

厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合研究事業（精神障害分野）

医療観察法における医療の質の向上に関する研究

（研究代表者：中島 豊爾）

分担研究

## 通院医療モデルの構築に関する研究

平成 22 年度

分担研究報告書

平成 23（2011）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 22 年度厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合研究事業（精神障害分野）

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：	高橋 敬（大阪府立精神医療センター）
赤須 知明（総合病院国保旭中央病院）	竹島 舞（訪問看護ステーション デューン）
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）	竹原 紀夫（大阪保護観察所）
石井 利樹（神奈川県立精神医療センター芹 香病院）	津梅 雅義（法務省水戸保護観察所）
市田 晋也（法務省大阪保護観察所）	鶴見 隆彦（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）	土井 永史（茨城県立友部病院）
荻野 哲男（法務省水戸保護観察所）	殿村 壽敏（大阪保護観察所）
小原 理恵（大阪保護観察所）	中尾 清隆（つくばライフサポートセンター みどりの）
籠本 孝雄（大阪府立精神医療センター）	原澤 祐子（神奈川県立精神医療センター芹 香病院）
香山 明美（宮城県立精神医療センター）	平 則男（杏和会 阪南病院）
河佐 勉（大阪保護観察所）	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）
川原 稔（法務省大阪保護観察所）	正岡 洋子（大阪府立精神医療センター）
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）	松並 典子（水海道厚生病院）
桑原 寛（神奈川県精神保健福祉センター）	松本 高成（法務省熊本保護観察所）
後藤 雅子（大阪府守口保健所）	三浦 香織（法務省盛岡保護観察所）
佐賀大一郎（法務省東京保護観察所立川支部）	三浦 雅恵（日立梅ヶ丘病院）
猿田雄一郎（茨城県立友部病院）	三澤 孝夫（国立精神・神経医療研究センター病院）
澤田 英一（大阪保護観察所）	美濃由紀子（東京医科歯科大学大学院保健衛 生学研究科精神保健看護学講座）
高木 善史（茨城県立友部病院）	村松 良昭（大阪府立精神医療センター）

研究要旨

平成22年度は各地域における通院処遇の実態を引き続き把握するため、首都圏にあり指定入院医療機関がまだ存在しない茨城県と、通院処遇とくに直接通院が全国一多い大阪府の2地域で通院処遇ワークショップを開催した。この内容と、平成21年度にワークショップを実施した神奈川県、岩手県、熊本県の3地域の内容とをあわせて通院処遇のあり方について検討した。

これら5地域のいずれも様々な問題点を抱えながらも、社会復帰調整官を通院処遇のリーダーとし、関係機関が緊密に連携して何とか大きな破綻なく通院処遇を進めていることがわかった。しかし、その理由の多くは、制度整備が優れているというよりは、関係者の責任感と

熱意によるものであるという印象を強く受けた。このような状態は長続きするものではなく、現場のスタッフからは限界の声も出るようになってきている。もう少し余裕のある体制で通院処遇を進められるよう制度上の整備が必要である。

基本的な通院処遇実施体制については、大阪府が最もバランスが良く優れていると思われる。指定通院医療機関24カ所に訪問看護ステーション15カ所が加わり、それらが府域に満遍なく分布していた。その結果、全ての通院対象者は1時間以内に通院可能であり、デイケア・外来作業療法利用率64%、訪問看護利用率96%という高い利用率となっていた。このような体制は自然に出来上がったものではなく、社会復帰調整官が戦略的に指定通院医療機関を確保していったことと、精神科病院協会や障害福祉サービス事業者の協力の賜物であった。また、早くから大阪は退院促進事業に着手し、地域ケア体制を充実させてきたという地域性も預かって力があつたものと思われる。

移行通院に比べ直接通院の対象者は、入院治療で行うような各種治療プログラムを全く受けていないために、病識、治療継続性、内省洞察などに問題のある事例では対応に困難をきたしているという報告が多かった。実施体制をどうするかという問題はあつたが、通院ワークブックなどを作成し、通院処遇における基本的事項を学ぶ機会を作ることが今後の課題となっている。

## A. 研究目的

昨年度の研究では、特徴ある神奈川、岩手、熊本という3つの保護観察所管轄地域を選定して、通院処遇ワークショップを開く形で各地域における通院処遇の実情を把握し検討を行った。その結果、地域の実情を反映する形で通院処遇の実態にも著しい地域格差があるということが改めて確認できた。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は、ある意味では自明のことといえる。

本研究は通院医療モデルの構築を目指すことが第一義であるが、各地域における精神科ケア体制に著しい相違があるほか、各地域における対象者の主病名、対象行為、性格傾向などにも特徴があることを考慮すると、全国一律の通院医療モデルを構築することは困難

といわざるを得ない。そのため、幾つかのモデルを構築するというよりは、通院処遇（地域処遇）を構成している要素を分析し、その一つ一つの要素について、どのように機能していれば、より良い通院処遇になるかという観点から検討する方が実態に即しているのではないかと考える。

## B. 研究方法

通院処遇を構成している要素を検討するために、昨年度に引き続き茨城県と大阪府の2カ所で通院処遇ワークショップを開催して、通院処遇の現状を把握した。茨城県は首都圏に属し、比較的人口が多く、通院対象者も少なくないことと、同じ県域に指定入院医療機関が存在しないことで選択した。一方、大阪府については、通院処遇が全国で最も多いこと、しかも当初審判から入院処遇を経ないで直接通院処遇になる事例が多いという際立った特徴があることより選択した。

通院処遇ワークショップのプログラムは、

昨年度と同様、表1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、現状や課題をできるだけ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や現状や問題点について意見を述べてもらった。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。

また、通院処遇ワークショップの内容については、本分担研究班の研究会議において2回にわたり検討し、一定のまとめを行った。

#### （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個人が特定されないように、匿名化には細心の注意を払った。

## C. 研究結果

平成22年度、水戸と大阪の2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。

### 1. 「通院処遇ワークショップ in 水戸」抄録

日時：2010年9月18日（土）13:00～17:00

場所：伊勢甚中央ビル 会議室B

1) 参加者 46名、地域参加施設数 14施設

### 2) 発表者（50音順）

猿田雄一郎（茨城県立友部病院）

高木 善史（茨城県立友部病院）

津梅 雅義（水戸保護観察所）

中尾 清隆（つくばライフサポートセンター  
みどりの）

松並 典子（横浜保護観察所）

三浦 雅恵（日立梅ヶ丘病院）

### 3) 地域における通院処遇の現状と課題

- ・茨城県では、開始当初から平成22年9月15日まで、生活環境調査総数は57件で内終結は55件、係属は2件であった。また、生活環境調整は33件で終結20件、係属13件である。精神保健観察は26件で終結13件、係属13件という状況である（表2）。
- ・当初、この5年間で申立総数は40件程度と推定されていたので、数的には若干多

（表1）通院処遇ワークショップのプログラム構成

#### <前半>

- ・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）

#### <後半>

- ・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

(表2) 茨城県

事件総数 (H17年7月15日～H22年9月15日)

<b>生活環境調査事件</b> <b>総数57件 (うち終結55件, 係属2件)</b>
<b>生活環境調整事件</b> <b>総数33件 (うち終結20件, 係属13件)</b>
<b>精神保健観察事件</b> <b>総数26件 (うち終結13件, 係属13件)</b>

めになっている。特に開始当初は事件が多くて切迫した状況にあったが、次第に落ち着いてきた。今のところ社会復帰調整官2名でこれらに対応している。

- ・生活環境調査終結55名について、対象行為別（未遂を含む）には殺人13名、放火15名、強盗3名、強姦0名、強制わいせつ2名、傷害22名という内訳であった。割合では、一番多いのが傷害で40%、続いて放火、殺人の順であった。
- ・調査事件の終結事由別は、入院34名、通院14名、不処遇6名、取下げ1名であった。入院が約6割、通院が約2.5割であるが、当初は、入院と通院が5対3程度の割合で通院が多かったが、ここ2年位は入院が増えてきたので現在のような割合になった。
- ・生活環境調整事件33件は入院決定の事例である。対象行為の内訳は、殺人11名、放火8名、強盗・強姦0名、強制わいせつ2名、傷害10名である。
- ・調整事件の終結事由別は、退院11名、処遇終了8名、事件移送1名、係属13名。処遇終了決定8名は全国的にみても多いと思われる。
- ・精神保健観察事件26件については、退院許可決定が12名、通院決定が14名だが、全国的には退院許可決定が多くなっているので、茨城は逆のパタンである。いず

れは退院許可決定による移行通院が多くなるだろうが、今のところは直接通院がまだ多い。

- ・観察事件の対象行為別では、殺人7名、放火6名、強盗1名、強姦0名、強制わいせつ2名、傷害10名。主診断別では、統合失調症15名、妄想性障害1名、気分障害5名、アルコール・薬物が3名、統合失調感情障害2名であった。
- ・観察事件の終結事由別であるが、総数13名で処遇終了決定11名、3年の期間満了が2名である。治療反応性や終了後の地域での処遇体制をケア会議で検討し、整っていると判断されれば期間満了前の終結にすることも多い。
- ・観察事件26名の観察受理時の居住形態は、単身1名、親族同居16名、施設入所5名、医療機関への精神保健福祉法による入院4名である。開始時入院4名のその後については、単身アパート、親族同居、施設入所、再入院継続が全て1名ずつとなっている。医療観察法施行当初には、医療観察法の通院とはいえ、通院決定された対象者を精神保健福祉法の入院でいいのかという議論があった。そのため精神保健福祉法の入院から開始した事例も、単身生活の準備や住居再建までなどの理由による短期間のものが大部分であった。
- ・指定通院医療機関の分布についてである





社会福祉協議会による金銭管理などの自立援助で関わってもらっている。ここ2年位、障害福祉サービス事業所の関与がかなり増えてきた実感がある。

- ・ケア会議では、資料は観察所で作成している。処遇実施経過報告書に各機関での関わりを報告を提出してもらい一覧でわかるようにしている。時間は1時間から長くて1時間半ぐらい。処遇実施経過報告書を出してもらうことで、情報の共有や課題の抽出に役立っている。

#### (通院処遇の課題)

- ・指定通院医療機関の偏在の問題。11カ所の指定通院医療機関は比較的均等に分布しているが、県西部や南東部には空白地帯がある。遠距離通院による本人の心身や経済的負担、緊急時の対応の困難さが生じている。
- ・指定通院医療機関の対象者受け入れ限界の問題。診療報酬が少ないこともあり、複数は無理という機関も少なくないので、今後どうするかが課題となっている。
- ・関係機関の連携の問題。会議や連絡調整が多くなっているため負担をかけている。都道府県や市町村の理解と協力はだいぶ良くなってきたが、まだ消極的な自治体もないわけではない。対象者への偏見も地域にはまだまだあることや、処遇への責任のあいまいさが関係しているかとも考えている。これについては地域への積極的な情報提供や啓発活動が重要と考えている。
- ・処遇終了に伴う役割移行の問題。社会復帰調整官の役割を誰がになうかが一番の問題である。バトンタッチではなく、処遇の早期から重なり合う形で、終了後の役割移行ができればいいと思っている。

今では相談支援事業所の担当者に処遇の最初から関わってもらう形を目指している。茨城県は44市町村あるが、その中に17~18人の精神保健福祉士が配置されるようになった。そういう人たちとも連携を取っていきたい。相談支援事業所の法的位置付けの問題の解決や、地域の自立支援協議会の中での関わりができればいいと思う。

#### (質疑・意見)

- ・昨年度通院処遇ワークショップを開いた横浜、盛岡、熊本と比較して、茨城は一番バランスがいいように思う。指定通院医療機関の分布が比較的均等である。通院決定が25%位でまだ若干多いが、通院処遇はできるだけ通院で対応しようという姿勢があるのが良い。
- ・処遇終了後の役割移行に関連して、市町村に精神保健福祉士が配置される様になったということだが、精神の専任かどうか。処遇終了後のマネジメントをしてくれるのか。
- ・市町村の障害福祉課や社会福祉課に精神保健福祉士が配置されている。しかし、実際訪問に行っているのはその課と連携した保健センターの保健師だったりする。精神保健福祉士が行く市もある。市町村の考え方でいろいろ。精神保健福祉士は精神の専任ではない。他の障害者関係もいろいろ担当している。保健所で終了後もケア会議を開いているところもある。事例によっていろいろな場合がある。
- ・入院処遇で処遇終了になる事例が多いがその内訳はどうか。訪問看護は約58%ということだが、どのような分布になっているか。
- ・入院で処遇終了になった事例は、高齢者

のため介護が中心、これ以上治療しても反応性が乏しい、人格障害が主、などが主な理由となっている。しかし、処遇終了になったが地域では対応が難しい事例も2例あった。訪問看護の分布については、細かいデータがない。

#### 4) 指定通院医療機関からみた通院処遇①

- ・当院は病床数286床、7つの病棟があり、精神保健福祉士11名、保健師2名が配置されている。来年には新病院が稼働し、そこで17床の医療観察法入院病棟を開棟することになっている。また、すでに医療観察法の指定通院医療機関と鑑定入院医療機関でもある。
- ・当院の通院処遇のシステムであるが、窓口はPSWである社会復帰支援部長が行っている。実際の業務はMDTに入っているPSWが院内のコーディネーターとして、会議の日程調整（これは結構大変）など殆どの業務を担うことになっている（図2）。
- ・MDTの他のコメディカル職種については、業務の関連で必要に応じて参加する体制である。他の病院ではMDTに外来の看護師が入っている場合もあるが、当院では入っていない。訪問看護を行う場合には訪問看護師がMDTに入る。
- ・当院の医療観察法の現況であるが、鑑定も通院も県内のほぼ半数を受け入れている。処遇終了は現在8名であり、3名は係属中となっている。通院処遇は今までに11名受け入れているが、移行通院が2名、直接通院が9名である。直接通院で精神保健福祉法の入院から開始したものは1名。移行通院で鑑定、入院、通院がすべて異なる医療機関の場合が1名、入院のみ異なる場合が1名であった。直接通院では鑑定と通院が同じ場合は4名、異なる場合は5名となっている。移行通

院では殺人と放火未遂が多く、主病名は統合失調症圏が半数以上を占めていた。対象行為時に治療中であった事例が3名あり、これは今後の課題といえる。

- ・居住地は当院所在のK市が圧倒的に多い。最も遠いY市のケースはダルクの事例である、通院はダルクの職員が送迎している。Y市とH市を除けばほぼ県央地域の対象者を受け入れている。茨城の指定通院医療機関はかなり整備されているという話があったが、交通機関はあまり発達していないので、職員や親族の送迎があればよいが、そうでない場合は通院にはかなりの困難が伴う。
- ・処遇終了者の通院期間は平均744日であった。平成21年のモニタリング研究では平均通院期間が712日、標準偏差330日であったので、これに近い数字であった。
- ・処遇終了時の障害福祉サービスの利用については、自立支援医療は全例、訪問看護は終了後も継続、社会福祉協議会の金銭管理を導入した事例もあった。処遇終了半年後に通院が途絶えている事例が1名あるが、何が問題だったか検討が必要となる。
- ・通院処遇中に精神保健福祉法の入院になった事例は3名である。理由は病状悪化や薬剤調整であるが、睡眠時無呼吸の検査入院も1例あった。

#### (通院処遇の課題)

- ・1つ目は当院における課題。当院では一般通院患者は特別の場合を除いてチームでフォローしているわけではない。医療観察法の対象者としないうための予防や、処遇終了後の関わり方が今後の課題となる。また、MDT会議がまだ報告会に終始しているので、治療計画の見直しについての話し合いにもう少し時間を割くようにしたい。
- ・2つ目は茨城県における通院処遇の課題。



指定通院医療機関の偏在は解消していない。地域によっては精神科病院自体がないところもあるのが現状である。

- ・3つ目はネットワークづくりと研修体制。ネットワークは社会復帰調整官の努力で今年度から通院医療機関の専門部会ができた。今後鑑定と入院も合わせたネットワークができればいいのではないかと。研修体制については、医療観察法の研修は積極的に受けた方が良い。精神神経財団主催の従事者研修などは全てのスタッフが受けた方が良いと思われる。県内での研修体制については、医療観察法に特化した研修はほとんど行われていないが、できれば定例化して開催することが大切である。
- ・最後に移行通院の課題。指定入院医療機関の医療の内容が十分伝わっていない。マンパワーの格差もあり、クライシスプランや入院中のプログラムは当院ではほ

とんど引き継ぐことができない。CPA会議などの内容も十分伝わっていない気がする。情報伝達の工夫がもう少し必要である。入院機関から通院処遇でして欲しいことの伝達があるといいのではないかと。入院処遇中に作成したクライシスプランは、現実と合わないことが多く、新たに作成する必要がある。治療の汎化が一つの目的であるはずなので、入院で行ったことが通院にも生かされ、通院で行ったことが終了後にも生かされるようにできればよいと思う。

(質疑・意見)

- ・夜間休日の救急対応について、実際の事例はあったか。
- ・実際にはまだない。電話連絡もない。
- ・ケース会議の持ち方について、たくさんの方が参加しているが、本当にそれは有益なのか。
- ・関わる人は他の誰が関わっているのか、

## T 病院の医療観察法システム

### ○ 通院処遇のシステム

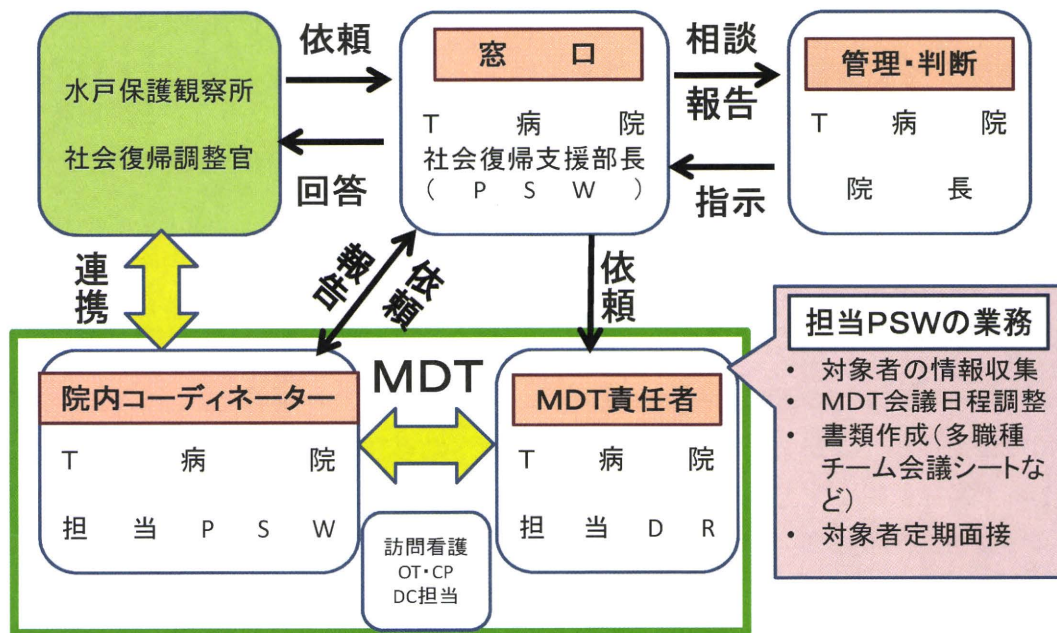


図2

どのようにかかわっているのかなど知りたいと思っているので、情報共有の意味で有益である。

## 5) 指定通院医療機関からみた通院処遇②

- ・当院はH市の山の中にあるが、駅から病院用のシャトルバスが出ているので通院に不便はない。333床の許可病床を有し、デイケア、作業療法、敷地内グループホームなどの機能や施設がある。平成18年8月から医療観察法に関与し、20年9月からは鑑定入院医療機関の指定も受けている。
- ・受け入れた通院対象者は3名で、いずれも男性である。処遇終了は2名であるが1名は精神保健福祉法の入院を経て終了となっている。現在の係属中は1名である。さらに1名の通院処遇が予定されている。
- ・当院の通院医療の体制については、医師、訪問看護師、外来看護師、精神保健福祉士、臨床心理士、デイケア担当の作業療法士が関与している。状況に応じDCスタッフや授産施設のスタッフも参加する。MDT会議は月1回、医師が多忙のため、医師抜きのミニMDT会議の後、医師と話すこともある。ケア会議への参加や研究協力は、すべて兼務なので極めて多忙な時期もあった。
- ・診察は週1回、1～2週間に1回臨床心理士の心理面接と精神保健福祉士の面談も行われる。訪問看護は週1回から2回実施される。精神科デイケアと授産施設が院内にあるので、本人の状態を観察しやすいのが利点となっている。

(事例：男性)

- ・ケアの中心が母親だったので、母亡きあと父とどのようにやっていくかが大きな課題であった事例である。幼児期、頭部外傷があり、父はその時の外傷がもて

感情のコントロールが効かないのではないかという理解をしている。

- ・小中学時代より少し落ち着きがなく非行傾向もあった。シンナー使用歴もある。専門学校に進学するも、いじめなどを理由に長続きせず中退している。
- ・対象行為までの経過であるが、3年位前から問題行動を起こすようになった。友人と暴力騒動を起こし、警察官通報で措置入院をしている。退院後に再就職したが長続きしなかった。その後も警察官通報で医療保護入院になったこともある。通院は不規則で、母が薬を取りに来ていたが、医療が続かないことが多かった。次第に躁状態様になり、計画性のない浪費、対人トラブル、飲酒問題などを起こし再び解雇された。対象行為の前日にはトラックを盗んだりもしている。女性への他害行為が対象行為となり、医療観察法の申立がなされた。
- ・入院処遇が決定されたが、入院中は大きな気分の変化はなく落ち着いていた。入院を繰り返したくないという気持ちからプログラムへの参加は良好であった。しかし、対象行為については否認し続けていた。
- ・退院決定がなされ通院処遇の開始となった。躁転した時の早期発見や介入のサインを見逃さないようにという入院機関からの引き継ぎがあり、緊急時の対応等を検討した。日中家にいると昔の悪友と付き合うなど悪い方向に流れやすい人であり、細かい約束事と枠組みを作るようにと入院機関からの要請があったため、デイケアを利用することにした。父が日中不在で、できる支援に限界があるためでもある。
- ・当院としては、はじめての通院処遇のケースであったため、ガイドラインに則

りきっちり対応することにした。ほぼ毎日、社会復帰調整官も含め誰かが対応するプログラムを作成した。PSWが窓口になっているため、休日でも夜でもPSWという形でかなり負担が大きかったのではないかと思われる。

- ・約束事としては、規則正しい生活、外出時間の管理、友人との付き合いに注意することとした。友人関係もチェックしておいた。主治医との関係も良く、デイケア内でも適応していた。父は支配的な性格であるが、父もよく話をきくようになり、父子関係もうまくいっていた。
- ・対象行為の振り返りを行い、同じ入院を繰り返さないように心理面接を継続した。事例について気になる点としては、約束事に対してルーズであり、拡大解釈して嘘をつくことなどであったが、それでも予定通り通院処遇は進行した。
- ・通院中期では、デイケアから院内授産施設に活動場所が移った。通院服薬の習慣化、車の運転の許可などを含め、スタッフは注意深く観察して行った。授産施設では養鶏を担当し、外来で卵やパンを売ったりした。また、ケア会議や心理面接の頻度を減らした。通院にバスでは不便なので車の運転を限定的に許可したが大きな変化はなかった。
- ・身体を使う作業が本人にあってしたが、忙しくなるとともに家での父との関係を疎むようになった。「いずれ親元を離れたい。就労したい」という希望が強かったのでアルバイトを開始した。しかし、やがて交際相手の女性が出現したため、女性との付き合い方について話し合った。
- ・通院後期に移行。より一般の精神医療に近づいた形で支援を行う。支援を漸減し、診察・心理面接は2週に1回、訪問看護も2週に1回にするなど、前期・中期と

比べるとガラッと変わった。約束事も時期に合わせて変化して行った。門限は拡大したが、病状悪化時はかならず相談することや、通院服薬を遵守することなどはしっかり守ってもらうようにした。道路工事等の建設関係の仕事についてしたが、週5日のフル勤務となった。交際相手やその家族ともとてもうまくやっていたが、生活範囲が拡大するにつれ服装が派手になったため、その都度指導をしていた。医師は精神症状の悪化ではないとの判断であり、本人も終了後の医療の継続に同意した。このように順調な経過であるので、処遇終了の時期を早めることをケア会議で検討し、そのようになった。

- ・この事例は順調に終了できたようにも見えるが、父とは最後まで協力関係を築くことはできなかった。訪問看護に週2回行っても父には出てきてもらうのが難しかった。本人の服装が次第に派手になったのが、病的なのかどうか、どこから注意をするか判断に迷うことが多かった。
- ・処遇終了後、ほどなくして通院医療機関を変更したいとの希望があったため、その後のフォローができなかった。通院処遇中は病状よりも性格的な問題が大きいのではないかと思われた。医療観察法の処遇が暴力行為等の反社会的行為の歯止めになっていたように思われる。早期終了を目指していた時期に交際相手に暴力行為があったが、処遇終了となってしまう適切な介入ができなかった。
- ・この事例から次のような問題点があると思われた。
- ・処遇終了後の医療継続の問題。対象者から「処遇が終われば〇〇する、しない」などの発言があり、終了後の医療継続ができるか不安を感じていた。終了後「病院を変えます」といわれた時、止めるす

べがなかった。

- ・指定入院医療機関と指定通院医療機関との情報共有の問題。指定入院医療機関での治療や関わりについて後から疑問が出てくることもある。入院機関の方もその後の経過は気になるだろうから、通院移行後も入院機関と通院機関の話合いがあるといいと思う。
- ・直接通院の問題。入院処遇を経ている事例はある程度勉強ができており、スムーズに通院を開始できるが、直接通院の事例は何からどうしようという感じになってしまう。もう少し指針なり、ガイドラインが整っていると有難い。
- ・心理職としては、内省、病状悪化のサイン、ストレスへの対処などを扱うことになる。しかし、処遇当初は信頼関係が不十分で、週一度の面接では生活の中での問題を拾い上げることで時間が終わってしまう。入院処遇のプログラムをやるだけの時間がない。このままでいいのかなと不安になることも多い。本事例も当初対象行為への否認があったので、それをどう扱えばいいか悩んだ。

(質疑・意見)

- ・指定通院医療機関での心理士の関わりは大切だと思っているが、その診療報酬はどうしているか。
- ・通院処遇の診療報酬のみで、心理面接の診療報酬は請求していない。
- ・通常の統合失調症やうつ病は病状さえ安定していれば大体うまくいくが、問題なのは性格的な問題、躁的傾向、薬物乱用・依存などのケースであるように思う。このようなケースはもともと社会適応度が高いこともあり、あまり指示に従わないことが多い。処遇そのものが歯止めになっているケースなどでは、終了後うまく医療を継続するにはどうしたらよいかが問

題となる。早期の処遇終了でよかったかどうか。

- ・この事例は、これ以上続けても同じであるという感じがあったので処遇終了を早めることになった。
- ・この事例は対象行為を自分の病気とどのように関係付けて理解できていたのか。入院機関とのケア会議での情報の共有についてはどうなっていたか
- ・通院処遇を受けた後は特になかった。やるべきだったかなと思う。
- ・対象者の父に対する感情はどのようであったか。
- ・もともとネガティブな感情しかなかった事例である。父との関係の調整も含めて入院処遇を受けてきた。ようやく互いに受け入れつつあるようになったので地域処遇になった。
- ・通院処遇中の彼女への暴力行為について、躁状態と関係なく起こっているのではないか。鑑定の判断は正しかったのだろうか。鑑定での判断が常に正しいわけではない。通院中にその判断が適切だったかという場合もあると思う。それを入院機関に言うことはできないか。
- ・初めての事例でもあり、そのまま素直に通院処遇を進めてきた。ただ通院処遇を進めていて、この事例の疾病性について疑問を感じることはあった。
- ・最初の診断が正しいという考え方で医療を継続することは、一般医療ではとんでもないことである。必ずフィードバックしながら治療を進めていくのが普通である。通院の場合も診断で疑問があればフィードバックしながら進めていくことが必要ではないか。多職種による診断等の見直しについて、チーム会議ではどの程度行うのか。
- ・スタッフ同士での意見交換はしている。



社会復帰調整官にも入ってもらって検討するといいいのではないかと思った。

## 6) 他の関係機関からみた通院処遇

- ・当施設は社会福祉法人であり、今年で15年目となるが、現在では地域と持ちつ持たれつの関係で運営できるようになっている。
- ・20年度に1名の対象者を受け入れた。受け入れた対象者は、夜間帯はケアホーム、日中は自立訓練を利用した。

### (事例を通して感じる課題)

- ・入所までの問題。通常は利用希望があれば、施設まで足を運んでもらったり、電話をもらったりする。通院対象者の場合は、社会復帰調整官から連絡が入り進めていくことになる。直接当事者が施設に来るわけではなく、顔を見ることができないので、施設の方から入院機関に足を運んで本人の希望などを確認している。
- ・利用開始までの時間。話をもらってから入所までに1年ぐらいかかっている。そうすると1年後にその部屋を空けなければならぬ。たまたま空けばよいが、施設側としては空きを長期間作りたくないのが本音なので、その調整が非常に難しい。入所開始までの時間がもう少し短縮されないかなと思う。
- ・受入れ事業所の数。どのような施設がどれだけの数を受けているかという情報がなかなか入ってこない。自施設だけしかやってないのではないかというイメージを持ちやすい。対象者にとっても選択権がないのではないか。協力施設の数を増やす取組が必要ではないか。医療観察制度の周知がもう少し必要ではないか。
- ・当施設の通院対象者について。通院の回数がとにかく多い。毎週1回外来診療と心理士の面接がある。通院にバスと電車を乗り継ぎ、徒歩を含め1日がかかりとな

る。週2回は病院通いでつぶれてしまうし疲れてしまう。この方は頑張ったが、途中で行きたくないというような人も出てくるかもしれない。通院の回数をもう少し工夫できないかと思った。当施設の場合、もう少し近くに指定通院医療機関が欲しい。指定通院医療機関の現状やそれを増やす取組について定期的に情報提供されるとよい。末端の施設の職員などはそういう情報が得られると非常に有難い。

- ・ケア会議について。関係機関から報告書を集めて定期的に開催されているが、2週間に1回、1ヵ月に1回のように間隔が短いと話に変化進展がない時もあった。発言もない出席者もいる。そんな会議は必要なのかなと感じた。できれば必要に応じて開催するようにして欲しい。出席者も必要に応じて集まった方がいいのではないか。あまり発言しない参加者にはもう少し対象者の処遇について意識を高めてもらえないかなと思う。
- ・施設の受け入れ準備。事前面接で入院機関に出向くことが多くなると、職員数の少ない施設などは非常にリスクが高いと思う。
- ・対象者への対応について。本人の立場に立った率直な意見がでるようになるとよい。施設を出る時期になった後、自治体でどのように受け入れていくか考えていただかないと処遇が進まなくなる。
- ・関係機関との連携。関係機関ごとの温度差がある。施設退所後どうしていくかについてケア会議などで一緒になって協議して欲しい。
- ・入院処遇中のアプローチとの違い。入院医療機関は非常にきれい。職員もたくさん配置されていて、すごくうらやましく思った。プログラムも退院まで毎日びっ

しりつまっている。しかし、退院して施設に入ると、それがほとんどなくなってしまふ。退院後も入院中のようなチームアプローチができないものか。

(質疑・意見)

- ・ 昨年の盛岡でのワークショップでも思ったが、このような対象者を受け入れようとされる施設の方は、対象者の社会復帰に向けてとても熱心であると今日も感じた。以前のアンケート調査でも感じたが、身近に対象者を見ている人は受け入れに積極的で、書類だけ見ている人は消極的であるという印象があった。受け入れに際しては対象者の人をよくみてもらうことが大事で、そうすることで次第に受け入れが広がっていく。今までのわが国の精神科医療は病院で囲い込んでいることが中心であった。これからはもっと地域で支えていくことが必要である。ところで関係機関によって温度差があるということだが、医療機関、社会復帰調整官、行政などの方にもう少しははっきりと思うことを言ってみたらいかがでしょうか。
- ・ 行政の方に出席を求めるとなぜ出席する必要があるのかと言われ、すごく残念なことが多い。説明から始めなければならないのが残念である。
- ・ 行政の協力は法律で決まっているので、言われなくても協力するのが普通である。当初責任の主体はどこにあるのかなどと議論があったが、医療観察法が何とかうまくいっているのは社会復帰調整官の役割が大きいと思う。病院、関係機関と地域をつなぐケアマネジメントを行っている。これが非常に大きいと思う。
- ・ 大阪の社会復帰調整官に対して。大阪は地域ネットワークづくりが熱心に行われたが、どのような工夫がなされたか。
- ・ 通院処遇については、ケア会議でもどの

ように医療を提供するかばかりが議論になりがちである。3年間は当事者や家族には長い期間かもしれないが、関係の職員からみるとその3年間でどの程度のことができるのか、本人らしさ、本人の希望の実現という観点からは非常に短く感じてしまう。強く意識しながら地域支援をしなければならない。大事なことは、前期、中期、後期の過程の中で地域にきちんと定着できるようにすることであるが、地域活動支援センター、ヘルパー支援などを大事に感じている対象者が多い。本人の生活を支援してくれる支援者が大事である。そのためそのような事業者を意識してつなげていく作業を行っている。

- ・ 大阪では他の地域に比べ当初から通院処遇が多かったが、訪問支援など地域とのつながりの多いサービスが多かった。むしろ今日の発表を聞いて勉強になることが多かった。特にケア会議の進め方について、対象者の社会復帰に向けた取り組みに視点を置いたありかたが必要だと思った。
- ・ 本人の視点に立って考えていくという意識が大事である。今までの病院ではそれが乏しかった。このような施設で研修して業務をすることが大事だと思った。

## 7) 事例検討①

- ・ 当院では2例の通院対象者を受け入れているが、2番目の事例は既に処遇終了している。本日報告する事例は当院の最初の事例で現在も係属中である。2例とも当院への入院歴のある事例である。

(事例：女性)

- ・ 祖母と母が亡くなった後、父が脳梗塞となり自宅療養、本人が介護していたが、その父が自殺企図したのをきっかけに本人に不穏な言動や行動が出現するようになった。精神科クリニックを受診したが、

処方薬を数日後に大量服薬してしまった。某病院に紹介されるも、本人が任意入院に同意しなかったため、入院とはならなかった。その後も自宅で子供の首を絞めるなどの行為があり、夫に連れられ当院に任意入院した。

- ・入院後、病院が自分に合わないと言って短期間で退院した。間もなく抑うつ状態となり希死念慮が出現した。主治医は再入院を勧めたが本人、家族とも同意せず、別の新しい病院を紹介した。そこが満床で空床待ちとなったが、その後本人も家族も落ち着いているので在宅で様子を見たいと希望した。
- ・鑑定入院までの経緯。幾つもの病院を受診、自分でも精神保健センターに電話で相談、市の保健センターの担当者が自宅訪問し入院加療が必要ではないかと判断もしている。その後本人の病状がなかなかよくなるために、夫が子供2人を連れて実家に戻ったところ、直後に他害行為を起こしてしまった。
- ・審判の結果、入院処遇が決定された。最初の指定入院医療機関が遠方であったため、近くの指定入院医療機関に転院した。そこから外泊等を繰り返し退院決定となった。夫の実家の近くにアパートを借りて通院処遇を開始した。
- ・第1回のケア会議では、社会復帰調整官から医療観察制度の説明があり、指定入院医療機関からの情報提供、地域処遇実施計画の検討が行われた。本人の希望は、病状を安定させ家事や育児をスムーズにできるようになりたい、というものであった。その後多職種チーム会議が開かれ、主治医、精神保健福祉士、心理士、訪問看護師などで個別治療計画を定めた。診察は週1回、必要に応じ臨床心理士によるカウンセリング、訪問看護は週1回、

デイケアは家事や子育てがあるので当面見送りとした。その後、訪問看護は週2回となり、市役所からの訪問が月2回、保健所からの訪問が月1回などとなった。

- ・通院処遇開始直後に精神保健福祉法の入院となった。生活環境が激変した上、気力がわかず、「事件を起こした時と同じような気分」との訴えがあったため、主治医、社会復帰調整官で相談し、夕方夫同伴で任意入院となった。しかし、退院希望が頻回にあり、窓ガラスを割ってしまいたい、火をつけたいという言葉もあったため、医療保護入院に切り替えが必要となった。入院中に障害年金の手続きとヘルパー利用の申込を行い、一応落ち着いてきたので退院となった。
- ・家事負担軽減のためのヘルパー利用としたが、一人になると不安と本人が訴えるので、夫のいる間にヘルパー利用を開始し馴染んでもらうことにした。この事例はストレスの認識が不十分で対応が不適切になるという評価であるため、上手に休むように指導した。ヘルパーに手伝ってもらいたいことを本人に確認し、家事援助を中心にした。携帯電話を購入し連絡がすぐできるようにした。ヘルパーが同年代であり、子育て中の人であったため、本人も相談しやすく安心できた。
- ・しかし、気力低下、起床困難は持続し、自己評価はあいかわらず低いままであった。それでも少しずつ起きられて家事ができる日が増加した。夏休みで長男が在宅になると負担が増加するので、夫に夏休み中のサポートを依頼した。
- ・起きられないという発言が続くが、週2、3回活動したいという希望も出てきたので、病院デイケアを週1回から開始した。
- ・少しずつ起床可能となり、保育園の送り迎えや、夫の両親の介護の手伝いなども

できるようになったが、本人は、何もできません、朝起きられませんかと言うのは続いた。

- ・アパートから戸建てに転居したが問題なく生活できている。しかし、朝起きられない、起きてやる気が起きないという訴えは相変わらずであった。
- ・やがて、何もしたくないとは言うものの、笑顔が多くなり、保育園の送り迎え、料理にも参加できるようになった。落ち着いて生活できていると関係機関は認識し、処遇終了を検討することになった。ヘルパーが継続できれば処遇終了も可能という判断であり、通院、訪問、デイケアも利用する予定である。本人も少し改善を自覚するようになった。
- ・本事例について。医療機関によって診断がまちまちであったという問題がある。躁うつ病という診断になっているが、病気の理解が十分ではないので、主治医から説明を行っている。関係者が何を聞いても笑顔で「そうですねえ」という返事しか返ってこない人であった。表現力が乏しく、疎通の困難さを感じた。何もやる気がしないという発言は開始時から現在も続いている。周囲はよくなっていると感じているが、本人は活発だった病前と比べて回復の自覚が乏しい。良かった点は、同年代の子供を持つヘルパーが入ってくれたことである。話しやすいこと、育児の相談ができることなどで本人にとって助けになっている。

(質疑・意見)

- ・実父が脳梗塞後のうつ病で自殺企図しているが、その負担はどの程度であるか。また実父のことはあまり話題にならなかったのか。
- ・実父は現在施設入所中であり介護の負担はそれほどないようだ。介護の負担を減

らすことにしていたので特段問題とはならなかった。

- ・朝なかなか起きられないとのことだが、睡眠時無呼吸などの問題もあるので、本人は肥満体形ではないのか。
- ・ちがう。睡眠時無呼吸の検討はしていない。
- ・この事例についての感想。ストレス脆弱性のある人だと分かっていたので地域移行の当初はグレーだったら黒だと思って対応した。そのため最初の精神保健福祉法の入院はスムーズに行われた。この入院で地域処遇における刺激に対して改めて本人と夫に対する疾病教育の機会となった。指定入院医療機関では時間的に家族に対する疾病教育はなかなかできなかった。

## 8) 事例検討②

(事例：男性)

- ・大学卒業後、営業職となったが、成績不良のため退職する。以後水道工事など各種アルバイトするも長続きしなかった。20代後半に不眠、幻聴、妄想が出現し、統合失調症で入院した。2回目の退院後、友人とビデオショップを経営するも破綻したため、借金返済不能になり自宅を売却し、現在地に転居した。以後は遺族年金と生活保護で单身生活をしている。
- ・発病後何回か怠薬し病状悪化、再入院を繰り返していた。今回も退院後3ヵ月で怠薬、病状悪化したため訪問看護や役所の家庭訪問を続けていた。3週間日替わりで毎日訪問し、デイケアとヘルパーも開始した。しかし、服薬は拒否し症状悪化、デイケアスタッフへの粗暴行為のため再入院したが間もなく退院となった。
- ・対象行為の当日は、夜間不眠のため散歩に外出しようとしたが、誰かに絡まれそのような予感のため、自宅にあった刃物を持参して外出した。そこで怪しまれた人物



に呼び止められ他害行為に及んだが、本人も負傷した。

- ・鑑定入院中の治療で1か月後には病的症状は消褪した。本人も怪我をさせた相手に申し訳なかったと反省し、服薬せず病状が悪化したことが今回の事件につながったと話すようになった。医療観察法の枠組みなら怠薬を防ぐことはできるとして通院処遇となった。
- ・通院処遇開始後、通院は励行、服薬は配薬ボードを使用し、訪問看護が配薬指導を行った。デイケアは週5回あり、疲れるとの訴えはあるが処遇終了のため頑張ると本人は述べている。多額の借金があるため自己破産を申請した。事件について反省し、病識もそれなりに出てきた。順調に通院処遇が進行したので処遇終了を目指すことになった。
- ・最終のケア会議で、通院処遇中の処遇は一般医療に移行してもあまり変えないことを確認した。デイケアは週5回だが、疲れたら休むことにした。訪問看護も月2回の実施となった。現在の状態であるが、デイケアはほぼ毎日出席、まとめ役をまかされやりがいになっていることと、仲間の有難さを感じている。訪問看護は週1回であるが、自分から相談するようになっていく。
- ・関係者の感想。医療観察法の処遇になり服薬が継続するようになった。各スタッフが連携できた。処遇終了後も同様の処遇が継続できた。受傷による股関節痛があったが、病院が近くてよかった。医療観察法については冊子を読んだだけだったが、回数を重ねるにつれ少しずつ理解できた。

(質疑・意見)

- ・病気は統合失調症でポイントは服薬してくれるかどうかの人。通院処遇になって

から支援体制がずいぶん変わった。訪問看護などととてもよくやってくれた。年末年始も訪問した。本人もみんなが心配してくれていることがわかり、薬をきちんと飲んで迷惑をかけないようにしないといけないという意識が出てきた。医療観察法の通院処遇の威力を痛感した。

- ・通院処遇で関係者の関わりに本人が感謝をするとうまくいく。われわれの事例で一家全員が覚醒剤、アルコールなどの問題があり、とても心配した事例があったが、通院処遇となり今のところうまくいっている。その事例の話では、いままでこんなに面倒を見てもらい快適な生活をしたことがなかった。このような生活ができるなら覚醒剤やアルコールに走る必要がないという。通院処遇の良い点は様々な人が知恵を出し合い、本人の希望を尊重しながら、生活を含めて丸ごと支えていくところにあるように思う。
- ・訪問看護が中心であるにしても、他の関係者が関わることでサービスの厚みが出ていいのではないかと思う。各関係機関の連携や連絡調整の具体的な取組はどのようであったか。
- ・関係機関連絡表に全ての関係者の名前と電話番号を登録し、その表は本人の自宅に貼ってある。いつ誰がどのようなサービスを提供するかのカレンダーを本人の自宅に置いておいた。本人宅を訪問した場合、次回の予定をそのカレンダーに書き入れた。本人が書き入れる欄もある。本人がレシートを張るノートを持っていて、そこに本人の出納状況がわかるようにもなっていた。ヘルパーも別のノートを作り、関係機関への連絡事項を書いていた。自分も訪問していて非常に助かった。

## 9) 総合討論

- ・総合討論は、全体を通しての質疑応答と、

通院処遇をよくするためにどういう点が良かったか、どういう点に課題があるかなどについて話し合いができればよいと思う。昨年度の盛岡でのワークショップの話では、広大な県域に指定通院医療機関がわずかに5つしかなく、通院だけでも大変であり、訪問看護やデイケアはほとんどできない状況であった。その時の意見交換で、基幹型と補完型の指定通院医療機関という考え方についての話があった。外来診療、デイケア、訪問看護、病状悪化時の入院受け入れなど基本的な医療サービスに対応するのが基幹型、その一部のみ提供するものが補完型である。普段の外来診療は近くの病院や診療所で行い、指定通院医療機関はそれをサポートするような形である。神奈川県では訪問看護ステーションの利用や、デイケアは近くにある元の通院病院を使用するというパターンもみられるようになっている。補完型を上手に利用して通院の負担を軽減するという方法もあるが、茨城県ではどのような状況であるのか。

- ・幸いにして今のところ、補完型を使わなければならない事例は出ていない。指定通院医療機関がなかった地域でも、そこに対象者がいたら、厚生局などとも相談して、その地域の病院に指定通院医療機関に入ってもらおうようにしてきた。今年に入って補完型という考え方も使わなければならないかと思われる事例も出てきているが、まだ通院になっていないのでどうなるかはわからない。今のところ1つの指定通院医療機関で完結できている。
- ・施設の関係者にとって、対象者の再燃・再発時の対応が関心事ではないかと思う。病院の関係者が施設に出向いて状況を把握したり情報を提供したりすることも必要であり、その体制も整いつつあるよう

に思う。アウトリーチ型の支援を取り入れながら連携を図ることが今後求められるのではないか。医療観察法が比較的うまくいっているのは、社会復帰調整官の役割が大きいと思うが、その関わりも最長5年間なので、その後誰がその役割をするのかという問題がある。地域によって行政のあり方や社会資源もばらばらだが、様々なパタンの連携がありうることを学んで具体化していくことが大事であるという感想を持った。

- ・茨城県の場合、基幹型中心でも、補完型利用でもどちらでもよいと思うが、必要があれば補完型利用も現実的であろう。ただ、どのような形態をとるにしても、夜間の急変時の対応が重要となる。(医療観察法対象者以外でも)少なくとも自院通院者については全て対応することが不可欠である。しかし、茨城県では必ずしもそうならないように思う。この通院処遇はそのような状況を変えるいい機会だと思う。今回の事例についていえば、引き継いだ時のサマリーでは、どのような機関や人が関わっていたかが全く伝わってこなかった。医療観察法対象者となり、様々な機関と連携できるようになって処遇が順調に進むようになった。今後連携機能を強化していくときのいい機会になったと思う。医療観察法だけでなく、医療全体の質を高めていくいい機会になったと思う。
- ・行政のかかわりについて。この5年間に行政もずいぶん関わってくれるようになった。片道5時間もかけて指定入院医療機関まで行ってくれた人もいる。行政機関の方でご意見を頂ければと思う。
- ・今年初めてT市で1人のケースが出た。今は研修等に出て勉強している最中というのが現状である。実際のケースが出て、

場当たりの対処しているのが行政の実情である。自立支援法関係で地域自立支援協議会のなかの役割の一つとして、地域ごとにケアチームを設けてケア会議を開催している。そのケア会議が今回のケースにそのままあてはまるわけではないが、手探りながらも対象者の地域処遇を検討しているところである。今後2ケース目もあるとのことなので、経験を生かして対応していきたい。医療観察法から自立支援法に移行していく中で、絵具を薄めるような形で地域への復帰ができるのではないか。問題は情報を共有している時、個人情報をごとまで伝えられるかということが行政機関としては大きな課題となっている。その点について国や県の指針のようなものが欲しいと末端の行政機関としては感じている。

- ・情報の共有化の問題は重要な課題である。身近で対象者に関わる人を中心に共有化する程度がよいのではないか。本人の同意を得て共有化するのが当面の目安であろう。
- ・4月から精神保健担当になった。医療観察法も担当している。担当した事例は、以前からいろいろな問題があった人である。医療観察法対象者となって、関係機

関がしっかり関わることで順調に終了できた。2事例目、3事例目にも関わっている。保健所の立場としては市町村の保健師さんとの連携を大事にしている。保健所は管轄が広いので、終了後は身近な市町村の保健師さんが近くに行った時訪問してもらうなど考えている。最初の窓口になってもらえるように今も一緒に処遇に関わっている。終了後、社会復帰調整官の役割をどこまで行政ができるかは疑問だが、終了後も本人とつながれるような輪が作れたらいいかなと思っている。

## 2. 「通院処遇ワークショップ in 大阪」抄録

日時：2010年11月20日（土）13:00～17:00

場所：大阪研修センター 会議室BC

1) 参加者 92名、地域参加施設数 34施設

### 2) 発表者（50音順）

川原 稔（大阪保護観察所）

後藤 雅子（大阪府守口保健所）

高橋 敬（大阪府立精神医療センター）

竹島 舞（訪問看護ステーション デューン）

平 則男（医療法人杏和会 阪南病院）

村松 良昭（大阪府立精神医療センター）

### 3) 地域における通院処遇の現状と課題

- ・本日の集計資料は、法施行当初より平成22年9月30日までのデータである。

（表3）大阪府

## 事件（調査・調整・観察）総数

（H17年7月15日～H22年9月30日）

生活環境調査事件（33条申立て） 総数122件（うち終結116件，係属6件）
生活環境調整事件（移送事件を含む） 総数65件（うち終結40件，係属25件）
精神保健観察事件（移送事件を含む） 総数80件（うち終結41件，係属39件）

- ・大阪保護観察所管内における生活環境調査（申立）の総件数は122件であり、これは東京の200件近くより少ないが全国的には2番目に多い。その内、終結は116件で、係属が6件となっている。事件移送を含む生活環境調整（入院処遇）は65件であり、その内、終結は40件、調整中が25件である。また、事件移送を含む精神保健観察は80件に及び、内訳は終結が41件、39件が観察中である。精神保健観察の総数は全国一多くなっている（表3）。
- ・生活環境調査の対象行為別内訳は殺人と放火事件がトップで、傷害はその次であることが大阪の特徴となっている。強盗、性犯罪はかなり少ない。一人で2つの対象行為をしている人もいるので総数は122件にならない。
- ・調査の診断名内訳では、F0が4名で認知症など、F1はアルコール、覚醒剤などが多い。F2は91名70%と相当数を占めているが、妄想性障害や非定型精神病も含まれている。F3は8人、F4は2人、F6は5人で反社会性、演技性人格障害などである。F7知的障害もかなり含まれているが、重複診断で含まれていることも多い。発達障害と統合失調症の合併の事例も少ない。
- ・生活環境調整事件の対象行為別内訳であるが、対象行為の種類によって調整事件（入院処遇）が左右されることはあまりなく、治療困難性や社会復帰の困難性などで判断されることが多い。殺人は11名43%、放火が5名19%、傷害が5名19%、大阪では放火で通院決定が当初かなり多かったが、そのような対象者の住居確保が相当困難であった。
- ・係属中の入院対象者の居住地であるが、25名中10名が大阪市であり、南部の堺や北部の高槻など、大阪を中心にして周囲に居住地は分布している。
- ・退院後予想される住居の形態は、家族と同居か単身かなど難しい面もある。家族が被害者の場合、同居は非常に困難である。施設入所か、精神保健福祉法入院を経てからかなど難しい選択を迫られる。それでも大抵は調整の過程で一定の方向性が出てくる。もともと単身生活者は単身で、家族が被害者でない場合は家族の下に、を基本線としている。大阪では施設入所は当初から難航していた。調整の難しい人は時間もかかる。現在のところ目途の立たない人が入院中で3名いる。
- ・調整の終結事由であるが、退院許可決定は30名であり、関東に比べ入院が少ないので、その数は関東に比べ少なくなっている。入院処遇からの処遇終了決定が5名あり、治療抵抗事例が終了決定となっている。また、入院決定の取り消しが1名あったが、本人抗告で認められた。この事例について裁判所の判断は精神障害である客観的根拠なしというものであった。事件移送は3名、その他1名は指定入院医療機関が入院継続の申立てを忘れたため、処遇終了になってしまった事例である。
- ・精神保健観察（地域処遇）（N=80）について、大阪は直接通院が非常に多く49名で61%、移行通院が31名で40%である。移送受理（大阪在住者が他の都道府県で事件を起こした場合、その後事件を大阪に移送されたもの）もある。
- ・観察の対象行為別（係属中N=39）では、放火が13名33%で最多であるが、放火事件は大阪では直接通院になることが多かった。続いて傷害12名31%、殺人11名28%であった。
- ・観察の診断名別（係属中N=39）については、器質性が2名であり、70代の認知症