

平成20年度通院処遇アンケート調査結果（図）：調査票B

図 E 1

1. 性別（計54人）：終了

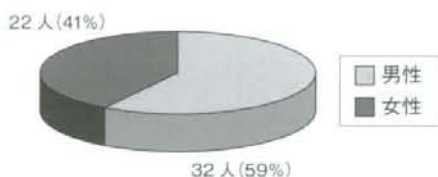


図 E 2

2. 年齢分布（計54人）：終了

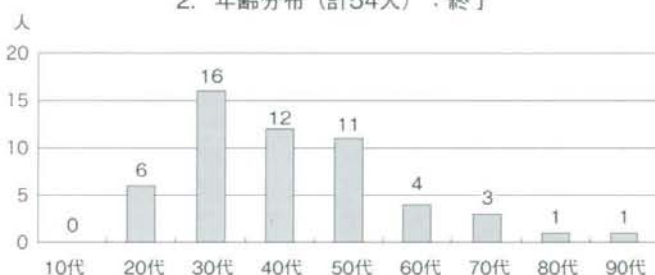


図 E 3

3. 対象行為（計54人）：終了

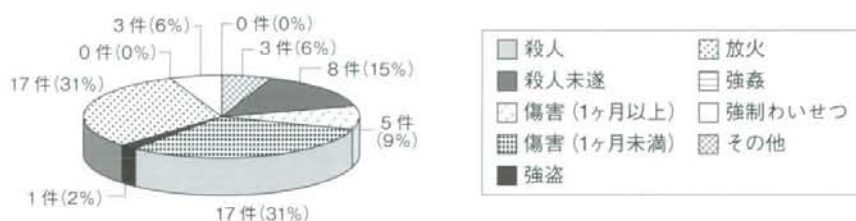


図 E 4

4. 主病名（重複）（計57人）：終了



図 E5

5. 終了までの通院期間 (計53人)

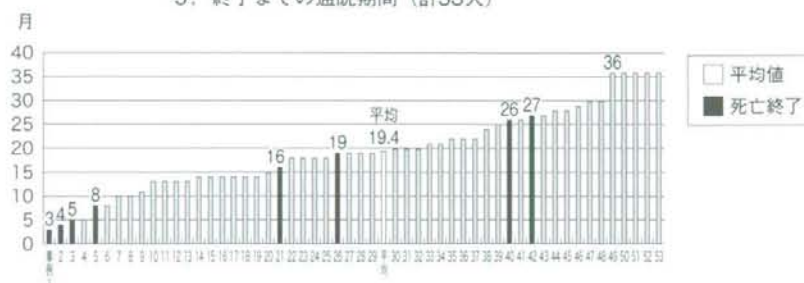


図 E6

6. 処遇終了理由 (計54人)

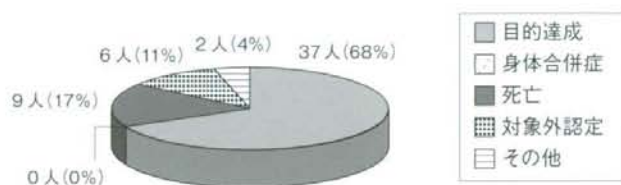


図 E7

7. 通院終了後の対応 (計45人)

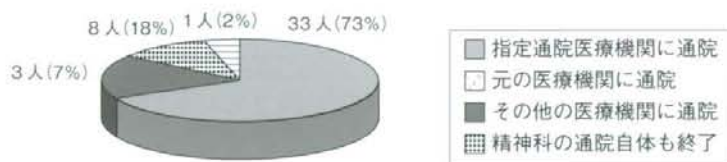
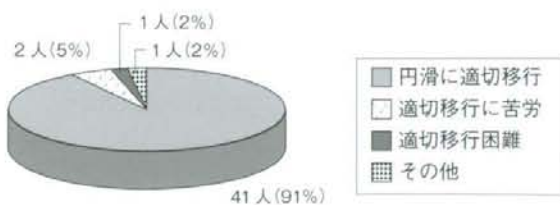


図 E8

8. 一般精神科への移行 (計45人)



資料 1 (別紙 1)

医療観察法通院対象者アンケート調査実施手順等について

1. アンケート調査の実施手順

このアンケート調査は、以下の手順で実施いたしますので、よろしくご協力をお願いいたします。

1) 調査者は保護観察所に以下の書類一式を郵送します。

① 保護観察所に対する「お願い」

② 別紙 1 「アンケート調査実施手順等」

③ 保護観察所が回答に用いる「調査票 A と B」

(調査票 A、B ともに対象者ごとに 1 部)

調査票 A、B ともに多めに送りますが、万一不足の際は、大変申し訳ありませんが、コピーしてご記入下さるようお願い致します。

④ 保護観察所からの返信用「封筒」(宛先は調査者)

2) 保護観察所においては、それぞれご回答の上、調査票を調査者に対し直接返送して下さい。

2. アンケート調査の留意事項

○ アンケート調査日は平成 20 年 12 月 1 日 (月) としますので、その時点における通院対象者(終了の場合は元通院対象者)についてご回答下さい。

○ アンケート調査票 A は、対象者 1 人につき 1 部記入して下さい。記入方法は調査票をご覧ください。

○ アンケート調査表 B についても、対象者 1 人につき 1 部記入して下さい。

○ アンケート調査票は、平成 21 年 1 月末日までにご返送いただけるようお願い致します。

3. アンケート調査結果の報告

○ 報告は、個別の対象者についてではなく、全体の集計結果について行うこととなります。

○ 調査結果は、平成 20 年度厚生労働科学研究「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)及び「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)の総括研究報告書に掲載されますが、ご協力いただいた保護観察所にもご報告いたします。

4. その他、個人情報保護、お問合せなど

○ 調査票は個人が特定されない形の設問にしてあります。またご記入いただいた調査票の管理につきましても、調査者が細心の注意を払って保管し、研究終了後には適切な方法で廃棄処分致します。

○ またご協力いただいた機関名が、同意なしに公表されることはありません。

○ なお本調査に対するお問合せは、直接下記の調査者に対し行って下さるようお願い致します。

調査者(分担研究者): 岩成秀夫(所属: 神奈川県立精神医療センター)

川副泰成(所属: 国保旭中央病院)

連絡先・返送先: 〒233-0006 横浜市港南区芹が谷 2-5-1

神奈川県立精神医療センター

TEL: 045-822-0241 FAX: 045-825-3852

E-mail: [iwanari.1kic@pref.kanagawa.jp](mailto:iwanari.1kic@pref.kanagawa.jp)

資料2 医療観察法通院対象者アンケート調査票 A (平成 20 年度版)

— 調査時点で通院係属中の対象者 —

< 記入方法・留意事項 >

- ・ 選択肢については、該当番号に○をつけて下さい。また ( ) 内には、回答をご記入下さい。
- ・ 通院対象者 1人につき1部 ご記入をお願いします。

ご記入日 ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日

- 性別  
1 男性 2 女性
- 年齢 (対象行為時の年齢で回答して下さい)  
1 10代 2 20代 3 30代 4 40代 5 50代 6 60代 7 70代 8 80代  
9 90代
- 重大な他害行為 (対象行為) の種類 (複数回答可。5、6、7、8 は未遂も含みます)  
1 殺人 2 殺人未遂 3 傷害 (全治1ヶ月以上) 4 傷害 (全治1ヶ月未満)  
5 強盗 6 放火 7 強姦 8 強制わいせつ
- 精神科主病名 (ICD-10)  
1 F0 症状性を含む器質性精神障害  
2 F1 精神作用物質による精神および行動の障害  
3 F2 統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害  
4 F3 気分 (感情) 障害  
5 F4 神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害  
6 F5 生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群  
7 F6 成人の人格および行動の障害  
8 F7 精神遅滞  
9 F8 心理的発達障害  
10 F9 小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害
- 通院処遇の経緯  
1 当初審判で通院処遇 (直接通院) 2 入院処遇から通院処遇に移行 (移行通院)
- 通院開始時の対応 (直接通院、移行通院ともお答え下さい)  
1 精神保健福祉法の入院を経ないで通院を開始  
2 精神保健福祉法の入院から開始 3 その他
- 通院 医療サービス (下記3つのサービスにつき最も多く利用した時期について回答して下さい)  
1 外来診療・デイケア・訪問看護のすべてを利用 3 外来診療・訪問看護を利用  
2 外来診療・デイケアを利用 4 外来診療のみ利用  
5 その他
- この通院対象者の現状 全体的経過  
1 安定して通院処遇を継続  
2 概ね安定して通院処遇を継続  
3 病状など不安定なため通院処遇の継続に心配がある 4 その他
- 精神保健福祉法の入院の状況 (通院処遇開始以後についてお答え下さい)  
1 全くなし 2 現在入院中 3 過去に入院あり (現在入院中は含めない)

9-1. 精神保健福祉法の入院が通算で1年以上に及んだ通院対象者についてご記入下さい。

- (1) 合計入院期間 ( ) 月
- (2) 入院回数 ( ) 回
- (3) 1回の入院期間が1年以上に及んだことがありますか: 1 あり 2 なし 3 不明
- (4) 調査時点で1年以上の入院を継続していますか: 1 はい 2 いいえ 3 不明
- (5) 初回入院時の入院形態: 1 任意入院 2 医療保護入院 3 措置入院 4 その他

- (6) 入院した医療機関（重複可）  
1 指定通院医療機関 2 鑑定入院医療機関（指定通院医療機関以外）  
3 その他の医療機関

- (7) 通算で1年以上の入院に及んだ理由（重複可）  
1 病状が不安定または改善しないため  
2 家族が引き取らず居住場所がないため  
3 単身者だが居住場所がないため  
4 身体合併症があるため  
5 介護が必要となったため  
6 その他

- 
10. ケア会議の現状（調査時点の状況）  
1 月1回以上開催 2 2～3月に1回開催 3 4月以上に1回開催 4 その他

11. 障害福祉サービス等の利用状況（調査時点の状況）  
1 利用している 2 利用していない 3 その他

12. 対象者の住居（調査時点の状況）  
1 同居（家族・親戚・知人） 2 単身：自家・社宅 3 単身：民間賃貸住宅  
4 単身：公共賃貸住宅 5 社会復帰施設（援護寮、福祉ホーム、グループホーム等） 6 その他

---

12-1. 通院開始以降、単身で民間賃貸住宅に居住（した・している）対象者についてご記入下さい。

- (1) 生活保護受給の有無： 1 あり 2 なし 3 不明

- (2) 単身で民間賃貸住宅を利用した理由（重複可）  
1 対象者の希望が強かったため 4 公共賃貸住宅に入居できなかったため  
2 家族が受け入れを拒否したため 5 社会復帰施設に入居できなかったため  
3 自宅がないため 6 その他

- (3) 連帯保証人  
1 不要であった 2 必要であった 3 その他

(3-1)「連帯保証人には誰になってもらいましたか」（自由記載）

- (4) 単身で民間賃貸住宅を利用するときの問題点や工夫について（自由記載）

12-2. 通院開始以降、居住系の社会復帰施設等を利用（した・している）対象者についてご記入下さい。

- (1) 生活保護受給の有無： 1 あり 2 なし 3 不明

- (2) 施設の種類（在籍しているもの）  
1 援護寮 2 福祉ホーム 3 グループホーム 4 ケアホーム 5 生活保護者入所施設  
6 知的障害者入所施設 7 老人ホーム・老人保健施設 8 その他

- (3) 社会復帰施設等を利用するときの問題点や工夫について（自由記載）

13. 地域の関係諸機関の協力連携体制 全体的な協力連携体制（この対象者について）

- 1 積極的に協力連携していただいている ることも少なくない  
2 ある程度協力連携していただいている 4 協力連携体制が取れずに困っている  
3 協力連携体制が十分とは言えず苦勞す 5 その他

14. 身体科受診を要する程度の身体合併症（通院の全経過を通じて判断して下さい）

- 1 なし 2 あり(外来治療のみ) 3 あり(要入院) 4 あり(要入院・手術) 5 その他

14-1. 通院の全経過を通じて身体科受診を要する程度の身体合併症を併発した対象者についてご記入下さい。

- (1) 合併症の病名（判る範囲の病名でお答え下さい）

- 1 2 3

- (2) 生命の危険の（ある・あった）合併症でしたか（判る範囲でお答え下さい）

- 1 はい 2 いいえ 3 不明

- (3) 入院を要した合併症のときの入院施設について（重複可）

- 1 大学病院一般科 2 大学病院精神科 3 一般病院一般科 4 一般病院精神科  
5 単科精神科病院 6 その他

- (4) 合併症で入院したときの家族以外の付添いについて

- 1 病院から求められた 2 特に求められなかった 3 その他 4 不明

- (5) 合併症対応はどこが（だれが）主体的に行われましたか（重複可）

- 1 社会復帰調整官 2 指定通院医療機関 3 行政機関 4 本人・家族のみ  
5 その他 6 不明

- (6) 合併症対応は円滑に行われましたか

- 1 円滑におこなわれた 2 大体円滑に行われた 3 若干苦勞した  
4 大いに苦勞した 5 その他 6 不明

- (7) 合併症対応のときの問題点や工夫について（自由記載）

ご協力ありがとうございました。

資料3 医療観察法通院対象者アンケート調査票B(平成20年度版)

—調査時点で通院処遇を終了している元通院対象者—

<記入方法・留意事項>

- ・ 選択肢については、該当番号に○をつけて下さい。また( )内には、回答をご記入下さい。
- ・ 通院対象者1人につき1部ご記入をお願いします。

ご記入日( )年( )月( )日

1. 性別  
1 男性 2 女性
2. 年齢(対象行為時の年齢で回答して下さい)  
1 10代 2 20代 3 30代 4 40代 5 50代 6 60代 7 70代 8 80代 9 90代
3. 重大な他害行為(対象行為)の種類(複数回答可。5、6、7、8は未遂も含みます)  
1 殺人 2 殺人未遂 3 傷害(全治1ヶ月以上) 4 傷害(全治1ヶ月未満)  
5 強盗 6 放火 7 強姦 8 強制わいせつ
4. 精神科主病名(ICD-10)  
1 F0 症状性を含む器質性精神障害  
2 F1 精神作用物質による精神および行動の障害  
3 F2 統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害  
4 F3 気分(感情)障害  
5 F4 神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害  
6 F5 生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群  
7 F6 成人の人格および行動の障害  
8 F7 精神遅滞  
9 F8 心理的発達の障害  
10 F9 小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害
5. 通院の期間(通院開始から終了まで) ( )月
6. 処遇終了の理由  
1 通院処遇の目的を達成して終了  
2 身体合併症のため終了(死亡者含まず)  
3 死亡により終了  
4 医療観察法の対象外とされ終了  
5 その他
7. 処遇終了後の対応(死亡例、再他害行為例を除く)  
1 指定通院医療機関に通院  
2 元の医療機関に通院  
3 上記以外の医療機関に通院  
4 精神科の通院自体も終了
8. 一般精神科医療への移行について  
1 対象者の状況に合わせて円滑に移行できた  
2 対象者の状況に合わせて移行を行うのに苦勞した  
3 対象者の状況に合わせて移行ができなかった  
4 その他
9. 処遇終了に当たって地域連携等における問題点や工夫について(自由記載)

ご協力ありがとうございました。

## C. 研究結果

### 1. アンケート調査の集計結果

ここでは通院対象者の住居の状況がどのようになっているかを報告する。調査時点における対象者の住居の状況は多い順に、同居180人（56%）、単身民間賃貸住宅60人（19%）、社会復帰施設53人（17%）、単身自家・社宅9人（3%）、単身公共賃貸住宅1人（0.3%）だった（図A12～C12）。通院処遇の経緯では、移行通院では直接通院に比べ、同居、単身自家・社宅の割合が若干少なく、その分社会復帰施設の割合が多かった。

同居に次いで単身民間賃貸住宅と居住系社会復帰施設が多いことが予想されたので、この2つについては付問を用意した。単身民間賃貸住宅に居住する対象者は、生活保護受給の割合が33人（58%）と半数を超えていた（図A12-1-（1））。また、それを利用した理由については（図12-1-（2））、対象者の強い希望が26人（32%）、自宅がないためが21人（26%）家族の受け入れ拒否のためが16人（20%）、社会復帰施設入居不可のためが7人（9%）という結果だった。対象者の強い希望がわずかの差ではあるものの理由の最多である点は、自由を望む気持ちが強いことを伺わせるものである。連帯保証人については民間アパートを借りる時にネックになりがちな項目であるが、今回は、連帯保証人が必要とされた場合が39人（71%）あるものの、不要の場合も12人（22%）存在したことは注目された（図A12-1-（3））。また、連帯保証人の実例としては（図A12-1-（3-1））、両親14人（38%）と兄弟姉妹10人（27%）が中心とはなるものの、保証人協会3人や知人2人、支援団体、弁護士なども存在した。

他方、居住系社会復帰施設利用者について

は、生活保護受給者は26人（42%）と半数以下であり、単身民間賃貸住宅利用者の場合と違いがみられた（図A12-2-（1））。施設の種類としては、援護寮が29人（44%）と最も多く、次いで福祉ホーム11人（17%）、グループホーム9人（14%）、生活保護者入所施設5人（8%）、知的障害者入所施設3人、ケアホーム3人などの順であった（図A12-2-（2））。対象者の特徴や居住地域の社会復帰施設の事情などにより、様々な施設が利用されているように思われた。

### 2. 社会復帰調整官からの報告

このような民間賃貸住宅や居住系社会復帰施設を利用するにあたって、現場の社会復帰調整官の自由記載を載せておく。できるだけ原文の趣旨を生かしたが、個人情報保護や読者の理解のため、修正を加えた部分もあることとお断りしておく。

#### 1) 民間賃貸住宅利用の場合

<問題点>

- ・精神障害者というだけでアパートを断られること、保証人のなり手がいないこと、アパートを探す協力者や自動車がないと探すのに苦労すること、などの問題がある。
- ・きょうだい間で遺産相続でもめていて、家族の協力を得られないため、アパート保証人が見つからず、任意入院が長引いた。
- ・家族及び近親者から協力が得られず、保証人が確保できない場合、保証人の必要のない物件を探すなど時間がかかる。
- ・過去の事件から保証人協会の利用もできなかった。保証人に関する支援制度が必要である。
- ・保証人協会にも何かあった時の連絡先が必要となる。
- ・指定入院・通院医療機関と家族が関わった



が、家探しは誰がするのかでもめた。

- ・住居探しに苦勞することと、入院した場合に経済的にアパートの維持が困難になる問題がある。
- ・アパートの確保までは調整しやすいが、退院後のフォローという面では問題が生じやすい。デイケアや訪問看護を導入したとしても、対象者の孤独感まではフォローし切れないことが多く、時に自殺という形で終結に至ることもある。
- ・本人が当該支援団体に対して好意的ではなく、支援に対する理解にも乏しかった。
- ・指定通院医療機関に近いアパートのため、病者が多く入居しており、騒音等のトラブルなど心配な要素は多い。
- ・対象者の問題行動で2回民間賃貸住宅を転居し、問題行動のため家族の協力も得られなかった。隠れたところでの違法行為や問題行動のため、せっきくのアパートとの関係も悪化したため、様々な対応策を講じる必要があった。

#### <工夫>

- ・病院との距離が近く、隣室がない静かなアパートの部屋を探した。
- ・初めての単身生活であったが、指定通院医療機関に近く通院しやすい場所にアパートを借り、本人も気に入っている。
- ・一人暮らしで「猫がいなくて寂しい」と訴えていた。入院処遇中は飼育猫をペットホテルに預けていたほどなので、猫の同居を家主に同意してもらった。
- ・将来の生活保護受給を想定して、その範囲内の家賃の物件を選んだ。本人は物音に敏感さがあるので、木造ではなく、鉄筋のマンションを選んだ。
- ・民間住宅利用前に福祉ホームを利用し、当該施設職員が居住先探しに協力してくれた。
- ・アパート入居前に社会復帰施設での生活訓

練を約2.5年間行った。試験外泊を繰り返して退寮したのでスムーズにいった。入居後、日当りや隣人との生活時間の違いもあり、時折苦情が出る。

- ・きょうだいの名義で契約し、生活が安定した後、きょうだいの意向で本人名義に変更した。
- ・親が積極的に動いて確保した。
- ・地域住民への理解を要した。

#### <その他>

- ・事件前から居住していたアパートである。
- ・親が別の目的で借り上げていた賃貸住宅を本人の居住先とした。経済的に極めて裕福な家庭であり、「民間賃貸住宅を利用する」という点で問題はなかった。
- ・対象者の場合は自殺企図の防止が中心であり、自殺予防的な関わりを持っている。

#### 2) 居住系社会復帰施設利用の場合

##### <問題点>

- ・施設側の負担が大きい、それに見合う報酬（補助等）がない。
- ・空室を約1ヵ月前から用意してもらった状況であり、（退院申立てから決定までの間など）その空室確保料を手当てする制度が必要である。
- ・移行通院の場合は、施設入所時期と指定入院医療機関の退院時期とのずれ幅が最小になるよう工夫するとともに、受入れ施設の待機期間に対する経済的手当てが必要と思われる。
- ・施設から指定通院医療機関が遠いため、日中活動に制約を受ける。施設側の負担感の軽減についても意識的に関わる必要があった。
- ・施設側が慎重に調整を進めたこと、医療観察法対象者を受け入れても経済的に考慮されないこと、マンパワーがないことなどにより、調整に長期（4ヵ月）の時間を要した。

- ・保証人、緊急時の対応、入居費用の確保などが問題になる。家族に対して、援助してもらえる限界を探り、協力してもらえるような調整をするが、家族の許容範囲はまちまちである。時間をかけないと調整できないことも多い。
- ・指定入院医療機関から施設へ体験宿泊を行う際、対象者のストレス及び負担が大きい。指定入院医療機関と施設の間で、対象者の診立てや評価が異なる場合がある。
- ・入院期間中に外泊訓練が十分できない。遠方からの入院の場合、地域側の不安が大きい。
- ・施設で問題行動が起きた時、調整官の対応が遅かったり、不備があったりすると、他の施設に情報が伝わり、その後の業務に影響を及ぼす恐れがある。
- ・保証人の有無、支払能力、重大な他害行為を行っていること、長期入所の可能性があることなどの問題点から、入所については必ずしも積極的な施設ばかりではない。
- ・対象者と現在の入居者として能力に差があり、地域側としては単身生活が妥当と判断する者もある。医療観察法の再他害行為防止の視点と、精神保健福祉法の視点との違いから、授産利用状況の継続について議論が生じている。
- ・入所に際して、精神障害者としてよりも先に触法精神障害者として捉えられてしまい、入所のための面接すら受け入れてもらえない施設もある。
- ・対象者が、入所者からの様々な情報に振り回されて困惑する。
- ・女性で同性の入居者がなく1人であったため、ストレスが高くなり再入院の一因になった。
- ・当初、別の指定通院医療機関に併設された施設に入所していた。施設退所と同時に指定通院医療機関が変更になり、関係作りも

一からやり直しとなった。はじめから居住地周辺での施設入所が可能となるよう、他機関の理解と受け入れが進むよう努力が必要である。

- ・指定入院医療機関が遠方であったため、施設入所に必要な体験利用等の機会の確保が十分できなかった。統合失調症と知的障害があるため、どちらの障害の施設を利用するかで混乱し、関係機関及び施設関係者の理解を得ることが難しかった。
- ・救護施設の場合、劣悪な環境のところもあるため、事前に本人・家族等の見学が必要と思われる。

#### <工夫>

- ・任意入院を経て入所適性をMDTで判断した。
- ・施設スタッフと保護観察所との連携を密に行う（1ヵ月毎の報告書提出を依頼）。利用前に試験外泊を繰り返し行い、他入所者となじみの関係を作れるよう配慮した。
- ・30代になってから知的障害の認定を受けた異例の事例であった。
- ・医療観察法の対象者というだけで構えられてしまう傾向があり、直接本人と会ってもらおう等の工夫が必要と感じている。
- ・精神保健福祉法の入院を4か月行いながら体験入居を何度か実施した。
- ・体験入所制度があれば、対象者の不安解消に役立つと思う。
- ・対象者には子供がいて、社会復帰施設入所によって親子関係に壁ができてしまう恐れがあった。親に子供の面倒をみてもらいながら週末に外出して子供の面倒をみる時間を作るよう工夫した。それにより治療と自分自身の生活に専念することができている。
- ・クライシスプラン等、関係機関相互の連携体制について十分な理解を求めた。
- ・緊急時の施設側の不安の軽減をどう図る

か。指定通院医療機関や精神科救急医療体制がどの程度サポートできるか。治療後の本人の状態像を理解してもらうことが重要。書面による説明等では理解されない。

- ・施設ごとに規則があり、退院後（入所後）にその規則を破ると迷惑がかかることについて、事前に検討（調整）項目に入れておく方がよい。（例：早く退院したいために規則を守ると言っただけで契約しながら、入所後に規則を破る）
  - ・精神保健福祉法の入院を経て実家に退院したが、援護寮のショートステイを利用している。3ヵ月間利用したあとは実家に住む予定である。家族との関係が難しく、グループホーム入所を考えたが、適切な施設がないため、ショートステイを利用しつつ、家族との関係調整を図り、実家への帰住を予定している。
  - ・夜間のケア体制や金銭、服薬、緊急時の受診に支援が必要である。
  - ・初めての一人暮らしで本人が大変寂しくため、職員がよく話を聞いて支えた。他の入居者からの干渉は案外問題を生じなかった。
  - ・指定通院医療機関に併設する施設であったことから、入所へのハードルは低かった。
  - ・現在入所中である福祉ホームは、指定通院医療機関に併設する社会復帰施設であり、入所前は同敷地内の援護寮に居住していたことから、施設体系の変更について本人に認識がなかったが、対人関係には大きな変化も見られず、移行は円滑であった。
  - ・現在利用中の障害福祉サービス事業所は、指定通院医療機関に併設ではないが、日頃の精神保健福祉での連携により、円滑に運用することができた。
- <その他>
- ・直接地域に出るには指定入院医療機関とのギャップが大きいので、指定入院医療機関

の中間施設が必要である。

- ・本人希望で援護寮からグループホームに変わったが、その際症状が悪化した。

## D. 考察

### 1. 重大な他害行為と住居問題

放火では自宅が多く、殺人や傷害では家族に対するものが多いこと、即ち家族が被害者となる重大な他害行為が多いこともあって、住むべき住居がなくなっている対象者が少ない。現に、直接通院処遇になっても住居がないために精神保健福祉法の入院から通院を開始しなければならない事例や、入院処遇から通院処遇に移したくても住居の設定がなかなか進まないために退院までに時間のかかっている事例も報告されている。そのため、今回は通院処遇係属者の住居の状況を検討してみたのである。

その結果、家族等との同居以外では単身民間賃貸住宅（19%）、社会復帰施設（17%）の割合が高かった。移行通院では時間の猶予等もあるためか社会復帰施設を利用する割合がわずかに多かったが、いずれの場合でも単身で民間アパートを利用する割合がかなり多いことがわかった。

### 2. 単身での民間賃貸住宅の利用

民間アパートを利用する場合の問題点としては、多くで保証人が必要となるので、それをどうするかという問題がある。家族がいる場合は概ね両親や兄弟姉妹などが保証人となって契約できているが、ここでも他害行為の被害者の問題で親族から拒絶されている場合や単身者の場合は、かなり苦労することになる。保証人協会や公的な機関等が保証することによって契約できることもあるが、そうでなければ保証人の要らない物件探しが必要となる。

また、物件探しを誰が行なうかでもめる場

合がある。親族が率先して探してくれる場合は比較的円滑であるが、社会復帰調整官や指定通院医療機関の職員が十分な時間を取れず、関係機関の調整に手間取る場合も現実には起っている。あるいは、せっかくアパート契約にこぎつけて生活が始まったのに、対象者のトラブルで信頼を失い、家主との関係が悪化してしまったという報告もあった。このように苦勞しながらも、民間アパートは他の居住環境よりは選択の幅が広いいため、入居に当って通院に便利な立地、静かで周囲に音が伝わりにくい部屋、孤独な寂しさを紛らわす手立てなど様々な工夫をして、単身アパート生活が順調にいくように支援している姿が自由記載から伝わってくる。

### 3. 居住系社会復帰施設の利用

居住系社会復帰施設の利用については援護寮が44%と最も多く、次いで福祉ホーム17%、グループホーム14%、生活保護者入所施設8%、知的障害者入所施設やケアホームなどであったが、対象者の特徴や帰住する地域の社会復帰施設の事情などにより、様々な施設が利用されているようである。

このような社会復帰施設を利用する場合の問題点としては、まず重大な他害行為を行なったことなどによる施設側のハードルの高さがある。これについては事前の面接や体験入所、緊急時の対応の保証などの必要性が挙

げられている。また、施設側に負担感が大きいのに報酬が見合っていないという問題、あるいは対象者が入居するまでに一定の期間を要するにもかかわらずその間の空室確保料がないこと、なども大きなネックになっている。その他、対象者がそもそも集団生活やルールになじめるかどうか、問題が発生した時に迅速に対応できるか等様々な問題があるが、何とか工夫を凝らして円滑な利用に努めていることがわかった。

### 4. 地域生活への移行の困難さ

今回の調査は、既に民間アパートや社会復帰施設を利用している対象者に特に着目して行なったものなので、苦勞はしたものの何とか利用にこぎつけることができた事例の実態である。現実には、様々な障壁によって居住場所を確保できないため、通院処遇でありながら精神保健福祉法の長期入院に至ったり、そもそも入院処遇のままなかなか退院が決らなかつたりする事例も存在している。また、指定入院医療機関の偏在のために援助作業が困難な場合も、地域によってはあるだろう。

こうした問題は、「社会的入院」そのものであると要約することも可能であろう。このような対象者の社会復帰を促進するためには、今後、対象者が入院している病棟の構造や、居住系社会復帰施設の新たな類型などを検討する必要が出てくるかもしれない。

## 研究Ⅲ：通院処遇中の対象者の身体合併症

### C. 研究結果

#### 1. アンケート調査の集計結果

通院対象者の年齢分布をみると30代をピークにしているが、20代から80代まで広い範囲にまたがっていて、40代以上のいわゆる中高年も決して少なくない。従って、一般の精神障害者と同じく、対象者にも様々な身体疾患が併発しているはずである。そこで、治療のために一般診療科の外来を受診する程度以上の身体合併症について調査した。

その結果、他科受診が必要な身体合併症は約19%の通院対象者に認められた(図A14)。その内訳は、外来治療のみが46人(15%)で最も多く、次いで要入院が9人(3%)、要入院・手術が3人(1%)である。これを直接通院と移行通院で比較すると、他科受診の必要のない者が、前者で74%であるのに対し、後者では86%と多かった(図B14、C14)。この理由は定かではないが、移行通院の方が若干年代の若い者が多いこと、入院処遇中に必要な身体治療を行っていた可能性があること、などが考えられる。

身体合併症の種類については、多い順に糖尿病17人(27%)、気管支喘息6人(10%)、運動器疾患4人(7%)と続くが、あとは横並びで3人(5%)に悪性腫瘍、高血圧、C型肝炎、高脂血症、2人(3%)に胃炎・胃潰瘍、不整脈、痔疾が入っている(図A14-1-(1))。糖尿病が多いほかは様々な疾患がみられる状況であった。また、その身体合併症に生命危険性があるかないかについては(図A14-1-(2))、あるのは3人(5%)のみであった。身体合併症で入院を要する場合の入院施設は(図A14-1-(3))、一般病院一般科7人(54%)、大学病院一般科3人(23%)がほとんどであった。一般病院や

大学病院の精神科は1人もいなかったの、入院を要するほどの身体合併症の場合、一般科できちんと対応されていることが伺われる。また、入院中の家族以外の付添については(図A14-1-(4))、要請されたのは1人(8%)の場合のみで、その他の場合は、家族の付添のみで十分な状況であった。

通院対象者に身体合併症が発生した時、誰が主体的に対応したかについては(図A14-1-(5))、指定通院医療機関が34人(53%)で最も多く、次いで本人・家族のみで対応が15人(23%)であり、社会復帰調整官6人(9%)や精神保健福祉行政機関4人(6%)は少なかった。社会復帰調整官が前面に出ると個人情報保護の問題があるなど、むしろ問題を大きくしてしまう危惧があること、精神保健福祉の行政機関は必ずしも一般医療機関の実情に通じているわけではないことなどが、このような結果に通じているものと思われる。身体合併症の対応は円滑に進んだかについては(図A14-1-(6))、円滑33人(69%)、ほぼ円滑7人(15%)、両者あわせて84%を占めていた。一方、若干苦勞6人12%、大いに苦勞1人(2%)、あわせて13%であり、総体的には、それほど苦勞しないで合併症への対応ができていたが、13%の事例では苦勞したということになる。

#### 2. 社会復帰調整官からの報告

前章と同様に、現場の社会復帰調整官の自由記載を載せておく。

##### <問題点>

・合併症に対応する病院に医療観察対象者であることを伝えられず、結果として医療情報の収集や共有ができていない。合併症に対応する病院が担当保健所の管轄外であったため、それまで実施していた訪問ができ

- ・なくなった。
- ・合併症についての情報収集が円滑でなかった。一般科への介入は社会復帰調整官には難しい。身体症状ということもあり、本人・家族・関係機関への連絡が希薄となる傾向がある。
- ・一般病院一般科に受診しているため、情報共有が難しい。
- ・服薬治療については本人の理解が得られたものの、食事療法及び運動療法についての指導が継続されていない。
- ・身体合併症について本人の認識が低く、受診拒否が続いている。チームで状況を共有しつつ見守っている。
- ・精神症状（独語、常同行為）があり、一般科の診察を待っていることができず、家族が対応に苦勞した。
- ・後遺障害（失調歩行）の改善が得られないまま確定診断もつかず、地域支援担当機関の不安を募らせた。

#### <工夫>

- ・指定通院医療機関が持つ、日頃のネットワークの活用が有効だった。
- ・指定通院医療機関の主治医と、一般病院医師との連携ができています。
- ・指定通院医療機関と連携が取りやすい病院を、入院病院とした。
- ・医療観察法対象者であることや治療の内容について、社会復帰調整官及び指定通院医療機関の職員から、一般科の医師に対して説明を行った。
- ・本人の認識が低く、受診につなげにくい点がある。同伴受診を行ない、チームで情報を共有して見守っている。
- ・服薬管理の不安を軽減する。治療費が通院生活に影響しないか留意する。
- ・ケア会議の場で、水中毒についても体重管理や生活上の指導について説明をしてもらっている。

- ・ケア会議の場でも本人・家族に助言するようになっている。
- ・入院処遇中に、急性膵炎で大学病院に2週間入院している。通院処遇中に腹痛を訴えた時は再発を疑ったが、急性胃炎で一般病院に救急入院となった。しかし、看護師の対応が悪いからと急きょ退院してしまった。腹部症状が消失していなかったため、休日ではあったが本人宅に赴き、かかりつけ医を受診させた。

#### <その他>

- ・指定通院医療機関の内科を受診している。
- ・今回の対象行為の以前から併発しているため、合併症治療はそのまま継続されている。しかし、指定通院医療機関との連携はなく、それぞれが本人を援助している印象である。

## D. 考 察

### 1. 通院処遇中の身体合併症の状況

年齢分布から考えて通院対象者にも少なからず身体合併症が発生することになるが、今回の調査では、他科受診が必要な身体合併症は19%の通院対象者に認められた。その中には国民病といわれる糖尿病が27%と最も多く、気管支喘息10%、運動器疾患と続くが、あとは横並びで悪性腫瘍、高血圧、C型肝炎、高脂血症、胃炎・胃潰瘍、不整脈、痔疾など様々な疾患が見られた。

また、身体合併症で入院を要する場合の入院施設は、一般病院や大学病院の一般科がほとんどであったので、入院を要するほどの身体合併症の場合、一般科できちんと対応されていることがわかった。その際、家族以外の付添についても、要請されたのは1人の場合のみで、それ以外では家族の付添のみで十分な状況であった。つまり、入院や手術を要する身体合併症の場合、精神病状がよほど悪く

ない限りは、医療観察法の対象者であるかないかよりも身体合併症の治療が優先され、一般科で必要な医療が受けられていることが判明した。

## 2. 身体合併症への関係者の対応

身体合併症が発生したときの主体的な対応者については、指定通院医療機関が最も多く、次いで本人・家族のみで対応した場合であった。社会復帰調整官や精神保健福祉の行政機関が対応する場合は少なかったが、普段一般医療機関になじみがないことや、特に必要のない場合、社会復帰調整官が前面に出ない方が円滑に進む可能性があるためであった。このように身体合併症の場合は、指定通院医療機関が日常的に形成している一般医療機関との連携のネットワークが重要であるが、社会復帰調整官からみると身体合併症の情報の把握が十分できず、入院した場合は間接的な把握に留まるという問題点もある。

今回の調査では前面に出なかったが、対象者の精神症状が不安定な時期の身体合併症の治療や処遇には、かなりの困難も予想される。治療の必要性を理解しないための問題や、一般科への通院上の問題、あるいは入院が必要な場合に受け入れを断られる可能性があることなどが考えられるが、この時は精神障害者の身体合併症受け入れ病院の確保など普段の体制の整備が必要になってくると思わ

れる。

## 3. 身体合併症に対応する体制

精神症状が比較的安定し、身体合併症も重篤ではない場合は、今回の調査結果のように日常の連携体制の整備で十分対応できるであろう。問題になるのはそうでない場合であり、鑑定入院中や入院処遇中の対象者について、一般病院への転院で相当の苦勞を要した事例があるとされている。

こうした場合に求められているのは精神科病棟を持つ一般病院、いわゆる有床総合病院精神科ではないか。閉鎖処遇中の身体合併症治療が可能な病棟構造になっていれば、精神疾患と身体合併症の一方または両方が重篤な時期にも十分対応できる可能性がある。そうした病院が存在していたら、精神科の医師や看護師に普段から医療観察法への理解を求める活動も必要であろう。

また、一歩進めて、本来であれば有床総合病院精神科に指定通院医療機関になってもらえば理想的ではないか。一般病院精神科の内部で多職種チームを組み、精神科訪問看護や精神科デイケアを用意し、ケア会議に定期的に参加することは現在のようない医療状況ではかなり困難であり、単科精神科病院が分布している地域では不要かもしれないが、救急医療への連携など利点も大きいことを指摘しておきたい。

## C. 研究結果

### 1. アンケート調査の集計結果

2008年11月末時点の本アンケート調査が本来対象としている処遇終了者は前述の通り70人と考えられるが、うち54人の回答が回収できたので、それを集計した結果を報告する。

まず性別では、男性32人（59%）、女性22人（41%）であった（図E-1）。これは医療観察法対象者としては特別の偏りのあるものではない。年齢分布は、30代16人をピークとした一峰性のカーブを描いているが、50代が比較的多いのは通院対象者全体の年齢分布に近い特徴を有している（図E-2）。対象行為別の内訳は、軽度も含めた傷害が22人（40%）と最も多く、次いで放火17人（31%）、殺人・殺人未遂11人（21%）、強制わいせつ3人（6%）、強盗1人（2%）という順であった（図E-3）。通院対象者全体の場合と比べ、殺人と放火が若干少なく、かわりに傷害が増加していた。主病名については（図E-4）、統合失調症が32人（56%）と最も多く、続いて気分障害10人（18%）、知的障害5人（9%）、器質性精神障害4人（7%）、精神作用物質性障害と人格行動障害が3人（5%）という順であった。この割合は、通院対象者全体に比べても、統合失調症がかなり少なく、気分障害もわずかに少ない代わりに、知的障害、器質性精神障害、人格行動障害の増加が目立っていた。この数字の解釈は難しいところだが、現時点では3年間の満期以前に処遇終了となった事例がほとんどであることを考慮すると、医療観察法の主要対象ではない疾患の方が早めに終了されている可能性も考えられる。

図E-5は、データ漏れの1人を除く53人の処遇終了者を終了までの通院期間の順に

並べたものである。36カ月の満期終了は5人のみであり、処遇終了までの平均通院期間は19.4ヶ月と、原則3年の通院期間からみるとかなり短いものであった。処遇終了の理由の内訳（図E-6）を見ると、目的達成が37人（68%）、死亡終了が9人（17%）、対象外認定が6人（11%）でなっていて、死亡終了と対象外認定による終了は偶然でもない限り3年よりも早い段階で終了になるであろう。現に図E-5で分るように、通院初期の8ヶ月までに4人が死亡終了となっていて、このことも終了までの平均通院期間が短くなることに関係していると思われる。また、対象外認定による終了が6人あることは、終了者の主病名の比率に関連していると考えられた。なお、ここでは死亡終了は自殺と病死を分けていないが、通院対象者の自殺が各地で発生している点については、通院処遇のあり方についてより詳細な検討と具体的な対策が求められている。

通院終了後の対応としては（図E-6）、指定通院医療機関に引き続き通院する場合は33人（73%）で最も多かった。その他、元の医療機関3人（7%）、その他の医療機関8人（18%）、通院自体終了が1人（2%）となっていた。交通の便などに特に問題がない限り、指定通院医療機関に引き続き通院するのが医療の継続性の観点からは最も適切と考えられるが、元対象者の蓄積によって特定の指定通院医療機関に負荷がかかり過ぎることのないよう、配慮も必要であろう。この一般精神科医療への移行については（図E-7）、41人（91%）の場合で円滑な移行であったと評価されていて、適切な移行に苦労したり、困難であったりした場合は3人（7%）に過ぎなかった。



## 2. 社会復帰調整官からの報告

同様に、現場の社会復帰調整官の自由記載を載せておく。

### <問題点>

- ・終了後の地域コーディネートをどこが行うか。
- ・終了後、保健センターでの面接を継続することを最終のケア会議で確認したが、担当者の交代があり、今後の関係構築に不安が残る。
- ・管轄外の老人ホームへ入所したため、地域関係機関との関わりはなく、必要性も希薄であった。
- ・投葉不要のケースが通院決定になったため、地域関係機関が非常に混乱した。
- ・期間満了に伴い、指定通院医療機関に入院継続となった。
- ・精神病症状はほとんどなく、知的障害や高齢による認知症障害の出現により、救護施設より無断で外出して帰れなくなることが続いた。警察に保護願を出し、市民通報で24時間以内に発見され大事には至らなかった。その都度施設には改善策を求めたが、適切な改善までには至らなかった。2年目に処遇終了申し立てをしたが、その後も無断外出が2度あり、満期の3年近く経過して裁判所がようやく決定を出した。
- ・拡大自殺の対象者。当初審判における通院決定について、地域関係機関の自殺予防対策等の課題が残った。

### <工夫>

- ・通院処遇の後期には、終了後のサポート体制の試行期間(半年～)を設けた。
- ・保護観察所の関与がなくなったことに伴い、関係機関の役割の明確化が重要と感じている。
- ・処遇終了後においても、自立支援法に基づくサービス利用計画作成費の活用を前提とした。しかしその活用をしなくても対象者

の生活技能が向上したことで大きな課題もないということである。

- ・症状悪化時など緊急的な対応が必要な場合、医療観察制度における処遇実施計画書の緊急対応を準用することとし、関係者が対応するシステムとした。
- ・医療機関は変更したが、訪問看護や訪問指導は継続的に行っていくことにした。病変時、緊急時において保護者から訪問看護に連絡する態勢とした。
- ・地元保健所と本人とが相談関係を築けるよう、配慮した。終了後のケア会議の持ち方、緊急時対応の確認をした。
- ・元の医療機関のデイケアを処遇開始初期から併用していたので、移行や連携が円滑になった。緊急時の対応は、遠方の指定入院医療機関の利用は困難だったが、元の医療機関に協力を得られる体制を取れたので、関係者の安心感が得られた。
- ・終了後のケアプランを作成し、病院や行政機関等と共有した。
- ・対象者の居住地を所轄する精神保健福祉相談員による定期的な家庭訪問、相談等を依頼、調整した。
- ・対象者居住地を所轄する地域生活支援センターによる訪問等、継続した援助を調整した。
- ・後期処遇を長めに行ない、一般精神保健福祉法体制とほぼ同様な状況になった。
- ・医療法人運営の地域活動支援センターを利用し、処遇終了後に同法人の病院に転院とした。
- ・処遇終了に向けて、予め福祉サービス事業所等にケア会議などに参加して頂いた。
- ・医療観察法医療がこの対象者の治療歴の始まりであったため、治療必要性や服薬遵守性の理解が得られた。対象者の社会復帰意欲も高く、地域連携体制が円滑に進んだ。
- ・内縁の配偶者との連絡調整役を、社会復帰

調整官から指定通院医療機関のPSWに引き継いだ。

- ・保健所で相談員と調整官が同伴面接していたが、終了後は相談員と市障害福祉課職員が同伴面接をするよう引き継いだ。子供の養育をしている義母と、子供の面会等の連絡役を指定通院医療機関のPSWに引き継いだ。

#### <その他>

- ・心疾患で急死のため終了となった。終了については関係機関と話し合う機会は持たなかったが、終了手続き前に家族宅を訪問した。
- ・本人死亡後、ケア会議メンバーに予定のケア会議開催日に集まって頂き、支援の振り返りと反省、今後の医療観察事案に向けての検討などを行った。「対象者が医療観察の対象となってよかった」ということを関係者で共有できて、よかったと思っている。

## D. 考察

### 1. 今回の調査対象者の位置づけ

調査時点で医療観察法の施行から3年4ヵ月余りが経過したわけだが、当初審判に要する時間を考慮すれば、多くの処遇終了者では3年間の満期に至っていないことが予想された。実際の終了者総数とされる70人のうち54人分の回答が寄せられたが、満期終了は5人のみだった。今後、年を重ねるにつれて、終了者中の満期終了者の比率が次第に増大することは確実である。

また、本分担研究で繰り返し指摘してきた通り、医療観察法施行当初は通院処遇の対象者の中で直接通院の対象者が多かった。その中でも現在までに終了した者の中に直接通院の対象者が多く、医療観察法の対象外即ち不処遇とまで認定されなかったもののそれに近い事例なども含まれている可能性もある。

従って、今回回収された54人の回答について考察する際には、以上の点などに留意する必要がある。

### 2. 終了までの通院期間と満期時点での判断

まず、終了までの通院期間（1人はデータ漏れ）であるが、図E-5のように平均で19.4ヶ月と原則3年間の通院期間からみるとかなり短期間であった。しかし前述したように、この中には死亡終了と対象外認定、その他が含まれているので、それらを除き通院処遇の目的を達成して終了した37人で計算すると、平均通院期間は21.0ヶ月であった。わずかに全体よりも平均通院期間が長い、それでも2年に満たず、満期の3年からは相当短くなっていた。

今後は平均通院期間が延びる可能性があるが、平均通院期間が短期間であったことの理由やその適切性について検証していく必要がある。この問題については、満期終了者が一定数になった段階で、毎月の通院治療評価シートの集計結果などを含めた詳細な分析が求められるであろう。

また、医療観察法の仕組みからして、満期終了であれば法令上特段の手続きを要さないが、それ以前に終了にしたり、2年間延長したりするならば、書類をそろえて審判を申し立てなければならない。このため、満期直前の時点になっての終了は少なくなると予想されるし、逆に延長にする場合はいずれにせよやってくる処遇終了後の外来通院の継続を踏まえて、対象者との信頼関係の醸成との兼ね合いが問題になるであろう。

### 3. 終了後の関係機関の連携

社会復帰調整官からの報告をみると、処遇終了に向けての関係機関の連携や一般精神科医療への移行については、それぞれの地域で様々な工夫がされていた。まず、後期通院医

療の期間を長くとり、その中で処遇終了に向けての準備が整えられていた。多くの場合、保護観察所が抜けるかわりに地域の保健所等関係機関の役割分担を明確にしたり、地域生活支援センターなど新たな関係機関を加えたりして、医療観察法のケア会議に近い形の協力連携体制を作るよう努力されていた。その際、通院処遇で使用していた処遇実施計画書やクライシスプランが活用されていた。指定通院医療機関が継続して対象者の医療を担当する場合は、従来と同様の訪問看護やデイケアなどを継続することが普通で、医療機関が替る場合もできるだけ従来に近い形の医療サービスを提供する努力がされていた。

このように処遇終了から一般精神科医療への移行については、多くの場合、対象者の状態に合わせて通院処遇で行われていた体制に近い形で処遇体制が継続するようされ、その際には通院処遇におけるCPAの考え方がある程度引き継がれているようだった。しかし、元より即座に十全な体制ができるわけではないので、終了後の地域ケアのコーディネーターをどこが引き受けるか、地域関係機関も職員の異動がしばしば起こるので円滑な引き継ぎができるか、など幾つかの課題がある。

#### 4. 今後の制度設計

現時点では医療機関を始め、担当職員の積

極的な対応と十分な協議によって比較的円滑に取り組まれているように思われる。今後、多くの対象者が処遇終了に至り、一般精神科医療に移行した後でどのような経過をたどるか、引き続き調査と検討を要するところである。

仮に医療観察法の入院処遇、通院処遇が以前の制度よりも内容的に充実したとしても、処遇終了後の人生の方が対象者になった患者の多くにとって遥かに長い。とりわけ、従来の措置入院制度のみでは不十分であるとして医療観察法が成立したこと、一般精神保健・医療・福祉の充実との関係が「クルマの両輪」に例えられた経緯を思い起さなければならない。

医療観察法における人員配置の手厚い入院病棟は、残念ながら一般精神科医療に普及したとは言えないが、通院医療における多職種チーム、ケア会議の枠組みは、少なくとも外来治療に熱心な医療機関においては日常的なものになりつつあるのではないかと。こうした、地域処遇における以前よりは手厚いケアを1つのモデルとして、精神障害者の地域生活支援全般を再検討し、充実させることこそ求められているのではないかと。その中で、処遇終了後の対象者のケアも当然に準備されるであろう。

## E. 結論

2008年度は3ヵ年度の分担研究の最終年度にあたるため、2006、2007年度の2回続けてきた通院処遇の実態調査については基本的な項目に絞り、特に通院処遇中の精神保健福祉法による入院を取り上げて検討した。その他の課題の中では、対象者の住居、身体合併症、及び処遇終了後について検討を行なった。また、集大成として小冊子「通院処遇ハンドブック」を作成した。

「通院処遇の全国的な実施状況」については、全国53ヵ所の保護観察所に調査票A、Bを配布し、通院係属者314人分の調査票Aと処遇終了者54人分の調査票Bを回収することができた。2008年12月1日を調査日に設定したが、回収率は調査票Aの通院係属者については約89%、調査票Bの処遇終了者については約77%と推定された。

集計結果は全体で男性221人（70%）に対し女性93人（30%）、年齢分布は30代をピークとする一峰性、対象行為では傷害97件（32%）、放火94件（30%）、殺人・殺人未遂84件（27%）の順であり、精神科主病名は統合失調症圏233人（72%）が最も多く、次いで気分障害41人（13%）、知的障害18人（5%）、精神作用物質性障害が16人（5%）などであった。医療観察法施行から3年4ヵ月余りが経過して、移行通院が着実に増加したため、直接通院と移行通院の割合が51%対49%とほぼ半々となった。その結果、この3年間に男性が増加し、年齢では30代をピークとする一峰性がより鮮明化し、対象行為別には殺人の増加、精神科主病名では統合失調症圏がさらに増加、などの推移が見られ、いずれも移行通院群の増加を反映したものと理解できる。

また、通院医療サービスの利用状況は、「外来・デイケア・訪問すべて利用」137人（44%）、

「外来・訪問利用」87人（28%）、「外来診療のみ利用」41人（13%）、「外来・デイケア利用」30人（10%）という順であり、訪問看護に比較してデイケアの利用は限られていた。対象者が集団活動を好まない、通所にかかる時間や交通費の問題が理由として考えられる。全体的経過では、安定142人（46%）、概ね安定115人（38%）、病状など不安定34人（11%）などであった。病状などの不安定な対象者が、ここ3年間、10%、14%、11%と常に1割強を保っていた。半数以上（実数で20人）は、病状など不安定のため困難を感じる状態にありながら入院せずに通院処遇が行われていた。ケア会議の開催状況は2～3ヵ月に1回が211人（68%）で最も多かった。わが国の場合は「地域精神保健チーム」が存在しないため、保護観察所の召集するケア会議と指定通院医療機関で編成する多職種チームという二重構造で通院処遇を実施し、後者は少なくとも月1回開催され、ケア会議は概ね2～3ヵ月に1回の開催となるわけである。障害福祉サービス等の利用状況は、利用ありが145人（48%）、利用なしが152人（50%）で、3年間で利用ありが24%、33%、48%と着実に増加した。徐々に障害福祉サービス等の利用が通院対象者にも広がっているが、これは社会復帰調整官をはじめ、現場の関係者の継続的な努力の賜物と言える。地域関係機関の協力連携体制は積極的188人（61%）、ある程度積極的107人（35%）であり、両者合せて96%という良好な状態であった。

このうち、通院処遇中の精神保健福祉法の入院について検討した。通院開始時の精神保健福祉法の入院は、直接通院で入院ありが69人（43%）、入院なしが89人（56%）、移行通院で入院ありが18人（12%）、入院なしが134人（87%）であった。この3年間、常に通院開始時には直接通院で4割強、移行通院で1割強の精神保健福祉法の入院が行なわれていた。また通院処遇期間中で見ると、現在入院中が30人（10%）、過去に入院経験ありが