

# 医療観察法対象者の地域ケアにおける保健所の支援実態

—司法精神医療機関と行政機関の連携の課題—

ハラダ サヨ ツジモト テツシ カクノ フミヒコ ナカハラ ユミ  
原田 小夜\*1 辻本 哲士\*2 角野 文彦\*3 中原 由美\*4

**目的** 医療観察法施行から10年が経過し、地域処遇の事例が増加している。本研究は、保健所の医療観察法対象者（以下、法対象者）の支援の実態から司法精神医療機関と行政機関との連携に関する課題を検討した。

**方法** 全国の保健所に対し、自記式質問紙法による郵送調査を平成25年10月に実施した。調査内容は、保健所の法対象者の支援経験、共通評価項目の知識と活用、地域支援に関する課題25項目とし、記述統計を実施し、法対象者の有無による比較、指定医療機関の有無による比較には $\chi^2$ 検定を実施した（有意水準5%）。

**結果** 回答数は311（回収率63.0%）のうち、指定入院医療機関有は14.0%、指定通院医療機関有は43.3%であった。支援経験有76.8%、事例数は1,124件、平均支援数は3.6、指定入院機関有で6.7、指定通院医療機関有で4.5、無し1.9であった。共通評価項目のカンファレンス使用は14.6%、情報提供が必要との回答が70%を超えた項目は「幻覚・妄想等の精神症状」「病識の有無」「非社会性」であった。法対象者に「特別な対応が必要」55.8%、支援に対する「不安がある」65.3%であった。地域支援に関する課題では、「法処遇終了後の対応、支援体制に不安がある」「保健所のマンパワーが不足し、きめ細やかな対応は難しい」「被害者支援、同じ町で生活するにあたって、被害者への配慮がいる」「処遇困難な事例に対する丁寧な関わりをするには時間がない」で課題有が70%を超えた。支援経験有の保健所の指定入院医療機関有、指定通院医療機関有、指定医療機関無しの3群比較では、「発達障害、アルコール等、統合失調症以外の対象者の処遇が難しい」「指定通院医療機関が遠いので、治療を中断する心配がある」「ホームヘルパーにとって法対象者のケアは難しい」「サービス決定をする行政機関と退院後の居住地が異なるとタイムリーに対応できない」で、課題有の割合は指定医療機関無しが最も高く、指定通院医療機関有、指定入院医療機関有の順であった。「家族支援について、法以外のケースと異なり、対応方法がわからない」は、課題有の割合は指定医療機関無し、指定入院医療機関有、指定通院医療機関有の順で高かった。

**結論** 保健所の支援事例数が増加し、法処遇終了後の支援体制に不安を持っている。指定医療機関の無い保健所における処遇困難事例に対する対応、法対象者の治療中断や指定医療機関とのタイムリーな連携の課題が大きい。法処遇終了後の継続した支援体制づくりが重要である。

**キーワード** 医療観察法、保健所、指定医療機関、地域処遇、連携、共通評価項目

\*1 聖泉大学看護学部地域看護学教授 \*2 滋賀県精神保健福祉センター所長 \*3 滋賀県健康医療福祉部次長

\*4 福岡県糸川保健福祉事務所長

## I 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）は、医療観察法対象者（以下、法対象者）に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および指導を行うことによって、その社会復帰を促進することが第一条に定められており、円滑な地域移行と地域での定着を推進する観点が示されている。医療観察法に基づく処遇は、検察官による申し立てにより地方裁判所での審判によって入院および通院の処遇が決定され、精神保健観察に付される。精神保健観察期間中は保護観察所に設置されている社会復帰調整官が法対象者の退院後の医療、生活状況に関する調整を行う。社会復帰調整官は通院対象者の処遇に関し、指定通院医療機関や都道府県知事等と協議の上で実施計画を策定することとされており、地域精神保健福祉の相談機関である保健所とは密接な連携のもとに、医療の継続と生活支援を行う。原則3年間の通院処遇を経て、地方裁判所で通院処遇の終了が決定されるが、法処遇が終了すると精神保健福祉法に基づく支援体制となり、保健所が地域支援機関の中核を担うことになる。

平成24年7月に法務省、厚生労働省が示した検討結果では、医療観察法が施行された平成17年度から22年度までの約5年間に地域処遇が実施されたのは799人、処遇終了者は242人であり、入院対象者の住居や受け入れ先や、指定通院医療機関の確保といったハード面での課題があること、また医療やケアの質を担保するための保護観察所と保健医療福祉の関係機関の連携が不十分であると報告されている<sup>1)</sup>。法対象者の再入院者の要因に関する調査においても司法医療機関の整備の問題、支援体制の未整備が課題として報告されている<sup>2)</sup>。

入院処遇の法対象者は社会復帰期まで地域社会から長期間閉ざされるため、その弊害として退院後の地域生活に対するイメージが描きにくく、生活再建と療養生活を確実に継続していく

責任の自覚に乏しい上に<sup>3)</sup>、もともと精神症状の悪化に、生活困窮が加わって対象行為を起した経過があることから、法対象者の社会復帰支援には、地域支援体制の構築、通院継続環境の調整が重要である<sup>4)</sup>。都道府県、政令指定都市を対象に行われた通報実態に関する調査では、地域側に支援コーディネーターを設置し、社会復帰調整官と連携して継続した支援体制をとる必要があると指摘されている<sup>5)</sup>。地域移行、地域処遇の現状や課題に関する先行研究は、指定医療機関側から見た課題報告が多く、地域支援機関からみた報告は少ない。保健所が関わった法対象者に関する調査では、保健所は支援した法対象者すべての社会復帰状況を把握できておらず、継続した支援が難しい現状にあることが報告されている<sup>6)</sup>。また、「心神喪失者等医療観察法制度ハンドブック（保健所が対象者を地域で支援するためのQ&A）」が保健所所長会を通じて配布され<sup>7)</sup>、保健所担当者の支援が推進されている。

本研究の目的は、法の施行から10年が経過し、地域処遇・処遇事例が多くなった現状の中で、保健所の法対象者の支援実態と保健所の考える課題について、司法精神医療機関と行政機関の連携の視点から検討することとした。

## II 方 法

### (1) 対象と方法

調査対象は、全国の494保健所（対象保健所内訳：県392、政令市8、中核市40、指定都市31、特別区23）で、保健所長あてに郵送で調査依頼を行った。回答者は精神保健福祉業務を担当している保健師、精神保健福祉士であり、保健所としての意見を求めた。調査は自記式質問紙法による郵送留置き調査で、調査期間は平成25年10月1日～10月末日とした。

### (2) 調査内容

保健所の概要として、法対象者の支援経験の有無、指定医療機関の有無、共通評価項目<sup>8)</sup>の知識・使用について「知っていて、カンファレ

ンスで使用している」「知っているが、使用はしていない」「知らない」で回答を求めた。共通評価項目は、指定入院医療機関の支援チームにおける症状や生活スキルに関する評価で構成されている。共通評価項目の各カテゴリの重要な項目を研究者で検討し、精神症状、病識、非社会性、ストレス耐性・対処スキル等の本人の症状・行動、危機状態への対応に関するクライシスプラン、生活能力やキーパーソンの11項目を設定し、情報提供の必要度を「必ずほしい」「必要」「あったほうがよい」「どちらでもよい」の4分位の選択肢を設けた。保健所担当者の不安は、「かなり不安がある」「不安がある」「あまり不安はない」「不安はない」の4分位で、対応に関する認識では、「特別な対応が必要」「特別な対応はいらない」「わからない」「その他、事例によって異なる」とした。法対象者の地域支援に関する課題項目は、平成24年度に実施した司法医療機関と保健所の連携の課題に関する調査報告書<sup>9)</sup>から作成した。地域支援の課題に関する自由記載内容から、多く記載のあった内容として、①関係機関連携、役割に関すること、②法対象者の有する特徴、③保健所および地域資源の課題に関する内容から25項

目を設定した。回答は「大いにある」「少しある」「あまりない」「全くない」「わからない」として求め、課題が大きい順に、「大いにある1」「少しある2」「あまりない3」「全くない4」と、1から4の点数を付与した。

(3) 分析方法

分析は各項目の記述統計を実施し、法対象者の有無による比較、指定入院医療機関および指定通院医療機関の有無による比較には、 $\chi^2$ 検定を実施した。なお、項目別に欠損値を除いて集計した。

統計解析ソフトはIBM SPSS Statistics for Windows Ver.20を用いた。有意水準は5%とした。

(4) 倫理的配慮

本調査の実施にあたり、研究の趣旨の説明、研究の任意性について、データをコード化して取り扱うことおよびデータの保管方法、個人情報保護に関する内容を明記して、文書で依頼し、アンケートの回収をもって、調査の同意とした。研究実施にあたり、聖泉大学倫理委員会の承認を受けた（承認日は平成25年9月5日、承認番号12）。

表1 研究協力保健所の概要

	(単位 カ所)	
	n	%
設置主体 (n=311)		
都道府県	241	77.5
特別区	17	5.5
政令市	21	6.8
中核市	32	10.2
指定医療施設有無 (n=297)		
指定入院施設有	41	13.8
指定通院施設有	129	43.4
無し	127	42.8
医療観察法事例の支援 (n=310)		
有	238	76.8
無	72	23.2
共通評価項目の使用 (n=308)		
カンファレンスで活用	45	14.6
知っているが未活用	132	42.9
知らない	131	42.5
対応についての考え (n=308)		
特別な対応はいらない	54	17.5
特別な対応が必要	172	55.8
よくわからない	40	13.0
その他	42	13.7
支援に対する不安 (n=311)		
かなり不安がある	24	7.7
不安がある	179	57.6
あまり不安はない	97	31.2
不安はない	11	3.5

Ⅲ 結 果

(1) 研究協力保健所の概要

回答保健所数は311で回収率63.0%であった。研究協力保健所の概要を表1に示した。都道府県型241(77.5%)、特別区17(5.5%)、政令市21(6.8%)、中核市32(10.2%)であった。指定入院医療機関有41(13.8%)、指定通院医療機関有129(43.4%)、指定医療機関無しが127(42.8%)であった。厚生労働省の報告による指定入院医療機関数は30カ所であり、本調査では管内に限らず、近くに指定入院医療機関がある場合に有との回答である。保健所の法対象者への対応状況では、支援経験有は238(76.8%)で、支援事例総数は1,124件、保健所の平均支援数は3.6で、指定入院機関有は6.7、指定通院

医療機関有は4.5、無しは1.9で、最も多い保健所は36事例で、ばらつきが大きかった。

(2) 共通評価項目について

共通評価項目の使用は、カンファレンスで使用45 (14.6%)、知っているが未活用132 (42.9%)、知らない131 (42.5%) であった。

共通評価項目別の情報提供の必要性の割合を表2に示した。「必ずほしい」の回答割合が70%を超えたのは、「幻覚・妄想等の精神症状」249 (80.8%)、「病識の有無」235 (76.3%)、「非社会性」222 (72.5%)であり、「整容・衛生」76 (24.8%)、「家事能力」84 (27.4%)は低かった。

(3) 保健所担当者の対応に関する認識、不安について

保健所担当者の対応に関する認識では、「特別な対応はいらない」54 (17.5%)、「特別な対応が必要」172 (55.8%)、「よくわからない」40 (13.0%)、「その他、事例によって異なる」

表2 共通評価項目別の情報提供の必要性

(単位 件)

	必ずほしい n (%)	必要 n (%)	あった方がよい n (%)	どちらでもよい n (%)
1 幻覚・妄想に基づく行動等、精神症状について (n=308)	249(80.8)	53(17.2)	6(1.9)	0
2 病識の有無について (n=308)	235(76.3)	70(22.7)	2(0.6)	1(0.3)
3 非社会性(ルールの遵守・だます・性的逸脱行動等) (n=306)	222(72.6)	75(24.5)	8(2.6)	1(0.3)
4 ストレス耐性・対処スキル (n=307)	185(60.3)	104(33.9)	17(5.5)	1(0.3)
5 クライシスプランの内容 (n=307)	194(63.2)	95(30.9)	16(5.2)	2(0.7)
6 当事者への治療プランの説明と理解 (n=307)	209(68.1)	89(29.0)	9(2.9)	0
7 生活リズム (n=308)	104(33.8)	160(52.0)	42(13.6)	2(0.6)
9 整容・衛生 (n=307)	76(24.8)	148(48.2)	78(25.4)	5(1.6)
8 金銭管理の問題 (n=308)	109(35.4)	162(52.6)	35(11.4)	2(0.6)
9 家事能力 (n=307)	84(27.4)	151(49.2)	68(22.1)	4(1.3)
10 家族関係・友人関係・キーパーソン (n=308)	203(65.9)	85(27.6)	20(6.5)	0

42 (13.7%)であり、「特別な対応が必要」と「特別な対応はいらない」の回答者の法対象者の有無による比較では、有意な差は認められなかった。保健所担当者の支援に対する不安では、「かなり不安がある」が24 (7.8%)、「不安がある」179 (57.5%)、「あまり不安はない」97 (31.0%)、「不安はない」11 (3.6%)であった。法対象者の有では「かなり不安がある」と「不安がある」の割合は147 (61.8%)、無では53 (73.6%)であり、有意な差は認められな

表3 医療観察法事例の地域支援に関する課題

(単位 件)

	大いにある n (%)	少しある n (%)	あまりない n (%)	全くない n (%)	わからない n (%)
1 指定入院医療機関と地元の指定通院医療機関との連携が悪い (n=296)	9(3.0)	25(8.4)	87(29.4)	16(5.4)	159(53.7)
2 司法関係機関と精神保健福祉の各機関の役割が明確でない (n=299)	14(4.7)	83(27.8)	126(42.1)	15(5.0)	61(20.4)
3 対象者の支援が1、2か所の機関に集中し、負担である (n=298)	19(6.4)	89(29.9)	94(31.5)	12(4.0)	84(28.2)
4 保健所のマンパワーが不足し、きめ細やかな対応は難しい (n=298)	105(35.2)	115(38.6)	49(16.4)	9(3.0)	20(6.7)
5 支援対象事例が多いので、行政機関として負担が大きい (n=296)	26(8.8)	69(23.3)	119(40.2)	35(11.8)	47(15.9)
6 処遇困難な事例に対する丁寧な関わりをするには時間がない (n=298)	80(26.8)	130(43.6)	48(16.1)	9(3.0)	31(10.4)
7 発達障害、アルコール等、統合失調症以外の対象者の処遇が難しい (n=296)	92(31.1)	96(32.4)	34(11.5)	4(1.4)	70(23.6)
8 対象者が犯した行為の重さが分かっていないので、支援が難しい (n=299)	35(11.7)	104(34.8)	82(27.4)	8(2.7)	70(23.4)
9 再犯防止に視点が置かれるので、対象者の意向の尊重が難しい (n=297)	18(6.1)	85(28.6)	103(34.7)	8(2.7)	83(27.9)
10 指定通院医療機関が遠いので、治療を中断する心配がある (n=300)	45(15.0)	84(28.0)	113(37.7)	15(5.0)	43(14.3)
11 病院、福祉系事業所の本法対象者について理解がない (n=299)	8(2.7)	57(19.1)	120(40.1)	24(8.0)	90(30.1)
12 サービス利用に係る交通費があるので、対象者が利用しにくい (n=296)	25(8.4)	88(29.7)	87(29.4)	9(3.0)	87(29.4)
13 ケアホームのある市の担当者の負担が大きい (n=297)	17(5.7)	39(13.1)	38(12.8)	9(3.0)	194(65.3)
14 ホームヘルパーにとって法対象者のケアは難しい (n=298)	29(9.7)	73(24.5)	34(11.4)	9(3.0)	153(51.3)
15 地域処遇終了後の対象者の転出入の連絡が行政に入らない (n=298)	22(7.4)	30(10.1)	61(20.5)	28(9.4)	157(52.7)
16 対象者の転居、医療機関の変更に関する連絡が保健所に入らない (n=300)	13(4.3)	32(10.7)	79(26.3)	66(22.0)	110(36.7)
17 社会復帰調整官のケア期間制限がある。対象者が安定するまで支援できない (n=298)	42(14.1)	75(25.2)	61(20.5)	9(3.0)	111(37.2)
18 社会復帰調整官がケースが多く、十分に機能しない (n=298)	8(2.7)	44(14.8)	97(32.6)	12(4.0)	137(46.0)
19 法の処遇終了後の対応、支援体制に不安がある (n=300)	96(32.0)	128(42.7)	39(13.0)	2(0.7)	35(11.7)
20 医療観察法のケースについて支援終結のイメージがわからない (n=300)	61(20.3)	111(37.0)	87(29.0)	8(2.7)	33(11.0)
21 司法関係者に精神保健福祉法の理解が足りない (n=300)	8(2.7)	50(16.7)	96(32.0)	19(6.3)	127(42.3)
22 地域の理解が不足しているので、生活の場の確保が難しい (n=300)	62(20.7)	129(43.0)	44(14.7)	6(2.0)	59(19.7)
23 被害者支援、同じ町で生活するにあたって、被害者への配慮がある (n=300)	127(42.3)	87(29.0)	15(5.0)	2(0.7)	69(23.0)
24 サービス決定をする行政機関と退院後の居住地が異なるとタイムリーに対応できない (n=299)	38(12.7)	112(37.5)	42(14.0)	9(3.0)	98(32.8)
25 家族支援について、法以外のケースと異なり、対応方法がわからない (n=300)	7(2.3)	72(24.0)	151(50.3)	13(4.3)	57(19.0)

かったが、無しの方が、不安があるものの割合が高い傾向にあった ( $\chi^2=3.52$ ,  $p=0.065$ )。

(4) 法対象者の地域支援に関する課題について

表3に各項目の回答割合を示した。法対象者の地域支援に関する課題の項目で、「大いにある」「少しある」の割合が多かったのは、項目19「法の処遇終了後の対応、支援体制に不安がある」224 (74.7%)、項目4「保健所のマンパワーが不足し、きめ細やかな対応は難しい」220 (73.8%)、項目23「被害者支援、同じ町で生活するにあたって、被害者への配慮がいる」214 (71.3%)、項目6「処遇困難な事例に対する丁寧な関わりをするには時間がない」210 (70.5%)、項目22「地域の理解が不足してい

るので、生活の場の確保が難しい」191 (63.7%)、項目7「発達障害、アルコール等、統合失調症以外の対象者の処遇が難しい」188 (63.5%)であった。

次に、法対象者の支援経験有の保健所238カ所について、指定入院医療機関の有と指定通院医療機関有、指定医療機関無しの3群に分けて、支援に関する課題について比較した。指定入院医療機関有の総数が少ないため、課題に関する回答を、「大いにある」「少しある」を「課題有」とし、「あまりない」「全くない」を「課題無」の2群にして比較した結果を表4に示した。

3群で有意な差が認められた項目は、5項目であった。項目7「発達障害、アルコール等、統合失調症以外の対象者の処遇が難しい」は、

表4 医療観察法の事例有の保健所における指定医療機関の有無別の地域支援に関する課題

(単位 件)

	総数	課題有 n (%)	課題無 n (%)	$\chi^2$ 値	P値
1 指定入院医療機関と地元の指定通院医療機関との連携が悪い (n=128)	22	3(13.6)	19(86.4)	2.74	0.25
指定入院有	73	18(24.7)	55(75.3)		
指定通院有	33	11(33.3)	22(66.7)		
無し					
2 司法関係機関と精神保健福祉の各機関の役割が明確でない (n=209)	32	13(40.6)	19(59.4)	0.09	0.96
指定入院有	108	43(39.8)	65(60.2)		
指定通院有	69	29(42.0)	40(58.0)		
無し					
3 対象者の支援が1, 2か所の機関に集中し、負担である (n=195)	26	8(30.8)	18(69.2)	4.60	0.10
指定入院有	102	55(53.9)	47(46.1)		
指定通院有	67	31(46.3)	36(53.7)		
無し					
4 保健所のマンパワーが不足し、きめ細やかな対応は難しい (n=219)	34	26(76.5)	8(23.5)	0.12	0.94
指定入院有	108	82(75.9)	26(24.1)		
指定通院有	77	57(74.0)	20(26.0)		
無し					
5 支援対象事例が多いので、行政機関として負担が大きい (n=211)	31	13(41.9)	18(58.1)	3.62	0.16
指定入院有	107	47(43.9)	60(56.1)		
指定通院有	73	22(30.1)	51(69.9)		
無し					
6 処遇困難な事例に対する丁寧な関わりをするには時間がない (n=212)	33	23(69.7)	10(30.3)	0.98	0.61
指定入院有	107	83(77.6)	24(22.4)		
指定通院有	72	56(77.8)	16(22.2)		
無し					
7 発達障害、アルコール等、統合失調症以外の対象者の処遇が難しい (n=179)	27	17(63.0)	10(37.0)	11.05	0.00
指定入院有	90	74(82.2)	16(17.8)		
指定通院有	62	57(91.9)	5(8.1)		
無し					
8 対象者が犯した行為の重さが分かっていないので、支援が難しい (n=204)	29	15(51.7)	14(48.3)	0.91	0.64
指定入院有	104	64(61.5)	40(38.5)		
指定通院有	71	42(59.2)	29(40.8)		
無し					
9 再犯防止に視点が置かれるので、対象者の意向の尊重が難しい (n=189)	28	10(35.7)	18(64.3)	1.14	0.57
指定入院有	99	46(46.5)	53(53.5)		
指定通院有	62	29(46.8)	33(53.2)		
無し					
10 指定通院医療機関が遠いので、治療を中断する心配がある (n=212)	29	5(17.2)	24(82.8)	50.76	0.00
指定入院有	109	30(27.5)	79(72.5)		
指定通院有	74	56(75.7)	18(24.3)		
無し					

つづく

	総数	課題有 n (%)	課題無 n (%)	$\chi^2$ 値	P値
11病院、福祉系事業所の本法対象者について理解がない (n=184)					
指定入院有	26	4(15.4)	22(84.6)	2.63	0.27
指定通院有	94	29(30.9)	65(69.1)		
無し	64	16(25.0)	48(75.0)		
12サービス利用に係る交通費があるので、対象者が利用しにくい (n=179)					
指定入院有	26	10(38.5)	16(61.5)	5.11	0.08
指定通院有	96	41(42.7)	55(57.3)		
無し	57	34(59.6)	23(40.4)		
13ケアホームのある市の担当者の負担が大きい (n=91)					
指定入院有	15	5(33.3)	10(66.7)	5.60	0.06
指定通院有	44	19(43.2)	25(56.8)		
無し	32	21(65.6)	11(34.4)		
14ホームヘルパーにとって法対象者のケアは難しい (n=115)					
指定入院有	16	6(37.5)	10(62.5)	10.42	0.01
指定通院有	54	32(59.3)	22(40.7)		
無し	45	36(80.0)	9(20.0)		
15地域処遇終了後の対象者の転出入の連絡が行政に入らない (n=120)					
指定入院有	16	5(31.2)	11(68.8)	0.14	0.93
指定通院有	63	22(34.9)	41(65.1)		
無し	41	15(36.6)	26(63.4)		
16対象者の転居、医療機関の変更に係る連絡が保健所に入らない (n=167)					
指定入院有	25	4(16.0)	21(84.0)	0.69	0.71
指定通院有	87	17(19.5)	70(80.5)		
無し	55	13(23.6)	42(76.4)		
17社会復帰調整官のケア期間制限がある。対象者が安定するまで支援できない (n=163)					
指定入院有	25	13(52.0)	12(48.0)	0.87	0.65
指定通院有	89	53(59.6)	36(40.4)		
無し	49	31(63.3)	18(36.7)		
18社会復帰調整官がケースが多く、十分に機能しない (n=144)					
指定入院有	21	7(33.3)	14(66.7)	0.15	0.93
指定通院有	76	22(28.9)	54(71.1)		
無し	47	14(29.8)	33(70.2)		
19法の処遇終了後の対応、支援体制に不安がある (n=216)					
指定入院有	32	23(71.9)	9(28.1)	3.25	0.20
指定通院有	108	91(84.3)	17(15.7)		
無し	76	65(85.5)	11(14.5)		
20医療観察法のケースについて支援終了のイメージがわからない (n=217)					
指定入院有	32	21(65.6)	11(28.1)	2.51	0.29
指定通院有	108	60(55.6)	48(44.4)		
無し	77	51(66.2)	26(33.8)		
21司法関係者に精神保健福祉法の理解が足りない (n=156)					
指定入院有	21	5(23.8)	16(76.2)	1.54	0.46
指定通院有	83	30(36.1)	53(63.9)		
無し	52	15(28.8)	37(71.2)		
22地域の理解が不足しているため、生活の場の確保が難しい (n=200)					
指定入院有	27	17(63.0)	10(37.0)	3.16	0.21
指定通院有	103	79(76.7)	24(23.3)		
無し	70	56(80.0)	14(20.0)		
23被害者支援、同じ町で生活するにあたって、被害者への配慮がある (n=189)					
指定入院有	26	23(88.5)	3(11.5)	1.38	0.50
指定通院有	94	84(89.4)	10(10.6)		
無し	69	65(94.2)	4(5.8)		
24サービス決定をする行政機関と退院後の居住地が異なるとタイムリーに対応できない (n=166)					
指定入院有	25	14(56.0)	11(44.0)	6.33	0.04
指定通院有	82	55(67.1)	27(32.9)		
無し	59	48(81.4)	11(18.6)		
25家族支援について、法以外のケースと異なり、対応方法がわからない (n=209)					
指定入院有	31	11(35.5)	20(64.5)	7.82	0.02
指定通院有	103	20(19.4)	83(80.6)		
無し	75	28(37.3)	47(62.7)		

注  $\chi^2$ 検定

課題有の割合は指定入院医療機関有17(63.0%)、指定通院医療機関有74(82.2%)、指定医療機関無し57(91.9%)であった( $\chi^2=11.05$ ,  $p<0.00$ )。項目10「指定通院医療機関が遠いので、治療を中断する心配がある」は、課題有の割合は指定入院医療機関有5(17.2%)、指定

通院医療機関有30(27.5%)、指定医療機関無し56(75.7%)であった( $\chi^2=50.76$ ,  $p<0.00$ )。項目14「ホームヘルパーにとって法対象者のケアは難しい」は、課題有の割合は指定入院医療機関有6(37.5%)、指定通院医療機関有32(59.3%)、指定医療機関無し36(80.0%)

であった( $\chi^2=10.42$ ,  $p=0.01$ )。項目24「サービス決定をする行政機関と退院後の居住地が異なるとタイムリーに対応できない」は、課題有の割合は指定入院医療機関有14(56.0%)、指定通院医療機関有55(67.1%)、指定医療機関無し48(81.4%)であった( $\chi^2=6.33$ ,  $p=0.04$ )。項目25「家族支援について、法以外のケースと異なり、対応方法がわからない」は、課題有の割合は指定入院医療機関有11(35.5%)、指定通院医療機関有20(19.4%)、指定医療機関無し28(37.3%)であった( $\chi^2=7.82$ ,  $p=0.02$ )。有意な差は認められなかったが、項目12「サービス利用に係る交通費があるので、対象者が利用しにくい」、項目13「ケアホームのある市の担当者の負担が大きい」では、指定医療機関無し、指定通院医療機関有、指定入院医療機関有の順に課題有の割合が高い傾向にあった。

#### Ⅳ 考 察

##### (1) 指定医療機関と保健所との情報共有について

医療観察法の施行から10年経過し、保健所の法対象事例への支援経験割合は76.8%と増加しており、平均支援数も3.6と複数の法対象者を支援している状況にある。しかし、法対象者を支援している保健所で管内に指定通院医療機関が無い保健所が42.8%ある。指定通院医療機関が整備されていない地域では、遠方の指定医療機関との連携をとる必要があり、保健所の負担は大きい。また、法対象者の地域支援においては指定医療機関と地域支援機関との連携が重要であるとの指摘は多いが<sup>51-7)</sup>、連携の具体的な方法については明確になっていない。通院処遇ガイドラインには、退院準備から処遇終了までの指定医療機関の役割と処遇方針が示され、医療必要性の判断根拠や基準の検証、多職種チームでの評価や入院・通院・処遇の終了等の様々な局面で継続した評価を行うために共通評価項目が用いられている<sup>8)</sup>。共通評価項目は精神神経学的要素、個人心理的要素、対人関係の要素、環境的要素、治療的要素から構成され、法対象

者の状態に関する判断基準も明確に示されている。したがって、指定医療機関と地域関係者との情報交換においても共通評価項目を用いることが重要であり、今回の調査では共通評価項目に対する知識と活用について質問した。しかし、共通評価項目のカンファレンスでの活用は14.6%に留まり、知らないと回答した保健所が42.5%と、指定医療機関が保健所とのカンファレンスで活用できていない現状が推察される。その一方、共通評価項目の内容から抜粋した項目については、地域支援を進めていく上で必要だと考えている内容が多かった。特に「必ずほしい」の回答割合が70%を超えた「幻覚・妄想等の精神症状」「病識の有無」「非社会性」については、保健所は病状の悪化による再犯を防止するために、知りたいと考えており、「整容・衛生」「家事能力」は、地域支援の過程で支援者が判断できる内容であることから、割合が低かったと推察される。指定医療機関は、共通評価項目を活用し、病状、病識、地域生活の中で特に注意して観察すべき内容を保健所に明確に伝える必要があると考えられる。

##### (2) 保健所の法対象者への地域支援に関する認識について

保健所担当者の対応に関する認識では、法対象者に対して「特別な対応が必要」と考えている者が55.8%であり、法対象者の支援経験による差は認められなかった。再犯防止に対する意識から特別な対応が必要だと捉えていると考えられる。また、保健所担当者の不安では、「かなり不安がある」と「不安がある」の不安があるとの回答割合が65.3%と高かったが、法対象者の支援経験が無い者の不安が高い傾向にあり、実際に法対象者を支援したことで不安が軽減したと推察される。

法対象者の地域支援に関する課題では、「保健所のマンパワーが不足し、きめ細やかな対応は難しい」「処遇困難な事例に対する丁寧な関わりをするには時間がない」のように、法対象者には丁寧な支援が必要であるが、保健所はマンパワー不足から、丁寧な支援ができないと考

えていた。また、法の運用上、法対象者の中には治療反応性の低い事例も含まれる等、治療者の判断基準も明確に一致していない<sup>10)</sup>。そのため発達障害、アルコール等、統合失調症以外の事例は支援が難しく、法処遇終了後には地域支援者に支援の中心が移ることから、支援体制への不安が生じていると考えられる。また、「地域の理解が不足しているので、生活の場の確保が難しい」という居住場所の確保の問題は、平林の報告<sup>11)</sup>と同様であった。「被害者支援、同じ町で生活するにあたって、被害者への配慮がある」では、他害行為の被害者は家族や身近な人が多く、家族自身が医療機関に対する不信感を持っていること、地域で孤立している状態にあり、家族支援策の構築が必要であることがこれまでの研究<sup>12)13)</sup>でも報告されている。法対象者本人への支援と並行して家族や、家族以外の地域に住む被害者への支援を課題として感じている割合が高かったと考えられる。

### (3) 指定医療機関の有無による地域支援に関する課題の違いについて

法対象者の支援に関する課題についての指定医療機関の有無による比較では、「発達障害、アルコール等、統合失調症以外の対象者の処遇が難しい」「指定通院医療機関が遠いので、治療を中断する心配がある」では、指定医療機関無し、指定通院医療機関有、指定入院医療機関有の順に、課題有の割合が有意に高かった。通院処遇の5人に1人が服薬の不遵守が認められている<sup>14)</sup>。他害行為を防止するには症状管理が重要であり、指定医療機関があることで処遇が難しい事例の支援や治療中断に関する保健所の負担が軽減されていると考えられる。特に、指定入院機関があることで、法対象者の病状悪化時の相談だけでなく、必要に応じた精神保健福祉法による入院対応ができる体制にあることが支援者の安心感に影響すると考えられる。指定医療機関の整備の地域格差が指摘されているが<sup>1)</sup>、通院に関しては、医療費の負担が無くても、通院にかかる交通費は発生し、遠方への通院は治療中断を招きやすいことから、身近なところに

指定通院医療機関を確保することが重要である。

地域の医療資源の整備は、法対象者の社会復帰、社会生活の定着にも影響がある。「ホームヘルパーにとって法対象者のケアは難しい」では、指定医療機関無しで課題有の割合が有意に高く、「サービス利用にかかる交通費があるので、対象者が利用しにくい」「ケアホームのある市の担当者の負担が大きい」も有意な差は認められなかったが、同様に指定医療機関無しで高い傾向があった。指定医療機関があることで福祉サービス機関を利用しやすくなる傾向がうかがえる。福祉サービス提供機関は、指定医療機関が近くにあることで、病状に関する相談がしやすくなる等、医療との連携を取りやすくなり、福祉サービス提供機関の法対象者への支援に対する不安が軽減すると考えられる。また、指定医療機関が福祉サービス提供施設を運営しているケースも多く、法対象者の利用に係る費用負担、行政機関職員の負担感に影響したと考えられる。

「家族支援について、法以外のケースと異なり、対応方法がわからない」では、指定医療機関無し、指定入院医療機関有、指定通院医療機関有の順に課題有の割合が高かった。指定入院機関のある保健所の支援事例数の多さや、他害行為の相手が家族の事例を支援したことによる影響が考えられるが、本調査の結果からだけでは十分な検討は難しい。

「サービス決定をする行政機関と退院後の居住地が異なるとタイムリーに対応できない」については、指定医療機関無しで課題有の割合が最も高かった。この課題は、指定入院医療機関の場所が遠方であることによって生じる問題であり、指定入院医療機関と退院後の指定通院医療機関との連携が重要になる。長沼らは、通院処遇は入院処遇よりも支援体制が脆弱になり、指定通院医療機関の負担も大きいことを指摘している<sup>15)</sup>。保健所は法処遇終了後の再犯を課題と考えており、法処遇終了後も法対象者の病状悪化時の対応や必要に応じた精神保健福祉法による入院についても指定医療機関に相談できる環境にあることが、保健所の不安感に影響する。



処遇終了を見据えた指定入院、通院医療機関と地域との連携や役割分担をしていく必要がある。

本調査では、保健所に対する横断調査であり、今後の法対象者の増加によって生じる課題について継続的に検討する必要がある。

## V 結 論

指定医療機関の整備、連携が保健所の法対象者の支援に対する課題の認識や不安に影響していた。今後、処遇終了事例が増加する中、法対象者の継続した支援体制は重要であり、共通評価項目を用いて指定医療機関と地域支援機関の法対象事例のアセスメントをすること、指定医療機関から地域への積極的な連携が必要である。それと同時に、保健所側からも法対象者のケアマネジャーが社会復帰調整官から地域支援者へ移行することを意識して、継続した支援体制づくりを進める必要がある。また、再犯を防止していくことが重要であるが、法の目的である対象者の社会復帰の支援を司法機関、指定医療機関と地域が連携して支援する必要がある。

## 謝辞

本研究の実施にあたり、アンケート調査にご協力いただきました。保健所の皆様に深謝いたします。

なお、本研究は、平成24～26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）専門的医療の普及の方策及び資質向上策を含めた医療観察法の効果的な運用に関する研究（研究代表者 伊豫雅臣）分担研究「司法精神医療から地域精神保健福祉活動への移行における行政機関の役割に関する研究（分担研究者 角野文彦）として実施した。本研究に関連し利益相反（COI）関係にある企業などはない。

## 文 献

- 1) 法務省・厚生労働省。心身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の施行の状況についての検討結果。(http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002gk0i-at/2r9852000002

- gk49.pdf) 2015.5.1.
- 2) 平林直次。医療観察法対象者の円滑な社会復帰に関する研究。厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）「再び重大な他害行為を行った対象者及び再入院者に関する調査」（研究代表者：平林直次）平成25年度統括・分担研究報告書 2014；41-62.
- 3) 木原美由紀。宮本真巳。小野木和昭。他。指定入院医療機関に入院した対象者の地域自立支援に向けた連携の検討。精神科看護 2009；36(2)：37-46.
- 4) 狩野俊介。医療観察法入院対象者へのソーシャルワーク実践の課題の検討～医療観察法病棟入院対象者の入院決定書関係書類における社会復帰阻害要因の分類より～。精神保健 2012；43(1)：49-56.
- 5) 竹島正。小山田明日香。立森久照。他。精神保健福祉法による通報実態から見た触法精神障害者の地域処遇上の課題～全国の都道府県・政令指定都市へのアンケート調査をもとに～。日社精医誌 2012；21：21-31.
- 6) 辻本哲士。角野文彦。村田浩。他。医療観察法で処遇された者の社会復帰の現状～保健所のアンケート調査から～。公衆衛生 2013；77(11)：931-4.
- 7) 角野文彦。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）。平成21～23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）医療観察法の運用面の改善等に関する調査（研究代表者 小山司）総合研究報告書。2012；24-57.
- 8) 厚生労働省厚生局。通院処遇ガイドライン。2004；21-39 ([https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/hokkaido/gyomu/bu\\_ka/iji/documents/018.pdf](https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/hokkaido/gyomu/bu_ka/iji/documents/018.pdf)) 2015.5.1.
- 9) 角野文彦。司法精神医療から地域精神保健福祉活動への移行における行政機関の役割に関する研究。厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）「専門的医療の普及の方策及び資質向上策を含めた医療観察法の効果的な運用に関する研究」（研究代表者 伊豫雅臣）平成24年度統括・分担報告書 2014；101-8.
- 10) 磯村信治。加来洋一。兼行浩史。山口県での医療観察法運用の現状から見えてきた課題。臨床精神医学 2014；43(9)：1235-43.
- 11) 平林直次。医療観察法入院処遇対象者の精神科受診歴の有無に関する予備的調査。厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）「重大な他害行為をおこした精神障害者の適切な処遇及び社会復帰の推進に関する研究」（研究代表者 平林直次）平成23年度統括・分担研究報告書 2012；32-44.
- 12) 小池純子。宮城純子。池田朋宏。他。触法精神障害者家族の現状と支援～文献的一考察～。臨床精神医学 2014；43(9)：1345-51.
- 13) 深谷裕。触法精神障害者家族にとっての他害事件～：つながりの転換期。精リハ誌 2010；14(1)：81-9.
- 14) 安藤久美子。中沢佳奈子。浅野敬子。他。わが国における触法精神障害者通院医療の現状から2005～2013年の全国調査の分析から～。臨床精神医学 2014；43(9)：1293-1300.
- 15) 長沼洋一。三澤孝夫。福田敬。他。東京都の医療観察法指定通院医療機関の精神保健福祉士が直面する困難に関する研究。臨床精神医学 2014；43(9)：1317-23.