

- ③多職種チームへの信頼感の醸成
- ④病棟内地域ケア会議（CPA会議等）への対象者参加の促進
- ⑤退院計画とその進捗状況に対する理解の強化

#### （４）「権利擁護講座」の実際

「権利擁護講座」は、医療観察法と権利擁護等に関連する諸制度についての知識を学ぶことにより、対象者自身が、自分の置かれた立場や権利等を正しく理解し、利用すること目的としている。そして、このことは、対象者と治療者が安定した治療関係を維持していくことにも役立っている。

実際の「権利擁護講座」では、医療観察法の抗告、退院請求、処遇改善請求などの入院対象者の権利や入院中の治療同意と倫理会議、行動制限などの内容を中心に、必要があれば、医療観察法以外の精神保健福祉法や成年後見制度等についても取り上げるなど、対象者の権利擁護に関係する幅広い項目を扱うことになっている。また、権利擁護や法律的な問題をわかりやすく説明するために、図表や写真などを使い、具体的な事例などもあげて説明していくとともに、実際の申請書式なども利用し、申請の手続きを紹介している。

「権利擁護講座」は、その月に入院した対象者と急性期・回復期・社会復帰期の対象者の中で参加を希望している者を対象に行われている。近々、退院申請手続きを行う予定の者などが、質疑等場面のみに入る場合などもある。「権利擁護講座」は、30～60分程度の「講義」と30分程度の「質疑」というような形式で行なわれていることが多い。

精神保健福祉士は、厚労省の「入院処遇ガイドライン」において『急性期』における『ソーシャルワーク（精神保健福祉士）業務の概要』として、『処遇改善請求、退院請求等について説明・相談と手続き援助』を行う

ことが、記載されている。そのため「権利擁護講座」と連携する形で精神保健福祉士の業務として、講座終了後に対象者より希望があれば、講座後や別の日に面接日程を調整し、個別面接を行い、より詳しい説明を行うとともに、必要があれば、外部の付添人（弁護士等）とも連携して、手続き援助等も行っていく。また、「質疑」については、権利擁護という扱う問題の特殊性から、外部の弁護士や権利擁護関係者などの参加も予定しており、国立精神・神経センターでは、精神保健福祉士と固定メンバーの看護師の他に、指定入院医療機関の多職種以外の外部の弁護士や精神保健福祉士、精神医療人権センターの職員等の協力を得て、その企画から講義後の質疑等まで、共同して行っている。

## 2 社会復帰講座

### （１）プログラムの目的

社会復帰における生活上の諸問題を明らかにし、有効な社会サービス、社会復帰制度や社会復帰関連施設等の正しい知識・情報を伝えていくことで、より具体的に対象者が適切にこれらを選択し、利用していけるようにする。そして、そのことにより入院生活における不安を軽減し、社会復帰への積極的な取り組み、退院後の地域生活への円滑な移行を促す。

### （２）実施上の注意事項

患者各人の能力に合わせ、できるだけ平易な言葉で、正しい内容や手続き正確に伝えていく。

必要な専門用語等は、わかりやすく説明する。

### （３）実施方法

社会サービス、社会復帰制度や社会復帰関連施設等の理解による援助依頼等において、

個別の援助の必要があれば、個別面接等で対応していく。

#### (4) 社会復帰講座の実際

入院中から利用可能な制度（生活保護や障害年金、障害者手帳等）を紹介し、対象者のニーズを引き出していくとともに、退院・社会復帰計画等で必要となる各種社会復帰施設について、詳しく説明していく。また、CPA会議（病棟内ケア会議）や社会復帰調整官の役割、「処遇実施計画」や外泊計画など、医療観察法の制度自体などについても説明していくとともに、既存の精神保健福祉法や自立支援法と医療観察法の関係、精神保健観察と地域でのケア会議の関係など幅広いテーマを取り上げて行われている。講義方法については、必要な専門用語等を解説しながら、できるだけ平易な言葉で、具体的な事例や写真、図表なども使いわかりやすく説明し、内容と手続きを正確に伝えていく。

国立精神・神経センターなどでは、精神保健福祉士（2名）と固定メンバーの看護師（3名）がその企画の段階から委員会を作り、運営なども共同で行っている。「社会復帰講座」の対象は、回復期・社会復帰期を対象者を中心に、対象者の参加希望と担当多職種チームの推薦などにより人選され、月に2～3回程度、平均8～14人が参加し、時間は60～90分の枠で行われている。「社会復帰講座」の時間の内訳は30～60分程度の「講義」と30分程度の「質疑」という構成になっている。

また、講座終了後に対象者より制度手続き等の希望があれば、講座後や別の日に面接日程を設定し、対象者それぞれの個別援助ケースの相談に応じるなど、「社会復帰講座」と連携したきめ細かい相談・援助体制を作り、対象者のニーズに対応している。

（国立精神・神経センター 三澤孝夫）

### 3 現場からの報告

#### (1) 「指定入院医療機関における精神保健福祉士の役割と課題について」

医療観察法が施行されてから2年が経過した。すでに指定入院医療機関から退院し、地域生活に移行した対象者も複数名を数えている。指定入院医療機関、指定通院医療機関の不足など、問題点が存在するが、我が国において初めての「司法精神医療」は定着しつつある。一方で当初想定されていなかった問題も明らかになるなど、課題も山積している。今回は指定入院医療機関における精神保健福祉士の業務とその課題について述べていきたい。

#### (2) 指定入院医療機関における精神保健福祉士の業務

対象者が指定入院医療機関へ入院してから退院するまで、多職種チームが編成される。このチームには精神保健福祉士が参加しており、入院中の権利擁護・日常生活・環境調整などを業務として行っている。

33床の指定入院医療機関の場合、多くは2名の精神保健福祉士が専従職員として配置されているが、多くは本体病棟を兼務している。さらに、15床以下の指定入院医療機関においては1名の精神保健福祉士がすべての対象者に関与しており、いずれの場合も多忙を極めていと言わざるを得ない。このほか、後述する社会復帰調整に加え、権利擁護講座や社会復帰講座などの治療プログラムも実施している。

#### (3) ケア会議（CPA会議）について

指定入院医療機関では、円滑な退院へ導くためのケア会議が行われている。指定入院医療機関によって名称は様々であるが、いずれもケアマネジメントの手法を導入し、対象者とともにプランや方向性を探っていくもので

ある。開催のタイミングは治療の進展状況にもよるが、およそ2～3ヶ月に1回ほどの頻度で開催されている。これらケア会議には担当多職種チーム、対象者、社会復帰調整官の参加はもちろんのこと、退院予定地の行政・保健・福祉担当者、指定通院医療機関スタッフなども参加している。対象者の個人情報保護などの観点からインフォーマルな人々の参加が難しいが、対象者の早期社会復帰を促すためには、これら地域生活を支えるスタッフの早期参加が効果的である。どのタイミングから参加を求めるのか、対象者の治療状況により様々であるが、関係性の構築などを行う上では、早期からの参加が望ましい。

#### (4) 業務の現状

精神保健福祉士が主に担う業務として、社会復帰調整官と連携した退院地の調整があげられる。おおよその希望については、対象者も参加して実施するケア会議などで明らかになってはいるが、利用する社会資源、サービスなどは既存の精神保健福祉の活用にとどまらず、さまざまな制度の利用、調整が必要となっている。これらの調整にあたっては社会復帰調整官との十分な連携が不可欠であるが、医療観察法の制度理解を求めるところから始めることも必要である。さらに社会復帰期から始まる外泊においても、外泊中のケア会議が計画されており、退院先が遠隔地の場合、関係機関と対象者の貴重な顔合わせの場所となっている。これらの場面にも精神保健福祉士が参加することが多く、その業務内容は病棟内にとどまらない。

#### (5) 課題

前述の通り、指定入院医療機関における精神保健福祉士の業務は様々であり、また、対象者の社会復帰に密接に関わっている。特に現段階では入院ガイドラインで謳われている

「およそ1年6ヶ月の入院治療」より早いスケジュールで入退院が行われている。ガイドラインよりも早い時期に退院を迎えられていることは、対象者の社会復帰が順調に進んでいる証であり喜ばしいことであるが、一方で精神保健福祉士には負担が大きい。指定入院医療機関における精神保健福祉士が疲弊することなく、社会復帰にむけた円滑な調整を遂行するためには人員配置を厚くする必要がある。

(国立精神・神経センター 澤恭 弘)

## D. 考察

### D- I 「権利擁護講座」について

医療観察法の説明については、鑑定医療機関の職員や付添人、保護観察所の社会復帰調整官、地方裁判所の関係職員などが、それぞれの担当時期に必要な部分について、対象者に行なわれている。しかし、現状では、対象者が指定入院医療機関に入院するまでの過程において、医療観察法の内容を整理して、詳しく対象者に伝えていくことが、ほとんど行なわれていない状況となっている。また、事件後の拘留から鑑定入院中（当初審判中）までの期間では、対象者自身も事件後の混乱や精神症状などから、そのようなことを考える余裕がないことが多い。このような状況のため、ほとんどの対象者が、医療観察法の概要や自分の立場等を理解しないまま、指定入院医療機関へ入院してくることになる。そして、入院してくると、すぐに医療観察法病棟での治療・リハビリテーション・社会復帰援助等が始まることになる。

しかし、医療観察法病棟における治療・リハビリテーション・社会復帰援助等は、医療観察法の諸制度（審判制度、退院申立て、社会復帰調整官、精神保健観察等）と密接に関連しており、対象者が医療観察法を理解して

いない場合には、対象者に治療・リハビリテーション・社会復帰援助等を円滑に行なえなくなることもあり、対象者との治療関係を結ぶこと自体が難しくなる場合もある。

また、指定入院医療機関の医療観察法病棟は、法律的にも物理的にも非常に拘束力の強い施設であるため、入院対象者に対して、その人権を保護するための権利擁護関連の諸制度（抗告や退院請求、処遇改善請求、倫理会議の役割、行動制限等）が、医療観察法の下に整備されている。医療観察法病棟の職員は、このような権利擁護関連の諸制度について、各種の研修を受ける過程で必要な知識を身につけている。しかし、権利擁護関連の諸制度を有効に機能させていくためには、病棟職員だけでなく、対象者自身が、これらの制度をある程度知っている必要がある。

このような状況に対応するため、指定入院医療機関では、精神保健福祉士が中心となって、法律家、権利擁護機関と活発に連携するとともに、全国の指定入院医療機関と幅広く情報交換しながら、「権利擁護講座」を開発し、標準化してきた。そして、新たな指定入院医療機関が開設されると、「権利擁護講座」の最新バージョンの資料を配付するようにするなどして、入院対象者の権利擁護を積極的にサポートしている。

## D-Ⅱ 「社会復帰講座」について

医療観察法は、その最終的な目的を対象者の社会復帰においている。指定入院医療機関においては、医療観察法やガイドライン等の制限を遵守しながらも、対象者の「ニーズを中心のケアサービスの提供」、「自己決定」など、ケアマネジメントの理念を尊重した退院・社会復帰計画を立てていくことになっている。そのためには、病棟内ケア会議や地域でのケア会議において、対象者の意向を確認し、対象者への「説明と同意」を繰り返し

て、対象者の自己決定による退院・社会復帰計画を作成している。この対象者への「説明と同意」の重要性は、厚生労働省や法務省のガイドラインなかでも強調されており、医療観察法における退院後のケア計画である「（地域）処遇実施計画」の作成等においても、十分配慮されなければならない。

医療観察制度では、対象者自身が意向伝え、また関係者や関係機関の情報や意向を確認して、対象者自身の自己決定が行えるように、CPA会議といわれる対象者が参加するケア会議を入院初期より開催することになっている。CPA会議は、対象者や家族、病棟内の担当多職種チーム、保護観察所の社会復帰調整官などが参加し、調整が徐々に進めば、都道府県の精神保健福祉センター、保健所、市区町村の障害福祉課等の行政機関職員や指定通院医療機関の職員、地域生活支援センターの職員等が出席して、しだいに参加者が増加していくことになる。

このようなケア会議において、対象者自身が自己のニーズを的確に表現し、対象者自身が選択し、自己決定を行っていくためには、ケア会議内での各関係者の対象者への丁寧な説明等の援助とともに、対象者自身にも、社会復帰関連制度や社会復帰関連入所・通所等の施設の正しい知識が必要であり、どのような関係機関があり、どのような役割を持っているのかなど、保護観察所や保健所、行政機関についての情報も重要となる。また、福祉関連制度や窓口となる行政機関の役割を知っていることは、将来、地域で生活するためにも、必要なものになる。

「社会復帰講座」では、社会復帰における生活上の諸問題を明らかにするとともに、このような有効な社会サービス、社会復帰関連の制度や社会復帰関連入所・通所等の施設の正しい知識・情報を伝えていくことで、対象者がこれらを選択し、利用していけるように

している。

このような「社会復帰講座」を通じて、対象者の入院生活や将来における不安を軽減し、退院に向けての社会復帰への取り組み、退院後の地域生活への円滑な移行などのための援助の一つとして、社会復帰講座を積極的に活用している。そして、全国の指定入院医療機関の精神保健福祉士は、「社会復帰講

座」についての内容や方法等について、本研究などの機会を利用して、情報交換を行い、保護観察所の社会復帰調整官と連携しながら、医療観察制度や処遇実施計画等の内容も取り入れたより良い「社会復帰講座」を整備している。

(国立精神・神経センター 三澤孝夫)

## (Ⅳ) 指定通院医療機関における精神保健福祉士の役割に関する研究

研究協力者：

石井 利樹（神奈川県立精神医療センター芹香病院）

日暮 恵美（東京武蔵野病院）

長島 美奈（千葉県精神医療センター）

野澤眞一郎（高月病院）

澤 恭弘（国立精神・神経センター武蔵病院）

井上 薫子（長谷川病院）

松坂あずさ（千葉保護観察所）

神原 一也（広島保護観察所）

野口 博文（国立精神・神経センター精神保健研究所）

三澤 孝夫（国立精神・神経センター武蔵病院）

佐賀太一郎（東京保護観察所八王子支部）

### 研究要旨

医療観察法が施行されて2年半が経過し、鑑定入院からの直接通院および指定入院医療機関からの移行通院と、通院処遇が進みつつある。指定入院医療機関の処遇ガイドラインには精神保健福祉士の業務（ソーシャルワーク業務）が明記されているが、通院処遇においては曖昧な形での表記に留まっている。対象者への処遇の継続性を保つために、指定通院医療機関における精神保健福祉士の業務内容を明らかにし、適切に行っていくための養成課程や研修方法を模索していく。

## A. 研究目的

医療観察法の通院医療について、その実体を調査するとともに、医療機関内の調整、対象者へのケア・マネジメント、訪問援助等の内容を検証し、より良い方法とそれに関わる精神保健福祉士の業務内容を明らかにしていく。また、松下研究において発表された精神保健福祉士の教育・研修等の研究成果を検証しながら、指定通院医療機関における精神保健福祉士の業務を、適切に行っていくための養成課程や研修方法を探っていく。

## B. 研究方法

初年度は、指定通院医療機関における精神保健福祉士の関わりとその業務実体を明らかにするため、各地域での指定通院医療機関の業務に実際に関わった精神保健福祉士へのアンケート調査、および都道府県単位で行われ始めている指定通院医療機関、保護観察所、

都道府県や市町村などの行政機関による地域ケアの連絡調整会議等の実態調査を行った。2年目の本年度は、幾つかの指定通院医療機関の業務内容をより具体的に列記し課題を提示した。次年度以降も業務実体の調査、検証を行って課題を明らかにするとともに、それに伴う研修内容、方法を検討していく。

（倫理面への配慮）

日常の業務を整理して考察したものであり、倫理上の問題はないと考える。

## C. 研究結果

### 1. はじめに

医療観察法の通院処遇ガイドラインでは、多職種チームが連携を図りながら医療を提供することと明記されており、現在対象者を受けているほとんどの通院医療機関において精神保健福祉士がチームのメンバーに入っているとと思われる。しかし入院医療においては

ソーシャルワーク業務として項目化されているが、通院医療においては見られない。また通院処遇では、社会復帰調整官を始めとして行政機関や地域でのサービス機関が同じテーブルで支援することとなっており、対象者の生活環境の中で多機関の精神保健福祉士等（ソーシャルワーカー）による、多層的な関わりが行われている。しかし地域社会における処遇のガイドラインにおいても、各機関の役割や連携は明記されているが、やはり精神保健福祉士の業務は明記されていない。このことに留意しておく必要がある。精神保健福祉士は業務独占ではないので、これまでも診療報酬上で設置基準や算定基準のみに留まってきた経緯がある。医療観察法での処遇がチームアプローチを前提にしていることから鑑みると、この中で精神保健福祉士が何をすべきか明確にして位置付けていくことは喫緊の課題である。そのことが長じてこれまでの精神保健福祉法や自立支援法をはじめとした数多の支援施策において、精神保健福祉士がすべきことをより明確に位置付けることに繋がると思われる。

それでは精神保健福祉士は何をすべきであろうか。入院処遇から移行した通院処遇（以下、移行通院）であっても、鑑定入院からの直接通院処遇（以下、直接通院）であっても、大きな環境の変化が伴うので、対象者とスタッフの関係作りから始める必要が現状では多い。そのため入院処遇ガイドライン上で明記された精神保健福祉士の業務は基本であり、通院処遇においても多いに参考にできるであろう。また、通院処遇は原則3年間（最大2年間延長）という有期限であることから、当初より終了後を想定した支援体制作りを進めていく必要がある。こうしたことも踏まえて精神保健福祉士の業務を述べたい。

## 2. 通院決定までのプロセスと業務

医療観察法が施行されてから既に2年半が経過するが、予想以上に鑑定入院からの直接通院が多いという印象から、徐々に入院医療機関からの移行通院が増えている状況である。また、不処遇や却下も散見され鑑定入院および起訴前鑑定の在り方も問われ始めている。どちらの通院であれ大切なことは処遇・支援の継続性であるが、多くに医療機関の変更が伴うことから、対象者・家族、そしてスタッフの不安・心配を如何に少なくするかが求められる。把握すべき情報は、基本属性、家族、知人・友人、保険、就労、収入、狭義の社会資源、生活歴、病歴、事件概要などであるが、鑑定書も生活環境調査票もボリュームがあるものなので、自分なりに簡単なレビューができる形にまとめる必要がある。直接・移行通院ともに、まず社会復帰調整官との連携が大きな比重を占める。直接通院では一方的に受けざるを得ない状況もあるが、社会復帰調整官と連携し、鑑定入院先へ出向いて面接など、可能な限りのアウトリーチが必要になる。通常の転院をする際にどのような連絡調整をしているのだろうか、とあたりまえに考えてこうした繋ぎの部分で慎重にかつ迅速に進めたい。時間的に限られており、対象者参加は困難であるが、可能な限りの情報収集の上で、家族は参加する形のプレケア会議やプレチーム会議を開催し、この時点での共有化をはかっていく。移行通院であれば医療機関双方・社会復帰調整官とのやりとりも複数回可能であり、対象者の外出や外泊に合わせたプレケア会議、プレチーム会議にて関係作りや情報共有化を進めていく。可能であれば入院先でのCPA会議に出席といったアウトリーチも積極的に行っていく必要がある。入院医療機関スタッフや居住地域の行政機関スタッフなどかなり多機関の連携になるので、情報交換や共有化は重要かつ緻密さが求

められる。また対象者から見ると住居や通院先を何処にするのかという地域性は大きな課題と思われ、遍在化している精神科医療機関の中でも一部に過ぎない通院医療機関に通うことは、義務とは言えかなりのエネルギーを要することにもなる。このことが法の目的に掲げられた社会復帰の阻害にならないか、正にこの地域に住みたる不幸が起り得ることを危惧するところでもある。

### 3. 通院決定後の業務 (図 1)

#### 1) 院内

なにより来院時の面接、訪問看護のスタッフとしてのアウトリーチなど、使える手立てを駆使して対象者との関係を縦横に密に織り上げていくことが、第一義的な業務である。家族の同席・単独面接もその合間にはさみ、立体的で彩り豊かな関係としていく。これまでの生活の中で孤立化していた方が多く(家族の有無に関わらず)、まずは安心して相談できるという雰囲気作りが必要である。第2は必要な社会資源や制度とのリンケージであり、これらは院内での面接のみならずタイムリーなアウトリーチで進めていく。特に直接通院の場合、この制度で初めて精神科ユーザーになった方もいるが、継続や中断していた方のほうが多く、障害者手帳や障害年金など基本的な福祉制度すら未利用という場合も少なくない。また、この制度における権利(処遇終了の申し立てなど)のみならず、幅広い意味での権利擁護や社会資源・制度を折に触れて説明し、手続き支援していくことも基本的な業務である。このあたりは精神保健福祉士が基本的として行なってきたものである。第3に院内多職種チームの調整、運営である。チームの編成は各医療機関の機能に合わせたものになるのであろう。実働部隊である個別チームの会議や管理的な側面からの全体会議などは月1回程度の定例で運営し、

日々の実践からまとめる評価シートなどの記録も作成していくことになる。しかしこれらの業務には調整も含まれるので、かなりの時間を要することにもなる。筆者が別に行ったアンケート調査(引用3)でも負担感が指摘されている。そして、このような流れを限定された期間で行なうためにも、院内でのケアマネジャー(ケア調整者)が必要であり、間を取り持つ精神保健福祉士がその業務を担うことが多いと思われる。

#### 2) 院外

第4に地域関係機関との連携、調整である。これまでの医療においても、行政や地域施設との連携を必要に応じた形で積極的に進めてきたのが精神保健福祉士であり、この処遇においては社会復帰調整官という地域でのケアマネジャーと連携しながら、通院医療の提供をスムーズにする役割が求められる。連携しながらの具体的な処遇や会議をおこなうために、タイムリーなアウトリーチを基本においた院外での・院外とのケアマネジャー(ケア調整者)という役割になる。そしてケア会議については、できるだけ対象者の地域で開催する方針も出しておきたい。精神保健福祉士の出席がメインであろうが、ある程度定期的に主治医にも同席してもらい、地域の一員としての指定通院医療機関の役割を共有していくことも必要である。また今のところ数は少ないが筆者の所属や先のアンケート調査でも、デイケアや訪問看護などを他の指定通院医療機関が提供するというパターンが出てきており、日々の情報交換やチーム会議への出席、評価シート作成などの連携・調整が必要になっている。(図1)

次にステージ分類(前期、中期、後期)に合わせて述べる。

#### ①開始時(決定～1ヶ月)

基本的な流れとしては、通院処遇決定→ケア会議→初診日となるが、ケア会議と初診日



が同時ということも多い。それまでに保険や収入などを明確にしたり、この制度で初めての精神科ユーザーになったという対象者もいるので、手帳や年金など社会資源の紹介をしていく必要もある。並行して大事なものは、対象者のできたこと・できること・していきたいことは何か、というストレングスに着目していくことである。義務としての医療なのだが、継続していくには希望というモチベーションが不可欠だからである。また処遇開始時より、社会復帰調整官、行政のワーカー、医療機関スタッフと揃い踏みなことは、ともしれば負担感を与えてしまうことも考慮し

ておくべきである。この制度についての説明（目的、権利など）および対象者が主体であることを、繰り返し伝えていくことも大切な業務である。また、処遇計画は通常、週間から月間のパターンで組まれることが多いので、分かりやすい形での提示も望まれる（表1）。導入時は何より安心を感じてもらうことが大切である。

②前期（2～6ヶ月）

通院処遇が組み合わされた、自分なりの新しい生活リズム作りが必要になる。対象者によっては居住地も人間関係も大きく変わる場合がある。通院医療の比重が大きい時期であ

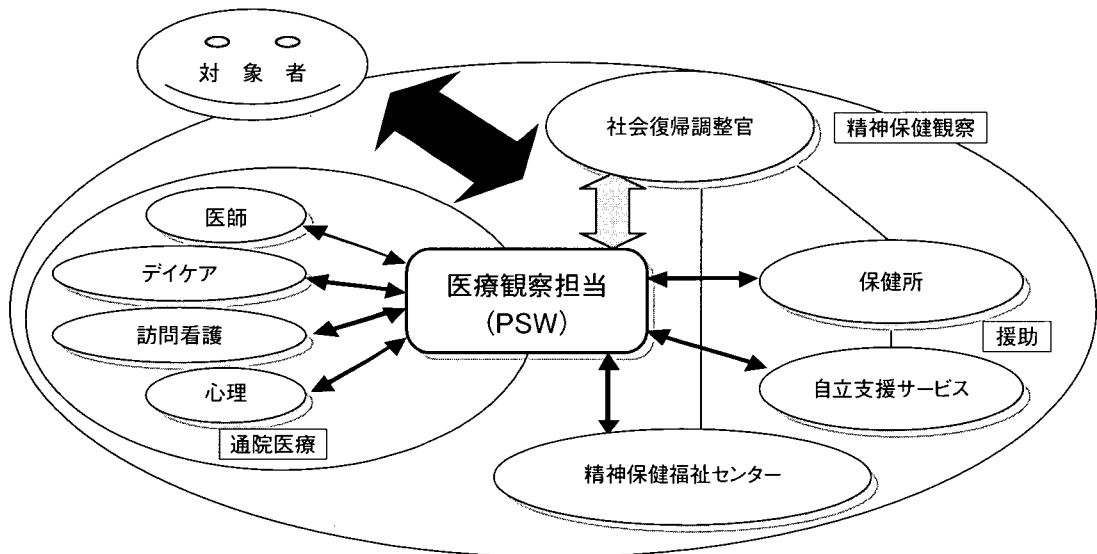


図1 地域での連携イメージ

表1 処遇計画提示例

週間プラン表						
長期目標 「 」						
3ヶ月の目標 「 」						
	月	火	水	木	金	備考
午前						
午後						
夜間						
連絡先			本人の希望			

り、面接も訪問もある程度コンスタントに組み入れて、積極的傾聴と具体的な協同を心がけたい。これまで、あまり相談ができなかったという対象者は多い。新しい生活の中で困ったことを相談してもいい、という体験を多く積み重ね、その方なりのスキルとして会得してもらう。直ぐに仔細なことまで相談してくる方、なかなか相談してこない方とさまざまであるが、その方なりのペースを尊重しながら見守り、時には必要な介入をしつつ、対応していく必要がある。これは社会資源・制度の導入においても同様で、分かりやすく繰り返し説明していくことが大切である。

### ③中期（7～24ヶ月）

新しい生活が軌道に乗ってゆとりや楽しみが生じてくる一方、これでいいのだろうか、これから何をすべきなのだろうかという思いも湧いてくる時期である。通院医療中心から地域のサービス利用や就労も視野に含まれてきて、新しいことへの期待と不安が渦巻く。いわば慣れと揺れが交差している状況であり、こうした揺らぎにつきあいながらの支援となる。しかし、決して安全策だけに固執するのではなく、チャレンジと失敗を保障する幅の広さが求められる。そのことを経て初めて得られることは多く、就労はその一例である。労多くして得たものから学ぶことははかり知れない。この制度に期限があることから考えても、社会のさまざまな場面での交流がはかれるように、支援していく。

### ④後期（25～36ヶ月）

対象者の生活は安定し、若干のトラブルは自らのスキルで対応でき、相談についても、どうやってから、誰に・どこに・いつ相談していくかを選んでいけると思われる。この制度が終了したらどうしていくか、より将来の見通しを立てていくことになる。生活で取り組むことには個人差があり、デイケアが日中活動の方もいれば正社員で就労の方もいる。し

かし、ここまで継続して得てきたものは、対象者それぞれが個有のものとして身につけた処世術であり、リカバリーの姿である。対象行為や疾病・障害と自分なりの折り合いをつけてきてると思われる。通院医療の比重はかなり少なくなり、精神保健福祉士との関わりも距離が取れたものになるであろう。地域でのフォーマル・インフォーマルな関わりに軸足は動いているが、相談先として見守っていく。移行後の生活に向けて、処遇計画の評価と終結、さらなるプランの確認が必要になる。

### ⑤移行後

制度は終了しても生活は続くのであるから、通院医療や地域サービスなどは頻度の違いこそあれ継続となる。現状では指定通院医療機関は地域に偏在化しているので、移行後の通院先変更も考えられる。制度が終了したと同時に、支援体制が崩れてしまわないような繋ぎにしておく必要がある。担当者との繋がり、機関との繋がり、地域との繋がり、多層的な関係作りに向けて人を繋げるのが精神保健福祉士として大きな業務である。

## 4. ケアマネジメント

ここでの処遇については、法や各種ガイドラインなどで明文化されているものも多いが、対象者との出会い・アセスメントから始まり、ケア会議やチーム会議で方針決定し、チームで実践、モニタリングして、評価、やがて終了・移行となるケアマネジメントのサイクルが組みこまれている。処遇開始時からある程度の多機関チームが設定されており、タイムリーな情報や危機介入時の明確な役割分担など、共有化しておくべきことが多い。そして通院処遇は有期限であることをきちんと認識しておく。通院処遇は対象者にとって義務であると同時に希望も目標にすることでモチベーションを継続し、終了後の生活イ

メージが段々と明確になるように進めていく必要がある。法による枠組みはあるが、決してチーム主体ではなく対象者主体であり、ストレングスの視点で考えていくべきであろう。

## 5. 申立てと対象者の権利

通院処遇は原則3年以内であり、入院処遇と同様に3つのステージ（前期・中期・後期）が想定されているが診療報酬上の目安という側面もあり、入院ほど厳密ではなく対象者の状態に合わせて考えていくのが現実的である。開始時には処遇決定の不服申立て（2週間以内）、その後は処遇終了の申立てが対象者の権利として明記されており、保護者や付添い人からも可能とされている。「順調であれば3年経たずに処遇終了になる」「終了の申立ては自分もできる」といったことが対象者に十分に伝わっていない状況も見受けられるので、繰り返しインフォメーションしていくことが必要である。逆に状態如何では入院や通院延長の申立てがあることもきちんと伝えておくべきである。

## 6. 実際の業務内容と時間数

先に述べたアンケート調査とは、全国36の指定通院医療機関における、各職種の業務内

容と時間数を集計し必要なマンパワーを算出するものである。この中から精神保健福祉士（PSW）の項目を引用して述べる。

調査対象機関の属性は、青森から沖縄までの国公立14機関、民間が22機関である。精神保健福祉士は58名が関わっていたが、看護師（67）、医師（66）の次に多い職種である。調査全体における通院対象者は87名で、そのうちの85名に関わっており、精神保健福祉士1名の担当対象者数の平均は1.5名である。1日に精神保健福祉士1名が担当している業務の内容と時間は、合計約32分であり、面接、訪問看護同行や会議関係、研修と他職種に比べて満遍なくこなしている状況である。その中で評価シートの作成時間数が一番多いのだが、自由意見においてこのことへの負担感の記載も多く見られた。（図2）

## D. 考察

これまでの実践から見えてきた幾つかの課題について述べておきたい。

- ・直接通院の場合、準備時間がわずかであり、対象者不在の処遇が危惧される
- ・移行通院の場合、入院処遇との落差が生じる
- ・指定通院医療機関は全国の通院医療機関の約15%程度であり、その中で実際に受けて

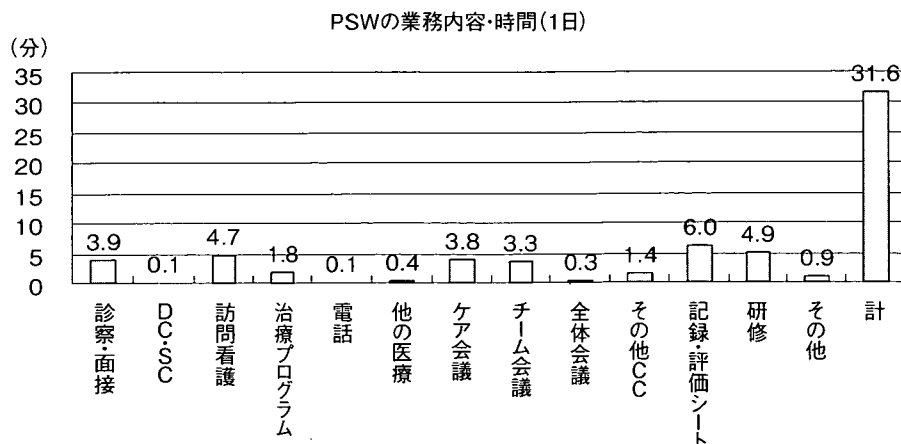


図2 精神保健福祉士1名の1日あたりの業務内容・時間

いるところはより少ない。通院先が生活圏域にないことは社会復帰の障害になりかねない

- ・社会復帰調整官が作成する処遇の実施計画に基づいて通院先は治療計画を作成する。その一貫性を保つためには、かなり密度の濃い相互の情報交換が必要となるが、マンパワーの問題などから、タイムラグも生じている
- ・通院医療は保護観察所が作成する地域での処遇計画のひとつを成すものであり、常に整合性を意識して計画・実施される。これは地域における各機関の役割を明確にすることであり、独自性が阻害されることではない。逆に言えば、指定通院医療機関が地域で果たすべき役割を問われていることでもある
- ・対象者は義務としての医療と希望に向けた支援を受けるのだが、時にせめぎあいがあったり処遇の意味が不明瞭になる。モチベーションの継続にはエネルギーが要る
- ・どこの医療機関もこれまでの人員で、かなりの時間と手間をかけて対象者の処遇を行っている。法の目的からすれば、通院が着地点であり、これからドラスティックに増えることが予想される。指定通院医療機関を増やして地域偏在を解消するために経済的インセンティブは必須条件である

この法制度は、司法と医療・福祉という、いわば多文化（異文化?）の交流であり、時間・地域性・ツール・意味付けなどに齟齬が生じるのはある種当然だが、そこを交流させてまとめていくためには、やはりマンパワーと費用が必要なのである。

## E. 結論

現状の指定基準において精神保健福祉士という職名の明記はあるものの、他のコメディカル職種と並列であったり（入院機関の場合）

、他のコメディカル職種と並列かつ非常勤でも可能（通院機関の場合）というような、きわめて曖昧な位置付けなのである。こうした指定基準での位置付けの確立および通院処遇ガイドラインにおける業務の明記は、精神保健福祉士にとって喫緊の課題であろう。この2つは車の両輪とも言えるものなのである。この法制度でそのことが実現することにより精神保健福祉士の職域が広がることを期待したい。一方、明文化による業務の隘路が生じることは避けたい。まだ不可視的なものをさまざまな方法で可視的にしていくフレキシブルさこそが、精神保健福祉士（ソーシャルワーカー）の持ち味、武器であり、その点は失いたくないと思う。

この法制度は手続きや枠組みなどリジッドなものが多い。手厚いケアをするためにスタッフや機関、関わる日数も多くモニタリングのしやすさはあるが、対象者からすれば義務とは言え、手厚さ故の負担感を感じていることも現実であろう。そのことが不安全感に繋がっているのではないかと危惧も感じる。精神障害と他害行為という2つの生きにくさを支援していくための制度が、3つめの生きにくさとならないよう十分に留意したい。精神障害も他害行為も誰もがなり得る・起こしえるものであり、（必要な責任は取りつつも）、その対象者を地域社会で処遇・支援していくことが、ガイドラインに掲げられたノーマライゼーションの観点による社会復帰になるのであろう。

### <引用文献>

1. 石井 利樹：「外来精神医療」第7巻第2号 第7回日本外来精神医療学会学術大会特集号「医療観察法通院医療－精神保健福祉士及びケア調整者の立場から」
2. 石井 利樹：平成19年度 司法精神医療等人材養成研修会 教材集

3. 岩成秀夫：他害行為を行った精神障害者に対する通院治療に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）「触法行為を行った精神障害者の精神医学的評価、治療、社会復帰等に関する研究」平成19年度分担研究報告書（主任研究者 山上 皓）予定

＜参考文献＞

1. C.A.Rapp他著 江畑敬介 監訳：精神障害者のケースマネジメント 金剛出版
2. A.J.Frankel他著 野中 猛 監訳：ケースマネジメントの技術 金剛出版
3. 岩成秀夫：他害行為を行った精神障害者に対する通院治療に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）「触法行為を行った精神障害者の精神医学的評価、治療、社会復帰等に関する研究」平成18年度分担研究報告書（主任研究者 山上 皓）

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

石井利樹：「医療観察法通院医療－精神保健福祉士及びケア調整者の立場から」第7回日本外来精神医療学会学術大会. 東京. 2007.7.14

## H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

## (V) 保健所及び市町村に所属する精神保健福祉士の役割に関する研究

研究協力者：

四方田 清(千葉県精神保健福祉センター)

尾上 孝文(東京都立中部総合精神保健福祉センター)

垣内佐智子(高知保護観察所)

梯 浩子(佐賀保護観察所)

五月女純子(千葉県精神科医療センター)

佐々木英司(埼玉県春日部保健所)

下平 真己(名古屋保護観察所)

関口 暁雄(埼玉県立精神保健福祉センター)

道場 弘幸(福井保護観察所)

堀切 明(埼玉県立精神医療センター)

山川 浩夢(青森県保護観察所)

松田 裕児(成田市社会福祉協議会)

### はじめに

平成17年7月15日に施行された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)が施行され、まもなく3年目を迎えようとしている。現在は、法施行以降、当初審判において入院処遇となった対象者が治療経過とともに通院処遇となり、今後は地域処遇を中心とした支援活動が地域精神保健福祉に係る関係機関連携の中で実施されている事案が増加する傾向にある。

しかしながら、地域社会の中で対象者が具体的な地域生活支援を求めようとする現行の地域処遇では、各地域のマンパワーや社会資源などは入院処遇の支援体制のそれと比較しても、利用者のニーズに十分とは言えず、全国的に見ても大きな地域格差がある現状にある。

本研究の初年度である平成18年度には、地域精神保健福祉領域における精神保健福祉士の役割や機能を検証するため、地域精神保健福祉推進の中核的機関である全国の精神保健福祉センター(以下、センター)を対象とした「医療観察法における精神保健福祉センターの役割に関する調査」を実施した。この調査の目的は、医療観察法における地域処遇において、センターの担う役割や機能、さらには同センターに配置される精神保健福祉士

の対象者に対する関与の実際などを検証することとした。

調査結果では①全国各都道府県及び政令指定都市64カ所の職員配置状況等では、精神保健福祉士の配置状況は全体の35センター(55%)にしか過ぎず、精神保健福祉士の配置状況や同職種の持つ役割や機能には大きな格差が認められた。②また、全国センターの組織や人員配置、医療観察法に関わる関与の実際においてもばらつきが大きいことがわかった。

平成19年度については、昨年度の精神保健福祉センター全国調査の結果を受け、地域関係機関の中でも精神保健福祉行政として地域処遇に関わりが大きい保健所および市町村を対象とした全国調査を実施し、各保健所や市町村が医療観察法に関わる関与の実際を把握し、各行政機関の担う役割機能を把握することとした。本調査から今まで地域精神保健福祉活動の中核的機関として位置付けられていた保健所と今後、精神障害者の保健福祉サービスの中心的な実施機関となる市町村において、精神保健福祉士の配置状況やその役割などについても検証することとした。

精神保健福祉士は、平成10年に精神障害者福祉に関する専門職として位置づけられた国家資格であり、今年度で資格制度発足後10年目を迎えることとなる。平成20年1月末現在の登録者数は34,713人である。

平成14年4月に障害者自立支援法の施行により、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下、精神保健福祉法）が改正され、平成18年10月をもって精神障害者社会復帰施設の規定が削除され、これによって、さらに精神保健福祉士の配置義務規定も廃止された。他方、保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領（平成12年3月31日障第251号厚生省大臣官房障害保健福祉部長通知）では、保健所や市町村において、医師、精神保健福祉士、保健師等（以下、略）必要数の職員を配置するとともに各職種間の協力体制確保に努めることとしており、精神保健福祉士の登用促進は、今後も必要不可欠な重要事項となっている。特に障害者自立支援法における障害者計画の策定、様々な保健福祉サービスの提供や支援システムの構築には、地域精神保健福祉領域における精神保健福祉士の登用拡大は大変重要な課題のひとつである。

## A. 研究目的

研究目的は昨年度と同様とし、医療観察法対象者の社会復帰における最終ゴールとなる地域社会において、地域精神保健福祉活動に関与する精神保健福祉士の業務の実態を把握し、対象者の社会復帰を促進するために必要となる精神保健福祉士の役割および今後の課題を明らかにすることを目的とした。

## B. 研究方法

今後の地域精神保健福祉領域における精神保健福祉士の役割を検討するにあたり、本研究の初年度に調査した精神保健福祉センターに次いで、2年目となる平成19年度は、医療観察法に関わる地域処遇で重要な機関として位置付けられる保健所及び市町村の機能および精神保健福祉士の配置状況、役割等に関するアンケート調査を実施し、検証と分析を行った。

（倫理面への配慮）

数量的研究であり、個人情報を含むものではない。

## C. 研究結果

### 1. 全国保健所及び市町村アンケート調査

#### （1）調査の概要

- 1) 調査名称：医療観察法における保健所及び市町村の役割に関する調査
- 2) 調査目的：地域精神保健福祉活動の中で重要な機関である保健所及び市町村の役割についてその実態を把握し、医療観察法に基づく地域処遇における今後の課題を明らかにすることを目的とする
- 3) 調査対象：①全国保健所518カ所、②全国市町村（精神保健福祉担当課）1,823カ所
- 4) 調査期間：平成19年11月10日～11月21日
- 5) 調査方法：記名式アンケート調査（回答方法：郵送による）
- 6) 回収状況：保健所337カ所（回収率：65.0%）、市町村932カ所（51.1%）
- 7) 調査事項：①処遇上の関与の実際（有無等について）、②属性（設置主体や担当係名）、③精神保健福祉実施体制（管内人口数、職員配置状況等）、④現在、比重の高い事業、⑤今後、積極的に関わる必要のある事業、⑥各機関における地域処遇に向けた体制整備状況、⑦医療観察法対象者に対する印象（イメージ）、⑧各機関の地域処遇対象者数および関与の具体的な内容、⑨地域処遇上の機関連携（地域ネットワーク）の状況、⑩地域処遇上の課題について、⑪地域処遇終了後の関与について、⑫地域処遇を進めるにあたり必要な資源および人材について

#### （2）調査結果

本調査では、全国の保健所および市町村を対象とし、まず①保健所では337カ所（回

収率：65.0%）、②市町村932カ所（回収率：51.1%）から回答を得ることができた。

### 1) 医療観察法事例への関与の有無（図1）

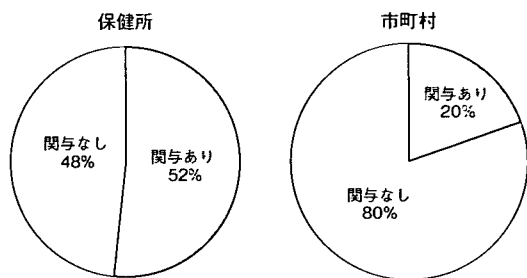


図1 事例関与の有無

平成19年11月30日現在、全国の保健所の中では「関与あり」174カ所（52%）、「関与なし」163カ所（48%）で関与がある、なしがほぼ半数ずつであったが、市町村においては、「関与あり」184カ所（20%）、「関与なし」748カ所（80%）と全体の8割が事例の関与がなかった。

また、「関与なし」と回答した場合の理由については、保健所および市町村双方で、「保護観察所からの要請がない」としたものが一番多く、回答した全保健所の86%、同じく全市町村の94%を占めた。（図2）

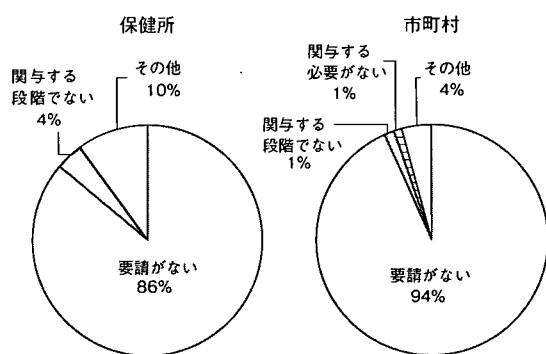


図2 関与のない理由

### 2) 自治体の区分（図3）

全保健所の区分では、設問順に都道府県型保健所81%、政令指定都市型保健所7%、中核市型保健所9%、特別区型保健所3%と都道府

県型保健所からの回答が一番多かった。

市町村の自治体区分では、設問順に地方自治法に基づく指定都市3%、同法に基づく中核市2%、同法に定める特別区1%、地域保健法に基づく政令市1%、その他の市43%、町43%、村3%と、本調査の回答の中ではその他の市と町で市町村全体の86%と、一番多かった。なお、保健所の設置に関する設問では、指定都市、中核市、特別区の中では、保健所未設置と回答した自治体は51%であった。

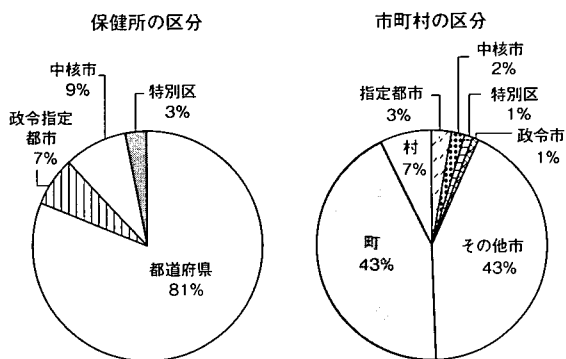


図3 自治体の区分

### 3) 一般の精神保健福祉業務の実施体制

保健所では「精神保健福祉専従の担当課で事業を実施している」ところは全体の40%に留まり、その他は「兼任で業務を担当」していた。また、市町村では例示した3課の中では多い順に「障害福祉担当課」34%、「保健担当課」14%、「生活保護担当課」0.2%となり、「3課で業務を分担する」10%、「事例に応じて適宜対応」39%、「その他」3%となった。特に一般の精神保健福祉業務では、障害福祉担当課あるいは事例に応じて適宜対応とした回答が、市町村全体の7割以上を占めた。

### 4) 精神保健福祉士の必要性（図4）

精神保健福祉士の必要性については、「必ず必要である」（保健所：24%、市町村：28%）、「必要だが他職種でも対応可能」（保健所：62%、市町村：66%）「必ずしも必要



ではない」（保健所：13%、市町村：6%）、  
「必要な職種ではない」（保健所：1%、市町村0.2%）となった。保健所および市町村双方で、精神保健福祉士が必ず必要とした回答は全体の2割強に留まり、6割以上が「必要ではあるが他の職種でも対応は可能」と回答した。

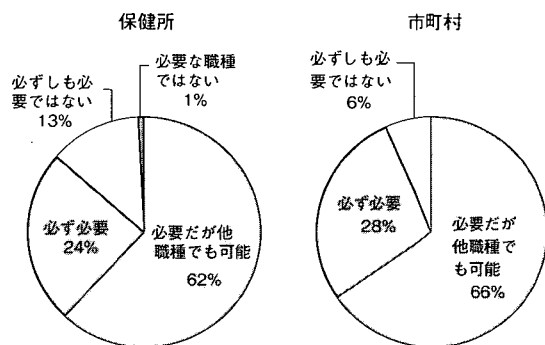


図4 精神保健福祉士の必要性

さらに今後の精神保健福祉士の配置予定では、「配置予定あり」（保健所：1%、市町村：2%）、「配置予定なし」（保健所：75%、市町村77%）、「配置を検討する」（保健所：3%、市町村：11%）、その他（保健所：21%、市町村：10%）となった。精神保健福祉士の今後の配置予定については、保健所および市町村の双方で全体の約7割以上が「配置の予定がない」と回答しており、前述した精神保健福祉士の必要性に関する回答に比例した結果となった。ただし、「配置を検討したい」とした市町村が全体の1割強あったことに注目し、市町村における精神保健福祉士の配置促進につながることを期待したい。

5) 精神保健福祉業務上比重の高い業務および今後、積極的に取り組む必要のある業務（表1および表2）

保健所では、回答数の高い順に精神保健福祉相談、訪問指導、受診援助や措置診察・移送等の法施行業務、普及啓発活動などであ

り、精神科医療に関わる業務の比重が高く、一方、市町村では、精神保健福祉相談、自立支援法関係、普及啓発活動、退院促進、訪問指導など、障害者自立支援法に基づく医療以外の福祉サービスや社会復帰に向けた業務に比重が高かった。

今後、積極的に取り組む必要のある業務について、保健所では、退院促進、自殺予防対策、精神保健福祉相談の他、ひきこもり対策や啓発普及活動等の業務があげられた。一方、市町村では、精神保健福祉相談、普及啓発活動、自立支援法関係、訪問指導、自殺予防対策などの業務をあげたところが多かった。

このように保健所および市町村の双方において、現在、比重の高い業務や今後積極的に取り組む必要のある業務を見た場合、「医療観察法に関連する業務」の位置付けはまだまだ低い現状にあると考えられる。

表1 現在比重の高い業務

保健所業務		市町村業務	
精神保健福祉相談	304	自立支援法関係	763
訪問指導	192	訪問指導	672
受診援助	165	精神保健福祉相談	666
措置診察・移送等の法施行業務	165	普及啓発	491
普及啓発	106	受診援助	387
退院促進	98	高齢者・認知症相談	344
自殺対策	97	組織・団体育成	282
自立支援医療	93	当事者支援	205
思春期・ひきこもり相談	86	自殺対策	133
自立支援法関係	73	退院促進	125
保健所デイクア・グループワーク	69	思春期・ひきこもり相談	89
組織・団体育成	48	アルコール・薬物相談	88
精神障害者保健福祉手帳	42	精神ボランティア	81
アルコール・薬物相談	34	医療観察法	29
社会適応訓練事業	34	その他	40
精神ボランティア育成	20		
当事者支援	12		
高齢者・認知症相談	11		
医療観察法	6		
その他	17		

表2 今後積極的に関わる必要のある業務

保健所業務		市町村業務	
退院促進	229	自立支援法関係	436
自殺対策	227	訪問指導	401
精神保健福祉相談	196	普及啓発	390
思春期・ひきこもり相談	150	自殺対策	322
普及啓発	145	退院促進	264
措置診察・移送等の法施行業務	111	思春期・ひきこもり相談	253
訪問指導	98	当事者支援	251
受診援助	94	組織・団体育成	239
アルコール・薬物相談	62	高齢者・認知症相談	235
当事者支援	53	精神ボランティア	199
組織・団体育成	49	受診援助	184
社会適応訓練事業	40	アルコール・薬物相談	121
自立支援法関係	39	精神保健福祉相談	94
医療観察法	37	医療観察法	31
精神ボランティア育成	27	その他	22
高齢者・認知症相談	19		
自立支援医療	13		
保健所デイクア・グループワーク	10		
精神障害者保健福祉手帳	5		
その他	26		

6) 医療観察法業務に対する体制整備

今後の医療観察法業務に対する実施体制整備については、保健所の場合、全体の73%が「通常体制で対応」と一番多く、次いで「今後体制を検討する」が10%となった。市町村の場合も、「通常体制で対応」が61%と一番多かったが、次に多かったのは「体制整備の予定はない」で27%と「体制を検討する」という回答を大幅に上回った。

(図5)

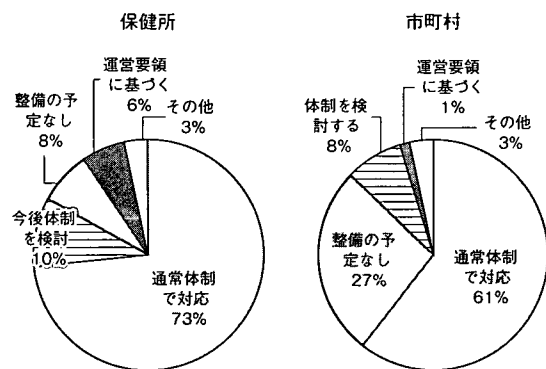


図5 医療観察法業務に対する体制整備

7) 医療観察法対象者に対するイメージ

医療観察法対象者に対するイメージについて

は、複数回答により回答を得た。

「処遇困難事例である」(保健所：55%、市町村：61%)に次いで、「特別な印象はない」(保健所：30%、市町村：22%)となり、医療観察法の対象者は司法で対応すべきであった回答は予想以上に少なかった。(図6)

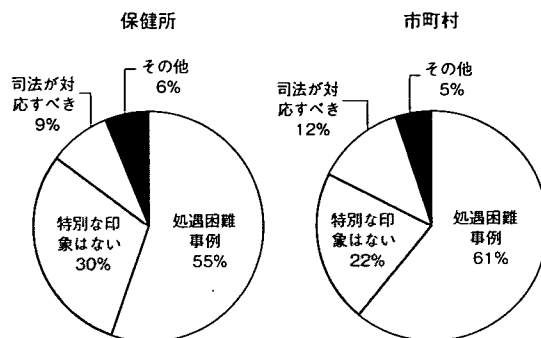


図6 医療観察法対象者のイメージ

8) 今までに関与した医療観察法対象者数

平成19年11月30日現在までに各機関において、関与した対象者数は、保健所：398名、市町村313名であった。

9) 対象者に対する関与の時期について

これら対象者への関与の時期については、保健所では「鑑定入院中から」全体の39%、「指定入院中から」41%、「通院中から」19%、「処遇終了時点から」0%、「不処遇になった時点から」2%となった。また、市町村でも同様に「鑑定入院中から」が41%、「指定入院中から」41%、「指定通院中から」16%、「処遇終了時点から」1%、「不処遇になった時点から」1%となった。(図7)

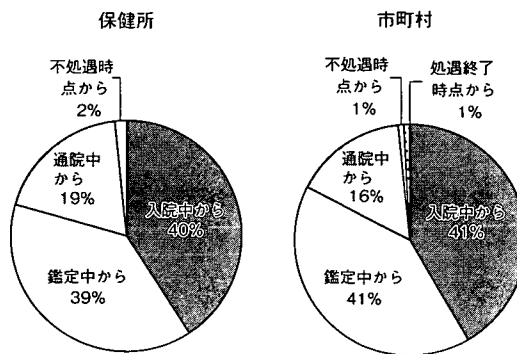


図7 関与の時期

以上のとおり、保健所および市町村における関与の時期については、全体の約8割が「鑑定入院中」、「指定入院中」と早期の段階で関与していることがわかった。

#### 10) 対象者に対する関与の体制

保健所では関与した全体の92%、市町村では87%が一般の体制で関わりを持っているとしており、医療観察法対象者に対し、特別の体制で関与しているところは少なかった。

#### 11) 関与した職種について

具体的に関与した職種構成を多い順に見るとまず保健所では、保健師53%、精神保健福祉士22%、看護師3%、臨床心理技術者3%、その他12%となった。また、市町村では保健師46%、精神保健福祉士18%、医師9%、看護師8%、臨床心理技術者3%となり、保健師の関与の割合が高いことがわかった。ただ、市町村の精神保健福祉士の配置状況から見た場合には、市町村における関与で、精神保健福祉士が比較的多く関与していると考えられる。(図8)

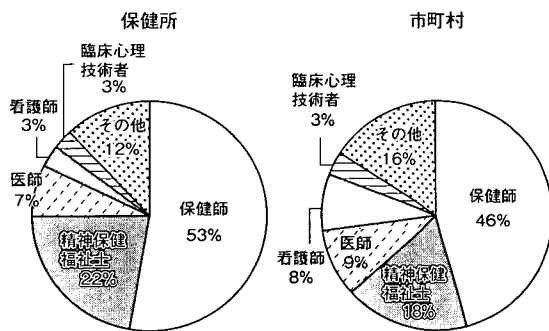


図8 関与した職種

#### 12) 関与事例とその対応について

関与した事例について、医療観察法対象者を新規事例（医療観察法対象者となることによって初めて当該機関が関与することになった事例）と継続事例（医療観察法対象者となる以前から当該機関が関与していた事例）に分けた場合、保健所事例では新規71%、継続29%、市町村事例でも新規79%、継続21%で全

体では新規事例が7割から8割と多く、若干であるが保健所の継続事例が多い傾向が見られた。(図9)

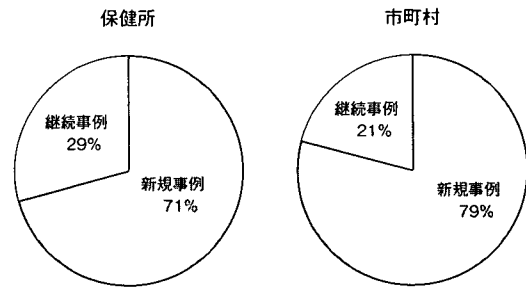


図9 新規および継続事例

さらに保健所および市町村において、継続事例となった関与の具体的な契機については、保健所の場合、本人からの相談事例として関与したものが一番多く全体の34%、以下、警察からの相談事例、関係機関からの相談事例の順となった。市町村においても本人からの相談や関係機関からの相談事例が多く、近隣からの相談事例は少なかった。

また、対象者に対する地域処遇上の具体的なサービスの内容では、保健所および市町村において、「ケア会議への参加」が一番多く、対象者に対する「訪問や面接」「電話」などによる連絡調整が以下に続いた。

#### 13) 地域処遇の実施に関し、連携している機関（複数回答）

保健所では、多い順に保護観察所21%、指定通院医療機関16%、市町村（障害福祉担当課）13%となるが、市町村（保健担当課・生活保護担当課）だけを取り上げると市町村が全体の29%と一番多く連携し、以下、精神保健福祉センター、指定入院医療機関の順となる。

一方、市町村では保護観察所17%、保健所15%、市町村（障害福祉担当課）12%となり、以下、指定通院医療機関と続く。

(表3)

表3 地域処遇の連携機関

保健所（複数回答）		市町村（複数回答）	
保護観察所	150	保護観察所	139
指定通院医療機関	112	保健所	117
障害福祉担当	93	障害福祉担当	100
保健担当	67	指定通院医療機関	85
精神保健福祉センター	64	保健担当	69
指定入院医療機関	56	指定入院医療機関	66
生活保護	48	生活保護	59
社会復帰施設	42	精神保健福祉センター	55
精神科病院	38	精神科病院	44
相談支援事業所	23	相談支援事業所	32
精神科診療所	6	社会復帰施設	27
その他	20	精神科診療所	3
		その他	10

14) 医療観察法で活用できるネットワーク

医療観察法で活用のできるネットワークでは、「地域処遇に関する事例検討会」が保健所全体の61%、市町村65%を占め、一番多く、地域連絡会議や地域処遇に関する研修会をあげるところが多かった。

15) 地域処遇上の課題について

また、実際に事例に関わった保健所では「人員不足」や「業務上、時間に余裕がない」、「法制度に関する研修が少ない」などといった課題をあげるところが多くみられた。

一方、市町村では、「業務上、時間に余裕がない」、「市町村に明確な役割がない」、「法制度に関する研修がない」、「法制度に

表4 地域処遇上の課題

保健所（複数回答）		市町村（複数回答）	
人員不足	69	時間的余裕がない	72
時間的余裕がない	67	人員不足	69
制度に関する研修が少ない	50	制度に関する研修が少ない	66
ネットワークが構築されていない	34	制度への理解が不十分	65
制度の情報が少ない	32	ネットワークが構築されていない	59
制度への理解が不十分	28	制度の情報が少ない	54
明確な役割が不明	25	明確な役割が不明	46
特別な対応をすべきではない	20	専門とする職員がいない	33
専門担当課がない	5	専門担当課がない	19
専門とする職員がいない	4	特別な対応をすべきではない	7
その他	21	その他	14

関する理解が十分でない」などの課題が提起されていた。（表4）

16) 医療観察法終了後の関与について

保健所および市町村双方で、対象者に対する今後の関わりとして、「ケア会議で検討された方針」に沿って関与していくとする回答が一番多く、事例に応じて対応を検討する、通常の相談事例として関与するが続いた。（表5）

表5 地域処遇後の関与

保健所		市町村	
ケア会議の方針	92	ケア会議の方針	91
事例に応じて	46	事例に応じて	55
保健所の相談事例として継続	16		
市町村の相談事例として継続	11	相談事例として継続	28
精神保健福祉センターの相談事例として協力	1	関与しない	2
関与しない	0	その他	9
その他	2		

17) 地域処遇で必要な社会資源および人材

今後、地域処遇で必要となる社会資源について、保健所では、「指定通院医療機関」が必要であるとする回答が一番多く、次いで「通所型社会資源」や「相談支援事業所」をあげるところが多かった。一方、市町村では、保健所と同様に「指定通院医療機関」が一番多く、次いで「相談支援事業所」「都道府県の広域支援」「通所型社会資源」をあげるところが多く、地域処遇を行うためには、指定通院医療機関や通所型社会資源を地域に十分整備していく必要があるという回答が圧倒的に多かった。（図10）

また、今後、地域処遇上、必要となる人材では、保健所および市町村双方で精神保健福祉士の配置が必要であるとする回答が一番多く、次いで医師、保健師の順となった。（図11）