

- ① 引き受けたことがある（これまで件） ② 引き受けたことがない

(ウ) 今後、「精神保健審判員」を引き受けたいですか。

- ① ぜひ引き受けたい ② 引き受けたい ③ あまり引き受けたくない ④ 引き受けたくない

5. 医療観察法について、その他の意見・感想があればご記入下さい。

Ⅲ. 司法精神医学の研修・教育についてご記入下さい。ここで言う司法精神医学とは、精神鑑定、医療観察法に関する医療等、精神医学と司法と関わりのある分野全般についてです。

(1) 司法精神医学について、関心・興味がありますか。

- ① 非常にある ② 少しある ③ あまりない ④ 全くない

(2) これまでに司法精神医学関係の研修会、学会等に参加したことがありますか。

- ① ある ② ない。

(3) 現在、司法精神医学に関した仕事に関わっていますか。

- ① 現在、(.....)に関わっている ② 関わっていない

(4) 今後、機会があれば司法精神医学に関する仕事をしてみたいですか。

- ① 是非してみたい ② してみたい ③ あまりしたくない ④ したくない

(5) 精神鑑定の研修会・事例検討会等があれば、出席したいと思いますか。

- ① 是非出席したい ② やや出席したい ③ あまり出席したくない ④ 全く出席したくない

(6) 司法精神医学の卒後教育にどのようなものがあればよいと思いますか。(複数回答可)

- ① 研修会 ② 事例検討会 ③ ビデオ教材 ④ 教科書 ⑤ 特にない

- ⑥ その他 (.....)

(7) 司法精神医学について、その他の意見・感想があればご記入下さい。

Ⅳ. 先生のプロフィール・主な職場についてご記入下さい。

1. プロフィールについてご記入下さい。

(ア) 医学部卒後年数について伺います。 卒後年

(イ) 精神科医としての臨床経験は何年ですか。年

(ウ) 精神保健指定医 ① である ② ではない

(エ) 主な勤務先の所在地都・道・府・県

(オ) 年齢歳

(カ) 性別 ① 男性 ② 女性

2. 主な勤務する職場の種類についてご記入下さい。

(ア) ① 国立あるいは独立行政法人 ② 都道府県立あるいは独立行政法人

③ 市町村立あるいは国保立等の公立病院 ④ 日本赤十字・済生会等の準公的病院 ⑤ 私立

⑥ その他

(イ) ① 大学病院 ② 単科精神科病院 ③ 総合病院（精神科無床） ④ 総合病院（精神科有床）

⑤ 精神保健福祉センター・保健所 ⑥ 精神科医院・クリニック ⑦ その他.....

ご協力有難うございました。

今後行うアンケート等にご協力いただける場合は、下記にご記入下さいますようお願いいたします。

お名前..... 施設名.....

資料送付先 〒(-)

精神保健福祉士用

『司法精神医学』についてのアンケート

下記の該当の箇所にご記入または○を付けて下さい。

I. 司法精神医学の研修・教育についてご記入下さい。ここで言う司法精神医学とは、精神鑑定、医療観察法に関する医療等、精神医学と司法と関わりのある分野全般についてです。

- (1) 司法精神医学について、関心・興味がありますか。
① 非常にある ② 少しある ③ あまりない ④ 全くない
(2) これまでに司法精神医学関係の研修会、学会等に参加したことがありますか。
① ある ② ない。
(3) 現在、司法精神医学に関した仕事に関わっていますか。
① 現在、(.....)にて関わっている ② 関わっていない
(4) 今後、機会があれば司法精神医学に関した仕事をしてみたいですか。
① 是非してみたい ② ややしてみたい ③ あまりしたくない ④ 全くしたくない
(5) 精神鑑定の研修会・事例検討会などがあれば、出席したいと思いますか。
① 是非出席したい ② 出席したい ③ あまり出席したくない ④ 全く出席したくない
(6) 司法精神医学の卒後教育にどのようなものがあればよいと思いますか。(複数回答可)
① 研修会 ② 事例検討会 ③ ビデオ教材 ④ 教科書 ⑤ 特にない
⑥ その他(.....)
(7) 司法精神医学について、その他の意見・感想があればご記入下さい。

.....
.....

II. 『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」)についてご記入下さい。

1. 「医療観察法」の以下の項目についてどの程度ご存知ですか。該当する項目に○を付けてください。

Table with 5 columns: Item, よく知っている, 少し知っている, あまり知らない, 全く知らない. Rows include (ア) 成立・施行されたこと, (イ) 制度がどのようなものか, (ウ) 鑑定入院とはどのようなものか, (エ) 指定入院医療機関とはどのようなものか, (オ) 指定通院医療機関とはどのようなものか.

裏面に
続く

2. 医療観察法に規定された「精神保健参与員」について伺います。 *精神保健福祉士ではありません

(ア) 「精神保健参与員」の名簿に登録されていますか。 ① されている ② されていない

(イ) 精神保健参与員の候補に名簿されている方のみ、お答えください

医療観察法による審判での参与件数をご記入下さい。件

(ウ) 精神保健参与員の名簿に登録されていない方に伺います。

今後、医療観察法での精神保健参与員の名簿に登録したいですか。

① 是非したい ② ややしたい ③ あまりしたくない ④ したくない

3. 今後、医療観察法での審判における「精神保健参与員」としての業務を引き受けたいですか。

① ぜひ引き受けたい ② やや引き受けたい ③ あまり引き受けたくない ④ 引き受けたくない

4. 医療観察法について、その他の意見・感想があればご記入下さい。

.....
.....

Ⅲ. プロフィール・主な職場についてご記入下さい。

1. プロフィールについてご記入下さい。

(ア) 精神医療に従事した経験年数について伺います。年

(イ) 精神保健福祉士として業務経験年数は何年ですか。年

(ウ) 国家資格である「精神保健福祉士」の資格の有無について伺います。

① 「精神保健福祉士」の資格を持っている(国家資格取得後の年数年)

② 「精神保健福祉士」の資格は持っていないが、精神保健福祉業務を行っている

(エ) 主な勤務先の所在地について伺います。都・道・府・県

(オ) 年齢について伺います。歳

(カ) 性別について伺います。 ① 男性 ② 女性

2. 主な勤務する職場の種類についてご記入下さい。

(ア) ① 国立あるいは独立行政法人 ② 都道府県立あるいは独立行政法人

③ 市町村立あるいは国保立等の公立病院 ④ 日本赤十字・済生会等の準公的病院 ⑤ 私立

⑥ その他

(イ) ① 大学病院 ② 単科精神科病院 ③ 総合病院(精神科無床) ④ 総合病院(精神科有床)

⑤ 精神保健福祉センター・保健所 ⑥ 精神科医院・クリニック ⑦ その他.....

ご協力有難うございました。

今後行うアンケートなどにご協力いただける場合は、下記にご記入下さいますようお願いいたします。

お名前..... 施設名.....

資料送付先 〒()

* 個人情報については本センターの目的以外に使用はいたしません。

分担研究報告

司法精神医療における
行政機関の役割に関する研究

角野 文彦

滋賀県東近江保健所

平成 19 年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）
分担研究報告書

司法精神医療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 滋賀県東近江保健所長

研究要旨：司法精神医療が円滑に運営されることを目的として、初年度は司法精神医療に関わる行政機関として保健所を選択し、保健所の関わりについての実態把握と課題検討を行った。今年度は昨年度調査で事例経験のあった 96 保健所の管内の市町村を対象として同様の調査を行い、事例経験の有無やケア会議の実態、事例の予後を左右する関連因子等が明らかとなった。

【研究組織】

研究協力者：伊勢田堯（東京都多摩総合精神保健福祉センター）、百濟さち、山下 三代子、岡野 初江（東京都多摩小平保健所）、村田浩（大牟田保養院）、中原由美（福岡県嘉穂保健福祉環境事務所）、辻元宏、梶本まどか、西澤みちこ（滋賀県精神保健センター）、黒橋真奈美、清水葉子（滋賀県東近江保健所）

A.研究目的

司法精神医療を円滑に運用するため、司法精神医療に関わる保健所、精神保健センター、市町村保健センター、保護観察所等の行政機関の役割を検討することを目的とした。今年度は市町村の関わりについての実態を把握し、市町村としての円滑な事業運営の課題を考察した。

B.研究方法

医療観察法の運用に関して、市町村が担うべき役割について考察するための実態把握とその運営に関する課題を明らかにすることを目的として、初年度の調査結果により、事例経験がある保健所管内の市町村 304 ヶ所を対象としてアンケート調査を実施した。方法としては対象の市町村の精神保健担当課に対して郵送によるアンケート調査を行い、医療観察法の運用に関して、地域の市町村が担うべき役割について考察するための実態把握を行った

調査期間は平成 19 年 11 月 1 日から平成 19 年 12 月 15 日とした。

調査内容は次の通りであった。

- ① 医療観察法についての認識について
- ② 関わりの有無について
- ③ 精神保健福祉サービスの情報提供の状況について

- ④ 医療観察法による処遇中（通院、退院後含む）の対象者への対応について
- ⑤ その他

C.研究結果

- ・ 回収率：304 市町村に調査票を郵送し、163 市町村から回答を得た（回収率 53.6%）。
- ・ 回答のあった 163 市町村の調査結果は次の通りであった。

1. 心神喪失者等医療観察法の認識

平成 17 年 7 月に施行された《心神喪失者等医療観察法》をどの時点で認識したかは表 1 に示すとおりであった。「施行時点で知っていた」自治体は 55.2%（90 市町村）と最も多く、半数以上を占めたが、「知らなかった」も 19%（31 市町村）みられ、「事例に関わることになって知った」ところも 9.8%（16 市町村）みられた。

表 1 「心神喪失者等医療観察法」をどの時点で認識したか

	n	%
施行時点で知っていた	90	55.2
事例に関わることになって知った	16	9.8
知らなかった	31	19.0
その他	26	16.0
合計	163	100.0

2. 医療観察法にかかる事例の有無

《医療観察法にかかる事例》の状況は表 2 に示すとおりであった。59 市町村（36.2%）で事例があり、事例数の内訳は「1 例」のところは 62.7%（37

市町村）と最も多く、4 割弱に当たる 22 市町村で複数事例の報告があり、最高で 9 例のところもあった。人口 10 万人当たりで見ると、平均 0.61 件で、最大は 10.87 であった。

表 2 「医療観察法」にかかる事例の有無

	n	%
あり	59	36.2
内訳) 1例	37	62.7
2例	10	16.9
3例	4	6.8
4例	3	5.1
5例	1	1.7
7例	2	3.4
8例	1	1.7
9例	1	1.7
なし	104	63.8

3. 医療観察法処遇中の対象者について

※医療観察法にかかる事例のあった 59 市町村で報告された 110 の事例についての分析

3-1. 処遇対象者の年齢階級と性別

医療観察法処遇中の対象者の年齢階級と性別は表 3、表 4 に示すとおりであった。年齢階級では 30 代が 32.7%（36 例）と最も多く、40 代、50 代、60 代、20 代の順であった。性別では男性が 79 例で 71.8%を占めていた。

3-2. 処遇対象行為と刑事処分の種類

処遇対象となった行為および刑事処分の種類は表5、表6に示すとおりであった。行為では「傷害」の43件(39.1%)と「放火」の34件(30.9%)が多く、「殺人」も17件(15.5%)みられた。刑事処分では70件が「不起訴処分」で63.6%(無回答を除くと9割以上)を占め、「無罪または刑を軽減する旨の確定裁判」も5件みられた。「未記入」が35件と3割近くみられた。

表3 対象者の年齢

	n	%
20代	14	12.7
30代	36	32.7
40代	20	18.2
50代	19	17.3
60代	17	15.5
70歳以上	3	2.7
未記入	1	0.9
合計	110	100.0

表4 対象者の性別

	n	%
男性	79	71.8
女性	30	27.3
未記入	1	0.9
	110	100.0

表6 刑事処分の種類

	n	%
不起訴処分	70	63.6
無罪または刑を軽減する旨の確定裁判	5	4.5
未記入	35	31.8
	110	100.0

表5 対象となった行為(複数回答)

	n	%
殺人	17	15.5
放火	34	30.9
強盗	8	7.3
強姦	4	3.6
強制わいせつ	7	6.4
傷害	43	39.1
未記入	2	1.8
	110	100.0

3-3. 鑑定入院時の診断名

医療観察法の鑑定入院時の診断名を多い順にまとめると表7に示すとおりであった。「統合失調症」が61例と最も多く、55.5%を占め、「妄想型統合失調症」や「精神遅滞」、「てんかん」等と重複する事例を含めると半数以上を占めていた。次いで「アルコール依存症(9.1%; 10例)」や「うつ病(4.5%; 5例)」も多く、中でもうつ病は、「躁うつ病」や「他疾患」との重複もみられた。

3-4. 審判結果

医療観察法の鑑定入院の審判結果は表8に示すとおりであった。「入院決定」が54.5%、「通院決定」が32.7%、と医療観察が9割近くを占めたが、「不処遇決定」も7例(6.4%)みられた。

表8 審判結果

	n	%
入院決定	60	54.5
通院決定	36	32.7
不処遇決定	7	6.4
未記入	7	6.4
	110	100.0

表 7 医療観察法の鑑定入院時の診断名

	n	%
統合失調症	46	41.8
アルコール依存症	10	9.1
妄想型統合失調症	9	8.2
うつ病	5	4.5
覚せい剤精神病	3	2.7
知的障害(精神遅滞)	2	1.8
妄想性統合失調症・軽度の精神遅滞	2	1.8
躁うつ病	2	1.8
てんかんに伴う統合失調症様精神病	1	0.9
急性一過性精神病性障害ないし妄想型の精神障害	1	0.9
境界知能 躁鬱病	1	0.9
軽度精神遅滞、リタリン依存	1	0.9
持続性気分障害・気分循環症・軽度精神発達遅滞の悪化によるその他の急性一過性精神病性障害	1	0.9
生活能力障害	1	0.9
知的障害(軽度)+統合失調症	1	0.9
統合失調症、精神発達遅滞	1	0.9
統合失調症・軽度精神遅延	1	0.9
特定不能の広汎性発達障害・軽度精神遅延	1	0.9
特定不能の精神病性の障害	1	0.9
被害性妄想性障害	1	0.9
妄想性障害、軽症うつ病	1	0.9
躁病	1	0.9
うつ病、知的障害	1	0.9
薬物依存症	1	0.9
認知症	1	0.9
接肢分裂痛	1	0.9
双極性感情障害	1	0.9
未記入・未把握	12	10.9
合計	110	100.0

3-5. 処遇事例について担当者からみたその後の状況

担当者からみた事例についてのその後の状況は表9に示すとおりであった。50例とほぼ半数で「経過は概ね

良好」であったが、「処遇困難」と感じている事例も20例みられた。

また、経過別にその理由を表10～12に示した。

表9 その後の状況

	n	%
経過は概ね良好	50	45.5
処遇困難	20	18.2
その他	30	27.3
未記入	10	9.1
	110	100.0

表11 処遇が困難であった理由

	n
キーパーソンとなる人物が家族等がない	1
コルサコフ症候群の出現	1
医療面からのアプローチはおおむね終了して退院可能も父・姉の受け入れが出来ず、家庭復帰、社会復帰する場の確保が出来ない。	1
家族3人(本人・父・姉)であり、父の背中をナイフで刺したことにより方の適用を受ける。(平成19年1月)・父、姉も統合失調症であり、父は精神科病院入院中、姉は社会復帰施設入所中・家族との同居により症状悪化が予想されることから、10ヶ月を経過して今なお花巻病院に	1
花巻病院に6ヶ月の入院後自宅に戻り市内精神科病院に通院・6ヶ月後、病状悪化し入院(幻聴発生、眼瞼下垂、不穏行動)・6ヵ月後退院、現在週1回通院中	1
現在まだ入院継続中のため	1
最飲酒	
指定入院医療機関退院後、生活訓練施設へ入所、その後グループホームに入り地域生活を送っていたが、10月に病状悪化により現在入院中	
社会復帰調整官の話から妄想がひどくなかなか改善されない様子	1
処遇終了に向けての環境整備(家族との調整・在宅支援等)	1
地裁からの入院継続決定通知の内容記述から	1
通院先、関係機関と良好な関係が築けているが社会資源の利用については本人の拒否(自分は健常者と一緒に過ごしたいと思っている)があり、導入ができていない。そのため日中孤立する傾向にある。	1
内科疾患の管理が必要・家族の協力があまり期待できない	1
病識や内省できず症状回復を望めない。治療反応性の部分で医療観察法の対象とならないと判断されるとのことで退院先の調整等困難が予想されている。	1
不穏状態から精神保健及び精神保健福祉に関する法律における医療保護入院中のため	1
父親の病気への理解不足があり家族関係の調整に緊急を要する。経済的な問題を抱えている。年金需給の必要があるが、本人のプライドが高く、年金需給ができない。	1
本人にまだ会っていない 家族の協力は得られていない	1
本人のモチベーションが上がらない・知的に未熟	1
本人の疾病理解不足(特に薬物、アルコールに対する)	1
両親の病気に対する理解が得られにくいことから、必要なサービスが調整しにくい	1
合計	20

表10 その後の経過が概ね良好だった理由

	n
ダルクに入所し社会復帰・社会参加の訓練を実施	1
医療機関の濃厚なケア	1
医療機関への通院は出来ているが病識がなく治療について理解できていない。家族(父親)の協力が得られている。	1
各関係機関が役割を分担し、継続的にケースを支援できた。	1
環境調整(更生施設入所、デイケアつう所等)にやり精神状態が安定	1
現在、就労支援サービスを利用しているが、事業所よりトラブル等の報告を受けておらず、利用状況も良好であるため	1
現在も入院処遇中であり、ゆっくりとながら外泊し始めるなど、退院に向けて治療が進行している。	1
今年度中に処遇終了の方向ですすんでおりおおむね安定しているため	1
作業所通所ができています・家族の支援が十分得られる	1
指定医療機関に定期的に通院し、主治医、病院スタッフとの良い関係ができています。そのため再発はしていない。しかし、日中活動の場が見つからないため在宅で過ごすことが多い。	1
支援者(家族)がいる・定期的な通院、内服が出来ている・本人に生活目標(就労)がある	1
治療開始及び継続	1
社会復帰調整官が熱心にケース家族と関わり関係機関と連携をとっている事	1
社会復帰調整官が熱心に取り組んでいる。定期的な検討ケース会。家族も含めた対応・連絡会。本人の意向、家族の意向を汲み取った対応を考えている。	1
主治医及び関係スタッフより状態が落ち着き生活も安定してきているとの判断から。	1
受診やデイケアへの参加のため、定期的に通院できており、症状悪化なく経過している。ケア会議等により関係機関が集まることで、統一した対応ができる。家庭訪問の受け入れもよく、社会資源についての理解も得られるようになった。	1
就労し、職場、友人との交流あり	1
処遇の実施計画のとおり出来ている	1
処遇実施計画に基づいて、本人、関係機関、家族が連携協力をしている。	1
生活訓練施設に入所し、規則正しい生活、内服管理が出来ている。・定期的な通院が出来ている。・定期的にデイケアへ通所している。・支援者(友人)がいる。	1
精神症状の表出はなく安定している	1
定期受診が出来ている 断酒会に参加し断酒が出来ている 家族や関係者と穏やかに接することが出来ている	1
定期受診服薬が出来ている。 家族の支援を受けて一人暮らしが出来ている。 就労できている。	1
定期的な受診・服薬がちゃんと出来ていて、症状も落ち着いている。精神障害者社会復帰施設に入所し、昼間は精神障害者小規模通所授産施設・病院デイケアに通い、規則正しい生活が出来ている。生活保護を受けて経済的にも安定している	1
入院・治療が行われているため	1
入院加療(心理教育・服薬調整指導)により、治療の必要性の認識ができるようになった 結婚願望強く、結婚に向けた生活基盤形成が通院治療の動機づけになっていること	1
入院治療により経過安定している。	2
病状が改善 家族が受け入れに協力的	2
夫のケア	1
病状は落ち着いており、今後養護老人ホーム等の利用を検討	1
保護観察所の調査官の丁寧な対応	1
本人・家族の疾患についての認識 断酒継続 環境整備	1
未記入	16
合計	50

表 1 2 その後の経過が「その他」だった者の理由

	n
まだ入院期間中であり経過判断不明	5
その後の状況を把握していない	3
入院治療により経過安定しているが退院後の帰住先として家族の受け入れ拒否あり	3
病状の安定以外にはあまり変化は見られない 本人に適当と考えられる精神障害者社会復帰施設がない	2
現在、指定通院医療機関において精神保健福祉法上の任意入院継続中である。保護観察所社会復帰調整官から年1回処遇実施計画通知があるのみである	1
更生施設入所者であったが本件を機に市外(出生地)へ転出したため	1
支援者である家族の状況変化が大きく、それにつられて本人の状態も変化しやすい。長年の生活スタイル、価値観を変化させることの困難さ。病状理解の認識が薄い。	1
状態は安定しているが、知的の面から衝動抑制が効かなくなる点を家族が危惧して、社会復帰がなかなか進まない。	1
対象者に意識がなく、服薬治療による症状の改善を実感していない・入院生活の中で規則正しい生活を送るのが困難なように見受けられた	1
退院して間もないため判断不可	1
断酒は継続されているが… 無連絡で転居したり公共料金を滞納したり不可解な点がある 本人の性格的問題もありそうである	1
通院決定後、一人暮らしをはじめ、定期的な通院、デイケア、作業所を利用し社会復帰に向かっていたが大量服薬による自殺企図が見られ、現在通院医療機関に医療保護入院中。	1
通院決定後、鑑定を実施した病院に入院(医療保護入院)中。退院については家族が受け入れに難色を示しているため、入所のための施設等を検討中。本人については衝動的行為(薬物等)について病院より指導中。	1
通院予定日に来院しない等、協力的でない面がある。	1
入院中に死亡	1
父の保護能力が低い→退院先の検討 知的障害が疑われるが、家族・本人に未告知→退院に向けて再告知	1
本人の症状としては落ち着いておられ退院されていますが、家庭復帰は困難なため市外の本人の実家(実母健在)に身を寄せています。夫や夫の母と暮らすと症状悪化の恐れが高いからの理由です。しかし、実家で暮らしても安定する可能性は判断できない状況です。今後とも要観察	1
薬物療法だけでは限界がある 家族関係の中で病状不安定が見られる 生活療法には一定の時間を要している 病院に毎日通院しており必要時いつでも専門医の対応が可能であること	1
留学中のため母国に帰り治療することになった	1
未記入	2
合計	30

4. 事例との関わり

4-1. 精神保健福祉活動における関わり

精神保健福祉活動としての関わりの内容は表 13 に示すとおりであった。「相談(電話等)」が 10 例(9.1%)

と最も多く、「訪問」8 例(7.3%)、「面接」4 例(3.6%)と続いていた。「情報提供のみ」も 6 例(5.5%)みられ、依頼機関および職種は表 14、表 15 に示すとおりで、依頼機関は地方裁判所が 3 例、医療機関・保健所が 3 例、保護観察所が 1 例であった。また、「そ

の他」の内容は表 16 に示すとおりであった。

表 1 3 精神保健福祉活動での関わり（複数回答）

	n	%
面接	4	3.6
相談	10	9.1
訪問	8	7.3
情報提供のみ	6	5.5
その他	20	18.2
未記入	72	65.5
合計	110	100.0

表 1 4 情報提供の依頼機関

	n
医療機関	1
静岡地裁浜松支部	1
地裁	1
地方裁判所刑事部	1
東京保護観察所	1
病院からの退院連絡	1
保健所	1

表 1 5 情報提供の依頼職種

	n
裁判官	1
裁判所書記室	1
社会復帰調整官	1
保健師	2

表 1 6 「その他」の関わりの内容

	n
以前より当機関のアルコールミーティングを利用	1
医療観察法ケア会議の出席による	1
現在のところ、保護観察所よりの情報提供と盛岡地裁よりの決定通知により現状を把握するのみ。	1
視聴が保護者になるため、地方裁判所より連絡を受ける。	1
処遇会議	1
精神科医による相談	1
地方裁判所からの申し立て通知書を通知され付添人選任の回答をした。	1
付添人の選任	1
弁護士からの紹介	1
保護者(市長)との関わり	1
保護者(市長)との関わり	1

4-2. 社会復帰調整官による生活環境の調査時点での関わり

生活環境調査時における関わりの内容は表 17 に示すとおりであった。「社会復帰調整官（保護観察所）からの紹介への対応」が 27 例（24.5%）、「保護観察所以外の機関への情報提供」が 4 例（3.6%）であったが、未

記入が 70 例と多かった。

「保護観察所以外の機関への情報提供」先は、地裁支部であった。また、「その他」の関わりの内容は、生活保護の決定・受給と福祉サービスの調整が各 1 例ずつであった。

表 17 社会復帰調整官による生活環境の調査時の関わり

	n	%
社会復帰調整官からの照会への対応	27	24.5
保護観察所以外の機関への情報提供	4	3.6
その他	10	9.1
未記入	70	63.6
	110	100.0

4-3. 社会復帰調整官による生活環境の調整時点での関わり

社会復帰調整官による生活環境の調整の時点での関わりの内容は表 18 に示すとおりであった。「ケア会議への参加（必要に応じ）」が 33 例（30.0%）と最も多く、「社会復帰調整官（保護観察所）からの照会への対応」や「必

要な生活支援（精神保健福祉サービス、生活保護の調整など）」がこれに次いで多かった。

社会復帰調整官による生活環境の調整時における関わりの内容の「その他」は、病院への本人の訪問および自宅への家族の訪問であった。

表 18 社会復帰調整官による生活環境の調整時の関わり（複数回答）

	n	%
社会復帰調整官からの照会への対応	25	22.7
退院地の選定、住居の確保	10	9.1
必要な生活支援	20	18.2
院外外出または外泊における連携、協力	4	3.6
ケア会議への参加	33	30.0
その他	7	6.4
未記入	56	50.9
合計	110	100.0

4-4. 精神保健観察の時点での関わり

精神保健観察時の関わりの内容は表 19 に示すとおりであった。「ケア会議への参加(定期的)」が 45 例(40.9%)

と最も多く、「市町村による訪問」および「必要な生活支援(精神保健福祉サービス、生活保護の調整など)」がこれに次いで多かった。「その他」の内容は表 20 のとおりであった。

表 19 精神保健観察時の関わり (複数回答)

	n	%
医療に関する調整	1	0.9
必要な生活支援	20	18.2
市町村による訪問	26	23.6
ケア会議への参加	45	40.9
その他	9	8.2
未記入	58	52.7
	110	100.0

表 20 精神保健観察時の「その他」の関わり

	n
ヘルパーとの連携	1
近隣から心配の声があがっていないか等地域の情報収集見守り	1
断酒例会の中での観察	1
家族の相談	1
入院中	1
本人を通しての家族への支援	1

5. 社会復帰調整官による生活環境の調整時および精神保健観察時でのケア会議の状況

5-1. 生活環境の調整時のケア会議

社会復帰調整官による生活環境の調整時点でのケア会議の開催回数は表 21 に示すとおりで、「1 回」および「2 回」が多かった。

ケア会議の出席状況は表 22 に示すとおりで、「毎回出席」が 39 例(35.5%)と最も多く、「状況に応じて出席」が 8 例(7.3%)であった。ケア会議への出席回数は表 23 のとおりであった。

ケア会議の開催場所は表 24 に示すとおりで、「医療機関」が 38 例(34.5%)と最も多かった。その他の開催場所は

表 25 に示すとおりであった。

表 2 1 「社会復帰調整官による生活環境調整時のケア会議の開催回数

	n	%
0回	6	5.5
1回	18	16.4
2回	11	10.0
3回	6	5.5
4回	3	2.7
5回	4	3.6
6回	2	1.8
14回	2	1.8
15回	1	0.9
未記入	57	51.8
	110	100.0

表 2 2 ケア会議への出席状況

	n	%
毎回、出席	39	35.5
状況に応じて出席	8	7.3
出席していない	1	0.9
その他	1	0.9
未記入	61	55.5
	110	100.0

表 2 4 ケア会議の開催場所（複数回答）

	n	%
医療機関	38	34.5
保健所	4	3.6
精神保健福祉センター	2	1.8
その他	7	6.4
未記入	64	58.2
	110	100.0

表 2 3 ケア会議出席回数

	n	%
0回	7	6.4
1回	20	18.2
2回	13	11.8
3回	4	3.6
4回	3	2.7
5回	4	3.6
6回	1	0.9
7回	1	0.9
未記入	57	51.8
	110	100.0

表 2 5 ケア会議のその他の開催場所

	n
区役所	1
市役所	2
市役所、自宅	1
市役所内会議室	1
入所施設	1
保護観察所	1
本人の自宅近くの民生委員宅 市役所	1

5-2. 精神保健観察時のケア会議

精神保健観察時点でのケア会議の開催回数と出席状況は表 26、表 27 に示すとおりで、開催回数では 2～4 回が多く、出席状況は回答者のほとんどが「毎回出席」であった。また、出席回数は表 28 のとおりであった。

ケア会議の開催場所は表 29 に示すとおりで、「医療機関」が半数を占めていた。その他の開催場所は表 30 に示すとおりであった。

表 2 6 ケア会議開催回数

	n	%
0回	3	2.7
1回	7	6.4
2回	11	10.0
3回	13	11.8
4回	8	7.3
5回	4	3.6
6回	6	5.5
7回	1	0.9
8回	3	2.7
9回	2	1.8
10回	3	2.7
15回	1	0.9
未記入	48	43.6
	110	100.0

表 2 7 ケア会議の出席状況

	n	%
毎回、出席	53	48.2
状況に応じて出席	6	5.5
未記入	51	46.4
	110	100.0

表 2 8 ケア会議出席回数

	n	%
0回	3	2.7
1回	7	6.4
2回	13	11.8
3回	11	10.0
4回	9	8.2
5回	4	3.6
6回	7	6.4
7回	3	2.7
9回	1	0.9
10回	2	1.8
14回	1	0.9
未記入	49	44.5
	110	100.0

表 2 9 ケア会議の開催場所

	n	%
医療機関	50	45.5
精神保健福祉センター	2	1.8
その他	8	7.3
未記入	50	45.5
	110	100.0

表 3 0 ケア会議のその他の開催場所

	n
市庁舎会議室	1
認知症グループホーム	1
保護観察所・デイケア	1

6. 医療観察法の円滑な普及のための関係機関への研修

医療観察法の円滑な普及のための関係機関（精神保健福祉施設、精神障害者居宅生活支援事業者等）への研修の実施状況は表 31 に示すとおりで、「実施した」市町村は 6 カ所と少なかった。開催回数は 5 カ所が「1 回」で、開催形態は「主催」3 ヶ所、「共催」2 ヶ所であった。

また、研修対象と研修内容は表 32 および表 33 に示すとおりであった。

表 3 1 関係機関への研修実施状況（複数回答）

	n	%
実施した	6	3.7
実施していない	151	92.6
今後実施予定	1	0.6
未記入	6	3.7
	163	100.0

表 3 2 研修対象

	n
管内関係機関	1
関係機関職員	1
精神関連医療機関、保健・福祉担当	1
精神保健事業を担当する行政職員(保健師、看護師、主事)	1
精神保健福祉協会及び家族会の会員	1
総合支所健康づくり課の保健師(地域生活支援の担当)	1

表 3 3 研修内容

	n
「心神喪失者医療観察法について」・制度概要・地域とのかかわり	1
「心身喪失者等医療観察法について」と題して講演会開催	1
講演会「医療観察法の基礎知識」	1
制度の概要について	1
地域精神保健福祉連絡協議会の中で社会復帰調整官より説明	1
東京保護観察所の職員と医療観察法における現状と課題についての意見交換	1

関係機関への研修を実施していない理由は表 34 に示すとおりであった。

「県や他機関による研修があるため」が 17.2% (28 市町村) で、次いで「研修の必要性を認識していなかったから」、「施設が無いため」、「本法処遇となる対象者がいないため」などの理由が多くみられた。

「今後、実施予定」と回答した市では、管内関係機関を対象に、地域精神保健福祉連絡協議会の中で現状報告を予定していた。

7. 医療観察法の市町村における運用に向けた準備状況

医療観察法の市町村における運用に際して、準備実施状況は表 35 に示すとおりで、3 市町村のみであった。準備の内容は、『「相談の流れ」や「公文書の取り扱い」に関するフロー図の作成』、『県・保護観察所とともに運営要領の作成』であった。

表 3 5 医療観察法の運用準備実施の有無

	n	%
している	3	1.8
特にしていない	152	93.3
未記入	8	4.9
	163	100.0

8. 医療観察法の運用に際し、市町村の役割の中で課題と思うこと

医療観察法の運用に際し、市町村の役割の中で課題と思うことは表 36 に示すとおりであった。「直接的な関わりもなく・法律の周知、解釈が不十分である」、「社会資源・専門職種等のマンパワー不足」と回答した市町村が多くみられた。

表 3 4 研修を実施していない理由

	n	%
県や他機関による研修があるため。	28	17.2
研修の必要性を認識していなかったから	11	6.7
施設がないため	10	6.1
本法処遇となる対象者がいないため	10	6.1
研修実施の主体ではないと判断するため	5	3.1
法を理解、認識していないため	2	1.2
ケースが出た時点で関係機関に説明している。	1	0.6
スタッフ不足のため市での開催は困難である	1	0.6
精神保健福祉一般についての啓発が優先されるため。	1	0.6
関係する機関・部署との連携が十分取れていない	1	0.6
研修を行えるような専門的指導を受けている者がいない	1	0.6
担当部署が不明確である	1	0.6
小さな町であるので、独自での開催は難しい。	1	0.6
専門職がおらず、予算もなくて実施できない	1	0.6
担当課が他課(社会福祉課)であるため	1	0.6
本ケースではそのような機関の利用計画がなかったから。	1	0.6
未記入	87	53.4
合計	163	100.0

表 3 6 医療観察法の運用に際し、市町村役割の課題（1）

	n
未記入	102
直接的な関わりも無く、法律の周知、解釈が不十分である	17
社会資源・専門職種等のマンパワー不足	6
(入院・通院の施設には潤沢な予算が組まれているが、市や地域のサービスには得段の配慮がないため)市の担当に余力がなく、対応が不十分になる。民間の施設サービスにつなげても施設側の負担感が増すばかりである。	1
ケア会議の中で民生委員への情報提供をどのような形で行うかについて課題としてあがりました(本人が地域で生活するようになったケース)。地域での見守り体制。	1
医療観察終了後の市町での継続体制。	1
医療観察法による対象者への対応が明確でない 市町村と県保健所の関係(役割)が良く分からない	1
医療機関との連携・地域社会福祉資源の集約・家族等、対象者に関わりを持つ方との協力(NO.1のケースでは様子の変わってきたことを母親から連絡を受け、市保健師、医療機関ケースワーカーの3者が説得して入院治療を実施できた。)	1
関係機関と連携をとりながら地域以降を行う場合、保健所のリーダーシップが必要と思われる	1
逆に何をしたら良いのかお伺いしたい。コーディネーターの質的、量的拡充が必要と思われる。	1
業務内容で管轄部署が異なることによる、主動部署の不明確さからおきる対応の遅れ	1
広域(県レベル等)取り組みがなく、事例があったときの対応・周知の研修の機会の必要性	1
今後医療観察を要する方の発生があれば地域の保護司や警察の方と連携し努めていきたい。	1
市町村単独のケースに関わることは難しく、(ケース対応は保健所が中心となる)市町村の役割は家族支援の部分が大きいのと思われる。	1
市町村長が保護者となる場合に、どのように、あるいは、どの程度各事例にかかわるか。通院決定になっておられる方への訪問等の関わりをどのように進めていくか(予防的な危機対応の方法論の確立)	1
指定医療機関および保護観察所が距離的に遠く、特に本人の状態変化時は連絡がとれずらく困りました。	1
施設入所の場合は、市のケア会議参加は必要ないのでは。地域に在住する場合は関わる。	1
社会復帰に向けての精神保健福祉サービスが充実していない	1
社会復帰調整官が一人なので件数が増えてきたときの市と調整官との関わり(希薄になるのではないかという不安がある。全て市に丸投げになるのではないか)・処遇終了後、なんらかの問題が起きた時の相談窓口(どこになるのか)・ヘルパーや相談支援事業者等関係機関への研修	1
主たる支援者との支援者との信頼関係の構築(支援者が課程ごとに変わるため)。利用可能な福祉サービスの充実	1

表 3 6 医療観察法の運用に際し、市町村役割の課題（2）

	n
住民や市に対する病院(司法病棟を有する)側からの説明は不十分である。住民からの質問に対しては答えない 当初通院医療機関にはならないとの説明であったが、変更したいとしており、しかし住民に対しての丁寧な説明がない。	1
処遇終了後の地域での見守り体制 佐渡は離島であり、指定医療機関(入院・通院ともに)ないので、多圏域よりも関係機関との連携が困難	1
障害福祉サービスの中には精神保健の専門家ではないサービスがあり理解が得られにくいのではないか。本制度による処遇が終了した場合、その後の関係者の支援が明確ではない	1
人事異動により担当が短年度で代わるため、法律を知らない場合がある。担当は事務職員で専門職がないので毎年県の研修が必要	1
対象者が増えた場合、市町村にはマンパワーも少なく処遇終了後の支援量が不安・支援の内容についても対象者から拒否されれば市町村としてもそれ以上介入できないため再犯、再入院予防ができるのか不安	1
対象者が地域生活にスムーズに復帰できるように福祉サービスの面からサポートすること。(資源についての情報提供)・事例が多くないので、関係機関との連携が非常に重要	1
対象者が利用できる福祉サービスが少ないこと	1
対象者数が活用しやすい社会資源の整備、充実をはかる(最長)3年の対象期間内における定期訪問実施の難しさ	1
退院へ向けこれからケア会議等調整がでてくる予定	1
担当係が明確に決まっていない	1
地域での見守りや緊急時の対応等、市町村に係る実務的役割が大きすぎる	1
地域での生活に当たって地域住民等の理解をどう得ていくか。本人等を支援する体制作りが必要である。	1
地域へ戻る際の関係機関での連携・連絡	1
地域住民の不安に対応できる体制	1
地域生活支援のための社会資源の整備	1
町レベルでは専任保健師の人材が1名のところがほとんどでありタイムリーな対応ができるか不安	1
町内及び近隣町村に利用できる社会復帰施設がない・地域住民の理解	1
長期にわたるケア会議への出席など、担当者の過重負担 精神保健福祉活動の中でも専門的要素が多く、現状では対応に限られる 本人が就労したため約束しづらく現状把握が難しい	1
日頃から関係機関厳密な連携を確保できるような体制を作りケア会議へつなげられる事。	1
保護観察所が松江市と遠方のため緊急時等の調整官による早い対応や日常の見守り体制においてもこまめなフットワークは期待薄である。それをカバーする為の医療・福祉・地域の連携、ネットワーク作り、情報の共有と処遇方針の統一を図ることが重要となると思う。ケア会議を	1
役割分担の明確化・社会復帰のための社会資源不足・家族の調整	1
合計	163