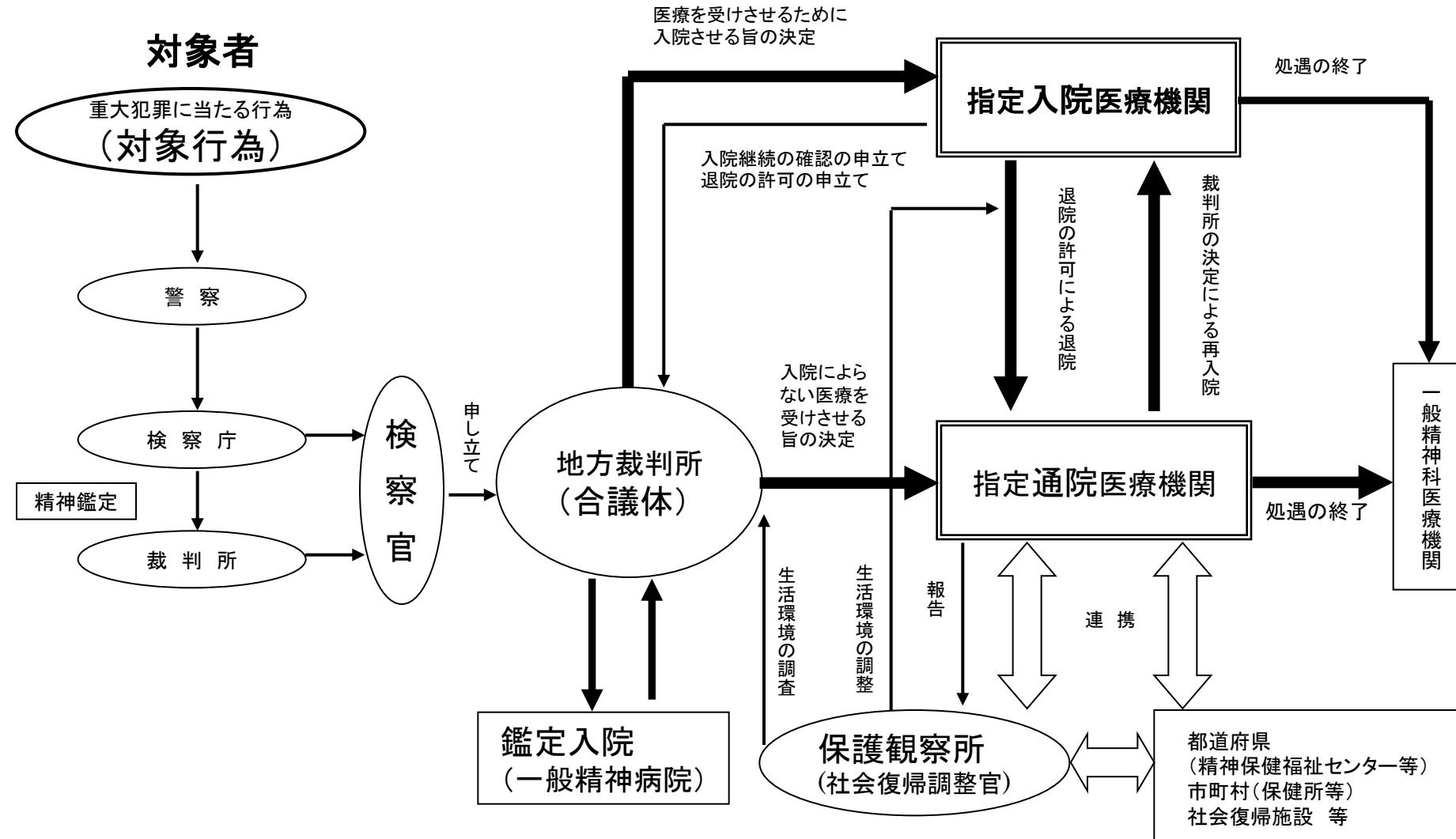


心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の
医療及び観察等に関する法律(医療観察法)



医療観察法の対象者によく見られるライフサイクル

親からの過剰のしつけ虐待
兄弟からの虐待 父親の飲酒
暴力の目撃 無力の母親
父の性的虐待

早期の教育からの脱落
社会生活体験の乏しさ

被いじめ体験
教師の不適切な対応

精神遅滞

発達障害

注意欠陥多動性障害

パーソナリティ障害

発病

措置入院
行動制限
強制投薬

アドヒアランス低下
入退院の繰り返し

対象行為

自殺念慮/非社会的行動

自傷行為

過量服薬 物質使用障害

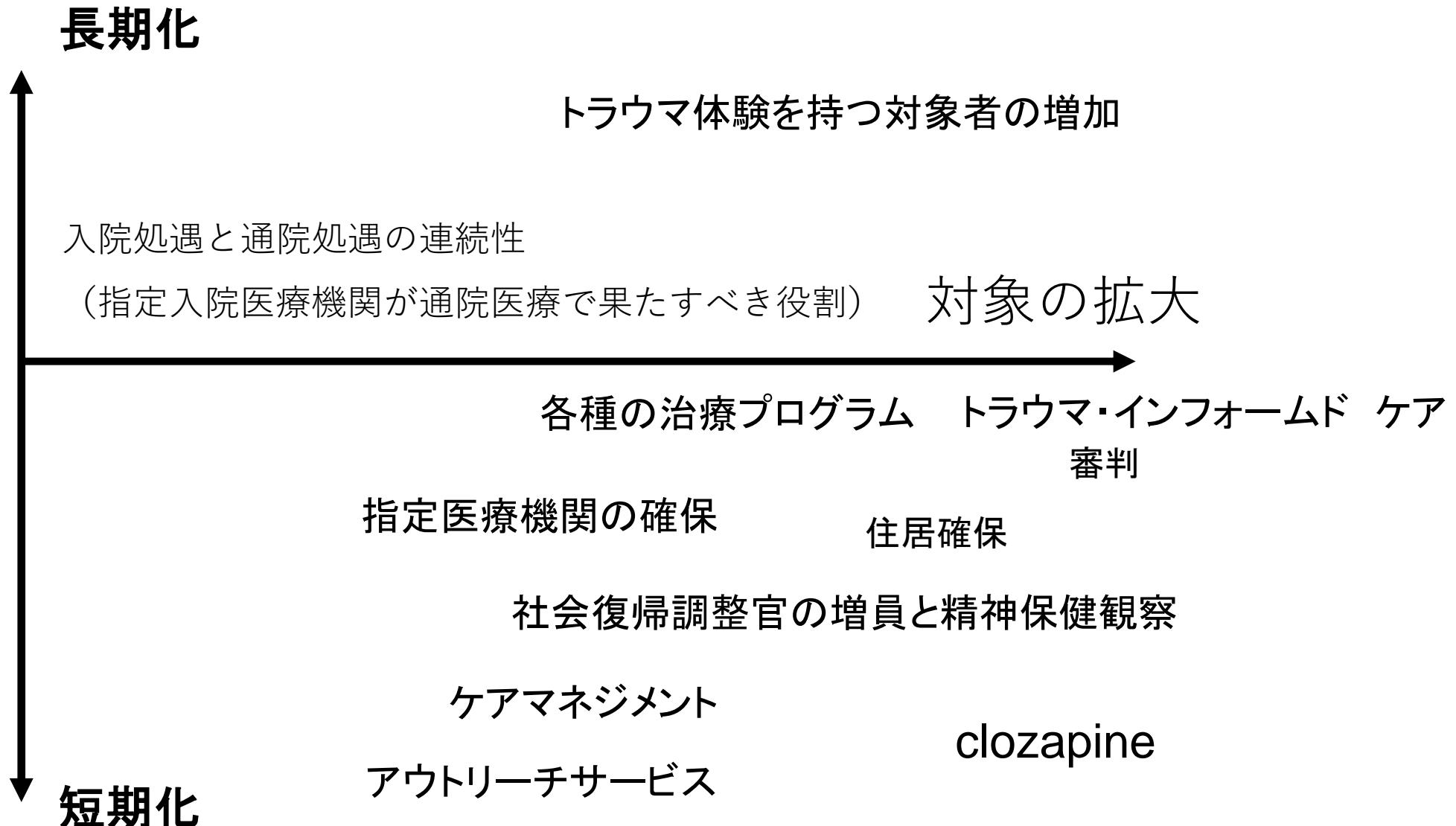
ゲーム 浪費

統合失調症
気分障害
物質使用障害

生活保護受給
医療・保健・福祉からの孤立

軽症化/重症化？ ⇒ 複雑化

医療観察法医療の歩みと今後の課題



東京における関係機関との連携

指定通院医療機関の中核施設
困難事例の積極的引き受け

NCNP

埼玉県立精神医療センター

松沢病院

指定通院医療機関との連携

東京医療観察法制度連絡協議会

バックベッド契約

指定入院医療機関との連携

(関東甲信越)ブロック会議

神奈川県立精神医療センター

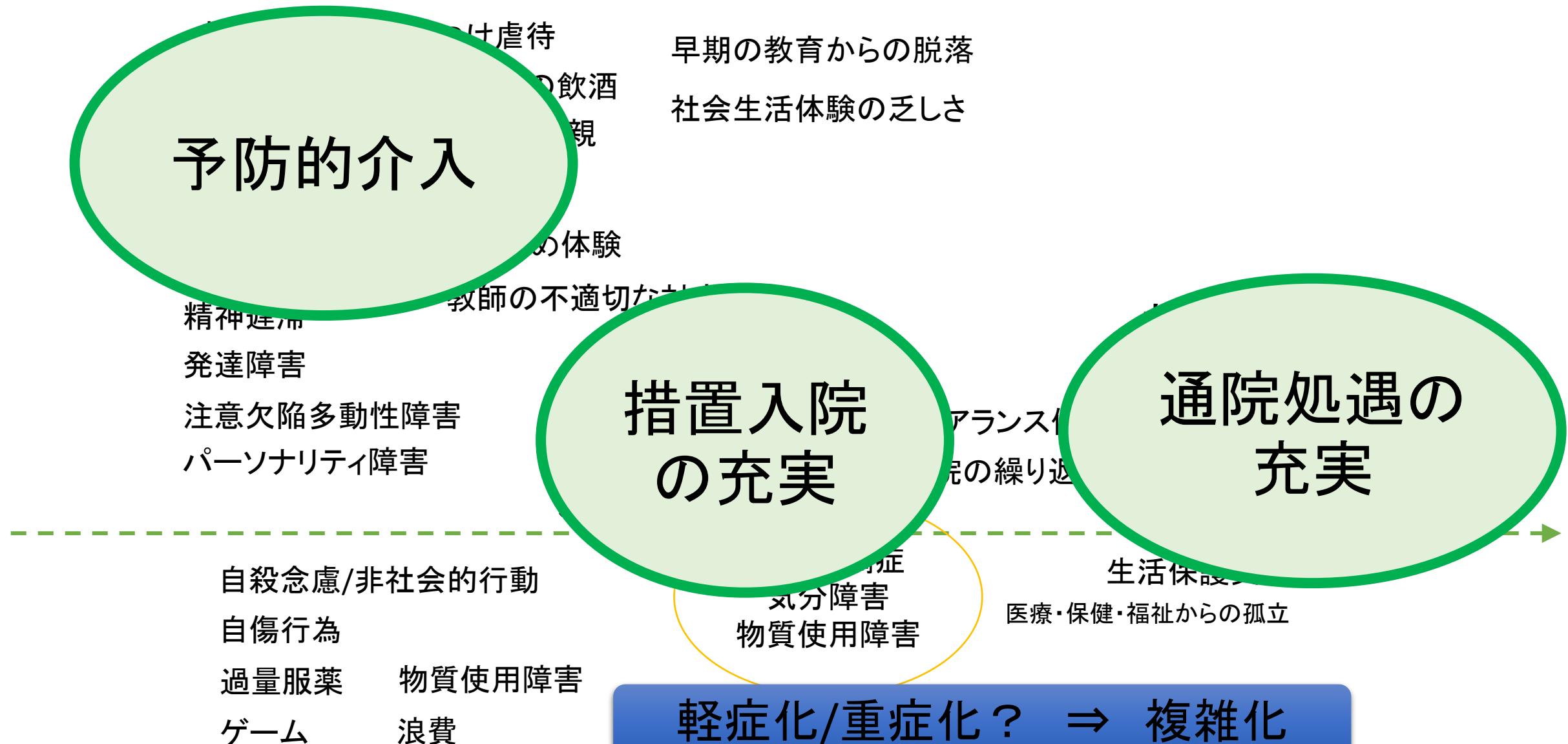
PFの共有
持ち回りの事例検討会
コンサルテーションと転院

保護観察所との連携

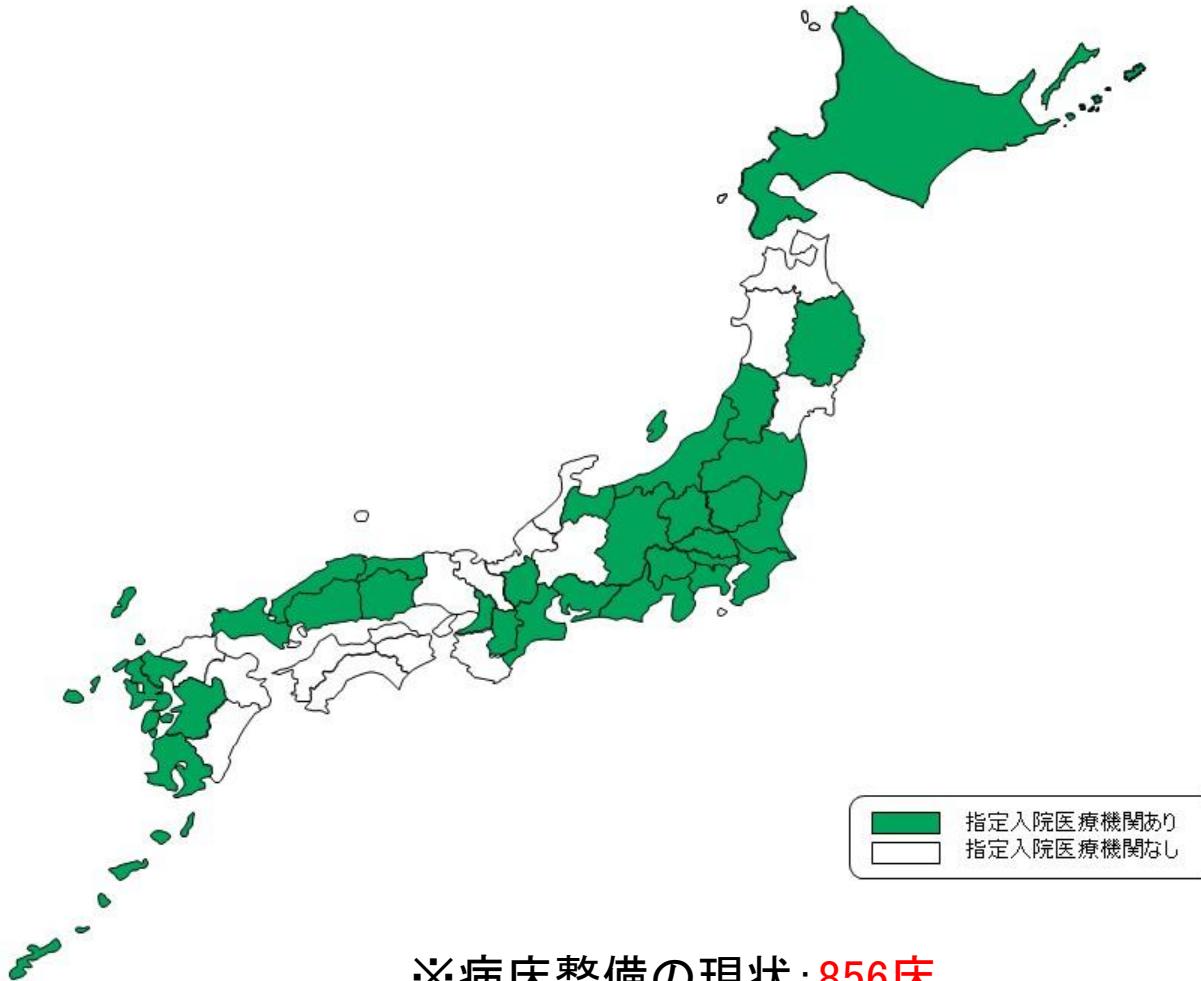
社会復帰促進サポート事業

東京保護観察所 立川支部 意見交換会

医療観察法の対象者によく見られるライフサイクル



【指定入院医療機関の状況(令和7年4月1日現在)】



※病床整備の現状: 856床

[うち国関係: 504床 都道府県関係352床](令和7年4月1日現在)
厚労省ホームページより

宮城県内に指定入院医療機関の有無による影響

●地域移行支援における合意形成の困難化

外泊回数や長期の外泊日数が組みにくいため、地域で支援する関係機関の合意に時間を見る。

●多職種連携・コミュニケーションの物理的制約

家族や自治体職員、社会復帰調整官が面会に行きにくいため、WEB会議サービスでのC P A会議参加となり指定入院医療機関と地域とのコミュニケーションが図りにくい。自治体職員の県外出張に伴う負担の問題もある。入院中の対象者と指定通院医療機関やグループホームなどの職員の面会が実現すると指定通院医療機関の内諾や居住地確保につながりやすく、その結果早期の退院が可能となると思われる。

宮城県内に指定入院医療機関の有無による影響

●専門的ノウハウの蓄積と普及の停滞

医療観察法の対象とならなかった「触法精神障害者」のアセスメントやマネジメントなど、応用が期待される医療観察法の地域支援のノウハウが広がりにくい。他県では指定入院医療機関で勤務歴がある専門職が、他の医療機関や訪問看護ステーションに移ることで触法精神障害者のアセスメントや再他害行為の予防策などのマネジメント理解が広まっている。このことで触法精神障害者に対する専門職のスティグマを軽減すると思われる。

宮城県内における入院処遇の現状

- ・累計件数（平成17年7月15日～令和7年9月末）

宮城県を居住予定地とする入院処遇の累計は109件に上る。その内訳は、東北管内の医療機関が86件、東北管外が23件であり、全件が県外での処遇となっている。

- ・現在進行中の件数（令和7年9月末現在） 現在、宮城県において生活環境調整が実施されている入院処遇（係属件数）は28件である。

これらの数値は、県内に受け皿がない中で、常に一定数の対象者が県外で入院し、遠隔地での地域移行支援を必要としている実態を裏付けている。