

医療観察法対象者の地域支援の現状と課題

ハラダ 原田 小夜* ツジモト 辻本 哲士^{2*} カクノ 角野 文彦^{3*} ナカハラ 中原 由美^{4*}

目的 医療観察法の運用から11年が経過し法処遇終了者が多くなってきている現状にある。また、精神保健福祉法の改正等、保健所を取り巻く環境が変化する中で、法対象者の地域支援の現状と課題について調査した。

方法 全国の494保健所に対し、平成26年9月に自記式質問紙法による郵送調査を行った。調査内容は保健所の法対象者の支援経験、事例数、法対象者支援に関する研修の受講状況、地域支援に関する課題項目として、①関係機関連携、役割に関する課題、②法対象者の有する特徴からみた課題、③保健所スタッフの力量や地域資源の課題の23項目と支援課題に関する自由記載を求めた。各項目の記述統計量を求め、自由記述内容は内容分析を行った。

結果 回収数329（回収率66.6%）、支援経験有80.9%、支援事例総数1,205人、保健所の平均支援数4.5人。精神保健判定等養成研修受講者の有9.6%、管内における司法精神医療や地域処遇に関する研修有は23.6%であった。「行政機関支援者の再犯防止の支援に関するスキル不足」、「法処遇終了後の対応、支援体制に不安がある」、「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」、「手厚いケアが必要なので保健所のマンパワーが不足」、「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」、「処遇困難な事例に対する丁寧なかかわりをする時間がない」の項目で課題有が80%を超えた。自由記載内容は【地域処遇における課題】、【法処遇終了後の課題】、【医療・福祉資源の不足】、【制度上の課題】、【医療観察法の効用】の5つのカテゴリに分類された。

結論 法対象者の支援に関する課題として、地域支援者の力量形成のためには、都道府県単位での基礎的な研修を継続、社会復帰調整官の調整能力の強化、法処遇終了後の再犯防止に関する警察との連携、社会復帰のための居住施設や利用サービスに関する指定医療機関との調整、高齢介護、知的・発達障害者の関係課に対する研修や啓発の必要性が明らかになった。制度上の課題として事例に応じた処遇期間の延長の判断基準の明確化が必要である。

Key words : 医療観察法, 保健所, 司法機関, 連携, 再犯防止

日本公衆衛生雑誌 2016; 63(10): 618-626. doi:10.11236/jph.63.10_618

I 緒 言

心神喪失等の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）を行った者の医療およ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」と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精神保健観察期間中は保護観察所の社会復帰調整官が指定通院医療機関や都道府県知事等と協議の上で通院処遇者の実施計画を策定することとされており、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26年12月での医療観察法の申し立て後の終局処理人員件数は総数3,462人で、法処遇終了者も増加している¹⁾。平成24年7月の法務省、厚生労働省の医療観察法の施行状況に関する検討結果では、入院対象者の住居や受け入れ先の問題、指定通院医療機関の確保といったハード面での課題と医療やケア

* 聖泉大学看護学部地域看護学

^{2*} 滋賀県精神保健福祉センター

^{3*} 滋賀県健康医療福祉部

^{4*} 福岡県糸島保健福祉事務所

責任著者連絡先: 〒521-1123 滋賀県彦根市肥田町720番地

聖泉大学看護学部地域看護学 原田小夜

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ことが報告されている²⁾。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³⁾。平成27年9月現在の指定通院医療機関は病院481か所、診療所53か所と徐々に整備されてきているものの、地域により偏在している⁴⁾。

入院処遇となった法対象者は、地域社会から長期間閉ざされた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⁵⁾。もともと精神症状の悪化に、生活困窮が加わって重大な他害行為を起こした経過があり、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⁶⁾。審判時に通院処遇となった法対象者は、入院のような手厚いケアや再犯防止プログラムを受けることはなく、指定通院医療機関のスタッフの負担が大きいとの指摘がある⁷⁾。また、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⁸⁾、法対象者の社会復帰を推進するには、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も指摘されている⁹⁾。筆者らは、指定医療機関の整備、連携の在り方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することを報告した¹⁰⁾。本研究の目的は、法が運用されて11年が経過し法処遇終了者が多くなったこと、また精神保健福祉法の改正等、保健所を取り巻く環境が変化する中で、法対象者の地域支援の現状と課題について明らかにすることとした。

II 研究方法

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・特別区62、中核市40)で、自記式質問紙法による郵送調査で保健所長あてに調査依頼を行い、精神保健福祉業務を担当する保健師、精神保健福祉士に回答を求めた。調査期間は平成26年9月1日～9月末日とした。

2. 調査内容および分析方法

保健所の概要として法対象者の支援経験の有無と支援事例数、精神保健判定医等養成研修の受講者の有無、保健所の研修派遣の有無、平成25年度に医療機関、司法機関が開催した法対象者支援に関する研修の有無とした。

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

査の自由記載内容を分類整理し、記述が多かった①関係機関連携、役割に関する課題、②法対象者の有する特徴からみた課題、③保健所および地域資源の課題に関する項目から構成して平成25年度に調査を実施した¹¹⁾。平成25年度には、新たに地域処遇終了者の増加と保健所スタッフの力量に関する課題に関する自由記載が多くあり、本調査は内容を追加、修正し、23項目を設定した。法対象者の支援経験有の保健所に回答を求めた。回答は「大いにある」、「少しある」、「あまりない」、「まったくない」の4段階とした。また、支援経験のない保健所も含めて検討するために、支援課題に関する自由記載を求めた。

3. 分析方法

各項目の記述統計量を求めた。なお、項目別に欠損値を除いて集計した。自由記載は内容を精読し、地域支援の課題に関する記述内容のみを抽出した。記述内容を文脈単位に分け、その意味内容からコードを生成した。生成したコードを比較検討し、意味内容の類似性からサブカテゴリを生成した。サブカテゴリの内容を比較し、その類似性からカテゴリを生成し、各カテゴリのコード数が全コード数に占める割合を求めた。コードの生成からカテゴリ生成までの分析過程において、研究者間で分析内容について確認し、合意して進め、分析結果の信頼性、妥当性を担保した。

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。聖泉大学倫理委員会の承認を受けた(承認日平成26年8月18日 承認番号26-5)。

III 結果

1. 研究協力保健所の概要

回答を得られた保健所は329か所(回収率66.6%)であった。概要を表1に示す。都道府県型252(76.3%)で回収率64.3%、政令市・特別区41(12.8%)で回収率66.1%、中核市36(10.9%)で回収率90.0%であった。中核市の回収率が高かった。保健所の法対象者への対応状況では、支援経験有266(80.9%)、支援事例総数1,205人、保健所の平均支援数は4.5人であった。支援経験有では、1事例68(25.7%)、2事例42(15.9%)、3~4事例61(23.0%)、5~9事例66(24.9%)、10事例以上28(10.5%)、最大31事例であった。

法対象者支援に関する研修では、精神保健判定等

表1 研究対象保健所の概要

項目	カテゴリ	n (%)
保健所の種類 (n=329)	都道府県	252(76.6)
	政令市・特別区	41(12.5)
	中核市	36(10.9)
支援経験の有無(n=329)	有	266(80.9)
	無	63(19.1)
精神保健判定医等養成研修受講者の有無(n=326)	有	34(10.4)
	無	292(89.6)
地域保健研修派遣経験の有無 (n=329)	有	18(5.5)
	無	311(94.5)
管内における研修の有無 (n=326)	有	77(23.6)
	無	249(76.4)
研修の必要性 (n=327)	大いに必要	24(7.3)
	必要	226(69.1)
	あまり必要でない	76(23.2)
	必要でない	1(0.3)

養成研修の総受講者は57人、受講者有34 (9.6%)、派遣経験有18か所 (5.5%) であった。管内における司法精神医療や地域処遇に関する研修の有無では、有77 (23.6%) であった。研修の必要性は、「大いに必要」24 (7.3%)、「必要」226 (69.1%)、「あまり必要でない」76 (23.1%)、「必要でない」1 (0.5%) であった。

2. 地域支援の課題について

地域支援の課題は、表2のとおりである。「大にある」、「ある」との回答を課題ありとし、その割合を求めた。80%を超えたのは6項目で、「23. 行政機関支援者の再犯防止の支援に関するスキル不足」227 (89.4%)、「18. 法処遇終了後の対応、支援体制に不安がある」224 (86.8%)、「17. 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」208 (83.9%)、「3. 手厚いケアが必要なので保健所のマンパワーが不足」211 (81.8%)、「10. 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」203 (82.2%)、「5. 処遇困難な事例に対する丁寧なかかわりをする時間がない」211 (81.2%) であった。「あまりない」、「ない」の課題なしの割合が高かったのは、「15. 転居、医療機関の変更に係る連絡が保健所に入らない」207 (85.3%)、「12. 福祉系事業所の法対象者についての理解がなく、利用を断られる」161 (67.4%)、「4. 対象事例が多く、負担が大きい」162 (63.3%) であった。

3. 自由記載のまとめ

自由記載のまとめを表3~5に示す。自由記載内容から抽出されたコードは121であり、【地域処遇における課題】、【法処遇終了後の課題】、【医療・福祉

資源の不足】、【制度上の課題】、【医療観察法の効用】5つのカテゴリに分類された。カテゴリは【 】, サブカテゴリ [], コード < > で示す。

1) 【地域処遇における課題】について

【地域処遇における課題】は、表3のとおり、「自己の力量面の課題」、「保健所の体制上の課題」、「関係機関との連携における課題」の3サブカテゴリから構成され、コード数28 (23.1%) である。「自己の力量面の課題」は、「支援の難しさ」、「支援への予期不安」であり、「支援の難しさ」は、アセスメントの困難さ、ケアの終結が見えないことへの不安であり、「支援への予期不安」は、対応の自信のなさであった。

【保健所の体制上の課題】は、「支援優先順位の認識」、「支援数の多さと負担」、「職員の異動による力量不足」で、「支援優先順位の認識」は、業務量の調整の問題であった。「支援数の多さと負担」は、法対象者数の増加と都市部への集中であった。「職員の異動による力量不足」は、人事異動による支援者の力量低下であった。

【関係機関との連携における課題】は、「法対象者・家族への支援」、「社会復帰調整官の役割・期待」として、社会復帰調整官との間で法対象者の情報共有や交流ができていない、医療観察法再入院の申し立てが行われないことであった。「支援者間の相互理解と情報共有」では、司法医療機関、庁内各課との連携が取れていないことであった。

2) 【法処遇終了後の課題】について

【法処遇終了後の課題】は、表4のとおり、「対象者のもつ支援上の課題」、「終了後の継続支援と再犯防止の必要性」、「終了後の連携体制が未確立」、「終了後に保健所が感じる不安」の4サブカテゴリから構成され、コード数43 (35.6%) である。「対象者のもつ支援上の課題」は「法処遇からの解放感」、「病識が不十分」、「支援の必要性の認識が低い」、「精神保健医療以外との連携」からなる。「法処遇からの解放感」は、保護観察終了による治療に対する気のゆるみ、「病識が不十分」は地域処遇中の病識が薄いこと、「支援の必要性の認識が低い」は、支援継続の判断が本人に任されること、「精神保健医療以外との連携」は、発達障害事例への関係機関の介入の必要性であった。

【終了後の継続支援と再犯防止の必要性】は、「再犯防止」、「終了後のサポート」であり、「再犯防止」は、関係機関の連携による治療中断の防止や警察との連携、「終了後のサポート」は、終了後の相談支援の重要性であった。「終了後の連携体制が未確立」は、「終了前の準備が不十分」、「保健所の責任と支

表2 地域支援の課題

項 目	大いにある	ある	あまりない	ない
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1 指定入院医療機関が遠く、地域との連携が難しい (n=252)	75(29.8)	94(37.3)	71(28.2)	12(4.8)
2 刺激のない入院施設から地域の施設入所は難しい (n=245)	47(19.2)	123(50.2)	70(28.6)	5(2.0)
3 手厚いケアが必要なので保健所のマンパワーが不足 (n=258)	97(37.6)	114(44.2)	47(18.2)	0
4 対象事例・終了事例が多く、負担が大きい (n=256)	19(7.4)	75(29.3)	142(55.5)	20(7.8)
5 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=257)	71(27.6)	140(54.5)	42(16.3)	4(1.6)
6 経験のあるスタッフがいらない (n=257)	64(24.9)	128(49.8)	56(21.8)	9(3.5)
7 地域処遇に関するアセスメントが難しい (n=257)	57(22.2)	140(54.5)	54(21.0)	6(2.3)
8 対象者が犯した行為の重さがわかっていないので、支援が難しい (n=254)	47(18.5)	116(45.7)	86(33.9)	5(2.0)
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=252)	32(12.7)	118(46.8)	95(37.7)	7(2.8)
10 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=247)	105(42.5)	98(39.7)	39(15.8)	5(2.0)
11 入院処遇中にも支援拒否のある対象者に地域支援はできない (n=241)	70(29.0)	100(41.5)	59(24.5)	12(5.0)
12 福祉系事業所の法対象者について理解がなく、利用を断られる (n=239)	15(6.3)	63(26.4)	128(53.6)	33(13.8)
13 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=252)	31(12.3)	107(42.5)	94(37.3)	20(7.9)
14 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=250)	21(8.4)	114(45.6)	100(40.0)	15(6.0)
15 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=248)	7(2.8)	34(13.7)	120(48.4)	87(35.1)
16 サービス決定機関と退院後居住地が異なるとタイムリーに対応できない (n=238)	34(14.3)	98(41.2)	78(32.8)	28(11.8)
17 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=248)	118(47.6)	90(36.3)	33(13.3)	7(2.8)
18 法の処遇終了後の対応、支援体制に不安がある (n=258)	113(43.8)	111(43.0)	33(12.8)	1(0.4)
19 処遇終了後のコーディネート機関が不明 (n=255)	84(32.9)	106(41.6)	56(22.0)	9(3.5)
20 社会復帰調整官のケア期間制限がある (n=247)	75(30.4)	109(44.1)	54(21.9)	9(3.6)
21 対象者の支援終了のイメージがわからない (n=254)	63(24.8)	112(44.1)	71(28.0)	8(3.1)
22 担当者の交代で、支援継続の意識が薄れる (n=257)	41(16.0)	125(48.6)	81(31.5)	10(3.9)
23 行政機関支援者の再犯防止の支援に関するスキルの不足 (n=254)	96(37.8)	131(51.6)	23(9.1)	4(1.6)

援終了の判断〉、〈社会復帰調整官に代わるケアマネジャーが不明確〉で構成される。〈終了前の準備が不十分〉は、一般精神保健福祉活動への移行前会議や移行後の社会復帰調整官への相談体制であった。〈支援終了の判断〉は、保健所が処遇終了、支援の要否の判断ができない、支援中断事例に対する責任であり、〈社会復帰調整官に代わるケアマネジャーが不明確〉は、終了後のコーディネート機関の不明確さであった。〔終了後に保健所が感じる不安〕は、〈手厚い支援がなくなることへの不安〉、〈対象者の増加に伴う負担〉である。〈手厚い支援がなくなることへの不安〉は、保健所のマンパワー不足による手厚い支援が行えないことへの不安であった。〈対象者の増加に伴う負担〉は、対象者の増加と終了後

の支援がすべて地域にまかされる負担であった。

3) 【医療・福祉資源の不足】

【医療・福祉資源の不足】は、表5のとおり、コード数19(15.7%)、〔医療資源の不足と地域格差〕、〔福祉資源不足〕の2サブカテゴリで構成される。〔医療資源の不足と地域格差〕は、〈指定入院病床の不足および地域格差〉、〈指定通院医療機関の不足〉であり、〈指定入院病床の不足および地域格差〉は、指定入院医療機関が遠方で長期入院になる、連携が取れないであり、〈指定通院医療機関の不足〉は、指定通院医療機関が遠いことによる治療中断の恐れであった。〔福祉資源不足〕は〈相談支援事業所の不足〉、〈利用できる資源が少ない〉で、相談支援事業所、発達障害や知的障害の重複者の社会資源の間

表3 【地域処遇における課題】の記述

サブカテゴリ	コード	代表的な記述
自己の力量面の課題 (4)	支援開始の難しさ (2)	<ul style="list-style-type: none"> 対象行為についての本人の思い等の情報が把握しづらく、アセスメントが難しいと感じる。
	予期不安 (2)	<ul style="list-style-type: none"> 担当者一人でもどの程度支援できるかという不安がある。
保健所の体制上の課題 (8)	支援優先順位の認識 (2)	<ul style="list-style-type: none"> 母子、精神保健、感染症などの業務を行いながら担当する、時間、業務量調整が困難。
	支援数の多さと負担 (4)	<ul style="list-style-type: none"> 今後対象者が増える傾向を考えると対応できる職員も限られている中では丁寧な関わりができない。 医療観察法での地域処遇も重要ではあるが、人口の多い都市部における困難さもある。
	職員の異動による力量不足 (2)	<ul style="list-style-type: none"> 保健所職員は転勤があり、長期的な支援の場合、途中で担当者が交代となることが多い。 区の地区担当と市の精神保健福祉センターの地区担当のバックアップでケースワークをしているが、お互い経験不足で、バックアップをするセンターも人材不足。
関係機関との連携における課題 (16)	法対象者・家族への支援 (5)	<ul style="list-style-type: none"> 本人の罪の意識がわからず再犯防止への具体的な働きかけや評価が行われていないことに不安を感じる。 家族が被害対象の場合もあり、家族ケアの充実が必要。
	社会復帰調整官の役割・期待 (5)	<ul style="list-style-type: none"> 毎年の担当者会議で社会復帰調整官が制度等の説明をしてくださるので、顔つなぎができ、何かあったら相談できる安心感を得られる。 処遇中に措置・医療保護入院を要する状況となっている対象者は医療観察法による入院の申し立てについても検討するよう、社会復帰調整官に動いてほしい。 対象行為の振り返りや、病識の獲得について、継続して確認する機会を設けたり、そのツールを準備できるとよい。
	支援者間の相互理解と情報共有 (6)	<ul style="list-style-type: none"> ケア会議へ出席している人は、対等であることを前提に意見を述べ、処遇にどう活かすか検討する場であることを望む。 薬物療法の効果があまり期待できず、関係がとりにくいケースについて、生育歴、学校および社会生活等からの特性を関係者間で共有し、処遇を行うことが重要と考える。 心理発達テストは必ず実施してほしい。軽度知的障害だと療育手帳を取得せずに成人になっている人が少なくない。包括的な診断をお願いしたい。 障害者福祉課、高齢者福祉課にも関わるべきところだが、処遇会議への参加も拒否的で関係部署間の対応にも非常に苦慮している。

題であった。

4) 【制度上の課題】について

【制度上の課題】は、表5のとおり、コード数26 (21.5%)、〔医療観察法の制度上の課題〕、〔精神保健福祉法と司法との間の課題〕、〔居住自治体の責任〕で、3サブカテゴリで構成される。

〔医療観察法の制度上の課題〕は、〈処遇期間の延長の必要性〉、〈処遇に関する判断・評価〉、〈制度の柔軟性と運用上の課題〉、〈処遇方法や処遇環境の課題〉である。〈処遇期間の延長の必要性〉は、法対象者が不安定、医療拒否でも終了になったであり、〈処遇に関する判断・評価〉は、処遇終了の判断基準がわからない、治療の評価がされていないことであった。〈制度の柔軟性と運用上の課題〉は、通院処遇から入院処遇への移行ができない、精神保健福祉法上の入院中が通院処遇期間として判断される、

〈処遇方法や処遇環境の課題〉は、通院処遇はクライシスプラン作成や心理教育を受ける時間不足、入院中と地域では本人への刺激が違いすぎるであった。

〔精神保健福祉法と司法との間の課題〕は、〈対象者の判断に関すること〉、〈法対象者外となった場合の支援〉である。〈対象者の判断に関すること〉は、法対象者か否かの判断のあいまいさであり、〈法対象者外となった場合の支援〉は、法対象者にならなかった場合の支援問題に対する記述であった。

〔居住自治体の責任〕は、〈住所地の問題〉、〈指定医療機関のある自治体の負担〉で、支援主体の自治体に関する問題であった。

5) 【医療観察法の効用】について

【医療観察法の効用】は、表5のとおり、コード数5 (4.1%)、〔支援者に対する効用〕、〔地域社会への周知の必要性〕で構成される。〔支援者に対す

表4 【法終了後の連携】の記述

サブカテゴリ	コード	代表的な記述
対象者のもつ支援上の課題 (8)	法処遇からの解放感 (1)	<ul style="list-style-type: none"> 本人自身も司法から外れたことの解放感のようなものを感じる事が多く、治療中断につながるのではと心配する。
	病識が不十分 (3)	<ul style="list-style-type: none"> 医療観察法処遇終了後、治療中断していたケースが措置入院している。入院前も受診勧奨したりしていたが、通報により措置入院になった。 医療観察終了後の支援について対象者に対する治療効果がなく、病識がない場合、精神科医療を中断する恐れが高く、再発・再犯が懸念される。
	支援の必要性の認識が低い (3)	<ul style="list-style-type: none"> 治療の動機づけが危ういことがある。 処遇終了後の医療については本人の判断次第になってしまうことがある。 本人が自ら支援をも求められない場合、継続した関わり方が難しい。
	精神保健医療以外との連携 (1)	<ul style="list-style-type: none"> 発達障害等治療反応性の低い対象者が増えている。精神医療・保健領域のみならず、特性を踏まえた専門機関の協力も求められている。
終了後の継続支援と再犯防止の必要性 (6)	再犯防止 (4)	<ul style="list-style-type: none"> 一般のケースになるが、再発防止のため関係機関の連携は必要である。 再犯防止機能を地域支援者に求められているのは限界がある。医療プログラムか防犯であれば、警察との連携を推進するのが先決かと思う。 医療観察法により、再犯率が非常に低くおさえられているが、手厚い医療と支援によるところが大きいと思う。
	終了後のサポート (2)	<ul style="list-style-type: none"> 社会復帰調整官の手厚い支援がなくなった後の医療継続、生活支援の本人・家族の意識づけ（自覚を促す）のための継続した支援が必要。
終了後の連携体制が未確立(12)	終了前の準備が不十分 (2)	<ul style="list-style-type: none"> 本人が地域で安定した生活ができるよう、移行前のケア会議で処遇中に必要なことは社会復帰調整官を中心に押さえてほしい。
	保健所の責任と支援終了の判断 (6)	<ul style="list-style-type: none"> 処遇中に転居し、再度転入した場合、処遇の結末や処遇終了後の方向性が不明となり、保健所の支援の要否が判断できないことがある。 いつまで何を支援するのか等、処遇終了後の支援全体に関して不安・疑問がある。 3年間は保護観察所を中心に密な関わりがあるが、本人の意識も変わり、支援をどのような形でいつまで継続するか課題になると思う。
	社会復帰調整官に代わるケアマネジャーが不明確 (4)	<ul style="list-style-type: none"> 地域処遇終了後の地域支援のマネジメントをどこにするのか、通院医療機関が相談支援事業者なのか、はっきりしない。
終了後に保健所が感じる不安 (17)	手厚い支援がなくなることへの不安 (15)	<ul style="list-style-type: none"> 医療観察が終了した後、同じように手厚く支援するにはマンパワーの問題もあり、不安である。 処遇終了に関しては支援者も不安がある。 再犯防止も含めて、精神保健福祉法でカバーできない法の限界を実感している。 終了したほうが、何度も通報されたりもしているので難しさを感じる。
	対象者の増加に伴う負担 (2)	<ul style="list-style-type: none"> 今は処遇終了例が少なく、指定通院医療機関がその中心を担ってくれているが、件数が増えたりすれば難しくなってくるかと危惧している。

る効用〕は、〈クライシスプランの活用〉、〈支援の評価方法〉、〈他の処遇困難例の方が大変〉であり、医療観察法が多職種連携モデル、クライシスプラン等の活用や、医療観察法は手厚いケアが可能なので安心との記述であった。〔地域社会への周知の必要性〕では、対象者が特別視されないようになるとよいとの記述であった。

Ⅳ 考 察

1. 保健所職員の法対象者支援についての力量について

法対象者、および処遇終了者が増加し、8割の保

健所が支援経験をもつようになった。しかし、精神保健判定医等養成研修の参加職員数は少なく、管内研修の実施割合も23.6%に留まった。医療観察法に関する基本的な学習をしていない職員が支援を行っている現状であると推察される。保健所は研修の必要を感じていても、研修に派遣することが難しい状況にある。竹島ら⁹⁾が、社会復帰調整官と連携のとりやすい地域コーディネーターが必要であることを報告しているが、行政機関支援者の再犯防止の支援に関するスキル不足の項目は課題有の割合が9割と最も高く、自由記載に保健所職員の法対象者へ関わることへの不安が記述されていた。行政機関および

表5 【医療・福祉資源の不足】【法制度上の課題】【医療観察法の効用】の記述

カテゴリ	サブカテゴリ	コード	代表的な記述
医療・福祉資源の不足(19)	医療資源の不足と地域格差(15)	指定入院病床の不足および地域格差(9)	<ul style="list-style-type: none"> 県内に入院医療機関がないため、入院中よりフォローができていない。 管内に入院・通院指定医療機関がなく、遠方のため困難で現実的ではない。 道には指定入院医療機関がないため、退院にむけ準備調整の困難性を感じる。
		指定通院医療機関の不足(6)	<ul style="list-style-type: none"> 指定通院医療機関が不足しており、入院期間が長期化している。居住地から通院先が遠方になってしまう。 指定通院医療機関および指定訪問看護事業者が少なく管外の指定機関にたよっている状況。支援する方策が限られてしまう。
	福祉資源不足(4)	相談支援事業所の不足(2)	<ul style="list-style-type: none"> 地域の支援サービスの充実が求められる。 法の処遇終了後のコーディネーターの選定について、精神の相談支援事業所が少ないため介入が希薄になりやすい。
法制度上の課題(26)	医療観察法の制度上の課題(17)	利用できる資源が少ない(2)	<ul style="list-style-type: none"> 発達や知的な問題が重複しているものも多く、利用できる社会資源を模索するときに広い視野と柔軟性をもって関係機関が連携して考えていく必要がある。 医療観察法による指定医療機関や、地域の精神保健福祉等に関する医療・福祉施設等に地域差があり、地域処遇(支援)が行える地域が限られている。
		処遇期間の延長の必要性(5)	<ul style="list-style-type: none"> 社会復帰調整官のケースへの関わり期間が2年間と決められているため、ケースが不安定な状態であっても、支援が終了となる。 対象者が通院処遇終了間際に、医療拒否をしても「前例がない」との理由で、通院処遇の延長ができなかった。
		処遇に関する判断・評価(4)	<ul style="list-style-type: none"> ある期限を定め、対象者の今後の処遇を再検討する体制が必要だと思う。 通院医療機関での入院期間が長い場合等は、地域における生活の適応について、見極めが難しく、処遇期間を延長することが望ましいように考える。
	精神保健福祉法と司法との間の課題(4)	制度の柔軟性と運用上の課題(5)	<ul style="list-style-type: none"> 対象者の状況により通院から入院処遇に移行できる等、柔軟に対応できる制度であるとよい。 治療反応性がない場合、地域のフォロー体制が整ってなくても、入院処遇が終了される。治療ができず、地域で支援だけを求められても不安がある。 精神保健福祉法による入院期間は、通院処遇の期間としないほしい。
		処遇方法や処遇環境の課題(3)	<ul style="list-style-type: none"> 通院処遇の人はクライシスプラン作成や心理教育を受ける時間が少ない。 鑑定入院から直接通院処遇になったケースの場合、病識や事件の内省が深まっておらず、適切な精神科医療が提供できないことが多い。 入院環境と地域の環境では刺激レベルが違いすぎて、地域生活のイメージがもちづらいケースがある。
		対象者の判断に関すること(2)	<ul style="list-style-type: none"> 同じような傷害行為なのにひとは旧法25条通報、ひとは医療観察というケースがあり、なぜと思うことがあった。
医療観察法の効用(5)	支援者に対する効用(3)	法対象者外となった場合の支援(2)	<ul style="list-style-type: none"> 通院処遇中に治療反応性がないと処遇終了するケースがあり、精神保健福祉法による支援も難しい。司法による処罰が受けられるよう制度改正が必要と考える。
		居住地自治体の責任(5)	<ul style="list-style-type: none"> 住民票があるサービス利用決定自治体と、実際に居住自治体が異なる場合、調整に手間と特に実際の生活の場と住基が異なる場合、サービス利用の受付もできず悩む。
	指定医療機関のある自治体の負担(2)	指定医療機関のある自治体の負担(2)	<ul style="list-style-type: none"> 必ず同じ地域に退院先の居住地をしなければならないのかと疑問を感じることもある。 もともと居住地でないケースが多い。原則入院前の自治体でみるべき。
クライシスプランの活用(1)		<ul style="list-style-type: none"> 医療観察法が多職種連携モデルは、一般の精神保健福祉相談・支援にも参考となる。成果を示してもらいたい。(クライシスプラン等とても良い) 	
支援の評価方法(1)		<ul style="list-style-type: none"> 医療観察法対象者への支援はとても手厚く評価もしっかりされていることを知り、措置患者への地域の支援体制について考えさせられた。 	
地域社会への周知の必要性(2)	他の処遇困難例の方が大変(1)	<ul style="list-style-type: none"> 対象者以上にはるかに処遇困難事例が存在するので、手厚いケアが可能な対象者の方が却って安心できる。 	
	処遇終了者のその後の状況が地域で支援する者に伝わるとよいと思う。	<ul style="list-style-type: none"> 処遇終了者のその後の状況が地域で支援する者に伝わるとよいと思う。 	

地域の相談事業所等地域支援者の支援スキルの不足が推察される。都道府県単位で法制度、法処遇の基本的な研修を継続して実施する体制整備が重要である。また、クライシスプランの一般精神科医療への応用が進められている¹²⁾。医療観察法の効用の記述にあったように、地域支援者のスキルの向上のためには司法医療機関の多職種チームで用いられる共通評価項目¹³⁾を用いたアセスメントやクライシスプランについて、ケア会議で地域支援者と共有する必要がある。

2. 法対象者の支援における関係機関の連携について

地域支援の課題では、手厚いケアが必要なので保健所のマンパワー不足の項目で課題有の割合が高く、自由記載でもマンパワー不足の問題が抽出され、再犯防止のために手厚い支援が要求される法対象者支援は保健所の負担になっていた。マンパワー不足の問題は、先行研究^{9)~11)}でも課題として指摘されているが、本調査では、量的な不足に加え、人事異動による地域の支援能力の低下があることが考えられる。行政機関は人事異動によって支援経験の豊富な担当者から経験のない担当者へ交替することも多く、保健所だけでなく、精神保健福祉センターも同様である。年度変わりの時期等、社会復帰調整官には異動の状況を判断し支援チーム員の役割を柔軟に変化させる調整が求められる。社会復帰調整官への期待として、ケア会議の運営、法対象者の情報提供の記述があるが、保健所と司法機関の相互理解には社会復帰調整官の調整能力の強化が重要である。

法処遇終了後の対応、支援体制で課題を感じている保健所が多く、自由記載のコード数も最も多かった。医療観察法が想定した対象者は統合失調症であるが、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¹⁴⁾。発達障害者、知的障害者、法処遇中に病識がなかった事例等、法処遇終了によって手厚い支援がなくなることで再犯防止が難しく、再犯の責任が地域支援機関に係ることを危惧しており、実際に何度も24条通報があることが記述されていた。法処遇終了になると法対象者は自由に転居でき、医療機関の選択、治療の継続も本人の意思に任される。保健所は法対象者の転帰をすべて把握できておらず、継続した支援が難しい状況にある^{8,9)}。処遇終了者の再犯防止に関しては、司法医療機関との連携した医療の継続、リスク管理だけでなく、再犯防止については、警察との連携も必要性であると考えられる。

法対象者の安定した地域生活のためには、法処遇

中から居住場所、利用施設を想定し、知的障害者施設や介護保険施設等の利用のために各種判定や手続きを実施する必要があるが、指定医療機関が知的障害に対する判定をしていないことや、関係課の担当者への法対象者に対する理解不足が課題となっていた。ケア会議では法終了後の居住施設や利用サービスについて指定医療機関と調整する必要がある。また、高齢福祉・介護関係課、知的障害者・発達障害者の関係課職員の法対象者支援の理解を促す研修や啓発が必要である。

3. 制度上の課題

医療観察法の制度上の課題では、処遇困難な事例であっても法処遇期間の延長がなされないこと、延長にならない理由等、保健所が理解できない現状にある。医療観察法は社会復帰を目的とするが、実際には治療抵抗性のある患者を精神保健福祉法の枠組みで対処することの限界があると指摘されている^{14,15)}。事例に応じた処遇期間の延長、延長か否かの判断基準の明確化が必要である。審判で通院処遇となった法対象者は、指定医療機関との関係構築も不十分で処遇開始になる場合があり、支援が難しい状況がある¹⁶⁾。本調査においても、通院処遇になった事例の対応の難しさに関する記述があった。さらに、通院処遇から入院処遇への変更、通院処遇となっても精神保健福祉法上の入院を入れる等の対応や、精神保健福祉法における入院期間が通院処遇期間に含まれる場合の期間延長等の記述があり、対象者の状態に応じた期間延長の判定が望まれる。

法処遇対象にならなかった事例に対する支援の難しさが、精神保健福祉法と司法との間の課題で記述されており、医療観察法で扱う範囲に関する問題である。中根ら¹⁴⁾は審判後に法対象とならなかった場合の事例に関する支援の主体が決められていないことに対する課題を指摘している。保健所が司法処遇にも医療観察法処遇にもならなかった事例を精神保健福祉法で対応しなければいけない現状で困っている実態が明らかになった。また、指定医療機関の整備には地域格差があり、その結果多くの事例の支援を実施している地域と、まったく事例がない、1事例しかない地域とがある。居住自治体の責任として、多くの事例を抱える保健所の負担が大きいとの記述があり、指定医療機関の地域偏在が地域支援者の負担感に影響している現状が明らかになった。

V 結 論

本調査の結果、地域支援者の力量形成のためには、都道府県単位での基礎的な研修の継続、保健所と司法機関の相互理解のための社会復帰調整官の調

整能力の強化が必要である。また、法終了後の支援を想定し、居住施設や利用サービスに関する指定医療機関との調整や高齢福祉や介護、知的・発達障害者を担当する職員の理解を得るための研修や啓発が必要である。再犯防止に関する警察との連携も重要である。制度上の課題として事例に応じた処遇期間の延長と判断基準の明確化の必要性が示唆された。

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。

第74回日本公衆衛生学会総会（長崎県，長崎市）で本研究の一部を発表した。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。

（受付 2016. 6.27）
（採用 2016. 8.18）

文 献

- 1) 厚生労働省. 医療観察法の地方裁判所の審判の終局処理の状況. http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaihakukushi/sinsin/kettei.html (2016年5月1日アクセス可能).
- 2) 法務省, 厚生労働省. 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の施行の状況についての検討結果. 2012. <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r985200002gk0i-att/2r985200002gk49.pdf> (2016年5月1日アクセス可能).
- 3) 田口寿子. 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. 平成25年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究）総括・分担研究報告書 医療観察法対象者の円滑な社会復帰促進に関する研究（研究代表者 平林直次）2014; 41-62.
- 4) 厚生労働省. 心神喪失者等医療観察法の医療機関等の状況. 2016. http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaihakukushi/sinsin/shikou.html (2016年8月22日アクセス可能).
- 5) 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.
- 6) 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. 精神保健福祉 2012; 43(1): 49-56.
- 7) 長沼洋一, 三澤孝夫, 福田 敬, 他. 医療観察法とその周辺: 症例と取り組み 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): 1317-1323.
- 8) 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): 931-934.
- 9) 竹島 正, 小山明日香, 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. 日本社会精神医学会雑誌 2012; 21(1): 21-31.
- 10) 原田小夜, 辻本哲士, 角野文彦, 他. 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. 厚生指標 2016; 63(7): 20-28.
- 11) 角野文彦. 司法精神医療における行政機関の役割に関する研究. 平成25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）総括・分担研究報告書 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）2014; 95-101.
- 12) 野村照幸. 医療観察法とその周辺: 症例と取り組み 一般精神科医療への医療観察法に基づく医療の応用: クライシス・プランによる疾病自己管理と医療の自己決定. 臨床精神医学 2014; 43(9): 1275-1284.
- 13) 厚生労働省. 通院処遇ガイドライン. 2004; 21-39. <https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/hokkaido/gyomu/buka/iji/documents/018.pdf> (2016年5月1日アクセス可能).
- 14) 中根 潤, 村松太郎. 医療観察法とその周辺: 症例と取り組み 医療観察法鑑定の問題点. 臨床精神医学 2014; 43(9): 1261-1267.
- 15) 磯村信治, 加来洋一, 兼行浩史. 医療観察法とその周辺: 症例と取り組み 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): 1235-1243.
- 16) 安藤久美子, 中沢佳奈子, 浅野敬子, 他. 医療観察法とその周辺: 症例と取り組み わが国における触法精神障害者通院医療の現状: 2005～2013年の全国調査の分析から. 臨床精神医学 2014; 43(9): 1293-1300.