

する。

2) 生活史

不起訴事件記録・刑事裁判記録や保護観察所の調査等をもとにした側副情報を参考にする。可能な限り客観的で多角的な情報を得るように努める。

- (1) 出生地・成育歴
- (2) 学歴と成績
- (3) 職歴
- (4) 性発達歴・婚姻歴
- (5) 宗教
- (6) 海外渡航歴

3) 最近の生活状況

不起訴事件記録・刑事裁判記録や保護観察所の調査等をもとにした側副情報を参考にする。

- (1) 家庭環境
- (2) 交友関係
- (3) 経済状況
- (4) 社会活動・関心事(趣味)・宗教
- (5) 社会福祉サービスの利用状況

4) 薬物・アルコール歴

対象者について薬物関連障害を疑う場合には、薬物乱用(有害な使用)、依存、精神病状態、後遺障害など、対象者がどのような病態水準にあるかを判断する。これらは年余にわたる経過の中で形成され進行するものであり、対象者自身がこれらをどのように認知していたかを客観的な情報をもとに検討する。

5) 犯罪歴・矯正処遇歴

不起訴事件記録・刑事裁判記録や保護観察所の調査等をもとにした側副情報

を参考にする。特に過去の判決や事件記録等の側副情報を参考に、各行為と対象者の精神状態及び疾病性に関する検討を行う。

6) 性発達歴

生物学的な性発達歴に加えて、実際の行動面より性に関する発達歴を検討する。特に性的サディズムが関係する事例では性病理と他害行為との関係を検討する。

7) 側副情報

対象者にとって最も適切な処遇を迅速に決定するためには、より柔軟で十分な資料に基づいた判断が求められる。これは審判だけではなく鑑定でも同様である。例えば、対象者の発達歴を客観的に査定するには学校記録が、病歴にはこれまでの診療録が、他害行為と疾病の関係ではこれまでの犯罪歴が資料として有用である。一方、守秘義務や対象者の同意なしには閲覧できない資料があることも確かであり、実際には鑑定医の可能な範囲内で情報収集を行うことになる。側副情報源としては次のようなものがある。

- (1) 不起訴事件記録（供述調書を含む。）
- (2) 裁判記録
- (3) 刑事司法鑑定書（簡易鑑定、本鑑定）
- (4) 前科前歴
- (5) 治療を受けていた場合は診療録
- (6) 学校記録（発達障害など）
- (7) 保健福祉サービス記録
- (8) その他

3. 医療観察法鑑定作業に係る項目

1) 診断

原則的に ICD-10 を用い、必要があれば DSM-IV や従来診断を付記する。主診断に加えて、複数の診断がある場合には副診断も重要である。

2) 精神科現病歴関連

不起訴事件記録・刑事裁判記録や保護観察所の調査等をもとにした側副情報を参考にする。これらは診断や治療反応性を検討する上で最も重要な情報である。ときに鑑定医の直接的な視点より過去の診療録を検討する機会を得ることが有用なケースがある。

- (1) 病歴
- (2) 治療歴
- (3) 薬物療法歴

3) 鑑定时現症・精神徴候

精神現症の記載にあたっては標準的な用語を用いる。

4) 人格傾向

発達歴や生活史、過去の行為障害の有無などは不起訴事件記録・刑事裁判記録や保護観察所の調査等をもとにした側副情報を参考にする。対人関係への反応を過去から現在（鑑定时）を診ることで診断するが、心理テストも参考となる。

5) 心理テスト

知能テスト特に WAIS-R は多くの情報を提供する。人格面の MMPI、うつ病の BDI のように自記式の評価から、専門家によるロールシャッハテストまで多種多様な心理テストの利用が考えられる。脳器質的疾患ではベンダーゲシュタルトテストも必要となる。このほかに文章完成テストやバウムテスト、P-F スタ

ディなど臨床的にも汎用されている心理テストを採用する。

6) 身体的検査（頭部 CT、MRI、EEG、血液、肝機能など）

脳器質性疾患を鑑別する上でも頭部の画像診断や脳波検査は重要である。合併する身体疾患などでは血液データや腹部エコー・CT など精神医学的検査以外の検査が必要となる場合もある。

7) 犯罪歴に関する情報

不起訴事件記録・刑事裁判記録や保護観察所の調査等をもとに側副情報を参考にする。過去の対象者の他害行為等がある場合には時系列で見てゆくと有用な情報となる。特に暴力に関する情報はこれらの行為が生じた背景や文脈と疾病との関係を検討することが重要である。

8) 鑑定中の治療内容と治療に対する反応（薬物療法を中心として）

対象者の治療反応性を評価するために薬物療法を中心とした急性期治療を実施しながら評価を行う。

4. 共通評価項目

医療観察法医療必要性の判断根拠や基準をより検証可能にし、また治療が始まった場合には多職種チームでの評価や、入院・通院・再入院・処遇の終了などの様々な局面で継続した評価を行うために、共通評価項目を設定する。共通評価項目は以下の 17 項目とする。

共通評価項目

- | |
|------------|
| 「精神医学的要素」 |
| ・精神病症状 |
| ・非精神病性症状 |
| ・自殺企図 |
| 「個人心理的要素」 |
| ・内省・洞察 |
| ・生活能力 |
| ・衝動コントロール |
| 「対人関係的要素」 |
| ・共感性 |
| ・非社会性 |
| ・対人暴力 |
| 「環境的要素」 |
| ・個人的支援 |
| ・コミュニティ要因 |
| ・ストレス |
| ・物質乱用 |
| ・現実的計画 |
| 「治療的要素」 |
| ・コンプライアンス |
| ・治療効果 |
| ・治療・ケアの継続性 |

※共通評価項目の評価基準については資料（厚生労働省作成のガイドラインによる）を参照のこと。

医療観察法による医療の必要性について

上記案件につきこれまで司法精神医療等人材養成研修・企画委員会医師部会では再三検討を行ってきたが、平成17年5月20日の医師部会における検討等を経て、下記の内容で意見の一致をみた。今後、この合意文書の記載された要件に着目して、個々の事例における審判のさいの参考とすることが望ましい。

平成17年6月12日

司法精神医療等人材養成研修
企画委員会・医師部会

第1章

医療観察法による医療の必要性を判断する立場にある精神保健審判員は、次の要件に着目することが求められる。

I. 審判時点において、当該対象者が対象行為を行った際の心神喪失又は心神耗弱の状態の原因となった精神障害と同様の精神障害を有していること

※ 論点：審判時点で障害の程度が顕著に改善している場合には、精神障害の種類により判断基準は異なりうる。

要件を満たす例

1. 統合失調症において、審判時に寛解状態にある場合。
2. 対象行為時に躁状態あるいはうつ状態であった場合に、審判時点において逆病相の状態を呈している場合。

要件を満たさない例

1. 急性一過性精神病性障害や適応障害等において、審判時には症状が全く認められず精神障害の診断基準を満たさない場合。
2. 当該行為を行った際には心神喪失等の状態の原因となるようなアルコール中毒による精神障害があったものの、審判時にはアルコール依存症のみの診断である場合

Ⅱ. 審判時点の精神医療の水準に照らし、本法による医療を行うことにより、1で規定した精神障害の改善という効果が見込まれること

※ 論点：「精神障害の改善」には、「治療を行わなければじきに生ずるであろう病状の増悪を防ぐこと」をも含む。

要件を満たす例

1. 治療可能性の乏しい精神遅滞や認知症等であっても、妄想などの症状について治療により改善が可能な場合。この判断は慎重になされる必要がある。

要件を満たさない例

1. 単に薬理的鎮静や物理的な行動制限によって問題行動を抑制するような場合。

Ⅲ. 本法による医療を受けさせなければ、その精神障害のために社会復帰の妨げとなる同様の行為を行う現実的な可能性があり、かつ、本法による医療によって、同様の行為を行うことなく社会復帰することを促進できると見込まれること

※ 論点：

- ・ 精神障害の改善により同様の行為を行う可能性が一時的に減じている場合でも、病状が再燃すればその可能性が著しく高まる場合がある。
- ・ 本法による医療の対象は、「同様の行為」を行う「現実的な可能性」を認める者のみに、限定されるべきである。

要件を満たす例

1. 統合失調症において、審判時点で症状は消失しているが病識がないなど再発のおそれが高い場合。

要件を満たさない例

1. 同様の行為を行う漠とした可能性があるに過ぎない場合。
2. うつ病において、症状があり自殺のおそれはあるが、拡大自殺を含む他害行為の可能性があると認めることが出来ない場合。

上記のすべて（Ⅰ～Ⅲ）を満たす場合には、対象者に医療観察法による医療を行う。

第2章

入院決定と通院決定のいずれを行うかについては、次の要件に着目する。

I. 入院による医療の適用:対象者について、対象行為を行った際の精神障害を改善するために本法の入院という形態による医療が必要であると判断される場合

1)【入院による医療の絶対的適用】

論点:「入院による医療」によってしか提供できないような「医療」を必要とする場合には、絶対的適用とされる。

要件が満たされる例

1. 医療（服薬訓練や心理教育等も含む）を入院環境下で提供する必要があると見なされる場合。

2)【入院による医療の相対的適用】

論点:「入院によらない医療」によっても提供できるような「医療」を必要とする場合でも、その継続を保障する条件が整わない場合には、「入院による医療」から始める必要がある。

要件が満たされる例

1. 統合失調症において、症状は消失しているが病識がなく治療に拒否的であり、周囲の支援も期待できない場合。

II. 【入院によらない医療の適用】

対象者について、対象行為を行った際の精神障害を改善するために本法の入院によらない医療が必要であると判断される場合

要件が満たされる例

1. 入院による医療の必要性が無く、かつ、対象者が医療の必要性を十分認識し、通院医療に対する十分な同意が得られる場合。ただし、この判断は、慎重になされなければならない。

第3章

精神保健審判員は、対象者の責任能力判定に疑義があり、当該対象行為を行った時点で心神喪失でも心神耗弱でもなかった疑いがあると考えられる場合には、処遇決定を行う前に、裁判官に対して当該申立てを却下することについて検討するよう要請することが望ましい。

『精神保健参与員 ハンドブック』 第1版 2009年3月

編者：精神保健参与員ハンドブック編集委員会

代 表：三澤 孝夫

(国立精神・神経センター)

【作成】

厚生労働科学研究 こころの健康科学研究事業

「医療観察法による医療提供のあり方に関する研究」

主任研究者：中島 豊爾

(岡山県精神科医療センター)

「医療観察法に携わる精神保健福祉士の役割に関する研究」

分担研究者：佐藤 三四郎

(東京福祉大学)

(Ⅲ) 指定入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：

澤 恭弘（国立精神・神経センター病院）

三澤 孝夫（国立精神・神経センター）

土田 滋（花巻病院）

前田かおり（北陸病院）

齋藤由香里（東尾張病院）

金田 大（北陸病院）

澤本 明子（久里浜アルコール症センター）

牧野 香織（下総精神医療センター）

竹内 則子（東尾張病院）

佐藤 和弘（肥前精神医療センター）

阿部 裕太（花巻病院）

香月 （肥前精神医療センター）

有賀 絵美（久里浜アルコール症センター）

今井 詩子（下総精神医療センター）

丸山 弥一（さいがた病院）

牧野 秀鏡（岡山県精神科医療センター）

小林 ユミ（小諸高原病院）

小濱 勉（琉球病院）

高平 大悟（さいがた病院）

山内 明子（岡山県精神科医療センター）

研究要旨

医療観察法が施行されて3年が経過し、指定入院医療機関の施設数も徐々に増加している。一方で指定入院医療機関における、退院（地域生活）に向けた取り組み（ケア会議等）については各施設によって運営方法が異なっている。今後のよりよい運営方法を検討するために業務実態や業務内容を明らかにしていく。

A. 研究目的

心神喪失者等医療観察法における指定入院医療機関の精神保健福祉士の業務実態を調査するとともに、医療機関内、他機関との調整会議（ケア会議等）を検証し、よりよい方法とそれに携わる精神保健福祉士の業務内容を明らかにしていく。

B. 研究方法

指定入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態を明らかにするため、実際に指定入院医療機関で行っている精神保健福祉士へ聞き取り調査を行い、指定入院医療機関における医療機関内、他機関の調整（ケア会議等）の業務概要と業務実態を明らかにしていく。その調査内容を検証し、問題点を明らかにした上で、あるべき指定入院

医療機関でのケア会議の内容とそれに伴うありかたについて検討を加えていく。

1. 対象：指定入院医療機関に配属されている精神保健福祉士
 2. 調査期間：平成21年1月～2月
 3. 調査方法：直接聞き取り調査
 4. 調査事項
 - ①医療観察病棟に配属されている精神保健福祉士の人数、配置体制について
 - ②ケア会議の名称、開催頻度、構成メンバーについて
（倫理面への配慮）
- 個人情報に関わる質問は行っていない。

C. 研究結果

医療観察法の目的は、法第1条において「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者

に対し、その適切な処遇を決定するための手続等を定めることにより、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及び指導を行うことによって、その病状の改善及びこれに伴う同様の行為の再発の防止を図り、もってその社会復帰を促進すること」と定められている。審判において入院決定を受けた対象者は、指定入院医療機関において治療が行われる。指定入院医療機関では、対象者が社会復帰を行うために不可欠な退院予定地域での生活や環境調整などを、治療やリハビリテーションと平行して準備している。

本報告では、指定入院医療機関精神保健福祉士の重要な業務となっているケア会議について内容や開催・施行方法について明らかにしていく。また、全国の指定入院医療機関同士でのケア会議の内容、施行方法を標準化する。

D. 考察

(1) ケア会議について

指定入院医療機関で行われるケア会議とは、対象者を円滑な退院、地域生活へ導くために行われる会議を指す。この会議はケアマネジメントの手法を導入し、対象者や支援者とともにプランや方向性を探っていくものである。対象者の早期社会復帰を図るため、早くから退院予定地保護観察所と協力し、家族の意向や退院予定地域の状況を把握していく必要がある。そのため指定入院医療機関では、入院当初から対象者と家族、担当多職種チーム、保護観察所（社会復帰調整官）、退院予定地域の関係機関等が参加する退院援助・支援、地域調整のためのケア会議を開催している。

(2) ケア会議の運営について

入院当初のケア会議は対象者や家族、担当多職種チーム、保護観察所（社会復帰調整官）などが参加する。治療ステージが移動し、調整が徐々に進むことで退院予定地の行

政・保健・福祉担当者（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、指定通院医療機関職員、社会復帰施設職員等）が出席し参加者が増えていく。指定入院医療機関に入院中からこれら支援者と顔を合わせることで、地域生活を円滑に、安心して送ることができるのである。

(3) ケア会議の課題

今回の聞き取り調査の結果、いくつかの課題が明らかになった。

① ケア会議の名称

いずれの指定入院医療機関でもケアマネジメントの手法を取り入れ、社会復帰調整官と協力しながら退院計画や、退院後の地域でのケア計画を調整している。その一方でケア会議の名称が「CPA会議」「マイウエイ」など様々であった。

② 開催頻度

対象者の治療の進展に合わせて開催する医療機関と、定期的に日時を決めて開催する医療機関に分かれていた。

③ ケア会議の参加者

担当多職種チーム以外の参加者については指定入院医療機関により差異が見られた。

E. 結論

本年度はケア会議を中心に聞き取り調査を行った。全国に指定入院医療機関が整備される途上であり、入院処遇ガイドラインに沿った治療プログラムは準備されている。その一方で対象者を社会復帰に導いていくケア会議については、その手法が発達途上にある。また、遠隔地の指定入院医療機関に入院している対象者への支援体制、特に地域関係機関のケア会議の参加については移動にかかる時間や費用の問題等、整理しなければいけない課題が多い。今後は地域の事情にも応じたケア会議の体系化を図る必要がある。

(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）

井上 薫子（長谷川病院）

三澤 孝夫（国立精神・神経センター病院）

日暮 恵美（東京武蔵野病院）

澤 恭弘（国立精神・神経センター病院）

佐賀 太郎（東京保護観察所八王子支部）

長島 美奈（千葉県精神医療センター）

松坂あずさ（千葉保護観察所）

研究要旨

医療観察法が施行されて3年半が経過し、鑑定入院からの直接通院・指定入院医療機関からの移行通院と、通院処遇は確実に増えている。また、終了事例も散見され、ポストベンションとして地域支援体制が問われ始めている。入院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表記に留まっている。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確にし、位置付けを促進するとともに、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（以下P S W）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P S W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P S W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。最終の本年度は業務実体の調査、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ことを目的とした。研究班のメンバーを中心にアンケートや聞き取りを行ない、意見交換を実施した。2年目に報告した内容を基にして、打診から地域移行までの時系列におけるP S Wの業務、役割を直接・間接業務に分けて集計、再整理を行なった。また、それに伴うおよび必要と思われる文書と必要な予算についても、整理を行った。

（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PSWがチームのメンバーに入っていると思われる。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、社会復帰調整官を初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PSW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PSW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。PSWは業務独占ではないので、これまで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PSW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くの支援施策において、PSW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。また、通院処遇は原則3年間（最大2年間延長）という有期限なので、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。

2. 研究結果

平成20年度となり、対象者の数は着実に増えており、移行通院はすでに待機の様相も呈し始めている。また、処遇終了の事例も散見されており、すでに処遇プロセスは想定から検証へとシフトを進めている。とは言え、通院処遇におけるソーシャルワーク業務はまだ開発途上であり、今後の実践の積み重ねが待たれるところである。そうした中で、最

終年度は平成19年度の報告をベースとして、より具体的に業務を整理していくこととした。

1) 業務項目の整理

項目の分類方法は幾つか考えられるが、一例として業務が遂行されるエリアから鑑みた、以下のようなものがある。

<ミクロ（院内等）>

ケースワーク（本人・家族）、グループワーク、リンケージ、アドボケート、院内での周知・報告・調整によるチームアプローチ、記録・評価、院内研修

<メゾ（地域等）>

保護観察所・地域等との連携によるケアマネジメント、PSWのネットワーク、院外研修

<マクロ（全国等）>

調査研究、自治体・厚生労働省・法務省への提言やソーシャルアクション

このような分類も考慮しながら、具体的には以下の手順で意見交換、調査を行い整理を進めた。

(1) 整理方法

通院打診から地域移行までのプロセスにおけるソーシャルワーク業務について、調査票を作成し記入

(2) 記入対象者

当研究班の研究協力者

(3) 調査期間

H20年11月～H21年1月

(4) 意見交換

調査表作成に先立ち、研究協力者による意見交換を以下の日程で行なった

H20年10月23日 18～20時 東京

ここでは対象者や家族等に対してより個別の関わりと思われるものを「直接業務」、チームでの関わりや評価などを「間接業務」として整理した。前者にはPSWがこれまで行ってきた「基本・個有の業務」、後者にはこの制度においてより「期待される業務」、

という意味合いも込めている。

2) 各段階における業務項目

先に述べた直接業務と間接業務という項目の他に、文書および予算が業務遂行に大きく関わることから取り上げてみた。

(1) 打診・受入れ

この段階では、対象者と接する機会はあるにしても、連絡・調整による準備という側面が大きなウエイトを占める。そのため直接・間接ではなく準備業務として整理した。

[1] 指定入院医療機関からの移行通院（移行通院）

ア. 準備業務

①通院医療機関として候補にあげられた時

点から、受け入れについての調整窓口となる。

社会復帰調整官や、厚生局等からの連絡を受け、院内の連絡を取る。

②院内診療会議（全体チーム会議）にて受け入れを検討する。

③保護観察所から送付されてくる生活環境情報シート、指定入院医療機関からの診療情報提供書等を院内予定の治療チームスタッフに伝えて調整を行う。

④保護観察所、保健所、福祉事務所等との調整、連携を行う。

⑤対象者が外泊等で施設見学する際の導入、説明、案内を行う。

⑥指定入院医療機関のCPA会議に参加する。CPA会議の進行も随時、院内の診療会議に報告する。

⑦2～3回の外泊を利用してプレケア会議を実施。初診日、初回ケア会議のコーディネートをする。

イ. 文書

①現在使用している文書

- ・入院基本情報管理シート、評価シート
- ・生活環境調整報告書
- ・診療情報提供書、看護サマリー

・CPA会議議事録

・カルテ（初診後）

・PSWのケース記録

②必要な文書

・現状では、入院施設によって書式が異なる。対象者の情報や事件内容はどういう書式であっても統一したものが必要である。

ウ. 必要な予算

・CPA会議などに参加するための交通費や日当などの経費が必要である。

[2] 鑑定入院機関からの直接通院（直接通院）

ア. 準備業務

①通院医療機関として候補にあげられた時点から、受け入れについての調整窓口となる。

社会復帰調整官や、厚生局等からの連絡を受け、院内の連絡を取る。

②院内診療会議にて受け入れを検討する。

③保護観察所から送付されてくる生活環境調整結果報告書、簡易鑑定書、嘱託鑑定書、鑑定入院による鑑定書等を院内予定の治療チームスタッフに伝えて、調整を行う。

④保護観察所、保健所、福祉事務所との調整を行う。

⑤対象者の鑑定入院先へ面会に出掛ける。

⑥初診日、初回ケア会議のコーディネートをする。

イ. 文書

①現在使用している文書

- ・生活環境調査結果報告書
- ・鑑定書（簡易、嘱託、鑑定入院時）
- ・カルテ（鑑定入院機関が同じ場合）
- ・PSWのケース記録

②必要な文書

・対象行為は変わらないので、最初に関わる司法の段階から統一したフォーマットが必要である。

ウ. 必要な予算

- ・事前に会議参加や時間の確保のための費用。
- ・処遇決定からの時間的猶予が少ないので、鑑定入院中に対象者との面接を含めて情報を得ることや信頼関係を構築するために、鑑定入院先へ出掛ける交通費や日当が必要である。

(2) 処遇開始後

通院治療の前期、中期、後期のステージで業務の内容に大きな相違はなく、頻度について時期、症状に応じて増減している。また、各ステージでの各機関の役割比重を意識し、処遇終了後のスムーズな地域移行に向けた役割分担を念頭に置きながら進めていく。

ア. 直接業務（個有業務）

- ①個別ケースワークとして対象者との面接を行う。
- ②福祉サービスとのリンケージやアパート探しなどを、アウトリーチにより行う。

社会資源とのリンケージを、社会復帰調整官、地域関係機関スタッフとの役割分担により行う。

地域関係機関スタッフが中心となって行う社会資源とのリンケージを、社会復帰調整官と共にバックアップする。

- ③家族面接。家族だけの面接の場合と対象者合同の面接の場合がある。
- ④キーパーソン面接。対象者にとってキーパーソンと思われる人と面接を行う。アウトリーチで行う場合もある。
- ⑤権利擁護に関する説明、お知らせを行う。
- ⑥面接内容や各種情報を、院内スタッフに報告、情報の共有化を図る。
- ⑦状況により診察に同席して確認・把握を行う。
- ⑧訪問看護に同行して生活の場での状況把握を行う

- ⑨デイケアの場面においてグループワークを行う
- ⑩心理スタッフ等と協働して、心理教育・認知行動療法的プログラムを計画、実施する（指定入院医療機関からの継続、新規）

イ. 間接業務（期待業務）

- ①院内治療チーム会議（個別チーム会議）のコーディネイト、および会議を開催する。
- ②院内診療会議（全体チーム会議）に定期的に報告する。そのための会議録を作成する。
- ③治療評価シートの作成。毎月評価シートをチームスタッフと分担して記入、作成する。
- ④社会復帰調整官、地域関係機関スタッフとの連携をはかる。情報の共有ができるように連絡を取り合う。特に病状の変化などは、ケア会議前に報告して、チームスタッフの対応を随時相談する。
- ⑤保護観察所が実施するケア会議のコーディネイト、および参加をする。

ウ. 文書

①現在使用している文書

- ・通院開始告知
- ・治療計画書
- ・緊急時の連絡・対応方法
- ・権利に関するお知らせ
- ・通院基本情報管理シート
- ・評価シート
- ・カルテ
- ・PSWのケース記録
- ・週間・月間のプラン表
- ・診療情報提供書、看護サマリー（直接通院の場合）
- ・処遇の実施計画書

②必要な文書

- ・院内で直接関わっているスタッフ以外にも、対象者についての情報がわかりやすいフォーマットや、業務代行できるようなマ

ニユアルが必要である。

- ・対象者や家族が見て分かりやすいクリティカルパスが必要である。

エ. 必要な予算

- ・評価シートの作成や面接レポートを書くについては、日常業務時間外になってしまうことが多いので、そのための時間、経費が必要である。
- ・地域で開催されるケア会議に出席するための旅費などが必要である。

(3) 地域移行に向けて

通院処遇は原則3年以内で終了となり、その後は地域での処遇・支援へと移行していく。通院先については、継続、しばらく継続して転院、すぐに転院の3パターンが見られる。対象者の8割は事件前に精神科の既往歴があり、尚且つ通院中断や不定期も多く散見されることから、終了後の通院および支援継続のためには、いずれにしても丁寧な繋ぎが求められる。おそらく終了後の地域生活においてこそ、この制度の真価が問われるのであろう。入院処遇から通院処遇への移行時ほどの格差（落差）ではないにしろ、通院処遇から一般精神医療への移行においても格差は指摘されており、可能な限りのソフトランディングを心掛けたい。ハドソン川に英雄が登場するのは一度限りであろうから。

[1] 通院先が継続される場合

ア. 直接業務（個有業務）

- ①対象者が利用できる支援サービスの確認。
自立支援法に基づく手続きなど支援する。
- ②指定通院医療機関の病院内で、さらに利用可能なリハビリテーションプログラムの案内と利用について検討する。
- ③個別面接を継続する。
- ④クライシスプランや対処方法の確認や見直

しを行う。

イ. 間接業務（期待業務）

- ①連絡会議を開催する。
- ②個別ケア会議を継続する。
- ③地域での役割分担を確認する（特にケアマネジャーの明確化）
- ④処遇終了の意見書作成に協力する（期間前のみならず満期でも作成すべき）

ウ. 文書

①現在使用している文書

- ・ケアプラン表
- ・カルテ
- ・PSWのケース記録

②必要な文書

- ・地域ケア全体のクリティカルパスが必要である。

エ. 必要な予算

- ・個別の支援プラン作成、モニタリングなどを継続していく費用が必要である。
- ・地域でのケア会議を継続する場合、参加の旅費や日当が必要である。

[2] 通院先が変わる場合

ア. 直接業務（個有業務）

- ①対象者が利用できる支援サービスの確認。
自立支援法に基づく手続きなど支援する。
- ②クライシスプランや対処方法を確認する。

イ. 間接業務（期待業務）

- ①予定される通院先と情報交換を行う。
- ②予定される通院先での受診やケア会議を行う。
- ③地域への役割移行を確認する（特にケアマネジャーの明確化）
- ④処遇終了の意見書作成に協力する（期間前のみならず満期でも作成すべき）

ウ. 文書

①現在使用している文書

- ・診療情報提供書、看護サマリー、PSWの情

報提供書（予定される通院先への送付）

- ・カルテ
- ・PSWのケース記録

②必要な文書

- ・地域ケア全体のクリティカルパスが必要である。

エ. 必要な予算

- ・個別の支援プラン作成、モニタリングなどを継続していく費用が必要である。
- ・地域でのケア会議を継続する場合、参加の旅費や日当が必要である。

（４）研修について

制度が施行されて3年半が経過する中で、研修の数も増えてきている。まだまだ有機的に体系化されていないが、制度説明中心から、事例やプログラムの積み重ねが反映されたより実践に即した内容へと、少しずつシフトがされてきている。ここでは院内、院外、そしてネットワーク構築の観点で列記する。

〔院内〕定期的に院内研修会を企画、運営し、周知をはかる。院内全体を対象にした形、病棟や外来、相談室など各セクションを対象にした形などで開催する。

〔院外〕指定医療機関従事者養成研修、国立精神保健研究所の研修、各団体や研究班の研修など、院外での研修に計画的に参加して、変化していく制度や現状の把握、研鑽を深める。

〔ネットワーク〕指定医療機関のPSW、社会復帰調整官、行政のPSW、精神保健参与員など、関係機関のPSWによる情報交換会に定期的に参加する。地域により形は様々であるが、東京では平成17年から司法精神医療研修会を毎月開催している。神奈川では同年より司法精神医療福祉ネットワーク会議を3ヶ月に1回程度開催している。

（５）その他

指定通院医療機関のPSW業務についての所感と意見、および制度全体への提案について自由記載してもらったことを列記する。

ア. 所感

①基本的なケースワークを行う以上に、特化した働きかけは業務上できない。週に1～数回の訪問などアウトリーチをするなら、機動性を持った複数のPSW配置、雇用の子算、搬送・訪問のための専用車、必要時看護・医師の雇用予算と指定通院者が増加すれば天井知らずである。実際は通常の配置以上にはならないのではないか。

②6大罪といっても、出産後間もない乳児と学齢期の児童の殺人では母親としての本人に同じ働きかけはできない。傷害でも他人と親族、放火も自宅と他の建造物ではそもそも被害に対する社会的な対応も異なる。

（ほとんどの措置入院ケースで自宅の放火は起訴されない傾向がある）現役PSWが受けた教育の中に、更生に関わるケースワーク技術はなかった。例えば妊娠出産にまつわる子殺しに関して、産科医も、精神科医も積極的な研究を行っているとはいえない。MSWはどうか。

③医療観察法では、「無罪」として対象者に対応しながら「再発」の防止もせよと、矛盾した課題を背負わせている。精神病についての教育を指定入院中に行っている、自らが起こした問題に対して、ケア会議の中で聞くこと意外は通院処遇の中で確認するしかない。通院処遇となった対象者が、精神病であるか否かに拘泥はしても、起こした事件に関しては全く省みる言動がないまま処遇終了になる例もある。

④精神病を理由に無罪になるが、監視は精神科医療機関でせよというシステムであるには変わらない。強制通院に対して「対象者の自己決定を尊重し・・・」という本来の

PSW業務からは異質の要求をされていると考える。このストレスを同業の方々はどう処理しているのか。意図せずとも、早く終了したくなるのではないか。

- ⑤事例数は多くはないが、どのケースも家族との関わりが難しい。対象者に対しては強制的な医療体制対応だが、家族に対しての強制力はない。被害者であったり、加害者の家族であったりするが、対象者の病気の理解はもちろんのこと、家族としての内省、洞察、また制度や支援サービスの理解をして、活用して欲しいとおもわれる。入院処遇中は家族心理教育プログラムなどに参加していても、通院処遇になると家族も少し安心するのか、家族にニーズがないのか、スタッフとの関わりはケア会議の場だけになったり、そのケア会議にも参加しないこともあるようだ。地域支援という大きなくくりとしてではなく、家族という最も重要な支援者に何かのサポートが必要と考えていて、定期的面接などの提案をしても継続できない。押しつけてもいけないが工夫があったら教えてもらいたい。家族支援の体制化が必要。
- ⑥どこでも言われていることではあるが、医療観察法制度が入院処遇については具体的な施設や人員や治療プログラムなどがかなり具体的に検討されて、統一化されてきている。また必要な予算も割り当てられているにも関わらず、入院によらない処遇については、地域と社会復帰調整官任せで、具体的な医療サービスや地域支援サービスの提示はない。任されているということは、自由でいいかもしれないが、そもそも地域精神医療の貧困などをもってこのような任は責任が重すぎると感じている。
- ⑦法制度施行直後は病院内でも管理者、他のスタッフとも関心があって、勉強会などが催されたが、今や報酬、補助の少なさから

か、理解されにくくなってしまっている印象。研修なども自己負担で自分の時間（休みの日）などを工面している現状。指定通院医療機関のスタッフ研修を義務化して、適切な援助を与えられるようにできたらいい。

- ⑧事前に会議参加や時間の確保のための費用が必要である。特に民間の医療機関が対象者の通院を引き受けていくためには、それなりの手当がなければ、管理者もなかなか援助してくれない。
- ⑨通院前期、中期、後期で精神保健福祉士の業務に明確な違いはないのではと思う。
- ⑩社会復帰調整官はマネージメントの要であるので更なる質の向上が期待される。
- ⑪民間病院においては多職種チームの編成が困難な場合もある。
- ⑫この制度の理解について職種間の差異がある。
- ⑬研修の機会がなかなか保障されない。また研修の情報が届かない時があるので、収集方法を検討していく必要がある。

イ. 提案として

- ①現在の指定入院機関は基本的には通院処遇も行うこと。
- ②矯正施設はこの先の日本では機能分化をせざるを得ない。（例えば保安処分施設か？）PSWの勤務先として実習なども取り込む。
- ③公立精神病院は赤字対策のため、指定医療機関病床として病床を改修・転用してゆく傾向がある。赤字の公立医療機関は指定通院医療も対応するよう促す。
- ④再発防止に関しては、処遇終了後もしくは並行して、本人に課せられる医療モデルではない、社会適応のための教育プログラムを作ること。

D. 考察

平成20年度の研究では、PSWの具体的な業務を処遇プロセスに応じて整理した。当初は、処遇開始後についてステージ分類に対応した整理を予定したが、頻度の違いこそあれ、ある段階においてのみ行なう業務という整理は馴染まないとの意見が出され、ここについては一括りとなった。もちろんモデル設定をすれば、やや乱暴ながらもステージ分類に対応した整理は可能と思われる。しかし、例えば20歳で、初発の統合失調症で、悪口の幻聴という症状を持った2人がいたとしても、一方が大学生、一方が社会人であれば、ソーシャルワークとしてはかなり異なるアプローチが求められるのは、容易に想像がつく所であろう。このような、正に個性を鑑みた場合、この制度の処遇プロセス全体における現時点でのソーシャルワークは、どのプロセスにおいても対応可能なものとして列記する形となった。もちろん、他の職種の業務と並列してクリティカルパスに列記することが、ひとつのエビデンスに繋がるという可能性も大きい。しかし、通院処遇ガイドラインが実状をどの程度反映しているのか、検証が

され見直しもそう遠くないのではと思われるので、今回の形を取った。もちろん、ガイドラインに明記されること自体に大きな意味があることには変わりはなく、そのことへの働きかけは今後も必要である。

3年間の研究により以下の点を提示した。

- ①PSWがこれまで行なってきた業務とより期待されている業務という観点からの整理を行ない、今後必要とされる業務、役割を提示した。
- ②実践している業務や文書などの整理により、現状でのひとつの標準化した流れを明示した。
- ③上記の整理をひとつの参考にしてもらい、PSWの明確な位置付けと職域拡大のために、通院処遇ガイドラインに業務の明示をしていくことが必須である。
- ④PSWの業務に対する報酬、予算の必要性を示し、通院処遇に対する経済的インセンティブを求めた。また、地域処遇における予算の確保や入院に関する予算の再配分なども視野に入れ、処遇終了後も支援体制が継続されるような予算およびマンパワーの確保の必要性を示した。
- ⑤この制度では保護観察所、行政を始めと

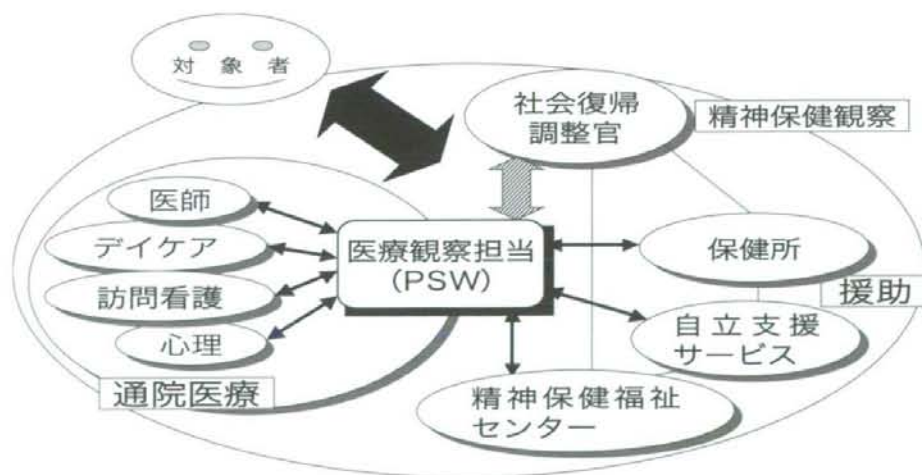


図1 地域での連携イメージ

した地域機関でもPSWの関わりが多いので、業務整理と役割分担が必要である。

(図1)

E. 結論～まとめにかえて

この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る。

この制度の特徴については種々議論されているが、あえて述べるのであれば、「ひとつの出会いと数多の別れ」という点に収斂されるのではないかと思う。特に別れについて、この制度においても組み込まれているケアマネジメントのサイクルでは別れ(終結)が述べられている成書もあるが、具体的な時期についてはそれほど明確ではない。然し、幸か不幸かこの制度では、3年間(延長して最大5年間)というクリアカットな期限がある。これについても幾つかの議論はあるところだが、支援は一生受け続けるのではなく、必要な時に必要なものを受けて人生を続けていくという観点からすれば、明確な終結もひとつの自然なことであろう。これについては司法という文化の持つストレングスという見方も可能ではないか。ただし、緩やかな繋ぎという医療や福祉のストレングスも重要で

あり、このあたりが制度における多文化間交流とも感じられる所以であろう。精神障害を持ったとしても触法行為を起こしたとしても、生きることの意味と価値に変わりはない。願わくば、この制度を受けたことがその後の人生に少しでもプラスになればであり、今後、対象者一人ひとりから教えてもらうことになるのであろう。そのことは日々のひとつひとつの実践を、大切にして積み上げていくことにのみ宿る。

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)

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)