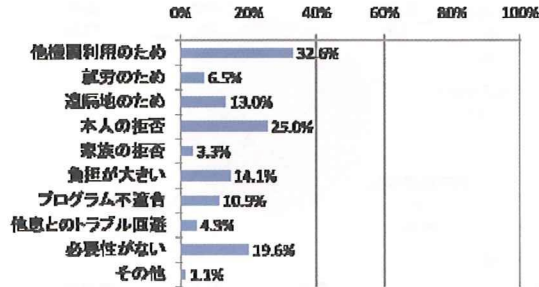
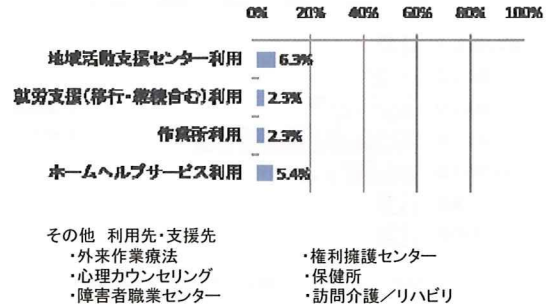


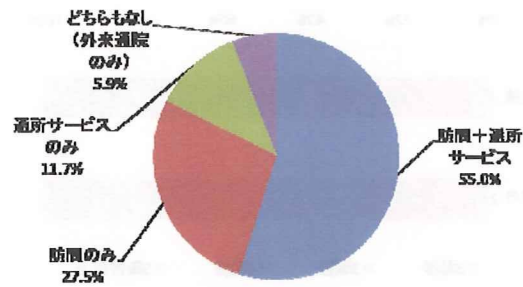
デイケア利用なし 理由



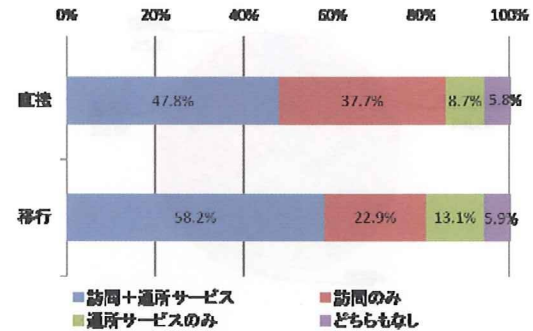
その他の保健福祉サービス利用



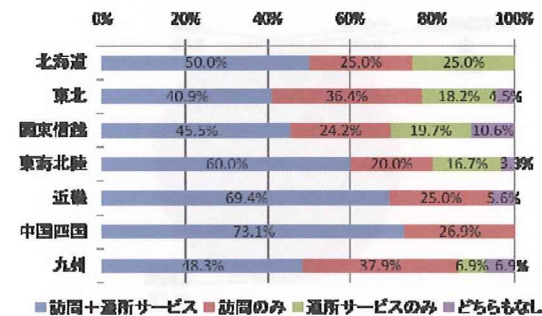
サービス全体の利用状況



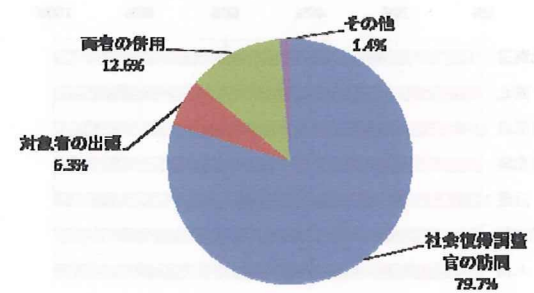
サービス全体の利用状況 開始状況別

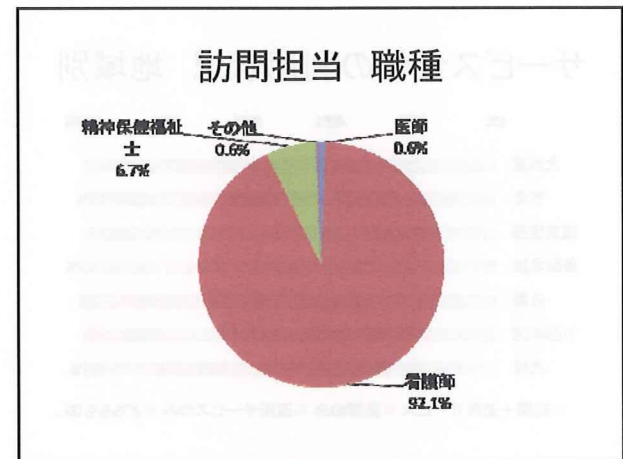
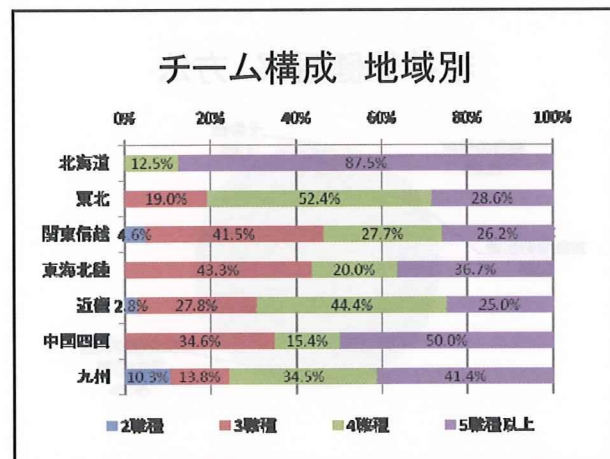
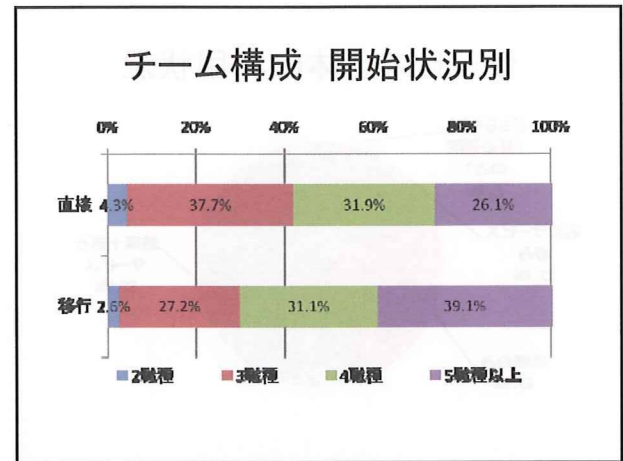
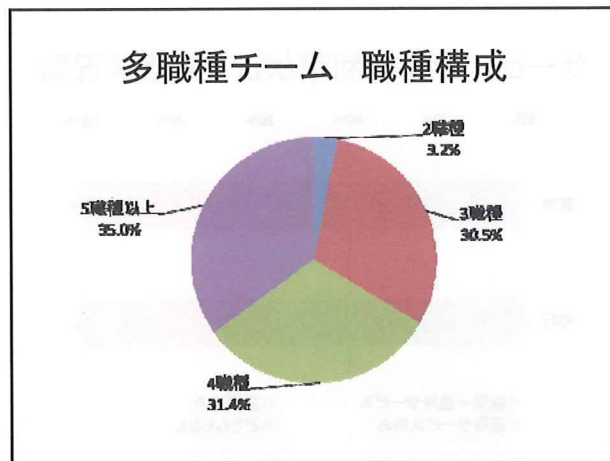
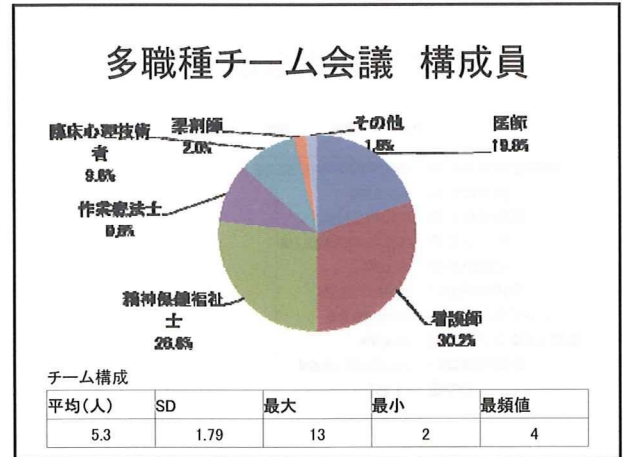
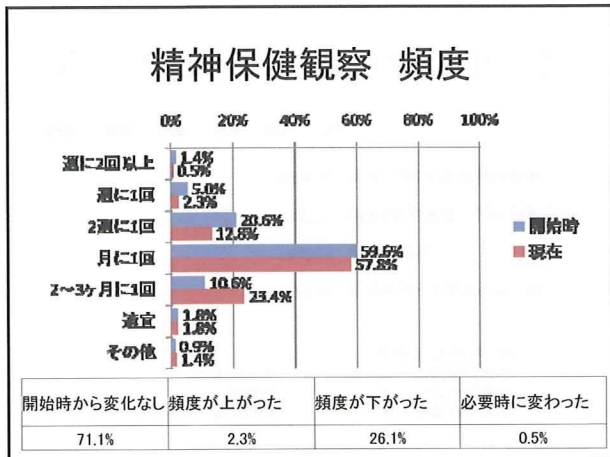


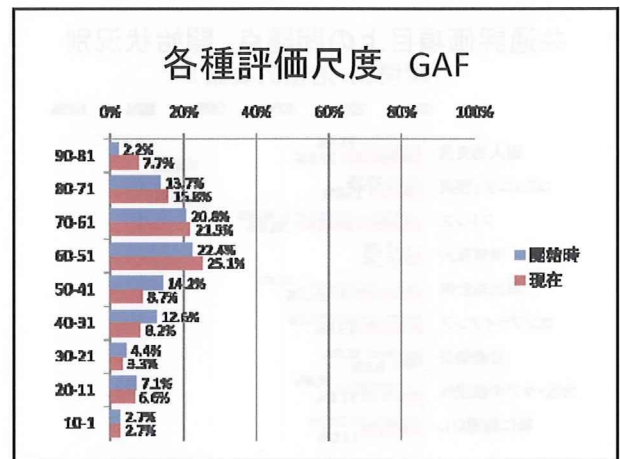
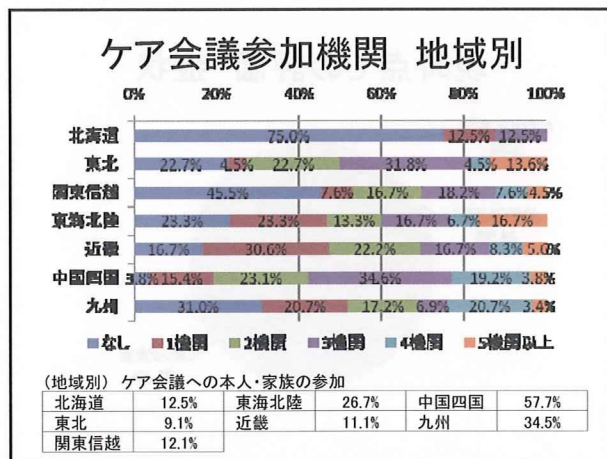
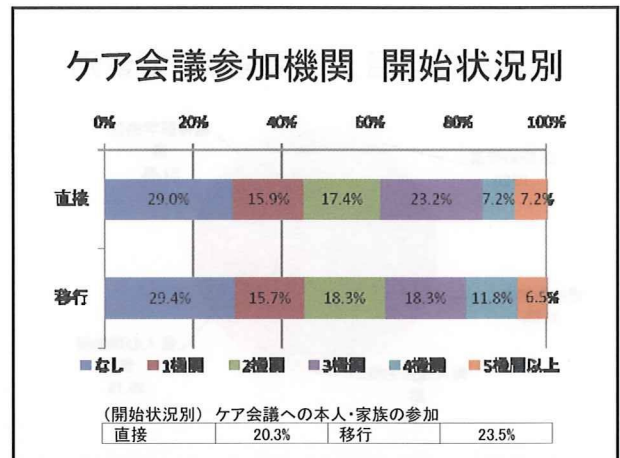
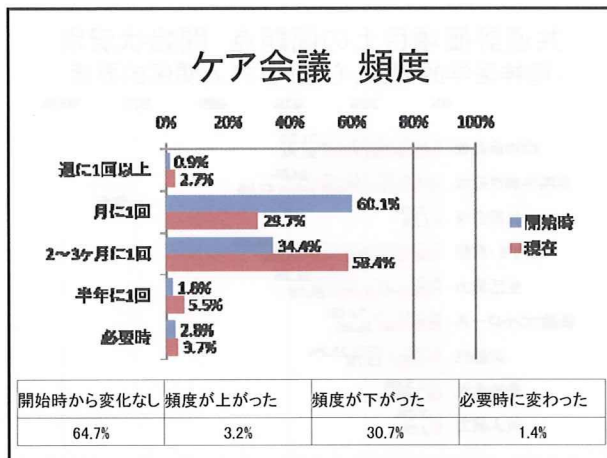
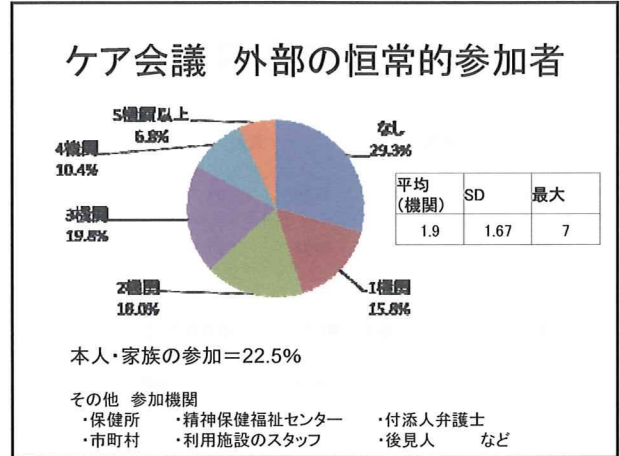
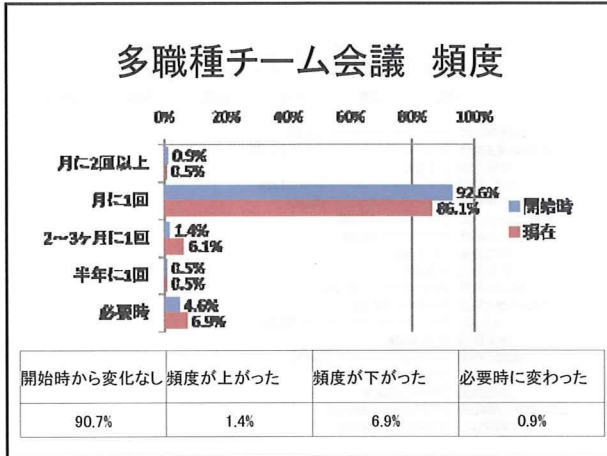
サービス全体の利用状況 地域別



精神保健観察 方法





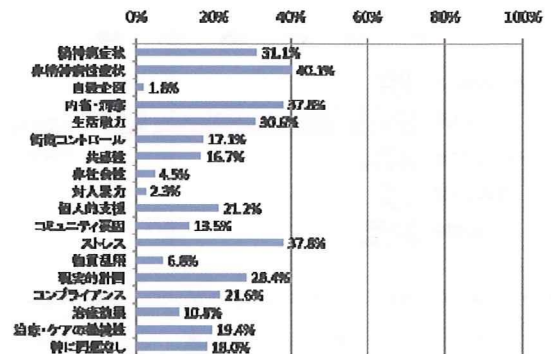


GAF 平均値・変化

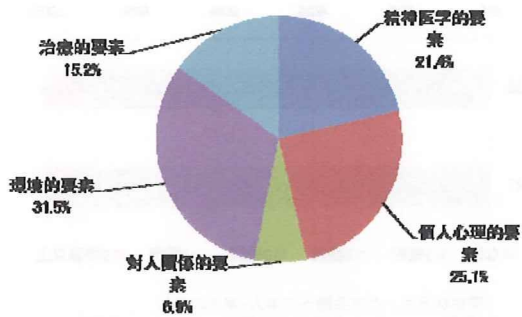
	平均	SD	最大	最小
開始時	53.3	19.29	90	10
現在	57.4	20.32	90	7

変化なし	値が上昇した	値が低下した
54.1%	36.1%	9.8%

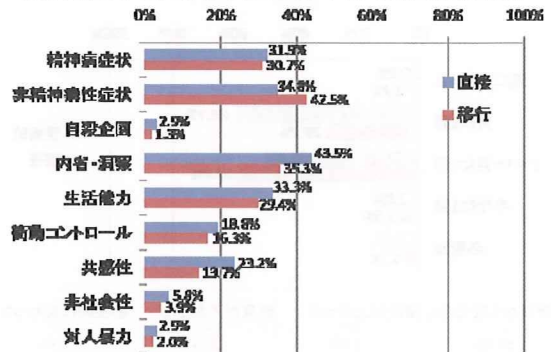
共通評価項目上の問題点



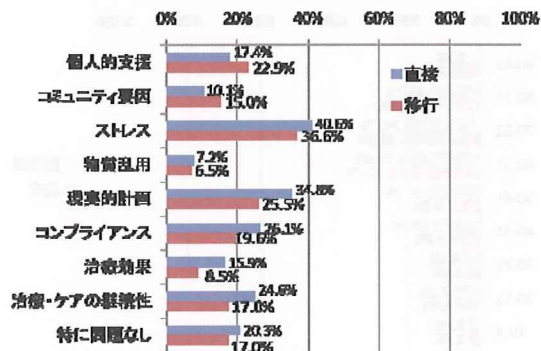
共通評価項目上の問題点 要素別



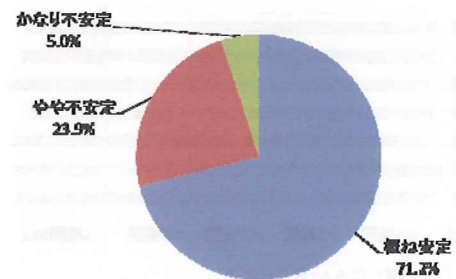
共通評価項目上の問題点 開始状況別 (精神医学的・個人心理的・対人関係的要素)



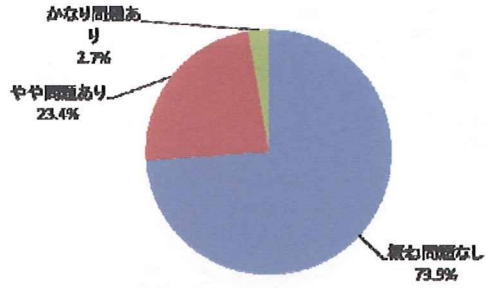
共通評価項目上の問題点 開始状況別 (環境的・治療的要素)



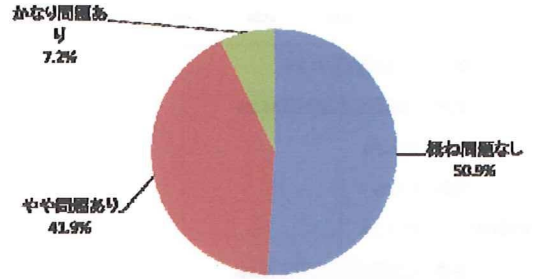
現時点での評価 症状



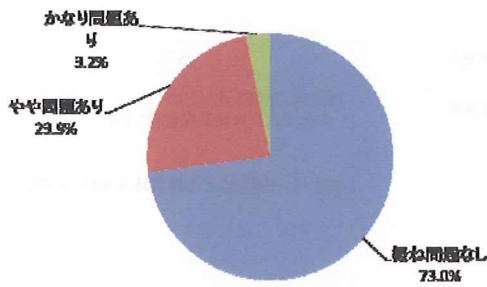
現時点での評価 治療継続



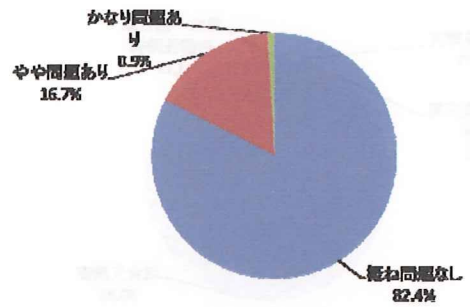
現時点での評価 社会生活



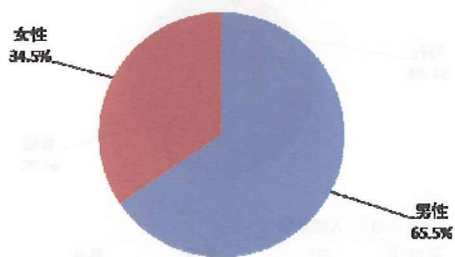
現時点での評価 地域支援



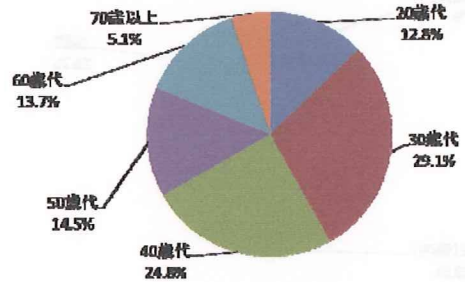
現時点での評価 緊急時体制

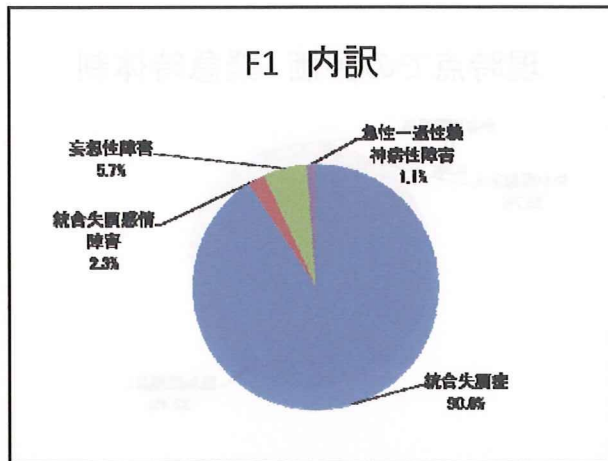
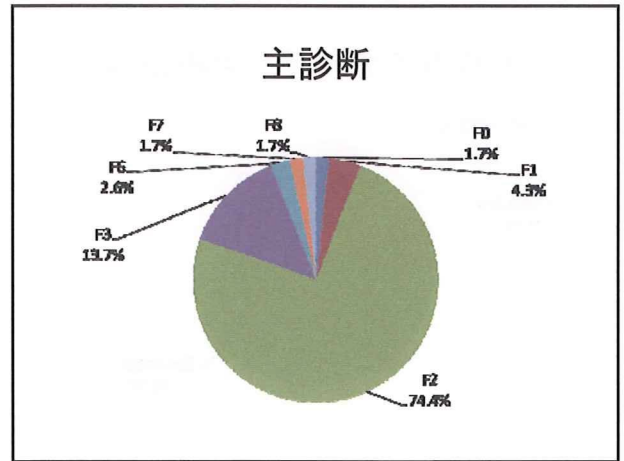
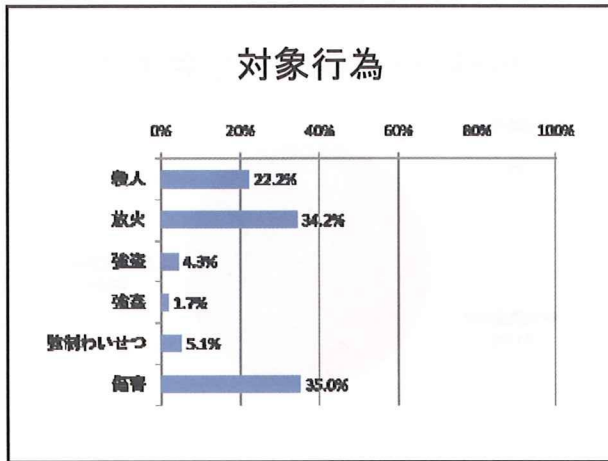


【対象者データ:通院処遇終了】 性別



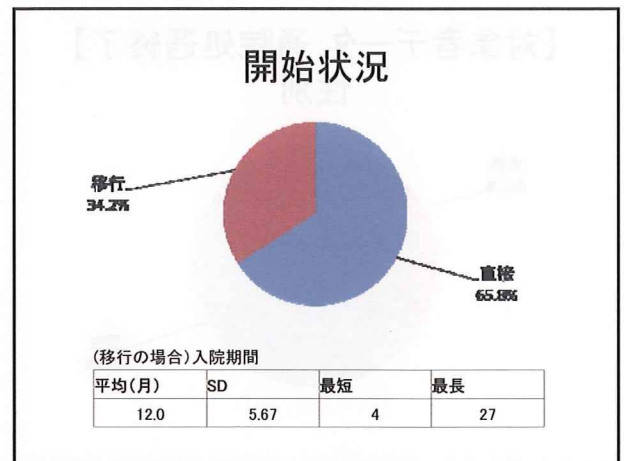
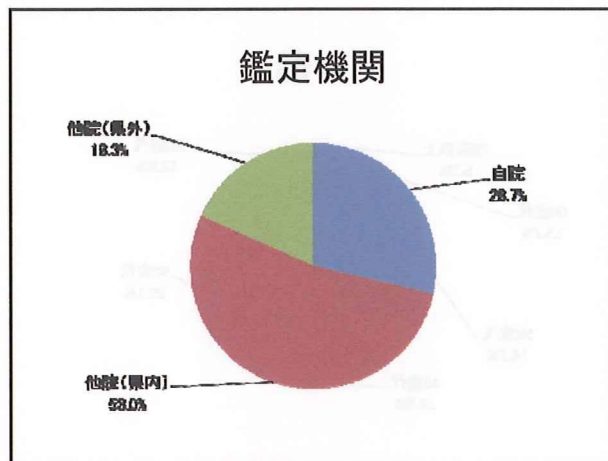
年齢



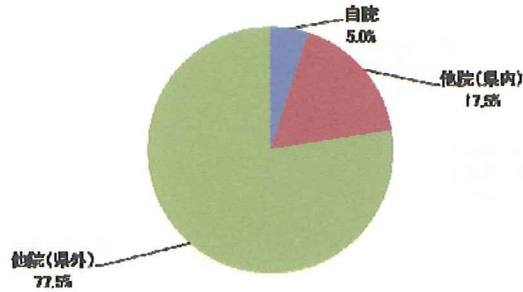


身体疾患

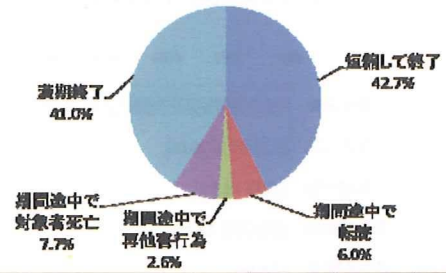
身体疾患あり	25.6%
主要な疾患	糖尿病、高脂血症などの内分泌及び代謝系疾患=23.3%
	高血圧、不整脈などの循環器系疾患=16.7%



(移行通院)指定入院医療機関

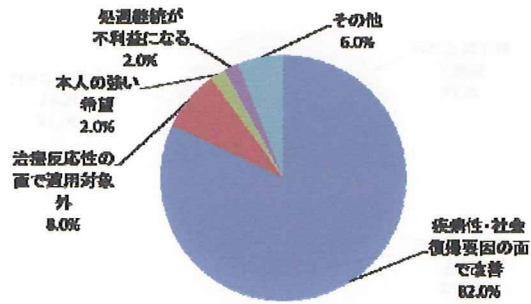


通院処遇終了状況

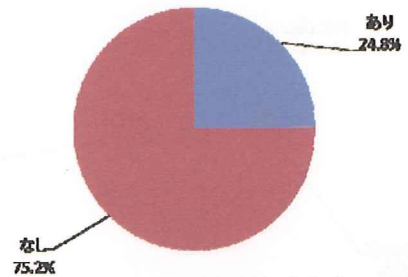


	平均(日)	SD	最短	最長
満期or改善し短縮して終了	794.6	269.05	100	1222
短縮して終了のみ	638.6	208.99	260	1003
死亡例	340.4	196.05	137	763

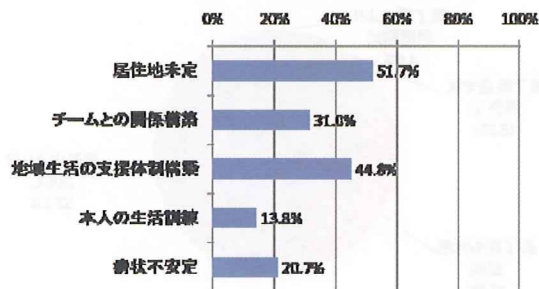
(短縮して終了の場合)理由



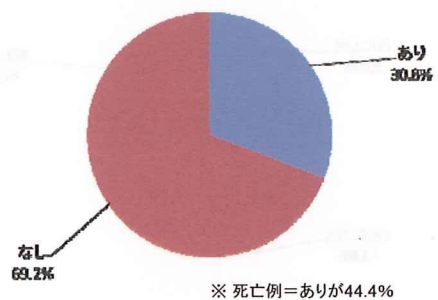
開始時入院



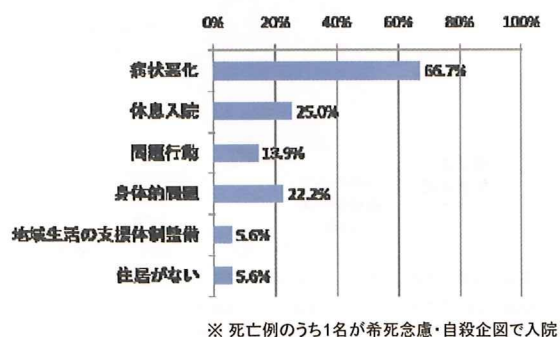
開始時入院ありの理由



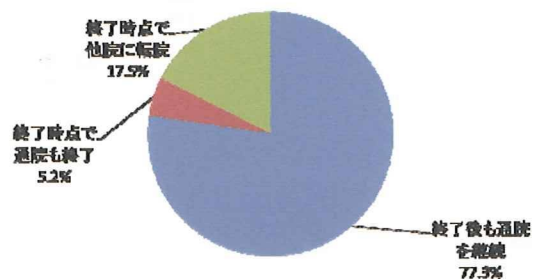
経過中入院



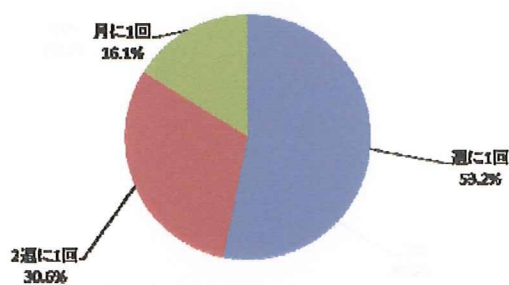
経過中入院ありの理由



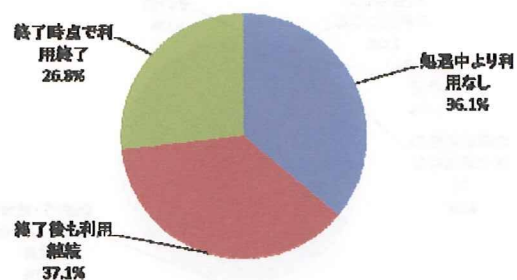
外来通院の継続状況



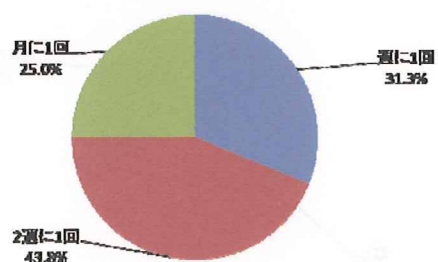
(継続の場合)頻度



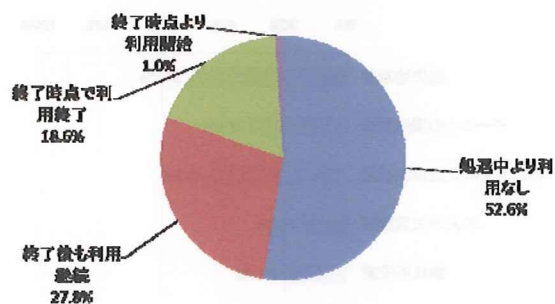
訪問看護の継続状況

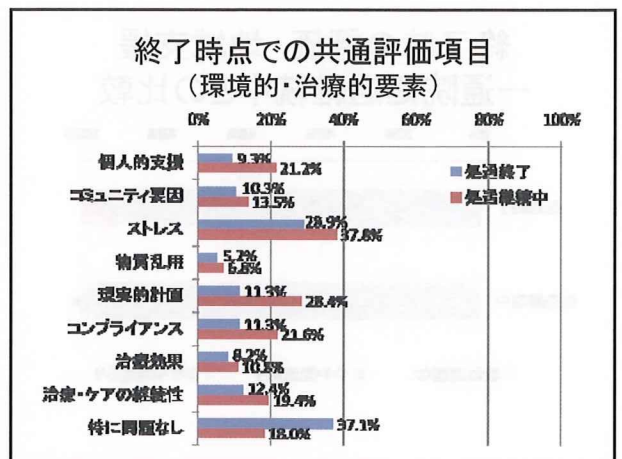
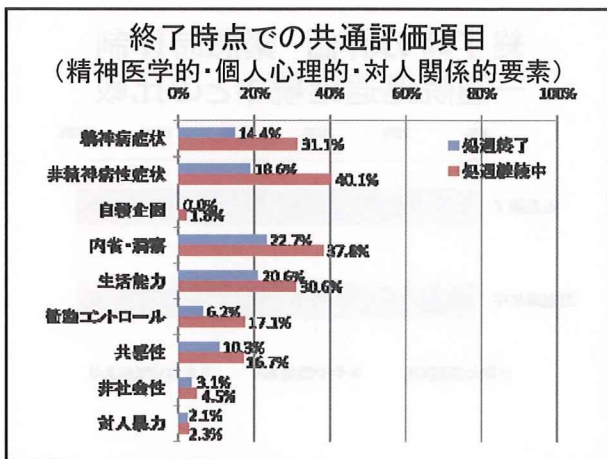
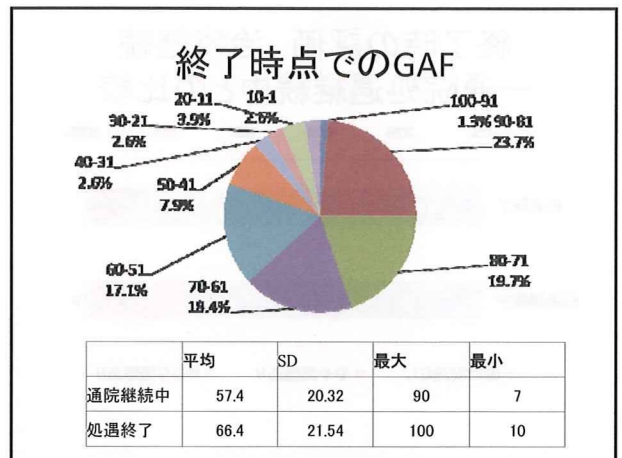
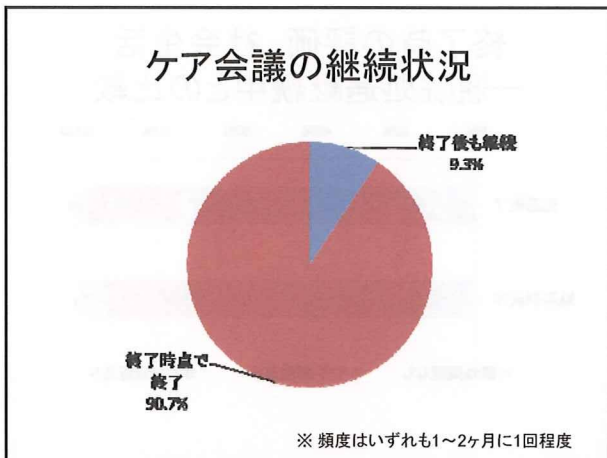
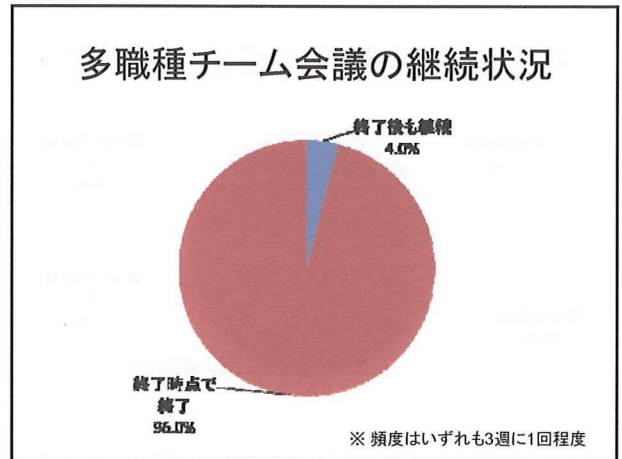
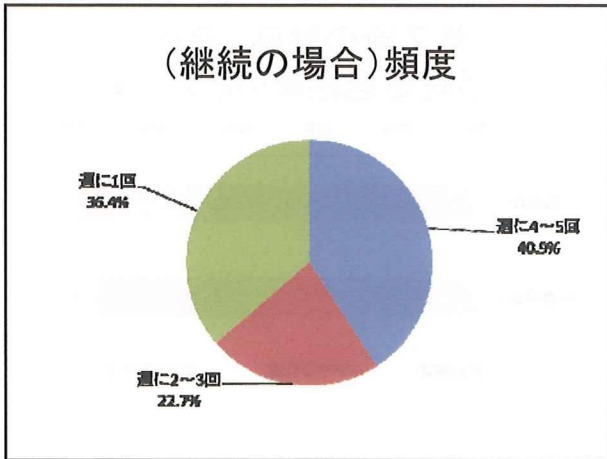


(継続の場合)頻度

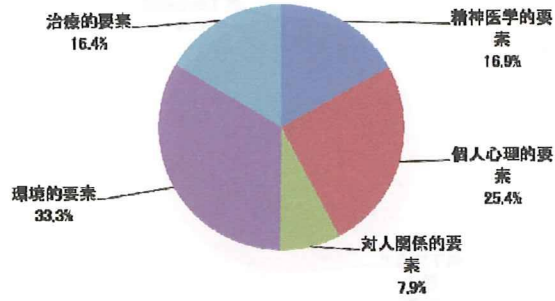


デイケア利用の継続状況

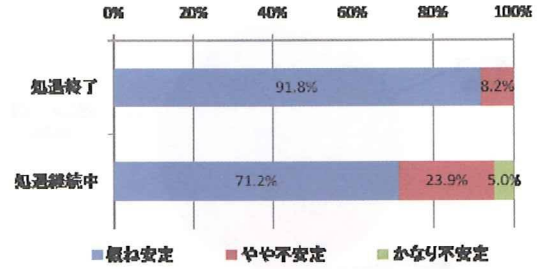




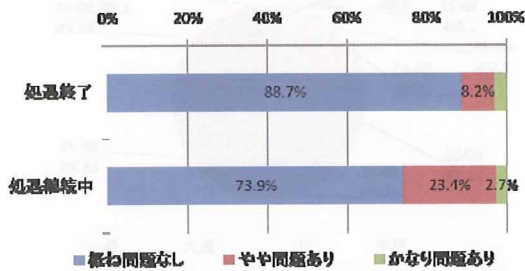
終了時の共通評価項目 要素別



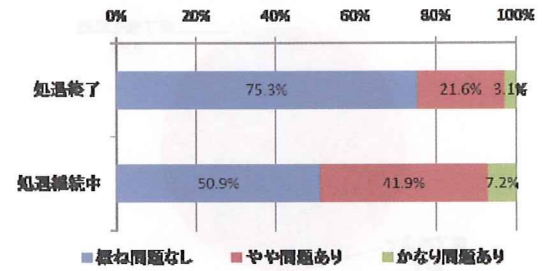
終了時の評価 症状
一通院処遇継続中との比較



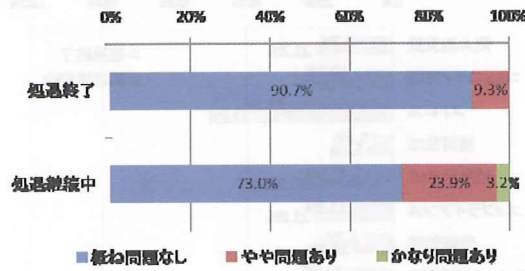
終了時の評価 治療継続
一通院処遇継続中との比較



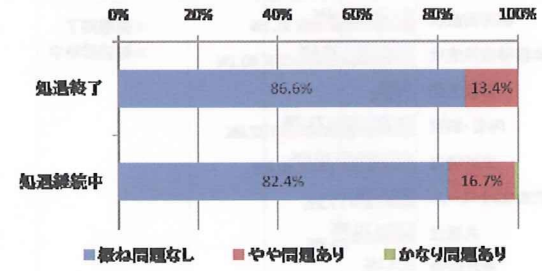
終了時の評価 社会生活
一通院処遇継続中との比較



終了時の評価 地域支援
一通院処遇継続中との比較



終了時の評価 緊急時体制
一通院処遇継続中との比較



厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）
医療観察法による医療提供のあり方に関する研究
（研究代表者：中島 豊爾）
分担研究

通院医療モデルの構築に関する研究

平成 21 年度
分担研究報告書

平成 22（2010）年 3 月
分担研究者 岩成 秀夫
神奈川県立精神医療センター

平成 21 年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）

分担研究報告書

通院医療モデルの構築に関する研究

分担研究者：岩成 秀夫 神奈川県立精神医療センター

研究協力者：

赤須 知明（総合病院国保旭中央病院）
赤星 智英（就労支援センターかもん・ゆ〜す）
赤星 雅義（芳和会菊陽病院）
安藤久美子（国立精神・神経センター精神保健研究所）
石井 利樹（神奈川県立精神医療センター芹香病院）
稲村 義輝（法務省横浜保護観察所）
岩間 久行（神奈川県立精神医療センター芹香病院）
小澤 篤嗣（神奈川県立精神医療センター芹香病院）
籠本 孝雄（大阪府立精神医療センター）
甲斐原加奈子（健生会明生病院）
加藤 暁子（岩手県立一戸病院）
香山 明美（宮城県立精神医療センター）
菊池安希子（国立精神・神経センター精神保健研究所）
北森 史哉（秦和会秦野病院）
工藤 隆司（仁医会都南病院）
桑原 寛（神奈川県精神保健福祉センター）
古賀香代子（国立病院機構菊池病院）
近藤 祐子（紫雲会ゆかり荘）
佐賀大一郎（法務省東京保護観察所八王子支部）
佐々木有司（精神障害者生活訓練施設みやま寮）
里見 節子（NPO法人さんりく・こすもす）

鈴木 佳雄（法務省盛岡保護観察所）
竹下 憂（法務省熊本保護観察所）
千葉 孝治（岩手県立南光病院）
鶴見 隆彦（法務省横浜保護観察所）
土井 永史（茨城県立友部病院）
長見 英知（清心会藤沢病院）
原 由美（山鹿市役所いきがい推進課障害福祉係）
原澤 祐子（神奈川県立精神医療センター芹香病院）
藤島 享（横浜市総合保健医療財団磯子区生活支援センター）
藤本加津美（菊陽市役所福祉課）
藤丸妃佐子（法務省横浜保護観察所）
藤村 真紀子（智徳会岩手晴和病院）
正岡 洋子（大阪府立精神医療センター）
松本 高成（法務省熊本保護観察所）
三浦 香織（法務省盛岡保護観察所）
三澤 孝夫（国立精神・神経センター病院）
美濃由紀子（東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科精神保健看護学講座）
棟近 展行（法務省横浜保護観察所）
茂木 健一（神奈川県立精神医療センター芹香病院）
吉田 展泰（地域活動支援センター星雲）
依田 秀行（法務省盛岡保護観察所）

研究要旨

通院医療モデルの構築という本分担研究のテーマを検討するため、初年度にあたる平成21年度は、保護観察所管轄地域として、神奈川県、岩手県、熊本県というそれぞれ特徴のある三地域を選択して、通院処遇ワークショップを開催し関係者の意見を収集した。それを踏まえて、特に通院処遇の実施体制についてまとめた。

地域の実情を反映する形で通院処遇の実態にもかなりの格差があることが確認できた。通院処遇は社会復帰調整官が新設されたほかは、従来の地域精神保健医療福祉体制（地域ケア体制）

を利用する形で開始されている。そのため、その地域のケア体制の充実度に応じて通院処遇の質も影響されることが明らかであった。

社会復帰調整官については、その必要性と役割がよく認識され、働きぶりについても肯定的に評価されるなど、その存在が定着してきている。しかし、社会復帰調整官自らは、精神保健観察以外、医療的手段も福祉的手段も持っていないため、それらの対応については関係機関が十分協力する必要がある。

指定通院医療機関は三地域いずれにおいても不足と偏在がみられた。地域によってはこれ以上増やすのが困難な状況にあるが、その大きな理由は通院医療の診療報酬が低額のため、専任スタッフを配置できないからである。通院処遇が破綻しないためにもこの点の改善が急務である。また身近な医療機関に通えるように、基幹型指定通院医療機関と補完型指定通院医療機関というシステムの構築が必要である。

精神保健福祉行政機関も地域処遇にできるだけ協力する気持ちはあるが、ほとんどの場合、担当者は保健師の兼務であり、他の業務を抱えて協力にも限界があるのが実情であった。一部の自治体では、保健所に専任の精神保健福祉相談員を配置することでサービスの向上に努めていたが、これを全国の保健所にも広げるよう国として施策を講じることが必要ではないか。また、社会復帰の促進のためには障害福祉サービス事業所の活用が必要である。多くの事業所が通院対象者の受け入れをしやすくするため、制度の見直しやバックアップ体制の構築が求められている。

指定通院医療機関の通院医療体制については、管理者を始めとして病院をあげて取り組むことで、各職種のモチベーションも上がり、この通院医療の良い点を取り入れることができると思われる。また、通院プログラムについては、入院で行われている内省プログラムや各種の認知行動療法を通院用に簡略にして実施することで、対象者の治療効果を維持することが可能となっていた。

A. 研究目的

医療観察法の施行からすでに4年半が経過した。通院対象者も、当初は審判で直接通院になる対象者が中心であったが、原則18ヶ月とされる入院処遇を経て、通院処遇に移行する移行通院も徐々に増加し、現在では、両者は概ね半々の割合になっている。また、原則3年の通院期間を終了して、一般精神科医療に移行する対象者も着実に増加してきた。このように通院処遇の枠の中でいえば、新たに直接通院あるいは移行通院の形で通院処遇に入ってくる対象者が存在する一方、順次、処遇を終了して一般精神科医療に移行する対象者も継続的に存在するという、定常状態に近

付きつつあるように思われる。

通院処遇は、法務省保護観察所に社会復帰調整官が新設されたほかは、従来の精神保健福祉法の下での地域精神科医療とケア体制を利用することで開始された。社会復帰調整官が招集するケア会議に、地域の関係機関が集まって処遇の実施計画を作成し、それに基づいて通院処遇は実施されることになっている。医療サービスは一定の基準を満たした指定通院医療機関、保健福祉的援助は精神保健福祉行政機関、障害福祉サービスは障害福祉サービス事業所などが、それぞれ提供しているが、地域により関係機関やシステムが様々であり、入院処遇のような一定の水準を維持した形で処遇を実施することが困難であるの

が現状である。

このような中、どのような通院処遇実施体制や通院プログラムがあれば、より適切な通院処遇となりうるのか様々な角度から検証し、より良い通院医療モデルを構築し提示することにより、通院医療の質の向上に資することが本研究の目的である。

B. 研究方法

まず通院処遇の実施体制がどのようになっているか検証する必要がある。そのため少なくとも地域処遇と通院医療の実施体制について検討することとした。

地域処遇の実施体制については、保護観察所の管轄地域を一つの医療・福祉圏域として通院処遇が実施されていることから、その管轄地域ごとの実情を把握する必要がある。また通院医療の実施体制については、各地域の指定通院医療機関の実施体制について実態を知る必要がある。

これらの実態を知るために、今年度は全国の都道府県から3つの都道府県を選択し、通院処遇ワークショップの形で、関係機関から実情を報告してもらうことにした。都道府県の実情については、表1のような各種指標を参考に、地域、人口、面積、通院対象者数などで比較的多様なバラエティに富むように、北から岩手県、神奈川県、熊本県の3地域を選択した。

また、通院処遇ワークショップのプログラムは表2のように構成した。社会復帰調整官から1題、指定通院医療機関から2題、その他の関係機関から1題、事例報告2題とし、最後に総合討論の時間をとった。まず、社会復帰調整官から地域処遇の現状について総括的な報告を行ってもらい、続いて2つの指定通院医療機関から指定通院医療機関からみた通院処遇について、現状や課題について率直に語ってもらった。他の関係機関について

は、行政機関（市町村主管課、保健所）や障害福祉サービス事業所などから、通院処遇への関わり方の現状や問題点について報告を受けた。後半は事例検討とし、2つの指定通院医療機関から事例の提示をいただき質疑を行った。最後に総合討論として、通院処遇に関わる自由な討論を行う形とした。

（倫理面への配慮）

なお事例を報告する場合は、研究班全体の考え方に従い、個人情報保護の観点から匿名化に十分な注意を払った。

C. 研究結果

1. 通院処遇ワークショップの報告

今年度、横浜、盛岡及び熊本の3つの保護観察所管轄地域で開催した通院処遇ワークショップの抄録を以下に記載する。

<通院処遇ワークショップin横浜>抄録

日時：2009年9月30日（土）13:00～17:00

場所：ワークピア横浜201会議室

- 1) 参加者 37名、地域参加施設数 17施設
- 2) 発表者（50音順）

石井 利樹（神奈川県立精神医療センター
芹香病院）

小澤 篤嗣（神奈川県立精神医療センター
芹香病院）

北森 史哉（秦和会 秦野病院）

近藤 祐子（紫雲会 ゆかり荘）

鶴見 隆彦（横浜保護観察所）

長見 英知（清心会 藤沢病院）

- 3) 地域における通院処遇の現状と課題

・神奈川県では医療観察法施行以降、全体として約100件の医療観察法対象件数が発生している。通院処遇は約30件であるが、そのうち現在25件程度が係属中である（表3）。この件数は国内でも多い方であるが、やはり関東4都県、東京都、神奈川県、千葉県、埼玉県に発生件数は目立って

(表1)

都道府県別各種指標

		通院対象者総数	入院通院決定合計数	通院決定比率%	必要病院数確保状況	指定入院医療機関	精神科救急医療体制	年間措置入院患者数	人口万対病床	人口密度(人)	人口(人)	面積(平方km)
選定候補		通院係属者数+処遇終了者数(H20.12.1現在)	施行~H21.3.1まで		1)81%~2)41~80% 3)0~4.0%(H21.3.1現在) 「指定通院医療機関」		①救急情報センター ②24時間相談体制 ③補完的体制 1)①+② 2)① ③ ③24時間 4)③時間限定 5)な	平成17年度	H18年6月30日*大都市特例を除く	H20.10.1推計人口	H20.10.1推計人口	H19.10.1国土地理院調査
1	北海道	24	札幌・旭川	54	27.8	1	3	64	38.1*	71	5,542,740	78,420.24
2	青森	9		15	0.0	1	4	34	32.5	145	1,394,881	9,607.05
3	岩手	5		14	21.4	1	花巻	20	35.1	89	1,352,387	15,278.85
4	宮城	2		14	14.3	1		65	29.1*	322	2,343,767	7,285.74
5	秋田	2		4	0.0	2		20	38.0	96	1,109,085	11,612.22
6	山形	6		12	25.0	1		39	31.3	128	1,189,152	9,323.46
7	福島	6		17	23.5	1		39	37.0	149	2,055,496	13,782.75
8	茨城	16		39	30.8	2		35	25.4	487	2,968,396	6,095.69
9	栃木	3		11	27.3	1		151	26.4	314	2,014,650	6,408.28
10	群馬	2		13	7.7	3		48	26.1	316	2,012,816	6,363.16
11	埼玉	20		71	9.9	3		272	22.0*	1880	7,137,434	3,797.25
12	千葉	18		47	19.1	2	下総	252	22.9*	1192	6,147,347	5,156.60
13	東京	8	八王子	103	11.7	3	国立センター	1165	20.2	5896	12,898,939	2,187.58
14	神奈川	26		59	28.8	3	久里浜	505	19.0*	3708	8,956,804	2,415.84
15	新潟	10		25	32.0	1	犀潟	83	29.2	190	2,395,139	12,583.47
16	富山	1		4	25.0	1	北陸	28	31.8	259	1,101,292	4,247.55
17	石川	6		10	20.0	1		29	33.1	279	1,169,167	4,185.48
18	福井	2		12	25.0	1		27	29.4	194	812,479	4,189.28
19	山梨	4		11	54.5	1		15	28.7	195	872,724	4,465.37
20	長野	6		14	21.4	1	小諸	101	24.2	160	2,173,248	13,562.23
21	岐阜	0		14	14.3	1		7	20.5	198	2,098,131	10,621.17
22	静岡	13		32	12.5	1	県立こころ	77	20.0*	488	3,798,258	7,780.12
23	愛知	0		46	8.7	3	東尾張	67	17.5*	1433	7,398,327	5,164.57
24	三重	4		16	31.3	1		47	26.8	324	1,869,669	5,777.17
25	滋賀	0		7	28.6	1		54	17.2	349	1,401,073	4,017.36
26	京都	6		13	23.1	3		43	22.2*	571	2,635,134	4,613.00
27	大阪	39	大阪	80	41.3	1	府立精神	391	30.8*	4655	8,833,777	1,897.72
28	兵庫	18		42	31.0	1		55	20.1*	667	5,596,449	8,395.61
29	奈良	4		4	50.0	1		29	20.8	381	1,405,074	3,691.09
30	和歌山	7		12	25.0	2		31	23.0	214	1,012,397	4,726.28
31	鳥取	2		3	66.7	1		25	34.2	170	594,915	3,507.26
32	島根	2		5	20.0	1		71	35.2	108	725,202	6,707.78
33	岡山	2		8	37.5	2	県精神科	24	30.0	274	1,948,679	7,113.20
34	広島	19		36	30.6	2	賀茂	277	37.7*	338	2,870,037	8,479.03
35	山口	3		7	0.0	1		56	41.6	240	1,464,566	6,112.73
36	徳島	1		6	33.3	1		10	50.1	192	794,189	4,145.90
37	香川	7		14	50.0	2		14	38.9	535	1,003,004	1,876.51
38	愛媛	6		11	54.5	1		36	35.2	254	1,444,288	5,677.55
39	高知	0		7	0.0	1		38	49.0	109	773,961	7,105.04
40	福岡	12	福岡・北九州	41	24.4	1		188	50.9*	1017	5,060,711	4,976.59
41	佐賀	1		4	25.0	1	肥前	38	51.1	351	855,676	2,439.58
42	長崎	3		16	6.3	2	県立精神	56	54.9	352	1,441,451	4,095.55
43	熊本	14		17	35.3	2	菊池	100	48.6	246	1,822,155	7,405.69
44	大分	4		4	50.0	2		39	44.8	190	1,201,715	6,339.34
45	宮崎	6		10	20.0	2		18	53.3	147	1,136,833	7,734.78
46	鹿児島	4		17	17.6	1		69	57.0	187	1,720,017	9,188.41
47	沖縄	13		27	14.8	1	琉球	87	40.5	605	1,377,708	2,275.71

(表2) 通院処遇ワークショップのプログラム構成

<p><前半></p> <ul style="list-style-type: none">・地域における通院処遇の現状と課題（社会復帰調整官）・指定通院医療機関からみた通院処遇①（指定通院医療機関）・指定通院医療機関からみた通院処遇②（指定通院医療機関）・他の関係機関からみた通院処遇（行政機関・障害福祉サービス事業所等） <p><後半></p> <ul style="list-style-type: none">・事例検討①（指定通院医療機関）・事例検討②（指定通院医療機関）・総合討論

いる。関西では大阪が多いが、県によっては5件に満たないところがあるのも現状である。

- ・現在、当初審判で対象者の約半数は入院決定であり、2割近くが通院決定となっている。最近では入院決定が増加し、通院決定が減少しているのが特徴である。入院決定者の半数以上は県内の指定入院医療機関に入院し、そこから退院に向けて関わりをしている。
- ・（しかし、今のところ県内の指定入院医療機関の病床数のみでは県内で発生する入院決定数に対応できないため）九州の指定入院医療機関に入院している対象者も存在する。その対象者のケア会議には、県内地域の保健所・精神保健福祉センターなどからも区切りには参加してもらっている。他県ではなかなか参加してもらえないところもあるが、神奈川県では予算も少なく多忙の中、参加してもらっているという通常では考えられないようなご協力もいただいている。（注：神奈川県内、特に横浜、川崎の行政区の保健所では、専任の精神保健福祉相談員を複数配置している。）
- ・通院処遇の入り口としては、現在までの通算で、当初審判で直接通院決定され、精神保健観察が開始される対象者（直接通院）

が約50%、入院処遇から退院許可決定され、通院処遇に移行して精神保健観察が開始される対象者（移行通院）が約40%という割合になっている（図13）。しかし、最近では移行通院が増加してきて、直接通院と移行通院はほぼ半々の割合になってきている。

- ・指定通院医療機関については、当初5病院でスタートしたが、その後徐々に増えてきて、現在10病院までになった（図1）。ただ、横須賀地区が手薄であることと、横浜・川崎は人口が多いのでまだ十分とは言えない。厚労省の当初の試算では神奈川県には26か所の指定通院医療機関が必要とされていたので、数だけでは目標の半分にも達していない。県立病院が通院対象者の半数以上を担当しているのも、今のところ何とか地域処遇が回っている状態といえる（図12）。
- ・今までに精神保健観察に入った対象者が34名であるが、その内、通院開始時に精神保健福祉法の入院が必要となった者が5名であった（図2、16）。放火の事例などは、病状が比較的安定していると通院決定になることが多いが、家を放火で無くしてしまっているため、当初は精神保健福祉法の入院にならざるを得ない。一種の社会的入院

ともいえるが、5名中4名は2、3ヶ月中にアパートを探して退院となった。残る1名は3年間の通院処遇期間中、持続的に入院したまま処遇終了となったものである。

- ・社会福祉施設にも5名入居している。当初、社会復帰施設にはなかなか理解が得られないのではないかと危惧されていたが、現状では34名中5名は入居できている（図2、16）。社会復帰施設側にも、一定の理解が得られるようになってきたという現状がある。
- ・対象者の主な経済状況であるが、35%が生活保護受給であり、障害年金や家族の支援などで多くは生活している（図3）。
- ・処遇終了者の中で死亡が2例であった（図17）。内訳は、1名は身体疾病による死亡、もう1名は自殺の事例であった。医療観察法対象者は、やはり難しい事例もあり、自殺についても十分な注意が必要であると思われる。
- ・地域処遇の進め方については、ケア会議を少なくとも3カ月に1回はきちんと実施することが大切である。面倒がる指定通院医療機関もあったが、徐々に定着してきた。
- ・病状の急性増悪等、問題発生時に病院から連絡が来て、対応を相談することなども大分定着してきた。対象者を夜間訪問して、入院の必要があるときには指定通院医療機関も夜間でも受けてくれている。
- ・警察官通報（24条通報）を初めて使った事例があった。1、2日間行方不明となったが、日曜日に病状が悪化した。社会復帰調整官が自宅を訪問し、状況から見て入院が必要と考えられたが、移送手段の問題もあり、病院とも相談して24条通報とした。26条の3も考慮したが、日曜日のため本課も動けず使えないだろうという判断があっ

た。24条を医療観察法対象者には使わせないという都道府県もあるので、その意味では神奈川県は柔軟な方である。

（まとめ）

- ・神奈川県は年間20～30例という一定の割合で医療観察法対象者が増加している。
- ・保護観察所の社会復帰調整官も徐々に増加、平成21年10月には5名体制となる。
- ・指定通院医療機関は若干の偏があることと、県立病院にやや依存している地域処遇体制となっている。
- ・緊急時の連絡体制や対応は少し根付いてきたと思われる。慣れてきたともいえる。
- ・当初、病院も地域も戸惑いがあったが、関係機関のネットワークも大分こなれてきた。
- ・医療中断傾向のある対象者には、この制度はかなり有効であると思われる。

（質疑）

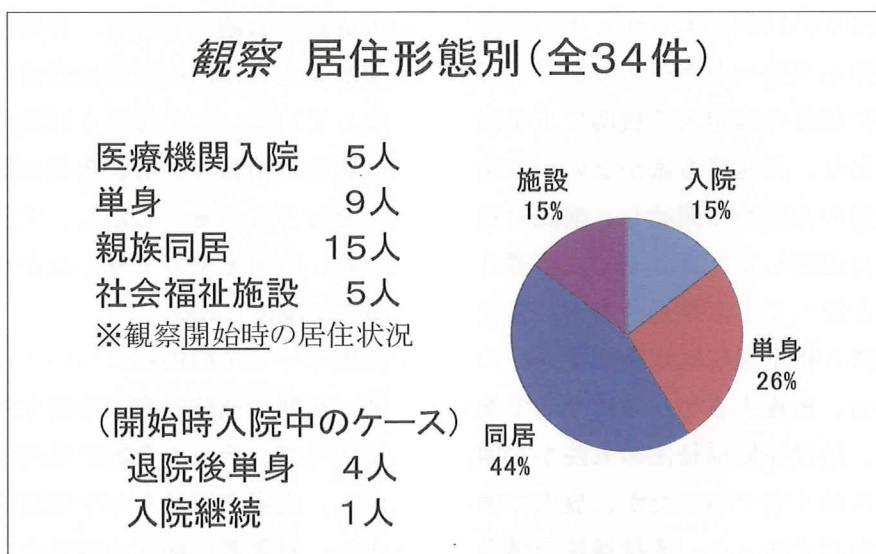
- ・最近入院決定が多いのは、より重大な他害行為が増えているからなのか？
- ・その点の理由ははっきりしない。
- ・依存症の通院事例があるようだが、指定通院医療機関で依存症の対応ができにくいところも多いが、そこはどうなっているか？
- ・依存症は病院も保護観察所も困っている。ただ、薬物依存症ではなく薬物後遺症により精神病に対してはこの制度でもやれるかなという感じは持てるようになった。
- ・24条と26条3について、どちらを使った方がよいと社会復帰調整官は考えているか？
- ・体制があれば26条3を使うべきではないかと思う。しかし、現状では体制がないので、母から110番通報にするしかないだろうと判断した。不穏で自殺念慮も強かった事例だったので、警察官通報でよかったと思っている。

(表3)

事件総数 (H17.8月) ~H21.5月	
1. 生活環境調査	95件 (終結 88件・係属 7件)
2. 生活環境調整	48件 (終結 20件・係属 28件)
3. 精神保健観察	34件 (終結 10件・係属 24件)

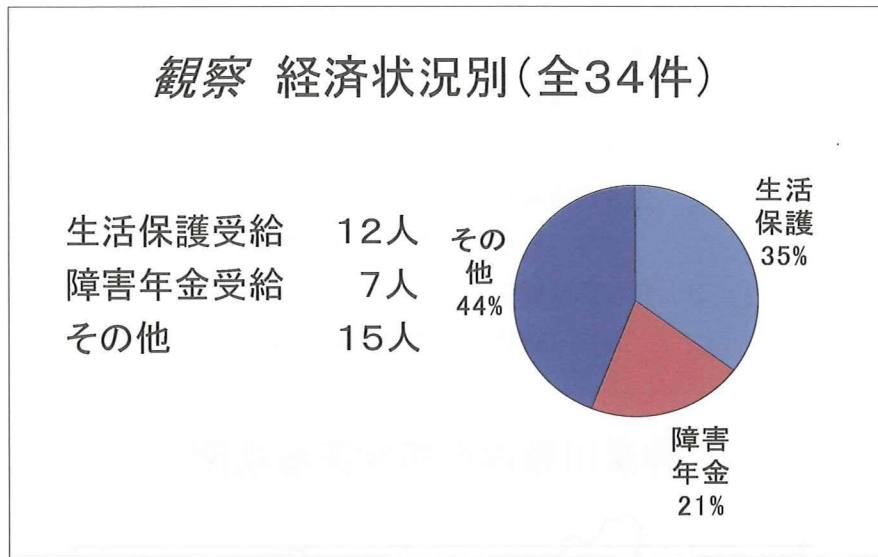


(図1)



(図2)

観察 経済状況別(全34件)



(図3)

4) 指定通院医療機関からみた通院処遇①

- ・今までに22名の通院対象者を受け入れ、現在13名が通院処遇中、9名が終了している。通院終了までの通院期間は、平均して約22ヵ月であった(病死1名、再入院1名を除く)。
- ・移行通院は8名であるが、入院処遇中の外泊・外出で病院に来て顔合わせをしたり、指定通院医療機関のスタッフが入院先に向いて面接したりして、退院決定後、通院処遇が開始される。
- ・直接通院は残りの14名であるが、1名は他県から事件移送で移ったケースであり、移送前にすでに他県の鑑定入院機関に1年以上入院しており、移送後も家がないので精神保健福祉法の入院から開始し、病院近辺のアパートに退院して、ようやく文字通りの通院処遇となった。直接通院の内、鑑定入院医療機関と指定通院医療機関が同一のケースは6名、相違するケースは7名であった。また、精神保健福祉法の入院から開始したケースは4名であったが、放火で家がない場合などであった。直接通院の場合は、指定通院医療機関のスタッフが調整官

とともに鑑定入院先に向いて面接することで、信頼関係を少しでも築いた上で開始するようにしている(図4)。

- ・当院の通院処遇の体制についてであるが、個別多職種チームを4チーム編成し、順番に対象者を受け持つ体制となっている。個別多職種チームには、医師、訪問看護師、PSW、デイケア、心理士の5職種が常に入り、必要に応じて、OTや管理栄養士、薬剤師などが関与する。個別多職種チームの状況や通院処遇全体を把握するために、通院医療運営会議(管理者、各部門の責任者も参加。現在は医療観察法運営会議の一部となっている。)を毎月1回開催し、対象者の状況や情報の共有、各種の問題の検討などを行っている。しかし、全員兼務であるため、時間をやりくりしながら実施しているのが現状である。
- ・医療サービスの内容については、前期、中期、後期の通院医療の時期や対象者の状況に応じて、チーム会議や院内連携を図りながら、内容や回数などを適宜決めている。また、対象者に病状の変化や各種問題が発生した時には、緊急のチーム会議を開催す