

未だ十分な体制が整備されているとは言えず、制度運用にあたって多方面で齟齬を来している。

精神保健福祉士の業務においても、様々な面でその影響が現れている。

1. 指定入院医療機関の整備について

一般の精神科医療においては、入院から通院への移行は同一医療機関内で行われ、退院後の地域生活支援にかかる社会資源の利用においても、通常は本人の生活圏の範囲内で行われる。

一方、医療観察制度における医療提供は、厳密に規定された指定医療機関で行われるが、医療機関については未だ整備の途上であり、様々な要因により、地域的偏在が著しい。

そのため、入院医療から通院医療、地域における生活支援に関しては、対象者の生活圏の範囲内で行うことは困難であり、入院医療機関の不足から、遠方であっても空床のあるところに入院せざるを得ず、その後本人の居住地に近い医療機関へ向けて転院を重ねるなど、処遇の一貫性を担保しがたい状況になっている。

指定入院医療機関の絶対数の不足に対して、現在、全都道府県への指定入院医療機関の整備を早急に進めることが求められている。

これに応じて多くの地方自治体が整備を進めようとしている小規模病棟は、既存の公立精神科病院に増設するもので、重装備の旧国立系指定入院医療機関において急性期および回復期の医療を中心に行い、小規模病棟を中心とする自治体精神科病院においては社会復帰期の対象者の入院治療を行うという役割分担論により、地方自治体立精神科病院に医療観察法による指定入院医療機関として小規模病棟を設置しようというものである。対象者

が入院医療から通院医療へと移行し、さらに社会復帰を果たして地域生活へ定着するプロセスとしては合理的であるが、転院をめぐる連絡調整に当たっては通信機器利用だけでなく、同行、訪問等の直接的参加が不可欠であり、遠距離の指定医療機関での段階的な転院をめぐる調整等のために、社会復帰調整官をはじめ、関係者の業務がさらに増大することになる。

これらのことから、社会復帰調整官や、指定通院医療機関、地域精神保健福祉関係機関職員等においても、退院後の地域処遇にかかる調整等のために、遠隔地の指定入院医療機関等への旅行は、制度創設期における一過性の業務ではなく、常態的業務としてとらえる必要があり、そのことを前提として必要となる職員の業務量の積算を行うべきである。

2. 指定通院医療機関の整備について

指定通院医療機関の数が少なく、多くの都道府県において地域的偏在が見られる。そのため、地域処遇に移行する対象者の帰住地の選定が制約されている。

また、指定通院医療機関の指定を受けていない指定入院医療機関が少なく、社会復帰調整官や転院予定の指定通院医療機関、地域精神保健福祉関係機関職員等が指定入院医療機関で開催される会議への参加や対象者本人との面会のために、多大な移動時間を要している。

3. 地域精神保健福祉関係機関

障害者自立支援法の施行により、精神保健福祉法による精神障害者社会復帰施設の規定が削除され、社会復帰施設における精神保健福祉士の配置の根拠が失われている。

加えて、身体・知的・精神障害者に対する障害福祉サービスの総合化を進める障害者自立支援法においては、障害種別によるサービ

スの特性が考慮されておらず、精神障害者の保健福祉に係る専門職である精神保健福祉士の位置づけが行われていない。

E. 結論

医療観察制度における精神保健福祉士の役割

一般に、精神保健福祉士は業務の展開に当たって「個と状況の全体関連性」を重視しており、実際の業務においては、対象者のニーズを中心とした上で、本人を取り巻く関係諸機関等との連絡調整を図ることが最も中心的な業務となっている。

医療観察制度において、精神保健福祉士は、保護観察所の社会復帰調整官、地方裁判所の非常勤職員である精神保健参与員、指定医療機関、地域精神保健福祉関係機関の職員として、相談援助やグループワーク、コミュニティワーク等の援助技術を用い、制度のほぼすべての局面に関与している。

さらに、所属機関内の業務にとどまらず、関係諸機関等との連絡調整を図ることが、より重要で、特徴的な業務となっている。

ことに、一般の精神科医療に比べて、多数の関係機関に関与するとともに、それぞれの関与が厳密な規定により規制されていることから、同一機関内はいうに及ばず、多数の関係機関との間の連絡調整には多大な時間と労力を要している。これら連絡調整には、多くの場面で精神保健福祉士がそれぞれの所属機関の立場で関与しており、制度運用上不可欠な役割を担っている。

医療観察制度においては、一般の精神科医療に比べ、法律の厳密な規定に基づき、多種の機関、職種が多様な関与をしており、対象者の審判から始まり、医療、地域処遇を経て社会復帰を果たすまで、全体的な調整機能を保つことがきわめて重要である。

連絡調整業務を専門性の特徴とする精神保健福祉士は、医療観察制度において不可欠の

職種であり、関係各機関への適切な配置の促進が求められる。

○ 社会復帰調整官を増員すべきである。

社会復帰調整官は、医療観察制度の開始から終了まで一貫して対象者に関わる唯一の職であり、本制度の運用において要となる役割を担っている。しかしながら、関係機関の本制度への関心の低さ、本制度への関与に関する主体的姿勢の乏しさ、関係機関の協力体制の脆弱さ、関係機関の不足や地域的偏在により業務量に占める移動時間の割合の高さなどのため、多くの社会復帰調整官は疲弊状態にある。

引き続き、社会復帰調整官を増員を図るべきである。

○ 精神保健参与員に対する研修体系の整備と充実を図る必要がある。

審判に関与する精神保健参与員の審判への参加回数の多少により、精神保健参与員の資質には格差が生じつつあり、精神保健参与員登録者に対する継続的な研修体制を確保する必要がある。

一部の地方裁判所において参与員研修が行われている例もあるが、これを全国的に展開する必要がある。

また、地方裁判所に加えて、精神保健福祉に関する教育研修の専門機関である各都道府県の精神保健福祉センターにおいても、参与員研修を実施することについて検討すべきである。

○ 指定入院医療機関の精神保健福祉士を増員すべきである。

指定入院医療機関には、精神保健福祉士が2名から3名配置されているところもある。

病棟内においては、対象者の権利擁護にかかる業務のほか、入院対象者の処遇を適切に

進めるとともに医療観察法病棟の円滑な運営のために重要な役割を担うケア調整会議の運営等の院内業務に加えて、退院後の地域処遇への移行に備えて、帰住地のない対象者についての住居設定や指定通院医療機関との調整など、外部の関係機関との連絡調整業務の重要性が高まっている。

また、今後増加が見込まれる小規模病棟においても、院内の対象者に対する処遇に加え、関係機関等との連絡調整機能を確保するため、専任の精神保健福祉士を複数配置すべきである。

○ 指定通院医療機関に、専任の精神保健福祉士を配置すべきである。

指定通院医療機関には、当該機関における通院処遇対象者のケア調整者として専任の精神保健福祉士を配置するとともに、通院対象者の数に応じて、必要な精神保健福祉士を配置すべきである。

○ 地域精神保健福祉機関への精神保健福祉士の配置を促進すべきである。

平成11年の精神保健福祉法改正において、精神障害者のニーズに基づき、保健、医療、福祉に関するサービスを総合的に提供する体制整備が目指された。現行の障害者自立支援制度下において、精神障害者が利用する相談支援事業機関および自立支援事業所には精神保健福祉士を配置すべきである。また、自立支援サービスの実施主体である市町村に対して、精神保健福祉士の配置を義務づけるべきである。

医療観察法に基づく地域処遇を終了した者に対する継続的な地域生活支援を確保するため、保護観察所に代わり、精神保健福祉センターが中心的な役割を担うべきである。しかし、精神保健福祉士を配置する精神保健福祉センターは、約55%に過ぎない。社会復帰調整

官に代わって連絡調整等の機能を果たすために、精神保健福祉センターには精神保健福祉士の配置を義務づけるべきである。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

佐藤三四郎：医療観察法と精神保健福祉士（特集総説）。精神保健福祉。74：95-99, 2008

三澤孝夫：医療観察法病棟の施設概要と精神保健福祉士の業務。精神保健福祉。74：111-114, 2008

日暮恵美：指定通院医療機関における精神保健福祉士の立場から。精神保健福祉。74：115-117, 2008

宇津木朗：医療観察法の概要と社会復帰調整官の業務。精神保健福祉。74：121-123, 2008

尾上孝文：医療観察法の地域処遇の現況と課題を考える－広域な地域精神保健福祉行政を担う立場から見て－。精神保健福祉。74：124-127, 2008

四方田清、伊東秀幸、佐賀大一郎、佐藤三四郎ほか：精神保健参与員の担う役割と今後の課題について（座談会）。精神保健福祉。74：101-110, 2008

2. 学会発表

四方田清ほか：医療観察法における保健所および市町村の関与の実際と課題－保健所および市町村全国調査を中心に－。第7回日本精神保健福祉学会。横浜。2008. 6.14

3. その他

佐藤三四郎：（講演）地域処遇の現状と課題。長野保護観察所。2009. 2. 6.

佐藤三四郎：（巻頭言）地域精神保健福祉活動の豊かな展開を願って。精神保健福祉。

77 : 3, 2009

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

(I) 社会復帰調整官の役割に関する研究

研究協力者：

宇津木 朗（さいたま保護観察所）

堂前 大輔（金沢保護観察所）

谷 美祐紀（旭川保護観察所）

植松 俊典（京都保護観察所）

菅原 資浩（福島保護観察所）

深貝登志子（松江保護観察所）

荻野 哲男（甲府保護観察所）

松尾 一生（高松保護観察所）

栗田 俊之（静岡保護観察所）

霧 真一郎（鹿児島保護観察所）

研究要旨

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、医療観察法又は法という。）に基づいて、精神保健福祉士等は、社会復帰調整官（以下、調整官という。）の役割を担うこととされ、司法関係機関である保護観察所に配置された。新たな領域に携わる調整官は、従来の精神保健福祉士としての役割や業務を基礎としながらも、特殊で、高い専門性を要するものである。しかし、調整官の業務や役割は未確立で、本法関係者からも十分認知されていないこともあって、過剰な役割や業務を求められているのが現状である。

今年度は、調整官の主要な業務である精神保健観察を研究の中心に据えて、①集団討議、②業務量調査、③精神保健観察業務分析を実施し、調整官の業務や役割の明確にすること、標準的な調整官業務の提言を目的に研究を行った。

平成20年現在、調整官が不足していること、指定入院医療機関の整備が遅れていること、指定通院医療機関の不足や偏在、社会資源の質・量的な不足などが、調整官業務にとどまらず、医療観察制度の円滑な実施を阻害している現状であった。当面、このような現状にあることから種々の問題が派生していることを関係者の共通認識にして対処しなければならない。

A. 研究目的

殺人や放火などの犯罪は、被害者に深刻な被害を与えるだけでなく、犯罪をした者やその家族に与える影響も甚大である。心神喪失又は心神耗弱の状態での重大な他害行為も同様であるが、一層多様な問題を有するものとなる。そうした問題について、従来の精神保健福祉システムでは十分対処できなかったものを補完するものとして医療観察法を捉えることができる。本法の要点と目的は、①処遇の要否及び内容を決定する審判手続を整備し、②入院を要する場合の適切な医療を提供

する指定入院医療機関の整備、③実効性のある地域処遇をとおして対象者の社会復帰を促進することである。本法に保護観察所が関与するのは、①国の機関が中心になって統一的に実施することが適当であって、②従来からの保護観察所業務と類似しており、③全国的なネットワークを有しているので転居等の遠隔地への移動についても精神保健観察等を円滑に実施できることから適切であるとされた。保護観察所に精神保健福祉に関する資格や経験を有する調整官を配置して職務を遂行させることになった。

しかし、司法という新たな分野に関与する

調整官自身、業務やその役割についても共通認識を有するまでには至っていない。また、関係する裁判官や検察官、判定医、精神保健参与員、付添人、指定医療機関、都道府県、市町村等の関係者や関係機関についても同様に、役割等の理解や互いに期待することにも差違を生じている。さらに指定医療機関の整備不足や地域状況の違いなどからも互いに期待することの認識にずれを生じさせているのが現状である。

以上のような過年度の研究結果を踏まえて、未確立な調整官の業務や役割を明らかにし、標準的な調整官業務の提言を目的に研究をした。

B. 研究方法

1 集団討議

第1回：平成20年5月25日（日）

日本更生保護協会

第2回：平成20年8月29日（金）

福岡保護観察所

今年度は調整官の中心的業務である「精神保健観察（地域処遇）」を主要な課題として、以下の方法で研究した。

第1回では、「調整官は、医療観察法に基づいて司法機関に新設された職種であり、既存の経験等を基盤としながらも新しい分野を担っている職種である。」ことを再確認し、基本的・標準的な業務について、精神保健観察を中心的業務に位置付けて検討した。また、精神保健観察業務に関する業務調査をすること、関係する他機関・他職種からの聴取をすることとした。

第2回では、鑑定入院医療機関や指定通院医療機関、精神保健参与員、障害福祉サービス事業者の精神保健福祉士及び九州管内の調整官の協力を得て、調整官業務に関する意見交換をした。また、関係機関の情報交換の在り方や精神保健参与員業務、地域処遇の現

状、医療観察制度の課題等、広範囲にわたる検討をした。

2 業務量調査

標準的な事件数を有する東北・中部・近畿・四国・九州管内の調整官6名を抽出し、平成20年7月1日～31日の間における①平素の連携体制の確保、②生活環境調査、③生活環境調整、④精神保健観察のステージ別に調査を実施した。また、精神保健観察を終了した事例についての業務分析を実施した。

C. 研究結果

1 精神保健観察

(1) 精神保健観察の概要

従来精神保健及び精神障害者の福祉に関する法律（以下、「精神保健福祉法」という。）に基づく処遇においては、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者に対して「退院後の処遇を確実に継続させるための実効性ある仕組みがない」ことを指摘され、医療観察法に規定された「精神保健観察」により、保護観察所が裁判所の決定に基づいて、「継続的かつ適切な医療を確保するために必要な観察及び指導を行う」こととされた。

さらに、保護観察所は、「精神保健観察」を実施するとともに指定通院医療機関における「医療」、地域処遇に携わる関係機関における「援助」を対象者の希望等を踏まえて、統一的かつ効果的に実施されるようにケア会議を開催するなどして、処遇の実施計画を作成又は見直しをして、対象者の処遇に携わる関係機関相互の連携を確保し、地域処遇のコーディネーターとしての役割を担うこととされた。

また、当初から本法による処遇を終了した後の医療の継続や対象者の希望を踏まえた日常生活の安定を図るための関係機関の活用等も目指しているため、医療や援助機関への橋渡しの役割もある。

このような観点から、調整官が担う業務（「精神保健観察」及び「地域処遇のコーディネート」）を、「処遇導入期」「処遇実施期」「処遇終結期」に分けて、現状を確認しつつ考察した。

（２）処遇導入期

調整官は、当初審判での通院決定、又は指定入院医療機関から退院許可決定となった対象者等の地域生活への期待と不安にも配慮して、ケア会議を開催するなど関係機関担当者と円滑な地域処遇が開始できるよう直接的支援や関係機関との連絡や調整を行い、処遇の実施計画を作成し、精神保健観察を開始することとなる。

ア 当初審判における通院決定

調整官は、当初審判において通院決定となる場合、裁判所における審判前のカンファレンスや審判等の状況を踏まえつつ、7日～14日間程度のうちに指定通院医療機関に内定を依頼し、地域関係機関に協力等を依頼して処遇実施計画案の作成等の準備をする。

関係機関から対象者に対し、従来の生活の態様を改善し、適切に関係機関を活用しながら、社会復帰への動機の獲得及び保持できるよう、社会資源等の正確な情報や利用状況等を提供し、対象者の不安解消に努め、双方の良好な関係性を形成、構築できるように働きかけを行う。裁判所の審判の過程や決定の言渡しの機会を活用して、治療や地域処遇についての動機付けを図っている例や対象者が鑑定入院中に、指定通院医療機関や保健所、市町村等の担当者が鑑定入院医療機関において対象者との面接、保護者等からの相談に応じるなど、適切な医療・援助の内容について検討を行い、関係機関によるオリエンテーションや援助が開始されている例がある。このような実践例においては、より円滑な精神保健観察及び地域処遇が開始できている。鑑定入院医療機関と指定通院医療機関が異なる場

合、対象者や保護者等と指定通院医療機関との新たな治療・援助関係を構築する過程において、鑑定入院医療機関の精神保健福祉士からの地域処遇の関係機関への積極的な関わりによって、より円滑な地域処遇へとつながっている実例があり、その役割は大きい。

イ 退院許可決定

調整官は、入院処遇から退院許可の決定となる場合には、入院決定当初から生活環境の調整に着手しており、対象者や保護者等、指定入院医療機関、指定通院医療機関、地域関係機関等と必要な調整を進め、対象者の外出や外泊の機会を活用して退院前にケア会議を開催するなどして、円滑な地域生活への移行に向けて取り組んでいる。

平成19年度の調整官を対象に実施した調査において、「管内に指定入院医療機関がある」が28%、「ブロック管内に指定入院医療機関がある」が64%であった。その後指定入院医療機関の数は微増しているが、現在においても多くの調整官は、遠隔地に所在する指定入院医療機関を訪問して、また指定入院医療機関は、対象者の退院後の居住予定地を訪問するなどして、生活環境の調整を図っている。

対象者の外出・外泊においては制限があるので、前掲調査では、外出・外泊の機会を利用するなどして開催したケア会議等は2回が最も多かった。中には指定入院医療機関と関係機関の意見が折合わず、調整が不十分な状態のまま、退院に至った例もあるが、地域の関係機関の担当者が指定入院医療機関を訪問して、対象者と面接を行い、地域の情報を提供し、指定入院医療機関と協議して援助を開始する取り組みもある。

ウ 処遇実施計画の作成

処遇の実施計画は、対象者の希望を踏まえ、指定通院医療機関による医療、保護観察所による精神保健観察、地域関係機関による援助について、それぞれの処遇目標、具体的

内容、頻度、担当者及び緊急時の対応等を定めたものであり、作成した後、対象者へ交付している。

入院処遇を経た場合は、比較的ゆとりを持って作成できるが、当初審判において通院決定となった場合は、極めて短期間のうちに作成することとなる。

(3) 精神保健観察及び地域処遇の実施

精神保健観察中の対象者は、医療を受ける義務を負い、一定の住居に居住することや住居の移転又は長期の旅行をする際に保護観察所への届出、保護観察所の長による出頭や面接に応じるといった「守るべき事項」がある。精神保健観察は、対象者が必要な医療を受けているか否か及びその生活の状況を見守る「観察」と継続的な医療を受けさせるために必要な指導その他の措置を講ずる「指導等」がある。調整官は、関係機関からの報告や対象者や保護者等との面接、ケア会議での情報共有等において、対象者の状況把握をするほか、必要な医療を受ける動機の確認や自覚の程度、生活場面における心理的・社会的・身体的危機のモニタリングや介入の調整等を行う。

早急に解決すべき課題としては、指定通院医療機関の不足や偏在が挙げられる。一部の指定通院医療機関に対象者が集中している例、対象者が通院に長時間を要し、高額な交通費を要する例、受診間隔が長期化する例、デイナイトケアや訪問看護の実施が困難な例等がある。

前掲の調査によると、「管内の指定通院医療機関の数が適正である」と回答したのは6%にとどまっている。また、調整官の面接は、概ね月1回以上、対象者の住居等へ訪問して実施している。面接するための最短移動時間は30分以内が47%を占める一方、最長移動時間は1時間半以上が73%であった。

ア 病状悪化時、緊急時の対応

先述したとおり、対象者が病状悪化した場合の緊急時の対応については、処遇実施計画においてあらかじめ定めるところであるが、保護観察所においては、指定通院医療機関等と適宜連絡・報告をしながら、24時間体制で対応している。

通院対象者が病状悪化等によって精神保健福祉法による入院を行った場合、通常の健康保険等によることとされているので、医療費の自己負担が生じることとなる。入院治療の必要を指摘されても、「家族に迷惑がかかる。」と医療費の負担を心配して、入院を拒む例がある。また、物質使用障害のある対象者の場合、アルコールや薬物の再使用によって、危機的状況が高まり、指定通院医療機関における医療提供の在り方や本法による入院申立ての適否の判断、本法適用の妥当性等について、苦言や疑義を呈する関係機関もあり、対応に難渋しているのが現状である。

イ 保護観察所の長の申立て

精神保健観察は原則3年間となっており、保護観察所の長が必要を認めた場合は、以下の申立てを行うこととされている。①本法による医療を受けさせる必要が認められなくなった場合には、処遇終了の申立てをする。②病状等により本法による医療が引続き必要であると認められる場合には、期間の延長の申立てをする。③通院対象者に医療中断又は著しい病状悪化によって指定通院医療機関での対応が困難となった場合は、裁判所へ(再)入院の申立てをする。

以上の保護観察所の長の申立ては、いずれもケア会議において協議し、指定通院医療機関の管理者の意見を付して保護観察所が手続をすることとなるので、即応的な対応は難しい。

ウ ケア会議

保護観察所は、処遇の実施計画(案)の作成及び見直し、処遇の実施状況の共有、処遇

方針の確認、関係機関の分担及び各種申立て等を検討するため、ケア会議を開催している。

前掲調査では、月に1回～3か月に1回の間隔で開催されていることが最も多く、対象者の病状が安定して、一定の支援体制が構築されるに従い、概ね3か月に1回程度の開催へと推移していることが多い。

ケア会議において、対象者や保護者等が、決定内容又は医療や精神保健観察あるいは援助の内容を納得していない場合、関係機関の関与の必要性を認識していない場合は、管理又は監視といった認識に陥りやすいので配慮を要する。また、対象者の病状や障害の程度によっては、ケア会議の構成機関を最小限にとどめ、精神的負担の軽減に努めている例もある。

エ 関係機関相互間の連携確保

保護観察所は、法第108条に基づき、かねてから関係機関相互間の連携を確保することとされており、各保護観察所は本法施行前から関係機関と協議して運営要領等を作成し、運営連絡協議会や地域連絡協議会を開催しながら、その確保に努めている。しかし、既存の精神保健福祉制度や障害者自立支援制度の影響を受けやすく、また関係機関担当者の本法に対する認識の程度が影響する場合もあり、実情に配慮しながら対応しているが、保護観察所に所属する調整官の業務範囲を越え力の及ばないところである。

また、先述したとおり、指定通院医療機関の数は十分とはいえない状況であるだけでなく、指定通院医療機関においては、主治医や精神保健福祉士等のスタッフが従来の業務に加え本制度の業務を行うこととなり、「専門医療（プログラム）」の提供や「多職種チーム」の構成によるサービス提供が十分に行われないことも想定される。緊急時の場合は、担当職員が不在であったり、対応に遅れ

があったりする例もある。このようなことから、指定通院医療機関に精神保健福祉士等の専任コーディネーターの配置が望まれるところである。

(4) 処遇終結期

精神保健観察の終結は、期間満了と処遇終了申立てによる場合がある。調整官は、処遇の開始段階から、処遇終了を見据えて精神保健観察及び地域処遇のコーディネートを行っており、ケア会議等において、その適否を検討している。処遇の終了時には、原則、必要な医療や支援に関する対象者の動機が維持されるとともに、これらの支援や関係性が円滑に移行されなければならない。

(5) 処遇実施体制の整備

本制度にかかる研修の実施について、現在全国的に開催されている「精神保健判定医等養成研修会」のほかは、単発の開催やごく限られた地域で開催されている。前掲調査によると、「自治体において医療観察法に関する研修が行われている」が64%であり、単発での開催が85%、定例化しているものが15%であった。また、主催は都道府県が23%と最も多かった。しかしながら、未だ多くの地域で、継続的な研修を受ける機会が少ない状況である。このほか、一般の精神保健福祉における関係機関のマンパワー不足、社会資源の不足等、依然多くの課題がある。

(6) 調整官の業務と役割の探求

調整官は、特に制度草創期にある現在、本法に規定された事務を遂行しつつ、関係機関の業務や役割に留意し、調整官自らの業務や役割を模索して形成する過程に関与しているという一面を有している。さらに本法における地域処遇は、既存の精神保健福祉システムに依拠しているため、精神障害者の地域生活を支援するために精神保健福祉の向上に寄与するという面もある。

この項においては、地域処遇の充実に向け

た試行例をとおして、地域処遇における調整官の役割を考察した。

ア 英国と比較したわが国の地域支援体制の実情

国立精神・神経センター病院の三澤孝夫精神保健福祉士は、「心身喪失者等医療観察法」における社会復帰・地域支援制度の諸問題—英国との比較を通して」ジュリスト増刊2004.3「精神医療と心身喪失者等医療観察法」248-251頁。）において、英国の状況について、多種多様な居住施設が整備されており、精神障害者地域支援制度の根幹をなすものとして、精神科医、精神科看護師、作業療法士、心理士、精神保健福祉士などの精神障害者関連の専門職がチームを組み、精神障害者の自宅や居住施設等を訪問して援助を行う、CMHT（Community Mental Health Team）という地域支援の方法がとられ、訪問型援助制度が確立しているという。

触法精神障害者（同文献のとおり記載した。）への対応については、入院する前の居住地の地方自治体のCMHTが、患者本人や家族、病棟を担当する精神保健福祉士、保護観察官等と面会や協議を行い、関係機関と連携しながら、住居設定や地域支援のためのケアマネジメントのコーディネーターになり、精神障害者の多種多様な社会復帰施設と地域支援制度を基盤として、司法精神科専門病棟からの社会復帰が成立しているという。

同氏は、英国など欧米諸国にみられる触法精神障害者が利用している社会復帰・地域支援等のシステムについては、わが国においては、皆無、若しくは質・量共に不十分な状況であり、欧米諸国の社会復帰・地域支援システムをわが国に導入する場合、多くの努力と時間を要するので、早急な対策を講じるべきであるとしている。

イ 地域処遇の充実のための試み

更生保護法人日本更生保護協会において、

平成18年度から、他人に害を及ぼす行為をした精神障害者の社会復帰と地域生活を支援する新たなノウハウや仕組みづくりを目指し、「地域支援モデル活動推進事業」が実施された。

全国に9か所の「地域支援モデル活動地区研究会」が組織され、北海道の「道東地域支援モデル活動地区研究会」（以下、「道東地区研究会」という。）において、「広大な地域における重大な他害行為を行った精神障がい者に対する手厚い地域支援体制及び地域支援プログラム構築のための取組」が行われた。以下に、その内容の一部を紹介する。

なお、同事業の研究会の活動内容の詳細については、「地域支援モデル活動推進事業報告書（平成20年3月発行更生保護法人日本更生保護協会）」に掲載されているので、御参照いただきたい。

イ 道東地区研究会の「ダブル・マネージャー・システム（DMS）」による地域支援

道東地区研究会の所在する北海道の道東地域は、四国全県と鹿児島県を合わせた面積に相当する広大な地域であり、人口約99万人、5市38町3村で構成されている。

同研究会においては、便宜上同地域を4ブロックに分け、「ダブル・マネージャー・システム」（以下、「DMS」という。）という方法により、多機関・多職種による包括的な地域支援体制・地域支援プログラムを構築するために、各機関の役割、連携方法について検討を行った。

「DMS」とは、2人のマネージャーにより支援を展開する方法であり、1人のマネージャーを「ケアマネージャー」とし、地域支援機関（精神障害者地域生活支援センター及び北海道障がい者総合相談支援センター）のスタッフが、もう1人を「システムマネージャー」とし、保護観察所の調整官がそれぞれ担った。

「ケアマネージャー」は、ケアマネジメントの手法を活用して、ケアアセスメントを行い、継続的な援助内容を管理した。当該研究に協力した対象者が入院している段階から対象者に面接を実施し、対象者のニーズとケアの必要度を把握して、社会資源との調整を行った。

「システムマネージャー」は、法に規定された所掌事務のほか、対象者との接触においては、個別面接を実施して、治療・服薬遵守性の維持・向上（疾病教育の実施）や再発防止の対処方法の自覚の維持・向上（内省プログラムの実施）に努めた。

さらに、本法に規定された会議のほか、「マネージャー会議」を開催して、地域処遇に携わる関係者による情報交換やスーパーバイズ、ピアスーパーバイズの機会を創設した。

ウ 「DMS」の効果

① 地域の事情に精通した「ケアマネージャー」が存在することにより、対象者のニーズと精神保健福祉サービス等の実施状況との調整を容易に行えるようになり、また、24時間の相談体制が確保されたこともあり、即時性や即応性が高められ、対象者の生活や病状にかかる不安定要因を早期に除去することが可能になったという。

② 「マネージャー会議」を開催したことにより、地域処遇に携わる関係者の支援・援助に対する動機付けや支援技術が維持・向上され、新たな支援・援助ネットワークが形成され、円滑な地域支援を継続することにつながったという。

同研究会の中心的存在として活動を行った、釧路保護観察所の調整官は、「地域の関係機関と調整官の役割について模索した。このことは本法による処遇終了後の支援・援助体制を確保することにつながると思う。」と述べている。

同研究会の取り組みは、生活支援ネットワークを充実・発展させ、地域処遇の支援体制を構築するための試行であり、本法に基づく地域処遇の在り方の検討にあたり、興味深く参考となるものと思われ、前記した三澤氏が指摘する本法における「担当する関係機関の責任と役割分担の明確な枠組みの不十分さ」を解決するための一助となり、精神障害者に対する地域における支援や援助体制への主体性を高め、わが国におけるCMHTの形成の萌芽となるものではないかと思われる。また、精神保健観察の在り方について、示唆を与える取り組みであると思われる。

2 業務量調査

(1) 調査の方法・目的

平成20年7月1日～31日の間における業務実施状況について調査した。調査対象は、東北1名、中部1名、近畿1名、四国1名、九州2名の計6名を抽出し、業務項目ごとの業務に要した時間、その移動時間について調査し、調整官の業務実態と業務量について考察した。

調査対象は、全国平均数以上の精神保健観察数を有し、保護観察所の圏域が広い地域（東北）及び狭い地域（四国）の調整官、精神保健観察件数が最多である調整官1人の保護観察所（九州）及び複数の保護観察所（近畿）、離島を有する保護観察所（九州）及び有しない観察所（中部）等、業務の差違を判別できるように抽出した。

(2) 業務分析

6名の平均値を算出し、各業務の傾向を分析した。

ア 連携確保業務

連携確保業務の実施状況（時間）の割合は、全業務区分の2.2%（業務回数は2.4%）と少なかった。ただし、連絡調整を含む事務処理関係の割合は、全業務区分の7.4%となって

おり、連携確保に係る業務は、電話や文書等を活用して、関係機関等との連絡等の調整が行われている。

調査期間中に運営連絡協議会や地域連絡会の開催はなかったが、会議の開催に係る打ち合わせが計5回実施されており、打ち合わせ（会議）の所要時間の平均は約54分で、移動時間は往復1時間45分であった。

イ 生活環境調査業務

生活環境調査業務の実施状況（時間）の割合は、全業務区分の7.6%（業務回数は8.6%）で、連絡調整を含む事務処理関係の割合は、全業務区分の9.8%であった。地方裁判所裁等で行われている事前協議の開催時間の平均は50分で、審判期日の開催時間の平均は1時間10分で、移動に往復約1時間40分を要していた。

生活環境調査業務に係る面接は、保護観察所に対象者等に出頭を求めるよりも、調整官が鑑定入院医療機関や家族等宅に訪問することがほとんどであった。（面接機会10回のうち9回が訪問による面接であった。）。訪問時の面接所要時間は平均1時間15分ほどで、平均移動時間は往復約1時間40分であった。

当初審判での通院決定時の告知面接には1時間を要しており、その移動には往復2時間30分を要していた。

ウ 生活環境調整業務

生活環境調整業務の実施状況（時間）の割合は、全業務区分の17.4%（業務回数は14.5%）で、連絡調整を含む事務処理関係の割合は、全業務区分の18.2%であった。

この期間内に、指定入院医療機関で実施されたCPA会議の実施回数は計9回で、調整官6人のうち5人が参加していた。1人の調整官が指定入院医療機関のCPA会議に出向いた平均回数は、月当たり1.5回ということになる。CPA会議の平均開催時間は1時間45分で、移動時間の平均は往復約2時間52分

であった。

CPA会議以外に調整官が指定入院医療機関に出向いて対象者に面接を実施した回数は計11回で、調整官6人のうち5人が実施しており、1人の調整官が面接を主目的に出向いた月平均回数は、1.8回で、平均移動時間は往復約2時間23分であった。実施回数が計11回と多いことから、比較的近距離の指定入院医療機関には、面接頻度が多くなっている。

入院中に地域で開催しているケア会議（退院前ケア会議）は、平均は1時間45分要しており、平均移動時間は往復1時間45分であった。

また、生活環境調整業務の業務項目に分類していなかったが、「その他」の項目において特徴的であったのは、個別協議の実施であった。CPA会議や退院前ケア会議とは別の分類として、関係機関等との個別協議を行った回数が計12回となっており、退院前ケア会議よりも多く実施されていた。これは、関係機関等との間で、ケア会議開催に要する事前の情報共有や協議、ケア会議後の調整や協議等を行っていることが理由であった。この個別協議には平均約1時間10分を要し、平均移動時間は往復約1時間41分であった。

エ 精神保健観察業務

精神保健観察業務は、全業務区分の59.1%（業務回数は62.7%）で、連絡調整を含む事務処理関係の割合も51.4%となっており、いずれの割合からみても、全業務区分の50%以上であった。このことから精神保健観察業務が調整官の中心的な業務となっているといえる。

ケア会議の平均開催時間は1時間30分で、平均移動時間は往復2時間であった。また、ケア会議の実施回数は計30回で、1人の調整官が月当たり平均5回になる。最多開催数は10回であった。

この期間内になされていた入院の申立ての

手続きに1時間15分を要しており、その移動に往復1時間45分を要していた。

精神保健観察業務に係る面接は、来所と訪問を合わせて計81回で、そのうち、保護観察所に対象者や家族等に来所を求めたのが計3回、調整官が訪問したのは計78回であった。1人の調整官が月平均13.5回の面接をしていることになり、面接の平均所要時間は約1時間2分で、平均移動時間は往復約1時間41分であった。

また、「その他」の項目の特徴として、生活環境調整業務と同様に個別協議の実施がある。ケア会議とは別に関係機関等との個別協議実施回数が計48回で、ケア会議よりも多く実施されていた。ケア会議前後の情報共有や協議等の機会が多くなっており、平均で約54分を要し、その平均移動時間は往復約1時間17分であった。

オ 研修等

この業務量調査期間中に調整官が参加した研修会として最も多かったのが、精神保健福祉士協会等が行う研修会で計6回であった。他には、更生保護法人日本更生保護協会が実施主体になっている地域支援モデル活動地区研究会の参加が3回、地区司法精神医学懇話会（研究会）関係の研修会が2回であった。調整官が精神保健福祉士協会等の行う研修会に通常業務として月平均1.8回参加していることになる。

カ その他業務

調整官業務以外の保護観察所の業務は計5回で、平均回数は月に約0.8回であった。5回のうち3回は外出を伴うもので、保護観察官に同伴して平均1時間を要し、平均移動時間は往復1時間であった。また、保護観察所内の会議に6人のうち3人が欠席しているのは、調整官業務を優先しているものであった。

(3) 小括

精神保健観察の事件数が多くなるにつれて、生活環境調査や生活環境調整に要する時間割合が少なくなっている。生活環境調整の場合は、事件数が増加していても所要時間は減少しているのが現状のようであった。今後数年間は、新規事件と処遇終了事件数のバランスを欠くので、調整官の業務量の増加に対応した増員が必要である。精神保健観察数は、今後1～2年でピークを迎え、その後についても微増が予想される。

これまでの調整官の増員状況では、事件数に応じた保護観察所に増員分を当てざるを得ないが、事件数だけでなく、全保護観察所に調整官を複数配置にすることは喫緊の課題であろう。

単数配置の保護観察所では、調査及び調整業務もさることながら、精神保健観察業務遂行にも支障をきたしている。例えば、定期的に行うケア会議は、主に会議の中で次回の日程調整をしているため、その開催日を変更することは困難である。設定した日に緊急を要する業務等があった場合、代行できる者がいなければ、業務に支障をきたすことになる。現在の配置状況では、複数配置の保護観察所であっても事件数に対応できる人員ではないが、単数配置の場合には特にデメリットが多い。

また、精神保健観察対象者数の増加は、地域の指定通院医療機関医療機関や地域関係機関のスタッフにとっても同様に負担になっている。そのため、指定通院医療機関の中には通院対象者数を限定する医療機関があるので、このまま精神保健観察対象者が増加すれば、指定入院医療機関と同様に、通院先を確保できない対象者が出現すると思われる。指定通院医療機関の内定は調整官が行っているが、指定通院医療機関が応じてくれなければ調整は困難であり、保護観察所に所属する調整官

の力が及ばないところである。

調整官の実感として、適切な精神保健観察業務を実施できる担当事件数の限度を1桁数であるとする意見が多く聞かれている。これは、調整官業務が広範囲にわたることだけで

なく、先に指摘したような調整官の業務や役割を越えた範囲の調整等を求められている現状も反映しているようである。中には精神保健観察業務に限定した精神保健観察官が適当ではないかといった意見すらあった。

1 連携確保業務	人数	業務			移動		
		業務時間(分)	回数	平均時間(分)	移動時間(分)	回数	平均時間(分)
①運営連絡協議会	0	0	0	0.0	0	0	0.0
②地域連絡会	0	0	0	0.0	0	0	0.0
③打ち合わせ	4	270	5	54.0	315	3	105.0
④先方主催会議研修	1	210	1	210.0	120	1	120.0
⑤その他	0	0	0	0.0	0	0	0.0

2 調査業務	人数	業務			移動		
		業務時間(分)	回数	平均時間(分)	移動時間(分)	回数	平均時間(分)
①事前協議	2	150	3	50.0	180	2	90.0
②審判期日	3	210	3	70.0	300	3	100.0
③面接(来訪)	1	120	1	120.0	0	0	0.0
④訪問(往訪)	4	660	9	73.3	885	9	98.3
⑤通院告知	1	60	1	60.0	150	1	150.0
⑥その他	2	150	5	30.0	195	3	65.0

3 調整業務	人数	業務			移動		
		業務時間(分)	回数	平均時間(分)	移動時間(分)	回数	平均時間(分)
①CPA会議	5	945	9	105.0	1545	9	171.7
②退院前ケア会議	3	315	3	105.0	315	3	105.0
③面接(来訪)	1	60	1	60.0	0	0	0.0
④訪問(往訪)	5	945	11	85.9	1140	8	142.5
⑤退院決定	1	120	1	120.0	110	1	110.0
⑥その他	3	825	12	68.8	705	7	100.7

4 観察業務	人数	業務			移動		
		業務時間(分)	回数	平均時間(分)	移動時間(分)	回数	平均時間(分)
①ケア会議	6	2700	30	90.0	3360	28	120.0
②処遇終了申立て	0	0	0	0.0	0	0	0.0
③入院申立て	1	75	1	75.0	105	1	105.0
④面接(来訪)	2	150	3	50.0	0	0	0.0
⑤訪問(往訪)	6	4825	78	61.9	7290	72	101.3
⑥その他	4	2580	48	53.8	2760	36	76.7

5 研修等

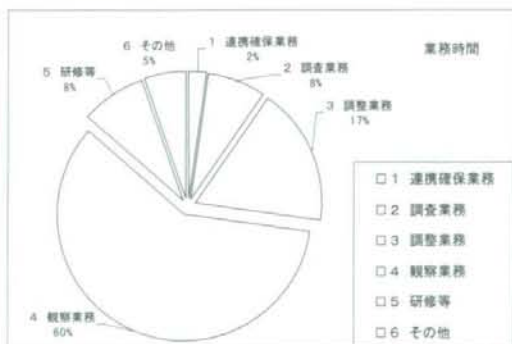
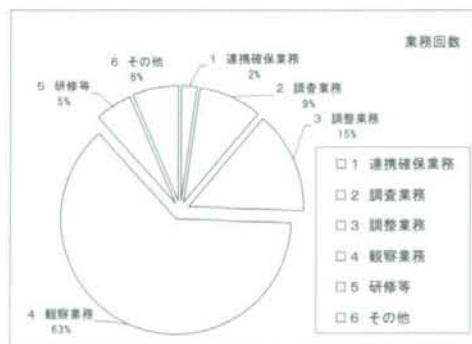
	人数	業務			移動		
		業務時間(分)	回数	平均時間(分)	移動時間(分)	回数	平均時間(分)
①導入研修	0	0	0	0.0	0	0	0.0
②実務実習	0	0	0	0.0	0	0	0.0
③処遇指針	1	600	1	600.0	800	1	800.0
④ブロック会	0	0	0	0.0	0	0	0.0
⑤局ブロック研修	0	0	0	0.0	0	0	0.0
⑥全国会同	0	0	0	0.0	0	0	0.0
⑦研究会・大会	0	0	0	0.0	0	0	0.0
⑧打ち合わせ	0	0	0	0.0	0	0	0.0
⑨PSW協会等	3	930	6	155.0	300	5	60.0
⑩その他	2	450	5	90.0	300	4	75.0

6 その他

	人数	業務			移動		
		業務時間(分)	回数	平均時間(分)	移送時間(分)	回数	平均時間(分)
①庁内会議	3	420	4	105	0	0	0.0
②観察所業務	3	300	5	60	180	3	60.0
④その他	4	900	7	129	330	2	165.0

7 業務回数

	文書	電話	事務処理関係	業務回数	業務時間(分)			
1 連携確保業務	31	44	75	7.4	6	2.4	915	2.2
2 調査業務	35	64	99	9.8	22	8.6	3060	7.6
3 調整業務	62	123	185	18.2	37	14.5	7025	17.4
4 観察業務	148	373	521	51.4	160	62.7	23845	59.1
5 研修等	24	78	102	10.1	14	5.5	3380	8.4
6 その他	9	23	32	3.1	16	6.3	2130	5.3
	309	705	1014	100.0	255	100.0	40355	100.0



3 精神保健観察事件分析

(1) 調査の方法・目的

調査の方法は、研究協力者が担当している精神保健観察事件うち平成20年8月31日現在までに精神保健観察事件を終結した5ケースを抽出し、精神保健観察事件の業務実態を分析した。

事例概要

A：40歳代、男性、統合失調症、家族と同居、平成17年10月に対象行為を惹起し、平成18年1月に本法申立てがなされた。同年4月に通院決定となり、2年4か月の精神保健観察期間を経て、平成20年8月に処遇終了となった。

B：70歳代、男性、妄想性障害、単身、平成17年7月に対象行為を惹起し、平成18年3月に本法申立てがなされた。同年5月に入院決定、平成19年5月に退院許可決定がなされた。1年2か月の精神保健観察期間を経て、平成20年7月に処遇終了となった。

C：30歳代、女性、薬物依存、性格障害、家族と同居、平成17年1月に対象行為を惹起し、同年9月に本法申立てがなされた。同年11月に通院決定となり、1年2か月の精神保健観察期間を経て、平成19年1月に処遇終了となった。

D：30歳代、男性、アルコール幻覚症、家族と同居、平成17年10月に対象行為を惹起し、平成18年2月に本法申立てがなされた。同年4月に通院決定となり、1年5か月の精神保健観察期間を経て、平成19年9月に処遇終了となった。

E：40歳代、男性、知的障害、家族と同居、平成18年4月に対象行為を惹起し、同年7月に本法申立てがなされた。同年10月に通院決定となり、1年4か月の精神保健観察期間を経て、平成20年2月に処遇終了となった。

(2) 業務分析

ア 事件係属期間

精神保健観察事件の受理から終結までに要した期間は、事例Aが2年4か月、Bが1年3か月、Cが1年2か月、Dが1年4か月、Eが1年4か月で、平均係属期間は1年6か月であった。

精神保健観察の期間は、本法上、原則3年以内とされているところ、本調査で取り上げた5事例は、期間満了前に処遇を終了している。精神保健観察（通院処遇）を比較的早期終了できた要因として、対象者の病状が安定したことに加えて、関係機関による連携体制が確保されたこと、そのことが奏効して対象者を取り巻く生活環境や生活状況が安定したことがあった。

イ 訪問

調整官が実施した訪問回数は、事例Aが10回、Bが26回、Cが7回、Dが15回、Eが23回であった。対象者等との接触方法は、調整官による「訪問」と対象者の保護観察所への「出頭」に区分されることができのだが、事例A、B、Eにおいては、調整官が訪問して接触しているが、事例CとDについては、対象者を出頭させていた。

いずれの事例においても、事件受理から終結に向かうにしたがって対象者との接触回数が減少していた。

ウ 出頭

事件係属期間中に調整官が対象者に出頭を求めた回数は、事例Aが0回、Bが0回、Cが5回、Dが19回、Eが1回であった。出頭の実施回数に大きな差が生じているのは、訪問の項でも示したとおり、調整官が個別事例の周辺状況を考慮して出頭を多く活用したものである。つまり対象者の特性や地域事情等を考慮し、出頭の必要性の有無を判断した結果であった。出頭の多かった事例Cは、ケア会議等で、多機関との協議した上で、対象者に対し

て、本法対象となったことの意識を高めながら関与していく必要があるとの一貫した取り組みを行っていたものである。

エ ケア会議

ケア会議の開催数は、Aが10回（うち処遇前期7回、処遇後期3回）、Bが8回（うち処遇前期4回、処遇後期4回）、Cが5回（うち処遇前期3回、処遇後期2回）、Dが7回（うち処遇前期5回、処遇後期2回）、Eが8回（うち処遇前期4回、処遇後期4回）であった（なお、「処遇前期」及び「処遇後期」については、精神保健観察事件の係属期間における前半の期間、また後半の期間を意味するものである）。

ケア会議の開催頻度は、事件受理以降、処遇前期が約2か月に1回ペースであったのに対し、処遇後期（終結まで）では、処遇終了に向け、約3か月に1回ペースとなっており、ケア会議の開催頻度は、事件受理以降、処遇終了に向け、その回数が減少していく傾向があった。地域処遇における対象者の生活上の安定に伴い、調整官が処遇終了に向けて意識的に関与をしているものと考えられる。

オ 関係機関との連絡調整

調整官がケア会議以外に、指定通院医療機関を含む関係機関と対象者の処遇を実施する上で必要となる個別協議、連絡調整を行った合計回数は、Aが40回（月平均約1.4回）、Bが59回（月平均約4.2回）、Cが62回（月平均約4.4回）、Dが34回（月平均約2.4回）、Eが104回（月平均約6.1回）であった。平均59.8回で、月平均約3.4回ということになる。これらから、対象者の処遇に携わる関係機関の数が

多ければ、当然に関係機関等との連絡調整の機会が多くなり、調整官のコーディネートに要する業務量が増加している。

5事例の個々の状況を見ると、対象者の基本的な情報共有や連絡調整は、ケア会議にて行っているものの、適宜必要となる情報提供等については、電話や文書、個別協議によって行われていた。

カ 受理時の業務

精神保健観察事件受理の経緯は、5事例中4事例が当初審判での通院決定（直接通院）で、入院処遇を経て受理したもの（移行通院）は事例Bだけであったが、今後は移行通院事例が増加するものと想定できる。

精神保健観察事件の受理時には、対象者及び保護者等への通院処遇の告知・説明（居住地届出に関する業務）、関係機関への協力依頼（個別協議、文書）等の業務量が多い。

直接通院事例では、事件受理に至るまで生活環境調整の対象者や保護者等との面接、指定通院医療機関内定、関係機関への協力等依頼や連絡調整、ケア会議の開催等に係る業務が短期間に集中している。

ク 事件終結業務

精神保健観察事件終結時の業務は、処遇に携わる関係機関との個別協議やケア会議だけでなく、裁判所との連絡調整や協議等が多かった。

5事例の処遇終了事由をみると、対象者の症状安定が5ケース、援助体制の構築が5ケース、社会復帰施設等の入所施設に入所が2ケース、就労による生活面の安定が1ケースということであった。

別紙

事例	A		B		C		D		E	
事件係属期間	2年4か月		1年2か月		1年2か月		1年4か月		1年5か月	
精神保健観察事件受理関係事務 (処遇等協力依頼等)	3		2		2		2		2	
ケア会議回数	前期の回数	7	8	4	5	3	7	5	8	4
	後期の回数	3	4	4	2	2	2	4	4	
処遇実施計画書策定回数	10		3		3		4		3	
指定通院医療機関との個別協議	7		19		6		4		6	
指定通院医療機関との連絡調整	2		18		38		26		36	
指定通院医療機関への受診援助	1		1		1				1	
関係機関との連絡調整	30		15		15		4		53	
関係機関との個別協議			6		2				8	
対象者面接(往訪)	10		26		7		15		23	
対象者面接(出頭)					5		19		1	
対象者との電話連絡	2				18		3			
保護者面接	4				2		2		22	
保護者との電話連絡	3				10		4		12	
精神保健福祉法上の入院調整	1		1						1	
転居届出関係事務			1				1			
処遇終了申立ての準備事務等 (意見書受理関係事務含む)	6		5		5		5		5	
地方裁判所との連絡調整	3		5		1		5		2	
処遇終了申立ての事前協議に参加			1							
処遇終了申立ての審判期日に出席							1		1	
処遇終了決定後の事務関係	3		3		3		3		3	

4 調整官の業務

(1) 平素の連携体制の確保

医療観察制度における普及啓発は、調整官に必要な業務として位置付けられている。対象者が地域社会において、継続的な医療を確保して安定した療養生活を送れるようにするために、日ごろから地域の関係機関等が連携して処遇できるような素地を作る活動を実施している。

地域処遇等が円滑に実施できるようにするために①都道府県や政令指定都市と協働して「医療観察制度における地域処遇に関する運営要領」を作成・発出し、②地域処遇に関与する関係機関等の長の理解を得るために「運営連絡協議会」を設置するとともに、③地域処遇に携わる実務担当者に対して、医療観察制度を身近な存在として認識を得る「地域連絡会」を開催することが標準的な業務と考えられる。しかし、地域事情は様々であるから、地域処遇の連携が円滑に実施できることを目標に継続的な取り組みを実施することが必要であろう。

(2) 生活環境調査

裁判所の求めに応じて生活環境調査を実施する。事件に関する資料の提供を受けて、その資料を参考に調査計画を立て、対象者や保護者等の家族、過去に相談歴がある場合の関係機関等への訪問しての面接、照会をして生活環境状況を把握する。調査内容を生活環境調査結果報告書調査の項目に客観的情報として記入し、そうした客観的情報を基に評価し、「現状から継続的な通院による医療の可否」を保護観察所長の意見として記載することになる。意見にプレや歪みを生じることがないように調整業務を同時並行して実施することは控えなければならない。

生活環境調査は、審判に役立てることが目的で対象者にとっても有益なものとなる。また、生活環境調査は、対象者や保護者、関係

機関等との関係作りの入り口ともなることも副次的な目的といえる。

(3) 生活環境調整

保護観察所の管内に指定入院医療機関がないことで、調整官が他機関の業務を補完することが多くなっており、生活環境調整の負担が増しているのが現状である。指定入院医療機関から指定通院医療機関や地域との連携を図ることで、円滑な地域処遇に導入することが生活環境調整業務である。入院後、CPA会議等の機会を利用して対象者の希望を聴取するとともに、保護者等の意向の聴取や居住予定地の関係機関と連絡調整をするなどして生活環境調整計画を作成する。年3～4回程度は指定入院医療機関を訪問し、対象者の希望や病状の変化を確認して、必要であれば生活環境調整計画の変更や生活環境調整状況報告書を作成する。指定入院医療機関が各都道府県に整備されるまでの間は、ある程度は処遇の隙間を埋めることについても配慮する必要がある。

(4) 精神保健観察

調整官は、地域処遇に移行すると主要業務である精神保健観察を実施していくことになる。本法において最終段階である地域処遇は、対象者にとって重要な位置付けである。地域処遇は、当初審判での通院決定又は退院許可・通院の決定によって精神保健観察が開始される。当初審判において通院決定とされる場合は、調整期間や情報が限られており、ケア会議の開催や処遇の実施計画書の作成も不十分なまま実施することになる。当初の時期は、対象者や保護者等の不安軽減だけでなく、関係機関との関係にも配慮することが必要である。入院を経た場合には、指定通院医療機関への受診や退院前にケア会議を開催等ができる。

ケア会議は、対象者や関係機関の状況に応じて1～3か月間程度の間隔で開催し、対象者の希望や保護者等の意向、関係機関による

処遇実施状況等を確認・検討し、必要があれば処遇実施計画の見直しをする。

精神保健観察は、対象者の療養状況の把握をするために処遇に携わる関係機関からの報告を受けるだけでなく、1～3か月程度の間隔で訪問を実施することも重要である。対象者等に本法に基づく地域処遇の理解を促し、対象者・

保護者等・関係機関の相互理解を深めることが重要である。そのためには、対象者等に出頭指示をすることも有効であろう。

地域処遇当初から、対象者それぞれの個性に応じて社会復帰のイメージや目標を明確にし、処遇実施計画などによって共有することが重要である。

■ 社会復帰調整官業務について

社会復帰調整官の事務	メモ
<p>1 医療観察法で定められている事務と社会復帰調整官の位置付け</p> <p><input type="checkbox"/> 事務</p> <p>保護観察所は、次に掲げる事務をつかさどる（法19）</p> <p>一 第38条（第53条、第58条及び第63条において準用する場合を含む。）に規定する生活環境の調査に関すること</p> <p>二 第101条に規定する生活環境の調整に関すること</p> <p>三 第106条に規定する精神保健観察の実施に関すること</p> <p>四 第108条に規定する関係機関相互間の連携の確保に関すること</p> <p>五 その他この法律により保護観察所の所掌に属せしめられた業務</p> <p><input type="checkbox"/> 社会復帰調整官</p> <p>保護観察所に社会復帰調整官を置く（法20）</p> <p>2 社会復帰調整官は、精神障害者の保健及び福祉その他のこの法律に基づく対象者の処遇に関する専門的知識に基づき、前条各号に掲げる事務に従事する</p> <p>3 社会復帰調整官は、精神保健福祉士その他精神障害者の保健及び福祉に関する専門的知識を有するものとして政令で定めるものでなければならない</p> <p>2 医療観察法 19 条に基づく事務の具体</p> <p>(1) 生活環境の調査に関すること（法38）</p> <p><input type="checkbox"/> 地裁の囑託による生活環境調査の実施（法22、38、最高裁規則58、規則1、地ガ3（1）ア）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・担当社会復帰調整官の指定（最高裁規則22） ・本人や家族との面接、関係機関に照会（法22）するなどして行う <p><input type="checkbox"/> 生活環境の調査結果の報告（最高裁規則58V、地ガ3（1）イ）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・意見を付して書面で報告する <p><input checked="" type="checkbox"/> 審判関係</p> <p><input type="checkbox"/> 事実の取調べの申出（最高裁規則24）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保護観察所の長等は、公私の団体に対して必要な事項の報告、資料の提出その他の協力を求める処分の申出をすることができる 	