護師の業務が多く、個別の患者に関する業務では記録のための時間が多くかかっていた。

1ヵ月にかかる人件費の平均は約64,000円で、前期に若干多くかかっているものの、中期・後期とも大きな差は見られなかった。また費用は物質使用障害の患者で多い傾向がみられた。診療報酬に対する人件費の比率でみると約52%であり、平均的には現在の診療報酬点数でも医療観察法下での通院治療に取り組むことにより採算は取れるのではない

かと思われたが、中期、後期と進むにつれて、業務量はあまり減少しないが診療報酬は下がっていくため、必ずしも業務量を直接反映した報酬点数ではないと思われた。また、業務が大変だった月にはもっと多くの費用が発生していると考えられ、増悪時の対応のあり方も検討すべきであると思われた。さらに、通院決定日以前の準備期間中にも平均で月に約 24,000 円の費用がかかっており、準備に数ヶ月を要するとすれば、この間の費用が医療機関の負担になるため、何らかの対応が検討されるべきであると考えられた。

<参考文献>

石井利樹．指定通院医療機関における通院医療に要する時間の調査．In: 厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）・他害行為を行った精神障害者の診断、治療及び社会復帰支援に関する研究，平成 18 年総括・分担研究報告書（主任研究者 山上皓），2007.

Ⅲ 常勤精神保健指定医の指定通院医療に 関するアンケート

菊池 安希子

Ⅲ 常勤精神保健指定医の指定通院医療に関するアンケート

■はじめに

「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（以下、医療観察法）」が成立・公布されて以来、指定入院医療機関および指定通院医療機関の整備が進められてきた。本邦が社会復帰を目的とした法律である以上、地域処遇中の医療を提供する指定通院医療機関の整備は重要課題である。現在、指定通院医療機関は全県に存在しているものの、数の少なさ、および、地域偏在が問題となっている（菊池，2011）。特に人口が多く、それ故に医療観察法通院処遇対象者数が多い大都市圏における指定通院医療機関数の不足の問題は大きい。

東京都の医療観察法指定通院医療機関は、平成23年12月31日現在、19ヶ所にとどまっております。しかも、地域偏在と受け入れの偏りがあることが知られている。そのため、円滑な通院処遇に時に困難を伴うことが現場から指摘されてきた。東京都の医療観察法対象者の地域処遇の体制作りを進めるにあたっては、病院や診療所が指定通院医療機関の指定を受けると受けないかを判断する際に関係している要因を抽出することが重要である。影響力の大きい要因の一つが、各医療機関の院長をはじめとした医師の医療観察法に対する意識であり、実態を把握することが有用であると考えられた。

そこで、指定通院医療機関と非指定通院医療機関に勤務する常勤精神保健指定医が医療観察法に対してどのような意識を持っているかを明らかにすることを目的としたアンケート調査を実施した。

■方法

1. 対象

東京都の指定通院医療機関（平成24年7月1日現在19箇所）および、非指定通院医療機関（都立病院、東京都の指定病院、スーパー救急病棟を持つ病院、精神科二次救急指定医療機関）に勤務する常勤の精神保健指定医（以下、常勤指定医）を対象とした。

2. アンケートの作成

医療観察法通院処遇に関する先行研究、本事業で実施した社会復帰調整官インタビュー（本報告書Ⅰ-2参照）、精神保健福祉士聞き取り調査（本報告書Ⅰ-3参照）、指定通院医療機関病院長インタビュー（本報告書Ⅰ-1参照）より共通して挙げられた項目を中心にアンケートを作成した。含められた項目は以下の通りである：

問1 指定通院医療機関に関する情報等

問2 指定通院医療機関の負担やデメリット

問3 指定通院医療機関のメリット

問4 指定通院医療機関が増加しない理由

問5 指定通院医療機関になったきっかけ（指定通院医療機関向けの項目）

指定通院医療機関になってもよい条件（非指定通院医療機関向けの項目）

問6 バックベッドになってもよいか

問7 医療観察法制度への意見

問8 回答者の基本属性

3. 調査手続き

アンケートは、平成 24 年 12 月～平成 25 年 2 月に、対象となった指定通院医療機関（19 機関）及び非指定医療機関（26 機関）の計 45 医療機関を対象にして、以下の手続きに基づき、無記名自記式質問紙調査を実施した。

- ① 質問紙調査を依頼する医療機関の長に対しては、東京都を通じて、研究の目的、方法について文書を用いて説明し、文書で協力の同意を得た。
- ② 調査協力への承諾を得られた医療機関から、担当者とその連絡先を得た。
- ③ 各医療機関の担当者に連絡を取り、常勤指定医の数を確認し、アンケートを郵送した。
- ④ 回収されたアンケート用紙を担当者が研究代表者のもとにまとめて返送した。

4. 倫理的配慮

質問紙は、回収用封筒、調査説明書と共に封筒に入れて回答を依頼した。なお、本調査は、指定通院医療機関整備に関連する要因を把握しようとするものであり、医療観察法処遇対象者について問う項目は含まれていない。また、質問紙中にある調査回答者の属性を問う項目にも、個人を特定可能な情報（氏名、生年月日など）は含まなかった。

本調査は、国立精神・神経医療研究センター倫理審査委員会の承認を得て実施された。

■結果

1. 回収率

調査協力を依頼した計 45 機関中、35 機関から承諾が得られた（承諾率：指定通院医療機関 89.5%、非指定通院医療機関 69.2%）。承諾が得られた機関の内、調査票の返送があった機関が、指定通院医療機関では 16 機関、非指定通院医療機関では 17 機関であった。承諾が得られた医療機関からの最終的な回収率は、指定通院医療機関が 81.0%、非指定通院医療機関が 74.2%、計 77.9%であった（図 1）

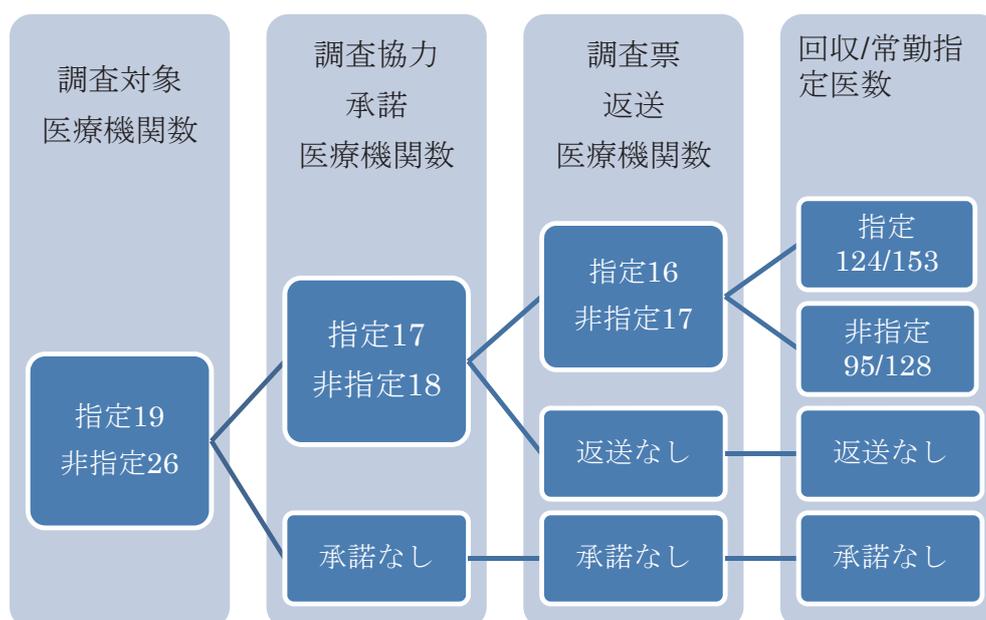


図 1 アンケートの回収状況

2. 回答結果

アンケートの回答は、指定通院医療機関、及び、非指定通院医療機関別に集計した。

1) 回答者の属性

①基本属性

男女比では、指定通院医療機関の方が、非指定通院医療機関に比べて男性の比率が高かった（表1）。年齢分布（表2）や職位の分布（表3）には、差は認められなかった。回答者の医師免許取得後の年数は、指定通院医療機関では19.2（SD=9.6）、非指定通院医療機関では19.4（SD=11.2）であり、有意な差はなかった（ $t(211) = -0.133, p = 0.894$ ）

表1. あなたの性別を教えてください

	男	女	合計
非指定	59 (64.8%)	32 (35.2%)	91 (100.0%)
指定	99 (78.6%)	27 (21.4%)	126 (100.0%)
合計	158 (72.8%)	59 (27.2%)	217 (100.0%)

$\chi^2(1) = 5.036, p = 0.025$

表2. あなたの年代を教えてください

	20代	30代	40代	50代	60代以上	合計
非指定	0 (.0%)	31 (34.1%)	32 (35.2%)	17 (18.7%)	11 (12.1%)	91 (100.0%)
指定	0 (.0%)	35 (27.6%)	46 (36.2%)	29 (22.8%)	17 (13.4%)	127 (100.0%)
合計	0 (.0%)	66 (30.3%)	78 (35.8%)	46 (21.1%)	28 (12.8%)	218 (100.0%)

$\chi^2(3) = 1.261, p = 0.738$

表3. 貴院での、あなたの職位はどのようなものですか

	理事長・院長	部長等	医長等	医員	その他	合計
非指定	10 (11.1%)	15 (16.7%)	18 (20.0%)	45 (50.0%)	2 (2.2%)	90 (100.0%)
指定	15 (11.9%)	23 (18.3%)	31 (24.6%)	54 (42.9%)	3 (2.4%)	126 (100.0%)
合計	25 (11.6%)	38 (17.6%)	49 (22.7%)	99 (45.8%)	5 (2.3%)	216 (100.0%)

②責任能力鑑定、簡易鑑定の経験

責任能力鑑定の経験率に有意な差はなかったが、指定通院医療機関の方が、非指定通院医療機関よりも、簡易鑑定及び、裁判員裁判に鑑定人として出廷した経験を持つ者が有意に多かった（表4～6）。

表4. 責任能力の鑑定（簡易鑑定を除く）の経験はありますか

	はい	いいえ	合計
指定	47 (37.3%)	79 (62.7%)	126 (100.0%)
非指定	31 (34.4%)	59 (65.6%)	90 (100.0%)
合計	78 (36.1%)	138 (63.9%)	216 (100.0%)

$\chi^2(1) = 0.186, p = 0.666$

表 5. 簡易鑑定の経験はありますか

	はい	いいえ	合計
指定	61 (48.0%)	66 (52.0%)	127 (100.0%)
非指定	30 (33.3%)	60 (66.7%)	90 (100.0%)
合計	91 (41.9%)	126 (58.1%)	217 (100.0%)

$$\chi^2(1) = 4.673, p = 0.031$$

表 6. 裁判員裁判に鑑定人として出廷した経験はありますか

	はい	いいえ	合計
指定	23 (18.1%)	104 (81.9%)	127 (100.0%)
非指定	3 (3.3%)	87 (96.7%)	90 (100.0%)
合計	26 (12.0%)	191 (88.0%)	217 (100.0%)

$$\chi^2(1) = 10.906, p = 0.001$$

③医療観察法に関する経験

精神保健判定医資格の有無の比率に有意な差は認められなかったが、非指定通院医療機関よりも指定通院医療機関の常勤指定医の方が、医療観察法鑑定の経験も、所属医療機関が過去1年以内に医療観察法鑑定入院を引き受けている率も高かった。精神保健審判員としての経験も指定通院医療機関の常勤指定医の方が有意に多かった(表7～10)。

表 7. 精神保健判定医の資格をお持ちですか

	はい	いいえ	合計
指定	77 (60.6%)	50 (39.4%)	127 (100.0%)
非指定	57 (63.3%)	33 (36.7%)	90 (100.0%)
合計	134 (61.8%)	83 (38.2%)	217 (100.0%)

$$\chi^2(1) = 0.163, p = 0.686$$

表 8. 医療観察法の鑑定の経験はありますか

	はい	いいえ	合計
指定	24 (18.9%)	103 (81.1%)	127 (100.0%)
非指定	5 (5.6%)	85 (94.4%)	90 (100.0%)
合計	29 (13.4%)	188 (86.6%)	217 (100.0%)

$$\chi^2(1) = 8.098, p = 0.004$$

表 9. 貴院は過去1年に医療観察法の鑑定入院を引き受けましたか

	はい	いいえ	不明	合計
指定	59 (46.5%)	60 (47.2%)	8 (6.3%)	127 (100.0%)
非指定	2 (2.2%)	77 (86.5%)	10 (11.2%)	89 (100.0%)
合計	61 (28.2%)	137 (63.4%)	18 (8.3%)	216 (100.0%)

$$\chi^2(1) = 49.303, p = 0.000$$

表 10. 医療観察法の精神保健審判員の経験はありますか

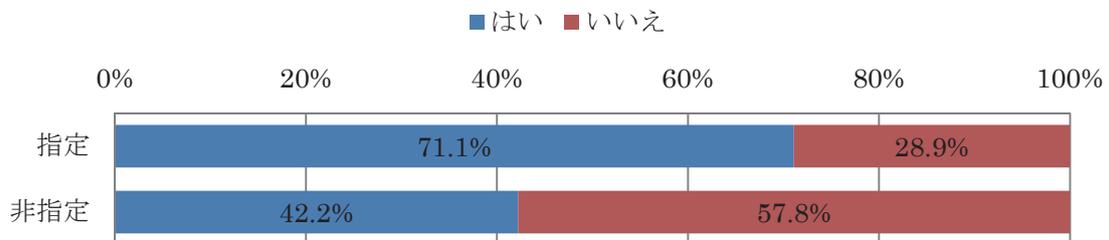
	はい	いいえ	合計
指定	24 (18.9%)	103 (81.1%)	127 (100.0%)
非指定	4 (4.5%)	85 (95.5%)	89 (100.0%)
合計	28 (13.0%)	188 (87.0%)	216 (100.0%)

$\chi^2(1) = 9.622, p = 0.002$

2) 指定通院医療機関に関する情報及び、診療に従事する意思

「通院処遇ガイドライン」の存在を知っているか、及び、読んだことのある常勤指定医の率は、指定通院医療機関の方が高かった（図 2-3）。指定通院医療機関では、通院処遇ガイドラインの存在を知っている常勤指定医の率は 7 割を超えていたが、実際に読んだことのある者は、約 5 割であった。

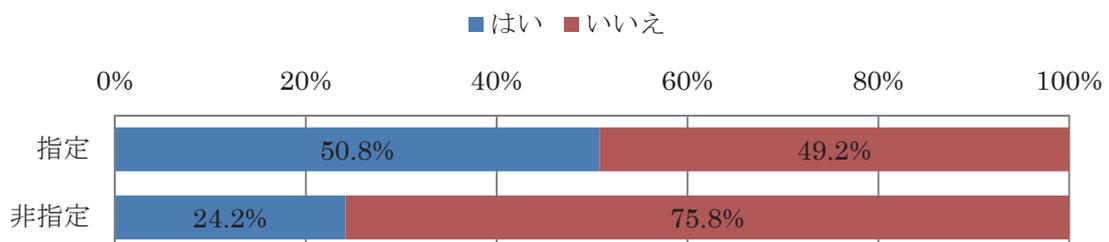
図 2 厚生労働省の策定した医療観察法の「通院処遇ガイドライン」を知っていますか



	はい	いいえ	合計
指定	91 (71.1%)	37 (28.9%)	128 (100.0%)
非指定	38 (42.2%)	52 (57.8%)	90 (100.0%)
合計	129 (59.2%)	89 (40.8%)	218 (100.0%)

$\chi^2(1) = 18.233, p = 0.000$

図 3 医療観察法の「通院処遇ガイドライン」を読んだことはありますか

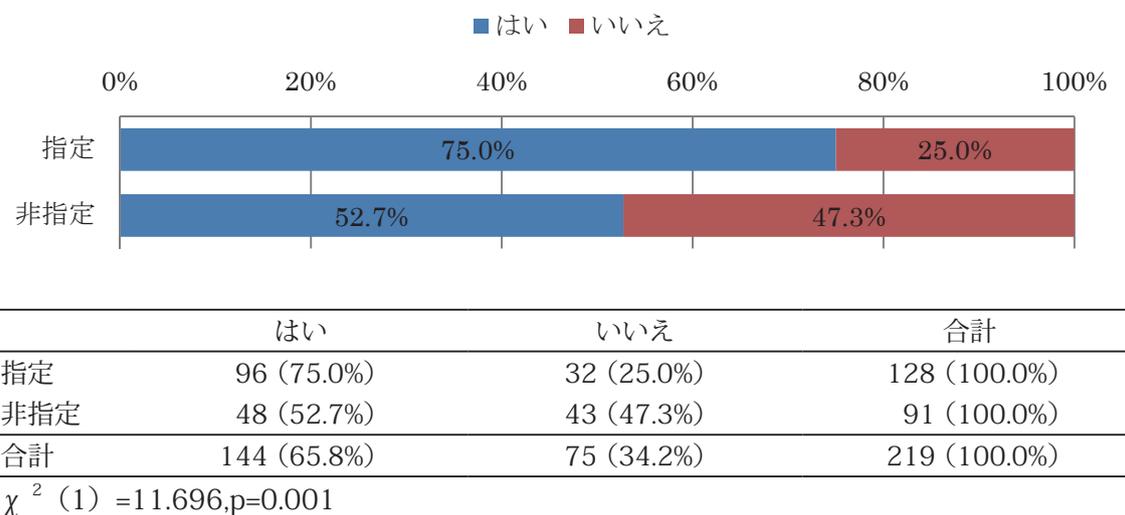


	はい	いいえ	合計
指定	65 (50.8%)	63 (49.2%)	128 (100.0%)
非指定	22 (24.2%)	69 (75.8%)	91 (100.0%)
合計	87 (39.7%)	132 (60.3%)	219 (100.0%)

$\chi^2(1) = 15.723, p = 0.000$

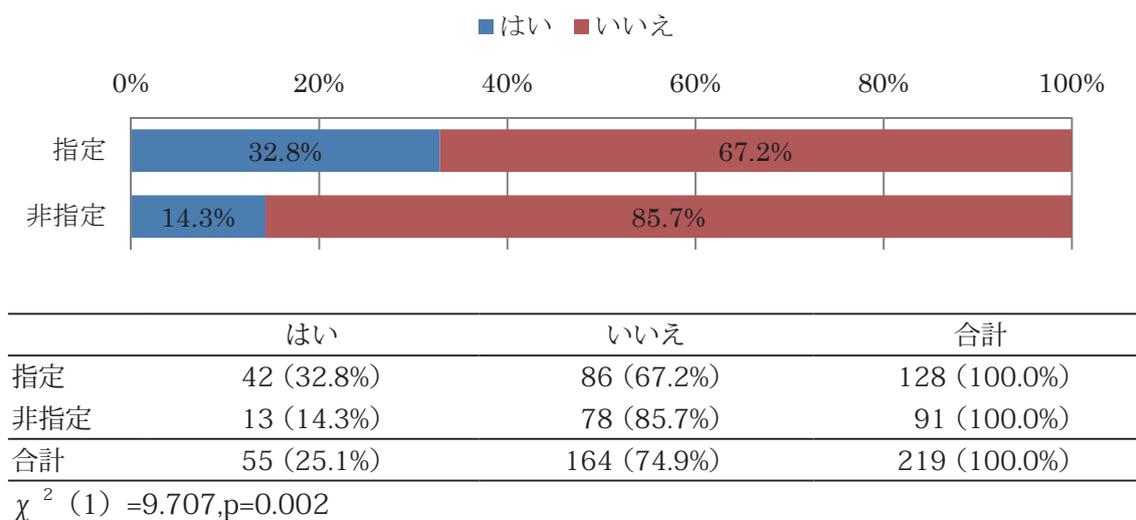
東京都内の指定通院医療機関の不足が言われていることに関しては、指定通院医療機関の常勤指定医の認識の方が有意に高い（75.0%対52.7%）ものの、非指定医療機関においても過半数が認識していた（図4）。

図4 現在（平成24年8月時点）、東京都では医療観察法の指定通院医療機関が対象者の数に比して足りないといわれていることをご存知でしたか



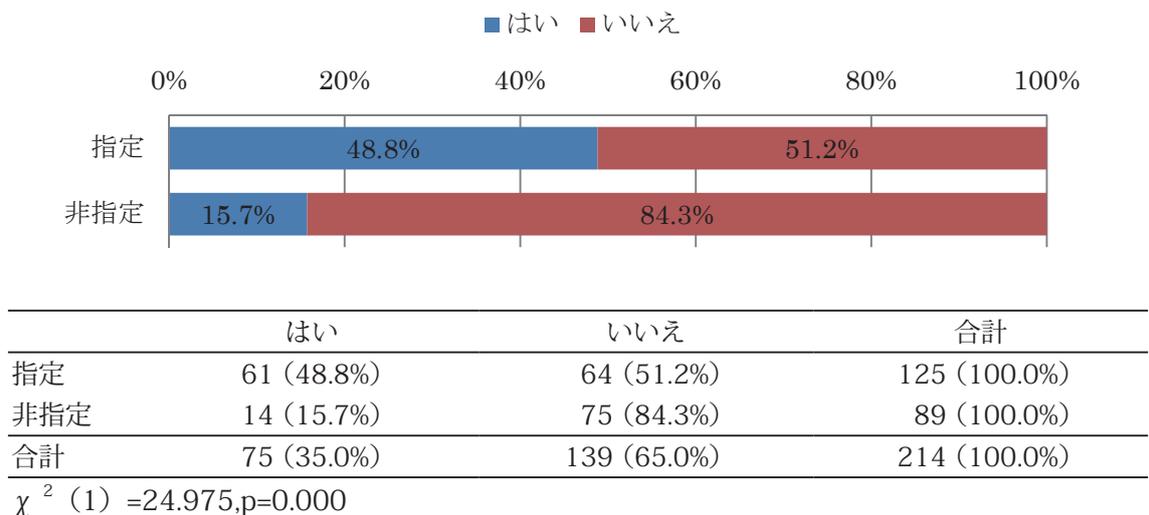
指定通院医療機関名が非公開であることについては、指定通院医療機関の常勤指定医の認識率の方が有意に高かった。しかしながら、どちらにおいても、「指定通院医療機関名の非公開」について知っている者の率は半数に達していなかった（図5）。

図5 厚生労働省によって指定入院医療機関名が公開されているのに対し、指定通院医療機関名は非公開となっていることを知っていますか



医療観察法の通院対象者の診療・支援に従事する意思については、非指定通院医療機関に於いては「はい」と回答した者が15.7%に過ぎず、指定通院医療機関に比べて有意に低かった。しかしながら、既に指定通院医療機関になっている医療機関においても、医療観察法通院対象者の診療・支援に従事することに「はい」と回答した者は、48.8%と約半数程度であった（図6）。

図6 あなたは医療観察法の通院処遇対象者への診療・支援に従事したいと思いますか

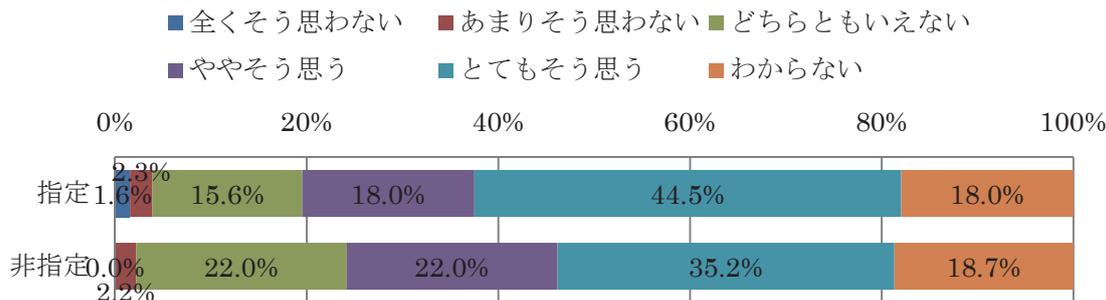


3) 指定通院医療機関の負担やデメリット

指定通院医療機関であることの負担やデメリットについては、「全くそう思わない」から「とてもそう思う」までの5件法と、制度について判断出来ない/しない(例:情報がない等)の場合の選択肢として「わからない」を加えた6つの選択肢から回答を得た。統計解析に際しては、指定通院医療機関と非指定通院医療機関における意見表明についての比較を行うため、「わからない」を除いて、2群を比較した(有意水準は5%に設定した)

「指定通院医療にかかる業務量に比して診療報酬が低い」こと、及び、「指定通院医療機関に対する補助金などが無い」ことについては、指定通院医療機関と非指定通院医療機関の分布に有意な差はなく、共通認識となっていることが伺えた(図7、図8)。

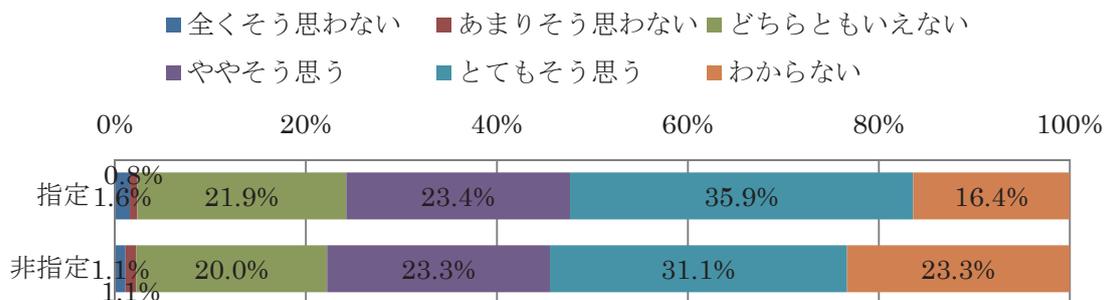
図7 指定通院医療にかかる業務量に比して診療報酬が低い



	全くそう 思わない	あまりそう 思わない	どちらとも いえない	ややそう 思う	とてもそう 思う	わからない	合計
指定	2 (1.6%)	3 (2.3%)	20 (15.6%)	23 (18.0%)	57 (44.5%)	23 (18.0%)	128
非指定	0 (0.0%)	2 (2.2%)	20 (22.0%)	20 (22.0%)	32 (35.2%)	17 (18.7%)	91
合計	2 (0.9%)	5 (2.3%)	40 (18.3%)	43 (19.6%)	89 (40.6%)	40 (18.3%)	219

t (177) =0.900,p=0.369

図 8 指定通院医療機関に対する補助金などが無い

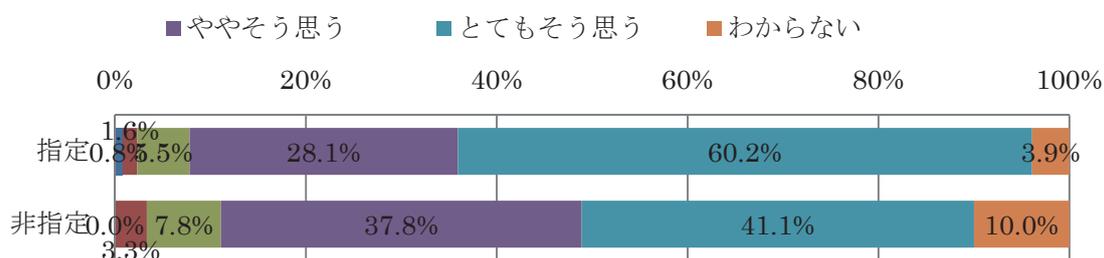


	全くそう 思わない	あまりそう 思わない	どちらとも いえない	ややそう 思う	とてもそう 思う	わからない	合計
指定	2 (1.6%)	1 (0.8%)	28 (21.9%)	30 (23.4%)	46 (35.9%)	21 (16.4%)	128
非指定	1 (1.1%)	1 (1.1%)	18 (20.0%)	21 (23.3%)	28 (31.1%)	21 (23.3%)	90
合計	3 (1.4%)	2 (0.9%)	46 (21.1%)	51 (23.4%)	74 (33.9%)	42 (19.3%)	218

t (174) =0.145,p=0.885

「会議に時間がかかる」ことについては、指定通院医療機関、非指定通院医療機関共に、8割前後が「ややそう思う」「とてもそう思う」と回答しており、共通認識であった。しかしながら、指定通院医療機関では「ややそう思う」「とてもそう思う」との回答が91.1%を占め、実際に通院医療に関わっている方が、会議時間の長さを有意に強く認識していた (図 9)。

図 9 会議に時間がかかる

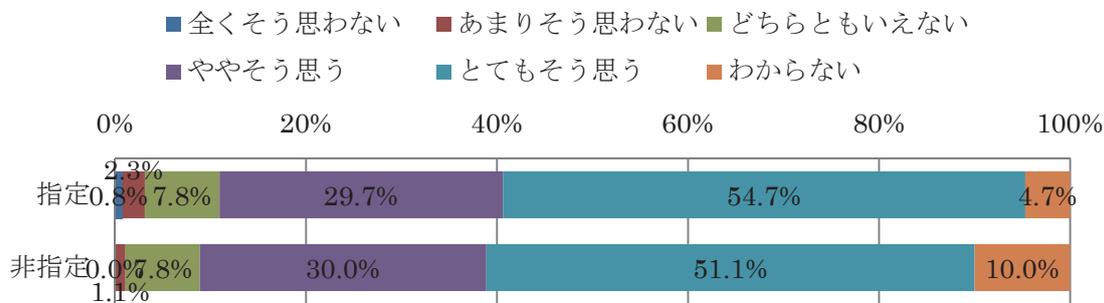


	全くそう 思わない	あまりそう 思わない	どちらとも いえない	ややそう 思う	とてもそう 思う	わからない	合計
指定	1 (0.8%)	2 (1.6%)	7 (5.5%)	36 (28.1%)	77 (60.2%)	5 (3.9%)	128
非指定	0 (0.0%)	3 (3.3%)	7 (7.8%)	34 (37.8%)	37 (41.1%)	9 (10.0%)	90
合計	1 (0.5%)	5 (2.3%)	14 (6.4%)	70 (32.1%)	114 (52.3%)	14 (6.4%)	218

t (202) =1.977,p=0.049

「書類作成に時間がかかる」および「治療に多くの人手が必要となる」については、指定通院医療機関、非指定通院医療機関共に、「ややそう思う」「とてもそう思う」で8割以上であり、ともにその印象を強く持っていた（図10、図11）。

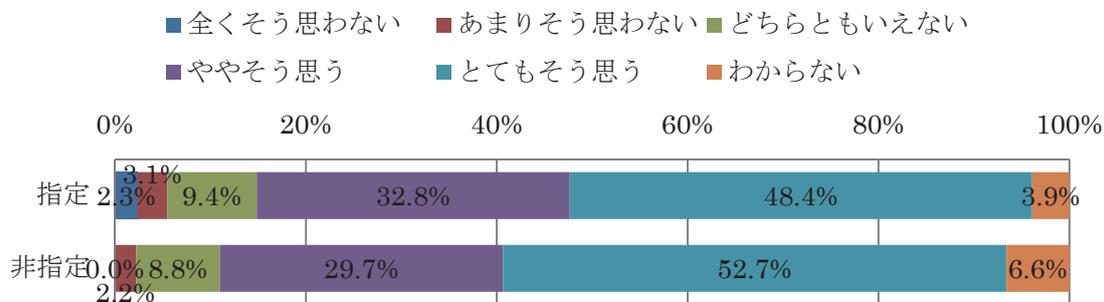
図10 書類作成に時間がかかる



	全くそう 思わない	あまりそう 思わない	どちらとも いえない	ややそう 思う	とてもそう 思う	わからない	合計
指定	1 (0.8%)	3 (2.3%)	10 (7.8%)	38 (29.7%)	70 (54.7%)	6 (4.7%)	128
非指定	0 (0.0%)	1 (1.1%)	7 (7.8%)	27 (30.0%)	46 (51.1%)	9 (10.0%)	90
合計	1 (0.5%)	4 (1.8%)	17 (7.8%)	65 (29.8%)	116 (53.2%)	15 (6.9%)	218

t (201) = -0.350, p = 0.726

図11 治療に多くの人手が必要となる

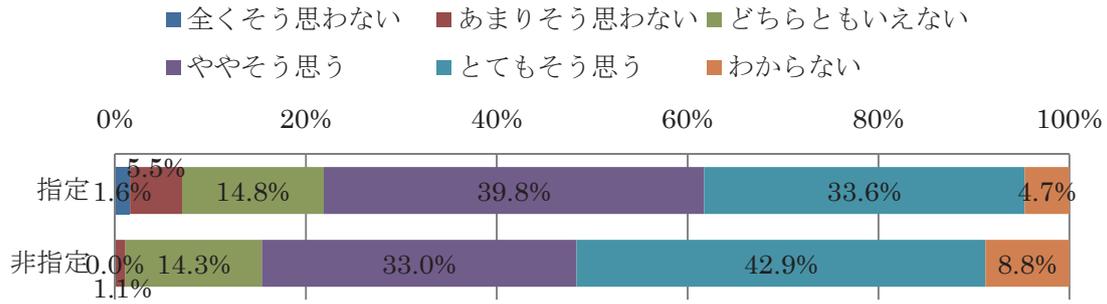


	全くそう 思わない	あまりそう 思わない	どちらとも いえない	ややそう 思う	とてもそう 思う	わからない	合計
指定	3 (2.3%)	4 (3.1%)	12 (9.4%)	42 (32.8%)	62 (48.4%)	5 (3.9%)	128
非指定	0 (0.0%)	2 (2.2%)	8 (8.8%)	27 (29.7%)	48 (52.7%)	6 (6.6%)	91
合計	3 (1.4%)	6 (2.7%)	20 (9.1%)	69 (31.5%)	110 (50.2%)	11 (5.0%)	219

t (206) = -1.261, p = 0.209

「訪問看護に多くの人手が必要となる」については、指定通院医療機関、非指定通院医療機関ともに、「ややそう思う」「とてもそう思う」が7割を超えていたが、実際に通院医療に関わっている指定通院医療機関の方が「あまりそう思わない」「全くそう思わない」率が有意に高かった。

図 12 訪問看護に多くの人手が必要となる

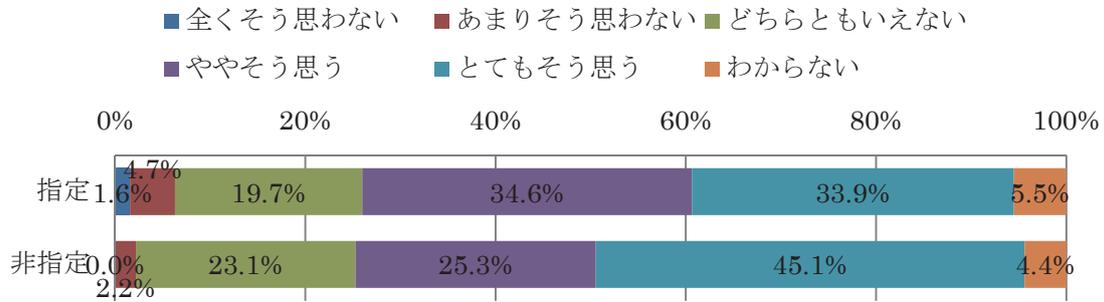


	全くそう 思わない	あまりそう 思わない	どちらとも いえない	ややそう 思う	とてもそう 思う	わからない	合計
指定	2 (1.6%)	7 (5.5%)	19 (14.8%)	51 (39.8%)	43 (33.6%)	6 (4.7%)	128
非指定	0 (0.0%)	1 (1.1%)	13 (14.3%)	30 (33.0%)	39 (42.9%)	8 (8.8%)	91
合計	2 (0.9%)	8 (3.7%)	32 (14.6%)	81 (37.0%)	82 (37.4%)	14 (6.4%)	219

t (203) = -2.049, p=0.042

「PSW の確保が充分出来ない」及び「医師が忙しすぎてこれ以上時間を割けない」ことについては、指定通院医療機関、非指定通院医療機関共に、「ややそう思う」「とてもそう思う」が7割前後を占めており、両群に有意な差はなかった。

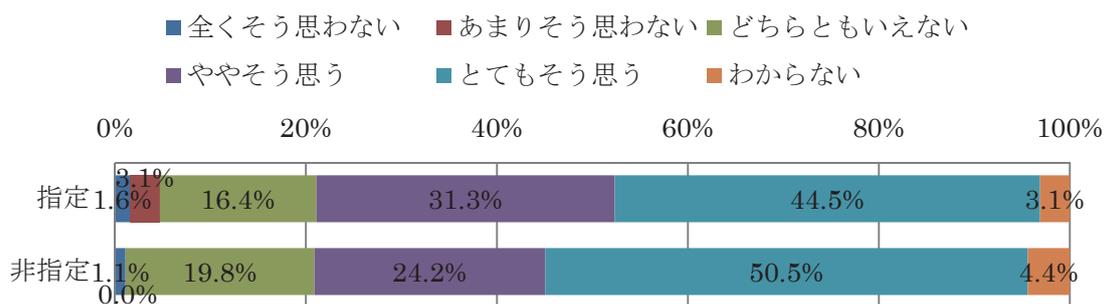
図 13 PSW の確保が充分できない



	全くそう 思わない	あまりそう 思わない	どちらとも いえない	ややそう 思う	とてもそう 思う	わからない	合計
指定	2 (1.6%)	6 (4.7%)	25 (19.7%)	44 (34.6%)	43 (33.9%)	7 (5.5%)	127
非指定	0 (0.0%)	2 (2.2%)	21 (23.1%)	23 (25.3%)	41 (45.1%)	4 (4.4%)	91
合計	2 (0.9%)	8 (3.7%)	46 (21.1%)	67 (30.7%)	84 (38.5%)	11 (5.0%)	218

t (205) = -1.405, p=0.161

図 14 医師が忙しすぎてこれ以上時間を割けない

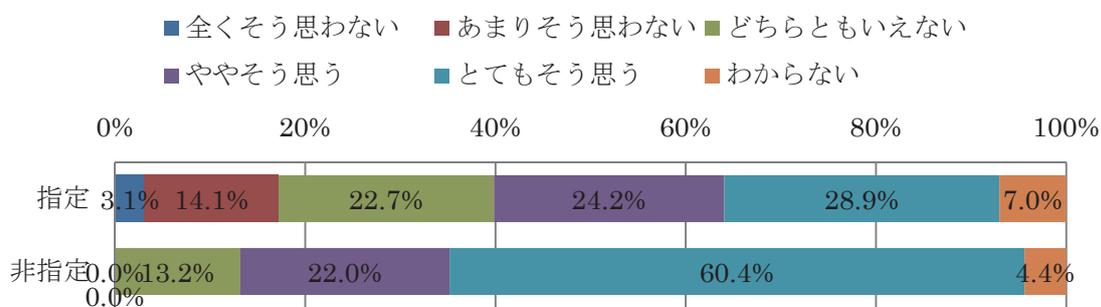


	全くそう 思わない	あまりそう 思わない	どちらとも いえない	ややそう 思う	とてもそう 思う	わからない	合計
指定	2 (1.6%)	4 (3.1%)	21 (16.4%)	40 (31.3%)	57 (44.5%)	4 (3.1%)	128
非指定	1 (1.1%)	0 (.0%)	18 (19.8%)	22 (24.2%)	46 (50.5%)	4 (4.4%)	91
合計	3 (1.4%)	4 (1.8%)	39 (17.8%)	62 (28.3%)	103 (47.0%)	8 (3.7%)	219

t (209) = -0.862, p = 0.390

「病院内で組織化された受け入れ体制がとれていない」については、「ややそう思う」「とてもそう思う」が非指定医療機関では 82.4% を占め、指定通院理医療機関の 53.1% よりも有意に高い比率を示した。既に指定を受けている指定通院医療機関であっても、組織化された受け入れ体制については、53.1% がとれていないと認識していた (図 15)。

図 15 病院内で組織化された受け入れ体制がとれていない

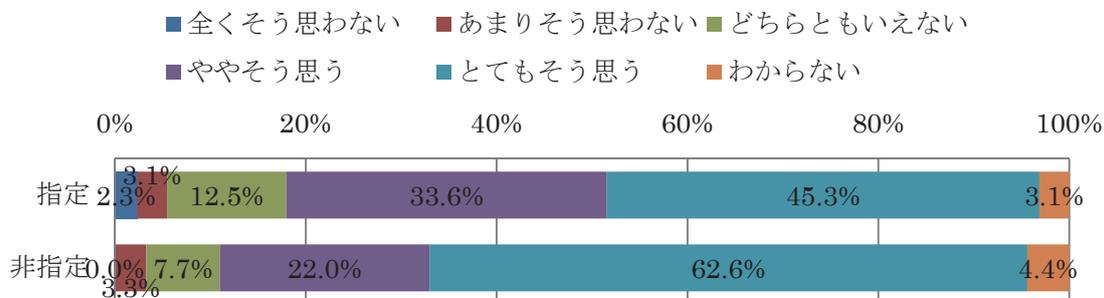


	全くそう 思わない	あまりそう 思わない	どちらとも いえない	ややそう 思う	とてもそう 思う	わからない	合計
指定	4 (3.1%)	18 (14.1%)	29 (22.7%)	31 (24.2%)	37 (28.9%)	9 (7.0%)	128
非指定	0 (.0%)	0 (.0%)	12 (13.2%)	20 (22.0%)	55 (60.4%)	4 (4.4%)	91
合計	4 (1.8%)	18 (8.2%)	41 (18.7%)	51 (23.3%)	92 (42.0%)	13 (5.9%)	219

t (199.621) = -6.269, p = 0.000

「対象者のリスクマネジメントを行わなければならない」ことについては、実際に医療観察法通院医療を行っている指定通院医療機関よりも、行っていない非指定通院医療機関の方が、強くそう考えている傾向が有意に認められた（図 16）。

図 16 対象者のリスクマネジメントを行わなければならない

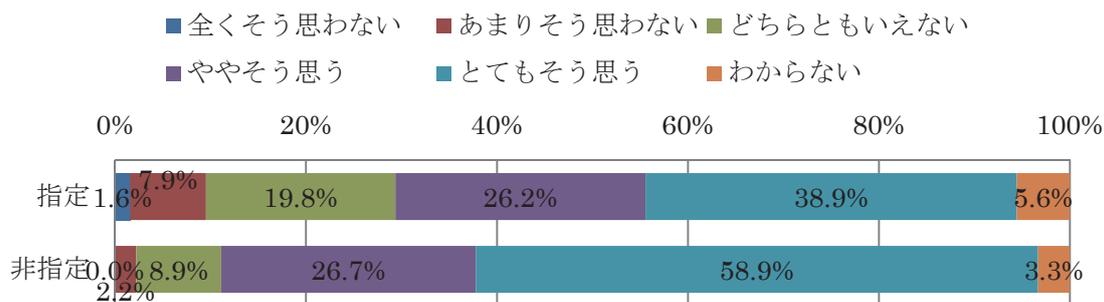


	全くそう 思わない	あまりそう 思わない	どちらとも いえない	ややそう 思う	とてもそう 思う	わからない	合計
指定	3 (2.3%)	4 (3.1%)	16 (12.5%)	43 (33.6%)	58 (45.3%)	4 (3.1%)	128
非指定	0 (0.0%)	3 (3.3%)	7 (7.7%)	20 (22.0%)	57 (62.6%)	4 (4.4%)	91
合計	3 (1.4%)	7 (3.2%)	23 (10.5%)	63 (28.8%)	115 (52.5%)	8 (3.7%)	219

t (209) = -2.442, p=0.015

「何か問題が起きた時に責任が問われる」ことについては、指定通院医療機関よりも、非指定通院医療機関の方が強く認識している傾向が有意に見られた（図 17）。

図 17 何か問題が起きたときに責任が問われる

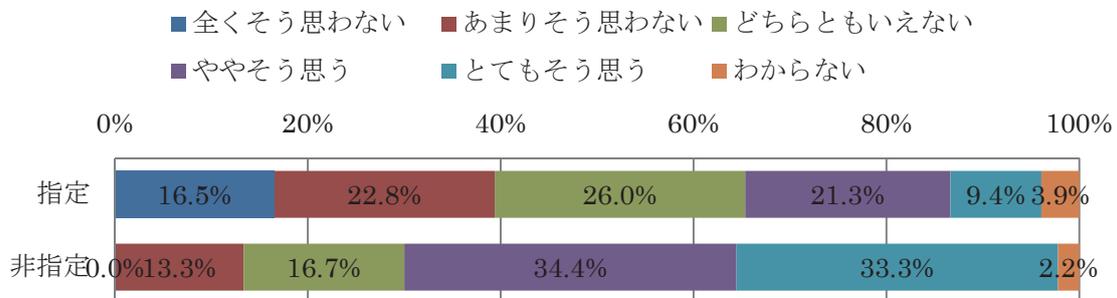


	全くそう 思わない	あまりそう 思わない	どちらとも いえない	ややそう 思う	とてもそう 思う	わからない	合計
指定	2 (1.6%)	10 (7.9%)	25 (19.8%)	33 (26.2%)	49 (38.9%)	7 (5.6%)	126
非指定	0 (0.0%)	2 (2.2%)	8 (8.9%)	24 (26.7%)	53 (58.9%)	3 (3.3%)	90
合計	2 (0.9%)	12 (5.6%)	33 (15.3%)	57 (26.4%)	102 (47.2%)	10 (4.6%)	216

t (203.952) = -3.854, p=0.000

「一般患者と同じ場所で診療することに抵抗がある」に対して「ややそう思う」「とてもそう思う」と回答した者の比率は、非指定通院医療機関では67.7%と、指定通院医療機関の30.7%よりも有意に高かった（図18）。

図18 一般患者と同じ場所で診療することに抵抗がある

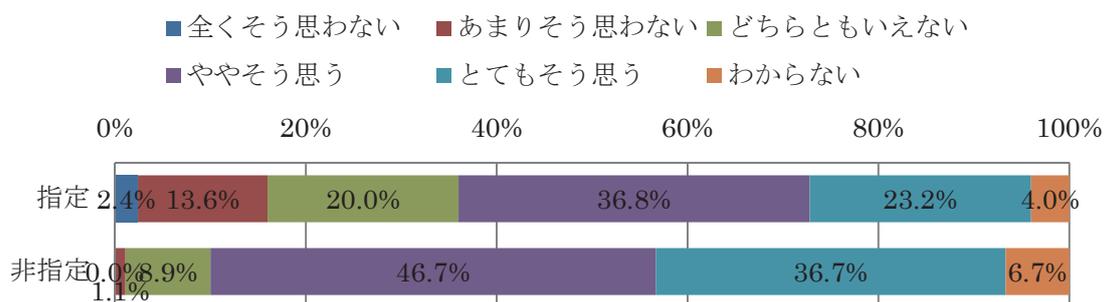


	全くそう 思わない	あまりそう 思わない	どちらとも いえない	ややそう 思う	とてもそう 思う	わからない	合計
指定	21 (16.5%)	29 (22.8%)	33 (26.0%)	27 (21.3%)	12 (9.4%)	5 (3.9%)	127
非指定	0 (0.0%)	12 (13.3%)	15 (16.7%)	31 (34.4%)	30 (33.3%)	2 (2.2%)	90
合計	21 (9.7%)	41 (18.9%)	48 (22.1%)	58 (26.7%)	42 (19.4%)	7 (3.2%)	217

t (203.682) = -6.777, p=0.000

「スタッフの教育・研修に時間がとられる」については、非指定通院医療機関の方がそのように考える傾向が強かった。指定通院医療機関でも過半数がそのように考えていたが、実際に通院医療に関わっている方が、一般精神科医療との違いを感じる度合いが低い可能性がある（図19）。

図19 スタッフの教育・研修に時間が取られる

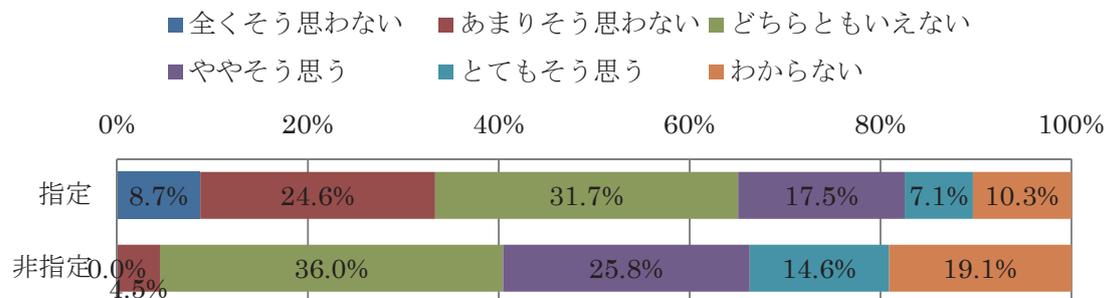


	全くそう 思わない	あまりそう 思わない	どちらとも いえない	ややそう 思う	とてもそう 思う	わからない	合計
指定	3 (2.4%)	17 (13.6%)	25 (20.0%)	46 (36.8%)	29 (23.2%)	5 (4.0%)	125
非指定	0 (0.0%)	1 (1.1%)	8 (8.9%)	42 (46.7%)	33 (36.7%)	6 (6.7%)	90
合計	3 (1.4%)	18 (8.4%)	33 (15.3%)	88 (40.9%)	62 (28.8%)	11 (5.1%)	215

t (200.454) = -4.873, p=0.000

「スタッフ等の反対が強い」では、非指定通院医療機関の方が、指定通院医療機関に比べて有意に反対する者が多かった。この項目は、非指定通院医療機関で「わからない」と回答した者が 19.1% おり、スタッフ等の反対が強いについて「ややそう思う」「とてもそう思う」と回答した者は 40.4% だった（図 20）。

図 20 スタッフ等の反対が強い



	全くそう 思わない	あまりそう 思わない	どちらとも いえない	ややそう 思う	とてもそう 思う	わからない	合計
指定	11 (8.7%)	31 (24.6%)	40 (31.7%)	22 (17.5%)	9 (7.1%)	13 (10.3%)	126
非指定	0 (0.0%)	4 (4.5%)	32 (36.0%)	23 (25.8%)	13 (14.6%)	17 (19.1%)	89
合計	11 (5.1%)	35 (16.3%)	72 (33.5%)	45 (20.9%)	22 (10.2%)	30 (14.0%)	215

t (183) = -4.916, p = 0.000

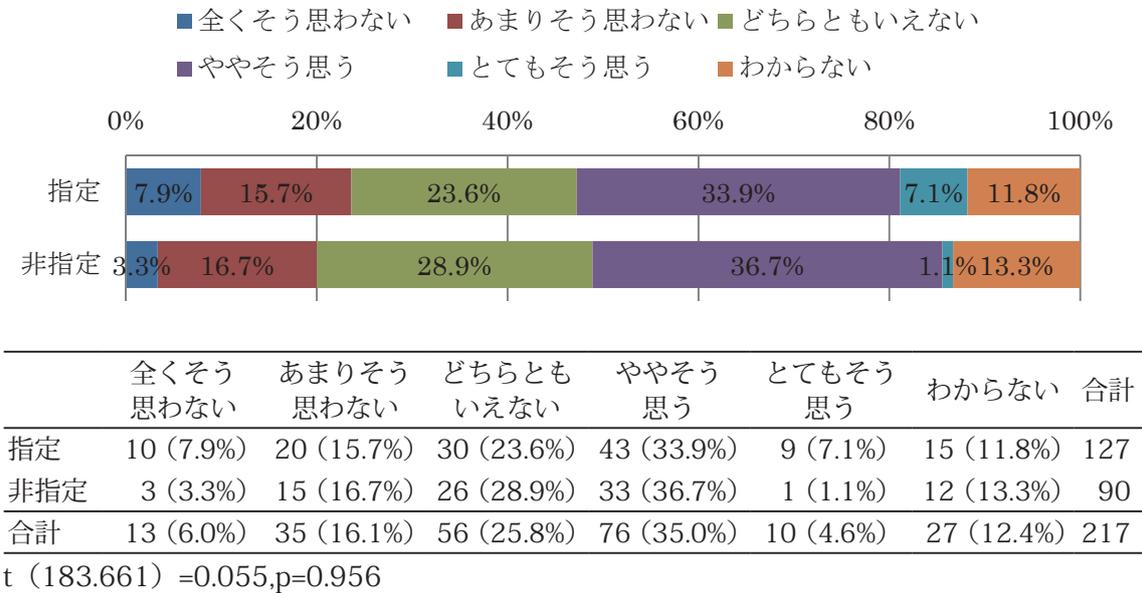
指定通院医療機関の負担やデメリットについての自由記載欄には、以下の様な意見が寄せられた：

- ・とにかく他の患者に同じ時間をかけてこなせる人数から考えると現状の 5～10 倍の金額が欲しい。そこに患者様の危険度にあわせてリスクプレミアムをつけてほしい。
- ・事件などに巻き込まれる不安がある。
- ・無責任に受け入れ、後始末をしない医師がいる。
- ・社会資源の活用が、一般通院者に比べ充足しているので診療はやりやすい。
- ・他にもリスクが高い方はいるし、綿密なフォローが必要な人もいます。病状の問題と制度上の問題は、分けて考えなければいけないし、設問も分けられるべきと思います。

4) 指定通院医療機関のメリット

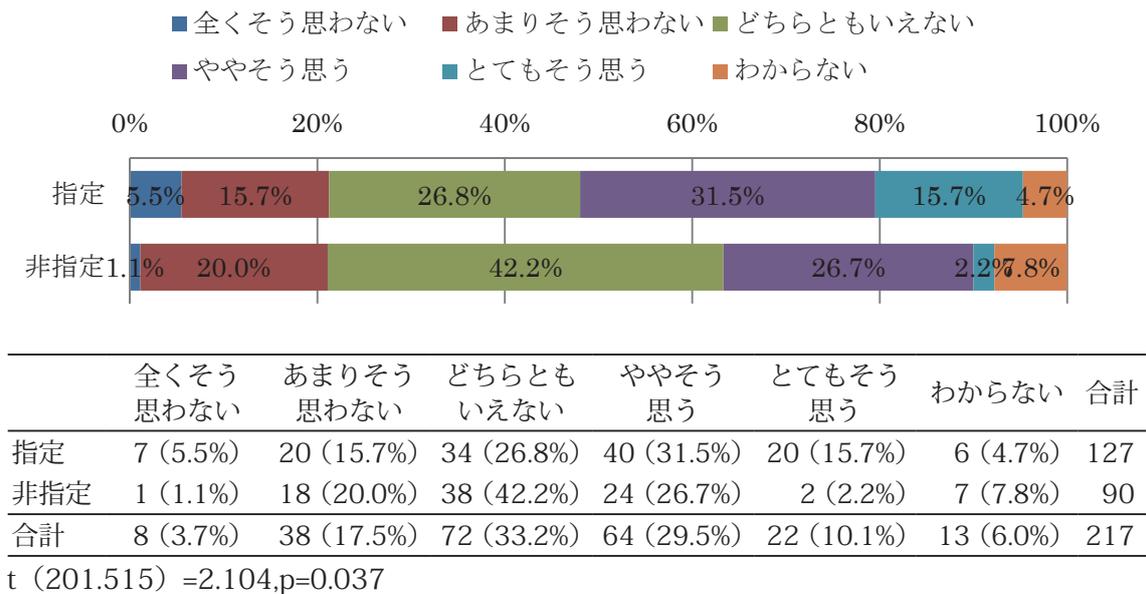
「診療報酬上の加算がある」ことについては、指定通院医療機関、非指定通院医療機関ともに「ややそう思う」「とてもそう思う」が過半数を割っていた（図 21）。

図 21 診療報酬の加算がある



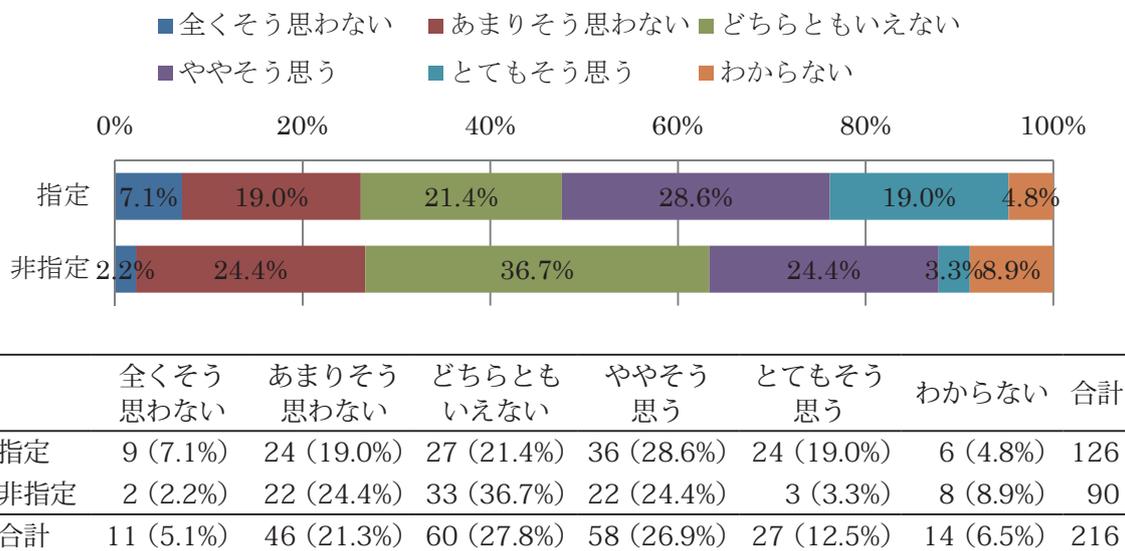
「病院の多職種連携が活発になる」については、実際に医療観察法通院医療を担っている指定通院医療機関の方が、有意に強くその傾向を感じていた（図 22）。

図 22 病院内の多職種連携がより活発になる



「地域他機関と連携して手厚い支援が出来る」についても、通院医療を担っている指定通院医療機関の方が、非指定通院医療機関よりも、有意に強くその傾向を認識していた(図 23)。

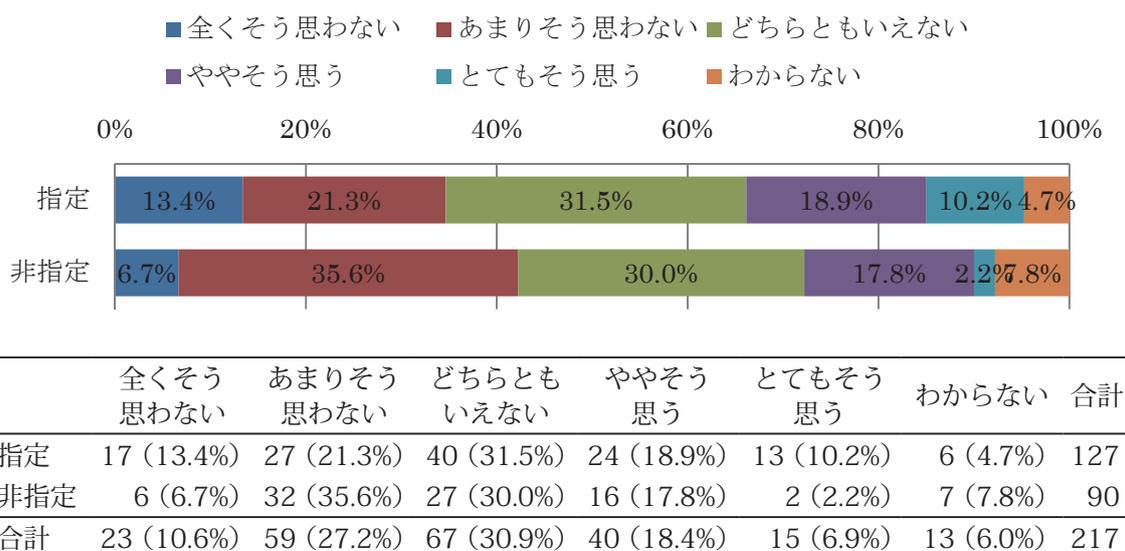
図 23 地域他機関と連携して手厚い支援ができる



t (199.166) =2.193,p=0.029

「先進的な医療を実施していることを対外的に示せる」ことについては、指定通院医療機関と非指定通院医療機関の間に有意な差が無く、非指定通院医療機関の「ややそう思う」「とてもそう思う」は20.0%であった(図 24)。

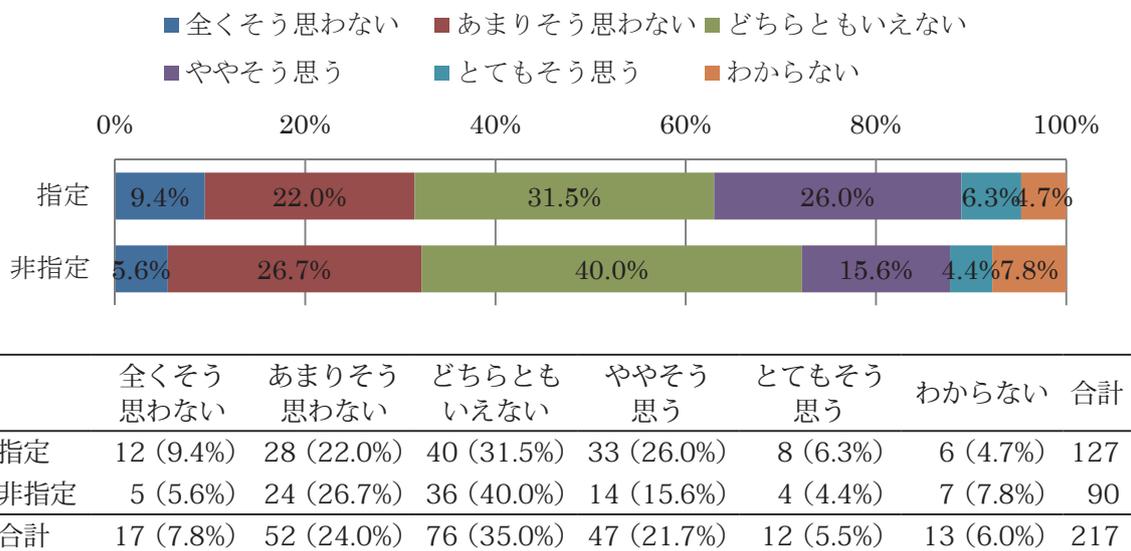
図 24 先進的な医療を実施していることを対外的に示せる



t (202) =1.268,p=0.206

「精神科医療に熱心なスタッフを集めることができる」についても、両群に差はなく、「ややそう思う」「そう思う」率は、非指定通院医療機関で20%と低率であり、このようなイメージは持たれていない様子であった（図25）。

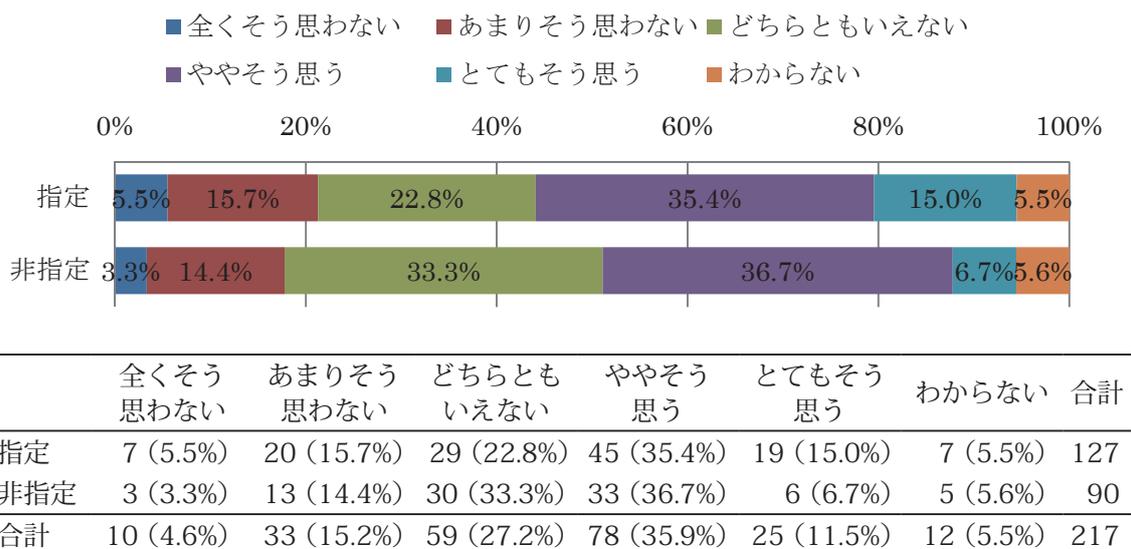
図25 精神科医療に熱心なスタッフを集めることができる



t (202) =0.818,p=0.414

「スタッフの技術向上につながる」についても、両群に有意差はなく、肯定する意見は2割前後であった（図26）。

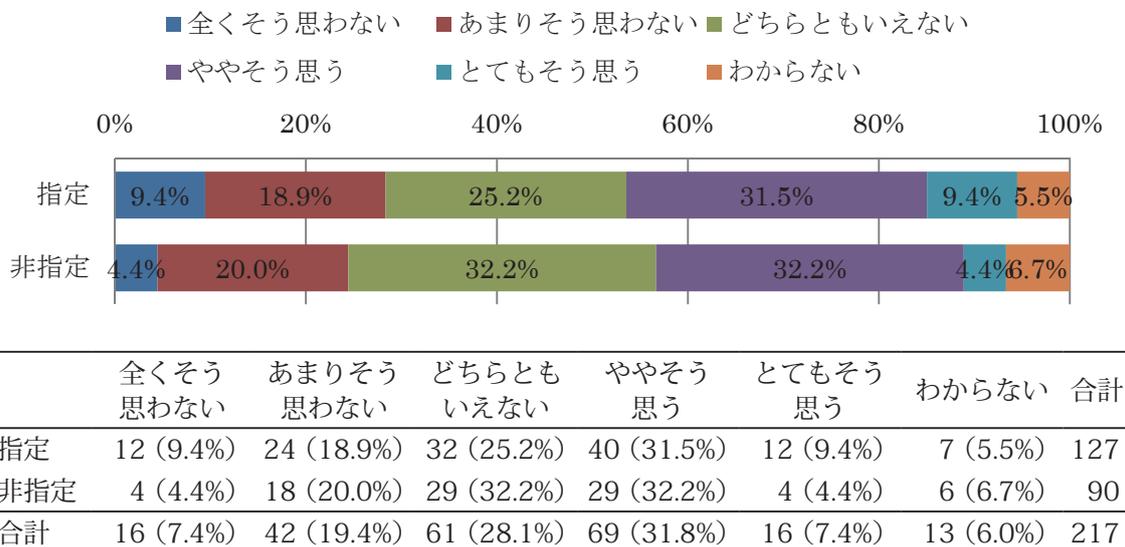
図26 スタッフの技術向上につながる



t (197.169) =0.710,p=0.478

「先進的な治療プログラムの情報が得られる」ことについては、両群に有意な差はなかった（図 27）。

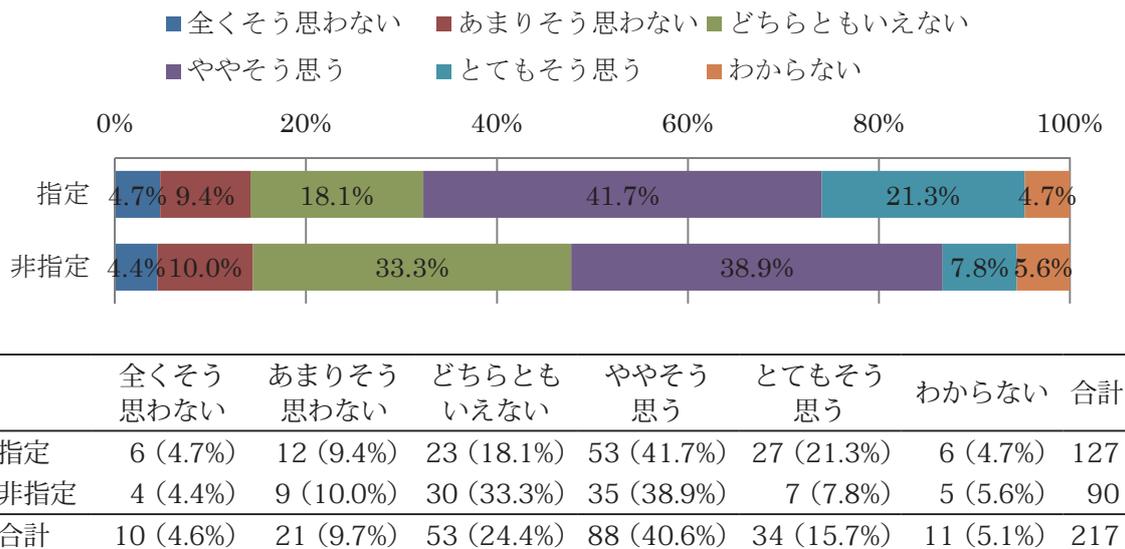
図 27 先進的な治療プログラムの情報が得られる



t (195.365) =0.016,p=0.987

「地域貢献となる」ことについては、指定通院医療機関の方がその「ややそう思う」「とてもそう思う」が63.0%と、非指定通院医療機関の46.7%よりも有意に高かった（図 28）。

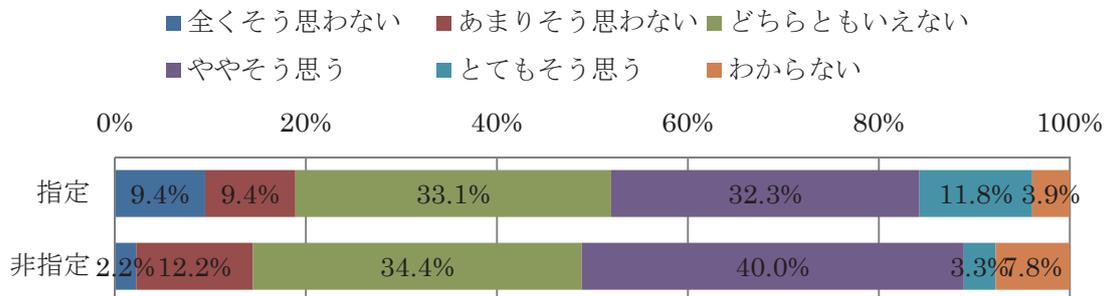
図 28 地域貢献となる



t (204) =2.125,p=0.035

「リスクアセスメントに関する情報が得られる」「リスクマネジメントの技能の向上につながる」については、両群で有意な差はなかった（図 29、図 30）。

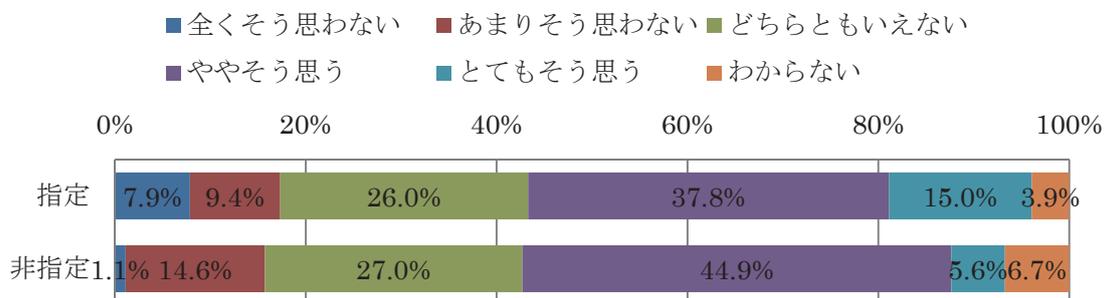
図 29 リスクアセスメントに関する情報が得られる



	全くそう 思わない	あまりそう 思わない	どちらとも いえない	ややそう 思う	とてもそう 思う	わからない	合計
指定	12 (9.4%)	12 (9.4%)	42 (33.1%)	41 (32.3%)	15 (11.8%)	5 (3.9%)	127
非指定	2 (2.2%)	11 (12.2%)	31 (34.4%)	36 (40.0%)	3 (3.3%)	7 (7.8%)	90
合計	14 (6.5%)	23 (10.6%)	73 (33.6%)	77 (35.5%)	18 (8.3%)	12 (5.5%)	217

t (200.785) = -0.280, p = 0.780

図 30 リスクマネジメント技能の向上につながる

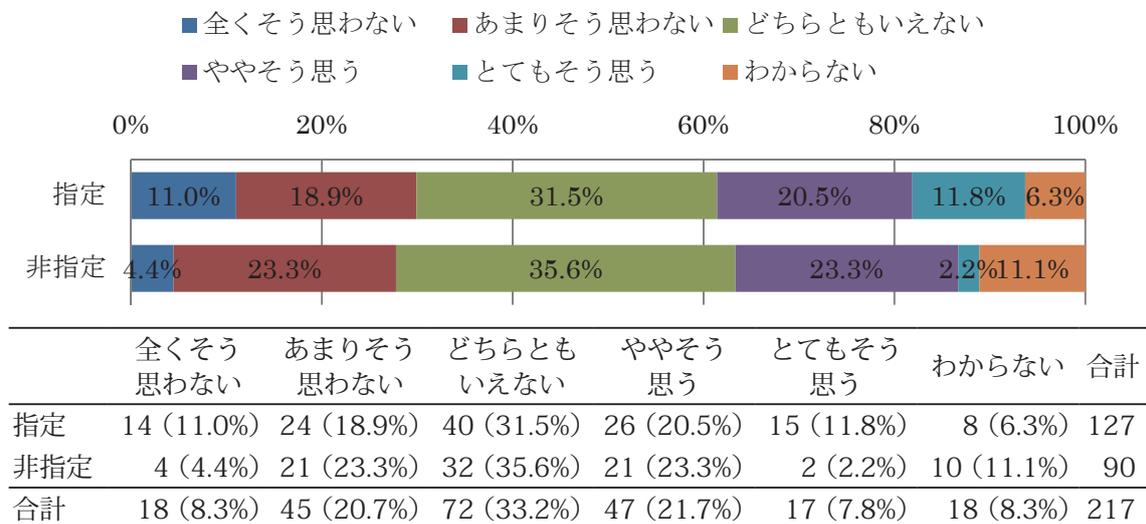


	全くそう 思わない	あまりそう 思わない	どちらとも いえない	ややそう 思う	とてもそう 思う	わからない	合計
指定	10 (7.9%)	12 (9.4%)	33 (26.0%)	48 (37.8%)	19 (15.0%)	5 (3.9%)	127
非指定	1 (1.1%)	13 (14.6%)	24 (27.0%)	40 (44.9%)	5 (5.6%)	6 (6.7%)	89
合計	11 (5.1%)	25 (11.6%)	57 (26.4%)	88 (40.7%)	24 (11.1%)	11 (5.1%)	216

t (199.363) = 0.150, p = 0.881

「他の患者についても多機関連携が利用できる」については、両群で差が無く、指定通院医療機関においても、否定、どちらともいえない、肯定が約3割ずつであった（図31）。

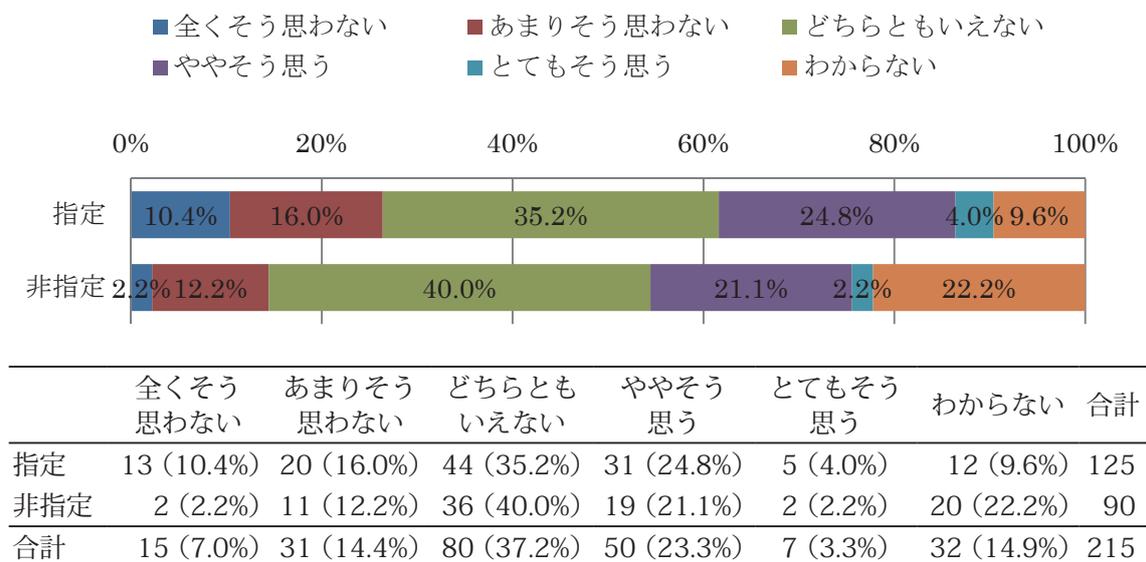
図31 他の患者についても多機関連携が利用できる



t (193.336) =0.561,p=0.576

「医療観察法指定医療機関のスタッフのみが受講できる研修制度がある」については、実際には精神保健判定医等養成研修会などの研修は存在しているものの、指定通院医療機関にも、非指定通院医療機関にもあまり認識されていなかった（図32）。

図32 医療観察法指定医療機関のスタッフのみが受講できる研修制度がある



t (172.298) =-1.149,p=0.252

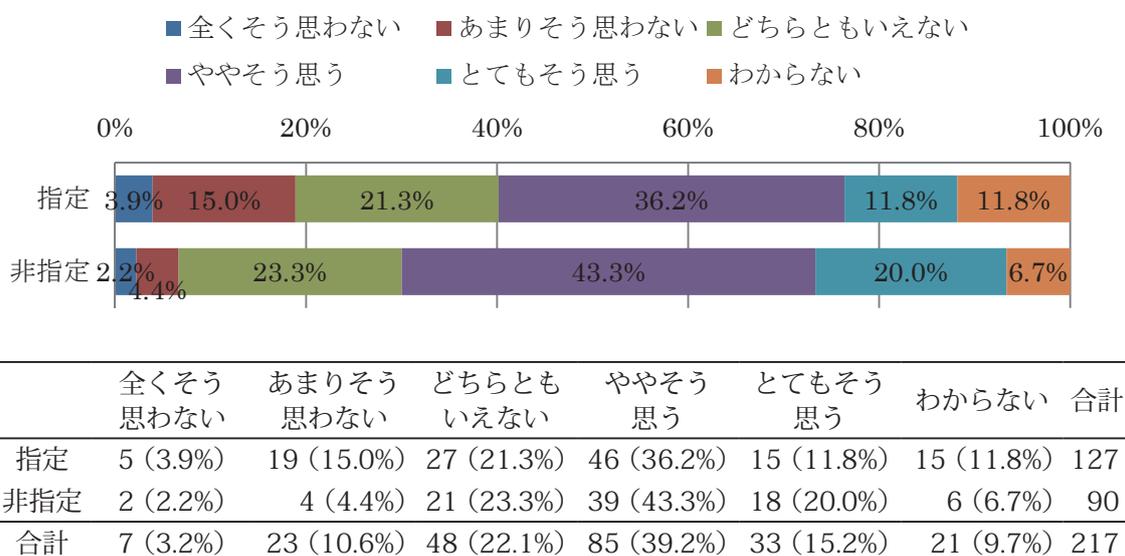
「指定通院医療機関になることのメリット」の自由記載欄には以下の意見が寄せられた：
 ・プログラムも、指定入院医療機関の治療内容もレベルが近いので、上記がメリットとはとても思えない。

- ・結局問題が生じると医師の責任が問われる。
- ・診療報酬の加算があって喜ぶのは病院であって、個人のメリットはない。
- ・院内の多職種連携の活発は、医療全体を活発にさせ得る。

5) 指定通院医療機関が増加しない理由について

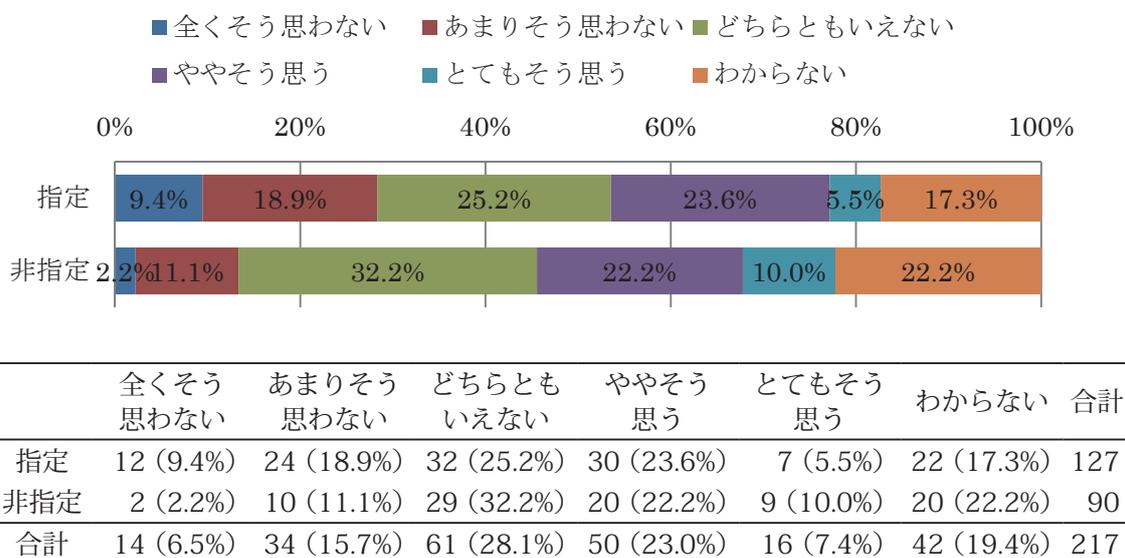
「周辺住民の理解が得られない」については、非指定通院医療機関の方が有意に強く認識をしていた(図33)。地域の実情の反映だけでなく、イメージによる部分もあると考えられる。一方、「住民からの反対運動が起きている」ことについては、非指定通院医療機関の方がその傾向が有意に強く、地域の実情の反映であると考えられた(図34)。

図33 周辺地域住民の理解が得られない



t (190.228) = -2.669, p=0.008

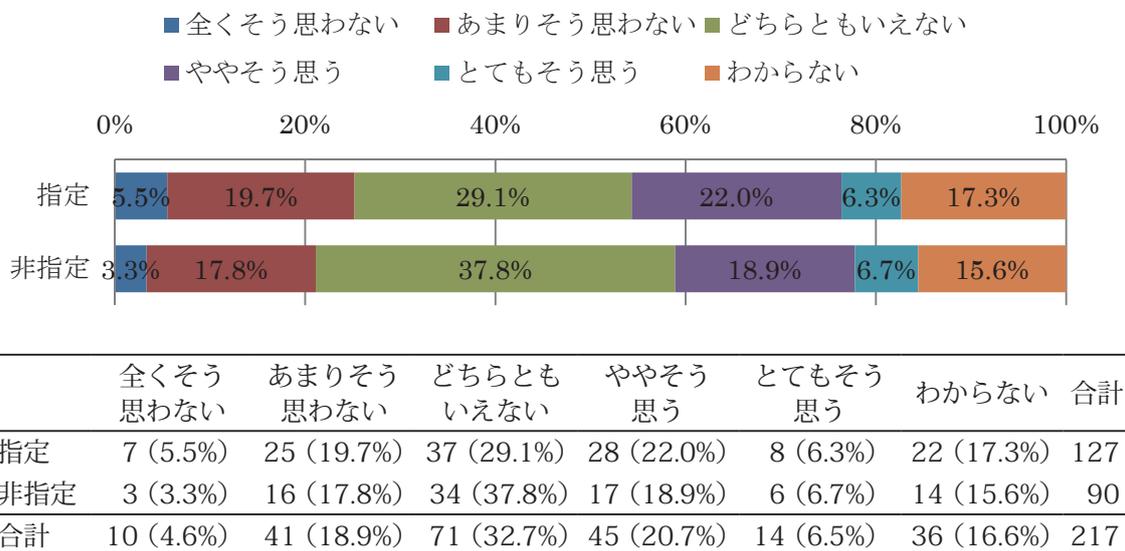
図34 住民からの反対運動が起きている



t (173) = -2.322, p=0.021

「医療観察法制度に反対の精神科病院・診療所が多い」ことについては、指定通院医療機関、非指定通院医療機関の間に有意な差はなく、ともに「ややそう思う」「とても思う」率は3割を切っていた（図35）。

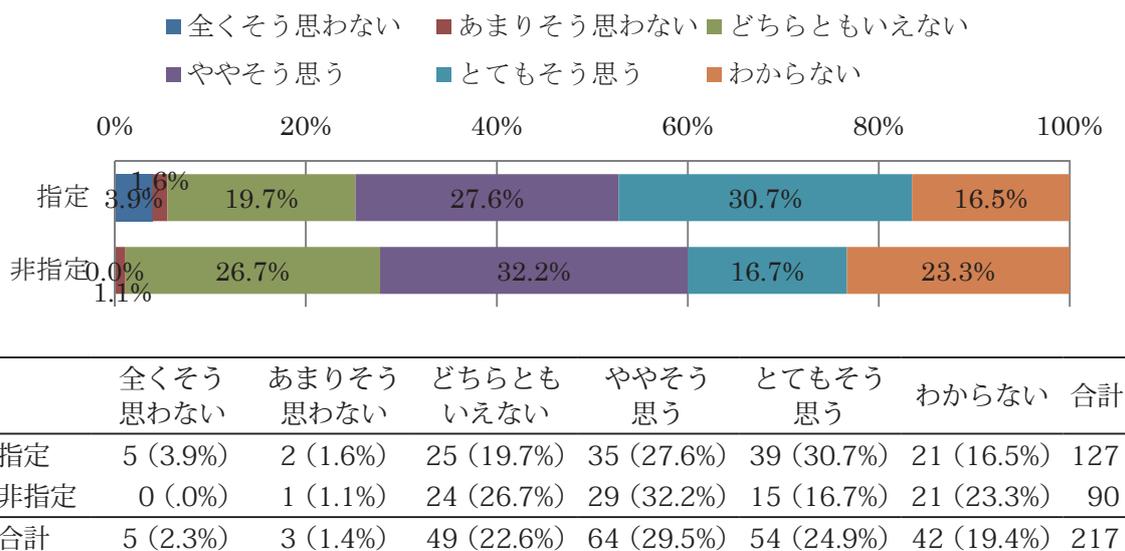
図35 医療観察法制度に反対の精神科病院・診療所が多い



t (179) = -0.294, p = 0.769

「東京都では公立病院で指定通院医療機関となっていない病院が多い」ことについては、両群で有意な差はなかったが、「あまりそう思わない」「全くそう思わない」との回答が、指定通院医療機関で5.5%、非指定通院医療機関では1.1%と極めて低かった（図36）。

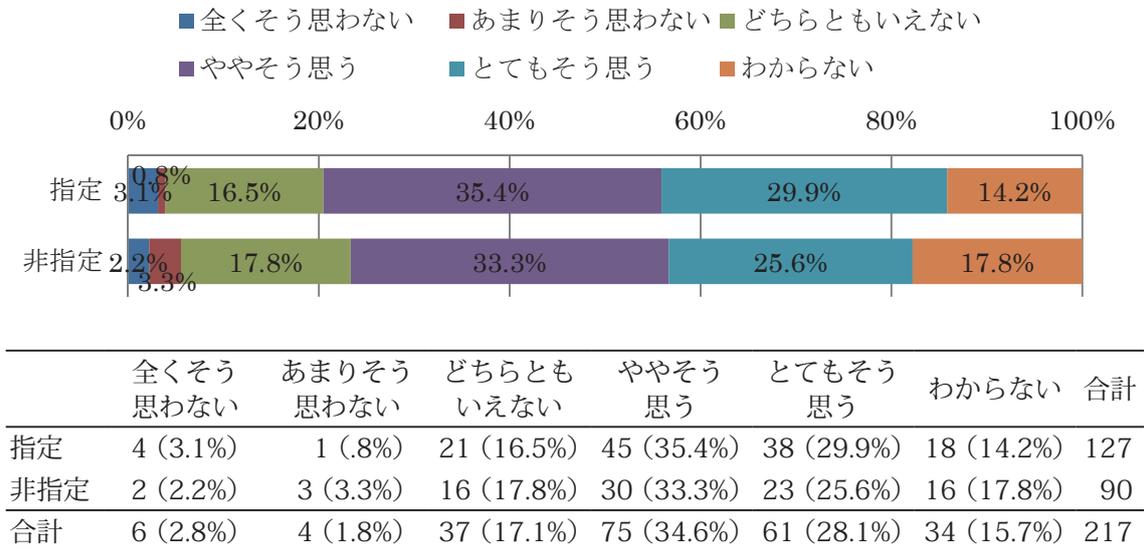
図36 東京都では、公立病院で指定通院医療機関となっていない病院が多い



t (173) = 0.759, p = 0.449

「診療所が指定通院医療機関になろうとしても、緊急時の受け入れ病院（バックベッド）が決まらない」ことについては、両群で回答の分布に有意な差はなく、ともに「ややそう思う」「とてもそう思う」と回答した者が6割前後を占めた（図37）。

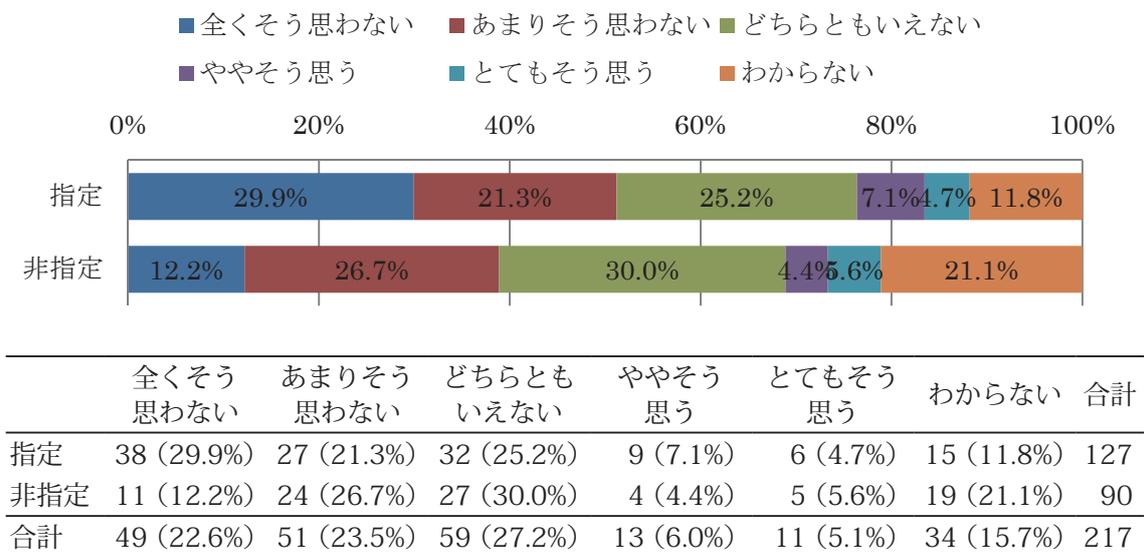
図37 診療所が指定通院医療機関になろうとしても、緊急時の受け入れ病院（バックベッド）が決まらない



t (181) = 0.656, p = 0.513

「医療観察法指定通院医療機関の必要性がない」に対する回答の分布における両群の差は有意傾向であった。指定通院医療機関で「全くそう思わない」と回答した者は、29.9%と非指定医療機関の12.2%に比べ、2倍以上であった（図38）。

図38 医療観察法指定通院医療機関の必要性がない



t (181) = -1.647, p = 0.101

「医療観察法指定通院医療機関が増えない理由」の自由記載欄には、以下の意見が寄せられた：

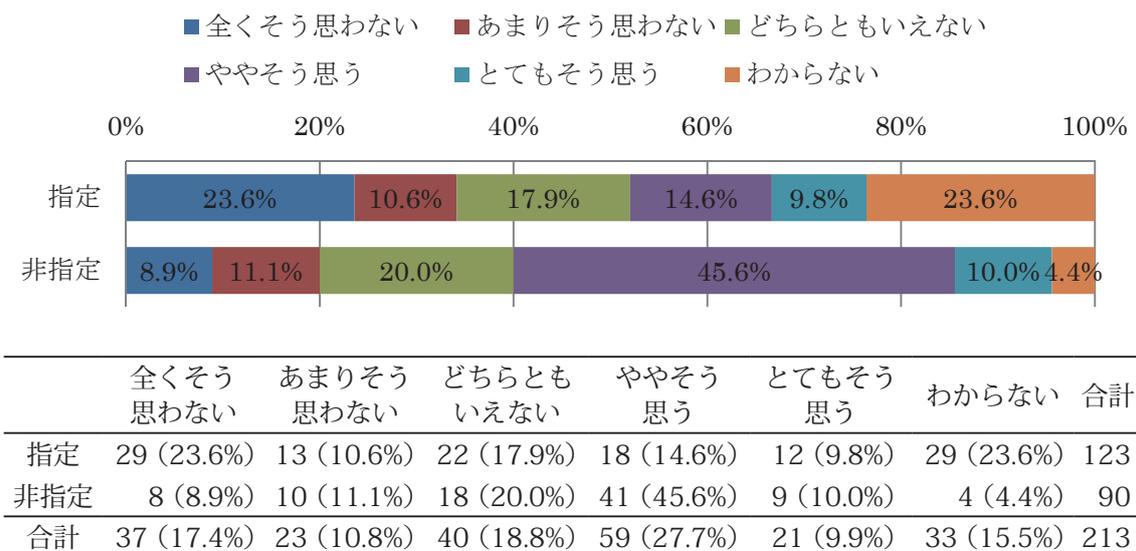
- ・それにより他の患者様の診療にさける時間が減り、医療の質の劣化が起こる
- ・やめた方がよい制度
- ・一般患者と一緒に診ることへの抵抗感
- ・広報活動が足りない
- ・国公立病院が担うべき
- ・診療報酬の加算が少ない
- ・通常業務のみで多忙であり、医観法の通院を始めるメリット（経済的）が乏しい
- ・必要性があるとは思いますが、まだその気分（施設、職員）になれない
- ・問題が起きた時に責任が問われることを避けようとしている

6) 指定通院医療機関になったきっかけ／なっても良い条件

本項目は、指定通院医療機関については、「指定通院医療機関の指定を受けることになったきっかけ」、非指定通院医療機関については「指定通院医療機関になっても良い条件」を尋ねた。

「もともと通院していた患者が対象者になった」場合については、指定通院医療機関では、それが指定を受けるきっかけになったと24.4%が回答していた。非指定通院医療機関では、過半数（55.6%）が、「ややそう思う」「とてもそう思う」と回答し、指定を受ける条件になりうると認識していた（図39）。

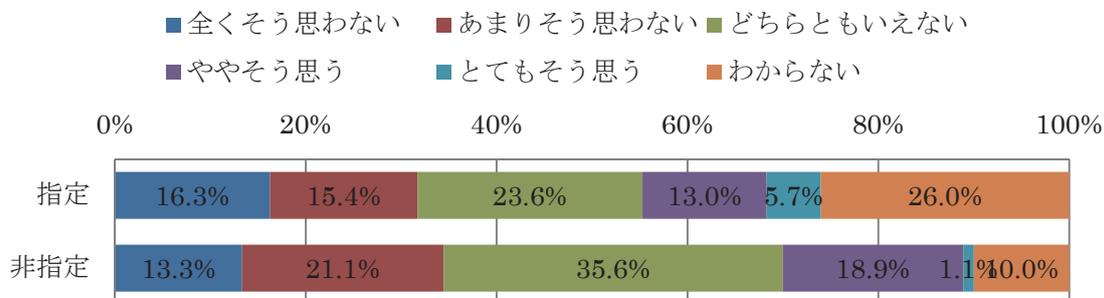
図39 貴院にもともと通院していた患者が対象者になった



「交通の便が良く通院しやすい機関が他になかった」の項目は、指定通院医療機関では「わからない」と回答した者が26.0%おり、指定を受けた当初の経緯を知らない、または、着任時には既に所属機関が指定通院医療機関になっていた者などが含まれると考えられ

る。対象者の交通の便が指定を受けるきっかけになったことに肯定的に回答している者は、18.7%であった。一方、非指定通院医療機関では、対象者にとっての交通の便が、指定を受けるきっかけになりうると考える者は、20.0%であった（図40）。

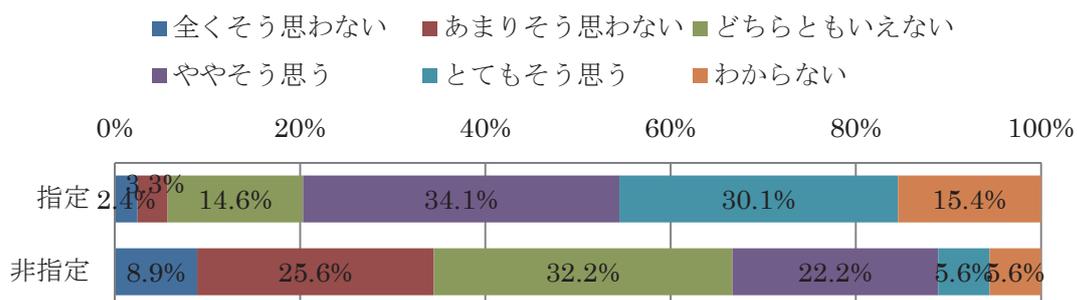
図40 交通の便が良く通院しやすい機関が他になかった



	全くそう 思わない	あまりそう 思わない	どちらとも いえない	ややそう 思う	とてもそう 思う	わからない	合計
指定	20 (16.3%)	19 (15.4%)	29 (23.6%)	16 (13.0%)	7 (5.7%)	32 (26.0%)	123
非指定	12 (13.3%)	19 (21.1%)	32 (35.6%)	17 (18.9%)	1 (1.1%)	9 (10.0%)	90
合計	32 (15.0%)	38 (17.8%)	61 (28.6%)	33 (15.5%)	8 (3.8%)	41 (19.2%)	213

「医療観察法対象者の受け入れに積極的な人がいた」ことが指定のきっかけになったと回答している指定通院医療機関の常勤指定医は、64.1%であった。一方、非指定通院医療機関では、積極的な人がいることが指定を受けるきっかけになると考える者は、27.8%だった（図41）。

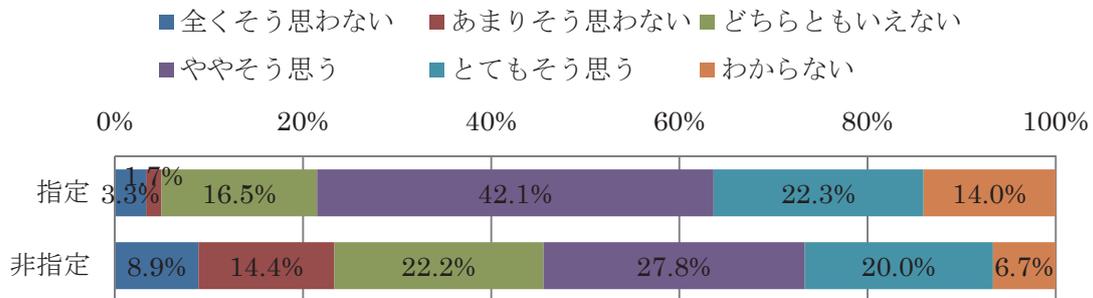
図41 医療観察法対象者の受け入れに積極的な人がいた



	全くそう 思わない	あまりそう 思わない	どちらとも いえない	ややそう 思う	とてもそう 思う	わからない	合計
指定	3 (2.4%)	4 (3.3%)	18 (14.6%)	42 (34.1%)	37 (30.1%)	19 (15.4%)	123
非指定	8 (8.9%)	23 (25.6%)	29 (32.2%)	20 (22.2%)	5 (5.6%)	5 (5.6%)	90
合計	11 (5.2%)	27 (12.7%)	47 (22.1%)	62 (29.1%)	42 (19.7%)	24 (11.3%)	213

「院内のスタッフの協力が得られた」ことが指定を受けるきっかけになったことに「ややそう思う」「とてもそう思う」と回答している指定通院医療機関の常勤指定医は、64.4%であった。非指定通院医療機関でも、院内スタッフの協力が得られることが指定を受けるきっかけになりうると回答している者が47.8%であった（図42）。

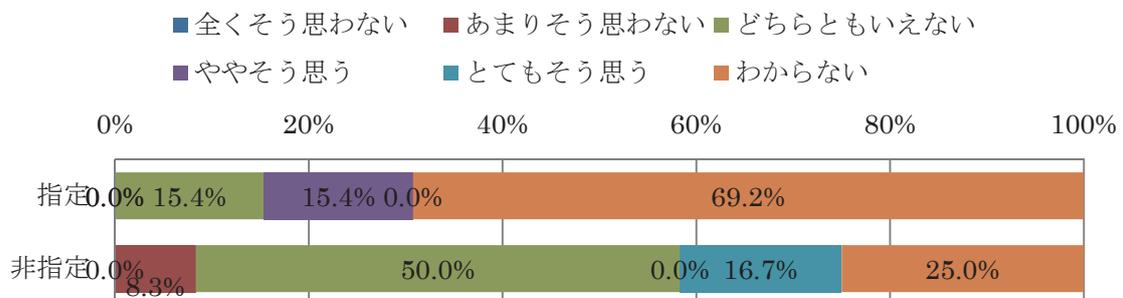
図42 院内のスタッフの協力が得られた



	全くそう 思わない	あまりそう 思わない	どちらとも いえない	ややそう 思う	とてもそう 思う	わからない	合計
指定	4 (3.3%)	2 (1.7%)	20 (16.5%)	51 (42.1%)	27 (22.3%)	17 (14.0%)	121
非指定	8 (8.9%)	13 (14.4%)	20 (22.2%)	25 (27.8%)	18 (20.0%)	6 (6.7%)	90
合計	12 (5.7%)	15 (7.1%)	40 (19.0%)	76 (36.0%)	45 (21.3%)	23 (10.9%)	211

「緊急時の受け入れ病院（バックベッド）が決まった」は、診療所に勤務する常勤指定医のみが回答した。この項目は、「どちらともいえない」「わからない」と回答した者が高率であった。「わからない」以外の回答者の分布では、指定通院医療機関では、バックベッドが決まったことが指定を受けるきっかけとなったと回答している者が、「ややそう思う」で15.4%であった。一方、非指定通院医療機関では、「わからない」以外の回答は、「どちらともいえない」が50%と最も多かったが、バックベッドは決まることは指定を受けるきっかけとなることに「とてもそう思う」と回答した者が16.7%存在し、「あまりそう思わない」よりも多かった（図43）。

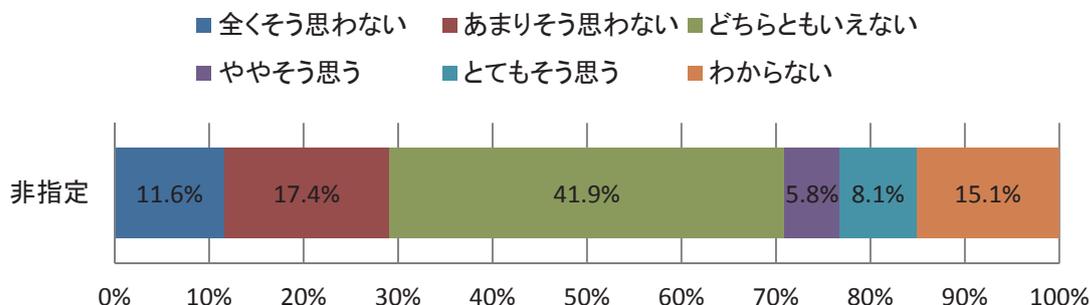
図43 緊急時の受け入れ病院（バックベッド）が決まった



	全くそう 思わない	あまりそう 思わない	どちらとも いえない	ややそう 思う	とてもそう 思う	わからない	合計
指定	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (15.4%)	2 (15.4%)	0 (0.0%)	9 (69.2%)	13
非指定	0 (0.0%)	1 (8.3%)	6 (50.0%)	0 (0.0%)	2 (16.7%)	3 (25.0%)	12
合計	0 (0.0%)	1 (4.0%)	8 (32.0%)	2 (8.0%)	2 (8.0%)	12 (48.0%)	25

所属医療機関が指定通院医療機関になることについて、「どのような条件でもならない方がよい」に対して「どちらともいえない」「わからない」と回答した非指定通院医療機関の常勤指定医は、計 58.6% であり、過半数が態度を決めかねていた。指定通院医療機関になることに反対する者（「ややそう思う」「とてもそう思う」）は計 13.4% であった（図 44）。

図 44 どのような条件でもならないほうがよい



	全くそう 思わない	あまりそう 思わない	どちらとも いえない	ややそう 思う	とてもそう 思う	わからない	合計
指定	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0
非指定	10 (12.2%)	13 (15.9%)	35 (42.7%)	4 (4.9%)	7 (8.5%)	13 (15.9%)	82
合計	10 (12.2%)	13 (15.9%)	35 (42.7%)	4 (4.9%)	7 (8.5%)	13 (15.9%)	82

「指定通院医療機関になったきっかけ」の自由記載欄には以下の意見が寄せられた：

- ・ 指定入院医療機関だからでしょう
- ・ 指定入院医療機関で公的病院だから
- ・ 社会貢献
- ・ 責任の所在を行政が負うべき

「指定通院医療機関になってもよい条件」の自由記載欄には以下の意見が寄せられた：

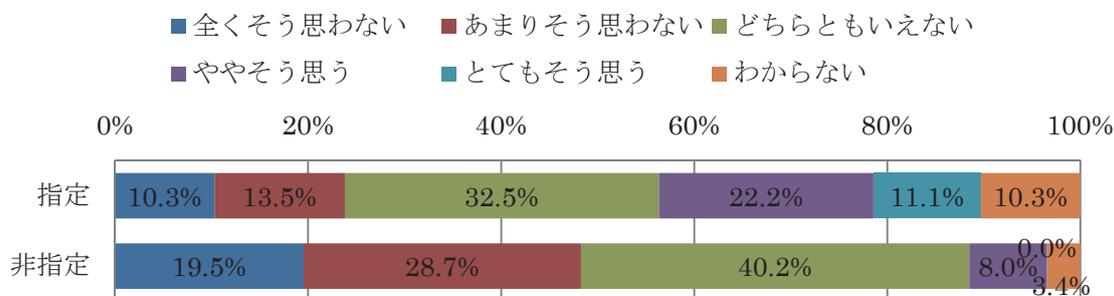
- ・ 新たにスタッフ（医師、PSW）を雇用できる治療報酬、補助があれば。病院機能として、訪問看護を行い、デイケアを行うことができれば。

7) バックベッドになることについて

診療所が医療観察法指定通院医療機関になる際に、バックベッドになることについては、「ややそう思う」「とてもそう思う」と回答者率は、非指定通院医療機関で 8.0%、指定通院

医療機関で 33.3%であり、指定通院医療機関において、より受け入れに肯定的な意見が有意に多かった（図 45）。

図 45 貴院が、指定通院医療機関の精神科診療所の緊急時の受入れ病院（バックベッド）になってもよい



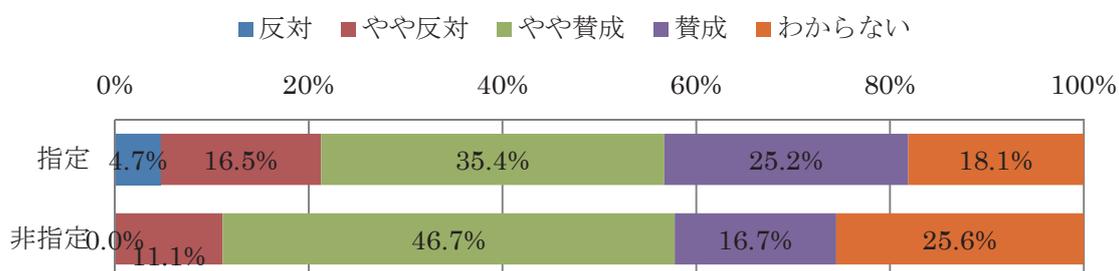
	全くそう 思わない	あまりそう 思わない	どちらとも いえない	ややそう 思う	とてもそう 思う	わからない	合計
指定	13 (10.3%)	17 (13.5%)	41 (32.5%)	28 (22.2%)	14 (11.1%)	13 (10.3%)	126
非指定	17 (19.5%)	25 (28.7%)	35 (40.2%)	7 (8.0%)	0 (0.0%)	3 (3.4%)	87
合計	30 (14.1%)	42 (19.7%)	76 (35.7%)	35 (16.4%)	14 (6.6%)	16 (7.5%)	213

t (209) =4.711, p=0.000

7) 医療観察法制度への意見

「医療観察法制度への意見」については、「わからない」を除いて比較した結果、全体としては、賛成寄りの意見が 6 割を占めていた。一方、指定通院医療機関の方が、反対寄りの意見（「反対」と「やや反対」で計 21.2%）が非指定通院医療機関（「反対」と「やや反対」で計 11.1%）よりも高率であった（図 46）。

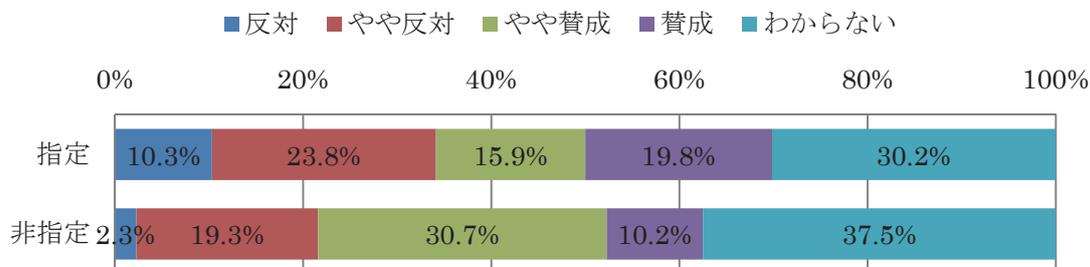
図 46 医療観察法制度について



	反対	やや反対	やや賛成	賛成	わからない	合計
指定	6 (4.7%)	21 (16.5%)	45 (35.4%)	32 (25.2%)	23 (18.1%)	127 (100.0%)
非指定	0 (0.0%)	10 (11.1%)	42 (46.7%)	15 (16.7%)	23 (25.6%)	90 (100.0%)
合計	6 (2.8%)	31 (14.3%)	87 (40.1%)	47 (21.7%)	46 (21.2%)	217 (100.0%)

「指定通院医療機関名が非公開であることについて」賛成か反対かを問う項目では、「わからない」との回答が3割を占めていた。反対寄りの意見をより多く表明したのは、指定通院医療機関であった（44.1%）（図47）。

図 46 指定通院医療機関名が非公開であることについて



	反対	やや反対	やや賛成	賛成	わからない	合計
指定	13 (10.3%)	30 (23.8%)	20 (15.9%)	25 (19.8%)	38 (30.2%)	126 (100.0%)
非指定	2 (2.3%)	17 (19.3%)	27 (30.7%)	9 (10.2%)	33 (37.5%)	88 (100.0%)
合計	15 (7.0%)	47 (22.0%)	47 (22.0%)	34 (15.9%)	71 (33.2%)	214 (100.0%)

9) アンケート自由回答欄に寄せられた意見

- ・指定通院医療機関と指定入院医療機関とのかかるコストのギャップが大きすぎる
- ・通院中の状態が悪くなり入院が必要になった場合、医療観察法にのらず、精神保健福祉法で処遇されるのが納得できない。医療観察法での入院では膨大なコストをかけ、精神保健福祉法での入院ではコストを削減しており、とても協力できない
- ・通院処遇におけるサービスが入院処遇のサービスに比べ、極めて貧弱
- ・公的機関で、例えば東京なら、国立センター、都立病院、3センター（保健福祉）等で、外来的内容プログラムを提供するなどしてほしい。その他の問題（コストに関しては）観察法のみ著しく高いのが逆に心配な面も
- ・指定通院機関は非公開となっていることは、導入のメリットと考えているようだが、開かれた病院のスタンスとは相容れない。その意味で非公開だから良いだろうは安易と思われる

■考察

医療観察法指定入院医療機関の常勤指定医は、非指定通院医療機関に比べ、医療観察法関係の鑑定経験や精神保健審判員の経験だけでなく、簡易鑑定や裁判員裁判に鑑定人として出廷した経験も多かった。もともと司法精神医学に関心の深い医師や、医療観察法制度への協力意志が高い医師がいるだけでなく、機関名は公表されていないものの指定通院医療機関は、医療観察法鑑定医療機関にもなっている場合が多いことの反映とも考えられた。

予想されたとおり、指定通院医療機関の常勤指定医の方が、通院処遇ガイドラインの存

在や、東京都における指定通院医療機関の不足などの知識が高かった。しかしながら、指定通院医療機関名が非公開になっていることについては、非指定通院医療機関よりも認識率は有意に高かったものの、約7割弱の回答者はそのことを知らず、このことが周知されていないことを示していた。医療観察法対象者の診療に従事する意思については、非指定通院医療機関よりも肯定的に回答した者が多かったが、約5割の者は従事したくないと考えていることがわかった。

指定入院医療機関・非指定通院医療機関ともに、指定を受けた場合、「診療報酬が低いこと」、「補助金がないこと」「書類作成に時間がとられること」「治療に人手がかかること」「PSW が十分に確保できないこと」「医師が忙しすぎてこれ以上時間を割けないこと」については、過半数を超える回答者が、「ややそう思う」「とてもそう思う」を選択しており、共通認識であった。「会議に時間がかかる」については、非指定通院医療機関でも78.7%が肯定していたが、指定通院医療機関では91.1%が肯定しており、実際に指定を受けた結果、事前に想定していたよりも会議時間をとられるという実感を持っている様子が反映されていると考えられる。医療観察法専任スタッフを雇い入れていることは極めて稀であることからすると、増えた会議時間は、全て業務時間増、ないし、一般精神科医療サービスに使う時間を減らすことで割り当てていると考えられる。

アンケート結果からは、実際に医療観察法通院医療に関わっていない非指定通院医療機関の方が、「対象者のリスクマネジメントをする必要性」や「一般患者と同じ場所で診療することへの抵抗」を指定通院医療機関よりも強くイメージしている様子が示唆された。医療観察法対象者に対して「他害リスクの高い者を典型とする」イメージが強いと考えられ、このことから「訪問看護に多くの人手がかかる」「スタッフの教育研修に時間がとられる」と実際以上に特殊な関わりやトレーニングが必要だと認識され、かつ「何かあった場合に責任が問われる」懸念が余計に強まっている可能性がある。社会復帰調整官によるコーディネートや多機関連携の中で、実際に医療観察法通院処遇に関わっている指定通院医療機関の方が対象者の実像をふまえた現実的な認識を持てるため、結果的にアンケートの回答の仕方に差が出たことが示唆される。非指定通院医療機関では、「病院内で組織化された受け入れが出来ていない」「スタッフ等の反対が強い」傾向が、指定通院医療機関よりも強かったが、このような反対の一部には、医療観察法対象者の実像を把握していないことから来る部分もあると考えられた。

指定通院医療機関を担うことのメリットとしては、「病院内の多職種連携がより活発になる」「地域他機関と連携して手厚い支援が出来る」の項目について、指定通院医療機関の方が有意に強く、このことを認識していた。もとより多職種連携・多機関連携に力を入れている医療機関だけでなく、あまり経験や実施の土壌がなかった機関であっても、医療観察法制度の枠組みの中で、ケア会議や治療評価会議等を実施するうちに、経験を積み、多職種及び多機関の連携が進みうる可能性を示していると考えられる。「地域貢献になる」ことも指定通院医療機関の方が、非指定通院医療機関よりも有意に強く認識していた。これは医療観察法通院医療に関わる経験から出てきたメリットの認識ともとれるが、寧ろ、使命感をもって医療観察法通院処遇を引き受けている医療機関の姿勢を示しているとも考えられる。

指定通院医療機関が増加しない理由については、非指定通院医療機関では「周辺地域住民の理解が得られない」を63.8%が挙げており、「住民からの反対運動が起きている」も34.1%存在していた。医療機関側の受け入れ準備が出来ても地域住民との関係で指定を受けられない医療機関もあることを示している。なお、「公立病院で指定を受けていない病院が多いこと」も過半数を超える理由として挙げており、自由記載欄にも公立（国立、都立）医療機関に対する要望が挙げられていた。診療報酬によるインセンティブが高くない現状の中、民間とは異なる採算性で運営される公的医療機関には率先して医療観察法通院医療における役割を担うことが期待されていると考えられる。

バックベッドが決まらないことも増加を妨げている要因として、診療所に勤務する常勤指定医の7割前後が挙げていた。一方、別項目では、既存の指定通院医療機関は、34.0%がバックベッドを引き受けても良いと回答していた。このことから、バックベッド契約締結のための何らかの定まった仕組みがあれば、指定通院医療機関が不足しつつ、かつ精神科病院が少ない地域でも、診療所が指定通院医療機関を引き受ける可能性を探ることが出来ることが示唆される。

非指定医療機関では、元患者の引き受けのためであれば、回答者の55.6%が、指定通院医療機関になることに対して、肯定的な反応を示した。これは、先述の「医療観察法対象者は典型的に他害リスクが高い」イメージを持たれている可能性と表裏の関係にあると考えられる。対象者の実像を知ることが、引き受けを促進することを示している。

既存の指定通院医療機関が指定を受けた背景には、「医療観察法対象者の受け入れに積極的な人がいた」影響が、6割以上で認められた。制度開始初期には、これがきっかけとなった例が相当数にのぼったと考えられる。しかし、それだけではなく、「院内スタッフの協力が得られた」ことも67.0%が条件として挙げていたことから、一部のスタッフの情熱だけでは安定的持続的な医療観察法通院医療の実施は困難になる可能性が考えられる。

医療観察法制度に対する考えは、指定通院医療機関、非指定通院医療機関ともに、「やや賛成」が最も多く、全体に6割が賛成寄りの意見を表明していた。反対意見は寧ろ、指定通院医療機関に多く、指定を受けた機関では、個人の意見は意見として、指定通院医療機関としての業務を担っている様子が示唆された。

指定通院医療機関名の非公開については、指定通院医療機関における反対の方が多かった。実際、全国的には、医療観察法指定通院医療機関としての指定を受けたことについて病院のホームページに掲載する例もあり、指定通院医療機関名の公開の影響については、地域や医療機関による違いがあると考えられる。将来的には、厚生労働省による非公開は維持したまま、公開・非公開を各指定通院医療機関毎に選択する例が増える可能性も考えられる。

今後の取り組みについて

本アンケート調査からは、東京都の指定通院医療機関を増やすために、以下のニーズが存在していることが示唆された。これらのニーズにとり組むことが、今後の課題と考えられる。

- 診療報酬の裏付け
専任スタッフを雇えるレベルの診療報酬の加算が望まれる。また、急性増悪加算のように、制度はあっても、実際には利用しにくい加算制度を改善することなど。
- 医療観察制度、対象者の実像、指定を受けるメリットについての周知
イメージではなく、エビデンスに基づいた対象者の実像や、指定を受けるメリットなどを、医療観察法制度の説明と同時に周知する試みを増やすことが望ましい。
- リスクアセスメント&マネジメントなど、指定通院医療機関向けの研修の整備
典型的な医療観察法対象者像は、必ずしも他害危険度が極めて高いわけではないが、中には他害リスクの高い者も存在し、また同じ対象者であっても病状その他でリスクは変わる。そこで、リスクアセスメント&マネジメントの知識を得ることによって、限られた人的資源を、よりリスクの高い対象者に計画的に振り分けるなど対応が可能になる。医療観察法処遇の中で特に必要とされるこのようなスキルのトレーニング機会が、指定通院医療機関のスタッフに対しては、指定を受けた当初だけでなく、継続的に与えられることが望ましい。
- バックベッド・アレンジメントの整備
診療所と医療機関がバックベッド契約を結ぶ際の定型的手続きを整備することが望まれる。或いは、バックベッドが必要になった際に、機に臨んでその都度、特定の医療機関にバックベッドとなってもらえるよう調整する仕組みの整備も考えられる。
- 公的機関の役割の検討
同じ病院に同じ状態像の患者（例：対象行為が性犯罪、物質使用の場合など）が集まることは限らないために民間病院で速やかに整備することが困難な特定のプログラムの提供を担ったり、バックベッドを引き受けたりする等、公的機関に求められる役割を明らかにし、民間病院との現実的な役割分担を行い、それを周知することが求められている。

■おわりに

本調査は、アンケート配布の際に、病院長からの承諾を得るという段階を入れたため、質問紙の回収が完全にランダムになったとは言い難いことが限界である。しかしながら、配布したアンケート用紙の回収率については7割を超えており、回答分布や自由記載欄からは、医療観察法制度に対して、賛成意見の回答者も、反対意見の回答者も、あまり知識のない回答者も含まれていたことから、都内の医療観察法指定通院医療機関の既存病院および候補病院に在職の常勤指定医の意見として、ある程度の般化可能性があると考えられる。

本調査からは、医療観察法指定通院医療機関となることについて認識されているデメリット、メリット、指定通院医療機関が増加しない理由、指定を受ける条件について一定程度の知見が得られた。これが今後の医療観察法指定通院医療の整備の一助となれば幸いである。

参考文献：菊池安希子，長沼洋一，安藤久美子，岡田幸之：医療観察法の運用状況。

Schizophrenia Frontier12 (3)：17-22, 2011.

Ⅳ 情報提供 1：
全国の通院対象者の実態と問題行動の分析

安藤 久美子



目次

- I . 調査の背景と目的
- II . 研究方法
- III . 研究結果と考察
- IV . まとめ

はじめに

(独) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 司法精神医学研究部では、「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（以下、医療観察法）」が施行された平成 17 年 7 月 15 日から継続して、全国の指定通院医療機関を対象としたアンケート調査を行い、そのなかでは指定通院医療の実態を明らかにするとともに、数々の提言も行ってきました。

本章では、これまでの調査結果のなかから、いくつかの有用と思われる知見を取り上げて報告します。本調査結果が、現在、医療観察法指定通院医療機関として処遇を実施されている医療関係者の皆様、および今後、指定通院医療機関としての登録をご検討されている医療機関の皆様にとっても、司法精神医療の実態をご理解いただくための一助となれば幸いです。

全国の通院処遇対象者の
実態と問題行動の分析

1. 調査の背景と目的

厚生労働省によれば、平成24年12月末における全国の医療観察法指定通院医療機関数は、430機関と報告されている。しかし、各指定通院医療機関は原則として非公開となっていることなどから、医療機関同士でもお互いに対象者の受入れをどのように行っているのか、処遇にあたってはどのような苦勞があり、どのような工夫をしているのかといった具体的な情報を得たり、互いに連携をとって処遇や医療のあり方等を検討することは難しい。

また、本法施行当初から指摘されてきた指定通院医療機関の不足や偏在の問題、地域医療にあたっての資源の濃淡の問題がどのように変遷してきたのかについても、実態を把握することが必要である。

こうした課題を解決するために、指定通院医療機関を中心とする地域処遇の状況を全国レベルで把握することを目的に、本調査を実施した。

2. 研究方法

1. 調査対象

調査対象施設は、全国の指定通院医療機関のうち、本研究に対して協力が得られた224施設である。調査対象者は、調査対象期間内に通院処遇となった690名とした。

施設ごとの受け入れ対象者数をみると、最も多かったのは33名（1施設）で、次いで29名（1施設）、21名（1施設）、15名（1施設）、13名（1施設）となっていた。

2. 調査対象期間及びデータ収集期間

調査期間は、医療観察制度が開始されたH17年7月15日から起算して平成23年7月15日の6年間とした。また、データ収集期間はH24年1月31日までとした。

3. データ収集方法

協力が得られた指定通院医療機関224施設に対して「基本データ確認シート」を送付した。

「基本データ確認シート」は、「継続用」「新規用」の2種類を設定し、昨年度に実施した同様の調査から継続して対象となっている者には、基本情報がすでに入力されており、今年度分の経過のみを追加記入する「継続用」シートを、今年度より新たに通院処遇を開始した者に関しては「新規用」シートを配布し、担当チームスタッフ等に記入を依頼した。

4. 倫理的配慮

本研究では、個人名・住所地の一部等の個人を特定することができる部分については、情報の収集範囲から削除した。

研究遂行にあたっては、疫学研究指針を遵守し、国立精神・神経センター精神保健研究所に設置されている倫理審査委員会の承認を得たうえで実施した。

3. 研究結果と考察

1. 通院対象者の概要

対象者の性別は男性が73%、女性が27%となっており、平均年齢は43.6 ± 13.2歳であった。入院中の処遇者と比較すると、性別ではやや女性の割合が高くなっており、平均年齢は低くなっているのが特徴といえる（図1）。

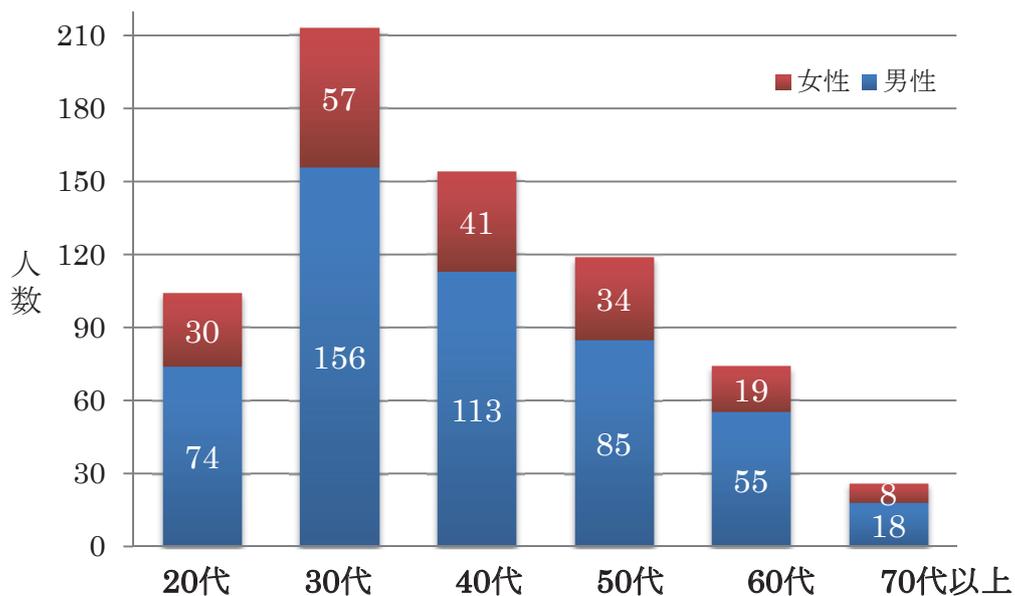


図1. 通院対象者の年代別の男女比

2. 通院処遇に至るまでの形式

通院処遇に至るまでの形式には、当初審判により入院によらない医療が決定され、医療観察法による通院処遇が開始される形式（以下、「直接通院」という）と審判により入院による医療が決定され、指定入院医療機関での入院処遇を経た後に通院処遇に移行される形式（以下、「移行通院」という）の二通りがある。通院処遇に至るまでの形式、すなわち「直接通院」「移行通院」の内訳をみると、「直接通院」となった者が264名（38.3%）、「移行通院」となった者が426名（61.7%）であった。平成22年度以降、入院処遇を経て通院処遇となった「移行通院」者の割合が「直接通院」者を上回っている（表1、図2）。

表1. 通院対象者形態

通院形態	N (%)
直接通院	264 (38.3)
移行通院	426 (61.7)

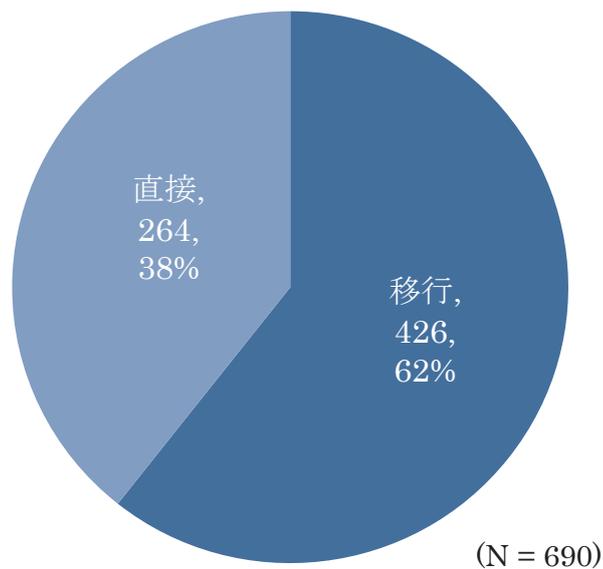


図2. 通院対象者の通院形態比

3. 診断分類〔Fコード〕

690 事例の主たる診断名の内訳については、Fコード F0:14名(2.0%)、F1:53名(7.7%)、F2:527名(76.4%)、F3:72名(10.4%)、F4:5名(0.7%)、F6:5名(0.7%)、F7:7名(1.0%)、F8:7名(1.0%)であった。

〔F2〕統合失調症圏が全体の76.4%を占めており、次いで〔F3〕気分(感情)障害が10.4%、〔F1〕精神作用物質使用による精神および行動の障害(アルコール・薬物関連の障害)が7.7%となっていた。また、〔F7〕精神遅滞を主診断とする者が7名、〔F6〕成人の人格および行動の障害を主診断とする者が5名と続いていた(表2、図3)。

表2. 通院対象者(690名)の疾患分類(主診断)

疾患名	N (%)
F2(統合失調症など)	527 (76.4)
F3(躁うつ病など)	72 (10.4)
F1(アルコールなど)	53 (7.7)
その他	38 (5.5)

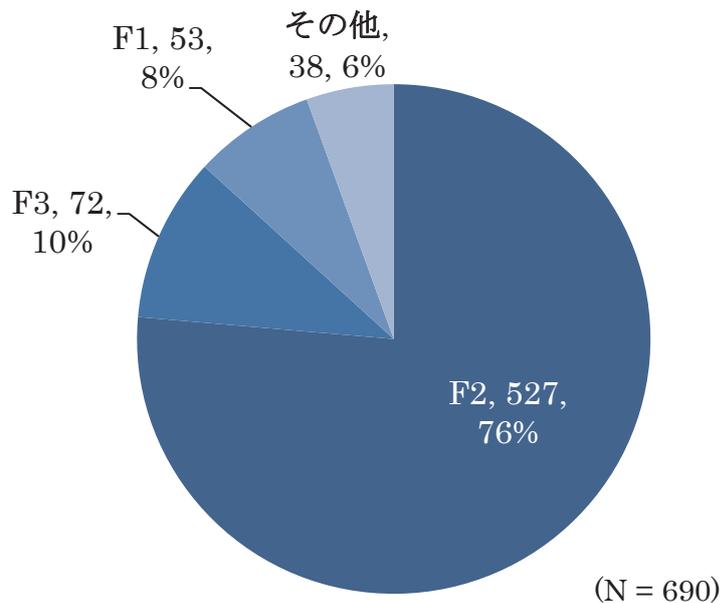


図3. 通院対象者の疾患分類(主診断)

4. 対象行為

対象行為については、殺人 199 名 (28.8%)、傷害 222 名 (32.2%)、強盗 28 名 (4.1%)、強姦・強制わいせつ 43 名 (6.2%)、放火 198 名 (28.7%) であつた〈上記掲載順に優先して択一式にて集計〉(表 3、図 4)。

表 3. 対象行為の種別 (重複あり)

対象行為の種別	N (%)
殺人・傷害致死	199 (28.8)
傷 害	222 (32.2)
強 盗	28 (4.1)
強制わいせつ、強姦	48 (6.2)
放 火	198 (28.7)

※注 未遂事件を含む

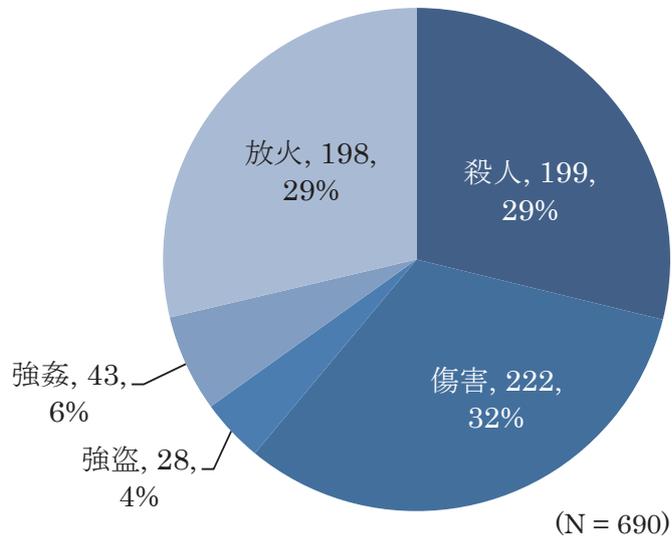


図 4. 対象行為分類比

5. 対象行為の被害者分類と対象行為後の同居

対象行為の被害者については、家族・親戚 353 名（51%）、知人・友人 68 名（10%）、他人 250 名（36%）、公共物・その他 19 名（3%）であった（上記掲載順に優先して択一式にて集計）（図 5、6）。

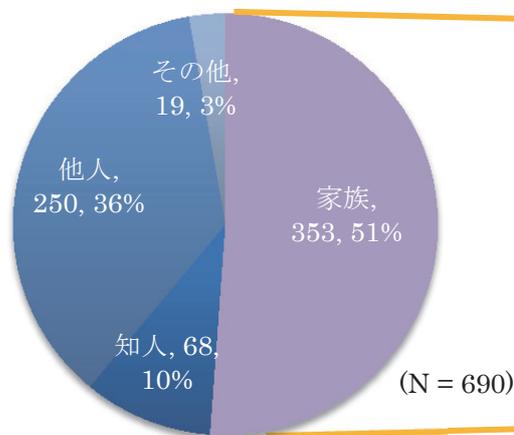


図 5. 対象行為の被害者の比

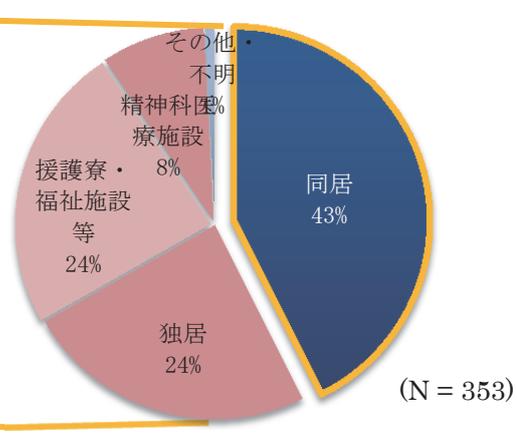


図 6. 対象行為後の住居形態率

6. 家族面接の有無とその内容（※本項目のみ、分析にあたって平成 24 年度のデータを用いているため母集団の数が異なります）

平成 24 年度の同調査では、通院処遇中の家族面接の有無についても確認している。平成 24 年度の調査で収集できた 993 件のデータのうち、家族が被害者となっていたのは 502 件で、このうち、家族面接を実施していたのは 175 件（35%）であった。すなわち、全体の約半数以上のケースにおいて家族面接が実施されていないことになる（図 7）。また、家族面接を行ったと回答した 175 名に対して、面接の内容についても回答を求めたところ（複数回答可）、「ケア提供者」としての家族面接実施が 66 例、「加害者家族の問題」が 25 例、「被害者ケア」が 8 例と加害者家族の抱える問題や被害者ケアを扱った家族面接は 31 例であった（図 8）。

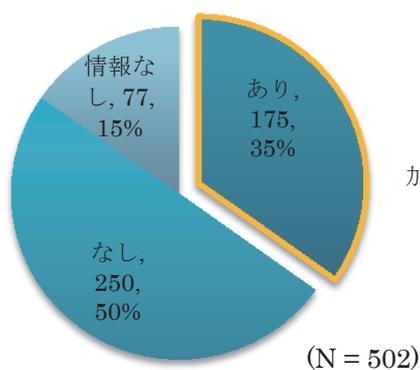


図 7. 家族面接の有無

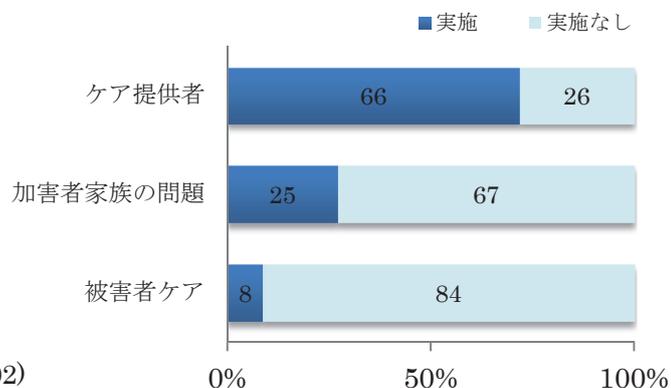


図 8. 家族面接の内容（複数回答）

7. 通院対象者の処遇状況と処遇終了後の転帰

本研究の対象となった690名のうち、調査日時点において通院を継続していた者は371名(53.7%)、指定通院を終了した者は319名(46.2%)であった(図9)。

処遇終了となった319名の転帰について分類したところ、一般精神科医療へ移行した者が269名(84.3%)、再鑑定入院中である者、および指定入院医療機関に再入院となった者が17名(5.3%)、完全に治療を終結した者が10名(3.1%)、死亡により処遇終了となった者が23名(7.2%)であった(図10)。一般精神科医療へ移行した者269名のうち227名(84.4%)は、それまでに通院していた指定医療機関において引き続き治療が継続されていた。また、死亡により処遇終了となった23名のうち、12名が自殺による死亡、6名が身体合併症等による病死であった(図10)。

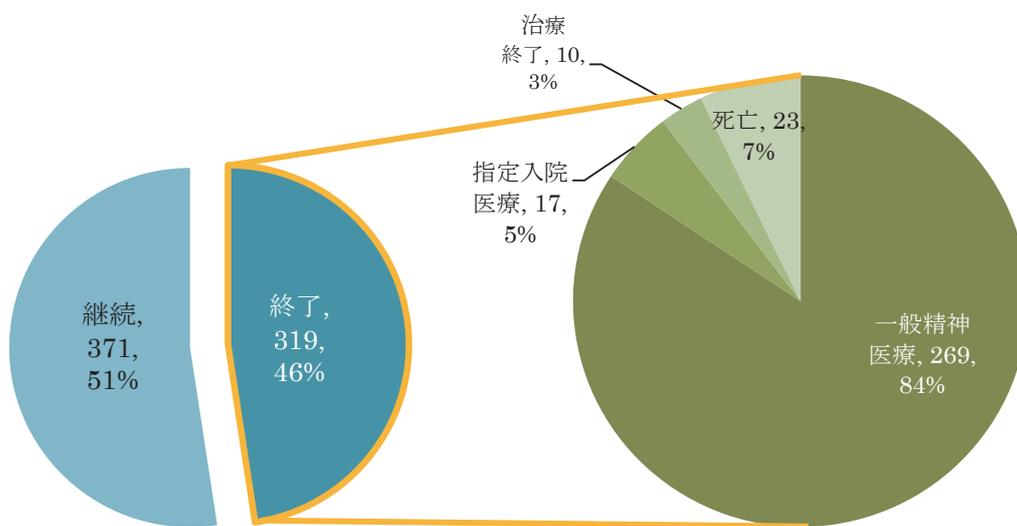


図9. 通院処遇対象者の処遇状況

図10. 通院処遇終了者の転帰

医療観察法に基づく医療ではより自発的で積極的な治療への意欲が求められることになるが、処遇終了後も同じ医療機関や同じスタッフによって引き続き治療が継続されることは、対象者の大きな安心感につながり、その後の治療へのコンプライアンスにもよい影響を与えるものと考えられた。

さらに、精神保健福祉法による治療に移行された後も、医療観察法処遇時と同様の多職種チームによって医療が継続されている可能性も高い。チーム医療による多角的視点から患者を支援する体制というのは、疾病の再燃を防止する観点でも非常に有意義なものであると推測される。今後は処遇終了者のその後の転帰についても調査することが可能となれば、多職種チームによる医療の効果についても明らかにすることができると思われ、興味深いところである。

8. 処遇終了者の分析

本研究の対象となった690名のうち、調査時点において指定通院を終了した319名(46.2%)について分析した。全処遇終了者319名の平均通院継続期間は、829.8日±316.4日(平均27.2ヶ月間)で、最短日数=71日、最長日数=1824日であった。また、再入院事例および死亡事例といった特殊な事情により早期に処遇終了となった者を除いた処遇終了者の平均通院期間は^{※1}878.5±282.1日(平均28.8ヶ月間)で、これは医療観察法第44条で規定されている通院医療の満期期間である3年よりも約8ヶ月短いものであった(図11)。

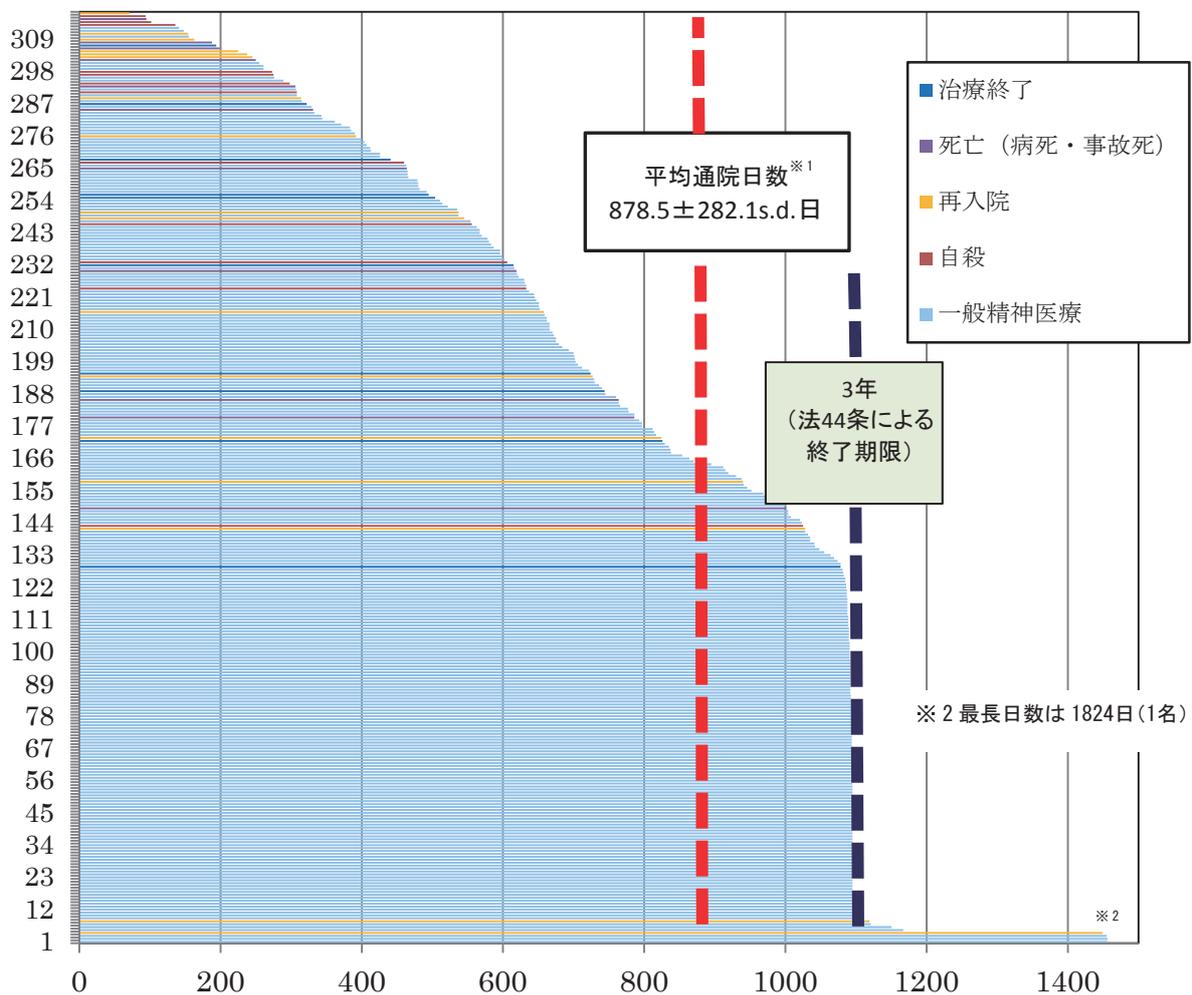


図11. 処遇終了者の通院継続期間

9. 3年未満で処遇を終了した者の分析

法44条による通院満期期間である3年を迎える前に処遇を終了した者200名のみを抽出して、通院継続期間とその転帰を示したのが図12である。再入院事例と死亡事例の発生率について、処遇期間を1年毎に区切り3分割して比較してみたところ、処遇開始から1年未満に発生している率は、処遇期間が1年以上2年未満の群および処遇期間が2年以上の群に比較して高い発生率を示す傾向があることがわかった ($p<0.10$)。したがって、リスクマネジメントの視点から考えると、処遇開始から1年間という期間には殺人や再入院といった処遇の継続に大きな影響を与えるような問題行動が発生しやすく、処遇にあたっては注意深い観察と支援が必要であると思われた。

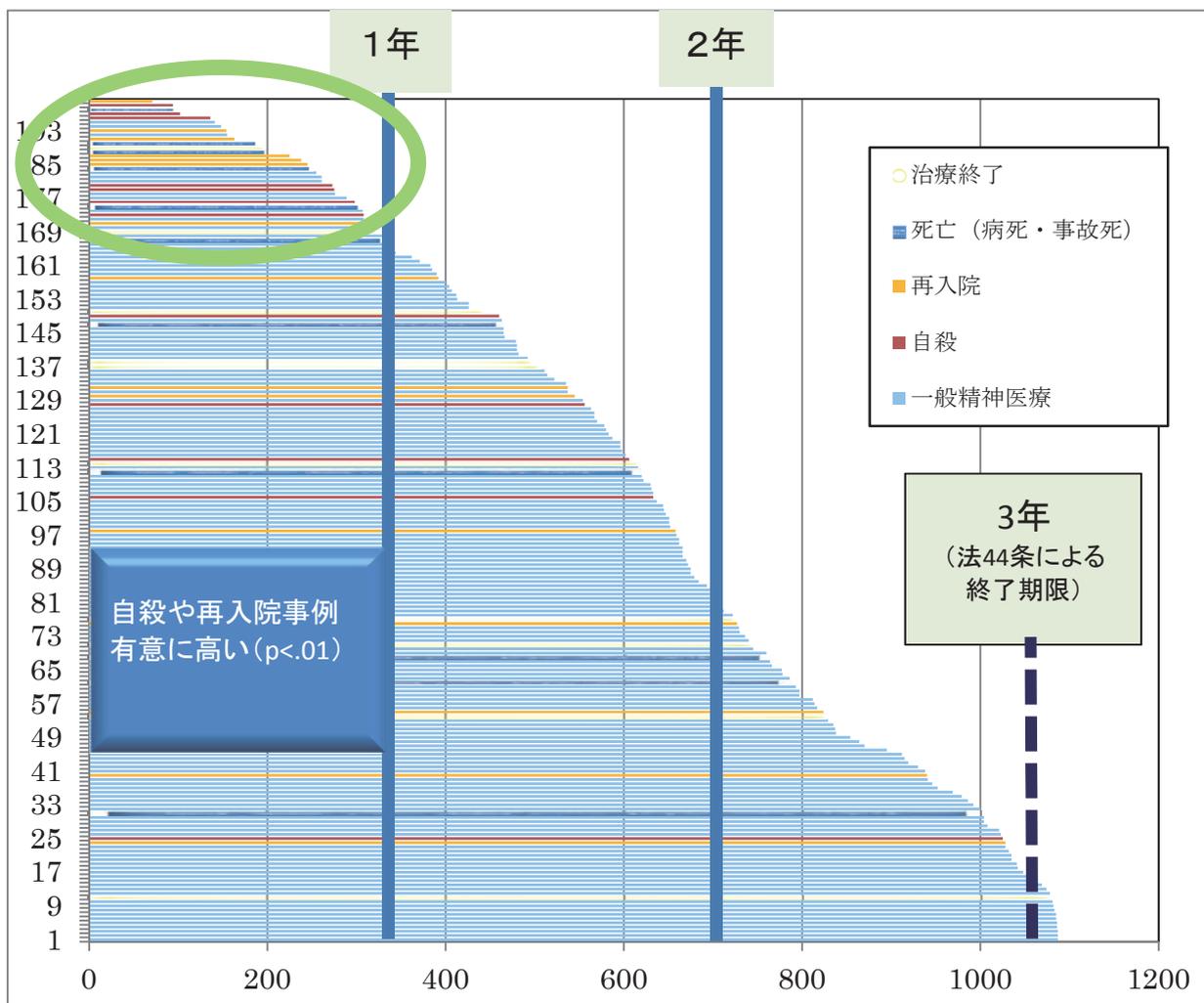


図12. 治療終了者の通院継続期間

10. 通院処遇中の精神保健福祉法による入院の分析

対象者 690 名のうち、精神保健福祉法による入院があった者が 338 例（49.0%）、入院がなかった者が 351 例（51.0%）であった（図 13）。

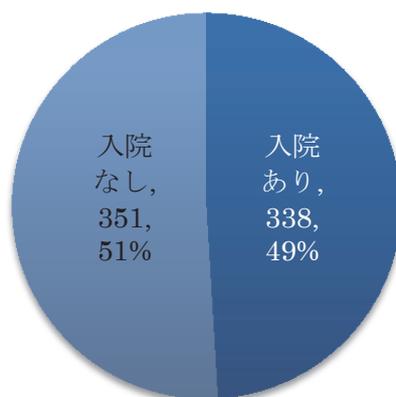


図 13. 通院処遇中の精神保健福祉法による入院あり・入院なしの件数

11. 精神保健福祉法による入院の回数と入院形態

精神保健福祉法による入院があった者 338 例（49.0%）のうち、の回数と入院形態について示した（図 14）。平均入院回数は、入院があった者の間では 1.68 回、全対象者の間では 0.82 回であった。最大入院回数は 8 回で、ケースの詳細をみると身体疾患を合併しているケースにおいて入院回数が多くなっていることがわかった。

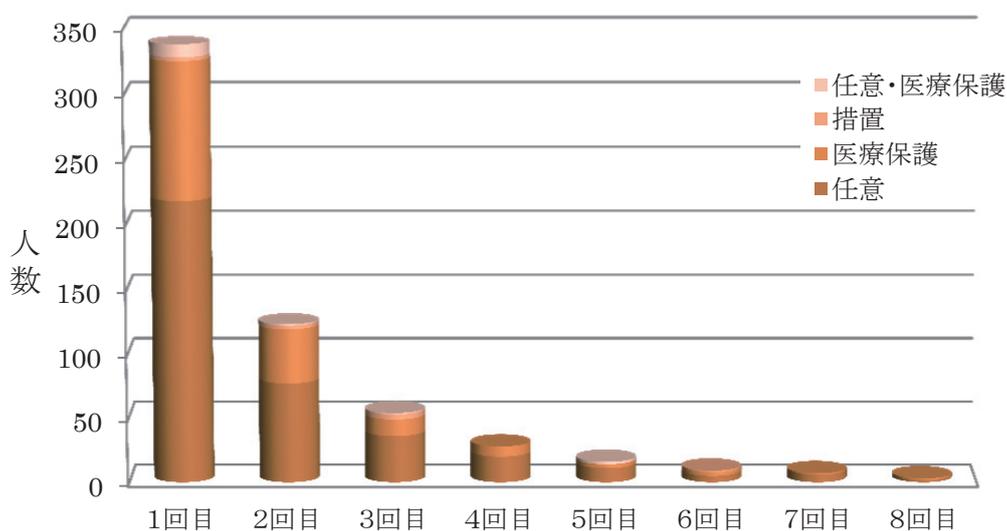


図 14. 通院処遇中の精神保健福祉法による入院の回数と形態

12. 精神保健福祉法による入院の有無による処遇終了率

精神保健福祉法による入院の有無による処遇終了率の比較を行ったところ、入院あり群と入院なし群で有意な差はみられなかった（図 15）。すなわち、通院処遇中に精神保健福祉法による入院を実施していることは、必ずしも通院処遇期間を長期化させる要因とはなっていないものと解釈できる。しかし、処遇期間の比較にあたっては、入院の時期や入院形態、入院の理由等の諸要因については検討していないため、今後もデータを蓄積し、こうした入院の背景を踏まえた分析を行っていききたい。

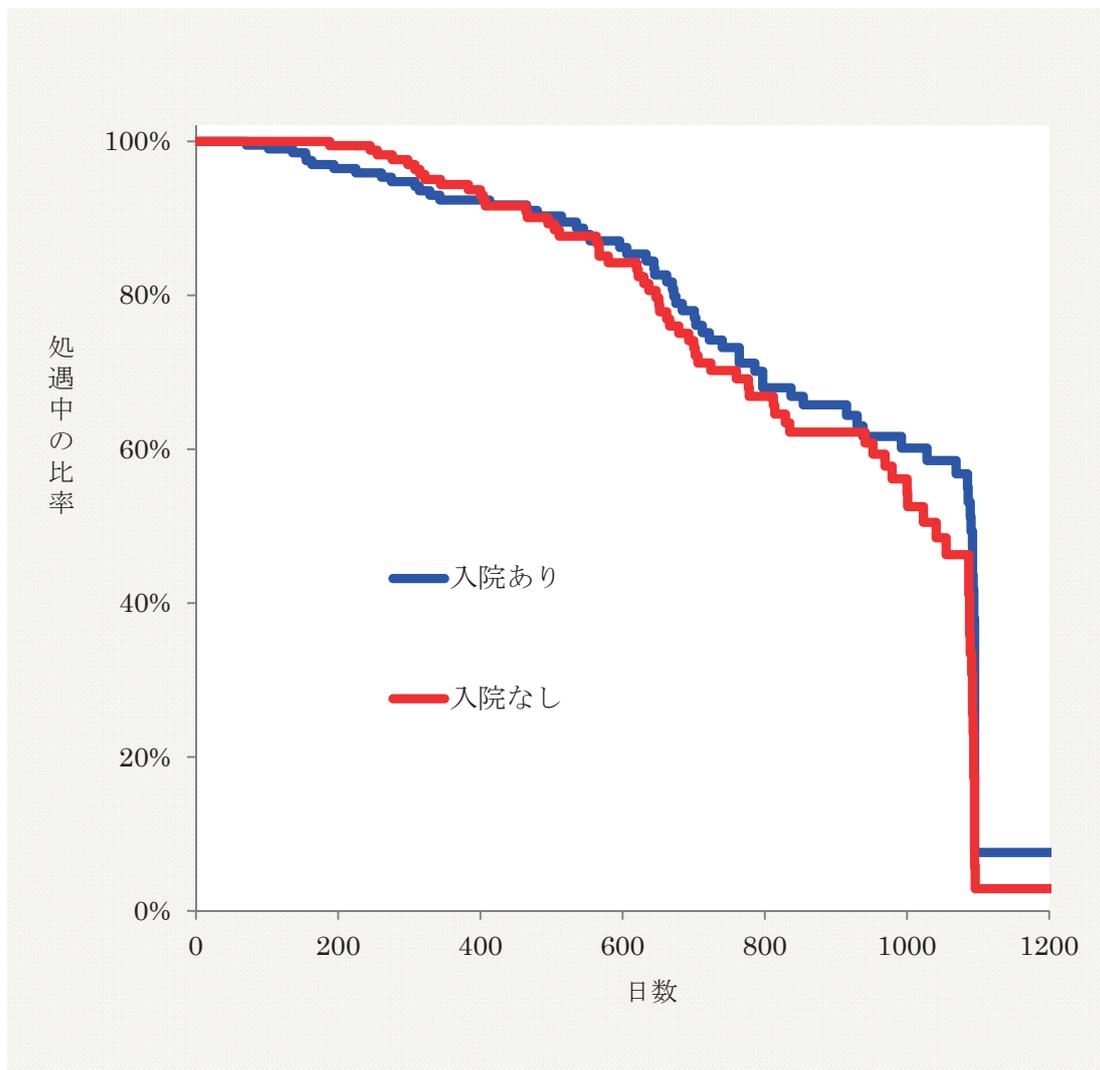


図 15. 精神保健福祉法の入院の有無による比較

13. 通院処遇中の問題行動の分析

調査票により報告された通院処遇中に発生した問題行動について集計し、分析を行った。2005年7月16日から2011年7月15日までの通院処遇中に何らかの問題行動が報告された者は、690名中319名(46.2%)で、問題行動の延べ件数は表4のとおりであった。

18項目の問題行動のうち最も多く見られた問題行動は「14. 服薬の不遵守・不遵守傾向」で91例(13.2%)であった。次に「13. 通院・通所の不遵守・不遵守傾向」が89例(12.9%)、「3. 他者への非身体的暴力など」と「16. その他の日常生活上の規則、ルール違反など」が68例(9.9%)と続いていた。

表4. 通院処遇中に発生が報告された問題行動別の集計(重複回答あり)

問題行動	直接	移行	%
1 自傷・自殺企図等	18	24	6.0
2 他者への身体的暴力等(性的暴力を除く)	14	31	6.4
3 他者への非身体的暴力等(性的暴力を除く)	26	42	9.9
4 他者への性的暴力(暴力的言動や態度)	4	8	1.7
5 上記以外の対人関係の問題(対人的ルール違反等)	22	29	7.4
6 放火等(未遂も含む)	4	4	1.2
7 器物への暴力等(放火を除く)	7	14	3.0
8 怠学, 怠職, ひきこもり等	8	10	2.6
9 窃盗, 万引き等	2	6	1.2
10 アルコールの乱用・依存等(依存者の再飲酒も含む)	22	34	8.1
11 違法薬物の使用・乱用・依存等	1	6	1.0
12 ギャンブル, 買い物などの薬物以外の依存行動	10	15	3.6
13 通院・通所の不遵守・不遵守傾向	34	55	12.9
14 服薬の不遵守・不遵守傾向	39	52	13.2
15 訪問看護・訪問観察の拒否	14	23	5.4
16 その他の日常生活上の規則・ルール違反など	25	43	9.9
17 病状悪化に伴う問題行動	15	28	1.2
18 金銭管理上の問題	6	5	7.0
総計	267	435	100

14. 通院処遇に至るまでの形式別にみた問題行動

通院処遇に至るまでの形式は「直接通院」と「(入院からの) 移行通院」の二通りに分類される。この分類にしたがって上述した18項目の問題行動との関連について分析した(図16)。その結果、いずれの問題行動についても、「直接通院」者と「移行通院」者間で有意な差はみられなかった。移行通院者は入院治療によって問題となる行動が減少したため、退院決定を受ける時点ではすでに直接通院者と同程度の安定した状態にあると解釈できる一方で、直接通院となった対象者については、実際に通院処遇が開始されるまでの期間は極めて短いにも関わらず、各指定通院医療機関でも、指定入院医療機関が退院に向けて実施しているような、対象者に対するアセスメントや介入方法の検討が整えられている結果であるとも考えられる。今後は、こうした各医療機関による経験的な実績を共有し、より実践的で的確なリスクアセスメントの指標として応用していくことができれば、非常に有用なものとなることが期待されるところである。

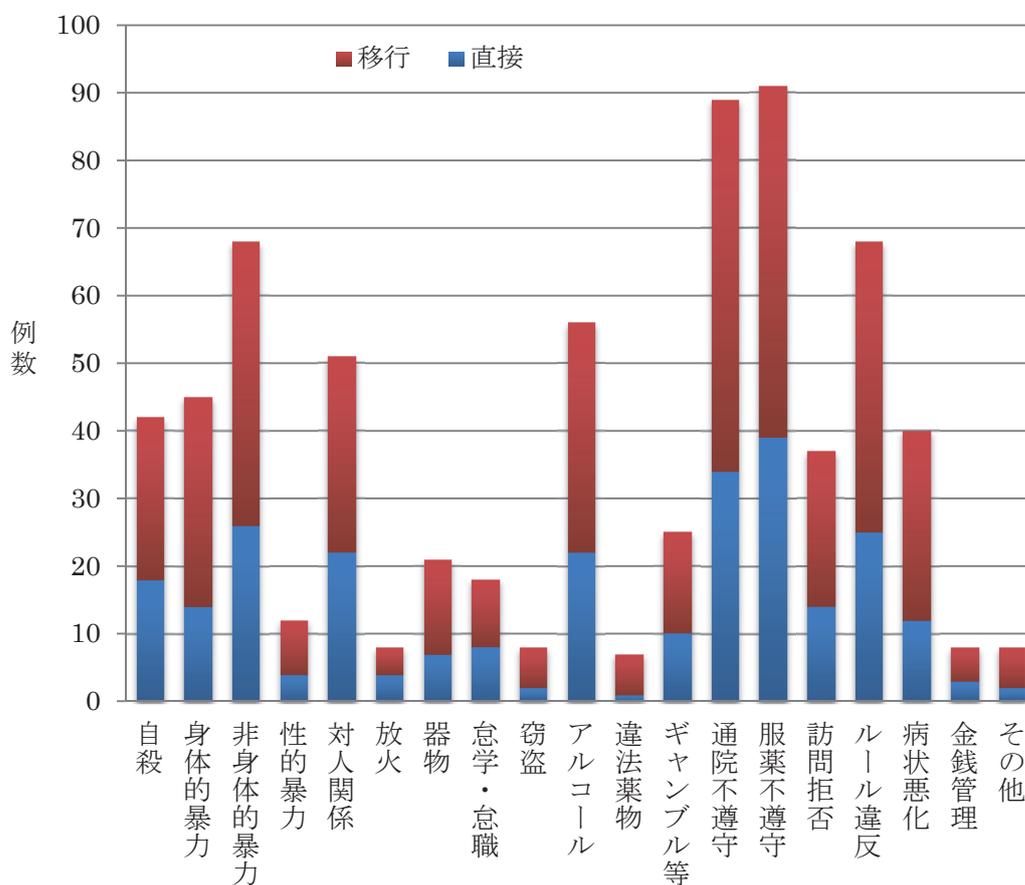


図 16. 通院処遇中の問題行動 (重複回答あり)

15. 通院処遇に至るまでの形式別にみた問題行動

18 項目の問題行動のうち、いくつかの問題行動を以下のように整理した。

- (a) 「自殺・自傷」
- (b) 「対人的暴力行動（問題行動 2、3、4 を合わせたもの）」
- (c) 「アルコール・違法薬物関連の問題（問題行動 10、11 を合わせたもの）」
- (d) 「医療への不遵守等（問題行動 13、14、15 を合わせたもの）」

これらの 4 項目について、重複している事例を考慮して小計結果をまとめた（表 5）。

表 5. 通院中に発生が報告された問題行動の累計（重複を考慮）

問 題 行 動	直接	移行	%
1 自傷・自殺企図等	42		(6.0)
	自殺・自傷		
2 他者への身体的暴力等（性的暴力を除く）	92		(13.1)
3 他者への非身体的暴力等（性的暴力を除く）			
4 他者への性的暴力（暴力的言動や態度）			
	他者への暴力		
5 上記以外の対人関係の問題（対人的ルール違反等）	22	29	—
6 放火等（未遂も含む）	4	4	—
7 器物への暴力等（放火を除く）	7	14	—
8 怠学、怠職、ひきこもり等	8	10	—
9 窃盗、万引き等	2	6	—
10 アルコールの乱用・依存等（依存者の再飲酒も含む）	59		(8.6)
11 違法薬物の使用、乱用、依存等			
	アルコール・薬物		
12 ギャンブル、買い物などの薬物以外の依存行動	10	15	—
13 通院、通所の不遵守・不遵守傾向	150		(21.7)
14 服薬の不遵守・不遵守傾向			
15 訪問看護・訪問観察の拒否			
	医療の不遵守		
16 その他の日常生活上の規則、ルールの違反など	25	43	—
17 病状悪化に伴う問題行動	15	28	—
18 金銭管理上の問題	6	5	—
総 計	267	435	

その結果、「医療への不遵守等」は 150 例となり、全体の 21.7%を占めており、5 人に 1 人は医療の不遵守に関する問題行動が認められることがわかった。また、身体的および非身体的暴力と性暴力をまとめた「対人的暴力行動」は 92 例で 13.1%、「アルコール・薬物関連の問題」については 59 例で 8.4%であった。「自殺・自傷」についても 42 例が認められており、この 6.0%という数値は一般精神医療における割合よりも高いものと考えられる。したがって、今後は、こうした問題行動に関するリスクファクターを分析することができれば、通院処遇中のクライシスプランの策定にひとつの示唆を与えるだけでなく、リスクマネジメントの視点から精神保健観察を行うにあたって役立つものと思われる。

4. 研究結果と考察

本研究では、医療観察法のもと全国の指定通院医療機関で処遇されている通院処遇対象者 690 名を対象に通院処遇の実態について調査した。

通院処遇対象者の属性は、昨年度から、入院処遇を経て通院となった移行通院者の人数が直接通院者を上回るようになった。そのため、通院対象者の属性も本法施行当初は統合失調症が約 7 割、気分障害が 2 割強を占めていたが、近年は統合失調症の割合が増加、気分障害の割合が減少し、入院処遇対象者のそれに類似したものになりつつあることがわかった。

また、対象行為と被害者の関係をみると、家族が対象行為の被害者となっている事例のうち、その約半数は対象行為後も対象者と同居していることがわかった。加えて、医療観察法の枠組みの中で被害者家族を対象とした面接は行われてはいるものの、その内容は家族を対象者へのケア提供者とみた内容が多く、このような家族への支援は不十分であると思われる。そのため、今後は対象者のみならず、その家族も支援していくことがひいては対象者の再度同様の他害行為を防止し、社会復帰を促進するにあたってひとつの有用なアプローチとなりうるものと思われる。

処遇終了者の分析では、平均通院継続期間は 29.1 ヶ月間となっており、法 44 条で定められている通院処遇期間の 3 年間よりも短かった。また、自殺や指定入院医療機関への再入院事例をみると、通院処遇開始から 1 年以内に転帰を迎えている者が有意に多かったことから、通院処遇開始後の 1 年間はとくに医療と精神保健観察の両面から十分な注意を払う必要があると思われる。

通院処遇中の問題行動の分析では、通院処遇中に何らかの問題行動が報告された者は 319 名で、5 人に 1 人は医療の不遵守に関する問題行動が認められることがわかった。しかし、処遇が難しい対象者が多いとされる医療観察法対象者において、全く問題行動がなかったと報告された者が約半数を占めていたことは、各指定通院医療機関による手厚い医療の結果であり、特筆すべき事項であると思われる。

最後に、本研究は全国の指定通院医療機関のうち調査への協力の得られた 224 施設における通院処遇対象者 690 名を対象としたものであり、全数調査には至っていないという点

で限界がある。しかし、全通院処遇対象者の半数以上のデータを収集・分析している調査は、全国でも本研究だけであり、非常に重要かつ貴重な調査であるといえる。本制度が適切に運用され、本法対象者によりよい医療を提供していくためにも、今後もデータを蓄積し、通院処遇対象者の処遇の実態を明らかにしていくとともに、本研究によって見出された結果や課題を全国の指定通院医療の現場にフィードバックすることにより、医療観察法による専門的医療のさらなる向上が図られることが期待される。

謝 辞

本研究にご協力いただきました全国の指定通院医療機関のスタッフの皆様方に、心より感謝申し上げます。本来であれば、調査にご協力頂いております各指定通院医療機関名とそのご担当者様のお名前をあげてお礼申し上げるところですが、医療機関と対象者の匿名性に配慮して、伏せさせていただきます。

平成 25 年 3 月吉日

(独) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
司法精神医学研究部 安藤久美子

V 情報提供 2 :
医療観察制度の各処遇段階において
参考となる各種資料の紹介

三澤 孝夫

V 情報提供 2.

『医療観察制度の各処遇段階において参考となる各種資料の紹介』

※詳細については、『医療観察制度 各処遇段階において参考となる各種資料の詳細一覧』を参照

【医療観察法 全般】

心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（医療観察法）は、心神喪失又は心神耗弱の状態（精神障害のために善悪の区別がつかないなど、刑事責任を問えない状態）で、重大な他害行為（殺人、放火、強盗、強姦、強制わいせつ、傷害）を行った人に対して、適切な医療を提供し、社会復帰を促進することを目的とした制度。

資料名	発行年月	発行元	内容
『ジュリスト』増刊：精神医療と心神喪失者等医療観察法	2004年 3月	有斐閣	医療観察法成立の経緯や成立以前の状況、法律自体の内容、処遇、法施行にあたっての問題点、制度のモデルとなった英国の状況など、網羅的に紹介されている。
心神喪失者等医療観察法及び審判手続きの規則に関する解説	2005年 3月	最高裁判所事務 総局刑事局	法律条文全文に対する逐条解説、条文の解釈等が国会の立法主旨なども含め解説されている。
司法精神医療人材養成研修会「教材集」	2005年 7月	司法精神医療等 人材養成研修 企画委員会	医療観察法に関する総論、指定入院・通院医療機関、保護観察所等の役割、多職種チーム各職種の業務内容等が総合的に紹介されている厚生労働省委託研修のための教材集
心神喪失者等医療観察法ハンドブック（保健所が対象者を地域で支援するためのQ&A）	2012年 3月	「司法精神医療における行政機関の役割」（分担研究者：角野文彦）	保健所が中心となり、関わった全事例を対象に質問調査を実施、作成したQ&Aハンドブック（医療観察法全般、地域処遇、ケア会議等）。

【医療観察法鑑定入院医療機関での鑑定 / 地方裁判所（医療観察法審判）】

医療観察制度では、まず、心神喪失又は心神耗弱の状態で重大な他害行為を行い、不起訴処分となるか無罪等が確定した人に対して、検察官は、医療観察法による医療及び観察を受けさせるべきかどうかを地方裁判所に申立てを行います。検察官からの申立てがなされると、鑑定を行う医療機関での入院等が行われるとともに、裁判官と精神保健審判員（必要な学識経験を有する医師）の各1名からなる合議体による審判で、本制度による処遇の要否と内容の決定が行われます。

《資料》

資料名	発行年月	発行元	内容
鑑定入院に関する資料	2005年 8月	司法精神医療等 人材養成研修 企画委員会	医療観察法鑑定関連の3種類の資料が入っている（①医療観察法鑑定ガイドライン、②医療観察法鑑定入院における治療・処遇等ガイドライン、③鑑定入院医療機関運営に関するQ&A集）
精神保健判定医ポケットメモ	2007年 9月	「精神保健判定医に必要な知識等の習得方法に関する研究」（分担研究者：八木深）	医療観察法審判における精神保健判定医の業務を内容、必要な資料等がコンパクトに収められている。
医療観察法審判ハンドブック	2012年 3月	司法精神医療に携わる精神保健参与員の養成と支援に関する研究（分担研究者：三澤孝夫）	医療観察法審判全般についての解説書。当初審判、退院許可申立審判のカンファレンス、審判期日、審判決定の法解釈に詳しい。

【指定入院医療機関での入院処遇】

審判の結果、医療観察法の入院による医療の決定を受けた人に対しては、厚生労働大臣が指定した医療機関（指定入院医療機関）において、手厚い専門的な医療の提供が行われるとともに、この入院期間中から、法務省所管の保護観察所に配置されている社会復帰調整官により、退院後の生活環境の調整が実施されます。

《資料》

資料名	発行年月	発行元	内容
「入院処遇ガイドライン」	2005年 7月	厚生労働省	厚生労働省による入院処遇全般に関する公的なガイドライン
「指定入院医療機関運営ガイドライン」	2005年 7月	厚生労働省	厚生労働省による指定入院医療機関全般に関する公的なガイドライン
医療観察法における指定入院医療機関における【診療マニュアル(Q&A形式)】	2006年 3月	平成19年度国立病院機構共同臨床研究（主任研究者：平林直次）	指定入院医療機関における司法機関へ関係手続き、対象者処遇、退院調整方法、必要各種会議運営方法等についてのマニュアル
指定入院医療機関【治療プログラム集】	2007年 3月	平成20年度国立病院機構共同臨床研究（主任研究者：平林直次）	指定入院医療機関における治療プログラム集（権利擁護講座、疾病教育、アンガーマネジメント、物質使用障害プログラム、内省プログラム、家族会、SST、社会復帰講座等）

【指定通院医療機関での通院処遇】

医療観察法の通院による医療の決定（入院によらない医療を受けさせる旨の決定）を受けた人及び退院を許可された人については、保護観察所の社会復帰調整官が中心となって作成する処遇実施計画に基づいて、原則として3年間、地域において、厚生労働大臣が指定した医療機関（指定通院医療機関）による医療を受けることとなります。なお、この通院期間中においては、保護観察所が中心となって、地域処遇に携わる関係機関と連携しながら、本制度による処遇の実施が進められます。

《資料》

資料名	発行年月	発行元	内容
「通院処遇ガイドライン」	2005年 7月	厚生労働省	厚生労働省による通院処遇全般に関する公的なガイドライン
「指定通院医療機関運営ガイドライン」	2005年 7月	厚生労働省	厚生労働省による指定通院医療機関全般に関する公的なガイドライン
「地域社会における処遇ガイドライン」	2005年 7月	法務省保護局	法務省による地域処遇全般に関する公的なガイドライン
心神喪失者等医療観察法による地域処遇ハンドブック	2006年 2月	法務省保護局	医療観察法の概要、Q&A、地域社会における処遇の流れ（保護観察所の生活環境調整、精神保健観察等）の紹介、関連資料掲載
通院処遇ハンドブック	2009年 3月	「他害行為を行った精神障害者に対する通院医療に関する研究」（分担研究者 岩成秀夫）及び「通院処遇における関係機関の連携体制の構築に関する研究」（分担研究者 川副泰成）	医療観察法の通院処遇について、制度、用語の説明、実際の処遇、援助状況、連携方法等が説明されている。
通院ワークブック	2012年 3月	「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）	通院処遇を援助していくためのハンドブック（①「通院導入ハンドブック」の説明様式の一部、②「対象行為の理解に関する資料」等を掲載）
通院導入ハンドブック	2012年 3月	「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）	通院処遇を援助していくためのハンドブック（①通院導入時の各種説明資料、②「医療観察制度を対象者に説明するためのテキスト」、③各種ツール様式等を掲載）

解説文部分：厚生労働省 HP <http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/sinsin/gaiyo.html>

※ HP「医療観察制度概要」解説文より抜粋のうえ、一部改変

『医療観察制度 各処遇段階において参考となる各種資料の詳細一覧』

利用時期	施設別	資料名	発行年月	発行元	内 容	入手方法等	【ダウンロードで入手出来る場合のHPアドレス】
全般	全般	『ジュリスト』増刊：精神医療と心神喪失者等医療観察法	2004年 3月	有斐閣	医療観察法成立の経緯や成立以前の状況、法律自体の内容、処遇、法施行にあたっての問題点、制度のモデルとなった英国の状況など、網羅的に紹介されている。	書店等購入可	
全般	全般	心神喪失者等医療観察法及び審判手続きの規則に関する解説	2005年 3月	最高裁判所事務総局 刑事局	法律条文全文に対する逐条解説、条文の解釈等が国会の立法主旨なども含め解説されている。	非売本	
全般	全般	司法精神医療人材養成研修会「教材集」	2005年 7月	司法精神医療等人材養成研修 企画委員会	医療観察法に関する総論、指定入院・通院医療機関、保護観察所等の役割、多職種チーム各職種の業務内容等が総合的に紹介されている厚生労働省委託研修のための教材集	【厚生労働省委託研修】 司法精神医療等人材養成研修会 & 指定入院・通院医療機関従事者研修会 配付資料	
全般	全般(保健所向け)	心神喪失者等医療観察法ハンドブック(保健所が対象者を地域で支援するためのQ&A)	2012年 3月	「司法精神医療における行政機関の役割」(分担研究者：角野文彦) ※3	保健所が中心となり、関わった全事例を対象に質問調査を実施、作成したQ&Aハンドブック(医療観察法全般、地域処遇、ケア会議等)。	INに公開HP有り	www.phcd.jp/topics/H23_chiiki_shoguu_hokensho.pdf
審判/鑑定入院	鑑定入院機関	鑑定入院に関する資料	2005年 8月	司法精神医療等人材養成研修 企画委員会	医療観察法鑑定関連の3種類の資料が入っている(①医療観察法鑑定ガイドライン、②医療観察法鑑定入院における治療・処遇等ガイドライン、③鑑定入院医療機関運営に関するQ&A集)	【厚生労働省委託研修】 司法精神医療等人材養成研修会 & 指定入院・通院医療機関従事者研修会 配付資料	
審判/鑑定入院	鑑定入院機関	精神保健判定医ポケットメモ	2007年 9月	「精神保健判定医に必要な知識等の習得方法に関する研究」(分担研究者：八木深) ※4	医療観察法審判における精神保健判定医の業務を内容、必要な資料等がコンパクトに収められている。	【厚生労働省委託研修】 司法精神医療等人材養成研修会 & 指定入院・通院医療機関従事者研修会 配付資料	
審判/鑑定入院	鑑定入院機関	医療観察法審判ハンドブック	2012年 3月	司法精神医療に携わる精神保健参与員の養成と支援に関する研究(分担研究者：三澤孝夫) ※3	医療観察法審判全般についての解説書。当初審判、退院許可立審判のフォローアップ、審判期日、審判決定の法解釈に詳しい。	【厚生労働省委託研修】 司法精神医療等人材養成研修会 & 指定入院・通院医療機関従事者研修会 配付資料	

利用時期	施設別	資料名	発行年月	発行元	内 容	入手方法等	【ダウンロードで入手出来る場合のHPアドレス】
指定入院 処遇	指定入院 医療機関	「入院処遇ガイドライン」	2005年 7月	厚生労働省	厚生労働省による入院処遇全般に関する公的なガイドライン	【厚生労働省委託研修】 司法精神医療等人材 養成研修会 & 指定入 院・通院医療機関従事 者研修会 配付資料 & 【INで入手可能】	http://www.ncnp. go.jp/nimh/shihou/ information. html#information- iryokansatsu【その他、 複数のHPで公開】
指定入院 処遇	指定入院 医療機関	「指定入院医療機関運 営ガイドライン」	2005年 7月	厚生労働省	厚生労働省による指定入院医療機関 全般に関する公的なガイドライン	【厚生労働省委託研修】 司法精神医療等人材 養成研修会 & 指定入 院・通院医療機関従事 者研修会 配付資料 & 【INで入手可能】	http://www.ncnp. go.jp/nimh/shihou/ information. html#information- iryokansatsu【その他、 複数のHPで公開】
指定入院 処遇	指定入院 医療機関	医療観察法における 指定入院医療機関に おける【診療マニエ ール(Q&A形式)】	2006年 3月	平成19年度国立病院 機構共同臨床研究(主 任研究者：平林直次)	指定入院医療機関における司法機関 へ関係手続き、対象者処遇、退院調 整方法、必要各種会議運営方法等 についてのマニュアル	NCNP内に少数の残部 有り、PDF化による配 布を検討中	
指定入院 処遇	指定入院 医療機関	指定入院医療機関【治 療プログラム集】	2007年 3月	平成20年度国立病院 機構共同臨床研究(主 任研究者：平林直次)	指定入院医療機関における治療プロ グラム集(権利擁護講座、疾病教育、 アンガーマネジメント、物質使用障害 プログラム、内省プログラム、家族会、 SST、社会復帰講座等)	NCNP内に少数の残部 有り、PDF化による配 布を検討中	
通院(地域) 処遇	指定通院 医療機関	「通院処遇ガイドライン」	2005年 7月	厚生労働省	厚生労働省による通院処遇全般に関 する公的なガイドライン	【厚生労働省委託研修】 司法精神医療等人材 養成研修会 & 指定入 院・通院医療機関従事 者研修会 配付資料 & 【INで入手可能】	http://www.ncnp. go.jp/nimh/shihou/ information. html#information- iryokansatsu【その他、 複数のHPで公開】
通院(地域) 処遇	指定通院 医療機関	「指定通院医療機関運 営ガイドライン」	2005年 7月	厚生労働省	厚生労働省による指定通院医療機関 全般に関する公的なガイドライン	【厚生労働省委託研修】 司法精神医療等人材 養成研修会 & 指定入 院・通院医療機関従事 者研修会 配付資料 & 【INで入手可能】	http://www.ncnp. go.jp/nimh/shihou/ information. html#information- iryokansatsu【その他、 複数のHPで公開】

通院(地域) 処遇	保護観察所 / 地域関係 機関等	「地域社会における処 遇ガイドライン」	2005年 7月	法務省保護局	法務省による地域処遇全般に関する 公的なガイドライン	【厚生労働省委託研修】 司法精神医療等人材 養成研修会 & 指定入 院・通院医療機関従事 者研修会 配付資料 & 【INで入手可能】	http://www.ncnp. go.jp/nimh/shihou/ information. html#information- iryokansatsu【その他、 複数のHPで公開】
通院(地域) 処遇	指定通院 医療機関	心神喪失者等医療観 察法による地域処遇 ハンドブック	2006年 2月	法務省保護局	医療観察法の概要、Q&A、地域社 会における処遇の流れ(保護観察所 の生活環境調整、精神保健観察等) の紹介、関連資料掲載	保護観察所	
通院(地域) 処遇	指定通院 医療機関	通院処遇ハンドブック	2009年 3月	「他害行為を行った精 神障害者に対する通院 医療に関する研究」(分 担研究者 岩成秀夫) ※1 及び「通院処遇 における関係機関の連 携体制の構築に関する 研究」(分担研究者 川副泰成) ※2	医療観察法の通院処遇について、制 度、用語の説明、実際の処遇、援助 状況、連携方法等が説明されている。	【厚生労働省委託研修】 指定入院・通院医療機 関従事者研修会 配 付資料	www.ncnp.go.jp/ nimh/shihou/ tuinsyoguhandbook. pdf
通院(地域) 処遇	指定通院 医療機関 / 保護観察所 / 地域関係 機関等	通院ワークブック	2012年 3月	「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) ※4	通院処遇を援助していくためのハン ドブック①「通院導入ハンドブック」 の説明様式の一部、②「対象行為の 理解に関する資料」等を掲載	【厚生労働省委託研修】 司法精神医療等人材 養成研修会 & 指定入 院・通院医療機関従事 者研修会 配付資料 & 【INで入手可能】	http://www.ncnp. go.jp/nimh/shihou/ information. html#information- iryokansatsu
通院(地域) 処遇	指定通院 医療機関 / 保護観察所 / 地域関係 機関等	通院導入ハンドブック	2012年 3月	「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) ※4	通院処遇を援助していくためのハン ドブック①通院導入時の各種説明 資料、②「医療観察制度を対象者に 説明するためのテキスト」、③各種ツ ール様式等を掲載	【厚生労働省委託研修】 司法精神医療等人材 養成研修会 & 指定入 院・通院医療機関従事 者研修会 配付資料 & 【INで入手可能】	http://www.ncnp. go.jp/nimh/shihou/ information. html#information- iryokansatsu

※1 厚生労働科学研究所「他害行為を行った精神障害者の診断、治療及び社会復帰支援に関する研究」(主任研究者 山上 皓) の分担研究

※2 厚生労働科学研究所「医療観察法による医療提供のあり方に関する研究」(主任研究者 中島豊爾) の分担研究

※3 厚生労働科学研究所「司法精神医療の適正な実施と普及のあり方に関する研究」(主任研究者 小山 司) の分担研究

※4 厚生労働科学研究所「医療観察法の運用面の改善等に関する研究」(主任研究者 小山 司) の分担研究

※ NCNP= 国立精神・神経医療研究センター

執筆責任者一覧

はじめに 東京都福祉保健局

I 1. 岡田 幸之

(国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 司法精神医学研究部 部長)

I 2. 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 司法精神医学研究部 室長)

I 3. 長沼 洋一

(国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 司法精神医学研究部 研究員)

II 福田 敬

(国立保健医療科学院 研究情報支援研究センター 上席主任研究官)

III 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 司法精神医学研究部 室長)

IV 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 司法精神医学研究部 室長)

V 三澤 孝夫

(国立精神・神経医療研究センター病院医療連携福祉部第一主任医療社会事業専門職)

登録番号 (24) 427

平成 25 年 3 月発行

「医療観察法地域処遇体制基盤構築事業」調査結果報告書

編集・発行 東京都保健福祉局障害者施策推進部精神保健・医療課
東京都新宿区西新宿二丁目 8 番 1 号
電話 03-5320-4462

業務委託先 独立行政法人国立精神・神経医療研究センター
東京都小平市小川東町四丁目 1 番 1 号
電話 042-341-2711